

大分県立看護科学大学 第14回看護国際フォーラム

「日本における看とりのチーム医療：現状と課題」(太田秀樹先生の講演から)

江月優子 Yuko Ezuki

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学 Oita University of Nursing and Health and Sciences

2013年9月25日投稿

キーワード

看取り、在宅医療、訪問看護、高齢者

Key words

end-of-life care, home care medicine, home nursing, the elderly

1. はじめに

第14回看護国際フォーラムは、「看取りの看護」をテーマに開催された。医療法人アスミス理事長であり、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長の太田秀樹先生には、「日本における看とりのチーム医療：現状と課題」についてご講演いただいた。

太田先生は平成4年から在宅医療に取り組みされている。現在もおよま城北クリニックの医師であり、実践家として活躍されている。今回の公演では、先生の20年間の実践の中で、実際に看取りをされた症例もご紹介いただき、日本における在宅の終末期医療について、また、在宅医療における看護職の役割について深く考える機会となった。以下、講演内容の概要について報告する。

2. 病院死が日本の文化となった背景

2.1 1970年代 何が起こったか

日本の医療機関における死亡割合は増加し、1976年に在宅での死亡割合と病院での死亡割合が逆転した。ここ数年で在宅死が増加してはいるものの、2004年の人口動態調査によると、約8割が病院死であり、欧米諸国と比較して高い値を示している。このような変化や現状には、1970年代の時代背景が影響している。

1970年、日本は高齢化社会(高齢化率7.1%)に突入した。1995年には高齢社会となり、2012年の高齢化率は24%にまで上昇し、超高齢社会となった。高齢者が増加し、1973年には老人医療費が無料化となり、社会的入院が増加した。さらに、医療は高度化・先進化し、1975年には東京女子医大に初めてCTが設置された。高度な医療機器の登場により、国民の病院信仰はますます高まることとなる。この時日本

は高度成長化の時代であり、女性の社会進出や、核家族化、老老世帯など家族形態の変化が、国民の「病院に行く」という風潮を加速させた。一方、医学教育においては、1972年に「一県一医科大学構想」が具体化し、約10年で医師数が倍増し、医師は臓器別の専門性を持つことが重要とされた。その結果、日本の開業医のほとんどが専門医で、患者を総合的に診る医師が少なく、多くの疾患を抱えている高齢者は、複数の医者にかからなければならないという現状になっている。

2.2 国民の意識

平成19年度の高齢者の健康に関する意識調査の結果では、終末期の療養場所として6割以上が「自宅で療養したい」と回答していた。しかし、家族の負担になりたくない思いや、在宅医療の質そのものや急変時への不安から、在宅療養の選択には至っていないのが現実である。往診する医師が少ないという指摘もあるが、国民の持つ「病院がありがたい」という意識も少なからず影響しているのかもしれない。

前述のように、1976年に在宅死と病院死が逆転した。しかし、この時既に医療が高度化しても高齢者が必ずしも幸せになっていないことに気づき、高度先進医療に対する疑問を持つ専門家が現れた。同年に日本尊厳死協会、翌1977年には日本死の臨床研究会が発足し、ホスピスやターミナルケアの研究が始まった。1982年には、市民によって生と死を考える会が組織され、1988年、看護師の季羽倭文子氏がホスピス研究会を立ち上げた。

1990年代になると、ジャーナリストの大熊由紀子氏が著書の中で、「デンマークには寝たきりの高齢者がいない」と紹介し、これは日本の医療に対する警告

となった。また、柏木哲夫氏や山崎章朗氏ら医師も、医療が高齢者の利益となっていないことを社会に発信するようになった。

2000年になると、国民は自分が希望する人生の終焉を迎えることを望むようになり終末期医療は国民の課題となった。2003年には日本緩和医療学会が発足し、緩和医療の正しい在り方が学術的に追及されることとなり、医師が、大往生や満足死など、「死」を積極的に語るようになった。2010年以降その傾向はますます強くなっている。新聞のヘッドラインにまで「終活」という言葉が堂々と掲載される時代となり、日本人は超高齢社会の中で「自分がどう生きてどう死ぬか」ということを考えるようになった。

おやま城北クリニックの在宅看取り率は、37% (1999年) から68% (2012年) に上昇している。システムや医療の質は変わっていないにも関わらず在宅看取り率が上昇したのは、国民の意識が変化したことと表れと捉えられる。

2.3 国の施策

現在の日本は、1人の高齢者を3人で支える超高齢社会である。また、平成22年度では死亡数が出生数を上回り、超少子社会・多死社会の到来とも言える。いずれは、1人の高齢者を1人が支え、高齢者が亡くなる場所がない（死に場所難民）、こういう時代であるということ認識しなくてはならない。

そこで、看取りまで支える在宅医療を実現させようと、国は介護保険法や障害者自立支援法、がん対策基本法などの制度を作った。がん対策基本法では、在宅ホスピスという文言が盛り込まれ、医療者の緩和医療の技術や知識を向上させていくことが示された。

2012年、厚生労働省は「在宅医療・介護あんしん2012」を発表し、都道府県に対して「5疾病・5事業・在宅医療」の数値目標を第6期保健医療計画に盛り込むよう通達した。在宅医療は、この「5疾病」「5事業」の全てに関わるものであり、この施策において非常に重要視されている。

市町村は、地域包括ケアシステムの構築をしていかななくてはならない。地域包括ケアシステムは、「介護・医療・予防・住まい・生活支援」の5つの領域からなる。このうち、「医療」の大部分は「訪問看護」であり、地域包括ケアシステムの中で看護の果たす役割は大きい。

超高齢社会は医療のパラダイムを変えた。長寿 (Anti-aging) ではなく、天寿 (With-aging)、cure ではなくcare、病院でではなく地域、臓器ではなく人生、根治治療ではなく緩和医療。つまり今必要なのは、急性期医療ではなく終末期医療である。超高齢社会においては、医療が介入した妥当性を、データの改善ではなく、生活の質(QOL) を高めるといことが尺度として用いられていくことになる。

猪飼周平氏の「病院の世紀の理論」では以下のことが書かれている。「21世紀は病院の世紀の終焉である。臓器治療にも限界があり、治せない病気になったら病院ではなく、医療そのものがより地域で包括的に提供されるのは時代の必然である。今後は治せないものとどう対峙するか、ということを考えていかななくてはならない」という内容である。したがって、地域包括ケアシステムは、病院か在宅かという二元論で語られるのではなく、在宅療養を中心として、病院は地域のICUとなり、デイサービスやショートステイを利用しながら、あくまで地域で暮らすことを支えるものでなくてはならない。

3. 在宅医療の現状

24時間365日、安全で安心な在宅医療を提供するためには、多職種協働と地域連携が必要である。平成22年の厚生労働省による「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」では、介護施設よりも在宅の方が重症患者を診ているという結果であった。現在は在宅においても、超音波検査やレントゲン撮影、胃ろう交換、酸素吸入、人工呼吸器の使用などが可能である。さらに、携帯電話やスマートフォンを利用したタイムリーな画像通信により、医師がその場にいなくてもリアルタイムに治療を開始することもできるようになった。

在宅医療において訪問看護師が果たす役割の重要性について、在宅医療に携わる多くの医師が述べている。また、歯科医師や薬剤師、理学療法士による、訪問診療や指導、リハビリも行われるようになり、多職種協働によって在宅でも高度な医療が提供されるようになった。

4. 看取りまで支える在宅医療 = 訪問看護

厚生労働省が作成した、訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合を示したグラフでは、高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者

の割合が高い傾向にあることが示された。国や都道府県、市町村だけでなく、日本看護協会など職能団体も、看取りを視野に入れた在宅医療のために訪問看護拡充、強化の戦略を打ち出している。看護師は、**cure**、**care**、**heal**の3つの視点をもっており、多職種間の連携の中で、患者・家族との関係の中で、その時々で求められる役割を担うことができる。以上のことから、訪問看護師への期待は大きく、在宅医療を推進するためには訪問看護の力は不可欠といえる。

5. 終末期医療

実際に在宅で看取った事例の多くが、死は住み慣れた自宅で家族と共に迎え、おごそかで穏やかで、悲しいけれどすがすがしくもあった。在宅では、患者と家族が死と和解し死を受け入れていることが多く、死が患者と家族の満足感、達成感の中にある。WHOはPalliative careについて「死はノーマルなプロセスであること、チームで患者と家族のニーズにアプローチすること、QOLを高めること」などと説明しており、これはまさしく在宅で提供されるケアと言える。

6. 居宅系高齢者施設の'在宅医療'

現在、介護やサービス付きの高齢者向け住宅など高齢者のための様々なビジネスが展開されている。しかし、亡くなりそうになる終末期に救急搬送し、それを地域の連携と言う施設があり、施設における看取りが進まない問題がある。

高齢者が自宅で家族に看取られることは元々当たり前のことであり、21世紀はそれを取り戻す時である。そのために、市民と行政と職能団体の関係性の中で地域包括ケアシステムを構築していく必要がある。介護機器の発展や各種介護系サービスの充実、地域ネットワークの整備などにより、より高度な在宅医療が可能となり、訪問看護師への期待はますます高まっていくだろう。

7. おわりに

太田先生の講演の中で、先生の実践の実際をご紹介いただき、在宅医療そのものと、そのための看護の果たすべき役割の重要性を強く感じた。超高齢社会となった今、医療の体制やシステムを変化させていくこと、新しく構築していくことも必要である。それと同時に、自宅で家族と共にという、かつての日本

の看取りの形を取り戻すこともまた必要である。医療職者としてはもちろんであるが、一人の人間として、自分と家族が「どう生き、どのように死を迎えるか」ということに向き合っていきたい。



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 成人・老年看護学研究室

江月 優子

eduki@oita-nhs.ac.jp