

平成26年度

# 地域医療と保健活動

兵庫県国民健康保険団体連合会  
兵庫県市町診療施設運営対策協議会



## へき地勤務医師の確保について

兵庫県健康福祉部健康局  
医務課長 藪本 訓 弘

兵庫県市町診療施設運営対策協議会の会員の皆様におかれましては、平素より、国民健康保険直営診療所及び市町立診療所の運営・活動等を通じて、県内へき地医療等の確保に格別のご尽力をいただいていることに、厚く御礼申し上げます。

さて、国では、地域の医師確保の観点から、平成18年の「新医師確保総合対策」を皮切りに、「緊急医師確保対策」、「経済財政改革の基本方針2008」、「新成長戦略」により、医学部定員増の取り組みが行われてきております。本県においても、これらに対応し、県で修学資金を貸与して養成する医師、いわゆる県養成医師の定員増に取り組んできており、平成26年度の入学生実績は、平成25年度よりも2名多い、計22名となりました。

しかしながら、平成22年度から行われている定員増の効果は、現在の医学部5年生が卒業して2年の臨床研修を修了する平成30年度から現れてくるため、当面の医師確保対策と併せて総合的に進めていくこととしております。

当面の医師確保対策としては、県医師会と連携して医師不足地域、診療科への再就業を支援するドクターバンク支援事業や女性医師再就業支援事業などの「地域医療支援医師研修事業」、義務年限を終了した県養成医師等を県職員として採用して県内公立病院等への派遣する「地域医療支援医師制度」、医師不足の医療機関に医師を派遣する医療機関に対し、派遣に伴う逸失利益の一部を助成することにより政策医療を担う医師の派遣を促進し医師の偏在を解消する「医師派遣緊急促進事業」、産科医等の処遇を改善し、その確保を図るため、地域でお産を支える産科医等に対して分娩手当等の支援を行う「産科医等育成・確保支援

事業」など、即効性のある事業を実施しております。

また、今年度より医師確保対策を総合的に推進するため、県内の医師不足の状況等の把握分析、医師不足病院への支援、医師キャリア形成支援などに取り組む「兵庫県地域医療支援センター」を県医務課に設置し、「神戸大学医学部附属地域医療活性化センター」の医師及びメディカルスタッフへの教育・研修機能も活用しながら、地域医療に従事する医師の養成・派遣、地域医療の充実等に取り組んでいます。

併せて、国に対して、へき地や産科・小児科等における医師不足の解消に向け、地域別・診療科別需給状況等、都道府県ごとの地域事情を踏まえた医学部入学定員増など、国の責任による医師の適正な配置がなされる仕組みの構築等について働きかける等、医師不足の解消や医師偏在の是正に向けた取り組みを進めております。

兵庫県市町診療施設運営対策協議会におかれましても、医師の確保に関する事業をはじめとして、地域医療に係るさまざまな研修機会の提供などを行っていますが、今後とも、皆様と力を合わせ、地域医療の確保と充実を一層進めてまいりたいと考えておりますので、引き続き、ご理解とご協力をお願いいたします。

## 平成26年度地域医療に関する研修会

とき 平成26年7月5日(土)  
ところ 兵庫県国民健康保険団体連合会

### — 基調講演1 —

### 人生の最終段階の医療の現状と課題

医療法人社団裕和会 長尾クリニック  
院長 長尾 和 宏



日本において病院死が在宅死を上回ったのは、1976年(昭和51年)である。以来、38年間、日本人の死に場所として病院が在宅を上回った状態が今も続いている。大雑把にいうと、日本人の8割が病院で、1割が在宅で、そして残りの1割が施設等で亡くなっている。ちなみにこれは日本国の平均の話。栃木県では、両者が逆転した年は1981年だ。お隣の韓国は2003年で、台湾は2012年である。アジアの中で逆転しているのは、日本、韓国、台湾の3ヶ国だけである。人類の歴史を振り返ると、99.99%の期間は在宅で亡くなっていて、病院で亡くなっている期間は、0.01%以下に過ぎない。こんな単純な事実ですら、医学部や看護学部で教えられることが無いのが現状だ。

「日本において年間に亡くなる人の数は増えているか。それとも減っているか。」最近、こんな単純な質問を講演会の冒頭ですることになっている。すると急性期病院の医師は、5~8割が、「減っている」方に手を挙げるからだ。その理由を聴くと、「医学が発達しているのでそう簡単に死なないはずだ」と答える。当院に在宅医療の研修に来る病院勤務医もほぼすべて「減っている」と答える。もちろん正解は、「増えている」のだが。現在、年間120万人強が亡くなっているのが、2025年には、160~170万人が亡くなる時代となる。つまり強烈な勾配で「多死社会」に向かって邁進している途中にあるのが日本国だ。しかし、その「多死」という発音を聴いても、書けない医師が結構いる。なぜ2000年に介護保険制度ができたのか、ケアマネという職種が何をするのかわからない医師も多い。「死」に関する医学・看護教育は皆無である。かつては地域にあった「死」が、現在はほとんどが病院の中に隠されるようになった。そして入院して亡くなると、入院費用を払わない家族もいるという。医療者のみならず、市民や家族も「死」を考えることなく、人類がかつて経験したことがない勾配で上昇する多死社会を迎えている。

### 逆転したのは、1976年=昭和51年!

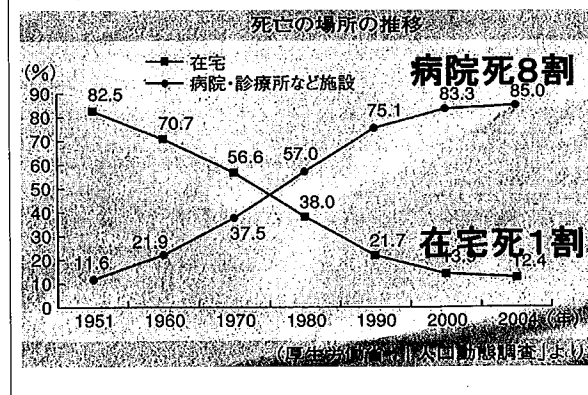


図1

その結果、何が起きているのか。多くの病院では、血だらけ、腹水や胸水だらけ、管だらけで人生の最終章を過ごしている。亡くなる当日まで寝台車で、がんセンターに抗がん剤を打ちに行っていたがん患者さんがいた。「なぜ死ぬまで抗がん剤を打つのか」家族に聞くと、「医者がもう来なくていいと言ってくれなかったから」と言った。担当医は、「家族が連れてきたから」と答えた。お見合いをしていたのだ。あるいは、入院して亡くなる瞬間まで抗がん剤を打った患者さんを見たことがある。よく見ると抗がん剤の点滴がまだポタポタ落ちていた。主治医は「ああ惜しかった。この抗がん剤でがんが治るところだったのに、もう少しのところまで残念ながら亡くなられました」と家族に説明していた。その病院では、死んでもまだ抗がん剤をやっているのだ。「病気の終末期」や「人生の最終章」という概念が存在しない中で、がん医療が行われていた。だから、抗がん剤やがんの手術を全否定した書籍が、100万部以上も売れるのだ。終わり悪ければすべて悪しで、患者さんのがん医療への懐疑は強くなるばかりだ。

多くの高齢者はピンピンコロリ（PPK）を願う。しかしピンピンコロリとは言葉を変えれば、突然死であり、亡くなる方のうち5%の人に相当することが統計学的に分かっている。残念ながら5%の人には「終末期」はない。たとえば津波で亡くなられた2万人余、自殺者2万人余、入浴死2万人、交通事故や自殺等での1万人、心臓・脳血管性障害で病院到着前に死亡などの総計である。一方、95%の人には「終末期」がある。一定の療養期間があり、「終末期」を経てから死に至る。それには大きくいうと3パターンに分かれる。

Aコースは末期がん。在宅療養を選択した場合、平均在宅期間は1.5ヶ月にすぎない。在宅の場合、多くは亡くなる直前まで何かしら食べてトイ

レに通っている。Bコースは、臓器不全症。心不全、腎不全、肝不全、肺気腫など特定の臓器が弱った病態だ。この病態には入院加療がとても有効だ。病院と診療所、在宅の連携が非常に重要だ。入退院を何度か繰り返すうちに、いつかは終末期に至る。Cコースは老衰や認知症だ。長ければ10~15年というダラダラとした療養期間を経て死に至るが、必ず終末期を経る。A、B、Cコースの割合は、だいたい1:1:1となる。自力でどれかを選ぶことはできないが、この講演を聴いている人の95%は、確実にAかBかCコースのどれかを経て死に至る。

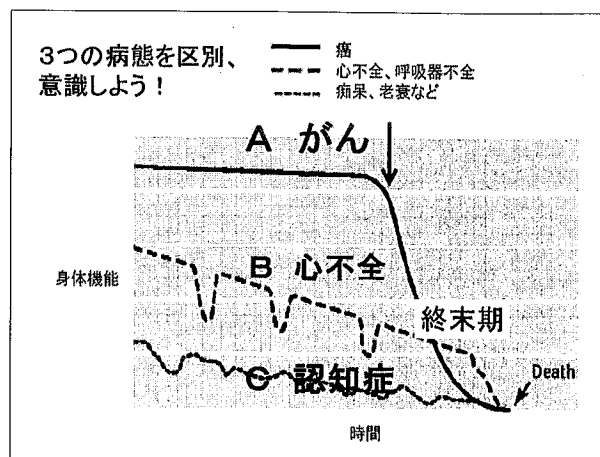


図2

大切なことは、終末期は医者が決めるものではないということ。医者が言ってくれることを期待していると後悔が残るだけだ。医者は（少なくとも私は）余命をよく間違える。極端な話をすれば、かつて余命1日と宣告して3年生きた老衰の人がいた。末期がんの知人は、がん専門病院で余命2ヶ月と宣告されてから8年以上生きた。余命は当たることもあるが、大きく外れることもある。素人は医者ならそれくらい分かるだろう、と思うだろうが、予後予測は多分に経験や勘に負うことが大きい。しかも間違える。検査の数値などで定義できないのが余命というものの難しさだ。国会における議論が停滞しているのも、「終末期」がよく分からない、定義できないことが本質だと考える。だから多くのケースでは、亡くなってから

「ああ、あの時が終末期だったのか。こんなことなら家に連れて帰ればよかった。好きなものを食べさせてあげればよかった。」など、後悔が残る。終わってから分かるのが、終末期なのだ。しかし終わってからいくら分かって、後悔しても意味がないのだ。リアルタイムの臨床経過の中で、終末期を感じる事が大切なのだ。

実は終末期が一番分かるのが本人なのだ。「何？医者がよく分からないというのに、本人が分かるのか？」そんな声が聞こえてきそう。しかし分かるはずだ。象さんでも、死期が近づけば群れを離れて象の墓場に向かう。野良犬や野良猫も分かるのに、人間が分からないはずがない。独居の認知症でも在宅で診ている方が何人かいるが、彼らも亡くなる前に、「先生、もうあかんわ。死ぬわ。」と言ってから亡くなって行く。大切なことは、本人や家族が終末期を感じて、言い出して、医療者と何度も相談することだ。誰も明確に定義できない終末期は、本人の感覚と医者の診立てと話し合いを経て、最終章の医療を決めるべきだ。これを、アドバンスド・ケア・プランニング（ACP）という。

「終末期」がなぜ大切なのかというと、終末期以降は、ギアチェンジをした方が患者さんの苦痛は少なく長生きできるからだ。終末期以降は、過剰な水分・栄養補給を控えることが大切である。「終末期の脱水は友」である。脱水があることで心不全や痰がゴロゴロすることがない。在宅で看取った方には、酸素や点滴や吸引チューブなどの管とは無縁なのだ。反対に点滴をし過ぎると、心不全→肺水腫を起こして、ゼコゼコが激しくなり、吸引器が必要になる。苦しいので、鎮静剤で眠らせる（鎮静）ことに追い込まれる。私は700人以上の患者さんを在宅で看取っているが鎮静を必要とする患者さんは一人も居なかった。一方、ある病院では半数に鎮静を行うという。人生の終

末期に、最期までせつかく意識があるのに何故、故意に意識を落とすのか。それを緩和医療と呼ぶのか。私は不思議ではない。

すなわち終末期以降は、自然経過に任せ、脱水を容認することで枯れて死を迎えることができる。筆者はこれを平穏死と呼んでいる。自然死、尊厳死も同義だ。平穏死とは枯れて死ぬこと。枯れて死ぬというと、苦しくて早く死ぬような気がするかもしれないが、実際はその逆だ。より苦痛が少なく、より長く生きるのが平穏死である。平穏死の対極は、延命死。延命死とは、単純化すれば「溺れ死に」ともいえる。顔や手足はパンパンでお腹や胸に水が溜まっている。腸閉塞になり吐くので鼻から管が入る。息が苦しいので暴れる。暴れると縛る。縛ると大声をあげるので鎮静（セデーション）をかける。病院で溺れ死んだご遺体と在宅で枯れて亡くなったご遺体の重さが、10kg以上違うと言った方がイメージしやすいだろうか。延命死と平穏死の体重差は、葬儀屋さんが一番良く知っている。そして、平穏死＝枯れて死ぬ方が、圧倒的に苦痛が少なく、しかも長く生きられるのだ。いいことだらけだ。しかし「終末期」が分からないと考えると、最期まで玉砕になってしまう。患者は管だらけで苦しいのでたまったものではない。

単純化して書いているが、枯れて死ぬ平穏死の考え方は、痛も認知症も同じだ。これに気が付くまで私は10年もかかった。終末期という言葉を知らなかったのに1000人を超える人に、最後の最後まで点滴をして苦しませていた。病気で苦しんだのではない、無知な私の処置が苦しめていたのだ。つまり「犯人は私だった」のだ。私さえいなければ、あれほど苦しむことは無かったのだ。石飛幸三先生も気が付くまで40年もかかっているはずだ。しかし気が付けばいい。おそらく9割の医師は一生気が付くことなく、医者人生を終える。

自分自身も平穏死を知らない若い医師の手で、いつか延命死となっている。

開業して20年。750人の方を在宅で看取らせていただいた。ほとんどが、管一本無く、穏やかな最期だ。あまりの穏やかさに家族はみな驚く。看取りの場に私はいない。たいてい、平穏死しか無かったのだ。40年間の病院の歴史が、そして終末期を感じる事ができなかったので、枯れて死ぬことが難しい時代に生きていることをまず自覚すべきだ。

終末以降にゆっくり枯れて死ねない理由の一つは、「待てない」からだ。救急医療では待つのはダメだが、終末期以降は待つ方が得な場合が圧倒的に多い。1日飲まず食わずでも、体にはちゃんとストックがあることを覚えていて欲しい。人間は飲まず食わずでも10日間生きられる。500mlの水さえあれば、半年生きられるということを知らない医療者が多い。高齢者でも体重の半分は、水分であることを思い出して欲しい。また、内臓脂肪や皮下脂肪や筋肉という形で、ゆうに半年分のエネルギーのストックもあることを知っていて欲しい。

リビングウイルを表明している日本人は、たった0.1%しかない。私はリビングウイルの啓発と管理を行う日本尊厳死協会の役員を拝命している。リビングウイルとは、自分が「不治」かつ「末期」に陥った時に、延命治療はお断りするという文書による意思表示だ。米国では41%の人がリビングウイルを有している。そもそも医療の大部分は、延命治療であるが、特に人工的な印象が強い、人工呼吸、人工透析、人工栄養（胃ろうや経鼻栄養）を三大延命措置と呼ばれている。元来、リビングウイルは末期がんの最期に管だらけになることを想定して議論されてきた。しかし今後は、大認知症時代を想定したリビングウイルの在

り方が議論されている。すなわちリビングウイルの代行人として、家族や知人を指名する事前指示書という形の方がいいのでは、という議論が始まっている。

リビングウイルは、日本においては法的担保が無い。先進国中、リビングウイルの法的担保が無い国は日本だけである。台湾は日本の映画「大病人」を観た国会議員が2000年に全会一致で可決、施行されている。せっかくリビングウイルがあっても、家族の意向でそれが活かされない場合も現実にはある。親の年金をあてにする子供は増える一方だ。本人のリビングウイルがあっても、それを邪魔するのは子供たちだ。特に遠くの長男、長女が本人のリビングウイルを無視する。日本は、リビングウイルの法律を持たないために本人の意思より家族の意思の方が優先される不思議な国なのだ。

リビングウイルの法的担保を考える超党派の議員連盟が結成されて9年が経過した。しかし難病や障害者団体の反対もあり、議論の進展が見られないまま時間が過ぎている。2014年初夏、法律案の国会上程を目指して議論が重ねられたが、上程の見通しは未定である。日本医師会、宗教界、法曹界などほぼ全ての団体がリビングウイルの法的担保に反対しているからだ。今後、法律案は、「終末期の医療における患者さんの意思を尊重する法律案」として議論されるであろう。

死をタブー視せず、現実的な議論が交わされることを期待している。自己決定や本人の意思がもう少し尊重されるべきであると思う。日本は特殊な国だ。国民皆保険制度や介護保険等の社会保障が充実している。だから欧米の議論と単純比較することはできない。しかし延命治療を受けたい意思も受けたくない意思も尊重されるべきであろう。時間をかけてじっくりと国民的な議論が行わ

れるべきだと考える。

以上をまとめると日本は、1) 本人のリビングウイルがほとんど無い、2) 医療者が終末期という概念が無いか待てない、3) 家族の権限が強く、本人の意思より優先する、などの理由から、かなり偏った終末期医療事情になっている。しかし、日本老年医学会などの医学会から「終末期のガイドライン」が発表され、徐々に浸透しつつある。今後、国民的議論を経て日本版の患者の権利法を目指すべきだと考えている。

最後に、人間の尊厳と経済は決して相反概念では無く、両立するものであると筆者は考えている。興味のある方は、「平穏死」関係の拙書が数冊出ているので、ご参照いただければ幸いです。