



# 最新看取り事情

医療法人 ゆうの森  
理事長 永井 康徳

2018.04版

## 第1章 超高齢社会から『多死社会』へ

### ■ 世界一の高齢長寿社会である日本

ご存知の通り、日本は世界有数の長寿国です。第2次ベビーブーム後に少子化が進み、日本の高齢化率は急激なカーブを描きながらあっという間に欧米諸国を追い抜いて、日本は世界一の高齢化率を誇る長寿国となりました。今後、平均寿命は、2055年には男性83.67年、女性90.34年となり、女性は90年を超えると見込まれています。

### ■ 世界一、病院での看取り率が高い日本

近年、日本では8割以上の方が病院で亡くなり、癌の方に限れば9割以上の方が病院で亡くなっています。

自宅や施設などの住み慣れた場所で亡くなる方は、1割程度にすぎません。しかし、1950年頃は反対に、8割以上の方が自宅で亡くなっていました。昔は当たり前に行われていた自宅での看取りですが、今の日本では「当たり前でないこと」だと思われているようです。

次に、世界に目を向けてみましょう。病院での看取り率は、フランスが58.1%、スウェーデンが42%と日本よりはるかに低い値となっています。発展途上国やアジアの国々、そして医療費が高い米国でも、はるかに低くなっています。つまり、日本は世界一、病院での看取り率が高い国なのです。

世界一の高齢化率、世界一の病院での看取り率の高さが、現在の日本の医療の大きな特徴となっています。この問題をしっかりと認識した上で、今後の医療や社会保障制度の方向性を考えていかなければなりません。

### ■ 「多死社会」とその意味するもの

#### ～求められる医療の変革～

超高齢社会の次にやって来る社会は何か？それは「多死社会」と言われています。「多死社会」という言葉から受けるイメージは暗く不吉なものですが、私達はこの問題にしっかりと向き合っていかなければなりません。終戦前までは死亡数は高いレベルですが、その後、死亡率は低下し、1980年くらいまでは人口が増加しても死亡数は増加していませんでした。しかし、それ以降、死亡数が増加しています。

では、医療の進歩はめざましく、日本の医療レベルはどんどん高くなっているのに、どうして死亡数が増加しているのでしょうか。80才未満の死亡数は増加しておらず、増加しているのは80才以上の高齢者の世代のみであることがわかります。これはすなわち、治せる病気は医療により治しているということで、治せない病気や寿命で亡くなる人が増加しているために死亡数が増えているということです。

多死社会が意味するもの、それは医療ではどうしようもない「寿命」の問題です。多死社会に求められる医療は、医学がいくら発達しても治せないものがあり、「人は必ず死ぬ」ということを念頭に置いて、老いや死にしっかりと向き合っていく医療ではないでしょうか。

## ■ 自宅や施設での看取りの普及が鍵

2005年以降、日本では死亡数が出生数を上回り、人口は減り続けています。そして、2030年代にはわが国の死亡数はピークに達すると考えられています。第1次ベビーブームの世代は「団塊の世代」と呼ばれ、現在、この団塊の世代が65才を迎えて介護保険の第1号被保険者となり、介護保険の利用増が見込まれ見直しが迫られています。さらに10年後の2025年には、団塊の世代が後期高齢者となります。介護が必要となり、寿命で亡くなる時代に入るわけです。2025年以降の死亡数のピークは、その団塊の世代の方々が亡くなる時代なのです。死亡数が増えた時、今のままでは病院のベッド数はまったく足りません。日本の医療計画では、病床数は減少することはあっても増加することはありませんから、2030年には約60万人の方に看取りの場所がない計算になります。そうすると、これからは自宅や多様な施設などの住み慣れた場所で、看取りを行っていく必要があると思うのです。しかし、「介護や住まい、病状など条件さえ揃えば、最期は自宅で」と考える人が多いことは、様々なアンケート調査で明らかになっています。その希望を叶えるためには、社会環境の整備と、「自宅での看取り」という選択肢があることを医療従事者が伝えることが必要です。

多死社会を迎え、「治療し続けた結果、死を迎える医療」ではなく、「老いや死をしっかりと見据え、最期までどうよりよく生きるかを考えていく医療」への変革が求められているのではないのでしょうか。

## 第2章 人が自然に亡くなる過程 ～「楽な最期」とは枯れるように逝くこと～

### ■ 人が自然に亡くなる過程

人は、亡くなる前に食べられなくなることにより、脱水状態となり、徐々に眠くなる時間が増えて、ADL（日常生活動作）が低下していきます。これは、子どもの成長と逆と考えればわかりやすいでしょう。生まれたばかりの子供どもは自分で寝返りを打つこともできません。介護保険で言えば要介護5ですね。これが次第に食事が増えていき、起きている時間が長くなる。成長と共に介護度が減っていくわけです。

人間の終末期はこの逆です。なぜ、亡くなる前に食べられなくなるかというと、水分を体内で処理できなくなるからです。このような状態で強制的に水分や栄養を取り入れていくと、身体がむくんだり、腹水がたまったり、痰がたまったりとかえて本人をしんどくさせてしまうのです。

ですから、私は「身体で処理できなくなったら、できるだけ脱水状態にして自然に看っていくのが最期を楽にする方法ですよ」と説明しています。死は病気ではないので、身体の状態にあったちょうどよい傾眠、ADL、そして食事があれば。呼吸も穏やかに最期を迎えることができると考えています。

### ■ 天寿を全うすることを

医療が邪魔をしないこと・・・

もう十数年前、私が僻地診療所に勤務し始めた頃のことです。それまでは、私も病院勤務しかしたことがなく、食べられなくなったら点滴をする、状態が悪ければ入院をさせるということしか頭にありませんでした。

当時、地域で最高齢の102才のおばあさんのところに、在宅医療にお伺いしていました。もう長年、脳梗塞で寝たきりでしたが、長男夫婦の手厚い介護を受け、自宅で療養されていました。徐々に状態が悪化し、食事がとれなくなってきました。長男夫婦は高齢でもあり、入院は望みませんでしたが、食事がとれないことを心配し、点滴を希望されました。私は本人に食事が摂れないから点滴をするように告げましたが、本人は「食事が摂れないようになったら終わりだから、絶対に点滴はしてくれるな」と言いました。その後も、何度も家族の依頼を受けて本人に点滴を勧めましたが、頑として受け付けませんでした。

家族も私もどうすべきか悩みましたが、私は患者さんを押さえつけてまで点滴をすることはできませんでした。患者さんがこれまで生きてきた102年間の最期を汚してしまう気がして・・・。おばあさんの希望通り点滴をせず、自然に看ていただきました。点滴をしないとむくみもなく、痰も出さず、楽そうでした。私は、最期に点滴も何も医療処置をせず、自然に看ていくことはこのときが初めてでした。

おばあさんは、約2週間後に息をひきとりました。おばあさんの顔はむくみもなく、とても穏やかで凜としていました。もし、本人の意志に反して点滴をしていたら、むくみや痰が出て、吸引をしたり、本人を苦痛にしたりしていたことでしょう。本人の天寿を全うすることを医療が邪魔をしない・・・そんな自然な看取りも選択肢にあるんだということを教わりました。

これまで、日本の医療はとにかく治すことを主眼に発展してきました。最期まで治すことを追求して、長寿を目指してきたのです。しかし、多死社会を迎え、どんなに素晴らしい医療を持ってし

ても、いつか必ず人間は亡くなるということにしっかりと向き合った上で、自然の死を受け入れることが必要になっていくと思います。「亡くなるまでどう生きるか」を追求して、天寿を全うする生き方も選択肢としてあると思います。

### ■ 「老衰」は誇れること

老衰とは、「老いて心身が衰えること」とされています。老衰死とは、高齢の方で死因と特定できる病気がなく、加齢に伴って自然に生を閉じることです。今の日本では、食事が摂れなくなったら「病院で検査を」となります。すると、がんなどの病気が見つかることもあります。そうすると、手術や抗がん剤などの治療の選択肢を提示されることが多いと思います。しかし、在宅医療では、無理に積極的な治療を行わず、楽な治療を優先し、できる限り輸液を制限していくので、老衰死の確率は高くなります。

在宅医療では、無理な延命措置を行わず、あくまで自然に生きていきますので、苦痛を伴わず、呼吸も穏やかに枯れるように亡くなる老衰死に出会うことが多いです。その時、私たちは死亡診断書の死亡原因の欄に、長年生きてこられ、介護をされてきたご本人とご家族への敬意を払い、自分自身の在宅医としての誇りを持って「老衰」と書くのです。

### ■ 「楽な最期」とは、枯れるように逝くこと。

親戚のお葬式に参列した時のことです。その方は肝がんが肺に転移し、長年入院して亡くなられたそうです。お別れとなり遺体のお顔を見たとき、とてもむくんでいたのが、「最期まで点滴をされたんだな」とすぐに理解できました。遺族にお聞きすると、体全体がむくんでいて、安置している間も遺体から水分が滴るように出ていたそうです。介護力もある家庭だったので、病院から在宅医療の選択肢もあることを提示されていれば、おそらく自宅で看取ることもできたのではないかとも思いましたが、その気持ちは、自分の中で押し殺しました。

映画『おくりびと』誕生のきっかけとなった、青木新門の著書『納棺夫日記』<sup>1)</sup>にはこう書かれています。青木さんが納棺の仕事始めた1970年代前半は、自宅で亡くなる人が半数以上で、「枯れ枝のような死体によく出会った」そうです。ところがその後、病院死が大半になり、「点滴の針跡が痛々しい黒ずんだ両腕のぶよぶよ死体」が増え、「生木を裂いたような不自然なイメージがつかまとう。晩秋に枯れ葉が散るような、そんな自然な感じを与えないのである」と記しています。

死も人の大切な営みの一つです。ですから、その時が来たら、人の身体は楽に逝けるよう、死の準備をはじめます。身体はどうすれば楽に逝けるのかを知っています。それは、草や木と同じ、枯れるように逝くことです。

前と同じように、食べられなくなったからといって、無理に食べなくてもいいのです。身体は楽に逝くために体内の水分をできるだけ減らそうとしていきます。そんなとき、無理に水分や栄養

を入れると、体に負担を欠けることになります。  
むくみが出たり腹水がたまったり、痰も多くなっ  
てしまうのです。

死は人の最後の営みです。その時が近づいたら、  
体が求めるままにうとうとと眠り、食べたいもの  
を食べただけ口にしてください。その穏やかな  
寝息を聞きながら、家族はお別れのときが近づい  
ていることを静かに覚悟することでしょう。

#### 引用文献

- 1) 青木新門：納棺夫日記、文藝春秋、1996

## 第3章 最期は点滴をしない自然の看取りの選択肢

■ あなたは亡くなる前に食事が十分にとれなくなったらどうしますか？

### ◎中心静脈栄養

中心静脈栄養は心臓の近くの血管までカテーテルを入れて、高いカロリーの輸液を行う方法で、手術の時や一時的な治療の間、腸閉塞や腸の病気で栄養の吸収がうまくいかない場合などではとても有用です。

### ◎末梢輸液

手や足の抹消血管から行う低カロリーの輸液で、「点滴」と聞いてまずイメージする点滴のことです。

一時的な脱水を改善したり、口から食べる量が少ないときに補助的にこのような点滴を行うことは非常に有効です。ただし、全く口から食べられなくなった時に、この末梢輸液だけでは、必要なカロリーが身体に入りません。

そして、カロリーの低い点滴をずっと続けていると低栄養になり、水分だけが身体に入ることになります。その水分を身体が処理できなくなって、ひどいむくみが出たり、胸やお腹に水がたまったり、痰が多くなって吸引が必要になるなど、身体への悪影響ばかりが目につくようになります。

また、認知症の方や不安が強い方は続けて何時間も点滴をすること自体が難しく、点滴の針が抜けないように手や腕などを拘束をすることもあります。亡くなる前に手をしばってまで点滴を行うのは、本当に忍びないことです。食べられないからといって、安易に点滴をするのではなく、治療をしてももう食べられるようにならないのであれば、結果を先延ばしするのではなく、何がその方にとって一番楽な方法なのかを優先して考えてあげることが必要なのではないのでしょうか？

■ 病院で看取ることが当たり前の社会

1950年頃の日本は自宅での看取り率が80%以上ありましたが、近年では自宅での看取り率は10%台です。それに反比例して病院での看取り率は、80%を超えています。世界を見渡しても、こんなに病院での看取り率が高い国はありません。日本でも歴史を遡れば、医療保険や医療機関の普及から考えても、大正よりは前は自宅での看取り率がほぼ100%だったと思われます。そんな日本が今では人類史上、おそらく最も病院での看取り率が高いのではと考えられます。

病院での看取り率が高くなっていく中で、自宅で亡くなる人のことを見聞きすることが少なくなってきました。今では、自宅で家族を看取った経験がある人が非常に少なくなりました。医療従事者も同じです。それが老衰による人の自然な姿であったとしても、食べられなくなったら入院し、胃ろうや点滴をする。亡くなる時は入院する。それが当たり前の社会になっています。

病院で看取ることが当たり前になっている社会で、自宅で看取るとは大変な労力が必要です。患者本人や家族が自宅での看取りを希望しても、親戚がやってきて「食べられないのに、なぜ点滴をしないのか」とか「なぜ入院させないのか」と言うケースはよくあります。

自宅で看取するためには、関わる人への十分な説明が必要ですし、亡くなるまでに起こる身体と心の変化やその対応についても、あらかじめ説明することが必要です。さらに言えば、病院から自宅に帰るためには、患者や家族が不安を感じないように、在宅医や訪問看護師による24時間の対応や、患者の状態にあわせての訪問頻度の変更を行うことも必要になります。病院で看取ることが当

たり前の社会で、自宅で看取るためには、患者・家族へのさまざまな説明や、関わる人々の理解と納得が必要となり、ハードルが高くなっているのが現代日本の状況です。

### ■ 最期を楽にする方法は？

重症の在宅患者さんや終末期の患者さんの場合はすでに食べられないか、近いうちに必ず食べられない時期がやってきます。食べられなくなった時にあわててどうするかを考えるのではなく、そのときを見越してあらかじめ具体的な栄養経路を確保しておくことが大事です。そして、食べられないことが不可逆性の変化（治療しても食べられるようにはならない）であれば、何もせず自然に看するという選択肢もあるということを考えておきたいものです。

- ・亡くなる前は誰でも食べられなくなること。
  - ・亡くなる前は水分を体内で処理できなくなるので、食べられなくなったからといって、強制的に水分や栄養を入れていくことはかえって本人がつらくなる要因を増やしてしまうこと。
  - ・苦しい時間を長引かせることは本人にも家族にもつらいこと。
  - ・最後の最後は、身体を脱水気味にして枯れるように亡くなるのが、本人にとっては一番楽であること。
- 上記のようなことを十分理解しておくことが必要です。

ただし、選択肢を提示しても、選択するのは患者さんやご家族です。十分な説明をして、選択肢

を提示した後、最終的に家族が決定した結果は尊重したいものです。選択肢をすべて提示した上で、十分議論した出した結論は、「あれで本当によかったのか、別の選択の方がよかったのではないか」とご家族の気持ち揺れた時に、「あれだけ一緒に悩んで出した答えなのだから、これで正解だったんですよ」としっかりご家族を支えるという医療者の姿勢も重要だと思います。

### ■ 亡くなる前の最期の1週間は点滴をしない、という選択

亡くなる1週間ほど前になると、人の身体はもう水分や栄養を処理できなくなっており、「点滴や胃ろうなどへの注入でむりやり身体に水分や栄養を入れない方が本人が楽である」ということは、ちゃんと説明を行えば、ほとんどのご家族、介護者が理解してくれます。最期の1週間で意識することは、「いつか亡くなること」にしっかりと向き合うことでもあり、余命をきちんと意識することにつながります。また、最期の1週間は点滴をしないということになれば、その日に向けて徐々に点滴量や胃ろうなどへの注入量を減らしていくことでしょう。そして、点滴量や注入量を最小限にした終末期が一般的になれば、病院から退院して自宅に戻り、我が家で最後の時間を過ごす人々も増えていくはずですよ。

亡くなる最後のときまで点滴をし続けるのではなく、治せないことや死にしっかりと向き合っ、「亡くなる前の最期の1週間は点滴をしない方が楽」という意識が医師だけでなく、広く一般にも広がっていけば、日本人の終末期、そして看取りのあり方も変わるのではないかと思います。



## 第4章 胃ろうをする選択、しない選択

### ■ 胃ろうをする？しない？

#### ーさとしさんの場合

さとしさん（85歳、仮名）は、脳梗塞を何度も繰り返し、寝たきり状態となっていました。奥さんが長年、献身的に介護してきました。奥さんも高齢でしたが、近くに住んでいる次女が毎日のように訪問して介護の手伝いをしており、県外に住んでいる長女も頻回に帰ってきていました。

これまで何度も脳梗塞を起こしていたさとしさんは、嚥下能力が徐々に落ちており、ある時、誤嚥性肺炎を起こして入院しました。肺炎を治療し良くなりましたが、食事摂取が進みませんでした。病院の主治医の先生は、胃ろう栄養を勧めました。しかし、さとしさんは、もう何度も脳梗塞を起こしてきて長年療養をしてきたので、ご家族は胃から無理矢理栄養を注入して延命するのではなく、口から食べられる分だけを食べさせて、食べられなくなったら自然に看取ってほしいと希望しました。ところが、病院の医師はせっかく肺炎を治したのに、栄養を摂らずに亡くならせるのはしのびないと考えたのか、胃ろう栄養以外の選択肢を提示しませんでした。

ご家族は、口から食べられなくなった時、胃ろう栄養だけでなく、自然に看取る選択肢もあるはずだと考え、在宅医を探し、当院での在宅医療を希望しました。当院で在宅医療を開始後、さとしさんは少し元気になり、ご家族やご親戚、近所の方の訪問もあり、いい時間を過ごしていました。ただ、食事と水分量の摂取は少なく、何度か点滴をしました。しかし改善せず、再び誤嚥性肺炎を起こしました。ご家族には、「入院」の選択肢も示しましたが、ご家族からは「自宅でできる範囲の医療を・・・」とお願いされました。また、食

べられないからといって、点滴は希望されませんでした。

呼吸が苦しそうだったため、酸素マクスをつけたり（在宅酸素療法）と痰の吸引のため吸引器は導入しましたが、水分補給のための点滴は行わなかったため、さとしさんの身体は徐々に脱水気味になりました。一日中うとうとと眠るよう（傾眠傾向）になりました。そして、最期の日々は、痰が減少したため痰を吸引する回数も少なくなり、痛みもなく、そして枯れるように穏やかに亡くなりました。事前に私たちが説明した通り、さとしさんが亡くなる時、さとしさんとご家族だけでその時間を過ごしていました。家族水入らずの時間を十分に過ごした後、私たちに連絡がありました。

奥さんからは、「先生が言ったとおりに変化して最期を迎えられました。主人は楽しそうでした。皆さんが来る前にも思って、十分に家族で泣きました。私も主人をこうして無事に見送ることができて本当に感謝しています。私たちがこのような最期を迎えたいと思っていたとおりの最期を迎えることができました。ありがとうございました」とおっしゃっていただきました。

## ■ 世界一の胃ろう大国の日本

現在、終末期において、「食べる」ということと栄養経路の選択がとてに大きなテーマになっています。中でも、在宅医療の対象となる患者は、すでに食べることが困難か、近い将来食べられなくなる方がほとんどです。

現在、日本で胃ろう栄養を行っている高齢者は40万人とも言われます。毎年、新たに胃ろうを造設する方は20万人と言われています。これは、世界でも類を見ない数のようで、日本は世界一、胃ろう患者の多い「胃ろう大国」と言われています。

## ■ 胃ろうするかどうか決断するのは誰か？

「あなたが将来、認知症が進行して寝たきりになり、食べられなくなった時、あなた自身は胃ろう栄養を行いたいか」と聞くと、多くの方が胃ろう栄養はしたくないと答えます。また、2012年に四国の在宅療養支援診療所の医師に行ったアンケート1)では、実に81%の在宅医が「自分が食べられなくなった時には、胃ろう栄養はしたくない」と答えています。自分自身は胃ろう栄養をしたくないと答える人も、「自分の家族が食べられなくなった時に胃ろう栄養をしますか」と問われると、言葉に詰まってしまいます。それほどに、他者の生き方、死に方を判断することは困難なのです。

しかし、現在、食べられなくなった時に胃ろう栄養をするかどうかを判断しているのは、家族と医療従事者です。そこには、本人の意志がほとんど入っていないのが実情でしょう。食べられなく

なった時に胃ろう栄養をするという選択肢があるのはよいことだと思うのですが、もし、本人が望まないのに胃ろう栄養をしているとしたらどうでしょうか。

## ■ 胃ろうをせず、「自然に看取る」という選択肢も

私は、決して「胃ろう」を否定しているわけではありません。食べられなくなった時、胃ろう栄養という選択肢があるのはよいことです。また、機能回復のための胃ろう造設は大変有用ですし、胃ろう栄養を続けて、ご本人もご家族も幸せな療養生活を続けているご家庭も多くあります。

ただ、本人の意思ではなく、家族と医療者だけで胃ろう造設を決定し、「栄養補給の方法があるのに選択しないのはかわいそうだ」と、延命の一種としての（最期を先延ばしにするかたちで）胃ろう栄養を選択することが多かったというのも事実です。それどころか、「胃ろう栄養をせず、自然に看取りたい」という家族は、医師から「見殺しにするのか」といった心ない批判を受けたという話を何度も聞きます。現在の日本では、むしろ「胃ろうを選択する方が当たり前」という社会風潮があるのです。

このように、「自然に看取る」という選択肢が提示されにくい現状をしっかりと理解した上で、その選択肢もあることを示し、それを選択した家族が罪悪感を持たずに済むようなサポート体制が必要なのではないかと思うのです。さまざまな選択肢のメリット・デメリットを十分に説明した上で、個々にとっての最善の選択肢は何なのか、ご家族と十分に話し合った上で結論を出せばよいと思い

ます。十分に話し合い、共に考え、ご家族が重荷を感じながら出した結論を「それが正解だったんだ」と言って後押しすることが大切だと思います。

#### ■ 先延ばしの医療から

本人の生き方に向き合う医療へ

対象者のほとんどが胃ろう栄養を行い、社会が介護や医療を負担する社会システムでよいのか、胃ろう栄養の導入に、本人の生き方や価値観は尊重されているのか、これらは、多死社会を迎える日本において、避けられない問題です。

これらの問題から見えてくるのは、本人不在の意思決定、すなわち、患者本人の意思を置き去りにして、ご家族や医療従事者だけで決定することではないでしょうか。

現代の医療は病気を治すことを目的としており、治せないことは医療の敗北になってしまいます。老いや死と向き合わずに先延ばしする医療から脱却し、ご家族や医療従事者だけではなく、本人自身にとって最善の医療を提供できる、患者本人の生き方と向き合う医療へと、患者に最も近いところで提供する在宅医療から変えていかなければなりません。

#### 【引用・参考文献】

1) 2012年愛媛大学医学部公衆衛生学教室、社会医学実習アンケート

## 第5章 本人の生き方に向き合う医療を目指して ～楽のように やりたいように 後悔しないように～

### ■ どんな状態でも家に帰ることはできます

30代の男性の方でした。若くして、肝硬変、肝がんとなり、長年の闘病生活を続けていました。肝がんの末期となり、身体全体がむくみ、お腹に水もたまって、中心静脈栄養という高カロリーの点滴を受けていました。食事もほとんど摂れないため、自分の死期が近いと考えていた男性は、「死ぬ時は家に帰りたい、最期は友人たちにも会いたい」と思っており、病院の連携室を通じて、在宅医療への移行の相談を受けていました。

彼はもともと鉄道マニアで、いつか寝台列車のカシオペア号に乗りたいという夢を持っていました。その夢を実現させてあげたいと、お母さんと妹さんがカシオペア号の特別室のチケットを予約していたそうです。カシオペア号のチケットはプレミアムチケットでなかなか手に入らないのですが、退院前にチケットが手に入ったのです。男性は病状が悪く、行けるかどうか分からないため、行けなかったら可哀想ということで、ご家族は男性にチケットのことは知らせていませんでした。しかし、退院後に調子が良かったら行かせたいと考えていたそうです。

退院の準備が整い、明日退院という日に男性は吐血しました。食道静脈瘤の破裂でした。肝硬変の末期の症状です。入院中だったので、適切な処置を受け一命を取り留めました。

その後状態は落ち着いたのですが、主治医からはなかなか退院の声が掛かりません。ある日、主治医が病室を訪れた時、彼は主治医に思い切って質問しました。「先生。僕は家に帰れるでしょうか?」。その時、主治医は優しくこう答えたそうです。「良くなったら帰りましょうね」。

しばらくして、私が彼の病室を訪問した時、お

母さんからその話を聞きました。その時、彼とお母さんはこう思ったそうです。「良くならなければ帰れないのなら、病状が悪くなるばかりなのでもう家へは帰れない」と。私はその時、男性とお母さんにこうお話ししました。「そんなことはないですよ。家に帰りたいと思ったら、どんな状態でも帰れるんですよ」。

そして、退院が決まりました。男性とご家族の強い希望で、退院が実現したのです。さっそく、私たちが訪問し、在宅医療を開始しました。まず私たちがしたことは、点滴をやめることでした。末期の状態で水分を体で処理できないのに無理矢理点滴で水分を入れると、むくみや腹水、痰が増えるなどして、本人にとってつらい症状ばかりが増えていきます。点滴をやめると、みるみるむくみが取れ、動けるようになっていきました。腹水がたまってパンパンだったおなかもぺちゃんこになり、なんと食事が摂れるようになりました。痰が少なくなったため、痰の吸引も不要になりました。彼は、会いたかった友人たちを自宅へ招き、楽しい時間を過ごしました。仲の良い友人たちの中には、介護のために交代で寝泊まりしてくれる人もいました。

いい時間が過ごせていましたが、やはり病状は悪化し、いよいよという時が来ました。診療に伺い、「今晚が山ですよ」とご家族にお伝えしました。その時、ご家族からこんなお話がありました。「先生。今日は、カシオペアの特別室で旅行に出発する日だったんですよ」。ご家族はその夜、男性のベッドと一緒に寄り添い、カシオペア号で旅行している自分たちの姿を想像していました。「今頃、盛岡駅に着いているかな・・・」と。翌朝、男性は息を引き取りました。ご家族と友人たちに見守られながら・・・。

男性のお母さんから、こんな言葉をいただきました。「先生。先生がどんな状態でも家に帰れるんですよと言ってくれた時、背中を押してくれた気がしました。あの言葉がなければ、家に帰ることはできなかったかもしれません。ありがとうございました」。

病院で最期まで治療し続ける選択もあれば、家に帰って、やりたいことをして亡くなるという選択もあります。しかし、その選択肢を患者に提示するためには、医療従事者が、その先にある患者の死を避けて、しっかりと向き合わなければなりません。さもないと、患者さんやご家族は、「家に帰る」という選択肢さえ与えられないのですから……。男性が在宅療養の選択肢を得られずに病院で亡くなっていたとしたらどうだったでしょうか。「本人が後悔しない選択は何か」。患者本人としっかりと向き合う医療が望まれていると思います。

■ 楽にすることを優先してほしいか、  
1分1秒でも長く生きたいか

自分が「もう治らないこと」と「限られた命であること」を理解すれば、患者自身は最期にしたことをしようと思うのではないのでしょうか。どのような場所で、どのような人と、どのような療養をしたいか、そして、どこでどのように亡くなりたいかを考えることもできるでしょう。

しかし、先ほどの例のように、医療者に「良くなったら帰りましょう」と言われたら、どうでしょうか。それでは、もう帰るタイミングはありません。とにかく治療をし続けて、最期を迎えるしか選択肢はありません。点滴をやめてむくみが取れ

て楽になったり、家に帰って友人たちや家族と過ごす選択肢が提示されなかったとしたら、患者自身も家族もきっと後悔することでしょう。

患者本人が、もう治らない病気であることや、今の衰弱した症状が「老化によって起こる自然な現象」であることを理解し、限られた命であることと向き合った時、ぜひ患者さんに「これから楽にすることを優先してほしいか、1分1秒でも長く生きたいか、どちらがよいですか？」と聞いてみてください。もし、患者さんの意思が確認できない場合は、ご家族が「もし、今、この人が話すことができたらどう答えるだろうか」と、思いを巡らせてください。もし、「楽にすることを優先してほしい」と答えた場合は、住み慣れた場所での在宅医療が有力な選択肢となり得るでしょう。そして、もし、「1分1秒でも長く生きたい」と答えた場合は、入院での加療を継続する可能性が高くなるでしょう。

いずれにしても、ただ余命を延ばすことだけに価値を置かず、患者本人やご家族が最も幸せとなり、その人が亡くなった後で振り返って「ああ、良い最期を迎えることができた」と思えるような、後悔しない選択は何かを考え、一人ひとりにとっての最善の選択ができるように、医療従事者は、患者さんやご家族と共に悩むことが大切です。そして、十分に議論して出した結論について、「これでよかったんだよ」と医療従事者が肯定し、決断を下した家族を支えることも大切な役割だと思います。

## ■ 求められる「患者本人と向き合う医療」

多死社会において私たちが直面するのは「寿命」の問題です。“治す医療”を追求し発展してきた日本の医療ですが、どんなに良い医療を行ったとしても、「老い」や「死」を避けることはできません。そのことについて、「医療」はどう対応すべきなのでしょう。今、医療に求められているのは、「いつか必ず人は死ぬ」ということを念頭に置いて、老いや死としっかり向き合っていくことではないのでしょうか。

すべての人が、最期まで治療し闘い続けて亡くなることを求めているはずはありません。患者が避けられない死を目前にした時、残された時間をより良く生きるために私たち医療従事者は何をすべきか。そのことを患者本人と向き合って考える医療が求められています。「治療し続けた結果、死を迎える医療」ではなく、「老いや死をしっかりと見据え、最期までどうより良く生きるかを考えていく医療」への転換が求められているのではないのでしょうか。

## 第6章 家で看取るということ

### ■ 人はどこで亡くなるのでしょうか

日本でも、1950年ごろは自宅で看取することは普通のことでした。終戦間もないころまでは、実に8割以上の方が自宅で亡くなっていましたが、現代では8割以上の方が病院で亡くなり、自宅で亡くなられる方は1割程度となりました。世界でも病院で亡くなる人の割合がこれほど高い国はありません。病院で亡くなるのが常識となってしまう今の日本では、家族を自宅で看取ったという経験を持つ方は少なくなってきました。それは、医療・介護事業者にしても同じです。

そのため、自宅で療養していても、前と同じように食べられなくなったからと言って入院させ、点滴したり、本人が望んでいないのに胃ろう（胃に直接穴を開けた栄養経路）を造ったりして栄養補給を続け、そして最期を迎える…ということが往々にしてあるようです。本人や家族が自宅で最期を迎えたいと希望されても、周りの人から「なぜ入院をして、点滴をしないのか」と言われると、家族の気持ちは揺らぎ、「本当にこれでよいのか」と不安にもなるでしょう。

自宅で最期を迎える…。自宅で看取するためには、まず、患者本人と家族が、医療者を交えて納得するまで話し合うことです。そして、医療者から、その時、患者さんにはどのような体の変化が起こり、どう対応したらよいのかといった説明を十分にしてください。

### ■ 楽な最期とは、枯れるように逝くこと

死も人の大切な営みの一つです。ですから、その時が来たら、人の体は楽に逝けるよう、死の準備を始めるのです。体は、どうすれば楽に逝けるのかを知っています。それは、草や木と同じ。枯れるように逝くことです。

前と同じように食べられなくなったのなら、無理に食べなくてもよいのです。体は、楽に逝くために体内の水分をできるだけ減らそうとしていきます。そんな時、水分や栄養を無理に入れると、体に負担を掛けることになります。むくみが出たり、腹水がたまったり、痰が多くなったりしてしまうのです。

死は人の最後の営みです。その時が近付いたら、体が求めるままに、うとうとと眠り、食べたいものを食べただけ口にさせてください。その穏やかな寝息を聞きながら、家族はお別れの時が近付いていることを静かに覚悟するでしょう。

### ■ 自宅で看取することは自然なこと

沖縄のある離島でのお話。沖縄は日本でも有数の長寿県。その島の高齢者は、病院ではなく、大抵自宅で看取られるそうです。「この島では、老衰で亡くなると、大往生できたと言って赤飯を炊いてお祝いするんですよ」と住民の方から伺いました。在宅医療が普及しているわけでもないのに自宅での看取りが根付いている理由の一つは、この島の「大往生なら、お祝いする」、すなわち「天寿を全うした死を肯定的に受け入れる」という住民の意識ではないかと考えます。超高齢化が進み、死亡者が増加する多死社会を迎える日本では、こ

のような住民の意識改革が必要になってくるのではないかと思っています。

「治すこと」を目指して発展してきた日本の医療では、「自然のままに看取る」という選択肢をほとんど提示してこなかったのが実情です。治せる病気には、当然、治療が必要です。しかし、老化やまもなく訪れようとしている死と正面から向き合わず、本人にとってつらい治療を続けてしまうということがあります。亡くなる最後の瞬間まで点滴を続けるのは、「また元気になるのではないか、生き続けてほしい」という家族の思いと、「何もしないのは医療の敗北だ」と考える医療者の意識の双方のなせる結果とも言えるでしょう。

大切な人を亡くした後で、「自宅でも、楽に自然に見送るという方法がある」ということを知った時、「点滴をせずに楽に過ごさせてあげたかった」「家で自然に見送りたいかった」と家族に後悔させないためにも、医療者は本人と家族に後悔させないためにも、医療者は本人と家族に十分な説明をし、納得して選べるように配慮する必要があります。そして、彼らの揺れる気持ちに寄り添い、温もりのある医療や介護を途切れることなく提供していくことが大事なのです。

## ■ 楽なように、やりたいように、後悔しないように

当院で看取りの時期の患者を診させていただく時に必ずお話することがあります。それは、「楽なように、やりたいように、後悔しないように」という言葉です。昔とは異なり、今は医療が発達して、さまざまな緩和の手段があります。病気そのものや老化を治すことはできなくても、痛みやしんどさは最新の医療を用いて、とにかく楽にすることを約束します。もし痛みがある時は、主治医に文句を言ってもらって構いません。つらいことが緩和できれば、最後にやりたいことができるように支援します。最後にやっておきたいこと、行きたいところ、家族との思い出作り、残された仕事の仕上げなど、個人個人でやりたいことはさまざまです。患者本人の最後の望みを叶えるお手伝いをしたいと思います。

最後に、後悔しないことです。亡くなって後悔しないことはないと言われる方もいるでしょう。それでも、考えられるすべての選択肢を提示し、本人と家族にとって最善の選択は何なのか、本人と家族の思いを最優先にしながら考えることが大切です。共に歩み、共に悩みながら議論して出した結果は、「それが正解だったんだ」と本人や家族を後押しできるようにありたいとも思っています。



## ■ すべてを受け入れる

最近では、がんの告知をしないということは少なくなってきましたが、それでもがんが進行し、転移などの病状が悪化していくと、家族だけにその説明がなされ、患者本人は蚊帳の外になっているということがあられるようです。

また、治療効果がある程度期待できる場合は、本人に説明しても、効果が期待できない場合や治療法がない場合になると、本人ではなく家族だけに説明がなされるということが多いようです。その場合、医師から「もう治せない」とは告げられず、「良くなったら家に帰りましょう」と言われるだけで、そのまま病院で最後を迎えることになってしまいます。

大変つらいことではありますが、もう治せないことや限られた命であることを告げられたとしたら、自分はこれからどこでどのように「生きたい」のかを考えることもできるでしょう。かわいそうだから、ショックを受けるからという優しさから、その機会が与えられずにいることが、果たして本当の意味で本人の幸せにつながるのでしょうか。

## ■ 最期までよりよく生きる

病気がもう治らないことや、限られた命であることを患者本人が知っていれば、これから何をしたいか、どこでどのように過ごしたいか、また、最期をどのように迎えたいか…、本人の希望は分かるはずですが、死と向き合うことは、本人にとっても家族にとってもつらいことですが、周りの者があれこれ推察するよりも、本人が望む「生き終え方」を、本人と話し合うことが大切ではないかと考えます。

## 第7章 多死社会で求められる医療とは？

### ■ 「議論」から一歩前へ踏み出すために

これまで日本の医療は、国民皆保険という世界に誇れる制度と相まって、十分な成果を挙げてきました。しかし現在、急性期病院の多くは、治すことに精いっぱい、老化や死にはなかなか向き合えないというのが現状ではないでしょうか。医学教育や看護教育でも、病気を見つける検査や診断、それを治す治療の方法は教えても、治せない時に老いや死にどう向き合うかはカリキュラムに組み込まれていません。その具体的方法すら見いだせていないのが現状ではないかと思えます。

在宅医療や緩和ケア、ホスピスなどに関する学会でも、さまざまな議論がなされています。しかし、これまで、「死」に関することはタブー視され、なかなか踏み込んだ議論がされてきませんでした。たとえ議論がなされても、死についてはさまざまな意見があるだけに、“議論のための議論”で終わってしまいがちでした。最近では、日本老年医学会による「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明 2012」や「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン—人工的水分・栄養補給の導入を中心として」のように、議論から得られた最低限のコンセンサスをまとめる動きが出はじめています。私は多死社会を迎えて“待ったなし”の終末期医療の問題を一歩でも前へ進めたいという思いから、2013年3月の第16回日本在宅医学会にて大会長宣言として、「終末期の医療と介護に関する松山宣言」を出させていただきました。

### ■ 最低限のコンセンサスを分かりやすく

在宅医療は、もともと、治せない病気や障害、そして老化に向き合って、患者と共に歩んできた医療です。在宅医療の実践者たちは、すでに老いや死の問題に向き合ってきました。しかし、ガイドラインや宣言などの形で1つの文書に表そうとすると、医療者それぞれの思いが強く、なかなか同じ土俵に載せるのは難しくなります。実際は、同じような臨床実践を行い、患者や終末期への思いもそんなに変わらないのに、言葉遊びをするような議論をしてしまうことが往々にしてあります。あるいは、哲学的になりすぎて、理解困難な内容になってしまうこともよくあります。終末期の問題は、医療者だけでなく、一般の人にも伝えていかなければ普及できません。一般の人にも分かりやすく伝えていくことが、非常に大切だと思います。

### ■ 在宅医療をすべての地域に！

世界一の高齢化率を誇る日本。あっという間に超高齢社会となった日本ですが、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、年間160万人以上が亡くなる多死社会に突入します。多死社会というのは、超高齢社会の次に来る社会だと言われ、人口の多数を占める高齢者が寿命で亡くなり、人口が減少していく時期のことをいいます。

多死社会の切り札とされる在宅医療は、これまで大都市から普及していく傾向にあり、地方や僻地では、地域医療の疲弊と相まって多くの地域で

在宅医療が未開拓となっています。今後、大都市で起こってくる団塊世代の高齢化により、高齢者や要介護者の療養場所がなくなるという医療クライシス、地方での地域医療や救急医療の疲弊、へき地の無医地区化、被災地の医療復興などを解決していくためには、すべての地域で在宅医療が課題解決の鍵となるのではないかと私は考えています。

私たちの法人では、市町村合併の余波で余儀なく廃止と決まったへき地診療所を市から民間委譲し、松山市の複数の医療スタッフとの連携で循環型の地域医療を行っています。この循環型の地域医療は、当院在宅医療の24時間の当番体制のシステムを応用したものです。このシステムを利用することで、60km離れた地域への医師の派遣が可能になりました。そこでは午前中は外来診療、午後は訪問診療を行っています。人口が少なく交通の便が悪いへき地でも24時間対応の質の高い在宅医療を行うことによって、経営は安定し、住民の診療所受診率も上がりました。何より、住民が望む医療を医療従事者が疲弊することなく、長く運用できるシステムを構築することができました。

今後起こるであろう医療体制の危機に対して、医療従事者がやりがいを持って疲弊せずに医療に打ち込める環境を、このような運用システムで解決していくことが求められていると思います。

全国のへき地診療所は地方自治体が運営しており、多くは赤字経営で一般会計からの繰り越しを続けていて、地方自治体の財政の悪化に伴い、苦しい運営を強いられています。しかし、国の政策が在宅医療に大きくシフトしている今、在宅医療に積極的に取り組み、さまざまな工夫を行うことで、人口の少ない地域で経営も成立することが

証明できれば、逆に、へき地から都市部、大都市へ、この地域医療モデルを適用して在宅医療を広げていくことができるのではないのでしょうか。また、へき地での在宅医療の広域での展開は、在宅医療の地域間格差を埋める取り組みにもなると思います。

さらに、へき地は高齢化と人口減少が進み、その姿はこれからの日本社会の縮図です。このような方法で在宅医療を広めて、自宅での看取りを増加していくことができれば、今後の多死社会における医療のあり方を指し示すモデルともなり得ると考えます。

## ■ 多死社会で求められる医療

超高齢社会からかつてない数の人々が亡くなる多死社会を迎えるに当たり、私は次の3つを実現できるような医療の変革が求められると思います。

(1) 治し続けた末の死ではなく、治せない病や死、老化に向き合っていくこと

「人間はいつか必ず死ぬ」という当たり前のことから目を背けずに、亡くなるまでどう生きるかを、患者本人・家族と共に考えていく医療が求められています。

(2) 病院での看取りだけでなく、住み慣れた自宅や施設での看取りという選択肢があることを医療従事者と一般の人々に普及していくこと。

病院ではなく、住み慣れた家や施設で最期を迎えるには、病院と同じように点滴を続けていては、その選択肢は生まれてきません。点滴をすることにより、医療処置や介護量が増えるからです。ほとんどの人を自宅で看取っていた時代のように、

亡くなる前に食べられなくなった時は、点滴をするのではなく、食べられるものを食べられるだけ口にして、自然のままに看ていくという意識改革が必要になってくると思います。

(3) 家族や医療従事者で方針を決めるのではなく、本人の生き方にしっかりと向き合う医療を提供すること

告知しない方がよいのか、胃ろうをした方がよいのか、どこで亡くなるのがよいのか、患者本人にとっての最善を、本人の視点で家族や医療従事者が考えていく医療が望まれます。ただ余命だけを延ばす医療から、どうすれば患者本人にとっての満足度が最高のもとなるかを考える医療が求められています。

#### ■ 最期がより良く満足のいく医療へ

在宅医療の普及は、多死社会における地域医療や社会保障の諸問題を解決する鍵となるはずで  
す。“治す医療”を引き続き発展させつつ、在宅医療をさらに普及し、避けられない死を目前にした時、残された時間をより良く生きるためにどのような選択をすることが患者・家族にとって最善なのか、そのことを患者本人と向き合って考える医療が必要となっていくのではないのでしょうか。多死社会を迎え、「治療し続けた結果、死を迎える医療」ではなく、「老いや死をしっかりと見据え、最期までどうより良く生きるかを考えていく医療」への変革が必要だと考えます。

## 第8章 看取りの文化も、時代とともに醸成される

### ■ 最期の一息 台湾の看取りの文化

日本だけでなく、近年では台湾でも在宅医療の気運が高まっています。現在の台湾の高齢化率はまだ12%程度で日本ほどではありませんが、2050年には日本と同等かそれを上回る高齢化率になると予想されているからです。世界一の高齢化率となっている日本をはるかに上回るスピードで高齢化が進むため、高齢化対策は台湾にとって喫緊の課題なのです。

現在、台湾では病院にしか在宅医療が認められていないそうです。診療報酬上、診療所には在宅医療が認められていません。それでも、急速な高齢化がもたらす医療や介護、福祉の課題を解決する鍵は在宅医療であり、この在宅医療の普及が不可欠と考える人たちは、日本の在宅医療に非常に興味を持ち、学ぼうとしています。私も一昨年前に2度、台湾に講演で呼ばれ、台湾からも研修のために医師や看護師、介護職のグループが当法人に4度も来訪されたほどです。

日本の病院での看取り率はほぼ80%で、世界第1位の高率であるのに対し、台湾は現在40%ほどで、住み慣れた場所での看取り率と病院看取り率はほぼ同率です。これは、1970年代の日本とほとんど同じ割合です。しかし、台湾でもすでに病院での看取り率はどんどん上昇しており、自宅や施設での看取りは少なくなっているそうです。

ところで、台湾には「最期の一息」という看取りの習慣があるそうです。亡くなるときの「最期の一息」は家で迎える、つまりは終末期を病院で過ごしながらも、亡くなる直前に救急車で自宅に戻り、自宅で亡くなることをよしとしているというのです。この習慣の是非はともかく、これがまさ

に台湾の看取りの文化だろうと思うのです。

それぞれの民族や地域には、それぞれの看取りの文化があります。そして、その文化は、時代と共に移り変わっていくものだとも思います。多死社会を迎えた日本も、今、看取りの文化を時代に合わせて、醸成するべき時代がきているのではないか、私はそのように感じています。

### ■ 最後の瞬間に医師はいらない

ある65歳の男性の家族から訪問診療の依頼がありました。重度の脳梗塞で、意識もなく、集中治療室に入っていましたが、本人はあらかじめ延命医療をせず最期は家で看取ってほしいという「リビング・ウィル（生前の意思）」を残していました。そこで奥さんは夫の意志を尊重し、家族と一緒に過ごせる在宅での療養を望まれたのです。

訪問を開始して2週間経ったある日、奥さんから電話がかかってきました。「2時間前に息を引き取りました。もう十分泣いてお別れしましたので来ていただけますか？」と。

奥さんは気丈にもしっかりとした表情で、「先生、毎日訪問して頂きありがとうございました。主人も満足していると思います」と言われました。私が「なぜ亡くなったときにお電話されなかったのですか？」と聞くと、奥さんはこう答えました。「家で亡くなりたいため家に連れて帰ったのです。最後の瞬間は私と主人だけで過ごしたかった。だから十分主人とお別れしてから先生にお電話させていただきました」

病院では患者が亡くなると、死亡診断をすることを優先し、場合によっては家族に病室から出てもらって心臓マッサージなどの延命処置をするこ

ともあります。さすがに在宅医療を始めてからはそんな場面はありませんが、それでも患者が亡くなったときはできるだけ早く到着し死亡診断することが医師の責務のように感じていましたから、奥さんの言葉を聞いてこれまでの考えが覆されました。最期の瞬間に医者はいないということなのかもしれません。

#### ■ 大往生をお祝いする看取りの文化

私が家族で沖縄の離島を旅行したときの話です。ご存じのように、沖縄は日本でも有数の長寿県です。そして、その島の高齢者は病院ではなく、たいいてい自宅で看取られるとのことでした。「この島では、老衰で亡くなると大往生できたといって、赤飯を炊いてお祝いするんですよ」と地元のタクシードライバーの方から伺いました。

在宅医療が普及しているわけでもないのに自宅での看取りが根付いている理由の一つは、この島の「大往生なら、お祝いする」、すなわち「天寿を全うした死を肯定的に受け入れる」という住民の意識ではないかと考えます。超高齢化が進み、死亡者が増加する多死社会を迎える日本では、このような住民の意識改革が必要になってくるのではないかと考えています。

「治すこと」を目指して発展してきた日本の医療では、「自然のままに看取る」という選択肢をほとんど提示してこなかったのが実情です。治せる病気には当然、治療が必要です。しかし、老化や、まもなく訪れようとしている死に正面から向き合わず、本人にとってつらい治療を続けてしまうということがあります。亡くなる最後の瞬間まで点滴を続けるのは、「また元気人なるのではないか、

生き続けて欲しい」という家族の想いと、「何もしないのは医療の敗北だ」と考える医療者の意識の、双方のなせる結果とも言えるでしょう。

大切な人を亡くした後で、「自宅でも楽に、自然に見送るという方法があった」ということを知ったとき、「点滴をせずに楽にすごさせてあげたかった」「家で自然に見送りたいかった」と家族に後悔させないためにも、医療者は本人と家族に十分な説明をし、納得して選べるように配慮する必要があります。そして、彼らの揺れる気持ちにも寄り添う、温もりのある医療や介護を途切れることなく提供していくことが大事なのです。

(株式会社日本医療企画発行

ヘルスケアレストラン 2017年3月号掲載)

## 第9章 看取りの文化も、時代とともに醸成される 2 その人らしい最期の時間の過ごし方

### ■ 自分もこんな風に逝きたいと思えるか

前回は、それぞれの民族や地域には、それぞれに看取りの文化があり、その文化は時代と共に移り変わっていくもの。多死社会を迎えた日本も、今、看取りの文化を時代に合わせて、醸成するべき時代がきているのではないかというお話をしました。

今回も看取りの話を続けます。

98歳の喜久男さん（仮名）は、脳梗塞の後遺症で軽い右麻痺があり、認知症の症状もありましたが、娘さん家族と同居し、娘さんの介護を受けながら暮らしていました。ある日、誤嚥性肺炎を起こして入院したのですが、退院時には通院が困難となったため、私たちのクリニックが訪問診療を行うことになりました。

退院前のカンファレンスでは、娘さんより今後は訪問診療で可能な治療を受け、自宅で自然に看取りたいという希望を伺っていました。嚥下にもやや問題がありましたが、娘さんがいろいろと工夫をして食べさせていて、当院の言語聴覚士が判断したところでは、トロミのつけ方や口腔ケアの方法を指導すれば、特に嚥下リハビリも必要ないだろうというものでした。

喜久男さんは退院して半年ほどはデイサービスにも通いながら、穏やかに過ごされていました。しかし、年が明けた頃から足腰が弱り、ある日を境に立てなくなってしまいました。胎児のような姿で寝ている時間が多くなってきたのですが、娘さんは「病院に行く気はありません。これが自然な経過だと思っています」とおっしゃったり、喜久男さんが食べられるものを作って食べさせていました。

主治医が「あと1週間くらいだと思います」とお伝えした時も、娘さんは落ち着いて受け止められ、「父は静かな良い時間を過ごしています」と喜久男さんの最後の時間に寄り添っていました。それから数日後の早朝、娘さんから「深夜1時前に息を引き取りました」と連絡があり、その日当番だった私が伺いました。

私よりも先に看護師が伺っていたのですが、彼女は喜久男さんに初診の頃から関わっていたので、私が到着するまでに喜久男さんのことをいろいろと話していたようです。

訪問診療に何うと車椅子に座ってニコニコと迎えてくれていた喜久男さんからは想像ができないようなのですが、娘さんの話では、喜久男さんは入院中、病室に尿を撒き散らすなど暴れていたのだそうです。娘さんは介護が初めてで、最初は不安が大きかったのですが、喜久男さんは自宅に帰ってからは落ち着き、穏やかになっていったそうです。

あと1週間と言われた時、近所の神社のお祭りに合わせて孫たちが帰ってくる予定だったので、間に合えばいいけれどという心配も杞憂に終わり、子や孫、ひ孫、玄孫にまで囲まれてにぎやかな時間を過ごされたそうです。

「病院だったら、父を遠くから眺めることしかできないけれど、家だったから心ゆくまで手をかけることができました」と娘さんはおっしゃっていたそうです。「だから、後悔はありません」ともおっしゃったそうです。

「父は深夜の1時前に亡くなったのですが、息を引き取る前から父にずっと話しかけていて、亡くなった後もずっと話しかけていました」もう十分にお別れしたけれど夜も遅いので、父の横に布団を敷いて一緒に寝ました。夜が明けたので、当

番シフトが代わる前にと思い連絡したんです」と。さらに娘さんからは「自宅で看取りができて本当によかった。十分幸せな時間を過ごしました」との言葉も聞かれました。

看護師が娘さんと一緒に喜久男さんのお身体を清拭したのですが、口の中をきれいにしていたら喜久男さんのお顔がぱあっと笑顔になり、それがとても印象的だったとのことでした。

娘さんと看護師は清拭を行いながら、「お父さんは今ごろどこにいるのかな。三途の川を渡っている頃だろうか。先に行っている母に会った時に帰れと言われないうにきれいにしてあげなくては」と娘さんが喜久男さんのために準備していた聖水で、喜久男さんの全身をヒタヒタと浸しました。ご家族の思い入れのあるこのような清拭も自宅だからこそ可能です。病院だったら、家族は病室の外で待たされ、清拭が終わった途端に〇時までには病室を開けてくださいと言われてたことでしょう。

最後に娘さんは「私もこんな風に亡くなりたい。看取られたい」とおっしゃったそうです。

## ■ 死に向き合うこと、不安がないこと

このような理想的な看取りを可能にするには、少なくとも2つの条件が必要だと思えます。1つは家族が（場合によっては患者本人も）死に向き合っていること。2つ目は自宅介護や家での看取りに不安がないことです。

これらは裏を返せば、『医療従事者が患者さんやご家族にどのような向き合っているのか』ということ。主治医が患者の死に向き合えず、予後や告知を避けていてはご家族は死に向き合えませ

んし、訪問診療の回数や在宅サービスが不十分だと、患者さんやご家族が不安を感じてしまいます。理想的な看取りを可能にするかどうかは、主治医や医療従事者にかかっているということです。

喜久男さんは98歳で十分に生きられたからこそ、ご家族も納得して見送れたのではと思われる方もいるかもしれません。しかし、たとえ平均寿命に及ばずして亡くなったとしても、ご家族が納得できる関わり方が最期までできれば、死の受け止め方や立ち直る力も違ってくると思います。

60代なかばの末期ガンの女性がいました。この方は「数ヶ月延命させるだけの抗がん剤治療なら受けない」と、自らの余命にも向き合っていました。その意思を尊重した娘さん、息子さんは自宅でお母さんの介護をし、死が近づいた頃にはお母さんを挟んで川の字になって寝て、意識のないお母さんを挟んできょうだいですつと思ひ出話をしたそうです。すると、いよいよというときに突然お母さんが目を開け、「ありがとう」とつぶやいて、そして息を引き取ったとのことでした。

病院では患者は医療従事者の管理下にあるため、たとえ家族であっても、最後に一緒にベッドに寝て過ごしたり、亡くなった後までずっと話し続けたりすることはできないでしょう。家族の死を医療従事者の管理下に置くのではなく、家族や親しい人たちに囲まれて、死にゆく人も見送る人も、最期の時をその人らしく過ごす……。

そんな新しい看取りが、在宅医療の現場では生まれているのです。

(株式会社日本医療企画発行

ヘルスケアレストラン 2017年4月号掲載)



## 第10章 亡くなる瞬間を誰かがみていなくていい・・・

### ■ 家族の揺れる気持ちに寄り添う

斎藤幸子さんは89歳の女性で施設で暮らしていましたが、ある日、脳出血を起こして救急搬送されました。寝たきりの状態となった斎藤さんですが、一時は口から食べられるまでに回復。しかし、傾眠傾向でウトウトと眠る時間が長いために誤嚥する危険性が高く、病院では嚥下訓練も中止している状態でした。

病院の医師は幸子さんが退院するにあたり、胃ろうを勧めましたが、幸子さんの娘さんは胃ろうを望みませんでした。そのために鼻から胃へとチューブを入れ、そのチューブを通して胃に直接栄養剤を送るといった経鼻チューブで命をつないでいました。しかし、娘さんは、幸子さんにはまだ飲み込む力があると信じていたので、口から食べさせてあげたいと思っていました。

自宅へと戻って来た幸子さんに訪問診療を開始し、療養環境の整備をしながら、今後の治療やケアの方針についてお話をしました。

幸子さんは動く左手で経鼻チューブを抜こうとするために、左手が動かないように拘束されており、娘さんはそのことをとても申し訳なく思っていました。そこで私は「食べられるなら、少しでも自分の口から食べさせてあげられるように、リハビリもしていきましょう。でも、経鼻チューブでは、飲み込みの障害にもなり誤嚥のリスクも高くなります。様子を見て、落ち着いているようなら高齢ではありますが、胃ろうの増設をするというのも一つの選択肢かと思います」と娘さんに提案をしました。ただ、経口からある程度食べられるようになれば、経鼻チューブを抜いて口から食べられるだけ食べて、自然にみていくという選択肢もあることも併せて説明しました。

選択に迷う娘さんに、私は話しました。「お母さんがもし今、昔と同じように判断ができて話せるとしたら、どのように答えると思いますか？お母さんの命はお母さんのものです。家族の思いもあるでしょうが、一番尊重すべきは、お母さんの思いです。お母さんは今は自分の意思を表明できませんが、お母さんの生き方や価値観、人生観を一番よく知っているのはご家族です。お母さんの気持ちに思いをはせて考えてみてください」。それを聞いた娘さんは大きく頷きました。

退院当初は、経鼻チューブから1700mlもの栄養剤と水分を注入していましたが、注入後、ゴボゴボと戻したり、口の中の唾液を吸引しなければならぬ状態でした。几帳面に注入量を守ろうとする娘さんに、「決まった通り注入しなくてもいいんですよ。元気な人でも食事がほしくないこともあります。ゴボゴボいうときは注入量を減らしたり、1回注入を飛ばしたりしてもいいんですよ」とお話ししました。

娘さんは決断できずにいましたが、その後も何度か経鼻チューブを引き抜いてしまった幸子さんに「やはり、お母さんは経鼻チューブを嫌がっている」と思うようになりました。できるだけ口から食べさせたいという気持ちも後押しし、もし、胃ろうができるなら胃ろうにしたいと思うようになりました。

病院に連絡し、胃ろう造設のために入院することになりました。病院の医師からは「胃ろうの増設の手術自体は簡単だが、年齢的にも手術中に亡くなるリスクはある。それに、胃ろうにしても誤嚥はする」と説明され、胃ろう造設について悩んでしまいました。娘さんは、もし今、お母さんが意思を表示できたなら、鼻の管も抜いて口から食べられるだけで、自然に逝きたいと言うはずだと

思いました。

「先生、やっぱり、胃ろうは作りません」そう  
いって娘さんは、幸子さんを自宅に連れ帰りました。  
それからは経鼻チューブをつけたままで、幸子さんの意識がはっきりしているときに少しずつ  
経口摂取をしましたが、摂取できる量はごく少量  
でした。むくみや嘔吐もあり、口の中の唾液の吸  
引も必要でした。さらに悪いことには心不全の兆  
候も出ていました。心臓の負担を軽減するためにも、そしてむくみや唾液を減らすためにも、徐々に  
注入量を減らしていったのです。

娘さんは、幸子さんは経鼻チューブを望んでいな  
いと思っていたので、経鼻チューブを抜くべきか  
どうかいつも私たちに相談されていました。そ  
のたびに当院の医師や訪問看護ステーションの看  
護師は、娘さんと一緒に悩みました。そして「こ  
の問題に正解はありません。一緒に悩んで、本  
人とご家族が最も後悔のない選択を探しましよ  
う！」と話していたのです。

経鼻チューブからの注入量を減らしていくと、  
むくみもなくなり、唾液の吸引をすることもなくな  
りました。そして、穏やかに幸子さんは旅立ち  
ました。

幸子さんが亡くなって1ヶ月が過ぎた頃、娘  
さんとお孫さんが来院されました。

私が娘さんに「よく一生懸命介護されました  
ね」と声をかけると、娘さんは、「今でも母は経  
鼻チューブを望んでいなかったのではないかと思  
うのです」と言われました。「考えられるすべて  
の選択肢をお母さんの気持ちになって、一緒にみ  
んなで悩みながら考えてきましたよね。これで正  
解だったのだと思いますよ。お母さんも天国でよ  
く見てくれたと喜んでいてと思いますよ」と言う  
と、娘さんとお孫さんに満面の笑みが浮かびまし

た。

人の命を左右する問題なので、迷ってあ  
たりまえです。正解というものはありません。ど  
れを選択しても、ご家族は後から「これで良かったのか」と悩むものです。

大事なものは正解を選び出すことではなく、医療者  
側がすべての選択肢を提示し、医療・介護従事者  
と家族と一緒に悩むそのプロセスではないかと思  
います。亡くなった後に「あれが正解だったんだ  
と思いますよ」と言ってあげられるような関わり  
ができれば、家族に後悔の気持ちがよぎったと  
きにその気持ちを打ち消し、安堵させられるのだ  
と思います。

#### ■ 亡くなる瞬間を誰かがみていなくていい

当法人で企画した胃ろうと延命をテーマにした  
演劇と私の講演をセットにした市民向け講座での  
ことです。高齢で寝たきりのお母さんを介護して  
いる娘さんたちが参加されていました。

「胃ろうをする選択肢もあれば、胃ろうをしない  
選択肢もある。大事なものは、本人がどう思っ  
ているかだと思う」という私の話を聞いた後、次女  
さんが質問をされました。「先生、本当は母は胃  
ろうは望んでいなかったと思うのですが、胃ろうを  
作ってしまいました。どうしたらよいのですか？」  
と。そこで私は「胃ろうつけられたのなら無理  
に外すのではなく、いい状態であれば、それを維  
持すること。口から食べられるようであれば、少  
しずつでも食べさせてあげる努力をしてはどうで  
しょう。痰や唾液が増えて吸引が必要になったり、  
体にむくみが出るようになると、それは胃ろうか  
ら注入しても体で処理ができなくなってきたサイ

ンです。喀痰吸引が不要で、むくみもない程度にまで、少しずつ注水量を減らしていくのがお母さんが一番楽になる方法ですよ」とお話ししました。

その後、当院に訪問診療を希望され、訪問診療を開始しました。長女さんも次女さんもさまざまな社会活動をされていたため介護に専念できず、お母さんの介護は24時間の家政婦さんをお願いしていましたが、手厚い介護に状態は落ち着いていました。

ある訪問診療の日、「このところ無呼吸が多くなってきています。無呼吸で呼吸が止まったときにどうされますか」という話を医師がしたところ、娘さんは「自分たちがいないときに亡くなるのはかわいそうだから、急に息が止まったときはマウスツーマウス（口から直接息を吹き入れる救命救急法の1つ）をしてほしい」と言われたのです。医師は、老衰で亡くなるような状態なのに蘇生を試みることの意味やお母さん自身はどう思うのかといった話をしましたが、娘さんたちは納得されませんでした。

このことは院内のミーティングでも議論となり、私が娘さんたちと話をすることになりました。私はまず、現在は落ち着いている状態で、この状態をできるだけ維持できるようにしていきましようとお話ししました。そして、無呼吸はお母さんの体が脳の障害等で老化してきている症状であることも説明しました。娘さんたちは、容体が急変した場合でも病院への搬送は望んでおらず、最期は自宅で、医療処置を受けずに自然のままに看取することを望んでいるということでした。

最期は自宅での自然な看取りを希望しているのに、なぜマウスツーマウスを希望されるのだろうか、私も疑問に思っていました。そして私は、自

宅での看取りを希望されるご家族にいつもお話しすることを娘さんたちにも話しました。亡くなる最期の瞬間の話です。「息を引き取る瞬間を見なくてもいいんですよ。お母さんが楽に逝けることが一番大切なのです。病院や施設でも、実は最後の瞬間は見えていないことが多いんですよ」と。すると、二人の娘さんは急に大きな息をつき、「そうなんですか、先生のその話を聞いて私たちの肩の荷がおりました」と胸をなで下ろしていました。娘さんたちは、本当は母親を看てあげたくてたまらないんだけど、仕事の関係で看てあげられないことを申し訳なく思っていたようです。息を引き取る瞬間に立ちあえないことに罪悪感を感じていて、その時を少しでも伸ばして自分たちが駆けつける可能性を高めたかったのかもしれない。

すぐにマウスツーマウスはしない方針となりました。できるだけ自然に、お母さんが苦しまず、天寿を全うできるように介護をしていく方針となりました。

「亡くなる瞬間を誰かがみていていい・・・」この言葉は、家族を看取ろうとしている介護者に必ず説明しておくべきだと思います。

## 第11章 「最期まで食べる取り組み」に欠かせない 2つのこと

### ■ 胃ろうは延命だからイヤ！ では経鼻チューブは？

最期まで食べる取り組みで‘欠かせない’と私が考えるポイントが2つあります。

- ① ご家族も医療従事者も患者さんの死に向き合うこと
- ② 口から食べる取り組みをするなら、胃ろうや経鼻チューブからの注入力を見直すこと

最近、このことを再確認させてくれた患者さんがいました。河村泰三さん（仮名）87歳です。泰三さんが当院に転院してきたときは、栄養を経鼻胃管チューブ（以下、経鼻チューブ）から取っていました。脳梗塞後遺症や廃用症候群、認知症などを併発しながらも、泰三さんは奥さんに介護をされて自宅で暮らしていましたが、誤嚥性肺炎を繰り返し、今回の入院で絶食となって経鼻チューブで栄養補給をすることになったのです。ただ、泰三さん自身は嫌だったのか、前院ではチューブを自分で引き抜いてしまうことがあり、防止のためのミトンを両手につけていました。泰三さんは食べるのが大好きだったといえます。私が泰三さんの病室に伺ったときにも「メシが食べたい！早く持ってきてくれ！」と大きくハッキリとした声で言われていました。当院に転院した翌日、経鼻チューブから栄養剤を注入されたり、痰を吸引器で吸引をされる泰三さんのそばにいた奥さんが不安そうに看護師に尋ねました。「家に帰っても、栄養の注入に看護師さんが来てもらえるのですか？」と。もちろん訪問看護は可能ですが、日々の栄養剤の注入は家族がすることを説明しながら、「昨日、リハビリで少しですが水が飲めましたよ」と看護師が伝えると、

奥様は喜ばれて「また食べられるようになればいいのに。お刺身が好きだったんです」と言ったそうです。

入院3日目に、ご家族やケアマネジャーとともに泰三さんの今後について話し合いました。泰三さんをずっと介護してきた奥さんは、できれば夫を自宅に連れて帰って、自宅で過ごさせてあげたいと胸の内を話しました。一方で遠方に暮らす3人の娘さんは、お母さんの介護負担を考えると施設入所がいいのではと言い、ケアマネジャーは、平日はデイサービスを週末はショートステイなどを利用して、奥様の介護負担をできるだけ減らすことを提案しました。しかし、経鼻チューブでは、利用できるデイサービスやショートステイは限られてきます。

そこで私はご家族に、現状で泰三さんが選べるすべての選択肢を説明しました。それはこの3つです。

1 泰三さんは食べる意欲が高いので、少しでも口から食べられたらと思っている。そのため、栄養剤の注入を少しずつ減らして空腹感を感じてもらい、経鼻チューブをつけたまま口からの食事摂取を進める。

2 思い切って胃ろうにする。経鼻チューブも胃ろうも、経管栄養法ということでは同じ。チューブが喉を通っている分、食事摂取が難しい。さらに経鼻チューブでは在宅移行後、対応してくれる施設も少ない。

3 経鼻チューブを抜いて口から食べられるだけ食べる。そして、食べられなくなったら自然に看っていく。

ご家族は、胃ろうも経鼻チューブも経管栄養法を行なうということでは同じなのだと思って、とても驚いていました。泰三さんのご兄弟が胃ろうに

して、本人が何もわからないまま何年も生きていたという姿を目の当たりにして、泰三さん自身は「胃ろうは絶対にイヤだ」と言い続けていたのです。娘さんたちも「胃ろうは延命と思っていたから、前の病院で胃ろうを勧められた時に拒否して、経鼻チューブを選択したのに、これなら胃ろうの方がいいのかもしれない」とおっしゃっていました。

「胃ろうは延命だから嫌だけれども、経鼻チューブならいい」。経管栄養法による延命ということではどちらも同じで、医療従事者から見れば矛盾を感じる選択が行われるのは、医療従事者自身が患者の死に向き合っていないから起こるのだと私自身は考えています。私は、ご家族が泰三さんの死に向き合っていただくために、「経鼻チューブを抜いて口から食べられるだけ食べていても、いずれは食べられなくなるときがきます。1日に500cc以上の食物や水分が摂取できていれば1ヶ月以上生きられますが、それ以下の摂取量であれば1ヶ月は生きられません。食べられなくなったら1週間くらいでお亡くなりになります」というところまでお話しして、自宅で看取するためのガイドブック『家で看取ると云うこと』をご家族に読んでいただくようお願いしました。そして、ご家族でどうするか話しあって、その結果を後日、伝えていただくことにしました。

これがポイント①になるのですが、経鼻チューブを抜いて口から食べる取り組みを始める際には、ご家族が（患者本人は認知症等で理解が困難な場合があるため）死に向き合う必要があります。最低限の医療で患者を自然に看っていくことに納得していなければ、口から食べる取り組みは進められないのです。

## ■ 口から食べることがもたらした変化

それから1週間ほどして、長女さんより「家族や親戚と胃ろうにするのか、経鼻チューブにするのか、自然に看るのか話し合いました。結局、胃ろうはせず、経鼻チューブも抜き、自然に看ていこうということでみんなの意見が一致しました。父は胃ろうは絶対に嫌だと言っていたし、食べる意欲も強いから・・・これが後悔しない、一番の方法だと思います」とお話がありました。

そのお話があった日の夕方、夕食の注入を終えた後、泰三さんのチューブを抜きました。翌朝、泰三さんは、少しムセつつも朝からミキサー食のお粥を食べ始めました。実は泰三さんが入院された日から、口から食べるための訓練を少しずつ行っていたのです。前院では、毎食栄養剤を300mlが注入されていたのですが、これだけ毎回注入されているのは、食べる意欲があっても実際に食べたいとは思いません。そのため入院日より、昼の注入はやめて朝200ml、夕400mlに変更。昼は言語聴覚士が嚥下の具合を確認しながら、少しずつミキサー食を食べる訓練をしていました。注入を減らすことで、痰が減り、痰の吸引回数も減りました。

これがポイント②です。胃ろうや経鼻チューブをしている人に口から食べる訓練を始めようとするときに注入量を減らさなければ、患者は空腹を感じません。空腹を感じて初めて、口から食べようと思うものなのです。

泰三さんに何が食べたいですか？と聞いたところ「刺身が食べたい！」と即答されました。そこでムースの刺身を食べていただき、美味しかったですか？と聞くと「おいしいけど、ムースやけん

な（ムースだからな）」と。なんと会話が成立したのです。口から食べ始めた泰三さんには驚くような変化が起きていました。ご家族も「話しかけても以前はトンチンカンな答えだったのに、今はしっかりと会話が成立するようになった」と驚かれていました。変化はそれだけでなく、寝たきりだった泰三さんは椅子に座り、自分で箸を持って食事をされるようになったのです。

泰三さんは当院を退院し、今は施設で暮らしています。施設でも食欲は旺盛で、今も座ってご自分で箸を使って食べています。「ま、自分で食べるのもいいけど、食べさせてもらう方が楽やな」と軽口をいうまでになっています。

お元気で過ごされている泰三さんですが、主治医と奥さんの間では、泰三さんを今後、どこでどう看取るのかという話し合いもされています。食べることは生きること、しかし生は、死という終わりがあるからこそ輝いているのです。

(株式会社日本医療企画発行

ヘルスケアレストラン 2017年11月号掲載)

