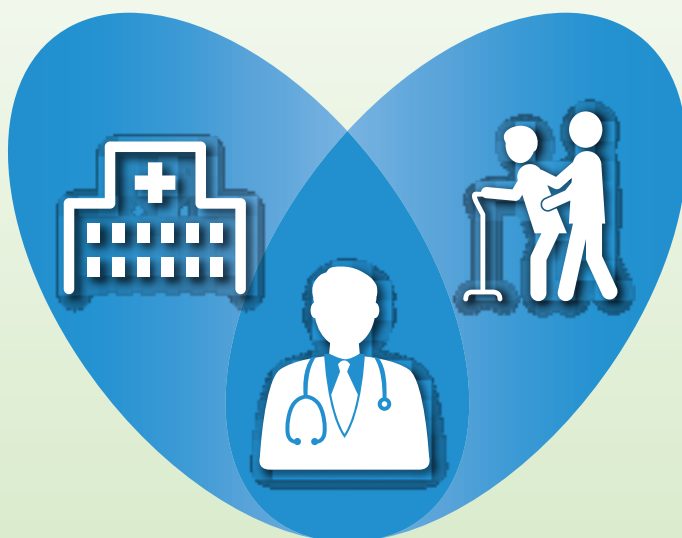


先生、住み慣れた家で 医療を受けられますか

— 医療と介護の上手な利用 —



私たちが人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるためには、医療と介護の両方が切れ目なく提供されることが必要です。それを実現するために、「地域包括ケアシステム」の構築が進められています。このケアシステムは、医師、看護師、ケアマネジャーなどの専門職によるフォーマルな支援と共に、近所や地域のボランティアなどによるインフォーマルな支援から成り立ちます。

今回、地域包括ケアシステムの専門職による支援について、医療法人聖徳会小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック理事長兼院長の小笠原文雄先生、たんぽぽ診療所院長の遠藤博之先生に教えていただきました。

発行：島田市地域医療を支援する会,NPO法人ブライツ,
NPO法人f.a.n.地域医療を育む会,森町病院友の会,
御前崎市地域医療を育む会,地域医療いわた,
菊川市地域医療を守る会,地域医療を支える はいなんの会,
富士宮市地域医療を守る市民の会,浜松の地域と医療と介護を育む会,
国立大学法人浜松医科大学地域医療学講座

協力：静岡県

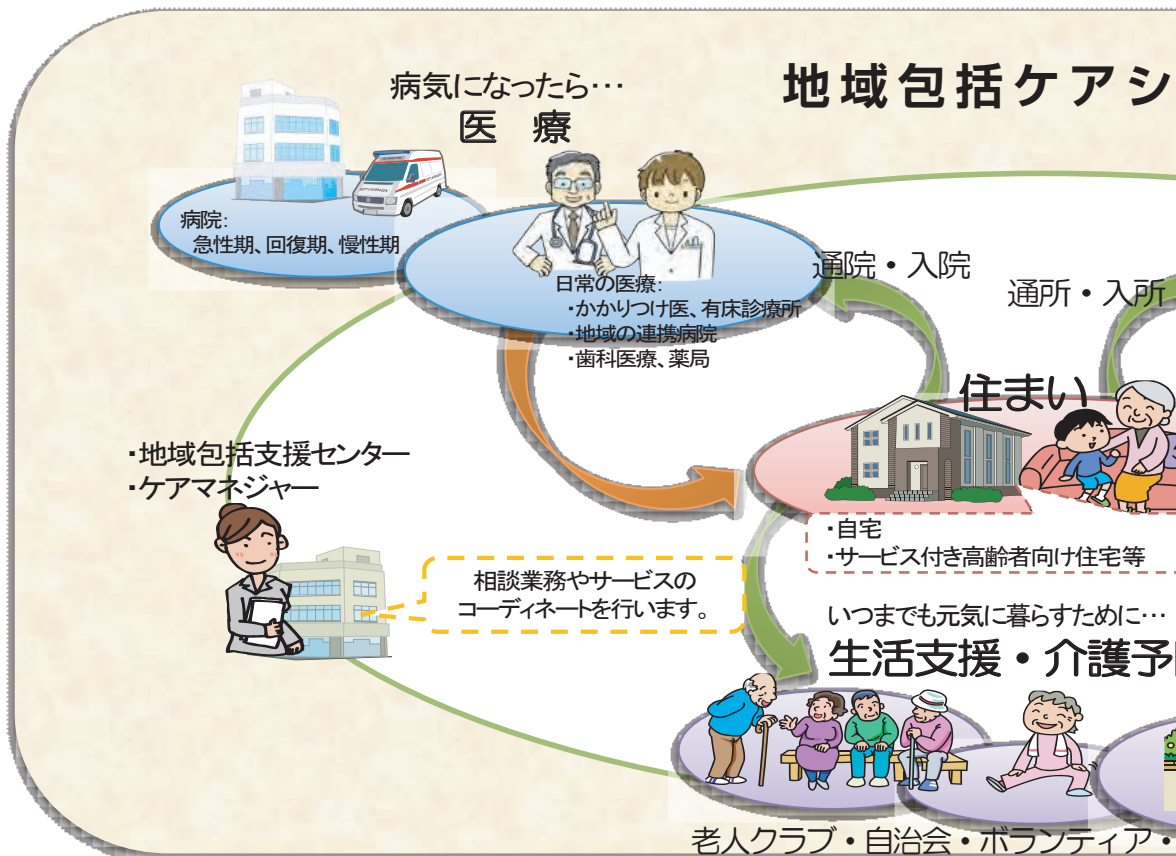


医療と介護のネットワーク 「地域包括ケアシステム」がつくられています

超高齢社会は、年齢を重ねるに従って生活習慣病を発症する人が増えることから、病気と共存しながら暮らす人が多くなります。さらに、医療と介護のサービスを同時に受ける人も多くなります。

そこで、「地域包括ケアシステム」というネットワークの構築が進められています。これは、医療と介護が必要な状態になっても人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療と介護、さらに住まい・生活支援・介護予防を地域の特性に応じて一体的に提供するシステムです。そして、二つの支援の輪から成ります。一つは、「かかりつけ医」が中心となる医療や介護の専門職によるフォーマルな支援の輪です。もう一つは、近所や地域のボランティアなどによるインフォーマルな支援の輪です。

近所などによるインフォーマルな支援の輪は、見守り、声かけ、買い物支援といった「お互い様」のネットワークです。地域包括ケアシステムでは、私たち住民も大切な役割を担うことになります。

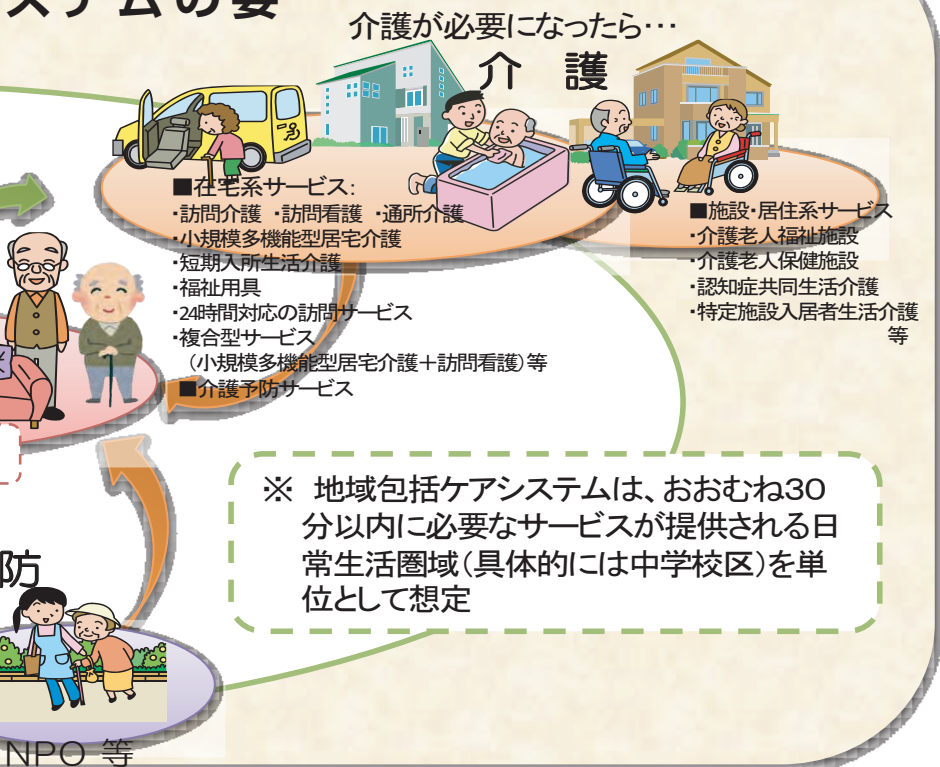


一方、専門職によるフォーマルな支援の輪を構築していく上で、医療機関で行う「入院医療」や「外来医療」に加えて、住み慣れた自宅などで行なう「在宅医療」が第三の医療としての役割を果たします。その理由を確認していきましょう。

まず、一人暮らしあるいは高齢者だけの世帯では、「家族による支援力の低下」に伴い外来を受診することが困難になる場合があるため、医師が訪問して診療する在宅医療が必要となります。また、「看取り」に関する私たちの願いからも、在宅医療は必要です。今から50年前、病院で亡くなる方は約3割でした。それが現在では約7割にまで増え、看取りの場所は大きく変わりました。しかし、こうした変化は、私たちが本当に望んでいることとは異なるようです。厚生労働省の調査によると、末期がんと診断され、食事は取りにくい意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合に、医療や療養を受けたい場所として「自宅」を選んだ国民は47.4%で最多でした。その理由の上位3つは、①住み慣れた場所で最期を迎えたい、②最期まで自分らしく好きなように過ごしたい、③家族などとの時間を多くしたいでした。この希望に応えるために必要な医療が、在宅医療です。

では、これから在宅医療の第一人者でいらっしゃる小笠原文雄先生、そして遠藤博之先生のお話を伺いましょう。

システムの姿



この小冊子は、2018年11月に静岡市において開催したシンポジウム「医療と介護の上手な利用」の内容を纏めたものです。

図：地域包括ケアシステムの姿
 (出典：厚生労働省ホームページ)



「なんとめでたいご臨終」

小笠原 文雄 先生

人には必ず死が訪れます。どうせ死ぬなら笑って死にたい、遺された人の役に立ちたい。そんな“死ぬる喜び”を感じられたら、幸せの極みだと思います。亡くなる人が希望死、満足死、納得死ができたなら、離別の悲しみはあっても、家族は笑顔で見送ることができます。「ご愁傷さま」ではなく「笑顔でピース」。今の日本の常識では考えられないかもしれませんが、「笑顔で死ぬる、笑顔で看取れる最期」を「なんとめでたいご臨終」と呼んでいます。

在宅医療を希望するのであれば、安心して選択して欲しいです。日本在宅ホスピス協会のホームページで対応可能な医療機関を検索できます。参考にしてください。

これから紹介するのは、2児の母の堀さんです。若くして胃がんになり、転移して余命3か月と宣告されました。幼い子どもを遺して旅立つ、とても無念なことだったと思います。

ある年の5月、堀さんのご主人が小笠原内科に来て、「先生、妻は手術を受けた病院に通院していますが、『死にたい』と言います。往診してもらえませんか」と言われました。そこで、堀さんの自宅へ往診に行き、「『死にたい』と言うけど、この中で最初に死ぬのは誰だと思う？」と尋ねました。このとき、ご主人の顔は引きつっていました。私は、堀さんの手を握り、脈を取りながら落ち着くのを待ち、「死にたいと言わなくても、堀さんが最初に死ぬと思うよ。死にたいと言っていると、免疫力が下がって本当に早く死んでしまうから。よく寝て、心と身体を暖めて笑うと、3割の人は長生きできるよ。これからは生きることを考えましょう」と話をしました。すると



小笠原 文雄 先生

1973年、名古屋大学医学部卒業。名古屋大学医学部付属病院などに勤務。1989年、岐阜市に「小笠原内科」を開院。現在、小笠原内科・岐阜在宅ケアクリニック理事長兼院長。医学博士。日本在宅ホスピス協会会長。名古屋大学医学部特任准教授。著書に「なんとめでたいご臨終」「上野千鶴子が聞く。小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか？」など。

覚悟したのか、堀さんは二度と「死にたい」と言わなくなりました。

その後、笑顔になった堀さんの「子どもたちのために少しでも長く生きたい」という母としての強い想いがADL(日常生活動作)を向上させ、笑顔で元気になりました。しかし、半年経った11月、堀さんは、穏やかな顔で旅立ちました。5日後、ご主人が小笠原内科へ挨拶に来ました。そして、「先生、妻を褒めてやってください。『死にたい、死にたい』と言っていた妻が、先生のひと言で変わりました。お盆には旅行にも行けました。それだけじゃありません。子どもが『もう二度と学校に行きたくない』と、泣いて帰ってきたことがありました。その時、妻は必死の思いで起き上がって、『お母さんは今まで生きてきて、自分が不幸だと思ったことは一度もないのよ』と話しました。この言葉を聞いて、子どもは翌日から学校へ毎日行けました」と話してくれました。

私は、これまでの経験から、在宅ホスピス緩和ケアの特長をこのように思っています。

- (1)在宅での暮らしの中で希望を感じると、QOL(生活の質)を上げ、さらにはADLまで向上させ、延命効果をもたらすこともあります。
- (2)不安と痛みとの関係は正比例です。入院中に取り除くことのできなかつた痛みも安心感を得ることができる自宅では、解消できる可能性があります。
- (3)安らか、大らか、朗らか、清らかをもたらし、遺された家族も清らかな気持ちで看取ることができます。

人は、ひとりでは生きていきません。最期のときもそうです。必ず誰かと関わっています。ですから、医師や看護師などの専門職だけでなく、地域全体で支え合う日本になることを願っています。

なお、詳しくは著書「なんとめでたいご臨終」を参考としてください。





「大切な人を手放さないために」

遠藤 博之 先生

まず、私が総合診療医を目指した理由をお話します。19歳のときでした。恩師である川田殖先生から「言葉には『いのち』がある、魂を診る医者になりなさい」と教えていただきました。その教えに従って、病を負い泣いている人、以前悲しみの中にあつた人、そのような人を支える医療がしたい、生きていてよかったと思っただけのケアを提供したいという志を定めました。そして、現在、何でも診れる、あなたの体と心を守る「かかりつけ医」として診療にあたっています。

では次に、地域包括ケアシステムで大切なことをお話します。私が診療所を構える静岡市は、地域の特徴を活かした地域包括ケアシステムをつくっています。私は、その一環として開催された「自宅ですっとミーティング」に参加し、3つのポイントを提言しました。

- (1)自分のことを良く分かってきている「かかりつけ医」を持ちましょう。
- (2)自分の人生観を「かかりつけ医」に伝えておきましょう。
- (3)「かかりつけ医」は、その人の人生観に沿った支援を!

このケアシステムには、切れ目なく連携する医療や介護の専門職によるネットワークが必要です。そして、このネットワークで重要な役割を担うのが、「かかりつけ医」と「訪問看護師」です。皆さんには、受けたい医療や人生観について遠慮なく医療スタッフと話し合ってもらいたいと思います。

最後に、一つの事例を紹介しましょう。私が大切にしている神谷美恵子の言葉に、「いとおしみの深さは、経て来た悲しみの深さに比例している」(*)があります。これからお話するのは、悲しい思いをしたから母親を深く愛おしみ続ける息子さんについてです。



遠藤 博之 先生

1989年、山梨医科大学卒業。静岡済生会総合病院に勤務。2006年、静岡市駿河区に「たんぼぼ診療所」を開院して院長に就任し、現在に至る。日本内科学会総合内科専門医、日本腎臓学会専門医、日本透析医学会専門医。

私は週に1回、静岡済生会総合病院に非常勤医師として勤務しています。この病院に、90歳を過ぎた女性が心不全の末期で入院しました。ところが容態が急変したことから、主治医は死期が近いことを家族に伝えました。すると、息子さん、娘さんは、自宅で看取ることを強く希望しました。そこで、同僚でもあるこの主治医から私へ、協力依頼の電話が入りました。私は「こちらで診ますから、自宅へ返してあげてください」と引き受けました。私が往診に伺ったのは退院した日の夜遅く午後10時でしたが、診察を終えて車に乗り込むまで息子さんはずっと見送ってくださいました。この患者さんの自宅はエレベーターのないアパートの4階にありましたので、「ここで結構です。お母さんのそばに居てあげてください」と何度も申し上げたのですが、階段を1階まで降りてきて、「先生、ありがとう」と言って見送ってくださいました。深い感謝の気持ちが伝わってきて、医師冥利に尽きると感じました。結果的に、これが最初で最後の診察になりました。翌朝、訪問看護師からの連絡を受けて急行したときには、すでに亡くなっていました。安らかな顔だったことを覚えています。

このお話には、後日談があります。数か月後、息子さんにばったり会いました。私が同じアパートの1階に住む別の患者さんを往診したときでした。「先生、お世話になりました。まだ毎日のように母の墓に行っています」と話してくれました。これも神谷美恵子の言葉ですが、「自分にとって大事なひとのかけがえのなさというものは、そのひとを喪ってみて、はじめて身にしみてわかる。そういう愛の対象をうしなったための深い悲しみと無常感は、のこる者の心の質を、それまでよりもやわらかに、こまやかに、ひろやかに変える」(*)ことを、この息子さんからも教えてもらいました。

家族が病を得て、老い、亡くなると、深い悲しみに沈むことになります。遺された家族は、悲しい思いをしたからこそ、亡くなった後も共に生き、故人を愛おしみます。看取りは、亡くなった人を思い続けるスタートになるのです。



※：神谷美恵子著「生きがいについて」(みすず書房)より引用

4人の主人公の一人としての私たち住民

医療と介護は、安心して暮らすために欠かせないものの一つです。そして、「みんな」で地域の医療や介護のことを考え、共に育むことが必要です。大切なことは「みんな」には4人の主人公がいて、その一人が「私たち住民」だということです。残る3人の主人公は、医療・介護機関、行政、教育機関です。私たちが地域の医療や介護を他人事ではなく我が事として捉え、自分にできることを一つひとつ実行することによって、地域に必要な医療と介護を育み、住み慣れた場所で安心して住み続けることが可能になります。

では、4人の主人公の一人として、私たち住民は何をすれば良いのでしょうか？ 浜松医科大学地域医療学講座は、「地域医療を育む5つの^か活動」を提唱しています。この5つの^か活動は、①自分自身と上手に付き合うこと、②医療機関と上手に付き合うことによって、住民も地域医療を共に育むことを目指しています。介護についても、同じ行動が有効だと言えます。

例えば、その一つである「4. 医療スタッフに感謝と敬意の気持ちを伝えましょう」の場合、この考えに共感した静岡県内の10団体の住民グループの皆さんが、住民から寄せられたメッセージを集成した「感謝のメッセージ集」を発行したり、感謝の言葉を綴った「ありがとうカード」や「感謝状」を医療機関に掲示したりしています。住民からの温かい気持ちが伝わることで医療スタッフが患者さんやその家族にいっそう献身的に寄り添い、それがまた新しい感謝のメッセージにつながるという、ポジティブな循環が生まれています。

地域医療を育む5つの^か活動

1. 地域の医療事情について関心（^かんしん）を持ちましょう
2. 健康、病気、医療について学習（^かくしゅう）しましょう
3. 健康な体（^からだ）作りに取り組みましょう
4. 医療スタッフに感謝（^かんしゃ）と敬意の気持ちを伝えましょう
5. 医療機関への^かかり方を見直しましょう
 - ①「かかりつけ医」を持ちましょう
 - ②症状に応じて病院・診療所にかかりましょう
 - ③コンビニ受診を控えましょう
 - ④救急車をタクシー代わりに使うことを止めましょう