

## ＝病気とのつきあい ～人はどう死ぬべきか～ ＝

敬老の日がある 9 月は、毎年、高齢者の報道が増える時期です。

今年も、総務省統計局のレポート（9 月 20 日公表）に基づき、本年 9 月時点で 65 歳以上（高齢者）の人口は 3384 万人となり 2 年連続で総人口に占める割合が 1/4 を超えたとの報道が繰り返され、これを受けてか 9 月 25 日には、総理の記者会見で「1 億総活躍社会」づくりに取り組むため、新たに担当大臣を設けるとの考えも示されました。

今回は、それぞれに病気を抱える両親の生活実感も踏まえつつ、人の死に向けた準備について考えてみます。

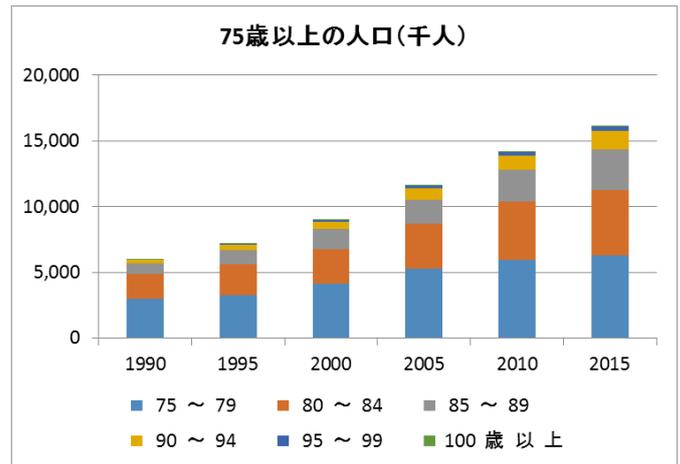
### ＜高齢者の増加と問題の中心＞

雇用・年金の世界では、65 歳以上が高齢者のイメージですが、医療・介護の世界では、その費用実態から、75 歳以上が高齢者という実感です。

この 75 歳以上の年齢に限って、1990 年以降の動きを示したのが右図（総務省統計局のデータ使用）ですが、1990 年（10 月）には 600 万人を下回っていた人数が、2015 年（この年のみ 4 月）には、約 2.7 倍の 1,600 万人を超えました。

この間、75 歳～84 歳の比率は低下し、85 歳以上の高齢者の比率が高まりました。85 歳以上の中には、元気な方もいるのですが、ほとんどは医療や介護にお世話になる方ばかりでしょう。例えば、病気かどうかに関わらず、85 歳以上の世代では、1 人平均の年間医療費は 100 万円を超えています。私の両親も、医者嫌いにも関わらず、75 歳を超えて急速に医療のお世話になる比率が高まっており、来年に 85 歳となる父親は体の衰えも進みつつあり、平均的な動きと同様に、医療費は増えることは容易に予測できます。

この 85 歳以上の世代は、あと 20 年以上は増加を続ける見込みですので、その結果、医療費等は増加を続けます。「1 億総活躍社会」は、社会保障的には、定年のない働き方＝年金の支給開始年齢（65 歳）の引上げを連想させますが、その問題の中心である団塊の世代は、既に年金受給世代に入っており、年金改革は社会保障支出の削減策としては、あまり直接的ではありません。やはり問題の中心は、75 歳以上～特に 85 歳以上の医療費・介護費の問題と考えるしかありません。



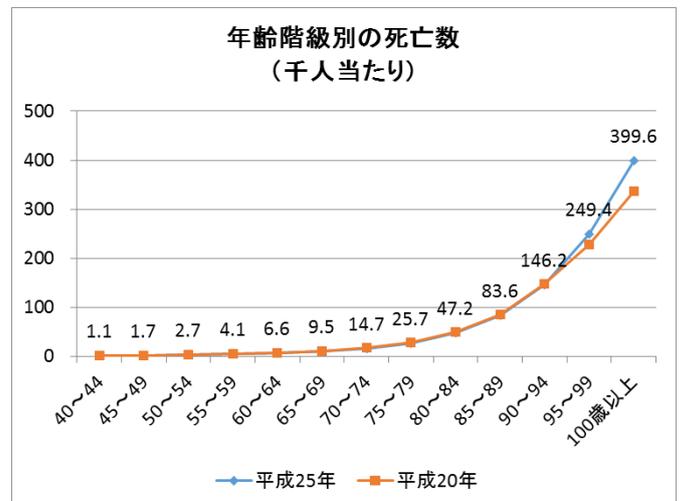
### ＜高齢者の死亡と両親の病気＞

今回、高齢者の死亡率について確認しました（右図）。

統計的には、40 歳代に入ると、1 年間で、千人に 1 人が亡くなる水準となります。ちょうど同世代・同期が病気で死んだとの話が聞こえてくる時期です。

65 歳を超えると 1 年間で亡くなる人が百人に 1 人となり、80 歳を超えると五十人に 1 人が、85 歳を超えると十人に 1 人が、そして 95 歳を超えると三人に 1 人が亡くなると、急速に比率が高まります。

また、平成 20 年から平成 25 年の間で、95 歳未満の全ての世代で死亡率は低下し、95 歳以上で死亡率が上がっています。こうした世代別の死亡率の変動は、医療の力を借りて長命化したものの、死は避けられないことから生じていると思われます。



これが健康寿命と呼ばれるような、多くの医療等を必要としない期間の延長を意味しているのであればよいのですが、実際には、寝たきりなどが拡大している中で生じていると考えられるところが残念です。

こうした一般的な経過を前提に、両親のことを考えると、別の感慨も湧きます。

昨年、両親が悪性リンパ腫、心臓疾患とのつきあいを始めたことは、昨年7月の通信で記載したところですが、今回の世代別の死亡率の数値からみると、まだまだ死ぬのは稀な時期での病気だったということがわかります。

2人とも、手術後、1年以上を経過しましたが、今のところは、加齢に伴う衰えは見えるものの、2人で支え合いつつ何とか自律した生活を送っており、ありがたいところですが、父親が病院を飛び出して以降は、父親はもちろんのこと、同じ病院で治療を受けていた母親も、事後の検査等のための入院は拒否しているとのこと。「かかりつけ医には通っているので・・・」との言い訳ですが、苦笑するしかありません。一方、病院を飛び出した父親は、自分の命の長さを天に預けているのかと思いきや、自己免疫を上げるという触れ込みの健康食品を継続購入しているらしく、やはり黙って死ぬのは嫌なようです。

仕事で病院に関わっていると、かなりの年齢の高齢者でも「生」に拘る人が多いとの話をよく聞きますが、それに比べると、両親は自分の死に対しては割と冷静な気はします。それでも、福井に戻ると、「今週、〇〇さんが死んだので葬式に行った。」という話を度々聞かされるように、周りの同世代以上の人が亡くなっていくことで、自分の死を意識しているようですし、具体的には、先月のコラムで書いたように、母親は自分の姉が死んだ年齢を、父親は自分の母親の死んだ年齢といった自分の身近な人の死の年齢を意識しているようです。

都会では「終活」という言葉が広がり始めていますが、地域の横のつながりがあり、かつ高齢化が進んでいる田舎では、流行はなくとも、年齢と共に、自分の死について考える機会が増えてくるということは間違いのないようです。

### <死の年齢を意識する高齢者に、どのような医療介護が必要なのか？>

読者の皆さんは、両親とも健康で過ごされている方から、既に両親とも亡くなっている方まで、いろいろな形があるでしょうが、いざという時に、一体、どのような医療介護を親に提供しようと考えているのでしょうか、また、どのような医療介護を選択されたのでしょうか。

いざという時も、いろいろあります。私が直面したのは次の3つでした。

ア 救急対応が必要な場合で、救命できても重篤な障害が残ると考えられる場合(姉の場合)

イ がんの患部は手術で除去できたが、副作用のある抗がん剤治療を数クール必要とする場合(父親の場合)

ウ 心臓疾患で、何本かのステントを挿入しないと、通常生活ができない場合(母親の場合)

さらに、今後、考えられるのは、次のような場面でしょうか。

エ がんの転移が確認され、最終的な手段として、副作用の極めて強い抗癌剤治療等を行うかどうか

オ 心臓が機能不全になったが、再生医療の技術が進み、それを選択して救命・治療を行うかどうか

カ 明け方心停止の状態で見えられ、救急車で搬送されたが、救命の積極的な治療を行うかどうか

こうした場合に、何を選択するかは、個人的には、「できることは全てしたい」と考えることはなさそうです。数年来、親と一緒に外出する機会を続けていますが、こうしたことの蓄積が、いざという時でも、「できることは既に全てした」と考えられるからだだと思います。こうした共有時間の不足が、最終段階での医療依存を高めているような気がします。

さて、そうは言っても、何でも死を受け入れるという訳にはいきませんので、治療の成功率(副作用の強さを含む)、患者の年齢(平均余命)、そして、どの程度の治療費用がかかるのかといった、3つの視点で、具体的に考えることになるのだと思います。このうち治療費用は、費用総額の一部である患者負担で考えるのが普通でしょうが、私の場合には、医療保険制度を担った期間も長いので、費用総額で考えることになるでしょう(一種の職業病です)。

今後考えられる場面のうち、自分なりの答えを決めかねているのが、最近注目される「再生医療」を、どう位置付けるのかということです。再生医療について、人によっては、アンチエイジング～不老不死に近いようなことができると言うような人もいます。今の技術ではさすがに無理だということは理解できるものの、そこまで公的医療保険でカバーするのか・・・それも高齢者についてまで・・・という点については、近未来に、どうするか自分なりの考えを決める必要があると思っていました。

しかし、何と再生医療技術を使った製品が、先月、国の安全審査を通り、間もなく保険適用するかどうかが決まるとのことです。技術の進歩というのは早いもので、社会的判断を行う時間を十分に与えないままに動くものだと驚きます。

## <そろそろ年齢による医療選択の違いを考える時期ではないか？>

最近、「アンチエイジング」という言葉をよく耳にします。

BSなどで繰り返し流されるサプリメント、化粧品のCMは、ほとんどが女性の美容に関するもので、暦の上での年齢と見かけの年齢の違いを強調しています。当然、アンチエイジングとは言え、不老不死を意味するものではないのですが、個人的には、何となく、薄気味悪いものを感じます。人によって、見かけ年齢の進み具合は違うのですが、やはり年齢とともに人間は衰えていくのは当然であり、それに逆らうことを企業が促し、また高齢者が相当の費用を支払うことの意味がわかりません。ただ、基本的には自費ですので、直接文句を言う筋合いではないのですが…

ただ、公的医療保険としては、先ほどの再生医療をどのように位置付けるかが、今後の保険制度を考えるうえで、重要なポイントになるような気がします。既存技術は、既に利用者もいるので、なかなか変更しづらいものですが、新規技術であれば、こうした実利用者もいないので、新たな道を作りやすいものです。

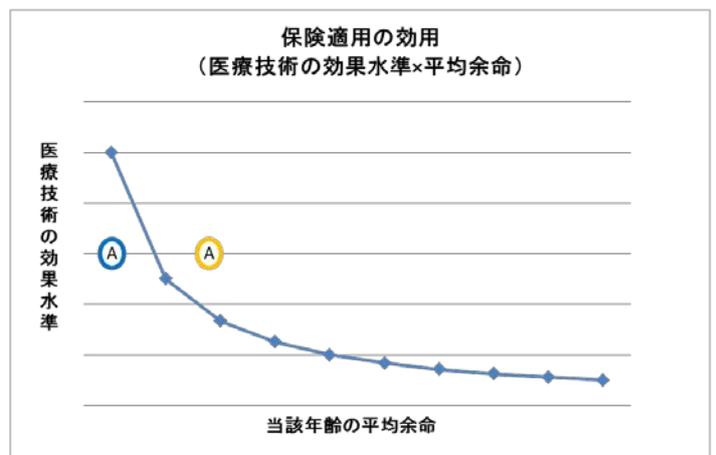
個人的には、統計的に言って5年後には半分近くが死を迎える85歳以上の人に対して、高額にならざるを得ないと言われる再生医療技術をどのような場面で適用するか・又はしないかは、これまで医療機器等とは違って、別の次元の違う新しい問題として認識し答えを出すことが必要ではないかと考えています。今回、どのような結果になるかは注目していますが、アンチエイジングのサプリメントのように自費部分を大きくするといった形も模索して欲しいものです。

しかし、既存技術についても、同じような問題はあります。例えば、英国では、高齢者への人工透析は保険給付の対象にならないとのこと。医療経済上の費用対効果の観点と言われていますが、もし、これを世界一透析患者が多い日本で機械的に行ったら、「高齢者は死ぬということか！」といった感情的なフレーズと共に反対の大合唱になることでしょう。それでも、既存技術に保険料・税金等の投入を継続することについても、年齢による医療選択という面を考慮する時期～少なくとも道筋づくりに着手すべき時期なのではないかと考えます。

具体的には、ある個人に対して医療技術を適用する際に、その得られる効用を、右図のように、時間軸を入れて計算し、保険適用を考えるということです。

右図の曲線は、「医療技術の効果水準×当該年齢の平均余命」で計算した数値が同じとなる曲線です。この曲線の上側にある状態(黄色のⒶ)であれば保険適用となると考え、同じ技術Ⓐでも青の場合には、平均余命が短いめ効用の総量が少なくなることから保険適用としないなど、同じ技術でも、対象患者の年齢(平均余命)によって、保険適用の有無を考えるというモデルです。

こうした発想を、現在進められている医療技術の費用対効果の検証等に加えることで、年齢による医療選択～保険適用に、一定の結論を得ることはできるでしょう。もちろん、前提として実証的な研究が必要であることは当然です。



この結果、一定年齢(例えば85歳)以上の高齢者は、ある医療技術を利用できないという課題は生じます。

しかし、大事なのは、いつまで生きたかということではなく、死に直面した時に、自分の来た道に悔いはないか、何を残したかという、本人や家族の満足度ではないかと考えます。どうしても保険対象とならない技術を使いたいと思うのであれば、それは自己の資金で行う～それを対象とする民間保険を使える道があれば十分ではないかと思えます。

一億総活躍社会…意図するものはわかりますが、実際には、将来を担う若者のチャンスや成長を阻害するものになりかねません。医療事業の現場でも、高齢の経営層・管理者層が長年居座り、サービスの質的な低下や経営停滞を招くといった話は数多くあります。新陳代謝のない組織・社会には、明るい未来があるとは思えません。

今は死語となりかかっている「後進に道を譲る」という言葉の意味を改めて思い出し、若者を中心に考える社会づくりを基本とし、そのために先輩は率先して後進に道を譲り、先輩は新たなフィールドで一からチャレンジを始め、幸いなことに85歳を迎えた時には過度に医療に依存する必要もなく、満足度の高い死を迎える準備が終わっている…こうした生き方を目指したいものです。