

20160123_戦略経営研究会_地域医療研究会_議事録

日時：2016年1月23日（土）18:00－20:00

場所：東京／池袋 ルノアールマイスペース西武横店

テーマ：板橋区高島平における地域医療と連携

発表者：佐藤恵さん（佐藤クリニック院長）

参加者：参加者 23人（発表者を含まない）

（会社経営、会社員、記者、シンクタンク研究員、医大生、NPO 法人理事長、
社会保険労務士、行政書士、司法書士など）

目次：

1. 社会の変化
2. 在宅医療
3. キュアとケア
4. 連携チーム
5. ピンネンコロリ

発表：

1. 社会の変化

昭和20年代、大家族でした。家長がいて、テレビの真ん前に座って、観ていました。駅前でも、車はまばらでした。医師は診療所に住んでいました。つまり、夜中でも対応することができました。医療が地域に根付いていました。この時代は、感染症で多くの方が亡くなっていました。入院をしても、栄養価の高いものを食べて、安静にするだけでした。家で安静にしているのと変わりません。それ以前に、当時の経済事情では、入院はほとんどできませんでした。そのため、家で看取られて亡くなることが多くありました。高度成長時代になりますと、感染症が減少しました。大病院志向となります。老人の医療費が無料になったこともこれに拍車をかけました。また、心筋梗塞、脳梗塞の救命が可能になりました。入院が長期になり、病院が終の棲家になりました。ただし、このことは大家族が少なくなり、家で引き取れなくなったという社会の変化のためでもあります。そのような中で、救命措置が延命措置になってしまいました。当人が管だらけになることを望まなくてもです。元気なうちに、延命措置について考えておく必要があります。でないと、病院で救命措置が取られます。それが仕事だからです。また、「病気が一つもないことが健康」と考えるべきではありません。「持病があっても、生活ができるのであれば、健康」と考えるべきです。

現代は、地域を訪問診療や介護などで支えるものになりつつあります。インフォーマルな部分のつながりが出来上がりつつあります。厚生労働省の推進する「地域包括ケアシステム」も住民自身が地域を支えるようとするものです。

2. 在宅医療

在宅医療には「往診」と「訪問診療」があります。往診は昔からありました。急病で動けないという時に、医師が出向くというものです。訪問診療は通院できない方のために、定期的に訪問するものです。これら在宅療養の背景としては、次のとおりです。①高齢者世帯の増加。高齢者の3人に1人がひとり住まいです。②認知症の増加。認知症は2025年に5人に1人（700万人）になります。③亡くなる高齢者の増加。2040年、年間170万人が亡くなると予想されています。財政的に病院のベッドを増やすことはできませんので、施設か自宅で

亡くなることとなります。在宅療養の特徴としては、次のとおりです。①住み慣れた場所での療養です。②安定期の維持機能は病院と同等です。③365日、24時間の連絡が可能です。デメリットとしては、介護者が維持管理の中心を担うということが挙げられます。以上から、多職種による本人と家族の療養支援が重要になります。急性期の際には、バトンタッチができるように連携しておく必要があります。そして、在宅療養の目標は、住み慣れた家で家族や地域の人々に囲まれて、安心して尊厳を維持しながら長く生活することです。

3. キュアとケア

インフォームドコンセントは誤解されていることが少なくありません。医師が患者に説明をして、患者が承諾することではありません。医師と患者が対等の立場で合意をするものです。このことについては、「村田久行理論」が想起されます。この理論では「苦しみ」は客観的な状況と主観的な状況のずれであると定義されます。そのずれをキュアとケアで減少させることが療養目標となります。キュアとは客観的な視点に基づく治療のことです。ケアとは主観的な視点に基づく生活支援です。ある病気にて、医師は手術を薦めますが、患者は生活に支障がないのであれば、それを不要と考える、そういった「キュアとケアのずれ」や「エビデンスとナラティブのずれ」に対する合意が必要なのです。たとえば、膝が痛くて2階にあるタンスの整理ができないと悩むAさんがいるとします。キュアであれば、膝の治療となりますが、ケアであれば福祉用具や介護手技となります。両方で苦しみであるずれを減少させるのです。ナラティブである患者の想いが大切なのです。どう過ごしたいのかを具体化して、支援をすべきなのです。これが生活を支える医療です。

4. 連携チーム

在宅療養を、訪問看護師、介護ヘルパー、ケアマネジャー、デイサービス、訪問入浴、薬剤師、訪問歯科と、医師にて連携して行っています。看護師はシーツの取り換えも行います。介護ヘルパーはご本人の尊厳を守るため、座って食事ができるように支援します。ケアマネジャーはご本人の想いを聞き取り、多職種連携による在宅療養のプランを作成します。短時間の中で、やれることをきっちりやれるようにします。デイサービスは介護者が休むために必要です。ご本人の社会性維持のためでもあります。訪問入浴はスピードが重要です。看護師も手伝います。薬剤師は薬の飲み忘れがないように指導します。このための、お薬カレンダーがあります。歯科は口腔ケアを行います。誤嚥性の肺炎を防ぎます。そして、医師もまたこのチームの一部に過ぎません。30分ほどご本人と視線を合わせて診察します。このチームの情報共有は連絡ノートやメールで行っています。また、ご家族もチームの一部ですので、情報共有を行っています。

地域包括ケアシステムの目的は、在宅生活ではなく地域生活です。医療保険と介護保険では生活を支えきれません。元気なうちは地域を支える一員です。明日は我が身。お互い様が地域生活ということで支え合うということです。たとえば、92歳で一人暮らしをされていたIさんの場合です。入院ではなく在宅を選択されましたが、車イスでの外出にはプライドが許さず、嫌がっていました。引きこもりのような状況になりました。しかし、チームの連携により、みんなで支えて、意欲を上げることができました。あるとき、「何かやりたことはありますか?」と質問したところ、「うなぎが食べたい」と答えてくれました。医師、看護師、そして、近隣のうなぎ屋さんの協力により、Iさんにうなぎを食べていただくことができました。とても素敵な笑顔になりました。これは、地域のつながりがあったからです。このつながりを強くしていくべきなのです。在宅療養のチームは、ご本人の想いを実現し、最善を希望しながら最悪にも備えています。大切なことは「つながりと想い」です。

5. ピンネンコロリ

ピンピンコロリが良いとされています。しかし、これは支える時間がありません。また、元気なときは孤独だった可能性もあります。もちろん、ネンネンコロリよりは良いです。支えられるだけではつらいです。そこで、「ピンネンコロリ」を薦めています。元気なときは地域を支えて、来るべき時には支え返してもらおうということです。地域とつながっておくことが大切です。

あなたには、地域に仲間がいます。つながりが増えてもきています。まず、地域でつながれば、あなたの出番とあなたの支えがそこにはあるのです。

以上