

週刊 日本医事新報

No. 4894

2018/2/10

2月2週号

特集 23

胃酸分泌抑制薬長期投薬の功罪

解く

01

画像診断道場

動脈硬化リスクのない若年女性の急性冠症候群…原因は？

間く

08

インタビュー：堀部敬三

小児・AYA世代のがん医療・支援のあるべき姿とは？

知る

10

まとめてみました

じわりと進む医師高齢化—診療所医師の4割が65歳以上の県も

連載

20

長尾和宏の町医者で行こう!!

小室会見を契機に介護離職の国民的議論を

NEWS

12

中医協が2018年度診療報酬改定を答申/単回投与・新機序の
インフルエンザ治療薬「ゾフルーザ」の承認を了承ほか

学術

42

ループス腸炎の診断





まちいしゃ
**町医者で
行こう!!**

「小室会見を契機に介護離職の国民的議論を」

介護疲れからの介護離職

音楽プロデューサーの小室哲哉さん(59歳)が引退会見において、妻の高次脳機能障害の介護について本音を吐露した。介護疲れからの介護離職とも言えよう。多くの国民が小室さんの境遇に同情し、高次脳機能障害や認知症の介護疲れに関心が集まっている。そこで今回、高次脳機能障害や認知症など思うように意思疎通が図れない人の介護疲れについて考えたい。小室さんのような境遇の人から相談された時に、医師としてどんなアドバイスをすべきか、どうサポートすべきなのか、経験と私見を述べたい。

小室さんの妻のKEIKOさん(45歳)は2011年10月、くも膜下出血で倒れ、現在は在宅療養中である。小室さんの介護生活は6年以上に及んでいるが、KEIKOさんは高次脳機能障害で、小学校4年生レベルの漢字ドリルでリハビリをしているという。高齢で寝たきりの親の介護とはまた異なる性質のストレスが相当たまっていることは容易に想像できる。私は小室さんと同じ歳なので、とても人ごとに思えない。同世代の仲間との会話にも、年々親や配偶者の介護の話題が増えている。

小室さんは、おそらく奥さんのためと判断して、施設や病院ではなく在宅での療養を選んだのであろうが、在宅介護が抱える課題を克服するにはどのような方法があるのだろうか。私も在宅療養を選んだ高次脳機能障害の患者さんを何人か診ている。易怒性や暴力、反対にアパシーなどへの対応に疲れ、介護者がイライラしている場面に遭遇する。日々の在宅診療のなかで「虐待」という二文字が脳裏をよぎることは決して稀ではない。自分が介護する身にならないと介護の辛さは分からない、とよく言われる。

二元論ではなく多様な選択肢

一般的に長期療養者の療養の場には多様な選択肢がある。本人と家族の希望や介護力、経済力、地域性などを勘案して、主治医やケアマネとよく相談して場を選ぶことが大切だ。療養病床、老人保健施設、特別養護老人ホーム以外にも、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの選択肢がある。それ以外に小規模多機能型居宅介護(小多機)も利用できる。最近私の地元では、訪問看護ステーションを併設する小多機である「看多機」も増えてきた。医療依存度の高い人でも安心と、大病院の地域医療連携室から看多機に紹介される症例が増えている。看多機は特養や老健と違い、主治医が変わらず継続的に診ることができる。しかし実際には、看多機にずっと住んでいる人が多く、本来の「行ったり来たり」の目的から外れた利用も多い。また、ショートステイ中には訪問診療ができないことが最大の難点であり、多くの在宅医が診療報酬の算定様式に苦悩している。この4月の同時改定で、この点の改善を強く希望している。さらに、「お泊りデイサービス」もある。ショートステイが満員だったり何らかの理由で使えない時、自由度の高いお泊りデイはとても助かっている。

長期療養は施設入所か在宅療養かの二元論で語られがちだが、決してそうではない。特に小多機や看多機は、自宅と施設を行ったり来たりできることが最大の特徴であるが、あまり知られていないのが残念だ。その時の家族の介護力に応じて自由にアレンジしているケースもある。介護する人の仕事や家庭の都合で、臨機応変に療養の場を変えられる時代である。

KEIKOさんのような高次脳機能障害の人が在宅療養を続けるコツは、デイサービスとショートステイの活用にあると考える。ショートステイを2~4週間と長く続ける「ショートステイのロング利用」もある。月の半分以上が自宅で半分がショートという人がいれば、1割自宅で9割ショートという人もいる。両者の割合は自由にアレンジできる。また、介護保険では保険の限度枠を超えたサービスは自費で賄えることも知られていない。

長期間に及ぶ認知症や高次脳機能障害の在宅療養において、介護者の我慢や無理は禁物だ。介護者ができる範囲で、相手の希望と自身の現実を両立することが大切。工夫次第で充分可能である。つまり在宅か施設かの二者択一ではなく、折衷案でもまったく構わない、と割り切ることが大切だ。このあたりの事情を小室さんにも知ってほしい。

要介護5の介護と就労は両立し得る

一人娘がフルタイムで就労しながら要介護5の両親を数年間在宅で介護している例がある。あるいは神経難病で気管切開と胃ろう栄養の要介護5の母親を一人娘がフルタイムで就労しながら介護している例もある。このように、要介護5の人を1人の就労している家族が在宅介護している例は少なくない。病院のスタッフには信じてもらえないかもしれないが、医療依存度が高い要介護5でも在宅療養はできる。就労と要介護5の介護は両立し得る。ただし、これらの例にはある共通点がある。第一に両者とも介護者が娘さん(女性)であり、第二に彼女たちの職業が教職など多少の融通がきく職種であること、第三に在宅療養に理解のあるケアマネジャーに恵まれていることだ。なにかと施設入所を勧めるケアマネさんが多い中、本人や家族の意思を尊重している。さらに、家族がいない完全独居の要介護5でも数年以上にわたり在宅療養されている人が何人かいる。

一方、小室さんのように男性が若い配偶者を介護している例は多くはない。稀な例として、神経難病で気管切開と胃ろう栄養の要介護5の妻を1人で介護している開業医が私の周囲にいることはいる。いずれにしても、介護保険サービスや福祉サービスを上手く使うことがコツだ。つまりケアマネ選びが鍵となる。もちろん在宅主治医選びも大切だ。在宅医

の実績については、看取り数などがメディアで公表されている。最近発売された週刊朝日ムック『さいごまで自宅で診てくれるいいお医者さん』(朝日新聞出版)は、私たち医療者にもとても参考になる。しかし、ケアマネ選びにはそうした参考資料が乏しく、口コミに頼っている場合が多い。いずれにせよ、本人と介護者の気持ちを受け止めてくれるケアマネであれば、介護疲れには陥りにくい。いや、陥らせないためにケアマネが存在する。ケアマネも、医師と同様自由に選べて、変更可能である。在宅介護は工夫次第で、介護疲れに陥らずに続けることが可能になる。介護意見書を書いてもらう主治医は大病院の専門医ではなく、かかりつけ医ないし在宅医とすべきだろう。詳しくは拙著『大病院信仰』どこまで続けますか』(主婦の友社)や『その医者のかかり方は損です』(青春出版社)に詳しく述べたとおりだ。

地域包括ケアと無関係ではない

KEIKOさんは40歳以上の介護保険対象で、脳血管疾患は特定疾病なので、要介護認定を受けているのだろうか。いいケアマネや主治医に恵まれているのだろうか。小室さんの介護疲れを回避する適切なアドバイスを受けているのだろうか。孤立を防ぐため、フォーマルだけでなくインフォーマルなサービスを受けているのだろうか。今回の会見を契機に、「介護疲れ/離職に陥らない在宅介護法」を広く議論・啓発すべきだろう。近著『痛い在宅医』(ブクマン社)でも述べたが、もはや市民が求めているのは在宅介護の美談ではなく、リアルなローカル情報である。

介護者はなにかと孤立しがちだが、1人で抱えこまないようにすることが大切だ。介護者の精神状態にも気を配れる仕組みづくりが、地域包括ケアシステムである。小室さんの介護離職は私たちが推進する地域包括ケアと決して無関係ではない。単に一芸能人に起きた気の毒なことで終わらせるのではなく、誰にでも起こり得ることとして普遍化し、国民的議論のきっかけにしたい。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『痛い在宅医』『男の孤独死』(ブクマン社)など