

在宅

医療と介護の今

今号の主な内容

- 在宅の看取りでは「死生観」の共有を — 荻窪病院の訪問診療科・清水医長に聞く…………… 1面～2面
- 余命短いがんの患者さんにどう対応する — ACPを取り上げた西荻圏域在宅医療地域ケア会議…………… 3面
- 様々な問題を抱える世帯を丸ごとサポート — 在宅医療・生活支援センターがオープン…………… 4面

■ 在宅の看取りでは「死生観」の共有を — 荻窪病院の訪問診療科・清水医長に聞く

在宅医療を推進していく中で大きな課題の一つが「看取り」です。患者本人は自宅で家族に見守られながら安らかに人生の最期を迎えたいと思っても、病院で息を引き取るケースが多いのが現実です。本人の意思に沿った逝き方には家族、主治医の考えが一致していなければなりません。昨年4月、急性期病院としては珍しい「訪問診療科」を開設した荻窪病院。その訪問診療科医長の清水裕智医師は、退院して自宅療養するがん患者さんと家族らに寄り添い、徹底した終末期のACP（あらかじめ患者本人や家族と医療チームが相談しながら治療・療養の方針を決めていく）に基づく看取りに取り組んでいます。

同病院が訪問診療科を立ち上げたのは①今後救急や急性期医療の需要増が予測される中、早期退院を支援し空きベッドを確保して地域の救急需要に応える②急性期を過ぎて入院治療を続け認知機能やADL（日常生活に必要な身体機能）が低下するなど弊害が生じることを避ける③完治できない病気の場合は、最期まで自分の好きな場所で過ごしてもらいたい—という3つの理由からです。清水医師に話を聞きました。

● 訪問診療についての基本的な考え方は

基本的に病院へ来て治療した後は、今まで通りの生活に戻って欲しい。



インタビューに答える清水医師

良性疾患では高齢者の場合、入院が長くなると弊害が大きくなります。入院中に不穏・せん妄になって睡眠薬を服薬し、それにより意識低下を起こしたり、肺炎を起こしたりします。その結果、食欲が落ち、ADLや認知機能も落ちます。その状態

で自宅に帰る（もしくは自宅に帰れない）というのではだめです。退院してからも今まで通り元気に生活してもらわないと。悪性疾患では、単純に残された時間をもったいない。自宅に帰って、好きな場所で好きな方と一緒に時間を過ごして欲しいです。

病院から自宅になかなか帰れない原因は、本人というより医師と家族だと思います。医師が「こんな状態では帰れませんよ」と言えば、家族もそれに納得してしまう。しかし実際には、ほぼ完治してあとは完全に回復するのを待つだけの状態でも、本人や家族に覚悟がなく、医師側としても万が一のことがあるかもしれないと判断すると、退院が先延ばしになります。医師・本人・家族、全員に「治療が終わったら、元気になるのは自宅。万が一の時はもう一度受診すればいい」という覚悟が必要です。

ところが悪性疾患になると事情が変わります。患者本人に死の覚悟があり、自宅へ帰りたいたいという意思がある場合が多いからです。主治医もこれ以上の治療は難しいと判断すれば、あとは家族の問題です。一般の方には悪性疾患の末

期の方を介護する経験はない場合が多く、だからこそ大きな不安を抱えています。しかし、それは経験したことがない故の不安であって、きちんと今後の経過、在宅医療のシステムをお話しすれば、安心してやってみようと思われる家族がほとんどです。

●地域の在宅医との連携は

私が担当している患者さんは、9割が悪性疾患、1割弱は良性疾患です。現在は、悪性であればお看取りまで、良性であればそのまま継続して担当しています。

急性期病院における訪問診療のメリットは①スピード感②重症疾患における専門科との密な連携—という点だと思っていますので、一般的な疾患で慢性期の方は、地域の在宅の先生と連携しバトンタッチしていければと考えています。ただし、地域の先生にバトンタッチする場合は、入院中にお話しした患者さん・家族の想いや、それに基づいて決めた治療方針（ACP）が十分に伝達できていなかった、というケースもあり、そこは今後の課題として考えています。

●悪性疾患の問題は

悪性疾患の場合でも「こんな状態では家に帰れないでしょう」という医師がまだまだ多いのも事実です。自分が過ごしたいところで過ごす（最期を迎える）というのは、人として保たれるべき最低限の選択の自由だと考えます。患者本人が過ごす場所は依然として医師と家族が決めているケースが多く、その状況は何とか改善していきたいと考えています。

日本の医療の問題はシステムではなく、「当事者意識」と「死生観」の欠如だと思います。患者も家族も医師も「死とは悪であり、負けであり、怖いもの。病気を治すのは病院に任せる。どんなに苦しくても闘うこと（闘病）が正しい」と考える傾向があります。当然、治るべき疾患はきちんと治療すべきですが、治らないものに対して治療をしないのは負けでもなく、間違いでもありません。別れは悲しいですが、すべての生き物において順番に死は訪れます。死を忌避して考えないのではなく、死はいずれすべての人に訪れるものとして、どういう風に人生を締めくくるのかを、元気なうちから自分の意志できちんと考えておくことが大事だと思います。

●訪問診療の現場は

昨年の1年間で50人をお看取りしました。在宅で看取った経験がある家族はほとんどいませんから、これから患者に何が起こるのか、きちんと介護できるのか…先が見えない不安を抱えています。「大丈夫です。苦しい時にはお薬を使えますし、皆さんは普段通りの生活のままできることをやっていた



訪問診療する清水医師

だければ十分です。連絡はいつでも取れます」と伝えると、大半の人が安心します。私達の仕事の大半は、患者さん、ご家族に安心してもらうこと、と言っても過言ではないと思っています。

終末期になると、救急車を呼ぶことはデメリットが大きいです。病院でできることは少なく、ご本人が望んでいなかった入院、延命措置が始まってしまうケースも多々あります。私は「自宅で何か不安な点があった場合は、絶対に救急車は呼ばず、まず訪問看護ステーションに連絡をいただき、自宅でできることと病院へ行った方がいいことをこちらで判断させてください」とお伝えしています。

●今後の課題は

医療側の課題として挙げられるのは、きちんとしたACPのサポート、そしてそれを病診連携（病院と地域の在宅医）で確実に繋げていくことだと思います。入院中にせよ、普段の訪問中にせよ、元気なうちからACPを行い、患者の意思を尊重し、シームレスにケアからケアへ移行していくことが大事だと思います。

繰り返しになりますが、一番大事なことは「当事者意識」と「死生観」を持つことです。健康に生きるために医療に頼るのではなく、健康は自分で作るものであり、人生は自分で決めるもの、という意識を持つこと。元気なうちから死を忌避せず、人生の最終段階をどのように過ごし、どのように最期を迎えたいか。しっかり話し合うことでより良いACPにつながると考えています。

■ 余命短いがんの患者さんにどう対応する —ACPを取り上げた西荻圏域在宅医療地域ケア会議

在宅医療を推進するため医療、介護両サイドが連携できる関係づくりをする在宅医療地域ケア会議。4年目を迎えた平成30年度は西荻圏域が5月22日、7圏域のトップを切って1回目を開催しました。「ACPって何?～もしもの時が来る前に～」をテーマに参加者約80人が11グループに分かれて話し合いました。

ACPはAdvance Care Planningの略で、人生最期の医療・ケアについて本人が元気なうちに家族、医療・介護チームと話し合いを重ねるプロセスのことです。団塊の世代が後期高齢者になる2025年へ向け、「終活」や「エンディングノート」などが取り上げられていますが、実際に患者さんが終末期を迎えた時に医療・介護側がチームとして適切に対応できるか、課題は少なくありません。



● 余命1カ月のがん患者のケースを考える

ケア会議ではグループワークにおいて、食道がん末期（余命1カ月）の50代男性（飲食店経営）の事例を取り上げました。妻と離婚後、母親と同居していますが、急な事態に本人、家族ともどう対応してよいか分からず悩んでいるケースです。各グループに①どのようにACPを実践するか②余命が6カ月であればどう対応するか③終活相談にどう対応するか④グリーフケア（死別後の深い悲しみや喪失感に占有されている人に寄り添い、援助すること）についてどう考えるか—について話し合ってもらいました。



その結果、「ご本人がどう思っているのかその気持ちを表出できる環境を整える必要がある」「余命6カ月であればご本人と家

族の気持ちのすり合わせができる。ご本人がやってきたいことを整理するだけでも気持ちが落ち着くのでは」「医療・介護側との間に信頼があることが大切だが、1カ月では難しい。6カ月あればご本人の希望に沿った対応が可能」「1カ月ならば地域の医療・介護の各職種が一丸となって集中的に対応する必要がある」「グリーフケアはご本人が亡くなった時点で終了するケースが多いが、今後は亡くなった後のケアを継続的にすることが課題だ」などの意見が紹介されました。

● 患者本人の意思に沿う

終末期医療に携わることが少なくない訪問看護師の方は「最期が自宅だからよいということではなく、いかにご本人の意思に沿って療養生活を送ることができたかです。ご本人が最後に入院を希望した場合でも、ご家族がどれだけご本人に関われたか。グリーフケアもそれと関係してきます」と話します。

西荻圏域の越川貴史・リーダー医師（越川病院）は「米国では家族へのグリーフケアのプログラムがしっかりしているが、日本はまだ課題が多い。緩和医療学会の調査によると、がんで亡くなった患者の家族の1年間の有病率は、健康な方にくらべ相当上がる。これからは配偶者を亡くした高齢者などに対するグリーフケアに取り組む必要がある」と指摘しました。

越川医師は「2025年まで7年しかない。入院から在宅に移行して“介護難民”が増える。西荻地域の医療・福祉・介護が力を合わせて難局を乗り越えなければならない」と訴えました。



■ 様々な問題を抱える世帯を丸ごとサポート —在宅医療・生活支援センターがオープン

区民の在宅療養生活をサポートする杉並区の新しい機関、「在宅医療・生活支援センター」が4月2日、ウェルファーム杉並・複合施設棟（天沼3丁目）にオープンしました。高齢者、障害者、子ども家庭といった「縦割り」の対応では効果的な支援が難しい、複合的な生活課題を抱える世帯への「横ぐし」を入れた新しい包括的な支援が大きな特長です。「在宅医療・介護連携」「包括的支援」「地域ささえあい連携」の3部門で構成されており、こうした機能を持ったセンターは全国的にも珍しいそうです。オープンしたばかりのセンターについて山田恵理子所長に聞きました。

① 在宅医療・介護連携推進係

これまで杉並保健所にあった在宅医療相談調整窓口も機能強化して、当センターに移りました。

「訪問看護の経験のある人員が増強されたので、さらに幅広く相談に応じることができます。隔年で行ってきた医療機関調査に加え、今年度は直接医療機関に出向いてより詳細な情報を収集したい。診察室を持たない訪問診療専門のクリニックも積極的に回っていきたい」

収集した情報は紙媒体、インターネット、窓口での提供など、ニーズや内容に応じた提供方法を検討中とのこと。



在宅医療・生活支援センターのスタッフ（前列中央が山田所長）

② 包括的支援担当係

要介護の親と障害のある子どもの世帯など高齢、障害、子育て、保健・福祉の分野・制度ごとの取り組みでは対応が難しい複合的課題を抱えた案件への支援を担当します。課題を持つ個人というより“世帯丸ごと”をサポートしていく体制づくりに取り組みます。関係機関スタッフ、精神科医や弁護士等が集まり、センターの職員が調整役となって組織の垣根を超えた支援計画を作り上げていきます。

「まずは、長期間に問題をこじらせてきた困難事例に順次取り組んでいきます。第1回の支援会議には各分野のスタッフ17人が集まりました。機関によって捉え方や深刻さの認識にデコボコのあることや、情報共有を行うだけでも時間のかかることがよく分かりました。今後支援事例が蓄積されると、傾向が見えてくると期待されます。それを基に各機関に対応のノウハウを提供できれば、と考えています」

③ 地域ささえあい連携推進担当

同じウェルファーム内にある杉並区社会福祉協議会などと連携した支え合いの地域づくりを担当します。

「現在は計画部門なのでスタッフは2名ですが、小さな悩みごととは地域で支え合って解決できるような仕組みを育てていくことを目標にしています」

● センター開設記念で専門家2人が講演

4月13日、ウェルファーム杉並・複合施設棟で開催された記念講演会で、慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室の山岸暁美さんと厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室の本後健室長が登壇。山岸さんは「家族や自分が突然在宅医療を必要となった場合の心の準備について」をテーマに講演し、在宅介護のほうが家族の負担が小さく、かつ生活の質は高い、という統計結果を紹介。「地域共生社会を考える～我が事・丸ごとの地域づくりについて～」をテーマに講演した本後室長は、4月に施行された改正社会福祉法で、複合化した地域生活課題を解決するための体制作りにより市町村が努めるよう明文化されていることを指摘しました。

在宅医療の推進と地域包括ケアシステムの強化が差し迫った課題であることが再認識されました。



山岸講師（左）、本後講師（右）

★次号は平成30年9月発行予定です。