

## 在宅フォーラム in 蔵の街 2007

人生を謳歌できる都市

畳の上で看取られるコミュニティーを目指して

(リード)

2007年1月、蔵の街として知られる栃木県栃木市で「人生を謳歌できる都市。畳の上で看取られるコミュニティーをめざして」をテーマに在宅フォーラム in 蔵の街 2007 が開催された。わが国が迎えつつある超高齢社会の現状や、在宅での看取りの意義、あり方についての講演およびシンポジウムが行われ、栃木市民や医療・ケア関係者がともに「住みなれた街で最後まで暮らす」ための方法について話し合った。その模様をお届けする。

(開催概要)

2007年1月28日(日) 栃木市文化会館にて

## 特別講演「超高齢社会における高齢者ケア」

厚生労働省企画官 藤井紀男氏

### 政府は自立支援を目的に施策を展開

介護保険制度の改正にも携わった厚生労働省企画官の藤井紀男さんは、これからの高齢社会像や終末期の療養に対する社会の意識などを解説。わが国の介護や医療に関する制度の今後の方向性を示した。

藤井さんはまず、わが国の高齢者の医療や介護をめぐる現状について述べた。わが国は、健康で自立した生活を送ることができる年数である「健康寿命」および「平均寿命」とも世界一の長寿国である一方、2050年には3人に1人が高齢者（65歳以上）であると推測されるように世界的に類を見ないスピードで急速な高齢化が進んでいる。

これまでの高齢者施策の変遷を振り返ると、1960年代の老人福祉法の制定、1970年代の高齢者医療の拡大（老人医療費の無料化など）、1980年代の老人保健法の制定など高齢者施策が展開されてきた。さらに、高齢化の進展に伴い介護ニーズが増大したことを受けて2000年に介護保険制度が施行され、それにより、介護を社会全体で支え自宅での自立した生活を支援する体制が整えられたところである。藤井さんは「さらに進む超高齢社会を展望した制度体系の実現を目指して、介護保険制度および医療提供体制、高齢者医療などの見直しを国レベルで行っている」と現状を説明した。

そうしたなか政府が力を入れているのが「健康フロンティア戦略」であるという。現在の「健康フロンティア戦略」は、国民の「健康寿命」をのばすことを基本的な目標として「生活習慣病対策の推進」および「介護予防の推進」の2つのアプローチにより政策を展開する趣旨であり、数値目標を設定してその達成を図ることにより、健康寿命を2年程度伸ばすことを目指している。

「これから15～64歳のいわゆる働きざかりの世代が減少していくなか、これから生まれてくる新しい世代の人たちに支えてもらうことになる。生活習慣病の予防や介護予防は非常に重要。さらに現在、新健康フロンティア戦略の検討が行われており、イノベーションをキーワードに療養者や障害者の持っている能力をフルに活用して充実した人生を送っていく、という視点が加わる予定」（藤井さん）

### 高齢化の速さだけでなく“高齢者の多さ”が問題となる

次に藤井さんは、10年後、20年後を思い描いていくための基礎資料として

「2015年の高齢社会像」を提示した。概要は次の通り。

#### ①高齢者人口の「ピーク前夜」へ

2015年以降の高齢化問題はこれまでと異なり、高齢化の速さではなく高さ、つまり「高齢者の多さ」である。2005年現在、高齢者は2,500万人であるが、2015年には第1次ベビーブーム世代が高齢者となり、2025年には高齢者人口は現在の約1.5倍になると推計される。2015年以降は高齢者の数自体は横ばいとなるものの、そのなかで75歳以上の人数が増えるため、医療の必要な人、亡くなる人が増える。

#### ②認知症高齢者が250万人へ

認知症高齢者は、今後急速に増加する。現在、約150万人いる認知症高齢者のうち約半数は居宅で生活している。2015年には250万人、20年後の2025年には300万人を越え、認知症の人が地域においてももっと身近になってくる。

#### ③高齢者の1人暮らし世帯が「570万世帯」へ

2015年には、高齢世帯は約1700万世帯に増加。そのうち1人暮らし世帯が全体の約1/3に当たる約570万世帯に達する。また高齢者だけの世帯も全体の約1/3あり、全体の2/3が1人暮らしまたは高齢者のみの世帯となる。

#### ④高齢者多死時代へ

現在約80万人である高齢者の年間死亡者数は今後急増し、2025年には約140万人に達する。現在、死亡者のうち8割が病院で亡くなっている状況であるが、今後、死亡者数が急増していくなか、どこで人生の最期を過ごすかという問題は、今後、どのような社会をつくっていくかを考えるなかで重要な検討課題である。

#### ⑤今後急速に高齢化するのは都市部

現在は、高齢化率が高いのは都市部ではないが、今後急速に高齢化が進むのは、首都圏を初めとする都市部となる。住まいの問題を含め、高齢化問題は従来と様相が異なってくる。

⑤の高齢化率について、都道府県別の高齢者人口の推移（2002年時点と2015年時点の推計を比較）では、埼玉県、千葉県、神奈川県各県が増加率60～70%で上位を占める。すなわち70万人規模、90万人規模で死亡者数が増える状況にある。一方、島根県、山形県、鹿児島県など現在すでに高齢化率の高い県では、10～12%程度と増加率は低い。

高齢者1人当たりの、サービスの利用状況を全国で比較すると、施設サービスの整備状況、在宅サービスの整備状況は各県で傾向が異なる。在宅サービスは少ないが、施設サービスが充実している県もある一方、その逆もある。栃木県は、施設・在宅ともサービスの量が少ない。藤井さんは「これから高齢者がますます増加するなかで、施設をつくっていくのか、在宅サービスを充実させ

るのか、県がどのような将来を描いていくのかという議論を行う時期にある。サービスを提供する医療、介護、ボランティアを含む地域力のあり方や、働き盛りの層が薄くなるなか、高齢者の暮らしをどういう風に支えていくのかを考えなければならぬ」と述べた。

### 現状を知っていることで在宅療養の可能性は高まる

次に高齢者多死時代を迎えるに当たり、終末期の療養場所についての希望に関するアンケート調査（終末期医療に関する調査等検討会報告書／平成16年7月）の結果が紹介された。それによると6割が自宅を希望、うち1割は自宅で最期まで療養することを希望している。一方その可能性についての設問では「自宅で最期まで療養できると考えるか」との問いに5~6割が「困難」と答えている。

しかしここで注目したいのは、医療・介護専門職と一般に回答者を分けて比較すると、医師・看護師では「困難」と考える割合が少なくなっていることである。つまり実際に現状を知っているからこそ、終末期に在宅での療養が可能であると回答しているのではないかと考えられる。

在宅療養が困難な理由については「家族の介護負担」と「症状急変時の対応」が挙げられている。「終末期ケア体制のあり方に関する研究」（平成14年日本訪問看護振興財団）によると、死亡1か月前の介護者の負担感は、経済的<心理的葛藤<介護負担の順に大きいが、訪問看護師の説明や支援により、不安が和らいだ介護者が7~9割と実に多いという結果が示されている。

ここで「在宅療養は可能か」を検討するための資料として、高齢者に関するサービス等（表）が示された。これは、高齢者が自宅で生活するうえで必要なサービスをいわば“頭の中で因数分解したもの”だという。

藤井さんは「この表のなかで、看取りや医療（治療・緩和ケア）あるいはすべてが足りない場合には、病院への長期入院が必要となるケースもあるかもしれないが、家族が同居していない、『見守り、相談』をする人がいないということであれば、そこを補うことにより在宅で療養することが可能となるかもしれない。これからは、在宅で療養生活を送るためには、何が必要か、それをどのように用意するかを考えていく必要がある」と述べた。

サービス等のうち、住まいについて考えたとき、欧米諸国と比べ日本で圧倒的に不足しているのは中間的な施設である。病院や施設ではなく、自分で生活を送りながら亡くなれる、例えば有料老人ホームや高齢者向け有料賃貸住宅、シルバーハウジングなどである。現在では、例えば6畳間を改築してワンルームの中にベッドとトイレと風呂を設置し、介護を受けながらこれまでと同じ部屋で過ごし、家族とも暮らせるようなつくりが技術的に可能になってきている

という。

### 生涯住み慣れた地域で暮らせる仕組みをつくる

これらの状況を踏まえ、藤井さんは今後わが国が目指す介護の方向性を示した。それは栃木市の“トータルサポート”のように生涯を一貫して支えようとする仕組みを身近にたくさんつくっていくという方向性であるという。

例えば 2006 年の改正介護保険においては、住み慣れた地域での生活の継続や中重度者への支援の強化を念頭に「夜間対応型訪問介護」が創設された。これは定期巡回と、ケアコール端末を用いた通報による随時対応を組み合わせた訪問介護サービスで、夜間の急変にも対応する。居宅にいても夜間を含む 24 時間安心して生活できる体制の整備をねらいとしたサービスの例であるという。

また「小規模多機能型居宅介護」は、通いを中心に、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービスを提供するもので、なじみの関係のなかで在宅での生活が継続できるよう支援する。

そのほか訪問看護における短時間訪問の評価や、難病およびがん末期の要介護者などが日中に安心して過ごせる場所の確保を目的に「療養通所介護」が創設されたほか、「短期入所療養介護」の日帰り利用が評価されるようになった。

### 医療連携体制のキーステーションである在宅療養支援診療所

医療の方向性としては、在宅医療の充実と医療機能の分化・連携の推進が明確に打ち出された。平成 18 年度より、高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送り、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることを選択できるよう診療報酬上の制度である「在宅療養支援診療所」が新設された。「在宅療養支援診療所」は、在宅で療養している患者を 24 時間体制で支えるもので、必要に応じて訪問看護ステーションからの訪問看護を指示したり、病院と連携するなど、さまざまなサービスのキーステーションになる。現段階では全国のすべての診療所の約 1 割にあたる 1 万か所が登録している。在宅療養支援診療所のイメージは図の通り。

在宅療養支援診療所をキーステーションとした医療連携体制のイメージは、例えば脳卒中により入院した患者の場合、病院では急性期の治療に引き続き、日常生活への復帰を目指したりリハビリテーションまでを行うが、在宅移行後は近くの在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションがかりつけ医機能（日常的な医療、健康相談、医療機関の紹介など）をもってフォローしていくといったものである。

「高齢者は様々な要因が重なって、元気な状態から何らかのきっかけで状態が悪くなって寝たきりになることも多い。しかし、例えば風邪をひいて寝込ん

でしまったときにも、体調が回復したら早めに『外へ出よう、歩こう』とかかりつけ医がアドバイスをしてくれれば、廃用症候群の予防になり、少しでも長く元気で暮らしていただくための介護予防にもつながる。在宅療養支援診療所には、このように生活全体を把握しながら、それに対し適切な対応をする重要な役割を期待している」

なお「療養病床」については、入院している人のうち医師による指示の見直しがほとんど行われていない人が半数程度いることも考慮し、生活の質を重視した施設等への転換を推進していく方向性であるという。

「医療の必要性が少ない人は、できるだけ生活する環境の整った、老人保健施設やケアハウス、あるいは在宅で療養していくことが大切ではないかという提案。6年後には、在宅療養支援診療所を中心としたサポートにより、在宅や家に準じたケアハウスやグループホームなどでも暮らしていただけることを目指している」

### 本人も全体も幸せな方向性の“支えあい”の制度へ

最後に国民全体による「支えあい」の話として、後期高齢者医療制度の創設についての説明がなされた。

国民医療費の動向を見ると、現在、高齢者が医療費全体の半分くらいを占めており、なかでも後期高齢者の医療費は全体の28.1%と高い割合を占めている。特に入院医療費に占める後期高齢者の割合が高くなっている。

後期高齢者医療費制度が平成20年4月にスタートするが、現在、その創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することなどを目的として、後期高齢者医療のあり方について検討が進められている。

藤井さんは「将来に向けて自らの生活を維持していくためには、どのような支え合いをしていけばいいかを皆で考えていかなければならない。ダイレクトに言えば、家で家族に囲まれて安心して亡くなっていくために皆のお金を使っていくのと、病院での延命医療に使うのとどちらがいいのか。自分にとっても家族にとっても全体にとっても幸せな方向性の制度というのを念頭に置きながら考えること。最終的には在宅療養支援診療所を中心とした地域のなかでの医療、そして介護が在宅生活を支える。それを病院や老健施設などが後方支援としてバックアップするという地域で支えるケアを構築することが1つの方向性だと思う」と述べた。また、制度と同様、ボランティアや近所とも連携し協力し合って地域をつくっていくことも大切であるとした。

# 高齢者の生活を支える様々なサービス等（イメージ）

**看取り**

**治療、緩和ケア**

・・・入院治療、在宅医療等

**健康管理、服薬等**

・・・通院、訪問看護等

**リハビリテーション、機能訓練** ・・・デイケア・デイサービス、訪問リハビリ等

**身体介助のための介護**

・・・食事介助、移動介助等

**生活支援のための介護**

・・・家事、外出支援等

**見守り、相談**

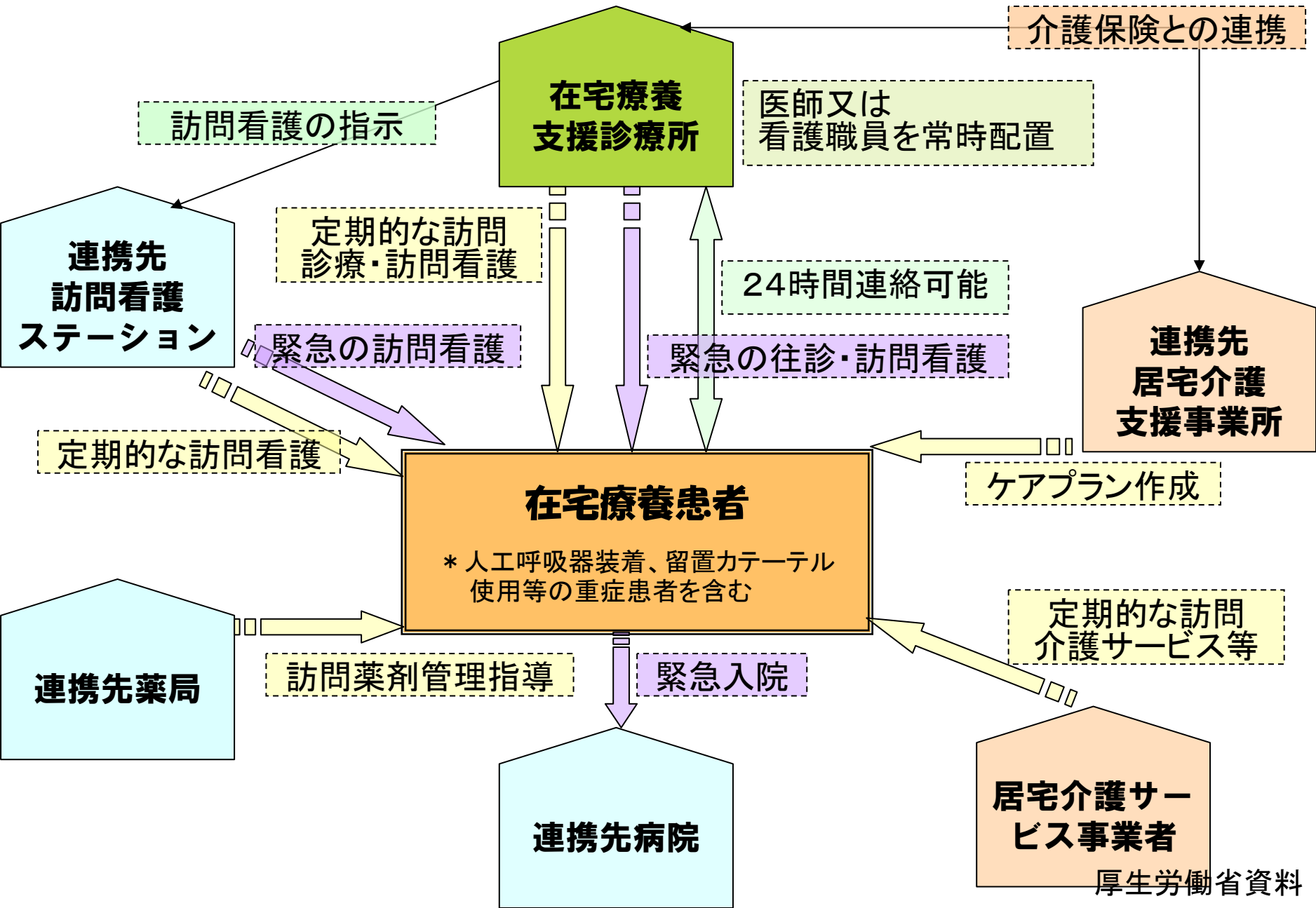
・・・家族、地域等

**住まい**

・・・自宅、その他

# 「在宅療養支援診療所」のイメージ

( 仙台市内で看取りまで含めた在宅医療を行っている診療所の例 )





基調講演

## あなたの家に帰ろう～おかえりなさいプロジェクト～

さくらいクリニック院長（兵庫県尼崎市）

桜井 隆さん

兵庫県尼崎市で開業するさくらいクリニック院長の桜井隆さんは、家庭医として外来で診療を行いながらその延長線上にある在宅医療にも力を入れている。2006年には、在宅ホスピスケアをわかりやすく紹介する小冊子『あなたの家にかえろう』\*の企画・制作にプロジェクトの代表としてかかわった。講演で桜井さんは、「本人の意思」を最優先にそれを支援することの重要性と在宅での看取りの意義を解説した。身近な例と笑いを織り込みながらのまさに「笑いと死が同じ舞台に上がった」気さくな講演に、参加者はごく自然に死の話題を受け止め、聴き入っていた。

※『あなたの家にかえろう』は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成により制作されました。

### 本人の意思を最優先に

#### 人生を支援するのが家庭医の役割

冒頭で桜井さんは、治療や療養に関する方針を決定するうえで最も重要なのは「本人がどう思っているのか」という視点であると述べ、高齢の肺がん患者を在宅で看取ったケースを紹介した。

この人は1日40本タバコを吸うヘビースモーカーで「肺がんで死ぬのは本望」と言っていて在宅酸素を行いながら喫煙を続けていた。桜井さんは喫煙を禁止するのではなく「言うとはくけど、酸素しながらタバコ吸ったらあかんで。火を着けたら燃えるから、タバコ吸うときは酸素はずして吸いや」と、きつく言い諭した。禁止するのではなく本人の意思を尊重し「喫煙者の人生を支援する」ことが家庭医の役割である。看取った妻は、仏壇に線香の代わりにタバコを供えているという。2007年4月から、禁煙支援と看取りの両方が報酬上評価されるようになったが、当初から両方を行ってきた桜井さんは、わが意を得たりの心境であったという。「今後も予防から最期までという流れにそったケアができればよいなと思っている」と語った。

### 病院死が全体の8割を超える

#### わが国の現状は異常

続いて、桜井さんは「①病院 ②診療所 ③老人保健施設 ④助産所 ⑤老人ホーム ⑥自宅 ⑦その他の場所。これは、ある書類に書かれている項目ですが、何だかわかる人」と会場に問いかけた。解答は「皆さんが必ずこれがなくては死ねない死亡診断書。順番では自宅は6番め」である。

説明によると、わが国では在宅での死亡者の割合が圧倒的に少ない(7項目中、在宅は第6位。全体の15%未満)。1976年に病院での死亡者数が在宅での死亡者数を上回り、現在では病院での死亡者が全体の8割以上に当たる。一方、現在年間100万人である死亡者数は2038年には170万人に達する見込みである。桜井さんは「生老病死や看取り、弔うことなどは日本人にとって、とても大事な文化。だから、これは大きな文化的な変化と言える。ここたった30年の間にどうしてこんなに変わってしまったのだろうか。“がん難民”という言葉があるが、年間死亡者数が急増するなか死に場所がない“死亡難民”があふれる状況になりかねない状況」と指摘した。ちなみに、米国でも全体の3分の1程度は在宅死であるなど、世界的に見ても病院死が8割を超える日本の現状は異常であるという。

### 末期のがん患者は在宅療養に向いている

そこで、在宅での看取りが進まない原因を検討するに当たり、桜井さんは自らのクリニックの概要を示した。わが国では全死亡者約100万人のうち、死因は約32万人とがんが最も多く、ほとんどが病院で死亡している。一方、同クリニックにおいてもがん患者の依頼が多く、在宅で多くのがん患者を看取っている。これまで在宅で162人看取ったうち76%ががん患者であるが、統計的にがんの種類による在宅での療養の可否の差はなく、がん患者が在宅で最期を迎えることは十分に可能であった。

ここで桜井さんは「皆さんは、わが国の死亡原因ベスト3のがん、脳卒中、心臓病のうち、何で死にたいですか」と会場に尋ねた。心臓病との回答が多いことを受け、「心臓病でぽっくりいこうと思っておられるんでしょうけれど、急に亡くなるのは困りませんか。突然というのは残された人が困ります。台風と地震を比べて地震のほうが怖いのは、予知ができないから」と話題を提示した。

桜井さんは「末期のがん患者は、死亡時期が予測でき介護期間が見えていることや介護期間が短いこと、患者が若い場合介護者も若く体力があることから、むしろ在宅ケアに向いている」という。桜井さんは、一般の麻薬(モルヒネ)への理解が少ないことや、医師が積極的に麻薬を用いて緩和ケアに取り組んでこなかったことにも、末期がん患者の在宅療養が進まない一因があると指摘した。がんの末期の患者に対する在宅ホスピスケアにおける疼痛治療のポイントは表1のとおり。

桜井さんは「きちんとしたケアを受ければ、皆さんが思っているようにがんの痛みで苦しんで死ぬことは少ない。また、麻薬の説明として“ちょっと強い痛み止め”という説明は不適當。私はリトマス紙に例えて『がんの痛みを酸性＝赤、モルヒネをアルカリ性＝青とする。酸性の水のなかにアルカリをぽたぽたと落としていったら中和したところで白くなる。同じように、がんの痛みモルヒネを投与していくと中和される。中和されたところでは副作用は少ないが、痛みがないのに使用したら危険』と説明している。あいまいにせず麻薬の説明は副作用も含めきっちりと行うことが必要。吐き気、眠気、便秘などの副作用はコントロールできることを伝える必要がある」と述べた。

### 「人生という仕事が終わるときは家に帰ろう」

そのほか「家に帰れない理由」について桜井さんは表2のようにまとめた。

なかでも、積極的な治療が難しく、残された時間が限られているという本当の情報を知らされていない人（もう少しよくなったらと考えているうちに時間がなくなってしまふなど）や、在宅で療養できることを知らない（情報不足）、家族に迷惑をかけたくない、など「自己決定」がなされないまま死を迎えるケースが少なくない。

「本人が帰りたくないと答えても、迷惑をかけないとわかれば違う“意思”が現れてくる。また、多くの方は病院で行われる治療やケアはわかるが、在宅ではどのようなサービスがあるのか知らないから選べない。例えば、昼のメニューを『中華かイタリアンか』と聞かれれば選べるけれど、『日本料理にするか、インカ料理にするか』と尋ねられたら、選べませんよね。『在宅ケア』という知らない選択肢（在宅）を選択しようがない」。自己負担が大きい場合には高額療養費として費用を請求できる、などのコスト面での情報も重要である。

また、病院死が増え、家で看取ったことがない人が増えて「看取りの文化」が継承されていないことも大きいという。「看取ったことがないと、皆さん、最後は苦しんで死ぬのだと思って不安になりがちだが、ほとんどの方が眠るように安らかに亡くなられる」。

桜井さんは「病院は最期を過ごす所ではないし、家に帰ることは特別なことではない。帰ってきた人を『おかえりなさい』と迎え『ただいま』と答えてくれるのが家での当たり前風景のはず。人生という仕事が終わるときは家に帰る。その当たり前のことを支援したい。がん末期を家で過ごすための条件(表3)を眺めてみると、在宅死はある意味人生の勝ち組なのかもしれないと思う」と語った。

### ケアの連続性と適度な距離感で寄り添う

さらに、在宅療養の支援を行うためには病診連携、医福連携はもちろん、援助者（サービス提供者）と地域住民との連携により、切れ目のない在宅ケアを提供することが必要だ。

例えば、患者はいつでも入院できるという保証があれば、安心して最期まで自宅で過ごせる。そのために、在宅ホスピスのバックベッドとしての施設ホスピス、緩和ケア病棟との連携が必要である。また、医療と福祉の垣根のない潤沢なサービスが整備されることが望ましい。隣人としての地域住民のさりげない支援も必要である。「地域全体がホスピスである」という概念をもっていけば、地域での看取りは十分可能であると桜井さんは言う。

援助者の在り方については「生老病死の人生の流れのなかで、悪くなってしまってから最期にだけかかわるのではなく、継続的に濃淡の付いたホスピケアでかかわっていけるとスムーズ。人生が山から海へ流れていく川だとすれば、介護難民になるということは、切れ目ができてしまうということ。そうならないように“いい加減”に“適当に”寄り添えればいいと思う。あんまり近寄りすぎると疲れるし、支えられずに倒れてしまう。援助者は中腰でちょっと下がって待つぐらいでかかわれたらいいと思う。本人と家族の自立を支えられるよう、少し引いて適当な距離感で支えていきたい」。

さらに、桜井さんは尊厳死、安楽死についても触れた。「日本では事件・事故のマイナスの面から議論がスタートされがちだけれど、尊厳死、安楽死とは、本来は安心して楽に亡くなるために、それまでどう生きてどう死を迎えるかという話のはず。そろそろ前向きな議論が必要なんじゃないかと思う。終末期の医療行為について自分たちのなかで考えておくことが必要になってくる」と語った。

### 死を日常のなかに取り戻し、命のバトンをつなぐ

また、看取りのあり方について桜井さんは「昔は部落や村で看取ったが、村や家族が崩壊したため、仕方なく医療や介護の専門家に投げ渡してしまった感じ。仕方なくわれわれ医療者は病室のなかで死を運んで、家族を外へ出して治療をするような医療を行ってきた」と現状を分析。死の日常化を進めるべきだとした。「“死の日常化”というのは、戦場のように毎日人が亡くなるという意味ではない。“障害のノーマライゼーション”の捉え方と同じように、死を当たり前のものとして生活のなかに取り戻すという意味。病院は死を専門家に預ける場所。日常から隔離され病室のなかで閉じ込められてしまった“死”を、いかに日常のなかに取り戻すか考えていかななくてはならない」

また、在宅ケアの現場では教わることが多いと桜井さんは言う。在宅で患者を看取った際、亡くなった人の孫が自然に死を受け入れ、遺体に触れて生前と

同じように故人に親しむのを何度も目にしてきたという。亡くなった人を前に「おじいさんは、生きていたときによく遊んでくれたよね」と自然に故人に思いをはせる時が生まれる。「子どもは、家族が遺体になって病院から帰ってきたら、近寄らなくなってしまう。在宅では命のバトンを渡すことができる」

### あなたが「家に帰りたい」と願う意思が大切

そうした背景から誕生したのが、小冊子『あなたの家にかえろう』であるという。「まず、あなたが“帰ろう”と思うために情報提供をするのが目的。あなたが願うなら在宅で人生の締めくくりを迎えることができる、そんなメッセージを込めた。あなたが『家に帰りたい』と思うなら、その意思が最優先。次に支えようと家族が考えることが2番目。それから医師や看護師、ケアマネジャー、ケアスタッフなどの支援者がさまざまなサービスを提供し、コストが発生してそれを社会の制度が支えるという順序が大切」と桜井さんは強調する。さらに「サッカーの試合に例えるなら病院はAWAY(敵地)、自宅はHOME。HOMEにはサポーターもたくさんいるから、がんばれる。だから病と闘う場所はできればHOMEがいい。それをわれわれ援助者は居宅に“おじゃまする”くらいの距離にいて支援できればよいと思う」と語った。

最後に桜井さんは「私がうれしいのは継続性をもったかわりが続けられること。例えば、継続して診ているので遺族が外来を訪れることがある。そのときの『眠れない』という訴えが、故人の一周忌と時を同じくしていることに看護師が気づいて“医師として”ではなく“人として”そのおばあちゃんの話をお聴きするように促されたこともある。これからは、在宅に特化した専門診療所も必要になってくると思うが、身近な町医者が、“禁煙指導から看取りまで”皆さんを継続して支えることを地域と一緒にやっていければ、人生の最期を家で過ごすという“あなたの家に帰る”改革を推進できると思う」と述べ、講演をしめくくった。

#### 表 1. 在宅ホスピスケアでの疼痛治療

- ・ 痛みの訴えは無条件に信頼する。
- ・ 痛みや苦痛は過小申告されていると考える。
- ・ 医療者の仕事はまず身体的苦痛を取ること。  
(全人的苦痛を考える暇があったら、まず身体的苦痛を取る)
- ・ 在宅ケアではまず先手、早めの対応、次の一手の置き薬を。
- ・ 痛み止め。たくさん飲みたくなければ早く飲もう。
- ・ 麻薬(モルヒネ)の説明はきっちりと。

- ・ 痛みをとるために最善を尽くすとはっきり伝える。

## 表 2. なぜ家に帰れないのか

- ・ 病院で死ぬのが当たり前だと考えられているから。
- ・ 退院＝もう打つ手はない、見捨てられるという誤解。
- ・ 医療、病院という温室から出たくない、出たくないという気持ち。
- ・ 本当の情報に基づいた自己決定ができない、それを支援できない。
- ・ 在宅ケアのメニューがわからない。
- ・ コスト面での不安→がん保険・死亡保険などが、たいてい在宅医療にも適用される。そのほか、死亡保険金を前倒しでもらえるリビングニーズ特約、土地を担保にお金を借りられるリバースモーゲージなどの存在を知らない。
- ・ 社会制度の不備介護保険では要介護2以上にならないと特殊寝台(ベッド)が利用できない、身体障害者手帳も申請してから利用できるまで時間がかかる)
- ・ 家族に迷惑をかけるという心配
- ・ 家で介護できるのだろうかという家族の心配。・情報不足のためこれから(特に最期)起こることがわからない。

## 表 3. がん末期を家で過ごすための条件

そうは言っても、やはり…できれば…(編注:家族に迷惑をかけたくない、だが、本当はできれば帰りたい)。

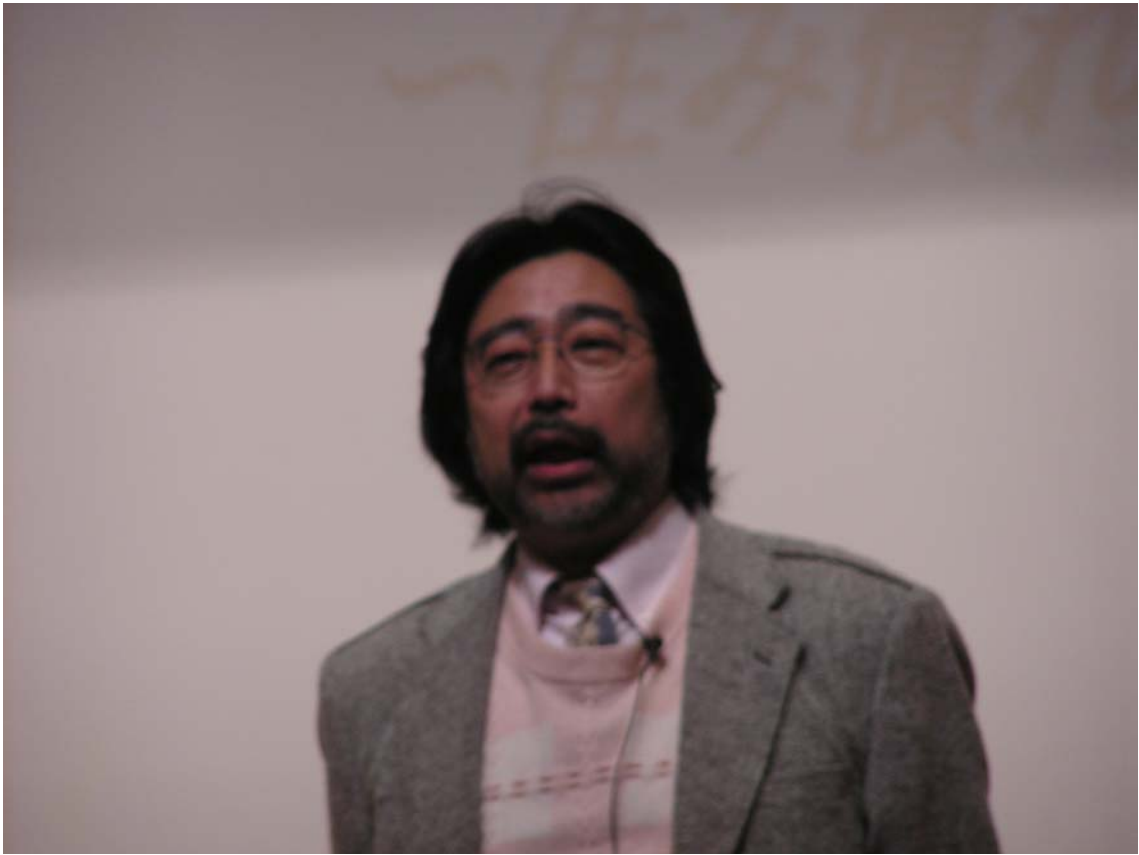
- ・ 本人が在宅を希望する。
- ・ 家族が納得し、支援する。
- ・ 医療や看護、介護のサポートがある。
- ・ 痛みのコントロールが可能である。
- ・ ある程度の居住環境と経済状況
- ・ 緊急時の受け入れ病院が確保できる。
- ・ 同居していない親戚等の強い反対がない。

## ○お知らせ○

小冊子『あなたの家にかえろう』をご希望の方は、「おかえりなさい」プロジェクト事務局までお問い合わせください。

TEL. 06-6431-5555 FAX. 06-6431-0666

E-mail. Okaeri\_p@yahoo.co.jp



桜井 隆さん

シンポジウム

## 在宅で看取る

コーディネーター	: 太田秀樹 (医師)
助言者	: 桜井 隆
パネリスト	: 日向野義幸 (栃木市長)
	: 植竹展子 (家族代表)
	: 手島隆志 (下野新聞記者)
	: 中島幸子 (訪問看護師)
	: 渡辺邦彦 (在宅ホスピス医師)

### 看取りを支える取り組み～それぞれの立場から～

コーディネーターの太田秀樹さんは、初めに簡単な自己紹介を兼ねて、パネリストから看取りとのかかわりについて話を聞いた。

栃木市長の日向野義幸さんは、まず「市民の皆さんが笑顔で栃木に住んだことを喜びあえるような環境をつくりたい」と語り、新しく栃木市が設置した福祉の取り組み「福祉トータルサポートセンター」を紹介した。福祉トータルサポートセンターは、「ふつうに、くらすことのできる、しあわせ」が合言葉。すべての人が普通に暮らすことを幸せだと思えること。それを行政がしっかりと支援していこうとの考えに基づき立ち上げられた機関であるという。

具体的には、機関や部門の縦割りを廃し、当事者を中心に、継続的かつ一貫した支援体制づくりを行うもので、センターは関係機関の連絡調整を行う。

「社会的弱者を救い支えなければならない国の法律や制度、仕組みが、実際に利用する生活現場では生活者の視点では提供されていない。むしろ、その法律や制度があるために個人の地域社会での自立や社会参加、時間が分断されてしまうような、縦割り行政の弊害も起きている。われわれは、そんな“制度優先”から“人優先”の制度へと切り替え、細切れ的に行っていたサービスや、バラバラにかかわってきた機関・人の接着剤として機能し、“その人が生まれてから死ぬまで一生涯”しっかりとサービスを提供するトータルサポートという理念にチャレンジしているところ。社会のトータルサポートのなかで看取りをどのように担っていくか皆さんと一緒に勉強していきたい」と述べた。

続いて、在宅での家族の看取りを体験した家族の立場から植竹展子さんがコメントした。植竹さんはこれまでに、自身の祖母、兄、母、父と家族を介護し



看取ってきているが、特に一昨年、老衰で亡くなった父の看取りでは満足あるケアができたという。

「入退院を繰り返したとき、次に入院となったら在宅でとの固い意志があったので、在宅での介護と看取りを選んだ。ヘルパーを最大限に入れ、訪問看護師に十分支えてもらうことで、フルタイムの仕事と介護を両立させることができた。看取った後も、悲しみはあるが仕事があるのでしっかりと立っていることができた。皆さんに支えられながら自宅で看取れたことに満足している」と語った。

つづいて地元で在宅ホスピスケアを展開している医師の渡辺邦彦さんが自己紹介した。渡辺さんは、脳神経科医として20年間、悪性脳腫瘍の患者を診療し、その後、栃木県立がんセンターの緩和ケア病棟で3年間勤務した。センターは年間約150人を看取る。「さまざまな患者がいたが、最後まで家で生活したかったという方がたくさんいらっしゃる」という。そこで、渡辺さんは往診を申し出たが、公立病院であるため出張届が必要で、さらに夜間は事務職がないので往診ができなかった。そこで、自分で在宅療養支援診療所をつくり患者の訪問診療を行おうと考えたのだという。現在は、その志に賛同した医療法人陽気会のバックアップにより2006年11月に在宅ホスピスとちのきを開設。所長として栃木県内のがん患者を診る毎日である。

訪問看護ステーションの管理者を務める中島さんは、日ごろ行っている訪問看護師の仕事の内容を紹介した。中島さんは、2000年4月に訪問看護を始め、2003年6月、栃木市で訪問看護ステーションオリーブを有限会社として立ち上げた。ステーションの名前は、「皆が平和に栃木市で暮らせるように」との願いを込めて“平和”の花言葉を持つオリーブの花からつけたのだという。

同ステーションでは24時間365日のサポートを行っている。「夜間は携帯を当番で持ち、いつでも出動できるようにしていることを患者さんに説明すると『とてもたいへんだね』と患者さんは言ってくれる。でも、命を預かる仕事なので24時間365日体制は使命」と中島さんは言う。

同ステーションでは、これまでの3年強の期間のなかで34人（うち悪性疾患14人）を看取っている。中島さんが看取りを通して感じ、学んだことは「患者が家にいたいと強く思うことと、それを家族が看たいと思うことがいちばん大切」であること。「何年もの療養生活を送った方と、悪性疾患で短期決戦の方、また、悪性疾患のなかでも告知をしている人としていない人では気持ちの経過が異なる」ことなどである。中島さんは、主役は本人と家族であり、家族が看取ってあげたいと思っているのであれば、「在宅で看取ってよかった」としてもらえよう、最後まで主治医やケアマネジャー、他のサービス提供者と連携を取り、一体となってサポートしていくことが大切だと考えている。

しかし、どんなに家族が最期まで家で見てあげたいと思っても、最後の最後まで家族の心はやはりゆれている。そのときに「ゆれてもいいんですよ。ゆれて当たり前なんですよ」という思いで、そのゆれる心に寄り添い、支えて看取りまでお付き合いすると中島さんは言う。

「家族は『最期まで苦痛のないようにお願いします』と言う人が多い。だから、在宅酸素を導入したり、麻薬を使用して、最後まで苦痛のないようにする必要があると思う。麻薬を使い、緩和ケアに切り替えていくことで、延命治療を行わない分だけ、命は短くなることがあるかもしれないが“量より質”だと考えていえる」（中島さん）

続いて、下野新聞社のくらし文化部でおもに医療関係の取材活動に携わっている手島隆志さんが自己紹介した。手島さんは、昨年3月に栃木市に住むある在宅がん患者の生活や在宅医療の様子を取材した記事を10回連載した。下野新聞社が今まで取り組んでこなかったテーマであり少しとまどいもあったが、記者として感じたことも含めて連載し、読者からもさまざまな反応があり、やってよかったという。取材の経験と一般市民としての視点でコメントしたいとした。

## 満足度の高い在宅での看取り

### 一方で困難性も

引き続いて討論が行われた。太田さんはまず、在宅で看取ろうと考えるかどうかは在宅での看取りの経験があるかどうか、つまり「個人的な経験」に依拠している印象であると述べ、植竹さんにその思いを聞いた。

植竹さんは「20年近く介護生活を送ったなかで、父の気持ちを尊重し、尊厳を守る点で排泄の問題がいちばん厳しかった。汚れた下着を何回も交換することは本当にたいへんだったが、おむつだったら長く生きてはいけなかったのではないかと思う」と述べた。また、介護される人はもちろん、介護者にとっても介護しやすい環境が重要であるとした。

太田さんは「患者が家に帰ってくると元気になる。環境は本人の生命力、免疫力、生きる気力にとっても影響してくるので、病院ではもっと寿命が短かった可能性もある」とコメントした。

続いて、同じく医療の受け手の立場からの手島さんに発言が求められた。

「3か月間の取材を経て、がん末期の患者の生活イメージは変わったか」との問いに手島さんは「初めはもう少し苦痛があるのではないかと思っていた。しかし、取材対象者の方が療養生活にあっても、毅然としていて、おしゃれできちんとした服装をしてごく普通の生活を送っていたのでだいぶ印象が変わった」と語った。また「主治医が『病院と遜色ない医療を行える』ときちん説明して

おり、こういう医師の言葉を聞けば在宅療養を選ぶ人も増えると思った。しかし、同じ医師でも病院に勤務しているときには、積極的に同じ言葉で在宅療養を勧めることは少ないのが現実」と述べた。

太田さんの「勤務医には見えないことが在宅にはあるのではないか」との問いに渡辺さんは「あります」と即答した。「24時間365日、自分が非番でも、だれかしら必ず患者の近くに医療者がいる体制が整っている病院では、医師自身も守られている安心感があるが、それと比べ、通常は患者と家族だけになる在宅の医師は緊張感がある」と在宅医の心情を渡辺さんは説明。一方、初めて看取りを経験する家族と一緒に無事看取りを終えると、多くの家族が悲しみもあるが、乗り越えたという安堵感と充実感に包まれていることに気づいたという。「死の兆候としての下顎呼吸が見られたとき、家族に『これは危篤っていうことなの』と尋ねられ、臨終に立ち会う必要のある身内を呼ぶよう促すなど、在宅医は“一緒に看取っていくこと”を積極的にやっていける」（渡辺さん）

桜井さんも、小冊子『あなたの家にかえろう』には、「旅立ちまでの体の変化」として死の兆候が書かれていることを紹介。「死ぬ経緯を伝えることが一番重要で、そのためにこの小冊子をつくった。こういうことをちゃんと知らないで看取りはしにくい。専門家が隠して教えないのはおかしい話」とコメントした。在宅医の取り組みは、看取りの文化が伝わらない現状において、医療者が文化を継承する役割を現場で行っている印象であると語った。

訪問看護師の中島さんは、うまくいかなかった看取り例に触れた。この例では、脳腫瘍の母を看っていた娘が、入院していた病院がいやで自宅に連れ帰り、訪問看護を依頼してきた。患者は、病院にいたときのままの状態、気管挿管し、経鼻チューブを入れ、鎖骨下から中心静脈栄養（IVH）カテーテルも入れるといういわば重装備の状態であった。中島さんは、医療ニーズの高い人でも在宅で看取れることを伝え説得したが、娘は納得できず、結局また病院に帰ってしまったのだという。

太田さんは、「在宅での看取りは医療の受け手と提供者、双方の満足度が高い一方、必ずしもうまくいく例ばかりでもなく、その困難性について中島さんに示してもらった」と説明した。

### 在宅での看取りを広げるために

ここで太田さんは、在宅での看取りを積極的に、当たり前を受け入れてもらうための工夫について尋ねた。

日向野さんは、福祉トータルサポートセンターについてさらに詳しく解説し、行政の立場からの方策を示した。「サービスが縦割りであるために、本来、社会的弱者を支えるはずの法や制度、しくみが生活を邪魔することが実際ある。制

度や法体系の隙間はどこなのか、何が足りないのかを見極めて制度と制度の隙間を生めるための支援計画をしっかりとつくる必要がある。看取りであれば、“人生の最後を生きるための計画”づくりが必要。すべてこま切れだったサービスを人の一生に置き換えて提供するための接着剤の役割を市が担っていく。学齢期の障害児から看取りまで、一生をトータルサポートセンターが支えていけるような機能を市が持っていきたいと思っている」（日向野さん）

手島さんは、「医師は『在宅でも医療行為を行える、診ていける』ということをしつかり情報発信し、それをメディアも伝えていく。理想的な亡くなり方、人生の終焉を社会に広げていくことが必要」と述べた。

渡辺さんは、民間のがん保険では、病院でがん医療を受けるとお金が下りるのに在宅療養では下りないものがあるなどの例を挙げ、在宅ホスピスにお金が下りるような仕組みが必要であると指摘した。

桜井さんは、在宅医療を志向しない医師が無理に在宅医療を行ってもあまりいい結果にはならないので、むしろ若い医師に現場を見せたり、今まで診てもらった近くのかかりつけ医に、市民側から看取ってほしいと投げかけていくことが有意義だとした。いわば「市民が医師をうまく使う」ことが大事なのだと太田さんはコメントした。

ここで渡辺さんが、病院との連携について問題提起した。

渡辺さんは、患者が病院から在宅に帰ってくるとき、残された時間が少なすぎることを問題視している。「病院の医師には『そこまでやる必要があるのか』と考えてほしい。残された時間が限られている患者にたくさんの管を入れるような濃厚な医療が行われ、在宅に帰って10日程度しか過ごせない場合が少なくない。せめて2～3ヶ月のところまでバトンタッチしてほしい」と述べた。

太田さんも「病院では治療期間を引っ張りがちだが、治療に期待を持たせると弱い立場の患者はその治療にすぎる。果たしてそれが人生の質にプラスになるのかというものさしで計ると必ずしもそうではない。在宅での看取りは大変だが、達成感やすがすがしいものもあり、在宅で過ごせば死を受容する、つまり“死と和解する”時間を得ることができる」とコメントした。

### 市民は医師をうまく使ってほしい

最後に太田さんは、在宅で看取るための「医師とのつきあい方」、「医師の役割」について発言を求めた。

日向野さんは、「総合診療を行える『かかりつけ医』、『ホームドクター』が増えないと自宅で看取る環境を支えていく医療基盤はできない。かかりつけ医がチームになって、継続的かつ一貫した支援（トータルサポート）を担っていただけだと看取りは進んでいくと思う」と語った。

植竹さんは、「父の時には 30 年ほど診てもらったかかりつけ医がいて、よい関係が築けたから看取れた」としたうえで、同じ医療者である訪問看護の重要性について触れた。訪問看護師は、季節の折々を伝えてくれたり、2 時間おきの体位交換に必死になる植竹さんに、「(体位交換をしているときは) お父さんも眠れないのよ」と言って、気持ちを楽にしてくれるなど介護家族全体をサポートしてくれたという。

渡辺さんは、「緩和ケアの教育を受けていないため、緩和ケアの面白さ、大切さに気づくのに 20 年かかった。一度専門のなかに入ると、そこで修練しなくてはならないため緩和ケアにかかわることが非常に大変なので、緩和ケアをやりたかったら、入ってきやすいシステムが必要」と述べた。

中島さんは、医師と看護師の間では「お互い頼みやすい関係づくり」が大切であるとし「携帯電話の番号を聞いておくなど、こまめな関係づくりが功を奏す」と語った。

手島さんは、「報道の立場としては、地道に在宅の医師の姿を伝えていく」とコメントした。

太田さんは、医療の提供者と受け手が一体となってコミュニティーを作り上げていくことの必要性を強調した。

まとめでは、太田さんと桜井さんからそれぞれ「在宅介護し、看取った家族に表彰状をあげてほしい」、「在宅で看取った最期の月には費用の助成をしてはどうか」など創造的なアイデアが日向野さんに向けられ、会場には和やかな雰囲気広がった。最後に桜井さんが「がんになっても、家で死ぬのもいいかなと思う人、手を挙げてください」\*と尋ねると、迷うことなく多くの手が挙がり、拍手のなかシンポジウムは閉会となった。(了)

※桜井さんの基調講演時、「わが国の死亡原因ベスト 3 のうちなにで死にたいか」との質問ではがんの回答率は最も低く、「ぼっくりいけそうな心臓病」との回答が多かった。

