

# 在宅医学

編集・発行人 佐藤 智  
発行所 在宅医療を推進する医師の会

## 第6号

1996年9月

### 第9回集会の報告～「症例検討会」を終えて～

井出 宏（愛知国際病院）

5月の集会には多くの方に参加して頂きありがとうございました。いろいろな職種の人（学生も含めて）の様々な声が聞けて大変勉強になりました。少し欲張りすぎて消化不良の部分が多くなり申し訳ありませんでした。

今回の集会では来て下さった方に文字どおり“参加”してもらうことを第一に考えました。そのため、第1部の症例検討では、一人でも多くの意見が聞けるように小グループディスカッションとし、内容も専門的なものではなく、自分が困ったことを中心にし、在宅医療のprinciple につながるものとなればと考えました。4つに分けた小グループで各々活発な討論がなされたのは良かったと思います。しかし、時間が少なくグループ発表をするだけに終わってしまい、全員で討論して共有する時間がなくなり残念でした。在宅医療の現場の中で時に患者や家族のニーズが何なのか見えなくなってしまうことがあります。皆さんの意見を聞いて、少し引いて眺めてみることや第3者（医療者以外の人）に介入してもらうことが大切と感じました。医療の一貫性の中で在宅医療の持つ独自性とは何か？など討論のつきない問題も残りました。また、在宅医療を医療の選択肢の一つと



して医療者に広めるだけではなく、患者も選択肢の一つとして選ぶことができるよう啓蒙していく必要も感じました。

第2部では、「ファシリテーター」について皆さんに参加してもらいながら学

びました。これからのは在宅ケアは、既存の施設や専門家だけではなく、地域住民が主体となつた在宅ケアを考えた街作りが必要です。私たち医療者もプロとしての技術や知識を持ちながら、一つの視点からではなく様々な角度から物事を見て在宅医療・ケアに関わって行く必要性を学べたように思います。在宅ケアの中で時に医療者は“調整する役割”をする（したがる？）ことがあります。今後は、単なる調整ではなく、「ファシリテーター」としての役割を担う必要もあるでしょう。しかし、「ファシリテーター」になるにはそれなりの訓練と技術が必要です。医療者にとっては先ずは「ファシリテーター」になるよりも、「容易にファシリテイトされる人」になることが大切ではないでしょうか。

今回の集まりをきっかけに、一人でも多くの人が在宅医療に参加する様になればと思います。

# 症例報告

井出 宏（愛知国際病院勤務）

氏名：Aさん 性別：男性 死亡時年齢：29歳

診断病名：悪性リンパ腫（Non-Hodgkin's lymphoma, large cell type anaplastic,Ki-1 lymphoma,stageIVb

家族：妻と小学校1年生の長男との3人暮らし

[現病歴] 1991年12月末より腰痛が出現し、その後微熱、右股関節部痛も生じたため、A大学病院受診。'92年2月には頸部リンパ節腫大を認め、生検施行、上記診断（右寛骨漫潤（+））を得た。化学療法・放射線療法を施行、3年間に4回にわたり、入退院を繰り返す。だが、いずれの入院も治療効果が現れて全身状態が改善してくると入院が精神的に耐えられないと外泊を契機に帰院せず、自己退院（IVHカテーテル自己抜去）となり外来通院も途絶えることがあった（治療経過中には治癒の可能性もあったと考えられている）。'94年11月8日、4回目の入院（最後の入院）より自己退院となる。

[経過] 自宅療養中、尿道カテーテルのトラブルが生じ、94年11月28日より訪問が開始された。亡くなる95年6月27日まで212日間、48回の訪問診療と175回の訪問看護を行った。

初回訪問時、頸部リンパ節腫大、6" 大の前胸部腫瘍、臍以下の知覚脱失、下半身の完全麻痺、左大転子部に10" 大の褥瘍などを認めた。Iさんは強い疼痛、高熱、咳などに苦しんでいた。入院について聞くとIさんは、「病院にはもう行きたくない。モルモットみたいだ。あんなにひどく辛い治療を我慢してやっても、みんな次々に死んでいく。あんなことを繰り返すくらいなら、生ゴミみたいに捨てられたほうがマシだ。もう、病院には期待していない。病院の

壁も注射もみんないや！安楽死させてほしいくらいだ。」と言い、妻は、「　術の先生が、“治る、治してやる”と言ってくれたんです。私たちそれにかけています。」と言い切った。そして、　術士のすすめる様々な療法を行い、本人の治癒力を妨げるという理由から症状緩和のための内服を拒否した。私たちは戸惑いを覚えながらも訪問を開始した。それでも、39 の高熱が続くため、NSAIDを内服するようになり、疼痛をこらえ切れずにMSコンチングを服用するようになった。だが、基本的には我慢できなくなると仕方なく内服するというもので、いつも疼痛や倦怠感があり、不機嫌で家族や私たちを怒鳴り散らすことも少なくなかった。

95年1月に入ると、発熱は余り認めなくなるが、頸部や前胸部の腫瘍は増大した。私たちは今後の対応を考え、1月中旬、　術士の人と会った。「私たちもIさんに関わっている。協力して良い方向に持っていくたい。今の状態はどうでしょうか。　術の立場から何か意見はないでしょうか。」と尋ねたところ、「忙しくてしばらく来れなかった。少し悪くはなっているが、春までには歩けるようになる。本人の治ろうとする気力が一番大切。抗生物質とモルヒネはよくない。モルヒネは細胞を眠らせ、免疫力を減じる。熱や痛みは身体が反応して、細胞が活性化されて悪いものが身体から出していく証

拠。痛みは良くなる過程とむしろ喜んでほしい。鎮痛剤を夜寝る前に少量飲むのは仕方がない。しかし、段々それもいらなくなるでしょう。」と言った。その言葉に対する妻や本人（妻ほどではないが）の信頼度は高く、実際術を受けると四肢は暖かくなり、Iさんも私たちには見せたことのない穏やかな笑顔をするのであった。褥瘡の外用剤まで拒否され、変わりに術士に言う物（サンゴカルシウム）を傷の周囲に使って欲しいと頼まれた。私たち訪問スタッフは、「私たちに何を求めているのか？我々は何をどこまですれば良いのか？役割は何なのか？医学的にはどうなのか？」という思いに悩んだ。とにかく「Iさん夫婦の希望を最優先させて、それを受け入れ静観する。しかし、不必要的苦痛を来すことのないよう、精神面からのケアも含めて関わっていこう。」とした。

2月のある夜、Iさんは蕁麻疹から喉頭浮腫となり、呼吸困難を起こした。緊急に訪問し、「点滴をしてステロイドを使う」と伝えると、妻は躊躇したが、Iさんは「苦しい、死んじゅう、何でもいいから早く」と叫んだ。症状はすぐに落ち着いた。翌日Iさんは「ステロイドなんか注射するから調子が悪い、だから術士を呼んでと言ったのに」と言い、私たちを驚かせたが、その後で「生きていて良かった。・・・昨日、死ぬかと思った」とポツリと一言いった。この事件のあとより、Iさんは、妻の行為に素直に感謝したり、少しづつ私たちの言うことを受け入れてくれるようになった。

\*\*\*\*\*

### [問題点・反省点]

1) 患者や家族の要望にどこまで応じるのか、その要望が医療者の判断、医療観からみて、受け入れられないものの場合、どうすれば良いのでしょうか？

この症例では、患者や家族は術士を信じており、その治療法が第一でした。私たちは、

しかし、腫瘍は更に増大し、右上肢、そして左上肢と麻痺が進行、3月には四肢麻痺の状態となった。左大転子部の褥瘡は骨まで達し、他の部位にも褥瘡ができた。胸郭は動かなくなり腹式呼吸となり、痰の喀出も困難になった。酸素濃縮器を設置し、呼吸困難時に適宜使用した。

4月になると腫瘍や褥瘡、四肢麻痺の状態は変わらなかつたが、リンデロン2、MSコンチン140、ナイキサン3錠にて症状は比較的コントロールされた。全身状態も落ち着いており、感情の起伏はあったがポテトチップスを片手にTVを見て過ごす穏やかな日々が続いた。いつの頃からか、術士は来なくなり、の信者の姿も見えなくなり、肌身離さずつけておいたお守りもはずされていた。このころIさんに、「何か特にして欲しいことは？」と聞くと、「分からない内に死ねる薬が欲しい。それで楽になれる。」と笑って言った。「楽になれるって、今、やはり痛いの？苦しいの？」と聞くと、「いいや、オレって動けないし、みんなのお荷物じゃん。」と言った。

5月になると、頻拍発作（Max rate 210, narrow QRS tachycardia）が出現、ワソランにて対処可能だったが、これを契機に、心拍数が正常でも血圧は100を下回るようになり、ほとんど食べられなくなった。背中や足など至る所に褥瘡ができ、補液や一時的に輸血を行うも全身状態はゆっくり低下、6月27日家族の見守る中永眠した。

\*\*\*\*\*

薬が思うように使えないだけではなく、褥瘡の処置に術士のすすめるものを使いました。消毒された物ではないので、さすがに直接傷には使用しませんでしたが、傷の周囲には最後まで使いました。訪問した際、術士が来ていて、その治療が終わるまで待ったり、他家を先に訪問して出直すこともありました。

患者や家族と　　術にどのように関われば良かったのでしょうか？痛みがコントロールできるよう、もっと積極的に働きかけるべきだったのでしょうか？　　術のすすめる物を傷に使ったのはどうなのでしょうか？

この問題は「薬を一切飲みたくない」「水を飲んでいる」など、日常の診療の中でもよく起こることと思います。しかし、主体がより患者にある在宅の例では、いっそう顕著に感じられます。様々な価値観や医療に対する考え方方が多様化している中で、どのように患者さんのニーズに応えて、在宅医療を行っていけば良いのでしょうか？

2) 長期に渡り、頻繁に訪問したが、効率という面ではどうであったか？

主な介護者は妻一人であり（左前腕骨折の術後で痛み有り）、病状もゆっくりではあるが進行するため、約7ヶ月に渡り、ほぼ毎日となる訪問が続いた。看護婦二人で訪問することもしばしばあった。患者さんは入院を希望していなかったので、私たちもそのつもりはなかったが、やはり負担であった。妻もかなり疲れてき

て入院希望をほのめかすこともあった。　　術との関連においても一時的な入院も良かったのでしょうか？

この問題は、“在宅医療はどこまでやるか？”ということにつながると思います。終末期医療（ガン意外でも）の場合だけではなく、例えば、安定していた在宅ケア患者が肺炎や心不全を起こしたとき、そのまま在宅で治療するのが良いのか、入院が良いのか。何を指標にして考えるのか、医学的にはどうなのか。医療の効率の面からはどうなのでしょうか？

3) 若年のため、ほとんど社会資源が利用できなかった。ヘルパーさんにも来てもらえず、妻一人での介護は大変だった。入院でもあれば多少保険の入院料が入るが、在宅ではそれもなく、経済的にも大変である。名案はないものか？

4) 血液疾患は門外漢である上、治療をしないで経過を見、しかも在宅で診るのはもちろん初めてのこと。専門的にみてこの状況のなかで何かやってあげられることはなかったのか？

## グループ・ディスカッション

1グループ7人～8人でなる4つのグループにわかれて意見交換がなされた。各グループには必ず2～3人の愛知国際病院のスタッフが加わった。ディスカッションの時間は40分もたれ、模造紙にディスカッションの結果をまとめ、代表者が5分程で発表をした。各グループの意見は、大略下記の内容であった。

### 患者側のニーズとは何であったか

- ・訪問が始まる際の患者側と医療者側へとの契約の内容はどのようなものであったか。一誰のどのような希望・判断によって訪問が始まったのか。・退院が即、在宅医療を患者が希望していることにはならない。
- ・先ず、患者が一番困っていることだけを行うべきではなかったか。一カテーテルを外す等
- ・精神面のケアに重点をおくべきではなかったか。一精神科医などの専門医の利用、在宅でのホスピスケアなど死を受け入れるためのケアを
- ・時には患者と距離と時間において接することも必要だったのではないか。

### 前の主治医との関わり方について

- ・前の病院での主治医の、病状、治療に関する説明を患者は正しく理解していたのか。
- ・ターミナルを途中から引き受ける場合には特に、前の主治医との引き継ぎ、コミュニケーションが大切。



### 民間療法をどの程度受け入れ、評価するか

- ・民間療法が精神的な支えとなる点は確かにあるが、民間療法が治療の主導権を持ち、西洋医学を拒否したことがこの症例での問題点である。
- ・民間療法士は医療者ではないから、「必ず治る」と言っておきながら、いざとなれば逃げることができ、責任を追求されることはない。外来診療の場合は、患者に選択の責任があるが、在宅医療の場合は、医療者側が患者の側に入っていくので、医療者はその関わり方を明確にしておかないと訴訟問題に発展したときに責任を問われることになる。
- ・民間療法士に会って直接話をしたことは良かった。



今回の症例に関して、各グループ共に、時には少し患者と距離をおいて患者のニーズは何なのかと振り返ってみることも必要だったのではないか、という意見で一致していたが、同時に、担当の方々の頑張りを評価する声も高かった。グループディスカッションの発表が行われた後、井手宏医師より、以下のような補足説明があった。

「“退院＝在宅医療か？”という意見も先ほど出たが、大前おどして、この症例も含めて多くの場合が「在宅医療・ケア」という選択肢が予め患者の側にあって退院したわけではない、ということが挙げられる。病院から家に戻り、膀胱カテーテルが詰まったり、熱が出たりと何か困ったことがあると、ヘルパーさんなどを通じて、在宅医療、訪問看護を知り、医療機関を求めてこられるというケースもまだ多い。この症例もそういう事情から訪問が始まった。またこの場合、「病院に居たくない」という思いが強く、積極的に在宅で療養しようという意志があってのことではなかった。訪問開始時、症状が安定するまで一時入院をし、

落ち着いてから在宅療養をしてはどうかとも勧めたが、患者の希望は、とにかく入院は嫌だということであった。確かに患者の側から診療に来て欲しいという強い要請があった訳ではない。しかし、患者、まほとんど寝たきりの状態で、妻は手を怪我しており、一人で介護できる状態ではなかったので、ケアの面を中心に手伝っていこうということで訪問が始まった。主要な病気については民間療法士にお願いし、その部分に関してはこちらには一切ふれて欲しくない、しかし、その他の枝葉の部分、例えば腹痛などでは医師に診て欲しいという患者の思いは、どこかで医療と繋がっていてほしいという複雑な気持ちの現れだったと思う。」

5月11日（土）の愛知国際病院での第9回の会では、午前中に、2名の医師が「往診同行」に、医師2名、看護婦3名、薬剤師1名が「訪問者同行」に参加させていただいた。午後の集会には、医師13名、看護婦3名、薬剤師1名、学生3名が参加した。1月の会則の改正によって、会友として医師以外の医療従事者の方々にも参加枠が広がり、今回は初めて医師以外の医療従事者をも含めてのディスカッションとなった。また、集会の内容を「学術的に」していくという前回1月の総会の結果をふまえ、その具体的な試みとしての「症例検討会」をこれも今回初めて行ったが、話がつきないという雰囲気の中、盛会の内に終わった。会場となった愛知国際病院のスタッフの方々には、井手出先生をはじめとして大変お世話になりました。本当にありがとうございました。（事務局）

## 訪問看護に同行して

●小林 きみえ（看護婦・熊本県・竹本医院勤務）

当院では、訪問看護を始めてまだ日が浅いので、今回は他の施設ではどのような訪問看護をされているのかを知りたいと思い、参加させていただき、脳梗塞後遺症のSさんと髄膜腫術後で寝たきりのKさんの訪問看護に同行いたしました。

先ず第一に感じたことは、お二人とも明るく生き生きと生活されているという点でした。Sさんの場合、食べることを唯一の楽しみにされており、行動するのが困難にも関わらず、一人で冷蔵庫を開けに行なったこと、お孫さんが置いていた食べ物をこっそり食べてしまったこと、また休日には大好きなコーヒーが飲みたくて近くの喫茶店に行こうと車椅子で道路へ出てしまったことなどを、楽しげに訪問された看護婦さんに話されていて、患者さんと看護婦さんの関係ではなく、まるで友達に接するような印象を受けました。Kさんは経管栄養の患者さんで映画が好きな方でした。介護はご主人一人でされているのですが、部屋の中がきれいに整理されていました。「こんにちわ」、「遅い」、「待ってくれたんだ」といった会話が看護婦さんとKさんとで交わされ、「今日はアラン・ドロンは来ないよ」と看護婦さんが言わると、同行された男性を見て「ジェームス・ディーンだね」と答えられ、看護婦さんが、患者さんの生活をごく自然に共有されているなどを感じました。Sさん、Kさんともに、看護婦さんに対して、家族のこと、自分の体調のことなど色々なことを自然に話されていることに感心しました。

当院では、患者さんとまだこのような関係を持つに至っておりません。今後の目標として頑張って行きたいと思っております。関係者の皆

様本当にありがとうございました。

## 症例検討会に参加して

●吉崎 涼子（看護婦・東京・公立昭和病院消化器病棟勤務）

今回、井手先生から提示された症例によって、「病院にはもう行きたくない。モルモットみたいだ」と医療不信と絶望に陥り、またそこから民間医療に救いを求め、西洋医学を拒否してしまう患者さんとその家族の心情を十分にくみ取ることができました。また、スタッフの方々が、患者さんと向かい合い、患者さんの要望を受け入れ静観し、最後まで看取られた過程では、大変なエネルギーと根気を要したであろうと、深く頭の下がる思いがしました。今回のこの症例は、在宅医療ならではの“縁の下の力持ち”という役割を、申し分なく発揮したのではないかと思います。

在宅の中で、ベストな医療を提供していく為には、その家族のこれまでの歴史や事情の中に入り込まざるを得ないところがあり、かなり“しんどい”面があると思います。今回のような「症例検討」を重ねていく中で、経験を共有し、これからのは在宅医療のそれぞれの活動の指標が確立されていくことを望んでいます。

●岡田 学（愛知医科大学5年）

今回の「症例報告」により、医師が家庭という、患者を取り巻く環境そのものの中に入っていくことによって、まだ私には、想像もできないようなことに遭遇することもあるのだということを知りました。私は、まだ病院実習も始まっておらず、講義の中でもいわゆる「うまくいった」症例しか勉強していないため、5年生



にもなって初めて聴く、このターミナルの症例報告の生々しさに大変驚きました。

私自身がプライマリ・ケアに興味があり、在宅医療もプライマリ・ケアがほとんどであるかのように思い込んでいた為に、ターミナル・ケアのことが頭から抜け落ちていたこと（これは私たちの世代が病院で死ぬと言うことをあまりにも当然と受け止めていることも一因にあると思います）、また、在宅医療は、簡単に大病院へ通うことができる都市よりも、むしろ地方で行っているという先入観もあって、地域医療と在宅医療を混同していたことなど、以前に私が勝手に抱いていた「在宅医療」のイメージとはかなり違う現実があることを知りました。また、在宅医療を希望される患者さんにしてみても、私は、患者さんにとって在宅医療を受けることはごく自然なことで、患者さんも在宅医療に関してポジティブな意見を持ち、協力的であると思っており、今回の症例のように、病院の医療に対してのネガティブな思いから在宅医療に至るということ、しかも本人の強い希望ではなく、周囲の取りはからいにより、在宅医療が始まったということは意外でした。

私の周囲でも将来、地域医療・在宅医療に携わりたいと思っている人は多いとは思いますが、私に限って言えば、その時点で既に患者さんと交流もせずに、あたかも自分が地域の人々より上の立場から何か一方的に与えているような考えに毒されていることに、この映画と併せて池住氏の「ファシリテーター」についてのお話を伺い反省させられました。

自分の将来について上の先生方に意見を求めるても、よほど積極的に外に出ていかない限り、大学病院の先生方の意見を伺うことが圧倒的に多い、つまり学生時代から大学病院の価値観に

染まってしまうことになります。私はこの問題は重要ではないかと思っています。より多くの学生がこの会のことを知り、活動に参加させて頂くことを希望しております。

### ●飯田 万次（愛知県・碧南市民 病院勤務）

当日の討論の結果、参加者の意見が共通した点は、“医療者側の介入のし過ぎではないか”ということでした。確かに少し距離をおいて考えるとその通りだと思います。しかし、この症例のように在宅で患者さんと接し始めれば、単に患者側が医療者側に求めてくることに対してだけに、私たち医療者が対応していくことで良いのか？という心情に至るのは当然のことかもしれません。真剣に考えれば考えるほど、自分たち医療者側の対応が悪いために、患者側が本当に望んでいることを求めることができないのではないだろうか？と「医療者側の努力不足」のように感じてしまい、結果として、「介入のし過ぎ」になってしまったと思います。



医療の目標は、患者さんに満足していただくことだとは思いますが、100%満足していただくことは不可能です。医療者側からみて、患者側の満足度が低いと判断すると、自分たちの努力不足と感じてしまいます。こういった場合、目標の到達点を下げてみることも必要かもしれません。

しかし、この症例に対しては担当された方々はよくやられたと賛辞の言葉を贈りたいと思います。

# 在宅医療の核心（2）

病院医療と異なるところ

鈴木莊一（鈴木内科医院院長）

（前号からのつづき）さて私は、プライマリ・ケア学会の大会の度に「在宅ケア」の実態を発表を続けたが、さらに私の思想を鼓舞したのは、「脱病院化社会」（イヴァン・イリッチ著・金子嗣郎訳、晶文社、1979年）である。このウィーン生まれで、アメリカやメキシコで活躍された司祭さんは、「医療そのものが健康にたいする主要な驚異になりつつある」と述べ、高度管理社会における根底的な医療批判を加えていた。

そして55年（1980年）、盛岡で開かれた日本心身医学会のシンポ「プライマリ・ケアと心身医学」の中で私は「在宅ケアにおける心身医学的アプローチの有用性について」という題で、表1を提示し、以下のような発表をした。

在宅ケアとは、文字通り住む家のケアである。在宅で提供される医療はケアの中心でなければならない。在宅患者は永年生活してきた家庭の中に住んでいるので、時間も空間も自由であり、食べ物も着る物も自由である。したがって、在宅ケアこそが人間中心、患者中心である。一方、入院医療の中心は診断と治療（Cure）である。その入院期間中は、病人を正確に診断し、治療に向けて最高の技術が発揮されねばならない。そのために患者は管理され、朝は6時に起こされ、夜は9時には消灯となる。明らかに自由は束縛されている。そこには、その人の自由なプライバシーではなく、病室という空間に閉じこめられてしまう。したがってそこではともすれば、臓器医学、医師中心となり、患者の意志より医師の判断が優ってしまう。私はその後、日本プライマリ・ケア学会の中に、在宅ケア研究委員会を昭和58年度より組織

表1：在宅と入院の比較

	生活		衣食	医療	核心
	時間	空間			
在宅	自由	自由	自由	ケア	人間中心 患者中心
入院	制限	制限	制限	キュア	医学中心 医師中心

し、多くの医師、保健婦等によって報告書を発表し、また最近の同学会でも大都市診療所の1年間の在宅医療の実態を発表し続けている。そして住民の、特に高齢者の場合、介護者がおれば、願わくば在宅医療を望む人が多いことをしっかり掴んできた。特に、平成6年度より365日24時間連携が診療報酬上評価されたことは大きい。私は大森医師会山王地区の2つの診療所、そして3人の医師に、在宅重度患者が生じた場合、ファックスで情報を伝え、私の不在時に備えており、既に2回程連携医に看取ってもらった。逆に先方の診療所から当院に末期患者の情報があらかじめ伝えられ、私が最後を看取ったこともある。また後方病院は、日赤大森病院をはじめ、数カ所連携し、緊急時に備えている。これからは病・診、診・診連携などにより、点としてではなく面としての在宅医療が各地において発展することは間違いないと思う。どこの医療機関でも、診療所や病院と連携して、さらには訪問看護ステーションや在宅介護支援センターと連絡を密にすることによって、自己完結型ではない地域医療を確実にすすめることができると思う。

