

Attention



在宅ホスピスケアの システムモデル —現場からの報告と提言

5. 外来診療をもたない 往診専門診療システム

川島孝一郎(仙台往診クリニック院長)

在宅医療の基本姿勢は、医療者は生活の場において生活者(患者、家族等)とともに在る、というただ一点である。医療を生活に溶け込ませ、生活を恣意的に変化させることなく、人生の終焉まで生活者の同胞として在り続けることである。生活者を支える医療と介護の人員、種々の用具、経済力、制度は多岐にわたり、そのすべては生活者とともに生活を形成する条件のひとつひとつとなる。したがって生活全体そのものの内部に諸条件のすべてが組み込まれているのであり、各々はそれぞれの特殊性を保ちながらも内部から全体の平衡状態を支えている(図1)¹⁾²⁾。医療者が観察者として「生活者」や「生活」を対象として捉え、その全体に対して客観的に外部から意見や操作を加える「古典的刺激-反応系」のような方法論(近代的認識論)(図2)は、生活者に対する観察者自体の影響を度外視することになり注意を要する。

上記を踏まえて生活者の視点から言葉を選ばなら、「在宅ホスピスケア」とは「生活に抱かれた終焉」であり、その場にわれわれは「集^{つど}っている」のである。したがって医療行為と称され医療者が特権的に扱える技術でさえ、それが一般の人から見てどんなに特殊なものであったとしても、最大限その特殊性を気付けず、生活行為の一部として生活者に受け入れられるように計らう繊細さが要求される。生活者の生活は百人百様であり、医療者が行いがちな「マニュアル化」は極力避けるべきである。なぜなら、医療者は家庭ごとに異なる「生活」という「ひとつの全体」に組み込まれた「部分」として、その都度に異なる役割を演じながら、その内部から全体の平衡状態を維持することが求められるからである。

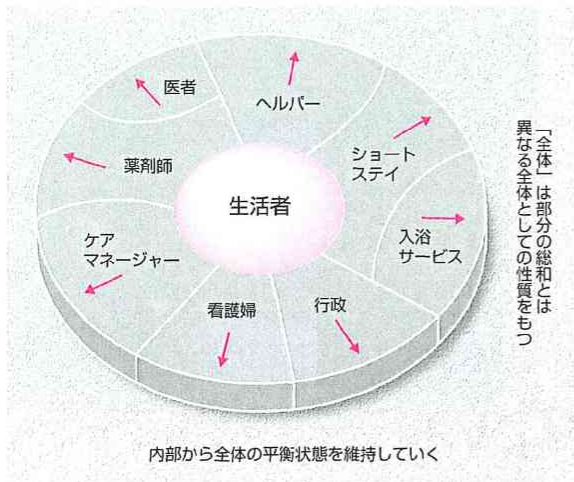


図1 ゲシュタルト論

ゲシュタルトとは「それ自体がひとつの全体であるような性質」を意味する語句。各部分が全体的に集まり、相互に関係しあうことによって持続的全体を生み出す。各部分の状態と出来事は個別に分離することなく、あらゆる他の領域の諸条件に依存している(個性ではない差異性)。「全体」は「部分の総和」とは別のもの。

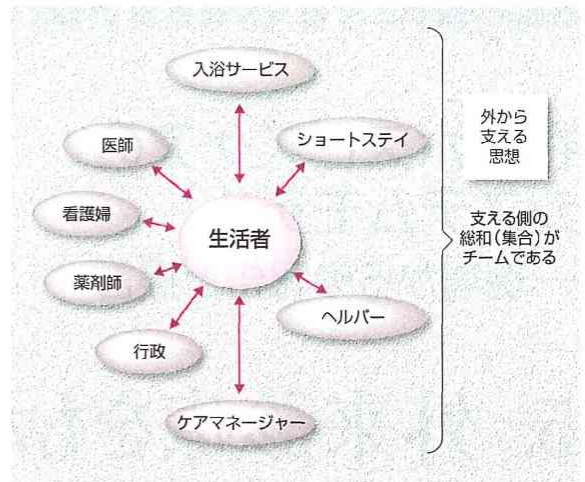


図2 近代的認識論(集合論)

近代的認識論においては、個々に独立している(個性がある)各要素あるいは各部分の集合体(システム、マニュアル等)が「主観」として、これまた独立している「客観的対象」としての生活者を外部から評価し支える構図になる。ところが、医療者が影響を与え続けているのがまさに目の前にいる生活者であるなら、医療者の影響をも含んだ上での生活者があるわけで、医療者の影響ぬきの独立した対象であるはずがない。それに気づかずして生活者を独立した対象として見続けているとしたなら、医療者は(客観的把握と称する)大きな見落とし、あやまちを犯していることになる。これがこの一般的な構図の致命的欠点である。

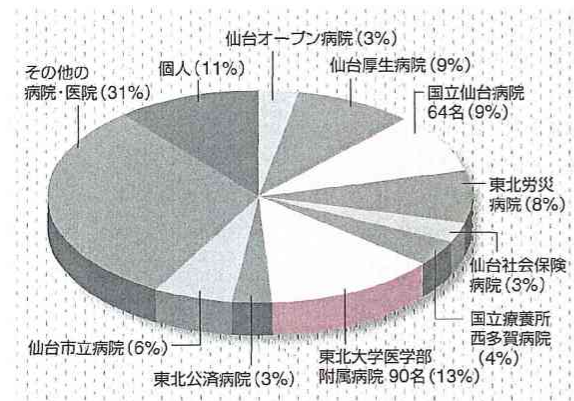


図3 患者の紹介元の内訳(711名)

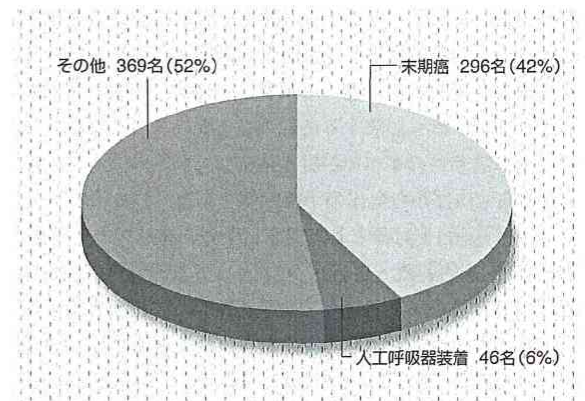


図4 患者の病態の内訳(711名)

現状

外来診療をもたない在宅医療だけの診療所は、近年当施設を含め少しずつではあるが増える傾向にある。この場合、近隣の外来患者から在宅医療へと移行するケースは少なく、むしろ総合病院からの紹介患者が大半を占めている(図3)。これまでの全患者に占める痛末期の割合は42%に及び(図4)、在宅で看取った患者においては74%という高値である(図5)。年齢のピークは男性70歳代、女性は80歳代にあり、看取りに至る平均在宅日数は約2ヵ月である(図6)。若年者も若干含まれ最低年齢は7歳であった。

あらかじめ死期の近いことがわかっている場合には、残り少ない時間は生活者のためであるのであって、そこは生活の場である。したがって第一選択は在宅看取りとなるのが当然であるのに、医療者は箱物(病院)の中での医療に慣れ親しんでいるため、検査と治療が終了したにもかかわらず、再度患者を箱物(緩和病棟)に移動するにとどまることが多い。近隣に在宅医療を積極的に行っている医療者がいるかどうかを打診して欲しい。何らかの事情(家族関係、経済的余裕等)により在宅支援が無理な場合には、第二選択としてはじめて緩和病棟を指定してゆくべきであろう。

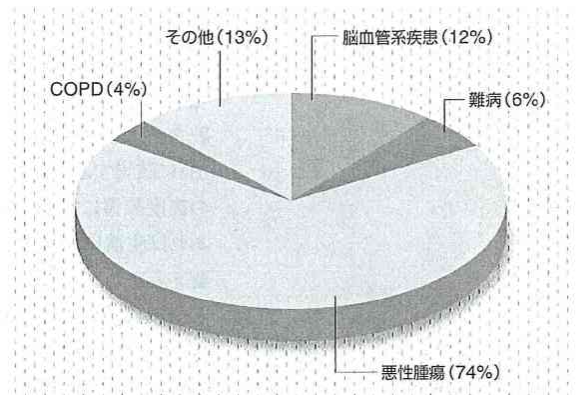


図5 在宅死亡患者の基礎疾患の内訳(327名)

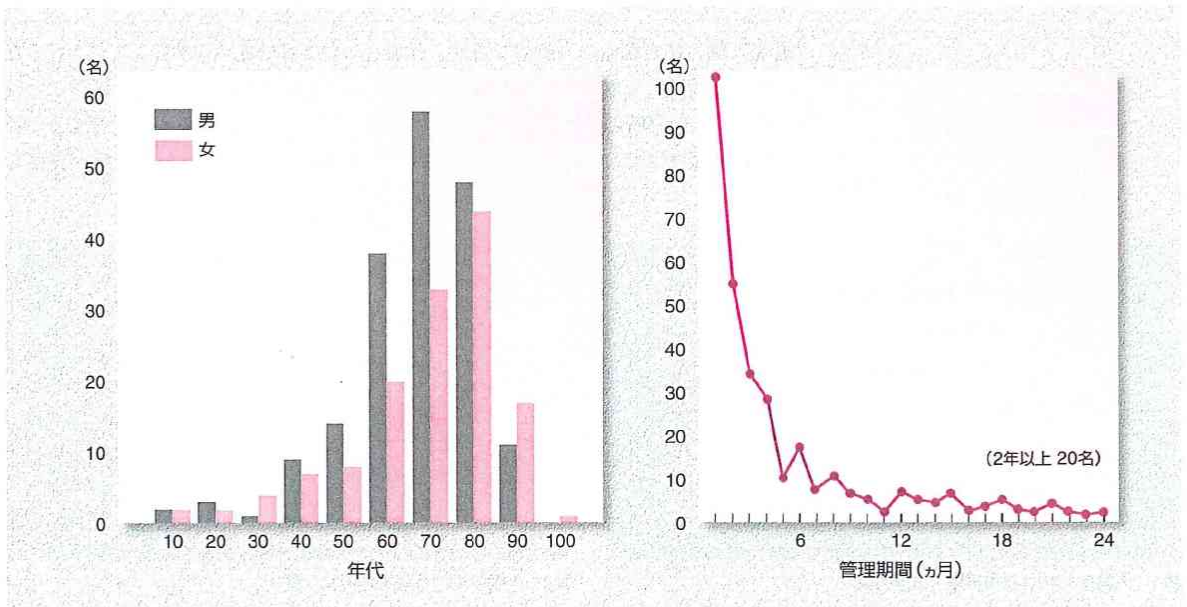
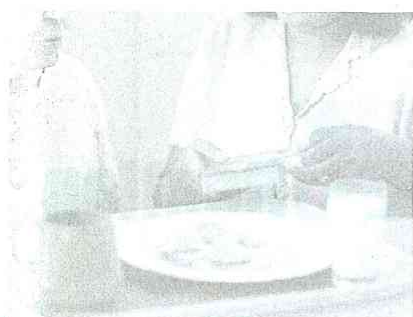


図6 在宅死した患者の年齢および管理期間



在宅導入

在宅導入にあたっては生活者の協力が欠かせない。生活者にとってはすべてがはじめてのことであり、精神的にも不安、焦燥が強い。生活者の辛い心情をよく汲み取って、良好な生活者－医療者関係を構築することが必要であり、医療者である前に生活者の良き伴侶であることが求められる。インフォームドコンセントに先立つ信頼関係、EBMやアセスメント以前の、患者の気持ちを「なるほど」と共感できる人間性こそがその後のすべての作業に影響してくると思っ欲しい。次に緩和医療の特長を一般の治療と対比しながらわかりやすく説明しなければならない。

入院中にあらかじめ行うことは生活者に対する指導であり、医療行為(表1)、介護(表2)、経済的支援(図7)などである。特に経済的支援では、入院中に介護保険の手続きを必ず行うこと、介護保険に該当しない年齢の場合には身体障害(特に肢体不自由)に該当するか否かを見極め、該当するならば早急に申請すること、さらに生命保険の高度障害に該当する場合には保険会社に医師の診断書を請求すること(高度障害であれば生前に保険金を全額受け取ることができるため、本人にとってよりよい環境を整えることができる)、などが重要である。

試験外泊は入院と同じであるため、緊急時に在宅のかかりつけ医が外向くことができない。結局病院にもどらなければならない、生活者の不安を煽るだけで無意味である。退院以前に生活者、医療、介護のすべてのスタッフによるカンファレンスが成され、すべての条件が整ったところで退院することが望ましい。

方法

退院以降の在宅医療の一般的な方法、作業については総説^{3,4)}を参照していただきたい。在宅生活の中で看取ることが前提であり、基本的にはもはや救急車を呼ぶことはあり得ない。緊急時の訪問を医師主体とするか、看護婦主体とするか、混合するかについては結論は出ていないが、国外においてはほとんどの場合、十分な経験と資格を

- 1 吸引
- 2 経鼻胃管・胃瘻などの経管栄養注入
- 3 IVH、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 尿力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

- 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 簡易なりハビリテーションの手技
- 5 電子血圧計、体温計の使用する方法
- 6 その他必要な介護指導

表1 入院中に行う在宅指導<医療行為>

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2 入院中に行う在宅指導<介護>

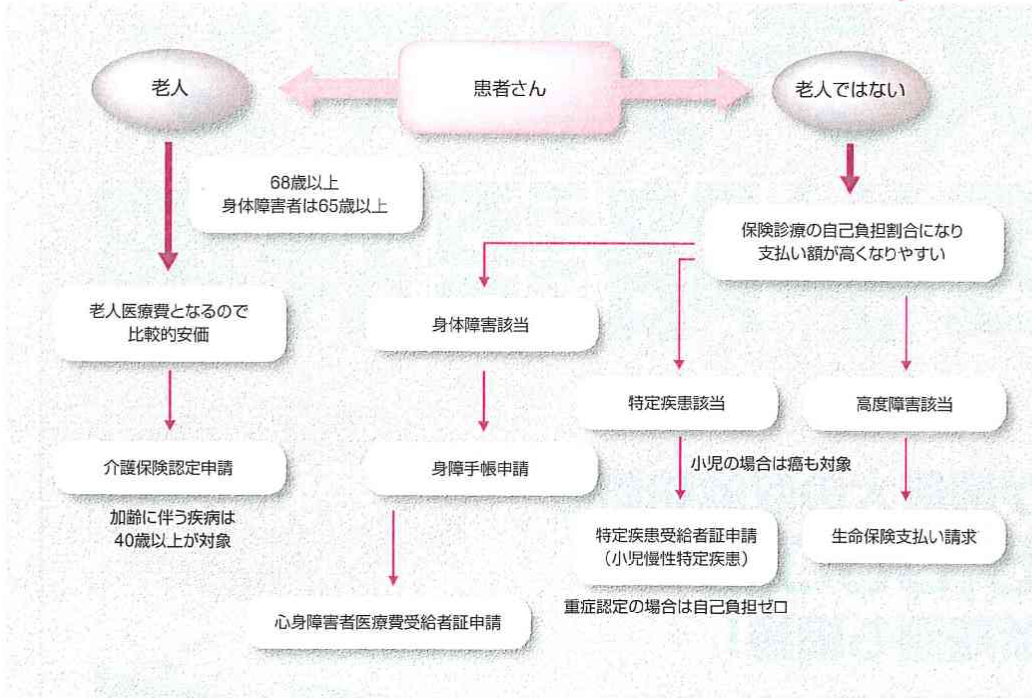


図7 入院中に行う経済的支援

在宅医療は保険診療（外来扱い）で、往診費も含まれる。

もった専門の看護婦が緊急対応している。いずれにせよ生活者の信頼を十分に得ている人材が緊急対応することが条件であろう。

問題点⁵⁾

「患者、家族の教育」の名の下に一律にマニュアル化を行ったり、医療者側のシステムに生活者を誘導したりしないことが求められる。「検査と治療のやりすぎ」に対する反動で逆に「何もしない」ことがもてはやされることも危険である。

在宅医療や緩和医療は、延命一辺倒であったこれまでの医療と一線を画し、生活者の意思に添った、生活者の望む医療を、生活者とともに歩むのである。これらの医療について普遍化を望むのであれば、その最たるものは「極力普遍化しないこと」に尽きるだろう。

参考文献

- 1) 木田 元, ほか: ゲシュタルト理論。【現象学辞典】、弘文堂、東京、1994、p110-111.
- 2) 川島孝一郎: 在宅ケアと往診医療。LiSA 6: 548-550, 1999.
- 3) 川島孝一郎: 在宅医療専門診療所のノウハウについて。日本医事新報 3963: 7-11, 2000.
- 4) 川島孝一郎: 在宅医療実践編 8 呼吸管理と肺炎。日本医事新報 3971: 16-21, 2000.
- 5) 木澤義之: がん終末期患者の在宅医療。ターミナルケア 11: 253-257, 2001.