

学 術 部

学術部勉強会

と き：平成15年5月21日(水) 午後7時

と ころ：仙台市医師会館・仙台市急患センター5階研修室

在宅医療の基本概念と近未来

仙台往診クリニック院長 川 島 孝一郎



はじめに

在宅医療に関する全国的な会がいくつかあり、主として在宅医療を手がけている医師は、

① NPO在宅ケアを支

える診療所市民全国ネットワーク

② 日本在宅医学会

③ 日本在宅医療研究会

の三者のいずれかまたはその複数に加入しているようです。それぞれに持ち味は違うのですが共通認識としてあるのは、

- 1) 生活者の生活支援、療養者の活動支援が主目的。在宅ケアの一部を担う。
- 2) 24時間態勢で医療を提供できる。
- 3) 在宅看取りがおこなえる。

ということのようです。私もこの複数の会に参加するようになり、少しずつ見えてきたものを独断と偏見? でここに披露させていただきます。

患者ではない生活者

54歳胃がんの末期患者さんも家に帰れば「おとうさん」です。在宅生活で「患者」と命名される人はおりません。このごろ患者さまとさま付けするところもあるようですがどうもしっくりしませ

ん。なぜなら家ではもはや患者ではないからなのです。看護では「療養者」と言っています。さらにケアの世界ではご存知のように「利用者」となっています。英語ではユーザー、クライアントという言葉が当てはまるでしょう。対象となるその人個人には有効なこれらの言葉のほかに、「生活者」という言葉もあります。病院では分離されてしまう患者とその家族も、家に帰れば分け隔てのない全員が「生活者」です。医師も生活者のはしくれとして生活世界のバランスをとり続けるのです。

生活世界の構造

生活者の生活（物理的・心理的あるいは環境、経済等のすべて）の全体を生活世界といいます。生活者はその一人ひとりがただ単純に集合した総和ではありません。家族の「絆」の意味するところは「全体は部分の総和とは異なる」家族全体としての特性なのです。「家風」「絆」などに代表されるその家族ごとに異なる「一つの全体」としての特性が、すなわち家族の多様性として現れてきます。したがって生活世界は、家族のおのおのが「あなたによって私がいかにあらわされる」という状況を互いにしかも同時に作り出している、共同存在の形態（ゲシュタルト）を現出します。

生活世界内部での医療

在宅医が医療をおこなう場合、必ず生活世界の内部に居合わせて行動しますので、生活者の24時間に含まれることになります。このように部分として生活構造を形成しているということは、生活世界の内部構造として内側からその全体構造を支えていることになります。医師の視点は従来型の「客観的に対象を把握する」というようなサイエンスとしての医療と一風異なり、自分も含まれた全体を実感する仕方すなわち、「他者経験を自分の経験とする」ことが求められます。生活者と切り離せない医師とも言えます。

したがって延命治療に属するICUのような医療から、なにも具体的手技はおこなわないで看取る自然死のような形まで、(医師も含まれた)生活世界全体の統一された意思決定のいずれにも参加し、かつ対応できることが求められます。在宅医療は「何でも有り」。病院内部での狭義のEBM(標準化された医療)が成り立たない世界でもあるのです。なぜなら医療情報のみならずそれ以上に刻々変化する生活情報こそが、全体の進路を決定する重要な部分として存在するからなのです。

在宅医療の近未来：理論

生活世界の進む方向は生活者を中心としながらそこに集う全体によって決定されます。従来型の病院医療のような医師を頂点とする上下下達方式が機能しません。また米国型在宅医療のような、医師は指示書作成のみで在宅訪問せず、情報収集は看護師に集中させそこから各介護事業所へと分配する形式も、形を変えた上下下達となり好ましくありません。

ではどのように考えましょう？

基本は「人と人との関係性は単純に足した総和として表わされるのではなく、関係した双方の融合した新たな全体として表わされる」。「全体は部分の総和とは異なる」ものです。

①「在宅医—生活者」：「 」が両者の全体性の形態を意味します。

②(ケアマネージャー—生活者)：()

③【看護師—生活者】：【 】

④〈訪問リハー—生活者〉：〈 〉

⑤『ヘルパー—生活者』：『 』

⑥{入浴サービス—生活者}：{ }

在宅ケアにかかわるさまざまな職種の人が生活者と共に時間と場所を共有するたびに、その全体性は異なってきます(これを変容と言います)。この多様な違いこそが生活者の自由度の表現であり指標となるのです。つまり生活世界への窓口は多いほど多様性の情報量が多い。生活者の真意を多元的に測ることができるということになります。

もし仮に情報の窓口を看護師のみにしてしまうと、【看護師—生活者】の全体性【 】の情報*が、あたかも生活者そのものの情報であるかのように伝達されてしまい、この両者の関係性のみが十全のごとく幅を利かせてしまうのです。医師が在宅に行かずしてこの情報のみを真の情報として扱おうと、生活者の全体像から逸脱した指示がなされてしまう危険性が高いのです。

*情報の定義：心理学的には「人の心理構造はゲシュタルトである」ことがはっきりしています。したがって人の関係性における「情報」とは、それを収集する主観の私と、情報の発信源となる客観的对象の生活者との(総和とは異なる)全体を意味するのです。

そこで上記①から⑥までの全体性がすべて分かり合えるような「場」が必要になってきます。それは「ケアカンファレンス」でしょう。

在宅医療の近未来：もし実践するなら

- 1) 在宅ケアに集う職種は多いほどよい。
- 2) 同一の事業体からの職種は少ないほどよい。すべてを同一事業体に任せると生活者はその影響のみによる変容しかなされません。影響の単一化は変容の単一化を招き生活世界を固

化してしまいます。自由度の制限につながります。

- 3) 医療を含めたすべてのケア提供者の基本姿勢は、【対象の把握ではない、他者経験を自分の経験とする】実感を伴うものでなければなりません（一般には全人的把握）。
- 4) したがって医師は生活者との生の接点を持つことが必須であり、在宅訪問しない医師は在宅医療をやったことにはなりません。
- 5) 生活世界の部分を形成している以上、生活者の要請に応じて出向くことが当然であり、24時間対応をすることになります。
- 6) 在宅看取りが当たり前となります。
- 7) 医師一人では身体が持ちません。複数の医師による全体把握が基本となるでしょう。
- 8) 在宅ケアにかかわる職種がそれぞれに生活者との全体性の中で得たものを、生活者と共に披露して生活者の自由度（変容）を知るための場、すなわちケアカンファレンスが最も重要です。これが最も真に近い情報の共有化

となるでしょう。

- 9) 同時に情報の開示と保護の両立が求められます。
- 10) 生活者個人の権利が保障されなければならないと同時に、絆を保つ努力（義務）も必要であり、この両立が求められます。

在宅医療の近未来：状況次第では

病院医療が二極化するように、おそらく診療所も二極化するでしょう。

- ① 外来中心の勤務時間内の従来型医療提供診療所。
- ② 24時間対応で看取りも普通におこなう重症対応型の在宅医療診療所。

そして、病院医療の構造自体が生活医療の様相を呈せざるを得なくなるのでは？ と考えます。なぜなら、限られた入院日数では、入院当初から生活情報をとり入れた検査と治療を行わなければ、スムーズな在宅への移行ができなくなるからです。

