

終末期における理想と現実のギャップ 在宅医療と介護の連携で埋められるか

自宅や住み慣れた地域で最期を迎える人が多いが、それが叶うのは一部にとどまっている。「多死社会」が本格的に到来するまでに、在宅医療が受けられる環境整備はどこまで進むだろうか。

文・稻泉 達 Ren Inazumi

梅

雨の続く7月中旬

別れのご挨拶をしてくださいました』

お見送りに集まつた利用者からは、「頑張ったね」といった声がかけられ、エレベーターの前で女性は静かに見送られたそうだ。

80代の女性が家族と施設のケアスタッフに看取られて亡くなつた。翌日、施設内の和室には女性と交流のあった利用者が集まり、次々とご遺体に手を合わせる姿があつた。

「さくら」では利用者が亡くなつた際、そのことを他の人たちにも知らせ、こうした「お見送り」の時間を作つてい。施設長の新井五輪子さんは言う。

「出棺の際はストレッチャーを下げる『さくら』では利用者が亡くなつた際、井さんが今もよく覚えているのは、2年前に施設で看取つた101歳の女性のことだ。

80代の女性が家族と施設のケアスタッフに看取られて亡くなつた。翌日、施設内の和室には女性と交流のあった利用者が集まり、次々とご遺体に手を合わせる姿があつた。

特養さくらでは5年ほど前から、施設のベッドで入居者を看取る「お看取り支援」に力を入れてきた。このようないい「見送り式」は当初から行われており、今では年に10件ほどある看取り後

の当たり前の風景になつた。例えば新井さんが今もよく覚えているのは、2年前に施設で看取つた101歳の女性

出棺の際には看取りの一歩始終を見ていた利用者の一人から、「私もこうやって送つてもらいたいなア」との声が聞こえた。新井さんはそのとき次の

ように思ったと振り返る。

救命出動も「蘇生拒否」 救急現場で起きる混乱

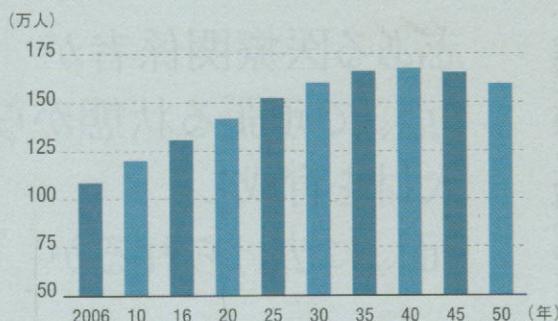
社会の高齢化が急速に進むいま、自らの最期をどう迎えるか——。日本では2018年に約136万人が亡くなつたり、場合によってはご遺体を病院に運んでまで医師に死亡診断書を書いており、死亡者数が出生者数（約92万人）を大幅に上回る「多死社会」を迎えていたり……。こうした状況に疑問を抱いたことが、お看取り支援を始

めた理由でした。みなさんが部屋から出てきて、お顔を触ってくれたり、手を合わせてくれたりするようになつた今は、スタッフにとつても利用者にとっても死が「見たくなり」「考えたくない」というタブーではなく、「がんばつたね」と言って見送られるものへと、確かに変わりつつあります」

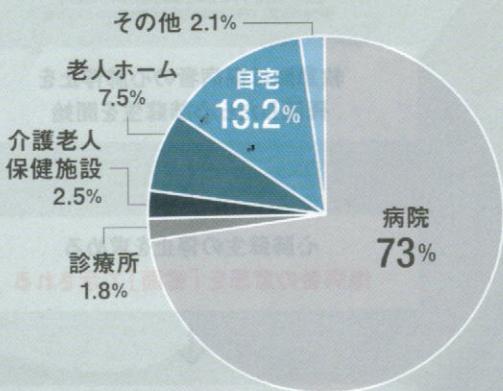
「そのときは本当に大勢の利用者の方がお部屋にいらして、最後の一息を看らせていただいたんです。ぎりぎりまでリビングで寝ながら、ご飯を食べ

年間の死者数は2040年まで増加を続ける

(出所) 内閣府の「平成30年版高齢社会白書」を基にウェッジ作成



死くなる場所の7割は病院

(出所) 厚生労働省「人口動態統計」(2017年)を基にウェッジ作成
※数値は四捨五入のため、内訳の合計が総数に合わない場合がある

た際、家族が119番通報したもの、救急隊に対しても蘇生処置を断るケースの増加だ。こうしたケースでは、本人の意思として「リビング・ウィル」を残しておくという方法もある。その普及を長く続けてきた日本尊厳死協会の江藤真佐子事務局次長は言う。「ただ思い描いているだけでは、自分の死は望むようなものにはなりません。やはり元気なうちに最期の逝き方を考え、それを何かしらかの方法で家族と共有しておく。かかりつけ医がいるのであれば、その人を巻き込んで話し合いをしておく、ということに尽きると思います」

だが、終末期における自らの考えを書面にしていれば、それで全てが解決するわけではないことは、救急隊の一例からも明らかだろう。

「普段から延命治療は望まないと本人が話していても、いざ目の前で心肺停止になつた時に家族がパニックになつたり、かかりつけ医にも連絡が付かなかつたりして、不安になつて救急車を呼ぶという状況が増えています。家族の考えは多様なので、現場の隊員には一切の判断ができません。生死に直結している現場ですので、隊員が対応にストレスを感じたり、後悔を残したりしないルール作りが大切だと考えていました」

「お看取り支援」というと、亡くなる最後の瞬間を想像される方がまだ多いの

るという。

そんな中、厚生労働省が昨年3月に発表した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、国民の約7割が自宅や介護施設での最期を望んでいると答えている。また、「地域包括ケア」を05年から掲げる同省は、「病院ではない地域での看取りの体制づくりを推進。人生の最終段階について家族、医療者、ケア施設などとあらかじめ話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」(ACP)の制度化など、ソフト・ハードの両面で終末期をめぐる政策を進めている。

こうした国民の意識と現状のギャップは、さまざまな医療や「死」の現場に影響を与えている。例えば、消防庁の「救急業務のあり方にに関する検討会」が18年度に実施した「心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応に関する実態調査」もその一つだろう。

この検討会による調査の背景にあるのは、終末期の高齢者が心肺停止になる政策を進めている。

看取りを自然に行うには
入院日数の短縮がカギ

では、冒頭の「さくら」では利用者の希望に沿った「看取り」を実現するために、どのような課題を乗り越えてきたのだろうか。

志ある医療関係者が 『点』で頑張る状態から 人材を育成し 『面』に広げられるか

ですが、実際に最も大事なのは、それまでにどれだけ普通の生活を支えられるかなんですね」と新井さんは語った。「お看取り支援」を始めた15年度以降の「さくら」で最も目を引くのは、利用者の入院総日数が年間1612日から263日へと激減していることだ。新井さんによれば、ここに施設での看取りを行ったためのポイントがあつたという。

「介護が必要な高齢の方が入院して帰つてくると、本当に姿が変わってしまう。病院では病気は診ても、その人の病歴や生活歴に合った介護ができるないため、生活の質が著しく下がってしまいます。だから、いつも二コニ

コと笑つていらっしゃつた方が、鬼の形相でお帰りになるような、どれだけ苦しかったんだろうか、という事例が本当に多いんです」

入院による体の機能の低下は「入院関連機能障害」と呼ばれる。それを防ぐためにまず必要だったのは、施設での看取りと老年医療に理解のある嘱託医との提携だ。

というのも、看取り支援を始める以前の嘱託医は、週に一度だけクリニックに出勤するだけで、定期的な検診も看護師の報告を聞いて「お顔を見る程度」だった。そのため、内服薬の量や種類が5年間にわたって同じ利用者もいた。数少ないケアスタッフでは十分

な対応ができず、夜間帯は発熱や急変時に連絡が取れなかつたため、前述のように救急車を呼んでそのまま入院となるケースが多かつた。

そのような環境の中では、薬が合わないことに起因する転倒や認知症と間違えやすい「薬剤性せん妄」、肺炎の兆候や症状の急変のサインを見逃すリスクも大きい。そこで「さくら」では、「お看取り支援」を始めるにあたつて、嘱託医を新たに見直した。そうしてたどり着いたのが、悠翔会という医療法人だつた。

悠翔会は24時間体制の在宅医療ネットワークを開設する医療法人で、電子カルテで利用者の情報を施設側と共有している。数少ないケアスタッフでは十分な対応ができず、夜間帯は発熱や急変時に連絡が取れなかつたため、前述のように救急車を呼んでそのまま入院となるケースが多かつた。

「心肺蘇生中止」までのハードルは多い

(出所) 消防庁「平成30年度救急業務のあり方に関する移行会議報告書」の埼玉西部消防局の手順を基にウェッジ作成

↓
救急隊は傷病者の心肺停止を確認したら心肺蘇生を開始

↓
心肺蘇生の停止を求める傷病者の意思を「書面」で示される

↓
交通事故や自殺など外因性心肺停止を疑う状況なく、心肺蘇生を強く求める家族等もいない

↓
事前に傷病者及び家族が同意した「心肺蘇生に関する医師の指示書」の確認、または現場で家族が「救命措置についての説明・同意書」に同意

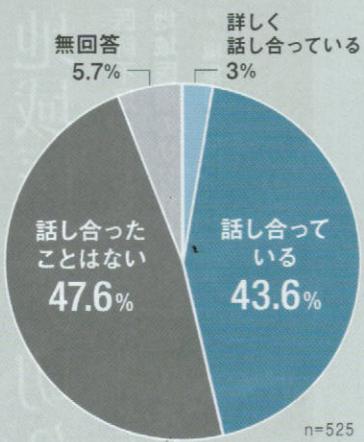
↓
かかりつけ医に連絡。
連絡がつかなければ、救急隊が電話や無線で医療的判断を仰げるメディカル・コントロール医師に連絡

↓
傷病者の状態や発見時の状況などを基に医師から心肺蘇生の中止の指示を受ける

↓
心肺蘇生の中止

60歳以上の終末期意識調査

(出所) 厚生労働省「平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」を基にウェッジ作成
※数値は四捨五入のため、内訳の合計が总数に合わない場合がある

人生最終段階の医療について
半数が家族らと話し合っていない

「リビング・ウィル」作成に半数以上が賛成



「リビング・ウィル」を作成しているのはごく一部



ほとんどです。医師の適切な判断を仰げる体制が重篤な症状を未然に防ぐことにつながり、さらに最終的に自然な形での死につながっていくわけです」また、「お看取り支援」を始めて以来、ケアスタッフの意識にも大きな変化が表れ始めた。

「スタッフのケアのスキルもその生死観を含めて成長しているのを感じます。そのことが最後のお声がけの仕方や、ご家族への対応につながっているように思います」

こうした「さくら」でのケースを踏まえたうえで、当の悠翔会の佐々木淳理事長は言う。

「高齢者の8割が年を取るに連れて何らかの病気や障害を抱え、介護が必要とする時代。その中で医療の側が考えなければならないのは、疾患を『治す』ことを重視する『医学モデル』ではなく、機能が低下しても質の高い生活を送れる環境を作る『生活モデル』」

え方でしょう。病気と違って生活の質というものは、医療と介護、福祉や地域のコミュニティーを組み合わせることで、向上させ続けることができる。その組み合わせをコーディネートしていく役割を、私たちのような在宅医は積極的に担っていくべきだと考えていいます」

看取りに対する志を持つた一部のスタッフには職員が足りておらず、2025年には34万人もの人手不足が見込まれる。「さくら」の取り組みにしても、「お

の仕組みを作った「さくら」の取り組みは、その意味でも一つのモデルケースだろう。

嘱託医との連携で「お看取り支援」の仕組みを作った「さくら」の取り組みは、その意味でも一つのモデルケースだろう。だが、そこには施設でのケアスタッフの人材不足や、嘱託医制度のあり方などさまざまな課題が残されているのもまた事実だ。介護施設ではすでに慢性的に職員が足りておらず、2025年には34万人もの人手不足が見込まれる。では、その中で幸福な最期を誰もが迎えられる社会を作るためには、どのような考え方が必要なのか。佐々木さんは次のように語った。

「とくに高齢者の数が増え続ける三大都市圏では、在宅医療を社会のインフラとして機能させていく必要があるでしょう。2035年から50年くらいの要介護者が一気に増えてくる段階までに、『点』を『面』にしていく。私たちが穏やかに暮らし続けられるような体制を、いかにソフトランディングする形で作れるかが問われています」

脆弱な在宅医療インフラ
志ある人材の連携が力ギ

ツフの頑張りによって、どうにか支えられている」(新井さん)という現実がある。

また、施設での看取りに理解のある医師の数もまだ少なく、佐々木さんも同じく「現在は志のある医療関係者が『点』で頑張っている状態」と指摘している。前述の「生活モデル」の考え方方が象徴的であるように、超高齢化社会に合った医療を支える人材をいかに育成していくかも今後の大きな課題だろ。

では、その中で幸福な最期を誰もが迎えられる社会を作るためには、どのような考え方が必要なのか。佐々木さんは次のように語った。

都市圏では、在宅医療を社会のインフラとして機能させていく必要があるでしょう。2035年から50年くらいの要介護者が一気に増えてくる段階までに、『点』を『面』にしていく。私たちが穏やかに暮らし続けられるような体制を、いかにソフトランディングする形で作れるかが問われています」

いよいよ、ノンフィクション作家。早稲田大学第二文学部卒。2005年『ぼくもいきに征くのだけれど』(竹内浩三の詩と死) (中央公論新社)で大宅unoノンフィクション賞を受賞。近著に『こんな家に住んできた17人の越境者たち』(文藝春秋)がある。