

# HELPER NETWORK

ヘルパーネットワーク

2011 No.64

- P.2 ターミナルケアの現場から—家族・多職種連携による看取りのケア—  
P.8 全国ホームヘルパー協議会の動き  
P.13 全社協 福祉ビジョン2011



## 巻頭言

全国ホームヘルパー協議会

副会長（北海道）

株式会社シムス

ヘルパーステーションはばたき 所長

力徳 キヨ子

全国ホームヘルパー協議会も今年で創設三十周年を迎える事になります。また、介護保険制度が発足し、早や十年が経ちました。介護保険法改正や報酬改定がある度に専門職としての意識や質が問われ、「予防介護」、「ICF」など新しい考え方を学び、暇もなく現場と二人三脚で研修会等を行なってまいりました。

これまで培った一つ一つの積み重ねで今日があり、今、皆さんが同じ目的意識を持って今日の在宅福祉を支えていると考えております。

さて、介護保険制度は、どちらに向かっているのでしょうか？地域包括ケアシステムや介護と医療のシームレスな連携等々といろいろと言われていますが、聞き流してはダメなのです。

日々の仕事は、確かに忙しいですが、いち早く情報をキヤッチし、実践を通じてデータを分析し、自信をもって私達の考えを主張する事が大切です。

現在検討されているたんの吸引等の実施についても、職能団体として提言する様にしていかなければならないのです。何故ならば実践していくのは私達だからです。

次の介護保険法改正に向けて骨格が決まりつつありますが、少しでも利用者・家族の声を代弁し、私達の現場の声を国に提言していきましよう。



# 「ターミナルケアの現場から―家族・多職種連携による看取りのケア―」 全国ホームヘルパー協議会スキルアップ講座 講演録

長尾 和宏 長尾クリニック（尼崎市） 院長

## 在宅での看取りの現状

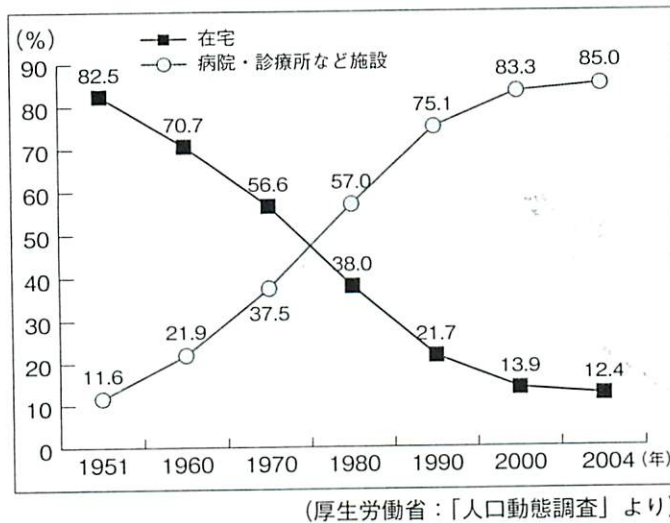
今日は医師の立場で、「看取り」をテーマに話を進めたいと思います。

昔はみんな、家で亡くなりました。このことを若い人は知らないでしょう。若い医師も知りません。現在、看取りが問題視されていますが、8～9割の人が病院で死ぬ時代です。特に、がんに至っては9割が病院で亡くなっています。医師の多くが人間の死ぬ場所は病院だと考えているように思われます。これをどう考えていけばいいでしょうか。

厚生労働省が、「在宅看取り」を言い出した背景は二つあります。一つは、当初は病院よりもお金がかからずに済むという理由です。もう一つは、たとえ独居で家族がいなくても、人間の尊厳を考えて、その人に好きなように過ごさせてあげたいという思いからです。

ところが、在宅看取りはなかなか進みません。現在、がんの在宅死亡率の全国平均は約10

図 死亡の場所の推移



%です。2009年度の在宅看取り率、全国1位は12・6%の兵庫県です。がんは、トップの兵庫県でも12・6%しか家で看取れていないのが現実です。

私は在宅医療を行い、今まで4000～5000人を在宅で看取ってきましたが、末期がんの人

は9割近く在宅で看取れることがわかりました。しかし、たとえば認知症の人の場合は看取り率が悪く、4割ほどに落ち込みます。末期がんの平均在宅期間は1・5カ月ですが、がん以外では、その10～30倍と長期間になります。がんは、緩和医療での麻薬製剤の進歩もあり、在宅で看取ることができるようになりましたが、今問題になっているのは、認知症やロコモや臓器不全症など、がん以外の病気をなわち、非がんなのです。

ところが、がんの在宅看取り自体もまだ進んでおらず、がんの人の9割が病院で最期を迎えているのです。病院の多くは最期まで面倒をみるのが「誠意」だと思っっているようです。しかし、この「誠意」は勘違いです。本当は、自宅で、家族や優しいヘルパーに囲まれて死んだ方が幸せです。

あるがんセンターのトップが講演会で私に「在宅医療ではヘルパーとケアマネジャーがいらないですか、どう違うのですか」と質問しました。みなさんの働く介護・福祉の世界と医





長尾 和宏氏

療の世界は、これぐらい差があるのかと驚きました。そういえば、がんセンターの中にはケアマネジャーもヘルパーもいません。病院の中には医療保険しかありません。病院を一步出た途端に、どんな病気でも医療保険と介護保険の二本立てになります。がんセンターの医療者はそれすら知らないのです。知っていても気が回らないのです。患者が、車いすや介護タクシーなどに乗って、必死になって抗がん剤を打ちに通院していることを想像する医師はどれ位いるのでしょうか。「まだ来るから元気だろう」と思って、繰り返し抗がん剤を打ちます。そのうち死んでしまい、近所の町医者や長尾が看取ったらしいと聞いて、1枚のFAXが届くだけです。そこに尊厳などないように感じることもあります。これではいけないと、在宅医療の現実

を大病院から当院に勉強に来る研修医に教えています。また、政治家や厚生労働省の官僚とも一緒に在宅現場を回っています。このようにまづ関係者に在宅現場を知って頂き、在宅療養の仕組みをより良く変えて行きたいと考えています。

## 多死社会を迎えるにあたっての課題

現在、かつてない高齢化を迎えています。それに加え少子化もあります。2025年は、現在65歳の方が80歳になって死んでいく多死社会のピークです。これから15年間をどうしていくのが国家の至急の課題です。国としては国立がんセンター、国立循環器病センターをつくってきましたが、この高齢化に対応するために「長寿医療研究センター」を名古屋につくりました。2025年には人口は1億人に減りますが、高齢者は増えると予測されています。

今65歳以上の老人で要介護認定を受けている人は18%です。さらに介護サービスを受けている人は87%は元気な人が、助けを求めない人で、一方、2人に1人ががんになる時代です。3人に1人ががんで死にます。また、65歳以上の8人に1人は認知症です。認知症のうちの6割がアルツハイマー型、3割が脳血管障害型、1割がレビー小体型です。アルツハイマー病の原因は、アミロイドβたんぱくという異常な物質が脳みそに沈着して発症すると言われていま

すが、本当の原因はまだわかりません。これが2025年には4人に1人まで増えます。父親が4分の1、母親が4分の1の確率で認知症になることを考えると、自分自身が家族として認知症介護にかかわる確率は2分の1です。そう、自分ががんになる確率も2分の1です。がんも認知症もそれくらい身近な病気なのです。しかしその対策はまだ不十分です。

現在、「認知症サポーター」の養成が進んでいます。ただ、全国でまだ1000人しかいないようです。これを1万人ぐらいたるまでに増やさなければいけないと言われています。市民にも認知症という病気をもっと理解してもらわなといけません。100万人を目標に国を挙げて養成している「認知症サポーター」は、現在170万人までになりました。それを指導する「キャラバン・メイト」も3万人ぐらいたるまで養成が進んでいます。即戦力になるまでにはまだ時間がかかりそうです。

厚生労働省は、2006年に在宅療養支援診療所という24時間365日対応する診療所の登録制度を作りました。現在、全国で医療機関は10万カ所ありますが、そのうちの10分の1に当たる1万カ所がこれに登録しています。残念なこと登録していてもほとんどの診療所があまり看取りをしていません。本当に看取っているところは数%程度といわれています。

在宅看取り数は、在宅療養支援診療所が看取っている数よりも、むしろ届け出を出していない普通のクリニックのほうが多くなっています。



ます。

## 胃瘻が増えている背景

現在、非がんの在宅医療が問題になっていると述べましたが、特に問題となっているのが認知症末期の胃瘻です。現在、胃瘻を入れている人は40万人いて、毎年20万人のペースで増えています。ちなみに私のクリニックがある兵庫県尼崎市の人口は約46万人です。西宮市も46万人ですが、それだけの人が胃瘻を入れて管理されているのです。胃瘻を入れても多少の自己負担だけで医療費は保険で賄われます。介護保険も出ます。高齢者や認知症の終末期の胃瘻に、もし健康保険も介護保険も適用されなくなった場合、胃瘻を入れる人はいなくなるのではないかと思います。

なぜ医者ほこんなに胃瘻を作らたがるのか、という素朴な疑問があるでしょう。どうして口から食べさせることをもつと考えないのでしょうか？介護士さんたちはそう思うでしょう。私も同じ思いです。

理由のひとつにはDPC制度（診断群分類包括評価制度／病気・症状により診療報酬額が決まる包括報酬制）があります。たとえば肺炎で病院に入ると、定額制で1日2万円とか予め決まっています。また2週間程度で退院させなければ経営出来ない仕組みになっています。良い病院の平均在院日数は限りなく10日に向かっていきますし、欧米の病院は1週間まで短縮されて

います。それはいいことではありますが、退院後の行き場が無いことがあります。

弱りかけの老人が肺炎で2週間入院して寝ていれば、肺炎は治っても、動けなくなり、充分に食べられなくなります。すると看護師長が研修医に、「早く胃瘻を入れて退院させてね」と言います。研修医の頭には、「胃瘻を入れておかないと、在宅に帰すことができない」と刷り込まれます。そして、本当はまだ食べられるのに、胃瘻が入った状態で退院して在宅で生活を送ることになります。

もう1つは医療訴訟を恐れる萎縮医療（ディフェンスメディスン）があります。日本は、胃瘻を入れないと殺人罪で訴えられるかもしれない国なのです。いくつか例を挙げます。

ある病院に入院している終末期の患者に人工呼吸器が付けられました。家族から「可哀そうだから外してください」と言われ、人工呼吸器を外した結果、亡くなりました。あとで、「やっぱりあのとき医者が外したから死んだんや」と家族が訴え、人工呼吸器を外した医師が逮捕されました。

死ぬ1日前くらいに、もがき苦しむ時があります。それを見ていた家族から「早く逝かしてくれ」と言われた医者が塩化カリウムを点滴の中に入れて、心臓が止まりました。その後、何ヵ月か経ってから、「あのときに医者が塩化カリウムを入れたから死んだ」と家族が警察に訴え、医者は殺人罪で逮捕されて有罪になった例もあります。

人間の気持ちは常に揺らぎます。早く楽にしてあげたいと思っても、数ヵ月経ってみたら、やっぱり死んでほしくなかった、と後悔するとはあり得ます。元来、医療と司法は何の関係もありません。末期がんで死ぬことに警察は何の関係もない。しかし、やたらと警察が入ってきて、医者に手錠をかけようとするのです。これには、医者を叩き続けるマスコミにも原因があるのではないかと思います。

もし胃瘻を入れずに死んでしまったら、家族に訴えられ負けるかもしれないのが、日本という国です。こうした状況では、医療訴訟を恐れ萎縮医療、ディフェンスメディスンになりやすいのです。

## 問われる、事業者のモラル

日本全体の統計では、単身世帯と2人以上の世帯がともに逆転しました。「家族」という概念はもはや崩壊しています。「おひとりさま」が普通の時代になりました。「老老介護」の先にあるのは「独居」です。また「認知介護」も多いと思います。認知症を介護しているほうもだんだん認知症になってきて、気がついたら介護している人の認知症のほうが目立つようになる場合もあります。

その結果、特養などの施設が圧倒的に不足し、グループホームも少ない状況で、小規模多機能居宅介護事業所に認知症の高齢者が集まっている状況があります。同じ理由から、高齢者



専用賃貸住宅（高専賃）が都市部ではいっぱいできています。これらの高専賃で、同一法人がサービスを提供するとよく「囲い込み」と批判されることがあります。ひとつの建物に集団で住んでいる高齢者に、同じ事業所がケアプランとサービスを提供していると、不必要なサービスが提供される場合があります。ケアマネも「ケアマネが同法人のサービスばかりを使っているのかどうか」が今非常に問題視され、ケアマネの中立性が問われています。

「囲い込み」というと、なんだか「悪い」とばかりみたいですが、本来は同一法人のほうで連携しやすいのではないかと私は考えています。病院医療というのは「囲い込み」そのもので、ほかの病院から医者や看護師は来ません。病院では「囲い込み」のことを「チーム医療」というくらいです。同一法人が在宅でチーム医療を行おうとするとやたら「囲い込み」と言われますが、本当は「囲い込み」でいいのではないのでしょうか。

ではなぜ「囲い込み」は非難されるのか。それは、経営者の中にモラルが欠けたことをする人が少しいるからです。ごく一部の利益至上主義に走った悪徳経営者のために介護界全体のモラルが問われています。ここにおられる介護現場の人たちが、「駄目なことは駄目」だと声を出していくことが大事だと思います。

## 動いて、食べて、好きなことをして 死にたい

「在宅看取り」をしていて気がついたことは、人間は死に際でそんなに苦しめないということでした。末期がんの人は病院では食べられないからとたくさん点滴をすると、胸やお腹に水が貯まります。せつかく水を抜いてもまた点滴をするので、また貯まります。また、輸血して吐血して、また輸血して、ということも繰り返行われます。しかし、これは絶対におかしい！末期がんの人は、自然に任せると脱水（ドライアップ）になります。実は、脱水ほど素晴らしいことはないといけません。病院で毎週2回腹水を抜いたら私は簡単に水は抜きません。腹水も自分のものです。水分を摂らなかつたら自然に腹水が減っていきます。

また、お腹のがんの終末期は、専門家でも「食べられない」と思っている人が多くいます。これは思いこみです。確かに、病院だと点滴を沢山するので腸壁がむくみ、完全に腸閉塞になり、鼻からチューブも入れますから、食べられなくなりません。でも家では、そのようなことになりません。点滴をしなれば腸管もむくまないので、放っておくと少しずつ食べられるようになります。こんな単純な真実に気づくまでにだいぶ時間がかかりましたが、今では、そう断言できます。

認知症の人が入院すると、肺炎は治っても食べられなくなることはたくさんあります。そこで誤嚥を心配して胃瘻を入れる必要が本当にあるのか？。私の持論は、「人間は誤嚥しながら生きているもの」ということです。みんな誤嚥してむせますよね。食べて、思い切りむせてもらった方がいいのです。誤嚥しても反射のむせもなくたってきても食べさせていた患者さんもいました。まさに、「生きることは食べること」です。

痛みに関しては、医療用麻薬であるデュロテップパッチという3日に1回貼る鎮痛薬と、フェントスという1日タイプのフェンタニルパッチができました。麻薬ですので、ヘルパーさんは、その薬に触るだけでも問題があるし、看護師が外で持っているだけでも捕まってしまうお薬です。実際、トラブルも多発しており、その原因がケアマネジャーやヘルパーにあることもあります。麻薬に関しては注意・警告文も出ており、医師以外の判断で使うことはできません。

日本の「緩和ケア」は、国際的に見てまだ遅れていると思います。これまでは治療を尽くして最後の最後に行うのが「緩和ケア」だったのが、いまは治療と並行して、徐々に緩和ケアの比重を高めていくという考え方になっていきます。しかし、病院から帰ってくる患者は、痛みの治療がうまくできていないことが多くあります。手慣れた在宅医のほうが、よく勉強しています。緩和ケアに意識を払っているのではないか



と思う時もあります。

私は、在宅ホスピスは、がんに限定しないと考えます。ホスピスというと、綺麗などころで、がんの人だけを看ているイメージがありますが、がん以外の病気も沢山あります。病気を差別せず、終末期は病気の種類を問わずに「ホスピスマインド」優しく接する、そういうものが本来のホスピスであり、在宅においてもそれは一緒だと思います。

そこで大切なのはやはり「その人らしい生活」です。病院で寝ているだけではしたいことができない、じっと死を待っているだけようなものです。もし自分が末期がんになっても病院でだけは死にたくない、と思いますね。尼崎は商売人が多いので自分の仕事場で死にたいという人が多くいます。死ぬ前の日までパチンコ、パチンコと言いながら死んでいく人もいました。死ぬ15分前まで好きなタバコをくわえている人もいました。

誰しも最期まで好きなことをして死にたいし、認知症の人も家の外に出たいのです。動いて、食べてこそ人間なのです。自然な経過にゆだねて、人間らしい生活を送ることを支援するのが、在宅介護の基本になるのではないのでしょうか。

### 医師や看護師が看取りに

### 立ち会わなくても大丈夫

余命に関して、私は「週単位」、「日単位」と

いう言葉を使います。今日、お配りした「はじめての在宅医療」という冊子の中には、「週単位から日単位と判断するのは、寝ていることが多くなる、ほとんど食べられなくなる時」と書きました。このような状態を「日単位」と呼んでいます。日単位になると看取りの説明を詳しくします。「ケア会議」の場には、ヘルパーさんにも必ず出席してもらいます。特に独居の方の看取りのときは必ず出席してもらい看取のシミュレーションをします。

説明の場では、真夜中に亡くなったかどうか、独居でヘルパーが朝8時に入ったときに死んでいたらどうするか、などのシミュレーションをお話します。施設や家で死ぬと、警察が来ると思っている人がほとんどです。医師でもそう思っている人が多いのですが、本当はそうではありません。在宅医は、亡くなった後の説明もしておきます。たとえば着物を用意しておくことや、葬儀屋の心づもりがあるか、などです。

死ぬ数日前は、せん妄が出たりします。私の説明を受けていても、このときに勝手に救急車を呼ぶケアマネジャーがいたりします。一番困るのは、ケアマネジャーが「お医者さん」になつてしまうことです。家族もケアマネジャーの言うことを信じ、勝手に病院を手配したりします。ヘルパーさんが勝手に救急車を呼ぶ場合もあります。良かれと思って行動しているのだとは思いますが、全然違うのです。ですから介

護の人に「在宅看取り」のお話をすることは、大切なことだと思います。

死ぬ1日前になると、1日だけ人間は「もがき苦しみます。死ぬ前に息が苦しそうな人を見て、ヘルパーさんは「看護師を呼んで吸引してくれ」と言いますが、「違う。これは死ぬ前の喘鳴ですよ」と説明します。そして「これが死の壁です。今台風がここに来ていると思ってください。雨戸を閉めて耐えていたら明日には何もなくなりますから。今晚だけ耐えてください」と説明します。「死の壁」とは、私が勝手に作った言葉です。そして、このあとどうなるかを実演します。「意識レベルが低下して白目をむきますよ。このときもう意識はありません。死ぬ間際には肩呼吸から下顎呼吸になります。そこであわててはいけませんよ」と。昔はよく慌てて「ご臨終です」と言った途端に、大きな最期のひと息をされることがありました。汗をかきながら何回も失敗してきました。

在宅看取りにはいろいろなケースがあります。医師が立ち会う、ヘルパーが立ち会う、家族のみが立ち会う、誰も立ち会わず朝行ったら死んでいたなどです。家族はよく「寝ている間に、死んでしまったらどうしよう」と不安がられますが、「最高ですよ、それが一番ええやん」と説明します。人生の終末期、眠るように死ねたら、一番です。

私は、400人以上いろいろな人を在宅で看取ってきましたが、最近では、亡くなるときは、その場にいないようにしています。ですから正



確に言う、私は死亡診断書を書いただけで「看取って」はいませんね。多くの医師をはじめとする医療者が誤解しているのは、医師や看護師が看取りに立ち会わないといけないと思っ

ている点です。その必要はまったくありません。看取るのは家族やヘルパーです。特に独居で身よりのない人はヘルパーが看取ってくれています。前もってご家族に詳しくお話ししている

## 人間らしい最期を迎えることを支えるために

もし各地域に小回りが利く、たとえば認知症の誤えん性肺炎を3日や5日だけ受け入れてくれる病院があれば、どれだけ便利でしょうか。現在、家族を休ませるためにも「レスパイト入院」という言葉がありますが、これが本当に気軽にできたらどんなに安心して在宅介護ができるでしょうか。実際に、在宅医と同じ思いで運営される慢性期病院が全国各地で増えてきます。私が知っているのは、「日本慢性期医療協会」に入っている病院です。このように在宅医と慢性期病院との連携もすっかり行うことも必要です。「何でもかんでも在宅」という在宅原理主義と言われるのは、心外です。あくまで主役は患者さん。患者さんやご家族が、在宅と施設・病院が自由に選べるのが、理想と考えます。

医学が発達すると「不老不死」の時代が来て、がんも克服されるといふ幻想がありました。そう、幻想です。人は必ず死ぬのです。死亡率100%。

よく「キユアからケアへのパラダイムシフト」と言われますが、「医療から介護」ではなくて、思想、哲学の問題です。「ケア的な医療」もあるし、「キユア的な介護」もあります。病院の中にはキユアしかありません。では自宅はケアしかないかというと、そんなことはありません。

せん。在宅の中でもキユアは当然あります。ただ、もし100歳の老衰だったらさすがにケアだけで十分だと思います。70歳の認知症の末期の場合は、医療者として、出来ることが結構あるかもしれない。さらに、50歳の若年性認知症のターミナルケアだったら、そこにはキユアもケアも両方が必要です。

今日の結論です。今後の高齢者医療・介護を担うのは、看護師とヘルパーです。日本の医療費は34兆円で、介護費は8兆円です。でもその8兆円は2025年には20兆円まで増える見込みです。もしかしたら医療と同等の34兆円まで増やさないといけないかもしれませんね。いづれにせよ、人生の最期に医者は必要ありません。これは事実です。極論すれば、医師は法律的に死亡診断書を書くためにいるのです。あるいは、時に治せる病気を治さなければいけないときにいるのです。

ヘルパーもある程度医学的な知識を得て、看護師と上手に連携してください。ケアマネ制度も中立性を保てるように変えないといけないし、要介護認定制度ももっと簡素化しなければいけないのではないかと。ですから、ヘルパーも法律や医療制度の知識もできるだけ知っておくべきでしょう。「ケア会議」にも出て積極的に発言してほしいと思います。自宅や施設で、その人が人間らしい最期を迎えることを支えるために我々、在宅関係者は密接に連携しながら頑張りたいと思います。本日は、このような場を与えて頂き、ありがとうございました。