INTERVIEW

在宅医療のリアルな姿を議論すべきだ

昨年12月に発売された『痛い在宅医』(ブックマン社)は、在宅医療の負の側面を正面から扱った異色の書籍だ。著者の長尾和宏医師はあとがきの中で、「もはや美談だけで在宅医療を語る時代ではない」と記している。在宅医療のエキスパートにその真意を聞いた。

――本では、ある在宅医の下でがんの父を看取った娘さんが、「父は平穏死できなかった」と不満を述べ、長尾医師がそれに答える形で話が進みます。

この10年、国の政策として自治体での地域包括ケアシステムの構築と在宅医療の拡大が推進されてきた。(多死社会には病院だけでは対応できないので)この政策は今後も続く。そうした中、いろんなメディアが在宅医療を美談として報じ続けてきた。

私は全国在宅療養支援診療所連絡会の世話人を務めているが、いろんな患者さんからクレームが届く。その多くは医師と患者のコミュニケーション不足によるものだ。残念ながら、現時点では診療所の機能やレベルがさまざまで、患者や家族のいろんなニーズにうまく応えられる状態になっていない。『痛い在宅医』に出てくる娘さんのケースもそうだった。

患者、家族、病院の医師、在宅医の4者があるとしたら、その思いはバラバラだ。誰かが悪いというわけではなく、みんなが同じ方向を向くことがいかに大変であるかを、この本を通して伝えたかった。よいところだけでなく、悪かったところも含めて、在宅医療のリアルな姿を議論し、よりよい形を作っていくべきだ。また、病院機能の評価の方法はたくさんあるが、現状、診療所は看取りの数や割合でしか評価されない。利用者(本人や家族)にわかりやすい形で、在宅医療の質を評価する指標を作ることが国の課題だ。

家での看取りには3つの覚悟

――「死の壁」と称して、臨終の前に見られる患者の状況を本で詳しく書いたのはなぜですか。

死の壁は生体モードが大きく切り替わる転換点といえる。末期がんであってもそうでなくても、しきりに暑がって服を脱ぐとか、体の置きどころがない状態を経て、死に至る患者がいる。

この対処法を知っておかないと、一緒にいる家族は不安になる。慌てて救急車を呼んで車中で息を引き取ったら無用な警察介入を招くことを、きちんと知っておくべきだ。病院に行けたとしても、病院の医師は「患者さんは末期がんですよね。人工呼吸器をつけるんですか?」と対応に困ってしまう。

ケアマネジャー(介護支援専門員)やホームヘルパー(訪問介護員)など多くの職種の人が連携する在宅の看取りで、必要なのは3つの覚悟だ。まずは「最期まで家にいたい」という本人の覚悟。それから、それをよしとする家族の覚悟。最後が「ならば、私が診ましょう」という医師の覚悟だ。この3つがあやふやだと、看取りはうまくいかない。

――多職種連携の中で、訪問看護師の役割も重要ではないでしょうか。

おっしゃるとおり。だが現在、看護師のうち在宅医療や訪問看護に携わっている人は3%に満たない。医師は日本に約30万人いて、何らかの形で在宅医療に関与しているのは3割ほど。つまり、医師に比べて看護師が在宅医療にかかわる割合は1ケタ小さい。ケアマネジャーやヘルパーの不足が論じられているが、在宅医療における訪問看護師不足も大きな問題だ。国が政策として在宅医療を推し進めるうえで、訪問看護師の拡充が重要だろう。

――本人や家族は、自分の住む地域の地域包括ケアの仕組みが十分かを把握しておく必要もありそうです。

地域によっては在宅医があまりいないところもある。大都市圏には医師がたくさんいるが、必ずしも在宅医療をやっている人が多いわけではない。要は、その地域の医師がどんな働きをしているのかが大切なポイントだ。日本の高齢化率がさらに上がっていく中、首長が熱心に地域包括ケアの構築を推進している自治体もある。こうした取り組みが、10年後、20年後に天と地ぐらいの地域格差を生むかもしれない。

(聞き手・本誌:井下健悟)

長尾クリニック院長
長尾和宏

ながお・かずひろ●1984年東京医科大学卒業。医学博士。医療法人社団裕和会理事長。『「平穏死」10の条件』など著書多数。

そのとき決断を迫られる

必ず知っておきたい3大延命治療の基礎知識

人生の最期が近づいてきたとき、延命治療を選ぶのか否か――。

そのことについて事前に話し合っておらず、親が意思表示できる状態になければ、判断は家族に委ねられる。

本誌のメールマガジンアンケートで、親の看取りを経験した人たちの回答を見てみると、「延命治療を望まないとの意思確認をしていたので、それに沿うような医療機関で対応した」（50代・男性）という人は少数派だ。「『特別な延命治療を希望するか』と医者に聞かれたが、返答に迷った」（60代・男性）、「親の延命治療について、家族間の意思調整で悩んだ」（50代・男性）といった回答が多かった。

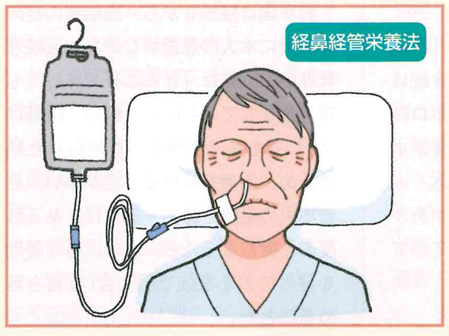
よくわからないのですべて医師に任せる、というのはよくない。本人も家族も、自己決定を行う判断材料として一定の知識を持っておくことが重要になる。

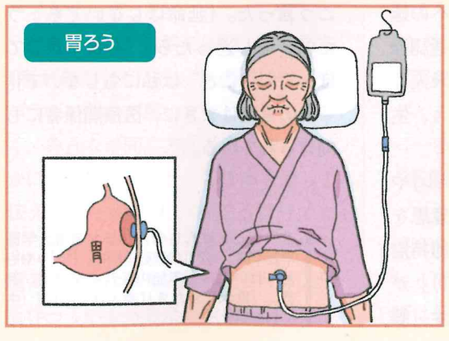
「延命治療」とは、病気の治る見込みがなく、最期が迫ってきたときに行う医療処置のこと。さまざまな治療法がある中、「3大延命治療」とされているのが、人工栄養・人工呼吸・人工透析である。ここでは、その治療方法について個別に解説していく。

① 人工栄養

高齢になると脳卒中や認知症、加齢により、口から食べたり飲んだりする機能が衰えていくことがある。そうした中、生命維持の選択肢となるのが人工栄養である。

従来、一般的とされてきたのが**「経鼻経管栄養法」**で、鼻から食道を通して胃まで細いチューブを入れ、これを通じて水分や流動食を補給する。手術の必要はないが、つねにチューブを通した状態となるため、本人の意識が低下しているときなどに、鼻やのどへの不快感からチューブを引き抜いてしまうこともある。





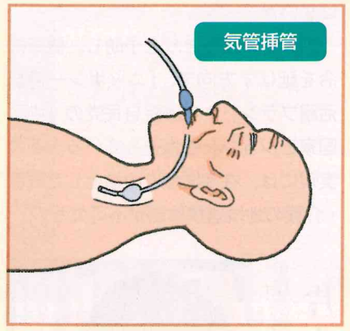
もう一つが**「胃ろう」**。こちらは、局所麻酔による手術でおなかに小さな穴を開けてチューブを直接胃に通し（胃ろう造設）、水分や流動食を補給する。経鼻経管栄養法に比べて、本人の不快感や苦痛は少ないといわれている。消化管に直接注入するほか、鎖骨下など血流量の多い中心静脈に栄養液を直接投与する方法、おなかや太ももの皮下に針を刺し点滴で入れるやり方もある。

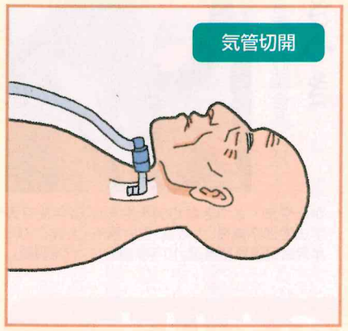
日本老年医学会は2012年6月に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。この中で、人工的な水分・栄養補給を導入しないことを含む選択肢について、それらのメリットとデメリットを理解したうえで、本人の意思（推定を含む）や人生を念頭に置き考えることを、家族や医療ケアチームによるコミュニケーションの重要なポイントとしている。

そして、①生命維持により、本人のよい人生が当面続くことを目指す、②本人が残された時間をできるだけ快適に過ごせることを目指す、のいずれも達成する見込みがない場合は、「かえって本人にとって害となり、人生の最期を歪めることになる」としている。

② 人工呼吸

人工呼吸は自力で呼吸できなくなったときに行う。人工呼吸器を使うことで、体内に酸素が送られ、心臓の動きが保たれるため、生命の維持が可能になる。「**気管挿管**」は、口から気管までチューブを入れ、人工呼吸器につなぐ方法。より長く人工呼吸器を必要とする場合は、手術でのどを切開し気管にチューブを入れる「**気管切開**」がある。ほかに、特殊なマスクを鼻や口に固定する方法は、「非侵襲的陽圧換気療法」と呼ばれる。





日本老年医学会は前述したガイドラインに先立ち、12年1月に公表した「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する立場表明で、いかなる要介護状態や認知症であっても、本人にとって最善の医療やケアを受ける権利があるとした。そして、「胃ろう造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきである」と明記した。また、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときは、「治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある」としている。

人工栄養や人工呼吸で正しい区別も重要

神経難病で呼吸不全になった場合、人工呼吸器は命綱となる。また、頸椎損傷で自発呼吸ができなくなった患者にとっての人工呼吸器は、足の悪い人にとっての車いすと同じように、大切な福祉用具といえる。人工栄養についても、神経難病で筋肉が萎縮して口から食べられなくなったことを補助する道具となる。

つまり、何らかの疾患があったとしても、全身の状態が良好であれば病気の終末期ではない。人工呼吸や人工栄養について、神経難病の患者への措置と、老衰や認知症終末期の患者に対する措置とでは意味合いが異なる。きちんと区別することも重要になる。

③ 人工透析

人工透析は腎不全に陥った人に対して行う治療。腎臓は、血液中の老廃物や余分な水分を尿にして、体外に排出する重要な役割を持つ。腎機能障害に伴って、むくみや高血圧など、さまざまな合併症が起こる。

腎機能が低下して末期腎不全に陥ると腎臓の働きを代替する治療として人工透析を行う。

透析療法には二つあり、一つは、腕の血管に針を刺して血液を体の外に取り出し、透析器に循環させて尿毒素を除去してから再び体に戻す**「血液透析」**。これは専門施設で行う。もう一つは、手術で腹腔内に埋め込んだカテーテル（チューブ）を通して透析液を入れ、腹膜を介して尿毒素などの除去を行う**「腹膜透析」**で、自宅で行える。大半の患者は専門施設で血液透析を受けている。

日本透析医学会が14年にまとめた血液透析の開始と継続についての提言では、「患者の尊厳を考慮した時、維持血液透析の見合わせも最善の治療を提供するという選択肢の一つとなりうる」と明記した。具体的に見合わせを検討する状態として、「患者自身の意思が明示されている場合」「家族が患者の意思を推定できる場合」などを挙げている。患者の的確な自己決定や、医療チームと患者が共同して意思決定を行うプロセスを重視している。

（本誌：井下健悟
監修：長尾和宏医師）

親を看取った600人の本音

親の望みを聞き出すコツ

明治28年11月14日第3種郵便物認可
第6806号　2018年8月4日発行
毎週土曜日発行（7月30日発売）
ISSN0918-5755

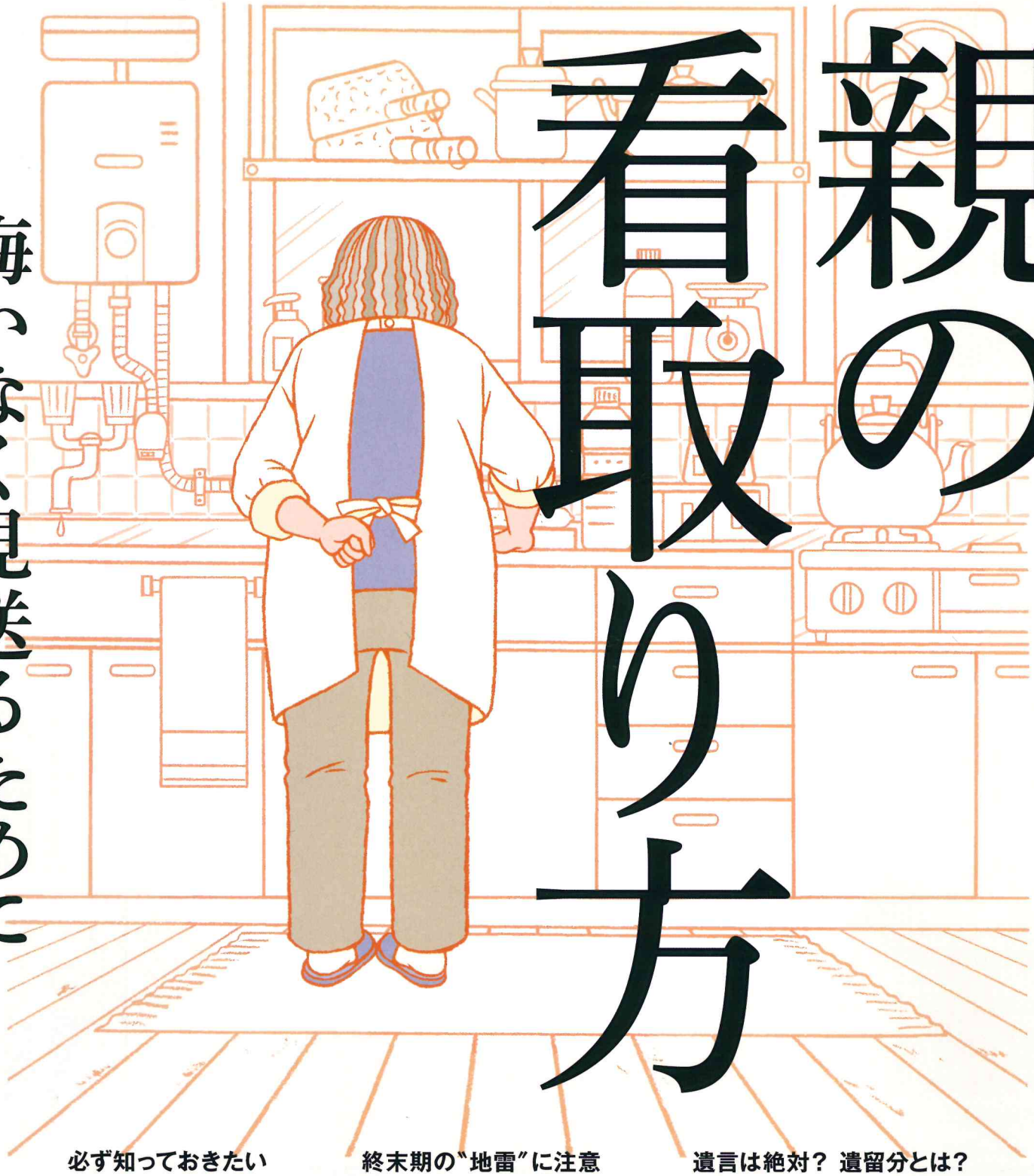
週刊東洋経済

Weekly Toyo Keizai

2018
8/4
定価690円

親の看取り方

悔いなく見送るために



必ず知っておきたい
3大延命治療の
基礎知識

終末期の〝地雷〟に注意
方針をひっくり返すのは
離れて暮らす兄弟・姉妹

遺言は絶対？ 遺留分とは？
もめないための
相続「超入門」