

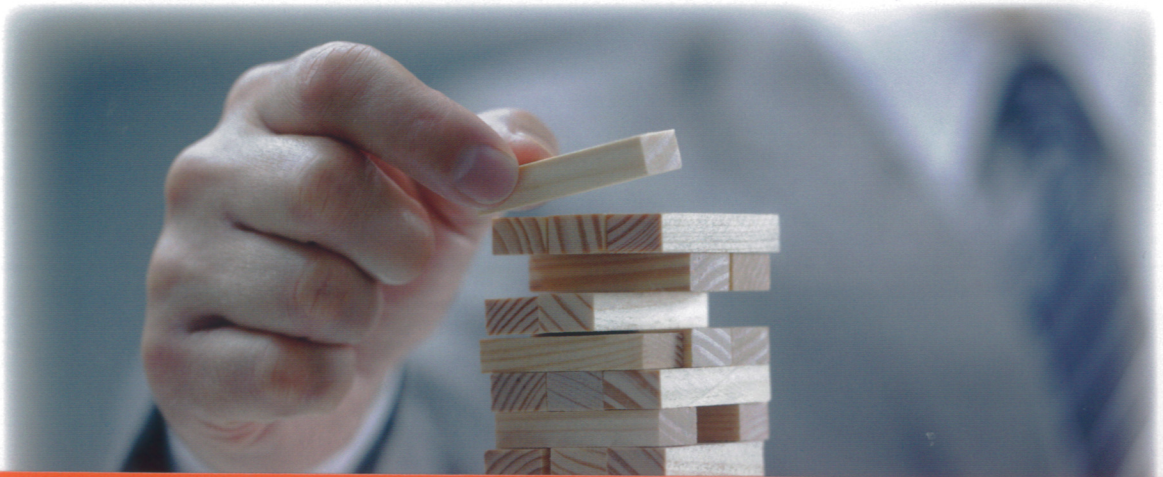
医療白書

2015-2016 年版

医療財政、**崩壊**か**再建**か 「国民医療」改革 へ向けた**緊急提言**！

監 修 西村周三 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構所長

企画・制作 ヘルスケア総合政策研究所



迫り来るタイムリミット、求められるアウトカム
選別と淘汰の時代に今何をすべきか。
——未来に“活路”を切り開く、
先駆的医療改革へ向けた20の処方箋！

医療者、行政関係者、これからの医療を考えるすべての人、必読の1冊！

第5章

多死社会における 理想の看取り・終末期医療を考える

筆者は、地域のかかりつけ医として、800人以上の患者を在宅で看取ってきた傍ら、『「平穏死」10の条件』をはじめとする著書や全国各地で数百回にわたり開催してきた講演で、「平穏死」の概念を世に問うてきた。「平穏死」とは、終末期以降に過剰な医療を控え、できるだけ自然な経過に任せ、十分な緩和ケアを受けた先にある「枯れるような最期」である。患者にとって理想の看取りとは何か？ 誰もが平穏死を迎えられるようにするためにはどうしたらいいのか？ 来るべき多死社会に向けて、日本における終末期医療の課題を考察していく。



医療法人社団裕和会
理事長、長尾クリニック院長
長尾和宏

1 多死社会とはどういう社会か

多死社会とは、高齢化社会の次に訪れるであろうと想定される社会の形態であり、高齢者の増加により死亡者数が非常に多くなり、人口が減少していく社会を指す言葉である。

2015(平成27)年1月1日時点の住民基本台帳に基づく日本人の人口は1億2,616万人で、6年連続で減少となっている。前年より人口が増えたのは東京、沖縄、埼玉など6都県に限られ、人口減と都市部への一極集中がより進んでいる。日本人の人口推移をみると、前年から27万1,058人減り、年単位の減少数は1968(昭和43)年に現行調査が始まってから最大となっている。2014(平成26)年中の出生者数は100万3,554人で、1979(昭和54)年以降で最も少なく、一方、死亡者数は127万311人で、同年以降で最多となった。死亡者数が出生者数を上回り、26万6,757人の「自然減」となったが、総人口に占める65歳以上の割合(高齢化率)は25.9%で初めて4分の1を超し、過去最高を更新した。

2014年の年間死亡者数127万人は、団塊の世代がすべて後期高齢者になる2025(平成37)年以降に約160万人になると推計されている。2025年頃が本格的な多死社会の始まりとされ、もし死亡率の改善がなければ、死亡者数は2036(平成48)～2038(平成50)年あたりがピークになると予想されている。もし、その頃に出生率が向上していない、あるいは現状よりも下がっているならば日本の人口減少はさらに激しくなる。毎年大都市の人口に相当するだけの人口減少が起こるだろう。

つまり、多死社会と共に少子社会が同時進行している。合計特殊出生率は1975(昭和50)年に2を下回って以降も年々低下が続き、2005(平成17)年には1.26まで落ち込んだ。2014年は1.42と多少回復するもいまだ低迷したままで、日本はすでに本格的な人口減少社会に突入している。

仮に出生数が今のまま下がりとしても多死社会のため毎年50万都市が1つつつ消滅していく計算になる。予想では年間出生数は70～80万人にまで落ち込むので、100万都市が消失する可能性すらあると指摘されている。文字通り「少産・多死社会」における医療・介護のあり方を考えなければいけない(図1)。

すなわち、日本の人口ピラミッドを1950(昭和25)年、2000(平成12)年、2030(平成42)年(予想)で比較するとそれぞれまったく違う形をしている(図2)。当然、社会システムとしての医療のあり方もまったく違うものにならないければ破綻することは明白である。そこで国を挙げて在宅医療の充実や後期高齢者の医療の整備等について真剣に議論されている。

高齢化率が25%を突破すると共に、年間死亡者数も年々増加の一途にある。3人の若者が1人の高齢者を支える騎馬戦型から、多死社会のピークでは1人の現役世代が1人の高齢者を支える肩車型になることが予想されている。超高齢社会とは、治らない病気を抱えた後期高齢者が増えることであり、「治す医療」から「支える医療」への転換が謳われ、中学校区を1つの病院と考える「地域包括ケアシステム」の構築も急がれている。さらに人生の最終段階の医療をどこでどのように提供するのか、患者が元気なうちから患者やその家族、多職種で何度も話し合っておくこと、すなわち、アドバンス・ケア・プランニング(ACP: Advance Care Planning)の啓発も進んでいる。

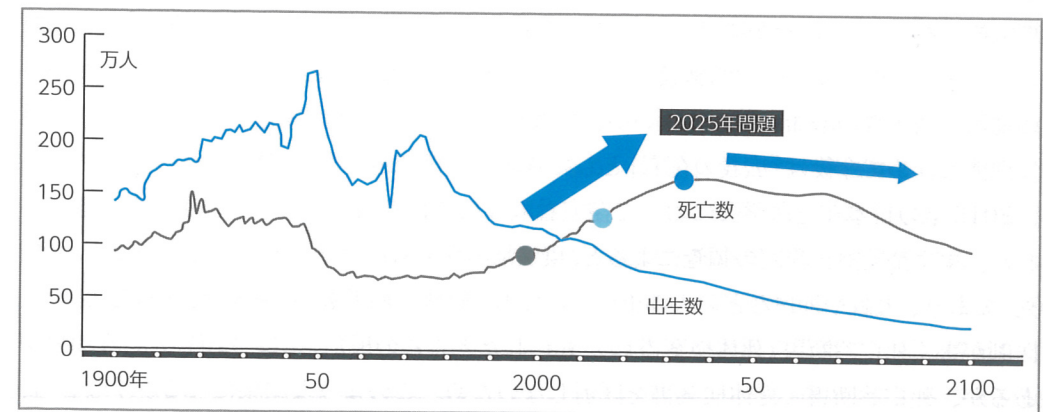


図1 | 少産多死社会

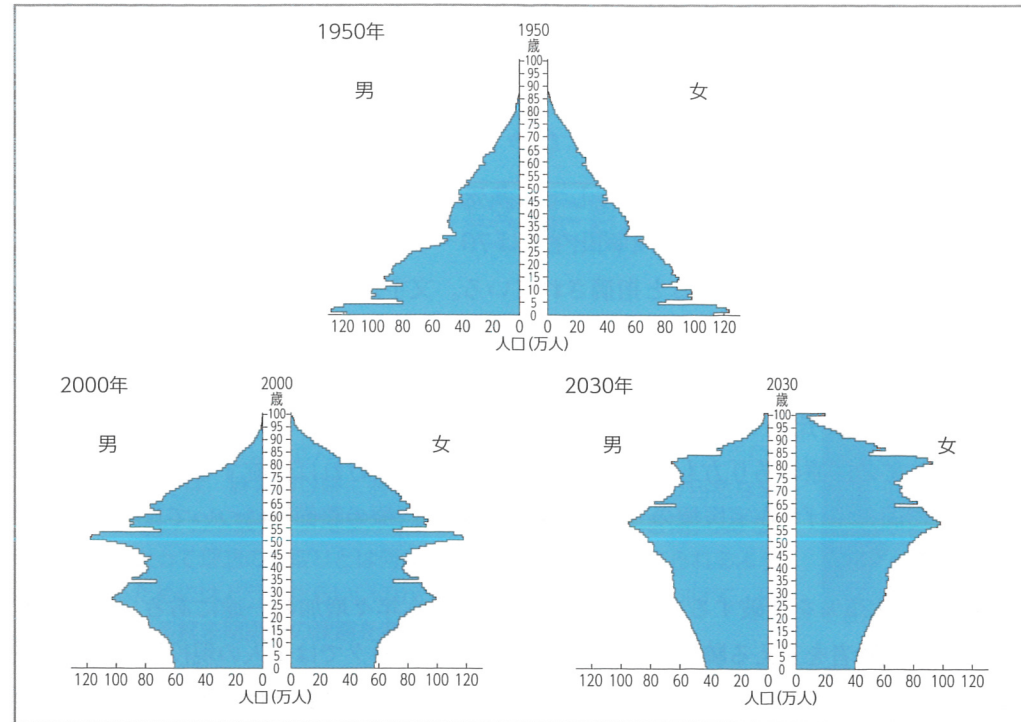


図2 | 人口構造の変化

出所：国立社会保障・人口問題研究所

2 終末期医療の現状と課題

(1) 在宅看取りの半数以上は「検死」である

終末期医療の現状と課題について、町医者立場から述べてみたい。まず現在、死亡の場所については、病院死が約8割で在宅死が約1割強といわれている。残りは介護施設や老人ホームなど施設での死亡である。この数年、多死社会の進行に伴い施設における終末期医療や看取りが、にわかにクローズアップされている。例えば、介護老人保健施設(老健)は、従来在宅復帰までの中間施設であったが、現在では看取りの場にもなっている。多くの地域で病床数の増加が見込めない中、介護施設や老人ホーム、グループホーム、小規模多機能も含めて今後は「広義の在宅」として考えるべきであろう(図3)。

2015年の日本在宅医学会において在宅看取りに関する衝撃的なデータが発表・議論された。東京都監察医務院の調査によると、東京都の在宅看取りとされている半数以上が「検死」であり、大阪や神戸などの大都市においても、同様に約半数が「検死」であったという。医師が書く死亡診断書(死体検案書)の「死亡したところの種別」には「自宅」という項目があるが、死亡診断書と死体検案書を区別しないため、このような結果になる。すなわち、約1割強とされている在宅死には少なからぬ「検死」が含まれている。「検死」は、かかり

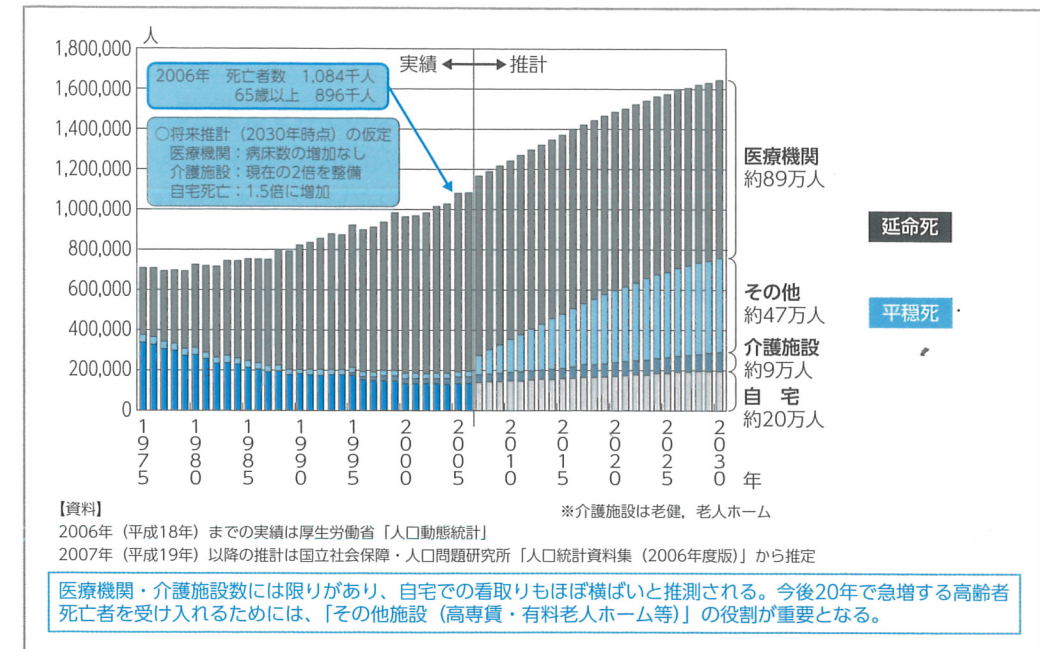


図3 | 今後の看取りの場所

出所：2008年2月13日「21世紀保健医療フォーラム」厚生労働省老健局老人保健課・鈴木康裕課長の資料より引用

つけ医や在宅医が看取ったとは言えず、真の在宅看取りの割合は、厚生労働省が目標に掲げる25%にはまだまだ遠いのが現状であろう。しかし、診療報酬上の制度として2006(平成18)年に新設された在宅療養支援診療所や2010(平成22)年から制度化された機能強化型在宅療養支援診療所などの追い風もあり、在宅に取り組む医師は徐々にではあるが確実に増えているようだ。

(2) おひとりさまの看取り

次に「おひとりさま問題」を指摘しておきたい。日本は核家族化が進み、単身世帯が複数世帯を上回っている。いくら仲のいい夫婦であっても2人同時に死ぬことはまずないので、かなりの頻度で「おひとりさま」が増加することが指摘されている。

2014年の日本在宅医学会において「おひとりさまの看取り」というシンポジウムがあり、筆者も講演した。「今後「おひとりさま」が増えるが、最期まで自宅で過ごすことは難しい」というのがシンポジウムの結論であった。もちろん、医師不足に悩む地方ではそうはいかないところも多々あろうが、在宅医療資源が豊富な都市部では十分可能であろう。

筆者も「おひとりさまの看取り」を普通に行っているが、天涯孤独の「おひとりさま」の場合、本人がそれを望めば100%平穏死が叶うということを書籍や講演で全国に啓発してきた。口頭ないし文書によるリビングウィル(Living Will: 生前の意思)があることが前提である。

(3) おひとりさまの「将来の準備」に関する意識

では、“おひとりさま”の将来の準備に関する意識はどうだろうか。内閣府の「平成27年版高齢社会白書」によると、高齢者の「将来の準備」として、①終末期医療、②葬儀、③お墓について聞いたところ、それぞれについて約4割の人が考えていないと答えた(図4)。

終末期医療について詳しく見ると、性別では「考えていない」と答えた割合は、男性で53.6%と高く、女性で35.9%と低い。男性では「考えていない」とする者の割合は、未婚(61.3%)、離別(51.3%)、死別(52.1%)のいずれも高く、女性では「考えている」割合は、離別(64.4%)、死別(57.7%)で高くなっていった。子供の有無でみると「考えている」割合は、子供のいる者で高く(55.1%)、いない者では低く(48.4%)になっていた。会話の頻度では「考えていない」割合は、ほとんど話をしない者で高く(51.6%)、毎日会話をしている者で低い(41.4%)。毎月の収入別では、あまり差はみられなかった。都市規模別でみると、「考えていない」割合は、大都市(41.5%)に比べ、町村で高く(51.9%)になっていたとのことである。

人生の満足度や死生観の問題に正面から向き合うことが啓発される中で、今回の調査結果は、将来の準備を考えている独居高齢者はまだまだそう多くはなく、かつ、年齢が上昇しても割合が増えていかない現実を示している。今後、イザという「準備」について考える機会の提供が、医療職・介護職・福祉職、そして行政の課題となろう。

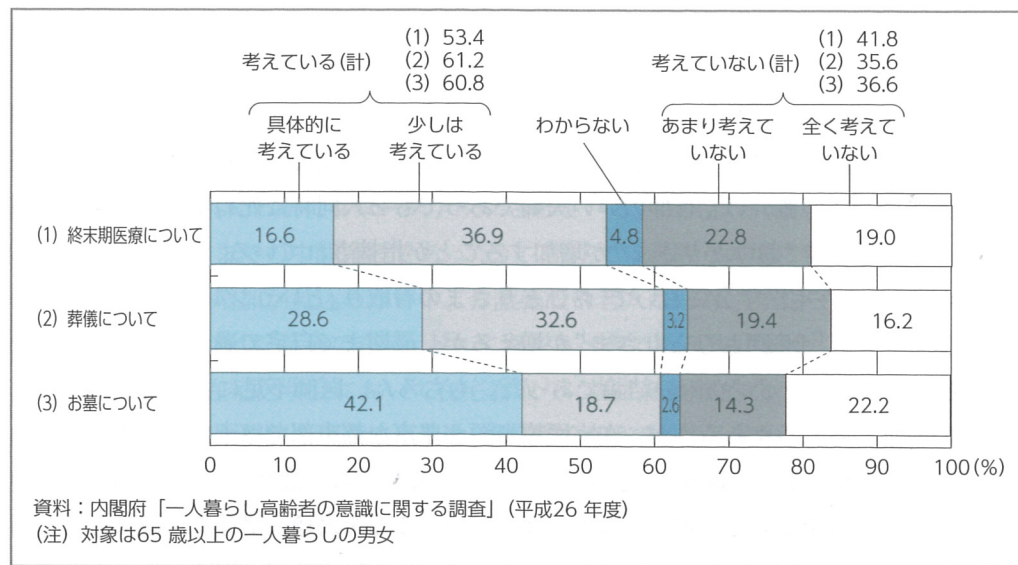


図4 | 一人暮らしの高齢者の意識に関する調査

出所：内閣府「平成27年版高齢社会白書」

3 患者、患者家族にとっての理想の看取りとは？

(1) 在宅医療が普及できていない理由

日本人にとって理想の看取りとは何か？ この命題は当事者や家族によって価値観は実にさまざまであろうし、一町医者が軽々しく論じられる課題ではない。しかし、あえて現場の立場から個人的な見解を述べたい。

さまざまな調査結果を見渡すと、希望する最期の場所として「自宅で死にたい」を挙げる人が概ね6～8割を占めている。この数字は、家族への遠慮も入っているので、本音ではもっと多い数字になるのではないかと。さらに、これは情緒的な表現ではあるが「穏やかな最期」を望む人がほとんどである。高齢者を対象とした講演会で手を挙げてもらうと、全国どこの地域で聞いても9割以上の方が「自宅で穏やかな最期を迎えたい」と望んでいる。しかし、住み慣れた自宅で最期を迎える人(在宅死)の割合は、国の積極的な在宅医療推進政策がとられているにもかかわらず、前述したように思うようには増えていない。

その理由としては、第一に国民の病院信仰を挙げたい。国民皆保険制度に加えて世界が嫉妬するともいわれている「高額療養費制度」、さらに無料の救急車があるため多くの国民の頭には、「何かあれば病院に」「最期は病院」と潜在的に刷りこまれている。第二に在宅医療制度が24時間365日対応を前提としていることを指摘しておきたい。夜間対応を嫌がる医師が多いことが在宅医療に取り組む医師が思うように増加しない一因であろう。しかし、そもそも労働基準法に照らすと24時間365日に対応するには、単純計算で3～4人の常勤医師が必要であるが、そんな診療所は現実的でない。オンコール待機も労働時間である。勤務医の過重労働がずっと問題になっているが、日本の在宅医療制度は在宅医の過重労働を前提としている点が気になっている。もっとも診療所管理医師が事業主であれば、それは労働者ではないので該当はしない。

ちなみに、2014年に台湾の在宅医療を見学する機会があった。台湾の在宅医療は末期がんに限定されていて台湾厚労省の許可が必要だ。夜間は地域の中核病院の若い医師や看護師が往診していた。在宅医の勤務時間は“9時5時”でいいと聞いて驚いた。もし日本の在宅医療も台湾同様、夜間帯は地域の在宅療養支援病院ないし地域包括ケア病棟の医師や看護師が臨時訪問してくれるのであれば、取り組む医師は急増するのではないかと。同時に在宅医療を知らない若い医療者の教育にもなり、一石二鳥ではないだろうか。

(2) 平穏死=枯れること

石飛幸三医師はベストセラー『「平穏死」のすすめ』(講談社)で「平穏死」という新しい造語が使われた。筆者も『「平穏死」10の条件』をはじめ自著のタイトルに「平穏死」とつく本を数冊世に問うたところ、大きな反響があった。平穏死とは自然死、尊厳死とほぼ同義であるが、自然死というとどこか寂しいイメージがあり、尊厳死というと安楽死と混同する

人が多いので平穏死という言葉を使って本を書いたり、全国各地で数百回の講演を行ってきた。私の著書は、海外でも翻訳され、韓国、台湾、中国でも読まれているが、これらの国々も今後、急激な高齢化を迎える。

平穏死とは一言で表現するなら「管だらけにならない、枯れるような最期」である。病態によらず終末期以降に過剰な医療を控え、できるだけ自然な経過に任せ、十分な緩和ケアを受けた先にある死である。実に苦痛が少なく、予想以上に長生きできることを在宅で看取らせていただいた800人以上の患者さんが教えてくれた。

書籍や講演では、「平穏死＝枯れること」と説明しているが、大病院では最期まで過剰な輸液をした結果、心不全、呼吸不全で管だらけになって亡くなっている人がいまだに多い。筆者自身も勤務医時代は、受け持ち患者全員を「延命死＝溺れ死に」させた。本当に申し訳ないことをしたと懺悔の気持ちで本を書き続けている。もし一例でも平穏死を経験すれば理解、信用してもらえるのであろうが、一度も平穏死を経験したことがない病院や勤務医が多いのが現状であろう。しかし、啓発の結果、この3年間で「平穏死」の概念を取り入れる病院や施設が増えている。例えば、日本慢性期医療協会では何度か平穏死の講演をさせていただき、協会員になっている病院では、平穏死が当たり前という病院も増えてきている。さらには、昨年からは平穏死できる大学病院やがんセンターまでも出現したことは、国民にとっては喜ばしいことであろう。

ちなみに、自然に枯れて咳や痰で苦しまない最期というのは決して新しい概念ではない。1993(平成5)年の伊丹十三監督による映画『大病人』の中に平穏死の思想が見事に描かれているので、もし機会があれば、ぜひともご覧いただきたい。お隣の台湾では国会議員全員がこの映画を観た結果、2000(平成12)年にいわゆる事前指示書の法的担保が可決され、2度の改正を経て施行されている。

(3) 終末期医療における家族の問題

さて、日本の終末期医療における最大の課題は、家族であるともいえる。自己決定権が確立している欧米では、リビングウィルや事前指示書の高い普及もあり、家族の問題は小さい。しかし、我が国では、家族の権限が大きく、遠くの長男問題、遠くの親戚問題といわれるように多くの家族が終末期医療に注文をつけるため、医療者側は訴訟を恐れるあまり、家族の意向に従わなくてはいけないという場合が多い。

2014年度の日本慢性期医療協会の全国調査によると、人生の最終段階の医療は、3分の2は家族が決めていたという結果であった。仮に、リビングウィルを書いているにもかかわらず法的担保がないため、本人の意思が無視され、家族の意思を優先せざるを得ない場合もある。あるいは、本人がリビングウィルを提示しても、医療者側が家族からの医療訴訟を恐れるあまり本人の意向に添えなかったことも少なからずあることも日本尊厳死協会の調査で判明している。

(4) 各医学団体・組織から発表が相次ぐ終末期ガイドラインと法的担保

日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」をはじめ、日本医師会や厚労省など各団体・組織から相次いで終末期のガイドラインが発表されてきた。さらに2015年春、日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本循環器学会は、3学会合同で「終末期医療に関するガイドライン」を発表した。治療しても数日以内に死亡が予想されるとき、本人の意思が明らかでなく家族が判断できない場合は、主治医を含む「医療チーム」で延命治療を中止できるといった指針が述べられている。今後、これらのガイドラインを医療現場でどう活かすかが大きな課題となる。さらに医療・介護者のみならず国民へのわかりやすい周知が急務であろう。そして、最終的には日本医学会ないし日本医師会が専門家集団として、わが国のガイドラインを1つに統合することを筆者は提案している。

一方、超党派の180余名の国会議員が「終末期の医療における患者の意思を尊重する法律案」の上程を目指して議論を重ねて10年が経過した。筆者もリビングウィルの法的担保に関する議論に参加してきたが、残念ながら議論は停滞している。ちなみに先進国でリビングウィルが法的に担保されていないのは日本だけである。日本医師会、難病や障害者の患者団体、日本弁護士会、全日本宗教連盟(仏教、神道、キリスト教)などの多くの団体は、リビングウィルの法的担保に反対の立場を表明している。ただし、議論されている法案はあくまで「尊厳死法制化」ではなくて「終末期の医療における患者の意思を尊重する法律案」であることだけでもここに明記しておきたい。筆者が「安楽死」とよく混同される「尊厳死」という言葉を使わずに「平穏死」という言葉を用いて数冊の書籍を書いたのは、リビングウィルの法的担保が必要かどうかを多くの国民に問いたいという気持ちもあったからだ。今後、立派な終末期ガイドラインがあるから法的担保は必要ないとするのか、それでも法的担保は必要だとするのか、十分な国民的議論が待たれる。

(5) アメリカ人29歳女性の“安楽死”報道から何を学ぶか?

2014年11月1日、脳腫瘍の末期でその年の4月に医師から余命6か月と宣告された29歳のアメリカ人女性ブリタニーさんが、予告通りに“安楽死”した。彼女が安楽死を決意するに至った経緯を書き込んだネット投稿が全米のみならず、日本においても話題になり、彼女の死をたくさんのメディアが報じた。日本でもネット上で多くの若者が反応した。「自分の意思で死んでなぜ悪いのか?」「日本ではなぜ欧米と同じように安楽死できないのか?」「なぜ人の死に赤の他人がとやかくいう必要があるのか?」……。こうした若者の素朴な問いこそ、もっとも本質的なもので、今後、日本国民全体で大切に議論すべき命題であると感じた。ただ、気になることがある。

メディアは、彼女の死を①安楽死、②尊厳死、③自殺の3種類で報じたが、正しくは、「安楽死」ないし「自殺」であり、決して「尊厳死」ではないはずだ。しかし、なぜ多くのメディ

アは、「尊厳死」として報じたのか？ 実は、彼女の死を欧米では「Death with Dignity」という言葉で表現し、その直訳が日本語では「尊厳死」となるからだ。しかし、日本語の「尊厳死」とは、今回のそれとは違い、「自然死」「平穏死」に近い言葉である。

では、日本語の「尊厳死」「自然死」「平穏死」のことを、欧米では何というのか？ 特に該当する言葉はないが、あえていうなら、やはり「自然死」だろうか。欧米でいう「Death with Dignity」とは、日本語の「尊厳死」に加えて、日本語の「安楽死」を含む言葉で、厳密には自然死より広い概念である。あるいは、そもそも欧米では日本語における「尊厳死」と「安楽死」をあまり区別していないようだ。では、「自殺」という表現はどうか？ 欧米では「Death with Dignity」の他に「Physician Assisted Suicide」という言葉がある。つまり医者が介助する自殺のことである。

医者が薬物を用いて人為的に寿命を短くして命を断つ行為には、次の2つの方法がある。

- ①医師が直接、薬剤を注射または点滴をする
- ②医師が死ぬ錠剤を処方して患者が自分で飲む

①は100%死ぬが、②では錠剤を持っているだけで実際に飲む人は少ないようだ。ブリタニーさんの場合は②で、実際に飲んでしまったことになる。日本での自殺といえば、首を吊ったり、電車等へ飛び込こむイメージが強いが、欧米では、「Physician Assisted Suicide」のことを指す。日本のような自殺・自死は、キリスト教に反する行為であるため、医者に「殺してもらおう」しか道はない。したがって、ブリタニーさんの死を「尊厳死」と報じたメディアは間違っている。なぜならここは日本だから、日本語を使わないといけぬ。そもそもこうした言葉の混乱が議論の混乱の元になっていることを覚えておきたい。

4 誰もが平穏死を迎えられる国を目指して

(1) 日本は法律を持たないが“平穏死”できる国

2012(平成24)年にスイスのチューリッヒで開催された「死の権利協会世界連合」に参加した。2014年はアメリカのシカゴで5日間開催され、世界24か国から50団体が集まった国際大会である。2012年に参加したときは、スイスの自殺ほう助組織「Dignitas」が運営する“看取りの家”を見学した。イギリスやドイツから末期がんの患者さんがここに来て医者から自殺薬をもらって安楽死していた。筆者は、「なぜこんなことをするのか。日本なら自宅で尊厳死(平穏死)できるのに」と思った。

2大会連続で参加して感じたことは、欧米では議論が明確に安楽死へ向かっていることだ。だから昨年、筆者はシカゴで「日本にはリビングウイルを担保する法律がないが、自宅で枯れて死ぬこと(平穏死)ができる国だ」という講演をした。安楽死に向かう欧米の終末期医療に水を差すような話をしたのは筆者だけだった。もちろん、国民皆保険制度、在宅医療制度、緩和ケアの充実があるからだ。宗教、文化、制度の背景が異なるので単純に

比較はできないが、欧米のやり方に強い違和感をもった。日本における終末期医療の課題を考えたとき、まずは医学界の終末期ガイドラインの周知・活用とリビングウイルの啓発が急がれる。来るべき“大認知症時代”を想定して、代理人も定めた「新・日本版の事前指示書」にも取り組むべきであろう。

(2) エンドオブライフ・ケア協会の設立

医療・介護提供者に残された課題の1つに緩和ケアのスキルの底上げがある。がん対策基本法に基づいて緩和ケアの研修会が全国各地で開催され好評である。しかし、実際に在宅現場に出たとき、「もう殺してくれ!」と叫ぶ患者さんにどう対応すればいいのか？ すなわち、トータルペイン(全人的苦痛)の中でも特にスピリチュアルペイン(死への恐れなど死生観に対する悩みに伴う苦痛)への具体的対応を学ぶ機会は少ない。

2025年問題まであと10年、地域で看取りができる人材をしっかりと養成しなければならないという想いで、めぐみ在宅クリニック院長の小澤竹俊先生と北里大学トータルサポートセンター長の小野沢滋先生、筆者ら4人が理事となり、2015年5月に一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会を設立した(図5)。今後、全国各地で2日間連続講座を開催し、本当に看取りができる人材育成に取り組み始めたことを最後に記して稿を終える。

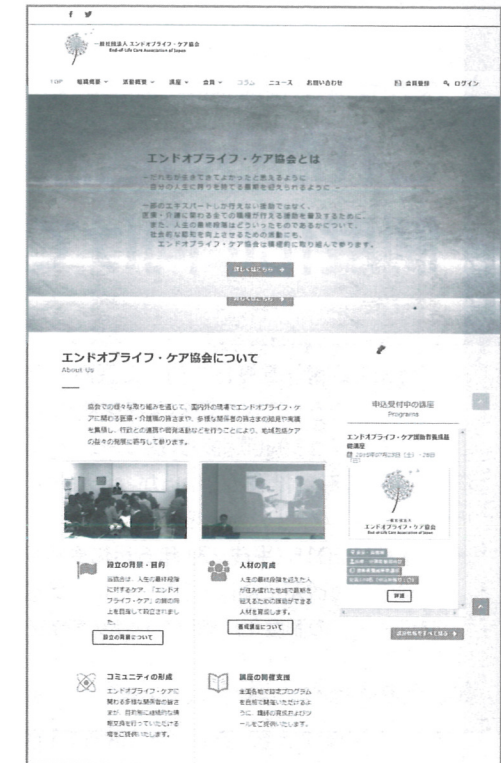


図5 | エンドオブライフ・ケア協会
出所：エンドオブライフ・ケア協会ホームページ