

多摩市医師会の挑戦!

地域医療の先進モデルを目指して

10月4日、バルテノン多摩(東京都多摩市)で第3回

「在宅ひとり死 準備セミナー」が開催されました。安心して最期を迎えるには「介護・看護・医療」の連携が不可欠です。

今回のゲストの一人、田村豊さんは多摩市医師会長として、また在宅医療に実績のある医療法人の理事長として、その課題にどう取り組んでいるのでしょうか。当日の田村さんの講演を中心に紹介します。



田村 豊 (たむら・ゆたか)
京都大学法学部を卒業後、人の役に立つ仕事がしたいと改めて医者を目指す。現在、一般社団法人多摩市医師会会長、医療法人社団めぐみ会理事長。

理想的な医療とは

医療は患者さんのためにするはずなのですが、「そうした原則が適えられているのか」という反省を込めて話を始めたいと思います。

患者さんがこういう医療を受けたら、こういう医療は受けたくない、その思いがしっかり適うこと。患者さんが主人公として、好きなように、好きな時に医療を受けられる。そうした社会が理想です。

髪の毛を切りに床屋に行くとしたら、床屋のオヤジさんが「どんな髪型にするか、私に一任してくれないと切らないよ」と言ったら、そんな床屋へ行くはいいですね。でも医療の世界って、それに近いものがありました。今もなくなっているわけではありません。「在宅ひとり死」というテーマも、その人はどんな医療サービスを受けたいのか、その人の意思を汲み取り、それがちゃんと生かされているのかどうか、という問題につながっているのではないのでしょうか。

どんな医療サービスを受けたいのか。一般的な言い方をすれば質の高い医療、これは説明の必要がありませんね。きちんと参加してもらわなければならない。多摩市医師会では今、市民や行政も加わった広い意味でのサービスの供給体制作りに取り組んでいます。いわゆる「地域包括ケア」を構築するために動き出したところです。

課題はいろいろありますが、まずは「24時間体制*1の構築」です。多摩市の特徴は在宅医療

とした内容の医療をどんな期間で、あるいは必要な時にちゃんと受けられる。つまり、希望通りに医療サービスを受けられないこと。なぜ、その通りにならないのでしょうか。

希望通りにいかない理由

2つ原因があると思うんです。1つは、提供される医療の内容は、医者の判断で、医者の裁量で決めるものだと考えられていること。患者さんが「こうしたい、ああしたい」と言っても、その通りにやっていたのでは、これは医療ではない。私が医学生時代の時からそういう考え方をしたし、今でもあります。適正な医療という場合、患者さんが「あれをしてください」と言ったから、「この検査を、この治療をしました」というのはタブーなんです。医者が患者さんの状態を診て、この人にとってこれが必要だと判断して、初めて適正な医療行為と認められるわけです。

それからマンパワーとインフラの問題があります。マンパワーとは医者の数が足りないということ。インフラというのは、医療設備のことを指しています。

を担う、2つの大きな医療機関があること。1つは天翁会、もう1つが私のところ、めぐみ会です。それぞれ700〜800人、あるいは200〜300人という患者さんを診ています。その数は、おそらく市の在宅医療の3分の2近くに該当する。しかも組織内で自己完結的に体制を整えています。そういう意味では完全とは言えないまでも、ましなほうかもしれません。でも一般的には、医者の取り組みが最も遅れています。

例えば診療所に行き、「ちょっと頭が痛いので、MRIを撮ってください」と言われても、そういう人すべてに、そういう検査をしていたら、とてもまかないきれない。第一、大病院ではないから設備がありません。だから、医者が医者の責任として、そういう治療や検査が必要なら患者さんのかどうかを見分ける必要がある、というわけです。

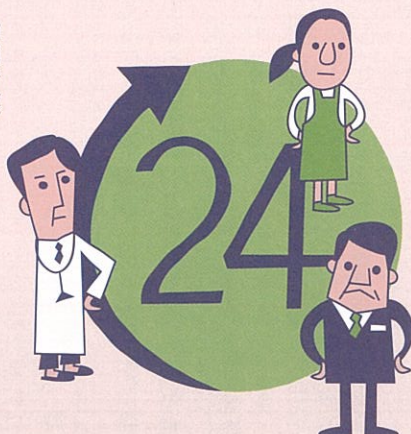
必要な時間、時期にその医療サービスを受けたい。これはとても大事なことです。患者さんの望みとして、僕は真つ当だと思いません。体の具合が悪くなる。急に苦しくなったりする。これは時期や時間を選びません。しかし、現段階はそれに応える体制が十分ではない。

診療所を含めて病院というのは、普通診察時間が決まっています。では時間外はどうするか、あるいは病院まで来られない人はどうするか。本場に緊急の必要性があれば訪問するしかない。でも、そのためのマンパワー、すなわち医者や看護師、そういう社会資源が足りていないわけです。都会でも、まだ医者は売り手市場なのです。ましてや地方はなおのこと医者不足です。やはりある程度、競争がな

訪問看護は非常に頑張っている訪問看護ステーションもあれば、「オンコール*2」はやりません」というところもあります。介護サービス事業者も、制度としては24時間訪問介護を標榜していますが、積極的に取り組んでいるところは少数かもしれません。自己採点すると、24時間体制の構築はまだ未熟です。

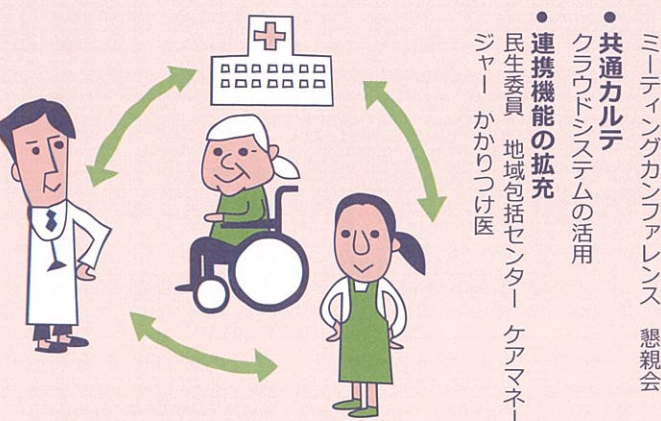
2つ目は「医療従事者間の連携不足」。その解消のためには顔の見える関係作りが大事で

課題1 在宅対応の24時間サービス体制をどう構築していくか



- 訪問看護
ステーションによって温度差があり、取り組みが異なる
- 介護事業者
積極的に取り組んでいるところは少数
- 医師
24時間在宅医療のニーズを継続して支えていくには、マンパワーが圧倒的に不足

課題2 医療従事者間の連携をよりスムーズにするためには……



課題3 市民のための情報開示



- 行政の広報活動も必要な情報を必要な時により分かりやすく
- 医療機関、介護事業者のホームページを充実
- 市民によるヘルスケア版「ミシュラン」の作成 など

つながる・ひろがる!

100年コミュニティ

子どもから高齢者まで、さまざまな価値観を持つ人たちが、世代や立場を超え、お互いの生活を尊重しながら、ともに支え合う仕組みのある「まち」づくり。それが社団法人コミュニティネットワーク協会の提唱する「100年コミュニティ」です。



「ゆいま〜る」の郷里になるかも
しれないので、イベント
トやセミナーに参加
し、スタッフや入居者と顔
なじみになるようにしてい
る」等、終末期の不安を元
気な時に自分で解決
できたことによる積極的
な明るい声が寄せられて
います。

今ある在宅ケアのしくみの不足を補う「ゆいま〜る倶楽部」のしくみが、早く全国に広がり、皆さんの地域でも使えるよう介護事業者に提案をしています。(理事長 近山恵子)



「できれば高齢者住宅には入居せず、最期まで自宅で暮らしたい。だけど、最期が不安……」そんな皆さんのニーズをかなえるしくみが「ゆいま〜る倶楽部」です。入会された方からは、「緊急時の不安や迷いが軽減し、精神的にも肉体的にもすごく元気になる」「腰を据えて地域の活動ができるようになった」「夫婦間や親子の関係がとてスムーズになった」「ゆいま〜る倶楽部が第二の郷里になるかもしれないので、イベントやセミナーに参加し、スタッフや入居者と顔なじみになるようにしている」等、終末期の不安を元気な時に自分で解決できたことによる積極的な明るい声が寄せられています。

特集1 多摩市医師会の挑戦! 地域医療の先進モデルを目指して 多摩市医師会会長 田村豊 p.2

特集2 高い・安いには理由がある 高齢者住宅の「安心」と「費用」をどう考えるか 近山恵子 p.6 【連載】老い光り 16 中西豊子 p.

From ゆいま〜る p.8 From 高齢者住宅情報センター / 銀座通信・茶屋町通信 p.10

情報&セミナーのお知らせ p.14

す。例えばミーティングやカンファレンスをやったり、あるいは懇親会を開いたり、こういうことを重ねないと、いくら「一緒にやりましょう」と言っても、共同歩調で出発点が確保できません。患者さんの情報共有という面では、IT技術のクラウドシステム*3を活用して共通カルテ*4という形で共有するか、手段はいくらでもあると思います。さらに今、医師会としては、より有機的なサポートを実現するために連携範囲を拡充した、かかりつけ医やケアマネージャー、包括支援センターの職員、民生委員などの強い連携関係を構築しています。3つ目は情報開示です。例えば、皆さんが介護保険を利用しようという場合、どこに何をどう頼んだらいいのか、情報集めに苦労されているのではないかと思います。一応、行政から冊子とか出てはいるものの、広報が十分とは言えない。同時に、医療機関や介護事業者のホームページももっと充実させていかなければ、と感じています。もしも、医療サービスを利用する皆さんにとって、どこがよい医療法人・介護事業者であるか分かるようなガイドブックが

欲しいと思つたら、「ミシュラン」*5のヘルスケア版が出てくるかもしれません。そうすれば医療者側も、やはり星がもらいたいから頑張るかもしれない。競争原理が働きます。なかなかいいアイデアだと思うものの、実現されるにはいくつものハードルがあり、時間がかかるでしょう。

*1 正しくは「24時間定期巡回・随時対応型介護サービス」という。2012年4月の介護保険制度の改正によって新設された。単身・重度の要介護者でも住み慣れた自宅で暮らしていただけるように、24時間定期的に巡回して介護や看護を提供、あるいは必要に応じて電話相談を受けたり、自宅に駆けつけるというサービス。このサービスを表現しているのは、夜間の介護ヘルパーの確保と報酬のアンバランスなどが課題とされている。

*2 利用者から要請があれば、すぐに訪問できるように待機していること

*3 ここでは、インターネットなどのネットワークを使った情報共有のためのシステムの意

*4 医療・介護チームが情報共有のために使うカルテ。症状のほかに体温、血圧などのバイタルサインや主な治療(注射や検査結果、処方薬など)とケアの経過が記録されている

*5 仏・タイヤメーカー、ミシュラン社より出版される様々なガイドブックの総称。有名なのは、レストランの評価を星の数で表したレストラン・ホテルガイド。

リーダーシップを期待される医師会

実はこういった試みは全国の医師会レベルでもやっています。が、なかなかいい成果は上がってこない。いくら連携と言っても、独立事業者同士の横の水平連携では、荷が重い事例が生じると誰も手をつけようとせず、たらい回しみたいな現象が起きることがある。誰が責任を取るかと言うと、みんな顔を見合わせて責任を取る人がいない。そこで多摩市ではNPOを立ち上げて、地域包括ケアのバックアップの機能を持たせようという研究も始めています。体制・システムの作り方には2通りあります。1つは、強い組織が自己完結型でどんどん広げていき、それをサービスの向上につなげる。弊害は、大きなところが全体を支配的に見るようになる。まさにパッケージ化になっていきます。しかし、これから在宅での看取りを含めた高齢者医療のニーズが、日本中で起きます。特定の大きな医療機関が全部占めることなど、出来るわけがありません。むしろ今、地域密着で診療

してきた医者が、そういうシステムのの中に入っても仕事をしやすい形を作るほうが、今は何よりも求められていると思えます。ですから、連携が重要なのです。医師会も問題意識は十分に持っていて、それに応えられる形を作らなければいけないと、一生懸命努力しているところ。こういう様々な問題に対して、医者個人が問題意識を深めていく。これは非常に重要ですね。ただ、非常に志の高いスーパーマンでないと関われないような地域包括ケアシステムでは困ります。ある程度の良心と、ごく普通の倫理観や常識、体力のある医師であれば、ちゃんと回っていくようなシステムでなければ駄目なのです。社会が新しい問題を抱え、従来の体制では対応できないという時、医師会として、どういうふうに貢献すべきかを考えてみました。個人個人としては「貢献出来るかもしれない」と思いで積極的に関わる。仕事への自負心というか、矜持みたいなものでしょうか。みんなが自分の出来る範囲でやっていく中で、隙間が出来たりした時、やはりリーダー役が必要です。リーダーというの

はそこを埋めて、システム全体が崩れないように踏み止まる。あるいは、その構築に執念を燃やす。リーダーはそういった意思と力量を持っていないといけません。リーダーシップを期待されるような医師会でありたいと思っています。

* * *

多摩市医師会は現在、在宅医療の取り組みの1つとして「在宅地域医療推進委員会」を立ち上げました。同時に、介護職へのアプローチとしては、「ケアマネ・介護職に必要な連携のための連続講座」を開催しています。日頃から、田村さんは「世の中の変化に対応できる、機動力のある医療機関を作ることが夢」と語っています。災害医療ボランティアにも関心を寄せ、2011年の東日本大震災の時、多摩市の医師や医療従事者でチームを組んで被災地に赴いたそうです。時代の転換期を迎え、考えるべきこと、やるべきことは山積みですが、志を同じくする人々と協力して、患者が主人公の時代に求められる地域医療のモデルを多摩市から発信したいと、意欲的でした。