

自分で選ぶ生き方、そして逝き方



特集 ~終末期医療を考える~ ターミナル Terminal

人生という旅の終着駅(ターミナル)は 病院ですか…それとも、我が家ですか

患者が自分の意思で最期のあり方を選ぶために
終末期医療とは、延命を目的とした治療ではない。余命の「人生の質」(Quality of Life)を向上させるため、患者が死を主体的に迎えられるよう援助することである。

治癒困難な末期がんなどの患者とその家族が抱える、身体的または精神的な苦痛の軽減を重視した「緩和ケア」が主となる。

死を迎える場所の代名詞 死が病院である日本社会

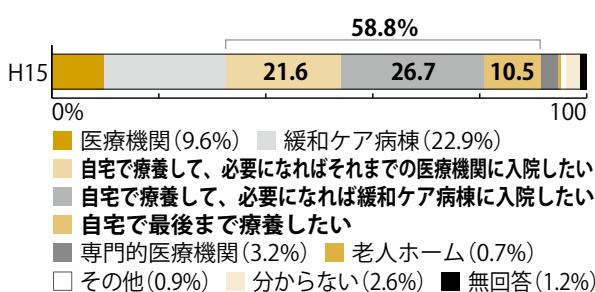
本来、死は生の延長線上にある、日常の営みだ。だが現実は、昭和51年以來、日本では「病院死」が死の代名詞となっている(グラフ1)。特に、がんの病院死亡割合は顕著で、欧米の3～4割に比べ、日本では9割以上の患者が、病院で死を迎えていた。高齢化する日本社会。これ

は、今後「死」が急増することを意味する。病院死が増加し、限られた病床と地域医療を圧迫する構図だ。

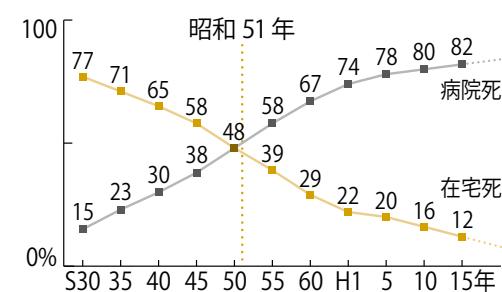
在宅死に必要な「診る」体制 ではなく「看る」体制

一方で、国民の約6割は、在宅死を望んでいる(グラフ2)。これを受け、厚生労働省は平成16年、自宅での死亡割合を4割に引き上げる目標を掲げた。静岡県でも、平成20年に「静岡県がん対策推進計画」を策定し、在宅緩和ケアの普及を図っている。

終末期医療の英訳は「ターミナルケア」(Terminal Care)。ターミナルは「末期」と同時に「終着駅」を意味する。列車が駅に滑り込み旅が終わる前に、残された時間を我々はどう自分らしく過ごすことができるのだろうか。在宅看取りの視点から、島田市の終末期医療を追つた。



【グラフ2】(国民が希望する)終末期における療養の場所
(平成16年 終末期医療に関する調査等検討会報告書より)



【グラフ1】病院死在宅死の年次推移
(平成18年度 人口動態調査より)

「ただいま」で始まる、最期の準備

迎える家族

功さん (P10 ~ 13) を、自宅の玄関で出迎える小澤さん一家。左下から時計回りに、勝さん・美和さん・ふきさん・雅弘さん・くに恵さん・夢乃ちゃん。

せーの：お帰りなさい。待つてたつけよお。





市立島田市民病院
緩和ケア内科 部長

ひ ろ せ ひ か る
廣瀬 光

Hikaru Hirose

市内のがん患者さんの大半は、当院を受診しています。治療や療養の苦痛を和らげる緩和ケアを院内で確立することは、私の急務でした。その中で「最期はやはり、自宅で迎えるのがいいのでは」との思いから、平成15年に緩和ケア科(現在の緩和ケア内科)を開設。その年は、38人も在宅で看取ることができました。

平成19年には、態勢を充実させた「緩和ケアチーム」を発足。みんな専従ではないため、患者さんは治療科の主治医との関係を保てます。その上、メンバーが院内に散らばることで、在宅緩和ケアを希望する患者さんに気付く機会も増えました。私も、外来だけでなく、病室に伺って患者さんの声に耳を傾けることができます。

がんのイメージといえば「痛い・怖い・苦しい」でしょう。しかし、適切な薬剤の使用により、体に不利な障害を与えることなく、疼痛を取り除くことができます。また、痛みの緩和により、患者さ

実現

自宅のベッドは、病院の特別療養室と同じだと思って欲しい

人が精神的な不安や苦痛から開放されることも期待できます。

「病院と同等の医療や看護を受けられないのでは」という不安から、在宅療養をためらう患者さんがいます。そのため、緩和ケア内科では、昼夜を問わず携帯電話で患者さんからの相談を受け付けています。患者さんやその家族には「家のベッドは、病院の特別療養室だと思ってね」と声を掛けています。

現在では、当院で亡くなるがん患者さんの4分の1を、在宅で看取っています。島田市の自宅死亡率も、他市と比較して突出しています(表1)。しかし、がん患者さんの自立度は高い訳ではなく「帰りたいから帰す」のでは、医師の役割を果たせません。

そこで、従前から在宅介護を支えている診療所の皆さんとの協力を得て、病診連携によるリスクの軽減を図っています。事前に患者情報を病院に登録してもらえば、救急時にも療養の経過や服用中の薬などがカルテ上で確認できる仕組みです。互いの信頼関係は、患者さんの安心や満足につながっていると思うのです。

終末期医療にとって、この地域の医療環境は潤沢とはいえない。がん患者さんの在宅介護期間は平均約45日。この大切な時間を本人や家族が充実して過ごすためには、医療制度と介護制度の連携と、個人と地域の理解が必要です。島田市には「帰りたい風土」があります。私たちの取り組みが地域を牽引し、このまちに「看取り力」が広がることを期待しています。

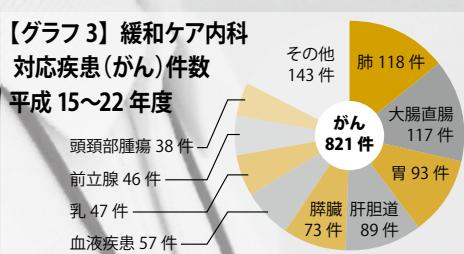


地域	総数	病院死	自宅死	自宅死亡率
静岡市	6,761人	5,290人	1,017人	15.0%
焼津市	1,279人	1,005人	177人	13.8%
藤枝市	1,063人	726人	196人	18.4%
島田市	989人	654人	242人	24.5%

【表1】静岡県中部各市の自宅死亡率
(2008年静岡県主要統計資料より抜粋)



病診連携の進展で、地図上のピンが増える



足浴は、がんを患うMさんの心と体を癒やす



市立島田市民病院

訪問看護係 副主任看護師

ふじわら かずこ
藤原 和子

Kazuko Fujiwara

当院の訪問看護は、平成10年に2人の看護師が病棟業務と兼務する形で始まりました。平成15年に緩和ケア科が開設され、在宅看取りの件数が増加したため、専任の体制に改めました。昨年10月からは、3人の看護師が患者さんの自宅を訪問しています。

平均16回。これは、がん患者さんを看取るまでに、私たちが自宅を訪問する回数です。家族が見守ることができる程度の療養であれば週に1回、ベッドに寝たままの療養だと週に3回です。限られた機会の中で、患者さんの信頼を得るには、退院前から本人や家族の心配を、ひとつずつ取り除く必要があります。

緩和ケア内科外来の受診者が、訪問看護を希望する場合は、退院前に私たちが診察室に同席し、訪問看護の説明をします。また、帰宅してからも、訪問看護師の携帯は昼間、廣瀬医師の携帯は24時間体制で相談に応じています。医師や看護師と患者さんの「つなが

地域全体が大きな病院となり、終末期医療を見守る未来を

り」は、安心の担保。容態が急変しても「つながり」があれば、落ち着けるはずです。

在宅看取りの場合、患者さんは病気を抱えたまま帰宅することになります。当然、体調の悪化も想定されるので、本人はもちろん、家族の不安に対するサポートが重要です。例えば、緩和ケア内科が対応した疾患で一番多い肺がん（グラフ3）の場合、患者さんの呼吸が荒くなると、家族の心配が募ります。その際は、病院に戻る選択も可能です。最終的な決定は医師が行いますが、私たちも本人や家族とよく相談し、最良の決定が出来るようお手伝いします。そして、患者さんと家族がその後の療養に対して抱く不安を和らげるためにも、医師と看護師の信頼関係を大切にしています。

命の終わりは、誰にも訪れること。しかし、どこで最期を迎えるかは、それぞれ違います。愛する家族に囲まれて、徐々に息を引き取る在宅看取りには、穏やかで温かいを感じます。

一方、現在の体制で在宅看取りを選択する家族には、ある程度の負担が強いられます。でも、退院の決意を後押しするのは、迎えてくれる地域の「看取り力」の向上です。もし、市街地と過疎地で格差のない終末期医療の提供が可能になれば、家族の負担はもっと軽減されます。それには、関係機関の連携と、住民の関心・理解・協力が不可欠です。まち全体が大きな病院となり、終末期医療を見守ることができれば、在宅看取りがより身近になると思います。



市立島田市民病院
地域医療連携室
医療ソーシャルワーカー
くわまつ つねひこ
樽松 常彦 係長

私たち医療ソーシャルワーカー（医療相談員）の業務のひとつに、入院患者さんの退院支援があります。相談内容は多岐にわたりますが、最近は人生の最期を病院ではなく、自宅で迎えたいという患者さんや家族が増えています。

在宅看取りを選択する患者さんにとって、退院のタイミングは重要です。機を逸せずに安心して自宅に帰ることができるよう、診療所やケアマネジャーとの円滑な連携が求められます。

そこで当室には、より迅速な病診連携を図るために、島田市医師会から職員が派遣されています。また、診療所から提供される在宅介護中の患者情報を、病院のカルテに入力・更新し、救急搬送時などの診察に活用しています。

支援 */ support /*



健康づくり課
島田市居宅介護支援センター
「はなみづき」ケアマネジャー
鈴木 仁枝 主任保健師

住み慣れた家で、最期を見取れる地域へ 介護の限界を、理解と支援で乗り切る

「はなみづき」は、県の指定を受けた居宅介護支援事業者です。私たちケアマネジャー（介護支援専門員）が、在宅介護を希望する人に合ったケアプラン（居宅サービス計画）を作成します。入院中の患者さんの場合、地域医療連携室からの意向や状況を把握し、プランの案を検討します。その後、退院前に主治医やソーシャルワーカー、そして訪問看護師や福祉用具貸与などのサービス業者を交えて、具体的な居宅ケアプランを作成し、関係機関の調整を行います。

介護サービスの利用には、要介護認定が必要です。しかし、在宅看取りを希望する場合など、即座の対応が必要で認定が見込まれる人へは、認定の申請をした日から利用できる場合があります。

利用者の心身が少しでも和らぐケアマネージメントに心掛けていますが、利用者の容態や家族の介護力は日々変化します。病状に応じたプラン変更にも対応できるよう、地域のネットワークを大切に、利用者の声に耳を傾けています。



20歳代
まつむら ひさみ
松村 寿美さん
川根町身成

病院>自宅



50歳代
ながやわ けいこ
長谷川 恵子さん
神谷城

病院>自宅



30歳代
たねもと たかし
種本 高士さん
川根町笹間上

病院>自宅

母方の祖母は、自宅で家族や親族に見守られながら、看取られました。それは、とても感動的な体験でした。私も、家族は自宅で看取りたいと強く思います。しかし、仕事を持つ自分が実際に介護をするとなると、介護休暇の取得促進や、訪問看護と診療所の連携など、在宅看取りへの社会的支援と地域医療の充実を、今後期待したいと思います。

家族が最期の場所に自宅を選ぶならば、一緒に帰りたいと思います。しかし、理想は在宅でも、現実は病院かもしれません。延命のためではありませんが、自分が見てもらう側ならば、家族への負担が気になります。見る側であれば、やはり心細いです。病院と同等の医療サービスを、自宅で受けられるならば、不安を取り除けるかもしれません。

もしも自分の余命を宣告されたら「生かされるよりも、生き抜きたい」と決断すると思います。だから、緩和ケアや在宅看取りという言葉になじみはありませんが、最期は自宅で迎えたいですね。四世代家族なので、きっと独りでは寂しいです。病院との距離も悩ましいですが、治療の効果が見込めないならば、自分が看取る側になっても同じです。



理想の看取りは、在宅だけではない

それぞれの選択、それぞれのターミナル

家族の精神的・体力的負担を考えると、「帰ろう」と言われても、病院に残るつもりです。逆に、家族が「帰りたい」と望めば、今は冷静にその願いをかなえてあげたいと思います。でも、苦しむ家族の姿を実際に目の当たりにすれば、困惑して入院を勧めるかもしれません。いずれにせよ、高額医療費制度や居宅介護サービスなどの更なる拡充を望みます。

在宅看取りという言葉は、何となく知っています。私は、家族の理解が得られるならば、自宅で最期を迎えるたいと思います。一方で、在宅看取りというと、介護に対する家族への負担が心配です。在宅介護は、体力的にも3ヶ月から半年が限度ではないかと思います。医師の往診や家族の不安の解消など、サポート体制が充実していないと難しいですね。

自分が幼いころ、祖父は自宅で横になりました、祖母が寄り添っていたのを覚えています。がんを再発し、本人の希望で延命治療を施さなかったそうです。手を取り合い、気軽に声を掛け合うなど、家族にしかできないケアもあります。医師が身近な存在でいてくれるならば、家族の最期は自宅で看取りたいです。一緒にいる姿が、家族の姿だと思います。



40歳代
みうら まみ
三浦 真澄美さん
井口



60歳代
なかむら ひでお
中村 秀雄さん
島



10歳代
すぎやま にぎ
杉山 仁木さん
中溝町

人生の終着駅を選ぶとしたら、どこですか

長崎県長崎在宅 Dr. ネット



理事長
藤井外科医院
藤井 隆 院長



副理事長兼事務局長
白髭内科医院
しらひげ ゆたか
白髭 豊 院長

認定 NPO 法人
長崎在宅 Dr. ネット
<http://doctor-net.or.jp/>

先例 *precedent*

地域の特性を活かした「看取り力」向上への取り組み



おかえりなさい
プロジェクト 代表
さくらいクリニック
さくらい たかし
桜井 隆 医師

<http://www.reference.co.jp/sakurai/>

トケターネットの特徴は事務局が在宅療養を望む患者に合った主治医と副主治医を、コーディネート（調整）する点です。事務局は、病院から依頼されると、患者情報を探してメールで73人の連携医へ送信。手を挙げた連携医一人は、

夕ーネットは副主治医という形で軽減しました。そして「医師が対応できない」という理由で「自宅に帰りたいけれど帰れない」患者がいなくなるよう、介護・看護職など多職種と連携しながら、その実現に取り組んでいます。

ネット」を設立しました。きつかけは、藤井医師が、ある末期がん患者の在宅診療への協力を、白髪医師に相談したことでした。病院から自宅に帰りたい一人の患者を、二人の開業医師が支え合う体制。この取り組みは、緊急時や不在時の医師の負担を軽減すると共に、患者の大きな安心にもつながりました。

ドクターネットには、連携医に加え、専門性の高い診療科の「協力医」44人と、大学病院などに勤務する「病院医師」43人が加入しています。診療所同士の連携に病院が加わることで、医療依存度が高い患者さんでも在宅診療する体制の構築が期待できます。

病院へ出向き、病院主治医や訪問看護師、ケアマネジャーなどと、退院後の診療方針を話し合った。

「あなたもわたしも、仕事が終われば家へ帰る。それと同じように、人生という仕事が終わる時は、家に帰ろう」と始まる小冊子があります。

か、介護サービスの利用方法や日常生活での工夫などが、優しい言葉とイラストで、簡潔にまとめられています。





経験

experience

逝く人と生きる人の心に 在宅看取りが残したもの

渡邊 マリ子さん

平成13年、75歳の夫を自宅で看取った。夫は65歳で、動脈閉塞症のため左足を切断。さらに、71歳で発症した慢性腎不全のため、人工透析を4年半続けた。

人工透析を始めてから2年後、夫は胃がんを患いました。術後の経過は良好だったものの、さらに2年後、今度は肺がんが見つかったのです。がんの進行と共に、夫の体力は日々衰えていきました。同時に、車いでの通院を支える私にとつても、1日おきの人工透析は身体的な負担となりました。市民病院までは、車で15分ほど。でも、その道のりは、とても長く感じられました。

当時、透析室と緩和ケア部

を兼任していた主治医の廣瀬先生に相談すると、「在宅で過ごされたいならば、最後までできるだけの支援をします」とおっしゃってくれました。

この言葉に、私たち夫婦は勇気づけられ、肩の力が抜けた気がしました。市民病院の先生や看護師さんが、往診してくれるなんて、とても心強かったです。一人にとつて、在宅緩和ケアは、沈んだ心に

：看取りで通つた、夫婦の心。 少し遅れただけで、間に合つた：

により右足の痛みが激しくなりましたが、鎮痛剤やモルヒネを適切に処方していただきたおかげで、次第に落ち着きを取り戻しました。その後、夫が昼夜なく頻繁に目を覚ます度に、私は、体をさすりながら、お茶などを飲ませ、不眠不休で看病しました。

8日目の夜、夫は静かに息を引き取りました。「透析を

差し込む一筋の光でした。通院予定だったある朝、夫が「今日は家で休んでいます。がんは末期でしたが、透析を中止すれば、死期が早まる。でも私は、点滴や人工呼吸器にながれた病院での最後を望んでいませんでした。

翌日、往診した先生の「透析室は開けてありますよ」という言葉に、夫は「もう行くのは、ええわ」と答えました。それから連日、先生や看護師さんが、夫の病状を見守つてくれました。動脈硬化など

旅立ちを意識したころ「母さん、悪いつけな」とつぶやいた夫。そして、看取る直前まで何度も「母さんは?」と私を探した夫。遅ればせながら、病気が夫婦の心を通わせてくれたのです。夫を亡くす前にそう思えたのは、自宅で夫を看取られたからだと、私は思います。達成感はあっても、後悔はありません。

在宅看取りという選択肢は、全ての地域にある訳ではありません。このまちだからできた、二人の思い出です。



夫の病状を綴ったノート



おざわ まさる え 小澤 勝さん・くに恵さん

平成 20 年、父の功さんに大腸がんが発症。3カ月の入院後、ストーマ（人工肛門）を付けての帰宅となるが、長男の勝さん夫婦は、在宅看取りを決断した。

父が、入院中だった 2 年 9 カ月前、知人から在宅看取りの体験談を聞きました。

「緩和ケア科の先生や看護師さんが、足しげく通つてくれたつけよ。いつでも携帯を鳴らしていいって言ってくれるし。本人も私も、ありがたいつけよ」

いざ自分の親のこととなると、本当に自宅で見てあげられるか、心配でした。しかし、「ずっと農業一筋でやってきた親父のことだから、やっぱり逝くときは、見慣れた景色の見える自宅がいいのでは」

もらったみたいでしたよ。それからの我が家は、変わりました。何よりも、温かくなった感じがします。家族や親戚が喜んで協力してくれ、週末は泊まり込んで父を見てくる。在宅緩和ケアは、苦労ではなく、当たり前のことになりました。父は、この家族の「絆と優しさ」を、身をもって教えてくれたのかもしれません。

大変な時代に、5人の子どもを育ててくれた父。もう、その大きな背中を追えなくな

と考え、在宅で看取ることを決めました。

帰宅した父の表情は、相變

る時が近づいていますが、在宅看取りのおかげで「長い間お疲れさま。ありがとうございます」と落ち着いて言えそうです。

：親父が教えてくれた家族の絆。 看取りで伝えたい感謝の言葉：

決断

診るから看るへ、病院から我が家へ

乗り換えた列車の終着駅で迎える家族

電動ベッドは、家族の介護負担も軽減。要介護 2~5 の人には、福祉用具として貸与可能だ。



介護用ベッド

医師の指示通りに薬を使用すれば、自宅でも安全に痛みを緩和できる。患者の権利もある。



痛みの緩和



味わう欲求



やつぱし、うちはいいな。

足の悪いおばあさんの顔も見られるし。

相談

「自宅で最期を過ごしたい」と思つたら、その気持ちを主治医やかかりつけ医、または次の機関にご相談ください。

市民病院 地域医療連携室

6ページをご覧ください。
問35-2111（代表）

居宅介護支援センター

「はなみずき」（健康づくり課）
6ページをご覧ください。
市内の他の居宅介護支援事業所の紹介も行います。
問34-3284

地域包括支援センター

高齢者の介護などに関する
悩みの相談に応じます。

問34-3240

長寿介護課

介護保険制度の全般に関する
相談に応じます。

問34-3287

社会福祉協議会 介護事業課

居宅介護支援事業（ケアプランの作成）や訪問看護・
介護事業を行っています。

問34-3232

今まで伝えたかったこと、今だから伝わること

出発

/ departure

看取られることで家族への愛があふれ、看取ることで家族の絆に気付く。言葉にしなくとも、そばにいるだけで思いは伝わり、なぜか癒やされる。死を見つめることで生は輝きを増し、そこは命ある者が新たな一步を踏み出すための「始発駅」になる。

受け継がれる命 温故知新

：なんだか、にぎやかいな。
：今日は、みんないるだか。
：やかましくて、えらいわ。
だけえがな、ありがとう：
。

おざわ いさお
小澤 功さん

平成 23 年 9 月 30 日（取材の 4 日後）永眠。享年 92 歳。ご生前 ご厚情に深く感謝すると共に、心よりご冥福をお祈りいたします。

「在宅看取りを経験したお孫さんは、ご遺体の着替えやお化粧などを、まるで愛おしい宝物に触れるように、明るい表情で手伝ってくれます。死を受け止めながら心の整理ができるから、流す涙が乾くころ、安堵感が湧いてくる。徐々に近づき去っていった死は、もう怖い存在ではないんですね」取材中、訪問看護師の顔がほころんだ。

在宅看取りは、喪失体験ではなく、命のリレー。バトンをつなぐため、家族が集まる。看取る家族の役割が増える分、死は身近になる。在宅看取りで命だけでなく、残された家族の絆もつながる。「ただいま」と帰ってくる人を「おかえり」と迎える。



これは、医療の枠を超えた、人間の営み。在宅看取りがあるから、家に帰るのではない。人が帰るのは家だから、在宅看取りがあるのだと思う。健やかに生き、安らかに逝く。これは、誰しもが願うことだろう。しかし、最期が近づく患者の心と体は、苦痛で日々変化する。時には、家族の同情や愛情すら、役に立たないこともある。

それでも、死から目を逸らさない意義とは何か。それは、「死」が「生」を教えてくれるからだと思う。生き方が死にざまになり、逝き方が生きた証しになる。生の終わりに死があり、命に限りがあるから、生きることが尊いのだ。

終末期医療に望まれる、技術や制度の充実。しかし、患者と家族に「どこでどう生きて逝くか」という死生観と選択する意思がなければ、終末期医療の充実は難しい。

今の日本人の多くが、生まることも、老いることも、病と闘うことも、医師に依存している。そして、進歩した医学をあがめ、日常にあつた死をも委ねた。しかし、最期の迎え方は自分で選べる。少なくとも、このまちでは。