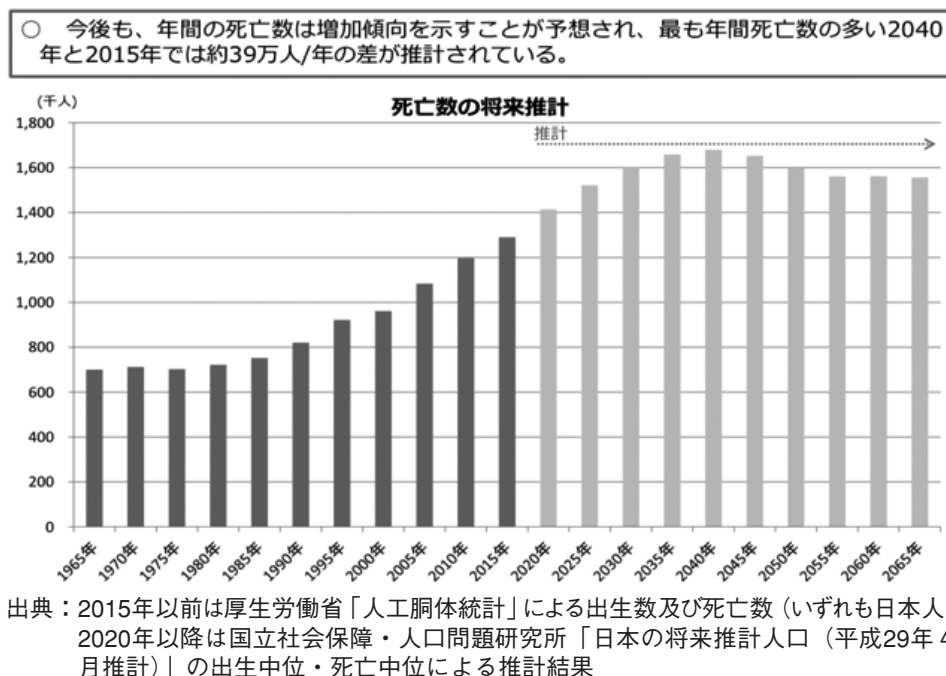


<報 告>

北海道における在宅医療の現状と課題

井上浩太郎（医療法人社団ささえる医療研究所）
永森 克志（医療法人社団ささえる医療研究所）

日本の高齢化率は28.1%（平成30年10月）になり、超高齢社会の基準の21%を大きく上回っている。国立社会保障・人口問題研究所の報告によれば、死亡数は今後も増え続け、ピークを迎える2040年には年間160万人以上が死亡すると推計されており（図1）、厚生労働省でも超高齢社会の次の段階で人口減少が続く「多死社会の到来」と表現している。そのような社会の中、限られた医療資源で最期を迎える方々の尊厳を保ち、持続可能な医療として在宅医療に注目が集まるものの、満足な普及には至っていないのが実情である。本書はこれらの現状と課題について報告するものである。

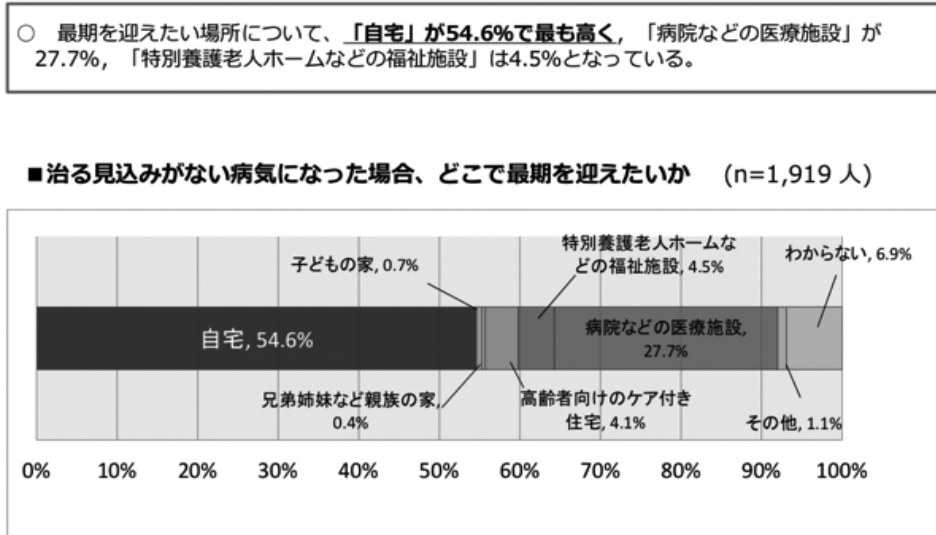
図1 死亡数の将来推計¹

¹出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」における最近の動向

1 在宅死に関する現状と課題

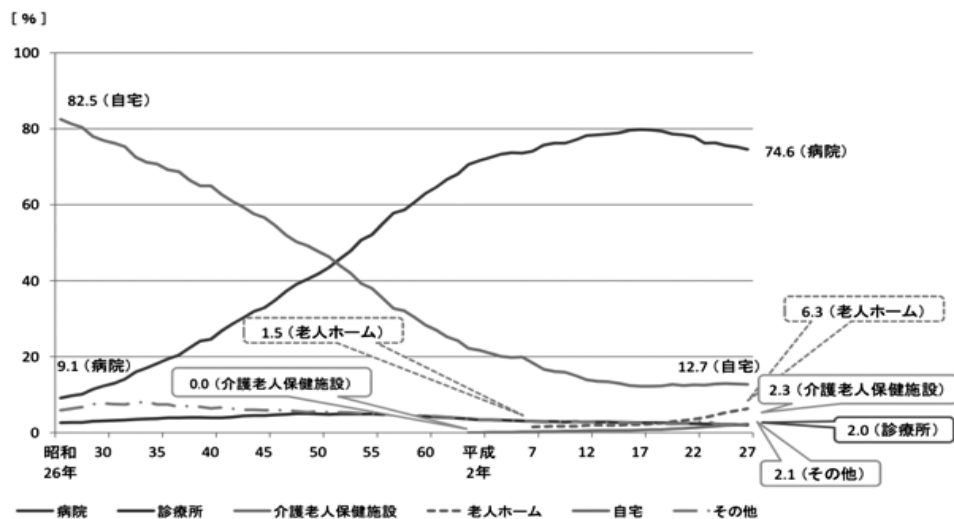
日本人の半数以上が自宅で最期を迎えたいという希望も持つものの（図2）、現実には約75%の人が病院で亡くなっており（図3）、北海道における在宅死率は全国平均よりもさらに低くなっている（図4）。病院、施設、自宅、いずれの場所であっても、最期を迎える場所を自ら選べるべきであり、最期まで自宅で過ごしたいという希望があるにも関わらず、病院で迎えることとなる方が多いという課題がある。

図2 最期を迎えたい場所について²



出典：平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

図3 死亡場所の推移³



※老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

平成6年までは、老人ホームでの死亡は、自宅又はその他に含まれている。

資料：厚生労働省「人口動態統計」

² 出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」における最近の動向

³ 出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」における最近の動向

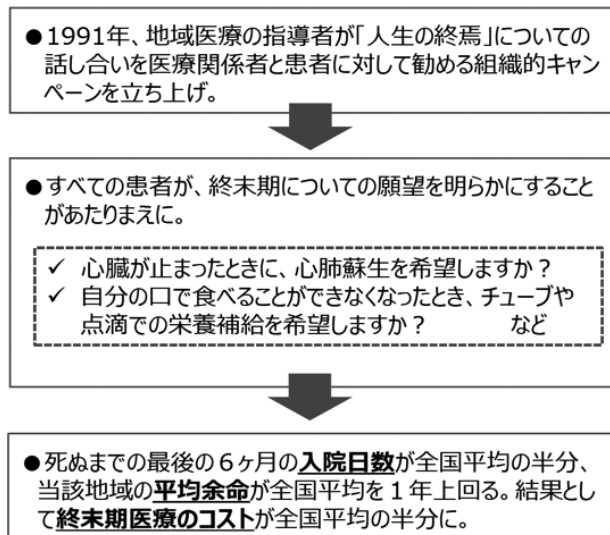
図4 わが国のがん患者在宅死亡数の変化⁴

	年	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
在宅死亡数(人)	全国	20,156	20,450	20,706	23,115	25,724	28,632	29,658
	北海道			340	404	432	486	604
	札幌市			93	113	138	157	183
在宅死の割合(%)	全国	6.5	6.4	6.4	7.0	7.6	8.3	8.6
	北海道			2.1	2.5	2.6	2.9	3.5
	札幌市			2.1	2.5	2.9	3.3	3.7

2 最期を迎える場所に関するアメリカの事例

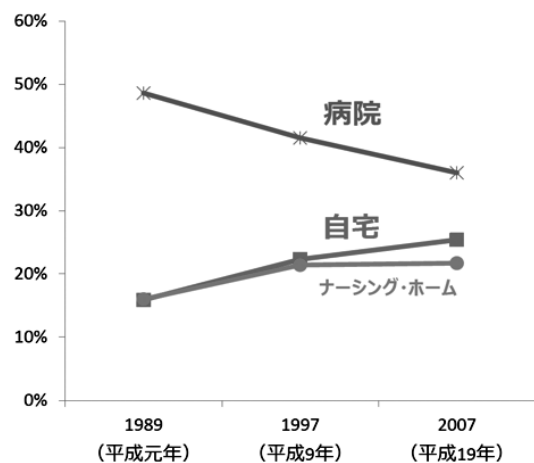
同様の問題はアメリカでも起こっていた。この問題を解決するためウィスコンシン州クロッセ市では、図5のように「人生の終焉」についての話し合いを啓発し、終末期における願望を明確にすることの普及を試みた。その結果、死亡前6ヶ月の入院日数は全国平均の半分になり、当該地域の平均余命は全国平均を1年上回り、終末期医療のコストは全国平均の半分になった。アメリカでは約30年前から各地でこのような取組が拡がり、どこで最期を迎えるかを自身で選べる社会の浸透とともに、病院でなくなる人は次第に減少している。

図5 ウィスコンシン州クロッセ市の事例⁵



(出典) Atul Gawande 「死すべき定め」より引用

図6 アメリカにおける死亡場所の推移⁶



(出典) Health, United States, 2010 (U.S. Department of Health and Human Service) より経済産業省作成

⁴ 出典：医療法人徳洲会在宅緩和ケア診療所ホームケアクリニック札幌HPより

⁵ 出典：次官・若手プロジェクト「不安な個人、立ちすくむ国家」(平成29年5月)より

⁶ 出典：次官・若手プロジェクト「不安な個人、立ちすくむ国家」(平成29年5月)より

3 北海道における在宅医療の課題

以上のことから北海道の在宅医療について考えると、(1) 医療機能の偏り、(2) 人々の死生観、といった課題が存在するのではないだろうか。

(1) 医療機能の偏り

戦後、抗生剤などの薬の進歩、手術などの医療技術の進歩とともに、病院で多くの病気が治療できるようになった。高度成長期でもあり、急性期疾患をしっかりと治す病院へのニーズが高まり、日本中で病院を増やす傾向となった。しかし、近年では世界一の長寿国となり高齢者が増えたことで、完治できる病気よりも老いや障害の問題が多くなった。しっかりと治すという機能を持った病院と、治らない慢性疾患や老いを抱えた高齢者とのミスマッチが近年では大きな問題となっている。介護保険制度を整え、高齢者へのケアサポートシステムは次第に整備されつつあるものの、依然として、高齢者の治らない慢性疾患へのアプローチは進まない現状がある。このミスマッチにより「後期高齢者が高頻度かつ長期間入院している」ことが、「1人当たり医療費が高くなっている」最大の要因ではないだろうか。「本当に入院医療が必要な傷病で、入院をしているのか」、「いわゆる社会的入院などの是正は進んでいるのか」、などを適切に分析する必要がある。市町村別に「市町村国民健康保険＋後期高齢者医療制度の市区町村別1人当たり実績医療費」(年齢調整をしていない医療費)を見てみると、最も高いのは北海道雨竜町の93万3209円(前年度は3位)、次いで高知県大豊町の89万9283円(同1位)、北海道積丹町の88万8860円(同4位)となっている。⁷

高齢者による医療費の高騰問題は北海道ではより顕著な問題となっている。厚生労働省も「治す医療」から「治し支える医療」へと方針を変え、病院の機能の最適化に向けて、国の政策を作るようになった。病院の機能の最適化が進み、在宅医療が推進されれば、病院でなく、自宅で最期を迎えたい、できれば死ぬ直前までは自宅にいたいという人々の希望はより叶えることができるだろう。

(2) 人々の死生観の問題

医療の進歩などにより、老いや病や死が家族から、そして地域から排除されるようになり、医療施設での出来事になった。これにより、在宅医療に対する関心の低さや、人生の終焉の場として在宅死が自然で人間的であるとの認識が低いことも理解できる。そして、最期まで自宅で過ごしたいという願望と実際に自宅で最期を迎える現実とのギャップには、人々の死生観の問題があり、現実として多くの人が病院で最期を迎えている。しかし、この人々の死生観は社会環境の変化、生死に対する教育などで変わっていく可能性は十二分にある。厚生労働省では、自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこでどのような医療・ケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の人たちと話し合い、共有することを「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」としてその重要性を啓発し、「人生会議」という愛称で普及を図っている。⁸

数年前までは、このように人々の死に直結する話をする事は出来なかった。ラテン語でメモトモリという言葉がある。日本語で『死を想え』という意味だが、人々が生老病死を想い、考えるようになれば、社会は豊かになり、人生も豊かになるのではないだろうか。

⁷出典：厚生労働省「平成27年医療費の地域差分析」

⁸出典：厚生労働省「自らが望む人生の最終段階における医療・ケア」