# 青森県医師会在宅医療研修会

## ～在宅医療における看取りについて～

北畠外科胃腸科医院
院長　北畠滋郎

2024/03/23（土）　青森県医師会館7階

# 在宅医療・在宅ケア

- 在宅ケア：自宅または希望する家などに居て，自力生活が困難な療養者が，家族，介護職，医療職，福祉職，ボランティアなどの協力や支援により，希望する生活をすることを可能にするための手段.
- 在宅医療：在宅ケアの一部．医学的管理，医療処置が必要な自宅療養者のために，医師，歯科医師，薬剤師，看護師，理学療法士などが連携，協力して，自宅での療養を支援する手段.

# 緩和ケア

- 生命を脅かす疾患による問題に直面する患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的、心理的、社会的な問題、さらにスピリチュアル（宗教的、哲学的なこころや精神、霊魂、魂）な問題を早期に発見し、的確な評価と処置を行うことによって、苦痛を予防したり和らげることで、QOL（人生の質、生活の質）を改善する行為である、としているのである

（WHOの定義文2002）

# 在宅緩和ケアとは

- 在宅緩和ケア:

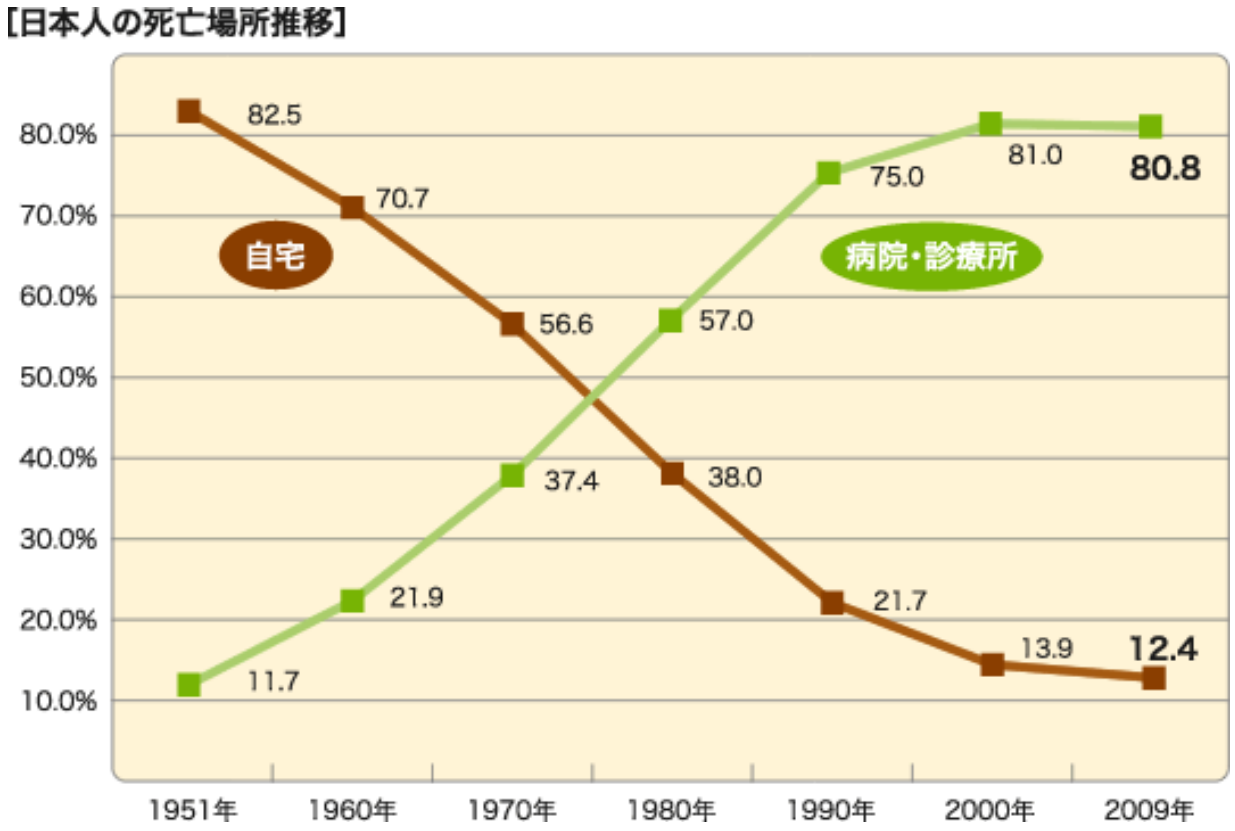
  緩和ケアを在宅で提供する

# 在宅緩和ケアの理念

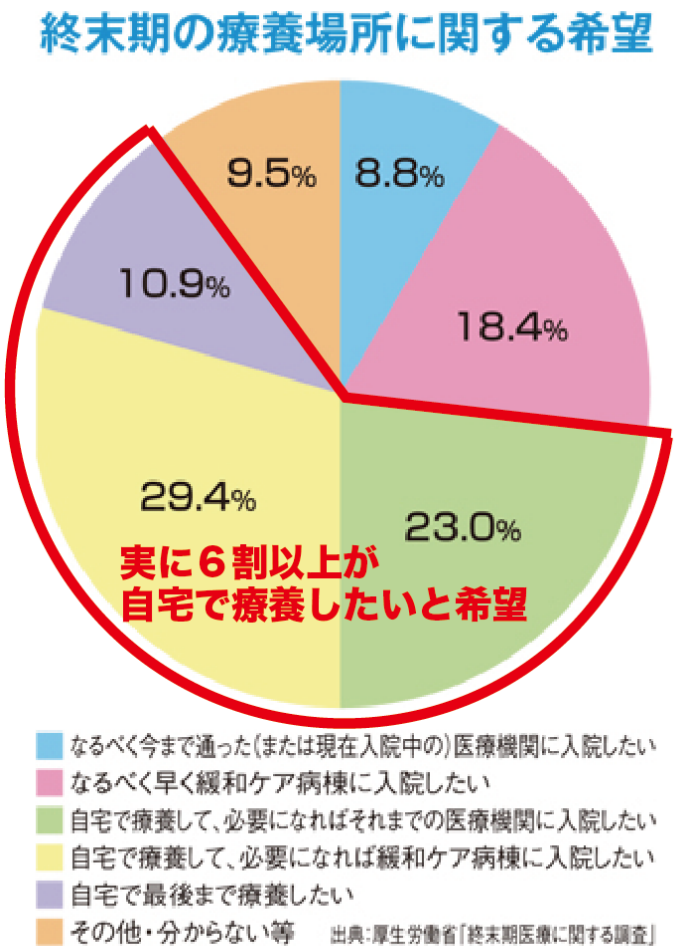
- 在宅で提供する終末期の緩和ケア
- 患者さんが中心
- 一人ひとりの人間の生き方を支える
- 安楽に過ごす

  ⇒痛みやその他の苦痛な症状からの解放
- 患者さん，家族を支える
- チーム（多職種）で支える

# がんの患者さんをどこで看るか



# 癌の患者さんはどこで過ごしたいか？



# でも自宅で看れない理由は？

1. 家族に肉体的・精神的負担をかける
2. 家族に経済的な負担をかける
3. 何が起こってもすぐに対応してもらえない
4. 自宅では十分な医療を受けられない
5. 入院希望してもすぐに対応してもらえない

などの不安材料

# 在宅医療はどのような医療ができる？

- ほとんどすべての医療行為ができる
  人工呼吸器，点滴，TPN，胃瘻・腸瘻，
  ストマの管理，インスリンの管理
- 痛みや苦痛軽減のための緩和ケア
- 家族の助けもあり，病院でできないことも可能になる

# 入院と在宅のメリット・デメリット

| | 入　院 | 在　宅 |
|---|---|---|
| メリット | ・病態の変化に対処しやすい<br>・家族の負担軽減<br>・病態把握しやすい | ・家族との時間が持て，自然な日常生活を送れる<br>・仕事が継続できれば，経済的負担を軽減できる |
| デメリット | ・自然な形での日常生活が送れない<br>・面会時間の制限 | ・家族の負担が増える<br>・急変対応が遅れる<br>・病態把握が困難 |

ATV　テレビ診察室

# “お家で最期まで”を叶えるために
# ～在宅緩和ケアを考えよう～

北畠外科胃腸科医院
院長　北畠滋郎

放送日　2021/12/5

# なぜ今在宅医療なのか？

- 死亡者数の増加：超高齢化・多死社会
- 死亡場所の推移：医療病床増加(-)
- 医療政策・医療費の問題
- 家で過ごすことの素晴らしさの再認識
- キュア（Cure)からケア（Care)へ

# 場の違い（病院と在宅）

- 病院医療はキュア(cure)主体

  徹底して検査，病因を追求，できる限りの治療

  ケアは実践されにくい.

- 在宅医療はケア（care）主体

  病気も生活の一部，検査や治療が優先されるわけではない.

  病気があっても検査や治療をしないという選択枝もあり，ケア（患者がどうしたいのかを医療的に支援していくアプローチ）での対応が優先.

  苦痛の除去はほぼ入院中に劣らないレベルの治療を提供可能

  主役は患者さん

# 病院から家に帰ると

- 特別なことをしなくてもなぜか元気になる
- 病院での制約からの解放
- 嗜好品・日課・生活空間
- 家族との本来の関係に戻りやすい

⇒家に帰ると痛みや苦痛が軽減する

逆に言うと，家でコントロールできない苦痛は病院ではコントロールできない

# どこまで治療を続ける？

- 抗がん剤のやめ時
- 点滴・胃瘻の功罪
- 残された時間をどう過ごす
- 平穏死：“生命の終わりに無理な延命治療を行わず，人間としての尊厳を保ちながら穏やかに旅立つ”こと

# 「平穏死」とは

- 生命の終わりを迎えるにあたり，身体が弱っていく自然な経過を経て，一般的に行われる延命治療を受けず，身体の自然な状態のまま，文字通り「平穏」に最期を遂げるという，死の迎え方
- 平成10年，特別養護老人ホームの医師，石飛幸三先生が著書「平穏死のすすめ」で使用したタイトルから広がる

# 「尊厳死」／「安楽死」とは？

- 平穏死
- 自然死：自然な経過の先にある死
- 尊厳死：不慮の事故などで意識が戻らなくなった昏睡状態における延命中止も含む

  （平穏死≒自然史≒尊厳死）
- 安楽死：不治かつ末期の患者さんの希望で「人為的に死期を早める処置」

# 「平穏死」10の条件

- １．平穏死できない現実を知ろう
- ２．看取りの実績がある在宅医を探そう
- ３．勇気を出して葬儀屋さんと話してみよう
- ４．平穏死させてくれる施設を選ぼう
- ５．年金が多いひとこそ，リビング・ウィル（生前の遺言）を表明しよう

長尾和宏著 「平穏死」10の条件　より引用

# 「平穏死」10の条件

- 6. 転倒→骨折→寝たきりを予防しよう
- 7. 救急車を呼ぶ意味を考えよう
- 8. 脱水は友. 容易に胸水腹水を抜かない
- 9. 24時間ルールを誤解するな！自宅で死んでも警察沙汰にはならない！
- 10. 緩和医療の恩恵にあずかろう

# 1．平穏死できない現実を知ろう

- 延命治療を望まなくても，急変時に病院にはこばれ，本人の意思と反することに
- 救急車を呼ぶことは蘇生，延命治療への意思表示
- 延命治療を始めてしまうと中止は困難
- 病院では医師は延命治療をしなければならないという医療の現実

# 7. 救急車を呼ぶ意味を考えよう

- 救急車を呼ぶということは・・・　⇒蘇生処置も，それに続く延命治療も　フルコースで行ってくださいという意思表示

↓

- 救急隊：救命救急処置をして医療機関に搬送する仕事
- 救命救急：搬送された患者の救命を図る

## ケース1：親戚に「なんで病院に入れないのか」と怒鳴られて，気が動転して救急車を呼んだ

- いよいよあと1～2日といわれ，自宅で看取る決意をしたが，もそもそと身体の置き場がないように苦しそうに悶えたり，変なことを口にする．
- 危篤を聞いた親戚が訪れ「なんでこんなに悪いのに病院に入院させないのか，救急車を呼べ！」と怒鳴られて救急車を呼んだ

## ケース2：呼吸が止まったと主治医に連絡したが，携帯がつながらず，あわてて救急車を呼んだ

- 救急隊は心臓マッサージなどの蘇生処置を行いながら家族に事情を聴く
- 同時に蘇生処置を行いながら，主治医の到着まで自宅に待機
- 主治医に連絡がつかず，家族が搬送を希望すれば救急病院に搬送
- 到着時死亡していれば警察に連絡，気が付けば警察に運ばれていた

## ケース3：朝起きるとすでに息を引き取っているのに気づき，あわてて救急車を呼んだ

- おそらく夜間に眠るように息を引き取った
- 救急車が到着した時にはすでに死後硬直
- 救急隊は必ず警察に連絡
- 警察は到着すると，亡くなった患者さんの写真などの撮影，現場検証
- 家族は別室で事情聴取

⇒殺人現場のような雰囲気！

# ケース4：故意に救急隊に連絡するという在宅医療でのケース

- 重度の障害を持ち，植物状態に近い状態で在宅で長年過ごしている子供さん
- 肺炎が悪化し，呼吸器を装着するも徐々に状態悪化したため，在宅主治医は呼吸が止まっても救急車は呼ばないように指示
- 「障害者を持つ家族の間では家で看取りたくても呼吸が止まりそうになったら，必ず救急車を呼ぶのが常識」と言われた

# 緩和医療と家族の希望の乖離

- 安楽に最期まで過ごさせたい希望
- 少しでも治療を続け，長生きさせたいとの希望
- 化学療法，放射線療法，その他集学的治療に対する過度の期待
- 「治療法はない，緩和医療になります」

≠ 「病院や医師に見捨てられた」

# 「もう治療法はない」と言われたら？

- ステージIVで転移があれば癌は治らない⇒癌と共存しての生活
- 抗がん剤，放射線治療の意味
- 治療効果と副作用
- 「もう治療法はない」　＝　病院での治療は卒業したととらえ，これからの時間をどのように有意義に過ごすか

# もう一度，医療の現実を！

- 病院は，基本的には「治療の場」
- 治療や救命・延命処置を行うところであり，末期でも延命治療が行われることになる
- 緩和ケアはどうしても後回し
- 残念ながら「平穏死」からはもっとも遠いところにある施設
- 病院で亡くなる人／死んではいけない人

# 在宅医療なら「平穏死」ができる

- 在宅療養では延命治療は行わない
- 家族にみとられた死

  →家族と濃密な時間を過ごした
- 安楽な時間
- 症状の緩和
- 不安の解消

  →看護師，訪問看護師がいつでも対応

  してくれ，思ったほど不安がなかった

# 在宅で「平穏」な最期を迎えるには

- 本人と家族が「在宅看取り」を希望
- 必要以上の医療処置，延命治療を希望しない
- 常時介護力がある
- 看取る人が理解力を持っていること
- 看取りを迎えるのにふさわしい環境
- 救急車を呼ばない

# 地域包括ケアシステムで欠けているものは何か

青森市高齢者福祉・介護保険事業計画第7期計画（平成30年～平成32年）

○虐待防止対策、認知症施策の推進、災害時の支援、交通安全、介護予防、介護保険事業の推進など

○地域包括ケアシステムの最後にある「安心な看とりの体制」については明記されていない

「住み慣れた場所で生ききる」には、看とりまで考えることが必要ではないか

# 家で安心に過ごすための援助

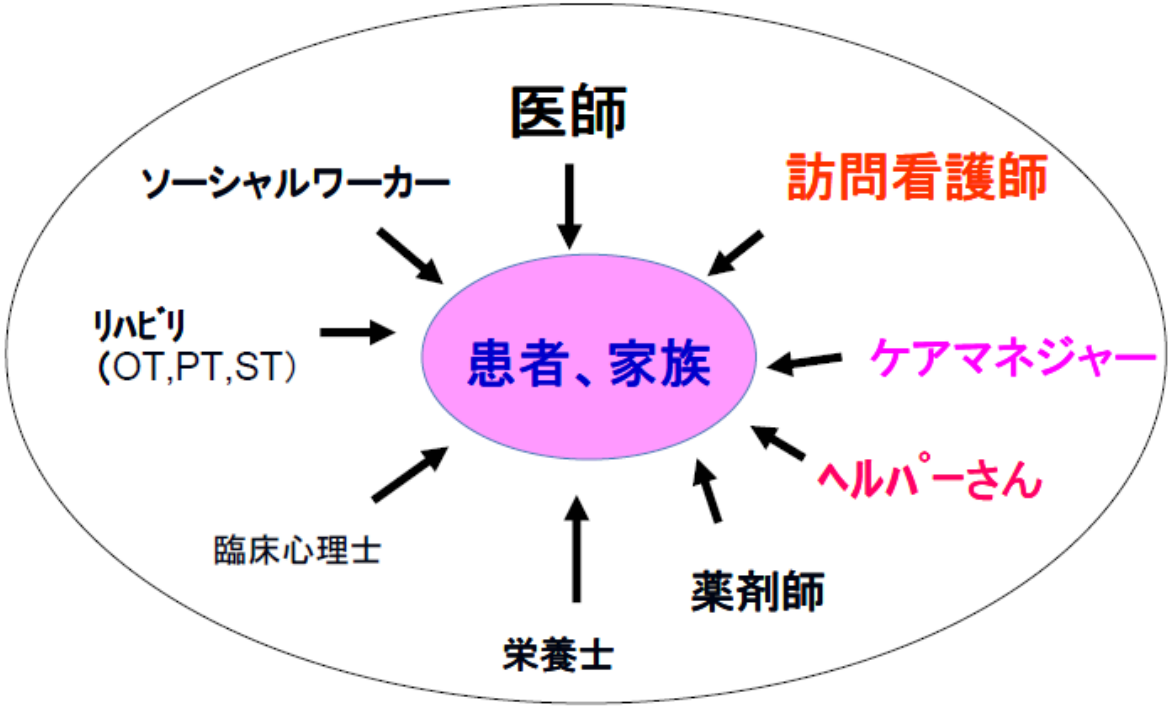
- 自宅へ訪問し，24時間対応してくれる医師がいる
- 自宅へ訪問し，24時間対応してくれる看護師がいる
- 介護の在り方を考えてくれるケアマネージャーがいる
- 自宅へ訪問し，介護支援をしてくれるヘルパーがいる
- 24時間いつでも薬を届けてくれる薬局がある
- いつでも必要な時に入院できるベッドが確保されている

# 在宅で「平穏」な最期を迎えたい

1. かかりつけ医を持つこと
2. 自宅で最期まで見るという気持ち

   ⇒でも，頑張りすぎない！
3. 緩和ケアチーム
4. 介護力があること
5. 救急車は呼ばない！

# 在宅医療はチーム医療です



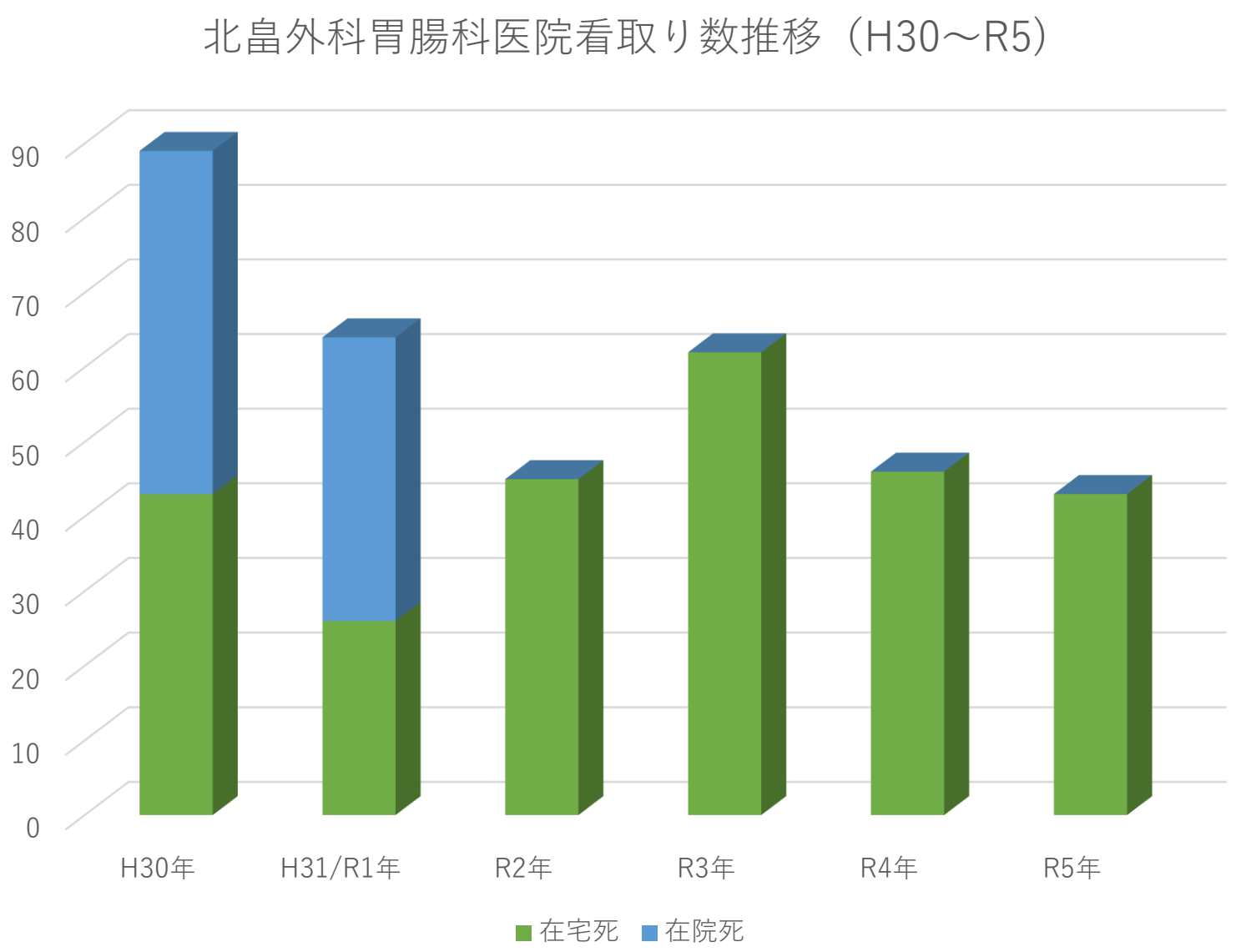

在宅療養とは、患者さんと家族をチームの皆で支える

# 当院における訪問件数の推移

| | 平成30年 | 平成31年~<br>令和1年 | 令和2年 | 令和3年 | 令和4年 | 令和5年 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 訪問件数 | 469 | 403 | 372 | 408 | 390 | 352 |

# 当院における看取りの状況

| | 看取り数 | 在宅死<br>（非ガン件数） | 在院死<br>（非ガン件数） | 非看取り件数<br>（看取り除外件数） |
|---|---|---|---|---|
| 平成30年 | ８９ | ４３（６） | ４６（２） | １ |
| 平成31年<br>～令和1年 | ６４ | ２６（７） | ３８（３） | ６ |
| 令和2年 | ４３ | ４５（５） | ― | ７ |
| 令和3年 | ６２ | ６２（１） | ― | １１ |
| 令和4年 | ５８ | ５８（５） | ― | １２ |
| 令和5年 | ４３ | ４３（４） | ― | ８ |


北畠外科胃腸科医院看取り数推移（H30～R5）
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
H30年
H31/R1年
R2年
R3年
R4年
R5年
在宅死
在院死