



Special

3

高齢者の生きかたと在宅医療

仙台往診クリニック院長

川島孝一郎

後期高齢者医療制度
とは何か
—そのねらいと展望

後期高齢者に求められる「真の医療」 を論じたには、医師による十分な 「生き方の提示」が重視である

後期高齢者医療の最も重要な点は、①後期高齢者に対する生き方の提示、②医師が十分な説明責任を果たすこと、③十分な説明による身体情報プラス生活情報に基づく「生き方の決定」がなされることである。本稿では、後期高齢者の「生き方」について、医療の致命的な欠陥である「医師の説明責任」の不備と、在宅医療の重要性を語っていただいた。

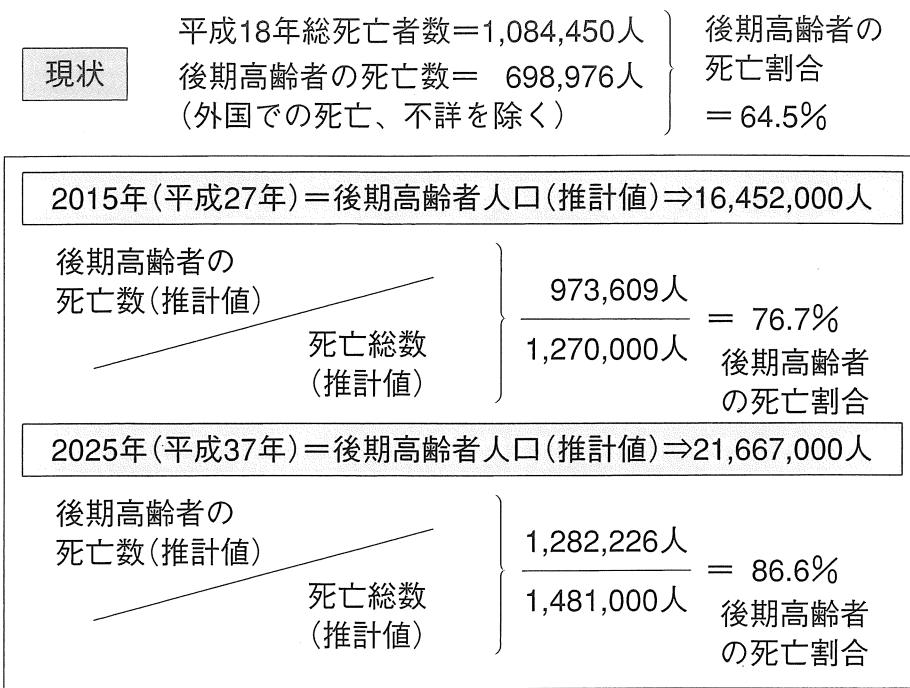
はじめに

日本の人口構成は少子高齢化が一段と進行し、未曾有の高齢社会に突入するその第一歩が平成20年である。75歳以上の後期高齢者にとっては肉体的な衰えをどのように表現したらよいのだろう。平均寿命はさらに伸びている。まだまだ老人ではないという人も多い。しかし、医療を受ける比率は若年者に比べれば格段に増し、年齢が増すほど独居率も高い。

図1に示すように、総死亡者数に対する後期高齢者の死亡割合は10年ごとに10%ずつ増加し、平成18年度には64%であったものが、27年は76%、37年は86%に達する。高齢者になればなるほど生きられる期間は短くなるのが必然で、だからこそ後期高齢者に求められる「真の医療」とはどういうものなのかが問われなければならない。

本稿は、医療制度や医療費に絡めた後期高齢者医療を論じない。では何を示すのか。生きている以上誰にでも当てはまる、①身体的側面から見た「生き方の提示」が後期

図1 後期高齢者における死亡数・死亡割合



注1)：平成18年総死亡者数・後期高齢者死亡者数は、厚生労働省
統計表データベース 人口動態調査に基づく

注2)：2015年、2025年の75歳以上死亡者数は都道府県別将来推計(国
立社会保障・人口問題研究所)による推計データに基づく

高齢者にとって求められることを第一に示す。では、①に関する適切な説明が十分になされているだろうか。

そこで、②現在の医療の致命的な欠陥となっている「医師の説明責任」の不備に言及する。不十分な説明では生き方の決定ができない。十分な説明を受けることで、③高齢者はどのように生きたいのかという「生き方の決定」がなされるのだ。最後に、④高齢者医療における①②③から帰結する、在宅医療の重要性を論じ、後期高齢者医療の本質を考えたい。

生き方の提示

- ① 後期高齢者は生きられる時間が短い
- ② したがって、残された時間をどのよう

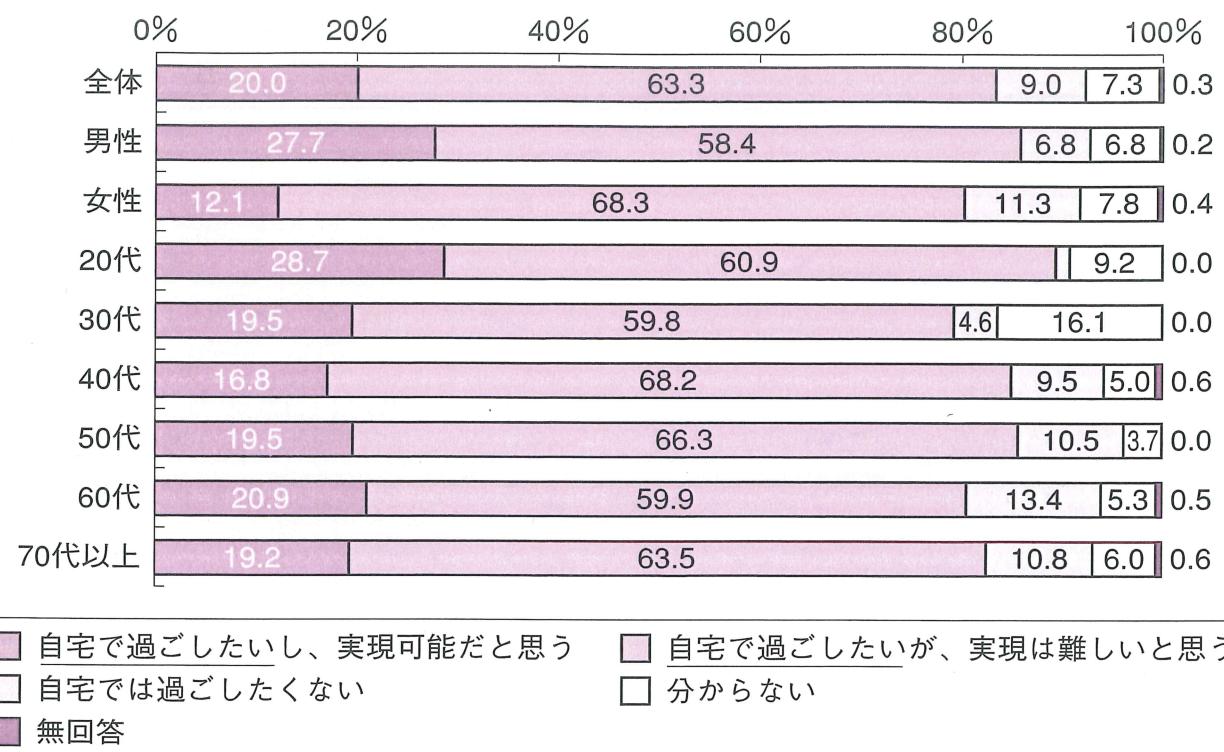
に有意義に生きるかという「生き方の提示」がなされなければならない

③ そして、よりよい生き方をした結果として、皆が納得する看取りが行われるのである

今や、病院で死亡する割合は80%以上に達しているが、余命が限られているときの生きる場所の選択をどこに求めるかという質問に対して、80%が自宅を希望している(図2)。ここに、「80%が自宅で最期まで過ごしたい」という住民のニーズと、「実際には病院で80%が死亡している」という医療のサプライのミスマッチが厳然としてある¹⁾。この両者の乖離によって、人生の集大成である終焉の場の設定に関して、この30年間、住民が望む形態を医療がつくってこなかつたという明らかな一面が見えるのである。

後期高齢者医療制度とは何か—そのねらいと展望

図2 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか（性別、年齢層別）



2005年 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調査

自分の生き方を決定できるためには、どのように生きられるかという、生き方の選択が必要となる。つまり、選択の余地がないところに選択肢は生まれないのであり、本人の身体状況に基づくさまざまな今後の生き方が、医師によって示されなければならない。

たとえば、図3に示す²⁾ように、身体状況の変化に基づいて説明される生きていく行程は大雑把には2つしかない。1つには、疾病・事故等が影響しながらも、身体の緩やかな衰えによって自然に最期を迎えるものである。一般的には大往生あるいは天寿を全うすると表現される。

大往生に向かう道筋の途中にはまったく歩けなくなる、まったく食べられなくなる時期が必ず来る。なぜなら、体力が自然に低下すれば歩行・嚥下の筋力も衰えるから

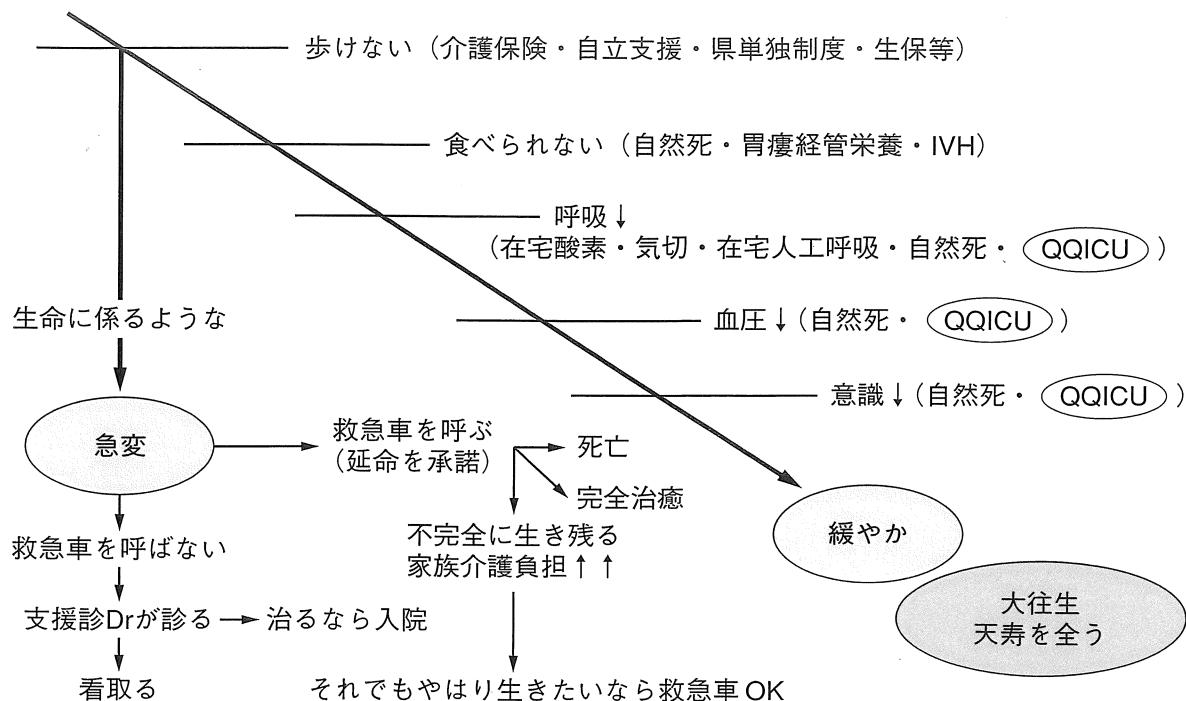
である。まったく歩けないことが当たり前である以上、悪化でも危険でもない。この変化に対して、適切な医療の選択と生活支援が提示され運用されればよい。体力が低下するたびに状況に合わせた医療と生活支援が行われるのである。

呼吸の低下によって呼吸苦が生じる場合には、酸素吸入等により緩和し、血圧の低下が起これば（脳循環が保たれる限界の血圧は収縮期圧60mmHg）次第に意識は薄れる。それ以前から体力の低下に応じて無駄な体力の消耗を防ぐために、睡眠時間が増加する。

意識低下は継続的深睡眠であり悪化でも危険でもない。眠るように安らかに最期を迎えるということはまさにこのことであり、あわてる必要はまったくない。

気をつけなければならないのは、本人はも

図3 人間の生き方（看取り）緩急の図一生き方は2つしかない



つとも安らかな時を過ごしているが、周囲に集う親族縁者はつらい思いを抱いているという、両者の心理状況に乖離がある点にある。親族縁者は呼びかけても応えない本人を見ると、悲しい・つらい・不安等の自らの心理を本人に投射して、あたかも本人がつらい状態であるかのように錯覚する。親族縁者に対して、この取り違えをしないように説明することが終焉に向けて最も重要である³⁾。

以上の説明により周囲が落ち着いていれば終焉の場は病院である必要はない。自宅であっても介護施設であっても、人生の大成としての看取りが可能となるのであり、後は希望する人のために在宅医療と介護の体制整備を行えばよい。

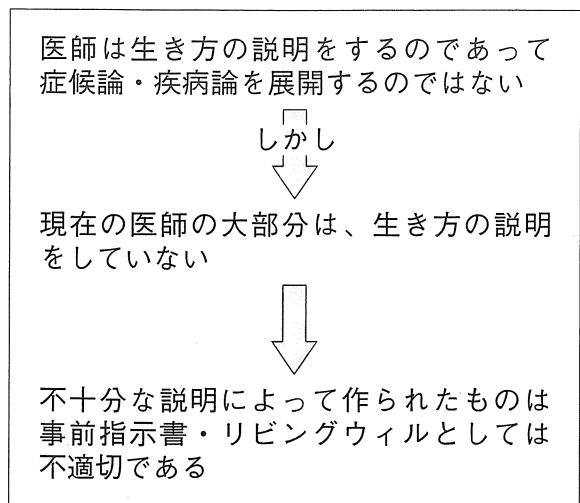
2つ目は、命に関わる急変によって死亡することも考えなければならない。命に関わる急変のときには、2つの選択肢がある。①救急車を呼ぶ、②救急車を呼ばない、である。

①を選択する場合に行われる行為は延命治療であることを、本人・家族が事前に知っておくことが重要である。救急車を呼ぶことと延命治療であることが結びついていない住民が多数である。搬送された後で「延命治療は望まなかったのに……」という声は多い。

②を希望するのであれば、事前にいつでも往診を行う医師を確保しておくことが必要であり、日頃、どこまでの医療を望むのかを十分に話し合っておかなければならぬ。②は往診するかかりつけ医が行う在宅医療によって、最終的に自宅・介護施設での急変後の看取りが可能となる。

図3は一例であるが、身体状況の変化によって本人の生き方が変更される以上、生きる行程・生き方の提示が十分に医師によって説明されなければならない。

図4 医師の生き方の説明



医師の説明責任

医師は病気について観察（検査）し、把握（診断）し、操作（治療）を行う。したがって、今まで医師の説明といえば「疾病論・症候論に基づく身体情報」に限定されていた。しかし、現在の医療体制においては、入院させること=退院させることである。退院させるということは生活の場に戻すことであり、身体状況が検査や治療によって変化を受けたのなら、変化した身体のまま退院した場合に、果たして以前の生活形態を維持できるかが最も問題となる。

つまり、今や生活者が求める説明は、単に疾病論・症候論に基づく身体情報以上のものなのである。それは、変わってしまった身体が安心して以前のように生活できるための「生活情報」を意味する。

ところがいまだに医師は、疾病論・症候論による身体情報の説明だけで説明責任を果たしていると思い違いをしている。「不十分な説明」しかしていない状況においては、

当然、選択する余地が限られることになり、不十分な説明から誘導された本人の意思決定によって作成された事前指示・リビングウィル等は不適切極まりない（図4）。さらにその身体情報の説明すら、中途半端なものである。不適切な説明の事例を挙げよう。

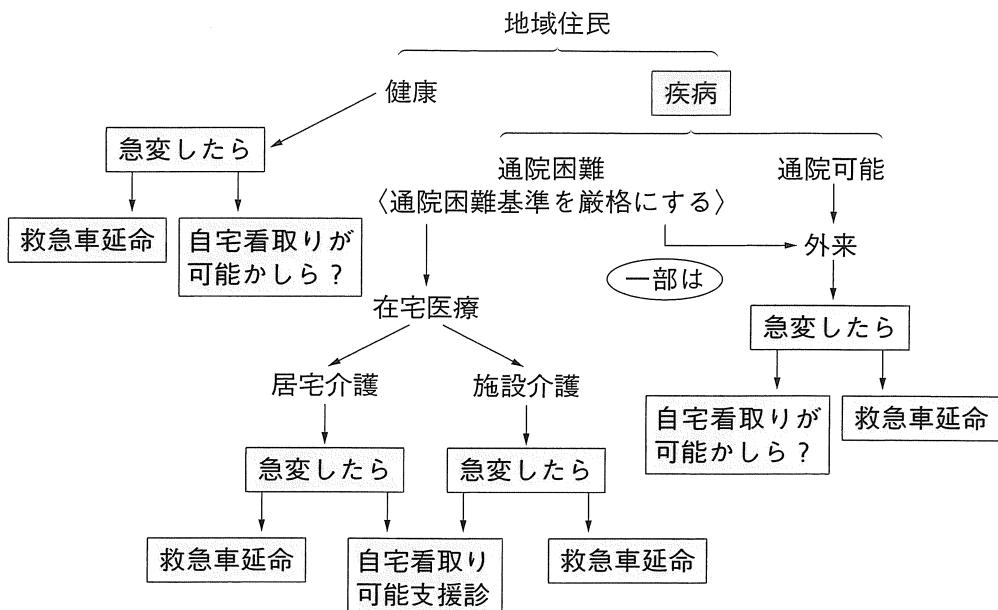
「先生、うちのじいちゃんは寝たきりになつたが、おれはいつまでも足腰丈夫でスタスタ歩いて大往生したいなあ」と息子さんが話す。しかし、スタスタ歩きながら死んだら大往生ではなく急死である。同じように、「いつまでもおいしいものを食べて天寿を全うしたい」という言葉も実は急死を意味する。

「それは大往生ではなく急死だよ。大往生というのはね……」と図3にしたがって十分な説明をしている医師が何人いるのだろう。大多数の国民は大往生と急死を取り違えているのであり、こんな単純な状況の違いを説明するのでさえ、医師が十分にその役割を果たしていないことが推測される。

この取り違えは何を引き起こすだろうか。

- ① 大往生の行程を医師が説明していないため、体力の自然な衰えによる歩行困難、嚥下困難、呼吸低下、血圧低下、意識低下の各状態を家族はすべて悪化、危険、病気、障害とみなしてあわてて医療にすがるのである。
- ② 急変時の対応についての十分な打ち合わせを医師が怠っているために、急変すると（延命治療とは知らずに）すべて救急車に委ねるのである。昨今の救急出動数増加は、その一因として、医師自らの説明責任がなされていないことを物語る。「ホスピスと在宅医療とどちらを選びますか」という言葉も不十分である。治療の限

図5 救急対応と看取りのフローチャート



界に達した患者にとっては、残り少ない時間をどう生きるかが求められる。よりよい生き方を考えるなら第一選択は在宅医療であり、独居・介護力低下等によって在宅生活が難しい場合について、家族の代わりを担うホスピスが第二選択となる。はっきりした序列があるのであって、決して同等ではない。これをわかっている医師がどれほどいるのだろう。

図5は急変前の健康状態によって選ぶ医療形態と、急変したことによる終焉の場をどこに求めるのかが示されている。疑問符のある部分は、意向に沿わないことになっても仕方がないことを本人・家族が事前に認識していかなければならない。

生き方の決定

生き方の提示によって生き方の決定が本人によってなされる。図6に示すように、
 ① 医師によって、疾病・傷病による身体

変化が起こる身体情報の提供がなされること (ICD : WHO国際疾病分類に基づく検査・診断・治療の説明)

- ② 本人・家族を含めた生活者に対して、介護・福祉制度・生活に精通する生活支援のすべてに関する生活情報の提供がなされること (ICF : WHO国際生活機能分類の主に環境因子に基づく退院支援=在宅復帰の説明)
- ③ 生活者と生活を支える医療・介護・行政等の生活支援の人々との全体によって、今後の生き方のすべての選択肢が提示され全体で協議されること
- ④ ③を参考にして本人の生き方の決定がなされること
- ⑤ 新たな生き方に沿って、今後変わっていく生活をどのように支えるかという、生活支援体制の具体的な提供がなされること
- ⑥ 身体状況・生活状況の変化ごとに、①～⑤までの行程が、何度も変更可能であること (図7)

図6 生き方のプロセスを重視した説明責任

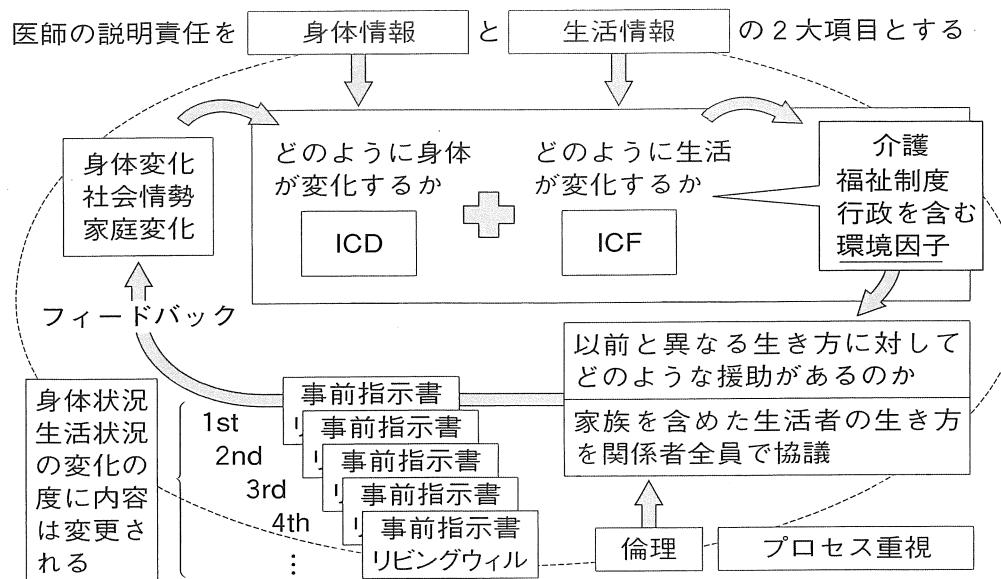
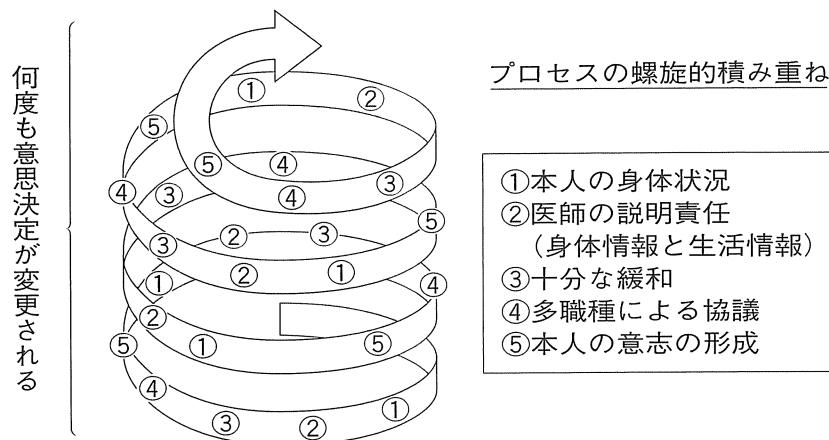


図7 終末期医療の決定プロセスの仕組み



- ⑦ 退院⇨再入院のたびに、病院と診療所との連携がICDとICFを基にして行われること（図8）

人の意思や生き方は周囲の状況・刺激によって一瞬に変化する「生もの」なので、一度決定した内容を固定したり、ひとつに固執してはいけない。関係する全員が寄り添って話し合い考えながら、意思が変化するたびに新しい生き方をそのつど本人が決定していくのである。

ICFは、国によってその生活状況が大きく異なるため、日本の現状を十分に考慮し

た内容とならなければならない。以上によつて退院計画が進められることになる（図9）。

高齢者の在宅医療

平成18年に、在宅療養支援診療所の制度が保険点数上に創設された。在宅看取り率はこれまで常に低下し続けていたが、ようやく平成18年度からわずかに上昇に転じている（図10）。最期まで自宅で暮らしたいという住民のニーズに医療が応えてこなかった30年間のつけに対して、今後総力で

図8 病院・診療所との連携がICF、ICDを基に行われる

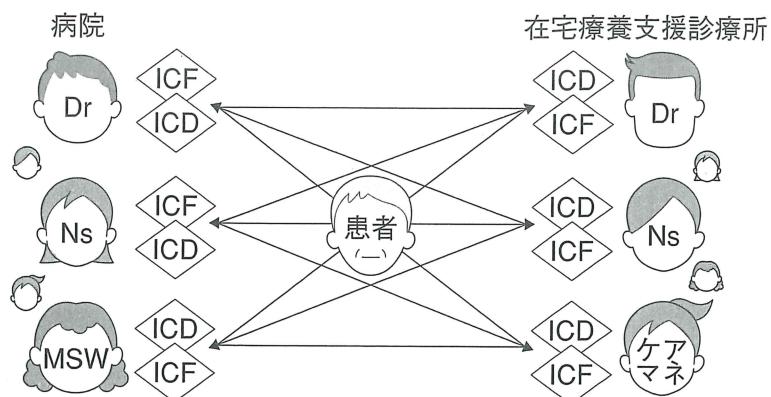
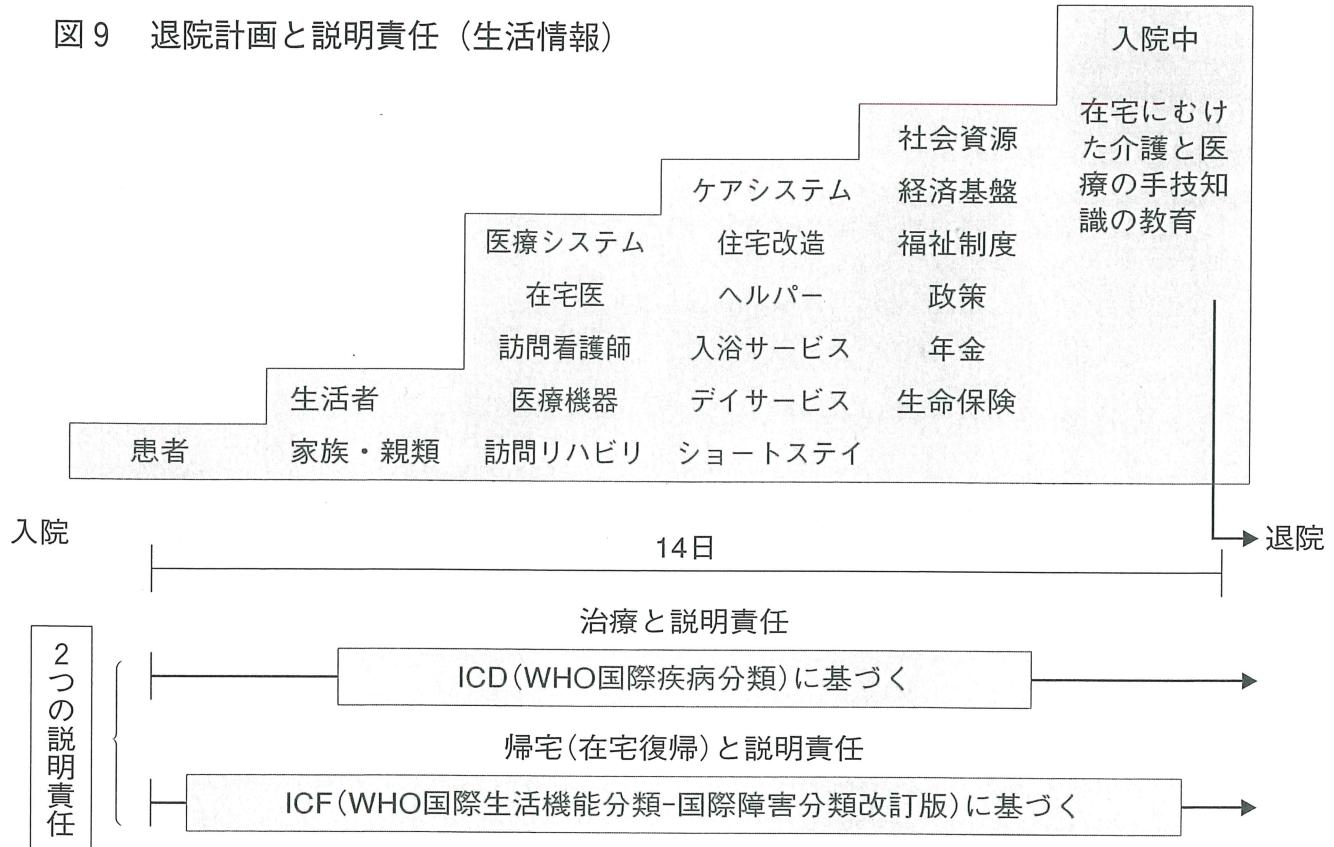


図9 退院計画と説明責任（生活情報）

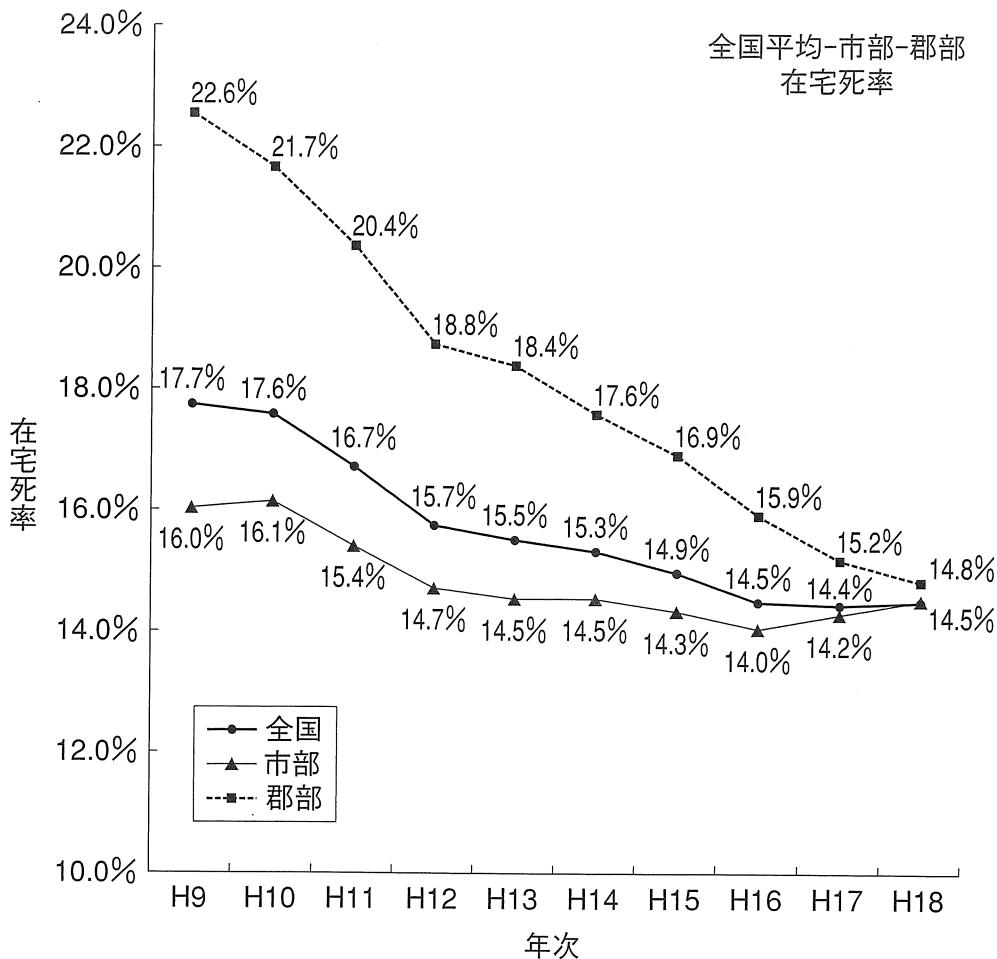


サプライしなければならない。そのためには、24時間体制で往診医療を行う在宅療養支援診療所を医療圏ごとに適正数確保し、適正配置するとともに、その質を向上させることが必要である⁶⁾。

後期高齢者にとって在宅こそが最も希望する終焉の場所である以上、最期を迎える直前までのよりよい生き方が提供されなければならない。

- ① 終焉は生きるものにとって自然な結果であることの説明責任
- ② 最後まで在宅生活ができるという選択肢の提示
- ③ 生活者とともに歩む在宅医療の提供
いずれもが後期高齢者が求めるものである。在宅療養支援診療所は、医療構造を有機的に稼動させるための潤滑油である。在宅医療に関する医師、歯科医師、薬剤師、

図10 在宅死率の年次推移



看護師、介護従事者のそれぞれが職能を果たし、その機能と連携が十分に活用されることによって、無駄な医療支出が結果的に改善される。医療費適正化計画・介護支援計画・地域ケア計画等との整合性を持ちながら、今後5年間の医療計画において、在宅医療を推進することが結果として後期高齢者を支える医療全体に寄与するのである。



①後期高齢者に対する生き方の提示、②医師が十分な説明責任を果たすこと、③十分な説明による身体情報プラス生活情報に基づく「生き方の決定」がなされること—の3点が、後期高齢者医療の最も重要な点である。今後5年間の医療計画において、今まで足りなかった（医師は十分に説明し

たと考え違いをしていた）医師の説明責任について、生活者の視点から今一度深く内容を検討し直さなければならない時に来ているといえよう。

●文献

- 1) 「重症患者の在宅医療」仙台往診クリニック（宮城県仙台市）：平成19年度版厚生労働白書. 資料編、pp26－28、2007.
- 2) 川島孝一郎 臨終時的心構えと対応：黒川清監修. 在宅医療・介護基本マニュアル. 永井書店、東京、pp624－644、2005.
- 3) 川島孝一郎：終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン－検討会委員の経験から. 緩和ケア17(6). pp520－526、2007.
- 4) 平成18年度厚生労働科学特別研究事業「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」総括研究報告書. 主任研究者 川島孝一郎. pp43－45、2007.