

<特集> 第14回日本在宅医療研究会学術集会

在宅医療の基本概念と近未来

川島孝一郎*

[*Jpn J Cancer Chemother* 30(Suppl. I): 10-13, December, 2003]

要旨 仙台往診クリニックは1996年に開業して以来、延べ850名の在宅療養者に接してきた。現在200名の人々の自宅に訪問しており、常時人工呼吸器装着者38名、癌末期40名などの重症型の在宅医療を手掛けている。在宅で看取られた方も513名となり、家で最後まで暮らすことが普通になっている。このような仙台での在宅医療からみえてくるいろいろなあり、いくつかのキーワードを提出しながら筆者なりに考えた医療の進む方向を提示したい。

Toward the Settlement and Development of Home Care: Kouichiro Kawashima (Sendai Ohshin Clinic)

Summary

Ever since Sendai Ohshin Clinic inaugurated the operations in 1996, the clinic has been involved in the home care of 850 people in total. At present, the clinic provides care to 200 people at their homes including 38 people with serious diseases under artificial respiration and 40 people with terminal cancer. 513 people who were under care by the clinic died at home, and it is now quite natural that people live at home to the last breath. I noticed various issues through the provision of home care in Sendai and want to present the desirable direction of medical care using a couple of key words. Key words: Home care, Phenomenology, Gestalt psychology

はじめに

近代的認識論に基づいた科学としての医学は、主観である医療者が客観としての患者を対象としてとらえ、観察、操作を行うことで対象を病気から健康に変化させることに終始してきた。確かに医学の発達はこのような過程の蓄積であるし、実際に貢献している。しかし、このような従来の医学的理論や手法のみが果たして在宅医療においても主要な位置を占めるのだろうか。確かに在宅医療はどの医療者にも開かれてはいる。しかし、どの医療者にもできるものとは限らない。なぜなら、病

気それ自体や病人のみを扱うのではないところに、あるべき在宅医療の照準が合っているからなのである。

求められているのは何か？ 従来の主客分離型の「対象の把握」とは異なる、患者を中心とする生活者と医療者の双方が融合した有機的な全体、すなわち「一つの全体」¹⁾の形成と維持こそがその答えとなるだろう。主客未分離にその根源を求める「人の気持ちが変わる」医療に最も近い分野である在宅医療を、現象学の視点から記述してみよう。

I. 患者ではない生活者

54歳胃癌の末期患者も家に帰れば「おとうさん」である。在宅生活で「患者」と命名される人はいない。このごろ患者様と様付けするところもあるようだが、どうもしっくりしない。なぜなら家では、もはや患者ではないからなのである。看護では「療養者」といっている。さらにケアの世界では、ご存知のように「利用者」となっている。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だろう。対象となるその人個人には有効なこれらの言葉の他に、「生活者」という言葉もある。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」である。医師も生活者のはしぐれとして生活世界のバランスをとり続けるのである。

II. 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、経済などのすべて）の全体を生活世界²⁾という。生活者はその一人一人がただ単純に集合した総和ではない。家族の「きずな」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ある。「家風」、「きずな」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くる。したがって生活世界は、家族の各々が「あなたによって私があらしめられる」という状況を互いに、しかも同時に作りだしている共同存在³⁾の形態（ゲシュタルト）を現出する。

III. 生活世界内部での医療

在宅医が医療を行う場合、必ず生活世界の内部に居合わせて行動するので、生活者の24時間に含まれることになる。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る。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⁴⁾が求められる。生活者と切り離せない医師と

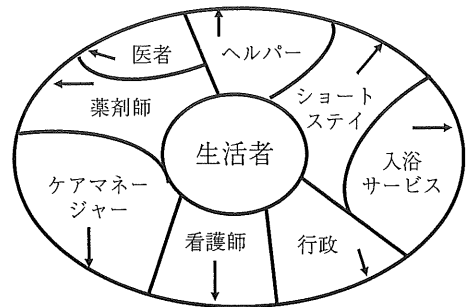


図1 ゲシュタルト論

内部から全体の平衡状態を維持していく。
「全体」は部分の総和とは異なる全体の性質をもつ。

もいえる。

したがって延命治療に属するICUのような医療から、何も具体的手技は行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る。在宅医療は何でもあり、病院内部での狭義の標準化された医療(EBM)が成り立たない世界でもある。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し、かつその内部にわれわれは存在すると同時に、その変化自身に寄与しているからなのである。

在宅医療に最も求められるのは“生活世界の多様性そのままにわれわれ医療者が変容すること”であり、生活者に対して極力“医療者の標準化を押し付けない”ことなのである。

IV. 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る(図1)。従来型の病院医療のような医師を頂点とする上位下達方式が機能しない。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、形を変えた上位下達となり好ましくないだろう。

ではどのように考えよう？

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される」。「全体は部分の総和とは異なる」もの⁵⁾である。

在宅ケアにかかわる様々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くる(これを変容という)。この多様な違いこそが生活者の自由度の表現であり、指標となるのである。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る。

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。医師が在宅にいかずしてこの情報のみを真の情報として扱うと、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ある。

そこで表1①～⑥までの全体性がすべてわかり合えるような「場」が必要になってくる。それは「サービス担当者会議」だろう。

V. 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ない。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う。自由度の制限につながる。

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らない(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もつことが必須であり、在宅訪問しない医師は在宅医療をしたことにはならない。

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る。

表 1

① 「在宅医—生活者」:	「 」*
② (ケアマネージャー—生活者):	()
③ 【看護師—生活者】:	【 】
④ <訪問リハ—生活者>:	< >
⑤ 『ヘルパー—生活者』:	『 』
⑥ {入浴サービス—生活者}:	{ }

* が両者の全体性の形態を意味する

⑥ 在宅看取りが当たり前となる。

⑦ 医師一人では身体がもたない。複数の医師による全体把握が基本となるだろう。

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なかで得たものを、生活者とともに披露して生活者の自由度(変容)を知るための場、すなわちサービス担当者会議が最も重要である。これが最も真に近い情報の共有化となるだろう。

⑨ 同時に情報の開示と保護の両立が求められる。

⑩ 生活者個々の権利が保障されなければならないと同時に、きずなを保つ努力(全体性のなかでの義務)も必要であり、この両立が求められる。

VI. 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、恐らく診療所も二極化するだろう。

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行う重症対応型の在宅医療診療所

さらに、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? と考える。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取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ある。病院医療はもはや、標準化したデータに基づいた身体情報だけに頼ることはできないのである。各家庭の生活世界ごとの標準化できない多様性をそのままに受け止めて、生活情報をも組み入れた医

* 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る。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の対象の生活者との(総和とは異なる)全体を意味する。

療を行わざるを得なくなるだろう。

最後に

近代的認識論に基づいてきた医療はその性質ゆえに、主観の医療者と客観の対象である患者がもともと独立分離していることを前提としていた。一方では、対象は観察され操作されてきたのである。そして他方では、独立分離の原則ゆえに「全体は部分の総和である」という集合論が成り立つため、標準化や合理化が行われてきた。人は数値化されてきたのである。

しかし「人の気持ちが変わる」ということの根底には、現象学的な自他未分の前客観的地平がある。患者の意思は対象として把握されるのではなく、彼と医療者がその全体性のなかで「なるほど」とわかり合うことなのである⁶⁾。「全体は部分の総和とは異なる」この全体性こそが心理構造の特殊性であり、科学以前の最も根源的なところから生まれてきたものなのである。生活世界の内部で生活者とともに行動する在宅医は、特にこのことに秀でていなくてはならないだろう。

文献と注釈

- 1) 一つの全体: 分離不能なそれ自身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。コフカ K: ゲシュタルト心理学の原理 (鈴木正彌・訳編), 福村出版, 東京, 1990.
- 2) 生活世界: ここでは現象学的な意味での生活世界と、実際に機能し評価される世界とをまぜて話している。
- 3) 共同存在: 世界はいつもすでに、私がほかの人びとと共にわかっている世界なのである。M ハイデガー: 存在と時間 (細谷貞雄, 亀井 裕, 船橋 弘・訳), 理想社, 千葉, 1977, p119; 個人のことがまた皆のことでもあるような事柄であるとなれば…おせっかいな社会の方が、他人行儀な社会より居心地がいいのではないだろうか。清水哲郎: 医療現場に臨む哲学 II. 剋草書房, 東京, 2000, pp182-183.
- 4) 他者経験を自分の経験とする。高崎絹子: 看護援助の現象学. 医学書院, 東京, 1997, p3.
- 5) それらが全体的に集まり, 相互に関係し合うことによって持続的全体を生み出すのでなくてはならない。各場所の状態と出来事は原則上, 系のあらゆる他の領域の諸条件に依存する。M ポンティ: 行動の構造 (滝浦静雄, 木田 元・訳), みすず書房, 東京, 1989, p82.
- 6) 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.