



在宅医療といのちの絆 ～自分らしく最期を迎えるために～

医療法人社団裕和会 理事長、長尾クリニック 院長 **長尾 和宏** 先生

自宅で最期まで過ごすために

新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、病院や施設での面会が制限され、在宅療養を選択する方が多くなっています。私のクリニックでは、これまで年間150人ほどの患者さんをご自宅でお看取りしてきましたが、新型コロナウイルス感染拡大以降は1～2割増えました。

先日も、ご自宅で最期を迎えさせたいとのご家族の強い希望で、白血病末期の患者さんが病院からご自宅に戻られました。いつ亡くなるかわからない程患者さんの状態は悪く、病院の医師が同行し、私もご自宅で待機して迎えました。

初めてお会いするその患者さんは、診察で話しかけると会話をすることができました。病院では点滴等の経管栄養のみでしたが、会話が可能であれば食べることもできるのではないかと考え、鼻の管を抜いて小さな氷のかけらを口に入れる

と「美味しい美味しい」と何個も口にします。更には「氷以外の物も食べたい」とお豆腐も食べることもでき「帰ってきて良かったね」と皆で笑い合いました。

ただ、私をご自宅を離れる際に、ご家族にはいつ亡くなってもおかしくないことをお伝えしました。そして、その日の夜中に容態が急変し、患者さんのご自宅に向かった訪問看護師から間もなく亡くなりそうだと連絡が入ったので、私も駆けつけてお看取りしました。結局、ご自宅で過ごしたのはわずか9時間で



長尾 和宏 先生

東京医科大卒業後、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。「平穏死・10の条件」、「薬のやめどき」、「痛くない死に方」等多数の著書があり、著書「痛い在宅医」は、令和3年春に映画「痛くない死に方」として公開。日本慢性期医療協会 理事、日本尊厳死協会 副理事長、日本ホスピス在宅ケア研究会 理事。関西国際大学 客員教授。医学博士。

したが、それでもご家族やお孫さんと会いたいという願いをかなえることができました。

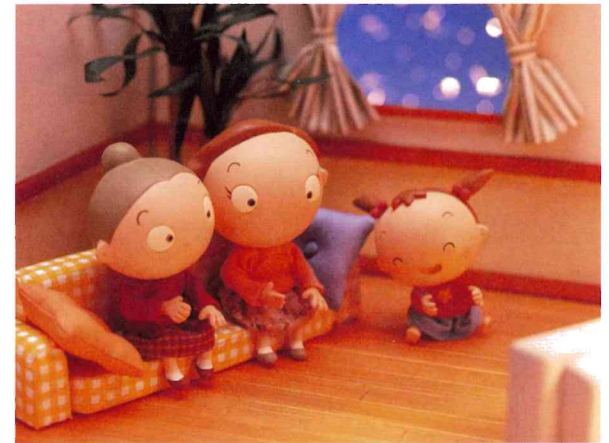
在宅療養の良いところは、住み慣れた住まいで自由にご家族や友人と話し、好きな物を食べ、好きなことをして心身ともにゆったりとくつろげることです。また、在宅療養では尊厳死*を選択しやすいこともあります。

私は、在宅療養に関わってから25年間で1,500人ほどの患者さんをお看取りしてきましたが、全て尊厳死です。しかし、かつて病院勤務をしていた時には、亡くなる前の状況は全く違いました。病院では終末期の患者さんでも食べることができなくなれば、胃に穴を開けて栄養を摂取する胃ろうや、鼻や口から入れた管により栄養補給をして、亡くなる直前まで延命処置を行いました。

一方、在宅療養では、リハビリテーション専門職が指導するなどして何とか口から食べる方法を探ります。自分らしく生活をするために、医師、看護師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャー等がチームとなって患者さんを支えるのです。

また、がんは進行が早く末期がん患者の在宅療養期間は平均1.5か月程と短いのですが、亡くなる数日前まで比較的元気に動ける方が多いのも特徴です。ただ、痛みを伴うので苦痛を和らげる緩和ケアをしっかりと行う必要があるため、医療麻薬を使い、ご家族にも機器の使い方を指導します。また、脱水についても考える必要があります。脱水には悪いイメージがありますが、終末期に予想される脱水は決して悪いことではありません。過度な点滴で肺に水が溜まった患者さんはベッドの上で溺れた状態となって苦しみ、お腹に溜まった腹水は注射で抜きます。しかし、腹水はただのお水ではなく、そこに含まれている栄養分も一緒に捨ててしまうことになります。このため、点滴を控えて利尿剤を使って肺水や腹水を減らし、脱水状態にして見守る方が苦痛はありません。

私は、自宅でお看取りした後は、患者さんとご家族、在宅療養を支えた看護師などと和やかに記念写真を撮ることもあります。その写真は亡くなった後もご



*不治かつ末期の状態において本人が望んだ場合、不要な延命治療をせずに自然な最期を迎えること。自然死あるいは平穏死とも呼ばれます。

家族の思い出としてご自宅に飾られてあります。患者さんやご家族と医療及び介護スタッフの関係性は患者さんが亡くなられた後も続いていくのです。

人生会議を行ってリビング・ウィルを残す

平均寿命が長くなるにつれて、国内の認知症患者も増えており、現状で400万人以上、将来は800万人を超えるとも言われています。超高齢者になれば認知症を発症するのは当たり前のことで、人生100年時代は大認知症時代でもあるのです。しかし、認知症は隠したり恥じたりする病気ではありません。認知症か否かではなく、本人が日常生活をどの程度まで出来るかを段階的に捉えるべきです。

私のクリニックで診ている患者さんの場合、末期がん患者の自宅での看取り率は90%以上ですが、認知症患者の自宅での看取り率は40%くらいです。認知症はゆっくり症状が進行する病気で、症状が進んで食事が取れなくなった時に、胃ろうを造るか否かなどを判断する必要があります。しかしご本人の意思を確認できないため、ご家族や親族あるいは福祉行政担当者の意思が反映されて病院や施設に入ることも多いのです。アンケートを取ると6～7割の人は自宅で枯れるように死にたいと答えられますが、実際にそれがかなう人は1割程度というのが日本の終末期医療の現状です。

意思を伝えられなくなっても自らが望むような最期を迎えるために、元気なうちから回復が見込めない状態になった時に延命措置を望むか望まないか等のリビング・ウィルを残して欲しいのです。リビング・ウィルは、命の遺言状と言われます。遺言状やエンディングノートは死んだ後に関する部分が多いのですが、リビング・ウィルは死ぬまでのこと、人生の最終段階を迎えた時の医療の選択に関する自分の意思です。

日本は、リビング・ウィルが法的に保障されていない唯一の先進国ですが、それでもリビング・ウィルを書いておけば93%程度の人が自分の望みがかなう



と調査でわかっています。公益財団法人日本尊厳死協会には約10万人の会員がいて、多くの方がリビング・ウィルを書いています。

なお、在宅で看取ると決めていても、いざ呼吸が止まると気が動転して救急車を呼ぶ方がいますが、救急隊は呼ばれたら任務として蘇生措置を行い、病院に搬送されると延命治療が行われます。救急車を呼ぶということは、蘇生及びそれに続く延命治療への意思表示の意味だということを理解し、まずは落ち着いてかかりつけ医に相談していただきたいと思います。

また、日本ではお一人様世帯の割合が年々増えており、一人暮らしのまま自宅で最期まで過ごせるか不安な方も多いと思います。私のクリニックでも多くのお一人様の患者さんを診ていますが心配はいりません。その人らしい最期を演出したいとスタッフと共に取り組んでいます。ただ、そのような時もリビング・ウィルを書いてもらえると助かるのです。

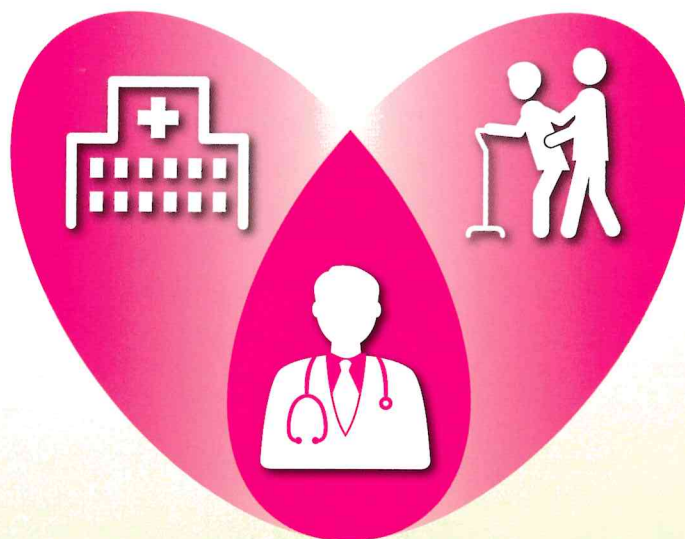
ご家族や周りの信頼できる人、かかりつけ医等の医療及び介護関係者と人生会議を行って記録を残す、これは自宅でも施設に入っていると同じく大切なことです。住み慣れた地域や住まいで自由に暮らして最期を迎えたいという願いを皆さんでかなえていただきたいと思います。

長尾和宏先生が勧めるかかりつけ医を選ぶ際のポイント

- (1) **自宅に近い**
普段の交通手段を使って30分以内で行ける範囲が目安です。
 - (2) **相性が良い**
診療科は必ずしも内科に限りません。親切に相談に乗ってもらえることが大切です。
 - (3) **主治医意見書を書いてもらえる**
主治医意見書は要介護認定に必要です。先生に聞いてみましょう。
- 往診に対応し、医療及び介護の専門職とチームを作り診療を行っている
と更に安心です。

※この小冊子は、2021年11月に富士市において開催したシンポジウム「医療と介護の上手な利用」(主催:静岡県・医療と介護シンポジウム開催実行委員会)の内容を取りまとめたものです。

今から考える 最期まで自分らしく生きるには — 医療と介護の上手な利用 —



2025年になると、静岡県では県民の約3人に1人が65歳以上になります。私たちが高齢化の進む静岡県で安心して暮らしていくために、各地域で「地域包括ケアシステム」の構築が進められています。

私たちが住み慣れた住まいで自分らしく最期を迎えるために今から何をすればよいのか、医療法人社団裕和会 理事長、長尾クリニック 院長の長尾 和宏先生に教えていただきました。

発行：島田市地域医療を支援する会，NPO法人ブライツ，
NPO法人f.a.n.地域医療を育む会，森町病院友の会，
御前崎市地域医療を育む会，地域医療いわた，菊川市地域医療を守る会，
浜松の地域と医療と介護を育む会，藤枝元気づくりの会，
国立大学法人浜松医科大学地域医療学講座

協力：静岡県
