

特集 在宅医療の今

# 知っておきたい 在宅医療の 基礎知識

「在宅医療」の全体像を理解するためには、まず、医療の本質をしっかりとらえる必要があります。

高血圧や糖尿病などのいわゆる生活習慣病は、生活してゆく上での、不都合な症状はありません。脳梗塞や心筋梗塞など命にかかわる疾病を発生しないように薬物療法だけでなく、生活指導や栄養指導なども実施します。だから治療というより、予防するためのコントロールと考えたほうがよいかもしれません。

しかし、脳梗塞や脳出血などの脳血管障害を発生した場合、速やかに適切な医療が提供され命が救われても、歩けない、しゃべれない、食べられないなど治療が難しい障がいと暮らすこととなります。治療が難しいという点では、

認知症も同様です。

四半世紀前から訪問看護を組織し、日本の在宅医療のパイオニアである太田秀樹医師は、「もはや病気の概念も変わったんです。現在は病気ではなく、寿命で命を落とす時代ですから」と説明してくれました。

医療とは病気を治し、命を救うものです。医学の発達によって、救命できても、基本的な日常生活がうまくできなくなる「生活障がい」に、医療がどう向き合っていくのかという問題が持ち上がりました。

「医学は科学（サイエンス）ですが、医療は科学を社会に応用した文化（カルチャー）」と考えるといいでしょう。だから、社会が変われば医療も当然変わるのです」と太田医師。

尊厳ある生活を

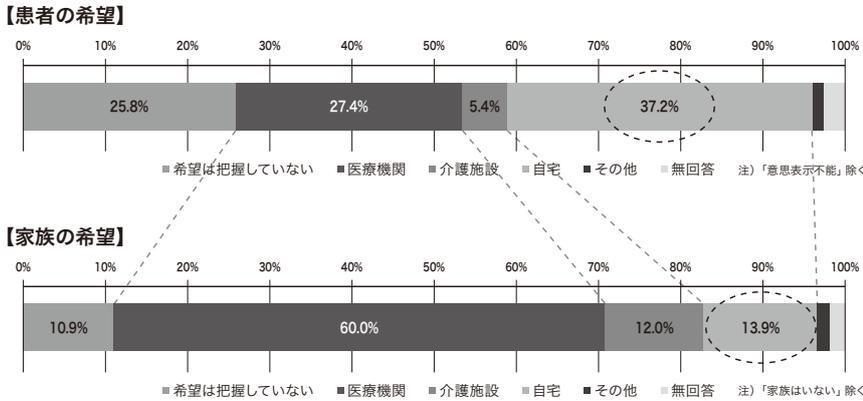
支えるための医療

こうした病気の概念の変化に対応するために設計されたのが、「地域包括ケアシステム」です。この制度は、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしく最期まで暮らし続けることができるよう地域社会全体で支え合うためのしくみで、在宅医療はこのシステムを支える大きな柱の一つなのです。

在宅医療の「在宅」という言葉から、自宅での医療と考えられがちですが、地域で完結する医療という意味なのです。したがって、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅なども在



今後の医療の場に関する患者と家族の希望



※医療機関に入院中の患者及びその家族の希望を医療機関が確認したデータ

出典：「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

在宅医療の対象となります。

また人口構造からも、在宅医療を必要とする人の多くが高齢者ですが、障がい者や難病など病院での治療を終えた人たちの医療も担っています。

「在宅医療は暮らしの場での医療であり、生活障がいと向き合うための医療なのです。だから在宅医療は、人間的な豊かな生活を求める『ウェルビーイング』を大切にします。延命ではなく、

生活の質を大切に、幸せに死ぬことが重要となります」(太田医師)

暮らしの場での尊厳ある生活を支えるために、在宅医療は存在します。そのため介護保険サービスや行政サービス、地域のインフォーマルなネットワークを活用しながら、本人の自己実現を支えていくことになるのです。

太田医師は「尊厳ある生活の先に、尊厳死があります。例えば寿命で食べることができなくなり、回復への期待のない状況で人工栄養を行うことは、生命だけを延ばすことになり、もはや尊厳死は望めません」と説明してくれました。

医学が支配しない暮らしの場が患者の幸せに



図が示す通り、患者本人の4割弱は自宅での療養を望みます。しかし家族の6割は医療機関での療養を望むのです。

こうした状況を、太田医師は次のように解説してくれました。

「患者さんの言う『ウチで最期まで暮らしたい』という願いは、苦しい検査も辛い治療も受けたくない。残された人生を自分らしく生きたいということなのです。医学が生活を支配しない生活の場のほうが、幸せに暮らせるはず。でも家族に迷惑をかけたくないという遠慮が、在

在宅医療への壁といえます」

だからこそ在宅医療は、患者本人の自己決定を支えることが基本となります。そして「死ぬときぐらい好きにさせてあげようと、その思いを受け止める覚悟が重要」と太田医師は語ります。世間体などにとらわれないことなく、本人が決めたことに勇気を持って支援してほしい。それによつて、在宅医療を受ける人のウェルビーイングは高まっていきます。

その一方で、在宅医療の一部を支える家族の負担についても、太田医師は次のように解説してくれました。

「家族の役割で愛情を注ぐことが一番重要。何もかもケアする必要はありません。介護保険制度などを賢く利用して、介護のプロに任せるところは任せ、家族だけで抱え込まないようにすべきです。転ぶと危険だと認知症の人を見張り続けようとして、どこかに閉じ込めてしまうようなケアは間違っています。認知症が一層悪化するこことなります。

介護保険制度の基本理念は社会的介護の担保です。家族介護ではありません。常に家族が寄り添っていないことも、思い出のつまった、生活の匂いのする、居心地の良い場所であれば、一人で旅立つことがあっても幸せだと思います。

「地域包括ケアシステム」は地域社会が尊厳ある生活を支え、自己実現を叶えます。

特集 在宅医療の今

答えます！

在宅医療の

さまざまな疑問



取材協力 医学博士 太田秀樹

産業カウンセラーが在宅医療の細かな問題をすべて把握する必要はないでしょう。しかし在宅

医療に取り組む方が、どのような疑問を抱えて、その疑問の答えがどのようなものかを知ること

は、カウンセリングをする上でプラスになるでしょう。

産業カウンセラーが在宅医療の細かな問題をすべて把握する必要はないでしょう。しかし在宅医療に取り組む方が、どのような疑問を抱えて、その疑問の答えがどのようなものかを知

ことは、カウンセリングをする上でプラスになるでしょう。

でしょう。

医療が求められているのです。

Q

在宅医療で起きる問題は、ほとんどが医師で解決できるものですか？

A

在宅医療は生活障がいによる生きづらさの中で、健康に関連する課題を解決するのが主な役割です。

しかし生活障がいは常に社会的な問題も存在します。チームで支えるのはそのためです。

例えば経済的な課題を抱えている場合であれば、行政と連携する必要があります、その他さ

まざまな制度支援を活用するにはソーシャルワーカーの力が必要になります。

現状では、高齢者の場合は、ケアマネジャーの役割となりますので、力量あるケアマネ

ジャーの役割となりますので、力量あるケアマネ

ジャーを選ぶことが重要です。

Q

往診と在宅医療はどう違うのでしょうか？

A

往診とは、患者家族の要請によって、行われます。例えば急に発熱したときに、往診を依頼することになります。

ります。

一方、在宅医療は訪問診療や訪問看護など、定期的に専門職が訪問することで支えられます。

医師による往診も必要となりますが、暮らしを支え、看取るという役割があるのです。

患者の尊厳を守る医療といってもよいでしょう。

患者の尊厳を守る医療といってもよいでしょう。

Q

在宅医療の地域格差は大きいのでしょうか？

A

地域包括ケアシステムは、基礎自治体（市区町村）ごとに構築することとなり、それぞれ取り組みが異なります。地域の実情に合わせてというこ

とですが、そのためか、その取り組みには地域格差が存在します。

一般的には、人口規模が20万人以上の大都市

格差が存在します。

一般的には、人口規模が20万人以上の大都市

Q

在宅医療について、産業カウンセラーが理解しておくべきことは何でしょうか？

A

在宅医療が地域包括ケアシステムに組み込まれていること。また医療の概念の変化、すなわち、治療を

終え生活障がいがある人と、どう医療が対峙すべきなのかというソリューションとして在宅

すべきなのかというソリューションとして在宅

は社会資源が豊かなので、地域包括ケアシステムの構築は進んでいます。しかし、小規模自治体では、社会資源が乏しいという状況も否めません。地域のケア力をしっかりと評価することが重要です。訪問看護ステーションの数や地域での看取り率を比較すると、地域の「実力」がみえてきます。地域包括支援センターが行政直轄なのか、民間委託なのかも一つの手がかりでもあります。

また介護施設なども、地域によっては空床が出始めています。こうした情報も事前に調べておきたいものです。

**Q** 在宅医療を決めたら、まずだれに相談すべきなのでしょう？

**A** 高齢者の在宅医療の相談窓口は、行政の地域包括支援センターです。入院中の場合は、病院に地域との連携室があり、退院支援と同時に地域への紹介も行ってくれます。入院前に、すでに介護保険制を利用している場合は、ケアマネジャーに相談するといでしょう。

訪問看護ステーションから、在宅医療の担当医師の評判を聞くことができるかもしれません。また、信頼できるかかりつけ医がいる場合は、

医師と相談することも可能です。

**Q** ケアマネジャーを選択するポイントを教えてください。

**A** その前にケアマネジャーを自分達で選択できることを知らない人がけっこういます。考え方が合わないと思ったら変える勇気を持つことも重要です。

ケアマネジャーとして働く動機がハッキリしている方がいいと思います。ケアプランを作ること、利用者の生活状況も変わってきます。そこに意識が向いている方がいいでしょう。

またケアマネジャーは受験資格として課された基礎資格（薬剤師、看護師、准看護師、栄養士、柔道整復師、精神保健福祉士など）が広いので、持っている資格によって得意な分野がある場合も。あくまでも一般的な傾向の話ですが、ガン末期のケアプランを担当する場合は看護師出身のケアマネジャーが強いと言われています。

**Q** ガンの痛みは在宅医療でもどうにかなるのでしょうか？

**A** 高齢者のガンの場合、約半数の人は、疼痛コントロールに医療用麻薬を使うがありません。また痛みがあると言っても、在宅医療の方が痛みをコントロールしにくいわけではありません。むしろモルヒネなどの医療用麻薬は、在宅の方が使用量が少ないというデータもあります。痛みには精神的なものも大きく影響するので、自宅のほうが、かえって痛みが軽減するというケースもあるようです。

ただ若い方のガンの疼痛コントロールは、難しい場合もあり、経験やスキルが求められることもあります。ほとんどの痛みは、在宅でコントロールできますが、意識レベルを低下させる治療を希望する場合は、緩和ケア病棟などを利用するのが一般的です。

**Q** 在宅医療は「自己決定」が重要だそうですが……。

**A** 厚生労働省が推奨しているのが「アドバンス・ケア・プランニング」（ACP）です。これは医療とケアにかかわるスタッフと患者が最期に備えて繰り返し

話し合うシステムです。患者、家族、医療チーム、ケアチームが、当人の意思を確認し、しっかりと記録に残しておくようにします。

そのほかにも意識が無くなった後の治療方針について、当人が意思を表明する「リビングウイル」があります。しかし当人の意思が医療の現実とかみ合わないケースが出てしまう場合も。例えば延命治療ではなく、回復が期待できる治療があるケースに、医療情報を知らないで書いた「リビングウイル」に従って治療していいのかという問題が生じるのです。

こうした問題を解決するのが、「アドバンス・ディレクティブ」です。医療行為への事前指示という意味では「リビングウイル」と変わりませんが、自ら意思表示をできなくなったときに意識決定を行う代理人を指名することができるシステムです。尊厳死を望む人の意向を、どうやって医療に反映すべきかを考えたシステムです。今後、重要性がさらに高まってくるでしょう。

Q

在宅医療の看取りと亡くなった後について教えてください。

A

自宅での看取りは家族が行います。亡くなった後の処置については、訪問看護師や葬儀屋さんが担当すること

になります。死亡診断書は在宅医が書きます。

ただ容態が急変して救急車を呼んだ場合、亡くなっている方を救急隊は搬送できないので、警察で検視を行うケースもあり要注意です。

Q

臨終となったときに、医師は付いていくのでしょうか？

A

在宅医療は家族が看取ります。必ずしも主治医が臨終の場に立ち会う必要はありません。病気で亡くなることが明らかであれば、医師が死亡診断書を書きます。現在は呼吸停止後に医師が到着するケースが多いようです。

Q

容体が急変したときは、必ず医師が来てくれるのでしょうか？

A

在宅医療は医療もチームで当たっています。看護師を含めて24時間365日対応できる体制を整え、訪問看護ステーションがファーストコールを受ける体制が一般的です。中には、複数のルートで連絡が取れるようにしているケースもあるようです。訪問看護師からの連絡をうけて、医師が訪

問する場合と、病態によっては、医療機関に紹介する場合があります。

Q

病院と在宅医、両方の医療機関にかかることは可能ですか？

A

医師は正当な理由なく診療を拒否することはできませんが、患者は医師を選ぶことができます。好きな医療機関を患者自らが選べる制度になっています。そのため病院の医師と在宅医、両方の診断を受けても問題ありません。

Q

在宅医療には、かなりのお金が必要になるのでしょうか？

A

全国に1万施設ある在宅支援診療所を使い、週1回の訪問診療と週2回の訪問看護を1割負担の方が頼んだケースでは、1ヵ月1万1760円となります。ただ時間帯や年齢などによっても値段が変わってきますので、だいたいの目安と考えてください。

※さらに詳しい内容については、一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会のホームページまで