

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. 4676

2013/12/7

学術

- ・我が国におけるAIDSの発症動向—「いきなりAIDS」の問題
- ・ハイリスク児へのRSウイルス感染予防
- ・アレルギー性鼻炎の治療選択を考える—ロイコトリエン受容体拮抗薬の役割
- ・【J-CLEAR通信³⁸】
単純ミスか、恣意的操作か—SMART研究のデータ不一致について：本機構への寄稿より
- ・【グラフ】
不安定プラークにおける画像診断のポイント②—血管内超音波(IVUS)/光干渉断層法(OCT)

巻頭カラー

- ・【キーフレーズで読み解く 外来診断学⁶⁷】
体重減少のために母と受診した25歳女性

OPINION

- ・「がんもどき批判」に思う

プライマリケア・マスターコース

- ・危険な〇〇見逃し回避術—咽頭痛
- ・Dr.徳田のフィジカル診断講座
—皮膚のフィジカル診断

質疑応答

- ・心房細動の除細動
- ・息切れを自覚しないCOPD患者への対応
- ・便秘外来の診察・治療
- ・フッ化水素酸が皮膚に付着した際の対処法
- ・高血圧と過活動膀胱の関係
- ・臨床研究と個人情報
- ・「あぶらとり紙」について





尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

連載
第33回

介護施設や介護職における “平穏死” —シリーズ「平穏死」⑦

介護施設ではもっと“平穏死”できない

医療機関のみならず、介護施設からも平穏死の講演依頼をたくさんいただく。特養、グループホーム、小規模多機能、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームなどだ。看取りの場は、病院と在宅だけではない。介護施設も看取りの場として重要になってくる。広義の“在宅”でもある。厚労省は「看取り加算」をつけて看取りを期待しているが、実態はどうであろうか？

私は現在、数カ所の介護施設での在宅医療に関わっている。昨年元旦、ある介護施設での初めての看取りの様子は、拙書『「平穏死」10の条件』の冒頭に書いた通りだ。2日前に介護職員や家族を集めて、終末期医療と看取りに関する出前講座をしたばかりだった。

しかし看取りの時、介護職員は震えていて、旅立った人に近づけなかった。施設長はこう告白した。「一度も人が死ぬのを見たことがない」。その施設は10年以上、すべての死を外注化してきた。企業系の施設だと、病院への外注が企業の上層部からの指示であったりする。

研修医と末期がんの在宅現場を回ると必ず聞かれることがある。「長尾先生、家で看取って警察に捕まりませんか？」「最期のセデーションの薬剤は何ですか？」

この2つの質問に答えるだけで1時間はか

かるが、医学部でいったい何を学んできたのかと思う。病気については6年間学んでも、看取りについては1秒も習わず医者になれるのだ。在宅医療を始めたばかりの開業医仲間からもよく聞かれる。「長尾先生、在宅看取りで訴訟になりませんか？」。医師であっても難しい在宅看取りが、医師も看護師もいない介護職だけの介護施設ではどれだけ困難なものかは想像に難くないだろう。

介護職員や嘱託医への“看取り同意書”って？

今春の日本在宅医学会の市民公開講座「施設での看取りを考える」の座長をしていて驚いたことがあった。「看取り同意書」に関する発表だった。その施設では、看取りになりそうな時、夜勤に入る職員に必ず“看取り同意書”を取るといふ。看取りが近くなると職員は、看取りに当たらないようにお祓いに行くという。それでも当たってしまった職員の中から、PTSDになり、労働争議に発展する可能性もあるので、同意書が必要なのだという。本人や家族ではなく職員に“看取り同意書”を取るといふ現実、施設での看取りの困難さを象徴している。

別の施設では管理者からの相談に驚いた。その施設では、職員たちは看取りに積極的だが、肝心の嘱託医が看取りに反対し、平穏死の阻害因子になっているという。その結果、嘱託医が“看取り同意書”にサインしないと

看取りができないと聞き、言葉を失った。平穩死以前の問題であろう。終末期医療や看取りに向き合おうとしない医師が介護施設や老人ホームの嘱託医をやっているという現実を直視すべきだと思う。

介護施設のミニICU化

数年の歴史がある介護施設で、第一号の看取りがあった。呼吸停止との連絡を受けて、いつものように1時間くらい空けて施設に到着し、部屋の扉を開けて驚いた。巨体の男性介護職員が、小さな老女の上に乗って心臓マッサージを続けていた。汗びっしょりになって、ハアハアいいながら、1時間もマッサージを続けていたのだ。慌てて止めると、大きな手の下からAEDが出て来た。前日の看取り講座の中で、「心臓マッサージとAEDは不要」と言うのをすっかり忘れていたのだが、まさかこのような事態になるとは想定していなかった。

別の介護施設では、看取りが近い患者さんの酸素飽和度などのバイタルサインを夜中も1時間おきに測り、メールとFAXで伝えてくる。彼らは私たち医師以上に“待てない”。

早朝、呼吸困難とのことで携帯電話が鳴り緊急訪問したら、死期が近い老衰の高齢者は平穩に寝ていたが、それを看ている介護職員が「酸素飽和度が悪いのを見ているのが辛くて」と過換気症候群に陥っていたこともあった。

また別の施設では、看取りが近い患者さんの酸素飽和度が87%しかないという理由で深夜に呼び出された。「死ぬ前は、血圧や酸素飽和度は下がるものだよ」と説明しても、それに対して何もしないことがなかなか納得してもらえない。最終的に、介護職員はこう泣きついてきた。「先生、バイタルサインが悪過ぎて看取れません！」

今、多くの介護施設ではバイタルサインが

花盛りで、ミニICU化している。「そんな暇があったら優しく触ってあげて」なんて言っても取り合わない。介護現場は深刻な“バイタルサイン依存症”に陥っている。それは取りも直さず、“平穩死”と逆を向いているのだ。

ケア会議を介護職への啓発の場に

最近、在宅医療に従事している医師達に、「介護福祉士ってどんな職種か知っていますか？」と聞いてみたら、みな知らなかった。「社会福祉士」や「ヘルパー」についても詳しく知らないという医師が大半だった。

あるがんセンターで在宅医療について講演した時には、座長から「ケアマネとヘルパーはどう違うのか？」という質問が飛んできた。医療職は、介護職には興味が薄く、たとえ国家資格であってもよく知らないのが現実だ。

施設や在宅において、患者の平穩死希望を叶えるには、介護職との連携は不可欠だ。しかし前述したように介護職員の看取りへの不安は我々医療者の想像以上に大きく、“待てない”ために最期は救急車を呼んでしまうことが少なくない。在宅で家族が“待て”ず、看取り搬送になってしまう場合と同様だ。

施設や在宅での看取りの推進には、介護職への平穩死の啓発が急務である。そんな想いで全国を飛び回っているが、一向に進まない。やはり、各地域で医師会と在宅医がイニシアチブを取って介護職への終末期医療と看取りの研修会を繰り返す必要がある。また日常のケア会議や地域ケア会議で、看取りに関してもしっかりと取り組む必要がある。

今後、益々盛んに謳われる「医療と介護の多職種連携」において、こうした「平穩死」の議論が必須になることを望んでいる。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、名古屋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『抗がん剤10の「やめどき」』（ブックマン）など