

退院計画：在宅導入のコツ

仙台往診クリニック（宮城県） 川島孝一郎

はじめに

病院における医療のほとんどは「生命を維持する」ことにあった。病気を治し障害をより軽度な状態に改善させるべく、その機能が発揮され能力が費やされるのだ。そこには回復する患者もいれば、回復しない患者もいる、さらにより悪化した状態で退院を待つ者もいる。要するに病院の機能とは、身体のあるレベルにおける平衡状態を作り出す場であるとともに、もはや平衡状態は作りだせないという評価を下す場でもある。そしてそのいずれもが収束するところは「退院」なのだ。

退院計画を立てるといふことの意味するところはただ一つ、それは生活の場に帰すということである。したがって、「生命を維持する」として「生活の場に帰す」ことがどちらも同等の重要性を持つものとして語られなければならない。

① 病院改革のプロセスから見えるもの

①生命を維持する、②生活の場に帰す

病院における医療作業の順序は①から②へと流れる上流-下流の関係にあり、指示系統も①が常に上位にある。①に心血を注ぐためには、医師一人あたりの多すぎるベッド数や、外来診療の煩雑さを改善することが必要である。入院患者一人あたりに割く時間を増加させ、密度の濃い医療を短時間で行うことにより、医療事故を未然に防ぎかつ診療報酬の単価を引き上げ、結果として時間にも経営にもゆとりのある体制が作られるように考えられたといえよう。入院日数の削減やDPCの導入はそれを意図したものといえる。

しかし、平成14年度厚生労働省大臣官房調査によれば「受け入れ条件が整わないために退院で

きない」患者が18%に上る結果となっている。つまり、医師がいかに①に全精力を注いだとしても、②生活の場に安心して帰られる状況を創り出すことができなければ退院できない事実がある。

② 病院内部の意識・構造改革

①生命を維持する、②生活の場に帰す

病院から退院するという事は②生活の場に帰ることである。従来の医療方針を病院が継続する限り、①に専念するあまり②がなおざりにされ続ける危険性がある。

もし②を①と同じ重要な目的として医療者が認識するのであれば、まず医療者は「どのように治すか」と同時に「どのように帰すことができるような検査と治療を行うか」を思考するだろう。これは病院内部で使われるパスの内容に大きく関わることとなる。つまり、パスとは「治療のパス」であると同時に「帰宅可能なパス」でなければならない。

入院したその日から退院計画が始動することになる。治療によって得られる結果が生活者（患者と家族の全体）に、多大な生活の変更を強いるものであればあるほど、②は早急に進められなければならない。老人であれば介護保険の申請を、若年ならば身体障害手帳の交付を、想定される治療の結果と平行して進めていくことになる。

図1をみればわかるように、退院して在宅生活を開始するにあたっては、生活を支えてくれる医療、看護、介護、行政、ボランティアなどの、さまざまな職種間の連携が最も重要となる。生活者を含めた多元的な連携を最も円滑に始動させるための最高意思決定機関が、「サービス担当者会

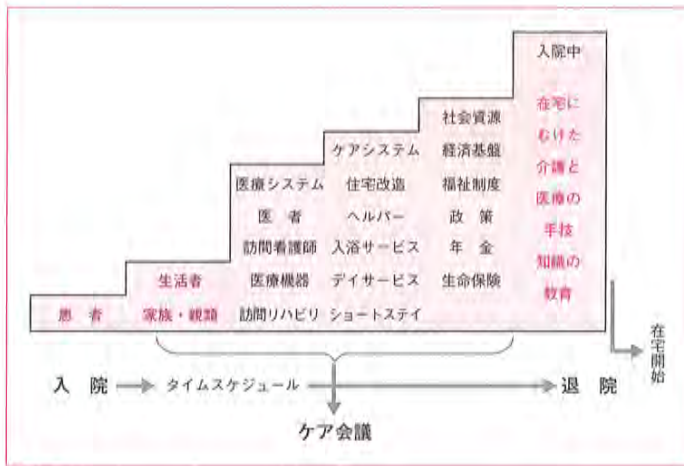


図1



図2 ゲシュタルト論

議（ケアカンファレンス）」である。主治医であればこれに出席するのは当然であり、この会議を入院中に行うことによってすべての在宅生活における用意を整え、退院当日からケアのすべてが円滑に始動するべく、病院内部の機能がそこに収束していくのである。逆に、検査や治療を積極的に行わないことが重要な帰宅因子となることもある。①と②との間に乖離がある場合には、検査や治療を行わないことのメリットとデメリットを、生活者の生活を想定しながら、的確に説明できる能力と責任を病院は持たなければならない。

ここに①と②は同等の重要性を持ち、病院医療の2本柱として、入院と同時に機能することとなる。

③ 生活世界と在宅ケアの構造

図2は生活者が営んでいる生活世界の構造を示す¹⁾。医療も介護も生活者の24時間生活の内部において行動することが原則である以上、医療者の存在自体がすでに生活者に対して影響を与えていることになる。したがって医療者の影響抜きの、純粹に客観的な生活者という存在はありえない。通常、医療者は客観的に観察を行い、対象を把握し、EBMに則った作業を行うことには長けているが、この客観的の把握という認識や行為自体が、

むしろ生活者に対して多大なしかもあらぬ影響を与えてしまうのだ。在宅医療者に第一義的に必要な資質とは、生活者の世界や彼らの心情に共感し同胞としてともに歩んでいく²⁾という、実感を伴う生活者との一体性、一つの全体³⁾を作り上げることにある。そのうえで客観的に把握するという作業が、生活者の許可の下に許されることになる。要求されるのは患者を変えていく医療ではなく、医療者みずからが変わって生活世界の一員になることなのである。医療者は病院内部での作業と明らかに異なることを認識しなければならない。医療はもちろんのこと、生活者に関わるすべてのシステムは生活世界の内部構造となっていることが重要なのである。

図3では生活世界のすべての構造が、在宅導入→在宅維持→在宅看取りという時間的経過をたどることを示す。あるときには在宅中止になる事由、つまり医療依存度が高くなり再入院（たとえばベッドから落下して骨折）となったり、他方介護依存度が高くなり（家族が急に入院したため）施設入所、地域援助が必要になるというような、紆余曲折を経ながらもそれぞれの居宅で生活を続けるのである。退院当初は居宅生活が主であって

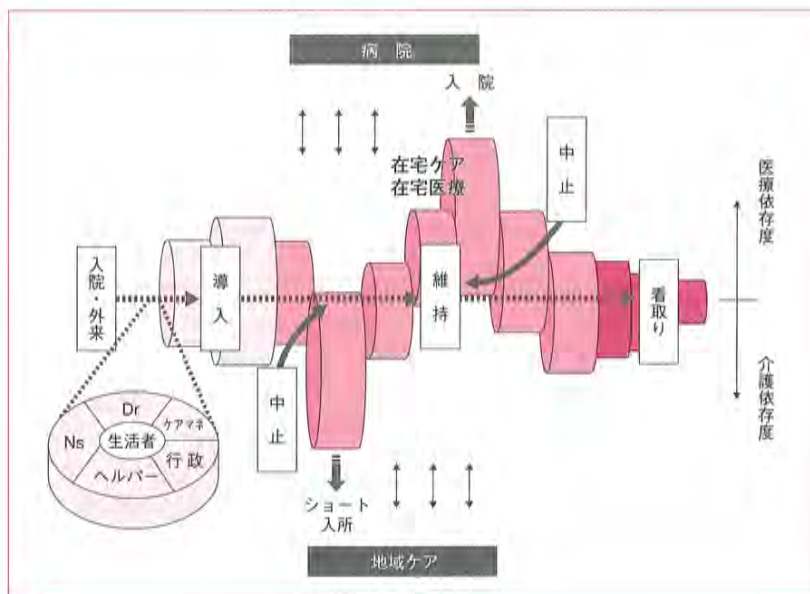


図3

も、さまざまな事情によっては生活の場が移り変わることもありうる。種々の状況を想定した解決策を事前に作り上げなければならない。

④ 退院計画：医療従事者の選定

「入院させた」ということは「退院させる」ことである。入院した日から退院計画を始めよう。退院可能な状態にするときに重要なことは、医療的重症度（医療依存度）と退院可能か否かは無関係であるということである。つまり医療的にはどんなに重症であっても、介護力さえ保たれば退院可能である。とはいっても、医療依存度が高い以上はなるべく医師が居宅に赴くことが望ましいわけで、したがって入院中に以下のような順序で医療従事者を検討することになる。

①24時間365日居宅訪問する医師を探す。「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」参照¹¹⁾のうえ、登場している医師に連絡して孫引きしていく。「NPO在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク」の事務局¹²⁾、「日本在宅医学会」の事務局¹³⁾などに連絡して①の医師を探す。①の医師は

大抵の在宅医療が可能であるが、がんの疼痛管理、人工呼吸器、中心静脈栄養、在宅人工透析などによって得手不得手があるので確認を必要とする。さらに各市町村医師会の地域医療部会に連絡して探す。患者の生活地域にある総合病院の医療連携室に連絡し病院連携医リストから選ぶ。ただし①の医師数は少ない。

②定期訪問のみを行う医師を探す。定期的な医療処置（気管カニューレ、胃瘻交換など）は行うが、緊急時には往診できないことが多く外来受診を必要とする。

③訪問しない医師。診察とすべての処置を外来通院で行い、緊急時も受診してもらう。

④24時間365日居宅訪問する訪問看護ステーションを探す。各市町村や区には「介護保険事業者リスト」があり、そこには各事業所の利用内容が列挙されているので該当する事業所を選ぶ。

⑤定期訪問のみを行う訪問看護ステーションを探す。

以上においては①と④の組み合わせがもっとも

利用する側にとっての信頼度が高い。③と⑤の組み合わせは医療依存度が高い在宅療養者にとってははげって理想的ではないが、止むを得ない場合には必要である。危機管理を徹底することによって帰宅可能となる。

⑤ 退院計画：介護可能度

医療従事者の選定以上に重要なことは介護の充実である。どんなに医療的重症度が高くとも帰宅できない患者はいないのだが、他方、介護力いかによっては帰宅できない患者がいくらかでも出現することになる。つまり介護度5であっても、要支援程度であっても介護不能な事例（家族の介護拒否など）が発生する事実がある。したがって、介護度の判定と実際に介護可能か否かは無関係であり、むしろその家庭の介護可能度を考慮しなければならない。介護可能度とはすなわち生活者全体の生活継続可能度という言葉に置き換えることができる。

その第一の目安は家族の全体性である。家族がたとえ同じ屋根の下に住んでいたとしても（住民票上の家族）、心理的に分裂している場合には、生活者という全体性からはかけ離れた状態であると認識しなければならない。患者本人の意見にしたがって医療を行うと家族に非難されることがあるだろう。妻の意見を聞き入れると長男になじられるかもしれない。つまり、在宅医療が可能な生活者とは—もちろん患者本人の意向が最優先されなければならないことはいうまでもないことだが—多少のニュアンスは異なっていたとしても、生活者全体の意見がほぼ同じベクトルにあることが必要である⁷⁾。もし分裂した家庭の在宅医療を行うことになったなら、まずやるべきことは、行政の家庭相談担当者にゆだねることである。一つの全体として成り立つ家庭でない限り、原則的には在宅医療の対象にはならない。いったん生活者が一つにまとめれば、医療者はそのベクトルの方

向に準じて医療を提供できることになる。ここで医療者に求められる資質は、このベクトルを客観的に把握するのではなく、このベクトルの構成要素の一つに医療者みずからがなっている（生活者とともに生き方を選ぶ一員となっている）ことが求められる。

⑥ 退院計画：ケアマネージャーの選定

訪問看護ステーションは医師が選ぶべきものだが、それ以外の事業についてはケアマネージャーに任せることが多い。しばしばケアマネージャーとホームヘルパーや入浴サービスの事業所が同一事業体の場合がある。医療者が設立していることも多い。同一事業体であるとしても自社に利益誘導を行いがちとなりやすい。生活者はその事業体のなかでたらいまわしとなることもあり、必ずしも幸せな居宅生活とはいえないように見うけられる。それぞれの事業所の独立性を増すことが求められると同時に、なるべく独立性の高いケアマネジメントの事業所を選ぶことが必要である。各市町村や区の「介護保険事業所リスト」をみれば、単独でケアマネジメントを行っている事業所があるので参考にしてほしい。

⑦ 退院計画：ケアカンファレンス

①治療方針が決まった時点で退院時における患者本人の身体状況の予測を行う。

②その身体状況に対応できる医療を行う医師（在宅医）の選別を開始する。

③その身体状況に対応した家族介護の可能度を推測する。

④その身体状況に対する家族介護力に余裕が見いだせない場合に、居宅支援を導入する。

⑤患者家族とともにケアマネージャーを選ぶ。

⑥在宅医と連絡をとりケアカンファレンスの日程調整を行う。

⑦ケアマネージャーと連絡をとりケアカンファレンスの日程調整を行う。

⑧ ⑥⑦の日程が合えば、在宅ケアに携わるすべての（病院と在宅の）医療、看護、介護関係者（場合によって行政も）がカンファレンスの場に集合する。

⑩生活者が希望する目的（がん患者の在宅看取りのようにゴールと呼べるものもあれば、脳梗塞後遺症の老人のように生活の平衡状態を保ち続けていくものもある）を、在宅ケアに参加するすべての職種が共通認識として持つ。

⑪それぞれの役割分担を確かめる。

⑫院内において行う作業と居宅に整備するものに分けて、退院までに準備をしておくべき事柄を整理する。

⑬退院。

しかし、目標とする身体状況が変化することもあるので、状況の変化によっては上記組み合わせが異なってくる。さらに、一人の患者にケアカンファレンスを複数回開催することもありうる。

⑧ 退院計画：居宅支援、人的支援

居宅支援の中心は人的支援である。

①介護保険によるホームヘルプサービス：2000年から開始された介護保険によるサービスは2003年に最初の見直しがなされ、点数の改定が行われた。さらに2006年には医療保険と同時期の改定となり、介護度の変更も考えられている。生活援助と身体介護の2種類に分けられるが、現場においては両者を厳密に区別することがむずかしいことも多い。さらに重症者の介護はその医療依存度の高さゆえに、医療的行為と介護行為とが時間経過上に混在する形となり、単純に医療従事者の仕事と介護従事者の仕事に分離することが困難であるといえ、今後の検討課題である（図4）。ホームヘルパーの作業の質は個人によって開きが多い。退院後の生活内容に照らし合わせて、適切な介護を行う質の高いヘルパーを選ばなければならない。選択のコツは作業の質と作業継続時間である。作業の質について述べるならば、例として、人工呼吸器をつけて生活している筋萎縮性側索硬化症（ALS）の家庭での身体介護においては、医療依存度の高い吸引を頻回に行う作業とともに、

8:20 訪問・挨拶・引継ぎ・記録確認、代読	9:25 吸引	11:23 尿器セット
8:30 モニタリング	9:26 吸引ビン洗浄	11:27 後片付け
8:33 点眼・目やに取り	9:30 水分補給終了・片付け	11:28 洗濯する
8:34 文字盤	9:34 ギャッチダウン	11:30 昼食準備
8:39 洗面準備	9:35 吸引	11:36 点眼
※奥構仕事へ	9:36 点眼	11:37 メガネかける
8:43 髭剃り	9:37 洗髪・清拭・着替え準備	11:42 吸引
8:47 顔拭き	9:49 回路水切り	11:43 パルスオキシメーター測定 (昼食時20分おき)
8:50 吸引	9:50 眼鏡はずす ※ヘルパー訪問	11:44 散歩準備
8:52 化粧水塗布	9:52 吸引	11:49 手足マッサージ
8:53 頭皮確認	10:02 洗髪開始	11:52 文字盤
8:54 頭拭く	10:20 洗髪終了	12:02 パルスオキシメーター測定
8:55 ベビーオイル塗布	10:21 吸引	12:03 洗濯干し
8:56 吸引	10:22 ドライヤーをかける	12:12 回路水切り
8:57 リップクリーム塗布	10:28 頭皮に化粧水つける	12:13 吸引
8:58 眼鏡掛ける	10:29 尿測・尿処理	12:22 パルスオキシメーター測定
8:59 回路水切り	10:36 吸引	12:35 点眼
9:00 ギャッチアップ	10:37 点眼	12:44 パルスオキシメーター測定
9:01 洗面片付け	10:38 全身清拭・Yガーゼ交換・ クリーム塗布・体位交換・ タッピング・衣類交換・ 吸引3回	12:45 吸引
9:02 お茶準備		
9:07 買ろうより水分補給		
9:08 文字盤		
9:10 掃除機かけ	11:20 吸引	

図4 ヘルパー活動記録（T・O様）

文字盤を使ってコミュニケーションをとるなど、おむつ交換と清拭で終了するような単純作業とは本質的に異なる内容となる。作業継続時間については、夜間における家族介護の疲労を想定して、日中の長時間滞在型介護となるのが常識であり、その平均介護時間は週41.36時間におよぶ⁹⁾。単純な身体介護であれば1時間半以内に収まるが、退院後の生活状況を事前に想定し適切な人材が投入されるべくケアカンファレンスに臨まなければならない。

②**身体障害者支援費制度による介護**：2003年に従来の措置制度から、障害者みずからが活用する目的で支援費制度に切り替わった。サービスが提供される対象となるのは、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法に該当する範囲である。介護保険のようなケアマネージャーに該当する人材がいないのが難点である。施設支援、居宅支援の項目がある。自治体によって該当者が使用できる項目や、時間数に開きがあるが、仙台市では身体介護にホームヘルパーを派遣する場合には週24時間が限度となっている。さらにその家庭の介護困難度によっては時間増となる場合もある。介護保険を使いきっても介護が足りない部分に申請が受理されることが多い。この制度は、介護保険に該当しない若年の疾病で上記の障害に該当する者には適応され、介護保険とほぼ同様の支援を受けることができる。したがって、病院入院中にこれから行う治療によって身体障害となることが明らかな場合には、積極的に障害者手帳の交付を行っておくことが望ましい（例：62歳ASOのため右下肢切断予定で入院、58歳肺癌のため常時酸素吸入、低栄養で筋力低下し歩行困難）。

③**全身性障害者介護人派遣事業¹⁰⁾による介護**：国が50%、都道府県25%、市町村25%の出費割合で運営されている制度である。ただし実施している自治体は少ない（表1）。この制度のよい点は

「利用者あるいは家族が介護人を自由に選定できる」ことである。介護人がホームヘルパーである必要はない。支援費制度に切り替わった2003年度に、廃止となった自治体もある。

④**生活保護法による介護援助**：自治体によって時間に幅がある。

⑤**各自治体独自の政策**：宮城県においては県独自のALS在宅療養患者指名制介助人派遣事業により、月40時間の人員派遣が可能である。さらに「ホットいきぬきサービス事業」により家族が通院、冠婚葬祭への出席の際には月24時間が使用できる。

④ 退院計画：レスパイトケア

いったん在宅生活を始めた療養者が、その生活を一時的にであっても中断しなければならないことになる理由は2つしかない。第一は本人の身体的（例：結核に感染していた）あるいは心理的理由（例：独居で不安）である。第二は介護者（家族）の身体的心理的理由（例：主たる介護者が夜間起こされることが頻回のため疲れた）である。

第二に該当する事由がすでに退院前に生じた場合には、一時的に家や家庭の代わりになるところを紹介しなければならない。原則的には、レスパイトケアは介護者の介護疲労の軽減が主目的なので、レスパイトを受けている期間内には介護に従事することが起こらないように計らわなければならない。また療養者本人を再度在宅介護する意思が明確であることが前提となり、長期の入所に移行するばあいにはレスパイトという語句は使用されない。

①**療養型病床群への入院**：病院の二極構造化によって、高度医療救急対応型の総合病院と、慢性疾患に対応する療養型病床群とに大別される。医療保険型と介護保険型の療養型病床群がある。基本的には90～180日までの入院期間が保障されており、月30～35万円の入院費の範囲内での加

表1 全国の全身性障害者介護人派遣事業99年度版

99年度 (4月時点単価)				
	月時間数	時間単価	月合計額	備 考
東京都	月240時間	1,420円/時	34万800円/月	全60市区町村で実施
埼玉県	時間上限撤廃	1,400円/時	30市町村程度で実施	9市程度で月120時間
神奈川県	月150時間	1,960円/時	29万4,000円/月	県の基準であり、全市町村で実施されているわけではない
滋賀県	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月	
宮城県	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月	
山梨県	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月	
静岡市	月242時間	1,800円/時	39万2,400円/月	昼1,440夜1,800深夜2,160
西宮市	月130時間	1,760円/時	22万8,800円/月	兵庫県
大阪市	月153時間	1,410円/時	21万5,730円/月	
宝塚市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月	兵庫県
尼崎市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月	兵庫県
姫路市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月	兵庫県*
神戸市	月120時間	1,420円/時	17万400円/月	
京都市	月80時間	1,420円/時	11万3,600円/月	
札幌市	月84時間	1,000円/時	8万4,000円/月	市単の制度
広島市	月60時間	1,420円/時	8万5,200円/月	
加古川市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月	兵庫県*
三田市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月	兵庫県
熊本市	月90時間	1,800~2,200	17万2,285円/月	平日深夜1,800土日深夜2,200
岡山市	月120時間	1,850円/時	22万2,000円/月	
仙台市	月60時間	930円/時	5万5,800円/月	
新潟市	月90時間	1,770円/時	15万9,300円/月	
市川市	月150時間	1,450円/時	21万7,500円/月	千葉県
高砂市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月	兵庫県
並崎市	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月	山梨県
奈良市	月100時間	1,410円/時	14万円/月	
清水市	月135時間	1,790円/時	21万4,800円/月	静岡県
大津市	月120時間	1,600円/時	19万2,000円/月	滋賀県
彦根市	月120時間	1,445~2,890	24万9,150円/月	滋賀県
土佐市	月240時間	1,410円/時	33万8,400円/月	高知県
柏市	月150時間	1,410円/時	21万1,500円/月	千葉県
金沢市	月180時間	1,310~1,410	24万2,533円/月	
大牟田市	未 定	未 定	未 定	福岡県
長浜市	未 定	未 定	未 定	滋賀県
岡山のB市	未 定	未 定	未 定	岡山県
四国のA市	未 定	未 定	未 定	

99年現在118市区町村で実施中・実施予定

(2~3段階ある場合は、最高段階) (30日の月の場合の単価)
(夜間と昼間の単価がわかれている場合は、夜間の単価)

療が行える。医療型の場合には検査項目、医療処置によって加算可能となる。介護保険型では、利潤追求が行き過ぎて内服薬さえも院内で出さないところがあり注意を要する。

②ショートステイ的入院：宮城県神経難病連絡協議会では神経難病につき協力病院を定めて、家族のレスパイトケアとして14日以内を基本とした入院を受け入れている。協議会の事務局に事前に

表2 日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計（触読式・音声式）、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む。）、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む）、便器、特殊マット、エアーマット、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消化器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害 重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消化器

※注：色字は18歳以上が対象

要望を提出しておく、事務局が入院病院を選別し紹介してくれるシステムになっている。介護者の介護疲労軽減のためなので、入院中の家族の付き添いは必要ない。人工呼吸器装着、常時吸引を要する、中心静脈栄養、酸素吸入、胃瘻経管栄養注入などの複数の医療処置が必要な療養者には、通常のショートステイでは危険であり常に医療監視が求められる。医療の重症度の高い場合に望まれる方式である。

③ショートステイ、通所：医療依存度の低い療養者に適応される。しかしこのごろでは酸素吸入、胃瘻からの経管栄養、頻回ではない吸引などの処置に関しては受け入れてくれる事業所も増えている。通所の重要な目的としては本人のQOLの向上にあるので、ただ寝かせている、車いすに座らせているだけでは意味を成しているとはいえない。

⑩ 退院計画：経済援助、制度活用

介護保険を使用すれば10%の自己負担で済む。

さらに介護度4、5に該当する場合には、ほとんどが身体障害の1、2級に相当するといえる。したがってさらなる援助を身体障害助成に求めることができる。

①生活用具の給付貸出（表2）、②介護関連の各種助成制度：通話料助成、車いす短期貸出、視覚障害者用小型送信機の貸出、点字図書給付、福祉機器リサイクルの譲渡と提供、図書郵送貸出、寝具の乾燥消毒、緊急通報システムの設置、自動車改造費の助成、交通費助成、自家用車燃料費助成、バス地下鉄タクシー運賃助成、JR旅客航空運賃割引、有料道路や自転車など駐車場利用料割引、リフト寝台タクシー利用割引、視覚障害者全身性障害者ガイドヘルパー派遣、手話通訳者派遣、盲導犬貸与、NHK放送受信料減免、住宅資金貸付優遇措置、住宅改造費助成などの特典がある。

③医療関連の各種助成制度：高額療養費（健康保険）、高額療養費貸付制度（健康保険）、心身

表3 生命保険でいう高度障害状態とは

- ①両目の視力を全く永久に失った状態
- ②言語またはしゃくの機能を全く永久に失った状態
- ③中枢神経系・精神・胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要する状態
- ④両手（手関節以上）とも失ったかまたは永久に使えない状態
- ⑤両足（足関節以上）とも失ったかまたは永久に使えない状態
- ⑥片手（手関節以上）を失い、かつ片足（足関節以上）を失ったかまたは永久に使えない状態

障害者医療費助成制度（自治体）、特定疾患医療費助成制度（自治体）、傷病手当金（健康保険）、介護休業給付金（雇用保険）、医療費控除（所得税）などがある。

④**生命保険（生命保険の特別知識¹⁰¹⁾**：一般に生命保険は被保険者が死亡したときに、初めてその全額を受け取るものと解釈されがちである。しかし、生命保険はそれがどの保険であっても（民間の生命保険、簡易保険、県民共済などいずれの保険も）生前つまり生きている今の時点で、その保険金を全額受け取ることができる。それは被保険者が「高度障害」に該当する場合であり、身体（知的、精神を含む）障害の1、2級程度や介護度4、5程度の方々が該当することが多い。表3は一般的な高度障害の該当条項を示す。高度障害に該当するにもかかわらず、医療費を支払うために長年かけてきた生命保険を解約して、わずかな解約金をその医療費の支払いに充当したという悲惨な例があつたとを絶たない。病院のスタッフはこの点に無知であつてはならない。該当者に対してはすばやく対応して保険金の全額を受け取れるように医師の診断書を作成するとともに、退院後の生活設計がこの保険金によりゆとりが持てるようになることが重要である。

⑩ **退院計画：家族が学ぶ知識と手技**

表4、5は入院中に本人と家族が学んでおかなければ

表4 入院中に行う在宅指導（医療行為）

- ①吸引
 - ②経鼻胃管・胃瘻などの経管栄養注入
 - ③IVH、末梢点滴の管理、処置
 - ④人工呼吸器に付随する各種の操作、処置
 - ⑤各種投薬
 - ⑥褥瘡処置
 - ⑦尿カテーテルに関する操作
 - ⑧その他 上記に関する緊急時の対応
- 家族は、かかりつけ医の指導の下に、必要とされる医療行為を行うことができる

表5 入院中に行う在宅指導（介護）

- ①体位交換、清拭
- ②おむつ交換、排便に関する知識と方法
- ③タッピング、口腔ケア
- ④簡易ナリハビリテーションの手技
- ⑤電子血圧計、体温計の使用方法
- ⑥その他必要な介護指導

ればならない医療と介護のさまざまな知識と手技である。生活者全体の医療依存度と介護依存度によって、学ぶべき知識と手技が異なる。病院の医療者は院内における手技をそのまま授けるのではなく、居宅において生活者がどのような立ち振る舞いをするのかを想定し、その行動に合わせた家庭ごとのオートクチュールな指導をしなければならない（例：介護者は左利きだったのに右側からの吸引指導を行った）。

おわりに

病院に入院するということは健康になろうとする人間の素朴な意思による。しかしその回復は、健康から死に至る身体の各段階のいずれかのレベルで平衡状態に達するのだ。病院が受け持つのは、したがって、その平衡状態に達するレベルの見極めとそれに必要な医療情報と手技である。そのすべてがよりすばやく整備されなければならない。

なぜなら、その次にはその状態における生活が

待っているからだ。病院に生活はない。生活は患者とその家族の全体—すなわち生活者—が希望するところに存在するのであって、医療者が引き止めるべきものではないのだ。

これからの病院に勤務する医療者に必要なこと

は、なるべく病院死がないように計らうことであり、在宅医療を行う医療者に望むことは、いつでも在宅における看取りが行えるようにすることである。人は生活のなかで生き、そして生活のなかである日最後を迎えるのだ。

■参考文献

- 1) 川島孝一郎：在宅ケア原点を見つめる。月刊総合ケア, 13 (3)：6-11, 2003.
- 2) 川島孝一郎：「意思決定とは何か」から考える。訪問看護と介護, 8 (4)：300-305, 2003.
- 3) クルト・コフカ, 鈴木正彌訳編：1つの全体：分離不能なそれ自体で全体特性を持つもの、全体は部分の総和とは異なるというゲシュタルト心理学の用語。ゲシュタルト心理学の原理, 福村出版, 1990.
- 4) NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク東京事務局：東京都千代田区紀尾井町3-29-204.
- 5) 日本在宅医学会：東京都文京区本郷2-1-1順天堂大学医学部公衆衛生学教室.
- 6) 和田努編：在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本, 同友館, 東京, 2003.
- 7) 川島孝一郎：在宅ケアと往診医療。LISA, 6 (6)：548-550, 1999.
- 8) 川島孝一郎：重症高齢者等の24時間安心在宅介護提供に関する研究事業。厚生労働省老人保健健康増進等事業実績報告書, 32-36, 2004.
- 9) 障害者自立生活・介護制度相談センター編：全国各地の全身性障害者介護人派遣事業。東京, 1999.
- 10) 川島孝一郎：必読・生命保険の特別知識, 16-17, 2003 (doctork@po.ijinet.or.jp).