

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

第2号

1995年7月

在宅医学の本質

豊川 裕之



とよかわ・ひろゆき 1961年、東京大学医学部卒業。1966年、同大学医学系専攻科（公衆衛生学専攻）修了。大学院生のとき（1968年）、佐藤 智先生にさそわれて岩手県二戸郡一戸町平糠（通称・田中開拓）の保健・医療活動に参加。毎年3回（各回4泊5日の行程）を昭和56年まで18年間継続した。本当は老人保健・医療をするつもりだったが、爾来、地域小集団の公衆衛生的方法論の研究に没入してきた。臨床医学と公衆衛生学の狭間において医学的のみならず社会的にも理論のない空白領域であった。そのような所を食生活・栄養問題の現象に着目して研究し、今でいう生態学的方法を用いて、実践的研究を通して理論構築に努めてきた。（在宅医療を推進する医師の会顧問・東邦大学公衆衛生学教室教授）

在宅医学の推進は医療のあり方を問う運動にほかならない。しかし、この説明だけでは十分に説明されたことにならないので、敢えて冗長を厭わずに説明し続けるならば、次のようになる。人間は生きざまを問うときに、いかに死ぬかを考える裏打ちが必要である。従って、在宅医学は生きざまと死にざまを問う医療活動である。当初、在宅医学がガン・難病の患者や高齢者のQOLの向上に重点を置く医療活動だと理解されていたが、今ではそれだけのことで済まなくなっている。

在宅医療には介護者を中心に家族全体の親身の介護が求められており、それに伴う彼らの犠牲的代償が不可欠である。すなわち、犠牲的で献身的な行為を通して、家族は否応なく生きることの意義や人生の本質を思索させられることになる。

私事にわたるので恐縮だが、明法31年生の老母（97歳）を介護するわが家では、この老母を中心に家の中が動いており、老人性痴呆に振り回されている。主たる介護者の妻は心身ともに疲れ切っており、持病の子宮筋腫の治療のために、時間の工面、身替わりの介護者の確保にも苦労している。介護には艱難・忍耐・愛の宗教的素材が全部揃っており、そこは人生哲学の道場であり、信仰の礼拝堂である。そのようなわけで、在宅医学はただ単に老人医療費の軽減や安易なヒューマニズムのためとして片付けられるものではない。また、家族ぐるみの医療という定義にも納得できない。

再び「在宅医学の推進は人間の生きざまを問うものである」に立ち戻って、今度は医療の現状に眼を向けるならば、そこには人間を臓器・組織・

細胞・酸素・DNAなどに細分化して見極めようとする医学理論に批判的な在宅医学の理論があることを強調しなければならない。在宅医学は病人を「病める臓器・組織・細胞・酸素・DNAを持ったもの」としてではなく、人格を備えた人間として丸ごとの人間を治療するものである。近代医学が十九世紀後半に始まる細菌学の発達によって、急性感染症の制圧に成功し、ついには抗生物質の発見などによって、今日の医学体系を築き上げることに貢献した。しかし、これらの成功は病原菌や有害物質などの特定病因に対する治療法を確立したが、非特定の病因で起こる本態性高血圧、虚血性心疾患、老人性痴呆そしてガンなど（病因が特定できない病気）に対する治療法は未確立のままであった。その理由は、人体機械論の立場に立って、病気が人体を構成する部品（臓器・組織・細胞・酸素・DNA）の故障によるものと考えて、故障した部品を取り替え、除去することが治療だと考える方法が高血圧、心疾患、痴呆、ガンには通用しないためである。人体機械論に対立する人体有機体論では、最も原始的な例として、ゾウリムシのような単細胞動物が一つの細胞で出来あがっているように、臓器や多数の細胞からなる人体も一つの有機体と考え、一部の故障ではなく全身の異常と捉える。この考え方が見直されてきたのである。しかし、在宅医学は一個体ではなく家族を一つの有機体と見なす医学である。このことに在宅医学の存在理由がある。さらに進んで、家族にとどまらず、近隣やコミュニティを取り込んで一つの有機体と見る考えかたもできる。ここまできると、在宅医学は行動科学、社会医学と陸続きの専門領域になる。

在宅医学の特長は、実は「在宅」にあるのではなく、前述のように人間の生きざまを丸ごと取り上げることにある。そこで、「在宅」という場所規定にこだわってはいけないことを示す事例を挙げよう。その事例とは在宅分娩である。昭和四十年代に入ると、在宅分娩が施設分娩に取って替わられたのである。施設分娩も当初は母子センターであったが、たちまちのうちに病院・産科医院に取って替わられたのである。現在でも、大多数が施設分娩であるにも拘わらず、在宅分娩を推進し

ようとする運動は起きていない。分娩は保険医療の適用外だから、ガンの末期よりも在宅に適しているにも拘わらず、そうならないのは何故だろうか。その理由として考えられることは、費用の問題ではなく、治療や家庭環境のためでもなく、死にざまが産まれざまにまさり、生きざまの総決算が新しい生命の誕生にまさって家族との絆を必要とするためにほかならない。

「在宅医学」に限らず、すべての事物にとって注意すべきことは、以て非なるもの、つまり偽ものとの混同である。その意味でも、「在宅医学」では老人医療費やヒューマニズムに惑わされないで、「生きざまと死にざま」を直視する姿勢を堅持したい。佐藤智先生によると、老人福祉の先進国スウェーデンでは在宅医療が評価されて普及した昨今、改めて施設医療が再評価されてきたそうである。このことも「在宅」を通して、「生きざまと死にざまを問う医療活動」としての在宅医学を考えてほしい。

在宅での生と死をみつめて

- 大きな転換期にあたり -

佐藤 智

昨日、私共の「在宅医療」を長年支えてくれている友人Gさんから長電話がありました。彼は100歳近い病弱のお父様をご家族皆さんで自宅で世話をしておられます。正に24時間ケアで、そのご苦労は大変なものです。「自分でやってみてわかったが、在宅ケアは生やさしいことではない。積極的な医療は何もしない方がよいようだ。人は与えられた生命を自然の中で燃えつくしてゆくの最も幸せなのだ」と言われました。

私も15年前に1年間、南インドの農村病院の医師をしていて、「人は家族の祝福をうけて家で生まれ、育ち、最後は長年住みなれた家で家族に囲まれながら静かに生涯を閉じてゆくの最も自然で幸せである」ということを学びました。

貧しいインドの農村ですが、文字通り大地を踏みしめて生き、そして死んでゆく人々やそれらの病人を介護している家族にふれて教えられることが多くありました。

豊川さんが巻頭の論説で述べておられるように、「介護者を中心に家族全体の親身の介護が求められており、それに伴う彼らの犠牲的代償が不可欠である。(中略)家族は否応なく生きるこの意義や人生の本質を思索させられることになる」ということを、私もインドの農村の人々に接して感じました。

想えば私が昭和25年頃長野県の農村で村医を

していたときも、同じような状況で、ほとんどすべての人が家族の中で死を迎えていました。

しかし、日本はこの30年間に「病院で生まれ、病院で死ぬこと」が当たり前になり、医師も患者も家族もそれはよい事であると思うようになりました。「結核は撲滅され、がんも克服される」と当時は信じていましたが、「病気はそう簡単に克服されるものではなく、次々と新しい病気が出て来ること」を知りました。そして、生と共に死を見つめなければならなくなりました。

柳田邦男さんは、ご子息の脳死からの死を看取り、家族などの死について「二人称の死」を提唱され、医師のこうした見方の重要性を指摘し、次のように述べておられます。「精神的、感情的に命を共有し合った者が、どこかで死を受容するそれによって命を完結が成立する。命の完結とは裏返していうと、死というものの受容が完成することでしょう」

私も病院では受け持ち患者さんの死は「三人称の死」でした。しかし、在宅ケアを始めて、長年診ていた患者さんをご家族と共に、お宅でお見送りしますと、それは「二人称の死」です。医者としても、その方の死を受容し、私もその方の命を共有し合ったという実感が残ります。これは正に「在宅ケア」の真髄です。この在宅でのターミナルケアというのはそれに関わる医師にとっても

病院と異なり、豊川さんが介護家族について表現しておられるように「艱難・忍耐・愛の宗教的素材が全部揃っており、そこは人生哲学の道場であり、信仰の礼拝堂である」という一面はあります。ただ家族と異なるのは、家族からも患者さんからも wanted、必要とされるものであり、関わらせて頂くことがわれわれにとって、interesting、exciting であるということです。一つ一つの例から学問的にも「未知なるものの発見の喜び」を教えられます。

古くは医学はこうした患者さんとふれ合うことの喜びの経験の中から生まれてきたものでしょう。在宅医療に携わるわれわれは、今なおこの interesting なことに接することができる素晴らしい環境の中にあります。



日本のこの20年来の医療の動きは全てにも先端的技術、学問に走り、病院中心に傾き、「退院して行った患者さんがいったいどうなるのだろうか」と立ち止まって考えることを忘れていました。日本の医療の歴史からみても、急速に誤った方向に舵がとられた20年でした。

日本の医療はこの2～3年とくに「在宅」へ傾き始めました。その動機に医療費削減という因子があったにせよ、われわれは「正しい方向性を取り戻す好機」ととらえ、この会も正に「医療の正しいあり方を問う運動」にしてゆきたいと願います。

実は先進諸外国をみても、このように病院医療が大部分で在宅医療が手薄な国は日本のみです。がんの死亡者の90%以上が病院である国は日本のみで、恥ずかしい数字です。私たちは、基本理念をふまえながら、具体的な歩みを一つずつ進めていきましょう。

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して）

（向かって右、筆者。第3回在宅医療を推進する医師の会、浜北市・遠江病院にて）

症例呈示

増田 義重

(東京都老人医療センター勤務)

症例 - 1

Aさんは69歳の女性。

1983年脳出血をおこし、リハビリ施行中に再発をおこし、水頭症のために翌年脳室シャントを留置した。1989年脳室シャント感染による髄膜炎のため脳室シャントを抜去した。寝た切り状態のため当院脳外科医師が月1回の往診、在宅看護チームの訪問が開始された。担当医師の退職により1992年より私が引き継ぎ今日に至っている。在宅看護は娘さんと、非常に熱心なヘルパーさんの2人が当たり、尿道カテラル留置しているため、毎月在宅看護チームが訪問、支換している。私は大体3カ月に1回往診している。先日も五月晴れの中を伺った。大通りから少し奥まった静かな住宅地にお家があり、広いお庭もあり都内としては実に広々としている。自宅退院を、と云う気持ちだが本人、家族の方にあっても、ベットを入れるスペースがなく、止むなく転院になる方が少なくない中、恵まれていると云える。さらに本当に親身になって介護して下さるヘルパーさんにも恵まれ、娘さんが日中は安心して勤務できることも、在宅での生活が続けられている理由にもなっていると思う。症状が進行性に大きく変化する時期ではなく安定しているため、訪問時は医療・看護的側面よりも、介護者のストレスへの配慮が大きなウエイトを占めている。今後の問題としては、担当して頂ける近医が現在のところ決まっていないため、今後は必ず必要になってくると考えている。

症例 - 2

Bさんは80歳の男性。

1976年発症の脳出血のため右片麻痺、寝た切り状態となり、以来夫人が在宅で介護している。

1990年胆管炎にて入院、退院後外来で担当している。痴呆が強く入院管理は困難で、誤飲による気道感染を繰り返しているが、在宅のまま夫人が介護し、区の保健婦、在宅看護チームの訪問、私の往診という形で経過を診ている。必要に応じて往診して頂ける近医もあり、在宅での万一の事態にも対応できるように体制を整えている。夫人が献身的に介護しており、発熱して経口摂取困難の時も、夜中でも様子をみながら、色々と工夫をして経口摂取をさせている。これは医療中心の今日の病院ではできないことであり、在宅でこそ可能なことと思っている。

高齢者専門の病院であり、悪性腫瘍の終末期の方より、今回紹介した様な脳血管障害等の神経疾患による寝た切り状態、通院困難のための訪問看護、往診という方が多い。悪性腫瘍の終末期の方とは異なり、在宅期間が長期にわたることも多く、介護者の疲労、ストレスも多い。その中で家族ごとに色々な工夫をして、その方なりの在宅を作り出している。

往診の際は、在宅介護チームの婦長さん、看護婦さん方から、他の医師の患者さんたちのお話を伺い、色々教えて頂いたり、考えたりすることも多い。この中でこの頃思うことは、在宅死、自然死ということ。感染症に代表される急性疾患を効率よく診療するために進歩してきた現代医療とその実現の場所としての病院という組織が、慢性疾患を多数もつ高齢者の診療に必ずしも合わないことはもっともなことと思う。在宅での看護、介護、福祉そして医療のあり方を考える中で、病院での医療のあり方も変えてゆけるのではないかと考えている。

在宅医療と福祉の接点（２）

石田 一美

（長崎県大村保健所勤務）

前回ゴールドプラン、21世紀福祉ビジョンをもとに、今後在宅ケアの中で福祉の比重が大きくなるということをお話いたしました。また、最近よく耳にするようになったケア・コーディネート、ケア・マネジメントについても誰がその役割を担うのが今問題にされています。一番大きな声では保健婦ということになるのかもしれませんが、今後医師が家庭へ出向いていく中では、医師も自分がみている在宅の患者にとって、医療だけではなく高齢者介護サービスの必要を認めたら、それらサービスを楽しむことができるように働きかけることも期待されるようになってくると思います。寝たきりになっていくときに最初に家族から訪問依頼がくるのが医師という可能性が大きいからです。私達が本当に在宅医療を推進し家庭に訪問しようとするのであれば在宅福祉サービスの勉強を私達自身がする必要があると思います。私がいる大村市では「在宅ケアセミナー」という名称で医療・保健・福祉のコミュニケーションをはかると共に保健・福祉サービスの勉強会をしています。

以下に在宅ケアと関連が深い事業をあげてみます。

《保健事業》

- ・機能訓練……身体機能が低下している40歳以上の人を対象に機能訓練を行う。
- ・訪問指導……主治医との連携のもとに保健婦・看護婦・OT・PTなどが訪問して指導する。問題のあるケース・気になるケースのときは先生が連絡すると保健婦等が訪問します。

《福祉事業》

- ・ホームヘルプサービス……日常生活に支障のあ

るおおむね65歳以上の人の家庭にホームヘルパーを派遣して介護サービス・家事サービスを行う。

- ・ショートステイ（短期入所ケア）……おおむね65歳以上の寝たきり老人等を介護者に代わって一時的に短期間入所させることにより介護する家族の負担を軽減し、又介護者のリフレッシュをはかる。

老人ホーム 7日以内

老人保健施設 14日以内

- ・デイサービス……おおむね65歳以上の人を送迎のうえ生活指導（レクリエーションを含む）、日常動作訓練、食事、入浴等のサービスを提供することにより心身機能の維持を図るとともに介護者の負担を軽減する。内容、対象者、定員によりA、B、C、D、E型のタイプがある。

- ・在宅介護支援センター……おおむね65歳以上の人又はその家族の在宅介護に関する各種相談に応じる総合相談窓口。公的保健、福祉サービスの利用申請手続きの便宜を図る。先生がご連絡するとサービスの調整、代理申請まで全て行ってくれるところもあります。

- ・日常生活用具給付又は貸付……おおむね65歳以上の寝たきり又は一人暮らし老人等に特殊寝台・車イス等を給付又は貸与する。

- ・高齢者住宅整備資金貸与（市町村）……60歳以上の親族と同居する者が所有する住宅を高齢者向けに増築又は改築するために必要な資金を貸し付ける。

- ・生活福祉資金貸与（都道府県社会福祉協議会）……介護の必要な65歳以上の高齢者の属する世帯で住宅の増改築、拡張、補修又は保身に必要な資金を貸し付ける。

何かわからないこと、相談したいことがありましたら、保健事業は保健所又は市町村の保健担当課へ、福祉事業は在宅介護支援センターへご連絡さ

れるとよいと思います。

診療報酬で評価される在宅メニューについては次回にまわさせていただきます。

事務局より パソコン通信について

「在宅医療を推進する医師の会」では、パソコン通信を利用した会員間の交流を図ろうと、NIFTY-Serveにホームパーティーを開設しています。しかし、本屋に行けば、パソコン関連の雑誌や書籍がたくさん山をなしているというのに、当会の会員は、キーボード・アレルギーの方が多いらしく、ホームパーティーは閑古鳥が鳴いているのが現状です。

確かに、パソコン、通信ソフト、モデムを用意してNIFTY-ServeのID番号を取得するのは、結構大変です。私も電子メールを送れるようになるまでに随分と時間がかかりました。

そこで、ひとまずそういう面倒なことは横に置き、パソコン通信を利用することの利点を考えてみました

それは、なんといっても広い人間関係が得られるということ。今までとは異なる形での、世代や立場、住んでいる地域を超えての。

NIFTY-Serveには100万人が加入しており、ある共通の分野に分かれて、会のような「フォーラム」は400以上ありま

す。またフォーラムの中は、さらにテーマ別に分かれて会員同士が自由に意見を交換することができる場である「会議室」(ニフティの中では8000近く)が設けられており、そこに参加することは、氏名などを登録して入会手続きをすれば誰でも可能なのです。私は演劇のフォーラムを覗いてみたところ、その中の会議室の一つに、とある小劇団の主催者(今年の岸田国土戯曲賞を受賞した)が主催する会議室があり、私はそこでその主催者の生の声を直接目にすることができて、驚きと感動を覚えました。私が観た講演の感想をその主催者に直接伝えることも可能であり、さらにその主催者から私の意見に対する返事をもらうこともできるのです。

これを医療界に置き換えてみると、それは医師と患者の关系到、さらに、看護婦、ソーシャルワーカーにまで広げることができます。病院での短い診療時間の中では聞くことのできない、患者の声を聞き、それに答えるだけでなく、他の方と共に考えることが可能なのです。

「在宅医療を推進する医師の会」のホームパーティーでは、集会の際に話しきれなかった事や、わざわざ手を挙げて、大勢の中で発言するに足らないと思われたことでも、気軽に独り言の様に書き込んでおくことで、誰かが返事を書いてくれるかもしれないし、また具体的な毎日の診察の中での疑問や質問を直接佐藤医師などを指名して尋ねることもできます。電話のように相手の時間を考慮しなくても、自分の好きな時間にメールを書いたり、読んだりすることができます。

パソコン通信を行う上で何か疑問や不安があるようでしたら、まずは事務局までご相談下さい。

「在宅医療を行うためには、まず人間を好きにならなくては」というようなお話しが、2月に催された顧問の先生方の座談会の際にできました。パソコン通信は「人間」を知る機会を与えてくれると思います。

(吉田康子)



前回高崎市の上大類病院にて
写真上 集会の様子
写真右 上大類病院 矢島先生
矢島先生他、上大類病院の職員の皆さんには大変
お世話になりました。

