

在宅医療を

考える

はじめに

「在宅医療と看取りについて」

団塊の世代が既に65歳に到達し、日本全体で大きく高齢化が進んでいます。松阪市でも平成28年4月1日時点の高齢化率は27.8%で、約10年後の平成37年には31.3%に達すると見込まれています。

市民の方へのアンケートでは、医療や介護が必要になっても住み慣れた自宅で暮らしたいというニーズが高いという結果がでてきています。また一方、今日では概ね8割の方が病院で亡くなっていますが、高齢化が進むことにより今後1年間で亡くなられる高齢者の方も増え、病院や介護施設だけでは亡くなられる場所としては確実に不足します。

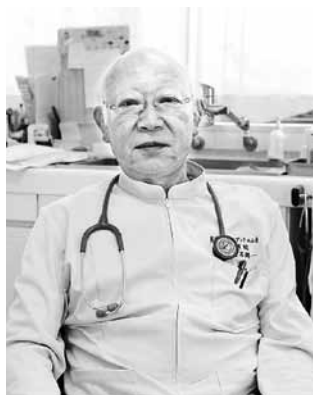
まさに自宅で受けることのできる医療・介護の充実が求められています。こうした点が、在宅医療の広がりが急がれる理由の一つにもなっています。

しかし、少子高齢化の現代において、家族の支えなくして在宅で最期を迎えることは容易なことではありません。本人や家族にどのような心構えが必要なのでしょうか。

そこで、この冊子では、在宅医療に心血を注いでこられたお二人の医師を中心に、お話を伺っていきます。市民の皆様にとって、在宅で最期を迎える暮らしを考えていくうえでの金言となれば幸いです。

この冊子の内容は、夕刊三重新聞社が制作・発行している郷土のシニア向け情報紙「シニア玉手箱」に掲載されたシリーズ記事をまとめたものです。（一部、原文を訂正しています。）

野呂純一氏の略歴紹介



東邦大学医学部卒。

明治 34 年に開業し、医師であった祖父母、そして母の跡を継ぎ、昭和 61 年から野呂医院の院長。在宅医療に力を注ぐ。

平成 24 年 4 月 1 日から現在まで松阪地区医師会の会長を務める。

木田英也氏の略歴紹介



三重大学医学部卒。

県内 6 つの病院で勤務医として活躍している時、がん患者の自宅での看取りにかかわったことなどをきっかけに、在宅医療の道に進む。

平成 17 年 8 月から在宅医療クリニックゆめの院長。

【お知らせ】

松阪市では、在宅医療のための看取りの冊子「大切な人の最期を看取ることについて」（平成28年度作成。全16頁。表紙を含む）も作成しています。こちらは高齢者支援課(☎ 0598-53-4099)の窓口でご希望の市民の皆様にお渡ししています。

目 次

- はじめに「在宅医療と看取りについて」 2

- 1 「介護者」と「介護の場所」があるか 6
- 2 かかりつけ医の必要性 8
- 3 介護認定審査会 10
- 4 介護保険の認定後の手続き 12
- 5 ケアマネジャーの役割 14
- 6 ケアマネジャーの中立性 16
- 7 ケアマネジャーの課題 18
- 8 医療費を抑制するために 20
- 9 往診・訪問診療について 22
- 10 介護者にもできる観察法 24
- 11 経管栄養について 26
- 12 「真珠の涙」を見られるよう 28
- 13 一人暮らしでも最後まで自宅で 30
- 14 「家で介護してほしい」。家族への伝え方は？ 32
- 15 遠くに住み、親の介護できない 34
- 16 家族が行える医療行為は多い 36
- 17 男性は介護に参加しづらいものですか？ 38

- 18 不安を抱えたままの在宅医療は真の在宅医療ではない 40
- 19 かかりつけ医がいて夜中に発熱した 42
- 20 一人暮らしで近所付き合いあまりない 44
- 21 心をケアしてこそ真の医療 46
- 22 末期ガンの家族を家でみるのは怖い 48
- 23 在宅で介護、子どもたちに見せよう 50
- 24 末期ガン、死と隣り合わせの毎日 52
- 25 入院している家族を家に連れて帰りたい 54
- 26 呼吸が止まった時を考えると不安になる 56
- 27 訪問診療と訪問回数 58
- 28 在宅医療にかかる費用 60
- 29 薬を飲まず置いておく残薬問題 62
- 30 自宅で看取った後 心にぽっかりと穴開く 64
- 31 在宅医療に向かない家族 どんな人？ 66
- 32 認知症の診断を受けさせたい どうやって声掛けを？ 68
- 33 認知症の徘徊 命を落とす危険も 70
- 34 訪問看護 どうすれば受けられる？ 72
- 35 訪問看護は、どの状態から頼める？ 74
- 36 訪問看護は、今後ますます増えていく 76
- 37 冊子「大切な人の最期を看取ることについて」 78

1 「介護者」と「介護の場所」があるか

国を挙げて力を入れていく「在宅医療」。だが、私たちは在宅医療だけでなく、自宅で介護することも含む「在宅医療」などに対する知識が乏しいのが現実だ。

そこで、このコーナーでは、松阪地区医師会会長である野呂純一医師に、在宅医療はじめ介護まで、我々の知りたい素朴な疑問に答えていただくことにする。

Q そもそも、在宅医療ができる条件とは何なんでしょうか。

A まず第一は、主治医や担当医が「在宅医療が可能ですよ」と判断することが必要です。

Q その判断がされたとしたら？

A 大きく二つの条件が必要となります。一つ目は、家族の中に介護者がいるかどうか。老老介護もあるでしょうし、娘さんやお孫さんでもよい。力を合わせて、その方の面倒を見る「時間」が要件になりますよね。

Q もう一つとは何でしょう？

A その家庭、その高齢者なり患者さんを見られるスペース、「場所」があるかどうかです。

Q 場所というのは、具体的にどれくらい必要なんでしょうか。

A 日当たりの良い、6畳くらいの部屋になります。

Q 6畳ですか。簡単なようで難しい条件ですね。ベッドを置かな

くてはならないですしね。

A 在宅医療を続けていくためには、さらに、その方の「日常生活動作」レベルが大切になってきます。

Q 24時間寝たきりなのか、座れるのか、歩けるのかということですか。

A その通り。そうして次に食事の問題になります。

Q 自分で作れる人は問題ないですね。

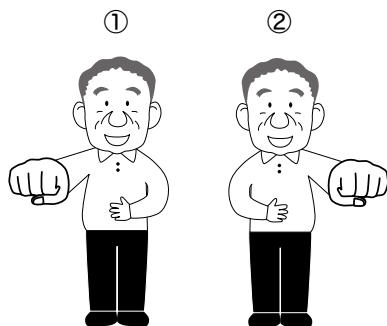
A はい。家族が食事の支度をするけれども、それを食堂まで来て食べられるかどうか。ベッドの上でしか食べられない。ここから介護が始まるわけです。

今日からできる認知症予防①

① 左手をパーの形にして腹に。
右手をグーの形にして、前に突き出す。

② 今度は反対に、右手をパーにして腹に当て、左手をグーにして前に突き出す。

これを交互に15～20回。毎日やろう！



2 かかりつけ医の必要性

Q 前回、食事の世話の程度が介護の始まりの一つとお聞きしました。

A そして、排せつの問題。食事と排せつが、介護の始まりになります。

Q トイレに行けるかどうかということですか？

A ベッドでトイレをしなくてはならないと、おむつを替えてお尻をきれいにするなど、いかに清潔を保つかが重要になってきます。「食事と排せつ」の介助、つまりこれが介護力です。

Q 排せつの手助けだけでなく、清潔な環境作りは大変ですよ。

A 風呂に一人で入れるか。もしくは、介助付きで入れるか。風呂に行くこともできなかつたら、身体を拭いてあげなくてはなりません。それを、家庭内でできるかを問われるんですね。

Q できない場合はどうしたらいいのでしょうか？

A そこで初めて、介護の手伝いを頼むかどうかという問題が始まるわけです。

Q 介護の手助けというのは、ヘルパーさんやデイサービスを利用するということですか？

A はい。そのためには介護認定を受け、介護保険のサービスを受ける。

Q 介護認定を受けるには、どこに行けばいいのでしょうか？

A 認定の申請は、家族でも行けます。市役所の介護保険課へ行き申請書をもらい、必要事項を書き込む。そして、必ず主治医の意

見書が必要になります。主治医の名前とね。ちなみに主治医の見書は、市役所からその主治医がいる病院や診療所に郵送してくれますよ。

Q かかりつけ医の必要性は、介護の領域にも関わるんですね。

A 患者さんをずっと見ていないと、今の状態は分からないでしょ。かかりつけ医がいたら、そのような手続きのことも全部教えてくれます。

Q 申請書へ記入したら次はどのように？

A 訪問調査員が自宅へ訪問に来ます。そこで、その方のできることでできないことといった高齢者の日常生活動作などを調査するんですね。

Q その調査は誰がするのでしょうか？

A 研修を受けた市の職員です。また場合によっては、ケアマネジャーの資格を持っている社会福祉協議会や医師会の職員などが調査をします。

Q どのようなことを調査するのでしょうか。

A 聞き取り調査などを行うのに30分程度。公平さを保つためにも74項目の決められた質問事項をチェックしていきます。それを元にコンピュータが一次判断します。

Q えっ、コンピュータが判断するのですか？

A 大丈夫です。二次的に「介護認定審査会」という生身の人間が集まって、そのコンピュータが下した一次審査が正しいかどうかを判断するのです。

Q 審査会のメンバーとは誰なのでしょう。

A 医師や歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネ、介護士など複数の専門家が集まって検討していきます。

3 介護認定審査会

Q 前回お聞きした「介護認定審査会」という存在を、初めて知りました。

A 特に、松阪市では松阪地区医師会会員数350人のうち、介護認定審査会の審査医に124人が登録しています。この数字は、全国でもまれなケースなんです。

Q まれとは？

A 専門家の神経内科や内科だけでなく外科など専門分野に関係なく、医師という立場で全員が取り組んでいます。いわゆる「松阪方式」と言えるでしょう。

Q なるほど。

A 初めは、厚生労働省から「それは良くない」と言われていました。当時は、介護保険に特化し、習熟した医師が介護認定審査会で審査すべきだと。

Q 介護の問題は、専門医だけでは補えなくなっていくますよね。

A そうなんです。約8,000人の介護保険を利用しようとする方を、少人数の医師だけで対応するのは到底無理だと推定していましたから。

Q では、松阪地区ではほとんどのドクターが介護について問題意識が高いのですね。

A 現任研修も行いますし、講習を受けて、介護や在宅医療の理解度を深めています。

Q 家族の介護のことなど分からないことは、医師に相談することも可能ということですか？

A 松阪地区の医師は、介護の知識はちゃんと持っているので、的確なアドバイスをしてくれるはずですよ。

Q 介護認定審査会の一次判定がコンピュータというのには驚きましたが、そうやって専門知識の高い医師たちが二次判定していただくのは、私たちにとってはとても安心できます。

A そこで、「主治医の意見書」というのが重要になってきます。医師だけでなく、委員全員で判断いたします。

Q ここでもかかりつけ医が大切になりますね。

A 医師が患者さんの状態を見ないと意見書は書けません。この意見書は介護認定において、大変重要な位置づけになっていると考えてよいでしょう。

Q この介護認定審査会はどれくらいの割合で開かれるのですか。

A 3会場で週に2回行われています。

Q そんなに頻繁に行われているのですか。

A それだけ申請件数が多いと言えます。そこで、介護保険の認定が下りると、初めて介護保険のサービスが受けられる仕組みになっています。

Q 認定が下りたら、次はどのような？

A そうしたら、介護支援専門員「ケアマネジャー」や地域包括支援センターにサービスの相談をしましょう。

介護保険の認定後の手続き

回答者 松阪市介護高齢課(当時) 現:介護保険課

Q 介護認定審査会を終えた後は、どのような流れになっているのでしょうか？

A 介護認定審査会を経て出される認定の結果は、数日後に自宅に届くように郵送します。

Q 何を発送されるのでしょうか？

A 7段階に分けられた「要支援1・2」「要介護1～5」のどれに当たるかといった介護度や決定日、有効期間などが明記された「介護保険被保険者証」を送付します。

Q 反対に、介護認定を受けられない場合の通知も来るわけですよね。その不満をぶつけてくる方なども多いのではないですか？

A 中には、いらっしゃいます。また、介護度が下がった場合なども「どうして？」と。

Q その様な場合どのように対応するのですか。

A 介護保険サービスは、法律で「能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援するもの」という基本理念の下、行われていることを説明しています。介護度が下がったということは、その方の体が良くなった、または介護の必要性が下がったということを意味していますので。

Q 要支援に認定された方はまずどこへ？

A 地域包括支援センターに行ってください、その職員の方と

どのようなサービスを受けるかを決めた計画書「介護予防ケアプラン」を作ります。

Q 地域包括支援センターは松阪市の公共機関なのですか。

A 市が委託している機関で、市内に5ヶ所ありますが、住所により担当が異なります。

Q 要介護の場合は何をすればよいのでしょうか。

A 要介護の場合、まず2つの選択肢があります。自宅で暮らしながらサービスを利用するか、もしくは介護保険施設へ入るか。自宅でサービスを受けることを希望される場合は、居宅介護支援事業者に連絡します。

Q 居宅介護支援事業者とは？

A ケアマネジャーを配置しているサービス事業所です。そのケアマネジャーさんと一緒にケアプランを作成します。

Q 自宅でなく介護保険施設へ入りたい方の場合はどうでしょう。

A 直接、介護保険施設に連絡していただき、サービス内容や利用料について検討した上で、施設に直接申し込んでいただきます。入所が決まったら、入所した施設のケアマネジャーとケアプランを作ることになります。

Q 認定が下りてからも、一般の方には複雑で難しいお話ですね。どのように皆に説明されているのですか。

A 介護保険申請時にパンフレットを見ながら説明し、施設一覧表もお渡しするようにしています。

ケアマネジャーの役割

回答者 三重県介護支援専門員協会松阪支部 支部長 青木浩乃さん

Q ケアマネジャーは国家資格なのですか。

A 国家資格ではなく、県の任用資格です。医師や看護師、社会福祉士などの国家資格や、法律で定められた一定の資格を持ち、それぞれ5年以上かつ900日以上の実務経験を持っている者が、都道府県の実施する「介護支援専門員実務研修受講試験」を受けることができます。それに合格し、実務研修の全日程を休まずすべて受講した者が、ケアマネジャーの資格を取得します。5年ごとの資格更新も必要です。

Q 女性と男性とではどちらの方が多いですか。

A 8割が女性ですね。最近では、試験合格者の半数以上が介護福祉士ですし、医療や介護、福祉の職自体に女性が多いからではないでしょうか。

Q ケアマネジャーの仕事の内容はどのようなものですか。

A 要支援や要介護の認定を受けた人から相談を受け、どのような介護保険サービスや支援が必要かを把握し、ご本人や家族の希望とすり合わせて介護サービス計画(ケアプラン)を作成し、事業者との連絡調整をします。

Q 調整とは？

A ケアプランに書かれたサービスが使えるよう、公平中立な立場で事業者の手配をしたり、定期的な評価をすることです。

Q ケアプランには、ひな形があるのですか。

A いえ、ありません。「ご本人の自己決定や自己選択を大切にしながら、その人らしい尊厳のある自立した生活を送るため」の目標を一緒に考えます。長期目標と短期目標を立て、その目標を達成するためには、どのようなサービスを受けたらよいのかを考えるのです。

Q 計画はどれくらいの幅で決めるのですか。

A 月単位です。例えば、火・金曜日の12時から、訪問介護サービスで食事の支度をしてもらったり、水曜日には、デイケア施設でリハビリテーションを受けて足の筋力回復のための機能訓練を行いますよ、といった具合です。

Q 細かいのですね。

A この計画書に掲載されていないものは、介護保険サービスとして通らないので、ケアプランは慎重にきちんと作ります。

Q 手すり一つ付けるのにも、ケアマネジャーの許可がないと駄目と聞いたことがあるのですが。

A 許可という言葉は正しくないですね。ケアプランに書いてないサービスを利用する時や、住宅改修の場合、「なぜ、ここに手すりが必要なのか」といった理由書が必要になります。ここに手すりを付けるのは危険ではないか、車いすで通るのに問題はないかなど判断します。この理由書は基本的に担当のケアマネジャーが書きます。

Q それで、誤解を招いていたのでしょうかね。



ケアマネジャーの中立性

回答者 三重県介護支援専門員協会松阪支部 支部長 青木浩乃さん

Q 介護保険で要支援や要介護の認定が下りた方は、自由にケアマネジャーを選べるのですか。

A ケアマネジャーを選ぶのは、あくまでご本人や家族です。「サービスを使いたいけどケアマネジャーがない」「誰に相談したらいいか分からない」という方は、まず地域包括支援センターに電話でご相談してみてください。松阪市が設置する公的なセンターですので、安心して相談できます。

Q 自分でケアマネジャーを見つけた場合、地域包括支援センターへの報告は必要ですか。

A いいえ。要支援の方の計画は、その方の住所を管轄する地域包括支援センターが必ず支援するという原則があるので、要支援認定を持つご本人とケアマネジャーの事業所(居宅介護事業所)と、地域包括支援センターの三者で契約を結びます。その場合も、必要な手続きはすべてケアマネジャーがしてくれます。センターの職員がサービスの種類や内容を決める担当者会議に同席したり、書類を確認したりします。

Q 例えば、要介護だった方が要支援になった場合。既存の担当ケアマネジャーが、引き続き、要支援の計画を作ることも可能ですか？

A はい。その方の状況を一番良く知ってもらっていますから。

Q その辺りは、柔軟に対応しているのですね。

A 初めてサービスを使う場合でも、かかりつけ医や近所の施設に相談される方もおられますし、ケアマネジャーの探し方はさまざまです。

Q 一人のケアマネジャーが、特定のデイサービスや特定のヘルパーばかりを勧めることはないのでしょうか。

A それはいいですね。その方にとって必要なサービスを一番良い形で提供してくれると思われる施設や事業所をいくつか紹介し、利用者や家族の方々に選んでいただきます。また、同じ事業所ばかり勧めることのないよう、ケアマネジャーの計画を常にチェックする仕組みも、介護保険にはあります。

Q ケアマネジャーの個人的な好みを防止するためですか？

A ケアマネジャーは、経験上さまざまな事業所の情報を持っていますし、利用者を支援するための専門職ですので、公正中立な立場で仕事をします。ご希望があれば率直に伝えてください。

例えば、デイサービスは地域にたくさんありますが、それぞれ特徴があります。リハビリを頑張りたいという方もいれば、少人数でゆっくり過ごしたい、一人でゆっくり入浴したいなど、利用する目的や好みは違いますよね。ご自身が元気になれる方法を、ケアマネジャーと納得いくまで話し合ってください。

ケアマネジャーの課題

回答者 三重県介護支援専門員協会松阪支部 支部長 青木浩乃さん

Q ケアマネジャーは、何人の方を担当されるのでしょうか？

A 一人のケアマネジャーにつき、標準35人までと決められています。最大40人を超えて担当することは原則ありません。法改正で、少なくなりました。

Q 法改正ではどのような変更があったのですか。

A 平成18年4月に介護保険法が改正されるまで、ケアマネジャー一人当たりの標準担当利用者数の「目安」は50人でした。ただ、あくまでも目安でしかなかったので、場合によっては一人のケアマネジャーが100人の利用者を担当するようなケースもあったと聞いています。

Q 100人というのは、考えられない数字ですね。

A 何かあったらまず動くのがケアマネジャーですし、作らなければならない書類も膨大です。そのため、熱心なケアマネジャーほど「燃え尽き症候群」で辞めてしまったり、「ケアマネジャーが忙し過ぎて、必要な時に支援が受けられない」という利用者の声も大きくなりました。

Q 何かあったら、とは具体的にはどういうことでしょうか。

A 例えば、担当している利用者が突然入院したとしますよね。そうならば、体の状態や必要なサービスも当然変わるので、病院と在宅の主治医やスタッフに集まっていただいて「退院前カンファレンス(会議)」を開くなど、切れ目のない医療や介護を受けて

いただくための調整をします。

その上で、安心して自宅に戻っていただくためのケアプランを、もう一度作り直します。場合によっては、施設に入所するための調整をさせていただくこともあります。

Q 最後に、松阪支部長の青木さんは、今後のケアマネジャーのあり方についての課題をどのように考えますか。

A 自宅で生活する利用者の支援をするためには、介護保険のサービスだけでは限界があります。そのため、考えられるすべての資源や保険外サービスを駆使しながら、支援しているのが現状です。にもかかわらず、ケアマネジャーは、利用者が介護保険サービスを使わない限り無報酬というのが、今の制度です。

「サービスをどんどん使ってください」という今の流れでは、介護保険料も一緒にどんどん上がってしまい、払えない人が増えてしまいます。

必要な人が必要なサービスを使いながら、住み慣れた場所で安心して生活できるようになるためには、介護保険の要であるケアマネジャーの報酬のあり方を変えていく必要があると思います。

8 医療費を抑制するために

Q これまで、介護を中心にお話を聞いてきましたが、入院や外来でなく自宅で行う医療「在宅医療」について、お聞きしていきたいと思います。在宅医療というのは、いつから注目され始めたものなのでしょうか。

A 2008(平成20)年には、約8割の方が病院で亡くなっていました。ですが、高齢化社会を迎えるにあたって、厚生労働省は「在宅医療」を推進するようになったのです。厚生労働省は、長期療養が必要な患者が入院する「療養病床」を2012年度までに、12万床以上減らすことを目標に掲げました。

Q 療養病床とはどのような病床を指すのですか。

A 緊急の治療を受けたり、リハビリテーションを受けたりした後、病状は比較的安定しているが、長期療養が必要な高齢者が入院している病床のことです。

Q 自身や家族の意思でなくても、病院を出て行かなければならないのでしょうか。

A 国が、そうした方針を打ち出したので、必然的にそうなります。

Q それは、病床が足りなくなるからですか。

A それもありますが、もっと言えば、増加する社会保障費を抑制するためです。一人当たりの入院の日数を軽減し、また病院での看取りを軽減することで医療費を抑えたい、というのが厚生労働省の狙い。

働省の考え方です。

Q 病院での看取りを軽減するという事は、治る見込みのない病気の場合、病院を出なくてはならないということになりますか。

A そうですね。

Q このような事を知っている人は、少ないのではないのでしょうか。

A 現在の一番の問題点は情報不足です。患者さんも、在宅医療でどんな医療が可能なのか知っている方は少ないでしょう。自分の身に降りかからなければ、実感として感じられない点です。

Q 反対に、医師はどうでしょう。

A 病院で完結する医療の中でしか働いてない勤務医や若い医師は、まだまだ勉強が必要です。

Q 開業医の方は？

A 「在宅医療」は、特に従来の往診と異なるわけではありません。それまで往診をされていた医師にとっては、特別なことではないと思います。

Q 医師の方々は、この政策をどのように受け止めているのですか。

A この「在宅医療」の導入が、「長期入院患者」を外に出すことを目的とした側面が強いため、その受け皿として積極的に在宅医療に力を入れる開業医は多くはありません。ですが、必然的に重要となった医療分野なので、前向きに対処していくべきだと考えます。

Q 医療費削減政策によって、在宅医療が推進されています。自宅で在宅医療を受けようと、本人と家族が希望した場合、往診に来てくれる主治医を見付けなくてはならないですよね？

A まず、入院する前に診てもらっていたかかりつけ医に相談してください。

Q 入院前のかかりつけ医が、往診をしていない場合はどうすればいいのでしょうか。

A そうだとしても、まず、かかりつけ医に相談することからスタートすべきです。

Q 現状では、松阪地区では約半数の医院が、往診や訪問診療を行っているのが現状です。医師が1人しかいないと往診は難しいのでしょうか。

A 開業医で、医師を複数配置できる所はなかなかないですよ。私自身は、祖父母が人力車で和歌山街道を10km走らせ往診しており、母の代になってからは軽自動車に乗り、朝から地域に出て行く姿を目の当たりにしていました。

Q そのような時代から、今、求められている「往診」を当たり前に行っていたのですね。

A もちろん地域性もあったと思います。ですが、私が継いだ後も、在宅で診療を受けることを選択された患者さんには、自分の医院で医療用ベッドを貸し出し、食事摂取が十分でない判断

したらNGチューブを挿入し、酸素療法が必要とあらば1,500リットルの酸素ボンベを搬入しました。

Q 医療用ベッドまで用意していたのですか？

A 今は、その医療用ベッドは、介護保険の下、個人で借りられるようになりました。

Q 重症になった場合はどのような対応を？

A 救急車を呼ぶ前に、当院に依頼がありました。血管確保や気道確保などをした後に、家族の方と相談して救急車を呼ぶのか、そのまま在宅で診るのかを決めていました。

Q まだ、携帯電話もない時代ですよ。どのように、患者さんやそのご家族と連絡を取っていたのですか？

A 医院の電話に録音機をセットし、その録音機からポケットベルに転送するシステムです。私は、しょっちゅう公衆電話を探しては、録音を再生して連絡を取るようにはしていました。

Q 大変だと感じたことはないですか。

A それを大変だと感じたら、在宅医療には関われないのではないのでしょうか。「縛られる」という発想を持ってしまったら、無理でしょうね。

Q それらをお一人でやっていたのですか。

A もちろん、看護師の協力も必要です。長期戦の患者さんには、当院スタッフ全員の電話番号を教えていました。

Q 在宅医療で自宅で世話している家族は、「死」までみることに
なりますよね。

A 在宅で亡くられる方は、ガンの末期であったり、心筋梗塞や
脳梗塞の末期の方が多いです。そして肺炎。これが四大死因と言
えます。

Q いつ亡くなってしまうのか、心配でたまらないと思うので
すが。

A 我々医師は訪問診療で伺った時、元の病気のほかに何か併発
していないかを一生懸命見付けようと努力します。でも変わりが
なかったら見付きません。そうなると、普段見ていただいで
いる家族の観察力が求められます。

Q 医療に素人の私たちに、観察することができるのですか？

A 単純に食欲がなくなる、会話が成立しなくなる、普段と顔色が
違う。この変化に気付いていただくだけでも、大きいのです。

Q 昨日と今日はどう違っているかを観察すればいいのですね。

A 変化を感じたら、我々医師に連絡していただいで診察するこ
とになります。

Q 他に何か日常の変化で気を付けることはありますか？

A なるべく体に触り、額に手を当ててください。熱がありそうだ
ったら、体温計を挟んでみる。37度5分以上あったら発熱です
ので、この時も医師を呼んでください。

Q そのようなことなら、家族でも意識して観察ができます。

A さらに、尿道にバルーンが入れてある場合、尿の量も人間の生命能力の一つの判断基準になります。

Q どれくらいの量が基準なんですか？

A 1日に1,440cc出すことが必要と言われています。血圧が下がると尿の量も減ります。尿の量で異変が起きていることに、早く気付けますね。

Q ちょっとしたことが、サインになっているのですね。

A 食事也是如此です。我々が生きていくには1日1,440キロカロリーはとっていただきたい。1,440という数字は、尿にしるカロリーにしる重要な数字ということが分かります。

Q 食事を作る時には、何カロリーあるのかを意識して、ということですか？

A 人間が心臓を動かして呼吸をして、消化するための基礎代謝に必要なエネルギーが、1日に1,440キロカロリーなんです。口から食べられる人の場合、ご家族の理解があると、大変意義深いです。

Q 「食事が大切」ということがよく分かりました。

A 口から食べられなくなると、今度は医師が、その方に栄養を流入させます。今回は、その話をしましょう。



Q 口から食事ができなくなった方の、栄養の取り方について教えてください。

A 一つは血管を通じて栄養を補給します。これには抹消静脈と中心静脈の栄養補液があります。

それ以外に胃ろうや腸ろうによる経管栄養補給もあります。

Q そのようにして、1日に人間が必要な栄養を摂取するのですね。

A 胃ろうや腸ろうの場合は、1回400キロカロリーを3回入れて計1,200キロカロリーの栄養を入れます。

Q 静脈からの経管栄養の場合はどうですか。

A 中心静脈からの場合は高カロリーの栄養補液ができます。この場合1,200キロカロリーの補給ができ、24時間の気配りが必要になります。

末梢静脈は血管が細いので高濃度の栄養補給には無理があり、1回の穿刺^{せんし}で400～600キロカロリーの補液ができ、時間は4時間かかります。

Q 経管栄養を行うと、どんな良い点があるのでしょうか。

A 私が実際に診ていた患者さんで、全然口から食べられなくなり末梢血管から栄養を取り続け、半年や10カ月後、普通に口から食事を取れるようになった方々もいます。

Q そうなんですか！

栄養というのはそれだけ大切なんです。

1日400～1,200キロカロリー取れば、生きていくことが可能です。

Q 皆が皆、そうではないのですよね。

A 残念ながら、そうですね。胃ろうを続けて3、4年たつ人もいらっしゃいますが、これはご本人の生命力であつたりするのが現実です。

Q それでも、家族にとっては希望が持てる事例だと思います。

A はい。そのような事例があるということは、ご家族に話します。ですが、良い例ばかりを話しても駄目なので、悪い例もきちんと説明します。

Q と言いますと？

A 経静脈栄養を始めた方は、平均で100日でお亡くなりになります。なので、少なくとも口から食べられなくなったその日から3カ月は、とにかく一生懸命見てあげてください、とお話しさせていただきます。

Q 3カ月なんですか。

A ご家族も3カ月の間、一日24時間、気が抜けないので介護に疲れてこられます。

Q 3カ月といっても、確かにご家族の方は大変ですよ。

A 疲れたら、もちろん一時預かりで施設などで見てもらう方法もあります。無理をせずに、どんなことでもかかりつけ医に相談していただけたらと思います。

12 「真珠の涙」を見られるよう

Q これまで、1年間にわたって在宅医療について、お話をうかがってきました。在宅医療で、自宅で亡くなるお話をお願いします。

A 在宅医療でご家族が就寝して、朝起きたら冷たくなっていたという事はよくあります。

Q ずっと面倒を見てきて、死に際に立ち会えないのは気の毒ですよね。

A 我々医師でも「あと何日です」と断言することはできません。ただ、人の栄養状態というのは、コリンエステラーゼとタンパク質であるアルブミンの二つで判断できます。

Q 具体的な数字は？

A アルブミンは健康体の方で4～5グラムパーデシリータですが、この値が半分の2グラムパーデシリータになると要注意です。もう一つのコリンエステラーゼは、通常0.6ですが、亡くなる時は0.2まで下がります。

Q その数値は一気に下がるのですか？

A いえ、どのようなスピードで下がっていくのかが重要です。健康な時の値から、2週間ごとに追っかけていけば、いつお亡くなりになるか「大体の目安」を付けられます。

Q 家族が覚悟を決める時ですね。

A 「まばたき」も大変重要な目安になります。まばたきをしてい

るうちは大丈夫。まばたきをしなくなって目をつむり、尿も出なくなったら「あと3時間ですね」となる訳です。

Q 実際、そのような場面でご家族の方の反応はどうか？

A 変化を感じられると、死を受け入れやすいかもしれません。もちろん、実際に息を引き取るわけですから悲しいのは当たり前です。だから反対に我々は笑顔で話します。「本当に、お世話をし頑張りましたね」って。

Q 今後、在宅医療の時代に突入していきますが、今後の課題は何でしょうか？

A 3世代一つの家にいるというのが一番理想ですけど、今の時代なかなか難しいですよ。ですが、いつか起きることとして捉えるのではなく、早めにご家族でどうしていくのか、どうするかをきちんと向き合って話し合うことは大切です。

Q 野呂会長は、これからも在宅医療に力を入れていくのですか？

A はい。患者さんも、最後の一呼吸の時、目尻から1滴の涙がこぼれます。私たちはこれを「真珠の涙」と呼んでいます。在宅医療において、この涙を見ることができるよう努めていきたいと思っています。



13 一人暮らしでも最後まで自宅で

勤務医の外科医だった木田英也医師は10年前、看護師である妻・真帆子さんとともに在宅医療をスタートさせた。「在宅医療は、患者さんを介護する家族が一番大事」と言う木田医師に、在宅医療の基礎知識を聞いていきたい。

Q 自身が、老後に介護を必要とするかもしれない、子どもには頼れないしどうしたらよいのだろうといった不安は、誰でも持っているものだと思います。どのような心構えが必要ですか。

A 「どこに居たいか」「誰と居たいか」「どうしたいか」を考えればいいだけなんです。

Q ですが、子どもがいない人や、身寄りのない人などもいますか。

A それでも、家でいいんですよ。今はヘルパーさんや訪問看護もある、往診する医師もいる。それらの介護サービスを利用すれば、人生の最後を家で迎えることは十分可能です。

Q 一人暮らしの場合でもですか？

A 実際に、子どもさんがいないご夫婦で、奥さまがずっと旦那さまを介護されていた方がいました。もちろん、奥さまだけでは大変なので、私たちが往診なり、看護なりお手伝いさせていただいて、ご主人を看取りました。その後、奥さまは一人暮らしをされていましたが、引き続き私たちが訪問させていただき、その奥さ

まを最後まで自宅で看取った例もあります。

Q 一人で暮らしていても、最後まで自宅に居られるのが可能な時代になっているのですね。

A まだ動けるうちならば、デイサービスを利用してもよい。また、夜一人でいることに不安が続くようなら、何日かショートステイに行くのもよい。その時の不安に対するアドバイスは、医師である私たちやケアマネジャーができるので、安心してください。

Q 往診してくれる医師やヘルパーさんと話をすれば、人と会話する楽しみもできますね。

A その通りです。一人で暮らしている高齢者であっても、自身が最後まで自宅に居ることを希望するのならば、家に居ればいいんです。十分可能なことなんですから。

Q それは心強い言葉です。次回は、介護をする家族について聞かせてください。

今日からできる認知症予防②

新聞を書き写そう

文章を読み、手で文字を書くという作業は、脳のトレーニングに大変効果的です。ノートを用意して、1日30分、記事をそのまま書き写しましょう。



「家で介護してほしい」 家族への伝え方は？

Q 自分自身が、最後まで自宅に居たいという確たる意思を持っている場合、家族にはどのように話をすべきだと思いますか？

A 本人が、家族に「介護しろ」というのは強制になるので、あまりお勧めできません。

Q では、どのような方法が望ましいのでしょうか。

A 胆石であれ、骨折であれ入院する時がありますよね。そこから退院する時に、皆で話し合うのが理想です。主治医や看護師、担当のケアマネジャーがいる場で、本人と家族を交え、家でどういう介護をしていくのかを話し合えるのが理想です。

Q どの病院でも、退院する時はそのような場を設けてくれるのですか？

A 医療の現場もこの10年で大分変わりました。以前、私が外科医を務めていた時分もそうでしたが、本人に術後経過を話したら、それきり。その後の事は、本人が来院する以外に知ることができませんでした。しかし、さまざまなメディアがやっと「高齢化社会」の問題を提起するなどして、今、やっと退院する時に皆で話し合いをする病院が増えてきました。それでも、全部が全部とまではいきません。

Q では、そのような話し合いがなされないで退院した高齢者は、どのようにして、今後のことを家族と話し合うのでしょうか。

A 往診を主としている私のような医師が、家に行って初めて息

子さんや娘さんたちに話をするという事はまだまだたくさんあります。

Q 自宅での介護が必要な事実を、家族に伝える時はどのように？

A シンプルです。「介護できますか？」「できませんか？」の選択肢しかありませんから。家族の方にぜひ理解していただきたいのは、「介護力」というのは、誰も初めから持っていません。ゼロなんです。皆、おむつの替え方も知らないものなんです。

Q それぞれ、状況も違いますよね。

A 介護者が1人の場合と3人の場合でも違います。介護者の年齢でも異なります。100人いたら、100通りの介護があるんです。介護にマニュアルはありません。

Q 正直なところ、「介護」と聞くと、非常に大変そうな響きがあります。

A 介護する側が、自分をどう変えられるかが、重要なスタートになります。

今日からできる認知症予防③

ココアを1日1杯飲もう

ココアには、ポリフェノールがたくさん含まれています。認知症の原因となる一つが、脳細胞を減少させる「活性酸素」。ポリフェノールには活性酸素を抑える「抗酸化作用」があります。ただし、飲み過ぎには注意！



15 遠くに住み、親の介護できない

Q 木田先生が、在宅医療を希望する高齢者の家族に、本人の意思を伝えた時、家族の反応はどうか？

A それはもうさまざまです。好きで介護をするのか、嫌いだけどやっていくのか。最初から一切逃げる人もいます。

Q 本人が在宅を希望しているのなら、先生が家族を説得したりすることも？

A それはないです。

Q それはなぜでしょう。

A 私が家族に「介護力を持ちましょう」とは言いません。実際に、初めは「分かりました。家で見ます」と言っていた人が、実際に始めたら、途中で投げ出すことがあることも知っているのです。

Q これまでに500人を看取った経験なのですね。

A 僕は医師ですから、往診に行ったらまず患者さんを見ます。でも、看護師である妻は、一番最初に家族を見るんだそうです。

Q なるほど。

A 彼女は、家族の所作で「この人は介護ができる」、もしくは「口では介護すると言っている、多分無理だろう」ということが分かるんだとか。

Q どういう所を見ているのでしょうか？

A ほんの一例だと、部屋が整とんされているか、必要な物をすぐにしまわれている場所から取り出せるか、ハッキリ物を言える

タイプかなど。

Q 口で「介護します」と言っても、言葉と実行することはまた別の問題なんですね。物理的に介護できない人の中には、子どもが県外などに居て「親の世話をしたくても介護できない」場合もたくさんあると思います。

A 今の時代、そのようなケースはよくあります。でも、家族は「家族」っていうだけでいいのだと思います。手が足りない所に医師が行き、看護師が行き、ヘルパーなどが行く。それが介護なんです。

Q 遠く離れていて、親の介護ができないことを引け目に感じるとよく耳にします。

A 遠くにいればいるほど、家族は心を痛めるのかもしれませんがね。だからと言って、引け目に感じる必要は、全くありません。

Q 心強い言葉ですね。

A 妻は、遠くに暮らす患者さんの家族に「私らが子どもになるから、心配しないで」と声を掛けています。そして、常に、状態を家族に伝える。すると途端に、家族が、親であったり兄弟の顔を見に来るようになるんですよ。

16 家族が行える医療行為は多い

Q 在宅医療、在宅介護をしている家族が、一番不安に思っていることは何ですか。

A 容態が急変した時に、自分が対応できるか、と心配になるみたいです。

Q 夜中だと、特に心配ですね。

A 急に高い熱を出し、けいれんを起こしたりすると、家族はビックリして慌てます。吐いたり、尿や便に血が混じっていたりしてもギョッとするみたいです。

Q そのような時、先生に電話があることは？

A あります。そして夜の11時であっても伺います。そうすると、家族は「いざとなれば、何時でも先生が来てくれるんだ」ということが分かり、安心します。

Q その安心感があるのとないのとでは、全然違いますよね。

A 介護のやり方をある程度経験したら、さらに次のステップをどんどん教えていきます。

Q 例えば、どのようなことでしょうか？

A 点滴の針を抜くことなどです。

Q 点滴の針は看護師などの資格がない家族が行ってもいいのですか？

A ヘルパーなどでは無理ですが、家族は針を抜くことはできますよ。法律で、医師や看護師、家族ができると明記されています。

家族が行える医療行為は、結構多いんです。痰^{たん}を吸引器で取ることも、家族ができます。

Q 一見、怖そうですが。

A 目の前で、痰で喉がゴロゴロしているのを放っておくのも辛いものです。痰が詰まって窒息する可能性もあるし、肺炎を起こし命を縮める可能性だってあります。

Q 指導を受けたら、できるようになるものなのですか。

A もちろん。皆さん、最初は恐る恐るですが、一生懸命やられます。男の人は、怖がる傾向にあるかもしれません(笑)

Q そういうものなんですね、驚きました。オムツを替えて、点滴の針を抜き、痰も取ることができる。立派な在宅医療ですね。

A 私たちは、そうやっていろいろなことができるようになっていった家族に「クリニックゆめの看護師証を差し上げましょう。こんなにできるようになってすごいですね」と声を掛けたりします。

Q そういう言葉を掛けられると、介護者は励みになりますね。

男性は介護に参加 しづらいものですか？

Q 前回は、家族が痰を吸引したり、点滴の針を抜くことができるというお話を聞かせていただきました。男性は、怖がりなので点滴の針を抜くのも嫌がる人が多いとのことですが、全般的に男性はなかなか介護に参加しないものなののでしょうか。

A そんなことはないですよ。自分の奥さんが寝たきりになって、便秘になった。すると、自分の手を肛門に入れて、便を出してあげる男性だっています。

Q それを聞いて安心しました。

A 連れ合いだったら、毎晩同じ部屋で寝て、夜中でもオムツを替えてあげているという場合もあります。

Q 嫌々やるのではなく、自らやっているのでしょうか。

A 嫌だと思ってしまったらなかなかできませんよね。例えば、奥さまが脳出血で歩けないご夫婦がいます。ご主人が、自分が食べる肉じゃがなどを、ミキサーにかけて、奥さまに食べさせていました。すると、それまで一度も料理をしなかったご主人が、奥さまのために、青汁に蜂蜜を入れるなどの工夫をするようになったんです。

Q それは、食べやすくするためということですか。

A 便の通じを良くするために青汁を飲ませようと思ったんでしょう。でも、青汁そのままだとおいしくないから、蜂蜜を入れ、自分で味見をしながら、いかにおいしく食べさせようか考えてい

たんです。それを見た娘さんが「お父さん。何それ」と聞いたところ、「いや、これ意外とおいしいんやよ」と答えたそうです。

Q その男性は、楽しみながら、奥さまの介護をしているような感じがします。

A そうなんです。私たちが往診に行っても、ご主人が非常に明るく、悲壮感などなく、楽しそうにして介護しています。

Q 確かに、マスコミなどでは、「介護=つらい」という内容を報じることが多いですね。介護を楽しく捉えたものは、ほとんど報じていないのが現状ではないでしょうか。

A 我々現場も、マスコミは、楽しい介護という切り口があってもいいと考えています。家族を介護するということは、小学校や中学校では教えてくれません。

Q 確かに、そうですね。これだけ高齢化社会なのに、介護をテーマにした授業などは聞いたことがないです。

今日からできる認知症予防④

料理をしよう

料理は、鍋で煮ている間に野菜を切るなど、いくつかの動作をします。手先も使います。このようなことが脳を刺激するんです。料理をしたことのない男性は、味噌汁から始めてみましょう。



不安を抱えたままの在宅医療は 真の在宅医療ではない

Q 「老老介護」が問題になっていますが、現場に携わっている先生はどのように感じますか？

A 私たちが開業した10年前は、老老介護といっても、近くに子どもが住んでいるケースがほとんどでした。ですが、今は、夫婦二人っきりという老老介護が、非常に増えています。

Q そのような夫婦が抱えている問題は、どんなことが多いですか？

A 子どもがいなくて、兄弟や親戚とも疎遠。連れ合いが亡くなって自分一人になった場合、一人でも自宅で終末期を迎えられるというのは理解できるけれど「死んだ後の財産はどうするの？」「墓はどうするのだろうか？」という切実な不安ですね。このような相談をされるが増えてきて、在宅医療とはどんな医療なのかという基本を、もう一度皆さんに知ってもらいたいという思いが強くなりました。

Q 基本といいますと？

A 死んだ後のことを、誰に相談すればいいのか分からない、という方が多い。自治会に相談に行った人もいます。私たちは、そういった不安を取り除いてあげるのも、在宅医療の一つだと考えています。

Q 医師や看護師がそれを行うのですか？ 医療から、少し離れていると思うのですが。

A 生活の空間に医療を持っていくのが、在宅医療です。その土台となる生活の環境がしっかりしていないと、医療を持ってきても意味がない。

Q 不安を抱いたままの生活で在宅医療を行っても、真の意味での在宅医療にならないということですか？

A そうです。不安を抱えたまま、相手を介護していたとしたら、その人は壊れてしまいます。

Q 実際に先生は、そのような場合にどんなことをされるのでしょうか。

A 例えば、往診に行った時に「おじいちゃんが亡くなったら、おばあちゃんのことを相談できる人いる？」と、声を掛けます。すると、「実は…」と言って悩みを吐き出してくれます。この時、自身の死後のことを不安に思っていたら、我々はその窓口となり、適切な機関を紹介していきます。そして旦那さんを、我々が看取ったら、それで終わりにせず、必要な時は介護サービスを介在させるように連携を取ります。

Q 残された方を、孤独にさせない手だてを取るのですね。



19 かかりつけ医がいて夜中に発熱した

Q 前回、在宅医療の基本に立ち返った話をお聞きしました。

A さらに、皆さんに今一度、理解していただきたいのは、在宅医療は家で終末期を迎えるためだけのものではないということです。

Q そのようなイメージを持っていました。

A 例えば老夫婦が、かかりつけ医の所にタクシーで通っていたとします。でも、風邪をひいて外に出られない時、また、深夜に熱が出た時にどうすればいいのか分からないという声をよく聞きます。

Q かかりつけ医が皆、往診をしているわけではないのが現実ですよね。さらに、一人のかかりつけ医にずっと診てもらっているからという理由で、翌日の開院時間まで我慢している人も多いのかもしれない。

A 我々は、かかりつけ医がいても「困った時は119番するつもりで電話してきていいんだよ」と話しています。急な容態の変化に対応した後、こちらできちんとその人のかかりつけ医に連絡を取りますので。

Q それが、在宅医療の基本なんですね。

A そうです。特に、松阪という土地柄は、非常に医療体制が進んでいます。

Q どういう点が進んでいるのでしょうか。

A 松阪には3つの救急医療病院があって、輪番で救急車を受け入れます。これは非常にまれなことです。例えば、四日市ではそのような体制はできていないんです。

Q そうなんですか。

A さらに、松阪には緩和ケアもいくつもあります。四日市には菰野に一つあるだけなので、ガンの末期患者などは家に戻るしか選択肢がないんです。終末期を看取る専門の在宅医療の医師もいるほどです。「終末期になったら、うちに来て」というように。

Q 地域によって、全然違うのですね。松阪市民は、恵まれた環境にあるのですね。

A 資源だって松阪はたくさんあります。

Q 確かに、新しいデイサービスや老人福祉施設がどんどんできて、以前に増して、介護関係車両が走っているのを見るようになりました。

A 医療の体制はしっかりして資源もたくさんあるけれど、医療に介護をプラスした環境という意味ではまだまだです。さらに今後は、まだ要介護ではないけれど、その予備軍の人を、どうフォローしていくのが重要な課題になっています。

一人暮らしで 近所付き合いあまりない

Q 今後、要介護者予備軍をどうフォローしていくかが課題だとお聞きしました。

A はい。高齢者は非常に元気な人と、そうでない人との差が大きいのが現状です。

Q 日中の喫茶店に行くと、多くの高齢者が来ていることに驚きます。

A そのような元気な方は安心なんです。「施設に入るのに15万かかる」「年金でまかなえるか」というような情報交換を、既に行っているわけですから。

Q 外出しないで、家に閉じこもっている高齢者が心配なんですね。

A 人付き合いが苦手な方はたくさんいます。そういう人をどう発掘していくかが大切なのです。

Q どう発掘していけばよいのでしょうか。

A これからは、地域でそのような方を支えていくことが必要になってきます。例えば、ある高齢の男性が、溝に落ちて血だらけの状態でしたそうです。すると、たまたま向かいに住んでいる方が助け、私どもに連絡をくれました。この場合は極端な例ですが、「向かいのおじいさんは、一人暮らしだけど大丈夫かな」と少しでも気に掛けていくことが支えになります。

Q 地域の介護力ですね。

A まさに、松阪は今、それをやろうとしています。そして、全国的にもその方針は出てくるでしょう。

Q 高齢で一人暮らしをしている方も、近所付き合いを積極的にできたら理想ですよね。

A ずっと会社勤めをされていたような男性などは、年を取ったから「さあ地域の人と仲良くしよう」とは、なかなか思えません。そして、一人暮らしをされている高齢者は、どこか遠慮しているんです。「年寄り一人で住んで」と、近所から嫌われているのではないか、変に心配をさせて居づらくなるのが嫌だ、と思われています。

Q そんなものなのですか。切ないですね。

A 家の前に介護の車がとまっていると、「ああ、あそこは家で死ぬのかな」と、ご近所の方は思うわけです。

Q 高齢者が一人で暮らし、時には介護サービスを使うことを、当たり前を感じる世の中になってほしいです。もしかしたら、自分が、そうなるかもしれないわけですから。

A 私どもは、地域がもう一度、昔のように「お節介焼き」になってくれればいいと感じています。

Q 今、松阪だけでなく全国的に在宅医療に注目が集まっているので、在宅医療に重点を置く医師が増えてほしいです。

A 医師だけでなく、看護師の力も大きいです。例えば、病院のベッドの上で、何本も管につながれた状態で死を迎える患者さんに慣れている看護師はたくさんいます。でも、老衰で死を迎えることに慣れていない看護師は、実はたくさんいるんです。

Q 同じ「死」でも違うものなのですか。老衰による死の場合、看護師はどう感じるのでしょうか。

A 怖いんでしょうね、きっと。患者さんが、食べ物を食べられなくなったら、もちろん点滴を試します。それでもダメな場合は、もう点滴はしません。すると、介護者以外の家族からは「このまま放っておくのか」と言われます。

Q 先生は、どう対応されますか。

A 「もう一回、点滴してみようか」と言って、点滴をします。体がむくんでくる、おしっこも出ない。改善が見られない。これが老衰なんだということを納得してもらうようにしています。

Q そういう状態に、皆さんが慣れていないんですね。

A そういうことです。よく、関係者からは、医師が動いて、後は看護師にさせればいいのか、と言われることがあります。私が診察をして、点滴が必要ならば、後から看護師を来させて処置させればいいと。

Q 確かに、その方が効率的なような気がします。

A 私の性分が許さないのでしょうか。頭は先から、足の爪まで見ます。爪が伸びていたら、私が爪を切ります。オムツを自分で開いて、尿を見ます。便が出ていなかったら、かん腸をして便を出します。皮膚があかで汚れていたら洗い、髪の毛が伸びていたら切って洗います。

Q 医師である木田先生が、そこまでされるのですか。

A 前にも言いましたが、本来の医療は心をケアしてこそその医療だと思っています。私がエプロンをして風呂に入れるのは、在宅医療だからできること。医療の基本は心を支えることなので、全く苦になりません。

Q 最初から、そのスタイルなのですか。

A いえいえ、私自身も、最初からオムツを上手に替えられたわけではないです。私の妻が看護師なので、一から教えてもらいました。

今日からできる認知症予防⑤

納豆を食べる

血流が悪くなると、脳に血液がスムーズに流れなくなり、納豆は、血液をサラサラにし、脳の神経細胞の傷みを修復する力があります。夕飯に食べると、脳が活動を休む睡眠中に力が働き、効果大！



22 末期ガンの家族を家でみるのは怖い

Q 現状では、ガンの末期患者も、病院から退院しなければなりません。皆さんどうされているのでしょうか。

A 地域によっても変わってくるのですが、松阪でいえば市民病院や済生会松阪総合病院、松阪厚生病院に緩和ケアがあります。緩和ケアで最期を迎えるのか、家で迎えるのか、の選択になります。

Q きっと、どちらにもメリットがあるんでしょうね。

A もちろん、家族に迷惑を掛けたくないからという理由で、緩和ケアを選択する人もいます。ただ、病院側が退院する時のカンファレンスで、きちんと「在宅医療」の選択肢があることを、患者や家族に説明することは、これから重要だと思います。

Q 末期ガンの家族を家で見ると、痛みの対処法や専門的なことが求められるような気がしてしまうのですが。

A 結局、手の施しようがない状況なので、病室のベッドで寝ているのと、家で寝ているのと何も変わりません。やることも同じです。実情を言ってしまうえば、家に居る方が、痛みを減らせるのですよ。

Q それはどういう意味ですか。

A 病院勤務をしていたころ、末期ガンの患者が痛がるので、ものすごい量の麻薬を使ったことがあります。それでも、痛みは治まらない。不思議に思い、麻酔科の医師に相談すると「麻薬を減ら

してみたら」とアドバイスされ、減らしました。すると、「痛い」と言わなくなった事例があります。麻薬を使い過ぎると、精神状態がおかしくなってしまう、意味不明な言葉を使うようになって「痛い」と騒いでしまったんです。

Q その「痛い」の捉え方を、気を付けなくてはいけないのですね。

A 結局、「痛い」というのは、病気による痛みではなく、心の痛みからくる発言の方が多いんです。結局、死に対する不安や切なさから「痛い」という言葉を発してしまう。

Q なるほど。家に居たら安心するので、「痛い」と訴えることが少ないのですね。

A 人間は、気持ちが落ち着くと、痛みを軽減できる生き物です。ですが、骨に転移していたり、すいぞうガンで背骨付近に転移していたりすると、神経がガンに冒され壮絶な痛みを伴います。そのため「痛い」という時は痛み止めで麻薬を使います。そのような場合でも、在宅で十分にやっつけていけるのです。病院でも家でもやることは同じです。

Q 前回、ガンの末期患者であっても、家でみることができ、心の痛みを和らげることができるとお聞きしました。実際に、在宅を選択する人は多いのでしょうか。

A 徐々にですが、増えてきています。ただ、日本には死を忌み嫌う風習がまだまだあります。例えば、病室に4号室がなかったり。だから、人が家で死ぬのを避けようとする人が多いです。

Q そのような考え方は日本だけなのですか。

A そうです。日本人独特の考え方で、外国にはありません。そして、ガンの末期患者を家でみていると「放っておいている」と考える人が、まだまだいます。患者さんが痛がって、私が往診に行っていると、一緒に暮らしていない親族が飛んで来て「早く、医者と呼ばんか」と怒鳴り、「医者はこちらにいます」といった笑い話もしばしば。

Q 自宅で人が死ぬことが当たり前の中になっていくことが必要なんですね。

A 孫やひ孫が、そういった姿を目の当たりにすることも大切です。何か心に残るはず。中学生だったら「自分の母親が、おじいちゃんをみていた」と、確実に記憶に残る。その子が大きくなった時、当たり前「自分の親を家でみよう」と思うかもしれない。もちろん、反対の場合もあるでしょう。でも、その光景を子どもに見せることが重要です。

Q 学校では習わないことですね。「死」というものを身近に感じることで、命を粗末にしないことも学べると思います。在宅ということは、余命宣告を受けているわけですよね？

A 今はインフォームドコンセントがうるさく言われる時代なので、病院ではズバッと言われます。「ガンです」と。

Q まず家族に話して、本人に告知するしないを決めるのではありませんか？

A 個々の考え方や倫理観にもよりますが、抗がん剤治療は本人の同意が必要ですし、さまざまな治療も本人の同意が必要なケースがあり、告知については、まだまだ定まったルールはありません。本人や家族が、頑張っ頑張っいよいよという時に、一番安らぐ自宅での最期を望まれる人が多いです。

Q 本人、家族ともに覚悟を決めるんですね。

A 覚悟を決めると、ある意味開き直ることができます。「この先生に任せて、俺は死ぬ」。そのように心を決めた人は、痛みを訴えることが非常に少ないです。

24 末期ガン、死と隣り合わせの毎日

Q 3回にわたって、末期ガンの患者の在宅医療についてお聞きしてきました。実際に先生が往診されていて、どのようなことが印象に残っていますか。

A 自分で死期が迫っていることを感じ取ると、死ぬまでにやらなきゃいけないこと、後始末を考える人が多いです。

Q 財産のことなど？

A もちろん、そういう方もいらっしゃいます。しかし、ある男性は末期ガンで、まだ小さいお子さんがいらっしゃいました。「今ならまだ体が動くから、家族と一緒に鳥羽へ行きたい。先生、どうやるか」と言われました。実際、もう黄疸おうだんが出ていました。私は「今は大丈夫。明日は分からないよ」と答え、その家族は鳥羽へ行きました。それから1週間で亡くなったケースがあります。

Q 非常につらいことですが、死期を受け入れているからこそ、最後に自分がやりたいことをできるわけですね。

A 患者さんの心のあり方、家族の心のあり方が大切になってきます。

Q そうなると、痛み止めの麻薬は使わない方がよいのでしょうか。麻薬を使わなければ、最後まで意識がハッキリするので。

A ケースバイケースです。痛みの度合いによりますし。昔は、痛み止めは注射を使っていましたが、今は貼り薬があります。これは画期的なもので、貼り薬で痛みをコントロールするわけです。

高齢者の場合ですと、痛みを取って、とにかく穏やかに日々を過ごさせてあげることの方が多いです。

前にも言いましたが、自宅で最期を迎えようとしている末期ガンの患者さんは、痛みを訴えない人がたくさんいます。

Q 末期ガンの場合は、本人、家族にとって常に「死」と隣り合わせの毎日。

A ガンの患者さんは、ある程度予後(残された時間)は予想できますが、やはり急変があります。

Q 末期ガンの患者のいる家族の方々にも、緩和ケアの選択肢でなく、自宅でみるのが可能だということをぜひ知ってほしいです。

A いくら新築の病棟であってきれいで清潔な病室でも、やっぱり家が一番落ち着くんですよ。寝たきりになって、天井を見て、その天井が汚くてもシミがあっても、どんな臭いがしても、本人にとってはそれが安心するんです。



入院している家族を家に連れて帰りたい

Q 今回は、実際に在宅医療をされていたご家族からの質問を紹介します。

「86歳の父親を自宅でみていたが、肺炎になり病院に入院。退院する日になると熱が出たりで、結局退院するタイミングを逃し、病院で亡くなりました。最後は、自宅でみとってあげたかったです」というご意見なのですが。

A 病院が、24時間バックアップして在宅医療を専門に行っている私らのことを知ってくれているか、いないかにもよるかもしれません。患者さんの家族が「家に帰したい」と言った時、「じゃあ、木田のところに頼むようにするか」という話になったらスムーズなのですが。もしくは、ご家族が私らに相談してくれれば、対応できます。必ず対応するようにしていますので。

Q 病院が退院後にフォローしてくれる医師がいると分かったら、退院させてもらえるんですね。

A そうです。

Q 担当の先生に、言いづらい現状もあります。

A そのような場合は、私どもに連絡をくださったら、私たちから病院に連絡を入れて自宅に連れて帰れるようにします。

Q 熱が下がっていなかったら？

A 熱が下がるのを待っていたら、きりが無い。その時点で座薬を入れて熱を下げ、車で連れて帰ります。肺炎を再発しても、自宅

で点滴をして私が抗生剤を入れる。これは病院でする処置と同じです。

Q それで、いいんですね。

A 先日も100歳のおばあちゃんが、芋を食べて窒息みたいになって病院に運ばれました。飲み込みが悪く、点滴で栄養を取るために入院することになりました。病院からは「家に帰ったら死ぬだけだよ」と言われたようですが、家族から「家に連れて帰って、ちょっとでも口に何かを入れてあげて、満足させてあげたい」と相談を受けました。

Q どう、対応されたのですか。

A 「じゃあ、帰りましょう」と言って、自宅に連れて帰り、在宅で私がみています。

Q 入退院を繰り返すと、患者本人の負担になり、家族が疲弊していきますよね。

A 誤嚥性肺炎も繰り返す。その度に病院へ運ばれ、熱が下がると退院する。その繰り返し。肺炎になっても、家族が「先生、もうええよ」と言ったならば、そのまま肺炎の治療をせず、ゆっくりと天寿を全うして老衰で亡くなるケースもあります。

呼吸が止まった時を考えると不安になる

Q 「在宅で家族を看取りたいのだが、呼吸が止まった時のことを想像すると怖い」という質問をいただいています。

A 何も怖がることはありません。呼吸が止まったら、在宅で往診してくれている医師に電話を入れればいいんです。

Q 電話がつながらないということはないですか。

A ここからは、私の話をさせていただきますが。私は、患者さんの番号は全て携帯電話に登録してあります。クリニックがやっていない時も、携帯電話に転送されます。訪問診療していて登録されている患者さんからの場合、往診中であっても電話には出ます。

Q 深夜に電話することをためらう家族もいると思うのですが。

A 夜中の2時、3時でも電話には出ますよ。私は外科の病院勤務の出身なので、そのような緊急な呼び出しには慣れていますしね。夜中に「今から腹膜炎の手術だ」と言われれば、何時であろうと行って手術してきましたから。

Q 木田先生は、熟睡していても、電話が鳴ったらすぐに起きて対応できるのですか。

A 職業病ですね。中には、夜中に私を呼んだら悪いと思って、実際に呼吸が止まってから朝まで置いておかれる方もいました。でも、これはケース・バイ・ケースで、置いておいてはいけない場合もあるので、遠慮せずに必ず電話をしてきてほしいです。

Q ^{こんすい} 昏睡状態の家族に、話し掛けたら、その時だけ反応したので「声が聞こえているのかもしれない」という人もいました。

A 医師は科学者なので、非科学的ことを言ってはいけませんが。意識がなくても魂の会話ができるのだと思います。特に、孫の声に反応するという事はよくあります。

Q そうなんですか！

A 本人に聞こえているというのは、在宅医療を始めてから感じるようになりました。なので、意識が無くても手を握って、足をさすってあげて、というのを必ず家族に言うようにしています。そうすると、亡くなった方は非常に穏やかな顔になるんです。

Q 顔が変わるんですか。

A 死後、我々が服を着替えさせていると、どんどん顔が変わっていくんです。それを家族皆でやっていたらなおさら、表情は変わります。

今日からできる認知症予防⑥

オシャレをする

オシャレを楽しむ人は、外出することをためらわないので、人と会う機会も多く、脳に刺激を与えます。「どんな服を着ようか」と考えることは、思考力を鍛えることになります。誰かと会う予定のない日でも、洋服やアクセサリーに気を遣う習慣を。



27 訪問診療と訪問回数

Q 今回は「今、往診に来てくれている医師がいます。夜間だけ木田先生に往診をお願いすることはできますか。そして在宅医療の場合、どれくらいの頻度で来てくれますか」という質問のほがきが届いています。

A 困った時に来てくれる医師がいるのであれば、その医師に任せするのが原則です。ですが、今後、在宅医療を考え、継続的に訪問診療を受けたい場合などは、一度、外来へ相談に来ていただければ対応させてもらいます。

Q そのような電話もかかってくるんですか？

A はい。かかりつけの医師がいるけど、夜にたまたまそのかかりつけ医と連絡が取れなかったようで。その場合は、「歩けるのであれば、休日夜間診療所に行ってみてください」とお答えします。本来、かかりつけ医のところに行くのが原則なので。

Q 自分の足で歩いて、元気な高齢者の往診も可能ですか。

A 自分で立って歩いて病院に通える人は、基本的に診ておらず、動けない人が主です。ですが、家の中でトイレまで歩いて行くことはできるけど、病院まで行けないというような場合は、往診で診ています。

Q 木田先生にお願いした場合、自宅を訪問する頻度はどれぐらいなんですか。

A その患者さんの状態によります。

Q 例えば、3、4カ月行かないことはありますか？

A それはないです。少なくとも月に1回は、訪問します。病院を退院して在宅医療を始めたばかりの場合は、2、3日連続で行くことも。落ち着いてきたなと思ったら、次は週に1回、2週に1回というように徐々に間隔を延ばしていきます。

Q 家族も初めてのときは不安なので、最初は先生に来てほしいですね。

A 週に1回来なきゃいけない容態の人は、週に1回行きますしね。あくまでも、その患者さんと家族の様子を見て、訪問回数は決めています。

Q 反対に、頻度が増えていく場合もありますか？

A それまで月に1回訪問していた人が、容態が悪くなったり異変が起きたりしたら、「また来週来るね」というようになります。それでも家族が不安な様子だったら「明日、もう一回来ようか？」と聞いたり。

28 在宅医療にかかる費用

Q 「在宅医療を希望した場合、やっぱりお金は相当かかるのでしょうか？ 大体1カ月にどれくらいかかりますか」という質問のハガキがきています。

A 今、医療保険は、70～74歳の方で2割負担、75歳以上の方で1割負担なので、ここでは75歳以上の方を例にお話します。ところで、「訪問診療」と「往診」の違いはわかりますか？

Q いえ、実は分かっていないです。

A 「訪問診療」は、毎週月曜日、または毎月第3月曜日の何時からというように日時を決めて行くもの。これに対し「往診」は、急に具合が悪くなったり、熱が出たりといった突発的な病状の変化に対して、連絡をもらい自宅へ訪問することです。

Q 訪問診療と往診では費用が異なるのですね。

A 医療保険の種類や所得、各種公費負担制度によって、負担割合は異なります。

1割負担の例を挙げると、訪問診療は1日830円、往診は1回720円。当クリニックのように、24時間体制で診療を行う一般的な在宅支援診療所において、1カ月に2回の訪問診療を行った場合、「在宅時医学総管理料」4,200円が加算され、6,000円程度になります。

Q 想像していたより、格段安いのですね。夜間の場合の料金は加算されますか？

A 午後7～10時は夜間料金になり2,020円、午後10時～朝は深夜料金で3,020円です。当クリニックでは交通費であるガソリン代は請求しませんが、本来は交通費を請求してもよいことになっています。

Q ですが、いろいろ加算されていって、合計で結構なお金になるのではないですか？

A それが、国の決まりで1カ月に支払う上限が決まっています。高額療養費制度によって、自己負担限度額が設定されているんです。70歳以上の方は、1万2,000円(低所得者の場合8,000円)、3割負担の場合、4万4,400円となります。

Q そうなんですか？ それは、安心して在宅医療が受けられませぬ。

A さらに、薬や一部の検査、注射、胃ろう、酸素の人工呼吸器などの特別な治療を行うと、負担は増えますが、自己負担限度額に含まれます。

Q 今、盛んに「残薬問題」が、マスコミに取りあげられています。「薬の種類が多くなり、整理が付かなくなって飲まなくなった」、「体調が悪くないため、自分で調整してしまって飲まない」、または飲み忘れなどで、高齢者の自宅に大量の薬が眠っている問題。在宅医療の現場に行かれている木田先生が、そのような光景を目の当たりにしたことはありますか。

A はい、あります。往診で初めて伺った患者さんが、ベッドの下にいっぱい薬を隠していました。「うちで薬は飲まないの？」と聞くと、「飲まない」。さらに「じゃあ何でもらってくるの？」と質問すると、「先生が出してくれるので、薬はもらう。でも、私は薬は飲みたくないのだから飲まない」。他にも、「薬を断って、先生が機嫌を悪くするといけないので、一応もらってくる」と言っていた人もいます。

Q 何となく理解できるような気がします。薬を飲まないことで病状が悪化して、さらにもらう薬が増えると聞きました。

A 医療費の無駄遣いの一つです。

Q 残薬の値段は、高齢者宅だけで全国で年400億を超えるそうです。

A 医師は処方箋を出して服薬指導をしますが、実際の生活の中でどのように服薬できているかの確認は、本人の話聞くしかないのが現状です。在宅医療で服薬がおかしいな、と思ったら、

医師である私が服薬指導に印鑑を押すと、薬剤師が動きます。今は、薬剤を配達する薬局も増えてきましたし、薬剤師が自宅まで行って服薬指導をします。

Q 他には、どのようなことを薬剤師がしてくれるのでしょうか。

A 重複投薬チェックや相互作用チェックなどです。薬局から患者さんの情報を提供してもらう連携は取っているのですが、薬のことは何でも安心して薬剤師に相談してもらったらよいと思います。

Q 服薬指導がもっと増えるといいですね。

A そうなのですが、反対に家族が服薬に対して全くノータッチになってしまうのも困ります。薬がどこに置いてあって、何の薬を飲んでいるのかは、知っていてほしいです。

Q 服薬指導をしてもらった場合でも、任せきりにするのはなく、ある程度把握をしておくことは大切ということですね。

今日からできる認知症予防⑦

朝に絵日記を書こう

いつもの起床時間より5分早く起きて、昨日のことを思い出し、絵日記を書きましょう。特に変わった事柄がなかったら、食事のメニューを書くだけでもいいです。「思い出す力」を訓練することができます。



自宅で看取った後 心にぽっかりと穴開く

Q 自宅で家族を看取った方から、質問のハガキが届いています。「看取った後、看病していた時間がぽっかり空いてしまいました。看病した者ほど寂しさがあると思います。家族を看取った人は、どう感じていらっしゃいますか」

A 私が「在宅医療クリニックゆめ」を開院した年、ガンで自宅で亡くなった人がいました。そして、旦那さんを介護し看取った奥さんが、鬱になってしまったんです。

Q 喪失感は計り知れないですね。

A 寝室には二つのベッドが置いてあって、そのベッドで亡くなったわけですから。いつも居た人がそこに居ないというのは、非常につらいことだと思います。

Q 病院で看取るのと、家で看取るのと大きく異なる点といえますか？

A そうですね。病院で看取る場合は、「病院に行ったら会えそうな気がする」と思いますが、自宅の場合は居ない現実を常に実感してしまいますから。

Q 先生は、そのような方をどう励ましますか？

A それは、百人百様です。僕らの顔を見ると、亡くなったことを思い出して余計につらくなる家族もいます。声を掛けない方が、相手のためになる場合も。

Q 自宅で看取った後に心の病気になったら、どうすればよいの

でしょうか。

A こうしたら治る、というものではありません。「時間」という処方せんが必要なのだと思います。冒頭の奥さんですが、3年たって偶然町で会った時「外に出られるようになったんです」と言っていました。さらにその2年後、彼女から「先生、もう大丈夫です」という絵手紙が送られてきて、心の底からホッとしました。

Q その方に関しては、5年もかかったんですね…。

A 看護師は、いつも家族に言っています。

「悲しいのは、逝った人も同じだよ。こっちにいる者がいつまでも落ち込んでメソメソしていたら、逝った人は心配であちらに行けない。だから、たくさん泣いて心を洗い流して、笑って、時には悪口も言って、とにかく人と話そう。安心して逝かせてあげよう」

「それでもつらくなったら、いつでも診療の時間を気にせず、夜中でも気にせず電話をかけてきていいんだよ」。

在宅医療に向かない家族 どんな人？

Q 読者からの、今月の質問です。「在宅医療は、向き不向きがあると思います。先生が行かれた中で、在宅医療に向かないと思われた家族は、どんな人ですか？ さらに先生から見て、家族の行動が文句なしの百点満点というのはどのような人ですか？」

A 大事な家族を介護するのに向き不向きはありません。どんな事情があるにせよ、家族が病んでそれを介護していくのに、良い悪いはありません。

Q 世話する家族も、腰が痛かったり、必ずしも健康とは限りませんよね。

A 不向きというより、在宅医療をしていく中で、この人は家で介護することで疲れ切って、この人が倒れてしまうと心配になるという時があります。自分の体調や持病を持ったまま、具合が悪いのを隠して介護する人もいますし。

在宅で介護していくには、誰しも相当な覚悟が必要です。対外的には「家でみます」と言いながら、病院で看護師が全部やることを、往診に来た医師や看護師が全部やってくれると思っている人もいます。在宅医療の場合は「家族だけでやっていこう」という思いがあるかどうかです。

Q 心身ともに疲れ切ってしまい、悩んでいる方は多いと思います。

A 今の社会では、家族だけで頑張らなくても、医療や介護サービ

スを利用すればいいと思います。だから、一人暮らしでも自宅で最期を迎えることができます。

Q 介護する人が体調が悪そうだったり、疲れ切っていたら、介護される方もつらくなると想像できます。

A 病んだ人が望んでいることは、家族が元気であることです。家族の笑顔です。家族が不安でいると、「ミラーイメージ」で患者さんが不安になります。これでは穏やかな最期が迎えられません。介護を自分一人で抱え込んでしまう人は、在宅医療が難しくなります。

Q 満点の介護についてはどうですか。

A 家族や本人が、「ああ、良かったな～」と思った時が、百点満点だと思います。これは、亡くなってから月日がたってからでもいいのです。皆さん、「あの時ああすれば良かった」と悔いておられることがありますが、私たちからみると介護していたその時には、十分良い介護ができていました。

認知症の診断を受けさせたい どうやって声掛けを？

Q 今月の読者からの質問です。「最近、おばあちゃんの物忘れがひどく、認知症ではないかと心配です。病院に連れて行こうとすると、本人は『認知症じゃない』と怒り出します。どのようにして病院に連れて行けばよいのでしょうか」

A 非常に難しいテーマですね。確かに、認知症は薬を飲むと、進行を遅らせてくれると思います。そのためには、早めに神経内科で受診するということが大切です。

Q でしたら、家族はなおさら病院に連れて行きたいですね。まず初めに、何て声を掛けたいでしょう。

A 一応、最初は素直に本当のことを言っていいでしょう。「最近物忘れひどくなっているから、このままだともっとしんどくなるだろうから、ちょっと先生のところに行ってみようか」といった具合に。

Q なるほど。その言葉掛けで、嫌がられた場合はどうするのですか。

A 何か口実を付けて、連れ出してあげてください。「たまにはご飯食べに行こうか」と。そうして、ご飯を食べている間でもいいですし、「皆が通る道なのだから、心配しなくていいよ」「私だっ
ていずれ、通る道だよ」「診察の間も、ずっとそばにいるから」と、相手に寄り添う言葉を探し、投げ掛けてみてください。

Q 実の子供だったら言いやすいかもしれませんが、義理の親子

だと、言いだしづらいかもしれません。

A 娘さんが一番良いのかもしれませんが、人によっては息子さんの方が言うことを聞きやすい場合も。母親にとって、息子の存在は違うことが多いみたいですしね。息子が「お母ちゃん、行こか」と言ったら、それまで嫌がっていたおばあちゃんがすんなり行ったという例もあります。ですが、このクリニックにも、お嫁さんがおばあちゃん、おじいちゃんを連れてくるケースがたくさんあります。患者さんにとって、誰が一番良いのかは、それぞれですね。

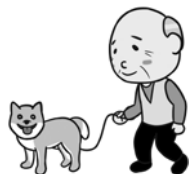
Q 家族が、認知症と診断されることを恐れ、病院に連れていくことを延ばし延ばしにしてしまうケースもあると思うのですが。

A 昔は人生50、60年と言われていました。感染症などがなくなり、医学の発達によって長生きするようになったので、認知症という病気が出てくるのは必然。誰もが、通る道なんですよ。

今日からできる認知症予防⑧

ペットを飼う

認知症の特徴として、感情が乏しくなることが挙げられます。ペットを飼うと、愛情が湧いてきて、一緒にいると心が穏やかになります。このことが、脳に刺激を与えます。面倒を見なくてはならないという責任感や義務感が生じ、生きる喜びにもつながります。



認知症の徘徊 命を落とす危険も

Q 「認知症になったら、どれくらい生きられるのですか？」という質問がきています。

A 認知症で死ぬことはありません。認知症になり、家に閉じこもってしまって鬱になったり、他の病気を発症して肺炎になる、飲み込みが悪くなって肺炎になるなどということがあります。

Q 認知症と老い、病気は別ということですね。

A そうです。

Q 認知症の男性が線路に入ってしまう、電車にはねられて、損害賠償を請求されている事件に注目が集まったこともありました。

A 徘徊して交通事故に遭い、命を落としてしまうケースはあります。認知症でどのような症状が出るかは、個人で差はありますが、徘徊は非常に難しいです。はねられた方も被害者ですが、はねた方もつらい思いをされますから。

Q 徘徊の症状が出たら、家族はどう対処すればよいのでしょうか。

A 私の往診している患者さんで、その患者さんの部屋のドアを外から施錠できるようにした家族がいました。決していじめているわけではないんです。鍵をする家族もつらい。ですが、知らない間に外に出て、事故に巻き込まれることを考えたらそうせざるを得ませんよね。

Q 家族はつらいですね。

A もっともつらいのは、暴言や手が出る、暴れるという症状かもしれない。あと、便を触った手で壁を触ると、家中が不潔になる。これは、どうすることもできないのですが、家族はさすがに疲弊してしまいました。

Q 本人も、そうなりたくてなっているわけではありませんし。

A 看護師がよく言うのは、認知症になった患者さんに、自分の物差しを当てはめちゃ駄目だということ。よく昼夜逆転してしまい、夜なのに「昼だ」と言い出すことがある。夜を夜と理解できるなら、認知症ではない。おじいちゃん、おばあちゃんが「昼だ」というなら、昼なんです。こちらが、相手の時間に合わせてあげなきゃいけないんです。

Q 家族にイライラするなというのは難しいです。

A なので、介護する人は、どこか外で憂さ晴らしをするしかない。一人で抱え込むと、つぶれてしまいますから。

訪問看護 どうすれば受けられる？

Q 今回の質問は、訪問看護はどうしたら受けられますか？ また、どんなサービスを受けられますか？ です。

A 看護師は、施設にいたり在宅の方々のところに伺い、看護サービスを行います。訪問看護は、必ず医師の指示書の元にスタートします。かかりつけ医、もしくは医師に「訪問看護を受けたい」と伝え、指示書を出してもらってください。

Q 医師に「そんな必要は無いですよ」と言われたら、どうすればいいですか？

A そうやって言われることがあるかもしれません。そのような場合でも、「ぜひ訪問看護を利用したい」と言えば、指示書を出してくれます。誰でもが利用できるサービスなので、遠慮なく堂々と行ってください。

Q 訪問看護サービスを受けられる基準などはあるのでしょうか？

A 基準はありません。そもそも訪問看護は、介護保険と医療保険と両方使えます。介護保険の場合は、介護度を認定されないと使えませんが、そのような場合は医療保険で使うことができます。医療保険には認定という概念はありませんから。なので、自分で歩いて診療所などに通っている人でも、医療的な行為を家でしてほしい場合は、訪問看護を頼むことができます。

Q 寝たきりなどでないと、訪問看護は受けられないのかと思っ

ていました。

A 例えば、人工肛門を付けていて、歩いて診療所に通っている人でも、訪問看護を頼めます。また、今は医学が進歩してきて、口から食べることができなくても、点滴で栄養をとれるようになりました。その点滴のさまざまなことを相談したくて訪問看護を頼みたい場合、介護保険では利用できませんが、医療保険では利用できます。

Q それほど、敷居が低いことを知りませんでした。

A さらに、60代になると初老期の鬱うつになる人が多いです。病院に行っても「どこも悪くない」と言われる。だけど、足が痛い、喉に何か引っ掛かる感じがする症状が出る。このような場合、介護サービスの認定は受けられないけれど、医療保険で訪問看護を頼んでください。自宅で、看護師と話をするだけで、だいぶ心が軽くなるはずです。看護師にも守秘義務があるので、気兼ねなく相談することができます。



Q 先月からの続きで「訪問看護」についてお聞きします。

今は、ヘルパーの方でも体温や血圧を測ってくれますが、「訪問看護の方は、どのようなサービスから頼んでよいのか」という質問です。

A 今は、介護と福祉、医療が同時に一人のケアをします。なので、利用者が、訪問看護と訪問介護の違いを、正しく理解していないことが多いです。反対に、看護師も「どこまでが自分の領域なのか」と考えてしまうのが現実のようです。質問にあるように、ヘルパーが、バイタルサインのチェックをする時代。血圧を測って脈をみて、酸素の濃度をみて、おしっこをみる。では、それ以上のことでないと、看護師に頼めないかということ、それは違います。

Q 利用者は、きっと看護師の人には遠慮してしまうのだと思います。

A 「看護」というのは、その人の気持ちを見て、その背景の家族をみてケアするというのが本来の看護なので、生活全般どんなことでも頼めます。おむつの変え方が分からないから、訪問看護を頼むことも可能なんですよ。

Q 例えば、バイタルサインや血圧などに関して、訪問看護でしてもらえるということですが、訪問看護と訪問介護では、訪問介護を頼んだ方が値段が安いという現実がありますが、どうお考えになりますか？

A 皆さん、お金だけで判断して、訪問介護を利用しがちになって
いますね。同じことを頼むなら介護士というような。ですが、ヘル
パーのみるバイタルと、看護師のみるバイタルは異なります。
看護師の場合は、その人の体全体を見てのバイタル。脈が速かつ
たら、何で速いのかを考えます。ヘルパーの場合は、数字を記録
するための脈測定です。

**Q 看護師の場合、さらにそれを医師に話し、相談するというこ
までしてくれるのでしょうか。**

A その通りです。看護師は、利用者と主治医とのパイプ役になる
という大きな役割があります。医師の手足となって、わずかなこ
とでも「気付き」があれば、医師に状態を伝え、ケアマネジャーに
話した方がよいことであれば、ケアマネジャーに話をします。

**Q お金だけで判断するのではなく、訪問看護サービスの内容も
正しく理解して、もっと気軽に頼むようになってほしいです。**

訪問看護は、今後 ますます増えていく

Q 2回にわたって、訪問看護について、話を聞いてきました。在宅医療が増えていくことが予測されるこれからの社会で、訪問看護の需要も高まると思うのですが。

A 訪問看護は、今から20年以上前にできた制度です。その当時、訪問介護のような介護サービスはありませんでした。医師が、往診の時に「部屋が荒れているな」「体が清潔じゃないな」と感じたら、看護師に「行ってもらえないか」と言い、看護師が訪問することが多かったんです。

Q ケアマネジャーという職種もなかったんですか？

A ケアマネジャーという職種が創設されたのは、2000（平成12）年の介護保険法の施行と同時期です。20年前は、家族の構成を聞いて、ベッドの手配をして、家族が疲れていたらショートステイやデイサービスのどこなら利用できるかといったコーディネートは、訪問に行った看護師がやっていました。

Q 今、ケアマネジャーが行っている仕事を、看護師が行っていたんですね。

A もちろん、訪問看護師の仕事をしながら、同時にです。

Q ものすごく負担が大きいというか、大変ですよね。

A 人が人として、元気に生きていくのを支える、人を支えるのが、本来の看護師の仕事です。当時は、当たり前に行っていました。

今は、介護サービス制度ができ、その部分はケアマネジャーが担当し、訪問ヘルパーもいます。介護と福祉、医療が同時に一人の人に対し、サービスをする時代です。全ての職種がうまく連携できているかを見るのが、看護師の仕事ではないかと考えています。

Q 看護師というのは、常にコーディネートする仕事なんですね。

A 先ほども言いましたが、看護師は人の心を支えるのが基本です。訪問看護の需要が増えれば、在宅医療が増えます。今から、月に1回、元気なうちに訪問看護を利用していくというのも一つの方法です。

Q 元気なうちにですか？

A 医療はいつでもいいんです。「何か、気分が優れない」という理由で、訪問看護を利用して、話し相手にしてもらってもいいと思います。普段の生活の中で、訪問看護師が身近な存在だったら、初老期のうつ病などにも早めに対応できますよね。



冊子「大切な人の最期を看取る ことについて」

Q 松阪市が、2016(平成28)年9月に「大切な人の最期を看取ることについて」という冊子を発行しました。

A これは、素晴らしい内容になっています。もともとは、在宅医療フォーラムが全国で開催されており、各県がやっていたのですが、三重県はまだでした。そこで、四日市市が主催して在宅医療フォーラムを行ったんです。

Q 木田先生は行かれたんですね。

A はい。その時、配られた冊子に感動しました。「四日市市安心の地域医療検討委員会」が作成した啓発冊子「旅立ちに向けて」です。あまりにも内容が良かったので、松阪市へ持って行って「これ、すごくいいよ。松阪市でも作ったら」と提案したら、本当に作ってくれました(笑)

Q 今回の松阪市の冊子は、四日市の啓発冊子を再構成したものです。私も読みましたが、簡潔で非常に分かりやすかったです。

A 人が亡くなるまでの変化。尿や便の量が少なくなったり、喉元でゴロゴロという音がしたり、手足が冷たくなり皮膚が紫色になってくるなどの変化を、一般の人に分かるように図を交え書かれています。

Q さらに良いのは、亡くなってからの役所への届け出や銀行などでの手続きも書かれていたことです。

A 一家に一冊、この冊子を保管しておいたら、非常に役立つと思

います。もちろん、私たちは、毎回、人が亡くなる時、体に起きる異変をご家族に説明しています。「おしっこが出なくなるよ」「こういう状態になったら、また呼んでね」など。でも、人間、忘れてしまうでしょ。伝言ゲームで違う内容が伝わるのと一緒に、内容も確かではない。

Q いざとなったら気が動転してしまいますし。

A そんな時にあれをしろ、これをしろと言われても、頭は真っ白だから、理解できない。一番良いのは、元気なうちから目を通して、何となく頭に入れておいて、いざとなった時にきちんと読み返す。

Q 表紙を含め16ページなので、場所も取りません。これはどこで入手できますか。

A 松阪市役所の高齢者支援課に行けば、無料でもらえますよ。



「大切な人の最期を看取ることについて」の表紙と中身の一例

在宅医療について考える

2017年3月発行

発行 松阪市高齢者支援課

松阪市殿町1340番地1 電話 0598(53)4099

編集 (株)夕刊三重新聞社

松阪市外五曲町15番地 電話 0598(21)6113
