

## 在宅で看取りたい、看取られたい

■生命とは、～死は全てが無くなることではなく、生命の循環と考えられる～

生き物は生まれ、いずれ死んでいきます。「死ぬ」とは、全てが無くなることではなく、地球の中で循環している物の一部になることでもあります。

生物は呼吸によって酸素を取り入れ、食べ物から栄養や成分を摂取して生きています。いつも自分の中にあるものが生命となるわけではなく、いろいろな箇所から摂取、排泄が行われ、私達の命となっています。

例えば、骨は骨を壊す破骨細胞と、その壊したところを新しく作る造骨細胞の代謝によって形成されています。そのため、骨は「造る・壊す」を繰り返し、2年程で全く新しい骨に生まれ変わります。しかし、骨の原料となるカルシウムは、常に体の中にあるわけではありません。さまざまな食べ物によって摂取したカルシウムが、骨の一部になっています。

このことから分かるように、命の原料は摂取したり、排出されたり循環によって成り立っています。

生物の命は、こうした循環によって生き続けるため、決して終わるわけではありません。「死ぬ」ということにただ情緒的になるのではなく、どのように最期を迎えたいかといったことを考えることが大切になります。

■誰もが迎える死、～亡くなる直前に多幸福感を味わえる細胞が体内にある～

最近では、細胞に寿命を調節する部分があるということが分かってきています。そのため、人間はいかに長く生きたとしても、120歳程でその命を終えることが分かってきました。

また、人は亡くなる前は苦しまず、とても安らかになると言われています。これは、モルヒネのような作用を持つ、 $\beta$  エンドルフィン（ベーターエンドルフィン）というホルモンが、多幸福感をもたらすからだと考えられています。気分を高揚させる  $\beta$ -エンドルフィンには、脳内麻薬ともいわれています。亡くなる直前に働くこのような細胞があることは、脳生理学でも確認され、我々が亡くなる直前に苦しまずに済むよう、体はうまくできていると認識されています。

■脳死と移植、～脳死の判定や移植は難しく、医師と患者の理解が必要～

「死」の状態には大きく分けて「脳死」と「植物状態」の2つがあります。「脳死」は、何も処置をしなければ、数日で亡くなってしまいう状態です。しかし、呼吸を人工呼吸器でサポートすれば、ある程度、生命を維持することができます。

諸外国では数名の医師が立ち会い、脳波を調べ、脳が「生きていない」ということが確認された後、臓器移植のために臓器摘出が行われます。この臓器移植は脳死の状態で行わ

れますが、脳死の判断は非常に難しいものです。

また、欧米では、人間の体は神が作ったもので、人種や宗教の違いに係わらず、全て皆の物であるという意識が強く、「臓器の提供に問題はない」と考える人が多いようです。

しかし、日本の場合、欧米のような考え方が広く浸透してはおらず、「親から貰った身体にメスを入れたくない」という考えが多く、日本の移植医療はあまり進んでいるとはいえません。

とはいえ、アメリカでも希望者全てが移植を受けられるのではなく、移植者リストの約1/3だけが移植手術を受けられています。残りの1/3は移植手術を行う前に亡くなり、それ以外の方は移植手術を待っている、または待っている間に症状が改善し、移植の必要がなくなった人達です。移植は条件が整い、患者と医師との間できちんとした理解がされ、その意思や情報が十分に与えられた場合にのみ行うものです。

#### ■植物状態、～近代医学の発達で”植物状態”でも生き続けることができる～

現在では、近代医学の発達により、「閉じようとしている命を閉じさせない」という歪んだ状況が起こっています。脳の破損により意識がなく、寝たきりになっても、生きていくために必要な脳の脳幹などがしっかりと保たれていれば「植物状態」という状態で生き続けることができます。この植物状態とは、脳が広範に亘って障害を受けていても、脳幹の機能や呼吸循環機能の調整、生命維持に必要な働きをする部分が残っていれば、自分で呼吸や血圧の調整ができています。植物状態のまま、飲んだり、食べたりしなければ、約2週間で亡くなってしまいますが、中心静脈栄養という、水分・タンパク質・ビタミンなどが入った高カロリーな点滴などによって生き続けることが可能です。

しかし、これらの治療法は、鼻や口、体のあちこちに点滴の管が入れられるため、「スパゲティ症候群」とも呼ばれています。自分で歩けない、食事ができない、目で物を追っても認識ができない、簡単な命令に反応してもそれ以上の意思の疎通ができないといった状態が続きます。わずかな期間であれば良いですが、3か月、6か月、1年、2年と長引いていくと、患者本人が苦しんでいるかどうか分からない状況になってしまいます。このような状態で生きることが、本当に良いことなのかは非常に難しい問題で、いろいろな方面で議論が続けられています。

#### ■従来の医療、～亡くなることが分かっている患者にも、点滴が行われていた～

現在では、高齢者や子供の体の原理が少しずつ分かってきていますが、以前はあまり分かっていませんでした。そのため、今も30代、40代の正常値を基に、70代、80代の人も検査を受けています。

例えば、腎臓からエリスロポエチンという造血ホルモンが出なくなると、貧血になってしまいます。最近ではこのエリスロポエチンを注射し、貧血を解消することができますが、高齢者はある程度、貧血傾向の方が血液をサラサラにするため、良いともいえます。加齢

に伴う動脈硬化になっている血管に、若い頃と同じような血液が流れていくと血管が詰まる危険性が高くなります。そのため、年齢を重ねるごとに貧血傾向に傾いていくのは、生理的にうまく機能している状態であるということが、徐々に分かってきています。若い人のヘモグロビン値より低目が老人では正常といえます。

私が大学病院で勤務していた30年前、病院で亡くなる患者に対し、医師は足りなくなったタンパク質や脂肪、抗生物質などを補うために、いくつもの点滴を行っていました。しかし、多くの点滴を行うと、体内の水分量が増え、むくみや肺水腫などの原因となります。この肺水腫は、陸にいながら溺れたような状態になり、患者は非常に苦しみます。つまり、近代医学を駆使して、必要な処置「以外」のことも行っていた結果になっていたのです。

#### ■患者の権利と義務、～延命や医療の発展のためでなく、患者を考える医療が大切～

20年程前に医師の間で1つの確認が行われました。それは、医学が患者に対し、興味本意や患者の人格を無視した状態で治療を行わないというものです。これは、無意味な延命や医学の発展のためにと、「検査を目的」にして患者を扱わないということを決定したものです。

以前、アメリカで次のようなことが起こりました。ペニシリンという梅毒に非常によく効く薬があります。当時、ある医師は、ペニシリンが菌を殺す効果があると分かっているが、梅毒を患う黒人を集め、ペニシリンを使用する群と使用しない群に分け、その効果を検査しました。しかし、ペニシリンの効果がすでに分かっているのに、使用しない群を作るのは倫理的におかしいことです。医療の分野でも進んでいるアメリカですら、1960年代以前は、このように患者の権利がなく、全て医師の指示通りに医療が行われていたのです。こうした近代医学の行き過ぎが問題となり、医学の発展は大事けれども、医師の前にいる患者のことをもっと考えて欲しいと「患者の権利宣言」がアメリカで出されました。

日本もその「患者の権利宣言」を導入し、少しずつ患者の権利と義務をしっかりと含めた医学、医療の在り方というのが注目されるようになってきています。

#### ■尊厳死とリビングウィル、～無理な延命をせず、必要な処置を受けて最期を迎える～

「尊厳死」は、1981年、世界医師会協会総会において、リスボン宣言という形で採択されています。これは国際的に同意されたもので、“患者は最新の医学知識に基づき、苦痛の除去を受ける権利を有する。患者は人間的な終末期ケアを受ける権利を有し、またできる限りの尊厳を保ち、かつ、安楽に死を迎えるためのあらゆる可能な助力を与えられる権利を有する。”と宣言されています。これが今の患者が持つ尊厳死の権利となっています。

また、患者本人の意思によってスパゲティ症候群のような延命を拒否し、安らかで自然な死を迎えることを宣言する「リビングウィル」というものがあります。これは、尊厳死を希望する遺言書です。自分でどのような治療をして欲しいかを伝えておくもので、万が一、治療内容を判断することができない状態に陥っていても、これが提出されていれば、

書面に従って治療方針を決めていくことができます。

このリビングウイルが提出されているからといって、亡くなるまで何の処置も受けずにいるわけではありません。身体的・精神的に痛みがあればその痛みを取り除き、急性の変化があれば、そのための治療が行われます。リビングウイルとは、必要な対応だけを受けながら最後を安楽に迎えたい、そのための努力をして欲しいということを伝える遺言書です。

#### ■在宅医療とは、～医療チームを作り、患者と家族の意思で選択できる医療～

自然の死を迎えるために、最も良い環境は「家」です。病院は、生活する場所ではなく、非日常的な環境です。病院ではなく在宅医療の場合、自由にわがままをいうこともできます。病院では好きなテレビを見たり、歌を唄ったりはできませんが、家では可能です。また、タバコを吸ったり、お酒を少し飲んだりと病院ではできないことができるという点がポイントとなります。

在宅医療の医療的環境は、家を中心に患者を全面的に引き受けて展開していく、高度包括医療体制とも考えられます。患者に係わる医療スタッフが協力して「在宅医療チーム」となるため、病院で受けられる医療のほとんどが在宅で行えます。

例えば、膀胱や腎臓にカテーテルが入っている患者には、泌尿器の医師と一緒に診察することもあります。また、必要であれば、歯科医や耳鼻科医など、他の科の医師と連携を持ち、チーム医療が組まれるため、在宅医療は1つの形があるわけではなく、医師の持つ技術や地域で供給されるサービスによって異なってきます。患者やその家族が自分の意志で上手に選択できるようにサポートしていくことが在宅医療にとって重要なことです。

在宅医療にはさまざまな形があり、在宅医療を行う病院のスタイルもさまざまです。外来診療をほとんどせず、ビルの一角を医局のようにして、数人の医師と10数人の看護婦で200人程の在宅患者を受け持っている病院や、病院とクリニックを併設しているところもあります。また、在宅患者の多くがガンの末期患者のため、急変した患者を受け入れる入院施設を用意している病院もあります。

このように、病院や医師の形態によって、在宅医療はそれぞれ違ってきます。ですから、違う形の中で自分がどのような在宅医療を選ぶかが非常に重要です。上手に選ぶことができればとてもよい在宅医療が行えますが、上手く選べなかった場合、失敗や不満足な結果となることもあります。

#### ■最期をどこで迎えるか、～多くの人が自宅を希望しているが、約80%が病院で～

日本で亡くなる人達が、どこで亡くなっているかを調べた結果、主に病院か自宅であることが分かりました。昭和25年、26年頃（1950年～1951年）は、約80%が自宅で亡くなり、病院で亡くなる人は10%程度でした。ところが、昭和51年頃（1976年）からはそれが逆転し、今では約80%が病院で亡くなり、在宅で亡くなった方は20%未満という結果に

なっています。この数字は欧米と比べても非常に低い数字で、欧米では30%~40%が在宅で亡くなっているようです。

また、現在病気ではない人でも、自宅で最期を迎えたいと考える人が多く、「末期ガンなどを患い、終末期医療を受ける場合、どのような場所が理想か」という質問に、33.8%が自宅を挙げています。患者の場合では、26%が自宅、33%がホスピス・緩和ケアを望んでいます。

このように、最期を迎える場所として「家」を希望している人が多いにもかかわらず、実際には家で亡くなる人が少ないという結果を受け、在宅で看取れるような環境を作るため、平成18年(2006年)に国が「在宅医療」を新興し、在宅医療・在宅ケアを進めていくという目標を掲げています。高齢者ができる限り住み慣れた家や地域で療養し、身近な人に囲まれて最後を迎えることも選択できるように、診療報酬上の制度としての「在宅療養支援診療所」が設けられました。在宅療養支援診療所とは、平成18年の医療法改正で新設されたもので、24時間体制で往診や訪問看護を実施していく診療所です。後方ベッドや入院ベッドを持つ医療機関と提携する、患者の状態が変化したら24時間体制でチームワーク・ネットワークを使って対応できるようにしておくなど、いくつかの規定が設けられています。現在では、およそ1万箇所を超える在宅療養支援診療所ができています。

#### ■死の5段階、～死を宣告されてから、受け入れるまでの段階～

日本で亡くなる人達が、どこで亡くなっているかを調べた結果、主に病院か自宅であることが分かりました。昭和25年、26年頃(1950年~1951年)は、約80%が自宅で亡くなり、病院で亡くなる人は10%程度でした。ところが、昭和51年頃(1976年)からはそれが逆転し、今では約80%が病院で亡くなり、在宅で亡くなった方は20%未満という結果になっています。この数字は欧米と比べても非常に低い数字で、欧米では30%~40%が在宅で亡くなっているようです。

また、現在病気ではない人でも、自宅で最期を迎えたいと考える人が多く、「末期ガンなどを患い、終末期医療を受ける場合、どのような場所が理想か」という質問に、33.8%が自宅を挙げています。患者の場合では、26%が自宅、33%がホスピス・緩和ケアを望んでいます。

このように、最期を迎える場所として「家」を希望している人が多いにもかかわらず、実際には家で亡くなる人が少ないという結果を受け、在宅で看取れるような環境を作るため、平成18年(2006年)に国が「在宅医療」を新興し、在宅医療・在宅ケアを進めていくという目標を掲げています。高齢者ができる限り住み慣れた家や地域で療養し、身近な人に囲まれて最後を迎えることも選択できるように、診療報酬上の制度としての「在宅療養支援診療所」が設けられました。在宅療養支援診療所とは、平成18年の医療法改正で新設されたもので、24時間体制で往診や訪問看護を実施していく診療所です。後方ベッドや入院ベッドを持つ医療機関と提携する、患者の状態が変化したら24時間体制でチームワー

ク・ネットワークを使って対応できるようにしておくなど、いくつかの規定が設けられています。現在では、およそ1万箇所を超える在宅療養支援診療所ができています。

■在宅ケアに必要なもの、～患者や携わる人の心と健康状態への理解が成功につながる～

在宅で最期を迎えられた79歳の女性の事例です。この人は、胃癌で胃を全て適出し、食事ができなくなり、主治医から入院している必要はないという判断がされたため、在宅ケアを勧められました。自分の家に帰り、水分補給を中心とした在宅ケアを行い、自宅のお気に入りの籐のベッドで、ゆったりと療養されていました。その結果、入院中よりも元気になり、頭もはっきりとしてきたそうです。体調に合わせた処置が続けられ、自宅で家族や医師に囲まれて眠るように最後を迎えられました。

亡くなる前には、吐き気や下痢など、いろいろな症状が起こり、最後は顎で呼吸をするようになっていきます。しかし、このような症状が出て、その時々で適切な薬や貼り薬で対応をしていけば、症状は治まっています。また、このような説明を事前に家族にしていたため、家族が呼吸の変化に気づいて医師を呼び、最後まで自宅で過ごし、家族や医師に看取られることができたケースです。

在宅ケアでは、病院のように医師や看護師が常にそばにいる環境ではないため、家族は患者の症状に不安や心配を募らせてしまいます。そのため、今後考えられる状態や変化を説明し、理解しておいてもらうことが在宅ケアを成功させるポイントです。

最近では血管の中に点滴の針を入れなくても、皮膚にプラスチックの針を使って点滴ができる「皮下輸液」というものがあります。針を血管に入れていないため、動いても抜けず、家族だけでも2、3日は安心して様子を見ることができます。喉が渴いていてもうまく飲み込めず、誤嚥してしまうような人でも、皮下輸液があれば渴きを解消し、苦痛を少なくすることができるようになっていきます。皮下輸液を2週間行い、約1ヶ月後に亡くなった96歳の女性の場合、家族がさまざまなことを心配されていたため、1つ1つ細かく説明していきました。そして、最後は自宅で看取ることができ、本当に良かったと感じられたようです。

■在宅で行える治療、～病院以外でも、多くの近代的な医療を受けることが可能～

在宅医療だからといって、病院のような治療や診察が受けられないということはありません。現在では多くの近代的な医療を受けることができるようになってきています。

「在宅エックス線撮影」は、自宅で胸部写真を撮影したり、骨の撮影ができる機械です。嚥下性肺炎の影や心不全の水が溜まっているかなども確認できる性能を持っています。また、「在宅中心静脈栄養療法（HPN：Home Parenteral Nutrition）」は、高カロリー輸液を中心静脈（心臓に近い太い静脈）に挿入している点滴の管に供給することも可能です。さらに、「在宅酸素療法」、「在宅人工呼吸療法」といったものも在宅医療で行うことができます。

この他、胃瘻（いろう）という腹部に穴を開けて栄養を入れる療法も在宅で行われています。この胃瘻は、腹部に穴を開けて管を入れますが、必要なくなると管を取ることができ、取れた後は2日程で穴も塞がってしまいます。腹部に穴を開けると聞くと家族は驚きますが、注入時の誤嚥を起こさないための訓練を行えば、さほど難しいことではありません。

#### ■在宅医療の成功と失敗、～環境や受け入れの意思がしっかりしているかがポイント～

在宅でも多くの医療が受けられますが、どのような人でも可能というわけではありません。34人の患者について調べたところ、約64%の人は自宅で看取られた・安定した在宅療養が送れた、在宅医療を行って良かったと、患者や家族が感じていました。また、約18%はまあまあ良かったと感じていることが分かり、80%程の人は成功といえる結果が得られていました。しかし、残りの約18%は在宅でうまく看取れなかった・安定しなかった・不満足だったという結果が出ています。

この満足が得られなく、失敗に終わった例には、介護者が1人だった・住環境が整わなかった・教育環境が整わなかった・経済的に難しかったなどが挙げられます。介護者が1人ではその人にかかる負担が多いため、家族みんなが携わりバランスがとれていることは大切です。また、6畳1間に患者と家族の生活空間があるような住環境、医師の説明が理解できない、勧められた治療を断らなくてはいけない経済状況であるといった場合、在宅医療は難しいようです。

在宅医療を成功させるために最も重要なのは、「受け入れの意思」です。在宅医療を行う前には、往診の時間や回数、バックアップ体制などをお話ししておきますが、その内容が医師と患者、家族の間でしっかり確認され、納得を得ていないと失敗に繋がります。医師は、その患者のためだけにいつも動けるとは限らないため、いろいろな条件や体制、環境なども含めて受け入れる意思がしっかりしているかが、在宅医療では大事になります。

この他、安定した最後を迎えるためには、在宅医療だけではなく、入院医療も大切になります。入院医療から在宅医療へ、在宅医療から入院医療へという、状態に合わせて良循環ができる、選択が可能であるという環境が非常に重要です。

#### ■まとめ、～自分や家族がどのような最期を送りたいか、送れるかを考えておくことが大切～

私達は、いずれ必ず「死」を迎えます。少しでも長く生きたい、生きていて欲しいという患者や家族の希望もありますが、不必要な処置や植物状態で生命を維持していくことが幸せな人生の最後とはいえないケースもあります。

肝臓がんで亡くなった有名な俳優、石原裕次郎氏でさえ、病院で非常に残念な死を遂げたといわれています。病院生活が嫌で自宅で療養したいと希望し、いつ退院をしても良い体制が家に整えられていたにもかかわらず、退院の許可が下りず、病院で最後を迎えまし

た。このように、在宅医療がまだまだ理解されていなかった頃は、快適な場所で、家族や仲間と満ち足りた時間を過ごしながらか看取られることが難しい状況でした。

しかし、最近では、いろいろな場所や方法で、患者や家族が満足できる最後を迎えることができたケースも少なくありません。例えば、食べることが大好きだった患者の場合、家族は体のむくみを取るために入院させると、管で食事を摂ることになるため、本人の残りの人生の楽しみを考え、グループホームでの「ターミナルケア（治る可能性のない末期患者が延命のための治療よりも身体的、精神的な苦痛を和らげ、残された人生を充実させるケア）」を選択しました。おかげで患者は、体のむくみが出ても箸を使って口から食事ができると喜んでいました。この患者は、特に何も治療を行わず、今までと同じ生活の香りに包まれて暮らし、最後まで苦しむことはなかったそうです。家族は、患者の残された日々が人間らしく素晴らしいものだったと感謝していました。

繰り返しになりますが、上記のケースのように、医療に大切なものは、患者を思う「心」がそこにあるということが大切です。この部分がしっかりと理解されていないと、医療の発展にも繋がっていきません。特に、原点ともいえる在宅医療は心の医療で、医療従事者が患者の心に寄り添い、幸せな環境作りが不可欠な医療です。現在では、安全に扱える器具なども多く、自宅での症状緩和も行いやすくなっています。そのため、まだまだ日本では「在宅での看取り」について十分ではない部分も多くありますが、自分や家族の最後をどのように全うしていくことができるかを、今からでも考えておく必要があります。

最後になりますが、私達も元気な内から自分の人生をどのように作っていくか、最後はどのように幕を下ろすか、どのように看取られたいか、看取りたいかを自分だけでなく、家族や主治医、周囲の人達と考える時期になってきているといえます。このような心の準備が、幸せな最後を迎えることに繋がっていきます。