

7) 継続すると治療以上の悪化がある場合(悪化が急激な場合は直ちに中止)に限定される。

4. 生きる権利と死ぬ権利についての小考察

我が国の法律においては、殺人・自殺の教唆・補助は厳しく罰せられる¹⁸⁾。年間3万人の自殺者は結果であって、それが法律上権利として認められているものではない。少なくとも現在の法制度では死ぬ権利は認められていない。

しかし、もし「死ぬ権利」が認められたなら権利には必ず「死ぬ義務」が生じる¹⁹⁾。

- ①「死にたい人」のために、医師は死なせる条件と方法を考え出す義務が生じる。
- ② 医師は致死量の薬を処方し、薬剤師は致死量の薬を調剤しなければならない²⁰⁾。
- ③ 教育の現場では、義務教育の小・中学校の授業で、死ぬ権利の正当性を語り死ぬ方法とその技術について学ばせることが、国の当然の義務として生じることになる。
- ④ 死ぬことが可能なので、子どもは勉強が嫌だから「権利として死んでやる」と言い出す。
- ⑤ ある一定の条件に達した人には死ぬ義務が生じるので、一律に処理される集団が出る。例えば、脳死状態になった場合の一律な臓器提供の案などの危険性。これが、ある条件を設定したホロコーストとどう違うのか。
- ⑥ DVの親は、「子どもが死にたいと言ったから殺した」と言い張るかもしれない。
これで国は成り立つのか。

権利は、人格として人間同士における相互主体性に立脚することによって倫理的に成立する²¹⁾。「生きる権利」は相互主体性に立脚することから生まれる。なぜなら、相互の関係を継続し続けることが前提となるから。

しかしながら、「死ぬ権利」という語句は、権利という言葉を使いながら、権利を生み出す源となる相互主体性、すなわち人格相互の関係性それ自体を根底から崩壊させる。意図して死ぬことは、相互の関係を意図して崩壊させることであり、本人だけがこの世から消滅するのではない。本人と関係したすべての人々・環境・その他が本人の目の前から消え去るのであり、逆に本人によってすべてが抹殺されることである。

死ぬ権利を主張する人は、権利という言葉に単に修飾語

に利用して死にたい・死なせたいだけである(権利的に死にたい)。

死ぬ権利: Right to dieとは「権利の基盤を崩壊させるもの」という意味であり、それはもはや権利: RightではなくLeft: 左道²²⁾である。

以上から、生きる権利と死ぬ権利は、同じ基盤の上で立った上での対極にある2つの論理なのではない。生きる権利と死ぬ権利は、全く別の基盤・論理構成から生まれた異なる文脈であり、たまたま両者が「権利」という文字を使用しているにすぎないのである。このカラクリに気づかなければならない。

- 1) 生命維持治療の差し控えと中止は異なること
- 2) 生きる権利はあっても死ぬ権利という権利は認められていないこと

の2点を強調し、医療現場の「なし崩し自己決定万能論」に強く注意を喚起するものである。

おわりに

生命倫理の4原則(自律尊重原則・善行原則・無危害原則・公正原則)は独立した個人が独立した自己決定を成し得る自律性⇔反する他律、善行=正義があるという前提⇔反する悪の存在、善⇔無害という背反、公正性という基準⇔反する不公正、に示されるように、すでにそれぞれの原則が二項対立を内在している特長がある。

しかし、このような「個の独立存在」を基本とする論理による思考過程を経て最終的にもたらされるものは、「どちらかの正しさ」という、すべてか無か(勝者と敗者)という結果、あるいは誰もか納得しない平均値と標準化に行き着く。

ところが、実際的意思決定は、本人と本人が置かれた状況との関係性の中で行われるものなので、その関係性がもたらす「本当の納得」や「真の受容」が本来の決定内容であるはずである。それは平均値ではない中庸を求める作業であろう。

おそらく、私と私が置かれた状況とが互いに影響し合いながら全体性を形づくり、「全体は部分の総和とは異なる全体」として、私と状況との共同作業によって、その全体がよりよい生き方へと導かれていく決定の仕方が今後模索されることになろう。

意思決定に内在する二面性に目をつむり、単純な二項対立を際立たせ、すべてが無かを選択させようとするある種の運動は、稚拙かつ危険であると考えなければならない。

注1) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」は3回開催されました。本人の意思決定・医学的妥当性・決定に至るプロセス等を重視する内容となっている。本論は筆者の意見であり検討会の委員の意見を反映しているものではない。なお、筆者が執筆した類似の記述が日本救急病床協会機関紙「JIC」に掲載されている。

注2) 安楽死4要件：精神的苦痛が解放するために意図的に死を招く行為の適法要件の概略
1 耐え難い肉体的苦痛の存在
2 死期の切迫
3 確定的なものではない、患者の明示の意思表示の存在
4 肉体的苦痛の除去、緩和のための他の代替手段の不存在

注3) 刑法 第二百二条：人を殺害し若しくは補助して自殺させ、又は人をその幫助を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、六月以上七年以下の懲役又は禁錮に処する。

刑法 第二百二条(未遂)：前条の罪の未遂は、罰する。

注4) 大庭「長屋(なまご)に左道を学ばばて国家を創むとす」『純日本紀』天保元年(1790年)11月(末、水滸とは正式に認めない方法のこと。当時非法とされた処罰を指す。Leit bündel(上掲わし)・監獄(女・不誠実な囚人の、などを意味する。

●参考文献

1) ナイメ逆邦議会審議会中間答申：大庭らによる死と自己決定 - 終末期における事前指示 - 山本建徳誌、知泉書館、p.21-33、2006。
2) 敬松謙徳：共同親権の現象学、世界書院、p.6、1996。
3) 川島孝一郎：身体存在形式または、意思状況と人間性の違いに基づく生命維持治療における差し控えと中止の解明、生命倫理、17(1)、p.108-206、

2007。

※注1)人間の身体的側面・心理的側面のそれぞれの立場から、生命維持治療の差し控えと中止の間には違いがあることを論じている。

4) ベルセ・ターゼ：生命の倫理性論批判、飯田仁志訳、東信堂、p.161-190、2006。
※注1)死を意図する以上は生命維持治療の差し控えと中止の間には違いはない。
5) 本野俊誠・橋野忠：日本における生命維持治療の中止と差し控え、生命倫理、16(1)、p.84-90、2006。

※注1)生為・不作為の観点から差し控えと中止の間には違いはない。

6) ゲルト・コフク：ゲシュタルト心理学の原理、鈴木正徳訳、福村出版、1990。
※注1)心理構造や身体存在形式を、集合体ではなくゲシュタルトに基づく「全体は部分の総和とは異なる全体性」とみる学問。

7) 清水哲郎：医療現場における意思決定のプロセス - 生死に関わる方針選択をめぐって、思想、97(6)、p.20-21、2005。

※注1)身体+呼吸器が一つの全体的な統合を形成しているということになるのではないだろう。

8) 鶴田浩一：あたえられた構造を超えて高次の構造をあたりに創出する能力、イノベーションイ可能性、講談社、p.51、2003。

9) 前掲書6)

10) 清水哲郎：医療現場における意思決定のプロセス - 生死に関わる方針選択をめぐって、思想、No.97(6)、p.20、2005。

11) 権利と義務：下中弘編、哲学事典、平凡社、p.458、1992。

※注1)自然的権利(自然権)は実定法よりも高い自然法から導かれたものでない。自由で、生きる権利、労働する権利、幸福の追求、自己を完結させる権利などがそれとされる。ヘーゲルによれば――普遍的意志と特定の意志との大義的同一性において義務と権利は一つになり、人間は大義的なものを通じて義務を有するから権利を有し……

12) 大山幸子・岩田大：尊厳死と自己決定権 - オーストラリア州尊厳死法を題材に -、上野法學論集、47(2)、p.219-236、2003。

※注1)少数ながら尊厳死法によって自死する患者は――前述のように、自死を希望し周囲から賛成の場を受けた患者のすべてが――

13) 新田孝彦：入門講義 倫理学の視点、世界思想社、東京、p.154、2005。

一般病棟でできる！

がん患者の看取りのケア

あなたの疑問にがん看護専門看護師が答えます

主な内容

濱口恵子・小迫富美恵・千崎美登子・
高橋美賀子・大谷木靖子 編
B5判 194頁 定価2,520円(税込)

がん看護専門看護師が一般病棟の看護師に向け、看取りのケアの基本や全時期に共通するケアのポイントを紹介。患者の予後で時系列ごとのケアのポイントをQ&Aで分かりやすく解説しました。

第1章 総論：看取りのケアの基本

1. 看取りの文化的意味 / 2. 医療の中の看取り / 3. 一般病棟での看取り

第2章 各論：看取りのケア 全時期に共通するケアのポイント

1. 意思決定 / 2. 予後予測 / 3. 症状緩和 / 4. 生を支えるケア / 5. 親を亡くす子、子を亡くす老親へのケア / 6. スタッフのストレスマネジメント

第3章 各論：看取りのケア Q&A時系列ごとのケアのポイント

1. 予後1～6カ月と予測される場合 / 2. 予後が週単位と予測される場合 / 3. 予後が日単位と予測される場合 / 4. 予後が時間単位と予測される場合 / 5. 看取り/看取り後

日本看護協会出版会 コールセンター(ご注文) TEL.0436-23-3271 FAX.0436-23-3272

在宅医療

執筆 ▶ 英 裕雄 ● 新宿ヒロクリニック院長

在宅でのターミナル・ケア その1

家族の気持ちの整理を優先し、
本人の生活をチームで支援する

最期まで自宅で自分らしく暮らしたいと思っている患者さん、また、そうさせてあげたいと願っている家族はたくさんいます。そのために、医療者、介護者は何ができるのでしょうか。今回は、ターミナル期にある患者さんやその家族が安心して幸せな時間を過ごせるようにするための、医療・介護スタッフのかかわり方を考えます。

効な治療法がなくなった時点からターミナル期に入ると考えられています。治療法がないといっても何もできないわけではなく、この時期にはおもに緩和医療、緩和ケアが行われます。患者さんにしっかりした意識がある場合が多いので、症状コントロールを行いながら、人生の終わりの時期をより有意義に過ごしていただけるようにするのが医療・介護スタッフの役割です。

一方、がん以外の病気や障害で自宅療養を続けている高齢者の方々の場合には、一体いつからがターミナル期なのか明確でなく、施される医療やケアの内容も人それぞれです。多くの場合、本人の意思確認は難しいものです。1つの考え方として、食事が取れなくなったときから緩やかにターミナル期に移行するのだととらえることはできます。

この場合も、経腸栄養法や中心静脈栄養法といった補助栄養療法を行いながら生活を続けることが可能です。中にはこうした療法によって状態が維持され、以前と変わらない生活を楽んでいるようにみえる人もたくさんいますので、その意味では医学の発達によって、よりターミナル期が認識しにくくなったともいえます。

実際に、食事の取れなくなった高齢者をみている我々医療者や介護職が、その人がターミナル期にあるというはっきりした共通認識をもつのは、かなり死期が近づいてからです。病気や障害の進行、体力低下などをどうにも阻止できない時期に至って初めて、誰からみてもターミナル期にあると認識できるのです。家族によっては、死の直前になってやっと死が近いという現実を受け止めるようになるケースもあります。実際の在宅医療の現場では、患者さんと家族、それを支える人たちとのかかわりの中で、徐々にターミナル期を認識していくというのが現状です。



ターミナル期に人生最高の幸せを味わったWさんのケース

80代後半のWさん（女性）はパーキンソン病を長く患い、手足が屈曲拘縮した状態で、寝たきりの生活でした。家族は娘さんが2人。2人とも仕事を持っているため平日は介護にかかわることができず、Wさんの介護は基本的にヘルパーが行い、娘さんたちは仕事が休みの週末だけ、身の回りの世話をするといった状況でした。



がん患者さんとがん以外の人のターミナル期は大きく違う

ターミナル（終末）期とは、どういう時期を指すのでしょうか。

同じように自宅で療養している患者さんでも、がんの患者さんの場合はターミナル期への移行が比較的判断しやすく、一般的には有



英 裕雄 (はなぶさ ひろお)

1993年、千葉大学医学部卒業。3年間の病院勤務を経て、96年、「瑞穂内科クリニック」を開業し、在宅医療に着手。99年、ケアマネジャーの資格を取得。2001年、「新宿ヒロクリニック」開設。NPO法人「在宅かかりつけ医を育てる会」監査役。ケアマネジャーの現任研修講師なども多数務める

通常、1人暮らしで寝たきり、しかも手足が拘縮しているような場合、肺炎や脱水、床ずれなどいろいろな合併症を繰り返すことが多いのですが、Wさんは軽い発熱や軽度の誤嚥がときどきみられる程度で安定した状態が続いていました。

ところが、あるときから頻繁に高い熱を出すようになりました。これを機に、医療・介護スタッフが折りに触れて集まり、2人の娘さんも交えて今後のことを話し合うようになりました。もっとも重視したのは、娘さんたちに自分の気持ちを吐露し、整理してもらうことでした。

2人は初めのうち、「できる限り家にいさせてあげたいけれど、最終的には入院も仕方ないです」と言っていました。しかしその後のカンファレンスで長女が、「母は今、人生で一番幸せなときなのではないかと思う」と言いました。聞けば、Wさんは昔から内向的で、いろいろなことを耐え忍んで生きてきた人。楽しみは読書くらいで、時間があれば本を読んでいたといえます。そんなWさんがときどき童謡を口ずさんだり、ヘルパーに好きな食べ物を聞かれて「イクラ」と答え、イクラをお皿いっぱい食べてみると、昔よりも楽しそうだと話してくれました。「だからこの生活を続けさせてあげたい。でも、自分たちは仕事があるので無理なら入院も仕方ない」と言うのでした。

ところが、それを聞いたあるヘルパーが「入院するなんて私たち

が淋しい」と言い出したことで、話の方向が変わりました。そのヘルパーは何年もWさんを担当しており、家族のような気持ちが芽生えていたのでしょう。愛情のこもったその言葉に引張られるように、スタッフの中にも、なんとか在宅生活を支援したいという気持ちが膨らんできたような気がします。

私は医師として、発熱や誤嚥、床ずれを予防しながら、苦しむことなく自宅で生活してもらうことは可能だと話しました。娘さんたちは不安を口にはしてはいましたが、家族の生活もWさんの生活も維持できるとわかると、最期まで家で看ることを選択しました。そして全員で、これから身体の状態は低下していくが、それは自然な経過として受け止めること、これまでのやり方は大きく変えないことを確認したのです。「ご本人がそばにいてほしいとおっしゃったり、あなた方がWさんと一緒に過ごしたいと思うときは、どうぞ、そうしてください」と話すと、娘さんたちはほっとした表情でうなずいておられました。

その約2週間後、Wさんは静かに息を引き取りました。娘さんたちは「いい看取りができました」と言ってくださり、かかわったスタッフも満足感でいっぱいでした。



ターミナル期のケアマネジメントから逃げないで

このケースからもわかるように、

高齢者のターミナル期というのは、本人以上に家族が現実を受け入れ、本人の幸せを考えながらその現実はどう対応するかが問われる時期といえます。そして、家族が意思を固めたら、ケアマネジャーを含めた介護スタッフ、さらに医療スタッフがチームとしてこれまで行ってきたことを振り返り、その後どうすることが一番よいのかを話し合い、実行していくことが重要です。

ところで、ターミナル期はどうしても医師や看護師のかかわりが前面に出がちですが、支援方針をコーディネートするのはケアマネジャーです。病状が常に変化するなかで、医療が必要なのかそうでないのか、また、食事は無理でも入浴は可能というようにできることがあるのか、あるならどうすれば実現できるのかなどを素早く判断し、生活を維持するためのサービスを提供し続けます。といっても、もちろんケアマネジャーがターミナル期の全責任を負うということではありません。必要なサービスを提供できるチームを整えることが大きな役割なのです。

ターミナルと聞くとどうしても腰がひけてしまう人も多いと思いますが、ターミナル期のケアマネジメントには学ぶべき点が数多くあります。多くの人が自宅で幸せな最期を迎えることができるよう、ターミナル期の経験が豊かなケアマネジャーがどんどん出てきてほしいものです。

(つづく)

在宅医療

執筆 ▶ 英 裕雄 ● 新宿ヒロクリニック院長

在宅でのターミナル・ケア その2 がん患者の在宅生活を支える 早めの対応で

がんの患者さんの在宅医療は、入院や外来通院による治療を経て、体力の低下などから通院が困難になってきた頃に、本人の明確な意思表示があって始まるのが一般的です。療養期間は1~2ヵ月と短い場合が多く、その間にはさまざまな症状変化が見られます。在宅生活の流れと、その支え方についてお話しします。

す。それでも、その時点で自分の死を意識している人は少数で、民間療法などを始める人も少なくありません。

患者さんも家族も、自ら選択した在宅医療ではあっても、最初は自宅での生活が成り立つのか、十分な医療が受けられるのか、家族はどうかかわつたらいいかなど、さまざまな不安を抱えているものです。とくに始めの1週間は本人・家族とも精神的に不安定です。この間、医療スタッフは、家族の介護力や療養環境を見極めながら、最適な医療的サポートをすることに努めます。サポート体制が整うのに伴い、本人や家族も落ち着きを取り戻し、笑顔が見られるようになります。

早い人は在宅生活を始めて1~2日で、遅い人でも2週間くらいすると、「もう一度、趣味を復活させよう」、「外出してみよう」といった意欲が出てきます。ここからのしばらくの間が、がん患者さんの在宅ターミナルでもっとも良い時間かもしれません。病状が安定していれば遠方に出かけることもできます。会いたい人に会えるのもこの時期です。

しかし、いつかは病状が急変する時が来ます。胃がんの患者さ

んなら吐き気や胃痛、大腸がんの方ならお腹が張る、呼吸器がんの方なら呼吸が苦しいといった明らかな症状が出てきます。医師は、予めこうした症状変化を予測し、変化のあったときには速やかに往診して対応します。ケアマネジャーは、状況に応じて姿勢を楽にするマットなど福祉用具をうまく取り入れ、療養環境を整えていくことなどが重要な役割となります。

現在のところ、がん患者さんの場合、退院時からケアマネジャーが決まっているケースは少なく、多くは途中から入っていただくのですが、療養環境の整備や精神的サポートを病状の進行に遅れることなく進めるためにも、病院の退院支援の段階で介護保険の申請を済ませていただけるとありがたいと思っています。



初期の不安を支える 介護保険の申請は早く

在宅医療を受け始める頃のがん患者さんの状態は、医学的には有力な治療法がなくなった状態、つまり命の期限が迫っている状態です。多くの場合、自力歩行の機能は残っているものの、体力的に難しいため移動には車いすを要しま



症状急変を機に 最期の迎え方の意思確認

急変時に忘れていけないのは、ある程度落ち着いた段階で、その後の療養希望を確認することです。症状の変化を経験し、「死」を現実のものとして意識するように



英 裕雄 (はなぶさ ひろお)

1993年、千葉大学医学部卒業。3年間の病院勤務を経て、96年、「環境内科クリニック」を開業し、在宅医療に着手。99年、ケアマネジャーの資格を取得。2001年、「新宿ヒロクリニック」開設。NPO法人「在宅かかりつけ医を育てる会」監査役。ケアマネジャーの現任研修講師なども多数務める

なった時期が意思確認を行うタイミングとしては適していると思います。私の経験からいうと、痛みなどの症状をとりながら、最期まで自宅で過ごすことを選ぶ人が大多数です。

一方、家族は自宅で看取することを意識したとき、大きな不安を抱きます。私は、家族の不安が強い場合には、「ご本人が希望しているのだから、今日一晩だけ自宅で見てみたらどうですか？」と話します。この「一晩だけ」という言葉に家族の緊張は和らぎます。急変後の1日をなんとか乗り切ると薬も効き、症状が落ち着きます。するとまた1日、自宅で過ごせます。患者さんにしても家族にしても、この「もう1日」「もう1日」という積み重ねが、結果的に最期まで自宅で過ごす結果につながるように思います。

死が近づくと、患者さんは寝たきりになります。この頃には親族などが頻りに訪れますので、医師やケアマネジャーがサポートしながら本人の意思をきちんと伝えます。さらに臨死期といって死の直前の時期になると本人の意識は薄くなります。この後は事前に聞いておいた希望を尊重し、それに沿った最期を支えることとなります。



86歳・肺がんの夫を 自宅で看取った90歳の妻

がんの場合、病気の特性や介護

保険申請のタイミングの関係から、介護の対応よりも医療の対応が主になるケースが多いのですが、もともと何らかの病気や障害で介護を受けていた高齢者ががんを発病した場合には、介護の対応が主となることもあります。

86歳のYさんはもともと要支援(旧)で介護保険のサービスを利用していました。あるとき肺がんを発病して入院。すでに手術は不可能な状態と診断され、退院しました。その時点で受けている医療は、麻薬の貼り薬と在宅酸素療法でした。在宅での主な介護者は90歳の妻1人。高齢で糖尿病もあり、十分な介護は難しそうでした。

Yさんの場合、要支援のときから担当しているケアマネジャーがおり、なじみのヘルパーもいました。ケアマネジャーは退院に合わせて介護用のベッドなど福祉用具を導入。貼り薬を貼ったりはがしたりすることもままならない妻の手助けができるよう、ヘルパーの訪問も手厚くしました。

一方、医療スタッフは病状の管理や何かあったときの往診が主。ときどき看護師がボランティアに立ち寄って様子を見たりしていました。点滴など介護負担の重くなる医療は、妻やケアマネジャーと相談のうえ、導入しませんでした。Yさんは夕方になると呼吸苦に陥ることを繰り返していましたが、なんとか在宅生活を続けました。



【症例の概要】

名	前	Yさん
年	齢	86歳
性	別	男性
同居家族		妻
要介護状態区分		要支援(旧)
病気・障害		肺がん末期

当初は、妻が介護に対して大きな不安を抱いていたこともあり、自宅で看られなくなったらホスピスへの入院を考えることにしていましたが、しばらくすると妻自身から、「これだけみなさんに親身になって手伝っていただけるなら、ずっと家でも大丈夫だと思う」という言葉が出てきました。この日から、Yさんの呼吸苦はほとんどなくなりました。「悪くなったら入院」という精神的不安が呼吸苦を引き起こしていたと考えられます。その後、大きなトラブルもなく、Yさんは退院して2ヵ月後、自宅で妻に見守られながら静かに亡くなりました。

このケースのように、在宅で療養している高齢者ががんを発病することは珍しくありません。ケアマネジャーの皆さんには、担当しているお年寄りががんになったとき、どんなサポートができるのか、必要な医療をどう確保するのかなどを日頃からシミュレーションしておき、いざというときに早め早めに対処していただけると、本人や家族の希望に沿った最期を迎えるための大きな力になると思います。

(つづく)

都会で行う在宅医療連携

英 裕雄

新宿ヒロクリニック(東京都)

SUMMARY

東京では、今後も後期高齢者の増加が続くことが予想されている。一方で療養病床や介護保険施設も少なく今後も増加は期待しづらい、また在宅療養支援診療所や在宅医療を主たる業務とする医療機関は少なくないために、これらが機能を発揮しつつ病院や施設などどのように連携していくことが今後の中心的課題となると考える。本稿ではこれら社会事情に合わせた現在の連携課題について新宿区の試みを中心に論じたい。

はじめに

人口が首都圏や大都市圏に集中してきている結果、高齢者人口もこれら地域において非常に増加することが予想されている。このような地域では地価の問題から施設整備が困難である一方、核家族化や住宅の狭小化などが進んでおり、高齢者夫婦の単独世帯や高齢者の独居世帯は非常に増加しているため(図1)、家庭療養も必ずしも容易でないという特徴がある。一方で介護が必要になった

場合自宅での対応を望む人は66%に達すると考えられている(図2)。したがって今後さらに進展する高齢者療養の問題は大都市地域においてはさらに大きくなることが予想される。また地域コミュニティも希薄化しているために隣人同士の支えあいや見守り機能なども弱いなど課題は大きい。行政・民間・医療介護提供者さらにはボランティアなどが一体となった対応体制作りが求められて

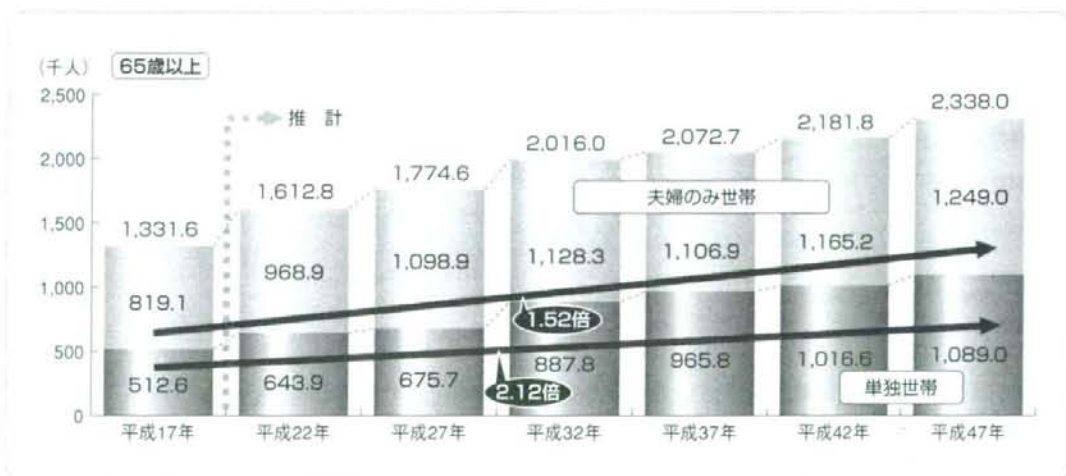


図1 高齢者単独世帯/夫婦のみ世帯の増加

(資料:厚生労働省提供ワークシートによる推計)

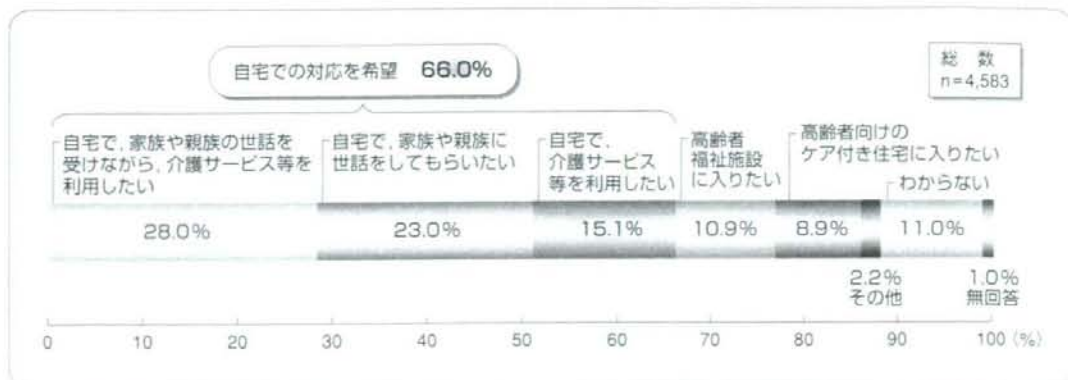


図2 介護が必要になった場合に望む対応 (資料:平成17年度東京都社会福祉基礎調査「高齢者の生活実態」(東京都))

いる。その意味でも高齢者医療においては、施設内のみでの医療提供ではなく、地域のさまざまな状況を理解しつつ、地域全体と協働する医療形態への転換が不可欠になるのである。したがって在

宅医療を通じて医療者が地域の実情や高齢者の生活状況を理解することは、必須といえる。本稿では東京とくに新宿における実情と連携を模索する状況について概説する。

I 東京都の状況—量的整備から連携整備へ—

東京では、平成32年ごろまで総人口が増加し、1,200万人強(平成17年)の人口が1,300万人程度になると予測されている。一方で高齢者数は実数でも人口比率でも増加し続け、平成17年に230万

人(高齢化率18.3%)、平成47年には342万人(高齢化率24.2%)(実数で49.2%増)に増加し、平成32年には高齢化率は実に25.2%に達すると考えられている(図3.4)。



図3 東京都の人口推移 (資料:平成12,17年総務省「国勢調査」、平成22年以降厚生労働省提供ワークシートによる推計)

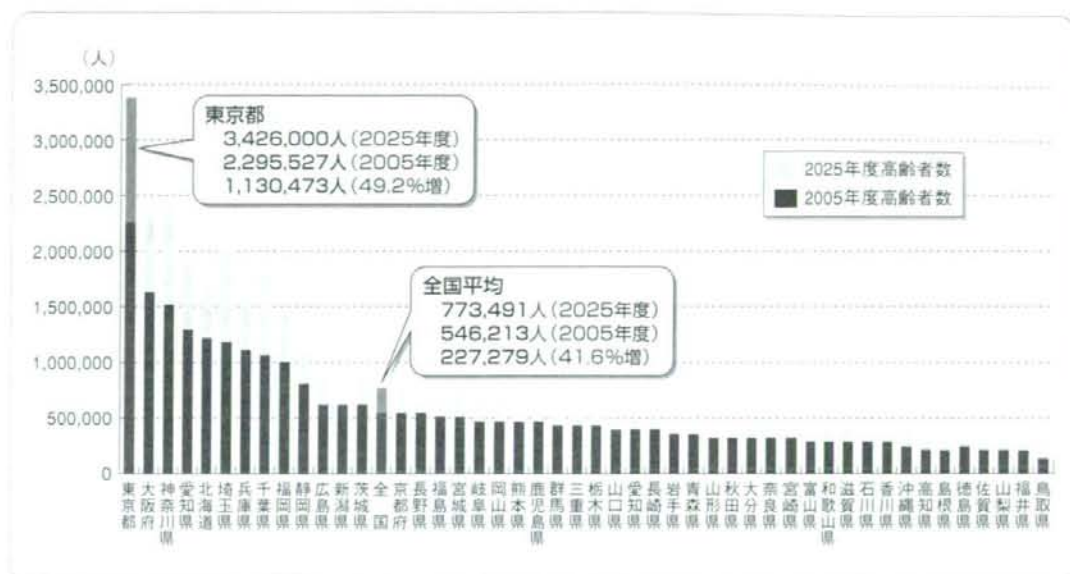


図4 都道府県別 高齢者数(65歳以上)の推移

(資料：2005年 総務省「国勢調査」、2025年 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)」)

とくに後期高齢者の増加が著しく、平成32年には前期高齢者数を上回ることが予測されている。また高齢者の単身や夫婦のみの高齢者単独世帯の増加も著しく、家庭介護力が乏しい中で療養を余儀なくされる後期高齢者が著しく増加することが予想されることから、在宅サービス・施設サービスともに拡充させる必要が生じている。

一方で在宅医療の中心を担うと期待される「在宅療養支援診療所」は平成19年7月時点で、都内約12,000カ所の内科診療所のうち約1,100カ所が届出を行っており、平成18年に東京都が行った医療機能実態調査において、診療所の6.4%が在

宅医療が主たる業務であると答えるなど、在宅医療とくに訪問診療の提供体制は比較的整っている地域といえる。しかし在宅療養支援診療所の多くは単独の医師によるものが多く、都内訪問看護ステーションのほとんどは小規模な訪問看護ステーションであるが、24時間365日体制を維持することが困難であると指摘されるなど課題がある。

そこで今後、東京都では、在宅療養支援診療所同士や訪問看護ステーション同士、さらにはこれら多職種同士の連携など縦横の連携をいかに構築するかが課題となっている。

II 医療連携の縦断的側面・横断的側面

医療連携という場合、われわれはどうしても医療を提供する側としての連携を考えがちである。しかし、在宅療養者にとっての最適解を探す方向としての連携を考えなければならない。

医療連携を構築するうえで2つの軸で構築

される必要がある。一つは在宅療養者が抱えるさまざまな身体的問題を解決・サポートするために、地域医療資源がいかに有効に無駄なく組み合わせられた連携を目指すこと。在宅療養者の多くは、多科的問題、たとえば内科・眼科・耳鼻科・皮膚

科・精神科の問題など実にさまざまな問題を抱えている。これら在宅療養者が抱えるさまざまな問題をそれぞれの専門科がいかに連携して支えるかという、横の繋がりとしての連携、横断的連携といえる。もう一つが、地域住民がその地域で生活し続けるために予防医療から一次医療、二次・三次急性期医療さらに急性期リハビリから回復期リハビリそして慢性期療養へと続くトータルな療養が保証される必要がある。そのためには病期や病状によって異なる医療提供主体がかかわっていか

ざるを得ないが、それらが有機的に連携しなければならないという縦のつながりとしての連携、縦断的連携である。

このように縦断的連携と横断的連携が複合的に絡み合った姿は、一つの織物にたとえることができる。縦糸（縦断的連携）と横糸（横断的連携）を1本1本つむぎ、美しい模様ができ上がるように、さまざまな医療が縦横に組み合わせられて、患者それぞれに適した療養を形作っていく必要がある。

Ⅲ 横の医療連携—とくに診診連携について—

新宿区医師会が平成19年9月に行ったアンケート調査では、回答118施設のうちで訪問診療を行っている医療機関は43、さらに夜間往診をしている医療機関は26あるにもかかわらず在宅療養支援診療所として届けられている医療機関は14にしか過ぎず、条件さえ整えば申請を行いたいとする医療機関が15施設あった。夜間往診を普段かかりつけの患者には提供しても、大々的に24時間対応を行うことの不安や患者の費用負担の増加を心配することなどから、申請を見合わせている医療施設が多いことが伺えた。現在24時間対応を行っている医療機関もその対応を長期的に継続していくことの不安の声も多く、単独診療医での24時間365日対応は訪問診療を行う医療機関にとって架せられた使命とはいえ、負担感が強いことが

伺えた。

そこで、診療所間連携は不可欠であり、有志の医師同士の連携や複数診療医を抱える在宅療養支援診療所を核とする連携など、さまざまな方法があるなかでも、新宿区医師会では、医師会診療所を中心とした連携を試みることとなった。本システムはあくまでも主治医の指示に基づき当直医が往診代行を行うという形であり、主治医は電話対応は24時間余儀なくされるが、在宅患者の療養一貫性を担保し、主治医がある程度の吸息と取れるためには不可欠なシステムとして、医師会および行政から支援を頂き、平成20年6月より実施する方向となった。当初は夜間対応のみとするが、将来的には休日や正月や盆などの連続休暇への応用も検討されている（図5）。



図5 新医師会診療所における夜間往診代行の流れ

また一方で在宅主治医同士の連携と同様重要なのは、適切な専門医の往診が保障されていることでもある。東京都皮膚科医会では、床ずれ110番と名して、皮膚科専門医の往診医紹介制度を作っており、床ずれに限らず在宅療養中の患者が罹患する皮膚疾患を在宅で対応できるように整備している。また東京都内では神経内科専門医による定期的な神経難病患者訪問事業などを行っており、ALSを代表とする神経難病患者の在宅療養に役

立っている。また平成6年より新宿区医師会では眼科や耳鼻科・泌尿器科・精神科などの実にさまざまな診療科の開業専門医の往診を紹介する制度などが、作られていることから患者の抱えるさまざまな診療科的問題を在宅療養を行いながら解決する方策が講じられている。このような専門医往診制度は、定期的もしくは必要に応じて提供されているが、在宅療養がより円滑に行われるために不可欠な仕組みといえる。

Ⅳ 縦の医療連携—病診連携を中心に—

新宿区では、3大学病院、4総合病院を擁しており、急性期ベット6,000床以上とほかの地域に比べると急性期入院環境は非常に優れているといえる。もちろんこれら多くの病院は専門診療・高度先端医療を行う施設であるため本来は在宅患者の誤嚥性肺炎などによる一般的入院ニーズと合致しない場合もあるし、夜間や休祭日などには緊急入院先を探すことは容易ではないが、平日日中などはもともと密接な連携を結んでいる病院は在宅患者の受け入れを融通してくれることは少なくない。しかしともすると入院期間が長期化しやすかったり、入院による生活機能低下が進行しやすい高齢者在宅患者では、いかに急性期病院への入院が容易であっても、適応を厳密に検討し、入院の目標などをきちんと家族や本人などとあらかじめ共有化しておくことが好ましい。またこれら病院で専門的治療や検索の結果在宅療養が適切であ

るという判断から直接退院し在宅療養をする患者も多く、急性期病院・在宅療養支援診療所間連携はかなり密接に構築されている場合が多いといえる。その一例として在宅療養計画研究会の活動があげられる。本会は区内4総合病院と10数人の一般開業医がより円滑な退院支援を目指すために、平成14年より活動している有志の会であり、医師会との関係なども密接に、最近増加しつつある在宅療養支援診療所の医師と病院主治医との連携の場として役立っている。

一方で介護力不足などから在宅療養の開始や継続が不可能な場合の受け皿としての療養病床は介護保険・医療保険両方合わせても、新宿区内では45床しかないことから、区外施設の利用や従来医療的対応をあまり得意とはしなかったような介護保険施設への往診医療の提供などでカバーする必要が出てきている(図6)。

V 医福連携

平成12年の介護保険制度の施行以来、区内では介護サービス事業者が急速に増加し、訪問介護・訪問看護などの訪問系サービスと同時、デイサービスやショートステイなど通所・短期入所系のサービスは非常に増加した。しかし一方で特別

養護老人ホームやグループホームなど比較的長期に入所できる施設は限られており、昨今増加しつつある有料老人ホームをあわせても区民の長期入所ニーズをカバーするには至っていない。在宅で比較的重症もしくは重介護状態を支える在宅療養

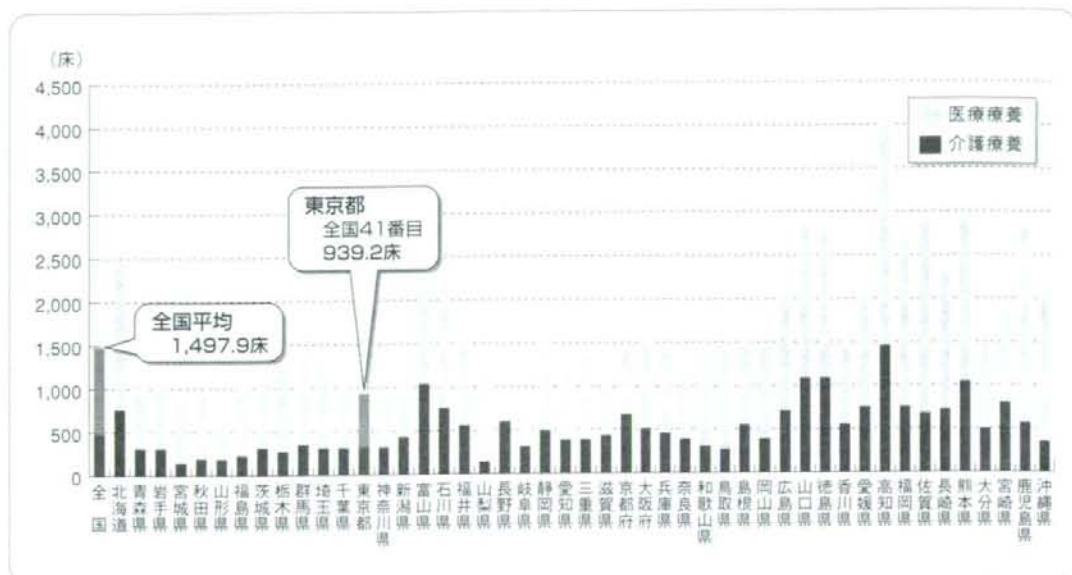


図6 都道府県別に見た65歳以上人口10万人当たりの療養病床の病床数
(資料：65歳以上人口—総務省「国勢調査」、病床数—病院報告(平成18年3月分概数))

支援診療所としては、訪問系サービスとの連携や通所系サービスとの連携により、今後増加する老人単独世帯など家族介護力が乏しい在宅患者の療養をいかに支える工夫をするかが今後喫緊の課題となっている。現在区内介護サービス事業者協議会では年に一度連携医師との連絡会を行っており意見交換の場を設けたり、積極的にケースカンファレンスを利用して個々の患者における個別連

携をより充実することと同時に、従来のフォーマルサービスだけに頼る介護ではなく、さまざまなインフォーマルサービスの拡充やいたずらに重度要介護状態を引き伸ばさないための医療的配慮、とくに高齢者自らのリビングウィルに基づいた医療構築と同時に、区外や都下などの比較的施設が充実している地域との連携などを目指す必要がある。

教育システムを包括した在宅医療

和田忠志

あおぞら診療所(千葉県)

SUMMARY

高齢化が進むわが国で、在宅医療の担い手を養成することが強く要請されている。この状況のなかで第一線の開業医が教育を行うことはきわめて重要である。われわれは、診療のなかに学生や研修医を教育するシステムを組み込み、患者への負担を最小限にしつつ、教育活動を行っている。とくに、研修医に対して、その場でコンサルテーションに応じながら体験的学習をしてもらうことが活動の特徴である。教育を行うことは、われわれの学ぶのプロセスでもあり、ひいては医療活動の水準向上に役立つと信じている。

背景

急速な人口構成の高齢化に伴い、在宅医療が注目されている。病院死亡を大きく増加させないとすれば、2037～2040年には、国内在宅看取り数を現在の4～5倍程度に増加させることが必要であり、長期的視野に立って国内システムを整備し、在宅医療の素養をもつ医師を量産する必要がある。

また、プライマリ・ケアに従事する医師は、十分な在宅医療の能力をもつことが望ましい。

一方、自宅死亡率は、上記のように、現在なお減少を続けている。また、厚生労働省資料を分析すると、「在宅医療費」は増えているが(図2)、「医師の訪問サービスとしての在宅医療」は増えてい

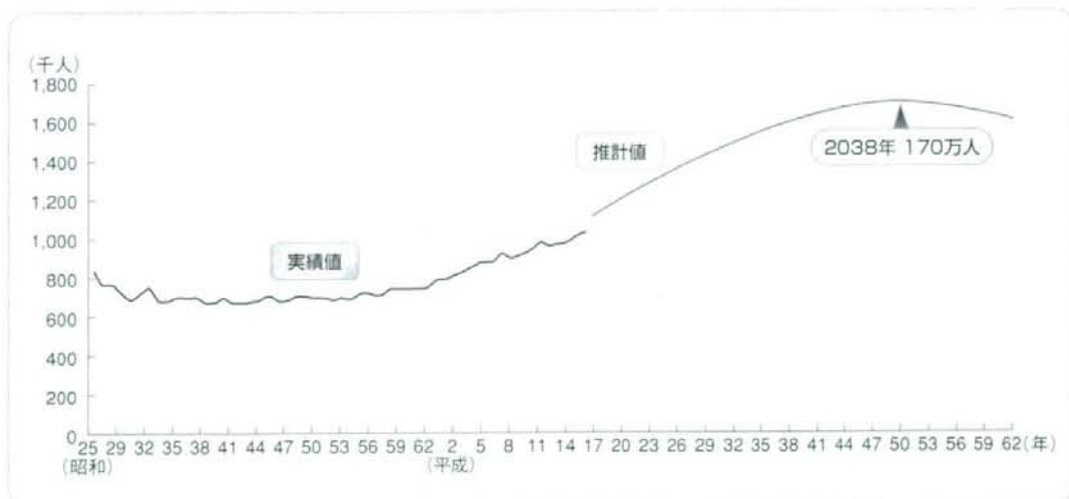


図1 日本人の死亡数の推移とその予測

資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」(中位推計)

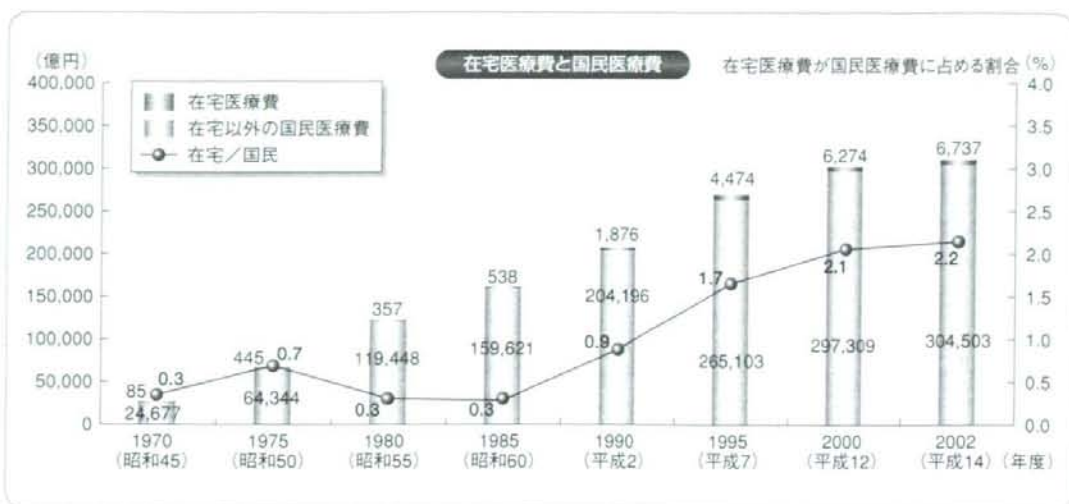


図2 在宅医療費の推移

(国民医療費、社会医療診療行為別調査(いずれも統計情報部)をもとに算出)

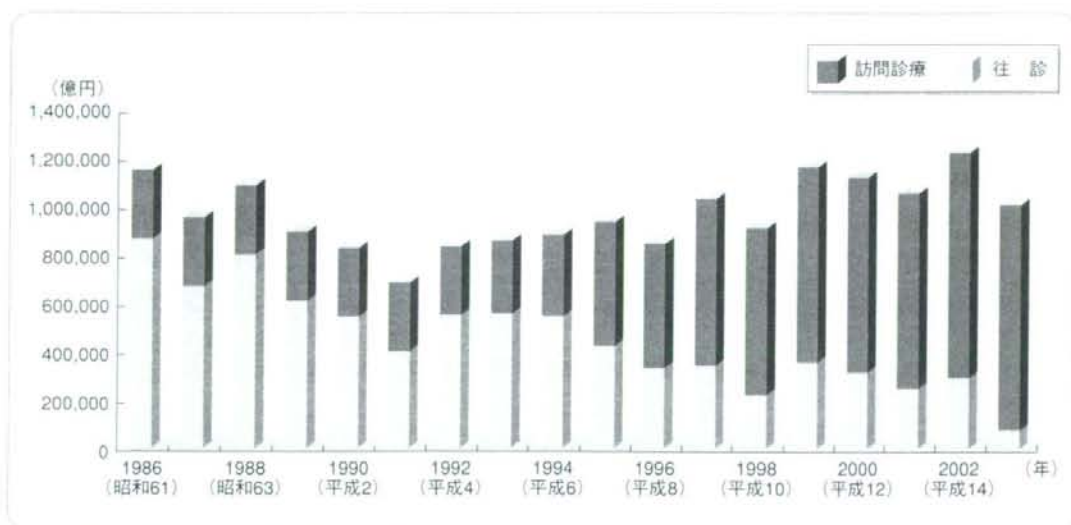


図3 医師の患者自宅への訪問回数(1ヵ月当たり)

(厚生労働省 社会医療診療行為別調査 分析 藤井博之 和田忠志 2005)

ない(図3)。つまり、「保険診療での在宅医療「費」は増えているが、医師訪問実数は増えず、高齢者やがん患者の増加を鑑みると、相対的には医師の訪問を受ける患者の割合は減少している。この意

味で、在宅医療推進のためには、在宅医療を行う医師を増やすことが非常に重要であり、そのためには、「教育システムを包括した在宅医療」を行う医療機関が増えることが重要である。

I 在宅療養支援診療所と教育活動

筆者は、国立長寿医療センターの平成19年度 在宅医療推進会議の「新たな在宅医等の人材養成

表1 がんを含む在宅緩和ケア・看取りの医師実施研修が可能であるかどうかと看取り数との関係

看取り数	ア：可能 (72件)	イ：将来は可能 (20件)	現在は困難 (54件)
0	2	1	2
1～5	7	8	26
6～9	8	3	9
10～19	23	6	9
20～29	10	1	5
30以上	22	1	3
計	72	20	54

緩和ケア・看取りの研修の可能性のそれぞれの項目と、看取り数(0～19人、看取り数20人以上)に、 χ^2 乗検定で有意差が認められる

(国立長寿医療センター在宅医療推進会議アンケート調査
(平成19年度報告))

II 診療所が教育活動を行うことの重要性

筆者は、診療所が教育を行うことは重要と考える。それは、「プライマリ・ケアの本質は診療所にある」からである。生活者としての患者やその背景を知ることは、病院の研修では容易ではない。「診療所」や「自宅」という空間が、「人間としての患者」に遭遇する場を切り開くのである。また、研修医や学生は、医療が一医療機関で完結するものではなく、連携によって成り立つこと、診療所も病院も、それぞれは不完全であり、相補的に機能することで医療システムが維持されることを学ぶ。

「研修指導は指導医にとって負担」、「多忙な開

に関する部会」(略称「人材養成部会」)を担当している。同部会では、機能強化部会と合同で、在宅療養支援診療所の機能を知るためのアンケート調査を実施した(表1)。そして、看取りを活発に行う在宅療養支援診療所では、教育の能力や意欲もあることがわかった。つまり、看取りを行う「本来の」在宅療養支援診療所は、教育も可能であるということである。

業医は教育できない」という言葉をよく聞く。しかし、上記データは必ずしもその言葉を支持しない。むしろ、「活動性があり、看取りなどを積極的に行う「多忙な診療所」が教育能力と意欲を持つ」が、おそらく真実である。また、研修医は診療行為が可能である。研修医に指導医が行うべき労働の一部を行ってもらえば、その分指導医は時間を捻出できる。むしろ、「指導医コンサルテーション下で研修医に労働してもらおう」ノウハウを指導医が身に着ければよい。そうすれば、指導のための時間は必然的に生まれる。

III 教育診療所としてのあおぞら診療所

あおぞら診療所の源泉は、和田、川越、前田の卒後研修に関する意識に始まった。当時、研修医だった3人は、それぞれが経験している研修を語り合い、体験や発見したことを先輩医学生や医師達に伝え、医師養成の仕組みが改善され、ひいてはわが国の医療がよくなって欲しいという気持ちを文章にしてみた。それが、日野原重明先生の目に留まり、「初期プライマリケア研修」(医学書

院・現「君はどんな医師になりたいのか」という書に結実した。その書の内容の中心が「主治医」の思想である。また、この書には、現在の新臨床研修制度の輪郭が描かれている。その意味で、われわれは現研修制度の提唱者の一群でもある。

「病気のみでなく、患者の人生や生活まで責任をもって付き合える医師とはいかなるものか？」を問い続け、われわれがほぼ経験十年になった

頃、「主治医」の思想を実践し、実験するフィールドが議論の焦点となった。そして、2年にわたる討論の末、「あおぞら診療所」を開設した。われわ

れの源泉は、「より人間に近い医療を実践する」ための研修システム構築の議論にあり、あおぞら診療所は最初から「教育診療所」として出発した。

IV あおぞら診療所の沿革

われわれの医療法人財団「千葉健愛会」は、千葉県松戸市内に2診療所を経営する。あおぞら診療所(上本郷)は、平成11年4月1日に開設し、現在、常勤医師2人、非常勤医師4人、研修医1人、常勤看護師6人、非常勤看護師2人、医療ソーシャルワーカー1人、そのほかの人員で構成される。あおぞら診療所(新松戸)は、平成16年11月1日に開設し、常勤医師4人、非常勤医師2人、研修医1人、常勤看護師7人、非常勤看護師3人、

理学療法士1人、医療ソーシャルワーカー1人らで構成される。あおぞら診療所(新松戸)は、千葉県指定「中核地域生活支援センター」を併設する。

2診療所をあわせて、現在、460人程度の方に在宅医療を実施している(表2)。また、それぞれが在宅療養支援診療所としての24時間対応の能力を有し、その24時間対応には研修医も参加している。

表2 あおぞら診療所在宅患者死亡者統計

		あおぞら診療所上本郷	あおぞら診療所新松戸	計
在宅患者数	平成19年10月現在	229	223	452
死亡者数	平成17年1月～平成19年10月	178	203	381
がん死亡数	平成17年1月～平成19年10月	74	99	173
自宅死亡数	平成17年1月～平成19年10月	113	92	205
自宅死亡率(%)	平成17年1月～平成19年10月	63%	45%	54%
がん自宅死亡数	平成17年1月～平成19年10月	53	63	116
がん自宅死亡率(%)	平成17年1月～平成19年10月	72%	64%	67%
非がん自宅死亡率(%)	平成17年1月～平成19年10月	53%	29%	41%

V あおぞら診療所で行う教育活動

あおぞら診療所は、東京医科歯科大学医学部付属病院、虎の門病院、みさと健和病院、新松戸中央病院の臨床研修関連施設として、研修医教育を実施している。地域医療・保健研修では標準研修期間は3ヵ月であるが、現実には、研修医一人当たり2ヵ月で実施している。平成17年度は、東京医科歯科大学8人、虎の門病院12人、みさと健和病院1人の計21人が研修した。平成18年度は、東京医科歯科大学12人、虎の門病院11人、みさと健和病院1名の計24人が研修を行った。

また、東京医科歯科大学医学部(総合診療部)、

順天堂大学医学部(公衆衛生学)、平成帝京大学看護学部(地域看護学)の学生実習施設である。学生実習は一週間以内が圧倒的に多い。また、休暇を利用しての自主的な学生実習に関しては、医学部・看護学部そのほかの医療系学生実習を随時受け入れている。

そのほか、臨床研修修了者、開業希望医師の研修希望も受け入れる。県や国の行政担当者、専門家の研修依頼も多く、そのつと調整しながら受け入れている。

VI あおぞら診療所における地域医療・保健研修

われわれが行っている地域医療・保健研修について述べる(表3)。

1) オリエンテーション

まず、指導医とともに患者の自宅に何うにあたり、「自宅に入るときに研修医(学生)は荷物を持つ」よう指導する。これは、労働力を期待するよりは、研修医(学生)が、患者やご家族から見て、By-standerのように見えないためである。また、基本的に、自分のかばん(とくに華美なもの)は持たないようにさせる。玄関で靴をそろえるようにする。自宅内には「見てほしいものと見てほしくないもの」があり、飾ってあるものは見てもよいが、見てほしくない部屋などは見ないように指導する。「自宅内では低い姿勢を保つ」ようにし、患

者のいる居室内では、基本的には「床に座る」ように指導する。また、居室内では、自分のメモを取することは許さず、カルテなど治療に関連する書類のみ記載させる。

これらは、患者やその家族から見て、「好ましい印象を与えつつ診療を行う」ための非言語コミュニケーションのトレーニングでもある。

2) 研修リスク管理

すべての医師は不完全であるが、とくに研修医は未熟であり、「患者に害を与えない」ことが最も重要である。われわれは、研修医が「未体験ゾーン」に遭遇したときや、研修医が「失敗したと感じた」とときには、すべて「その場で、リアルタイムに、指導医に相談する」ことを強く研修医に要請している。また、指導医が電話でコンサルテーションを受けるシステムを意識的に構築している。また、研修医が指導医と離れて診療行為を行うときには、必ず熟練した看護師を同行させ、常勤医が、基本的に30分以内に駆けつけられる場所に存在するようにしている。

また、すべての自動車にアンビューバックを常備し、すべての医師・看護師かばんに、エピネフリン簡易注射セットやステロイド注射液を常備し、アナフィラキシーショックなどの不慮のトラブルに円滑に対応できるシステムをもつ。医療事故遭遇に際しては、事故対応に専念する「事故対応管理職」を即座に発生させて、対応するシステムを有する。また、自動車事故を研修医が起こすことを防ぐために、研修医には勤務時間内での(診療用)自動車の運転を禁じている。

表3 あおぞら診療所における地域保健・医療研修の到達目標

- 定期往診を通じて「生活者」としての患者を知る。
- 生活の場で患者・家族と信頼関係を構築し、円滑に診療を継続する素養を養う。
- 患者の家族背景を理解し、家族のサポートを行うことの重要性を学ぶ。
- 定期往診を通じて、病状の安定した患者の自宅での医学的管理の基礎を身に着ける。
- 自宅での経管栄養、尿道カテーテル管理、人工呼吸器管理などを学ぶ。褥瘡や痴呆、神経難病など在宅診療に特有な疾患の基本的な診療能力を身につける。
- 急性疾患をもつ在宅患者の往診を行い、自宅ですでに限られた医学的手段を用いて適切な診断を下し、治療を行ったり、入院適応の判断を指導医とともに経験する。
- 訪問看護師・訪問薬剤師やそのほかの職種との連携を経験する。
- 通所サービスやショートステイなどの居宅サービスの実態と適応について学ぶ。
- 介護保険制度、身体障害者福祉制度などの基礎的な制度活用について学ぶ。
- 時間が許す限り「最期まで自宅で生きる」希望実現としてのターミナルケアを経験する。
- 在宅医療においては、患者の自己決定権に基づき、延命治療の放棄という側面がありうることを理解する。

3) がん患者の副主治医

研修医は、研修開始直後に導入されるがん患者

を、機会が許す限り、1～3人受け持つ。当該患者に関しては在宅医療導入面接にも参加する。そして、指導医にコンサルテーションしながら、週に2～3回(あるいはそれ以上)訪問して治療を行う。また、本人や家族への主治医の説明に同席する。状態悪化の際には、宿泊施設に泊まるなどして対応する。当院での末期がん患者生存期間中央値は30日前後であり、研修医は、機会に恵まれば、1～2人の患者を看取るまでの治療を経験できる。

4 熟練した看護師と患者訪問

研修後半では、熟練した看護師同伴で、「在宅患者に対する訪問診療(定期診察)の経験」を行う。これは、「看護師に相談しながら業務を行う」トレーニングでもある。診療時に、わからないことは、「その場で」指導医に電話相談して解決する。必要に応じ、同日内あるいは翌日に指導医が当該患者を診察して、経過をチェックする。

5 臨時往診対応・緊急入院実施研修

臨時対応の経験を行う。臨時対応が必要なとき、「医師が往診する前に看護師訪問を実施する」ことがあるが、この研修は「看護師訪問に研修医が同行する」形態と考えることもできる。その意味で、患者に対するリスクは非常に低いと考える。この場合も、研修医に同行するのは熟練した看護師とする。

研修医は、現場に到着後、診察したうえで、全例を指導医にその場でコンサルテーションする。急性期治療が必要であれば、その場で開始する。また、入院が必要な場合には、入院マネジメントを指導医とともにやり、簡潔明瞭な紹介状を記載するトレーニングもあわせて行う。

研修医は、それまで、常に「入院を受ける側」であったのが、入院マネジメントの体験で「入院させる側」を経験する。このことは、大きな思考の

変換を研修医にもたらすようで、この体験により、研修医は「入院させる側の事情や論理」を理解できるようになる。

6 夜間あるいは休日のファーストコール研修

また、在宅療養支援診療所の本質である「24時間対応」の経験も、重要な研修である。研修医は、ファーストコール当番日には宿泊施設に宿直し、患者あるいは家族からの電話連絡に対応する。電話連絡を受けた研修医は、指導医に全例をコンサルテーションし、必要に応じて、訪問を決定する。訪問が必要な場合には、熟練した看護師と訪問する。

7 ポートフォリオ作成研修

図4のポートフォリオを研修医に毎日夕刻に記載させる。これは、自分がその日に遭遇した患者に対する対応を振り返り、定着させたり、更なる学びにつなげる自己学習ツールである。このポートフォリオは、随時指導医に見せて討論する。討論することで、体験が深まり、自分の行為の問題点を明らかにでき、何を今後勉強すべきかも明確にできる。

8 「Most Impressive Case Report」の記載とプレゼンテーション

研修医は、研修期間中に診療した患者のうち、最も印象に残った患者を一人選び、「Most Impressive Case Report」を作成する。たとえば、末期がん患者の例では、在宅医療における臨床経過、実際に行われた緩和ケアについての記載・考察、本人やご家族の意思と医療者のかかわりによるその変遷、自宅に最期までいられるサポートの具体的手法、訪問看護連携および介護保険活用を含めたチーム医療、などを記載する。この「Most Impressive Case Report」は指導医と討論しながら

① 今日気づいたこと、経験したこと	② 今日うまく行かなかったこと、失敗
③ 今の気持ち	④ 今後学びたいこと、希望

図4 あおぞら診療所で使用しているポートフォリオ書式

ら作成し、最終週月曜に職員の前でプレゼンテーションし、討論する。

9 ペーパーワーク

研修医は、上記のような実地体験を行いつつ、書類等を記載するトレーニングを行う。新患サマリ作成、(入院時の)紹介状作成、介護保険制度の主治医意見書、訪問看護指示書、訪問薬剤指導にかかる情報提供書などを、受け持ち患者や遭遇する患者に即して記載する。場合によっては、身体障害者手帳交付のための診断書、あるいは障害年金診断書、生命保険給付用の診断書の下書きなどを行う。

10 指導医によるレクチャー

研修医は、その主体性に応じて指導医と日時を

表4 講義内容

- 在宅医療概論 ①(川越)
在宅医療概論 ②(和田)
- プライマリケア概論と「主治医」論(川越)
介護保険概論(和田)
- 小児在宅医療(前田) 東洋医学(北田)
- 在宅療養で頻度の高い病態とその対処(川越)
- 診療報酬制度の概要(川越)
行動変容とチーム医療(川越)
- 患者中心の医療とNBM(川越)

調整し、レクチャーを受ける。表4に講義内容をまとめた。これらをすべて受ける研修医は皆無で、研修医の志向に応じ、その2~3回を受けることが多い。また、研修医から特定項目のレクチャーのリクエストがあれば、それを行うこともある。

おわりに — 教育を通じて「指導医を教育」する —

研修医や学生を教育することは、われわれ自身が学びを深めることでもある。実践的知識や技能を学ぶ場合、「習いなさい、次に自分でやってみなさい、そして人に教えなさい」といわれる。人に教えるには当該知識や技能をマスターしている

のみならず、適切に言語化する必要があり、人に教えることで私たちの知識や技能が完成するともいえる。

研修医を受け入れるために、院内リスク管理を含めたさまざまなシステム構築が必要になる点も

大きなメリットであり、学びでもある。研修医や学生のために、カンファレンスや抄読会や、学習設備や書籍を整備することは、ひいては、医療水準の向上にも資する。のみならず、「研修医や学生から」直接学ぶことも多い。また、研修者の存在は、われわれが実施する医療を批判的に見てく

れる第三者がいることでもある。

この意味で、研修医や学生の方々にきてもらうことは、われわれが成長する材料を与えてくれていることでもある。今後も、若い人たちとともに学び続けたいと思う。