



特集 ■ 在宅医療における医師の役割 ②

在宅医療とは何か (2) :

地域づくりとしての在宅医療



医療法人アスミス 生きいき診療所・ゆうき (茨城県結城市) / 院長
荒井康之

はじめに～医師という職業選択の根っこ

このような後輩の皆さんにいろいろなメッセージを伝えられる機会を頂戴し、ありがたいと思っています。私が行っている在宅医療のやりがい、楽しさといったことをぜひ伝えたいと思って準備してまいりました。

私は、午前中は外来診療、午後から訪問診療というかたちで、地域医療に従事しています。しばしば「在宅医療」の部分だけを切り取って見られるところもありますが、私は、在宅医療は、「地域医療を実践するのに必要なカードの一つ」として捉えていて、外来診療と同様の位置づけのつもりです。

ところで、フロアの若い研修医の皆さんに質問です。皆さんが医師になりたいと思ったとき、どのような医師をイメージされていたでしょうか。そこにはさまざまな答えがあると思うのですが、私自身が医師になりたいと思ったときのことをお話すると、「病気を治す、患者を救う」といった使命感のようなものはあまり大きくはありませんでした。私の中にあったのは、「人の笑顔を作り出す仕事をしたい」という漠然とした思いだけでした。ですから、医学部に入って同級生が「手術」とか、「救急外来」といった具体的な目標を持って勉強している姿をみて、「あまり深く考えずに入ってきてしまった」と反省していたこともありました。でも、実際に医師として仕事をしていく中で、この「笑顔を見たい」という根っこの部分がとても大切であると感じています。私は自治医大の出身で、へき地医療にも携わりました。そうした地域では、高齢で病院どころか診療所さえも受診が容易ではない人々への医療提供が求められました。そこでは必然的

に、在宅医療という診療形態も求められます。そして、遠方の病院に入院せずに、生まれ育ったこの地で最期を迎えたいという人を支えていくことも、医師の仕事でした。こうした仕事を通じて、「たとえ治らなくても（治せなくても）患者さんたちを幸せにする方法」を考えるとという医療も大事なのだということを実感してきました。

1 在宅医療でできること

「医療とは何か」を考えた時に、“治す”ということはもちろん大事なことです。しかし、“治す”ことだけが先行してはいけないことも意識する必要があるように思います。私たちが医師としての仕事をしていく上で、根っことして大事にすべきなのは、まず患者さんの「生活」や「人生」です。「ある人が、思い描く生活を送ろうとしていたら、その障害となる健康トラブルが生じた」⇒「その解消に向けてお手伝いする」というのが医師の役割です。つまり、先に「病気や障害」をとらえるのではなく、まずその方の生活や人生をとらえるという思考が必要だと思います。そして、生活を支える医療を行うときの一つのカードとして在宅医療があると思っています。

ある患者さんをご紹介します。84歳の女性、間質性肺炎の患者Aさんです。これまで肺炎や心不全などで、何度も入退院を繰り返し、そのたびに廃用が進み、通院が困難となって、私が在宅医療で見えていくことになりました。Aさんの自宅に訪問すると、いつもニコニコして対応してくれるのですが、SpO₂はいつも90%未満です。自宅には酸素濃縮器が配置されていて、酸素を吸うことができる環境であるのに、それをしてくれません。「苦しくないから」というのがAさんの言い分です。確かに間質性肺炎では徐々に酸素化能が下がってきますから、身体が慣れてしまっていて、現在のベッド上の活動しかないAさんには、息苦しくなることは少ないかもしれません。しかし、医師の立場からすれば、十分に酸素を取り込むことが生命予後に重要であることを知っているのに、呼吸苦があるかどうかではなく、酸素吸入をしてほしいと思います。そして、その旨を伝えるのですが、Aさんはそれを分かって「もう十分生きた」「自由に過ごしたい」という思いが強く、酸素吸入をしてくれません。さらには、「もし、これで悪化しても入院はせず、ここで看取ってほしい」とさえ言います。医者としては、最善の方法があるのにそれを使えないことには、もどかしさを感じてしまうのですが、まずは“様子見”の期間を作って、「なぜこの患者さんはここまで酸

素吸入を嫌がるのだろう」ということをあらためて考えていくことにしました。

何度かAさんのところに入り出す中で、Aさんの生活が見えてきました。Aさんの家には、1歳のひ孫さんがいて、ひ孫さんとの関わりをととても大切にされていることが分かりました。ひ孫さんは、まだ歩き始めたばかりで、家の中に酸素のチューブがあるとそれに引っかかって転んでしまう、あるいは、ベッドの上に来てもチューブに絡まってしまうなどが起きてしまい、安心してひ孫を近くに感じるができなくなることを心配している、ということを書いてくれるようになりました。また、自分が病人らしくなってしまうこと、家族から病人扱いされることが嫌で、いつまでも自尊心を持って生き続けたいということも書いてくれました。それを聞いて、私も「この患者さんは単なるわがままで拒否されているのではない。その治療により失うかもしれない大切な生活があるのだ」と考えるようになりました。Aさんが、本来の治療の必要も分かった上で、思い描く生活と天秤にかけて、治療を見送ることがあれば、今度はそうした患者さんの選択を支えていくのも私たちの仕事だと考えました。

酸素吸入をしないために増悪していく病状を心配しながら訪問を続けていましたが、ある日、Aさんが酸素を吸って私を待っていました。あんなに私が酸素を勧めても嫌がっていたAさんが、急に酸素を吸いだしたので、よほど病状が悪くなったのだろうと心配しましたが、診察してもいつもとそれほど様子は変わりません。そしてAさんはこう言うのです。「私、あと半年生きたい」「もう十分生きた、酸素を吸わないことで悪化しても受け入れる」と言っていたAさんの気持ちが大きく変わったので、その理由を聞くと、「半年後に孫の結婚式が決まった、それに列席したい」ということでした。「先生のいうこと聞くから、半年間はしっかり頼むよ」と言われ、私もAさんの思いに応えたいと思いました。それ以来、Aさんはいつも酸素を吸ってくれるようになり、その頃にはひ孫さんもチューブをよけながら上手に歩けるようになっていました。

このエピソードで何を伝えたいかということ、患者さん個々のその時々の方・考え方によって、治療方針は変わっていくということです。Aさんの病状は変わっていないのに、Aさんの人生の目標に変化が出たことで治療方針が変わりました。これこそが医療なのだろうと思います。私たち医師は、もちろん患者さんの身体を診ます。でも、同時に患者さんの思いをみて、またご家族の思いも知り、それをサポートする力が、医師には必要だと思っています。医師として、何でもかんでも患者さんの好き勝手にさせるというわけではありませんが、患者さんの思いを知って、それと医療との折り合いをつけていく、そういう作業も医師の大切な仕事の一つだと思います。

この患者さんは何とかお孫さんの結婚式に列席できました。「本当に生きてい

表1 在宅医療でできること

● 検査・処置
点滴、採血、在宅酸素療法、尿道バルーン、人工肛門管理、 腎ろう（カテーテル交換含む）、IVH カテーテル管理、抗がん剤投与、 輸血、麻薬の投与（持続点滴含む）、胃ろう管理（チューブ交換含む）、 小手術、人工呼吸器管理、胸水穿刺・腹水穿刺など （一部、医療機関によるものもあり。）
● 入院に準じる体制
● 「居心地がよい」「自分らしい」という薬

てよかった」と、結婚式での写真を見せながら私に話してくれたのが、今でも忘れられません。でも、その写真をみると式場では酸素を吸っていないのですね。これがこの患者さんの生き方なのです。そして結婚式後にはやっぱり酸素を吸うのはやめ、そしてその2カ月後に他界されました。しかし、この患者さんは最期まで幸せだったのではないかと私は思っているわけです。かけがえのない場面のために治療を行い、かけがえのない生活のために治療をやめる。こうした患者さんの選択を支えることが、私たちの仕事だと思います。患者さん自身の将来の夢や希望、「半年後に孫の結婚式に行きたい」とか、「ひ孫と戯れるのを大切にしたい」とか、そうした一つ一つをとらえて、そのお手伝いをしていくのが、医師の仕事だと考えています。そして、それが医療のやりがいです。私はそんなつもりで、診療の後には、私は必ず帰り際に患者さんと握手しています。これは、患者さんのサポーターとしていつも近くにいますということを示したいからです。

胃がん終末期のBさんのエピソードもご紹介します。1回だけの経験ですが、在宅で輸血を行ったことがあります。基本的には、がん終末期の患者さんに輸血をすることはしません。ではなぜBさんに輸血したのか。Bさんは、奥さまの一周忌を1週間後に控えており、「この一周忌を務め上げないと俺は安心して向こうに行けない」とおっしゃるのです。そのため、Bさんに一周忌での役目を果たしていただきたいと思いました。胃がんからの出血で、貧血が進んだ身体でしたが、輸血によって、一周忌の役目は無事果たすことができました。

その他にも、在宅医療で可能な検査や処置は多くあります（表1）。ただ、何ができる、何ができないという問題よりも、患者さんの「居心地がよい」とか、「自分らしく過ごせる」ということが、何よりの薬だといつも思っています。

2 在宅医が果たしうる役割

在宅医療における医師の役割としては（表2）、検査や処方、処置などの通常の診療がありますが、もう1つ大きな役割として「医学的な予測」があります。患者さんごとに今後の病状の変化を予測し、それを早めに拾い上げるための観察のポイント、状態を悪化させない介護のポイント、状態悪化時の対応方法等を、予め伝えていきます。また、患者さんやご家族（介護者）に病状が悪化した時の治療方針の選択肢を示しながら、意思決定を支援します。そして、この予測を考えるときには、必ず2つの軸を置きます。「治療」という医学的な視点と、「生活を支える」という視点です。そういうことを一つ一つ行っていくのが医師の役割だと思えます。

ところで、在宅医療が外来診療と異なるところは、“患者さんの生活の場”を見ることができるということです。どのような姿勢でご飯を食べているのか、どのような介助を受けているのか、薬をきちんと飲んでいるのか。そうしたことを目の当たりにできます。外来であると、どうしても想像するしかないわけです。「薬はきちんと飲んでいますか」という質問をしても、「はい」と言われると、それ以上のアプローチは難しいところがあります。わざとかどうかは分かりませんが、いろいろな理由で患者さんやご家族が真実と異なることを言うこともありますが、外来でそれに気づくことは難しいです。しかし、実際を見ていれば、想像することも容易です。私たちが患者さんの生活に密着することで、患者さんが適切な療養ができていないのか、できていないとすれば何が課題であるかなどを把握することができ、適切な方法を助言できることになります。

意思決定支援に関しては、たとえば「熱が出た、酸素の数字も悪い」という状況を想定してみます。この場合、治療を入院でやるのか、自宅でやるのかを考えなければなりません。治すことを前提とした急性期医療では、治療の効率の良い

表2 在宅医の役割

● 直接の診療
・支える医療
・病状悪化時：支える医療か、たたかう医療かの判断
→治療のマネジメント（在宅なら治療、入院ならその手配）
● 医学的情報提供
・今後起こりうる生活障害を医学的に予測し、介護につなげてもらう
→患者・家族（介護・看護指導、意志決定の支援）
→介護スタッフ（連携：FAX・E-mail、電話、対面）

入院が前提になるかもしれませんが、患者さん・ご家族の思いや生活にも大きな比重を置く医療においては、入院しないということも選択肢に上がります。しかし、患者さん・ご家族は、在宅で治療をするということを知らずに、入院しかないという先入観を持っていたり、在宅での治療に過剰な不安感を持っていたりします。あるいは、そもそも入院か在宅かの選択をするのに、全く見当がつかないという状況であったりもします。そこで医師は、入院したときと自宅で治療をしたとき、それぞれの治療方法、期待される結果、考えられるデメリットなどを伝えるわけです。患者さんごとに想定されることを具体的に伝えて、一番適切な選択ができるようにお手伝いをしていきます。そして、患者さん・ご家族が決断されたら、それを尊重して精いっぱい支援する。このことは先ほどお孫さんの結婚式に列席された患者さんのお話の通りです。

在宅医療では、多職種で支援していくのも特徴です。病気があればもちろん医療は大事な部分ではあるのですが、ご飯を食べるとか、お風呂に入るとか、そうした生活自体のほうがもっと大事です。例えば、医療があっても、ご飯が食べられなくては、患者さんの生活は成立しません。それでも、医療が大切なのは、生活を支える専門職が、安心して患者さんに向かえるように、後ろ盾になることです。例えば、訪問入浴を想定した場合、病気を持っている患者さんが入浴の途中で具合が悪くなったらどうしたらいいのだろうかとスタッフは不安に思うのです。このとき、医療者は、行ってよいケア、いけないケアを伝えること、状態悪化時の対応方法を具体的に伝えておくことなどによって、安心してケアができるよう下支えをするというのが、在宅医のもう1つの役割だと思います。病院あれば、手術や処置、処方など、目立つ仕事が医師の仕事のメインですが、在宅医療においては、目に見えない、裏方の仕事が医師の重要な役割になるのです。

3 看取りをどう考えるか

こういう視点で考えていくと、在宅医にとって「看取り」とは何かが見えてくると思います。私自身は「看取り」というのは、目的ではなく結果だと考えています。今日も患者さんが生きることを支えた、次の日も支えた…。それを繰り返して、患者さんが望む人生を叶える支援を最期の日までする。それが完結した結果として、その到達点が看取りだと考えています。「病気を治す」ということを考えた場合、死は医療の敗北とも言えるかもしれません。一方で、在宅医が行う、「人生を支える」という医療においては、死は決して敗北ではなくて到達点

だと思っています。患者さん自身が、あるいはご家族が、いい人生を送れたと感じられるような最期を迎えていただきたい。そのお手伝いをするのが在宅医療の中身なのです。

WHOが「健康」を定義しています。「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう」としています。「満たされた状態」というのは、“well-being”の訳です。もちろん病気や障害はないほうが良いのは当然ですが、“well-being”であることが、健康であるということなのです。例えば、先に紹介したAさんは、病気はありましたが、最期まで“well-being”、つまり健康だったのではないかと私は考えています。

4 在宅医療を身近なものに

これまで、在宅医療における在宅医の役割についてお話ししてきましたが、もう少し社会的なことにも触れておきたいと思います。内閣府が行った調査で、「最期はどこで迎えたいですか」という質問に対し、54%の人が「自宅で最期を迎えたい」と回答しています。一方で、90%以上が、「最期まで自宅での療養は困難」と考えています。そして、実際に自宅で死亡する人は12.6%しかいないというのが現状です。この12.6%は死亡場所が自宅である人の割合で、自宅での自殺、孤独死、風呂場での事故死等の方も含まれていますから、われわれが言ういわゆる在宅看取りの方は1割に満たないと考えられます。日本国民の半分以上の方が自宅で最期を迎えたいと言うのに、それがかなえられている人は1割もいない。こんな社会でいいのでしょうか。そこを何とかしていききたいと切に思います。

こうした現状の課題を感じ、ちょっとした分析を行いましたので、ご紹介いたします。過去5年の期間中に診療を開始し、終了したがん終末期の患者さん67名の調査です。病状を告知されていない患者さんや、病状を受け入れていない患者さんを除いてですが、私は、患者さんに「どこで最期を迎えたいですか」という希望をお聞きすることにしています。すると、「自宅」が34人、「病院（入院）」が6人、「分からない」とか「今は考えられない」、「そのときになってみないと分からない」と回答したのが27人でした。そして、「自宅」を希望された34人中33人が在宅看取りとなりました。病院での看取りとなった1人は、患者さんやご家族は最期まで「自宅で」と考えていたのですが、看取りが近くなって

来訪された遠方のご親戚が、末期の状態をみかねて、入院を強く主張されたという経緯で入院となりました。患者さんには申し訳ない気持ちもありますが、ご家族の納得感やお立場に配慮しながら治療方針を設定していく必要もあります。そして、こうしたことも、前向きに捉えたとすれば、いったん在宅を希望されたからと言って、最期まで在宅でいる必要はなく、状況が変われば入院に切り替えることもできるという一例と考えていいとも思っています。

それとは逆に、当初は「入院」と回答された6人のうち4人、希望が「不明確」であった27人のうち23人が、在宅看取りとなっています。これは「入院を希望したのにそれがかなわなかった」ということではなく、在宅で診療を続けるうちに、自宅での看取りを希望されるようになったということです。先の内閣府のデータで在宅の看取りを困難と回答したような方であっても、実際に在宅医療を受けるなかで、在宅医療に信頼を寄せ安心し、在宅看取りが可能と考えるようになると推測しています。

患者さん・ご家族から、「在宅医療を行う診療所があったなんて」という言葉をいただくこともあります。ありがたい褒め言葉だと思いつつ、在宅医療がいかにか地域に浸透していないかを感じさせる言葉だと考えています。ですから、在宅医療の姿を市民へ広く発信していくことも私の仕事の一つだと考え、実際、市民向けの講演会を行ったりもしています。また、在宅医療は多職種協働が不可欠ですから、さまざまな職種の人たちと勉強会や親睦を深めるような研修会・交流会も行っています。こうしたことの一つ一つが“在宅医療”であり、その結果としてより多くの患者さんの笑顔を見つけていく作業なのだと考えています。

まとめ～「地域包括ケアシステム」とは何か

厚労省は2025年に向け、「地域包括ケアシステム」という、可能な限り住み慣れた地域での生活を継続し、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるようなサービス提供体制の構築を推進しています。やはり言葉のようになっていますが、われわれ在宅医が行っていることも、そうした、その人らしく暮らせることを保証する地域の体制づくりへの活動だと考えています。診療だけではない、社会全体のうねりに向けての活動であると位置づけています。

たとえば、消防署がない地域に安心して住めるでしょうか。消防署は24時間、火事が起きたらいつでも出動できるようにスタンバイしています。けれども、普段は「消防署に世話になっている」とは考えませんよね。つまり、消防署

は、そこに存在することで地域の人たちに安心を与えるわけです。われわれ在宅医の仕事も同じだと思うのです。医者の仕事とはいま目の前の患者さんに対峙し、治療することだけではないのです。そうした医療の体制があることを地域に示していくことで、その地域の住民の人たちが、「通院できなくなっても在宅医療がある」という安心感を得ていただけたらと思っています。われわれの対象は患者さんだけではなく、地域全体なのだと考え、皆さんと力を合わせながら、安心して暮らせる地域をつくっていきたいと考えています。

謝辞

本講演録は2017年11月26日に開催された、「臨床研修医のための在宅医療研修会」(国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 主催、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 共催；東京医科歯科大学・湯島キャンパス)でのセミナーの内容を原稿化したものです。講演の機会を与えて頂いた関係者の皆様に謝意を申し上げます。
