

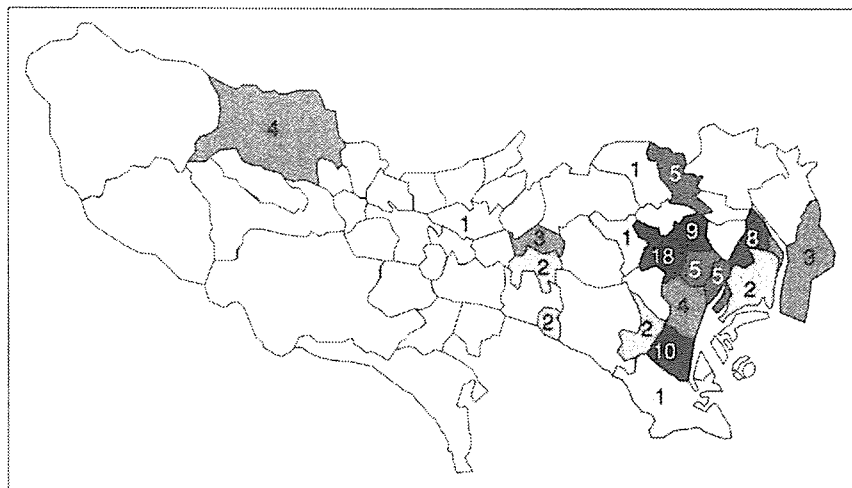


図3 血液悪性疾患の虎の門病院への紹介地域(東京都内)

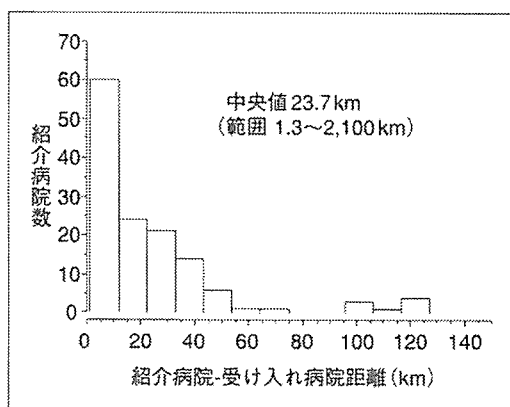


図4 紹介施設と受け入れ施設の間の距離(km)

ある地域・医療圏全体を病院とみなせ、各中核病院を中心に、各開業医は受け持つ各地域(病院でいえば病棟)のナースステーションに当たると考えることができる。当然、開業医でもそれぞれ専門分野をもっており、例えば開業医が循環器専門であれば、悪性疾患の終末期医療を任せられるか? に関しては、“血液の病気は専門ではないので診ることができない”とよくいわれ、現状不可能である場合が多い。悪性疾患症例を十分に経験した医師が、今後開業し、死因第1位の悪性疾患の終末期医療を担えれば、あるいは開業医でも全身管理の十分な経験をもらった医師(general physician)であれば、在宅で

の緩和・終末期ケアは可能になってくると考えられる。しかし残念ながら、医学生や若い医師は悪性疾患を専門にしない風潮があり、先細りになっていくことが予想される。今後の対策が必要である。

文 献

- 1) The international non-Hodgkin's lymphomaprognostic factors project: A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 329: 987-994, 1993.
- 2) Iwakiri R et al: Prognostic of elderly patients with acute myelogenous leukemia: analysis of 126 AML Cases. *Int J Hematol* 75: 45-50, 2002.
- 3) 井形昭弘: 高齢者におけるインフォームド・コンセント. *Geriatr Med* 35: 1479-1483, 1997.
- 4) 堤 久ほか: 化学療法後に重篤な骨髄抑制をきたした高齢者悪性リンパ腫症例の臨床的検討. *日本老年医学会雑誌* 38(Suppl): 103, 2001.
- 5) 臼杵憲祐, 浦部晶夫: Palliative Chemotherapy—造血器腫瘍—. *緩和医療学* 2: 329-336, 2000.
- 6) Staffelt AM et al: The final phase in acute myeloid leukaemia(AML). A study on bleeding, infection and pain. *Leuk Res* 27: 481-488, 2003.
- 7) Bauduer F et al: Characteristics of deaths in a

- department of oncohaematology within a general hospital. A study of 81 cases. *Support Care Cancer* **8**:302-306, 2000.
- 8) 宮腰重三郎：新しい輸血の方向 血液疾患での濃厚血小板の適応基準 予防的血小板輸血をどこまで少なくできるか. *臨床医* **24**:1224-1228, 1998.
- 9) 大田雅嗣：高齢者造血器悪性腫瘍—高齢者のターミナルケア. *血液フロンティア* **13**:213-218, 2003.
- 10) 増子忠道：高齢者在宅医療における終末期医療. *Geriat Med* **35**:1512-1516, 1997.

(執筆者連絡先) 宮腰重三郎 〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2 東京都老人医療センター血液科

目的をはっきりさせましょう。

あなたやご家族の生活で大切なものに順位をつけてみてください。
手厚い医療を受けること、受けさせることは何番目に来ますか？
もし手厚い医療よりも大切なことがあるなら、それが入院しては
不可能なことだったら、その目的に近づくため
少しリスクは増えるかもしれないけれど、在宅医療という選択肢があります。

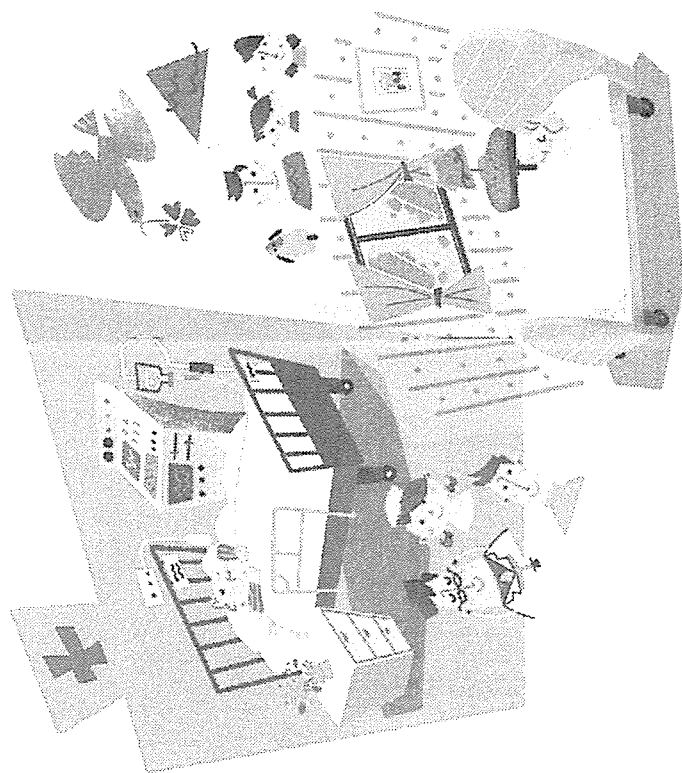
命にかかわる病なのだから入
院して当たり前。こんな風に思
う人もいるでしょう。でも医療
は手段であって、目的ではあり
ません。病人だからといって、
必ずしもそれまでの生活と切り
離される必要はないのです。手

術や集中治療を行うのなら入院
が必要ですが、容態が落ち着い
ていて、高度な医療をもとめな
いのであれば、在宅を選ぶこと
も可能です。

とはいえ、どんな人でも在宅
が可能というわけではありませ
ん。現在入院中なら、主治医がど
う判断するかたずねてください。

それに漠然と「家は居心地い
いから」と在宅を選ぶのも考え
ものです。症状が急変したと
き「こんなはずじゃなかった」
と後悔するかもしれません。

自分にとって大切な「目的」を
はっきりさせ、ご家族もそれを
納得してはじめて、在宅医療へ
の第一歩を踏み出せるのです。



自宅以最期を迎えるか

かつては自宅で亡くなる人の割合
が8割を超えていましたが、年々それ
が減り、現在は8割が医療機関で亡く
なっています。一方、厚生労働省の
調査によれば末期患者の6割が自宅で
死を迎えたいと思っています。

そんななか政府は、在宅医療を医
療制度改革の中心と位置づけていま
す。在宅での看取りを増やすために、
2006年春の診療報酬改定で「在宅療
養支援診療所」というカテゴリーを
新設、24時間の緊急受け入れ体制な
どが整った場合に手厚い診療報酬が
つけられるようになりました。ただ
し、現在のところ、在宅医療を望む
人すべてのニーズを満たすだけの供
給体制にはなっていないようです。

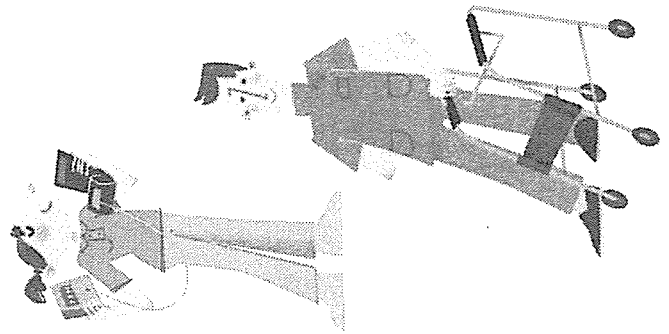
制度を理解しましょう。

病院では、医師が主に担当する治療と看護師が主に担当する日常動作の補助とがセットで提供されますが、在宅の場合は、これらが別扱いとなります。

体に対して何らかの動きかけをする医療行為に関しては「医療保険」が適用され、日常動作の補助に関しては「介護保険」が適用されます。

少しややこしいのですが知っていないとトラブルのもとになるので、注意が必要です。

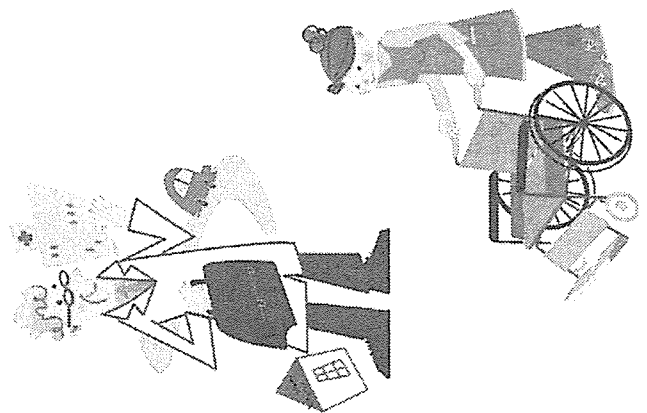
定期的に医療行為を受けなくては在宅で過ごすことはできないと診断された場合、かかりつけとなる在宅医をみつけ、定期的な訪問診療をしてもらうことが必要です。この費用を医療保険でまかなうことができます。



日常動作の補助など身体介護だけを受ける場合、医療保険は使えません。ヘルパー事業所や居宅介護事業所などから介護士を派遣してもらうことになり、これは介護保険が適用されます。

保険に入っていないければ自費となりますし、訪問診療時の交通費など、別途請求となる自費扱いのものもありますので、知っておかないといけません。

ちょっとまぎらわしいかもしれませんが、制度をきちんと理解しておくことが大切です。よく分からないという場合、訪問看護ステーションの担当者やケアマネジャーなどから説明してもらおうとよいでしょう。



保険適用の仕組みは？

医療保険で定められた在宅医療で行われる「訪問診療」は、随時に医師が訪れ治療する「往診」とは別のものです。患者さんの健康状態を維持・向上させるために「事前の計画に基づいて定期的に医師が訪問して医療行為をすること」と決められていて、あらかじめ定められた費用が発生します。医療保険を使う限り、「状態も安定しているし、今回の訪問診療は必要ないです」という風に事前の計画は変更できません。

また、制度上の問題ではなく訪問診療を受けるときのエチケットとして、事前に持っている保険証の種類を告げておくことも大事です。

在宅医を探しましょう。

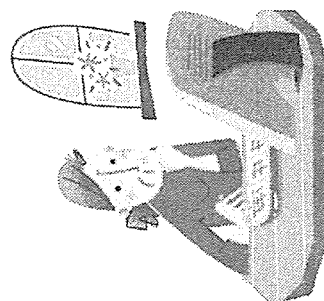
いざ在宅医療を受けようと決めても、
担い手がいなくては始まりません。

「この医師に会えてよかった」「この人たちに看取ってもらいたい」

こう思えるような医師、スタッフに出会えない限り

「んんはすじゃなかった」となりかねません。

病院にいけば必ず医師が診て
くれますが、在宅の場合、そう
はいきません。患者さんとご家
族の状況や希望を理解したうえ
で、「やりましょう」と引き受け
てくれる在宅医をさがすことが
一大事なのです。多くの在宅医



は外来と訪問診療を兼ねていま
す。依頼する場合は、そのクリ
ニックを訪れ、「ぜひ訪問診療し
てもらいたい」とお願いするよう
にしましょう。

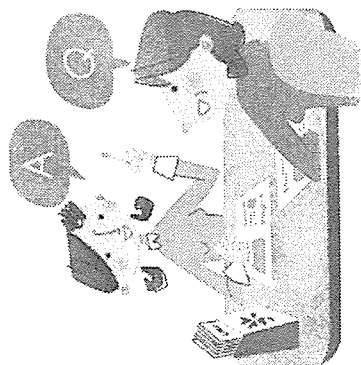
普段から、在宅医療を手がけ
ている地域の開業医を見知って
いて、すでにかかりつけ医とし

て信頼関係が築いてあれば心配
はないですね。でも現状では、
在宅医や在宅医療を支える看護
師やケアマネジャーなどの数が
全然足りません。6割の人が在
宅死を望んでいるのに、実現す
るのは2割未満なもの、これが
ひとつの原因です。

身近な在宅医の 問い合わせ方

これから在宅医を探すのなら、市
町村の介護保険担当部署で、活発な
訪問看護ステーションを開き出して
みましょう。ステーションで在宅医
療に熱心な医師について情報を得る
ことができます。入院中であれば、
病院の医療相談員や地域連携室、退
院支援室で在宅医療を受けたいと伝
え、相談してください。地域の在宅
医に関する情報を閲覧できます。

在宅医や施設を検索できるインタ
ネットのサイトも充実してきました。
独立行政法人「福祉医療機構」
(<http://www.wam.go.jp/iryoappl/me>
[nu_control.do?init=y&scenario=b4](http://www.wam.go.jp/iryoappl/me))、
「NPO法人・全国在宅医療推進協会」
(<http://www.zenzaiyo.gr.jp/menu.htm>)
などを参考にしてください。



希望をちゃんと伝えましょう。

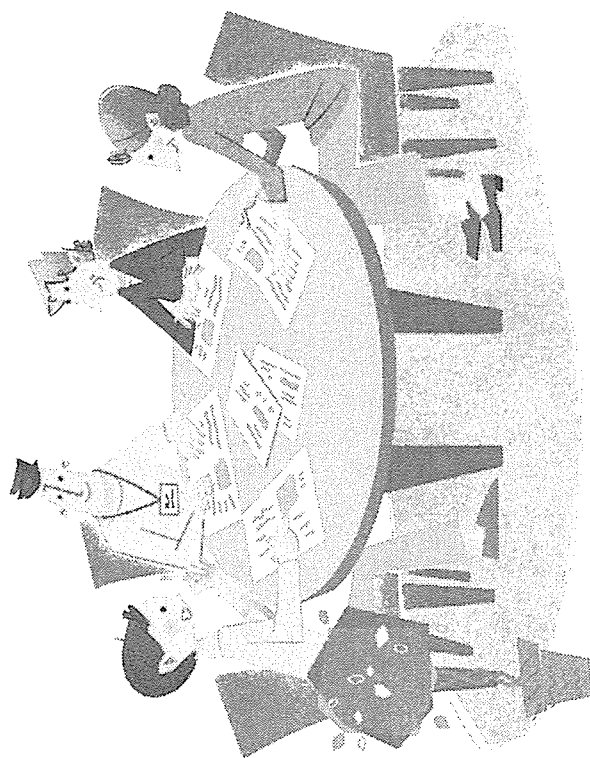
在宅を選ぶ目的がある以上、医療や介護に対して

「してほしいこと」「してほしくないこと」がきつとあるはずです。

その希望がすべて通ればよいですが、制度上や状況によっては無理なこともあります。

いずれにしても、患者さんやご家族の事情によって、それは微妙に異なるので

伝えなくてもわかってくれるのが当然、と思っではいけません。



在宅で看取る

在宅医療では患者さんご家族が主体となりますから、受け身の姿勢で始めるのではなく、まずは今後の生活への希望について、よく話し合っておきたいところなんです。そうすれば、どういったことを医療に求めるのか、もしくは求めないかがはっきりとしてくるでしょう。

末期の患者さんを在宅で看取る場合は、「告知」についての希望を事前に説明しておく必要がありますし、どういった医療行為を期待しているのかも伝えておきましょう。死亡時に医師の診断がないと、警察による検死が行われることになり、急変時の往診体制が24時間整っているかの確認も必要です。

在宅医療の主役は患者さんご家族です。とはいえ、医療や介護が不要なら在宅医療を受ける必要もないわけで、実際には、痛みなどの苦痛を和らげてくれたり、日々の身体介護をしてくれる、サポーターである医療側、

介護側の役割もとても重要となります。逆にいえば、サポーターと意思の疎通が上手に取れていないと、満足のいく環境にはならないのです。

どの程度までどれくらいのことをしてほしいのか、もしくはどんなことはしてほしくないのか、事前に打ち合わせをし、具体的な希望をちゃんと伝えておくことが大切です。訪問介護やショートステイ、葬儀士による食事相談など介護保険のサービスを利用する場合、医療側・介護側と患者側の連携をとってくれるのが「ケアマネジャー」です。相談し、各関係者との連絡をとってもらおうとよいでしょう。

細かに部分を詰めましょう。

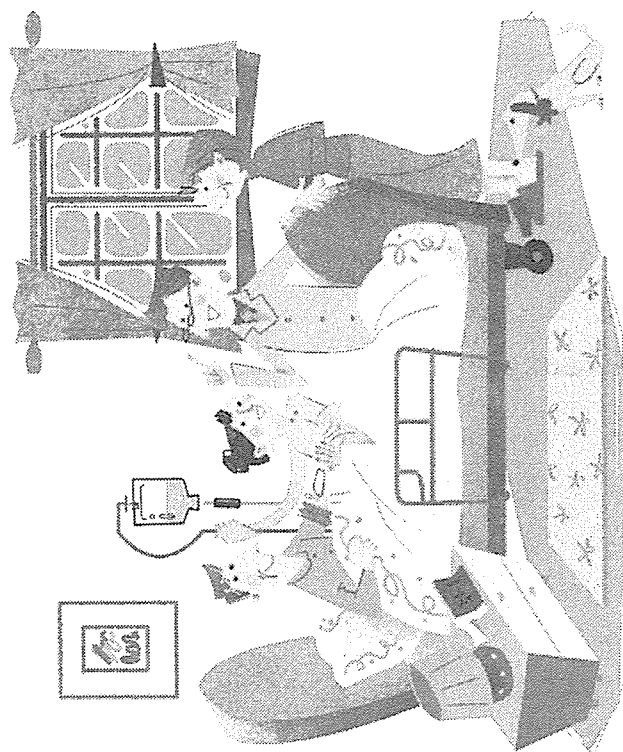
サポーターとなってくれる医療側、介護側の存在は、在宅を選ぶうえでとてもありがたいものですが、現実には、在宅でもらえることには限界があることも知っておかなくてはなりません。

事前に「何をしてもらえるのか」「何はしてもらえないのか」をきちんと確認しておきましょう。

「手厚い医療」が最優先なら在宅を選ばないほうがよい、というのは最初に説明した通りです。医療者が、いつでも相談にのり、いざというときに駆けつけ、痛みなどの苦痛を和らげてくれる。それが可能なら言うことはあり

ませんが、医療側も生身の人間ですから「いつでも」「何でも」できるわけではありません。複数の医師や看護師、ケアマネジャーなどの専門家が緊密に連携を取り合う、そんなチームがないとなかなか家族の思い通りにはいかないのです。

医療側からは、できること、できないことを事前に聞いておきましょう。場合によっては、ひとつの在宅医療チームですべてを行うことが難しく、他の医療機関との連携が必要な場合もあります。家族側と在宅医とのコミュニケーションをしっかりと、事前に調整してから在宅医療に移ることが望まれます。



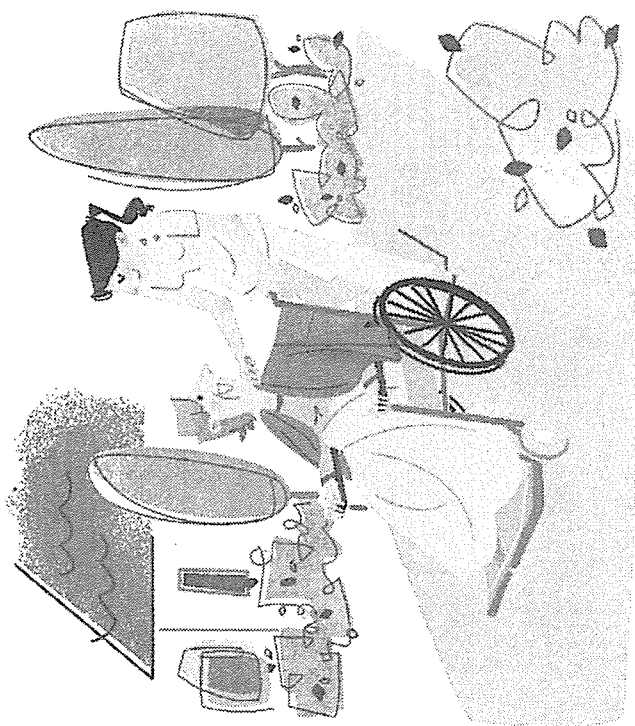
できること・できないこと

病によっては、在宅でもかなりの範囲の治療が可能となります。具体的には、糖尿病や血友病などの「自己注射」、腎炎や腎不全などの「血液透析」「腹膜透析」、肺疾患の「酸素療法」、そのほか「中心静脈栄養療法」「経管栄養療法」「疼痛管理」などがあげられます。

ただし、医師やチームによってはどこまで可能なかはちがいます。特に苦痛を和らげる「緩和ケア」は、熟練した医師はまだまだそんなに多くありません。薬剤や機器も、一般の医療機関とまったく同じものがそろわない場合があります。

役割分担を確認しましょう。

患者さんとご家族が主役になるということは、思い通りになることばかりではなく、イザというとき、医療側が到着するまでの間は自分たちで何とかしなければならないということでもあります。どういったことが起こりうるのかご家族がきちんと理解・納得しておくことが大事です。



不安を和らげる理解と納得

患者さんにご家族にとって、在宅を運んだとして果たして自分たちの心身がもつだろうか、苦痛がきちんと和らぐだろうかと不安になるのは自然なことです。患者さんの病状が「慢性期」の場合は終わりが見えませんが、「末期」の場合はご家族の目前で大変苦しいことも考えられます。

いずれにしても、漠然とした不安を解消してくれるのは、何より理解すること、そして納得することではないでしょうか。末期の患者さんの場合は、痛みを和らげるモルヒネの効果や副作用、反応についてや、死に向かう人の生理的・心理的变化についても知識をもち、理解しておくこと心の準備ができます。

在宅医療を選ぶと、家族は24時間体制となります。病状に変化があったとき、まずは家族的な判断と行動が求められますから、その点については覚悟しておかなくてはなりません。

とはいえ、呼吸困難にな

ったり体調が急変したり、突然のことにはパニックになり、すべきことを忘れてしまうことがよくあります。もしもの場合にそなえて、想定される事がらと対処法について在宅医や看護師に聞き、書いてよく見えるところに貼っておくとよいようです。患者さんの病状の進行にともなうてどういう変化が見られてくるかについても、知っておくようにしましょう。

また、家族側の負担が大きすぎて共倒れになってしまわないように、身体介護や家事援助のサービスを利用する部分についても、ある程度の見通しをたてておくといひでしょう。

準備をしましょう。

ここまでいくつかのことを確認してきました。

在宅医療に移るといことは、簡単な道のりではないかもしれません。

病院にすすめられて始めたものの、在宅がうまくいかなかったという事例もあります。

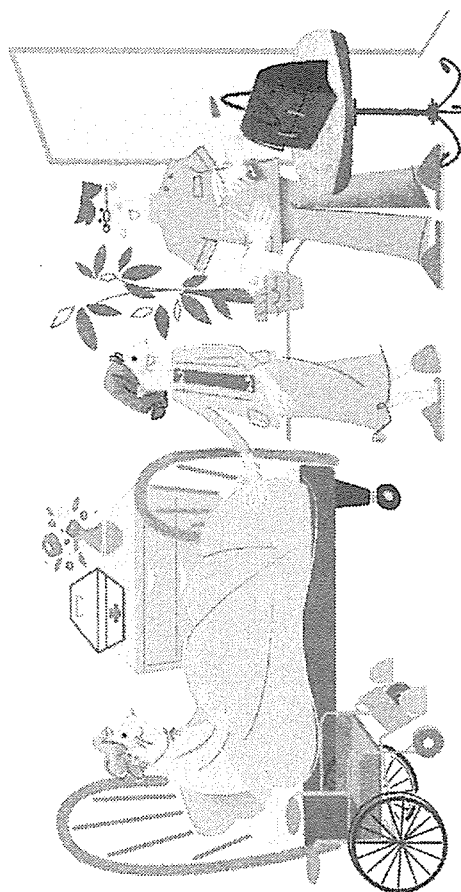
一方で、在宅を選んでよかったとおっしゃる患者さん、ご家族もたくさんあります。

さあ、あなたがこれから在宅を選ぶとしたら、まずは何から準備を始めますか？

現在入院している場合は、主治医に「在宅医療」を希望していると伝えたり、入院中に担当となる在宅医とスタッフに病院へ来てもらい、ご家族同席のもと、病院側の医療チームからさまざまな情報の受け渡しをす

る必要があります。そのほか、書類をそろえるなど手続き上の準備や、設備・物質面での自宅の体制づくりを始めましょう。

自宅に医師が訪れることが減ったため、現代の家族は「訪問診療を受ける際のお作法」に慣れていません。具体的には、駐車スペースを空けておく、医師を出迎える、介護ノートを作っておいて的確に報告する、殺菌効果のある液状石けんなど手洗いを用意する、医師を見送る、早い機会に往診料を支払うなどです。スムーズに在宅医療を始められるように、ケアマネジャーや訪問看護師などに聞いて、準備を始めましょう。



退院前にそろえましょう

担当となる在宅医に必要なものを確認し、主治医からはレントゲンコピーや情報提供書などをもらっておきます。在宅介護を利用するのなら、介護保険が適用されるかもしれませんので、申請しておきましょう。

医師が訪れる際には、洗面所で殺菌効果のある液状石鹸、お湯での蛇口、タオルなどを提供し、必要であれば殺菌用スプレーも準備します。

患者さんの症状によっては、ベッドや車いす、手すりといったものから、滅菌ガーゼやおむつなど、いろいろ必要になります。できるものからそろえましょう。便利な医療用品が市販されているので、活用するといいようです。