

社会保険旬報

2017

8/11

No.2684

レコーダ 厚労省の局長が就任会見

動向 厚労省が28年診療行為別統計を発表

論評 地方における初期臨床研修医

確保につながる医学部教育…小池正嘉・大藪毅・江村正・田中滋

潮流 日本病院学会が神戸市で開催

NEWS 医師の働き方改革検討会が初会合

資料 医科・実技試験問題の解答と解説…第46回診療報酬請求事務能力認定試験

在宅看取りについて

医療経済フォーラム・ジャパン主催 第83回定例研修会から(下)

【講師】長尾和宏（医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長）
医療経済フォーラム・ジャパン（伊藤雅治理事長）は6月22日、長尾和宏氏（長尾クリニック理事長）を講師に招いて、「在宅看取りについて」をテーマに都内で第83回研修会を開いた。尼崎市にある長尾クリニックは、在宅看取りを行う在宅療養支援診療所として知られる。長尾氏は、23年前から始めた在宅看取りの現状について、①在宅看取りの中核は訪問看護だが、介護保険ができて医療保険と介護保険に分断された、②訪問看護に従事しているのは看護師の3%に満たない、③24時間対応の訪問看護ステーションも非常に少ないなどの問題点を指摘した。次いで、①終末期医療、②尊厳死・安楽死・平穏死、③リビングウィルと在宅死について説明。在宅療養支援診療所の使命を私見として述べた。続く質疑では医学部の研修や多くの病院で死についての教育が行われていないこと、さらに研修医を教える人材の教育が必要なることを強調した。前号と本号で要旨を紹介する。



（ながおかずひろ）

東京医大卒業後、大阪第二内科入局。平成7年、尼崎市で「長尾クリニック」を開業。外来診療から在宅医療まで「人を診る」総合診療を目指す。「平穏死・10の条件」、「胃ろうという選択、しない選択」、「葉のやめどき」、「痛くない死に方」はいずれもベストセラー、他著書多数。医学書「スーパー総合医叢書」全10巻の総編集など。日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、日本ホスピス在宅ケア研究会理事。関西国際大学客員教授。医学博士。

尊厳死の意味 終末期に延命治療しない

尊厳死の話に移りたい。尊厳死とは、終末期以降は延命治療お断りということが一つ。もう一つは緩和医療はしっかり受ける。モル

ヒネはしっかり使う。これが尊厳死の構成要件である。

例えば死ぬまで抗がん剤を打っていて、死んでもまだ抗がん剤を打っている自己満足の医師は結構多い。私は平穏死とか自然死という言葉を使っているが、終末期に

過剰な延命治療をしない、点滴をしないのが尊厳死である。安楽死というのは、医者が人工的に薬を注射して殺すわけである。私は在宅で1000人ぐらい看取りをしているが、みんな尊厳死である。アメリカのブリタニーさん

（29）が4月に脳腫瘍の末期で余命半年と診断され、夫の名前が言えなくなる前に死にたいと「安楽死」を選択した。医者から薬をもらって死んだ。これは自殺である。テレビ・新聞はすべて尊厳死と報じたが、誤報であ

る。尊厳死は自然死である。記事を書いてメディアの方がよくわかっていない。

スイスには合法的な3つの安楽死組織がある。チューリッヒ郊外にある看取りの家には、ドイツ、イギリスの末期がんの患者が多く。両国とも、安楽死を認めていないので、近くの病院へ行って自殺薬をもらい、死ぬ前にここで家族とお別れパーティをする。そして、1人でピルを飲んで死ぬ。

この後、スイス警察が入って検死し、ここで焼いて、お骨を持って帰る。約100万円かかる。

日本は、こんなことをしなくても自分の家で平穏死できる国である。国民皆保険で、介護保険も医療保険も在宅医療制度があつて、訪問看護師もいて、在宅緩和ケアが充実している。平穏死とは英語でピースフル・デスと言う。外国で講演する時にはピースフル・デス・イン・ジャパニーズ・ホームホスピスと話している。

意思決定支援プロセスには リビング・ウィルが重要

さて、家で看取るためには在宅

療養の選択をしなければいけない。意思決定支援プロセスという医療界の大きな流れがあり、その結果として在宅の看取りがある。これには4つのキーワードがある。リビング・ウィル（LW）、アドバンス・ディレクティブ（AD）、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、そして心停止しても蘇生がいらぬというDNR。

リビング・ウィルというのは一人称で、「私はこうだ」というもの。アドバンス・ディレクティブは二人称、アドバンス・ケア・プランニングは三人称で、家族が署名するが、それに対して周囲の第三者、医者や看護師やケアマネや友人が加わる。それぞれの意思、意見が異なり、一致することはまずない。そのため、ケア会議を頻繁に開く。それがないと看取りはできない。2・5人称の視点をつくり、話し合いをしていく。その結果が在宅看取りである。

リビング・ウィルとは、延命措置はいらないということだが、欧米では当たり前で、日本にはそのような風習がない。日本は法的に

担保されていない世界で唯一の国だ。台湾は2000年に担保され、韓国は昨年担保された。台湾は病院に入ってからリビング・ウィルを書き、家族などはその事前指示書に従う。今は認知症時代だから、リビング・ウィルを持つていることを忘れてしまう人も多いので、代理人を置く。そのため、リビング・ウィルはほとんど事前指示書型に変わってきている。

2017年の新しいリビング・ウィルのバージョンでは、代理人を置いている。成年後見人制度は財産管理だけで、医療代理やリビング・ウィルの代理はできない。誰が医療代理をするのか、法的担保がなされていない。しかし、これがあるかないかで全然違うということもわかっている。こういうものがあると、98%ぐらいの確率でリビング・ウィルがかなうこともわかっている。

そうはいつても、認知症で本人の意思がわからないという人が増えている。そのような人はどうするか。例えば、認知症で独居のおばあさんが末期がんになった。どのように意思決定を支援をするの

か、答えはない。みんなで作っていくしかない。

世界のリビング・ウィルにはいろいろなものがある。本人だけでなく、家族の考えも重視する。日本尊厳死協会は延命措置とひとくくりになっているが、医療はやってくれとか透析はやってくれとか、世界にはいろいろなリビング・ウィルがある。

ACPを核とした心づもり リビング・ウィル

ACP、アドバンス・ケア・プランニングというが、まだ元気な外来通院のうちから、もしもの時の用意しておく必要がある。そして在宅介護になったら、ケアマネと訪問看護師の協力で、早めにケア会議を開いてACPを繰り返し話し合う。その結果が看取りである。天皇陛下の退位したいという意思表示も、生きているうちの一つのリビング・ウィルである。それを受けて家族や政府・国会が話し合っ法律をつくる。ACPの一番わかりやすいイメージである。このようなプロセスを踏んでこそ看取りができる。

表2 多様化する看取りの場

- 自宅
- 兄弟や知人の家
- 介護施設や老人ホーム、グループホーム
- ショートステイ
- 小規模多機能
- ロングショートステイ
- おとまりデイ

表3 在宅療養支援診療所の使命 (私見)

- (1) 病院、介護・福祉との連携の旗振り
- (2) ケア会議の励行 (最高の意思決定)
- (3) 在宅看取りの推進
- (4) 往診をする
- (5) 研修医などへの教育機能
- (6) 行政、民生委員、NPOとの連携

ムがいま看取りを拒否している。株式会社は本部からの指令で介護訴訟を恐れている。急に中止する例が今年に入って増えている。それ以外にショートステイをずっと続けるロングショートステイというのがあるが、ショートステ

し合うプロセスを複数回繰り返す。家族では、遠くに住む長男・長女が最後にやってくる。なかには、海外で仕事をしている人もいます。普段の会話を携帯電話で記録して、それをDVDに焼いて送ってあげる。これもACPで、ころづもりをしてもらう。本人よりも家族に費やす時間のほうが圧倒的に長い。病院では本人が多いが、在宅では8、9割を家族とのコミュニケーションに費している。そうしないと看取りまで至らない場合が多い。

そして、老いをどのように受け入れるか。今の50代、60代はまったく受け入れられないだろう。平和な時代、死を見たことのない時代だから、親が死ぬとはなかなか考えられない。なかには、「うちの父は絶対に死にません!」と真顔で言う50代、60代の人が多い。

**多様化する看取りの場
ロングショートステイも**

看取りの場は、表2のように多様化しており、兄弟や知人の家、介護施設やグループホームの場合も少なくない。自宅扱いである。グループホームがいま看取りを拒否している。株式会社は本部からの指令で介護訴訟を恐れている。急に中止する例が今年に入って増えている。それ以外にショートステイをずっと続けるロングショートステイというのがあるが、ショートステ

リビング・ウィルのない人はどうしたらいいのか。イギリスでは2005年にメンタル・キャパシティ・アクトという、意思のわからない人の意思決定をどうするかという法律をつくった。その人を知っている人が集まって、こうすればいい、それでいけるといふことを決める。日本はリビング・ウィルを書いて印を押しても、法的に有効ではないという世界で唯一の国になってしまった。

いま在宅で亡くなる人は1割強で、8割が病院で最期を迎えている(図2)。いま年間128万人が亡くなっているが、2030年には年間170万人、1.4倍に増える見込みである。半面、病床は増えず、むしろ減らされる。療養病床は、介護医療院という名前に変わるが、これも増えない。なぜ増えないのか。これは夜間の負

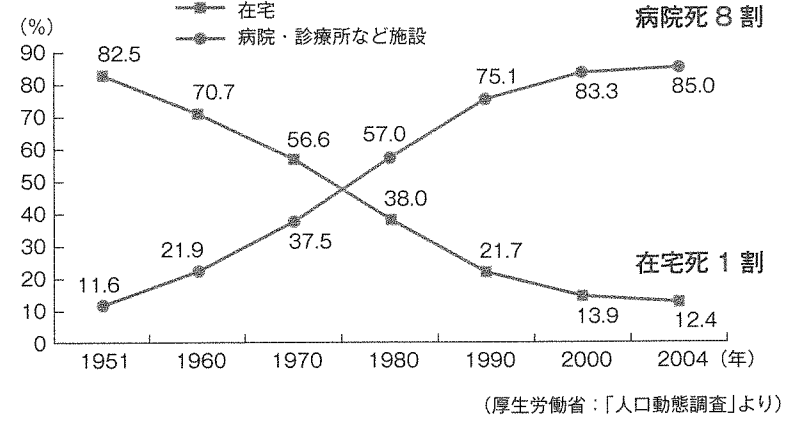
しかし、ACPでしっかり話し合えばいい。広島県ではリビング・ウィルを「こころづもり」と置きかえて、県民啓発をやっている。台湾では2000年から保険証の裏にリビング・ウィルを書いている。各医学会から人生の最終段階の医療に関するガイドラインが出ているが、なかなか適用しにくい。病院のためにはリビング・ウィルの法律があつたほうがよいと思う。

なぜ、そうなるのか。簡単にいえば、本人、家族、がんセンターの主治医、在宅医、ケアマネの5者が一堂に会して話し合う機会、ACPをする機会がなかったから。巨泉さんはリビング・ウィルを書いていなかったし、ACPもやっていない。だから、こうなつてしまった。日本人の8割に当てはまる典型例である。

担当が大変だからだ。台湾では、在宅医療の夜間の対応は地域の病院がやっている。ここには若い看護師や医者がたくさんいて、往診をしていた。日本もそうなればいいと思つた。

日本は約1割だが、東京都はその半分強の6割が検死となつていて、都の監察医務院には多くの遺体が運ばれ、孤独死で看取っていない。在宅死と言つても、開業医が看取っているのは数%にすぎない。では、誰が平穏死を看取ってくれるのか。

図2 死亡の場所の推移



◆主な質疑から

**研修医と教授クラスと
二段階の教育を**

岩崎榮(元日本医科大学専務理事)
(1) 私は研修病院の評価している。しかし、最近の多くの研修病院は死に対する教育をしていない。死に直面しない、死亡診断書は一通も書いたことがないという例が増えている。そういう状況をどう改

イ中は訪問診療をしてはいけないというルールがある。だから、ロングショートで、小規模多機能施設の看取りというのが増えているが、規則が複雑で入れないので、どんどん撤退している。

「看取りのときはかかりつけ医に」という寸劇を映像でつくり、見てもらっている。

近畿厚生局で昨年、地域医療をテーマに臨床研修指導医のワークショップが開かれ、私はそこに招かれたが、ほとんどの急性期病院では今日、死の経験を学んでいないのではないか。看取りどころではない。普通死、急病死への立ち会いがない。自分の受け持ち患者が亡くなるケースを経験したこと



ター通りで全部閉まっているが、空いているところで認知症カフェをやっている。「つどい場さくらちゃん」は西宮市だが、尼崎市でもやっている。そこで掘り起こした人は、普段からうろろしている。私のところの職員もうろろさせている。いろいろ聞いて、それらしい人を見たら連れてきて、



がない。死亡診断書も自分で書いたことがない。これでいいのかと、私は病院の指導医に質問したことがある。しかし、その病院では剖検数は結構ある。剖検例になるような患者は研修医には任せられないということらしいが、これでは研修にならない。

(2)この地域医療ワークショップには急性期病院の指導医ばかりが来ていたが、ディスカッションした中で、看取りとは、在宅死とはという問題提起がまったくなかった。臨床研修の2年間のうち、必修は内科と救急と地域医療の3科目しかない。3年前は7科目が必修であり、その前はスーパーローテーションだった。必修3科目のうち、地域医療は3カ月だが、少

なくとも1カ月は診療所の医師のところまで研修してほしいとアドバイスしたら、そういう診療所がないと指導医たちは答えた。

長尾

(1)死も看取りも若い人は、自分の問題として考えてほしい。

台湾の医療系の専門学校には、死亡体験カリキュラムがある。死を教えるための館をつくり、18歳の学生をいきなり死の場に連れていく。ここには専門スタッフが配置され、死に装束に着替えて遺言書を作成し、メッセージを書いて棺桶の中で読む。棺桶は閉められて、荘厳な音楽が流れて館長が釘を打つ。さらに遺体の洗浄訓練などをやる。日本の医学部では解剖から始まるが、台湾は死の教育から入る。みんなびっくりして、泣き出した。私も僕も泣きそうになった。

日本もこのようなことをやらなといけないと厚労省の課長に話したが、平成31年度から、在宅医療や死の教育も医学部のコアカリキュラムに入れるようだ。

(2)一番の問題は、医学部で教える

まずお茶を飲もうというところから始める。なかなか来てくれないので、まちぐるみでそういう運動を行うことだ。そのためには認知症への偏見をなくす。認知症になつたら終わりとか、何もわからない人という偏見が根強いが、認知症フォーラムをずっと続けて、いま認知症の当事者が発信するようになっていく。

例えば、鹿児島県の鹿屋市では、がんと認知症とどちらが正しいですかと聞くと、6割の人が認知症のほうに手をあげた。認知症劇団みたいなものを普段から実施している。あの手この手です。そのためには行政の支援は当然必要だし、民生委員の活力・組織が非常に大事だと考えている。伊丹市で民生委員が温泉旅行をしたと新聞でたかされたが、私は反論した。民生委員はボランティアみたいなものだから、もう少し大切にしたいと思う方がいいという意見を投稿したこともある。



50代、60代の教授がいなかった。これから医学部に入った人が医師として登場するのは、20〜30年かかる。だから私は、卒後の研修医の教育も必要だけれども、それを教える教授クラスの教育・研修はまた別段階でつくって、二段階教育の実施を提案している。研修医クラスと50代の教授クラスの人たちの教育を年代別、世代別にやったほうがいい。

「コミュニティの原点は民生委員の活動」

岩石隆光（元毎日新聞論説委員）

杉並区には「介護者の会」というNPOがあり、認知症関連の問題を中心に活動している。現状を

見ると、認知症関係のボランティアはどんどん減っている。親の介護もだんだん高齢化して、後に続く人がいない。長尾先生のような活動とこうしたボランティアの運動とが、うまく結びつくようになれば裾野も広がっていくのではないかと思う。

長尾

地域には埋もれている独居や認知症の人が多く、われわれ医師が診ているのはごく一部である。認知症の初期集中支援チームが新オレンジプランでできたが、どこに初期集中支援チームが入っていないのか、わからないのが現状だ。ボランティア、NPOもそれを行っている人自体が高齢化し、その人たちが要支援になっていく事態に追い込まれている。ここでコミュニティの原点に返るのであれば、民生委員ということになるが、介護保険制度では、ケアマネが出てきて、民生委員は後退している。だからもう一度、民生委員を見直し、みんなで盛り上げていくしかないのではないかと。私たちの町の商店街はシャッ

点数表の基本とレセプト記載の原則

レセプト作成テキストブック

平成29年4月版 好評発売中! 定価 本体3,400円+税/B5判 480頁

レセプトの作り方から医療事務を学ぶ一冊です

商品No.18119

医療保険制度の概要と関係法令

保険診療 基本法令テキストブック

平成29年4月版 好評発売中! 定価 本体2,100円+税/B5判 264頁

保険診療・請求事務に必要な基礎知識をこの一冊に凝縮

医療機関におけるさまざまなスタッフ向けのテキストとして好評です

商品No.18319

診療報酬請求事務能力認定試験(医科)

最新問題と受験対策

平成29年4月版 好評発売中! 定価 本体2,700円+税/B5判 280頁+別冊

「診療報酬請求事務能力認定試験(医科)」の合格対策に最強の問題集!

商品No.18218

株式会社 社会保険研究所 〒101-8522 東京都千代田区内神田 2-4-6 WTC 内神田ビル
☎(03)3252-7901 FAX(03)3252-7977