



川島孝一郎

仙台往診クリニック
院長

〈かわしま・こういちろう〉

北里大学医学部卒業，東北大学医学部大学院卒業。医学博士。東北大学医学部臨床教授，東北大学サイクロトン・ラジオアイソトープセンター研究教授。宮城県神経難病医療連絡協議会幹事，宮城県地域保健医療計画策定懇話会委員。厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」実施委員会委員，厚生労働省「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」委員，厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」委員など。

「家での看取り」を支えるための医療者の心構えとシステム

今回のポイント

- ・高齢者の60%，がん患者の80%が在宅での最期を希望している一方，病院死が80%を占めているのはニーズとサプライのミスマッチであり，その原因は医師，医療構造，医学教育にある。
- ・医師の原因については，支える医療，在宅医療への理解不足と，自己決定が行える説明の不足がある。どんなに重度でも帰れることを理解し，説明責任を果たし，制度の活用と体制整備を行うことが必要である。
- ・連携室の役割としては，病院は「退院させるところ」との認識の下に退院計画を提示し，その機能が十分に発揮されることが必要で，そのことが病院機能の集約化と適正な運用につながることを理解して行動しなければならない。



「居宅での終焉」が かなわない現状

図1に示されるように，現在は総死亡者数に対する後期高齢者の割合が65%であるものが，わずか7年後には77%となり，さらに2025年には87%に達するとされている。多くの調査において，高齢者の60%は「最期まで自宅」での生活を望み，がん患者に至っては80%が在宅での終焉を希望している。

筆者が2004年，厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」委員の時にに行った「訪問診療の観点からの補足調査」においては，在宅酸素療法，在宅経管栄養，在宅人工呼吸器，在宅中心静脈栄養を受けているいずれの療養者も，65～80%の高率で「居宅での終焉」を希望していた。国民のニーズが「居宅での終焉」であるにもかかわらず，いまだに病院死が80%を占めている。つまりニーズと医療のサプライがミスマッチである。

現状 2006年総死亡者数=1,084,450人 } 後期高齢者の死亡割合
後期高齢者の死亡数=698,976人 } =64.5%
(外国での死亡, 不詳を除く)

2015年=後期高齢者人口(推計値)→16,452,000人

後期高齢者の死亡数(推計値) } 973,609人
死亡総数(推計値) } 1,270,000人 } =76.7%
後期高齢者の死亡割合

2025年=後期高齢者人口(推計値)→21,667,000人

後期高齢者の死亡数(推計値) } 1,282,226人
死亡総数(推計値) } 1,481,000人 } =86.6%
後期高齢者の死亡割合

注1) 2006年総死亡者数・後期高齢者死亡者数は、厚生労働省統計表データベース・人口動態調査に基づく

注2) 2015年、2025年の75歳以上死亡者数は都道府県別将来推計(国立社会保障・人口問題研究所)による推計データに基づく

■図1 後期高齢者における死亡数・死亡割合

この原因はどこにあるのだろうか。原因は、医師、医療構造、医学教育にある。本稿では、医療の問題点のいくつかが医師の現状把握の甘さ、説明責任の不備、対処するための知識の未熟さなどに起因している可能性があることを指摘する。その上で、安心して最期まで家で暮らすことができるための、今後の対応について論じるものである。



終末期の定義と支える医療・ICF

終末期は定義できない。表にあるように、NIH(National Institutes of Health)では終末期を特定の時間枠で区切ったり、科学的根拠のみで規定したりすることはできないと発表している。

今まで医学は、要素還元主義により健康体を100%として、疾病・事故・老化による身体の衰えを70%、50%、10%などの数値として評価し、下がった点数を改善することに腐心してきた(ICD〈国際疾病分類〉による)。

■表 NIH Consensus Development Program

What defines the transition to end of life?

The evidence does not support a precise definition of the interval referred to as end of life or its transitions. End of life is usually defined and limited by the regulatory environment rather than by the scientific data. A regulatory definition is a barrier to improving care and research relating to end of life. End of life should not be defined by a specific timeframe unless evidence can support reliable prognostication.

<http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCaresSOS024html.htm> (NIH Consensus Development Program)

終末期という定義が成り立つか?

終末期やその移行期に関して明確な定義を提供するエビデンスは存在しない。生命の終焉は、そもそも科学的データに基づいて定義されたり、区切りが入れられたりするわけではなく、むしろ状況によって決められる類のものである。したがって一律に定義することは医療や研究の質の向上にかえって邪魔になる。信頼できる予測ができない限り終末期は特定の時間枠で定義すべきではない。

つまり…

NIH(National Institutes of Health) State-of-the-Science Conference Statementでは終末期を「定義する」こと自体に問題がある

しかし、老化、認知症、がん末期、難病、生命の危機を脱した重症者のように、もはや身体を改善できない状態にある人たちは対象にならないのだろうか。そこで2001年に、WHOは新たな概念を導入した。ICF(国際生活機能分類)である¹⁾。ICFで最も重要な内容は「治すことではない」というところである。誰しもがいずれは背負う「障害をあるがままに認める」ことから始まる。身体の改善に固執することなく、身体以外のその人の特性を生かし社会参加・活動を通して新たな生き方を取得するのだ。

人は皆違う生き方をする。それを認めることにより生き方の形態が変容するだけであり、低下・劣化するのではないという思想である。

図2の縦軸は、従来型の要素還元主義による健康を100%とした比較論である。治る病気の場合にはこの低下を正常に戻そうとする

原動力になり、比較論が功を奏する。しかし、ある一定の点数以下になると一律に終末期と評価される危険性がある。治らないものは捨て置かれる。

横軸においては、健康体●も、半身麻痺▲も、胃瘻栄養■も、人工呼吸器+を付けたとしても生き方の形態が変わるだけである²⁾。五体不満足であったとしても、状況と調和すれば皆100%の生き方となる。横軸においては、死の直前まで終末期はないとも言えるのだ。この両極の「ものの見方」を、医師はバランスよく説明できなければならない。

終末期は人間の思考が作り出した「構成概念」であり、実態ではない³⁾ことをよく心得てほしい。治す医療ではなく支える医療への転換が今後の鍵となる。



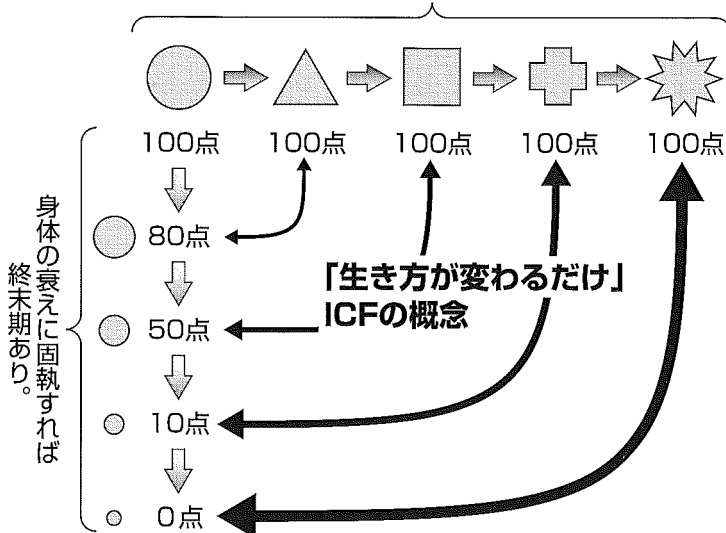
医師が原因

その1 人口構成が劇的に変化し、治す医療から支える医療への転換が必要な現状を、医師が把握していない。

その2 支える医療の中心となる在宅医療についての知識が、医師に欠けている。①図3は全国臨床研修指定病院に対して行った調査⁴⁾で、臨床研修指定病院の医師の75%が「在宅医療についてよく知らない」と回答した。在宅医療を知らないために「重度では帰せない」という間違った判断により、②図4に示すように、在宅医療の対象者の約半数が帰宅できないまま「転院」となっている。さらに、21%が病院外来に通院しているために、急変すると皆病院へ殺到する。このことが病院への救急搬送率の増加と病院死を生み出すことになる。

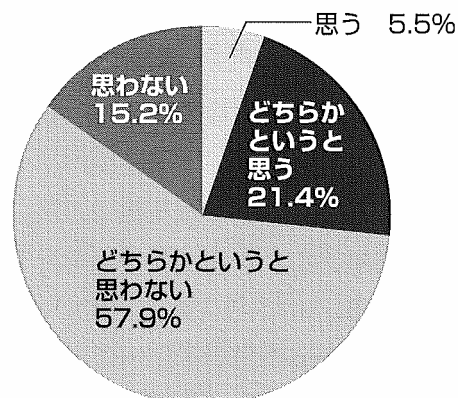
③同様に、全国がんセンターの医師の70%が在宅医療を知らない。このことががん難民を生み出すこととなる。病院医が行うことは在宅医療の適応者（疾病傷病による通院困難

五体不満足でも状況と調和すれば終末期がない。
終末期は構成概念であり、実態ではない。



■図2 2つの説明責任

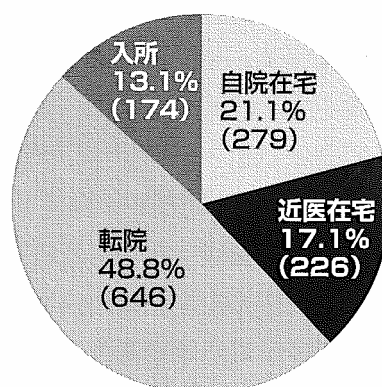
臨床研修指定病院地域連携室（悉皆）
2007年老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）



主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか（n=145）

■図3 医師の在宅医療に対する理解

臨床研修指定病院病棟（悉皆）
2007年老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）



■図4 在宅適用となる退院患者の転帰：回答病棟の総和（在宅適用となり得る退院患者の割合が全退院の50%未満である病棟172病棟、1,325退院事例のうち）

生き方は2つしかない



■図5 人間の生き方（看取り）緩急の図

者）を地域の在宅療養支援診療所に委ねることであり、これが病院医の疲弊を防ぐことにつながる。

その3 医師の説明責任が果たされていない。治す医療しか知らない医師は、「疾病論・症候論だけで説明を終えたと誤解している」という大問題がある。例えば、①全国に約20人、仙台にも1人、独居で全身麻痺、人工呼吸器装着、胃瘻栄養を行っている「24時間完全他人介護」の自宅生活をしている療養者がいる。現在の介護保険＋障害者自立支援法を活用すれば、自宅生活が可能なのだ。これを病院医は知っているのか？

②筆者は、13歳の脳死の男児を2カ月の在宅療養の後に看取った⁵⁾。どんなに重度であっても、現在の制度を有効活用することにより在宅療養が可能であることを知らなければならぬ。これを理解していないと「人工呼吸器を付けても家族が大変」などと否定的な説明を行い、「では付けません」と患者が

答えてしまうように医師が患者を誘導してしまう。生きていくことが可能な制度の活用と体制整備を行うことを知らなければ、患者は「生きていけない」と思うだろう。自己決定と言いながら、自己決定が行えるために必要な説明がなされていない現状では、真の自己決定は達成されない。



対策とプロセス

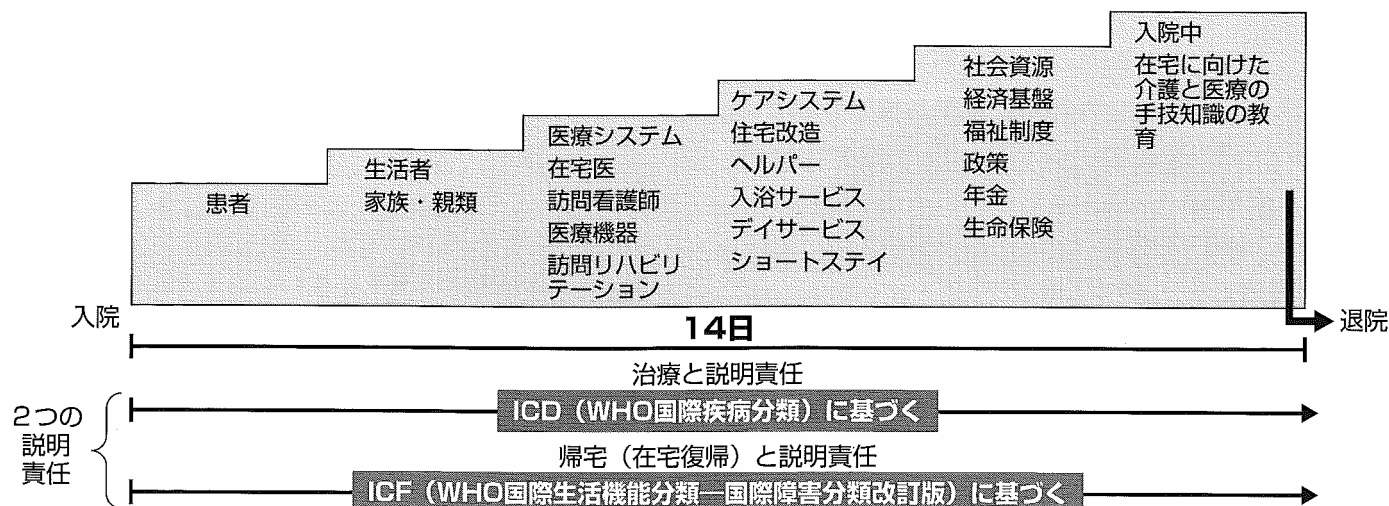
その1 明日亡くなるかもしれない患者であっても「帰りたい！」と希望するのであれば、どんなに重度でも帰ることが可能であることを病院医・地域連携室が分かっていること。

その2 在宅医療の適応者は、原則的には疾病傷病による通院困難者である。歩行可能な患者でも適応となるのはがん末期患者である。明日急死するかもしれない可能性があるからである。高度認知症で徘徊が激しかったり不穏が強かったりする患者も適応となる。

その3 医師が説明責任を果たすこと。ここから始まる。①疾病論・症候論だけではなく、支える制度の活用と体制整備を行うことが説明の重要な要素となる。日頃から、②治す医療から支える医療への移行が誰にでも必ず起こる日が来ることを、図5を基にして本人と話し合いをしておかなければならない。

③命にかかわる急変時の緊急対応について、治療の適応と限界についても話がなされていなければならない。ただし、④意思決定は十分な説明によって「結果として導き出される」ものであり、強制してはいけない。

その4 24時間対応する在宅療養支援診療所が、全国に11,000カ所ある。その半数はがんの看取りを行い、約600カ所（ほとんどが全国の臨床研修指定病院とがんセンターの近隣に開業している）の当該診療所が人工呼吸器を扱っている。これらの診療所のリストを



■図6 退院計画と説明責任（生活情報）

作成し、該当する疾患と診療所のマッチングを考えることが必要である。

その5 入院中に制度の活用と体制整備を行うこと。図6は在宅医療の適応となる「疾病傷病による通院困難者」に対して入院中に行われる、帰るための事前準備の行程である。患者と呼ばれる人も、家に帰れば生活が待っている。家族・親族を含めた生活者全体の生活が成り立つように計らわなければならない。在宅における主治医の選定においては、重症対応可能・看取りが可能な診療所を軸に訪問看護・医療機器の導入、リハビリテーションの必要の有無などを考えなければならない。

その6 医療は30～60分のわずかな時間で終了するが、生活を支える介護は24時間の連続である。①ケアマネジャーを通じて訪問介護・通所介護・入所介護のいずれをも駆使しながら、家族が疲弊しないように計らうことが求められる。社会資源の有効活用も重要である。

②身体障害者手帳の交付は最も必要である。心身障害者医療費受給者証は医療費負担の減額・免除となる。身体障害者手帳により各種の給付が行われる。在宅医療の適応者は、原則的には身体障害者となる。

③いずれの生命保険にも「高度障害」の項目がある。高度障害に該当する場合（車いす生活、気管切開、胃瘻など）には、死亡時と

同じ金額が生きている今の時点でもらうことができる。これにより生活設計を立て直すことが可能となる。まとめると、介護保険の申請、身体障害者手帳、特別障害者手当、医療費助成、給付品目の検討、住宅改造費の給付、生命保険の活用（高度障害の有無）など、各種制度の有効活用が重要である。目一杯の制度活用がなされれば、独居＋全身麻痺＋人工呼吸器＋胃瘻の療養者も自宅生活可能な介護が行えることを知っておくことが大切である。

その7 人員配置。医療従事者＋介護従事者＋レスパイト体制のリストを作成し、当該事業所を選択する。

その8 入院中に「在宅移行後の担当者との事前の話し合い＝サービス担当者会議」が開催されることが望ましい。それぞれの役割分担を確認することで、退院初日からの安心した生活が行われる。

その9 家庭の整備。

その10 退院。

その11 訪問診療＋緊急時の往診＋訪問看護の活用によって、医療レベルを維持する。緩和医療の進展により、「原則的にはすべての患者は緩和されるのであり、苦痛を訴えながら最期を迎えることはない」ことを明言し、生活者に安心していただくことが肝要である。

その12 看取り。図5を基に自然な看取りの

プロセスを事前に家族に対して示しておくことが大切である。急変しても慌てないこと。自然経過であっても、急変であっても最期に至る道筋の途中では血圧が低下し、60mmHg以下になれば脳循環が低下するために意識低下が起こる。意識低下は本人にとってすでに安楽な境地に達していることそのものなので、このことを十分に家族に説明し、家族さえ慌てなければ大往生を達成できることを了解してもらう。最期の日「水入らずの時」を「家族みんなで」有意義に過ごすしてもらうことである。息を引き取ったところでこれが大往生であると認識してもらい、蘇生はしないこと。また、慌てずに医師に連絡してもらうことなどを事前に打ち合わせしておく。

その13 亡くなられた後の対応。死亡診断、死後の処置、葬儀などについて。

その14 グリーフケア。



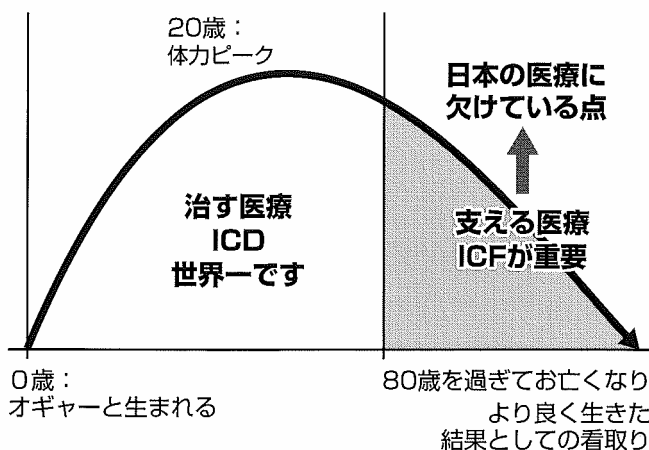
連携室の役割

その1 病院は入院するところではない。退院させるところである。このことが基本となる。したがって、入院計画を患者に提示するのではなく、「退院計画」を提示しなければならない。

その2 退院可能となる範囲の検査と治療が求められる。「患者の意向＝生き方に沿った医療提供」を工夫することが医師に認識されていなければならない。

その3 病院へ通院する外来患者を極力減らす。退院を、①歩行可能な通院患者、②疾病傷病による通院困難者に二大別する。①は近隣の外来診療所に委ねる。②は在宅療養支援診療所に委ねる。

その4 その3が達成されることで、病院医は朝から入院患者に専念することが可能となる。その結果、①説明する時間のゆとりがで



■図7 支える医療への提言

きる。②検査と治療に専念できる。③入院日数が削減でき、ベッドの回転率が増す。

その5 連携室の機能が十分に発揮されることが病院機能の集約化と適正な運用につながることを、連携室職員、病院職員のすべてが分かって行動しなければならない。

その6 急変しても、「すぐ来なくていいよ」「見てくれる診療所があるよ」と話さなければならない。救急搬送率が減ることによって病院医の疲弊は回避される。

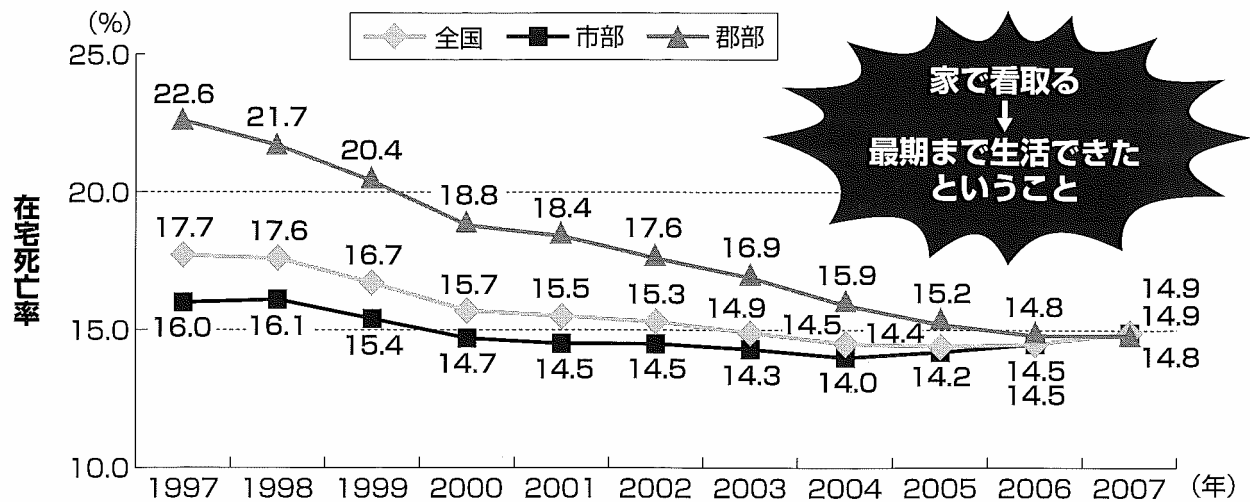
その7 入院受け入れは、地域医療を担当している診療所との連携に尽きる。連携室が地域の診療所からの紹介患者を獲得することによって、①あらかじめ予定された日時に、②すでに診療情報提供書がある患者を入院させることが可能となる。

しかしながら、連携室職員にも、ましてほかの病院職員には連携室の重要性が認識されていない。

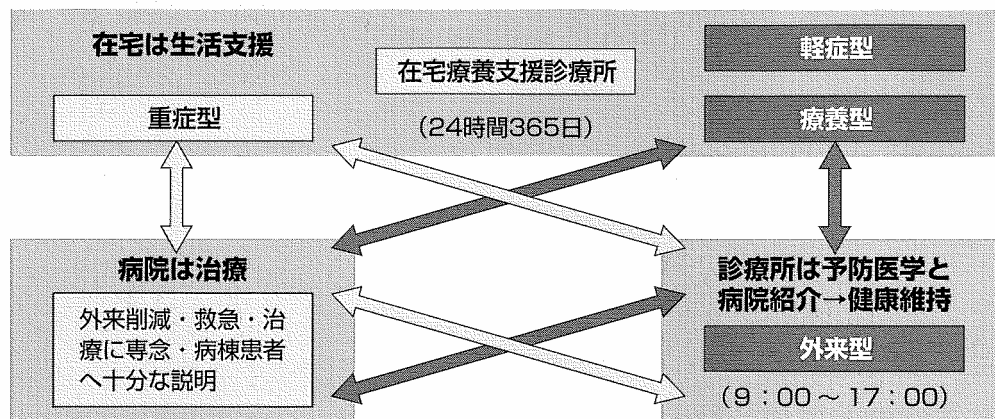


支える医療への提言(図7)

図8に示すように、在宅死がようやく増加しはじめた。家で看取られるということは、最期まで家で暮らすことができた証明である。国民の60～80%が居宅での終焉を希望している現在、医療がこれを支援できなけれ



■図8 市部・郡部における在宅死亡率



■図9 医療の三部門化：在宅医療は潤滑油

ばならない。

病院はまだまだ自助努力に乏しい。人口増加が著しかった高度成長時代を引きずっているとしか思えない。しかし、すでに時代は変わったのだ。①治す医療から支える医療への転換、②支える医療にふさわしい医学教育、③支える医療の現場修練が求められる。

病院：外来廃止・入院に専念・説明責任によって素早い治療と退院がなされる。

外来診療所：予防医学・病院への患者紹介によって地域住民の健康維持を担う。

在宅療養支援診療所：在宅療養者・障害者への対応と看取りを可能にする生活支援を行う。

図9に示すように、以上の医療機能分화가今最も行われなければならない。地域連携室

はその重要な役割を担っているものであり、今後の成果が期待される。

引用・参考文献

- 1) 上田敏：ICF（国際生活機能分類）の理解と活用，P.40～41，きょうされん，2005。
- 2) 川島孝一郎（分担研究）：在宅医療のグランドデザイン，「高齢者の在宅医療（退院支援，救急）における地域連携とネットワーク化に関する研究」，P.27～50，平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業（18指－3分担）
- 3) 川島孝一郎：終末期の決定プロセスのあり方とニューロエシックス，臨床神経学，Vol.48，No.11，P.955～957，2008。
- 4) 川島孝一郎（主任研究）：重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業，P.185～192，平成19年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
- 5) 川島孝一郎（分担研究）：ICUにおける脳死状態患者の在宅移行に関する研究，「利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究」（主任研究者：濃沼信夫），平成19年度厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）