

具体的な地域医療活動

内科医としての地域包括ケアの実践： 人生の最終章まで地域での生活を支える

東近江市永源寺診療所
花戸 貴司



[日内会誌 109: 1410~1414, 2020]

ワンフレーズ メッセージ

超高齢社会・多死社会において、かかりつけ医は当事者との対話をもとに、多職種とコミュニティがつながるよう努めるべきである。

Key words 健康の概念の変化, かかりつけ医の役割, 人生会議, コミュニティの力

はじめに

東近江市永源寺地域は滋賀県南東部に位置し、三重県との県境に接する山間農村地域である。地域の人口は5,161人、高齢化率は37%を超えており、集落によっては50~80%と高齢化率の高い地区もある(2020年4月現在)。全国の過疎地域と同じく、この地域の医療介護資源は限られており、入院できる施設はなく、デイサービスやショートステイを提供する介護施設はあるものの、訪問看護ステーションやリハビリ施設はない。そのような地域で、当院は訪問診療と在宅看取りを積極的に行ってきた。ここ15年間での当院での在宅看取りは年間25~37人。永源寺地域全体では年間約60人の方が亡くなるので、地域の約半数の方が在宅で亡くなっている地域となっている。高齢化率が全国平均よりも10年以上進んだこの地域での我々の活

動、そして、それを支える多職種と地域のつながりを紹介し、超高齢社会及び多死社会における地域のかかりつけ医の役割について考察する。

1. 事例提示

症例：73歳、女性（Aさん）。

主訴：めまい。

既往歴：高血圧、高コレステロール血症、難聴。
家族：夫と二人暮らし、市内に娘が在住。

月に一度、当院の外来に夫と共に受診している。最近、受診が途切れがちになっていたが、今回は夫と共に受診した。夫によると「妻は最近、めまいを訴え、家でも横になっていることが多い」とのこと。本人にも話を伺うと、めまいの訴え以外に今までできていたさまざまなことが「できない」ことを強調される。夫に服薬状況を確認すると、飲み忘れも多くあるようで

ある。診察では、神経所見を含め、身体所見に異常は認められなかったが、長谷川式簡易知能評価スケールでは20/30であった。見当識障害はなかったものの、短期記憶障害を認めた。脳神経内科へ紹介したところ、初期のAlzheimer型認知症と診断された。

2. 事例から見えてくる課題・問題点

このような初期あるいは中期の認知症患者が、もの忘れを主訴に受診することは多くない。家族あるいは周りの人が、性格変化等今までと違う様子や生活のしづらさを訴えて受診することが多いのではないだろうか。「認知症」と診断された場合、我々は抗認知症薬を処方する、介護保険によるデイサービスの利用を勧めるかもしれないが、それ以外にもできることはないだろうか。超高齢社会では、今まで医療が対応することがなかった生活上の課題も対応するよう迫られることが多くなっているが、「医療とは関係ないこと」と片付けてしまっていないだろうか。

1) 医療の役割の変化

「健康」に影響する要因が感染症等の急性疾患や周産期管理が中心であった時代、公衆衛生活動や医療の介入が大きな役割を果たした。その後、高血圧や糖尿病あるいは慢性閉塞性肺疾患といった慢性疾患の管理へ変化した。薬物療法以外にも食事、運動ならびに禁煙等の重要性が明らかになり、医療は生活指導という役割も担うようになった。そして、かつては医療の対象ではなかった障がいや依存症、老いあるいは認知症等といった「状態」においても幅広く対応することが求められるようになった。これらのことをIllichは「医療化」と呼び、医療が対応することにより救われる人々がいる一方で、さまざまな課題を医療化することで背景にある問題が見えにくくなり、人が本来持っている自分た

ちで問題に対処していく力や自信が失われていると述べている¹⁾。

2) 「健康の概念」の変化

「健康とは？」と問われれば「病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」という世界保健機関（World Health Organization：WHO）の定義が思い出される。しかし、前述したように、医療に求められる範囲が広がったこと、そして、高齢化により必ずしも「健康」と「病気」を明らかに区別できない現実も突きつけられる。この問いに対する1つの答えとして、ポジティブヘルスと呼ばれる健康の概念がある。2011年、オランダのHuberらがWHOの健康概念を再考し「難病患者等長期に疾病や障がいを持つ者にとっては、疾病があってもそれなりに状況に適応して生活できる力があれば健康である」という考えを提唱した²⁾。「障がいは不自由であるが、一つの個性であり、異常ではない」といった障がい者を巡る国際世論の高まりや「多くの疾病を抱え、不自由さは免れなくても、その人らしく人生を全うしたい」といった高齢者のケアが急増していることも背景にあると考えられる。つまり、健康の価値観を、疾病の治癒や障がいの除去のみに目標を置くのではなく、当事者がたとえ困難を解決できなかったとしても、自分らしく生きる意思決定とそれを受け入れる寛容な社会環境の重要性を説いている。

3) コミュニティの力

「健康」は、狭義の医療あるいは個人の遺伝的要因や生活習慣だけにより規定されるのではなく、その個人を取り巻く社会経済的な環境にも大きく影響される。これは健康の社会的決定要因（social determinants of health：SDH）と呼ばれ、なかでも、重要視されているのが孤立・孤独である。「人は一人では生きることができな

い」と言われるが、これは単に社会通念上の戒めではなく、実際に社会とつながっていないことにより、死亡リスクが高まることが報告されている³⁾。そこで提唱されているのが「社会的処方」である。英国では、英国国民保健サービス(National Health Service : NHS)が大学と連携し、Social Prescribing Networkを設立した。同ネットワークはGP (general practitioner) や看護師、他のプライマリ・ケアに関わる専門職から連絡を受けると、患者を地域にある非医療的なサービスにつなげるリンクワーカーに紹介する。対象となるのは、社会的に孤立している人はもちろんのこと、メンタルヘル스에課題がある人、医療機関や救急外来をしばしば利用する人等とされ、「地域にある非医療的なサービス」は本人に合ったものであれば、いかなる活動・集まりでもよく、ボランティア活動や芸術活動、生涯教育、ガーデニング、料理教室、栄養教室、スポーツ活動等がある⁴⁾。社会的処方の効果に関しては多くの報告があり、NHS Rotherham Clinical Commissioning Groupは、メンタルヘルス等の問題を抱えた1,607人の患者に社会的処方を実施した結果、入院21%減少、救急部門利用20%減少、外来受診21%減少といった医療資源の利用の変化の他、83%の患者で主観的健康観が向上したと報告している。その一方で、Bickerdikeらが行った系統的レビューでは、社会的処方を評価した研究はバイアスのリスクが高く、その有効性に関する根拠は乏しいとされており⁵⁾、現時点では、エビデンスが乏しい発展途上の考えであることも認識しなければならない。

しかし、著者は、日本においても社会的処方に近いものが実際の現場で有効に活用されていると考えている。筒井らは、医療・介護の専門職が行う疾病を中心としたケアをintegrated care (統合的ケア)と呼び、専門職だけではなく、地域コミュニティに存在するインフォーマルな関係性のなかで互いに支え合うケアをcommunity-based care (コミュニティ基盤型ケ

ア)と呼んだ。各々は独立しているものであるが、かかりつけ医や介護支援専門員あるいは地方自治体が互いをつなぎ、統合することにより、日本独自の地域包括ケアシステムが成り立っていると述べている⁶⁾。もちろん、著者が働いている永源寺地域のような山間農村地域にあるコミュニティと都市部のコミュニティには、大きな違いがあることは間違いない。しかし、都市部においても「暮らしの保健室」や「がん患者サロン」等があり、それぞれが患者と地域の専門職、そして、コミュニティをつなぐハブ機能を有する拠点として存在する。それらは、生活者あるいは当事者の視点に立ちながら、医療者と非医療者がつながるという点では、社会的処方となら変わらないと考える。この兩者をつなぐ役割こそ、これからのかかりつけ医の存在意義があるのではないであろうか。認知症だけではなく、障がいや貧困等社会的に生活しづらい「状態」を抱えた人たちと関わるうえで重要な考え方であるのは間違いない。

3. 地域医療ならではの対応

Aさんの場合、地域包括支援センターに連絡を取り、家族が介護保険申請をした。服薬管理は調剤薬局と連携し、一包化処方した薬剤を薬剤師による訪問薬剤指導のもと夫に服薬確認を指導した。民生委員や近隣住民、地域のボランティアには、見守りやサロン参加への声掛けも依頼した。夫には、買い物に行くのもAさんと一緒に行くように説明すると共に、よく行く商店には妻が認知症であることを伝え、配慮してもらうようアドバイスした。無用なトラブルに巻き込まれないよう、駐在所にも連絡を取った。その後、Aさんは、週1回のデイサービスだけではなく、月に一度の地域のサロン活動にも参加するようになった。そして、裁縫が趣味であることから、地域の手芸サークルを紹介した。これ以外にも、夫と一緒に地域のボランティ

ア活動、グランドゴルフ等さまざまな活動に参加している。認知症を隠すのではなく、地域のなかで認知症の人と共に生活することにより、地域の理解も得やすくなった。そして、何より、認知症と診断されても、地域のなかに適切な居場所と役割があれば、今までと変わらないその人の暮らしがあり、日々の喜びがあることを目の当たりにした。

高齢になるにつれ、管理すべき疾患の数が増え、日常生活での支援が必要になることはしばしば経験することである。しかし、そのようなときに本人・家族が疾患ばかりに目を奪われてしまうと、疾患毎の専門医が増える一方で、生活上の課題を相談できるかかりつけ医機能が失われ、「医療化」が進む傾向になる。著者が所属する東近江医師会では、表のような状態であれば、病院専門医だけでなく、地域のかかりつけ医を持つように、地域の基幹病院と地域医師会員との間で申し合わせをしている。専門医とかかりつけ医の二人主治医制を進めることにより、疾患だけではなく、生活上の課題を解決する視点を取り入れることができ、より早い時期から多職種で関わるのが可能になる。そして、その医療・ケアの方針を決める際に重要となるのが当事者の言葉である。厚生労働省が示した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」でも強調されている「advance care planning (ACP)=人生会議」は、患者・家族・医療従事者の話し合いを通じて当事者の価値観を明らかにし、これからの治療・ケアの目標や選択を明らかにするプロセスであるが、ACPの実践にはさまざまなメリットがあることが報告されている。オーストラリアにおけるACPに関するランダム化比較試験では、ACPを行った群において、終末期に患者の希望を尊重した医療が行われており、遺族のストレス・不安・抑うつが少なく、患者と家族の満足度が高いという結果が報告されている⁷⁾。これ以外にもACPの終末期ケアにおける効果に関する系統的

表 二人主治医制が推奨される状態像の例

| |
|-----------------------------|
| 年齢が85歳以上 |
| 4つ以上の診療科に継続受診している |
| 訪問看護指示書を病院医師が発行している |
| 認知症と診断されており、指導を理解実行できない |
| 1年以内に死亡しても驚かない(サプライズクエスション) |
| 要介護1以上の介護認定を既に受けている |
| 服薬管理ができない |
| 待合室で長時間待つことが辛い |
| タクシーを用いて受診している |
| 院内の移動に車椅子が必要 |

※上記の項目いずれかが1つでも該当すれば、対象となり得る。

レビューでは、病院死を減らす、あるいは在宅死を増やすという研究結果が報告されている⁸⁾。

しかし、実際の現場では、今まであまり関わってこなかった遠方に住む子が突然やってきて、本人と我々スタッフが話し合ってきた医療・ケアの方針が揺らぐことがある。いわゆる、the daughter from California syndrome (カリフォルニアから来た娘症候群)と言われるものであるが、そこには、本人を含めた対話の欠如が根本にあるのは間違いない。かと言って、離れて暮らす家族に本人との対話を促しても、すんなりと進むわけではない。そこで、著者は、外来診療の場面で、人生の最終章を「どこで」「どのような療養を受けながら」過ごしたいかを元気づけながら患者本人に尋ね、カルテに記載している。カルテは毎回プリントアウトし、お薬手帳に貼り付け、患者に渡し、家族や介護支援専門員等の介護スタッフも目にしている。また、東近江医師会では、2018年度より、介護保険新規申請及び更新時に、本人あるいは家族が記入する「主治医意見書作成のための問診票」を作成した⁹⁾。このなかに人生の最終章に関する本人の希望を話し合うように勧める項目を設けている。この判断が決して最終決定ではないことを付記し、家族や専門職が本人と人生の最終章を含めた対話を繰り返すよう促している。このよ

うに、生活上の課題に目を向けよう、人生の最終章について対話をしようと掛け声をかけるだけではなく、家族や専門職が具体的に行動できる地域の仕組みづくりに努めている。

4. 事例の転帰

Aさんは、その後も短期記憶障害は進行しているものの、目立った行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）もなく、5年経った今も地域での活動を続けながら、夫と二人で暮らしている。外来の場面で、Aさんは今の生活にとっても満足しているとのことであった。そして、今後の療養場所についても、人生の最終章まで自宅での生活を継続したいとAさん自身が希望されている。このことはカルテに記載し、医療・介護スタッフ、そして、家族とも共有している。

5. 内科医に対するメッセージ

超高齢社会の到来と共に医療の役割は変化し、疾患の管理だけではなく、生活の支援、そして、本人との対話へと広がりつつある。現在の日本では、男性で約9年、女性で約12年の健康寿命と平均寿命の差があるが、これは患者に

とって何らかの支援が必要な期間である。かかりつけ医は、医療だけではなくさまざまな対応を求められることが多くなるが、課題解決のためには、専門職のみならず、コミュニティとの連携が大きな力になることを認識せねばならない。そのような場面で、人生の最終章について語り合うことを「縁起でもない」と目を背ける家族もいるかもしれない。しかし、我々は、本人と家族、専門職が何度も対話を行えるよう促し、そして、かかりつけ医自身もその場に参加できるよう意識すべきである。それは、決して、元気なうちから積極的な治療を諦める約束を取り付けるものではなく、病や老いを抱えていても、本人がどのような場所で、どんな生き方を望むかという希望を語り合う場なのである。一人ひとり違う、そして、答えのない問いだからこそ、本人との対話を繰り返すことが大切なのである。

“Nothing about us without us”

（私たち抜きで私たちのことを決めないで）

当事者からの声は、これからの時代の「健康」を考えるうえでのキーワードになる。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) イヴァン イリッチ：脱病院化社会—医療の限界。金子嗣郎訳。晶文社、1979（原文 Illich I：Limits to Medicine：Medical Nemesis：The Expropriation Of Health）。
- 2) Huber M, et al：How should we define health? BMJ 343：d4163, 2011.
- 3) Holt-Lunstad J, et al：Social relationships and mortality risk：a meta-analytic review. PLoS Med 7：e1000316, 2010.
- 4) 西岡大輔，近藤尚己：医療機関における患者の社会的リスクへの対応：social prescribingの動向を参考にした課題整理。医療経済研究 30：5-19, 2018.
- 5) Bickerdike L, et al：Social prescribing：less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open 7：e013384, 2017. doi：10.1136/bmjopen-2016-013384.
- 6) 筒井孝子：地域包括ケアシステムの深化—Integrated care理論を用いたチェンジマネジメント。中央法規，2019.
- 7) Detering KM, et al：The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients：randomised controlled trial. BMJ 340：c1345, 2010.
- 8) Brinkman-Stoppelenburg A, et al：The effects of advance care planning on end-of-life care：a systematic review. Palliat Med 28：1000-1025, 2014.
- 9) 東近江医師会：主治医意見書作成のための問診票。Ver.6.
<https://eigenji-clinic.jp/files/ishikai/files20200118074426.pdf>