

平成29年8月23日
宮城野区 在宅医療講演会

仙台市における 在宅医療の実際

ひかりクリニック
清治 邦章

本日の内容

- ①在宅医療と死（看取り）について
- ②仙台市の現状
- ③ひかりクリニックの紹介と症例提示

訪問診療と往診と在宅医療

- 訪問診療

定期的・計画的に自宅などで診察を行うこと。
通常、1～2週間毎行われる。

- 往診

通院できない患者さんの要請を受けて、医師がその都度、自宅などで診察を行うこと。

- 在宅医療

自宅などで行われる医療全般。

在宅医療の位置付けと対象

- 通院困難患者に対して訪問診療を行う。
- 外来診療、入院診療と並び、「第3の医療」。
- 対象
 - ①身体が不自由な方
 - ②身体に問題はないが、認知症などの方
 - ③余命わずかな方で自宅で最期を迎えたい方

在宅医療とは？

- 厚生省（現、厚生労働省）は1986年に高齢者対策として「**高齢者の多くは住み慣れた地域社会のなかで家族とともに暮らしたい願望を持つので、家庭での介護機能を強化し、在宅サービスシステムを確立する**」との方向性を打ち出し、1994年には在宅医療が保険給付の対象に繰り入れられた。
- 2006年には在宅療養支援診療所の整備が始まった。

2025年問題

- 約800万人いるとされる団塊の世代が後期高齢者になり超高齢化社会へ突入する問題。
- 2025年に60歳以上の人口が3657万人(30.3%)、75歳以上人口が2179万人(18.1%)となる。
- 特に都市部での高齢化が進む。
- 高齢者夫婦のみの世帯が652万世帯(12.6%)。
- 高齢者単独世帯が762万世帯(15.4%)。
- 認知症の高齢者が470万人。

(「今後の高齢者人口の見通しについて」厚生労働省)

在宅療養支援診療所

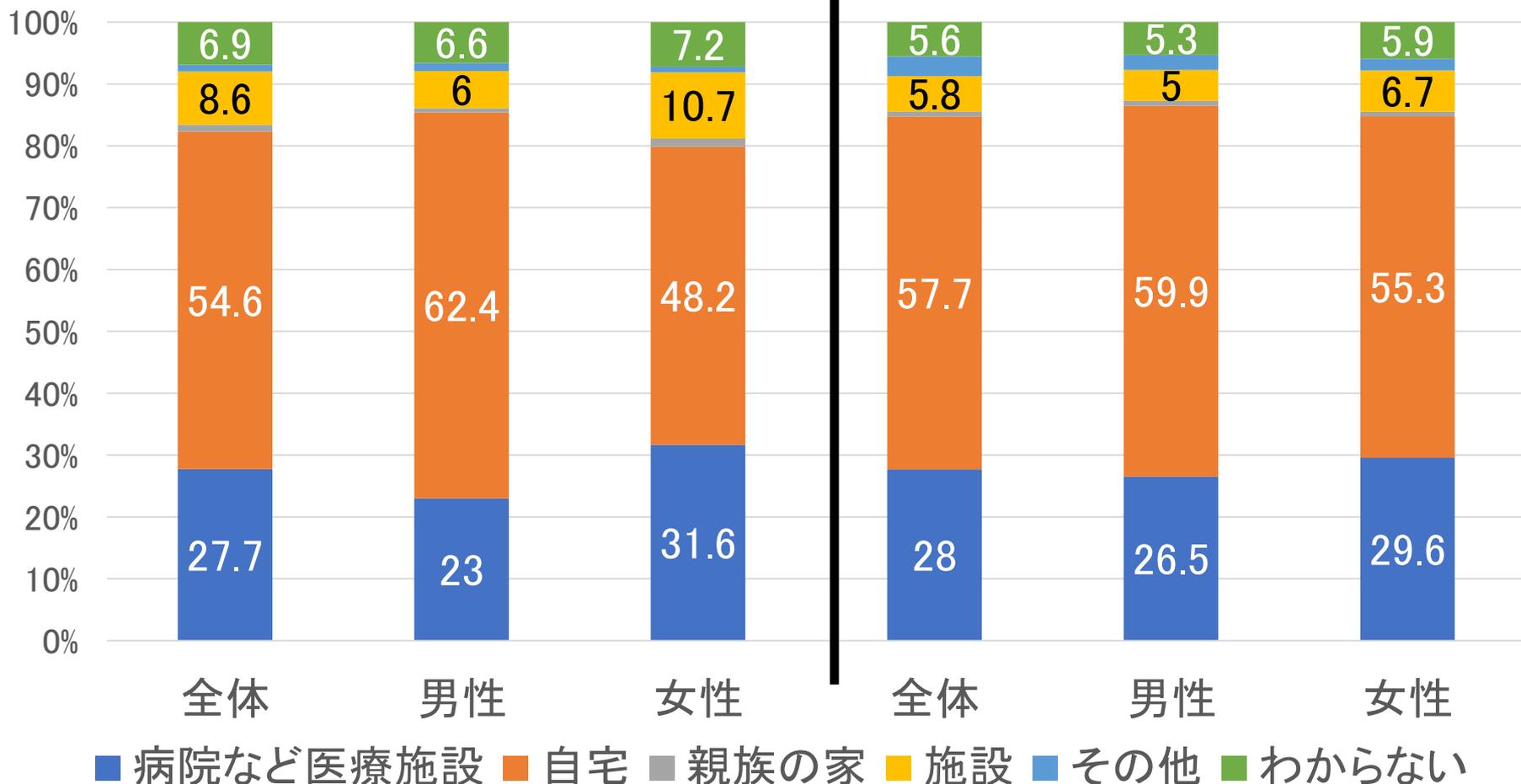
1. 患者様を直接担当する医師または看護師が、患者様およびそのご家族様と**24時間**連絡を取れる体制を維持すること。
2. 患者様の求めに応じて**24時間**往診の可能な体制を維持すること。
3. 担当医師の指示のもと、**24時間**訪問看護のできる看護師あるいは訪問看護ステーションと連携する体制を維持すること。
4. 緊急時においては連携する保険医療機関において検査・入院時のベッドを確保し、その際に円滑な情報提供がなされること。
5. 在宅療養について適切な診療記録管理がなされていること。
6. 地域の介護・福祉サービス事業所と連携していること。

(日本訪問診療機構HPより)

治る見込みがない病気になった場合、 どこで死にたい(配偶者を看取りたい)か？

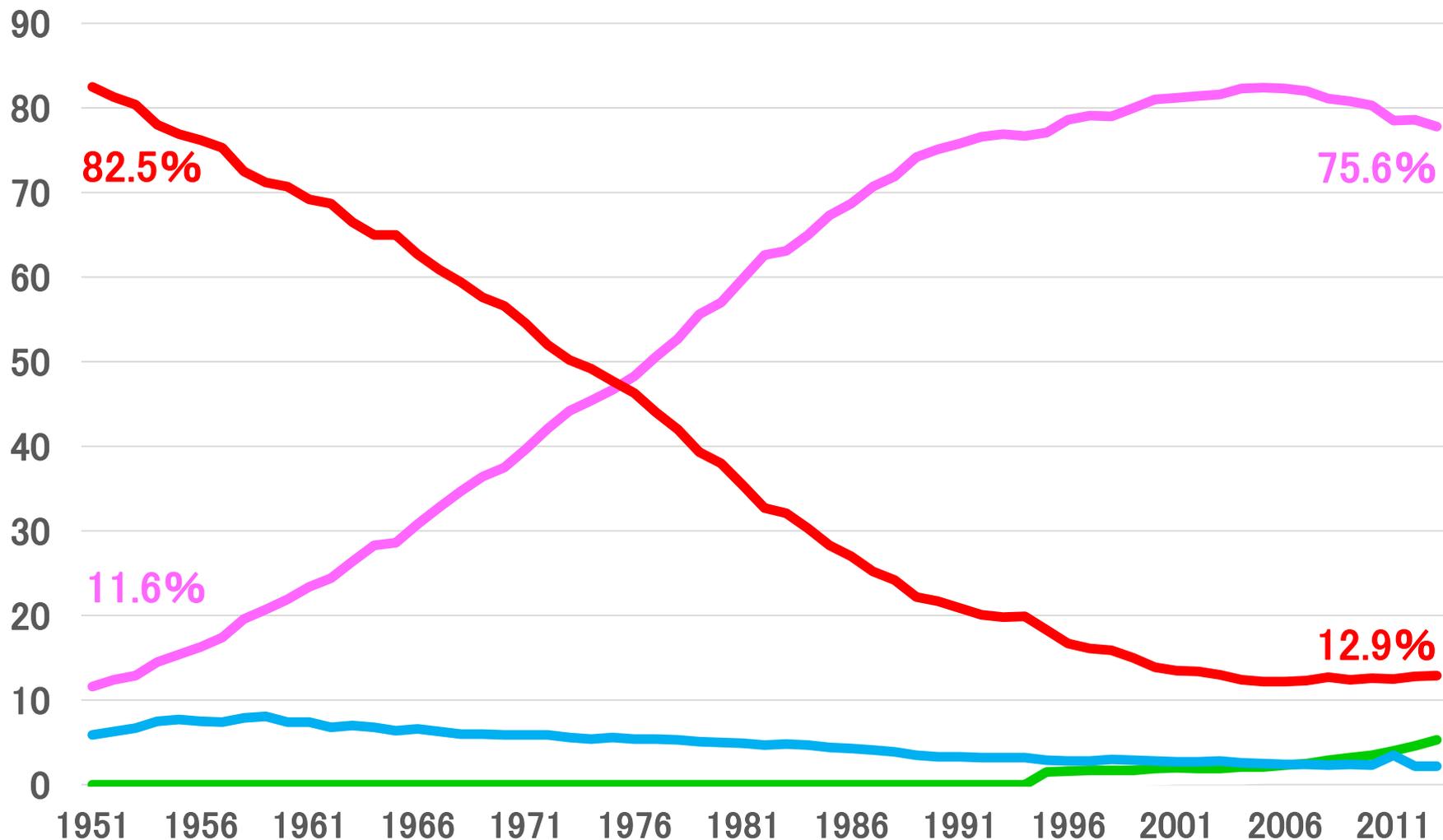
(自分)

(配偶者)



(高齢者の健康に関する意識調査 平成24年 内閣府)

在宅死と病院・施設での死数の推移



(%) 病院・診療所 介護老人保健施設 老人ホーム 自宅 その他

(死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移 厚生労働省)

つまり・・・

- 日本人の約60%が慣れ親しんだ自宅で亡くなりたいと思っている。⇔約30%は病院でいい。
- しかし様々な事情により、75%の人が病院で亡くなるというのが実情である。
- およそ45%の人が、不本意ながら、病院で最期を迎える。
- これらの人々が、できるだけ望み通りの自分らしい最期を迎えられるように、患者とその家族を支えていくことが望まれる。

「最期まで」が重要！

不本意な病院での死

- 在宅医療を受けることができると知らなかった。
- 在宅医療になったが、思いの外、大変で、結果的に病院に戻った。
- 在宅医療を行っていたが、最期に焦ってしまい、救急車を呼んだ。

⇒本人のみならず家族、医療従事者にとっても。

「死」についての捉え方

- 医学は「死」を避けることで発展。
- これにより、平均寿命も延びてきた。
- ⇒「死」を忌み嫌う病院の文化、日本の文化。

- 一方、「死」は避けることができない。
- 「終活」の流行。
- 「QOL」(Quality of life 生活の質)に対して「QOD」(Quality of death 死の質)などということも言われている。
- 避けられない「死」を、自分のこととして考える時代に。

「死」についての矛盾①

いずれ死ぬことは、何となくわかっている。

しかし、自分、あるいは身近な人が、現実にな死ぬことを理解している人が大変少ない。

理由 ①無宗教？

②「死」がタブー？

③機会が少ない？

⇒これを理解させるのは在宅医の「役割」？

病院の役割は病気を治すことのみか？

「死」についての矛盾②

「寝たきり」との比較で「『ピンコロ』がいい。」などという
が、それがいいのか、本当の意味で理解していない。

⇒「ピンコロ」の最大の障害は救急車や救急外来

⇒「ピンコロ」は周囲の人々の悲しみが大きい

⇔「死」を受容する為には時間が必要？

「死」についての矛盾③

ある段階になると、「長生き」と「快適さ」の両立が困難になることを理解できない。

例①リハビリ、②吸引、③点滴、④嚥下

困ると、医師・看護師まかせ。

「どうすればいいでしょうか？」

⇒答えを出す為の「時間稼ぎ」が必要？

「死」についての確認での注意

平成28年7月に亡くなった大橋巨泉さんの妻が平成28年12月にテレビ出演。

『巨泉さんは”死”を考えず前向きな闘病生活をしていたが、在宅医療に移り医師が変わった際、医師に「**家で死ぬのか？病院で死ぬのか？**」と聞かれ、

”死”について考えるようになってしまった。

その為、寿々子さんは巨泉さんに合う医師を選定する時間をかけるべきだったことを後悔している。』

大橋巨泉さんの最期について

- 在宅主治医のモルヒネの過剰投与を問題視。
- 在宅主治医は皮膚科の専門医だった。

私の見解

- 大橋巨泉さんは末期癌の状態です。所謂、緩和ケアの適応。
- モルヒネの投与量は明らかに間違いとは言えない？
- 在宅医は「最期の場所の確認」をするもの。
- 妻も含めて、「死」について考えていなかった。

⇒一方で「主治医の先生には最後まで頑張ってもらいたい」と思う患者が一定数いることは事実！

**「死」についての確認は慎重に！
コツは「説得」ではなく「傾聴」**

仙台市内診療所へのアンケート

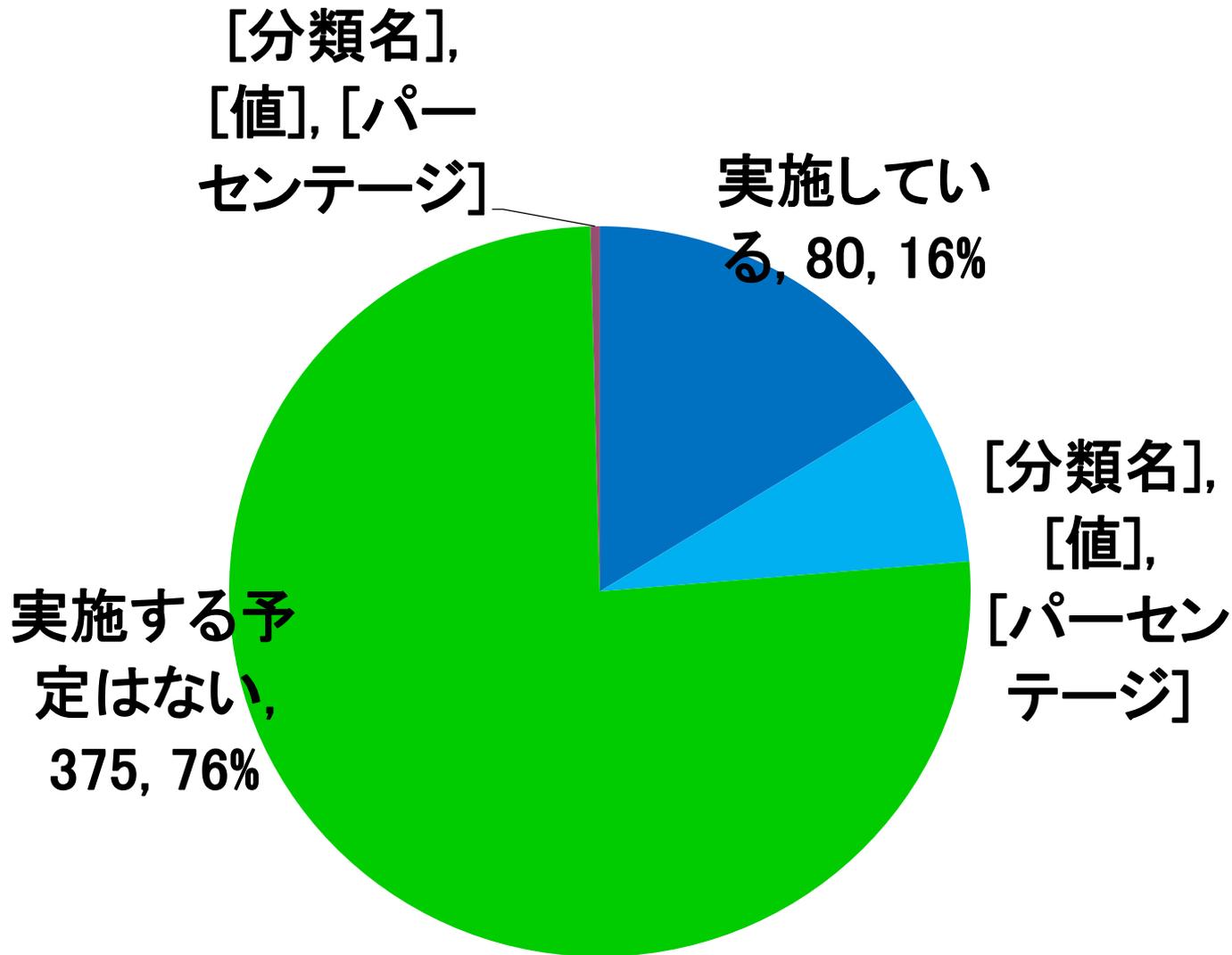
2016年7月、仙台市が市内内科診療所787件に対し、在宅医療実施の有無や在宅医療の課題についてアンケート調査を実施。

回答率は62.5%で492件の診療所から回答があった。

注1. 全ての診療科にアンケートを行った。

注2. アンケート上「在宅医療」は定義せず、回答者のイメージによるもの

在宅医療実施の有無について



注1. 全ての診療科にアンケートを行った。

注2. アンケート上「在宅医療」は定義せず、回答者のイメージによるもの

在宅医療を実施していない理由

時間の確保が難しい

スタッフがいない

患者のニーズが少ない

診療報酬が低く採算がとれそうにない

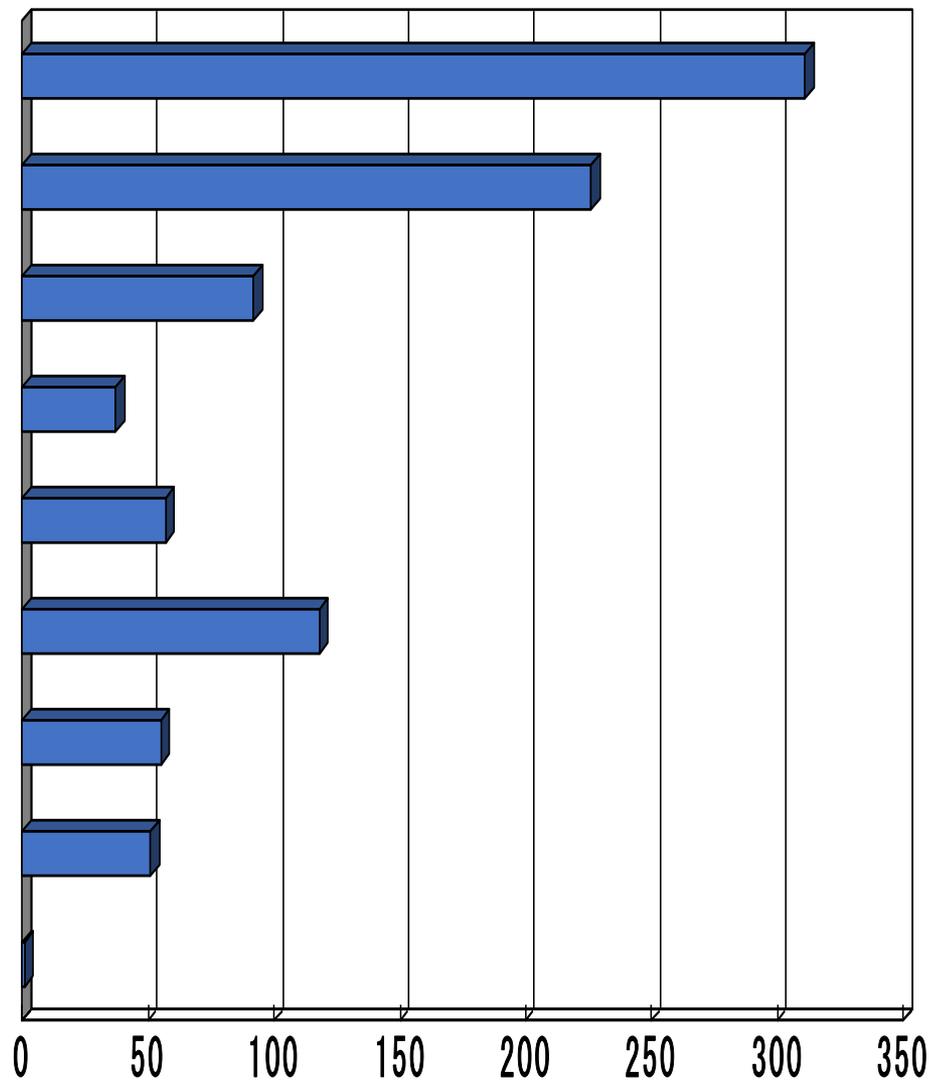
必要性を感じない

実施するためのノウハウが不足

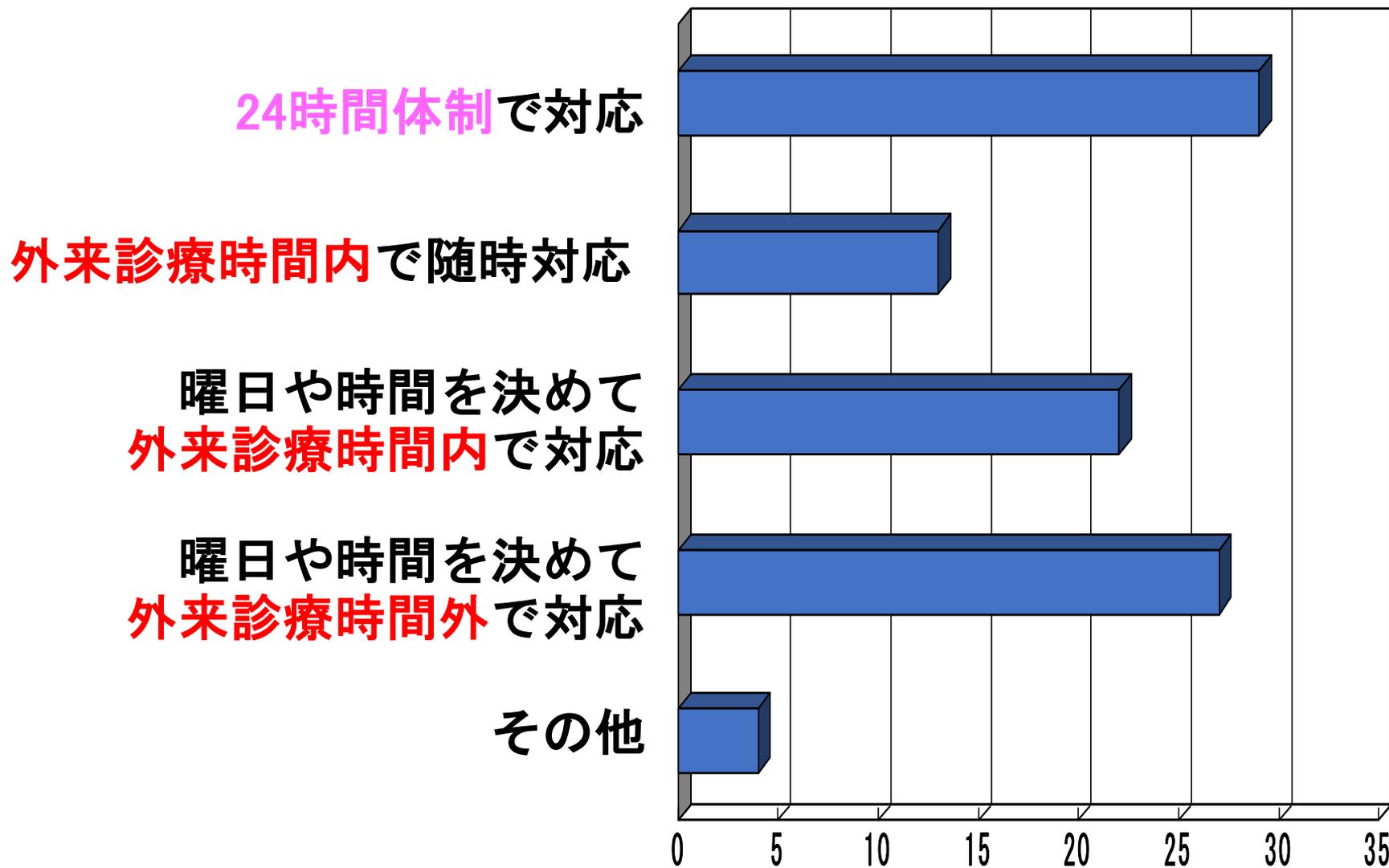
日頃、他の在宅医療サービス提供者との関わりが無く連携することが難しい

その他

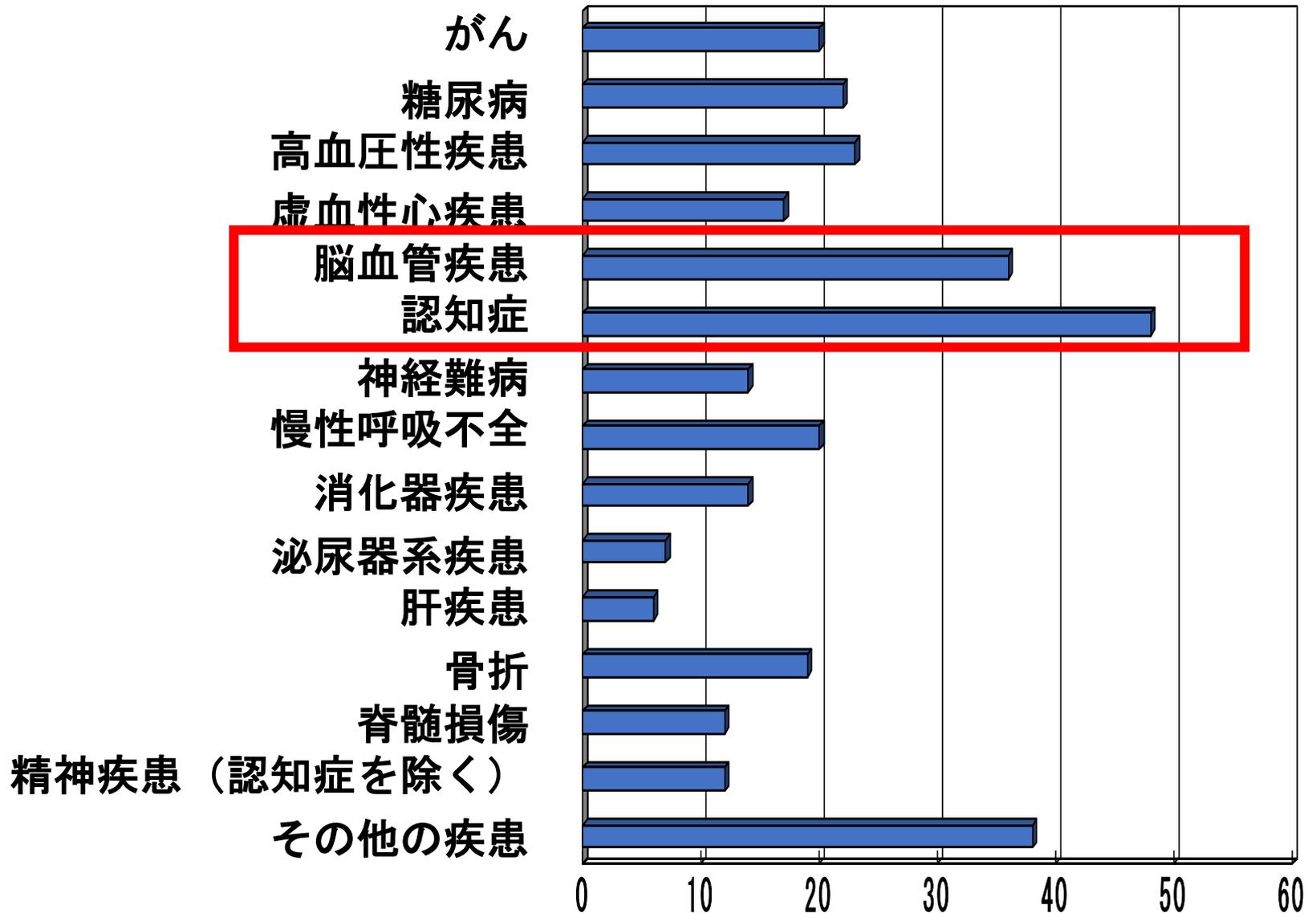
無回答



在宅医療の実施時間の内訳



在宅医療を行っている患者の主傷病



在宅療養支援診療所の届出を行っていない理由

24時間対応可能な人的体制を
確保できない

訪問看護との連携を確保できない

緊急入院できる病院を確保できない

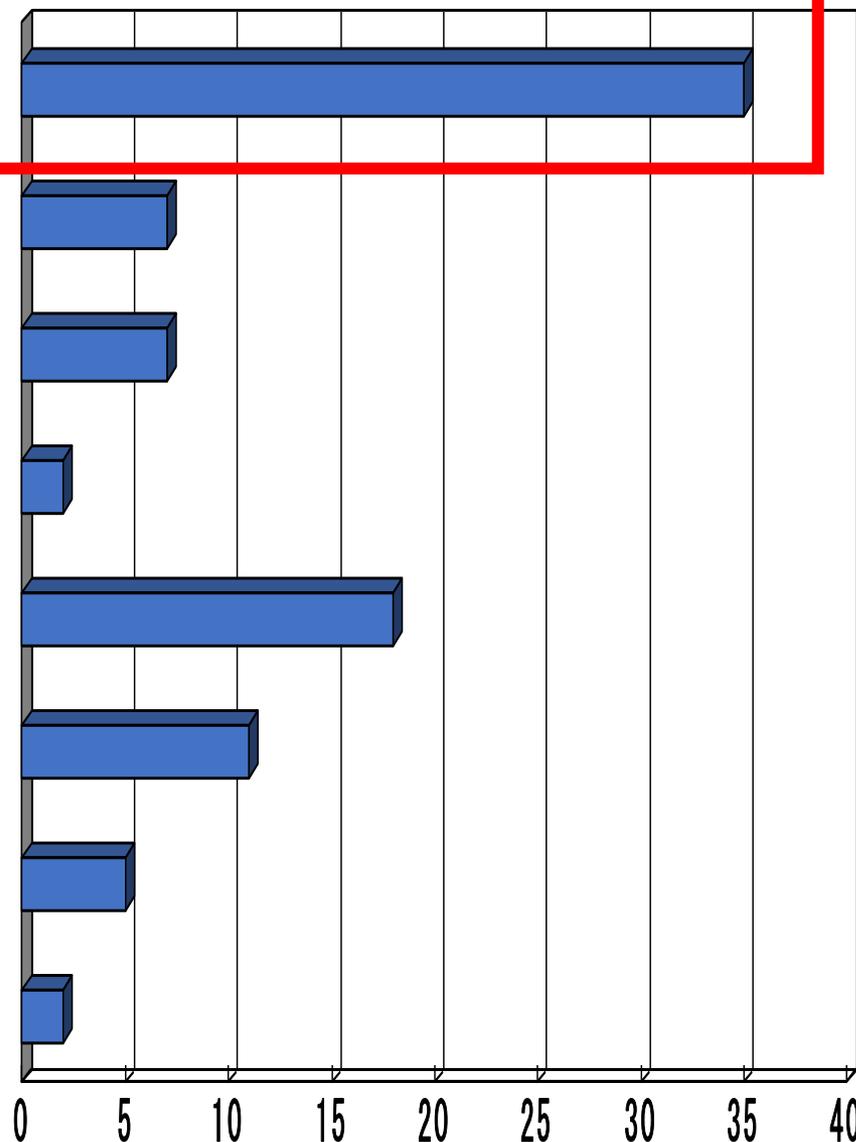
ケアマネとの連携を確保できない

身体的、心理的な負担が大きい

一部の患者のみを診療している

その他

無回答



アンケートから見える課題

- 診療所の76%がいわゆる在宅医療を実施する予定がない。
- 主な理由は①時間、②人、③ノウハウ
- 在宅医療を行っている場合でも24時間対応は1/3程度。
- 在宅療養支援診療所の届け出が少ない。
- 主な理由は①24時間対応困難、②多業種連携困難

1. 24時間の体制をどのように整備するか？

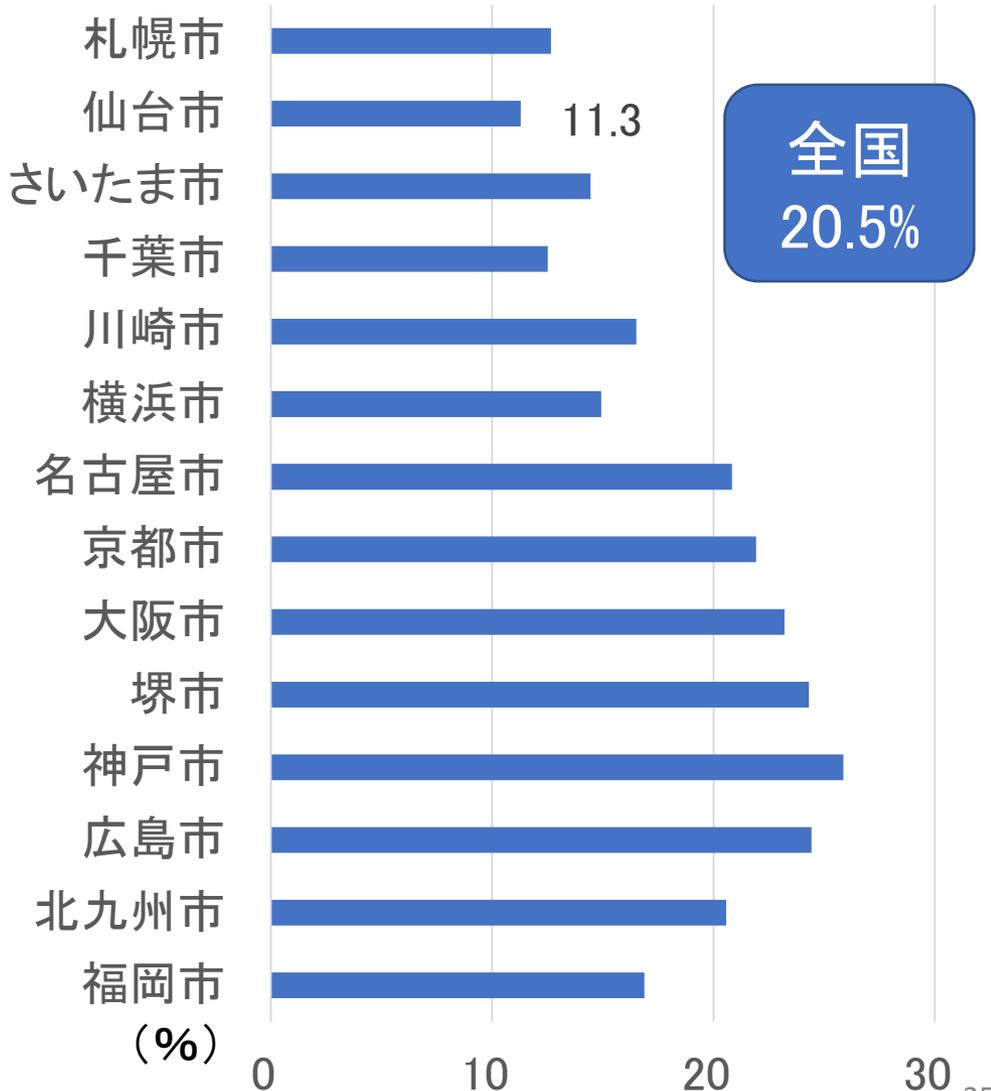
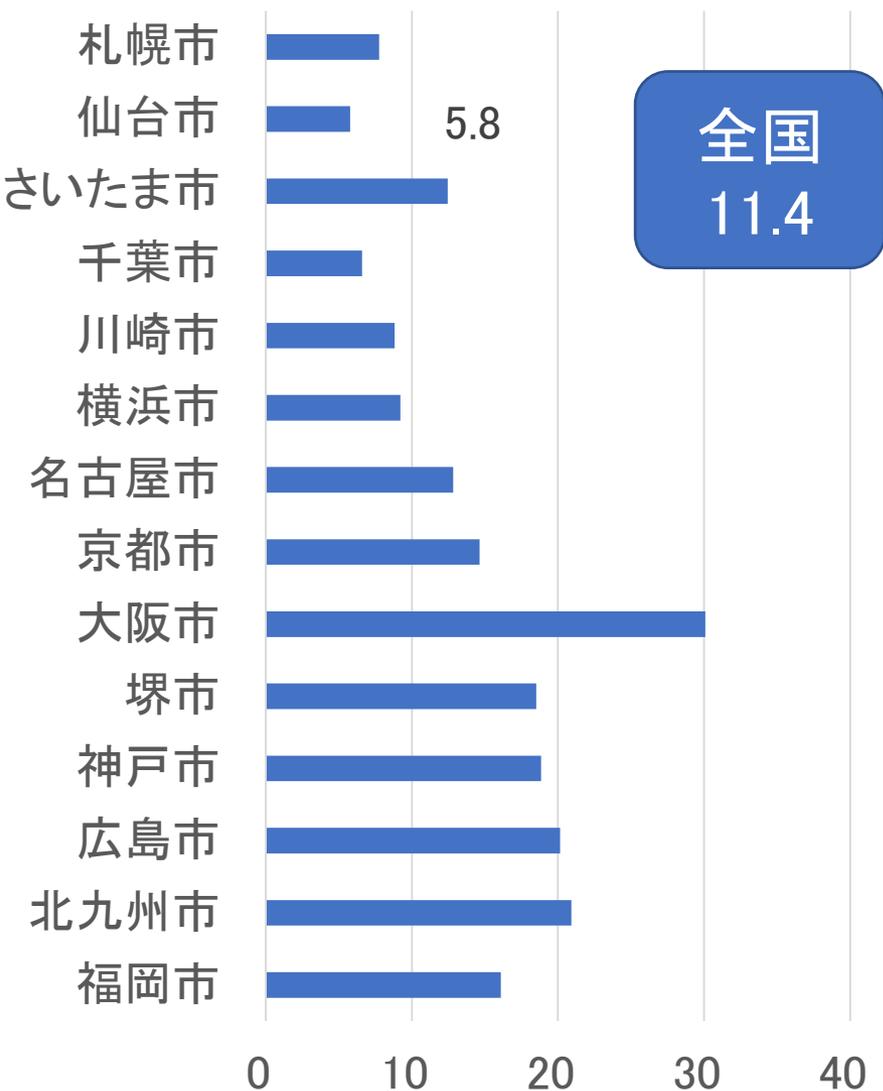
2. 多業種連携をどのように行うか？

3. ノウハウをどのように広めるか？

全国在宅医療会議の資料①

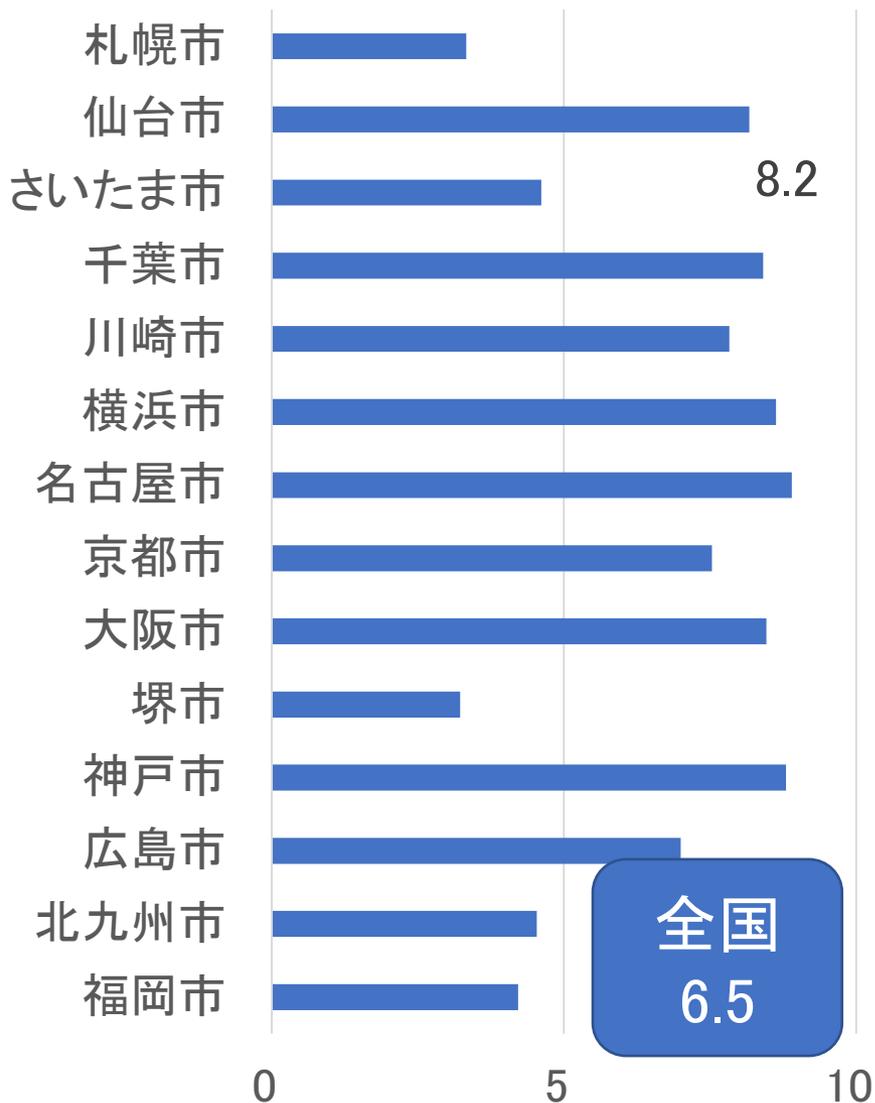
在支診数／人口10万

訪問診療を行う診療所の割合

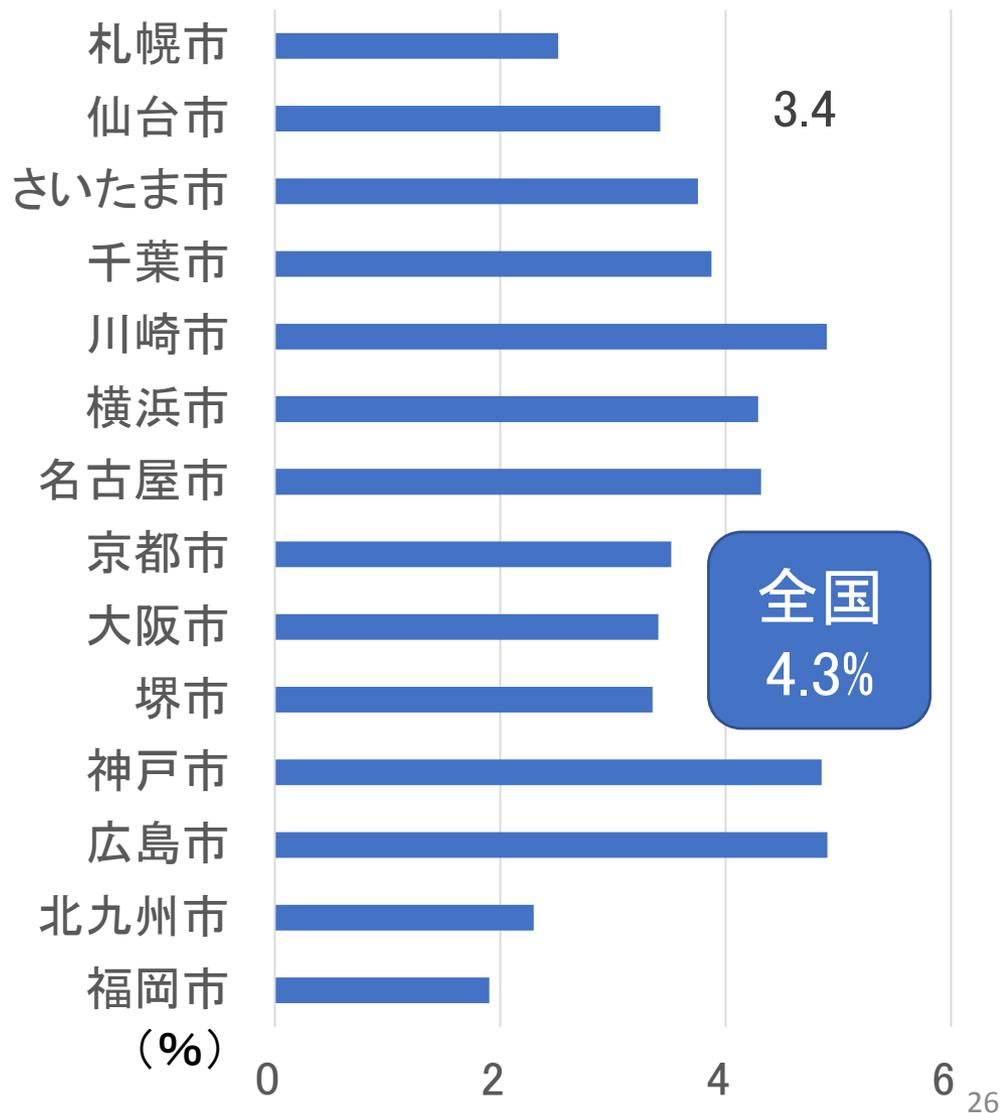


全国在宅医療会議の資料②

看取りの実施件数／人口10万

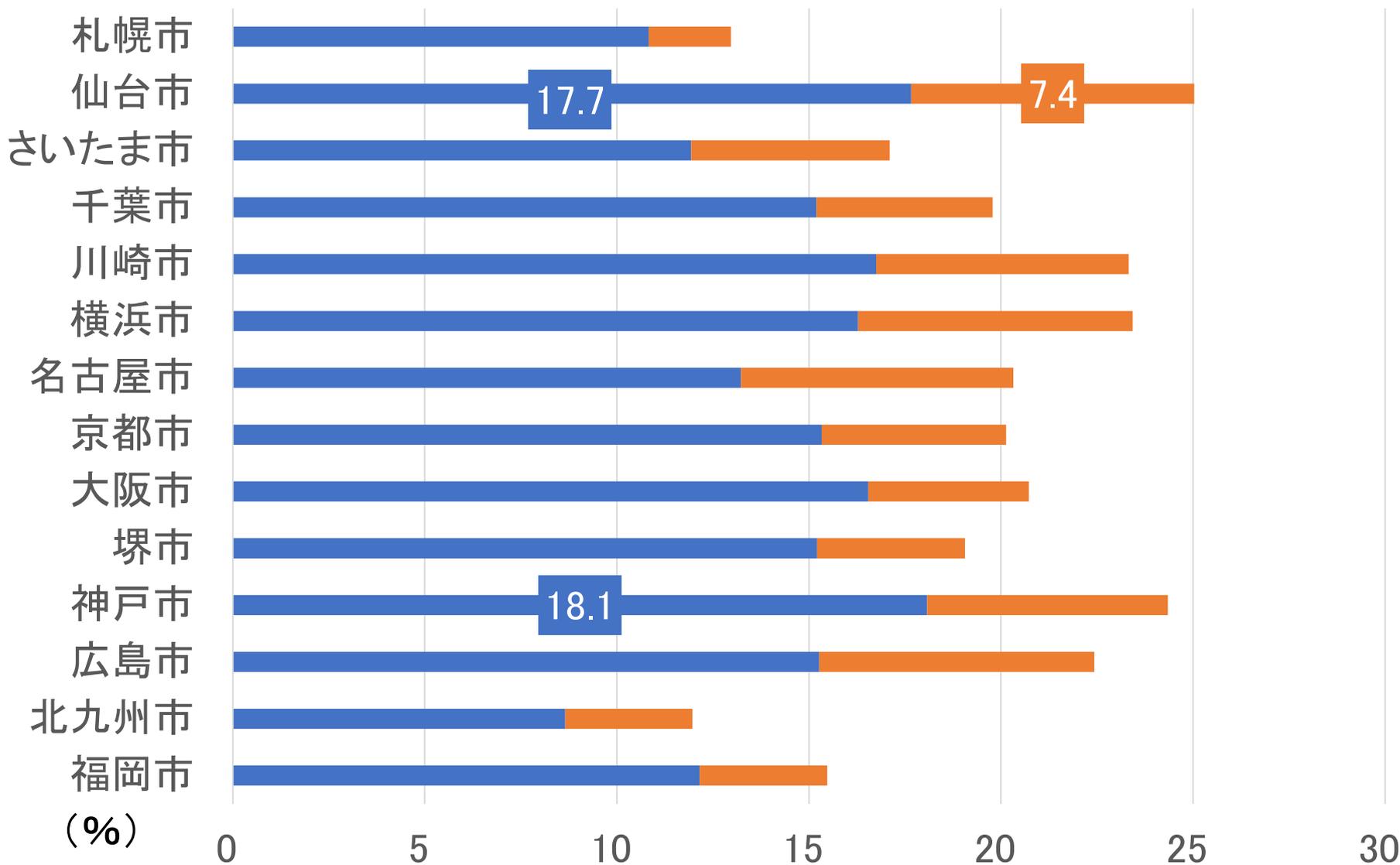


看取りを行う診療所の割合



全国在宅医療会議の資料③

在宅死・老人ホーム死の割合



仙台市の現状のまとめ

- 仙台は在宅療養支援診療所や訪問診療を行う診療所が少ないが、看取り数は多い。
⇒在宅医療を行う際に、看取りを行うことが重要であるという認識がある？
- 在支診数は少ないが、自宅死の割合が高い。
⇒訪問診療の専門化がうまくいっている？
- 老人ホーム死は全国トップレベル。
⇒嘱託医などを中心とした看取りの体制ができている施設が多い？

仙台では自宅死の望みを叶える要素が揃っている！

ひかりクリニックの紹介

形態：訪問診療専門クリニック（在支診）

目標：「その人らしい最期を支えること」

職員：常勤医2名、看護師2名、事務2名

平成23年8月開院。

宮城野区・泉区を中心に訪問診療を行っている。

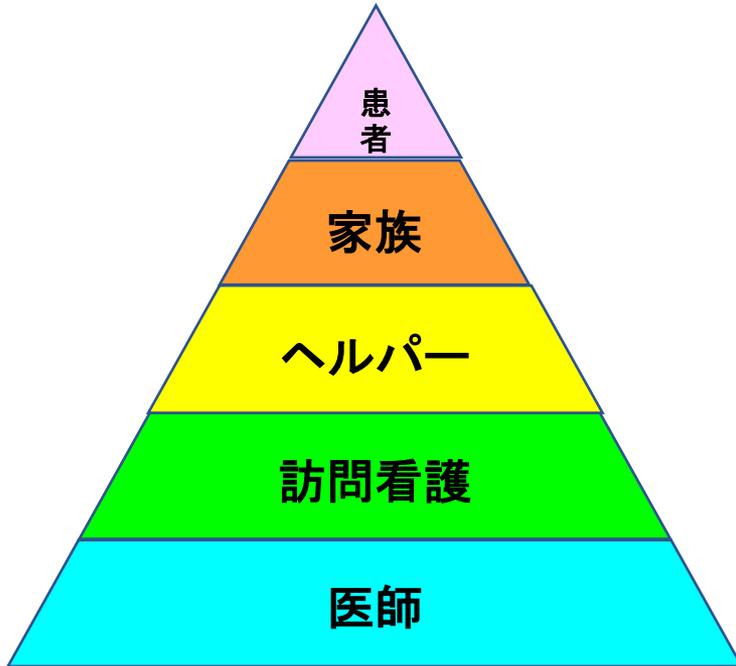
これまでに約500名の患者さんを診察。

現在の患者数130名程度。

平成28年 死亡患者数53名

自宅37名（69.8%）、施設9名（17.0%）、病院7名

ひかりクリニックの 多業種連携のコツ



- 私が目指す在宅医療の多業種連携はこのような形。
- ポイントは患者、家族を「生活優先」で多業種で支える。
- 目指すはとにかく「快適であること」
- 患者の想いについての情報量の多い順に優先。
- 医療についての専門家である医師・看護師は、あまり口は出さずに、**いざという時**に責任を負う。

「いざという時」とは？

- 終末期に近くなればなるほど、「快適さ」(＝生活)と「寿命」(＝医療)のどちらかの選択を迫られる。
- 病院か自宅か
- 歩かせるか、歩かせないか
- 入浴させるか、させないか
- 嚥下障害の経口摂取か、点滴か
- 認知症患者の抑制をするか、しないか

このような時に、利点と欠点についてわかりやすく説明を行い、患者や家族に選択を促すのが医療職の役目。

「お願い」しなくても訪問診療してくれる医師を選ぼう。

症例①から学んだこと

- 在宅医療は生活にも関わることができるため、生活習慣による病状の悪化を予防できる可能性がある。
- 本人とのコミュニケーションを密にとることができる、精密検査拒否も場合によっては容認することができる。
- ある程度、判断力があれば、一人暮らしのほうがやりやすい？

症例②から学んだこと

- 独居の癌末期状態でも在宅医療は可能。全介助でも在宅医療は可能。
(むしろやりやすい面も・・・。)
- ヘルパー、ケアマネ、場合によっては訪問看護も不安を感じる場合があるが、医療機関を賢く選択することにより、ご本人の希望を叶えることができる。

症例③から学んだこと

- 最初は受け入れが困難と感じている家族に対しても、多業種連携により安心感を与えて、在宅医療を実現することが可能。
- 家族関係の修復などにも貢献できる？
- 重要なことは患者と同じくらい、家族のことも大事にすること。

症例④から学んだこと

- 本人と家族の意向が違ったときの対応は困難。
 - 本症例では本人が意思表示可能であった為、このような経過となったが、意思表示ができなければ結果は違っていたと思われる。
 - 重要なことは、何度も話し合うこと。
- 「往診に行かずに後悔したことはあるが、往診して後悔したことは一度もない」

症例⑤から学んだこと

- 色々な「愛」の形がある。
- ご本人が幸せそうであった為にこのような経過となったが、もしご本人が苦痛そうであれば、違った経過の可能性も。。。

症例⑥から学んだこと

- 「壁に耳あり、障子に目あり」
- 本当はもう少し、病院の先生に話してほしいことがある…。

症例⑦から学んだこと

- 認知症患者への人工的栄養補給、医師4割「中止の経験」
2011年2月28日 朝日新聞
- 日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」. 2012年6月27日

症例⑧から学んだこと

- 自分で胃瘻を作る為の紹介をするとは思わなかったが。
- 胃瘻も良し悪し。
- 良い方に転ぶか、悪い方に転ぶか、わからない。
- やり直すことができないこともある。
- エビデンス(証拠)を蓄積することも難しい。

⇒できるだけ多くの人意見を聞き、後悔のない決定、行動をすることが重要！

= 多業種連携

まとめ

- 「2025年問題」に向けて患者さんのニーズに合わせて、在宅医療を提案できることが重要。
- 患者さんや家族の声に耳を傾け、その想いを柔軟に受け止めることが必要。
- 仙台には、在宅医療の受け皿がある。色々試しながら、患者さんのタイプにあった医療機関を見つけること。

御静聴、ありがとうございました。

清治 邦章