



よりよい 在宅療養を めざして

私たちは
病気による苦しみや
老いとともに
生きるあなたを
みんなで支えます

小樽病診連携グループ
小樽終末期医療を考える会

ご挨拶

小樽病診連携グループの活動に日頃ご協力いただきまことにありがとうございます。

私たちのグループの目的は1) 診療所で在宅医療を実践する自分たちを仲間の連携で支え、2) 患者さんを中心に病院との連携を強化して、病院での治療と自宅や施設での療養が切れ目なく行えるようにすることです。

私たち診療所の医師は一人で毎日外来診療を行いながら、在宅医療も担っています。在宅医療には24時間途切れない診療の提供が欠かせませんが、私たち医師も一人の人間であり、全く休みなしでは仕事を続けることが困難です。これまでは各人が各自の責任で、その仕組みを支えて参りました。

幸い2017年2月から北海道の“在宅医療提供体制強化事業”の一つである“在宅医療グループ診療運営事業”に応募し、採用していただきました。この制度を利用することで、学会出張などで小樽を離れた際などに、連携している仲間の医師に代診待機を依頼することができるようになりました。おかげさまで時には休養をとり積極的に研鑽を積む機会を作ってゆくことが可能となりました。

この冊子では私たちの活動とそれを一緒に取り組んでいる仲間である市役所の介護保険課、地域包括支援センターの皆さんからも寄稿して頂きました。私たちのささやかな取り組みと、私たちと一緒に小樽の在宅医療を担う皆さんの経験をご紹介します。

史上かつてない速度で進行する高齢化社会、その最先端を進む小樽で、今後さらに在宅での医療、介護は重要性を増して参ります。私たちは多くの皆さんと協力し、在宅医療を支える仕組みがより一段と安心できるものになるよう、今後とも努力して参ります。

小樽病診連携グループ
代表 高村内科医院 院長 高村 一郎

目次

介護休暇を活用してお父さんを看取りました	高村 一郎	1
すべての患者さんに緩和ケアを 「その人らしく生きる」を支える	澤田 香織	5
チームで支える在宅医療	吉田 展啓	7
それぞれの最期	松島 久	8
介護するご家族に寄り添って ～認知症カフェのひろがりから～	渋間 朋子	10
介護サービスの提供が困難であった事例	山形祐理子	11
介護離職者を出さないために	高村 一郎	13

介護休暇を活用してお父さんを看取りました

Rさんは70代後半の男性です。頭部に目立つ皮膚疾患があり、人前に出るのが不得意で内向的な性格でした。股関節に障害のある奥様と長く連れ添い、一人娘を大切に育ててきました。娘さんは看護師になり元気に働いています。Rさんはこれまであまり大きな病気をすることもなく、いろいろな職業を経験し、最後はタクシー運転手として長く働いてきました。現在Rさん夫婦はその娘さん、お孫さんと三世代が一緒に暮らしています。

55歳で一回目の脳梗塞になりました。幸い社会復帰できましたが、70歳の時に二回目の脳梗塞発作に襲われました。左半身麻痺だけでなく、言葉がはっきり発音できなくなって、物忘れも始まり、大切なことを判断するのがすこし難しくなりました。その後はサービスなども利用しながら落ち着いた生活を続けていました。

昨年秋に食欲が低下し、かかりつけ医を受診したところ下肢の浮腫と胸水が指摘されました。心不全などを疑い、済生会小樽病院に入院し検査をすると、心臓や腎臓の働きは正常ですが、腹水がたまっていると指摘されました。胃の内視鏡検査、全身のCT、PETなどの検査では特別な病気は見つからなかったものの、穿刺して採取した腹水からがん細胞が見つかりました。

腹水にがん細胞があれば、がんが転移して腹腔全体にがんが広がった“腹膜播種”であり、手術による根治的な治療は望めない非常に重篤な状態であることが殆どです。お元気であれば元々の病巣をはっきりさせ、より良い治療に役立てたいところです。

主治医からはどこに元々のがんがあったかがわかって、根治的な治療は見いだし

がたいと指摘されました。食物の通過は良好で、貧血などが起こっていないため、大腸癌などがあっても癌それ自体による腸閉塞などの症状が現れる可能性は乏しいこと、しかし状態は重篤でこれからの予後は短ければ3ヶ月以内、長くとも半年と伝えられました。

すでに体力・気力の低下がありフレイルが進行した状態でした。また本人からもどんな病気かといった質問もありませんでした。これ以上の詳しい検査は控える方向で家族と主治医は意見が一致しました。

Rさんの場合、強い痛みや倦怠感はありませんでしたが、今後は予断を許しません。このような状態で、普通であれば本人に病気のことをお伝えし、治療方針を一緒に考えていただく時期です。

娘さんは、高齢者が元々不安を抱えており、告知を受ければさらに強い不安にさらされてしまうと心配しました。これまでの経験や、論文を参考にいろいろ考え始めました。そんなとき同じ状態のがんで、告知した場合としていない場合とで、がんによるの疼痛に関するデータを検討した論文を見つけました。告知されていない方が、痛みや苦痛が軽い場合もあるという結論でした。内気なお父さんであればまさにそうなるのではないかと予想しました。

話し合いの結果娘さんを初め、ご家族はRさんが元気な頃、「がんになっても告知はしてほしくない」と言っていたことも考え合わせ、現在の状態は説明するが、がんであることは言わないでおこうと決めました。これからはできれば退院し、自宅で緩和的な治療を受けさせたいと考えるようになってきました。これを受け、これからの療養

生活に向け体力を温存し、無理な検査や治療はしないことなどを主治医は家族と再確認しました。

しかし自宅で療養するには困った点がありました。入院したときからほぼ一月ごとに、お腹にたまった腹水を抜いてきたのです。腹水が少ない状態では、痛みも、だるさありませんが、沢山たまってくるとお腹が張ってきて食欲がなくなり、次いで吐き気が起こります。どうしても定期的に腹水を抜く必要があり、自宅への退院は困難と評価されてしまいました。

それでも娘さんは食べられる内に、お母さんの手料理で好きなものを食べさせたいと考えました。痛みや倦怠感がないのでなんとか自宅療養が可能ではないかと、療養型病床への入院を予約をする一方で、外泊を試してみる事にしました。

娘さんの勤めている病院に相談すると介護休暇がとれることになりました。娘さんはなんとか自宅療養をと主治医に訴えました。娘さんは高村の主催した「終末期医療を考える会」の講演会をお聞きになっていて、重症でも在宅療養が可能なことを知っていたのです。それに娘さんはその講演会で、「本人に告知をしていなくても在宅での緩和医療が受けられるかどうか」高村に質問をしていました。もちろん緩和医療は必要な人には全て適応可能です。

娘さんの希望を受け、済生会小樽病院の主治医は高村内科へ連絡、何時でも状態が悪化したら済生会病院が引き受けるからと請け負って状況を説明し、翌週には退院し在宅療養を開始することになりました。退院時に想定されていた予後は診断当初の最大半年から数か月へとさらに短くなっていました。

退院早々に往診に伺いました。超音波検査をしてみると、退院の日に腹水を抜いた

はずなのに、すでに大量の腹水がたまっていました。わずかのうちに病状が進行し、腹水のたまる勢いが増していたのです。腸や肝臓が腹水の中に浮いているようでした。苦しそうな表情はなく、血圧、呼吸も安定していますが、これでは一月もたたずに腹水穿刺をする必要が出てきそうです。退院直後ながら次回の腹水穿刺を退院から3週間後と決め済生会病院に予約しました。

本来このような重篤な状態では、医療と介護に係わる多職種がチームを組んで家族を支えるのですが、今回は違っていました。目的、目標がしっかりわかっているプロの看護師である娘さんが、介護休暇を取り、つきっきりで看病しています。全てを彼女と家族に任せることにしました。

腹水のたまっていく速度が非常に速く、危ないことが起こるかもしれませんし、予後が短く急変も予想される状態です。お互いの情報交換がうまくいかなくは在宅医療は成り立ちません。ここで役に立ったのがiPadを利用したICTシステムです。簡単に言えば医療用のSNSです。

“ライン”では参加者をコントロールすることが困難ですが、今回小樽市医師会が採用した「ひかりワンチームsp」はSNS並に簡単に利用できますが、究極の個人情報である、医療情報を決して他に漏らさない、情報をしっかり守ることの出来る仕組みを備えています。関係者しか閲覧することが出来ませんし、もしiPadを無くしてしまったとしても遠隔操作で、そのiPadを使用できないようロックしてしまうことも出来るのです。

退院後初めての穿刺後、食欲も改善して、トイレにも行ける様になっていました。気持ちもしっかりしていました。しかし入院時とは少し変わった現在の状態を改めてご家族に説明し、苦しいことがあるようであ

ればすぐに入院することも含め、一緒に今後の計画を考えました。腹水がたまりすぎて苦しくなってしまった場合、入院を待つことも難しくなりそうでしたので、必要な場合には自宅で緊急に腹水穿刺をすることも念頭に入れつつ見守ってゆくことにしました。

その2週後の土曜日には腹部の張り、食欲不振が強まり、翌日の日曜日にご自宅で緊急の腹水穿刺を実施することに致しました。退院44日目でした。その日の腹部超音波では、退院当初より一層多量の腹水が確認されました。急いで実施することにしたのですが、残念なことに穿刺前には吐き気がつよく、全く食事が出来なくなっていました。喘鳴があり、呼吸も苦しい状態でした。

穿刺すると勢いよく褐色透明の腹水が流れ出てきます。自然流出だけで約4Lの排液があり、穿刺前には固くつきだしていた腹部が、穿刺後にはすっかりへこみ、腹囲も8cmほど小さくなっていました。超音波ではかなりの腹水が残っていてまだまだ引けそうでしたが、安全のため自然流出が止まったところで中止しました。排液後は食欲が回復し、元気も出てきました。穿刺前に低下していた酸素飽和度も排液後は正常に戻っていました。でも早晚次回の穿刺排液が必要となることが予想できました。

十分に早めに対応したつもりでしたが、それでも間に合わず苦しい思いをさせました。その次は限界に達する前に穿刺・排液することとして、苦しくなるのを予防することにしました。

ご自宅での看病の傍ら、娘さんはICUの連絡帳で血圧、酸素飽和度、そしてこの場合とても重要な腹囲を毎日報告してくださいました。このためご自宅での緊急腹水穿刺後は、思いの外早い速度で腹水がたま

り始めていたのが、よくわかりました。一日一日と、これまでに無い早さで腹囲が大きくなってきていて、2週間後の穿刺を済生会病院に予約致しましたが、それで間に合うか心配な状態でした。

果たして自宅での腹膜穿刺後わずか5日後に、飲み込みが悪くなり、喘鳴も悪化、いても立ってもいられない状態になってしまいました。緊急の穿刺が必要です。退院50日目に当たる土曜日にご自宅に伺うと、殆どお話しは出来無い状態でした。努力呼吸で、強い喘鳴があり、酸素飽和度も前回以上に低下していました。

今回も多量の腹水のなかに内臓が浮かんでいる様子が超音波検査ではっきりと見えました。穿刺すると前回同様勢いよく腹水が流れ出してきました。約二時間かけて3L前後の排液が得られました。穿刺後は喘鳴がすっかり無くなり、呼吸状態だけでなく、しっかり質問に答えられるまで回復しました。

事態が大きく進行していますので、腹腔穿刺後にご家族に再度病状を説明させていただきました。改めて、腹膜播種が見られる、がんの非常に進行した状態であること、今後苦しい症状が進行してくる可能性が高いこと、残念ながらこれを根本的に解決する治療法がないこと、また延命治療を試みても命の質、長さともに改善させる見込みがないことなどをお話ししました。今後は家族の負担がいつそうな重くなって行くので、病院などで今後の療養を考えた方が良くかもしれないことなどお話しさせていただきました。

穿刺後はすっかり楽になり、食事もとれるようになりました。この後小康状態が続きましたが、退院53日目、夕食の後で呼吸が苦しくなってきました。

ここで入院も考えましたが、すでに非常

に差し迫った状態で、入院しても延命困難と伝え、奥様、娘さんそろって、このまま自宅で最後まで見守りたいとのご希望でした。その後数時間で穏やかな最後を、ご希望どおりに自宅で迎えることができました。

娘さんが一人で介護も看護も全部しているのは大変なので、いずれ入浴介助なども含め介護スタッフの導入が必要になると考えていました。でも娘さんは最後まで一人で頑張りました。お母さんと娘さんと、そして患者でもあるお父さんに支えられ、ご自宅での介護を全うされたと思います。

ICTの活用で、最期のときまで細かな情報交換が可能でした。ICTの最後の通信はお孫さんからでした。ご家族の支えに感謝致します。

「孫です。こんばんは。」

短い間でしたが、祖父に手を尽くして頂きありがとうございました。突然のことでまだお別れをした実感がありませんが、先生のおかげで、家族全員揃った状態の自宅で看取ることができ、祖父も安心して眠ることが出来たと思います。

また、先日祖母に丁寧な説明をしてくださったことで、祖母の不安も軽減したようでとても助かりました。先生がいらっしゃらなければ母も、父として接することができなかつたと思います。

親身になり沢山関わっていただきありがとうございました。』

高 村 一 郎
高村内科医院
終末期医療を考える会代表

介護保険Q & A

Q：介護保険を利用し始めるにはどうすればよいでしょう？

A：介護保険の認定を受ける必要があります。市役所に申請書を提出してください。

状況に合った方法をお選び下さい。

①介護を必要とする本人か家族が市役所の介護保険課で申請書をだす。

②ご自分の住所がある地区の地域包括支援センターへ連絡する。

連絡すると包括支援センターの職員が日程を調整し、自宅へ訪問して生活上の困っていることを聞いてくれたり、介護認定の申請を代行することができます。

また、要支援の認定受けた方のサービスの調整を行います。

小樽市内には4カ所の地域包括支援センターがあります。最寄りのセンターに電話しましょう。

小樽市北西部地域包括支援センター 0134-28-2522

小樽市中部地域包括支援センター 0134-24-2525

小樽市南部地域包括支援センター 0134-61-7268

小樽市東南部地域包括支援センター 0134-51-2301

③知り合いのケアマネージャーにお願いする。

お知り合いにケアマネージャーさんがいらっしゃれば、申請を依頼することができます。

④かかりつけ医に相談する。その人にあわせた方法を教えて頂けるでしょう。

すべての患者さんに緩和ケアを「その人らしく生きる」を支える

緩和ケアとは生命を脅かす疾患を持つ患者さんとそのご家族の痛みを予防、緩和し、生活の質を改善する全人的ケアのことです。私達は患者さんを診る時に、病気だけでなく今を生きている、物語られる人生を生きている人としての視点を大切にしております。患者さんの気がかりは、病気に関することばかりでなく、生活に関する事、生き方に関する事等たくさんあります。そして私達は、それらの苦痛を取り除くだけではなく、希望を支援し、生きる喜びや価値を共有し、患者さんやご家族を支えていきたいと願っております。

今回、患者さんの「お家に帰りたい」と言う願いをどのように支えることができたか、その一部をご紹介します。

60代のAさんは、肺がんで多発脳転移、骨転移があり、がん性リンパ管症のため、呼吸困難が強く食事もとれない状態でした。ベッド中心の生活になっておりました。発熱があり抗生剤の点滴、24時間の栄養と疼痛緩和のためのモルヒネの24時間持続点滴そして酸素のカテーテル、尿道カテーテルが入っています。長く治療していた病院では在宅療養が困難と判断され、新たな療養型病床のある病院へ移ったところでした。しかし、そこで、Aさんの「限られた時間をお家で過ごしたい」という気持ちをしっかり受け止めたのは、緩和ケアの看護師さんでした。ご家族お一人お一人との面談の中で、急変やお看取りの不安な気持ちやAさんの限られた時間をどのように自分たちができるかご相談したと伺いました。

転院数日後、病院の医療をそのまま継続

した状態で在宅療養に戻ることになりました。酸素を提供し管理してくださる業者さん、介護ベッド等福祉用具を準備してくださるケアマネジャーさんや、毎日の頻回な喀痰吸引など、刻々変わる状態に対するのケアをする訪問看護師さん、24時間の栄養やモルヒネの点滴を準備して家に届ける訪問薬剤師さん、そして24時間対応できる在宅医として私が紹介されました。高齢の夫とふたりだけでは心配なため、娘さんが2週間の介護休暇をとり、娘さんのご自宅へ戻ります。これで在宅医療チーム結成です。ここにも病院の緩和ケアチームの主治医や看護師さんが入り、私たちを支えてくださいます。

抗生剤を変更しても退院前から38度から40度近く熱が反復し、呼吸困難も増強し在宅療養が困難と思われた、亡くなる前々日、病院の看護師さんも自宅へ訪問いたしました。看護師さんと相談し、前日病院へもどると決心、お孫さんを待って翌日朝を希望されました。病院からは『辛かったら夜間でもいつでも病院に戻っていらっしゃい』と言われております。同日私も夕方訪問しAさん、ご家族の意志を確認しております。

亡くなる当日の朝早く訪問看護師さんが喀痰吸引のため訪問した時、すでに血圧が下がり呼吸も不安定となっていました。呼吸が止まるかもしれない状態です。連絡受け私もすぐに訪問しました。その時、不安とおっしゃっていた娘さんが、Aさんに向かい、言いました。「家にいるんでいいよね」。Aさんが、しっかり頷いたのを私も見ました。その日のお昼すぎにAさんはお亡

くなりになりました。後日、病院看護師さんも訪問しご家族に「(最後まで看ることが)きっとできる」と背中を押して下さっていたと知りました。

Aさんのお看取りのために訪問したとき、Aさんのお母さんと孫の小学校入学前の女の子がソファに一緒に座って大きな声で泣いていました。ふたりとも涙を拭うことなく、真っ正面を向き泣いておりました。それを見たAさんの娘さんご夫婦が「相乗効果だね」と笑顔を見せてくれました。私達の代わりにたくさん泣いてくれたありがとうというお気持ちだったのでしょうか。小学校高学年くらいの孫のお兄ちゃんのほうは、Aさんの手をしっかり握って、声は出さなかったけれどAさんの眠るような顔をしっかり見つめて涙しておりました。

私たちはすべての職種が緩和ケアを理解し医療と福祉が連携し、病院から在宅医療へ、より多くの患者さんの生活を支えることができるように取り組んでおります。緩和ケアの重要性について、すでにどの職種も重要であることを理解しています。私たちはそれぞれの立場で患者さんのために何

ができるかを一緒に考えるチームです。当然患者さんの家族や患者さんもチームの一員です。限られた時間をどう生きるかを患者さんや患者さんの家族と共に考えてまいります。

支えられて
支える力ができる
支えはつながりを深める

最期の時は1度きりです。私たちはそこからたくさんを学びます。実際に「死」を目前にした時、「人として生きる」大切なことを学んでいるように思えます。「人」としての成長がそこに感じられます。ご家族、そしてお孫さん方、そして私たちにもAさんの生き方がたくさんを伝えたと感じております。

これからも患者さん、ご家族、そして在宅医療チームの皆さんとともに「その人らしく生きる」ということを考えてまいります。

澤 田 香 織
本間内科医院

介護保険Q & A

Q：利用する予定はありませんが、前もって認定を受けておく必要がありますか。

A：介護保険は申請日から利用できます。介護保険を利用する必要が生じてから申し込んでください。

Q：65歳にならないと介護保険のサービスは利用できないのでしょうか。

A：40歳から64歳までの方は、「末期癌」、「認知症」、「脳血管障害」など老化が原因とされる病気により介護が必要となった場合に、介護認定を受け、介護保険サービスを受けることができます。

チームで支える在宅医療

Yさんは90代後半の女性。10年前に御主人を亡くされ、現在は60代の独身の息子さんと2人ぐらしです。Yさんがお元気な頃は家事をこなしていましたが、最近は認知症も出現し、息子さんが食事のしたくや身の回りのお世話をするようになりました。息子さんが仕事にでかけ留守になる昼間は、週に何度かヘルパーさんが自宅を訪問しYさんの生活を支えていました。

ところが、秋に風邪をひき高熱が続いたことをきっかけに、ふとんから起き上がることができなくなりました。食事を摂ることもできなくなり寝込んで数日で腰に床ずれもできてしまいました。病院ざらいだったYさんですが、心配した息子さんとケアマネージャーさんに付き添われて当院をはじめ受診することとなりました。風邪は薬で快方に向かいましたが、検査の結果、重症の貧血があることが分かりました。貧血の原因は不明で、入院が必要な状態でした。しかしながら息子さんは「これ以上の検査は希望しない。今まで通り自宅で2人で暮らしたい。通院が難しいので訪問診療してほしい。積極的な治療は望まず自宅で看取りたい。」とおっしゃいました。Yさん本人は高熱がおさまり、食欲が戻ると「元気でどこも悪くない」と笑っています。

そこで訪問診療を開始することにしました。床ずれの治療のため介護用ベッドを運び入れ、訪問看護もお願いしました。息子さんのいない日中もヘルパーさん、訪問入浴、訪問看護師さん、私たちの訪問診療で交互におじゃまして、息子さんもふくめ、みんなで協力しあいながらYさんを中心とした訪問診療が始まりました。連絡ノートベッドサイドに置いて、Yさんの状態、

食事内容や訪問したときの会話、薬のことなどをみんなで書き込み情報を共有するようになりました。Yさんはベッド上で寝たきりではありますが、食欲ももどり床ずれも完治しました。貧血も改善傾向にあり、輸血などはせず経過をみています。息子さんは今まで通り日中は仕事に通われています。

私たちが訪問するたびにYさんは笑顔で口ぐせの「おかし食べていきなさい」「夜に遊びにおいで」等々をきかせてくれます。これからもYさんと息子さんと話し合いながら、できる限り2人の希望に寄り添えるように、多職種（ケアマネージャー、ヘルパー、看護師、リハビリ、訪問入浴、薬剤師）の医療介護スタッフと連携しながらYさんを見守っていこうと思います。このように介護をする家族が一人で、仕事をしているような場合でも様々な医療・介護サービスを利用することで在宅での療養を行うことが可能になってきています。

また、「在宅で最期まで看たい」という思いを御家族が持っても、患者の病状や御家族の事情などで病院での最期を迎えたいという考えに変わる場合があります。そのような場合でも小樽市立病院のオープン病棟へ入院していただき経過を見て施設などへの転院することも可能です。

最期のときを迎えるにあたり、とまどいや分からないこと、不安なことが次々と湧き起こってきます。それが当然です。そのような変化に柔軟に対応できるように多職種で連携しておりますので安心して訪問診療を受けてください。何かあれば御相談下さい。

吉田展啓
梅ヶ枝内科・眼科クリニック

それぞれの最期

自宅で最期を迎えたいと望む人が多いにもかかわらず、最後まで自宅で過ごすことができる人は多くありません。希望通りに最期まで自宅で過ごすことができた症例と、最後は入院したものの安らかな最期を迎えることが出来た、私の記憶に残る二つの症例を報告します。

初めの症例は70代後半の女性です。娘さんと二人で暮らしていましたが、加齢で体力が低下して外出することが少なくなり、外出することなく自宅で過ごすことが多くなっていました。そんなある日に脳梗塞を発症して入院してしまい、幸いにも後遺症を残すことなく退院できたものの、さらに元気がなくなって寝ていることが多くなってしまいました。

食事の摂取量が低下したことを心配したケアマージャーから当院に相談があって訪問してみると、痩せが著しく脱水所見も強く、全身の状態は不良でした。意識状態は明瞭でした。脳梗塞での入院生活がつらかったことから入院加療は拒否され、また同居されている娘も母親の意思を尊重したいとの思いが強く、訪問診療で様子を見ることになりました。その後も食欲不振が続いて寝たきりの状態が続いていましたが、娘さんは献身的に介護し、本人も訪問した際には「大丈夫ですよ」「ありがとう」と笑顔で話すなど穏やかに過ごしていました。

それから2か月後に発熱して意識状態が低下してしまい、再び入院加療を検討しましたが娘さんは自宅での生活を希望し、訪問看護をお願いして自宅で少量の点滴治療を行って苦痛の緩和に努め、3日後に娘に見守られて自宅で息を引き取りました。

この症例では、本人と家族の自宅で過ご

したいとの意思が強く、そして娘が献身的に介護したため、自宅で過ごす時間は短かったものの、本人の希望通りに自宅で最期を迎えることができました。

もうひとつは80代前半の男性です。慢性呼吸不全のため在宅酸素療法中でした。呼吸の機能が低下して通院が困難になったため、当院に紹介となって訪問診療を開始しました。高齢の妻との二人暮らしであったため、訪問看護と訪問介護の支援も受けて自宅で1年半の間安定して過ごすことができました。

そんなある日に突然に発熱して呼吸状態が悪化しました。本人は入院加療を拒まれましたが、妻が看護に疲れて不安も強くなって自宅での生活が困難となり、当院に入院して治療を行うことになりました。入院後の点滴加療によって症状は改善して一時は食事も摂れるまでに改善し、奥様は毎日のように来院して病室で二人で過ごしていました。自宅に戻ることも考えていましたが、入院して3ヶ月後に呼吸状態が再び悪化しました。今回は治療しても改善がみられず、妻に見守られて静かに永眠しました。

この症例の場合は介護ができるのは高齢の妻のみであり、介護サービスを利用することで自宅で安定して過ごすことができましたが、病状が悪化して介護者の精神的・肉体的な負担が強くなり、自宅で生活を続けることが困難となってしまいました。本人の希望通りに自宅で最期まで過ごすことはできませんでしたが、入院することによって病状が改善して妻と最後の時間を持つことができ、安らかな最期を迎えることができました。

どちらが良かったのかは私たちが判断することはできませんが、それぞれの希望や都合に合わせていろいろなサービスを受けることができます。自宅で最期を迎えるには十分な介護力が必要なので、早くからかかりつけ医やケアマネージャーと相談して準備をしておくことが大切です。

また、当院では自宅での介護が困難となった場合に備えて入院施設を有しておりますが、自宅で生活することが困難となってもいろいろな方法があります。自宅での生活に不安があってもあきらめずに相談してみてください。

松 島 久
松島内科

介護保険Q & A

Q：介護保険料は納めていますが、介護保険サービスを利用すると別に料金がかかるのでしょうか。

A：介護保険サービスを利用した分だけ別に料金が発生します。サービスの種類や介護認定度により異なります。詳しくはケアマネージャーにご確認ください。

Q：介護保険サービスの事業所は自分で選べるのでしょうか。

A：サービスを提供する事業所、サービスを計画するケアマネージャーは利用する本人や家族の希望・選択に基づいて決めてゆきます。十分に相談して、気のあった事業所をお選びください。

Q：雪かきをヘルパー（介護事業者）にお願いできますか。

A：それは出来ません。ヘルパーが実施できるのは食事や入浴、排泄などの介護や、調理、掃除などの援助などに限られています。ご希望の内容が実施可能かどうかはケアマネージャーにお尋ねください。

Q：家に手すりを設置したいのですが、介護保険制度を利用できるのでしょうか。

A：利用できます。改修工事の支給限度基準額は20万円で、その範囲の費用の1割～2割が個人負担となります。前もって申請が必要です。

介護するご家族に寄り添って～認知症カフェのひろがりから～

「介護する家族の相談にもものっていただけますか？」という問い合わせが、市役所介護保険課の私のところへきたのは、認知症の方を支援するためにつくられた「小樽市認知症初期集中支援チーム」の支援が始まってすぐの平成28年10月でした。

ご相談者は、認知症である高齢のお母様を長年介護されている女性でした。信頼できる主治医と、親切なケアマネジャーがあり、お母様は定期的に通院して介護のサービスも利用できているとのことでした。

認知症初期集中支援チームは、認知症の専門医と医療と介護の専門職が1つのチームとなり、認知症の方と認知症の疑いのある方を早期に発見し、必要な医療や介護のサービスにつなげるための支援をすることを目的にしているため、ご相談者の女性の場合、チーム支援の対象にはならないかなということを感じました。

しかし、お話を聞いていくうちに、主治医の先生もケアマネジャーさんもお母様には非常に良くしてくれるので不満はないが「日々の介護で介護者自身もストレスが溜まる。先生もケアマネさんもお忙しいので、私自身の悩みやグチを話せる機会がない」とのことでした。

介護保険制度が始まり18年余りが経過し、高齢者への介護サービス提供体制は整いつつあるように感じていましたが、介護者への支援も同じようにその体制が整備されてきたのでしょうか。

ご相談者の女性には、「小樽認知症の人を支える家族の会」が開催する相談会をご紹介しましたが、このことが認知症の方やそのご家族、地域の方が気軽に立ち寄り、相談し息抜きができる場である認知症カフェ

「通称:小樽オレンジかふえ」を始めるきっかけになったように感じます。

小樽オレンジかふえは平成29年5月から開始し、平成30年2月現在、市内10か所で開催しています。カフェを運営するのは、認知症の方を介護していた経験をお持ちの飲食店の方、介護事業者、NPO法人、社会福祉法人などでカフェの趣旨にご理解いただき、次々に開設していただけました。

認知症カフェは、運営している団体がさまざまな工夫を行い、来て良かったと思える雰囲気づくりに取り組んでいただいています。そのおかげで、参加者からは「気軽に相談できた」、「お茶やお菓子をいただきながらお話できるのを楽しみにしている」など、介護者がホッとできる場の提供につながっているのだと手応えを感じています。また、認知症カフェに子どもたちを参加させるなど世代間交流を始めているカフェもあり、開催する各団体の熱意には感謝の気持ちで一杯です。

高齢化の進んだ小樽市ですが、これからも地域の熱意ある方たちと協力しながら、介護される側とする側どちらも、笑顔で過ごせる時間が長くなるよう温かいまちづくりを進めたいと思います。

渋 間 朋 子
小樽市役所介護保険課

介護サービスの提供が困難であった事例

Bさんは長年市営住宅で暮らしていて、お元気な頃には同じ市営住宅で暮らす障害のある方や高齢者にご飯を振る舞ったり、お互いの家を行き来して話し相手になったり、時には通院のお手伝いなどをしながら暮らしてきました。

夫が10数年前に逝去されてからは独居生活となりましたが、ご近所付き合いも良く、困った人には手を差し伸べてきたため、ご本人が病気になった時などは近所の方々が助けてくれて、何とか一人での生活を続けることができました。

しかし、ご本人も1歳ずつ歳を重ね70歳中頃には、脳疾患や膝関節の疾患を患い徐々に行動範囲も狭っていきました。今まで、自身が生きがいとしてきた「困った人には手を差し伸べる」生活も、自らの身体状況などから叶わなくなり、次第にご本人の言動が他者からは理解できない状態へと変わっていきました。

病名は「脳血管性認知症」。人のためには自分を犠牲にしてでも一生懸命尽くしてきたBさんでしたが、ご自分が人に「助けて」ということはとても苦手だったようです。

その6年後、市役所へ手続きのために訪れた際に尿臭を感じて心配した市役所職員から包括支援センターへ一報がありました。

包括支援センター職員が訪問しましたが、身なりは薄汚れておりお風呂にも入れていない状態だったため、介護保険の申請やサービスの利用についてご説明しましたが、どちらも強い拒否を示し「自分で生活できるから大丈夫」と返答されました。何か困ったことがあれば、センターへ連絡くださるよう説明し了承をいただいていたのですが、ご本人からの連絡は一切無いまま2年

が経過しました。

その一年後の夏、Bさんの様子を心配されたご近所の方から市役所へ連絡が入りました。「ご本人が一人で出かけられなくなった数カ月前から、近所の方が協力して買い物や預貯金の出し入れなどを手伝ってきた。きちんと整頓されていた家の中も散らかり、歩行時につかまった時にひっくり返ったのか、仏壇も倒れている。ご本人には何度も病院へ行こうと言ったが、強く拒否をされ病院へ行くこともできない。また、ここ数日は食事も食べなくなり、床から起き上がることもできない。排泄物も垂れ流しの状態で困っている」という内容です。

包括支援センター職員が状況の確認のため、ご自宅を訪問した時にも数人のご近所の方が心配をして寄り添ってくださっていました。

訪問時のご本人の状態は、精神が錯乱状態にあり会話は成立せず、排泄物も垂れ流しの状態であり室内には悪臭が漂っています。また、複数の関節が曲がったままで固まっており全身の至るところに床ずれができていました。夏の暑い時期に食事や水分もあまり摂取できておらず、生命の危険を感じました。このような状態から急いで病院受診しなければならないと説明をしましたが、ご本人が首を縦には振ってくれません。救急車の要請もしましたが、ご本人の拒否があることやその判断をしてくださる身内が一切いなかったことから搬送はしていただけませんでした。包括職員や民生委員さん、ご近所の方にも協力を仰ぎ、翌日までは定期的な水分補給を促すため自宅を訪問しましたが、このままでは数日しか生きることができないと判断し、翌日市内の

精神科の病院へ往診の依頼をしました。往診の結果は、すぐに入院しなければ生命に関わると言われ、病院の車でそのまま入院になりました。

入院後は治療を受けて、2年半が経過した現在も認知症のため判断能力は極めて低下していますが、入院先の病院でお元気に生活しておいでです。

身内の方がいらっしゃらない独居のBさんが入院した後、様々な問題が私たちに降りかかりました。入院の半年ほど前から認知機能は低下しており「支払いなどが滞っていたこと」、「身内がないため、市営住宅の退去の手続きが取れないこと」、「部屋は物が散乱していると共に、洗われていないお弁当の容器やご本人の排泄物などで悪臭が漂っていたこと」などです。

ご近所から悪臭がするとの苦情が多く寄せられましたが、預貯金を引き出せる手段がありません。床に落ちている小銭をかき

集め、包括支援センター職員が力を合わせて自宅内の清掃を行い、ゴミの引き取りをお願いしました。その後は成年後見人の申し立てを行い、未払いだった光熱費などの精算、ご本人の財産管理や入院費の支払い、市営住宅の退去の手続きなどを行っていただきました。

介護サービスを利用することは、決して恥ずかしいことではありません。歳をとることは、みんながいつか通る道です。もっと早い段階で相談をしていただけたら、こんなに苦しまずに医療につなげることが出来たでしょう。

「こんな状態になるまで、一人で頑張らないで」と強く感じ、心に残った事例のひとつです。

山形 祐理子
東南部地域包括支援センター 副所長 看護師

介護保険Q & A

Q：ケアマネージャーさんはどんなことをするのでしょう。

A：介護を必要とする方が介護保険を受けられるように、ケアプラン（サービス計画書）を作成し、サービス事業者や関係機関との連絡や調整を行います。また、高齢者とその家族の介護相談にも応じます。

Q：ケアマネージャーさんを変えることは出来ますか。

A：出来ます。一度契約すると変更できないと思っている人も多いようですが、変更は可能です。以下のような方法があります。

- ①主治医がいる場合は主治医へ、または別の居宅介護支援事業所相談する。
- ②地域包括支援センターや市区町村の介護保険課に相談する。
- ③担当ケアマネージャー本人、または在籍している居宅介護支援事業所に伝える。

介護離職者を出さないために

家族の介護のために離職する「介護離職」という言葉があります。高齢社会が進行するとともに、介護の必要な高齢者の比率は増える一方ですから、これをお読みなっている皆さんにとっても人ごとではありません。

日本の介護保険は手厚く、大変身近なものになっているのですが、それにもかかわらず介護離職は増え続けていて、2011年には年間に約10万人を超えるようになりました。男女比は毎年ほぼ一定していて、女性が約8割を占めています。現在のところ一番新しい、平成24年度の調査(注1)を見てみますと、家族の介護をしている人口は増加を続け、557万人にのぼります。その約半分が就業しながら、介護もしています。介護をしている人の有業率は介護をしていない人に比べ約4%低く、介護離職者以外に、介護をしているためそもそも就業できない人も多いことがわかります。

そもそも介護と就業とは両立し難いものなんでしょうか。家族、多くの場合両親のどちらかの介護のために仕事を諦めることは介護される親御さんにとって嬉しいことなんでしょうか。また介護に専念するために仕事を辞めることはその人にとって、良いことなんでしょうか。

就業しながら介護をすることが難しいことは誰にも想像できることです。もし誰かを介護している人が働いていたなら、職場に「お父さんが、熱を出して動けなくなっているからきてください」など電話がかかってくるかも知れません。職場の雰囲気やそのような働き方を許してくれる状態かどうか問題です。事情を知らない人は“サボって仕事と関係ない電話ばかりしてい

る”と思うかもしれません。どうしても外せない仕事と、病院受診の予定とが重なってしまうこともあるかもしれません。

そんな時介護保険が上手に利用できると解決できます。急変の場合も、24時間対応していただける訪問看護センターと契約すると、適切な処置、指導をしていただけますし、病院受診が希望なら通院及び院内の介助を依頼することも可能です。全部自分で賄うつもりなら別ですが、任せて良い問題はかなりの部分介護保険の利用でなんとかなることが多いのです。必要と懐具合に応じた介護計画(ケアプラン)の作成をお願いしなければなりませんね。

自分自身で介護を担いたい必要や希望が強くとも、いきなり職を辞めるのではなく介護休暇を取るのも一法です。可能な職場は限られているかもしれませんが、法的には制度が整備されています。また介護休業給付の制度があり経済的にも国の支援が得られます。最長で3か月間の介護給付金が支払われます。健康保険料と厚生年金保険料も介護休暇の期間は支払いが免除されるのです。

介護保険制度による介護サービスの提供と、法的な支援による、介護休暇中の利用で、経済的にも、また実際に必要な介護を提供する面でもゆとりを持って、仕事を辞めずに介護が可能になるのではないのでしょうか。

介護される立場の人たちにアンケートをしてみると(注2)自分の介護をするのが家族だけであって欲しいと答える人の割合は14%でそれほど多くないことがわかります。そう望む一番の理由は「他人の世話になるのは嫌だから」となっています。で

すから実際は家族以外の協力も得ながら介護を受けたいと願っている人の方が多いのです。

同調査によると外部の介護を利用したい理由として、「家族の肉体的負担（72%）及び精神的負担（62%）を減らすため」と答える方が最も多く、「仕事のため十分な時間を取れない（25%）」こともその理由の一つとなっています。介護される親、あるいは家族の立場としては家族に迷惑をかけたくない気持ちも強く、人生の全てを肉親の介護だけに捧げてしまうことを望んではいないのだと思います。介護だけではなく、自分のしたいことのために自分の人生を使ってみませんか。

介護のために一旦離職すると、離職前と同じ程度の条件で再就職することは非常に困難です。介護離職後に50%の人が正社員として再就職できたという調査結果もありますが（注3）、介護をしている人々の年齢は50代以上がほとんどであることを考えると額面通りには受け取れません。

同調査では介護離職後、経済的、肉体的、精神的な面で負担が増すかどうか調査しています。中でも経済的には75%が負担が増したと答えていて、介護離職は真っ先に家計に大きな打撃を与えることが示唆されています。

介護離職を決心した時には、心ゆくまで親の介護をして、悔いのない人生を送ろうと考えていることと思いますが、実は介護離職後、精神的にも肉体的にも負担感が増加し、充実した介護生活とは程遠い印象です。

2012年度には240万人が介護をしながら就業しています。もっとも介護を多くになっているのは50歳台の女性で、全就業者のほぼ1割が介護もしているのが実態です。今後就業しながら介護を担う人々が介護に疲弊することなく、この時期を乗り越えて

ゆけるよう一緒に考えてみませんか。

残された時間が一〜二ヶ月に限られているような終末期では、看病する家族の負担が特に重くなることが多いでしょう。そんなとき家族が病人の介護に一日中追い回されるのは大変です。ゆとりを持って見守ることが出来ればどんなに良いでしょう。

そんな時でも、患者さんの状態を観察し、必要なケアや治療を提案し、さらには本人ばかりでなく家族の気持ちまで支えて下さる訪問看護師の存在は重要です。入浴、身の回りのお世話などを担っていただくために訪問介護もお願いする必要があるでしょう。またご本人がベッドから移動するのが困難な場合、福祉・介護用具の調達も必要かもしれません。そして痛み止めなど微調整することの多いお薬や、静脈注射で使用する薬剤などを処方する場合には訪問していただける薬局・薬剤師さんに参加していただきます。医師ばかりでなく、これらの人々を調整するケアマネージャーなど多くの職種の方々が在宅医療・介護の現場では一人一人のご自宅での生活を支え、見守るために参加しているのです。

ご自宅で安心できる療養生活を送っていただくにはこの様に多くのスタッフが係わることが普通です。このようなスタッフの協力があると、まったく身寄りの無い一人住まいのかたであっても、自宅で療養を続けることが可能になります。一人で抱え込むのではなく、自分に出来ないこと、難しいことをプロに任せて、自分の仕事を続けられるよう工夫してみませんか。

注1 就業構造基本調査平成24年

注2 内閣府広報室2012年調査

注3 三菱UFJリサーチ&コンサルティング。仕事と介護の両立に関する労働者アンケート調査。2012年

ご家族のために、あるいは自分のためにこれから在宅医療をお考えの方は下記の強化型在宅療養支援診療所やおつきあいのあるケアマネージャーまでご連絡ください。

梅ヶ枝内科・眼科クリニック

〒047-0044

住所：小樽市梅ヶ枝町1番3号

TEL：0134-27-2323

FAX：0134-27-0715

高村内科医院

〒047-0046

住所：小樽市赤岩1丁目15番14号

TEL：0134-23-8141

FAX：0134-23-8241

本間内科医院

〒047-0032

住所：小樽市稲穂2丁目19番13号

TEL：0134-25-3361

FAX：0134-25-3365

松島内科

〒047-0034

住所：小樽市緑1丁目16番3号

TEL：0134-33-0551

FAX：0134-33-0552

第一版第一刷2018/03/31

発行：小樽病診連携グループ 小樽終末期医療を考える会

連絡先：〒047-0046 北海道小樽市赤岩1-15-14 高村内科医院

TEL. 0134-23-8141 FAX. 0134-23-8241

編集・装丁：高村内科医院 院長 高村一郎

この冊子は北海道の平成29年度在宅医療提供体制強化事業により作成しました



小樽病診連携グループ
小樽終末期医療を考える会