

て、最期まで悪あがきをしようと思っ  
ているんですね」

悪あがきをしようと思っていた理由は  
妻だった。「Yの顔見ると、死ぬ  
ないんですよ」と男性は話した。

「彼は生きていたかったのです。その  
ような人には、闘いたい気持ち、生き  
ていたい気持ちを応援する。それが現  
場です。静かに、穏やかに死なせるべ  
きだとする考え方は、わたしには表層  
的に思えます」(小澤医師)

### 清水医師の選択

冒頭の清水医師の話に戻ろう。「治  
療しないでおこうかと思う」と家族に  
話した清水医師だったが、いざ抗がん  
剤治療を始めると、それを楽しんでい  
る様子だったと妻の君枝さんは話す。  
「副作用で口内炎ができましたが、痛  
いけど食べられました。体はだるいけ  
ど、仕事もできていました。病院で点  
滴を受けた帰りに、久々に映画を楽し  
んだと喜んだこともありました。本人

は、抗がん剤ががんを叩けていると感  
じ、生きる気満々だったと思います」

ところが、二〇一〇年の暮れに再発  
がわかった。清水医師は落ち込み、  
「再発するなんて、がっかりだよ」  
と君枝さんに話した。

清水医師は抗がん剤を投与しなが  
ら、地域のがん患者の在宅医療に取り  
組むようになった。しかし、がんは容  
赦なく体力を奪っていった。亡くなる  
約三カ月前、清水医師は行きつけのレ  
ストランに君枝さんを呼び出し、こう  
切り出した。

「抗がん剤はもうやめる。なんにも食  
べられなくなった」

だが、清水医師は生きることをあき  
らめたわけではなかった。代替療法の  
クリニクに通い、高額なリンパ球療  
法も受けた。結局希望は叶わなかった  
が、放射線治療にも賭けようとしてい  
た。「最期まで死ぬ気はなかったと思  
います」と君枝さんは振り返る。

そして二〇一一年六月十九日、清水  
陽一医師は六十二歳で死去した。

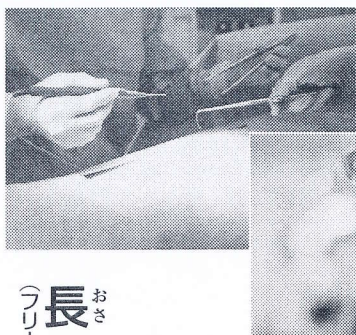
「次女には弱音を吐いたこともあった  
ようですが、最期まで苦しい姿を見せ  
ず、わたしには一言も愚痴を言いませ  
んでした。見事な死に方でした」  
長女のももこさんは、「母のためだ  
ったとしても、抗がん剤をやってくれ  
てよかった」と振り返る。

「父のがんがわかってから、母は体重  
が十キロぐらいい落ち、見ていられない  
ぐらい痩せていました。そんな母のた  
めに、父は治療する気になったのだと  
思います。百歳のお年寄りなら治療し  
ないほうがよかったかもしれませ  
んが、スポーツマンだった父が治療しな  
いのは、わたしも受け入れられなかつ  
たと思います。治療してくれなこと  
が、家族には救いになりました」

清水医師のような信念の人でさえ  
「悪あがき」をしていたことに筆者は  
驚いた。だが、無様な死に方では決し  
てなかった。「闘う」「闘わない」とい  
う二者択一を超えて、その都度、最善  
と考える選択をすることが、納得の最  
期につながるかと信じた。

## 六大シミュレーションで解剖

# 医療費は死ぬまで いくら必要か



おさだしゅうじ  
長田昭二  
(フリーランスライター)

医師と専門家が綿密に計算。

「値段の違いはどこから来るのか



高齢化社会から超高齢化社会へと突  
き進む日本。医学の進歩を背景に、平  
均寿命は右肩上がりを続けてきた。し  
かし、「寿命が延びること」は「健康  
で長生き」とイコールではない。医学  
の進歩による長寿である以上、医療に  
お世話になることが前提の長生きと考  
えなければならぬのだ。

国民皆保険の日本ではその制度上、  
誰もが最低限の質を保った医療を等し  
く受けられる。病気になるれば、多少の  
個人差はあるものの受ける医療内容は

一定のガイドラインに沿ったものとな  
り、支払う費用も一定の基準に則した  
ものとなる。

そこで今回は、七十歳以上の人が  
「よくある病気」にかかったと想定  
し、その先に起こりうる病状の変化と  
治療内容をたどることで、発病(発  
見)してから人生のゴールを迎えるま  
での医療費を試算してみた。

今回取り上げたのは、高血圧、肝硬  
変、直腸がん、脳梗塞、認知症、そし  
て在宅での老衰死——の六パターン。

高血圧は生活習慣病の代表的存在であ  
り、心臓病や脳疾患の元となる。肝  
硬変は「昭和の酒飲み」に多く見られ  
る重大疾患。直腸がんは日本人のがん  
による死亡例において女性のトップ、  
男性でも三位に入る「大腸がん」の一  
種。脳梗塞は別項で栗本慎一郎氏が語  
っている通り、命に係わるだけでなく、  
たとえ命は助かっていても重篤な麻痺を残  
すなど生活水準を大幅に落とす危険性  
のある病気だ。認知症は高齢化の進展  
とともにリスクが高まる。また、病院

ではなく自宅で自然な最期を迎える老衰死は、健やかな老後を願う人にとって興味あるところだろうが、それなりにお金はかかる。

これら現代の日本で珍しくない症例を元に、それぞれの病気の治療を専門とする医師に「死に至るまでの平均的なプロセス」を描いてもらった。その上で、標準的な診療内容を診療報酬から算出し、その患者が支払う医療費を弾き出してみた。

### 長生きとお金の関係

いずれも架空の物語だが、臨床の最前線に立つ医師が「よくある状況」を重ね合わせて紡いでいったストーリーだ。そこに描かれる病状の変化や治療内容とともに、医療費の内訳を見ていくことで、「長寿とお金」の関係が意識できるのではないだろうか。

表について若干の補足しておく。枠内の費目に収まらない支出については「その他」に記載した。また物語に

見込めることもある。しかし、もし医師から生活習慣の見直しを勧められたら、それは単なる励ましなどではなく「病人になる寸前」の最後通牒と心得るべきなのだ。

塩分控えめの食生活と運動を心がけたところ、多少の体重減少が見られたが、血圧が劇的に下がることはなかった。通院開始から一年目の七十一歳の時に受けた検査結果を見た医師は「そろそろ薬を始めましょう」と提案。降圧剤の処方が始まる。

### 細かな病気と治療

日本人は薬への過信があり、薬を処方されるとそれだけで安心してしまう傾向がある。しかし、降圧剤が出たことで「これで多少は無理が利く」と考えるのは間違いだ。生活習慣病の薬が出た時は、「よくて現状維持」程度に考えて節制をしないと、薬代を払った意味がなくなってしまう。

登場する人物は、必ずしも一つの病気だけを治療しているわけではない。病気を複合して持ち、並行して複数の治療を行う場面も出てくるが、今回はそれらの医療費をトータルで試算した。

医療費は七十〜七十四歳は高額療養費制度、七十五歳以降は後期高齢者医療制度の枠組みの中の所得区分「一般」を適用。ひと月あたりの自己負担額は外来で一万二千元、入院で四万四千四百円を上限とし、その額に達しない場合は「一割負担」として算定した。

長生きするにもお金がかかる。その実像を、六人の患者の症例を追うことで浮き彫りにする。

## 生活習慣病の①「高血圧」は重大疾患の土台

目立った症状がなく、本人が気付かないうちに進行し、最後には取り返さない

二年後（七十三歳）、やはり区の健診で便潜血反応が陽性となり、大学病院で大腸内視鏡検査を受けたところ、大腸ポリープが見つかった。内視鏡による切除が行われ、半年後に再検査をするが局所再発は見られなかった。念のため、その後七十五歳、七十七歳、七十九歳時の三回にわたって大腸内視鏡検査を受けたが再発はなし。

これと並行して、七十五歳の時にかかりつけ医で受けた血液検査で血糖値が上昇していることがわかり、それまでの降圧剤に加えて血糖降下薬（ジャヌビア）を追加された。半年ごとだった血液検査も三カ月に一度に回数が増え、平均するとそれまで一万円台半だった年間医療費の自己負担額が、一気に二万五千円前後まで跳ね上がる。

五年後（八十歳）、脳貧血に似た症状が出て頭部MRIを撮影したところ、多発性脳梗塞が見つかる。ただし緊急性は低いと判断され、抗血小板薬（パファリン81mg）を追加処方されるに留まった。

のつかない事態に至る生活習慣病。その中でも「高血圧」は、心筋梗塞や脳卒中など血管系の重大疾患の土台となるだけに注意が必要だ。

定年退職後は健康診断を受けることもなく過ごしていた星野光彦さん（仮名）。七十歳の「節目の年」に区の健診を受けてみたところ、血圧が高いと指摘されて（上が百五十五、下が九十五）、治療を強く勧められる。

近所の内科診療所（専門は循環器科）で検査を受けたところ、確かに高血圧の範疇に入るもの他に重大な所見はなく、「薬を使うより、まずは日常生活を見直すべき」と言われた。すぐに薬を使おうとしない姿勢に感銘を受けた星野さんは、その医師を「かかりつけ医」と定め、月に一度通院して経過を観察してもらうことにした。

高血圧や糖尿病など生活習慣病の初期段階では、すぐに治療に入るのではなく、「生活習慣の見直し」で改善が

星野さんが最初に持った基礎疾患は「高血圧」だが、それだけですぐに死んだり入院したりすることは少ない。しかし、治療期間が長引けば、基礎疾患とは関係ない病気を背負い込む可能性は高まる。大腸ポリープ、糖尿病、脳梗塞……。細かな病気と治療の積み重ねの上に「長生き」は実現する。

ところが同じ年に腰痛が悪化。それまでも腰の痛みを感じることはあったが、この時はじっとしていられないほどの痛みが出た。エックス線検査で腰

症例①〈高血圧〉	
70歳～85歳までの医療費(単位:円)	
初診料・再診料	23,260
入院費用(食費含む)	127,170
投薬費用	228,750
注射費用	3,580
処置費用	60
手術費用	5,390
検査・レントゲン費用	64,530
その他(医学管理)	40,730
高額療養費の現物給付化	▲46,490
自己負担金(実支払額)	446,980

椎圧迫が確認されたが、これも手術をするほどの重症ではないことから、貼付薬で様子を見ることにする。  
持病の高血圧に加えて糖尿病、脳梗塞、腰痛と四つの疾患を併発することになった星野さん。どれも比較的軽症であるものの、体の中では、それぞれの疾患が複合的なダメージを与えていたようだ。八十歳を過ぎてからは次第に体力の低下を実感するようになる。

生活習慣病はあらゆる重大疾患の土台となる病気であり、この土台から様々な病気の芽が伸びていく。一つひとつの病気の治療費自体は安くても、トータルで見た時にどうなのか——に意識を向ける必要がある。

八十四歳の時、インフルエンザの感染をきっかけに肺炎を併発。大学病院を紹介され、そのまま二週間入院する。これ以降、急速に元気をなくした星野さん。月に一度の診察以外はほとんどの時間を自宅で横になって過ごす

ばならない血液は、他の静脈をパイパスとして利用するようになる。その最も便利な迂回路が食道静脈なのだが、ここは本来容量が小さい。大量の血流に耐えきれなくなると「瘤」ができる。これが食道静脈瘤だ。

食道静脈瘤がある人の九十五パーセントが肝硬変。超音波検査の結果、下山さんもやはり肝硬変だった。

入院し、点滴で鉄剤などが投与され、並行して肝がんの検査も受けた。がんはなかったものの、退院後も月一回の通院を言い渡される。胃酸を抑えて胃の粘膜を保護する薬（ガスター）を一日二錠、そして肝機能改善薬（ウルソ）を一日六錠も飲むことになり、半年ごとのエコーと年に一度の内視鏡検査も必須となった。

小食の下山さんにとって、一日八錠の薬はそれだけで満腹感を催す。そのせいかはわからないが、病気の怖さも手伝って断酒に一度は成功する。

ようになる。

八十五歳のある夜、急性心筋梗塞の発作で大学病院に救急搬送。緊急カテリテル検査の結果、冠動脈形成術は不可能と判断。入院直後に心原性ショックを起し、懸命の治療が行われるが、入院十日目に息を引き取る。

死因は「急性心筋梗塞による心不全および多臓器不全」で、これは高血圧の典型的な終末像の一つ。星野さんが最初に血圧の高さを指摘されてから、十五年後のことだった。

取材協力／三好俊一郎医師（三好クリニック）

## お酒好きは必読 ② アルコールの代償は「肝硬変」で高くつく

日本で肝硬変による死亡者数は年間約一万七千人。多くはウイルス性肝炎

四年後の七十四歳の時、親戚の婚礼で久しぶりに飲んだのがきっかけで、せっかくの断酒が崩れ去った。発病前の飲酒量に戻った彼の肝臓は徐々に線維化して固くなり、翌年には一リットル以上の血を吐いて救急車で搬送される騒ぎとなる。この大量吐血は食道静脈瘤の破裂によるもので、これで命を落とすケースも珍しくない。幸いにも下山さんは処置がうまく行ったが、今度の入院は一カ月に及んだ。

食道静脈瘤が破裂すると、大量吐血を招くことになる。時に「洗面器一杯分」ほどの吐血をすることもあり、これで絶命するケースも少なくない。この場合、死因は「食道静脈瘤破裂」でも、陰で支配しているのは「肝硬変」なのだ。

### 断酒挫折の代償

さすがに今度こそ酒をやめるつもりだったが、半年も経つと理由を付けて

から肝硬変に移行するタイプだが、ウイルス性肝炎はワクチン接種など感染予防策が功を奏して減少傾向にあり、今後その割合は低下することが予想される。一方アルコール性の肝硬変は、「酒飲み」がいる限り一定の割合で発生する。酒の代償は命を削るだけでは済まない。医療費としても支払わなければならないのだ。

若い頃から酒豪で鳴らした下山幸一さん（仮名）。六十歳の健診で肝機能の低下を指摘され、超音波検査の結果「脂肪肝」と診断される。しかし、症状がないので危機感を持たず、医師の指導に反して飲酒を続けてしまった。

七十歳の時に「真っ黒な便」が出て近所の病院を受診。検査をすると正常値を大幅に下回る貧血で緊急入院。さらなる検査で食道静脈瘤の存在が明らかになった。静脈瘤からの僅かな出血で便が黒くなっていたのだ。

固くなった肝臓の中は血液が通りにくくなり、それでも心臓に戻らなければ飲むようになってしまった。下山さんはこの時点で半ば断酒はあきらめていた。

七十六歳の頃から血糖値が高くなり始めた。これは肝機能の低下により、糖の調整がうまく行かなくなっていることを示唆している。下山さんは肝硬変の治療と並行して糖尿病の治療薬も飲まなければならなくなり、それまで年間一万円前後だった通院にかかる自己負担額が、約二万円に倍増してしま

った。

症例②(肝硬変)	
70歳～81歳までの医療費(単位:円)	
初診料・再診料	14,350
入院費用(食費含む)	274,840
投薬費用	179,980
注射費用	3,380
処置費用	420
手術費用	153,890
検査・レントゲン費用	63,820
その他(医学管理)	6,700
高額療養費の現物給付化	▲82,960
自己負担金(実支払額)	614,420

入院で前回同様の治療を受ける。退院してからはさすがに酒量こそ減ったものの飲酒は続行。家族も本人の好きなようにさせる方針を固める。

翌年受けた定期検査で、直径二センチの肝細胞がんが見つかった。しかし、この時すでに機能が低下していた肝臓は手術不能。肝臓に針を刺し、先端の電極からラジオ波という電波を出して患部を焼く治療が行われた。

これ以降下山さんは毎年入院を繰り返すことになる。肝臓の病気は悪化すると緊急入院が必要なケースも多くなる。平穏な療養生活からは遠ざかり、医療費も高んでいくことになる。

翌年（七十九歳）、直径二〜三センチの再発がんを三カ所に確認。今度は肝動脈塞栓術という治療が行われた。これはがんに栄養を供給している動脈を塞ぐことで、がんを兵糧攻めにする治療法だ。下山さんは十日間入院してこの治療を受けたが、一年後（八十

歳）にはがんが再発。今度は直径二〜三センチのがんが五〜六カ所に点在していた。前回同様肝動脈塞栓術を行ったが、半年後には肝機能が著しく低下し、黄疸や腹水といった肝硬変末期の症状が出るようになる。

一年後、突然の腹痛を訴えて救急搬送された下山さん。診断の結果、肝がんの腹腔内破裂が確認され、輸血などの緊急処置を行ったが回復せず、翌日に息を引き取った。享年八十一。

取材協力／三上繁医師（キッコーマン総合病院）

### 日本人に多い ③「直腸がん」 女性は要注意！

大腸がんとは、盲腸、結腸、直腸にできるがんの総称。中でも肛門に近いほど発症割合が高まり、肛門に最も近

い直腸にできるがんだけで大腸がん全体の四割以上、直腸につながるS状結腸のがんも加えると六割以上を占める。メジャーながんだが、比較的女性に多い病気だ。

七十三歳の時に、市の健診で受けた便潜血検査で陽性反応が出たことから地元の病院を受診した鈴木康江さん（仮名）。大腸内視鏡を含む各種検査の結果は、直腸の腸壁のやや深い部分まで浸潤している進行がんだった。

進行がんと聞いた鈴木さんはショックを受けたが、まだ手術ができる段階。後日入院をして腹腔鏡手術が行われ、術後の合併症もなく予定通り八日に退院する。

その後は外来通院をしながら抗がん剤（ゼロダ）の内服による補助療法を行い、半年後の検査では再発は見つからなかった。その後も半年ごとに胸と腹部のCT検査、一年に一度の大腸内視鏡と胃カメラ、エコー検査を受け、腫瘍マーカーによるチェックも定

期的に受けていく。

術後三年目の七十六歳の時、定期検査で多発性肺転移が見つかった。自覚症状はないが、両肺に多数の腫瘍が確認された。手術で切除することは難しく、抗がん剤に加えて「アバスチン」という分子標的薬による治療を行うことになる。

#### 落ちゆく薬の効果

分子標的治療薬とは、従来の抗がん剤のように全身にダメージを与えるのではなく、狙った組織だけをピンポイントで攻撃する薬。

病院で行う点滴の他に、持続的に抗がん剤を投与するためのCVポートという、皮下埋め込み型カテーテルを肩のあたりに据え付ける簡単な手術が行われた。携帯型のボトルからCVポートにチューブをつなぐと、ボトルの中の薬が二日間かけて少しずつ体内に注入されていく仕組みだ。

鈴木さんにこの治療法は効果があり、徐々に腫瘍が小さくなっていった。途中、薬の副作用とみられる「手のしびれ」がひどくなってきたが、薬を変えて治療は続けられた。

しかし次第に薬の効果も落ちてくると、劣勢だった腫瘍が勢いを盛り返す。それでもしばらく頑張ってみたが、呼吸の苦しさを訴えるようになってきたことから、抗がん剤の投与は中止。最後は本人と家族の同意の下、積極的な治療はしないことになった。

体力の低下も著しく、呼吸困難感

症例③〈直腸がん〉	
73歳～78歳までの医療費(単位:円)	
初診料・再診料	5,310
入院費用(食費含む)	659,770
投薬費用	173,120
注射費用	138,740
処置費用	0
手術費用	82,990
検査・レントゲン費用	72,320
その他(医学管理)	9,750
高額療養費の現物給付化	▲198,510
自己負担金(実支払額)	943,490

日増しに高まっていく。希望していた病院の緩和ケア病棟に空きが出たとの連絡を受け、家族の願いで一泊二万五千円の有料個室に入院する。

差額ベッドの料金は病院によって様々。地方では一泊三千円程度の比較的小さいものから、都心部では数十万円の超豪華ホテル並みの特別室まである。差額ベッドだけで本来の医療費を遥かに超えるケースも珍しくない。

鈴木さんの場合、呼吸の苦しきだけを訴えて、がんによって引き起こされる痛みはなかった。そこで医師は、酸素の常時投与と、呼吸苦を和らげる効果のあるモルヒネを中心とした薬剤を使って症状を和らげる処置を選択。緩和ケア病棟に入ってから、比較的穏やかな入院生活を送ることができた。入院十日目あたりから次第に意識レベルが低下、眠っている時間が長くなり、入院から二十日目、家族に見守ら

れて静かに旅立った。享年七十八。

取材協力／川口米栄医師（キッコマン総合病院）、川畑正博医師（東京厚生年金病院）、須郷慶一医師（総合新川橋病院）

#### ④ 「脳梗塞」には 早期治療が肝要だ

脳梗塞の発作は突然来る。福田芳恵さん（仮名）の場合も、七十四歳の時に突然その症状に襲われた。

その日は出かける用事もなかったのが、朝食後部屋の掃除をしていたのだが、突然それまで握っていた掃除機を右手がつかめなくなったのだ。部屋を出ようとしても歩行が覚束ない。大声で家族を呼んだが言語不明瞭で、言いたいことが伝わらない。異常事態を察した家族がすぐに救急車を要請し、自

宅から一番近い救急病院に運び込んだ。

病院では頭部CTと血液検査、MRI画像を撮影し、「大脳基底核内包後の脚でのラクナ梗塞」と診断。血栓溶解剤「tPA」を投与して梗塞をなくし、血流改善に成功した。

発作を起こしてからtPA投与までおよそ二時間半。自宅から病院までの距離が近く、また異常に気付いた家族の対応も迅速だったことから特効薬を使うことができたわけで、この点は非常にラッキーだったと言える。

tPAは、発作から三時間以内、NIHSS（脳卒中重症度評価スケール）無症候のゼロから最重症度の四十二までの点数を付ける評価法）で「五〜二十二点」と判断された時に使用が推奨される。一定のリスクはあるものの、治療後の患者の生活の質は明らかにtPAを使ったほうが配が上がる。近年は、基準に合致した症例に対しては積極的にtPAを使うようにな

ってきている。

福田さんが入院したのは一般病棟ではなく、SCUとよばれる脳卒中専門の集中治療室。ここで二週間にわたって徹底した治療とリハビリ指導を受けた彼女は、最も危険な状態は脱することができた。

#### 早期リハビリの時代に

大昔は「脳梗塞の患者は動かすな」と言われた時代もあるが、今は発作から一分でも一秒でも早い段階でリハビリを開始するべきという考え方に変わってきた。福田さんの場合もSCUで入院翌日から理学療法士と言語聴覚士による機能回復訓練が行われている。

福田さんの命を救ったSCUは、長期間の入院を想定していない。「超急性期」とよばれる最も重篤な状態の患者を受け入れる施設のため、二週間をメドにベッドを明け渡さなければなら

ないのだ。福田さんも、ここでの濃厚な治療が功を奏し、治療の重点が「機能回復」に移行していたことから、リハビリ施設を持つ病院に転院する。

それまで福田さん自身は知らなかったのだが、SCU入院中に受けた血液検査で、軽度の糖尿病と脂質代謝異常症（高脂血症）が見つかり、それに加えて血圧もやや高めだったことから、それぞれの薬を処方するようにSCUで彼女を担当した脳神経外科医からリハビリ病院の医師へ指示があり、処方

する程度に回復していた。

退院後は最初に救急車で搬送された病院の脳神経外科外来に月一回通院。パファリン81mg一錠またはプレタール二錠（ともに抗血小板薬）、ジャヌビア（糖尿病治療薬）四錠、アバプロ（降圧剤）一錠、アムロジン（同）一錠、リパロ（抗コレステロール剤）二錠などが一日当たりの服用量。薬の量が多い分、出費もかさむ。この時期福田さんが一年間に支払っていた医療費は、自己負担額で三万八千円を超える額になっていた。

そんな生活が三年ほど続いた七十七歳の頃、血圧がやや高くなってきた。降圧剤を一種類追加して様子を見ていたが、翌年（七十八歳）に前回と同じ症状に見舞われた。しかも今度は左半身だ。

救急車で前回と同じ病院に入り、検査の結果は「大脳基底核右側被殻の出血」。今度は梗塞ではなく出血なのでtPAは使えない。前回と同じSCUに入ったが、脳浮腫を防ぐための薬を

注射する程度で、手術などの大掛かりな治療は行わなかったものの出血は止まり、今回も二週間でリハビリ病院に転院することができた。

ただ、前回と様相はかなり異なる。今回は片側の麻痺だったのが、今回起きた麻痺によって「ほぼ両側の麻痺」に移ってからも、機能回復訓練に対して以前ほどの積極性は持たなくなってしまう。

片側の麻痺を「一」とした時、両側

医療費は死ぬまでいくら必要か

リハビリ病院に転院した彼女は、六カ月間にわたって「脳血管障害の回復期リハ」とよばれる訓練を受ける。理学療法士、言語聴覚士、作業療法士など専門スタッフが指導する機能回復訓練は楽ではなかったが、一度は失った機能が少しずつでも戻ってくる喜びもあって、挫けることなく取り組むことができた。半年後退院して自宅に帰る時には、多少の麻痺は残っているものの、大抵の身の回りのことは自分で

症例④(脳梗塞)	
74歳~80歳までの医療費(単位:円)	
初診料・再診料	4,260
入院費用(食費含む)	1,241,790
投薬費用	163,360
注射費用	66,650
処置費用	1,260
手術費用	0
検査・レントゲン費用	25,230
その他(リハビリ)	457,940
高額療養費の現物給付化	▲820,240
自己負担金(実支払額)	1,140,250

症例⑤〈認知症〉	
75歳～90歳までの医療費(単位:円)	
初診料・再診料	24,730
入院費用(食費含む)	76,180
投薬費用	316,370
注射費用	1,530
処置費用	720
手術費用	100,000
検査・レントゲン費用	40,680
その他(リハビリ)	12,330
高額療養費の現物給付化	▲120,730
自己負担金(実支払額)	451,810

頭部MRI検査を受けたところ、海馬の委縮が確認された。血液検査の結果からは他にこうした症状を起こす病気の存在は見つからなかったことから、正式に「アルツハイマー型認知症」と診断。認知症治療薬(アリセプト)を一日一錠服用することになった。毎月一回の通院が始まり、しばらくはトラブルもなく過ごしていたが、七十七歳の時に次の「症状」が現れる。身の回りの世話をする長女やその専主に、暴力的な振る舞いをするようになったのだ。娘から相談を受けた医師

その間も認知症の進行具合を調べるため、年三回の「長谷川式スケール」と血液検査、それに年に一度の頭部MRI検査は行っていたが、認知症の状態は次第に悪化していく。八十歳の時に自宅で転倒して整形外科病院に入院。大腿骨頸部骨折と診断され、人工骨頭挿入術を受けた。この手術を受けるための入院で、玉置さん自身が支払ったのは自己負担限度額の四万四千四百円だが、実際にかかった医療費は百六十万円を超える。差額は

### 認知症と転倒

は、神経の高ぶりを鎮める漢方薬「抑肝散」(一日三回服用)を追加処方し、様子を見ることにした。翌年、玉置さんは「腰が痛い」と言い出した。エックス線画像で見たとこ

ろ圧迫骨折が判明。骨の劣化によるものと診断され、骨粗鬆症の進行を抑える薬(ビスホスホネート製剤)とビタミンD製剤が追加される。

国が負担しているわけで、そう考える年寄りには、時に危険を顧みない行動に出ることがあるため、身体をぶつけたり階段や路上で転倒したりして骨折することが多い。入院して長期間寝込んでいると、それで痴呆が進むこともある。そうした意味からも骨折予防は重要なのだ。

## ⑤「認知症」も 死の原因となる

に麻痺ができた状態を「一十一」「二」ではなく「一十一」が五にも十にもなる」と表現される。それほどまでに両側の麻痺が及ぼすダメージは大きく、特に深刻なのが「飲み込む機能」の低下だ。福田さんも最後は嚥下障害をきっかけに人生のゴールを引き寄せてしまふ。

半年後に帰宅した時には「手すりにつかまり立ちをして、家の中を少し移動するのが精一杯」という状況。その後は月に一度の通院だけは家族の運転する車で出かけるものの、それ以外は家の中でもほとんど動くことがなくなっていく。

ほぼ寝たきりに近い状態の一年半後、誤嚥性肺炎で入院する。食事も取れなくなり、経管で栄養剤や薬剤を投与するが好転せず、約一カ月後に死亡。享年八十。

取材協力/太組一朗医師(日本医科大学武蔵小杉病院)

七十二歳の時に五歳上の夫をがんて亡くした玉置晃子さん(仮名)。精神的に安定しなくなり、慢性的な不眠から、明らかに元気がない印象を漂わせるようになる。

二年ほどは一人暮らしだったが、長女夫婦に誘われて一緒に暮らすようになった一年後(七十五歳)、ある「症状」が現れるようになる。「もの盗られ現象」だ。

大切な物を自分でどこかにしまったのに、「しまった」ことを忘れて、「盗まれた」と思い込むこの現象。最初は笑って済ませていた娘も、二度三度と不可思議な言動を繰り返す玉置さんに不安を感じ、近所の内科クリニックに相談することにした。

クリニックでは「長谷川式スケール」という認知症テストが行われた。三十の設問に口頭で答えるテストで、三十点満点中二十点以下だと、それだけで認知症の診断が下される。玉置さんは、初診時のテストの結果は二十四点と基準点はクリアしていたが、問診での受け答えや、長女の証言などを総合的に判断して、クリニックの医師は「事実上の早期の認知症」との診断を下した。

この時医師が重視したエピソードが二つある。一つは新聞の集金人に向かって当月分はまだ支払っていないのに「この前払ったばかり」と食ってかかってトラブルになったこと。もう一つは、自分がテレビの通信販売で注文して届いた商品を「買った覚えがない」と言い張ったことである。どちらも早期の認知症患者によく見られる典型的な症状だ。

日を改めて、検査専門クリニックで



**松本民芸家具**

「椅子」「テーブル」「食器棚」「サイドボード」「チェア」など各種取り揃えております。

資料請求は下記まで

〒153-0063 東京都目黒区目黒3-1-9  
http://www.hanamori.co.jp/  
TEL 03-5725-7830

**日黒花森**

ない額だった。

取材協力／中崎浩道医師（ヨコハマ  
ポートサイドプレイス 中崎クリニック）、鈴木一秀医師（麻生総合病院）

### 安らか死とされる ⑥「老衰」までの 容易でない道のり

小さな病気は何度か経験があるもの、これといった基礎疾患もなく七十代半ばに差し掛かった竹村ヒロ子さん（仮名）。娘二人はともに結婚しているが、長女は近くに住んでいる。夫も当時は健康だった。

そんな彼女に異変が生じたのは七十歳の時。腰に強い痛みが出て、近所の「内科と整形外科を標榜する診療所」を受診する。エックス線検査の結果、診断は「変形性腰椎症」。消炎鎮痛剤の飲み薬（ハイペン）と湿布薬

（アドフィードパップ）が処方されて様子を見ることになった。月に一度の通院が始まり、真面目に薬を飲み、貼っていたが、劇的に改善することはなく、反対に徐々に徐々にはあるが足腰が弱っていくのを実感するようになる。

内臓疾患の有無はもろんだが、高齢者の健康を根幹で支えるのは「骨」である。元気な人でも骨のアクシデントから行動範囲が狭まると、全身状態が急速に衰えていくことが非常に多い。腰痛防止や転倒予防が、長寿を考える上で非常に重要なテーマとなる。

特に八十歳を過ぎてからは歩くことが不自由になり、外出する回数は激減。婚礼のようなやむを得ない外出時には車イスを使うようになる。診療所に通うのも大変なので、薬は九十日分をまとめて出してもらおうことで、通院のペースを「月一回」から「三カ月一回」に減らした。

それでも、娘や孫たちが頻繁に訪ね

てくるので、脚は不自由でも、日常生活は楽しかった。

ところが悲劇が訪れる。彼女が八十五歳の時に、二つ年上の夫が心筋梗塞で突然死したのだ。娘に連れられて珍しく買い物に出かけて、夕方帰宅したら夫が居間で倒れていた。救急車を呼んだが、すでに息絶えていた。滅多に出かけない自分が、たまたま出かけた留守中に夫が死んだことに、大きなショックを受ける。「自分がいれば助けられたかもしれない……」と自分を責めるばかりで口数が減り、表情から喜怒哀楽が消え、あきらかに「それまでの彼女」とは別人になっていく。

### 寝たきりから老衰へ

人間が受ける精神的ストレスの中でも、最も大きなイベントのひとつが

「配偶者の死」である。これをきっかけに精神的なストレスを背負い込み、反動で様々な症状を引き起こすことは珍しくない。認知症に限らず、うつや、免疫力の低下からくる感染症などにも注意が必要だ。

認知症治療薬（アリセプト）の服用が始まり、このあたりから入院を繰り返すようになる。

八十七歳の時に尿路感染症で地域の公立病院に七日間の入院。翌年には自宅で転倒し、大腿骨転子部を骨折し、手術とリハビリのため三十日間の入院を余儀なくされた。リハビリでは、自力歩行を目標にする。しかし認知症の症状もあって思うような改善を見ることができず、最終的には「車椅子による移動」がゴールとなってしまった。

なお、竹村さんが入院した病院では「DPC（病気に一日当たりの医療費が最初から決まっている定額医療）」を導入しており、この二回の入院共に薬代や処置料などは定額払いとなった

（手術やリハビリは別の出来高払い）。表でも、この入院中の投薬、処置、検査などの費用は一括して「入院費用」に盛り込んである。

退院後は、それまで通っていた診療所への通院を断念し、在宅診療を申請する。医師の訪問は週二回。訪問看護ステーションからの看護師の来訪も週二回。医師と看護師の来訪日は重ならないようにして、「医療者が来ない日」が少なくなるように工夫したシフトを組んでもらった。

モンドセレクトシオン十四年連続「大金賞」受賞

守り続ける伝統

寛文五年堂

イナニフ トーク

0120-1728-19

平日:9時~18時、土・日・祝日:17時まで

http://www.kanbun.co.jp

秋田 稲庭 直送

てな

てな

症例⑥(老衰)	
75歳～91歳までの医療費(単位:円)	
初診料・再診料	14,990
入院費用(食費含む)	160,190
投薬費用	110,700
注射費用	7,230
処置費用	2,700
手術費用	42,840
検査・レントゲン費用	35,880
その他(在宅・リハビリ・看護)	810,400
高額療養費の現物給付化	▲50,650
自己負担金(実支払額)	1,134,280

この頃からほぼ寝たきりとなった竹村さん。腰などに褥瘡がでけるようになり、壊死した組織を切除する「デブリドメント」という外科的な処置が月一回のペースで行われるようになる。ただ、食事は自分で摂れるので、とろみ状の経口栄養剤が一日あたり二缶処方される。

九十歳の時、誤嚥性肺炎で以前と同じ公立病院に二週間入院。抗生物質などの投与でどうにか乗り切り、退院後も家族の希望もあって胃ろうは作らず

経口食を続けることにした。

嚥下困難な患者は、液体を飲み込むのが難しい。そこで、液体にとろみをつける片栗粉のような栄養剤を利用することが多い。一食分は数十円と安価だが、医療保険は使えないので患者が自費で購入する。

翌年再び誤嚥性肺炎で、前回と同じく二週間の入院。退院後は体力も意識も低下した。褥瘡も悪化しデブリドメントを月二回に増やす。

半年後、深夜に熱発と呼吸困難で緊急往診。抗生剤(セフィローム+生理用食塩水)を投与し、痰の吸引吸入装置をレンタル開始(月額四千円ほど)。この時点で「最期は自宅であらかに」という方針を確認した医師が「特別指示書」を発行し、看護師の訪問を週四回に増やす。五日後、血圧が低下して尿が出なくなり、この日から医師が毎日訪問することにする。二日

後、呼吸停止。医師が駆けつけ死亡宣告した。享年九十一。死因は「老衰」。十七年間の療養生活で竹村さんが支払った医療費自己負担額は百十三万円ほどだが、実際にかかった医療費総額は千七百七十八万円に達していた。

取材協力/松尾英男医師(えびす英クリニック)、鈴木一秀医師(麻生総合病院)

\*

今回紹介した六人は、どれも基本的なガイドラインに沿って典型的な治療を受けたケースを想定しており、各症例ごとに出した医療費はすべて自己負担額。金額だけを見れば「意外に安い」という印象を持つかもしれない。確かに安い。「直腸がん」の物語では、最後に二十日間だけ入った緩和ケア病棟での差額ベッド代が、自己負担した医療費総額の半分以上を占めてい

医療費は死ぬまでいくら必要か

る。しかも、差額ベッド代は一泊二万五千円と、世間相場で見れば決して高い金額ではない。安く感じるのは、標準治療をベースにした物語であることはもちろんだが、高齢者の自己負担額(今回は「一般」で算定したため「一割負担」で表記し、さらには支払限度額で頭を押さえられていることが最大の要因と言えよう。

ならば実際にはどれほどの費用がかかっているのだろう。「直腸がん」のケースでいえば、七十三歳の発病から七十八歳で亡くなるまでのまる六年で、患者が支払った金額は差額ベッド代込みで九十四万円ほどなのに対し、実際の医療費総額は約六百八十万円。脳梗塞の症例に至っては、まる七年の治療で支払った金額約百十四万円に対して、実際に医療機関が受け取った総医療費は約千七百万円にもなる。命に値段は付けられないが、一人の人生の終盤に、これだけのお金が動いていることを知れば、自己負担額が安いと言

って喜んでいられなくなる。今回取材に協力してくれた医師の一人は、算定された医療費総額を見て「一割負担は偉大ですね」と述べた。課題は山積しているものの、日本の社会保障制度の底力を見せつけられた思いがする。

さらなる出費も

もちろん、すべてがここに提示した症例のように進むわけではない。実際にはそれぞれの状況で細かな出費が絡んでくる。介護施設を利用したり、たとえ自宅に住んでも介護ヘルパーなどのサービスを利用したりするだけで、出費は飛躍的に嵩んでいく。

同じ医療でも薬の使い方や手術の術式の選定、さらに医療機関の選び方によっても支払う金額は変わってくる。高ければいい、安いほうが得、と簡単には言えないのが医療の難しい点であり、状況ごとで、自分に最適な医療を知り、サービスの質とコストの妥当性

を見抜く目が重要になってくる。

実際に病気になった時に、必ずしも標準治療だけで完結(満足)するとも限らない。がん治療で期待される粒子線治療、あるいは脳腫瘍などの治療に利用されるサイバーナイフやガンマナイフなど、高額な医療費を必要とする医療技術は続々と登場している(ちなみに粒子線治療にかかる費用は三百万円ほど)。これら先進医療の多くは命に係わる病気の治療を目的としたものであり、しかも低侵襲(体が受けるダメージが小さい)という共通の特長を持つている。高齢になればなるほど、こうした医療へのニーズは高まる。そこに「お金の心配」も付いてくる。

自分の命、家族の健康を守るには、やはり蓄えが重要だ。万一の時に備えた「経済的な体力づくり」が、長寿を実現するうえで不可欠なのだ。

医療費算定/株式会社医療情報科学研究所・長面川さより