

# 訪問診療チームの活動報告と在宅ケアについて

松本 学也 <sup>1)</sup> Kakuya Matsumoto	安尾 和裕 <sup>1)</sup> Kazuhiro Yasuo	横浜 吏郎 <sup>1)</sup> Shiro Yokohama	辻 忠克 <sup>1)</sup> Tadakatsu Tsuji	亀屋 初江 <sup>2)</sup> Hatsue Kameya
高橋 淳子 <sup>2)</sup> Junko Takahashi	丹羽 愛 <sup>2)</sup> Ai Niwa	高橋 あゆみ <sup>2)</sup> Ayumi Takahashi	有馬 祐子 <sup>2)</sup> Yuko Arima	齋藤 英里奈 <sup>3)</sup> Erina Saito

<sup>1)</sup> 旭川医療センター総合内科

<sup>2)</sup> 同 看護部

<sup>3)</sup> 同 地域医療連携室

キーワード：在宅ホスピスケア

## はじめに

東京の訪問診療のクリニックで働いていた私に、前院長の箭原先生が出張のついでに何度か連絡を下さった。一杯飲みながら、「やってみないかい？」という言葉と、おごって貰ったありがたさに惹かれ、こちらでチームを立ち上げることとなった。そして2015年4月、当時の有馬外来看護師長の協力を得て訪問診療チームが立ち上がった。最初、何のツテも基盤もないところでどうして良いかわからず右往左往していたところ、みるに見かねた地域医療連携室、脳神経内科の木村先生、呼吸器内科の藤内先生が丁寧なアドバイスや助け舟を出して下さり、院内で徐々に認知してもらえるようになってきた。総合内科の先生方、企画課や管理課にも準備段階から助けて頂いた。チラシ(図1)を作り院内のあちこちに貼らせてもらい、患者さんの家族からの依頼も増えた。西村院長は、医師会の会長や班長のところに一緒に挨拶まわりをしてくれた。現

在は亀屋外来看護師長をはじめとする看護部にも多くのご協力を頂き、訪問患者さんの数は増えてきている(図2)。不慣れで複雑な診療報酬の算定では医事課の方々にもご面倒をかけているが快く対応して下さい。

現在も各関連部署のみなさんに多大なるご協力を頂きつつ、ご迷惑をかけながら、われわれは外に出てゆき(図3)在宅診療を続けている。

## 在宅ホスピスケア

1970年代までは自宅で亡くなる人が多く、在宅診療は体調の急変時の往診という形が主だったそう<sup>1)</sup>。医院のドアを「ダンダン」と叩き医師をたたき起こすような、あれだ。その後、救急救命医療を含めた医学の進歩と医療政策の結果、誰もが病院で高度の医療や延命治療を受けられるようになり、その果てに天寿を全うするような高齢者でも当たり前の様に病院で亡くなるようになった。そして一方で、畳の上で逝く、家で看取る、という日本の文化は廃れていった。

松本 学也 旭川医療センター総合内科  
〒070-8644 北海道旭川市花咲町7丁目4048番地  
Phone: 0166-51-3161, Fax: 0166-53-9184 E mail: kmatsumo@asahikawa.hosp.go.jp



アの特徴と思われる<sup>7)</sup>。

グリーン訪問は、われわれが行なったケアを家族が評価して下さり反省につなげることでできる唯一の機会であるので、できるかぎり行なうようにしている。

ホスピス病棟とは違い、在宅ホスピスケアは癌の終末期に限ったものではない。「家で死ぬ」ためではなく、「様々な障害をもちながら最期まで家で生きる」ためのものだ。われわれが関わった患者さんの半数以上(図4)、在宅や施設で最期を迎えた方の約3人に1人は慢性疾患や認知症、虚弱高齢者の方である(図5)。

### 実際の活動と「ケア」について

訪問の依頼があると、院内外を問わず、まず医療ソーシャルワーカー(MSW)さんが関わってくれる。

患者さんや家族が望む生活を守り、われわれが無理なく訪問に入ることができるように情報をとり、考え、調整してくれる。

市内には高い技術と情熱で在宅診療を支えるクリニックの先生や訪問看護師さん達、熱心で熟練したケアマネージャーさんや介護関係の方々、丁寧で優しく複雑な処方にも対応して下さる薬剤師さん達がたくさんおられ、そんな在宅療養における社会資源とも言うべき存在を熟知し、各所に声かけをして皆がやりやすいようにチームを作ってくれるのもMSWさんだ。

訪問開始前には、われわれと家族(可能ならば本人

も一緒)で面談を行ない、どのように病状を認識していて、今後どのように暮らしてゆきたいか、延命治療を望むのか、最期はどこで迎えたいのか、などを伺う。

こちらからは、在宅診療は病院診療とはどう違うのか、良い点、悪い点を説明し、その上で希望されたら訪問に入る。

在宅ホスピスケアといっても、特別なことをしているわけではない。訪問して、挨拶をし、椅子や床に座って話をし、血圧を測り、診察をして、また話をしながら記録をし、必要に応じて処方を出したり…と、あまり病院との違いはない。

治療できるものは治療し、定期的に採血をして薬を調整したりもする。

そして、家で生き、暮らしてゆくことに伴う様々な辛さや困難、喜びと触れ合おうとする。

ところで、ホスピスケアは「ケア」と言うので、皆は理解しにくいだろうなと思っている。

現代医療ではEBM: Evidence Based MedicineとNBM: Narrative Based Medicine、ケアとキアは対立項もしくは別個のものとして捉えられ<sup>8) 9)</sup>、それゆえに多職種が高い専門性をもって役割を分担し、連携することが求められている風潮がある。キアからケアへのパラダイムチェンジを在宅診療で進めよう、という提唱や<sup>10)</sup>、メタ概念を用いてEBMとNBMの信念対立を解消しよう、という提案もなされている<sup>11)</sup>。

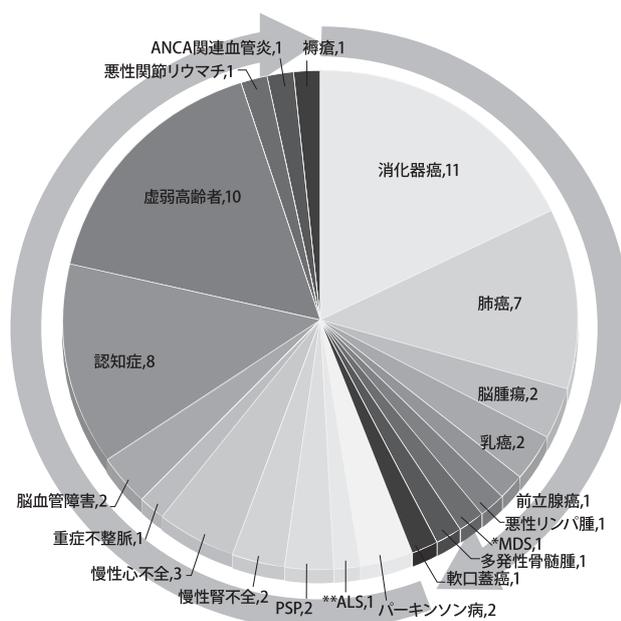


図4 基礎疾患割合 (全訪問事例)

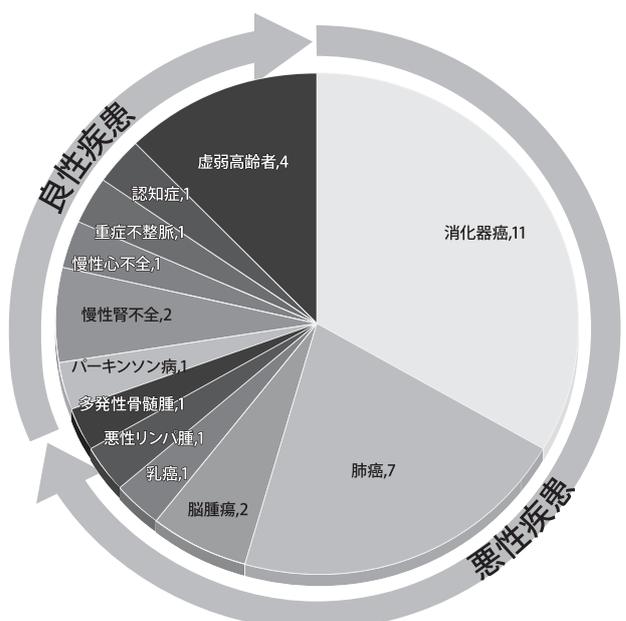


図5 基礎疾患割合 (在宅看取り事例)

\*MDS: 骨髄異形成症候群 \*\*ALS: 筋萎縮性側索硬化症 ↑PSP: 進行性核上性麻痺

これはなぜだろう？医療には両方が必要なのではないか？別々とも感じないし使い分けてもいけないのではないか？外来でゴリゴリ科学的な臨床試験を遂行する時も、患者さんに「大丈夫？」「無理しないで辛かったら来てね。」と言うのではないか。

黎明期からずっと在宅医療を支え続けている黒岩卓夫先生の著書を読んでみると

「キュアは、近代西洋医学の範疇でとりあえず考えてよいと思うが、ケアとなれば近代西洋医学の配下に収まっている世界ではない。むしろあらゆるキュアを包む世界である。キュアがだめなら、その下請としてのケアを持ち上げるといった考えでは、ケアの本質に迫りえない。ケアは歴史的にみて相応の科学性を前提にしなが、自由で独創的でなければならない。(中略)はじめにケアありであった。」と書いておられた<sup>12)</sup>。

また、医学史や医学概論でも高名な川喜田愛郎先生は、「医者の仕事は「治癒」(キュア)で看護師は「看護」(ケア)というのは、専門的独立性、分業の必要性という点で区別する上で仕方ないのだが、医学の本質は「悩み」の中にいる人を助力することなのだから、キュアとケアは一つでなければならない。さらに言えば、ケアの方が根源的な技術である。キュアに無知のケアは不備だし、ケアを包み込まないキュアは、本当の意味で癒すことはできない。たまたま今では分業の形になっているけれども、本質的には一つのをやや違った角度から見たことなのだ。」<sup>13)</sup> さらに、「医学が近代科学の上に立っている一方で、対象が人間という存在でもあるがゆえに人間関係を軸としており、医療の技術は本質的に技術的・倫理的ともいべきユニークな営みである。」とも述べておられる<sup>14)</sup>。

心理学者のジェロム・ブルーナーは、人間には「論理実証モード」と「物語モード」の2つの認識形式/思考形式があることを指摘した<sup>15)</sup>。

(科学的な理解をもたらすのが論理実証モードであり、物語による感慨や感動をもたらすのが物語モードである<sup>16)</sup>。医療ではそれぞれEBM、NBMであろうか。)

ブルーナーは、両者は相補的で、「一方の様式を他方に還元しようとしたり、ことを全部一方に負担させておいて他方を無視しようとする試みは、必ずや思考の豊かな可能性を捉えそこなうことになる。」と述べる<sup>17)</sup>。

2つを併せることで人間は豊かな思考・認識を行な

っているのだ。

他の医療者も恐らくそうであるように、われわれも2つを使い分けているわけではないが、あえて「ケアとキュア、EBMとNBMは2つ一緒だと豊かなのだ。」ということを中心に留めて訪問診療を行うようにしている。なので、科学/医学的なことも、患者・家族と医療・介護者の関わりも、それを紡ぐ生活の出来事も感情も、できるだけそのまま真摯に受け入れようと思っている。

われわれの訪問は外来看護師が同行していることが特徴だ。

看護師のケアの目線も同時に診療の場に入り込むことで、多くの視点からその方にとって良いケア(とキュア)は何かを考え、行なうことができる。

具体的には、

- ①現場で必要と判断されたケア(キュア)をその場で実施し指導することができる。
- ②家族と同じケア提供者としての目線で話を聞き、相談したり、励ましたりすることができる。
- ③医師の診察、処置中に、家族から本人の前では言えないことの傾聴ができる。
- ④医師にはない温かさを患者が感じ、感情を表出できる。
- ⑤医療者として医師と看護師での事例検討ができる。
- ⑥それを通じて、お互いの知識や技術を学ぶことができる。

私も現場でケアの視点や、オムツやシーツ交換等を教えてもらっている。

看護師は今や聴診器を巧みに扱い、残尿量を推測したり、痰が絡んでいる部分を推定してドレナージしたりしている。

行なえる内容が多いため一度の訪問で時間がかかる。しかし、お看取りのあとに家族が将来の自分の訪問診療を予約して下さったり、これまでに関わった訪問看護ステーション、施設、他院の地域医療連携室から別の依頼を頂く機会が増えており、われわれの訪問診療を評価して頂いているものと考えている。

それでも実際にはわれわれができることは限られていて、「キュアもケアも一緒に豊かに提供する」にはまだこの先がある。

ホスピスケアで高い質を確保するには多くの専門家

の協力が得られることが望ましい。

当院の栄養管理室には在宅用のパンフレットを作成して頂いた。また必要に応じて、個別の患者さんに対する助言を下さる。

急変時の往診の際には、薬剤部に飛び込んでアンブルや点滴を貸し出して頂く。

検査科には皮膚の真菌鏡検の検体を突然持ち込んで診て頂いたり、患者さんが高熱を出せばインフルエンザキットを都度お借りしている。

いつも私から訪問の報告をしている総合内科の安尾先生からは的確なアドバイスを時々頂く。

各科専門医師の皆様にも時々相談に乗って頂き、特に私の不得手な分野について助けて頂いている。

このように、多くの専門性を持つ多職種が勤務する旭川医療センターならではの協力を頂けるのは大変ありがたい。

さらには、院外におられる訪問看護ステーション、居宅介護事業所、院外処方箋薬局など、様々な専門家との協力と連携も得られているのは、前述したようにMSWさんの力が大きい。事例についていろいろと連絡や相談を繰り返す中で専門的視点の他に、彼らとわれわれが同じケアの視点からも見ている、ということを感じる時がある。患者さんや家族の気持ちの共有を軸に繋がっている時かもしれない。

『多職種のチームの働き全体がホスピスケアというプログラムである。』<sup>18)</sup>という言葉は広く引用されているが、在宅ホスピスケア（キユアを含む）はこうやって多くの価値観や専門性をもつ人々が関わることで豊かになり、プログラムとして動き出すのかもしれない。

そこまではもう少し時間がかかりそうだ。

少しずつだが一緒に勉強できる機会も持てるようになってきた。地域包括支援センターの方々と訪問診療についての勉強会を行なわせて頂いた。また褥瘡や筋萎縮性側索硬化症の勉強会を、介護施設でやらせて頂いた。訪問看護師さんや介護施設職員と一緒に、これまでに10回のデスクカンファレンスも行った。われわれの方が大変勉強になる。

## 将来の構想

いま現在進めようとしている在宅ホスピスケアは、社会的に「在宅医療」が盛り上がっているように見え

る今もなお、殆ど世間には浸透していないのが現状だ。

医師や施設の数に恵まれている旭川でもそれは変わらない。むしろ、人々がどのように生きているのかが周りに見えてこない都市部のほうが、その傾向は強いかもしれない。診療報酬やシステムの縛りで病院内限定という体でこれまでやって来たが、本当はもっと、在宅で「よりよい」人生を送りたいと願う人たちも、そしてそれを実現させることにやりがいを持つことのできる人たちもたくさんいるはずだ。こういうことは、枠組みはできるだけ少ない方が良いと思っている。将来は近所の人たちも、マツリゴトをしている人も、大人も子供も一緒に関ることができ、関わる人たちが「よりよい」人生を送ることができるような場とシステムを作ることができれば良いと思っている。

## 引用文献

- 1) 平原佐斗司 大会長講演 日在医会誌 2016;18:19-27
- 2) 和田忠志 「在宅医療の今日的意義」在宅医療テキスト第3版 東京：勇美記念財団 2015;10-13
- 3) 山崎章郎 病院で死ぬということ 東京：主婦の友社 1990
- 4) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. Ann Oncol 2007;18:1090-1097
- 5) 宮下光令 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 東京：青海社 2010;18-22
- 6) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. A Nationwide Survey of Quality of End-of-Life Cancer Care in Designated Cancer Centers, Inpatient Palliative Care Units, and Home Hospices in Japan: The J-HOPE Study. J Pain Symptom Manage 2015;50:38-47
- 7) 須佐公子 高齢者の在宅死を看取った家族の体験の意味の分析と看護者の役割の検討 2002年度在宅医療助成報告書 2002;1-13
- 8) 村田久行 改訂増補 ケアの思想と対人援助 東京：川島書店 1998;45-60
- 9) 佐藤聖一 看護におけるケアリングとは何か 新潟青陵学会誌 1995;3: 11-20
- 10) 中野一司 在宅医療が日本を変える - キュアからケアへのパラダイムチェンジ 東京：ドメス出版 2012
- 11) 斉藤清二 物語と対話に基づく医療（NBM）と構造構成主義 富山大学保健管理センター紀要「学園の臨床研究」 2006;6:1-9
- 12) 黒岩卓夫編 宗教学と医療 東京：弘文堂 1991;148
- 13) 川喜田愛郎、佐々木力 医学史と数学史の対話 東京：中公新書 1992;11-12

- 14) 川喜田愛郎、佐々木力 医学史と数学史の対話 東京：  
中公新書 1992;10-11
- 15) Bruner J Life as narrative. Social Reserch 1987;54:11-32
- 16) 藤井 聡 「物語」に関わる人文社会科学の系譜とその公  
共政策的意義 土木学会論文集 F5 2011;67:32-45
- 17) ジェロム・ブルーナー 可能世界の心理 田中一彦訳  
東京：みすず書房 1998;16
- 18) 岡村昭彦 定本ホスピスへの遠い道 東京：春秋社  
1999;258-270