

# 在宅医学

編集・発行人 佐藤 智

発行所 在宅医療を推進する医師の会 事務局

## 創刊号

1995年4月

### 医とは何か -在宅医学の本質をもとめて-

佐藤 智

#### 「医とは何か」を求めて

今から44年前に、私は長野県塩尻村で澤瀉久敬(おもだかひさゆき)先生から「医者を目指す人は、医とは何か、を考えねばなりません」と教えられました。澤瀉先生は、昭和14年に日本で始めて「医の哲学」を医学概論という形で大阪大学医学部の講義を始められた著名な哲学者です。当時私は医者になりたての頃で、残念ながら先生が言われたことが十分に理解できませんでしたが、心の隅に先生の言葉が残っていました。

その後、内科臨床医として血液凝固の研究、結核治療などに携わり、東村山市の地域病院(230床)の院長を歴任し在宅医療に関わってみますと、病院を中心にした医療の限界を感じ、澤瀉先生から教えていただいた「医とは何か」を考えないと、もはや前に進めないような気持ちになりました。

そこで、院長職を辞して南インドの農村病院に1年間働きに行くことを決めました。少々気障な表現をすれば「インドの菩提樹の木陰で、医とは何かを考えてきたい」と思ったからで、それは54歳のときです。私が永年私淑していたインド人医師タリアン先生の病院に住み込みました。



#### 私が学んだこと

南インドの農村で学んだ「医とは何か」という問いへの答えは「自然の中で生まれ死んでゆく人が、その人らしくあり得るように支えてゆく学問である」という単純なものでした。4000年に及ぶインド伝承医学も近代医学もインドでは「在宅に生活する人々」を中心に展開されていました。最初は「貧しい国だからそうなのだ」と思いましたが、次第にもっと深い哲学に支えられていることが判りました。「人は家で生まれ、家で死んでゆく、そして死後にも<いのち>がある」という思想です。ここで言う「家」というのは必ずしも自宅でなく「家庭的な雰囲気のあるところ」という意味です。インドに限らず西欧でも医学の発展の歴史は、自宅で普通の生活している人々が病気になったときに、医師が訪れ治すところから始まりました。

残念ながら日本のみが、この30年の間に「病気は病院でなおすもの」になり、すべての医学が病院中心に「生きることのみ」を追求し、「死」に眼を覆ってきました。そして、「在宅を基盤にした医学」を放棄し、蔑視してきました。

今こそ、「医とは何か」を問い直すために、人間の生きる基盤である「在宅の医学」の本質を求め、それを樹立し、具体的な「在宅医療の推進」をしてゆくべき大切な「とき」です。  
 こころある医師の参集を心から願うものです。

さとう・あきら 在宅医療を推進する医師の会会長、ライフケアシステム代表、白十字診療所医師。1948年東京大学医学部卒業。社会福祉法人東京白十字病院院長、南インド・クリスチャン・フェローシップ病院勤務を経て現職に。1981年第33回保健文化賞受賞(東村山市訪問看護事業・ライフケアシステム等の地域医療にたい

# 人間性見失った医療への反省

医師が往診をし、家庭の中にいる患者を診る「在宅医療」への関心が高まってきているが、在宅ケアの会員組織「ライフケアシステム」を都内で運営する医師・佐藤智さんら、先進的にかかわってきた医師五人が、このほど東京で、この医療の本質はなにか語り合う会をもった。発言をまとめ、「在宅医療」を進める基盤にする。出席者から「分析主義でできた近代医学を考え直す契機になる」となると、医療の大きな流れの中に位置付ける発言が出ている。

なぜ在宅医療か  
 五人は、佐藤さんのほか、北里大学客員教授で日本医師会副会長の坂上正道さん、東京都大田区で三二・ホスビス十八年の経験を持つ鈴木内科医師長・鈴木荘一さん、東邦大学医学部教授の豊川裕之さんと、電美天鳥の大島徳医師会病院長・中英明さん、日本医師会会長を務めた故

語り合う佐藤、坂上、豊川、鈴木、申の各氏（左から）

**在宅医療**  
 推進する医師ら  
 本質論語り合う

題字・福田 桃紅

## 「分析的医学には限界」

「武見太郎さんは、一九七九年にあった地域医療の調査で、「医師と患者の関わりは日本では、伝統的に医師と家族の関係だった。ホスビスの日本への紹介者である鈴木さんは、この半日は往診という形態があり、深い交流があった。しかし最近の専門医は職務別だから、患者の個体と環境を同時把握する方法を失っている」と指摘したという。現代ホスビス運動発祥の英国・聖クリストファー・ホスビスの日本への紹介者である鈴木さんは、この「個体と環境を同時把握する」ことを肯定し、末期がんの在宅ケアなどを推進する際の経験から「患者の病状の体験から一患者の人格を取り戻す方法は在宅医療にはない」という。北里大学創設に参画した

から、故郷に帰り地域医療に取り組み始めたばかり。病状の体験から一患者の人格を取り戻す方法は在宅医療にはない」という。北里大学創設に参画した者には苦痛を与えても医療と患者の関わりは違った」と問題視した。「それをいつも考える」という豊川さんは、「近代医学は分析主義だ。病状は肝臓か、心臓か、組織は、細胞は、とマイクロヘミクロへ向かい、人間から離れた。腫瘍は、リンパ系など、腫瘍細胞はそれでは診断できない。特効薬は開発された。在宅医療の考え方は、余人的に診る方向へリードするものが

だ。しかし、最近、人間は体だけでなく、心をもつて生きていかに国民が気づいた」と語り、中さんは病態学の研究者として加え、六一年に国民病と加え、六一年に国民病保険になって保険で病気を直すシステムができ、本来の医師がいや応じに失われた」と最近の日本の医療の流れを語り、一人間性を失った反省の表れが在宅医療だ」とまとめた。

分析主義を反省  
 医師が人間性を失うようになった原因について、中さんは「われわれは分析的な手帳を重視してきた。患

ある」と語り、一方で、「統合的な方向を探すが、学界で評価されない。学位論文が通らない」と懸念の聲をあげた。

医学界で教育を  
 鈴木さんは、そうした現況を踏まえ、医学教育の中に在宅医療の方向性を示す必要がある、と語り、今後は、そこへ向かう考え方の基本が示された」と語っている。(小堀 一徳)

## 外来診療・入院診療で見えないもの



鈴木 荘一

本稿を書かせていただくに当たって、一冊の本を憶い出した。それは、川喜田愛郎著『医学概論』（眞興交易医書出版部、1981）の一節“はじめに病人があった”である。そこは次の通り述べている。

「ともすれば病気、より正確に言えば人が病むという事実をいわゆる医学の型紙に合わせて裁断し、病人を現代の文明社会が生んだ施設でもある病院の都合に従わせて診療する弊——もとよりこれは少なからず誇張した表現であるとしても——を招きやすいという点である。裏返して言えば、病気があって医学が生まれ、病人のために医療がある（中略）。新約聖書の1節（「ヨハネによる福音書」1：1）をもじって言えば、“はじめに病人があった”のであって、その病んだ人々の手助けこそ医学のアルファでありオメガであることに医学に志す者はいつも思いを潜めなければならないのである。」

この文を読めば、私たち在宅医学・医療を志す者にとって、外来や入院で診てきた病人から出発した現代の医学の向こう側に、第三の医学・医療といわれる、未だ解明不十分で、構築が緒についたばかりの在宅医学・医療学が待っていることを気付かれるであろう。川喜田先生の書かれた1980年初頭では、在宅要介護者や終末期患者は、未だ対象とはならなかった。

そして私は次の武見太郎先生の特別講義にも激しく教えられた。それは1979年に開かれたライフプランニングセンター主催地域医療の国際セミナー（私もシンポジストの1人であった）である。その中で武見先生は在宅医療の在り方を次のよう

に述べている。

伝統的な医療形態の中で、医師と患者の関係は医師と家族の関係であったことが日本では非常に多い。つまり、医師は必要があれば常時往診したのである。したがって、往診ということによって、その家庭環境を患者の容態とともに知悉することができた。そして、またその家の生活様式も認識することができた。また、セルフ・サニテーションの状況も十分にこれを知ることができた。外来の診察のほかに、おそらく半日は往診というのが古い時代の医療形態であった。その中で医師と患者のコミュニケーションが濃縮されていって、地域の健康水準についての地域住民の意思決定が医師の指導のもとに成果をあげていった実績は、日本の医療史の中にきわめて多い。

そして武見先生は、専門医というのは、臓器別の専門医であるから、ますます患者の個体と環境とを同時に把握する方法が失われていると、批判されている。

さて私たち往診医師は、今日新しい意味で、通院できない、又は入院できない患者という個体（それは、心身両面から）と生活、そして家庭環境とを同時に把握し、療養させる使命というか宿題を突きつけられているのだと思う。これは、検査値や画像診断など生物科学の進歩発達のみで眼を奪われている、わが国現代医師への挑戦なのだ。これを解決するためには、全人的かつ総合的な立場から、すなわちBiopsychosocioethicalな視点から、在宅の障害者であり、療養者の方々のための、医学・医療学が開拓され、創造されねばならない。もちろん近年開達された医学技術の応用も必要であろう。しかしそれとともに私たちは、患者や家

族に対するコミュニケーションの進め方や、精神的サポートの方法も学ばねばならないだろう。そしてsocioとして、医師同士の協力、チームの具体的な組み方、診・診、病・診などの連携の在り方などから、看護職そして福祉職などのコメディカル、さらには地域市民への指導と参加をどのように築いていくのか、実践かつ研究課題はすこぶる多い。

そして何よりもまず訪問し、医師の眼でよく観察し、耳で聞き、鼻で嗅ぎ、そして主治医としてDecision makingしなければならない。

会員医師各位の創造と熱意に期待すること大である。

すずき・しょういち 鈴木内科医院院長。在宅医療を推進する医師の会顧問。昭和29年東京医科歯科大学医学部卒業。昭和30年東京医科歯科大学生化学教室。昭和31年東京厚生年金病院内科。昭和36年東京都大田区にて開業。昭和52年英国聖

クリストファー・ホスピス訪問見学わが国に初めてホスピスを紹介する。

# 症例呈示

奥山 尚

(河北総合病院勤務)

## 症例 - 1

Aさんは60歳の男性。

平成5年4月22日他院で肝内胆管癌の診断で開腹手術が施行されたが、腹膜播種のため切除不能であった。播種性腫瘍の浸潤によると思われる胃潰瘍による出血もあったが保存的治療で止血したこともあった。患者・家族の希望で自宅に近い当院を紹介され、当院の外科に平成5年7月3日に入院した。本人にも、癌を完全に切除できなかったことについて説明がされていた。十二指腸の通過障害のため、右鎖骨下から中心静脈栄養（IVH）カテーテルを挿入し、在宅IVHを行い、塩酸モルヒネの持続注入によるペインコントロールを行った。平成5年8月5日に退院し、在宅ケアが開始された。入院中は、覚醒していても視線が合わないような状態で終日臥床し、会話もほとんどないような状態であった。挿入されていた胃管を自己抜去することもあった。自宅に帰ってからは、当初、本人・妻とも「自宅でうまくやってくれるのか不安だ。」といった発言も聞かれていた。しかし、数日後には「自宅にいと好きなききに音楽を聴いたり、テレビを見たり出来て良い。」といった話もされるようになった。椅子に座って新聞に目を通したりも出来るようになった。しかし、疼痛は増強し、塩酸モルヒネの量は1日300mgから漸次増量が必要な状態となって、最終的には、800mgにまで増量された。退院後45日目に自宅で死亡した。亡くなる2日前まで意識があり、家族との会話も可能であった。この期間における訪問回数は26回であった。往診は1回であった。

## 症例 - 2

Bさんは41歳の女性。

平成5年3月に某大学病院で乳癌のため手術を受け、約1年後に肝・骨に転移が発見され、本人

にも告知された。化学療法・放射線療法等を拒否し、実家において在宅療養を希望し、当院内科を紹介され、平成6年7月25日に初診した。この時は、肝臓の腫大が著明でこのための疼痛が認められた。非ステロイド系消炎鎮痛剤によるペインコントロールを行いながら在宅ケアを開始した。しばらく外来通院していたが、通院困難となったため、在宅ケアを開始した。平成6年8月3日の初回訪問から約1ヶ月で黄疸・腹水の貯留が出現した。経口モルヒネも開始した。本人の希望もあり、外来で2回ほど腹水の穿刺・排液を施行したが、すぐに貯留してしまふようになり、初回訪問から50日目に入院となった。この間に、10回の訪問が行われ、2回の往診を行った。入院後は、毎日のように腹水の排液を行い、モルヒネも経口から持続点滴にしていたが、肝不全のため入院後7日目に亡くなった。

このようにまとめてみると、一般病院のためとはいえ、往診があまりに少ない。在宅ケアに力を入れていると言っても、このような現状である。今後の大きな課題と言える。

また、以上の2例は悪性腫瘍であり、病名の告知がされていた。しかし、当院で在宅ケアを受けている悪性腫瘍の症例では、ほとんど告知はされていない。在宅ホスピスの出来る条件として、しばしば病名の告知がされていることがあげられている。告知がされている方がよい場合も多いと考えられるが、告知は必須条件ではないように思う。むしろ、症状がコントロールされていれば在宅での看取りが可能であった。

Aさんのように、入院中より在宅ケアになってから、良好な状態になったような症例では最期までを自宅で迎えることが多かった。これに対して、Bさんはなるべく在宅でと望んでいたが、腹水による腹部膨満が強く、両親の希望もあって、入院して亡くなった。

おことわり

この症例は、『治療学』（ライフサイエンス出版）の平成7年6月号の“緩和ケア”というテーマの中で“在宅ホスピスケア - ケアの実際と問題点”と題して書いたものの中で紹介したものです。

よろしかったら、この拙文の方もお読みいただき、ご批評等いただければ幸いです。

## 在宅医療と福祉との接点（1）

石田一美（長崎県大村保健所勤務）

在宅ケアにおいて医療と福祉の連携が重要なことをわかっていながらも、意外と医師は福祉の現状を知りません。そこで長崎からご夫婦で毎回熱心に参加しておられる石田一美さんに福祉について書いていただきました。

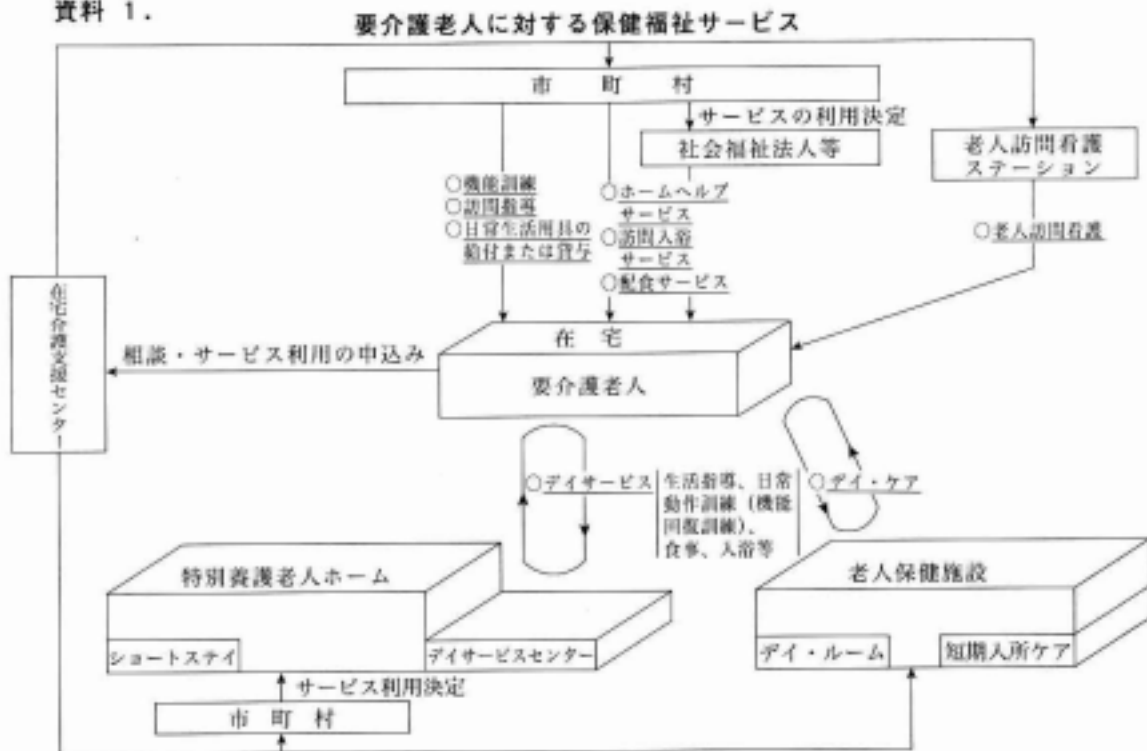


我が国は、急速な高齢化、少子化の進展により21世紀前半には、4人に1人が65歳以上の高齢者であるというかつて経験したことのない超高齢社会を迎えようとしています。このような状況の下で厚生省は、昨年、老人保健福祉制度を改正し、また二度にわたって診療報酬を改定しました。将来に向けて良質かつ適切な医療を確保すること及び利用者本位、在宅医療の推進を図るためであります。さらに各自治体においても、地域の介護ニーズを踏まえ老人保健福祉計画が作成されました。

こうした中、昨年3月に提出された「21世紀福祉ビジョン」では、社会保障のバランスを今までの年金：医療：福祉の比5：4：1から5：3：2へと福祉重視に転換していく必要性が強調されました。また、今後の高齢者の介護ニーズの増大、多様化にこたえていくため、総合プランとして新たな高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）を策定すべき旨の提言がなされました。

高齢者の保健福祉サービスについては、これまでゴールドプランに基づき平成2年度からその推進を図ってきましたが、高齢者介護対策の更なる充実を図るため、昨年末全面的に見直しがなされました。この見直しにあたっては、地域のニーズを踏まえて当面緊急に行うべき各種高齢者介護サービス基盤整備の目標の引き上げ等が行われました。在宅サービス関係では、ホームヘルパーが10万人 20万人へ、ショートステイが5万床 6万床へ、デイサービス・デイケアが1万カ所 2万カ所へ、また平成4年に誕生した老人訪問看護ステーションが5,000カ所と目標が引き上げられました。尚、在宅介護支援センター（1万カ所）、老人保健施設（28万床）、高齢者生活福祉センター（4,000カ所）、ケアハウス（10万人分）は変更がありませんでした。理解の助けに、保健福祉サービスの機構図、在宅医療に関する診療報酬等での評価を資料で添えます。個々のサービスの要件及び提供施設の設置要件等に関しては次号以降で紹介したいと思います。

資料 1.



資料 2.

**在宅医療**



※ 他に診療所・病院から市町村等への情報提供料もある  
(14-24頁)

## F A X通信を利用した訪問診療記録の管理

辻 彼南雄  
(ライフケアシステム勤務)

1980年以来ライフケアシステムは「患者が中心の在宅ケア」を目標に在宅医療活動をおこなってきました。

14年の在宅医療の経験から学んだことは、「在宅患者の医療情報を即時に、正確に、簡便に、プライバシーを守りながら知ることのできる診療記録管理システムの必要性」です。これは在宅医療を実践する際にはかならず問題になります。

そこで私達の「F A X通信を利用した訪問診療記録の管理法」をご紹介します。

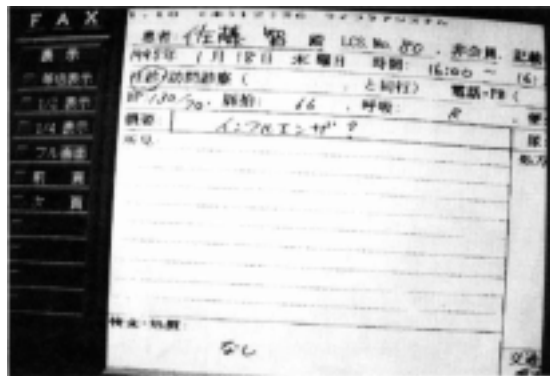
1994年以来市販のパーソナルコンピューターとF A Xモデムを利用し、訪問診療情報を管理するプログラムを開発し、現在試用中です。

このシステムにより、医師は訪問先や自宅からファクシミリを利用して、24時間いつでも診療情報を入力したり、出力したりすることができます。

この写真はこれはファクシミリで入力した往診記録をパソコン上で見ているところです。このように、このシステムはパソコン通信ではあつかえ

ない自筆のスケッチやE C Gをそのまま保存することも可能です。在宅医療の現場ではよくありますが、これにより手元に診療録がなくても、医師は過去の病歴と比較することができ、適切な診療を行うことができます。緊急時の往診や電話相談に応じる時、特に有益です。

また何より、キーボードアレルギーのドクターにも使用可能であることが何よりの利点であろうと思います。(日本医工学治療学会第7回学術大会で発表)



**医学生のための**  
「在宅医療を推進する  
在宅医療セミナー」  
医師の会」主催で、

**の提案**  
医学生を対象にした

セミナーを開催したらどうかと思います。

私は将来の在宅医療を担う医学生に、在宅医療を教育する機関がないことを大変愁えています。(今の医学部では無理です。)

医学生の教育も、この会の大きな事業の柱にいていくべきだと思います。

各地の学生が参加出来るという点で、時期は夏休みが適切でしょう。学生は全国から募集し、幾つかのグループ分けし、会員の指導かで、在宅医療をまなびます。訪問診察に同行するのは当然として、関係施設の訪問や経験豊かな先生のレクチャーなどをカリキュラムに組みます。期間は、一週間ぐらいが理想ではないでしょうか。

資金面の問題がありますが、研究費をもらって行うなどの方法を考えています。

学生時代に、在宅医療を体験しているかどうかは将来の日本を支える、医師づくりに大きな貢献ができると考えます。(辻彼南雄)

**第6回の** 次回は東京で行います。午前は**お知らせ** 往診同行、午後は当会の顧問で

もいらつしやる、鈴木内科医院院長の鈴木荘一先生にお話しをいただく予定です。

日時：平成七年七月十五日(土) (時間はおつて連絡します)

プログラム(予定)： 午前「往診同行」  
午後 午前の総括 鈴木荘一「在宅医療

過去・現在・未来」