

在宅医療の核心（1） - 病院医療と異なるところ -

鈴木 荘一

（鈴木内科医院院長）

このテーマを書くには私が何故在宅医療に取り組むようになったか、自らの臨床医の道を語らねばならない。

私は、昭和30年にインターンを終え、母校の生化学教室に、しかも新制大学院1回生として入った。教授は宮本璋先生で、実に視野が広く、いつもGedankengang（考え方）の貴重さを唱え、慈恵医大創始者、高木兼寛先生の明治17年の筑波艦における脚気予防実験報告から、海軍食に白米のみならず麦飯を混ぜることによって、脚気を断絶し、予防されたことを話されていた。

しかし私は、恐らく無意識の中に、内科臨床医になることに憧れ、生化学に籍を置きながら、同教授の斡旋で東京厚生年金病院内科に出向させられた。当時開発中の臨床生化学を手がける意味もあった。すでにその病院には、中央検査室システムが取られ、その生化学部門は、東京医科歯科大助教授の阿南功一先生（後の筑波大学学長）が指導に当たっていた。ともかく、この研修医時代は、今のような研修プログラムなどなかったが、お茶の水と飯田橋とをしばしば往復し、ほとんど家に帰る暇もないハードであった。病院の内科医長は佐々貫之先生の愛弟子であった渡辺良孝先生という俊才で、凄い勉強家で、徒弟的な指導は厳しかったが、今日のような臓器別内科ではなく、まさに総合内科で、消化

器、循環器それに神経内科学までに及んだことは、後の私のプラクティスに大いに役立った。

昭和36年1月、学位論文も済んでほっとしている頃、宮本璋教授は、医師免許を取ったからには開業するのが王道だよ、と言われ、私は現在地の大森山王に内科医院を開設した。商業地の裏手であったが、すでに周囲に病・医院も多かったので、一年間は全く休まず、かつ需めがあれば、かなり遠くまで往診した。大森地区のみならず、中延、渋谷、新宿、遠くは綱島まで往診に出かけた。その患家で、病人のみならず、家族との会話が楽しみであった。そして38年春、親友の娘が麻疹の発熱で苦しんでいるというので、真夜中に起こされた。その家は渋谷なので、環七から国道1号を五反田に向かい、明治通りに入るべく、小雨の中を走った。そして、中延先の赤信号で一時停車し、センター・ライン沿いに大井町線のガード下を低速で潜ろうとした時、大音響と共にフロントガラスが散った。鼻先10mのところに、トラックの後尾があって、私の左手から血が流れていた。私は近くの駐在所で手当を受け、お巡りさんと一緒に、原型を失ったルノー車を片づけ、なお往診先に向かった。奇跡的に私は助かったのだが、しかし往診は止めなかった。患家での患者本人や家族との語り、コミュニケーションの中に、医療

の原型があるように感じていたからであろう。

そして昭和39年、一冊の本「胃X線検査の実際」(市川平三郎他、文光堂)に巡りあった。今までの上部消化管、特に胃の患部が鮮やかに描かれていた。私は矢も楯もたまず、親友で、当時がんセンター病理実験室長、後に独協医大教授になった山田喬先生を通じて、市川平三郎先生に教えを乞いに行った。先生は私達のような部外者である実地医家に大変親切だった。実に寛い心を持った方だった。先生の主催するX線読影会にしばしば通うかたわら、地元の大森赤十字病院胃腸科医長だった吉谷和男先生を訪ね、当時・型の胃カメラの技術を習い、自院にもこのカメラを購入し、41年9月から使い始めた。当時は早期胃がんを発見することが、医師としての使命のように考えていた。

ところが、私は胃がんという臓器診断よりも病人を診なければ人は救われないというケースにぶつかった。この人はs m型の早期胃がん、私の考案した前壁二重造影法で上手に捉え(「胃と腸」第4巻に掲載された)、手術も成功したと思った。しかし術後、腎不全を起こして亡くなってしまった。

丁度その前の昭和38年に「人間の医学」を旗印にした「実地医家のための会」が産声を上げ、創立者・永井友二郎先生の「人間を部分としてではなく全体として、生物としてでなく社会生活をいとなむ病人としてみよう」という発言にひかれ入会し、多くの素晴らしい臨床医に出会い、やがて昭和56年から60年まで、同会の世話人代表を務める羽目になった。その前の昭和52年4月、私は同会有志とともに、英国ロンドン郊外シデナムにある聖クリストファー・ホスピスを訪問し、シシリー・ソーンダースという院長にも会い、すでにその頃英国のホスピ

スでは、入院ケアと同時に在宅ケアを、それぞれ地域を決めて行っていることを知った。聖クリストファー・ホスピスでは、GPとホスピス・ナースがペアになって在宅ターミナル・ケアを行っていた。

そして翌年の53年6月、この「実地医家のための会」32名が拠金して渡辺淳先生が音頭をとり、「日本プライマリ・ケア学会」が創立された。私は副実行委員長として、会誌発行など大わらわであった。そしてその第1回大会から、「都市診療所における老人医療 - 概況と在宅ケア」を私は発表し、これから必ず在宅医療が必要であることを訴えた。

この年には、ソ連(現在はカザフ共和国)のアル・マアタで、WHOの総会があり、有名な「紀元2000年までに全ての人に健康を」という宣言が出され、その第6章に、各国そして各地域で、自立と自助の昂揚が謳われていた。そしてさらに翌年、ライフプランニングセンター主催の「英国、カナダおよび日本におけるプライマリ・ケアと医療システム」について国際セミナーが開かれ、私に指名がかかった。その前日、英国大使館の私邸に日野原重明先生ご夫妻、故勝沼晴雄先生ご夫妻、牛場大蔵先生ご夫妻と、私どもが招かれ、Common Diseasesの著者であり、WHOの顧問でもあるJ. Fry博士に会うことができた。彼はエライ先生方よりも、同じPractitionerである私に幾度も話しかけてきた。

(つづく)

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

Sさんのこと

吉崎 秀夫
(虎ノ門病院 消化器科勤務)



この症例は、私が北海道・静内病院に勤務していた時に担当した。静内病院は、人口1万5千人程の静内町にある150床の病院である。院長が以前から在宅医療に積極的で私も一年の勤務の間にいろいろ貴重な経験をさせてもらった。その中で最も印象に残っている症例について記してみたい。

Sさん(44才、女性)を初めて診察したのは、1993年9月10日のことである。他院に高血圧で通院中、黒色便があり消化管出血を疑われて、静内病院に紹介されてきた。緊急内視鏡を施行すると、Borrmann 4型の進行胃癌が発見された。腹部超音波検査及び血液検査で、腹腔内リンパ節に広範に転移があり、DICも併発していることがわかった。夫に手術適応はなく、化学療法しか手がないこと、大病院を希望するなら紹介する旨、詳しく説明した。静内町は札幌まで車で2時間程度の距離にあり、札幌市内の大病院指向が一部の人々にはあったからである。夫は、自宅の近くにある当院での治療を希望した。Sさんには、夫から胃癌であると説明がなされた。翌日から、抗癌剤による治療を開始した。併発しているDICにより、血小板は5万以下に減少しており効果がなければ、すぐにも命にかかわってくるような状態であった。幸いにして、2、3週間が経過する頃から抗癌剤の効果が現れ始め、血小板数も上昇した。夫に病状が安定してきたので、希望すれば自宅で化学療法を継続することもあり得ることを話した。Sさんも夫も自宅で治療を希望したので10月上旬に退院した。自宅でヘパリンの持続点滴を続けながら、週一回のペースで化学療法を慎重に行った。午前中に看護婦が訪問した時には、院内と同様に検温、血圧測定などを行い、定期的な採血はその後行って、夕方の私の往診までに結果が出るようにした。Sさんが自宅で過ごされたのは、10月9日から

翌年の1月10日までの約3ヶ月であった。この間、計9回の化学療法を行った。副作用が強く、また医学的に細かな状態の把握をしながら行わなければならない種類の抗癌剤を用いた化学療法時と白血球減少時に、それぞれ数日入院した以外はずっと自宅で過ごされた。この間、私は病状が落ち着かない時は毎日、落ち着いている時は週に2回程度の往診を行っていたから、3ヶ月間で30回以上自宅におじゃましたことになる。昼間は院内の業務があるので、往診は夕方5時から8時の間に行った。

Sさんには、6人の子どもがいた。一番上と二番目は成人して東京で働いているが、二十歳前後の三番目の息子と下の三人の子どもは、一緒に暮らしていた。下の三人は、7才男子、5才女子、末っ子が2才男子と、まだまだ母親の存在が必要な年頃であった。どたどたと駆け回る子どもたちの足音、聞き慣れたテレビの音、夕餉のほのかににおってくる味噌汁の香り、座り慣れた食卓、これらは生活の音であり匂いであって、病室の白くて冷たい壁の色やモニター類の無機的な音、聞き慣れない人々の話し声などに比べればつらく苦しい闘病生活をどんなにか楽にするだろうかということを経験の度ごとに感じさせられた。また、その人がどんな生活を送り、どのような家族関係を持っているかということも自然と見えてくるのであった。こういうことが関係していたか定かではないが、亡くなる1、2週間前までほとんど不定愁訴らしい症状を訴えたことがなかったし、食欲も落ちなかった。“しん君”と呼ばれていた末っ子は、往診の最中もベットのそばに来てはSさんから「いたいいたいだからあっちに行きなさい」と言われていたが、Sさんにとってこの子の存在はどれだけ救いになっていたかと思う。11月

末には、心待ちにしていたこの子の学芸会にも出席することができた。

Sさんは亡くなる2日前まで自宅での生活を続けた。最後は、癌性髄膜炎によるものと思われる意識障害と呼吸不全により院内で亡くなった。

私の領域（消化器科）でいえば、現在の病院での医療は、個々人の持つ固有の人生に目を向けることなく、癌を持った一患者として無名化し、脱人格化してしまうことが多い。その人が生きてきたそれま

での人生は無視され、またその人生にふさわしい死に方も不可能にされてしまう。私は、在宅医療はその人固有の人生の終結の仕方を援助する方法の一つと考えている。同時に、この症例のように在宅医療を行いながらも、化学療法をはじめとした「積極的な」治療を行うことによって確実に延命できる症例が少数とはいえ、存在することも忘れてはならないと思う。

往診同行記（宇都出 公也・アメリカンファミリー生命保険医務部勤務）

去る1月8日、当会の顧問で、大森で開業していらっしゃる鈴木荘一先生の往診にお邪魔し、大変貴重な経験をさせていただきました。

私は本来消化器外科医ですが、現在は保険会社に勤務しながら病理の勉強を続けており、この一年半ほど全く臨床から遠ざかっております。それ以前も、大学やその関連病院で手術や検査を中心に診療を行っておりましたので、往診の経験はほとんどございません。ただ、往診には個人的な思い入れがございます。私の出身地である京都の西陣は織物で有名ですが、直接機を織る織屋さんだけではなく、和服が出来上がるまでに必要な多様で複雑な工程の一つ一つを支えている零細な個人の家々がひしめき合っているところで、商人の多い中京とは対照的に、平均的な所得は低い地域です。そのような住宅環境にもかかわらず、在宅で療養するご老人は多く、私の祖父や祖母も自宅で亡くなりました。おそらく、家内工業という仕事の形態が、在宅での療養と家族の介護を当たり前に行っていたのでしょすが、有名な堀川病院の早川先生にかぎらず、あの地域の開業医の先生方にとって往診は日常の診療業務の一部となっていたように思います。今回、大森近辺を先生の車に同乗させていただき、狭い路地を縫って行ってご自宅で療養なさっている患者さんにお会いし、静かで淡々とした先生の診療の手際と会話を伺っていると、小さい頃から慣れ親しみ、祖父や祖母を看取ってくれた近所の先生を思い出しました。さらに強く感じたことは、現在の自分にはとても真似のできない仕事である、ということでした。外科医に必要な訓練には、興味と体力があれば十分で、要するにやればできるし、報われるのも早いものです。また、病院という設備のなかで、すでに患者の前では医師は特殊な存在ですが、往診において医師を無用に大きく見せるものはありません。鈴木先生のご診療は、膨大な今までの診療経験や人生経験、さらに信仰や哲学が実地の診療の中で練り上げられたものであってどうも決められたプログラムをこなせば習得できるものではなく、何回か拝見させていただければまねができるというものではないということを痛感させられました。

今回の往診に同行させていただいて最もありがたかったことは、在宅医療こそが、最も必要とされるものでありながら、最も難しい領域であることを思い知らされたことです。鈴木荘一先生、ならびにこの貴重な体験を与えて下さった佐藤智先生や会の皆様に深く感謝する次第です。

亀田総合病院の在宅医療について

小野沢 滋

(亀田総合病院 在宅医療事業部)

はじめに

当亀田総合病院の在宅医療が始まったのは平成4年の4月からである。わずかに3年を数えるにすぎず、長年在宅医療に関わっておられる諸先輩方からすれば、まだまだひよここという事になる。スタッフの平均年齢も若く(婦長を除けば私が32才で最高齢という事になってしまう)、試行錯誤の繰り返しではあるが、それだけにやりがいもあり、毎日楽しく仕事をする事ができている。

今回は亀田総合病院在宅医療事業部の現状と地域との関わりを中心に報告したいと思う。

在宅事業部の現状

現在約80名程の患者を、医師1.5名、看護婦2名、保健婦4名、ソーシャワーカー1名、薬剤師1名、事務2名の総勢11名のスタッフでフォローしている。患者の疾患別内訳は表1の通りで、脳血管障害や変性性神経疾患の患者が最も多い。しかし、依頼患者総数で見ると末期癌患者が多くなっている。対象者のほとんどが当院を退院した患者であり、呼吸器内科(慢性呼吸不全)、神経内科(脳血管障害・変性性神経疾患)、消化器内科(末期癌)からの依頼が多い。これらの各科とは病棟看護婦も交えて月に1回づつカンファレンスを行い、治療方針を決めている。

投薬、衛生材料等は当事業部で全て一括して管理し、訪問時に届けるようにしている。スタッフの負担は大きいのだが、交通の便が悪く、調剤薬局もないこの地域では必要なサービスである。

その他、介護用品ショップ、老人保健施設、特別養護老人ホームも同じ亀田グループ内にあり、連携を取りながら高齢者介護・在宅末期医療に当たって

いる。

地域とくに鴨川市における医療・福祉・保険の連携について

当院のある鴨川市は房総半島の南端に位置し、夏は観光客で賑わうものの、冬ともなれば高齢化率21%、半農半漁の寒村の様相を呈する。しかし、驚くことに、人口わずか3万の鴨川市に760床の当院の他に、100床以上の病院が老人病院も含めて3病院、小規模病院が1つと、さながら病院銀座である。そのおかげで、人口あたりの病床数は日本でも有数の市となっている。高齢者向けの福祉施設も南房総のなかでは充実しており、老人保健施設が1施設、特別養護老人ホームが1施設、デイサービスセンターが3カ所あり、訪問看護ステーションが当

	依頼総数	フォロー中の人数
末期ガン	82	8
脳血管障害	66	33
神経疾患	18	11
慢性呼吸不全	17	3
その他	19	6
腎不全	6	1
心不全	5	1
術後フォロー	6	3
泌尿器疾患	3	1
膠原病	4	3
痴呆症	2	1
頸髄損傷	2	2

表1. 過去2年間の依頼患者内訳

在宅医療事業部の他に老人病院に併設で1カ所ある。

このように、鴨川市は、ある程度医療・福祉資源に恵まれている。また、保健所、各病院の在宅医療に関わっている医師、訪問看護婦、行政の担当者、介護用品ショップ従業員、各施設の職員等々が集まり、月に1回の「ケアワーカーの集い」という会合がもたれ、事例の検討、勉強会が行われている。現在、同会合では情報の共有化、サービスの質の向上を目的に全施設共通の在宅患者アセスメントシートの検討が行われており、12月から試験運用されることになっている。

この会合がもたれるようになった2年間で鴨川市の福祉、保健、医療の連携は完全ではないが、かなり進歩してきている。実際、最近では市の福祉担当者から直接、訪問看護、在宅医療の依頼が来るようにもなっている。

一方、南房総のその他の市町村では組織立った在宅支援というものはあまり行われていない。当在宅医療部とそれらの地域との連携も、保健所で開かれる事例検討会にたまに出席したり、市町村の福祉担当者や保健婦と事例毎に連絡を取り合うぐらいで、定期的に行っているわけではない。また、それらの地区の開業医の先生方との連携も今後の大きな課題である。

過疎に近い南房総では各市町村単位で福祉資源を充実させるといっても自ずと限界がある。やはり、市町村の壁を越えたネットワークがどうしても必要になろう。今後、そういったネットワークを地道に作っていくことも、南房総全域に診療圏をもつ当在宅医療事業部の役割の一つであろう。

以上、鴨川市と亀田総合病院の在宅医療事業部の状況を中心に紹介してきたが、まだまだ問題は山積みされている。今後とも、理想の在宅医療をめざして諸先生方に助言を頂きながら、頑張っていこうと思う。



おのざわ しげる・昭和38年生まれ。平成2年 東京慈恵会医科大学卒業。亀田総合病院研修医を経て、現在同病院在宅医療事業部主任医師。

在宅Q&A

Q：「家庭での死後の処置、及び葬儀屋の連絡等の方法について具体的に教えて下さい」

A：「当院では、臨終の席に呼ばれて、医師がその死を確認すれば、家族に、ご臨終です、永眠されましたと、静かに告げ、医師も看護婦も遺体に向かって礼拝し、しばしの間、亡くなられた患者と家族との惜別の時間をもたせる（5～10分）。しかる後、当院看護婦が主になって、遺体を清拭する。できれば、家族にも参加させる。私は深夜でも、休日でも、年末年始であっても、臨死ケアに看護婦をコールし、共に看取ることにしている。看護婦が丁寧に清拭する間、私は家族を慰め、故人を偲び、また看護の労を深く労うことにしている。葬儀屋については、家族が互助会などに入っていることもあるので、よく相談し、もし求めがあれば、当院がよく紹介する葬儀屋2軒の中、いずれかを選択させ、連絡を先ず当院から行う。これに対し葬儀屋は深夜であっても、素早く対応するものである。死亡診断書はそれから書くことにしている。

鈴木 荘一 すずき そういち・鈴木内科医院院長、「在宅医療を推進する医師の会」顧問

「在宅医療」への思い



高橋 信夫

(救世軍ブース記念病院院長)

私が現職に就任したのは1992年10月でした。結核療養所から移行した本院では、長期慢性疾患への対応として最長30年に及ぶ長期入院者のいることに違和感を感じていない状態でありました。中には本院がその方の住所になっている方もおり、生活の場としての福祉施設と化しておりました。「これは医療機関ではない」という思いが就任当初の印象でした。その後の三年余りの働きの発想の原点はここにあります。

私は幸い学生の頃から佐藤智先生にお近づきさせて頂いておりましたので、何かと尊敬する先輩の声咳に接し、お考えをしばしば伺う機会に恵まれて参りました。

1970年10月、先生が東京白十字病院院長就任の挨拶に市長を訪問された際に、「寝たきり老人への訪問看護」を提案されたと伺って、今更ながらその先見性に敬意を覚えます。

その後、十数年前、私の前職場（横須賀衣笠病院）を訪ねて下さり、「これからは病院の規模拡大を図る時代ではなく、在宅医療に目を向ける時代である」との主旨のご意見を頂きました。

昨年の春ごろ、佐藤先生は本院を訪問され、私のこの地での取り組みに耳を傾けて下さいました。その際に、「在宅医療を推進する医師の会」発会の趣意を伺い、参加のお誘いを頂きました。冒頭に、この三年余りの働きの原点に触れましたが、このような事態の中で、新たな方向付けを行い、それに取り組むことの出来た基盤は、先述のような佐藤先生からのご訓育の賜物であります。

目標としては、本院の体質改革のために、「老人保健施設」、「老人福祉施設」を設けること、い

わゆる「社会的入院者」を区分することとし、初めに診療報酬包括制入院医療管理病棟を編成しました。次いで、「老人保健施設（ショートステイ、デイ・ケア機能を含む）」建設計画に取り組み、同一建物内に「在宅介護支援センター」と「訪問看護ステーション」を同居させようと目論みました。これはとりも直さず「在宅ケア」を支援する仕組みを本院を中心に作ることであり、周辺地域での核としての役割を果たす拠点となりたいと願ってのことでした。一方、本院医師の「在宅医療」への意識は稀薄でありましたが、本院内に「訪問看護」の仕組みを作り、「在宅医療」への協力を求めました。これを基盤に新「訪問看護ステーション」へと繋いで行きたいと願いました。

前例にないほどのスピードで計画を進め、まさに呆れるほどの勢いで建設し、今秋10月竣工開設式を執り行うことが出来たばかりのところでは。

幸いこのような動きをしたものですから、いろいろな意味で地域・行政からも注目を頂いているわけで、次の課題は正真正銘その役割を実践することにあると思っております。

仕掛人としてハード造りを先にしたものですから、追いかけてソフトの充実を図らなければなりません。これは仕掛人に課せられた重責であろうと覚えています。

私の願いは、「在宅医療実践の先人方」に本会を通して学ばせていただき、実践の面では私の力の及ばない点が多いものですから、同労共働の同志が増し加わることを切望しております。

たかはし のぶお 1927年生まれ。1961年岩手医学専門学校卒業。その後、国立病院、県立病院等公的病院勤務を経て、1981年衣笠病院で管理業務に従事し、1992年10月現職に就任する。

第8回座長からの報告 (増田 義重・東京都老人医療センター勤務)

総会 “ 本会発足より一年半が過ぎ、この一年の活動如何によっては、本会の意義そのものが問われるのではないか ” という佐藤会長のお話から第8回の集会は始まった。

総会での話し合いの結果、本会を学術的な方向へ発展させていくこととなった。具体的には、!テーマを決めて調査研究を行う - - 例えば在宅患者と入院患者の感染症の比較、"在宅医療の標準化、#在宅医療における調査研究の評価法の確立、\$QOLの質的評価など意見が出された。

在宅医療における診療報酬請求事務 (矢沢雅子・健和会訪問看護ステーション統括事務課長)
診療報酬については皆の知りたいところであったようで、いつになく多くの質問が出た。

ディスカッション ディスカッションの際には、在宅患者の診療上の問題点について感染症を中心に、MRSAの問題と尿道留置カテーテルの必要性和管理に関しての話し合いが行われた。

MRSAについては、!感栄と感染症との区別をせずに、MRSA感染症 = 保菌者を感染症患者として加療、隔離したこと、"MRSA重症感染症は術後感染症、敬血症に限られること、#特別養護老人ホーム内でも、手洗いをきちんと行えば、MRSAの蔓延は防止可能なことから、在宅医療の現場でMRSAが問題となる可能性は低いとの意見が出された。

尿道留置カテーテルの必要性和管理については、!感栄管理の面からは、カテーテルは用いない方が望ましいが、家族の介護負担の軽減のためには有用、"使用するならミリコン製のものを使い、2~4週間で交換する、#週2回程度生食で膀胱洗浄を行った方が、膀胱結石予防として望ましい、\$抜去する際は、合併する尿路感栄症を加療してからの方が、問題が少ない、といった意見が出された。

今回の話し合いでは、“ 病院医療(医学)において正しいことが、在宅医療の場合と必ずしも一致しない ” ということが明らかになったと思う。つまり、在宅医療では、患者だけでなく、家族の思い・家族の介護負担等も考慮に入れなければならないからである。

会の学術的な発展に向けて一歩踏み出した集まりとなったと思う。

第10回集会予告

日 時：平成8年9月21日(土)・13:30~

東京で行います。遠方の方も連休を利用してぜひご参加下さい。

「往診同行」は、第8回のように、集会とは別日程で行います。