



特集 ■ 在宅医療における医師の役割 ④

在宅医療で大変だったこと： 「しくじり先生」在宅篇



諏訪中央病院 総合診療科 在宅・地域ケアセンター
家庭医療プログラム責任者

奥 知久

はじめに～在宅医療は“達人技”か、それとも“スキル”か

私は医者としては10年目なのですが、当たり前ですがこれまでたくさんの“しくじり”がありました。今でも毎日しくじっています。今日は私が経験したたくさんのしくじりから私自身が学んできたことを、皆さんとシェアできたらと思います。何人かの患者さんを紹介させていただきますが、これはいずれも特定の患者さんということではなく、これまで経験したたくさんの患者さんから構成した“しくじりのエピソード”としてお聞きください。

自己紹介ですが、私は大阪生まれ大阪育ちで、2008年に大阪市立大学医学部を卒業しました。2010年に後期研修医として諏訪中央病院に入り、現在に至っています。家庭医療、総合診療（後期研修）のプログラムディレクターも務めています。

皆さんにお聞きしたいのですが、本日のテーマである「在宅医療」というのは、高い人間性が要求され、常人にはなかなか到達できないような“達人技”でしょうか。それとも、一定の修業を積みば習得できる“スキル”なのでしょう。私自身の当初のイメージがそうであったように、「在宅医療」とは、十分経験を身につけたベテラン医師になって、そこで初めてできる達人技だと思われることは結構あると思います。諏訪中央病院には、私にとっての“達人”として、高木宏明と鎌田實という二人の医師がおります。

鎌田先生の例をいくつか挙げてみましょう。まずは最近二人で訪問した患者さんについてです。患者さんご自身は心不全や認知症などさまざまな疾患を合併し

ているのですが、同居している奥さんも、息子さん、お嫁さん、お孫さんもそれぞれ身体的、かつ心理社会的に複雑な問題を抱えた、かなり大変なご一家でした。部屋の中は乱雑で、ゴミが高く積み上がり足の踏み場もないような状況でした。その状況で後半まで黙っていた鎌田先生は、患者さんにぼろっと言うのです。「ところであなた、どのようにしてこのように住みやすい“城”を作ったのですか」と。そうすると、患者さんが堰を切ったように、生き生きと自分の人生を語り出しました。ちらかっているようにしか見えない家であっても、当人にとっては自分の家、自分の存在そのものであり、自分はその家の大黒柱だったのです。患者さん表情、雰囲気、家に流れる空気感のすべてを読み取って、「扉を開く」ような一声を掛ける。これはまさに「達人技だな」と思って横で聞いておりました。

鎌田先生の講演会での話を聞くと、「地域医療の原点は相手の立場に立つことだ」などとおっしゃいます。それを聞いた一般の市民の方は「うんうん、そうだよね」と感動されていますが、身内の同業者としては「きれいごとと言いやがって」などと斜めからみたりするわけです（笑）。しかし、諏訪中央病院というのは30年以上前（1984年）に、日本で初めてデイケアを始めた施設なのです。その時点ではお金は1円も取れなかったのです。皆さんは自分の目の前の患者さんが、誰も預かってくれずにお風呂にも入れない状況であったとして、その時に「では、定期的に集まれるような場をつくるために、私が時間と労力を使おう」と考えますでしょうか。日常の診療だけでも手いっぱいのはずなのに、そういうことに取り組んできた先輩の姿勢には素直に感服します。鎌田先生だけの話ではなく、多くの先人の取り組みは本当に尊敬すべきところだと思います。

私の専門領域は「家庭医療」なのですが、家庭医療学にはこういうたとえがあります。「家庭医の千人煮込み」というものです。鍋に千人の家庭医をぼーんと放り込んでグツグツと煮ると、そうしたら相当“灰汁（あく）”が出ますね。その濃い灰汁を捨てて、残ったエキスの塊。それが教科書に書いてあるような「家庭医療学」だと考えていただければいいと思います。もちろん、灰汁の中にこそ本当においしいものがあるのかもしれない。すなわち学問としてのエッセンス（エキス）を学ぶ一方で、達人の背中（灰汁）から学べるものもある。こうした発想が重要ではないかと思っています。ですから、諏訪中央病院の研修プログラムは、たくさんの若手と達人を混ぜ、年間4人ぐらい外部から講師も招きながらやっております。あまりオープンに募集はしていないのですが、もしわざわざ長野まで来てくれる人がいらっしゃれば、一緒に楽しんでいただけたらと思います。

さて、スウェーデンに“Museum of Failure（失敗博物館）”というのがあるそ

うです。行ったことはないのですが、世界中の見事な失敗作を集めた博物館とのことで、見るからにつまらなさそうなゲーム機とか怪しげな美顔用マスクとか、「これは絶対売れないよね」という失敗した商品がたくさん展示してあります。この中に、ある有名な清涼飲料水の会社が作った、定番の商品を改良した“バージョンII”もあります。この博物館に展示してあるのですから当然失敗作で、どうやら1年ぐらいで販売停止になったらしいのです。ただ、この会社はその失敗から奮起して、ライバル社に抜かれていた定番商品の販売に注力した。それにより大逆転してシェア1位を奪い返したのです。しくじりにはイノベーションの源がある。そんなわけで今日は私のしくじりをいくつか紹介させていただきます。

1 “疾患”ではなく“病い”を知る

「医者が患者の話しを遮るまでの時間は18秒である」とする、れっきとした学術論文¹⁾があります。また、23秒ぐらいで、患者が望んでいた方向を医者が軌道修正してしまうという話もあります。それぐらい医者というのはこらえ性がないのですね。

蓼科にある別荘に住んでおられた患者さんがいらっしゃいました。「死ぬときは雪の別荘で」とお考えの方でした。訪問のたびに、私は「何かお困りごとはないですか、調子はいかがですか」と優しい雰囲気です(笑)聞くのですが、この方はいつも「特にないです」と答えます。絶対困っていることがあるはずなのに、なぜかいつもそう言います。それからしばらくして、関係が深まってからこんな風に教えていただきました。「先生、専門家が自分のフィールドで戦っているうちはまだ“青い”んですよ。本当の専門家は相手のフィールドで戦う。相手の懐で仕事をするんです。でもね、実はそれができるようになったらすごく楽になる。だって自分の刀はまだ隠し持ったままだからね」と。この方は、元々弁護士さんでした。専門職としてのコミュニケーション法を私に教えてくれたのです。

つまり、私が患者さんにたずねていた「困ったこと」というのは、あくまでも「医療の領域(=私のフィールド)での困ったこと」を前提としていたのです。もしも、この患者さんのフィールドの中に入るつもりがあれば、もっと違ったこととお話ししてくださったのかもしれない。医療者側の世界観と患者さんや家族の側から見える世界観は、一致することもあるけど一致しないこともある。そのことを前提にケアしなければならないという話です。

医者は病気を“疾患(disease)”として、病理学的、生物学的に身体に起こっ

ている変化をとらえます。しかし、患者さんにとっては病気とは、時に主観的なものであり、個人的な体験であって、個々の患者さん独自のものです²⁾。これを“病い (illness)”と呼びます。「患者さんのフィールドに立つ」ということは、この illness をいかに捉えるか、ということとも言えると思います。

なお、患者さんを解釈する具体的なフレームとして有名なものに、“か・き・か・え”というのがあります。“か”は感情、“き”は期待、“か”は解釈、“え”は影響の頭文字です。もともとの出典は英語で、“FIFE” (F = feeling, I = idea, F = function, E = expectation) というもの³⁾なのですが、この4つのキーワードを念頭に、「患者さんはどのような気持ちを持たれていて」「医療者に対して何を求めており」「患者さんの身に起こった変化を患者さん自身の解釈にそってとらえ」「その問題が患者さんの日常生活や仕事、家族、生活の質に及ぼす影響をたずねる」。こうしたことで、医者が判断する「疾患」ではなく、患者さんの世界の中での「病い」の姿を把握するよう努めます。

2 「コップ半分の水」をどうとらえるか～正負の両面からものごとをみる

コップの中に水が半分入っているとします。これを「もう半分しかない」と見ますか。それとも「まだ半分残っている」と見ますか。こうした見方の違いについての話です。

70歳代後半の女性で、5年前にクモ膜下出血があり、その後遺症で左麻痺があります。彼女の困りごとは左半身が痛い、麻痺がある、歩けないということ。当初私の行ったアプローチは、痛みに痛み止め、麻痺にリハビリ、歩けないことには…、です。こうしたアプローチは急性期では奏効する場合も多いのですが、症状が長期に及んでいる方にはなかなか解決に繋がりません。患者さんのご主人とも話していて、ある程度の関係性ができてくると、ご主人がこんなことをおっしゃいました。「リハの先生には本当にお世話になっていると思っていますし、妻はね、頑張りたいのですよ、先生」。こうしたお話がきっかけになり、この後リハビリのスタッフとも話し合いました。リハスタッフとしては「歩くことを目指す前にまず“座位をとる”ということを目指にしたい」というのです。そこでご本人やご主人と話し「諏訪湖マラソン (※ 諏訪地方にある年1回のマラソン大会) に出るリハビリの先生たちを応援に行こう」という話になりました。患者さんはその応援のために「座ってられる」ということを目標にされたのです。当日、その患者さんは朝5時半から起きて、拘縮した指でおにぎり握ってく

れ、沿道に持ってきてくれました。

医療者としては、「歩くことが難しいなら座位姿勢を目標にして、体幹の筋とバランスを取るための訓練を行おう」、という考え方でリハビリを進めます。でも、患者さんにとっては、その背景に、「マラソン大会でスタッフを応援したい」という意欲があったのです。こうした目標を設けてリハビリを進めるうちに、この患者さんはその後もいろいろなことを達成されました。

つまり、私は医者として「脳血管障害があって、その後遺症として麻痺が残ったから、その障害を取り除く」という考え方をしていたのです。しかし、そうではなくて、「では、残っている機能は何なのか、強い気持ちは何なのか」という、患者さんの「強み」の部分を見つけて、そこを活かすことで、患者さんの可能性を上げることができるということに気づきました。

われわれ医者が医学部の中で、当たり前のように学んだものは「病因論 (pathogenesis)」ということになります。そこでは、「まず健康な状態があって、そこで何か悪いことが起こったら、その原因は何か」という道筋で考えることに慣れていますが、実際に生きている上では、悪いことは当然起きるのですが、それを悲嘆してばかりで生きているわけではありません。病気の状態ではあるのだけれども、それでも保持されている機能から出発して、より健康な状態へと近づいていく。このことは病因論と対比して、「健康生成論 (salutogenesis)」と呼ばれます⁴⁾。

3 疾患モデルから生活モデルへ

高齢者の健康問題の50%は、適切な診断により解決につながるとされています⁵⁾。これを聞くと医者としては、「やはり適切な診断が大事だな」とつい考えるのですが、これは裏を返せば、残りの半分の問題は適切な診断がなされても解決しないことになります。これは皆さんも実感としてあると思います。たとえば誤嚥性肺炎と“適切に”診断しても、個々の患者さんにはそれを超える問題を持つことはたくさん経験します。

80歳代女性で、ご主人と二人暮らし。お互いがお互いの介護をし合うような老老介護のご家庭です。この女性のご家庭に訪問したところ、当地域最恐の(笑)のケアマネジャーさんからクレームがありました。「先生、簡単に薬出すけど、誰が料理作るか把握している？ おばあちゃんにとって料理は重労働。高齢者のお家は1日2食が普通よ」と。私は大した理由もなく3錠毎食後の薬を処

方していたんですね。地域の高齢者は律儀ですから、それが高齢者には大変だったんです。

たとえば間質性肺炎で、ちょっと歩くだけでゼイゼイする独居のおばあちゃんがいらっしゃるのですが、その方は自分でキッチンで火を使って料理をされています。いすを置いて、短時間だけ酸素吸入器を外して、料理が終わったらまた戻って吸入器を付ける。どのようなメニューかというと、ご飯を鍋の底に入れ、冷凍の野菜入りのラーメンをさらにその上に入れてグツグツ煮る。そうしたら、1食目は上のほうのラーメンを食べ、2食目はその下のおじやを食べる。こんな工夫をされたりするのです。

こうした食生活を送っている方々に、「1日3回、毎食後」といったような通常の処方をする、生活が成立しなくなってしまう。疾患が管理できても、その人の生活に合っていなかったら意味がない。まず患者さんの生活をみる視点が重要だということを感じました。

われわれ医者は「疾患モデル」という枠組みでものごとを見がちです。「麻痺で歩けないから家事ができない」ということであれば、麻痺の治療やリハビリ、あるいはその元の脳卒中の治療を考えます。しかし、別の見方もあります。「歩けないのであればバリアフリーにする」、「炒めることはできないけれども座って切ることはできる」、「調理ができなくてもメニューを考えることはできる」。このような考え方で、その方の生活を保ち、役割を担うことで生活者としてのプライドを保つ。ケアとは、こうした生活が成立してこそそのものではないかと考えます。

では、患者さんの生活をどう把握するかですが、これをみるための枠組みが提唱されています。国際生活機能分類 (ICF ; International Classification of Functioning, disability and Health) というものが2001年に世界保健機関 (WHO) によって採択されており、これをわかりやすく解説したブックレット⁶⁾ もありますので、ぜひ手に取っていただくことをお勧めします。

4 在宅医療では有事対応ではなく、事前に予測し、リスクヘッジする

70年前の80%と、現在の80%。前者は在宅死の割合、後者は病院死の割合です。このように時代は変わってきております。

82歳の女性で、在宅酸素を使っている肺梗塞の患者さんです。一回換気量が少なく低酸素になる人は、わずかな酸素量で大きく SpO₂ が変わります。この

表1 在宅ケア継続の4重予防線

① 一次予防線 (⇒原疾患増悪予防)
・〈予防〉増悪予防の生活指導
・〈リスク〉増悪リスク、虚弱性の見積もり
② 二次予防線 (⇒増悪の早期発見)
・〈早期発見〉アラームサインの設定
・〈早期対応〉即応体制の確保
③ 三次予防線 (⇒合併症予防)
・〈合併症予防〉虚弱性に配慮、臓器連関
・〈薬剤関連有害事象予防〉Choosing Wisely
④ 高度予防線 (⇒在宅看取り)
・〈症状緩和〉適切な緩和医療の提供
・〈合意形成〉Advance Care Planning の推進

方は、酸素を1リットルぐらい吸っていましたが、がんばって体を動かして1年ぐらいで肺活量が上がって酸素を外すことができました。「邪魔なものが外れてよかった」とおっしゃり、その後もおだやかな日々を送っていました。ところがその日は突然やってきます。このような方は肺活量が少ないのでちょっとの肺トラブルでも呼吸不全になってしまいます。肺炎を起こして、うちの病院に運ばれ挿管して、肺炎は治りました。でも、筋力が落ちているので肺活量が戻りません。あれよあれよと言う間に気管切開になりました。もちろん気管切開が必ずしも悪いわけではありません。実際、この患者さんはそれから1年半ぐらいご存命で、人工呼吸器を付けたまま自宅へ帰ったりしていい時間もありました。それでも、果たしてこの人にとってこれはいい展開だったのかという思い、こうならずに安らかに看取る方向性もあったのではないかという思いも残っています。

これは「在宅医療」の注意点です。在宅医療では比較的安定した患者さんを診るわけですが、患者さんの状態が急変した場合に、それが起こってから対処しようと思っても間に合わないというケースがあります。「急に痛くなった」と言い始めて、医者がどうしようかと考えているうちにご家族の不安が増して、結局入院という選択をしてしまうのです。ですから、現在の症状から未来を予測し、起こり得る事態に先立って、ご家族・スタッフと事前に話し合うことが重要になります。

私は在宅ケア継続のための「4重予防線」というのを設定しています(表1)。詳しく説明する時間がないので、このうちの《二次予防線》だけを説明しますが、これは原疾患増悪の予防線です。たとえば心不全があり、症状が悪化してぜいぜいして苦しくなったら、救急車で救急受診となってしまいます。でも、事件はまず現場で起こっているのです。ですから、在宅ケア継続のためには、そこに至る前にリスクを具体的に見積もる必要があります。呼吸が苦しくな

る前に、「普段使っているトイレまで歩くのに、休憩が必要になったら連絡を」とか、「体重が42.5 kgを超えたら連絡を」というような目安を設定して、それが生じたら早めに対処して事前に芽を摘んでおくことで、在宅ケアの継続が可能になります。こうした目安のことを“アラームサイン”と呼んでいます。

5 医者にとっては「患者さん」でも…

90歳近い男性で、誤嚥性肺炎を繰り返す患者さんです。私がまだ、いま述べたような病因論とか疾患モデルから抜けきっていない時分の、初めて在宅主治医を受け持った患者さんでした。誤嚥性肺炎に対し、グラム染色やって、最適な抗生剤を最適なタイミングで行う…、といった医療に燃えていた時期です。しかしこの患者さんは、そうした治療を行って退院しても、また肺炎で病院に戻ってきてしまいます。3回ぐらい肺炎を繰り返して、最後には自分で食べられず、歩けなくなって、30度のベッドでミキサー食を全介助で食べるようになりました。

後期研修医の立場で主治医をしていましたので、当時の指導医の先生とともに自宅に訪問しました。お手製のミキサー食をおばあちゃんが食べさせていました。ご本人は家に入って来た僕を見て、食事の途中なのにおばあちゃんをあごで“くいっ”とやりました。そうするとサッと缶コーヒーが出てきたのです。これは僕にとってすごい衝撃だったのです。「じいさん、すごいな」と(笑)。

なぜ衝撃を感じたのか。私は医者としてこのおじいちゃんを、「COPDで誤嚥性肺炎の患者さん」とラベリングして見ていたのですね。患者さんを一人の人間、人生の大先輩と考え、丁寧に、優しく診ようとはしていたのですが、おばあちゃんをあごで使うおじいちゃんをみて、「じいさんはご主人で、この家の大黒柱であることがこのじいさんなのだ」ということにあらためて気づかされました。先ほどのフィールドの話にもつながりますが、病院であればその方に、やはり私はどこかで「〇〇病の患者さん」というラベルを無意識に貼っていたのだと思います。しかし在宅という、患者さんのフィールドで接することで、そのラベリングを自覚することができ、その方の生き方の尊厳にかかわるような、そうした別の見方で接することができるようになったと思いました。

おわりに～水を掬すれば月手に在り

がさつな外見とは異なり(笑)、私は茶の湯を趣味にしています。米国留学中に逆に「日本って面白い」と気づいて、そこから興味を持ち始めました。最初のころにある男性の先生からお茶会に誘われたのですが、ちょうど中秋の名月のころで、その日の茶室の掛け軸に「水掬月在手」と書かれていました。「水を掬すれば月手に在り」。手のひらで水をすくうと月がそこにある、ということです。「現代人はみんな忙しい、忙しいと言いますが、どこかにそうしたことを楽しむ気持ちの余裕を持ってほしいですね」という、お茶の先生からのメッセージです。「このままいくと、医者になっても、引退しても忙しいままなのかも」と思っていた私は、その言葉を聞いて茶道を始めることにしたのです。

家庭医というのは「長く身近にいて、すべてにかかわること」と五十嵐正紘先生はおっしゃっています。生きたり、老いたり、病んだり、死んだりしていくことにかかわっていく。家庭医に限らず医者というのは、「生老病死」というプロセス、その多くの場合は何かを失う過程にかかわっていく仕事です。日本文化を表現する言葉に「侘び寂び」がありますが、これは「不足する」ということの表現です。「侘び寂びとは不足することである。不足することにより失われるものがあり、失われ得ぬものがある」。こういう文章があります。「光」というものをイメージする場合に、さんさんと輝く広大な景色での光と暗闇の中のぼつんとしたろうそくの光を見比べるとどのような違いがあるでしょうか。光の量には歴然とした差がありますが、あえて小さくしたろうそくの火の前では、私たちはより鮮烈に光にフォーカスする。こうした「あえて不足させる」ことで本質を見出す柔らかな試みが茶の湯であり、その美学の特徴です。量的なものは失われるかもしれないけど、そこで初めて見出されるものがある。「侘び寂び」とうのは、そういうふうに捉えることもできるのかなと思います。

患者さんが、「いろいろつらかったけど、でも先生、私よかったなとも思うのです」と言ってくる場面があります。在宅をやっていると、患者さんはどんどん失うものが増えていくのですが、そのプロセスに人生の本質を見出すチャンスがあるように感じます。また、そこに全力で取り組む先人・達人たちがいます。私は患者さんが人生を見出すそのプロセスに、一臨床医としてかかわっていきたいと思っています。患者さんや達人の先生たちの背中を見て学べるチャンスというのは貴重なものだと考えます。ぜひ、皆さんも在宅医療に積極的に取り組んでいただければと思います。

今日お話しした、私が“しくじり”から学んだことをまとめます。患者さんには患者さんの世界がある。マイナスとプラスの両側面をみる。疾患モデルから生活モデルへ。予想し、リスクヘッジする。医者として無意識な患者へのラベリングに気づき、それを克服する。本日はそういうことをお話しさせていただきました。

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。

参考文献

- 1) Beckman HB, Frankel RM: The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-6
 - 2) Young A: The Anthropologies of Illness and Sickness. *Ann Rev Anthropol* 1982; 11: 257-85.
 - 3) Stewart M, Brown JB, Weston W, et al: *Patient-Centered Medicine, Third Edition: Transforming the Clinical Method (Patient-Centered Care Series)*, p. 16, CRC Press, 2013.
 - 4) Antonovsky, A: *Health, stress and coping*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1979.
 - 5) Fried LP, Storer DJ, King DE, et al: Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 117-23.
 - 6) 上田 敏: ICF (国際生活機能分類) の理解と活用—一人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか (KSブックレット)、きょうされん、2005.
-