



医療法人ナカノ会 理事長  
 ナカノ在宅医療クリニック 院長  
 鹿児島大学医学部 臨床教授  
 一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会  
 IT・コミュニケーション局長

中野 一司  
 Kazushi Nakano

【在宅医療と医療改革】

看取りの文化の創造  
 — 再び、キユアからケアへ

■はじめに

超高齢社会の到来に伴う、  
 キュアからケアへのパラダイ  
 ムチェンジの必要性

近年、医療技術の進歩により、多くの病気が治療できるようになってきた。肺炎になれば抗生物質で治療でき、食事ができなくなれば、胃瘻や経管栄養、中心静脈栄養などで、栄養を人工的に与えることができ。このような時代背景の中、病気になるれば、病院に行つて治療（キュア）を受けることが常識となつていく。この間、医療技術の進歩もさることながら、高度経済成長の結果、誰もが生存するに十分な食事を獲得できるほど我が国は経済的に豊かになり、80歳、90歳まで生

きることが可能となつてきた（超高齢社会の到来）。

いろいろな病気が検査、治療出

来る中で、生老病死（すなわち生きていけば、やがて年を取り、病気になる、死んでいく）という当たり前の出来事がどこかに忘れ去られてしまったのではな

なろうか。病気になるれば、病院にお願いすれば、何とかなる。その結果が、年老いて、認知症になつて、食事が取れなくなった

方に、胃瘻を造設する医療（胃瘻？）文化となつていく。医療がキュアに偏在していること

とで、(1)（結果的に）患者本人が望まない治療が行われている可能性がある、(2) 介護する家族や介護職の不安が大きくなる、(3) トータル医療、

介護費用のコスト・パフォーマンスが悪くなる、の3つのデメリットを想定することができる。

逆に、医療をキュアからケアへ転換することで、(1) 患者が望まない過剰医療を控えることができる、(2) 介護する家族

や介護職の不安を軽減できる、(3) 結果的に医療、介護費用も削減できる、の三方良しの近

江商法の可能性が見えてくる。

■患者が望む医療の実践

超高齢社会を迎え、増えていくのは、キュアで治癒する病気ではなく、加齢（老化）に伴う（キュアできない）障害である。高齢者の認知症の多くは加齢に伴う脳の障害（キュアできない）で、認知症

の進行に伴う嚥下障害、誤嚥性肺炎は、当然予測される自然の成り行きである。

今の病院医療は、死なせてはいけない医療である。その結果、肺炎は治したが、寝たきりになつてしまったということになりか

ねない。これに対し、在宅医療は、病気（障害）を抱えても、家（地域）で生きることが支援する医療である。終末期は

必ず誤嚥性肺炎が起きてくるが、病院医療が極力誤嚥を嫌う医療であるのに対し、在宅医療では、誤嚥が起きてても肺炎

を起さなければ良い。肺炎が起きてても本人が自宅（施設）での継続治療を希望すれば可能なキュアを施行し、キュアが効を成さなければ、そのまま在宅

	キュア	ケア
対象	病気	障害
優先順位	治療	生活
対応	病院医療	介護+在宅医療
医療	長寿を目指す医療	天寿を全うする医療
胃瘻	造る	造らない
褥瘡	治す(日本褥瘡学会)	治る(ラップ療法)
高齢者への対応	死ぬ(死んでいただく)社会資源を残す	死ぬ(死ぬまでの期間、楽しく生きる環境を提供する)
死因	死んだからには死因がある(死因究明)	死因が分からない死も多い(自然死、老衰)
死因の分からない死	病理解剖、検視	死亡診断(事件性がなければ)
政治	経済成長(競争社会)	社会保障(共生社会)
社会	成長社会	成熟社会
政党	自民党	民主党?
推進力(富の源)	産業革命(科学技術)	情報革命(ICT)
尊敬される人	金持ち	心持ち
80歳の誕生日を迎え	歳は取りたくない、死が近づ	よくその年まで生きられた、おめでとう

(施設)での看取りで対応すれば良い、という医療であれば、認知症が進行して、口から食べられなくなつたら、病院では

食べなきゃ死ぬという理由で、胃瘻が造設されるケースが多い。これに対して、在宅医療では、食べなきゃ、寿命と考え、結果的に看取することもある（結果的に家族が胃瘻を選択されるケースが、まだまだ多いのが現状である）。

構造的に病院医療では看取りができない。なぜなら、病院は病気を検査し、治療する場所だからである。だから病院医療において、看取りという文化そのものが存在しない。これに対し、在宅医療では、病気があつても、検査も治療もしないという選択が許され、その延長として、看取りが存在する。看取りができたということは、何もせずに見殺しにした（キユア思考）ということではなく、障害をもつても最期（死ぬ）まで在宅（地域）で生きることが、医療的に支援できたということである。看取りのできる医療は質の高い医療といえる。

これが標準的な日本の医療。ぼちぼち、認知症で、口からいけるだけの食事、栄養不良になり、誤嚥性肺炎を起したら、可能な範囲でのキユアで対応し、自然に看取る文化を創造することが重要な時期にさしかかっているのではないかと考える。

認知症になって、食べる意欲も失った人に、胃瘻を造り、強制栄養することが、その人にとって、望む医療とは思えない。ボケて食べなくなったら寿命という、キユアからケアへの国民意識のパラダイムチェンジが必要だと、在宅医療の現場で感じている。

### ■家族や介護職の介護負担の軽減

できないので、末期状態です。何かあつたら、心配せずに我々を呼んでいただき、静かに看取りましょう。苦痛は出来るだけ取り除く治療はしますので、最期を心配するのではなく、今生きていることを大事にしましょう」と伝えている。

痛末期の患者さんを在宅で看取る時の家族（介護者）の介護負担は、直接の身体的な介護負担より、何かあつたらどうしようかという、病院医療（キユア）の看護師の代行になる心理的介護負担の方が大きい。何かあつても、何か（キユア）ができなから、末期なのである。ご家族には、「何かあつても、医療専門職の我々でも、何か（キユア）

### ■財源問題としての看取りの問題

い換えれば、「高齢者は死ぬ」のである。今後、そんなに長生きしないので、お世話になった高齢者には、せめて亡くなるまでの余生は、楽しく快適に生きていただくことを社会全体で支援していこうとする考え方が、ケア的思考なのである。このように、政策もキユアからケアへチェンジすることで、高齢者にやさしい社会の実現が可能となる。

高齢者医療（介護）はお金がかかるので、財源削減のため看取りを推奨しようという政策は、キユアの政策でお勧めできない。一昨年後期高齢者医療制度導入反対のキャッチフレーズとして良く使われた「高齢者は死ぬと言ふのか？」という発言も、キユアの視点からの発言である。同様のことをケア的視点で言

### ■死亡診断と死因の問題

一般には、このような（直接死因の特定できない）ケースの場合は、検視にするケースが多い。このことが、警察組織において少ないスタッフでの検視を強いることになり、重大事件を見落とす要因になり、近年大きな社会問題となつている。重大事件の見落としを少なくするために、検視官や検察医を増やす対応より、地域で看守り（訪問診療、往診し）、看取りに対応する在宅主治医を増やすことの方が社会的パフォーマンスは高いと考える。ここでも、社会をキユア社会からケア社会にチェンジすることで、社会全体のコスト削減が可能となる。

死因究明に関する法案が厚労省で検討されているが、亡くなったら直接の死因が特定できずという考え方は病院医療の考え方で、キユア的思考である。在宅医療において、ケア的対応で自然に看取った場合は、直接の死因が特定できない場合も多い。また、寝たきりの患者において、朝気がついたら、静かに亡くなつていたという場合にも少なからず遭遇する。定期的に訪問診療している寝たきりの患者では、痰を詰めて亡くなる場合や、心筋梗塞で亡くなる場合もあつて、必ずしも直接死因は特定できない場合も少なからず存在する。このような場合、