



あなたのそばに人権相談員がいます!!

発行人 牧坂秀敏・小宮 豊

人権プラザ便り [結い]

(財)東京都人権啓発センター 〒111-0023 台東区橋場 1-1-6 TEL.03-5808-9682 (直通)

あなたはどこで死ぬことを望みますか？

最後まで「その人らしさ」を大切に、私たちにできるサポートは…。

◇生きる力を取り戻せたら……◇

●「息をする」のが一苦勞のBさん

前号からの続きです。1月中旬、退院を迫られているBさん(82歳)の様子を見させてもらい、さらに医療相談室のソーシャルワーカーとの相談などを通して、今後の対応を検討すべく、入院先の病院を訪ねました。

病室に顔を出すと、酸素投与されながら、20度ほど上がったベッドで上向きに寝ていました。会話はできますが、Bさんの声は耳を顔のそばまで傾けないと聞き取れないほどで、力が入らないのです。息をするのがつらそうで、「苦しいのがわかってもらえない」とつぶやく。相変わらず食欲はなく、固形物は飲み込みづらい。同行の福田さん(看護師・ケアマネジャー)が、「いまは、しっかりと息をすること、よく食べることが仕事ですよ」と声をかけます。帰り際に「みんなから励まされるばかりだ」といい、手を握って病室を後にしました。

●医療相談室を訪ねて

その足で医療相談室へ。まず私たちがBさんのケアマネジャーでもないにもかかわらず、サポートしている事情を説明するところからはじまりました。福田さんのほうから、「老健でみられる状態ではないですね」とBさんの容体をみた率直な感想です。「いますぐ、転院させられる状態でもないでしょう」という言葉に、担当ソーシャルワーカーのKさんもうなずきます。

Kさんは新たな転院先としてU病院を候補に挙げました。理由としては、自宅に近いこと、一般病床・療養病床の併設であることなどです。入院費は12～13万円。

●危惧される廃用症候群

私たちは、「在宅での看取り」が本人と家族にとってベストだという思いがありますが、あくまでも家族がどう

されるかにかかっています。

介護にかかわり、医療現場をみてきた者の一人としていえるのは、医療施設に転院したとしても、廃用症候群になってしまうのは目に見えています。介護サービスを利用しながら住みなれた家で暮らしていた人が、入院して寝かせきりにさせられ、挙句の果ては感染症で亡くなるといったケースも稀ではありません。廃用症候群とは、「安静状態が長期に続くことによって起こる心身機能の低下」を指しますが、近年、「生活が不活発」という原因と、予防・改善には「生活の活発化」が鍵ということで、「生活不活発病」といわれています。病床上で寝たきり状態が続くことによって起こる症状が多いわけですが、筋力の低下、運動機能の低下、心肺機能・内臓機能の低下、さらに動きたくても動けないわけですから、ストレスやイライラからうつ病などの精神的な病気にもなります。これらが相互に作用して悪化の一途をたどります。

●患者家族に寄り添う意義

ともあれ、予後のことがどうなのかをはっきり聞いたうえで、家族がどのように受け入れていくのか、その話をていねいにやっていくしかありません。家族が後悔しないように、納得いくかたちでこれからのプロセスを考えていきたい。

Kさんには、私たちがのような存在(家族が退院を迫られた際にどんなことを確認して、どんな情報を手に入れて、どのように判断・選択していけばいいのかをサポートする)が実は医療機関に必要ではないかという話もしました。そうでなければ、患者とその家族はこれからの生活への不安や動揺をかかえながら、途方に暮れ、一方的に医療機関の情報と指示に従わざるを得ません。

ソーシャルワーカーに提案したのは、主治医を交えて、Bさんの病状と予後の話をきっちりと聞く場を持ちたい

ということ。主治医と家族と私たちが入った面談です。Kさんも、それがいいと賛同してくれました。「直接、主治医を交えて話されたほうがいいですね」と。

●家族とともに主治医と面談

1月後半、その日がやってきました。主治医とソーシャルワーカー、病棟の担当看護師、それにBさんの妻と息子、私たちの7人です。驚いたことに、主治医が満面の笑みで迎えてくれました。

肺のX線写真とCT画像をみながら、(割愛しますが)詳細に病態・症状の説明をされました。重度の「肺気腫」と「非結核性抗酸菌症」。それに糖尿病などの病気が相乗作用となって呼吸不全を頻発させ、「急性増悪」を繰り返すなかで、肺機能の低下が避けられない。いまは、呼吸不全の末期で、「低めの安定」だといわれます。回復の望みはなく、この現状を長く保つことしかない。余命についても長くはないといわれました。食事が喉を通るようになって、生きる力がよみがえり、奇跡のようにBさんの体力がついてくることを祈るしかありません。食欲はまさに生きる力の源泉です。

主治医としては、「在宅酸素療法を導入により、在宅で非定型抗酸菌症抗生剤内服加療継続を提案しましたが、高齢の奥様と長男の3人暮らしであり在宅は困難であるとのこと、療養可能な病院への転院を希望されています」と転院先への紹介状に書かれています。つまり、都立病院としては、これ以上やるべき治療はないので、在宅か療養可能な病院への転院を求めるといえるのです。前号でも書きましたが、病院の経営にかかわってきますので、できるだけ早く退院してほしいというのが本音です。

●家族の立場

「在宅で介護するとなると、四六時中、ヘルパーや看護師が家のなかに入ってくるわけで、夫の介護もしなくてはならないし、気が休まることがない」と妻にとっては在宅という選択肢は眼中にありません。いままでに「在宅介護」という介護サービスを利用しながらの生活経験があれば、抵抗感も少ないと思いますが、Bさん本人の意思を確かめて、選択肢を考えるというよりは、どうしても介護者の立場が先に立ってしまいます。何を優先するかでその後の展開はまったくちがってきます。

とはいえ、「在宅は無理だから、病院で療養を」といったからとして、決して問題が解決したわけではありません。それを如実に示したのが、受け入れOKだという転院先候補に挙がった病院での面談でした。

●受け入れる側の思惑

2月上旬、U病院へBさんの妻とケアマネージャー、そして福田さんと一緒に面談に行きました。

受け入れを前提に話がはじまると思いきや、まったくちがっていました。対応した医療相談室のソーシャルワーカーは呼吸器科がある病院をいくつかピックアップしていて、「万が一のことを考えて、呼吸器科がある病院のほうがいいのではないのでしょうか」といわれます。

この病院では、診療科目に呼吸器科があるけれども、ドクターは非常勤で、毎週水曜日の午前中だけ。60床の療養病床では、夜勤体制は1人の看護師と2人のヘルパーで対応し、人工呼吸器の設備はない。容体が急変した時、他院への搬送はむずかしい。病院の方針で、エアマット(じょくそう予防)は使えない。体位交換で対応している。3カ月ないしは半年で転院となる等々、説明されました。これらを家族が承諾したからといって、転院を受け入れるかといえば、前述したとおりで、新たに転院先を探すことになりました。なぜ、受け入れることを表明していたはずの病院が手のひらを返したのか。

●高齢者医療の実態とは

ただわかったことは、療養病床がある病院とは、どこも看護師の配置は少なく、家族が望むようなケアを求めても無理だということ。ましてや、万一の事態、すなわち、急変しても応急措置はできず、亡くなっても医療機関に責任を求めないこと等のうえで、入院を承諾すること。さらに、一定期間を過ぎると病院間をたらい回しになるということ。年末、病院からの紹介連絡ではなく、直接家族自らが診療情報提供書(病院が作成)を持って来院し、「なんとかありませんか」と訴えるケースが目立ったそうです。問答無用に退院を迫る病院が多い。これがまさに日本の高齢者医療の実態なのです。

院内を見学させてもらいながら感じたことは、静まりかえって人の気配さえ感じられない病棟。人が住まい、生活をしている社会から隔絶された、無機質な空間が眼前にありました。本人が望んで、入院したという患者はいるのだろうかと思わずにおれません。

●「どこで死にたいか」「どこで看取るか」

人はだれも老いや死から逃れられません。しかし、少なくとも、どのような老いや死を迎えるかを考えることはできます。当然、介護の問題も避けては通れません。ひごろから、自分はどうしたいか、まわりにはどうしてほしいのかを話し合う機会を作りたいものです。