



在宅医療・在宅ケアのこれから

～病院で最期を迎えられないワケ～

平成25年3月19日(火)

こう地域チームケア研究会にて

彦根医師会 松木診療所

松木 明

1



高齢者の病気の特徴

- 多くの病気をもつ
- 長期に続く
- コントロールが目標
- 障害を伴う
- 最後は死に至る

2



病院で死にたい？

- 病院は治療して治すところ
- 治療に失敗すれば、死んでしまう
- 急性期の死は、急性期病院で

- かつて、老人病院がいっぱいあった
- そこで老人たちは寂しく死んでいった
- 慢性期の死は老人病院で、でいいのか

3



老いと死について

- 老いること・死ぬことは、生命体として当たり前のこと
- 当たり前のこととは、日常的な世界で行われるべき
- 老いと死は、住み慣れた自分の家で

4



死の変容

- かつては病気の延長として死があった
- 今は、生活の延長老いの延長として死がある時代

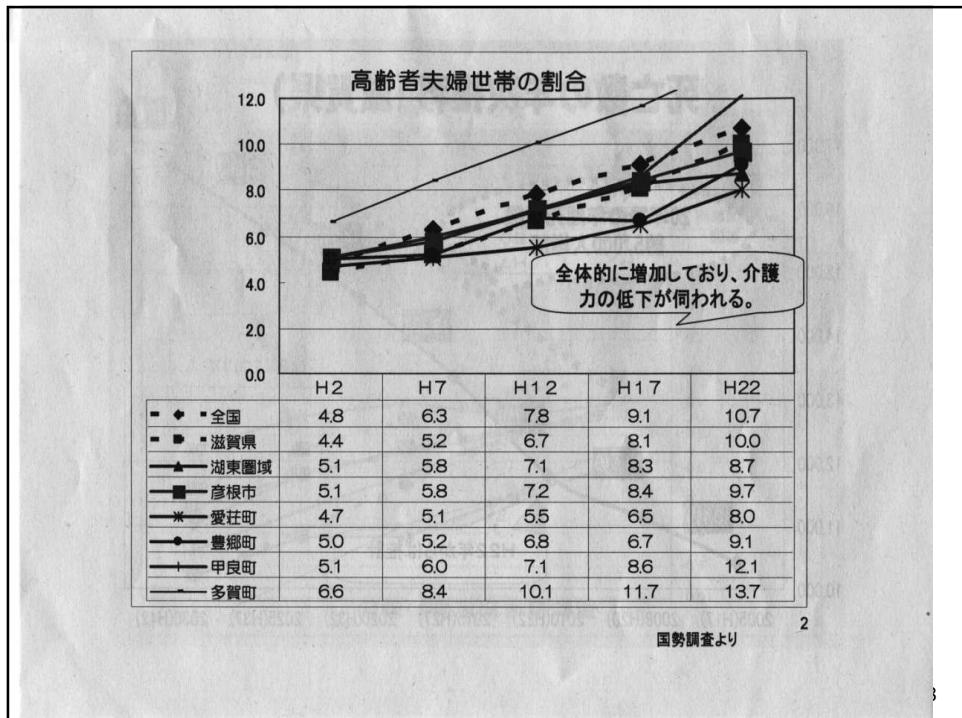
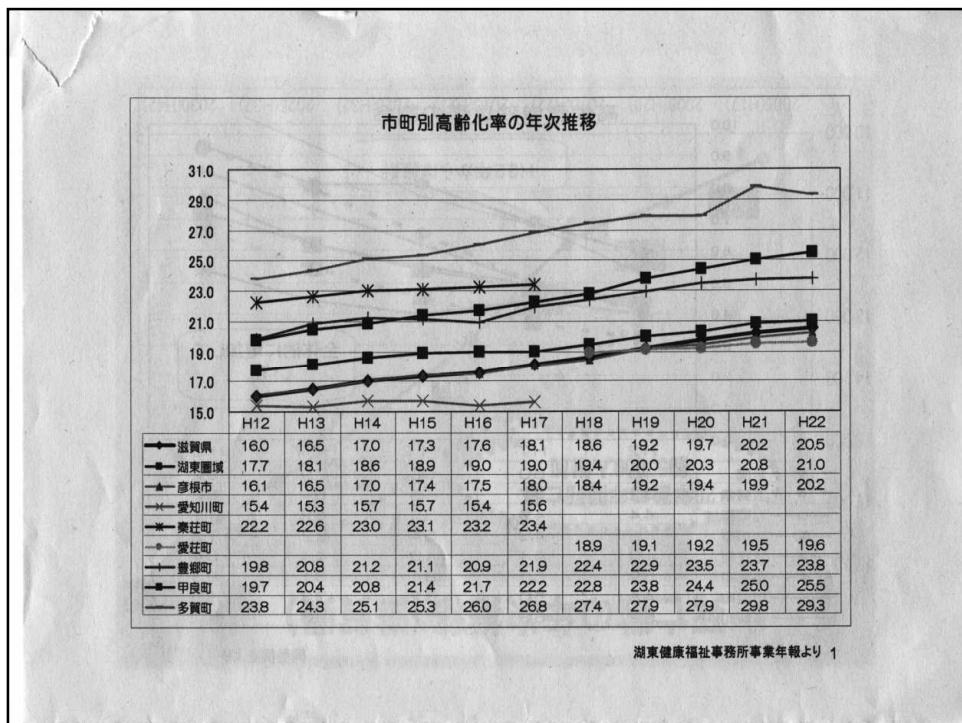
5

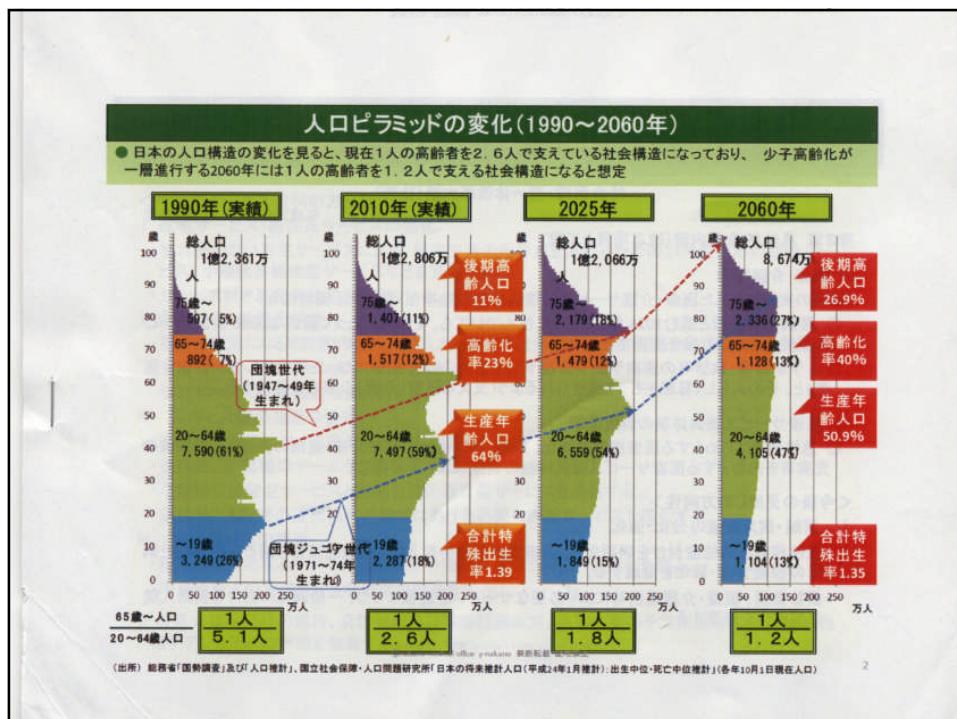
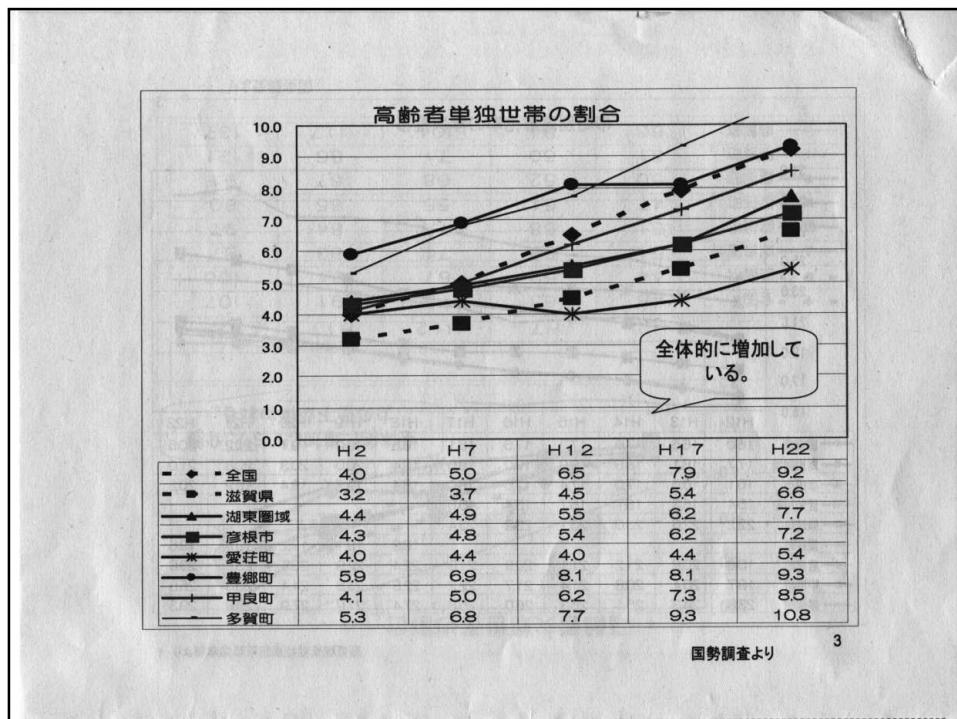


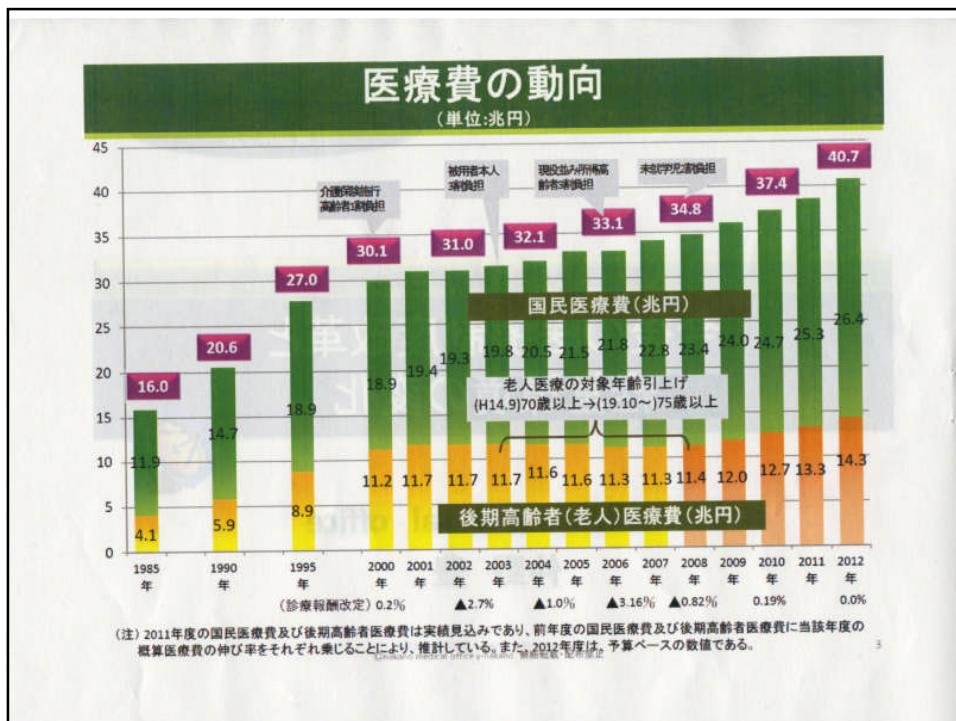
老いと死の受容

- 老いと死を拒む医療から、老いと死を受容する医療へ
- 生と死は対立するとする、今までの医療の考え方
- 老いを触媒として、生と死は融合し一体となる
- 「わたしは、死ぬことはこわくない。ただ死を前にして悩み苦しむのがこわいのだ。」

6







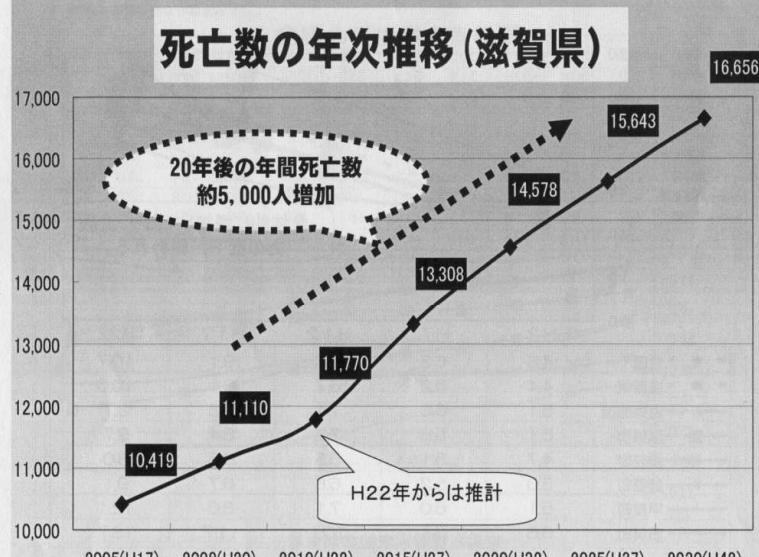
年間社会保障費が100兆円

- 年金は減らせない
- 介護・福祉も必要
- 医療費のむだ使いを減らす
- 医療費総額が40兆円

団塊の世代が死を迎える

- 大量死の時代がやってくる
- 病院で扱うのは急性期の死のみ
- 施設もそれほど増えない
- 在宅で人の死を支えざるをえなくなる

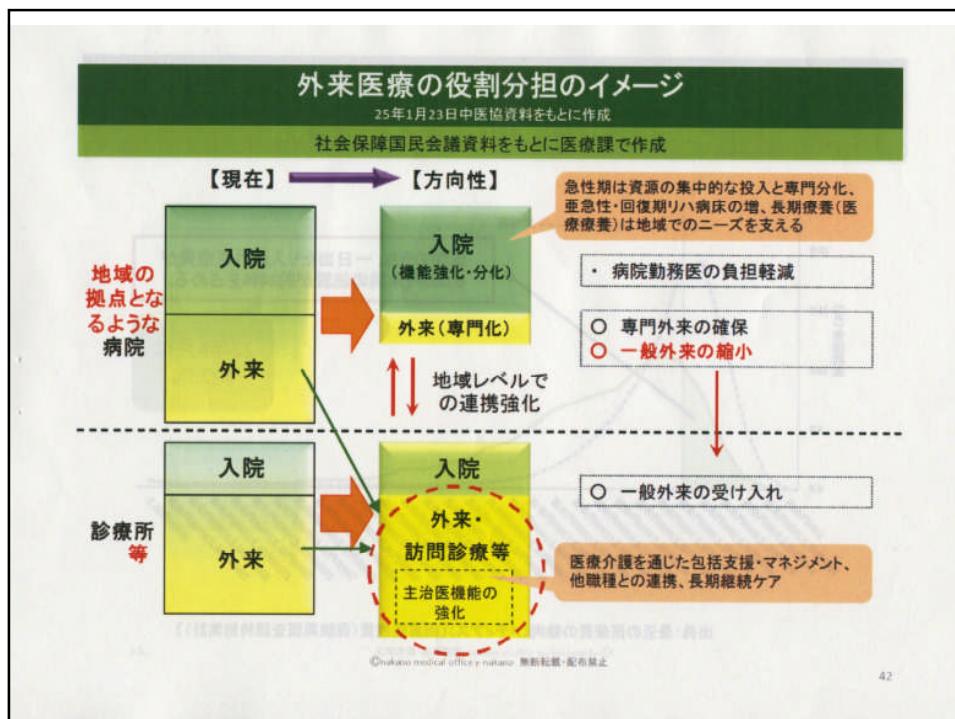
13

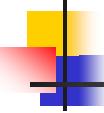


病院への過度の依存からの脱却

- 病院外来は紹介外来と特殊外来に限る
- 外来医療はかかりつけ医に
- 病院は、高度検査・高度治療・入院に特化する
- 一次救急はかかりつけ医が、病院は二次三次救急を
- 病院には専門医、地域には総合医を

15





病院と診療所の役割分担

- 外来は特殊外来と紹介外来に
- 入院と検査と救急に特化
- 病院に専門医、地域に総合医
- 病診連携をすすめる
- 診・診連携も必要

17



在宅療養支援診療所

- 在宅療養患者 60人ぐらい
- グループホーム 30人ぐらい

- 在宅看取り 12人～15人／年
- 悪性腫瘍 6人／年
- 施設看取り 5人／年

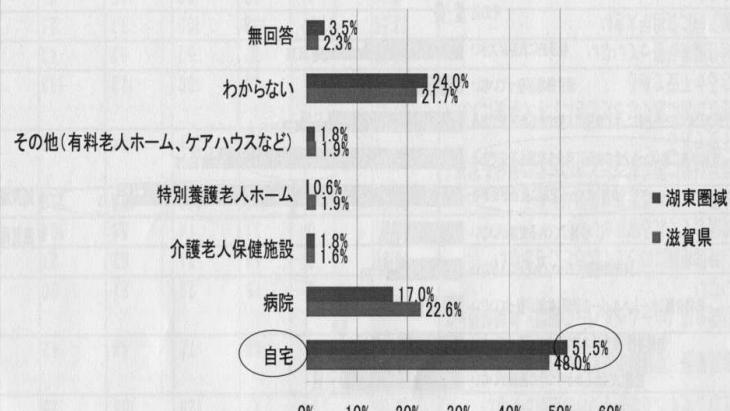
18

かかりつけ医とは

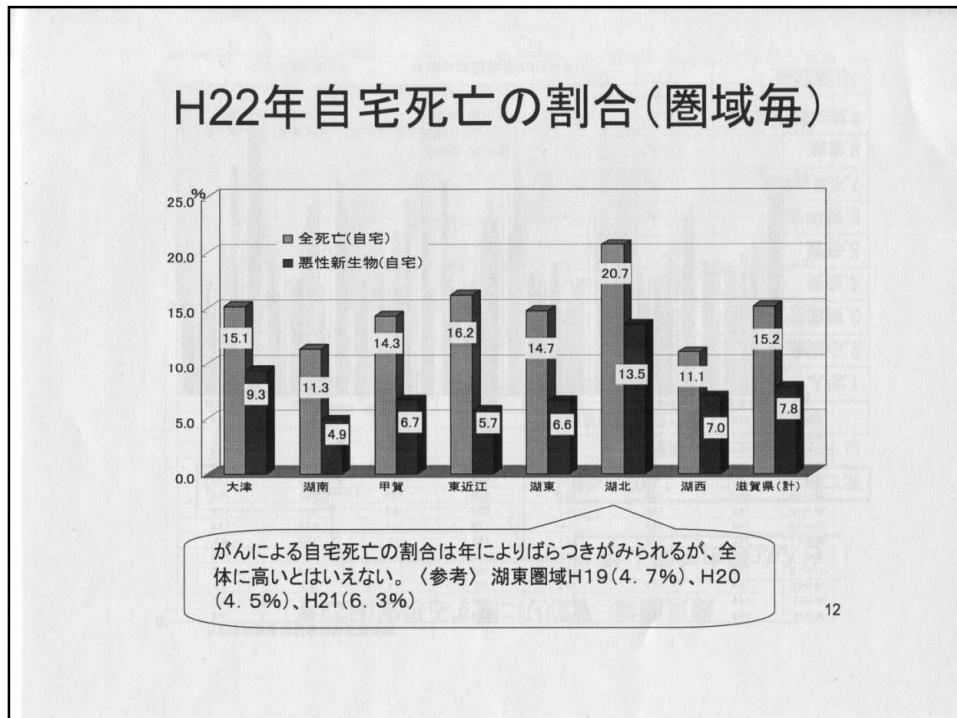
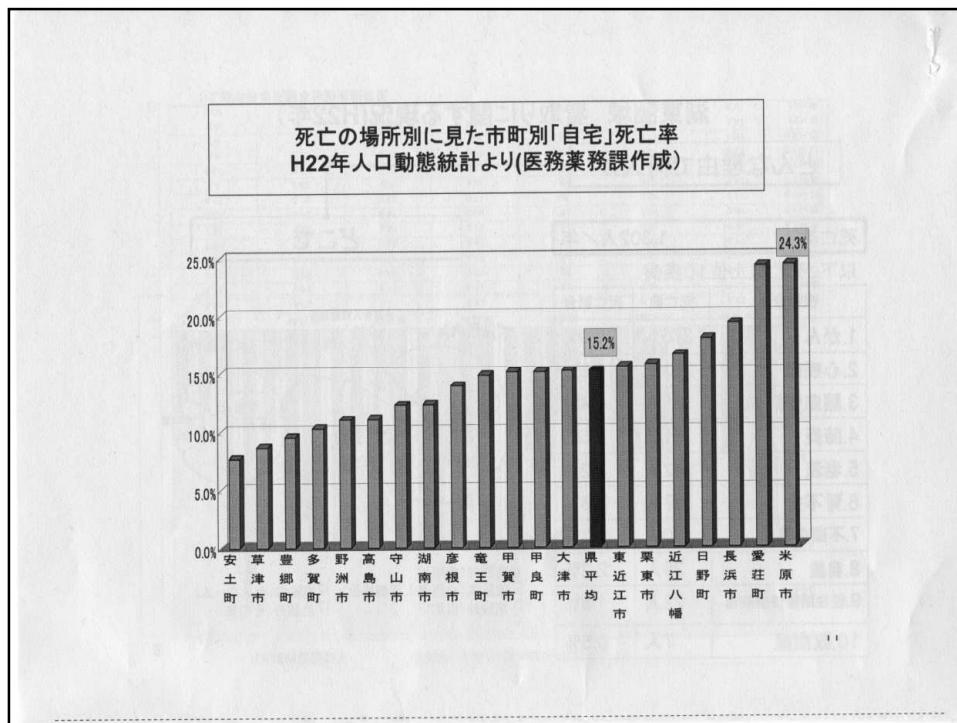
- 幅広い病気を診る——総合医
- 生活を基盤にして診る——生活医
- 家族全体を診る——家庭医
- 地域全体を診る——地域医
- 誕生からターミナルまで診る——人生医

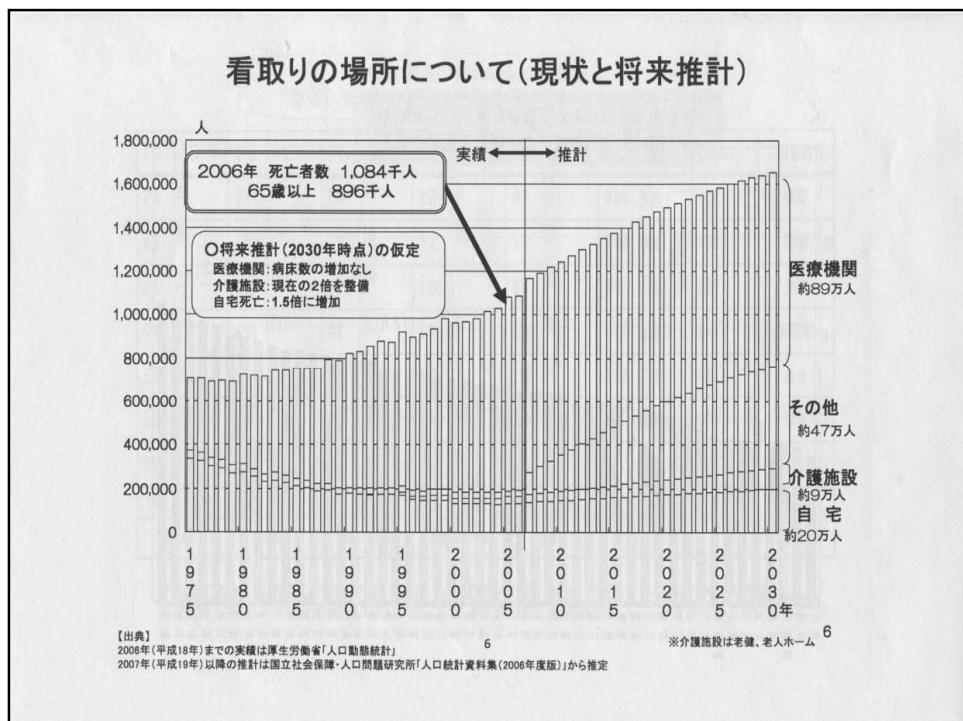
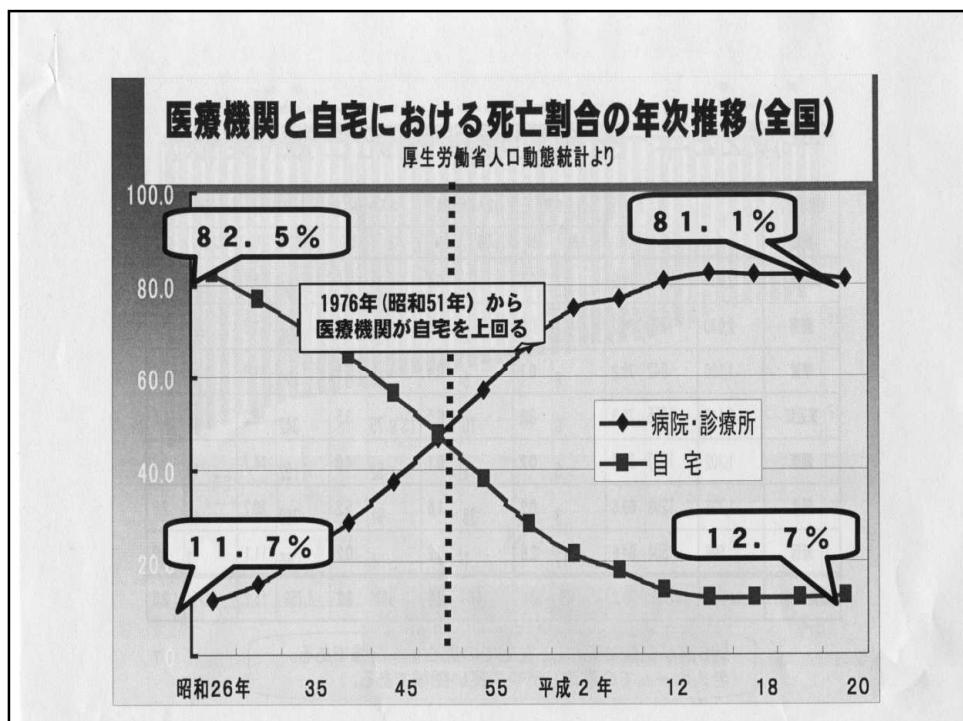
19

人生の最期を迎える場所



平成24年 滋賀の医療福祉に関する意識調査より 23



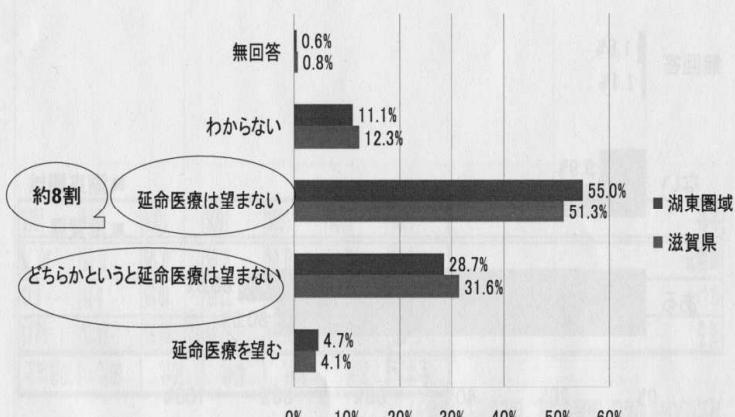


在宅医療・在宅ケアの時代

- 病院医療から在宅医療へ
- 医療財源の不足
- 住み慣れた自宅での医療
- 家族や仲間に囲まれて
- 往診や訪問診療
- 訪問看護や訪問リハビリとの連携
- 介護サービスとの連携

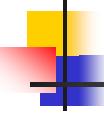
25

延命治療の希望



平成24年 滋賀の医療福祉に関する意識調査より

25



身じまい帳(リビングウィル)

- 何をして欲しいか
- 何はして欲しくないか
- 誰に委ねるか

27



在宅看取りでの留意点

- 本人の意思の確認
- 看取る人たちの意向
- 病状と今後の見通し
 - いつ頃動けなくなるか
 - いつ頃意識がなくなるか
 - いつ頃心臓が止まるか

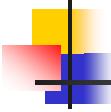
28



在宅ケアの問題点

- 医療一福祉(介護)一保健の連携
- ケアマネジャーの質と地位の向上
- 独居高齢者をどう守るか
- 認知症患者をどう守るか
- 介護者の支援体制

29



連携についての考え方

- 誰のための連携—患者・利用者のため
- 連携には「のりしろ」が必要
- 連携には、信頼が基盤に
- 顔の見える関係
- チームとして対等で平等
- 責任転嫁・責任のがれをするな

30