

HNL

平成元年9月11日 第三種郵便物認可(毎月5回、1日、10日、15日、20日、25日発行)
平成22年7月26日発行

HNL増刊通巻第1423号

兵庫県難病団体連絡協議会
稀少難病患者・家族の会

No. **83**

あじさいの会 だより



写真・米田 紘

在宅医療を考える会編集（代表：長尾クリニック院長、長尾和宏先生）
「はじめての在宅医療 “10の素朴な疑問に在宅医がお答えします”」の一部を前回の会報で紹介いたしました。今回の会報から「10の素朴な疑問…」を数回に分けて掲載いたします。（熊谷 博臣）

はじめての在宅医療

— 10の素朴な疑問に在宅医がお答えします —

癌や難病などで、医師に積極的な治療法がないと言われた時、できるだけ住み慣れた家で過ごしたいと考えるのは自然なことです。

そんな在宅医療初心者が聞きたい素朴な疑問に、在宅医がわかりやすく答えました。

在宅医療を考える会編集（代表 長尾和宏）

Question ①

Q 今、なぜこんなに在宅医療と言われているのですか？

A ①家で過ごすことの素晴らしさの再認識、そして②国の立場からは医療経済的側面の、2つの要因から在宅医療が推進されています。

ヒトは昔から、家で死んできました。40年前には、家で死ぬのが当たり前でした。しかし現在、8割（癌では9割）の人が病院で最期を迎えています。これは世界中で日本だけの事態です。



わずか40年前には、8割の方が自宅で死を迎えていました。しかし、現在では、8割の方が病院で死を迎えています。そんな中、人生の最後は、人間らしく自宅で過ごしたいと希望される方が、最近増えてきました。医療者側も、治療効果が望めない場合、病院よりも住み慣れた自宅でご家族とともに限られた時間を過ごし、自然な最期を迎える方が人間的であるという認識に変わりつつあります。在宅医療とは、尊厳と安心の医療です。これが、患者さんと医療者双方からの自然発生的な在宅医療の需要です。

一方、国の立場からは、経済的な側面もあります。少子高齢化に伴い国民医療費が増加し、経済的に破綻しかけています。そんな中、在宅医療というシステムは入院医療よりかなり安く済みますので、医療費削減には、大変都合のいい政策となります。でも本当は、日本の国民医療費は決して高くありません。世界規模で比較すれば、先進国中最低レベルの医療費割合です。残念ながらこの事実は、あまり知られていません。

本来なら社会保障をもっと重視し、医療と介護にもっともっと投資すべきなのですが、現時点では、「まず、医療費削減ありき」、という論調になっています。国が、声高に在宅医療を叫ぶにはこのような背景もあります。意地悪に言えば、在宅医療とは、本来なら社会保障で行う部分の何割かを、家族の無償の労働力でカバーしてもらって行う医療という言い方もできます。

国が笛吹けど、在宅医療が思うように浸透しないのは、介護保険制度をもってしても介護力には限界があるからでしょう。

これまでは「望んだ在宅」が多かったのですが、これからは「望まざる在宅」も増えてくると予想されます。

在宅医療を美談として語るだけでなく、裏事情も知っておくことが大切かと思えます。

Question ②

Q

病院医療と在宅医療の二股をかけることは可能ですか？

A

癌や難病に対して積極的治療を行っているなら、二股から始まります。治療の余地がないと言われた方も、不安であれば、二股も可能です。病院との縁を切らずに「とりあえず家で過ごしてみる」というスタートでもよいでしょう。



日本の医療制度は、フリーアクセスといって、保険証1枚持って行けば好きな医療機関にかかれる、世界に誇る非常に素晴らしい制度です。自由に医者選びができます。病院に主治医がいても、自由に開業医にかかることもできます。

生活習慣病や慢性疾患では、病診連携といって、開業医と病院が互いに患者さんを紹介しあうことが普通です。さらに「併診」といって、普段は近所の開業医で治療し、2~3ヶ月に1回病院に通院することもあります。併診の利点は、病院の専門医が標準的な医療レベルを保障してくれること、病院の先生との縁も切れず患者さんが安心する点などです。

ところで癌や難病で、歩行が困難になり通院が難しくなると、病院は在宅医療を受けるよう近所の開業医に紹介する場合があります。これは決して患者さんを見捨てるわけではなく、患者さんの便宜を考えているわけです。一方、病院で日帰りの抗がん剤や放射線治療などの癌治療を行いながら、在宅医療は始まる

ことがあります。しかし病状が悪化してやがて抗がん治療を中止するときには、在宅医療1本に絞る時がくるでしょう。二股期間は、その時のための準備期間とも考えられます。

在宅医療は、できるだけ早く準備した方が良いと言われています。ある在宅専門クリニックの統計では病院から紹介された、末期がん患者さんの平均在宅期間は1ヶ月半でした。なかには、せっかく病院から紹介頂いても数日で亡くなる場合もあります。医療の原点は信頼関係です。患者さんと医師の信頼関係の構築のためには、時間が必要です。在宅主治医とはできるだけ早く出会うことをお勧めします。自分で歩いて通院できるうちに、イザとなったら往診してくれる近所の開業医を探しておくことが重要です。やっとの思いで病院に入院しても2～3週間たてば、どこかへ出なくてはならないのが、現在の日本の医療システムです。入院したその日から、退院後の準備が始まっているのです。

Question ③

Q 在宅医療のためにはどんな準備が必要ですか？

A まず在宅主治医を選ぶことと、介護保険の準備をすることです。病院の地域医療室にはソーシャルワーカー（MSW）などがいて、在宅医療の相談にのってくれます。

情報を集めて、在宅医療の心の準備をすることも重要です。



まず在宅主治医選びです。病院の地域医療室を訪ね、ソーシャルワーカー（MSW）にアドバイスをもらいましょう。

次に介護保険の準備が重要です。市町村役場の介護保険課に行き「介護保険をお願いします」と言ってください。患者さん本人が行かなくても、代理の方でも結構です。その際、「主治医は誰ですか？」と聞かれますが、これは「主治医意見書を書く先生は誰にしましょうか？」という意味です。まだ在宅主治医が決まっていなければ、病院主治医の名前を告げてください。もし、在宅主治医が決まっていれば、その先生の名前を挙げた方が診断書の作成と認定作業がスムーズに運ぶでしょう。

介護保険の申し込みが終われば、次はケアマネージャー（ケアマネ）選びです。医師とケアマネージャーは独立した役割です。医師は医療の、ケアマネは介護のマネージャーです。ケアマネは、1）自宅に近い、2）主治医と連携を取ってくれる、3）近所での評判、などで選ぶと良いでしょう。

病院からイザ明日退院ということで、突然主治医を依頼されることがあります。私達が慌てるのは、介護用ベッドもまだ用意されてない時です。ケアマネを探し、大急ぎでベッドを手配してもらいます。介護保険は認定までは1ヶ月近くかかるのですが、認定確実と予想される時は見込みで使うこともできますので、ケアマネさんに相談してください。

最近では、退院前に在宅医療の打ち合わせ会（退院時カンファレンス）を持つ事が、推奨されています。退院が決まれば、病院のスタッフと在宅のスタッフが顔を合わせて、十分な打ち合わせをするべきです。

Question ④



病院の主治医に、「状態が悪いため、家に帰せません。」といわれましたが。

A 「状態が悪いから病院」ではなく、「状態が悪いからこそ自宅で」と考え直す方が良い時があります。帰ると決めた日が吉日です。病院主治医に希望を告げ、地域医療室のMSWに在宅主治医とケアマネジャーを紹介してもらい、介護保険など出来る準備を素早くしてさっさと家へ帰りましょう。在宅主治医が「お帰りなさい。」と言って、訪問してくれます。

病院依存が強いと言われる現代の日本人でも、意外と多くの人が「最期は家で」と考えています。主治医に「状態は良ければ家に帰りましょう」と言われながらも、状態が安定せずズルズルとタイミングを逸したため、結局家に帰れませんでした、というケースは多々あります。退院しようとしたら発熱し、退院が延期になることなどもザラです。

元来、悪化の一途をとる病気ならば、**完全な状態での退院はあり得ません**。胃ろうや傷の処置なら看護師さんから指導を受け、急いで介護保険の準備をするなど最低限必要な準備が終われば、状態が多少不完全でも、思い切って退院する**勇気も必要**です。

病院の医師には常に「責任」という言葉が付きまといますから、状態が不安定なら退院とは言い出しにくいものです。しかし患者さん自身やご家族から明確な意思表示があれば、安心して退院を援助することができます。

在宅ケアを続けて行く中での最大の問題点は、「介護力の限界」です。介護保険があるとはいえ十分ではありませんし、家族の犠牲はある程度覚悟しなければなりません。

家族の介護力は多いにこしたことはありません。しかし、中には独居でありながらも、自宅で看取るケースもあります。要は、**熱意と工夫**です。

(以下次号)