

穏やかな最期を保証するコミュニティづくりのための政策推進について 〔中間報告案〕

平成 23 年 3 月 4 日
看護問題小委員会

2005 年、我が国は出生数を死亡数が上回り、いわゆる人口減少の時代を迎えた。年齢 3 区分別人口構成は現在 1 : 7 : 2 (年少 : 生産年齢 : 老年) の割合であるが、10 年後 (21 年) に 1 : 6 : 3、その 30 年後には 1 : 5 : 4 へと短期間のうちに大きく移行する。

これから起こる人口減少下での少子高齢化とは、すなわち働き手の減少なのであり、それは世界に類のないスピードで進展する。

しかしこの時代を共に生きるわれわれ国民は、先例のない苦難を前に立ち止まっていることはできない。

少し先の未来を、すべての国民が楽しく・豊かに・堂々と暮らせる成熟社会へと導いていくためには、これまで日本国民が永く培ってきた英知を結集し、互いの役割を存分に発揮することによって、次代に対応できる新たな社会保障の仕組みを築き上げることが必要である。

看護問題小委員会はこのような現状認識のもと、保健・医療・福祉・介護等の様々な現場で社会保障の実現者として活躍する職員等が直面している課題を分析し、その効果的な解決策を検討することをおして、次代の国民一人一人のいのちと暮らしを確実に守るための中長期的な政策の方向性を示すとともに、この分野においていま最も優先度の高い施策を見定め、それらを戦略的に押し進めるべく、定期的な議論を重ねてきた。

今般、その取り組みの方向性について、中間的なとりまとめを報告する。

1. 課題の抽出・テーマ設定について

看護をとりまく諸問題の中で、看護問題小委員会として取り組むべき課題について、あらかじめ役員等へのヒアリングを行った。提案された事項のうち、自民党が国策として取り組むべき重要性・緊急性・効果性の高いテーマについて絞り込みを行った。

その結果、今般は「穏やかな最期を保証するコミュニティづくり」をテーマとする定期的な勉強会を開催することとなった。

なお今回の課題には取り上げなかったけれども、検討すべきとして提案されたテーマの中には「地域格差のない社会保障」「助かる医療を整える」「独居で療養できる」「病気にならない」などがあつた。また検討を要する課題として、現状に見合う需給見通しの策定について、人材確保と供給の問題、一人当たり医療費や職員給与の地域差、個々のコミュニケーション能力の醸成や技術評価の在り方など、多様な意見をいただいた。

2. 看護問題小委員会の開催状況

第1回 平成22年10月28日

厚生労働省より、地域における看取りに関する施策の現状について聴取。

第2回 平成22年11月30日

日本看護協会より、医療機関における看護職の勤務体系について聴取。

第3回 平成22年12月 8日

関係団体より、地域における看取りについて聴取。

第4回 平成23年 1月25日

関係省庁より、平成23年度看護関係予算について聴取。

第5回 平成23年 2月 8日

学識（聖路加看護大学看護実践開発研究センター長：山田雅子教授）より、地域における看取りについて聴取。

3. 議論の経過

○人口減少下での少子高齢化とは

我が国の現在の要介護者数は480万人、障害者数は730万人に達し、75歳以上の高齢者一人あたり年間医療費は86万円を超えた。今後10年間は生産年齢人口の急激な減少が進み、およそ25年後には年間死亡者数170万余人（現在の1.5倍）のピーク期に達する。

その頃の地域社会は、働き盛りの世代1.3人で子供や高齢者1人を扶養するという生活環境になっている。

かつて地域社会には、お年寄りを大切にしましょう、困っている人を見かけたら助けましょうと日常的に声を出し、ごく自然に高齢者や生活困窮者を支える土壌が保たれていた。しかし現在は「孤独死」「介護難民」「限界集落」といった無責任な造語が多用され、むしろ社会の側から弱者を排除しようとする風潮さえ感じられる。実際に、介護苦から息子が老親を手にかける事件や、かけがえのない家族の遺体を遺棄又は放置して死を隠ぺいする事件が頻発し、どの世帯にとっても、これはもはや他所事とは思えない身近な話題である。

働き方の変化と核家族化によって、地域内や家族内の緊密な関わり・規範が薄れた一方、健康不安や介護問題をきっかけに家計が脅かされ、より直接的に家族の暮らしの営みが不安定となるリスクが高くなった。

多くの国民は、問題が深刻であればあるほど社会との接点がなくなるという現実を目の当たりにして、「いかに自分らしく生き終えるか」ということこそが、さし迫った生活不安、大問題だと気づき始めている。

世界最速のスピードで高齢社会となった我が国はこれまで、急増する医療介護ニーズにどうこたえるかという点に多くの関心をさき、過去30年余の高齢者保健福祉対策が展開されてきた。保健・医療・福祉の壁を取り払い公民同一の扱いで介護サービスの拡充を促すことによって、要介護者と家族の生活を支えようとする介護保険制度が創設された後、これまで10余年の時間をかけて介護の社会化もいっそう進んできたところである。

○終末期の現実

厚生労働省社会保障審議会における終末期の在り方についての議論や関連する調査によれば、20歳以上の国民の6～9割は、終末期の自宅での療養を希望している。

ところが、実際に自宅で最期を迎えることのできた国民の割合は年々下がり続けている。家族とともに最後まで過ごすことのできる国民は、いまでは10人に一人程度の水準にまで減っている。

終の棲家として大きく期待されている特別養護老人ホームの入所定員数は、全国およそ44万人にまで普及してきている。それでもなお、その総数に匹敵するほど多くの申込者が、病院や自宅などで入所を待っている状況である。

前提として何らかの医療的処置が必要な方でも受け入れ可能としている施設は限られている他、入所中に体調が不安定となった場合には病院へ搬送される例も多い。これは、介護保険施設には医療スタッフの配置が低いという外部から施設内へ必要な医療を導入する仕組みが不十分であったり、その使い勝手が悪いために生じる弊害でもある。

結果として現在、老人ホームで最期を迎えている国民は、全体の3%未満にとどまっている。

国民の願いに反して、医療機関で最期を迎える方の割合は伸び続けており、全体の8割に及んでいる。総じて本来、治療の場である医療機関の病床が、現在は看取りの機能をも果たさざるを得ない状況に至っているということである。救急車のたらい回しが問題になると、医師や看護師等の医療スタッフの不足を理由にされがちなのだが、実のところは空床がないので病院管理上受け入れることができないという場合も多い。

ところで急性期の入院病床については、優先度の高い方が必要な治療を効果的に受けられるよう診療報酬上の工夫が施されている。一般に、高齢者は入院前と異なるコンディションのまま病院外の療養へと移行することに対して不安が強く、また早期の退院も難しい。医療現場ではこうしたことへの不満を訴えられる機会が急増しており、対応にあたっている職員の側から状況を見かねて行政機関等へ意見具申する例も増えている。また劣悪な環境に心を病んで離職していく若者も少なくない。いまや全国のどの地域にも、住み慣れたところで自宅以外の療養の場を得ようとしたが見つからず、やむなく家に戻ったという方々が暮している。

○ケアの保証のない‘在宅ケア’

このようにして、家で療養するのだという覚悟が定まらず、また長期の療養を続けるために必要な準備が不十分なまま在宅療養に踏み切ってしまうことが原因で、危機的状态に陥る家族も多い。

つまり地域内には、それ以外の選択肢がないので在宅療養することになった方々が相当数存在し、苦しんでいるということである。

ここで改めて言うまでもないが、何らかの傷病を持って家で療養する時には、その軽重にかかわらず、病状の観察と変化への対応、悪化の予防、療養環境の整備、薬の調整、身の回りの世話などといった、看護の機能を必要に応じて定期的に導入することが必要となる。従来は主に保健師や助産師が、公衆衛生活動の一環で、地域内での様々な健康問題にも対応してきたのであるが、平成20年版厚生労働白書に示されたように自治体で地域保健部門に勤務する保健師数は平成14年の25,222人をピークに減少が著しく、平成18年には24,017人へと、ごく短期間のうちに全国で千人規模で実働数が激減しているのである。

このことは、住民の身近な場で保健指導や相談支援などの健康づくりを担う行政機能が著しく低下していると言わざるを得ない。その反面、これまで述べてきたように、地域内で療養する高齢者は激増し、介護にあたる家族の疲弊は進んでいるのである。

家は、家族が生活を送る場である。在宅で最期まで支えることができるようにするためには、そこへ療養の機能をプラスすることが不可欠である。

とくに退院後早期や病状の不安定なときには、いっそうその重要性が増す。現在は、救急搬送される高齢者の入院理由のほとんどが脱水又は肺炎の疑いであり、退院後早期の再入院の割合も高い。在宅で療養する高齢者に起こりがちなこれらの合併症や体調の悪化は、日常的な健康管理と療養環境の維持によって、相当程度予防することが可能である。

治療に重点を置く医療サービスも必要だが、看護に重点を置く医療サービスも同時に用意をしておかなければ、こうした悪循環を解消することはできない。

とりわけ高齢者を最期まで、その住み慣れた環境の中で支えていくためには、安全な療養と安心して暮らせる環境を24時間365日一貫して保つ仕組みを設けることが必要となる。

その際には、健康を維持する観点と生活を維持する観点の両方をバランスよ

く保ちつつ包括的なケアを提供できる看護職が、地域内での看取り医療の中核を担い、家族の最も身近な場所に居て、家庭の状況と個別性に応じた看取りの計画を立て、地域内の各職との連携・調整にあたっていくことが望ましい。

いわゆる在宅での看取り率が50%を超える北欧をはじめ、先進諸外国と比較しても、我が国のこの惨状は大幅な遅れであると断じざるを得ず、もはや迅速かつ集中的に打開策を講じなければならない段階にまで至っている。

○現実吟味の必要性

在宅ケアの議論になると、きまって在宅はコストがかかるという問題を提起する声が大きくなる。しかし実際に在宅ケアを行っている医療従事者等から事情を聴取すると、その答えは大きく食い違っている。

一般的な医師等の答えはもっぱら「在宅医療は、利用者宅へ利用者の病状や家族の都合に合わせて医療を届けなければならない。とても手間暇がかかるのだが、その労力に見合う報酬は得られない。採算が合わないうえ24時間365日代替えのない体制で、責任ある医療を提供することは無理」ということであり、そもそもやりたくない、手を出したらやけどする分野なのだという。

それでも在宅ケアにあたっている医師等は、いったいどのようにして採算の合わない医療を実現できているのかと踏み込んでみる。すると、実際に地域内で療養を支え最期の瞬間まで看取っている実践家たちは、柔軟な発想で、すでに従来の枠組みを超えたサービス提供の方法を、戸別の具体的なケア・ニーズに照らしながら、工夫して活動を展開していることが明らかになってきた。

地域での実例として、次のような状況が報告された。

「看取りを行う訪問診療を中心に据えた診療所には、常勤医師5人以上が必要」

「空き家や閉鎖された医療施設をリフォームして看護職が仮住まいを運営し、複数の介護職と協働で療養生活を支えている。病状によっては外部から訪問看護や訪問診療を取り入れ、生前に合意ができている場合、最期はその方の居室で、遠方から駆けつけた子や孫たちの見守るなかで看取っている。死後の処置も納棺も、ここで家族と一緒にいる」

「本人も家族も、疲れたら休める場所として、近隣の医療機関の短期入院を利用で

きるよう連携している」

「入院をきっかけとして、ご本人と家族が、退院した後の生活設計を立てられるよう、退院調整にあたるスタッフを配置して、顔の見える関係づくりを進めている」

など、地域の中には様々なアイデアが息づいている。こうした先進例をつぶさに紐解きながら、実際にその場でサービス提供にあたっている人々、実際に在宅での療養を行っている家族、実際に家族の最期を看取った遺族の要望を聞き、具体的な政策をまとめていくことも有効であろう。

○医療制度改革の必要性

全国どこで暮らしていても、保険証1枚で、必要な時に適切な医療を適正に提供するとした医療保険制度は、日本の優れた英知の賜である。そして国民は身体の調子が悪くなったとき、その内容に応じて上手に医療を使いこなす術を身につけている。全国的に診療科の表示も分かりやすく工夫され、高い医療水準で標準的な治療が施される環境は整っている。疾病治療に対する医療の保証とその信頼という土台は、すでに確立されているのである。

しかしいざ健康度や病状が変わり、治療ではなく最期までの療養生活を優先する医療を組み立てなければならなくなったとき、国民は途端に行く先がわからなくなる。看護を中心に据えた医療システムが日本にはまだないからである。このため多くの国民は、家族とともに慣れ親しんだ環境の中で最期を迎えたいと願って暮らしながらも、現実的に最期を迎える場に至ってから、病院以外の選択肢がないことを知り、遺族はまた、それを甘んじて受け入れざるを得ない現状に何かしら不条理な思いを抱きつつ、大切な家族と死別しているのである。

これまで我が国では、高度経済成長の頃に始まった入院病床数の急増に歩調を合わせるように、病院で亡くなる方の割合が一直線に上昇してきた。いまや国民の多くが、人の死に立ち会う経験することなく成人し家族を持つ。さらには家族の臨終を家庭的な環境で静かに見守る機会さえ、ほとんどなくなった。

制度的な欠陥によるこうした弊害を明らかにし、優れた医療保険制度を将来にわたって堅持し続けるための科学的で冷静な見直しを断行することによって、次代の国民福祉を向上できる制度へと、これを継承させていくことが、現在の政治の果たすべき役割である。

○在宅ケアに従事する看護職員の確保・配置について

我が国では、看護職員が慢性的に不足しているとされている。

OECDヘルスデータに基づいて、人口千人当たり看護職員数を比較すると、米国10.8人、英国9.5人、日本9.5人であり、就業者の配置水準には遜色がない。しかしこれを入院病床に対する配置の厚さでみると、米国の1/5、英国の1/4と極めて低い水準である。

同様に医師についても、就業数では人口千人当たり米国2.4人、英国2.6人、日本2.2人であるのに対し、入院病床当たりで比べると、英米の1/5という薄さになる。

言い換えれば我が国の医療は、入院による治療に偏重したサービス提供様式をとることによって、医療スタッフの配置数は最低限に抑え、医師1人に対して看護職5人の割合で、高い成果をあげてきたことになる。

しかし国民の医療ニーズが急激に変容した今、穏やかな最期まで支えることのできる緩やかな療養生活の場を地域内に整備していかなければならない事態に至ってようやく、長く慣れ親しんできた日本ならではの保健医療サービスの提供方法が大きな壁となってきた現実と向き合うこととなったのである。

従来のイメージに固執し過ぎてはいないか振り返り、その考え方をどのように方向転換していくことが最も効果的なのかを、医療の現場に立つ当事者こそが、胸に手をして考えなければならないときではなかろうか。

すでに国内では、年間の死亡者数が急増しつつあるのに、我が国には国民が最期を迎えたいと願う場所の確保に関する国家的な方針すら策定されていない。そのために、国民の終末期に対する不安の解消に必要なサービス提供の場、サービス提供のシステム、サービス提供にあたる職種やその人員の育成及び確保についてのあらゆる制度設計が未成熟である。

自ずと、全国各地で活動している各サービス提供者たちの地道な努力や新たなサービスを開発しようと試みる先駆者たちの芽も無秩序に放置されたままで、豊かな社会保障の仕組みづくりへと結びつけられていない。

都道府県や市町村に対して、医療計画を立てるよう号令を出したところで、大局的な方針が不在のままでは、芯が通らない。

一方、都道府県レベルでは、在宅療養する高齢者のうち訪問看護の利用割合が高ければ高いほど、在宅での看取り率が高いということもわかっており、こ

れまでに何度も、審議会等においてこれらの全国的なデータが示されてきた。

しかし我が国の訪問看護師数はいまだに、人口5千人に一人程度しかいない。この数値は、人口250人に一人以上の割合で、看護師が地域内に浸透した活動を展開しているスウェーデンの1/20以下という情けない希薄さなのである。

年間数万人にのぼる看護職の離職理由を調べると、そのほとんどが家庭の事情であって、この仕事が嫌いになったとか看護職としての知識・技術が不足しているとの理由から離職に至った者は、ほとんどいない。

医療機関内で雇用される以外の就業の道がない環境の中で、看護職は持てる技術を存分に発揮するどころか、結婚や育児、夫の転勤をきっかけに職を離れ、若いうちに、国家資格を有する医療職として役割発揮することを断念している傾向にある。

また、看護学生の2割、離職する看護職者の2割、休職中の看護職者の2割は在宅ケアに関心を持っており、いずれ地域で働いてみたいと希望しているとの調査結果もある。

高い水準の知識・技術を持つ看護職が地域にしながら、それを活用できていない日本は、社会的な財産の使い方を誤っているのではなかろうか。

○いまなぜ最期の保証が必要なのか

子育て・教育、疾病や障害、介護にまつわる課題は、従前からすべての家庭に共通するものではあったけれども、その課題がいま、そしてこれからの各家庭の暮らしに与える影響の大きさ・問題の深刻さは、いまや従来のそれとは比較にならないほど甚大だと考えるべきである。社会保障の中でもこうした分野への対策は、いわば未来への投資であり、これまでややもすると「生産性が低い」と後回しにされがちだった。なかでも「人の死」を政策課題として取り上げることは、タブー視されてきた。

しかし従属人口指数が8割を超える時代には、ほぼすべての世帯に何らかの扶養が必要な家族員が暮らすようになる。この現実をあらかじめ想定したうえで、仮にそのような家族構成になった場合でもなお、各家庭での暮らしが成り立ち健全に機能する地域づくりを、堅実に進めていかなければならない。

これからは、家族が家族としての機能と生計を維持し、働ける者が存分に働

くことのできる環境を保障するための公共福祉策として、これらの分野への加重配分を進めなければならないのである。

とくに人口の約4割が高齢者となる社会においては、いかに自分らしく生き終えることができるかということが、国民一人ひとりにとって、極めて重要な関心事となる。

心身の不具合があり、幾分身の回りのことができなくなってきたとはいえ、その状態が安定しているときならば、何とか家での介護を続けることもできよう。けれども、いざとなったらどこかへ移らなければならないなどと、人生の最終地点についての心配を持ちながら、地域の中で先の長い療養を続けるという老後は、命綱もなくトンネルに入りこむようなものである。

従来の医療サービスの考え方を踏襲し予算を上積みするといった手法では、もはや現状の課題を解決することが困難となっている。政策立案にかかわるすべての者は、この現実を理解しなければならない。積極的な打開策を示さないままいたずらにこの状態を放置し続ければ、社会の構成単位である家庭が崩壊し、ひいては地域崩壊を引き起こす結果を招くことになる。

本人・家族にとっての安心・安全の暮らしを守るためにこそ、社会が責任をもって最期までを支えることができる仕組みを、地域の中にいま整えていかなければならない。

4. 政策立案にむけた提案

○党の政策方針として位置づけ分野横断的プロジェクトを設置すること

人口減少下での少子高齢化への対応は国民的・時代的な課題である。厚生労働部会の議論を経て、党内に分野横断的な構成メンバーによる「穏やかな最期を保証する政策指針策定委員会」を設置し、地域における穏やかな終末期の実現のための政策方針を提示する。

○政府・関係省庁へ問題提起し、多様なルートからの働きかけを強化すること

急激な年間死亡者数の自然増に伴って、今後必要となる 50 万余人の看取り体制を早急に整える。そのために、

- ① 国会質問等においてこの問題を集中的に取り上げること
- ② 在宅における看取りの目標値を設定すること
- ③ ②の目標値を実現可能にするために必要となる人的・物的・金銭的な体制整備についての指針を取りまとめること

以上により、地域生活者が老後に抱く漠然とした不安を解消するための看取りに係るサービスの種類や範囲について幅広い議論を喚起し、それらの有効な発展と活用を促すための情報収集・発信機能を強化する。

自民党は社会保障の枠組みありきと大上段に構えるのではなく、国民生活の現状に合った「健康的な政策づくり」を国民とともに推進していくという姿勢を表明する。