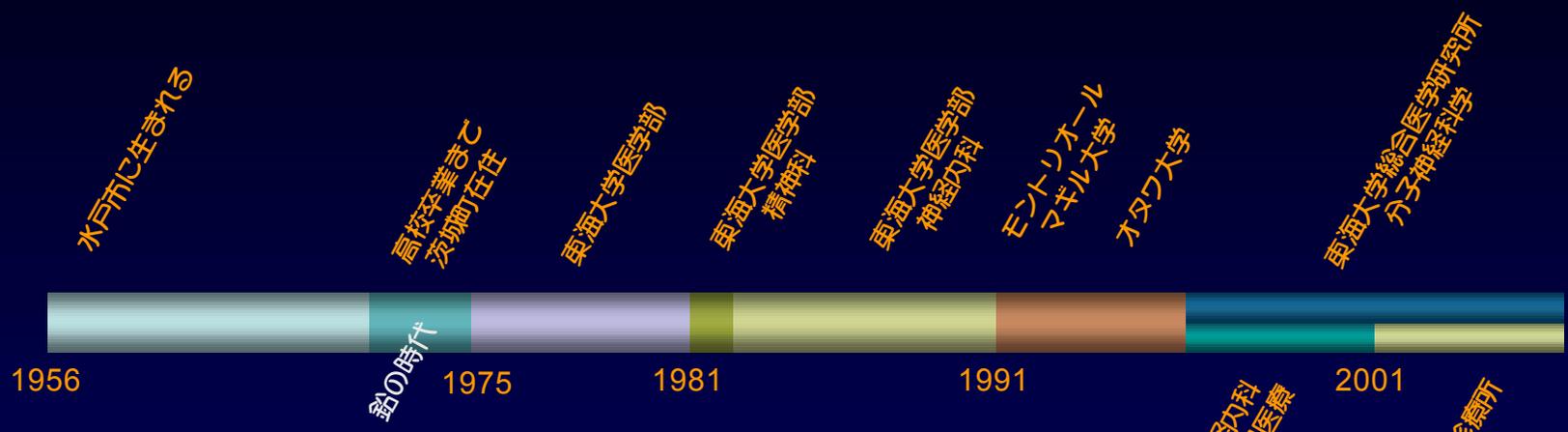


年をとっても家で過ごす
「在宅医療（看護・介護）とは」



自己紹介年表



精神科：統合失調（精神分裂病）、躁うつ病、神経症
心療内科

神経内科：脳卒中、パーキンソン病
神経・脊髄・末梢神経・筋疾患
痴呆性疾患（老年内科一般）

分子神経科学：神経難病の遺伝子および治療法の開発
アルツハイマー病、ハンチントン病、パーキンソン病、
脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症

終末期医療：末期がん患者のホスピス診療

「在宅医療」の前に



極めて私的な人間観



生まれるということは
川に浮かぶ落ち葉のように
好むと好まざるに関わらず
流されていくということ



早く流れていくもの
ゆっくり流れていくもの

人の意志とは無関係に、朽ち果てるまで流されていく
一瞬たりとも留まるところを知らない

静かに、淡々と流されていく

人生のすべてが、唯今この瞬間にしか存在しない
唯今この瞬間に人生の意味を見いだすことしかできない

諸行無常・諸法無我・涅槃寂靜

生まれながらにして与えられた
人生の決まりごと

四苦： 生・老・病・死

独りで生まれて 独りで死ぬ

天上 天下 唯我 独尊 4月7日

芥川龍之介 河童
生まれることも
死ぬことも自分の意思では
選択できない

自らの生き方・死に方を考える





自分らしく 生きるということ



自分らしく 死ぬということ



あなたは、高齢で自由がきかなくなった時、
末期癌と告知された時、どのように生きていきますか
急ぐ必要はありませんが、準備はできていますか
家族はあなたの希望を理解していますか

自らの人生を意識することが
医療・福祉の出発点

年をとると言うこと
終末期ということ

病気と変化の狭間



老年期の身体的変化

高次脳機能障害

記憶障害、失認・失行、言語障害

運動機能低下

筋力低下、関節可動域減少(関節症・疼痛)、骨格の変形、俊敏性の低下、姿勢保持能力の低下、小脳機能低下(重心移動耐性の低下、dysmetria)、錐体外路機能低下(筋固縮、振戦、表情の喪失)

感覚機能低下

嗅覚感受性の低下

視覚障害

静的・動的視力の低下

中心・周辺視野欠損、光度・彩度感受性の低下

眼球可動域の制限

聴覚障害

老人性高音難聴

前庭機能障害

somatic sensationの障害

温度・痛覚感受性の低下、深部知覚の障害

homeostasisの障害

臓器機能障害(脳、心、肺、肝、腎、その他内分泌系)、易感染性、

温度差による血圧・血流の急激な変化耐性の低下

皮膚の水分含量の低下(しわ)、白髪、生殖系の変化

心理学的問題

対象喪失

病気・死への不安

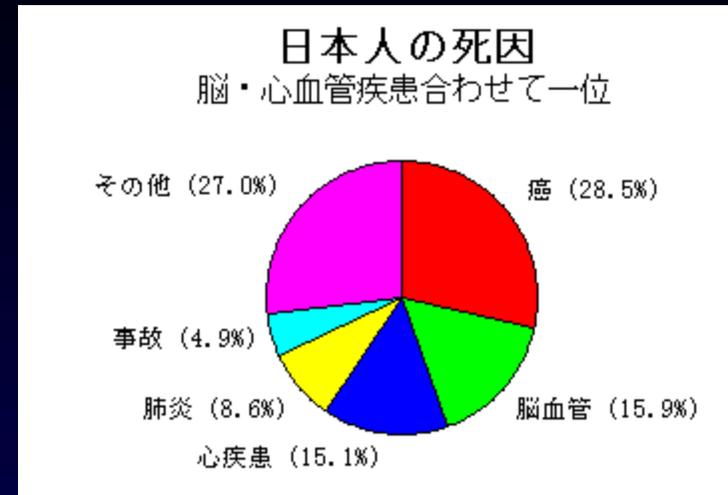
家族の死

介護への気兼ね



老年期疾患の特徴

- 死因 1 : 悪性新生物
- 2 : 心疾患
- 3 : 脳血管障害
- 4 : 肺炎
- 5 : 不慮の事故



症状はコントロールできるが、病気の原因自体は治せないものが多い

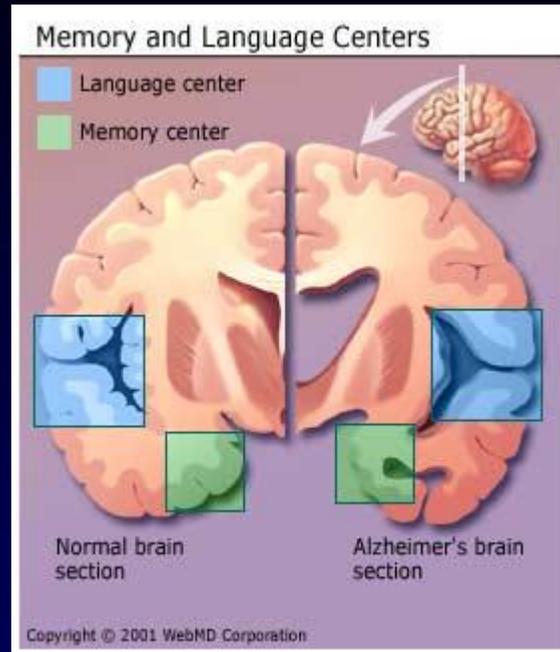
高血圧、糖尿病、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症
腎不全、肝炎、肺炎 (COPD)、肺線維症
変形性関節症、眼底出血、難聴
進行期悪性新生物
e t c

痴呆は症状の総称であり様々な原因がある

痴呆症は死因とはならない

人間の間人であるよりどころは脳の機能であるから
それに障害を持つことは社会的な問題が大きい

老年期痴呆



症状

記名力の障害

短期・中期

認知・認識の障害

失見当識

精神症状

せん妄、妄想、幻覚

引きこもり、易興奮

その他、現疾患に伴う症状

治療可能な痴呆

薬物（麻薬、覚せい剤、アルコール）長期乱用

脳腫瘍

硬膜下血腫

代謝性脳症（ビタミン、肝、腎、心、肺疾患）

甲状腺機能低下症

低血糖症

現在治療不可能な痴呆

アルツハイマー病、ピック病

脳血管性痴呆

水頭症

パーキンソン病、ハンチントン病、脊髄小脳萎縮症

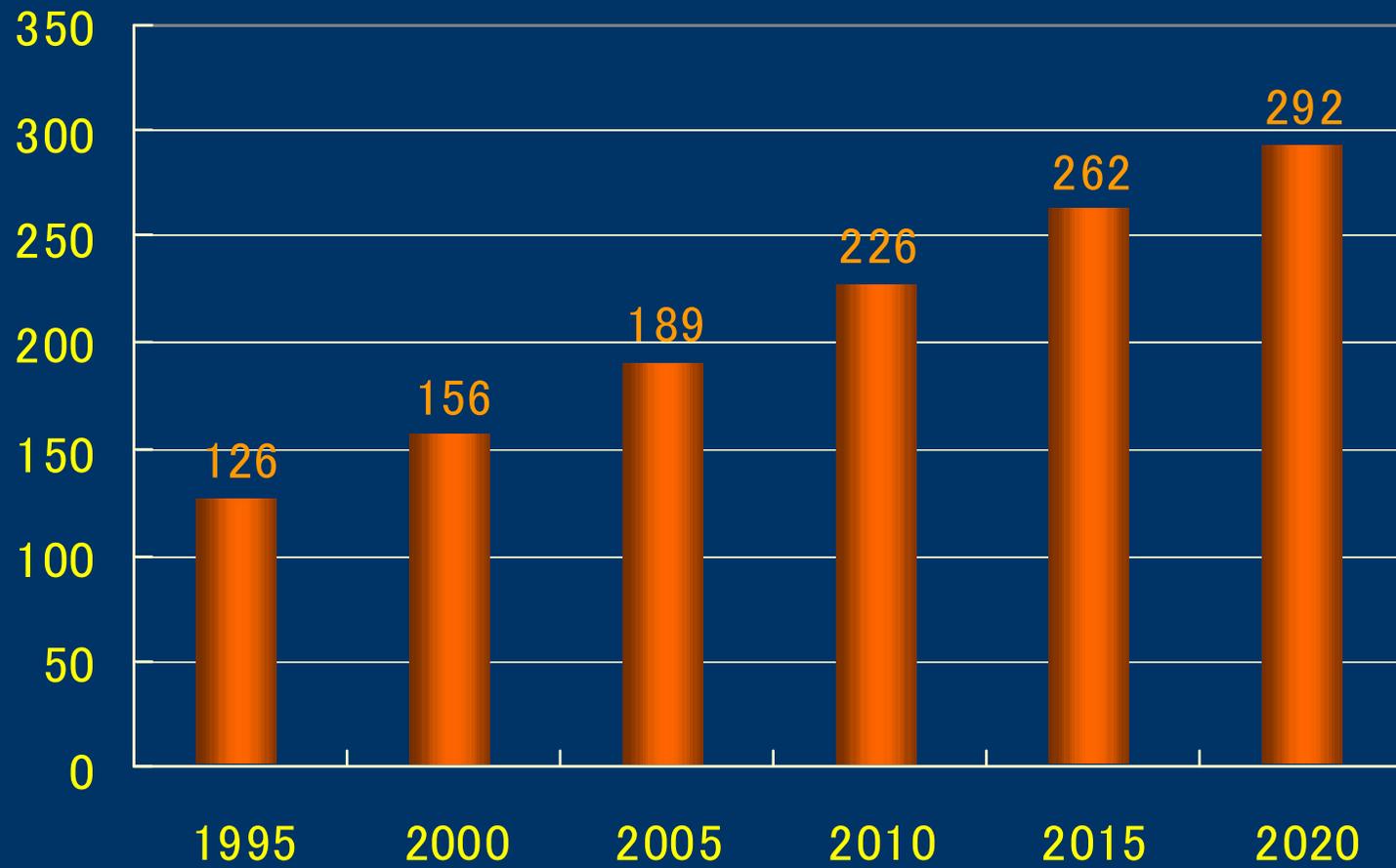
その他の変性疾患に伴う痴呆

AIDS

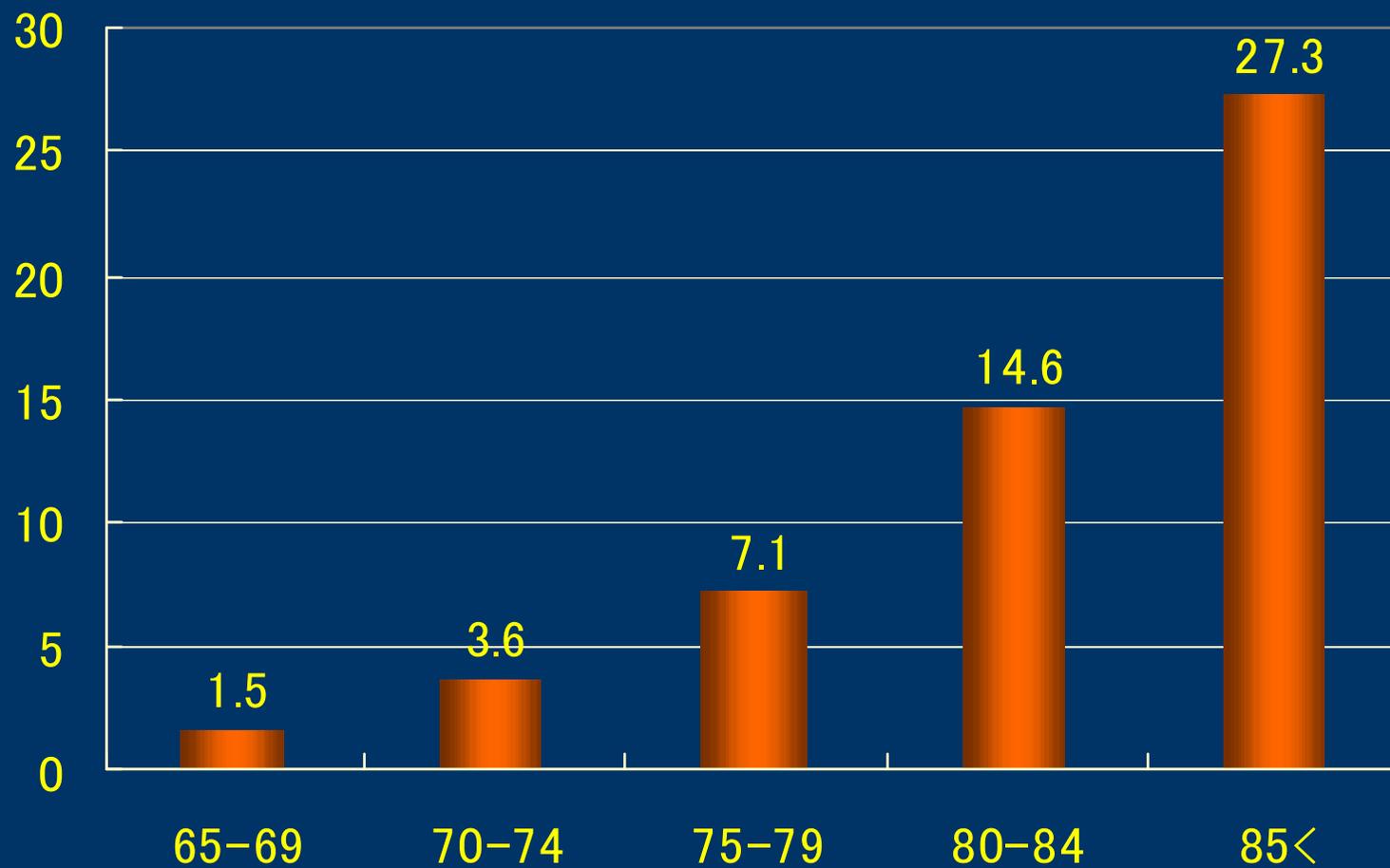
スローバイラルインフェクション

CJD, PML, etc

痴呆患者数(万人・予測)

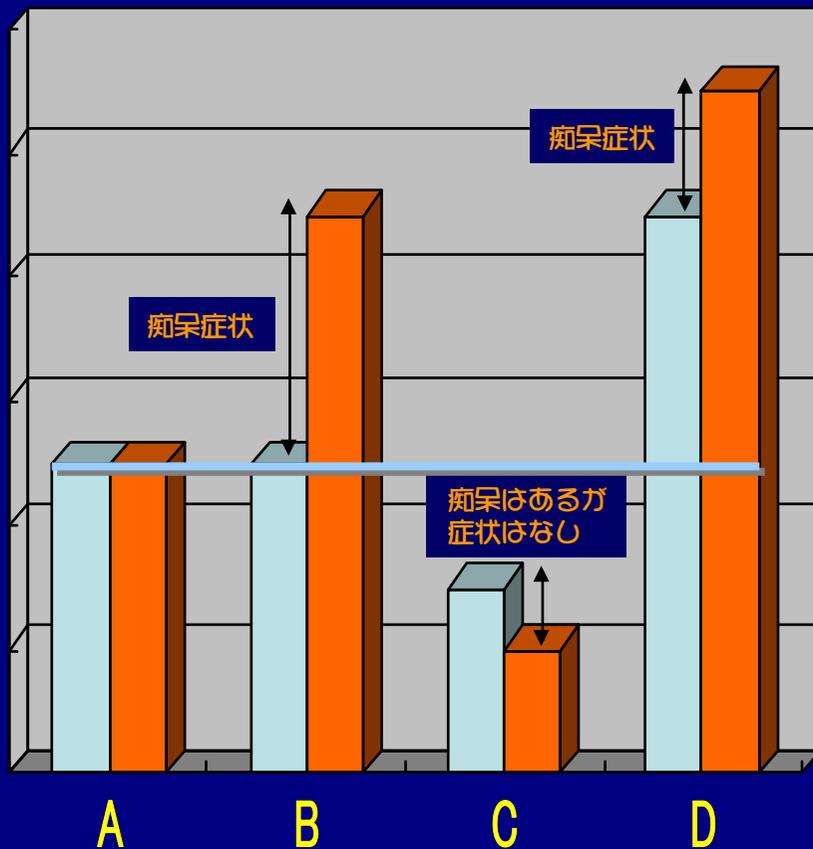


痴呆性老人の年齢階層別出現率



痴呆の有病性・有症性

■ 知的活動水準 ■ 社会的要求性



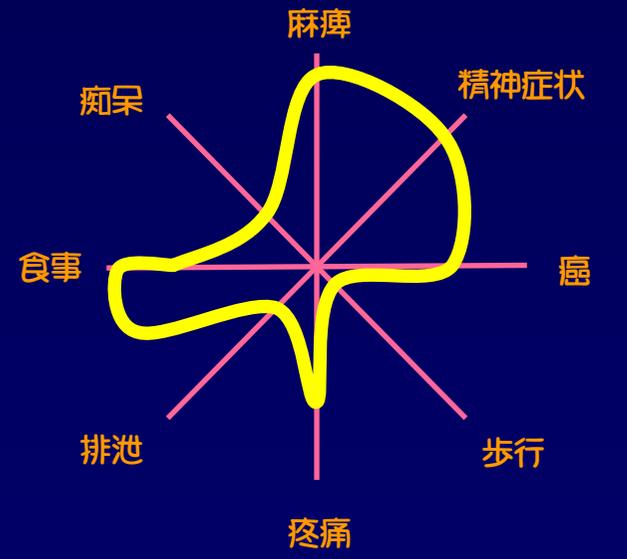
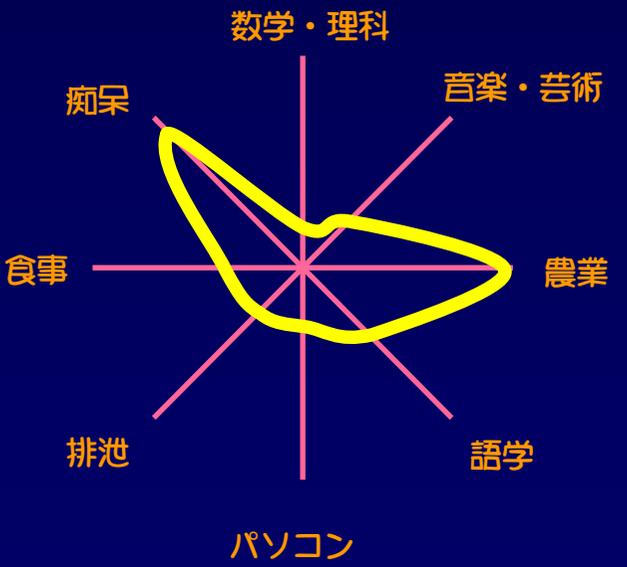
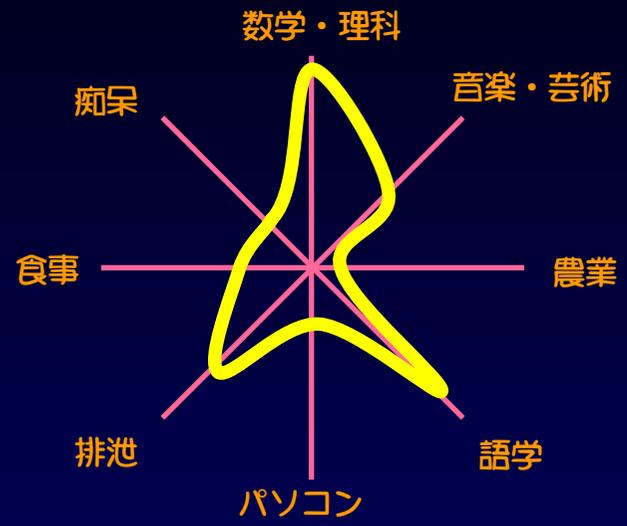
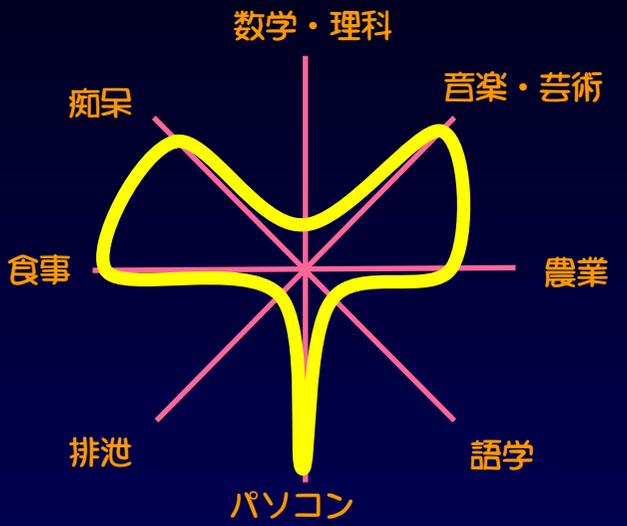
A : 正常

B : 医学的に痴呆はないが、社会的要求度が高くなってしまったため自立した生活を送れない。(社会の変化に呼応できない)

C : 医学的に痴呆は認めるが自立生活可能(住み慣れた環境なら自立可能)

D : 知的活動水準は高いが、社会的要求の急速な変化についていけない。(コンピューター、IT) 例えば、インターネットバンキング、新しい家電製品が使えない)

異常な人、病人として考えるのではなく 「そのような人」として受容すること



算数ができても体育が苦手な子

言葉を早く覚えたがおむつがなかなか取れない子

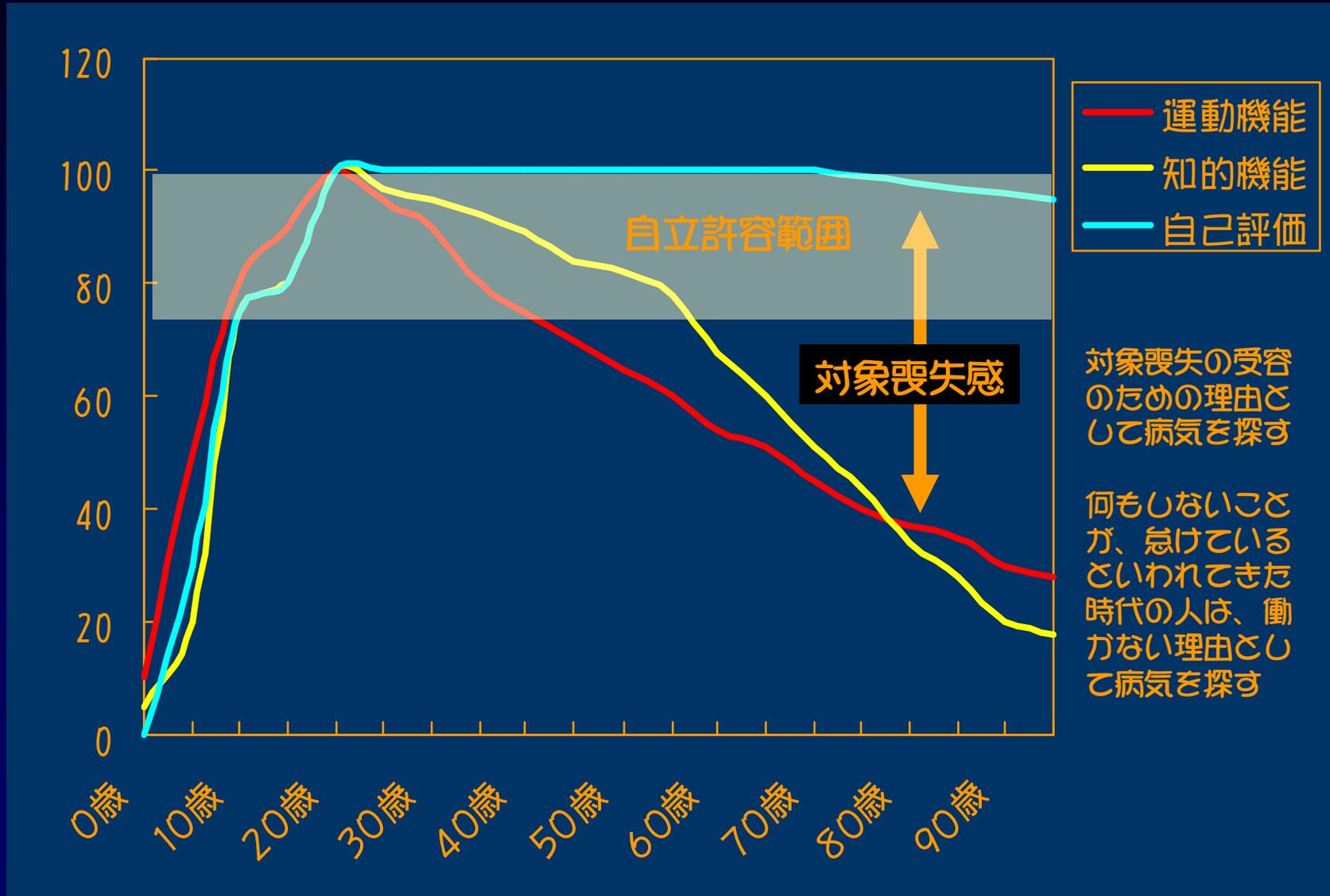
きちんと仕事をこなすが、人とうまくつきあえない人

昔のことはよく覚えているが、最近のことは忘れてしまう人

火の始末ができないが、野菜作りはできる人

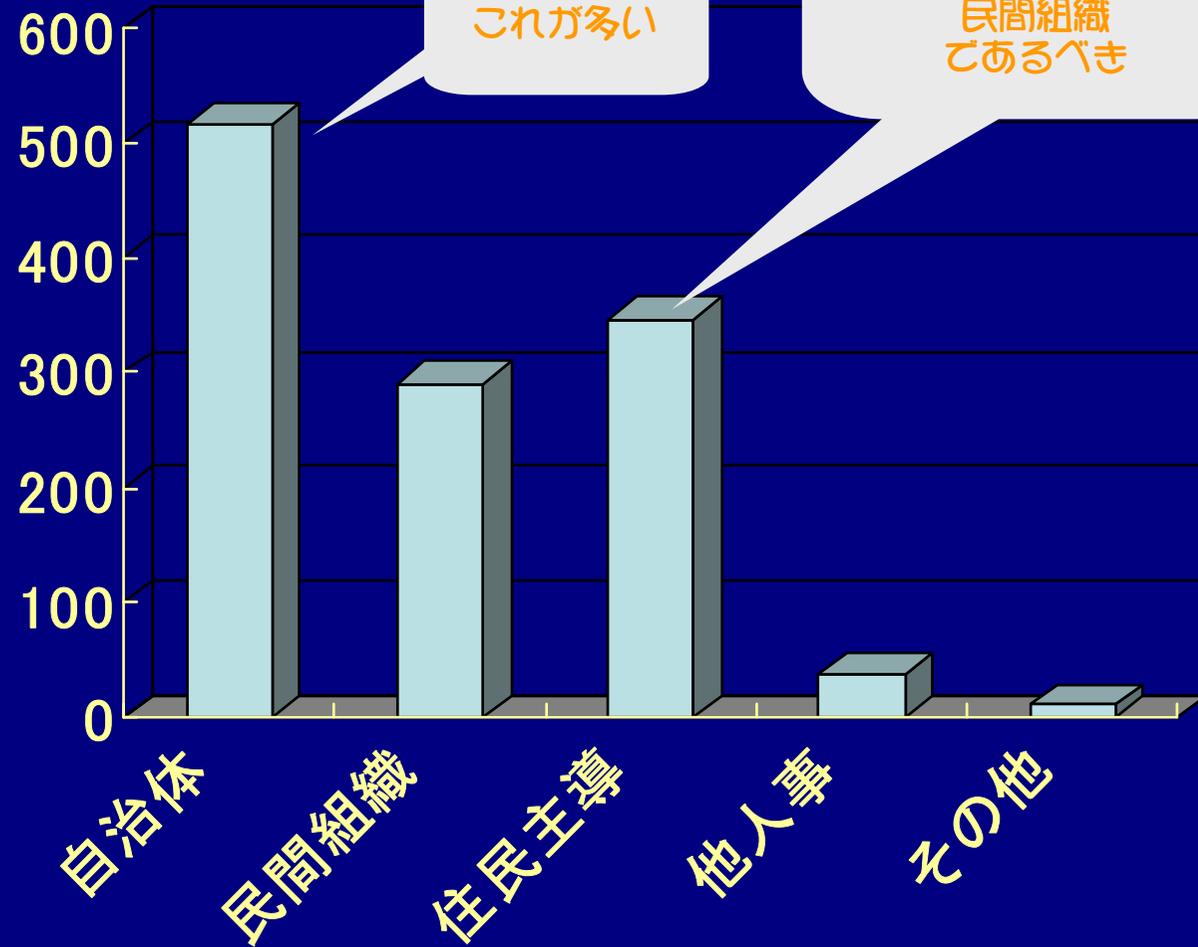
運動・知的機能と自己評価の推移

対象喪失感の原因として老化ではなく疾病に原因を求める



社会福祉のあるべき姿

茨城町統計より



これが多い

基本は住民・本人主導
そのための
行政サービス
民間組織
であるべき

高齢者の気持ち・高齢者の持つ不安

仕事をせずに1日何もせずにいることが怠けていることだと思う

そのために病気を理由にしたい

機能低下の原因を疾病であることで受容しようとする

人の世話にはなりたくない

自分のできることをしていたい

よき時代の思い出の中で生きていたい

自分の正常な姿が、もっとも充実していた時期の自分である

昔のような仕事ができないのは、どこかに病気があると考え

年齢に伴う機能低下を受容出来ずに、あちこちの医療機関を訪ね歩き

元の自分に戻してくれるところを探し歩く

自分の期待する診断を下す医療機関を見つけようとする

信頼出来る医師・看護師がいない

いろいろな医療機関を訪れる

障害がある時には家族に少しは面倒を見て欲しい

一生懸命働いて育てた子供に面倒を見て欲しい

家族とともに最後まで暮らしたい

財産は自分のために使うのではなく、子供に残して、世話をして欲しい

欧米との違い

高齢者の主張 (口には出せないけど)

これまで一生懸命働いて、家を造り、子供を育てて、戦争なども経験し、社会のために働いてきたのに、どうして年をとったからといって小さくなって、遠慮しながら生きていかなければならないのか

若い人に迷惑はかけたくないけれど、少しは思いやりを持って欲しい

家族が病気になった時は、自分も必死で心配し、看病してきた

ちょっと具合が良くないからといって、入院・入所させられるのは耐えられない

介護のための入院・入所は、家族・社会がやっかい払いすることだ

長生きしたいわけではなく、今の生活のまま終わりたい

健康老死

具合の悪いのを年のせいにするのではなくきちんと見て欲しい

在宅福祉・医療

おかゆ 生姜湯からの在宅医療
身近な人を慈しむ心



あなたはどのように生きていたいですか
あなたはどのように死にたいですか

高齢者在宅福祉・医療の目指すもの

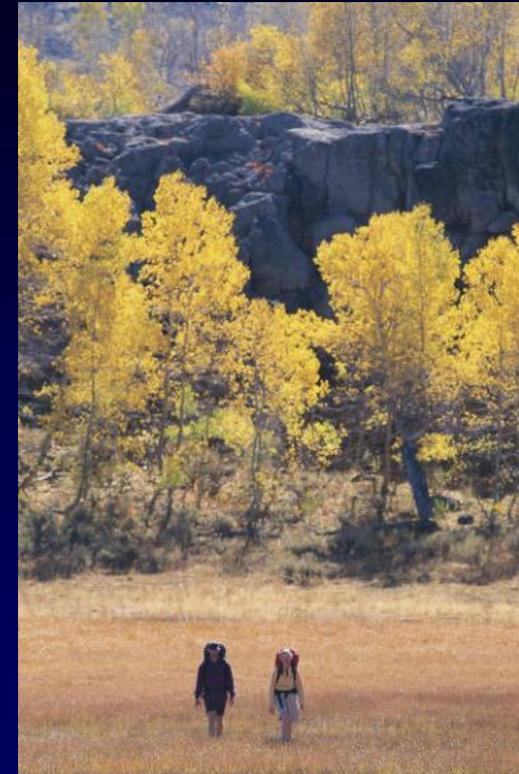
私らしく生きる
私らしく終える

四苦を背負いながら生きるために

病のみを取り除くことを目的とした医療ではなく、
病を持ちながら生きることを考えること

治癒可能なら短期間の入院生活は我慢できる
かもしれない

死ぬまで持ち続けなければならない疾患なら、
自分らしくともに生きることを考えたい
どうしてほっとできる病院がないのだろう



治らない病気になった時にどう生きるか、生きたいか

私の考えたこと

どうせ治らないのなら、入院や入所をして治るかもしれないというかなわぬ夢を追い続けるより、今のうちにできることを精一杯していたい。

入院しても、共同生活で気を遣うし、怖い看護婦さんに怒られながら生活したり、ろくに話もひにこない医者に束縛されながら生きるのはまっぴら

どうせ死ぬのなら、まずい病院食を食べたり、小さなテレビだけが娯楽の環境では生活したくない。好きなものを食べたり、自由に外出や旅行に行ったり、買い物へ行ったり、友達と飲みに行ったりしたい

体の自由がきかなくなっても自分の家で生活したい

自分の家で最後は迎えたい

治らないということは、近々お迎えが来るということだから、何事があってもそれでいいと思う

治らなくても、生きる目的がある中で生活したい

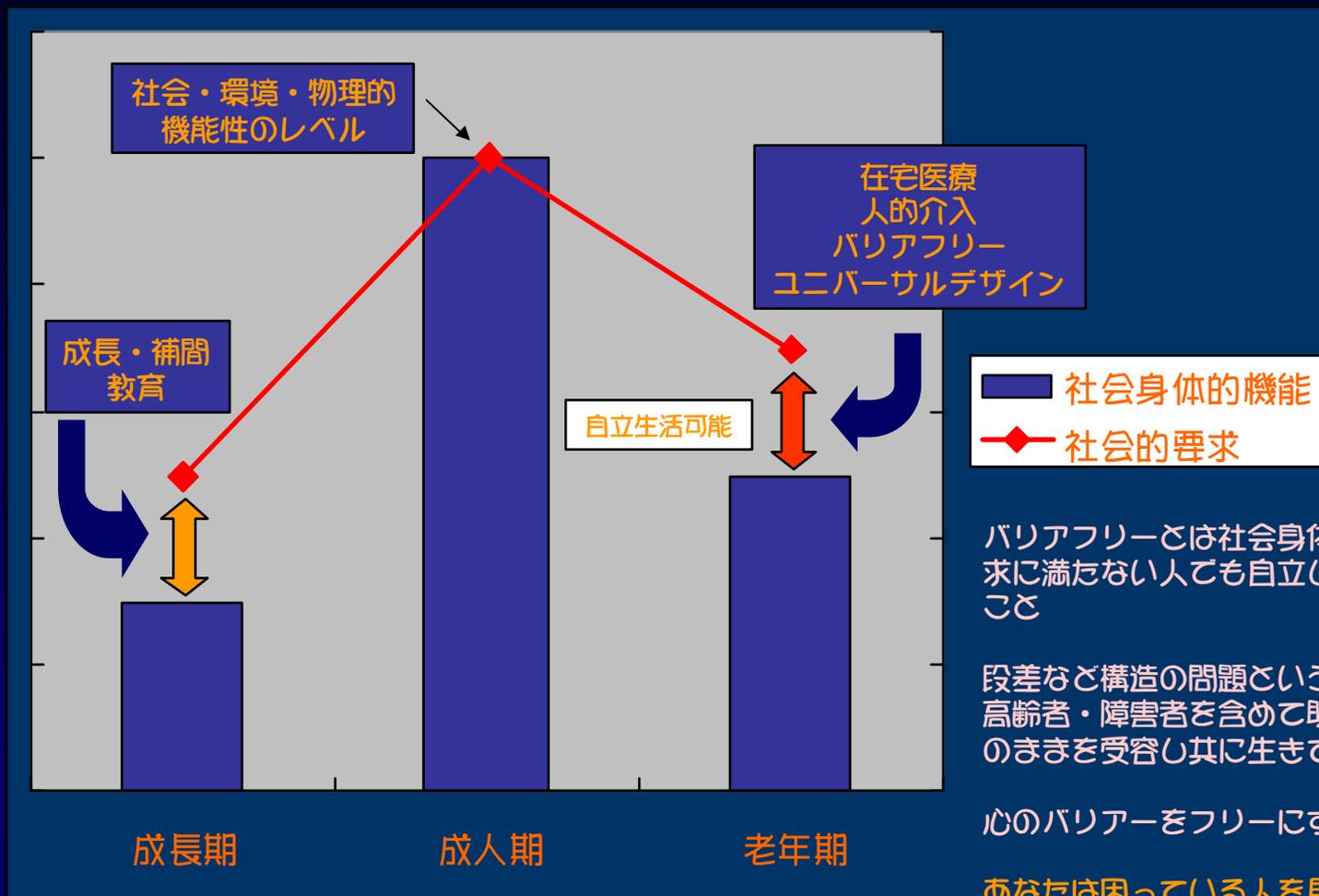
最後まで自分にできることで社会に貢献出来ることがあればそれをしたい

苦痛はとって欲しい

私の人生の豊かさを決めるのは医療だけではないと思う

老年期福祉のイメージ

自立した生活を送るための援助



バリアフリーとは社会身体的機能が社会的要求に満たない人でも自立して暮らせるということ

段差など構造の問題というより
高齢者・障害者を含めて助け合いながら、そのまます容ひ共に生きていくということ

心のバリアーをフリーにすること

あなたは困っている人を見たときに自分が
してあげられる事を明確に伝えられますか？

教育は本来、自立した成人となる
ということを目指す



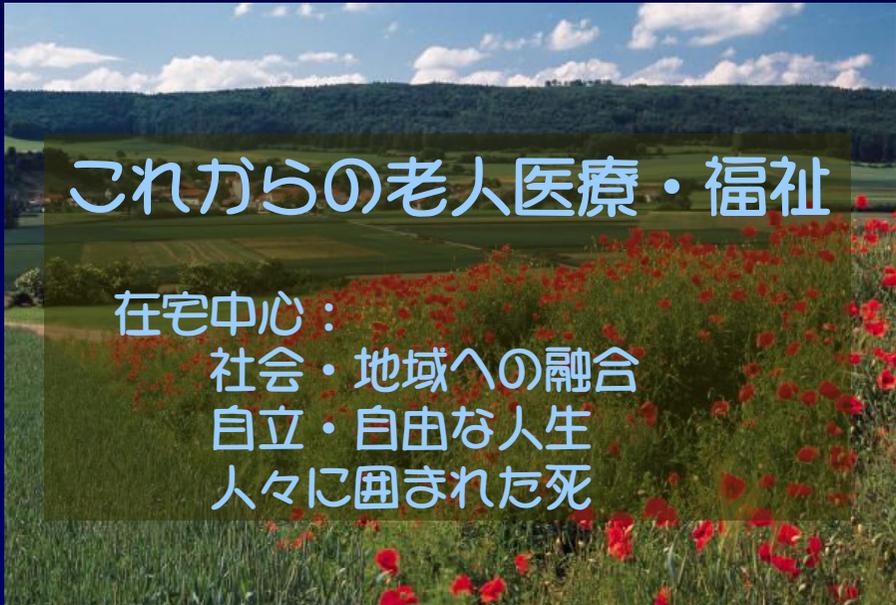
従来の老人医療・福祉

施設中心：
社会からの隔離
管理された人生
孤独な死

隔離・管理型の福祉から
融合・自立型の福祉のために

「入院・入所中に戦争中の生活を思い出す人が多いのは、その環境が兵舎での生活のようだから」

なぜ遺体は裏口から出て行くのか？
誇りを持って死ぬということ



これからの老人医療・福祉

在宅中心：
社会・地域への融合
自立・自由な人生
人々に囲まれた死

現在の社会の基盤を作った世代への敬意

高齢者が持つ知識と経験の次世代への受け渡し

高齢者の社会参加

介護者の生活を犠牲にすることなく、共に生きていくこと

在宅医療と往診の違い

往診

病気の治療を目的とした一時的な自宅での診療
主に医療保険で行われる

在宅医療

病をもつ人が、自らの人生の質（QOL）を維持するための一つの援助

様々な社会資源を統合して人としての尊厳を維持するための活動

在宅医療、在宅看護はその中のひとつ

医療保険、介護保険、その他の社会資産を活用する

様々な人々が専門性を生かして分け隔てなく共に生きること

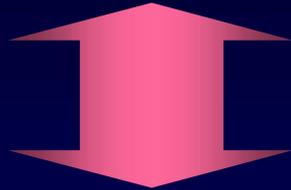
在宅診療：在宅医療のひとつとして行われる医療的支援

通院に時間を使うより有意義な時間を見つけて欲しい

在宅支援の目的

高齢者が病気になること・生物学的変化をおこすこと
で自分らしく生きることができなくなる

本人・家族



宗教学 医学
哲学 看護学
行政 歴史学 心理学
経済学 社会学
法学 福祉学

本人の希望の実現

介護者の人生の保持
在宅医療が介護者の過度な負
担の上に成り立つのでは、い
ずれは共に生きていくことが
難しくなる

私らしい
生き方の回復

本人の希望
生き方に対する考え
身体的・精神的状況
社会的状況
物理的状況
家の状況
心理的状況
生活史
家族状況
家族関係
家族の人生の保持

様々な支援の一つとして
在宅医療がある
高齢者福祉には医療との連携が不可欠

在宅生活のためのハードウェア

生きる必然性があるということ

在宅生活

在宅診療所

訪問看護

在宅支援事業所
介護支援センター

軽作業所など

障害児の受け入れ
不適応児童のサポート

食事

リハビリテーション

リラクゼーション
運動機能維持
プール、ジャグジー
入浴

アトリエ

生きる必然性の発見
芸術・創作
料理、手芸、工芸
花作り、菜園
音楽、読書
瞑想、回想
IT、ボランティア
買い物、友人との会話
何もしない
仕事

ホスピス

ケアハウス

終生の住処を
作り出す

管理

ITの活用

ショートステイ

家族のレスパイト
集中してほしいこと
がある

教育・啓蒙
ボランティア拠点
家族参加

行政

医療的支援

社会福祉的支援

在宅医療の適応者

慢性疾患を持ちながら
自宅での自分らしい生活・療養を希望される人

自宅が一番の安らぎの場と思う
病院が嫌い、入院・入所はしたくない
寝たきりなどで、通院が困難
通院には家族の付き添いが必要
検査には大きな病院に行くが日常は自宅で生活したい
自宅で生活したいが、密度の高い医学的管理が必要
身体が不自由・痴呆症状があってもできるだけ独立して自宅で暮らしたい

医療費・介護保険の問題から現状では
高齢者以外は難しい家族の存在が前提
で、完全な一人暮らしの人に対しては
自立はまだ難しい

在宅が入院・入所かの選択

在宅を決定する理由

病気でもなるべく自分らしい生活を維持したい
自宅にしながら入院と同等の治療・看護が受けられる
入院していても主治医が回診してくるのは僅か
看護師さんともゆっくり話す時間もない
家族の付き添いを要求される
家族が自分の生活を犠牲にして病院に出向く
入院中の生活の場がベッドしかない
食事が合わない
入浴も自由にできない
タクシーで通院するとそれだけで何千円もかかる

入院・入所を決定する理由

家で何事があったら大変
家族に家で介護する余裕がない
人に迷惑がかかる
家で見るより高度なことをしている気がする
末期がんと言われたが、入院していれば治してもらえる気がする
在宅ではできない検査・治療を受けている
病院・施設のほうが満足度が高いと思う

在宅医療・介護保険の問題点

自宅で治療を行うことに対して十分な支援制度がない

ケアマネージャーが医療的な判断をしなければならない

看護やリハビリは医療の一部であるべきだが、ケアマネージャーが
適否を判断しなければならない

介護用ベッド、福祉用具は失われた機能を補完し、残された機能を最大限に発揮出来るものを選ぶ必要がある

家族の協力・犠牲が前提の仕組み

入所（隔離）施設重視の考え方から離脱出来ていない

様々な社会的資源が利用者主体ではない

単にぼけ老人の世話をすればいいと考えても事業ができる

行政の支援が、入所施設重視で在宅医療を推進する体制がまだ整っていない

老人福祉施設・高齢者の住んでいる住宅の問題

施設で気がつくこと

建物自体が慣れ親しんだ家より巨大
病室のような部屋で終の棲家とはなりえない
衣食住は最低限満たされているが、生きる必然性を発見できるものに乏しい
画一的なサービスが効率よく行えるように作られている
一方的にサービスを受ける人となり、自分の残された機能を生かす場所がない
保育園のような扱い、時間割の予定を強要される
事故をあまりにも恐れ、寝たきり・ボケ防止と称してどうにか歩ける人でも車椅子に乗せられる
個性のない病衣を全員が着る
「高齢者」という既成概念の中で、価値観が強要される
生活の場が限られ、自由に乏しい
空調・調湿・換気に配慮がない
プライバシーが、年寄りだから恥ずかしくないと思われ保たれていない
外の社会・地域との交流がない
静かに一人で過ごす場所がない
魂を見つめる場所がない
終の棲家とし、誇りを持って人生を終えるのに、玄関ではなく裏口から帰る
好きな食事、治療食になかなか対応してもらえない

高齢者の住む住宅の問題点

空調・調湿・換気に配慮がない。外と同じ環境のため、体に負担がかかる
家の中の温度差が大きすぎる
荷物が散乱していて転倒などの危険が多い
他の家族から隔離されている
水周りが機能的とはいえない
危険な傾斜・段差が多い
扱いに注意を要する設備が多い

いばらき診療所の活動



あなたらしさのために

医療法人いばらき会における在宅医療の現状

1996年 いばらき診療所たかば
 1998年 医療法人社団いばらき会
 1998年 訪問看護ステーションひたち
 1998年 訪問看護ステーションたかば
 1998年 訪問看護ステーションとうがい
 1998年 いばらき診療所ひたち
 2000年 いばらき会訪問介護事業所
 2000年 いばらき診療所とうがい
 2001年 ケアプランセンターとうがい
 2001年 デイサービスセンター(大みかの湯)
 2002年 デイサービスセンターたびこの湯
 2003年— 水戸市南部、茨城町に診療所、訪問看護ステーション、付帯施設を設立予定

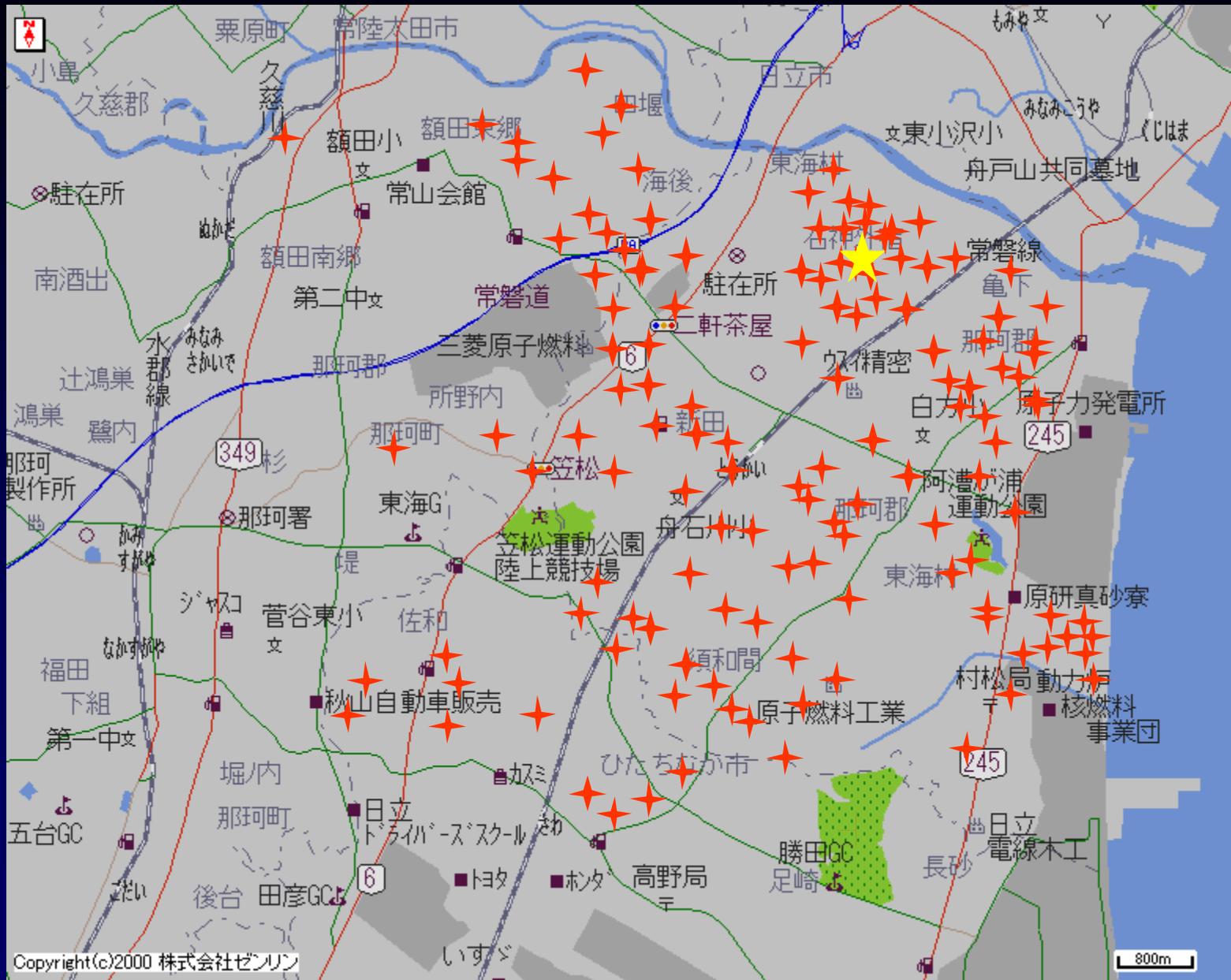
訪問地域

水戸市 ひたちなか市 東海村
 日立市 (南部地区中心)
 那珂町 (一部) 常陸太田市 (一部)

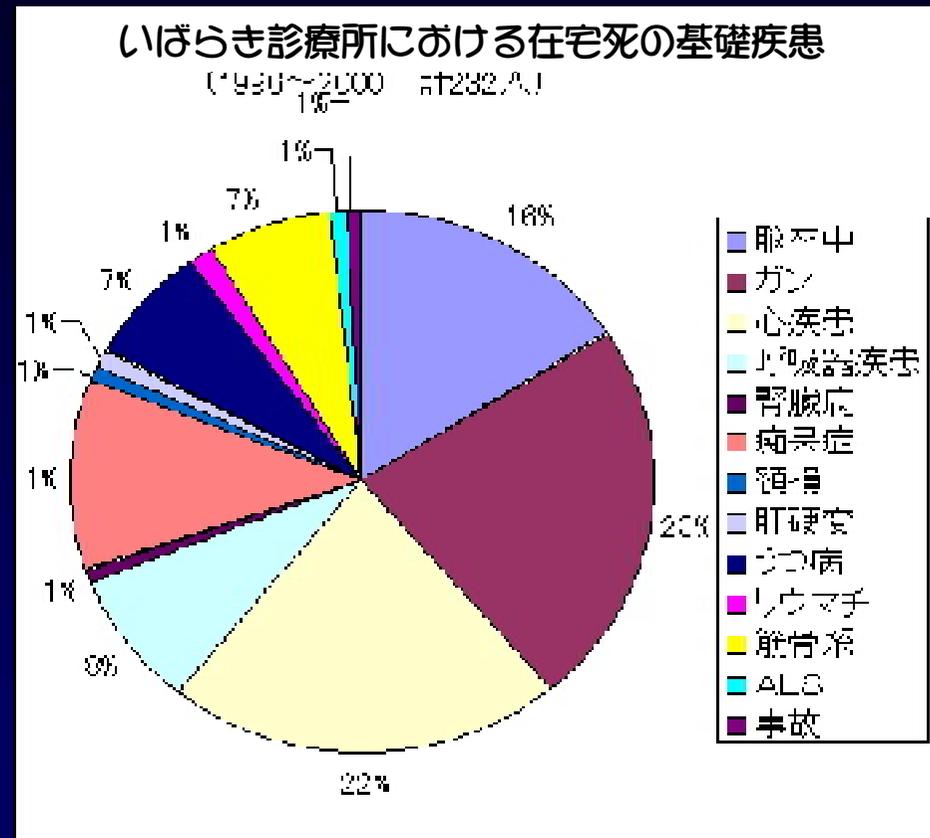
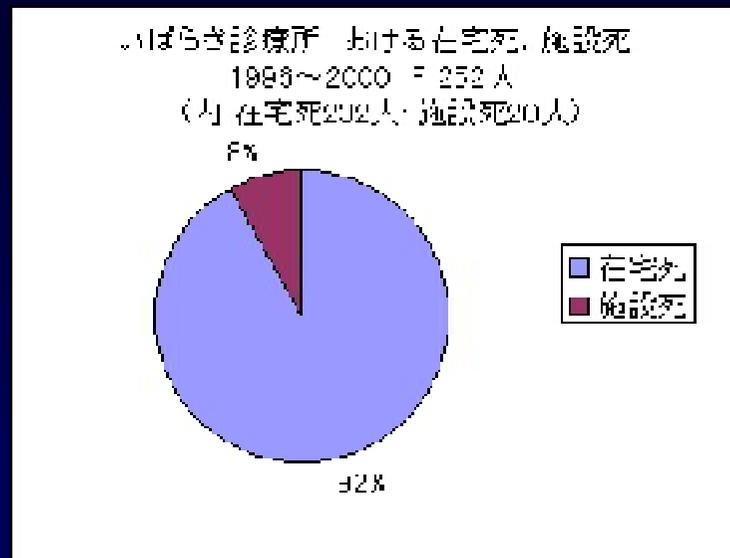
患者数

在宅診療+訪問看護 : 約1000名

医師	常勤	4名
	非常勤	11名
看護婦	常勤	18名
	非常勤	19名
理学療法士		1名
作業療法士		3名
マッサージ師		2名
管理栄養士		1名
ヘルパー		32名
事務系	事務長	1名
	ケアマネージャー	4名
	コーディネーター	9名
	医事課	7名
経理・総務課		7名
合計		119名



いばらき会における在宅死



在宅診療・訪問看護の具体例

いばらき診療所とうがい ケアプランセンターとうがい、訪問看護ステーション

医師：常勤2名、非常勤2名
看護師：常勤8名、非常勤4名
ケアマネージャー：常勤2名（うち1名看護師兼務）
事務
医事課：3名
総務課：3名
診療コーディネーター：2名

在宅診療：157名
在宅看護：143名

特徴：医師、看護師、ケアマネージャーが同じ施設内に拠点を持ち、常に患者情報を共有している
24時間対応
疾患についてだけでなく、家族状況、経済状況、本人の希望など多方面からの
アプローチがすぐに行える
利用者の変化にすぐに対応できる
医師は診療コーディネーターと2人で訪問し、会計、処方の手配、検査の手配がその場で可能
他のサービスへの連絡がすぐにとれ、医師は診療に専念できる
有症時看護師は病棟の看護師と同じように治療に参加する
ケアプランの変更が状態に応じてすぐに行える
地域そのものが病院、病室は自宅になり得ると言うイメージ

在宅医療・診療でできること（例）

診療（24時間対応）

診察、紹介、死亡確認
点滴
経管栄養の管理、胃管の挿入
中心静脈栄養、CV catheterの挿入
呼吸器の管理、酸素吸入
膀胱留置カテーテルの挿入・管理、導尿
心電図、超音波、単純レントゲンなどの検査
血液・尿検査、血糖測定
導創の処置・治療、その他縫合など創処置
関節穿刺、注射
心肺蘇生
癌性疼痛の管理、麻薬の管理
精神的サポート（本人、家族）

一般的な内科的治療は入院と同様に可能

手術処置は不可

内視鏡、心臓カテーテルなどは不可

CT、MRIなどの検査は不可

このような場合は病院に紹介し
治療・検査を行い自宅に戻る

看護・リハ（24時間対応）

清拭
食事・服薬介助指導
vital signのチェック
理学療法、ホットパック
リハビリ
精神的サポート（本人、家族）
病棟看護師と同様な診療への協力

薬剤

処方薬の配達
服薬指導

ヘルパーとの協調

その他の介護サービスの手配

在宅支援のためのモデル

共に生きるということ

本人・家族

チームの形成

open 在宅 クリニック

医師

医療コーディネーター

看護師

理学療法士

ケアマネージャー

ヘルパー

ボランティア

情報の共有
機材の共有
24時間対応
各専門の視点
パラメディカル
の共有

開業医

勤務医

定期訪問診療・看護
地域回診

有症時訪問診療・看護

高密度在宅治療の適否の判断

高度医療のための紹介・搬送

検査のアレンジ

点滴・注入ポンプ・酸素など

治療機材の持ち込み

薬剤の手配

介護ベッドなど、介護者負担軽減の

ための機材の手配

患者情報の共有

治療方針・ケアプランの作成・変更

アクティブデイサービス

ショートステイ

グループホーム

ケアハウス

高度機能病院

診療の実際



医師訪問診療
定期訪問
緊急時訪問

コーディネーターが同行し
その場で事務処理を行う



リハスタッフ
医師の訪問



看護師訪問

通常は一人で訪問し、30分、1時間の滞在の中で、vital sign check、清拭、食事介助、薬剤管理、点滴、酸素などの管理を行い、主治医に報告する



薬剤師
処方薬の配達

訪問介護
身体・家事介護

末期癌などで、自宅に戻る時は状態の良い時に在宅に移行し、少しでも長く充実した時間を送ることができるよう早めに体制を整える。

医療保険・介護保険でできる在宅サービス

月当たりの平均費用（150名平均）

医 師	医療保険	5272円
	介護保険 (居宅療養管理指導)	510円
看護師・理学療法士	医療保険・介護保険	2951円
管理栄養士	医療保険・介護保険	485円
訪問介護	介護保険	3989円
通所リハ	介護保険	6530円

医療保険の上限 (在宅) 12000円
介護保険の上限 約37000円

在宅サービス(主なもの)

- ・通所介護(デイサービスまたはデイケア)
- ・短期入所生活介護(ショートステイ)
- ・訪問介護
- ・訪問看護(PTによるリハビリを含む)
- ・通所リハビリ
- ・住宅改修
- ・福祉用具の貸与

代表的なスケジュール

安定期

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

○ 医師 訪問

○ 看護師 訪問

○ デーサービス

○ 訪問介護

医療：6000円
介護：10000円

急性期（急性期脳梗塞）

日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

医療：12000円
介護：30000円

在宅と施設入所の料金の比較

在宅医療		特別養護老人ホーム	介護老人保健施設
医療 (訪問2回、 24時間対応)	67040		
介護 (訪問看護 14回)	110600		
薬剤	35720		
費用合計	213360円	392080円 +日常生活費, 食費 約20000-30000円 その他	394200円 +日常生活費, 食費 約20000-30000円 その他
本人負担	約 21336円	約 40000円-	約 40000円-

事例紹介 (1)

67歳 女性 肝臓癌 末期

1年前に肝臓癌と診断され、入院治療をしていたが、余命僅かと宣告され、家に戻りたいとの希望強く、退院後在宅診療が開始された。

家族構成：夫、娘と3人暮らし

退院時状況：がん告知 済、PTCD挿入中、MSC服用中

退院後本人・家族の考え方、希望などを聞きながら、治療計画を作成。約1ヶ月は痛みもなく、食事も自力で摂取していたが、徐々に食欲低下、全身衰弱、不眠、腹部痛、全身倦怠感を訴えるようになった。2週間後、経口での痛みのコントロール不良と判断、また、脱水による倦怠感などの改善を目指し、CVカテーテルを自宅に挿入（ポンプ装着）。同時に、モルヒネの持続静注（PCA）を開始。医師の訪問1日2回、看護師の訪問1日3回のペースで行い、痛み苦痛のコントロールを最優先に、本人・家族と相談しながら決定。その後、肝不全に伴う意識障害出現、家族に対し死に至るプロセスの説明などを繰り返し行う。永眠前夜（1月1日）、家族3人が川の字になって休み、最後の夜を過ごす。痛み苦痛はほとんど認められなかった。1月2日、夫、娘の見守る中、静かに永眠された。呼吸停止との連絡を受け、医師・看護師が訪問、死亡確認を行った。

家族の印象：自宅で過ごせたのは短い間だったが、苦しむようなこともなく、息を引き取るときも医師から聴いていたような経過で、取り乱すこともなく看取ることができ、本人も長い闘病生活の最後に自宅に戻れて本当によかったと思っていると思う。

事例紹介 (2)

87歳 女性 両側中大脳動脈領域脳梗塞

10年前に左中大脳動脈脳梗塞のため右半身不全麻痺、自力歩行可能な状態まで回復していたが、5年前に右脳梗塞のためベッド上の生活となり、しばらく入院していたが、症状固定、本人の希望により在宅での療養となる。

家族構成：夫とは20年前に死別、長男夫婦（キーパーソン：長男の嫁）

退院時状況：会話は単語程度可能、食事、排泄、寝返り全介助、要介護5

退院当初は、入浴介助、清拭おむつ交換のためのヘルパーのアレンジ、介護用ベッドレンタルなど医療よりもむしろ介護環境整備に重点を置いた介入が、ケアマネを中心に行われた。本人は地方はあるが会話が可能で、「長生きしたい」、「できる限りの治療」を希望される。日常的な介護は長男の嫁が中心になり行われた。退院3年目、全身性痙攣発作あるも経口薬にてコントロールされた。退院4年目、肺炎から敗血症、播種性血管内凝固症を併発、血管確保（CV root）、在宅酸素療法、抗生剤投与、抗凝固療法、強心剤、昇圧剤投与（ポンプ2台使用）、尿カテーテル挿入。医師訪問1日1-3回、看護師2-3回（Vital Sign 1日2回）などの体制で治療を行い、症状改善し経口摂取可能、会話可能な状態に改善した。この間家族から栄養補給など延命治療は必要ないとの希望が出されたが、これらの治療により改善の見込みがあり延命治療ではないことなどを何度も話し合い、結局症状が改善したために、家族も延命治療とは異なる意味であること、本人の意思がある程度確認できていることなどから治療に対し肯定的な印象を持っている。

その後、点滴なども抜去し、経口摂取可能となった。その後、家族から症状安定しており、介護に家族が疲れたので施設に入所させたいとの希望があり（本人は在宅を強く希望）、老健施設に入所。入所後約1ヶ月で施設にて死亡。

事例紹介 (3)

92歳 女性 (妻) 肺がん 末期
95歳 男性 (夫) すい臓がん 末期

92歳女性、肺がん末期と診断され入院していたが、最後は自宅で過ごすことを勧められた。夫である95歳の男性は妻の介護をしていたが、腰痛、食欲低下が出現、妻の在宅診療中に診察を依頼され、診察・検査（日帰りでのCT検査）の結果、すい臓がん末期と診断され、2人とも在宅での療養（2人とも死ぬときは自宅でと決めていた）を希望され、在宅診療となる

家族構成：長男夫婦と同居（キーパーソン：長男の嫁）

退院時状況：妻が退院してからも、夫は傍らで食事・排泄の介助を続けていた。妻は「どうせ直らない」とネガティブな反応を示していたが、70年間連れ添った夫と自宅で過ごせることで満足しているとの話があった。1ヵ月後、胸水の貯留が増大し、自宅にて胸水穿刺を行う。同時に低酸素血症が認められ、呼吸苦が強くなったため、在宅酸素療法開始。自力での食事摂取困難となり、家族が介助していたが必要量の食事が入らず、家族もストレスに感じていた。TPN開始し、家族の食べさせなければいけないと言うストレスの軽減と、オピオイドの持続注入を開始。一時本人からの苦痛の訴えもなくなり、家族も好きなものを食べられるだけ食べられれば良いと言うことで、不安が減少した。介護用ベッドを使用し、家族の負担の軽減も図った。2ヵ月後、妻の様態悪化し、オピオイドの増量、PCAの使用により苦痛の表情はコントロールされた。退院後3ヶ月目に、夫、子供、孫の見守る中永眠された。状態悪化後の医療者の訪問は、医師一日3回（朝、昼、夕方）、看護師一日4回（朝、昼、夕、夜）程度であった。

妻の葬儀の後すぐに夫に黄疸出現、PTCDなども考慮されたが本人希望せず、投薬により一時黄疸は軽減、腰痛・腹部痛が出現、せん妄なども強くなったため、CSIがCVによる痛みのコントロールを行うこととなり、本人・家族と相談、栄養補給、脱水改善の意味もあり、自宅でTPN開始。痛みは軽減され一時車椅子で散歩に行くことができた（新築中の家を見に行くことができた）。その後、肝不全状態となり家族に見守られながら永眠された。

事例紹介 (4)

89歳 女性 腰椎圧迫骨折

自宅の庭で転倒し、強い腰痛が出現、歩行困難となる。痛みのため寝たきりとなり、食事、排泄もベッド上となった。本人・家族の意思により、在宅での治療希望され、在宅訪問が開始された。本人の意識、判断力があり、軽度の痴呆症状を認めるものの、意思疎通は良好であった。医師訪問時、腰椎上部の圧迫骨折が疑われ、在宅でレントゲン撮影し、腰椎1番の圧迫骨折と診断、局所麻酔、NSAID、筋弛緩剤などの治療を開始、1週間に1回の医師の訪問、1日1回の看護師の訪問、入浴サービス、身体介護のためのヘルパー派遣などを行い、約3週間後には、ほぼ転倒以前のADLに戻った。医療者側より在宅診療の中止の申し出をしたが、高血圧などもあり、本人の希望で在宅診療を続けている。現在では、畑仕事ができるほどまで改善し、医療者の訪問回数も月2回程度で、元気に生活している。

本人は以前腰痛のための入院を経験して、入院時よりも自由度が高く、治療も入院時以上に密度が濃かったため、在宅での療養を選択したことを満足に考えている。

事例紹介 (5)

95歳 男性 アルツハイマー型痴呆、心不全

数年前より痴呆症状が出現、はじめは物忘れ程度であったが、最近では徘徊、妄想、短・中期記憶力障害、失見当識が強くなり、食事を食べていない、何かを探して徘徊、戦争中の記憶と現在の混同、などの症状が認められるようになった。心不全が悪化し、病院に入院。入院当日、暴れる、酸素、点滴をとるなどの行動があり、手足を抑制された。抑制されてからこれらの症状がますます強くなり、午前0時ごろに強制退院となる。翌日往診の依頼があり、在宅での療養を家族が希望された。心不全に対して経口薬で改善を試み、浮腫、呼吸困難、低酸素血症はおよそ1週間で改善した。この間、畑を見回りに行く徘徊、清拭の拒絶、前後のつながりのない会話などの症状が認められていたが、夜間は特に問題行動なく良眠していた。状態安定し、家族のレスパイトのためショートステイを頻回（毎月1週間）に利用し、自宅と往復しながら生活、診療は帰宅時に合わせて行った。数回目の利用時に心不全が悪化し、関連の病院に入院、前回同様問題行動があり手足の抑制を行いながら点滴などの治療を受けたが、病院で永眠された。

事例紹介 (6)

87歳 女性 左中大脳動脈脳梗塞、運動性失語

5年前に左中大脳動脈閉塞による脳梗塞に罹患、麻痺は軽度で日常生活動作に支障がない程度に回復したが、運動性失語症が後遺症として残り、以後自宅に引きこもりの状態となる。言語療法に対しても拒否的で、デイサービスに行っても自分の思っていることが伝えられず、1回行っただけで以後拒否、自宅でテレビなどを見ながら臥床していることが多くなった。この時点で、訪問医療月2回、訪問看護月2回の頻度で、主に言語療法を中心としたプログラムを作成、看護師は、書字・朗読などの訓練を開始。訓練開始後約1ヶ月で、述語数の増加、比較的長い文章の構築が徐々に可能となり、本人のストレスレベルも低下、自ら周囲に対して働きかけを試みるようになった。家人が同様の訓練を試みたときは拒否的であったが、医師・看護師の訪問により意欲が持てるようになり、臥床時間も少なくなってきた。3ヶ月を経過し、まだ大勢の中に入ることには躊躇があるものの、訪問を心待ちにし、自ら進んで言語訓練をするようになった。

事例紹介 (7)

91歳 女性 変形性膝関節症、心不全

数年前より変形性膝関節症による疼痛のため歩行が困難となり、また、心不全のため運動負荷耐性が低下したため、自宅にいたことが多くなった。自宅では、同居している長男夫婦が二人とも仕事があり、留守番をしながら和洋裁、手芸、読書などして過ごしている。要介護の認定を受け、家人が一人で一日中いることを心配し、訪問診療月1回、デイサービスへ週に2回通所することを決めた。デイサービスでは、時間割が決まっており、参加者全員が同時に手芸、歌、ゲームなどをし、食事の時間も決まっており、一人でゆっくり入浴することもできず、管理された時間に対し不満があった。手芸の内容についても、「幼稚園」のような内容で、本人はより専門的で実用的なものを求めていたが、参加者全員ができる物しか認められなかった。また、本人は読書をしたり、手紙を書いたりする時間が欲しかったが、その施設では全員参加が原則で、認められなかった。施設は、食堂、活動の場、休息の場が分離されておらず、時間によって同一空間を変更して使用しているため、ほとんど時間的にも自由が認められなかった。その後、新しくできたデイサービスに代え、比較的自由な時間が得られたため、現在は比較的満足している。

事例紹介 (8)

81歳 女性 多発脳梗塞、狭心症

長男夫婦と同居、近くに次男、長女が住んでいる

2年前より、物忘れが目立つようになってきたため、近医にてMRI施行し、ビンスワンガー型痴呆症が疑われていたが、日常生活に支障はなかった。5年前に夫を胃癌のため亡くし、その時子供たちの勧めもあって、夫の財産（主に以前より生活していた住居）を子供たちに配分、自分は子供たちがいずれは面倒を見てくれるものだと思っていた。本人は在宅での終生の生活を希望していた。以前から長男の嫁と折り合いが悪く、食事も自分で作って一人で食べるが多かった。同居家族とはほとんど交流が乏しく、時折長男が部屋に訪ねてくる程度であった。狭心症発作が出現し、往診の依頼を受け在宅診療を開始。検査に病院への受診を勧めたが、家族が非協力的で受診出来ず、薬物療法にて症状は安定していた。家族から、これ以上具合が悪くなったら金銭的に家では見切れないとの相談を受け、ケアマネジャーが調査したところ、本人に年金以外の収入はなく、家は長男名義、わずかな預金は長男管理、となっていた。本人の状態は、家族の見守りがあれば十分在宅での生活が可能と考えられたが、家族が在宅介護を拒否したため本人は在宅を希望しているが、現在グループホームへの入所を家族が希望し、順番待ちの状態。金銭的にある程度余裕があれば、様々なサービスを組み合わせ、在宅での生活ができるにもかかわらず、本人の希望に反し、子供たちが相続した財産は本人のために使われることがなかった。

インフォームド コンセント informed consent

診断方法や治療法、生活・人生の維持について、
いつでも 何でも
相談でき、様々な支援の決断・変更が納得の上で行える

医療者は相談を受け付け、助言をし
自らの生き方を 自分が決定する

日本では多くの場合、医療者が詳細に説明しいろいろな可能性について
助言を与えると、自らの命の行方を決定する場面においても
「お任せします」と言う反応が多い

がん・その他疾患の告知は、本人の意思決定のため、正確な診断・状況を
説明し残された時間をどのように生きるかを共に考えるために不可欠

「年だから」と言う診断はありえない
老化は変化であり疾患ではない

私の考える

良い医者

普通の人、会うと緊張がほくれる、ほっとする
医学知識が豊富で、説明が的を得ている

少なくとも何でも話を聞いてくれる。医者にも解らないことがあればきちんと調べてくれる
病気ばかりではなく、人生を心配してくれる。本人だけではなく介護者の心配もしてくれる
スタッフと良く話をしている

問題の結論を指示するのではなく、共に考えてくれる
医療機関は脅かすところではなく、安心できるところ

悪い医者

人間としてやさしさが無い、普通の人間関係を樹立できない

病気には興味があるが、その人の人生には関心がない

不安をあおる（このままだと死んでしまう、血管がぼろぼろ、足が腐るなど）

質問や意見を言うと不機嫌になる（ナルシスの性格、自分を尊敬するよう暗に人に要求する）

診断・治療法について詳細な説明がない（年だからとか、自律神経失調症とか、いつも心配ないとか）

治療法の色々な可能性について説明をしない

患者の言いなり（注射と言われればすぐ注射をする）

人間の尊厳

人間としての交流の中で生きているということ

機械やチューブがついたら人間の尊厳が失われるということではない

意識がなくても、呼吸器がついていても、何本もチューブがついていても、
人間としてのやさしさに囲まれている時間

人工的なものを使用していないが、人間としての力がかわりがない状態

家族のダイナミクス

自分の意見・希望を曖昧にする

: 気遣い

嫁の問題 (特に長男の嫁の問題)

: 究極のボランティア

あまり頼りにならない長男

日本的な依存関係 (どこかで見返りを求める)

: いつか世話になるから

passive aggressive

: 家族・コミュニティーのやる気を奪う

他人に自分を尊敬することを暗に要求する

: 家族内でも群れの上下関係にこだわる

法律は権利と義務の基準

: たまに訪ねてきていい顔して帰る家族

「義理」

: 世間体を気にして人生を決める

報われない介護者の気持ち

: 世話をするのが当たり前

人の死の課程を忌み、子供に見せたがらない

: 共に生きることを知らない子供たち

在宅だからできる

GRIEF (悲嘆)、BEREAVEMENT (死別) の受容

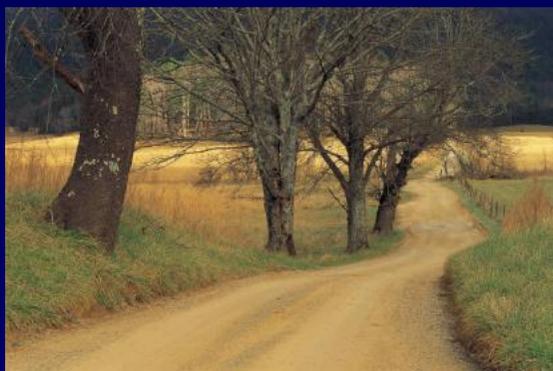


医療機関は安心を得る場所であり
不安を掻き立てられる場所であってはいけない

愛情に包まれて安心して死を受け入れること
機械的に扱われ不安の中で死を拒否すること

「様」をつけて呼ぶことが決して大切にしていることではない

看取るということは、きちんとしたお別れをすること
残された人の悲哀・離別の感情も整理され、医療機関が
フォローアップしなければならない



人間教育の場

高齢者を見捨てることなく、最後まで家族や地域の一員として共に生きることを、家族や地域の人が少しづつ負担を分け合って、人の持つ優しさ・思いやりを生かすことができる場を作り出すこと

子供たちが介護や病気で苦しんでいる人、死にゆく人と直接関わりを持つことで、身をもって「いのちの循環」を体験することができる

寝たきりになったおじいさんと

自分から食事を介助しながら一緒に食べるようになった中学生
おばあさんが車椅子に移る時の手伝いをかっててくれる高校生

末期癌のおばあさんの脇で過ごすことが多くなった3歳児（ひ孫）

一人暮らしのおばあさんのところへ遊びに来る小学生

自分たちができることを考え見つけ出す

近代日本史の中で、高齢者の持つ体験、経験、知識は現在の社会を培った生き証人であり、それらを受け継ぐことは重要な意味を持つ

戦時中のことを何度も繰り返す話の中に後世に伝えるべき知恵がある

人と人の自然な交流が在宅医療の基本で、現代失われつつあるお互いの気持ちを大切にしながら生きていくということを身をもって経験することができる

意識改革

利用者側

医療・福祉は提供されるものではなく、選択し共に作り上げる
自らの生き方・死に方を明確にする
病気になった時、死が迫った時のために、精神的・物理的に準備する
自らの生き方・死に方の決定を人に頼らない
病気になっても入院や通院をしなくても良い仕組みがある

医療者側

関わりの対象が「疾患」ではなく「人」であるということ
人生の基本は家であるということ
共に生きるという視点を持つ
患者さんが病気とともに生きること考える
病院でなければできないこと、家で出来ることを整理する
ばらばらのサービスを統合することを考える

行政側

人の生き方・死に方を考え、学ぶ場所の提供
利用可能な福祉・医療サービスについての総合的な情報発信
人の本来持つ「優しさ」を生かせるシステムの構築

終わりに



あなたの選択

在宅医療の環境は徐々に整いつつあります

在宅医療は、多くの社会的資源を活用して本来の人の人生を回復させることにも貢献することができるとは思いません。

在宅医療は、特殊な難しいことではなく、「**近い人を思いやる**」ということでのみ成り立つ仕組みです。

地域や家庭など終の棲家で、様々な人の愛情に囲まれながら自分らしく生きることができるとどうか、すでに、私たちの選択にかかっていると考えます。



私たちの活動も少しづつ手応えを
感じてきました。
唯今この時を多くの方々と
共有出来ることを感謝し、
共に生きる喜びを
私たちもいただいております。



私たちは、**second opinion**、ご相談を随時受け付けております。
お力になれることがあれば幸いに存じます。

医療法人社団いばらき会

いばらき診療所 とうがい

大須賀 等

〒319-1102 茨城県那珂郡東海村石神内宿1724-1

電話:029-283-4110 fax:029-283-3322

email: ibctokai@ibc.or.jp

