

市民健康講座

在宅医療について

訪問診療を行っている医師の立場から

つくば在宅クリニック 渡辺拓自

平成31年2月16日

在宅医療について

1) 在宅医療の基礎知識

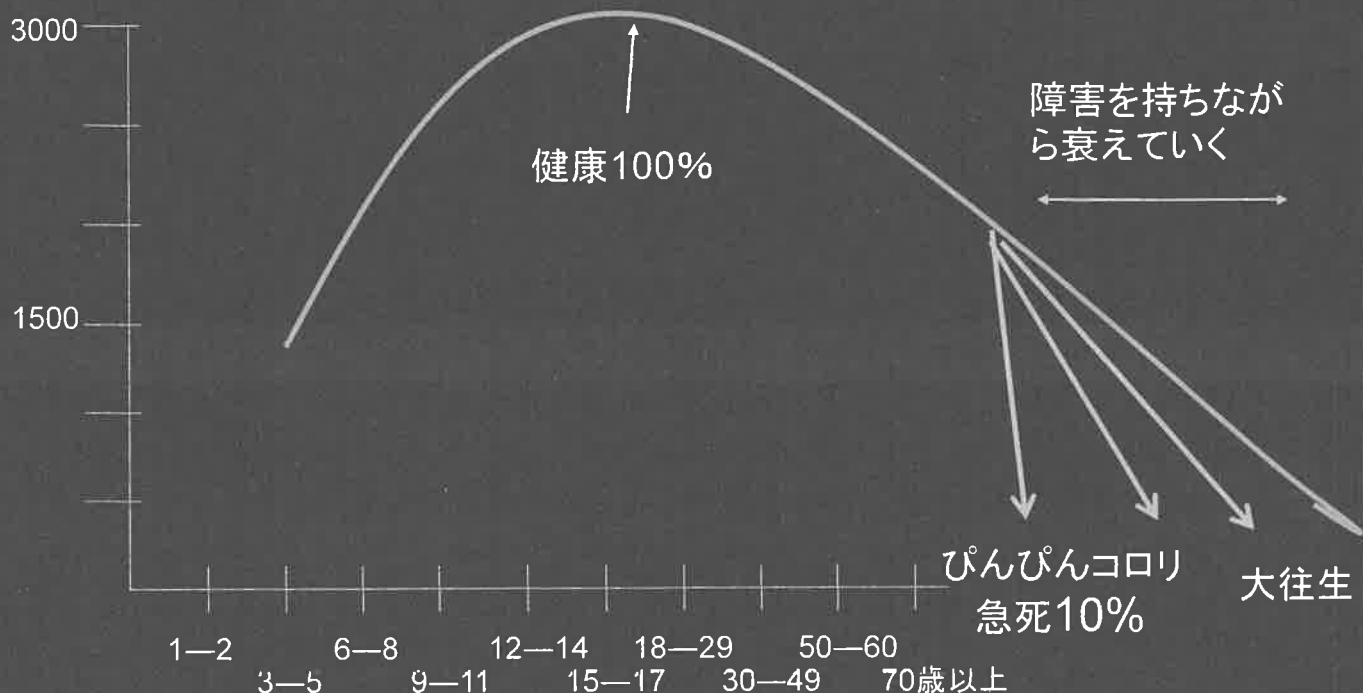
2) 在宅医療は 今や 量から質の時代
様々な意思決定

3) 当院 在宅医療の実際 医師診断の重要性

4) かかりつけ医 在宅医 選び

自分がぴんぴんコロリと死ねると思っているのは妄想
多くは障害を持ちながら衰える(要介護が増加)

生活所要量別エネルギー所要量(kal/日)



年をとればフレイル(Frailty:虚弱 脆弱)

70歳以上

- ①体重減少 ②易疲労感 ③活動度の低下
 - ④身体機能低下(歩行速度)
 - ⑤筋力低下サルコペニア(握力)
- 3つ以上 フレイル

フレイル進行: 老いという自然現象と病気が並行



どこまで治療するのか相談 事前指示書

人生会議 愛称(厚生労働省 2018.11.30)

事前指示書 アドバンスケアプランニング(ACP)

11月30日(いい看取りの日)

国の施策

病院死志向を減らし
在宅(施設等)死へ という流れ基盤整備

でも 現実には
自宅介護の看取りは 独居でもできなくはないが
家族介護が前提

在宅療養の現実には家族負担が大きい

高齢化の社会問題

死亡した時



医師が入っていた場合 → 医師が死亡診断

医師が入っていない場合 → 消防署警察が呼ばれ
死体検案

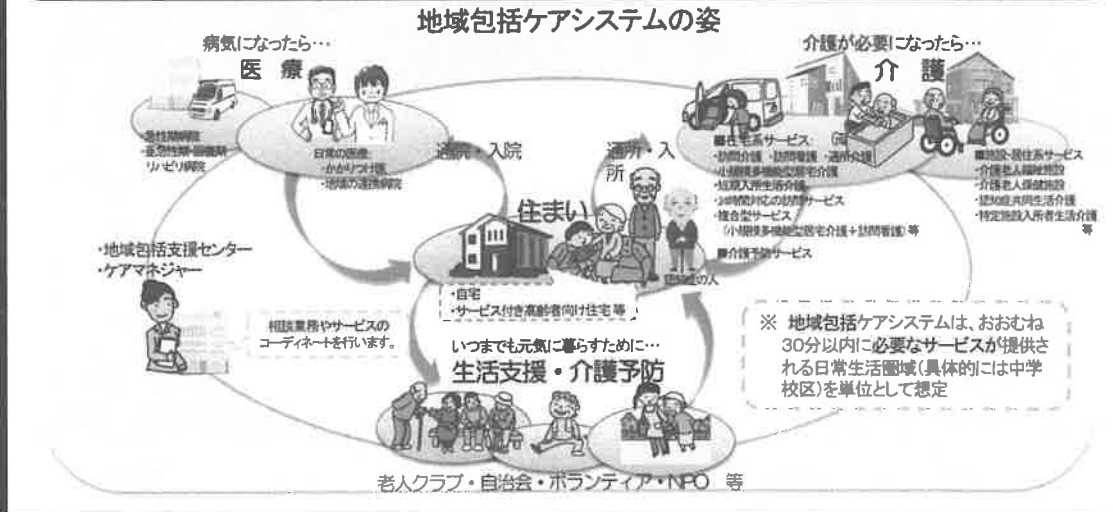
地域包括ケアシステム

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

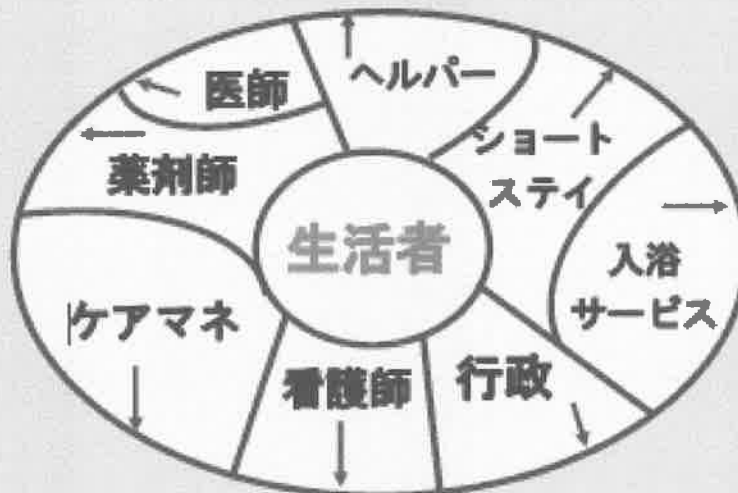
○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



生活の中で「統合された全体」としてのチームケア



(外枠が生活世界 ↑ ICFの生活機能)

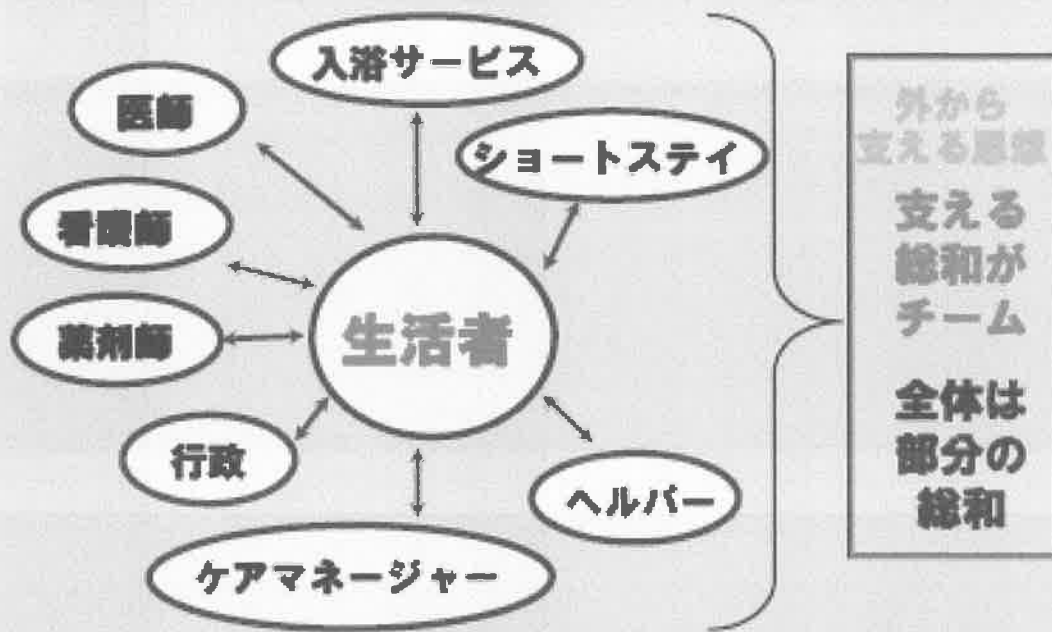
生活世界の内部から全体のバランスを維持する

中から支える
思想

統合された
全体がチ
ーム

全体は部分
の総和とは
異なる全体

連携？ 隙間は何を意味するのか？



連携って何？ この隙間は？ チームって何？
 介護職に言われたけどそのサービス本当に必要？
 毎回来る医者が違う？ だから看護師が仕切ってる？

医療と介護

医療(患者:応召義務)

介護(利用者:契約)

死や衰えと戦う

死や衰えと付き合う

延命治療

国制度:延命介護
 (リハビリ自立支援
 重度化予防)

矛盾

自然死

自分で自分のことができる期間を長く という制度

健康寿命 F 74才
 良き人生 M 71才

平均寿命 F 87才
 長い人生 M 80才

在宅という言葉

○在宅医療（療養場所）

≡ 訪問診療（医療制度）

○在宅とは 自宅だけでなく

サ高住

グループホーム を含む

有料老人ホーム 担当医師は変えられる

特別養護老人ホームや医師が配置されている老人施設は含まない
（担当医師は変えられない）

在宅医療（訪問診療）は通院困難な人が対象

【1】自分の患者さんは在宅医療の適応になるだろうか？ 以下はOKです。

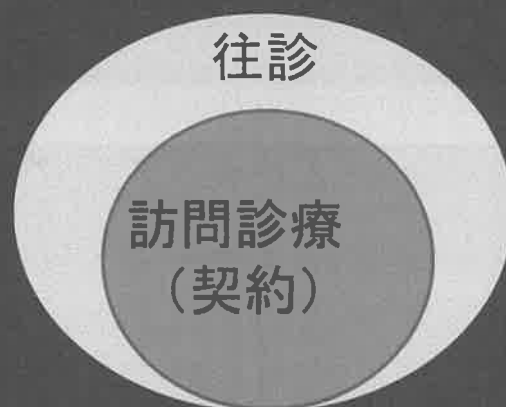
- 1) 疾病・傷病による通院困難 = 臥床状態
- 2) 疾病・傷病による通院困難 = 車いす・室内介助歩行
- 3) 急変の度合いの高いもの = (歩けても)がんの末期
- 4) 症状の性質上通院困難 = 認知症で騒ぐ・徘徊する

社会的な理由で通院困難な場合は該当しません
交通の便が悪く、容易に通院できない等、は×です。

往診と訪問診療の違い 制度：契約の有無

往診： 突然 熱が出たから診に来てくれ
契約なし

訪問診療：1-2 回/月
初めに往診の契約
(緊急時にも24時間往診)



訪問診療 費用 円/月

自宅：後期高齢者75歳以上 1割負担

7000円(月2回)

3800円(月1回) +交通費

高齢者住宅(サ高住やグループホーム)

1人だけ 7000円(月2回)

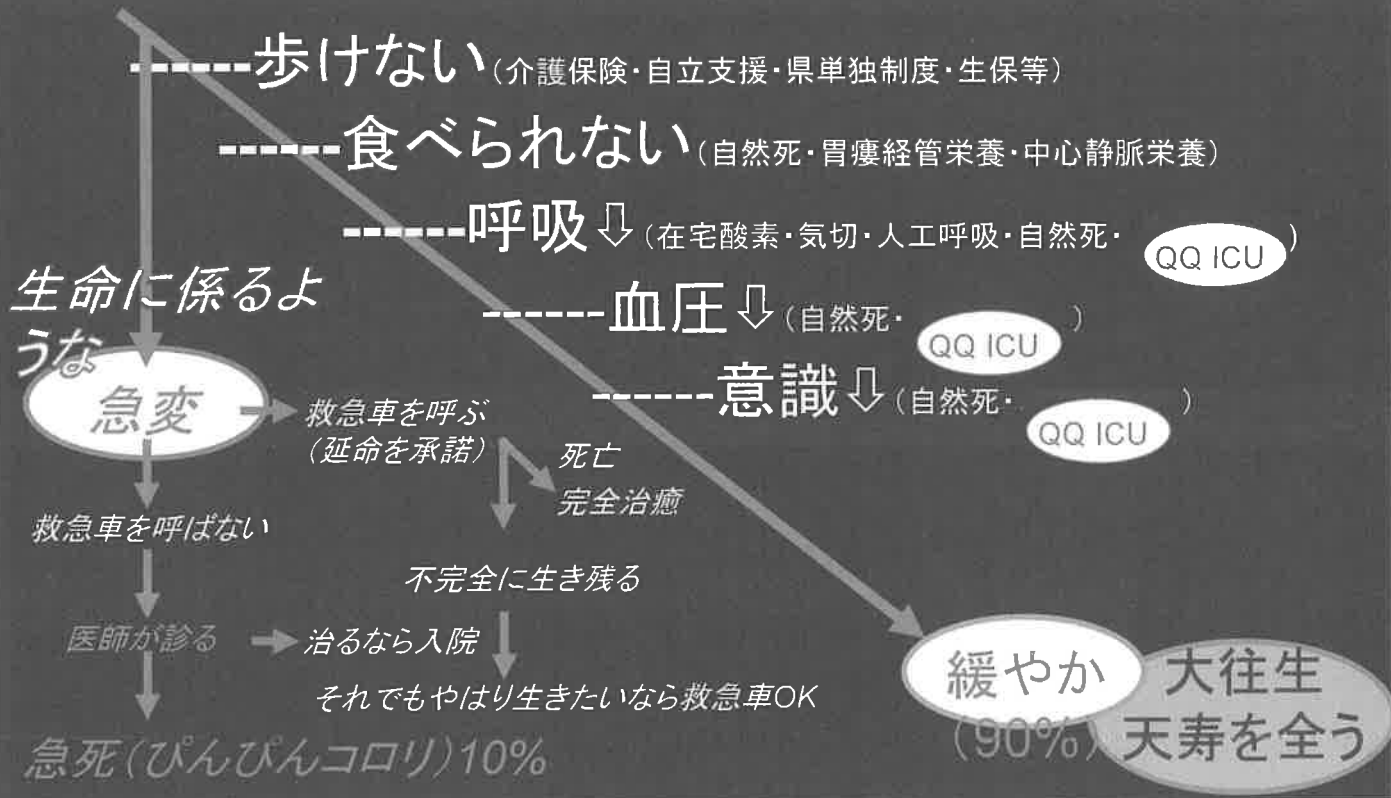
2人以上 2900円(月2回) +交通費

月1回か2回かは病状で相談し契約

詳細は保険等条件によって変わるのであくまで参考例

人間の生き方緩急の図

＜生き方は二つしかない＞



病院医の考え方

健康を100%と考え
100%に戻そうと努力する

健康 = 100%

ケガ = 95%

脳卒中 = 50%

植物状態 = 5%

脳死 = ~0%

死 = 0%

比較評価
は治る人
に有効

↓

治らない
人には
悲惨!

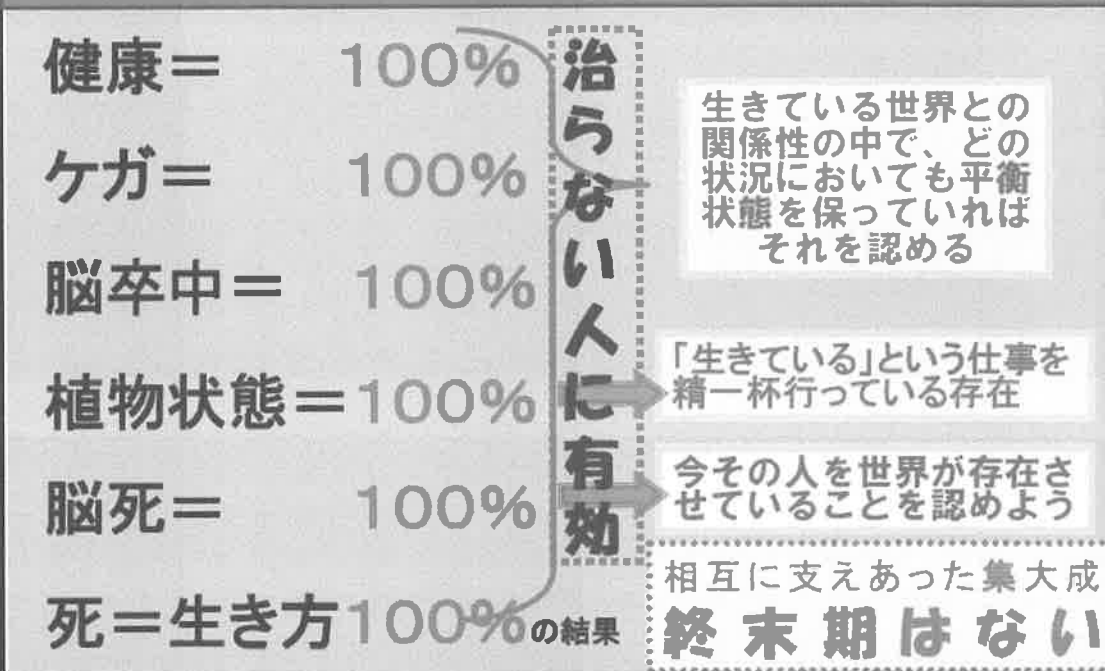
集合体としての
身体の各要素
(臓器・細胞等)
の減少によって
集合の質・量
共に低下する
(価値論になる)

ある点数以下は終末期
治らない人に標準化した終末期を設定し、あてはめようとする

危険!!

かかりつけ医在宅医の考え方

置かれた状況で精一杯生きること
平衡状態を支える事で健康状態は維持される



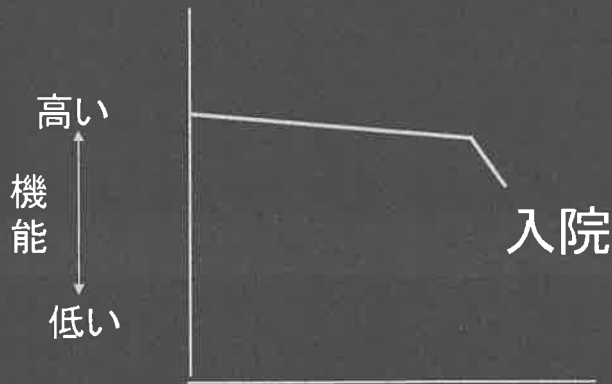
病院医療と在宅医療の相違点

	病院医療(治す医療)	在宅医療(治し支える医療)
目標	治癒 延命	QOL(生活の質)の充実 自然な死
患者	依存的	自己判断による選択
療養期間	比較的短期	長期
判断	疾病の判断	多角的アセスメント
周囲との人間関係	無関心	重視
生活に対して	無関心	重視
療養の場所	病院中心	在宅 施設など多様
方法	画一的 異常の発見 マイナス面重視	個別的 正常の維持 プラス面重視
チーム	必ずしも必要でない?	重視?

この違いをどう埋めていくの？

在宅での疾病

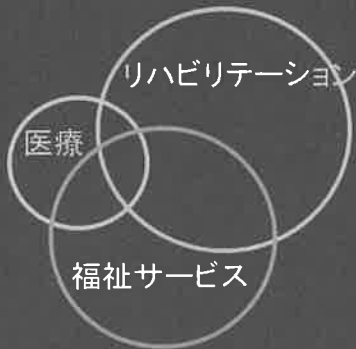
小児疾患 神経筋疾患(難病) 精神障害
身体障害 意識障害(人工呼吸器等)



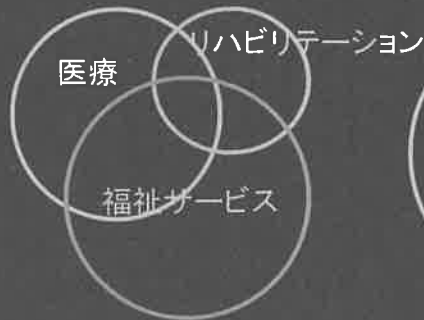
悪化したら入院 必ずしもすぐ看取りではない

病気の医療介護比率

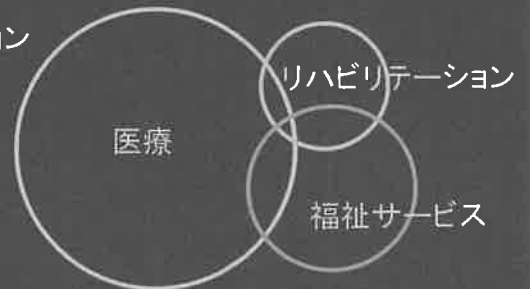
1) 脳梗塞後遺症
認知症 精神
フレイル



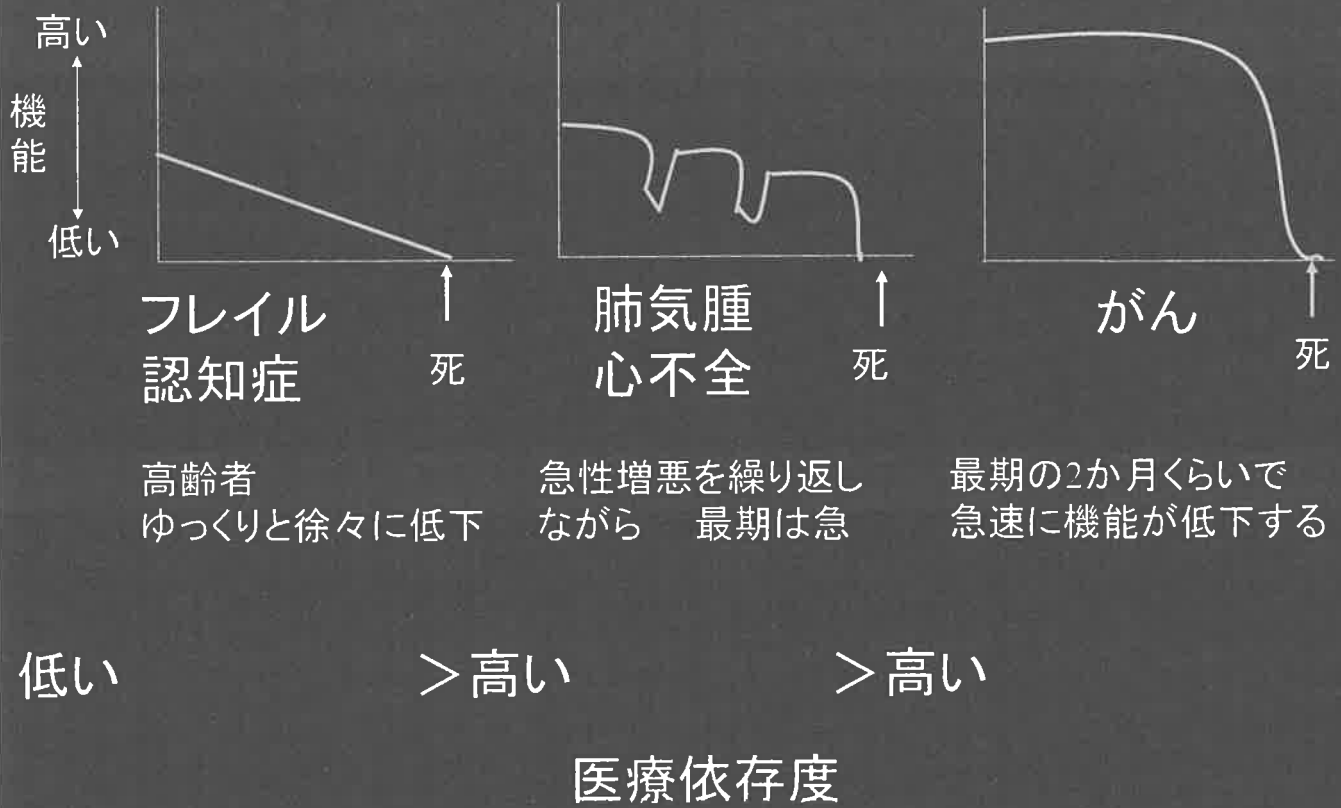
2) 若年障害者
神経・筋疾患
心不全 呼吸不全



3) 小児の在宅患者
末期がん



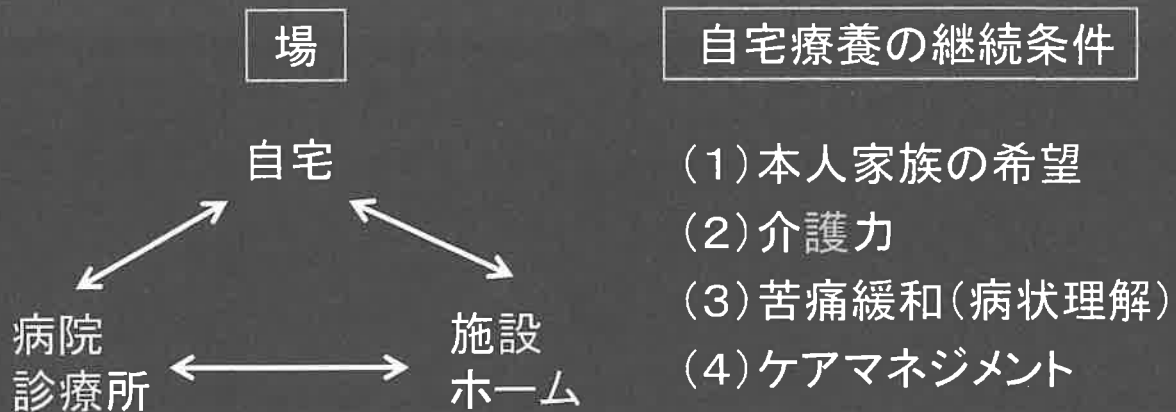
在宅で見る主な疾病の軌道



在宅での病状経過

	経過	信頼関係構築	家族満足 (死の受容)
非癌	自然死 病死 老衰 心不全 感染 その他	長い	+
癌	癌死	短い	時間必要 (無念?)

療養



多職種が連携し多様な選択肢に対応



生きてくために 時々入院 普段は在宅 施設

在宅医療について

2) 在宅医療は 今や 量から質の時代
様々な意思決定

つくば市 医療も介護も 量 充足 質は？

医療

	茨城県	つくば市	土浦市
一般病床	47	55	54
療養病床	47	49	46
医師数(診療所)	44(42)	64(52)	52(52)
診療所	40	50	50
在宅支援診療所	43	63	50
在宅支援病院	45	49	なし
薬剤師	50	83	48

介護

	茨城県	つくば市	土浦市
介護保険施設	56	55	50
高齢者住宅	47	49	62
介護職員	52	64(52)	51

日本医師会総合政策研究機構

つくば市民の主治医と救急搬送

1) つくば市主治医意見書(介護保険)

かかりつけ医	平成29年
病院	43%
医院	57%

2) 救急搬送(1年間:70歳以上)

かかりつけ医	平成30年
病院	43%
病院+医院	3%
医院	41%
無	13%

かかりつけ医？

質の議論: 社会の求めによっても変わる

医療の質

- 1) 診療の質 (技術 能力 成果)
- 2) 設備 機器
- 3) サービス (接遇)
- 4) 提供体制 (制度 組織 運営)
- 5) 経済性 (費用対効果 効率 支払制度)

別の視点

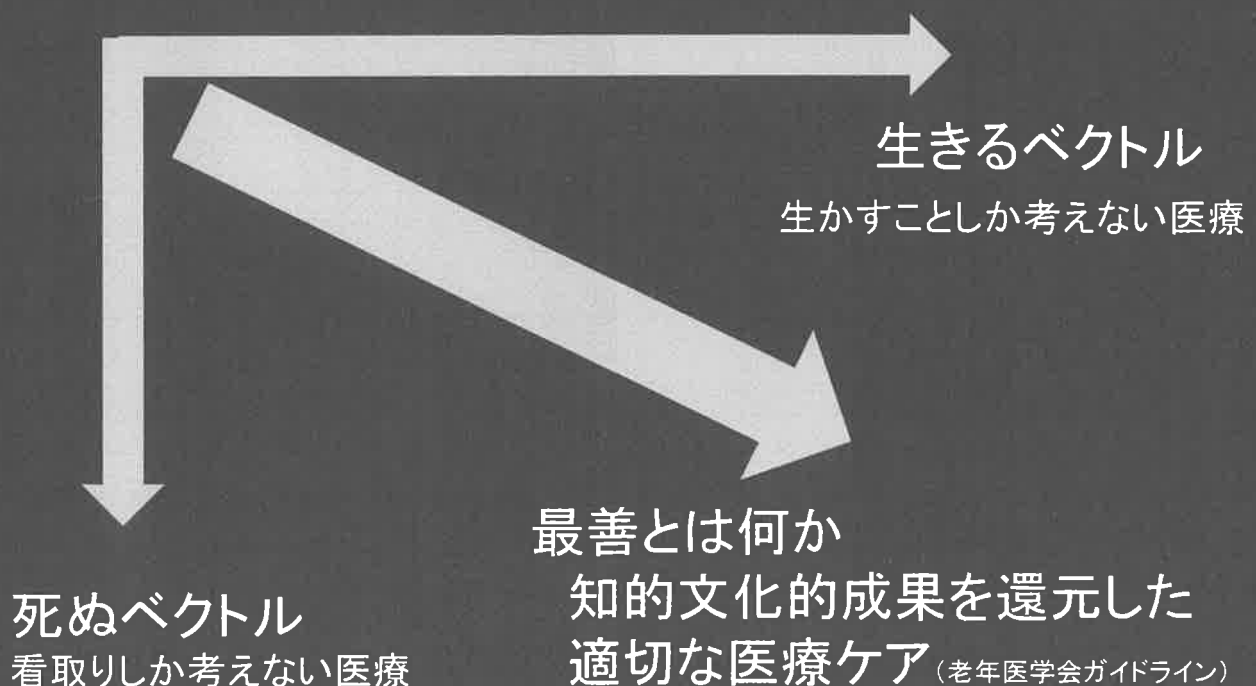
- 1) 適切性 技術
- 2) 人間性 信頼安心
- 3) 快適性 心地よさ
- 4) 経済性 費用対効果

消費者契約

- 1) 物品
- 2) 権利サービス
(回数時間場所)

在宅医療の質の違いはどこから？

在宅医療は看取り医療ではない



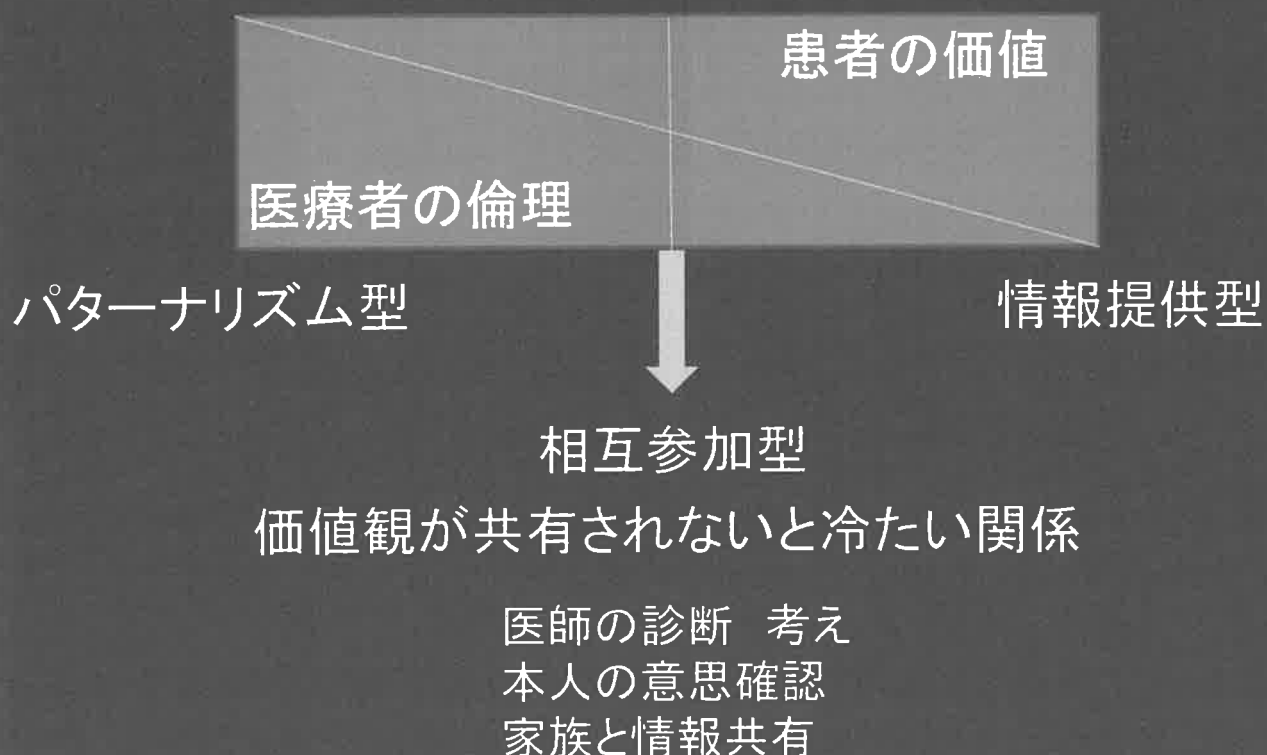
看取りしか考えない医療者や宗教家は？
生の有限性 自然な死だけを強調し
良い死に向けて 人を誘導
死なせるベクトルに取り込もうとする

最善の医療者 宗教家は？

当事者の命をめぐる苦しみを一緒に受け止めること
科学技術は問題を様々な要素に分解し合理的に割り切るが
割り切れないものをそのまま受け止める

手立てが尽きたところで生をあきらめる

意思決定の過程



ところが 家族があてにならない？ こともある
 ついつい手を挙げてしまう
 この家族は代諾者になるのか？ 顔にあざ？

高齢者が介護者から虐待を受けているとき
 あなたは行政に通報すべきか？ (高齢者虐待防止)

通報義務>守秘義務

同意？

Informed Consent (医療者と患者)

Proxy Consent (代諾:家族と医療者)

医療行為の決定

例) 終末期の点滴の意義？

最期まで点滴をする？ (人工) 全身が浮腫む

点滴をしないことあり (自然)

点滴をした場合

しない場合

人工主義 (近代)  自然主義 (しぜん)

最期の生活の質に両方がどう結びついているかが大切

最善とは？どこまでやったらいいの？

各論

総論

(自分の親には長生き希望)

(高齢者にお金かけるな)

本当は自然(じねん)と読むんだよ

Natureを自然(しぜん)と訳したら大きな誤解だよ
Natureには人間は含まれてない

人間に対する存在がNatureであり
いかにしてNatureを利用するかが西洋の近代文明だ

自然(じねん)には人間も含まれている そこで生かされている
片や対立する存在から奪い取る
片やすべてと共存し調和する

それが西洋と東洋の違いだ わかるね

(中西悟堂)

フレイル 認知症だからと
何もせずに看取ってしまうのか
逆にやりすぎて過剰な医療はしてないか



医者1人で決めていいのか？



この人にとって生きるとは何か？
もう一度その人や家族と向き合ったうえで
点滴1本でも延命措置や限度に関して相談

私の考える意思決定支援の過程

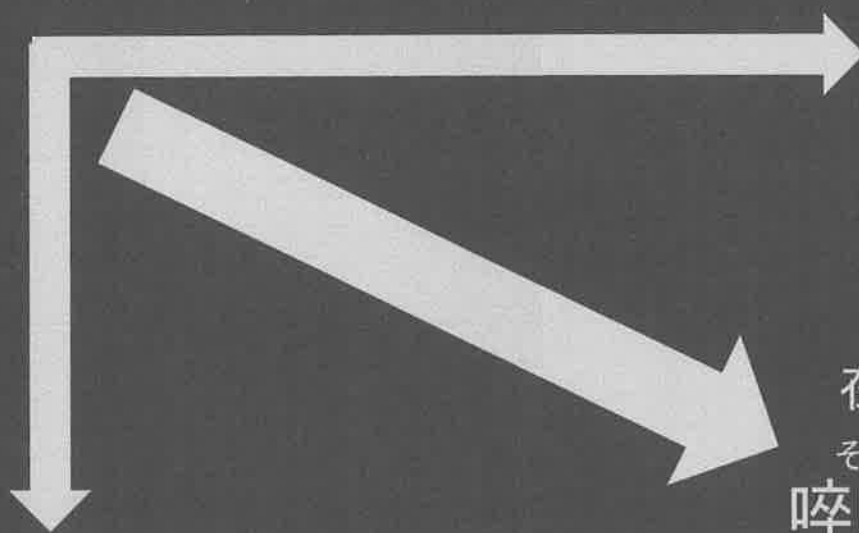


価値観の共有

価値観(主観)と医療(客観)を織り交ぜながら
共に最善を考える(最高善)

(渡辺拓自)

意思決定のベクトルの先には

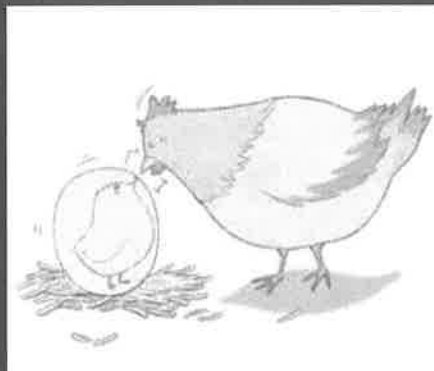


在宅医療は
そったく どうじ
啐啄同時

「啐」と「啄」

禅の言葉に「啐啄同時」というのがあります 卵の中のヒナ鳥が殻を破ってまさに生まれ出ようとする時、卵の殻を内側から雛がコツコツとつつくことを「啐」といい、ちょうどその時、親鳥が外から殻をコツコツとつつくのを「啄」といいます。雛鳥が内側からつつく「啐」と親鳥が外側からつつく「啄」とによって殻が破れて中から雛鳥が出てくるのです。

両方が一致して雛が生まれる「機を得て両者相応じる得難い好機」のことを「啐啄同時」というのです。親鳥の啄が一瞬でもあやまると、中のヒナ鳥の命があぶない、早くてもいけない、遅くてもいけない、まことに大事なそれだけに危険な一瞬であり啐啄は同時でなくてはなりません。



在宅医療について

3) 当院 在宅医療の実際 医師診断の重要性

当院で重きを置く在宅医療の質

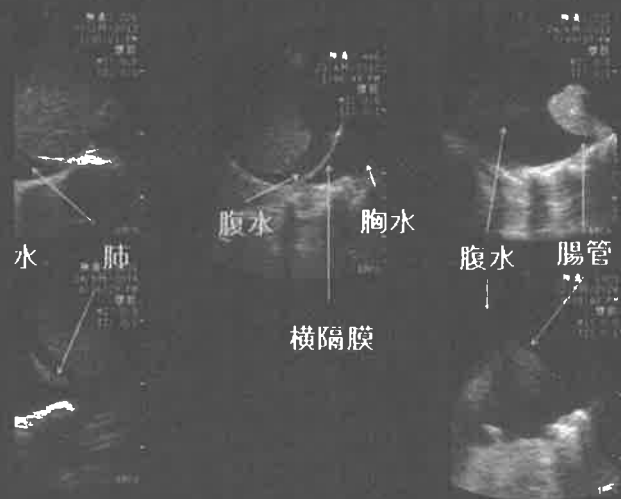
- 1) 診断: 疾病軌道(今後の予測)
在宅は密室医療のため診断が大切
- 2) 配慮: 生活の視点
心の準備時間が取れるよう配慮
本人にとって最高善な治療法を選択
- 3) 覚知: 意思決定支援
患者 家族 関係者が向き合う
覚知(自覚 覚悟)
共に居る

(渡辺拓自)

1 診断 在宅医療は密室医療

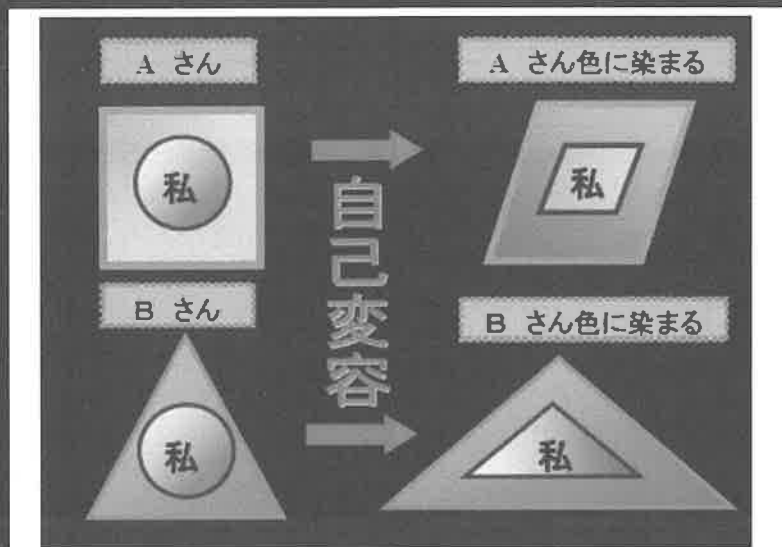


採血と超音波検査で多くは診断可能



在宅で癌患者を診るには超音波エコーが必須
(例)腹痛: 癌そのものか腹水かで治療法 変わる

2 配慮（相手の懐：患者家族 医療者）



(川島孝一郎)

在宅： Aさん宅に伺えばAさんの家風・絆に触れ
生活を歪めないように配慮して医療を行う

責任感がない単なるチームでは懐には入れない
家族も お互い様の気持ち(配慮)が必要

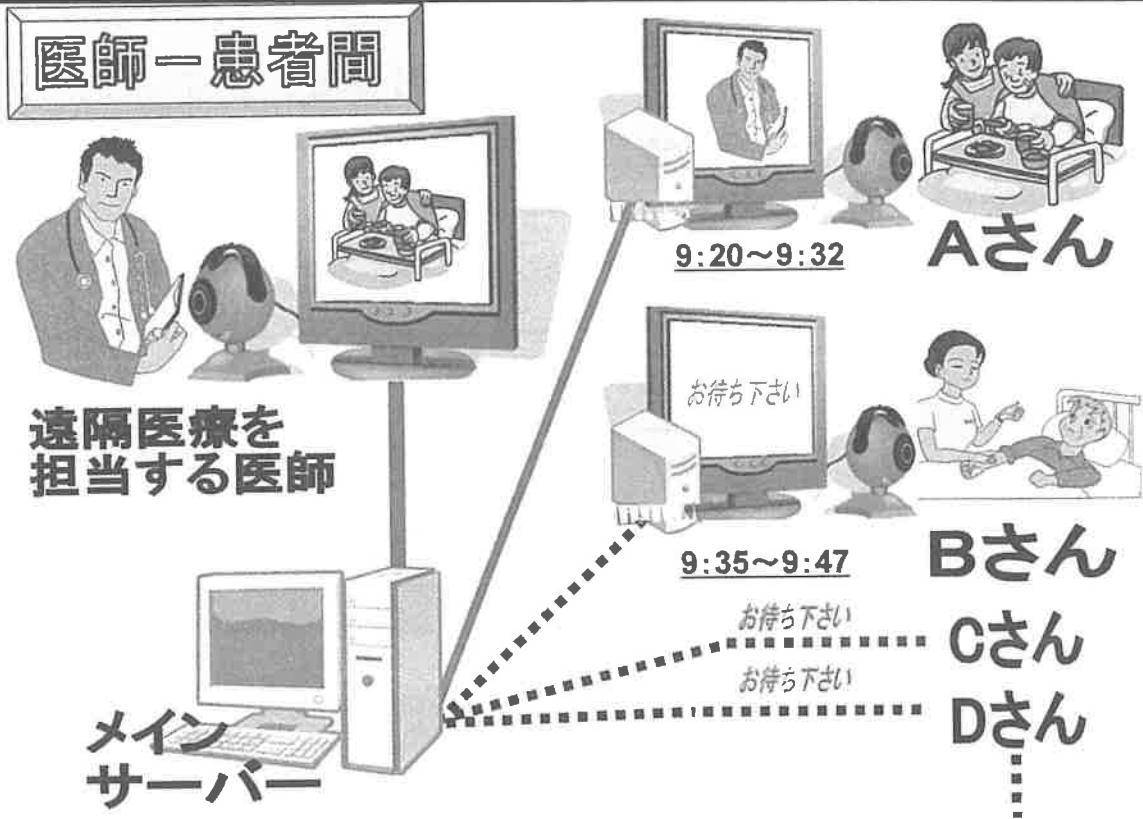
医療体制

昔：患者中心主義 (Patient-Centered Care)

最近：関係性中心主義 (Relationship-Centered Care)

患者さんを大切にすることが消耗するまでやらない
医療者同士や地域を大切にし ともに生きる

毎回違う医師や看護師が来る 誰も責任をとらない？



図A 医師—患者間 遠隔医療のイメージ

AIは使い方次第 将来はこういう時代になるかも

3 覚知(自覚 覚悟)

病状理解不足 救急車を呼ぶ

診断(方針が決まり)
配慮(お互いに懐に入って)

意思決定支援

自覚 覚悟 覚知 共に居る

まずは緩和医療科専門医への相談を勧めます
それから在宅緩和に精通した在宅医へ

1) 癌末期は まず診断

→ 短期間で病状が多彩に変化する 体に触り
しかも在宅エコーを使いこなせる医師でないと
痛みの診断は難しい

2) 緩和治療薬(モルヒネなど)の適切な指導

モルヒネポンプが使いこなせる医療者
→ 自宅で本人家族が行えるよう指導

3) 在宅で症状コントロールがつかない場合

→ 病院のバックベットの連携必須

薬剤(疼痛緩和の薬)と環境調整(人薬)



モルヒネ等の輸液ポンプを
自由に使いこなしている
医者や薬剤師の介入がポイント

苦痛がとれない
自分が癌末期かな
と感じたら

緩和医療科
(専門医)へ

疼痛緩和に
全力を尽くしてくれる



在宅緩和医療の実際

36歳 男性 肝癌末期 癌性胸腹水 ねたきり



先生、僕、もうすぐ死ぬんでしょうか？


どうしよう？

向き合うと自分が苦しい 自分は
まだ 生きれるが でも彼は間もなく死ぬ
変なことを言えば見透かされるかもしれない

答えがない ここから離れたたい 早く逃げたい

でも逃げずに黙ってそのまま向き合っていると
ふと 沈黙の中から
何かに支えられている様な気がする？

36歳 男性 肝臓癌末期 癌性胸腹水 ねたきり



先生、僕もうすぐ
死ぬんでしょうか？

2人で黙って約30—40分この景色を見つめる

逃げずに沈黙(時間)しているところの景色(空間)に
いつの間にか支えられていることに気づく



自然に また来るからね という言葉だけが出てくる

死に直面したときに希望はあるか

希望は視線の彼方に何かがあってそれを
望み見るのではなく
望み見る視線自体に
希望をもってあるという人のあり方

希望とは未来への姿勢



人々のコミュニケーションの中にあることで支えられる

(東大 清水哲郎)

希望



★ 希望 ★



希望



在宅医療について

4) かかりつけ医 在宅医 選び

① かかりつけ医や在宅医を探す

在宅療養を考えたときに訪問診療できるか聞く

: 訪問診療しない : 往診のみ

→ 対応してもらえない時もあり

: 訪問診療する : 在宅支援診療所

外来中心の医師



出来るだけ24時間対応して
くれるかを聞く

在宅専門(在宅医)



24時間対応が条件

皆さんが思う名医とは？

映画やドラマで

患者さんに聴診器をあてて手を握っている
穏やかなイメージ 愛想がよく腰が低い

でも本当の名医は 同じ聴診器をあてていても



聴診器をあてていて

「ここでは今できないが
もし専門医に紹介したら その専門医が
こういう治療をするだろうと考えられる医師」

医療の最大限の可能性を熟知している医師

技術なき心の診療は存在しえない

質は あなた自身が 医師に何を望むかにもよる

相性？

外科医：性格悪いが腕はいい（成績）
性格いいが腕は落ちる
（難しい手術は腕 それ以外は一般）

内科医：長く付き合う医者と
治療のため短期間の医者

② かかりつけ医や在宅医を探す

- 1) もし先生の家族ならどうしますか？
先生の家族ならどの先生に紹介しますか？

ネット口コミや宣伝の新聞は要注意
外来かかりつけ医は実際に受診して

- 2) 在宅医の場合は 受診難しい
紹介病院の医師に直接聞く
先生のご家族なら誰に診てもらいますか？

特定の介護関係者の困り込みには注意
（医療は患者さん 介護は利用者さん）

コンピュータばかり見て体に触らない
認知症だからと微熱や食べない原因を
認知症のせいして全く検査もしない

おかしいと感じた家族が主治医交代希望



胆嚢癌の肝転移 → 癌と診断できることで
医療用麻薬が使える疼痛緩和できる

まとめ

1) 診断(疾病軌道)

医師が向き合って目を見て診断し手を触れて治す
今後の予測

2) 配慮(生活の視点)

関係者同士が懐を磨く
心の準備時間が取れるよう配慮し
本人にとっての最高善を模索

そったく どうじ

→ 啐啄同時

3) 覚知(意思決定支援)

患者家族多職種が覚知(自覚 覚悟)

医師が「あなたの命は私が責任を持ってみます」といえるか
(そういう気持ちで) 向き合える医師と出会えるか？