

僕がケアマネを取ったワケ

一急性期医師が考える介護との連携とまちづくり
連載第1回 垣根を超えて思い考えるまま自由に！



札幌里塚病院
内科科長

松永 隆裕

プロローグとして…

僕はアラフィフの介護支援専門員(ケアマネ)であり、医師であり、北海道フードマイスターでもあります。普段は、一般急性期病院の常勤医師として、外来・入院・内視鏡治療などの診療ほか、神経内科専門病院やクリニックでの内視鏡、また、たまに在宅医療を提供する法人の往診業務も頼まれて行っています。

医師業務以外では、これらの資格を活かしたさまざまなコトを、個人的興味として実践。フードマイスターがきっかけとなり、医療介護と関係のない産学官政のさまざまな方々との交流。まちづくりの興味から、町内会やNPO主催のイベントなどへの参加。現場での実践と振り返り、そして思わぬ出会いやつながりを通して、さまざまな妄想をしています。そこから、Com.Fes(コムフェス)という札幌市清田区のまちづくりイベントを3年前から開催したりもしています。

医療介護連携では、在宅ケア連参加、「明日の清田の医療と介護を考える会」の清田区の若手有志急性期医師達での立ち上げ。この他にも、持ち前の自由度で、宴会へのコスプレ参加など。

友人の心臓血管外科医師と、「制度に依存した現場が疲弊する医療介護に夢や希望はない。前向きな気持ちで適正な収益を上げられるビジネスとかなかな」と、2人の飲み会から始まった多職種、異業種のゆるーいつながり「MCCG」(医療介護コミュニケーション研究会)は、6年経って会員は40名超となりました。月1回10~20名程度が集まって、さまざまな「実情」や「妄想」を皆でワイワイ話しています。

今回連載にあたり、急性期医師として介護福祉職の方を中心に、行政の方々などにも、僕のさまざまな取り組みを通して想いや考えを伝えられたら嬉(うれ)しいです。そして、その際にキーになる従来の「計画的」なマネジメントとは異なる、「風が吹けば桶(おけ)屋が儲(もう)かる」=「複雑系」のマネジメントについても、そのうち書いていきたいと思っています。

急性期医師なのに、なんでケアマネ資格を取ったのか？

そんなに深刻に医療や介護のコトを考えていた訳ではなく、僕の医者人生の流れの中からなんとなくケアマネを取ろうと思ったのです。

今までの医者としての経験から、漠然と、ケアマネ資格を持っている方がいいのかなーと思っていましたが、別に持っていなくても仕事にはもちろん支障はありません。でも、現場で諸々(もろもろ)感じていた介護との垣根を取り払いたいと思っていた時に、一緒に活動している介

護福祉士の方がケアマネ試験を受けると言う話を聞いて「じゃあ僕も取っちゃおうー」と言う軽いノリだったのが、正直なところでした。

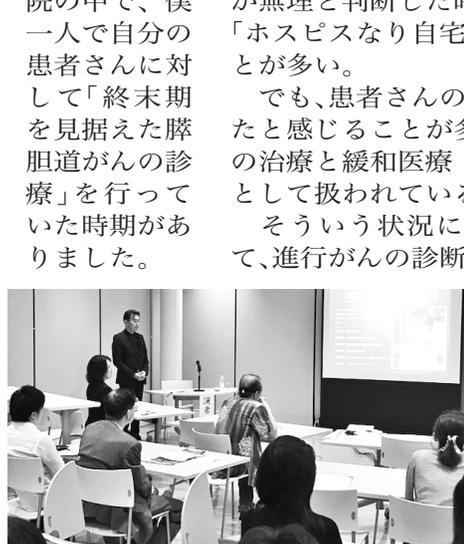
結果的に、ケアマネ資格を取る際のプロセスにおいて、缶詰研修やグループワークなどで、医者としての仕事だけでは気づけない、介護の立場に身を置いて初めてわかるたくさんの大事な気づきを得ることができたのが、資格取得よりも重要なことでした。

縦割り医療の弊害

僕は消化器を専門としていた医者ですが、2005年から2011年の7年間にわたり、専門病院の中で、僕



清田区在宅ケア連の「お疲れさん会」では、同世代の先生と着ぐるみで場を盛り上げました



「糖系な医マシの講演尿病治メナ療対マジメをシメな戦象としメ略「複適新」につよる適応た活動。」



「Com.Fes2018」の目玉企画ファッションショーでは、モデルさんを診察室でスカウトし一緒にランウェイを歩きました

膵胆道がんは悪性度が高く、特に患者さん全体の8割程度を占める進行がんに限定すると、平均して数カ月から1年程度しか生きることができません。専門医療を提供する病院では、でき

まつなが・たかひろ 医師・医学博士。1993年札幌医大卒業。94年市立釧路総合病院内科・消化器科・リウマチ科、96年道都病院内科・消化器科、2001年手稲溪仁会病院消化器病センター医長、05年札幌厚生病院第2消化器科部長を経て、12年札幌里塚病院内科科長として勤務し現在に至る。ケアマネや北海道フードマイスターの資格取得ほか、医療介護連携やまちづくりなど医療以外にも活動の場を広げる

る限りの病気の治療はしますが、これ以上治療が無理と判断した時に、あとは残された時間を「ホスピスなり自宅療養なりご自由に」と言うことが多い。

でも、患者さんの立場からすると、見捨てられたと感じることが多いのです。要するに、がんの治療と緩和医療・在宅医療それぞれが縦割りとして扱われている。いわゆる「がん難民」です。

そういう状況になる医療環境に疑問を感じて、進行がんの診断がついた時点で、治療から終

末期に至るまでの全経過について、患者さんの立ち位置を図を用いて説明して、病気の治療から緩和治療に至るまでを、一連の流れとして計画的に診療していました。

「最期まで自宅で過ごすことが幸せである」という仮説のもと、それまでは患者さん全例が病院死だったのが、この診療方針を実践したところ、全体の33%の患者さんは自宅で最期まで過ごし、10%はホスピスで療養しました。

この方針は、超高齢社会を迎えた日本の高齢者にも当てはまるのでは？ と思い、同様の方針を高齢者に対しても行うことの必要性を感じました。清田区と北広島市大曲地区では行政区は異なりますが、地理的に一体と考えて良い地域です。新興住宅街ですので、ある時期から一気に高齢化率が上がると考えられ、また地下鉄が通っておらず、さらに急性期医療を行う大病院がなく、100床前後の4つの中小病院しか存在しません。

特に交通手段を持たない地域高齢住民の健康は地域内で完結しなければならない可能性が高いと判断し、たまたま、その中心にあった病院である現在の職場に勤務することにしました。

※ ※ ※

今回は、この終末期に在宅療養を目指した診療方針の詳細と、お世話になったケアマネさんについて、詳しくお伝えしたいと思います。