

医療と介護の連携強化を進める

私 は実父母と義父母の4人を看取った。私たちのように共働きの一人っ子夫婦で介護する家族は増えている。

私が高齢者の医療や介護のあり方について発信するようになったきっかけの一つが、2011年に実母を亡くした体験だ。母は延命治療を尽くし、療養型病床で約2年半寝たきりだった。胃ろうを造るか、人工呼吸器を付けるかの決断を迫られたのは、母が2、3度目の危篤のとき、08年の衆議院の解散が近いといわれていた頃だった。

母は終末期の意向をいっさい残しておらず、父も認知症で判断を下せない状態だった。一人っ子の私は誰にも相談できないまま、延命措置を選んだ。

この経験から、高齢者の最期がこのままでよいのかと感じるようになった。

当時母は療養型病院で、父は介護施設で生活していた。仲のよい夫婦だったので、いつか同じ場所で過ごさせたいと思っていたが、病状の異なる2人の介護・療養を一緒に行える施設は、見当たらなかった。父には母の入院を話していなかったし、父も聞かなかった。父は、母の葬儀に参加しようやく事情を理解した。母の姿を見て父は、弱った認知力を振り絞り、自分は延命措置を受けたくないと書面に残した。

地域の連携体制を作る

自宅で安らかに親を看取るのは理想だが、それができずとも人生の最後の

10年が健康であれば人は幸せなのではないか。

高齢者の寝たきりを予防し、健康寿命を延ばす方向で、「ニッポン一億総活躍プラン」や参議院自民党の「内政国家ビジョン」を推進している。その実現には、在宅医療を中核とした医療・介護の地域連携体制が不可欠だ。

参議院議員、自民党政調会長代理
片山 さつき



かたやま・さつき ● 1959年生まれ。82年東京大学法学部卒業後、大蔵省(現財務省)入省。2005年衆議院議員初当選。10年参議院に。17年現職。

INTERVIEW

日本の高齢者医療のあり方

医 療の方針は患者本人の意思に基づいて決めるのが大前提だが、終末期には本人の意思を確認できないときが多い。その場合は家族らが「推定意思」を考え、本人にとっていちばんいい選択肢を選ぶことになる。

本人の意思を推定するには、本人の人生観を日頃から把握している人が必



木澤義之

神戸大学先端緩和医療学分野・特命教授

きざわ・よしゆき ● 1991年筑波大学医学専門学群卒業。筑波メディカルセンター病院診療科長(総合診療科)などを経て、2013年から現職。

終末期の「推定意思」も重要

要になる。その意味で元気うちに普段の会話から親の価値観や生きざまを聞くと、いざという場面で効いてくる。

たとえば、体調が悪くなったら何をしてほしいか、何をしてほしいかを親に聞き、「できるかぎり夫と一緒にいたい」「命の長さがそれほど変わらないなら、つらい治療はしないで」などの意向を聞く。

親が自分で意思表示ができなくなったときの「代理決定者」も選ぶとよい。親が娘や息子に「おまえ、頼むよ」というように、難しく考えなくていい。

話し合った内容を書き残せるならそうすればよいが、元気なうちは気持ちも変わる。書面に残すことより繰り返し話し合う習慣のほうが大事だ。

もしもの場合を話し合う

健康な人に対して、病気になったと想定してもらい詳細な医療行為の希望を聞くのは少し乱暴だ。健康な人ほど、今と病気のと看で本人の考えが変わる。

もしもの場合の治療を具体的に話し合うのは、病気になり“自分事”として考えられるとき。医療者らが話すべき時期を判断するのが望ましい。よくあるのが、患者にもしもの対応を聞いても「そのときが来たら話せばいい」と答えるものだが、そのときには本人は意思表示できない。もしもの話をしたくない患者も中にはいる。その感情を酌み取れないと、医療は成り立たない。

(聞き手・本誌：宮本夏実)