



出席者

辻 彼南雄 *Kanao Tsuji*

一般社団法人ライフケアシステム代表理事

1957年生まれ。一般社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・順天堂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、東京通信病院内科、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の隣接行為ハンドブック」(編著・看護の科学社)などがある。

ジョン・キャンベル *John Creighton Cambell*

ミシガン大学名誉教授

1941年生まれ。政治学博士(コロンビア大学)。ミシガン大学助教授、準教授を経て、教授。1982～87年、同大学日本研究センター所長。その後、89年慶應義塾大学客員教授、2001年スタンフォード日本センター所長代理として滞日。著書に「日本政府と高齢化社会 政策転換の理論と検証」(中央法規出版)、「日本の医療—統制とバランス感覚」(共著・中公新書)などがある。

talk

座談会

「看取りの文化」を 考える

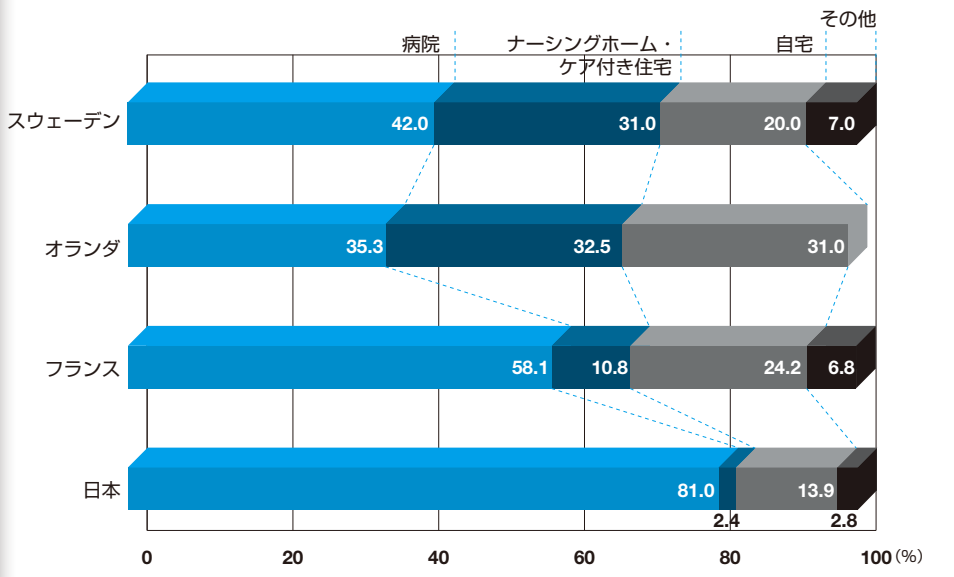
少子高齢化の急速な進行は、日本が少産多死社会になることを意味しており、30年後の2040年には、出生58万人に対して、死亡が160万人と予測される。

自立した生活を支える社会の仕組みづくりは言うまでもないが、手助けが必要になっても充実した生活の質を保つこと、そして最期まで本人の意思を尊重した暮らしを継続することが、これからの大きな課題となってくる。

最期のときをどこでどのように迎えるか、高齢者本人、家族、地域、医療・福祉専門職ともに、改めて死と向き合い考える時期を迎えている。

国際長寿センターでは「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書」を刊行しています。概要は本誌 9 ページをご覧ください

● 終末期における医療—死亡場所の内訳



注:「ナーシングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

資料: ●スウェーデン: Socialstyrelsen Dögen angår oss alla による1996年時点(本編p.48) ●オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編p.91) ●フランス: Institut National des Études Demographic による1998年時点(本編p.137) ●日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」による2000年時点

出典: 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」2002年



高見澤たか子 Takako Takamizawa

ノンフィクション作家

1936年生まれ。ノンフィクション作家。早稲田大学卒業。明治・大正期の特異な人物の伝記のほか、高齢社会の家族問題に切り込んだ作品も多い。著書に『金箔の港—コレクター池長孟の生涯』（筑摩書房）、「自立する老後のために」（晶文社）、「『ときめき世代』の生きがい探し」（集英社）、「『終の住みか』のつくり方」（集英社）、「ごめんね、ぼくが病気になるって」（春秋社）などがある。

自分にとっての看取り

辻 ● まず私自身の経歴をお話すると、高齢の患者さんに対しては臓器単位で考えるのではなく、むしろ小児科と同じように、全人的で包括的な医療をしたいと考え、大学卒業後老年医学を専攻した。しかし実際にそこに身をおいてみると、1985（昭和60）年当時は病院の中の高齢者をどう治療するかという視点しかなく、訪問診療や地域ケアといった発想はまったくなかった。

どうにも納得がいかず海外の老年医学の教科書を調べてみたところ、「高齢者にとっては、施設ケアよりも在宅ケアが適切である」と書かれていたが、翻って日本の教科書を見ると、そこには在宅ケアという章すらなかった。

このまま大学で学び続けても、現実の医療現場との乖離が大きくなるばかりだと思って20年前に大学病院を出た。「退院していった患者さんはどうしているのだろう」とふと思ったことも、現場に出る気持ちの背中を押してくれた。

当時在宅ケアの第一人者だったライフケアシステムの佐藤智先生に研究という名目で取材したり、訪問同行したりしているうちにいつの間にか責任者になって現在に至っている。まだ在宅医療が非常に珍しい時代だったので、「奇特」「偉い」などとは言われたが、海外の例を範としたり老年医学としての基礎付けをしながら、今日までやってきている。

具体的に行っているのは訪問診療で、特に高齢者が中心なので在宅での看取りも多く経験している*1。20年ほど現場に携わってきたが、社会制度、法的制度、現場の意識など、大きく変化したところもあればそうでない

部分もある。今日はその変遷や課題について、医師の立場からお話できればと思う。

キャンベル ● 私は政治学が専門でミシガン大学で教鞭をとっていた。そもその研究テーマは日本の国家予算編成過程を研究することだったが、1976（昭和51）年頃、新しいテーマを探していて、高齢者の問題に興味を持った。1976年は日本における福祉元年*2の3年後で、最初の老人ブームともいえるべき風が日本を席捲していた。妻のルース・キャンベル*3がプロのソーシャルワーカーで、日米で高齢者のいる現場で活躍していたのもこの問題にかかわる一つの動機になった。

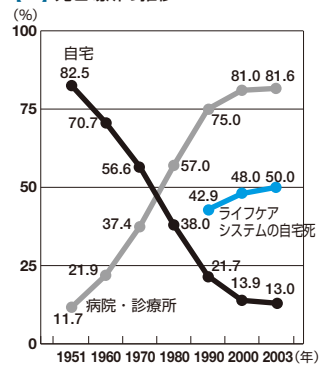
1995（平成7）年に『日本政府と高齢化社会 政策転換の理論と検証』（中央法規出版）という本を上梓したが、あくまで興味は政策面に関してで、死そのものや看取りといったことには特に関心はなかった。

ただ、昨年アメリカで暮らしていた母が95歳で亡くなり、その最期に至る過程について個人的にいろいろと考えさせられた*4。彼女はリタイアメントコミュニティの中にある高齢者住宅で独り暮らしをしていたが、転倒が原因で様々な合併症を併発して亡くなった。この最期の10ヵ月の間にアメリカの抱える医療や介護の深刻な問題点に直面した。

母は非常に前向きで元気な人だった。そうした母の最期の10ヵ月に、どういう制度があればよりよい状態を維持できたのか、それを考えてみるのが大切だと思っている。

高見澤 ● 私は3年前に夫を見送った*5。夫は新聞記者として定年までただただ忙しく働

【*1】 死亡場所の推移



居宅や多様な住居の場において療養を行う患者は増加し、在宅医療を行う医療機関も増加しているが、死亡場所については、この50年間で、自宅での死亡が約8割であったものが、医療機関での死亡が約8割を超え、逆転している。一方、ライフケアシステムでは自宅死亡率は上昇している。

出典：厚生労働省統計情報部「人口動態統計調査、ライフケアシステム佐藤智」2005年

【*2】福祉元年

当時の田中角栄首相は、1973（昭和48）年を福祉元年と位置づけ、社会保障の大幅な制度拡充を実施した。具体的には、高齢者の自己負担無料化、医療保険給付率の改善、年金の物価スライド制の導入などが行われた。

【*3】ルース・キャンベル

東京大学老年学プログラム客員研究員。ミシガン大学老年学センター・ターナークリニックで2008年まで29年間ソーシャルワーク部長を務めた。日米の高齢者ケア比較研究に長年携わり、特に1991年よりキャンベル氏の提案により開始された「高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク」（略称ミシガンネット）を通じて20年近くにわたる様々な活動を展開している。

【*4】

ジョン・キャンベル氏執筆の「私の母の死」は、「平成21年度在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書」（国際長寿センター 2010年）所収。

【*5】

高見澤たか子氏の看取り体験は、著書「ごめんね、ぼくが病気になるって」（春秋社 2009年刊）に詳しい。

き続けたので、定年はまさに「待ってました!」という感じで、さっそく夫婦で3ヵ月ほどの予定でヨーロッパ旅行に出かけた。その旅の目的の一つは、私の『自立する老後のために』という本のための取材で、福祉先進国の高齢者たちがどのように暮らしているかを訪ねて回った。夫婦共通の関心も湧いて、今後は2人で各国を取材を兼ねて回ろうと期待していたが、わずか3年でパーキンソン病を発症し、14年間の闘病の末に亡くなった。

当初予定していた人生後半の筋書きとはまったく違ってしまったが、夫は、手術後院内感染さえしなければ、パーキンソン病を引きずりながらも、あと何年かは生きていけたのではないかと悔しい思いがある。さらに在宅で看取る覚悟をしていたのに、最後はナースステーション隣の絶望視された患者を集めた相部屋に入れられ、力尽きて逝ってしまった。

人が亡くなることは避けられないが、もう少し心穏やかな別れができなかったのだろうか、という思いが今も家族の心に大きな傷になって残っている。

キャンベル ● アメリカの医療体制にも問題が多いと感じている。

母は、人生の最期をホスピスで過ごしたのだが、彼女のリビングウィルに従い、自分の死の時期と死に方を家族や医療スタッフと十分に話し合ったうえで決断できたという点では、彼女の死は「よい死」だったと思う。

ただ、それまで暮らしていたリタイアメントコミュニティで受けることができる医療の質が低いことは実感した。転倒後入院していた病院を退院後に入所したリタイアメントコミュニティ内にあるナーシングセンターは、日本の特別養護老人ホームのようなところだが、各科の医師がバラバラに診察して薬を出すため、一時期22種類もの薬を飲んで、母の容態が悪化したこともあった。妹が処方再確認を医師たちに要求し、不要な薬を減らしたためよくなったのだが、医師同士はもちろんセンターのスタッフもそうした事実を把握しておらず、非常に連携が悪いと思った。

もとの高齢者住宅に戻ってからも、通院するための車と付き添いが予約できず、診察そのものをキャンセルせざるを得なかったり、入院許可が下りるまで緊急手術室で長時間待たされたりしたこともあった。

医療や介護に携わる人たちのコミュニケーションが不足しているため、アメリカでは医療

全体がちくはぐで、コーディネートする人もいない。責任者もわからないので、クレームを言うにもだれに言えばいいのかわからないという状態で、チームケアは机上の空論だと思ったし、家族の精神的なストレスがとても強かった。

辻 ● 死を病院で迎える患者さんや家族に対する病院や医師の心ない対応については、多くの人が語っており私自身も辛い思いで受け止めている。数年前に「終りよければすべてよし」という映画を製作した羽田澄子監督も、亡くなった妹さんと家族の別れにあたって、病院のあまりに心ない振る舞いに大きなショックを受けて、それが映画づくりの動機の一つになったとおっしゃっていた。

キャンベル先生が指摘しておられるように、高齢者医療にはケアの調整役が絶対に必要となってくる。医療、介護、福祉など各分野の専門家が多くいるし、さらに医学が専門分化しているため、自分の担当の説明責任は果たしていても、ほかの部分のことは知らないし、どう連携すべきかも理解していない。

チームケアやチームアプローチなどという言葉は盛んに聞かれるが、今はまだ実体が伴っていないと思う。その結果、家族や患者に非常な負担がかかっているという現実がある。

高見澤 ● まさに、おっしゃるとおり。例えば病院の医師と訪問医療の医師との連携というのは、ただ患者の受け渡しだけであって、病院の医師は訪問医療の医師のデータや情報にはまったく無関心。いったん入院してしまえば完治しなければ、家へ戻すという発想がない。病状を見極めて危機を脱したら、訪問医と連携をとりながら退院、というきめ細かな配慮がなかった。むしろこれ以上治療ができないという理由で、療養型病床への転院を勧められた。夫が一時うちへ帰ってきたときに訪問診療をお願いしたファミリードクターとは、コミュニケーションもよく安心してお任せできた。しかし、結局終末期を迎えると、ファミリードクターも「これ以上の在宅は無理」と入院を勧める。

オランダでファミリードクターを取材したとき、患者から要請があれば、施設でも病院でも出向いて相談に乗るということを知り、ふだん患者と親しく接しているファミリードクターが病院の医師と対等な存在であることが、実に印象的だった。

人生の最期に立ち会う医師の役割

辻 ● 大学病院を出て現場に多く関わるようになってから、医師の役割についてより深く考えるようになった。もちろん豊富な医学的知識と医学的技術の熟練は、いい医師の最低条件ではあるが、終末医療の現場ではそれだけではないプラスアルファが求められると思っている。

人生の最期に立ち会うのだから、もしかしたら患者の視野に入る最後の人間になるかもしれない。最後にこの人に主治医になってもらってよかったと思ってもらうには、知識や技術だけではない人間性、人間の徳といったようなものが必要になるのではないだろうか。

今の医学教育は知識と熟練の段階で終わっていて、後は本人に任せている。しかし、それでは「いい医者」は育たない。人様の最期に立ち会って恥ずかしくないような医者の教育というのは、絶対に必要だと思う。

キャンベル ● 医師の人間性はもちろん重要なことだが、それ以前に患者や家族が正確に理解できるように、治療や緩和ケアの説明を過不足なくできる能力も不可欠だろう。母が入院していたとき、母の現在の状態や今後の緩和ケアについて医師が説明するのだが、ある医師の話は非常にハイレベルで技術的なもので私たちには理解できなかった。かと思えば、他の医師の話は本人が高齢だからとの理由で、あまりに簡単過ぎてさっぱり要領を得ない。相手に合わせた適切なレベルでの説明能力はとても大事だと感じた。

ところで、日本人は最期の瞬間をとてども気にかけて、尊厳を守りたいという人が多いが、私自身は最期の瞬間にはそれほど思い入れはない、それよりもむしろそこに至るまでの介護や医療の内容、ケアを受ける施設や病院の環境などのほうが大事だと思うのだが……。

辻 ● 日本人の多くは、「終わり方」があまり惨めでないように……という気持ちが強いかもしれない。ただそれがあまりに強すぎると、医療関係者に過度な要求や対応不可能な注文をしがちになる傾向があり、それに対して医療関係者が萎縮したり、逆に構え過ぎたりという悪循環が生じていることも事実だろう。

しかし、相手が理解できるように説明することの重要性は、まったくおっしゃるとおりだ。そうした丁寧なかかわり方の経験を積み重ねて

いくことが、医師の徳や人間性につながるのではないかとも思う。インフォームドコンセントとか、コミュニケーションスキルなどと言うが、スキルだけではダメで、そこに“共感の思い”がないと過不足なく説明することは難しい。

特に理解力が衰えていて、一度説明しただけでは理解できない高齢者に対しては、懇切丁寧に説明しようという気持ちを持たないと説明できないので、背景としての人間性は大事だと思う。

ただ、“話した”“説明した”というだけでは、説明責任を果たしたことにはならない。

高見澤 ● 夫がいよいよもうあと1週間か10日というときに、ドクターからどの程度の治療を求めると問われて、もう散々苦しんだので気管切開は望まないという話をしながら、思わず涙ぐんでしまった。

しかし、ドクターは何も言わずに面倒くさそうな顔をして、腕組みしてこっちを見ている。結局、看護師立ち会いのもとの説明責任を果たした、という事実だけが必要だということがわかった。とたんに涙も引込んでしまって、実に寒々とした気分になった。

治療を施すかいない患者は、病院にとっては邪魔なだけなんだと改めて感じたし、人生の最期をこのような人間性の感じられない医師に看取られることへの絶望を感じてしまった。



人様の最期に立ち会って恥ずかしくないような医者の教育が絶対に必要だ。

辻 ● 弁解するわけではないが、医者は入院患者を対象にして教育を受けているので、退院であれ亡くなったのであれ、病院から出て行ったらもう自分の仕事ではないと考えがちだ。想像力の欠如と言われればそのとおりだと思うが、私自身も病院に勤めていた若い頃は、退院した後の患者さんに思いをめぐらせたことは、実は一度もなかった。

退院を見送るとすぐに頭を切り替えて、新患の治療に専念しなくてはならない。私がいいた病棟は神経難病や老年病ばかりだったから、完治しての退院などほとんどなかったわけで、もう少し気にかけてもよかったとも思うが、時間がないせいもあって正直考えてみたこともなかった。

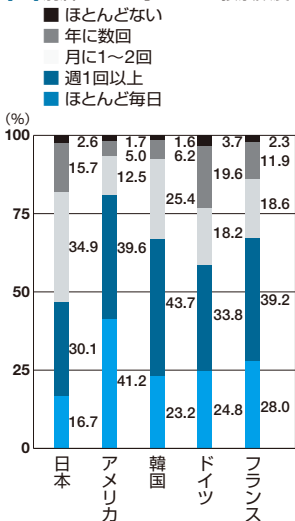
その点、今の自分の環境では患者さんとのかかわりこそが仕事なので、忙しくてもやりがいがあり大いに満足している。ただ、目の前の仕事に追われ患者さんや家族と話す時間

**【*6】平成16年4月から必修化された
医師の新臨床研修制度**

臨床研修の到達目標に経験目標として「特定の医療現場の経験」があり、へき地・離島診療所、中小病院・診療所等の地域医療の現場を経験することが必修項目とされている。

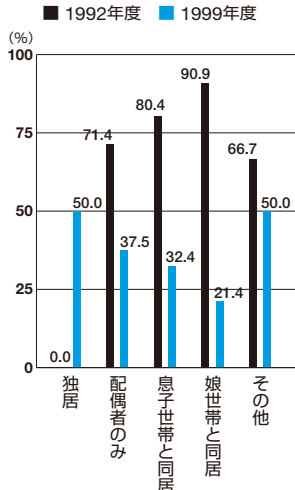
talk
座談会

【*7】別居している子どもとの接触頻度



出典：内閣府「第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」2005年

【*8】世帯類型別在宅死亡率



出典：日本福祉大学「日本人はどんな終末期を迎えているか」(山本・朔・近藤・2003)

もない勤務医にとっては、「全人的医療」の本質が見えなくなってしまうかもしれないことは、自分の経験からも理解できる。

現在、医学部教育にも携わっているが、大学1年生は医師になることに、期待も希望も持っている。でも現実がわかってくるに従って輝いていた目が、残念ながらどんどん曇ってきてしまう。

高見澤 ●長い間、医療関係の人たちと接した経験から感じたことは、患者や家族はバカで何も知らないという態度がありありと見える医師や、家族が在宅介護の経験で学んだことを「素人が何を言う」と無視する看護師が少なくない。いくらバカと思われようが、私は納得いかないことには説明を求め続けた。

しかし、「夫が人質に取られているのだから(笑)、よくしてもらおうと思ったら、黙っていたほうがよい」と知人から忠告された。現実にもそう考えている人は多いし、いくら患者様などと呼ばれても、絶対に対等ではないことはだれもがわかっている。医師を特別視する教育を変えていくしかないと思う。

辻 ●スポーツではないが、病院は患者さんと家族にとってアウェイ。確かに立場が弱い。だからアウェイでは負けないようにして(笑)、ホーム=自宅で勝つという発想での戦略も大事かもしれない。

特に高齢者は、病院に長くいればいるほど、入院のメリットよりもMRSAや褥瘡などのリスクのほうが大きくなる。褥瘡は残念ながら在宅より病院での発生率のほうが高い。在宅介護の講習会では、「今は褥瘡は病院や施設でつくられるもの、在宅で治すもの」と話している。

考え方によっては高齢者にとっては病院に入ることは非常に危険が伴うので、急性期の高度な医療が必要な場合はともかく、ある程度のレベルの治療で済むのであれば、私は在宅での医療をすすめている。

医師にとっても往診はホームに上げていただくことだから、病院での診療とはずいぶん異なる。病院の大部屋だと医師はノックもしないで入って、カーテンを断りもなく開けたりするが、患者の自宅ではそれはできない。

アウェイからホームに帰ると、医師との間に人間としての対等性が保たれる。だから患者も家族も楽し、往診するようになると医者のほうも変わってくる。現在日本の研修医教育では、1ヵ月ほどの在宅医療を含む地域医

療研修を、必修でやるようになった*6。彼らが中堅になった頃は、少し事情が変わるのではないかと期待している。結局変わるのには、時間を待つしかないのかと思う。

キャンベル ●母も足の床擦れからMRSAに感染してしまった。院内感染が多いのはアメリカも同様だから、特に抵抗力の弱い高齢者にとっては病院が危険という考えはよくわかる。

私の母の場合はとても独立心が強く、独り暮らしが不可能になったときには、子どもたちにお風呂や下の世話をされるような最期ではなく、プロフェッショナルによるビジネスライクな世話を希望すると繰り返し言っていた。

視力が落ちて普通の家での独り暮らしができなくなったときに、私と妻でいくつかの施設を訪ねて、教会系の非営利組織の経営によるリタイアメントコミュニティにある高齢者住宅への入居を決めた。母はそこで新しくできた多くの友人たちとともに、快適な暮らしを楽しんでいたのだが、あるとき部屋でひどい転倒をして入院せざるを得なくなった。

その後、リタイアメントコミュニティ内にあるナーシングセンターを経て、もとの高齢者住宅に戻ったのは転倒から6ヵ月後だった。その間足の床擦れからMRSAに感染したのだが、それは病院でだったのか、ナーシングセンターだったのかは不明のままである。

彼女は自分の死に方についても明確な意思を持っていて、延命は望まないが痛みのコントロールは希望すること、胃ろうや静脈からの栄養摂取などは拒否することなどがあらかじめ家族に伝えられていた。だから、固形物を飲み込むことができない段階になったときには、あと1週間か10日の余命と判断されて病院のホスピス病棟に移ることになった。

コミュニケーション不足の日本の家族

高見澤 ●キャンベル先生のお母様は高齢になられてもアメリカで独り暮らしを続けておられた。キャンベル先生は遠い日本で、ごきょうだいも広いアメリカ国内で離れていらしたわけだが、お母様が入院されてからの家族間のコミュニケーションはどのようにとられていたのか。

キャンベル ●我々きょうだいは昔からちょっと意見の違うところもあり、実はあまり親しくなかったのだが、母の件に関しては、自分たちも驚くくらいによく協力した。みんな母のことを

大事に思っていたからだと思う。メールでのやり取りが母の転倒骨折から亡くなるまでの10ヵ月で600通になった。

辻 ● 治療方針でもめる家族もある一方で、介護や看取りの問題を通じて一つにまとまったり、和解する家族もいる。結局、病院であれ自宅であれ、本人も家族も満足して最期のときを迎えられれば、溝のあった家族も和解できるような気がする。遺族が亡くなった後の数時間を穏やかに過ごし、そこでこのような最期でよかったねと意見が一致するのに立ち会うと、本当によかったなと思う。

高見澤 ● 私も夫の介護にあたっては、2人の子どもの力を借りてなんとかやってきたし、辛い経験も共有したことで家族の絆が強くなったことは、ありがたかった。しかし、介護経験を通じて仲のよかったはずの家族がバラバラになった、という話はよく耳にするしそうなるのも理解できる。

極論になるかもしれないが、子どもと同居をしていて家族関係が濃密であることと、家族関係がうまくいっているということとは、まったく別な話ではないかという気がする。ベルギーやオランダなどの友人は、子どもは一緒に住んでいなくても定期的に顔を出して、庭や畑の手入れまでして親をサポートしている。高齢者の独り暮らしでも、近くに住む子どもは毎日仕事帰りに寄るとか、遠くに住んでいる子どもは毎朝電話をかけるとか、何らかのコミュニケーションをとっている。

アメリカでも、感謝祭やクリスマスなど行事は必ず家族揃ってという意識が強くて、形だけでも家族が結束しようと皆で努力をしているという印象を受ける^{*7}。

それに反して、日本人の場合は、まったく断絶状態という例が少なくない。同居するとかえって寂しさが募るので、同居したくないと言う人も増えているくらいだ。同じ家の上下階で住んでいても、子ども世帯は出かけるときに声をかけられるのが煩わしいから、音を立てずにそっと出かけてしまったりとか、あるいは半年も一年も言葉を交わさないとか、親子関係というより、他者とのコミュニケーションがとれない人たちがワーッと溢れてきたという不気味さを感じている。こうした現象は、当然介護の問題が生じたときにも影響しないわけではない。

辻 ● ソーシャルワーカーからも同様の話を聞

くことがある。最近老人ホームに入居した方の動機が、「同居している寂しさに耐えられない」ということだった。入居してしまったら遠い訪ねて来なくても納得がいく。ところが一緒にいるのに、声も掛けてくれないし、だれも来ない、そのほうがよほど寂しい。

同居内孤独とでもいうのだろうか。

キャンベル ● 一概に国の違いとは言えないかもしれないが、日本では同居している家族の心のつながりが、逆に弱いように思う場合がある。

ただこれからは、独居や夫婦のみといういわゆる高齢者のみの世帯のほが増えいき、二世帯、三世帯同居のケースは、少なくなってくると思う。

ところが矛盾するようだが、逆にこれからは在宅の看取りは増えると私は考えている。日本福祉大学の在宅ターミナルケア研究会が行った全国調査^{*8}によると、独り暮らしや配偶者と2人で暮らしている人のほうが在宅死が多く、家族と同居している人のほうが病院で亡くなる傾向が強い。それを分析すれば、子世帯との同居だと老親の具合が悪くなると子どもの負担になるし、若い孫がいるような家族構成だとさらにじゃまにされるかもしれない。でも老夫婦なら、どちらかの具合が悪くて元気なほうが面倒を見るのは、非常に自然なのだと思う。

辻 ● その仮説が現実となれば非常に興味深い。日本では同居していると、まず家族の迷惑になりたくないと考えて病院に入ってしまう。

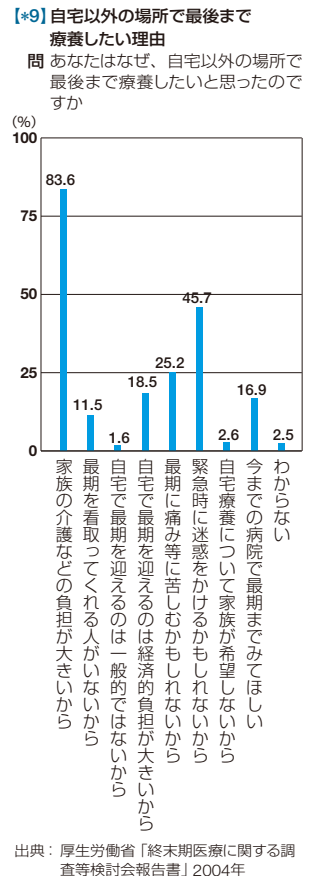
キャンベル ● 「迷惑」ですか。それは非常に日本的な発想だと思う。

これから高齢者のみの世帯のほが増えいき、在宅の看取りは増えると私は考えている。

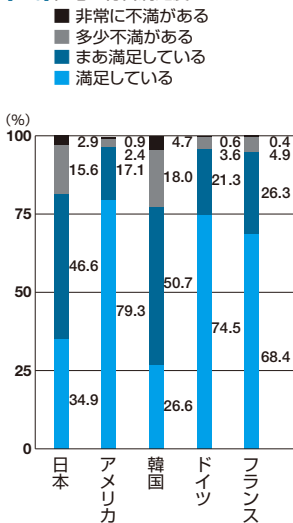
辻 ● 日本では「最後まで在宅療養が困難だと考える理由」として「家族に負担がかかる」がトップにあげられていて、自分の意思よりも家族の迷惑を考えて、生活の場を選んでいる傾向にある^{*9}。

欧米の人と一括りにするのは乱暴かもしれないが、彼らが同居を選ぶにはその根っこにはお互いへの愛があるように思う。日本の場合は、住宅事情もあって仕方なく一緒に住んでいるケースも多い。住居の狭さが、「迷惑」という考えにも大きく影響しているのではないかな。

独り暮らし、夫婦2人暮らしになれば確かに



【*10】住宅の総合満足度



出典：内閣府「第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」2005年

広い(笑)。広ければ居間をベッドルームにするなどの改造もできるが、三世代6人ではそれはできない。

高見澤 ●福祉のインフラとして住宅政策の重要性は、私も痛感している。ヨーロッパでは社会保障の中に「住宅」がきちんと組み込まれている。福祉というついで介護や医療に目が行きがちだが、政策的にも居住福祉という考え方を広めていかななくてはならないと思う。

高齢者自身も、老後のためにとすぐ貯金をしていて、そのために今必要なバリアフリーや水回りのリフォームをしない。貯めたお金で高い豪華な有料老人ホームに入るのが理想、住宅双六の上がりの夢のようにになっているが(笑)、非常に矛盾を感じる。

自宅を暮らしやすく改造して、そこで最期まで快適に過ごせたら一番幸せだと思うのだが、暮らしの基本にある居住環境への認識が個人レベルでも低いから、なかなか政策に反映されないとも言えると思う*10。

辻 ●これから高齢者の独り暮らし、2人暮らしが増えるとなったら、ホームケアが中心となっていくので、政策もそれに沿った方向に行くべきだと思う。

在宅で看取るには絶対的に場所が必要。まず在宅ケアと看取りが可能な住宅政策があって、そのうえに福祉制度、医療制度、医療の質があると考えている。

キャンベル ●私もこれからの日本では高齢者の住宅政策が大きな課題だと思うが、何と云っても日本には介護保険という優れた制度がある。家計の中では一番お金のかかるケアの部分を、介護保険という国の制度でカバーできているのは大きい。ケアに非常にお金がかかるアメリカに比べて、その点でとても恵まれている。

ただ、日本の高齢者住宅に関しては一言言いたい。有料ホームなどでは危ないという理由で、居住スペースにキッチンがないところが多い。しかしそれは間違った考え方だと思う。できるうちは何でもやって、弱ってきたら在宅サービスを少しずつとり入れる。それが自立ということだ。

母は94歳まで自分の住居で何でもやっていたし、彼女がずっと元気だったのはそのせいでと思っている。日本では高齢者を弱いもの、庇護の対象として考えすぎていて、逆に

高齢者の尊厳を損なっていると思う。

継承していきたい看取りの文化

辻 ●確かに、死ぬまでの時間をいかに過ごすか、過ごしたいかというのは重要な問題であるのにもかかわらず、死ぬ過程や看取りについての本や文献はまだ少ないし、家族できちんと意思確認をすることは、ほとんどないと思う。

死ぬことを前提にした話など縁起でもない、というのが現代日本人の一般的な感覚ではないだろうか。

キャンベル ●しかし、死に対する準備や自分の意思や希望を話し合うことを避けてはいけないと思う。行事などで家族が集まったときに、資産や遺言の話をするのと同時に、病気になったときの考え方や看取りについての考えも、皆で少しずつ話し合っておくことができればよいと思う。母とはまだ頭がしっかりしているうちにそうした話ができていたから、彼女の意思を尊重したよい死を迎える事ができたのだと思うし、そのことが残された家族にとってもよい記憶となって残っている。

高見澤 ●私どもの場合、「最後まで住み慣れた我が家で」という明確な意思を持って自宅も改造したし、在宅で最後まで看取りたいと思っていたが、往診の医師に「点滴も必要になってきたし、もう在宅では無理ではないか」と言われて最後の入院を決断せざるを得なかった。本当にダメなのか、なぜダメなのか、そのための訪問診療ではなかったのかという思いがある。どれだけ強い意思があってもドクターを押し切ったまでの決断は難しかった。それに家族を支える看護師なりヘルパーなり、外部のスタッフの全面的な協力がなければ無理だ。看取る家族のほうで倒れてしまう。

辻 ●症状を緩和して自然な最期を迎えたいという場合は、家族や患者が望めば決して無理なことではない。家族が在宅での看取りを諦めていなかったのであれば、医者から「無理だ」と言う必要はなかったのではと思う。

在宅医療を始めた頃、この道20年の大先輩に、「看取りで大事なことは、まず見ていること。医療的なことは何も必要ない。その代わり、頻りに顔を出して、本人を励まし、家族を安心させる。最後は死を見届けて、診断書を書いて、家族を慰めて帰ってくればよい。こんなシ

ンプルで簡単なことをなぜ今の医者はやらないのか、僕にはわからない」と言われたことが、今でも忘れられない。

確かにそう考えれば簡単なのだが、医師のほとんどは救急医療=ERの世界になっている。現在、見守るだけとか、脈を取るだけということでは、むしろ不安なのだと思う。実は私も初めは在宅での看取りの場で、患者に管が入っていないことに戸惑った。瀕死なのに心電図モニターもついてないし、検査は最近していないし、点滴もしていない。佐藤先生に「これでいいんですか?」と聞いたら「これが看取りというものだ」と。

先生が言うには、「今晚中だと思います。今日はとりあえず失礼します。こういう状態になったら呼んでくださいって伝えて、あえて帰るんだよ。ずっと居るんじゃないんだよ。私は、亡くなるまで何時間でもその傍らに医師が居るものだと思っていた。病院であれば居ないと怒られる。

でも先生がおっしゃるには、亡くなるのはもうわかっているし、ご家族に説明してある。僕らがやることは最後の診断をするだけで、僕らが居るとご家族ができないこともあるだろうから……と。

だから、病院だと亡くなった後にご家族に「どうぞお別れを」と言うが、僕らは先にお別れをしてもらう。で、「息を引き取られたら、その時間を時計で見て電話してください。それから行きますから」と。それは非常に新鮮だった。

高見澤 ● お話を伺いながら、病院とは何もかもが逆だということに改めて驚いている。病院では家族が外に出されて救命措置をして、その効果がなく死亡したことが確認されて、それから家族が中に招き入れられるというのが当たり前だから、だれも何の疑問も感じないのかもしれない。

しかし幾つかの病気を併発している患者が最期を迎えたときに、家族を遠ざけて行う救命医療にどういう意味があるのだろうか。むしろ残された限りある何時間か何十分かを、家族と本人のために悔いなく使うという静かな時間が欲しい。日本の看取りの文化はどこへ行ってしまったのだろうかと思った。在宅ケアの一番大事な思想が抜け落ちてしまって、言葉だけが先行しているから、結局最後の最後は病院頼みということになってしまう。

救急車を呼んで、病院に着くやいなやいきなり管がたくさんつけられて、延命治療が開

始され、穏やかな看取りとはかけ離れた修羅場のような状態になって、患者と家族は引き離されてしまう。危険な状態になると、医師から「どこまで助けたいですか?」と答えを求められる。「心臓マッサージ? 気管切開? それとも人口呼吸器?」と機械的に答えを迫るだけで、悲しみと混乱の中にいる家族を救おうという発想が感じられない。

辻 ● 現在は9割近くの人が病院で亡くなっていて、極論すれば病院が最後に駆け込んで死亡を確認してもらって場所になってしまっていること自体がおかしい。しかし、本来それを担うべきホスピスのような場所が極端に少ないことも事実だ。一般の人にとっては、在宅での看取りと病院での治療の区別がよくわからないのだと思うし、ある程度はやむを得ないことだと思う。

最期を迎えたときに、家族を遠ざけて行う救命医療に何の意味があるのか。

在宅でも、「点滴してください」とか、「何かしてください」と言われることがある。しかし、まもなく亡くなる人には点滴など医学的にも何の意味もないし、むしろそれで腹水が溜まって苦しみ、それを抜くといったばかばかしいことをやっているだけ。

私たちは看取りの意味と余計な治療が不要な理由を説明して、極力理解していただいている。患者本人もなぜ亡くなる前に、意味もなく痛い思いをしなくてはならないのか。在宅で看取る場合、基本的に最後には何の管もついていない。それが自然な状態であり、尊厳ある死だと思っている。

キャンベル ● 非常に興味深い話だし、それは日本の重要な文化の一つだという気がする。ぜひ伝えていってもらいたい。

辻 ● 昔はあたりまえだった在宅での看取りを経験的に知っているのは、現在80代以上の開業医だけで、その方々が亡くならないうちにいろいろなことを聞いておかなければならない。今の大学の先生方は在宅で看取ったことがないから、学生に教えられない。

しかし最近の医学生は、福祉職や介護職の人と行うチームアプローチも習っているし、訪問診療も緩和ケアも勉強している。これから10年経てば、在宅ケアや看取りに意識の追いついた医師が出てくるはずなので、ぜひそこに期待したい。 (2010.03.11)



国際長寿センター最新刊
「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書」 2010年3月刊

目次

序 本調査・研究の概要
長谷川和夫

I 総論

1. 認知症の人の看取りにおける課題
長谷川和夫
2. 人生最後の「自己決定」のための条件
木村利人

II 海外各国の実情と分析

1. 「成長」を目指す
発展上の課題と可能性
終末期における内面生活
ロバート N. ハトラ
2. 地域での end-of-life care と
看取りの方向性
介護施設、グループホームを中心として
内出幸美
3. 日本、シンガポール、台湾の
アドバンス・ディレクティブ
高齢者の自己決定を支えるものとして
鶴若真理
4. 特別寄稿
私の母の死
ジョン・キャンベル

III 理想の看取りと死に関する

国際比較調査に向けて
辻彼南雄、渡辺大輔、中島民恵子

IV 文献レビュー

国内編、海外編
渡辺大輔

本報告書は1冊2,000円でお頒けています。国際長寿センターまでFAXにてご連絡ください。
FAX: 03-5470-6768

(写真: 湊 雅博)