

慢性疾患・認知症高齢者の療養生活を支える!

臨床老年看護

会員制 隔月刊誌 企画/日総研グループ 発行/日総研出版© 臨床老年看護 第22巻第3号 平成27年5月30日発行(奇数月30日発行)

2015

5・6
月号

特集
1

薬の副作用による 排泄障害とケア

- こんな薬に要注意! 排便障害になりやすい薬
- 高齢社会における多剤併用がもたらす弊害
— 排尿障害という局面より ほか

特集
2

前頭側頭型認知症の 正しい知識と適切なケア

- 前頭側頭型認知症の特徴とケア
- 経過別・症状別 前頭側頭型認知症ケア
～前頭側頭型認知症高齢者にかかわった10年を振り返って ほか

新連載

地域医療を支える
町医者 of 底力に学ぶ
医療・看護・介護
そして人間とは

特集
3

手の持つ力を再認識! 触れる看護

- 臨床アロマセラピーの基礎知識と実践力
～自然と人が織りなすアロマケアで高齢者を癒やす
- 高齢者の心と体を癒やし、
生きる力を引き出すタッチングケア

日総研

地域医療を支える町医者 of 底力に学ぶ

医療・看護・介護
そして人間とは

長尾クリニック 院長
医療法人社団裕和会 理事長
長尾和宏



ながお かずひろ ● 1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。市立芦屋病院内科医長を経て、1995年尼崎市で長尾クリニックを開業し、現在に至る。日本認知症学会などに所属。医学博士、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、日本禁煙学会専門医、日本在宅医学会認定専門医、日本医師会認定産業医、日本医師会認定健康スポーツ医、労働衛生コンサルタント。『町医者カシリーズ』（エピック）など著書多数。個人ブログ「Dr.和の町医者日記」は、日本ブログ村の医師部門で1位独走中。

分化は退化のはじまり

はじめまして。兵庫県尼崎市で町医者をしている長尾和宏と申します。

この度、ご縁あり「医療・看護・介護そして人間とは」という連載をさせていただくことになりました。日々、外来診療や在宅医療で多くの高齢者と接しています。しかし、いくら歳を取っても（現在56歳）、とても人格円満とはならず、子どものままだに留まっているので、失敗の連続です。幸いなことに、優しい看護師さんのフォローがあるので、なんとか町医者が続けられています。

本連載では病院・施設などで高齢者看護に携わる看護師さんに向けて、冴えない町医者の本音を書いていきます。初老の町医者の戯言にしばしお付き合いください。

全員、機械しか見ていなかった

先日、身内が末期がんになり危ないということで、ある大病院にお見舞いに行きました。まずナースステーションに立ち寄ると、そこには10人くらいの看護師さんがいて、全員がパソコンに向かっ

て作業していました。恐る恐る声を出すと一人が応じてくれ、「ああ、〇〇さんですか。もう意識はないですよ」と言い放ちました。「おかしいな。在宅だったら、末期がんでも死ぬ直前まで意識があるのに」と思いながら、案内された病室に入りました。

そこには、見事に管だらけになった身内が横たわっていました。在宅で年間80～90人くらい看取っていますが、管がない看取りばかりなので、これだけ管だらけの人間を見るのは、実に久々でした。酸素の管、点滴の管、鼻から入っているドレナージの管などをかき分けながら顔に近づきました。意識がない、と聞かされていたので、本当にそうかな？ と思いながら声をかけてみました。

「お久しぶりです」

すると、意識がないどころか、パチッと目を開けて「ああ、久しぶりやね」と答えてくれました。ただし、息は苦しそうですね。ハッキリと喘鳴が聞こえます。瞬時に心不全だと分かりました。顔も全身もパンパンだからです。普段、枯

れた「平穏死」しか診ていない者にとっては異様な光景でした。呼吸困難の原因が毎日2Lの高カロリー点滴にあることは明白でした。しかし、部外者ですから黙っていました。

しばらくして、先程の看護師さんが入って来られました。高カロリー点滴を取り替えに来たのです。手早く交換を終えると、器械のダイヤルを調節して、結局最後まで患者さんの顔を一度も見ないまま部屋を去りました。まあ、意識がないと思っているので仕方がないのですが、「終始、顔を見ない」という一点においては見事でした。電子カルテ画面ばかり見て患者の顔を一切見ない医師の話は有名ですが、最近は看護師さんもそうなのだと思います。

私は、思わず呼吸困難の原因であるその点滴を止めようかと思いました。それだけでも、呼吸困難は和らぐはず。できればこのまま、抱きかかえて自宅に連れ去ってやろうという衝動に駆られました。やめました。もしそんなことをしたら、即、犯罪者です。1時間ほど滞在しましたが、その間、患者さんと接している看護師さんの姿を確認できませんでした。見事に全員が機械の方を向いていました。いまや看護師さんも、記録、記録で大変な時代になったことを思い知らされました。数年前、在宅で看取らせていただいた私と同じ歳の小川香代子看護師（元・県立西宮病院外来抗がん剤治療室長）の言葉をふと思い出しました。

「看護師は、なんにも言わんでいいから、1分でもいいから患者の横に座っていらいいのよ…」

日本看護協会主催の全国各地をテレビで結ぶ講演会で、3年連続で彼女のラストメッセージを流したので覚えている方もおられるかと思いますが、彼女の言葉が本当に頭に浮かびました。

「患者さんを見られますか？」

時々、病院から在宅患者さんを紹介されます。しかし、多くの場合、その前に退院前カンファレンスを開くという連絡が入ります。末期がんの方の場合、打診があっても半数は帰ってこないことを経験上知っているのも、正直、あまり真剣に聞いていません。その日はたまたま少し時間に余裕があったので、病院に伺いました。最近、そんな機会が2回ほどありました。

まずは、地域連携部に行くと、退院調整看護師さんでしょうか、親切にカンファレンスルームまで案内してくれました。そして、いきなりカンファレンスが始まりそうだったので、私はこう言いました。

「ちょっと待ってください。私はまだ患者さんの顔を一度も見たことがありません。できれば、少し顔を見てからカンファに参加してもいいですか」

すると、案内してくれた看護師さんはこう呟きました。「見るのですか？」。偶然かもしれませんが、2つの病院で同じ呟きが聞こえました。咄嗟に、「やはり

一度は見ないとどんな患者さんかイメージできませんから」と言い訳をしていました。「しょうがない町医者やなあ」という感じで病室まで案内してくれました。もちろん余計なことは言わずに、「こんにちは」とごあいさつ。そもそも、余計なことを言わぬように看護師さんが看守のように見張っているのです、思うように話せません。

退院支援や退院調整という言葉があることを知っています。それを専門とする看護師さんがおられることも知っていますが、不勉強なので、正直、両者の区別はついていません。しかし、明日から在宅主治医になる身としては、せめて患者さんの顔くらいは見ておきたいもの。病院にとっては退院かもしれませんが、在宅側から見れば、「在宅への入院」となります。我々にとっての退院とは、末期がんの患者さんの場合は「旅立ち」のことです。

ユマニチュードや パーソンセンタードケア という不思議

認知症の分野では、ユマニチュードやパーソンセンタードケアが大流行です。日本人は、フランスやイギリスに弱いんですね。実際、ユマニチュードの講座に顔を出しました。予想どおり、看護師さんや介護士さんで満員御礼でした。患者さんと目線を合せて、正面から目を見てゆっくり話しましょう、できれば身体に

軽く触れながら、というような内容でした。聞きながら、当たり前のことだと思いました。患者さんの顔を見たり身体に触れるだけでもマシかなあ、とも思いました。ちなみに私は、外来でも在宅でも、常に患者さんを触りまくりながらおしゃべりしています。20年間町医者をしているうちに、特に意識せず、自然とそうなっていました。

パーソンセンタードケアも同じです。患者中心、なんて当たり前ですよ。そんな言葉をわざわざ口にする事自体、「私は患者中心ではありません」と宣言しているみたいで、本来口にする事自体が恥ずかしい言葉のはず。

似たような言葉に、「QOD (Quality of death)」があります。ある学会で、医師や看護師たちが「QODを上げるにはどうすればいいのか」と熱心に議論していました。私はそれを聴いていて滑稽でなりません。在宅の世界には、そんな言葉は存在しないからです。しかし、病院系の学会では、みんな真剣にQODについて議論していました。そんな言葉がある事自体、Qualityが低いと、認めているように思えました。「みなさんがいなくなれば、きっと格段にQODが上がりますよ」と言いたいところでしたが、さすがの私も、そんな失礼な発言は控えました。

普段、何げなく使っている言葉の中にも、自分の立ち位置がバレてしまうようなことが現実にあるはず。ユマニ

チュードやパーソンセンタードケアといった言葉を聞くたびに、不思議な気分になるのは私だけでしょうか。

分化は退化の始まり

日本医学が西洋医学になってから百数十年経ちました。西洋医学は、細かく分けて調べることで発展してきました。二十数年前までは、誰もが全遺伝子が解明されたらすべてが解明されるかもと淡い幻想を抱いていた時代がありました。しかし、全遺伝子が判明してもちっとも病気が分からないし、治らないことを我々は学びました。

福岡伸一氏は、名著『世界は分けてもわからない』¹⁾の中で、分析科学の限界を指摘しました。しかし、医学のベクトルは、ますます分析方向に加速しています。〇〇専門という称号を見れば明らかです。内科も外科も、もはやそれだけの肩書きでは通用せず、腹部、胸部、心臓、脳など、臓器の名前が必ずその前にきます。さらに、治療法の冠も加わります。かくして、数えきれないほどの医学会や

研究会が生まれています。

看護の分野でも医師と同じ現象が起こっています。病院の看護師さんと名刺交換をすれば、必ず〇〇専門看護師と専門分野が印字されています。一方、私のような町医者の下で働く看護師たちには、肩書きはありません。医者も看護師も「何でも屋」です。医者は医者、看護師は看護師。30年前と同じで、ただそれだけで、特定看護師という概念もないまま。しかし一方では病院では考えられないくらいの裁量を持って動いています。

医療機器の進歩、学問の細分化、専門性の獲得は素晴らしいことです。その進歩を否定するものではありません。しかし、一人ひとりの人間ができる領域が年々狭くなっていることは自覚しておかなければなりません。すなわち、心のどこかで「分化は退化のはじまり」であることを意識しておかなければ、特に、高齢者看護においては大きな落とし穴にはまってしまうのです。

引用・参考文献

1) 福岡伸一：世界は分けてもわからない、講談社、2009。

メイク練習用マネキンを使ったメイク実技でポイントを覚える

看護師のエンバマーが教える エンゼルケア&メイク 体験講座

川口梨絵氏 燦ホールディングスグループ
株式会社公益社 エンバミングセンター
IFSA (日本遺体衛生保全協会) 認定アシスタントスーパーバイザー

詳しくはスマホ・PCから 日総研 13949 で検索!

東京 15年 7/2 (木)
平日・昼間 日総研 研修室
(廣瀬お茶の水ビル)

大阪 15年 9/26 (土)
田村駒ビル
[時間] 10:00~16:00

名古屋 15年 11/1 (日)
日総研ビル

[参加料/税込] 本誌購読者 15,500円
一般 18,500円

プログラム

1. エンバミングとエンゼルケアへの応用
2. エンゼルケアで知っておきたい死後の変化
3. 看護師が実践するエンゼルケアのポイント
4. 実践で覚える!! エンゼルメイクのポイント
5. 看護師が行うエンゼルケアの意義

