

地域 ケアリンク

特集

6

2015 Vol.17 No.6

平穏死その意義と実現条件

特集編集 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



あの人に
インタビュー

一般社団法人 日本介護事業連合会
会長 愛知 和男

穏やかな最期を叶えるために

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



●ながお かずひろ●
1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。1991年医学博士（大阪大学）授与、市立芦屋病院内科医長。1995年兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る。日本慢性期医療協会・理事。日本ホスピス在宅ケア研究会・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。東京医科大学・客員教授（高齢総合医学講座）。【著書】『平穏死・10の条件』、『長尾和宏の死の授業』など多数。

日本人の人生の終末期

●あらすじ●
日本人には、人生の終末期の医療に関して本人が意思表示をする（リビングウィル）という習慣がほとんど無い。また終末期を医学的に具体的に定義することが困難なので、さまざまな延命治療を差し控えるタイミングを逃すことが多い。一方、家族の権限がとて強く、本人の意思より優先することが多い。以上の理由から、管だらけの終末期医療になりがちである。枯れた最期ではなく、点滴で溺れた最期になりがちだ。しかし多くの市民が求めているのは、管だらけにならない穏やかな最期（平穏死）である。日本老年医学会などから「終末期のガイドライン」が発表され、穏やかな最期を叶える医療環境が徐々に浸透しつつある。

日本において病院死が在宅死を上回ったのは、1976年（昭和51年）です。以来、38年間、日本人の死に場所として病院が在宅を上回った状態が続いています。大雑把にいうと、日本人の8割が病院で、1割が在宅で、そして残りの1割が施設等で亡くなっています。ちなみにこれは日本国の平均の話。栃木県では、両者が逆転した年は1981年。お隣の韓国は2003年で、台湾は2012年である。アジアの中で逆転しているのは、日本、韓国、台湾の3ヶ国だけだ。

す。人類の歴史を振り返ると、99・99%の期間は在宅で亡くなっていて、病院で亡くなっている期間は、0・01%以下に過ぎません。こんな単純な事実すら、医学部や看護学部で教えられることが無いのが現状です。（図1）
「日本において年間に亡くなる人の数は増えているか。それとも減っているか。」最近、こんな単純な質問を講演会の冒頭ですることになっています。すると急性期病院の医師は、5〜8割が「減っている」方に手を挙げます。その理由を聴くと、「医学が発達しているのでそう簡単に死なないはずだ」と答えます。当院に在宅医療の研修に来る病院勤務医もほぼすべて「減っている」と答えます。もちろん

ん正解は、「増えている」のですが。現在、年間120万人強が亡くなっているのが、2025年には、160〜170万人が亡くなる時代になります。つまり強烈な勾配で「多死社会」に向かって邁進している途中にあるのが日本国です。しかし、その「多死」という発音を聴いても、書けない医師が結構います。なぜ2000年に介護保険制度ができたのか、ケアマネという職種が何をするのか知らない医師も多い。「死」に関する医学・看護教育は皆無に等しい。かつては地域にあった「死」が、現在はほとんどが病院の中に隠されるようになりました。医療者のみならず、市民や家族も「死」を考えることなく、人類がかつて経験したことがない勾配で上昇する多死社会を迎えています。

その結果、何が起きているのか。多くの病院では、血だらけ、腹水や胸水だらけ、管だらけで人生の最終章を過しています。亡くなる当日まで寝台車で、がんセンターに抗がん剤を打ちに行っていたがん患者さんがいました。「なぜ死ぬまで抗がん剤を打つのか」家族に聞くと、「医者がもう来なくていいと言ってくれなかったから」と言ったそうです。担当医は、「家族が連れてきたから」と答えた。お見合いを

逆転したのは、1976年＝昭和51年！

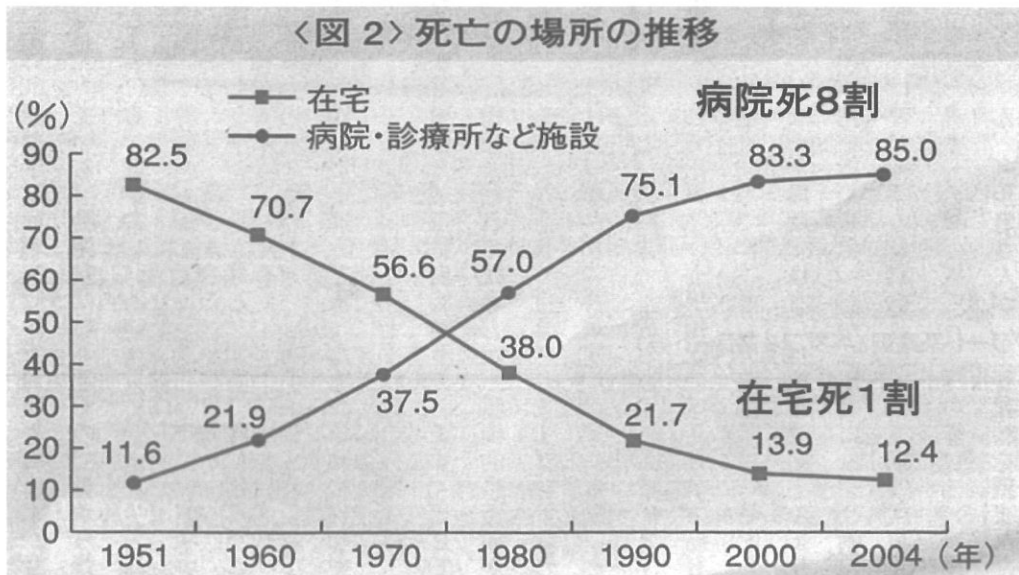


図1 死亡の場所の推移

強烈な勾配で、「多死社会」に向かって邁進している途中にあるのが日本国です。

脱水を容認することで枯れて死を迎えることを、平穏死と呼んでいます。

の懐疑は強くなるばかりです。

“平穏死”とは

そんな現状の中、石飛幸三先生が書かれた「平穏死のすすめ」がきっかけになり、市民の「平穏死」への関心が急速に高まっていきます。医療機関や介護施設に患者やご家族が「平穏死」の本を持って来られたり、「平穏死を望む」と言われることが増えています。平穏死とは、文字どおり、人生の最終章に過剰な延命治療を控えて自然の経過を任せた最期のことです。高齢者においては、主に高カロリー輸液を指す場合が多いようです。自然死、尊厳死と同義です。尊厳死は往々にして安楽死と間違えられることがありますが、別物です。安楽死とは、医師が薬剤を用いて寿命を縮める行為で、日本では殺人罪に問われます。一方、平穏死とは過剰な延命処置をせず自然な経過に任せた先にある死。安楽死とは待てない死、平穏死とは待てる死、と言い換えることができます。平穏死とは、がんや老衰に限らず、すべての病態の終末期に共通する考え方です。そしてどんな病態においても、緩和ケアが

ベースにあることは忘れてはなりません。平穏死＝何もしない、ではないのです。

これまでの医療は、どこまでも「治す」医療しかありませんでした。しかし現実には老死は治りませんし、治せないがんも存在します。従って、「治す医療」から「支える医療」への転換点が存在します。その転換点以降が終末期なのですが、医学的に転換点を明確に定義できないために議論が停滞しているのが実情です。転換点が無いという立場に立てば、最期の最期まで延命治療を続けることになり、いわゆる「スバゲッテイ症候群」になり死を迎えていました。私も病院に勤務していた11年間、多くの患者さんを管だらけにしました。今振り返ると本当に申し訳ないことをした、という懺悔の想いでいっぱい、それが書籍を書くモチベーションになっています。

終末期以降は、自然な経過に任せ、脱水を容認することで枯れて死を迎えることができ、これを平穏死と呼んでいます。自然死、尊厳死も同義だ。平穏死とは枯れて死ぬこと。枯れて死ぬという、苦しくて早く死ぬような気がするかもしれないが、実際はその逆だ。より苦痛が少なく、より長く生きるのが平穏

死です。平穏死の対極は、延命死。延命死とは、単純化すれば「溺れ死に」ともいえる。顔や手足はパンパンでお腹や胸に水が溜まっている。腸閉塞になり吐くので鼻から管が入る。息が苦しいので暴れる。暴れると縛ると大声をあげるので深い鎮静（セデーション）をかける。病院で溺れ死んだご遺体

と在宅で枯れて亡くなったご遺体の重さが、10kg以上違うと言った方がイメージしやすいでしょう。延命死と平穏死の体重差は、葬儀屋さんが一番良く知っています。そして、平穏死＝枯れて死ぬ方が、圧倒的に苦痛が少なく、しかも長く生きられます。いいことだらけだ。しかし「終末期」が分からないと考えると、最期まで玉砕となってしまいます。枯れて死ぬという平穏死の考え方は、癌も認知症も同じです。多くの高齢者は、管だらけになった最期ではなく自然な最期、つまり平穏死を望みます。しかし現実には、9割の方は管だらけの最期を迎えています。点滴、酸素、鼻からの管、胃ろう、尿の管……。患者さん、利用者さんが「平穏死」を望まれたときに、それを叶えるために我々は何をすべきかを考えてみましょう。

終末期に至る3つのパターン

多くの高齢者はピンピンコロリ（PPK）を願います。しかしピンピンコロリとは言葉を変えれば、突然死であり、亡くなる方のうち5%の人に相当することが統計学的に分っています。残念ながら5%の人には「終末期」はありません。たとえば津波で亡くなられた2万人余、自殺者2万人余、入浴死2万人、交通事故や自殺等での1万人、心臓・脳血管性障害で病院到着前に死亡などの総計です。一方、95%の人には「終末期」があります。一定の療養期間があり、「終末期」を経てから死に至ります。それにはだいたい3パターンに分かれます。

A コースは末期がん。在宅療養を選択した場合、平均在宅期間は1・5ヶ月にすぎません。在宅の場合、多くは亡くなる直前まで何かしら食べてトイレに通っています。B コースは、臓器不全症。心不全、腎不全、肝不全、肺気腫など特定の臓器が弱った病態です。この病態には入院加療がとても有効です。病院と診療所、在宅の連携が重要です。入院

院を何度か繰り返すうちに、いつかは終末期に至る。

C コースは老衰や認知症です。長ければ10～15年というダラダラとした療養期間を経て死に至りますが、必ず終末期を経ます。A、B、Cコースの割合は、だいたい1対1対1となります。自力でどれかを選ぶことはできませんが、95%の人は、確実にAかBかCコースのどれかを経て死に至ります（図2）。

終末期は誰が決めるのか

大切なことは、終末期は医者が決めるものではないということ。医者が言ってくれることを期待していると後悔が残るだけです。医者は（少なくとも私は）余

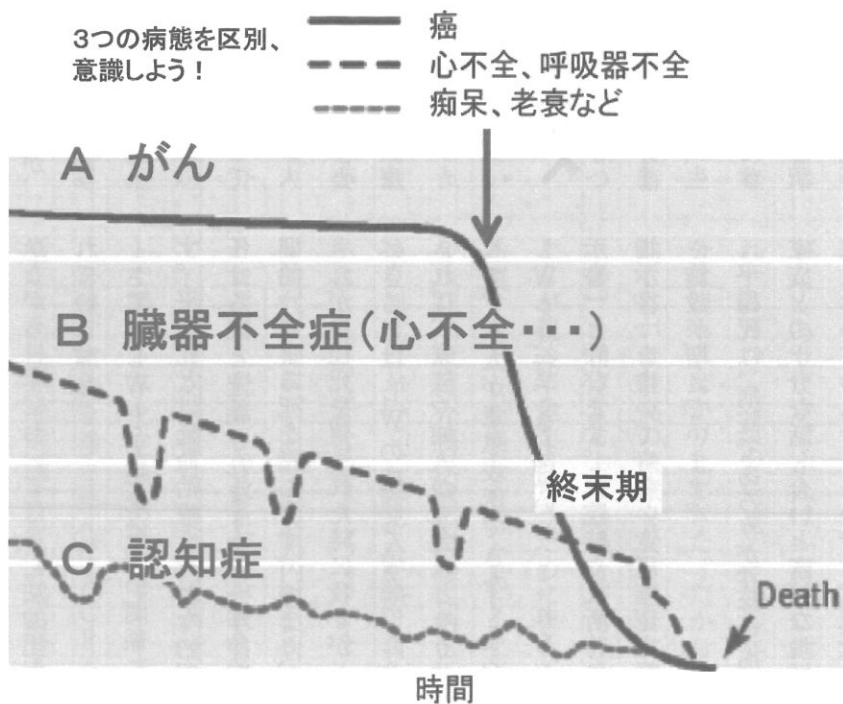


図2 終末期に至る3つのパターン

大切なことは、終末期は医者が決めるものではないということです。

LW（リビングウイル）は、死ぬまでの延命処置に関する要望書のことです。

命をよく間違えます。極端な話をすれば、かつて余命1日と宣告して3年生きた老衰の人がいました。末期がんの知人は、がん専門病院で余命2ヶ月と宣告されてから8年以上生きました。余命は当たることもありませんが、大きく外れることもある。医者ならそれくらい分るだろう、と思うでしょうが、予後予測は多分に経験や勘に負うことが多い。しかも間違ふことがあります。検査の数値などで定義できないのが余命というものの難しさです。国会における議論が停滞しているのも、「終末期」がよく分からない、定義できないことが理由です。

その結果、多くのケースでは、亡くなってから「ああ、あの時が終末期だったのか。こんなことなら家に連れて帰ればよかった。好きなものを食べさせてあげればよかった」など、後悔が残ります。終わってから分かるのが、終末期です。しかし終わってからいくらか分かって、後悔しても遅いのです。リアルタイムの臨床経過の中で、終末期を感じるのが大切です。

実は終末期が一番分かるのが本人なのです。「何？医者がよく分からないというのに、具体的には、もしLWや事前指示書があればそれを基に、なければないで、その時点の患者本人や家族の終末期のイメージ、希望を聞くこととなります。最近では元気なうちから患者、家族、医療者や介護者らが一緒にあって、終末期について何度も話し合うべきだという考え方に進化しています。これをアドバンス・ケア・プランニング（ACP）といいます。

人間の気持ちは常に移り変わるので、何度も何度も本人・家族と多職種で話し合いをします。このACPというプロセスこそが重要です。そしてACPの核になるのがLWであるという考え方は、最近、地域包括ケアが謳われています。がんや認知症になっても住み慣れた地域で最期まで暮らしたいという患者さんの想いを叶える医療・介護が大きな課題になっています。

**家族との関係性の
中における「平穏死」**

超高齢・多死社会は、家族の時代とも言えます。家族が患者の終末期にどう影響を及ぼ

本人が分かるのか？」そんな声が聞こえてきそうですね。しかし分かります。象さんでも、死期が近づけば群れを離れて象の墓場に向かいます。野良犬や野良猫も分かるのに、人間が分からないはずがありません。独居の認知症でも在宅で診ている方が何人かいますが、彼らも亡くなる前に、「先生、もうあかんわ。死ぬわ」と言ってから亡くなっていきます。大切なことは本人や家族が終末期を感じて、言い出して、医療者と何度も相談することです。誰も明確に定義できない終末期は、本人の文書による意思表示（リビングウイル）と医者の診立てと話し合いを経て、最終章の医療を決めるべきです。

**リビングウイルから
事前指示書、そしてACPへ**

リビングウイル（LW）の日本語訳は「ただ定まっています」。生前の意思」や「生前の遺言書」などと言われることが多いですが、私自身も、最近「いのちの遺言」と訳して講演しています。LWとは、「自分が不

治かつ末期」の状態になった時に延命治療はご遠慮申し上げたい、しかし緩和ケアはしつ

すが正面切って問われる時代となってきました。というのも日本は、LWよりも家族の決定が上位にある国だからです。この状況は欧米では到底考えられません。しかし日本に限らずアジアの儒教文化圏では、家族の権力は強いです。

これまで「家族」をキーワードとした書籍を数冊書きました。ここでいう家族には2つの意味があります。1つは「家族の介護力」です。就労している家族の場合、どの程度の介護力が期待できるか、休暇が取得できるかなどの情報を、医療ソーシャルワーカーを通じて収集する必要があります。ただし、独居の看取りはかなり難易度が高いことを忘れてはなりません。介護力は在宅療養の決定因子ではなく、本人の意思を優先させることで在宅療養は十分可能であることを、病院医療者は知っておくべきです。

もう1つは、大切な人の終末期に関する家族のイメージや死生観です。家族の死生観が本人の平穏死の希望を支持しているかの確認が大切な作業です。終末期と判断されたら、できるだけ早くご家族と顔を合わせ、よく話

かりやって欲しい」という旨を文書により意思表示することです。遺書は死んでから効力を発するのに対し、LWは死ぬまでの延命処置に関する要望書のこと。ただし遺書は法的に効力が認められていますが、LWは残念ながら日本においてはまだ法的担保がなされていません。

さて、LWと平穏死は深い関係にあります。平穏死とは延命治療を行わないで自然に任せる死と定義されますが、「延命治療の開始」による死を指します。つまり、利用者さんが平穏死を望まれた時に我々が一番にすべきことはLWの確認と啓発でしょう。できれば、家族や知人が立会人となりサインをして、本人が意思表示できなくなった時にLWを代行できればいい。これを「事前指示書」と呼びます。入院時や入所時に「事前指示書」を書いてもらい意思確認を行う病院や施設が増えています。

平穏死は、病院であろうが在宅であろうが、家族との十分な話し合いと密接な地域医療連携においてのみ叶うものです。病院では「チーム医療」の中で、在宅では「多職種連携」の中で、平穏死の話し合いが持たれるべきです。し合い、在宅療養か病院（施設）療養かを決める作業に入らなければなりません。

本人のLWと家族の希望が相反する場合があります。本人は「自然に逝かせてくれ」と言っているのに、遠くに住む長男が「自分は親不孝ばかりしてきた。だからせめて最期くらいは最高の医療を受けさせて親孝行したい」と希望するような場合があります。子どもが親の年金をもらうために胃ろうを強く希望するような場合も時々あります。一方、2000年に介護保険と同時に始まった成年後見制度において、後見人が請け負う業務の中にLWの後見は含まれていません。認知症時代を前に、LWも後見内容に含まれるように法律（民法）の改正が急がれます。そしてLWの法的担保は、後見内容の改定とセットで議論されるべきであると考えます。

今後、家族を巻き込んだACPを地域包括ケアのなかで実践することが望まれます。比較的元気な時から、病状説明と合わせてACPを実践すべきでしょう。そのために病院や施設や行政が主催する市民フォーラムなどで、地域の実情に応じたLWや平穏死の啓発を、積極的に行うべき時代に来ています。

認知症時代を前に、LWも後見内容に含まれるように法律（民法）の改正が急がれます。