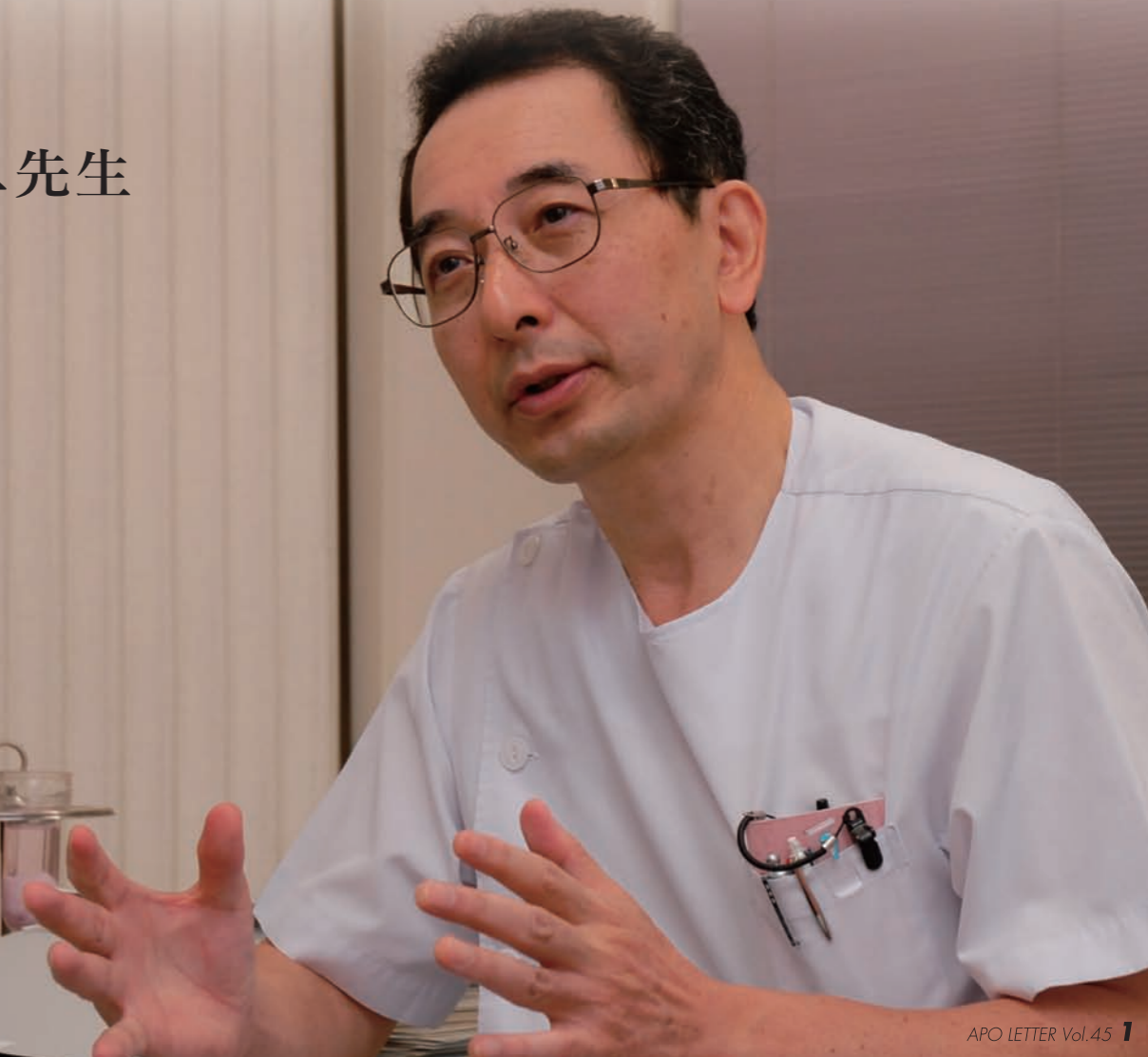


地域医療における活動、連携について

地域医療において、医療従事者は常に地域住民全体の健康面での安心、安全、満足を考えながら医療活動を行うことが求められていると思います。ただこうした活動は一医療機関が単独で担うのではなく、地域の他の医療機関、保健行政組織、介護保険サービス事業者、住民組織等で協力してすすめていくことが大切なのではないでしょうか。そのことから、地域医療とは、医療を通じて、医療従事者と他の異なった職種の方や地域住民とが手を取り合って健全な地域社会を築いていくことをめざす活動だと思います。そこで今回の対談では、地域に根ざした医療を展開されている、やなぎ医院院長 柳 純二先生に地域医療における活動、連携についてお話を伺いました。



やなぎ医院院長
柳 純二先生



地域医療における役割、地域に根ざした医療の展開と連携のあり方

当医院の理念は「まずは患者ありき」をいつも原点において医療を行う。『医療スタッフは、患者様を自分に合わせるのではなく、患者様に自分を合わせることを心掛ける。(患者様のニーズが何かを常に鋭敏に察知し、それに迅速に対応する。)、』医療スタッフは、患者様の喜びを自分の喜びとする。』であり、常に患者様中心の医療を展開することです。平成2年5月14日にこの地に医院を開院したのですが、もうかれこれ20年近くになるという事ですね。通常の診療は外来診療中心ですが、在宅看取りを含む在宅訪問診療、私が運営している身体障害者福祉施設の障害者の方の診療、介護保険施設に入所中の方の診療、その他小学校の校医、保育園の園医、予防接種や健康診断等、プライマリケア医が行う医療行為はほとんど行っています。当院に来院される患者様の年齢層は小児から高齢者の方まで幅広く、

傷病内容も軽い風邪や胃腸炎、高血圧症や糖尿病といった生活習慣病、変形性の膝関節症や腰痛症など様々です。私は内科医ですが時には軽い外傷の方の縫合処置を行う事もあります。今、患者様にとって最も望ましい医療を求めようとするなら、それは一医療機関だけではなし得ない時代であると私は考えています。私達、一次医療を行っているプライマリケア医は、二次医療機関、三次医療機関と連携する大きなシステムの中で医療を展開して行く事が大切です。それぞれの立場の医療機関が、それぞれの機能を十分に果たした上で、自身の医療機関の限界を知ることと大事なことだと思っています。一次医療機関が、二次、三次医療機関で行う医療を行おうとしても限界が出てくるでしょうし、逆に二次、三次医療機関が一次医療機関のような医療を行おうとしても、これにも無理があつて充分にはできないと思います。それぞれの立場の医療機関が自身の立場の仕事を確実にに行い、お互いに足りないところを補い合つてこそ、大きな医療連携システムが十分に機能し、そこで初めて、住民の方に本当に満足して頂ける地域医療体制が実現

できるものと考えます。幸いな事に、この地域は郡部ではありますが医療資源には比較的恵まれていて、二次、三次医療機関は豊富に整備され、重症患者様の紹介もスムーズにできるといっても恵まれた医療環境にあります。

プライマリケア医^{*1}として求められること

前述しましたような大きな医療システムの中で、患者様の普段の生活の場が一番近いところにいる私たちプライマリケア医に求められることは、次の2点に集約されると思います。
1点目はスクリーニング^{*2}機能、これはいわゆる重症の患者様を見逃さないで、迅速に次の医療機関に紹介することです。2点目は在宅ケアです。プライマリケア医として在宅でのケア、とくにご自宅での看取りを勧めていくべきだと考えています。

他の医療機関との連携に求められるスクリーニング

日常診療の中心である生活習慣病や、感冒、胃腸炎などの比較的軽症の疾患の中にまぎれている重症疾患をいかに迅速に正確に選別して、次の医療機関に紹介するかというのは、プライマリケア医としての技量が最も問われる部分です。来院された患者様に明らかに重症感がある場合には、診察することは少ないと思います。しかし中には元気に自転車や来院されているのに実は心筋梗塞であったり、軽い頭重感程度なのにクモ膜下出血を起されていたり、いつもより少し食欲が無いくらいだけと重症肺炎になつておられたり、一見重症感が無く、症状が典型的でない方も数多く来院されます。医療者の先入観で重症疾患の発見が遅れるようなことがあれば、患者様に後遺症が残ったり、場合によっては生命に関わることもあり得ます。このようなことが決して起こらないようにしていかに診察することはもちろんですが、同時に最新医学の知識を吸収し医療者としての技能を高

地域医療連携でそれぞれの機能を果たし、自分の医療機関の限界を知る。

*1:プライマリケア医とは、常に患者様の身近に居て、患者様が最初に接する医師。社会的医療資源を活用し全人的、全科的医療を行う。必要であれば随時専門医に紹介する立場。
*2:スクリーニングとは、選別すること。数多くの軽症の患者様のなかから、重症の患者様を選別することの意味で使用。次々項では、感染症の患者様を選別する意味でも使用。

Special Interview



一般の患者から隔離できる処置室



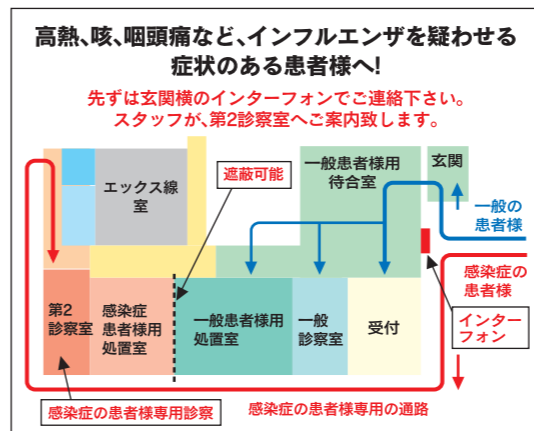
感染症専門の診察室

める事が最大の課題であり責務であると認識しています。そのために私は可能な限りいろいろな研修会や講演会に出席するようにしています。また二次医療機関等に紹介をした患者様を訪問し入院先の担当医師より現在の病状や治療内容を確認するよう心がけています。

院内感染症対策の中でのスクリーニング

私は数年前より来るべき新型インフルエンザへの対応を憂慮しておりました。新型インフルエンザと言っても今流行しているブタインフルエンザではなく、高毒性のH5N1鳥インフルエンザを想定したものです。このような場合には、何よりも待合室などの院内感染を防ぐ事が最も重要なことだと以前から考えておりました。そこで昨年、当院における

院内感染症対策を考え実行しました。その内容は、医院の一部を改装し感染症専用の第2診察室を作り、合わせて処置室も一部を完全隔離できるようにするというものです。一般の患者様と隔離できる事により、感染症の患者様の点滴等の治療・処置を院内で行うことも可能となりました。また、第2診察室に向かうときは、一般の患者様とは全く別の



■ ■ ■

ルートを通じて行けるよう外構のアプローチを整備し、動線を完全に分離できるように構造にしました。今、ブタインフルエンザが流行していますが、当院では現在、疑わしい症状のある方が来院された場合、一般外来入り口に設置している案内板に掲示している事にご協力頂いています。掲示の内容は「先ず入り口のインターフォンで来院をお知らせ下さい。後はスタッフがご案内します。」といった内容です。簡単な表示なので患者様にもご理解頂き易く、とてもスムーズに第2診察室へお連れする事ができています。これは患者様にとっても非常に有益なことだと思いますし、私たち医療者もストレスなく診療ができるので、この度の改装を行つてとても良かったと実感しております。



簡易型の呼び出し

また院内感染症対策としては当院だけではなく、調剤薬局の皆様にもご協力を頂いております。ブタインフルエンザの方または疑いの方の場合は、まずご本人に処方箋を調剤薬局にファックスして良いかどうかの確認をし、了解が得られたら、診療を終えた患者様の待機場所や、お車で来院の場合は車種、色、車両ナンバーを記入した処方箋を調剤薬局にファックスします。そして準備できた薬を薬剤師さんが、待機場所や車に向いて処方や指導をしてもらうというところを行っています。簡易型の呼出し

ただ、今流行しているブタインフルエンザにつきましても今の状態で対応できるとは思いますが、今後、高毒性のH5N1の鳥インフルエンザ(本当の意味の新型インフルエンザ)が蔓延してきた場合は、第2診察室だけで診療するのは厳しいと思っております。そのときには駐車場を改造してドライブスルー方式の感染診療、外にテントを設営しテントの中で診療を行うという形をとらないといけないのではないかと考えております。

なぜ広まらない、在宅ケア

「一般の皆様には「あなたはどこで人生の最期を迎えたいですか?」と尋ねますと、7〜8割の方が「自分の家で。」と答えます。ところが実際にそれが実現できる方は1〜2割しかいらっしゃいません。圧倒的に急性期病院で最期を迎えられる方が多いのが現状です。その最も大きな理由は、患者様ご本人、ご家族、あるいは医療者も、まだ在宅医療というものをよくご存知無い点にあるようです。それともうひとつの大きな理由は、緩和ケアに向かうギヤチェンジが必要である状況にも関わらず、ご本人、ご家族にその心の準備が出来ていないこともあります。また別の視点から言うと患者様のお立場での介護力の問題があります。在宅ケアを継続して行うにはお元氣な介護者が15人以上欲しいところなんです。しかし介護力の問題については、現在介護保険サービス事業もかなり充実してきており、訪問看護師さんを中心としたいろいろな在宅介護サービスをj受ける事ができるようになっています。ですから介護力のないご家族でも何とか在宅ケアができるような状態になつてきているというのも実状なのです。

当院における在宅ケアの現状

現在、私が担当している在宅の患者様は20名ほどで、その中には約5名の癌末期の方、重度の神経難病の方、重度の肺疾患、心臓疾患などで寝たきりの方々が含まれます。

在宅でどこまでの医療が可能なのかということを知って頂くことが重要だと思います。例えば癌末期の患者様で、食事がまったく入らず、呼吸の状態も悪く、癌の痛みがかなり強い状態とします。そのような患者様を在宅で診るとい

自分の家には何にも代えがたい癒の力がある。



ことは今まででは考えられなかったことでしょう。今在宅でどのようにしているのかといいますと、栄養や水分に関しては中心静脈栄養といまして、心臓に近い血管に管を入れて24時間持続ポンプを使う方法で補給しています。痛みについては、おなかの皮下に針を刺して固定しモルヒネを持続皮下注射することににより、痛みはコントロールができています。呼吸状態も悪いので、酸素濃縮器による在宅酸素療法をおこなっており、これ

により息苦しさも改善しています。その他、症状に合わせて色んな対応をいたします。私たちが在宅医だけではなく、訪問看護師、理学療法士、言語聴覚士、ケアマネジャー、ホームヘルパー、ボランティア、医療機器の業者の方々が協力し、また調剤薬局の薬剤師さんにも服薬の指導をしていただいていますので、在宅でもかなり質の高い医療、ケアが提供できていると思えます。このようなさまざまな方法を駆使することにより、重症の

※3:ギヤチェンジとは、癌末期などで根治治療が困難となったときに、手術や抗がん剤などの根治を目指す医療から、後述する緩和ケア(痛みなどの症状を緩和する医療を含めた対応)に方針を変更するという意味で、近頃医療の世界で使われることが多くなっている言葉です。



緩和ケアは患者さん中心の 全人対応。

「ご自分の家には
癒しの力がある」

私は、ご自分の家には、その患者様にとって何にも変えがたい癒しの力があるのだらうと感じることがよくあります。病院から家に戻られた方は、まず表情が変わられます。また鎮痛剤の量が変わることもあります。私の経験した中では入院されていたときからすると3分の1までモルヒネの量が減った患者様もいらっしゃいました。痛みというのはそれだけ精神面、スピリチュアルな面の影響が大きいのでしょうか。ご家族がいつもそばにおられるというのが一番大きいかもしれません。徐々に患者様の表情も明るくなり、笑顔も見られるようになります。

死を目前にしたとき、自分の人生の最期の大事な時間をどのようにして過ごすか、このことを皆さんにしっかりと考えていただきたいと思えます。痛に限らず、各種の重度の病気の方も病院で亡くなられることが多いのですが、私は人生の最期の貴重な時間をできるだけ自宅で過ごしていただきたいと思っております。少しでもそのお手伝いができればと願っております。「まずは患者様ありき」

施設も在宅ケアの発想で

私は身体障害者施設を運営しており、重度の身体障害者の方の医療もおこなっております。今の身体障害者施設には、以前と違い医療度の高い重症の患者様が数多く入所されています。今の医療制度上、病院での長期間の入院が困難となっておりますので、そのしわ寄せがいろいろな福祉施設にも来ています。以前であれば病院で診ていただいていたと思われるような重症の方でも、障害者施設に移っていられています。気管切開をしている方、人工呼吸器をつけていらっしゃる方、胃ろうの方もたくさんおられます。施設の医療依存の度合いも以前に比べて益々高くなっており看護スタッフの充実も必要になってきています。施設の障害者の方々はもともと免疫力が弱く、基礎疾患をお持ちの方が多く、よく感染症や脳血管疾患などの急性期の病気がかかります。幸い、私のところでは

精神が医療の常識として浸透していくことを願っています。

最後に： 地域医療において、 調剤薬局の方々へ求めること

今後、医療制度や住民の意識の変化によりプライマリーケアに必要な医療内容も変わっていくかもしれませんが、私は今回お話しした2つのポイントを抑えながら住民の皆様にも近い医療者としてプライマリーケア医を続けていきたいと思えます。

最後になりましたが、そうこう薬局さんには日頃より患者様への応対に心を配って頂き、また麻薬や難しい薬の処方数を多く行っているにも関わらずきちんと対応して頂き、大変ありがたく思っております。今後感染症がさらに流行すると、これまで以上に院内感染対策を含めてご協力をお願いすることと思えます。また緩和ケアをおこなうには薬局の皆様にも夜間や休日にも急なお願いをすることもあり得ますので、今後ともよろしく願います。

病末期の患者様でも在宅で最後まで看取ることが可能になります。しかし在宅医療に限界があるのも事実です。重症肺炎の合併や、急性の腸閉塞や、心タンポナーデ(心臓の回りに水が溜まって緊急に水を抜かねばならない状況)、など在宅での治療や処置が容易では無く、症状を改善させることが困難な場合もあります。そのような場合にはご本人やご家族とよく話し合い、場合によっては一旦入院して必要な治療を行い、その

急性症状が治まってから再度在宅に戻るといっても行います。しかし状況によつては、たとえ入院治療を行つても症状の回復が見込めないこともあります。そのようなときには、そのまま在宅でできる限りの症状の緩和に努めながら最期まで過ごして頂くこともあります。私は、病状をありのままお話しして、ご本人やご家族の意向に沿つて方針を決めています。

二次医療機関との連携がうまくできていて、必要なときにはいつでも入院治療を受入れていただける環境にありますので、大変心強く思います。今は、入院中の障害者の方の病状が悪化したときには、病院で最期まで診てもらおうということが殆どです。しかし施設入所の障害者の方にとつて施設は第2の家でもありますので、今後、急変された場合には、もしご本人やご家族がご希望されるなら施設での看取りも積極的に行つていこうと考えています。

緩和ケア精神の浸透に期待

緩和ケアについて、今後医療従事者は大きなキーワードとして捉えてもらいたいと思つています。緩和ケアというのは患者様中心の全人的対応です。WHOの定義では「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防

と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである」とされています。即ち、医療だけではなく、社会的あらゆる手段を尽くして対応している立場であつても、緩和ケアの精神は全ての医療者にとつて必要なものであり、どこかで必ず役に立つと思えますので、ぜひ医療者が早いうちにこの精神を習得していただきたいと思つています。緩和ケアはいろんな医療現場で行われますが、基本は在宅にあると私は思っています。子供や孫や多くの家族に囲まれて慣れ親しんだ自宅で過ごすことの重要性を出来るだけ多くの人に知っていただきたいのです。皆様が実際に在宅での看取りを経験をされますと、それがいかに素晴らしいかを実感できると思えます。在宅看取りは、ご本人にとつても大変望ましいことですが、残されたご家族、特に小さな子供さんたちにとつても、それぞれの人生において何にも変えがたい貴重な体験となります。

余命が数ヶ月とわかつた時点で、そのまま急性期の病院で十分な余命の告知を受けなくて治療をうけながら最期を迎えるか、もう一方ではきちんと余命の

告知をうけて、在宅ケア、緩和ケアに切り替え自分のやり残したことをやりながら最期を迎えるか、この二者の選択があると思えます。現実には前者が多いです、しかし私は後者をお勧めしています。患者様には酷なようですが、私は「あなたの余命は長くありません。あと2〜3ヶ月です。」等と厳しいことをお伝えするケースもあります。ご家族はそのようなことは言わないでほしいとおっしゃることもありますが、本当のことを知らないで人生の最期をどのように過ごすのか・・・、貴重な時間とわからないまま過ごすのか・・・どちらを選択するか、それはご本人自身に考えていただきたいと思えます。近頃は、病院でも緩和ケア病棟や、緩和ケアチームが設置され、緩和ケアに特化した医療が展開されるようになり大変望ましいことだと思えます。患者様にとつては様々な事情で在宅医療が困難な方もたくさんおられます。急性期病棟での療養、緩和ケア病棟での療養、在宅ケアでの療養など色々な選択肢があることは患者様にとつて、大変良いことだと思えます。そして将来、どの立場の医療者にも、緩和ケア

ご家族にとつても貴重な人生経験となる。