

- て. 日胸疾会誌, 25: 397~404, 1987.
- 6) 石原享介, 長谷川幹, 富岡洋海, 他: 地域基幹病院における在宅療法の実態とその問題点. 呼吸, 9(7) 871~877, 1990.
- 7) **Heimlich, H.J.:** Respiratory rehabilitation with transtracheal oxygen system. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 91: 643, 1982.
- 8) **Soffer, M., Tashkin, D.P., Shapiro, B.J., Littner, M., Harvey, E. and Farr, S.:** Conservation of oxygen supply using a reservoir nasal cannula in hypoxemic patients at rest and during exercise. Chest, 88: 663, 1985.
- 9) **Carter, R., Williams, J.S., Berry, J., Peaver, M., Griner, D., Tiep, B.L., Nicotra, M.B.,**

Carter, R., Phillips, R. and Ostap, B.: Low-concentration oxygen therapy via a demand oxygen delivery system. Chest, 87: 636, 1985.

司会 はい, ありがとうございます. 在宅医療の tool としての在宅酸素療法の現状と問題点をお話し頂きました. 引き続き, 第五席の新潟大学第一外科, 酒井先生お願い致します. 昭和55年新大医学部卒業以来外科における術後の栄養管理, short bowel 患者の栄養管理の問題に取り組んでこられました. 現在この問題に関する全国組織として home elemental enteral hyperalimentation, 略して HEEH 研究会がありますが, そのメンバーとして活躍しておられます.

5) 在宅経腸栄養法の実践とその問題点

新潟大学医学部第一外科学教室 (主任: 武藤輝一教授)

酒井 靖夫・山田 勝義

Practical Use of Home Elemental Hyperalimentation

Yasuo SAKAI and Katsuyoshi HATAKEYAMA

*The First Department of Surgery,
Niigata University School of Medicine
(Director: Prof. Terukazu MUTO)*

Home enteral nutrition (HEN) has been used for a long time in Japan, and been further developed after the concept of home elemental enteral hyperalimentation (HEEH) was established.

HEEH is indicated for patients with a variety of diseases, and therapeutic effects of HEEH are widely accepted. In addition, the number of the patients on HEEH is gradually increasing.

Instruments required for HEEH include feeding tubes, irrigating bags, shaking bottles, liquid diet, and infusion pumps.

Prior to the beginning of the naso-gastric tube feeding, patients have to learn and be accustomed to the self-intubation technique, in which they introduce the specific tube

Reprint requests to: Yasuo SAKAI,
The 1st Dept. of Surgery,
Niigata University School of Medicine,
Niigata City, 951, JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部第一外科学教室

酒井 靖夫

into their own stomach. A feeding tube can also be set intraoperatively or endoscopically into the G-I tract.

Elemental diet (ED) or low residue diet (LRD) is selected depending on the patients' diseases or conditions. Concentration and infusion speed of the liquid diet must slowly be increased. Otherwise, diarrhoea and abdominal pain often ensues.

It is basically important to evaluate, once a month, the nutritional status of the patients who undergoing HEEH for a long period.

Health insurance has supported the HEEH, confined to the tube feeding by elemental diet. Although there are many diseases on which HEEH is effective, up to the present, the health insurance only covers a limited part of them. To increase the number of the diseases covered by the health insurance is strongly expected.

Key words: home elemental enteral hyperalimentation (HEEH), elemental diet (ED), low residue diet (LRD)

在宅経腸栄養法, 成分栄養, 経管栄養法

はじめに

経腸栄養法はわが国でも長い歴史があるが, 完全静脈栄養法 (total parenteral nutrition, TPN) による高カロリー輸液の成果に刺激されて, 成分栄養 (elemental diet, ED) によるenteral hyperalimentation の概念¹⁾が導入されて以来, TPN に比較して投与経路がより生理的で, 施行・管理が安全かつ容易なこと, 経済的な利点などから急速に発展し主流を占めるに至っている。

一方, 患者の家族ないし社会復帰といった quality of life (QOL) の向上が重要視されるようになり, 経腸栄養を入院でなく在宅で行う home enteral nutrition が注目され, 次第に症例数も増加している。

本稿では在宅経腸栄養法の実態とその問題点のいくつかについて述べてみたい。

I. 在宅経腸栄養法の実験

1. 投与経路

通常口腔から上部空腸までの間に投与され, 注入部位の設定はその適応となった基礎疾患によって異なる。経口法, 経鼻胃管または経鼻腸管法, 胃瘻や腸瘻などの瘻管法がある。最近は味のよい LRD (low residue diet) が市販されており, 経口が可能な場合経口法でもよいが, 経鼻法や瘻管法が用いられることが多い。経鼻法では経鼻用チューブの自己挿管 self intubation を入院中または外来で習得させる必要がある。瘻管法では手術操作を必要とするが, 操作が簡単で合併症も少ない needle

catheter jejunostomy を行う方法もある。また, 最近では手術操作を必要としない内視鏡的胃瘻造設術が注目されており, キットも市販されている。

2. 注入器具および器械²⁾³⁾

1) 経腸栄養用チューブ

経腸栄養用チューブには経鼻用と外瘻用とがあり, 各々10~6種類ほどが市販されている。チューブの太さは5~12 Fr まで, 長さは43~150 cm, 先端におもりがついて抜去防止効果のあるものもあり, すべてX線で先端の位置確認ができるようになっている。経鼻用チューブが外瘻用のものより細径のものが用いられており, 材質もビニール製, シリコン製, ウレタン製とあって塑性や柔軟性, 耐久性が異なっている。前者では自己挿管の容易性, 異和感の少ないものが, 後者では長期管理に適している, 耐久性に優れているものが選択され用いられている。

最近では外瘻用のチューブとして簡便な needle catheter jejunostomy のキットや, 開腹操作を必要としない内視鏡的胃瘻造設用キットも市販され, 使用されている。

2) 注入用バッグ, イルリガートル, シェーキングボトル

栄養剤の注入にはミキサーなどで溶解した後バッグかイルリガートルを用いる。シェーキングボトルは栄養剤の調整と注入を同一の容器で行える利点がある。容量は500~1,500 ml までであるが, 1,000 ないし 1,200 ml のものが多く使われており, 簡易性や経済性などの点から選択されている。使用後の容器の洗浄, 消毒は多くの場合で微温湯や家庭用の洗剤等で行われているが, 特に下

表1 経腸栄養剤の分類と種類²⁾

(平成2年7月現在)

I. 人工濃厚流動食

1. 消化態栄養剤 (すべて薬品扱い)

- (1) 成分栄養剤 (アミノ酸) ……エレントール, エレントールP
 (2) ペプチド栄養剤……………アミノール, ポリトニック, エンテルード, SNN-6010

2. 半消化態栄養剤

- (1) 薬品……………アミココ, アミノールS, サスタジェン, クリニミール, ベスビオン, エンシュアリキッド, ISO[°]
 (2) 食品……………ニューメディエフ, ハイメディエフ, ソフトメディエフ, ハイネックスR, New L-1, サンエット,
 ライフロン, アイソカル, カロリアン, ビオフィット, メディエフリキッド, ハイネックスR,
 New L-2, MA-7, サンエット-A, K-1, K-2, クリニフッド

II. 天然 (自然) 濃厚流動食 (すべて食品扱い)

MA-3, YH-80, オクノスA, オクノスC

* 治験中 —— 液状栄養剤

痢や感染などの問題は生じていないようである。

3) 注入用ポンプ

高濃度の経腸栄養剤は高い浸透圧を有するため、注入量によっては下痢や腹痛などの消化器症状を引き起こし易い。注入に際しては多くの場合自然滴下で十分施行可能であるが、注入量が多い場合、夜間就寝中に注入する場合、単位時間当りに正確な注入量を要するとき、あるいはジャケット、ショルダーバッグなどを使用するときには注入ポンプを用いるのが望ましい。

最近にはバッテリーを内蔵した軽量小型の注入ポンプが20万円で市販されている。しかし、価格が高いこと、医療保険上の問題、騒音などポンプ自体の問題から、現在のところ使用される頻度は4割弱でしかない。

4) 経腸栄養剤

在宅経腸栄養 (home enteral nutrition HEN, home elemental enteral hyperalimentation, HEEH) の治療効果を発揮するには、基礎疾患に応じた経腸栄養剤を使うことが大切である。表1にわが国で市販されている経腸栄養剤を示した²⁾。管腔内消化の必要性の有無により消化態と半消化態栄養剤とに分けられる。成分栄養剤 (elemental diet, ED) は脂肪含有量が非常に少なく、蛋白質はアミノ酸、炭水化物はデキストリンとして予め消化された形で配合されており、短腸症候群をはじめとして、中等度以上の消化吸收機能障害のある患者にも使用できる。しかし、長期間のED使用にて必須脂肪酸欠乏症を生じうるので、週1回程度、経静脈的に脂肪乳剤を補う必要がある。

消化管機能が正常ないし軽度の障害しかない場合には半消化態栄養剤の投与で十分であり、また、成分栄養剤に比し安価でもあるので、脳血管障害や中枢神経系疾患

の患者では実際上も半消化態栄養剤が多く用いられている。半消化態栄養剤は薬品扱いのものとは食品扱いのものとに分けられるが、在宅で長期投与が必要な場合、食品に属するものでは保険適用を受けないため、患者の経済的負担が大きくなることに留意しなければならない。

3. 投与方法

栄養剤の調整はミキサーまたはシェーキングボトルで溶解して注入する。室温での長時間放置は細菌が繁殖し、下痢の原因となるので冷蔵庫に保存する。

経腸栄養で最も多い合併症は下痢や腹痛などの消化器症状と誤嚥、逆流による嚥下性肺炎、および高血糖や浮腫といった代謝異常であるが、これらにはすべて栄養剤の濃度と注入速度が関係している。従って、最初は慣らしとして濃度は0.5 kcal/ml程度、注入速度は60~100 ml/hrで始め、徐々に1.0 kcal/ml, 100 ml/hrへもっていくのがよい。慣れてきて下痢などの副作用が認められない場合は1.5 kcal/ml, 150 ml/hr程度まで可能である。

HEEHを行っている症例に対するアンケートの結果⁴⁾をみると、一日投与エネルギー量は900~1800 kcal/日の例が60%以上を占め、夜間のみ投与し、昼間は働いている例が70%以上を占めていた。

4. 長期管理

在宅経腸栄養法は長期にわたることが多いので1カ月に1回は外来で栄養状態をチェックする必要がある⁵⁾。各種栄養学的アセスメントを行い、栄養状態の指標とする。EDのみを投与している場合には必須脂肪酸欠乏に注意する。

5. 適 応

在宅栄養の適応となる病態としては入院するほど症状

表 2 在宅経腸栄養療法の適応²⁾

I. 消化吸収能が正常の場合（半消化態栄養剤が主，消化態栄養剤も可）
1. 経口法
1) 栄養状態正常で代謝亢進
2) 低～中等度栄養低下
2. 経鼻胃・腸管法
1) 嚥下困難
2) 異化または代謝亢進高度（大手術後，感染，熱傷）
3) 高度の栄養低下
4) 食欲不振（神経性食思不振症も含む）
5) 中枢神経障害
3. 経胃・空腸瘻法
1) 口腔，咽頭，喉頭，食道疾患（通過障害，機能障害）
II. 消化吸収障害のある場合（主として消化態栄養剤）
1) 消化管術後障害（消化管瘻，短腸症候群など）
2) 慢性膵炎，慢性肝疾患
3) 炎症性腸や疾患（クローン病，潰瘍性大腸炎など）
4) 放射線腸炎

は激しくないこと，急激な変化のない慢性疾患であること，栄養低下または欠乏症に対する持続的栄養補給が必要であること，栄養補給により確実な効果が得られることなどが挙げられている⁵⁾⁶⁾。

消化吸収障害の有無により分類した在宅経腸栄養療法の適応を表 2²⁾ に示した。原則的には消化吸収障害があれば消化態栄養剤が，機能が正常であれば半消化態栄養剤が適応となる。また小腸内へ大量注入する際にも消化態栄養剤が望ましい。

II. 在宅経腸栄養法の現時点における問題点

在宅経腸栄養法を行うに際して，ポンプ，チューブなど器具，器材の問題点，施行上の問題点もまだ残っているが，紙面の都合上ここでは医療保険上の問題点について触れたい。

1985年5月に発足した HEEH 研究会（代表世話人：新潟大学第一外科 武藤輝一）を中心とした症例の集積により，在宅経腸栄養法も成分栄養による経管栄養法のみという限定付きで，1988年4月から保険適用となっている。（表 3）³⁾。

HEEH 研究会のアンケートの全国集計報告（1990年2月）⁴⁾によると，HEEH の行われている基礎疾患のうち179例（45.7%）が保険適用疾患でクローン病が91%を占めている。一方，潰瘍性大腸炎，末期癌や消化吸

表 3 在宅経管栄養法の適応条件

A. 薬剤について
成分栄養剤にエレンタールが保険適用されています。
B. 対象となる疾患
1. 腸管大量切除後（残存小腸75cm以下のもの）
a. 上腸間膜動脈血栓症（塞栓）
b. 腸軸捻転
c. 先天性小腸閉鎖症
d. 壊死性腸炎
e. 広汎腸無神経節症
2. 腸管機能不全
a. クローン病
b. 非特異性多発性小腸潰瘍
c. 慢性突発性小腸仮性閉塞症
d. 放射性腸炎
3. I型糖原病
C. 施設の条件
1. 保険医療機関であること。
2. 緊急事態に対応できること。

収不全（短腸症候群を除く）などの消化器疾患や脳血管障害，中枢神経系疾患など適応外疾患が213例（54.3%）とむしろ多くを占めている。また，成分栄養剤を用いているものが41.7%で，それ以外は半消化態栄養剤を使用している。前述のごとく消化吸収障害のない例では半

消化態栄養剤でも十分と思われるが、保険適用は成分栄養剤に限られている。症例によっては栄養チューブを自己挿入できなかったり、異和感や嘔吐反射などで自己抜去してしまうこともあり、経口投与が可能な例もある。

結局、保険適用外となれば患者の自己負担（経済的負担）が増え、入院加療を受けた方が負担が少ないということになる。保険適用枠の拡大が待たれるところである。

おわりに

在宅経腸栄養法の実際とおもに医療保険適用上の問題点について述べた。在宅経腸栄養の効果にはめざましいものがあり、今後益々症例が増加するものと思われるが、より安全でより簡便で、更に効果的な在宅経腸栄養法を目指して、一つ一つ問題点を解決していく必要があろう。

参考文献

- 1) Kaminski, M.V.: Enteral hyperalimentation. Surg. Gynec. Obstet., **143**: 12~16, 1976,
- 2) 畠山勝義: 3-2. 経腸栄養 3. 在宅栄養法., 臨床栄養の進歩 1991, p. 188~197, 1991.
- 3) 武藤輝一編: 在宅経管栄養法マニュアル., HEEH 研究会, 1991.
- 4) 武藤輝一, 畠山勝義, 小山 真: 在宅経腸栄養法アンケートの全国集計報告., JJPEN, **12**(11): 1437~1446, 1990.
- 5) 畠山勝義, 小山 真, 武藤輝一: 外科患者に対する Home Elemental Enteral Hyperalimentation -特にその技術と適応について-, JJPEN, **7**(5): 807~812, 1986.
- 6) Rombeau, J.L. and Rolandelli, R.H.: Enteral and parenteral nutrition in patients with enteric fistulas and short bowel syndrome. Surg. Clin. North. Am., **67**: 551~571, 1987.

司会 ありがとうございます。元々は術後の栄養回復のための技術を在宅医療に応用出来るという話を頂きました。最後に予定発言をお願いしてご頂きました黒岩先生からゆきぐに大和病院を中心に、魚沼地方の介助職員の養成なども含めてコメントを頂ければと思います。黒岩先生、よろしくお願い致します。

黒岩 大学でこういったテーマでシンポジウムが行われるということで、大変いいことだと思っておりました。うちの大和病院からの報告は大体見当がつくんですが、今の経腸管栄養の問題などかなり専門的な技術、

知識をもったうえでの在宅も専門的な病院をベースにして行われるとか、或いは開業医の先生方にしてもそういった知識をもっていて行われるということも非常に大きな流れになってくるだろうと思います。特に人材の問題にいく前に、確かに「在宅、在宅」といろんな角度から言われておりますが、大きく言えば私の病院はどちらかというと、寝たきり者、老人を対象にしており、生活ケア的な在宅の患者をみるためのスタッフの問題があります。また、今日いろいろとお話にありましたようなかなり専門的な、ある意味では在宅でやるからこそより以上の修練、専門性を要求する、在宅ケアのスタッフとに大きく分ければ2つあると思っています。そんな中で、やはり在宅をこれからやっていくからには、まず医師の問題ですね。私共の病院のようにいざとなれば医師が出て行き、夜中でも往診し、すぐ入院できる対応ができるような全体的なケアを含めて、病院サイドの対応とそれを支える医師の対応が非常に大きいと思います。例えば往診ひとつあげてみても、「往診なんかしたことがない」という若いドクターがたくさんいるわけです。なかには低級な医療と考えているものもあり、「往診しても何もできないじゃないか、そういうことはしない方がいい、何でもかんでも病院に連れて来ればいいんだ」と教育されているのかもしれませんが。そのような形での病院医療がある中で、なおかつ往診に行くような診療体制を支持できる医師が、これからももっと増えなければならないと思っています。それから、「在宅は開業医の先生に任せればいいんだ」という意見があります。また、最近の医師会の新聞を見ると、医師会の先生方も「在宅は医師会がやるんだ」と。医師会は「開業する私達がやります」と表現していますが、それが本当にできるかどうかという問題があります。できるかどうかは、自分が man power を持っているかどうかです。今度老人保険が改正になり、在宅の訪問看護制度が新しくつくられこれを活用して、実際にどこまで動けるかということがありますが、そういう方向に行くと思います。しかし一方では病院で、退院した患者を「病院はもう関係ないよ。開業医の先生に診て下さい」という形で渡してしまうことについては非常に反論が出てきて、「病院の垂れ流しみたいなものを私達は診ない」と逆にそういう開業医の先生方もいらっしゃるわけです。「とんでもない。そこまでやるんだったら最後まで病院がみてくれ」という意見も出てくる中で、どのような形で専門性をうまく活用して、在宅、入院を問わず本当に患者さんのためになるようなケアができるかが大きな問題になってます。そんなものがある程

度整備しながら、医師或いは co・medical にしてもどんなスタッフが必要か、まず質的な意味での問題があると思っています。そして量的な問題で、ナースもヘルパーも足りないということがあります。社会的、世俗的に3K、5KなどKのつくことを言われてあまり就職する人がいないと言われてますけれども、この点についてはやはり在宅も含めてやりがいのある職場にできるかどうかです。病院にしても、医師以外の方が本当にやりがいのある職場としてあるかどうか、が問題です。よく言われるように大学を卒業した若者が「私はどここの病院に勤める」と自慢して言うようなことはまずない。「だったら病院という社会はどんな社会なんだ」ということがすぐ跳ね返ってくる。やはり、いろいろ汚いとか危険があるとすれば、給料、待遇をひっくり返してバックアップされていけるかどうか、それと同時に本当に欲しいスタッフを、「私、病院に行きたい」とか「在宅をやりたい」という形に職場を変えていかなければ、スタッフを養成するものもなかなか難しい。いわゆる魅力のあるものにしていくことが、ひとつ大きな問題で、人材養成の入口、敷居を低くすることではないかなと思っています。そんな点で特に新潟大学の医学会でこのテーマが取り上げられたのは大変意味あると思います。専門的な面からの関わりも非常に大事であり、一方では非常に生活ケア的な在宅が広がっていきますので、是非、大学、中心的な病院、専門的な病院からのアプローチを期待してやまないということで発言を結んでおきます。

司会 ありがとうございます。最後のまとめにつながる重要な発言を頂きました。本日のテーマは広がりのできる大きな問題でありますので、安易な結論を出しても意味がないと思います。「在宅医療は可能か」について斎藤先生と堀川先生から、「可能か」ではなくて可能にしなければこれからの医療は展開しないと指摘されました。何か御意見をおもちの方はどうぞ。

特に御意見がなければ少し演者の方々にお聞きいたします。堀川先生が少しお触れになりましたように、在宅医療には多方面からのアプローチと人手が必要なのですが、問題はその人手をどう組み合わせて活用するかが一番大きな問題だろうと思われます。多くの医療関係者は在宅医療の必要性を認めているわけですが、それをどう組み立ててゆくかについて迷っていると思います。先程黒岩先生の御指摘のように、医師会の言う在宅医療には「この問題は医師が主導権を持って」という考え方があるわけですが、どうも医師は補助的な役割を負う立場にあり、介護者、看護者にもっと重要な

役割があるように私は考えているわけです。しかし、医師は医療の問題については自分達が主役と考えている所があります。技術や知識についてそうだとすると、組織、チームワークの点では医師は中心、主役でありえないと私は思っているのですが、誰がどんなふうにそのコーディネイター機能を持ったらよいかについて、ご意見を頂きたいと思います。斎藤先生いかがでしょうか。先生のところでは役場の保健婦さんがコーディネイターの役割をやっていると伺っておりますが、今後の展開として、医師もコーディネイターになりうるかについてはどうでしょうか。

斎藤 私が思いますのは、医者の問題については先程私共の黒岩の話にあったように、例えば在宅酸素療法でもトラブルが随分あるわけで、そういう意味での緊急バックアップシステムの中心という位置が必要だろうと。それがないとやはり職員はおっかなくてやらないということになると思います。そういう意味で医療機関もそれに重要である。もうひとつは、現実のこれからの動きをどうしていったらいいかですが、僕らのところは役場というより病院の保健婦がやっています。今、厚生省がいろんなプランを出しているんですけど、ひとつは「在宅介護支援センター」というのがあります。これはどちらかといえば福祉サイドに出てきた提案で、老人問題から発しているわけです。もうひとつ、これからどうなるのかよくわからないのは、「訪問看護のステーション」のようなものをつくるということがあります。それで私は、「MSW」でも保健婦でも看護婦でもいいと思いますけれども、やはりチームの中で一番実力のある人がやって下さればいいんじゃないかと。医者はどちらかというと一歩下がって見てるのがいいんじゃないかな、と常々思っています。

司会 ありがとうございます。堀川先生、先生のところでは保健婦さんがチームのコーディネイターの役割をやっておられると伺ったのですが。

堀川 私も、今の斎藤先生のお話と同じように、具体的な面でのコーディネイターは、医療の面と社会面と両方みる視点を持っているという点で、やはり保健婦が最適ではないかと思っています。ただ小さな地域ですと割とシステムがきちんとできるついでいいと思いますが、非常に悩んでいるのですが、例えば新潟市のように人口40数万もある中で運動を進めていくのに、もう少し広いコーディネイトをしなければならない場面では、その人達の役割には限界があるという気がしています。それで、もう少しきちんとしたシステムができるまでは、やはりか

なりはっきりした vision を持った医者がコーディネイターとして、具体的な面でのコーディネイターではなく、例えば各病院間や行政との間を調整していくコーディネイターとして働かないとやっていけないんじゃないかと思っております。その点をどのように考えていってらよいのか、私も新村先生にお話を伺いたいという気もしていたのですが、公的な機関で全てを賄おうとしているスウェーデン、デンマークといった国々の動きと、一方ではほとんど商業ベースでやろうとしているアメリカとの中間的なところを目指していきたいということが、日本の場合しばしば本などに書かれているわけです。一方では営利を目的とし、一方では公的な任務を負っている病院間で、こういった連携プレーが本質的に可能なのか、医療の社会化は可能なのだろうか。可能と考えること、何とかして可能にしていこうとするのはあまりに楽観的過ぎるのであろうか。その辺がもう少しはっきりわかるとやっていく上でも見通しが立つかなという気がするんですけど。

司会 はい、新村先生、どうでしょうか。歴史的にみて我が国で考えられる可能性について御意見がありましたらお聞かせ頂きたいのですが。

新村 今の問題は大変難しい問題で、特に先日老人保険制度が改善されて老人訪問看護制度が発足しました。それを睨んだ形で新潟の場合、警備保障会社が進出してきて看護大学・短大をつくるなどいろいろなことが進められているわけです。そうすると、そのような会社、民間企業の場合はもちろん営利を目的としているわけです。公的な自治体の病院というのはそれとは対局に位置するという立場にあるわけです。それらの組み合わせをどこまで認めていったらいいのか。今、医療費の問題から効率化という話が進んでおり、いろんな面で外部発注、外注化が進んできて、その外注化がどこまでいけるのか。検査部門で97%という数字がでてきておりますが、それを厚生省がどこまで認めるのか。それについては厚生省の方も、ある程度前向きな方向で医療法改正を視野に含めて、民間企業の医療部門への進出を認める方向にあるという現状のように聞いております。それからもうひとつ、在宅医療は社会全体が医療化するという意味のひとつのモーメントになるわけですが、それを単純に進めればよいかという問題があります。例えば現在、慢性疾患や遺伝病や生命倫理の問題から、近代の西洋医学に対する懐疑というもの広がってきており、その中から脱医療化というような運動も起きてきているわけです。それ

からもうひとつは、磁気カードを使って地域住民の健康管理を進めているところもあるわけです。在宅医療を推進するには非常に便利な面があるわけですが、同時にプライバシーの保護だとか、保険以外の面、例えば生命保険会社がそれをうまく利用するという形になるとまた警察行政がそれを利用するという形になってきて、非常に問題が出てくるわけです。ですから、社会全体の医療化を進めていくということは重要なんですけども、同時に脱医療化という方向の動きも視野に含めた形で進めていって頂けたらと思っております。

司会 はい、ありがとうございます。ひとつ新しい視点を新村先生からご追加いただきました。原口先生、何か追加の発言がありますか。

原口 個人的にあまりそう大きなシステムのことはまだ考えが及ばないところですが、やはり対象が非常に高齢の方から、段々若い人の社会復帰というものを考えなければならぬように在宅が、最近少しずつですけど出てきております。そういう点をみますと今までと非常に違った面が出てきて、方法論的な面も含めて我々もまた新しく考えていかなければいけないところが出てきています。

司会 ありがとうございます。最後に私の方でまとめをさせて頂きたいと思います。本日は新村先生はじめ、斎藤先生、堀川先生、原口先生、酒井先生、黒岩先生、お忙しいところ本シンポジウムに御参加頂きましてありがとうございます。素晴らしいお話を大勢の人々に聞いていただけなかったのは残念でありましたが、新潟医学会でこの問題が discussion された事実は大きいと私は考えております。今日一番勉強させてもらったのは私だったような気がいたします。最後に新村先生の指摘された問題は、我々はこれから十分考えてゆく必要があると思いました。それは在宅医療というものは、日本の社会全体を病院化することではないということでもあります。この辺をきちんと考えておかないと、医療技術を限りなく拡大していく先に幸せがあるとする短絡した見方を在宅医療に持ち込む危険があります。我々が病院医療の場で、そのような発想をこれまでしてきたために起こった問題があることを忘れてはならないと考えます。イワンリッチの云う病院化社会の持つ問題点を、もう一度我々医療関係者が自らに問い直す必要があるのではないかと申し上げて終りといたします。またこの問題について discussion する機会があればと考えております。