

# 老健

全 国 老 人 保 健 施 設 協 会 機 関 誌

平成26年  
Vol.25 No.4

7  
月号

特集

## 老健施設に おける看取り



老健インタビュー ● 介護の充実や職場改善へ いま以上の負担が必要に  
林 正義氏 東京大学大学院経済学研究科教授





# 老健施設は「平穏死」に適した場所

長尾 和宏氏

医療法人社団裕和会理事長 長尾クリニック院長

地域に根差した町医者として、これまでに700人以上も在宅での看取りを行ってきた長尾和宏氏は、「人生の最終段階に入ったら、過剰な延命措置はせず枯れるように穏やかに息を引き取る“平穏死”こそが、人間の自然の摂理にかなった死に方」だという。しかし、その平穏死がなかなかできないのが現代の日本の実情だ。

なぜ平穏死が難しいのか、どうすれば平穏死ができるのか。また、今後、増えていくであろう施設での看取りについてどう思うか。

幸せな平穏死を迎えるために、医師が、看護・介護職が、本人が、家族がすべきことをうかがった。

## 在宅の死のほぼすべては「平穏死」である

「平穏死」という言葉は、特養芦花ホーム（東京都）の嘱託医である石飛幸三氏が、その著書で示されたのがはじまりです。すでに馴染みのある「尊厳死」とほぼ同義ですが、尊厳死はやや堅苦しい印象があり、こちらのほうが老衰で穏やかに枯れるように亡くなる様子が伝わりやすいと、「平穏死」という造語が使われました。

また、一昨年、同じく特養同和園（京都府）の嘱託医中村仁一氏は、ベストセラーとなった著書『大往生したけりや医療とかかわるな』（幻冬舎新書）のなかで、同じ意味合いで「自然死」という言葉を使っています。



長尾和宏（ながお・かずひろ）

大学病院などの勤務医として10年間働いた後、兵庫県尼崎市で開業。複数医師による365日年中無休の外来診療と24時間体制での在宅医療に従事。開業以来、700人以上の在宅での看取りを行う。著書は「平穏死できる人、できない人」（PHP研究所）、「『平穏死』の条件」（ブックマン社）など多数。

日本尊厳死協会副理事長・関西支部長、日本慢性期医療協会理事ほか、関西国際大学客員教授。

このほか、「安楽死」という言葉がありますが、こちらは“人為的に死期を早める措置”ですので、前出の3つとは意味合いが全く異なります。

私が平穏死に出会ったのは、医師になって10年目のときでした。ある末期の食道がんの男性患

者の担当になり、彼があるときから、それまで行ってきたすべての治療を拒否しました。すでに口からは固形物が食べられず、かろうじて1日にコップ2～3杯の水が飲めるという状態だったのに、点滴も「いらない」というのです。私は「もって2～3週間」という見立てをしましたが、なんと、彼はそれから約3か月間生きました。しかも死ぬ3日前まで元気に病院内を動き回っていました。あるときなど病院の階段ですれ違い、ハアハアと息をあげている私に、「先生、大丈夫ですか？死なないでくださいね」と笑顔で声をかけてくれ、私が逆に心配されてしまうということもあります。亡くなる前日まで自分でトイレへ行き、最期は苦しむことなく、穏やかに、まさに枯れるように息を引き取りました。

彼の最期を看取ったことで、自分の医療に対する考えが180度変わりました。自然経過にまかせていれば、たとえがん末期でも、人はこんなにも穏やかに死ねる。それまで、苦しみ、痛がり、血を吐いて亡くなるのは、がんの末期の症状のせいだと思っていたが、そうではなかった。苦痛の原因は過度な医療だったのです。医師である自分たちが過剰な延命処置をするばかりに、患者をかえって苦しめていたことに、そのとき気づきました。

その1年後の平成7年に、私は大学病院を辞め、現在の場所を開業します。以後、これまでに700人以上の方を在宅で看取ってきました。勤務医時代と合わせると1000人をはるかに超える数人の最期に立ち会ったことになりますが、はっきりといえることがあります。

「在宅で亡くなる方は、ほぼすべてが“平穏死”でした」

## 「延命」と「縮命」の分水嶺 以降は医療が命を縮める

私は決して病院で死ぬことを否定しているわけ

ではありません。もちろん特養や老健施設、その他の高齢者施設で亡くなることも否定しません。場所はどこであれ、平穏死が可能であればいいのです。

私の考える平穏死とは、以下の5つです。それぞれの要件を少しでも満たしていれば、それは平穏死といえると私は思っています。

### 〈平穏死の要件〉

1. 最期を迎える場所が「患者本人の希望する場所」であること
2. 緩和医療がきちんとされ、「苦痛がない（少ない）」こと
3. 楽しみや笑いがある「穏やかな生活」を送っていること
4. 患者本人が「死の恐怖に怯えていない」こと
5. 患者本人も家族も「現状に満足している」こと

平穏死そのものは何ら難しいことではありません。

そもそも、昔の日本人は皆、ほとんどが平穏死でした。にもかかわらず、残念ながら現代では、病院に入ってしまったら平穏死を迎えることは非常に難しいのが実状です。なぜなら、多くの病院医師は、死とは敗北であると教えられ、最後まで延命措置をすることが医師の使命であると思い込んでいるからです。

以前、象徴的なケースに遭遇しました。

知り合いのある末期がんの方が、がんの専門病院に入院しておられ、もう状態がかなり悪いと聞いていました。そこで、出張の帰りに見舞いに立ち寄りました。私が病院へ着くと、ちょうど、たった今息を引き取られたばかりというところでした。医師を呼ぶために出てきた看護師と入れ違う恰好で病室に入り、次の瞬間、私は目を見張りました。

ベッドに横たわる知人の腕には点滴の針が刺



さっており、ポタポタと今までに抗がん剤の薬液が落ち続けていたのです。患者が死してなお、その体内へと流れる点滴のしづくをみて私が呆然としていると、やがて医師がやって来て、死亡を確認しいました。「残念です。あと数回の治療でがんが治ったのに…」。

これは冗談でもなんでもなく、本当の話です。私はもう頭が真っ白になり、わけがわからなくなってしまいました。

余命わずかの人々に、死ぬその日まで、つらい抗がん剤治療を続ける意味がいったいどこにあるでしょう。

あとになって、「どうしてそこまで治療を続けたのか」と家族にたずねたら、「先生がもうやめていいといわなかったから」というのです。同じことを医師にきくと、こう答えました。「本人も家族もやめたいといわなかったから。それに、まさかその日に死ぬとは思わなかったから」。

情けないことですが、これが現実です。医師も家族（本人）のどちらも、相手が切り出すまで死

から目を逸らし、別のところで両者にらめっこです。

私は何も延命治療を全否定しているわけではありません。延命治療もある時期までは実際に命を延ばしQOLを改善させるなど、有効に作用します。

しかし、終末期のある時点からは、治療は患者の苦痛を増大させ、かえって命を縮める方向に変わってしまいます。

私はこの“ある時点”を「延命と縮命の分水嶺」と呼んでいます。つまり、その分水嶺以降は、医療があだとなり、逆に命を縮めるのです。

したがって、平穏死をするためには、この分水嶺がどこかを見極めることができます。分水嶺を越えてから死ぬ日までを「終末期（ターミナル）」と捉えるとして、一般的に、終末期は余命2、3か月の期間を指します。しかし、その見極めは非常に難しい。亡くなつてからなら「ああ、あそこが分水嶺、ターニングポイントだったな」とわかりますが、リアルタイムでは医師も判断に悩むところです。

医師ですら難しいですから、ましてや家族となると、期待も込めて「まだ、もっと、もう少し」と思うのが人情です。本人でさえ、多くの人は自分の死に現実感がありません。「まだ生きられる」と思ってしまうものです。

平穏死が難しい理由は、ここにあります。やめどきがわからないから、病院にいると、継続的に延命治療（点滴や胃ろう、経鼻胃管栄養、人工呼吸、人工透析など）が施され、管だらけにされてしまうのです。

食事や水分がとれなくなり、体が自然に枯れて干し柿のようになっているところへ、水分や栄養を人為的に入れるのですから、体はまるでおぼれているような状態です。当然、苦します。

一方、在宅での死が平穏死となるのは、そういう延命措置ができないことが幸いするからです。

### 治療のやめどきは自分で決める 「平穏死」とは「平穏生」

終末期を見極めるのは、難しいといいました。医学的にもその判断は悩むところです。実際、私も過去に「余命3か月」と伝えた人が翌日に亡くなつてしまつたり、下顎呼吸が始まって「もうすぐご臨終です」といった人が持ち直し、その後3年も生きたりという経験をしています。

ですから、こればかりは自分で“感じて”、判断していただくしかありません。延命治療のやめどきに関しては、特に末期がんへの抗がん剤治療においてが重要ですが、それなら誰も教えてはくれません。自己決定しかないのです。

昨年、「いつやるの？」・「今でしょ」というやりとりが流行語になりました。それをもじつていなら、「延命治療、いつやめるの？」・「今かな？」でしょうか。「今かな」の文末の「？」が重要で、自分自身に、あるいは自分のことをいちばんわかっている身近な家族に問うて、よく考え、平穏死するための分水嶺を見過ごさないでほしい

#### 表

##### 〈抗がん剤をやめる10のやめどき〉

- ① 最初からやらない
- ② 抗がん剤開始から2週間後
- ③ 体重が減ってきたとき
- ④ 抗がん剤のセカンドラインの治療をすすめられたとき
- ⑤ 血液腫瘍マーカーは下がらないが、抗がん剤をやろうといわれたとき
- ⑥ がんが再発したとき
- ⑦ うつ状態になったとき
- ⑧ 一度治療を休んだら楽になったとき
- ⑨ 抗がん剤のサードライン治療をすすめられたとき
- ⑩ 死ぬときまで（最後までやめない）

と思います。

参考までに、私の考える抗がん剤のやめどきを表に時系列で記しておきます。

結局、延命治療といって、永遠に命を永らえさせることなど不可能なのです。延命治療をしても人は死にます。皆、等しく必ず死ぬ。だったら、苦しみながら死ぬより、最後まで食べ、笑い、楽しく生ききった末に平穏死するほうが、誰だっていいに決まっています。

死を考えることは、生を考えることでもあり、「平穏死」とは、つまり「平穏生」でもあると私は思っています。

### 終末期医療は家族の判断 リビングウイルの表明を

終末期には延命治療をやめる。病院でなく好きな場所で過ごす。たとえそう思っていても、いざそのときに、自分でその意思表明ができなければ、意味がありません。

そういうときのために、元気なときにあらかじめ終末期医療やケアについての自ら意思表明しておくためのいのちの遺言書である「リビングウイル」は残念ながら、日本ではたったの0.1%しか普及していません。

では誰が決めているかというと、ほとんどが家族です。日本では約3分の2が家族の判断により終末期医療やケアが行われています。あとの約3分の1は医師。本人による決定はほんのわずかということです。

アメリカでは、国民の41%がこのリビングウイルを表明しており、欧米でもアジアでも、国際的には、「自分の最期は自分で決める」という概念が常識ですから、日本はかなり遅れているといわざるを得ません。

個人主義が発達せず、自分の意思を声高に主張するよりは、黙っていることを美德とする日本人の国民性が原因でしょうか。あるいは、死を忌み



嫌い、できるだけ死を日常から排除しようとする近代日本人の死生観も影響しているのかもしれません。

例えば、寿司屋のカウンターで、自分の食べるものを持てど家族に決めて頼んでもらい、あとでは大将におまかせ、というようなものです。これではまるで子どもで、よく欧米人と比較し「日本人の患者は子どもっぽ過ぎる」と評されますが、それも納得してしまいます。

それでも、元気なうちから家族と終末期のことについて話し合い、家族も自分と同じ意見であればいいのですが、難しいのが“遠くの息子（娘）”です。ふだん遠方に離れて暮らしている子どもが、いざ、そのときになって急に出てきて、「できる限りのことをしてください」などといったりする。われわれのほうが本人をよく知っていて「それは本人の希望とはちがうだろう」と思っても、この場合、家族の意見は絶対ですから、結果、病院に入れられて、延命措置のための医療機器の管だけにされてしまう、などということが起こっています。

したがって、どのような形であれ、元気なうちからリビングUILを表明し、家族にもよく伝え残しておくことは重要です。

### 「元気にして帰す」と「看取り」二律背反ではない

かつてはほとんどの日本人が自宅で死亡し、病院で亡くなる人はごく一部でした。それが昭和51年を境に逆転します。今では、死亡場所の約8割が病院、残り2割のうち1割が自宅、1割が高齢者施設で、これは人類の長い歴史からみると、極めて特殊な事態です。

しかしながら、少しずつですが私や前述の石飛先生、中村先生の提唱する「平穏死」や「自然死」への関心も高まりつつあり、今後、看取りの場所は、病院から自宅、あるいは高齢者施設など

へ徐々に移行していく傾向にあるのではないかと思っています。そうなると、末期がんから多臓器不全、認知症、老衰などへの対応が、これまで以上に重要となるでしょう。

これは少し極端な意見かもしれません、「常勤で医師がいるという安心感がありつつも医療機関ではなく、家庭的な雰囲気でありつつ専門スタッフが揃い必要な介護サービスを提供してくれる老健施設ほど、平穏死を迎えるに適した場所はない」と私は思っています。

よい施設は、そこで働く職員の方も明るく、日々いろいろと趣向を凝らして利用者を楽しませてくれます。私は常々「生きることは、食べること」といっていますが、同じ考えのもと、食に重きを置く施設も、最近、増えてきているようです。

老健施設は在宅復帰を支援する中間施設だから、看取りは趣旨が違うのでは、という意見もありますが、私は、老健施設で看取りを行うことがその趣旨と矛盾するとは思いません。

そもそも、老健施設を利用する方は、高齢で介護が必要な状態だから入所するわけで、多くは平均寿命を超える終末期を視野に入れた方と考えてよいでしょう。終末期とは高齢者介護という大きなタームの中の最後の一期間です。ですから、「元気にして帰す」と「看取りもする」ことは二律背反ではないと考えます。

ただし、現実としては、まだまだ施設側に看取りの準備が十分であるとはいえない。老健施設には医師が常駐しているとはいえ、その医師が施設での看取りに対してあまり積極的でない場合、終末期であっても、利用者の状態に急変があると、当然のように救急車で病院に搬送してしまうケースが少なくない。

施設の管理医師に「もう寿命だし、この状態で延命治療をしても余計な苦痛を長引かせるだけ。だから、施設で看取る」という意志さえあれば、老健施設には多くの専門職がいるのですから、

チームワークでよりよい看取りが可能なはずです。たとえリビングUILがなく本人が意思表明できない状態でも、医師や職員がていねいに家族に説明すれば、必ず理解は得られ、よい信頼関係も築けることだと思います。

### 施設では緩和ケアのみでいい 「待つこと」が重要

老健施設で看取りを実施する際には、介護職、特に私生活においても人の死を経験したことのない若い世代に対しての教育も大切です。

以前、ある施設に入所していた患者が急変したようで、「先生、○○さんが息をしていません！」と介護スタッフから電話で呼び出されたことがあります。

かなり狼狽した様子だったので、急いで駆けつけてみると、100kgはゆうに超えた巨体の男性介護士が、老衰でやせ細った女性の患者の上に馬乗りになり、汗だくで心臓マッサージをしているのです。すぐさま彼を引きはがすと、驚いたことに、患者の胸にはAEDが装着されていました。もちろん、患者はもう骨と皮の“干し柿”状態の体ですから、肋骨は折れてボロボロです。

「なんで、こんなことを…」といいかけて介護士のほうを見ると、1時間近く真剣に心臓マッサージをしていたため、息があがり、話もできない状態です。ボロボロと涙も流しています。

極端な例を挙げましたが、これも現実です。彼にしてみれば、必死だったのだと思います。心臓が止まったから、急いでAEDを使い、それでも動き出さないから夢中で心臓マッサージをした……。

私は、当然わかっているものとして、心停止した際の具体的な対応について、彼にきちんと説明していなかったことを思い出しました。以来、介護職には、看取りに際しては「待つこと」の重要性を伝えるようになりました。



老健施設でのターミナルケアは、基本的には緩和ケアのみでいいと私は考えますが、この「待つ」ということこそが最大の緩和ケアであることを、どうか知っておいていただきたいと思います。

介護職だけでなく、救急救命士も警察も、案外、誰もこのことを知りません。8割が病院で亡くなる時代ですから、身近に人の死をみたことがない人が大半です。医師や看護師さえ、看取りの現場に関わっていなければ、そのことを知りません。

死にゆく経過として、残された時間が週単位から日単位になったとき、人はせん妄状態になり、辯證の合わないことを口にしたり、ときには興奮して手足を動かしたりする場合があります。このときに救急車を呼んでしまうことが多いのですが、そんなときには慌てず、ゆっくりと手足をさすってあげてください。「タッチケア」といい、これで十分です。

もっとも、ひどいようなら鎮痛剤や軽い安定剤を出しますが、このタッチケアをしながら落ち着いて「待つ」ことができれば、やがて状態は落ち着きます。

さて、皆さんには、自分が死ぬとき、あるいは自分の親が死ぬときについて、真剣に考えてみたことがあるでしょうか？

「平穏死」を望む人の多くがそれを実現できるよう、これを機に、ぜひご家族でも話し合っていただけたらと思います。