

在宅で看取るということ

鈴木内科医院 鈴木央

あるケースから

- 78歳 男性 独居
- 20年来のかかりつけ患者さん
- COPD 在宅酸素1.5L/m
- 安静時酸素飽和度93～95%
- 体動後酸素飽和度86～88%
- 急性増悪で入院後
- 「二度と入院はしたくない」
- 「この家で死にたい」
- 「先生の膝の上で死にたい」



2

ある患者さんのケースからお話をさせていただきます。

私の20年来のかかりつけ患者さんです。

COPDで独居。在宅酸素療法を行っています。

最近では外出困難となり、在宅で拝見していました。

安静時(酸素1.5L/m吸入中)の酸素飽和度は93%～95%程度ですが、体動後は86～88%程度まで下がります。

この方が、COPD急性増悪を起こし、急性期病院に入院されました。

その後、何とか改善し退院されてきました。

すると入院中に辛いことがあったのか、

「二度と入院はしたくない」

「この家で死にたい」

「先生の膝の上で死にたい」

と何度も口にするようになりました。



しばらくは穏やかに経過していましたが、5か月後のある日、自宅で転倒されてしまいました。

胸部をタンスの角で強打されたそうです。

すぐに往診すると、肋軟骨が数本折れており、顕著な皮下気腫も認められました。レントゲン等の画像診断を行ったわけではありませんが、外傷性気胸が存在すると臨床的に診断いたしました。

現在でも呼吸機能は決して良くはありません。当然、その呼吸機能もさらに悪化するはずです。

このストレスを機に、COPDそのものも急性増悪する可能性も大きいと考えました。

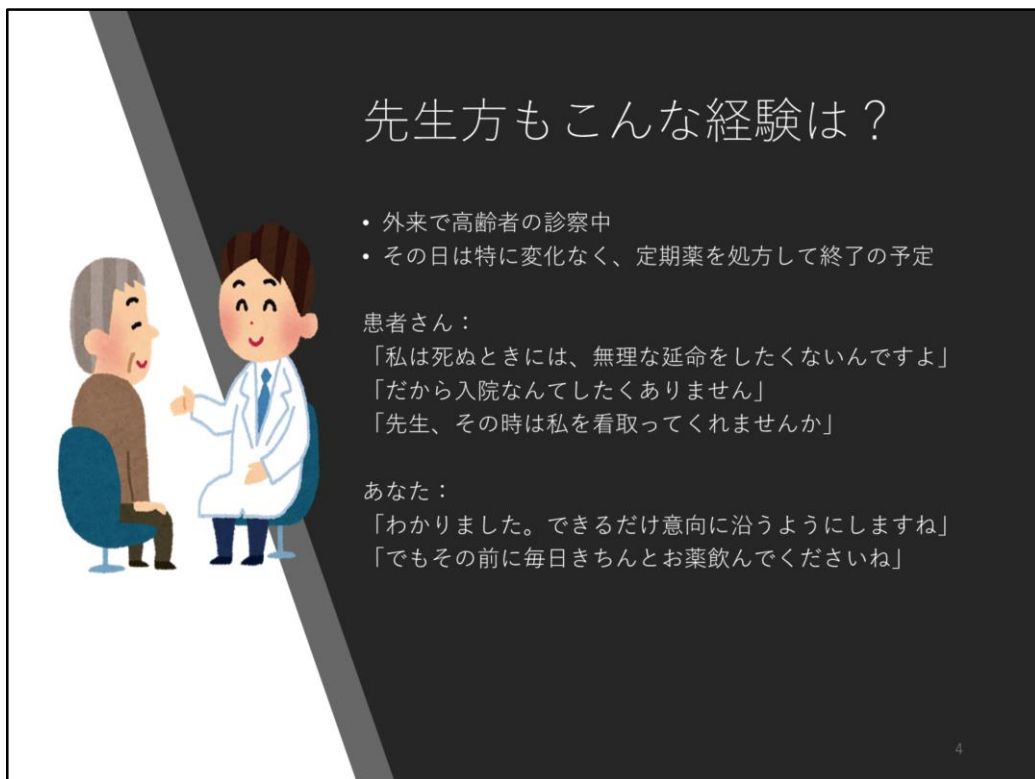
本人に病院搬送を勧めました。

当然、本人は拒否し、この家で死にたいと希望されます。すぐに家族と連絡をとり話し合いました。

家族も同意され、家族が泊まり込みをして介護に当たることになりました。

症状はモルヒネを使用し、コントロールしました。幸い、強い痛みも呼吸困難もコントロールできました。

1週間後、静かに旅立たれましたが、家族は私たちに感謝の言葉をくださいました。



先生方も同様の経験があるかもしれません。

多くのかかりつけ医は、高齢者本人が何が何でも延命を希望するケースがさほど多くないことは知っています。

高齢になり、様々な身体機能が低下した中(多くは腰痛等の苦痛を伴うケースも少なくありません)、不自由な状態で長く生き続けることは、これも一つの苦難であることを見えてきているからです。

外来で、長く高血圧などで通院していたかかりつけ患者さんが、特に苦痛もなく、生命にかかわる疾病を持っていない状態で、自分の最期について希望することがあります。

皆さんも同様の経験がおありのことと思います。

「先生、私はあまり長生きはしたくないのです。私は死ぬときに無理な延命はしたくありません。」

「だから入院なんてしたくないのです」

「先生、その時には私を看取ってくださいませんか？」

終末期にはどのような状況になるかは現状では想像すらできません。

しかし、かかりつけ医として、ここまで言ってくれるのは悪い気はしません。

確約することもできないので、少し曖昧に肯定をしておく先生が多いのではないのでしょうか。

正直な先生は「その時になってからじゃないとわからないよ」と答えるかもしれません。

それでも、看取りをかかりつけ医が行うという可能性は考えておく必要があるのではないのでしょうか。

よくある何気ないやり取り

<いつか必ず人は最期を迎える>

その時をどこでどのように過ごすのか、真剣に考えることが必要

<それは、私たちかかりつけ医にとっても…>

- 患者さんがどこでどのように生を終えるのが幸せなのか？
- 約束は口約束になっていないか？
- そもそも自宅で看取るにはどうすればいいのか



5

命には必ず限りがあります。

人生の最終段階をどこでどのように過ごすのか

その時をどこでどのように迎えるのか、本来であれば、一人ひとりが考えておかなければいけないのかもしれませんが。

私たちかかりつけ医にとっても、大切なことではないでしょうか。

かかりつけ患者さんが、どこでどのように人生の最期を迎えるのか、患者さんにとっての幸せな最期とはどのようなものなのか、

予測は簡単ではありませんが、考えることも求められるのではないのでしょうか。

もし、治療困難な疾患で、自宅での看取りを希望された場合、私たちはどのように動けばいいのでしょうか。

かかりつけ医の責任として

- 長く診てきた患者さん
 - ご家族も一緒に長く診てきた
 - 病院に紹介し、大病を乗り越えてきたことも知っている
 - そのことを感謝してくれている
 - 仕事を退職し、落ち込んでいた時期も知っている
 - ずっと励ましてきた
 - できれば患者さんを最後まで責任を持って診療したい
 - 患者さんにとって最善の治療や療養を行ってあげたい
-
- でも在宅医療は…、在宅看取りは…



長く診察を行ってきた患者さん、付き合いは数十年に及ぶかもしれません。そのご家族、息子さんや娘さん、時には孫の世代まで診てこられたのかもしれませんが。

大きな病気を患い、病院に紹介したこともあることも憶えています。患者さんは先生を命の恩人として感謝してくれています。

仕事を退職したときに、次の目標が見当たらず落ち込んでいたときに、励ましたこともあったかもしれません。

かかりつけ医としては、自分の守備範囲であれば、ずっと患者に治療や療養を提供していきたいと思っているはずで。

でも在宅医療になると話は別…と言う先生方もいらっしゃいます。

患者さんの自宅で看取りを行う



- ・たいへん！
- ・毎日呼び出されたら体がもたない
- ・ワークライフバランスの問題
- ・24時間365日体制は一人医師の診療所では無理
- ・苦痛の解決は在宅では困難？
- ・本人や家族が不安になった時には？
- ・法的な問題
 - ⇒家族に訴えられる？
- ・倫理的な問題
 - ⇒治療すれば延命できるかもしれない

患者さんの自宅で看取りを行うこと、かかりつけ医の先生はある程度の経験があるのではないのでしょうか？
その感想は、いかがでしょう。

私たちが今まで地域のかかりつけ医からの伺った感想では下記の内容が多いと思います。

「24時間365日体制は一人医師の診療所では維持できず、毎日呼び出されたら体がもたない」

「ワークライフバランスが破たんし、自分の健康状態が維持できない」

「本人や家族が不安になった時には、病院に搬送せざるを得ない」

等のご意見を多くいただきます。

また、法的な問題として家族に訴えられる可能性を心配される声、肺炎等の非がん疾患では、治療すれば延命できるかもしれないのに、在宅で貧弱な医療しか供給できないことは倫理的に問題であるという声もあります。

高まる社会的ニーズ

○今後の高齢社会

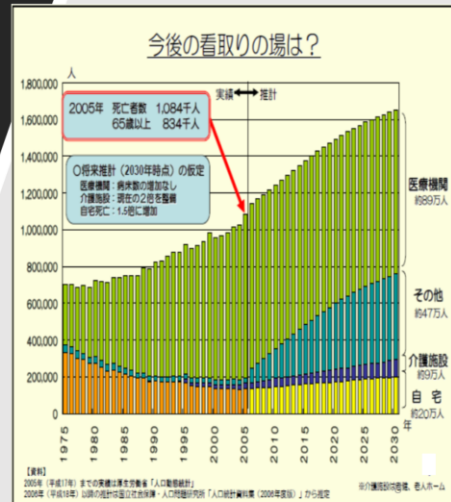
- 死亡者数の増加に急性期病院が不足する可能性
- 自宅・介護施設も選択肢の一つにせざるを得ない

○自宅看取りを行うのは地域の診療所

- もしかかりつけ患者さんを看取することができるならば…
- 大きなトラブルなくできるかも

○2014年医療介護総合確保法で法制化

- 区市町村には地域包括ケア、在宅医療・介護連携の推進が義務付けられた
- 区市町村は何が何でも進めなければならない事情

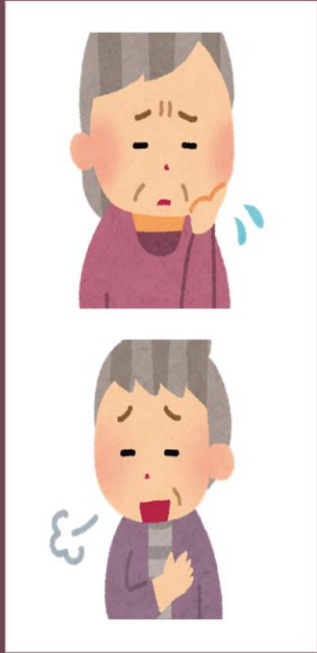


日本は今後更なる高齢社会を迎えます。高齢者が増えると様々な問題が生じますが、その一つに死亡者数が増える問題があります。

グラフは、2005年に出された予測ですが、今後、死亡者数が増えると、病院では対処しきれなくなり、自宅や施設で亡くなる方々が増えなければ、死亡診断書で記載する「その他」の場所で亡くなる方が増えるのではないかと予測されています。「その他」というのは、どこでしょう。未認可の介護施設もそうなると思われます。中には低料金を謳い、劣悪な介護を提供する施設もあるかもしれません。

もっと考えたくないこととしては、未診断、未治療の認知症の方が、アパート等でトラブルを起こし、大家から退居を命じられ、その後、行く当てもなく路上生活を送ることになり、路上でたくさんの高齢者が亡くなっている時代がやってくるかもしれません。

国は2006年には診療報酬における在宅医療推進策を推し進め、2014年における医療介護総合確保法では、地域包括ケア、在宅医療・介護連携の推進が区市町村に義務付けられ、全国それぞれの地域で、地域の実情にあった在宅医療・介護連携の推進、地域包括ケア推進を行わなければいけない状況となっています。



こんな患者さんは
いらっしゃいませんか？

- かかりつけ医でなければダメ
- 他の医者に紹介しても戻ってってしまう
- 心因性と思われる症状が多数
- 時には時間外の対応を求める
- かかりつけ医を深く信頼し長く通院
- かかりつけ医が対応すると安心して満足
- そんな患者さんの状態が悪化し、在宅医療を求められたら…
- あなた以外の医師は受け入れられないかも…

9

それでも、こんな患者さんは先生方の診療所にいらっしゃいませんか？

心因性と思われる症状が強く、体調不良を常に訴える方で、他の専門医に紹介しても、すぐに先生のところに戻ってってしまう患者です。

とにかく先生でなければ対応困難という患者がどこの診療所でも何人かいらっしゃるかと思えます。

別の言い方であれば、先生方を深く信頼し、先生が対応すると安心して、満足される方々がいるということです。

そんな患者さんの状態が悪化し、在宅医療を求められたとき、もし看取り対応を求められたとき、

先生方はどのように対応されるでしょうか？



かかりつけ医の金メダル

- ・長く通院したかかりつけ患者さんが寝たきりになった
- ・通院が困難
- ・自宅で療養したい
- ・自宅で訪問診療を受けたい
- ・そして自分の最期を看取ってほしい

・さまざまなハードルをクリアし、患者さんの希望通り看取ったとき

それはかかりつけ医としての「金メダル」かもしれません。

10

長く通院したかかりつけ患者さんが寝たきりになり、通院が困難な状態となったとき、

自宅で療養したいと希望され、自宅でかかりつけ医が訪問診療を提供すること。

さらに、そして自分の最期を看取ってほしいと希望されたとき、

さまざまなハードルをクリアし、患者さんの希望通り看取ったとき、

それはかかりつけ医としての「金メダル」かもしれません。

かかりつけ医における5つの特性 (ACCCA)

○近接性 (Accessibility)

近い、相談しやすい

○包括性 (Comprehensiveness)

何でも見る

○協調性 (Coordination)

必要な専門医に紹介
チーム医療・ケア

○継続性 (Continuity)

子供の時から人生の最期までも
風邪の時もがんの時も

○責任性 (Accountability)

自ら学ぶ

○看取りはこれらのすべてに関係



11

かかりつけ医における5つの特性(ACCCA)があるとされています。

それは、

近接性 (Accessibility) :

距離的に近い、心理的に近い存在であり相談しやすい面

包括性 (Comprehensiveness) :

様々な病気を診ること、全身を診ること、その人全体を診ることです。

協調性 (Coordination) :

かかりつけ医はチームとして機能することが求められます。診療所スタッフはもとより、必要な専門医に紹介することや、その専門医と協力しながら、ダブル主治医として機能すること、さらに、地域の介護職や看護職と協働しながら、患者の最善を目指す取組です。

継続性 (Continuity) :

継続的に診療を行います。若い頃から診ている患者もいます。その人が重い疾病で人生の最終段階になったときにも、先生方は深く関わっておられるかもしれません。病気も問いません。風邪で診療するときも、生活習慣病で診察するようになってからも、そしてがんなどの重い疾患を担ったときも、私たちかかりつけ医は変わらず患者さんを支援します。

責任性 (Accountability) : 自ら学び、患者さんから希望されれば、その人生の最終段階に関わること、これも大切な責任性であると思われます。

これらは、英語の頭文字をとり、ACCCAと呼ばれますが、看取りはこれらのすべてに関係があるのではないのでしょうか？

在宅での看取りには様々なスキルが必要

- ・終末期の軌道を知り、その時の状況に応じたケアができる
 - ・患者さん、家族に気遣いながら、病状の説明と意思決定の支援ができる
 - ・倫理的な臨床判断ができる
 - ・不快な症状に対する緩和ケアができる
 - ・スピリチュアル・ペインとその対応
 - ・患者さんの状態に合わせて療養を行うための環境調整を行う
 - ・他職種との協力体制の中で、24時間体制で看取りができる
- ・いきなり全部はできないかもしれない

12

もちろん在宅の看取りには様々なスキルが必要になります。

- ・終末期の軌道を知り、その時の状況に応じたケアができる
 - ・患者さん、家族に気遣いながら、病状の説明と意思決定の支援ができる
 - ・倫理的な臨床判断ができる
 - ・不快な症状に対する緩和ケアができる
 - ・スピリチュアル・ペインとその対応
 - ・患者さんの状態に合わせて療養を行うための環境調整を行う
 - ・他職種との協力体制の中で、24時間体制で看取りができる
- 等のスキルです。

本日の参考資料に、簡単にそのようなスキルに触れた資料を入れております。

もちろん経験も多くはないのに、いきなり全部はできないかもしれません。

それでもかかりつけ医は質の高い在宅医となりうる

- コミュニケーションの技術に長けている
- 長い時間をかけて培ってきた信頼関係
- 生活状況を知る
- 患者さんや家族が病とどう向き合ってきたのか

- これらの事情を組み入れて医療を行う事

- これらは「ナラティブ(：ものがたり)・ベイスド・メディスン」と呼ばれる

13

それでもかかりつけ医は質の高い在宅医となりうると私たちは考えています。その理由は、コミュニケーションの技術に長けていること、長い時間をかけて培ってきた信頼関係を持っていること、生活状況を知っていること、患者さんや家族が病とどう向き合ってきたのかを知っていること、など様々な事情や経由を知っているためです。

これらの事情を組み入れて医療を行う事は「ナラティブ(：ものがたり)・ベイスド・メディスン」と呼ばれます。

ナラティブ・ベイスド・メディスン

- 患者さんの「ものがたり」を中心にした医療
- エビデンスのみを中心とした医療とは異なる
- 急性上気道炎はいずれ自然治癒
 - 基本的に投薬は不要なので最小限度の投薬
- 急性上気道炎に罹患したが、明日は子供の運動会
 - 何としても参加したいので抗生剤が欲しい
 - 抗生剤を投薬
- 医学的到達度は高くないかもしれない
 - しかし満足度や納得度は向上する

14

ナラティブ(ものがたり)・ベイスド・メディスンとは、患者さんの「ものがたり」を中心にした医療です。

ここで言うナラティブ(ものがたり)とは、ナレーター(語り部)が語る土着的なものがたりを指します。

ストーリーは人工的なものですが、ナラティブ(ものがたり)は未整理でわかりにくいこともあります。

エビデンスのみを中心とした医療とは異質のものです。

最近のエビデンスを中心にした医療では、急性上気道炎のほとんどはいずれ自然治癒するため、基本的に投薬は不要とする考え方もあります。

それでも急性上気道炎に罹患した方は診療所にいらっしやいます。

明日は子供の運動会、何としても参加したいので抗生剤が欲しいと希望されたとき、先生方はどうなさるでしょう？

多くの先生は、親の気持ちを考え、事情を考慮され、抗生剤を投薬されるのではないのでしょうか。

これが、ナラティブ・ベイスド・メディスンの一つであるのです。

医学的到達度は高くないかもしれませんが、ここで、改善するのは、患者さんの満足度や納得度なのです。

このことは、人生の最終段階の医療にとって、大変重要なこととなります。

人生の最終段階における医療では

- 死は最悪の医学的介入結果として捉えられる
 - 死は医学的敗北
- 一方ですべての人はいずれ死亡する
- 人生の最終段階における医療において、すべての人は「敗北」？

- 人生の最終段階の医療におけるアウトカムは「満足」であり「納得」
- 死という結果ではなく、その過程に対する「満足」や「納得」

- 幸福な人生の最終段階であったのかどうか？

15

従来型の医学の中では「死亡」は医学的介入における最悪の結果として捉えられています。

死は医学的敗北と言う考え方もあるのは事実です。

一方ですべての人はいずれ死亡します。

人生の最終段階における医療において、すべての人は「敗北」をするのでしょうか。

人生の最終段階の医療におけるアウトカムは死という結果ではなく、その過程に対する「満足」や「納得」となります。

その人が、幸福な人生の最終段階であったのかどうか、を皆で考えることが重要なこととなります。

これはかかりつけ医の得意な分野では？

- それぞれの患者さんの人生を知る
- それぞれの患者さんの価値観を知る
- それぞれの患者さんの家族を知る
- これらを知ったうえで、一緒に患者さんの幸福を考える
- ナラティブ・ベイスド・メディスンそのもの

- 人生の最終段階にある患者さんは幸福とは言えないかもしれない
- しかし、不幸ではない状況にはできるはず
- どうしてあげれば…
 - 苦痛の少ない状態
 - 希望する場所で療養
 - 希望しない医療を受けさせない等々

16

この考え方は、かかりつけ医が最も得意としている分野かもしれませんが。かかりつけ医は、患者さんの人生、価値観、家族を知っていることが少なくありません。これらを知ったうえで、一緒に患者さんの幸福を考え、どのように関わるか考えること、これはナラティブ・ベイスド・メディスンそのものといえると思います。

確かに、人生の最終段階にある患者さんは幸福とは言えないかもしれませんが。しかし、不幸ではない状況にはしてあげられるのではないのでしょうか。それは、どのようなことなのでしょう。苦痛の少ない状態であること、希望する場所で療養すること、希望しない医療を受けさせないことなどかもしれません。それは、かかりつけ医と患者が話し合い、一例一例決めていくことであると思われます。

在宅で療養をすると苦痛が少なくなる可能性

- 多くの在宅医が言及
 - エビデンスは十分とは言えないが…
- 医療用麻薬の量が少なくなった、中止された
- 患者さんの表情が明るくなった
- 食欲が増えた

- 何故？
- 在宅ではスピリチュアル・ペインが減少する可能性

17

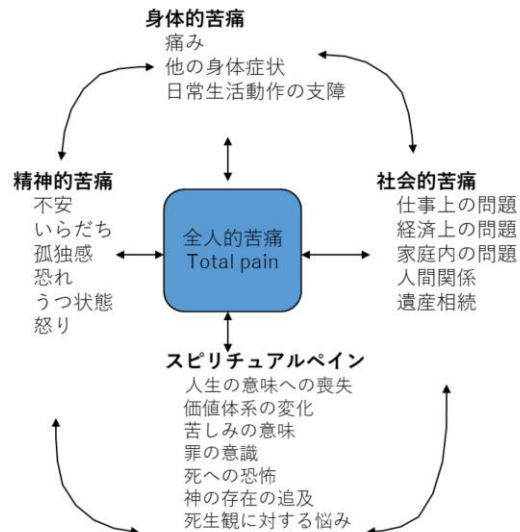
在宅で療養すると苦痛が少なくなる可能性については、多くの在宅医が言及しています。

それによると、医療用麻薬の量が少なくなった、あるいは中止することが可能になったこと、痛み以外にも、表情が明るくなった、食欲が増えた等の苦痛が減少した報告が数多くなされています。

病院入院中と在宅、病状が大きく変化するわけではないと考えられます。近年、指摘されているのは、「スピリチュアル・ペイン」という痛みが在宅では軽減される可能性があるということです。

スピリチュアル・ペインとは

- 霊的疼痛
- 実存的疼痛
- 哲学的疼痛と呼ばれる
- 村田久行先生
 - 「自己の存在と意味が消滅しつつあるときに生じる苦痛」
- 答えのない問いかけが…



18

痛みは、身体的痛みのみにとどまりません。精神的な苦痛であったり、社会的に苦しむこともあるかもしれません。

そして、スピリチュアル・ペインとは、この全人的疼痛の構成要素の一つとして指摘されています。

もともとは、キリスト教用語です。

人間は肉と霊(スピリット)でできていて、その霊の部分の痛みがスピリチュアル・ペインと呼ばれていました。

宗教観の少ない日本人にとってはなじみのない観念であるため、近年では、実存的疼痛、哲学的疼痛と呼ばれてきました。

日本で最も有名なスピリチュアル・ペインに対しての研究者であり、ワーカーである村田久行先生は

「自己の存在と意味が消滅しつつあるときに生じる苦痛」と定義づけています。

この痛みは、宗教観を持っていない我々にも、特に色濃く出現することがあり、「なぜ私がこんな目に?…」(Why me?)などの答えを出すことが困難な問いかけがされることもあります。

存在とは（村田理論）

- 時間存在
- 関係存在
- 自律存在

京都ノートルダム女子大学 村田久行先生による

19

ここでは、村田理論をベースに、人間が存在する局面を考えてみましょう。存在が消滅する苦痛がスピリチュアル・ペインですので、人間が存在する局面を考えるとスピリチュアル・ペインの構造と対応法が見えてくることあるからです。

村田理論では、人間が存在する局面を

- 時間存在
- 関係存在
- 自立存在

の3つに分けています。

時間存在

- これからの時間（未来）を喪失してしまう
- 人生の目標の喪失
- 同時に現在までの人生の意味も見失ってしまう
 - 自分を越えた存在による魂の永続(宗教的)
 - 家族の中で永続する存在
 - 幸福論

20

時間存在のスピリチュアル・ペインは、病気によって、これからの時間、すなわち未来を喪失してしまうために出現します。

人間は、過去・現在・未来がないと安定してられないのです。

人生の目標(漠然としたものでも…)を喪失してしまいます。

豊かな老後を夢見ていたのに、叶えることができなくなった喪失感、

これに加えて、現在までの人生の意味も見失ってしまうことが少なくありません。

「今までの自分の人生、何のために頑張ってきたのだろう」、「今まで頑張ってきたことは意味がなかった」など、

自分の過去についても、意味を見失ってしまうことも少なくありません。

宗教の中では、超越者が自分を天国や極楽に連れて行ってくれる、死後も魂として存在ができることが説かれています。

これもスピリチュアル・ペインの対応法の一つと考えられます。

家族の中で、いつまでもその存在が永続するというアプローチも有効かもしれません。

演者は、このケアの一環として、ある種の幸福論を患者とその家族にずっと行ってきています。

現状を肯定してもらおう

- 「あなたはこのような病気に苦しみ、幸福とはいえないかもしれぬ」
- 「しかし、家庭で家族から温かい世話を受けているあなたを見ていると、あなたは少なくとも不幸ではないと私には思える」
- 「もし人生の最終段階を、不幸でなく過ごせるのであれば、あなたの人生はどんなものだったのでしょうか...」

21

このやり方はこのようなものです。

まず、患者さんに語りかけます。

「あなたはこのような病気に苦しんで、幸福とは言えないかもしれません」

さらに続けます。

「しかし、ご家庭でご家族から温かい世話を受けているあなたを見ていると、あなたは少なくとも不幸ではないと私には思えるのです。いかがでしょうか？」

と問いかけると、ほとんどの人は、「そう言われれば、そうかもしれない」とお答えになります。

ここで、彼らは、今まで病気のために不幸であると考えてきた現状を、やや消極的な表現（「少なくとも不幸ではない」）ですが、肯定をしているのです。

ここで、大きく感じ方が変わります。

さらに続けます。

「もし人生の最終段階を不幸ではなく過ごせるのであれば、あなたの人生はどんなものであったのでしょうか...」

ここでは医療者はあえて答えを聞きません。患者さん、あるいはご家族が自ら答えを出すことが重要であるためです。

しかし、不幸であったはずの現状を、在宅で療養しているという視点から見ると、意味がなかったはずの過去がポジティブに認識されることが少なくありません。

ライフレビュー

- 自己の存在を確かめるための一つの方法
- ただ人生を振り返るだけでなく人生を肯定的に捉えるように振り返っていく
 - 「今まで一番楽しかったことは何ですか」
 - 「子供の頃はどんなことが好きでしたか」
 - 「子供が生まれた頃はとうでした」
 - 「つらい経験をよく乗り越えましたね」

22

このような話をしてから、人生の振り返りを行うことも重要です。
もちろん、生まれたときから、現在までをきちんと振り返ることも重要ですが、人生を肯定的に振り返ることができるように
「今まで一番楽しかったことは何ですか」
「子供の頃はどんなことが好きでしたか」
「子供が生まれた頃はとうでした」
などのポジティブな経験を聞いていきます。
その過程でつらい過去が語られた場合は、
「つらい経験をよく乗り越えましたね」
と全力で評価していきます。

どんなにつらい人生を送った方でも、つらかったことばかりではなく、楽しかった思い出も掘り出されることが少なくありません。

関係存在

- 自分が消えると家族や社会としての関係も消失してしまう
- このため自分は家族・社会にとって既に意味のない存在であり生きている価値がない
 - 自宅に帰ると別
 - 家族の中での関係性(「お父さん」、あるいは「お母さん」など)により居場所を獲得できる
 - 自宅では家族との関係は保たれる
 - 時には社会的関係も保たれる
 - 実は自分の存在が家族の絆となっている (在宅ホスピス・緩和ケアの場合)
- 在宅では関係存在のスピリチュアル・ペインは発生しにくい
 - 病院では発生しやすい：家族や社会と隔絶
- 家族の受け皿が壊れた場合、強いスピリチュアル・ペインが発生

23

関係存在のスピリチュアル・ペインは、周囲との関係性に悩むことです。自分が死んでしまうと、周囲との関係性も消失してしまいます。このため、「死にゆく自分は、家族・社会にとってすでに意味のない存在であって、いわばお荷物である。生きている価値がないので、早く死んでしまいたい。」と苦しむ痛みです。

この痛みは、病院の中では、しばしば出現します。それは、病院という場所が、家族や社会と隔絶された存在で、居場所が見つからないと感じる方も少なくないためです。

しかし、在宅では異なります。家族の中の関係性は保たれます。家に帰れば、「おとうさん」や「おかあさん」という居場所が得られます。ときには症状がコントロールされれば、多少の役割を果たすことができるかもしれません。社会的な関係性や役割が多少なりとも果たすことができるかもしれません。

海外など遠方で生活していた家族が自分のために帰って生活を共にするようになると、患者さんの中には、自分の存在そのものが、家族の絆になっているように感じる方もいらっしゃいます。

このため、自宅や住み慣れた生活施設で過ごされている方では、この関係存在のスピリチュアル・ペインが出現することは稀といわれています。

しかし、もし介護している家族が疲弊のために倒れる等の家族の受け皿が壊れるような事態があると、強いスピリチュアル・ペインが発生することがあり、注意が必要です。

自律存在

- 自分のことが自分で世話できない
- 無意味な自分、無価値な自分
- 生きている意味がない自分
 - がん以外でも出現することあり
 - 神経難病、脳血管障害等

- 家族とは
- 幸福とは
 - これという方法は見当たらない
- 選択

24

最後は自律存在のスピリチュアル・ペインです。

自分のできることが制限されていく過程で、自らの自律性が保てなくなります。トイレに行くのにも、他人の世話を要する自分は、無意味で、無価値に感じられてしまいます。

生きている意味が見いだせず、「早く死んでしまいたい」と感じてしまう痛みです。

もちろん、この痛みは、がん以外の疾病でも出現しえます。

神経難病や脳血管障害で体の自由が奪われた時にも、出現するものと考えられます。

家族介護のすばらしさについて言及しても、先ほどの幸福論を展開しても、少しピントがずれてしまいます。

しかし、このようなことに苦しむ方は、「選択」を行うことができます。

選択を行うことが最大の自律性の尊重ということになるのです。

選択すること

- 選択の重要性：唯一の自律性を発揮できる部分
 - どこで療養する
 - どんな治療を行う？
- そのためには事実がきちんと情報提供されているかが必要
 - たとえ認知症の方でも、支援すれば意思決定できることも
- 余命告知を求められたとき
 - 不確かな情報、週単位、月単位という表現で伝える
 - 正確にはわからないが、時間が限られているという表現も有効
 - 「1年後の誕生日を迎えるのは難しいかもしれません」

25

選択をすることが、自律性を発揮できる最大の場面となります。
どこで療養するのか、どんな治療やケアを行うのか、本人の意見を最大限尊重し、意思決定を行っていくことに意味が生じます。

もう一つ大切なことは、現在の状況がきちんと情報提供され、本人が理解していることです。しかし、限定的な内容でも、認知症の方であっても、ある程度意思決定ができることもあります。

本人の状況を丁寧に見据えて(これはかかりつけ医にしかできないことかもしれませんが)、情報提供を行いながら、本人の望みを引き出していくことが重要です。

もし、その情報提供の中で、自らの余命について尋ねられた時にはどのように答えるべきでしょう。

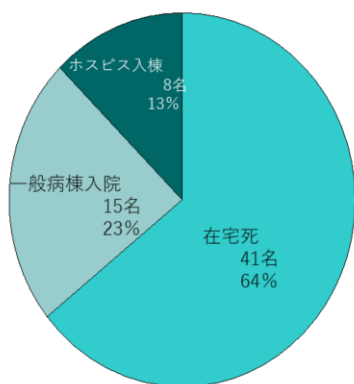
「あと3か月」などの具体的な期間を提示すると、カウントダウンを行う方もいらっ
しゃいます。

私たちは、「月単位で考えてください。今月はさほど変わりなく過ごすことができます
ますが、数か月後は予測することが困難です」や、

「週単位で考える必要があるかもしれません。今週はもちろん変わりなく過ごすこ
とができると思いますが、数週後は予測が困難です」等の話をします。

他には、誕生日や特定のイベントがある程度の期間、半年後、1年後という時期で
あれば、「1年後の誕生日を迎えるのは難しいかもしれません」などの表現も考え
られます。

ある研究から



検討項目	有意差
男/女比	なし (X ² 検定)
年齢(歳)	なし (t検定)
週あたりの平均訪問回数(回/週)	なし (t検定)
疼痛の合併	なし (X ² 検定)
強オピオイド使用	なし (X ² 検定)
ステロイド使用	なし (X ² 検定)
輸液施行	なし (X ² 検定)
病名告知	なし (X ² 検定)
退院前カンファレンス	なし (X ² 検定)
経済的困窮	なし (X ² 検定)

	有意差	オッズ比
苦痛の解決	あり (X ² 検定)	3.25
訪問看護導入	あり (X ² 検定)	3.87
介護者の有無	あり (X ² 検定)	10.8
在宅死への希望(本人)	あり (X ² 検定)	16.8
在宅死への容認(家族)	あり (X ² 検定)	76.1

鈴木央、鈴木荘一、何が在宅での看取りを可能にするのか 当院における末期がん在宅ターミナル・ケア74例の検討：プライマリ・ケア (0914-8426)28巻4号 Page251-260(2005.12) 26

本研究は、末期がん在宅ターミナルケアを行った患者の中で、病院で最期を迎えた方と、自宅で最期を迎えた方がどのように異なっていたのかを検討した論文です。

これによると、担当した患者の2/3の方が自宅で看取られました。様々な項目を比較しましたが、在宅で看取られた方と入院して看取られた方で有意差が出た項目は、「苦痛が解決されていること」、「訪問看護が導入されていること」、「介護者の有無(独居ではない)」、「本人の在宅死希望」、「家族の在宅死容認」の5つが有意な項目として浮上し、本人の希望、家族の容認といった意思決定の要因が最も大きな影響を持つものと考えられました。

つまり、意思決定は非常に重要な行うべきケアプロセスの一つであるのです。

本当に看取って問題ないのか

- 倫理的にはどうか？
- 医療倫理の4分割法
- 家族や利害関係者と丁寧に話し合う事
- 時代とともにそれぞれの要素の重要性が変化

Medical Indication 医学的適応 (Beneficence, Non-maleficence: 恩恵・無害) チェックポイント 1. 診断と予後 2. 治療目標の確認 3. 医学の効用とリスク 4. 無益性(futility)	Patient Preferences 患者さんの意向 (Autonomy: 自己決定の原則) チェックポイント 1. 患者さんの判断能力 2. インフォームドコンセント (コミュニケーションと信頼関係) 3. 治療の拒否 4. 事前の意思表示 (Living Will) 5. 代理決定 (代行判断、最善利益)
QOL (Well-Being: 幸福追求) チェックポイント 1. QOLの定義と評価 (身体、心理、社会、スピリチュアル) 2. 誰がどのような基準で決めるか ・ 偏見の危険 ・ 何が患者さんにとって最善か 3. QOLに影響を及ぼす因子	Contextual Features 周囲の状況 (Justice-Utility: 公平と効用) チェックポイント 1. 家族や利害関係者 2. 守秘義務 3. 経済的側面、公共の利益 4. 施設の方針、診療形態、研究教育 5. 法律、慣習、宗教 6. その他 (診療情報開示、医療事故)

27

自宅で看取ること本当に問題ないのか、と心配される先生もおられるかもしれません。

ここでは、ジャンセンらが提案した「臨床倫理の4分割法」で検討すると整理しやすくなるかもしれません。

例えば、がん末期の方は、「医学的適応」で考えると有効な治療法なしで、さらなる抗がん剤治療を行うと副作用という本人にとっての害が前面に出る可能性があります。

「患者さんの意向」が、在宅での人生の最終段階を希望され、「周囲の状況」として家族の容認が得られており、本人の価値観が在宅で過ごすことが、より不幸でないと考えるのであれば、在宅で看取ることは倫理的にも問題ないということになります。

また、この各要素は時代とともに、その重要性が変わるように思われます。

一人の医師で365日24時間は…

- 一人医師で24時間365日体制で対応すること
 - 完全な体制は困難
 - 連絡がつく体制であることが重要
 - チームで対応
 - 24時間対応型訪問看護ステーションは重要なパートナー
- 重症者がいる場合
 - 看取りに対する責任
- 在宅医療後方支援体制
 - 病院との連携体制
- かかりつけ医間での協力体制
 - 自分が不在になるときの対応を依頼
 - 依頼できる関係性の構築
- 在宅医療専門クリニックに協力を依頼
 - どこまで協力する？
 - 自分は主治医？それとも副主治医？
 - 保険請求は？
- 地域ごとに決めるべき問題

28

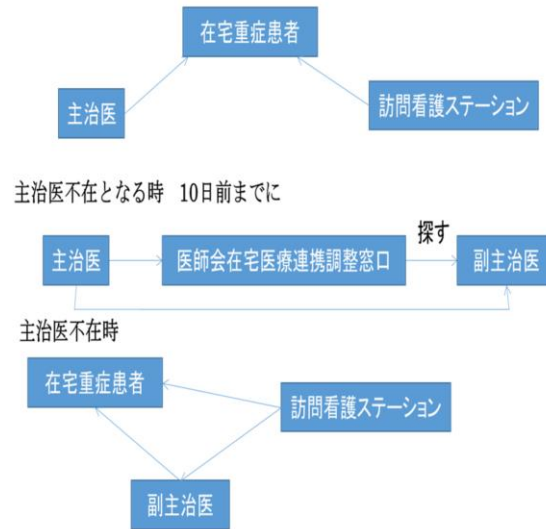
それでも、看取りはいつになるのかわかりません。一人の医師で24時間365時間対応することは困難です。しかし、病院の当直とは異なります。まずは連絡がつく体制にしておくことが重要です。

ここで、24時間対応型訪問看護ステーションは重要なパートナーとなり得る、一人で対応するのではなく、チームで対応することが重要である、と考えます。

さらに、どうしても外せない用事がある場合、そこを補う体制を作ることも、かかりつけ医としての責任性の一つです。協力を依頼できる仲の良いクリニックは近隣にあるでしょうか。都市部で増えてきている在宅医療専門クリニックに協力を依頼する方向性もあります。ここでは、保険請求のルールを含めた様々なルール作りが必要になります。

地区医師会の役割

- 多職種連携の牽引役
 - 多職種勉強会を行政と主催
 - 多職種連携ツールの導入
 - ICTなど
- かかりつけ医同士が連携しやすくする仕組みづくり
 - 緩やかな主治医・副主治医制度など
- 地域の病院との関係づくり
 - 在宅療養支援病院
 - 在宅医療後方支援病院
 - 在宅患者共同診察料
 - 地域包括ケア病棟
 - 緩和ケア病棟



29

その意味では、地域でルールを作ることも有効です。ここには地区医師会が大きく関わってくるのではないのでしょうか。

チームを作るための多職種勉強会、ICTを利用した多職種連携ツールの導入なども考えられます。さらに、かかりつけ医同士が連携しやすくする仕組みづくりも求められます。

図は、ある医師会が、期間限定、患者限定で、副主治医を探し、24時間対応型訪問看護ステーションを介して、不在時の対応を行うシステムを示す図です。

また、病院との関係性を構築するには、医師会の役割が重要です。それぞれの病院の機能を理解し、在宅療養支援病院や在宅医療後方支援病院(在宅患者共同診察料にて往診や訪問診療も可能)との協働を考慮することや地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟を地域全体でどのように活用するのか考えることも重要と考えられます

「できることをできるだけ」

- 多くのかかりつけ医にとって未経験の領域
- さまざまな新たな知識が必要
- それでも患者さん、家族の希望であれば…
- 自分のできること、できないことを考える
- できないこと
 - 不眠不休で外来と在宅症例に対応
 - 自分の対応能力を超えた在宅症例を受け入れること
- できること
 - かかりつけ患者さんの在宅看取り
 - どこまでできるのか？
 - ほかの医師と協力して当たることは？

30

在宅医療、在宅看取りは多くのかかりつけ医にとってはさほど慣れていない領域であり、経験値の少ない領域かもしれません。

様々な新しい知識が必要になります。

それでも、患者さんや家族の希望ということであれば、頑張ることになりますが、ここで大切な合言葉は

「できることをできるだけ」

ということです。

毎日、不眠不休で外来と在宅症例に対応することはできません。

また、自分の対応能力を超えた在宅症例を一人で受け入れることも困難です。

そのような場合は、協力してくれる医師を探すべきでしょう。

しかし、かかりつけ患者さんの在宅看取りは、今までの関係性があれば、さほど困難ではないかもしれません。

それでも、どこまでできるのか、他の医師と協力して行うかどうかは常に考え、自分だけがすべてを抱え込まないこともまた重要です。

手間がかかることを容認する

- 最大のコツは時間がかかっても丁寧にいうこと
 - たとえ非効率的でも
 - 意思決定支援・家族ケアなど
 - ⇒これらは満足度につながる
- 不安や心配に対して共感しつつ進める
 - 時には非論理的なことも
 - 感情に配慮する必要性
 - 看取り時に登場する遠い親戚など
- 時には困難なことも
 - 地域の病院と協力しながら進める
 - 病院医師との顔の見える関係
- 一歩ずつでも前に
 - 地域としての対応力を育てなければ…
 - 一例一例の積み重ね

31

ただ、手間がかかることもあるのは事実です。

スムーズに在宅看取りを行う最大のコツは、時間がかかっても一例一例を丁寧に対応することです。

中には、毎日のように意思決定が揺れ動く方もいるかもしれません。

たとえ非効率であるとしても、これを丁寧にいうことで、満足度の向上につながります。

不安や心配は常にあるといっても過言ではありません。

たとえ非論理的な不安でも、共感をする言葉を一言加えるだけで、関係性は大きく変化してきます。

看取りの時期に遠くの親戚が初めて登場し、激しく自分の意見を主張することもあります。

このような場合でも、その傷ついた感情に一度焦点を当て、そこに共感してみると、状況が大きく変わることもあります。

在宅の看取りだけが唯一の正解ではありません。時には病院で看取らざるを得ないケースもまた存在します。

地域の病院医師と信頼関係を築き、協力して進めることも必要です。

そして、一歩ずつでも前に進むことも重要です。

地域としての看取りに対する対応力を育てなければ、更なる高齢社会になったときに、大変なことになるかもしれません。

例えば、少数の在宅医療専門クリニックが努力し、地域の在宅看取りを担っているような地域では、その診療所が同様の機能をいつまでも果たせるのかということが問題になります。

死亡数のピークは2035年以降にやってきます。現在のかかりつけ医、在宅医療専門医の多くはその頃に働いているか疑問です。

そのためには一例一例、手間をかけながら対応し、その積み重ねが最も重要です。

在宅の看取り 何がよいのか

- 自分なりの生活を送ることができる
 - 病院では1人の病人として管理
 - 認知症の場合には、安全のため、人格さえ否定されることも…
 - 在宅では、病人から家族の一員に戻る
- 痛みや症状が軽くなることが少なくない
 - 人生の最終段階が「敗北」ではなく、納得感や満足感を有した「到達点」に変質しうる
- 「少なくとも不幸なことではない」

32

それでも患者さんの思いを尊重して行う在宅の看取りは、私は悪くないと思っています。

それは、まず患者さんが自分なりの生活を送ることができることにあります。もし認知症の方が入院した場合、一人の「病人」として管理されてしまいます。時には転倒等の事故を避けるため、抑制といった行為を行わざるを得なくなることも起こりえます。

しかし、在宅では「病人」ではなく、家族の一員に戻ることができます。

すると、痛みや症状が軽くなることが少なくありません。そのような方にとっては、人生の最終段階が「敗北」ではなく、納得感や満足感を有した「到達点」に変質することもあります。

そして、そのことは「少なくとも不幸なことではない」と私たちは考えています。