

長寿社会グローバル・インフォメーション
ジャーナル

volume
20

SPRING 2013



road map
納得できる旅立ちのために



ILC-Japan

国際長寿センター (International Longevity Center=ILC) は、少子高齢化に伴う諸問題を国際的・学際的な視点で調査研究し、広く広報・啓発及び政策提言を行うために誕生しました。

アメリカ、フランス、イギリス、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国、ブラジル、中国、日本の世界14カ国に設立された各センターは、「ILC Global Alliance」として共同事業を進めつつ、自国内でのそれぞれの活動に精力的に取り組んでいます。

「ILC Global Alliance」は、老年学の世界的権威である故ロバート・N・バトラー博士によって提唱されました。日本ではその志に賛同した民間企業の思いを受け止めた厚生省 (当時) の指導の下、3年間の準備期間を経て1990年11月に設立されました。以来、少子高齢社会における政策提言や問題提起を行い、調査・分析結果を広く情報提供・広報するなど、活発な活動を続けてきました。

また、日本の人口高齢化に関する問題点とそれに対する制度、状況などを海外に知らせることも、日本センターの重要な任務と考えています。

国際長寿センターは、すべての世代が支え合い、いきいきと生活できる豊かな高齢社会実現のために取り組んでいます。

ILC Global Alliance

名誉理事長	森岡茂夫 (ILC-Japan) 山之内製薬(現アステラス製薬)株式会社 元会長
共同理事長	Sally Greengross, OBE (ILC-UK) 英国上院議員
共同理事長	Monica Ferreira, Ph.D. (ILC-South Africa) 国連高齢化問題研究所理事

ILC-USA	代表者: Linda Freid, Ph.D. コロンビア大学公衆衛生学部長
---------	--

ILC-Japan	代表者: 水田邦雄 一般社団法人シルバーサービス振興会理事長
-----------	--

ILC-France	代表者: Françoise Forette, M.D. 医師 パリ市議会議員
------------	--

ILC-Dominican Republic	代表者: Rosy Pereyra, M.D. 医師
------------------------	--------------------------------------

ILC-India	代表者: R.A. Mashelkar, Ph.D. 化学工学者 インド国立化学研究所特別会員
-----------	--

ILC-Argentina	代表者: Lia Daichman, M.D. 医師
---------------	--------------------------------------

ILC-Netherlands	代表者: Guus Wouters 企業年金基金理事長
-----------------	---------------------------------------

ILC-Israel	代表者: Sara Carmel, Ph.D. ベン・ガリオン大学教授
------------	---

ILC-Singapore	代表者: Mary Ann Tsao, Ph.D. 医師 Tsao財団理事長
---------------	---

ILC-Czech Republic	代表者: Iva Holmerova, Ph.D. ブラハ老年学センター設立理事長
--------------------	---

ILC-Brazil	代表者: Alexandre Kalache, M.D. Ph.D. 医師 リオデジャネイロ州立大学名誉研究員
------------	--

ILC-China	代表者: Du Peng, Ph.D. 人民大学老年学研究所所長
-----------	--

高齢者グローバル・インフォメーション ジャーナル



SPRING 2013

contents

talk ● 座談会

1 超高齢社会で老いる 住まいと暮らしの視点から ● 2

高橋 紘士

国際医療福祉大学大学院教授
(財)高齢者住宅財団理事長

辻 彼南雄

一般財団法人ライフケアシステム
代表理事・医師

水田 邦雄

ILC-Japan 代表
一般社団法人シルバーサービス振興会理事長

road map ●

2 納得できる旅立ちのために ● 10

はじめに 10

case 1

大腸がん 13
摘出手術を選択／化学療法を選択／緩和ケアを選択

case 2

COPD（慢性閉塞性肺疾患） 19
在宅酸素療法を選択後、
人工呼吸器をつける選択／人工呼吸器をつけない選択／
人工呼吸器をつけない選択後、
病院で亡くなるケース／自宅で亡くなるケース

case 3

糖尿病 22
在宅を選択／有料老人ホーム入居を選択

case 4

認知症 25
在宅で独り暮らしを選択後、
胃ろうをつける選択／胃ろうをつけない選択

用語解説 29

report ●

3 自分の人生の最終段階について 考えていますか ● 30

アンケート概要 30

調査結果の分析 31

袖井 孝子

お茶の水女子大学名誉教授



出席者

高橋 紘士 *Hiroshi Takahashi*

国際医療福祉大学大学院教授・
(財)高齢者住宅財団理事長

1944生まれ。社会保障研究所研究員、立教大学教授などを経て現職。国、自治体等で各種審議会、研究会委員多数。厚生労働省老健局の高齢者介護研究会、地域包括ケア研究会委員等を務める。著書に『地域包括ケアシステム』、『地域包括支援センター実務必携』(いずれも編者・オーム社)、『コミュニティ福祉学入門』、『福祉情報化入門』(いずれも有斐閣)など。ホームページ：<http://takahato.com>

talk

座談会

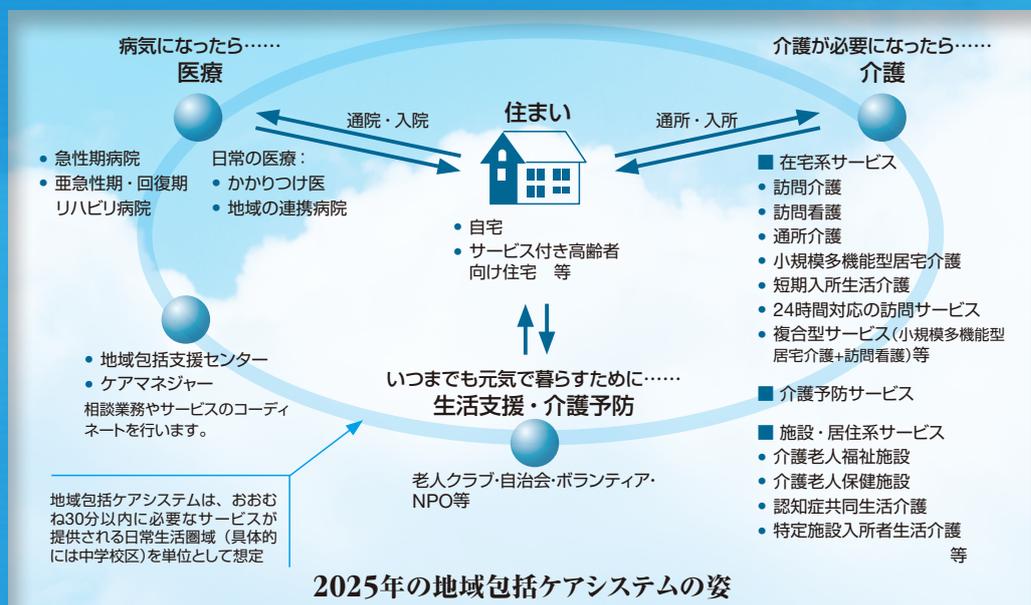
超高齢社会で老いる

住まいと暮らしの視点から

「社会保障と税の一体改革」を受けて、厚生労働省では医療・介護サービス保障の強化をかかげ、医療と介護を一体化させる姿勢を強く打ち出している。

医療については高度急性期医療を強化する一方、機能分化と連携をすすめ、高齢者が地域に根差した暮らしのなかで、適切な医療や介護を受けることができるような仕組み、「地域包括ケアシステム」の確立を改革の中心に据えている。このシステムでは、どこに住んでいてもその人にとって適切な医療や介護サービスを受けられることが目標とされており、在宅医療や訪問看護のいっそうの強化が図られることになる。

高齢者にとっては、住み慣れた地域での暮らしを継続させて、人生の最期を迎えられることは望ましい姿であるが、一方では病院での死亡が80%を超えているという現実もある。どのようにして方向転換を図ることができるか、医療・住まい・行政それぞれのお立場でお話いただいた。





辻 彼南雄 *Kanao Tsuji*

一般財団法人ライフケアシステム代表理事・
医師

1957年生まれ。一般財団法人ライフケアシステム代表理事・東京大学医学部非常勤講師。北海道大学医学部卒業後、群馬大学医学部神経内科、東京逓信病院内科、東京大学医学部老年病科医師を経て、90年よりライフケアシステム勤務。著書に『老年学入門』（共著・日本評論社）、『家庭医が語るシニア世代の不健康管理』（一橋出版）、『介護における医療と隣接行為ハンドブック』（編著・看護の科学社）などがある。



水田邦雄 *Kunio Mizuta*

ILC-Japan 代表
一般社団法人シルバーサービス振興会理事長

1949年生まれ。1973年厚生省（当時）入省。医療、年金、福祉（介護）行政に携わる。厚生労働省で政策統括官（社会保障担当）、保険局長、事務次官を経て2010年退職。著書に『日本とアメリカの年金制度』（共著・中央法規出版）などがある。

後期高齢者2,100万人時代には 病院・施設では看取りの場所が不足

水田 ●日本では、2012年に65歳以上の人口が3,000万人を超えた。なかでも医療・介護サービスの必要度が増す75歳以上の後期高齢者は、1995年の700万人から2010年の1,400万人に増え、さらに2025年には2,100万人に達し、その後しばらくは平準化するという推計が出ている。ということは、今後10年間を乗り切れば、次の2,100万人時代を見通すことができるというわけで、こうしたパースペクティブのもと「社会保障と税の一体改革」が出てきた。

この「社会保障と税の一体改革」では、おそらく政府の将来見通しとしては初めて、医療と介護を一体的にとらえており、新しい発想として、急性期については「選択と集中」でテコ入れする一方、慢性期については、「地域包括ケア」で、医療も介護も住まいも含めて、高齢者や障害のある方も地域で暮らすことができるというプランが描かれている。

問題は、具体的に地域包括ケアの下でどういった在宅生活が可能なのだろうかということ。また、在宅死を迎えることができる条件とは何だろうか。そもそも、なぜこんなに在宅死が減ってしまったのか。そのあたりからお話をいただきたい。

辻 ●在宅死が減ったということは、いうまでもなく病院死が増えたということ。

もともと日本の医療は在宅が基本で、地域に根ざした医療だったのが、戦後病院を中心にした医療に移っていったという歴史がある。いいか悪いかは別として、国民も医師も医療は病院で行う、必然的に人は病院で死ぬものという考えが、日本の標準になってしまった。家で亡くなったら、「病院にも連れて行かないで……」と後で家族が非難されてしまうようになった。それが日本の医療の歴史だったと思う。

今また在宅医療、在宅死を増やそうと国は舵を切り直しているが、仕組みも意識も大きく変化してから半世紀以上経っているので、戻すには随分時間がかかるだろう。また患者や家族にも、病院へ行けば救われるといった病院信仰が根付いていて、在宅医療の良さを説明し提案しても、受け入れられないケースが多々ある。

地域に根ざした医療、自宅で医療を受けられる時代は、よほど国を挙げて真剣に取り組まないとなかなか来ないのかなと思う。

国も医師の在宅医療の診療報酬を見直すなど、真剣に方針を打ち出しており、医師や病院にはその方向性が伝わり始めているが、そのメッセージは一般の医療を受ける方々までは、まだ届いていないような気がする。



高橋 ● 多数が在宅死だった時代は、脳卒中や肺炎などを起こして、病院に入院する暇もなく亡くなっていったという事情もあったと思う。

在宅死と病院死が逆転したのは、1974年。72年に有吉佐和子の『恍惚の人』（新潮社）、74年に吉田寿三郎の『日本老残20年後の長命地獄』（小学館）が発行されるなど、70年代は医療介護にとっても興味深い年代だった。

『恍惚の人』でも示唆されているように、従来の大家族が崩壊し、家族介護力が決定的に不足していったのがこの時期。『日本老残 20年後の長命地獄』では、冒頭の「理想の国だと言われていたデンマークやスウェーデン、イギリスが実は死ぬに死ねない高齢者をどうしようかと苦闘している」との文章が衝撃的だった。

尾道市にある御調国保病院（当時）の山口昇先生が、地域包括ケアの萌芽となる議論を始めたのも70年代後半だ。山口先生は脳外科が専門で、脳卒中を起こして運び込まれる患者を手術し、リハビリして送り出していた。しかし治ったはずの患者が、数年すると寝たきりになり認知症を発症して病院に戻ってくるのを見て、なんとかしたいと思ったのがきっかけだという。

後期高齢者が2,100万人規模となる2025年には その方々の死は病院や施設では対応できなくなる

興味深いのは、長崎大学病院からの派遣で御調国保病院に来られていた山口先生が、「大学病院にいたままだったら、このような状態で病院に戻ってくる患者さんは目にしなかっただろう」と言っておられること。寝たきりや認知症になった患者さんは、大学病院ではなく老人病院や老人福祉施設に入るからだ。その点御調町では、また同じ病院に戻ってくる。自分の治療の結果がそうした寝たきりの患者さんを生み出してしまった。いわば治療中心の医療の限界にお気づきになり、今日大きなメインストリームになりつつある地域包括ケアとい

う考え方を先駆けて主張されるようになったというのは大変興味深い。実は多くの急性期医療の現場の医師達はまだまだこのような認識を共有できていないと言いたい状況にある。

先ほど2025年には後期高齢者が2,100万人という数字が出たが、従来型の病院と施設依存の枠組みでは、当然このような高齢多死時代に対応できるわけがない。しかもそれほど急激に増えるという実感を抱いている人は少ない。そうした現実と意識の乖離を埋めて、課題を現実的に解決していかななくてはならない。

水田 ● 今はまだ議論だが、これから本格的に自分が最期の時を迎える場所はどこか、という深刻な悩みにみんな直面していくことになる。厚生労働省から、2030年には47万人が亡くなる場所の目途が立たなくなる、という統計を出したこともあるが、あれは脅しではなく、今のシステムをこのまま維持したら「看取り難民」が出ることになる、というアラームだ。

どう試算しても、病院・施設では対応しきれない。そうなるとやはり、在宅で死を迎えられることが必要となるが、独り暮らしで在宅となると「孤立死」「孤独死」という言葉がマスコミで盛んに取り上げられ、悪いイメージが先行する。一方で、住み慣れた場所、自分で自分の生き方を決められる場所で生を全うすることはかつては当たり前だったし、今でも多くの人の望みであると思うが、どうして人々の願いと実態、そしてその評価がちぐはぐになってしまったのだろうか。

孤立死と孤独死は違う 今後孤立死は当たり前の時代に

高橋 ● 私は「孤立」と「孤独」は分けて考えるべきだと思っている。孤立死は、独り暮らしである以上当然で、ヨーロッパではそれが常識。日本でもこれから単身家庭が増えるから、孤立死は当たり前になる。

一方死後何日も、場合によっては1年も発見されないのは孤独死。これは本人に

社会関係がないために発見が遅れる。これをどう克服していくかは、地域の再生という問題とも関連して大きな課題だと思う。

辻 ● 人間誰でも死ぬ時は1人。病院死でも、いくら大勢で取り囲んでいても死んでいくのは1人で、みんな一緒に死ぬわけではない。

おっしゃるようにこれから孤立死が増えると思うが、最期の瞬間を看取ってくれる人がいるかどうかということよりも、最期まで本人が納得して満足できる生き方ができたかどうか、が重要ではないかと思っている。

在宅医療や訪問看護を続けていけば、最期のときの見当はだいたいつくようになる。訪問回数を増やしたり、親族に頼んだりしながらそのときを迎えることになるが、在宅で看取りをする医師がいなければ、家で死ぬことはできない。

実はこの看取りのできる医師の数が、まだまだ足りない。在宅療養支援診療所は増えていて1万か所までになったが、看取りのできる医師はほぼその10分の1、全国でも1,000人程度だ。残りの9割は、1年間に1人看取るかどうか、もしくは看取ったことがない。現状を把握するには、診療所数ではなく実際に看取れる医師の数をカウントしなくてはならない。

水田 ● 2006(平成18)年の診療報酬改定の際、ご指摘の在宅療養支援診療所の仕組みをつくりそれから7年になるが、なぜ看取れる医師の数がまだ少ないのだろうか。

辻 ● 教育を受けていないからだ。今までの開業医は病気を見つけて病院に送るまでが仕事だったが、その患者が例えば末期がんで病院での治療はもうできないからと言われて、再び自宅に戻ってくるようになった。そうすると単なる開業医ではなく、往診と看取りもできる在宅医が求められる。

しかし、多くの開業医は病院での研修経験しかないから、医師にとってはアウェーである患者の家で看取するための教育も研修も受けていない。病院と在宅の医療技

術は異なるし、看取りの技術も違う。

水田 ● 病院と在宅での決定的な技術の違いとは何だろうか。

辻 ● 料理人にたとえれば、自分のレストランで一流の材料を使って料理をつくっている人と、出向いて行ってその場の環境や状況に応じて、ある材料でベストの料理をつくれる人の違いか。

在宅医療では、「一流の材料がないので俺はつくらない」という訳にはいかない。私も在宅医療に行くときに持っていくのは、聴診器、血圧計などカバンで持ち運べるものだけ。血液検査はできるが、病院のようにすぐには結果が出ない。

つまり、大病院の最新の医療技術や器材がまったく使えないところで、治せ、治せなかったら看取れと言われても、在宅診療の教育を受けていない医師には対応できない、ということだ。在宅療養支援に手を挙げる開業医は、意欲はもちろんあるだろうが経験と技術が伴わないので、結局最後は病院に送ってしまうため、在宅死亡率は依然として伸びないということになる。



看取りのできる医師がいなければ家で死ぬことはできないが、この看取りのできる医師がまだまだ足りない

在宅での看取りを可能にするために 医師のキャリアモデルの転換

水田 ● 国でも、ようやく「在宅医療拠点整備事業」を始めており、在宅医療の問題点とその克服の道筋を明らかにしようとしているが、そもそもトレーニングを積む場そのものが乏しいのだろうか。

辻 ● 現状では在宅医療をやっている場に行って習うしかない。

高橋 ● まったくその通りで、要するに開業医が在宅医療をやるというモデルがまだ未熟であるし、意識も追いついていない。在

【*1】三方よし研究会

病院、診療所、薬局、老人保健施設、訪問看護事業所、居宅介護事業所、住民、行政、研究機関、消防署など多様な主体が連携して、脳卒中等の患者を自宅等に返し、自立した生活を送れるようにするための滋賀県東近江市の取り組み。「患者よし、(医療)機関よし、地域よし」を目指している。

talk 座談会



在宅療養支援診療所を根付かせるためには、地域内に病床のない病院をつくる必要がまず必要。そこから医師が向かう患者の自宅への道路が、いわば病院の廊下であるようなシステムをつくる事業モデルが必要なのだが、先駆的な試みはあるものの、どの地域でもあまねく確立されているとはとても言えない。多くの大学の医学部も、そういう医者を養成するつもりになっていない。なかなか浸透していかないのは当然だ。

それでも最近では、いくつか動きが出てきている。

滋賀医科大学では、「三方よし研究会」*1のネットワークを活用して、医大生の6年次に在宅医療からターミナルケアまで経験させるプログラムを設けている。東近江市の地域医療を支えている永源寺診療所長の花戸貴司先生は、「医者はオールマイティじゃない。むしろバックヤードでサポートするのが、医者の役割だ」と常に学生に教えているそうだ。富山医科大学でも、家庭医のプログラムをつくって積極的に学生を教育している。

これらは医学教育のイノベーションだが、残念ながらまだメインストリームにはなっていない。

ただし、医師のキャリアモデルは明らかに変わり始めている。

国も「在宅医療拠点整備事業」をスタートさせたが

在宅医療の全国展開への道筋をどのようにつければよいのだろうか

赤字の医療法人増加という問題を持ち出すまでもなく、設備投資をして重戦車のような病院をつくり、診療報酬で運営し拡大させるというビジネスモデルが崩壊しつつある。これからの新しい医療法人のモデルは、病床のない医療経営体だ。

辻先生の所属するライフケアシステムを立ち上げた佐藤智医師がその先鞭をつけたわけだが、小山市の太田秀樹先生にしても、東京のプラタナスや名古屋の三つ葉在宅クリニックにしても、組織的な在宅医療というのが始まっていて、それは医師のキャ

リアモデルの転換と連動しているように思われる。

何かのきっかけで、意外になだれのように一気に状況が変わるかもしれないと期待しているのだが、問題は先ほどから辻先生が指摘されているように、看取りを含めた在宅での技術の不足だ。

辻 ● 病院で教育して、病院で看取るような医師だけを育ててきたことのツケが、今出てきている。確かに、先駆的な大学医学部は在宅医療に実習参加させ始めているし、国公立でも見学実習程度はやり始めている。しかし、本格的に国家試験を取る前にカリキュラムにのせるところまでは行っていない。

しかし、太田先生や三つ葉在宅クリニックなどの成功モデルが幾つかあるので、そうしたモデルをどんどん普及させていく段階だと思う。

水田 ● 在宅療養支援診療所は24時間体制だが、開業医がそれを辛く感じるということもあるのではないかと。非常勤も含めて、医師3人プラス訪問看護と訪問介護という体制が基本的なユニットであるように思えるが、現実にはどうなのだろう。

辻 ● 今までのクリニックに多い、平日は9時から5時まで外来診療して、土日はゴルフに行くというようなライフスタイルは維持できなくなる。夜中に往診が入って起こされることもある。長く続けてきたスタイルを変えるのは確かに辛い。しかし、急性期でなければ対患者比は1:1.5人で良いし、訪問看護との連携は非常に重要になる。

しかも若い世代の医師は、滋賀医大のような取り組みやホスピスケアなど、もう少し新しい教育を受けている。何歳くらいから変わるかわからないが、30～40歳くらいの先生は、やれと言われてたらやれると思うし、在宅療養支援診療所にワッと乗り込んでやっている先生たちもそのくらいの年代の人たちだ。

高橋 ●病院に対する意識も変わりつつあるのではないかと。家族を病院へ入院させたら、様々な機械に繋がれて人生最後のQOL (Quality of Life) を保てなかったという経験をすると、2度とそうした辛い思いをさせたくないから、病院ではなく在宅で考える人たちが少しずつ増えている。このような意識の転換のなかで、最近各地に普及し始めている「ホームホスピス^{*2}」の運動に注目している。

辻 ●最初は抵抗も多かったが、最近は病院との連携も随分取れるようになってきているし、医師会の枠を超えた新しいチームやグループも生まれている。

高橋 ●その点では、地域連携バスの導入や診療報酬の改訂など、やはり制度の後押しが大きかった。厚生労働省の保険局、医政局と老健局がジョイントでやっている在宅療養連携拠点事業、地域ケア多職種協働推進事業などの地域包括ケア構築のための推進策の本格化で、相当早い時期に局面が変わるのを期待している。

地域包括ケアに重要なのは住まい方 シェアハウスが有効

水田 ●行政を担当してきた立場で言うと、種をまいたものが結実して新しい流れができていくことを、大いに期待したいところだ。

これからの高齢者の暮らしを支える地域包括ケアシステムにおいては、医療・介護を考えるにしても、その前提としてまず住まいがあって、そこで生活が成り立つことが必要という認識が深まっている。先ほども出たように、高齢者に単身世帯あるいは夫婦のみ世帯が増えてきたということがその背景にあると思う。そういう状況のもとでの在宅医療、在宅死となれば、リタイアしてから20年30年住み続けられる住まいが必要だ。

在宅医療をされているお立場から、辻先生の考える在宅医療のしやすい住まいというのはどういうものかお聞かせいただきたい。

辻 ●先ほどの話ではないが、どんな環境でも料理をつくるのがプロなので、こうだからできなかったということはない。一般的に言われるように、慢性期の疾病に対してはバリアフリーにして、車いすでトイレまで行けるような障害者住宅的なものが一つの理想だろう。ただ終末期になると車いすも使えなくなるので、逆にどんなに狭くとも自宅での看取りは可能になる。

高橋 ●伝統的な日本家屋というのは、人生50年時代を想定して、家屋の様式が決まっていたといえる。和式トイレや五右衛門風呂では、障害を持ったら使えない。だから、寝たきりになったら病院や施設に入らざるを得なくなったのだ。

現代は障害を持って高齢期を過ごすことが普通のことになるとしたら、高齢期に適した住まいに投資する時代になってきている。

一昨年、国土交通省で「在宅サービスを受けやすい住まいとは何か」という研究会^{*3}に参加したが、ケアを受けやすい住まいをどうつくっていくかは、持ち家が主流のわが国では重要な取り組みになるし、新しい市場を創出することでもある。

【*2】ホームホスピス

宮崎市の「かあさんの家」をはじめとする、在宅で最期を過ごしたいけれども、様々な事情から困難な人たちのために民家を借りて看取りを行う場所。老いや病や死を、生活の場に取り戻し、コミュニティのなかで穏やかに抱えることを目的としている。がんや認知症の人が家庭的な雰囲気の中で最期まで安心して暮らし、安らかに看取られることができるよう、コミュニティから生まれ、そこに根差した活動を行っている。

【*3】報告書は国土交通省ホームページでダウンロードできる。<http://www.mlit.go.jp/common/000209752.pdf>



単身がマジョリティとなるこれからは、

「独り暮らしから、とも(共・友・伴)暮らしへ」と提案したい

また、子どもが独立し夫を看取った高齢の妻が住む一般民家に、4～5人で共同生活をして、様々な社会サービスやインフォーマルなサポートを受ける疑似家族的な構造をつくり出すシェアハウスの試みも注目すべきだろう。前に述べた宮崎市から始まり全国に普及の兆しのあるホームホスピスも、民家活用型のシェアハウスの取り組みとして、注目を集めている。この取り組みの特徴は地域との連携を徹底的に追求していることで、看取りを地域や家庭に取り戻す文化運動と私は考えている。

要介護状態で医療的措置が必要であっても、疑似家族がいるから住み続けられる仕掛けで、ヒューマンネットワークでもあ

【*4】パソリデール

独居老人と大学生が一緒に住むことでお互いに助け合い、補完しあうパソリデールのシステム。

talk 座談会



人間関係が希薄な現代においては、暮らし方の仕掛けや工夫が重要になってくる

る。こうした議論が相当早いテンポで進むのではないかと。それがより年齢を重ねて病を得て、看取りという段階になるとホームホスピスという考え方にもなるわけだ。

特にこれからは単身がマジョリティになるので、今述べたような住まい方を「とも(共・友・伴)暮らし」と呼び、「独り暮らしからとも暮らしへ」と提案している。このような考えが普及すれば、高齢者の暮らし方についても、血縁による家族のつながりだけでなく新しい価値観も定着するようになるだろう。公営住宅や公団住宅、民間の空き家など、そういうものを使って知恵と仕掛けとお金の流し方を工夫すれば、「とも暮らし」は可能だ。

水田 ●かつてはハード面の工夫、例えばリフトや車いす対応仕様の設計などが強調された時代もあったが、現在はむしろ暮らし方といったソフトの面に焦点があてられてきているのは興味深い。そのポイントが人間関係をどう調整するか。その仕掛けや工夫が大変に大事になるだろうとは予想されるが……。

高橋 ●調整する仕掛けは、絶対に必要になる。

独り暮らしが圧倒的に多かったパリで、熱中症による死者が多数出たことから生まれた「パソリデール^{*4}」のシステムは非常に参考になる。「パソリデール」にはコーディネーターがいて各種の調整を行っている。

日本は契約文化ではないので、ともすれば人間関係の距離感が掴みにくくなるが、関係を調整する仕掛けをつくることができれば、成功すると確信している。昔の下宿屋にはおかみさんという調整役がいた。そういうセンスを復活させれば、相当いろんなソリューションがあるのではないかと。

辻 ●訪問診療している経験から言うと、孫と住んでいるというケースが案外うまくいっている。孫は大学生やアルバイトで、部屋を借りるお金がもったいない。祖父や祖母の家に部屋を借りるとタダだし、夜はお互いに安心だ。つまり、夜だけ泊まりに来る若いヘルパーさんみたいなもの。お互いにメリットがあって、非常にいい関係になる。

他人でも、こうした孫のような関係をつくれる人と家をシェアすれば、うまくいくのではないかと。都会では独り暮らしになると、たいていは家を売却して有料老人ホームに入ってしまうのだが、それを脱却できる一つの方法ではないかと。

余っている部屋を貸すかわりに、倒れていたら在宅医療の担当医に電話してもらう、というような契約を結んで……。

高橋 ●現在の特別養護老人ホームの入所者平均では、要介護3以下の人が3分の1を占めている。ということは、住むところさえあれば、在宅が可能ということだ。東大高齢社会総合研究機構の提案により釜石に建てた仮設住宅では、東西対面型に住宅を建設して、玄関を向かい合わせにしたところ、南面に雁行配置をした従来型の仮設住宅に比べ、救急車の出動回数が低いという結果が出たそうだ。東西対面型だとお互いの気配が察知でき、何かあったときの互助が働きやすい環境になったと考えられる。

つまり、結局医療や介護などの社会サービスを使ううえでも、人間の相互関係の有無で、介護サービスを際限なく使わざるを得ないのか、歯止めがかかるかが大きく違ってくる。

水田 ●昔だったらお互いにニーズがあれば、自然にできたのではないかとと思うが、今は人間関係が希薄になったので再構築しなくてはならない。でも実現すれば、本人のメリットとしては住み慣れた我が家売って老人ホームに入らなくてもよくなる。

また、社会サービスへの依存度も下げる

ことができ、結果として現役世代への負担軽減になるという側面もある。

尊厳ある生と死を選択するために 医療と死を自分の手に取り戻す

高橋 ● 病院・施設の時代は終わったと私は考えている。病院・施設のような自己完結型の場で人生の仕舞いを迎えるというのは、今や生活の質からいってもコストからいっても引き合わない時代になりつつある。昨年のベストセラーとなった中村仁一医師による『大往生したけりゃ医療とかかわるな』という本が50万部を突破したのも、どこかで潮目が変わりつつある証拠だと思う。

これからの時代、自分に見合った形で住まうとしたら、無理して住み替えるより、できるだけ今の家にとどまるのが健全な選択だ。そこで浮いたお金をサービスに使う。

ハードとしての住まいより、ソフトとしての生活の質を上げるためにお金を使う方が、はるかに健全であり、そのことが地域に雇用をつくり出すことにもつながる。

要するに、これからは、社会保障給付を地域循環させる時代が来ている。地域包括ケアの経済効果は非常に大きいと考えている。

水田 ● 入院中は他の病院では受診はできないことと比べてみれば、住み慣れた自宅で信頼する先生たちに看てもらえるならこんなに安心できることはない。むしろ在宅の方が自分の状況に即した医療、そして介護を過不足なく受けることができると言えるわけで、高齢者の日々のQOLレベルを考えたら、はるかに高いのではないだろうか。

辻 ● 往診する医師が増えれば、いろいろな科の先生に診てもらえる。医師を変えることもできる。贅沢ケアと言われているほどで、在宅ケアは最高のオーダーメイドだ。病院に入るとその時点で選択肢が狭まってしまう。

人は元気なうちは、与えられたさまざまな選択肢を自分自身で選び、決めることがで

きた。

しかし今の日本では心身ともに弱くなったときの選択は、残念ながら本人の手を離れて医療の専門家にゆだねることが当然とされている。そのため、患者にとってはアウェーである医療現場のルールでものごとが進められ、本人の納得や尊厳は二の次になってしまう。

慢性期の疾患を抱える多くの高齢者にとっては、治療による病の克服よりも病と折り合いをつけながら、日々の暮らしの質を高くする「QOLの向上」こそが重要な要素になっているが、病院という「治療の場」ではそのような考え方はなかなか受け入れられないのが現実だ。

自身の受ける医療や最期のときの選択にあたってこそ、今まで生きてきた個人の歴史や価値観を尊重できる環境が必要なのではないだろうか。そして主役はあくまで本人であり、私たち医師は伴走者として、そのバックアップの役割を全うすることが何より大事だと考えている。



在宅ケアは最高のオーダーメイド。

治療の場である病院より「QOLの向上」が実現しやすい

水田 ● 2025年を目標に、日本全国で約2万の日常生活圏域において高齢者が安心して在宅生活を送れるようにすることが「社会保障と税の一体改革」の政策の柱の一つとなっている。

地域包括ケアシステムは、その実現のための手段と位置付けられている。ただ現時点では、医療との連携が大きな課題であり、また今後は医療・介護の基盤となる住まいと暮らしの確保の必要性が高まってくることになる。

このポイントに関して今回大変重要な指摘があったわけで、これを踏まえ「一体改革」推進の過程での政策の更なる深まりに期待したい。

〈2012.10.18〉

（写真：湊雅博）

納得できる旅立ちのために road map

はじめに

老いて死ぬことが避けられないものであるならば、できるだけ良い最期の時を迎えたいと願うのは、当然のことでしょう。

しかし21世紀の日本では、納得して心穏やかに旅立つことがなかなか難しくなっているようです。

いつの間にか、病気や死は専門家にゆだねるべきものとなってしまいました。

高齢者が病気になったときには、完全に回復するというよりは、病気と折り合いをつけながらの生活を新しく始めるようになる場合が多いため、回復後の日々の暮らしの質をいかに高く保つかが、大事な要素になってきます。

しかし病気の「治療」にあたる医療現場では、退院後の患者の日々の暮らしや生き方に十分に配慮した対応や指導がなされているとは、必ずしも言えません。

また患者やその家族も、「治療」さえすれば無条件に元通りの暮らしを継続できるという思い込みを持つことが多くあり、時には治療や医療的な処置が本人の生命の質や尊厳を損なう場合もあることには、思い至りません。

その結果、本人にとっては今何が起きているのか、これから何が起きるのかについての正確な情報や知識がないままに治療を続けて、治るつもりでいたのに不意打ちをくらうように亡くなることもあるでしょう。

また逆に、このような状態でいつまで生き続けなければならないのかと、人知れず苦しむ場合も少なくないでしょう。

この企画では、疾病の解説からその進行とそれに対応する治療や関連事項を示しながら、旅立ちまでのプロセスを時系列でみるができるように、チャートを作成してみました。

もちろん、疾病の程度は様々ですし、個人差は非常に大きなものですから、すべてがこのような経過をたどるものでないことは、いうまでもありません。

しかし、病気の治療としておおよそどのような選択肢があるのか、その内容も含めて知っておくこと、それを知ったうえで、自分自身をとりまく環境や価値観に基づいて、どのような選択をするのか、また旅立ちのときまでにどのような準備をしたらよいかを、あらかじめ考えておくことはたいへんに重要であると思います。

チャートづくりに当たっては、ある個人を想定して生活環境や習慣、個人的な価値観なども示し、その個人が日々の暮らしをできるだけ快適におくる上で大事なことは何かを考えるという、Quality of Life(QOL)優先の立場をとっています。

旅立ちまでの過程において必要とされる準備や、逆に避けるべきことなどについては、以下の観点から説明を加えてみました。

- * 治療の選択肢
- * 知っておいた方がよいこと
- * 注意すべきこと
- * 用語の解説

この企画を通じて、特に注意が必要と考えたのは「治療」の意味でした。一般的に「治療」とは、それを行えば病気がすっかり治ることのように理解されがちですし、広辞苑にも「病気やけがを治すこと、また、そのために施す種々のてだて」と記述されています。

しかし高齢者医療の世界では、「治療=治る」ではないことはむしろ当たり前で、その認識のズレが、医療者と患者や家族との間の不幸な誤解の原因になっている場合も多いのではないかと考えました。

医療の世界で使われる「治療」を、以下の4種類に大別してみました。

- A 予防的治療** ……高血圧に対する服薬など
- B 治癒目的治療** ……がんの摘出手術など
- C 緩和目的治療** ……痛みに対する鎮痛剤など
- D 維持・延命治療** …人工呼吸器・人工栄養など

もちろん、治療の選択肢は一つではありません。
また患者個人によって、最善の治療法が違ってくるのはいうまでもないことです。
治療の選択にあたっては、以下の点についてあらかじめ医師に確認をして、
納得したうえで決断することが望ましいでしょう。

- ① 治療の目的と目標及びメリット・デメリット
- ② 治療に要する期間
- ③ 治療に要するおおよその費用
- ④ 治療の結果日常生活や介護に生じる影響

独り暮らしの高齢者が劇的に増えることになる超高齢社会日本では、誰かに自身の人生の最期をゆだねることはできなくなります。

できるだけ穏やかな最期を迎えたいという願いは誰もが持ちますが、老衰で亡くなる場合でも苦痛や痛みを伴う場合もあるようです。何の苦痛もなく眠るようにという願いが叶うかどうかはわかりませんが、少なくとも自分で納得できる旅立ちを迎えることは、私たちにとって最後の、そして最大の仕事になってくるのだらうと思います。

この記事が、人生の締めくくりを考え始めるにあたっての参考となれば、幸いです。

記事をまとめるにあたっては、以下の方々のご協力を得ました(敬称略)。

- 辻 彼南雄** 一般財団法人ライフケアシステム代表理事・医師
香川 美里 香川法律事務所所長弁護士
中島 朋子 東久留米白十字訪問看護ステーション所長
河 正子 NPO法人緩和ケアサポートグループ代表理事
角田とよ子 社会福祉法人浴風会 介護支え合い電話相談室長

case 1

大腸がん

このケースでは3種類の治療を選択した場合について、それぞれのストーリーを組み立てました。

根治を目的とした摘出手術、抗がん剤による治療、緩和目的の治療のそれぞれを選んだ場合、

どのような経過をたどり、本人の暮らしはどのように変化しながら、

最期の時を迎えるのかに焦点をあてた物語です。

もちろん仮想の物語ですので、

すべてのケースがこのような経過をたどるわけではないことはいうまでもありませんが、

選択肢を考えるにあたって少しでも参考になればと思います。

● 年齢・性別・暮らし方	78歳 女性 独居
● 家族と住まい	地方都市の改築後20年の一戸建てに独り暮らし 夫は3年前に肺炎で死亡 息子(教員45歳独身)は県内の他地域に在住、月に1回程度戻ってくる
● 職歴と日常生活など	公務員(教員)退職後は、元同僚だった夫と国内外の旅行など趣味の生活を楽しむ 趣味はスケッチ旅行
● 生活習慣・病歴など	飲酒・喫煙の習慣なし 便秘気味で軽い痔ろうがある
● 病名	大腸がん
● 診断に至る経過と症状	めだった疾患はないため定期的な健診は受けていないが、血便が続き心配になって総合病院を受診
● 疾病の状況	内科受診後大腸および全身の精密検査が必要とされ検査入院 ステージⅢの直腸がんであることが主治医から息子に伝えられ、根治のための摘出手術を行わなければ、余命は2～3年の確率が高いと告げられた 息子から本人にも事実がほぼありのままに伝えられた 以下、 <ul style="list-style-type: none"> — A 摘出手術を選択(→p.14) — B 化学療法を選択(→p.16) — C 緩和ケアを選択(→p.18) の3つの選択肢の経過をたどってみる

A 摘出手術を選択

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

手術

- がんの根治をめざし、摘出手術を行う。
- 加齢により肛門括約筋の機能が落ちていたので、人工肛門(ストーマ)^{*1}を造設した。
- 2週間後退院。

- 退院時に医師から「訪問看護指示書」^{*2}を書いてもらおうと、ストーマ・ケアにあたって、訪問看護師の指導を受けることができる。
- ストーマ造設手術後は、市役所で申請すると身体障害者4級と認定され、障害者手帳^{*3}が交付される(申請から認定まで約1か月半程度かかる)。基本的な装具の大半は無料になるケースが多い。

退院後

- 介護保険の認定^{*4}を受け要支援2と判定される。

- 介護認定では歩行能力と認知症が重要視される。

- 訪問介護を受けて、日常生活を始める。

- 要支援2では、訪問介護週2回程度と、週1回の訪問看護によるストーマ・ケアの指導を受ける組み合わせは可能。

- 訪問介護員(以下ホームヘルパー)にも手伝ってもらいながらストーマ・ケアを始めるが、慣れない装具の交換が大変で疲弊。入院中よりも痩せたため装具が合わなくなり、便漏れやにおいが気になり、周囲の皮膚もただれてきた。

- 装具使用に伴う不快感や違和感から、他人と会うことが億劫になる。

- ストーマ装着の場合、においや便漏れ、ガス漏れなどへの不安が大きく、外出を控えるようになるケースも多い。

- がんの進行は見られないが、ストーマ・ケアの適応は依然として難しい。装具の種類を変えてみるが満足感は得られず、排せつへの恐怖・嫌悪感から食事への意欲も薄れてくる。「こんなはずではなかった」という後悔の念がわいてくる。

半年後

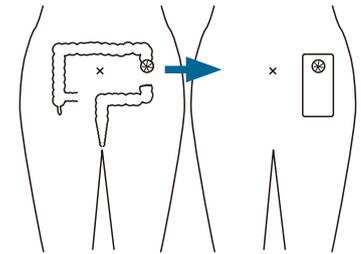
- 訪問看護師とホームヘルパーのサポートを得て、だんだんストーマ・ケアにも慣れてきたため、少しずつ外出の機会を増やした。

- 親しい友人たちと美術館に行ったり、食事をするなど、手術前と同じような生活を送ることができるようになった。

- 自分にあつた装具を上手に装着することで、手術前と同じように日常生活を送ることができるケースも多い。しかし、装具使用のコツや暮らし方のリズムなどを会得し、精神的にも落ち着くためには、個人差はあるが一定の期間を要する。

【*1】人工肛門(ストーマ)

自然の排泄経路以外に設けた排せつ口。人工肛門のほか、人工尿路などがある。



【*2】訪問看護指示書

主治医が訪問看護が必要と判断した患者に対して交付する。「訪問看護指示書」の利用者で、特に頻繁に訪問看護が必要とされた場合には、条件を満たせば「特別訪問看護指示書」が交付される。

【*3】障害者手帳

障害者(このケースでは身体障害者)であることを示すための手帳。市町村窓口で交付され、サービスを受ける際には呈示が必要となる。

【*4】介護保険の認定

要介護または要支援の認定を受けると介護保険の介護サービスを受けることができる。入浴、排せつ、家事などにかかる「要介護認定基準時間」により要介護1～5、要支援1及び2の認定を受け、介護保険が支給される。利用者は1割負担。p.29参照。

★ ストーマ・ケアへの不適応に関しては、ストーマ外来^{*5}を持つ総合病院での相談や、インターネットを通じた患者会などを活用することで、物理的・精神的な負担が軽減されることが多い。ただし情報へのアクセスや、相談行動に結びつけるには、個人の資質や年齢、環境も含めて、個人的な差が非常に大きいことを理解する必要がある。

【*5】ストーマ外来

ストーマを造設した患者に対し、退院後のケアの方法や日常生活上の問題に対するサポートを行う。

- 3か月に一度通院による経過観察(バスで30分ほど)。抗がん剤治療と採血・腫瘍マーカー*6・CT*7などの検査を行い、再発や転移の状況を観察する。

再発の可能性は、ステージⅠでは3.7%、ステージⅡは13.3%、ステージⅢでは30.8%（日本がん治療学会「大腸ガン治療ガイドライン」）。

★ ガンの発症部位によってどこに転移するかはほぼ決まっている。大腸ガンの場合は、肺、肝臓、リンパ節や腹膜などに転移することが多い。

1年後

- 風邪により体力が落ちたところへ、ストーマの化膿により高熱を発生し、入院する。

- 1週間で退院するが、気力・体力ともに衰えて独り暮らしが難しくなる。

- 施設入所を検討するが、簡単に入れるところはなく待機となる。

特に特別養護老人ホームはどこも満床で、すぐに入れるところはほとんどない。

- 介護認定で要介護度2となり、訪問介護と訪問看護によるサポートで独り暮らしを続ける。

- バスでの通院は難しくなりタクシーを利用するため、経済的負担が増える。

- その後も半年に1回くらいのペースで入退院を繰り返す。入院するたびに体力が衰える。

- 通院が難しくなり息子が訪問診療してくれる医師を探し手配。2週間に1度の訪問診療*8を受け始める。診察、必要な薬の処方その他、介護指導などを行う。

訪問診療医を決める際には看取りまでしてくれるか確認しておく。

【*6】腫瘍マーカー

がん(腫瘍)が作り出すそれぞれのがんに特殊な物質のうち、体液中(主に血液中)で測定できるもの。がんの状態の目安として臨床現場で使われる。

【*7】CT

Computed Tomographyの略。体の周囲からX線を当て、体の断面図を撮影する検査のこと。体を輪切りにしたような画像をコンピューターでつくり出しているため、病変の形や特徴を詳細に観察できる。

【*8】訪問診療

在宅療養している患者の自宅を、医師が計画的・定期的に訪問し、診察、検査、治療などを行うこと。医学的な管理や痛みに対する在宅緩和ケア、終末期のケアなども行う。訪問診療には医療保険または介護保険が適用される。

【*9】誤嚥性肺炎

病気や加齢が原因で飲み込む力や咳をする力が弱くなり、口腔の細菌や逆流した胃液が誤って気管に入り発症する肺炎。

- 次第に寝たきりになった。誤嚥性肺炎*9により通院していた病院の呼吸器科に入院する。在宅療養に戻すことに対しての息子の不安があり、そのまま入院を継続。最終的に敗血症を併発し、亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

B 化学療法を選択

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

- 治療開始**
- 手術による体力の消耗を避けて、点滴による抗がん剤治療*1を選択。
 - 2週間に1回、バスで通院(30分)。
 - 外来では抗がん剤の他、2か月に1回の検査(採血、腫瘍マーカー、CTなど)を行う。
 - 副作用が心配されたが、脱毛や手先のしびれなどはあらかじめ情報を得ていたため、さしたる不安はなかった。しかし口内炎が予想以上にひどく食事の妨げとなり、体重が落ちた。
 - 大腸がんの抗がん剤治療の副作用としては、白血球や血小板の減少、脱毛、悪心、食欲の低下、下痢、口内炎などがある。
 - 介護保険を申請し要支援1と認定される。
 - 週1日の訪問介護で、掃除と洗濯などを依頼。
 - 日常の食事は自分で対応することになった

- 3~6か月後**
- 副作用の症状から回復し、血便も減った。
 - 時々出血もあるが、日常生活も大きな困難なく送ることができるようになる。
 - 教員時代の友人たちとのスケッチ旅行にも参加した。
 - 3か月ごとに通院し検診を続ける。
 - 抗がん剤ではがんの根治はできないが、がんの部位を小さくすることで、症状と進行を抑制することができる。

- 1年後**
- 大腸への再発と肺への転移が認められ、種類の異なる抗がん剤による治療が再開される。
 - 抗がん剤の副作用による口内炎や脱毛、手先のしびれなどの症状が悪化して、本人の不安が増大する。

【*1】点滴による抗がん剤治療

がん細胞の増殖を妨げたり、がん細胞そのものを破壊する作用を持った薬。さまざまな種類があり、単独または数種類を組み合わせて使用する。点滴による抗がん剤治療は、血管に直接投与する注射薬で、ほかに錠剤・カプセルのような経口薬がある。

★ 抗がん剤は、昔と比べると副作用の少ない種類のものも増えており、副作用を小さく抑える対策も発展を遂げている。副作用が強い場合には、別の種類の薬に切り替えることで楽になる場合もある。

★ 抗がん剤は種類が多いため、一種類の効果がなくなったら、他のものに変える。

- 食事がとれなくなり入院、腸閉そく*2を発症。
- 腸閉そくによる嘔吐の繰り返しで、体力が消耗しベッドから起き上がれなくなる。時折記憶が不鮮明になったり、話のつじつまが合わなくなったりするようになる。
- 腫瘍マーカーの値が上がり、抗がん剤治療による改善が見られず、急性期の病院でできる治療はもうないといわれ、退院を要請される。

□ 急性期の病院は加療することがなければ退院となる。その後の行き先を早めに考え、準備しておくことが必要。

- 入院先の緩和ケア病棟は満床のため、他を探すか空きがなく、予約待ちの患者もたくさんいる。
- 緩和ケア外来*3への通院も、本人の体力が落ちて難しいため、訪問診療で対応することになり、息子にインターネットで探してもらおう。

□ 訪問診療医を決める際には、看取りまでしてくれるか確認しておく。

- 介護保険を申請し、要介護3と認定される。

- 訪問診療と訪問看護、および訪問介護の組み合わせで、自宅での日々を送り、がんによる衰弱で亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

【*2】腸閉そく

口から摂取した飲食物や唾液や胃液等の消化液が、小腸や大腸で滞った状態のこと。腸が張ってくるため、吐き気や嘔吐を伴う腹痛を伴う。

★ その後の行き先候補としては、以下のようなものがあげられるが、自宅以外はすぐに入ることが難しい。

- 自宅
- 緩和ケア病棟
- その他の病院
- 施設(特別養護老人ホーム等)
- 介護付き有料老人ホーム

★ 緩和ケア病棟数は全国に257施設、5,101病床(2012年)。

(出典:「緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数」日本ホスピス緩和ケア協会HP)

【*3】緩和ケア外来

通院中の患者に対し、病院の緩和ケアスタッフが行う外来。

■ 訪問介護と訪問看護の違い

どちらも患者の自宅に行き必要なケアを行うサービスという点では共通しているが、医療行為の有無において大きく異なる。

- **訪問介護** 介護保険の範囲内のサービスで、身体介護(保清、排せつ、食事など)や家事援助(調理、掃除、買い物、洗濯など)をホームヘルパーが行う。基本的に医療行為は行わない。
- **訪問看護** 病状に応じて、必要な医療的処置(ストーマ・ケア、瘡処置、点滴、在宅酸素、呼吸器、疼痛緩和のための薬の管理など)や生活を支えるためのケア(保清、排せつ、食事、リハビリ、介護相談など)を看護師が行う。

緩和ケアを選択

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

治療開始 ● 父が抗がん剤治療で苦しんでいた記憶があり、治癒志向の治療はせず、自然経過にゆだねる緩和ケアだけを選択。

● 将来のことを考えて、緩和ケア外来に月に1回通院する。

□ 緩和ケア病棟は全国的に少なく、満床である場合が多いため、入院したいと思ってもすぐには入れない。外来で経過を観察しつつ、体力が落ちて通院が難しくなったら入院にスムーズに移行できるよう、早めに準備しておく。

□ 最期を自宅で過ごしたい場合も、薬の調整など指導を受けるため通院しておいた方がよい。同時に訪問診療医も探しておいて、緩和ケアの専門医とのコンビによる治療体制を取ることが望ましい。

□ 外来では、鎮痛剤や緩下剤^{*1}、貧血治療薬、ビタミン剤などが処方される。

● 血便はあるものの、これまでと同様の暮らしを続け、日常生活に大きな変化はない。友人とのスケッチ旅行にも参加する。

● 血便が続き、排便と下痢の便通管理が難しい。遠出はできにくくなる。

6~7か月後 ● 排便困難、出血が頻繁に起こる。

● 貧血症状も強く、家事や外出が困難になり、介護保険を申請し、要介護1となった。

● 介護認定はされたが、在宅での暮らしの継続が難しくなり、緩和ケア病棟に入院する。

□ 症状の悪化が進むにつれて、緩和ケア病棟への入院か在宅での療養（訪問介護、訪問看護、訪問診療）の選択が必要になる。

● 低栄養による腹水や腸閉そくを発症。緩和ケアを受ける。

● 最後に1度自宅で過ごす時間を持つため、息子の協力を得て週末を利用して外泊許可をもらう。

● がんの進行により全身衰弱。緩和ケア病棟で亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

★ 緩和ケアでは積極的な治療は行われず、痛みや苦しみを軽減することを目的としているが、痛みや辛さがまったくないわけではない。

★ 診断を受けた病院の中にある相談室で「緩和ケア外来のある病院一覧」をもらい、通いやすいところを探すとよい。

【*1】 緩下剤

作用が弱めの緩やかな下剤。

欄外用語参照：国立行政法人国立がん研究センターホームページ(p.14～p.18)

case 2

COPD (慢性閉塞性肺疾患)

ここでは人工呼吸器をつけるかどうかについて、いくつかの選択を示してみました。

人工呼吸器の使用については、本人の意思を事前に確認する際に「人工呼吸器をつけても状況が改善しなければ、外してください」という趣旨の回答が、多く見られます。しかしいったんつけた人工呼吸器は、状況が改善した場合はもちろん外することができますが、症状に改善が見られないからといって外すことは難しいので、それをよく理解しておく必要があります。

● 年齢・性別・暮らし方	78歳 男性 3世代同居
● 家族と住まい	首都圏の改築後20年の店舗兼住宅(3階建て)に在住 妻(74歳)と息子(48歳)一家(3人)の5人家族 長女(50歳)次女(45歳)一家も関東圏在住で、日常的な行き来がある
● 職歴と日常生活など	自営業(酒店)を48年前から営み、事業の中心は現在は長男に移っている 店舗での店番と町内会の役員などが、本人の活動の場となっている
● 生活習慣・病歴など	飲酒・喫煙は20代からの習慣で、飲酒は毎晩2合、煙草は1日20本が平均 将棋が趣味 15年ほど前に軽い狭心症を患った
● 病名	COPD (慢性閉塞性肺疾患)
● 診断に至る経過と症状	3年ほど前から仕事中に息切れを感じるようになり、周りから禁煙をすすめられるが拒否 微熱があり咳や痰も出るので、近所のかかりつけ医(現在は2代目若先生)で風邪薬を処方してもらうが、改善しない 1階店舗と2階住居の階段の昇り降りにも息切れがひどく、再度若先生に相談したところ、出身私立大学付属病院の呼吸器科を紹介される
● 疾病の状況	胸部レントゲン、血液検査、スパイロメトリー検査の結果などから、COPDのⅡ期と診断された 禁煙とともに、健康保険が効き比較的扱いが楽な在宅酸素療法をすすめられる 在宅酸素療法選択後、 <ul style="list-style-type: none"> — A 人工呼吸器をつける選択(→p.21) — B 人工呼吸器をつけない選択(→p.21) <ul style="list-style-type: none"> — a 病院で亡くなるケース — b 自宅で亡くなるケース の選択肢の経過をたどってみる

在宅酸素療法*1を選択

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

治療開始

- 治療を開始したところ、息苦しさがなくなり楽になった。
- その後薬物療法なども加えることで、咳や痰もおさまり快適な状態を保つことができるようになった。
- 将棋の集まりでの温泉旅行へも携帯酸素ボンベ持参で参加した。

最低月1回在宅酸素療法を受けている医療機関を受診（往診でも可）しなければならない。

1年後

- 息切れが復活し歩く距離が短くなり、そのうちだんだん歩けなくなった。
- 胸が苦しくなり、かかりつけの若先生の紹介で再び私大病院に検査入院。狭心症の再発と診断された。
- 妻が若先生と相談の結果、在宅での暮らしを継続させることにした。介護保険を申請し、要支援2と認定された。訪問看護を中心に時折通院し、妻の介護を受ける暮らしが始まった。
- 風邪を悪化させてぜんそくのような症状を呈し、呼吸不全が進み、入院した。
- 医師からは人工呼吸器*2をつけることをすすめられた。症状が改善すれば外すことも可能との説明があったため、それに期待して装着。
- 数週間で症状が改善し、人工呼吸器を外すことができた。その後退院。
- その後も数か月おきの入退院を繰り返す。
- 重症呼吸不全となり入院。今回は自力での回復は難しいとの説明を受けた。

【*1】在宅酸素療法(Home Oxygen Therapy)

病状は安定していても体に十分な酸素を取り込むことが難しい場合に、酸素供給装置を用いて自宅のできる療法。息苦しさ改善され、血液中に不足する酸素を補うことができる。

★在宅酸素には液体酸素と酸素濃縮器がある。それぞれのメリット・デメリットを考えて自分の生活形態に合った方を選ぶ。

なお、都道府県によって機器使用にかかる電気代の補助や、市町村によってはタクシー代の一部や経皮的動脈血酸素飽和度測定装置の購入助成制度がある。

【*2】人工呼吸器

自発呼吸が難しくなった場合に人工呼吸を自動的に行うための医療機器。回復すれば外せるが、回復の見込みがない場合は、外せば死亡することが明らかであるため、人工呼吸器の取り外しにつき、刑事責任を追及されることもある。装着する際にはよく考えて行う必要がある。

A 再び人工呼吸器をつける選択

- 一縷の望みで装着する。
- 意識が戻らないまま3か月後に病院で亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

★ 挿管して人工呼吸器をつけると話ができなくなり、意識も混濁しがちでコミュニケーションが取れなくなる。

B 人工呼吸器をつけない選択

- 家族が「どうしたらよいか」と質問したところ、医師からは「それは本人の価値観と意思による」と言われた。本人が常日頃から、「ただ管につながれて意識もなく生きるのはいやだ」と言っていたことを尊重して、人工呼吸器はつけないことにした。

a. 高濃度の酸素マスクだけをつけるがその後、病院で亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

b. 本人は家で死にたいと言っていたので、家に連れて帰る。訪問診療と訪問看護を受けながら、在宅酸素療法を再開した。看取りに対しても心がまえをする。

訪問診療・訪問看護を行うには、数日の準備期間が必要なので、できるだけ早めにケアマネジャーもしくは病院に相談しておく。

- 誤嚥性肺炎を起こすが、救急車は呼ばずに訪問診療医と訪問看護師に連絡。
- 自宅で亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

在宅で亡くなった場合には、以下のようなことが必要となる。

- 訪問診療医による死亡確認と死亡診断書の作成
- 訪問看護師による遺体のケア(家族と一緒にすることもある)
 - 胃や腸の内容物を出し、必要により綿をつめる。
 - 身体や髪を清める。
 - 好んでいた衣装に着替えさせ、お化粧などを施す。

case 3

糖尿病

このケースでは、それぞれに障害のある夫婦が支え合いながら暮らし、その旅立ちを見守ることについて考えてみました。

在宅での暮らしを継続する場合と、有料老人ホームを選択した場合を挙げました。

夫婦2人暮らしの場合はお互いが元気なうちは良くとも、どちらかが病気になったりすると生活が激変します。

介護保険制度などの支援を受けて、暮らしの継続をはかることはもちろんですが、将来的な費用問題を考えるうえで、

預貯金、有価証券、不動産などの整理や始末なども、考えなければなりません。

元気なうちから、どのようにしたいかという大きな方針だけは、考えておくことが必要でしょう。

● 年齢・性別・暮らし方	78歳 男性 妻と2人暮らし
● 家族と住まい	東京都内の築30年のマンションに在住 同い年の妻 子どもはいない
● 職歴と日常生活など	行政書士として行政書士事務所に勤務後、40歳で独立、70歳で引退 趣味はドライブとカメラ
● 生活習慣・病歴	45歳の時にⅡ型糖尿病を発症 喫煙は糖尿病を機に辞めたが、飲酒はほぼ毎晩(1合程度)
● 病名	糖尿病
● 診断に至る経過と症状	行政書士事務所勤務時代は年1回健康診断を受けていたが、30歳代から太り始め同時に血糖値の高さを指摘されていた 独立してからは多忙で食生活が乱れ、付き合いでの飲酒の機会も増えた。健康診断はさぼりがち 妻の強い勧めで受けた人間ドックで、Ⅱ型糖尿病と診断された インスリン治療開始、特に悪化することもなく暮らしてきた
● 疾病の状況	76歳で脳梗塞を起こした 右半身に麻痺が残り言語機能が損なわれた 要介護3の認定を受けている 糖尿の定期検診は1か月に1度。糖尿病専門外来に夫婦でタクシーで通院 脳梗塞の後遺症による右半身麻痺のリハビリを続けながら、介護保険による訪問介護と、妻の介護を受けて暮らし、夫婦ともに78歳になった。妻は白内障で視力が弱くなってきた このままの暮らしを継続することの不安を指摘され、ケアマネジャーからは施設入所を勧められた 以下、 <ul style="list-style-type: none"> — A 在宅を選択(→p.23) — B 有料老人ホーム入居を選択(→p.24) の2つの選択肢の経過をたどってみる

在宅を選択

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

- 本人と妻の意思で在宅を選択した。
- 右半身麻痺で自身でのインスリン投与注射*1ができないため妻が1日4回投与しているが、白内障が進行しており投与量が適当になっている場合が多い。

ホームヘルパーはインスリン投与対応はできない*2。

- 定期検診時に血糖値が上がっており、コントロールができていないことを指摘される。
- 医師は家庭の事情を知らないため、間食や飲酒などが原因と推測して、厳しく指導したうえで栄養士の指導も受けることになった。
- 状況を把握しているホームヘルパーの報告を受けたケアマネジャーが通院時に付き添い、医師に相談(インスリン投与の回数減や他の方法がないか)するが、解決策はないとの回答。妥協案として訪問看護を取り入れることにした。

自宅での介護状況や暮らしの説明をする役割として、ケアマネジャーに付き添ってもらうのも一つの方法。

- ケアマネジャーと訪問看護師からインスリン以外の治療法も行ってくれる医師に代える方法もあることが伝えられるが、大病院志向の強い妻は担当医師との関係性を案じて受け入れない。

糖尿病の治療法にはいくつかの方法があり、本人を取り巻く環境とQOLに併せて選択が可能。

- 訪問看護師のアドバイスで、妻がインスリン注射をする際に、ホームヘルパーが目盛りを確認することを徹底させたため、その後は症状が安定した。
- 周りのサポートを受けて妻の孤立感が徐々に薄れてきた。夫婦ともに気持ち落ち着き、介護環境も安定してきた。

1年後

- 夫の糖尿病が進行し状態が徐々に悪化、誤嚥性肺炎を起こし不安になった妻が救急車を呼び、病院で治療を受ける。
- 退院後は在宅の看取りを全うすることを決めて、訪問診療医によるインスリン投与に切り替え、訪問診療、看護、介護の連携によるサポート体制を組んだ。

- 症状が悪化し、訪問診療医からはあと1日2日と言われた。
- 肺炎を起こしたが、訪問診療と訪問看護のサポートを受けながら、最期は妻に看取られて亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

【*1】インスリン投与注射

糖尿病では、血糖を下げるホルモンであるインスリンが不足したりうまく動かなくなるので、医師の指示した適量を定期的に投与することが必須。

【*2】インスリン投与対応

ホームヘルパーが提供できる介護サービスは身体介護と生活援助に限られており、医療行為に当たるインスリン投与はできない。

★ 実際には、1日1回投与や飲み薬などに変更する方法もあるが、1日4回投与に比べると効果が落ちるため、医師は勧めたがらない傾向にある。

有料老人ホーム入居を選択

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

- 特別養護老人ホーム*1は待機者が多く、1年以上待つことが予想されるため、東京都下(自宅から電車で30分程度だが、タクシーを使うことが多い)に新しくできた比較的安価な介護付き有料老人ホーム*2への入居を決め、預貯金を解約して購入。まず夫だけ入居することになった。

ホームの看護師がインスリン投与の管理をしてくれる。

- 老人ホームと提携している訪問診療医の診断で、インスリンは1日1回投与と飲み薬を併用することになった。

半年~1年後 ● 妻は自宅の処分などを終えてから夫のいるホームに入るべく、独り暮らしを続けていた。夫の後輩の行政書士に相談しながら、動産や不動産の整理、マンションの売却などを進めていたが、転んで骨折し入院。

- 手術後約1か月で退院したが、気力・体力とも衰え白内障も進行したため、介護保険を申請し要介護2となった。気が弱くなり暮らし慣れた場所での生活を続けたいと希望し、そのまま在宅を続けることになった。

子どもなど財産管理をしてくれる人がいない場合は、さまざまなケースを予測して早いうちから専門家にも相談しながら、金融資産や不動産などの整理と処理しておく必要がある。

- 夫の糖尿病の症状は安定していた。
- その後、不動産や金融資産の処理を終え、妻も老人ホームでの暮らしを始めた。

- 肺炎を起こしたが、訪問診療と訪問看護のサポートを受けながら、最期は妻に看取られてホームで亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

【*1】特別養護老人ホーム

介護保険の「介護老人福祉施設」にあたる。在宅介護が困難な高齢者向けの福祉施設。健康管理や保健衛生が中心で医療ケアには対応していないところも多い。人気が高く、特に都市部では待機者が多い。

【*2】介護付き有料老人ホーム

介護保険の「特定施設入居者生活介護」の認定を受けた施設で、食事から介護サービスまでを提供するタイプの施設。

case 4

認知症

ここでは認知症への対応と社会資源の活用法、
 本人の意思確認ができにくい状況下での医療行為の選択について考えてみます。
 まだ効果的な治療法が見つからない認知症では、家族と周囲の理解とサポートの質が、
 本人の暮らしのレベルを左右する大きな要因になってきます。
 また民生委員や地域包括支援センター、社会福祉協議会など地域資源の活用により、
 地域での本人の暮らしを支えてもらうことができます。
 独り暮らしが増えていくなかでは、本人の意思を最大限尊重しつつ、
 成年後見制度の利用も視野に入れた暮らしの設計は重要ですが、
 医療行為の判断については後見人にはその権限がないと言われています。
 家族がいない高齢者の意思は、どのような方法で尊重されるのかが、大きな課題です。

● 年齢・性別・暮らし方	78歳 女性 独居
● 家族と住まい	地方都市の築40年の一戸建てに在住 夫は2年前に風邪をこじらせて肺炎で死亡 息子(55歳)夫婦(子どもはいない)は東京に在住、年2、3回帰省する
● 職歴と日常生活など	結婚後夫の実家が経営する町工場で経理担当 10年前に工場を閉めて、その後は無職
● 生活習慣・病歴など	喫煙は1日5本程度、飲酒は缶ビールを1本 高血圧と診断され血圧降下剤を服用
● 病名	認知症
● 診断に至る経過と症状	夫死後半年後あたりからゴミ出しの日をしばしば間違え、近隣の住民に指摘される。地域の民生委員(息子の同級生)も独居高齢者への対応として訪問し、様子を伺う 訪ねてきた親戚が家の汚れ具合と、話のつじつまの合わなさに驚き、息子に連絡 民生委員があらかじめ地域包括支援センターに連絡してくれていたため、息子の来訪時に併せて打ち合わせを持つ 認知症の疑いを指摘され、物忘れ外来*1受診と介護保険の申請を勧められる
● 疾病の状況	物忘れ外来で3か月かけてMRIや記憶テストなどを行った結果、アルツハイマー型認知症*2の初期と診断され、抗アルツハイマー薬*3が処方される 本人には物忘れを防ぐ薬を処方するという説明がなされ、高血圧の薬を処方されていた医師からの処方を提案される 介護保険は要介護1と認定された 在宅で独り暮らしを選択し、以下 <ul style="list-style-type: none"> —A 胃ろうをつける選択(→p.28) —B 胃ろうをつけない選択(→p.28) の経過をたどってみる

在宅で独り暮らしを開始

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

- 抗アルツハイマー薬の副作用で当初下痢や嘔吐が出て本人は嫌がるが、息子が医師と相談してもう少し続けてみることにした。
- 要介護1なので、介護保険サービスによる訪問介護とデイサービスなどを使い、独り暮らしを続けている。
- 息子と息子の妻が、交互に月に2回程度訪問することになった。
- 地域包括支援センターからアドバイスをもらい、日常的な金銭管理は地域の社会福祉協議会(社協)の日常生活自立支援事業^{*4}を利用することにした。
- 民生委員と地域包括支援センター、社協担当者による見守り支援ネットワークの中に組み込んでもらった。

■この段階で家族が行った方がよいこと

個人でできること

- 認知症とそのケアに関する知識や情報の収集をする。
- できるだけ本人が安心できるような心がけ、一定の時間に電話するなど簡単なルールをつくる。
- IH機器や防災カーテンなど火災対策を講じる。
- ケアマネジャーとの良い関係をつくり上げて、何でも相談に乗ってもらえるようにしておく。
- 今後の住まい方の希望や可能性をケアマネジャーと一緒に検討し、施設入所の可能性もある場合は早めにグループホーム^{*5}や小規模多機能型居宅介護施設^{*6}などの情報を集めておく。
- 相談に乗ってもらえるような、かかりつけ医を探しておく。
- 認知症を告知するかどうかとも関連するが、できればアルツハイマー型認知症の特徴や予後について、本人やかかりつけ医も交えて話し合ったうえで、判断能力が全くなくなった場合も想定し、延命や終末期の医療について本人の考えを聞いておくことも重要。

地域・自治体との関わりが求められること

- 近所の人へ事情を説明しておく。できれば緊急時の連絡なども依頼する。
- 民生委員とも相談しながら、地域包括支援センターや社会福祉協議会などで行っている配食や見守りサービスの利用などを検討する。
- 自治体の高齢者火災安全システムや、緊急通報システムの利用を検討する。
- 日常的な金銭管理については、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業(権利擁護サービス)の利用を検討する(成年後見制度の「補助」制度を利用する方法もあるが、手続的には重いので、この段階ではあまり利用されないと思われる)。

【*1】物忘れ外来

老化現象からくる生理的な物忘れと認知症の初期は見分けがつきにくいいため、認知症の専門医が、血液検査、画像検査、生理的検査、神経心理学検査等を行う認知症の専門外来。

【*2】アルツハイマー型認知症

脳細胞の変性により発症すると言われていたが、はっきりした原因はわかっていない。アルツハイマー型のほかに脳の血管の詰まりや損傷により起こる脳血管性認知症などがある。

【*3】抗アルツハイマー薬

アルツハイマー型認知症の治療薬。患者の脳内に不足する神経伝達物質アセチルコリン濃度を高め、症状の進行を抑制する。商品名アリセプトなど。

【*4】日常生活自立支援事業

判断能力が不十分な認知症高齢者等に対し、地域において自立した生活を送れるよう都道府県・指定都市社会福祉協議会が行う福祉サービス。

【*5】グループホーム

認知症の高齢者が、小規模な生活の場で、職員とともにできるだけ料理など家事も行いながら、日常生活を送ることを目的とした暮らしの場。

【*6】小規模多機能型居宅介護施設

24時間制で、デイサービス、ショートステイ、訪問介護を組み合わせることで利用できる介護施設。

行ってはいけないこと

- 病気の進行チェックのために、あれこれ質問したりできないことを確認したり、本人の精神的な負担を増やすこと。
- 幼児扱いしたり、どうせ何もわからないからと、無神経な対応をすること。
- あれもダメこれもダメと、禁止事項ばかりを押し付けること。
- 同じ話の繰り返しなどを叱ったり、排せつの失敗などに対して暴力をふるったり、脅したりすること。

半年後

- 在宅での暮らしは、親戚と地域のサポートもあり何とか継続しているが、失語や記憶障害、実行機能の障害は確実に進行している。
- 社協の職員とも仲良くしてきたが、もっとお金をおろしてほしい、やはり通帳を返してほしいなどと言い始めるようになった。
- どうやら認知症に効くという健康食品や医療器具などのセールスマンが来て、言葉巧みに購入を勧めているらしい。現実には、健康食品の購入が増え始めた。
- 社協職員から連絡を受けた民生委員からの連絡で、息子が話をするが自分と夫が頑張っているから、自由に使わせてほしいと言い張る。
- あまり高額でなければということで息子も承知したが、消費者被害の阻止という意味では社協の支援事業の限界があることを認識する。
- 日常的な生活動作(衣類の着脱、用便、洗面・入浴)も低下し、会話も成り立ちにくくなり、生活に支障をきたすようになってきたため、ケアマネジャーのアドバイスで特別養護老人ホームとグループホームへの入居を申し込むが、待機者が多くすぐには無理とのこと。

1年後

- 地域のサポートも得て、なんとか自宅での暮らしを続けてきたが、特別養護老人ホームへの入所が可能になり、入所した。
- 入所後は混乱もみられ、特に食事を自力でとることが難しくなった。
- ケアワーカーが食事を口まで運んでも飲み込むことができず、無理に飲み込ませると、誤嚥性肺炎を起こす可能性もあるため、必要な栄養摂取のために胃ろう*7をつけることが検討される。

★ 消費者被害を食い止めるという観点から考えると、成年後見制度*8の「保佐」制度を利用する方法がある。裁判所に保佐人を選んでもらうことになる。この場合には、消費者被害にあってもその法律行為を取消すという取消権(同意権)は本人の承諾がなくても付与されるが、財産管理を代わりに行うための代理権は本人の承諾がなければ付与してもらえない。そのため、現実的にはこの段階で「保佐」の利用に踏み切ることができない場合も多い。このようなトラブルを最小限にするためには、本人の意思がはっきりしている段階で「任意後見制度」を利用することが望ましい。

【*7】胃ろう

内視鏡的手術で胃に穴を開け、腹部の皮膚とつないで直接栄養を投与する方法。

【*8】成年後見制度

精神上の障害(このケースでは認知症)等により、十分な判断ができない人が不利益を被らないよう、家庭裁判所に申立てをして、援助してくれる人を付けてもらう制度。

- 本人の意思確認ができないため、息子が施設の医師と話し合い結論を出した。

□ 結論を出すにあたっては『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012』などが参考になる。概要はp.29参照。

★ 医療行為に対する決定は患者の生命・身体・健康という高度に個人的な利益にかかわる判断なので、本人に医療の同意能力、すなわち、「本人において自己の状態、当該医療行為の意義・内容、およびそれに伴う危険性につき認識しうる程度の能力」があるならば、まず本人の同意を得るべきことになる。

本人に医療の同意能力がない場合、本人以外の誰かが決定しなければ患者本人にとって有益となる治療が見送られるため、本人に「家族」がいれば、その「家族」の同意により治療を行うことが多い。

「家族」（その範囲も明らかではない）による同意があるとなぜ医的侵襲を伴う医療行為が違法ではなくなるのかについては、明確な法的根拠があるわけでもないし、身寄りのない本人には同意をする人がいないことになってしまう。

明確な法律的根拠がないなか、社会通念のほか、緊急性がある場合には緊急避難・緊急事務管理などの理屈をもって、対応しているのが実情である。

A 胃ろうをつける選択

- 施設職員が胃ろうを通しての栄養補給を行う。
- 定期的な栄養の補給は行われるが、認知症は進行しているので徐々に言葉を発することが少なくなり、表情もなくなってきた。手足の拘縮もすすみ寝たきり状態になった。だんだん息子を認識できなくなってきた。
- 肺炎を起こし亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

B 胃ろうをつけない選択

- 栄養の補給を控えているため、徐々に痩せてきて衰弱が目立つようになる。
- 息子の顔を見ると弱々しい笑顔を見せるが、言葉は発しなくなってきた。
- 脱水症状で衰弱して亡くなる。

あくまで経過の1例であり、誰もがこのような経過をたどるわけではありません

用語解説

■ 緩和ケア

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、QOLを改善するアプローチである(WHO 2002年、特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会)。

日本では専門的緩和ケアは緩和ケア病棟(厚生労働省が定めた「施設基準」を満たし、専門病棟として届出を受理された施設)や、緩和ケアチーム(緩和ケアを専門とする医師・看護師・薬剤師等で構成されるチーム。厚生労働省が基準を示している)、在宅緩和ケア専門家等によって提供されている。

なお、「ホスピスケア」は、患者の尊厳を尊重し、その人の生に焦点をあてた全人的な多職種チームアプローチであり、緩和ケアの基盤となった。

■ 地域包括支援センター

2005年の介護保険法改正により市町村に設置された。介護、福祉、健康、医療などの様々な側面から住民に対し包括的な支援を行う。高齢者やその家族の総合相談・支援、介護予防のケアマネジメント、高齢者虐待早期発見・成年後見制度(p.27参照)の紹介・消費者被害者対応などの権利擁護などが主な業務となる。

■ ケアマネジャー

正式名称は「介護支援専門員」と言い、都道府県に登録される公的資格。ケアを直接提供するのではなく、聞き取り、アドバイスなどを行い、よりよい介護サービスを提供するためのコーディネーターの役割を果たし、サービス担当者の要となる。

■ 介護保険制度の居宅サービス

在宅での暮らしを支えるための介護保険による主なサービスは以下の通り。

- 訪問介護(ホームヘルプサービス)と訪問入浴介護
- 訪問看護
- 通所介護(デイサービス)
- 通所リハビリテーション(デイケア)
- 短期入所生活介護(ショートステイ)
- 福祉用具の貸与や販売
- 住宅改修

介護度に応じて1か月に利用できる限度額が定められている(本人負担は利用額の1割)。

介護度	支給限度額	介護度	支給限度額
要支援1	49,700円	要介護1	165,800円
要支援2	104,000円	要介護2	194,800円
		要介護3	267,500円
		要介護4	306,000円
		要介護5	358,300円

■ 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する
日本老年医学会の「立場表明」2012 抜粋

● 「立場表明」を出す目的

すべての人は、人生の最終局面である「死」を迎える際に、個々の価値観や思想・信条・信仰を十分に尊重した「最善の医療およびケア」を受ける権利を有する。日本老年医学会は、すべての人がこの権利を有すると考え、この権利を擁護・推進する目的で「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」を行う。

-
- 立場- 1 年齢による差別(エイジズム)に反対する
 - 立場- 2 個と文化を尊重する医療およびケア
 - 立場- 3 本人の満足を物差しに
 - 立場- 4 家族もケアの対象に
 - 立場- 5 チームによる医療とケアが必須
 - 立場- 6 死の教育を必修に
 - 立場- 7 医療機関や施設での継続的な議論が必要
 - 立場- 8 不断の進歩を反映させる
 - 立場- 9 緩和医療およびケアの普及
 - 立場-10 医療・福祉制度のさらなる拡充を
 - 立場-11 日本老年医学会の役割
-

7 report

自分の人生の最終段階について 考えていますか

ILC-Japanでは、2012年11月から2013年1月にかけて、人生の最期をどこでどのように迎えたいと
考えているか、そのためにどのような準備をしているのかについて
インターネットによるアンケート調査を行った。
調査結果の概要をここに報告・分析するとともに、
自由記述で得られた様々な意見も紹介する。
アンケート実施にあたりご協力いただきました皆さまに、改めて御礼申し上げます。

アンケート概要

■ 対象者	20歳以上の男女 一般社団法人シニア社会学会、NALC（NPO法人ニッポンアクティブ・ライフ・クラブ）、 日本高齢者生活協同組合連合会他							
■ 回収数	347							
■ 回答者の属性(%)								
● 性別	男性	女性						
	59.1	40.9						
● 年齢	50代以下	60代	70代	80代以上				
	31.4	31.1	30.3	7.2				
● 居住地	北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州・沖縄
	2.6	9.5	52.2	5.5	16.1	3.7	8.1	2.3
● 家族構成	独り暮らし	夫婦2人暮らし	息子と同居	娘と同居	2人以上の子と同居	親と同居	三世同居	その他
	14.7	44.6	14.1	11.7	3.6	4.2	5.4	1.8

■ 「人生の最終段階に関するアンケート調査」質問項目

1. あなたは自分の人生の最終段階について、何か考えていることがありますか。
2. 〈質問1で「いいえ」と答えた方に伺います〉その理由は何ですか。→質問8へ
3. 〈質問1で「はい」と答えた方に伺います〉どのようなことについて考えていますか。
4. 考えていることのすべてあるいは一部を、書式(エンディングノートやリビングウィル、遺言など)にしていますか。
5. その考えを誰かに話したり、あるいはこれから話そうと思っていますか。
6. 〈質問5で「はい」と答えた方に伺います〉どなたに話して(話そうとして)いますか。
7. 〈質問5で「いいえ」と答えた方に伺います〉その理由は何ですか。
8. 今の段階で考えた時、あなた自身はどこで最期の時を迎えたいですか。
9. あなた自身、自分の最期の時にあたって何か準備していることがありますか。

調査結果の分析

袖井孝子

お茶の水女子大学名誉教授

I. 背景と目的

近年、「終活」という言葉を目にし、耳にすることが多くなった。「終活」とは、人生の最終段階に向けて準備活動することを意味する。家族や親族の絆が強固であった時代には、多くの人は、家族や親族に看取られて、その生を終わるのが普通だった。当時は、地域の絆も強固であり、誰かが亡くなると近隣から助っ人が集まって、通夜から葬儀までの手伝いをしたものだった。

在宅での死が減少し、葬儀が近隣の手から葬儀社の手に移るようになったのは、都市化が進んで人の移動が激しくなり、誰もが時間に追われるような多忙な生活を送るようになった、1980年代以降のことではないだろうか。

在宅死と病院・診療所・老人ホームなどの施設死との割合が逆転するのは1970年代半ばのこと。今では8割強が施設死である。都心に暮らす私さえ1980年頃までは、自宅で亡くなる人も珍しくはなく、近所で葬式があれば町会のテントが張られ、隣人たちが弔問客の相手をしていたことを思い出す。

医療が高度化する以前には、高齢になれば、とくに治療をすることなく死を迎えるのが当たり前。80代、90代の人に長時間にわたる手術をしたり、延命処置をすることなどはとうてい考えられなかった。しかし、今日では、高齢の患者に対しても、難しい手術をし、延命処置を行うのが普通になった。

病気になればすべてを医者に任せ、家族・親族に看取られて亡くなり、死後は家族・親族に加えて近隣の手を借りて葬儀を執り行う、というのが日本人にとって当たり前の人生の終わり方であり、ことさら自分で終末期や死後の心配をする必要もなかったといっても過言ではない。

こうしたお任せ人生が終わりを告げ、最近では、終末期どころか、葬儀や墓、そして死後、遺族が醜い争いを繰り広げないよう遺産相続にまで目配りをするが必要になった。

1970年代、80年代に流行った生活設計論は、結婚して家族を形成し、子どもが独立した後の老後の生活と夫亡き後に遺される妻の経済生活の心配をするあたりで終わっていた。ところが、今やもっと先までの設計図を描くことが求められる。言い換えれば、誰かに決めてもらうお任せ人生から何事も自分で選択し、自分で決定する自己決定の時代がやってきたのである。

こうした時代の変化を背景に実施されたのが、今回の調査であり、人生の最終段階を人びとがどのように受け止め、どのような準備をしているのかを明らかにすることがその目的である。

II. 自分の人生の最終段階について考えていること

自分の人生の最終段階については、8割強の人が考えている。性別による差は少なく男性で79.0%、女性で83.3%と、女性がやや多い。しかし、年齢による差は明らかであり、50代以下では72.5%だが60代では85.2%、70代では82.9%、80代以上では92.0%と年齢が上がるにつれて考えている人が増加する(図1)。

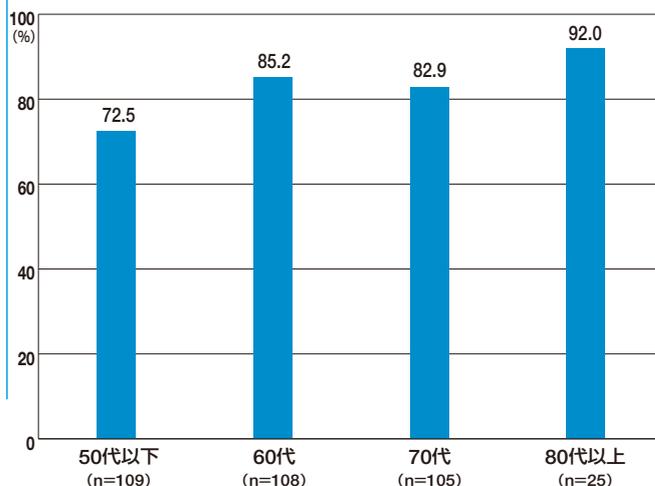


図1. 自分の人生の最終段階について考えている(年齢別)

家族構成についてみると、独り暮らしが89.8%でもっとも「考えている」比率が高いが、他の家族構成でもほぼ8割を超えている。考えていない者がもっとも多いのが、親と同居する世帯の42.9%であり、おそらく親の人生の結末を考えなければならないために、自分自身のことまで考える余裕がないのであろう。

人生の最終段階について考えていない人にその理由を尋ねたところ、「考えてもどうにもならないから」と「考える必要はあると思うが時間がないから」がそれぞれ3分の1強を占める。年齢別にみると、年齢が上がるほど「考えてもどうにもならないから」という諦めの念が強くなり、若いほど「考える必要はあると思うが時間がないから」という回答が多くみられる(図2)。

考えている人に対して、どのようなことを考えているのかを尋ねたところ、もっとも多いのが終末期医療で全体の約7割を占め、男性68.5%、女性72.3%と女性がやや男性を上回る。次いで多いのが、葬式・墓などであり、男性53.1%、女性56.3%と女性がやや多い。3番目に多いのが、遺される家族の生活で男性58.6%、女性31.1%と、圧倒的に男性が女性を上回る。男性には一家の大黒柱としての責任感が、今なお残っているのだろう。それに続くのが、遺産相続・形見分け

の35.2%、遺言についての28.5%、亡くなった遺体への対応の28.1%であるが、男女による差はほとんどみられない(図3)。

III. 考えていることを伝える方法

人生の最終段階について考えていることを書式(エンディング)

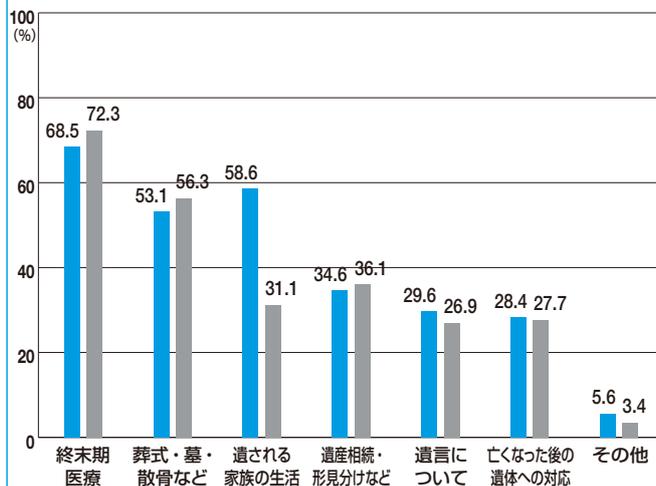


図3. 考えていること(性別)〈複数回答〉

■男性(n=162) ■女性(n=119)

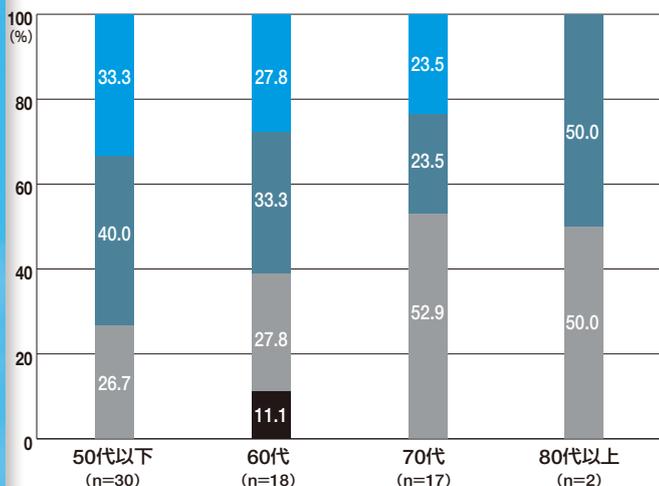


図2. 自分の人生の最終段階について考えていない理由(年齢別)

■縁起でもない不吉なことで嫌だから
 ■考えてもどうにもならないから
 ■考える必要はあると思うが時間がないから ■その他

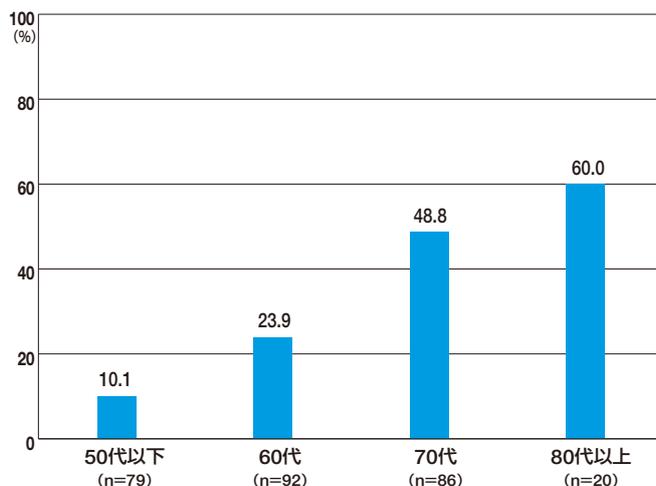


図4. 考えていることを書式にしている(年齢別)

グノート、リビングウィル、遺言など)にしている者は、わずかに3割で大部分は書き記していない。とりわけ若い年齢層にとって、人生の最終段階はまだまだ先のことであり、50代以下のわずかに1割が書いているにすぎない。しかし、さすが80代以上では6割が書き記している(図4)。家族構成別にみると、独り暮らしや夫婦世帯に書式化している者の比率が相対的に高くなっている(図5)。

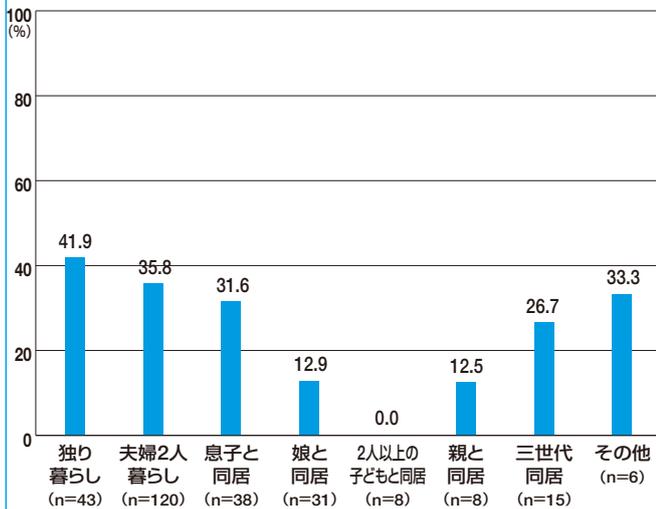


図5. 考えていることを書式にしている(家族構成別)

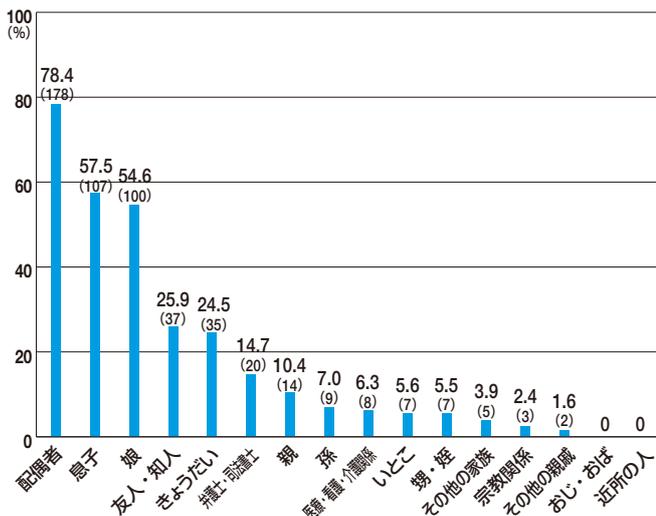


図6. 考えていることを話す相手(複数回答)
()内は実数

書式にはしていないが、8割以上が誰かに話したり、これから話そうとしている。話している、または話そうとしている相手は、配偶者をもっとも多く、次いで息子、娘、友人・知人、きょうだいの順であり、近親者が圧倒的に多い(図6)。

人生の最終段階について考えていることを誰かに話していない人にその理由を尋ねたところ、「すべてを家族に任せておけば安心だから」が3割でもっとも多く、女性では4割近くにのぼる。

IV. 最期の時を迎えたい場所

最期の時を迎えたい場所として、9割近くが自宅(介護付き有料老人ホームや賃貸住宅などを含む)をあげており、施設(特養や老健施設など)や病院・診療所をあげる人は4%弱、ホスピスをあげるのは2%弱にすぎない。男女で比べると、施設やホスピスが女性に多く、病院は男性に多い傾向が認められる(図7)。

最期を迎える場所についての男女差は、お茶の水女子大学のグループが小田原において夫と妻を対象に、2003年と2006年に実施したパネル調査からも明らかである。最期を

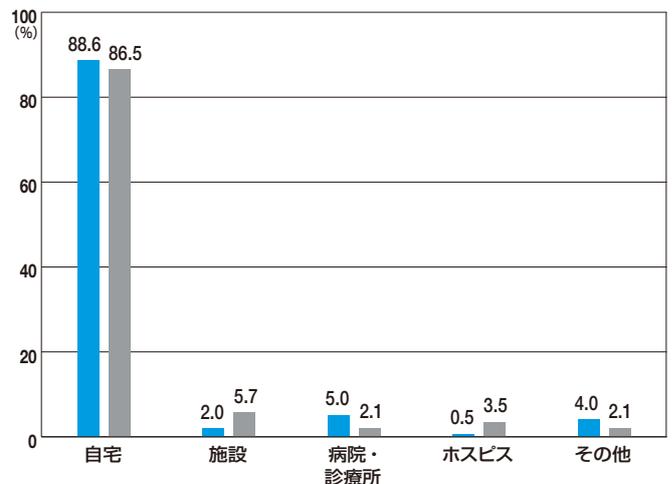


図7. 最期を迎えたい場所(性別)
■男性(n=201) ■女性(n=141)

迎えたい場所として自宅をあげる者は、夫では2003年62.4%、2006年56.0%であったが、妻では2003年40.1%、2006年41.1%と、圧倒的に自宅で亡くなることを望む夫が多い。だが、希望とは裏腹に、夫も妻も実際には病院で亡くなるだろうと予測している。なお、「ホスピスなどの専門病院や病棟」を希望する妻は夫の倍近くを占める(図8)。

V. 自分の最期の時にあたって準備していること

最期の時のために準備していることを自由に書いてもらった。記入のある人とない人、一つしか書かない人とたくさんを書く人、さまざまであり、統計的にはあまり意味がないが、一応、項目を数えてみた。

もっとも多くの人があげていたのが、葬儀や墓に関するもので61人にのぼる。とりわけ墓への言及が多く、「墓を買った」(50代男性、60代男性、60代女性)、「霊園を確保してあるので生前に墓石を建立する予定」(70代男性)、「墓地はすでに購入し、墓石も建立済み」(80代以上男性)、「親からの墓所の維持管理」(50代男性)など、墓へのこだわりがいかに大きいかを物語る。墓の準備はかなり早くからしているようで、「納骨堂

は20年前から準備してある」(40代男性)という人もいる。なお、墓への言及は圧倒的に男性が多く、墓を守るのは家長の責任といった家制度的な規範が残っていることを感じさせる。

葬儀についても、「葬儀用の写真の準備」(70代男性)、「自分と配偶者の葬儀については手配済み」(60代男性)、「葬儀の手配はお寺に予約済み、永代供養料は支払い済み」(70代独り暮らし女性)、「娘に散骨を頼んだ」(60代女性)、「樹木葬を考慮中」(60代独り暮らし女性)などかなり準備が進んでいる。

遺書やエンディングノートに言及しているのは61人。そのうち23人が、すでにエンディングノートを記入済みか記入しようとしている。調査対象となったNALCでは、独自のエンディングノートを作成して会員に配布し、記入方法の指導をしている。同じ対象となったシニア社会学会でも、エンディングノートをテーマとする講座を2回にわたって開催している。こうしたことがエンディングノートをあげる人の多さにつながっているのかもしれない。

3番目が遺族の生活をあげる者の30人であり、家の処分、遺産相続、生前贈与、生命保険などに言及されており、60代、70代の男性が多い。平均寿命や夫婦の年齢差からみて、男性が先に亡くなるケースが普通であることに加え、高齢層では男性片働き世帯が大勢を占める我が国では、遺され

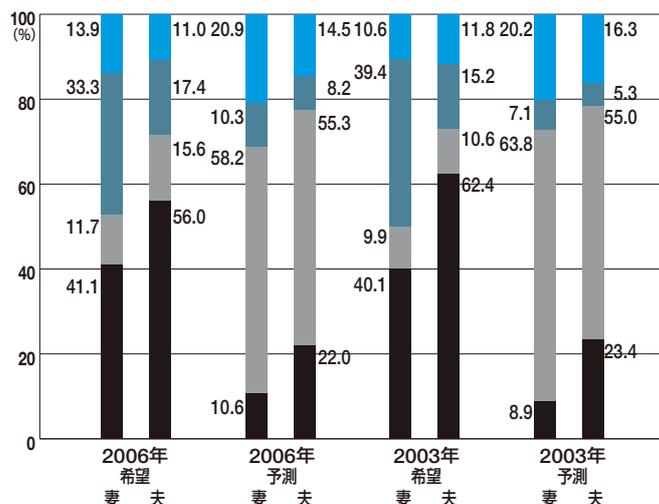


図8. 最期を迎える場所の希望と予測：妻夫比較

■自宅
 ■ホスピスなどの専門病院や病棟
 ■一般の病院や病棟
 ■老人ホーム・子どもなど近親者の家等
 出典：お茶の水女子大学21世紀COEプログラム「中年女性のライフスタイルと危機的移行——第二次パネル調査報告書」2007年2月

る妻のために夫が配慮するのは当然かもしれない。

所有する物の処分や整理、いわゆる「断捨離」をあげる者が30人。実際にこの言葉を使っている人もいる。「できるだけ不要なものを遺さないで終末期を迎えられるよう、元気なうちに無駄なものを少しずつ処分し、シンプルな生活を心がけている」(60代男性)、「少しずつ物を減らして身軽にしようとしている。最後はトランク一つでいいと思っている」(40代女性)、「今年、母が突然亡くなり、その遺品整理や財産分けなどに莫大な時間をとられました。遺される人たちに迷惑をかけないように、自分で整理できるものはしておきたいし、余計なものは持たないようにしようと固く決意しました。今では、本当に必要なものだけを買ひ、使わないものは処分するようにしています」(60代女性)。

5番目が終末期医療への言及の15人であり、「胃ろうは一カ月程度つけて、駄目だと判断したら抜いてほしい」(70代女性)、「日本尊厳死協会に入会している」(70代男性2人)、「医学的に見て治療が困難と思われる事態にたちいたった時は延命治療を行わない」(80代以上独り暮らし男性)、「70代半ばすぎでの侵襲的処置なら生命維持という名であっても延命は断る」(60代女性)。その他、「献体登録をしている」(60代女性)、「臓器移植。眼球を提供したい」(80代男性)などが4人。

準備をしていない者は34人。大部分が50代以下だが、60代以上でも準備をしていない人もいる。「まだ母が生きてるので気にかかる。母は認知症が重く、施設にいる。同居していた弟が亡くなったことも母は知らない。母が弟と同じ墓に入るまでは責任を感じている」(60代女性)と、親が存命中のため、自分の最期までは考えが回らないようだ。「現時点では体力づくりの運動や脳活性化の脳トレ等日常の日課として、元気そのものであり、真剣に我が『死』に関して考える時期をもう少し後にしようと思う」(70代男性)と考えるのを先延ばししている人もいる。

VI. 要約と考察

調査結果をまとめ考察を加え、いくつかの提言を行いたい。

1 ● 考えてはいるが、なかなか実行できない

調査対象者の8割強が、自分の人生の最終段階について考えている。しかし、そのことをエンディングノート、リビングウィル、遺言などに書き記している者は3割にすぎない。書式にはしていないが、考えていることを、近親者に話すか、話そうとしている者が8割を超える。しかし、書式化していない場合には、必ずしもその通りになるとはかぎらない。「任せておけば安心」と思っている家族が、思いがけない決定を下す恐れもあるので、書式化しておくほうが安全だろう。

2 ● 考えていることと実行していることとの乖離

人生の最終段階について考えていることのトップは終末期医療だが、実際に準備しているのは葬式・墓や遺族の生活への配慮である。エンディングノートや遺言を書いている人の中には、終末期医療についても書き記しているものと思われるが、自由回答の記述を見るかぎり、葬式・墓や遺族の経済生活への関心の高さがうかがわれる。

3 ● ジェンダーによる相違

男性と女性では、人生の最終段階に対する態度に違いがみられる。男性では、葬式・墓や遺族の生活への配慮などへの言及が多く、墓を守り、遺族の生活に責任を持つといった家制度的な規範の残存がうかがわれる。しかし、こうした規範は、少子化の進行による墓を守る人の消滅、共働き世帯の増加に伴う家計の協同化などによって、しだいに脆弱化していくであろう。

4 ● 年齢による相違

年齢が上がるほど、人生の最終段階について考える者が多くなる。考えていない者についてみると、年齢が上がるほど「考えてもどうにもならないから」といった諦めの念が強く、それに対して若年層ほど「考える必要はあると思うが時間がないから」と答える傾向にある。老後に向けて若い頃から準備することの必要性が説かれる今日、人生の最終段階についても、早い時期から準備をする必要がある。学校教育、生涯学習、退職準備教育などに、人生の最終段階への準備を取り入れることを勧めたい。

5 ● 家族構成による相違

人生の最終段階について書式に記しているのは、独り暮らしや夫婦世帯に相対的に多い。子との同居世帯に比べて、終末期医療や葬式・墓などについて自己決定する必要性が高いからであろう。親と同居する世帯では、親の終末期医療や葬式・墓などへの心配から、自分の人生の最終段階にまで考えが及ばないケースが見受けられる。親の長寿化が進む今日、子世代の老後の生活設計や人生の最終段階への準備が遅れがちになることにもっと注目してよいだろう。

6 ● 最期を迎える場所

圧倒的多数が、自宅で最期を迎えることを望んでいる。しかし、実際に自宅で最期を迎えるのはそれほど簡単ではない。近年、在宅死を勧める声が高まっており、訪問診療をする医師も少しずつ増えてはいるが、その数は限られている。有料老人ホームの中には、介護を必要とするようになると別の施設への転居を求められるところもある。厚生労働省と国土交通省が協力して2011年にスタートさせたサービス付き

高齢者向け住宅が対応できるのは、せいぜい要介護3程度までであり、今のところ重介護の人が最期まで暮らし続けることは難しい。高齢者が安心して自宅で最期を迎えるためには、福祉の基盤である住宅の整備が不可欠であり、国や自治体が住宅政策にもっと力を注ぐことを期待したい。

7 ● 断捨離の必要性

自由回答では、所有物を減らす、いわゆる断捨離について述べている人も少なくない。軽やかにあの世に旅立つには、身の整理をし、余分な物を持たないことが望ましい。やたらに物をため込むことが、遺族に迷惑をかけ、遺品整理会社の繁盛につながることは確かである。

今回の調査は、少数の対象者に対するものであり、必ずしも日本人全体の意識を代表するものではない。また、調査項目も少ないので、人生の最終段階に関する限られた側面を尋ねるに止まっている。しかし、この結果から、現在の日本人が、自らの人生の最終段階についてどんなことを考えているのかを、ある程度まで概観することができる。今回の調査結果を基に、今後は、人生の最終段階に関するより詳細な調査を、幅広い対象者に対して実施したいと考えている。

●
長寿社会グローバル・インフォメーション
ジャーナル

Volume **20** Spring 2013
2013年3月29日発行

発行：ILC-Japan（国際長寿センター）
〒105-8446
東京都港区虎ノ門3-8-21
虎ノ門33森ビル8F
一般財団法人長寿社会開発センター
TEL 03-5470-6767
FAX 03-5470-6768
E-mail ilcjapan@mba.sphere.ne.jp
URL <http://www.ilcjournal.org>

編集：株式会社青丹社
印刷：大日本印刷株式会社

本誌掲載の記事・写真・図表等の無断複写（コピー）・複製・
転載を禁じます。

Cover Photo：不破みちへ氏 1912年生／写真提供：小野庄一氏

〈老人保健健康増進等事業による研究報告書〉



International
Longevity
Center-Japan

