

日本在宅 医学 会誌

Vol.11 No.2

The Japanese Academy of Home Care Physicians

| | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---------|
| ○巻頭言 在宅支援のための連携は | 前沢 政次 | 1 |
| ○第十二回在宅医学会大会のご案内 | | 3 |
| ○特集1 在宅医療とナラティブ (編集:鈴木 央) | | |
| ナラティブを尊重する医療 | 山本 和利 | 9 |
| NBMにおける面接法 | 斎藤 清二 | 13 |
| EBMとNBM 対立、相補から新たな段階へ | 名郷 直樹 | 21 |
| 在宅医療における代替医療とナラティブ | 鶴岡 浩樹 | 29 |
| 在宅医療におけるNBM (ナラティブ・ベイスド・メディシン) の実際 | 鈴木 央 | 37 |
| がん終末期ケアにおける「こころのケア」とナラティブ | 岸本 寛史 | 43 |
| ○特集2 在宅医療と「ひとつの全体」 | | |
| 「生きる力」と「ひとつの全体」—在宅の祈り— | 森 清 | 49 |
| 生きる上での構成概念と実体について | 川島孝一郎 | 55 |
| ○原著 在宅ホスピスにおける持続的鎮静 | 塚口 哲次 | 75 |
| ○総説 目指す在宅死・施設死のための諸条件の検討 | レシャード・カレッド, 前里 和夫 | 81 |
| ○報告 | | |
| 当院における癌終末期在宅看取りの現状と問題点 —急変とその対応を含めて— | 永田 昌彦 | 85 |
| 在宅緩和ケアで実現する独居がんの看取り—パターン分類— | 小笠原文雄 | 89 |
| ○症例報告 | | |
| 遷延性意識障害に起因する摂食・嚥下障害患者へのアプローチ | | |
| —訪問歯科医と訪問STの連携による— | 中川量晴, 石山寿子, 戸原 玄, 植田耕一郎 | 95 |
| 直腸癌の再発で在宅療養中にQOLの向上に取り組んだ1例 | 星光世, 星 千春 | 99 |
| 在宅緩和ケアにおいて大量のモルヒネ投与を必要とした大腸癌の一例 | 松本 務, 和田忠志, 遠藤光洋, 戸谷 剛, 前田浩利 | 103 |
| ○(再掲載) ランチョンセミナー | | |
| 脳梗塞慢性期の管理—誤嚥性肺炎の対策を中心として— | 鴨下 孝志 | 107 |
| ○査読者一覧 | | 111 |
| ○専門医制度委員会からのお知らせ | | 112 |
| 投稿規程 | 連絡票 | 113 115 |
| 投稿承諾書 | 編集後記 | 114 117 |

在宅支援のための連携は

会長 前沢政次

近年、連携や協働などの言葉が汎用されるようになった。時には筆者自身も多職種協働という言葉を使う。

先日、国保診療施設協議会の老人保健福祉調査研究会で、今年取り組む研究テーマのひとつ「保健福祉事業における住民協働実施に関する要因の調査検討委員会」の調査計画を発表した席上で、ある高名な福祉学者から「このようなジャンクワードを使うべきではない」とお叱りを受けた。

ジャンクワードとはいやな言葉だなあと改めて辞書を引いてみると、「がらくた言葉」とある。軽蔑すべき用語ということか。そこまで言わなくてもよいのではと考えたが、おそらく、理想的な言葉を使っても現実はそう甘くない、もっと具体的な言葉を使えということだろうか。

さて、連携に関しては介護保険で医師の業務に対し、病診連携、診診連携、さらには訪問看護ステーション、保険調剤薬局、介護老人保健施設などとの連携が「在宅患者連携指導料」として2008年4月から認められた。しかし、種々の制限もあり、医師たちの評判はよろしくない。制度誘導型の連携は実を結びにくい。

先日、札幌市西区で介護支援専門員と医師との連携に関する話し合いを主とした研修会があり、その結果を坂本仁先生が教えてくれた。

まず、介護支援専門員から医師への注文がある。医師との直接の面談はほとんど無理。病院もソーシャルワーカーがいないところは連携が取れない。主治医が何人もいて患者に不親切、医師は患者の生活面を知ろうとしない、主治医意見書の特記事項の意見書に記載がまったくない、連携文書を出すが回答がまったくない、等々。その他、病院の仕組みに対しても地域を知らない看護師が多い、退院時カンファレンスへの参加を拒否されるなど不満が多い。

一方、医師も黙ってはいない。介護支援専門員からの文書が的外れで何が言いたいかわからない。患者が入院してきても、以前の在宅の様子がわからない。主治医意見書を書く前に、在宅の情報がほしいなど。

行き当たりばったりで信頼関係は生まれそうにない。まずはお見合いするチャンスがほしい。医師は外来時や訪問診療時をよい機会にしてほしいと望んでいる。

次は的確な情報を伝え合うことである。これには訓練が必要だ。長々と書いた連携文書など読む気が起きない。ポイントを2、3に絞れば読みやすい。

そして診療以外でも顔を合わせる機会がほしい。勉強会、症例検討会、懇親会に参加するメリットを享受したい。

さて協働とは何か。何かのイベントや行事に参加して、ワイワイ騒いで事足りりとしてはならない。協働のプロを育成することが基本である。ほどよいタイミングにリフレクション（省察）による成長感とルールづくりがそれに伴う。一朝一夕に叶う性質のものではない。

政権が変わっても、在宅支援の基本は変わらない。受身的な安心社会から、不確実性があっても人を信じる社会へと変わらなければ、保健も福祉も医療もよい方向には進みそうにない。