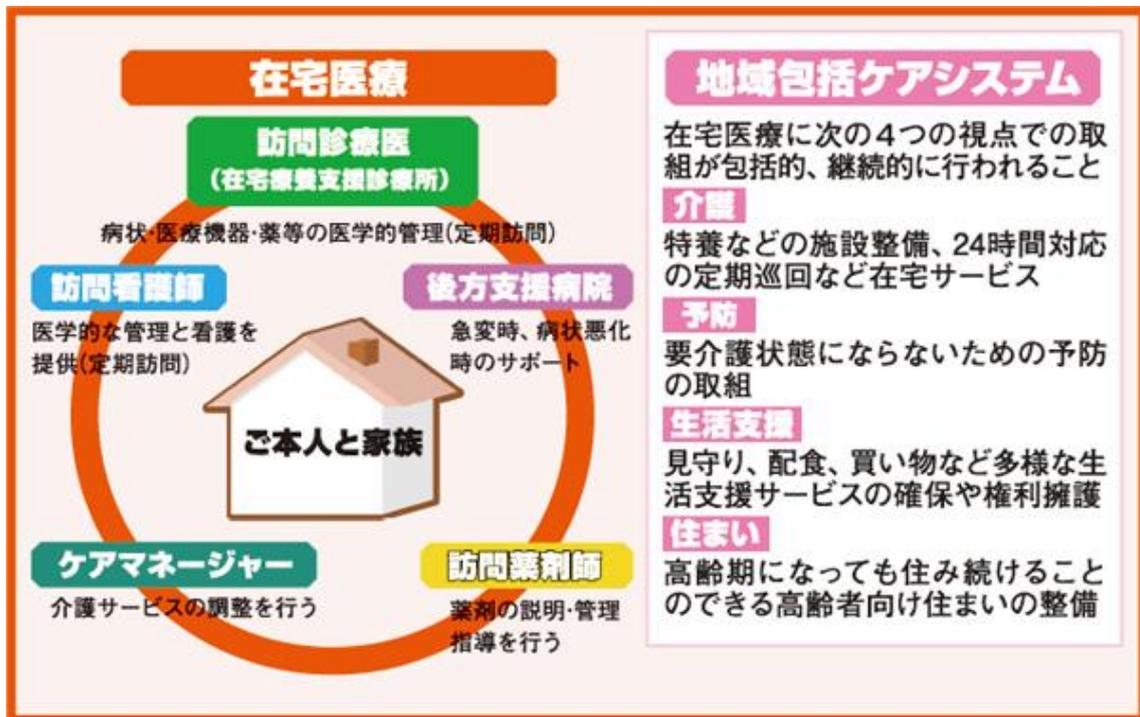


# 在宅医療

在宅医療とは、可能な限り本来住み慣れた場所で最期まで自分らしく生活して行く為の医療面におけるサポートであるべきと考えております。

現状としては、毎年全国では120万人、静岡県は3万7000人程亡くなっております。患う病気にもよりますが、約50%~70%の方は、最期は自宅でご家族に見守られながら迎えたいと思っております。しかし、現実はどうでしょうか？

厚生労働省が出している、人口動態統計年報（平成22年）によりますと静岡県の場合 最期を迎えた場所： 病院 74.7% 自宅 13.8% 介護老人保健施設 2.2% 老人ホーム 5.4% その他 2.0% 診療所 1.8% となっているのが現状です。本来は70%近い方が自宅を最期の場所として望んでいるのに、現実には70%以上の方が、病院で最期を迎えている。ここまで医療がすすんできているのに、何故最期の場所を我々は選ぶことが出来ないのでしょうか？  
結論は簡単です。医療面を含め、『地域包括ケアシステム』がまだ十分に機能していないからです。

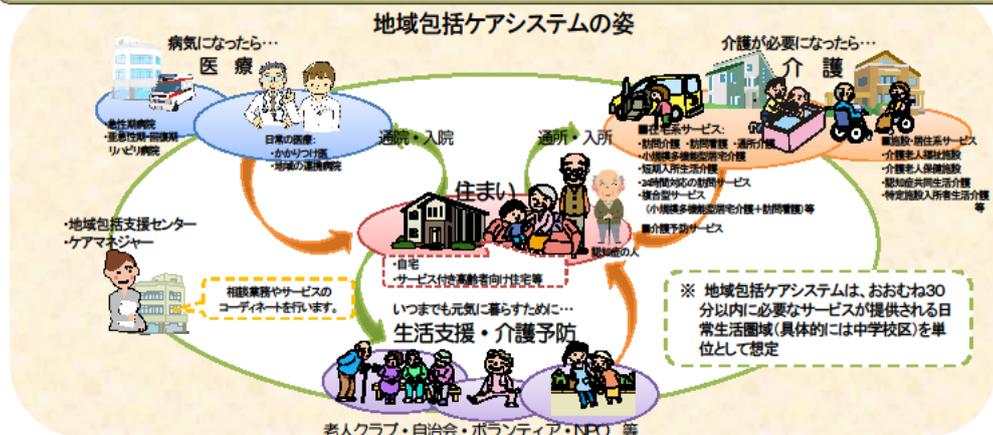


# 地域包括ケアシステムとは何か？

一言で言いますと、『その人が可能な限り住み慣れた地域で、その人らしく最期を迎えるためにサポートしていく、その地域に合ったケアシステム。』ということになります。

## 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**ことが必要です。



地域包括ケアシステムは、おおむね 30 分以内、16 km 圏内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定しているようです。

## 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月  
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

### 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と生活支援・福祉サービスが相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

#### 【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

#### 【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。  
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

#### 【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される(有機的に連携し、一体的に提供)。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

#### 【本人・家族の選択と心構え】

●療養・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

### 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



#### 【費用負担による区分】

■「公助」は税による公の負担。「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間(被保険者)の負担であり、「自助」には「自分ごとを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。

■これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

#### 【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。

●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大きい。

●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

上記の絵が、地域包括ケアシステムの **5つの構成要素** (①本人・家族の選択と心構え ②すまいとすまい方：生活支援・福祉サービス ③保健・予防 ④介護・リハビリテーション ⑤医療・看護) と、『**自助・互助・共助・公助**』の観点からみた地域包括ケアシステムについての理想像です。

介護、医療面におけるリスクを共有する『共助』の考え方は、国民皆保険制度に代表されるように医療保険制度と平成12年(2000年)よりスタートした介護保険制度があり、社会保障制度が財政面においても、今後継続可能な制度にして行く事が一番大事な事ですが、まずは自分の事は自分でする姿勢や、市場サービスを購入するなどの『自助』、ボランティアや住民組織の活動による『互助』の精神、考え方、行動が非常に重要になってきます。

私は医療従事者であるので、『共助』を中心とした地域包括ケアシステムについて述べたいと思います。

私は実臨床のなかで、多くの患者さんの最期のお手伝いをさせて頂いております。そこで一番重要な事は、**多職種協働 (IPW: Inter Professional Work)** です。簡単に言いますと、**ケアマネージャ、訪問看護師、理学療法士、薬剤師、医師 (病院及び在宅療養支援診療所)** などが職種の特性、役割分担を自覚及び尊重して顔の見える形で密に連携して行く事だと考えています。

実は、多職種協働の中で一番ハードルを高くし、輪を乱しているのは私を含めた**医師**だと思います。**介護保険**におけるキーパーソンである**ケアマネージャ**、在宅療養をするうえで**医療保険**におけるキーパーソンである**訪問看護師**が車の車輪の両輪と考えられます。医師、薬剤師があとの両輪をになっておりますが、その4輪のウエイトバランスがうまく取れないと車のように上手く走って行きません。

在宅療養において、**訪問看護師**は介護保険制度のなかで契約後にケアプランに組み込まれ患者さんを定期訪問し、全身状態の変化を医療人として捉え、必要あれば主治医に助言、提案するキーパーソンであります。しかし、『ケアマネージャ』⇔『患者さん及びご家族』⇔『訪問看護師』⇔『ケアマネージャ』、こんな輪が連絡を密にしていないと『患者さん及びご家族』が困ってしまいます。

定型的な決まった進め方は有りません。個々の職種、個人の個性を生かして『一人の患者さん、ご家族をどうしてあげたいのか？』を本当に親身になって真剣に考え、目標に向かって行動することが一番大事です。

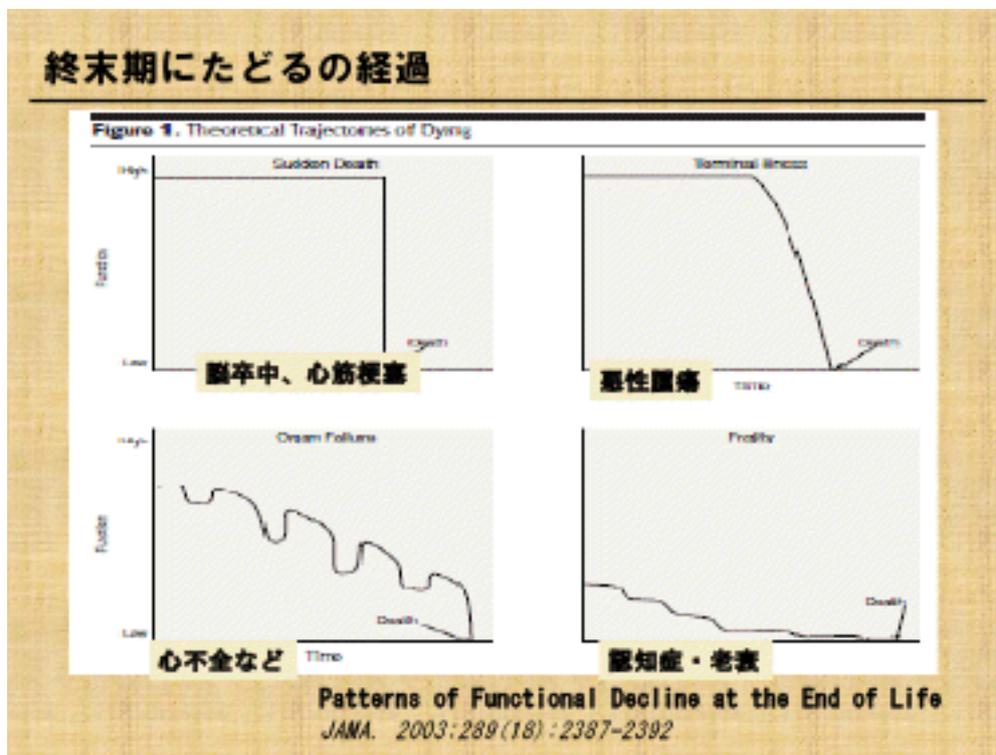
実は医師の中には、この介護保険制度と医療保険制度を意外と熟知していない方も見受けられるのも事実です。要介護度が3以上になってくると医療面においても頻回な診察（訪問診療含む）が必要になって参ります。本来はその時点で医療保険だけではなく、介護保険制度においてもリーダーとして船頭して行くようにパワーバランスをシフトして行くべきであります。医師の中にはケアマネージャや訪問看護師から言われてから指示を出しているのも現実です。これでは、良い理想的な最期はなかなか迎える事が出来ません。

私は出来る限り、**ケアマネージャ、訪問看護師と電話、Fax、ICTを上手く組み合わせて連携をとっております。**

日々、私が心がけている医療です。

**『医療、生命科学の押し売りはせず、患者さん及びご家族の言葉を常に傾聴し、気持ちをくみ取り、最期の時が来るまで適度な距離を保ち、寄り添うことです。』**私の母校の学祖である高木兼寛先生が『病気を診ずして病人を診よ』と言って全人的な医療を説いた教えに沿うように心がけています。

# 終末期医療



終末期にたどる経過は疾患により違うことがわかつてきます。普段外来でお会いする患者さんのなかには『PPK (ピンピンコロリン) の薬はないですか?』と真剣に言ってくる患者さんがいます。ここに込められた強い思いは、『病気で長患いはせずに、お迎えに来てほしい!』と言うものでしょう。病気を患わずに死を迎える事は、ないのですが脳血管、心疾患では上記の表のように『さっきまで元気だったのに…!』あっという間に最期を迎える事も少なくありません。最期を迎えるにあたり迎え方は人それぞれですが、自分で選択出来るものではありません。どんな病気を患うかによってある程度は決まってくる事も確かです。

超高齢化社会になり、程度には差がありますが**認知症**を患う方が増えてきており、専門家の中には既に 65 歳以上の方の 10% (242 万人) 程度がすでに認知症を患っており、2020 年には 325 万人に達すると言われております。認知症の患者さんの経過は比較的長く医療レベルよりも介護レベルにウェイトを多く占めるのも事実です。

# 緩和医療



現在、私は癌の緩和医療も行っております。特に『在宅ホスピスケア』を進めておりますが、上のポスターのように症状緩和（身体的な痛み及び疼痛、苦しさ、身の置き所がない症状と取ること）やスピリチュアルなケアが一番重要であり、在宅でも十分に出来ると確信しております。この症状緩和をすることは、在宅ホスピスケアにおいて一番のスタートラインで最低限出来ないと在宅ホスピスケアは成り立ちません。そこで、多職種協働の一つとして訪問看護師と密に連携し患者さん及びご家族の負担、不安を取り除いて行く事が最も重要な事です。

一人の癌患者さんを診てもわかるのですが、①どこの癌であり②臓器転移はどこか？③痛みはどの程度か？④吐き気を含めた消化器症状はコントロール出来ているのか？食事はどの程度食べられるのか？⑤精神的な不安は解決されているのか？⑥仕事、家庭の問題も解決されているのか？⑦療養費に対する不安は？などあげて言ったらきりがありません。

各病院には必ず病診連携室や退院調整室、地域医療ネットワークセンターなど退院後及び外来通院中に医療、介護の連携している部門があります。各病院、医師、看護師の中には、緩和医療に対する多少の温度差がありますが不安な事は退院前より早期から相談に行かれた方がよろしいでしょう。自分はどうしたいのか、どうしてあげたいのか！その気持ちを大切に動いて下さい。

最後になりますが、在宅看取りのお手伝いをさせて頂いて分かったことがあります。患者さん及びご家族の緩和、終末期のお手伝いをさせて頂くとなぜか、私自身が本当に癒される日々が続いております。これは医者冥利に尽きるのですが、これからも日々研鑽し皆さんの本当の幸せのお手伝いを医療者として進めて参ります。どうかよろしく願い申し上げます。

2015年3月吉日 平野医院 副院長 平野周太