

# 知りたい 在宅医療の 基礎知識

「在宅医療」の全体像を理解するためには、まず、医療の本質をしっかりとらえる必要があります。

高血圧や糖尿病などのいわゆる生活習慣病は、生活してゆく上で、不都合な症状はありません。脳梗塞や心筋梗塞など命にかかわる疾病を発症しないように薬物療法だけではなく、生活指導や栄養指導なども実施します。だから治療というより、予防するためのコンタロールと考えたほうがよいかもしれません。

しかし、脳梗塞や脳出血などの脳血管障害を発症した場合、速やかに適切な医療が提供され命が救われても、歩けない、しゃべれない、食べられないなど治療が難しい障害ないと暮らすこととなります。治療が難しいという点では、

認知症も同様です。

四半世紀前から訪問看護を組織し、日本の在宅医療のパイオニアである太田秀樹医師は、「もはや病気の概念も変わったんです。現在は病気ではなく、寿命で命を落とす時代ですか」と説明してくれました。

医療とは病気を治し、命を救うものです。医学の発達によって、救命できても、基本的な日常生活がうまくできなくなる「生活障害」に、医療がどう向き合っていくのかという問題が持ち上りました。

「医学は科学（サイエンス）ですが、医療は科学を社会に応用した文化（カルチャー）と考えると良いでしょう。だから、社会が変われば医療も当然変わるので」と太田医師。

**尊厳ある生活を支えるための医療**

こうした病気の概念の変化に対応するために設計されたのが、「地域包括ケアシステム」です。地域で自分らしく最期まで暮らし続けることができるよう地域社会全体で支え合うためのしくみで、在宅医療はこのシステムを支える大きな柱の一つなのです。

在宅医療の「在宅」という言葉から、自宅での医療を考えられがちですが、地域で完結する地域で自分らしく最期まで暮らし続けることができるよう地域社会全体で支え合うためのしくみで、在宅医療はこのシステムを支える大きな柱の一つなのです。



在宅医療の対象となります。

また人口構造からも、在宅医療を必要とする人の多くが高齢者ですが、障がい者や難病など病院での治療を終えた人たちの医療も担っています。

「在宅医療は暮らしの場での医療であり、生活障がいと向き合うための医療なのです。だから在宅医療は、人間的な豊かな生活を求める『ウエルビーリング』を大切にします。延命ではなく、

「在宅医療は暮らしの場での医療であり、生活障がいと向き合うための医療なのです。だから在宅医療は、人間的な豊かな生活を求める『ウエルビーリング』を大切にします。延命ではなく、

医学が支配しない暮らしの場が患者の幸せに



生活の質を大切に、幸せに死ねることが重要となります」（太田医師）

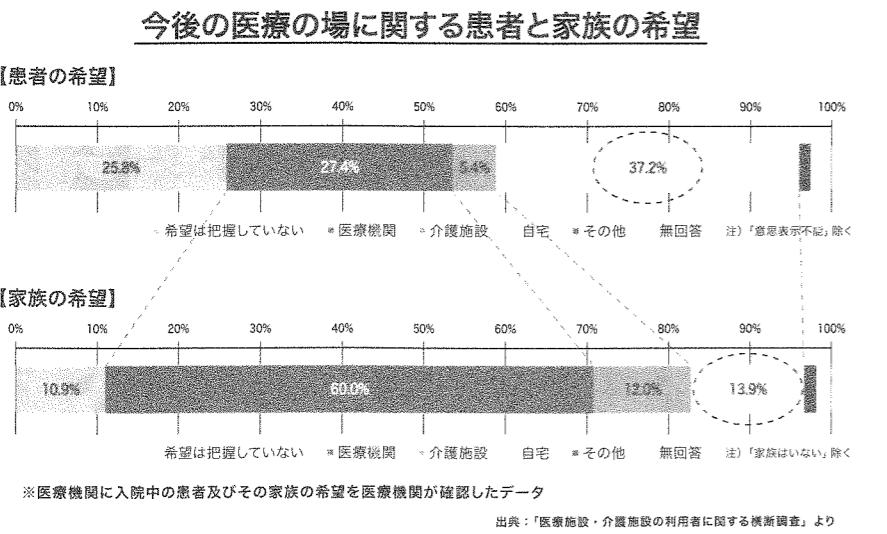
暮らしの場での尊厳ある生活を支えるために、在宅医療は存在します。そのため介護保険サービスや行政サービス、地域のインフォーマルなネットワークを活用しながら、本人の自己実現を支えていくことになるのです。

太田医師は「尊厳ある生活の先に、尊厳死があります。例えば寿命で食べることができなくなり、回復への期待のない状況で人工栄養を行うことは、生命だけを延ばすことになり、もはや尊厳死は望めません」と説明してくれました。

その一方で、在宅医療の一部を支える家族の負担についても、太田医師は次のように解説してくれました。

「家族の役割で愛情を注ぐことが一番重要。何もかもケアする必要はありません。介護保険制度などを賢く利用して、介護のプロに任せるところは任せ、家族だけで抱え込まないようにすべきです。転ぶと危険だと認知症の人を見張り続けようとして、どこかに閉じ込めてしまうようなケアは間違っています。認知症が一層悪化することとなります。

介護保険制度の基本理念は社会的介護の担保です。家族介護ではありません。常に家族が寄り添っていなくとも、思い出のつまつた、生活の匂いのする、居心地の良い場所であれば、一人で旅立つことがあります。でも幸せだと思います。地域包括ケアシステムは地域社会が尊厳ある生活を支え、自己実現を叶えます。



「患者さんの言う『ウチで最期まで暮らしたい』という願いは、苦しい検査も辛い治療も受けたくない。残された人生を自分らしく生きたいということなのです。医学が生活を支配しない生活の場のほうが、幸せい暮らせるはずです。でも家族に迷惑をかけたくないという遠慮が、在

る生活を支え、自己実現を叶えます。

# 在宅医療は仕事と両立できる

医学博士 長尾和宏



在宅医療の現場では、実際にどのようなことが起きているのでしょうか？ 在宅医療による平穀死について紹介した在宅医の長尾和宏氏にお話を伺いました。

在宅医療を病気から考へていきたいと思うのですが、「在宅医療」と聞いて多くの人が思い浮かべるのがガンです。

言い方はやや乱暴ですが、ガンの在宅医療は医師から見れば、ご家族にとつて比較的負担が少ないので。小林麻央さんも樹木希林さんも在宅医療でした。末期ガンの平均在宅期間は1・5カ月、ほかの病気に比べれば短期間です。その看取り率は、ほぼ100%です。家族が心配して病院やホスピスに戻すケースを除けば、自宅で看取ることができず。しかも本当に世話を必要になるのは最

後の10日間。ヘルパーを入れる猶予もあります。

亡くなる10日前までは自分で動いて、トイレに行く人も多く、最期の日まで何かしら口にできる人も少なくありません。

小林麻央さんが「愛してる」と言つて亡くなつたという話をウソだと言う人がいました。病院では延命治療をしているので、多くの場合、最期は意識を失い亡くなつていきます。だから最期の瞬間まで話せるなどを、病院の医師も知らないのです。

末期ガンの在宅期間は短いので、休暇を取りようなら働きながらでも自宅で看取ることができます。本当に必要なのは10日間ですが、医師が亡くなられる日を完全に予想できるわけではないので、「あと1～2週間ですね」と言わされたときが休暇を取る時期となります。

ガンの種類によつて、やや在宅の時間が違つてくることも覚えておいてください。脾

臓ガンや胃ガンは亡くなるまでが早い傾向にあります。逆に乳ガンだと、3～4カ月ぐらいたい在宅期間があるケースもあります。

とはいえたが、在宅医療は時間が短いので、遺族にとつても「恩返しだ」と感じるケースが多いのです。ガンの在宅医療と聞くと、働いているから無理だと思いがちですが、それは間違っています。最期は、家か病院かホスピスかという選択肢が多いと思いますが、自宅でみることは悪くないと思いま

す。

またガンの在宅医療のために思い詰めて離職するようなことはやめた方がいいです。会社を辞めた翌日に親が亡くなられたケースもあるのです。

普段、親孝行できないと感じている人ほど、ガンは自宅で看取つてあげてほしいとは感じます。ただ第三者が誘導すべきことではないので、決定は当人と家族に任せます。だからこそガンの在宅医療の実情を、多くの人に知つておいてもらいたいのです。

また、ガンの家族を在宅医療でみたいという人がいたら、産業カウンセラーの方には応援してほしいと思います。私の知る限り、自宅で看取つたことを後悔する人がいない病気ですから。ただガンの在宅医療については、高齢者と若い人では、かなり違うことも事実です。若い人の看取りはやや難しい。親を看取るのか配偶者を看取るのかで、全然違つてきます。高齢者のガンは、あまり苦しまないケースが多いのです。一方で50～60歳代より若い方のガンはけつこう大変になるので、その年代の方を看取るときは経験豊かな在宅医を探すことが重要です。

## 認知症は長期戦 外部資源をうまく使って



認知症の場合、家族は介護場所を自宅か施設かと考えがちです。しかし実際には、家と施設を行つたり来たりできるのです。

大企業に勤めフルタイムで働きながら、要

介護5の認知症の親御さんをみている方も知っています。ただし日曜日以外のすべて、デイサービスを利用し預けています。午後6時退社。会社帰りに車で迎えに行って、自宅で過ごしてもらう生活を5～6年続けています。

こうしたケースは、あまり報じられることはありませんが、いくらでもあります。

また人によつては、ロングのショートステイというサービスを使い、月29日間は施設で、1日だけ自宅に戻るという形態で在宅の介護を続けています。

いざれにしてもデイサービスやショートステイなどの外部資源をいかにうまく使うかがポイントになるので、専門的なアドバイザーが必要になります。ケアマネジャーや訪問看護師、在宅医療を支えるNPOなども頼りになるでしょう。アドバイスを受けないと、孤立して不安になつたり、ストレスが溜まつてしまふので、とにかく支援者から情報を集めることが大切になるのです。ノウハウと精神的なケアがあれば、働きながらでも乗り切れるので、そこをどう支えていくのかが重要なことがあります。

また実際に認知症の在宅医療が始まると、ケアマネジャーと認知症を診られる在宅医がキーパーソンになります。認知症に強い在宅

医を探す方法の一つとして、私が監修している本が『さいごまで自宅で診てくれるいいお医者さん』(週刊朝日ムック)です。参考にしてください。

じつは介護福祉施設に入所すると、日に日に弱つてしまふケースが多いのです。管理という名目で部屋に閉じこめるので、動かなくなつてしまふんですね。それがマイナスに働きます。

僕らも介護福祉施設にいる認知症の患者さんは、会うのが辛いケースもあります。本人は「家族に捨てられた」とハッキリ言いますから。介護サービスは高いお金を払つたから、いいサービスが受けられるというわけではありません。3000万円支払つても利用者にとっては最適の環境が提供されるわけではありません。

意外にいいのがお泊まりデイサービスです。狭い部屋に雑魚寝だつたりしますが、その方が高齢者は落ち着く場合もあるのです。建物が古くても、その施設の年季の入つた介護職の方がよくみてくれるケースもあります。ホテルと違つて、介護施設は見た目ではないだけに選択も難しいのです。

とはいえたが、認知症の場合は、外部資源を最大限活用して、無理をしないことが最重要です。

介護でストレスが溜まつて介護うつになつ

てしまう人もいるし、ひどいと介護殺人が起きてしまうこともあります。そういうふうにするとには、抱え込まないことが大事なのです。施設のサービスについても、期待し過ぎず、ある程度の割り切りも必要でしょう。認知症の場合は長期戦なので無理は禁物です。

### 知られていない



### 在宅医療と就労の両立



慢性心不全とか肝硬変、腎不全といった臓器不全症の在宅医療は、入退院を繰り返すのが特徴です。病院と行き来しなければならないので、これはかなり大変だと思います。これららの疾患の在宅医療のポイントは、入院する病院と在宅医も兼ねた、かかりつけ医を見つけることです。

やや特殊な例では、ALS、パーキンソン病、

パークインソン関連疾患などの神経難病の在宅医療があります。認知症の一部の方は神経難病を合併するケースもあります。人工呼吸器を付けて、気管切開して胃ろうのケースもあります。また在宅期間が長いのも特徴です。

ただ、このケースは介護に加えて、障がい福祉のヘルパーを活用できるので、外部資源をめいっぱい使うことで、就労しながら在宅医療をしている人もたくさん知っています。

あまりメディアに報じられないのですが、就労と在宅医療を両立している人はたくさんいます。どんな病気でも、実際にやっている人がいるのです。

ただ、それを強要してはいけないと思っています。病院や施設を利用することも自由な選択です。しかし、在宅医療を希望する人は、そういう道も悪くないし、可能かと問わされれば「可能だ」と自信を持つて答えられます。

あまりメディアに報じられないのですが、就労と在宅医療を両立している人はたくさんいます。どんな病気でも、実際にやっている人がいるのです。

ただ、それを強要してはいけないと思っています。病院や施設を利用することも自由な選択です。しかし、在宅医療を希望する人は、そういう道も悪くないし、可能かと問わされれば「可能だ」と自信を持つて答えられます。

あまりメディアに報じられないのですが、就労と在宅医療を両立している人はたくさんいます。どんな病気でも、実際にやっている人がいるのです。

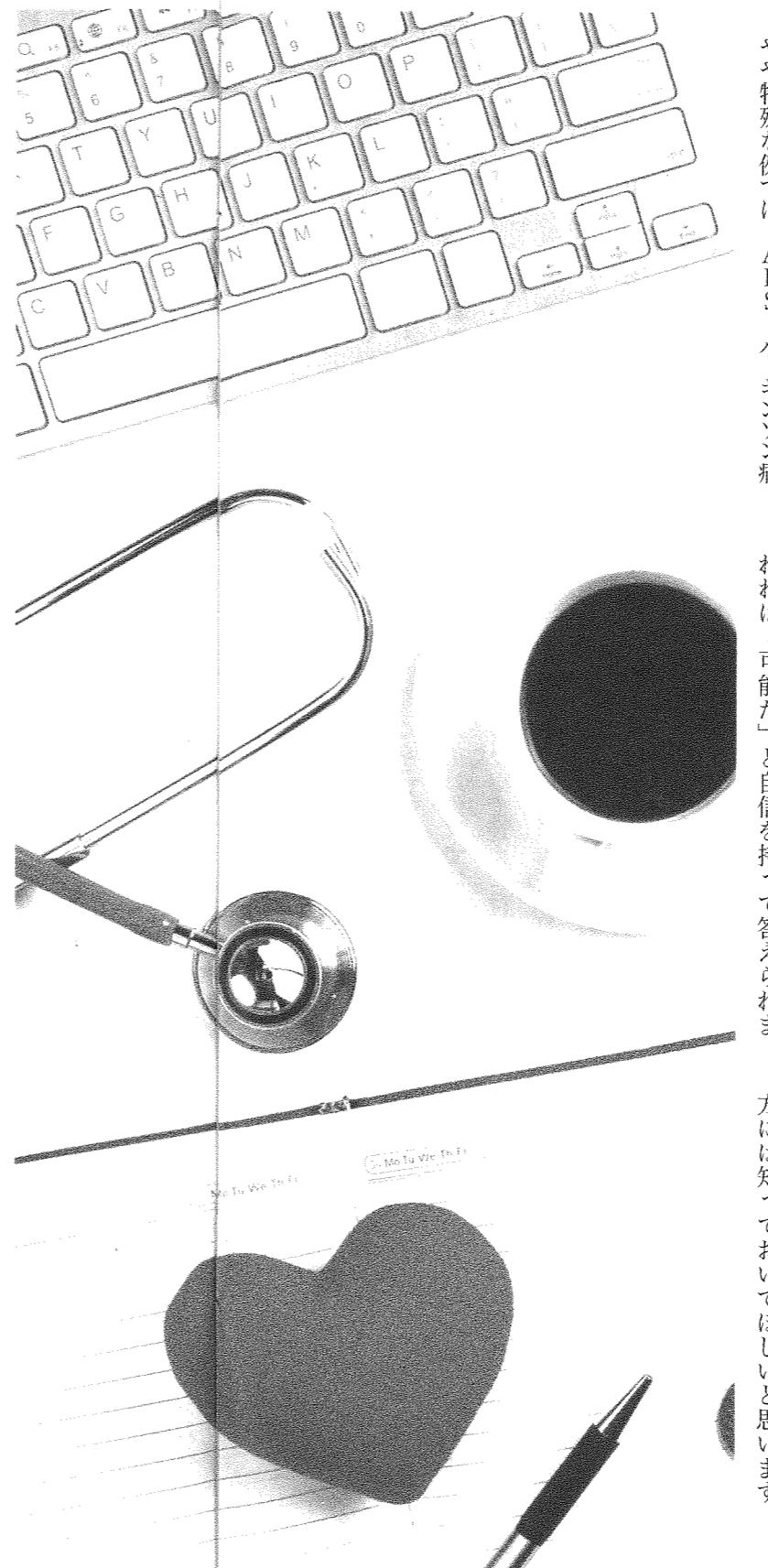
ただ、それを強要してはいけないと思っています。病院や施設を利用することも自由な選択です。しかし、在宅医療を希望する人は、そういう道も悪くないし、可能かと問わされれば「可能だ」と自信を持つて答えられます。

あまりメディアに報じられないのですが、就労と在宅医療を両立している人はたくさんいます。どんな病気でも、実際にやっている人がいるのです。

ただ、それを強要してはいけないと思っています。病院や施設を利用することも自由な選択です。しかし、在宅医療を希望する人は、そういう道も悪くないし、可能かと問わされれば「可能だ」と自信を持つて答えられます。

私は親の介護と就労の両立について、かなりの数の講演もしています。ところが多くなります。そこには多くの人がいるのです。

最近、そうした情報も書かれている書籍もあります。専門職である産業カウンセラーの方には知つておいてほしいと思います。



### 情報は自ら探しに行つてつかむもの



どんな病気でも在宅医療は可能だと思いませんが、一つ知つておいてもらいたいことがあります。それは平穏死に至るまでの過程で、患者さんが悶えたり、暑がるしぐさをする時間、私が「死の壁」と呼ぶものがあることです。ガンでも、認知症でも、亡くなる1日前ぐらいに、全体の6～7割くらいの患者さんに起きます。生と死のエネルギーが一瞬で変わることの前兆、いわば陣痛みたいなのです。この状況に慌ててしまふ人も多い。だから長くて1日か半日、短ければ2～3時間、苦しそうな状態になることは知つておいてほしい。その「死の壁」の対処法として、モルヒネの座薬や安定剤を用意して、在宅医も詳しく説明する必要があると思います。

この「死の壁」で焦つて救急車を呼んでしまつて延命治療が始まつたり、ときに救急車内で亡くなつて警察が介入してしまうケースもあるのですから……。

在宅医療のキーパーソンの一人ケアマネジャーは、近くに住んでいる方がいいでしょ

### 在宅医療は子どもの問題



素晴らしいケアマネジャーも在宅医も必ずいます。いい人がいないという話を聞くこともあります。一生懸命に情報を集めている人は必ずと言つていいほど、しっかりした人とチームを組むことができるのです。外部資源は与えられるものではなく、自分で探さなくちゃいけないということをわかつてください。

必ずしも在宅医療を選択する必要はありませんが、福祉施設へ入れたら全部終わり、お金を使わなければ終わりというわけではありません。実際に施設に入れて、一度も面会に来ない子どもも少なくないのです……。

介護といつも不幸なことと思わないでほしいのです。変な言葉ですが、何かの定め、成り行きなのですから。自分を産んでくれた恩人がぼけたり動けなくなつたりしたら仕方ないんです。なかにはお金の力で逃げようとする人もいるけれど、在宅医療という形ではなくても、何らかの形で向き合つことが大事だと感じています。

在宅医療は身寄りのない人の方が楽なのです。じつは日本の介護問題は、子どもの問題です。50～60歳代は、死を見たことがないから怖がります。そして生死観もありません。親の具合が悪くなるとパニックになり、医師は患者さんと話したいけれど、時間の多くを家族との話し合いに割かなくてはいけません。そして、お金で幸福を買おうとする人もいる。だ

す。それは実際にやつている人を、僕は数多く知つてゐるからです。

ただし職場の配慮は必要でしょう。残業をしないようにとか、休暇の取り方を合わせるといったことが必要になります。またストレスも溜りますので、メンタルダウンにならぬよう気に付ける必要があります。またストレ

スも溜りますので、メンタルダウンにならぬよう気に付ける必要があります。こうしたメンタルのケアに、産業カウンセラーが活躍してほしいと思います。

私は親の介護と就労の両立について、かなりの数の講演もしています。ところが多くなります。そこには多くの人がいるのです。

最近、そうした情報も書かれている書籍もあります。専門職である産業カウンセラーの方には知つておいてほしいと思います。

私は親の介護と就労の両立について、かなりの数の講演もしています。ところが多くなります。そこには多くの人がいるのです。

最近、そうした情報も書かれている書籍もあります。専門職である産業カウンセラーの方には知つておいてほしいと思います。

# JAI CO

産業カウンセリング

2019.No371

4

## 特集 在宅医療の今

