

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成24年 3月1日現在

機関番号：32604

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2008～2010

課題番号：20530474

研究課題名（和文）社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー

研究課題名（英文）Life History Narratives of Doctors on Homecare Practice and Its Nationwide Networking as Social Movement

研究代表者

大出 春江 (OHDE HARUE)

大妻女子大学・人間関係学部・教授

研究者番号：50194220

研究成果の概要（和文）：本研究は在宅医療と看取りの社会学的研究として、2008年から2010年まで行われたインタビューと訪問見学を中心とする社会調査の実施とその考察に基づいている。予想される今後30年間の志望者数の増加とがん死の増大から、在宅の看取りは近年、社会的関心が高まっているが、在宅療養支援診療所や訪問看護だけでこれを支えることはできない。ホスピス有床診療所の医療実践を1つの実験的社会モデルとしてとらえることで、当事者と家族や地域を支える仕組みの多様性と選択可能性を保証する必要性が明らかにされる。

研究成果の概要（英文）：The number of deaths is expected to increase in the next 30 years than ever before after WWII. Death due to cancer has become the first place of mortality factors since 1981, which enhance the social interest in death and dying in Japan. This study is a report on the results of sociological research, carried out between 2008 and 2010, based on interviews that target physicians involved in medical care at home. Very few practitioners have recognized the need to accept the terminally ill cancer patients and have opened their clinic with beds (legally under 19 beds). While they are forced to financial difficulties, their practice should be considered as an experimental model of social support the lives of people in the region

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2008年度	1,900,000	570,000	2,470,000
2009年度	1,300,000	390,000	1,690,000
2010年度	300,000	90,000	390,000
年度	0	0	0
年度	0	0	0
総計	3,500,000	1,050,000	4,550,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：社会学、社会学

キーワード：在宅医療、ケア、訪問看護、ライフヒストリー、語り、ホスピス、有床診療所

1. 研究開始当初の背景

(1)社会の高齢化と国民医療費の急増、そして疾病構造の変化は日本社会におけるターミナルケアの従来のあるべき方を大きく変えつつある。「2038年問題」ともいわれる「大量死時代」の到来を控え、人びとにとって人生の終末期をどこで過ごすか、どのようにして最

期を迎えるかは重要な問題として浮上している。

(2)2006年度に実施された在宅療養支援診療所制度は、在宅医療や訪問看護の必要性を認識し実践してきた医療者らの重要な成果の一つといえる。それは自宅およびグループホーム、特別養護老人ホームなど自宅以外の高

齢者生活施設で迎える死に対して、看取る側への優遇措置がとられることになったためである。他方、住み慣れた場所で人生の最期を迎えたいという人びとの希望は、家族の小規模化や単身世帯化の進行を背景に、それほど簡単に実現されてはいない。

(3)在宅医療や在宅での看取りは、それを支えてきた無床および有床診療所の存在を改めて評価しておく必要がある。有床診療所とは1948(昭和23)年医療法改正以降、19床以下の入院設備をもつ診療所と定義されるようになった。2006(平成18)年までいわゆる「48時間規定」というルール制限により、20床以上をもつ病院における患者の「収容」に対し、診療所の入院はあくまで臨時的措置(したがって48時間を超えてはならない)という扱いをされた。戦前の日本社会では診療所と病院という語は互換的に使用されていた。これがGHQによる占領期に制定された医療法によって、診療所と病院が明確に区別され、病院の下位に診療所をおいたことから、現状に合わないにもかかわらず「48時間規定」が長期に存続した。

歴史的にみると、戦前の日本社会における診療所の半数近くが有床であった。戦後、病院医療の専門化および高度化、地域社会の変容、人々の意識の変化により、入院施設をもつ診療所は急速に減少していった。地域医療を支えてきたこうした変化を背景に、人びとの終末期を支える社会的環境と人間の尊厳と希望をもてるターミナルケアのありかたが問われている。

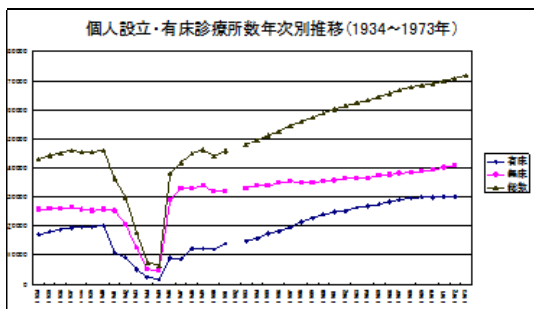


図1 個人設立・有床および無床診療所数の年次別推移(1934~1973年)

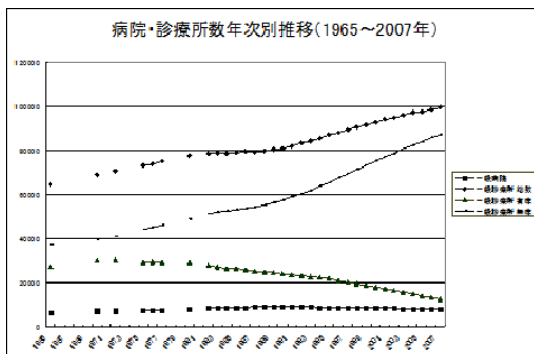


図2 病院・診療所数年次別推移(1965~2007年)

2. 研究の目的

(1)本研究は2004年から着手した在宅での看取りを可能にする社会的文化的条件を考察する調査研究とその成果に基づき、これをさらに医師に焦点をあてる形で3つの視点に絞って調査研究を進めることを目的とした。第一に、2006年度以降を中心とする開業医師の在宅医療実践とそこに生起する諸問題をとらえることである。

(2)第二に、在宅医療を社会運動の視点からとらえ、2006年度の医療制度改革以前に行われていた医師や看護師等による独自の取り組みを歴史的に理解し記述することである。日常生活における生と死の現状に関する考察は、現代社会において在宅医療や訪問看護を抜きには考えられないが、これらに関する社会学的研究はほぼ未開拓の分野とっていいだろう。

(3)在宅医療の全国レベルのネットワーク化を推進した医師およびホスピス有床診療所は極めて少数である。しかし、運営する医療スタッフへのインタビュー調査を通じ、現代日本におけるターミナルケアのあり方を再考し、その意義を指摘することを目的とする。

3. 研究の方法

(1)在宅医療および訪問看護を歴史的にとらえるために、2つの方法が用いた。一つは、雑誌論文や書籍などの文献資料を収集し、それらによって歴史を再構成する方法である。このなかに映像資料および官公庁の公開資料も含まれる。

(2)さらにインタビューを中心とするライフヒストリー調査法を用いる。研究の目的で述べたように、2000年度からはじまった介護保険や2006年度からの在宅療養支援診療所制度の開始以前から、訪問医療をはじめとした独自の取り組みが医療者によって行われていた。その時代の標準的な医療実践とは異なるものを、なぜめざすに至ったのか。これらの問いについては標準的の質問紙調査よりも訪問調査と組み合わせたインタビュー調査が適していると判断した。対象者の選定は在宅医療に関わる論文、書籍等の出版物を参照しながら、在宅医療・ケアに関わる全国規模の研究交流会に参加し、情報収集を進めると共に、研究趣旨を説明し、調査協力への依頼を行った。

4. 研究成果

(1)1960年前後まで、日本社会では往診という診療形態が広くみられていた。それ以前には派出看護の歴史もあった。長野県の若月俊一と佐久総合病院、京都府の早川一光と堀川病院、東京都足立区の柳原病院の活動で知られる、病院を拠点とした地域医療としての訪問診療・訪問看護の歴史もある。

病院や診療所の受診・入院が定着し、往診という診療形態が消失した後、1970年代から1980年代にかけ、在宅医療にかかわる研究会が医師を中心として発足する。「日本死の臨床研究会」(1977年)、「日本プライマリ・ケア学会」(1978年)、「地域医療研究会」(1980年)、「日本家庭医療学会」(1986年)、「日本ホスピス・ホームケア協会」(1988年)である。

1990年代に入ると〈在宅ケアの全国ネットワーク化〉と呼べる動きが始まる。1991年に「日本ホスピス・在宅ケア研究会」および「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」(2004年に日本ホスピス緩和ケア協会に名称変更)、1994年に「在宅ケアを支える診療所・全国ネットワーク」(2002年から「在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」に改称)と全国レベルの研究会が設立されている。つまり1990年代になってからの診療所を中心とするネットワーク化は、それまでの「点」として行われていた医療実践を有機的につなぐ試みとして誕生し、新たな社会運動として展開していくことになった。

(2)1990年代の在宅医療およびケアの全国ネットワーク化において中枢的役割を果たした医師を対象とした語りを通じて、2つの視点からその医療実践を捉えることが有効ではないかと考えた。一つが〈ミッションとしての医療実践〉であり、もう一つが〈フロー体験としての医療実践〉である。いうまでもなく、医師としての実践はいずれもそれぞれ固有の背景と経験によって成り立つ。

中嶋啓子医師と西嶋公子医師は1947年と1945年生まれのおぼろ同世代として、医学部時代は大学紛争の影響を何らかの形で受けている。「どういう医者になるのか」、いいかえると医師のミッションに対する感受性が試された世代であった。これに対し、梁勝則医師は1955年生まれの大学紛争後の世代である。梁医師の語りや記述に登場する日本社会を相対化する視点は、エスニシティの自覚に深く根ざしており、医療を含む社会現象を当事者の視点でとらえる姿勢と密接にかかわる。

この3者のうち中嶋医師と梁医師は個人事業としては経営上のインセンティブのない有床診療所をもつ。特に梁医師の有床診療所はホスピスに特化しているため、経営上、単独事業としてはまったく成り立っていない。それにもかかわらず「ここで生まれてここで死んでよかったな」という地域に必要な資源として捉え運営を継続している。

人生のターミナル期を支えることは最終的に「自分のためである」という視点、すなわち「当事者性」の自覚は3者に共通する。西嶋医師の町田市ケアセンター建設運動は自身の父親の介護と平行して行われており、

介護家族の視点が「暖家の会」の創設や住民運動につながっていった。人生と生活を支えるために、必要なものは制度の枠組みがなくとも作っていかねばならないという明確な姿勢である。これを〈ミッションとしての医療実践〉と本研究では名づけた。三者に共通するのはこの実践に向かう志向性である。

(3)3人の医師の語りにも共通しているもう一つの特徴は、経営上の困難や地域での関係性などいくつかの問題を抱えながらも、専門性に裏づけられた医療実践そのものから「おもしろさ」を実感していることである。これをチクセントミハイのフロー概念を用いて〈フロー体験としての医療〉と名づけた。

〈フロー体験としての医療実践〉という場合に、収入、名声、地位といった外発的報酬のために医療実践をするのではなく(あるいはそれが第一義的目的ではなく)、実践そのものがもたらす満足感、達成感、幸福感をさしている。医療実践は外発的報酬を得るための手段ではなく、それ自体の行為が個人に深い満足感や達成感といった内的報酬をもたらす。結果として〈ミッションとしての医療実践〉を継続する動機づけにつながる。フロー体験になるかどうかは、固有の生活史や医師としてのキャリアや技術によっても異なるだろう。

要約すれば、〈ミッションとしての医療実践〉が他者の人生や生活を支え、「役に立つ」という言葉に象徴される社会的側面をさすのに対し、〈フロー体験としての医療実践〉は医療者個人にとっての「おもしろさ」、おもしろい仕事をする喜びといった内的報酬をさす。この二つは相互に影響し合い、現実には切り離せないかもしれないが、本研究で対象とした医師の語りからその医療実践を解釈するための枠組みとして有効であると結論づけた。

(4)在宅医療の全国ネットワーク化に関わる医師に共通していたのは、医療者の役割を広義にとらえている点である。診察室における診察行為や治療に限定されない実践である。患者会のサポートにとどまらず、公開講座、講演や執筆活動を通じて情報を発信し市民と連携をはかることが含まれる。診療所の形態が有床であるか無床であるかは直接、関係しない。老いや病いあるいは障害とともに、人びとが人生を生ききることを支える、そのための社会環境を整えることを最重要課題とする点で共通する。

本研究では以上を踏まえた上で、さらに在宅の看取りに焦点を絞り、厳しい経営環境に置かれつつも有床診療所の運営を通して、ターミナルケアを支える医師の語りと実践を考察した。有床診療所の医療実践が現代社会

においても意義を考察することは、2人に1人はがんで死亡する日本社会において、重要な問題提起となると考える。

(5) 仙台市でホスピス有床診療所を2006年に開設した中井祐之医師の試算によると、緩和ケア病棟での年間看取り数は11,300人(2008年現在)、在宅療養支援診療所による年間看取り数は32,000人(2009年2月現在)であり、これらは合計しても全国の年間およそ32万人のがん死者にまったく追いついておらず、多くのがん患者の看取りは最終末期になって急性期病院に短期間入院するか、あるいは療養型病床への中長期的に入院するなどの形で行われているという。

「その人らしい死の迎え方」が関心を呼ぶ現代において、過剰な医療の介入を望まないという意志を事前指示書で示そうという動きもある。在宅ケアや看取りはこの点においても注目される。にもかかわらず、厚労省が5年ごとに行っている「終末期医療に関する調査」2008年実施結果によれば、終末期の療養場所に関する調査結果において、「自宅で最後まで療養したい」と希望する者は約11%

表1 堂園メディカルハウスの在宅/入院看取り数推移

	在宅死	入院死	全死亡者
1991年	2		
1992年	3		
1993年	8		
1994年	6		
1995年	7		
1996年	10		
1997年	27	23	50
1998年	24	34	58
1999年	22	60	82
2007.4-2008.1	28	69	97

であり、漸増はしているが10年間この傾向は変わらない。中井の診療所において初診時に療養場所の希望調査をしたところ、患者本人は「わからない」とするか、または在宅を希望した者が入院希望を上回った。ところが患者家族は、在宅希望より入院希望を望む者が多かった。状態が急変するがんのターミナル期は、患者家族が支え続けることの困難を示している。

こうした現実的要請に応える形で、無床診療所を有床化する動きが登場する(全国で10カ所足らずと少ないが)。ホスピス有床診療所を山梨県で運営する土地邦彦医師も鹿児島県で運営する堂園晴彦医師、そして千葉県の伊藤真実医師は在宅医療のために90年代後半から2000年代にかけて有床化した。先述の神戸市・梁勝則医師、高槻市・中嶋啓子医師も同様である。そしてこれらの医師に共通していたのは有床化によって在宅死が増加したこと、しかしその後は入院死が増えて

いったという点を指摘している点である。

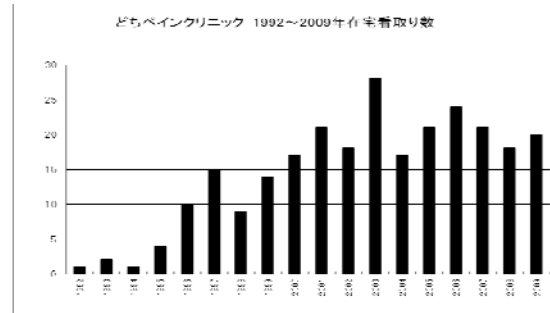


図3 どちペインクリニック(山梨県・玉穂ふれあい診療所)の在宅看取り数推移

2004年から2007年にかけて、わたしたちが実施した訪問看護師を対象とした調査においても、患者家族が患者のターミナル期には「ゆれ」を経験し、時には短期間の判断で入院をすることが必要になる状況があった。その意味で、病院併設型の訪問看護ステーションの場合、訪問看護は在宅医療に貢献しつつ、緊急時の入院を保証するという意味で病院が在宅ケアを支えることができた。有床診療所はこの点でさらに小回りがきき、意思決定の迅速さ、ケアの一貫性、そして患者と患者家族を包括的に捉えることができるという機能をもつ。

課題は患者および患者家族を支えるケアを追求することと、支える医療者の仕事と生活のバランスとの折り合いのつけ方が困難になるという点である。制度上の課題はより深刻である。有床診療所が病院の医療実践に対し、診療報酬という形の対価において極端に低く位置づけられていることと、ホスピス有床診療所では緩和ケアのためのサービスが診療報酬上、評価されない。制度上、構造的に経営上のリスクを抱え込まざるを得ない(認可された緩和ケア病棟ならば、1日約38,000円の報酬が算定される。それでも差額ベッド代等によって経営上の収支が保たれるという。詳細は論文②と④を参照)。

訪問調査先の一つには、ホスピス有床診療所を中止した山梨県北杜市の診療所があった。日医総研(2009)は、かつて有床診療所だったが無床化した診療所を対象に全国レベルで調査をしている。無床化の理由は、上位から人件費、看護スタッフの確保の問題、これに一人態勢に伴う精神的・体力的疲労が続いていた。

(6)ではなぜ有床診療所なのか。鳥取市の徳永進医師は「おれのところに来た」ということが明確であることが病院との違いだという。つまり、個性をもった一人ひとりの患者によって選ばれること。それは、医師としてのフロー体験に関わるということだ。医師の個性による違いはあるとしても、語りからは

パーソナルな関係にこそ、ホスピス有床診療所のおもしろさを見いだしていることが示され、それが経営上のリスクを背負ってでも開設、運営する意志に接続していることが明らかにされている。

キューブラー＝ロスが「死と死にゆくことのセミナー」で提起した問題とは、「死にゆく人が気持ちを吐露したくても、医療者も周囲の人、さらには宗教者であっても話題を避けてしまうこと」であった。この点で、ホスピス有床診療所の取り組みは、キューブラー＝ロスのいう「死にゆくこと……に伴う絶望感と無援感と隔離感」を可能なかぎり排除し、「安らかな最期を迎えられるような医療を実現」するために、環境を整え、「通院、入院、在宅を同一のスタッフメンバーでバックアップ」することで患者がホスピスケアを希望する場所で受けられることをめざしているといえる。

臨床医としての立場から大井玄医師は、がん患者が「私は健康です」というときの「健康」とは、本人が自分の社会的有用性を意識するときに自覚する他者との「つながり」であるように見える、という。がん患者になることにより、「人間は自己の生命の有限性を心底から覚り、受け入れた時、『私』の根本的転換が起こるといふこと」、その意味で上田閑照の「私は、私でなく、私である」という言明は、がんによる近未来の死を覚悟しつつ、そのダイナミックな私の変化をとらえている、という。「病気になっても病人にならず」（堂園晴彦）、健康で生きることを支える点で「役に立つ」取り組みがホスピス有床診療所である。そして支える医師や医療者にとっても、病気をもちながら、それゆえにこそ生命の有限性を受け入れ自覚的に生きる人との相互作用はそれを通して、人間としての深い満足が与えられるといえる。その相互作用の重要性は今後の在宅医療のあり方に大きく関わってくる。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計5件)

- ① 大出春江、社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー(1)、大妻女子大学人間関係学部・人間関係学研究、査読無、10巻、2009、pp.13-23
- ② 大出春江、社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー(2)、大妻女子大学人間関係学部・人間関係学研究、査読無、11巻、2010、pp.183-197
- ③ 大出春江、古川早苗、医師におけるジェンダーとワークライフバランス、大妻女子大学人間関係学部・人間関係学研究、査読無、11巻、2010、pp.261-276

- ④ 大出春江、社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー(3)、大妻女子大学人間関係学部・人間関係学研究、査読無、12巻、2011、pp.117-131

http://ci.nii.ac.jp/vol_issue/nels/A11448680/ISS0000465351_ja.html

- ⑤ 大出春江、社会運動としての在宅医療と医師のライフヒストリー(4)、大妻女子大学人間関係学部・人間関係学研究、査読無、13巻、2012、pp.13-23

〔学会発表〕(計1件)

- ① 大出春江、古川早苗、人生と暮らしを支える医療の可能性—ホスピス系有床診療所医師へのインタビュー調査から—、第82回日本社会学会大会 一般研究報告II、2009年12月(立教大学)

〔図書〕(計1件)

大出春江編著、梓出版、看取りの文化とケアの社会学、2012、220

〔その他〕

ホームページ等

http://zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20090727083923.pdf

6. 研究組織

(1) 研究代表者

大出 春江(OHDE HARUE)

大妻女子大学・人間関係学部・教授

研究者番号：50194220

(2) 研究分担者

()

研究者番号：

(3) 連携研究者

()

研究者番号：