

# 在宅医療の現場で

## 徒然なるままに感じたこと、考えたこと

ホームケアクリニック川越・川越 厚

### 目次

1. われわれは間違った方向に歩んできたのか？  
在宅医療の推進は間違った方向だったのか？
2. 今と昔は違う。末期がん患者の在宅での生活を支える  
医療と介護
3. 死に逝くがん患者の理想的なケアを提供するために
4. 在宅ホスピスケアの普及を妨げるもの 1
5. .在宅ホスピスケアの普及を妨げるもの 2
6. これからのわが国の在宅医療
7. 末期がん患者の在宅ケアは、在宅ホスピスケアの専門  
チームで
8. 地域の病院による在宅ケアのバックアップ
9. 24時間体制は総合診療医（かかりつけ医）に必要か？
10. 彷徨うがん患者の問題
11. いのちの尊厳を大切にす医療

## 1. われわれは間違った方向に歩んできたのか？

在宅医療の推進は間違った方向だったのか？

(尊敬する A 先生への手紙から抜粋、一部改変)

ご兄弟が最後の時を過ごされた病院の話、よい病院でよかったですね（注：地方のある総合病院の一般病棟で、がん末期のご兄弟が手厚い看病を受けて亡くなったということ）。そのような一般病院が増えてくれば、僕たちの仕事はなくなるかもしれません。でも私のところに相談に来る家族が語る病院の話とは、かなり様子が違います。

「紹介されて地域の病院に転院したのだが、ナースコールが多いと怒られました」

「『私たちはほかの患者さんのことで手一杯ですので、ご家族の方、泊まってください』と看護師に叱られました」

「ナースコールのボタンを患者が手の届かないところに置かれてしまいました。あまりにかわいそうなので見かねて相談に来ました」\*。

私たちの医療には、「人生の四季」ではありませんが、冬の先に死があるのか、あるいは春があるのか。医療が、というよりも国全体が冬の時代に入りましたから、現在の医療崩壊をどのように立て直すかは、単なる制度の問題だけではないと思います。先生の話の伺いながら、自分に何ができるだろうか（在宅ホスピスのような、医療者にとってしんどい医療はやめた方がよいのでは、などとも思いました）を考えています。宿題をいただき、ありがとうございます。

\*： たまたま一人のがん患者が、昨日家で亡くなった。「お祭りのみこしにさわりたいから」と言って、病院医師の制止を振り切って退院した、生粋の下町江戸っ子である。地域の立派な病院だが、退院前の相談外来で妻が語ってくれたことはこんなことだった。

「今の病院では十分看護をしてもらえない。便をしたら便器をそのままにしていなくなり、食事になっても片付けてくれない。主人はストライキを起こして、今朝はその看護師に大声で文句を言った」

みこしこそ担げなかったが、夢を果たした彼は予測したよりも長く自宅で生き、家族の看取る中で 70 年の人生を安らかに終えた。

病院で働く医療者がいかに身を粉にして働いているか。入院経験のある方なら、このことはよくわかると思う。それでも患者にとって、病院は必ずしも居心地の良い場所ではない。基本的な考え方として、病気が慢性化した場合や、あるいは近い将来の死が避けられない場合には、できるだけ自宅で過ごしたい、というのが多くの患者の偽らざる気持ちである。特に人生の終焉を住み慣れた地域で迎えることは、我々日本人の共通する願いであろう。

在宅医療の推進は、医療の現場を踏まえつつこれまで日本が試行錯誤しながら獲得した貴重な経験知であり、その意味で、在宅ケアの総合的な推進が行われてきたことは、大きな意義がある。これからも、入院医療、外来医療と共に医療の 3 本柱として、我々は在宅医療を推進すべきだと考えている。

## 2. 今と昔は違う。末期がん患者の在宅での生活を支える医療と介護

私が在宅ホスピスケアに関わるようになった20年前のことを考えると、現在の状況は夢のようである。在宅で過ごす患者さん、見守る家族、サービスを提供する側の状況はすっかり変わったというのが、現場の実感である。そのことを十分理解していない方々がいろいろ意見をおっしゃるので、この点について触れたい。

医療支援については、1992年の医療法改正に伴い、在宅が第三の医療の場として認知され、その後のさまざまな整備があつて医療行為は非常にやりやすくなった。たとえば、①疼痛緩和はオピオイドの使用が非常に楽になった。注射薬も簡単に手に入るようになったし、持続皮下中、ポートを用いた持続硬膜外注、持続クモ膜下注など、医師の力さえあれば簡単にできる②HOT, HPNなどは処方箋一つで利用可能（しかも当日、遅くとも翌日までには）③各種カテ管理。加えて、在宅療養支援診療所の誕生で、責任ある「24時間支援体制」を在宅の患者と家族に提供できるようになった（医療機関側では、結局ふるいにかげられることになった。全国1万ヵ所は数だけでみると十分である）。

介護支援については、2000年の介護保険法施行が患者の日常生活を強力に支援している。たとえば、①電動ベッド：3モーターの素晴らしい電動ベッド（入院中の患者さんには申し訳ないが、病院で使用しているよりもはるかに上等。家族の介護力に頼っていた20年前は、電動ベッドを使用できなかったので患者に褥瘡がすぐできるし寝たきりになり、家族は腰を痛めて看病できなくなり、それは悲惨であった）②家族の介護：基本的に、家族の介護力をケアの中に組み込まなくても済むようになった。③若年患者の支援、療養通所介護の制度化：2006年の改定で末期がんが特殊疾病に認定され、末期がん患者（だけではないが）を対象としたデイケアが制度化された。後者は、長期に生存する末期がん患者のRespite careとして非常に有効。

問題は、医療/介護支援が充実し、内容的に、在宅は入院と同等（以上）の支援をうけられることを病院で働く医療者がいまだ理解していないことである!!

病院主導で在宅ケアプランが立てられている現状は、大きな問題であり（若干改善されつつあるが）、病院で働く医療者の意識改革、教育をしっかり行わないと、結局「在宅は無理だから」という誤解で、病院から病院への転院が増えることになる。在宅は、20年前の在宅ではないのである。

### 3.死に逝くがん患者の理想的なケアを提供するために

#### ー 施設ホスピス（PCU）と在宅ホスピス ー

死に逝く方の、人間としてのいのちと残された大切なときを支えるトータルなケア。そのトータルケアがホスピスケアという形で歴史上に登場してから、約40年が経過した。わが国には182箇所（平成20年6月1日現在）のホスピス（PCU、緩和ケア病棟と同義）が存在する。わが国におけるホスピスケアは主に、ホスピスという施設で提供されてきたが、ホスピスケアには自宅で受けるもの（これを在宅ホスピスケアと言う）もある。自ら22床の緩和ケア病棟を立ち上げた経験に即して言えば、遺憾ながら、ホスピスはホスピスケアを行う最良の場所でもないし、ましてやパラダイス（楽園）でもない。

そのような経験とは別に、緩和ケア病棟を立ち上げる前の10年間、私は在宅でのホスピスケアに携わってきた。そこで、在宅でのホスピスケアこそホスピスケアの原点（スタート）であるとともに、目標（ゴール）であるという信念を持つようになった。

2000年7月に私は病院長の職を辞し、理想とする在宅ホスピスケアを実践するため、墨田区の両国で小さなクリニックを開業するとともに、「パリアン」というグループを立ち上げた。パリアンはラテン語の Pallium から拝借したもの、この言葉には「雨や風に打たれた旅人などを暖かく包み込むマントやコート」という意味がある。

パリアンは、治癒不能と診断され、死を間近に控えたがん患者（いわゆる末期がん患者）を対象に、在宅でホスピス・緩和ケアを提供する専門チーム。米国のホスピスと非常によく似ているが、大きな違いは医師がチームの中に深く関わっている点である（日本型在宅ホスピスの特徴であるが、これはメリットでもあり、デメリットにもなりかねない）。組織上パリアンは、診療所と訪問看護ステーション、こころのケアや教育研究の専門部門、ボランティア組織などがある。そのほか地域のがん治療を行う病院、PCU、薬局、ヘルパーステーションなどの医療・福祉サービス機関との密接な連携に支えられている。

2006年実績で、月平均12.9人が34.5日の平均在宅ケア期間をもって死亡している（これは日本のPCU平均死亡退院数をはるかに超えている）。

わが国において末期がん患者が安心して安楽に最期まで家で過ごせるようになるまでの道のりは確かに遠いが、重要なことは、わが国において数こそ少ないが、すでにそのような機能を持った診療所が現実存在し、患者の居宅をベースにした地域のホスピス・緩和ケアを提供していることである。このような診療所、PCUなどを基盤にして、地域における緩和ケアの充実をはかることが、これからの課題であり方向と言える。

またPCUとの連携が重要であることは当然であるが、いまはPCUの存在意義を明確にすべき時に差し掛かったと考えている。私自身は在宅ケアの補完（機能としては①症状緩和困難例をコントロールする②いわゆる **Respite care**③臨死期の死の看取り）と考えている。PCUのかつての特養化は避けるべきで、在位日数を評価する仕組みを考える必要がある。

#### 4.在宅ホスピスケアの普及を妨げるもの

##### 1) 時代の流れを理解しない病院で働く医療者

(以下の文は、本年 2 月に行われた舛添要一大臣の、当在宅ホスピス視察への礼状をもとに、まとめたものである)

##### 1.病院医療の視座から、在宅の現場を知らない医療者によってアレンジされる在宅ホスピスケア

現在、在宅ホスピスケアの普及に向けて様々な取り組みがなされているが、その方向付けが主に病院医療の視座から論じられ、進められていることに大きな問題がある。在宅で行われる医療は、病院医療の単純な延長ではない。ただでさえ残された時間が限られている末期がん患者にとって、病院がアレンジする退院調整は一般的に、あまりにも時間がかかりすぎる。そのようになる大きな理由は、在宅の力を病院側が十分理解しない中で、現場を踏んでない者が自宅での医療、患者の生活をアレンジしているからである。もう一つの理由として、現状の在宅医療機関の実力不足も否めない。

##### 2.現場を踏まない学者による、在宅医療の政策的推進

在宅医療の検討とそれに基づく政策推進が、在宅の現状を経験していない学者を中心になされつつあることも、問題である。現場を調査したら、結局在宅は無理、という結論になりかねないことを私は危惧する。

「現状を見て在宅は難しい、不可能だ」という簡単な結論を出すのではなく、「現状は確かに難しい。しかし患者・家族にとって提供するサービスは在宅がベストなのだから、それをいかに実現するかが重要である」、そこに在宅ホスピスの未来があると思う。たとえば「認知症で一人暮らしのがん患者だから無理だ」というのではなく、「認知症で一人暮らしの末期がんだからこそ、どうしたらよいのか」という考えを持たなければいけないと思う。

##### 3.困難な在宅ホスピスケアを実践している、在宅ホスピス提供期間

重要なことは、「理想」に近づいた形のサービスを提供している在宅チームが、日本にはすでにいくつか（私が把握しているだけで 10 か所程度はあります）存在していること。このような機能を持ったチームを計画的に広めることにより、末期がん患者の在宅ケアの問題は解決する、と私自身は楽観的な見方を持っている。

##### 4.在宅ホスピスケアの質を反映する「在宅死率」

在宅ホスピスケアはきわめて専門的な領域であり、なによりもケアの質が問われる医療である。在宅ホスピスケアの質の高さを反映する「在宅死率」が高いということは、同時に、それだけ入院という形で病院の力を借りなくて済む、ということである。

## 5. 在宅ホスピスケアの普及を妨げるもの

### 2) 介護保険が時に障害となることもあるということ

医療サイドから見て、介護保険が在宅医療の普及に対してブレーキになることが多い。介護保険の英訳“Long-term care insurance”という言葉からあきらかなように、介護保険は本来症状が比較的安定し、ケアが長期に及ぶかたの生活支援を想定した制度設計がなされている。従って、末期がん患者のように重篤な症状が急速に進行し、ケアが短期間で終了するような場合には、どうしてもあちこち無理が出てくる。

従来の医療について言うと、医療者と患者との契約関係はどちらかという大雑把で、それよりも医療者と患者との信頼関係を何よりも大事にしてきた。介護保険が重視する契約中心の医療は確かに時代的な要請であるが、契約書がないと医療ができない、医療者・患者双方の信用よりも契約が大事という関係は、信頼関係にもとづく医療の普及を妨げているといえよう。医療保険が主体で行われる病院や外来での医療と異なり、在宅で行われる医療は介護保険のしぼりがかなり強力で、その煩雑な書類作成などに追われて嫌気がさし、在宅の現場を離れていった訪問看護師は少なくない。

末期がん患者の在宅ケアに介護支援専門員が“中心的に”介入してくるのは、大きな問題である。というのは、在宅で過ごす末期がん患者に第一義的に必要なケアは医療的なケアであり、しかも時間が限られる中で刻々と状況が変化していくので、末期がん患者のケアマネジメントを誰が行うべきか、は大変重要な意味を持っている。現段階ではチームの中の訪問看護師が最適と私は考えているが、実際はケアマネの力が大きすぎて、チームが迅速に対応できないことも少なくない（がんを知らないケアマネに説明する手間暇は大変である）。また、ケアマネはチームの中に十分入り込んでいない（日々の情報をケアマネのために流すことは、実際問題難しい）ので、ケアチームの実力を十分認知していないケアマネがケアプランを立てようとする、難しい患者（たとえば認知症を持った独居患者、子供のいない全盲の夫婦、独居患者、などなど）を相談の時点で排除するということが起きる。

米国では MSW の資格が確立しており、ホスピスで働く MSW などには特に高度の学歴、経歴と力が要求されている。ケアのコーディネーション、マネジメントはチーム医療にとってはそれほど重要な意味を持っているのである。我が国のケアマネがそのような力を持っていないことはいたしかたないが、がん患者の介護保険使用に関しては早急に対策を講じる必要がある。

不適切なケアマネジメントによって、本来在宅ケアができる患者を排除することがあってはならない。

## 6. これからのわが国の在宅医療

### — 医療依存度に基づく、効果的な在宅医療サービスの提供 —

(厚労科研医療技術評価総合研究事業、「在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究」)

平成 17～19 年度 総合研究報告書 p 12 「提言」をもとに加筆修正)

これからの在宅医療を考える場合、患者の疾患の種類と関連した医療依存度を考慮し、それに見合った効果的な医療サービスを提供するという発想が特に重要である。この点に焦点をあわせて、これからのわが国の在宅医療について考えを述べたいと思う。

#### I 医療依存度に基づいた、在宅患者の疾患分類

在宅医療の対象となる患者の疾患は基本的に、医療依存度の低い非がん患者 (Group1=G1) と、医療依存度の高い末期がん患者 (Group2=G2) とに分類できる。G1 の大多数は医療依存度が低いが、濃厚な医療サービスが必要なもの (患者数は少ない) もある。前者をG1-A、後者をG1-Bとして両者を区別する。

##### 1. 在宅非がん患者 (G-1)

G1-A と G1-B とに共通する特徴は期間が長期に及ぶことであり、この点は医療供給を考える上で、重要な意味を持つ。

###### 1) G-1A :

症状が一般的に安定しており、医療依存度は低い。医療支援とともに、むしろ生活(介護)支援がより重要な意味を持つ。疾患としては脳梗塞後の状態などで、症状は安定しているが自立困難な状態の患者が想定される。

###### 2) G-1B :

症状は一般的に安定しているが、生活支援と同時に専門的な医療支援が必要。

この分類に含まれるのは、重装備の在宅医療を受ける患者(たとえば人工呼吸器をつけた ALS 患者)や、統合失調症などの精神疾患を患う患者などが想定される。

##### 2. 在宅末期がん患者 (G2)

末期がん患者は医療依存度が非常に高く、ケア期間は短くかつ急変する 경우가多く、死の直前までADLは保たれる。それゆえ、医療上の支援は必要不可欠、生活支援は従である。

#### II 医療依存度分類に準拠した、「提供すべき医療」

##### 1. 在宅非がん患者「G1-A」に対する医療提供

###### 1) G-1A 患者に対する医療の特徴

- ① 医師の行わなければならない医行為は、簡単なものがほとんどである
- ② 訪問看護師に要求される専門性的知識や技術は少なく、必要な医行為は通常の訪問看護師でほとんど対応できる
- ③ 時間外に緊急対応することは稀である
- ④ 一般的に長期間生存し、入れ替えが少ない(医療者にとっては負担が軽い)
- ⑤ 診療報酬上、比較的恵まれている((旧)在総診に相当するわけですが、特に昨年度の在宅療養支援診療所の改定で、この部分は形を変えて大幅にアップしてい

る)

## 2) G1-A 患者に対する医療提供

今後、急激に増加すると予測される在宅患者は、G1-Aに相当する患者である。幸いなことに、G1-A患者を対象とした医療に携わる医師は現状でも決して少なくなく、医師会も積極的に取り組む方向であるので、問題解決はさほど困難でないと思う。課題は強いて言えば、新規に携わる医師への教育・研修であろう。

医療依存度の低いG1患者に対する医療提供は、必ずしも現行の在宅療養支援診療所の形をとらなくてもよいと思う。特に、厳しい規定を設けている24時間体制については、責任体制さえ保証すれば、緩和してよい（たとえば、数箇所の医療機関がGroupを作って24時間態勢をとることなどを認める）であろう。

## 2. 在宅非がん患者「G1-B」に対する医療提供

G1-B患者の絶対数は少ないが長い経過を取るので、家族のレスパイトケアなどの、介護面の充実（具体的には、短期間の入院）が重要である。この点の整備は十分でなく、今後の課題と考えられる。

## 3. がん患者「G2」に対する在宅医療

### 1) G2 患者に対する医療の特徴

- ① 医師の行わなければならない医行為には専門性が特に要求され、疼痛緩和を中心とした各種症状緩和、在宅酸素療法、高カロリー輸液、各種カテーテル管理などの専門的知識と技術を持つ必要があり、医師には在宅での死亡診断ができる力が要求されている。
- ② 訪問看護師は医師の指示のもとにPhysicalな医行為を行わなければならない。また患者と家族に対する心理的、社会的、スピリチュアルな支援を行わなければならない、専門的な知識と技術が要求される。
- ③ 緊急対応（電話対応、緊急訪問など）の頻度が非常に高い。
- ④ 質の高い医療を提供するためには、厳密な24時間体制、訪問看護機関との濃厚な連携が不可欠である。
- ⑤ ケアが短期間に終了する（平均2ヶ月以内）ので、医療者にとっては負担が重い。
- ⑥ 昨年度の改定で、在医総は在宅療養支援診療所しか算定できなくなったが、診療報酬自体は基本的に据え置きである。但し、在宅看取り加算一万点（これは疾患の種類を問わず、在宅死に対して支払われる）は、大きなアップである。

### 2) G2 患者に対する医療提供

がん死は死因のトップであり、著増すると予測されるG1-Aほどではないが、在宅末期がん患者（G2）の数も今後増加すると予測される。

医療依存度の高い末期がん患者の入院先は、一般病院の一般病棟か緩和ケア病棟（PCU）しか求められない。がん専門病院などの高次機能病院には、すでに入院できなくなっており、今後は入院先を探すのがますます困難となるであろう。



さらに、患者の満足度、QOL、Cost performanceなどから考えると、入院医療ではなくG2患者に対する在宅医療を推進することは、正しい方向だと思う。

ただし、問題は在宅医療の提供者をどのように確保するか、ということである。末期がん患者を在宅で看取る困難は医師自身がよく知っており、現状ではG2患者を診る医師が非常に少ない。しかし、末期がん患者の在宅ケアに関わりたいと願っている若い医師の数は決して少なくないので、そのような医師に養成の機会を作るとともに、地域で生き生きと働けるような環境づくりが重要と思われる。

短期間で死亡するG2患者のケアは非常にデリケートな面があり、高品質の医療を効率的に供給するためには、専門的な力を持った診療所と訪問看護機関が有機的な連携をとり、現在の在宅療養支援診療所に要求されている形の厳密な「24時間体制」で対応することが重要である。

### III まとめ

在宅患者に対する医療供給を考える場合、医療依存度に沿った疾患分類を行い、その分類に準拠した供給体制を整備することが重要である。

医療依存度の低い患者を対象とする非専門的な（一般的）在宅医療と、医療依存度の高い患者を対象とする専門的な在宅医療とは区別して考えなければならず、これからの在宅医療の質と量を充実するためには、両者に配慮した政策上の整備が必要である。

## 7. 末期がん患者の在宅ケアは、在宅ホスピスケアの専門チームで

在宅ホスピスケアは極めて専門性の高い医療領域である。専門的な知識と技術を持った在宅医療機関（仮にこのような診療所を緩和ケア診療所、PCC=Palliative Care Clinic と呼ぶ事にする）、訪問看護機関等が密接なチーム連携を築くことによって初めて、質の高いケアを提供することができる。

より高品質のケアを迅速、安全かつ効率的に在宅で提供するためには、医師と訪問看護師の密接な連携は不可欠であり、その前提条件を満たした上で、医行為実施における訪問看護師の裁量範囲を拡大する必要がある。

医師と看護師の連携の絆となるものは、在宅医療機関が訪問看護機関に文書で示す「標準約束指示」であり、個々のケースに対して発行する「事前約束指示」である。事前約束指示が機能するためには、標準約束指示の存在が不可欠である。また、このような形の指示が有効に機能するためには、医師と看護師の信頼に基づく連携は必須であり、しかもこのような指示形態は両者の絆をますます深めるものである。

我が国における今後の在宅がん医療は、がん対策基本法の枠組みを重視しつつ（例えば、緩和ケア診療所はがん登録の義務を負うなど）、緩和ケア診療所と一体化したチーム（専門的な知識、技術を持ち、厳密な24時間体制をとる診療機関、訪問看護機関が一つのチームとなる）で担われる方向で整備されるべきである。

### 提言

- 1) **緩和ケア診療所：** 緩和ケア診療所の要件は、標準約束指示を作成し、その約束指示を共有する特定の訪問看護機関と連携を取る在宅療養支援診療所とする。
- 2) **在宅緩和ケアチーム：** 末期がん患者に対する在宅ケアは、緩和医療に専門的に特化した在宅医療機関である緩和ケア診療所（がん特化型在宅療養支援診療所）に属する医師と、同じく緩和医療に専門的に特化した訪問看護機関（がん特化型訪問看護機関）に属する看護師が密接な連携をとり、在宅緩和ケアチームとして行なうべきである。
- 3) **事前約束指示：** 在宅緩和ケアチームに属する訪問看護機関の看護師は、連携する医師の個別約束指示があれば、標準約束指示をベースにして、個別約束指示の範囲内で当該患者に対する医行為を行う事ができる。
- 4) **標準約束指示：** 緩和ケア診療所が作成する標準約束指示は、医師と

看護師の連携の絆を深める意味があり、ケアの哲学、具体的な指針を明確にしなければならない。標準約束指示を作成していない医療機関や標準約束指示を受けていない訪問看護機関は、個別約束指示に基づいた医行為を行う事ができない。

#### 5) 標準約束指示の対象医行為

標準約束指示の形を取らなければならない医行為は、疼痛緩和、死亡診断に関するものである。

#### 6) 今後の更なる検討

①在宅がん医療提供のあり方については、がん対策基本法の骨組みを重視しつつ、

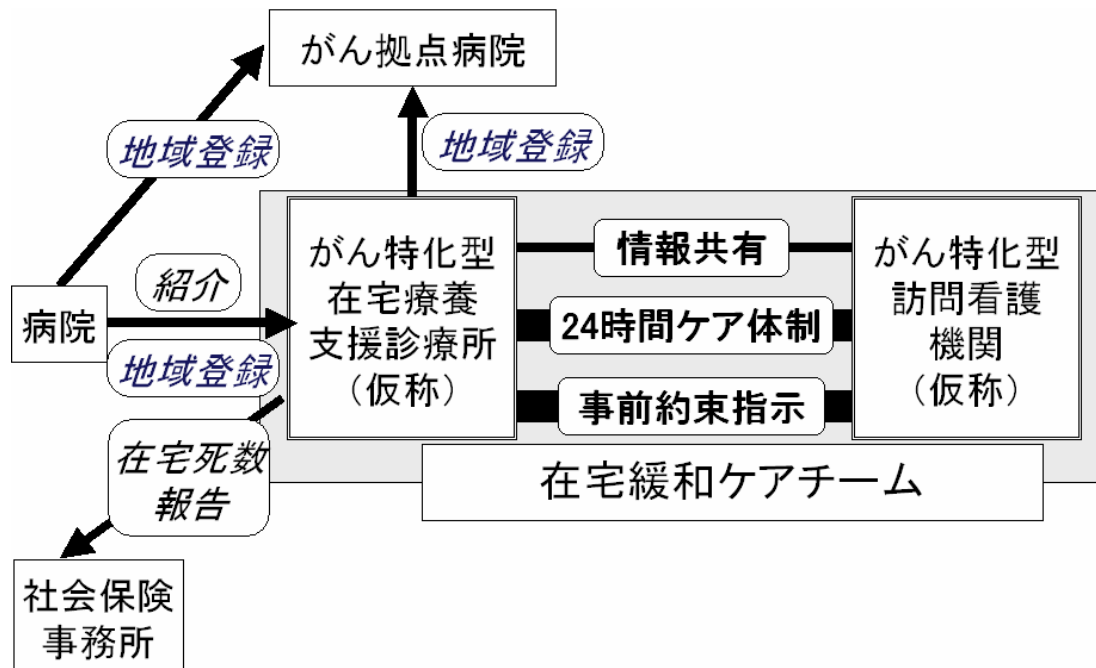
総合的かつ具体的な提供体制を検討し、政策に反映すべきである。

②がん特化型在宅療養支援診療所ならびにがん特化型訪問看護機関は、在宅緩和医療の

提供の他に、地域の他の医療機関・訪問看護機関に対する教育等の展開も考えられる

が、その役割を明確に提示することは今後の課題である。

今後目指すべき形として提示する、在宅がん医療提供チームの形を示す。



## 8. 地域の病院による在宅ケアのバックアップ

### - 在宅療養支援病院というのはどうでしょう -

(このアイディアは、厚労省の担当者へ2007年4月19日、私信として出した手紙に盛った内容です)

先日愛知県豊田市の講演会で「地域で支える在宅ホスピス・緩和ケア」について講演した折、フロアから「病院がなぜ地域医療に直接関与してはいけないのか?」という質問がありました。私は自分自身の経験(賛育会病院長の時、院内のPCU医師を往診させていた)を踏まえて常識的な回答(①在宅医療には小回りが必要、医師が必ず患者の求めに応じて往診する体制が重要。②病院の医師は院内の仕事が優先されるので、質の高いサービスを提供するのが難しい。③院内の職員と違った動きをするので他の医師などからの理解を取りにくいなど)をいたしました。

質問者の厚生連足助病院院長・早川富博先生が私の所へ来られて、詳しい話をしてくださいました。

早川先生がいらっしゃる地域は、最近豊田市に合併されましたがもともと人口1万程度の農村で、病院は足助病院(病床数急性期、療養型あわせて100床台)のみとのこと。地域で往診する開業医師は一人のみ、しかも訪問看護師がいないとの事。足助病院はそのような中で早川先生が往診し、先生が往診できないときは他の医師に代わってもらうという態勢をとり、実際に在宅の看取りをも行なっているとのことでした。「何かあれば救急車を呼んで病院に来なさい」、あるいは「可能なときだけ往診する」というような態勢を想像しておりましたので、正直驚きました。

早川先生の話をつきながら気づかされた事があります。それは、在宅医療支援診療所ならぬ、「在宅療養支援病院」(この言葉が適切かどうかわかりませんが)というものを制度的に考えたらどうか、ということです。

病院が真摯に地域医療に取り組んでくれれば、診療所を中心に展開する在宅医療がもっともっと充実したものになるかと思います。

### 9. 24時間体制は総合診療医（かかりつけ医）に必要か？

（このアイデアも、厚労省の担当者へ 2007 年 4 月 19 日、私信として出した手紙に盛った内容です）

それから「かかりつけ医」のことで感じていることを一言。かかりつけ医に 24 時間体制を背負わす構想がもしあるとすれば、ご一考ください。と言うのは、本当の厳しい（在宅療養支援診療所に要求されたような内容）24 時間ケアを必要とする **Situation** は、意外と少ないと言うことです。ただし病気の種類や状態（私が熱中しております在宅ホスピスケアはまさにそうです）によっては、高頻度の対応が必要です。高頻度の対応を必要とする病気は在宅療養支援診療所で担えばよく、かかりつけ医全てに要求するのは無駄（24 時間ケアは高くつきます）だという気がするからです。

ちなみに墨田区では区と医師会で夜間休日診療所を開いており、内科医と小児科医がまさに **Primary care** を行っています。夜の 10 時以降、翌朝 9 時までの間が真空状態となりますが、この時間帯に急激に発症する病気は少なく、しかもそのような方に対しては救急病院で対応すればよいわけですから、問題は起きにくいと思います。

かかりつけ医制度のエッセンスは医師と患者・家族の信頼関係であります。24 時間ケアについては別に考えられた方がよいのでは、と思っている次第です。

## 10. 彷徨うがん患者の問題

— ひと、死をどのような過程を経て受け入れるか？ —

相談外来に出ている最近しみじみ感じることは、相談に来られる患者さんのところが定まっていない、ということ。特に最近はがん専門病院の対応があっさりしてきたというか、冷たくなったと言うか、早い段階でホスピスや在宅医療機関を紹介するため、患者さんの気持ちがそれについていけない、ということが起きているようです。納得のいかないまま、様々なところを巡りまわった末、やっとたどり着いた場所が私たちの所だった、ということとは珍しくありません。

先日、都内のあるがん専門病院で開かれた会議に出席した折、一人の医師が次のような発言をしました。

“自分たちの病院は、がんの最先端医療を行っている。その医療をもってしても、患者のいのちを救えない状況は当然あるわけだ。そのとき、「ここではもうやることはないので、ホスピスか在宅へ行きなさい」と説明すると、「この病院は患者に冷たい、見放された」と言って、私たちによい感じを持たないまま、患者は病院を離れていくことが多い。問題なのは、そのような患者に対して、「まだあきらめることはない。こんな方法もあるから」と言って、医学的にはおよそ根拠のない治療法を勧める病院があることだ。みんなそちらに行ってしまう。でも、結局だめなのだが。”

その病院は、押しも押されぬがん治療のトップの病院。医学的な事実（Evidence）に基づいた医療に徹しています。よくわかるが、なにかすっきりしませんね。何故でしょうか。

在宅ホスピスカケアに長年携わる中で、最近あらたな発見がありました。それは患者さんがどのような過程を経て、最終的に死を受け容れるか、ということに関しての発見です。

その過程を簡単に述べますと、まず患者さんは医師から「もうやることはない」という意味の病状説明を受けます。それを聞いても半信半疑。第一実感がないし、信じたくもないでしょう。しかし時間の経過と共に、力の急速な衰えを本人は必ず自覚されます。食欲がなくなった、やせてきた、歩けない、立つのも億劫になった、トイレに行くのもやっと、頑張ろうにも力が出ない、などなど。ご本人だけではなく、身近に接するご家族もその様子がよくわかります。死を実感する、もっとも重大なときと言えます。心身のこの危機的な状況を乗り切る、それが最終的にここで死を受け止めることにつながります。あたま、からだ、こころの三者は最初から一致することはまれです。その乖離を埋めるためには一定の時間が必要ですし、なによりも辛く悲しい患者さんとご家族に寄り添う、ケアチームの存在が不可欠です。

彷徨うがん患者に対して正論を述べた、がん治療の専門医。しかし彼にかけていたのは、「ひと、あたまだけで死を受け入れるのではない」という人間理解でした。あたまとからだところがばらばらの患者さん。彷徨うのは当然なのです。彼が行うべき配慮とは、患者さんとご家族に深く関わるチームに、確実にバトンタッチをすることでしょう。

## 11. いのちの尊厳を大切にす医療

講演：「人生の午後を豊かに生きるために」から抜粋

いのちの尊厳が問題となるのは、人間の力がもっとも弱く、自己決定した事柄を自分自身で実行できなくなったときです。具体的にどのような時かという、それは年老いて体が弱ったとき、病に冒されたとき、死が近づいたときです。その意味で、生まれた瞬間から死が運命付けられている人間にとりまして、いのちの尊厳という問題は避けられません。（実はひとの誕生にも同じような問題があります）

そのような危機に対応するためには、どうすべきか。要点を指摘しておきましょう。

①いのちに対する自分自身の考えを元気なうちにもっておくこと（これが難しい。誰だっていやなことを考えたくないから）②その考えを自分の代弁者（通常はつれあい）によく告げておくこと③その考えを理解してくれる医療者、特に医師と密接なコンタクトをとっておくこと（制度として盛り込む場合には慎重でなければならないと思う。あくまで個人の責任の問題である）④問題を具体的に考えておくこと（実際は無理だと思う。僕も39歳の時にがんにかかっていなかったら、自分の問題として死など考えなかったと思う）⑤一定の年齢になったときは、この問題から避けないこと（これはあくまで医師としてのアドバイス。③④と同じ意味合いがある）などがあげられると思います。

スイスの有名な精神学者であるトゥルニエは、「人生の総仕上げをめざして」という対談の中で、人生の午後の最後に訪れる死に関して、次のような興味深いことを述べています。

「死の話題は、今はタブーですが、それではいけないと思います。死が人生の最もパーソナルな事としてよく理解されている文明、たとえば日本とか古代においては、この種のタブーというようなものはあっても弱められ、死はもっと自然にうけとめられています。」

トゥルニエのこの言葉を待つまでもなく、私たち日本人は世界に誇る死生観を身につけていたはずで、その大事な文化を忘却の彼方に捨て去ってはいけないと思います。そうすれば、午後の時間はより豊かなものになるはずだと思うのです。

トゥルニエの言葉にもあるように、死は人生の最もパーソナルな事であり、マニュアル化する（ガイドライン＝GL化する）作業はわが国の文化を考慮し、慎重でなければなりません。これを一定の制度下で実施する場合、現場の医師は患者や家族の気持ちに対して十分配慮し、押し付けるようなことがあってはならないと考えています。

米国と違って日本の文化は、重要な問題を決定する場合、“My decision”ではなく、“Our decision”を大切にします。ましてや、自分の死を考えると、それがまもなく訪れるということがわかっている、あれやこれや行きつ戻りつして、その現状と向き合うのです。一度決めたからそれですむ、というような性格の決定ではありません。米国式のドライで、個人の権利を最優先する決定方法は、日本には根づきにくいし、少なくともまだ時期尚早と考えています。