

第5分科会 - 2 医学史・医療運動史・医療と裁判

21世紀の医学の課題

「試見・今求められる地域医療 その人らしい生活を中心にした医療・わきまえのある医療」

〔発表者〕大場 敏明（内科）

私は、長年、一般病院での内科医療と老人病院での高齢者医療に従事したが、介護保険時代の幕開け2000年にクリニックを開業し、地域医療、高齢者医療と障害者支援に取り組んできた。4年前に痴呆性高齢者グループホーム（GH）と精神障害者地域生活支援センターとを開設し、昨年は認知症対応型デイサービス（DS）を併設し、今、地域密着型の小規模多機能生活介護を準備している。又、私は、精神障害を持つ子弟の親として、障害者支援の活動と、NPO法人の立ち上げに参加した。その際、参考にと全国的に有名になったべてるの家を見学し、「当事者主権」の典型に感嘆し、「治さない精神科医」を自認する浦河日赤の精神科川村部長の提唱する「わきまえのある医療」に共感した。

このような経験と活動の中から、「その人らしい生活を中心にした医療」と「わきまえのある医療」が21世紀の地域医療には、重要であると考えられるようになった。

（1）この考えは、長年の病院勤務の経験から、現代医療、特に病院中心医療の限界を痛感したこと、つまり、そこでは結局「病気」にのみ目がいきがちで、病気をもった人（患者さん）の「生活と人生」については無視ないし軽視しがちである欠陥を感じてきたことからきている。たしかに急性期や重症患者さんの治療については、病気・病状にふさわしい最良の医療、集中的な高度な医療が行われる必要があり、その間は、その人らしい生活・人生は、無視ないし軽視されても止むを得ない面がある。しかし、回復期・慢性期そして、高齢者医療などにおいては、その人らしい生活の視点は決して軽視されてはならないと思ってきた。特に認知症・精神神経難病・緩和ケア・慢性期リハなどにおいては、入院医療でも、その人らしい生活・人生を中心においた医療が必須であると考えている。

この考えの背景を、私の勤務医時代の臨床経験から説明したい。私は、老人病院勤務時代に、「認知症医療における病院医療」の限界と矛盾、隔離・収容・管理型医療の問題性を感じたのである。認知症患者さんは、病院に入院することで、その方らしい生活が奪われてしまうが、入院の必要性など判断できないことが多く、環境の変化を理解できずに、入院すること自体で認知症が進行したり、周辺症状が出現・悪化したりすることをしばしば経験した。例えば、自宅から隔離された当然の反応である「帰宅願望」が、病棟では、「問題行動」として最重要の治療対象となり、病院管理上から当然必要な対策がとられ、その結果、病状がさらに悪化したりすることになるのである。これは、認知症入院医療における「必要悪サイクル」とでも言えるもので、家庭生活が困難になった時に入院となった患者さんが、環境悪化
病状の進行 治療の強化 ますますの環境悪化と悪循環に陥ってしまうのである。それに対して 薬物治療 物理的拘束 言葉による強制の「3つの拘束」が必要悪として横行し、その結果、向精神薬の副作用などで誤嚥性肺炎や寝たきりの危険が高まり、最悪の場合は死に至ることもあり、その人らしい生活と人生そのものの破壊を至らしてしまったと自責の念にかられることも幾たびもあった。

又、老人病院での介護についても、集団介護・管理型介護が当然行われ、スタッフ不足の中では、「効率の良い」介護が求められ、個々の患者さんの個別性（その人らしい生活・人生）を無視した、画一的・集団的管理が行われる。その結果プライバシーは無視されがちで、しばしば「物扱いの介護」になったり、あるいは「親切に優しくしてさしあげる介護」が行われ、最も必要な“自立生活へむけた介護”は行えない実情にあると思われる。

(2) 今必要なのは、認知症病院医療で多く行なわれてきた収容・集団管理型の医療介護、「してさしあげる」介護・医療の限界を克服し、医療・介護の複合的支援、北欧型モデルの日本的応用であると考えている。ところが、先進福祉国をモデルにして発足したはずの介護保険制度であり、その法律の基本理念として「介護の社会化」と「自立支援」が高く掲げられているが、通所系やGHなどでは、摘発されたコムソンなど大手の営利介護株式会社がシェアの多くを占めてきた中で、実態は「介護の営利化」と「お客様介護」が横行しているのではないだろうか。例えば、認知症の共同生活介護（GH）は、介護保険制度施行後に著しく乱立したが、そのかなりの部分をしめているのが営利株式会社のGHである。そこでは、入居者をお客様と呼び、介護は、してさし上げる介護であり、その結果確かにおとなしく穏やかになっていく認知症の方は少なくないが、自立生活支援とは程遠く、生活力を緩慢に失わせていく介護になってしまっていると言わざるをえない。

私の法人で運営しているGHやDSでは、あえて小規模に徹して、家族的雰囲気を保ちつつ、いかなる拘束（拘束につながりかねない対策なども含め）を排除し、認知症の方への介護の専門的力量をもったスタッフを配置し、個別支援・自立生活支援を行ってきた。その介護の中心は、その人らしい生活の回復を目指して、生活力を意識的に引き出すことにおき、自立生活を支援する介護を追求している。その人らしい生活力の回復は、たとえ部分的であっても、自分でできる自信をとりもどし、経験したことのない炊事に男性が初めて取り組むなどの、積極性を引き出す経験を蓄積している。

認知症専門グループホーム・通所介護については、昨年、スウェーデンの福祉・介護を見学する機会を得たが、原点である1960年代モデルを知り、また若年性認知症GHでは、小規模・自立生活支援、個別的な介護が行われており、この面でも先進的であると感銘させられた。スウェーデンは、日本と同じ進んだ資本主義国であるが、福祉国家としての長年の蓄積があり、また成熟した民主主義の上での権利としての社会保障、また豊かな福祉資源が整備された上での当たり前前の介護の現実を、見聞きして、日本との格差に愕然としたものである。「介護の営利化」と「お客様介護」へと進んできてしまっている日本の介護保険制度の、掛け違えてしまったボタンを根本から改革せねばと思ったものである。

(3) 私は、7年前に精神疾患によってわが子の人生が奪われた経験をした。そして、またもう一人の子供が、10数年間の精神科治療にもかかわらず、発病前の普通の人間とは大きく違った人間に変質させられてしまった喪失経験をもち続け（「破瓜型」の典型）、つくづくと精神疾患の難治性、治療の困難さを痛感してきた。その中で、一昔前（現在も未だ主流か？）の「閉鎖病棟医療」に、患者の生活と人生を全く無視してきた歴史を見る思いだが、その後追及されてきた「開放病棟医療」であっても、しばしば多剤大量投与に頼らざるをえないなど、未だ管理中心に展開する日本の精神科医療の問題点を感じてきた。家族としての患者サイドの経験からは、医療人が「その人の生活・人生」の観点を殆ど欠落させ、病者・狂者としてしか見ていない感覚に深い溝を感じてきたが、閉鎖病棟時代の精神科医療の体質が色濃く残っていると感じたのである。難治状態の精神疾患の医療とは、一体「何を治すのか、治せるのか」と深い疑問を持ち続けてきたものである。そして退院後の福祉施設も、精神病院医療の延長である管理型内容で、パターンリズム的体質が強くあり、その人らしい生活・人生を無視ないし軽視している傾向を感じてきた。

最近、私のクリニックの地域で結成された、精神障がい者の地域生活と仕事を支援するNPO法人の立ち上げと親の会の活動に関わってきたが、その際、北海道・浦河日赤精神科医療と福祉法人べてるの家の活動に、大いに学ぶ所があった。当事者主権の立場からの支援と「わきまえた医療」、「非援助論」など、今までの精神科医療・福祉と対極的とも言える活動は、根本的改革を、精神科のみならず現代の日本の医療界・福祉界全体に、強く提起していると

感じている。私は、直接浦河に行って、「幻聴&妄想大会」や「当事者研究全国大会」を見学し、大笑いし、驚嘆したが、『べてるの家の「非」援助論』（医学書院）など多くの著作からも学べる。べてるの家の理念として、「いつも問題だらけ」・「安心してサボれる会社づくり」・「苦勞を取り戻す」・「それで順調！」・「偏見差別大歓迎」など紹介されているが、その先進性・革新性に感嘆している。

(4) 「その人らしい生活」とは、介護保険の中で盛んに述べられる常套語でもあるが、現実の多くの介護からは、目標にとどまっていると思われる。しかし、この概念は、21世紀の地域医療の理念としても、中心に座るべき内容・重要性があると考えられる。「一人ひとりの生活」は、多面的で多様であり、断面としての「家庭・職場・地域での生活」と、時系列・個人史にみる過去・現在・未来の「人生」過程と、両面からとらえる必要がある。その観点にたつ「その人らしい生活を中心にした医療」は、従来の全人的医療や家庭医療も、包含しうる医療観になりうると考える。(又これは広く疾患と障害の見方として、WHOのICF「国際生活機能分類」2001と共通したものとも考える。)

この観点から、発病の過程を見ると 病原微生物や有害物質の人体への加害という側面からは、免疫・抵抗力・処理力などを越えた感染や加害によって発病するとの従来の発病論が治療にもつながる有用なものである。そして、それとともに、生活習慣病など加害因子が不明あるいは、多様な疾患の場合には、その人の 遺伝・体質・心身状況など固体の生命活動と他人との 社会的生活(家庭・職場・地域)の過程、そして それをとりまく種々の社会的・生物的環境という側面から見て、それらの不具合・不適合・ミスマッチ、つまりは様々な無理・加重負荷などが発病の原因・引き金になると捉える事ができると考える。生活の上で衣食住と文化の重要性、遺伝と生活の関連で発病する生活習慣病、生活・労働と環境との関係で生じる過労死・公害病なども、その角度から発病の機序・過程を捉える事ができる。また、認知症・精神神経難病・ガン終末期など治せない病気による障害や活動制限に対する、治療や介護も、よりの確なものになってくると思われる。

その観点から見ると、医療・介護の目的は、その人らしい自立した生活の多面的支え、全人的治療 身体と精神を統一した治療・支援を行い、その人らしい自立した生活を回復し、継続し、創造していくことへの支援であると考えられる。自立生活支援も、介護保険と自立支援法での常套句だが、現実には、残念ながら遠ざけられてきている目標に留まっているが、21世紀の地域医療の理念としても中核的な意義をもつと思う。

(5) 「わきまえのある医療」とは、まず現代医療の限界・力量をわきまえること、そしてその役割・有効な分担をわきまえて、力を有効に発揮する医療である。いくら近代医学が進歩したとはいえ、いまだ解明できないことも多く、薬で完治できない疾病も多い。完治したとしても、実はその人のもつ自己の治癒力や回復力によるところが大きく、その構成要素として「生命力・精神力・生活力」などが有機的に働いた結果によるものである。薬物治療・リハビリ・手術治療など治療の果たす役割は、人の疾病・障害からの回復過程全体から見ると部分的なことが少なくない。その観点からは、医療は、介護・福祉と有効に連携し、有機的に力を出し合う事が必要になるが、医師には総合的な医療・介護・福祉支援をくむコーディネーター役が求められるのではないだろうか。そして、その前提としては自己治癒力・回復力を伸ばす医療、決して阻害することのない医療(治療)が必要であり、薬害・手術合併症の予防などを、十分に配慮した医療でなければならない。また在宅生活支援を中心に位置づけたりリハビリでない病院内慢性期リハビリや、営利中心で少人数のスタッフでの「してあげる介護」、病気を治すことだけに力点を置く「治してさしあげる医療」では、その人の自立性を弱めかねない逆効果にも注意しなければならない。介護・福祉の支援も複合的に生かした活動の中で、医療・医師の役割を発揮する「わきまえのある医療」が、今求められていると考える。