

イキイキふかや・よりのい

平成26年5月1日発行

深谷市・大里郡医師会広報誌

特集 在宅医療

- ▶ 訪問介護・訪問リハビリについて
- ▶ コラム 往診と訪問診療の差異について
- ▶ 患者さんからよくある質問
- ▶ 生活習慣病予防レシピ



特集 在宅医療と在宅看取りについて

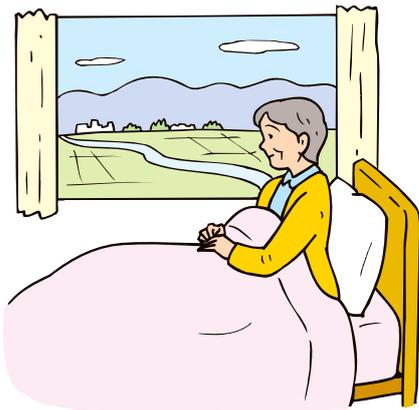
みなさんもすでにご存じの通り、日本では少子高齢化が急速に進んでいます。私たちの住むこの深谷・寄居地域においても例外ではありません。長寿であることは非常に喜ばしいことです。その反面、それを人の「老化」としてとらえた場合は考えなければならぬことが多くあるように思います。年を重ね、高齢になるにしたがい衰えが生じ、やがて死に

至ることはこの世に生を受けたものであれば、誰にも避けることのできない自然の摂理です。人生の後半から終盤はいろいろな病気や障害を抱え、老いと向き合いながら生活して行くこととなります。ある意味で人間は誕生したその瞬間から、死に向って人生という限られた時間を過ごしているとも言えると思います。老化に伴う衰え、老衰、その先の「老死」は

(P1へつづく)

自然の現象であり、現代医療では当然のことながら解決できませんし、将来にわたっても解決はできないだろうと思います。老化、老衰に伴うもの、老死は医療機関にかかり治療すれば治る病気という概念とは異なるものと考えることが必要ではないかと思えます。人の死を自然の現象と考えたとき、本人にとって残された時間、残りの人生をどのように過ごすか、過ごしたいか、家族にとってはどのようにしたいか、どうして欲しいかを改めて考えてみる必要があるのではないかと思います。高齢化が進むということは亡くなる方が増えるということです。現状では約8割の方が医療機関へ入院され亡くなられています。今の医療機関の入院ベッド総数が維持された場合でも2人に1人は医療機関のベッド以外で亡くなることになるかと予想されています。「多死の時代」を迎えるにあたり亡くなる場所の確保が現実の課題としてクローズアップされてきています。

近年、国は在宅医療の体制整備に力を注いでいます。「在宅」での治療、療養が可能な体制が徐々にですが整ってきています。これまで述べてきた老化、老衰、老死以外でも、治療困難な癌や神経難病など残念ながら現代医療では治療が難しいという状況や何らかの原因で寝たきりになってしまったが自宅で療養を続けたいと望まれる方、高度医療や濃厚医療はもはや望まず、静かな余生を自宅で過ごしたいと思っておられる方にとって在宅医療は従来の「通院」や「入院」と違った新たな医療の在り方と考



えています。在宅医療、在宅看取りを積極的に行われているある先生が述べられていた「入院して迎える死には3つの死がある」というお話が印象深く残っています。第一に家族と切り離されることによる「死」。第二に慣れ親しんだ地域社会と切り離されることによる「死」。第三に生命としての「死」だそうです。いかがでしょうか。みなさんはどのように思われますか。

出来る限り住み慣れた地域、慣れ親しんだ我が家で、心休まる家族と一緒に療養しながら生活し、自分の意思で出来る限り、人生を悔いなく、満足、充実して過ごすこと、最期の時も身近な方々に囲まれて自宅で安らかな最期を迎えることの意味に思いを馳せます。在宅療養や在宅看取りを通して、その人の生き様、姿勢を何物にも代えがたい非常に大切なメッセージとして家族や身近な人たちに伝え残すことになると感じています。人には生老病死があることを身近な肉親を通して自然に感じることは残る若い世代に「命」について考える機会を与えることにもなると思えます。

在宅療養、在宅看取りが上手く軌道に乗るために大切なことは本人が在宅療養、在宅看取りを希望することはもちろんですが、家族がそれを理解し、協力して頂かなければなかなか難しい面があります。介護者である家族の孤立と不安を取り除き心身の健康を維持し、良い介護が続けられるように支援することも非常に大きなテーマです。家族のみに頼る在宅療養は非常に困難であり、限界もあります。介護保険の利用は必須であると思えます。まだまだ十分とはいえないかもしれませんが2000年の介護保険施行から手直しを続け、より良い制度になるように改定を重ねてきています。身近な居宅介護支援事業所などのケアマネージャーに気軽に相談し、さまざまな介護保険サービスなどを組み合わせて在宅療養の支え手を増やし、多職種協同によるその方や家族の希望に沿った個別の在宅療養、在宅看取り体制を整えて行くことが大切だと思っています。

可能であれば、自宅で最期を迎えたい。と思う方は少なくないと思います。

しかしここ数年、ご自宅での看取りを実際に希望される患者さん・御家族が、激減してきているのを感じます。

政府(厚生労働省)は「お金のかからない医療だから在宅医療を勧めたい。入院治療にはお金がかかり、医療保険財政が逼迫している。だから在宅で。」といますが…。

在宅医療は、患者さん・御家族の理解・協力と、介護・看護・医療従事者の奉仕の精神に則り成り立つと思っています。あまりお金の話を持ち出してほしくないものです。

自宅での看取り減少の理由を色々考えてみると、それは止むを得ないのではと思われます。

自宅での看取りが困難になった理由を、いくつか挙げてみましょう。

※ 患者さん・御家族側の理由として

① 自営業家庭が少なくなってしまったこと。

農家が減少し、商家も引き継ぐ次世代がない。みんなサラリーマン化し、昼は独居もしくは高齢者夫婦のみで、高齢者を介護する同居家族がない。



② 年金支給年齢も遅くなり(定年が遅くなり)、高齢まで働かねばならず、親の介護が難しくなってきた。

1・2、の理由で高齢者介護の必要性が出てくると、施設入所となるわけです。

③ 医療従事者以外ほとんどの方は、人の死線期(亡くなる直前の時期)の状態を見たことがない。

苦しそうで見ていられず、やはり最後には御家族が救急車を呼び、入院してしまうことも多い。

※ 医療者(主に医師)側の理由として

① かかりつけの患者さんではない方からの、いきなりの在宅診療依頼の比率が高くなってきているが、いきなりの在宅診療(=往診)依頼では患者さん・御家族と医師との信頼関係が築けず、引き受けにくい。

② 在宅で看取るには、現実として24時間対応が必要になるが、一つの診療所つまり医師一人では長期連日24時間対応は困難。

昭和40年代の社会環境と、介護保険も始まっている今の社会環境とを比べて考えてみると、通常の家での在宅医療は極めて困難になりかつ必要性が減っていると思われます。

とりわけ深谷・寄居地区は都内などと違い比較的過疎地域が多く、在宅介護・在宅看護・在宅診療を24時間対応で展開するのは物理的に極めて困難ではと思われます。

医療保険財政の負担を軽くするための入院外医療としては、これからは在宅医療よりも、看取りを含めて施設医療を中心に考えていくのが社会的ニーズに合っているのではと思われます。実際に、退院後にご自宅に戻るのではなく、施設に直接入所される高齢者の方が増えています。

さて、ここまで在宅医療(看取りを含めて)は難しいと申しましたが、かかりつけの先生(医師)の中には、患者さん本人・御家族に在宅医療の希望があれば、その希望に応じたいと考えている方もたくさんいると思います。

患者さん本人・御家族がともに在宅医療を希望されれば、まずかかりつけの先生と相談してみてください。



訪問看護・ 訪問リハビリ について

近年、医療・介護の国の支出は莫大なものになっております。その支出の大部分を占めるのが、入院・入所介護です。良いか悪いかは皆様の家庭環境、経済状態にもよりますが、国の方針としてはなるべく税の出費が少ない在宅での治療・介護に重きを向けた方向性を出しております。

医師が絡む在宅医療には、看護師による訪問看護と理学療法士・作業療法士・言語療法士による訪問リハビリがあります。

◇ 訪問看護

はじめに訪問看護とは医師の往診(医療)・訪問診療(介護)により、患者様の治療状態などを理解した医師の指導を受けた看護師が、全身状態の管理、病気の予防、日常生活指導を行い、主治医と相談し、病気・介護状態の悪化を防ぐことを目的としています。各施設により違いはありますが法律的には2つしかありません。



①みなし訪問看護・訪問看護師さんは患者さんの主治医に雇用されています。日常診療でも医師の元で働いており、在宅においても院長先生のお手伝いをする関係です。

②訪問看護ステーション・医療機関に付随する必要がなく、施設の医師に縛られません。独立した看護師の集団組織です。どの医師でも訪問先の距離・状態が合えば、全く面識のない看護師に指示が可能で、ステーションの看護師が個々の患者様に合わせて必要な看護を行います。(必ず医師の指示がなければ看護師は動きません)



Column コラム

往診と訪問診療の差異について

往診とは、患者さんの求めに応じて医師が患者さんの自宅に赴き、診察を行う事です。訪問診療とは、かかりつけ医師が計画を立てて定期的に患者さんを往診し在宅での生活を医療面で長期に渡りサポートする事です。

往診や訪問診療が可能か不可能かはそれぞれ医療機関の状況により異なりますので、希望する場合はかかりつけ医に相談してみてください。少ないですが訪問診療専門の医療機関も存在します。

往診の医療費は医療保険の適応となりますが、往診医師の交通費は実費を患者さんに負担いただく決まりです。高齢患者への訪問診療は介護保険制度のサービ

スの一部としても機能しておりますので、その費用の医療部分は医療保険の適応となり、訪問診療の居宅療養管理指導料が介護保険の適応となります。

往診も訪問診療も在宅で受ける医療ですので、高度な検査や治療は不可能であり、受けられる医療行為に限りががあります。

高齢者の多くが出来るだけ長い間自宅での療養生活を希望しているというアンケート結果があります。しかし、介護する家族の負担や、重い症状に対処する家族や往診医師の対応が困難などの理由により在宅での長期療養や看取りがあまり増えていない現状があります。

※ 訪問リハビリ

次に訪問リハビリとは、在宅において専門的リハビリを行うサービスになります。訪問リハビリに関しては、病院・診療所・老人保健施設でしか設置できない事が法律で決まっています。そのため、独立したステーションはありません。リハビリの専門の理学療法士・作業療法士・言語療法士などを雇用する医師でなければ、リハビリの知識が十分に備わっておらず、リハビリの指示を出す事がなかなか難しいからでしょう。(本来、理学療法士・作業療法士・言語療法士は、リハビリの医師の指示でなければリハビリを行う事が出来ません。勝手には、リハビリは出来ないことになっております)

皆様が家庭でのリハビリ希望の場合には、通院できないほど症状が重く(通院可能な方は適応がありません)、主治医がおり、主治医から訪問リハビリ事業所の医師に訪問リハビリの依頼をすることが必要になり、二人の主治医が必要になります。(元々主治医がいない場合、直接、訪問リハビリ医への依頼も可能です。その場合、主治医は一人になります)リハビリ医は主治医と連携し患者様を診察させていただき、理学療法士などに細かい指示を出し、在宅でのリハビリ開始となります。

在宅でのリハビリも今後重要となってきておりますが、ご要望・ご希望があっても、診察にて適応のない方も稀にあります。また適応があってもこのようなシステムを知らなくて、どんどん症状が悪化してしまう例もありますので、まずは医師に相談をしていただくことが大切だと思います。



深谷市・寄居町内の訪問看護・訪問リハビリ事業所(H26.4.1現在)

○訪問看護ステーション

深谷赤十字訪問看護ステーション	深谷市上柴町西5-8-1	電話:048-572-0115
あねとす訪問看護ステーション	深谷市上野台3323-202	電話:048-577-4311
有限会社グランジュッテ	深谷市南阿賀野19-5	電話:048-587-2889
ケアーズ訪問看護リハビリステーション深谷上野台	深谷市上野台249-3 オリジン102	電話:048-575-3885
クローバー訪問看護ステーション	深谷市小前田2560	電話:048-579-0011
寄居訪問看護ステーションかけはし	寄居町末野2109	電話:048-580-0891
グループホームあかつき訪問看護ステーション	寄居町鉢形3178-8	電話:048-581-4761

○訪問リハビリ事業所

深谷整形外科医院 訪問リハビリ深谷	深谷市宿根245-1	電話:048-574-0022
-------------------	------------	-----------------

なお、訪問看護と訪問リハビリは、ヘルパーが在宅にお伺いして介護を行う「訪問介護」とは全く異なるサービスです。

患者さんからよくある質問

Questions from patients



Q 高齢で体がきかなくなってきました。介護保険を使いたいと思いますが、どうすれば良いですか？

A 介護保険を初めて使う場合、医療保険と異なり申請が必要です。市町村役場に介護保険の窓口があります。窓口申請書が備えてありますので、本人か家族が記入して窓口へ提出して下さい。

その申請書提出後、介護保険事務局より電話連絡があり、介護認定調査員が申請者自宅に派遣され、介護にかかる手間の状況を聞き取り調査していきます。又、主治医意見書をかかりつけ医に記入してもらう必要がありますので、介護保険申請書提出後できるだけ早くかかりつけ医を受診し、介護保険の申請を出した旨を医師にも伝えて下さい。

介護認定調査員の介護にかかる手間の調査結果により介護度がコンピュータ判定され、さらに介護認定審査会で主治医意見書を組み入れて介護度が決定されます。数日後、介護度の認定結果が郵送で通知されます。この様な手順による介護認定後、希望する介護事業者やケアマネージャーに患者さんの側から電話などで連絡を取っていただき、希望する介護サービスを受ける運びとなります。

緊急を要する場合は介護認定前から介護サービスを開始する暫定措置も用意されていますので、役場の介護保険窓口や介護事業者に相談してみてください。





どのように **生**きて、 どのように **死**んで行くか



医師は数多くの「人の死」に関わり、「死」に対して様々の思いを抱いていると思います。一方、亡くなる本人とその家族を始め本人を知る人達も、その「死」に対して様々の思いを持ちます。「死」には、病死・老死・自殺死・事故や事件死など様々の「死」がありますが、ここでは災害・事故・事件などによる死ではなく自然死(病死・老死など)について述べます。これらの死は一般に、健康な生活状態から臨終に至るまでの間にある程度の時間(年・月・日)があります。「死」が一定の期間の後に現実のものになることが決定的になった時、この時期をどのように過したいか?回りの人においてはどのように過させたいか?昨今は、日常生活の中でも、メディアでも、取り上げられることが多いと感じます。

死生観(生き方・死に方に対する考え方)は世界の国によって、また日本社会においても時代によってかなり違います。とある調査結果ですが、治療によ

る回復を見込めなくなり死が近づいた時、日本人の80%が家庭での死を望むと答えたそうですが、実際に家庭で亡くなる人は約20%(80%の人が病院)しかおらず、希望と現実の間には大きな隔たりがあります。人の一生を、真の意味で大切にすることを考える時、この数字は無視出来ないと思います。衣食住が向上し、健康法や衛生観念が普遍し、医学が著しく進歩して長寿になり、喩え死病を得ても長期の延命が可能になった日本社会。医療・介護・福祉などに関わる人も、各家庭においても、教育・メディアに関わる人も、現代に相応しい「死生観」を考え直してみる必要があるように思います。

無数の臨終ドラマのほんの一部しか紹介出来ませんが、実例に似せた短いフィクションを紹介して、「死生観」形成に影響するところがかなり大きいと思われる終末期医療について考えて頂くきっかけになればと思います。

case 1

在宅治療中の60代後半の末期胃がん(再発)の男性。本人家族共に過剰な延命を望まず。この数日、急激に状態が悪い。5%のブドウ糖の点滴が申し訳程度にゆっくりと滴下されている。意識が薄れ末期呼吸の臨終間際に、仕事先から駆けつけた40歳前後の息子。「親父!もう頑張るな!死んでいいぞ!本当にありがとう!ありがとう…」医師が臨終を告げると、向き直った息子が家族を代表するように「先生!親父を苦しめずに、良い死に方をさせてくれて感謝しています。」再び父親に向き直った息子の震える背中から嗚咽が洩れていたが、亡くなられた当人もその雰囲気を感じたのではないかとと思われるような、言い知れない爽やかさがその場を包んでいた。

case 2

末期肺がん。家族と病院関係者の(強いものではないが)引止めの説得を振り切り、在宅での死を望んだ70代後半の男性。食も進まず、咳き込みあり。窓辺で、お気に入りの庭を眺めながら息子に、「タバコ!」と人差し指と中指でタバコを挟む仕草。「咳き込むぞ!」「解ってる!」息子がタバコに火をつけてやって口に啜えさせる。たった3回しかふかせなかったが「こんな美味しいタバコはなかったな!」そして、翌日(退院して4・5日目)息を引き取られた。息子が医師に、「自宅で息を引き取るまでの数日間、親父と心が通じているのをしみじみ感じました。親父も同じ気持ちだったのでしょうか。」医師、穏やかな表情で、「タバコをネー。吸わせてもらえて嬉しかったでしょうネー」



case 3

60歳前半男性。数回脳梗塞を繰り返し、最後の脳梗塞再発の後経口摂取が出来なくなる。認知症があって本人には判断能力はない。家族は退院時に胃瘻増設を勧められたが、かかりつけ医の協力を得て鼻カテ栄養で経過を見ることになる。その後半年が過ぎたが、定まらない視線、左上肢を意味もなく動かすが他の三肢は拘縮気味。再び口から食べられて、意志疎通が出来るようになる可能性はない。妻はパートで稼いでいて、日中は介護者がいない。時折誤嚥性肺炎を起こすが、輸液・抗生剤使用・訪問看護サービス・妻のケアで持ち直す。妻は最期まで在宅治療で通すと言っていたが、日祭日に具合が悪くなると、不安になり救急車を呼んでしまうこと2回。2~3日で、ほぼ元通りとなって退院してくるが、妻の疲労色は募って行く。

医師:「そうか、私の携帯に連絡がつかなかったですか、すみません。救急車呼びたくなくても仕方ないよな」奥さん:「…。そのまま一人で経過を見ることは出来ないよ」医師:「当然だよ。それしかなかったよ。それで良かったと思うよ」奥さん:「すみません…。これからまた同じような日が続くけど、取り敢えずホッとしました」。妙な会話である。“このような延命は主人のために、良いとは思わない。”と考え始めたのが、鼻カテ栄養を始めて1年経たない時。この会話はそれからおよそ3年後。原因は良く追求されなかったが、鼻カテ栄養を受け付けなくなって亡くなるまで、合計4年半であった。死亡確認の時、50歳と少しの奥さんの顔が、何時になく晴れ晴れと生気に満ちていたのが印象的だった。それにしても、あの鼻カテはどう評価すれば良いのか? 忌々しくも思える。

——今回はこの3題にて止めます。——

逝く人が望んだ様な亡くなり方が出来て、残された者達もこれで良かったと納得できる最期。このこと

の実現は、現代社会の「死生観」がもっと自然なものに変化していけば、案外簡単に達成できるものかも知れない。まずは万人が考えることから始めることでしょう。

生活習慣病 予防レシピ



ごぼうのチャプチェ 1人前 162kcal

滋養強壮の作用がある牛肉と野菜を炒め合わせた韓国料理の定番メニューです。

材料(4人分)

春雨 …………… 50g
 しょう油 …………… 大1・1/2
 砂糖・みりん …………… 各大1
 牛切り落とし肉 …………… 100g
 にんにくのすりおろし … 小1/3
 酒 …………… 大1
 生椎茸 …………… 3個
 赤ピーマン …………… 1/2個
 みつ葉 …………… 1束
 ごぼう …………… 1本(150g)
 ごま油 …………… 大1
 白いりごま …………… 大1/2
 塩・こしょう

作り方

- ①春雨は袋の表示通りにもどし、ざるにあげて水けをしっかりと取り、食べやすい長さに切る。小さめの器にたれの材料を混ぜ合わせる。牛肉は大きければ食べやすく切ってボールに入れ、たれの1/2量とにんにく、酒を加えてからめる。
- ②生椎茸は軸を切り、薄切りにする。赤ピーマンはへたと種を取り、縦に細切りにする。みつ葉は根元を切り落とし、長さ3~4cmに切る。ごぼうはたわしでこすってよく洗い、皮つきのまま斜め薄切りにしてから、縦に細切りにする。切ったものから水にさらし、さっと混ぜてからざるに上げ、水けをきる。
- ③フライパンにごま油を中火で熱し、ごぼうを炒める。しんなりしてきたら残りのたれを加えて混ぜ、さらに、牛肉としいたけを加えて炒め合わせる。肉の色が変わったら、春雨と、塩、こしょう各少々を加えて混ぜ、さらに、赤ピーマンを加えて炒め合わせる。全体に油がまわったら火を止め、みつ葉と、白いりごまを加えてさっと混ぜ、器に盛る。

急性期リハビリから在宅介護への橋渡し。 そして看取りまで、 幅広く地域の老人介護を支援します。

介護老人保健施設

入 所 (30日を超える長期入所・リハビリ)
 短期入所 (ご家族不在時等の1泊2日からの、短期の入所・リハビリに)
 通所リハビリ(日帰りのリハビリ・入浴等)

在宅介護支援センター

ご自宅で介護される方のケアプラン作成。介護サービスについての相談を受け付けます。

地域包括支援センター

地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどの相談を総合的に受け付けます。

まずはお電話でお問い合わせください。

一般社団法人 深谷市・大里郡医師会 老人保健施設FOMA・なごみ
 (代表)048-587-4753

患者さんの ご質問やご意見募集

深谷市・大里郡医師会広報委員会では患者さんからの医療に関する質問やご意見を随時募集しております。かかりつけ医師にお話しいただくか、医師会事務局まで電話かFAXをして下さい。本広報誌に可能な限り答えと共に掲載させていただきますが、掲載の採否は当委員会にお任せ下さい。掲載分には粗品を進呈させていただきます。



医師会事務局

電話048-573-7723
 FAX048-573-0948

深谷市・大里郡医師会

イキイキふかやよりい 第4号

平成26年5月1日発行

発行：深谷市・大里郡医師会 広報委員会

〒366-0034 深谷市常盤町62-2

☎048-573-7723

ホームページ <http://fukaya-osato.saitama.med.or.jp/>