

いことがあるのか」と感じるようなんですね。家族にも感謝され、本人も本当に幸せそうに亡くなっていく。それを経験すると、皆さん、それに積極的になっていくんです。

だから、僕は高齢者住まいでは、1回目の看取りがすごく重要で、それが成功すると、2回目、3回目というのはスムーズにいくんだと確信しています。

(紀伊) ありがとうございます。今、介護職も人手が足りなくて、3Kというか、おむつ交換して、食事介助しているだけなんでしょう、みたいなイメージを持たれているかと思いますが、そこももしかすると、看取りに取り組むことによって、改めてやりがいとか専門性を持つ突破口になりそうですね。

(下河原) そう思いますね。介護士の仕事って、ものすごくクリエイティブな仕事なんですが、1番大事な看取りの部分、今、放してしまっている。ここをやっぱり取り戻さなくてはだめだと思うんですね。

実は、終末期って、本当に医療はほとんど必要ない。むしろ、終末期は医療よりもやはりケアの力のほうが大事だと思うんですね。だから、なるべく医療の介入を断って、介護士が矢面に立って頑張っていくことが、最終的には介護士たちのスキルアップ、もしかしたら地位向上にもつながっていくんじゃないかと信じています。

(紀伊) 「医療を断つ」というお話がありましたので、佐々木先生にお聞きします。とはいえ、「最初の看取り」については、介護士もご家族も、いろいろ不安もお持ちだと思うんですが、どんなふうにご家族につけて接していらっしゃるでしょうか。介護士やご家族への医療としての向き合い方について、後の二つ目のパートでもお話はお聞きするんですが、今の段階で少しお話しいただけますか。

(佐々木) 「何のために医療をやるのか」をまず考える必要があると思うんですね。私たち人間は、いつか必ず死ぬという宿命があって、治らない病気や障害になって、だんだん弱って、最終的に命が維持できなくなっていく。介護というのは、その最後の5年とか10年というプロセスなんですよ。

元氣な私たちは、救急車で病院に行けば、何とか命が繋がることはありますが、歳をとって弱っていくのは、病気ではありません。では、病院に行って何かいいことがあるのかというと、ないのは何となくわかっているんだけど、このまま見ているのが漠然と不安なので送ってしまう。

なぜそうなったかという、先ほどの下河原さんのデータにもありましたが、死というものがいつの間にか日常ではなくなっているという、病院で亡くなるのが当たり前になってしまっているからだと思います。目の前で自分の親族が弱って死んでいくのを、多くの人は見たことがないんですね。そうすると、「こんな状態で置いておいて大丈夫なのか」みたいな話になって病院に送ってしまう。

病院に送ったほうがハッピーだという人もなかにはいるかもしれませんが、やはり家でみてあげたほうが幸せな人が現在は多い。では、どうやったら家でみられるかということに関して言うと、やはり「覚悟を決める」ということなのだと思いますね。何とかなるものだったら努力をすればいいですが、何ともならないものは、もう「受け入れる」しかないですよ。



佐々木理事長

だから、「どうやったらこの人たちができるだけ少ない衝撃で受け入れられるのか。この人がいかに軟着陸できるのか」といったことを医療職や介護職、下河原さんのような人たちと、みんなで連携してやっていきます。ただ、あまりここで医者がでしゃばると、結局、最後は医療で管理することになってしまう。医療というものは、命を救うために本来は機能してきたものですから、先ほど、下河原さんもおっしゃった通り、人生の最後に近づけば近づくほど、医療でもとに戻せる余地がだんだん少なくなっていくんです。

相対的に「弱っていくと医療依存度が高くなる」と多くの方は思っているけれども、逆ですね。死期が近づけば近づくほど、医療でやれることはどんどん少なくなっていく。最期までその人の「生活」を、安心して納得して過ごせるようにサポートしていく。つまり、ケアですね。医療の役割が相対的に低下して、最終的に亡くなる直前は、もうケアだけでいい。死亡診断書を書くときだけ医者が行く感じじゃないかと思います。

だから、お医者さんがでしゃばると何となくうまくいかないこともあるので、僕らはなるべくケアする人たちが安心してケアできるように、介護職に対するエンパワーメントと、家族に対して、今の選択が本人にとって最良だという確信が持てるようにバックアップをする。このあたりが僕らの仕事だと思います。

(紀伊) ありがとうございます。やはり「最後は医療よりもケアなんだ」ということなんですね。そこは、医療側も今までの価値観を変えないといけなかもしれないし、私たちも意識を変えていく必要があるかもしれませんね。

「ご家族に納得していただいて」というお話もありましたので、角田さんにお聞きしたいと思います。銀木犀みみたいな高齢者の住まいが日本全国にあるのかというと、まだなかったり、あるいは佐々木先生のような在宅で診ていただける先生もまだ少ないなかで、ご家族も最期が近づくと思われたり不安になったりすると思います。また、「親を施設に入れるなんて」みたいな抵抗感をお持ちの方もいらっしゃるかもしれません。そのあたりのご家族の心理について、今までいろいろ相談を受けたなかで感じになっているところがあればご紹介いただきたいんですが。

(角田) 仕事と介護を両立していると、本当にそれが長きにわたるので、疲れ切ってくると思うんですね。本当に疲れてしまって、私実際に受けた相談でも、「もう親に死んでほしいと思ってしまう」とか、朝起きたときに親御さんが生きてると、「あ、まだ生きていていると思っっている自分がある」という。そこまで思い詰めていらっしゃる事例がありました。

もうこのままでは仕事をやめなければいけないかもしれない。でも、その方は独身だった事もあり、仕事をやめしまうと自分の将来が不安だから、ケアマネージャーさんと相談して、お母様を施設に入れました。

家でみていたときは、とにかく時間に追われて忙しくて、お母さんの顔なんて見ないし、会話なんてなかった。でも、施設に入れた後は、面会に行くと、ケアはプロの方にやっていただけるわけだから、やることがない。そこで、初めてゆったりした気持ちでお母さんと向き合っただけで会話ができたと感じました。



角田室長

その施設がよい施設かどうかは別問題にしまして、「お母さん、施設に入れちゃってごめんね」とか、「今、私が仕事を続けられているのは、お母さんが施設に入ってくれたおかげなの」という、そういう何か「負い目」みたいな、あるいは感謝のような気持ちが湧いてきて、お母さんに対して、一緒に暮らしていたときはぎすぎすしていたんだけど、ゆったりいい感じになったそうです。「あ、これでこのまま看取っていくほうが私には幸せかな」みたいなことをおっしゃっていました。

本当にいい施設に入れられたらもっとハッピーですよ。「私も入りたいような施設にお母さんが入っていてくれるわ」となったら、もっと幸せな向き合い方ができるだろうなと思いました。

(紀伊) ありがとうございます。下河原さん、ちなみに、銀木屋は、ご高齢の方ご本人が選ばれるのか、それともご家族が選ばれて入居されるのか、どちらのケースが多いですか。

(下河原) まだまだ、ご家族に「だまし討ち」で連れてこられるケースが多いですけど、最近、ご自身で選んで、という方も増えています。先日、「カンブリア宮殿」という番組に出た影響もあって、80歳、90歳の方から「私、ここで死にますから」と普通に電話がかかってくるようになって、時代の変化を感じています。

(紀伊) ご本人としても、銀木屋のようなところがいいという方が増えてきているんですね。

(下河原) 増えていますし、問い合わせのほとんどは、「最後は医療にかかりたくないの」という方ですね。国民の意識が完全にそっちに向いているんですね。でも、そっちに向いているのに、そういうふうにはさせてもらえない環境がある。それを変えていくということが重要なと思いますね。

(紀伊) プレゼンテーションのなかにあった、入居者が地域住民を楽しませる夏祭りとか、入居者が店番をする駄菓子屋なども非常に先進的な取り組みだと思んですが、そういうもので入居者の方はすごく生き生きとされていますか。

(下河原) どうでしょうね。入居者のためにやっているというよりは、子どもたちのためにやっていますからね。お膳立てして、ずらっと高齢者を並べて、子どもたちを呼んで、お遊戯を一方的に見せるとかは、ちょっと「拷問」だと思えますね。普通に地域の子どもたちがいて、「交流したきゃ、交流すればいいじゃん」という感覚です。家にばあちゃんがいる、いちいち「交流」しないじゃないですか。そういう、「ちょうどいい距離感」みたいなものが大事だと思っていますね。

お祭りはすごく楽しいですね。皆さん、役割を持って、地域の人たちに対して、自分ができることについて、力を発揮してくださっているの、そういう機会が年に何回かあるだけでも生き生きするというのはすごく感じますね。

(紀伊) 勝又さんには三つ目のパートでまたお聞きしたいと思うんですが、こういう地域コミュニティに関して、武蔵野市での取り組みをお話しいただけますでしょうか。

(勝又) 市内の有料老人ホームの例ですが、入居直後なかなか施設になじめない認知症の女性がいらっしゃいました。当初、施設の職員さんは、その方の対応にかなり苦労されたそうです。対応について検討するなかで、その方は若いころから朗読が得意で、部屋にも絵本がたくさんあったことから、近くの保育園と交流をするプログラムで、その方に読み聞



勝又課長

かせの先生になっていただくことにしました。

最初はその認知症の方のケアから始まりましたが、それが定例的に実施されるようになり、その方が楽しみにしてくださるということに加えて、園児がお母様にその方を紹介したり、卒園し小学1年生となった子どもがランドセルを背負ったまま挨拶に来る、等地域のなかで交流が広がっていったという例があり、非常に印象に残っています。

その方には「読み聞かせの先生」としての役割があり、そのために練習をしたり、子どもたちが来るときにはおしゃれをして待っている、というお話を聞くと、活動の成果を感じますし心温まる話だと思います。多世代交流など地域に根づいたものというのはそういうところが大事だと思っています。

(紀伊) 「生活」というのは、3食ちゃんと食べているかということ以上に、役割とか楽しみみたいなものをいかに自然に持てるのかということ、そのあたりが非常に大事ですね。ありがとうございます。

西沢さん、ソーシャルインパクトボンドの話も含めて、高齢者住宅で最期を迎えてもらうほうが結果としてコストがかからないというお話もありましたが、社会保障の観点から見て、下河原さんのお話を聞かれてどうですか。



西沢主席研究員

(西沢) 私は社会保障制度を研究しています。皆さんお感じだったと思いますが、本日登壇される皆さんは、特別な方だと思うんです。私も「銀木犀に入りたいな、病気になったら佐々木先生に診てほしいな、武蔵野市に行きたいなとか、wiwiwに相談したいな」と思います。皆様、素晴らしい方です。これから高齢者人口が増えて、年間160万人が亡くなっていくなかで、果たして、皆が皆、こういった方にめぐり会えるかという視点で、コメントをさせていただきたいと思います。

そうしたなかで、下河原さんのサービス付き高齢者向け住宅は、税金に依存しないという意味で非常にサステナブルだと思っています。介護サービスと、住宅=ハウジングを切り分けられていることで、下河原さんのビジネスは住宅のところで成り立っているので、過剰に介護を提供しようとしなくていいですし、そういった意味で、非常に素晴らしいと思います。

1度、浦安にある銀木犀にお邪魔させていただいたんですが、先ほどのスライドの通り、非常にセンスがよかったです。駄菓子屋さんや1階のフロアに浦安の子どもたちがいて、正直、結構やかましいなと思いました。でも、そのやかましさも含めて「生活」ですよ。フロアの飾り棚に小さく、「お互いを尊重しましょう」みたいなことがかわいい字で書いてあったんですが、きっと煩わしい人間関係も「生活」の一部だと思うんですね。住まいとは、単なるスペースではなく、そういったものなのだと非常に気づかされました。政府の議論では、例えば床面積何平方メートルであるとか、介護士を何人配置というふうに外形的に決めますが、決してそうではない「住まい」というものを気づかされました。

銀木犀のレストランのテーブルや椅子は無垢の木材でできていて、これもまた非常にセンスがよくて、昼食時には近隣の方にランチを提供されるそうです。近所のお母さんが赤ちゃんを連れてきたりもするのでしょうか。そうやって「地域の方が普通に隣にいる」ということが、「生活」であるわけですが、これはなかなか、普通は発想できないなと思った次第です。

そこで生活のなかでお掃除されたりお料理されたりすることで身体も元気になりますし、それによって、自分がどういうふうに死生観を持っているかということが銀木屋のスタッフの方に伝われば、最近では終末期の指示書のような話もありますが、あえて書かずとも分かってくれているかもしれません。(紀伊) 下河原さんにもう一つ確認なんですけど、最初のスライドでも、「これからは多彩な共同住宅が必要な時代」とお書きになられていましたし、「住宅」とか「住まい」という言葉にすごくこだわりをお持ちなのではと思ったのですが、いかがでしょうか。

(下河原) 「高齢者施設」というと、「施設」ですよ。「高齢者住宅」というと、ちょっと次のフェーズに行っているような気がして。でも、自分自身が高齢者住宅を運営していながらも、高齢者だけが集中していることに違和感を感じてしまいます。もはや普通の賃貸住宅でいいじゃないか、と。そこにお住まいの方々がみんな支え合うような、現代版長屋をつくってみたいという思いがあって、そんな時代になったらうれしいなと思っています。

(紀伊) ありがとうございます。最期まで「生活の場」をいかに確保し続けるのか、ここが非常に大事なという気がいたしました。

では、次のパートでは「医療の在り方」について、佐々木先生からプレゼンテーションいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(佐々木) 皆さん、こんにちは。私は在宅医療をしております内科の医師の佐々木淳と申します。

「超高齢社会における医療のあり方」ということで、「治す医療から幸福を支える医療へ」というテーマでお話をしたいと思います。

## 医療法人社団悠翔会 組織概要

**YUSHOUKAI is the largest home medical care provider in Tokyo Metropolitan Area.**  
 In 2006, Japanese government defined the "Home Medical Care Support Clinic" in Medical Care Law.  
 We started to provide home medical care at the same time, and expanded our business in accordance with the request of the local community.  
 Now, we operate 9 clinics in Tokyo Metropolitan Area.  
 We work 365 days 24 hours and has supported the home life of over 13000 patients.

**12 Clinics**     5 in Tokyo, 2 in Saitama, 1 in Chiba, 1 in Kanagawa  
 All clinics has certified by the government as "High-Performance Home Care Clinic"

**76 Doctors**     28 regular doctors + 48 part-time doctors including 49 General physicians, 12 Palliative care specialists and 6 Psychologists. covers all category except for Obstetrics.

**102 Co-Medical Staff**

- 4 Dentists
- 30 Nurses
- 2 Physical therapists
- 5 Dental hygienists
- 2 Nutrition specialists
- 4 Acupuncturists
- 3 Care managers
- 12 Medical social workers
- 18 Medical secretaries
- 22 Distribution staff

**3,450 Patients**     2200 at home, 800 in nursing home  
 1400 new patients yearly

**760 Deaths**     560 Deaths (73.7%) at home yearly

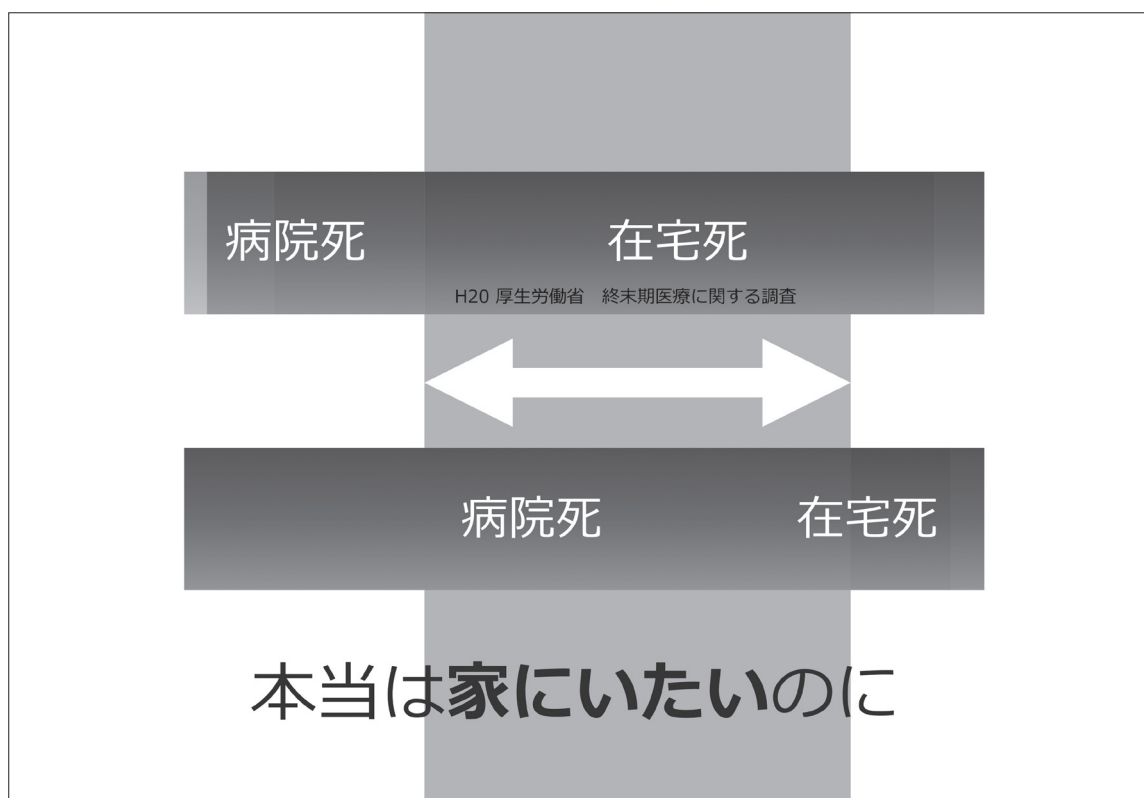
**128,320 Visits**     96,250 regular visits +7,380 emergent visits by doctors yearly

**32 Cars**     30 Cars runs

**363.300 Km**     33,330km yearly to visits patients home.

● 訪問診療クリニック

私たちは現在、首都圏に12カ所の診療所があり、76名のドクターが、常時約4,000名の患者さんの人生の最後を24時間体制で見守っています。年間1,000名ぐらいの方が亡くなられて、そのうちの約7割の方をご自宅や下河原さんがやっぺらいらっしやるような高齢者向け住まいのなかでお見送りしています。



最期をどこで迎えたいかということについて、先ほどの齊木大さんのプレゼンテーションと重なりませんが、おおむね半分を超える方々が「できれば最期は自宅で」という意思表示をされていらっしやいます。しかし、実際は、8割ぐらいの方が病院で亡くなっている。OECD加盟国のなかでも、このギャップが日本はかなり大きい、ということが以前から言われています。

亡くなる方がこれからどんどん増えていきますし、これまではずっと増加する死亡者を病院が受け入れてきたのですが、ベッドはこれ以上増えませんし、病院も治せない人たちは受け入れられないようになってきています。そうすると、ここから先、増えていく死亡者をどこで受けとめるのかというと、やはり自宅や老人ホームなど的高齢者住宅ということになるのだと思うのです。

各国で比較をすると、オランダ、スウェーデンは病院で亡くなる方が約3～4割ですが、日本は8割近い方が病院で亡くなっている。残りは自宅と施設とを合わせて約2割ですが、この在宅死のうちの約半分は、「明るい孤独死」とは異なり、何となく誰にも気づかれずに、警察によって検案されて死亡と判断されるケースです。実は、きちんと看取られている人はかなり少ないですね。こんな状況で果たしていいのか、というところです。

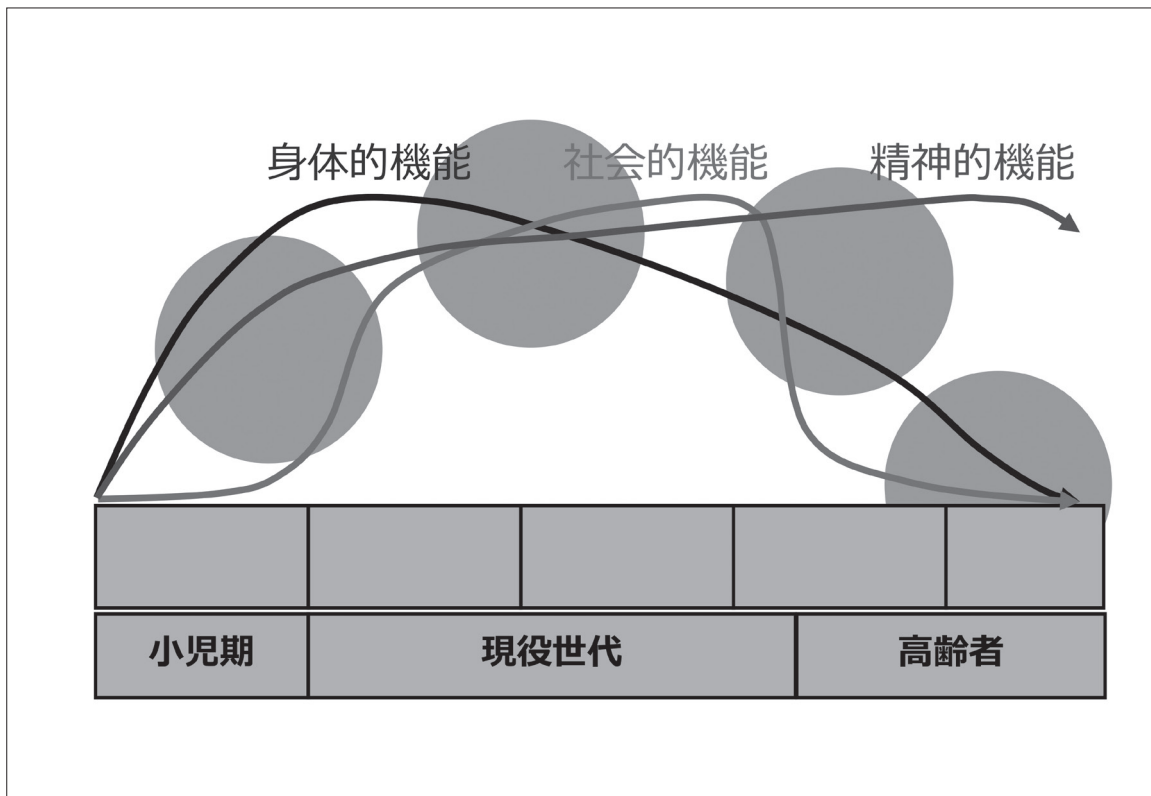
## ▶ 日本の現状は異常

	病院死	自宅死	施設・集合住宅死	
オランダ	29.1	28.9	38.2	3.7
スウェーデン	42.0	20.0	38.0	
アメリカ	43.0	25.4	21.7	9.9
イギリス	49.1	22.1	21.4	1.8 5.7
フランス	57.0		25.1	12.3 5.7

なぜ、日本人は病院で死ぬのか。要因としては恐らく二つあるのではないかと思います。一つは、死ぬまで治療するからです。「治療のやめどき」がわからないのです。「よくわからないけど、心配だから病院に行ってしまう」ということを多くの方がやっていて、人生の最終段階、最後の最後に救急車を呼ぶ、という方がまだまだ多いんですね。二つ目が、自宅で介護ができないから。本当はいろんな選択肢が地域にあるはずなのに、「とりあえず病院に送って」おけば、目の前からその人はなくなります。「死ぬまで治療する」という部分においては、なかには「1分1秒でも長く生きたい」という明確な人生観を持っている方がいらっしゃいます。そうであれば、それをサポートするのが我々の仕事ですから、もちろん、最後まで頑張ります。しかし、実は、大部分の方はそうではないんですね。大部分の方は、いつ治療をやめていいのかがわからない。「先生、お任せします」と言っていたら、最後まで治療されて、結局、最後の最後は点滴でつながれて、生きていたのか、「生かされている」のか、よくわからない状態で旅立っていく。

自宅での介護について、先ほどから話が出ているように、実際に地域にはいろんな選択肢があるんですが、どこに何があるかがわからないし、どれが自分にとって最適なのかもわからない。実は、一人暮らしでも最後まで暮らし続けることはそれほど難しくないのですが、周りが無理だと言ってみたり、本人が自分でだめだと思ったりするんですね。このあたりについて、やはり私たちはきちんと知識を持つ必要があるだろうと思います。

医療の役割を考えると、まず、私たち、人間という生き物について、皆さんによく知っていただきたいですね。我々は生き物ですから、身体の機能にはピークがあります。人間という生き物の身体の



ピークは大体20歳ぐらいと言われていています。お見受けしたところ、ここに10代の方はいないですね。ということは、皆さん一人残らず、「人生下り坂」です。でも、こうやってここに集って、明日のことを心配しながら、一生懸命未来に向かって進んでいる。

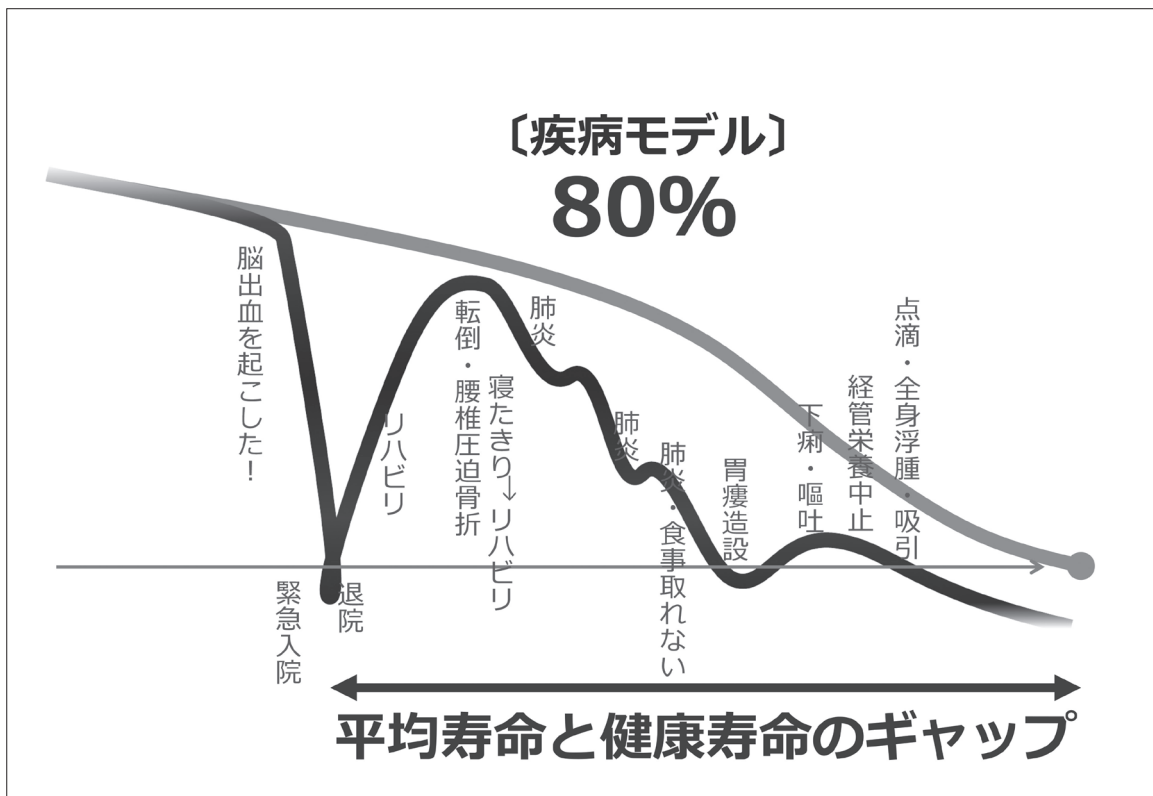
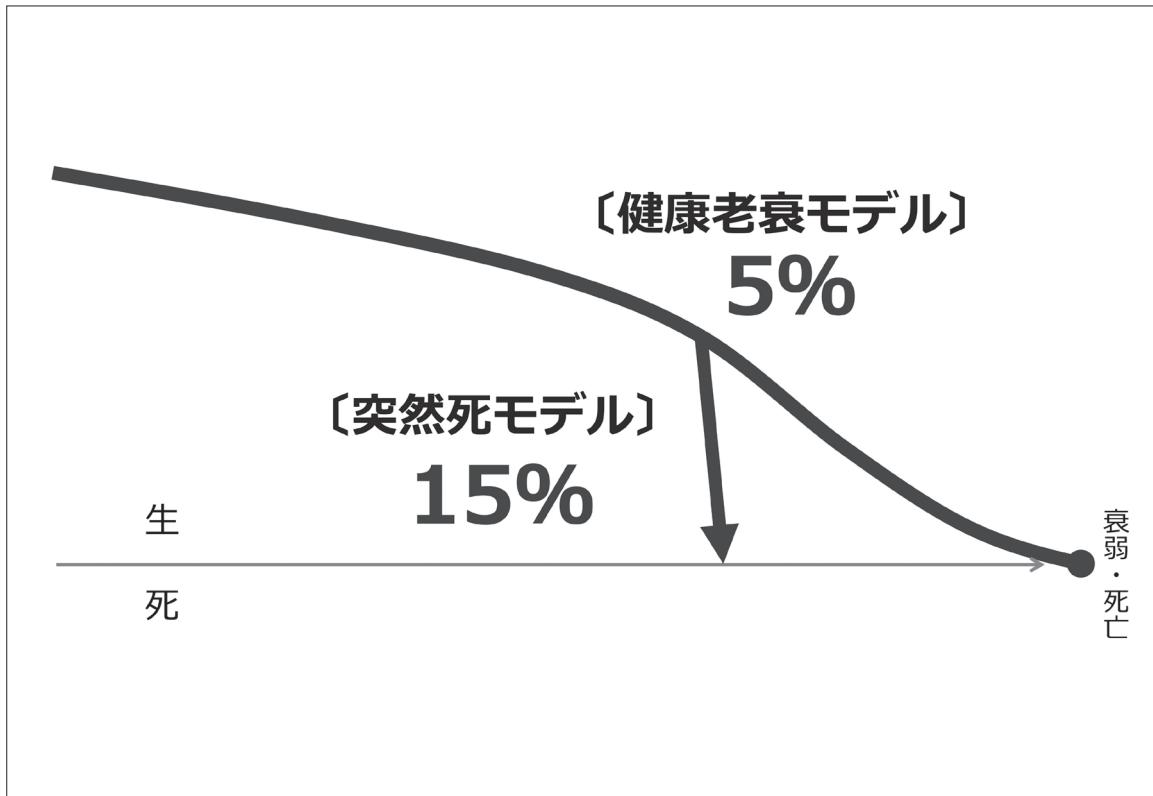
何故そんなことができるのかというと、やはり社会のなかに役割があるからです。私たちは社会に貢献することで、自分が生きていることを実感している。社会とのつながりは、とくに男性にとっては大部分が職場です。日本は定年制度があるので、大体60歳から65歳の間で男性の多くはこの社会的な機能を奪われて、やる事がなくなって家にいる事になります。家にも奥さんはあまり口をきいてくれない。そうすると、どんどん弱っていくんです。

それから、身体的機能、社会的機能に加えて、心の機能（精神的機能）があります。精神的な機能は、生まれたときから成長が始まって、死ぬまで成長が続く。認知症になっても精神性は保たれると言われてています。

大きくこの三つの機能について考えてみると、我々の人生は四つのフェーズに分かれます。一つは、すべての機能が成長する子どもたちです。二つ目は、身体は日々弱っていくけれども、社会的、精神的には充実が続く私たちの世代。そして、身体は元気なのに、やることを奪われてしまう前期高齢者。その後、身体もだんだん言うことをきかない、やりたいこともできない、しかし、心は元気で、そのギャップに苦しんでいる後期高齢者。一概に高齢者といってもいろいろな高齢者がいるんだということがわかります。

人生の最後の10年について、身体の機能が穏やかに弱って死んでいくのが「健康老衰モデル」という





パターンですが、今、死亡診断書に「老衰」と書いてもらえる人は大体7%ぐらいしかいないです。生物学的に老衰という死に方ができている人は、5%ぐらいと言われています。20人に一人です。

一方、元気なときに予期せぬタイミングでお亡くなりになる方もいます。突然死とかピンピンコロリと言いますが、高齢者も含めると、これは15%ぐらいと言われています。

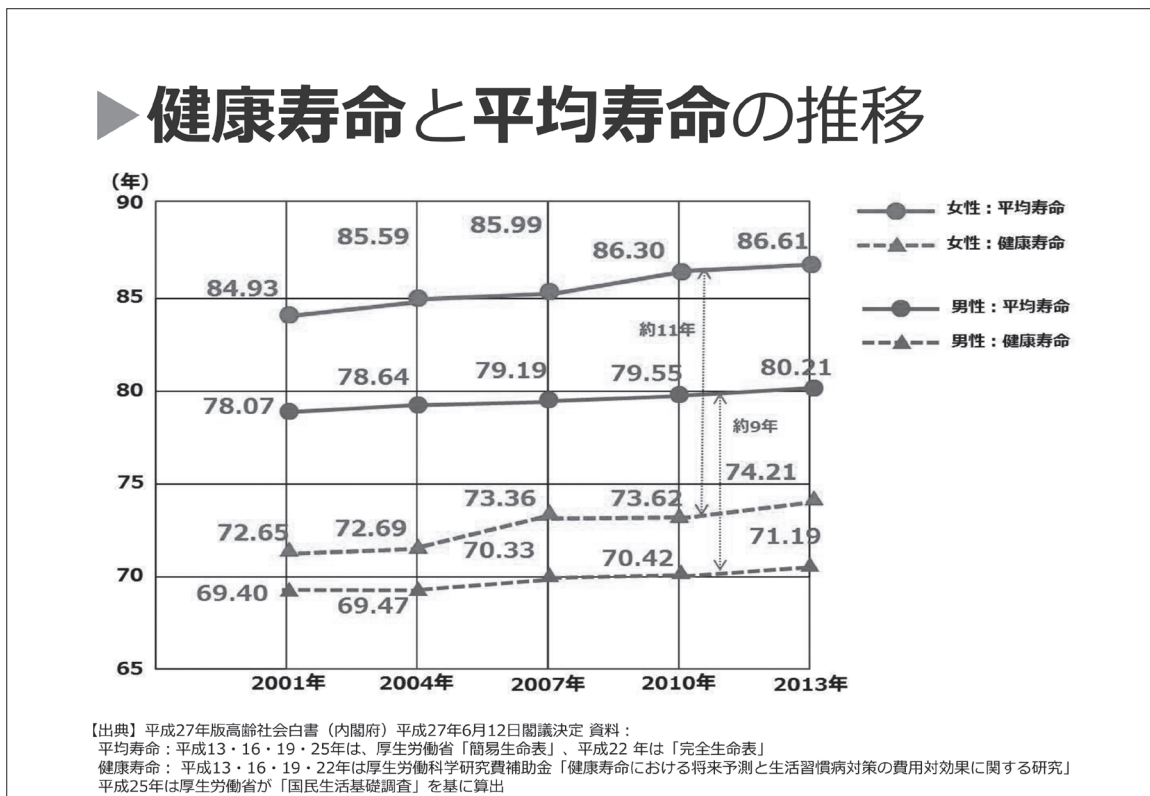
残りの8割の方々は、最後、どういうふうにご逝去してあげればいいのか、興味がありますよね。

80%を占める「疾病モデル」はこんなイメージです。「人生山あり谷あり」と言いますが、私たちの人生の老後は、最初、谷間がやってくるんですね。命の危機です。何か大きな病気をして救急搬送される。急性期病院で一命は取りとめた、リハビリもした。何とか退院できたけれども、もとのレベルまでは回復しない。

そうこうするうちに要介護状態になります。転倒して骨折して、リハビリして元気になったと思ったら、今度は、肺炎を起こす。肺炎というのは1回やると繰り返します。2回、3回と繰り返すうちに、御飯がだんだん食べられなくなっていく。そして「どうしますか、胃瘻にしますか、点滴にしますか」と言われ「お任せします」ということになって、点滴にしても、胃瘻にしても、最後は喀痰吸引などいりんなことが必要になるので、多くの方は病院で生かされて、最後に心臓がとまったら死亡診断書を書かれる。そんな感じなんです。

目を覆いたくなるかもしれませんが、8割ぐらいの方がこんな感じで病院で亡くなっているのが、今の日本の現状です。

緊急入院して具合が悪くなってしまふ。そこから先に、こんな生き方をしたくないということで、



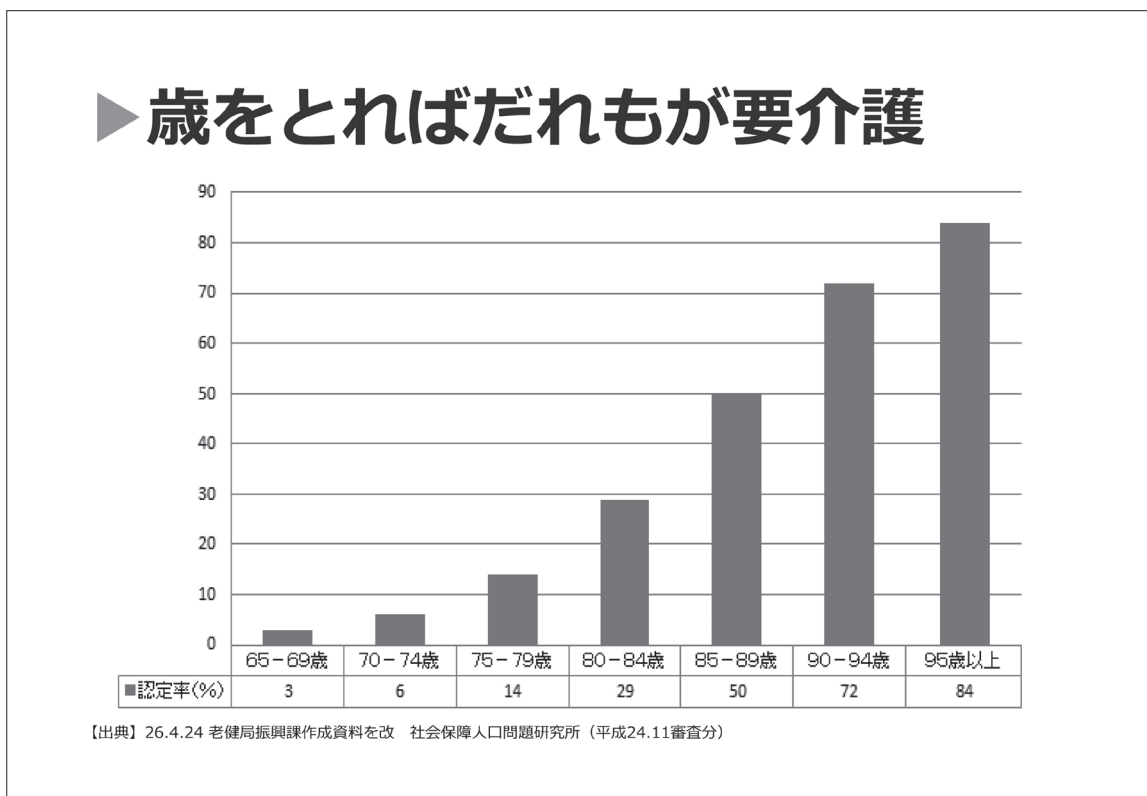
「健康寿命を延ばしましょう」と皆さんも一生懸命やっていると思います。歩いてみたり、脳トレをやってみたり、それをやっていただくのは全然構わないと思います。しかし、現在、日本の健康寿命と平均寿命のギャップがどれくらいあるかご存じですか。

現在、男性の平均寿命は81歳を超えています。女性は87歳を超えました。では、健康寿命はどうでしょうか。男性の健康寿命は、最新のデータで71歳です。女性は75.5歳ぐらいです。男女とも、人生の最後の10年は健康ではない状態で、誰かの助けを受けながら生きている。この10年間でできるだけ短くするために、厚労省も、経産省も、総務省も健康寿命延伸プロジェクトを国家的に取り組んでいるわけです。

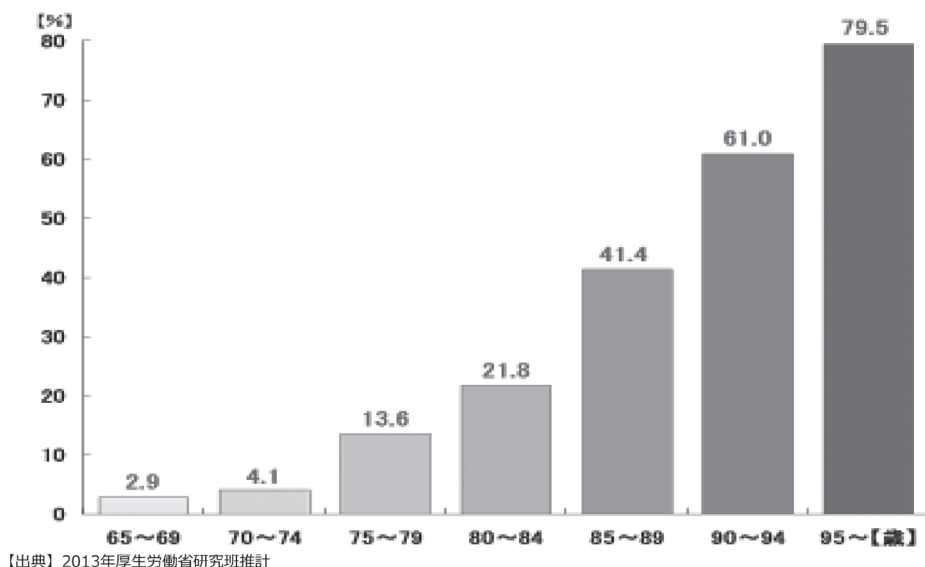
過去12年間で健康寿命は2年近く延びたんです。では、健康寿命が2年延びた分、平均寿命と健康寿命のギャップが2年間縮まったのかというと、残念ながら、そうは問屋が卸さないんです。健康寿命が2年延びると、平均寿命も2年延びます。ということは、「人生の最後の10年は不健康な状態で生きている」という状況は、健康寿命を幾ら延ばしても実は変わらないということなんです。

要介護になりたくないからといって筋トレをするのは結構ですが、筋トレをして5年健康寿命が延びたら、寿命は5年延びます。認知症予防といって、皆さん頑張っていますが、どんなに頑張っても、長生きすれば、いつか必ず認知症になるんです。残念ながら、認知症になりたくなければ、認知症になる前に死ぬしかないんですね。

見ていただいたらわかる通り、95歳を超えたら80%が認知症、100歳を超えたら95%が認知症です。だから、こういうものを避けようという努力は、もちろん、やったほうがいいですが、それは避けて



## ▶ 歳をとればだれもが認知症



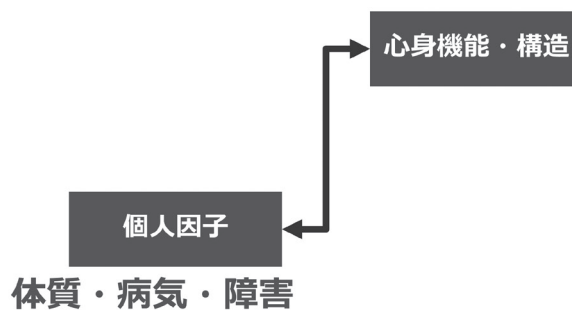
いるのではなくて「先送りをしている」ということですね。しかし、決して先送りできないのが、この最後の10年間。この時期をどう過ごすかということが、今、私たちには問われているのだと思います。

皆さんは身体の機能が弱ってくれば、救急車を呼んで病院に来ます。そうしたら、もとのレベルに戻してくれますよね。しかし、これが死ぬまでできるかという、そうではない。いつか必ず私たちの身体的機能はゼロになります。ゼロになるポイントで病院に行っても、病院でやれることは何もないのです。

でも、よく見てください。延ばせる部分が残っていますよね。「社会的機能」は延ばせるのです。「社会的機能」と書くのが難しいですが、これは要するに、私たちの「生活」や「人生」そのものですよ。今は、何となく歳をとったり身体が弱ったりすると、この「社会的機能」はどうでもいい、ということになりがちですが、それはむしろ逆でしょう。身体的機能は幾ら頑張っても落ちていくのだから、もうそこにこだわらずに、社会的機能にこだわったらどうですか、というのが私たち在宅医療の考え方なんです。どんなに身体の機能が弱っても、最期までその人が安心できる、納得できる生活や人生を送れるように支援するのが私たち、医療や介護の仕事です。

しかし、そのために重要なことが二つあります。とはいえ、身体が弱っていくのは心配だし、いろいろ不自由も出てくるので、身体の衰弱にどのように向き合うかというのが一つ。二つ目は、最期まで自分の人生を生き切るということですね。弱っていったら要介護になったら、後は私たちに任せなさいと言って、人の手で最後は生かされていくのではなく「いや、最期まで俺はこうやって生きたいんだ」ということをしっかりと意思表示をして、それが実現できる状況をつくっていくということです。

人生には「療養の時期」が存在する。  
それは、病気や障害とともに生きる時間



# 医学モデル

国際疾病分類・国際障害分類

医療・介護・支援

環境因子

個人因子

体質・病気・障害

心身機能・構造

生活

参加

健康

生活機能水準

障害

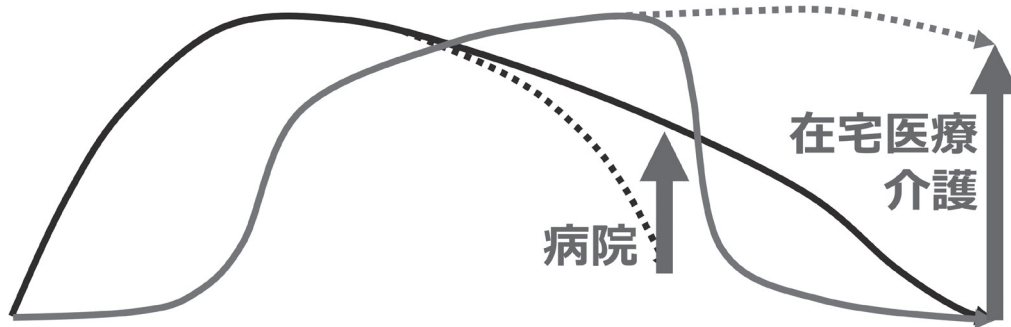


# 生活モデル

## 国際生活機能分類

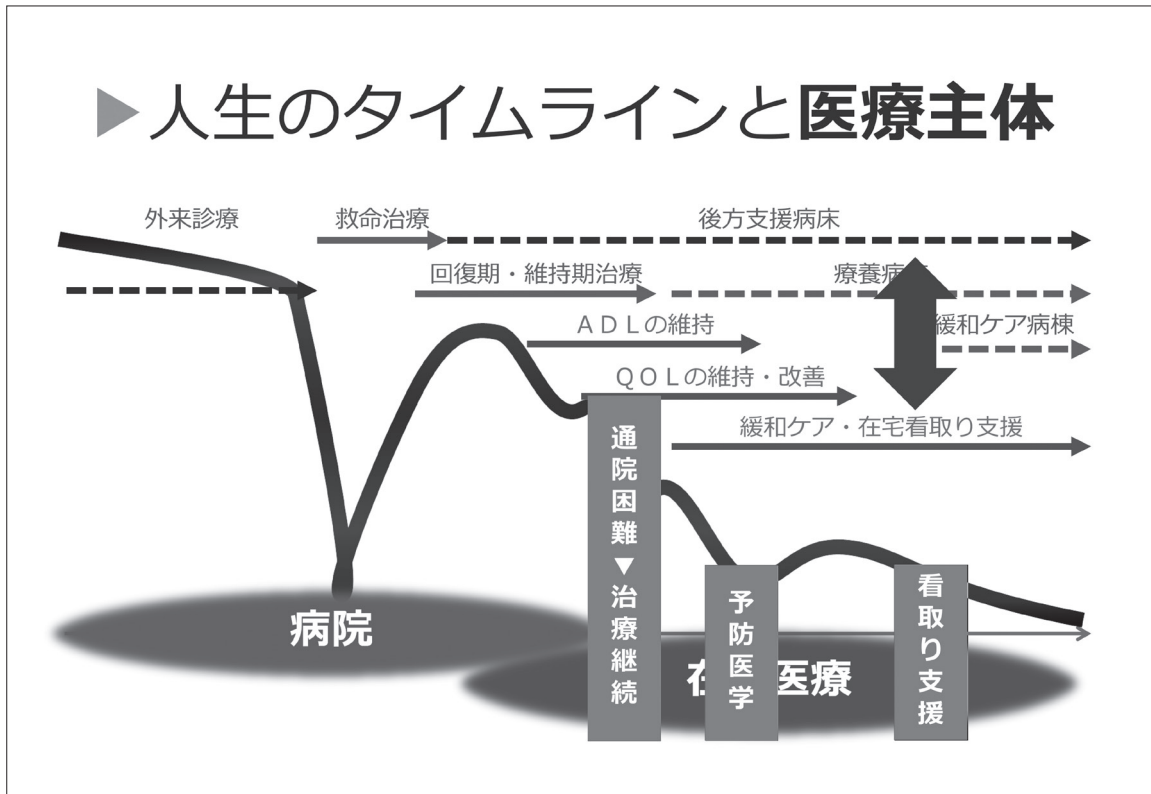
身体的機能

社会的機能 = 人生・生活



【1】衰弱していく「身体」と向き合う

【2】最期まで自分の人生を生き切る



医療に依存していただくことは、医療を商売にしている私たちにとっては大変ありがたいことですが、それで必ずしも皆さんがハッピーになるわけではありません。元気なうちは外来に通院する。そして、具合が悪くなったら救命救急治療を受ける。それが終わったら、回復期・維持期の治療に移っていく。これが通常のコセ方です。

この間は病院に行けばいいと思うんですが、相応に身体が弱ってくると通院ができなくなります。通院できなくなると何が起るかという、健康管理が困難となり、身体が急変するんです。その結果、救急車で何回も病院に行ったり来たりしているうちに病院で亡くなる。

そうではなくて、通院できなくなったら、在宅医療でしっかりとサポートする。そのうえで、予測できることをきちんと予測して、回避できる急変をできるだけ回避する。そして、最後は自宅で過ごす。こういう状況は、きちんと在宅医療という制度を利用いただければ可能なんです、多くの方は死ぬまで救急車で病院と自宅を行ったり来たりしています。人生のフェーズに応じた最適な医療を利用していきましょうということです。

それから、もう一つ重要なこととして、私たちは、人生の進行に伴ってリスク要因が変化するということがあります。例えば皆さんのような現役世代の方にとって1番の敵は何かというと、恐らく、心筋梗塞、脳梗塞、癌です。心筋梗塞と脳梗塞は動脈硬化やメタボリック症候群からきますから、病院のお医者さんたちは、「太っちゃだめだよ、血圧はちゃんと治療しなきゃだめだよ、血糖値下げなきゃだめだよ」と言うと思います。

しかし、歳をとってくると、逆なんです。例えばお年寄りに関して言うと、男性だと肥満体と言わ

## ▶何のための医療？

### 健康な人生をより長く

- 食べすぎない
- 太らない
- 喫煙×飲酒×
- 血圧しっかり下げる
- 血糖しっかり下げる
- 脂質しっかり下げる
- 薬をちゃんと飲む

### 残る人生をより楽しく

- しっかり食べる
- 体重を増やす
- 喫煙◎飲酒◎
- 血圧は下げ過ぎない
- 血糖は下げ過ぎない
- 脂質は下げない
- 薬はできるだけ少なく

動脈硬化・メタボ

低栄養・フレイル・ロコモ

れている体重よりもちょっと太い人たちのほうが要介護になりやすく、死亡率も低いということがわかっています。女性も、実は、ぽっちゃりしている人たちのほうが長生きなんですね。実は血圧も、ちょっと高めの人の方が長生きです。血糖値は、糖尿病をちゃんと治療している人たちのほうが死亡率が高い。コレステロールをちゃんと治療している人たちのほうが死亡率が高いんです。動脈硬化をターゲットにしなければいけないのは現役世代です。歳をとったら、血糖値もコレステロールも、これは全部栄養なのです。栄養状態が悪くなるということが、実は、その人の抵抗力を低下させて、転倒や骨折や寝たきりや認知症のリスクになり得ます。

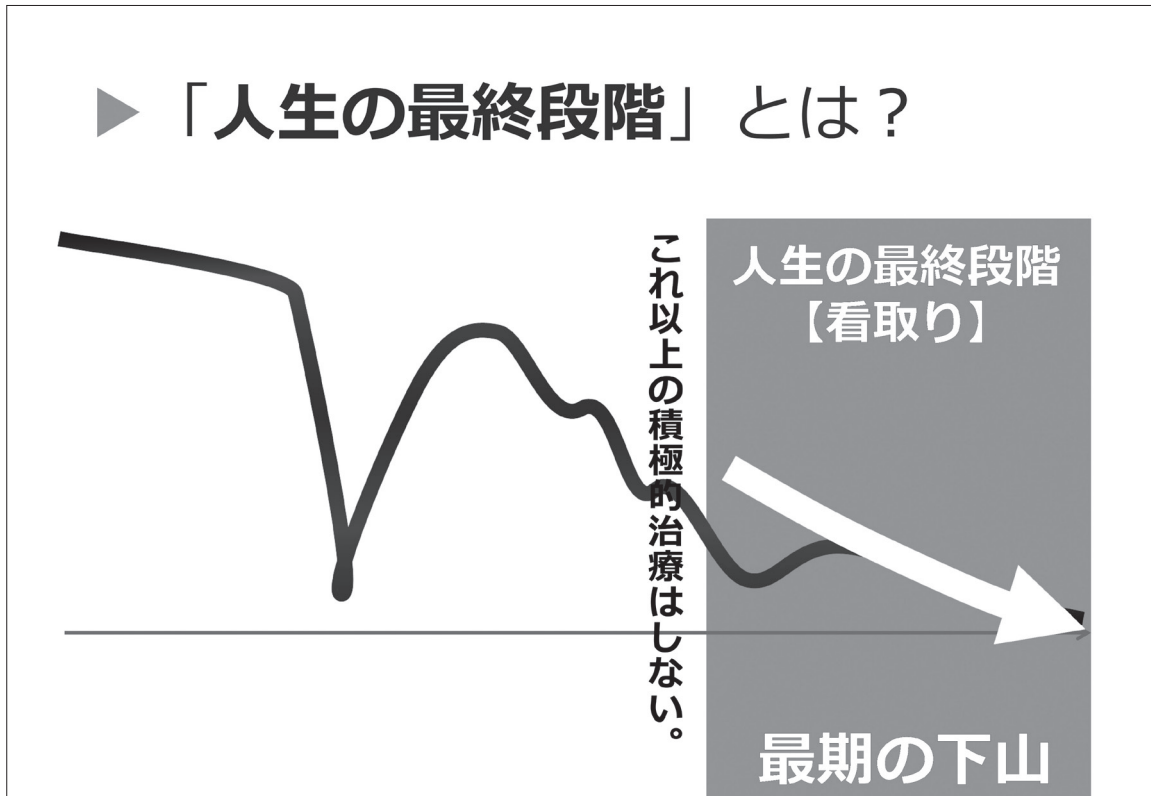
若い人たちとお年寄りでは全くリスクが逆転するんですが、日本では歳をとっても、若い人と同じ治療をするので、それによって要介護になっている人たちが結構いるのです。何のための医療なのでしょうか。

ここにいらっしゃる皆さんは、できるだけ健康な状態で、できればもっともっと働いていただきたい。そのためには、食べ過ぎない、太らない、たばこやお酒はできればやめる。血圧も血糖もコレステロールもちゃんと下げる、薬はちゃんと飲んでくださいとなります。健康寿命が終わってきていると思われる人々にはその状態でできるだけ楽しく過ごしていただくよう、しっかり食べて体重を増やす。たばこは吸っても、お酒は飲んでも、残りの寿命は変わりません。血圧は高いほうがいいし、血糖は低いほうがいいし、コレステロールも高いほうが長生きです。そして、薬はたくさん飲むと転んだり誤嚥したりするので、できるだけ少なくしたほうがよいでしょう。

フレイルという言葉があるんですが、ちょっと身体がヨタヨタしてきたな、ちょっと物覚えが悪くな



ってきたなと思ったら、「健康な人生をより長く」から「残る人生をより楽しく」にシフトしていく。果たしてどこで切り替わるのか、このシフトのタイミングをずらすと悲劇が待っています。



人生の最終段階では、「できるだけ楽しく」といっても、死にどんどん近づいていきますから、あとどれぐらいでこの人は着地かなというのが見えてきた段階で準備をします。その準備が、私たちが「看取り」と呼んでいるものです。

この「人生の最終段階」というのはどこからなんだという、定義は非常に難しいです。「これ以上積極的に治療しても、このおじいちゃんの残りの余生はそんなに変わらないぞ。がんが治療しても、しなくても、そんな何か月も変わらないんだったら、面倒くさい治療はやめて、生きたいように生かさせていただきます」というのが、人生の最終段階の始まりです。つまり、優先順位が「より長く生きる」から「より楽しく生きる」に切り替わる時です。

そうなってきたら、僕らはたばこを禁止する理由がなくなりますよね。この人にとって「よりよく生きる」とはどういうことなのかを「個別に」考えていくということです。これは全然悲劇でも何でもありません。いつか必ず私たちは着陸しなければならない。「下山」というふうに僕たちは呼んでいます、人生の山を登り切って、これから下山をしていくときに、「あとは私たちに任せて」と言ってソリで落とすのではなく、最後はちゃんと花畑を見ておきたいのか、川を下りたいのか、崖から飛びおりたいのか、個々の希望を聞きながら決めていくということです。

齊木乃里子さんから「明るい孤独死」の話がありましたけれども、「看取り」というのは死亡診断を

## ▶ 看取りとは？

◎ 自宅で最期まで生活続ける

× 自宅で死亡診断する

老衰や病気によって、  
近い将来 死が訪れる状況にあっても  
最期まで その人らしく生きることを  
支援すること。

## ▶ 納得できる最期を迎えるために

1 ● 治らないという**現実を受容**する

2 ● 最期まで生活や人生を**諦めない**

3 ● **苦痛の緩和**は確実に

書くことではないです。我々の考える「看取り」は、自宅で最期まで「生活」を続けることなんです。老衰や病気によって、近い将来、死が訪れるという状況がもう変えられなくても、そこから先の人生を、その人らしく、最期まで生き切っていただけるように支援するのが「看取り」です。

そのために大事なことが三つあります。一つは、「俺の人生、もう最期が近いんだ、どんなに医者が頑張っても、この運命は変えられないんだ」ということを受容していただくこと。そうすれば、「何かあったときに救急車」ではなくて、「何かあっても俺は最期までここにいるんだ」と言えますよね。

多くの方がこれができないのは、これを受容するということは、人生を諦めろと言っていることと同義ではないかと思っているからです。しかし、そうではないですよと言いたい。逆に、「長く生きるための医療」を手放すことで、より元気に、最後のチャレンジ、冒険ができるかもしれません。「人生を諦める」ということと、「治らないことを受容する」というのは、意味が違います。「最期まで生活や人生を諦めない」、これが二つ目です。

三つ目は「最期まで自宅で」と決めたのであれば、痛い、苦しいなんていうことは絶対に起こらないように、私たちが責任を持って診ます、ということです。この3点が大事です。

いまどのあたりにいる？

ここから先の下山ルートはどうなってる？

自分にとって最適なルートは？

そのために必要な準備は？

そのルートで、何が起こる可能性がある？

それが起こったらどうする？

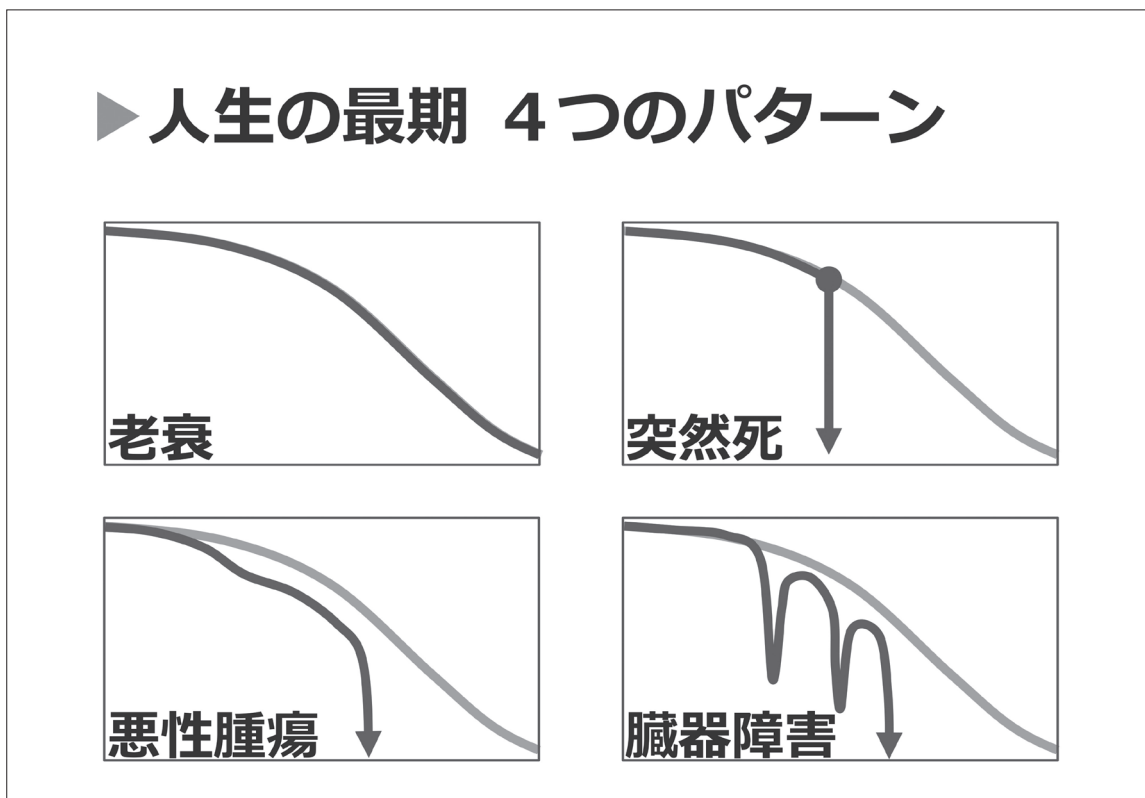
どんな選択肢がある？

現時点で準備しておくものは？

だれにガイドしてもらおう？

登山においては、登るのと下るのは違う楽しみがありますよね。ただ、人生に関して言うと、人生の登り方を教えてくれる先輩はたくさんいますが、下り切った人はみんな旅立っていきますから、下山の仕方を教えてくれる先輩はいないです。そうなってくると、下山の仕方を知っているのは、下河原さんや私とか、「最期」をたくさん見ている人たち、ということになります。

私たちが本当のガイドになれるかどうかわかりませんが、その人が穏やかな人生の下山を送れるように、対話を通じて、その都度その都度、必要な支援をしていくということです。この準備は、時間があればあるほど周到にできますが、早過ぎると違うルートを選びたくなったりもするので、やはり「最期まで寄り添っていく」ということが、すごく大事だと思います。



人生の最期は四つのパターンがあります。このパターンによって準備する装備品が変わってきます。老衰や認知症は、穏やかに落ちていきます。で、突然死する人、こういう人たちは介護が必要になりません。癌の人は、癌になって少し体力が落ちますが、ぎりぎりまで元気です。樹木希林さんも結構ぎりぎりまで映画に出ていましたよね。それから、たちが悪いのは心不全とか呼吸不全とか大きな臓器障害がある方。入退院を繰り返しながら、最後、急変するというパターンが多いです。どのパターンで亡くなるかによって支え方とか準備するものが少し変わってきます。

いずれにしても大事なものは、自分にとっての終末期、人生の最終段階というのとはどこなんだということを考えるということです。皆さんは「どこで医療を終わりにするか」は、皆さん自身が決めていいんです。

もう転倒して寝たきりになったら、それでいいとか、肺炎を起したら、1回目の肺炎で死んじゃってもいいとか、逆に、最後の最後まで、胃瘻までつけてほしいという人もいてもいいと思います。「どこまで医療をやるか」ということは、皆さん自身が決めるということです。それが「生きる」ということなんだと思います。

## ▶ 医療・ケア上の倫理的判断

治療は可能か

本人は  
どう思っているか

治療によって  
人生や生活は  
改善するか

家族や周囲は  
どう思っているか

Jonsenの臨床倫理検討シート（4分割表）

## ▶ 終活ノートの正しい使い方

重要なのは  
書かれた内容ではなく、  
書くことを通じてみんなと一緒に考えること

正解はだれにもわからないからこそ  
納得のためには、  
その決定に至るプロセスが重要になる。

これまでは「治療できる病気を治療しないのは倫理的でない」という考え方もありましたが、最近は、「治療できるかどうか」だけで「治療するかどうかを決める」のは倫理的ではないというふうな考え方が変わってきています。検討しなければいけないのは、「治療は可能か」「治療によって人生や生活は改善するか」「本人はどう思っているか」「家族や周囲はどう思っているか」の4点だと言われています。

98歳のおばあちゃんが4回目の肺炎になりました。肺炎だから、病院に行けば治療はできます。しかし、本人はもう入院したくないと思っている。家族も入院させるのはかわいそうだと思っている。入院したら肺炎は治るかもしれないけれども、御飯は完全に食べられなくなってしまうことがわかっている。だとしたら、入院なんかしないで、ここで行けるところまで行くという考え方だってありますよね。何が倫理的かというのは、各自が決めるということなんです。

## ▶ 一緒に考える

### Informed Consent

「説明と同意」



### Shared Decision Making

本人まかせ、医者まかせにしない。  
意思決定のプロセスをみんなで共有する。

### ACP : アドバンスケアプランニング

大事なのは「納得」です。一緒に考えるということですね。これまではインフォームドコンセントとって、お医者さんが患者さんに説明して、「わかりましたか」「わかりました」というやりとりです。「説明と同意」と書いていますが、実際には「説得と妥協」なんです。そうではなくて、自分たちで選びたい。そのためにはとことんまで話し合ひましょう。「あなたたちで勝手に決めて」じゃない、「お医者さん、お任せします」じゃなくて、「私、どういう死に方をするんでしょうか」「どういう死に方が一番いいんでしょうか」というのを一緒に話し合う。そのプロセスも含めて共有をしていくというのが、アドバンス・ケア・プランニングということなのだと思います。