

在宅医療の現場よりの問題提起と立法・行政へのお願い

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していた だきたいこと	一般の方、医療者以外の方 に理解していただきたいこと	備考	立法、行政への願い (* 予算化、#時間をかけて検討)
1	在宅医療は人間対人間の、古臭いにおいのする医療である	在宅医療における患者・家族の安心感、医療者の専門的な力だけではなく、医療者との人間的な信頼関係に由来する。	医療者が患者宅を訪問した場合、患者が大切にしてきたこと、歩んできた人生、家族との関係などを無視することは難しく、身体的な問題を最重視する病院の医療との本質的な違いがある。家族歴一つとっても、病院と在宅とではウエートの起き方が全く違う。	さまざまな医療の中で、在宅医療はもっとも人間臭さや人間性が求められる分野の一つである。患者のケアを通して、医療者との連帯感、信頼関係ができていく。	トルニエは人格医療という言葉を用いているが、その意味は、患者・家族と医療者との人格、人間性が触れ合う医療という意味である。「携わる医療者は人格者たれ」という意味ではない。	在宅医療をガイドライン化、マニュアル化、標準化する場合には、慎重であってほしい。疾患によっては、病院が作成するパスが在宅医療の実現を妨げる場合がある。
2	医療機関の機能明確化と在宅医療の位置づけ	在宅医療は入院、外来とともに、第3の医療の場である。そこで行われる医療は、単なる病院医療の延長ではない	多くの病院医師が在宅医療に対して誤解を持っている。 ①在宅では医療ができない？在宅医療のレベルは低い？ ②在宅医療は病院医療の延長 ③外来医療＝在宅医療などなど。 そのような理解の病院勤務医が現在でも在宅への移行を阻害する場面があるし、現場を知らないまま在宅医療のありかたをリードするのは大きな問題である。	治療病院の医師が「もうこの病院は卒業です」ということは、「病院から見捨てられた？」とか「医療から見捨てられた」ということではない。特殊な検査、治療を除いて基本的には在宅ですべて可能。	1992年の医療法改正で法的に大きな枠が作られ、在宅が医療の場となるような、さまざまな規制緩和や整備がなされている。	#病院で行われている退院調整の中で、在宅で行われる医療の調整を地域に委ねる方向で、今後(将来的には)検討を行ってほしい。そのためには在宅医療機関が実力をつけなければならないが。
3	チーム医療の問題 1) 在宅では、医師と看護師とが遠い存在となること	在宅での医行為の実施には、新たなルールが必要。なし崩し的なルール緩和は医療の質の低下を招く恐れがある	病院と違い、在宅ケアでは医療が行われる場所(患者の家)に医師、看護師がいけないという大きな特徴がある。それぞれのコミュニケーションの問題、力量の問題、即時対応性の問題、など病院では理解できない問題が多数存在する	医療は医師とCo-workerの密接な協働体制があって初めて、質の高いケアを保證できる。在宅はその点ではまだまだであることを理解し、温かい目で見守っていただきたい	この問題に関しては、すでに研究班が組織され、一定の提言がなされている。	#医師法17,20条・保助看法37条の見直し、ないしは弾力化について今後も前向きに検討していただきたい。
4	チーム医療の問題 2) 在宅での医療は介護との連携が必須	病人が安心して在宅で過ごすためには、医療と生活の支援が必要。両者の協働は必須である。	病院の先生方は、日常の診療を行いつつながら介護保険の存在を意識することはないと思う。第3の医療の場である在宅では、医療と介護の協働は不可欠である。	自分が老い、病んだ時、住み慣れた自宅で安心して過ごすことができるように、さまざまな支援体制が公的に整備されてきた。20年前からこの医療を実践してきた者にとって、当時を思い返すと今は夢のような時代になった。サービスを提供する側にとっても、受ける側にとってもである。	2000年の介護保険法施行により、生活支援がシステミックに制度化された。	

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していた だきたいこと	一般の方、医療者以外の方 に理解していただきたいこと	備考	立法、行政への願い (*予算化、#時間をかけて検討)
5	医療と介護の住分けの問題。両者を同じ土俵に置くことは問題である	医療と介護とではペースが異なり、連携は必須だが同じ土俵に置くのは問題がある	在宅でも医師は介護保険から距離をとっているが、訪問看護師は介護保険のしぼりの中で働かなければならないことが多く、それが大変な負担、ロスとなっている。介護保険の導入によって、訪問看護師の情熱が薄れ、多くの看護師が在宅を去って行った(これは現場の感覚である。数字上の裏付けがほしい)。在宅における医師の強力なパートナーがいなくなると、医師の負担も大きくなるし、そもそもケアの質自体が低下する。	介護保険は基本的に契約関係を重視する制度。医療はかつて怪しい?信頼関係で成り立っていたが、現在は人と人との間に細かい契約、標準化されたマニュアルなどが入るようになり、信頼関係を構築するのが困難となってきた(これは私的な意見ですが、いかがでしょうか)。在宅ケアでは一般に医師が中心となって行う医療以上に、看護師が行うケアが重要となる。		#訪問看護を介護保険の枠組みから外す検討が将来的にぜひ必要。そうしないと、訪問看護制度自体が成り立たなくなる危険性がある。現場の生の声をぜひ聞いてほしい。
6	がん難民。行き場を失った患者の問題	現在でも在宅は病院や介護施設の十分な受け皿となる力を持っているし、将来的にははならなければならない。特に末期がん患者の在宅ケアは国民的な課題である。	患者が治療病院から在宅へ移行する場合、病院側のアレンジが悪くて患者が行き場所を失って彷徨う現象が起きている。多くの病院で行う紹介先が病院中心となっており、また在宅医療機関の評価を十分行わないで、ただ機械的に在宅へと振り分けている。結果的には救急車を呼んで入院ということになるので、それが患者を受け入れた病院(特に救命センターなど)の負担となる場合が多い。	在宅療養者が住み慣れた地域で過ごすにあたり、以前(私が在宅ケアに関わるようになった20年前)と比較して格段の環境整備がなされている。そのサービスを十分使い、決して自分たちだけで問題を抱えこまないようにすることが重要。サービスが行き届けば(残念ながら地域差があるが)、在宅は患者にとって最高の療養場所になる。	この問題は多くの要因が考えられるが、彷徨うがん患者を受け止めるのが、 <u>専門的な在宅医療機関、チーム</u> だと思う。治療病院にその負担を強いるのは、さまざまな観点から適切でない。	#この問題に関しては、別の資料で詳述
7	担う医療者の育成、教育の問題	在宅医療の研修場所、内容は十分整備されていない	現場の医師が在宅医療を教えなければならないが、教育する医師、機関が少ない現状がある。		地域医療の実習先はいくつか種類があるが、研修医が必ずしも歓迎されていない現実がある。	前期研修における地域医療の実習は、在宅をメインに置くべきである。カリキュラム、教育体制の整備が必要。
8	家族の介護力を期待できない患者の在宅ケア	独居世帯、高齢世帯における在宅医療の未来は、地域力の結集にかかっている。すでに様々な形で実践している医療機関がある。	病院ではほとんど問題にならないが、在宅では非常に重要な問題。しかし、家族力のとらえ方は昔と今とは異なる。少子高齢化がますます進行する中にあるのは、現状のままだと受け入れ施設を大幅に増やすしか方法はないが、ベストの方法ではない。	家族が介護しなければ在宅ケアを続けることができない、というのは昔の話。ただし公的な支援だけでは限界があるのも事実。それを補うのが地域力だと思う。	自宅を含め、地域で療養生活を送る体制作りが急務。	*この問題が解決しない限り、わが国の在宅医療の明日はない。総合的なプロジェクト(研究班、モデル事業など)を立ち上げ、国としての支援をいただきたい。 川越資料4参照

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していた だきたいこと	一般の方、医療者以外の方 に理解していただきたいこと	備考	立法、行政への願い (* 予算化、#時間をかけて検討)
9	地域力の育成とケアへの参加	課題は、在宅ケアチーム内でのボランティア育成と様々な存在する資源のコーディネート	ボランティアは、その育成、維持に手間暇がかかるので、病院では働きが難しいが、在宅では在宅ケアの成否を決定する今後の重要な鍵。	ボランティアはチームの潤滑油と言われている。制度で足りないところをボランティアが補ってくれるだけではなく、提供するサービスの質を高めるという大きな意味がある。		チームの一員として働くボランティアを育成し、チーム内で一定の働きを行っているような医療機関(在宅チーム)を支援する事業を起こしてほしい。そのような在宅チームはまだ数が少ないがすでに存在しているのも事実なので、政策研究が適している?
10	ケアチームのマネジメントの問題	末期がん患者の在宅ケアのマネジメントは医療に明るい者が最適	病院でのチームケアは医師中心のトップダウン方式(いわゆる multidisciplinary team approach)であるが、在宅ケアやホスピスケアではそれぞれの専門職が横並び(いわゆる interdisciplinary TA)でケアを提供する形が良いケアにつながる。	介護保険における介護支援専門員(ケアマネ)は、病状が比較的安定し、ケアが長期の及ぶ場合の調整に適している。がんはその点きわめて特殊で、短期間に病状が進行、ADLが悪化し、しかもその行く先は患者の死なので、現在のケアマネでは適切な調整が難しい。最適なのは、医療と生活を両面から見られる看護師である。	病院、在宅を問わず、チームの舵取り、まとめ役が重要。病院と異なり在宅では医師が行うのが必ずしもベストとは限らない。またその役割と責任は極めて大きいので、現在の介護支援専門員にその責を担わずのは酷であるし、適切でない。	がん患者のケアマネジメントは訪問看護ステーションを”見做し”居宅介護支援事業所と認定し、ケアマネの資格を持った訪問看護師にケアマネジメントができるような、制度改革を至急やってほしい。
11	ケアの質の評価と高品質の医療提供を保証する	在宅死の頻度は、末期がん患者の在宅ケアの質を忠実に反映する。質の高低によって、在宅医療機関の区分けをすることが重要	在宅は密室で行われる医療だ、という批判がある。しかし実際は家族が目を見てしかも24時間監視しているので、質が悪いケアを提供する(たとえば、肺がん患者の呼吸苦しを適切に緩和していなかった場合など)と、患者は病院へ逃げていく。そのような厳しい環境の中で行われている医療であることを認識していただきたい。病院の評価機構のような大掛かりなものは現実的でないが、必要であることは間違いない。	在宅での療養を最後まで望みつつ、さまざまな理由(たとえば、夜になると医師と連絡がとれない、痛みを我慢させられるなど)で入院せざるを得ない実情がある。入院理由の多くは、サービス提供医療機関のケアの限界であったり、不適切な調整であることが多い。	ケア提供機関のケアの質を評価する指標で、最も簡単、かつ実態を反映しているのは、在宅死の頻度。その定義も難しく、質の高い医療機関を国民が選択する場合の、有益な指標となる。	在宅医療の質を診療報酬で反映している代表は、在宅療養支援診療所制度であるが、在宅療養支援診療所の認定基準の中に在宅死の頻度を盛り込むべき。また、その多寡はケアの質を反映するので、在宅死率をもとに在宅療養支援診療所の区分けを検討する。
12	情報の問題	患者に必要な在宅情報がいきわたっていない	病院サイドも、在宅医療機関に関する情報を十分もちあわせていない。	患者サイドで必要なのは、どこで在宅医療を行ってくれるか、またその医療機関がどのような医療を提供するか、などである。	さまざまな情報公開が望まれるが、国レベルの問題ではない	少なくとも、在宅療養支援診療所は在宅医療に責任を持つ地域の診療所なので、診療所名、所在場所などの情報を公開する必要がある

独居末期がん患者(医療依存度が高く、かつ家族の介護力を期待できない患者)の問題解決に向けての整理
(自分の経験を通しての見方なので、検討の叩き台と考えていただきたい)

ホームケアクリニック川越 川越厚

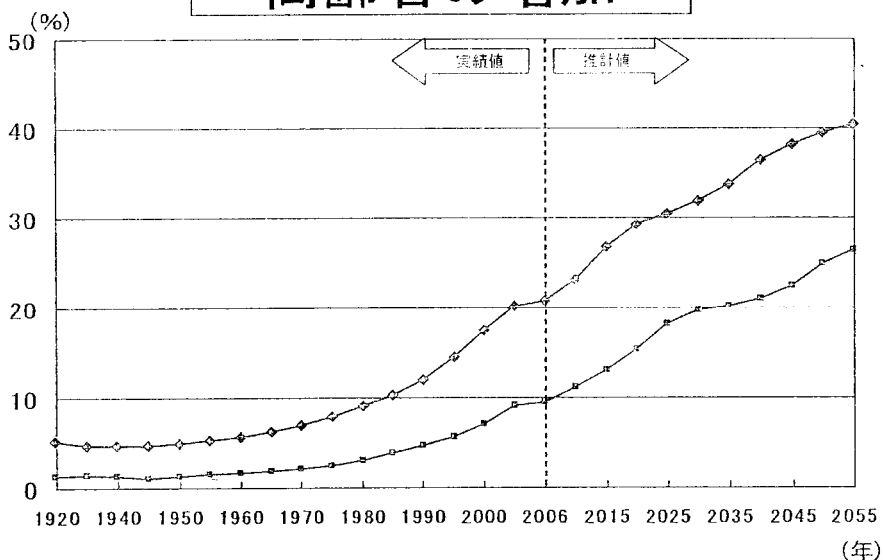
看取りの場	看取りの場となる可能性		患者のQOL		経済性	将来の課題
	現状	将来	現状	将来		
1.一般病棟、療養型病床	最も一般的。だが最近では入院先を探すのが困難	病床削減などの影響を受けて、受け入れ可能性が低くなる	よくない	長期入院する場所ではない。QOLを良い状態で保つには限界がある	一番高くつく(PCU解説前に確認したことあり)	治療病院を含め、末期がん患者が一般病棟に原則として滞在しないような制度を考えるべき
2.PCU(緩和ケア病棟)	入院待ち状態	診療報酬が現在のままならベッド数が増え、受け入れ患者数は増加。しかし施設ゆえの限界あり。	末期がん患者の入院施設の中では、ケアが厚いので最良。ただし長期に滞在する場所ではない	同左	点数的には、病院サイドにとって経営的に十分やっている(つまり高い)設定となっていると思う。	ベッド数は今のままでは、どんどん増加すると予測される。地域的な偏りがないようにPCUの数は調整段階に入っている。また在院日数の縛りを入れて、ベッドが有効に活用するようにしなければならない
3.救命センター	救急車を呼ぶと搬送される可能性が高い。現実には増えつつある	今後増える可能性あり(治療病院、バトンタッチする医療機関が責任を果たさない場合)	医師の目から見ると、最悪の場所。	原則として、救命センターに末期がん患者が担ぎ込まれることがあってはならない。	大変高くつく	治療病院、その後を引き継ぐ医療機関の責任。救命センターの対象患者ではないので、治療病院、そこから患者を引き継ぐ医療機関は亡くなる時まで責任をきちんと果たす必要がある。
4.介護系入院施設(特養、老健など)	末期がん患者に関しては、新規の入院は非常に困難	現状(医療環境、職員教育など)のままでは、将来的にも受け入れ施設になり難い。	医療の問題が解決すれば「よい」と思うが、現段階では例外的なので評価が難しい	ケア主体の施設なので、医療の問題が解決すればADLはよい		医療の整備、職員の意識改革、教育など。現状はバックアップする医療機関がしっかりしていない問題あり
5.非医療系施設	まだ例外的	条件が整えば、将来的に十分可能。グループホームは検討事項。	規則に縛られない自由さが魅力。	環境を整備すれば、自宅に次いだQOLを期待できる	医療費は患者宅(下記)と変わらない。	施設の経営が成り立つかどうかという問題がある。地域力の活用が必要
6.患者宅	非常に稀	条件が整えば、将来的に十分可能	最高。患者・家族の満足度は非常に高い	同左	医療施設で行われるよりも安価につく。	独居患者では生活支援の問題が大きいので、現在の制度だけで解決しようとすれば限界がある。地域力の活用が必要

年をとって
一人暮らしになっても、
たとえ病気を患ったとしても、
住み慣れた場所で
安心して
過ごし続けることができるためには
どうすればよいのか？

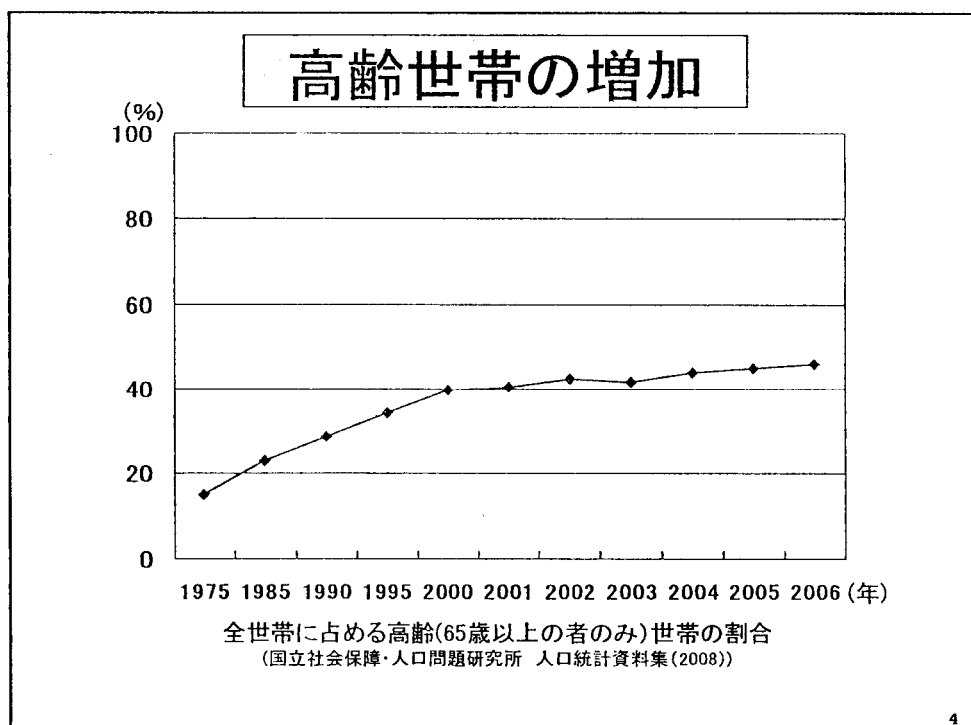
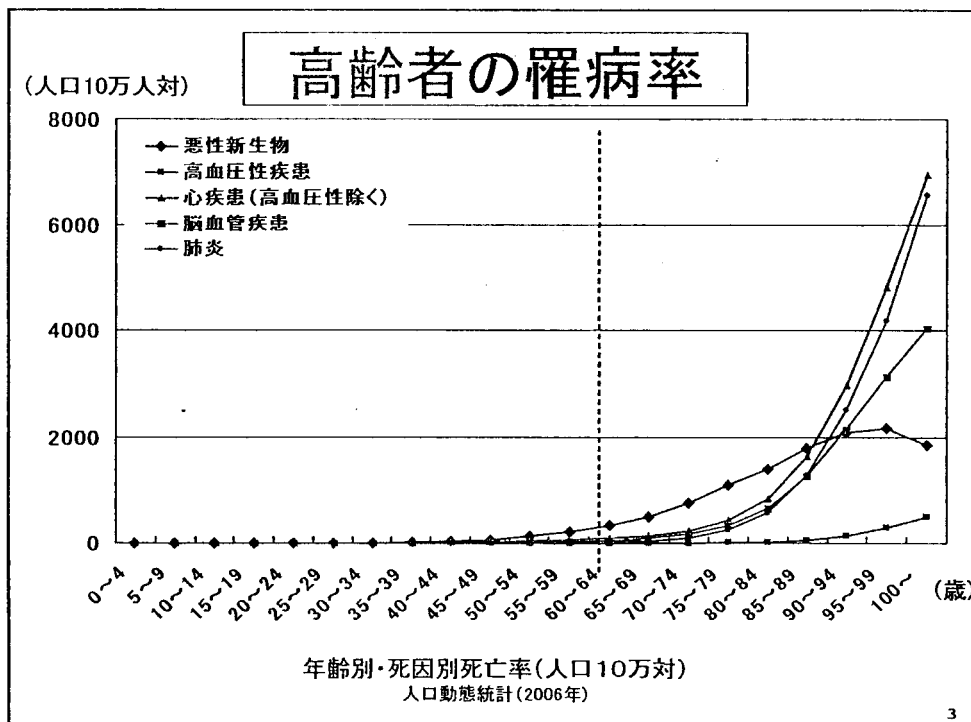
「住み慣れた場所で安心して過ごし続けることができるための地域づくりプロジェクト(案)」
支援事業のお願い

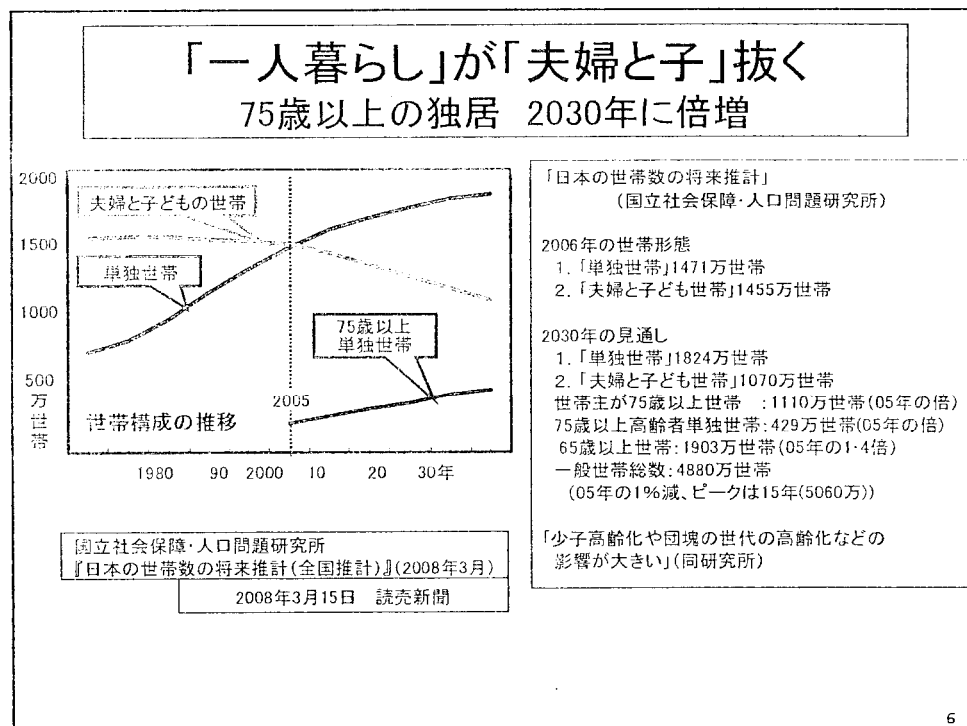
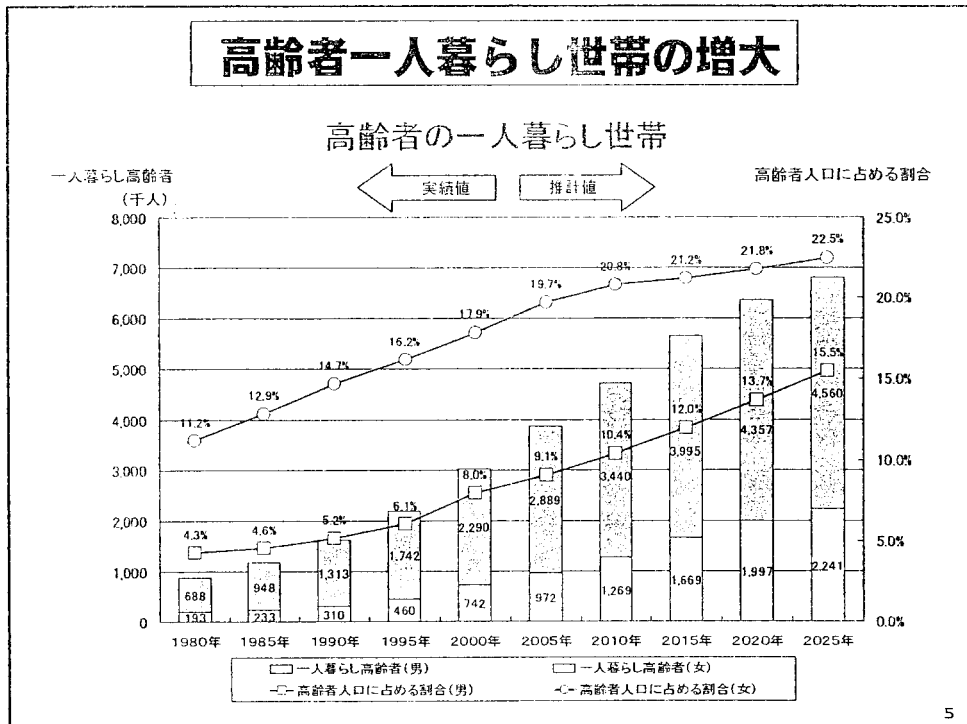
ホームケアクリニック川越・院長 川越 厚

高齢者の増加











総人口に占める高齢(65歳以上)の割合
(国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集(2008))





地域の独居がん患者を支えるさまざまな試み

1) 非医療系施設

民間アパート + 無床診療所	第二種福祉施設 宿泊所 台東区(山谷) きぼうのいえ	グループホーム かあさんのいえ 宮崎市	介護付 有料老人ホーム
			
			
さくさべ坂通り診療所 (千葉市)	http://www.kibounoie.info/ より	http://www.npo-hhm.jp/mother/index.htm より	http://www.miraitei.jp/ より
既存の介護施設(特養、老健など)も受け入れ先候補であるが、 現状では新規の末期がん患者を受け入れる施設は極めて少ない。			

7

地域の独居がん患者を支えるさまざまな試み

2) 患者宅

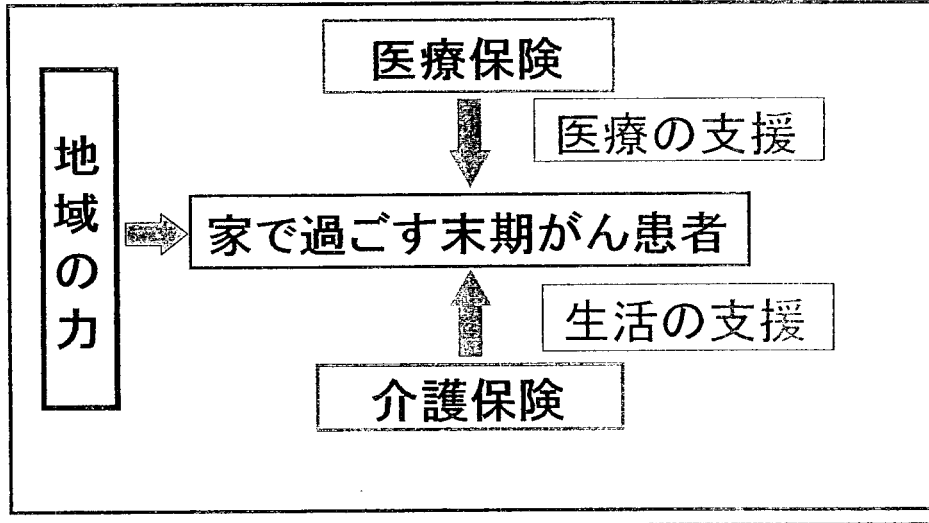
独居末期がん患者が在宅での死を迎えることは
現状ではきわめて困難であるが
決して不可能ではない

パリアンの独居患者* (30/585=5.5%) 在宅死実績('00/7/1~'06/6/30)

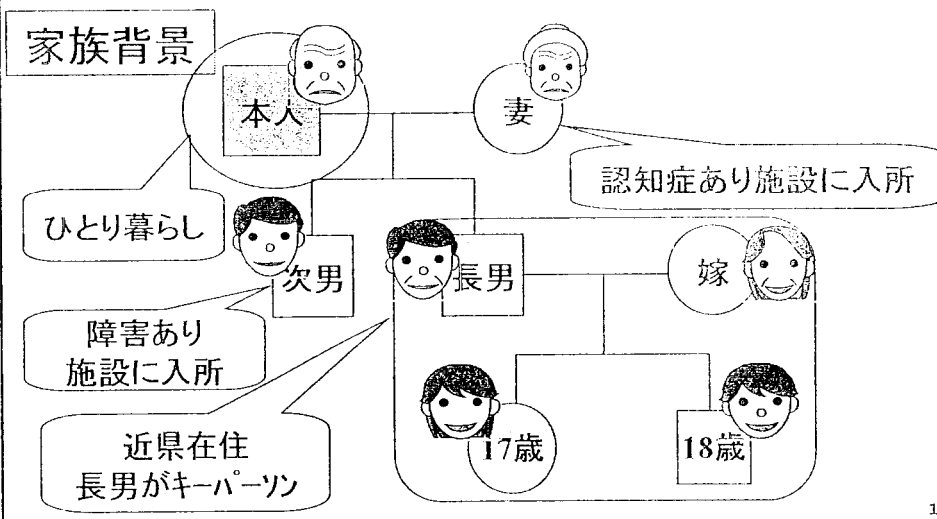
家族の状況		人数(名)
タイプ 1 家族あり	(A)必要になったら介護をする	18
	(B)死後の手続きのみ行う	6
	(C)一切かわりを持たない	3
タイプ 2	家族がいない	3
計		30

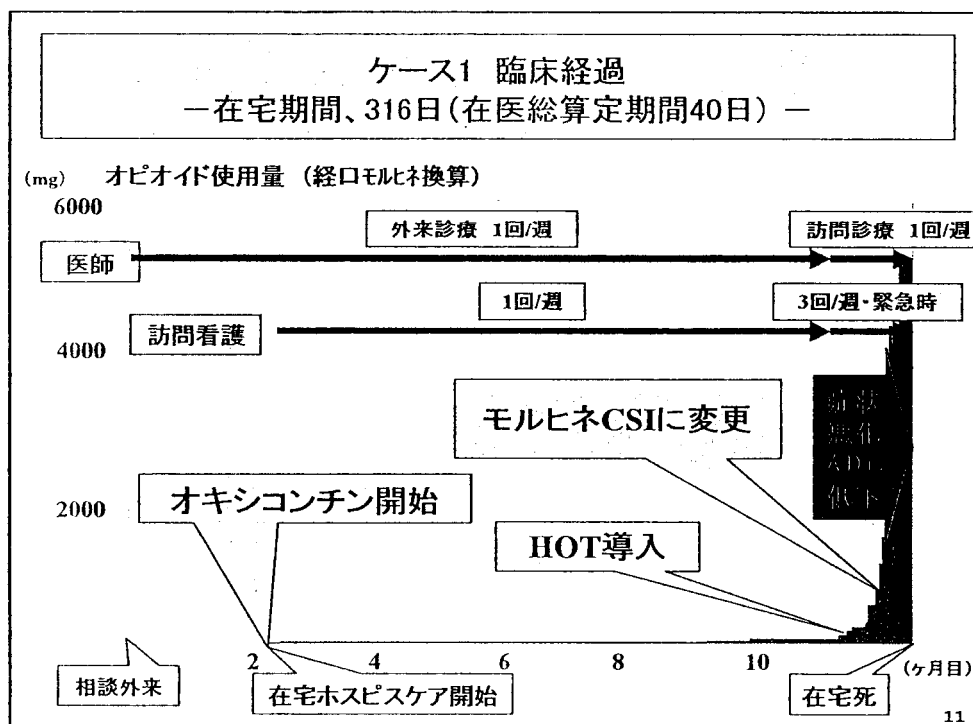
8

介護力の弱い在宅末期癌患者を支える知恵と力



ケース1 80歳代男性独居、タイプ1a 肺がん末期
趣味はパチンコ・競馬。自分の価値観、生活リズムを持っている
頑固だが気さくで人に気遣いする。最近是人付き合いが疎遠





ケース2 天涯孤独のケース 他人を信用しない独居患者、タイプ2 60歳代男性 大腸がん術後腹腔内再発

独身・独居・生活保護受給者で、連絡の取れる家は全くなし。プライドが高く、気難しい。
もと政治家秘書でやくざとの付き合いあり。

入院は、絶対に嫌だと思っているが、「転げるような激痛が出たらどうしよう」という恐怖、不安が強い
「最後まで本当に家で過ごせるのか？」という疑念、不安を持っており、医療者を当初信用しなかった。

13

ケース2の最期の様子：ケア中のヘルパーの側で息を引きとった。
看護師とヘルパーでご遺体をきれいにした後、
部屋にあった一張羅の甚平を着て旅立った。
区の生保担当職員がご遺体を引き取りに来るまで、
パリアンのボランティアがご遺体につき添った。

在宅死を実現できた理由

1. 本人の意思を十分確認したから
2. 患者宅へ出入りする関係者をすべて把握し、
病状、患者の意思、希望などを周知徹底したから
3. 医療的な支援を十分行ったから。
①24時間体制の支援 ②十分な症状緩和
③ADL低下に見合った服薬管理などの支援
4. 生活面の支援を十分行ったから：
①経済状態の把握 ②状態推移に沿ったサービスの導入
5. 緊急時・死亡時の対応をあらかじめ徹底したから
6. 最も重要なことは、ケアを通して、患者とケアする者との間に
信頼関係が確立されたから

14