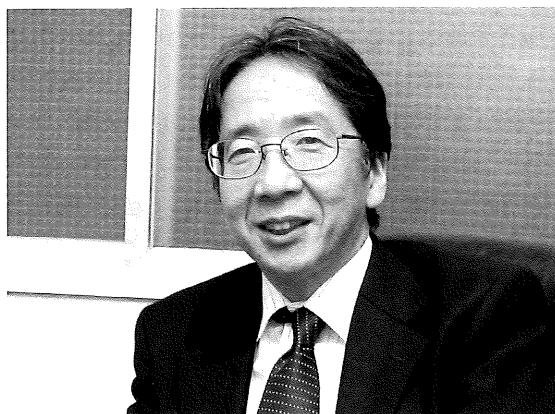


ミッション・ビジョン・ゴールの 明確化が「在宅医療」では不可欠

医療法人社団至高会
たかせクリニック 院長 高瀬義昌

高齢者の4人に1人が認知症になるといわれる中、そのサポートをする医療機関や地域の体制などは十分とはいえない。そのような中、在宅で認知症患者を中心に診てこられた、たかせクリニック院長の高瀬義昌氏に、認知症患者を在宅で支えるためのポイントをうかがった。



多様な患者の「生」を理解し 最後まで寄り添うこと

——高瀬先生は、これまで在宅医療、それも認知症患者を中心に診てこられたわけですが。

高瀬 在宅医療をやってみてわかったことは、患者さんはお薬をきちっと飲むことが、意外にできていない。病院に来ると「はい、飲んでいます」と患者さんたちは言いますが、実際は飲んでいないことが多い。加えて「飲んでいないはずなのに、どうも効かない」と、医師は判断して、どんどん薬が増えてしまう。つまり、症状と服薬の最適点を探ることが重要になります。

その一方で、いわゆるコモンディゼーズといって、よくある病気を早く見つけたり、兆しがあった時に早期発見して、早期治療なり、あるいはもう少し前倒しで予防ということを考える。どういう病気で寝たきりになるかといえば、やはり脳卒中疾患や肺炎、認知症、あとは骨折です。これらは複合的に絡んでいて、認知機能が落ちてくると、認知機能だけでなく注意機能も落ちるので骨折のリスクも高くなります。

そういう中で、在宅医療をやるときには、何がゴールで、何がビジョンで、何がミッションなのかを明確にしておくことが非常に大事になります。それが不明確なままに、請われるままに漫然と行って帰ってくる

ということだと、今は医療機関も選ばれる時代なので、やがては患者さんから支持されなくなると思います。

——やりがいや達成感などにもつながりますね。

高瀬 多くの場合は、それぞれの患者さんの人生を、うまく終末期を迎えられるように、いろいろな多様性に合わせて寄り添うようにする。単に寄り添うのではなく、できるだけ寝たきを予防する、今ある残存機能を生かすというようなところを明確にしていく。それがミッションとなります。

最後のゴールは、看取りのところまでご家族とご本人と、時間と場所を共有する。それも漫然とではなく、死の重さを言う人は多いのですが、実は生きることが大変で、そのことをよくわかったうえで寄り添う。たぶんそれがゴールだろうと思います。そこに在宅医として、人の生死に関われる喜びがあります。それは外来中心の診療所とは一線を画すところです。

そのゴールに至る方策を、あえてビジョンという言葉をするならば、ビジョンは、たとえば、ある疾病を早期発見、予防しながら、できるだけ寝たきを予防する。あるいは、意外にお金のまつわるエトセトラがでてきます。そこを上手にやっていくためには、患者さんなり、利用者さんの社会的な背景、経済的な背景、心理的な背景をきちっとわかったうえで、ご希望されているような形を見極めてうまく配分していく、

等々が必要になるわけです。

そういう能力を、私は包括してソーシャルソリューションと言います。その社会的なソリューションに持っていくような意識を絶えず、初めて訪問したときから、持つようになっています。すぐには情報は集まりませんので、だいたい月2回の訪問で、繰り返し行くことによって、そういう情報を上手に集めます。いきなりお金の話をしても失礼なので、そこはやはりタイミングを見て、うまく心の壁にふっと入っていくということに気をつけていく。特に在宅療養支援診療所は24時間、365日となれば、本当の意味でかかりつけにならざるを得ません。そういう意味では、やりがいもありますし、大変なところでもあります。

認知症をキーワードに 幅広い多職種協働が必要な時代に

——認知症の患者さんを在宅で見る場合、どこまでなら可能なのでしょう。

高瀬 家族の介護力次第です。ありとあらゆる状況で、どうしても家族に対して暴力を振るうとか、暴言などがあまりにもエスカレートしてしまう等があれば、一時的にどこかに入院していただくことはあり得ますが、ある程度コントロールできて、ご家族の介護力があれば在宅で看ることはできます。

——その場合、在宅医のほかに必要なのは。

高瀬 訪問看護師です。特に精神訪問看護という、精神に慣れている人がいるかどうかで全く、その対応が違ってきます。私の知り合いの看護師さんは、否応なく結構重い認知症患者さんを看ざるを得なくなって、結果、相当できる人たちになってしまいました。

——なるほど。現場で鍛えられたということですね。

高瀬 そうです。だから、ある意味では地域の看護力や介護力は上がっていると思います。

認知症についての講演会を、看護師、薬剤師向けだったり、一般の人向けだったりしますが、年に50回ぐらいは行っています。ほかにも、認知症サポート医となっていますので、認知症の対応力向上研修のような企画を医師向けに行っています。この蒲田地区だけでなく、大森地区、田園調布地区も含めて、地域みんなで認知

I. 在宅医療のミッション

- ⇒ 多様な終末期の過ごし方について患者・家族のサポーターとなる。
(健康かに生き 安らかに逝くために……)

II. 在宅医療のビジョン

- ⇒ “よくある病気”を生活の場でみつけ、患者をサポートする。
(既往症、生活スタイル) 必要に応じ専門医療機関を紹介。
- ⇒ 専門医の診断・治療のメドがつけば、在宅療養支援を再開する。

医療コンシェルジュ

そのために単なる医療技術だけではなく、

- ①患者をささえる医療・介護システムや、患者の病状や社会状況にふさわしい医療・介護の“ネットワーク”について習熟している必要あり。
- ②患者家族の意見を上手にまとめあげていく能力をもつ必要あり。
- ③患者・家族の身体面だけではなく心理的・社会的背景を少しずつ理解してゆける能力をもつ必要あり。
- ④常に患者側に立って(場合によっては家族も考慮しつつ)「社会的ソリューション」を意識している必要あり。
- ⑤よい意味で腰が軽くなければならない。“フットワーク”

III. 在宅医療のゴール

- ⇒ “生の重さ”“死の重さ”を考えながら感じながら「医療と介護のフロント・ライン」に立っているという意識を患者・家族と共有する。
“チームワーク”がすべて!

症に対する対応力を底上げすることが大事です。

——認知症の在宅医療に必要なこととして、始めにミッション、ビジョン、ゴールのお話がありました。そして今は家族の介護力と訪問看護師等のコメディカルをあげられましたが、そのほかには。

高瀬 地域包括支援センターが窓口となることが多いので、そことの連携も必要です。ほかには、やはり資産家の人や会社を経営されている人の認知症の問題は、違う意味で深刻になります。

——経済的な問題が絡んでくるわけですね。

高瀬 そうすると、税理士、司法書士、弁護士などに頼まなければいけないケースも出てきます。そういう意味では、認知症をキーワードに、トータルで多職種協働の時代に本格的になったと思います。

——よく言う多職種協働は、医療関係者の多職種協働ですが、この場合はもっと広いですね。

高瀬 もっと広いです。社会的ソリューションを持っていなければならないというのは、そういう意味です。多彩なプロフェッションのバックグラウンドがないと、やはりだめだと思います。そういう意味では、今

までの医者イメージとはだいぶ趣きが異なるし、ある意味、水先案内人のような部分もある。最初に患者さんのところに行かざるを得ないわけですから。

ですから、このような在宅医療を数多く実践してくると、時代がどう変わっていくか、どういうネットワークを作らなければならないか、どういうチームを作らなければならないかが、皮膚感覚でわかってきます。ある意味では、時代のセンサーだといえると思います。

在宅医療を可能にする「家族療法」

——高瀬先生の在宅医療の特徴として、家族療法をベースにしているということがありますが、家族療法というのはどういうものでしょうか。

高瀬 家族の中の精神的な力がプラスの螺旋で上がっている場合もあれば、マイナスの螺旋のときもある。その家族のさまざまなマイナス要因が、子供とかお年寄りなどの弱い人たちに諸問題となって出てきます。われわれの仕事は、身体面でも精神、心理面でも、もし下向きのループがあるなら、それがなぜ下向きになったのかを探ることが必要なのです。それは患者さんだけを見てはわからないわけです。

たとえば、白血病の子供を在宅医療にしようという

時に、夫婦で喧嘩をしていると、掃除がうまくできないから不潔になってしまう。すると、だいたい免疫療法をやっているから、ちょっとでも不潔だと感染を起こして、また病院に戻ってしまう。在宅医療を継続するためには夫婦仲がよくなければいけないわけです。一方で医療者側もある種の家族のようなもので、医者、あるいは医者と看護師など、その医療者側の関係も仲良くなければならない。家族の側のループと医療を提供する、あるいは介護を提供する側のループがうまく回っている時に、調和が生まれて、結果、プロダクトとして、白血病の子供の在宅医療が継続できるようになる。家族療法というのは、患者さんのご家族を含めて心理的にアプローチしていく療法で、家族全体の関係にまで目を配り、悪い要因を取り除くように根気よくコミュニケーションを取り、改善を図るようにするのです。

——患者さんは一義的には施設より在宅にいたほうがいいわけですね。

高瀬 QOLだってもちろん在宅のほうがいいわけですね。医療費や介護費用の適正利用という面からもいい。厚労省に言われるまでもなく、医療費のカットではなく、最適利用となります。そういう税金の使われ方とか保険費用の使われ方だったら、みなさんも納得されるのではないかと思います。

——ただ、そこには家族の介護力がなければだめだということですね。

高瀬 はい。あとはチームマネジメントです。

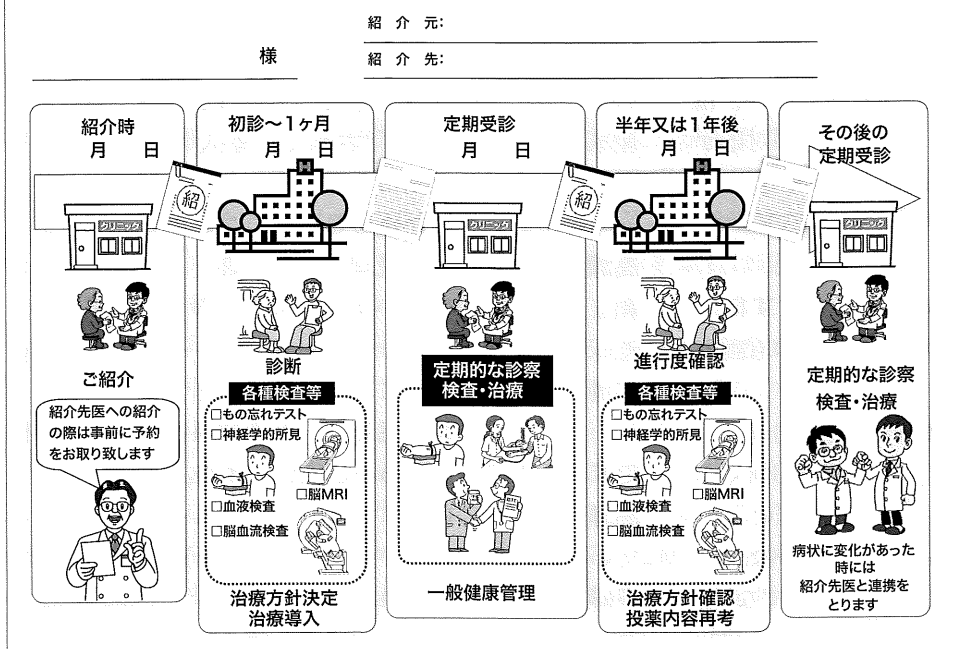
——マネジメント役を担うのは基本的には医師になるのですか。

高瀬 そこはアメリカだったら家族療法家などコメディカルがやっているようです。医者はむしろ素材であり、チームのメンバーです。それを実現するのはなかなか難しいわけですが。

——ケアマネジャーは成り得るのですか。

高瀬 ケアマネがなってく

大田区認知症連携パス（医療従事者用）



出所：蒲田医師会

れると理想的なのですが、あまり医療に詳しくないケアマネだと、ちょっと難しい。世事に長けていなければならぬという側面もあります。ただ、医者がその役割も担うとなると、それこそスーパーマンでなければならなくなります。

——そのチーム構成の大事な要素に訪問看護ステーションがあります。いくつかと連携しているのですか。

高瀬 今、お付き合いしているのは8カ所ぐらいです。これまでの在宅医療では、医者が全部を自前で抱えていたところが多かったわけですが、他とコラボレーションしたほうが、地域の介護力が上がるのでよいのではないかと考えていて、そこはこれまでの先生方と少し違うところ。どちらのスタイルがいいということではありません。

——よくいわれるのは、気心が通じていないと連携がうまくいかないとか、連絡がどうしてもワンテンポ遅くなることもあるようですが。

高瀬 もちろん、そういう面はあります。ただ、人事管理、経営管理などのコストのことを考えると、また向き不向きもあります。私の場合は、多少苦勞していても、いい信頼関係を、別の経営形態のところでお願ひするほうがいいと思っています。

周辺症状が出てきたときに 医療者としてどう関わるかが重要

——認知症を見つけるのは、早ければ早いほどいいわけですが、進行がとどまるケースもあるそうですね。

高瀬 認知症という病気の特徴かもしれませんが、薬とケアがうまくマッチングしたときは、「こんなによくくなるの?」と、びっくりするぐらい暮らしやすくなる場合があります。

こういう体験をしていくとやる気が出てきますよね。ケアワーカーとして一緒に介護施設で働いている人たちが、目の色を変えて一生懸命勉強を始めます。それがわれわれ医師だけではなく、看護師、コメディカルなど、介護のスタッフたちにも波及して全体的に一緒に螺旋を上がっていくような、そういう仕掛けを、私たちが理解してつくっていくことが大事ですね。

——診療所の医師なども、そのような体験をすれば、また変わってくるのでしょうか。

高瀬 どんどん変わってくると思います。

大田区では今、認知症の連携パスというのを作って認知症に対する取り組みを積極的に進めています。医療者用と患者さん用のパスから専門施設とかかりつけ医間の相互の紹介状をそろえています。紹介状は該当箇所にチェックすれば、難しいことを書かなくてもいいようになっています。患者さんにも、かかりつけの先生たちにもわかりやすくすることに注意しました。

——新たに在宅医療で開業しようとする人たちは、どういうことに気をつければよいでしょうか。

高瀬 本人の尊厳が保たれている間は、そこそこ大丈夫なのですが、周辺症状が出てきたときに医療者としてどう関わるか、そのプログラムを持っているかが重要です。

われわれは認知症を通して、いろいろ勉強させられます。どうしても、ほかの病気に比べると合併症が多いようです。誤嚥、脳卒中はもちろんのこと、高血圧などの生活習慣病はそれ自体が多いですから、必然的に合併しているケースが多い。骨折もやはり認知症の人が多い。それが重なってきたときに、できるだけシンプルなソリューションモデルを持っていることが大事になります。そこでは、ミッション、ビジョン、ゴールをしっかり持っていないと、何をやっているかわからなくなってしまう。

私たちは施設で患者さんをお世話することも多いのですが、ご家族や施設の経営者、施設で働く人たち、みんなが望んでいることは、実はそんなに違っていません。そこをきちんとわかってアプローチしていくことが必要であり、それを理解した医療従事者が増えれば増えるほど、日本もそんなにお金をかけなくても、ハイクオリティーの医療が提供できるようになると確信しています。(平成23年2月22日/本誌編集部 柿崎法夫) ㊦

Profile 高瀬義昌(たかせ・よしまさ)

1956年兵庫県生まれ。1984年信州大学医学部卒業。麻酔科、小児科研修を経て以来、包括的医療・日本風の家庭医学・家族療法を模索する中、民間病院小児科部長、民間病院院長などを経験。2004年東京都大田区に在宅を中心とした医院を開業。認知症などの画像解析、社会ソリューションを学ぶため東京医大茨城医療センターで週1回外来診療をおこなっている。

たかせクリニック

〒146-0092 東京都大田区下丸子1-16-6

TEL.03-5732-2525 <http://www.takase-cl.org>