

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

第3号

1995年10月

第6回集会・幹事会報告

7月22日(土)に行われた第6回の集会は、前半を鈴木内科医院の鈴木荘一医師が「在宅医療・過去・現在・未来」という題で、後半は北里大学医学原論研究部門 家永登氏が「在宅ケアにおけるリビング・ウィルの役割」との題でお話を頂戴した。

鈴木医師は在宅医療の過去と現在と未来のそれぞれについて、ご自身の「在宅ケアにおける心身学的アプローチの有用性について」、「在宅医療の現在と展望 - ある都市診療所の実状から -」、北島勉「高齢者とかかりつけ医との間の地理的距離と往診の関連」の3論文を紹介され、在宅ケアが病院の治療 cure 中心の医療に対する医師と患者、またその家族との精神的交流に重きをおくものから始まり、将来的には病・診、診・診の連携体制が整えられていこうと、現在鈴木医師ご自身がどのような形で在宅ケアをされているのかを説明された。

後半はまず佐藤智医師が、5月の北里大学医学部病院倫理委員会で、「東海大学事件」が話し合われた際に、大学病院のように医師・看護婦が大勢いて状況を共有できる場合は良いが、在宅医療のように一人の医師が関わる「密室」での倫理はどうなるのか、という質問があったことが、今回家永氏をお呼びするきっかけとなった旨を話された。家永先生は、「安楽死」の定義、その問題点、リビング・ウィルの法的効力(そ



(写真左から、鈴木荘一先生、家永登先生、佐藤智先生)

の批判とそれに対する反論)などについて説明された。

またコメンテーターとして、弁護士で、ご自身のお父様がリビング・ウィルを書き残し、在宅で亡くなるのを看取った経験をもつ、滝島幸子さんにおいて頂き、そのご経験をお話しいただいた。残念ながらディスカッションの時間が十分にとれなかったが、有意義な時間を過ごすことができた。

集会後、第1回の幹事・監事会がもたれた。事務局より、昨年度の会計報告がなされた後、今年度の会のあり方について話し合われ、・東京での「往診同行」は集会とは別の日程で行うこと、・会員は200人を目標に増やすこと、・常に半年先までの会の予定をたてること、・マニュアルは先ず、原田医師がご自分の経験に基づいた案を作成すること、それに伴い、他の幹事は各自マニュアルの目次案を原田医師のもとに送ること等が決定された。

(事務局)

在宅医療にもいろいろある

原田 契一

(原田内科クリニック)

はじめに

勤務医20年を終えて自宅開業で在宅医療をはじめて2年になる。開業当時は在宅医療そのものが一般に知られておらず、『今どき往診してくれる医師がいるのですか』とか『費用がすごく高いのではないのでしょうか』と質問されたものであるが、今はマスコミの報道のおかげで在宅医療は何かと説明するまでもなく、患者の家族が在宅医療を依頼してくるようになった。最初は僅か2軒しか往診していなかったが、今は20軒を越えるようになった。国民の高齢化、老人医療費の高騰のため厚生省が在宅医療を推進していることもあり、また末期患者のQOLが重視されるようになり、在宅医療の需要はこれからも増加して行くと思われる。

看護婦が訪問するだけの方法

最近医師が往診せず、看護婦だけが訪問して在宅医療と称する医療機関が増えてきた。この方法は往診をする医師がいない地域ではたしかに正当とされる。しかし看護婦だけが訪問するシステムの問題点は症状が少し悪化するとすぐに対応できなくなり、入院させなければならないことである。末期の患者では点滴や抗生物質の注射をしなければならないことが多いから、患者は入院を繰り返すことになる。営業成績不振の病院が赤字対策として、退院した患者を自分の病院につなぎとめておく手段にこの方法がとられている場合が多く、あまり感心できない方法である。在宅医療の目的は患者の人生の終末を自宅で迎えさせることにあり、患者や家族は死よりも死の前の苦痛を恐れるのであるから、苦痛をとる目的の治療は病院入院と同じレベルのことが出来なければならない。医師が全然往診でき

ないのであれば在宅医療の本来の目的を達成することはできない。近所に往診してくれる医師がいれば病院はその開業医に定期的な往診を依頼するのが良心的であろう。

昼休みにだけ医師が往診する方法

これは一番多くの開業医がとっている方法である。看護婦の派遣と併用すればかなりのことができるかも知れない。駅前のビルなどで開業している先生にはこの方法しかないかも知れない。これは医師にとって負担の大きい方法であり、近所のごく限られた患者しか扱うことができず、患者の家族からは状態の悪化したときに往診してくれなかったとか、不満の生じやすい方法である。在宅医療は面倒だとか、採算がとれないとか言われるのも扱う患者の数があまりにも少ないからである。

在宅医療に一日4時間以上かける方法

これは本院がとっている方法である。最初この方法でスタートした時に往診は僅か2軒しかなかった。外来診療は午前のみとし、午後は往診のために空けておくのであるから開業当初はかなりのリスクを覚悟しなければならない。しかしうまく軌道に乗ればこれは一番良い方法だと思う。本院では午前9時外来開始までの2時間と午後1時半から4時半までの3時間の計5時間を在宅医療にあてている。在宅医療では週1回または隔週1回に定期的に往診するが、その他に患者の症状の変化に応じて連日往診する必要があり、これに対応するには1日4時間以上往診のために時間をとっておかなければならない。駅前のビルを高いテナント料で借りている先生には、外来診療時間を長くし

なければならず、常勤の職員も大勢雇わなければならぬ。その環境では在宅医療はむしろ不利であり、やらない方が良くも知れない。

これから期待できる在宅医療の医師

今まで開業医は往診しないのが普通であったため、今の医師会には在宅医療に抵抗が強い。今後のわが国の在宅医療を推進する担い手は新しい種類の開業医、たとえば勤務医を終えてから自宅で開業する先生が、比較的小資本で人件費を少なくし、病院勤務の経験を生かして開業するには在宅医療をお薦めしたい。

在宅介護体制の問題

在宅医療を推進するためには、介護体制の整備が重要である。在宅医療を希望する患者や家族は多くても、核家族、夫婦共稼ぎのために高嶺の花にすぎない

ことが多い。最近国会で介護休暇法が通過したが、実施は4年後である。川崎市では市長の音頭で『市民総ホームヘルパー大作戦』が計画され、ホームヘルパー2000人を2万人に増やそうとする計画がある。さらに一部の高校（カトリック系）では夏休みに生徒を老人ホームに派遣しており、内申書に影響するとのことで生徒は真面目に働いているなど、国民全体が老後の問題に真剣に取り組むようになってきたのは良いことである。在宅医療制度はこれからますます発展すると思われ、開業医の新しい領域になると思われる。

はらだ・けいいち 昭和38年 金沢大学医学部卒業。同年 横須賀米国海軍病院でインターン。昭和39年 金沢大学医学部大学院内科入学。昭和40年 フルブライト奨学金で米国留学。内科レジデント終了後、ニューヨーク大学で血液学クリニカルフェロウ。昭和48年から市立川崎病院に20年間勤務（血液内科部長）。平成5年 川崎の自宅で開業。在宅医療、大腸内視鏡、子女のための teaching clinic を模索中。

在宅Q&A (その1)

Q：「在宅の末期がん患者（84才・男性）を診ておりますが、経口モルヒネ剤（MSコンチン）を服用してくれないので困っております。“麻薬を使うと中毒するのではないか”、“寿命が短くなるのではないか”と心配しています。医師としてどのように説明したらよいのでしょうか。」

A：「現在のところ、モルヒネが命を縮めるという報告はありません。がんの痛みは、治療しなければ身体的、精神的に大変消耗するものであること、モルヒネ使用の基本原則は、痛みが消失する量と時刻を決めて規則正しく投与することによって、常に痛みがない状態を維持することにあるということ、患者さんに説明して下さい。

モルヒネで痛みが消失するということは、夜間の良眠が得られる、食欲が増進する、つまり、充分活動ができる、普通の生活が送れるようになるということです。その結果、生活の質（QOL）も高まり、生存期間が延長するという報告もあります。従って、安心して使用して下さい。

長谷川 陽子・はせがわ ようこ _ 信州大学医学部卒業。現在国立東信病院 麻酔科部長。

在宅医療の経済を支えるのはCOMMUNITYである

-- 4分の1はそこからのCONTRIBUTIONで--

佐藤 智

少し古いことですが、二つの話しをしたいと思います。

<第一話>

昭和の始め頃の話です。既に亡くなられた先輩の医師H先生が、何故自分が医者を目指したかを話して下さいました。それは、小学生の頃に田舎で生活していたある日、村の医者の息子の友達のところへ遊びにいったら、玄関に高さ1.5メートル位の大きなカメが置かれてありました。

「これは何だい」と聞きながらよじ登ってみると、中には野菜やお米などが入っていて、友達は「村の人が診てもらったお礼に入れていくんだよ。父さんは村の人は誰でも同じに診るんだといつも言っている」と答えたそうです。

H先生はこの時、幼心に「将来はこのようなお医者さんになろう」と決心されました。「後から考えると1.5メートル位の高さというのは丁度誰も中を覗けないように配慮されていたのですね。診察料を払える人はお金で払い、払えない人は自分の力に合ったものを出し、村全体で支え合っていたのです」と当時を思い出しながら、しみじみとH先生は話して下さいました。

私もネパールやインドの農村の病院で同じ様に、農作物や卵等を持ってくる情景に接しました。これらの村の医療を支えているのは、この貧しい生活をしている地域社会community それ自体の力であり、これが医療経済の原点です。

<第二話>

今から25年前に私が直接伺った話です。

私は昭和45年に「赤字病院として有名」な東京白十字病院（東村山市にあり230床、職員150名）の院長を引き受けることになりました。病院経営など全く経験がなかったもので、日頃からいろいろと教えて下さっていたEさんを厚生省に訪ねました。当時は局長をしておられました。お訪ねしたいと面会を申し込むと「では明日朝8時半に来てください。ゆっくりと話せますから」といわれ、その日は早くから役所で待っていて下さいました。そして、次のように話しをして下さいました。

「佐藤さんのような病院経営の経験がない人が、良心的にいくらやっても黒字にはなりませんよ。次の所からお金を貰いなさい。それは、(1)健康保険の診療報酬(2)地方公共団体(市町村)(3)健康な人々(人間ドック、健康診断など)(4)寄付の4つです。」

当時私はEさんが言われたことをよく理解出来ませんでした。6年間常にこの4つを念頭に置きながら、病院経営を行う中で、少しずつ「話の意味」が判り、病院は黒字になり、私は院長を辞めました。

地方公共団体というのは、東村山市からのことです。市は、私が「寝たきり老人訪問看護事業」を日本で初めて行ったのを評価してくれ、以後毎年予算を出してくれました。在宅ケアのはしりです。このことが病院職員の勤労意欲を高めました。

人間ドックも始めましたが、寄付は思うようには集まりませんでした。しかし、黒字になった最大の原因は健康保険の収入だけに頼らず、収入の4分の1は広い意味の「地域社

会」—まず東村山市から、市内の健康な人々の健康診断等の収入、そして退院してゆく方々のご寄付などに支えられたためです。

西欧の病院やインドのような国の病院を見ても、患者からの診療報酬のみで経済を保っている国はありません。日本のみです。約4分の1の収入は「原価の伴わない寄付 contribution」です。日本において、高度医療のみを行っている病院はいざ知らず、在宅医療、地域医療を目指す病院、診療所は諸外国に倣って、「その病院、診療所を必要とする地域社会」から contribution を受けるべきです。

実は、＜第一話＞の時代には、広い意味の contribution があったのです。しかし、日本で

それが近年無くなったのは、「医者は儲かる、儲けなければならない」という社会の仕組みが築き上げられ、医療は収益事業であると社会的に見なされてきたためです。_A これを、世界的に通用する「医療のあり方」に戻すのは、まさに「在宅医療の経済的基盤を community に置く」ことから始めねばなりません。今はその絶好のチャンスです。この会に関する方々は、その最も大切な時に直面していることを十分に自覚して頂き、お互いに論議を深めて頂きたいと思います。

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・フェロウ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)

在宅Q&A (その2)

Q: 「在宅ターミナルケアや在宅高度医療を行う場合インフォームドコンセントは大変重要なポイントであると思います。在宅ケアならではの特別な留意点がありましたら、教えてください。」

A: 「在宅ターミナルケアでは、ムンテラ的な機械的ICではなく、医師が患者の立場に立ち患者とその家族と対話することによって同意をつくっていく、よりヒューマニスティックな態度が最も大切と考えます。在宅ならではの留意点としては、ターミナルケアの各時相に応じた適切なICが必要であることでしょう。

在宅医療を開始する前に、患者と家族に在宅ケアを行う意志の有無と、症状の緩和と高いQOLの維持が在宅医療の目標であることを対話の中で確認します。私達の診療所では、患者が入院中の場合は退院前に病院を訪問し、このことを行っています。在宅医療導入後の患者家族の最大の不安は、急変時の対処です。緊急時には24時間対応することを話しておくとともに、急変時の対応法、入院医療の適応について

話しておくことが大切です。また、患者の死を目前にした時期では死の準備教育も大切なICの一つであることは言うまでもありません。この場合特に家族へのICが大切になります。在宅高度医療を行う場合の留意点としては、経済的問題と介護能力の問題への配慮です。例えば在宅人工呼吸法を行う場合、導入時には10万から25万円が、月々数万円が必要です。介護者には生活面の介護以外に、種々の医療的な介護が求められ、介護負担も相当なものになります。在宅高度医療導入時に、医師は、経済的問題と介護能力を含めて説明し、社会資源の活用も含めた対策を考える必要があります。



平原 佐斗司・ひらはら・さとし 1987年島根医科大学卒業後、同大学第2内科入局。六日市病院、平田市立病院勤務を経て、帝京大学第2内科入局、肺研に所属し、呼吸器アレルギー科専攻。1992年より東京ふれあい医療生協、梶原診療所内科勤務。呼吸器病、消化器病、在宅医療に従事。現在同診療所在宅医療課長。

症例呈示

朔 哲洋
(佐久総合病院勤務)



83才女性のTさんは、透析患者の長女と二人暮らしです。何とか自分の身の回りのことはできました。ところが平成6年8月突然歩けなくなり、当院紹介入院となりました。

Tさんはピンス・ワンガー病による歩行障害、痴呆と診断。機能訓練をおこない、何とか歩行監視レベル、ポータブルトイレ自立まで改善、退院へ向け調整が始まりました。同居の長女は肝硬変、肝癌を合併し余命いくばくもなく、介護は不可能でした。次女は車で30分離れた所に嫁ぎ、77才の義母と同居、Tさんを引き取ることは不可能でした。そのうち長女は容態が急変し入院しました。

次女との話し合いで、老人ホーム入所との結論を得、老健でホーム待ち(1年前後)をすることとなり、11月16日老健へ移りました。しかし、次女はどうしてもホーム入所のことをTさんに言い出せずにいました。

病棟では落ち着いていたTさんが、老健に馴染めず「家に帰りたい」との要求が急に強くなり、11月20日次女は泊まり込む覚悟でTさんを外泊に連れて帰りました。老健に戻る日、Tさんは泣いて「家にいたい」と訴え動きません。次女の決意で、その二重生活に支えられた在宅生活が始まりました。

次女は毎朝4時半起床、Tさんの排泄介助後、自宅に帰り朝食の準備、8時半にはTさん宅に来て、朝食の準備と掃除洗濯、その後病院の姉を見舞い、16時半には自宅に帰り夕食の準備、19時にはTさん宅に来て、入浴介助等後そのまま泊まり込む生活でした。

老健のMSWの調整で、12月7日からは、水曜日は町のヘルパーが、月火木金曜日は「JAささえ会」の有償ボランティアが、14時半から16時半に家事援助(更衣、洗濯、朝食の準備、薬の管理、話し相

手)に入りました。水曜午前は町の訪問看護婦さんによる訪問指導(清拭など)を、毎昼夕食は老健からの配食サービスを行いました。

土日は次女が介護(入浴等)しており、次女の休暇を取るためにもデイサービスを勧めましたがTさんは納得しません。家に戻ってからは痴呆もやや改善、何とかトイレが自立しました。しかし試しに娘が夜泊まらないで自宅に帰ると、次の日は怒って機嫌が悪くなりました。

次女は疲れはて、正月にTさんを自分の家に連れて帰り、出来ればそのまま同居しようと考えてようになっていました。

年が明けて電話をすると、Tさんは元の家にいました。他人の家は気兼ねするからと同居を嫌がったのです。次女は、夜自分の家に戻る回数を段々と増やし、Tさんは一人でも何とか夜を過ごせるようになりました。

うすだ在宅介護支援センターにてサービスの調整を重ね、最終的には9時から10時半と14時から16時は誰かが訪問する体制を組み(表1)、散歩介助も始め、ウィークデイは次女が来なくても、何とか一日の生活は成り立つようになりました。しかし次女の二重生活の疲れは解消できませんでした。4月17日、長女が亡くなりました。

6月30日よりTさんは次女の家で生活しています。今のところ「家に帰りたい」との訴えはなく、暫く同居生活が続きます。

私は当初、Tさんが自宅で一人暮らしをすることに反対でした。マンパワーを揃える自身がなかった事、一人でいる時間帯に転倒骨折などのトラブル発生するの危険性が高い事などがその理由でした。

この症例と係わるなかでいろいろ考えさせられるこ

とを述べます。

1：患者の自己決定権について

痴呆があっても、Tさんは明らかに自宅での一人暮らしを望んでおり、その自己決定権の軽視がなかったか？介護し保護する対象としか見なかったのではないか？

2：ケア・ミニマム

在宅ケアを希望する患者さんの基本的な人権を守るためのケアの最低基準はどこか？

週1回の入浴、冷たい食事、その上散歩や買い物が補償されない状態でも良いのか？

3：介護者の基本的人権

介護者は、どこまで介護する責任があるのか？手を抜けば患者の人権は侵害され、手を掛ければ介護者の人権が守られない。

介護者が手を出さなくても、一人暮らしでも家で生活したい人が気兼ねなく生活できるだけの介護の社会化が可能なのか？

介護保険が導入されようとする現在、これらの問題点は原点に立ち戻って論議する必要があると思います。

	9時から10時半	12時	14時から16時	18時
月	ステーション	配食	ささえ会	配食
火	ステーション	配食	ささえ会	配食
水	町訪問指導	配食	町ヘルパー	配食
木	ささえ会	配食	ささえ会	配食
金	ステーション	配食	ささえ会	配食
土	ささえ会	配食		配食
日		配食		配食

在宅医療と福祉の接点（3）

石田 一美

（長崎県大村保健所勤務）

「在宅医療と福祉の接点」も3回目になりました。今回は診療所等保険医療機関で行える在宅福祉と関連が強いものをまとめてみたいと思います。また、最後に在宅ケアについて私が考えていることを書かせていただきました。

1．老人デイ・ケア

目的 痴呆や脳卒中等の患者の心身機能の回復又は維持を目的とする。

内容 個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療する。1人一日4時間が基準

保険点数

(I) 510点

(II) 710点

給食加算 48点

施設基準（小規模の場合）

(I) 診療所

・老人デイ・ケア、精神科デイ・ケア、作業療法若しくは理学療法の届出施設での経験を有する専従の看護婦（士）1人以上。

・30：以上の専用施設。

・専用の機械・器具（訓練用マット・平行棒・日常生活用具等）

(II) (I)を満たす

通院者に対して通院途上における機能訓練等の実施のできる送迎機能。

利用料 老人医療の自己負担分

* デイ・ケアは老人保健施設（医療法人etc.）でもできます。また、福祉の提供するデイ サービスとは若干異なります。デイ・ケアの方がより専門的な指導という役割を担っています。

2. 診療情報提供料（A） 130点

- ・患者の住所の市町村（特別区）又は保健所に対して老人保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合。（1月に1回）
- ・老人保健施設に対して患者を紹介した場合。
- ・保険薬局に対して。
- ・精神障害者社会復帰施設に対して。

私自身は病院勤務から平成5年に県立保健所勤務となりました。それまでは病院医療にしか従事したことがなく、福祉どころか保健ということすら意識することもなく仕事を続けておりました。

ただ大村保健所では、国立病院・市立病院・医師会の先生方と、また市役所の保健担当・福祉担当職員、社会福祉協議会のヘルパーさん方等と共に月1回の勉強会を開いておりましたので、ここでたくさんのことを学ばせて頂きました。その中で私が感じたことは、私たち医師は保健や福祉に疎いのですが、それ自体は特に問題ではないということです。私自身も保健や福

祉制度の全てが分かっている訳ではもちろんありません。ただ何かあったとき、どこから調べていけばよいか、また誰に尋ねたらよいかが分かってきました。私なりに人のネットワークができて、尋ねるべき相手にすぐ聞けるということです。そういうネットワークができると、何かを尋ねてもお役所の通り一辺の返事ではなく全体の仕組みやその周辺のことも教えてくれるようになります。保健や福祉関係者は、医師の方から尋ねるとほとんどの場合熱心に教えてくれます。但し、相手の方からはなかなかコンタクトをとってくることは少ないと思います。大村市での勉強会である「在宅ケアセミナー」でもアンケートでおもしろい結果が出ました。一番相手として組みたくないのは医師ということでした。やはり皆、医師には話がしにくいというか、遠慮があるようです。大村市で医療・保健・福祉の連携がうまくいっているのも、一つは皆がコミュニケーションをはかる場としての「在宅ケアセミナー」があるということ。また、もう一つ大事なことは医師会の先生方をはじめ医師の方から積極的にアプローチをかけているということです。

在宅医療・在宅ケアは、医師、看護婦だけでなく、OT・PTや他の医療スタッフ、保健、福祉担当等の知恵と協力が必要だと思います。

いしだ・かずみ 長崎県大村保健所次長。長崎大学医学部卒業後、長崎大学第一内科に入局。途中大分医科大学麻酔科勤務を経て、平成5年より現保健所勤務。大村市に開業した主人と小学生の長女、幼稚園の長男の4人家族。