

現代思想 6

昭和48年4月12日 第三種郵便物認可
平成14年6月1日発行（毎月1回1日発行）
第30巻——第7号

特集

超高齢化社会

* 討議

上野千鶴子 + 春日キスヨ + 市野川容孝 介護の社会化

浅井春夫 石井暎禧 小幡正敏

出口泰靖 寺澤恵美子 土井健司

西川祐子 長谷川まゆ帆 向井承子

村上陽一郎 武藤香織

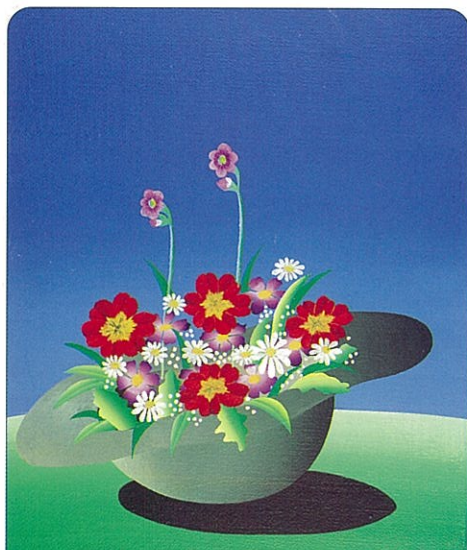
S・サッセン サービス雇用レジームと新しい不平等

R・パレーニャス グローバリゼーションの使用人

* 特別掲載

中野敏男 自己反省主体の隘路

脇 港
英 千
世 尋
* 連載



2002.

une de la pensée d'aujourd'hui

リスクとしての高齢者

医療からの放逐

石井暎禧／向井承子（聞き手）



社会的入院

向井 私は、八〇〜九〇年代にかけて老親ふたりをみとりました。いま風の言い方では「介護者」として、この間の社会保障政策の流れを体験したわけです。その過程では、老いて死んでいく人たちが本来持っていたはずの権利がしだいに薄められていく印象がありました。医療の場で高齢者の生きる権利がどんどん奪われているという実感です。医療や福祉とは、それが必要な人を支えるものと思っていましたので、老いて病や障害が重くなつて、だれかの支えを必要とするようになればなるほど、医療や福祉のサポートが逃げていくの

には混乱したものです。

でも、当事者とはそういうものだと思いますが、介護のさなかでは現実をこなすのに精一杯でなぜそうなってきたのか分からないのです。ただ、なにか変だ、社会の仕組みが大きく変化しているらしい、それも生きる権利に序列をつける形で、という直感はありません。しかし医療の問題は一般社会には実にわかりにくく、事情を最もよく知るはずの医療関係者たちも流れに加担しているだけに見えましたし、そうして社会問題にならずに時間が流れてきたのだと思います。その流れが私にもはつきり見えるようになってきたのは、この数年のことです。

ここ十数年、ものすごい勢いで社会保障の

たく問われていない。

ここでは、石井さんに医療の現場にいらつしやる立場から、いくつかのことを絵解きしていただきたいと思います。まず、「社会的入院」です。「医療の必要がないのに社会に受け皿がないために病院にいななければならない」状況というところまでは理解されていると思います。でも、ここから反射的に「病院にいれば薬づけ、検査漬けで管だらけで死んでいかなければならない」、だから「かわいそう」という印象に結びつき、それが「住み慣れた地域の自宅で死ぬるように」、「最後は尊厳ある死を」と短絡している印象です。

「在宅」が幸せて「病院はかわいそう」という道筋が初めから用意されているんですね。でも病院には医療が必要な人もいるし、第一、私の知る限り、医療費抑制政策の進行で老人は過剰医療どころか過小医療です。必要な医療も受けられず、地域に受け皿もないまま膠着状態になった「社会的入院」っていったいなんなのか。まずは、「社会的入院」ということばについて、医療の立場にいらつしやるところから絵解きをしていただけますか。

石井 社会的入院と言うからには社会的な理由があります。根本は高齢者が増えたことで

す。若い人にくらべると老人の方が障害を持つ人は多い。老人が増えると障害を持つ人が多くなる。この人達の面倒を社会がどうみることが問われています。社会が方針を持たなければいけないのですが、ないのです。障害への対策はあるかもしれない、けれども、障害を持った老人の生活を総体として考え、援助する基本のシステムができていない。

社会的入院について、厚生省がその存在を認め、対策を打ち出したのは、今年四月に出された医療費改定が初めてです。その対策たるや、患者の自己負担を増して、病院から追い出そうとするものです。長期入院病床を老人保健施設に転換するように誘導するのが、唯一の政策といえます。医療保険改革の問題としては正しいのでしょうか、問題の解決にはなりません。

ここに至った制度の流れを追って見ましょう。今問題になっているのは、老人病棟・長期療養病床といわれる病床に長期入院しているお年よりの問題です。このような老人は、諸外国では、老人ホームで生活しています。日本では制度上、健康な老人に対しては有料老人ホームや軽費老人ホーム、障害を持ち生活に困窮している人に対しては特別養護老人

制度が変わっています。表面的には「利用者主体」とか「すみなれた地で最後を」とか「高齢者に適切な医療を」など美しい文字がつぎつぎと登場してくる。でも、一連の政策の根底に一貫しているのは医療費抑制です。てつとり早い方法として「高齢者の医療打ち切り」策が専門家によって矢継ぎ早に提起され実行に移されている。この流れで無視できないのは、実は深刻な内容を政治的に託されて登場したことばが、いつのまにか日常的に使われるようになっていくことですね。たとえば、「社会的入院」とか「健康寿命」とか「ターミナルケア」とか「在宅」とか「尊厳死」とか「QOL」とか。井戸端会議にも登場するほどなじんだことばなのですが、その本質がまっ

ホームがありました。介護を必要な人への施設という類型はありませんでした。特別養護老人ホームは徐々に生活困窮者という条件をゆるめてきましたが、施設数が少ないため、生活困窮者への福祉施設という基本性格は、介護保険施行まで維持されてきました。入居は行政が一方的に決める措置だというわけです。

そこで、このような老人障害者の入所需要に応えたのが病院でした。しかし病院は治療の施設ですから、診療に対してお金を支払われるのであって、単なる入院では、報酬は費用をカバーしません。医療法の基準を満たさない少ない人員配置でコストセーブし、不必要な治療を行い、収益を増大させました。老人病院問題の発生です。

これに対し、旧厚生省は介護力強化病院、後には療養型病床という、医療従事者の定員基準を切り下げ、介護要員を増加させる施設類型を作り対応しようとした。この医療施設類型は診療報酬を定額制にして、医療をやればやるほど、損をするという制度としました。医療保険の中に医療を行かせない施設を作ったのです。医療保険で福祉施設を運営させるのですから、社会的入院が分かり難い

のは無理ありません。

さて介護保険は、このような老人の増加への対応策として発足しました。療養病床の扱いをどうするかが当然問題となります。つまり、この費用が介護保険の方でまかなわれるのか、医療保険でまかなわれるのかという財源問題です。介護が必要な人が入っているのだから介護保険でまかなおうというのが最初の方向でした。療養病床一九万床という計画が策定されました。そうすると、社会的入院に経営基盤を置いた病院は、介護保険が適用される療養病床でなければ生き残れないと考えるようになりました。一般病床を療養病床へ転換させる動きがどつと始まり、旧厚生省は慌てました。そこで療養病床を二つに分けて、医療保険に残ってもよいし、介護保険の適用になってもよいことにして、介護保険への流入を防ごうとしました。一応成功し、予定より少ない療養病床が介護保険に対応する介護療養型医療施設の認可を取りました。

見方を変えると、医療保険における社会的入院は減少しなかったわけです。そして、医療保険制度改革が問題になると、一転して、社会的入院が減っていないことが問題視されてきたのです。そこでもう一度、長期療養者

を介護保険へという政策が、医療制度改革の中心によりがえったのです。

向井 介護保険の出自は医療費対策だったというところで、社会的入院という言葉はいつ、だれが生み出したんでしょう。社会的という表現は立場によって意味が違ってしまふ。当事者からすれば、介護が必要なおとしよりを支える方法が世の中になかったばかりに病院に入らざるを得ない、こんな不幸な状況をなんとかしてほしいと社会の仕組みの充実を願うわけです。ところが国家側に立つと、同じことばが医療保険制度改革の視点からだけとらえられる。と、制度をまもるために高齢者を医療から「社会」に放り出せというような逆転が起きてしまふ。ところが社会の方も応じきれない。どちらから見ても高齢者が社会のリスク要因となるわけです。しかも、いち早く問題を表面化させたのは医療財政の側からでした。決して社会の人々の側になつて問題解決をはかるものではなかった……。問題の解決がはかられないまま、社会的入院が非難的になったのではないでしようか。

石井 社会的入院は、確かに最初は老人への過剰医療として批判されました。医療が必要

無いのに入院させていることへの批判が含まれていた。医療現場からいうと、退院させたいけれどもさせられなくて困るというニュアンスもある。日常的な矛盾です。社会的という言葉は、社会的介護システムの不在のもとで、国民皆保険・老人医療費の無料化というシステムが成立して初めて独特の意味を持ったのだと思います。

向井 でも、当事者にとっては医療だけがアクセスしやすかったんです。私も介護で倒れそうになった時、現実には救ってくれたのは老人病院」だけでした。

石井 一九六二年に国民皆保険になり、老人医療費の無料化がなされた。しかし日本では老人向けの介護施設を公的に作るという考えはなかった。特別養護老人ホームはあくまで貧困者のためのものであつて、基本は家族介護だった。老人の生活は家族が看るのが当たり前で、公的に責任を負うべきは医療だけだという考え方です。国民皆保険そして老人医療の無料化、老人医療は公的責任であると国が認めた段階から、社会的入院というものは始まった。

向井 高度経済成長期にみな都市に集まってきた、家族や社会の介護機能が落ちてきたと

き、アクセスが一番よかった医療が引き受けた。そこまではわかるし、医療の無料化がそのシステムに拍車をかけたということも分かる。ところで、よく言われるのが医療機関がそれで儲けようとしたということです。家族機能の解体を、いわば食い物にした医療施設が少なくなかったという批判に対してはいかがですか。

石井 それはその通りだと思います。「老人病院」というのは医療でもなく福祉でもないところに発生しているニッチ産業だった。ふつうの医療システムの中で老人を診ると、経営的に成立しない。他方、介護を必要とする人がたくさんいる。この状況と制度を利用したビジネスが発生するのは必然です。制度の乱用は医療産業だけにおこることではなく、制度の欠陥なのです。

向井 老人病院といつてもいろんな経緯があるようですね。

石井 老人病院と呼ばれる病院には二つのタイプがあります。はじめから老人病院として作られた病院は、ビジネスとしてできたものです。都市周辺の郊外に、中には一〇〇〇床という巨大病院もあります。それから、中小の一般病院が長期ケアを抱え込んでいつてず

るすると老人病院化したというのがある。

さらに、老人病院ができたのと同じ時期に老人の在宅医療が話題になり始めた。たとえば在宅医療でパイオニアと言われた京都の堀川病院は、病院が長期ケアを抱えると病院としての本来のことが出来ないから在宅医療をはじめたと言っています。

向井 さまざまな批判がありながら、老人病院というシステムは八〇年代前半に老人保健法で公的に認知されるわけです。私はその後の一〇年の変遷をまのあたりにしたのです。

在宅に戻る橋渡しをめざした老人保健施設も、介護を中心しようという介護力強化病院も体験して、行きどころのない高齢者をたくさん見ました。在宅なんてできない、一方で医療には確実にかかりにくくなっているわけです。少子高齢社会だから一言でくくられてしまふのですが、当事者からすればなにも解決していない。

石井 老人保健法は、基本的には老人医療費増加をどこが担うのかという財政問題から発しています。ただ、老人保健法は、在宅支援のための老人訪問ステーションや、病院に停滞している退院できない人が家庭に復帰するための中間施設、リハビリテーション施設と

して老人保健施設を作り出した。すでに発生していた老人病院問題への対応策として出発したといつていい。その限りでは在宅に向けての積極的な政策だったと言えます。しかし、その時、老人保健施設は福祉施設ではなく医療施設として位置づけられたのです。これは幻想です。家に老人を介護する機能がないからこそ老人がたまっているのだから、中間施設をいくらつくっても、家に帰れない。

でもパイオニアの人達は本気で在宅に戻す気で作ったのです。医療を施すべき人としてみると、生活に復帰するために努力する人として扱うのでは、患者さんのアクティビティーが変わってくることを実感したからです。しかし、施設が増え、病院にたまっていった人達が一斉に老人保健施設に行くと、それはもう中間施設ではなくなってしまうました。一方で病床規制が行われ、それまでの老人保健施設が作れなくなったので、代わって老人保健施設が新しい「老人病院」だと、医療供給側には思われたからです。

そして入所期間の限定を守って、老人保健施設をまともにやって行こうとした施設は、在宅介護をする家族の慰安のために老人を預かったり、不十分な介護力のため衰えた老人

の元気を回復させるショートステイ施設として、在宅ケアの支援施設という役割を持たせ、最初の構想に近い中間施設として機能しました。そうではないところは、たらい回しをしながら「第二特養」になったわけです。しかし介護保険ができて、実態に合わせて入所期間の限定をはずしたので、合法的に長期入所可能となり、老人保健施設の性格が長期介護施設に変わり、特養との違いが不明確になりました。

施設介護を巡る、このような流れと平行して、在宅介護や在宅医療という考えも広がってきました。「社会的入院批判」にこたえて、老人の介護を病院での入院を軸にしてはいけないという考えが中心でした。今でこそ、診療所が主体となつて、在宅医療が推進されていますが、最初は病院の退院後の患者対策として実施されたのです。

高齢者のトリアージ

向井 最近気になるのは「高齢者にふさわしい医療を確立」して「本人の意志を尊重して」「尊厳をもって安らかに最期を迎えられるような終末期医療のあり方」などというもつ

ともらしいことばで説明されていることです。日本に限らず、高齢化が進行している社会では危険な、しかも簡単な選択というのがあると思うのです。手のかかる人間の厄介払いですね。そういうことを考える人は必ずいるわけですし、社会が追い詰められるとそういうところに流れていくのは歴史が証明しています。

ここで、重要なキーワードとして「ターミナルケア」があります。たとえば、九七年に政府系の報告書にもなった「福祉のターミナルケア」は、簡単にいえば、おとしよりの最期の場合を医療から福祉に移した方がよいという提言です。これは、いわば高齢者の生活のすべてを医療が引き受けることになってしまった病院化社会現象へのアンチテーゼの意味合いはあったと思います。老人病院の悲惨な実情は知られていましたし。ところが、それが政治的な文脈で語られるために、経済効果まで託された安直な高齢者への医療不要論になっていく。

石井 最初は「医療モデルからの解放」という問題意識でした。人間のケアとか人間の生活という視点から、たとえ病気があっても障害があっても医療モデルから解放されなければ

ばならないということでした。ところが平成八年に出た「福祉のターミナルケアに関する調査研究報告書」には、「医療から福祉へのターニングポイント」という発想がでてきた。向井 報告書には医療から福祉のターニングポイントの条件が出てきますね。表面的にはQOLという観点で説明されるわけですが。石井 病状ではなく、年齢としたところがありません。たとえば筆者のひとりである竹中文明さん（外科医）は「九一歳で完全な痴呆状態の女性患者に透析が行われてもう三年になる。医療や家族との思いとは別に、透析を中止する積極的理由はどこからも出てこない」などと記している。中止する理由に年齢を考えようと主張しているのです。同じく報告書の筆者である広井良典さん（医療経済学）は「八〇歳になったらもう天寿と言っていいたい」と述べています。

向井 竹中さんは「ターミナルケア」を特集した雑誌の中で高齢者医療に「トリアージ」を提唱していたので驚いたのですが、これは大変なキーワードで、戦場で治療する人とならない人を緊急避難的に区分けていくための方法ですよね。

石井 トリアージというのは、まず人を三つ

に分けます。放置しても命に別状ない人、治療しても助からない人、治療すれば助かるかもしれない人。重い人は切り捨てる。軽い人も切り捨てる。問題は中間の人です。そして中間の人のうち助かる可能性が高い人が優先されます。これがトリアージの基本概念です。例外は、臓器移植のトリアージです。外科のトリアージは治療効果の確率によって決めますが、これは社会的な価値によって選別する。

この「価値のトリアージ」が老人に適用されようとしているのです。たとえば広井さんによると「ところでターミナルケアと一言で言ってもたとえば五〇歳の癌死と八〇歳以上での（事実上）天寿を全うしたような）死はその様相は大きく異なる」。現場にいる私たちはこれとは違う感覚を持っています。五〇歳でも八〇歳でも癌死は癌死です。医療的トリアージ概念からはこういう発想は実は出てこない。価値観による選別でのみ様相が違うといえるでしょう。竹中先生のトリアージは前者と後者の混合した考えから、老人医療にトリアージを適用せよと言う主張です。

向井 これ、体験的なんです。八〇年代の後半から九〇年代の前半にかけて、高齢とか痴呆とかが医療を打ち切る大きな要素として

浮上してきた感じがあるのです。現場では「そろそろ天寿まっとう」とか「畳の上の大往生が幸せ」などと言うことが氾濫する。でもそれは医療のない在宅に老いた病人を追放すること、まだ医療が必要なのでは？と聞き返すこと自体、高齢者の幸せを思いやらない、いわばQOLを考慮しない不心得者みだいにみられるのです。明らかに肺炎などで治療を必要としている場合でもです。医師とか看護婦とか医療関係者が「かわいそう」とか「生きる意味がない」などの情緒的なことばで、明らかに立ち戻れる人を切り捨てるようにしていた。八〇年代以降のすさまじい医療費抑制政策が現場を浮足立たせていることに、当事者としては本当に違和感がありました。

石井 医療における効率性概念が浸透したと言いうことが基本にあると思います。病院の現場を見ると、看護婦さんはとにかく忙しくて病棟中走り回っている。ひとり重い人が出ますと、その病棟はその人に集中してしまう。そうすると看護婦さんはあの人は九割方だめだと思つたとき、この人が居なければ、他の人にもつと手をかけられるんじゃないかと思う。病棟の中でトリアージ状態が起こつてきているのです。

向井 少し前までは確かに、「何がなんでも延命」を掲げて乱診乱療してきた人たちが、一転して患者のトリアージに懸命になっている。いまや病院はトリアージ社会ですね。

石井 病棟の仕事はトリアージされたあとの問題だと思つていたのが、病棟がトリアージ状況になっている。

医療事故がなく、失敗がないようやりたい。これは現場の想いです。しかし職業柄、医療的にハードであるということ看護婦さんともそんなに苦にしません。何が大変かと言うと重症の人ではなくて、手のかかる人です。たとえば一晩に三〇回ナースコールを鳴らすとか。ナースコールを鳴らす人にかかりきりになって、同じ病棟のもつと重症の人を殺してしまうかもしれない。どんな病院でもある程度の社会的入院は抱え込まざるを得ないので、そういう人がいると重症の人に手が回らないという状況がある。

向井 すると、ナースコールをいつも鳴らしている人が肺炎になつても早く見に行かなくなるのか。こういう人に治療する意味があるのかとか。

石井 医療職というのは本来そういう選別をしてはいけない。だからわざわざ治療する人

と別の人がトリアージをするので。診はじめてしまったらその人と心的つながりができなくなって、切り捨てるのが出来ない。これが職業倫理なのです。関係を作らないというのを前提にしないと、トリアージというのは成立しない。だから、病棟内がトリアージ状態に追い込まれていくと、患者と医療者との関係が切れてくる。これは恐ろしい状況です。そして一方では社会的入院の患者さんを受け入れないようにと、医療費抑制で強制されている。両側から攻められていくところにターミナルの意識が出てくるのです。

向井 私が非常に気になるのは、そういう状況でターミナルに向けて美しい言葉がいわれるようになってきたことですね。「クリニカル・グッド・デス」であるとか。何がグッドなのか。ガン患者の緩和ケアならばそう言えるかもしれない。最後まで抗がん剤の強いを使い続けるのはつらい、限りたいのちを自分で演出してみたいとか。それは緩和ケアの技術と精神にはあつたはずですね。石井さんは緩和ケアが保険医療上困難で普及が進まないと書かれていますね。すると今度は、そこで吟味され深められたターミナルケアという言葉が老人の終末期医療費を解決する都

合のよいキーワードとして再浮上してくるんですね。

石井 ターミナルケアというのは癌のためのケアから始まっています。医療的ケアと生活ケアの最大の違いは、医療は侵襲的なものがあるということです。この治療をすることによってどのくらいプラスが大きいのか、どのくらいマイナスが大きいのかのバランスを見て、プラスが大きければ治療をし、マイナスが大きければ治療をしない。医療と言うのはかならずマイナスの側面がある。

終末期医療の場合も同じです。何か特殊に終末期医療というものがあるわけではなくて、侵襲的なものも侵襲的でない治療もある。癌の場合に緩和ケアを考えるのは侵襲的な医療の利害得失のバランスが逆転したことが前提です。「無駄な延命」と言いますけれども、多少の延命が可能だが苦痛があるなど、バランスが崩れているのであって、延命効果が長いか短いかは問題ではない。延命しても苦痛が少なければいいのだから、苦痛が問題なのです。苦痛に関しては、医療技術として考えれば良いだけです。苦痛それ自体を問題にするのはおかしいし、いわんや延命自体を問題にするのはおかしいと思いますね。

向井 石井さんがよく言われているのは、本人が望む医療に対して技術を提供する。技術とはその程度のもので、選ぶのは人間ののだと。医師がパターナリズムで本人の人生観に踏み込むのはおかしい、文化にまで踏み込むのはおかしいということでしょうか。ただ、技術が専門化すればするほど患者にはその限界がわかりにくいし、説明責任は出てきますね。

石井 ある人が生をどういうふうと考えているかはさまざまです。われわれはそれに対して技術を提供するに過ぎない。最近の議論で非常に違和感をおぼえるのは、技術提供のあり方に価値観を導入しようとする考えがパターナリズム批判と称して登場していることです。技術至上主義をパターナリズムと批判する。技術を提供する場合、専門家にパターナリズムがあるのはある意味で当然だと思います。医療についての知識を専門家が素人に高みから教えるのは当たり前のことで、程度や態度が問題でしょう。しかしその人の生を成り立たせているものについて医者は何も言えないし、言ってもしょうがない。医療におけるパターナリズム批判と言うのは他人の価値観への介入に限定して論じた方がよい

と思います。相手のことを考えない医者への批判は、対人関係を含む医療技術の不熟と批判すればいいし、医療情報の公開は、治療は病人と医療者が協力して当たらなければなら

ないから、重要なことです。パターナリズムの問題とは別です。

向井 病人の治療を停止したり栄養を打ち切ったりというケースが大きく報じられ始めた時期がありましたね。痴呆のおとしよりの栄養や治療を断ち切ってしまうとか、高齢者から透析を打ち切るとか。その時、気になったのは、治療停止が年齢、ことに痴呆と結びついて行われていることでした。

石井 お年寄りへの治療の打ち切りが、患者本人が医療のあり方を選択する問題としてでなく、客観基準として語られ始めたことに注目すべきでしょう。「二一世紀の末期医療」監修厚生省、中央法規」という、末期医療に関する意識調査の報告書があります。ターミナルケアに関する、医療従事者や健康人の問題意識がよく出ています。注目すべきは、医療従事者のほうがリビングウィルを重視していることです。これがあれば、治療を止められるからです。

項目を見ると、告知と説明の問題、治療方

針との決定の問題。痛みに伴う末期状態の患者に対する医療のあり方。持続的植物状態の患者における医療のあり方。リビングウィルの問題。最後に、適切な末期医療の確保に必要な取り組みと言う包括的構成です。しかしよく考えると、これらは末期という言葉はずしても通用する医療の基本問題であって、末期医療に特有な問題ではないのです。

痛みに伴う末期医療の設問をみると、ほとんど癌を念頭においてのもので。ところが意識調査の結果の解釈としては、老人の慢性疾患へも適用できるものと考えられているのです。いくら老人の死亡原因に癌の割合が多くて、癌の終末期医療と老人性疾患の話は別です。癌の終末期医療における基本問題は、疼痛コントロールの技術と、精神的な援助の技術、ケアの技術。技術問題が主要課題です。しかしこれらは「老人の終末期医療」の課題ではありません。「老人の終末期医療」では、価値観や個別医療費自体の問題になってしまっています。

高齢者医療は高コストか

向井 昨年三月、厚生省と政府与党が相次い

で「医療制度改革の課題と視点」と「社会保障改革大綱」と名づけた二つの政策を打ち出しました。すぐ後を追うように経済財政諮問会議の基本方針が、市場原理を前面に押し出した医療制度改革を提唱するのですが、「いのちの質」がここまで政治や市場経済の対象として論じられたことは戦争中を除くとなかったんじゃないでしょうか。「いのちの質」を論じるのが日常化しようとしている。ことに、前の二つはこれまでの歴史経緯をふまえると、少子高齢社会をふまえた日本の社会保障政策を維持するための基本的な方向づけを改めて見せてくれたものですね。

と、気になるのは、「医療費の適正規模」の実現の基本的な手段に「高齢者医療費の抑制」がしっかりとおかれて、高齢者の医療費抑制とセットの形で「終末期医療のあり方」が問題提起されていることです。終末期医療のあり方は確かに問題です。でも、私が問題視したいのは現実医療にかかれない高齢者が多すぎるということ、過剰よりも過小ではないのか。しかもそれがコストセーブの政治の文脈で、自己決定という最新のキーワードと結びついていくわけですね。ところが、実は別の研究報告では高齢者の終末期医療には

さほどお金がかかっていないらしいなどと言われている。

一方では高い、高いと言われ、高齢者が若い人を追い詰めている、高齢者のおかげで若い人が苦勞するのだと思われている。終末期医療の条件を論じる前にしなければならぬことがたくさんあるように思うのですが、なにか意図的な数字のトリックを感じるのである。

石井 まさにこれはトリックであり、論理のすり替えです。ところがそのトリックが学者に引用されたりしてひとり歩きしている。先日、朝日新聞に学者の意見としてターミナルケアをめぐる思考過程の典型が載ったのです。ちょっと読んでみましょう。「一般病院でも高齢者の占める割合がますます増加してきた。長期入院の高齢者の代表的な死因は脳梗塞や脳出血、あるいはその結果としての肺炎などであり、多くは緩やかな死である。しかも、痴呆や意識障害、麻痺のために意思表示できないことが多い」。

個々の事実には間違いはありません。高齢者が増えている、高齢になると病気になるから医療費がかかる。高齢者というのは慢性疾患だから治りにくい。長くかかる。このような

ことは嘘ではないけれども、論理のつながりに問題がある。一般病院すなわち急性期医療の問題を論じながら、すぐに長期入院の問題にすり替えています。長期入院は一般病院の問題ではありませんし、終末期の問題でもありません。脳梗塞や脳出血、あるいはその結果としての肺炎は入院期間が長いとは言えませんが、医療費が高いということも違う話です。多くは緩やかな死であるとはならない。脈絡なく痴呆がいることが問題になる。いつのまにか医療費問題が痴呆の問題になっている。

この文の中でも痴呆高齢者の終末期という言葉が使われています。しかし「痴呆高齢者の終末期医療」というのはあるのでしょうか。痴呆者が終末期を迎えるということはある。痴呆老人が終末期に病気になって死ぬということはある。だけど、痴呆老人の終末期医療というのはないと思えます。

痴呆の場合には本人が自己決定できないという問題があります。だけど、痴呆老人の老化の過程は普通の老人の老化と同じです。脳における老化が進んでいるだけです。まず老人の医療、経過の長い老人の医療、そしてその典型である痴呆老人の医療と問題を限定していくと、必要な医療技術の提供がこの過程

で忘れられていく。介護が必要な痴呆問題になり医療問題でなくなったところで、老人全般へ問題が投げ返される。そういう円環構造みたいなものができているんですね。

その上で、こちらに医療が必要な人がいて、他の極に介護が必要な人がいる。その真ん中にいろいろな人が並んでいる。こういう図式で医療と介護の関係を語る人が出てくる。たとえば広井良典さんは、介護の要素が大きい人がいるから、これは介護として扱おうじゃないかと。西村周三さんは一歩進んで、医療に近いところに老人を置くとか医者が治療をしようから、いい介護をするためには医者

に近付けるなど。

向井 医療経済学者が政策論として、お年寄りを医療を必要とする人と介護を必要とする人にクリアカットに分けたり、慢性期と急性期に二分しようとしている。

石井 急性期と慢性期の区分と治療とケア、あるいは治療とケアとは別の問題なのですか。しかも一方の極に医療を置いて、もう一方に介護を置く。そしてその中間にいる人がたくさんいて、生活を大事にする人はケアを選び、医療を望む人は医療に行くというわけですか。こんな選択ができればよいと思

います。医療の必要が大きいのと、ケアに人手がかかると言うのはまったく別の問題です。どちらかを選ぶわけにはいきません。

向井 私が父の世話をしてみとるまでの間、確かに慢性疾患はゆるやかに、しかしだんだん深刻になっていった。でも、緩やかな経緯の間に突然、急性期の症状が激しく襲うのです。それをす早く適切に治すことで寝たきりや痴呆など病気がきっかけの後遺症を防げたと思うのです。

石井 基礎的な障害は徐々にゆつくりと進んでいきます。そこに病気が加わると急に悪くなる。障害の方はよくなることはないですが、病気はもとに戻るといふ振幅がある。障害と病気は一つ概念の中では対処できない。

向井 それでも肺炎になったら「天寿です」となる。「天寿」とは都合のよいことばで、点滴も栄養も無駄みたいに言われる。でも、ほんとうにそうなのか。ことに重度の介護を必要とする人に乱発されているようですね。

石井 高齢者の医療を考えてみると、高齢者に対する医療技術というべきものは確かにあります。しかし若い人と高齢者と質的に違った治療目標があるかといったら、そうではない。同じ病人でも、若い人と老人は同じに扱

わなくていいというのですが、本当でしょうか。

昔は六〇代の後半だったら、手術するのはどうかなってためらっていたものでした。いまは九〇だって平気で手術をする。現場の感じでは、七五歳以上の後期高齢者でも元気な人はたくさんいる。八〇歳が天寿なら、そこから先は終末期医療となりますが、私はそこからは老人医療だと思っています。医療を語るときに天寿という考えを持ち込んだのが間違いです。医療的に見たら終末期とはいえないのに、終末期とみなして医療をやめることを、横内正利さん(内科医)は「みなし末期」と名づけ批判しています。

向井 石井さんたちが社会保障の専門誌、「社会保険旬報」誌上に終末期医療をめぐる意見を寄せたのをきっかけに、専門家の間で激しい論争が展開されましたね。とくに老人医療費が無駄で高額だ、終末期医療は過剰医療なのだという主張があったのですが。一般にはそう理解されていると思います。ただ、その根拠自体を統計数字のトリックとして石井さんは批判されましたよね。それを説明してください。

石井 さきほどのターミナルケアに関する報

告書ですが、死亡前一年間を医療から福祉へと場所を移すことで一兆円コストセーブになるという広井さんの主張があります。「近年終末期医療費が高額に上がっていることは周知のとおりである」「さらに今後は高齢者とともに後期高齢者の死亡数が急増すると想定されることから、近い将来において医療経済を圧迫するおそれもある」という認識に基づき書いていますが根拠がありません。終末期医療の大掛かりな調査データはひとつしかない。分析はさまざまですが、基礎となるデータはひとつだけです。

彼は終末期を死亡前一年間と決めている。その結果として死亡前一年間の医療費の推移というグラフが出ます。入院の場合は死亡前に急増している。在宅の場合は急増していない。ところがこの初期値を見ると、入院医療費が一月一〇万円を切っている。入院していたら何もなくても、一日一万はかかるので、一月入院したら三〇万はかかる。一〇〇人の統計だとしたら、これは入院している人入院していない人全ての医療費を一〇〇人で割って、平均すると月にいくら入院費がかかっているかというデータです。初期の医療費には、びんびんしている人も含んでいます。

医療を受けてない人と終末期の病人を比べて、終末期に医療費が高いなんて、意味のないデータです。終末期入院費を知りたかったら、同じ病気で入院し、生きて退院した人と死亡した人を比較してみればよいのです。くらべるとそんなには違わない。

私の病院で調べてみました。病気の種類によって、治療方法は変わりますから、医療費も変わります。病気の種類を大きくグループ分けし、死亡したか生きて退院したかを分け、年齢階層別に調査しました。結論を言うと、一日あたりの入院費は年齢が高くなるにつれ、低くなり、特に死亡した場合に著しい。死亡者と生存者では、ガンを除き死亡者のほうが高い、重症者が死亡するからです。ガンの場合は死亡者のほうが低い。入院日数は年齢が高くなるにつれ、長くなる。高齢者の終末期医療費を問題にしくてもよいことは、明らかです。

医療と介護の二者択一

石井 ところで、医療がなければ生きてゆけない人に介護だけをいくらやったって長生きしない。その逆に、適切な介護をすればよい

健康状態で生活できる人が、介護が不適切なため、不健康になる場合は医療では解決しません。どっちかという話ではない。ただ、社会的入院をなくし、まともな医療システムにすれば、医療費は減るかも知れませんが、介護費は増えます。しかも、いい介護をするさらに長生きし、介護費が一層増える。健康寿命を伸ばそうと盛んにいつていますが、健康寿命がのびれば寿命も伸びますから高齢者が増える。高齢になればなるほど有病率は高くなります。

向井 長生きすれば病気は増える。いくら「健康寿命」が推奨されても、結局は病気をゼロにはできない。庶民はピンピンコロリなど切ない表現をしているのですが、健康が推奨されることで弱いおとしよりが居心地悪くなっていく、事実上の見殺しといっていると思います。

ちよつとここで、終末期医療というのは何をしたい医療なのか。数年前、老人施設で水も栄養も与えないで死なせてしまった事件が続きましたが、老人医療ではそんな風にとられてしまつてはいないでしょうか。石井 水を切つた方が楽に死なすことができるという考えがあるかもしれない。食べ物を

食べさせないやり方も楽な死なせ方と考えられています。しかしQOLを高めようというなら、十分な水分の補給をしなければなりません。終末期でなくとも、老人は十分な水分はとりにくくなり、生命の危険な状態になりがちです。終末期だから水分も与えないというのは、むしろ積極的安楽死に近いと言えるでしょう。

老人の高額医療が問題にされますが、高額医療は誰が受けているのでしょうか。健保連は高額医療のレセプトの上位を発表しています。圧倒的に二〇代など若い人が多いのです。たまに四〇代。六〇代の人はほとんどいない。ですから、老人医療と高額医療は実は関係が薄い。若い人だから何とか助けようとしている。若いうちから、医療の侵襲性に応えるだけの体力を持つている。老人は基礎的な体力がそんなにないから、そんなに濃厚な治療はできないんです。それをやって失敗してしまつたら、医者がヤブだということです。そう批判したらいい。

向井 終末期医療が無駄なのではなくて、社会にとつて無用な人達を生かしておくのが無駄だと言うことですね。これは自分で生き方死に方を選ぶのとは違う文脈の話ですね。

石井 「単なる延命を」となる。単なる延命とは何でしょうか。延命治療と言うのも曖昧に使われています。終末期医療と言う概念そのものは非常に漠然としていて、医療技術を指すのか、期間を指すのかあいまいなまま、老人医療への批判が増大していく。

これは老人の社会的なポジションが変わってきたからだと思います。かつて老人は稀少価値だった。老人が増えて、価値が低落したんです。(笑) 長生きしただけで米寿の祝いがあつたりして、生きていることだけで価値があつた。いまは一〇〇歳以上の人が何万人もいる。

向井 健康寿命で言う健康な米寿なら祝つてもらえるけど、健康ではない米寿は祝つてもらえない。

石井 これは世界的な傾向ですね。向井 話を最初に戻します。そして時代を今に移しますと、介護保険体制下ですが、在宅が非常に厳しいというのがだんだん分かってきたわけですね。ことに、医療的な重症度の高い人が在宅に置かれる可能性が増えていきますね。とても在宅では対応しきれない。事態はさらに深刻になっているようです。

石井 これまでも医療的に重症度の高い人を

在宅で診ていく状況がありました。しかし、医療保険と介護保険の制度の整備がすむと同時に、「医療」と「介護」の二者択一を迫られる状況もすんでくると、重症度の高い疾病を持ち、障害を持つ高齢者にとつて、在宅以外に行き場所がない深刻な事態となってきました。

最近、喘息患者が重度の意識障害になり、主治医が筋弛緩剤を投与し、死なせたという安楽死事件が表ざたになりました。地域医療の前線にいるものとして、他人事でない思いです。リビングウィルのないことや家族の同意が不十分であつたことが批判されています。それがあればよかつたのでしょうか。生命の軽視という批判はないようです。介護する側も家族の同意があつたと主張するだけです。しかし事件の核心は、筋弛緩剤投与という積極的安楽死にあります。植物状態や重度の意識障害を残しながら生き延びる可能性があつたのです。地域に根ざし、在宅医療も熱心であつた病院の「患者想いの、熱心な医者」と伝えられる主治医が、「穏やかな死」の想定がはずれて、思わず走つた安楽死。この患者さんが今後この地域・家庭の中で支えられ生きていく姿を、思い浮かべられなかつたの

です。主治医の行動はパターンリズムであり、この点の批判することはたやすいことです。しかし、患者や病院を取り巻く状況を変えることなしには、再度おこる事件ではないでしょうか。

向井 ほんとうにそうですね。あの事件は水山の一角で、いまは生と死の現場では誠実な人ほど苦しみ抜いている。危ない橋に足を踏み入れてくれている状況です。終末期医療の現場は現代の矛盾の溜まり場ですね。ことに、社会的リスクと位置づけられる高齢者の身に起きていることは、私たちの社会の反映としてもつと直視する必要があると思います。高齢者をめぐる課題はいろいろあるのですが、あえて終末期医療の場面にこだわつてインタビューさせていただきました。ここが時代の思想の芽のようなものが凝縮しているように思えたからです。

(いしい えいき・医師)
(聞き手) むかい しょうこ・ノンフィクション作家