

〔総説〕 死に逝く人の在宅ケア

藤田弘子・近森栄子

Terminal Care at Home

Hiroko Fujita and Eiko Chikamori

I. はじめに

人間は生まれてから死ぬまで、親しい人に囲まれて生活することを欲する。家で生まれ、最後を迎えることも、最近まで当たり前のことであった。しかし、現代の社会では、ほとんどの人が病院で生まれ病院で死んで行く。死が日常生活から遠ざけられ、自分の最期をどのように迎えるかという、最も根源的な課題を考える機会が少なくなっている。にもかかわらず高齢化が進むなか、死はすべての人がやがて逢着する現実であることに気づきはじめ、安らかな終末を願うようになってきた。しかし、それは、単に、現代医療を否定してノスタルジーに浸ることではなく、死に向き合う人および家族の意志の尊重される全人格的ケアが求められているのである。

ここでいう在宅ケアは、たとえ施設で死を迎えたとしても家庭でなら満たされる筈の環境に近づける努力のなされることをも意味するものである。満たされた終末期ケアは、人々の死生感、生命倫理の熟成、さまざまな機能を持った専門家やボランティアのチームワークによって初めて達成し得る。

本文は、現在、日本の在宅ケアを推進している行政や医療の改革を概観し、また福祉と医療の両サイドから施設や制度が在宅ケアとどのように関連し機能しているかについて述べる。なお理解を深める意味で、随所に、実践報告を織りまぜて記述する。各専門家間のチーム協力やコーディネートについては昨今、福祉の分野あるいは行政の立場で研究がすすめられているが、なお混沌とした状況にあるので割愛した。

在宅ケアは高齢者や終末期癌患者のみならず、心身障害者、難病など多くの人々が求めているが、ここでは社会的関心の高い高齢者と癌終末期に焦点を当てて述べた。

II. 在宅ケアの現状と対策

1. 高齢者の在宅ケア

(1) 問題の背景

わが国の平均寿命が50歳代に達したのは、1947年である¹⁾。その後のわが国の寿命の伸びは著しく、世界に類のない早さで超高齢化社会を迎えることは周知の事実である。長寿社会は、以前の社会で問題とならなかった新たな課題を生み出した。すなわち、限られた人のみが長寿者に到達した時代とは異なり、大多数の者が長寿を経験することによって、長い余生をいかに過ごすかが問われるようになってきた。

また、戦後の大きな価値観の変化、とくに家族関係の変化が老親扶養についての世代間のギャップを産み、高齢者の生活上の問題を複雑なものにしている。こうした状況の中で、高齢者がどのような生活をしているのか、また日本の老人の特徴は何なのかといった調査が大規模に実施されている^{2) 3) 4)}。これらの調査により、“痴呆老人”“寝たきり老人”の実態が明らかになるとともに、大多数の高齢者が老いてなお生き生きと活動する姿も浮き彫りにされた。暗く陰惨な老人イメージが間違っていることも示唆された⁵⁾。

しかし、後期高齢者が増加するにともない、障害や痴呆など、介護を要する老人は着実に増加している。厚生省による寝たきり老人の数は、現在、年齢階級別の同年代人口千人あたり、60歳代で5人、70歳代で19人、80歳代で70人となっている⁶⁾。わが国では伝統的に“おとしより”の世話は家族が行うことが美德とされていた。これは在宅介護重視の日本型福祉としての施策をすすめる前提でもあった。1982年の老人保健法でも、介護に携わるものは家族であると位置づけられ、保健婦による訪問指導は、看護そのものの提供ではなく、家族への指導と

なっていた⁷⁾。しかしながら、家族の現実介護者自体の高齢化や一人暮らしの増加により、介護者不在の現実もみられる。介護にあたる家族の負担については、社会学分野からの諸問題が提起されている。

ところが近年、核家族、生産至上主義による多忙な生活などの社会的条件が、世代間や近隣のコミュニケーションを希薄にし、病人や弱者がまわりの人の援助を必要とする場合でも、そのことに気付いてくれる人がいなかったり、本人が求め、また、まわりの人も援助したい思いがあっても状況が許さない事が多い。こうしたなかで、超高齢化社会を迎えて支援の得られない老人が急増し、常識を越えた非人間的な状態にいたり、住みなれた家を捨てて老人ホームや老人病院へと移動した。それがかえって寝たきり老人、痴呆性老人、あるいはスパゲッティ症候群とまで言わせた延命治療の姿へと変わり社会問題化した。

(2) 政府の高齢者対策

我が国より先に高齢化社会が進行する北欧において、“ねたきり老人”が存在しないようなケアが行われているレポートが届き、“ねたきり”は日本特有の状況であることがわかった⁸⁾。高齢者福祉の貧弱さや介護の問題点が指摘される中で、1990年、厚生省は、高齢者保健福祉推進十か年計画（以下ゴールドプラン）をスタートさせた⁹⁾。その柱は、多様な高齢者に対応するために、生きがいと健康づくりの推進といったいわゆる第1次予防の視点と、地域福祉の基盤づくりに関する第3次予防の視点を包括したものである。高齢者の保健・福祉についての公共サービスの基盤整備を進めるため、政府が在宅福祉、施設福祉などの事業について今世紀中に達成する目標を以下のように示した。

a. 市町村の在宅福祉対策：在宅の高齢者が、的確で質の良いサービスを受けられるように在宅3本柱（後述）を推進する。

b. 在宅介護支援体制の充実と環境整備：介護をする家族が身近なところで介護の相談・指導を受けられよう、24時間利用できる在宅支援センターを10,000カ所に創設する。

c. ねたきり老人ゼロ作戦：ねたきりは予防できることを国民に知らせることで21世紀には、ねたきり老人の発生をなくすことを目標にしている。具体的には、機能訓練や脳卒中情報システムで、閉じ込めりによって身体の機能が衰退することを防ぐ。

d. 介護支援要員の確保：保健婦または看護婦2万人、在宅介護相談協力員としてボランティア8万人の増員。

e. 施設の緊急整備：特別養護老人ホームを24万床に

増やし、常に介護が必要な高齢者で家庭での生活が困難な人が待つことなく入所できることを目的する。また、老人保健施設（後述）28万床の整備が盛り込まれている。

ここにおいて老人福祉法（1962）と老人保健法（1982）により推進してきた福祉と保健のサービスを、いま市町村が実施主体となって連結させる仕事が法律により課せられた。しかし、ここでは高齢者をやがて死を迎える人としてとらえ、在宅での死をどのように看取るかについての配慮はみられない。福祉と医療の連携は、その推進力となる可能性を秘めている。在宅での死をいかに看取るかは、今まで触れられることが少なかったが、高齢者にとっても家族にとっても根元的な課題であり、われわれ一人一人の課題でもある。この視点にたつと、種々のサービスと連携しつつ、家庭という場への医療の介入が必須である。医療において人の最後をいかに看取るかという課題に取り組んだ先例として、ホスピス運動などがあげられる。次に癌終末期患者をとりまく医療の現状とその動向を述べる。

2. 癌患者の終末医療

(1) 医療施設の現況

わが国の年間死亡数は約80万人であるが、その1/4は癌による死亡である。癌はすでに35歳から死因のトップを占め、35-64歳の癌による死亡者は、高齢者の癌死亡者数の1/2に相当する。近年、早期発見、治療技術の進歩により胃がんや子宮がんなど特定部位では高い治癒率をみるが、なかには、治療が患者の精神と身体に対して極めて侵襲的な場合があり、しかも個々の症例について必ずしも成果が一致するわけではない。にもかかわらず真実を告げられることもなく、また治療を受けるかどうかの意思を問われることもなく、医師に生と死に対する支配権を與えている場合が多い。近年、徐々に自己の生命についての認識と自覚が高まり「自分の生死にかかわる運命の主人公は他ならぬ自分自身である」とする考えから患者の自己決定権を求める市民運動がみられるようになった。

日本の医療施設は、急速に整備されてきた。その一端を病床数でみると最近25年間で2倍以上になり（1960年の85万から1987年の180万へ）、とりわけ近代設備を誇る100床以上をもつ病院の増加が著しく1987年の統計¹⁰⁾によると全病床数の80%を占める。大都会に住む人は、病院をより好みさえしなければ、緊急事態が起きた場合でも電話一本で昼夜を問わず、およそ10分で救急車が出動し、とにかく救急病院に入院する保証が確立した。急性疾患の短期治療については、おおむね満たされてきたと

みることができよう。慢性疾患あるいは回復の見込みが
やすい状態にある人たちも入院ベッドは比較的得やすい
が、何時まで病院に留まるべきかは曖昧であり、その判
断は病院事情に左右される面が大きく、病室にゆとりの
ある病院では患者が希望すれば長く留まることが可能で
あるし、回転のはげしい病院では手術などの根治的治療
が終わるやいなや、家庭の事情とは関係なく主治医によ
り退院を言い渡される。

最近封切られた映画“病院で死ぬということ”でもリ
アルに映し出されたごとく一般病院現場での終末期医療
を受ける人々の現実、4人、ときには8人部屋でプラ
イバシーもなく、また、朝の検温から消灯までの生活規
制に耐える闘病生活を余儀なくされている。何故に住み
心地のよくない病院で、はっきりした治療も受けないま
ま長期入院を続けているのか、現実的な理由を以下のよ
うに分析した。

* 病気に対する不安：終末期の癌患者は、しばしば突発
性の頭痛やおう吐などの不定愁訴、あるいは突然の激し
い疼痛や不眠に悩まされる。多くの患者は病名を知らさ
れておらず、また、心理的サポートが得られないなかで、
原因不明の症状に対する不安にかられ、再入院の保証が
得られないときは、退院の決断が鈍るのであろう。

* 患者の主体性が乏しい：日本では主治医に任せきりに
慣れていて、患者教育を受ける機会が少なく自身の治療
目標の曖昧な人が多い。例えば、闘病としての自覚を持
つように訓練されることが少なく、努力すれば食事が
取れるにもかかわらず点滴を信奉し過ぎるあまり、経口
食に達することが出来ないまま、長期入院を続ける。

* 退院後の医療と看護に対する不安：退院後の療養は、
開業医とその家族にまかせるという考えが支配的であり、
病院と開業医のコミュニケーションを保ち続ける例は少
ない。家族の多くは社会人としての役割のほかに看護者
という新たな任務を担うことになる。家族あるいは、地
域共同体の扶助力の減退を来している現在、これを補
うパワーが必要になる。また、昨今、往診に容易に応じ
てもらえる開業医が少なくなった。終末期など手のかか
る患者を一人で受け持つことの困難さや技術上の問題、
さらに往診に対する医療保険の評価が低いなどの基本的
問題がある。

こうした状況にたいして政府ならびに医療の現場にお
いて反省と方策の検討がはじまった。以下にその内容に
ついて述べる。

(2) 癌死亡者の実態

では癌死亡者の最近の実態はどうであろうか。1992年
に厚生省により調査された結果¹¹⁾について検討してみよ

う。対象は地域的バランスを考慮して選ばれた11都道県
に住む1992年3、4月の悪性新生物による壮年期(40-
65歳)死亡者である。調査票は患者の介護者に記入を依
頼した。有効解答1,918人であった。結果については、

a. がんの告知を受けた者は、5人に1人、また、治
療中に亡くなられた本人の4人に1人が医師から病状や
治療方針などの説明を受けていた。

b. ほとんどの介護者は、医師から死亡者の病状や治
療方針などの説明を受けていたが、医師からの説明が十
分で、理解でき、納得もできたのは、2人に1人であ
った。

c. 末期において延命医療を受けたと思う人は53%、
緩和ケア療法を受けたと思う人は29%であった。治療
に対して満足と答えたのは前者が70%に対して後者は93%
であった。

厚生省諮問機関が行った末期医療にたいする国民の意
識調査(1993, 8)では¹²⁾、関心を持っている人の割合
が予想以上に高かった。20歳以上の5,000人を対象に行
われたもので、末期医療に関心があると答えた者は82%、
延命医療に関する一切の治療を中止するは30%、緩和ケ
ア療法を望む67%であった。リビングウィル(尊厳死を
生前に意思表示する)について賛成51%、書面の必要な
し30%であった。諮問委員会は、これらの結果を基に、
医療従事者は精神的ケアの在り方と技術、いわゆるイン
フォームド・コンセントについて体系的教育や研修の必
要性を指摘している。

(3) 医療スタッフの意識変革

1989年9月、厚生省・日本医師会編“末期医療のケア、
その検討と報告”という200頁におよぶ書物が出版され
た¹³⁾。そのなかで反省の意味をこめて末期医療の現状が
つぎのように記されている。

「癌患者は、疼痛をはじめ、全身倦怠感、吐き気、な
ど不快な症状を伴うことが多いが、現状では単に時間的
な生命の延長を図るためだけのいわゆる延命医療に重点
がおかれ、諸症状に対する対症療法が必ずしも十分に行
われていないという問題がある。・・・患者は病名や病
状を知らされず、悩みながら死を迎える場合があり、こ
れらに対する精神面でのケアが十分に行われていないと
いった問題が指摘されている。家族については、医師に
よる患者の病状説明が不足していたり、病名や病状を患
者に知らせないため周囲の人との間で不信感が生じ、十
分な介護などを提供できないといった問題もある。

医療機関でおこなわれる単なる延命医療は、多大な労
力や費用を費やしているにもかかわらず、本人の生活の
質あるいは生命の質(quality of life)の観点から、満

足できる成果が必ずしも得られていないという指摘がある他、末期患者に対する心肺蘇生術などの救命措置の適応については慎重であるべきだとの意見もある。」

以上のような認識をもって同報告書は、癌による末期状態を中心に、告知の在り方、望ましいケアの在り方、施設あるいは在宅での末期医療について提言を行っている。全般にわたり、欧米で行われているように治療については、知らせた上の同意 (informed consent) に基づきこれをおこなうこと、告知に際しての考慮すべきこと、また告知後の精神的ケア、支援の問題についても述べている。先駆けて発足した聖隷ホスピス (1978)、淀川キリスト教病院ホスピス (1980) をモデルとして受け入れられ、これからのあるべき姿として位置づけている。在宅に関しては、白十字診療所のライフケアシステム (後述) を紹介するのみに終わっていて、具体的な方針はこれからという印象である。しかし、末期医療にたいする関心は過去十数年ですこしずつ高まりをみせ、死の臨床研究会が各地で育ちつつある。開業医では、河野博臣の「死の看護」に示された末期患者へのアプローチ、鈴木壮一の在宅ケアとミニホスピス、また、大学病院や国公立病院においても研究会が開かれ、金子仁郎を代表とする「死の臨床研究会」の会員は今年、千人を超えた。疼痛への対処、家族への援助、病名宣告、在宅ケア、チーム・アプローチ、医療スタッフの精神的負担、死の教育といった問題が研究テーマとなっている。

Ⅲ. 在宅ケアを支える福祉・看護

ゴールドプランに示された「在宅3本柱」事業と併せて老人保健法の改正 (1991) で新しく認められた訪問看護ステーションは、在宅ケアの推進に大きな期待が寄せられている。これらは高齢者のみを対象とするが、果たして高齢者にとって、終末期に十分対応できるものであるだろうか。在宅サービスの利用者は、病状が安定していたとしても、常に医学的管理、看護ケアを必要とする。また、人間らしく尊厳をもって最期に臨みたいというニーズに応えねばならない。また、終末期在宅ケアは、高齢者だけでなく、癌患者にも不可欠である。

終末期の在宅ケアは、現時点のプランだけではカバーできないが、今後医療との連携が進み、またケアの対象が広げられたならば、在宅3本柱と訪問看護は、重要な役割を果たし得るものと考えられる。以下にこれらについてその変遷と現状を述べる。

1. 在宅三本柱

(1) 家庭奉仕員派遣事業、ホームヘルパー派遣事業

この事業の開始は、1950年から始まった長野県上田市や諏訪市の「家庭養護婦派遣事業」とされている¹⁴⁾。当時は、被保護世帯の高齢者が身体的・精神的障害により居宅で生活できないときに入所する施設数が、かなり不足していた。自立的な生活をおくれなくなった高齢者を、地域の人たちが訪問して、話し相手や日常的な生活の世話をおこなう活動を始めた¹⁵⁾。

これらの活動により成果があがったところから、全国的に普及させるため、国庫補助事業 (1962) として制度化されるようになった。そして1963年に制定された老人福祉法では、65歳以上で老衰、心身障害、傷病などのために日常生活を営むのに支障のある家庭に対して介護サービスを行うことを盛り込んで法制化した。しかし、この時点では対象が被保護世帯および非課税世帯に限られていた。

その後、日本の社会変化 (都市化・核家族化・高齢化) によって、所得の高低に関わりなく高齢者に支えが必要となってきた。また、寝たきり老人などの介護サービスが一般市場では容易に得られない実状などに対して、所得税課税世帯にも有料で派遣を認めるよう改善された (1982)。

一方、派遣対象の要件は「その家族が老人の介護を行えない状況にある場合」とされていたものが「老人またはその家族が老人の介護サービスを必要とする場合」言いかえると、若い世代の家族が同居していて介護力がある場合でも、サービスを受けることが出来るように改善された (1990)。これらの改善は、家族による介護を福祉の含み資産として進んできた¹⁶⁾といわれる我国の老人福祉政策を、社会的介護へと大きくその方向を変える一歩であると考えられる。

「ゴールドプラン」では、ホームヘルパーの増員を緊急の課題と位置づけて、2000年までに10万人を確保することを目標にしている。活動の目的は、入浴の介護、身体の清拭、洗髪などの身体の介護サービス、調理、衣類の選択、補修、住居の掃除などの家事援助サービス、及びこれに付随する相談、助言を行い、日常生活を支援することとされている。この事業の担い手であるヘルパーは、専門職ではない。しかし、実際に高齢者に触れ、介護していく上で対象者の身体的な問題など、専門的知識を必要とすることが多い。このことが認識されるようになって、基幹的なホームヘルパーが、看護婦・ソーシャルワーカーと連携し、援助に当たるチーム方式推進事業が創設された (1991)。また、ヘルパーに対する段階的研修制度が設置され、支援内容の質的な向上が図られている。

夫婦が高齢になっても二人で暮らしていけるのは望ましい姿であり、たとえねたきりになっても同じ屋根の下で生涯を送りたいと誰もが望むであろう。この時に、迅速に必要な援助をいかに提供し生活を支えるか、夜間・休日の対応や派遣回数調整をどのようにすすめて行くかが重要な検討課題である。

高齢者を介護する家族を支えるという視点から、高齢者自身の生活をどう支えるかという視点にたった政策の転換、並びにヘルパーの質・量の確保が実現したとき、在宅での生活を支える基盤が整備されたといえよう。

(2) 在宅老人短期入所事業、ショートステイ

ショートステイ事業は、在宅でねたきり老人等を介護している家族が病気、出産などの場合に、介護者にならなくてねたきり老人等を一時的に特別養護老人ホーム等に保護し、介護者の負担を軽減するなど、高齢者とその家族福祉の向上を図ることを目的として1978年から開始された。

保護の理由は、介護者の病気、出産等の社会的理由であったが、介護疲れ等の私的理由の場合も利用できるように改善された(1985)。この時点では私的理由による利用は全額自己負担であったが、1989年に私的理由による利用に対しても、社会的理由による利用料と同額に改められ、ねたきり老人等を抱える家族への支援がいっそう充実されることになった。また、20床以上でショートステイ事業を実施する特別養護老人ホームは、原則として送迎サービスを行うことになり、家族による送迎の負担が軽減した。“高齢者の介護は家族の手で”という意識の強い日本では、家族が介護を依頼することに罪悪感を抱き易い。ぎりぎりの段階まで家族が追いつめられて、入院や入所をせざるをえない状況となる前に、気軽に利用できる体制が望まれる。

その工夫例を挙げると、例えば富山市では、利用のつど市役所に申請しなければならない煩雑さを避けるために利用券方式を採用した(1990)。利用者は一年間有効な利用券によって、いつでも直接ホームに連絡し高齢者を託すことができる仕組みになっている¹⁶⁾。

医療の必要性が高い高齢者に対しては、最近老人病院・老人保健施設でもショートステイを実施している機関が出来てきた。各施設はその特性に合わせて、ニーズに応え易い支援体制を整備する必要がある。

(3) 在宅老人デイサービス事業

デイサービスは、老人ホームなどに併設または単独に設置されたデイサービスセンターに在宅の虚弱老人を週1～数回通所させ、入浴、食事、日常生活動作訓練、生活指導を行い、また家族介護者教室などの総合的なサー

ビスを提供する事業である。家族は高齢者から離れ、自分の時間を持つことができる。

このような活動は、行政によるものだけでなく、地域住民の自主的な活動によっても生まれてきた。例えば、網走地区ボケ老人を支える会は、一主婦が自宅で夫の両親を看取った体験から、民生委員に働きかけ宅老の名でスタートした¹⁷⁾。痴呆症や在宅の老人を対象に長期在宅介護支援のために役立ちたいという思いが多く人を動かし、ボランティアによる活動にも支えられ、この地区では行政によるデイセンターの設立より早く、送迎も含めて活動が始まった。

このようなデイサービスは、基本理念が理解し易く、家族にとっても負担軽減になるとともに、孤立し、閉じ込めりがちな高齢者にも通所によって、生活のリズムや日常生活動作の拡大、他者との関わりにつながるなどメリットが大きく、家族の“老人を預けている”という罪悪感も少ない。また、送迎が原則となっているため、ADL(日常生活動作)がかなり低下しても利用が可能という利点がある。

デイサービスセンターは、すでに1992年には3480ヶ所で行われている。地域によっては希望者が多く、まだまだ不足状態にあるが、高齢者のねたきり予防、介護負担軽減、家族の自由な時間の確保など利点の多い施設である。

デイケアの夜間版になるが、夕方から朝まで痴呆性老人を預かるナイトケアが制度化された(1989)。これは特別養護老人ホームで痴呆性老人をケアする取り組みに成功した実績から発展したものである。また、精神科をもつ総合病院にもナイトケアを設置する予算が付けられた。

2. 訪問看護ステーション

(1) 訪問看護の始まり

訪問看護をシステムとして最初に始めたのは、1923年聖ルカ国際病院の保健婦であり、今も公衆衛生看護部として続けられている。また、同志社看護学校でも入院までの間や退院した後のアフターケアとして、往診や訪問看護がなされていた¹⁸⁾。

ねたきり老人を対象にした訪問看護を老人福祉事業として行政が制度化したのは、1971年12月からの東京都東村山市であった¹⁹⁾。医師会始動型といわれるこの活動は、佐藤智医師が、老人訪問看護をめぐる提案を行ったことから始まっている。この提案を契機に、医師会と社会福祉協議会で高齢者を支えていく仕組みが実施された。こうした熱心な医師・社協の担当者などを中心に、ねたき

り老人訪問看護は成果をあげていった。その後、東村山市に隣接している東大和市が1972年、小平市が1973年から訪問看護を実施している。東京都は1976年より“訪問看護事業運営要綱”を制定し、訪問看護事業を実施している区市町村へ実績に基づいて補助金が支給された。また、1975年横浜市衛生局は家庭にいる有資格の看護婦を訪問看護婦として活用する方式を採用し、保健婦とともに活動を始めた。これらの先駆的な活動は老人保健法の制定をもたらした。訪問看護指導事業が全国に広がっていった。

医療機関に併設した訪問看護は、その草分けである京都市の堀川病院（1974年訪問看護設置）、東京都足立区の柳原病院（1976年開始）、新潟市信楽園病院（1978年地域医療部継続医療室設置）など70年代の半ばから次々と実施されている。病院からの訪問看護は、看護の独自性が認められておらず1983年まで無報酬であった。病院の経営面からいうと不採算部門である。したがって、経営的な考えからではなく、医師を中心とした医療職の強い問題意識と熱意によってこれらの活動は始まったのである。

（2）訪問看護ステーションの設立

老人保健法の改正は“老人訪問看護制度”の一つに訪問看護ステーション設置を決めた。厚生省は2000年までに5,000カ所設置する目標を定めた。これは、従来の訪問看護とは異なりステーションの責任者が医師ではなく看護婦でなければならないこと、従って看護婦が所長の職につき運営、人事、経営すべてを担うことができる。事業者は国、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人、日本赤十字社、看護協会、医師会、その他一定の基準により厚生大臣が認定した法人とされており、個人や企業は開設できない。したがって、医療機関や特別養護老人ホームなどに併設して訪問看護を実施する形態と看護協会や医師会が設置して、単独で地域の医師との連携のもとに活動する形態がある²⁰⁾。

サービスの提供者は、保健婦、看護婦、准看護婦、理学療法士、作業療法士である。訪問看護の対象は65歳以上で老人医療受給者証を持ち主治医の指示書を必要とするとなっている。訪問費用の大半は健康保険から支払われ、本人の基本負担額は250円、一週間二回まで認められる。ただし、末期癌患者は毎日訪問を受けることができる。

4月に開始されたこの制度により、同年12月には143カ所にステーションが開設された。事業者として指定を受けているのは、医療法人が最も多く87カ所となっており、ついで医師会16、社会福祉法人12、市町村10、看護

協会8カ所などである。医療機関が大半を占めているのは、前述のように診療報酬によって訪問看護を実施していた医療機関が、訪問看護部門として独立する形でステーションに切り替えたためと考えられる。

利用者である高齢者にとっては、生活支援を中心としたヘルパーの活動と医療の専門知識を持つ看護職などの関わりによって、介護と看護を受けることが可能になった。看護職の役割は、介護する家族や当人が、身体的な変化や療養上の疑問など、誰に相談すればよいのかわからなかった部分について、実際にケアし、教育していくことであろう。言いかえれば、看護職は「何か起こったときどうしたらよいかかわからない」といった不安をかかえる在宅者を具体的な行動で支える使命を持つ。

高齢者の在宅ケアは、大別すれば徐々に活動能力が低下する人々を入院や施設入所までの期間支えていくという考え方と、途中入院や老人保健施設などを利用しながらも終末期を支え、家庭で最期を看取ろうとする考え方がある。後者は、前者よりいっそう看護の果たす役割が大きい。医療機関に併設したタイプは、夜間や緊急時の対応、医師との連携が比較的確立しやすい利点がある。単独設置型のステーションでは、主治医である地域の開業医との密接な関係を築いていくことでニーズに応じていけるであろう。老人訪問看護制度の導入は日本の看護史上および在宅ケア支援の観点から画期的な試みと言えよう。今後訪問回数や対象の年齢制限が撤廃され、休日・夜間の対応が整備されれば在宅で終末期を迎えたい人々にとって、その実現性は高くなると予測される。

IV. 在宅ケアを支える医療

医療サイドの在宅ケアは、従来、開業医による往診がその役割を担ってきた。いまでも地域住民に信頼の厚い“赤ひげ”先生は存在し、在宅ケアの中心を支えている。しかし超高齢化を迎え、在宅ケアの組織的体制の見直しが必要になり、厚生省は昨年4月、40年ぶりに診療報酬体系を大幅に改革しその対応を図った。そのポイントに、医療の量から質への転換が挙げられる。例えば、医療機関のランクづけを、これまでは看護要員の数や正准比率で評価してきたが、今後は、寝たきりや癌の終末ケアなどの役割機能を中心とした体系化を全面に押しだそうとしている。また、在宅ケアにおいては、チーム医療の成果を測ることで質的に評価する方向が示されている。また治療至上主義、物質主義の保険点数から人を介したサービスにも点数化するように変化してきた。とりわけそれらは、プライマリケアと慢性疾患のケアにおいて強調されている。その役割は、開業医に対して期待されるとこ

ろが大きい。また、病院と開業医の中間的な役割を担う老人保健施設およびホスピスが新しく整備される事になった。

1. かかりつけ開業医

厚生省は今年から、かかりつけ医推進モデル事業をすすめている。その主旨は、希薄になっている医師と患者の触れあいを深める国民運動を広げようというものであり、以前厚生省が提唱した“家庭医制度”とは異なるものだとして説明している。日本医師会は“家庭医制度”は、病院勤務医を専門医とし、それに対応するかたちで家庭医を非専門医とみる差別的な考えに立つものであるとして反発し10年前に廃案となった。

その後、開業医自身が開業医の役割として家庭医機能の重要性を打ち出し、“かかりつけ医”と呼称し始めた。かかりつけ医の機能は、一人ひとりの患者を長期的、全人的に把握することによって、そのひと特有の健康状態や疾病を理解することであるとしている。日本医師会は、かかりつけ医の位置づけとして、地域住民のファースト・コンタクトを受け適切な医療を提供する一方、保健、福祉を含むケア・コーディネーション機能を受け持ち地域医療の推進を担うべく、診療報酬にも体系化がなされるべきとしている²¹⁾。

今度の診療報酬の改正で“ねたきり老人在宅総合診療科”が設けられ開業医の在宅ケアに対するパワーに期待が寄せられている。末期癌患者のように特殊な技能を要求される終末期医療の領域においてはまだ取り上げられていないが、これについても認可条件を定めて医師会の承認を得るようにしてはどうかと言った提案もあり、近い将来検討される必要に迫られている。その機能は、後に述べる欧米諸国の在宅型ホスピスに相当するものと考ええる。

地域によっては、すでに医師会や病院の指導のもとに在宅ケアの連携が生まれ活性化が始まっている。その一つ、尼崎市医師会主導の例をつぎに紹介する²²⁾。

尼崎医師会は、地域の中にある中核病院に医師会分室を設け、在宅ケアで急変した患者を即刻入院出来るシステムを作った。また、その逆方向として退院して在宅ケアを希望するが、かかりつけ医を持たない患者を病院が医師会に紹介する窓口を置き、双方に風穴をあけた。その実例を次ぎに述べる。尼崎市では、県立尼崎病院ならびに県立塚口病院に医師会分室として“地域医療室”を設け周辺220医療機関とファックス通信で連携した。かかりつけ医は患者が検査や入院の必要を認めたときファックスで申し入れると、“地域医療室”から返信をうける

ことができる。また、内科病棟の一部に開業医のためのオープンベッドあり、ここに入院したものは、かかりつけ医と院内医師の複数主治医制となり、病院での治療が完了するとかかりつけ医による在宅ケアに移行する。

さらに逆方向として²³⁾1987年から関西労災病院に“在宅医療室”を設け、その入院患者、外来患者のなかで在宅医療サービスを必要とする人があれば、患者・家族の了解のもと医師会窓口連絡し、地域におけるかかりつけ医を選定し、在宅医療に引き継いで行く。退院後はかかりつけ開業医を中心にケアが行われているが、病院スタッフは月2、3回往診を行う。必要があれば緊急の往診や病院窓口を通して再入院もできる。

以上、述べた病診連携は、いうまでもなく保健所、福祉事務所などの行政はもとより地域住民のボランティアグループなど関係諸団体との連携もおこなわれている。西村医師は「地域医師会は地域の医療マップを把握し、各医療機関の機能を整理し、それを高める努力をしながら介護を主とする福祉行政との連携をとり、新しい在宅医療の発展に努力しなければならない。今までの日本式町医者としての伝統を守りながら、専門外の医療と連携をとりつつ、暖かい人情味あふれた家庭医機能を発揮することこそが、在宅ケアを発展に導くことができる」と述べている。

2. 老人保健施設（老健施設）

厚生白書（1991）には、「老健施設は病院と特養の長所を持ちよった医療サービスと福祉サービスが一体として提供されるいわば中間施設である」と記されている。さらに、在宅ケアが見直されている昨今、病院から家庭へ復帰するまでの中間にある通過型施設とも位置づけられ、入所期間は90日を目安とし退所を円滑に行うために家族にたいして家庭療養の指導もすることになっている。

小山²⁴⁾によれば、中間施設という用語は、英米のハーフウェイハウスの訳語に当たり、英国では病院から地域社会への復帰途上にある施設の総称として用いられたことはあるが、固有の施設の名称としては用いられていない。日本では1977年“東京板橋ナーシングホーム”併設のハーフウェイハウスが最初のものであり、そこでは病院の基本的な治療を終了した高齢者が、家庭復帰のための日常生活動作の訓練を目的としている。

現在、老健施設は基本的に特養ホーム付属、病院付属、医師会運営、独立の4つのタイプがあり、それらは施設ごとに運営に工夫が凝らされている。例えば病院付属の一つで、以前から地域とのつながりの密な施設として知られる長野県小諸厚生総合病院老健施設では、その実施

要領において通過型施設にとどまらず、地域のなかでの老人介護をめざし、家庭機能を支える在宅ケア支援施設を目的とすると唱っている²⁵⁾。その実績が評価され、今年から老健施設に老人看護ステーションや在宅看護支援センターも設置されることになった。

医師会が運営するタイプの尼崎市立花老健施設では、医師会が全面的に運営に参画し、登録しているかかりつけ医がそれぞれ入所者の主治医になり往診も行う。

ここで簡単に老健施設ができるまでの経緯を振り返ってみよう。長い間、医療の恩恵に浴することの少なかった高齢者も、戦後に実施された国民皆保険(1961)になって受療率が伸び、人々の保健予防に対する意識が高まるなか、老人医療の無料化(1973)になって拍車がかかり、65歳以上の入院患者が爆発的に増加し、10年を待たずして保険基金は危機に陥った。その対策として〈自助と連帯〉、〈保健サービス〉を掲げて老人保健法(1982)が制定され、すべての国民が医療費を応分に負担することを銘打って改革が行われた。また、現実に入院を望んでいる高齢者を対象とする老人病院の設置が認められた。これは医療費抑制を目的としたもので施設のスタッフ並びに設備において劣悪な条件を許したため、患者は非人間的な待遇を強いられ、ねたきりが増加した。にもかかわらず毎年50ヶ所、約一万つつ増床した。これらは治療のためと云うよりむしろ社会的入院が多くを占めていた。“老人の専門医療を考える会”をはじめ世論の強い批判を浴び、これに代るものとして老健施設が登場した(1986)。

老健施設は、病状安定期にある老人に対し入所または通所させ、リハビリなどの医療ケアと食事、入浴など日常サービスを提供し家庭復帰を支援することを目標とする。患者100人当りのスタッフは医師1、看護婦8、介護職員20の配置になり、一般病院の医師6、看護婦25人に比べると、その構成は全く違っている。つまり治療的要素は極めて低く、施設も談話室、食堂、レクリエーション室、広い廊下など生活の場を確保して家庭的な雰囲気環境を整えている。老健施設は急速に増加し今年度の設置を含めると、1,000施設を越える。その過半数は設置主体が医療機関で病院または診療所併設型である²⁶⁾。終末期の高齢者にとって医療をぬきにしては考えられず、従って老健施設が医療機関に併設しているのは望ましいと思われる。問題は両機関をどのように運用するかにかかっている。かつての精神病院や老人病院でしばしばみられたような儲け主義がはびこるような事があれば、事態はなんら変わらないであろう。少なくとも医師が地域に出て地域福祉のグループに加わるか、福祉を医療のな

かに取り入れ、事例の援助を組織的に分担するチーム活動を展開しなければならない。

若月²⁷⁾は厚生省のモデル施設となった佐久総合病院併設型老健施設を作った経験から、つぎのような意見を述べている。施設のなかではケアが7、医療が3くらいで、このケアサービスをいかにうまくやるかが施設運営のポイントである。これらの老人たちのケアには、元来、地域住民の協力によるボランティア活動が必要である。また、病院は施設との連携を密に保たねばならない。数年前から活動している病院の“在宅ケア委員会”が老健施設を退所した老人たちの訪問看護を行っている。この施設を成功させるには2つのポイントがある。その1は、この施設の意義をよく理解し、病人ではないがケアを必要とする人、つまり適切な入所者を紹介すること、その2は退所後に医療を含む巡回訪問やデイサービスを継続し、在宅を支援することである。

老健施設は、地域住民のニーズにあった福祉の町づくりの拠点となることが望まれる。

3. ホスピス (疼痛緩和病棟)

ホスピスという言葉は古く、2千年の昔から死に行く人を心をこめてお世話をする場所を指した。また、中世の聖職者が、病に倒れた十字軍の兵士や旅人を迎え入れ、そこで手厚く看護し出来る限り心安らかに過ごせるように配慮した施設にも使われた。現代のホスピスは、建物や施設だけを指すのではなく、不治の末期患者を介護する新しいケア・プログラムおよび最期まで人間として充実した生を送れるように行われる援助のすべてを含むケア理念である。その先駆的ホスピスは、1967年、英国のシシリー・ソングース女医によって、確立された。末期患者にとって大切なことは、心の安らぎと身体的疼痛からの解放であり、一分一秒の延命のための医療ではないことに目覚めた。そして疼痛に苦しむ患者のペイン・コントロールに心血を注ぎ、長い闘病生活で注射に苦しめられないように、疼痛がはげしくなる前に一定の間隔でモルヒネを経口投与する方法を確立した。また疼痛の改善だけでなく心のやすらぎを與えることに力を注ぐため、長い時間、正直に心を開いて患者のそばに座って患者の言葉に耳を傾けた。患者や家族は、これ以上治癒のための手段はないことを知っており、自らの意思でホスピスを選択している。患者が自分の状態について何も告げられず何も知らないままではホスピスは成り立たないのであり、ホスピスを受け入れることは、自然の一部としての死を受け入れることでもある。ケアに携わる人と患者は、同じ方向に立って残された日々を大切に費やす

ように努力する。ホスピスは、患者の死後、遺族の悲しみに対する心理的サポートを続けることも重要な役割の一つになっている²⁸⁾。

英国のホスピスは、ナーシング・ホームの認可のもとで看護を主体とする在宅ケアと入院ケアが相互協力により成り立っている。いま、欧米諸国においてホスピスはそれぞれの地域社会や文化に支えられた形で急速に発展しつつあり、米国ではすでに2000をこえるホスピスがあるとされているが、その多くは施設を持たないホーム・ケア方式でホスピスが提供されている²⁹⁾。

米国ホスピス運動は“死の瞬間”の著者、キュープラー・ロス女医によりその基礎が築かれた。彼女は新しい介護は聞き方が大切であり、ただ、耳を傾けるだけでなく、からだ全体で言葉にならない言葉を聞き、患者が発するサインを素直に聞くこと、独りぼっちで死なせてはいけない、それがホスピスの最も重要な役割の一つだと述べている。ホスピスは、看護婦、医師、ケースワーカー、牧師などの専門家と素人による学際的チーム・プレイにより提供される。死に行くことを生きていることの正常な過程の一部と認め、残りの人生の質の維持に努めるために、先ず4つのニーズ（肉体的、社会的、情緒的、宗教的）に応えなければならない³⁰⁾。

ドイツのホスピスは、病院で病棟の一部をホスピスの機能に当てているものが多く、Palliative Care Unit（緩和病棟）と呼ばれる。疼痛緩和や症状の管理を行い、心身両面のやすらぎを保ちつつ最後まで人間らしく生きていくことができる病室と援助が提供される²⁹⁾。

日本においても既に20数カ所の病院内緩和病棟が起動し³¹⁾、1990年4月から、ホスピス機能に保険点数が認められた。これまでの点数は注射や投薬など物に対する評価であったが、いわゆる投薬などの治療を受けなくてもホスピスにいただけで健康保険が支払われるようになった。これは精神的ケアを医療として評価することを認めた点で画期的な理念の変革と位置づけることが出来よう。緩和病棟は訪問看護を併設し、退院後は在宅ホスピスケアを続けているが、現在、ホスピスの数が少なく遠方からの入院が多いこと、また、在宅介護の条件が整っていないなどで帰宅の困難な場合が多い。これからの望ましいかたちは、開業医と訪問看護婦が手を組んで在宅ホスピスの役割を引き受け、緩和病棟と連携して行くことである。その任にあたる開業医と看護婦は疼痛緩和や栄養管理などの技術習熟が不可欠である。ヘルパーや心理的支援者を含むチーム活動が望まれる。

折しも今年9月、日本初の独立型ホスピス“ピース・ハウス”が神奈川県中井町にオープンした。「死に行く

場であるというイメージから脱却し、自分の病気を忘れるような雰囲気になりたい」と日野原理事長が述べているように、その設計は、全室一階で、各部屋にシャワー、トイレがありベッドのまま庭やテラスに出る事ができる。また、共同室として食堂、音楽室、家族宿泊室、ラウンジ、キッチンを設け、患者・家族、スタッフの交流を大切にしている。欧米諸国のホスピスは元来、ボランティアによって支えられているが、日本ではボランティア活動が非常に遅れているので、その育成に貢献することも課題としている³²⁾。

V. 在宅ケア制度の先駆的な事例

これまで述べてきた新しい福祉や医療の考え方や施設は、先駆的实践家によって示された成果をモデルとして練られた施策である。日本においても、幾つかの優れた在宅ケア活動が報告されている。次ぎにそのなかで在宅ケアを推進しようとする専門家がいて、それを望む地域住民さえいれば、どこでも応用できそうな事例を2つ挙げて本文の結びにしたい。

1. 信楽園病院の継続医療室¹⁸⁾

新潟市社会事業協会を母体とする信楽園病院は、退院後の患者・家族の困難を見かねた堀川揚女医が中心となって1978年、継続医療室を開設した。担当スタッフは、医師（室長）、保健婦（3名）、看護部長、リハビリ病棟部長、神経病棟部長、外来婦長である。本室の患者との関わりは、ADLに援助が必要な人の退院が決定した時点から始まる。対象者は、入院中に主治医、病棟看護婦、メディカルソーシャルワーカー（MSW）、リハビリテーション担当者などから連絡があると、必要な援助を検討する。

堀川医師は、「医師は、もう病院にいても仕方ないから、後は家で見てくださいといって終わり。患者が家でどんな闘病生活をしているか、家族がどんな困難に直面しているかほとんどイメージを持っていなかった。それで信楽病院に移る事になったとき、ここなら闘病生活を援助できるのではないかと期待し、その気持ちを院長に伝えたら、同じ考えをもっておられ、賛同してもらった。」と述べている。神経内科の患者は、これ以上治療が望めないといっても、生きるための医療は続けなければならない。特に医療器具をつけたまま退院する人は、技術を要する看護を家庭でしなければならないし、介護の量も多い。これは、患者や家族に負担が大き過ぎ、医療関係者が地域に出ていくことが必要になる。

身体的側面のみならず、社会的、精神的側面について

入院中にアセスメントされた問題を継続医療室と共有することで、多側面からのアプローチが可能になる。例えば、家族に対しては、当人の入院中から必要な看護技術の伝達が行われる。MSWは福祉制度の紹介や手続きを行い、生活上、看護上の負担を軽減する。地域の保健婦、訪問看護婦にも連絡がとられる。これらが整ってから、地域の医師をホームドクターとして患者は家に帰るのである。退院後の初回の訪問は、1週間以内に行われている。退院直後の家族は、最も不安な時である。その時期に、訪問を受ける患者・家族はどんなにか心強いであろう。病状が安定し、一定の援助を継続すればよい状態になれば、病院からの数回の訪問の後、行政に所属する保健婦、訪問看護婦に引き継がれる。また、重症のケースには、行政からの訪問看護婦と協力してケアを提供するなど、地域との連携を密接にとっている。

このシステムでは、複数の専門家が関わることで、退院時に福祉サービスを組み合わせて利用できるケースマネジメントが成立している。また、在宅での生活中に状態が悪化して医療ニーズが増えた場合には、病院の再入院が保証されている。継続医療の対象者の条件は、病院から車で一時間以内に往復できる距離に居住していることである。家族が最期まで家庭で看取ることを希望する場合は、主治医との協力のもとに頻回に訪問を行い家族を支える。1978年から1990年までの対象者は384人、死亡数は204人であり、その半数が家庭で亡くなっている。医療依存性の高い患者でも、医療機関と地域との連携があれば、患者・家族を中心に病院に劣らぬ終末期を在宅で過ごすことは可能である。

2. 白十字診療所のライフケアシステム (LCS)³⁹⁾

このシステムは、訪問看護のところで述べた佐藤智医師と患者たちにより創設された“在宅ケア”の体系であり、また上述の在宅ケアに関する福祉制度のモデルを提供してきた草分けでもある。このシステムが発展した過去10余年に、日本の在宅ケア、在宅医療に関する行政の施策も大きく転換した。LCSは在宅ケアを望む地域住民と家庭医の連携により患者主体で運営されたユニークなシステムであり、役割的には在宅ホスピスに匹敵する。

LCSは1980年、佐藤医師が白十字診療所（東京都）で診療している外来患者たちの強い要望により「病気は家庭でなおすものである」をモットーに自助自立の会員組織が生まれた。会員は200世帯、700人を限度とし、一世帯あたり月額5,000円を集め、諸経費を賄って訪問看護婦を雇用した。のちにこれを互酬制度と呼ばれている。在宅患者の最大の問題は、真夜中に病状が急変したとき

に対応してくれる医療の存在である。LCSではそれに対して（1）医師は24時間ケアのため留守番電話に連動したポケットベルを携帯する（2）24時間いつでも必要なとき訪問看護が受けられる（3）いつでも入院できる委託病床契約病院を設置する、という三条件が取り決められた。

会員は、真夜中でも留守番電話に用件を吹き込むと、連動して医師のポケットベルが鳴る。医師は吹き込まれた内容を聞き患者宅へ電話をする。必要なときは往診あるいは訪問看護をうけるが、たいていは患者にあらかじめ“救急薬”の袋が渡されていて、医師の指示で緊急の治療ができることになっている。これまでに佐藤医師は、癌の末期患者100余人を在宅でお世話しているが、痛みがとれないで困った人は1割程度であった。最近では経口モルヒネや座薬もあり、指示さえあれば、自分で投与できるようになったからである。死亡した患者の80%は剖検に協力している。これは、大学病院より遥かに高い率であり遺族が在宅死を受け入れている証と言えよう。

LCSの訪問看護婦として在宅ケアに参加してきた紅林みつ子看護婦は³⁹⁾「ここで9年間勤めているが夜中に緊急に呼び出されて訪問したのは急変時と死亡時ぐらいだ。普段、病気でない人も年3回ぐらい訪問し、家の状況を把握しているので、電話だけで間にあうことが多い。いざというときは、河北総合病院と病床契約を結んであり、すぐ入院できる。看護婦は、患者や家族が行っていることに対して専門職としての指導とかサービスを行うこと、それから在宅ケアで発生するいろいろなクライシスの予測とか、早期対応を行う。その際、社会資源の活用を導入して家族の介護負担を軽減したり、家族内の心理的なもつれを調整するなどして相互の立場を尊重しながら信頼関係を保つことが重要である」と述べている

また、佐藤医師は家庭医を次のように解説している。LCSでは他の開業医にもかかっている会員は双方の医師が連絡をとりながら診るが、基本方針はLCSの家庭医がかかわることで決める。会員が入院したときも家庭医は病院の受け持ち医と連絡をとりながら方針を決め、退院後は家庭医が続いてケアをする。家庭医というものは、外来も他の病院に入院したときも生涯にわたって主治医権をもち、家庭の全員の相談相手になるべきである。従って会員になる患者数を制限しなければならない。

LCSは在宅ホスピス機能を含む家庭医のモデルと言えるであろう。

VI. 在宅での終末期ケアは可能か

医療と福祉の両面に関して地道な住民運動および先覚

的な医師・看護婦の献身的努力により、特定の地域で在宅での終末期ケアの可能性が証明されたこと、また、それらをモデルにして最近10年になされた福祉と医療の行政改革を概説した。医療機関では終の場をどう保障していくかという視点に立ち、往診、訪問看護、救急体制などが整備されつつある。現実には在宅で安らかな死を迎えたいと願う人は多いが、それを実行できる条件を整えている人はまだ僅かである。どのような条件を整えれば在宅での安らかな死を迎えることが可能なのかを以下のように分析した。

1. 頻回な訪問看護

終末期ケアは、医療と看護が重要な位置をしめる。病院でも終末期には看護の必要性は高くなり、看護婦は頻回にベッドサイドを訪れる。緊急時には、医師がすぐに対応できる当直制となっている。死後のケアや処置は死を看取った看護婦が行い、家族とともにすることもある。在宅にあっても同様の条件が整えられなければ、満足な在宅ケアとはならない。したがって、頻回に看護婦が訪問できること、看護が医療とチームアプローチできること、緊急時に医師の対応が可能でなければならない。

今年から認められた訪問看護ステーションが、本格的に活動するようになれば医療機関と協力した在宅訪問看護体制が発展していくであろう。しかし、訪問看護は65歳以上週二回という制限が敷かれている。癌終末期患者に限り、毎日の訪問が許されているが、これも65歳以上に制限されていて、必要な人に訪問看護で満足な終末期を看取ることになお困難があるといわざるを得ない。

2. 24時間体制と病院の支援体制

緊急時の医師の対応が可能な条件として、24時間体制で往診が可能な医師の存在と、入院が必要と判断される緊急時入院体制が整備されなければならない。往診は第一に開業医に期待される役割であるが、一人の開業医が24時間、対応することはできない。まず、開業医は地域でグループを作り、地域の在宅ケア全体をカバーできる体制が確立されねばならない。さらに、開業医は地域の病院との連携による体制の強化が必要である。現在、医師会によって進められている協力体制づくりに、ホスピスの理念に基づく在宅ケアが推進されるべきである。

3. 介護力の確保

介護力については、いま進みつつある高齢者福祉対策によって、確保できる可能性がでてきた。終末期は家族の一人に負担がかからないように、家族が福祉施策を利用することで、複数の介護者により生活を支える援助が得られる。そのための社会の支援体制が発展しなければならぬ。

4. マンパワーの充実

終末期は、身体的、精神的、社会的そして宗教的な痛みを持つ。孤独は痛みを増す。在宅ケアは、当人の心を和やかにし、親しい人々とも生活を共にできる。この意味で、在宅で過ごすことは望ましい状況である。しかし介護する家族は、当人の死にいたる過程で生じるいろいろな症状などに接して、恐怖や無力感・罪障感といった否定的な感情を抱きやすい。このような辛い気持ちから逃れたいために“最期まで家で看取りたい”と考えていた家族の意志が動揺し、現代医療に救いを求め入院させる傾向にある。

終末期の在宅ケアを可能にする第1条件は、本人と家族の意志であるから、つらい立場にある家族を支える専門職が必要である。癌患者終末期に対する医療現場の反省から育ってきたホスピス活動が徐々に広がりつつある。今までに方法を持たなかった高齢者の在宅看護にもその精神を受け継ぐ必要がある。家族への精神的な援助や当人の精神的、宗教的痛みに対して、宗教家や臨床心理士の協力が必要である。とかく精神的な支えを軽視しがちな日本の医療現場に、心理専門職の配置されることが望まれる。

在宅ケアがあまねく広がりをもちその理想を現実にするために最も必要とするのは、職業であれ、あるいはボランティアであれ、支えを求めている人をめぐって協力するマンパワーではなかろうか。福祉・看護・医療のどの側面が不足しても、より安らかな死を在宅で迎えることは不可能である。これらが有機的に連携して、受益者のニーズに應えるならば、やすらかな在宅死は望み得るものであると考える。

要 約

超高齢者社会を迎える我が国では、特に高齢者が在宅でいかに生活の質を保ちながら過ごし得るかということに関心が高まっている。1990年厚生省は、在宅ケアを支える高齢者保健福祉推進十か年計画をスタートさせた。一方、過去十年に医療現場では、癌による末期医療に対する関心がすこしずつ高まりをみせている。

これらの状況をふまえて、医療と福祉の両面から、最近10年にすすめられた行政改革と地道な住民運動、および先覚的な医師・看護婦の努力による高齢者・終末期患者在宅ケアの歴史的変遷と現状を分析した。また、高齢者を対象とする“老人保健施設”と、がん末期患者を対象とする“ホスピス”を取り上げ、その関連のなかで開業医の役割、1993年の診療報酬体系の改革について述べた。

現時点で、在宅ケアを望む人が満足に生を終えられるのは極く僅かである。本文に述べた福祉・看護・医療の諸制度のもとで、どのような条件が整えば、満足な終末期を在宅で過ごすことが可能かを考察した。

文 献

- 1) 折茂肇編, 藤原美定他: 新老年学. 95-106, 東京大学出版会 (1992)
- 2) 年金制度研究開発基金編: 中高年の健康に関する調査—我が国の高齢者の健康とその関連要因 (大都市・地方 都市・農村の比較). 総合研究開発機構
- 3) 総務庁長官官房老人対策室編: 老人の生活と意識. 中央法規 (1992)
- 4) 総務庁長官官房老人対策室編: 高齢者の地域社会への参加に関する調査結果の概要。(1988)
- 5) 柴田博他: 間違いだらけの老人像・俗説とその科学. 川島書店 (1985)
- 6) 総務庁長官官房老人対策室編: 長寿社会対策の動向と展望. 104-145, (1993)
- 7) 太田貞司: 在宅ケアの条件. 自治体研究者 (1992)
- 8) 大熊由紀子: 寝たきり老人のいる国いない国・真の豊かさへの挑戦. ぶどう社 (1990)
- 9) 厚生省老人保健福祉局: 老人の保健医療と福祉—制度の概要と動向—. 財団法人長寿社会開発センター (1993)
- 10) 日本の患者と医療施設—グラフ出みる衛生統計—厚生統計協会 (1989)
- 11) 日本医事新報. No.3613, 107, (1993)
- 12) 松栄達朗他: 癌死亡者の告知・生活の質・説明と同意. 厚生指標, 40, 19-27, (1993)
- 13) 厚生省・日本医師会編: 末期医療のケア. 中央法規出版 (1989).
- 14) 沢田清方編, 井上千津子著: 日本の在宅ケア. 193-211, 中央法規 (1993)
- 15) 岡本多喜子: 老人福祉法の制定. 35-84, 誠信書房 (1993)
- 16) 北日本新聞社編集局: ある日突然に—長寿社会の医療と福祉—. 157-172 (1992)
- 17) 阿部澄子: 在宅福祉利用者の立場から. 日本老人社会科学会第35回大会報告要旨集, 39-41 (1993)
- 18) 堀川楊: 医療現場における在宅ケアの現状と問題点. 地域看護, 22 (2), 61-84 (1991)
- 19) 前田信雄: 在宅老人の保健福祉活動, 東村山市での試み. 全社協, 1986
- 20) 三友雅夫他編, 野村陽子著: 高齢者のケアシステム. 75-108, 中央法規 (1993)
- 21) 日本医事新報 No.3617, 1993, 110-119, (1993)
- 22) 西村亮一: 「在宅医療」のための医療供給体制とは. ホームケア, 3 (12), 18-21, (1989)
- 23) 西村亮一: 「在宅医療」にとって「かかりつけ医」は重要. ホームケア, 4 (1), 34-37, (1990)
- 24) 小山秀夫: 中間施設の潮流. 中央法規出版 (1986)
- 25) 阪本和夫: 医療を越えて. 日本経済評論社, (1990)
- 26) 厚生省大臣官房老人保健福祉部朗院保健課監修: 老人保健施設関係法令通知集. 中央法規出版 (1990)
- 27) 若月俊一: 老人保健施設について. 診断と治療77, 8-13, (1989)
- 28) Spilling, R: Terminal care at home. Oxford Medical Publications. (1986)
- 29) Billings, J. A.: outpatient Management of Advanced Cancer. Lippincott Company, Philadelphia, (1985)
(星野恵津夫訳: 進行癌患者のマネジメント. 医学書院 (1993))
- 30) A.デーケン, 飯塚眞之編集: 日本のホスピスと終末期 医療. 春秋社 (1990)
- 31) 毎日新聞: 死と向き合う. 5月15日 (1993)
- 32) 医学界新聞 No.2065, p3, (1993)
- 33) 佐藤 智: 在宅でこそ, その人らしく. ミネルバ書房 (1992)
- 34) 紅林みつ子: 在宅ケアと保健婦の機能「地域の看護ニードと保健婦活動, 地域の看護と保健婦活動を考えるつどい編」. 中央法規出版, 103-122, (1990)
(平成5年10月12日受理)

Summary

In our aging society, more and more attention is being paid to ensuring quality of life for elderly who, rather than going to day care home, hope to remain at home. In 1990, the Ministry of Health and Welfare started a "ten-year-plan" to promote the health and welfare for the elderly (the so call "Gold Plan") which is a program to support the home care system. In the meantime, terminal care of cancer patients at the clinical site has been gradually growing in the past decade.

Based on these changes, we analyse the historical changes and the present situation of administrative reformes, local volunteer movements and pioneering efforts of doctors and nurses from both the medical and welfare point of view.

We also look at the "Halfway Houses" for the elderly and the "Hospice" for the terminal stage cancer patients. And further we discuss the role of the general practitioner with regards to the care of the elderly and terminally ill, and the impact of the revision of medical treatment remuneration policy for the aged in 1993.

At present, few people can spend their last days at their homes. However, we believe that spending the last days surrounded by loved ones and familiar environment is essential for the dignify and self-respect of dying individuals. Therefore we, finally discuss various conditions which enable the quality home care for the terminally ill and elderly.

Amides in 2-*l*-lysine... of *Escherichia coli* were detected by... APCI-MS. Seven... together with six known... their structures were determined to be N-undecanoyl-2E, 4E, 12Z-octadecanamide (1), N-isobutyl-2E, 4E, 14Z-octadecanamide (2), 1-(octadeca-2E, 4E, 12Z)-triene-9, 10-epoxide (3), 1-tetradeca-2E, 4E, 12Z-triene-9, 10-epoxide (4), 1-tetradeca-2E, 4E, 12Z-triene-9, 10-epoxide (5), 1-tetradeca-2E, 4E, 12Z-triene-9, 10-epoxide (6), 1-tetradeca-2E, 4E, 12Z-triene-9, 10-epoxide (7), 1-tetradeca-2E, 4E, 12Z-triene-9, 10-epoxide (8), 1-tetradeca-2E, 4E, 12Z-triene-9, 10-epoxide (9), 1-tetradeca-2E, 4E, 12Z-triene-9, 10-epoxide (10).

... of the... by 1H-NMR... Structures of Compounds A, B, and C. New... from *Escherichia coli*...