

表8-2 自宅療養が実現できないと考える具体的な理由（複数回答）

理由	一般 国民	医師	看護 職員	介護 職員
往診してくれる医師がいない	27.0	33.6	34.8	25.2
訪問看護体制が整っていない	17.8	37.0	35.1	28.1
訪問介護体制が整っていない	10.7	21.1	18.2	17.9
24時間相談のつてくれるところがない	14.4	32.1	35.4	23.5
介護してくれる家族がいない	13.9	28.6	30.5	34.8
介護してくれる家族に負担がかかる	78.4	68.6	77.3	73.5
病状が急変したときの対応に不安がある	57.3	53.5	52.8	64.8
症状急変時すぐに入院できるか不安である	27.2	31.9	36.2	36.2
居住環境が整っていない	18.6	23.2	25.5	37.8
経済的に負担が大きい	30.8	14.1	28.7	29.2
その他	2.2	7.3	3.6	3.9

資料 2003年度終末期医療に関する調査

経済的に負担が大きい」、「病状急変時すぐ入院できるか不安である」、「往診してくれる医師がいない」などとなっており（表8-2）、現在では、介護体制の不備、看取りに対する不安、訪問医療体制の不備、経済的問題など、医学的な問題というよりむしろ社会的な問題が病院死の背景にあることが推察される。

なお、これまで行われてきた多くのアンケート調査では、最終的な療養場所として自宅を希望する人は国民の約半数であり、がんの終末期においても痛みを伴わない場合では最終的に「緩和ケア病棟に入院したい」30%、「それまでの医療機関に入院したい」15%、「最期は自宅で療養したい」55%との回答が報告されている。

1-2 病院死のもたらしたものの

病院における死は、元来“あってはならない死”である。死を医療の敗北として認識している医療従事者が“あってはならない死”に直面して行ったことは、死を“宣告”する時間をできる限り延ばすこと、死に近く過程および死の場面を世間の目から遠ざけることであった。延命治療が積極的に行われるということは、延命のための

治療機器が身体につながることで、延命のための薬剤が使われること、様々な生体情報観測のための端子が身体に付けられること、生体モニターで監視されること、そして、家族が臨死の場面から離されることなどを意味している。家族が対面を許されるのは、死が間近いことが心電図で明らかなきであり、家族はモニター上の心電図の波形が平坦になったことで死を確認させられるのである。

今は延命治療はあまり行われなくなってきたが、多くの場合、生体モニターの監視下にあり、臨死の場面においては医師や看護師が必ずそばにいて、生体モニターで心臓死が確認された瞬間に、医師が死の三徴候を確認し死亡を告げる儀式は相変わらず継続されている。

このような病院死の形態が長く続くことで、日本人の臨死の形、看取りの形、そして臨死および看取りに対する考え方が変わった。変わった点は、一言でいえば、死の問題をすべて医師や病院に集中させたことで、臨死の場は病院の病室となり、子どもが臨死の場面から排除され、臨死の場に立ち会うことのできる人数が制限された。臨死期には何らかの医療的処置が行われ、生体モニターで監視され、死亡時には必ず医師が同席し、医師が死亡確認した上で死亡が宣告され死が確定するなど、これらの事項は誰もが当然のことと受け止め、疑問をもつ人は非常に少ない。

逆に、入院してまったく医療的処置がなされない場合、死亡時に医師が同席していない場合、生体モニターがついていない場合などには、むしろ家族や親族からクレームが出ることも少なくない。また、在宅死を本人や家族が希望した場合に往々にして起こる不幸な出来事は、“遠い関係”の親族が、「なぜ入院させない!」「なぜ点滴も何もしていない!」「なぜ医師がいない!」と家族に詰め寄り、そのために静かな臨終の場がかき乱されること、訪問してくれる医師を捜しても、多忙で臨終に立ち会う時間がないという理由で引き

受けてくれる医師が見つからないことなどがある。

病院は治療を行う場であり、より効率よく治療を行うための環境は整備していても、死に近づく人、看取る人のための環境整備はまったくしていない。その病院で働く医師は病気を治すための知識や技能について教育を受け、また、日常の臨床のなかで自己研鑽していても、看取るための知識や技能は医学部の教育にはまったくなく、また、実際の臨床の場においても教育を受ける機会はまったくなく、

看取りについての講義をまったく受けていない医師が、看取りを行えるわけではなく、また、家族を指導できるわけでもない。看護師も同様で、病気をもった人に対するケアの知識や技能について教育を受けていても、看取りの教育は受けておらず、たとえ教育を受けていても、治療の場である病院ではそれを実践する機会はなく、もし、あったとしても、医師が認めない限り実践できない。病院の療養空間も家族が水入らずで看取りを行える空間は個室だけであり、それも大勢が見守るには非常に狭い空間である。また、病院は生活空間ではないため“療養上”の様々な規則や制約があり、自由に人が出入りしたり、自由に食事することもできない。病院が死に近づく人や家族に対し唯一整備している環境は霊安室だけである。

そもそも看取りは家族が行うものであって、医療従事者の仕事ではない。しかし、病院死が当たり前になったことで、看取りは医療従事者の仕事であるとの勘違いが起こった。「私は忙しいから付き添うことはできません」「そちらにお任せしますからよろしくお願ひします」「ただ、死に目には会いたいので、必ず連絡してください」。このような会話が時に交わされているのは、看取ることの大切さが国民にもはや認識されなくなったことを示している。

医師および看護師が看取らず、家族も看取らない臨終、これが病院死のもたらした最も大きな弊害である。そしてこのことが、結果的に“看取りの文化”の衰退につながったものと思われる。

1-3 病院死から在宅死へ

筆者は、約20年前からがん終末期の緩和ケアを自宅で行うシステム（在宅ホスピスケア）を模索し、これまで約350名の自宅での看取りに関与してきた。そして、自宅で迎える死は多くの場合“自然の経過としての死”であり、いわゆる老衰に限らず、どのような疾患であっても、治療不可能な病状において迎える死は自然の経過としての死であると認識できるようになった。

通常、自宅で死を迎える場合には、家族や親族あるいは地域の人々が、死に至る過程を日常生活を営みながらつぶさにみることとなる。本人にとっても家族にとっても居住する空間は見慣れたそして住み慣れた自由な空間であり、子どもを含め誰もが自由に会うことができ、大勢の人が集まれる空間である。この自由な空間で、家族や地域の人々は、人の死をみつめ、日常性のなかで人間が死ぬということを学ぶわけで、看取りの場面は重要な学びの場である。

臨死時においては、医師や看護師は通常同席しないため、家族だけで看取ることになるが、看取りの指導を行うことで、多少の不安はあっても、医師や看護師が看取りのため緊急に呼ばれることは多くの場合ない。また、亡くなってから死亡確認までの時間は、病院からの距離や仕事の都合によって幅があり、通常1時間以内ではあるが、それ以上の時間がかかることもある。医師が死亡を確認するまで、家族にとって亡くなったのかどうかあいまいな時間が経過するが、このことが、家族が死を受容するためのちょうどよい時間となる。病院では、心臓が止まった瞬間に死が医師から宣告され、家族が死を強制的に受容せざるを得ないが、自宅では、家族が死を受け入れてから医師がそれを追認するのである。

このように、死を迎える二つの場面、病院で迎える死と自宅で迎える死のいずれが個人的にあるいは社会的に好ましいかと尋ねた場合、おそらく、多くの人が後者を選択するものと思われる。

しかし、残念ながら現在、自宅で迎える死は多くの場合異常な死と認識されており、この認識のギャップを埋めるためには、自宅での死を経験する機会を医療従事者、特に病院勤務医が意図的につくる必要がある。

2 看取りの文化とは

「文化」という言葉を辞書で調べると、「人間が学習によって社会から習得した生活の仕方の総称」(『広辞苑』岩波書店)、「民族や社会の風習・伝統・思考方法・価値観などの総称で世代を通じて伝承されていくもの」(『大辞典』小学館)と解説されている。

世界中のどの地域においても、人間が集団となって暮らし始めてから、人が人を看取することは綿綿と繰り返され、その都度、関係する家族や地域社会に多くの学びを与えてきた。その学びから、人の死にまつわる様々な習俗、習慣、しきたり、風習が形づくられ、そして、その地域特有の生活様式や価値観が形成されてきている。

これが「看取りの文化」であり、島国である日本には日本固有の看取りの文化があり、さらに加えて地域においては地域固有の看取りの文化がある。それは我々が意識するしないにかかわらず、生活のなかに溶け込み、その地域に生まれ育った人の価値観や思考方法に影響を与え、地域社会をまとめる原動力となっている。したがって、看取りの文化は地域社会を支えるものであり、看取りの文化が失われることは、ある意味では地域社会の崩壊につながる重大なできごとである。

3 新しい地域社会の創造に向けて

3-1 看取りを地域に戻すことの意義

看取りのない病院死を減らし、在宅死を増やすことは、看取りを地域社会に戻すことを意味する。地域のなかに看取りがあるということは、子どもも含め多くの人々が死に至る過程をみつめ、生と死に対する感性を育てる絶好の機会が提供されることであり、また、看取りのために家族や親族そして地域の人々が集まり、共有している過去の思い出を振り返ったり、同じ経験を共有することは、家族のきずなや地域のきずなを再確認できる良い機会が提供されることでもある。

さらに、国民の半数は“終の住処”は自分の家と希望していると様々なアンケート調査で報告されており、その希望に沿って、自分の家で、最期まで、自分らしい生き方ができることを保証することは、地域社会のあり方として当然求められる理想的な社会である。

しかし、今、日本においては、いのちに対する意識が非常に希薄となり、日常的に殺人事件や傷害事件、自殺、食品の安全性に関わる重大な事件が多発している。また、家族のきずなや地域のきずなも薄くなっているともいわれている。これらの状況は、おそらく、過去四半世紀にわたり、地域で看取ることがなくなったことと深い関連があるものと推定される。

いのちが軽視され、人間同士のきずなが薄い地域社会から、いのちが大切にされ、家庭や地域間のコミュニケーションが保たれるような地域社会（コミュニティ）への転換が今必要であり、この転換を可能とする重要な鍵が看取りを地域社会に戻すことである。

3-2 地域緩和ケア支援ネットワークの構築に向けて

地域緩和ケア支援ネットワークとは

病院死が定着した日本社会において、看取りを地域に戻すためには、病院の医療従事者が地域での看取りの必要性を理解し、“自然の経過としての死”が予測される人を在宅医療側(診療所、訪問看護ステーション、保険薬局など)に早期に適切な形で移行させること、在宅医療側は地域の福祉介護機関と密接な関係性をもって、自宅や居宅でできるだけ不安なく生活できるよう支える体制をつくる必要がある。また、もっている病状が多彩である上に本人や家族のニーズが多彩であることから、様々な職種や地域の人々がそのニーズに応えるべく参加できるようなシステムでなければならない。そして、参加している人々もいずれ自分の身の上で起こることとして認識し、学ぶ姿勢をもつことも重要である。このシステムを「地域緩和ケア支援ネットワーク」「在宅ホスピスケア支援ネットワーク」などと筆者は命名している。

この地域緩和ケア支援ネットワークとは、終末期における緩和ケアを必要としている人およびその家族が自宅あるいは居宅で楽に暮らしていくことを支援する地域社会のシステムである。対象となる病状として、がんの終末期のみならず、慢性疾患の終末期や老衰なども含まれ、比較的支援期間が短いこと、看取りを前提としていることが大きな特徴である。

このシステムは医療支援システムと生活支援システムとの二つのシステムから構成されており、医療支援システムは、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカーなどの職種からなる医療支援チームにより提供され、生活支援システムは、支援相談員、ケースワーカー、ケアマネジャーやホームヘルパーなどの福祉介護関係者、行政職員、地域保健師、ホスピスボ

表 8-3 地域緩和ケア支援ネットワークシステムの概要

<ul style="list-style-type: none"> ・医療支援システム 提供者：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカーなど ・生活支援システム 提供者：ケアマネジャー、ホームヘルパー、地域保健師、ホスピスボランティア、近所の住民など
--

ランティアや地域の住民などによる生活支援チームにより提供される（表 8-3）。

これらの職種は、急性期対応病院（地域がん診療拠点病院を含む）、緩和ケア病棟（あるいは有床診療所など）、有床あるいは無床診療所（在宅療養支援診療所を含む）、歯科診療所、訪問看護事業所、保険薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事務所、保健所、地域住民（ボランティアを含む）などであり、これらの機関が円滑に連携できる体制を地域ごとに、地域の特性を生かして構築していくことが重要である。

連携の基本的構図（図 8-2）は、緩和ケア対象者およびその家族を、地域医療機関、地域介護・福祉サービス機関および地域住民が支える構図を示しており、病院や緩和ケア病棟は後方支援あるいは緊急の入院先（バックアップベッド）として機能することを図式化している。

地域緩和ケア支援ネットワークにおける各協力機関の役割

各協力機関の役割で特に強調したいことは、医療支援システムを構成する急性期対応病院、緩和ケア病棟、診療所（在宅療養支援診療所を含む）、訪問看護ステーション、保険薬局などがそれぞれの役割を認識し、有機的に連携することが必要不可欠であること、その上で、生活支援システムを構成する機関や職種が介護する家族を支える体制をしっかりと構築することである。

◇急性期対応病院

急性期対応病院の役割は、“適切な形”での在宅医療側への対象者

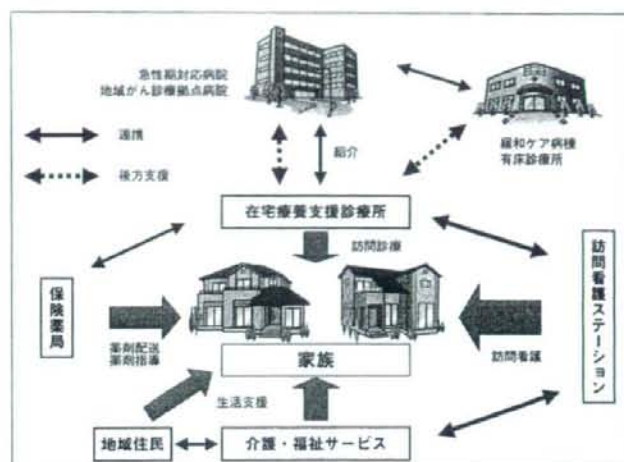


図8-2 地域緩和ケア支援ネットワーク

の誘導，そして後方支援である。“適切な形”とは，本人および家族に対する在宅医療に関する情報提供と苦痛に対する症状緩和，そして早期のかかりつけ医との連携である。また，後方支援とは，主に症状緩和治療のための一時的入院を示しており，時に看取りに対する家族の不安が強く自宅では看取れない場合の看取りの場を提供することでもある。

◇緩和ケア病棟

特にがん疾患の末期では，各地域に緩和ケア病棟があることが望ましい。しかし，この緩和ケア病棟の役割は従来とは大きく異なっており，快適な最期を迎える場所としてではなく，在宅ホスピスケアのバックアップベッドとして位置づけられる。

具体的には，自宅での看取りに不安の強い家族に対する看取りの場の提供，苦痛の緩和を目的とした一時的入院，本人・家族のレス

バイトケアのための一時入院、介護者のいない人に対する臨終の場の提供などである。また、ネットワークに関わる人材の緩和ケア教育の場、地域住民に対する在宅ホスピスケアに関する情報の発信の場としての役割も大事である。

◇在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所は24時間365日の連絡体制、緊急訪問医療体制、訪問看護師やケアマネジャーなどとの連携、後方病院との連携などが要件となっているが、それらを単に満たすだけではなく、本人や家族の不安を受け止めて可能な限り解決できる能力と、本人が家族とできるだけ楽に一緒に生活することを支援する能力が必要とされる。

適切な症状緩和治療の指示を出すこと、本人や家族の不安を解消するための説明を行うこと、訪問看護師をサポートすることなどが医師の重要な役割であり、これらのことを十分行っていれば、臨終期であっても緊急に、頻回に、呼び出されることは少ない。なお、臨終の場に立ち会うことは基本的には医療従事者の役割ではない。

◇訪問看護ステーション

訪問看護ステーションは終末期在宅医療における医療支援システムの中核をなす。特に24時間体制の訪問看護ステーションは終末期在宅医療には必要不可欠である。

訪問看護師の役割は、症状の評価、症状緩和治療の評価、家族への看護や介護の指導、処置や治療の指導、本人や家族の不安を医師に橋渡しすること、看取りの指導など多岐にわたる。これまでの筆者の経験では、質の高い技術や知識をもっている訪問看護師の存在なくしては、終末期在宅医療は成立しない。

◇保険薬局

保険薬局の役割は、薬剤の配送、訪問薬剤指導、特に医療用麻薬の説明において重要な役割をもつ。また、各種注射剤の調剤や医療

材料・衛生材料の供給元としての役割にも期待がもたれている。さらに、かかりつけ薬局として、家族の各種の相談役にもなり得る。相談の内容として、病状や症状に対する医師の説明の補助的な相談、看取りについての相談、そして家族の健康相談などがあげられる。

◇ケアマネジャー

医療支援システムが構築され機能し、症状緩和ができてきている場合に、終末期在宅医療を継続するために最も必要なのが、本人や家族の生活支援である。生活支援システムは地域の互助システムでもあるが、その調整役として中心的な役割を果たすのがケアマネジャーである。ケアマネジャーの役割は、地域の介護福祉資源を最大限に利用することで家族の介護負担を軽減することであり、また、看取りを支えることである。

地域緩和ケア支援ネットワーク構築のための課題

緩和ケアや在宅医療が普及していない日本において、地域緩和ケア支援ネットワークを構築するためには、病院および地域の医療従事者の意識改革、介護福祉関係者の意識改革、行政関係者の意識改革、そして国民の意識改革が必要であり、そのための課題は非常に多い。しかし、筆者の経験では実現可能であり、また、これからの日本の地域社会のあり方を考えると課題の解決に向けて具体的な対策を講じる必要がある。

◇医療従事者における課題

① 急性期対応病院における課題

急性期対応病院における現在の問題点は、非がん疾患の終末期も含め、効果的な緩和ケアが提供されていないこと、在宅という選択肢を含め緩和ケアや在宅医療の情報が提供されていないこと、病診連携体制がまだまだ不十分であることなどである。この結果、自宅に帰りたいけれども帰れない人がいる一方で、支援体制のない状態で苦

痛のあるまま自宅に戻される人もいる。その原因は多くの医師が緩和ケアの知識や技術をもっていないこと、在宅医療を理解していないこと、緩和ケアチームが組織されていてもその活動が“主治医の壁”により阻まれていることである。

これらの問題解決のための対応策として、①医療関係者全員に対する緩和ケアの啓発とともに、特にがん治療医に対する緩和ケアの教育、②緩和ケア提供体制の整備（緩和ケアチームの育成と活動しやすい環境の構築など）、③地域の医療介護福祉機関との連携協力体制の整備（在宅医療の理解、地域連携室の活動強化、ケアカンファレンスの開催など）などの課題に病院として取り組む必要がある。

② 在宅医療側における課題

年々訪問診療を行う診療所は少なくなっており、2006年の診療報酬改定で新設された在宅療養支援診療所は現在約1万施設が登録されているが、実際に活動し、看取りまで行っている診療所は比較的少ないことが判明している。さらに、在宅における症状緩和治療の知識や技術が普及していないため、緩和ケアを実践できる医師は少なく、その質も保証されていないのが現状である。このため、①地域における在宅療養支援診療所の確保、②提供される医療援助の質の保証（実施される緩和ケアの知識と技術の標準化、標準化された知識と技術の共有、提供される医療の評価基準の策定）などに早急に取り組む必要がある。

一方、全国の訪問看護ステーションは約5400施設あり、その約7割が24時間対応をとっているといわれている。しかし、少人数で経営している事業所が多く、また、報酬も少ないため、実際に24時間対応できる事業所は多くないのが現状である。さらに、在宅ホスピスケアの知識や技術の教育がなされていないこと、医療法上行える医療的処置に制限があることなど、本来在宅ホスピスケアの最も中核的な役割を担う職種である点を考慮すると早急に改善しなければ

ばならない課題は多い。このため、①地域における24時間対応訪問看護ステーションの確保、②24時間対応の訪問看護師に対する報酬の大幅増額、③訪問看護師の行える治療処置の拡大、④提供される医療援助の質の向上（在宅ホスピスケアの知識と技術の習得、教育プログラムの策定、地域での教育研修プログラムの実施など）などに国は本腰をあげて取り組む必要がある。

また、保険薬局の在宅医療への参加は始まったばかりであるが、特に在宅ホスピスケアの現場では医療用麻薬や注射薬を使うことが多く、その調剤、薬剤指導に大きな役割を果たすことが期待されている。このためには、特に在宅ホスピスケアにおける薬剤の使い方に関する知識や技術の習得が必要で、そのための講演会やセミナーなどの機会を多くつくる必要がある。

◇福祉介護従事者の意識改革

これまでの在宅介護は非がん疾患を主な対象として、病状が安定している状態のなかで行われ、病状が悪化すると入院させることで在宅医療が終了していた。このため、比較的病状が急に変わりやすいがん疾患末期の人では、看取りを前提に在宅医療を行っていても、病状が悪化し始めたときに介護関係者が入院を勧め、結果的に家族が不安になって緊急入院させる場面も少なくなかった。また、居宅施設でも同様に、介護職員が不安となり病院に搬送することが日常的に行われてきた。

したがって、自宅や居宅での看取りを普及させるためには、本人や家族の身近で生活を支援する介護関係者が自信をもって迅速に対応できること、看取りを指導できることが必要不可欠である。このため、①福祉介護サービスの充実、②ケアマネジャーやホームヘルパーに対する看取り教育、③居宅での看取りの推進（介護施設職員に対する看取り教育など）に取り組む必要がある。

◇行政関係者の意識改革

がん疾患を含め終末期の在宅ホスピスケアにおいては、病状の進行が早いことから、迅速な要介護認定が必要である。このため、まだ歩行できるうちに支援システムを構築することが望ましい。しかし、在宅医療や要介護認定は歩けない病状が前提となっており、特に要介護認定においては、早めの認定が難しく、また、地域によっては、申請そのものを受け付けてくれないこともある。また、家族の介護力の低下、在宅医療に関する情報が手に入らないことも在宅ホスピスケアを含めた在宅医療が普及しない原因である。したがって、①迅速な介護認定、②在宅医療に関する情報の収集と発信、③地域介護力の強化（福祉予算の増額）などの対応が必要である。

◇地域住民の意識改革

自宅での看取り経験が非常に少なくなり、医療に対する期待感や依存が強くなり、さらに、少子高齢化そして核家族化による介護力の低下が著しい現在、病院ではなく自宅で看取ること多くの国民は抵抗感が強い。病院で在宅医療を勧められたとき、「医師から見放された」「病院から見捨てられた」と感情的に反発する人がいる一方で、病院以外の場所で不安なく生きていけるのかどうか、家族や他人には迷惑はかけたくない、介護する力がない状況でどうすればいいのかなど途方にくれる人も少なくない。

この疑問や不安に対しては、家族が看取ることの意義、地域で看取ることの意味について理解を得るための講演会や講習会を開催し啓発するとともに、在宅医療についての情報をできるだけ多く流すこと、在宅医療の医療支援システムと生活支援システムを構築し、実際に地域のなかで、自宅で看取る実践例を一人ひとり増やしていくことが最も確実な対応である。

筆者が在宅ホスピスケアを始めてから約7年経過した時点で、地域で看取りを支えるためには、医療福祉介護の連携が必要であると考え始めるようになり、1994年から約6年間にわたり、福島県いわき市において、保健所が調整役となる“いわきターミナルケア連絡協議会”を発足させ、がん終末期における医療機関（医師会、病院協議会）、福祉機関（社会福祉協議会、在宅介護支援センター）、行政機関（いわき市、保健所）などの連携プロジェクトを実施した。そして、このような行政を巻き込んだ在宅ホスピスケアの支援ネットワーク構築の試みは、北上市、仙台市、山口市、広島市などでも行われ、その後、千葉市、宮崎市などにも広がった。しかし、残念ながら、病院における緩和ケアの普及が進まなかったこと、勤務医および診療所の医師を含め、医療従事者の治療一辺倒の意識があまり変わらず、在宅医療に対する理解も進まなかったことなど、様々な理由により、在宅ホスピスケアに意識の高い医療従事者や市民が活動している地域を除いて、その試みが広がることはなく、多少閉塞感が漂っていた。

しかし、2005年の暮れ頃より、事態が急転し始めた。2006年4月の診療報酬と介護報酬の同時改定を皮切りに、2007年4月には「がん対策基本法」および「第五次改正医療法」が施行され、がんを含めてすべての疾患において、病院医療と在宅医療の難ぎ目のない連携を図ることが国および地方自治体の責務となり、同時に、終末期医療については緩和ケアの普及とともに在宅看取りを最終目標と定める在宅医療推進が謳われ、2008年4月の診療報酬改定では、在宅療養支援病院の新設、居住系施設の入居者に対する訪問医療の推進、訪問看護料の引き上げ、在宅医療における情報と連携の促進、保険薬局の在宅医療への参画の評価、緊急カンファレンスの評価、在宅における注射薬と特定保険医療材料の追加などが盛り込まれた。そ

して、在宅看取り推進が国の施策として明示されたことにより、地域緩和ケア支援ネットワーク構築のための様々なプロジェクトが全国各地で現在進行中である。

このように、事態が急展開をみせた最大の理由は、少子高齢化社会の到来、特に団塊世代が後期高齢者となる2030年以降の超高齢化社会の到来であり、そのための準備を今始めないと大きな混乱が生ずると予想されているからである。予想される混乱の一つが“多死の時代”を迎えることで、現在年間約110万人が死亡し、うち約32万人ががんで亡くなっているが、2038年には年間約170万人が死亡し、がん死亡の比率はさらに増加するものと予測されている。このような多死の時代を控え、今のままの比率で病院死が増えた場合には、病院医療および国民皆保険制度が崩壊することは目に見えており、それを回避する政策として今回の二つの法律が実施されたものと思われる。

病院死から在宅死への誘導（在宅看取りの推進）が、「医療費抑制のために高齢者の医療を切り捨てるものである」と非難する人も少なくないが、自然の経過としての死を迎える高齢者や様々な疾患の終末期の人に現在提供されている医療は、治すための治療が中心となっており、このために多額の医療費が費やされていることは事実である。しかし、本来、このような病状の人々に提供される医療は、その人の生き方や人生観を尊重したケア中心の医療であるべきで、このような医療は病院よりむしろ在宅の場で提供されたほうが最も効果が高い。また、在宅でも病院と同様の症状緩和治療は提供できること、積極的な症状緩和治療およびケアを行っても医療費は病院医療費より格段に少なく済むことも事実である。

さらに、現在、多くの人が物質の豊かさより心の豊かさを求めるようになってきており、人生の長さより人生の豊かさ、そして生活の質を重視する傾向にある。このような時代にあって、終末期を迎

える場として病院という場しか選択肢がないことこそむしろ大きな問題とすべきである。したがって、在宅医療重視、在宅看取り推進の政策を高齢者の医療の切り捨てと非難することは妥当ではない。

医療費抑制という目的も込めて大きく変わった医療制度ではあるが、今後の医療のあり方や地域社会のあり方を見直し、超高齢化社会が到来しても自分の住んでいる地域で、誰もが安心して暮らせるようにするための追い風であることは確かである。

しかし、今後実際に在宅看取りを増やしていくためには、前述した意識改革とともに、財政的裏づけのある生活支援システムの構築と充実が必要不可欠であり、その意味で、医療のあり方とともに、日本の国家予算の配分方法を大きく変える時期であることは間違いないことである。

明日の在宅医療 第3巻
在宅での看取りと緩和ケア

2008年9月15日 発行

編集代表		佐藤智
編集委員		鈴木荘一 村松静子
編集幹事		平原佐斗司
発行者		荘村明彦
発行所		中央法規出版株式会社 〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-27-4 販売 TEL.03-3379-3861 FAX.03-5358-3719 編集 TEL.03-3379-3784 FAX.03-5351-7855 http://www.chuohokai.co.jp/ 営業所 札幌-仙台-さいたま-東京-名古屋-大阪-広島-福岡
装丁・デザイン		松田行正+加藤愛子
印刷・製本		株式会社大洋社

落丁本・乱丁本はお取り替えいたします。



C. 在宅医療を支えるシステム

2. 在宅ホスピスケアにおける地域支援ネットワークの構築

終末期における療養の場に関して、国民を対象としてこれまで行われてきた公的あるいは私的なアンケート調査においては、半数以上の国民が自宅を希望していることが報告されている。しかしその一方で、希望が実現できると考えている人は少なく、厚生労働省が行った平成14年度終末期医療に関する調査においても、実現困難であると回答した一般国民の割合65.5%は実現可能であるとの回答8.3%をはるかに凌駕している。そして、実現困難であるとした具体的な理由として、多い順に、介護してくれる家族に負担がかかる78.4%、病状が急変した時の対応に不安がある57.3%、経済的に負担が大きい30.8%、症状急変時にすぐに入院できるか不安がある27.2%、往診してくれる医師がいない27.0%となっている。

これらの理由をみる限り、「終の住処は自宅」と考えている人々の希望をかなえるためには、医療支援体制の整備だけでなく、介護支援体制の整備や「死」あるいは「看取り」に対する国民の意識の変革が必要であり、医療だけでなく、行政、介護福祉、そして地域住民が一体となって取り組むべき課題といえる。

そしてこの課題に取り組むことが、実は現在の医療そして地域社会をあるべき姿に変える起点になるものと筆者は期待している。

取り組みは、すでにいくつかの地域で始められているが、医療従事者の意識改革、介護福祉関係者の意識改革、行政関係者の意識改革、そして国民の意識改革を必要とする取り組みでもあるために、残念ながら完成されたものとして紹介できる地域はまだない。

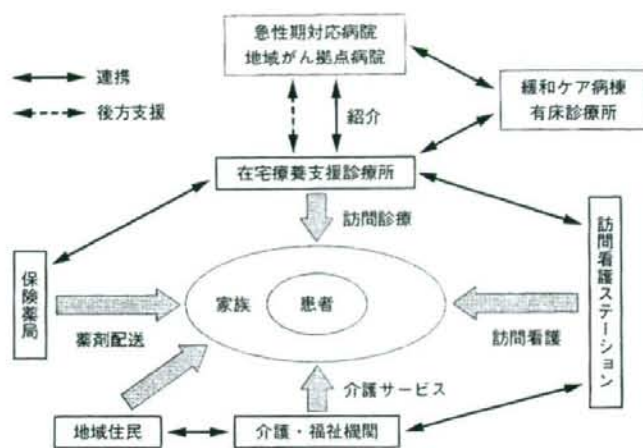
そこで、今回、どのような体制を、どのようにして構築するかについて筆者の経験を基礎に解説する。

1 在宅ホスピスケア地域支援ネットワークとは

a. 地域支援ネットワークの基本的構図

在宅ホスピスケアの地域支援ネットワークとは、終末期緩和ケア（ホスピスケア）を必要としている人およびその家族が自宅あるいは居宅で楽に暮らしてゆくことを支援する地域社会のシステムである。名称として「在宅緩和ケア支援ネットワーク」とよぶこともあるが、どちらも公的に定義されたものではないため、ここでは「在宅ホスピスケア地域支援ネットワーク」と記述する。

このシステムは医療支援システムと生活支援システムと2つのシステムから構成されており、医療支援システムは医師（歯科医師を含む）、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士などの職種からなる医療支援チームにより提供され、生活支援システムは支援相談員、ケースワーカー、ケアマネジャーやホームヘルパーなどの介護福祉関係者、行政職員、地域保健師、ホスピス



図II-21 在宅ホスピスケアの地域支援ネットワーク

ボランティアや地域の住民などによる生活支援チームにより提供される。そして、地域事情にあわせて、それぞれのチームメンバーの“顔の見える関係性”を保っていることが連携を円滑にするための基本である。

これらの職種は、急性期対応病院（地域がん診療拠点病院を含む）、緩和ケア病棟（あるいは有床診療所など）、療養型病院、有床あるいは無床診療所（在宅療養支援診療所を含む）、歯科診療所、訪問看護事業所、保険薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事務所、保健所などに属する職種であるが、地域住民（ボランティアを含む）も混じって、円滑に連携できる体制を地域ごとに、地域の特性を生かして構築することが重要である。

連携の基本的構図を図II-21に示す。

この基本構図は、患者およびその家族を地域医療機関、地域介護福祉サービス機関および地域住民が支える構図を示しており、病院や緩和ケア病棟は後方支援あるいは緊急の入院先（バックアップベッド）として機能することを図式化している。

b. 支援対象疾患

対象となる疾患は、緩和ケアの対象となる疾患で、2002年の世界保健機関（WHO）の定義に従えば、“生命を脅かす疾患”であり、がんに限らずすべての治療困難な慢性疾患および急性疾患、小児の難病などが対象となる。また特定の疾患ではないが、加齢による衰弱なども対象とすべき病態である。しかし当面は、緩和治療などの医療依存度が高く、そして支援期間が比較的短期間である進行がんを主な対象とすると取り組みやすい。