

生存科学

Journal of Seizon and Life Sciences

特集＝共生

シンポジウム＝未来からの反射

VOLUME 25-2

MARCH 2015

公益信託 生存科学研究基金
武見記念
公益財団法人 生存科学研究所

出前医者が語る人生を支える医療

太田 秀樹*

Hideki Ota

はじめに

今、ご紹介いただきましたように、私は、町医者で、午前外来診療をやって午後から往診しています。「医療というのは、医学を社会に適応させたものである」。この言葉は武見太郎先生が言われたとも聞いていまして、正しいと思いますが、社会が非常に変化しています。今まで高齢社会の話がありましたが、65歳を過ぎた、ある意味で、新人類の国家が誕生しています。

社会が変わったわけですから、医療も変容せざるを得ないと私は思っています。そこで登場したのが、第三の医療としての在宅医療や訪問看護です。繰り返しになりますが、とにかく、世界に類を見ないスピードと規模で日本は超高齢社会に向かっています。

数字で見る超高齢社会

ちなみに、25年後の2040年には、出生者が67万人、死亡者が169万人です。1年で人口が100万人減ります。私は、今、栃木県で医療をやっていますが、栃木県の人口は約200万人です。2041年には栃木県が消えるという規模です。2013年のデータですと、出生者は103万人、死亡者126万人ですから、2015年には鳥取県はもうなくなっているかもしれない人口減少です。

生老病⇒介護⇒介護⇒介護⇒死

「生老病死」という言葉があります。生まれて、老いて、病で、死ぬ。これは、仏教の言葉のようで、四苦八苦の四苦です。しかし、今、病では死なないです。先程感染症で死ななくなったという話がありました。仮に脳卒中になっても、救急車に乗れば、病院に行って適切な治療を受けて、命は助かります。しかし、歩けない、しゃべれない、食べられない、場合によっては認知機能が落ちるということで、介護・介護・介護で天に召されるわけです。

* 医療法人アスミス理事長

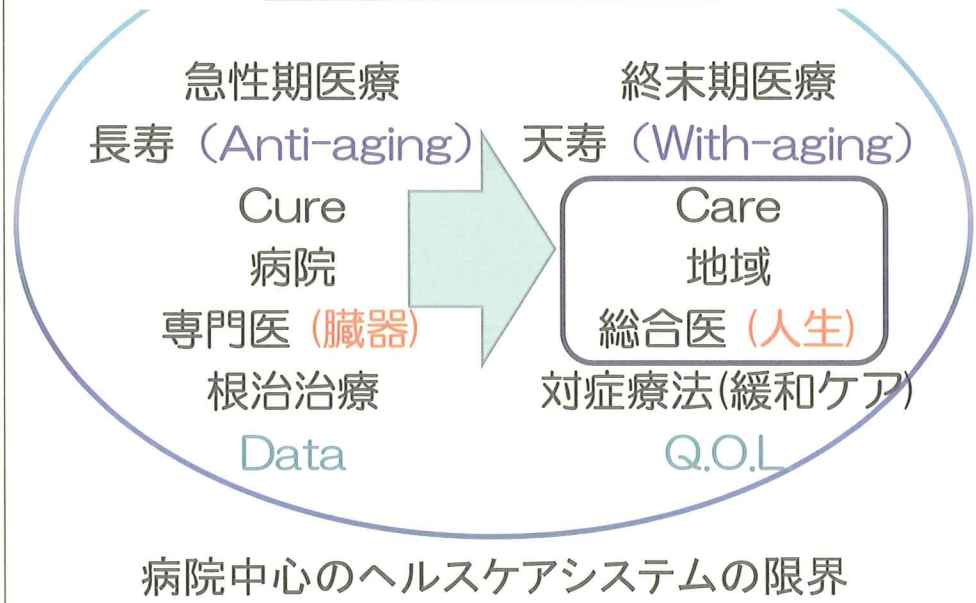
生・老・病⇒介護⇒介護⇒介護⇒死

健康寿命と平均寿命の乖離
男性9年・女性13年
(出典 厚労白書)



- 大部分の高齢者は虚弱な期間を経て死亡する
- 病院を中心としたヘルスケアシステムで対応困難
- 地域包括ケアシステム構築は時代の必然
- 在宅医療・訪問看護への期待が一層高まる

超高齢社会・多死社会に求められる 医療のパラダイムシフト



これは、平均寿命と健康寿命の乖離が明確に物語っていますが、男で9年、女で13年あります。40歳から60歳ぐらいのメタボの時期には、病院に行けば病気は治ります。水を飲んでも太るなんて言っています。ところが、ロコモの時期です。病院で健康問題を解決してくれるかという話です。要介護状態を含めてフレイル・エルダリー (frail elderly) という表現をしますが、こういった人たちが、今、450万人います (※日本老年医学会のフレイルとは定義が異なります)。

大部分の高齢者は、この虚弱な期間を経て死亡するのが現実です。つまり、健康寿命と平均寿命の乖離です。病気は、メタボの時期は治せます。しかし病気を治して命を永らえた結果の人たちに対して、従来の病院中心のヘルスケアシステムでは対応ができません。認知症も同様だと私は思います。そこで、地域包括ケアシステム構築が叫ばれて、さらに、その地域包括ケアシステムの中における在宅医療、訪問看護が、その期待を高めています。

超高齢社会・多死社会に求められる医療のパラダイムシフト

超高齢社会は、言い換えると、多死社会です。医療は、もうパラダイムをシフトさせざるを得ません。命を救う急性期医療よりも、命を閉じる終末期医療が大事です。1分1秒長生きさせようと長寿を目指してきた医療ですが、もう長寿は達成しました。アンチエイジング (Anti-aging) なんていうのは、怪しいです。ドモホルンリンクルを使ってしわは伸びても、寿命は延びません。天寿をいかに支えるかです。

ですから、キュア (Cure) よりもケア (Care) が大事で、病院よりも地域が大事で、臓器を中心に診てきたドクター、専門医よりも、人生丸ごと面倒見てくれるような総合医の必要性が高まってきました。これは、言い換えれば、病気を基から治すことができなければ、緩和医療が重要なのです。病気が治らなくても、症状をコントロールして苦痛を除くことが非常に重要なのです。

医療は科学ですから、医学、医療が介入した妥当性の物差しは、データでした。例えば、がん放射線を当てたら、がんが半分になった、だから放射線は効いたということです。しかし、「仮にがんが小さくならなくとも、楽しい人生があったほうがいいのか」という選択があっていいわけです。放射線を当てたことによって、食欲がなくなり、つらい思いをしながらベッドの上で命を閉じるよりも、がんを闘うことをやめて、うちに帰って楽しく残された時間を有意義に生きるという選択もあるわけです。

従って、在宅医療が介入した妥当性の尺度というのは、データではなくてQOL (Quality of life: 生活の質) そのものです。これが、病院中心のヘルスケアシステムの限界を示していると言ってもいいです。

21世紀 病院の世紀の終焉

一橋大学の猪飼周平教授が、『病院の世紀の理論』(有斐閣、2010) という本の中で、「21世

紀は病院の世紀の終焉である」と位置付けています。もう病院は要らないという意味ではなくて、治せる病気は治せるところまで行ったという意味です。病院というのは、病気を治す場所です。今、遺伝子も解明されたし、人工臓器もできた。しかし、人工臓器ができたということは、臓器の治療ができなくなった、もう限界に達しているということです。

例を挙げます。腎臓が悪い人が尿毒症になって命を落とした時代がありました。1970年代になると、血液透析が導入され、尿毒症にならずに命が救われました。そして、透析を受けるのは大変だということで、1980年代には腎臓の移植が始まりました。しかし、今、移植して命を永らえた人たちの腎臓機能が廃絶してまた腹膜透析に戻っている時代です。

臓器を移植するということは、すなわち、臓器治療の限界です。腎臓が治ったわけではありません。当時は、「transplantation (移植)」という表現を使いましたが、最近は、「replacement (置換)」という表現です。これは、臓器を取り換えるということです。つまり、臓器は治せないからです。今、認知症の話がありましたが、脳の神経がだめになったとき、脳を取り換えられるかということです。これは無理です。

在宅医療とは

在宅医療には、さまざまな偏見、誤解があります。今日は、在宅医療が、決して粗悪な質の低い医療ではないということを伝えたいと思います。

在宅医療は、何も自宅だけで行う医療ではなくて、生活の場で行う医療です。その対象は、通院困難者、病院に行けない人です。生老病死の病から命を落とすまで誰かの援助なしには暮らせなくなった人たちです。通院ができない人たちに対して行う医療です。家族、患者の希望をくんで提供する全人的な包括的医療です。ですから、何科の病気とか、何の病気とか、そういうものではなくて、その人全体を支えるということです。人生を支える医療でもあるからです。

主役は、実は、訪問看護師です。私たち医者役割は、病態の判断、診断です。そして、指示と責任です。24時間365日、多職種が協働して地域連携で推進するものです。多職種の協働とは、医師、看護師、歯科医師、薬剤師、リハビリのスタッフ、ヘルパーです。そして、地域連携というのは、地域にあるソーシャルキャピタル (Social Capital) の活用でもあるわけです。組織や団体であったりということになります。

例えば、酸素療法は、在宅は7.1%です。施設は、2.9%、2.3%、0.5%、0.8%です。施設には酸素を吸っている人がいないけれども、在宅で酸素治療している人は多い。つまり、在宅医療というのは、施設よりも、重度、重症者を管理しているということです。

実際、こんな様子です。これは、最近是这样表現しませんが、「居宅系高齢者施設」での在宅医療です。医師や看護師が訪れたときは医療の場ですが、帰ればいつもの生活の場になることがとても大事です。

在宅医療のスキル

現在、在宅医療のスキルは非常にレベルが高いです。これは地元の新聞に報道されたものです。例えば、これはエコーですが、今やもうスマートフォンサイズです。聴診器を当てるようにエコーを当てることができます。おなかが痛いというときに、もしかしたら胆石があるのではないかということで、こうしてエコーを当てて調べています。

これは、レントゲンを撮っている様子です。在宅医療を中断する理由は、ほとんど、けがか肺炎です。そういったときに、わざわざ病院に行かなくても、こうして在宅でも診断ができます。これは、在宅で胃瘻（いろう）を交換している様子です。ここに内視鏡があります。胃瘻が正しい治療法かどうか、その是非についてはここでは触れませんが、胃瘻が入った状態で在宅で療養している人が非常に多いです。在宅で交換することもできます。交換したあと、しっかり胃袋の中に入っているかどうかを内視鏡で確認します。このように、在宅医療のレベルは決して低いわけではないことがわかります。

これは、肺炎です。誤嚥性肺炎と言って、寝ている間に口の中の微生物（ばい菌）が肺に入って肺炎を起こします。このおじいさんは、「俺は死んでも病院に行かない」という顔をしています。在宅医療で肺炎を治療することもできます。というのは、肺炎の治療は、病院に行っても、抗生物質と酸素です。全く同じ治療を在宅で行うことができます。ただ、医療をする環境が違いますから、やはり、みんなでカンファレンスを開いて、このおじいさんにとって病院での治療がいいのか、家で治療を継続するほうがいいのか議論をして、結論として一定の方向性を出します。

こういう人は、病院に行くと、行った途端に、夜、譫妄（せんもう）状態になったり、いろいろなことが起こります。そうすると、病院では病気の治療が最優先されますから、例えば向精神薬を投与されたり、あるいは手足を抑制された状態で治療が継続され、仮に肺炎が治っても、この人らしさを失ってしまうことが非常に多いです。しかし、在宅で治療を継続すると、そういったことはほとんどありません。

多職種協働の実際

これは、多職種協働の実際です。看護師以外のコ・メディカルの人たちです。PT（理学療法士）やOT（作業療法士）がリハビリもします。これは、人工呼吸器で寝たきりの子どもですが、関節が固まるのを予防したり、あるいは、薬剤師が家を訪問して、薬の飲み方を見たり服薬の状況をしっかり判断してくれます。これは、歯科医師です。歯科医師も訪問します。この人は笑顔がとても印象的ですが、がんの末期です。「最後はおいしいものを食べて死にたい。これで飯が食える」という笑顔です。

訪問看護師の実際・在宅医療の主役

訪問看護師は、在宅医療の主役だと私は思っています。入院したとき、ナースコールを押せ

在宅医療のスキル

エコー検査
レントゲン撮影
胃ろう交換



骨折



胃ろう交換

在宅での安全な胃ろう交換
内視鏡で確認可能



PENTAX 写曲角 120°



在宅医療 広がる技術



極細内視鏡で安全処置

つり上げ介護負担軽減

痛み、不安取り除く



多職種協働の実際

関節拘縮予防



歩行訓練



訪問看護



訪問リハ

訪問服薬指導 薬剤師の訪問



訪問歯科



ば看護師が飛んできます。看護師に自分の状態を伝えて、看護師の判断でドクターが呼ばれます。在宅医療というのは、病院の機能を地域に広げたものですから、看護師のいない病院がないように、訪問看護師のいない在宅医療というのは、もしあるとすれば、よほど、家族のケアする力が高い家です。

今は、みんなスマートフォンを持っていますから、家に行って、何かあるとこんなふうに画像で送ってきます。私は、外来診療をしながら、コンピューターの画面を見て、この状態であれば何をしたらいいという指示ができますから、オンデマンドですぐ治療を開始することができます。

在宅看取り率

在宅で看取られる率の高い地域は、訪問看護の充実と明らかな相関が出ています。私どもの法人で小さな研究所を持っていますが、そこが、全国で約1,700ある基礎自治体ごとの在宅での看取り率を出したものです。重要なことは、35%ぐらいの人が地域で看取られている地域が存在するにもかかわらず、0%という地域も存在することです。つまり、この地域に住むと家では絶対に死ねないけれど、この地域に住むと家で死ぬ人が3人に1人いるということです。

在宅で最期を迎えたいというのは、百歩譲っても、日本人の2人に1人が望んでいます。これは事実です。国民皆保険制度ですし、介護保険料も40歳から負担しています。つまり、社会保障費として平等に納めているにもかかわらず、在宅で死ぬ地域と死ねない地域が存在しているという歴然たる事実は、やはり、行政に課題があると思います。

訪問看護師への期待

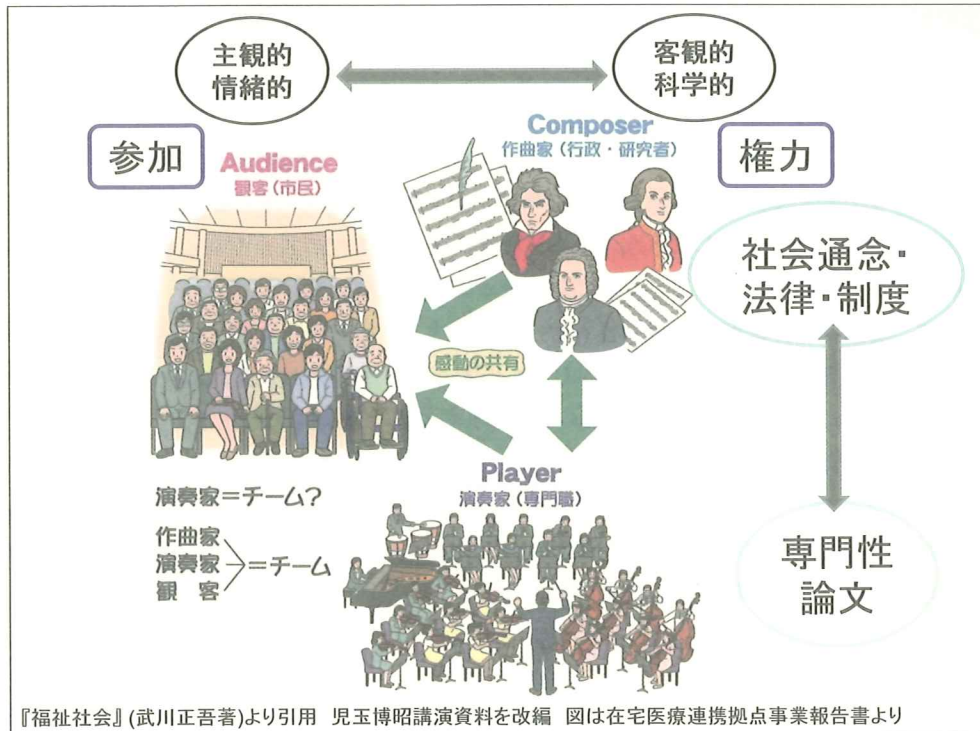
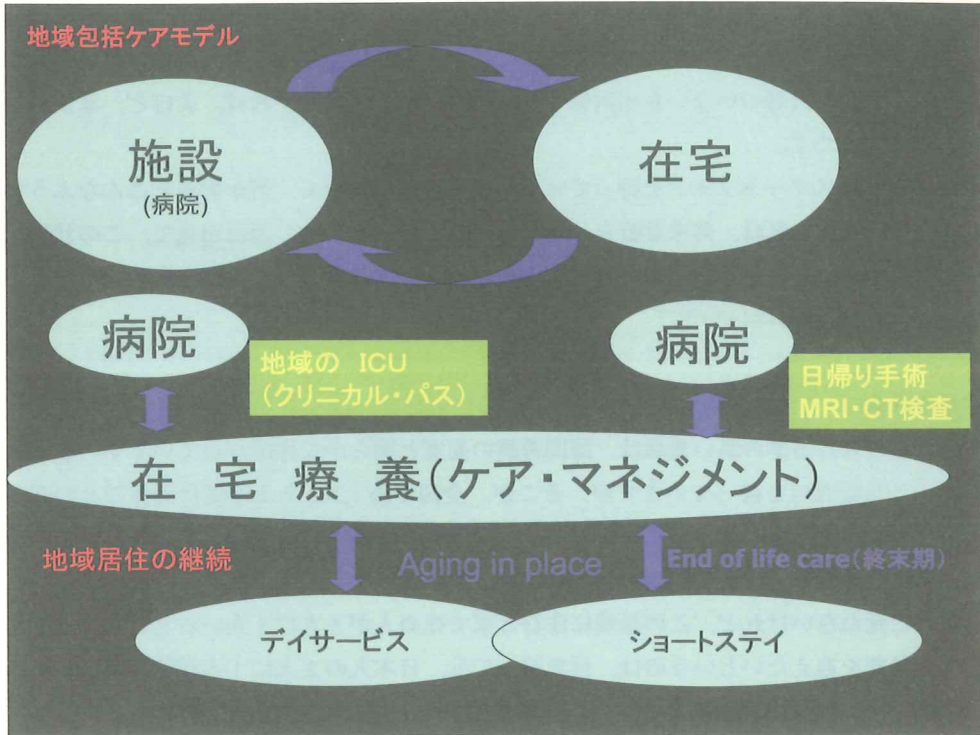
訪問看護師は非常に重要で、家族にとっては弁護士役です。医者には言えないことも、看護師には言えます。そして、介護の人たちとのリエゾンです。療養所の世話は看護師の一つの機能ですが、ヘルパーたちも同じようなことをします。ただ、医療の視点があるかないかの違いです。医療職と介護職をつなぐのは、訪問看護師が非常に重要です。

そして、看護師は、医師の諜報部員もやってくれます。つまり、医者には見えないことが看護師たちには見えます。「あそこの奥さん、ものすごく一生懸命お世話してすごいね」と言うと、「あれは奥さんじゃないですよ」なんてこともちゃんと教えてくれます。

つまり、看護師には、Cure・Care・Heal（治療・介護・癒し）、この三つの視点があります。医者は、病気を治すことしか頭にありません。ケアに関しては、例えば、intensive care unit（集中治療室）は医療も包括されていますが、日本語におけるケアです。病気を治す、介護する、そして癒す。こんな機能が看護師にはあります。

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムです。基調講演で高久先生も言われましたが、地域居住の継続です。



『福祉社会』(武川正吾著)より引用 児玉博昭講演資料を改編 図は在宅医療連携拠点事業報告書より

最期まで住み慣れた地域で生活できるかどうか、地域包括ケアシステムに織り込まれています。これは、地域居住の継続であって、「Aging in place」という表現もありますが、終末期医療まで地域で行う。病院は、行って、病気を治して帰ってくる場所です。病院は死に行く場所ではないということです。ですから、介護保険サービスを使ったり、あるいは病院をうまく活用して、最期まで地域で暮す。これが大事です。

在宅医療はなかなか進んでいませんが、これからぐっと進むと思います。このオーケストラのイラストで見ると、プレイヤーたちが麗しい演奏を行うだけではなくて、スコアを書く行政と、オーディエンスの三者が感動を共有する状況にならないと、地域包括ケアシステムに魂は入らないと思っています。

国民の責務

今年、「医療介護総合確保推進法」という法律が制定されて、在宅医療、地域包括ケアは、法律を根拠として進むことになりました。その中にこんな文言がありますので紹介します。

「国民の責務」。フリーアクセスだと言われていた医療ですが、「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性について理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるように努めなければならない」。

難しい表現でよくわからないけれども、要するに、「死ぬときに病院に行くな」ということです。病院に行っても死ぬからです。ここには、認知症の人の精神科の入院もあると思います。認知症の人は、精神病院に行って治りますか。

21世紀は、地域包括ケアの時代

21世紀は、地域包括ケアの時代です。在宅医療の質は、病院医療に遜色がありません。医療機器も介護機器も相当発展しました。そして、新しい薬もできます。今、モルヒネみたいな薬は、体に貼っておくだけで完全に痛みが取れるようなものができています。それを貼って温泉に行ったりできます。

介護保険サービス。療養生活を支える制度は充実していますし、地域ケアネットワークは整備されて、地域のケア力は向上しています。情報ネットワークも、クラウドコンピューティングを使えば一元的に管理できるし、スマートフォンでテレメディシンもできます。

上位概念としての生活、つまり、医療が支配した病院での暮らしは不幸です。生活の場で取りまで支える、これが在宅医療の一つの役割、機能です。私ども在宅医の役割は、市民が信頼して在宅医療を選択できるように、良質の在宅医療を提供することだと思っています。ご清聴ありがとうございました。