



ドキュメント・在宅医療 風と自転車と聴診器と

川崎幸クリニック院長

杉山 孝博

ドキュメント・在宅医療 風と自転車と聴診器と

川崎幸病院副院長 杉山孝博

第1回 在宅医療の理念をめぐって

はじめに

医療はサービス業

患者や家族の立場に立つ医療と求めて

(1) 高度医療

(2) いつでもみてる医療

(3) 心のこもった医療

患者・家族と医療との間の矛盾とは

(1) 円滑な社会活動に関する矛盾

(2) 経済的矛盾

(3) 知る権利に関する矛盾

(4) 診療機会の不平等に関する矛盾

(5) 医療による身体障害に関する矛盾

理念・人材・組織・システム

(この項、月刊／保険診療、Vol. 50 No. 10, 62～67, 1995. 10)

第2回 在宅ケア ア・ラ・カルト

「雨の日も、風の日も、大変ですね」

最大限の援助は何か

生活者の視点に立った真の援助とは

在宅ケアとは

患者・家族の力を信頼することから在宅ケアは始まる

(この項、月刊／保険診療、Vol. 50 No. 11, 26～29, 1995. 11)

第3回 在宅ケア 始まりから広がりへ

「きっかけは何ですか」

私の活動の原点は「大学闘争」や「サリドマイド被害者支援活動」
きっかけはささやかでも、その後のかわりが大切

在宅医療が社会的に認知されるために

有効性の確信、あるいは原理的裏付けのあること

少数例への試みとその科学的評価

結果の公開と、複数の支持の獲得
社会的、政策的な認知
在宅医療の高度化と重症化
(この項、月刊／保険診療、Vol. 50 No. 12, 20～23, 1995. 12)

第4回 地域保健部の開設から、訪問看護ステーションの開設まで
地域保健部、発足
地域保健部を設置してよかった点、よくなかった点
訪問看護制度について
さいわい訪問看護ステーションの開設
(この項、月刊／保険診療、Vol. 51 No. 1, 28～31, 1996. 1)

第5回 地域との連携をどう作り上げるか
1 Nさん夫婦のケースを通して連携を考える
初めての往診
Nさん夫婦への援助開始
関係機関による合同カンファランス
2 いかに連携を作るか
(この項、月刊／保険診療、Vol. 51 No. 2, 26～29, 1996. 2)

第6回 未来の在宅医療について考える
1 今後の在宅医療のイメージ
2 今後の在宅医療に、直接的、間接的に大きな影響を与えるもの
3 10～15年後の在宅医療のイメージ
4 公的介護保険について
(この項、月刊／保険診療、Vol. 51 No. 3, 28～31, 1996. 3)

第1回 在宅医療の理念をめぐって

はじめに

1973年6月、特定医療法人財団石心会によって設立された川崎幸病院は、「医療を地域住民の手に！」をスローガンとして、開設当初より患者・家族・地域のニーズを受け止め、地域とともにつくる医療の実践を目指してきた。具体的には、血友病の自己注射治療、慢性腎不全の家庭透析、呼吸不全・心不全の在宅酸素療法など、自己管理治療と呼ぶ、患者・家族が主体となって行う治療への取り組みであり、糖尿病やアルコール依存症、寝たきり患者の在宅医療など地域における医療の矛盾点、医療の社会性に目を向けた医療活動である。

筆者は73年9月医学部を卒業後1年半大学病院で研修を受け、70年10月より川崎幸病院に内科医として勤務し現在に至っている。2年間の研修後医局に入局するのが通常のコースであったが、大学病院で研究的な医療に携わるより、第一線病院で地域医療に取り組みたいと考えてのことであった。

当時はまだ、専門医療、高度医療が脚光を浴びていた時代で設備のない医療施設で働くことや、規模の小さい医療機関で自己注射治療や往診・訪問看護をすることが、「どうしてそんなことをするのか」と、白い目でみられていた。

最近、新潟県・浦佐萌気園診療所所長の黒岩卓夫医師が、「地域医療がこのように注目され支持をうけるとは思わなかった。地方に行くということは当時、都落ちのようにみられていたものだった。非主流の私たちの活動がこのように評価されることに時代の流れを感じる」と述べているが、地域医療の動きがいくつかの点となって各地に広がり始めた時期であった。

今日、在宅医療、地域医療が徐々に川幅を広げて確実な流れになったのは間違いない。今後も保険制度、福祉制度などの改革と相俟って、より一層豊かな流れになるであろう。

今後6ヶ月にわたって本欄に、20年間の筆者や病院の取り組みやこれからの地域医療、在宅ケアの動きをまとめていきたい。

医療はサービス業

「医療とは」「福祉とは」と問われたときの答えの一つは、「サービス業である」というものである。考えてみれば、第三次産業のサービス部門に属しているので当然であるが、一瞬とまどう人も少なくないだろう。

「長時間待たされたあげく、一言も交わさずに診療が終わったことがある。とてもサービスをうけたとは思えない」「科学に基づいて行う診療をホテルや飲食店のようなサービス業と同等に扱うのはけしからん」「先生方や看護婦さんは数時間にわたる手術をして私の命を助けてくれた。トイレにも行かないで頑張っていたいただいた皆さんに感謝したい。貴い職業だ」等々、人によりさまざまな見方、感じ方があるだろう。

「わたしたち病院で働く者は、そもそも『病院のあるじ』はだれなんだ、ということをよく頭にたたき込む必要があるんです。(略) だれが考えたって、それは患者さん以外ではありません。(略) 自分たちは『病院のあるじ』に正当なサービスをしているか、という職員全体の厳しい自覚と心構えがまず基本じゃないでしょうか。(略) 病院は、(略) 自然科学という高度の学問体系に立脚した次元の高いヒューマン・サービスです。単純に頭をペこぺこさせればよいなんて簡単なものではありません。病気やけがで苦しみ悩む人びとに、安心感を与え、希望を与え、よりどころとなっていく。これが病院サービスの究極的な狙いではないかと思っています」(新村明篠ノ井総合病院名誉院長；藤田真一著『患者本位のこんな病院』朝日ブックレット、朝日新聞社より)

新村明篠ノ井総合病院名誉院長は、「医療とは、自然科学という高度の学問体系に立脚した次元の高いヒューマン・サービスです」とはっきり述べている。

ところで、サービス業の真髄は、サービスを受けるものの立場・都合が先ず尊重されることである。リゾート地の旅館や施設、交通機関の従業員の人たちが、「皆が休んでいるのだから、自分たちも休みたい」と言って全員休暇を取ってしまったら、人々は休暇を楽しむことができなくなる。料理人がお客と一緒に時間に食事をするといい始めたら大変だ。

医療・福祉の現状を考えてみると、はたして「サービス業」としての自覚に立って実施されているであろうか。

救急医療の現場や、数時間にわたる手術、少ない人手で走り回っている看護婦の仕事ぶりなどを十分理解し評価したうえで、ぼけ老人や寝たきり老人を抱えている家族の在宅医療に対する切実な要望や、検査や治療内容を教えてくれないと感じている患者の不満、社会生活に不便な診療時間など、患者・家族の立場に立って解決を図らなければならない問題は山積している。

保健・医療・福祉に関して、われわれ一人ひとりの発想の転換が最も必要であるといえるのではないだろうか。

患者や家族の立場に立つ医療と求めて

患者・家族や地域住民のニーズに応える医療とはどのような医療を考えればよいのだろうか。

- (1) 高度医療
- (2) いつでもみてる医療
- (3) 心のこもった医療

と表現される3つの側面を適切に満たした医療ということになろう。(1)、(2)は理解しやすい。誰もが最新の医学的成果を享受したいと思うであろうし、救命救急の医療が機能しなかったらどのようなパニック状態が生ずるかを考えることはそれほど困難ではないからである。

大学病院や公的病院など大病院は、高度医療と救命救急という2つの側面の医療を担っ

ている。そのため、広範囲な地域から患者が集まってくる。しかし、大病院の医療がすべての患者にとって望ましいものではない。診断と急性期治療は受けられても、慢性期のケアが必要な段階になれば、通院の困難さ、小回りが利かないこと、在宅医療への取り組みがないことなど、患者・家族にとって好ましい医療をいえず不満が残ることになる。

そこで、「心のこもった医療」という第3の側面が重要となってくる。それは、患者・家族の立場や気持ち、切実な要望を理解し、まじめに応えようとする姿勢から生まれる。自分や自分の家族が医療を受ける立場になったらどうしてほしいと思い、医療スタッフの言動をどう受け止めるかと、医療に携わるものがひとりひとり真剣に考え始めることによって明らかになるものである。

ところで、3つの側面をバランスよく医療活動に取り入れることができれば最も望ましいが、その医療機関の規模、地域の医療状況、スタッフなどを考慮しながら、3つの側面の比重を変えてゆけばよい。

川崎幸病院も、沿革にみられるように、73年に64床の病院から出発して、小規模の増床・血液透析室の新設を経て、84年には206床に増床して、CT・シネアンギオ装置・結石破碎装置・MRIを導入し、脳神経外科・心臓血管外科の常勤化、24時間放射線・血液検査体制など高度医療、救命救急医療の充実を図ってきた。

また、早くから、糖尿病や腎不全、血友病、アルコールなどの慢性疾患の医療に取り組んできたし、往診、訪問看護などの在宅医療を推進してきた。病院の規模が小さく、小回りが利くことによりそのような試みが可能であったということもできる。

患者・家族と医療との間の矛盾とは

大病院が「心のこもった医療」を実践するのを困難にする理由の一つに、職員の労働強化になり、従業員の協力を得るのが難しいという問題がある。

たとえば、慢性腎不全で血液透析を受けている患者が社会復帰するためには夜間透析が必要条件である。1回約4時間の透析を週3回受けるため会社を休むとしたら、仕事を継続することはまず不可能であろう。患者の社会復帰を推進する気持ちをもつなら、夜間透析を実施するしかない。川崎幸病院が透析医療を開始した20年前、多くの公立病院などでは夜間透析が実施されていなかった。当院では透析開始後6ヶ月目に早くも夜間透析を開始した。日中透析のベッドに余裕があるのに夜間透析を開始するため、ナースなどスタッフの勤務形態を変更し新たなスタッフの補充が必要になったが、患者・家族のニーズに応えることが医療の基本的姿勢であるという医療理念により夜間透析を決断したのであった。

このように、患者・家族のニーズと、医療スタッフとの間には、いくつかの矛盾が存在している。重要なのは矛盾が存在することを意識化して、それを解決しようと努力することである。

(1)円滑な社会活動に関する矛盾

受診のため会社や学校を休まなければならない、寝たきりの人を医療機関に連れてゆく

のに家族が大変苦勞するなど、とくに診療時間や診療方法に関して問題が存在する。生命・健康にかかわることだといっても、毎週学校や職場を休んで医療機関にかかることは大きな負担となる。まして、一日がかりの受診では長続きの診療を受けられなくなる。このようなとき、夕方診療や休日診療が受けられ、予約診療により待ち時間が少なくなると助かるだろう。重症の血友病患者の場合週2～3回出血が起こることが少なくない。出血に気づいてから病院に駆けつけたので間に合わない。会社や学校で凝固因子製剤の静脈注射ができれば出血は速やかに止まり苦痛や運動障害が少ない。自己注射治療によりこの深刻な問題が解決するのである。訪問診療により、寝たきりの家族を医療機関に苦勞して連れて行かなくてよくなって、自宅で見事に介護を続けられた家族は多い。しかし、現実には公的病院や保健所が土日は休みとなり、ますます利用できにくくなっている。サービス業は利用者の都合に合わせることであり成り立つ職種であることをもう一度思い起こす必要がある。

(2) 経済的矛盾

付添婦、差額ベッドなど保険外の経済的負担が大きくなることがある。在宅で介護するとなると、入院している場合より経済的負担が大きくなることがある。十数年前と比べると、制度が整備されて、自己負担の額が少なくなって平均化してきたように思う。65年頃までの透析医療は自費扱いで高額な医療費がかかったし、血友病の製剤は高価であるので70年前後健康保険の家族で5割負担の頃経済的負担は大変であった。最近では高額医療費に関しては日本ではかなりよくなってきた。

(3) 知る権利に関する矛盾

患者の疑問や不安にどのように対応するか、患者自身が自らのよき理解者となるにはどのような援助が必要かなど考えなければならない点が多い。患者は医師の行う治療に口出しするなというような、ともすれば取られがちな医師の高慢な態度を改めなければならない。患者の知る権利やインフォームドコンセント、インフォームドチョイスなど、この方面の理解は深まってきたが、現実的には不満に感じている患者がほとんどと言ってよいだろう。

筆者の経験では、患者・家族が自らの病気や予後を理解し積極的に治療に参加することで最大限の効果が得られることが少なくない。とくに慢性疾患では不可欠である。

(4) 診療機会の不平等に関する矛盾

地域、経済的条件、疾患や患者の状態によって医療が受けられないとすれば問題である。例えば、浮浪者、アルコール中毒な一切お断りなど。患者のたらい回しなどが起こることがある。

(5) 医療による身体障害に関する矛盾

薬害、医療被害など、診断・治療によって身体障害を受けることはあってはならないことである。医療スタッフは検査・処置・投薬が患者にとって本当に必要なものであることを、患者の立場に立って検討する気持ちが必要とされる。

以上の矛盾を少しでも解決するためには、医療理念、経営方針を明確化し、職員の意識を高め、労働条件を調整するなど、医療機関にとってかなりの努力が要求されるのである。

因に、川崎幸病院では次のような試みを行ってきた。

夕方診療（午後 5 時 30 分から 7 時まで診療受付）、糖尿病患者の早朝採血、夜間透析、種々の自己管理治療（家庭透析、自宅で行う腹膜透析のCAPD、インスリンの自己注射、血友病の自己注射、在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法など）の推進、訪問診療・訪問看護による在宅ケアへの援助、慢性腎不全・血友病・糖尿病・アルコール依存症などの患者会の活動への援助、「託児所があるのだから託老所があっても当然じゃないか」という素朴な発想と慎重な準備の後地域の集会所を使ってボランティアが中心となって月 2 回開催されている老人デイケア『やすらぎ』への参加・協力、付き添いの負担を無くすため 70 床程度の規模のとき特 類看護体制にしたこと、許可病床数 203 床中差額ベッドは 2 床のみとしたことなど。

当院の医療活動の根底に「医療は、患者・家族や多くの医療スタッフとの共同作業である」という認識があったからこそ、上述の試みが可能になったと思っている。

理念・人材・組織・システム

一つの事業を成し遂げるには、理念、情熱ある人材、有効にまとめ上げる組織・システムを欠くことができないように思う。

特定医療法人財団石心会の設立趣意書には次のように書かれている。

「医療の本質は病める人間に対する治療であり、病とのたたかいの主役である患者自身の良き協力者であるという医療の本源的地位に立ち、患者たる地域の住民に密着した病院として運営し、もって地域の医療内容の向上と福祉のための一助となることを目的とする」

設立以来、川崎幸病院はこの理念を実現するためユニークで多彩な活動を展開してきた。早くから取り組んできた自己注射などの自己管理治療は、必ずしも保険診療などで公的に認められていた治療ではなかった。患者にとって極めて有意義であり、将来社会的な理解が得られると確信して、病院と患者が一丸となって取り組んだのであった。実際、大部分の治療法は社会保険診療報酬で慢性疾患の指導管理料という形で公的に認められたのであった。

石心会グループ沿革のように、87 年埼玉県狭山市に石心会狭山病院（288 床）を設立し、透析専門のクリニックや訪問看護ステーションを設立するなど、活発な医療活動が展開できたのは、明確な医療理念に基づいた方針に正しかったことを示唆しているように思うのである。

（この項、月刊／保険診療、Vol. 50 No. 10, 62～67, 1995. 10）

第2回 在宅ケア ア・ラ・カルト

「雨の日も、風の日も、大変ですね」

「雨の日も、風の日も往診するんですか。大変ですね」とよく言われる。また、「先生が自転車で往診するなんて思わなかった」など言われることもある。

そのような時には、「雨の日も風の日も、朝暗いうちに新聞や牛乳を配達する人の苦労を考えれば、たいしたことはないですよ。患者さんや家族の人たちが、あれだけ頼りにし喜んでくれるのですから、医者冥利に尽きるといえるものです」と答えることにしている。

さらに言えば、川崎市幸区内の道路は交通規制が多く狭いため、車で移動するより自転車の方が便利であることも理由としてあげられる。距離が離れている家を数軒程度訪問するのであれば、車でもよいかもしれないが、住宅密集地域の中を、ドア・ツー・ドアでたくさん人の訪問診療をこなすには、自転車の方が圧倒的に有利である。私が訪問診療している患者は現在約150名で、毎週増加している。それぞれの患者を月1～2回訪問しているので、訪問診療の月延べ回数は約220件を数える。外来や入院診療もかなり多く担当しているため、訪問診療のため使える時間は週1日半にすぎない。原則として、毎週火曜日の午前・午後、隔週の木曜日午前、金曜日午後を当てていて、2週に一回まわるコースを計6コース作ってある。従って、1コース（半日）の訪問件数が16～7件という計算になる。

「そんなに急いで回って、十分な診療ができますか」、「患者さんや家族から、ゆっくり診てくれない、という不満の声が出ないですか」などの質問が寄せられることがある。

私自身、これでよいと思っていないが、決定的にダメとも思っていない。理由は、ほぼ決まった日時に定期的に訪問すれば、1回の訪問に時間をかけなくても患者・家族の安心感・信頼感が得られるようになる。訪問看護を充実させて介護者の負担を軽くすることができれば、医師の訪問は必ずしも長くなくてもよいし、回数も多くななくてもよい。最も大切なことは、必要なときの素早い援助であり、すぐ対応できるシステムを作っておけば患者・家族は安心する。「手一杯になりましたので1～2ヶ月待ってください」と断るより、訪問診療の依頼があればまず受けて応える姿勢が、一刻も待つことができない在宅ケアを援助する姿勢の基本でなければならない、などをあげることができよう。

ともあれ、こんな事情と気持ちで、自転車のペダルを踏んでいるのである。

最大限の援助は何か

在宅ケアを支えるとき、私たちが心掛ける考え方の基本のひとつは、「患者さんや家族に対して私たちができる最大限の援助は何か」ということである。

さまざまな職種や立場の人たちが在宅ケアにかかわるようになってきた。医師、保健婦、看護婦、メディカル・ソーシャル・ワーカー、理学療法士などの保健・医療スタッフの外に、ホームヘルパー、デイサービスセンター、在宅介護支援センターや老人施設の職員、

入浴サービスの担当者、民生委員、ボランティアなど数え上げればきりが無い。

多様なニーズを持つ在宅ケアを支えるためには、多くの人々の参加が不可欠である。患者・家族を取り巻く支援ネットワークが厚くきめ細かくなればなるほど在宅ケアが安定するのは間違いない。

しかし、現実的には、必要とされるすべての職種がかかわっている訳ではない。

「わたしは保健婦なので保健指導はしますが、実際の医療処置はできません」「それはソーシャルワーカーが担当することです」などと、役割を固定的に考えるのではなく、目の前の対象者に対してできるかぎりの援助をする心構えが大切である。家族は教育訓練や資格の有無に関係なくケアに携わっているものであり、在宅という環境のもとでは臨機応変の対応が常に必要とされる。

川崎幸病院の訪問看護婦は、独り暮らしの脳卒中後遺症の患者が65歳未満のため訪問入浴サービスが受けられないため、家まで車椅子で迎えに行き、病院の浴室を使って入浴させている。知り合いの在宅介護支援センターのケースワーカーは、老人世帯を訪ねるとき大工道具を持参し、簡単な家の修繕をしてあげて、お年寄りから感謝され信頼されている。

対象者本人・家族に最も近い立場にすることで、コーディネーターとしての役割を果たさなければならない場合が少なくないが、その場合も、「最大限の援助は何か」が考え方のポイントである。

生活者の視点に立った真の援助とは

「ケアの主体は、生活者である対象者本人と家族である」ことは、いくら強調してもし過ぎることはないと思う。

訪問看護やホームヘルプなどの医療・福祉サービスを積極的に利用したとしてもせいぜい週に数時間～十数時間である。それに対して、家族の介護は、週168時間である。適切で濃密なサービスを提供しても、在宅ケアの中心的な力とはなり得ないのである。在宅ケアに伴う問題を担う主体は、あくまで本人と家族である。

「わたしたちがこれほどしてあげているのに、家族は熱意が足りないのではないか」「ていねいに指導してあげたのに、守らない。患者が悪くなるのは当然だ」「せっかく訪問してもよそよそしい。自分たちの問題なんだから、もっと真剣にならなければいけないのに」などの言葉が、援助者の口から出てしまいがちである。一生懸命に援助しようとしている熱意はわかるが、患者も家族もさまざまな問題を抱えながら生活している人であるという視点が必要である。生活者はかならずしも介護だけに専念できるわけではない。

「もし自分が患者・家族の立場だったら、何を望み、自分たちの言動をどうとらえるだろうか」というように、まず相手の立場に自分をおいて考える習慣をもちたいものである。その上で、改めて現在の自分の立場にたって援助を考えるのがよい。たとえ、患者・家族にとってよいと思われることであっても一方的に押し付けるようでは主体者の理解は得ら

れない。

本当のプロとは、相手の立場に立って物事を考えることができるようになった人である。

また、「信頼を確実にするポイントは、問題点を共有しながら行なう素早い対応である」ことも心得ておかなければならない。

患者や介護者には、死を頂点として、突然の変化に対する不安が常に存在している。本当に必要なときに援助が得られるか否かが、在宅ケア継続の決定的な条件となることが少なくない。介護者と援助者との信頼関係は、最も必要な時になされる援助を通して最も強固なものとなる。

保健・福祉サービスは、面倒で手間のかかる手続きを経て開始されるものが多い。手続きをしてサービスが開始されるころには、深刻な状態が過ぎてしまっているか、介護者があきらめてしまっている場合が少なくない。

在宅ケアにおける問題は24時間いつでも起こりうる。したがって、原則として24時間対応のシステムが準備されなければならない。

川崎幸病院地域保健部やさいわい訪問看護ステーションでは、毎朝4～5件の電話が在宅ケアをしている家族からかかってくる。発熱、食欲低下などに対しては点滴、投薬、処置、検査、入院など素早い対応に心掛けている。自宅で点滴などの治療を行えば、入院しなくとも治療できる。救急入院や夜間・休日の死亡などについても緊急対応している。ポケットベルなどで24時間私に連絡が取れるようにしている。実際に呼び出される頻度は少ないが、患者・家族の安心感は大きい。

保健所など自治体が行っている訪問看護は現在大きな比重を占めているが、日中だけで、しかも土曜日も閉庁となってしまうと、必要な時の素早い対応が不可能である。今後、在宅介護支援センターや24時間対応の老人訪問看護ステーション、医療機関による訪問看護などが普及していくと、信頼関係が後者の方に移って行く可能性がある。

在宅ケアとは

「在宅ケア」「在宅医療」という言葉が使われるようになってからそれほど間はないが、本来、療養は生活の場、つまり在宅でおこなわれていたのである。

例えば、風邪をひいて高い熱が出て、体がだるくても、風邪であれば、普通入院しない。食欲がなければ食べやすい食事を家族が作ってくれるであろうし、いろいろ世話をしてくれる。つまり、自宅で療養するのである。高血圧、糖尿病の患者にしても、毎日食事や運動の注意をし、病状によって薬を飲んだり、注射したりして、生活を続けている。老化とともに身体的な能力が低下していき、日常生活のうえである程度の不自由さを感じるようになるが、だからと言ってただちに入院・入所にはならないだろう。程度に応じて家族や周囲のものが世話してくれるからである。

入院治療が一般的になったのは、日本においても最近で、戦後しばらく経ってからである。1961年に国民皆保険制度が確立され医療費の支払いが容易になったこと、抗生物質な

どの医薬品の開発、麻酔法などの治療技術や、血液検査・放射線診断などの診断技術の進歩など、特に急性期の病気に対する治療能力の格段の進展などの理由により入院医療への信頼と依存が急速に高まったのである。同時期の高度経済成長によって病院設立の投資がしやすくなったことや、都市への人口の移動や核家族化の傾向も入院治療へのシフトを促進したのだろう。

日本人の死亡場所として、1964（昭和 39）年に自宅死が 43 万人に対して病院死が 16 万人しかなかったのが、1977（昭和 52）年に自宅死と病院死とが逆転しているのも入院治療への急速な傾斜をよくあらわしている。

疾病構造が変化して慢性疾患の比重が大きくなると、入院医療は急性期の疾患ほどには効果を上げることができなくなり、本来の在宅ケア方向への揺れ戻しが見られるようになったといえることができる。

治療にいたらない疾患が増えると、入院の長期化、闘病意欲の減退が問題となってくる。とくに高齢者の場合、意欲の減退は病状の予後に決定的な影響を与える。入院を契機としてぼけ症状が出現する老人や、自宅に帰ると表情が豊かになり意欲の出る患者が現在往診中の患者の中に少なからず存在する。在宅ケアが円滑に行われれば、入院治療よりも効果的である場合が少なくない。

患者・家族の力を信頼することから在宅ケアは始まる

前号に、「治療は、患者・家族や多くの医療スタッフとの共同作業である」と書いた。在宅ケアにおいて、患者・家族は援助や保護をうける単なる受動的な存在ではなく、自らの病気を知り治療にも参加する能動的な存在であると考えからである。

初めは不安で自信がないと言っていた患者・家族が、訪問診療や訪問看護、いろいろな在宅福祉サービスを受けながらケアに慣れてくると、痰の吸引、褥瘡の処置、経管栄養、自己導尿などの医療処置ですら見事にできるようになる。

糖尿病患者に対するインスリン自己注射、血友病の自己注射治療、慢性腎不全の患者に対する家庭透析や腹膜透析（CAPD）、さらには筋ジストロフィーや慢性呼吸不全の患者に対して在宅人工呼吸療法などの自己管理治療にも早くから取り組んできた。これらの経験を通して、意欲と治療環境さえ整えられれば、患者・家族はすばらしい治療者にもなりうることを知ることができた。現代医療では治療させることのできない慢性疾患に対する治療法として、これらの自己管理治療は最も自然な対応の仕方であると考えている。そして、病気に立ち向かう意欲という点では、自己管理治療を行なっている患者の方が明らかに高い。自分の身体をよくするのも悪くするのもすべて自分の判断と努力にかかっているとすれば真剣にならざるをえない。病気という範囲に限定されないで生活全般への積極性に結びつき、当院の腎不全や血友病の患者は毎年数人は海外旅行に行っている。

在宅ケアにかかわるスタッフが家族の苦勞を把握して上手に勧めると家族は受け入れやすくなる。このような雰囲気作りも在宅ケアを進めていくのに重要である。

介護者や本人に精神的・身体的負担をかけすぎると危惧するものがあるが、筆者の経験からはむしろ安心して在宅生活が送れるように思う。医療スタッフはこのような観点から、積極的に取り組む姿勢が必要と考える。この場合も、緊急時の適切な対応、訪問看護を中心とした医療、介護費用の軽減のため福祉制度の積極的利用、ホームヘルパーの導入など介護者を支える配慮が必要である。

(この項、月刊／保険診療、Vol. 50 No. 11, 26~29, 1995. 11)

第3回 在宅ケア 始まりから広がりへ

「きっかけは何ですか」

「比較的早くから在宅医療に取り組んでこられましたが、そのきっかけは何ですか」と尋ねられることが少なくない。

以後の人生を左右するような大きなエポックメイキングも、振り返ってみると、たまたまある人と出会ったことや、ある場所にいたことなど、ささいで偶然的なことが人生では多いのではなかろうか。

話題騒然のオウム真理教の信者にしても、「本屋である本を手にしなかったら」「ヨガのポスターをみて道場に足を運ばなかったら」、あのような反社会的な行動に加わらなかったのではないだろうか。

「そこに山があるから」と登山家はよく答える。山を登るのに難しい哲学や社会的判断は必要ない。あることに共感し、そのことにかかわり続けるのも、比較的単純なきっかけであることが少なくないのだ。

私の活動の原点は「大学闘争」や「サリドマイド被害者支援活動」

1968（昭和 43）年から 69（昭和 44）年にかけて全国の学園で学園闘争が吹き荒れた。私が東大教養学部 2 年生のとき、東大安田講堂占拠 機動隊導入をきっかけとして、医学部の学生・医局員の処分問題から全学の問題へと拡大した。全国の学園にも、また世界的にもこの動きが燎原の火のように広がっていた。授業は中断され激しいエネルギーが噴出した。

水俣病などの公害問題が社会の関心をひき始めた時でもあった。この動きの中で流れていた思想は「現状を無批判に受容するのではなく原点を見つめ問い直すこと」であった。

セクトに属さないでクラス委員としてかかわった私が感じたことは、大学闘争が収束してから、現状（旧状）復帰があまりにも容易に行われているのではないかという気持ちであった。医学部の専門課程には 8～9 ヶ月遅れて進学したのだが、授業への出席率やレポートの提出率が闘争前よりよくなった。

将来の科学的な批判力を身につけるため、数人の同級生と一緒にあって、医学部内外の人を含めた自主ゼミを開くことにした。東大医学部講師で、東大闘争の発端となった学生処分に関して独自の事実関係の調査を実施し薬害の問題にも取り組んでいた高橋暁正氏に接触して自主ゼミの講師になってもらった。「推計学原論」と名付けてポスターを作り学部内外の人と勉強会を始めた。

「使った、治った、だから効いた」という主観的な「3た」論法ではなくて、統計学的手法を取り入れた科学的な薬効評価をすべきであると考えていた。教材として、奇形児が多発した問題で統計学的方法を使ってサリドマイドが原因であると警告した西独のレント

博士の論文や、統計学的手法を悪用した阪大教授の論文を採用した。これがきっかけでサリドマイド裁判の第2回公判を傍聴することになった。1971（昭和46）年3月のことであつた。裁判所でサリドマイド被害児や親、弁護士と接し、自分たちも何かをしなければならぬと感じた。

そのような経過から、サリドマイド裁判の支援運動や整腸剤として使われたキノホルム剤によるスモン運動、その他薬害・医療被害の運動に参加するようになった。運動にかかわる中で感じたことは、大変な苦労や差別に苦しんでいる人たちがいて社会はその存在に関心を払おうとしないこと、産業活動や医療行為からでも被害者が発生すること、自分たちが進もうとしている医学・医療の現場では悪意がなくても加害者になりうることを、被害者や障害をもった人にかかわった者が一緒になって声を上げ社会に訴え続けることで社会の関心を喚起できること、市民運動では参加者が平等な立場で力を出し合うことが原則であることなどであつた。

これらの経験が私自身の以後の人生を決定づけたといえる。社会的な問題と医療とのかわりを求めて内科を選び、研修後医局に入局しないで地域医療に取り組むため川崎幸病院に常勤医として勤めることになったのも、また、当時まだ認められてなかった自己注射治療などの自己管理治療に取り組んだのも学生時代の体験が決定的な影響をもっていたのである。

きっかけはささやかでも、その後のかわりが大切

表1のように比較的早くから在宅医療や呆け問題に取り組んできたが、そのきっかけも単純でささいな事であつた。

表1 川崎幸病院、川崎クリニック（透析専門）および川崎幸クリニックの
取り組んできた自己管理治療

項 目	対象疾患	開始年月日	診療報酬認定日
自己注射	糖尿病（インスリン注射）	開院以来	1981.6
	血友病（凝固因子静脈注射）	1977.3月～	1983.2
在宅血液透析	慢性腎不全	1978.8月～	1998.4
在宅酸素療法	慢性吸不全、慢性心不全	1979.11月～	1986.4
CAPD（持続携行式腹膜透析）	慢性腎不全	1982.2月～	1986.4
自己管理透析	慢性腎不全	1987.9月～	
在宅人工呼吸	ALS など神経筋疾患など	1986月～	1988.4

自己注射治療を望んだ積極的でしっかりした患者がいたから血友病の自己注射治療がス

タートしたし、不安な気持ちが強くなると呼吸困難になり入退院を繰り返していた先天性心疾患（アイゼンメンガー症候群）の患者がいて酸素吸入をするとすぐ改善するため自宅で吸入できればよいのではないかと考えて在宅酸素療法を始めたのだった。

脳卒中後遺症のため経管栄養を受けていた患者などを担当していた時、自宅に帰った方が安心して状態が落ち着くのではないかと考え家族にすすめたところ医療的な不安が語られたため、その不安と負担を少しでも軽くするために往診や訪問看護を開始した。

1981年の初め地域医療で交流のあった京都・堀川病院の早川一光先生から、呆け老人をかかえる家族の会神奈川支部を発足させたいので協力をしてほしいという電話で呆け問題に取り組むようになったが、以来15年になる。

何度も作り直しても内シャントがつぶれてしまう慢性腎不全患者がいて、腹膜透析をするしか方法がないと判断し第1例目のCAPDを開始したのは1982年で、診療報酬として認められる4年前であった。

その他の取り組みも、また私以外の人たちの取り組みも、多分同じように、悩みやニーズをもっている患者・家族とたまたま接して何かしなければいけないと感じて実践に結び付けた結果ではないだろうか。

大切なことはそのきっかけをどのようなものとしてとらえた上で実践に生かすかにある。既成の観念や制度の枠組みに捕らわれていると問題の解決は難しい。その切実な問題が存在しているのはそれまで解決の動きがなかったか不十分であったからこそであって、原点に戻って問題の存在や在り方をとらえ直す必要があるのである。そしてまた、観念や制度を変える動きを作り上げてゆかなければならない。短期間に問題の解決が得られないので忍耐強さが要求される。5年、10年単位でその成果がやっと認められるものであると思っている。

前述した学生時代からの経験が私に対して枠に捕らわれない考え方や実践を容易にしたと思う。しかし大学病院などの大病院で診療をしていたら当院が取り組んだ試みはかなり困難であったに違いない。患者・家族とともに作る医療を目指していた川崎幸病院にいたからできたのである。

ところで、1975年10月に常勤医をして就職することになったのは、内科研修の最後の半年間をフリーにして川崎幸病院でパート医として勤務したことがきっかけであった。

在宅医療が社会的に認知されるために

自己管理治療がスムーズに実施され、広く普及していくためには、診療報酬などの面で正式に認められることが必要である。

一般的に、ある治療法が有効なものとして社会的に認知されるためには、

- ①有効性の確信、あるいは原理的裏付けのあること
- ②少数例への試みとその科学的評価

③結果の公開と、複数の支持の獲得

④社会的、政策的な認知

というステップを通過する。

私が血友病の自己注射治療を開始したときは、血友病専門の医療機関でも積極的に取り組んでいるところは少なかった。事故が起こったら責任をだれが取るか、治療処置は医療スタッフが行なうべきで素人である患者・家族に任せることはできないし、してはならないことであるなどの意見が主流を占めていた。

欧米では自己注射治療は広く行われていたこともあって、患者の声を聞き試みることを主治医が徐々に実行し始めて血友病治療の世界でも必要性が認められていった。自己注射治療を制度として認めるために厚生省の研究班が組織された。

糖尿病と下垂体性小人症の自己注射治療指導管理料が診療報酬上初めて認められたのが1981年6月であったが、血友病のそれは2年半遅れた83年2月に認められたのであった。

診療報酬で認められるということは、治療法の普及のうえで決定的な効果をもたらすものである。血友病の自己注射治療を例にあげると、承認された1983.2月以降自己注射は大きく広がった。81年においては、血友病センター15施設の自己注射の頻度（その施設で治療をうけている血友病患者の中で自己注射をしている血友病患者の割合）が10.6%であったのが、84.8月に行なわれた血友病家庭治療推進委員会に属する36施設およびその関連施設の調査では37.8%となったことから明らかであろう。したがって、在宅医療を普及させようとするなら、診療報酬として請求できるようにしなければならない。

在宅医療の高度化と重症化

酸素吸入、腹膜透析、中心静脈栄養、人工呼吸、抗癌剤や鎮痛剤の持続注入など、かつては入院しなければ受けられないと考えられていた治療法が、在宅で受けられるようになった。

在宅酸素療法を受けている患者は5万人に達していると言われてるように、これらの治療を受けている患者数は確実に増加している。診療報酬の改定の度に、新たな治療法が承認されている。

電動ベッド、吸引機、エアーマット、電動リフトなど在宅ケアを補助するための福祉機器も積極的に取り入れられつつある。

このような動きの背景を考えると、

①それぞれの治療法が患者・家族が実現を希求してきた切実な治療法であったこと

②ノーマライゼーションの考え方が社会的に浸透してきて、重度の障害をもっている在宅生活を送ることが自然であると理解されてきたこと

③酸素濃縮機や液体酸素吸入装置、小型の人工呼吸器など、安全性が高く、使いやすい機器や薬剤などが開発されたこと

- ④診療報酬の上で長期入院が医療経営的に極めて不利になり、退院が促進されたこと
 - ⑤それぞれの自己管理治療法が社会保険診療報酬で承認されたこと
 - ⑥訪問診療・訪問看護など在宅医療が充実するにしたがって、患者・家族の医療的不安が軽くなってきたこと
 - ⑦福祉機器については、福祉制度で支給される種類が増え、介護用品を扱う事業所が増え、介護情報を手に入れやすい雑誌・パンフレットなどが多数発行されるなど、利用しやすい環境になってきたこと
- などをあげることができよう。

上述の在宅医療は、呼吸不全や癌の末期などの重度の患者の在宅生活を可能にすることにもなる。経管栄養のためのカテーテル、膀胱留置カテーテル、中心静脈カテーテルなどのチューブ類がついたままで、また気管切開がなされたまま在宅ケアに移行する患者も増加している。言い換えれば、在宅患者の重症化である。

(この項、月刊／保険診療、Vol. 50 No. 12, 20～23, 1995. 12)

第4回 地域保健部の開設から、訪問看護ステーションの開設まで

川崎幸病院地域保健部、発足

川崎幸病院地域保健部を創設したのは1979（昭和54）年10月。部と言っても、内科医である私とメディカル・ソーシャル・ワーカー（MSW）2名の小さな所帯であった。

当時病院の規模としては70床と外来透析15床程度であったが、慢性腎不全やアルコール依存症、糖尿病などの慢性疾患の患者の治療、約1万3千の住む近くの団地自治会と共催する健康座談会などの地域活動に力を入れていたため、2人のMSWは本来の医療相談以外にも忙しく仕事をこなしていた。

病院の脇に南棟を建設して透析室や事務、医局を移すことになって、一階に療養教室などにも使える会議室と事務スペースを作り地域保健部を発足させることになった。医療相談室を病院内にもっていたところは当時でも少なくなかったが、医師・看護婦とMSWなどがまとまったセクションを構成していた医療機関は京都・堀川病院居宅療養部や東京・北病院地域医療部などの活動は知られていたものの、全国的にも多くなかった。

川崎幸病院のめざす医療として次の4つの医療が掲げられていた。

- (1) 自らが治す医療・・・自らの健康は自らの手で！
- (2) 地域とともにつくる医療
- (3) 地域の要望に応える医療
- (4) チームワークの医療

地域保健部の設立の目的は、この4つの医療を実現するため外来、病棟、検査室などの病院の他のセクションでは行えない活動をカバーし、病院と地域との交流を積極的に推進することであった。いわば、「医療と生活・福祉とを結びつけ、また、病院と地域とを結びつける連結器としての役割」を果たすことが期待されたのである。

具体的には、

- ① 往診、訪問看護などの在宅医療
 - ② 川崎市幸区や隣接の横浜市鶴見区内が対象であるが、要請を受ければ遠くても原則として全て受け入れてきた
 - ③ 医療相談
2人（一時は3人）のMSWが医療相談を担当。痴呆相談などは全国からも寄せられている
 - ④ 健康審査
健康手帳、検診カルテなどを作成し、関係部署との連絡、報告書の作成などを担当している
 - ⑤ 療養指導・健康教室の開催
 - ⑥ 院内患者会などへの援助
- 川崎幸病院血友病友の会、幸生会（アルコール依存症）、川崎幸病院・川崎クリニック腎

友会、コスモス友の会（糖尿病）、川崎幸病院患者友の会などの院内の患者会への援助や行事に参加

⑦地域活動への参加

河原町団地健康座談会、呆け老人をかかえる家族の会神奈川支部、老人デイケア『やすらぎ』（集会所を利用した痴呆性老人のデイケア。地区社会福祉協議会や保健所などが開催）、地域リハビリ教室などにかかわる

⑧地域の専門機関との連携

保健所や福祉事務所などとの連絡・協力は保健部の設置によりスムーズになった

このような様々な活動にかかわることにより、患者や地域の機関・団体・個人とのつながりが強く密接になった。

地域保健部を設置してよかった点、よくなかった点

訪問診療、訪問看護、医療相談などを総合的に行うことができるセクションを院内に設置することの長所、短所をあげてみよう。

結果的にいえば長所の方が多かったと思う。なぜなら、

(1) 医師、訪問看護婦、MSWとの連携がスムーズになったこと

患者・家族に安心感を与え療養上の基本的な判断や方針を決定する訪問診療、介護上の具体的な悩みを介護者と共に考え援助する専門家としての訪問看護、医療・福祉サービスなどの適切な情報を提供し人間関係や経済的な問題について気軽に相談できる医療相談などの有機的な連携があって在宅医療はスムーズで継続的な実行が可能になる。特に慢性疾患を対象とする今日の在宅医療では、単に医師が訪問して診療すれば足りるものではない。定期的な連絡会をもち、申し送り様式をどのように工夫しても、同じ部屋で常に顔を合わせていること以上に濃度の濃い情報伝達の手段はないと思う。

(2) スタッフの意識・姿勢が変わったこと。

保健部が発足した当時から今日まで、在宅医療はまだ新しい領域でスタッフそれぞれの仕事の内容・役割が確立している訳ではない。ある医療理念に基づいて柔軟な対応と工夫を重ねて行かなければならない。フロンティア精神と積極的な行動力が必要とされる。一つのセクションを作ることはそのような意識・姿勢を明確化することになる。アイデアを出し合いながら様々な試みを行ってきた。

(3) 診療の継続性や総合性が得られたこと

病院のように内部の専門化が進んだところでは、例えば外来・入院・退院・在宅のような流れの中で看護の継続性や、境界領域への配慮が薄くなりがちである。保健部の設置によりコーディネーターの役割をするものができて、病院内外の連携がよりスムーズになった。入院中から訪問看護の経験のある者が在宅に移行する患者・家族に接することは大きな意味がある。同じ看護婦でも病棟経験しかないものと、訪問看護を経験したものとは在宅ケアに関して理解の仕方が全く違っているからである。

(4)窓口ができて利用者が気楽に相談できるようになったこと

保健所、福祉事務所などの専門機関の担当者が気軽に立ち寄ったり、連絡を取れるようになった。医療相談や介護相談なども多くなった。患者会や家族会なども窓口がはっきりしたため病院との連絡が取りやすくなった。道路に面した一階に部屋を確保したことの効果は大きかったと思う。

(5)社会的な評価が得られたこと

十数年の取り組みを通して保健部の活動が社会的にも評価されてきたが、訪問診療、訪問看護、あるいは医療相談が実績を上げていても個別的であつたら現在のような評価は得られなかったであろうし、ある程度の社会的な影響力も得られなかったであろう。患者・家族の切実なニーズにできるだけ応えようとして努力してきた私たちの試みは高齢者や障害者も含めて誰もが住みやすい街をつくるためには絶対必要であるし、5年後、10年後には必ず理解されるだろうと信じてきた。そのためには、自己満足に終わらせないで制度として定着させなければならない。全国各地で同じ思いをもち同じような試みをしている人たちと協力しあって運動を進めていくことが大切であり、保健部が社会的な評価を受けることがその第一歩として必要であつた。

ところで、デメリットとしてはあげるとすれば次の点である。

(1)保健部に任せればよいという考え方が各セクションに生まれて、それぞれの工夫・理解がおろそかになったこと

保健部に対する信頼の裏返しであるので必ずしもデメリットではないが、とくに病棟看護婦の理解が重要であるので一緒に考える機会を意識的につくらなければならないと感じた。退院患者に関してそれぞれの病棟とMSWなどが話し合う「ディスチャージ委員会」や訪問患者申し送りの様式をつくった。

(2)看護部の中で保健部の訪問看護婦の位置づけがあいまいになったこと

初め訪問看護婦は保健部所属で地域保健部長である私が上司であつたが、看護部の組織との連絡が必ずしもスムーズでなかった。そこで、組織上の問題を解決するために、地域保健部の名称は残し居場所はそのままにして、訪問看護室、医療相談室、検診担当窓口というように保健部を3つに分割して訪問看護婦を看護部長の所属とした。

(3)訪問診療や訪問看護は病院の患者が対象であるので、他の医療機関の患者は希望しても受けられなかったこと

訪問看護ステーションの設置により解決できた。

(4)医療相談の件数が増えたが、現在の診療報酬ではコストの請求ができないため、MSWの人件費の負担をせざるを得ないこと

必要不可欠である医療相談が診療報酬上に評価されるよう働きかけなければならない。しかし、考え方によれば、MSW活動によって長期入院者が少なくなりベッドの有効な利用が可能になっているのであるので、総合的な経済評価をするならメリットになるろう。

在宅介護支援センターの指定を受けるなどすれば人件費の負担が軽くなるのだが。

訪問看護制度について

老人保健法の改正により、1992年4月の診療報酬の改定で、「寝たきり老人総合診療料」とともに「老人訪問看護制度」が新設された。さらに、94年4月、94年10月の改定では、訪問看護料の引き上げと難病、重度障害者、精神障害者等老人以外の在宅患者へ対象者の拡大などが行われた。着実に拡大しつつある在宅ケアを支えるためには、福祉制度の充実もさることながら、訪問診療や訪問看護の整備・充実が必要不可欠であることから必要な改正であるといえよう。

「訪問看護制度」とは、看護職が管理者となっている事業所が主治医の指示を受けて訪問看護・訪問リハビリテーションを行った場合に診療報酬が支払われる仕組みである。

訪問看護スタッフを抱えられる医療機関や自治体に限られていた訪問看護を、訪問診療を行っているすべての医療機関の患者に実施できるため、訪問看護の対象の拡大という点で大きな意味をもつものである。

訪問看護ステーションは既に全国で1千ヶ所弱が開設されている。訪問看護制度が今後の看護活動全体に大きな影響を与え続けていくと思われる。

本制度は、次の5点に関してこれまでの看護とは画期的であると思う。

- ①助産所を除けば、看護職が初めて独立して事業所を運営できるようになったこと。
- ②診療報酬から訪問看護ステーションへ直接看護料が支払われるようになったこと。つまり、看護が直接経済的に評価されるようになったこと。
- ③医師の判断・指示による看護から、看護婦が自ら判断して行う看護への転換。
- ④看護サービスを有償で提供することが制度として初めて行われるようになったこと。
- ⑤医療機関や自治体の訪問看護と競合する環境のなかで、訪問看護ステーションの活動が行われること。

以上の特徴をまとめてみると、訪問看護制度は、看護職が自らの自覚と責任において自立的に行う看護活動を初めて制度的に保証したものであると言えよう。そのことは、同時に、受動的な「よい看護」という考え方の転換と、経済的に評価され競合的な環境の中の看護の確立という生みの苦しみを経験しなければならないことにもなる。

そして、多くの訪問看護婦は生き生きと燃えているように思う。

さいわい訪問看護ステーションの開設

1991年5月から2年間にわたり「在宅介護支援センター・訪問看護ステーション研究会」を医療法人財団石心会の事務局を会場として、(株)メディカルコンプレックス代表取締役川村旭氏と一緒に主催した。毎月1回の研究会には、関東地域はもちろん、高知県、長野市、愛知県、奈良県、群馬県などからも病院、企業の参加があり、新しい動きに対する関心の高さがうかがわれた。実際、研究会参加病院はほとんどが訪問看護ステーションをこれまでに開設している。

研究会を通して学んだことを生かし、私たちは、93年8月に病院の近くに「さいわい訪

問看護ステーション」を設立した。地域保健部に所属していた訪問看護婦が2人移籍してステーションの運営にかかわったので、訪問看護の継続性や実施の仕方について不安はなかった。医療法人としては法人看護部長と私がステーションの担当理事として総括することになった。

現在、6名の常勤の訪問看護婦と1名の事務職員がいて約110名の患者の訪問を行っている。1月から1名の看護婦が入職予定である。川崎幸病院地域保健部の経験を生かして高度在宅医療やターミナルケアを行っている。また、地域の医療機関からの依頼も多く、訪問看護の着実な浸透を実感している。

さいわい訪問看護ステーションを開設してから、地域の医療機関とのかかわりが一層密接になった。他の医療機関が指示してステーションが訪問看護している患者が入院などが必要になったときには、ステーションが主治医と連絡を取った上で当院に入院するケースが多い。診療所の医師が年末年始などに長期の休暇を取るときなど、ターミナルの対応が最も問題となる。不在中に死亡確認をしてくれる提携医師を持たない場合がほとんどであるので、主治医の依頼を受けて主治医の不在中に死亡するかもしれない患者のカルテを作成し私が往診し、緊急の場合の対応の仕方を書いた文書を挟んでおく。そうすれば主治医や私が不在中でも病院の当直医は死亡確認をしてくれる。

地域の医療機関と新しい連携をもつためにも訪問看護ステーションはよい機会をつくってくれそうである。もちろん苦労も少なくないが・・・。

(この項、月刊／保険診療、Vol. 51 No. 1, 28～31, 1996. 1)

第5回 地域との連携をどう作るか

Nさん夫婦のケースを通して連携を考える

初めての往診

足の踏み場もないとはこのことを言うのだろう。何カ月前とも分からない弁当の残りが散乱し、床には食べ物のかすや埃が積もっている。流しには数ヶ月間洗ったと思えない食器が置かれたままになっている。テレビもガスも使えない。そこに老夫婦がそれぞれ足元にアンカややぐらコタツを置いて、安楽椅子に座ったまま寝起きしている。スリッパが用意されていないので、足裏のザラッとした違和感を我慢しながら部屋に入る。

Nさん夫婦の内、夫（77歳）の、汚れ切った紙オムツの当たった臀部や下肢は真っ赤にただれている。妻（76歳）は手足がむくみ打撲したためか顔が紫色に腫れ上がっている。どうしてこんなふうになるまで我慢していたのだ、という言葉が喉元まで出かかったが、ある程度経過を聞いていたので口には出さなかった。

実は、保健所の保健婦が数カ月前から時々訪問していたが、昔満鉄社員だったNさん夫婦のプライドが福祉サービスの利用を拒絶し、保健婦すら室内に入れようとしなかったのである。私の往診や訪問看護も拒否するかと案じられた。「すみませんね。すぐようになりますから、大丈夫です」と妻は遠慮しながらも、さすがに医師の往診に対しては拒絶しなかった。

Nさん夫婦を訪問診療したのは福祉事務所のふれあい窓口の担当者から川崎幸病院地域保健部へ相談・依頼があったからであった。夫婦2人暮らしで、夫が脳梗塞で妻が介護していたが、今回妻の具合が悪くなり夫の介護はもちろん、自分の身の回りのことも十分できなくなったこと、昔からの知り合いのKさんが中心となり福祉サービスを取り入れ環境整備していきたいと福祉事務所に相談したことなどの情報が寄せられた。

Nさん夫婦への援助開始

第1回目の往診日が平成7年11月27日であった。妻は全身の浮腫が著明であるので利尿剤の注射をその場で行い、夫に対しては診察とオムツ交換を行った。

第1回の往診後、地域保健部で訪問看護婦、メディカルソーシャルワーカーを含めて問題点と今後の方針を検討した。

第1に、食事作りと室内の環境の整備。

第2に、オムツなどの交換と、利尿剤などの服薬管理

第3に、一時福祉施設に緊急入所させ、長期的な対応の検討

第4に、関係者が集まってケース検討をする場を設定する

メディカルソーシャルワーカーは在宅介護支援センターや福祉事務所、保健所保健婦、知人のKさん、さらに配食ボランティアや送迎ボランティアなどと連絡を取っていたため、コーディネーターとして動くこと、訪問看護婦は毎日訪問して食事作りと部屋の掃除などの具体的な援助をすることになった。

在宅ケアを支援する場合には、時には、自分の仕事の領域外の援助をしなければならないことがある。Nさん夫婦の援助もそうであった。ヘルパーが入るまでは、部屋の掃除やおかゆ作り、オムツを替えることなども訪問看護婦がしなければならない。建前より必要性、議論より実践から援助が始まるのである。夫婦そろって特別養護老人ホームへのショートステイが受けられるようになったので、それまでは、配食ボランティアやKさんの手を借りながら、訪問看護婦が二人を支え続けたのである。

関係機関による合同カンファランス

Nさん夫婦が特別養護老人ホームにショートステイ中の12月25日、ホームの一室で関係者が集まって合同カンファランスをもった。出席者は次のようなメンバーであった。特別養護老人ホーム施設長・寮母・看護婦、在宅介護支援センター相談員、保健所保健婦、福祉事務所担当者、社会福祉協議会ホームヘルパー派遣担当、さいわい訪問看護ステーション訪問看護婦、川崎幸病院訪問看護婦・メディカルソーシャルワーカーおよび杉山であった。

各関係機関より経過報告とショートステイでの生活の様子が報告された後、今後の援助について次のように行う方針を確認した。

①長期的にマンパワーを使つての協力体制を組むのは困難。ずっと在宅でケアできるケースではない

②Kさんの話によると、今回のショートステイの経験から老人ホームの入所に同意する気持ちが生まれてきたようなので、早急に申請してもらう

③平成8年1月8日までのショートステイと引き続きの病院入院は手配できたが、1月8日以降は自宅に帰る。しかし、できるだけミドルステイなども利用できるのであれば利用する（2月中旬以降利用できそう）。

④自宅に帰った日から福祉事務所や社会福祉協議会の方でヘルパーの派遣をする。そうすれば訪問看護婦の負担が軽くなり、毎日訪問する必要がなくなる

⑤ヘルパーの用意する食事と配食サービスで足りない場合には、市販の弁当を買ってよい

⑥入浴サービスは訪問入浴に依頼する。立ち会いはヘルパーが日程について入浴サービス会社に連絡調整する

ショートステイの間に、室内の清掃や介護ベッドの搬入、最小限の炊事道具の用意など自宅環境の整備が行われ、室内は見違えるようになった。

いかに連携を作るか

「保健・医療・福祉の連携」は、高齢社会のキーワードのひとつである。また、「ケア・コーディネーター」や「ケースマネジメント」などの言葉も最近耳にする機会が多くなった。

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）がスタートした1990年、当時の津島厚生大臣は「介護の問題は家族だけの親孝行ではなく、『社会的孝行』の時代だと考えています」と答弁して、高齢者介護を、個々の家族が介護するのが当然であるという「個別的なケア」から社会全体が支えていくという「社会的なケア」への視点を明らかにした。国の最高責任者がそのような発言をしたことは画期的であると言えよう。

さらに、93年度中に全国すべての市町村で老人福祉計画が策定され、国は94年に「新ゴールドプラン」を打ち出して、2000年までに、ホームヘルプサービス（ヘルパー17万人）、ショートステイ（6万床）およびデイサービス/デイケア（1.7万ヶ所）のいわゆる在宅福祉三本柱の一層の整備と、在宅介護支援センター（1万ヶ所）や老人訪問看護ステーション（5000ヶ所）の整備、特別養護老人ホーム29万床、老人保健施設28万床、高齢者生活福祉センター（400ヶ所）、ケアハウス10万人分を整備の目標を明らかにした。

残り4年間でその目標がどれだけ実現するか不確実であるが、5年前、10年前と比べれば在宅福祉に関する基盤整備は確実に進んでいる。

さらに付け加えなければならないことは、高齢者問題への関心の高まりとともに、地域社会の中で互いに支え合う動きが活発になったことである。一人暮らし老人に対する隣近所の助け合いの輪から始まって、配食サービス、送迎ボランティア、家事援助やデイサービスに取り組む市民参加型福祉活動など多彩なボランティア活動が行われていて、公的な在宅福祉サービスのカバーできない部分を補っている。

関係機関の苦労はありながらもNさん夫婦を支えられているのはそのような背景があればこそ、である。しかし、さまざまな保健・医療・福祉サービスをうまくコーディネートできなかつたら、Nさん夫婦を支えることができなかったのも間違いあるまい。

コーディネートのポイントをまとめておきたい。

①患者（利用者）のニーズをとらえ、その意志を尊重すること

「いろいろな障害があっても、本人が希望するのであれば、希望に添う社会環境の中で生活するのが自然である」というノーマライゼーションの考え方を理解して、その実現に努力することが大切であろう。「何か起こったら大変だ」「責任がもてない」という意見が出されがちであるが、本人の意思を尊重するのがコーディネーターの重要な役割である。最近では、重度の患者でも在宅療養をのぞむものが増えている。10年間寝たきりの妻が、5年前から痴呆症状が出現した夫を自宅で看取った例などを経験している。

②地域の中で利用できる医療・福祉サービスにはどのようなものがあるかをよく知ること。普段から接触をもつこと

川崎幸病院地域保健部では関係機関やボランティア組織と普段から密接に連絡を取っている。メディカルソーシャルワーカーが中心になって担当者やボランティアとの交流を図っている。人の顔を思い浮かべられることはコーディネートする場合重要である。

③素早い対応に心掛けること

必要などきの素早い対応が、患者（利用者）との信頼関係を最も緊密にする。また、他

の機関から依頼があるときにはまず引き受けるとよい。これにより関係機関同士の緊密な信頼関係を作り上げることができる。

④患者（利用者）のニーズを理解してかかわれる者がコーディネーターの役割を果たすこと

⑤保健婦、福祉事務所のケースワーカー、在宅介護支援センターの相談員、医療相談を担当するメディカルソーシャルワーカーなどがコーディネーターの役割を果たす場合が多いが、要は患者（利用者）のニーズを理解してかかわれる者がコーディネーターの役割を果たせばよいと思う。

⑥関係者が話し合いの場をもつこと

スムーズな連携をもつためには関係者が集まって問題を話し合う場の設定が必要である。老人保健福祉計画では、高齢者サービス調整チームなどを置いて福祉サービスの有効な利用を図っている。Nさんの例のように具体的なケースに関して関係者が素早く話し合えることも大切である。

⑦医療機関にも担当窓口を作ること

川崎幸病院地域保健部のような窓口を作ると地域との連携がスムーズになり、医療機関の負担も軽くなる。

⑧在宅医療・福祉サービスのメニューを豊かにすること

何とんでも利用できるサービスが豊かでなければ多様なニーズに対応できない。市民参加型福祉活動など多彩なボランティア活動に対して社会が援助できるようにしなければならないだろう。

（この項、月刊／保険診療、Vol. 51 No. 2, 26～29, 1996. 2）

第6回 未来の在宅医療について考える

今後の在宅医療のイメージ

「在宅医療はこれからどのように変わっていきますか。高齢化と少子化、核家族化で介護力はますます低下していくと思われるのですが・・・」という質問を受けることがある。

10年後、15年後などの状況を正確に述べることは難しいが、医療的な面、福祉的な面も含めた在宅ケアは確実に広がっていくだろう。「ドキュメント・在宅医療」の最終回にあたり、今後の在宅医療について予想や希望を交えながら大胆にイメージを描いてみたい。

今後の在宅医療に、直接的、間接的に大きな影響を与えるもの

これまでの在宅医療の歴史的な動きをみれば、

①患者・家族のニーズ

②ノーマライゼーションの考え方のような障害をもっても在宅生活を送ることが自然であるという考え方の浸透

③安全性が高く、使いやすい機器や薬剤の開発

④診療報酬で承認されたこと

⑤訪問診療・訪問看護などの在宅医療が充実して患者・家族の不安が軽くなったこと

⑥福祉サービスのメニューが増えて利用しやすくなったこと

などが在宅医療の普及の力になったと考える。基本的にはこれらの要因が影響をもっているであろうが、医療・福祉の一層のサービス化、つまり利用者の立場を尊重しその都合に合わせるサービスの提供の仕方と、サービス供給者間の適切な競争が重要となろう。例えば、ホームヘルプサービスを例に取れば、一定基準の研修を終え資格をもつホームヘルパーであればどの団体に属していても利用者が選択できるようになればよいサービスを提供しようと努力が払われることになるだろう。そのようなサービスの提供の仕方を施策がどの程度認めることになるであろうか。

今日大きく議論されている公的介護保険は、かつての国民皆保険が医療の普及・高度化に大きな影響を及ぼしたように、公的介護保険も在宅ケアの領域で大きな影響を及ぼすと思われる。

高度な医療機器を使った在宅医療も進むであろうが、在宅ホスピスのように、終末期を人間らしく過ごすため、積極的な医療処置をしないで苦痛を取り除き慣れ親しんだ環境や家族・友人とともに交流しながら過ごせる環境を用意することも広がるだろう。

10～15年後の在宅医療のイメージ

マルチメディア、遺伝子工学・遺伝子治療、ハイテク化により、在宅医療の安全性や簡便性、操作容易性が飛躍的に高まり、在宅医療の分野が拡大すると思われる。具体的には、下記の在宅医療機器などの開発、福祉機器の開発が行われるだろう。少なくともこのよう

な機器の開発が在宅医療、在宅ケアを大きく変えていく要因になろう。期待を込めて検討していきたい。

(1) 人工膵臓：体内埋め込み式の血糖自動センサー付きで、門脈に直接インスリンを注入できるもの。これによって最も自然な糖尿病のコントロールができる。数十万人にのぼる糖尿病患者のインスリンの自己注射が不要になる

(2) 血友病の遺伝子治療：日本の血友病患者は約1万人弱。重症者では週1～2回出血することがあるが、その度に不足の凝固因子を、血液製剤あるいは遺伝子工学で作られた製剤によって補充する。その費用や血液を原料にした製剤という宿命による副作用は深刻である。ヒト凝固第Ⅲ因子はすでに遺伝子工学により製剤化されている。肝細胞などに遺伝子を導入して凝固因子を作らせることができれば、血友病の自己注射治療も必要でなくなる。インスリンと違って第Ⅲ因子の場合複雑なフィードバックは必要でないので遺伝子治療を採用しやすい。米国で血友病犬を使って遺伝子治療が行われたという報告がある。

(3) 慢性腎臓不全の超小型透析装置：血液透析と吸着物質、酵素分解を組み合わせた超小型の透析装置が開発されれば、10万人にのぼる慢性腎臓不全の患者は透析のため週3回通院しなくてもよくなる。24時間持続的な透析が可能になれば、不均衡症候群など透析の合併症が軽くなる。

(4) 在宅緊急通報システム：一人暮らし、あるいは病弱者を抱えた二人世帯が急速に増加している。孤独死などの例が増えていくと思われる。水道、ガス、トイレなど生活資源のモニターばかりでなく、赤外線センサーなどで人の動き、状態などをとらえ、また火災などの災害の予防・検知システムをも含んだ総合的な在宅緊急通報システムの開発が望まれる。

(5) 在宅服薬管理装置：服薬管理は高齢者の場合、とくに痴呆があると困難である。薬局で分包し服薬時刻などを書き込むことをしていてもうまくできないことが少なくない。服薬シートのように簡易なものだけでなく、服薬時刻になったらその分の薬が出され服薬したかをチェックする装置の開発も必要かと思う。1994年10月から薬剤師による訪問薬剤管理指導料が社会保険診療報酬で認められたので、必要と思われる対象者の自宅に装置を置き、薬剤師が定期的に訪問しながら薬の補充をすることなどができよう。

(6) 人工内耳・高機能補聴器：すでに開発されているが、難聴者が多いことからより簡便で装着しやすい器具の開発が必要。補聴器はまだ周囲の音を拡大して煩わしいので高齢者に使われにくい。必要な声に選択性をもつ補聴器の改良・開発が望まれる。

(7) ポータブル生化学検査装置：血糖の測定などはポータブル装置がつかえるようになったが、脱水などの電解質異常を起こしやすい高齢者・寝たきり老人などの在宅医療では、電解質の測定の可能な生化学検査装置が必要になっている。

(8) 膀胱括約筋コントロール装置：尿失禁は介護を困難とする問題のひとつである。バルンカテーテル留置、自己導尿、おむつなどで対処しているが、それぞれ問題は少なくない。膀胱括約筋を電氣的に刺激することで括約筋の緊張を調節することで、排尿の管理が

できる。

(9) 徘徊老人ナビゲーション・システム：痴呆性老人の身体に小さな発信機をつけておき、全国に普及している携帯電話などのアンテナを利用して電波をとらえ、コンピューターで位置を正確に確定できるシステム。発信機には双方向をもたせて契約者の言葉を電話回線や無線を通して直接伝えたり、周囲の通行人に注意を促す信号を送ることも可能とする。これがあれば徘徊する痴呆性老人を抱えている家族は安心できる。自動車のナビゲーターの普及はかなり進んでいるし、徘徊老人ナビゲーション・システムは既に北九州のある都市で実際に運用されているという。

(10) 交通事故防止反射シグナル：判断力の低下している痴呆性老人が急に車の前に飛び出し事故に遭うことが心配されている。新しい方式のワッペン、日光や車のライトを受けて特定の波長の光を反射し、電波障害を起こさない程度の特定の波長の電波も出している。すべての車に義務づけられているセンサーにより、ワッペンをつけている老人が近くにいと運転者に警告がなされ、非常に近づくと自動的に自動車の速度が落ち停車する仕組みになっている。これが開発されれば交通事故が減少するものと思われる。列車自動停止装置は、人間である運転士の判断だけでは列車事故が防げないと判断されて取り入れられたものである。ＪＲでは、定期券をバッグに入れたまま改札口を通過するだけでチェックできる定期券の開発をしているという。レコード店や図書館では、商品や本を勝手に持ち出せないようなシステムが実用化されている。このように考えると、上記のシグナルは遠からず開発されるのではないかと。

以上、在宅医療機器、福祉機器の開発は、「こんな症状で困っている」「こんな医療機器や介護用品があったらよいのに」「この症状に対してこんな工夫をしたらうまくいった。みんなが使い易いようにもっと工夫出来ないかしら」「(ある分野の) その技術が患者の診療や介護にも利用できないか」などのように、現場からの声を取り上げ工夫検討することから始まる。技術立国日本の貢献のひとつは、ハイテクを介護に応用するため、研究開発に十分な投資を行うことにあると思う。

結局、未来の在宅医療、在宅ケアの課題と今後の方向についてまとめてみると、

(1) 医療技術の進歩と在宅医療

歴史的にみても医療技術の進歩の裏打ちがあつて在宅医療が普及してきた。今後期待できる技術開発としては前述の通りである。

(2) ADLの向上と介護負担の軽減

患者に対してはADLの向上が、介護者に対しては介護負担の軽減が援助の目標でなければならない。

(3) ネットワーク化と流通システム

在宅緊急通報システムなどのサポートシステムや関係機関相互の情報の共有化などマルチメディアを利用したネットワーク化。

一人暮らしや病弱の夫婦の在宅ケアが増えていくと思われるので、このようなケースの

サポートシステムの開発（在宅服薬管理装置など）。福祉機器の利用が促進されるが、現在のように支給しっぱなしでは、粗大ゴミが増えるのみ。配送・補修・消毒などの一連のシステムが必要である。その場合、介護用品ショップなどの既存の民間機能を活用する

（4）入院（病院）医療の在宅化

ポータブル生化学検査装置（電解質の測定できるもの）、ポータブル超音波診断装置、抗がん剤、鎮痛剤などの自動注入装置など。

外来手術に関する技術の開発、麻酔薬の開発、抜糸しなくてもよい縫合方法

公的介護保険について

最後に、今後の在宅ケアに大きな影響を与えると考えられる公的介護保険について述べておきたい。

デンマークでは次のような高齢者医療福祉政策三原則により在宅福祉が重視されているが、日本でも高齢者対策の基本とされるべきであろう。

「継続性の尊重」：生活をなるべく変えないですむようサポートする。

「残存能力、潜在能力の尊重」：過剰なお世話を避け、補助具や住環境を整えることによって、残された能力をできるだけ引き出す。

「自己決定の尊重」：自分の人生のありかたは高齢者自身が決め、まわりはそれを尊重する。

今日議論になっている介護保険を含めた高齢者に関する施策が上記の原則を踏まえたものでなければならないことは明かであろう。厚生省老人保健福祉審議会第2次報告案では、「高齢者介護に対する社会的支援」「高齢者自身による選択」「在宅介護の重視」「予防・リハビリテーションの充実」「総合的、一体的、効率的なサービスの提供」「市民の幅広い参加と民間活力の活用」の6つの理念を掲げている。実現までの過程と具体的な内容はまだ不十分であるが、これらの理念は筆者がかかわってきた在宅ケアを受けている当事者・家族の切実な要望・期待でもある。

時期尚早の声が各方面で強いが、1961年の国民皆保険、1982年の老人保健法の制定、1990年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」、1993年の各自治体が策定した「老人保健福祉計画」、および健康保険の在宅医療を重視した診療報酬の設定などが必ずしも運用条件が整備されてから施策が実施されたのではなくむしろ施行されてから条件の整備、充実、新たな需要の喚起が行われてきた歴史的経過を考えると、筆者の考えは介護保険の早めの実現が望ましいと思っている。現場では、介護ニーズの高まりは極めて急速で一刻の猶予も許されない思いが強いからである。

（この項、月刊／保険診療、Vol. 51 No. 3, 28～31, 1996. 3）