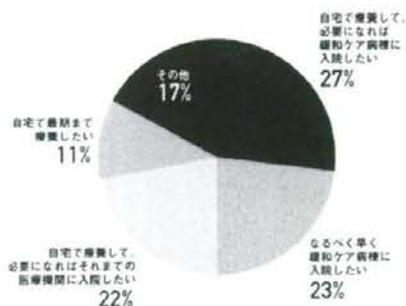


## 患者が在宅医療を嫌っているのか？

12

自分が痛みを伴う末期状態(死期が6ヶ月程度より短い期間)の患者となった場合、どこで療養したいですか？

(厚生労働省医務局「在宅医療に関する調査」2004年より)



この調査によれば最期まで自宅でと望む人は1割に過ぎません。しかし、その理由を尋ねてみると、「介護する家族に負担がかかる」と「病状が悪化した時が不安」の2つが突出して多いです。自宅がイヤという訳ではありません。

13

## 経験者ほど、在宅で最期まで大丈夫と 思っている。

14



前項の調査をもう少し細かく分析すると、緩和ケア病棟の医師は6割が「最期まで在宅での療養を実現可能」と回答しています。訪問看護ステーション勤務看護師の6割5分も「実現可能」と回答しています。さらに、すでに高度の在宅医療サービスを受けている患者さんの7割も「実現可能」と回答し、その主治医にいたっては8割が「実現可能」と回答しているのです。つまり在宅医療の実情を知っている人ほど自信を持っており、逆に実状を知らない在宅医療を選択しづらいのです。

—伊藤道雄、奥沼信夫：終末期における医療供給体制の課題。J.Natl.Inst.Public Health.55(3).2004より

no problem!



15



口にしないのと、  
望まないのとは  
同じでない。

20

「緩和ケア」という言葉に  
どんなイメージをもっていますか？

平成28年11月 厚生労働省医政局が行った「緩和ケアに関する意識調査」より（複数回答、上は49.8%）

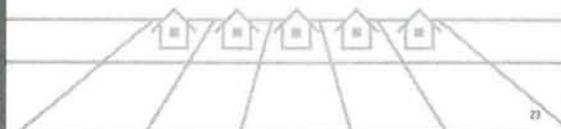


ほとんどの患者さんは、あなた以上に緩和ケアや在宅医療のことを知りません。また往々にして自分だけでは意思決定できないこともあります。薄々と説明しただけでは伝わりません。常に相談しやすい仕組みにしておく必要があります。

21

退院とは、  
実は「地域への転院」  
なのです。

ちょっと発想を変えて、地域を病院、家をベッドと考えれば、在宅移行と言っても、検査部門や手術室がないだけの病院へ転院するようなものです。IVHを抜くなど、転院の際と異なったことをする必要はありません。在宅では、体温、血圧などのチェックやモルヒネ等を用いた疼痛緩和、食事が困難な患者への点滴、酸素吸入、膀胱留置カテーテルや、経管栄養、場合によっては人工呼吸器の利用も可能です。オビオイドの進歩や医療機器の進歩など、在宅医療を支える基盤もどんどん整ってきています。



22

23

## 在宅移行の成否は 「いつ」準備を始めるかに かかっている。

24



在宅移行の準備



当然ですが、在宅移行したからといってそれだけで患者さんの「普通の生活」が実現するわけではありません。家族、在宅医、看護師、介護福祉士の連携がきちんと取れている必要があります。そのためには十分な退院調整と、在宅移行後ある程度の時間が必要です。病院側で持ち時間を使い果たして、どうしようもない状態になってから在宅移行させても、その真価を発揮することは期待できません。入院してきた段階から、常に在宅の持ち時間のことを考えて、患者さんや家族と相談し退院準備しておくことが大切です。



在宅移行後の準備



25

## 家族を追い詰める 必要はない。

26



この世に生を受けたものが死を迎えるのは自然の摂理です。あなたも医師として、死としっかりと向き合った時に、自分が成長したと実感しませんでしたか。患者さんにとって、自らの死に様を受取る者に見せることが最後の贈り物と言うことができます。家族にとっても、在宅看取りは負担だけでなく、きっと得るものがあります。結果的に再入院となったからといって、家族が負い目を感じる必要はありません。まず始めてみるのが大切です。そう、家族に説明してあげてください。

がん患者で死亡場所の  
判明した全256例

研究地の在宅生活実態調査（2013年1月～10月）より

 入院先で死亡 86例

27

## 地域の在宅医を 知らない、 最初は皆同じ。

29

### 病院勤務医がどうやって在宅医へ紹介したか

※複数回答あり、総回答数



皆さん意外と決まっています。どうしても相手のスキルや知識が心配だったら病院にお招きして説明してはいかがでしょうか。逆に在宅医から勧誘させてもらうことも、きっとあるはずです。退院にむけて、病院勤務医と在宅医がカンファレンスを持つことは、診療報酬でも認められています。そして、その情報交換の取り組み自体が、在宅移行をスムーズにし、患者さんのQOL向上につながります。

ちなみに在宅医はWannet <http://www.wannet.jp/> で探せます。

31

## おわりに

在宅医療は日本全体として見ると必ずしも普及しているとは言いきれません。また、医療費抑制の手段として位置づけられることも多く、日本の医療で負担して余裕のないあなたにとって、できれば聞かなくていいものなのかもしれません。

しかし健全な在宅医療が育てば、患者さんにとって望ましいのはもちろん、あなたにとってもベッドコントロールの経験が増えることになり、誤ってもごとのないはずです。

入院施設費が患者さんを困らせる限り、在宅医療費は増えません。病と闘う筋ではありませんが、

健全な在宅医療ができてから乗るなどと言っていたら、いつまで経っても在宅医療は普及しませんし、またその真価を発揮することもできません。

たしかに課題は山積しています。でも、あなたの無関心それ自体が課題の解決を遅らせているのかもしれない。明日のために一歩踏み出して、成功体験を積み重ねてみませんか。

その一歩が、社会と医療者との間にギスギスした関係を再構築するきっかけとなり、医療だけでなく日本の社会そのものを大きく変える一歩になる。そんな気がするのです。



30

31