

(テーマ) 在宅ケア、市民のすべきこと一式その体系

(申請者) NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会 近藤康男

〒330 - 0074

埼玉県さいたま市浦和区北浦和 2 - 5 - 1 1

〔TEL〕(048) 831 - 8619

〔FAX〕(048) 831 - 8619

(助成対象年度) 2011 (平成23)年度在宅医療助成(前期)

(提出年月日) 2012 (平成24)年7月2日

1 研究目的

在宅ケア（在宅医療・看護・介護等一式）は市民にはまだ十分には広まっていない。しかるにこれを受ける可能性は高まりつつある。

本研究は在宅ケアを受けるための、本人、家族親族、友人・知人・成年後見人や地域ボランティア市民等に向けた、「市民のすべきこと一式、その体系」を明らかにし、これを広く市民に公開、普及することを目的とする。

2 研究方法

「在宅ケア、市民のすべきこと一式その体系」につき、

- ・本人、家族親族、市民のすべきこと

- ・本人、市民のすべきこと（家族親族がいない、またはいないに等しい1人世帯のケース）

の2ケースについて研究者が仮説を設定。

すべきこと仮説：ケア提供者探索法、

リビングウィル、

在宅医らとの協議

在宅療養環境整備、

本人ケア対処法、

家族ケア対処法（本人へのサポート法）

家族看取りとグリーフワーク等

本仮説を在宅ケア専門家（在宅医、訪問看護師、訪問介護士、僧侶）へのヒアリングにより検証する。僧侶は4つの痛みの、霊的ケア（スピリチュアルケア）を行う者である。

なお当該体系を専門家による分担作成ではなく、仮説のヒアリングによる検証と適切化へのフィードバックとした理由は2つあり1つは、あくまでも市民目線での体系とするためである（専門家の場合、どうしても自分の目線に偏る傾向がある）。

いま1つは、浅くても広い視点の体系としたいことによる。網羅率を高め、全体的視点をまず持つことが全体理解には適切である、早道であると考えたことによる。

3 研究成果

後述する「在宅生活準備情報（在宅ケア、市民のすべきこと一式その体系）」として取り纏めた。

体系への評価としては「参考になった、よく取り纏めてある」などがある一方、ノーコメントも多数あった。これをただちに「評価できない」とは解釈できない。

「日本人特有」の「よく分からない、どちらでもない」と言うものが多々あると考える。理由は「当事者」、または見識の高い人ほど高い評価を出したからからである。

本体系は、市民目線のものとしては広い視点で取り纏めたものであり、現状は他に追随を許さないものと認識している。

そして「市民に向けた在宅ケアのスタート」と考え、これから普及してゆくものと認識する。まだまだ市民の目には晒されておらず、また手にされていないのである。

4 感想

研究当初、「在宅、最期まで一人暮らし」は可能ではないか、と考えていた。が、これが困難であることが分かった。

確かにガン疾患の場合、間際まで自立度が高く、かつ臨終期が数日など短期間である。このため最期まで一人暮らしの事例は一部に存在する。

しかしながら非ガン疾患、例えば脳梗塞の場合自立度は低いのが一般である。このため家族を必要とする。一人暮らしの場合には「疑似家族」が必要とされる、ということである。

この「在宅、最期まで一人暮らしは、現状困難である」ことは現在、必ずしも常識になっていない。一人暮らしが増大するなか、由々しき事態ではあるがまだ多くの人は気付いていないのである。やはり研究は「進めてみないと分からない」ものだと思った。

こうして新たな課題が明らかになり、次へのチャレンジテーマが幾つか浮かび上がった。「体系」の部にまとめたが、市民レベルのテーマもある。このようなテーマに取り組むことにより「在宅ケア」の進展に、市民でも寄与できるものと考えられる。

「在宅、最期まで一人暮らしの方法」としての「疑似家族の形成方法」は優先度の高いテーマとして取り組んで行きたいと思う所存であります。

在宅生活準備情報

(在宅ケア、市民のすべきこと一式その体系)

はじめに

同居家族・親族いる場合

一人暮らしの場合

課題と解決へ向けた検討案、Q & A

付録 資料・データ集

平成24年7月2日版

特定非営利活動法人さいたまシニアライフアドバイザーの会

はじめに

- | | | |
|---|---------------------------|------|
| 1 | 在宅生活準備情報「在宅ケア、市民のすべきこと」とは | p 3 |
| 2 | ホスピスケア | p 5 |
| 3 | 在宅ケア | p 7 |
| 4 | 24時間ケア（2012年度からの24時間訪問介護） | p 9 |
| 5 | 心のケア | p 13 |

同居家族・親族いる場合

- | | | |
|-----|------------------------------|------|
| 1 | 事前準備 | |
| 1.1 | 在宅医など在宅ケアスタッフの探索 | p 15 |
| 1.2 | リビングウィルと最期まで在宅の本人宣言と家族への協力要請 | p 18 |
| 1.3 | 在宅医・かかりつけ医また病院主治医との協議 | p 20 |
| 1.4 | 在宅療養環境の整備 | p 21 |
| 2 | 慢性期のケア | p 29 |
| 3 | 終末期のケア | p 30 |
| 4 | 別れと看取り | p 33 |

一人暮らしの場合

- | | | |
|-----|---------------------------------|------|
| 1 | 重介護度の場合、現在（2012年度以前）は困難といえよう | p 36 |
| 1.1 | 重介護度の場合、現状はレアケース | |
| 1.2 | 必ずしも不可能ばかりではない（がん疾患事例）が、非がん疾患では | |
| 2 | 24時間地域巡回型訪問介護（2012年度から）の可能性 | p 39 |

課題と解決に向けた検討案、Q & A

- | | | |
|--|----------------------------------|------|
| | 課題と解決に向けた検討案 | p 44 |
| | Q & A 1) 在宅医療はどこまで可能なのか、看取りもか | p 45 |
| | 2) 看取りの方法はいかなるものか | |
| | 3) 入院に比較した在宅療養の費用 | |
| | 4) 在宅ケアとは家族に負担を強いるものではないのか | |
| | 5) 在宅ケア・施設ケア メリットとデメリット（2012年以前） | |

付録 資料・データ集

- | | | |
|----|-----------------|------|
| 1) | 在宅医療費 | p 49 |
| 2) | 在宅介護費 | p 51 |
| 3) | 在宅医療と支える連携 | p 52 |
| 4) | 家族が知るべき介護と看護の内容 | p 53 |
| 5) | ホスピス緩和ケアの基準 | p 53 |

(+ 3頁願う)

はじめに

1 在宅生活準備情報「在宅ケア、市民のすべきこと」とは

在宅ケアとは退院後、在宅での医療を行う在宅療養支援診療所ないし在宅療養支援病院を核とする、24時間在宅での医療、看護、介護等をいい、疾患はがん、非がんを問わず外出困難で希望する者が受けるケア、療養をいう。

主に慢性期、終末期でのケアであり、前者では治療、リハビリ等の身体的ケアが、後者では4つの痛み（身体的、精神的、社会的並びに霊的痛み）へのケアが対象である。

一方、在宅ホスピスとは痛みの緩和ケアを行うホスピス（終末期ケア施設）の在宅版であり、対象疾患はがんとエイズである（がん対策基本法による）。

	対象疾患	医療期
在宅ケア	がん、非がん	慢性期、終末期
在宅ホスピス	がん（、エイズ）	終末期

欧米のホスピスでは既に非がん疾患も扱われている。日本の場合、がん 非がんへの拡張はこれからである。ホスピスについては以後一部紹介するが、本論（ 、 部）では在宅ケアを対象とする。

次に、ここでいう市民とは、

- ・在宅ケアを受ける本人
- ・その家族（同等に本人をサポートする親族を含む）・・・同居家族・親族と称す
- ・並びに市民成年後見人、友人・知人・近隣住民らボランティア市民をいう（市民成年後見人とは自治体が養成している、しようとしているボランティア後見人）

すべきこととは、

- ・本人 ケアを受ける準備を行い、身体・精神・社会的・霊的ケアを受ける
 - ・家族ら 本人をサポート。死別後はグリーフケア（悲嘆回復ケア）を受ける
 - ・市民成年後見人（特に、一人暮らしへの）成年後見
 - ・ボランティア 家族への間接サポートや一人暮らしへの直接サポート
- などをいう。

本資料は在宅ケアに関する、本人・家族ら・これを支える市民の「すべきこと」を明らかにし、その遂行が実現されてゆくことを狙うものである。また在宅ケアを阻害する要因があれば、これを改善する提言が付記されるものである。次頁に全体を鳥瞰する図表を示す。

全体鳥瞰図表

家族構成		同居家族・親族いる場合		一人暮らしの場合		
疾患、医療期		がん終末期	がん、非がん 慢性期・終末期	がん終末期	がん、非がん 慢性期・終末期	
在宅ホスピス		○		○		
在宅ケア（本資料の範囲）			○（ 部参照）		○（ 部参照）	
医療・看護側、 介護側等すべきこと			本人らとの協議 チームアプローチ 慢性期ケア 終末期ケア 介護		本人との協議 チームアプローチ 慢性期ケア 終末期ケア 介護	
本資料の メイン テーマ	本人すべきこと		事前準備 1 慢性期受ケア 2 終末期受ケア 3 身体的ケア 精神的ケア 社会的ケア 霊的ケア 別れ 4		同左 +ヘルプ +一人ならではの 事項 1, 2 (一人二役で実施)	
	同居家族・親族 すべきこと		事前準備 1 本人サポート 2,3 看取りと グリーフケア 4			
	市民 すべき こと	市民 成年後見人		(求められたら 成年後見 2,3)		死後事務委任契約 等を含む成年後見 2
		ボランティア		間接的支援 (家族サポート等) 求められたら積極的 支援 2,3		積極的支援 申し入れ 2

注) この 部でホスピスの一部も紹介する。

2 ホスピスケア

ホスピスには施設と在宅とがあり、施設ホスピス（主に病院の緩和ケア病棟）は日本ホスピス緩和ケア協会によると2010年統計値で全国209施設、4173床である。入棟に時間を要するのが課題である（鈴木内科医院鈴木副院長談）。この在宅版が「在宅ホスピス」である。

特徴としては「緩和ケアチーム」によりケアが為されること、また「ボランティア」活動を伴うことなどである。

次ページにボランティア例を示す。付録5に専門職、本人、家族、ボランティアの共通認識の統一を目指す「ホスピス緩和ケア基準」を示す。

在宅ホスピスと、がん疾患終末期在宅ケアには差はない。非がん疾患とは異なる。

	がん疾患終末期 在宅ケア	非がん疾患終末期 在宅ケア
ホスピス緩和ケア 方法	同左	適用されない。その理由、 1) 制度による（ホスピスはがん対策基本法による） 2) 疾患の違い （主症状は呼吸困難、嚥下障害、食思（食欲）不振であり、対処は在宅酸素療法、輸液が主となる。在宅酸素療法の緩和ケアとしての保険適用が望まれる。）
ホスピス緩和ケア 保険適用	同左	オピオイド（モルヒネ）の多くが保険適用外。 （非ガン患者の多くは苦痛から解放されていないのが現状、在宅医のスキル次第） がん終末期向け保険点数などが非がん終末期にも拡大されることが望まれる。

また、がんの予後（余命）予測は高いものがあるが（治療の余地なしから2ヶ月程度）非がん疾患は困難な場合が多いのが現状である（1～3週間前に気付く、平原氏）。これは治療による改善の可能性を秘めること、延命治療が用意されていることによる。

出典： 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ

明日の在宅医療第3巻「在宅での看取りと緩和ケア」中央法規出版2008年
第6章「非がん疾患のホスピス・緩和ケアを巡る課題」平原佐斗司

緩和治療とは：薬物療法、放射線療法（腫瘍縮小効果等）、ブロック療法、外科療法等（ホームページ「新板橋クリニックの緩和センター」より）

[コラム：(在宅)ホスピスボランティア]

1 ホスピスボランティア

ホスピスでは「社会からの風」としてボランティアを導入している。無味乾燥の病棟、影と光との単色の病室、専門スタッフと患者だけの世界ではなく、そこに日常と家庭の漂い、社会の香りを届けたいからだ。

色とりどりの服の輝かしい笑顔の娘たちが行きかう病棟は、皆を元気にするものだ。クリスマスなど季節の行事の準備、患者への付き添いや散歩道に咲く花々の手入れ、一息いれるお茶・おやつ準備とお話し相手、またスタッフへのお手伝い等。

ボランティアはホスピスからの養成講座を受けた後、週の決まった日に行われる。成講座や担当内容はホスピスごとに異なるが、おおむね専門ボランティア（美容やアニマルセラピー等専門家による）、患者への直接ボランティア、お手伝いなどの間接ボランティアから成る。

この在宅版が在宅ホスピスボランティアであり、在宅医により編成されるもの、養成講座によるものなどがいる。

出典：「ホスピス・緩和ケアに欠かせないボランティア」小早川晶
「緩和ケア病棟におけるボランティアの役割と課題」PDF

2 在宅ホスピスボランティアの現状

以下、川越厚川越クリニック院長による「地域緩和ケアシステムにおける、在宅ホスピスボランティアの育成と役割に関する国際比較」より引用。

「ボランティア：患者心理や、死の兆候に関しての教育が不十分。

初回患者訪問時、紹介されなかった。担当患者死亡後のボランティアに対するフォローがなかった。

家族：ボランティアを利用して私の介護者としての役割は変わらなかった。

(これに対し「日本では他人を自分の家に入れる」という文化はない、介護サービスとバッティングしないか、との指摘があった(コメンテーター)。

患者からの評価はなかった。マンツーマンのケースは少ない、とのこと。)

院長：コミュニケーション技術教育が重要。

今後ボランティアコーディネーターを採用したい。」

以上から次のことが言えるのではないだろうか。

- ・「社会の風を入れる」主旨からは施設向きではないか(ディケア等含め)。
- ・在宅に向けては、いかに本人ニーズ、家族ニーズに応えるかがポイントではないだろうか。一人暮らしの本人に向けては可能性が高いのではないか。
- ・ボランティア教育が重要。チーム活動教育も必要。
なによりも在宅医の教育負担軽減が極めて重要。

3 在宅ケア

(1) 在宅療養支援診療所等

在宅療養支援診療所は在宅での医療を24時間可能とするものであり、寝たきりの人や、寝たきりではないが外出や通院が困難な人で希望する人に提供され、定期訪問と往診（随時訪問）訪問看護などが行われる。介護の手があることは前提だ。

平成18年（2006年）診療報酬改定に伴い制度化された。厚労省資料「平成18年度診療報酬改定における主要改定項目について」p16から引用する。

「高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、

また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、診療報酬上の制度として新たに在宅療養支援診療所を設け、

- ・ 在宅療養支援診療所が在宅医療における中心的な役割を担うこととし、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供できる体制を構築するとともに、
- ・ このような場合に在宅療養患者を対象とした診療報酬点数において高い評価を行う。」

注1) 診療所：ベッド数19以下の医療機関

注2) 老人ホーム等施設入居者も対象。在宅でも施設でも入院以外の療養はこの診療所のみ。その後、在宅療養支援病院が制度化された。

2006年は医療・介護分野で大きな動きがあった。指定介護療養型医療施設の削減だ。その内容は、

療養病床38万床を、2012年度までに15万床に削減する

医療療養病床25万床 15万床

介護療養病床13万床 0床

ものであり、在宅療養支援診療所はこの受け皿としての意味もあるのである。

（後、前者は20万床までの削減、後者は新政権が2009年時点で削減中止としたものの後、6年の延長となってしまった（削減である））

24時間訪問看護は訪問看護ステーション等により行われるが、ステーションは小規模なところが多く全てが実施できているものではない。そもそもステーションが増加していず大きな課題である（訪問看護ステーション経営鈴木直美社長談）

24時間在宅介護は介護サービス事業者の「24時間地域巡回型訪問介護サービス（定期訪問、随時訪問サービス）」により2012年度から行われる予定であり、在宅生活の継続率向上が期待されている（次節で述べる）

この他、歯科医、薬剤師らの参加による（後述）

このようにして在宅ケア一式が行われる。

(2) 慢性期、終末期

医療・治療は、急性期、回復期あるいは慢性期、そして終末期とがある。
介護老人保健施設のように回復期リハビリを行い日常復帰を目指す施設がある。
指定介護療養型医療施設のように慢性期を療養する施設がある。
ホスピスのように終末期を迎える施設がある。
在宅では主に、慢性期と終末期が対象である。

(3) 非がん疾患概要

疾患と在宅期間

がん疾患の平均在宅日数は67日(約2ヶ月)、非がんのそれは744日(約2年)、
そして慢性期 終末期へは曖昧に移行するケースが多い。

疾患と在宅死亡年齢

在宅での非がん疾患の平均死亡年齢は84.0歳。がんに対し約10歳高齢である。
老衰 93.0 ± 5.1 歳、慢性心不全 90.3 ± 7.8 、認知症 89.2 ± 6.0 、脳血管障害 85.4 ± 8.9 、
慢性呼吸器疾患 84.9 ± 6.9 、慢性腎不全 80.8 ± 14.4 である(ちなみにALSは 69.6 ± 11.4 歳)。

出典：明日の在宅医療第3巻「在宅での看取りと緩和ケア」中央法規出版2008年
第6章「非がん疾患のホスピス・緩和ケアを巡る課題」平原佐斗司

多い疾患

要介護の原因疾患は、脳血管障害、廃用症候群、転倒骨折、認知症、関節疾患の
順であり、要介護3～5では脳卒中、認知症が多い。高齢になるにつれ廃用、認知症、
転倒骨折が増加。

注) 廃用症候群：生活が不活発になり引き起こされる心身機能障害。数日で寝たきりになる。

出典：NHK解説委員室ブログ：視点・論点「介護保険10年の宿題(3)」新田院長

脳血管障害(脳梗塞等)は死亡率こそ3位だが患者数は心筋梗塞(86万人、17年度
厚労省値)より多い2位であり(137万人)、後遺症(片麻痺、認知症、嚥下障害、遷延
性意識障害(植物状態)等)が残るケースもあり、慢性期と言ってもその治療やケア
に重いところがある。寝たきりになることも多い(心筋梗塞は目立つ後遺症は少なく
再発予防が主)。嚥下障害は認知症にも見られる障害であるが、誤嚥性肺炎が高齢者
には多い(肺炎は死亡率4位)。

認知症(32万人)は発症後、アルツハイマー型の場合約10年、脳血管性の場合約
7年の余命である(勇美記念財団ホームページ「在宅医療における認知症の診断とフ
ォローアップのこつ」平原佐斗司)。死因は肺炎、心臓関係疾患、脳梗塞が多い。

4 24時間ケア（2012年度からの24時間訪問介護）

（1）現行訪問介護サービスの問題点（2012年度以前）

現行の訪問介護サービスは、日中、1回30分以上、かつ2時間の間隔を空けるものである。（夜間サービスが後、加えられ「随時訪問サービス」があるが普及していない。介護費用は高額化し、かつ昼夜サービスの整合が図られていないなどの理由による）

事前に計画が定められ（ケアプラン）、その通りに遂行されてゆくものである。そして利用限度額が設定されており、超えた分は全額自己負担というものだ。

在宅一人暮らしでの月間介護費用を試算してみる。

朝、昼、晩、夜間は毎日。入浴、訪問看護は週一の介護。介護度を5とする。

（出典：「施設介護・在宅介護」NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会編）

	居宅サービス	介護保険サービス費用 (単価×回数)	月額費(円)	さいたま市のサービス単価(めやす)
1	早朝訪問介護25%増し 身体介護1時間	5025円×30日	150,750	同左
2	昼夜訪問介護 生活支援30分身体1時間	6310円×60回	378,600	同左
3	訪問入浴 週一	12500円×4回	50,000	同左
4	訪問看護 週一(ステーションから)	4250円×4回	17,000	同左
5	夜間訪問介護 夜間巡回30分未満	3810円×30日	114,300 10,000	+月基本料 1万円
6	用具リース		16,000	
月合計			736,650	
月介護保険利用限度額			358,300	
この1割負担分月額			35,830	
自己負担分 +			414,180	

試算値ではあるが、月41万円以上の額となる。しかもサービスは軽い内容だ。とても払えないから、勤め人が退職してまで在宅介護せざるを得ないことになり、かつ35万円以上のサービスを介護者自身で負担する過重な内容になるのである。これが現在の在宅介護制度の現実であり実態なのである。

施設（特養）であると月¥28,000で以下のサービスが受けられる。
 着替え・食事・排泄等介助、施設内移動付き添い、体位・おむつ・シーツ交換など
 常時の介護、その他日常生活上必要なサービス（入浴等）
 （各自にナースコールボタンが配布され、24時間に亘りサービスの上限はない。）

以下、介護度の内容を示す。

	歩行	身の回り	排泄入浴	問題行動	備考
支援1	ほぼ自立可、介護予防のための支援要				
支援2	介助なくして外出不可				
1	不安定	見守り要	自立	まれに	
2	支え要	見守り介助	見守り要	低下見られる	週3回のサービス
3	一人で不可	一人で不可	一人で不可	幾つかあり	1日2回程度のサービス
4	同上	同上	同上	多くあり	1日2～3回
5	意思伝達困難、要全面的介助			同上	1日3～4回

（「秋田市 認定結果（要介護度）の説明」PDFより、要支援2一部カスタマイズ）

介護度の判定は次のように行われる。

一次判定・・・訪問調査の結果にもとづくコンピュータ判定（全国一律）

二次判定・・・学識経験者、主治医らにより、主治医意見書、「寝たきり度」、
 「日常生活自立度」（下記参照）等を参考に最終判定

寝たきり度（英字はランク）

生活自立	J	ほぼ自立、独力で外出		支援1
準寝たきり	A	屋内は概ね自立、 外出は介助要	1 ベッドから離れた生活 2 外出少なく寝たり起きたり	支援2 介護度1、2
寝たきり	B	ベッド上の生活 座位保つ	1 車イス移乗、食事排泄ベッド外 2 介助により車イス移乗	介護度2、3 介護度4
	C	1 日中 ベッド	1 自力寝返り 2 寝返り不可	介護度4 介護度5

（平成3年（1991年）11月18日厚労省通知より。）

介護度との対比は諏訪広域連合平成19年12月調査より。）

認知症老人日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	対比
	何らかの認知症状を有するが、日常生活は家庭内及び社会的に自立		支援 1 , 2
a	家庭外で日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	介護 1
b	家庭内でも上記の状態が見られる	服薬管理ができない、電話での対応や訪問者との対応等 1 人で留守番ができない等	1
a	日中を中心として日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	着替え、食事、排泄、が上手にできない、時間がかかる。やたら物を口に入れる、物を拾いあつめる、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	2、 3、 4
b	夜間を中心として上記の状態が見られる	同上	同上
	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする	同上	4、 5
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	5

(平成 5 年(1 9 9 3 年) 1 0 月 2 6 日厚労省通知の、平成 1 8 年 4 月 3 日改正版。
認知症への理解が不足していた時代の内容である。
介護度との対比は「寝たきり度」データに同じ。

この自立度判定基準は課題があるのではないかとと思われる (古いのではないか))

(2) 24時間地域巡回型訪問サービス等(2012年度より)

24時間地域巡回型訪問サービスは2012年4月から実施される新サービスであり、その内容を厚労省「24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会報告書」より引用する。

- 「・在宅生活を支えるためには、1日複数回(定期の) 利用者の生活のリズムに応じたケアを提供する必要がある、その中には例えば、体位交換やオムツ交換、水分補給など、1回の訪問当たりの必要時間が短いケアが存在する。
- ・必要なタイミングで必要なサービスを(定期に) 提供する。利用者からコールを受けた場合に、必要な対応をとる(随時訪問ほか)
- ・日中帯を中心に支えることを前提としているが、深夜帯においても、おむつ交換・体位交換等や、転倒時等の緊急対応等、24時間の対応体制を確保。
- ・介護と看護の連携を図る」

夜間対応型訪問介護と同じ地域密着型サービスとし費用は定額制が採用される予定である(詳細ルールは年度末にならないと分からない、(株) やさしい手)。同じ年、ヘルパーによる「たん吸引、経管栄養」の医療行為が解禁される。家族看護・介護の負担が軽減される可能性がある。その他、複合サービスの提供など。

訪問介護の利用限度額の撤廃または緩和はされないが、これらサービスを利用することにより在宅介護が従来に比し大幅に改善される可能性がある。

注1) 24時間地域巡回型訪問サービスの懸念点

- ・どこまでの介護が実現できるのか(頻繁体位交換、ほか)
- ・体制がとれるか
- ・提供コストが適切か
(低い ニーズが顕在。高い 普及しない。)
- ・従来サービスとの整合での普及上のネックはないか
- ・地域密着型サービスによる普及上のネックはないか
(「夜間対応型訪問介護」は普及しておらず、存在すら知らない市民が少なくない。)

注2) 医療行為とは、一般には以下のことをいう。

たん吸引(ほかに、たん吸入・・・噴霧上薬品の吸入) 経管栄養、点滴、床ずれ治療、摘便、他

5 心のケア

(1) 本人4つの痛みとケア

エリザベス・キューブラ・ロス女史（米精神科医、1926-2004）によると、末期がん患者へのインタビューの結果、死へのプロセスは次のようなものだと言う。

否認・・・自分が死ぬなんて信じられない

怒り・・・何か悪いことでもしたというのか

取引・・・何とかならないものか

抑鬱・・・すべてが空しい

受容・・・もうだめなのかー年齢が若いほど受容には至りにくいようだー
死に関する医療関係者の意識を変革し、またホスピスの展開に貢献した。

近代ホスピスを起こしたシシリー・ソンドース女史（英医師、1918-2005）によると、患者本人の痛みには4つのものがあると言う。

身体的痛み・・・病にもとづく痛み。医療的緩和ケアが行われる

精神的痛み・・・不安や、鬱。臨床心理士や精神科医らによる対処が行われる。

社会的痛み・・・遣り残した仕事や家族、経済課題等への苦悩。

例えば、映画「明日の記憶」の企業戦士佐伯部長の苦悩。

やりがい、生きがい、仲間と仕事を失い、また妻依存への反発。

映画ではケアが描かれなかったが、医師や友人、妻らによるカウンセリングや導きが望まれるところだ。

霊的な痛み・・・人生の意味や死後の消滅への苦悩。

スピリチュアル SPIRITual ペインとも言われる。

専門家（傾聴ワーカー）、宗教家による傾聴・寄り添い、傾聴・語り合いなどが行われる。

村田理論や窪寺理論がある。

法然・親鸞によれば人は成仏により“救う”側になるという。

信ずる信じないに係らず宗教の考えを学ぶのは意義があるだろう。

注1) 村田理論

痛みは人の「時間存在（将来がある）」、「関係存在（人との係りがある）」、「自律存在（独立した個人である）」を喪失することによる。

このため「死をも超えた将来の回復」、「死をも超えた他者との関係の回復」、「知覚・思考・表現・行為の各次元での自律の回復、身体に依存しないスピリチュアルな自己の覚知」を目指したケアとして傾聴をベースに、価値観の転換、新しい存在と意味の回復をもたらすように係る、としている。

注2) 窪寺理論

チャプレン（ホスピスでの牧師）でもある窪寺氏は「死に直面した人は誰でも死後の世界の有無に関心がある」という。

ケアとしては「自己との和解（今の自分の受け入れ）」、「他者との和解」、「絶対者との和解」、「自然との和解（全体の一部としての自己存在への気づき）」、「時間との和解（残された時間を受け入れる）」にむけ、感情の安定や視点の転換、罪責感からの解放、1日々々を大事にすること、死後の世界・後世への希望を目標とし、傾聴と語り合いを行う。

（以上、伊田広行「スピリチュアルケアをめぐる議論を見渡す」PDFより）

（2）遺族グリーフケア（悲嘆へのケア）

キャサリン・サンダース女史（米、臨床心理学者）によると、死別後の遺族悲嘆の段階は以下の5段階に現れると言う。

- 第1段階 ショック
- 第2段階 喪失
- 第3段階 引き籠り
- 第4段階 癒し
- 第5段階 再生

この他、3段階、4段階、12段階などの諸説がある。
悲しみの程度により、友人や専門家（傾聴ワーカーら）によるケア、また自助グループによるケアなどがある。

法事法要をグリーフワーク（悲嘆緩和行為）として捉える考え方もあろう。

- 四十九日・・・忌明け（憤みも今日まで）
- 百箇日・・・卒哭忌（泣くのもこの日まで）
- 約半年後・・・新盆が彼岸、または半年後の命日（月忌）
- 一周忌・・・喪明け（日常に戻る日）

仏教の教えるところを学ぶのには左程違和感はないであろう。

同居家族・親族いる場合

1 事前準備（本人主導、本人家族共通）

1.1 在宅医など在宅ケアスタッフの探索

在宅ケア、在宅医療は、

入院 退院、そして在宅ケアスタート（慢性期または終末期）

在宅 在宅ケアスタート（通院困難な状況の場合。退院後の同様ケース含む）

のケースが考えられるが、前者が一般的であろう。

まずは近場の在宅医を探すことが肝要である。

かかりつけ医に問い合わせるのが善いであろう（従前よりかかりつけ医を持っておくこと。鈴木内科医院鈴木副院長談）。または病院主治医からの紹介や、大きな病院の医療相談室や市・区役所（医療や介護、福祉関係部署）に問い合わせる方法もある。

その他、薬剤師、リハビリや口腔ケア者を探しておこう。医師などに聞こう。さらには心のケア者などになると知る人が限られるので、事前探索が必要である。

また併せて介護申請も用意が必要である。地元「地域包括支援センター」があるので、そのケアマネージャーに依頼しよう。

医療・看護と介護が車の両輪である。自治体の窓口も確認しておこう。

なお介護は長丁場になる可能性がある。この協力者も探索しておこう。

- ・家政婦派遣元
- ・介護保険外サービス提供団体；介護保険外サービスを廉価に提供
- ・ボランティアセンター；社会福祉協議会にある紹介センター
- ・在宅ホスピスボランティア：ホスピスボランティアの在宅版。

前述解説参照。

- ・介護支援ボランティア：厚労省後援・自治体組織化の主に介護予防を狙いとする活動。施設ボラが多い。インセンティブあり（介護保険料が割引される）。稲城市ほかで広まりつつある。

次頁に探索一覧表を示す。

在宅ケア担当者・関係者一覧

担当者・関係者	内容	連絡先 or 問い合わせ相談先	
在宅医（在宅療養支援診療所の医師）	自宅への定期訪問、随時往診	かかりつけ医、主治医や地元の病院の医療相談室等に問い合わせ	
訪問看護師	訪問看護（定期、随時）他	医師やケアマネージャーから紹介	
ホームヘルパー、介護福祉士	訪問介護（定期、随時）他	ケアマネージャーから紹介	
ケアマネージャー	ケアプラン作成、住宅改修相談	地域の地域包括支援センターに連絡	
かかりつけ医	従来からの町の主治医 （いない場合病院主治医、次善）	かかりつけ医なら地元近場の名医を探す（介護認定上必要）	
理学療法士、作業療法士ら	訪問リハビリなど	かかりつけ医、在宅医から紹介	
歯科医	訪問口腔ケア	同上	
薬剤師	薬用意、服用説明	同上	
心の ケ ア 者	臨床心理士	心理カウンセラーや相談対応	同上、または精神科関係問い合わせ
	医療ソーシャルワーカー	患者の医療経済問題への相談	地域の大きな病院の医療相談室
	傾聴ワーカー	傾聴する者、ボランティアが多い	社会福祉協議会他に問い合わせ
	宗教家ら	スピリチュアルケアを行うチャプレン（牧師）や僧侶	チャプレンなら教会系ホスピス、僧侶なら「東京ビハラー」へ
グリーンワーカー	遺族の悲嘆回復ケアを行う	同上、また自助グループへ	
福祉用具（介護用品）貸与業者	用具レンタルする会社	ケアマネージャーから紹介	
介護保険外サービス提供者	保険外サービスを低廉提供	同上	
家政婦派遣業者	お手伝いさんを派遣	タウンページの家政婦紹介所へ	
在宅ホスピスボランティア	訓練されたボランティア	在宅医、養成所に問い合わせ	
成年後見人	認知症等判断低下時財産管理、 身上監護ほか	社会福祉協議会、市町村に問い合わせ	
社会福祉協議会（社協）	全国市町村にある福祉団体で ボランティアを仲介	市町村の高齢福祉課に問い合わせ	
病院・医療相談室	医療ソーシャルワーカー居場所	大きな病院に問い合わせ	
地域包括支援センター	ケアマネージャー居場所、 地元介護の総合拠点・相談所	市町村の高齢介護課、高齢福祉課 に問い合わせ	
自治体・国民健康保険課	高額療養費制度申請元	市町村に問い合わせ	
自治体・高齢介護課、高齢福祉課など	介護や福祉に関する自治体担 当部門	同上	

注) この他、葬儀社、斎場などの探索がある。

地元の連絡先一覧表

担当者・関係者	名称	連絡先 or 問い合わせ相談先 T E L
在宅医 (在宅療養支援診療所の医師)		
訪問看護師		
ホームヘルパー、介護福祉士		
ケアマネージャー		
かかりつけ医		
理学療法士、作業療法士ら		
歯科医		
薬剤師		
心の ケア者	臨床心理士	
	医療ソーシャルワーカー	
	傾聴ワーカー	
	宗教家ら	東京ビハラ(僧侶)
グリーンワーカー		
福祉用具(介護用品)貸与業者		
介護保険外サービス提供者		
家政婦派遣業者		
在宅ホスピスボランティア		
成年後見人		
社会福祉協議会(社協)		
病院・医療相談室		
地域包括支援センター		
自治体・国民健康保険課		
自治体・高齢介護課、高齢福祉課等		

注) この他、葬儀社、斎場等

1.2 リビングウィルと最期まで在宅の本人宣言と家族への協力要請

1.2.1 本人すべきこと

(1) リビングウィルとは

リビングウィルとは『傷病により「不治かつ末期」になったとき苦痛は緩和するが延命措置はやめてもらうことを宣言すること』である（日本尊厳死協会）。本人署名の宣言文が用意されている。

同様なものとして日本公証人連合会による「尊厳死宣言公正証書」がある。こちらは家族の了解も得た形式になっている。

そのほか病院が用意したものなどもある（全日本病院協会など）。

さらに自身判断がつかなくなった時の代理人を定めておく「終末期事前指示書」がある（国立長寿医療センター）。最終局面での判断を家族と主治医で行うためだ。但しこの事前指示書は当該センター内に限られる。

代理人を定めるものとしては他に2つあり、1つが「私の四つのお願い」だ。米国にある「五つの願い」をもとに箕岡真子医師が作ったものだ。市販されており、書き方と事前指示書からなる。

注) 5つの願い；

代理人を定めるのみならず（願い1）治療につき「延命は望まないが改善につながるなら望む」を選択できる内容になっている（願い2）ほか。小冊子になっており40州で認められている。

日本語版を参照できるURLを下記に示す。

<http://ichiba-md.com/medical/%E5%8C%BB%E7%99%82/5.html>

もう1つが「LMD let me decide 決めさせて(私の選択)」でありカナダのモーロイ博士提唱のもの。医療法人仁医会などが推進している。

<http://www.jhn.or.jp/lmd.html>

自ら意思表示ができなくなった時、事前に自分の希望する治療方法・栄養補給方法・心肺蘇生希望有無を指定しておく方法で、回復可能/不能により

集中治療 外科的治療 限定治療 緩和ケア

（集中治療までは行かない）

経管栄養 経静脈栄養 補足栄養 基本栄養

特別食 口から普通食

CPR（心肺蘇生）

CPRなし

などを選択するもの。以上、選んで利用しよう（_____をアクセス願います）。

(2) リビングウィルと最期まで在宅の宣言と家族への協力要請

リビングウィルの宣言は一定年齢になったら行うことが望ましいであろう。少なくとも在宅ケアを受ける前にはすべきである。

在宅ケアの最中でも何らかの理由により救急搬送はあるであろう。そしてその処置が救命か延命かの判断事項となれば、事前の意思表示は必須なことである。

この場合、リビングウィルはLMDが分かりやすいのではないだろうか。処置策が延命なら、これをせず本命の疾患で亡くなるのは止むをえないが、異なる独立した疾患なら治したいものだ。

そして「最期まで在宅」の意思表示と、「最期の在り方」についての表明が重要である（鈴木副院長談）。

なお宣言は尊重されるであろうが家族の理解と同意を得ることが必要だ。特に本人の意識がなく判断できない事態を想定しておく必要がある。子息程たとえ1分でも1秒でも延命を望む傾向がある。このため本人による協力要請が必須ばかりだけではなく、事例紹介などを通じ家族の理解に向けた努力が必要である。

1.2.2 家族すべきこと

(1) リビングウィルと在宅への理解

前述したリビングウィル、最期まで在宅の希望につき理解する。

(2) 同意

了解と判断した場合には同意を表明する。

難しい判断は在宅看取りまで行えるか否かであるが、成功の鍵は「家族の理解と協力」が、また家族の「できることをできるだけ」行うことが最大のポイントである（家族で抱えず多くの人の協力を得、各々が「できることをできるだけ」行うことがポイント。鈴木副院長談）。

かかりつけ医、また主治医と在宅医を交え十分協議する必要がある（次節）。

注1) 延命（救命）措置とは：人工呼吸、（心臓）ペースメーカー、人口透析
人口栄養（胃瘻含む）
蘇生処置

注2) カーラーの

救命曲線：心臓停止3分、呼吸停止10分、多量出血30分で50%死亡
（救急車到着時間全国平均7.9分、H21、消防庁）

1.3 在宅医・かかりつけ医また病院主治医らとの協議

本節並びに次節は、あおぞら診療所川越正平院長（「看取りを見据えて在宅医療の各ステージで行うべきこと」PDF）、神津内科クリニック神津仁院長ホームページ「在宅医療ガイドブック」を出典とするものである。

（１）在宅医との協議

本人・家族は在宅ケアにおける希望を在宅医に伝える。してほしいこと、してほしくないことである。

在宅医は出来ること、出来ないこと（病院並みの手厚い医療ほか）を伝えるので、両者整合が必要である。成立しない場合もある。

（２）在宅医・かかりつけ医また病院主治医による在宅ケアの指導と家族の意思決定

本人・家族は在宅医・かかりつけ医また病院主治医から疾患とその治療、症状と進行、緩和ケア内容、死の兆候から絶命まで、またその間の病状急変への対応など、主として家族の行動基準等につき十分な説明を受けること。

看取りは家族だけで行われることが多々あり（疾患にもよろうが前提の場合もあり）、その上で共に信頼関係構築を図ることが重要である。

これを退院前に行うこと。指導・教育については十分要請すること。

その上で在宅での本人へのサポートが出来るか否か判断すること。成立しない場合もある。

（３）再入院への備え

状況によっては再入院の可能性がある。その病院をどこにするかにつき、在宅医とともに紹介元病院のみならず複数の受け入れ先をあらかじめ想定しておくことが望ましい。再入院に当たっては生活環境の激変によるリスク（ADL Activities of Daily Living 日常生活動作の悪化）も考慮する必要がある。

（４）在宅ケアの現状

6割の人が在宅死を望む。が実現は2割に満たない。ケアする側の数が足りないからである（神津院長）。

在宅患者の30%は入院死亡をたどる。その理由は「家族介護の限界」、「独居」等である（川越院長）。

1.4 在宅療養環境の整備

1.4.1 住環境整備

(1) 居室外環境

駐車スペースの確保

在宅医など在宅ケア者向け駐車スペースが必要。一時借りることも考えられる。

玄関・アプローチ

玄関ほか外部との連絡通路の確保は、車いすやストレッチャ（寝台）をも考慮し確保が必要である。

改修が必要になる場合があるから、最終段階まで見極めた計画立案が肝要であり、ケアマネージャー（介護申請や介護計画立案する者）や、この者を介して福祉住環境コーディネーターや福祉用具専門相談員と相談し行うことが望ましい。以下同じ。

廊下（通路）

手すりが必要になろう。工事不要の福祉用具もある。
段差解消も改修せず、スロープを利用する方法もある。

居室位置

1階の独立した居室が望ましいが模様替えによる居室スペース確保も考えられる。

居室近傍

トイレ、浴室は近い方が望ましい。
トイレは洋式に変え（便座だけの交換方法もある）、手すりを付ける。
風呂にも手すり、シャワーチェアを用意。
また在宅ケア者向け殺菌手洗い、タオル等も必要である。

(2) 居室内環境

設備導入（レンタルなど）

ベッドは電動ベッドがベター。マットレス、サイドレール、食事用テーブルは色々選べる。また医療・介護グッズを用意しよう。
歩行が困難になると車いすが必要になる。
寝たきりでも座位可能や寝返り可能なら車いすだが、寝返り不能になれば床ずれ防止マットや、移動時ストレッチャが必要になる。

家族を呼ぶ場合、室内チャイムがある。

医療・介護を呼ぶ場合、電話（医師）、訪問看護ステーション用ナースコールボタン、ヘルパーステーション用ナースコールボタンがあり、現状は個々に調整が要。

スペース確保

療養介護のためのスペースが必要である。疾患ごとに在宅医との相談が必要。模様替え、改修などについてはケアマネージャーに相談。

快適性

空調（温度、湿度）、照明・カーテン、遮音など。

1.4.2 サポート環境整備

(1) 家族サポート環境

介護力

家族介護者の人数は複数であることが望ましい（多いほどよい）。なお勤労者は平日についてはカウント外と考える。

家族が単数の場合には親族、友人らの動員を加え複数体制が望ましい。複数体制が取れない場合、経済的に余裕があれば「家政婦」を加え複数とする。その上で介護保険制度を利用する。

本人安定状態の場合

	従来の訪問介護	2012年度24時間地域巡回型訪問介護
車イス移乗可 介護度2	家族見守り（一部介助）	
車イス移乗 介助要 介護度3	介護者1名+（一泊）デイサービス利用でも対応不可能ではないだろう。	（介護サービス「定期介護、随時介護だけでも対応不可能ではない」などと、2012年見極めたうえで、記載。他も同様。）
寝返り可 寝たきり 介護度4	介護者昼間2名（平日・土日） バックアップ1名（夜間添い寝）	
寝返り不可 寝たきり 介護度5	床ずれ予防（1～2H毎体位交換）もあり昼夜2人が介護。 土日交代、合計4人体制が望ましい。	

（24時間地域巡回型訪問介護は家族の介護力向上に期待される）

本人状態が不安定の場合

	平日	土日	従来介護	24時間地域巡回訪問介護
昼	1人	1人	min昼夜2名。 土日は交代要員（親族、友人らで可） トータル4名が望ましい。	
夜	1人	1人		

終末期

	平日	土日	従来介護	24時間地域巡回訪問介護
昼	1人	1人	4人体制。 親族、友人らを含む。	
夜	1人	1人		

認知症の場合

ランク	内容	従来介護	24時間地域巡回訪問介護
～ b 介護度1以下	家庭内で日常生活に支障を来たすが注意していれば自立	常時1名（昼間）	（認知症患者への本サービスの活用は不可か）
a以上 介護度2以上	介護が必要、時に手を余す	常時1名（昼夜） 徘徊・暴力・妄想等の場合 昼夜2人体制、または治療入院か施設。	（同上）

医療行為ある場合の家族看護力

医療行為がない場合は、上記 に同じである。

医療行為がある場合、例えば24時間に亘る「たん吸引」。
この場合、看護師を常時呼ぶわけにゆかないため、複数の家族看護者が必要になる（介護はこれを兼ねる）。

	平日	土日	従来介護	24時間地域巡回訪問介護
昼	1人	1人	土日の交代要員は家族であること (例えば土日の昼は家族勤め人等、 トータル4名の家族が必要)。 他に1~2H毎の「床ずれ防止」 対応のケースなど。	
夜	1人	1人		

注) 2012年度より「たん吸引」はヘルパーが可能になる。24時間地域巡回型訪問介護を含め導入した場合、看護力として期待できよう。

「常時たん吸引」のような医療行為が必要な場合、認知症が進んだ場合や重介護度になった場合、同居家族のいない一人暮らしは2012年以前の現在では不可能、または困難である。

介護・看護ノートの作成

在宅医への報告、家族引き継ぎ用等のため作成する。

(2) 教育受講環境

死の教育一般

デーケン著「死とどう向き合うか」ビデオ版など。

在宅医による看取り等への教育

「死の(数日)前から眠っている状態が長い、呼吸が弱々しくなる(大きく息をした後しばらく止まる、これを繰り返す)。

やがて顎をしゃくりあえぐような呼吸(下顎呼吸)になる(その後半日から数時間で亡くなる)。

無意識(混乱状態になる場合もある)。ただ耳は聞こえているようだ、お別れを告げよう」

なる教育は必須だ。要請してでも受けよう。

出典：『「在宅療養」をささえるすべての人へ』健康と良い友だち社

1.4.3 経済環境

掛かる費用は以下の5点である。

(1) 医療費（出典は平成22年度厚労省在宅医療診療報酬より）

在宅時医学総合管理料

在宅療養に当たっての基本料金に相当するもの。月2回以上訪問の場合掛かる。
薬処方箋を交付する場合、月4.2万円。

訪問診療料0.83万円/回。訪問看護料0.555万円/回。

週1回（月4回）の訪問診療、週2回（月8回）の訪問看護の月間費用は12万円。

$$4.2 \text{万円} + 0.83 \text{万円} \times 4 + 0.555 \text{万円} \times 8 = 11.96 \text{万円}$$

（実負担は1割負担であれば月1.2万円となる。）

往診料

往診は1回につき0.72万円。緊急、夜間、深夜、死亡診断加算がある。

疾患別在宅医療費

A L S疾患などでの在宅人口呼吸療法H M Vなど、別途費用が掛かる。

インスリン自己注射も同じ。

その他

口腔ケア費用は食べる/噛むために重要なケア費用である。

リハビリ費用も重要であり健康生活への復帰に必要な費用である。

(2) 薬剤費

薬代であるが内容によりかなり違いがある。

(3) 介護保険費用

介護保険サービス費

在宅介護は月間で上限が定められている。超える分は10割負担である。

介護度1 月1.65万円（1割負担額）

2 1.95

3 2.68

4 3.06

5 3.58

介護保険外サービス費

身体介護、生活援助などにつき介護保険は厳しく制約を設けている。かつ上限がある。
この部分の民間受け手が介護保険外サービスであり、様々なサービス・対価がある。

(4) 生活費

(5) その他

以下、一欄する。

大項目	中項目	小項目	必須条件	望ましい条件
住環境	居室外環境	玄関ほか ・駐車スペース ・外部との通路確保	○	
		廊下（通路） ・手すり ・段差解消		
		独立居室		
		居室近傍 ・トイレ ・風呂、殺菌手洗い	手すり 手すり、椅子	リフト
	居室内環境	設備導入 ・電動ベッド（マット他） ・車イス ・医療・介護グッズ ・室内チャイム ・ナースコールボタン ・その他		
		スペース確保		
		快適性		
	サポート環境	家族介護力	複数介護者 （市民ボランティア含む）	
医療行為ある 家族看護力		看護者 （医療行為にもよるが）	単数	複数
介護看護ノート		在宅医報告、家族引き継ぎ	○	
教育受講		死の教育一般		
	在宅医からの看取り含む教育			
経済環境	医療費	在宅時医学総合管理料（月間） （訪問診療週1、看護週2）	¥1.2万円 （1割負担）	
		往診（1割負担）	¥720/回	
		疾患別在宅医療費（HMV等）		
		その他	口腔ケア	リハビリ
	薬剤費	薬代		
	介護保険費用	介護保険サービス費（1割）		
		介護保険外サービス費		
	生活費			
その他				

[コラム：在宅療養事例]

「在宅で死ぬということ」押川真喜子（聖路加ナースマネージャー）文藝春秋より

（事例その１）

72歳の父は看護師をしている長女（独身）と同居するため、母とともに上京。近くには医師である次男がいる。

上京して間もなく父に進行性ガン発覚（自覚症状なし）。手術限界ギリギリであったが間に合うということで10月初、食道・胃の全摘出手術。術後、次男に「地獄だ」と告げた。

12月初退院。体重は65.48KG。リハビリするも本人「うつ」状態。介護者母負担。

1月中旬、誤嚥性肺炎で2週間入院。

2月初、長女判断で老健入院。とたん肺炎悪化、重症化。

3月末、長女勤務の病院に転院。体重40KG。

食事が進まないことから経管栄養（腸へ）、呼吸は人工。本人はずす。

「もしこれ以上生きたくないのなら、言って欲しい」と長女哀願。本人「わかった」。

やがて気管切開するか否かの事態。家族意見2分。長女判断で切開（本人は意思示さず）。

8月末、次男「無理では」とする中、長女判断で在宅療養に切り替え。

父からの度々のコールボタンに母、負担。「がんばり屋だったのに努力が足りない。感謝の気持ちを示さない」。長女と言い合い。

2ヶ月後、長女判断で手術した病院に入院。

3ヶ月後死亡。

母「手術せずにいたほうがよかったのかもしれない」。

次男「がんばれと行ってきた。もういいよ楽になってと、優しくいえなかった」。

長女「父は幸せだったのだろうか」。

あなたならどのようにしたでしょうか。

この事例からの教訓は？

（主介護者母、患者利益代表キーパーソン長女。

手術すべきだったか、

リビングウィルがなされていたらベターだったか、

在宅療養は適切であったか、等。）

(事例その 2)

登場人物夫婦二人と訪問看護師押川さん。

妻 57 歳の時、心不全。が手術せず、入院嫌い自宅で闘病。その後小康状態。
67 歳の今春、心不全で入院。気管切開し退院、在宅療養へ。押川さん訪問開始。
夫が妻の指示のもと介護。

2 ヶ月後心不全悪化、再入院。
人工呼吸器前提に退院許可。心臓はかなり限界。

2 ヶ月後の残暑厳しい 9 月、再入院。
24 時間酸素要。心不全治療のための点滴開始。12 月中旬退院。
が 12 月 30 日、緊急入院。
高カロリー輸液常時要。長期療養病院への転院、押川さん助言。
夫「夫婦二人でいたい」。1 月末退院。

この年は 5 月、6 月に入院したものの春夏秋冬自宅で過ごす。
その夏、ヘルパー勧める。が夫「知らない人にさわられたくない。二人がいい」。
ほどなく妻から「入院したい」と訴え。夫の身体が心配とのこと。
夫「家でがんばるんだ。病院に行っても同じことしかやらないんだよ」。正月を迎える。

訪問開始後丸 2 年が過ぎた。9 月、10 月と入退院。最終段階の状態のなか最期の正月を
自宅で迎える。本人の意欲、低下しだす。夫君にそれとなく覚悟を伝える。
「あと 1 ヶ月、あと何週間、もう少しだけと思いながら 3 年たった。苦しまないようにして
ほしい。覚悟はできている。息子たちとも相談する」。
それから 1 週間後「本人、病院に行きたい」とのこと。
入院 4 日後ポケベルで呼ばれる。
家族に看取られる。合掌。

(後日、夫君お葬式の写真をもち訪ねてきた。「最期までよくがんばったよな」。)

この事例はいかがでしょうか。

考えるところ、考えさせられるところがありませんか。

2 慢性期のケア

2.1 本人すべきこと

- ・治療、リハビリ、再発予防、必要に応じ緩和ケア
- ・一泊サービス含め外出に努める（宿泊は介護保険外サービス、低廉）
- ・必要に応じレスパイト入院（介護休暇目的入院）
- ・身体と心と脳の健康維持（本疾患以外も含む）

「在宅生活の当初など、体力の低下、社会参加の減少にともなう廃用性の筋力低下や関節拘縮に、うつ病などによる意欲低下に陥っている場合も少なくない。裏を返せば、的確な治療を行うことでQOLを改善しうる。また潜在的病態の有無、薬剤の必要性や副作用の有無など包括的に検討できる」
あおぞら診療所川越院長。

2.2 家族らすべきこと

- ・本人サポート（介護、場合により看護（医療行為））
- ・体力向上、意欲向上、また社会参加ほか積極的な外出の勧めと支援
- ・食事、排泄、睡眠、そして移動、清潔、喜びの「生命と生活を支える6つに視点」を重視する（川越院長）
 - 食事 経口で
 - 排泄 自力で
 - 睡眠 ストレス解消・快眠
 - 移動 自力で、寝たきり予防
 - 清潔 入浴、整髪、口腔ケアなど
 - 喜び 楽しみ
- ・ボランティア等の要請

2.3 市民すべきこと

- (1) 友人・知人・近隣住民らボランティア
 - ・家族への間接支援申し入れ。
 - ・在宅ホスピスボランティア等探索・紹介
- (2) 市民成年後見人
 - ・求められれば成年後見

3 終末期のケア

3.1 本人すべきこと

(1) 身体的対処

- ・痛みや症状の訴え
- ・緩和ケア、本疾患以外の治療
- ・自力行動の維持
- ・希望表明

「看取りに至るまでを支える在宅医療にとって一貫して重要なのは、疼痛・発熱・全身倦怠感・吐き気や嘔吐・呼吸困難などの症状コントロールである。終末期では治療的手段が限られるものの、症状の緩和ケア、合併症に対する治療を行うことによってQOLを改善しうるものなら、軽々しく治療を手控えることなく最後の時まであらゆる症状を緩和することに注力し続けるべきである」
川越院長。

(2) 精神的対処

- ・自律意識の維持
- ・前向きな意識の維持、楽しむ心の維持
- ・つらい時はヘルプ表明

(3) 社会への対処

- ・仕事：これまでの整理。仲間・友人の助力を得ながら折り合いをつける
- ・社会：〃
- ・家庭・家族：これまでの整理。許し許され和解を図る。託す。遺言等。
- ・経済：これまでの整理。引き継ぎ。
- ・必要ならカウンセラー等を要請

(4) 霊的痛みへの対処

- ・自分史を作成
- ・死後の世界を考察する、学ぶ（次ページ参照）
- ・必要なら傾聴カウンセラー（僧侶等）を要請

注1) 人生の考え方の例：人生はバトンリレー

人生はバトンリレーのようなものである。
生まれたときバトンが渡され、亡くなる時そのバトンは誰かに託されてゆく。
人は誰でもその時代、世代の役割を担う存在であり、その意思是次の時代、世代に継がれてゆくもの。

このようにして悠久の過去から未来永劫まで継続されて来、されて行くのである。

昔、自分によく似た者が汗をかいた。将来、自分によく似た者がまた汗をかく。
こうして時代と時間が流れてゆくのである。

注2) 仏教の教え

時は800年前の鎌倉時代。法然は身分、男女を問わず仏の前では平等であり救われると説いた。地獄に行きたくない者は皆、成仏を信じた(浄土宗『大遠忌概要「宗祖法然上人800年大遠忌」とは』より)。
現代、現世での平等は成った。だが人は来世を信じなくなっていた。

不平等な現世にあって来世を信じた者、平等な現世にあって来世を信じない者。後者の方が幸福である、といえるであろうか。
法然の説くところが800年後証明されたのであろうか。否、迷信だろうか。

法然上人によると、人格を高め、社会のためにつくし、明るいやすらかな毎日を送り、阿弥陀仏の慈悲を信ずれば、極楽浄土に往生すると言う(浄土宗ホームページより)。そして仏となり(成仏)、救う側になるという。

親鸞聖人によると阿弥陀仏の信心を得、生あるうちの往生「即得往生」があるという。現世を積極的に生きぬき十種の利益が得られるという。
現世での救い(生きている人の今の救い)であり、宗教であり、考え方である(「あらすじで読む親鸞の教え」加藤智見、青春出版社)。

信ずる、信じないは自由だ。だがこのような考えがあることは認識しよう。

3.2 家族らすべきこと

(1) 身体へのサポート

- ・ 終末期初期は体調管理、急変管理に努め、また本人訴えに対応。症状を観察し看護師、在宅医との連絡を密にする。
- ・ あと数週間の時期、数日の時期、そして臨終期と言われる危篤状態に至るに従い、本人のADL、生命と生活を支える6つの視点（食事、排泄、睡眠、移動、清潔、喜び）が次々と低下、悪化し、家族の介護・看護は24時間フル、ピークになってくる。
このため総動員体制を敷く時期を見極める必要がある。
また看護師との連携がポイントであろう。

「在宅ケアでは医療的介入だけでは行き詰まる場面にしばしば遭遇する。訪問看護師は医師に比べて訪問頻度も多く、患者宅での滞在時間も長い。より患者や家族と密に関わることができ、医師には打ち明けにくい話をききだし、なにげない言葉や気配を察知してそれを適切な医療情報に”翻訳“する訪問看護師こそ、在宅療養の根幹を共に支えるよきパートナーである」
川越院長。

- ・ 本人の希望を叶えるよう努め、また寄り添う。
- ・ 急変、入院に際しては、たとえ事後であっても在宅医と協議の上、救命あるいはより強い緩和ケアを選択すること。リビングウィルを尊重すること。

(2) 精神へのサポート

- ・ 精神的苦痛の有無に注意。気がかりなら精神科医の治療、緩和を要請。
- ・ 傾聴し寄り添う。本人の希望により、または自身の判断によりカウンセラーなどのサポートを要請。

(3) 社会的対処へのサポート

- ・本人の希望により、または促すことにより、仕事や社会活動の仲間との連絡を仲介する。また本人の対処を支持する。
- ・家族・家庭のことについては肯定的に傾聴し、我慢強く折り合いに結びつける。

(4) 霊的対処へのサポート

- ・傾聴し寄り添う。本人の希望により、または自身の判断により専門家のサポートを要請。

3.3 市民すべきこと

(1) 友人・知人・近隣住民らボランティア

- ・間接支援
- ・求められれば直接支援
- ・在宅ホスピスボランティア等探索・紹介

(2) 市民成年後見人

- ・求められれば成年後見

4 別れと看取り

4.1 別れと看取り

(1) 本人別れ

- ・残る家族のことを考えた別れの挨拶（多くはいらぬ、晴れがましく）
- ・これまでの感謝の言葉。

(2) 家族看取り

- ・本人希望があれば同意。
- ・手の握り。
- ・かわるがわるのお別れの言葉（本人意識なくとも暫く）

4.2 遺族グリーフワーク

(1) 死別の悲しみの自己診断表

以下の質問を読み、該当すれば番号に 印を付ける。

1. その人を亡くした直後、すべての力が奪われたような疲労感を感じた
2. 手足がひどく重く感じられる
3. どうしたらよいかわからず、どこにも救いがないように感じられる
4. 気持ちが落ち着かない
5. 無力感を感じる
6. どんなことにも夢中になれない
7. 生きてゆく意味がなくなった
8. 気分がころころ変わる
9. 小さな問題がとても大きく感じられる
10. ときどき、自分も死んだらいいのと思う
11. その人の死によって引き起こされた苦痛を思うと、神の存在など信じられない
12. 人生がむなしく空虚に思える
13. 身体中からエネルギーがすっかり失われてしまったように感じる
14. すべてのつながりを断たれ、孤立しているように感じる
15. 他人に対して以前より怒りっぽくなっている
16. よく頭の中が混乱する
17. 何事につけ神経を集中できない
18. 自分に自信がもてなくなった
19. 涙もろくなった
20. 自分が代わりに死ねばよかったのにとよく思う
21. 亡くなった人がそばにいるような感じがすることがある
22. その人がほんとうに死んだのだということを信じられないときがある
23. 日常生活を送る自分を外からながめているような気がする
24. とても不安で気持ちが落ち着かない
25. 亡くなった人をなつかしく思うあまり、実際に胸のあたりが痛くなる

が 1 ~ 8	悲しみにうまく対処している
9 ~ 14	心と身体のケアが必要(ストレス解放と休息)
15 ~ 19	自分の気持ちを話し合える人が必要
20 ~ 25	専門家の助けが必要

C. サンダース著「死別の悲しみを癒すアドバイスブック」より。

自分の気持ちを話し合える人とは、友人や自助グループの会への参加などである。
助けが必要になるということである。

経験に富む傾聴の専門家や宗教家による助けも必要になろう。

サンダース女史は、

「死に対し素直になる、
戦うのではなく受け入れる姿勢で死に対する、
死に大きく関わる」

ことで死別の悲しみは耐えやすくなるとし、儀式の持つ力の意義を説く。

儀式の持つ3つの段階；

断絶・・・別れ（葬式）
移行・・・変化
再結合・・・新しい人生の再出発

（2）法事法要とグリーフワーク

日本人の多数は葬式をはじめとして仏教による法事法要を、いわば慣習として行っ
てきており、また今後も行っていくのであろう。

この法事法要はグリーフワーク（悲嘆緩和行為）の側面も持っており、むしろ積極的
にグリーフワークとして捉えることが望ましいものと思われる。

以下一つの参考例を記述する（実際には宗派別の行事に従うことになるであろう）。

（初七日） 葬儀（旅立ち）の日を含め七日目。
冥土に到着した日。三途の川を渡る。以後七日毎冥福を祈る。）

四十九日 極楽浄土に行けるよう祈る日。この日までは慎む。
忌明けでもある（以降外出するよう心がけよう）

（百箇日） 卒哭忌（泣くのもこの日まで）

新盆か彼岸か半年 亡くなって（約）半年後に冥福を祈るならこのような日。
後の命日（月忌） 一周忌に故人展など偲ぶイベントを企画するのもよい。）

一周忌 一年後の命日。喪明け（新たな人生に出発しよう）

三回忌 満二年後。四十九日、一周忌に続く大きな法事法要日。

注）太字は関係者参集の法事。故人が設けた人と人のご縁の日。（）は身内で可。

一人暮らしの場合

1 重介護度の場合、現在（2012年度以前）は困難といえよう

1.1 重介護度の場合、現状はレアケース

重介護度、進んだ認知症、また常時の医療行為ある一人暮らしは困難だと記述した（部1.4.2（1）参照）。

重介護度の一人暮らしは存在するのだろうか。以下、一例を示す。

要介護度	支援1	支援2	介護1	2	3	4	5
一人暮らし%	27.9	29.3	22.5	10	6.2	3.1	1

（全体 % 10.0 15.5 20.8 15.5 14.2 13.3 10.6）

『『広報すわ』お知らせ版 平成20年10月1日』PDFより

一人暮らしの場合、要介護度2から激減してゆく。
家族との同居や施設などへの移行とのこと。
QOLは別にして一部存在はする。

1.2 必ずしも不可能ばかりではない（がん疾患事例）が、非がん疾患では

一人暮らし、末期がんでの在宅療養の例を紹介する。

1つは岐阜市、医療法人聖徳会小笠原内科小笠原院長による「在宅緩和ケアで実現する独居がんの看取り～パターン分類～」docである。

パターンとは、

- ・ボランティア（友人）が宿泊介護のパターン
- ・家政婦が宿泊介護のパターン
- ・当初ボランティア（友人）、その後家政婦が宿泊介護のパターン
- ・全くの一人暮らし、看護・介護の公的サービスのみのパターン

である。

なお「おひとりさまの最期」などで著名な前東京大学上野千鶴子教授も訪問している。おひとりさまの最期を提唱する人は教授始め、必ずしも少なくはない。

パターン	症例	病名	年齢 性	在宅日数、転帰	備考
ボランティア(友人)が泊まる		卵巣がん	78女	60日、看取り	38日2人泊り込みへ 48日寝たきり 59日意識混迷
		肺がん、脳転移	67女	13日、看取り	意思決定出来ない患者、友人に看取られ13日目死亡
家政婦が泊まる		肺がん、認知症	93女	223日、入院	218日目ベッド生活へ、が家政婦見つからず緊急入院
		肝がん、認知症	88女	29日、入院	娘との同居は本人望まず。娘家政婦付けず28日入院要請。
		総胆管がん、認知症	87女	52日、看取り	34日娘、家政婦付ける、52日娘看取る
		肺がん	87女	742日、看取り	738日動けなくなる 739日家政婦泊
ボラ 家政婦		胆嚢がん	70女	34日、看取り	19日歩行困難病院スタッフ一時泊まり込み
公的サービスののみ		下咽頭がん	57男	206日、看取り	144日ヘルパー入る 200日より本人希望夜間睡眠薬セデーション 205日病気の息子着
		肺がん、塵肺	79男	70日目未明、看取り	1日歩行困難対策 15日歩行可 27日入浴後ビール 68日ベッド降りれない 69日死を予感 息子に遺言
		肺がん	75男	8日、看取り	6日施設からの妻と再会 7日息子親戚も本人自宅希望了解 8日泊まった家族に看取られる

全くの一人暮らしでの闘病は 、 、 である、
は約一週前(200日目)に身体不自由になる。 は2日前ベッド生活となる。
は全8日と言う短期なケースである。

院長は「一人暮らしの場合、アメニティ(快適さ)を高めようとする100万円必要になるが、30万円(泊まり込みで1日1.5万円)の用意でもよい」ので家政婦依頼が望ましいとしている。連絡係だけでも意義があるという。

さらに院長によると「独居のがん患者は最期まで在宅で過ごしたいという気持ちが強いからか、気力が尽きるまで眼を見張るほど尊厳を持って生きられる」とのことである。

もう1つの事例は、神戸西在宅ケアネットワークに属する6つの在宅療養支援診療所での、2004年7月から2010年6月までの間の在宅独居がん患者90名を対象とした報告例である。

出典：社団倫生会みどり病院清水、額田「単身世帯の在宅医療の可能性と限界を探る」PDF
(2009年度在宅医療助成指定公募(後期)完了報告書)

報告によると90名の内、

在宅死 36名(40%)

ホスピス死 33名(36.7%)

病院死 21名(23.3%)

であり、欧米諸国の死亡場所割合に近似するものだという。

これはシームレスな医療連携が構築され、独居患者の希望に沿った在宅医療の実践が、独居患者の希望する在宅死を叶えることにつながったもの、と報告されている。

がん疾患、非がん疾患についてこれまでをまとめる。

	がん疾患	非がん疾患
終末期	2ヶ月程度(在宅期間)前述べ 準寝たきり(支援2、介護度1) (小笠原レポートをもとに想定) 屋内は概ね自立	慢性期並びに終末期約2年 (期の境が曖昧)前述べ p8
臨終期	数日 寝たきりB(介護度2~3) (小笠原レポートをもとに想定) ベッド上で座位保つなど	1~3週間前に気付く 前述べ p5

がん疾患の場合、終末期の介護度は高くはなく、臨終期でも高くはなるものの必ずしも最重度ではない。また期間も短い。

在宅療養に向く疾患だともいえよう。一人暮らしも不可能ではない。

が、「疑似家族」は必要である(「リビングウィルや最期の在り方」の表明は必須である)。さらには非がん疾患の場合、療養が長いことから「疑似家族」は必須だといえよう(鈴木内科医院鈴木副院長談)。

(疑似家族：近くの親類、友人、家政婦、ボランティア、市民成年後見人や看護師・介護士ら)

2 24時間地域巡回型訪問介護（2012年度から）の可能性

2.1 疑似家族などによる介護体制が編成できる、できた場合

終末期をも含む介護体制を編成できる場合、または編成できた場合、在宅で最期まで過ごすことが可能になる。

介護体制が疑似家族による場合、そのサポートの程度は「心技体」に依るところが多であると思われるが、心技体は疑似家族<家族であることは否めないところである。

このため 部同居家族・親族いる場合における「本人、家族らすべきこと」のかなりの部分を本人一人で行うこととして以下記述することにつき留意・了解されたい。

さて在宅ケアをスタートさせるが、在宅ケア中における状態変化に対処するのにも事前の想定、準備が必要である。

さらには 部に記載されていない、緊急通報システムの準備や葬式/埋葬手続きなど、一人暮らしなりのすべきことが別にあるので注意が必要である（後述）

「一人暮らしとはケア中の将来をも見通さねばならぬクリエイションであり、外出が可能な内に手はずを整えておかねばならぬ極めて高度な行為、チャレンジである」と言えるのではないだろうか。怠れば後で大きく返ってくることは言うまでもない。

2.1.1 本人すべきこと

（1）外出可なとき

一人暮らしの場合、 部に対し新たに加わる「すべきこと」は、以下の5点である。

1）緊急通報システムの準備

元気で明日、心筋梗塞、脳卒中に見舞われるかも知れない。

自治体用意のもの利用。利用条件に達しない場合には民間業者の緊急通報サービスを利用するなど。

2）介護力、看護力調達の手はず

現在の介護は「誰か介護者がいる」ことが前提になっている。このため介護事業者サービスだけでやろうとするのでは限界が生ずる。特に重度の場合。

このため親族、友人ら、介護保険外サービス提供団体、家政婦派遣団体など調達先を押さえておこう。介護要員1人は最低確保、動員が必要になるであろう。

看護力についても同様だが、医療行為可能者が限られるため現状では調達は困難であろう（2012年度以降に期待）

3) 死後への手はず

身寄りがいない場合、医師の死亡診断書添付死亡届があれば自治体が埋葬してくれるが共同墓地になろう。成年後見人と死後事務委任契約を行い、また遺言を残すなど手はずを整いておこう。立つ鳥跡を濁さず。

4) 在宅療養が不可能になることを想定した対処

入院ありうるのは 部と同じである。

在宅で家政婦等が常駐したとしても重度のため不可で施設入居もありうる。

この場合介護付である適合高専賃が望ましいが数が限られる、医療行為に制限がある、などの課題がある(2012年度以降に期待)

5) 事前準備から最期まで、一人暮らしを遂行する上でのリスク対策

2つのリスクがあり対策が必要になる。

) 事前準備の最中、緊急入院等により中断することが想定される。

在宅医探索や在宅医との協議、介護申請、リビングウィルなど最低必須の大半は病院で準備可能だが、在宅療養環境の整備は進まず、これでは在宅医らの駐車場すらないなど迷惑を与えかねない。

) 在宅ケア中の状態変化への適切な対応、また本人意識低下時の的確な判断を下してもらうための対策。

これらピンチヒッターまたはパートナーが必要となる(市民成年後見人による身上監護の要請などが考えられる)。成年後見人による医療判断は行えないため、リビングウィルしか決めて手がないものと思われる。

(2) 外出不可になったとき

1) 慢性期

部慢性期でのすべきことを原則一人二役でおこなう。回復に向かえば幸いである。

- ・ 治療、リハビリ、再発予防、必要に応じ緩和ケア
- ・ 身体と心と脳の健康維持(本疾患以外も含む)、また積極的な外出。

「在宅生活の当初など、体力の低下、社会参加の減少にともなう廃用性の筋力低下や関節拘縮に、うつ病などによる意欲低下に陥っている場合も少なくない。

裏を返せば、的確な治療を行うことでQOLを改善しうる。

また潜在的病態の有無、薬剤の必要性や副作用の有無など包括的に検討できる」

川越院長。

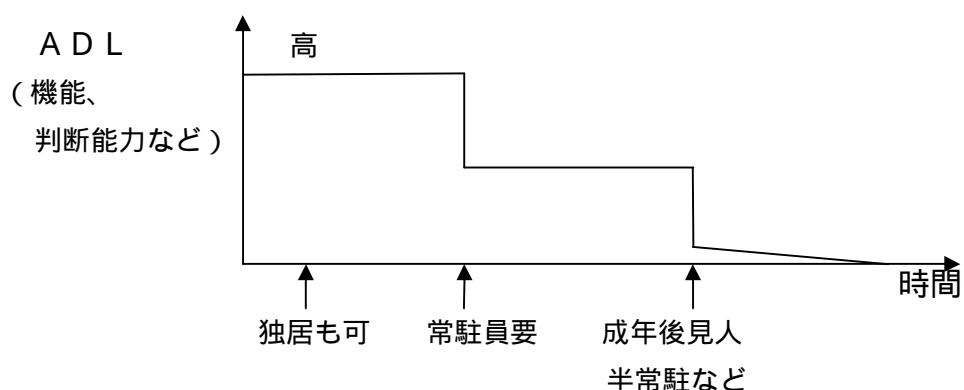
- ・食事、排泄、睡眠、そして移動、清潔、喜びの「生命と生活を支える6つに視点」を重視する（川越院長）。

食事 経口で
 排泄 自力で
 睡眠 ストレス解消・快眠
 移動 自力で、寝たきり予防
 清潔 入浴、整髪、口腔ケアなど
 喜び 楽しみ

- ・介護する者への配慮（介護疲れのないよう。デイサービス参加など）
- ・ボランティア等の要請

A D Lも判断能力も高い場合には、訪問介護サービス等を受けながら一人での在宅生活を継続することができよう。

回復せず機能が逆に低下してゆく場合には手を順次打ってゆかなければならない（下図のように自身でストーリーを作成し、これを身近な者に託す）。



2) 終末期

非がん疾患の場合、慢性期と終末期の堺は曖昧である。
 終末期のサポート体制が編成されたとしても、本人すべきことは原則一人二役で臨むものとして記述している。
 本人の意識が薄くなればリビングウィル等の判断に重きがおかれるようになる。意識がなくなればあとは遺言だけがその後の行動基準である。

身体的対処

- ・痛みや症状の訴え
- ・緩和ケアやそのほかの治療

- ・自力行動維持の努力（生命と生活を支える6つの視点参照）
- ・看護師らへの希望の表明
- ・ボランティアの要請

精神的対処

- ・自律意識、前向き意識の維持
- ・つらい時はヘルプ表明

社会への対応

- ・仕事、社会のことにつき整理し友人・知人ら含め折り合いをつける。
- ・身寄りがあれば連絡の上、折り合いがつくようお話をする。
- ・必要ならカウンセラー等を要請。
- ・遺言を作成する（成年後見人がいれば渡す、いなければ身近な人に）

霊的痛みへの対処

- ・過去を振り返り、死後の世界を考える
- ・必要なら傾聴カウンセラー（僧侶等）を要請

2.1.2 市民すべきこと

（1）市民成年後見人

自ら身上監護（本人を監護するための契約など各事務手続）や死後事務委託を申し入れ。求められれば在宅医らチームのリーダーとも協調し遂行。

（2）友人・知人・近隣住民らボランティア

直接支援を申し入れる。長丁場も予想される為複数人でチームを形成することも考えられる。

求められれば本人を支援し、さらなるボランティアの探索などを実行する。在宅医らチームのリーダーとも協調し進める。死亡後事務等も引き受けよう。

2.2 24時間地域巡回型訪問介護（2012年度から）の可能性

・在宅介護・看護の改善可能性

既に2011年度24時間巡回訪問介護実験で見られた傾向として在宅生活の継続率向上がみられる。

2012年度はさらに医療行為（一部）が実施されることから在宅生活の継続率はかなり改善されるのではないだろうか。

これは在宅介護の負担軽減のみならず、介護付き有料老人ホームなどにおける入居制限の緩和にも波及するのではないだろうか。

・複合サービスによる在宅新サービス供給の可能性

2012年度の介護サービスに、小規模多機能型居宅と看護との複合サービスが例示されている。

小規模多機能型居宅とは、訪問介護、デイ、スティを定額で提供する街の施設（居宅）である。これに看護が加わるもの。

あおぞら診療所川越院長提唱の「まちかどホスピス」が実現されるのかもしれない。（複合サービス自体はこのほか種々考えられるが）

新田院長も同様な提唱をしている。新田院長いわく、安心して地域に住み続けるためには

1) 24時間体制での在宅介護、看護システムの構築

2) 在宅介護利用限度額の撤廃（特に重度者、24時間介護に上限の撤廃は必須）

3) 住みなれた地域での小規模でゆとりある高齢者専用部屋の構築

が必要である、と。

（出典：「施設介護・在宅介護」NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会編纂）

3の「住みなれた～高齢者専用部屋」は介護が受けられる第2の自宅の提唱である。

例えば、1Fに訪問看護ステーションや訪問介護事業所（24時間巡回訪問など）を配した「サービス付き高齢者向け住宅」（従来の高専賃の拡張版。賃貸住宅）しかも近場に診療所がある、など。

この場合、施設並みのサービスが受けられる可能性があり、一人暮らしでも終の棲家になる可能性があるだろう。

また宮崎市における、空き家を利用した「かあさんの家」も住みなれた高齢者専用部屋の一つだといえよう。

このような住宅の実験、実現が既に始まっており今後期待が持てるのではないだろうか。

1 課題点と検討案

課題点	検討案
<p>1 非がん疾患の緩和ケアが、方法論、また保険適用の面で十分ではない。緩和ケアが制度として非がん疾患へ拡張されることが望まれる。</p> <p>2 非がん疾患の予後（余命）予測の精度が不十分。 P5</p>	<p>医療側、行政側の改善を期待。</p>
<p>3 一般的なコミュニケーション技術や死の教育などへの医師負担が重い。 P6</p>	<p>基礎教育につき市民団体等がニーズを把握したうえ取り組むことが望まれる。</p>
<p>4 訪問看護ステーションの数が飽和し増えていない。 P7</p>	<p>医療側、行政側の改善を期待。</p>
<p>5 (1) 6割の人が在宅死を望む。が実現は2割に満たない。ケアする側の数が足りないからである。</p> <p>(2) 在宅患者の30%は入院死亡をたどる。 その理由は「家族介護の限界」、「独居」等である。 P20</p>	<p>(1) 医療側、行政側の改善を期待</p> <p>(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の在宅介護には問題点がある。 P9 ・家族看護の負担も少なくはない。 ・2012年度からの介護制度に改善の可能性が期待される。 P12
<p>6 一人暮らしについて、 「常時たん吸引」のような医療行為が必要な場合、認知症が進んだ場合や重介護度の場合、現状では一人暮らしは不可能、または困難である。 P24</p> <p>そうでない場合でも、最期まで一人暮らしを継続するためには「疑似家族」が必要である。 P38</p>	<p>2012年度からの介護制度により、医療行為負担の軽減や在宅生活の継続率向上等が期待される。 可能性は高まるものと思われる。 P12 P43</p> <p>「疑似家族」をどのように形成するかは今後の大きな研究課題である。</p>

2 Q & A集

- 1) 在宅医療はどこまで可能なのか、看取りもか
- 2) 看取りの方法はいかなるものか
- 3) 入院に比較した在宅療養の費用
- 4) 在宅ケアとは家族に負担を強いるものではないのか
- 5) 在宅ケア・施設ケア メリットとデメリット(2012年以前)

1) 在宅医療はどこまで可能なのか、看取りもか

在宅療養支援診療所により、がん疾患、非がん疾患とも原則在宅療養が可能である。在宅医療で不可能なのは、急性期医療、MRI検査、放射線を用いた検査・治療、血管カテーテル検査・治療、下部消化管内視鏡検査等であり、積極的な治療、医療である。
(東京都医師会資料より)

病院と在宅との主な違いを示す。

	主目的		生活	備考
病院	積極的治療		施設規則下での生活 (不自由)	患者状態が不安定で退院できない場合もある
在宅	慢性期	終末期	家族に囲まれた原則自由な生活 (干渉のない自由な生活・・・一人暮らしの場合)	
	リハビリ、自立化。 治療は原則外来。	緩和ケア 全人的ケア、看取り		

低介護力、独居、僻地は在宅が困難な確率が高い。

現状は在宅医師が足りない(含む訪問看護師)。

医師により対応可能/不可能な疾患がある場合がある(要確認)。

看取りが可能であっても在宅を望まない患者本人、家族がいる。

注) 死亡場所・ニーズ	病院	診療所	施設	自宅	分からない	その他	ホスピス
ニーズ(%)	5	9	53	24	1	8	
現実の死亡場所(万人)	93.2	2.9	5.8	15.1		2.7	

(出典:『在宅医療』をささえるすべての人へ、2010年度死亡場所厚労省値)

2) 看取りの方法はいかなるものか

緊急時の対応の仕方を含め、あらかじめ在宅医と話し合いのうえ定めておくことが必要である(十分な話し合いが必要)。

迫りつつある場合、医師との緊密な連絡が必要である。その時が迫った場合、家族だけで看取ることは多々あろう。この場合時間を書き留めておこう。

(「病院では医療者が「看とり」を行います、在宅では家族が看とります」健康と良い友だち社『在宅療養』をささえるすべての人へ』p35)

急変の場合、それが緊急時の対応なのか否か在宅医(連絡がつかなければ看護師)との早急な連絡が必要である。

なお救急車を(単独判断で)呼んだ場合、以下の扱いになることがあるので要注意。

- ・死亡していた場合・・・救急隊から警察が呼ばれる
(『在宅療養』をささえるすべての人へ』より)
- ・搬送中に死亡した場合・・・病院経由で警察死体安置所に搬送される
(病院搬送直後も同様・・・新田院長談)

「起こりうる急性憎悪や合併症、トラブルを想定し『療養指導に加えて、在宅においてはどんな病態変化や合併症、事故(装着している医療器具などによる)が起こりうるのか、そしてどんな場合に医療者に報告すべきなのかについて、日頃から患者家族に指導しておくことも重要である」。

『迷ったら(とりあえず)連絡』するよう指導しておくことが重要である。」
(あおぞら診療所上本郷 川越院長)

3) 入院に比較した在宅療養の費用

がん疾患平均医療費(1日あたり)

出典病院の医療費が比較的安価なため、入院対在宅の比率に注目されたい。

(単位;円)

	基本診療料	薬剤料	処置手術料	検査料	指導ほか	食事料	合計	備考
在宅	5,428	2,710	242	107	99	0	8,589	
入院	18,207	5,844	1,760	1,589	230	1,450	26,924	

出典:「がん末期における在宅ホスピス・外来・入院医療費の比較分析と評価報告書」

H16年9月福島労災病院外来 蘆野吉和(勇美記念財団助成)

(緩和に関する検査・治療方針、在宅へ向けた薬剤への配慮から比較的安価な額になったもの。)

死亡1ヶ月前

在宅の医療費は1日10,855円(訪問や薬が増えることによる)

入院費は25,273円(長期ほど安くなる。治療や検査が控えられることによる)

以上から医療費は入院に対し在宅の場合、1/3 ~ 2/5 の費用で済むといえる。

(介護費用、生活費が別に加わることになる、1.4.3 参照)

自己負担額

自己負担額は医療費の3割ないし1割であるが限度額がある。

自己負担額は70歳未満一般3割負担、70歳以上一般1割負担(平成23年度末まで、以降2割負担) 75歳以上は後期高齢者医療制度による。

- ・70歳未満一般(現役ではないシニア)の月限度額
80,100円 + (医療費 26万7千円) × 1%
(直近1年間で4ヶ月目の月自己負担限度額は44,400円(多数該当))
- ・70歳以上一般(現役並みを除くシニア)の月限度額
入院・外来(世帯単位) 44,400円
外来のみ、在宅(個人単位) 12,000円

なお保険給付の対象とならない食費、差額ベッド代、高度先進医療などは含まない。

出典：ホームページ「高額療養費制度について」ほか

4) 在宅ケアとは家族に負担を強いるものではないのか

ケアは手間が掛かるもの。これを負担と感じるか、努力と考えるかではないか。
望まない家族は「強いられる」と思うであろう。

別居する本人を引き取った場合、そう思うケースがあるかも知れない(家族は「止むをえず」、本人は「迷惑をかけようが止むなく」)。

	同居		別居
	家族希望	家族望まず	家族引き取り希望
本人 自宅希望	<ul style="list-style-type: none"> ・多くあるケース ・在宅療養事例その2 	<ul style="list-style-type: none"> ・多くあるケース (この場合、在宅は負担感が強いだろう) 	(本人応じないケース)
本人 望まず	<ul style="list-style-type: none"> ・余り多くはないケース ・在宅療養事例その1 (本人意思せず) 		<ul style="list-style-type: none"> ・多くあるケース (子供等の下での介護。負担感が在るかも。転居となる。)

5) 在宅ケア・施設ケア メリットとデメリット(2012年以前)

	自 宅	適合高専賃 (住宅型有料老人 ホームに相当)	介護付き有料 老人ホーム	特別養護 老人ホーム	
設備	(購入しないと 特になし)	個室と共用スぺー ス。バリアフリー。	個室、共用スペース、機 能訓練室など。バリアフ リー。	同左。 多床型と個室型があ る。	
人員	プロの常駐なし	居宅支援事業所、 訪問介護事業所 などが併設の ケースあり	基準(3人に介護看護職 員1人)以上のサービス 有(上乘せサービス、自 己負担)	必要な介護、看護、訓 練指導者。また栄養士 ほかが常駐。 基準通り。	
介護 サービス	居宅サービス(利用限度あり)		特定施設入居者生活介 護サービス(上乘せ、横 だしサービスあり)	施設サービス((定めら れたメニュー)制限なし	
安否緊急	自前(夜間対応型 訪問介護の場合、 夜間のみあり)	コールプザー ある場合が多い (連絡用)	コールプザーあり	あり(コールプザー設 置必須)	
家族負担	重介護になるほ ど負担大	原則、自宅に同等	負担なし	負担なし	
本人心理	安心	やや安心	不安(集団生活)	不安(集団生活)	
費 用	一時金	不要	数十万円	数百万~数千万円	不要
	ホテル コスト	不要 (別途生活費要)	二十万円前後	二十万円前後	五~十万円程度 (多床型~ユニット型 個室)
	介護費用	1割負担 (上限あり、超えた分自己負担)		1割負担(定められたメ ニュー)	1割負担(定められた メニュー)
受介護保険外 サービス	可能(自己負担)	同左	同左	不可(定められたメ ニュー)	
入居制限 (胃瘻他)	なし	あり(医療行為 不可多い)	あり(医療行為 不可多い)	あり (医療行為不可)	
終身性	(終身)	賃貸だが退去はあり (迷惑、滞納)	要確認	原則終身	
倒産リスク	なし	あり	あり	原則なし	

注) 出典: 当会編「施設介護と在宅介護」(適合高専賃の内容はH21年夏、さいたま市内で当会が取材した内容にもとづく。なお高齢者住宅の定義が2012年度より変更になる。)

付録 資料・データ集

1) 在宅医療費

(別に薬剤費が掛かる)

(自己負担額は以下の1割、または3割)

在宅医療料(医療費)	詳細	内容
在宅患者診療・指導料	在宅時医学総合管理料	月2回以上の定期的訪問診療を行う場合の月間管理料4.2万円(処方せん交付の場合)
	在宅患者訪問診療料	1日1回、週3回の定期で0.83万円/回。 在宅ターミナル加算+2万円(一般医) +10万円(在宅医)
	往診料	要請による診療で通常0.72万円/回。 緊急時+0.65、夜間+1.3、深夜+2.3、 死亡診断+0.2万円(在宅医の場合)
	在宅患者訪問看護・指導料	週3日までで0.555万円/日。4日目以降0.655万円/日。 緊急訪問看護+0.265万円、在宅ターミナルケア+2万円。 他に複数回訪問加算、長時間訪問加算などがある。
	その他	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養 食事指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料等
在宅療養指導管理料 在宅療養指導管理材料加算 (疾患別在宅医療費)	<p>在宅での人工呼吸器の利用など医療行為については以下の3つの費用が掛かる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険適用のための受診(外来or往診) 月1、費用は医療行為ごとに異なる。 ・在宅療養指導管理料&材料加算(器機利用料) 月間費用。なお複数管理の場合、管理料は高額な1つを支払う。 上記2点は自己負担1~3割。 ・器機利用に伴う電気代などの経費 (器機により異なるため確認のうえ月間予算化が必要) <p>以下、指導管理料、材料加算を示す。</p>	

< 在宅療養指導管理料 >

< 材料加算 > (単位;万円 自己負担は下記の1~3割)

- ・在宅自己腹膜灌流(指導管理料)3.8万円
- ・在宅血液透析 8.0
- ・在宅中心静脈栄養法 3.0
- 自動腹膜灌流装置加算 2.5万円
- 紫外線殺菌器加算 0.36
- 透析液供給装置加算 10.0
- 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2.0

- ・在宅成分栄養経管栄養法 2.5
 - ・在宅自己導尿 1.8
 - ・在宅肺高血圧症患者 1.5

 - ・在宅酸素療法 2.5

 - ・在宅人口呼吸 2.8

 - ・在宅持続陽圧呼吸療法 0.25
 - ・在宅気管切開患者 0.9
 - ・在宅自己疼痛管理 1.3

 - ・在宅悪性腫瘍患者 1.5

 - ・在宅ねたきり患者処置 1.05
 - ・在宅自己注射 0.82
- 在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算 2.0
 - 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 0.6
 - 携帯型精密輸液ポンプ加算 10.0

 - ・酸素濃縮装置加算 4.0
 - 携帯用酸素ボンベ加算 0.88
 - 呼吸同調式デマンドバルブ加算 0.3

 - ・設置型液化酸素装置 3.97
 - 携帯型液化酸素装置 0.88
 - 呼吸同調式デマンドバルブ加算 0.3

 - ・陽圧式人工呼吸器 7.0
 - ・人口呼吸器 6.0
 - ・陰圧式人工呼吸器 7.0

 - 経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器加算 1.21
 - 気管切開患者用人工鼻加算 1.5
 - 疼痛管理用送信器加算 0.6

 - ・注入ポンプ加算 1.25
(悪性患者が輸液用ポンプ利用の場合)
 - ・携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算 2.5
(悪性患者薬液、鎮痛液持続注入ポンプ利用の場合)

 - ・血糖自己測定器加算 0.4~1.5
 - ・注入器加算 0.3
 - ・注入器用注射針加算 0.2(1型糖尿病等)
(インスリン注射はペン型注射器が主流であり、
カートリッジタイプと使い捨てタイプとがある)
 - ・間歇注入シリングポンプ加算(用いる場合)1.5

出典：厚労省 22 年度診療報酬改定について 在宅医療

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-012.pdf>

ホームページ「健康・医療館」在宅医療とは

http://health.merrymall.net/cd02_00.html

2) 在宅介護費用

介護報酬は3年毎に見直される。最新の2009年現在値を示す。
 単位は円であり自己負担額を示す。この値は国が定めた値であり、自治体により1割程度の違いがある（東京23区が最も高い）。

この10倍が介護費用全額になるが、在宅介護に関してのみ利用限度額がある。
 要介護1～要介護5で、¥16万5800～¥35万8300が月限度額である。

サービス	費用（1割負担分）	備考
訪問介護	身体介護中心 ¥402 生活介護中心 ¥229	30分～1時間未満の場合
訪問入浴介護	1回 ¥1250	
訪問看護	¥650 ¥830	病院・診療所から、30分～1時間未満 訪問看護ステーションから、同上
訪問リハビリテーション	1回 ¥305	
夜間対応型 訪問介護	1ヶ月あたり ¥1000 定期巡回1回 ¥381 随時訪問 1回 ¥580 随時訪問 1回 ¥780	1ヶ月当り固定費、オペレーションセンター設置事業所の場合 訪問介護員1名 訪問介護員2名
居宅療養管理指導	各々1回 ¥500 ¥550 ¥500 ¥350 ¥530 ¥400	医師・歯科医師（月2回まで） 医療機関薬剤師（月2回まで） 薬局薬剤師（月4回まで） 歯科衛生士等（月4回まで） 管理栄養士（月2回まで） 看護職員（2ヶ月に1回まで）
ディサービス	要介護1～ ¥677 要介護5 ¥1125	通常規模の施設、 6～8時間未満
ディケア （リハビリ）	要介護1～ ¥688 要介護5 ¥1303	同上
ショートステイ	要介護1～ ¥721 要介護5 ¥933	併設型施設、 ユニット型個室・準個室

注1) この他、医療型ショートステイ、福祉用具貸与・購入、住宅改修サービスがある。

注2) 特定施設入居者生活介護の費用 要介護1～要介護5 ¥571～851/日

（介護付有料老人ホームの1日の介護費用である。訪問介護の方が高額なのが分かる）

注3) より詳細にはホームページ「介護報酬単価表Web2009」参照。

3) 在宅医療と支える連携

介護、看護の段階（一般論）

移動不可 (寝たきり) 重介護	食事摂取機能低下 (食思不振、嚥下障害) 看護・輸液	心肺機能低下 看護・緩和ケア	死亡
-----------------------	----------------------------------	-------------------	----

在宅医療を支える連携

<序盤>	<中盤>	<終盤>
・地域包括 支援センター	・ケア マネージャー	・訪問看護
・予防的外来	・かかりつけ医	・在宅療養 支援診療所
要支援	要介護	要重介護 要看護（医療行為ほか）

医療、介護の段階により支える（主な）連携が変わる。

どのような療養を望むのか考える
それを家族に伝える、話し合う
対応してくれる医療・看護・介護をチームとして準備しておき、話し合いの
結果をチームに伝える（コンタクト）

各々事前のコンタクトが重要であるが、在宅療養チーム（上記終盤のチーム）への
コンタクトが最も重要である。

なお「家族」が遠距離にいても（医者は確認するので）伝えておくが必要である。

出典：新宿ヒロクリニック院長 H23.11.6 講演資料より
（一部カスタマイズ）

4) 家族が知るべき介護と看護の内容

・介護

- 1 更衣の方法
- 2 オムツ交換の方法
- 3 起こしかた
- 4 介護ベッドの使用方法和角度、足上げ
- 5 ベッド上で身体が下にズレた時の上げ方
- 6 車いすへの移乗
- 7 ベッドからPトイレに移乗する方法
- 8 椅子からの立ち上がり
- 9 食事の時の姿勢
- 10 水分の与え方と器具の選び方
- 11 食事介助の方法
- 12 食事内容（お粥、梅干思考）

・看護

- 1 一日の摂取必要水分量
- 2 一日の尿量
- 3 不感蒸泄の量
- 4 排便（便は何日出ないといけない？）
- 5 下剤（水様になると心配する、薬量の調整が出来ない）
- 6 体温（有熱は何度？部屋や身体を暖める？）
- 7 薬の飲ませ方及び時間
（粉にする、溶かすなどの発想がない、ゼリー使用知らない、食事をしないと飲まない、...）
- 8 点滴中トイレに行き血液が管に逆流・・・大変！
- 9 点滴後しっかり圧迫、止血しない
- 10 酸素は労作時多く消費する（安静時使用し労作時はずしてしまう）
- 11 口腔ケアの重要性（口腔内はいつも汚れている）

（以上、新田院長 H23.9.7 講演資料より。これらは退院時などに教授されるケースが多い、とのこと。）

5) ホスピス緩和ケアの基準

以下、がん、終末期を対象とし、

専門職、本人、家族、ボランティアの共通認識の統一を目指す、
日本ホスピス緩和ケア協会による「ホスピス緩和ケアの基準」を参考に示す
（非がんをも対象とした基準は、現状はない）

ホスピス緩和ケアの基準

『この基準は、自宅や施設でホスピス緩和ケアを受ける患者・家族とケアを提供する専門職とボランティアが共通の理解を得るための拠り所として作成した。』

1. ホスピス緩和ケアの理念

ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL（人生と生活の質）の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

2. ホスピス緩和ケアの基本方針

痛みやその他の苦痛となる症状を緩和する。

生命を尊重し、死を自然なものと認める。

無理な延命や意図的に死を招くことをしない。

最期まで患者がその人らしく生きてゆけるように支える。

患者が療養しているときから死別した後にはいたるまで、家族が様々な困難に対処できるように支える。

病気の早い段階から適用し、積極的な治療に伴って生ずる苦痛にも対処する。

患者と家族のQOLを高めて、病状に良い影響を与える。

3. ホスピス緩和ケアを提供する形態

1) ホスピス・緩和ケア病棟

2) 緩和ケアチーム

3) 専門外来

4) 訪問診療、訪問看護、訪問介護、デイケアなど在宅療養を支援するサービス

「在宅療養」とは、自宅以外の居宅系施設における療養も含む

4. ホスピス緩和ケアを受けるための条件

1) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群（AIDS）などに罹患し、ホスピス緩和ケアを必要とする患者を対象とする。

2) 患者と家族、またはその何れかがホスピス緩和ケアを望んでいることを原則とする。

3) ホスピス緩和ケアの提供時に患者が病名・病状について理解していることが望ましい。もし、理解していない場合、患者の求めに応じて適切に病名・病状の説明をする。

4) 家族がいないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会的、経済的、宗教的な理由で差別はしない。

5. ホスピス緩和ケアで提供するケアと治療

- 1) 提供するケアと治療は、患者あるいは家族の求めに応じて相談の上で計画・立案する。
- 2) ケアや症状緩和のための治療に関して、かならずインフォームドコンセント（治療同意）を得る。
- 3) 痛みなど苦痛となる症状は、適切なケアと治療で緩和する。
- 4) 提供したケアと治療については、適切に記録する。
- 5) 症状緩和を行った上で患者と家族がもつ身体的・精神的・社会的・スピリチュアルなニーズ（要求）を確かめて、誠実に対応する。
- 6) 患者との死別前から家族や患者にとって大切な人へのケアを提供するように計画を立てる。
- 7) 家族が患者と死別した後、強い悲しみのために日常生活が普通に送れない状態になった場合、適切な医療の専門家を紹介する。

6. ホスピス緩和ケアを提供するチーム

- 1) ここでいうチームは、ホスピス緩和ケアを提供する場所の如何にかかわらず患者と家族を中心として医師、看護師、ソーシャルワーカーなどの専門職とボランティアで構成されるものを指す。
- 2) チームの構成員は、それぞれの役割を尊重し、対等な立場で意見交換をする。そして、ホスピス緩和ケアの目的と理念を共有し、互いに支え合う。
- 3) チームの構成員は、教育カリキュラムに基づいた計画的なプログラムのもとで研修を受ける。そして、継続評価によってチームとして成長が図られるようにする。

7. ボランティアについて

- 1) ボランティアはチームの一員であり、大切なケアの提供者である。
- 2) ボランティアは自由意思によって、チームに参加する。そして、チームにおける役割を明確にした上で応分の責任を果たす。

8. ケアの質の評価と改善について

- 1) チームは提供したケアと治療およびチームのあり方について、継続的かつ包括的に評価して見直しを行う。
- 2) 評価と見直しは、「ホスピス緩和ケア評価指針」に基づいて、チームとして自主的に行う。
- 3) 当協会に設けられる評価委員会は、「ホスピス緩和ケア評価指針」による自主的評価の結果に基づいて、ケアの質を向上させるための働きかけを行う。』

（基準は非がん疾患にも拡張されることが望ましい。

現状では5(5)の「4つの痛み」へのケアが非がん疾患で行われるとは限らないのである。）

「在宅ケア、市民のすべきこと一式その体系」

作成者：NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会
近藤康男

協力者：NPO法人さいたまシニアライフアドバイザーの会
横山二三男 上村行男

訪問調査協力者：

在宅医師、訪問看護ステーション、介護事業会社、
心のケア者を訪問調査。

本文に引用、出典記載。

講演会情報：平成23年9、11月の在宅医講演内容情報、
付録に出典記載。

文献調査情報；本文に出典記載。

この冊子は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2011年度前期
研究助成により作成されたものです。
無断転載はご遠慮願います。