

看取りを念頭に置いた 在宅医療の実際

NPO日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長
日本在宅医療連合学会（前）代表理事会長
日本在ケアアライアンス 業務執行理事

蘆野吉和



在宅医療の系譜

自主的な実践の系譜としての三つの流れ

- ①往診の文化を持った日本の外来診療の延長線上、または総合医の医療の一環として位置付けられる在宅医療実践
- ②「在宅寝たきり」等が社会問題になるに従い、在宅看取りを含めた医師・看護師の在宅医療実践を診療報酬に位置付け
- ③ホスピスケア・緩和ケアといった海外の実践が日本に取り入れられ、その理念が病院から在宅医療へ拡散

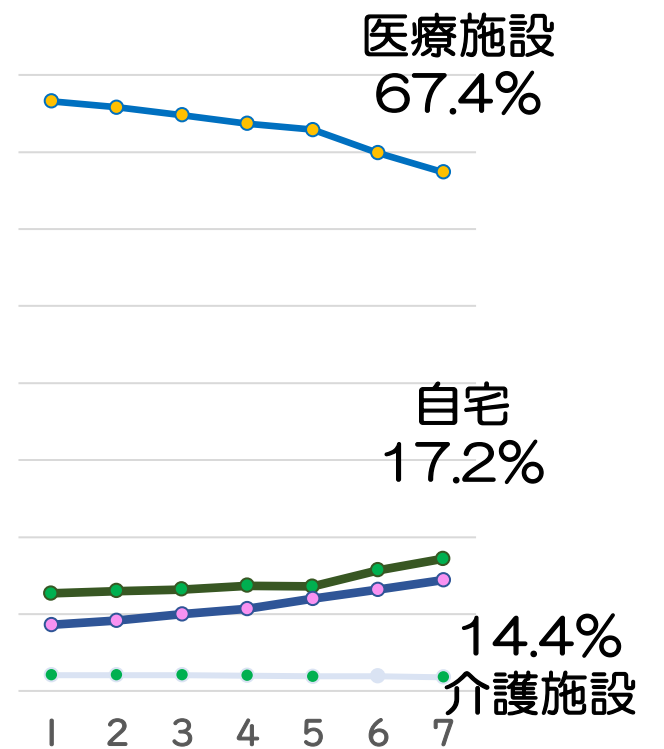
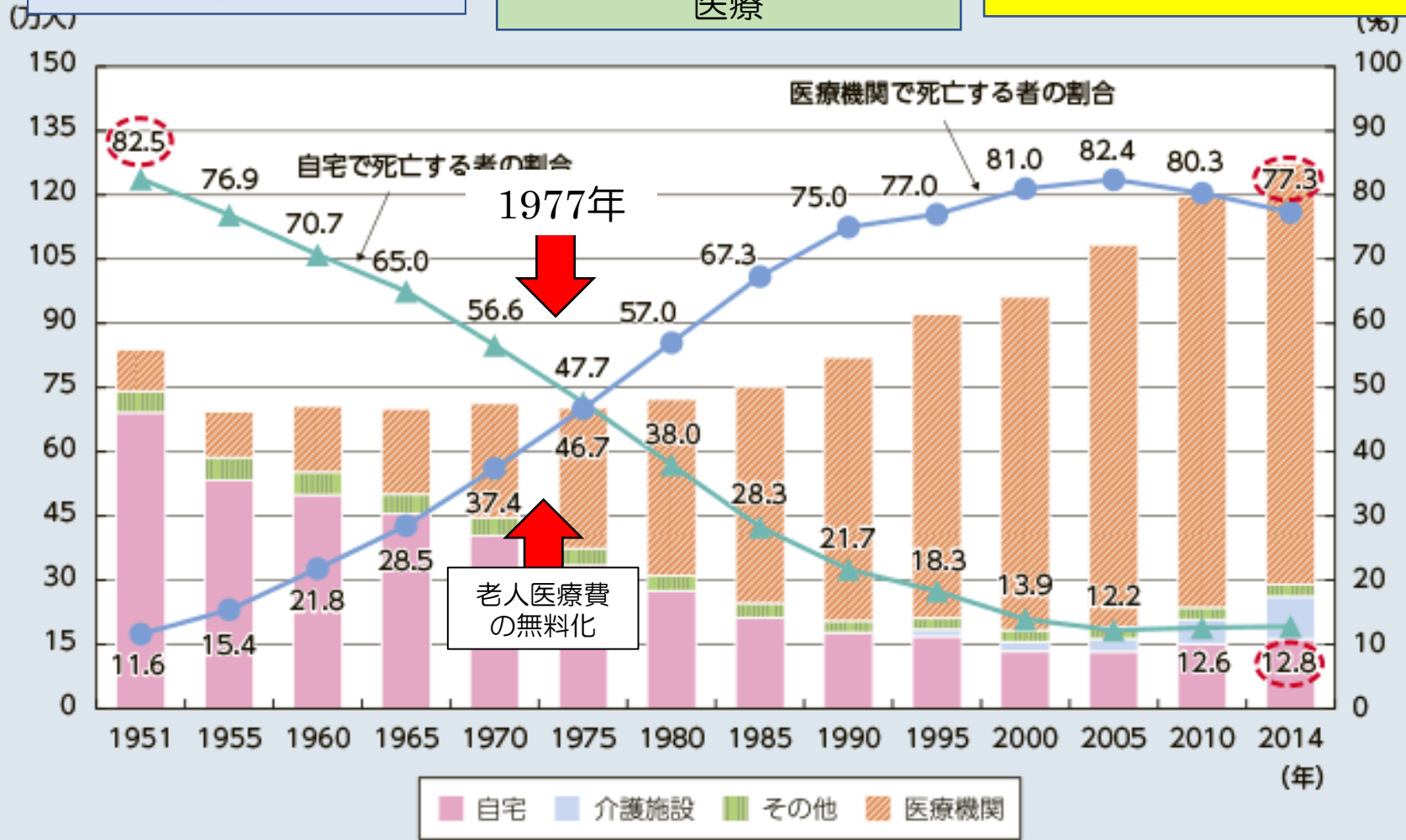


在宅医療の系譜（日本人の死亡場所との関連性）

往診文化

訪問看護・介護中心の在宅医療

緩和ケアの要素を組み込んだ在宅医療



在宅医療概念の変化の概要

20世紀型

- 医療依存度の低い病状
(主に高齢者)
- 介護支援中心
- 自宅
- 家族介護が基本
- 医師と看護師が主体
- 病状“急変”時病院へ搬送
- 医療の一部として提供



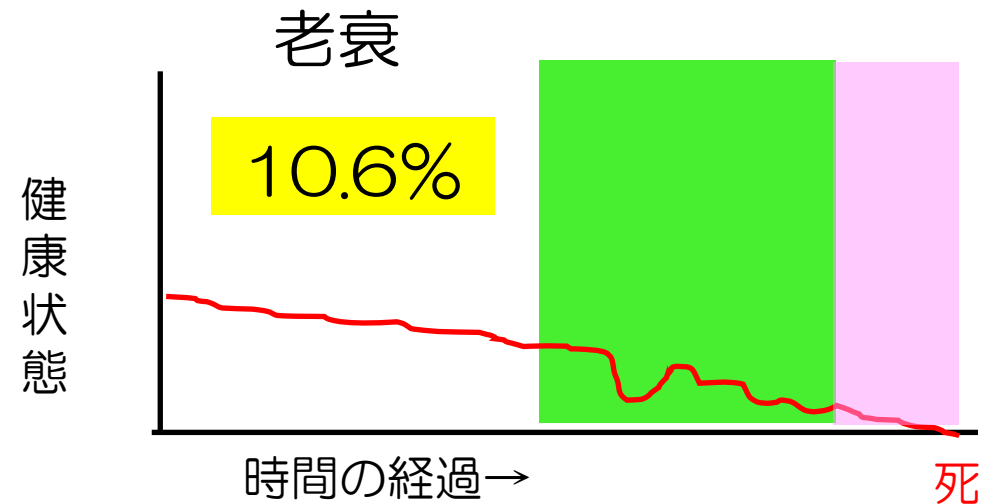
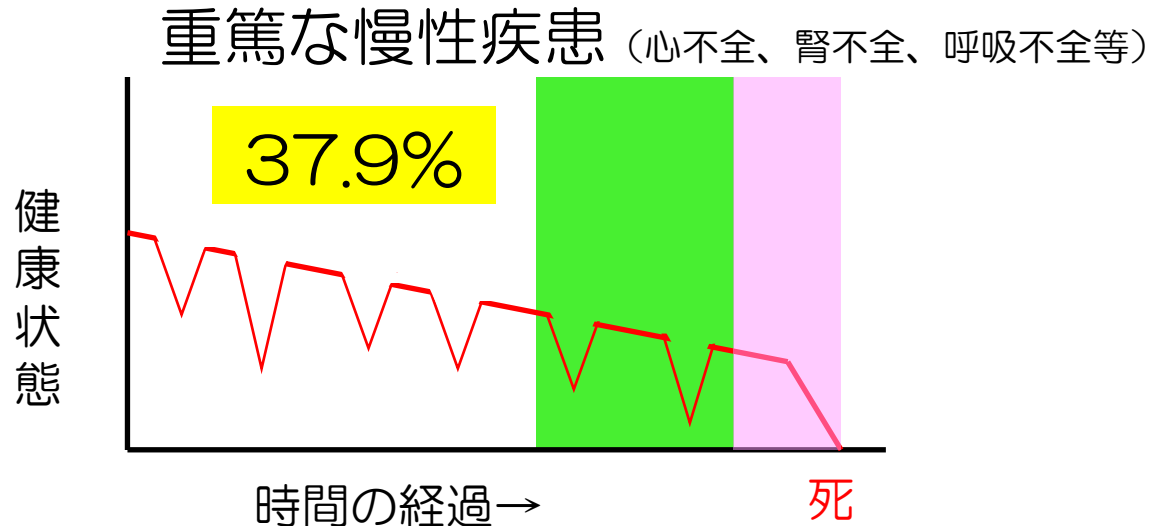
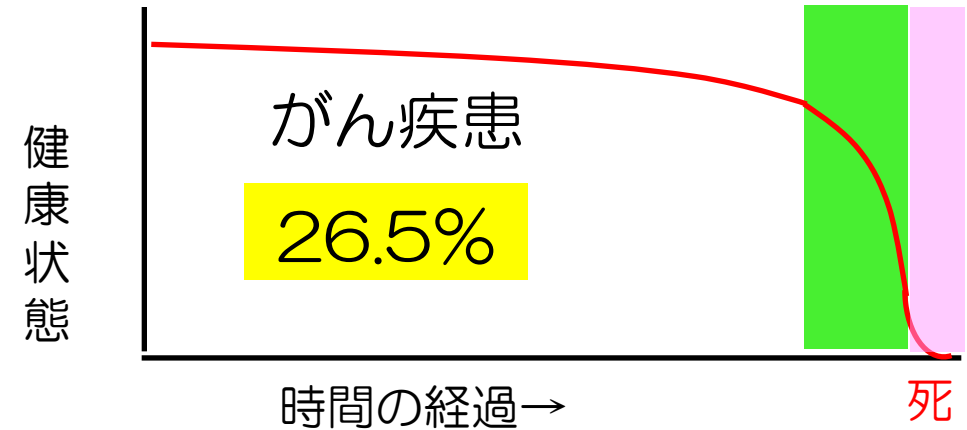
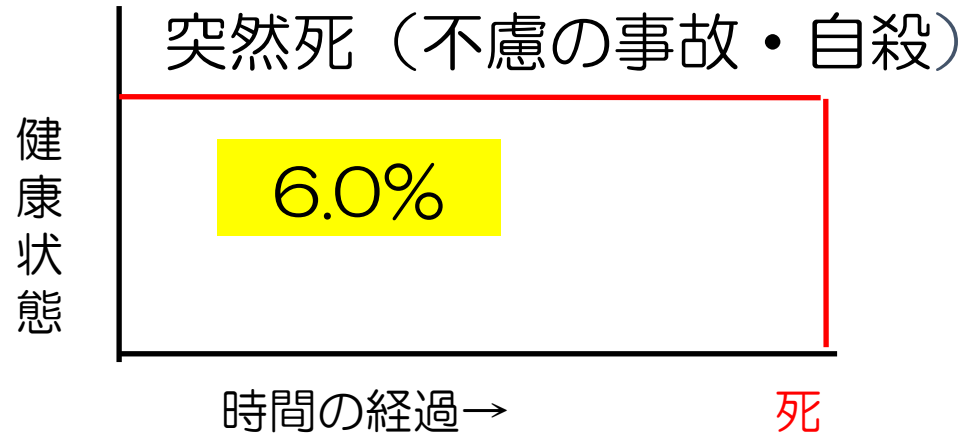
21世紀型

- 医療依存度の高い病状を含む
(小児から高齢者まで)
- 医療及び介護支援
- 多様な療養の場
- 家族介護はあてにせず
- 医療介護の多職種連携・協働
- 在宅看取りを念頭に置く
- 地域社会のシステムとして提供
(生活・人生を支える)

死にゆく過程の軌跡 (dying trajectory)

2021年の死亡統計

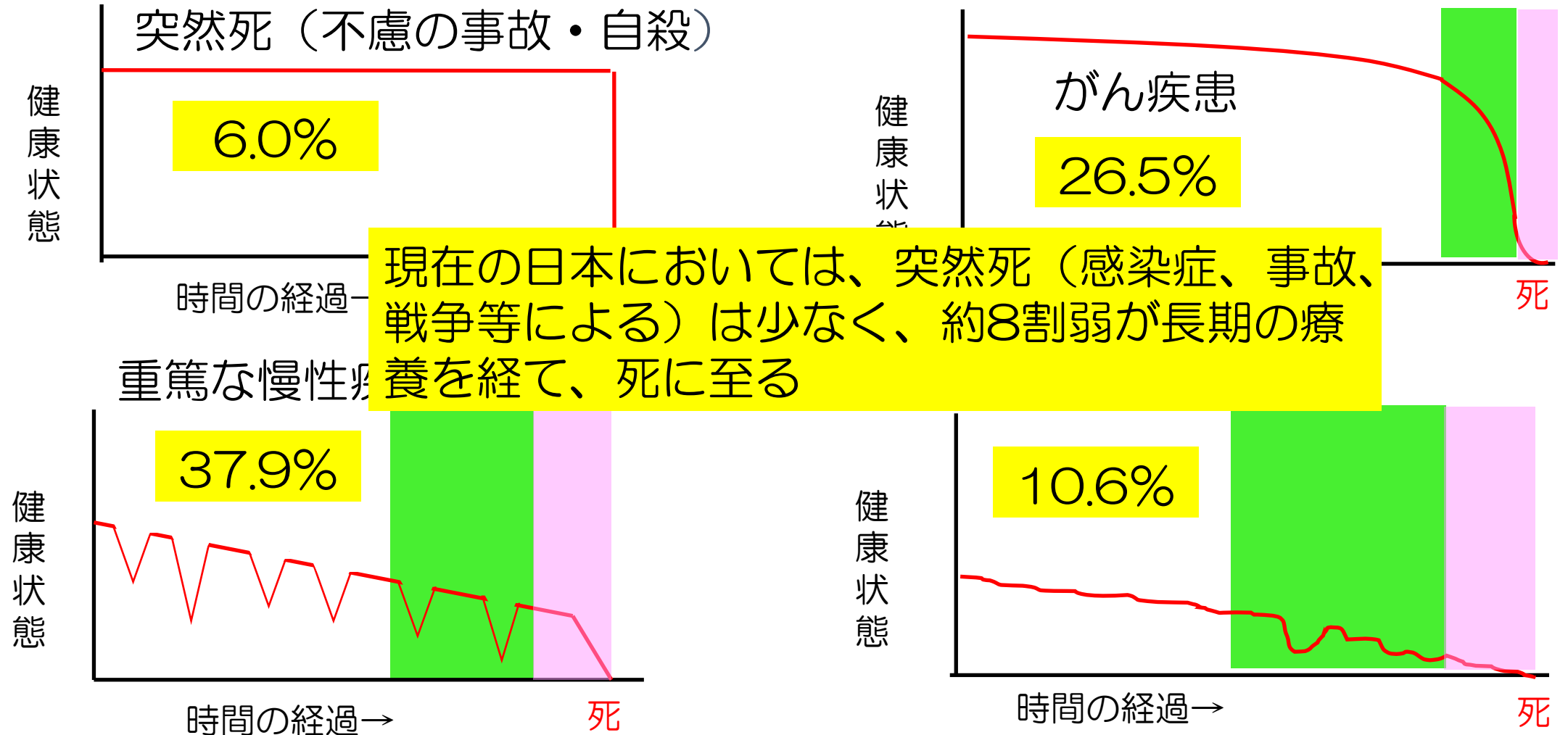
- PS3 (日中の半分はベッドで横になっている)
- PS4 (日中の大半をベッドで過ごす)



死にゆく過程の軌跡 (dying trajectory)

2021年の死亡統計

- PS3 (日中の半分はベッドで横になっている)
- PS4 (日中の大半をベッドで過ごす)



病と寿命

- 人が病で死ぬ時代

寿命の長さは病の治療に影響を受けていた

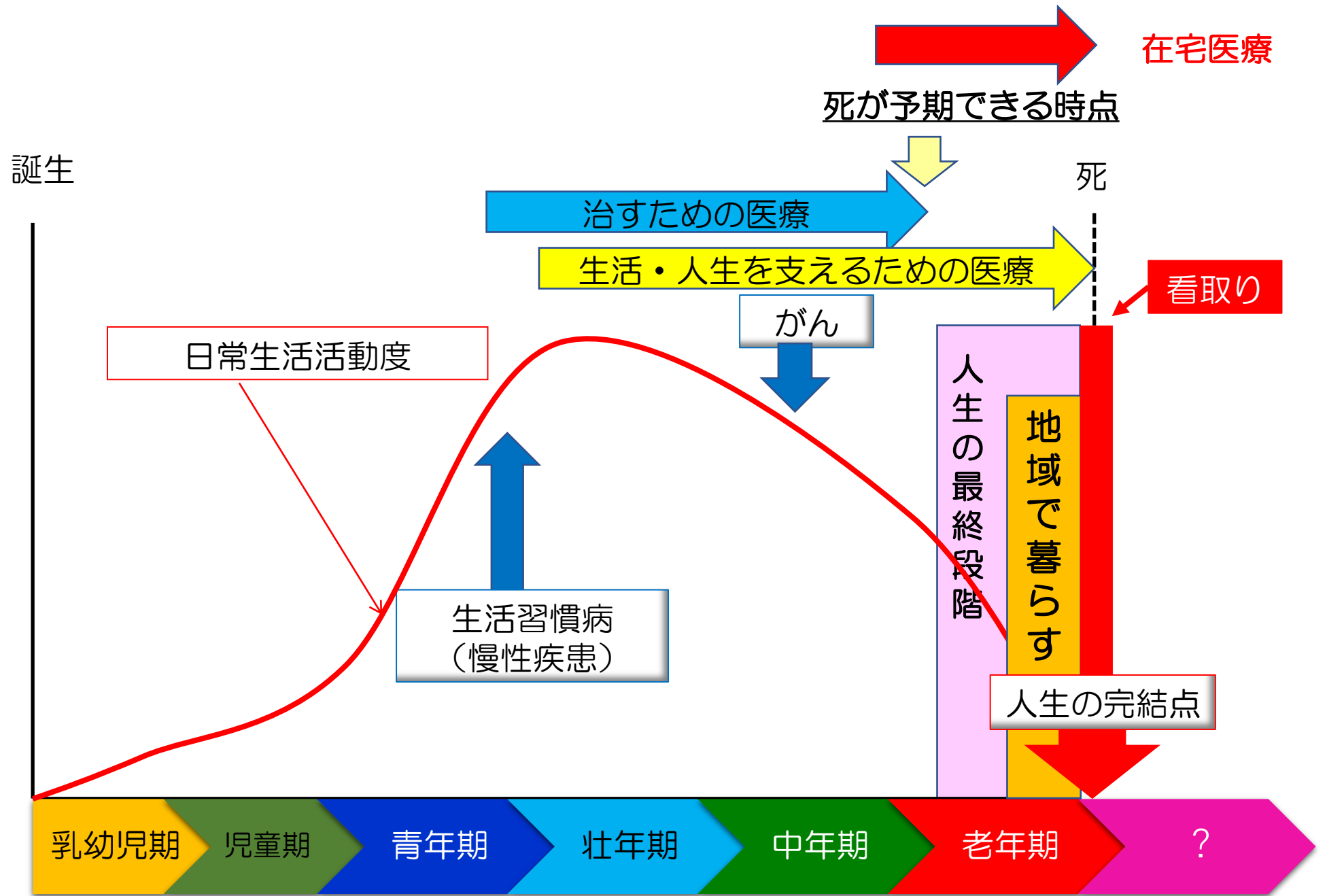
医療を受け続けることで生活が担保されていた
→ 医療モデル（治す医療）

- 人が寿命で死ぬ時代

病の治療は寿命にはあまり大きな影響を及ぼさない

生活・人生を全うすることを医療が担保
→ 生活モデル（治し支える医療）

人の一生のありたい姿



在宅医療・・・どんな医療！？

- これまでの医療概念とは違うものです・・・

医療としては 「治す医療」 → 「治し支える医療」

人は必ず死を迎えることを前提とし、以下を支える社会的仕組み

→ 病（やまい）・老い持ちながらも地域で暮らしつづける

→ 自分らしい生き方を最期まで探し続ける

人生の最終段階においても 「・・・したい」 を支える 叶える

黒子としての医療を含む社会的支援のしくみ

在宅医療の具体像①

- 対象者：小児～高齢者 外来通院困難な人
- 対象疾患：進行したがん疾患／病状が進行した慢性疾患
神経難病／認知症／精神障害
加齢等で死期が近い人
小児重症疾患／医療的ケア児
- 提供の時期：
通院困難と判断された時期から人生の最終段階～看取り

在宅医療の具体像②

- 提供されるケア：本人や家族のニーズに沿ったケア（医療・介護）
- 提供の場：自宅、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの高齢者の住まいの場、グループホーム等の入所施設等
- 提供者：医療従事者／介護従事者／行政担当者／地域住民 その他
（臨床宗教師、NPO、地域のボランティアグループ等）

まちづくり

在宅医療の最終目標

■ その人らしい人生や生活を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるように支援すること

QOL（クオリティ・オブ・ライフ）の最善化

人間としての尊厳を最期まで大切にすること

（自立を支える/自律を尊重する）

■ 介護する家族等が納得できる支援を提供すること

クオリティ・オブ・ライフ（QOL）の概念

ライフ（生命）：からだ（身体面）＋こころ（心理面）

ライフ（生活）：日々の暮らし（社会面）＋生命＋生きがい

ライフ（人生）：生きがい＋生命＋生活

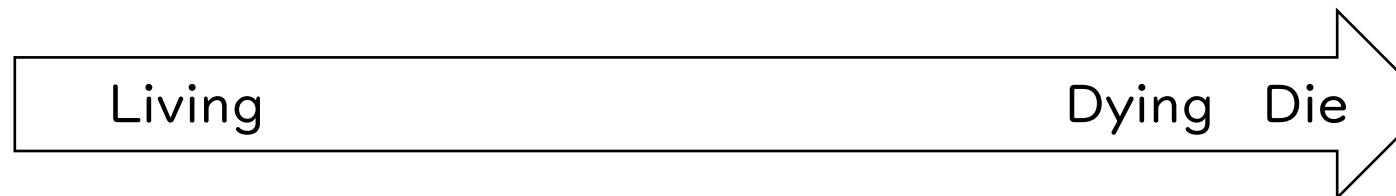
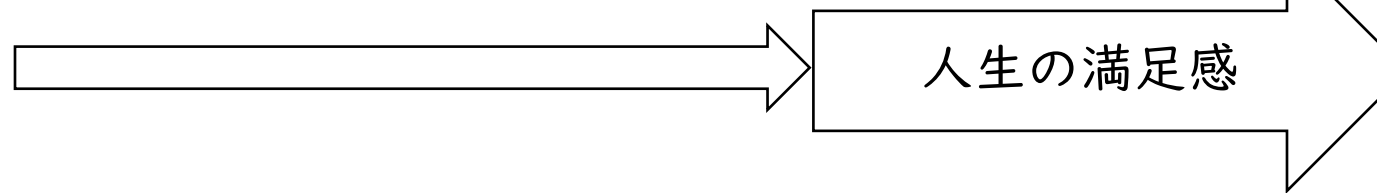
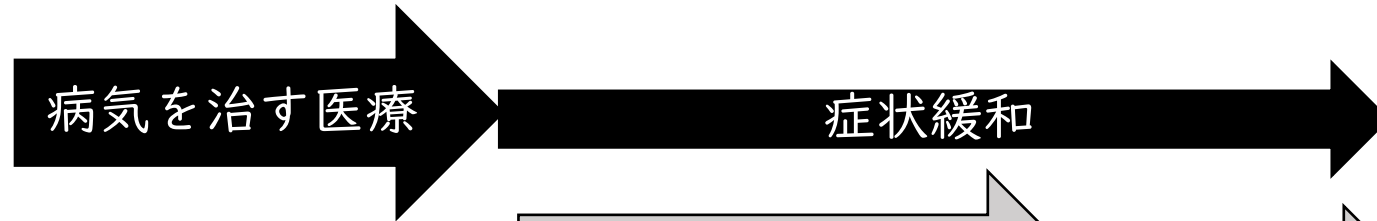
人生の最終段階におけるQOLの最善化

LIFEの要素

生命
生活
人生

入院医療・外来医療

在宅医療



人生の最終段階におけるQOLの最善化

生命：からだ（身体面）＋こころ（心理面）

治癒→延命→からだのつらさが和らぐこと
→こころのつらさが和らぐこと

進行した病態における症状の出現頻度 (%)

参考資料

症状	がん	慢性閉塞性肺疾患	慢性心疾患	末期腎不全	認知症	AIDS	パーキンソン病	運動ニューロン病	多発硬化症
全身倦怠感	23-100 (N=23825)	32-96 (N=500)	42-82 (N=212)	13-100 (N=1403)	22 (N=50)	43-95 (N=528)	42 (N=101)	80 (N=52)	—
食欲不振	76-95 (N=1098)	64-67 (N=87)	—	38-64 (N=788)	—	82 (N=59)	13 (N=123)	—	—
痛み	30-94 (N=12906)	21-77 (N=1750)	14-78 (N=1230)	11-83 (N=814)	14-63 (N=745)	30-98 (N=1325)	42-83 (N=327)	52-76 (N=102)	68 (N=52)
嘔気・嘔吐	2-78 (N=31742)	4 (N=81)	2-48 (N=812)	8-52 (N=1176)	8 (N=50)	41-57 (N=914)	—	—	26 (N=52)
息切れ	16-77 (N=133175)	18-88 (N=1230)	60-88 (N=948)	11-82 (N=1031)	12-52 (N=674)	13-62 (N=811)	—	81-88 (N=52)	26 (N=52)
不眠	3-67 (N=21725)	15-77 (N=417)	36-48 (N=746)	1-83 (N=2265)	14 (N=123)	40-74 (N=811)	43-50 (N=224)	24-33 (N=52)	—
せん妄	2-68 (N=18768)	14-33 (N=309)	15-48 (N=433)	—	—	30-65 (N?)	24 (N=123)	—	—
便秘	4-64 (N=30841)	12-44 (N=150)	12-42 (N=746)	8-65 (N=1136)	40 (N=50)	19-35 (N=759)	24 (N=123)	52-56 (N=52)	46 (N=52)
下痢	1-25 (N=17813)	—	12 (N=146)	8-36 (N=105)	—	29-53 (N=862)	—	—	—
うつ	4-74 (N=16200)	23-53 (N=455)	6-59 (N=892)	2-61 (N=7644)	46 (N=123)	17-82 (N=1211)	15-50 (N=24750)	23 (N=119)	15 (N=162)
不安	3-74 (N=14724)	51-75 (N=1008)	2-49 (N=892)	7-52 (N=818)	8-72 (N=708)	13-76 (N=923)	5-62 (N=24842)	23 (N=119)	24 (N=162)
心配	3-71 (N=1500)	65 (N=60)	—	32-55 (N=30)	—	51-86 (N=759)	—	—	—

- Moens K, Higginson I J, Harding R : Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living With Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review J Pain Symptom Manage 48 : 660-677 : 2014 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.11.009>

在宅医療における症状緩和治療の要点

- 在宅という環境は多くの場合「癒し」効果があり、症状は軽減する
しかし、適切な症状緩和が行われないと、不安により症状が強くなることもある
したがって、常に、多職種で、細やかな症状評価を行い情報を共有すること、軽微な症状に対しても、早期に適切な対応（治療を含め）が必要
- 病院で行っていた治療/ケア（手順や手技を含めて）は盲目的に継続せず、暮らしやすい方法、介護者が対応しやすい方法に変更することも考慮する
- 治療/ケアの手技はできるだけ簡略化する
- 病状の進行に伴い服薬できない時期が必ず来る

症状マネジメントの原則と要点①

参考資料

①評価（診断） evaluation

- 疾病による出現頻度の高い症状について、その有無を常に確認する
例えば がんであれば、痛みがあるかどうか
- 症状の日常生活に及ぼす影響について評価する
- 症状の原因が多数（原疾患自体、治療特に薬物、全身衰弱、併発症等）あることにも留意

②説明 explanation

- わかりやすい言葉で症状が起こるメカニズムを説明する
- 患者と治療の選択肢を話し合う
- 家族に治療やケアについて説明し、話し合う

症状マネジメントの原則と要点②

参考資料

③ マネジメント（治療/ケア） management

- 対応可能な原因があればそれを改善する
- 薬物療法と同じように非薬物療法も考慮する
- 持続する症状には予防的な薬剤の定期的処方やケアの指導をする
- 困難な状況では同僚、チームに意見を求める、専門家にコンサルトする

④ 観察 monitoring

- 治療効果の評価
- 服薬の状況
- 副作用の有無

薬物療法の基本原則

参考資料

簡便な投与経路で by mouth

可能なかぎり経口投与とする

定期的に規則正しく by the clock

一定の間隔で規則正しく薬を使用する

患者ごとに個別的な量で for the individual

最大の効果と最小の副作用

漸増法を原則とする

簡潔さを保つ keep it simple

適切な投与量と投与間隔

処方箋は簡潔に

在宅での薬物療法の心得

参考資料

- ① 緊急薬は初回訪問時に処方する
- ② 医療用麻薬、注射薬、HPN製剤、坐薬…などの用意がない調剤薬局で対応できない場合は、変更する
- ③ 病院の処方ではできるだけ継続するが、使い慣れた薬剤に変更していく
- ④ 医療用麻薬の使用状況は家族に記載してもらう
- ⑤ 医療用麻薬の使用済包装は訪問する医師or薬剤師に返してもらう
- ⑥ 看取り後にはすべての緊急薬、医療用麻薬は回収する
(破棄、届けが必要)

人生の最終段階におけるクオリティ・オブ・ライフの最善化

生活：日々の暮らし（社会面）＋生命＋生きがい

日々の暮らしの充実

在宅医療利用者の暮らしづらさの要因

- 経済的問題
- 介護の問題
- ADL(特に移動) : 居住環境の問題
- 食の問題
- 家族問題 (家族関係など)

在宅医療利用者の暮らしづらさへの対応

- 経済的問題 ← 経済的支援制度の紹介
- 介護の問題 ← ケアマネジメント（介護支援専門員）
個別介護計画（介護福祉士）
- ADL（特に移動）：居住環境の問題 ← リハビリテーション
- 食の問題 ← 食支援（口腔ケアを含む）
- 家族問題（家族関係など） ← 家族のケア

支援を行う際の留意事項

- あくまで患者あるいは家族のニーズに応じた支援を行う
- 希望しないことは行わない
- あくまでも自立を尊重する
- あくまでも自律を尊重する
- 患者および家族の価値観を尊重する
- 家族の風習、文化、宗教等に敬意払う
- 地域の様々な支援組織（リソース）に支援を呼びかける

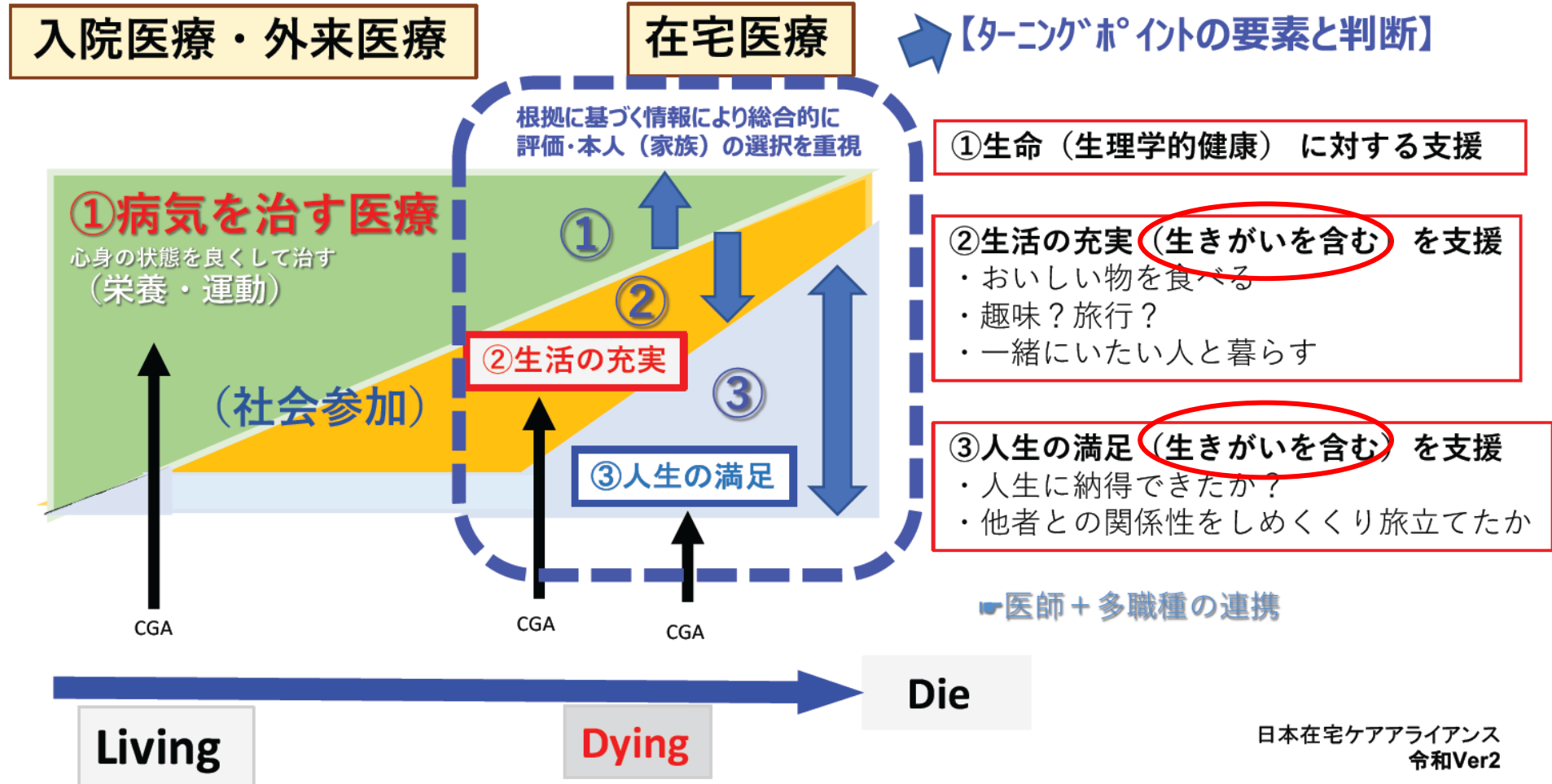
人生の最終段階におけるクオリティ・オブ・ライフの最善化

人生：生命＋生活＋生きがい

人生の満足感

日本在宅ケアアライアンス基本文書2

図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点



生きがいという言葉について

参考資料

生きがいという言葉は、日本語だけにあるらしい。こういうことばがあるということは日本人の心の生活のなかで、生きる目的や意味や価値が問題にされていたことを示すものであろう、それがあまり深い反省や思索をこめて用いられてきたのではないにせよ、日本人がただ漫然と生の流れに流されてきたのではないことがうかがえる。

生きがいについて:神谷美恵子著 みずす書房 2004年より引用

生きがいのさまざま

参考資料

1. 生存充実感への欲求をみたすもの

審美的観照（自然、芸術その他）、あそび、スポーツ、趣味的活動、日常生活のささやかなよろこび

2. 変化と成長への欲求を満たすもの

学問、旅行、登山、冒険など

3. 未来性への欲求をみたすもの

種々な生活目標、夢、野心

4. 反響への欲求をみたすもの

1) 共感や友情や愛の交流

2) 優越または支配によって他人から尊敬や名誉や服従をうけること

3) 服従と奉仕によって他から必要とされること

5. 自由への欲求をみたすもの

6. 自己実現への欲求をみたすもの

7. 意味への欲求をみたすもの

自分の存在意義の感じられるようなあらゆる仕事や使命

報恩、忠節、孝行

哲学的信念

教祖的役割を持った人への帰依

宗教的信仰

生きがいについて:神谷美恵子著 みずす書房
2004年より引用

「生きがい」支援

- 「つながり」を保つケア
- 「こだわり」を尊重するケア
- 「生きがい感」の再確認・探求を促すケア

「・・・したい」を支える、叶える

臨終期・看取りのケア

在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識/態度

1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

在宅での看取り

- 愛する人、大切な人を失うことを体験
- 子や孫、若い世代に“死”というものを伝え、“死にゆく過程”を肌で感じてもらうことが重要
- そして次の世代につないでいく



療養中に患者の思いを最大限に引き出し、各家庭の環境や家族にあった患者への関わり方へ、細やかにさりげなく導いていく

在宅療養中から注視し、複雑性悲嘆に移行しないよう、そっと見守りサポートしていく

在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識/態度

1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

在宅医療における家族ケアの要点

参考資料

1. 家族は（患者）本人と同様に様々な苦悩を持つ

家族はケアチームの一員であると同時にケアを受ける対象である

2. 家族のもつ苦悩と多様なニーズに対応するため多職種による包括的評価とニーズに沿った対応が必要である

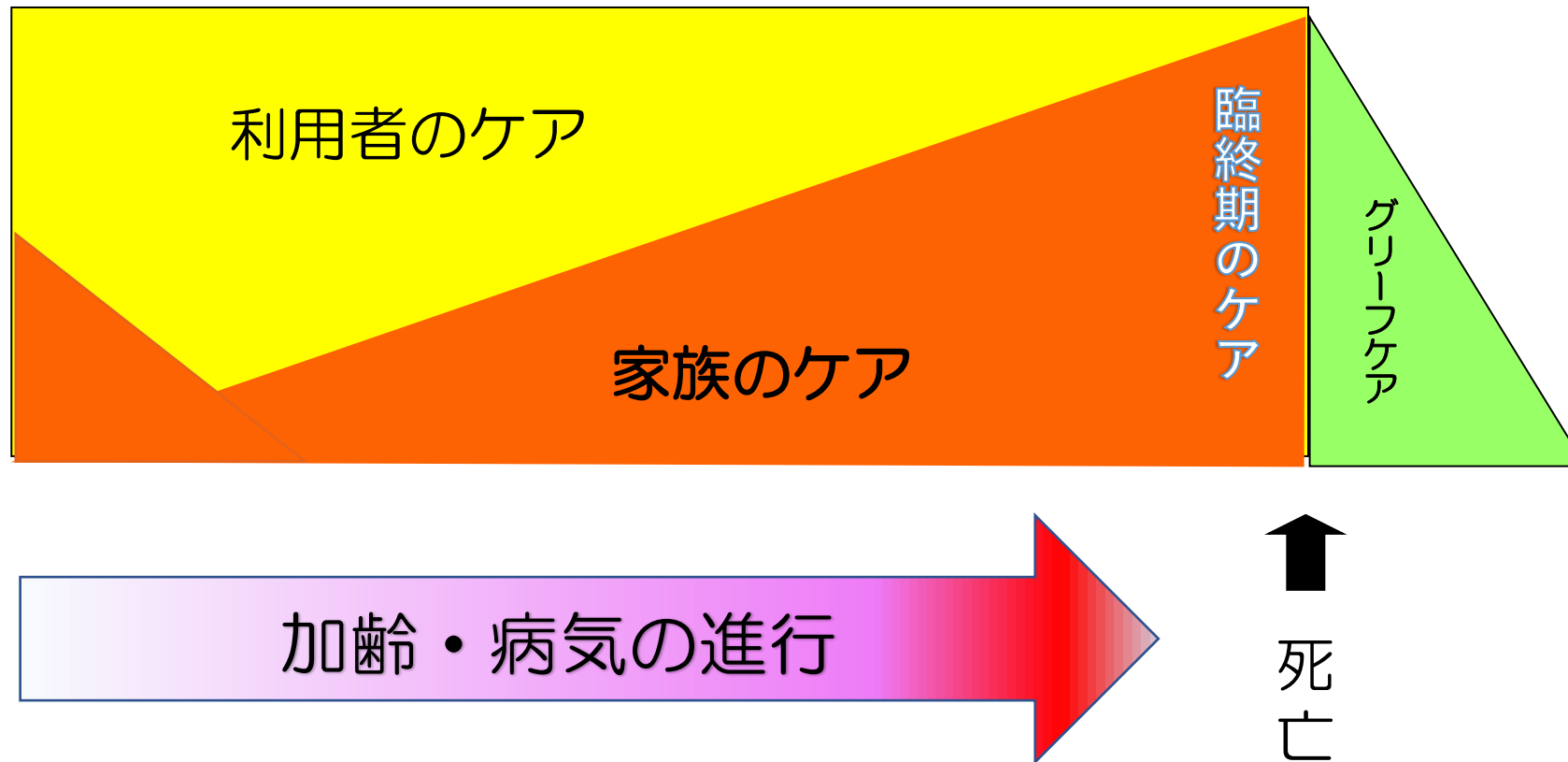
3. 家族のケアとして重要な項目：情報共有、生活・介護支援、ニーズに沿った暮らしや生き方をささえる、意思決定支援、臨終期・看取りの支援等

4. 臨終期・臨死期および死別におけるケアはグリーフケアの一環として重要なケアである

5. 在宅医療は死別後のグリーフケアを含めた連続したケアである。

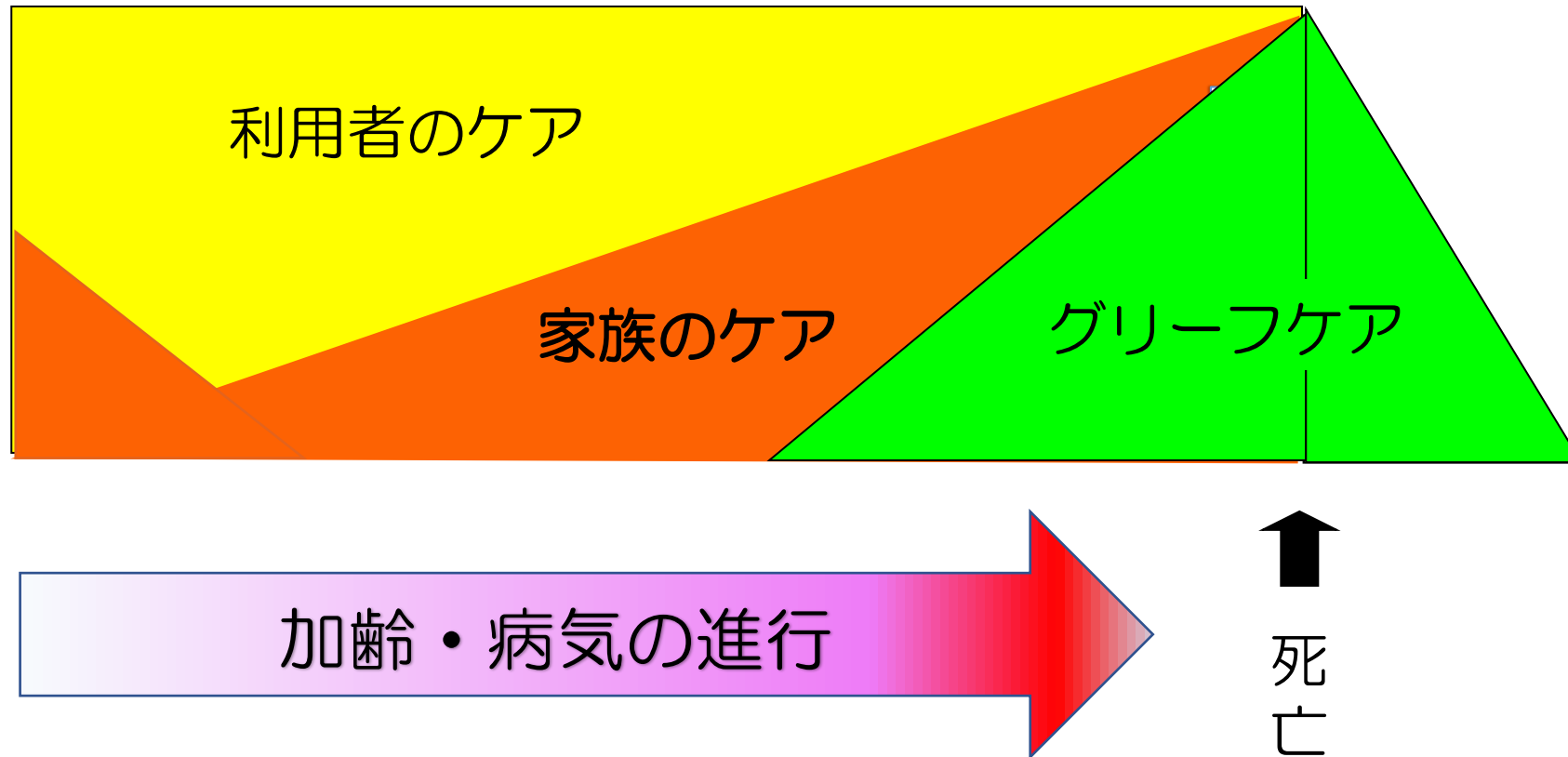
進行した病状における家族へのケアの配分

病状が悪くなればなるほど、家族ケアの必要度が高くなる



グリーフケアの開始時期

臨終期、臨死期のケア＝グリーフケア



家族の面接による包括的評価

- 本人の病状/治療の状況についての理解度の確認
- 家族関係を知る
 - それぞれの家族の結びつきの強さを知っておく
 - 遠方の家族/親族についても調査する
 - キーパーソンが誰であるかも確認しておく
- 家族それぞれの健康状態/これまでの近親者の死別体験の状況を把握する
 - 家族に身体的・精神的疾患が無いかを確認する
- 家族のそれぞれの思い、ニーズなどの確認

それぞれの家族の満足度を上げるような援助の仕方を模索することが望ましい

家族のニーズの多様性

- 家族といっても、その構成員によってニーズはまちまち、それぞれの家族に歴史がある
- 家族関係も複雑な家族もいる
- 大変な家族とは・・・

多様なニーズをもつ家族に対しては、
多様な視点での評価が必要不可欠

家族に声掛けをすることが大事

- 心配事はいろいろあると思いますが、何か知りたいこと、聞きたいことはありませんか
- 疲れてはいませんか
- 不安に思っていることはありませんか
- よく眠れていますか
- • • • •

コミュニケーションを保つ

積極的傾聴

在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識/態度

1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

看取りの支援体制（24時間の応需体制）

1. 24時間応需の電話連絡網

- 不安な時や病状が変化した時はいつでも連絡してもよいことを説明する
- 24時間対応の訪問看護ステーションとの連携
- どのような状況の際にどこに連絡をすれば良いか、緊急時の連絡先（電話番号）が記されている紙を電話などの近くに説明し貼っておく

2. 緊急時の訪問体制

- 死亡確認のための医師・看護師の緊急訪問について打ち合わせておく

3. 後方ベッドの確保（可能であれば）

- 希望に応じていつでも入院できることを保証する

在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識/態度

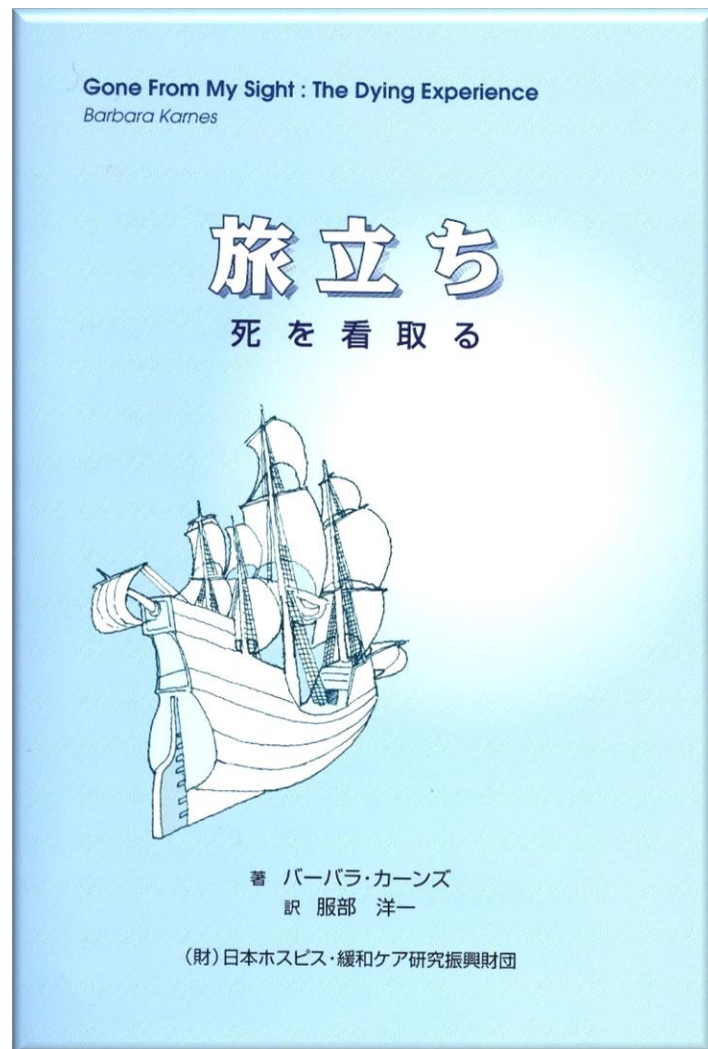
1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

看取りの指導

- 現在の病状（死が近いこと）に対する説明
- 今後予測される病状と対応方法についての説明
- 臨終期・臨死期の過ごし方についての説明
- 救急車を呼ぶとどうなるかの説明
- 死亡確認の方法についての説明
- 死後の対応方法についての説明。

* 苦痛緩和の保証を家族に与える。
* 最善を尽くす（最期まで見放さない）
ことを家族に伝える。

看取りのパンフレット/小冊子



“Gone From My Sight : The Dying Experience” (1986年)
Barbara Karnes

すべての人は死を迎えようとするとき、自分自身の独自性を保ちながら、最後の経験をしていきます。このパンフレットは、ガイドラインや地図を示しているにすぎません。どのような地図でも、同じ目的地に至るには多くの道があり、同じ町にたどりつくには多くの方法があります。

非常に個人差があり、断定できることは何もないということを心にとめながら、このパンフレットを使用してください。このパンフレットにある兆候のすべてがみられたり、一部がみられたり、全然みられなかったりするかもしれません。また、兆候によっては死の数カ月前にみられるものから、数分前にみられるものまであります。

死はしかるべきときに、しかるべき方法で訪れてきます。死を迎えようとしている人にとって、死にかたは一人ひとり異なるのです。

救急車を呼ぶということ



- ◎死亡していない場合：「助けてくれ」という意思表示
 - 急性期病院で救命治療が行われる可能性
 - 病院で死を迎える可能性が高くなる
- ◎すでに死亡の場合：警察が関与する可能性
 - 本人は裸にされて死体検案が行われることも
 - 家族は容疑者のような扱いを受けることも

在宅（施設を含む）での看取りに際し必要な知識/態度

1. 「看取り」の重要性の理解
2. 介護者（家族を含め）ケア
3. 看取り時の支援体制
4. 看取りの指導
5. 看取りに関わるスタッフのケア

看取りに関わるスタッフのケア

- 看取りに関わるスタッフは、死に直面する人およびその家族との関わりの中で、情緒面も含めて様々な影響を受ける。
- スタッフそれぞれがセルフケア能力を伸ばすことは必要不可欠であるが、互いに注意を払い、必要に応じて振り返りを行うことも必要である。
- 振り返りとしてのデスカンファレンス等もケアとして有効である。



一般社団法人

日本在宅医療連合学会

Japanese association for home care medicine



会員ページ



入会案内



E-learning



お問い合わせ

Google 提供

参考資料

学会について

学会大会・研修・セミナー

専門医制度

学会誌/刊行物

COVID-19関連情報

がん疾患の在宅医療人材育成講座

がん疾患の在宅医療人材育成講座

領域	タイトル	YouTube リンク	テキストPDF リンク	副読本PDF リンク
	はじめに	-		
領域1	在宅医療の原則			
領域2 コミュニケーション	総論			
	ロールプレイ			-
領域3	領域3-1 包括的評価			
	領域3-2 多職種協働・連携			
領域4	領域4-1 がん治療の基本的知識			
	領域4-2 抗がん剤治療の実際			
	領域4-3 抗がん剤治療の有害事象への対応			

学会について

学会大会・研修・セミナー

専門医制度

学会誌/刊行物

COVID-19関連情報

人材育成講座

お知らせ

在宅医療助成勇美記念財団助成事業

在宅看取りを念頭においた在宅医療の人材育成の有効性に関する研究

非がん疾患の緩和ケア研修コンテンツPR動画へ

Part.1	Youtube URL
心不全 No.1	https://youtu.be/SCLyN9ye_R8
心不全 No.2	https://youtu.be/EV2QbHp6qYQ
慢性呼吸器疾患 No1	https://youtu.be/d1KcbRvER0c
慢性呼吸器疾患 No2	https://youtu.be/b1Lky0igaHQ

厚労省 がん疾患在宅医療人材育成事業

がん疾患の在宅医療をまだ行ったこと
のない医療従事者（医師、看護師等）
に対する、入門セミナーのテキスト作
成事業

[https://www.jahcm.org/assets/images/project/pdf00/
Home_medical_care.pdf](https://www.jahcm.org/assets/images/project/pdf00/Home_medical_care.pdf)

参考資料

ともに歩む がん在宅医療

