

「日本醫事新報」別刷（第三九六三号）

二〇〇〇年四月八日発行

【特集】介護保険時代の在宅医療

在宅医療専門診療所のノウハウ
について（基本的概念を含めて）

仙台市・仙台往診クリニック

院長 川 島

孝 一 郎

在宅医療専門診療所のノウハウ について（基本的概念を含めて）

仙台市・仙台往診クリニック

院長 川島孝一郎

はじめに

本当にやさしいひとは、やさしくないひともやさしく接する。真の愛を知るひとは、愛を軽んじるひとも愛する。かくのごとく、やさしい、愛する、信じる等、誰もが大切であるとわかっているこれらの語句やその表現は（便宜上仕方なく客観的な記述を行うことがあったとしても）決して客観化されるべき対象ではあり得ず、まさにそのひとがそのように振る舞い、それが他者に通じることの全体なのである。

ところが、しばしばわれわれは、客観的な見方とその世界に慣れ親しんでいるがために、この両者の関係を誤認して次のように表現す

るであろう。「彼と彼女との間に愛が生まれた。すなわちこの両者は愛というメディアによって結びついた」と。

しかしこれは本質的ではない。もし適切な表現をするならば、「愛情を感じた瞬間から、彼と彼女は（遠く離れていたとしても）「二つの全体」に変容し、その部分である両者は互いによって全体を維持している」のである。この時の在り様の全体を仮に「愛」と表現するのだが、当の本人たちは彼らが融合した全体の内部にあって、それを実感しているのである。「ひとの気持ちが変わる」のは、わたしと他者とがもはや他人ではない「一つの全体」の部分となっている証拠である。すなわち客観

化されずに「一つの全体」の内部で実感するものこそが、先に表した語句の本質なのであって、これらは決して道具や方法という客観的なものになつてはいけな

い。在宅医療を行う者が肝に銘じなければならぬのは、まさにこのことである。

だろうか。

基本的概念

観察者（医者）自身がすでに客観の対象（患者家族）に影響を与えている場合、図1のように向き合っている二つの鏡にたとえることができる。観察者は客観の対象としての鏡（他己）の中に自分の姿を見出すことになり、同時に自分の中にも彼の姿が映る。自分の姿抜きの鏡をみることは決してあり得ないこととなり、純粋な客観は存在しないといえよう。自らが相手を映し出す鏡となつているこの現象においては、一見独立存在しているかのようにみえる二つの鏡が実は二つで「一つの全体」を形成しているものであり、それぞれは全体の部分、部分となつている。このように互いが相補関係にある別の例を図2aに示す。このだまし絵はよく知られているように、どちらを図あるいは地として捉えるかによつて、向き合った顔にもなり、大きな器にもなる。ここには、相手なくしては自分は今現できない事情がみてとれる。こ

の図柄は二つが「一つの全体」の部分構成しており、図2bのよりに互いに地と境界線を共有している。

「一つの全体」を構成する部分同士にはもう一つ重要なことがある。それは、相手あつての自分であるから、元来独立存在としての個性なるものはあり得ないということになる。では部分同士には本来何を見出せるのであろうか。それは「差異性」である。差異は両者（も含まれて）の間に出現する関係性であり、相手あつての自分であり、同時に自分が相手を相手たらしめている。その差異性を自

己として翻ってみれば、個性であると思ひ違えているのだ。

さらに、この両者には古典的な刺激反応系（メディア）は存在しない。なぜなら、もし一方に変化が生ずれば、リアルタイムに他方の変化になるからである。かくしてこの両者は絶え間のない変容（差異化）を、同時にそして瞬時に繰り返しながら、全体としての平衡状態を維持するのである。したがって、この「一つの全体」は図3のごとく時間軸を横にとればその瞬間瞬間に、新たな「一つの全体」として生まれ変わりながらも全体は平衡状態を維持し続ける、

非線形の営みを行っているのである。われわれは、しばしば時間の「流れ」に身を委ね、線形の存在形式の内にいるように思うものだが、しかし逆転して考えれば、この瞬時の非線形の変容（差異化）こそが時間性や空間性を生み出しているともいえよう。

在宅医療を行うにあたって、病

家族の本質

気や患者のみを対象にすればよいわけではない。病人を氣遣う家族や、それを取り巻く親戚一同、友人、近所付き合いの人々、介護に

関連した職種の人たち等々があり、「一つの全体」の範囲をどのようにとるかによって、家族のみに限定する場合もあれば、介護関連の職種の人をも含めた広い意味での家族づきあい（広義の家族）に至っているところもあるであろう。したがって、まず患者とその家族等がうまく調和して、どの範囲で「一つの全体」を形成しているのかを知ることが大切である。

このように窺うことができた家族（患者も含めた）においては、全体のバランスを維持するべく、ひとりひとりがその部分となつて調和が保たれているのであり、その中にいる一者は、すべての他者によって位置付けられている（差異を認められている）。これをゲシュタルト的家族という。

しかし中には、「一つの全体」を成していない、家族であるかのよ

図1

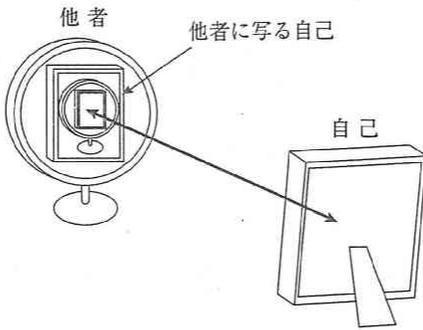


図2

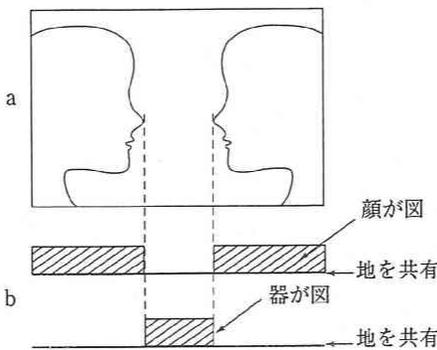
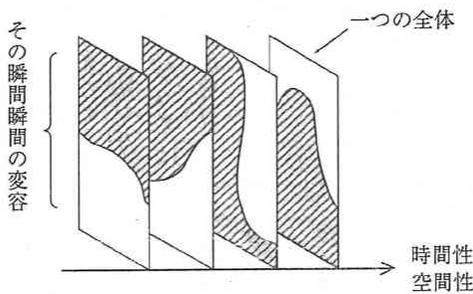


図3



成していない、家族であるかのよ

を開始するのは、医療者にとっても家族にとっても不幸なことである。なぜなら、家族内で個々に意見の相違が起こりやすい状況であるがゆえに、一方に沿うような医療を行えば他方と対立することになるからである。したがって、医療者は常に「一つの全体」として家族がまとまっていることを確認する必要がある。

医療者のとる立場

この「確認作業」を行うにあたって絶対に忘れてならないことがある。それは「一つの全体の内部に、部分として医療者自身も存在している」ことなしには真の確認には至らないという事実である。それは前述したように、客観的に対象を規定することではない。確認とは「一つの全体」の内部において、全体の進むべきベクトルの方向性を「実感」することなのである。受け取る情報とは、視覚的な情報や触覚的な情報というような、五感を分離独立させたアセスメント的要素の集合体ではない。私は、ガラスのコップを目にした

とたんに、落とせば割れるであろう音の響きや、冷たい手触りや、ほのかな香りをただよわせる紅茶の味を一挙にみて取るのだ。情報とは本来、これら五感のすべてを融合した「一つの全体」なのであり、顧みれば、あたかもそれぞれに分離できるかのように錯覚しているにすぎない。

したがって、アセスメント以前の実感こそが、彼らの内部にしていることをすでに示しているのである。同時に医療者たる自分の進むべき道が、彼らの道から逸脱してはいないことを意味する。アセスメントすることが悪いわけではなく、しかしそれはただ単に実感したことへの補足でしかない。

実践編

以上のような基礎を踏まえて実践の場に踏み出すことになる。

動ける者が動けない人のところへ行くのが筋なのだ。したがって在宅医療専門の診療所とは、外来をやらす、入院設備も持たない所などではない。実は外来も入院もすべて在宅で行う組織であると考

えられる。ある患者には「C」なみの集中治療を行い、またある患者のところでは、点滴一本すら行わず最後を看取る場合があるのだ。いかなる医療状況にも耐える、事前の用意を万端整えておくことが求められる。そこで、診療体制の必要事項を述べる。

(1) 居宅と診療所との通信手段

当クリニックでは二〇〇世帯のほとんどすべてにファックスをつけてもらい、日常の通信手段として活用している。一両日中に済ませられる家族からの要望はファックスで送信してもらおう。「薬が足りない」「リハビリを増やして欲しい」等の直接的要望から、「家族関係で悩んでいる」「死に関しての戸惑いをどのように癒してゆくのかわ」というような、多分に心理的な相談まである。

ファックスは午前一〇時までに送信してもらい、朝のブリーフィングに問題提起として用いている。このファックスの整理は朝一番にきた看護婦が行い、看護レベルのもの、医者レベルのもの等に

分類しておく。

緊急時の連絡手段はすべて電話で行われ、三六五日、二四時間受け付けている。医者は携帯電話とポケットベルを携えていて、毎日の担当医師の予定表(日曜、祝祭日、夜間のすべて)は毎月初日に全家庭に送信される。当クリニックではFネットを利用し、診療所からのファックスは、一回の送信で全家庭に一挙に送信され、また全家庭からのファックスが同時に受診できるようになっている。

(2) 診療所医療者同士の通信手段

スタッフは医者、看護婦、OT、PT、放射線技師、事務員の全員が携帯電話を持ち、すべてこれで連絡し合っている。

(3) 患者依頼の特徴と後方支援病院との連携

当クリニックではほとんどすべての患者は、仙台市内の各総合病院からの紹介患者である。もし一度も診察したことのない、紹介状もない初めての患者宅に、しかも救急で呼ばれた場合、果たしてすぐに的確な治療に入ることができ

ようか。否である。それが重症であればあるほど初診でのリスクファクターは大きい。

したがって当クリニックでは、広告等による地域の中からの一般的な患者集めは一切行わない。その代わり、医療者向けのパンフレットを作成し、特に人工呼吸器を使用するような重度の患者や、がん末期患者等、本人や家族が退院させたくても一般開業医ではなかなか対応できにくい人達を重点的に紹介してもらおうのである。

定期的にパンフレットを持って各病院の医局を巡り、その医療者からのニーズに応じていくのである。当然紹介病院があるから、再度入院が必要な場合には、その紹介病院が後方支援病院となる。

(4) コメディカルとの連携
当クリニックでは、現在人工呼吸器を使用している家庭が二〇カ所あり、O.T. P.T. は一般的なりハビリテーションの他に、身体の不自由なひと用のナースコールや意思伝達装置のセンサーの作成、取り付け、適正なソフトの患者への適用にも携わっている。

放射線技師はポータブル撮影装置を使用し、患者宅で撮影したのち、クリニックにある「computed radiography (CR)」で現像している。在宅では撮影条件が非常に異なるため、通常の現像機では対処できない。CRの導入は在宅撮影には欠かせないものである。

仙台市内の数カ所の調剤薬局と連携し、すべての薬剤を家庭に届けてもらっている。また処方箋により、中心静脈栄養やがん患者のモルヒネ等のバルーンインフューザーも配送されている。

尿カテーテル、気管カニューレ、経管胃瘻チューブ等は、緊急の交換が必要な場合を想定し、処置セットとともに常に二カ月分を家庭に常備しており、不足分は医療器械の会社から充当されている。これにより、緊急時にわざわざクリニックに取りに行く手間が省け、患者宅へ直行することができる。

採血、検尿その他の検体は、提携している検査センターが午前〇時までの検査を受け付けており、夜間はクリニックスタッフが検体運び、朝までに結果が判明する

ようになってきている。さらに輸血の交叉試験は、患者宅に検査センター職員が出向き、必要検体を持ち帰り、約二時間で結果が判明し、同時にファックスと電話で連絡されるようになっていく。

以上のように、必要物品はほとんどすべてがクリニック外であり、スタッフは診療バッグ以外の装備は不要となる。

(5) ポータブル医療器械の充実

在宅医療においては、軽い、小さい持ち運びに便利な医療器械が使用される。当クリニックでは、医者、看護婦、O.T. P.T. の全員に携帯パルスオキシメーターを持たせている。特にリハビリテーションでは過度の運動負荷によって、たやすく低酸素をきたす老人や疾患が多いため、必須である。

血液ガス分析 (pH, PO₂, PCO₂, BE) および生化学 (Na, K, Cl, BU, N, Gic, Hb, Ht) の各項目が、在宅のその場で二分で測定できるポータブル測定器を三台使用している。これと血圧計、パルスオキシメーターがあれば、緊急時の最

低限の検査はカバーでき、むしろ病院内の手術室や、ICUで採血した検体が中央検査部で測定された後に報告されるまでに要する時間よりも格段に早いといえる。

心電図は一二誘導と二誘導があり、電話でクリニックに転送できるシステムを使用している。インフュージョンポンプは携帯型二台、設置型を二台用意している。

鼻マスクによる人工呼吸器 (N-PPV) を使用する患者の、排痰に重要な装置にカフマシーンがあるが、これは二台常備しており、患者宅に無料貸出ししている。

(6) 介護支援事業との連携、新しい支援形態の模索

介護保険制度が最も適しているのは中等度までの介護度の家庭であろう。なぜなら介護保険では、こま切れなわずかな時間のみの介護で、しかも入れ替わり立ち替わりの人材派遣にしか過ぎないからである。

しかし重度の介護度の家族、特に人工呼吸器を使用している患者、常時吸引行為が必要な患者、徘徊がひどい患者、がん末期患者

宅では、長時間として特定の介護

者が家庭のニーズに添えていくことを望んでいる。なぜなら、これらのように常時介護の手法や見守りが必要であるならば、家族は二四時間拘束されるからである。当然、家族の疲労を癒すためには家族との信頼関係があり、その患者に特有の対応がうまく行えすべてを任せることができる、しかも長時間の介護時間を割くことのできる介護者が必要とされる。

介護保険では、とてもこのような家庭のニーズには応えられないのが現状であり、それならば介護保険に代わる別制度を用意しなければならぬであろう。これに該当する制度で、全国でいくつかの自治体がすでに行っている「全身性障害者専任介護人派遣制度」が脚光を浴びている。

宮城県ではこれに加え独自に、難病のALS等人工呼吸器を装着している患者に対する介護支援もできて、時間の延長等が付加されるようになった。当クリニックの呼吸器装着患者の大半がこの制度を利用しており、今後の広がりを

期待するところである。

(7) 医療者に対する在宅医療への啓蒙

在宅医療は最初に掲げたように、患者と家族に溶け込む方法でのみ、真の内情がわかるものである。したがって、どの医療者にも開かれている制度でありながら、どの医療者にもできる制度とは限らないと考える。今後ますますこの制度が普及してゆくであろう黎明期にあたり、医学教育への啓蒙と、在宅医療が適する医師(在宅医療専門医)を育てることが急務であろう。

ここで重要なことがある。それは従来の医学教育にしても専門医の認定にしても、医者が医者を教育し認定してきている。しかし在宅医療は家族との共同作業であり、家族に認められない医者が、その領域に土足で踏み込むわけにはいかないのである。したがって、医学教育の臨床実習現場として家庭にあがる際に、患者家族の厳しい目と指摘が最も大切であり、彼らの評価が十分にフィードバックされる教育システムを、今後構築

することが必要である。

在宅医療専門医についても同様である。もし、他の医学分野と同じく専門医を認定してゆく方向に進むならば、必ずその評価の重要部分に患者家族の意見が反映されなければならぬ。認定には客観性ととともに、医療者が「一つの全体を構成する部分」に自己変容できる素質が求められる。患者家族もまた、「一つの全体」を実感しつつ公平に評価する資質を要するものでなければならぬ。

おわりに

原初的な医学は、おそらくもつと人間の心と生活に密着していたであろう。しかし、ひとは「文明」という語に示されるように、客観的対象を変化させることに終始してきたし、またそのほうが簡単なのだ。なぜなら「自分を変える」よりも他を変えるほうがたやすいのだから。しかし、在宅医療はそうはいかない。それは客観的対象を変えた従来の医学とは異質な、しかし本質的な、医療者自身が変わる「自己変容」の医学なのだから。

【略歴】

- 昭和29年 山形県生まれ
- 昭和54年 北里大学医学部卒業
山形県立中央病院脳神経外科勤務
- 昭和56年 東北大学医学部附属病院神経内科入局
- 昭和61年 東北大学医学部大学院卒業
酒田市立病院・啓愛会美希病院、太白ありのまま舎等勤務
- 平成5年 東北大学情報科学研究科人間情報哲学入学
- 平成8年 仙台往診クリニック開業
日本在宅医学会、日本プライマリ・ケア学会



川島孝一郎 氏