

# シンポジウム

## 「長寿時代の死生学」

2012年10月21日（日）東京大学安田講堂



安田講堂



会場入口



シンポジウム会場

## ④ 「いのちと生活を支える在宅医療 ～人生の終盤をどう過ごすか～」

あおぞら診療所 川越正平

**座長** 4人目の演者は、あおぞら診療所所長川越正平先生です。テーマは「いのちと生活を支える在宅医療～人生の終盤をどう過ごすか～」。

それでは、準備が整いましたからよろしくお願ひします。



**川越** ご紹介ありがとうございました。時間が限られていますので、早速本題に入らせていただきます。若輩者ですけれども、在宅医療を実践する立場からお話をさせていただきます。

**川越正平氏** まず初めに、在宅医療の基本的なスタンスをご紹介いたします。キーワードとして「老年医学」「緩和医療」「多職種協働」の3つを挙げたいと思います。エンド・オブ・ライフケアにおける軌道、即ち人が人生の終盤をどのように過ごすのか、医療やケアがそれをどのように支援するのかということに焦点を当てて、軌道に沿ってお話をさせていただきます。

(スライド) 日本人の死亡原因、上位10位までを列挙しました。ざっくりとまとめますと、青字のがんが原因で死亡する方が3割に上ります。赤字で示す4種類の内臓疾患が合計で2割程度を占めると言えます。また、緑色の脳血管疾患や肺炎、老衰による死亡がおよそ25%を占めることができます。

ここでLynnという方が提唱した「死に至る3つの軌道」という概念をご紹介します。まず、がんの場合、例えば亡くなる1カ月前まで身体の機能はある程度高い状態に保たれ、最後の1カ月程度の間に急速に機能が低下して死に至ることが多いと言えます。先のスライドで赤字で示した心不全や呼吸不全の場合には、数年の経過の中で身体機能の低下が進行し、最終的に死に至るという経過をたどります。また、認知症や老衰の場合、誤嚥性肺炎で死亡することが多く、たとえば、10年という長い経過の中で徐々に身体機能が低下し、最終的に合併症で死亡します。

前述のような人生の終盤における軌道を踏まえて、今日のお話を進めます。それでは、この軌道がどのように低下していくのか、そこに焦点を当てて考えてみたいと思います。

大きく分けると、この軌道の低下は「くぼみ」と「傾き」で生じると思います。「くぼみ」を構成する原因としては、まずは肺炎に代表される合併症や骨折を含む転倒などの事故が挙げられます。そのほか脳梗塞のような病気の再発、心不全などの合併症が急に悪くなった時にも急速に身体機能は低下をします。一方、「傾き」を決定付ける重要な要素として、「移動をする」「食べる」「判断をする」の3つが挙げられます。移動が難しくなってだんだん動かなくなる。食事が減り、だんだん痩せていく。意欲や判断力が落ちてい

く。そういう変化が生じることによって身体機能は低下をしていきます。

ここで重要なポイントとして、これら3つの要素はひとたび低下を始めますと、絡み合ってお互いに悪循環に陥りやすいという点を強調しておきたいと思います。

このように「くぼみ」と「傾き」を生じがちな人生の終盤に対して、在宅医療が行う様々なアプローチをご紹介します。

たとえば、高齢者の場合、たくさんの種類の薬剤を同時に処方される傾向がありますが、思いもよらぬ薬の副作用が大きな弊害をきたしている場面を少なからず経験するため、注意が必要です。また、口腔ケアを継続することによって、誤嚥性肺炎の頻度が激減し得ること、中には認知機能が改善するという、驚くべき経過を経験することすらあります。栄養が重要だということはすでに述べましたが、栄養価だけではなく、食べ物の形態や味をも含めた食全般に適切に介入することで、見違えるように改善することがあります。

このように、医師や看護師のみならず薬剤師や歯科医師、歯科衛生士、リハビリや管理栄養士による多職種の協働によって、「くぼみ」や「傾き」を少しでも遠ざける関わりを心がけます。

大切なキーワードとしてあと2つ、「役割」と「感動」を挙げたいと思います。たとえば介護保険制度の下、認知症の方向けにグループホームが全国に造られています。9名の認知症の方が共同生活をするというスタイルの施設ですが、そこではたとえば、長い主婦キャリアを有する女性が調理のお手伝いをするという役割を担い、嬉々として腕を振っている。職業が学校の先生であったという方に、入居者が集う会合の際に司会役をお願いすると、誇らしくその場を取り仕切ってくださる。そのようなことを経験します。これらは役割が尊厳をもたらす好例と言えます。

さらに、生活不活発が「傾き」を招くわけですので、それを防ぐためには感動が極めて重要だと言われます。大きな感動はもちろんですけれども、それだけではありません。たとえば、「まあ、この花、きれいね」というようなささやかな感動も含めて、生活不活発を防止する効果が期待されます。

ここで、生活不活発を防ぐ感動のための取り組みとしてあおぞら診療所が行っている、3つの活動を簡単にご紹介します。

この写真は毎年7月に行っているかき氷大会です。介護保険サービスを使いたがらない引きこもりがちの要介護者を選び出して、「夏、暑いから一緒にかき氷を食べて涼みましょう」というような形で公園に連れ出す企画です。

この写真は当院が毎年10月に行っているバーベキュー大会の様子です。特にご遺族のグリーフケアに焦点を当てて、元患者、家族のボランティアの力を借りて開催している大きな企画です。今年もちょうど昨日、開催したところです。

あおぞら診療所は毎年12月、医師がサンタクロースの姿で往診をしています。街なかのクリスマス気分を味わうことが難しい在宅療養者のためにささやかながらクリスマス気

分をお届けしようという趣旨で、開設以来14年間、毎年継続しております。

次の話題に移ります。在宅医療では、看取りが何よりも大切だと言われる場合があります。もちろん看取りは大切ですが、在宅医療の役割はそれだけではありません。患者さんの病態や個別に応じて適切な医療、ケアを提供しています。

実際に在宅ケアの様子をご覧いただくために、ここで映像をお見せしたいと思います。少しご覧いただければと思います。認知症とがんの患者さんの在宅医療の様子です。

(DVD 上映)

川越：こんにちは。○○さん、最近、お食事、どうですか。

患者：まあまあ。

川越：おいしく召し上がるてる？

患者：まあまあ。

\*\*\*

川越：認知症のかなり終末期に近づいた状態の方でして、もともとは寝たきりの状態で病院から退院してくるに当たって、松戸にお住まいの娘さんのお宅に引き取られたというところから診させていただいています。

\*\*\*

川越：娘さん、本当に介護、上手になりましたね。

家族：そうですね。

川越：本当に寝たきりから頑張って。

家族：はい、私もだから何とかね、寝たきりにしないようになっていうのが……。

川越：すごい成果ですね。

\*\*\*

川越：新しく出た認知症の治療薬が貼り薬なんですが、使ってみたのがちょうど1年ぐらい前なんです。それがいわゆる著効例でして、ものすごく効いたという経過もあってですね。

\*\*\*

川越：じゃあ、足踏みはできますか。

家族：足踏みできるでしょ。

川越：すばらしいですね。こんだけ元気だったら……。

家族：脚の力はすごいですよ。

川越：じゃあ、口腔ケアはすごく大事ですので、また歯科衛生士さんに診てもらうようにしましょうね。

\*\*\*

川越：ああ、上手、上手。はい、いいですよ。

家族：口開けて見るんだよ。見ないと分かんないもの。血が出ているんだよ、おじいちゃ

ん。

川越：ごめんなさいね。

家族：口開けて。

川越：今まで認知症に対しては、お薬で進行を遅くするということはあっても、改善するという経験はあまり多くないのですけども、ありがたい。これは医学の一つの進歩だと思います。

(DVD 終了)

川越 引き続いでがんの方の場面をご覧いただきます。

(DVD 上映)

川越：脾臓がんで肝臓にも転移があり、お食事もほとんど食べられなくなって非常に栄養状態が悪くなつて痩せが進み、すごく脚がむくんでいるというのが8月上旬の初診の時点の症状だったんですね。それで非常に倦怠感が強いということだったのです。抗がん剤は断念したという段階でした。ホルモン剤で食欲が出るお薬を提案させていただくのと、それから、痛みのコントロールがまだ十分でなかったので、モルヒネの製剤の量の調節をさせていただいた。その2点の変更をしたのが中心なのですが、見違えるように元気が出て非常に活気が出で、食欲が出たということで、「表を歩いてみよう」なんていうお気持ちになれたんですね。実際に食が進んだり、そんなことが実際に図られました。黄疸があつて家で療養していらっしゃるというのは、普通で言うとおどろおどろしい症状です。いまもそれはあるのですけれども、概ね横ばいの状態です。胆汁がちゃんとドレナージできている状態なですから、それなりに平穏な生活が保てている。そこで生活の質がこの1カ月間、非常に向上したというところですね。小さなトラブルは確かにありましたけども、それもあまり怖い思いをすることなく対応できたということで、非常にいいお話をしていただきました。

ナレーター：ここからは、在宅医療に携わるほかの先生にもVTRを見ていただきましょう。

患者：思ったより体制がしっかりしておられまして。それは看護診療も含めてなんんですけど、はっきり言ってその体制にびっくりして、この体制に切り替えたことによって非常に良かったと思っています。さっきもちょっと話したんですが、大きな病院に通うだけの時間だとか、その体力の消耗がはっきり言ってなくなりましてね、非常に体調が良くなつたと思います。このつらさとか、痛さとか、この体制にある前ですね。それをこらえるよりは、やっぱり自分の落ち着く家で痛みをなくしていただけるということが一番ありがたいことだと思っております。はい。

医師A：在宅で訪問診療をする場合はやはり、患者さんの表情が明るいことが多いなと感じることが多いですよね。

家族：それから、訪問診療の良さというのは、もちろん家にいて来てくださるというのではなくて、何か家の中に風が起るんです。違う風が起るんですね。先生が来ていただいたら、看護師さんが来ていただいたら。咄嗟のときには違う方が、当直の。特に土曜日ばかりでしたから、当直の先生が来てくださったりして、もうふわーっと風が来るようで、2人にとってはとても新鮮なんですね。安心で、新鮮で、訪問診療というのがもっと広がればいいなあと思いますね。ええ。

抗がん剤もちょっとやめるという状況になったときに、本当に放り出されるような気持ちがあったんですよ。でもこういう訪問診療という制度があってということで、ああ、良かったなあ、本当に良かったなあとと思いますね。もしいままでなかったら、2人ともまだこんなに呑気な顔をしていないと思いますね。

(DVD 終了)

川越 以上です。またスライドのほうに戻ります。

この映像は国立長寿医療研究センターが在宅医療推進のために企画・制作してくださった、「在宅医療の風」というタイトルのものです。出来立てほやほやなのですが、全国各地で行われる在宅医療の研修会で今後、使用されることになっております。

本題に戻ります。

(スライド) 認知症のステージアプローチと呼ばれるもので、認知症の患者さんが長い経過の中でどのような変化をたどっていくか、ということを図示したものです。時間が限られておりるので詳しくご説明する余裕はありませんが、胃ろうを作ったからといって生活の質や生命予後が改善するとは限りません。逆に適切な口腔ケアやお薬を使用することによって大幅に改善することも実際に経験します。がんであれ、認知症であれ、適切に医療ケアを提供することが重要であり、生活の質や症状緩和に寄与しない医療は、その適応を慎重に考慮する必要があります。

次の話題に移ります。

(スライド) 人を取り巻く要素と医療ケアの対象範囲を図解したスライドをお示しします。高度先進医療の進歩はめざましく、人類はその恩恵を受けていますが、そこではどうしても細胞や臓器という単位に視点がフォーカスされることになります。もちろんその必要性はありますが、一方で対象である患者さんには本来、長い人生があり、職業や趣味、そして取り巻く家族、住んでいる地域が存在します。そのような社会的存在としての患者さんを丸ごと対象として捉えるのが、家庭医療、在宅医療だと言うことができます。

これまでご紹介させていただいたような、いわゆる全人的なアプローチが必要とされているのは、在宅医療の対象者だけというわけではありません。医療を受けるすべての対象者が本来、必要としているはずです。しかしながら、病院で診ることのできる患者さんの姿や得られる情報はご本人のごく一部であり、氷山の一角にすぎないと言えます。自分自身も勤務医であった立場として、病院での医療にはそのような限界があるという謙虚さを

忘れてはならないと感じています。

このように考えますと、非効率で低コストではない在宅医療を推進するのは、医療費削減が目的ではないということがおわかりいただけるかと思います。患者の住むご自宅を療養の場とする在宅医療では、住環境や家族関係、経済事情などの社会背景が否応なく目に飛び込んできます。医療者にとって制約も多いアウェーではありますが、患者さんにとっては居心地のいいホームです。当然のことながら患者は病気を治療するために生きているのではなく、より良く生きるために医療がお手伝いをすることになります。このように考えますと、在宅医療だから差し控えや中止ができるということではなく、患者にとって益・無益、害の有無を検討するための材料を豊富に入手可能な点が、在宅医療の優位性だと言ることができます。望む場所で最期まで過ごすというのが最も生活の質が高いことは自明であり、そこでは意味のある治療やケアは当然提供され、生活の質や苦痛緩和に寄与しない治療の適応は極めて慎重に対応することになります。生を支え続ければ最終的に看取りに行き着くことになります。

最後に、それでは適切な医療やケアを選び取るにはどのように行動したらいいのかについてお話をします。

医療の高度化に伴い、病気の難しい説明をされても、その内容を正確に理解して選び取るという作業は、医療が専門ではない一般の方にとってかなり難しいことと言えます。同様に、代理意思決定者がすべてを決めることも困難でしょう。そのようなときにレストランのメニュー選びに例えるなら、和食か洋食か、肉か魚か、量か質かというような患者の考え方や好みを日ごろから伝え相談にのってもらっている主治医や訪問看護師なら、ご本人の人生観を踏まえたうえで相談にのってくれると思います。

では、そのような主治医をどうやって見つければいいのでしょうか。そのためには幾つかアドバイスをさせていただきます。

例えば、日ごろから風邪をひいたときなどに近所のクリニックや病院の外来を受診してみてください。実際に複数の医師を受診してみると相性の良し悪しを感じてみてください。その際、忙しさを前面に出さず、時に世間話もしてくれる先生は相性のいい先生かもしれません。複数回診てもらっている先生には、患者としての自分だけではなく家族の健康について相談してみてください。「うちのおばあちゃんががんと診断されちゃって心配なんです」というような話題に「それは大変だねえ」と、短い時間でも親身になって聞いてくれる先生はきっといい先生です。また、かかりつけ患者が通院できなくなったら往診してくれる先生は、継続性を大切にしているということが分かります。

ここまで人生の終盤をどのように過ごすのかということをテーマにお話をさせていただきました。すべての人にとって必ず一度はやってくる重要なテーマですし、死に方の問題は生き方の問題です。アドバンス・ケア・プランニングという横文字を使うまでもなく、残された人生をどこに住まい、誰と一緒に暮らし、どのように生活するのかについて、ぜひ今夜、ご家族で話し合っていただければと思います。

最後のスライドです。エンド・オブ・ライフケアの視点を有する在宅医療のキーワードとして、「老年医学」「緩和医療」「多職種協働」を挙げながら、疾患ごとの軌道、その低下を招く「くぼみ」や「傾き」とその対処方法についてご紹介しました。病態や個別性を十分に踏まえて、適切な医療、ケアを提供するというスタンスが何よりも重要であり、生活の質や苦痛緩和に寄与しない医療の適応は慎重に対応するべきだと考えます。そして最後に、適切な医療、ケアを選び取るために主治医や家族会議が必要不可欠だとお話しさせいただきました。

ご静聴ありがとうございました。（拍手）

**座長** ありがとうございました。ご質問はあとでお願いいたします。

## シンポジウム・プログラム

開会の辞 13：00

国立長寿医療研究センター総長 大島 伸一

### 第1部 基調講演

「日本人の死生観を読む」 東京大学大学院 人文社会系研究科教授 島薗 進

座長： 東京大学大学院 医学系研究科 大内 尉義

対談：「死生観と人工栄養をめぐって」

東京大学大学院 人文社会系研究科教授 島薗 進  
東京大学大学院 人文社会系研究科特任教授 清水 哲郎

<休憩（15分）>

### 第2部 シンポジウム 14：50

「最期まで自分らしく生きるために：終末期および看取りの医療とケアの実際」  
アドバンス・ケア・プランニングや End of Life ケアから看取りケアに関する臨床実践について

座長： 東京大学 名誉教授 甲斐 一郎  
国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長 三浦 久幸

「緩和ケアからエンド・オブ・ライフケアへ～End-of-Life Care Team の誕生の意味～」

国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部医師 西川 満則

「その人にとっての最善の医療とは？～エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際～」

国立長寿医療研究センター End of Life ケアチームリーダー 横江由理子

「豊かないのちの看取り～生活の中のケア～」

青梅慶友病院 看護介護開発室長 桑田美代子

「いのちと生活を支える在宅医療～人生の終盤をどう過ごすか～」

あおぞら診療所院長 川越 正平

指定発言： 東京大学大学院 法政治学研究科教授 樋口 範雄  
日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学教授 飯島 節

閉会の辞 16：50

日本老年学会・日本老年医学会理事長 大内 尉義

総合司会： 東京大学大学院 人文社会系研究科特任准教授 会田 薫子

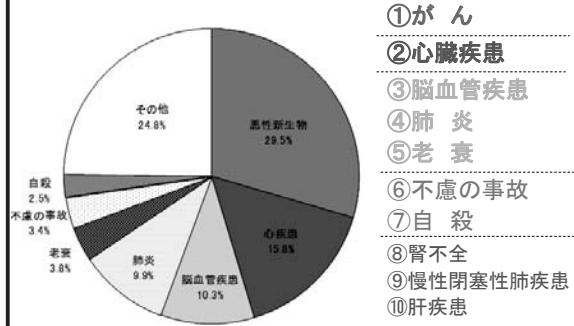
## いのちと生活を支える在宅医療 ～人生の終盤をどう過ごすか～

長寿時代の死生学シンポジウム  
「最期まで自分らしく生きるために」  
2012年10月21日  
あおぞら診療所 川越 正平

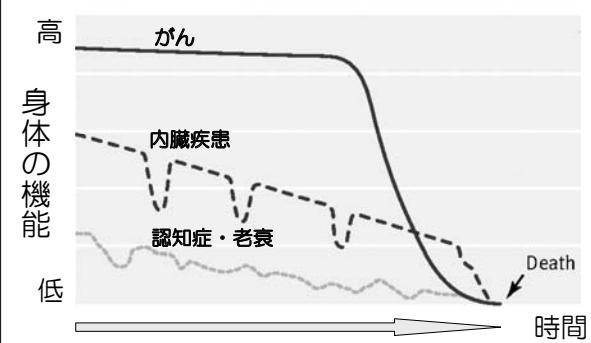
## 在宅医療の基本スタンス

老年医学・緩和医療・多職種協働  
に基づく“軌道学”

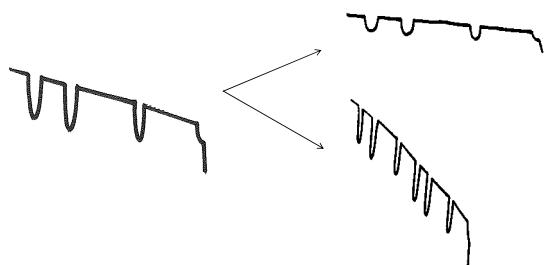
### 人は何が原因で死に至るのか



### 死に至る病いとその“軌道”



### 軌道の低下を招く“くぼみ”や“傾き”

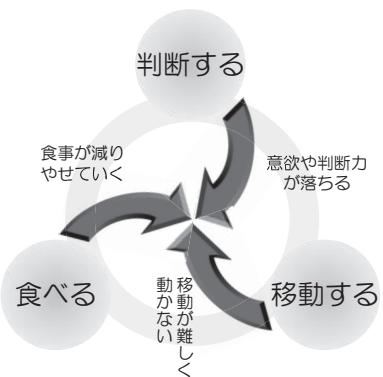


### “くぼみ”を構成する病態

- 
- A diagram showing a stepped trajectory line with arrows pointing to specific points where the line dips, representing the components of a "くぼみ" (dip). Below the diagram, a list of conditions that contribute to these dips is provided.
- 急性合併症（肺炎や脱水など）
  - 転倒等の事故（骨折を含む）
  - 原疾患の再発（脳梗塞など）
  - 合併症の急性増悪（心不全や腎不全など）

未然に防ぐ関わりが在宅医の真骨頂

## “傾き”を決定づける要素



## 在宅医療の様々なアプローチ

### ～多職種協働～

- 多薬剤併用（ポリファーマシー）の弊害除去
- 繼続的な口腔ケア
- 栄養、食形態、味など食全般への介入
- 時機に一致したリハビリの投入
- 尊厳を保つ“役割”
- 生活不活発を防ぐ“感動”
- 改善が困難であったとしても  
生活の質維持や症状緩和を目指す

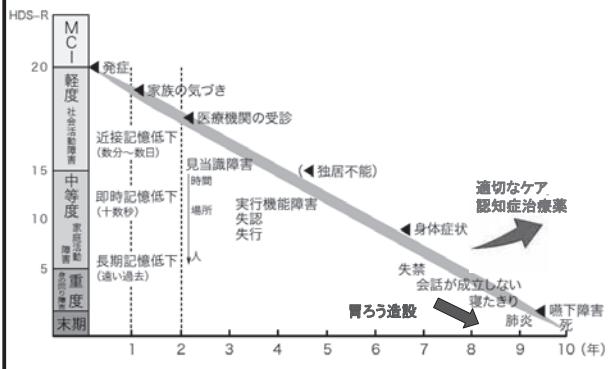


8

病態や個別性に応じて  
適切な医療ケアを提供する

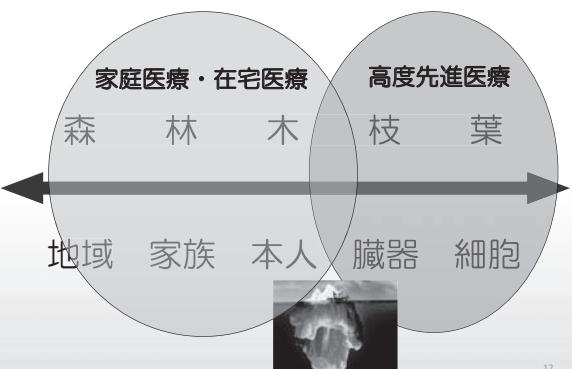
9

## 認知症のステージアプローチ



“生”を支え続けた結果  
看取りに至るということ

## 人を取り巻く要素と医療ケアの対象範囲



12

## なぜ今、在宅医療が必要とされるのか

- 医療提供にあたり、エビデンスに基づいて方針決定できる場面は限られている
- 全人的アプローチが必要とされているのは在宅医療の対象者だけではない
- 病院でみる患者の姿は本人のごく一部
- 病院での医療にはそのような限界があるという“謙虚さ”を肝に銘じるべき
- 非効率で決して低コストではない在宅医療を推進するのは医療費削減が目的ではない

13

## 在宅医療が有する優位性

- 在宅では住環境や家族関係、経済面などの生活背景が目に飛び込んでくる
- 医療者にとっての“アウェー”は患者にとって居心地の良い“ホーム”
- 病気を治療するために生きているのではなく、よりよく生きるために医療がある
- 在宅だから差し控えや中止ができるのではなく、患者にとって益・無益を検討するための材料を豊富に入手可能な点が優位

14

## 在宅で看取るということ

- 望む場所で最期まで過ごすのが最も生活の質が高いのは自明
- 多くの人が人生の終盤に受けることになるEnd of Lifeケアは疾患や年齢、居場所を問わず国民に提供されるべき大切なケア
- 意味のある治療やケアは当然検討され、QOLや苦痛緩和に寄与しない医療の適応は慎重に対応する
- “生”を支え続ければ最後に看取りに至る

15

## 適切な医療ケアを選び取る

～『主治医』や家族会議～

## 適切な医療ケアを選び取るには

- 病気の難しい説明をされても正確に理解することは難しい（レストランのメニューのように選び取ることはできない）
- 代理意思決定者が全てを決めることも困難
  - ・和食か洋食か
  - ・肉か魚か
  - ・量重視か味重視か
- 『主治医』や訪問看護師なら本人の人生觀を踏まえた上で相談に乗ってくれる

17

## 『主治医』の見つけ方

- 自分や家族と相性がよさそう
- 忙しさを出さず、時に世間話もしてくれる
- 患者としての自分だけでなく、家族の健康について相談に乗ってくれる
- 急病の折、時間外でも電話相談に乗ってくれる
- かかりつけ患者が通院できなくなったら往診してくれる
- 自分の専門外のことについてはきちんと他の医師を紹介してくれる
- 「最善」という以上に「納得」の医療を提供

18

## “人生の終盤”をどう過ごすか

残された人生を

- どこに住まい
- だれと一緒に暮らし
- どのように生活するのか

死に方の問題は生き方の問題

今夜、ご家族で話し合って下さい！

19

## まとめ

- End of Lifeケアの視点を有する在宅医療  
老年医学・緩和医療・IPWに基づく“軌道学”
- 病態やステージ、個別性に応じて  
医療やケアを提供する / 提供しない
- “生”を支え続けた結果、地域での看取り  
に至る地域包括ケアが重要
- 適切な医療ケアを選び取るためには  
『主治医』や家族会議が必要不可欠

20