
第19回 日本死の臨床研究会 年次大会

会長

西森三保子

(京都大学胸部疾患研究所附属病院)

中木高夫

(名古屋大学医療技術短期大学部)

会期

平成7年11月18日(土)・19日(日)

会場

佛教大学

京都市北区紫野花ノ坊町96 TEL 075-491-2141(代)

3 ナイ主義の訪問リハビリ

大阪府鍼灸マッサージ師会在宅ケア部長

西村久代

- 略歴 昭和51年 大阪市立天王寺商業高校卒業
 54年 関西医療学園 鍼灸科卒業
 54～56年 大阪医科大学麻酔科ペインクリニック研修生
 56～58年 淀川区内科医院鍼灸科勤務
 58年 個人開業（現在に至る）
 59年 （社）大阪府鍼灸マッサージ師協会 理事就任
 （現在に至る 在宅ケア部長）
 平成7年 大阪府保険鍼灸マッサージ師協会 理事就任

私は医師の同意書を得て保険取扱にて訪問リハビリを行っている鍼灸マッサージ師です。大阪では保険取扱（療養費払い）が比較的簡単に扱えますので、本人負担は最小限度ですみ、経済的にも長続きが可能です。

退院患者を大きく3つに分けると、①家で死にたいと希望する患者 ②社会復帰する患者 ③小康状態で退院を余儀なくされた患者に大別することができます。

私のもっぱら③の患者層と一番多く関わっています。

初めて患者宅を訪れると、あまり私に期待をかける様子もなく「まあ気安め」という感がありありと伺えます。自宅での死を望んでいる在宅患者は、家族も含めて冷たい少し開き直った態度で私を迎えます。

ターミナルケアとして私が紹介されて行くケースでは、かなり重篤な状態の一步手前の患者がほとんどです。本人も承知しているし、廻りの者も充分心得ている、そんな重苦しい生活を肌で感じます。顔に意欲がなく、苦痛に押しつぶされそうになる体との戦いをしている様です。

私は初めに必ずマッサージを行います。足の浮腫があり、体動ができず、四肢の関節拘縮があり、血行が悪く、皮膚の状態も悪く褥瘡があるケースが多く、導尿カテーテルを装着し、なかなか運動や訓練までできない状態です。

足の指先から甲、土踏まず、かかと、アキレス腱に至るまで十分に圧力に配慮してマッサージをゆっくり行います。

患者さんの病歴を問いながら、初日はそれだけで終了します。

週2～3回、20～30分で浮腫なら約2週間～1ヶ月でひいてしまいます。利尿剤を飲んでいても、胃腸の吸収面から見ると充分とは言えない患者ですが、足の血行が良くなり、足が軽くなると、多少動かすと気持ち良く、体の血行までも良くなり、利尿・排便が改善されてきます。

すると少しずつ食欲が増してきます。そして皮膚や筋肉も改善され、その頃にはリハビリも回を増す毎にROMの確保もできてきて座位ができるとなると、座位での食事やポータブルトイレの使用も可能になる患者もいます。

その頃には患者の顔付きが変わっています。家で死ぬために在宅療養に切りかえた「多発性骨髄腫の85歳女」体の下部全面褥瘡の患者を手がけてこの8月で1年を迎えてしまいました。月1回訪問される医師は「体は動かないけれど、どこも悪くないヨ」と言って帰ります。

反応の全くなかった「アルツハイマー末期の66歳女」座位をむりやりとらせて背腰部のマッサージを行い、いろいろな歌を歌ってあげます。ヤシの実を歌った時初めて「ムツカシイネ」とハッキリ一言。そして笑いました。

「糖尿・人工透析2/W・脳出血右半身マヒ・痴呆72歳男」自分の名前もわからないねたきり患者がトイレまで半介助歩行をし、ある話をすると昔を思い出し話をし、カレンダーに書いてある一日一事の漢字まじりの文を大きな声で読んでくれるようになりました。

座ることができたら死んでもいいと言った患者は自力で座位移行ができるようになったとたん、故郷の岡山へ車で墓参りに行ってしまいました。

「在宅酸素療養で四肢の関節屈曲拘縮81歳男」全介助で歩行が少しできるまでになった患者は警察署へ行き運転免許の切替申請で警官を困らせて「楽しかった」とはしゃいでいます。

私の手がけた患者は、私の明るさと、体の気持ち良さなどで私の来るのを楽しみに待っています。

私は治すことはできないけれど、「あきない、めげない、あきらめない」の3ナイ主義で毎日楽しく患者宅を訪問しております。

して、Iさんの思い・願いを強く感じ、かなえてあげることができた喜びは、本当に深い感動を残した。

ケアワーカーにとって死の受容ということは、生きることの尊さを学び、自然の摂理として死を受けとめることだと思う。

その後、遺族ケアとして、夫の再出発へむけてケアが始まり、夫は共に働いたケアワーカーとIさんの思い出を語ることにより、新たな目標を見付けられた。

おわりに

在宅ホスピスケアでは、医療とのよりよい連携なくしては不可能なことや、福祉の働きとしてのケアワーカーの活動の大切なこと、そして、ケアワーカー間の質の均質化、統一されたケア、ケアワーカーの倫理感、個人的な資質、人生経験の豊かさ等も問われるようになってくると思う。

一日一日が大切な病人にとって、その人らしく生きる援助をするという仕事は重く厳しいものがあるが、冷静に現実を認識し、社会からの働きかけとしてのよりよいケアにむけて、前向きに取り組みたいと考えている。

3ナイ主義の訪問リハビリ

大阪府鍼灸マッサージ師会在宅ケア部長
西村久代

私は、医師の同意書を得て通称「訪問リハビリテーション」を保険取扱で行っている。保険取扱と言っても往療マッサージの療養費払いであるが、大阪では比較的簡単に取り扱えるので本人負担が最小限度で済み、経済的にも長期的に有効な社会資源として活動している。

私達の扱っている患者の70%以上は脳血管性疾患で、半身麻痺や二次的障害や廃用からくる関節拘縮が一般的な取扱患者である。

退院患者を大きく3つに分けると、

- ①家で死にたいと希望して在宅に移行する人
- ②十分に回復し、社会復帰する人
- ③小康状態で退院を余儀なくされた人

私達は急性期を過ぎ、回復期を過ぎ、安定期に入っ

た患者層と一番多く関わって、これを在宅期と称している。

自宅での死を望んでいる在宅患者は、家族を含めて冷たい少し開き直った態度で私を迎える。特にガン患者のターミナルケアとして私が紹介されて行くケースでは、かなり重篤な状態の一手手前の患者がほとんどである。

本人も承知しているし、回りの者も充分心得ている、そんな重苦しい生活を肌で感じる。顔に意欲がなく、苦痛に押し潰されそうになる体との戦いをしている様である。

私は始めに必ずマッサージを行う。

全身の慰安の為のマッサージとは全く違い、誘導マッサージを主にを行い、血行の循環促進を促す為のマッサージである。

足の浮腫があり、体動ができず、四肢の関節拘縮があり、血行が悪く、皮膚の状態も悪く褥瘡があるケースが多く、中には導尿カテーテルを装着し、機能訓練的な運動や訓練ができない状態の患者も多くいる。

完全にねたきりで四肢の屈曲拘縮をおこし自力で寝返りもできない患者も半数いる。

私は無理に機能訓練を行わない。

まず患者と家族にそれぞれの希望を聞く。在宅期では、本人の希望と家族の希望が必ずしも一致するとは限らないからである。

在宅期ではある程度本人より家族の、つまり介護する者の能力を重視しなくては成り立たない事例が多くある。

本人に「どうしたい?」と問うと「歩きたい」、家族に問うと「介護するときに楽に脱ぎ着ができオムツの交換がしやすくなればそれでいい」「ポータブルが使えられればそれでいい」「一人で歩いて転けて骨折でもしたら大変」「24時間見張っている訳にもいきませんから……」

実際在宅期は長期化する。介護者の能力・家族の意向・患者の意欲などを勘案してショートプログラムを立てている。

では在宅期の患者になにをしているか具体例を上げて話を進める。

足の指先から甲、土踏まず、かかと、アキレス腱に至るまで十分に圧力に配慮してマッサージをゆっくり行う。

週2~3回、20~30分で浮腫なら約2週間~1ヵ月でひ

いてしまう。利尿剤を飲んでいても、胃腸の吸収面から見ると充分とは言えない患者であるが、足の血行が良くなり、足が軽くなると、多少動かすと気持ち良く、体全体の血行までも良くなり、利尿・排便が改善されていく。

すると少しずつ食欲が増してくる。皮膚や筋肉も改善され、その頃には機能訓練も回を増す毎にROMの確保もできてきて座位ができるとなると、座位での食事やポータブルトイレの使用も可能になる患者もいる。

家で死ぬために在宅療養に切り替えた「多発性骨髄腫の85歳女」。体の下部全面褥瘡の患者を手掛けてこの8月で1年を迎え、月1回訪問される医師は「体は動かないけれど、どこも悪くないヨ」と言って帰る。

反応の全くなかった「アルツハイマー末期の66歳女」。座位を無理やりとらせて背腰部のマッサージを行い、いろいろな歌を歌った。ヤシの実を歌った時初めて「ムツカシイネ」とハッキリ一言。そして笑った。

「糖尿病・人工透析週2回・脳出血右半身麻痺、痴呆のある72歳男」。自分の名前もわからないねたきり患者がトイレまで半介助歩行をし、ある話をすると昔を思い出し話をし、カレンダーに書いてある一日一事の漢字混じりの文を大きな声で読んでくれるようになった。

「座ることができたら死んでもいい」と言った患者は自力で座位への移行ができるようになった途端、故郷の岡山へ車に乗せてもらい墓参りに行ってしまった。

「在宅酸素療法で四肢の関節屈曲拘縮法がある81歳男」。全介助で歩行が少しできるまでになった。患者は警察署へ行き運転免許の切り替え申請で警察官を困らせて「楽しかった」とはしゃいでいた。

私の手掛けた患者は、私の明るさと、体の気持ち良さで私の来るのを楽しみに待っていてくれる。

私は治しきることはできないけれど「飽きない・めげない・諦めない」の3ナイ主義で毎日楽しく患者宅を訪問している。

私の受け持ちの80%の患者はガンでも何でもなく死を迎えなければならぬ患者層である。

私が立ち会ったケースで突然目の前で息が切れた患者がいた。

すぐに係付けの医師に電話をし来てもらったが、脈が止まっていた。

医師が家族にきいた。「今なら救命ができる。救急車を呼ぼうか？」

家族はこのまま死なせてやって下さい。先生の元で

死なせてやって下さいと言った。

他の患者の家族に時々話をする。「本人が苦しみ出したらどうするの？」と問う。「救急車を呼ぶの?」、「医師を呼ぶの?」、「その準備はできているの?」、「すぐ連絡は取れるの?」、「すぐ来てくれる手筈は整っているの?」、「家で死なせる覚悟はついているの?」、「死は簡単にやってこない」スーと息を引き取るケースより苦しんで死に突入するケースの方が多いと思う。家族の心がひとつになりチームが一丸となってバックアップしなければ在宅での死は大変難しいと確信している。

在宅に移行するとき、ターミナルケアとして死を直前に控えた患者以外にも死と隣合わせになっているにも関わらず、認識していない人々が大勢いる。

訪問医療チームのトップとしての医師が現実を見つめる目を家族に充分認識させる時間を取ってもらいたいと思う。

死を迎えたいから在宅に移行する患者もいる。そして、退院を余儀なくさせられる患者はもっと多くいる。

個人開業の医師とチームを組む割合の多い私にとっても家族にとっても一番信頼を寄せる医師の存在は大きいのである。

われわれは患者のニーズを把握しえているのだろうか

—その人らしさを支えるために—

上尾魁生病院ホスピスコーディネーター
磯崎千枝子

はじめに

私はMSWであるが、コーディネーター、すなわち患者及びその家族・医療者・宗教者・ボランティア等とホスピス間の調整者として、患者・家族の生の声を聞く機会が多く、その中から感じていることを述べる。

コミュニケーション不足を感じている介護者と患者

当院の「がん110番」の相談内容と件数（平成3年119件、同6年102件）を平成3年と平成6年で比較すると、平成3年は、病状や治療法に関することが圧倒的に多くて92件、次にホスピスへの入院手続方法11件、癌患者への対応方法8件と続く。平成6年は、逆転して