

慢性疾患・認知症高齢者の療養生活を支える!

臨床老年看護

会員制 隔月刊誌 企画/日総研グループ 発行/日総研出版© 臨床老年看護 第22巻第6号 平成27年11月30日発行(奇数月30日発行)

2015
11・12
月号

総力
特集

認知症看護の極意

- 原因疾患別に見た認知症の特徴と治療
- 認知症ケアの原則と認知症高齢者の日常生活支援
- 急性期医療における認知症高齢者の看護
～身体拘束, BPSDと身体症状, 意思決定と治療方針
- 認知症高齢者に生じている異変を察知し, 急変を回避する看護
～観察とアセスメントの視点
- 認知症の行動・心理症状(BPSD)のアセスメントの
進め方とケアのあり方
- 認知症高齢者の生活行動を引き出すコミュニケーション
- 状況に応じた認知症高齢者の家族ケア
- 認知症高齢者の看取りの倫理

新連載

【高齢者心疾患】
特徴と必要な看護ケア

「食べられる肺」
「食べられる口」の
作り方





ながお かずひろ ● 1958年香川県生まれ。1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。1995年兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業し、現在に至る。医学博士、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本内科学会認定医、日本在宅医学会専門医、労働衛生コンサルタント。日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、エンドオブライフ・ケア協会理事。関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授。『高齢者の望む平穏死を支える医療と看護』（メディカ出版）など、著書多数。

終末期医療と“平穏死”

在宅死は1割で、その半数が 検死

今回は、終末期医療の現状と課題について述べていきます。現在、死亡の場所については、病院死が約8割で在宅死が1割強といわれており、残りは、介護施設などでの死亡です¹⁾。多死社会の進行に伴い、施設での終末期医療や看取りがここ数年、にわかにクローズアップされるようになりました。介護老人保健施設（老健）は在宅復帰までの中間施設でしたが、今や看取りの場にもなっています。病床数の増加が見込めない中、介護保険施設や有料老人ホーム、グループホーム、小規模多機能型居宅介護も含めて「広義の在宅」での看取りが注目されています。

一方、2015年の日本在宅医学会において、在宅看取りに関する衝撃的なデータが発表されました。東京都監察医務院の調査によると、東京都の在宅看取りとされている半数以上が「検死」だったそうです²⁾。また、大阪や神戸などの大都市においても、同様に約半数が「検死

でした²⁾。医師が書く死亡診断書の死亡の場所の6番は「自宅」ですが、死亡診断書と死体検案書を区別しないのでこうなります。

つまり、1割強とされている在宅死には、少なからず「検死」が含まれていることを知っておいてください。「検死」は、かかりつけ医や在宅医が看取ったとは到底言えません。在宅医療や看取りはまだまだで、もっと裾野を広げることが大切であると思います。

理想の看取りとは？

日本人にとって理想の看取りとはどのようなイメージでしょうか。当事者や家族によって、価値観は実にさまざまでしょう。そんなさまざまな調査結果を見渡すと、最期の場所を「自宅」と望む人は6～8割を占めています。日本中どこで聞いても、「穏やかな最期」を望む人がほとんどです。高齢者に聞くと、ほとんどの方が「自宅で穏やかな最期を迎えたい」と話されます。しかし、住み慣れた自宅で最期を迎える「在宅死」の割合は、強力な在宅医療推進政策がとられて

いるにもかかわらず、国が思うようには増えていません。

その理由を考えてみましょう。第一に国民の病院信仰です。国民皆保険制度に加えて「高額療養費制度」、さらに無料の救急車があるため、多くの国民の頭には、「何かあれば病院に」「最期は病院」と潜在的に刷り込まれています。第二に在宅医療制度が24時間365日対応を前提としていることです。夜間対応を嫌がる医師が多いので、在宅医療に取り組む医師が増加しないという悪循環に陥っています。

2014年に台湾の在宅医療を見学する機会がありました。台湾の在宅医療は末期がん限定されていて、台湾の厚生労働省の許可が必要です。夜間は地域の中核病院の若い医師や看護師が往診をしていました。在宅医の勤務は、9～17時でよいと聞いて大変驚きました。もし日本の在宅医療も台湾同様、夜間帯は地域の在宅療養支援病院ないし地域包括ケア病棟の医師や看護師が臨時訪問してくれるのであれば、在宅医療に取り組む医師は急増するのではないかと夢想しました。

平穏死とは

石飛幸三医師はベストセラー『平穏死』のすすめ』（講談社）で「平穏死」という新しい造語を使われました。筆者も「平穏死・10の条件」をはじめ、タイトルに「平穏死」とつく本を数冊書きましたが、いずれも大きな反響をいただきました。

平穏死とは、自然死、尊厳死とほぼ同義です。しかし、自然死というところか寂しいイメージがあり、尊厳死というと安楽死と混同する人が多いので、筆者は平穏死という言葉を使って本を書いたり、全国各地で数百回の講演を行ったりしてきました。

平穏死とは、一言で表現するなら「管だらけにならない、枯れるような最期」です。病態によらず、終末期以降に過剰な医療を控え、できるだけ自然な経過に任せ、十分な緩和ケアを受けた先にある死のこと。実に苦痛が少なく、予想以上に長生きできることを在宅で看取らせていただいた800人以上の患者さんが教えてくれました。

市民には、平穏死＝枯れること、といつも説明していますが、大病院では、最期まで過剰な輸液をした結果、心不全、呼吸不全で管だらけになって亡くなっている人がいまだに多くいます。筆者自身も、勤務医時代は、今思えば受け持ち患者全員を延命死＝溺れ死にさせていました。本当に申し訳ないことをしたと懺悔の気持ちで本を書き続けているのです。最近、『高齢者の望む平穏死を支える医療と看護』（メディカ出版）という、看護職に向けた本を出しました。故・小川香代子看護師の「白衣をもう一度」も収録されています。ご一読いただければ幸いです。

ちなみに、自然に枯れて咳や痰で苦しまない最期というのは、決して新しい概念ではありません。1993年の伊丹十三

監督の名作映画『大病人』の中に、平穩死の思想が見事に描かれています。台湾では、国会議員全員がこの映画を観た結果、2000年にいわゆる事前指示書の法的担保が可決され、2度の改正を経て施行されています。

大半は家族が 決めているのが現状

さて、日本の終末期医療における最大の課題は、家族の存在と言ってもよいと思います。自己決定権が確立している欧米では、リビングウィルや事前指示書の高い普及もあり、家族の問題は小さいです。しかし、日本では、家族の権限が大きいのです。遠くの長男問題、遠くの親戚問題と言われるように、多くの家族が終末期医療に注文を付けるので、医療者側は、訴訟を恐れるあまり、家族の意向に従わなくてはならないという場合が多くあります。

2014年度に行われた全国調査によると、人生の最終段階の医療は、3分の2は家族が決めていたという結果でした⁴⁾。たとえば、リビングウィルを書いても法的担保がないため、本人の意思が無視され、家族の意思を優先せざるを得ない場合もあります。あるいは、本人がリビングウィルを提示しても、医療者側が家族からの医療訴訟を恐れるため、本人の意向に添えなかったことが少なからずあることも一般財団法人日本尊厳死協会の調査で判明しています。

“おひとりさま”の看取り

次に、“おひとりさま問題”について考えてみましょう。日本は核家族化が進み、単身世帯が複数世帯を上回っています。いくら仲の良い夫婦であっても、2人同時に死ぬことはまずないので、かなりの頻度で“おひとりさま”が増加すると予想されています。

2014年の日本在宅医学会において、「おひとりさまの看取り」というシンポジウムがあり、筆者も講演しました。このシンポジウムの結論は、「今後“おひとりさま”が増えるが、最期まで自宅で過ごすことは難しくない」でした。もちろん、医師不足に悩む地方ではそうはいかない所もあるでしょうが、在宅医療資源が豊富な都市部では十分可能なはずで、筆者も「おひとりさまの看取り」を普通に行っていますが、天涯孤独の“おひとりさま”の場合、本人がそれを望めば100%平穩死が叶うということを、書籍や講演で全国で啓発してきました。ただし、口頭ないし文書によるリビングウィルがあることが前提になります。

各医学界の 終末期ガイドライン

日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」、日本医師会の「終末期医療に関するガイドライン」や厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

など、各界から相次いで終末期についてのガイドラインが発表されてきました。そして、2015年春には、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会は、3学会合同で「終末期医療に関するガイドライン」を発表しました。この中で、治療しても数日以内に死亡が予想される時、本人の意思が明らかでなく家族が判断できない場合は、主治医を含む「医療チーム」で延命治療を中止できるといった指針が述べられています。今後、これらのガイドラインを医療現場でどう活かしていくかが大きな課題です。

さらに、医療・介護者のみならず、国民への分かりやすい周知が急務です。そして最終的には、日本医学会ないし日本医師会が専門家集団として、1つのガイドラインへの統合を目指すべきだと考えます。

エンドオブライフ・ケア協会 によるこそ

医療・介護提供者の課題の一つに、緩和ケアのスキルの向上があります。がん対策基本法に基づいて緩和ケアの研修会が全国各地で開催され、好評を博しています。しかし、実際に在宅現場に出た時、「もう殺してくれ！」と叫ぶ患者さんにごう対応すればよいのでしょうか。すなわち、トータルペインの中でも、特にスピリチュアルペインに特化した具体的対応を学ぶ機会は意外と少ないです。

2025年問題まであと10年、地域で看取

りができる人材をしっかりと養成しなければならぬという思いで、めぐみ在宅クリニックの小澤竹俊先生、北里大学の小野沢滋先生、筆者らの4人が理事となり、2015年5月に「一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会」を設立しました。2015年11月から、全国各地で2日間連続の講座を開催し、本当に看取りができる人材育成に取り組んでいます。ぜひ、協会のホームページ(<https://endoflifecare.or.jp>)をのぞいてみてください。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：厚生統計要覧（平成26年度）、第1編 人口・世帯、第2章 人口動態、第1-27表「死亡数・構成割合、死亡場所×年次別」、2015。
- 2) 出水明：半数以上が検案事例…地域での自宅死亡の実態調査報告—平成25年度岸和田市医師会在宅医療推進モデル事業基礎データ調査から、第17回日本在宅医学会もりおか大会（2015年4月25日）
- 3) 終末期医療に関する意識調査等検討会：平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書（平成26年3月）

《新企画》PDCAサイクルの構築による 命のバトンリレー

介護施設で「生きる」を支える 看取り介護の実践

菊地雅洋氏 特別養護老人ホーム緑風園 総合施設長
社会福祉士/介護支援専門員

大阪 16年 1/31 (日) 田村駒ビル
札幌 16年 2/14 (日) 札幌時計台ビル
仙台 16年 2/27 (土) ショーケー本館ビル
名古屋 16年 3/26 (土) 日総研ビル
東京 16年 3/27 (日) 日総研 研修室(廣瀬お茶の水ビル)
福岡 16年 5/29 (日) 日総研 研修室(第7岡部ビル)
本誌購読者:15,500円 一般:18,500円(共に税込)



- 地域包括ケアシステムの中での終末期支援
- 看取り介護の実践に対する不安と疑問について
- 看取り介護とは何かほか

詳しくはスマホ・PCから 日総研 14238 で検索!