

## 秋田県の医療・介護福祉の現状と対策Ⅱ

J A 秋田厚生連 秋田組合総合病院

脳神経外科 兼 救急・総合診療部 診療科長

秋田県総合診療・家庭医研修センター 副センター長

桑原 直行

### 1. はじめに

前号において、秋田県の人口減少と高齢化の問題に平行して、医療・介護に関しても早急に解決しなければならない問題がいくつかあり、そのうち最重要なものとして以下の7つの問題を述べた。(内容に関しては『共済総研レポート』124号を参照していただきたい。)

- 1) 医療者不足
- 2) 医療者の高齢化
- 3) シームレスな連携不足
- 4) 在宅医療推進の難しさ
- 5) 介護職員の方向性
- 6) 価値観の歪み
- 7) 死生観の欠落

これらの問題は独立したものではなく、すべてが絡み合っており、ますます解決することを難しくしている。しかし、根本的な社会的問題を考えるに新たな教育と文化を創造することが、時間がかかるようで最も早い解決策ではないだろうか。一つ一つの問題を解決していくのではなく、まとめて社会全体を変革していくことこそ必要であり、様々な問題のある秋田で始めた我々の取り組みと今後の展開について報告する。

### 2. 医学生教育の新たな試み

科学としての医学の進歩は凄まじく、特に遺伝子学的なアプローチによる治療の進歩、MRIなどの新たな医療機器の発明や発展によ

る診断技術の向上、最新手術機器やロボット技術の導入による高精度手術の開発、ITを駆使した医療情報システムによる連携などによって、数年前には治療不能であった疾病のなかには、徐々に克服されつつあるものもある。当然、それに伴い医学教育もその内容は最新のものと日々更新される。しかし、ともすると医学知識だけを詰め込む医師国家試験対策予備校とも思えるような教育環境となっているのかも知れない。また、核家族化や地域性の消失により、社会全体の人としての繋がりが希薄になっており、医師と患者・家族間での信頼性の構築が難しくなっていると言われている。そのため、臨床現場は科学としての医学教育だけではなく、社会性や人間性などを身に付ける人間教育の場としても機能しなければならないと思われる。

秋田組合総合病院では、秋田県寄付講座である秋田大学医学部総合地域医療推進学講座とタイアップして医学生の教育に力を入れている。以前から3年生と5年生に臨床体験実習を行っているが、平成22年度からは、早期教育の重要性を認識した新たな試みとして、1年生からの臨床体験実習を行っている。また、平成24年度からは患者と家族の協力を得て、さらに一歩すすんで在宅医療の体験実習を行っている。

医学知識をほとんど持たない医学部1年生が、臨床的な実習をすることに意味があるの

だろうか」と疑問に思われる方もいるであろう。実際、私自身も彼らが知識不足故にマイナスのイメージを植え付けられないかと心配したが、患者と家族そして医学生 of 純粋な心においては無用の心配であり、感動すら覚えた。彼らは患者・家族と医師との関係の前に、人としての繋がりが最も大切であることを自らの体験として感じ取ってくれている。そしてそのためにはコミュニケーション能力が重要であり、かつ患者や家族の本音を聞き出し、それを尊重するといった生きる価値観を大切にすることを学び取っており、心温かい繋がりを構築する一歩を踏み出してくれたと思われる。食事、排泄、移動、清潔、睡眠、満足感、希望などを中心に話を聞いているが、孫のような学生が訪問し話し合いができることで、患者には笑顔が生まれ、家族にも感謝されている。医学生もイメージのわからない在宅医療を見直し、人が住み慣れた自宅で過ごすことがいかに大切で、より良い生き方になるかを実感できているようだ。

彼らの人としての感覚は、緩和ケアだけでなく医療全体の根底にある感覚であり、多忙な日常を淡々と熟すことに精一杯で、人としての感覚を忘れた指導医たちの心をも変えてくれる可能性があるのではないだろうか。

私は、在宅医療は医学という科学としての役割以上に、人としての心のあり方や限られた人生を如何に生きるかといった死生観などを、自分自身で感じ、考えるという実践的人間教育の場であると理解している。大方の在宅医療関係者は、患者に医療を提供しているというよりも、患者から生きるということを教わっていると肌で感じているのである。

医学生にも、訪問診療を体験する前に、人生においての大先輩である人達と接すること

で、人生観や死生観などを自分たちの感覚で感じ、考えて欲しいと説明している。そして人としてのコミュニケーションは挨拶から始まり挨拶で終わること、供与ではなく相互理解の元に成り立っていることを体験として理解してもらうことが目的で、医師である前に人としての信頼関係を築くことが重要であることを強調している。

1年生は、医学部を志望した時からの色褪せない志を持っており、そのモチベーションをそのままに、自分なりの理想的な医師像を描けるような体制を作ることが我々の役目である。彼らは、余計な医学知識がない分、感覚的な吸収力は抜群である。在宅医療の体験実習を通じて、医療にはコミュニケーション能力や個々の人生観や死生観が必要であり、そして患者と医師は人として対等で、押しつけではなく、患者自身の物語に沿った治療と一緒に考えていくナラティブアプローチが重要であることを基礎知識として身に付けてくれたのではないかと考えている。医学は科学で理系的であるが、医療は文学(物語)、哲学など文系的な一面も兼ね備えたものであることを理解してくれたことと思う。

彼らは医学知識を身に付け、科学としての最先端・先進医療に携わることになったとしても、人としてのケアの心を根底に持ち合わせており、技術だけでなく満足度も高い医療を提供してくれることであろう。キュアとケアのバランス感覚の優れた医師を育成することで、地域住民の医療に対する満足度は上がり、医師にとってもやりがいのある医療現場となる。そして若い医師も当地域へ根付くこととなり、資質の高い医師の充足と若返りを果たすことが可能であろう。

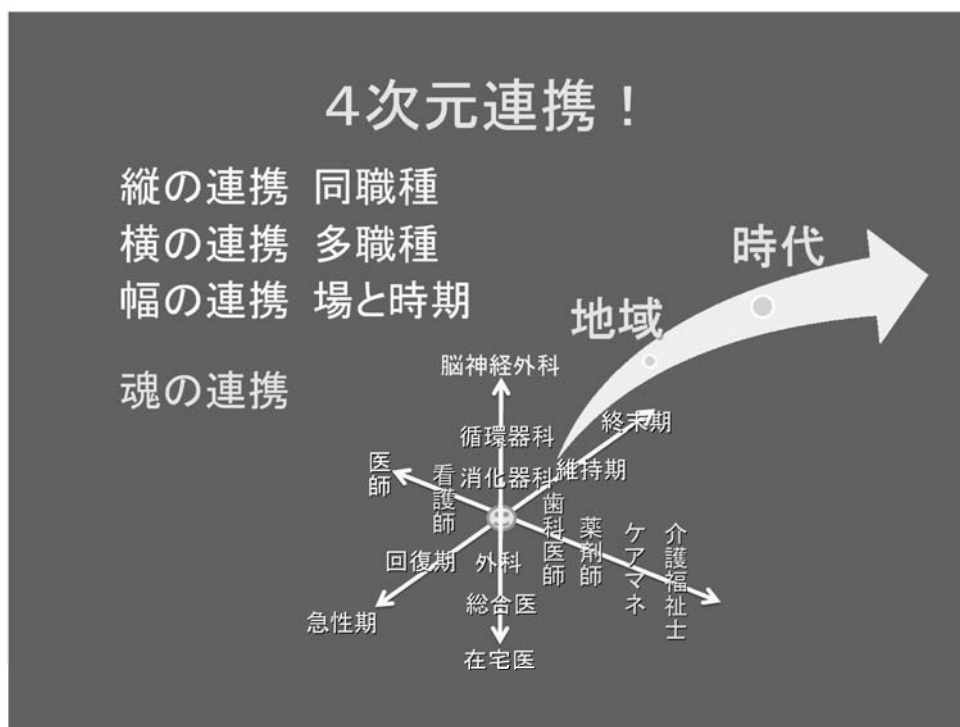
また、在宅医療はシームレスな連携なくし

て成り立たない部門であり、医師と患者・家族だけでなく、主治医や担当看護師、理学・作業療法士、言語聴覚士、訪問看護師、ケアマネージャー、訪問薬剤師、訪問歯科医師、管理栄養士、訪問介護士、介護福祉施設関係者など様々な職種との情報共有の必要性を実感できる。つまり多職種連携の実践的ワークショップをすでに体験できており、医師となっても多職種間での対等な、お互いを尊重し合うシームレスな連携が構築できると思われる。

以上、医学教育の変革により、前述の7つの問題克服に大きく前進できると思われる。平成24年11月17日に秋田大学医学部において全国シンポジウム—日本の国情・2次医療圏の実情を熟考して、理想的医師・医療者育成教育の展開を考える2012—が行われたが、上述のような内容を提言させていただき、全国

的な動きが生まれ始めている。我々はこの日を「本道の変<sup>1</sup>」と呼び、大学や地域の区別なく協力し合い、医学教育のさらなる進歩を誓い合っている。

医学部1年生と我々との違いは何か。それは我々がほんの少しだけ知識があるというだけで、人としての心は何ら変わりがない。いやそれどころか、彼らの方が医療現場への固定観念や偏見がない分、現代医療に潜む問題を人として考え、それを克服する能力に長けている気がしてならない。医学部の早期教育は人としての成長の場を与えることとなるだけでなく、我々自身の意識を変革してくれるものであり、「Narrative Based Medicine<sup>2</sup>」の重要性を広く認識するために必要な一つの手段であり、新しい文化を創造する可能性を秘めたものとする。



問題解決には“4次元的”なシームレス連携の構築が欠かせない！

1 「本道」は秋田大学医学部の所在地（秋田市本道1-1-1）。秋田大学での全国シンポジウムが医学教育の変革のきっかけとなることを意味して、こう呼んでいる。  
 2 直訳すると「物語に基づいた医療」。その人の人生という歴史を十分に考慮・尊重し、治療やケアを考えていくということ。

### 3. 医学生ケアボランティア活動の支援

今や「地域医療や地域社会福祉は地域住民が守る」という大原則が失われており、日本がかつて持っていた家族同士そして地域住民間での自助、互助、共助という素晴らしい制度を再構築していく必要があるのではないだろうか。しかし少子・超高齢社会では家族の介護力は乏しく、共助、公助としての介護福祉施設の利用も必要である。ただ介護福祉施設において介護の人手は不十分であり、また介護者の意識はケアの心とはかけ離れていることも少なくない。相手の想いを把握した対応を心がけるケアボランティアを育てることで、施設利用者がより良く生きるための支えになると同時に、ボランティア自身と介護職員の意識構造を人としての思いやりや優しさを基礎としたものに変えていくことができるのではないだろうか。

そこで地域でのケアボランティア活動を開始したが、地域住民に即座にケアボランティア活動を勧めても実現は困難と思われ、まず地域住民に在宅医療や社会福祉を知ってもらう必要がある。また、医療者側の意識改革やボランティアファシリテータなどを育てる必要もあることから、医学生を対象としたボランティア団体を立ち上げている。医学生自身も、コミュニケーション能力、多職種連携能力を身につけることにより、医療と福祉の連続した繋がりをマネジメントでき、最期までその人に寄り添い、支えることを意識できる医療者に成長することも期待できる。

平成24年12月現在のメンバー構成は、秋田大学医学部医学科6年生4名、5年生1名、4年生5名、2年生10名、1年生6名の合計26名である。

臨床的な知識をある程度持ち合わせている

上級生にこそ、積極的な参加を期待していたが、この活動はあくまでもボランティア活動であり、大学カリキュラムが優先なのは言うまでもない。そのため、活動の中心は4年次以下のメンバーであり、医学的な活動というより、コミュニケーション能力と多職種連携能力を身につけることに重点を置いている。以下、具体的な活動内容を述べる。

#### (1) 事前準備

ボランティア開始前に基礎研修会を行い、介護施設の基本方針や介護の仕方だけでなく、挨拶や名刺の渡し方など一般社会人としての研修を行った。「医師の常識は社会の非常識」などと言われることも多いが、社会に出て恥ずかしくない最低限のマナーを身につけることも必要である。

#### (2) ケアボランティア活動

はじめは、施設職員や指導者の意見により、見守りや世間話などから開始し、食事の配膳準備、片付け、さらに食事介助と順次経験を積んでいく。その後、学生主体の会議を行い、どんな活動ができるのか、彼ら自身が考え、そして実行している。食べることは生きることであり、そのための口腔体操や口腔ケア、食事介助などが重要であり、危険がないような配慮をして、マニュアルを作成して参加者全員が一定のレベルを共有できる態勢を構築している。

口腔体操を行う前後での食事摂取率を口腔体操を行った群と行わなかった群と比較すると(4回平均)、明らかな有意差があるわけではないが口腔体操参加者は主食、副食ともに摂取率が増える傾向があった(次頁表)。また口腔体操を行うことで、誤嚥の危険性を減らすことも期待できると思われる。

レクリエーションに関しても、初めのうち

表 口腔体操前後での食事摂取量比較

	口腔体操参加者 (N=18)		口腔体操不参加者 (N=18)	
年齢平均 (才)	80.11		77	
平均要介護度	3.5		3.5	
	主食	副食	主食	副食
前日平均摂取率 (%)	85.7	84.4	80.4	81.4
当日平均摂取率 (%)	89.9	87.6	81.4	79.6
差(当日-前日) (%)	+4.2	+3.2	+1.0	-1.8

は施設側のレクリエーションを手伝っていたが、徐々に学生主導でレクリエーションを企画・準備し、実行するようになってきている。レクリエーションを通して利用者と学生の中に一体感が生まれている。また高齢の利用者が手を使ったり、ゲームをしたり、歌ったりすることで脳への刺激効果も得ることができたと思われる。また、比較的活動性のある利用者に対しては、やりたいことに対応できるような体制作りも行っており、オセロ、将棋、麻雀など様々なゲームを一緒に行っている。

(3) 全国学会での発表

平成24年3月に日本在宅医学会大会にて、このケアボランティア関連演題が3つ採択され、2演題は学生が発表している。そのうちの1つ「食べることは、生きること」は優秀演題にも選ばれ、「医学生のケアボランティア活動は現在あまり例がなく、非常に興味深い」と高い評価をいただいた。また、学会での発表は学生の自主的なやる気を引き起こしている。地域医療、在宅医療への関心も高まり、少し切っ掛けをあたえるだけで、問題解決の

<医学生ケアボランティア活動の様子>



企画会議



活動後反省会



自己紹介



首の体操、肩の体操



リラックス



深呼吸



頬の体操



発声練習



レクリエーション（折り紙で雪だるまを作る）の様子

糸口を探る力を発揮できている。今後、彼らが地域のリーダーとなり、心ある医療と福祉の連携を念頭においた診療を行い、そのうちの何人かが在宅医療への道を進むことで、地域医療を守ることができるであろうと期待している。

#### 4. 在宅医療・福祉制度の啓発

日本も以前は、家族同士そして地域住民間での自助、互助、共助があり、地域社会が成り立っていたと考えられる。しかし、最近の高齢化、核家族化や価値観の変化により、隣人に関心を持つこともなく、互助や共助という素晴らしい機能が働かなくなってきた。特に介護者不在の高齢社会が進んでいる秋田で、個人が尊厳を持って生きていくためには、地域社会の支えが必要であり、自助だけでなく互助と共助の復活が不可欠なのではないだろうか。

地域住民の意識が変わらなければ、地域社会は変わらない。死は決して敗北ではなく、より良く生きてきた人生の集大成であり、命を連鎖させる場であると考え。そこで、まず地域住民への在宅医療や社会福祉制度（介護保険を中心に）の啓発のために、単なる座学ではなく寸劇を用いることで、実践的かつ笑いのある啓発活動を開始した。施設職員と一緒に、高齢になってもより良く生きるために、在宅医療や介護保険制度の使い方、在宅看取りや施設看取りの意義などを方言たっぷりの寸劇で、親しみやすく、明るく説明している。そして地域医療は地域住民のためのものであり、地域住民が自ら守らなければならない原則があることを啓発している。

社会福祉や在宅医療に対しての地域住民の意識が高まることにより、医療機関や社会福

祉施設も対応しなければならなくなるはずである。つまり、患者・家族を中心としたチームレスな医療・介護福祉の連携が推進されると思われる。

地域住民の意識改革を推進した後、住民自らがケアボランティア活動を実践することで、体験としての更なる知識・技術の習得が可能となる。これは、その人の人生観や死生観を変えていくこととなり、「病気になっても安心して自宅で過ごす」そして「最期まで有意義に家族と一緒に過ごす」ことを地域全体が支えるケアタウンへと進展し、一つの文化となるのではないだろうか。

また、意識改革と知識・技術の習得は、コンビニ受診や看取りだけのための救急受診、急性期病院への入院を減らすことに繋がり、医師の過労や疲弊を軽減し、自分たちの専門領域の治療に集中できることで、治療技術の進歩や治療成績を改善し、地域医療レベルの底上げと住民の満足度の向上へと繋がっていくと思われる。

#### 5. 研修医教育と在宅医療の実践

老年人口の増加は、三大疾病（がん、心疾患、脳卒中）と肺炎、そして認知症の人たちを激増させており、さらにこれらの疾患を複数抱えた高齢者の増加は、専門化の進んだ診



療科単独で診ていくことを困難としている。患者は、1日に複数の科や病院を渡り歩かなければならず、肉体的にも精神的にも消耗するだけでなく、時間的にも金銭的にも浪費することとなっている。

そのため総合的に患者を診られる総合診療医が求められるようになってきているが、当院でも秋田県との連携で秋田県総合診療・家庭医研修センターを本年度より立ち上げ、総合診療医を育てることで地域医療を再生するための取り組みを開始している。

救急センターでの初期対応から始まり、入院治療、そして入院直後より患者・家族の状況や想いを把握した退院調整・支援を行い、がん・非がんを問わない緩和ケアアプローチ、急性期から維持期そして終末期までの時間的連携と多職種連携による全人的、総合的なマネジメントのできる医療者の育成を開始した。

救急医療と総合診療の融合によるキュアと多職種でのカンファレンスなどによる患者や家族に寄り添ったケアのバランスのとれた医療者の育成を目指している。また、真にシームレスな連携システムを構築するためには、文書による連携のみでは不十分である。研修医には地域での多職種医療連携のワークショップや講演会への積極的な参加を促し、顔の見える連携を早期から意識できるための取り組みも行っている。

さらに急性期病院である当院自ら在宅医療への積極的な参加を行っており、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションと共同で訪問診療を行うことで、医療の連続性を確保し、患者・家族の安心と満足度を上げることができていると実感している。その結果在宅看取りも年々増えており、去年は毎週20名ほどの

患者の訪問診療を行い、7名の在宅看取りを行った。患者や家族だけでなく、研修医にも連携システムや介護保険・福祉サービスを利用することで、「病気になっても安心して自宅で過ごす」そして「最期まで有意義に家族と一緒に過ごす」ことが不可能ではないことを理解してもらうことで、在宅医療は確実に推進されると思われる。

医療とは「医術を使い病気を治すこと」と辞書には書かれているが、いかに医学が進歩しようとならずに不治の病や障がいがないことではないであろう。しかし、我々は障がいや病気が治らないものだからといって、患者を見捨てることはできない。医療は、医術を使い、尊厳あるその人の生に寄り添い、支えるためのものであることを理解できている医療者を一人でも多く輩出していきたい。



## 6. まとめ

秋田県が抱える医療問題は日本が抱える問題でもあり、様々な社会問題とも複雑に関連しており、医療だけで解決できる問題ではないと思われる。しかし、新たな教育と文化を創造することが、時間がかかるようで最も早い解決策となるであろう。

そして医療は、5つの方向性をもって成長し、社会を包んでいかなければならない。第



1に、「医療の進化」である。科学としての医学の発達を止めてはならない。しかし、生と死に関わる問題であり、倫理的な判断に基づきながら進化させていくことは言うまでもない。第2は、「医療の民主化」である。これは佐久総合病院の故若月俊一先生の主張していたものである。地域住民の、地域住民による、地域住民のための医療であることを忘れてはならないし、再度啓発していかなければならない。第3は、「医療の地域化」である。地理的環境、その地域の歴史や文化などその地域の特性に合わせた体制作りが必要である。第4は、「医療の福祉化」である。超高齢社会では今までの医療で完結することはなく、総合診療を含め、人として最期までトータルケアできる医療と福祉の連携と融合が必要である。そして第5として「医療の文化化」である。

昔は自宅で看取ることが80%であり、当たり前のことであったと思われるが、それは金銭的な問題や社会・福祉環境の未発達による負の結果といえる。しかし、これからはより良く生きる結果としての在宅医療や在宅看取りが、当たり前、その地域の文化として根付いていくことが必要ではないだろうか。

我々の試みはまだ始まったばかりで、今後、地域住民を中心として医療だけでなく、エネルギーや食生活そして社会構造問題をも含めた官民一体の改革を推し進めていかなければ、より良い明日は見えてこないであろう。特に、より良く生きる意味では、食を切り離すことはできず、秋田の農林水産業を支える柱の一つである農業協同組合やJA厚生連が果たさなければならない役割は大きいといえよう。

