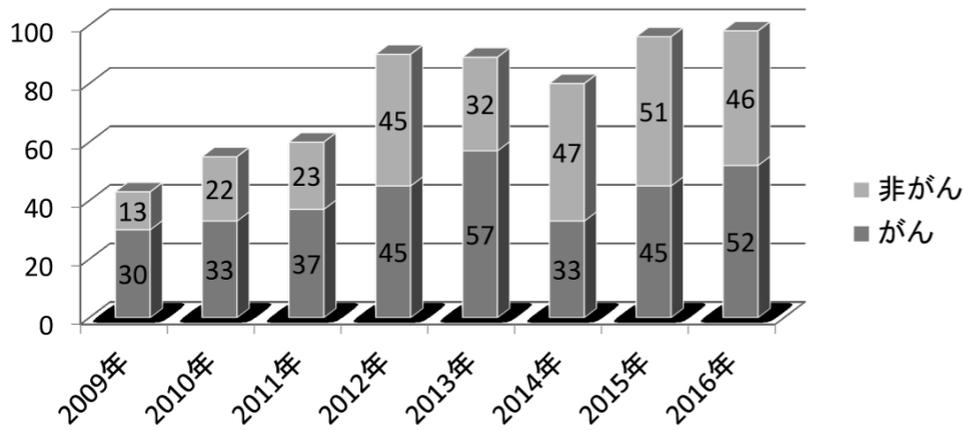


図1 在宅看取り数の推移（がん・非がん）



私のクリニックには医学部の学生、研修医、ペテランドクターが全国から海外からたくさん見学に来る。私は一緒に回りながら、「死ぬ人は年々減っているか増えているか、どちらでしょう？」と質問する。答えは全員

ではない。病院で1000人以上の人の看取りをしたが、この時は臨終の瞬間にいたので、たしかに看取った感があった。現在は在宅で年間1000人程度、3日に1人ぐらいのペースで看取るが、その場に立ち会うよりは、終わってから行くことが多い。連絡がある時、まず訪問看護師が駆けつけ、私が行くのは1〜2時間後である。時間を空けて行く理由は後で述べる。看取るというより、看取りまでのプロセスを支援している一員という感じである。そして、今も昔もやっていることは変わらないと思う。

**がんの家での看取り率80%
がんとがん以外が半分ずつ**

「君は多死社会を知らないのか？」と言った。多死社会とは、2000年に介護保険制度ができ、2025年には団塊の世代が全員、後期高齢者になり、2040年は多死社会のピークになるといわれる。この勢いを厚労省は「津波」と表現する。ところが、「どうして死ぬ人が減ると思うのか」と聞くと、研修医も含めて全員が「医療が発達しているから人間は死ななくなる」と答える。大学や病院で、研修はスライド1枚で終わってしまったって死の教育がない。そこから教えないといけないわけである。

当院の在宅医療の現状を話したい。いま在宅クリニックが全国にあつていろいろ宣伝しているが、当院はまったくしていない。自然に任せ、ご縁があつたら在宅でということだが、年々増えて500人ぐらいの人数をいま診ている。1

がんの看取りは、訪問看護や在宅緩和ケアの技術、デバイスの進歩など、在宅看取りで100%できることがわかった。でも、1000人の末期がんの方がいれば、80人は家で看取ることになる。家での看取りが100%にならない理由は、家族が反対する場合が多いからだ。あるいは本人が最期

前からやっていた在宅医療が今日のように注目される時代が来るとは思わなかった。英語には「看取り」という言葉

はない。病院で1000人以上の人の看取りをしたが、この時は臨終の瞬間にいたので、たしかに看取った感があった。現在は在宅で年間1000人程度、3日に1人ぐらいのペースで

「君は多死社会を知らないのか？」と言った。多死社会とは、2000年に介護保険制度ができ、2025年には団塊の世代が全員、後期高齢者になり、2040年は多死社会のピークになるといわれる。この勢いを厚労省は「津波」と表現する。ところが、「どうして死ぬ人が減ると思うのか」と聞くと、研修医も含めて全員が「医療が発達しているから人間は死ななくなる」と答える。大学や病院で、研修はスライド1枚で終わってしまったって死の教育がない。そこから教えないといけないわけである。

人では対応できないので、7人の医師で診ている。開業した時は外来患者は1〜3人、在宅患者もゼロか1〜2人だったが、23年たつたいま500人ぐらいの人数を診ている。

**在宅で年1000人看取る
多死社会のピークは40年**

私は、勤務医を11年勤めた後、阪神大震災の時にクリニックを開業して23年になる。外来診療のかわら介護保険制度のできる前の

1995年から、在宅医療をやっている。今日は在宅医療のゴールともいえる在宅の看取りを中心に町医者の立場から話したい。私は四国の善通寺で生まれ、今年で59歳になる。父は自衛隊員で、伊丹の総監部に転勤になり、私が

5歳の時に尼崎に来た。わが家はたいへん貧乏で、私は新聞配達や集金などをした。高校の時に父がうつ病から自死をし、母子家庭になつた。父の死をみて医者になつたという夢をもち、新宿にある東

京医大に入学した。大学では、無医地区研究会に入り、無医地区の長野県下伊那郡浪合村へ行き、ドクターや保健師と一緒に、高血圧の管理、減塩教室、寄生虫検便などに従事した。当時

レコーダ

医療経済フォーラム・ジャパン主催
第83回定例研修会から(上)

在宅看取りについて

【講師】長尾和宏（医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長）

医療経済フォーラム・ジャパン（伊藤雅治理事長）は6月22日、長尾和宏氏（長尾クリニック理事長）を講師に招いて、「在宅看取りについて」をテーマに都内で第83回研修会を開いた。尼崎市にある長尾クリニックは、在宅看取りを行う在宅療養支援診療所として知られる。長尾氏は、8年前から始めた在宅看取りの現状について、①在宅看取りの中核は訪問看護だが、介護保険ができて医療保険と介護保険に分断された、②訪問看護に従事しているのは看護師の3%に満たない、③24時間対応の訪問看護ステーションも非常に少ないなどの問題点を指摘した。次いで、①終末期医療、②尊厳死・安楽死・平穏死、③リビングウィルと在宅死について説明。在宅療養支援診療所の使命を私見として述べた。続く質疑では医学部の研修や多くの病院で死についての教育が行われていないこと、さらに研修医を教える人材の教育が必要なことを強調した。本号と次号で要旨を紹介する。



〈ながお・かずひろ〉

東京医大卒業後、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」、「胃ろうという選択、しない選択」、「薬のやめどき」、「痛くない死に方」はどれもベストセラー、他著書多数。医学書「スーパー総合医叢書」全10巻の総編集など。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。

は病院で、という例もある。
しかし、本人が希望する場合の同居の看取り率（完全な同居あるいは無縁者の末期がん）は100%で、全体で見ると末期がんの在宅患者の8割程度である。それに対して非がんの人は療養期間も長い。認知症や老衰、心不全、肝硬変、COPDや神経難病など、あらゆる病気を含み、年単位、10年に及ぶこともある。そのため、看取り率が非常に低くなり、当院では3割ぐらいである。

いま在宅の専門クリニックでは、がんの看取り率は8割が一つのラインになっており、非がんはその半分ぐらいというのが普通である。もともと普通の診療所ではそうはいかない。当院は在宅専門クリニックではないので、午前、午後の3時間ずつ診療して、その合間に在宅をするという昔ながらの町医者スタイル、ミックス型診療所である。

在宅医療を行っているところは、①普通の診療所、②在宅療養支援診療所、③機能強化型・在宅療養支援診療所という3つのカテゴリーがある。③には連携型と単独だろうか。
そこで走っているのは、当院もそうだが、みな所長、経営トップである。当院も夜間の往診、深夜の往診はすべて私が走っている。20人、30人いるような訪問看護ステーションでも、夜間の対応は経営者自身がやっている。
終末期には、がん、臓器不全症、認知症という三つの病態がある。がんの平均在宅期間は全国どこの統計でも約1.5カ月で、あつという間に終わってしまう。医師が週に1回行くとすると、5回行ったら終わりのような感じである。これががんの特性である。先々週に看取った肺がんの人も、前日まで家族に連れられて外食し、亡くなるその日まで食事する、外出する、トイレに行ける。これが在宅における「平穏死」である。われわれから見ると看取りになるが、患者の側から見れば平穏死である。最期の10日間をどう支えるか、そこでは痛みなどが出てくるから麻薬などを使いながらいろいろな

独型がある。当院は常勤医が7人いるので、単独型・機能強化型、さらに緩和ケア充実の在宅療養支援診療所である。

診療報酬をみると、往診にしても普通の診療所と当院では2倍近く違う。教育機能や地域包括ケアに参画する機能を持っていることもあるが、患者さんから見たら一物三価になり制度が見えにくくなっていると思う。
尼崎市は46万都市だが、診療所にはミックス型診療所と在宅専門診療所があり、在宅専門型はゼロ。当院はミックス型診療所としては阪神間で2番目という位置づけになる。200床未満の病院もいま在宅医療に参入して在宅療養支援病院となり、競合が生じている。

**医療保険と介護保険に
分断された訪問看護**

在宅看取りの要は訪問看護師だが、2000年に介護保険ができて、訪問看護は医療保険と介護保険に分断された（表1）。7割が介護保険で、末期がんや神経難病は医療保険になる。

一方、認知症や老衰は10年、20年と長くなることもある。いま問題になっている慢性心不全など臓器不全症の在宅の場合は、入院院を繰り返す。家でももちろん心不全の治療をするが、入院してドーパミン製剤など特殊な点滴をする
と元気になる。

**医師と患者双方が
責任逃れの在宅医療**

でも、どうにもできない時期が来る。終末期である。いま終末期医療はいろいろ議論されているが、終末期が年々わかりにくくなってきているのが最大のポイントだ
と思う。がんについても、終末期だと思っても生き返るような人がいる。肺がんが全身の骨に転移して余命2カ月と言われたが、そこから7年生きているとテレビで話している人がいる。イレッサという分子標的薬抗がん剤を処方した例、あるいはオプジーボやキイトルーダなどの高い薬で、がんがほぼ消えたみたいなの人もいる。また、

介護保険では、ケアマネと主治医の両方の指示が必要で、書類が煩雑で大変である。ケアマネも医療保険と介護保険の両方のケアマネがいるが、囲い込みという問題がある。要介護5でも、訪問看護が必要な状態でも、ケアマネがヘルパーを入れて、訪問看護を入れないケースも多く、困っているのが現状である。当院でも20人の訪問看護師がいるが、深夜の2時、3時の出勤には男性の訪問看護師が活躍している。

いま看護師全体で訪問看護に従事している人は2.8%という非常に厳しい現実である。開業医の場合は、在宅療養支援診療所が1万4000もあり、10%以上が在宅に参画しているが、看護師は2.8%しかない。訪問看護を増やさないと在宅看取りは増えないだろう。
標準的な訪問スケジュールは、

医師は月1〜2回、あるいは毎週といった契約が始まる。訪問診療は決められた曜日・時間に行くが、往診は電話がかかってきたら随時、24時間対応が義務づけられている。いま24時間対応をしない

表1 医療保険と介護保険の訪問看護制度

<p>【医療保険制度】 ①末期がんや神経難病 ②みなし訪問看護 ③訪問看護ステーション ④訪問看護指示書</p>
<p>【介護保険制度】 ①40歳以上のみ ②介護認定が必要 ③ケアマネと主治医の両方の指示が必要</p>

のに24時間管理加算をとっているクリニックが多いのは、問題である。私は近畿ブロック（2府4県）の在宅療養支援診療所連絡会の代表を勤めており、そういう人たちは注意している。

**24時間対応の
訪問看護が少ない**

24時間対応をする訪問看護ステーションが都市部では少ない。いま訪問看護ステーションはいま大型化を目指しているが、夜間の訪問は特定の限られたところで行われていない。例えば、西宮

老衰などでも「もうだめです」と言われて、生き返って3年ぐらい生きる人もいる。余命1時間と言われながら生き返る人もいる。終末期というのは非常にわかりにくい。

特に臓器不全症では、心不全でも心臓移植ができるようになってきた。心臓移植のできない人は補助人工心臓を入れる。

いわゆる死の兆候とされる呼吸停止、心停止を満たしても、補助人工心臓と人工呼吸器だけで生きている人がいる。家族が「やめてくれ」と言っても倫理委員会にかけると必ず反対する医師がいて、止められない。だから、終末期とはいったい何かということになる。医療・医学の発達によって、終末期と簡単にいうけれども、どこが終末期かわからない。現に死ぬ日まで抗がん剤を打っている人、在宅医療を受けながら週に1回、外来抗がん剤治療を受けている人はたくさんいる。家に帰ってきて、その晩に亡くなる。「どうして死ぬ日まで抗がん剤を打ったのか」と家族に聞くと、「病院の先生がもう病院に来なくていいと

言わなかったから」という。一方、病院の先生に「どうして死ぬまで抗がん剤治療をするのか」と聞くと、「家族が連れてきたから打つ」と言う。お互いに責任逃れをしている。患者からすれば、終末期は医師が決めてくれるものだと思いが、実際にはなかなか難しい。

高齢者の抗がん剤治療についても、いろいろ議論がある。余命3カ月と判断したらやめようとしても、後からふりかえると1週間前まで抗がん剤をやっていたという例がある。終末期というのは死んだ後からわかることなので、例えば「最期の10日間」といっても、生きている段階ではわからない。終末期は、言葉としては人生の最終段階ということだが、見えにくくなっているし、定義できない。

終末期についての絶対的な指標は無理だから、本人の意思を尊重して終末期のガイドラインをみんなよく話し合う、プロセスを重視するという日本型のガイドラインが各学会から出ている。

しかし、人生の最終段階の自己決定をしている人は、厚労省の直近の調査では2%程度で、3分の



次のように答えている。一つは「待つ」こと。そして「枯れる」ということを理解すること。次に、緩和ケアをきちんとしていくことである。第3に法律の解釈の誤解が在宅看取りの阻害要因になっていることを指摘しておきたい。昭和24年にできた医師法20条は、医師が診ないと診断書や処方箋を書けないといけないとしている。何を診るかといえば、刺し傷や縛り傷は

ないか、このようなものを診て、異常死体でなければ死亡診断書を発行する。24時間以内に診ていれば往診は不要である。つまり、患者が息をひきとる瞬間に医師がいなくても死亡診断書を発行できる。2時間後でも、1日後でも3日後でもいい。記入する時間は推定でもいい。死亡診断書がないと火葬できない。昭和24年当時、医者のいない過疎地域が多かったため、こういう大らかな法律ができた。ところが、それ以前明治7年にできた医師法21条は異常死体、殺人死体を見たら24時間以内に警察に届けると規定されている。そのため、多くの医師が20条と21条を混同している。朝9時にヘルパーが入って、死んでいたらこうしようという行動を会議で決めておく必要がある。看取りのできるまちづくりをするためには、この法律を医療者、介護者だけではなく市民・国民全員に知ってもらう必要がある。医師法20条と21条を混同して、看取り搬送といつてケアマネがあわてて救急車を呼ぶ。そうすると、病院から必ず電話がかかってくる。

どういうことか。病院は24時間以内にこの患者を診ていないから、警察が来ている。死亡死体は警察に届けなければいけない。検死した死体が霊安室に置いてある。霊安室に往診してくださいという。霊安室往診と呼んでいるが、こうしたことが頻繁に発生している。死亡というのは、例えば97歳の人が外来に通院している場合などはいつでも起こり得る。在宅はやっていなくても、医師が霊安室往診をやっている。これに診療報酬などないが、開業医から、どうしたらよいかと電話で聞かれる。その度に病院の救急医には、死亡到着でも病状がはっきりしていても、病院に入退院していたことがあれば、「その病気で診断書を書いていいのです」と教えるが、病院の救急医療部長も知らない。先日、患者が大阪の大きな病院に運ばれて、霊安室往診を救急部長から依頼され、説明に1時間ほどかかったことがある。その病院では、近隣の開業医に霊安室往診をお願いしていたという。

穏やかに枯れて死ねば 苦しめない

「平穏死」というのは石飛幸三先生の造語である。石飛先生は東京の芦花ホームという特養の嘱託医で、外科医を50年やって、50年目に芦花ホームに行ったら胃ろうの患者さんばかりだった。「なんだ、これは」とびつくりして、「平穏死」を言い出した。

穏やかに枯れて死んだら人間は苦しめないことに気がついた。私も医師になって10年目にそれに気がついた。そこで石飛先生の許可を得て、「平穏死」という本を出した。アジアの国々、韓国、台湾、中国の人たちにも読んでもらっている。私のいう平穏死とは、従来

いわれた自然死と同じである。40年前に日本に入ってきた「尊厳死」、私は尊厳死協会の役員だが、それとほぼ同義語である。患者さんには「枯れる」と言うのがわかりやすい。その反対は、「溺れて死ぬ」ということである。最期の10日間、食べられなくなったので1日2リットルの点滴をする。10日間で20リットルが入ると亡くなった時の遺体は重く、むくんでいる。胸水、腹水、呼吸困難、心不全になる。そのような状態だから、溺れて死ぬと言っている。「枯れる」と「溺れる」では正反対だ。平穏死という概念は、がんや非がんなど病態を問わず、すべての病態で言える。ちなみに終末期は95%の人にあるが、5%の人にはない。東日本大震災で2万人が亡くなったが、この人たちに終末期はない。誰一人として死ぬとは思わず、元気なまま死んでいった。交通事故、災害、転倒死、乖離性大動脈瘤の破裂などに終末期はない。みんな平穏死を望み、溺れたくないけれども、現実には8割の人が溺れている。枯れた方が圧倒

的に苦痛が少ないのに。 昨年の秋に小泉純一郎さんと対談する機会があった。彼は「長尾君、平穏死をするコツを知っているか」と聞いてきた。「あるんですか」と聞きかえすと、「断食することだ」と言った。「動物はみんな断食して死ぬ。最期まで点滴しているのは人間だけだ」と言う。なるほどなと思った。みなさん平穏死を望むが、現実には溺れている。在宅での看取り1000人と聞いたが、ほとんどが平穏死、尊厳死である。尊厳死について違法か合法かという議論があるが、私は1000人の方の尊厳死に関わっているが、捕まったことは1回もないから、たぶん社会的に容認されていて合法だと思っている。

ら、栄養もいらぬ。そもそも食べなくても水さえあれば半年、1年は生きられる。水がなければ10日で死ぬ。 是正すべき脱水と是正すべきでない脱水がある。自然な脱水状態、終末期の脱水は友だということだ。しかし、病院に運ばれてしまふといういろいろなことをやってしまふ。病院は待てない、待つことが非常にむずかしい。看取るというのは待つということだと、介護職員には教えている。介護職員は待つことを怖がるが、しっかりとトレーニングしていく必要がある。 本日は国が看取りのできる介護職員の教育をすべきだが、なかなか動いてくれない。そこで私が国に代わって勝手にやるということだ、「国立」と書いて「こくりゅう」と読むが、国立介護学院というのを勝手につくって地域の介護職員を集めて授業をしている。卒業証書も学院長として出している。

24時間以内に診ていれば 往診は不要

病院の先生から聞かれるが、私は