

社会保障審議会

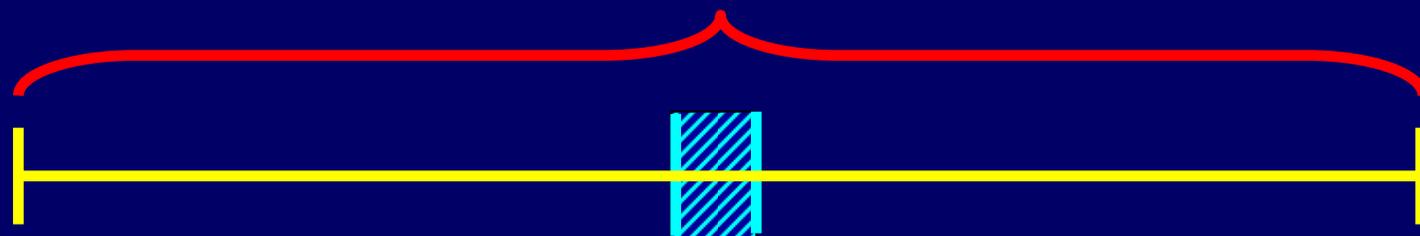
第4回後期高齢者医療の在り方に関する特別部会

在宅療養支援診療所の現状と課題

仙台往診クリニック 川島 孝一郎

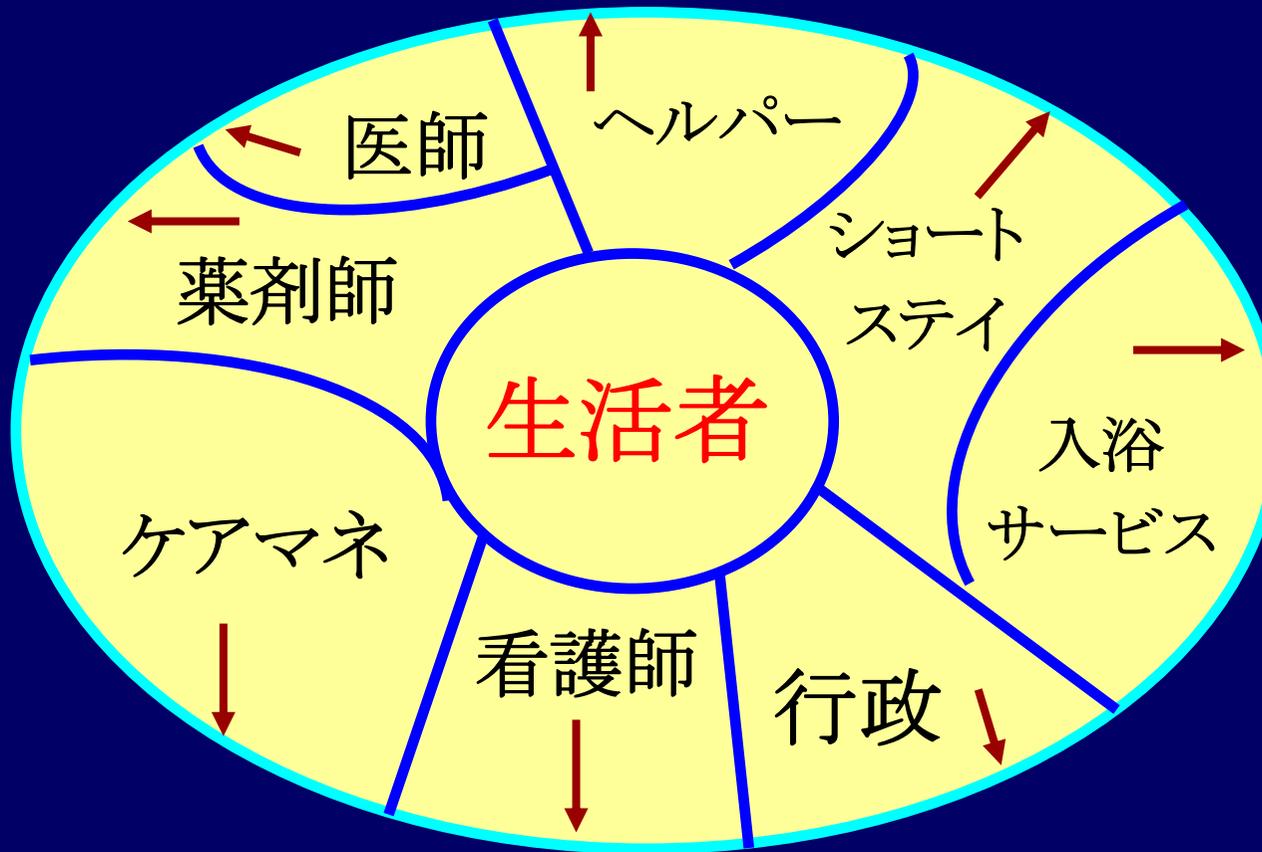
在宅医療

24時間



24時間の内部で仕事を行い
その24時間全体に影響を与える

ゲ シ ュ タ ル ト



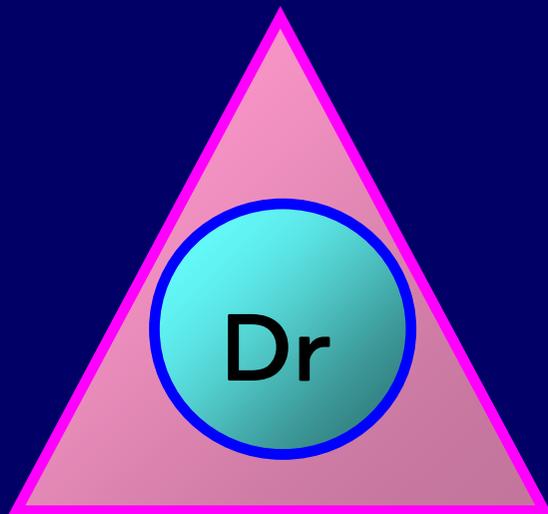
「全体」は
部分の総和
とは異なる
全体としての
性質を持つ:
家風・絆の中
での医療

内部から全体の平衡状態を維持して行く

A さん宅



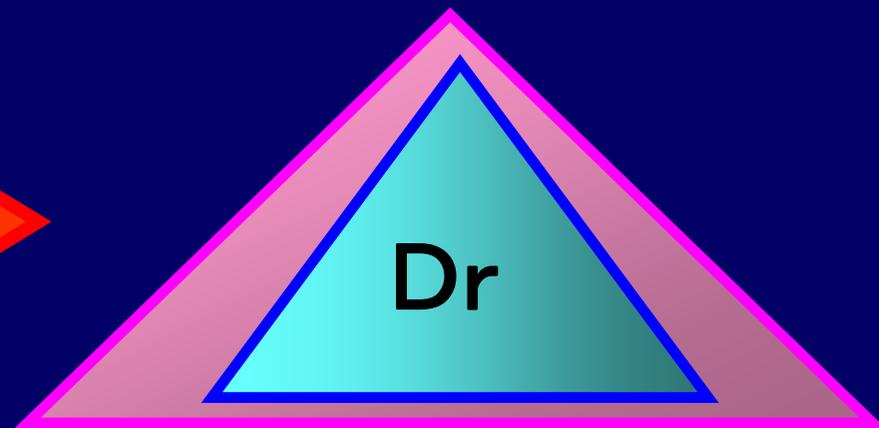
B さん宅



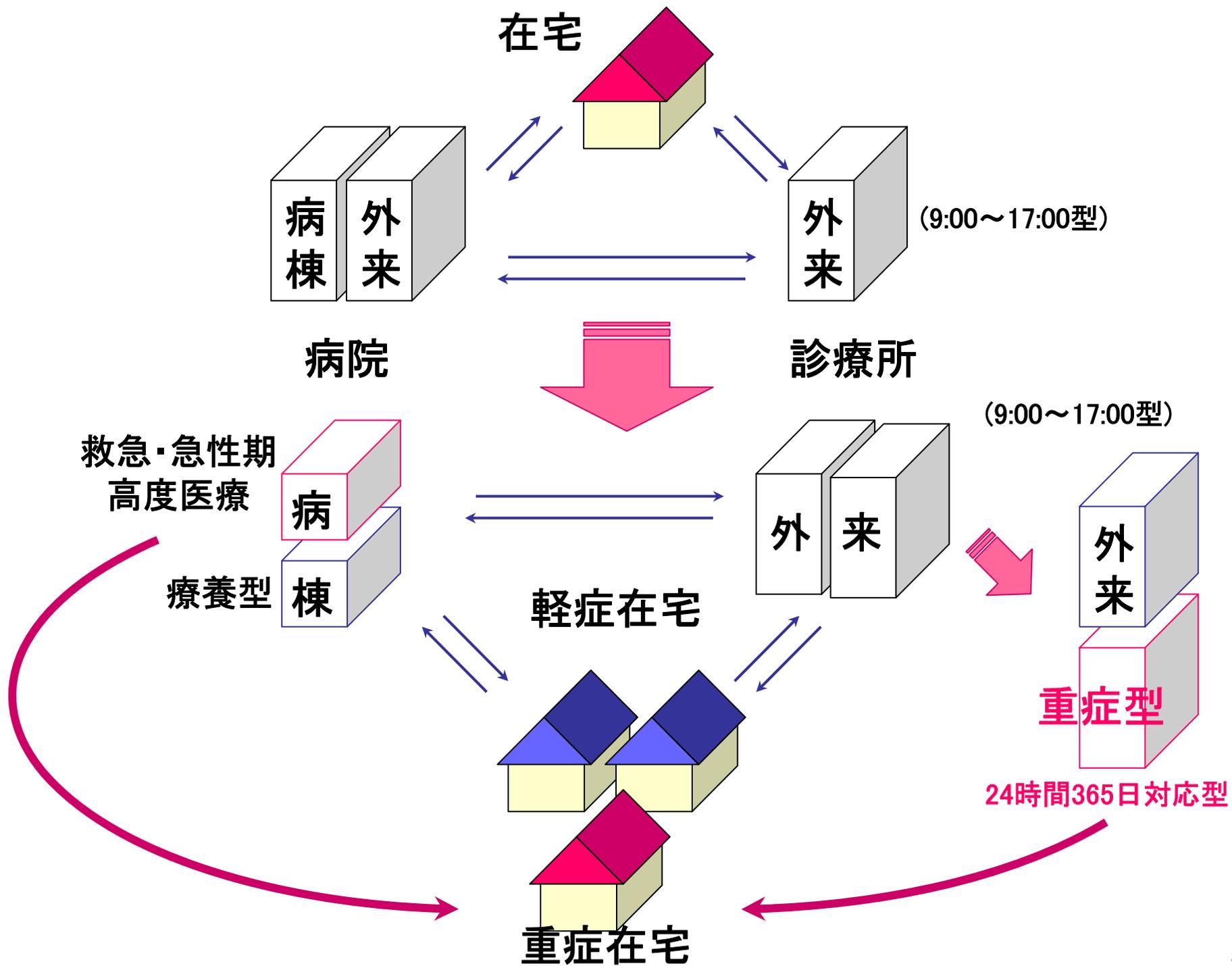
A さん色に染まる



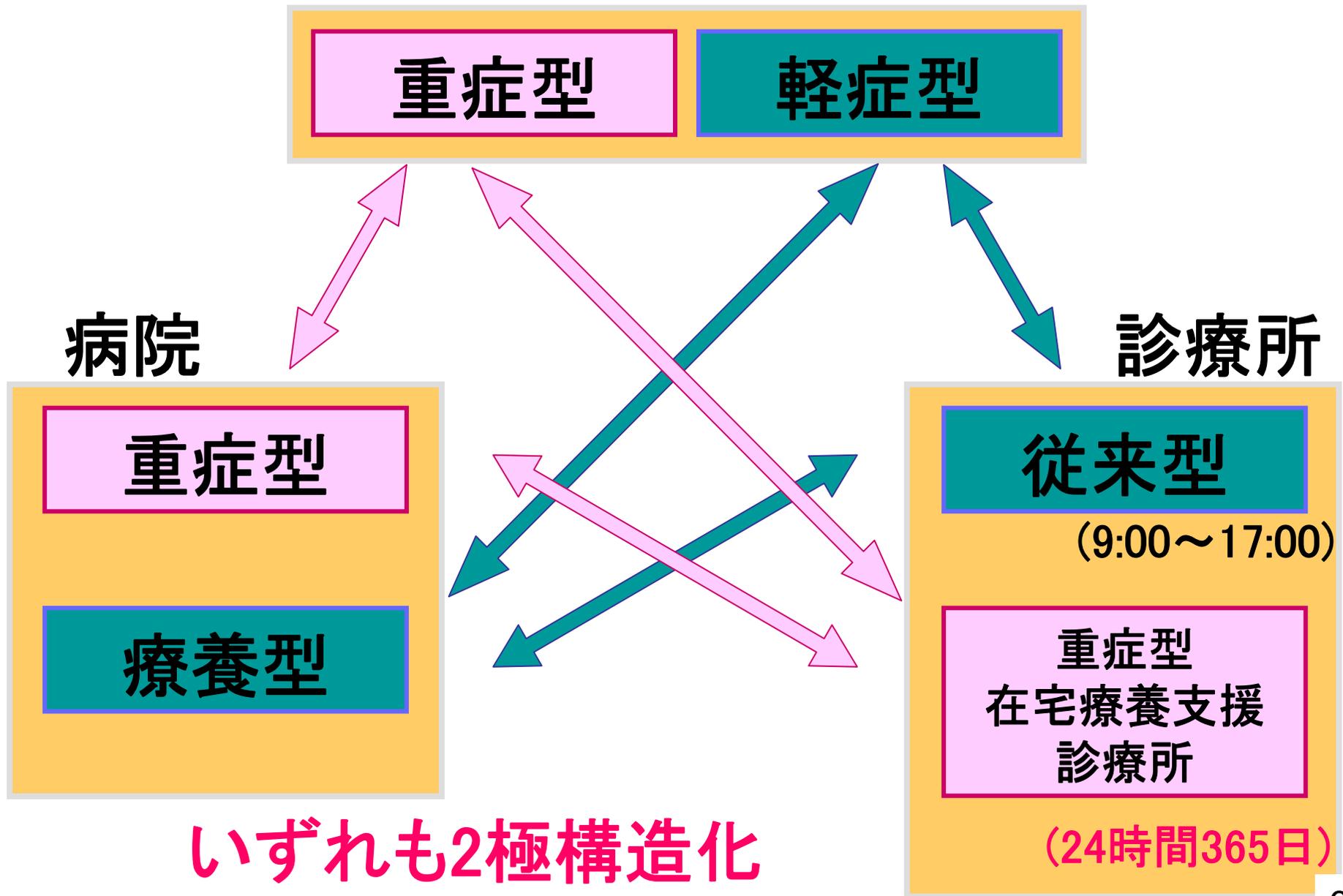
B さん色に染まる



自己変容



在宅



- a) **回復可能** ⇒ 治癒して帰す
- b) **現状維持** ⇒ 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) **回復不能** ⇒ 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

この3点の収束するところが

病院医に課せられた重要な目的となる

『病院死を極力回避する』・『説明責任を果たす』



**病院医に対する在宅療養支援診療所の
周知の徹底（同時に国民にも周知）**

後期高齢者の特徴

- ◎ 生きられる時間が短い
 - ◎ 残された時間をどのように有意義に
生きたいかという**生き方の呈示が重要**
 - ◎ いかに良く生きたか、
の結果としての看取り
- 【 若年者はまず生きること
(生命の保持)が使命 】

人間の生き方(看取り)緩急の図

<生き方は二つしかない>

歩けない (介護保険・自立支援・県単独制度・生保等)

食べられない (自然死・胃瘻経管栄養・IVH)

呼吸↓

(在宅酸素・気切・在宅人工呼吸・自然死・QQ ICU)

血圧↓ (自然死・QQ ICU)

意識↓

(自然死・QQ ICU)

生命に係るような

急変

救急車を呼ぶ
(延命を承諾)

死亡

完全治癒

不完全に生き残る
家族介護負担↑

それでもやはり生きたいなら
救急車OK

救急車を呼ばない

支援診Drが診る → 入院

看取る

穏やか

大往生
天寿を全う

医者は生き方の説明をするのであって
症候論・疾病論を展開するのではない

しかし



現在の医者の大部分は、生き方の説明をしていない



不十分な説明によって作られたものは
事前指示書・リビングウィルとしては
不適切である