

- social functioning and vitality on preference for life in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2003; 18: 171-5.
- 27) Moore O, Gurevich T, Korczyn AD, et al. Quality of sexual life in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord* 2002; 8: 243-6.
- 28) Schrag A, Hovris A, Morley D, et al. Young- versus older-onset Parkinson's disease: impact of disease and psychosocial consequences. *Mov Disord* 2003; 18: 1250-6.
- 29) Herlufson K, Larsen JP. The influence of fatigue on health-related quality of life in patients with Parkinson's disease. *Acta Neurol Scand* 2003; 107: 1-6.
- 30) Quittenbaum BH, Grahn B. Quality of life and pain in Parkinson's disease: a controlled cross-sectional study. *Parkinsonism Relat Disord* 2004; 10: 129-36.
- 31) Swinn L, Schrag A, Viswanathan R, et al. Sweating dysfunction in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2003; 18: 1459-63.
- 32) 大西美紀, 他. 侵襲的人工呼吸器装着の選択が筋萎縮症側索硬化症(ALS)患者の介護者の心理的負担感に及ぼす影響. *看護研究* 2003; 36: 363-73.
- 33) Joyce CRB, et al. A theory-based method for the evaluation of Individual quality of life: The SEIQoL. *Qual Life Res* 2002; 12: 275-80.
- 34) Cousins R, Davies AD, Turnbull CJ, et al. Assessing caregiving distress: a conceptual analysis and a brief scale. *Br J Clin Psychol* 2002; 41: 387-403.
- 35) Spliethoff-Kamminga NG, Zwinderman AH, Springer MP, et al. A disease-specific psychosocial questionnaire for Parkinson's disease caregivers. *J Neurol* 2003; 250: 1162-8.
- 36) Caap-Ahlgren M, Dehlin O. Factors of importance to the caregiver burden experienced by family caregivers of Parkinson's disease patients. *Aging Clin Exp Res* 2002; 14: 371-7.
- 37) 大生定義. パーキンソン病患者のQOL. *日本臨床* 2004; 62: 1696-700.

はじめに

病院における医療のほとんどは「生命を維持する」ことにあった。病気を治し障害をより軽度な状態に改善させるべく、その機能が発揮され能力が費やされるのだ。そこには回復する患者もいれば、回復しない患者もいる、さらにより悪化した状態で退院を待つ者もいる。要するに病院の機能とは、身体のあるレベルにおける平衡状態を作り出す場であるとともに、もはや平衡状態は作りだせないという評価を下す場でもある。そしてそのいずれもが収束するところは「退院」なのだ。

退院計画を立てるといふことの意味するところはただ一つ、それは生活の場に帰すということである。したがって、「生命を維持する」ことと「生活の場に帰す」ことがどちらも同等の重要性を持つものとして語られなければならない。

● 病院改革のプロセスから見えるもの

①生命を維持する、②生活の場に帰す
 病院における医療作業の順序は①から②へと流れる上流-下流の関係にあり、指示系統も①が常に上位にある。①に心血を注ぐためには、医師一人あたりの多すぎるベッド数や、外来診療の煩雑さを改善することが必要である。入院患者一人あたりに割く時間を増加させ、密度の高い医療を短時間で行うことにより、医療事故を未然に防ぎかつ診療報酬の単価を引き上げ、結果として時間にも経営にもゆとりのある体制が作られるように考えられたといえよう。入院日数の削減やDPCの導入はそれを意図したものだといえる。

しかし、平成14年度厚生労働省大臣官房調査によれば「受け入れ条件が整わないために退院で

きない」患者が18%に上る結果となっている。つまり、医師がいかにか①に全精力を注いだとしても、②生活の場に安心して帰られる状況を創り出すことができなければ退院できない事実がある。

● 病院内部の意識・構造改革

①生命を維持する、②生活の場に帰す
 病院から退院するということは②生活の場に帰ることである。従来の医療方針を病院が継続する限り、①に専念するあまり②がおざりにされ続ける危険性がある。

もし②を①と同じ重要な目的として医療者が認識するのであれば、まず医療者は「どのように治すか」と同時に「どのように帰すことができるよ」うな検査と治療を行うかを思考するだろう。これは病院内部で使われるパスの内容に大きく関わることとなる。つまり、パスとは「治療のパス」であると同時に「帰宅可能なパス」でなければならない。

入院したその日から退院計画が始動することになる。治療によって得られる結果が生活者（患者と家族の全体）に、多大な生活の変更を強いられるのであればあるほど、②は早急に進められなければならない。老人であれば介護保険の申請を、若年ならば身体障害手帳の交付を、想定される治療の結果と平行して進めていくことになる。

図1をみればわかるように、退院して在宅生活を開始するにあたっては、生活を支えてくれる医療、看護、介護、行政、ボランティアなどの、さまざまな職種間の連携が最も重要となる。生活者を含めた多元的な連携を最も円滑に始動させるための最高意思決定機関が、「サービス担当者会

治療(JTherap.)別刷
 Vol.87.3月増刊号<2005>
 株式会社 南山堂

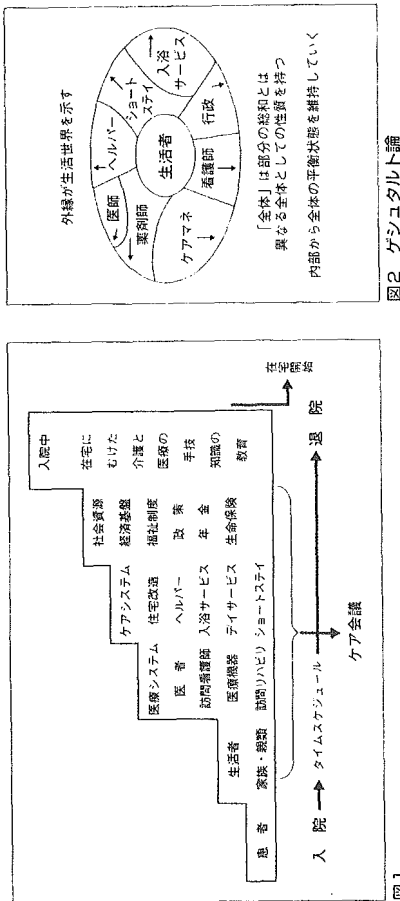


図1

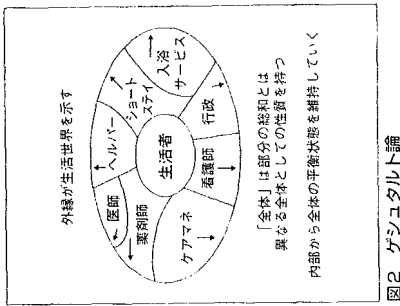


図2 ゲシュタルト論

議論(ケアカンファレンス)である。主治医であればこれに出席するのは当然であり、この会議を入院中に行うことによってすべての在宅生活における用意を整え、退院当日からケアのすべてが円滑に始動するべく、病院内部の機能がそこに収束していくのである。逆に、検査や治療を積極的に行わないことが重要な帰宅因子となることもある。①と②との間に乖離がある場合には、検査や治療を行わないことのメリットとデメリットを、生活者の生活を想定しながら、的確に説明できる能力と責任を病院は持たなければならぬ。

ここに①と②は同等の重要性を持ち、病院医療の2本柱として、入院と同時に機能することとなる。

③ 生活世界と在宅ケアの構造

図2は生活者が営んでいる生活世界の構造を示す。医療も介護も生活者の24時間生活の内部において行動することが原則である以上、医療者の存在自体がすでに生活者に対して影響を与えていることになる。したがって医療者の影響抜き、純粋に客観的な生活者という存在はありえない。通常、医療者は客観的に観察を行い、対象を把握し、EBMに則った作業を行うことには長けているが、この客観的把握という認識や行為自体が、むしろ生活者に対して多大なしなかもあらぬ影響を与えてしまうのだ。在宅医療者に第一義的に必要な資質とは、生活者の世界や彼らの心情に共感し、同胞としてともに歩んでいくという、実感を伴う生活者との一体性、一つの全体を作り上げることにある。そのうえで客観的に把握するという作業が、生活者の許可の下に許されることとなる。要求されるのは患者を変えていく医療ではなく、医療者みずからが変わって生活世界の一員になることなのである。医療者は病院内部での作業と明らかに異なることを認識しなければならぬ。医療はもろろんのこと、生活者に関わるすべてのシステムは生活世界の内部構造となっていることが重要なのである。

図3では生活世界のすべての構造が、在宅導入→在宅維持→在宅看取りという時間的経過をたどることを示す。あるときには在宅中止になる事、つまり医療依存度が高くなり再入院(たとえばベッドから落下して骨折)となったり、他方介護依存度が高くなり(家族が急に入院したため)施設入所、地域援助が必要になるというよう、紆余曲折を経ながらもそれぞれの居宅で生活を続けるのである。退院当初は居宅生活が主であって

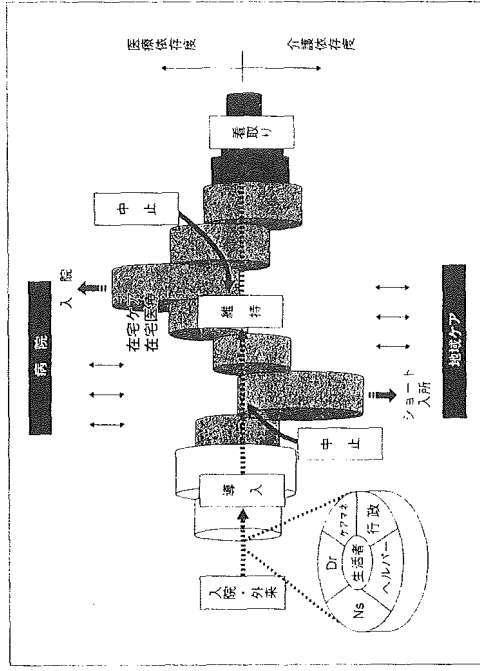


図3

も、さまざまな事情によっては生活の場が移り変わることもありうる。種々の状況を想定した解決策を事前に作り上げなければならぬ。

④ 退院計画：医療従事者の選定

「入院させた」ということは「退院させる」ことである。入院した日から退院計画を始めよう。退院可能な状態にするときに重要なことは、医療的重症度(医療依存度)と退院可能か否かは無関係であるということである。つまり医療的には退院可能な重症度であっても、介護力さえ保たれれば退院可能である。とはいっても、医療依存度が高い以上はなるべく医師が居宅に赴くことが望ましいわけ、したがって入院中に以下のような順序で医療従事者を検討することになる。

- ①24時間365日居宅訪問する医師を探す。「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかれば本」参照のうえ、登場している医師に連絡して孫引きしていく。「NPO在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク」の事務局長、「日本在宅医学会」の事務局長などに連絡して①の医師を探す。①の医師は

利用する側にとっての信頼度が高い。③と⑤の組み合わせは医療依存度が高い在宅療養者にとってには必要である。危機管理を徹底することによって在宅可能となる。

⑤ 退院計画：介護可能性

医療従事者の選定以上に重要なことは介護の充実である。どんなに医療的重度が高くとも帰宅できない患者はいないのだが、他方、介護力いかによっては在宅でできない患者がいくらかも出現することになる。つまり介護度5であっても、要支援程度であっても介護不能事例（家族の介護拒否など）が発生する事実がある。したがって、介護度の判定と実際に介護可能か否かは無関係であり、むしろその家庭の介護可能性を考慮しなければならぬ。介護可能性とはすなわち生活者全体の生活継続可能性という言葉に置き換えることができる。

その第一の目安は家族の全体性である。家族がたとえ同じ屋根の下に住んでいても（住民票上の家族）、心理的に分裂している場合には、生活者という全体性からはかけ離れた状態であることと認識しなければならない。患者本人の意見にしがたがって医療を行うと家族に非難されることがあるだろう。妻の意見を聞き入れると長男になじられるかもしれない。つまり、在宅医療が可能になるか否かは一もろろ患者本人の意向が最優先されなければならないことはいままでもないことだが、一多少のニュアンスは異なっていたとしても、生活者全体の意見がほぼ同じベクトルにあることが必要である。もし分裂した家庭の在宅医療を行うことになったなら、まずやるべきことは、行政の家庭相談担当者にゆだねることである。一つの全体として成り立つ家庭でない限り、原則的には在宅医療の対象にはならない。いったん生活者が一つにまとまれば、医療者はそのベクトルの方

⑧ ⑥⑦の日程が合えば、在宅ケアに携わらすべての（病院と在宅の）医療、看護、介護関係者（場合によって行政も）がカンファレンスの場に集合する。

⑨生活者が希望する目的（がん患者の在宅看取りのようにゴールと呼べるものもあれば、脳梗塞後遺症の老人のように生活の平衡状態を保ち続けていくものもある）を、在宅ケアに参加するすべての職種が共通認識として持つ。

⑩それぞれの役割分担を確かめる。
⑪院内において行う作業と居宅に整備するものに分けて、退院までに準備をしておくべき事柄を整理する。

⑫退院

しかし、目標とする身体状況が変化することもある。状況の変化によっては上記組み合わせが異なってくる。さらに、一人の患者にケアカンファレンスを複数回開催することもありうる。

⑬退院計画：居宅支援、人的支援

居宅支援の中心は人的支援である。

①介護保険によるホームヘルプサービス：2006年から開始された介護保険によるサービスは2003年に最初の見直しが行われ、点数の改定が行われた。さらに2006年には医療保険と同時期の改定となり、介護度の変更も考えられている。生活援助と身体介護の2種類に分けられるが、現場においては両者を厳密に区別することがむずかしいことも多い。さらに重症者の介護はその医療依存度の高さに、医療的行為と介護行為が時間経過の上に混在する形となり、単純に医療従事者の仕事と介護従事者の仕事に分離することが困難であるといえ、今後の検討課題である（図4）。ホームヘルパーの作業の質は個人によって開きが多い。退院後の生活内容に照らし合わせて、適切な介護を行う質の高いヘルパーを選ばなければならぬ。選択のコツは作業の質と作業継続時間である。作業の質については述べるならば、例として、人工呼吸器をつけて生活している筋萎縮性側索硬化症（ALS）の家庭での身体介護においては、医療依存度の高い吸引を頻回に行う作業とともに、

8:20 訪問・挨拶、引継ぎ・記録確認、代診 8:30 エントランス 8:33 点検・目やみ取り 8:34 点検 8:39 洗面準備 8:43 業務引継ぎ 8:47 掃除機 8:52 化粧水塗布 8:53 頭髪確認 8:54 頭拭く 8:56 吸引 8:57 リップクリーム塗布 8:58 脱着機かけ 8:59 回廊水切り 9:00 キャッチアップ 9:01 洗面片付け 9:02 お茶準備 9:07 胃ろうより水分補給 9:08 文字盤 9:10 掃除機かけ	9:25 吸引 9:26 吸引ビン洗浄 9:30 水分補給終了、片付け 9:34 モニタチダウン 9:35 吸引 9:36 点検 9:37 洗髪・湯拭・替替え準備 9:49 回廊水切り 9:50 記録はす 9:52 吸引 10:02 洗髪開始 10:20 洗髪終了 10:21 化粧水かけ 10:22 頭髪に化粧水つける 10:28 尿漏れ処理 10:36 点検 10:38 全身清拭・Yガーゼ交換・クリーム塗布・体位交換・タラシング・衣類交換・吸引3回 11:20 吸引	11:23 服薬セット 11:27 後片付け 11:28 洗濯 11:30 朝食準備 11:36 点検 11:37 メガネかける 11:42 吸引 11:43 パルスオキシメーター測定 11:44 散歩準備 11:49 手足マッサージ 12:02 文字盤 12:03 パルスオキシメーター測定 12:12 回廊水切り 12:22 パルスオキシメーター測定 12:35 点検 12:44 パルスオキシメーター測定 12:45 吸引
---	---	--

図4 ヘルパー活動記録（T・O様）

表1 全国の全身性障害者介護人派遣事業99年度版

都道府県	99年度(4月時点単価)		備考
	月時間数	時間単価 月合計額	
東京都	月240時間	1,420円/時	34万8000円/月 全60市区町村で実施
埼玉県	時間上院補給	1,400円/時	30市町村程度で実施 9市程度で月120時間
神奈川県	月150時間	1,960円/時	29万4,000円/月
滋賀県	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月
宮城県	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月
山梨県	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月
静岡県	月242時間	1,800円/時	39万2,400円/月
西宮市	月130時間	1,760円/時	22万8,800円/月 兵庫県
大阪市	月153時間	1,410円/時	21万5,730円/月
宝塚市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月 兵庫県
尼崎市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月 兵庫県
姫路市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月 兵庫県
神戸市	月120時間	1,420円/時	17万4,000円/月
京都市	月80時間	1,420円/時	11万3,600円/月
札幌市	月84時間	1,000円/時	8万4,000円/月 市単の制度
広島市	月60時間	1,420円/時	8万5,200円/月
加古川市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月 兵庫県
三田市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月 兵庫県
熊本市	月90時間	1,800~2,200	17万2,285円/月 平日深夜1,800土日深夜2,200
阿南市	月120時間	1,850円/時	22万2,000円/月
仙台市	月60時間	930円/時	5万5,800円/月
新潟市	月90時間	1,770円/時	15万9,300円/月
市川市	月150時間	1,450円/時	21万7,500円/月 千葉県
高砂市	月120時間	1,760円/時	21万1,200円/月 兵庫県
重慶市	月120時間	1,400円/時	16万8,000円/月 山梨県
奈良市	月100時間	1,410円/時	14万1,000円/月
清水市	月135時間	1,790円/時	21万4,800円/月 静岡県
大津市	月120時間	1,600円/時	19万2,000円/月 滋賀県
彦根市	月120時間	1,445~2,890	24万9,150円/月 滋賀県
土佐市	月240時間	1,410円/時	33万8,400円/月 高知県
柏市	月150時間	1,410円/時	21万1,500円/月 千葉県
金沢市	月180時間	1,310~1,410	24万2,533円/月
大牟田市	未定	未定	福岡県
長浜市	未定	未定	滋賀県
岡山のB市	未定	未定	岡山県
四国のA市	未定	未定	未定

99年現在118市区町村で実施中・実施予定

(2~3段階ある場合は、最高段階) (30日の月の場合の単価)
(夜間と急用の単価がわかれている場合は、夜間の単価)

「利用者あるいは家族が介護人を自由に選定できる」ことである。介護人がホームヘルパーである必要はない。支援費制度に切り替わった2003年度に、廃止となった自治体もある。

④生活保護法による介護援助：自治体によって時間に幅がある。

⑤各自治体独自の政策：宮城県においては県独自のALS在宅療養者指名制介護人派遣事業により、月40時間の人員派遣が可能である。さらに「ホットいきぬきサービス事業」により家族が通院、冠婚葬祭への出席の際には月24時間を使用できる。

⑥退院計画：レスパイトケア

いったん在宅生活を始めた療養者が、その生活を一時的に中断しなくてはならない。第一は本人の身体的理由(例：結核に感染していた)あるいは心理的理由(例：同居で不安)である。第二は介護者(家族)の身体的心理的理由(例：主たる介護者が夜間起こされることが頻回のため疲れた)である。

第二に該当する事由がすでに退院前に生じた場合には、一時的に家や家族の代わりに、レスパイトケアは介護者の介護疲労の軽減が主目的のなで、レスパイトを受けている期間内には介護に従事することが起こらないように計らわなければならない。また療養者本人を再度在宅介護する意思が明確であることが前提となり、長期の入院に移行する場合はあいはレスパイトという語句は使用されない。

①療養型病床群への入院：病院の二極構造化によって、高度医療救急対応型の総合病院と、慢性疾患に対応する療養型病床群とに大別される。

医療保険型と介護保険型の療養型病床群がある。基本的には90~180日までの入院期間が保障されており、月30~35万円の入院費の範囲内での加

文字盤を使ってコミュニケーションをとるなど、おむつ交換と清拭を終了するような単純作業とは本質的に異なる内容となる。作業継続時間については、夜間における家族介護の疲労を想定して、日中の長時間滞在型介護となるのが常識であり、その平均介護時間は週41.36時間におよぶ。単純な身体介護であれば1時間半以内に収まるが、退院後の生活状況を事前に想定し適切な人材が投入されるべくケアカンファレンスに臨まなければならない。

②身体障害者支援費制度による介護：2003年に従来の措置制度から、障害者みずからが活用する目的で支援費制度に切り替わった。サービスが提供される対象となるのは、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法に該当する範囲である。介護保険のようなケアマネジャーに該当する人材がいなのが難点である。施設支援、居宅支援の項目がある。自治体によって該当者が利用できる項目や、時間数に開きがあるが、仙台市では身体介護にホームヘルパーを派遣する場合には週24時間限度となっている。さらにその家庭の介護困難度によっては時間増となる場合もある。介護保険を使いきいても介護が足りない部分に申請が受理されることが多い。この制度は、介護保険に該当しない若年の疾病で上記の障害に該当する者には適応され、介護保険とはほぼ同様の支援を受けることができる。したがって、病院入院中にこれから行う治療によって身体障害となることと明らかかな場合には、積極的に障害者手帳の交付を行っておくことが望ましい(例：62歳ASOのため右下肢切断予定で入院、58歳肺癌のため常時酸素吸入、低栄養で筋力低下し歩行困難)。

③全身性障害者介護人派遣事業による介護：国が50%、都道府県25%、市町村25%の出費割合で運営されている制度である。ただし実施している自治体は少ない(表1)。この制度のよい点は

療が行える。医療型の場合には検査項目、医療処置によって加算可能となる。介護保険型では、利潤追求が行き過ぎて内服薬さえも院内で出さないところが注意を要する。

②シヨーストイ的入院：宮城県神経難病連絡協議会では神経難病につき協力病院を定めて、家族のレスパイトケアとして14日以内を基本とした入院を受け入れている。協議会の事務局に事前に

表2 日常生活用具の給付対象者および品目

障害類別	給付品目
視覚障害	盲人用テプレコーダー、盲人用時計（触読式・音声式）、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計（音声式）、盲人用体圧計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスタート）、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む）、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む）、便器、特殊マット、エアーマット、特殊器具、特殊座器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ、訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	聴覚障害者用意思伝達装置、携帯電話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消火器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅医療費給付を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害、重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頸部保護帽、電磁調理器、火災警報器、自動消火器

※注：色字は18歳以上が対象

要望を提出しておく、事務局が入院病院を選別し紹介してくれるシステムになっている。介護者の介護疲労軽減のためなので、入院中の家族の付き添いは必要ない、人工呼吸器装着、常時吸引を要する、中心静脈栄養、酸素吸入、胃腸経管栄養注入などの複数の医療処置が必要な療養者には、通常のショートステイでは危険であり常に医療監視が求められる。医療的重症度の高い場合に望まれる方式である。

③ショートステイ、通所：医療依存度の低い療養者に適応される。しかしこのごろでは酸素吸入、胃腸からの経管栄養、頻回ではない吸引などの処置に関しては受け入れてくれる事業所も増えている。通所の重要な目的としては本人のQOLの向上にあるので、ただ寝かせている、車いすに座らせているだけでは意味を成しているとはいえない。

④退院計画：経済援助、制度活用
介護保険を使用すれば10%の自己負担で済む、高額療養費制度：高額療養費（健康保険）、高額療養費貸付制度（健康保険）、心身療養費（健康保険）
⑤医療関連の各種助成制度：高額療養費（健康保険）、高額療養費貸付制度（健康保険）、心身療養費（健康保険）
⑥生活用具の給付貸出（表2）、⑦介護関連の各種助成制度：通話料助成、車いす短期貸出、視覚障害者用小型送信機の貸出、点字図書貸付、福祉機器リサイクルの譲渡と提供、図書郵送貸出、寝具の乾燥消毒、緊急通報システムの設置、自動車改造費の助成、交通費助成、自家用車燃料費助成、バス地下鉄タクシー運賃助成、JR旅客航空運賃割引、有料道路や自転車など駐車場利用料割引、リフト寝台タクシー利用割引、視覚障害者全身性障害者ガイドヘルパー派遣、手話通訳者派遣、盲導犬貸与、NHK放送受信料減免、住宅資金貸付優遇措置、住宅改造費助成などの特典がある。

⑧退院計画：家族が学ぶ知識と手技
表4、5は入院中に本人と家族が学んでおかない

表3 生命保険でいう高度障害状態とは

①両目の視力を全く永久に失った状態
②言語またはしゃべりの機能を全く永久に失った状態
③中枢神経系・精神・胸腹部臓器に著しい障害を致し、終身常に介護を要する状態
④両手（手関節以上）とも失ったかまたは永久に使えない状態
⑤両足（足関節以上）とも失ったかまたは永久に使えない状態
⑥片手（手関節以上）を失い、かつ片足（足関節以上）を失ったかまたは永久に使えない状態

障害者医療費助成制度（自治体）、特定疾患医療費助成制度（自治体）、傷病手当金（健康保険）、介護休業給付金（雇用保険）、医療費控除（所得税）などがある。

④生命保険（生命保険の特別知識¹⁰⁾：一般に生命保険は被保険者が死亡したときに、初めてその全額を受け取るものと解釈されがちである。しかし、生命保険はそれがどの保険であっても（民間の生命保険、簡易保険、県民共済などいずれの保険も）生前つまり生きていく今の時点で、その保険金を全額受け取ることができる。それは被保険者が「高度障害」に該当する場合であり、身体的（知的、精神を含む）障害の1、2級程度や介護度4、5程度の方が該当することが多い。表3は一般的な高度障害の該当条項を示す。高度障害に該当するにもかかわらず、医療費を支払うために長年かけてきた生命保険を解約して、わずかな解約金をその医療費の支払いに充当したという悲惨な例があつてはならない。病院のスタッフはこの点に無知であつてはならない。該当者に対してはすばやく対応して保険金の全額を受け取れるように医師の診断書を作成するとともに、退院後の生活設計がこの保険金によりゆとりが持てるようになることが重要である。

表4 入院中に行う在宅指導（医療行為）

①吸引
②経鼻胃管・胃管などの経管栄養導入
③WH、末梢点滴の管理、処置
④人工呼吸器に付随する各種の操作、処置
⑤各種検査
⑥褥瘡処置
⑦原カテーテルに関する操作
⑧その他 上記に関する緊急時の対応

家族は、かかりつけ医の指導の下に、必要とされる医療行為を行うことができる

表5 入院中に行う在宅指導（介護）

①体位交換、清拭
②おむつ交換、排便に関する知識と方法
③タッピング、口腔ケア
④簡易なリハビリテーションの手技
⑤電子血圧計、体温計の使用方法
⑥その他必要な介護指導

ればならない医療と介護のさまざまな知識と手技である。生活者全体の医療依存度と介護依存度によって、学ぶべき知識と手技が異なる。病院の医療者は院内における手技をそのまま授けるのではなく、居宅において生活者がどのような立ち振る舞いをするのかを想定し、その行動に合わせた家庭ごとのオートクチュエールな指導をしなければならない（例：介護者は左利きだったので右側からの吸引指導を行った）。

おわりに

病院に入院するということは健康になるうとは人間の素朴な意思による。しかしその回復は、健康から死に至る身体の各段階のいずれかのレベルで平衡状態に達するのだ。病院が受け持つのは、したがって、その平衡状態に達するレベルの見極めとそれに必要な医療情報と手技である。そのすべてがよければよく整備されなければならない。なぜなら、その次にはその状態における生活が

待っているからだ。病院に生活はない。生活は患者とその家族の全体一すなわち生活者一が希望するところに存在するのであって、医療者が引き止めるべきものではないのだ。

これからの病院に勤務する医療者に必要なこと
は、なるべく病院死がないように計らうことであり、在宅医療を行う医療者に望むことは、いつでも在宅における看取りが行えるようにすることである。人は生活のなかで生き、そして生活のなかである日最後を迎えるのだ。

参考文献

- 1) 川島孝一郎：在宅ケア原点を見つめる。月刊総合ケア、13 (3)：6-11、2003。
- 2) 川島孝一郎：「高齢化とは何か」から考える。訪問看護と介護、8 (4)：300-305、2003。
- 3) クルト・コフカ。鈴木正樹訳編：1つの全体：分断不能なそれ自体で全体性を持つもの。全体は部分の総和とは異なるといふ。グシュタル心理学の用語。グシュタル心理学の用語。福村出版、1990。
- 4) NPO在宅ケアを支える診療所。市民全国ネットワーク東京事務局：東京都千代田区紀尾井町3-29-204。
- 5) 日本在宅医学会；東京都文京区本郷2-1-1 神宮寺大学医学部公衆衛生学教室。
- 6) 和田啓輝：在宅ケアをしてくれませんか。同友館、東京、2003。
- 7) 川島孝一郎：在宅ケアと住居医療。LISA、6 (6)：548-550、1999。
- 8) 川島孝一郎：重症高齢者等の24時間安心在宅介護提供に関する研究事業。厚生労働省老人保健健康増進事業業績報告書、32-36、2004。
- 9) 障害者自立生活・介護制度相談センター編：全国各地の全身性障害者介護人派遣事業。東京、1999。
- 10) 川島孝一郎：必読！生命保険の特別知識。16-17、2003 (doctor@po.jijinet.or.jp)。

在宅における重症管理と急性期病院との連携

川島孝一郎 仙台往診クリニック

在宅における重症管理と急性期病院との連携

川島孝一郎 仙台往診クリニック

SUMMARY

在宅における重症管理には①地域に根ざした、②24時間対応可能な在宅医の存在が不可欠である。さらに③介護従事者の医療と介護の両方にわたる多彩な行為の質と量を保障し、かつ④長時間連続介護の基準と体制を整備することが必要である。この要件を満たす「在宅ハイケア」が重症者の生活には欠かせない。急性期病院との連携には①②を満たす医師の増員が急務であり、在宅における看取りを軸に診療所の差別化が進行するだろう。

はじめに

急性期病院においては2004年度からハイケア ユニットが一定の病床枠のもとですでに稼働している。このユニットでは4人の患者に対して1人以上の看護師が配置となる勤務形態である。重症者がICUから離脱し、かつ居宅へ移転を考慮されながら退院計画に組み込まれ準備を整えてゆく段階を担うものであり、将来このユニットの回転率の良悪がそのまま重症者の居宅移行のrate limiting factor となってくる可能性もある。特筆すべきことは、このユニットへ入る判定基準に身体的重症度と同時に介護的重症度の軽重が評価軸に提示しよう。

I

医療可能性

現在の在宅医療においては、すでに在宅人工呼吸器、中心静脈栄養、在宅人工透析、緩和医療などの保険点数が整備された実際に運用されて

おり、さらに在宅での血液ガス測定、輸血、PEG増設、気管支鏡、超音波検査、X線単純撮影、小手術などの、中規模病院における入院検査と

治療(JTherap.)別刷
Vol.87, No.5 (2005.5)

株式会社 南山堂

- ③介護従事者の多彩な行為の質と量を保障すること。
- ④長時間介護の基準と体制を整備すること。

治療のおおよその作業が在宅においても十分に行われている。つまり医師がある一定レベルの職能を保持している限りにおいては、その医師がいる場所がそのまま医療可能な場所となっているのである。

そしてその場が居宅であるということは、居宅に対する医師の動線が直接影響することとなり、①居宅への到達時間と②タイムシフトの格差の2点が重要である。すなわち①を可能にするためにはより近い距離またはより早い移動手段が必要

II 介護可能性

医師が上記の要件を満たしている限りにおいては、身体的重症度は居宅への移行や生活維持に關してほとんど問題にはならない。

しかし居宅における介護力(家族介護力、地域介護力の全体)の如何によっては、身体的重症度とは無関係に居宅移行や居宅生活が叶わぬ結果となる(例:介護度1だが家族が本人の帰宅を拒絶した)。つまり在宅における重症管理とは、介護可能性をいかに高めてゆかにかかっているのである。

図1は常時吸引を要し、腸瘻からの栄養注入、尿管カテーテル管理の老人である。現在の在宅医療においては一見特筆するような重症度ではない療養者だが、この療養者に対するホームヘルプサー

III 在宅ハイケア

在宅における重症管理を在宅ハイケアと称する。それは医療者側にとっても介護者側にとっても十分な体制が当然求められるものでなければならぬ。つまり、誰でもできる簡単な在宅医療や単介介護ではないのである。そして重要なことは、①訪問可能な地域ごとに在宅ハイケアに従事

きる医師がいること。

②医師の24時間対応(連携体制ではなく訪問できる対応)体制が確立されていること。

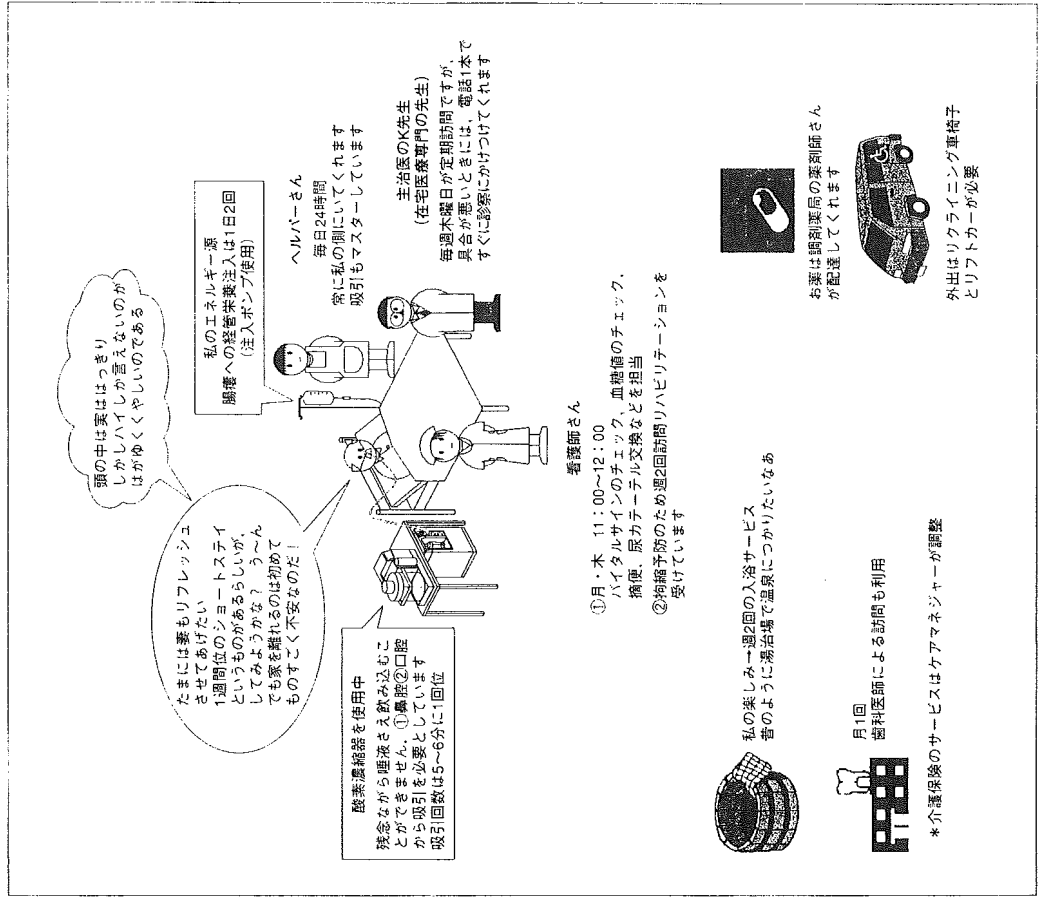


図1



図2

9:00	訪問・ご挨拶、引継ぎ 朝のご挨拶の際には、本日の日付、時間、お天 気をお知らせしました ニコッと笑顔を送ってくれました	12:23	経管栄養注入 注入ポンプ液量の調整
9:10	おむつチェック、尿すれ防止用履パット・高帯 パットのずれチェック、シーツ、バスタオルの 吸引、ずれチェック	12:35	吸引 (咳)
9:20	CDをかける	12:57	吸引 (咳)
9:26	マッサージ開始 (上半身)	13:02	検 温
9:30	首筋、肩、背中にかけて、痛いところは何処で すか？ 問いかけながら、そこを重点的にもみ ほぐす お好きな音楽が流れているのでリラックスした 表情で、とても嬉しそうに耳を傾けていらっ しゃいました	13:08	ドライシャンプーン準備
9:49	タッピング 身体がかなり痛そうなので、右、左と身体を傾 け、背中に風を入れ、タッピングの回数を増や しました	13:10	おめざめ シャンプーンを希望されるからお伺い ドライシャンプーン とても気持ち良さそうで、再びうとうとされま した
9:57	吸引	13:13	フケ取り、ブラッシング、頭皮マッサージ、 ドライシャンプーン
10:00	マッサージ一旦中止 換温、心臓の薬の貼替	13:22	吸引 (咳)
10:08	吸引	13:30	ドライシャンプーン終了、洗顔、吸引
10:12	マッサージ再開 (下半身) 腰、足、足裏などもほぐす	13:55	吸引
10:25	吸引	14:00	吸引
10:30	経管栄養終了イルリガートル片付け 定期薬調整より注入	14:03	午後のマッサージ開始 痛いところを開き出しながらそこを重点的にも む、マッサージをしながら世間話、再び眠りに 入られたので、お好きな音楽を音量を低くして おかけしました
10:45	吸引 (咳) うとうと眠りに入られたので、CDの音を消し て見守り	14:35	吸引
10:55	吸引、看護師訪問	14:58	吸引、マッサージ終了
11:05	吸引	15:15	吸引
11:10	清拭・着替え準備 (訪善さんと2人体制)	15:20	吸引
11:15	前日下痢を注入したので、換便 本日の便の状態はコロコロ便→普通便→軟便 で、中等量でした	15:35	吸引 (咳) 2回
11:38	顔部洗浄、おむつ交換	15:45	吸引 (咳)、検温
11:42	吸引	15:57	吸引
11:45	全身清拭、腕部、パジャマ着替え	16:00	口腔ケア準備
11:55	吸引	16:10	口腔ケア (低圧持続吸引器を使用) 歯みがき、虫歯点検、イソジン消毒
12:00	全身点検して軟着塗布	16:23	吸引 (咳)
12:08	吸引、清拭終了片付け (訪善さん終了) 着替えの合間に看護師さんと駄洒落を言ってい たら、声を上げて笑って下さいました	16:45	口腔ケア終了、吸引 (咳)
12:16	吸引 (咳)	16:50	タッピング
12:20	経管栄養準備 清拭の後の疲れのためか、うとうとし始めました	16:55	吸引
		17:00	髪剃り、洗顔準備
		17:03	吸引 (咳)
		17:05	髪剃り
		17:17	吸引 (咳)
		17:20	洗顔、ローションでお肌を整えリップクリーム を塗る
		17:28	吸引
		17:33	洗面用身体片付け
		17:40	経管栄養終了イルリガートル片付け 定期薬調整より注入
		17:52	吸引
		18:00	夜間の担当者へ引継ぎ

表1

8 : 30	モニタリング		
8 : 33	点眼・目やに取り		
8 : 34	文字盤で会話をを行う		
8 : 39	洗面準備		
8 : 43	洗面準備		
8 : 47	剃鬚		
8 : 50	剃鬚		
8 : 52	化粧水塗布		
8 : 53	頭皮確認		
8 : 54	剃鬚		
8 : 55	ヘアオイル塗布		
8 : 56	吸 引		
8 : 57	リップクリーム塗布		
8 : 58	メガネ掛ける		
9 : 00	ギョウジアップ		
9 : 01	洗面片付け		
9 : 02	お茶準備		
9 : 07	胃腸より水分補給		
9 : 08	文字盤		
9 : 10	掃除機かけ		
9 : 25	吸 引		
9 : 26	吸引ビン洗浄		
9 : 30	水分補給終了・片付け		
9 : 34	キャッチダウン		
9 : 35	吸 引		
9 : 36	点 眼		
9 : 37	洗髪・清拭・着替え準備		
9 : 49	回廊水切り		
9 : 50	メガネはずす		
9 : 52	吸 引		
10 : 02	洗濯開始		
10 : 20	洗濯終了		
10 : 21	吸 引		
10 : 22	ドライヤーをかける		
10 : 28	頭皮に化粧水つける		
10 : 29	尿測・尿処理		
10 : 36	吸 引		
10 : 37	点 眼		
10 : 38	全身清拭・Yガーゼ交換・クリーム塗布・体位交換・タッピング・衣類交換・吸引3回		
11 : 20	吸 引		
11 : 23	尿器セット		
11 : 27	後片付け		
11 : 28	洗濯する		
11 : 30	着食準備		
11 : 36	点 眼		
11 : 37	メガネかける		
11 : 42	吸 引		
11 : 43	吸 引		
11 : 44	ヘルスオキシメーター測定(昼食時20分おき)		
11 : 44	散歩準備		
11 : 54	手足マッサージ		
11 : 52	文字盤		
12 : 02	ヘルスオキシメーター測定		
12 : 03	洗濯干し		
12 : 12	回廊水切り		
12 : 13	吸 引		
12 : 22	ヘルスオキシメーター測定		
12 : 35	点 眼		
12 : 44	ヘルスオキシメーター測定		
12 : 45	吸 引		
13 : 05	ヘルスオキシメーター測定		
13 : 06	お茶準備		
13 : 10	水分補給(お茶)開始		
13 : 20	水分補給終了		
13 : 21	片付け		
13 : 22	ヘルスオキシメーター測定		
13 : 23	吸 引		
13 : 24	回廊水切り		
13 : 45	吸 引		
13 : 46	ヘルスオキシメーター測定		
13 : 47	クッション・タオルケットはずす		
13 : 49	尿器はずす		
13 : 50	尿測・尿処理		
13 : 52	更衣介助		
13 : 57	吸 引		
13 : 58	ハイタルチエック		
14 : 04	体位交換		
14 : 05	体位交換		
14 : 07	タッピング		
14 : 08	体位交換		
14 : 10	吸 引		
14 : 12	車椅子へ移乗		
14 : 15	シーツ・マット干す		
14 : 20	吸 引		
14 : 21	散歩出発		
14 : 37	吸 引		
14 : 41	散歩より戻る		
14 : 43	吸 引		
14 : 44	ベッドメーカーキング		
14 : 47	ベッドへ移動		
14 : 52	ハイタルチエック		
14 : 54	点 眼		
14 : 58	散歩の片付け		
15 : 00	上下肢運動補助		
15 : 05	文字盤		
15 : 17	上下肢運動補助		
15 : 28	吸 引		
15 : 29	体位交換		
15 : 30	タッピング		
15 : 32	体位交換		
15 : 34	タッピング		
15 : 36	身体の位置移動		
15 : 37	吸 引		
15 : 39	更衣介助		
15 : 43	クッションセット		
15 : 45	尿器セット		
15 : 46	タオルケット掛ける		
15 : 47	キャッチアップ		
15 : 49	回廊水切り		
15 : 51	水分(お茶)準備		
15 : 56	吸 引		
15 : 57	点 眼		
15 : 58	メガネ掛ける		
15 : 59	吸引セット交換		
16 : 02	吸 引		
16 : 05	酒精消毒作り		
16 : 08	環境整備		
16 : 10	お茶注入		
16 : 12	片付け		
16 : 14	吸 引		
16 : 15	洗濯物たたみ		
16 : 23	文字盤		
16 : 28	回廊水切り		
16 : 29	加湿器水補充		
16 : 29	吸 引		

IV 連 携

在宅医療と地域医療連携の方向性

連携とは療養者をピンポンのように移動させることではない、重症者を居宅管理するのであれば、本人を移動させることなく医師が常に対応できる体制をとることが望ましい。図3は山台往診クリニック(在宅療養者180名:人工呼吸器35名、褥末期40名、在宅酸素50名、中心静脈

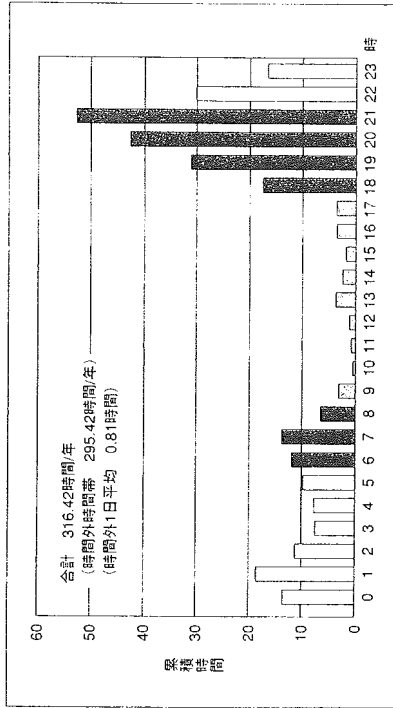


図3 緊急往診が行われた時刻と診療時間 (平成15年8月1日~平成16年7月31日)
※対象期間レポートにおいて時刻・診療時間の記載がある往診について集積。

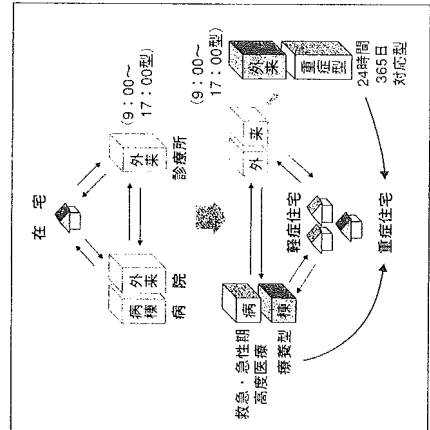


図4

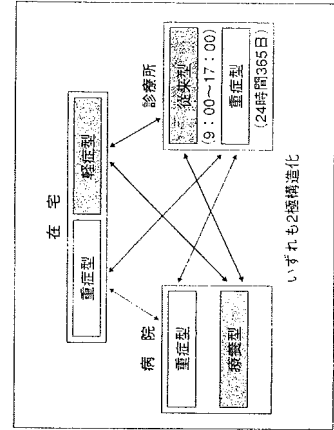


図5

者の無駄な搬送を減らすことができるのである。

図4は従来の医療体制と近い将来の体制の比較である。すでに病院は急性期病院と療養型病床群に分離され、後者はやがて介護保険に組み込まれるだろう。急性期病院はDPCの導入と入院日数の削減を目指す都合上、煩雑な外来業務を分離して病棟病院へと転身していかなければならない。従来の開業医との密な連携の下に紹介、逆紹介率を上げ収益性を確保することとなる。

そこで急性期病院を撤廃することになるのが重症患者の在宅移行である。人工呼吸器をはじめとして、近年増加しているがん末期患者の在宅移行を担うための重症管理のできる在宅医の実数不足を

どのように解消するか喫緊の課題である。病院→診療所→在宅療養の相互関連を滞らせてしまう主たる要因となるこの問題に対する解答は、24時間365日在宅医療の安心を保障する医師の養成にはかならない。

病院の改革は現在進行している。今後望まれるのは診療所の役割分担を明確にしていくことである。図5は病院、在宅、診療所の関係性を示している。現在圧倒的に不足している24時間365日重症管理可能な診療所の適正な増加を誘導することが必要であり、これが成されたならば病院、在宅、診療所それぞれの2極化による相互の円滑な医療連携体制が完成するだろう。

おわりに

「2015年の高齢者介護」で示されたように、虚弱化したときに望む居住形態では約60%の方々が在宅を望んでいる¹⁾。宮城県在宅ホスピス連絡協議会の調査では、がん末期の方々の60%が居宅での最後を望んでいるという。

急性期病院が今後進む方向は明確である。それは病院が持つ本来の機能をスマートにこなすこと、すなわち生命の維持と生活への復帰である。治療が終了し、身体状況のある段階で症状が平衡

状態に達した場合や、もはや平衡状態には回復できないという見極めを行い、患者が本来あるべきところへすなわち生活の場へ戻すべくもどすことである。

これからの病院医には「なるべく病院死を回避すること」が求められ、そして在宅医には「在宅での看取りが普通に行われること」が求められる。人は本来生活のなかに生きて生活のなかでその終焉を迎えるのである。

(参考文献)

- 1) 川島孝一郎：在宅医療の基本概念と近未来。徳と化学療法。30 (suppl. 1)：10-13, 2003.
- 2) 川島孝一郎：生活(介護)支援。Geriatric medicine 老年医学。41 (9)：1281-1290, 2003.
- 3) 川島孝一郎：看取りが在宅でできることは何か。看護展望。28 (13)：43-49, 2003.
- 4) 川島孝一郎：重症高齢者等の24時間安心在宅介護提供に関する研究事業。厚生労働省老人保健健康増進事業実績報告書。69-72, 2004.
- 5) 高齢者介護研究会(厚生労働省老健局長研究会)編：2015年の高齢者介護。92, 2003.

13. 臨終時の心構えと対応

はじめに

生を受けたものは、いつかはその終焉を迎えなければならない。

ところが、死を目前にした本人にとっては「決して自分の死を知覚することはできない」のである。もし私が私の死を知覚することができたなら、知覚しうる私がまだこの世に存在していることになるから、私は死んではいないことになる。はたまた、死が私の知覚のすべてを消失させるということであるのなら、私は私の死を知覚しないままにこの世を終えてしまうわけで、私が知覚することによって実感するような私の死というものはここには存在し得ない、つまり私は私の死を知らないことになる。要するに、主観の私にとっては「私が死ぬ」ことを実感することは決してあり得ない。言い方を換えれば「私にとっては私の死はあり得ない」のである。常に死というものは、たとえ医師が死亡診断書を振りかざして、「君は死んだ」と死者に向かって宣言したとしても、彼にとっての死は永遠にあり得ない。科学的な死とその人の死とは違うのである。

このように、「私は死なない」のであるから、死とは初期には客観的に捉えられるものであって実感しうるものではない。そして、その人の人生の中で幾度も人の死を、実際に、あるいはヴァーチャルにであれ、経験しながら自分のものとして受け止めてゆく行程の中で、その人が思い描く死の実像が次第につくり上げられてゆくのである。したがって、死がいかほどにその人に多大な心理的影響を与えるのか、あるいは、他人事としか思えないような単なる客観的な情報として処理されてしまうのかは、ひとえにその人の経験と実感によるのである。

死は、私を育てている今生きられるこの世界との片断切符の別れである。取り戻すことができない、かけがえない世界と私の関係を、私の中にいかに切実なものとしてつくりあげてゆくかが問われるのである。

臨終時の心構えとは、それ故に心一すなわちその人の意思一の構え(構造)にほかならない。心が「私を育ててくれた世界に対して構える」当のものとの関係性一まるで他人事のように突き放して冷やかにみつめるのではないところの

624

一まさに自分のものとして受け止めてゆく構造について語られなければならないのである。それは死を目前にして、今生きられる世界との真の対話が行われ、そして本人自身が塗り変えられてゆくことであり、はたまた、彼を見送る人々にとっては、そのように生き抜き変わってゆく彼とともにあり続けることなのである。

1. 意思

人が自分の境遇をある日には素晴らしいものと感じ、あるときには奈落の底に突き落とされたように思いながらも、日々なんとか生きていくということにおいては、常に彼から見えるその景色は彼の心であり、彼の意思というキャンパスに描かれた絵のようなものである。このように意思があるとは、それが志向する対象をその内に含む^{*)}ことになる。

彼が生活しているその状況に私が関連しているなら、私は彼の意思を形成する要因になっているといえるわけで、私の影響が一切含まれないような、純粋な客観としての「彼らの意思」はあり得ない。したがって、ただ単に(客観的な意味での)個人の権利などという巧みな語句で、あたかもその意思を尊重しているかのようにみせかけたり、単純に権利の名の下に、その意思を軽たく実行(例えば安楽死)させたりするようなものではないのである¹⁾。

図1は、自然科学的知覚の範囲のできごとでさえ、種々の要因が意思の構成に深く関与することを示している。知覚はそれぞれ分離した五感が単純に足された集合体ではない。単に「コーヒーカップを見る」といっても決して視覚だけが機能しているのではなく、知覚はそのすべてを動員しながら、その全知覚によってたまたま「見る」という視覚的語句を使用しているに過ぎないのである。これを知覚の全体性という。

図2においては知覚全体の変容が示されている。絵に出てくる彼はまぶしい太陽の下で楽しさを満喫していたのだが、カラスが彼の知覚(視覚)の中に入り込んだ途端に、彼を感じる領域に単純にカラスが足された集合体としてではなく、たった一羽のカラスのために彼の領域は一瞬にしてその全体が変容し、不吉な様相を呈してしまったのである。

カラス如きでさえ彼の意思の内部に入り込み、全体を瞬時に変えてしまうくらいであるから、白衣を着た気むずかしそうな医師の説明を聞く場面など、思

*1) プレンターノの記述心理学における心的現象の解釈。

625

V-13.臨終時の心構えと対応

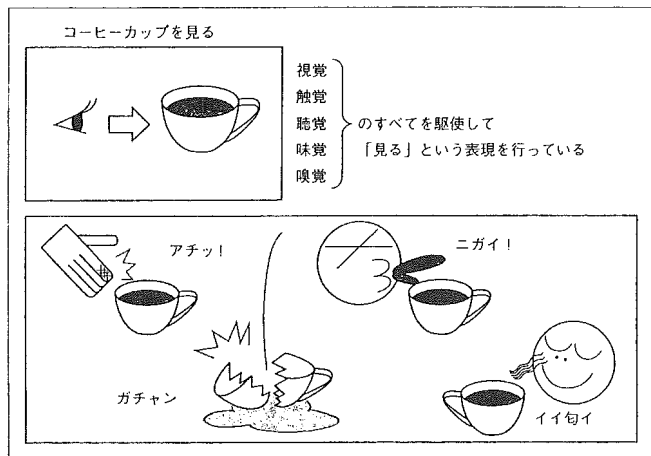


図1 知覚の全体性

者はおどおどして言いたいことも言い出せないことが日常茶飯事なのである。そこで「患者さんの意思を確認しました」などと、まるで客観的にその意思を把握したかのように堂々と言い放つ鈍感な医師になってはいけぬ。

彼の意思を私が理解(納得)するという作業においては、観察者がその意思を客観的対象として把握するなどというような、近代的認識論^{*)}による主-客分離型の捉え方は表層的な妥協しかなされぬし、むしろ理解されていないのである。彼と私という両者においては、既に彼の意思に私が入り込んでいると同時に、私の意思にも彼が重要な役割を既に演じているという、分離されたそれそれではない互いに含み合う全体(1つの全体)として^{1)*)}機能しているのである。図3はそのことを端的に示している^{5)*)}。

*2) 近代的認識論: 近代的合理主義とも呼ばれる。認識と実践において理性を原理とする態度。

*3) 1つの全体: 分離不能なそれ自体で全体特性をもつもの、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。

*4) 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的対象との(総和とは異なる)全体を意味する。

626

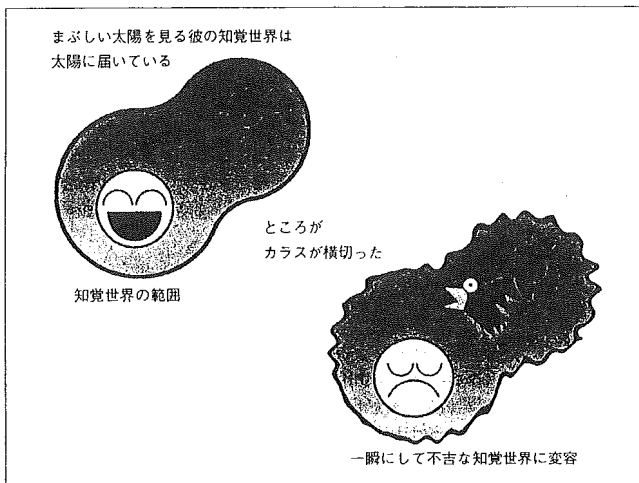


図2 知覚(意思)の変容

一方では医師自身が深く患者の意思に影響していることを患者本人は感じ取っているにもかかわらず、それでいて他方では、医師は自分が影響を与えていることなど微塵にも感じないで、客観的な対象としてその意思を把握したとと思っているとしたら、これは凄まじい両者の心の断絶に相違ない。

まずは、患者の意思を理解しなければすべての医療は開始されない。

そして、彼の意思を理解するということは、決して客観的に把握したり評価したりすることではなく、対面した医師一人ひとりが、目の前の患者との生との関係性をつくり上げることなのである。それは「患者の意思」が横糸に「医師の意思」が縦糸でもあるように織り成されてゆくこと。気持ちに寄り添う、自己移入^{*)}する、共感するなどという語句に示されるような両者の全体性を作

*5) 自己移入: メルロ=ポンティは、他人の体験を自分のように感じる「自己移入」は、もともと自他の区別をもたない匿名的な身体作用として行われるものであって、「自己」の移入という観念や言葉自体に問題があるとみている。

627

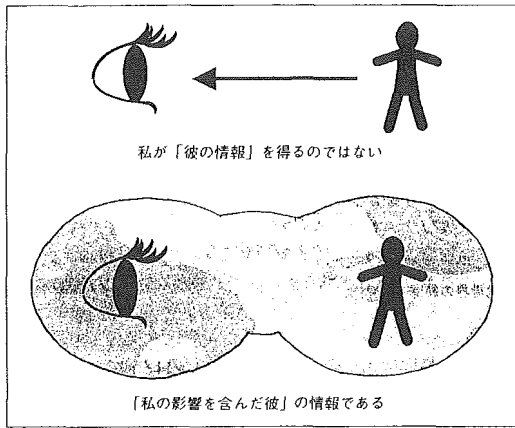


図3 人間の関係性における情報

っていくことにほかならない。

●まとめ

① 気持ちを理解しようとすれば、医師その人自身とそのような態度自体が、既に患者の意思に多大な影響を与えることになる。したがって、常に医師の影響をも含んだ患者の意思であることを理解しなければならない。

② これはまた、患者や家族のQOLを純粋に客観的なものとして把握することは不可能な理由でもある。生活の質という心理的要素の大きい状況に対しては、これを把握する作業とその観察者自体が心理構造に多大な影響を与えるものであり、このことについてなんの疑問ももたずに客観的データとして結果を出すことは極力避けられなければならない。

③ 患者に対する自分の影響を、医師はあらかじめわきまえておく必要がある。医師の影響によって、著しく患者の意思のバランスが損なわれてしまわないような気遣いが必要である。

④ 気遣うということはそこに在る患者に対して、医師自らが影響していると同時に、実は医師も患者に影響されていることを示す。気遣うことから患者

628

り、財布を開いてみたら領収書がありました。無意識のまま会計を済ませてたんですね……玄関を出て空を見上げたら、来るときにはきれいな青空で、帰る今の青空も曇りつつない空なのに、なぜかどんよりかすんで見えました。しっかりしなきゃ。と自分に言い聞かせながら、とぼとぼと道を歩いて帰ったことを今でも忘れません。

彼女にとっての晴れやかな青空は医師の一言で一変した。薬をもらったことも、会計で支払いを終えたことさえも、彼女の記憶にはないほどの大変な影響を受けたのである。そのときから、彼女は今までとは違う世界を生き抜かなければならなかったことだろう。一方で、どんよりかすんだ世界の中に暮らしている(病気でつらい世界にいる)彼女は、他方では、彼女の意思の中にその世界を含んでいる(病気でつらいと思っている彼女がある)のである。

●まとめ

① 意思と状況の関係性においては、常に意思は志向の対象として状況をその内を含む構造様式をとる。

② しかしここでの「対象」とは、自然科学的な客観性を示すものではない。意味を付与する私と意味付与される状況との関係性は、ルビンの壺として有名な図4のように、それぞれが分離独立しているのではなく、互いの全体性によって成り立っているのである。この図4では、壺は向き合う顔によって壺として表出させられていると同時に、壺自体が顔を表出させる契機となっている。図4全体においては、顔と壺それぞれが独立して存在しているのでもなければ、その両者を単純に足した集合としての「全体は部分の総和」というものでもない。顔と壺は互いの地と図を共有し、かつ互いの境界線を共有している。つまり集合論⁷⁾が当てはまらない。

③ 「全体は部分の総和とは異なる全体としての特性」がこの図にはあり、各々は互いに「地」と「図」の関係の時により反転させながら私たちに見せている。この全体構造をゲシュタルト⁸⁾と呼ぶ。

④ 意思と状況の関係性は③に代表される。

*7) 集合論における独立性：2回またはそれ以上の施行が、互いに独立であるという概念は確率論の中心的課題である。

の苦悩や憤りを「なるほど！」と感じられるようになる、他者経験を自分の経験とする⁹⁾動きが自然に起こってくるのが大切である。

⑤ したがって、「患者が希望する医療を行う」ということの意味は、一方的に主観としての、i) 医師がよりよい医療を提供する、のでもなく、一見患者側に主体性をもたせたかのようにみせかけるような、すべてを客観としての、ii) 患者に選択させる、のでもなく、主観と客観の互いを乗り越えて、iii) 患者と医師の共同主観性⁶⁾がまず構築され、その全体がよいと思った医療を決定するのである。これが全人的医療の根幹を成すものである。

II. 意思とその状況

医師が理解しようと努める患者の意思は、生きている状況との関係において日々刻々変化してゆく。自分が生きているこの状況を意味として捉えながら、そこから新たな影響を受けて彼の意思は再構成されその全体が変容し、さらに新たな意味づけを状況に対して与えてゆくという、絶え間のない彼とその状況との、切っても切れない影響し合う関係性の只中で生きているのである。

したがって、人と状況との関係の最小単位はこの両者の全体性に集約され、そこでは、状況に対して意味づける「意味付与者」としての彼と、「意味付与される状況」とのリアルタイムの有機的な全体が彼の立場を決定する。

現在の状況について思いをめぐらすということは、その状況は彼にとつての志向の対象となるから彼の意思の内部にあることとなり、状況は意思に含まれた形をとる。

がんの告知を受けたある患者の言葉：「病院の外来で子宮癌と言われたんです。その後のことは何も覚えていません。ハッと気づいたら外来の玄関口に立っていたんです。薬をもらったのかしら？ と慌ててバッグを開いてみたらちゃんとなりました。私、薬の引き換え券を出したんだわ。とわかったのですが、そのことを覚えていないんです。会計を済ませたのかしら？ と不安にな

*6) 共同主観性：問主観性、相互主観性などの同義語がある。身体知覚が皮膚の界面を越えて広がったり、他人の反応の中で知覚されるものが身体自我として感知される自己であったりする(広松 涉, ほか(編): 共同主観性の現象学. p212, 世界書院, 東京, 1986) ような、他者のわれわれの内への、われわれの他者の内への相互内属(メルロ＝ポンティ in: 滝浦静雄, ほか(訳): 見えるものと見えないもの. p254, みすず書房, 東京, 1990)を起源とする。

629

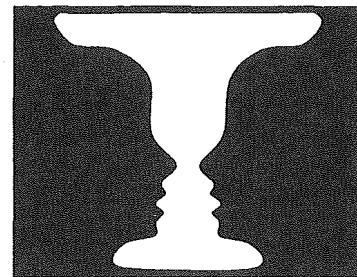


図4 Rubinの壺

III. 正常な構造化

私たちは既に個人としての自覚に目覚めているため、何事についても「思う私」と「思われる対象」との2項対立の図式を考えてしまう。しかし実際にはこの生きている状況と私は切っても切れない関係性の中にあるわけで、それが前項の②のルビンの壺のような関係に置き換えられる。

小児心理学において生まれて3ヵ月ぐらいまでの赤ちゃんは、外見上は確かに母体とは異なる1つの独立した存在であるが、彼の意識は母親と地続きであって決して切り離されてはいない全体となっている時期を経過して、その後知覚が次第に彼と母親(彼以外の世界)との差異を感じ取ってゆくと考えられている。

そうしてみると、はじめに自我を他我からまったく切り離された個人としてしまったうえでその断絶をどう乗り越えるのか、という他我問題の立て方がそもそも間違っていて、むしろ初めにあるのは「我と汝に関して無差別の体験の流れ」である⁹⁾と考えられる。自我意識の発生から自然に帰結する関係性の有様とは、独立した二者の間の関係性をどのように構築するかということではなく、もともと同じ地平にあった「それぞれ分離しているのではない全体」から始まっていたのだということを再認識することでもある。

対峙して存在しているのではない様式。もろもろのすべて、すなわち状況と

630

631

同じ生地で作られている¹⁰⁾のが私であり彼であるのなら、織物が創り出されるその「織られ様」の狭間に出現するルビンの壺のような境界が、ただ差異として両者の間に意味を生み出しているといえるだろう。彼が創り出す意味ではなく、彼と世界との間に間断なく意味が発生してくるのである。

この、否応なしに出現する意味の嵐とどのようにつきあえばよいのだろうか。そしてそのように悩むことになる「彼にとって忌まわしい状況」をどのように消化すればよいのだろうか。日々の生活の中では思いがけない出来事に遭遇して驚いたり、理不尽な状況に腹を立てたりするものである。そのような、いわば打ち解けない状況というものにはなにかしっくりこないし、またいつまでも心の底に澱のように淀んでしまうものである。

もろもろの出来事と彼との関係性は、その状況と彼との両者の全体構造がどのような形をとるのかによって、落ち着くべきところに鎮座しさえすれば、安定する場を失っていつまでも心の平衡状態に達しないままに位置が定まらなくなるのである。だから、そのように思っている彼と思われている状況との、調和した構造が探られなければならない。これを「正常な構造化」という概念で考えてみたい。

正常な構造化とは、(例えば)幼児の態度が新しい態度の中でもはや位置すべき場所をもたなくなるように、行動を根本的に再組織する構造化のことである¹¹⁾。行動を根本的に再組織するというとはどのようなことなのだろう。人は間断なく状況を知覚しては新たな意味をその状況とのほざまで生み出している。そのとき、その都度の新たな両者の関係とそれ以前の関係との違いに着目しなくてはならない。

新たに加えられた状況の変化は、単純に以前の関係に足し算された総和(図5)に移行するのではない。新たな状況の変化が生じた場合には、その変化を含みながらも関係の全体が変わり、まったく異なる新たな関係に生まれ変わることになる(図6)。したがって、そのように変わってゆく彼と状況とのほざまにおいては、以前の両者の形態が新たな形態の中に以前の形のままに残っていることは原則的にはあり得ない。形態の全体が再構成され、以前とはまったく違う新たな関係として成り立つことになる。もともと心・知覚・意思は分離不能な全体として成り立っているため、十分な再組織化が成されたならば、そこでその全体が平衡状態に達して(心が)落ち着くことになる。

彼と状況との関係において、乗り越えられるべき(以前の)構造が、(新たな)高次の構造に統合されないうままに孤立的断片として残っているならば、それは正常な構造化を阻む抑圧された意識として出現してくることになる(図7)。し

632

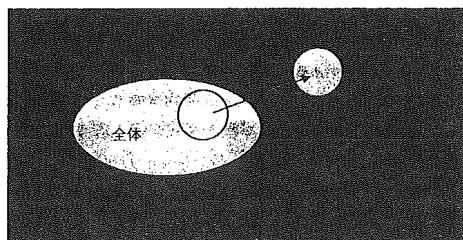


図7 全体の中でその部分が1つの系を構成するような場合には、その系に対する新たな仕組みを必要とする

② 再組織化が十分であるためには、新たな全体構造がゲシュタルトとして成り立たなければならない。「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」という状態¹²⁾が求められる。

③ 再組織化が不十分である場合には、以前の構造が新たな構造の中に孤立してある状態となる。このとき以前の構造は新たな構造の中に独立しているので、それ自身が1つの系をつくり上げており、新たな構造の中にありながら分離した営みを続けることになる。

④ したがって③の状態を少しでも安定な構造にするためには、独立している系を排除するという手段がある。しかしこれは、新たな高次の構造をつくりあげるには至らない状態であり、以前の構造レベルのままに経過しながらも不安定な状態を最小限に食い止める手段となる。これは自分を変えずに状況の側を変えようとする方向性である。この排除法が物理的にかん(例: がんを手術でとった)空を飛びたいので飛行機を考え出した)ならば取りあえずは安定した状態となる。

⑤ 独立している系を内部に組み入れ溶け込ませて構造を再組織化し、全体を再度組み上げることによってもはやその内部には独立した系は存在しなくなるという、意思そのものの再変容による高次の構造への移行が促される場合がある。これは単に意思と状況との関係性のほざまに自然発生的に起こってくるような受動的な変化とはやや異なり、意味づける主体としての意味付与者自身が変ることによって、全体が再組織化される方向性であるといえる。

634

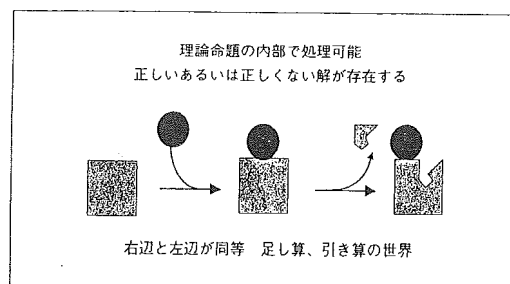


図5 科学(集合論)が通用する世界

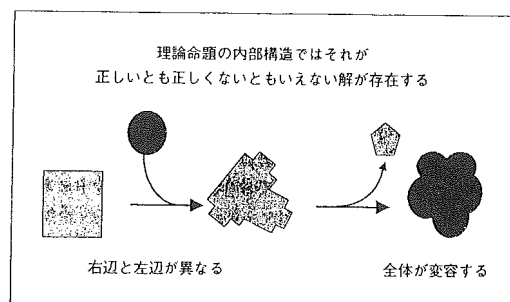


図6 科学(集合論)が通用しない世界

かし、両者の関係の再組織化によって以前の構造がより高次の構造に統合されたならば、もはや以前の形を留めることはあり得ない。そして彼の心と状況との間には調和が訪れることになる。

●まとめ

① 心がしっくりこない、悩む、イライラするなど、一般的に抑圧された心理状況というものは、「以前の意思と状況との関係性」が新しい事態を迎えた際に、新たな構造への十分な再組織化が行えずにいる状態を指す。

633

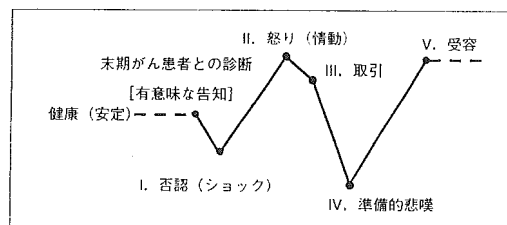


図8 5段階の心の変化(E. キュブラー・ロス)

IV. 心の葛藤と受容

図8はE. キュブラー・ロスが、末期がん患者とのインタビューから導き出した5段階の心の変化を示している。この図においては否認、怒り、取引、悲嘆を経て受容に行き着く心の経過が横軸に、心の浮き沈みを縦軸にして描かれている。この5段階のそれぞれの段階は、順を追ってあたかも継続しながら移行してゆく線形関数のようにみえる。しかし、否認、怒り、取引、悲嘆として表現される1~4までの段階と、最後の5受容の段階を比較すると、非線形で不連続な異なる2つの事象として捉えられなければならない。

否認、怒り、取引、悲嘆などの各種の心の葛藤はそれぞれ語句を異にしているが、いずれもその時点における以前の意思と状況との関係における構造(私は死ぬはずがないが、新たな構造(私は死を迎えるだろう)の中に孤立している状態として、再組織化されずにあり続けているといえるだろう。したがって以前の構造は新たな構造と融合することなく、その中に1つの独立した系として居座り続けるのである。この構造上の軌跡は、本人の死にたくないという意思とがんになった身体、悩んでいる本人と親身に対応してくれない医師・家族・友人などの他者、自分を救ってくれはしないと頼る神仏との関係においても表れてくる。この軌跡がすなわち否認、怒り、取引、悲嘆などの語句に移りて表現されているのである。図5・7はこの状態を図式化したものである。

では最後に示されている受容の段階とはどのようなものだろうか。

療養者の1人が、「病院でALSと告知されたときには啞然として憤りでいっぱい、食べるものも砂を噛むようで、晴れわたった空もどんより土色にみえ

635

た。ところがある日ねえ、病院の窓からきれいな朝焼けをみたんだよ。ALSのこの身体が俺にこの美しい世界をみせてくれているとわかった途端に、今まで全部に腹立てて恨んでいたことが情けなくなってねえ、この身体とみんなに感謝しなくちゃなあ、と本当に思っているんだ。今じゃきっぱり覚悟はついたよ」と言ったのである。その日からALSにとらわれない生き方が始まったのである。

いくつかの悩みを経由した後、あるいは立ちどころにこのような境地に行き着く人がいる。今ここに存在することを、彼と彼が生きられる世界との生の関係としてそのままに受け止め、かつ委ねている姿勢が受容の根底にあるといえるだろう。

受容とは、要するに彼が彼の身体やもろもろの他者、そしてここに至った境遇・状況のすべてとのかかわり合いの行動を完全に再組織化して得たものである。そしてそれは私と状況との単純な2項対立ではないことに気づくことでもある。

通常、生きられる世界すべてとの、このような正常な構造化に達するのは容易ではない。逆上がりができなくて悔しい思いの小学生が、ある日突然できるようになって晴れ晴れとした言動や楽しそうな振る舞いになるのは規模が異なる。安穏な生活を継続しながらの、それに支えられながらいささかのわだかまりや軋轢に一時悩むのとは違い、自分を支えてくれていたすべてとの関係の再構築を要するのである。

●まとめ(図9)

① 心理的葛藤の5段階の変化は、線形関数として表されるものではなく、「否認」、「怒り」、「取引」、「悲嘆」の心理状況と、「受容」との間において非線形の形態となる。

② 最初の4段階までは、乗り越えられるべき以前の構造(私は死ぬはずがない)が、新たな構造(私は死を迎えるだろう)に統合されないままに孤立の断片として残っている状態を、種々の語句によって表現している。

③ 受容とは正常な構造化に代表されるように、乗り越えられるべき構造が高次の構造に統合されることではあるが、その内容が卑近な出来事の再統合のような、存在し続けられる安定があることを基本にしてその中で処理されてゆく問題ではなく、存在そのもの=世界との関係そのものの再統合を要するレベルの構造化である点に違いがあるといえる。

④ 受容されてゆく背景には、「思う私」と「思われる世界」という分離した

636

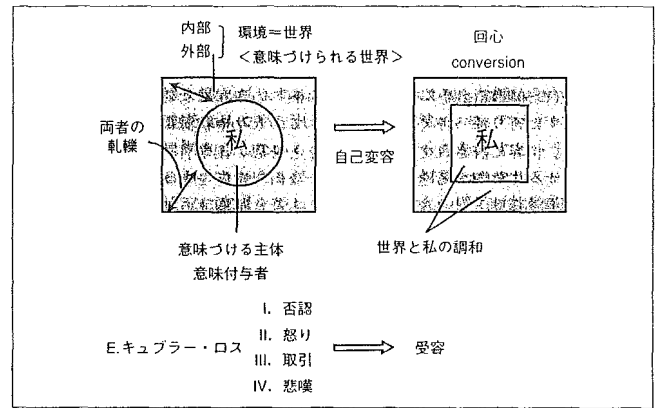


図9 受容：私が変わること

二者の対立を解消する概念があるのではなく、「それぞれ分離しているのではない全体」に再統合されること—すなわち「自然的われ」の再確認^(*)である。

V. 許し

これを許しの観点で捉えようと、病気をもらった身体やそこに至った状況などを決して許していなかった自分が、あるとき境に、ひどい世界だと思っていたものを許すということになる。

許さないということは、許さない当のものに対する責任転嫁を意味する。「こんな身体になって悔しい」「だれも俺のつらさをわかりゃしない」等々はがんの方々の口をついてしばしば出てくる言葉だが、ここでのがんの身体やわかってくれない家族などは、本人に張り付いて本人とともにあったはずの身体や

*8) 自然的われ：私の身体は、私が自分の責任で自分の在り方を決定する以前に、自然な営みを世界と応答しながら行っているような生命活動の主体、知覚世界の構成員。

637

家族が、本人の身体感覚や意思の中に統合されずに部分化し、それらとの共通感覚という基礎から逸脱してしまっている状況を意味する。

しかしあるとき責任転嫁をしていた自分に気づいたときに一気づくということ自体が一(責任転嫁に関する)すべての事柄への謝罪になる。それは、いつも私から離れずに寄り添って来ていたすべての人々や状況にもう一度気づくことでもあり、世界に許されて生きていたことを思い出す作業でもある(図9)。このようなすべてに対する全き許しは完全な自己責任を有することでもある。

それ故感謝と謝罪とは表裏一体の関係にあり、感謝することが同時に謝罪することであるという両義性をもっているとともに、感謝も謝罪も無条件に繰り広げられるものなのである。

VI. 臨終時の心構え：本人と周囲

仙台往診クリニックでは9年間でおおよそ600人以上の方々を在宅で看取ってきた。その大部分90%の方はキューブラー・ロスの第4段階までにしか到達しなかったと見受けられる。

否認・怒り・取引の間はそれぞれの状況下における対象が存在するため、まだ状況の中に完全に孤立した自分としては意識されない。まだ多少は救われるのである。

この第4段階までの心理状況を有する人に対しては、基本的には「見守る」「寄り添う」という態度が重要である。それまでの状況を疑いもせず生きてきた本人が、ある日その状況に裏切られるのである。認めるわけにもいかず、かといって突っねるわけにもいかないその状況の中に一孤立の断片として統合されない中に一人に寄り添う誰かがいることは、絶望的な状況の中にありながらも、本人に孤立からの脱却と再統合への道を見出させる端緒となるのである。本人のナラティブ：物語の中には必ず出会った人が登場人物として内在する。物語が破綻しないためにも穏やかな登場人物でいることが最低限必要なことである。

否認の段階にはセカンド・オピニオンが必要になる場合がある。最初の診断における誤診を防ぐ意味でも、複数の裁定がもたらす本人の納得の度合いが深まる意味でも有効となる。

怒りの段階ではしばしば家族にその矛先が向けられることとなる。家族も本人同様に向けようのない憤りを持っているが、本人にとってはその気持ちを家族と共有している実感が少ないことが多いようである。制御できない怒りに対し

638

V-13. 臨終時の心構えと対応

ては、親・親戚・上司・友人などで本人に特に影響力のある人物に諭してもらうことが有効である場合がある。

取引には種々の形態がある。信心深くなかった人がしばしばお宮参りをしたり、仏壇でご先祖様を拝んだりするようになるのはみんな神仏との取引をし始めた証拠である。健康食品に手を出したり代替療法のパンフレットを集めたりするのも、普段は見向きもしないものに代わりのものを探すという見返りを無意識のうちに求めるものといえるだろう。取引の対象とのやりとりを継続しているうちは、その状況に意思を委ねているため本人の感情は比較的穏やかである。

しかしその期待がすべて徒勞に終わることが判明したとき、すなわち悲嘆の時期においては、怒る対象として罵声を浴びせていたがんの身体さえも、もはや虚しいものでなくなる。すべてに見放された存在、凄まじい心理的虚脱感が襲う。居る場がない本人にとって、励ましは却って心理的閉塞感をさらに増加させる場合がある。寄り添うことが大切である。

バスケットボール部のキャプテンを務めていた17歳の高校生：左大腿骨の骨肉腫で下肢切断の上に肺転移を生じ、在宅酸素療法と疼痛緩和を必要とした。「おあさん泣かないで。僕はちっともつらいなんて思っていないよ。そりゃ手術をしたときは大好きなバスケもできなくなって落ち込んだけど、今は全部が勉強なんだと思えるんだ。いろんな生き方をする人がいる中でこんな生き方があるのもちっとも不思議じゃないし、だからこうやっていることもそのまま受け入れられるんじゃないかな。だから泣かないで」と話す彼の傍らで、母親は真っ赤な目で泣きはらし、「神も仏もない！なんでうちの子だけがこんな目に遭わなきゃならないの」と怒りて一杯である。

17歳の彼は既に受容の域に達し、しかしその母親は怒りの段階にいたのである。受容するということは年齢を経れば獲得されるものではない。何かの修行を積めば到達できることでもなく、あがいてどうなるものでもないのである。つまり受容の域に達する有効な手段があるのではなく、今ここに生きられる世界のもとにあることをそのまま受け入れることから開始されるように思われる。状況に対する無条件の感謝は本人の生かされている実感を高めていく1つの方法かも知れない。

QOLに代表される質や価値などの基準をもとにした客観的評価の世界とは異質でありながら、確実に救われる実感が人にもたらされている受容の世界がここに同時に開けているのである。

639

●まとめ

- ① 結果としてもたらされたならば、受容は本人にとって世界との最も安定した「正常な構造化」といえるだろう。
- ② 受容に行き着かない段階に留まる人の方が多数であり、その際には「寄り添う」態度が重要である。その示す態度は、患者のナラティブの登場人物になることであり、自分も含まれて登場している物語が不安定にならないように計らうことでもある。
- ③ 受容は客観的に評価を下すべきものではなく、当事者が実感することをそのまま認めることである。

VII. 臨終時の対応：緩やかな看取り

看取りに至る過程には2種類あり、1つは緩やかな身体状況の変化である。人が次第に衰えてゆく行程には、必ず歩行困難、嚥下困難、呼吸低下、血圧低下、意識低下などが順次起こり最期を迎える。人にとって自然なこの営みの変化を「悪化しました」「危険です」という言葉で表現するならば、すべての人は悪化して危険な状態を経て死に至ることになる。これでは救われない。

身体状況は右肩下がりを呈したとしても、その人が悔いのない人生を歩む行程においては悪化でも危険でもない。むしろ右肩上がりに羽ばたく準備段階にさしかかっているともいえるだろう。本人や家族を不安にさせるような無意味な言動は控えるべきである。

●まとめ

- ① 人はその体力に見合った処理能力しかない。嚥下困難になったときにさらなる栄養・水分補給を積極的に行うか否かをその人の生きられる日数と処理能力から勘案し、家族に対しては「体力の衰えは回復不可能なこと。体力の衰えに従って処理能力も衰えること。処理能力以上の栄養・水分補給はむしろ本人に対して苦痛を与えること」を順序立てて説明し、家族の納得を得る。処理能力以上の補給は、胸水、腹水の貯留をきたし、全身浮腫、眼球結膜の浮腫を引き起こす。さらに過剰な水分は唾液分泌を高め頻回の吸引を余儀なくされる。医師が水分過多の原因を平気でつくり、看護師にその後始末としての吸引を間断なくさせるというような本末転倒な作業は止めるべきである。
- ② 臨終に向かって、SpO₂の低下がたとえあったとしても、患者の意識状

640

641

VIII. 臨終時の対応：急変

在宅医療を行っている医師は、受けもっているすべての患者・家族との間で急変に対する事前の対応について協議しておかなければならない。寝たきり老人であれば脳卒中、心筋梗塞、誤嚥による窒息が、がんの場合は各部位からの出血による失血死が、呼吸器装着を行わないALSなどの神経疾患は誤嚥による窒息が、COPDや重症心疾患の場合は急性心不全などがそれぞれの急変として予想される。

通常、急変時の対応といえば選択の余地はなく「救急車を呼ぶ」1点だけになる。しかし在宅医療においては、もう1つの選択肢「救急車を呼ばない」対処が普通に行われている。特に居宅における看取りを行うことが明確である場合には急変の意味合いが大きく異なり、むしろ「もはや救急はあり得ない」といった方が適切であろう。

急変した場合には本人は意識がない場合がほとんどであり、したがって事前の本人に対する説明はもちろんのこと、さらに家族に対しての適切な対処の説明こそが一層重要となる。救急医療の必要性の是非については、家族との協議の中で法的根拠、医療・介護の制度、本人と家族の意思、周囲の状況などを十分に吟味したうえで倫理的にも問題のない範囲に収まるのであれば「もはや救急はあり得ない」対応がなされる。居宅で看取することを前提としている以上、医師には24時間、365日の緊急往診体制が求められることとなる。

IX. 家族の歴史と死の教育

表1は病院と居宅における看取りの変遷を示している。1970年には病院での看取りがわずかに19%であったものが1994年には74%となり、逆に居宅での看取りは77%から激減して24%となっている。図10は親世代、子世代、孫世代がおよそ30年周期となっていることを示している。1970年と2000年の30年間の隔たりは、子世代、孫世代に対して居宅での看取りを経験しない状況にしまったのである。看取るという実感を継代してゆくことは、人間個人の歴史に留まらず、親から子へ、子から孫へと引き継がれる人間全体の歴史性を培うことでもある。

2015年の高齢者介護¹⁴⁾においては、虚弱化した場合に住む場所についての調査で約60%の人が自宅を望んでいることがわかっている。虚弱化してもなお生活する場を居宅に求めている以上は、生活の中の終焉が当たりまえにな

642

態が既に傾眠傾向であり、苦痛を訴える意識作用が消失しているのであれば、家族との申し合わせのうえに酸素添加をわざわざ行う必要はない。呼吸苦を訴えるときにはその度合いごとに酸素量を増やし、その過程の中でCO₂ナルコースになることも、本人や家族には事前に説明を行い了承を得ることが必要である。吸入酸素量が分時換気量を上回っているにもかかわらず呼吸苦が持続しているときには、それ以上の酸素の増量は無意味であり、モルヒネなど鎮痛薬の増量、精神安定剤の投与を含めた鎮静について本人・家族との協議が開始されなければならない。

③ 血圧低下は看取りへの到達時間の指標になる。血圧が80 mmHg、70 mmHgを切るごとに死期は日単位、時間単位で変化する。早めにこの関連性を知らせておき、親族縁者への連絡が滞りなく行われるようになる。

④ 最終段階に近づき意識低下をきたしたときには「一切の苦痛から解放されている状態であること」を話し、意識低下=悪化という関係を払拭してあげることが必要である。家族は自身のつらさ、悲しさを本人に投射して、あたかも本人がつらい思いをしているように意味づけしてしまう。「本人はつらくないこと」「つらいと思っているのは家族であること」「家族自身のつらさを本人のつらさであるかの如くに取り違えないこと」を説明しなければならない。同様に臨終間近の下顎呼吸、臨終喘鳴なども本人がつらくないことと、家族のつらさとの乖離を説明することによって無駄な不安を取り除くことができ、家族も安らかな看取りに参加した充足感をもつことができる。

⑤ 臨終のその場所に医師がいることは原則的にはない。看取りの時間は家族の時間であり、これまでの紆余曲折もみんな支え合った有意義な行程であったことを振り返りながら、安らかな旅立ちに集うのである。在宅の看取りは通常呼吸停止をもってかかりつけ医師に報告され、そのあとに初めて医師が行動を開始する。心電図を装着するなどの必要はなく、視診、聴診、触診で十分な確認となる。近しい親族の到着を待って死亡診断を行ったり、死亡したことは事実として目の当たりにしていても心が受け入れられず、家族が納得するまでしばし待って診断することもありうる。

⑥ 居宅での看取りを経験することがないために、ほとんどの家族は亡くなられたあとの手続きに疎いことが多い。死亡診断書の発行、葬儀社への連絡、御身体の処置などについて丁寧に説明するように計らわなければならない。

表1 日本の高齢者(70歳以上)の死亡場所：年代別

年代	病院	自宅	その他
1970年(昭和45年)	19%	77%	4%
1980年(昭和55年)	46%	51%	3%
1985年(昭和60年)	61%	37%	2%
1994年(平成6年)	74%	24%	2%

(厚生省「人口動態統計」, 1994による)

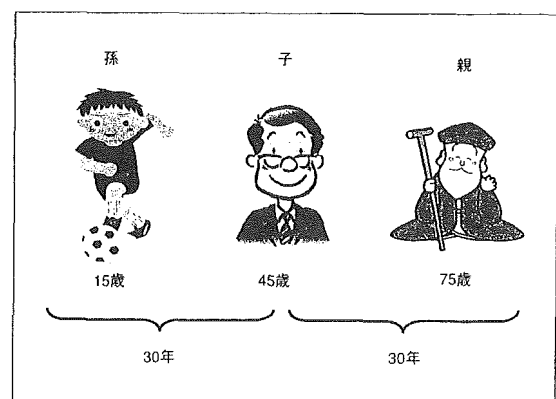


図10 継代30年周期

ることが今後求められてゆくであろう。

また、DPCの導入と入院日数の削減により病院機能は外来部門を切り離し、病棟病院として自立していかなければならなくなった。紹介と逆紹介を増やして外来部門を担う診療所との密な連携がこれまで以上に重要になる。

これからの病院医に求められることは「病院死を回避すること」である。すなわち病状に対する回復可能、現状維持、回復不能の判断を素早く行い、いずれの事例も生活の場に帰す能力を必要とすることになる。

そして在宅医に求められる能力は「在宅の看取りを普通に行えること」である。人は生活の中に生きて生活の中である日その終焉を迎えるのである。

643

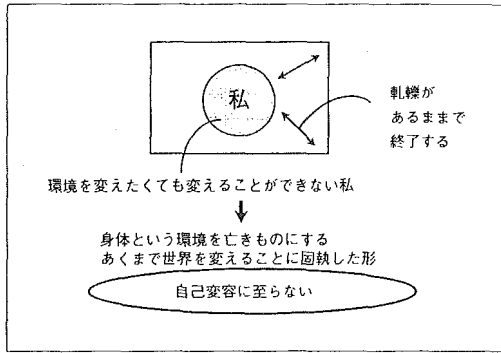


図 11 安楽死の問題点

おわりに

訪れるもの：誰しもが立ち会いたくない見たくない人の死——。その中において、死に向かいつつある生を少しでもよりよく生きることができるように、今を生きる実感をもつために必要なことは、与えられた今をそのままに受け入れることではないだろうか。死をそのままに、がんをそのままに受け入れようとしても、がんや死という意味の呪縛があるうちはそのままではないのである。意味に囚われないような受け止めを日々の中に培うことが肝要である。

安楽死：自分を変えることを放棄し意味に囚われたまま、不都合な身体という環境を最期まで変えようとするに固執した最終形(図 11)は受容の対極にあるものである。死がその結果を検証不能にしてしまう以上、死を手段とした結果論に組するわけにはいかない。

見送る人：臨終とは、去りゆく人と見送る人が互いに抱いて立っていた地に、違う立ち方を探しにゆかなければならぬときのことである。彼が離れたこの地には、しかし確かに彼の足跡が刻まれているのであって、そして私はまだこの地を踏みしめて暮らしてゆくのである。

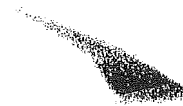
(川島孝一郎)

文献

- 1) 木田 元、ほか(編)：現象学辞典、p 177、弘文堂、東京、1994。
- 2) 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。
- 3) 下中 弘(編)：哲学辞典、p 357、平凡社、東京、1992。
- 4) クルト・コフカ(鈴木正樹訳)：ゲシュタルト心理学の原理、福村出版、東京、1990。
- 5) 川島孝一郎：在宅医療の基本概念と近未来。がんと化学療法 30(suppl 1)：10-13、2003。
- 6) 高崎裕子：看護援助の現象学、pp 107-111、医学書院、東京、1997。
- 7) 根元伸司(訳)：確率論の基礎概念、p 10、東京図書、東京、1991。
- 8) 木田 元、ほか(編)：現象学辞典、弘文堂、東京、pp 110-111、1994。
- 9) 木田 元、ほか(編)：現象学辞典、弘文堂、東京、pp 96-97、1994。
- 10) 鷲田清一：メルロ＝ポンティ 可塑性、p 265、講談社、東京、2003。
- 11) 鷲田清一：メルロ＝ポンティ 可塑性、p 53、講談社、東京、2003。
- 12) 滝浦静雄、ほか(訳)：行動の構造、p 82、みすず書房、東京、1989。
- 13) 木田 元、ほか(編)：現象学辞典、p 193、弘文堂、東京、1994。
- 14) 高齢者介護研究会(厚生労働省老健局長研究会)(編)：2015年の高齢者介護：高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、p 19、2003。

必携

改訂第2版

在宅医療・介護
基本手技マニュアル監修 黒川 清
編集 谷 亀光 則

平成 12 年 8 月 10 日 第 1 版発 行
平成 14 年 2 月 25 日 第 1 版第 3 刷
平成 17 年 10 月 1 日 改訂第 2 版発行

永井書店

＜医学教育ワークショップ＞神経内科卒後研修プログラムの策定に向けて 初期卒後研修の義務化における神経内科卒後教育のあり方

熊本 俊秀

(臨床神経, 44 : 1010—1011, 2004)

Key words : 神経内科卒後教育, 卒後臨床研修センター, 神経難病, 新臨床研修システム

はじめに

大学改革とともに医学部教育はコア・カリキュラムに基づく教育の標準化および診療参加型医学実習の導入がなされ、平成16年度からは初期卒後研修医の義務化にともなう新医師臨床(前期)研修プログラムが始まった。一方、前期研修に続く専門医養成を目的とした後期臨床研修システムはまた確立されていない。今回は卒前、卒後教育における神経内科の役割を明らかにする目的で、大分大学医学部附属病院(大学病院)における神経内科教育の実態を紹介し、その問題点と課題を述べた。

大学病院における学部および卒後教育 システムの実態と問題点

当大学病院でも医学部教育にはコア・カリキュラム、チュートリアル、OSCE、全国共用試験とともにクリニカル・クラッキングが導入され、また、学内に卒後臨床研修センターが設置され、新しい教育システムが構築された。初期卒後教育は新研修プログラム(2年間)で実施され、その内容は「新医師臨床研修の手引き」として公表されている。前期研修プログラムでは、6カ月の内科研修の中で全員が1カ月間、神経内科で研修する。その目的は神経疾患診療の基礎知識と手技の修得で、その達成度は研修センターの責任の下に研修医毎に評価される。

こうした学部教育や前期研修における神経内科の役割は、基本的に脳・神経系を学ぶことの大切さを教え、神経疾患診療の基礎知識と手技を修得させることである。とくに神経内科学的アプローチは、臨床研修の極致であり、ベッドサイド病問診と神経診断により症状を把握し、神経症候学に基づき病巣診断、病名診断を推測し、検査と治療プランを立てる方法が、神経内科医の常套手段であるが、まさにブライマリー・ケアの原点である。その診かたと考え方もともに神経疾患に多い難病医課の本質と技術を教示することは神経内科の義務である。

後期研修カリキュラム(神経内科専門教育)は前期研修終了

後2年間、当科の責任においておこなわれる。最初の1年間は当科で神経内科診療に携わりながら脳波、筋電図、新生検の手技と判読法を学び、その後臨床中診療、神経リハビリテーションの各専門病院をローテーションする。しかし、神経放射線、神経病理、神経耳科(平衡神経学)、神経眼科を研修するシステムはない。

大学病院ではリスキマネージメントの強化、在院日数の短縮化など経営の効率化が重視されるなか、スタッフ不足で教員・医員の負担は増大し、日常診療に追われ、策定されたプログラムを十分に消化するだけの時間がない。研修項目によって教室内、学内に担当する専門医がいらない、学外研修のシステムがない、あっても研修に行く時間がなく質の高い研修を受けることができないなどの問題点を抱えている。

より良い神経内科医を育てるための研修プログラムはすでに策定されているが、今後はそれを入れることもっとも重要で、研修内容の質の向上とその実践が必要である。そのためには十分な研修をおこなうための時間とより良い研修の場を提供し、たとえば前期研修のように地域単位で大学と教育関連病院が連携し、附属病院群後期臨床研修システムを確立し、教育関連施設では積極的に有能な教育スタッフを確保する必要がある。その質の維持と向上のためには、学会による後期医師臨床研修制度ガイドラインの策定とその実践評価システムの導入が必須である。

ま と め

1. 大分大学病院における卒前・卒後臨床研修プログラムについて報告した。
2. 前期研修プログラムは学内の臨床研修センターで策定され、実施される。後期研修については、当科の責任においてプログラム策定し、研修指導をおこなっている。
3. 少ないスタッフに加え、リスキマネージメントの強化、在院日数の短縮化、経営効率化の重視の中で、日常診療に追われ、策定プログラムを十分に消化するだけの時間および各研修項目において質の高い研修を受ける保障がない。
4. 新しい後期臨床研修制度の確立と実践、そして評価システムの確立が必須である。

Abstract

Postgraduate neurology training in new clinical training system

Toshihide Kumamoto, M.D., Ph.D.

Department of Neurology and Neuromuscular Disorders, Oita University Faculty of Medicine

Postgraduate neurology training in new clinical training system in Oita University Hospital was presented. Clinical intern training for first 2 years are performed according to programs proposed by Clinical Training Institute for Interns in Oita University Hospital. This program includes neurology for at least 1 month. Interns will get in clinical management for common and main neurological disorders such as convulsion, unconsciousness, stroke, Parkinson disease and intractable neurological disorders in addition to standard medical skills. Neurology resident training for specialist begins after clinical intern training and is performed in own program proposed by our department. However, the level of educational and training quality is not always high, because of the lack of teaching staff, and insufficient curriculums without rotation system to neuropathology and neuroradiology. To improve this educational program, we need to alter own well-established postgraduate educational programs. The quality of programs must be approved by Japanese Society of Neurology.

(Clin Neurol. 44 : 1010—1011, 2004)

Key words : postgraduate neurology training, Clinical Training Institute for Interns, intractable neurological disorders, new clinical training system

ORIGINAL ARTICLE

Relationships among impairment, disability, handicap, burden of care, economic expenses, event-related potentials and regional cerebral blood flow in Parkinson's disease

Yoshiko Takeda,^{1,2} Yoshiyuki Kuroiwa,² Setsuko Watabe,¹ Kazuo Gokita,¹ Taeko Chuman,¹ Lihong Wang,² Mei Li,² Hiroyuki Toda,² Toshiaki Kamitani,¹ Shu Omoto,³ Tadashi Ikegami,⁴ Sho Matsubara⁴ and Yume Suzuki²

¹Department of Adult Nursing, School of Nursing and Departments of ²Neurology, ³Ophthalmology and ⁴Radiology, Graduate School of Medicine, Yokohama City University, Yokohama, Japan

Background: Relationships between impairment, disability and handicap in neurological diseases such as stroke and spinal cord injury have been studied using the framework of the international classification of impairment, disability and handicap, defined by World Health Organization. Those relationships in Parkinson's disease have rarely been studied on a statistical basis.

Methods: In order to identify relationships between impairment, disability, handicap, burden of care, economic expenses and neurophysiological dysfunction in patients with Parkinson's disease, we made quantitative evaluations of these parameters in 24 patients and 14 care-givers. Impairment was measured by symptomatic assessment for motor and autonomic impairments and neuropsychological assessment using the revised version of Hasegawa's dementia scale, the mini-mental state examination, and the self-rating depression scale. Disability was measured by Hoehn and Yahr scale, Barthel index, and life comprehensive activities of daily living index for the elderly. Handicap was measured by the Craig handicap assessment and reporting technique. Scores for burdens of care on principal care-givers had physical and psychosocial aspects. Neurophysiological dysfunction was studied by measuring visual event-related potentials and regional cerebral blood flow.

Results: Motor and cognitive impairments, disability and handicap significantly correlated to each other. In particular, disability and handicap were strongly correlated. The burden of care on care-givers, economic expenses, visual event-related potentials and regional cerebral blood flow were significantly correlated with impairment, disability and handicap.

Conclusion: Further investigations are anticipated to confirm practical values of symptomatic, neuropsychological, electrophysiological and neuroimaging evaluations to predict burden of care on families and economic expenses for patients with Parkinson's disease.

Keywords: burden of care, disability, handicap, impairment, Parkinson's disease.

Accepted for publication 2 March 2005.

Introduction

Correspondence: Dr Yoshiyuki Kuroiwa, Department of Neurology, Graduate School of Medicine, Yokohama City University, 3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama 236-0004, Japan. Email: ykuroiwa@med.yokohama-cu.ac.jp

The World Health Organization (WHO) adopted an international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) in 1980.¹ As acute infections

come under control, diseases that are self-limiting or amenable to prevention account for only part of the spectrum of morbidity. The very success of control measures for acute diseases has resulted in the increase in importance of residual conditions that do not come into this category. These include chronic diseases of middle and later life, particularly stroke, neurodegenerative diseases, ischemic heart disease, bronchitis, osteoporosis and arthritis. The international classification of diseases (ICD) is based on the concept of disease sequence, etiology-pathology-manifestation. However, difficulties arise because of the limited scope of this medical model of ICD. The ICD model fails to reflect the full range of problems that lead people to make contact with a health care system. Some other framework is needed for the classification of these chronic and progressive or irreversible disorders. This can be presented as disease-impairment-disability-handicap.

The ICIDH has since been used to evaluate medical and social services in many countries. More recently the WHO has adopted the international classification of functioning, disability and health (ICF, 2001),² which is a revision of the ICIDH. We used, for the present study, an ICIDH framework that has been used to study relationships among impairment, disability and handicap in a variety of diseases for the past 20 years. Controversial results regarding relationships among impairment, disability and handicap have been reported in stroke and spinal cord injury.³⁻⁶ Although such relationships seem to be a matter of common knowledge, the statistical bases of such relationships have rarely been studied in neurodegenerative disorders. The need for evaluative studies of quantitative measures are anticipated for disorders such as Parkinson's disease (PD), spinocerebellar degeneration, and Alzheimer's disease. In this study, we made quantitative evaluations of impairment, disability, handicap, burden of care, economic expenses, event-related potentials (ERPs) and regional cerebral blood flow (rCBF) in 24 PD patients and 14 care-givers in order to identify statistical correlations between these parameters.

Materials and methods

Subjects

The subjects consisted of 24 PD patients (seven men, 17 women) who lived in their own homes, and 14 principal care-givers who consisted of 10 spouses (five husbands and five wives) and four daughters. All the PD subjects were clinically diagnosed as having idiopathic PD and fulfilled PD Society Brain Bank Clinical Criteria for definite PD.⁷ Any patient diagnosed as having sec-

ondary parkinsonism was excluded from the study. All the PD subjects were treated with antiparkinsonian medication. All the subjects gave signed informed consent after the purpose of the study had been explained to them, and before any study began. The general profile of patients is shown in Table 1. Thirteen patients (54%) were older than 65 years.

Methods

Evaluation of impairment, disability and handicap

Symptomatic and neuropsychological assessments were performed to measure impairment. Symptomatic scores for motor impairment were graded on the modified motor impairment rating scale used in Japan.¹⁰ The scale rates tremor, rigidity, akinesia, slow finger tapping, retropulsion, postural changes, bending postures, gait disturbance, start hesitation, low voice volume, dysphagia and a total motor impairment score (total motor). Symptomatic scores for autonomic impairment were defined by rating orthostatic changes of blood pressure, constipation, urinary dysfunction and a total autonomic impairment score (total autonomic). There are five (0-4) scores for each item in both motor and autonomic impairments. The maximum score is 44 points for total motor and 12 points for total autonomic. The revised version of Hasegawa's dementia scale (HDS-R) and the mini-mental state examination (MMSE) were used for neuropsychological assessment of cognitive impairment.¹¹ The maximum score is 30 points for HDS-R and MMSE. Those who scored less than 21 points on HDS-R, or less than 22 points on MMSE, were regarded as being demented. The self-rating depression scale (SDS) was used for neuropsychological assessment of emotional impairment. Those who scored 53-67 points on SDS were regarded as being depressed.

Disability was measured by Hoehn and Yahr scale, Barthel index and the comprehensive activities of daily living index for the elderly (ADL-20).¹² White Barthel index scores measured motor-related ADL, like eating, dressing, bathing and gait; the ADL-20 scores measured not only motor-related ADL, but also more comprehensive ADL, like cooking, visiting, taking medicine by oneself and managing private property. The maximum score is 100 points for Barthel index and 60 points for the ADL-20.

Handicap was measured by the Craig handicap assessment and reporting technique (CHART).¹³ The five subsets of domains are defined for the CHART scores: 'physical independence', 'mobility', 'occupational', 'social integration' and 'economic self-sufficiency'. The maximum score is 100 points for each domain, and 500 points for total CHART assessment (total CHART).