

H24. 7. 28

「がん」と「非がん」の差



「在宅療養」シリーズ④



長尾和宏 (ながお・かずひろ)
東京医大卒業後、大阪大第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで、人を診る、総合診療を目指す。医学博士。労働衛生コンサルタント。関西国際大学客員教授。54歳。ブログ(<http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>)が好評。

「在宅医療」という言葉は聞いたことがあるが、どんな病気なら在宅医療を受けられるのか、またどの段階で依頼すべきか? という質問をよく受けます。在宅医療の対象疾患は極めて広く、すべての病気がその対象になるといいと思います。ただし、私は「がん」と「非がん」に分けて考えるようにしています。

「末期がん」での平均在宅期間は1カ月半と、あっという間ですが、「非がん」の病気の在宅療養は年単位の長期に及ぶことが多く、両者の療養スタイルは多少異なるかば、末期がんは短期決戦で、「非がん」は長期戦というイメージかと思えます。「非がん」の病気の例を挙げれば、認知症、脳卒中後遺症、神経難病、骨粗しょう症や腰部脊柱管狭窄症、老衰、

「おひとりさま」でも大丈夫?

人が対象になります。ただ、できれば外来通院が可能なきから、かかっていたかどうか助かります。早ければ早いほどいい。

「独居でも大丈夫ですか?」という質問も多く受けます。結論からいえば大丈夫。いまや単身世帯のほうが多い時代。上野千鶴子氏が書かれたような「おひとりさまの老後」がもはや普通の時代です。いくら仲が良い夫婦でも

して多いのが「家族」です。お金持ちや家族が医療者である場合、本人は家にいたくても、家族が施設や病院に入れたがるのがよくあります。在宅療養は、本人に加えて家族の同意が前提条件ですが、独居の場合は、その心配がありません。

ただ看取った場合、死亡宣告を行う相手がいないのが少し寂しいですね。家族がいな

い分、私たちが頑張ろう、ないます。

拙書「平穏死・10の条件」は、おかけさまで発売1週間で3刷りに。ありがとうございます。

臓器不全症(心不全、腎不全、肺気腫、肝硬変など)です。「末期がん」は緩和医療が中心になります。一方、「非がん」は、緩和医療に加えて通常の医学的管理が必要です。適切な医療があることで患者さんは長生きできるので、医療のウエートは当然高くなります。在宅医療は手抜き医療、または何もしないとよく誤解されますが、検査や治療をやるメリツトがあるときにはやるのが「非がん」の在宅療養なので

在宅療養は、1人で来院できない、通院に介助が必要なら、必ずいつか「おひとりさま」になります。

天涯孤独の独居の末期がんの方を何人も最期まで在宅で診ました。家族という「邪魔」が入らないので、本人の在宅希望が強いほど在宅療養の継続は容易です。率直に言って、最もやりやすい療養パターン。この事実はまだあまり知られていません。

在宅療養を阻害する因子と

最後に年齢について。当院の在宅では、ゼロ歳から100歳まで在宅で診ています。出産年齢の高齢化に伴って、早産、低体重での出産が増え、赤ちゃんの集中治療室(NICU)から直接在宅に帰ってくる症例も時々あります。

このような症例は日にちを重ねるほど元気になりますから、われわれもうれしいものです。在宅療養はほとんど悪くなるとは限りません。在宅療養には、病気の種類も、病期も、年齢もまったく問いません。

「家にいたい」「家で生活したい」という患者さん、家族の思いと医療者との信頼関係だけでほぼ決まります。もちろん介護保険の活用はいつでもありません。

「おひとりさまの老後」 上野千鶴子氏著の同書は、70万部のベストセラーに。長生きをすればみんな最期は独りになる。女はそう覚悟しておいたほうがいい。お一人様の老後にはそれなりのスキルとインフラが必要だ。夫を見送ってからの後家楽だ」という。