医療法人ブレイングループ　創立 10 年：**“ずっと我が家で過ごしたい”**

・　2000 年 3 月訪問調査 84 件

・　1 万件以上の訪問診療

・　在宅で約 200 件の看取り

・　平成 21 年 4 月より、消化器内科専門医の常勤赴任・・外来診療＆訪問診療の医療レベルの向上

現在

①　東濃訪問看護ステーション（看護婦 6 名、理学療法士 4 名、作業療法士 1 名）

②　東濃介護支援センター　常勤ケアマネ 6 名⇒訪問調査（－）

③　デイサービス：6 ヶ所

④　土岐内科クリニック：常勤医師 2 名

⑤　グループホーム；多治見に2ユニット　土岐に2ユニット

＜総論＞

１）介護保険施行前

・　往診

・　在宅診療・・在宅総合診療料

・　訪問看護・・医療保険のみ

・　他のサービス・・市町村と 1 社が入札により契約・・選択不可

・　訪問看護ステーション・・医師会による許可性？

＊在宅を行なっていた診療所・・老人保健施設、老人デイサービス等・・急激な発展

２）2000 年介護保険施行後

・　訪問看護・・基本的に、介護保険⇒1 割負担

・　医療保険対象疾患《末期がん、厚生労働大臣が定める疾病等（多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチトン舞踏病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病（ヤールの臨床的症度分類のステージ3以上であって、生活機能症度が2または3度のものに限る）、シャイ・ドレガー症候群、クロイツフェルト・ヤコブ病、後天性免疫不全症候群、頚椎損傷、人工呼吸器を使用している状態、急性増悪期

＊パーキンソン病：もっとも相談の多い疾患⇒平成 22 年 2 月“達人ケアマネ”

・　他の在宅サービス・・自由競争・・選択可

・　2006 年　在宅療養支援診療所・・在宅時医学総合管理料、ターミナルケア加算

＊　全国で 12,000 件の診療所が登録、年間の看取り数が 10 件以上の診療所は 200 件程度

西暦(年)	死亡総数(人)	在宅死(%)	院内死(%)
1951 年	838,998	82.5	11.7
1960	706,599	70.7	21.9
1970	712,962	56.6	37.4
1980	722,801	38.0	57.0
1990	820,305	21.7	75.0
2000	961,653	13.9	81.0
2007	1,108,334	12.3	82.0

３）ケアマネの重要性

・　医師・看護婦・ケアマネ・通所サービスの4業種で分担

・　ケアマネは神様:診察に同席・個人的にはありがたい

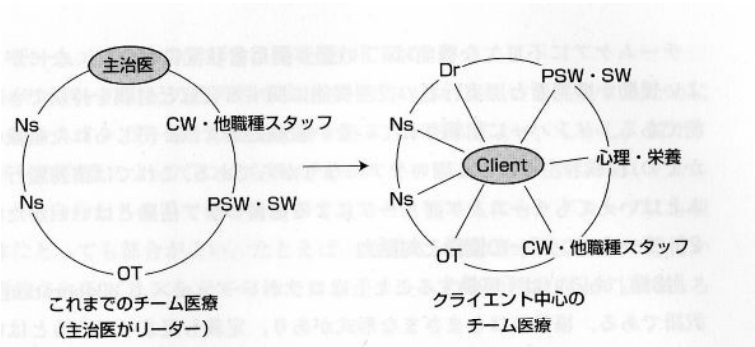
・　ケアマネ次第⇒御用聞きケアマネ⇒プロとして、提案を！

・　最低限休日でも連絡を　①配偶者の突然死　②土曜日の外来

・　個人の資質に頼るのでなく、組織化を⇔個人で“うつ”

４）主治医の重要性・・診れないが、文句は・・・⇒ピラミッド型でなく、「クライアント中心主義」

医師という人種・・医師になった日から指揮官としての働きを求められる



Dr：医師　Ns：看護師　OT：作業療法士　PSW：精神医学的ソーシャルワーカー
(参考) 羽山由美子：ヘルスケアにおける協働の時代. インターナショナルナーシングレビュー, 22 (5)：52 (1999).

図 7－1　チーム医療の構造の変化

＜各論＞

１）人は何故、介護が必要になるか(身体介護＆認知症介護)

	主治医の意見書	重度医療	障害年金	特別障害者手当
身体介護	適切に記載	身体障害者手帳	肢体不自由	肢体不自由
認知症介護	適切に記載	精神障害者手帳	精神	精神

＊特別障害者手当:もっとも支給漏れが多い　在宅、年金は無関係、身障も無関係

２）訪問診療対象疾患

① 脳血管障害後遺症　　＊多発性脳梗塞・・嚥下障害⇒経鼻胃経管栄養、胃ろう

② 認知症・・摂食障害

③ 大腿骨頚部骨折

④ 脊髄損傷・・飲酒に注意

⑤ 神経変性疾患

・ パーキンソン病・・むせのない誤嚥（＝silent aspiration）

・ 多発性硬化症・・介護保険対象疾患でない

・ 筋萎縮性側索硬化症・・呼吸器装着以前に CPAP（＝経鼻的持続陽圧呼吸法）

⑥ 癌・・県立多治見病院・土岐総合病院以外に、癌センター・大学病院・ホスピスより⇔**特に連携が重要**

・ “長年家族を介護でわずらわす必要もなく死ぬことができる”という太鼓判をもらった！（ある一定年齢以上なら）

・ 亡くなる2－3日前まで自立

・ モルヒネ:「楽に死なせる」ためではなく、「つらい思いをしないで生きて欲しい」と願うから

・ 「廃人にはならない！」・・いつでも止められる

・ 痛み・・モルヒネ使用 20%　、モルヒネ使用量は欧米諸国の 10%

＊ 癌対策基本法 by 山本孝史（たかし）議員

＊ 緩和ケアもグリーフケアもある

＊ ケアマネとして自信がなければ手をださない！

３）訪問診療で何をしているか・・正常な状態を知る　＊往診で何を？？

① バイタルチェック

・ 意識レベル

・ 血圧・体温・脈拍・SAT

・ 胸部所見

・ 浮腫の有無

・ 尿＆便

② 感染症早期発見

・ 呼吸器疾患・・体温・SAT

・ 消化器疾患（胆嚢炎）・・限局性病変、採血（5 分で CRP）

・ 尿路系疾患・・熱の割に元気

③ 点滴

・ 補液・・最高 1 ヶ月 100 本　　＊脱水補正の重要性

・ 抗生剤

④ 特別な医療・処置

・ 胃ろう・・種類が多彩　表面（管＆ボタン）×胃内（バンパー＆バルーン）の 4 種類

＊病院のドクター・・無関心、出来れば交換時にカメラ不要なタイプを！

・ 経鼻胃経管栄養

・ 中心静脈栄養・・リザーバーが条件

・ 尿バルーン・・膀胱洗浄

・ 気管切開・・1-2 週間に一度交換

⑤ 癌

・ 疼痛管理・・鎮痛剤・麻薬・抗精神病薬・抗不安薬・睡眠

・ 対処療法・・積極的治療をしないイコール放置でない　例）去痰剤・止血剤等

・ 補液・栄養・・枯れるように

・ 家族へのフォロー

⑥ 褥創

・ 予防・・褥創予防マット＆栄養状態

・ 治療・・フィブラストスプレー、消毒？

・ ラップ療法・・現状では、ベスト

＜各介護サービス利用に際して　医師の立場から＞

１）主治医の意見書

＊土岐市：情報提供書＆診断書

２）居宅療養管理指導・・ケアマネへの報告義務

・ 医師

・ 歯科医師

・ 薬剤師

・ 歯科衛生士

・ 管理栄養士

３）介護予防支援サービス

・ 通所

・ 訪問介護

４）訪問看護・・制限がない （医療から介護も含む広範な対応）

・ 24 時間連絡体制

・ 排便のコントロール

・ 吸痰・・嚥下のメカニズム⇒疾患でほぼ決定される

５）訪問リハビリ　**参照資料　1（6ページ）　＊施設入所：当たり前の生活の否定**

・ 訪問看護ステーションから

６）訪問マッサージ・・医療保険　重度老人がついていれば有効

７）訪問介護

・　サービス時間

・　サービス回数

・　直接、利用者宅？

・　通所系の有効利用は？

＊ご家族との希望⇔プロとしてのアドバイス

８）訪問入浴介護・・適応者？

９）通所介護・・レクリエーション、リハビリ、認知症、重度　⇒誰でも看る？

＊療養型通所介護(**参照資料 2:　7 ページ**)

１０）　通所リハビリ・・医療保険の外来リハビリから、1－2 時間の移行？

１１）　短期入所生活介護・・独立型

１２）　短期入所療養介護

１３）　小規模多機能・・ケアマネ変更？

１４）　福祉用具

・　介護ベッド・・ギャッジアップ

・　空気マット

・　車椅子・・移動手段である　　＊癌末期の認定

１５）　住宅改修・・身障の有効利用

１６）　特定施設入居者生活介護

・　介護付

・　住宅型・・ケアマネの監視が必要

＊高齢者賃貸住宅・・ケアマネの監視が必要

１７）　認知症対応型共同生活介護＝グループホーム

・通所サービスも可能

１８）　介護老人福祉施設＝特別養護老人ホーム

・世帯分離

１９）　介護老人保健施設＝老人保健施設

・　療養型医療施設の受け皿

・　医療・看護の外付け？

２０）　介護療養型医療施設・・廃止？

２１）　ケアマネ

・　小規模事業所？・・情報収集、情報の共有

・　無知の罪

・　介護保険年齢に満たない障害者にもケアマネを！

・　在宅死の中での重要性

参照資料　3:　8 ページ

資料1

わがグループは	東濃介護支援センター＆東濃デイ&リハビリ部門
主人公が	バリバリ仕事してきたが、突然脳梗塞
誰と	家族と
どんな生活を実現するために	障害を持っても、自宅での生活を継続するために
名脇役としOOOの役目を果たす	適切な、サービスを提供する

個人事業主としてバリバリと仕事をしていたAさんは、58歳の誕生日の翌日**突然**、左半身の麻痺に襲われた。地域の基幹病院での**急性期治療後**、紹介により**リハビリテーション病院**に転院させられた。基幹病院では、リハビリ専門スタッフがたくさんおり、リハビリの意欲も仕事復帰への希望を持って取り組んでいた。しかし入院**1ヵ月半後**に転院を言われたときは随分落ち込んだものだった。

リハビリテーション病院では、Aさんよりも高齢の患者さんが多かった。リハビリ専門スタッフの数も少なく、レベルも素人にもわかるほど劣っていた。それでも**発症から180日**を経て自宅に帰れたときは大変嬉しく感じたものだった。

しかし、歩行もままならない状態であり自宅での生活は不自由であった。退院後1ヶ月を経ると、明らかに運動機能は低下し、移動には妻の介助が常に必要となってしまった。自分が眠った後、妻と長男が「これ以上の在宅生活は困難ではないか？このままでは介護者が倒れてしまう。やはり施設入所が望ましいのでは？」と相談している声を聞いて諦めざるを得なかった。

在宅生活を諦めていたころ、ケアマネージャからリハビリを勧められた。デイサービスと訪問によるリハビリであった。紹介されたデイサービスは、**半日**だけでありリハビリ以外のメニューがないせいか、Aさんのように50－60歳台の仲間が多かった。機械を使ったトレーニングであったが、全く動かない左上下肢も半ば強制的に動かすことができた。そのためか左足は動きはしないが、**支えとしては力がついてきた**。歩行は安定し、移動時間も短縮してきたようだ。定期的なデータ提示は励みになる。

また週2回自宅に来てくれる、リハビリスタッフには感謝だ。皆が若くて元気が良く、思わずやる気が出てくる。特に作業療法士の若い女性、たまには**色気**も必要だ。リハビリメニューは自宅での生活改善を目標としてくれている。そのため、最近ではトイレへの移動に妻の介助は必要でなくなった。妻の監視のもと一人で自宅の風呂に入れるようになった事も喜びである。

妻と長男が「今の状態なら、しばらく在宅で生活できる」と話している事にも勇気付けられた。これからも施設入所にならないようにリハビリを頑張るつもりである。ケアマネージャ、デイサービスのスタッフ、訪問リハビリのスタッフに感謝だ！

資料 2

わがグループは	東濃訪問看護ステーション＆療養通所介護
主人公は	ご主人を自宅で看取った、未亡人
誰と	介護力は低いが、愛情を持った家族
どんな生活を実現するために	少しでも、自宅での生活を長くするために
名脇役としOOOの役目を果たす	介護力の不足を補いながら、可能な限りの在宅生活を支援

Sさんは、病院の医師から肺癌の病名を告げられ動揺した。平成21年8月に亡くなった夫は、喫煙家であり肺癌になったことも理解できた。タバコを吸わない自分が“肺癌”。納得いかない気持ちもあった。しかし、さらに続いた“すでに手術の適応でない”という医師の言葉から、自分の予後についても悟らざる得なかった。

夫は、肺癌が脳転移したが最後まで自宅で看取ることが出来た。“自分はどこで死ぬのだろう”不安がよぎった。2 人の息子は、とても自分に優しいが、幾分共に**独身**である。仕事しながらの自分の介護は不可能だろう。改めて不安が募った。

翌日、以前夫が世話になったケアマネージャに相談すると“**無理をせずに、看られる所まで自宅で過ごしましょう**”という言葉をかけられた。考えてみれば当たり前の事である。現在の、「介護力で対応できなくなれば、入院しよう。」そう思うと、幾分気が楽になった。

その後、半年は、病気が嘘でないかと思うほど元気に過ごす事ができた。会いたい人も会ったし、兄弟と旅行にも行った。しかし昨日受診した、医師からは胸部 X 線で胸に水がたまっている事を告げられた。確かにこの 1 週間倦怠感が強く、動くと息切れもする。そろそろ入院かと不安がよぎった。

帰宅後、ケアマネージャに連絡をしたところ、すぐ**自宅に駆けつけてくれた**。夜には、息子 2 人が家に帰ってくるが、平日の昼間は一人であることを話した。デイサービスに来ないかと提案された。弱った身体で、大人数のデイサービスに行く事はためらわれたが、提案されたデイサービスは 10 人未満の小規模らしい。デイサービスには、以前、夫が世話になった訪問看護婦さん達もいるようだ。

とりあえず、週 2 回から開始した。デイサービスのない日は、週に 3 日訪問看護婦さんが顔を見せてくれた。

その後、呼吸困難に対して処方された麻薬のためかベッド上でウトウトしていることが多くなった。幸い、**倦怠感**と**呼吸困難**はそれほど苦痛ではない。ケアマネージャさんの提案で最近では、平日の 5 日は、デイサービスで過ごしている。送迎車での行き来は、少し息苦しいが、デイサービスでは自分のスペースが確保されており、ゆったりと過ごす事ができる。何より、良く知っている訪問看護婦さんは顔を見せてくれることが嬉しい。

その後、日曜日の昼、Sさんの息子さんから呼吸が止まったという連絡が入った。苦しむ事もなく、安らかな最後であったようだ。

資料 3

最期の務めは死見せること・・中日新聞 2009 年 2 月 7 日(土)掲載

遺体を棺に納める仕事を描いた、納棺師の映画が評判である。在宅医療に従事するものとして、一般の人が抱くご遺体に対する複雑な感情には驚いた。

在宅で死を迎えると病院で最期を迎える場合と比べ、多くの家族に見守られ安らかに亡くなられることが多い。死を宣告すると、家族も一緒に体をふいて死後処置を行い、故人がお気に入りだった服を着ていただく。女性の場合は、死に化粧も行う。結構、皆で盛り上がるものである。

お孫さんやひ孫さんがいる場合は一緒に参加していただくが、初めて死に触れる彼らの驚きが伝わってくる。人間の最期の務めは、残った人たちに自分の死を見せることだと思う。そう考えると、ご遺体に対する感情も変わってくるのではないだろうか。