

案ずるより任せるが吉 在宅医療

がん診療に携わる病院勤務の皆様へ



はじめに

日々の勤務お疲れさまです。

再発難治がんの患者さんと向き合っていると、化学療法できなくなった段階で、それをどう患者さんやご家族に説明するか、残りの人生をどのように有意義に過ごしていただくか、悩むことも多いのではないのでしょうか。

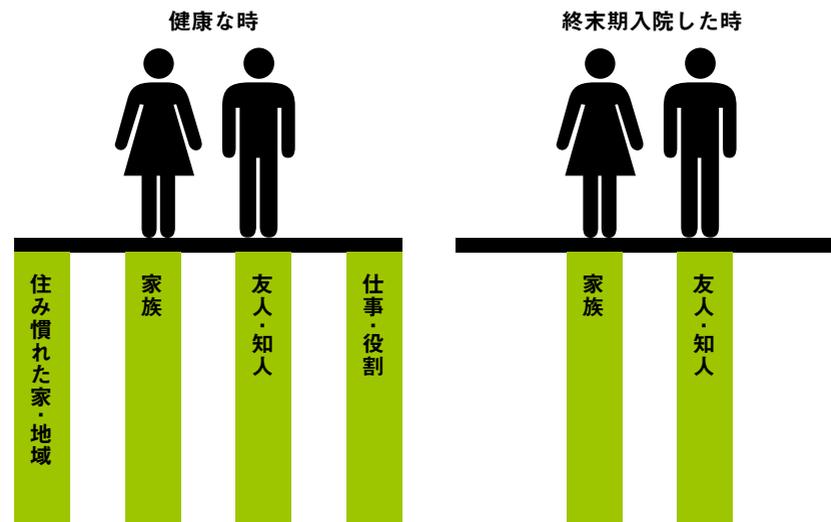
でも実は、いずれ化学療法できなくなることは、その患者さんがあなたの元を訪れた時から分かっていたはず。治療だけでなく、もっと早くから、患者さんのより良い人生をサポートしたいと思っ
てはいませんか。

この冊子では、特に在宅医療にスポットを当てます。でも決して、何が何でも在宅にせよと主張するものではありません。亡くなる場所が決定的に重要なのではなく、患者さんが今をどのように暮らしたいと望むか、その望みをかなえる方が重要だからです。病院よりも家や地域の方が、望みをかなえやすい場所であるならば、他の選択肢と等価に在宅移行を検討していただければ幸いです。もしその一步を踏み出せないのだとしたら、いったい何が障害になっているのか、そんなことも一緒に考えてみましょう。



患者の望みは、 「延命」と「普通の生活」 2本立て。

——がん対策推進協議会における海辺陽子委員
（『癌と共に生きる会』）のプレゼンテーションより



——人間は社会的動物である。アリストテレス。

人間の生活は様々なものによって支えられています。病院に
いては得られないものも多く、入院が「普通の生活」でないこと
はご承知の通りです。

病院は、「普通の生活」に 歩み寄れるのか？

患者さんの
流れる方向



現在の病床
約 **90** 万 → **50~60** 万
将来の病床数
(国の方針に従って予測すると)



現在の病床
38 万 → **15** 万
将来の病床数
(国の方針に従って予測すると)



緩和ケア病棟のように、患者さんのサポートに専念するよう病院の在り方そのものを見直すことも大事な解決策です。しかし病院には急性期治療という重大な役割があります。またホスピスが、患者さんの個別性に完全に対応できるわけではありませんし、ご家族に二重生活を強いるという欠点もあります。しかも病床数が全く足りていません。全体の病床数自体どんどん削減されていく流れもあり、高齢化が進み需要が増える中で、病院が「普通の生活」まで担うのは現実的ではありません。

消極的にも積極的に、
在宅医療が求められる。
だが……

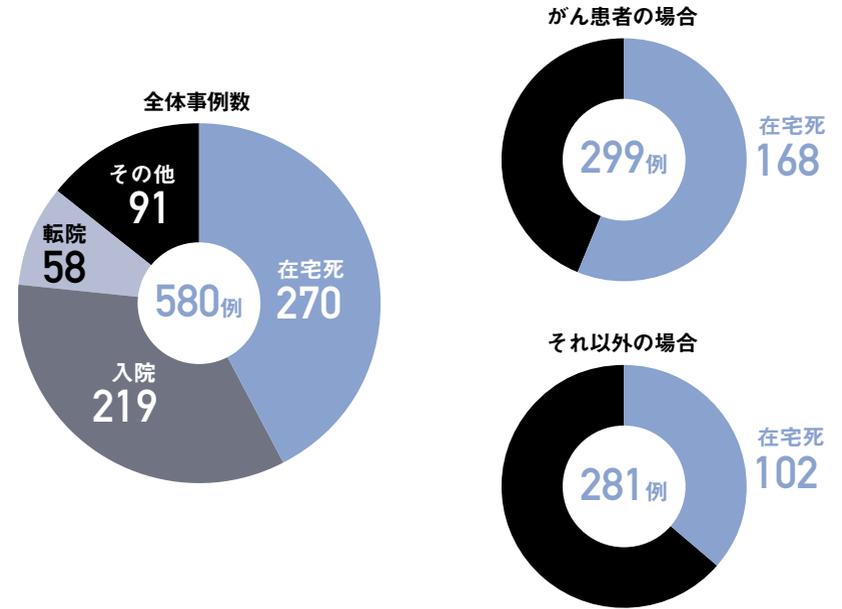
国は06年度から、在宅療養支援診療所制度を設けて、在宅看取りを推進しています。しかし読売新聞が07年に行った調査によれば、最初の1年間に約1万カ所の在宅療養支援診療所で行われた在宅看取りは2万7千人余りと事前の予想を大幅に下回りました。在宅医療を受けていても、症状コントロールの不良や介護する家族の事情によって、最終的に入院して亡くなることも珍しくないため、在宅医療を受けている終末期患者さんの数はもっと多いはずですが、いずれにしても十分に普及しているとは言えません。



「がん」は、
在宅看取り可能な
疾患である。

在宅医療終了の終了の理由

研究班の在宅支援診療所調査（07年1月～10月）より

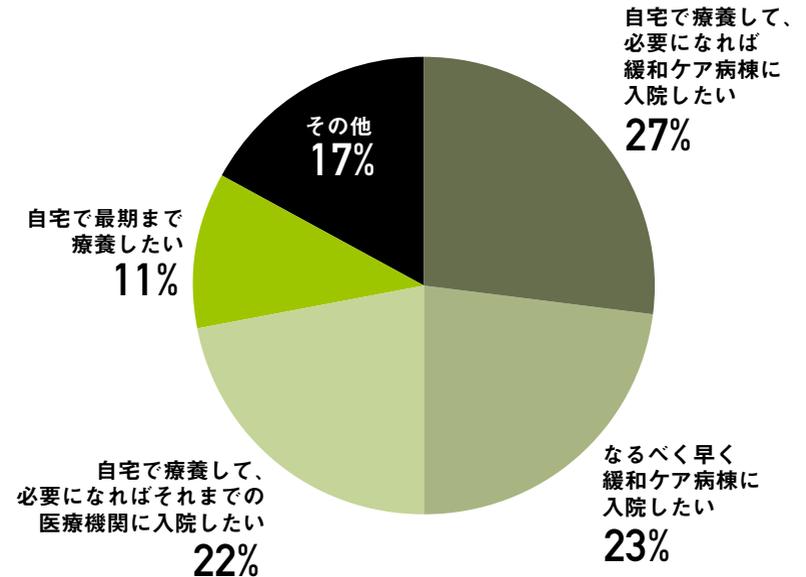


全国10カ所の在宅支援診療所で診療を中断・終了した事例を分析しました。全体で見ると在宅看取りまでいけた割合は5割に達しませんでした。がん患者さんに限れば死亡場所の判明したうち3分の2の方が在宅で亡くなっていました。

患者が在宅医療を嫌っているのか？

自分が痛みを伴う末期状態(死期が6ヶ月程度より短い期間)の患者となった場合、どこで療養したいですか？

(厚生労働省実施の第3回「終末期医療に関する調査」2003年より)



この調査によれば最期まで自宅でと望む人は1割に過ぎません。しかし、その理由を尋ねてみると、「介護する家族に負担がかかる」と「病状が急変した時が不安」の2つが突出して多いのです。自宅がイヤという訳ではありません。

経験者ほど、在宅で 最期まで大丈夫と 思っている。



前項の調査をもう少し細かく分析すると、緩和ケア病棟の医師は6割が「最期まで在宅での療養を実現可能」と回答しています。訪問看護ステーション勤務看護師の6割5分も「実現可能」と回答しています。さらに、すでに高度の在宅医療サービスを受けている患者さんの7割も「実現可能」と回答し、その主治医にいたっては8割が「実現可能」と回答しているのです。つまり在宅医療の実情を知っている人ほど自信を持っており、逆に実状を知らない在宅医療を選択しづらいのです。

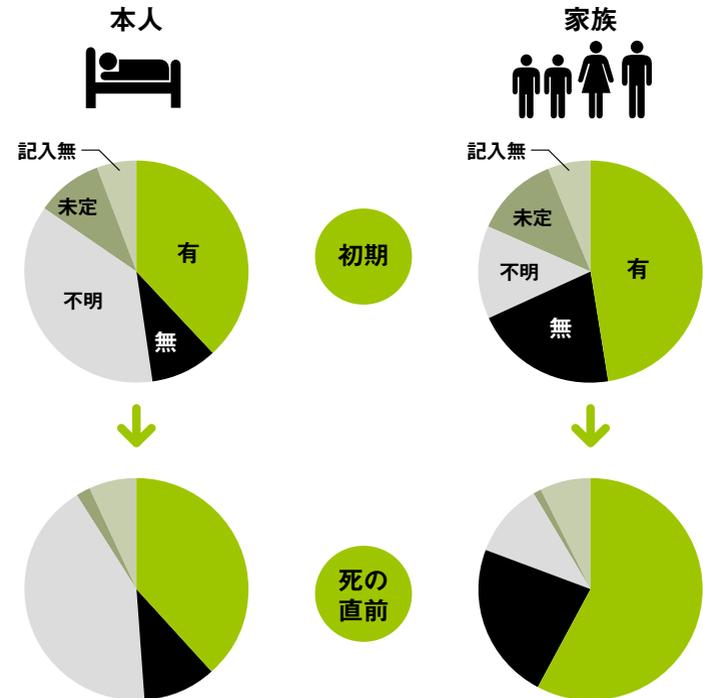
——伊藤道哉、濃沼信夫：終末期における医療供給体制の課題、
J.Natl.Inst.Public Health,55(3):2006より



死が迫ると、
在宅願望が強くなる。

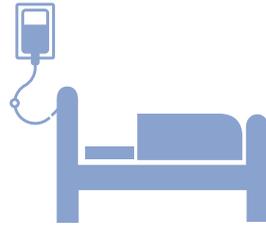
在宅死の希望があるか否か

研究班の在宅支援診療所調査（07年1月～10月）より



特に家族に希望の増える傾向があります。「在宅死を望まない」という人も若干増えることから、ギリギリになった段階で現実を受け入れて向き合うことが推察できます。

患者が言い出してから 動くと後手を引く。



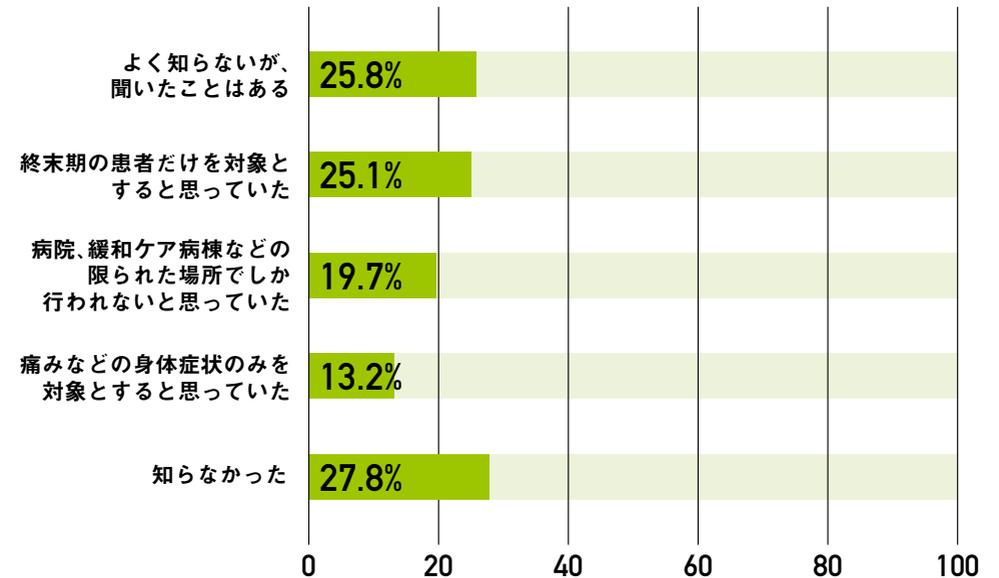
在宅移行するなら、ベッドやマットなど必要な用具類を安く手に入れたり、家族負担を少しでも軽くするため、介護保険が生命線になります。06年度から、がん末期の40歳から64歳までの患者さんに対しても介護保険給付が可能になっています。しかし申請から認定まで1カ月以上かかることも多く、またケアマネージャーの医療知識が十分でなく症状変化に応じて柔軟にプラン変更してもらえないということもあります。ですから、在宅移行があり得る患者さんについては、早めにMSWやSWに情報提供して準備しておきましょう。

 over 30 days

口にしないのと、
望まないのとは
同じでない。

「緩和ケア」という言葉に どんなイメージをもっていますか？

(平成19年9月 厚生労働省実施のがんに関する全国世論調査結果より 複数回答、上位4項目)



ほとんどの患者さんは、あなた以上に緩和ケアや在宅医療のことを知りません。また往々にして自分だけでは意思決定できないこともあります。漫然と説明しただけでは伝わりません。常に相談しやすい仕組みにしておく必要があります。

退院とは、 実は「地域への転院」 なのです。

ちょっと発想を変えて、地域を病院、家をベッドと考えれば、在宅移行と言っても、検査部門や手術室がないだけの病院へ転院するようなものです。IVHを抜くなど、転院の際と異なったことをする必要はありません。在宅では、体温、血圧などのチェックやモルヒネ等を用いた疼痛緩和、食事が困難な患者への点滴、酸素吸入、膀胱留置カテーテルや、経管栄養、場合によっては人工呼吸器の利用も可能です。オピオイドの進歩や医療機器の進歩など、在宅医療を支える基盤もどんどん整ってきています。

在宅移行の成否は 「いつ」準備を始めるかにかかっている。



AS SOON AS POSSIBLE



当然ですが、在宅移行したからといってそれだけで患者さんの「普通の生活」が実現するわけではありません。家族、在宅医、看護師、介護福祉士の連携がきちんと取れている必要があります。そのためには十分な退院調整と、在宅移行後ある程度の時間が必要です。病院側で持ち時間を使い果たして、どうしようもない状態になってから在宅移行させても、その真価を発揮することは期待できません。入院してきた段階から、常に在宅の持ち時間のことを考えて、患者さんや家族と相談し退院準備しておくことが大切です。



AS SOON AS POSSIBLE



家族を追い詰める 必要はない。

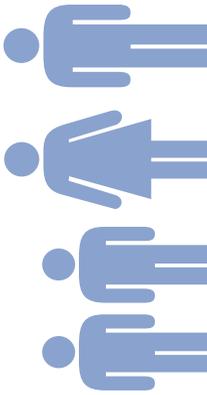
この世に生を受けたものが死を迎えるのは自然の摂理です。あなたも医師として、死としっかりと向き合った時に、自分が成長したと実感しませんでしたか。患者さんにとって、自らの死に様を愛する者に見せることが最後の贈り物と言うこともできます。家族にとっても、在宅看取りは負担だけでなく、きっと得るものがあります。

結果的に再入院となったからといって、家族が負い目を感じる必要はありません。まず始めてみる事が大切です。そう、家族に説明してあげてください。

がん患者で死亡場所の 判明した全256例

研究班の在宅支援診療所調査（07年1月～10月）より

 入院先で死亡 88例



地域の在宅医を知らない、 最初は皆同じ。

病院勤務医がどうやって在宅医へ紹介したか

研究班調査より、複数回答



皆さん案外手近に済ませています。どうしても相手のスキルや知識が心配だったら病院にお招きして説明してはいかがでしょうか。逆に在宅医から勉強させてもらうことも、きっとあるはず。退院にむけて、病院勤務医と在宅医がカンファランスを持つことは、診療報酬でも認められています。そして、その情報交換の取り組み自体が、在宅移行をスムーズにし、患者さんのQOL向上につながります。

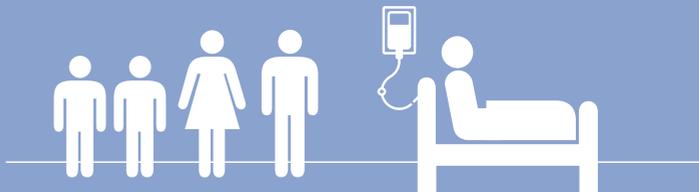
ちなみに在宅医はWamnet <http://www.wam.go.jp/iryoy/> で探せます。

おわりに

在宅医療は日本全体として見ると必ずしも普及しているとは言い切れません。また、医療費抑制の手段として位置づけられることも多く、日々の診療で疲弊して余裕のないあなたにとって、できれば関与したくないものなのかもしれません。

しかし健全な在宅医療が育てば、患者さんにとって喜ばしいのはもちろん、あなたにとってもベッドコントロールの選択肢が増えることになり、願ってもことのないはずです。

入院施設側が患者さんを抱え込む限り、在宅患者数は増えません。卵と鶏の話ではありませんが、



健全な在宅医療ができてから乗るなどと言っていたら、いつまで経っても在宅医療は普及しませんし、またその真価を発揮することもできません。

たしかに課題は山積しています。でも、あなたの無関心それ自体が課題の解決を遅らせているのかもしれない。明日のために一歩踏み出して、成功体験を積み重ねてみませんか。

その一歩が、社会と医療者との間の妙にギスギスした関係を再構築するきっかけとなり、医療だけでなく日本の社会そのものを大きく変える一歩になる、そんな気がするのです。

案ずるより 任せるが吉 在宅医療

がん診療に携わる
病院勤務の皆様へ

編集

平成20年度厚生労働科学研究費
補助金(がん臨床研究事業)
通院治療・在宅医療等、
地域に根ざした医療システムの
展開に関する研究班

監修

川越正平