

在宅医療の

ABC。

あなたは人生最後の時期を医療機関で過ごしたいですか。それとも住み慣れた場所で過ごしたいですか。後者の方々を支えるのが、今回のテーマ「在宅医療」です。

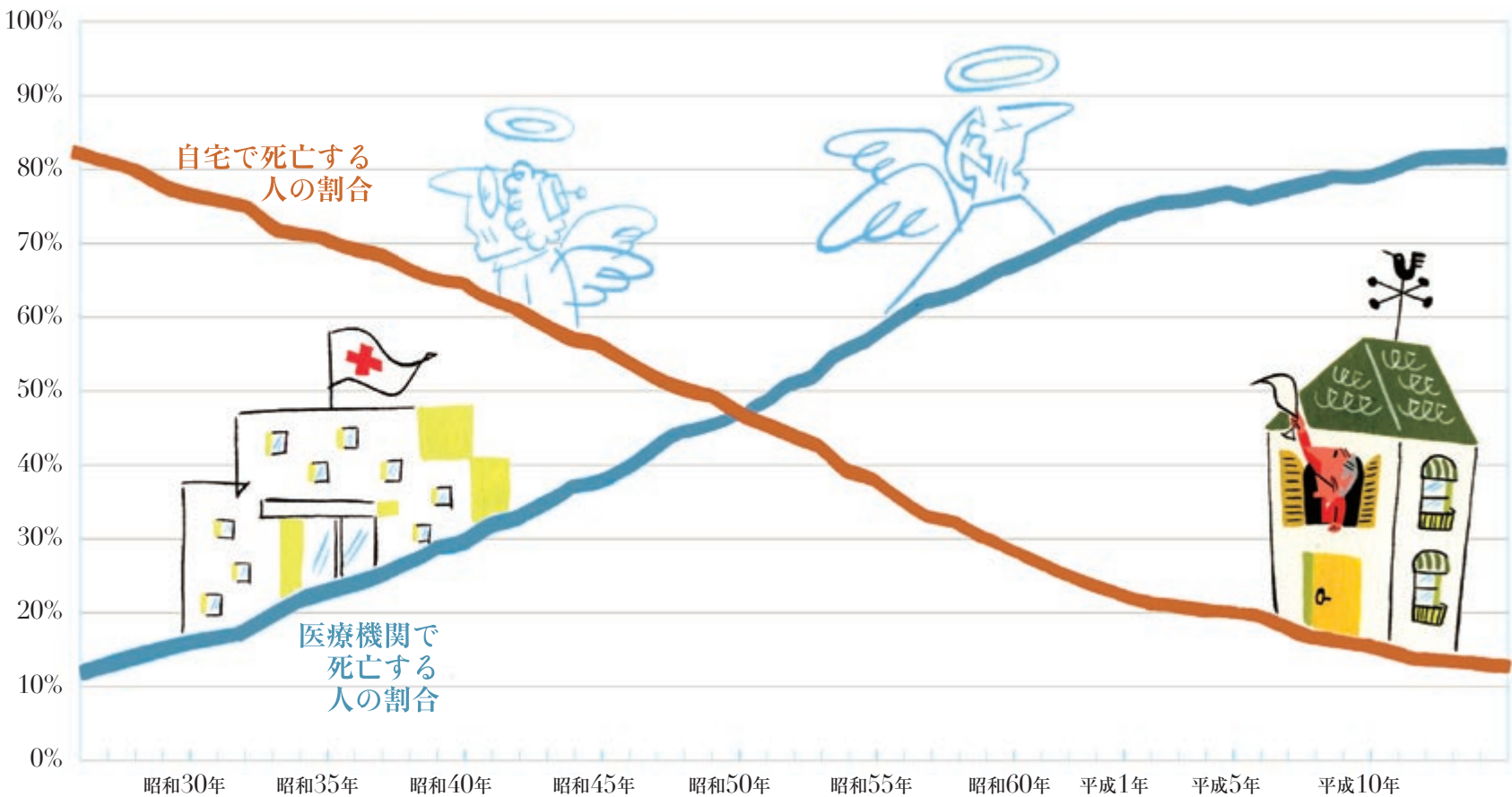
編集／医師35人とCOML合同委員会
事務局／ロハスメディア
監修／神津仁 全国在宅医療推進協会理事長
小野沢滋 亀田総合病院在宅医療部長
川越正平 あおぞら診療所所長
イラストレーション／徳光和司



病院が 終の棲家 ですか？

ま ずは上のグラフをご覧ください。医療機関で最期の時を迎える人の割合が年を追うごとにどんどん増えて、現在は8割を超えています。厚生労働省の調査によれ

ば、末期患者の6割が自宅で死を迎えたいと思っているというのに、このギャップは一体どうしたことでしょうか。命にかかわる病なのだから、入院して当たり前。こんな風に思う人もいるかもしれませんが、でも本当は、病人だからといって、必ずしもそれまでの生活と切り離される必要はないのです。かつては、命にかかわる病のかなりの部分を、結核やチフス、コレラといった感染症が占めていました。これらの病は、「治療が短期勝負」「キレイさっぱり治る」「伝染する」という特徴があります。しばらく我慢すれば普通の生活に復帰できるかもしれない一方で、我慢しないと他人に伝染するわけですから、患者本人の気持ちはどうであろうが、社会から隔離した空間へ患者に入ってもらおう(「入院」は、社会全体の利益を



考えると合理的な選択でした。しかし今や大部分の人が亡くなるのは、がんや脳卒中、心不全など。これらの病は、「慢性」「完全には治らない」「伝染しない」のです。我慢しても元の体に戻るわけではなく、他人に伝染するわけでもありません。社会と隔絶させることに、あまり意味はないのです。

もちろん、手術や集中治療は入院しないと不可能ですし、入院していれば容体急変を見逃されることも少ないでしょう。でも、入院病棟で行われ

ているほとんどの医療は在宅でも可能なのです。となれば、病気だからといって生活を極力変えたくない、住み慣れた場所で医療を受けたい、と願う人が出てくるのも当然の話です。

これだけ読めば理にかなった話のように思えるはずですが、実際には患者さんが在宅医療を受けたいと願っても、なかなか希望がかなえられない現実があります。それはなぜなのか、どうしたらよいか、一緒に考えてみませんか。

医療費抑制の切り札？

4月からの診療報酬改定で「在宅療養支援診療所」というカテゴリーが新設されました。医師や看護師が24時間訪問できる体制を作るなどの条件を満たせば、患者さんを在宅で看取った場合に1万点(10万円)の加算を受けられるなど、医療機関は今より多くの収入を得られます。

全体では診療報酬が引き下げられる中、このように在宅医療が優遇されるのは、特に老人の終末期医療について、入院より在宅の方が安くつく、と厚生労働省がみているからです。

ただし現場で在宅医療に携わる人たちは、医療費抑制の側面ばかりが強調されるのに違和感を抱いていると共に、これで本当に在宅医療の担い手が増えるのか半信半疑のようです。

在宅医療とは何ですか？

在 宅医療とは、どんな患者さんに、どんな医療を行うものなのか、みていきましょう。

前ページでも述べましたが、隔離や手術、集中治療などの緊急的な医療処置を必要とする方は入院が必要です。在宅医療の対象にはなりません。

そういう処置が必要な時期を「急性期」、必要ない時期を「慢性期」と呼びます。必要ないのではないけれど積極的な治療法が乏しい状態になると、いわゆる「末期」です。

ですからこの表現を使えば、在宅医療の対象になるのは「慢性期」か「末期」の患者さんということになります。もちろん、「慢性期」「末期」の患者さん全てが対象になるわけではありませし、「慢性期」と「末期」とでは、必要とされる医療も全然違います。

通常の「慢性期」の患者さんは、外来通院で医療を受けます。足腰の衰えや認知（痴呆）症などによって、どうにも通院が困難となった時に、在宅医療のひとつ「訪問診療」を受ける選択肢があります。

訪問診療と聞くと、患者の求めに応じて臨時に医師が訪問して治療する「往診」のことと思うかもしれませんが、別の行為です。患者さんの健康状態を維持・向上させるために、事前の計画に基づき、定期的に医師が訪問して医療行為をすることと定義されています。具体的な行為は表をご覧ください。

同様に看護師が訪問する訪問看護や理学療法士の訪問する訪問リハビリテーションなどもあります。

続いて「末期」の方の場合ですが、最善の医療や生命の

病院と在宅医療のすみ分け

在宅医療でもこんなことが可能です。

医療行為	対象疾患
自己注射	糖尿病、血友病など
血液透析、腹膜透析	腎炎、腎不全
酸素療法	肺疾患
中心静脈栄養療法	
経管栄養療法	
疼痛管理	がん

延長を追求するよりも生活の質に重きを置きたいと考えた時に、医療機関を出て、できるだけ長く家で過ごすという選択肢があります。

これを在宅医療、在宅介護が支えます。家族の看病も含め、うまく病状をコントロールできたなら、家で最期を迎えることも可能です。

介護？ と引っかけた方

病院の得意とするところ



治療の多さ

少

急性

在宅医療の得意とするところ



慢性

在宅医療

生活の継続性がある
(QOL重視)
医療者との関係が濃密

入院

手術や集中管理ができる
(最善の医療重視)
検査機器が充実している

鋭いです。積極的な治療法に乏しいような場合、医療と介護とは限りなく境界が曖昧になっていきます。食事を取るとか、排便をすることといった基本的な生活すら、安全面に配慮しないとイケないからです。

そして、これは言葉だけの問題ではなく、サービスの利用料を医療保険で払うのか、

介護保険で払うのかという問題でもあります。4月から40歳以上の末期がん患者にも介護保険が適用されるようになったというのは、先月の特集でもご説明しましたね。

積極的な治療法が乏しい状態になってからは、医師よりも看護師の果たす役割の方が大きいというのも覚えておいてよいことかもしれません。

なぜ、なかなか広まらないの？

次

に、冒頭で述べたようか広まらない理由を考えてみましょう。

まず、患者さん側から見てみます。在宅医療に移行できない、あるいは在宅医療を継続できない理由で最も大きいのは、実は「家族の不安」であると言われています。

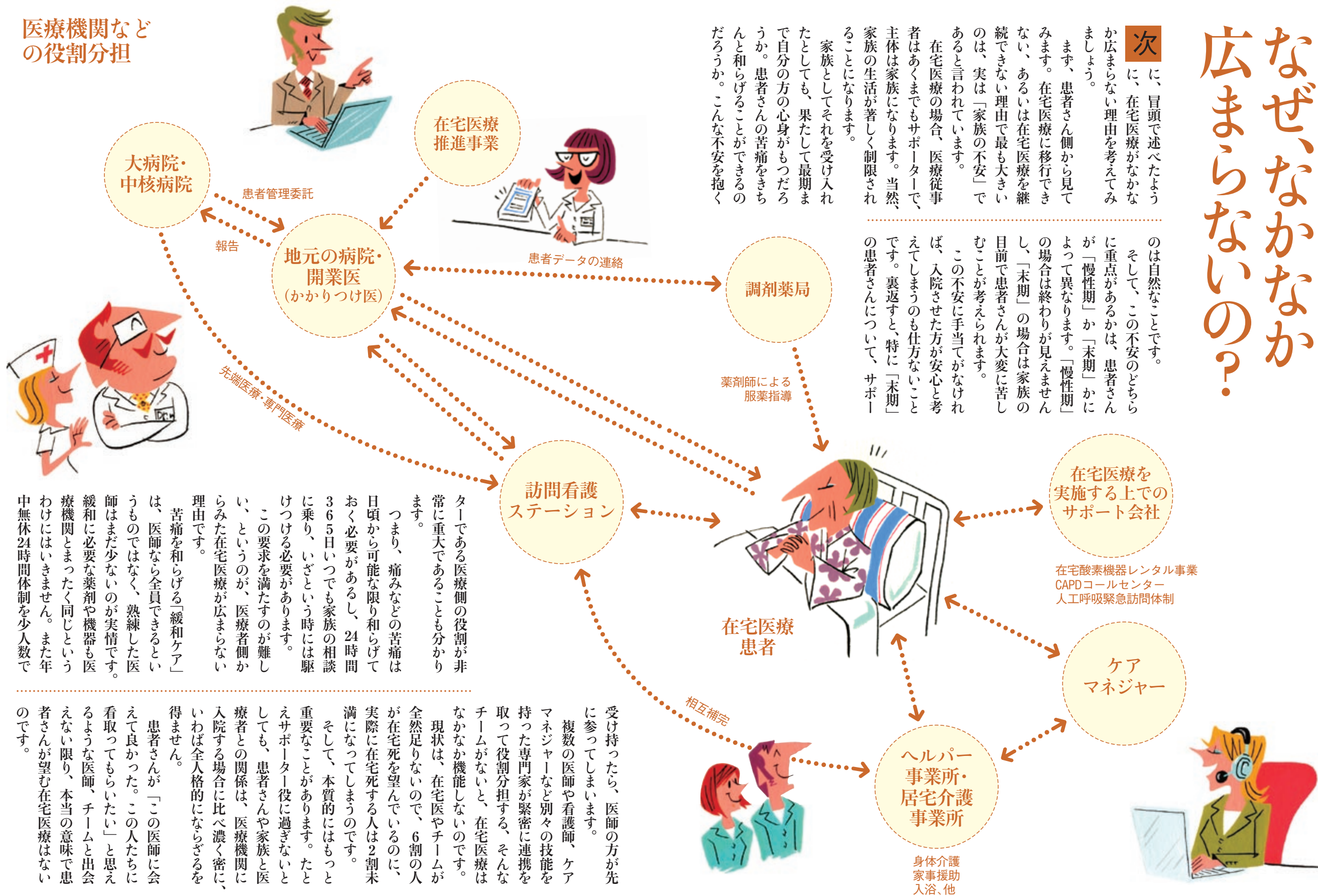
在宅医療の場合、医療従事者はあくまでもサポーターで、主体は家族になります。当然、家族の生活が著しく制限されることとなります。

家族としてそれを受け入れたとしても、果たして最期まで自分の方の心身がもつたろうか。患者さんの苦痛をきちんと和らげることが出来るのだろうか。こんな不安を抱く

のは自然なことです。

そして、この不安のどちらに重点があるかは、患者さんが「慢性期」か「末期」かによって異なります。「慢性期」の場合は終わりが見えませんが、「末期」の場合は家族の目前で患者さんが大変に苦しむことが考えられます。

この不安に手当てがなければ、入院させた方が安心と考えてしまうのも仕方ないことです。裏返すと、特に「末期」の患者さんについて、サポー



医療機関などの役割分担

患者管理委託
報告

在宅医療推進事業

患者データの連絡

調剤薬局

薬剤師による服薬指導

在宅医療を実施する上でのサポート会社

在宅酸素機器レンタル事業
CAPDコールセンター
人工呼吸緊急訪問体制

ケアマネジャー

ヘルパー事業所・居宅介護事業所

身体介護
家事援助
入浴、他

訪問看護ステーション

在宅医療患者

大 병원・中核病院

地元の病院・開業医 (かかりつけ医)

先端医療・専門医療



ターである医療側の役割が非常に重大であることも分かっています。

つまり、痛みなどの苦痛は日頃から可能な限り和らげておく必要があるし、24時間365日いつでも家族の相談に乗る、いざという時には駆けつける必要があります。

この要求を満たすのが難しい、というのが、医療者側からみた在宅医療が広まらない理由です。

「苦痛を和らげる「緩和ケア」は、医師なら全員できるというものではなく、熟練した医師はまだ少ないのが実情です。緩和に必要な薬剤や機器も医療機関とまったく同じというわけにはいきません。また年中無休24時間体制を少人数で

受け持ったら、医師の方が先に参ってしまいます。

複数の医師や看護師、ケアマネジャーなど別々の技能を持った専門家が緊密に連携を取って役割分担する、そんなチームがないと、在宅医療はなかなか機能しないのです。

現状は、在宅医やチームが全然足りないのに、6割の人が在宅死を望んでいるのに、実際に在宅死する人は2割未満になってしまっています。

そして、本質的にはもっとも重要なことがあります。たとえサポーター役に過ぎないとしても、患者さんや家族と医療者との関係は、医療機関に入院する場合に比べ濃く密に、いわば全人格的にならざるを得ません。

患者さんが「この医師に会えて良かった。この人たちに看取ってもらいたい」と思えるような医師、チームと出会えない限り、本当の意味で患者さんが望む在宅医療はないのです。

在宅医療を 受けたいと思つたら...

在宅医に
たどりつく
方法

ど ういうものかは何とな
く分かったけど、どう
やったら受けられるの？ と
思っている方も多いことだし
ょう。ご説明いたします。

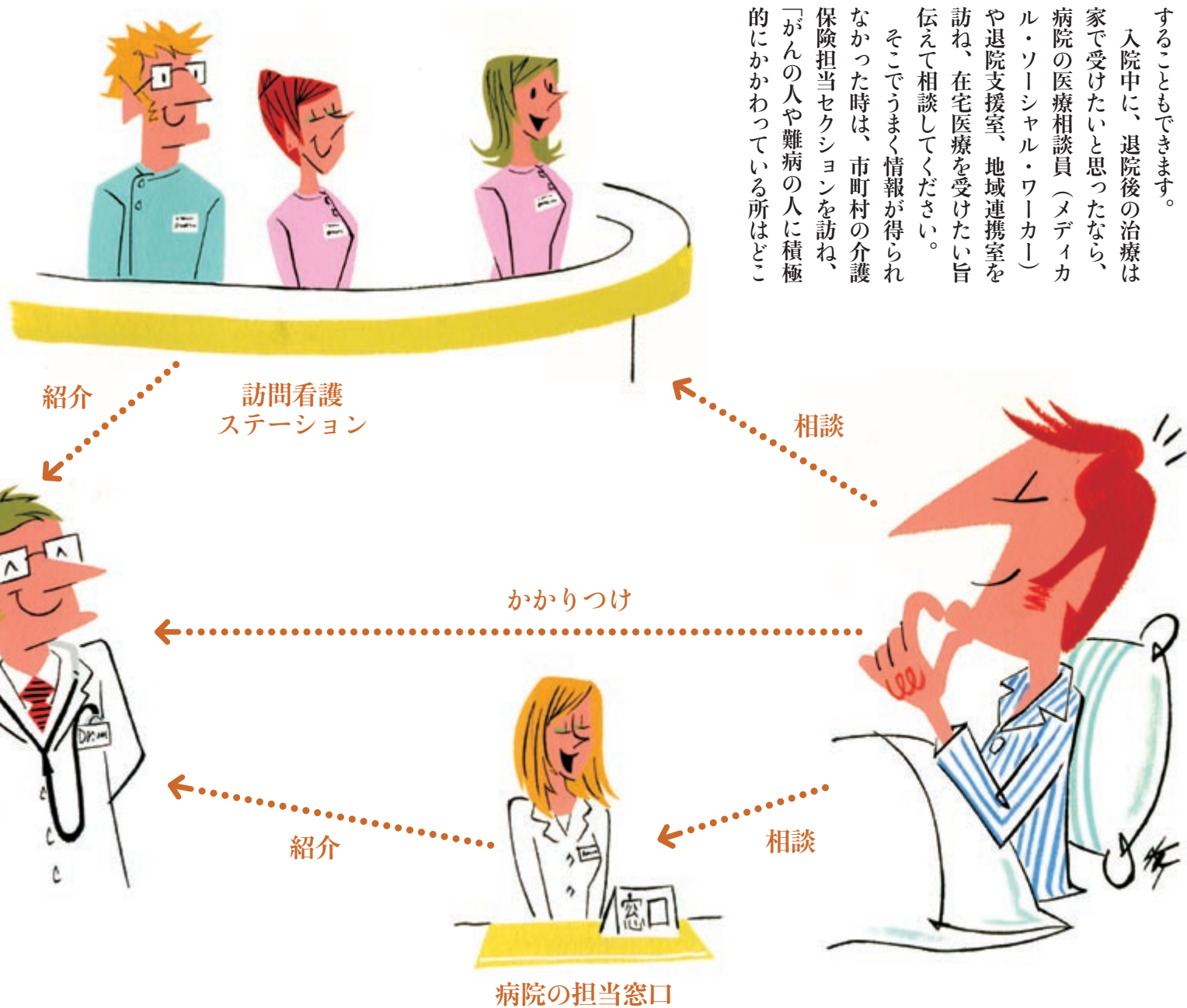
当たり前ですが、昨日まで
元気にピンピンしていた人が
在宅医療を受けることはあり
得ません。まずは急性期の入
院があるはずで。

急性期病院は、入院待ちの
患者さんが多くいることや、
患者さんの入院期間が長くな
ると診療報酬を切り下げられ
ることから、入院日数を必要
最低限にとどめようとなります。
患者さんから見れば、退院は
したけれど療養が必要という
状態が起きます。ここで療養
型病院へ移るといふ選択肢も
ありますが、在宅医療へ移行

することもできます。

入院中に、退院後の治療は
家で受けたいと思つたなら、
病院の医療相談員（メディカ
ル・ソーシャル・ワーカー）
や退院支援室、地域連携室を
訪ね、在宅医療を受けたい旨
伝えて相談してください。

そこでうまく情報が得られ
なかった時は、市町村の介護
保険担当セクションを訪ね、
「がんの人や難病の人に積極
的にかかわっている所はどこ



ですか？」などと、まず活発
に活動している訪問看護ステ
ーションを聞き出す手があり
ます。在宅医療の場合、看護
師の果たす役割が非常に大き
いですし、活発なステーション
なら、在宅医療に熱心な医
師のことも知っているはずで
す。市町村でラチがあかなけ
れば、いきなり訪問看護ステ
ーションに相談してもよいで
しょう。

もちろん身近な医師に相談
する手もありますが、医師だ
から医師のことをよく知って
いるだろうと思つたら大間違
いです。特に基幹病院の勤務
医は、大学の先輩・後輩でも
ない限り、地域の開業医とほ
んどと接点がありません。こ
れ実は、現在の医療が抱える
大きな課題なので、また別の
機会に詳しく取り扱います。

このほか、独立行政法人
「福祉医療機構」のホームペ
ージ（http://www.wam.go.jp/iryappl/menu_control.do?init=y&scenario=b4）で

も、地域で在宅医療を手がけ
ている施設を調べることがで
きます。「NPO法人・全国
在宅医療推進協会」(<http://www.zenzaikyogroup.jp/menu.htm>) のような組織に
問い合わせるのも手です。ご
近所の口コミもバカにならな
いですね。

ただし、もしあなたがまだ
比較的元気で在宅医療の対象
者でないなら、ちよつと考え
てみてください。その場にな
ってから情報収集するのはシ
ンドイし、充分吟味できない
ので、「本当にこの人で良か
ったのか」と不安も大きいは

ずです。最期は在宅でと望む
なら、元気なうちに、在宅医
療を手がけているかかりつけ
医と信頼関係を作っておくの
が賢いとは思いませんか。

在宅医療をする医師に患者
さんの人気が集まれば、自然
と在宅医も増えます。遠回り
のように見えて一番の近道か
もしれません。