

開業医の原点：ひとの生老病死を見守る

『宅診午前、往診午後、但シ急患ノ場合ハコノ限りニアラズ』と規定は出しているが、診察は午前午後の違いも無ければ、早朝と深夜の分ちも無い。患者が来れば直ぐ診察する。往診の需めがあれば晝も夜も同じである。多忙な開業医になると時計の必要がない。時計が示すやうな規律通りの生活は許されないからである。・・・雪の深夜でも、嵐の早暁でも、患家からの依頼があれば道の遠近と患家の貧富とを問はず往診しなければならぬ。蓋し醫は司命濟生の仁術であり・・・患者の爲めには遂におのれを逆待して顧みない様な場合も多いのである。」（渡邊房吉：『医療制度改悪案を解剖する』昭和 14 年醫事公論社）

渡邊房吉は筆者の祖父。外科医で神奈川県医師会長を 18 年間務めた。昭和 12 年日中戦争開始。昭和 14 年ナチスがポーランド侵攻、第 2 次世界大戦が始まる。そんな激動の時代にこの本は出版された。当時の厚生省衛生局の立案した医療制度改革案を批判している。その反論の序章として当時の開業医制度を論じる中に上記の文章がでてくる。その頃の開業医は午前と午後の違いなく働き、昼も夜もなく往診していたことがわかる。

筆者の父渡辺哲夫は元海軍軍医。ニューギニアのジャングルで片眼を失明したが奇跡的に生き残り、戦後小児科を勉強し直し西区に開業した。夜も自宅に来る患者をよく診ていた。求めがあれば往診に出ていった。脳梗塞で足が不自由になったあとも長く診ている患者の訪問診療を杖つきながら続け看取りもしていた。

そんな父のあとを継いで私は開業し今年で 14 年になる。私自身の両親を含め、これまで多くの患者を在宅で看取った。印象的なことは病院では一度もつけたことのない「老衰」という死因を診断書に書くことが多いことだ。つまり自然死である。心身の虚弱が徐々に進みやがて寝たきりになりそしてついに死に至る、その生のプロセスが自然であるということ。これは在宅医療の特質をあらわしており病院では決して経験できなかったものだ。専門分化した病院医療がひとの“病気”に対してそれ以上何もできなくなったところからその病気の“ひと”を診る在宅医療ははじまるのである。病院では死は敗北だが在宅ではそうではない。在宅にあってひとは死ぬのではなく生き終わるのだ。一人ひとりすべて異なる人生の看取りを通して私はひとの生の多様さと深さというものを学んでいる。そのひとが生きてきた場所で看取りをすること、それは開業医の特権であり矜持でもある。そして何より寝たきりの患者さんやそのご家族から信頼され訪問を期待されていること、それが私の日々を支えている。

今まさに超高齢社会を迎え、在宅医療のニーズが今まで以上に増しているの

を実感する。今後さらにその必要性が高まるであろう 10~20 年以後を見据え、平成 25 年 11 月 1 日西区在宅医療相談室がオープンした。横浜市と西区医師会が協働で西区に在宅医療連携拠点を作るというこのモデル事業が目指しているのは在宅専門の医師を増やすことではなく、かかりつけ医が外来診療の傍ら少しでも在宅医療に関われる体制をつくることである。具体的には、相談室専属のふたりの訪問看護師（ケアマネの資格も持つ）が在宅療養に関するあらゆる相談を受け、かかりつけ医をサポートし病院や介護、看護、患者、家族との橋渡しをする。また西区を地域ケアプラザのある 4 つのエリアに分け、各エリアにリーダー医師を配置する。そのリーダー医師がそれぞれ相談室の受けた困難事例のさらなる相談調整にあたる。事業開始から 3 か月、少しずつ動き出している。

昨今の、「このままでは将来大変な事態になるから今こそ在宅医療を」と声高に唱えられる風潮には少し違和感を覚える。2025 年問題があってもなくても、たとえば渡邊房吉の時代の開業医は‘時計も用をなさない’生活のなかで往診をこなしていたし、戦後の父の時代でも開業医は誰にいわれるでもなく、地域のひとの生や死を見守る務めを営々と続けていた。現代のように医学が高度に専門分化し枝分かれする以前の、いわば医学という木の幹や根の部分を彼らは形作っていたといえよう。ひとの生老病死を見守る医療の土台あるいは原点をそこにみる。超高齢社会に向けて私たちに必要なことは、そのような開業医の原点としての在り方をふりかえり、そこから脈々と連なる“現代の在宅医療”を作り上げていくことであろう。父祖たちの刻苦の歴史を思いつつ、今そう考えている。

（横浜市医師会医学シリーズ第 31 集 『終末期の医療』～超高齢社会に向けての心構え～）（平成 26 年 8 月）