

2001年度 在宅医療助成(後期)完了報告書

(テーマ)

グループケア・カンファレンスを通しての在宅患者情報の共有
化と在宅カルテ常置にかかわる研究

(申請者名)

大 森 斉

(所属機関・職名)

(医)謙仁会 山元外科病院 医師

(所属機関所在地・電話番号)

〒849-0937

佐賀県伊万里市二里町八谷搦13-5

0955(23)2166

(提出年月日)

2003年2月28日

(1) グループ・ケアカンファレンスの推進

グループ・ケアカンファレンスは、毎月一回、第二土曜日午後4時から、山元外科病院内会議室にて開催されている。参加者は、医師、看護師、介護師、ケースワーカー、医療事務員、システム・エンジニア、福祉施設関係者、あるいは家族などの参加を得ている。

2002年1月までに、開催されたケアカンファレンス一覧表を示す。

回	年	月	ケア・カンファレンスのテーマ	講師
1	1994	11月	「末期癌患者を看護して」	患者遺族
2		12月	仏教からみた死	寺院住職
3	1995	1月	高カロリー栄養について	医師
4		2月	抗リウマチ剤の動向	薬剤師
5		3月	誰でもできる簡単なリハビリ訓練	理学療法士
6		4月	抗血小板・抗血栓剤の動向	薬剤師
7		5月	高齢者の栄養管理	管理栄養士
8		6月	抗アレルギー剤の動向	薬剤師
9		7月	在宅支援センターについての紹介	MSW
10		8月	症例検討会	-
11		9月	「世界に一人しかいないあなたに」	教会牧師
12		10月	慢性疾患と漢方の使い方	薬剤師
13		11月	排尿困難について	外部専門医
14		12月	症例検討会	-
15	1996	1月	症例検討会	-
16		2月	この一年を振り返って---総括	-
17		3月	慢性関節リウマチの治療薬	薬剤師
18		4月	高齢者の栄養と食事	管理栄養士
19		5月	日常よく診られる皮膚科疾患と治療	外部専門医
20		6月	症例検討会	-
21		7月	高齢者の心理の実際	MSW
22		8月	高齢者心理とその対応の仕方について	外部講師
23		9月	意識障害のいろいろ	医師

24		10月	症例検討会	-
25		11月	チーム医療での在宅末期医療へのあり方	研修会報告
26		12月	ターミナル・ケアにおけるスピリチュアル・ケアとコミュニケーション	外部講師
27	1997	1月	症例検討会	-
28		2月	「人が病気になるということ」	外部講師
29		3月	死後の患者家族に対するケアについて	患者遺族
30		4月	前年度決算報告と本年度計画策定	-
31		5月	パーキンソン病について	医師
32		6月	肺炎防止のための口腔ケア	歯科医師
33		7月	在宅酸素療法の実際	医療機器業者
34		8月	在宅療養家族の「心も支える」	外部講師
35		9月	薬剤費用負担金増加についての今後	薬剤師
36		10月	21世紀の薬剤と基礎医学研究の進展	医学研究者
37		11月	「ライフケアシステム」の在宅ケア	外部講師
38	1998	1月	ホスピスの現状と県立病院緩和ケア病棟	外部講師
39		2月	在宅患者訪問薬剤管理指導	薬剤師
40		3月	高齢者の排尿障害と泌尿器科疾患	外部専門医
41		4月	睡眠導入剤とその使い方	薬剤師
42		5月	(1)在宅ケアと感染症対策 (2)伊万里での在宅医療の活動と問題点	外部講師 医師
43		6月	デイケア利用者の薬剤管理について	-
44		7月	(1)高カロリー栄養と流動食の紹介 (2)伊万里市の福祉の現状	医薬品業者 MSW
45		8月	高齢者の食生活について	管理栄養士
46		9月	ケアマネージャー試験対策講座	薬剤師
47		10月	症例検討会	-
48		11月	「第三回在宅ケアを考える会」の準備	-
49		12月	看護過程について	看護師
50	1999	2月	内視鏡的胃瘻造設術と胃瘻の管理	医師
51		3月	呼吸器疾患について	医師
52		4月	慢性関節リウマチの治療	医師
53		5月	難聴・解剖と生理	外部専門医

54		6月	医療経営管理(TAI 導入)について	外部講師
55		7月	画像診断: MRI、CT、US がわかる	医師
56		8月	高齢者と特有な精神科疾患	外部専門医
57		9月	若年末期患者を持つ家族ケア	症例担当者
58		11月	高齢者の立場からみた介護保険を考える	高齢者医師
59		12月	脳卒中治療の新時代	医師
60	2000	1月	介護保険の現状と高齢者の胆石症	医師
61		2月	摂食訓練の実際	外部専門医
62		4月	介護保険とケアプラン	-
63		6月	高血圧症と降圧剤の使い方	医師
64		7月	口腔ケアとその周辺	歯科医師
65		8月	知っておきたい弔事: 葬儀の今昔	葬儀社
66		9月	「高齢者にとっての健康とは？」	高齢者医師
67		10月	介護者を目指す教育	高等学校教員
68		12月	症例検討会	-
69	2001	1月	医療法改正とこれからの医療と介護	外部講師
70		2月	増える大腸癌と大腸内視鏡検査	医師
71		3月	「治療食を食べてみよう」: 手軽な市販品	管理栄養士
72		4月	利用者からみた介護保険	老人会会長
73		5月	インド哲学からみた死生観	外部講師
74		6月	症例検討会	-
75		7月	作業療法の基本について	作業療法士
76		9月	第5回在宅ケアを考える会	外部講師
77		10月	介護保険と在宅における服薬指導	薬剤師
78		11月	呼吸器疾患と呼吸訓練法	医師
79		12月	高齢者の排尿障害の評価	外部専門医
80	2002	1月	家庭でできる安全なりハビリテーション	理学療法士

平成7年より院外処方に移行するのに伴い、居宅療養患者への保険薬局からの居宅訪問薬剤在宅医療では、医師・看護師のみならず、介護師・薬剤師・ケアマネージャー・栄養士など様々な人的資源が必要とされている。居宅療養患者に関する情報は、これらの職種間で双方向性に共有されねばならず、さらに職種毎の専門用語や技術用語を相互に理解する必要があるが、現状では患者情報が充分共有されているとは言い難い。

当院では、指導を要請するべく、患者情報の共有を目的としたグループケア・カンファレンスを

月一回定期的に開催し、昨年までで80回あまりを数えている。

当院医師・看護師の他、保険薬局薬剤師、地域の専門医・歯科医・理学療法士・作業療法士・ケアマネージャー・栄養士・介護師・社会福祉士など広く在宅医療に係っている職種が参加しているのが特徴である。個々のケース・スタディに加え、毎月テーマを決め、講師を招聘しての勉強会を開催しており、それは疾患、薬剤と服薬、リハビリテーション、死生観、宗教、倫理等広汎である。

今回、我々は平成7年から行われている『95 ホームケアグループ会議』でのグループケア・カンファレンスの活動状況を報告し、更に、在宅研究助成を得てからの、今年度のケアカンファレンスのテーマについて下記に詳述した。

	カンファレンス・テーマ	所属	講師名
第81回 【2月】	よく診る頭痛の話	山元外科病院脳神経外科	大西広一 医師
第82回 【3月】	これからの診療報酬制度		宮本薬局
第83回 【4月】	脳外科疾患	山元外科病院 脳神経外科	岡一成 医師
第84回 【5月】	よくみる整形外科疾患について	山元外科病院整形外科	山元三郎 医師
第85回 【6月】	高齢者糖尿病の治療について	山元外科病院内科	鍬先なな子 医師
第86回 【7月】	遺伝子と発癌・転移	奈良県立医大腫瘍病理 教授	国安弘基 先生
第87回 【9月】	無呼吸症候群について	帝人	業者 MR
第88回 【10月】	リビング・ウィルについての欧米との比較	九州大学文学部講師	宮本均 先生
第89回 【11月】	嚥下評価法と嚥下訓練	山元外科病院放射線 部・看護部	松本放射線技 師、木寺看護師
第90回 【12月】	ケース・カンファレンス	山元外科病院在宅部	訪問看護婦
第91回 【1月】	第6回在宅ケアを考える会準備委 員会 / 症例検討会	95ホームケア会議	大森斉

内部講師だけでなく、外部からも多才な人材を招聘して、様々な分野に対する、医療従事者の

知識・技能の向上を行っている。特に、講演講師謝礼および講演資料の作成という形で助成金の利用を行っている。

(2) 第6回 在宅ケアを考える会 の開催

在宅療養というものは、単に医療提供者側の理解だけでは、それを行うことも、維持することもできない。やはり、療養者の家族や周囲の理解がなければ、形骸化を起し、結局は在宅療養者にとって、何もメリットがなくなってしまう。

これを防ぎ、継続的な在宅療養を行うためには、患者情報の共有のみならず、様々な療養者環境情報を共有する必要し、家族や社会の参加を促す必要がある。そのために、1年に一回を目標として、一般市民向けの公開講座を開催している。これまでに、以下に示す五回の講座を開催してきた。

公開講座 『在宅ケアを考える会』

回	年	講座テーマ	講師
1	1996	在宅医療ネットワーク:現状と将来 いのち～おくりもの	大森 斉 鍵山 俊明
2	1997	在宅でこそその人らしく 在宅医療とターミナル・ケア(パネルディスカッション)	佐藤 智
3	1998	老いと死を支えるコミュニティづくり 転倒による骨折から女性を護る(パネルディスカッション)	神代 尚芳
4	1999	脳の機能とボケ アルツハイマー病について 治療可能な痴呆について 痴呆予防活動で地域の健康づくり	田淵 和雄 黒田 康夫 白石 哲也 井手 真理子
5	2001	家族が死を迎えるとき	カール・ベッカー

地域での、健康増進や、最先端の医療情報の周知、そして在宅医療や在宅介護の推進にとっても、非常に有意義な会であると考えます。また、自分達の活動が、地域をこえて広がりを作るためにも、継続して行う必要がある。

我々の活動拠点である、佐賀県伊万里市は人口が6万人の、農業を主とした典型的な過疎の

地方都市である。そのため若年人口は減少し、高齢化率は25%をこえており、そのために高齢者医療での在宅ケアは必須の手段となっている。高齢化が進むことで、日本全土において、『死』の問題を正面から取り組まなくてはならない時期に来ているにもかかわらず、いまだに、『死』のことを語ることは、タブー視されている。どのような死に方をすべきか、望んでいるのか？

当財団の助成により、今回開催した『第6回在宅ケアを考える会』は『死』の問題をとりあげること、一般のかたがたの意識変革を目指した。参考のために、『第6回 在宅ケアを考える会』のパンフレットを添付し、更に、講演内容資料の一部を以下に示す。会は、平成15年2月2日、伊万里市民センターにて行われた。

〈参考資料1〉

開会にあたり

(医)謙仁会 理事長 山元 章生

本日は『第6回在宅ケアを考える会』にお出掛けくださりましてありがとうございます。

私たち山元外科病院では1995年以来、医師、歯科医師、看護師、栄養士、薬剤師、相談員等が在宅ケアに関して毎月ホームケア会議を開催、またその中で特に重要な課題となることに関してテーマを決め、年に一回「在宅ケアを考える会」を開催して参りました。

生まれてきた以上、私たちにとって、生老病死は避けては通れない問題で自分の死、家族の死、他人の死を身近に経験することも少なくありません。しかし、最近では、『病院』が死に場所の90%を占める程となり『死』が『家庭』から遠のいた感もありますが、このように家庭で『死』を直に見ることが無くなった現在、家庭に『死』を取り戻す意味を含めて、今回は『死を問い直す』というテーマで皆さんと考えてみたい、と企画されました。

今回、当院の大森斉先生が、これまでのホームケア会議に関する話題や問題点の紹介を、佐賀医大救急部講師である平原健司先生には、救急から見た「救急現場における死の場面」、急に飛び込んだ家族や同僚の死に対するドラマから救急現場での問題点の提示。そして九州大学文学部の宮本均先生には「尊厳ある死に臨む」というタイトルでお話をさせていただきます。鎌倉時代の往生要集や森鷗外の高瀬舟に描かれた安楽死問題など、昔から問われている死に直面した日本人の死生観を中心に最近までの話題を含めてご講演をしていただければと思います。

最後に日本中で大活躍中の毒蝮三太夫師匠にはお笑いの中に今日のテーマである「死を問いなおす」ということで師匠の人生観もお話を伺えるものと思いき楽しみにしています。

死を考えることは「生」を真摯に考えることではないでしょうか。この企画が家庭や社会でこのような話題が時に茶の間の話題となれば幸いです。

〔参考資料2〕

95ホームケア会議の経緯

山元外科病院 大森 斉

『在宅ケアを考える会』も、今回で6回を数えます。ここでは、主催母体である『95ホームケア会議』について、その活動を御紹介します。

1995年(平成7年)より、山元外科病院が全面的に院外処方となったのを機に、病院からの在宅医療を行っている患者様に対して、在宅での服薬指導を行う、またその意志のある保険調剤薬局が中心となり、『95ホームケア会議』が結成されました。当初、参加者は保険調剤薬局と病院医師と看護婦が主体でしたが、現在では、保健婦、介護士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、ケアマネージャー、医療事務職、あるいは患者様御家族の参加を得るまでになりました。さらに、近隣の泌尿器科クリニック、耳鼻咽喉科医院、歯科医院の各専門医師の参加も得ております。

我々は在宅療養を行っている患者様へのサービスをはじめ、以下のような三本の柱を中心に活動をおこなってきました。

(1) ケアカンファランス

通常、月一回全体会合を持ち、受け持ち患者様について、病状や服薬状況、リハビリテーションの現状、あるいは福祉サービスの検討などについて問題点を持ち寄り、各職種からの意見を出し合い、患者様に一番必要なサービスを提供するにはどうしたら良いのか、議論を重ねております。

(2) 勉強会

参加者の知識の向上・共有を目的として、内部からだけでなく、外部からも講師を招聘し、医療のみならず、先端医学研究領域から死後の処置、医療における哲学まで広い範囲をカバーしております。

(2) 公開講座

隔年程度に、我々自身の活動をさらに広げるべく、一般の方への啓蒙を目的とした発表/研究/討論の場をもうけております。今回、この会は第6回目、ということになります。毎回、趣向を凝らして新しい形で行っています。今回は特に次のようなことを考えて企画いたしました。

日本は、医療レベルの標準化と国民皆保険制度の導入により、世界でも類を見ない長寿世界を出現させました。一方、『生者は必ず死ぬ』という生物の宿命にあがらない、濃厚な終末期医療が氾濫している事実も無視はできない状態になっております。個人の尊厳とは何か？どこにあるのか？どうやって守るのか？今回はこのような問題について、救急現場からの死や、尊厳死の問題を取り上げ、みなさん一人一人が考える手がかりとしていただければ幸いです。

後半は、今や日本のお年寄りの最大のアイドル、『毒マムシ三太夫』師匠を迎えて、新

春一番、おおいに楽しんでいただこうと思っております。デフレや逼塞した今の日本の状況を少しでも明るい方向へ向けられれば、と思っております。笑いは百薬之長です。どんな話が飛び出すか？とても楽しみです。皆さんも、存分にお楽しみください。

ホームケア会議の活動の結果として、患者情報を医師だけでなく、薬剤師を含めた、コミニカルと共有することができ、患者のニーズにあわせた、より細やかで迅速な対応ができるようになっております。

さらに、薬剤師の臨床薬剤師としての力量の向上と、仕事への意欲向上が、はっきりとした形であらわれています。

今後も、この会議を発展させていくことが、伊万里というコミュニティーの医療・福祉・保健にとっても有意義なことと考えられます。

〈参考資料3〉

救急現場における死の場面

佐賀医科大学医学部救急医学講座講師 平原 健司

1. 救急での死の特殊性
 - ・ 突然の死 ;それは突然やってくる
 - ・ 予期せぬ死;あんなに元気だった人がなぜ?
 - ・ 交通事故 ;一瞬にして命が……
 - ・ 症例提示
2. 救命センターとホスピス
 - ・ 闘い抜く場 と 受容の場
 - ・ 非日常の場 と 生活の場
 - ・ 隔絶された場 と ふれあいの場
 - ・ 拘束された身 と 自由の身
 - ・ 奪われた意識 と 大事にされた意識
 - ・ 不幸な死 と “幸せな”死
3. 理想的な死に方
 - ・ 死とは本来消え行くようなものではないか
 - ・ この世に名こるひとびとに送り出されるのが死ではないか
 - ・ 心電図モニターを凝視し続け、ぷつぷつと途切れる死はあまりに悲しい
 - ・ “畳の上”で死ねない時代 * 病院での死亡; 40%(1970) 75%(1990)
4. 救命センターで死ぬべきでない人が増えている
 - ・ 救命センターで死を迎えるのは、どうしても闘わざるを得なかった人
 - ・ その死はあらゆる意味で不幸である

- ・ 救命センターは自然の成り行きにおいて亡くなる人の場ではない
 - ・ 高齢の方の在宅の場や施設、かかりつけ医からの“急患”が目立つ
5. 高齢の方ができる限り自然な死を迎えられるには
- ・ 在宅、施設入所にかかわらず、あらかじめ家族が覚悟を決めておく
 - ・ どちらかと言えば、普段面倒をみていない“遠い”親戚が延命措置を望みがち
 - ・ かかりつけ医、施設側も覚悟をもって高齢者を受け入れるべき
 - ・ (本人)、家族と医療側ではじめから“その時”に備えておくべき
 - ・ 施設、かかりつけ医は“より良い死”を提供するのだという自負を
6. 看取りの文化
- ・ わが国では、「死」があまりにも非日常になり過ぎている
 - ・ そこから「死」への過剰な恐怖、あるいは逆に「生」の軽視を来たしていないか
 - ・ 与論島では現在でも死にそうになると家に連れて帰るといふ
 - ・ 佐賀でも「看取りの文化」を広めようという動きが始まろうとしている

〈参考資料4〉

尊厳ある死に臨む

九州大学文学部 宮本 均

はじめに 「リビング・ウィル」とは

医療技術の著しい進歩によって、延命、生命維持のための技術もまた進歩した。このことは、ある面、望ましいことのように思えるし、事実、望ましいことと言うべきであろう。

しかし、延命治療が過剰なものとして受け止められることもある。「スパゲティ症候群」という言葉に象徴されるように、延命、生命維持を目的に、人工呼吸器などの機器へと夥しい数のチューブ、ワイヤーなどで接続されている患者も存在する。そうした治療が、果たして患者本人の望みにかなったものであるのかどうかは、問題とされるべきであろう。「延命＝患者が苦痛(精神的なものも含む)を感じる時間の延長」となっていないだろうか(しかし、この状態を単純に「誰もが望まない悲惨な状態」と一元化し、「死の自己決定権」へと短絡することには危険がある。その状態が「苦痛」であるのならば、その「苦痛」を取り除く処置が率先して行われるべきである)。

患者の側がそうした治療を望んでいるか否かは、終末期においては、必ずしもはっきりしたものではない。患者は激しい苦痛の中で正常な判断力を失っているか、植物状態であったり、鎮静剤の投与等の影響によって無意識の状態になっている。従って、そのような延命治療を望まない場合、“正常な意識と能力を保っている時期に前もって「そのような延命治療は自分にとっては過剰、かつ苦痛を与えるものであり、不必要である」という意思を、書面等によって明示しておく”という選択肢が視野に入ってくる。このような書面が、従来「リビング・ウィル(living will)」という言葉で呼ばれてきたものである。

日本におけるこの種の書面として挙げられるのは、日本尊厳死協会が会員登録と同時に発行

する「尊厳死の宣言書」と呼ばれるものである。この書面においては、正常な意識を保っている時期に署名されたことが明言された上で、

(1) 不治の病で末期の状態にある時、延命治療を停止して欲しい(ただし、苦痛緩和のための処置は行って欲しい)。

(2) 六ヶ月以上にわたって植物状態にある時、延命治療を取りやめて欲しい。

という二つの意思が示されている。また、「臓器提供意思表示カード(ドナー・カード)」もまた、脳死状態における臓器の摘出(それはすなわち、生命維持のための処置取りやめを意味する)を認める意思をあらかじめ示していることから見て、「リビング・ウィル」の一種とらえてよからうかと思われる。

こうした「リビング・ウィル」が提示されることによって、医療に当たる当事者は、自分の施す処置が患者本人の意思に沿った適切なものであるかどうかを判断することができるし、患者本人の意に沿わない処置については、これを敢えて行わないこともできる。厚生省(現・厚生労働省)は、一九九六年、「患者が『リビング・ウィル』を示している場合、その意思を尊重すべきである」という主旨の見解を示しており、「患者本人の希望に基づく延命治療の停止」は容認の方向に向かっていると云ってよい。

このように、「リビング・ウィル」は従来、「過剰な延命治療の停止」を求める書面、「死の宣言書」として語られることが多かった(「尊厳死の宣言書」という名称にもこのイメージは色濃く影を落としている)。そこで、私は、「リビング・ウィル」という言葉に影を落とすこの「死」のイメージを見直し、もう少し広い意味で、かつ、ポジティブなイメージで捉え直すことを試みてみたいと考える。

1 人の「生」と「死」の重層性・複雑性と人の「尊厳」

人はまず、個人として生きている存在である。「私」の生とは、まず「個人としての『私』の生」としてとらえられる。そこでは、自己の利益を最大化し、苦を避けることが、生の目的となり、そうした目的を追い求めて生きることによって価値が見出される。

しかし、人は同時に、様々な共同体の中で位置づけられ、何らかの役割を担い、それぞれの共同体の中で「善く生きよう」と考えつつ生きている存在でもある。

人は誰かの父や母であり、誰かの兄や妹であり、誰かの子供である。そこで人は「家族の一員」として生きている。その生は、「『家族の一員』としての『私』の生」としてとらえられる。そこでは、家族への愛、思いやり、あるいは、家の伝統や家風を守ること等が価値あるものとされるであろう。

また、人は何らかの「組織(例えば「企業」、「学校」等)」の中で、それぞれの役割を果たしつつ生きている。その生は、「『組織の一員』としての『私』の生」としてとらえられる。そこでは、「組織」全体の目的(例えば、企業にとっての「利潤追求」であり、医療機関にとっての「患者の治療・ケア」である)のために努力することに生の価値が求められるであろう。

さらに、人は「国家の一員」として、生きている。その生は、「『国家の一員』としての『私』の生」と

してとらえられる。そこでは、国を愛し、法を遵守し、果たすべき義務・責任を果たし、国益を損なわぬように生きることこそが価値ある生であろう。先の戦時のように、国のために生命を投げ出すことに生の価値が求められた時代さえあった。

従って、「人の生」全体を一つの「物語」に例えるならば、その「物語」は、「個人としての『私』の物語」、「それぞれの共同体を生きる『私』の『物語』」（これらを「生の個別物語」と呼んでおく）が複雑に重なり合い、絡み合って織り成された、重層的なものとなる（様々な「生の個別物語」が重なり合うことによって作られる一つの「生の物語」を「生の全体物語」と呼んでおく）。さらに、「生の全体物語」における生の価値（「生の全体価値」と呼んでおく）もまた、それぞれの「生の個別物語」における生の価値（「生の個別価値」と呼んでおく）が重なり合い、絡み合って形成された重層的なものであろう。

「どの『生の個別価値』に力点を置くか」は、個々人によって異なる筈である。「家族のために生きることこそが自分の生きがいだ」と考え、「企業での出世」を棒に振ることを覚悟で残業や転勤を一切拒否する生き方もある。逆に「企業での出世レースに勝つことが生きがい」と考え、休日の家族サービスなどを一切拒否し、ひたすら企業の歯車となり滅私奉公することに喜びを見出す生き方もある。それほど両極端ではなく、「家族に金銭的利益をもたらすことが大事」と考え、「家族のために」に「企業」の中での役割をそつなく果たしていこうとする生き方もある。どの生き方においても、「生の全体価値」が追求されていることには変わりはない。

「生の物語」の最終局面である「死」についてはどうだろうか。どの「人の死」も、生物学的に見れば、「一個体の生命活動の終焉」として単純化、一元化された形で把握される。しかし、先に見た「共同体の中で生きる人」という観点から「人の死」をとらえるならば、「死」は「それぞれの『生の個別物語』の終りの集合体」として語られうる、重層的な事態であると言える（「密葬」、「友人による『を偲ぶ会』」、「社葬」、「国葬」といった様々な葬儀形態の存在も、「死」の重層性の証であるように思える）。

人が「老い」を迎え、「死」を目前に迫ったものとして意識し始めた時、あるいは、人が致命的な病を得て、「死」に直面した時の思いも複雑なものとなる。自らの「生の個別物語」が重層的に重なり合って形成された「生の全体物語」を顧みて、「自分が追い求めてきた『生の全体価値』は正しかったのか」という懐疑、また、「どのような『生の全体物語』の完結が、自分の『生の全体価値』に照らして理想的なものとなるか」という思いにとらわれる。

この「生の個別価値」が複雑に重なり合い、絡み合った「生の全体価値」が全うされるかどうかは、極めて重要である。それが全うされることこそが、その人の「生の尊厳」と直に結びついているからである。

2 狭義の「尊厳死」と広義の「尊厳死」

…狭義の「リビング・ウィル」と広義の「リビング・ウィル」

従来、「尊厳死」は、「患者の『リビング・ウィル』に従い、苦痛緩和処置以外に積極的な延命治療を行わず、患者に最後を迎えさせる」ものとして定義されてきた。この定義を「狭義の『尊厳

死』と呼んでおく。なぜ「狭義の」と敢えて断る必要があるのか。それは、前節で考察した、「生の全体価値」と「人の生の尊厳」を結びつける観点から見ると、従来の「尊厳死」の定義は、その幅が狭すぎるのではないかと考えられるからである。

「狭義の『尊厳死』」の定義では、何をもって「人の尊厳」が保たれるのかが不明瞭である。「苦痛緩和処置以外に積極的な延命治療を行わない」ことが「人の尊厳」を保つのであろうか。だとするならば、「苦痛の有無」こそが「尊厳が保たれているかいないか」を決定する条件ということになってしまう。「尊厳の有無」は、投薬のような医学的処置「のみ」で左右されるものということになる。

もちろん、この結論は、あまりに一面的すぎる。ケアの現場における実践者の感覚とも、大きな「ずれ」がある筈である。

ターミナル・ケアにおける「ケア」において、苦痛緩和処置が重要であることは言うまでもない。しかし、その「ケア」は、単なるペイン・コントロールだけにとどまるものではなかろう。患者の望みに応じて家族や友人と触れ合う機会を手助けする 患者の「したいこと・できること」の幅を広げる手助けをするなど、より幅広く患者の人格を尊重して行われるべきものである。そのことは、一介の哲学徒に過ぎない私のような者よりも、「ケア」の実践者の方が、より身に染みて、深く実感されておられることと思う。

この「ずれ」は、真の意味での「リビング・ウィル」の本質とは何かという問題と大きく関わってくる。

先に取り上げた、日本尊厳死協会の「尊厳死の宣言書」には、それに署名した人が、どういう理由から「延命治療の停止」を求めるのかが書かれていない。その理由は、前節で「生の全体価値」と呼んだものと密接に結びつくであろう。そして、「生の全体価値」が、個人個人の(重層的で複雑な)「生の全体物語」の中で形成されるものである以上、それは個人個人によって大きく異なるはずであろう。

しかし、書面としての「リビング・ウィル」には、そうした思いは全く反映されていない。日本尊厳死協会の会員は、全員が全く同じ文面からなる書面を持っている。そこに記されているのは、「
の状態になった時には、延命治療の停止を求めます」ということでしかない(この種の「リビング・ウィル」を、「狭義の『リビング・ウィル』」と呼んでおく)。これでは、「延命治療の停止、苦痛緩和処置の実施 = 尊厳死」という側面ばかりが強調されてしまっても仕方がない(=「ずれ」の形成)。

もちろん、書面には記されていない患者個々人の、「なぜ尊厳死を選ぶのか」、「自分にとっての『生の尊厳』とは何か」という思いは、「ケア」の現場におけるスタッフと患者とのコミュニケーションの中で口頭にて伝えられることになり、その患者の「生の尊厳」を尊重する「ケア」が実施されることになる。それによって、実際の「ケア」は、単なるペイン・コントロールにとどまらない、幅広い細やかなものとなりうる。その意味でも、「ケア」の現場における患者とスタッフのコミュニケーションは重要なものであると言える。

とは言っても、「狭義の『リビング・ウィル』」を所持している患者の全てと良好なコミュニケーシ

ョンを保つことができるとは限らない。患者の意識が混濁、喪失すれば、コミュニケーションを図ることは困難、不可能となる。来院時、既に意識のない患者もいるであろう。コミュニケーションが困難、あるいは、不可能となった患者の「生の全体価値」は、「狭義の『リビング・ウィル』」にそれが記されていない以上、スタッフには忖度できない。どのような「ケア」を施せば、患者本人の望みにかなったものとなるのか、患者の「生の尊厳」を損なわないものとなるのか。スタッフの思いが真剣なものであればあるほど、彼ら彼女らは「闇の中」で途方にくれることとなる。

幅広い全人的な「ケア」を実施するためには、むしろ、書面には記されていない患者個々人の「生の全体価値」の側にこそ重要なのではなからうか。「『私』は『生という一つの物語』の終局をどのような形にしたいのか」、「どのような形であれば、『私』自身の(重層的で複雑な)『生の全体物語』が、首尾一貫したもの、『私』自身の『生の全体価値』に照らして最良のものとなるのか」。幅広い「ケア」を実施するためには、「リビング・ウィル」に、単なる「延命治療の停止の求め」だけでなく、こうした「生の全体価値」が併せて明記されているべきである、と私は考える(このような「リビング・ウィル」を「広義の『リビング・ウィル』」と呼んでおく)。

「広義の『リビング・ウィル』」は、「死の宣言書」というよりも、「生き方の宣言書」とでも呼ぶべきものとなる。

患者によっては、それまでの「生の物語」の中で、「不治と分かっている最後の最後まで病気と闘うこと」に至上の価値を培ってきた者もいるであろう。その場合、「徹底的な延命治療を求め」という意思を記した「リビング・ウィル」もありうる。その選択が、患者本人にとって最良の「生の物語の完結」を導くのであれば、その結果としての死は、「尊厳死」と呼ばれるに値する。その意味では、全ての死は「尊厳死」でありうるし、「尊厳死」であることが望ましい。

従って、先に述べたような形での「リビング・ウィル」が、老若とは関係なく全ての人によって、自らの「生の全体物語」の重層性、複雑性の熟慮、吟味という過程を経た上で作成されていることが望ましい、と言えるだろう。

しかし、現実には、「狭義の『リビング・ウィル』」でさえ、人口に膾炙したものとは言い難い(日本尊厳死協会の会員数は、現在およそ十万人である)。また、大半の人は、日々の人生の中で、自分の生や死について深く考える機会や余裕を持たず、その時その時を刹那的に生きている。「自分の死に臨んでの決定」を健康時において、あらかじめ真剣に考えている者もそれほど多くはなからう。

そのような現実を見ると、“「広義の『リビング・ウィル』」を、老若を問わず全ての人が作成していることが望ましい”という私の考えは、理想論にすぎないのかもしれない。しかし、老壮若それぞれのライフステージに対応した「デス・エデュケーション(死の教育)」を普及・徹底させること

それは必ずしも、学校教育の場におけるものに限定されない。で、全ての人を「死の問題」、そして、「その死へと向かう『善き生』のあり方の問題」へと向き合わせることは可能である、と考える(楽観的すぎるかもしれないが、やらないよりはやった方がよい)。

3 病の場で浮上する「生の個別物語」

意思決定に際して重視されるべきもの

第1節では、“人の「生の物語」が、様々な「生の個別物語」の重層的な折り重なりによって、一つの「生の全体物語」をなすこと”、そして、“人の「生の価値」もまた、それぞれの「生の個別物語」の中で培われた「生の個別価値」の重層的な折り重なりによって、一つの「生の全体価値」をなすこと”について述べた。そして、前節では、“「リビング・ウィル」には、患者の「生の全体価値」と、それに基づく要望が併記されるべきであり、その意思が尊重された場合には、全ての死が「尊厳死」と呼ぶうるものであること”について述べた。

以上の考察を受けて、本節では、「生の全体価値」に基づき「リビング・ウィル」が作成される際に、重要な意味を持つ「生の個別物語」、「生の個別価値」について考察してみたい。

重層的な「生の全体物語」を織り成す「生の個別物語」の中で、「リビング・ウィル」作成において、基底に置かれることが望ましいのは、「『家族』という共同体の中で生きる『私』の物語」である。

それはなぜか。まず第一に、「『家族』という共同体」は、「私」にとって最も濃密な(濃密であるべき)人間関係であること。そして、第二点、病を得て、何らかの「ケア」を要する状態になった時、「私」は企業等の「組織」からは切り離されることとなる。「『組織』の一員としての『私』の物語」、その中で培われた「生の個別価値」はそれほどの意味をなさなくなる。その一方で、「ケア」を要する状態になった時、「私」は「家族」による「ケア」を(ケア・スタッフの援助を得つつ)受けることとなる。病という場において、「『家族』という共同体」はより濃密なものとして、「私」の前に立ち現れてくるのである。

「『個人』としての『私』の生の物語」を貫く価値観だけに基づく意思だけでは、「『家族』の意思」との食い違いが生じる場合があるだろう。「『家族』という共同体の中で生きる『私』の物語」における、「私」の「生の個別価値」を考慮した上で、「生の全体価値」の再確認と、その価値に照らした上での意思形成がなされるべきである。

「私」はこれまで「家族」の中でどのような役割、責任を果たして生きてきたか。そして、「私」の「生の物語」をどのように全うすれば、「私」の不在後も続いてゆく「『家族』の物語」の中に価値あるものを残してゆけるのか。その点の反省、熟慮が必要となる。その過程の中で「私」は、それまでの「生の全体価値」の変革を迫られることになるかもしれない。

「私」の意思は「家族」全体から何らかの影響を受け、また、「家族」全体に何らかの影響を及ぼす。そして、その相互影響の中で、「『家族』の一員としての『私』の意思」は形成され、確固たるものとなる。同時に、その「『私』の意思」を受容する「『家族』の意思」も形成される。その二つの意思は、共通の価値観に基づいたものとなる。そうした「共通意思」を形成するためには、「『家族』の中で生きる『私』の物語」を回復すること、「『家族』という共同体」の回復が必要である。

しかし、現代社会においては、「個人主義」が深く浸透し、「自己決定権」を持ち出せば、何でも正当化される風潮が見られる。例えば、売春ですら、「女性が他から強制されず本人の意思で行っている以上、それは女性の権利として認められるべき」という議論がある。そして、「組織」

の一員であることに至上の価値を見出す「没個人的」な「『組織』本位主義」もまた、なくなっている。過労自殺に追い込まれた者の遺書の大半には、「自分を死へと追いやった会社への恨み言」ではなく、「組織の中で与えられた責任を全うすることができなかった」ことに対する「会社へのお詫び」の言葉が記されているという。こうした傾向は、いずれも、「『家族』という共同体」を崩壊の危機にさらすものである。

「個人主義」の観点から見れば、先にも述べたが、「患者はリビング・ウィルによる自己決定を下しているが、家族はそれに反対している」という状況が生じる。「『組織』本位主義」の観点から見れば、「家族とコミュニケーションの機会を持たなかった(持てなかった)患者の意思を、家族の側が忖度することが困難となり、家族の一方的な意思が優先される」、あるいは、「家族を思いやることのなかった患者に対し『ケア』の協力をするを、家族が拒む」という状況が考えられる。いずれにせよ、医療・介護にあたる者は、患者とその家族の狭間に立たされ、どちらの意思を優先するべきかという選択を迫られる。終末期医療においては、家族の果たす役割は大きいだけに、この問題は深刻である。

そうした事態を避けるためにこそ、「家族」との日々のコミュニケーションを密に保つことが大切なものとなる。そして、できれば、その平時のコミュニケーションの中で、「来るべき死をどう迎えるかどうか」、「どう迎えるべきか」を話し合う機会を持つ。これを、「家族におけるデス・エデュケーション」と呼ぶことができるだろう。そうした機会を持つことで、なるべく一致した意思を形成しておく。その上で、「リビング・ウィル」が作成されるべきである。

ただし、「『個人』としての『私』」の意思に背いた「自己犠牲」。例えば、「私」は本心では延命治療を望んでいるのだが、「家族に余計な迷惑・負担をかけたくないから」という理由で延命治療停止を望むといったような事態は避けられるべきである。

第1節でも見たように、「『個人』としての『私』の生の物語」と「『家族』の一員としての『私』の生の物語」は、重なり合い、一つの「生の全体物語」を形成している。「『私』の『生の全体物語』」の、「私」にとっての「理想的な完結」は、その物語を織り成す多層にわたる「『私』の『生の個別物語』」の全てにとって「理想的な完結」でもあるべきである。従って、「『個人』としての『私』の生の物語」もまた、「理想的な完結」を迎えるべきである。

「自己犠牲」が許されるのはただ一つ。「家族」とのコミュニケーションの中で得られた結論、「家族のために自己を犠牲にすること」が「『個人』としての『私』」の価値観とも真に一致し、家族の側もそれを受け入れている時である。その時には、「自己犠牲」もまた、「『私』の『生の全体物語』」にとっての「理想的な完結」となりうる。「自己犠牲」とは別の「完結」の仕方も当然あるし、それは許されるべきである。

家族が患者と一致した意思を持ち、心から患者を思いやる気持ちから「ケア」にあたっている場合でも、家族の側に物理的、心理的、そして、経済的な「負担」がかかるのは事実である。その一方で、患者の側も「家族に負担をかけている」ことを因とする心理的な「負担」を負っている。その両者の「負担」を和らげ、「患者本人の『生の全体物語』を『理想的完結』へと導く手助け」、「患者の死を『『家族』の物語』の中の価値あるエピソードとして残す手助け」をすることが、医療、介護

にあたる者、国などのなすべきことである(特に、国には、経済的負担の軽減を助ける役割が求められる)。「『患者』としての『私』の物語」、「『国家の一員』としての『私』の物語」もまた、「理想的な完結」を迎えるべきなのである。

(参考資料5)

毒蝮 三太夫(石井 伊吉)

毒蝮三太夫師匠は、いまでは日本全国のお年寄りのアイドル的存在として、ラジオ、テレビを始め、講演会でも日本中を所狭しと飛び回っておられます。今回は、会の主旨をお話したところ、講演について快諾していただき、遠路はるばる『伊万里』の地へ来ていただけることとなりました。

師匠は、中年世代には、ウルトラマンのアラン隊員として記憶に生々しく残っておりますが、最近では、ウルトラマンのリバイバルで子供達にも知られている様です。現在では、その毒舌を駆使して、日本全国、元気なお年寄り達のアイドルとして、八面六臂の活躍です。今回も、どんな話が飛び出すか、皆さん期待して下さい。以下は、師匠のホームページより掲載させていただきました。

略 歴

昭和 11 年 3 月 31 日生 65 歳 (東京は品川生まれの浅草育ち)

昭和 23 年 舞台「鐘の鳴る丘」でデビュー。この時 12 歳。

昭和 29 年 高校卒業までに「東宝」「大映」の青春映画に出演する。

昭和 34 年 日大芸術学部映画学科 卒業後、昭和 37 年に結婚。

昭和 43 年 日本テレビ「笑点」出演中に、立川談志の助言で本名から芸名を改名。

昭和 44 年 10 月から TBS ラジオ「ミュージックプレゼント」でパーソナリティとして活躍、現在に至る。(34 年目に突入)

昭和 48 年 株式会社「まむしプロダクション」設立と同時に社長に就任。

平成 2 年 「浅草芸能大賞奨励賞」受賞

平成 5 年 日本老年行動科学会、「特別顧問」就任

平成 11 年 聖徳大学短期大学部、「客員教授」就任

平成 11 年 ゆうもあ大賞グランプリ受賞

本業は俳優。現在はタレントとしてラジオ・テレビで活躍中。

主な TV ドラマ

ウルトラマン・ウルトラセブン (S41～42)

青年の樹、ダイヤル 110 番、二人の事件簿、峠の群像

映画「潮騒」

NHK 母と子のテレビ絵本『ルドルフとイッパイアッテナ』

(3) 訪問薬剤管理に対する保険薬局薬剤師へのアンケート調査とその結果

在宅医療・訪問薬剤管理・居宅療養管理アンケート調査結果

ご協力いただいた各地区薬剤師会の皆さん

薬剤師会	伊万里・西松浦	16
	鳥栖・三養基	6
	唐津・東松浦	5
	佐賀市部	4
	多久・小城	3
	武雄・杵島	2
	総計	36

質問1 在宅服薬指導を始めて何年になりますか？

	伊万里	その他	総計
1年	1	8	9
2年	0	4	4
3年	1	3	4
4年	2	1	3
5年以上	12	4	16
計	16	20	36

質問2 現在何件の患者さんを担当していますか？

	伊万里	その他	総計
5件未満	5	12	17
5～9件	1	3	4
10～14件	2	3	5
15～19件	6	1	7
20件以上	2	1	3
計	16	20	36

質問3 薬剤師は何名ですか？

	伊万里	その他	総計
1名	7	8	15
2名	6	7	13
3名	3	2	5
4名	0	3	3
5名以上	0	0	0
計	16	20	36

質問4 薬剤師の平均年齢は？

	伊万里	その他	総計
20歳代	0	3	3
30歳代	4	9	13
40歳代	5	6	11
50歳代	6	2	8
60歳代以上	0	0	0
未記入	1	0	1
計	16	20	36

質問5 在宅服薬指導の時間帯はいつですか？

	伊万里	その他	総計
午前	3	2	5
午後	13	13	26
時間外	7	10	17
計	23	25	48

質問6 一件当たり平均何分ほど説明しますか？

	伊万里	その他	総計
5分程度	0	3	3
10分程度	3	7	10
15分程度	8	7	15
20分程度	4	4	8
30分以上	1	2	3
計	16	23	39

質問7 服薬指導をするときに介護者・家族はいますか？

	伊万里	その他	総計
常にいる	0	3	3
四回に一回	4	3	7
二回に一回	3	5	8
大概いる	7	3	10
必ずいる	2	8	10
計	16	22	38

質問8 介護者・家族で多いのは？

	伊万里	その他	総計
配偶者	11	13	24
嫁	8	8	16
娘	1	4	5
その他	5	2	7
計	25	27	52

質問9 服薬確認はどのような方法で行っていますか？

	伊万里	その他	総計
面接法	8	15	23
カレンダー方式	12	4	16
与薬ボックス	6	4	10
その他	1	4	5
計	27	27	54

質問10 服薬指導の内容はどのような形で訪問家庭に残しているか？

	伊万里	その他	総計
薬剤情報プリント	9	16	25
ノート	1	2	3
連絡帳	6	4	10
その他	4	4	8
計	20	26	46

質問11 処方医への連絡はどのようにしていますか

	伊万里	その他	総計
報告書	14	16	30
電子メール	6	1	7
ファックス	1	2	3
その他	0	7	7
計	21	26	47

質問12 医師の処方箋が読めないことがありますか？

	伊万里	その他	総計
はい	0	0	0
いいえ	8	20	28
たまにある	3	0	3
計	11	20	31

質問 13 医師の処方箋に疑義がある場合はどうしていますか？

	伊万里	その他	総計
そのまま処方	0	0	0
直接医師へ確認	5	17	22
事務に連絡	7	8	15
病院薬剤師に確認	6	0	6
その他	5	0	5
計	23	25	48

質問 14 薬効、副作用の出現などを発見して主治医に直接報告したことは？

	伊万里	その他	総計
ある	9	10	19
ない	6	10	16
未記入	1	0	1
計	16	20	36

その際の医師の対応は？

- ・すぐに対応してくれる。
- ・チームケアのため信頼関係を作れない医師とは仕事はできない。
- ・睡眠剤の使用法に問題がある。
- ・再訪問し、介護者に連絡して中止した。

質問 15 臨時処方もできますか？

	伊万里	その他	総計
はい	16	15	31
いいえ	0	5	5
計	16	20	36

質問 16 臨時処方はどのようなものが多いですか？

感冒薬、ニトロペン、鎮痛・解熱剤、止瀉薬、下剤、外用薬、
抗生物質、胃腸薬、痒み止め、定期処方追加分、麻薬処方等

質問 17 処方医に対して望むことがありますか？

- ・ 報告書のファックスによる薬剤変更を早くして欲しい。
- ・ 患者情報を遅滞なく欲しい。
- ・ 訪問診療をきちんとして欲しい。
- ・ 患者情報を提供してもなかなか反映されない。
- ・ 安定している人の場合は二週間処方にして欲しい。
- ・ 指示書に、薬剤師に希望することを積極的に記入して欲しい。
- ・ 処方の日数や外用薬量は薬剤師に任せてもらったほうがスムーズである。

質問 18 電子メールを利用していますか？

	伊万里	その他	総計
はい	10	7	17
いいえ	6	13	19
計	16	20	36

どのようなことに利用していますか？

	伊万里	その他	総計
服薬情報連絡	7	2	9
薬剤師会との連絡	6	7	13
友人との連絡	6	6	12
その他	3	2	5
計	22	17	39

質問 19 在宅での服薬指導を時にやめたくなくなることがありますか？

	伊万里	その他	総計
ある	12	6	18
ない	4	14	18
計	16	20	36

やめたくなくなるのはどのような理由ですか？

	伊万里	その他	総計
忙しく行きにくい	4	4	8
メリットを感じない	0	0	0
配達だけに終わっている	3	3	6
診療報酬が低すぎる	6	1	7
その他	2	1	3
計	15	9	24

質問 20 現在の診療報酬の点数に満足していますか？

	伊万里	その他	総計
満足	5	12	17
不満	9	8	17
未記入	2	0	2
計	16	20	36

質問 21 満足していない場合の問題点は？

- ・ 末期患者や臨時処方など何度行っても算定二回ということで、柔軟な対応をして欲しい。
- ・ 他の医療スタッフとの格差が大きすぎる。
- ・ 他の職種と比べて妥当な点数であり、患者負担が増すなら現状が良い。
- ・ 時間をとられる割には低い算定料である。
- ・ 交通費がとれない。
- ・ 在宅患者が増えても薬剤師を雇うゆとりはない。

- ・ 配達だけのことも有り、点数を考慮して欲しい。
- ・ 同じ処方箋で報告書に何も書けないときは 550 点を請求しにくい。
- ・ 月二回のみでの算定では少ない。
- ・ 時間による点数配分をして欲しい。
- ・ 状況把握のため、7 日毎の算定を望む。

質問 22 これまでに、在宅で末期癌の患者さんを担当したことがありますか？

	伊万里	その他	総計
はい	10	5	15
いいえ	6	15	21
計	16	20	36

質問 23 その時に薬剤師として問題となったことはありますか？

	伊万里	その他	総計
はい	4	1	5
いいえ	6	2	8
未記入	0	1	1
計	10	4	14

それはどんなことですか？

- ・ 未告知者に対する言動や行動に気をを使う。
- ・ 患者に良い終末を迎えさせる薬剤師の力量に問題がある。
- ・ 未告知では、うまく説明できずに、嘘をつかなくてはならない。
- ・ 心のケアの仕方が難しい。
- ・ 今までの生活や文化、宗教の違いに戸惑う。
- ・ 佐世保にはある医療扶助が伊万里にはなく、当てにしていた患者が利用できなかった。

質問 24 癌性疼痛に対する麻薬などの使用時の注意点、不安は何ですか？

- ・ 腸閉塞や尿閉を起こさないための鎮痛剤のコントロール。
- ・ 麻薬の最大使用量。
- ・ 麻薬で鎮痛できないときの対処法。
- ・ WHO 方式に対応していない処方医に対して不安。
- ・ 座薬の使用法。
- ・ 不眠への対応。
- ・ 麻薬の管理。
- ・ 医師サイドの痛みに対する麻薬使用についての躊躇がある。
- ・ どこまで患者に薬の説明をしているのか。
- ・ 職種で対応に違いがあってはいけない。
- ・ 副作用に対する注意を払い服薬中止にならないようにする。

質問 25 癌の告知と未告知の患者さんへの対応の違いは何ですか？

- ・ 家族希望に添いつつ、いかに本人の QOL をアシストできるか？
- ・ 抗がん剤の説明に気をつける。
- ・ 自分で答えが出ていない。
- ・ 同じ姿勢で接しているが、やはり不安を持っている。
- ・ 未告知の場合、当たり障りの無い対応をしてしまう。
- ・ 患者の家族や縁者への対応は、告知してあるとやりやすい。
- ・ 本人だけが知らない場合、周囲が騒いで、逆に本人が落ち込む。
- ・ 告知したほうが鎮痛剤の効果が上がるのでは？

質問 26 胃瘻、IVH、HOT など器具を使っている患者さんの経験はありますか？

	伊万里	その他	総計
はい	6	3	9
いいえ	9	16	25
未記入	1	1	2
計	16	20	36

困ったことはありませんでしたか？

- ・ 不完全な薬剤の破砕でチューブが詰まった。
- ・ 胃瘻の点滴速度や、下痢の出現。
- ・ チューブ類の感染と消毒。
- ・ HOT の研修の機会が欲しい。
- ・ チューブを持った患者の外出時の支援。
- ・ 介護者に対する教育。

質問 27 一ヶ月に各施設のケアカンファレンスにどのくらい参加しますか？

	伊万里	その他	総計
0回	7	15	22
1回	9	3	12
2 - 3回	0	1	1
4回以上	0	0	0
未記入	0	1	1
計	16	20	36

質問 28 ほかの医療スタッフとの連携はうまくいっていますか？

	伊万里	その他	総計
はい	3	6	9
まあまあ	12	9	21
うまくいっていない	0	3	3
未記入	1	2	3
計	16	20	36

うまくいかないのはどのような点ですか？

- ・ 処方医に残薬・服薬状況を報告するが次回処方に反映しない。
- ・ 医師と患者以外に会う機会が無い。
- ・ 急変時や、入院時の連絡。

質問 29 薬剤のデッド・ストックはありますか？

	伊万里	その他	総計
はい	14	17	31
いいえ	1	3	4
未記入	1	0	1
計	16	20	36

デッド・ストックを減らすための工夫を聞かせて下さい。

- ・ 病院に在庫リストを出して検討してもらう。
- ・ PSC を利用する。
- ・ 医師と話せる機会をできるだけ多く欲しい。
- ・ 面分業が進むとデッド・ストックを減らすことは不可能である。
- ・ 支部間で、ネットを使った融通システムを作れたら良い。
- ・ 広域病院からの処方箋でデッド・ストックの廃棄が増加して死活問題である。
- ・ 他薬局への譲渡、薬剤師会で薬局間の融通システム構築を。
- ・ 薬の小包装化(製薬メーカー)での流通。
- ・ 商品名でなく一般名での処方にする。
- ・ ケアカンファレンスを通じて情報交換する。

質問 31 訪問服薬指導を行ってよかったと思いますか？

	伊万里	その他	総計
はい	15	17	32
いいえ	2	2	4
未記入	0	2	2
計	17	21	38

なお、上記データのグラフ化したものを別記添付します(ディスクなし)。

在宅医療の拡大に伴い、様々な職種の人的資源が必要となっているが、特に内服を必要としている患者の増加に伴い、服薬指導という点から、保険薬局薬剤師の参加は必須のものと考えられるが、実際にはまだ薬剤師が在宅の場に進出しているとは言い難い。

佐賀県では、現在 495 保険薬局のうち、在宅医療にかかわっているものは、全体の 8.7%で 43 件にすぎない。そのうちの 40%である 15 件は伊万里・西松浦地区に偏在している。今回、佐賀県内で居宅訪問薬剤指導を行っている 43 件の保険薬局に無記名で紙上アンケート調査を行ったが、36 件より回答が寄せられた。薬剤師としては、主治医との連携、頻回の臨時処方、薬剤のデッド・ストック増加、診療報酬の妥当性、末期癌患者に対する服薬などに共通の問題意識を有していた。

一方で居宅訪問薬剤指導が盛んな伊万里・西松浦地区では他地区にない特徴的な差が見られた。さらに、末期癌患者、在宅酸素療法や胃瘻、中心静脈栄養、胆道ドレナージチューブを有する患者にも積極的に服薬指導をしている薬剤師が多いという特徴があった。これは、伊万里・西松浦地区ではグループケア・カンファレンスが定期的開催されており、医師との連携、患者情報の共有や問題点の検討が比較的容易であるためではないかと考えられ、グループケア・カンファレンスの重要性とその拡大が更なる居宅訪問薬剤指導の拡大につながると考えられる。

(4) カルテ在宅常置への試み

在宅療養を行うために必要な条件としては、医療機関側の協力、保健・福祉の協力のみならず、療養患者自身の意志や家族の協力は不可欠である。そのためには、患者情報について、患者本人、及び家族との情報の共有を目的とした、情報開示が必要となってくる。

昨今、カルテ開示の必要性が求められてきたことも、患者・医師・コメディカル関係の信頼度から考えると、在宅医療の場において実現することが、まず好ましいのではないかと考える。しかし、以下のような問題点があることを念頭に入れなければならない。

- (ア) 患者情報の保護の点で、第三者への情報の流出、並びに記載変更される危険性がある。
- (イ) 癌告知を受けていない患者の場合に、本人がカルテを見ることに対する対応ができない。本来のカルテは常置できない。
- (ウ) 医療関係者だけでなく、家族も理解できる言葉を使い、その中で共通の理解を得るための教育が必要である。
- (エ) 診療情報だけでなく、診療報酬に対しても、脱落がないようにするための工夫が必要である。
- (オ) 他科、他医に対するコンサルトや紹介時の理解をどう得るのか？
- (カ) カルテ電子化の波の中で、コンピューターや情報産業に知識のない、高齢者世帯では、遠隔医療を含め現実的ではない。
- (キ) グループケア・カンファレンスを行っていない地域では、情報の共有化ができない。

以上の点を考慮し、まず重要なことは、患者本人と家族の在宅療養に理解を得てもらうこと、加えて、在宅療養を受け身としてでなく、共同参加型のものとして行うことである。この主旨に沿って、まず、医学用語などの専門用語を使用せず、患者や家族と同じ視線での言葉を使用した経過表の作成を行った。

現在60件あまりの在宅療養患者を受け持っているが、患者本人と家族の了解が得られたケースにつき、試験的に運用を行っている。使用結果については現在運用中のためデータの蓄積を行っている。

なお、別紙に、在宅用経過表を示している。

