

〈焦点2〉

生活から学び，生活へと還元する地域医療をめざして

高山義浩
沖縄県立中部病院

Aiming for Community Healthcare to Learn from Life, Return to Life

Yoshihiro Takayama

Division of Infectious Diseases, Okinawa Chubu Hospital

〈要旨〉

少子高齢化の進展により，医療と介護の需要が増大する見通しである。増大するのは，共存しながら暮らすことを目標とすべき慢性疾患である。医療が必要な状態であっても住み慣れた地域で安心して暮らし，人生の最期を迎えることができる地域包括ケアシステムの整備が課題であり，急性期病院にも役割がある。沖縄県立中部病院では，2011年より在宅医療を実践する地域ケア科を立ち上げ，地域包括ケアシステムとの連携を強化すべく活動している。現在，私たちによる在宅医療は，退院後の在宅療養を支援するフォローアップ，希望する終末期患者への在宅緩和ケア，そして，診療所による在宅医療のバックアップの3つに整理されてきた。ただし，急性期病院が活発に介入してしまうと，生活を病院化してしまうリスクもある。高齢者自身の視点で医療の内容を検討し，自律した生活のなかで豊かに老いることができるように支援すること。人生の最終段階における医療について自らの死生観に基づき判断できるように支援すること。そして，その判断については，個別性が尊重されながらも，地域全体での倫理的な合意事項へと高められてゆくこと。こうした議論が活発に交わされることを前提として，病院と地域包括ケアシステムとの連携が，その実効性を高めてゆくものと期待したい。

キーワード

少子高齢化	aging population and declining birthrate
地域包括ケアシステム	community-based integrated care system
在宅医療	homecare medicine
地域連携	regional collaboration

I. 求められる地域主体の医療改革

今，日本の医療は改革を迫られている。その背景には，日本の人口構成比率が変化し，少子高齢化が進展していることがある。団塊の世代が75歳以上となる2025年には，国民の3人に1人が65歳以上，5人に1人が75歳以上という超高齢社会を迎える¹⁾。

高齢者が増加すれば，それだけ医療と介護の需要も増大する。ただし，増大するのは病院で治療が指せる急性疾患とは限らない。むしろ，共存しながら暮らすことを目標とすべき慢性疾患へと重心を移

してゆく²⁾。今までのように，急性期病院を中心とした治療医学で受け止めることは現実的ではなくなってきた。

これまで病院に期待される役割とは，入院治療を求める患者を断らないことであった。その期待に応えるべく病院は努力してきたが，結果的には幸せそうでない高齢者が増えてきている。行き場のない高齢患者が病院のベッドに寝かされ，入院が長期化するにつれ医療依存が高められてゆく。ゼロリスクを求める風潮により，慣れない入院生活で不穏となる高齢者への鎮静剤が増量され，転倒予防のための身

体拘束が黙認（要求）され、一日中ベッドに寝かされたままで身体機能が廃絶してゆく。また、食事量が不足しているからと点滴され、やがて経管栄養が開始され、それゆえに食欲も失われて嚥下機能が廃絶してゆく。

なんとか退院調整がついて生活の場に戻れたとしても、こうして医療依存が高まった高齢者は、身体機能のバランスが崩れており、頻繁に救急搬送されるようになっている。すぐに誤嚥性肺炎を発症したり、あるいは心不全を増悪させて、病院と介護施設とのあいだを行ったり来たりしながら、やがて自分がどこにいるかが分からないままに、あるいは自分にとって居心地のよい場所など、もはやどこにもないままに命を閉じてゆく。そんな悲しい死を、あまりにも私たちは目撃しすぎている。

現代日本に見られる高齢者の医療依存の進行は、その尊厳に少なからぬ影を落としている。そして、そのきっかけが病院にあることを認めざるをえない。病院の入口をしっかりとさせたいま、これからは出口をしっかりとさせてゆかなければならない。

住民からも、治療よりも生活／人生の質（QOL）の維持を求める声が聞かれるようになっている。これらは医療サービスの拡充で解決できるニーズではなく、医療が必要な状態であっても住み慣れた地域で安心して暮らし、人生の最期を迎えることができる環境の整備が課題である。

このような改革は、治療医学の考え方にしがみついては成し遂げられない。結局のところ、地域医療が診療報酬による心理的支配から解かれ、地域の暮らしを支える包括的な活動の一部として自らの役割を捉えなおすことができるかが問われている。

II. 地域包括ケア「システム」の危うさ

地域包括ケアシステムとは、簡単に言えば、高齢者が自分らしく暮らせるように支えるシステムのことである。社会保障改革のカギとして、行政からも注目され、推進されようとしている。

ただし、この言葉に危うさを筆者は感じている。それは、「システム（社会制度）」に求められる普遍性である。普遍性というのは、たしかに公平ではあるが、そこにある個別性を埋めようとする。こうし

てケアが普遍化されていくと、日本の高齢者は「病」のみならず、「生」までもをシステムに依存させることになりかねない。

システムに依存して生きる人々というのは、裏を返せば、システムによって殺されうる人々でもある。私たちはシステムに依らずとも高齢者が暮らせるように、地域や家族の底力を高めていかなければならない。それは何かというと、個別性や多様性を容認し、心地よい居場所を作ろうとする「カルチャー（地域文化）」ではないだろうか。

システムには柔軟性がないため、想定外の事態に対して脆いという弱点がある。たとえば、病院とはシステムそのものだが、そこで私たちは想定外が発生しないように綿密にコントロールしようとしている。こうして決まった時間にのみ食事が提供され、患者の行動範囲は限定され、ときに認知症患者は身体抑制されてしまうわけだ。

一方、暮らしとは想定外の連続である。病院ではく奪されていたカルチャーを、高齢者は在宅で取り戻してゆく。

以前、悪性腫瘍終末期にある寝たきり高齢男性の自宅を訪問診療したときのこと。なんと彼のベッドの上で、野良猫が子猫を産んでいたことがあった。高齢男性は、それを幸せそうに見守っていた。野良猫も粹なことをするなと感心させられた。どこで産んでも構わないのに、あえて終末期にある男性のベッド上を選んだのだ。ただ、これが病院で発生したら大騒ぎだろうと苦笑いもした。病院では起こりえないことが、在宅では起きてしまう。こういう想定外を否定せず、受け止めなければならないのだろう。

病院で働いている私たちが、地域に出ていくうえで大切なのは、この感覚ではないだろうか。入院患者は、感染管理をはじめ細かく運用されるシステムによって守られているが、地域の暮らしとはカルチャーによって支えられているものだ。

もちろん暮らしのなかにも、セーフティネットとしてのシステムが必要だ。ただ、いきなりそこに解決を求めるのではなく、できるだけシステムに依存させないケアのカルチャーを育むことが大切なのだろう。

Ⅲ. 沖縄県立中部病院における取り組み

沖縄県においても高齢化は急速に進展しており、県、市町村から各医療機関レベルまで改革を進める必要性が高まってきている。こうしたなか、沖縄県立中部病院では、2011年より在宅医療を実践する地域ケア科を立ち上げ、地域包括ケアシステムとの連携を強化すべく活動している。

様々な試行錯誤を経て、現在、私たちによる在宅医療は、退院後の在宅療養を支援するフォローアップ、希望する終末期患者への在宅緩和ケア、そして、診療所による在宅医療のバックアップの3つに整理されてきた。

1. 退院後の在宅療養を支援するフォローアップ

高齢者は、治癒が見込めるような急性疾患であっても、それを契機として身体機能の低下を生じやすい³⁾。吸痰、自己導尿、腹膜透析など医療依存を高めてしまった場合には、暮らしへの速やかな復帰ができないことが多い。本人や周囲の不安から、なるべくベッドから動かさないような「配慮」があり、さらに寝たきりへの流れを固めてしまう。このような入院や医療介入に起因するADLの低下においては、いきなり地域の診療所に紹介するのではなく、病院の責任として私たち自身が在宅に出向いて手技確認や生活指導を行っている。疾病や障害を抱えながらも生活が軌道に乗ったところで、地域の診療所に紹介して、急性期病院の役割は終了となる。

なお、このフォローアップは、若手医師が地域を理解するための貴重な機会にもなっている。とくに、入院している高齢者ばかり診ている初期研修医にとっては、退院後の患者の生活を知ることでモチ

ベーションもあがることも無視できない。

2. 希望する終末期患者への在宅緩和ケア

悪性腫瘍のうち、予後が短いと考えられる患者については、私たち自身で集中的な訪問診療を看とりの日まで行っている。がん診療連携拠点病院でもある当院では、専門医と密接に連携しながら在宅療養へと移行させることができることは、患者や家族への安心を提供することにも繋がっているだろう。

なお、私たちは自宅に固執せず、同じく生活の場である施設でも看取りができるよう支援している。具体的には、施設職員向けの看取りの勉強会を開催したり、当院の認定看護師が施設看護師をサポートしたりしている。看取りの場として、自宅、施設、病院、それぞれに良さがあり、限界もある。そこを見極めながら、適切なタイミングで療養場所を選択してゆくことが必要だと考えている。

3. 診療所による在宅医療のバックアップ

今年度からトライアルに始めている実践である。主治医に最後まで診てもらいたいと患者や家族が期待していても、医師が高齢であると24時間体制で看取りに備えるというわけにはいかないことが多い。また、育児中の女性医師も対応が難しいとの声があった。

そこで、診療所が診ている在宅患者や配置医をしている特別養護老人ホームの入所者について、当院から退院した患者であって看取りが近いと考えられる患者に限って、夜間や休日等の緊急往診のサポートを行っている。これにより、地域包括ケアシステムの受け皿が向上し、当院への搬送件数も減らしてゆける可能性があると考えている。

Ⅳ. おわりに

今後、地域包括ケアシステムを推進させることの必要性は明らかだ。そして、本稿で紹介したように、急性期病院にも役割がある。ただし、注意すべきこともある。それは、急性期病院による活発な介入が、生活を病院化する「トロイの木馬」になりかねないという問題である。

持ち込まれた専門性は、生活におけるストレスを増加させ、それにより医療への依存を高め、家計と余暇を奪い、不健康を再生産してゆくかもしれない。



写真 入院中にADLの低下を認めた高齢女性について、一時外出させて自宅で歩行確認する研修医

そして、せっかく高齢者が退院できたというのに、自宅や施設にいながら入院させられるという矛盾した状態へと落ち込むことすら危惧される。

医療が生活に入り込んでゆく時代にあっては、尊厳ある生き方についての社会的議論が、より重要になってくるだろう。「老衰による死」への理解もなく、どこまで治療するのか判断を保留したまま、在宅での医療を活性化させてしまえば、高齢者の尊厳は遠のくばかりだ。

すなわち、高齢者自身の視点で医療の内容を検討し、自律した生活のなかで豊かに老いることができるように支援すること。人生の最終段階における医療について自らの死生観に基づき判断できるように支援すること。そして、その判断については、個性が尊重されながらも、地域全体での倫理的な合意事項へと高められてゆくこと。こうした議論が活発に交わされることを前提として、病院と地域包括ケアシステムとの連携が、その実効性を高めてゆくものと期待したい。

引用文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）
- 2) Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al.: Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, *Lancet*, 9, 2012
- 3) Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, et al.: Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age, *J Am Geriatr Soc.*, 51 (4), 451-458, 2003