

# 優先すべき尊厳ある生活の支援 患者の生き様知るのは家族と在宅医療者

「最期まで尊厳ある暮らし」の実現こそ在宅医療者の使命



国立研究開発法人  
国立長寿医療研究センター名誉総長  
**大島 伸一**氏



医療法人アスムス理事長  
**太田 秀樹**氏

「2025年」に向け、各地で地域包括ケアシステムの整備が進められている。医療サイドでも、在宅医療連携拠点事業\*により、在宅医療の強化ならびに介護との連携の円滑化を図り、システム構築を後押ししてきた。国立長寿医療研究センターは、ナショナルセンターとして広く高齢者の心身とその医療のあり方を研究・提言してきた組織だが、在宅医療連携拠点事業の事務局を務めるなど在宅医療の推進にも努めている。その初代総長であり現名誉総長の大島伸一氏に、来たる超高齢社会における在宅医療の意義とそのあり方について、前回に引き続き、1990年代という早期から在宅医療に取り組み、その法制化にも深くかかわってきた医療法人アスムス理事長・太田秀樹氏と対談願った。

\* 2015（平成27）年度より、介護保険法下へ移行され、制度化された。



### 大島伸一（おおしま・しんいち）氏

名古屋大学医学部卒。泌尿器科医。腎移植の先駆者として知られる。社会保険中京病院（現 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院）副院長、名古屋大学医学部教授・附属病院病院長などを経て、2004年国立長寿医療センター（現 国立長寿医療研究センター）が設立され総長に。以降、高齢者医療のありかたを模索・提言し続けてきた。現在、同センター名誉総長。著書に『超高齢社会の医療のかたち、国のかたち』（グリーン・プレス）など。

## 近未来の医療のあり方見据え ナショナルセンターも在宅医療推進に動く

**太田** 私はかれこれ25年、在宅医療を行ってきましたが、現場がいくら声を張り上げてもなかなか振り向いてもらえない“絶滅危惧種”的な領域でした（笑）。しかし、ここ10年くらいの間に様子が変わり、在宅医療への注目度はグッと高まっています。国が地域包括ケアシステム構築を打ち出したからですが、国立長寿医療研究センター（以下、長寿センター）の働きかけも大きかったと思います。

大島先生はその初代総長を務められたわけですが、先生のご経歴と照らし合わせると、ご就任には正直、「おやっ」という違和感がありました。最先端医療と高齢者医療は、先生のなかでどう結びつくのか、そのあたりから伺っていきたいと思います。

**大島** ご指摘のとおり、私は泌尿器科医として腎移植という最先端医療をやっておりました。ですから「長寿センター総長となって高齢者医療に取り組んでほしい」

とのお話をいただいたときは、私自身大きな戸惑いがあり、すぐには承諾できませんでした。しかし、「どんな仕事であれ、職務は全うする」というのが私の性分なので、お受けすると決めてからは「高齢者医療とは何か？」と、一から考え始めました。

とはいえ、難しく考える必要はありませんでした。最先端医療と高齢者医療は別次元のもののように思えますが、「けがや病気を治すことで、患者さんを生活の場に戻してあげる」という医療の原点に立ち返れば、最先端の医療も高齢者への医療も同じことだからです。

**太田** そして、今後の超高齢社会を展望したとき、在宅医療が有力な選択肢だということに行きつかれたわけですね。

**大島** はい。しかし、私が悩まされたのは、取り組む場がナショナルセンターだったことです。当時6つのナショナルセンターがありましたが、他のセンターでは、特定の臓器や疾患に対していかにアプローチするかといった、最先端医療をテーマとしていました。ところが長寿センターは高齢者医療全体が対象であり、「最先端」とはどうにも結びつきにくいわけです。「ナショナルセンターという立場で、どう取り組むか」ということにずいぶん悩んだものです。

けれども、あるとき「ナショナルセンターとしてどう取り組むべきか、から考えてゆくのでは順番が違う」と思い直しました。社会が変われば医療も変わるのだから、まず「来たる超高齢社会において国民はどういう状況に置かれるか、何が必要となるか」を把握し、「そのとき、国民にとって最良の医療はどういうものか」を考えていくのが筋だろう。そして、在宅医療という有力な選択肢が見えているのだから、ナショナルセンターとして、その充実に取り組むのは当然であろうと。

ナショナルセンターには医療、研究、教育そして政策への提言という使命がありますから、在宅医療を普及・充実させるには国の施策にも働きかけていかねばならないと考え、「在宅医療推進会議」という関係者の参加する会議を組織したのです。

**太田** 私も初回（2007年5月）から参加させていただっていますが、医師会をはじめとする各職能団体、日本老年医学会や日本在宅医療学会といった学術団体など、在宅医療にかかわるさまざまな団体が一堂に会する会議ですよ。こういう大掛かりな集まりは、ナショナルセンターだからこそ招集できたのであり、在宅医療推進の大きな起爆剤になったと思います。しかし、発起人としてはいろいろご苦労がおりだったでしょうね。

**大島** そうですね（笑）。今度の2月（2016年2月）に10回目を迎える予定ですが、スタート当初は意図的に厚生労働省を呼びませんでした。ナショナルセンターという立場で役人を呼ぶと、「国のひも付きか」と疑われかねませんので。けれども、1年、2年と経つうちに、誰からともなく「なぜ厚労省を呼ばないのだ」と（笑）。

**太田**（笑）。物事を推し進めるには、組織のトップと現場サイドとが共通認識を持たねばなかなかムーブメントにはならないものです。そういう意味では、現場では多職種が自覚的に動き始めていたものの、各団体の上層部の認識はまだ薄かったので、ナショナルセンターが音頭をとって働きかけてくださったのは非常にありがたいことでした。

### 財政面抜きに制度進まないも 在宅医療の本質を見失ってはいけない

**太田** さて、徐々に普及・定着してきている在宅医療ですが、問題も見られます。1つは、「お金がないから在宅医療だ」、「病院で死ねなくなるから在宅医療だ」といった解釈がなされがちなことです。

在宅医療は、政策的には地域医療構想と地域包括ケアシステムとに支えられており、見方を変えると前者は医療側（厚労省医政局）から、後者は福祉側（厚労省老健局）からの取り組みです。ところが、地域包括ケアシステムが地域の実情を意識した制度であるのに対し、地域

医療構想のほうはそうでもない。むしろ、病院機能や病床数の調整などが目につき、「病院側が患者に対応しきれなくなるから在宅医療を使え、ということか？」などという誤解を招きかねません。

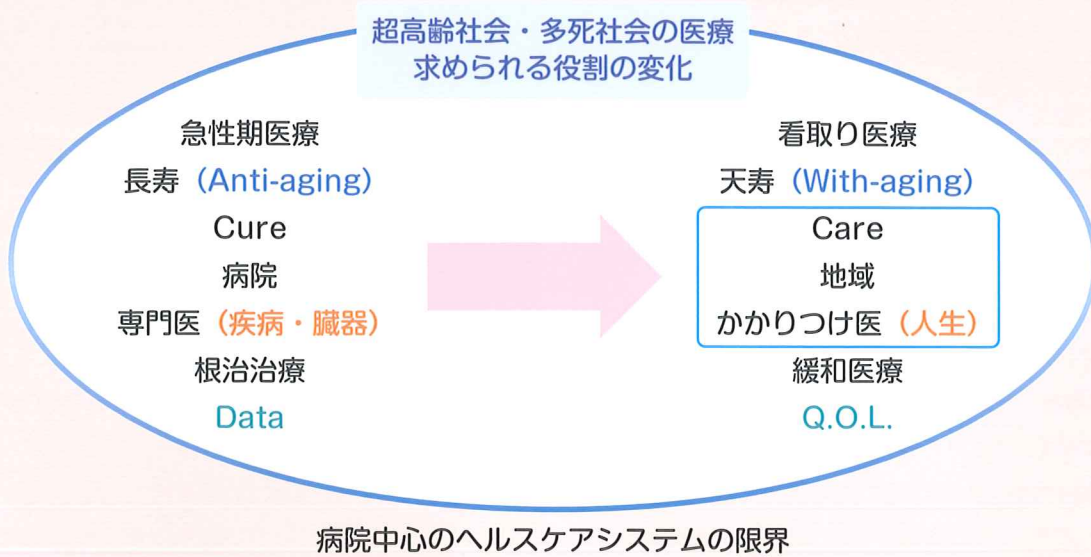
在宅医療の本質は、加齢により虚弱になった人に対しての「最善の医療」を考えたとき、「医療中心の病院より、“暮らし”が主体の在宅でケアを受けるほうがいいのでは」ということであり、地域医療構想の財政論的なロジックとは相容れないところがあります。そのあたりを先生はどう整理されておられますか？

**大島** 地域医療構想は「政策」であり、政策を具体化していく際には必ず財政問題が生じ、優先順位だとか効率性だとか、資源の限界だとかということを考慮せざるを得なくなります。ところが、こと医療・介護といった人権にかかわる領域は、そういう財政論的なものとは相性が悪く、どうしても「人の命を何だと思っているのだ」といった倫理的齟齬が出てきて感情的になりがちです。そこが難しいところでしょうね。展開の仕方と制度づくりそのものがストップしてしまいます。医療や介護は、確かに財政面から語られるべきものではありませんが、財政面を抜きにしては制度づくりが進まないのも事実です。

**太田** 「在宅医療の本質を見失わずに」というスタンスが大事だということですね。

**大島** はい。日本の将来を考えるなら、感情的な議論をしている場合ではありません。私などは、いわゆる「逃げ切り世代」で、「自宅で死にたい」とか「病院で」と





(資料提供：太田秀樹氏)

か選んでいられますが、そんな選択などとてもできなくなる社会が目前に迫っているのですから。

### 「いびつな医療」を変えれば介護も変わる 「長寿指向」から「天寿指向」へ転換を

**太田** 在宅医療に関する問題として、「あるべき姿」との乖離とその悪影響ということも指摘したいと思います。例えば、本人は「延命処置をせず自宅で静かに」と希望していたにもかかわらず、急変したからといって病院へ搬送し、そのまま人工栄養管理となり延命させる羽目になる——。高齢者が増えるにつれ、こうしたケースが増加しています。「本人が望まない処置を施すことが適切か」ということも問題ですし、そうした処置が増え救急医療の現場を圧迫していることも大きな問題です。

私が最近注目しているのは、栄養管理のあり方と介護への影響です。「食」に医療が濃厚に介入することで、患者さんが「静かな最期」を迎えづらくなるとともに、介護現場を疲弊させてもいるのです。

デンマークやオランダなどヨーロッパ諸国では、「経口摂取ができなくなったときが天寿である」との考え方から、終末期にある高齢者には積極的な人工栄養を行わない傾向があります。一方、日本では、食事を口から摂取できなくなったら胃ろう、胃ろうが嫌ならIVHと、ともかく人工栄養で生かそうとする。このこと自体がま

ず問題ですが、人工的であっても栄養をとり続ければ、当然、「排泄介助」という介護ニーズが発生するのです。

本人も望まないようないびつな医療処置を施すことで、実は介護現場をも疲弊させているわけで、是正するには医療が変わらなければいけない、医療者が高齢者医療への姿勢を変えなければいけないと、私は強く思うのです。

**大島** まったくその通りです。そして留意すべきは、よく「不老不死」とか「不老長寿」といった言葉が魅力を持って語られるけれども、医療現場でそのようなものを目指したらとんでもないことになるということです。高齢者医療はもとより、医療一般においても、「不老不死は選択肢として有り得ない」ということを肝に銘じておく必要があります。

昔は、「死は死」でしかなく、選択の余地はありませんでした。しかし技術が発達し、脳死という新しい死が出てきましたし、意識がなくても人工呼吸や経管栄養で生きていられるようになりました。「どこで死にたいか」、「どういう状態で死にたいか」、「最期に何をしたいか」などを組み合わせていくと、ものすごい数の「死に方の選択肢」が出てきます。

近年は「その人らしく」ということがよく言われるようになり、死の選択に拍車をかけています。けれども、われわれ医療者が最優先すべきは何よりも「人としての尊厳を持った死の実現を支援していくこと」であり、その上で「その人らしく」を工夫していくことだろうと思

うのです。

**太田** 素晴らしいお考えです。

**大島** しかしながら現実には、大病院を中心に「1分1秒でも長生きさせよう」と頑張っているわけです。私も長らくそういう環境にいたのでよく分かりますが、それはそれで確固とした医療文化であり、一朝一夕には変えられません。また、「延命処置は患者さんを苦しめるだけだ。余計なことはしないほうがいい」という意見がありますが、それは「私見であって、科学的根拠がない」ということになります。もっともな反論ではあります。これは恐らく科学的に証明しようのないことでしょう。しかし、1つ確かなことがあります。在宅医療において患者さんのことを一番よく知っているのは、長らく治療や介護、看病にあたってきた在宅医療者であり、ご家族だということです。その彼らが皆、口を揃えたかのように同じことを言うのです。

**太田** 非常に心強いご指摘をいただきました。私もかかりつけ医として診療にたずさわっていますので、何年にもわたって診ていけば、患者さんの生きがいや価値観が理解できるようになります。ですから看取りにおいても、患者さんがどうしたいかが分かるような気がしますし、先ほどおっしゃった「人としての尊厳を持った死」を目指します。しかしその前提として、「尊厳ある暮らし」の提供が不可欠となり、それは延命処置とも関係してくるのです。

在宅医として1,000人ぐらいの方を看取ってきましたが、尊厳ある暮らしの延長として尊厳のある死を迎えた方は、最期にご家族に感謝の言葉を伝えて死ぬのですよ。けれども経管栄養や人工呼吸などの延命処置をされている方は、しゃべれない状態でもあり、何も言えずに亡くなっていく。「不本意な人工栄養を受けながら、病室の天井をぼんやり眺め暮した末の死」は、尊厳のある死ではあり得ない。つまり、「延命治療が始まった時点で、尊厳のある死は諦めなければならなくなる」というのが、私の実感です。

病院医療を否定するわけでは決してありませんが、いまや「長寿」が幸せだった時代、「手厚い医療で少しでも長生きしよう」という時代ではなくなってきました。「人が人らしく死ぬとは」、「天寿を全うするとは」ということを多くの人が考え、尊厳ある暮らしを支えることに重きを置くようになってほしい(図)。それを実現しやすいのが在宅医療であり、超高齢社会における切実な医療でもあります。ぜひ、多くの医療者がその意義を理解し、直接的・間接的に関与してほしいと願います。



**太田秀樹(おおた・ひでき)氏**

日本大学医学部卒。自治医科大学大学院修了(医学博士)。自治医科大学整形外科医局長を務めていたとき、車椅子生活者の旅行に付き添ったことで在宅医療の必要性を実感。1992年おやま城北クリニックを開業し、以来、在宅医療・介護に取り組んできた。医療法人アスム理事長。全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長。近著に『家で天寿を全うする方法』(さくら舎)。

**大島** これまで救命・延命一辺倒で進んできた医療ですが、尊厳のある死が語られるようになり、過剰な医療への批判もなされるようになりました。つくづく、終末期医療や在宅医療は新たなステージに入ったのだと思います。そして、新たなステージでの「死」の考察は、われわれ医療者だけで判断できるものではなく、また、してはいけないのだとも思います。尊厳のある死あるいは「良い死」というものは、精神や信仰、文化的背景やその人の置かれた環境などと不可分です。

例えば、非常に日本的なメンタリティとして、「人に迷惑をかけたくない」というものがあります。そのため、たとえ公的支援制度があっても、あえて自分に不利な選択肢を選んだりする。——このような心理を理解しようとするとき、治せる治せないといった理系の視点では答えが出ません。哲学者をはじめとする文系の素養に委ねるべきです。そしてわれわれ医療者は、提示された方向性すなわちニーズにどう応えていくのかが問われているのではないかと思います。

**太田** 非常に深いお話で締め括っていただきました。ありがとうございました。