日在医会誌　第３巻　第２号　2002年6月　　ISSN 1345-3777

日本在宅医学会雑誌

Vol.3 No.2

The Japanese Academy of Home Care Physicians

●巻頭言
在宅でこそ　その人らしく
—その人らしい力、栄養のとり方もある—　佐藤　智

【特集　栄養管理でQOLは向上するか】
●レビュー
在宅医療の栄養管理における諸問題
—高齢者低栄養を中心に—　小野沢　滋
●褥瘡に関する栄養管理　美濃　良夫
●米国やその他の国での栄養管理の現状と日本の比較およびNSTの必要性　雨海　照祥
●在宅訪問栄養食事指導の現状　田中　弥生
●在宅での胃瘻の管理について　小川　滋彦
●進行末期がん患者の栄養管理
—緩和ケアの立場から—　中神百合子

【原著】
●在宅患者の栄養管理　丹羽　利充，他
●パーキンソン病患者における生活上の不安、困難の要因について　平賀よしみ，他

投稿規定……55
投稿承諾書……56
第５回日本在宅医学会大会のお知らせ……58
編集後記……59

日本在宅医学会

◆巻頭言

在宅でこそ その人らしく
—その人らしい力，栄養のとり方もある—

佐藤　智　日本在宅医学会会長

在宅ケアの真髄は，長年住み慣れた家で健康に過ごし，最後は家族に囲まれて静かに生涯を閉じることである．しかし，日本の現状では今や至難の業である．それは患者側の家族構成，居住環境などの変化によるところが大きいが，決してそれだけではない．実は，医療者側に大きな責任がある．

それは，ターミナルを看取る医療者側の努力不足，勉強不足，経験不足によるところが多い．更に大きな問題は，日本の医療制度にある．一般病院では末期がんのような処置の多い患者さんが入院して来ないと経営が成り立たないという経済的仕組みになっている．末期がんの患者さんに中心静脈栄養（IVH）などを入院して行なっている国は日本以外にない．日本では，がん患者は最後まで入院するのが当然とされ，病院で死亡する比率は約90％で，在宅死亡は僅かである．そのために医療費は膨大になり，しかもその大部分が公的社会保険診療報酬から賄われている．

このような「病院信仰」をもつ国は世界では日本のみで，恥ずかしいことである．私共は「患者側が希望されるならば在宅で看取る実力のある家庭医の制度を育成すべきだ」と20年来訴えているが，初期には厚生省も医師会も積極的でなかった．最近，患者側も医療者側も少しずつ目覚めてきて「最後は自分の家で」という方が増えてきた．しかし，まだまだ全般的な意識は低く，ターミナルの時期の疼痛管理などの研究は進んだが，その時期の生理学的研究や栄養摂取の方法，所要カロリーなどの医学研究は少ない．「在宅においては，最後は何もしないのが最善の医療である」という究極の所に結びつく医学研究がない．日本の医学の一番遅れている分野である．

私事で恐縮であるが，母は1957年9月に心筋梗塞，脳梗塞で聖ルカ国際病院に入院し，意識が殆ど戻らずにウトウトした状態で翌年１月退院した．その後，自宅で8月に亡くなるまで7ヶ月間，毎日吸い飲みで水180ccを飲ませる程度で静かに過ごした．当時は点滴もIVHもない時代である．死亡後，遺体をお世話になった聖ルカ病院に運び病理解剖して頂いた時，退院時42kgの体重が28kgになり，体脂肪は殆ど無くなっていた．

友人の生理学者が「意識の無い体重40kgの人が脂肪を燃やして生命を保つためには1日200mlの水があればよい」と教えてくれた．この事実は私にとって在宅医学の始であり，多くの医師に話しているが，学問的な「追試」はない．しかし，南インドの農村で医師をしていたときに，水分のみで終末を迎える同様な事実をみた．

現在の日本の医療が政治，経済，社会問題等と無関係にあり得ないことは十分に承知しているが，「一度しかない生命が，その人らしく生き，死を迎えられるために」在宅を中心にした医学・医療・福祉が「新しい力を発揮する時が速やかに来ること」を願って止まない．