

# 「多死時代を迎えて在宅医療を主流に」

令和元年 10月15日(火) 15:00～17:00  
日比谷コンベンションホール  
主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



## 講師

田中 耕太郎  
(たなか こうたろう)  
放送大学客員教授

### 講師略歴

#### ■ 略歴

- ・1950年 山口市生まれ。
- ・1974年 京都大学法学部卒業後、厚生省(当時)入省  
年金、薬務、医療保険、国際協力、障害福祉などの仕事に従事
- ・1995年から2015年度まで  
山口県立大学社会福祉学部教授
- ・2012年より現職

#### ■ 専攻

社会保障論、国際福祉論

#### ■ 主な著書

- ・『先進諸国の社会保障④ドイツ』(共著)(東京大学出版会)
- ・『はじめての社会保障第16版』(共著)(有斐閣アルマ)
- ・『社会保険のしくみと改革課題』(単著)(放送大学教育振興会)他

初めまして、田中耕太郎と申します。どうぞよろしく申し上げます。このたびは、この月例セミナーで在宅医療についてということで、お話をいただき、今日、伺いました。ちょうど、2日前、特に長野から関東、あるいは東北にかけて随分大きな被害に遭われ、まだ交通も完全復旧していないと伺っていますが、そのような中、今日はわざわざ参加くださり、ありがとうございます。私ももう20何年来、郷里の山口で暮らしていますので、大体台風は毎年のように、九州から山口のほうはかすめ、あるいは襲来してまいります。今回も、ちょうどフライトの日程にぶつかって来られるかなと思って少し心配していたのですが、幸い2日違いでこちらに伺うことができました。

私は今、少しご紹介いただいたように、3年半ほど前に65歳の定年で大学を退職いたしました。ちょうど42年間幸い元気でフルタイムの仕事をさせていただきました。そのうちちょうど前半の半分、21年ほど、厚生省でさまざまな仕事をさせていただきました。その後、これもちょうど半分ですが、21年間、郷里の山口県立大学で、主に社会福祉学部、看護あるいは栄養学部も持っておりますが、主にソーシャルワーカー、社会福祉士の養成に携わってまいりました。卒業生も21年間で1,600人ぐらいのソーシャルワーカーが大学から無事卒業をしてくれました。地方の公立大学ですので、卒業生のほとんどは実際のソーシャルワークの現場の仕事、病院、社協、高齢者、障害者、あるいは子どもの施設で頑張ってくれております。そういった形で若い人たちと、この社会福祉、あるいは社会の在り方のことを一緒に学びながら、考えてまいりました。

私はそういう形で仕事をずっとやってまいりましたので、日本の社会の仕組み、医療、年金、あるいは介護、社会福祉、薬の問題、その他含めて、政策とか、仕組みをどういうふうにかけていくのかということを中心に考えてきた人間です。30数年前にドイツの大使館に派遣をしていただき、トータルで3年半ほど、現地でドイツの社会保障関係者、医療関係者等々と交流をし、今に至るまで続けさせていただいています。そういう中で、日本の医療保険、あるいは年金のモデルになったこのドイツの社会保険の仕組み、あるいは社会の動き、政策の動向等に関連させながら、日本の国の姿、あるいは社会保障をどう構想していったらいいのかということを考えてきました。

そういう意味では、在宅医療など、医療の現場の人間ではありません。学生たちは教えて育ててまいりましたが、福祉、あるいはソーシャルワーク自体に自分が携わったわけでもありません。いろいろなそれこそ人の数ほど、家族の数ほど形のある在宅での暮らし、医療というものについて、実際の臨床現場で知っている人間ではありませんけれども、さまざまな医療あるいは福祉の現場の人たち、あるいは卒業生たちを含めて、交流をしてきました。その中で、日本の社会がこの戦後、とりわけこの30～40年ぐらいの間、大きく変化する中で、どういう形でこれから日本の社会、私たち一人一人の暮らしの在り方を考えていくのかということ、場所は変わりましたが、ずっと考えてきたつもりです。意図してかせざるかは別として、この40年余りの仕事の中で、関わる接点は変わっても、障害福祉の世界を通じて地域での暮らしということにずっと関わり、追い求めてきました。大学に移ってからは、ミシガン大学での老年医療のチームケアの研修のシステムだとか、あるいは在宅医療を推進する会にご縁があったりしました。そういった形でさまざまな福祉や医療の現場で実践者の人たちと一緒にこの日本でこれから本当に必要になってくる在宅での医療をどう支えるのか、あるいは障害があっても、あるいは重い精神疾患があっても、もちろん歳を取っても、住み慣れた地域で私たちが暮らしを継続していくために、何をやってきたのか、あるいはこれから何をすべきなのかということを考えてきました。そういう立場の中で、これまでご縁のあった、あるいは関わってきた一つ一つの取り組みを通じて、今日、せっかくこういった形でお出でくださっている皆さんとこれからの私たちが、あるいは皆さんお一人お一人がお仕事を通じて、

---

あるいはご自身のご家族、さらには自分自身も含め、これからどういうふうに生きたいのか、あるいはどういうふうに最期を迎えたいのか、あるいは自分が暮らす地域をどういうふうに作っていきたいのかということと一緒に考えていきたいと思います。そういう材料の1つを提供させていただければ嬉しいかなと思います、今日は伺いました。

本日のテーマは、大変大きな課題だと思っています。私もいろいろな形で実際に政策を作る現場にいたときから、考えられるいろいろな政策はやってきたつもりです。予算化をしたり、法律を作ったりもしてきました。また研究者として、外からこの20年余りの政策の動きを見てきました。いろいろと考えていることはやってきていても、現実を変えるということはこれまでそれを利用したり支えてきていた方々、例えば施設であれば、入居しているご本人や、あるいはご家族の方々、そこで働いている皆さん、あるいはそこにさまざまなサービスやものという形で関わっていらっしゃる、まさに今日いらっしゃる皆さんなど、さまざまな人の生活が関わっています。日本という社会は、私は40何年ずっとやってきていて、できてしまった仕組みやサービスを変革するための合意づくりがとても難しいと感じています。新しく作ることに非常にたけていると思いますし、ミシガンの研修に5年間関わっていく中で、向こうの専門家や議員など、いろいろな人たちと議論をしていますが、例えば介護保険の動き1つとってみても、アメリカでは必要だと言っている、とてもではないけれども、制度化ができないのです。それで日本の動きを見ていて、彼らは非常にうらやましがっていました。

そういう力はあるのですが、いったん作ってしまうと、なかなかこれを変えていくことができません。今の公共事業1つとっても、今回、水害で改めて公共事業の在り方を問われていますが、医療の在り方等々含めて、もっとこういう方向に変えていこうということが出てきても、実際にそれを変えていくことは大変だというのが私の率直な印象です。それはみんなに配慮するという日本社会のいいところでもあります。逆に本当にぎりぎりまで来て切羽詰まらなないと、なかなか日本では自分たちでお互いに話し合っただけで変えていくということが難しいのではないかと思います。今日に至っています。

この在宅医療の在り方についても、皆さんからもいろいろなお考えがあるだろうと思います。私が提供する経験も含めて、問題意識をお伝えする中で、ぜひ皆さんなりに考えていただきたいのです。もしその中で、自分もこういうことをやってみたい、あるいはこうすべきだろうと思われたら、ぜひお仕事を通じて、あるいは個人としての活動を通じて、取り組んでいただけるきっかけになれば嬉しいです。

それでは少し具体的なお話をしたいと思います。

## ■ 社会保障制度改革の流れ

在宅医療という話をする中で、社会保障改革の話をもっと最初にするのは少し唐突な感じがあるかもしれません。大きな目で見ると、今の地域福祉、あるいは地域包括ケアと言われるような流れ、あるいは在宅医療の流れも、やはり社会保障改革という流れの中で動いてきているのだらうと思います。ちょうどこの10月から、あれだけ上げる、上げないで大騒ぎして、2014年春に8%に上げてから、結局5年半かかりました。この10月から10%になり、言っていたほどの大きな変化はなく、無事にスタートしそうです。

日本では、この消費税の問題というのは、いわば政治の鬼門のようなものです。平成の時代というのは、まさに消費税に始まって消費税に終わるようなこの30年間だったのではないかと考えています。ちょうどこの10月に消費税の10%への引き上げと、それに関連した社会保障の低所得者対策などの制度が実施されました。そういう意味で、この2012年に始まった社会保障と税の一体改革という動きがようやく7年余りたって、今年の秋で一区切りついたという時期に当たっているのだと思います。

ではこれからどうするのかということが議論になるわけです。この9月に新しく安倍総理の下で、全世代型社会保障検討会議ということで、これから高齢者に偏らない全世代の社会保障を考えていきたいということです。言うのは簡単です。例えば民主党政権が子ども手当を掲げて華々しく政権に就いた2009年以降の経験を見てみても、ちょっとした日本レベルの規模の子ども手当でも、本格的に実施しようと思うと、やはり1兆円オーダーのお金が要ります。残念ながら今の段階では、いろいろな政策を打ち出しても、働く世代をもっとサポートしよう、働く女性たちをもっとサポートしよう、あるいは子どもにもっとお金をかけよう、あるいは虐待の問題にもっときちんと対応しようと言ってみても、結局、こういう社会的な施策というのはそれを裏付ける財源が要るわけです。残念ながら10%まで上げた現在においても、毎年国の予算約100兆円の中で、大体6割ぐらいしか独自の税財源ではまだ確保できていません。3割から4割近く、30兆円規模のお金を毎年借金でしのいでいるという基本的な状況は変わっていません。それをこれからどういうふうな形でやり繰りしていくのか。もちろん今の制度の中で無駄なものもありますから、それは削減していかなければなりません。しかし、民主党政権のときでも、事業仕分けなどをやろうとしましたが、なかなかそういうレベルで出てくるお金の桁とは違います。要するにふた桁の兆のお金をどうやってこれから作っていくのか、あるいはそれに向けてどういう合意を作っていくのかというのは、残念ながら今のところまだ見えません。安倍さんもこれから10年間総理をやるとは思えませんが、向こう10年間は消費税もこれ以上上げないと言っておられるようですが、ではこれから本当に本格的に社会保障の新しい時代の改革に向けて、その必要な費用をどう賄っていくのかということ、残念ながら今の段階では見えていないというのが率直なところではあると思います。

これは皆さん、お一人お一人、評価は変わるだらうと思います。私はずっとドイツとの比較をやってき

### 社会保障制度改革の流れ

- ・2008年11月「社会保障国民会議」最終報告  
(自由民主党・公明党政権)
- ・2009年8月総選挙で民主党が政権に
- ・2012年2月「社会保障・税一体改革」閣議決定  
消費税率5%→8%→10%へ/社会保障改革
- ・2012年12月総選挙で自由民主党が政権復帰
- ・2013年8月「社会保障制度改革国民会議」報告
- ・2019年9月「全世代型社会保障検討会議」

1

資料1

ましたが、EU加盟の28カ国の消費税率というのはほぼ20%前後です。スウェーデン、デンマーク等は25%、大体20～25%の間に収まってきています。その状況を考えたときに、日本は平均的に見れば、所得税率もまだ低いし、かといって、日本で所得税をもっと引き上げようという議論はなかなか動いてくるとは思えません。今の10%の消費税で本当に必要な費用をどうやって賄っていくのだろうか、もちろん所得税率の問題、法人課税をどうするかという問題、あるいは相続税にもまだまだ課税で改善すべき点はあるかと思えます。いずれにしてもこれから必要になってくる巨額な費用をどうやって確保するのかということと一緒に考えないと、なかなか難しいと思えます。まさに消費税というのは、昭和54年導入の前段階で、当時の総理の大平さんが亡くなっていますし、税率为7%に引き上げたときには橋本龍太郎さんが前後して退任に追い込まれています。極め付けは今度の2012年の一体改革で、ある意味では、私は個人的には野田さんの英断だったと思いますが、それが政権交代の期待を背負って登場した民主党政権を吹っ飛ばしてしまったわけです。日本の政治の世界では、もう消費税の問題というのは一種の鬼門みたいになってしまったというのが私の個人的な印象です。これから本当にどうやっていくのだろうかという危機意識を強く持っています。(資料1)

## ■「社会保障改革国民会議」最終報告(2013年8月6日)

この辺はもう大きな流れの整理だけです。ポイントは、2013年にその流れの中で国民会議の報告が出ました。やはり注目すべきは、従来は社会保障の費用の半分以上は年金のお金でしたから、やはり年金をどう合理化するかということが一番関心でした。その将来推計、あるいは医療、社会保障全体の見直しをする中で、この改革のポイントの1つは、やはりこれからは少子化対策をちゃんとやらなければいけないということです。

ただ少子化対策というのは、実はドイツなども70年代から、日本の数倍規模の児童

手当を入れたり、さまざまな支援をしていますが、なかなか実はこれは人々の意識だとか、女性の働き方の問題だとか、家族の問題だとか、非常に根が深い大きな問題があります。これをどうやって支援していくかというのは重要ですが、実はなかなか即効性がありません。

全体の中で、この報告の最大の核心は、医療と介護というサービス、これからの高齢化社会を担うサービス全般を見直していこうということでした。とりわけ医療については、地域の医療提供体制です。病院完結型から、地域で完結するような形で機能分化、あるいは病床の機能再編成をやっているというのがこの大きな改革の柱です。その後の相次ぐ法律改正でそれに向かった着実な見直しをしてきています。

それからもう1つはやはり介護の見直しです。いろいろな将来推計の中でも、医療も伸びていきますが、医療以上に伸び率で言うとやはり介護の社会費用です。社会的な介護の費用が伸びていきます。これをどうやっていくかという、この2つのサービス部門、つまり専門職が中心になって人間が担うこの領域が

### 「社会保障改革国民会議」最終報告 (2013年8月6日)

①少子化対策 ②医療 ③介護 ④年金

中心は、医療・介護サービスの提供体制改革(「病院完結型」から「地域完結型」への機能分化と連携、地域包括ケアの推進)

→2013年12月「社会保障改革プログラム法」  
2025年までのアジェンダと工程表

- ☞2014年:医療介護確保総合推進法
- ☞2015年:国保法等の医療保険改革法
- ☞2017年:介護保険法等の改正

2

資料2

これから相対的には負担が重くなっていきます。ここをどういうふうにして、より合理的に、あるいは地域の実情に即した形で見直すかということを出したのが、この国民会議の最も中心的な内容だろうと評価できると思います。(資料2)

## 医療介護総合確保推進法 (2014年6月成立)

その内容の中心は、医療関係者、特に病院関係者の皆さんはもう既にご存じのとおりです。

病床機能報告を各病院からしていただき、これからの高齢化に向けたポイントの時点ごとにそれぞれの必要な病床機能がどういうふうに変化していくのか、それに向けて地域ごとにその病床配置、あるいは機能をどういうふうに変換していくのかという地域医療構想です。具体的にそれに基づいて、ほぼ従来の二次医療圏単位で設定されている調整区域ごとに関係者が集まり、必要な情報を基にして合意を作っていくというのがその大きなポイントです。現在、狭義はすでに進んでいます。

つい先日、各地域の424の公立病院が名指しで「お前のところは考えてくれ」と新聞に発表され、地方や現場の強い反発を呼んでいます。当然です。患者がいらっしゃるし、地域の方々がいらっしゃるし、そこで働いている方がいらっしゃる。さらにはそこと関係して仕事をしていらっしゃる方がたくさんいるわけです。最初から私はこの仕組みだけではなかなか進まないだろうと思っていました。先ほど申し上げたように、日本社会のように、みんなで仲良く話し合って納得するというやり方だと、どうしても痛みを伴う改革は進まないだろうと思っていました。案の定で、しかしそうは言っても放っておけないということで、まずはやりやすい公立病院から具体名を挙げて考えてほしいという話をやり始めました。当然、自治体だとか、公立病院あるいは公的な病院関係者などからは、「公立だけ挙げるのはフェアでない。同じように課題のある民間病院もちゃんと俎上(そじょう)に乗せて議論すべきだ」という反論が出ています。当然のことだろうと思います。それぐらいやはり制度、仕組みが動き始めても、現場ではなかなか具体的な再編に向けて動かない、というのが現状です。ではこれからどうやっていくのかということが大きなポイントです。だからこそ、あえて強い反発を承知で、個別具体名をまず公立病院について出されたのだろうと思います。勝負どころだと思います。勝負どころというのはどういうことかということ、病床の削減や再編統合というのは、国が方針を示しても、現場はなかなか動かないのです。この問題は今さら言い始めたわけではないのです。(資料3)

### 医療介護総合確保推進法

(2014年6月成立)

#### 【医療法改正】

- ・病床機能報告制度  
高度急性期、急性期、回復期、療養期  
(2014/7、2020/7、2025/7 時点)
- ・医療計画に地域医療構想(ビジョン)の策定  
構想区域(≒2次医療圏)ごとの医療需要の推計
- ・地域医療構想調整会議における調整

3

資料3

# その前に忘れていませんか？

## —その1—

見ていただいたら分かるように、今日も精神病院関係者がいらっしやると思います。すでに2004年ですから、15年前です。15年前にすでに日本で33万床ある精神病床というのは、どう見ても、世界の標準から考えたときに、あまりに多いでしょう。少なくとも専門家が入って、精査をして、当時で7万床はいわゆる社会的入院だということでした。医療的理由、治療上の必要がなく、社会的理由で入っている人が7万人もいるということで、7万床は2015年までに削減していこう、移せる方はできるだけ地域に移行しましょうと言ってきました。

国が15年前に、専門の関係者を入れて合意をしたこういう計画すら、ほとんど動いていません。いまだに33万床と、世界の中では突出して多い精神病床で人々が暮らしていらっしやいます。しかも認知症の問題が非常に大きな課題になってきましたので、従来の統合失調症などだけではなく、認知症も、やはり家族で看られない方が多い、それは事実だと思います。主にそれはケア、介護の問題ですが、看られない方がたくさんいらっしやるし、増えていきます。その方々を精神科病院でお世話しようではないかということで、まだまだ病床は使えるみたいな議論になりつつあります。しかし本当にそれでいいのでしょうか。高齢者であれ、精神疾患を抱えていらっしやる方々であれ、いったい病院というのは何をするとこころなのでしょうか。私は、やはり基本的に病院というのは、治療をして、治して退院させるところでのための仕組みであり、構造設備であり、人の配置になっているわけです。決してこれは暮らしの場ではないということは、やはり常に確認をしておく必要があると思います。

精神医療の分野は、イタリアのように病院を全部やめようというのは、おそらく現実的には日本ではあり得ないと思います。しかし34万床という、世界の中でも際立ったこの数が精神科の患者のために、治療のために本当に必要なのだろうかということはやはり真摯に考えなければいけないと思います。それは日本精神病院協会が政治力があるとかないとかということは別にして、真剣に問わなければいけないことではないでしょうか。

私は昔、障害福祉課長をやっていました。障害福祉の世界というのは、大きなカテゴリーで言うと、身体障害、知的障害、精神障害となります。やはり当事者の意識が非常に強いし、意見表明をされる身体障害の世界から大体進んでいくのです。それからだいたい遅れて知的障害の人たちの福祉が進んでいきます。精神障害の方々の福祉というのが最後に残されます。これは世界的にも言われています。その国の障害福祉のレベルというのは、精神障害の人たちの生活状況を見れば分かると、大体専門家の間では言われてきていました。日本でもこの課題をどうするのかということは、やはり大きく残っている課題だろうと思います。(資料4)

## その前に忘れていませんか？

### — その1 —

・精神病床の7万床削減  
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004年)  
＜2015年までの10年間で、約35万床ある精神病床のうち少なくとも社会的入院で退院可能な7万床を削減する＞

→2017/10現在 精神病床 約33万床・・・？  
☞さらにオレンジプランで認知症の受け皿に？

4

資料4

## その前に忘れていませんか？

### —その2—

それからこれも言わずもがなですが、いわゆる老人病院です。1982年に老人保健法を作った当時、潜入ルポなどで批判されたような、老人をずっと並べ、経管栄養を入れ、感染症にしないように、ラインで抗生物質を点滴で入れてと、あのように質の悪い病院はもうなくなっていると思いますが、本質的にどれだけ変わってきているでしょうか。

いわゆる老人病院は、最終的に療養病床という名前になりましたが、この療養病床も2006年の法律改正で、国会が決めた法律で、介護療養型の医療施設については、介護

保険法という法律を改正して、本則からこの病院はなくなり、経過措置が残っただけです。それから医療保険適用の療養病床も約6割に減らそうと国の方針を出しました。しかし、法律で廃止の方針が決定されたにもかかわらず、6年後の法律で、何もしないまま経過措置を延ばしてきて、挙句の果てに2017年の法律でもう1回6年延ばして、しかも新しい介護医療院という形に看板を付け替えました。(資料5)

## その前に忘れていませんか？

### — その2 —

#### ・療養病床の廃止・削減(2006年)

療養病床約38万床(2005年)

医療保険適用25万床 → 15万床

介護療養型医療施設13万床 → 転換・廃止  
(2012年3月末まで経過措置)

☞ 2012年の法律で2018年3月末まで延期

☞ 2017年の法律でさらに経過措置を6年間延長し、新たに介護医療院を創設・・・!

5

資料5

## 問題提起

せめてそういう法律ができた以上、単なる看板の掛け変えではなく、社会的に求められているところに実質が変わっていただくように、私は本当に願っています。これまで何回名前が変わってきたかというぐらい、老人病院の名前は変わってきていますが、看板の書き換えで終わってきているものもたくさんありますので、本当にこれをこれからどうするのでしょうか。急激にこれからまだ要介護、あるいは医療が必要な高齢者が増えていくわけですから、これも私たちに残された大きな課題だろうと思っています。(資料6)

## 問題提起

・「日本では、なぜ、病院への入院、施設への入所が進み、早期の退院、地域移行が進まないのか？」

☞ 地域での生活支援の成否のカギ

・病人、高齢者、精神障害者、知的障害者・・・

・知的障害者の地域移行施策から考える。

6

資料6



## ■ 施設入所に偏重した知的障害者福祉

私が障害福祉の仕事をやっていたとき、もう当時から知的障害の世界では、圧倒的に施設入所型だったのです。当時で、もうすでに40万人程度の対象者のうち、10万人を超える人たちが施設に入っていたのです。これはやはりおかしいだろうと思いました。知的障害は基本的に治療の対象ではないわけです。その人たちが施設に入って24時間の定型的な集団サービスしか暮らしの選択肢がない、やはりこれはおかしい、変えなければいけないということで、私の前々任の障害福祉課長だった、宮城の知事になられた浅野史郎さんのときに、これを普通の生活に変えていこうということで、グループホームという仕組みを日本で初めて国の制度に導入しました。もともと北海道でできていたのですが、できる限り地域での普通の暮らしを保証していこうという流れが平成元年から始まりました。

私はその後に障害福祉の仕事を引き継いだのですが、やはりこれだけの多くの入所施設が支えている、そこしか選択肢がないという状況はなぜなのだろう、どうすればいいのかということをついいろいろな人たちとも議論しながら考えました。結局、この障害福祉の世界で言うと、家族がいれば基本的に公的な支援がほとんど出ないのです。

要するに家族に任せるのです。そうすると家族は、若いときは我が子ですから頑張って育てますが、20年、30年していくうちに、親はその分だけ歳を取っていくわけですから疲れてくるわけだし、病気もするし、いろいろなことが起きていきます。もう自分たちも50代、60代になっていくと、自分たち自身がいなくなったときに、この厳しい世間の荒波の中でこの子たちは一体どういうふうになっていくのだろうかかと悩むなかで、親亡き後の子どもたちの安心のためにということで、バザーをやったり、お金を集めて施設を造るのです。お金がそんなにあるわけではないので、町中の人が行き来する場所には施設が造れませんから、どうしても辺鄙な場所、遠く離れたところに造っていきました。そうやって必死でこの子どもたちの楽園として造った施設ですから、当然自分たちの子どもを入れます。そうやって入った施設ですからもういっぱいになるわけです。そうするとまだまだ入りたいと言っても入れなくなります。だから施設を造ったときに入れないと、もういつ入れるか分からないという形で、空きが出るともうすぐそこに子どもたちを入れるのです。養護学校でまだ地域で家庭で普通の暮らしができていた子どもたちが、先のことを考えて、今、場所取りをしておかなければ駄目だということで、養護学校をやめて入所するのです。入ったら、基本的に死ぬまで、施設の生活しか知らないのです。これは悪循環です。これは知的障害に限らず、他の福祉分野でも精神医療でも高齢者介護施設でも、全部共通の構造だと私は思っています。

こうして入所施設や病院へのニーズが高いように見えますが、それはなぜかと言うと、家族がいるときに、その家族が過重な負担を負うことがないように、できるだけご本人が望む暮らしを地域で継続できるための援助が社会にないからだと思うのです。(資料7)

### 施設入所に偏重した知的障害者福祉

・「なぜ、全国で約41万人の知的障害児・者に対して11万を超える入所施設(1995年当時)が必要か？」

・障害児・者に家族がいる→家族任せ→家族の疲弊、親亡き後→施設建設→でき次第入所→死ぬまで入所→施設に空き定員が出ない→施設建設・・・の悪循環をどうすれば断ち切れるか

7

資料7

## ■ 地域生活に必須のサービス

それでは私たちが地域で暮らし続けるためにどうすべきかといえば、高齢者であろうが、障害者であろうが、病人であろうが、基本的には暮らしの場である住居が要ります。住居だけではもちろん十分ではなく、昼間の活動の場、人々と交わり、社会に参加する場、あるいは就労の場が必要です。それから24時間丸抱えの病院や施設と違い、地域と暮らすということは、地域にはいい人ばかりではなく、悪い人もごろごろいるわけですから、金銭的な搾取だとか、物理的なさまざまな権利侵害から、その人たちを地域の中で守っていく仕組みが要ります。これ

はアドボカシーと言いますが、権利を守る仕組みが要ります。それは契約能力を補完するための成年後見ですとか、権利擁護事業のような形での支援もあります。今、国もようやく力を入れて、地域包括ケアなどの流れの中で、地域の中に作ろうとしています。やはり相談支援です。相談に乗り、必要な人にサービスと結び付けていくということです。あるいはそれを通じて、とにかく権利を守るということです。施設のためでも、病院のためでもなく、ご本人の傍に立って、本人の権利を守るアドボカシーの仕組みがないと、私たちの暮らしというのは地域の中で継続できないわけです。親がせっかく、この子のためにと、何千万円残しても、本人が管理ができないところにお金があるだけかわいそうで、逆に本当に悪い連中の餌食になるだけですから、やはり権利を守る仕組み、相談をする仕組みが要ります。それから家族がいても、できるだけ家族が長期にわたって、無理なく支えていけるように、家族への支援が要ります。レスパイトと言いますが、具体的に言うと、デイサービスもそういう重要な機能を担っていますし、ショートステイもそういう仕組みです。つまり家族支援ということをきちんと柱に置いた福祉や医療サービスが必要です。要するにこういう仕組みを地域の中にしっかりと埋め込んでいかない限り、結局、家族は孤立して、あるときばたんと倒れたりギブアップして、施設か病院に入れましようということになります。

住まいの場が必要な人にはグループホームやケア付き住宅など、支援を含めた住居の場、個人が暮らしの中心である場が必要です。それからそこだけに閉じこもるのではなく、きちんと昼間、人と交流をしていく場、あるいは就労をしていく場、社会的なさまざまな参加をする場、そしてそれを守る場、相談に乗り、専門のソーシャルワーカー、あるいは医療職、看護職も含めた相談に乗り、支援に結び付けていき、権利を守るための仕組みが必要だということです。

高齢者の場合には、これにプラス医療のニーズが入ってきますから、医療の関係職種がこれにさらにどう関わってくれるかという問題がありますが、構造は私は全く一緒だと思っています。(資料8)

### 地域生活に必須のサービス

- ・昼間の就労、活動の場：  
一般就労、福祉的就労、デイケア、余暇
- ・夜の住居：  
グループホーム(1989年～)、アパート、  
自宅・・
- ・相談・支援・権利擁護(アドボカシー)
- ・家族のレスパイト(デイ、ショートステイ)

8

資料8

## ■ ミシガン大学老年学セミナー（1992年～2000年）

関連して、私が少し関わったそれ以外の流れになりますが、ちょうど私が厚生省を辞めて、大学に移ったのは1995年です。そのときに、「お前も大学に行ったのだから少し手伝ってくれ」と言われて関わったのが、ミシガン大学老年学セミナーです。ミシガン大学のターナークリニックという診療所に、とても素敵な医療ソーシャルワーカーのルース・キャンベルさんという方がいらっしゃって、すでに日本から多くの看護師、あるいはソーシャルワーカー、ケアワーカーなど、いろいろな医療福祉関係の人たちが研修に来ていました。

ミシガン大学というのは、世界的なケアマネジメントの権威であるフライヤー教授たちもいるような、非常にレベルの高い大学だったので、そこに日本から結構たくさんこういう分野の方々がいらっしゃるということで、そうであれば、これを1つのプログラムとして研修制度ができないかということで、厚生省にご相談があったようです。その延長で、私も手伝ってくれと言われ、1996年から2000年まで5年間関わりました。

今でこそ、チーム・アプローチというのは医療や介護の世界ではもう当たり前のようにしていますが、まだ20年前の当時は、チーム医療というのは大体リハビリ系の病院は結構やっていた、実際に進められていたようですが、チームで対応するというのは、福祉の分野でも、医療の分野でも少なかったのです。まだ介護保険ができる前でしたが、医師、看護師、臨床心理士、理学療法・作業療法士、ソーシャルワーカー、ケアワーカーといった高齢者ケアに関わる医療や福祉の専門職を対象に、毎年応募いただき、選抜して、20名ほど、お盆の時期に2週間、ミシガン大学に派遣をしてトレーニングをするというプログラムです。

私自身は、行政官時代には、高齢者ケアの分野というのは全く関わりがなかったので、病院、医師、看護師、さまざまな実際の臨床現場で頑張っている人たちとは、主にこのプログラムのお手伝いを通じて知り合うことができました。

ルースさんを中心として日米の優れた多職種の専門家が関わる高度な研修の中で、非常に印象的だったことがあります。今ではこの福祉、あるいはケアマネジメントの世界では、皆さんもご存じだと思いますが、チームというのは、決して専門職のチームだけのものではないということが1つです。本人や家族もチームの重要なメンバーで、本人を中心において、専門職、家族が一体となって、それぞれの専門性を基盤としつつ、相互に協調して本人・家族のために援助をする仕組みだということです。

それからもう1つ大事なことがあります。そのチームリーダーというのは、今、地域包括ケア会議、医師会なども地域医師会が頑張っていてリーダーシップを取りなさいと発破をかけていますし、もちろんそれはいいことだと思います。ただ日本の文化の中で、医師が関わると、他の専門職が、「それは違うのではないですか。もっとこうしましょう」とはなかなか言えないのです。チームというのはフラットな関係です。

### ミシガン大学老年学セミナー

(1992年～2000年)

・高齢者ケアに関わる保健・医療・福祉の多職種による学際的チームアプローチ研修(2週間)

・医師、看護師、臨床心理士、OT・PT、社会福祉士、介護福祉士等の専門職を対象

・本人・家族も重要なチーム・メンバーで、リーダーは状況変化、関係性に応じて柔軟に変化

・ボランティアはまず本人のため。一十一＝十

9

資料9

日本は縦の文化が強く、特に医療の世界というのは、医師を頂点にした非常に縦の文化が強いので、医療系の職種の中でもそうだし、いわんやそれにソーシャルワーカーとか、ケアワーカーとか、福祉系あるいは臨床心理士が入った中でフラットなチームを作るというのはなかなか難しいのです。もちろん今の特に若いドクターたちは柔軟で、ケアワーカーだとか、訪問看護師だとか、仲間と本当に対等な、フラットな関係で意見を聞ける医師たちは随分増えていると思います。私も2000年以降、在宅医療を進める会というものを医師たちと東京と大阪でやってきましたが、その中で素敵で多くの医師たちと出会いましたが、まだ医療界全体で言うと、特に年配のお医者さんというのは、柔らかい人もいますが、トップダウン型の意思決定の仕組みからなかなか抜け出せない、結構頭の固い人もいらっしゃいます。

チームができればチームリーダーというのは状況によって変わります。例えば急性期の本当に命を救うことを最優先で考えなければいけない時期というのは、まずドクターにリーダーシップを取ってもらう必要があります。少し安定した慢性期になってきたら、今度は生活と医療とを接合していく看護師が中心になってマネジメントをする必要がある時期が生じてきます。ご本人や家庭の状況、人間関係、あるいは経済的な問題等が中心課題になってくる状況ではソーシャルワーカーあるいはケアワーカーが中心になる場合もあります。私の場合もそうでしたが、家族が中心になってマネジメントするという場合もあります。そこは同じチームの中でもご本人のニーズに応じて柔軟に変わっていくのです。そのことは、この2週間のプログラムを作ったり、運用したり、レビューしていく中で教わったことだと思っています。(資料9)

## ■ ミシガン大学老年学セミナー (1992年～2000年)

これがある年の参加者の一覧です。20年前ですので、私がまだだいぶ若かったころです。ミシガン大学老年医療センターの所長のホルター教授が私のカウンターパートのミシガン大学側の運営委員長で、ルース・キャンベルさん、旦那のジョン・キャンベルさんもいらっしゃいます。アジアの政治学の先生で、日本の医療とか介護保険などについても詳しく、日本語で出版もされています。日本側では、運営委員として、後で少しお話をするライフケアシステムの辻彼南雄医師、回想法の第一人者の臨床心理士の黒川由紀子さん、ソーシャルワーカーの橋本泰子さんもいらっしゃいます。こういうメンバーで5年間やってきました。非常に密度の濃い素晴らしい研修のプログラムで、2週間終えて帰るころには、特にソーシャルワーカーの若い人などは、「私は日本のルースになりたい!」と伝えてくれていました。参加者の皆さんは、今も各地で皆さん頑張ってくれているし、本当にいい研修に関わらせていただいたと感謝しています。



ところで、最近では、日本でも災害ボランティアなども盛んになりましたが、そもそもボランティアとは何でしょうか。ミシガン研修を通じて、私が目からうろこの思いがしたことがあります。ルースさんの

コーディネートで、この方が毎回2週間、朝から晩までプログラムの間、8ミリをずっと回して記録を取ってくださっていました。どういう方かと聞いたら、じつは、奥さんを亡くされて自殺企図でこのクリニックに来ておられた患者さんだったのです。彼のためにいろいろな場を作ってみたくれども、彼は対人関係があまり得意でなくメカが好きで、記録を取るのが楽しみだということで、彼がずっと私が関わったこの5年間、記録係で関わってくれました。毎年、夏の訪問中に彼の誕生日が来るので、ルースさんたちがサプライズで誕生日ケーキを用意したり、お祝いをしたりしていました。私たち運営委員も毎年会いますから、彼も1年のうち、この2週間を本当に楽しみに待っていました。

彼はもう亡くなりましたが、何を言いたいかというと、日本ではボランティアは、多くの場合、高齢者か学生など、要するに暇な人の手を使おうという発想です。しかし本当のボランティアというのは、人の役に立つこと、人に必要とされる場をその人のためにコーディネートするものだというのを、本当にこの研修を通じて学ばせていただきました。彼は本当にこの2週間のために1年間楽しみにしてきてくださっていました。その意味で彼を生かす場だし、これは大きな事業でしたので、記録を取らなければいけないのだけれども、専門の記録の人に頼んだら何十万円とかかる話ですから、そういう意味ではプログラム全体にとっても非常に私たちも助けられていました。まさにマイナスとマイナスというか、ニーズがある人同士、課題がある人同士を結び付けるとそれがプラスになる、要するにボランティアとはそういうことなのだという事です。

在宅医療の話から少し離れてすみません。結局、最後はこういう話に来ると思うのです。ボランティアというのは、ボランティアをすることがその人のためになる、ボランティアをする人のためのものだという認識をもっと持たなければいけないと思います。ボランティアというのは、決して暇な人、手が空いている人を使おうという発想ではないということをととても深く学ばせていただきました。私にとっては高齢者ケアの分野で、臨床の皆さん、しかも多分野の皆さんと直接いろいろな議論をするいい機会をいただいたのはこのミシガン大学の老年学セミナーでした。(資料10)

## ■ 地域包括ケアの構築

ご存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、先ほど言ったことは仙台往診クリニックというところで、川島孝一郎さんという方が非常に献身的な在宅医療を頑張っていますが、彼も言っていたことです。「指揮者のいないオーケストラ」と書いてありますが、このオーケストラは、オルフェウスオーケストラ室内管弦楽団というのですが、指揮者を置かず、みんなでハーモニーを作っていくのです。1人の指揮者が振って、その人に従ってみんなが合わせるのではなく、基本的にはみんなでこのチームを作っていくのです。繰り返しになりますが、マネジメントをする人の立ち位置だとか、チームというのは、みんなで作っていく、状況に応じてチームリー

### 地域包括ケアの構築

・高齢者ケアは学際的な  
チームアプローチで

・毎日の暮らしを支える

+

必要な時に必要な限度で  
医療を

・ケアマネジメントの立ち  
位置の確認

・医師には地域医療の視  
点から協調的な関与を



(川島孝一郎医師：指揮者のいないオーケストラ)

資料 11

ダーというのは変わっていく柔軟なものだということを、大変深く教えていただく機会になりました。

ミシガンセミナーの話に戻りますが、プログラムの中で、いろいろなサイトに出ていき、現場の人たちと意見交流をする機会を設けています。例えば日本のデイサービスで働いている人だったら、向こうのデイサービスセンターに行くし、日本の在宅医療をやっている医師だったら、向こうの訪問診療をやっているドクターのところに行くなど、向こうのいろいろなサイトビジットをきめ細かくセッティングをしてくれています。(資料11)

## ■アメリカの高齢者包括ケアプログラム (PACEプログラム)

その中でPACEプログラムというものがあります。当時はまだPACEという名前ではなく、中華街で始まったもので「安楽」と書くのですが、英語ではOn-Lockプログラムと言っていました。今では、PACE、高齢者包括ケアプログラム、Program of All-Inclusive Care for the Elderlyの頭文字を取ったもので、すぐにネットで分かりますので、ご関心のある方はぜひご覧になってみられたら面白いと思います。私は非常に興味深く見えています。(資料12, 13)

### アメリカの高齢者包括ケアプログラム (PACEプログラム)

#### PACEプログラム(Program of All-Inclusive Care for the Elderly)

- ・1971年 On-Lock プログラムとしてスタート
- ・1990年 PACEが初めてメディケア・メディケイド助成を獲得
- ・1994年 全米PACE協会設立、9州で11のプログラム実施
- ・2019年 全米31州で129のPACEプログラムを263のセンターで実施

12

資料 12



13

資料 13

## PACEプログラムの現況 (2019年)

毎年、このPACE協会が認定をして、現在では全米で31の州で129のPACEプログラム、実際のセンターとしては263カ所で実施されています。やや東部のほうが多いです。イメージとしては、基本的にはデイセンターです。歯科、ドクターもいるデイセンターに在宅の人たちに通っていただき、そこで日中活動、それから必要な場合には訪問の診療や、訪問のケアをしていきます。参加者は年々増えていて、今、全米で約5万人ほどがこのプログラムに参加しています。参加の要件は高齢者だということ、地域に住んでいるということもあるのですが、ポイント

はナーシングホームの入居要件です。つまりいつでも向こうの公的な医療保障であるメディケア、メディケイドによって、入所できる資格がある、フレイルないしはもう要介護の人たちという条件なのです。デンマーク、あるいは北欧でも言われていることですが、要するに生活の継続性ということが高齢者ケアの非常に重要な3要素の1つです。できるだけ住み慣れた地域の中での生活を、病気、あるいは介護が必要になっても継続できるようにしていこうということです。それをデイセンターが中心になってやっていきます。費用は、公的なメディケアやメディケイドからその人の重症度に応じて、平均的な治療費と介護費用の大体9割ぐらい、少し少ないものをまとめて支払うのです。

入所の費用、入院の費用も全部必要になればそこから出しますから、その人をできるだけ長く地域で支えることができれば、その費用が合理化できます。それを通じて、できるだけ質の高い地域のケア、地域での医療を提供することを通じて、メディケアやメディケイドの給付費も合理化できるという仕掛けです。

結果的には、このホームページでも出ていますが、このプログラムに参加した人たちは本来ならナーシングホームに入れるだけの要介護度、要医療度がある人たちですけれども、その95%が地域での居住を継続できています。再入院率も少ないです。最終的にはメディケイドの費用も1割強ぐらい他のプログラムよりも削減できています。お金の問題だけをすると少し卑しい話になりますが、それよりも、やはりその人が望む地域での暮らしを選んでそれに応じたサービスを提供できる、それは結果的に費用面でも合理的な費用配分になるというのが、このプログラムの非常に面白いところだろうと私は考えています。

当時、厚生省からも、若い人が先ほどのプログラムに参加し、とても関心を持っていました。日本でもこういうモデルをやらないかなと思っていたのですが、今のところまだそういう動きがありません。日本でこれをやるとすれば、国保と介護保険のセットでやると非常に面白いのではないかと考えています。つまり地域医療と在宅介護を地域の単位の中でワンセットで費用を在宅の中で使っていけるようにし、それを使って地域の医療とケアのサービスを組み立てていくという仕組みをやれば、今よりもっと多くの人が地域での暮らしを継続していける仕組みができるのではないかと考えています。せめてモデル事業とか、そういった形ででも、やれるところからやってみるチャレンジができないかと思っています。

### PACEプログラムの現況(2019年)

- ・参加者は増加を続け、2019年で5.1万人
- ・参加要件：
  - ・年齢55歳以上
  - ・サービス提供地域内に居住
  - ・ナーシングホーム入居要件に該当
- ・95%が地域で居住、再入院率19%、他のメディケイド利用に比べ13%費用削減

14

資料 14

日本はもう金太郎あめで、なかなか新しい仕組みを地域で工夫してモデルでやってみたり、評価を入れたり、その結果によって変えてみたりということが得意ではありません。国が主導で動かしていかないとなかなか動きませんが、こういう仕組みも先ほどのミシガン大学のプログラムに関わる中で、大変面白いなと思いました。(資料14)

## 在宅医療の普及に向けて —ライフケアシステムの実践分析から—

ミシガンのプログラムの中で先ほどご紹介した、辻彼南雄さんが医師の代表で運営に参加してくれていました。彼が所属していたライフケアシステムという仕組みがあります。あるいはこちらにはご存じの方もいらっしゃるかもしれません。これは大変面白いもので、日本在宅医学会の会長もなされていた佐藤智医師が、1980年に始められたものです。当時保険局長をやっていた辻哲夫さんから、「ぜひこの仕組みを研究してくれ。この仕組みがなぜ20年以上、24時間365日という医療の提供を継続できていたのか。その要因はどこにあるのか。その要因を明らかにして、これが全国で普及するためには、どういうことをやれば、よそでもできるのだということを示してほしい」と、2001年に私にお話がありました。佐藤先生もぜひやってほしいということで、診療所の全てのデータ、それこそ医師の給料から財務会計まで含めて全てのデータを提供してくださいました。今は埼玉県立に行かれたのでしょうか、当時、慶応大学の教授だった田中滋さんなども一緒に入ってくれて、皆さんで分析をしました。

2001年のこの結果は、ご関心があれば、皆さんの資料の下にもあると思いますが、在宅医療推進のためにオートボックスの会長が拠出して作られた在宅医療の支援財団があるのですが、その勇美記念財団にPDFで載っています。もう17～18年前ですからデータ自身は古いですが、非常に興味深い分析をさせていただきます。

佐藤先生は何冊も本を書いていますから、読まれた方もいらっしゃるかもしれません。モットー、基本的な理念というのは、「自分たちの健康は自分たちで守る」ということです。だからこの皆保険の日本でも、基本的には保険でカバーできないさまざまなニーズを会員制の費用でお互いに賄って、お互いが助け合おうと、約1,000人の会員を抱えていらっしゃいました。それからもう1つは、「病気は家庭で治す」ということが佐藤さんの理念です。大体350世帯、1,000人ほどがその会員になっておられました。

佐藤先生というのは、非常にカリスマ性の高い、人格的にも非常に強い求心力を持った方で、彼が亡くなったものですから、今はその後、辻彼南雄さんが引き継がれ、彼とサポート医師3名と看護師などのスタッフでやっていますが、少し規模を今は縮小し、6割ぐらいになっていますが、それでも今

### 在宅医療の普及に向けて —ライフケアシステムの実践分析から—

#### ライフケアシステム(LCS):

1980年に佐藤智医師を中心に発足した会員制の24時間在宅医療システム(東京を中心)

・モットー:「自分たちの健康は自分で守る」  
「病気は家庭で治す」

・常勤医師3名で、会員世帯数353世帯、会員数1,020人(2000年)

(参考資料)ライフケアシステムに関する研究会報告書  
(2001) [http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data2\\_20130122023935.pdf](http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data2_20130122023935.pdf)

15

資料 15



も頑張っ、もう40年近く、この仕組みを東京を中心にして展開しています。(資料15)

## ■ 24時間在宅医療を継続できた要因

このシステムをいろいろ分析している中で、はっきりしてきた重要な要因は、これから後の話とも関連しますが、やはりチーム医療なのです。24時間365日を継続するというのは、いろいろな医師が頑張ってこられています、なかなか20年、30年継続するというのは、やはり個人の頑張り、情熱だけでは限界がありますので、チームで支えるということです。ライフケアシステムだと3人です。佐藤先生、酒井医師、辻医師の3人でした。それでやっていくとあまり無理なく、勤務医に近いぐらいの休みが取れます。それから給料も当時分析させていただきましたが、大体病院勤務医と同じぐらいの給料が出せるのです。

私も調査してみて改めてこのときに気づいたのですが、80年代から90年代というのは、随分、国も在宅医療の応援ということを意識していて、診療報酬で新しいサービスなども追い掛けていっているのです。それこそ佐藤先生というのは、非常に発信力の強い方でしたから、彼のモデルをベースにして、3～4年とか、本当に短いタイムラグでそれが診療報酬の点数化されていきました。彼がやっていた白十字の訪問看護をベースにして、訪問看護という仕組みが老人医療で採用され、その後、一般の健康保険でも導入されました。それから診療報酬上も、在宅医療の部というものができて、それもどんどん充実していき、在宅医療総合診療料、今は管理料となっているみたいですが、どんどん改善してきています。大もうけはできないにしても、少なくとも、勤務医と同じぐらいの診療報酬は無駄な薬を出したり、無駄な検査をしなくても、通常の丁寧な診療をしている中で、飯は十分食えるのです。それを支えるものはやはりチーム医療だということです。それを決して痩せ我慢で頑張らなくても、公的なものがかなり追い掛けてきています。

ただこれはなかなかジレンマもあります。つまり公的に制度化がされれば、安定的な運営はできるし、他の人たちでもできるようになるのだけれども、その分、逆に会費を払ってまで自分たちでここに入るメリットが減っていくのです。だからそのためにはまた新しいニーズを掘り起こしていかなければいけません。しかし新しいニーズをカバーしたと思ったら、今度は介護保険制度ができるという形で、制度化とある意味では追い掛けっこではないですが、そういうジレンマもあるのはあります。ただ、いずれにしても、経営的にも十分な診療報酬はすでに制度化されています。次にお話をする佐々木医師も同じことを言っておられます。80年代から90年代は、そういう意味で公的な制度が非常に短いタイムラグで、そういう先駆的な実践を追い掛けてカバーをしてきているというのは非常に興味深い点だったと思います。

それからもう1つは、無駄な先行投資をしないということです。彼のところでは基本的に検査はすぐ近

### 24時間在宅医療を継続できた要因

- ・常勤医師3名によるチーム医療
- ・訪問看護、在宅医療の部、在宅総合診療料など、先駆的実践が相次ぎ診療報酬化され運営に貢献
- ・検査委託など軽装備で先行投資負担なし
- ・入院先の確保
- ・緊急時の常備薬の配置など安心の確保
- ・研究的姿勢の堅持

16

資料16

くにある検査センターを使っています。皆さんの中には、医療機器の関係の人などは、やはり先行投資をしてもらわなければ困るという人もたくさんいらっしゃるでしょうが、合理的に考えれば、個々の医療機関が競争上、やむなく高額な機器を入れて、その費用を償却するために不必要な検査までするというのは、やはり合理的ではないのは明らかです。

ライフケアシステムは、とことんそういう意味では軽装備です。今の若い医師たちでも、都市部で訪問診療をやっている先生たちは、そのメリットとして訪問診療であれば医院や設備が要らないメリットを挙げられます。通常の医院の開設だと、やはり建物もあまり貧相な建物では患者に見栄えが悪いし、それなりの機械がないと、という話になり、やはり億の単位のお金がかかります。借金をして開業すると、償却が終わるまではなかなか大変だということにあります。やはりできるだけ不必要な先行投資はしないのです。

それから在宅ですけれどもやはり必要な入院を否定するわけでは決してありません。入院が必要なきときには、きちんと入院ができるように提携病院を作って、専用の最優先で入れてもらう病床を確保しています。ライフケアシステムの場合は、河北総合病院に1床確保して、費用を払って、優先的な入院の場を作っています。病院との連携も当然必要です。

それから次にお話しする佐々木医師の悠翔会でも出てきますが、要するに安心です。もちろん医者が日ごろからいろいろな相談に乗ってあげることも安心ですが、夜中などの対応に困ったときのために、ライフケアシステムでは常備薬というものを作っています。これは医療法上ぎりぎりのところで議論があったようですが、一応各家庭に持っておいてもらって、簡単な予測できる程度の急変であれば、その薬を使って、電話での連絡で対応できるようにしています。それは薬自体というよりも、やはり安心を持ってもらうということです。私たちが救急車を呼んだりしてしまうのは、やはり不安だからです。日ごろからの付き合いの中で、そういう安心のためのきめ細かな工夫をしていらっしゃいます。

それから研究的姿勢ということを書いています。亡くなられたら、できる限り解剖をして、在宅医療で本当に必要な医療を逃さなかったのかどうかということをしきりと検証しておられます。あまり意味のない点滴等で水膨れにさせることなく、非常に穏やかなきれいなご遺体の状況を確認し、医学的に必要な治療を逃さなかったかどうかということを検証していらっしゃいます。そういう学問的な研究的な姿勢というものが、やはりあの臨床を支えていたのだらうと思います。(資料16)

## ■「悠翔会」在宅療養支援診療所グループ

この悠翔会というのは、実はつい先日、今回のお話をいただいて以降、どういうふうにお話をしようかと思っていたら、たまたま『社会保険旬報』で読みました。出典を書いておりますので、もしよろしければご覧になってみてください。医療経済フォーラムジャパン主催の定例研修会の講演録のサマリーですが、述べられていることは、私が考えていたことと非常に近かったですし、いずれも大変共感、共鳴しました。先ほどのライフケアシステムの研究会では、私の大学の同僚の社会学者も一緒に入っていた

き、あの1,000人の人たちから成るシステムのコミュニティ性だとか、最寄り会を作ってお互いに支え合うような仕組み、経済的、財政的な要素も含めて分析をしましたが、私の力不足もあるのだと思いますが、なかなかあのような会員制の仕組みが全国に展開するという事は残念ながらありませんでした。今回改めていろいろと調べていて、この『社会保険旬報』に8月に2回にわたって載っていた佐々木医師がやっておられる悠翔会の取り組みというのは、やはり非常にいいと思いました。今は12の在宅療養支援診療所をグループで展開していらっしゃるようで、在宅医療も新たなステージに展開してきたな、という印象を持ちました。私はまだ現場には伺ったことがありませんが、ジャーナリストの方などは私などよりもはるかによくご存じかもしれません。

やはりすごいと思うのはチームでの展開ということです。非常勤を含めてですが、76人のプライマリケア医、精神科、皮膚科、緩和ケアなどの医師、さらには歯科医師まで含めて、トータルなニーズに、病院に入らなくてもこのグループの中でほぼ対応できるだけのグループとしての力を持っていらっしゃいます。

グループホームなどでもそうですが、1つだけだと世話人が1人しかいませんから、非常に重い方とか、あるいは調子が悪い方、入居者が体調を崩したときなどは非常に対応に苦慮します。しかし、例えば北海道の伊達市だとかいろいろなところでやっていますが、グループホームでも10、20ぐらい地域の中に持っていれば、一つ一つは小さくても、連携することによって、かなりのハイリスクのところまで対応できます。それはグループで対応する大きな力だと思います。悠翔会も多くの医者を抱えて12カ所で連携していて、休日、夜間を含めて、24時間365日対応です。

これは公刊されている専門誌の記事ですから、ぜひ直接読んでいただいて、それぞれに皆さんのほうで読み解いていただければいいと思います。(資料17)

### 「悠翔会」在宅療養支援診療所G

- ・2006年にMRCクリニック在宅療養支援診療所を設立
- ・現在、首都圏を中心に12の在宅療養支援診療所を展開
- ・医師：常勤・非常勤合わせて76人(PC医、精神科医、皮膚科医、緩和ケア医、歯科医)
- ・患者は約4,800人、休日夜間を含め24h対応  
(参考資料)佐々木淳(2019)「在宅医療の組織的展開」『社会保険旬報』No.2755、2019/8/1.

17

資料17

## ■「悠翔会」の取り組みの姿勢(1)

書いてあるポイントで、そうだなと思ったのは、「病気が治らなくても幸せに暮らせる」、「医学モデルより生活モデルの考え方で」、やはり暮らしが中心だということです。病気があっても、最期まで幸せに暮らせる、今の引きこもりの人ではないけれども、病気があっても暮らせる反面、病気がなくても地域で支えるものがなければやはり暮らしは継続できないし、幸せは決して病気の有無だけではないということです。これは実際の療養の中で彼らが得た結論だろうと思います。

やはり先ほどの話になりますが、チームで対応するという事です。基本的には入院すると、ADL、あるいはQOLが下がってしまい、大体入院する前よりも状態が悪くなって帰ってこられる方が多いということで、できるだけやはり不必要な入院はしない、そのためには急変を減らすということです。日ごろからやはりどういうことが起こり得るかということはよくコミュニケーションをして、家族やあるいは周りの人たちが動転しない、対応できるような力を一緒に作っていくということです。

個人的なことですから、最後に少しだけお話をしてみたいと思っていますが、私も実際に母を自宅で看取りました。それなりに私には制度的な知識もありますし、一応家内が薬剤師ですから、少しは医学的な知識もあります。私は介護や世話の世界はどちらかと言うと苦手な人間ですが、実際に必要になって目の前に来てやってみれば、大体何でもできるというのが今回の私の経験です。それでも、やはり最期まで不安だったのは、亡くなる時に何が起こるのか、そのときに本当にそばにいて動転しないだろうか、やはり分からないことに対する不安というのはものすごく大きかったです。大事なものは、そういうときポイントで医師にいつでも夜中でも相談ができる、必要ならいつでも来てくれるというところの安心感です。もう7～8年見てもらっていましたから、「こういうふうになったら大体こういうことを覚悟しておきましょう」とか、例えば「非常に呼吸が荒くなっても大丈夫です。ご本人は意識がだんだん遠のいていけば、見掛けほど、そばで見ているほど苦しくはないのです」とかいろいろなことを教えていただく中で、覚悟はできてくるというか、見通しが付いてくるということはとても大事な要素です。やはりそのためにも日ごろからの付き合いの中で急変を減らしていく、ほとんど同じことですが、入院を減らしていく、可能な限り看取るということを、彼らは1つのアウトカム指標としてやっていらっしゃるようです。(資料18)

### 「悠翔会」の取り組みの姿勢(1)

- ・「病気が治らなくても幸せに暮らせる」
  - ・「医学モデルより生活モデルの考え方で」
  - ・「「チーム赤ひげ」で在宅医療に取り組む」
  - ・「入院せずに最後まで自宅でサービスの理想を追求」
  - ・「在宅医療の3つのアウトカム」
- ①急変を減らす ②入院を減らす ③自宅で看取る

18

資料18

## ■「悠翔会」の取り組みの姿勢(2)

それからこの辺は皆さんも大体お工作上、あるいは生活の上でも近くで見ているらっしゃって、大体感じられるところかなと思いますが、入院自体がリスクになるということです。私の母親は90歳の時に山口日赤病院では最高齢の手術だということでしたが、胆嚢炎の手術をやりました。なかなか切除した後のお腹がくっ付かなくてだいぶかかりました。山口日赤では最高齢だということで、若い医者たちが周りを取り囲んでいたと母親は笑っていました。その後、通院も含めて、山口日赤ぐらいの規模の病院でも、予約を取って行っても、2時間、3時間は平気で待たされます。

一緒に待っている間ずっと見ている、田舎から出てきたお年寄りが疲れて廊下のソファで寝ていたりして、通院ですら非常に大きなストレスです。入院というのは、生活がガラッと変わります。確かに看護師さんたちはよくやってくれるけれども、やはりリスクは高いのです。外来で開業医に行けばいいかという、大体足腰が弱ってくると、通院自体の援助というか、通院をすること自体が本人も、周りの者たちにも非常に大きな負担になってきます。

訪問診療も、まだ落ち着いている最初の時期というのは、来訪も2週間に1度で、どうもないときというのは、本当に脈を診て、様子を見るくらいで、診療報酬の額と比べてそれに見合うか思わないでもありませんでした。ただ、やはりそれだけずっと継続して見てもらっているので、どういう状態になったときにこれはどうしましょうかというご相談や、判断ができるのです。やはりかかりつけでずっと継続的に見てもらう、外に連れて行かなくても、来てもらうことのありがたさというのは非常に強く感じました。入院すると要介護度が上がったり、あるいはリスクが高いというのはそのとおりでと思いました。ここに書いてあることなどもほとんどそうだと思います。(資料19)

### 「悠翔会」の取り組みの姿勢(2)

- ・「高齢者に入院はリスク 要介護度が上がる」
- ・「低栄養で肺炎・骨折 予防はしっかり食べる  
こと」
- ・「高齢者の入院の原因は患者・社会的要因が  
多い」
- ・「在宅医療のプレイヤーを増やす」
- ・「自立して生きる 社会とのつながりが必要」
- ・「医療と介護だけでなく地域が機能する社会」

19

資料 19

## 表1 ドイツで外来保険診療に従事する医師の勤務形態別の変化(2013-18)

私はもともと専門はドイツを中心とした社会保障制度や政策の比較研究です。この春5月に、たまたま医療関係者と一緒にドイツとオーストリアの医療や介護の事情の調査に2週間ほど行かせていただく機会があったので、改めてその機会にいろいろと調べてみました。改めて思ったのは、外来の保険診療に従事している医師たちの勤務形態がこここのところ非常に大きく変わってきているということです。一言で言うと、共同開業あるいは自営業から勤務医への形態への転換が急速に進んできています。

その大きな要因というのは、女性医師の増加です。女性医師がもうドイツでは、全開業医のうちの4割以上を占めています。医学生は半分以上が女性です。日本も含め、世界各国で同様の傾向があります。やはり女性医師が増えていくと、どうしても男性みたいに24時間頑張るという形では無理になってきます。家庭との両立だとか、あるいは子育てとの両立だとかといったことをいや応なしに考えざるを得ません。また、女性に限らず、一般に若い人たちは、男性も含めて、もう昔のように、24時間、「俺はこの仕事のためにやっているのだから」といって夜中までずっと働くという意識は減ってきて、やはり今、働き方改革ということが日本でも言われていますが、仕事と家庭、あるいは自分の時間との両立ということを重視するようになっていきます。

そうするとやはり最初に大きな借金をして、個人営業でリスクを背負って、万が一自分がどうなったらそのために生命保険に入るにしても、借金を返すまで、とにかく1人で頑張るというパターンはやはり若い人たちの間では好まれなくなってきた、あるいは忌避される傾向が増えてきています。日本では、今、女性医師が増えていますから、夫婦で内科と眼科とか、内科と皮膚科、外科と皮膚科とやっているものが、割と私のほうの田舎でも増えていますし、おそらく全国的にも増えているでしょう。先ほどのような特別なグループでやっているところはまだ例外で、夫婦といった単位を超えて、グループで共同という形での開業医はそれほど増えていないと思います。

ドイツでは、2013年からわずか5年間で、14万人から、14万8,000人まで、外来診療を担当する医師は増えています。しかし見ていただいたら分かるように、共同開業も含めて、自分の名前で保険医の許可を受けてやってきているのは、わずか5年間で11万人から、6,000人ぐらい減っているのです。独立して自分でリスクを取る自営業形態というのは減っているのです。

ではなぜ総数が増えているかというと、施設などの勤務医が急速に増加しているのです。施設といっても、福祉施設ではなく、ポリクリニックなど、かなり規模の大きい外来診療センターです。1カ所当たり大体平均で6.4人ぐらいが勤務しています。こういうポリクリニックなどでの勤務医が、約7,000人増え、それから開業医のところでは雇われて働くという勤務医が、やはり5,000人ぐらい増えています。合わせて、

表1 ドイツで外来保険診療に従事する医師の勤務形態別の変化(2013-18)

年	合計	保険医	パートナー 一医師	施設での 勤務医	開業医で の勤務医	授権医師
2013	142,660 (100%)	110,565	856	10,878	10,823	9,538
				21,701 (15%)		
2014	143,635	109,638	821	11,615	12,078	9,483
2015	144,769	108,493	781	12,430	13,661	9,404
2016	146,054	107,295	701	13,902	14,793	9,363
2017	147,350	105,934	649	15,526	15,951	9,290
2018	148,601 (100%)	104,321	642	17,278	17,152	9,208
				34,430 (23%)		
うち女性 医師	62,466 (42%)	41,220 (40%)	294 (46%)	18,680 (54%)		2,272 (25%)

(注) 1) 各年12月31日現在 2) 勤務形態の説明は、表2に同じ。 3) 2018年の女性医師数  
下のカッコ内の%は、各勤務形態別の医師数に占める女性医師数の比率を示す。

(出所) Kassenärztliche Bundesvereinigung: Arztregister 各年版より作成。

20

資料 20

このわずか5年間に2万1,000人から3万4,000人まで診療所の勤務医が急速に増えてきています。

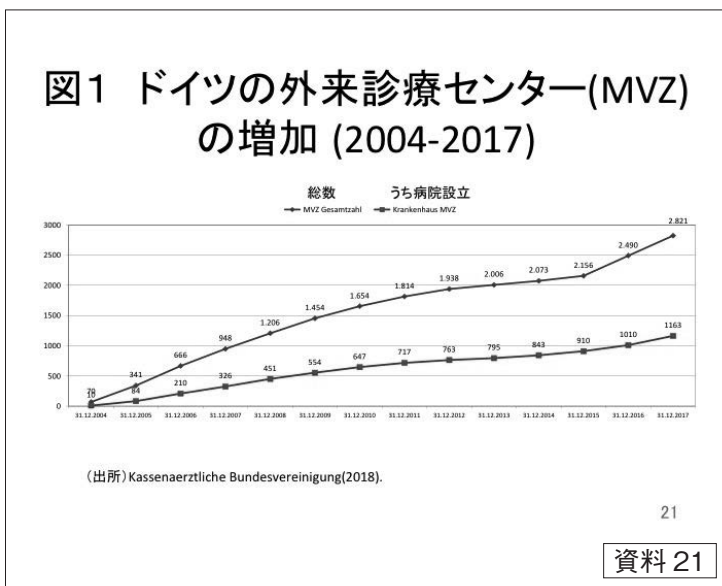
従来は医師の就業形態と言うと、開業医か病院勤務医かという形になっていましたが、今や外来診療も本当に患者のニーズに対応して、プライマリーケアをしっかりとやろうと思ったら、もう1人でやっていくという形態だけでは無理になってきています。かといって、今は病院から地域に戻そうという流れが非常に増えてきています。そうすると、結局、外来診療を担う機能を強化する、それはやはりチーム医療なのです。これはオーストリアでも全く同じ流れが見られ、こうした潮流は非常にはっきりしてきていると思えました。また勤務医の半分以上は女性です。これはおそらく日本でも同じ傾向は出てくるだろうと思っています。

日経新聞の記事などで、ITなどを使ったスタートアップ企業で、外来診療のロジをサポートしてグループ診療を支えるようなものが結構出始めているようです。いろいろな形があると思います。医師が参加するスタートアップなども動き出しつつあるようですが、やはりこういった地域の資源をコーディネートする裏方と一緒に、新しい形の外来診療というのが、日本でもこれから展開する余地が非常に大きいと考えられます。実際にすでにもうスタートアップのレベルではいろいろなところでそういう動きが見えてきています。私はこの傾向というのは、日本でもこれから大事になってくるのではないかと思います。(資料20)

## 図1 ドイツの外来診療センター(MVZ)の増加(2004-2017)

これはドイツの外来診療センターです。2004年に法律で制度化された仕組みです。従来の社会主義の国で、こういうポリクリニックというものがたくさんありました。ドイツの東西統合に伴って、いったんこれが廃止になりかけました。つまり旧態依然たるものだから全ドイツでは入れないということで例外的に従来のものは認めるという形でやっていました。やはりいろいろやっていると、不必要な病院の診療は適切でない、しかし外来はなかなか開業医だけではうまくやていけないということで、複数医師による共同の外来診療センターというものが非常に有効ではないかと、2004年に法律が作られたのです。

見ていただいたら分かるように、そこからこの間、一気にこのMVZ、Medizinische Versorgungszentren、医療供給センターという原語ですが、外来診療センターです。大体平均6.4人の医師が働いていて、約2,800カ所あります。面白いのは、その約4割を病院が作っているということです。つまり病院も在院日数の短縮だとか、医療費の効率的な使用という、社会的な要請が入ってくる中で、やはり外来との連携を今まで以上に強めなければいけないということで、ドイツは病院と外来が非常に峻別されていて、うまく連携



できていないので、それなら、ということで、病院が出資して、この外来診療センターを作っています。

日本は、病院自体が外来をやっていますから、かなり状況は違うのですが、ドイツでは、こういう結構規模の大きいレベルの外来診療センター、ポリクリニックが急速に展開してきています。じつはオーストリアでも、まだ高齢化率18.6%と非常に若い社会なのですが、その割に医療費はもうドイツ並みに高く、しかも病院に偏り過ぎていてプライマリーケアが弱いということがこの間、ずっと言われ、やはり保険医だけではもう無理だということで、2017年の法律で、2021年までの5年間に2億ユーロを投じて、このプライマリーケアセンターを75カ所整備するということが決められました。やはりドイツと同じような大規模な外来診療センターを作るということです。

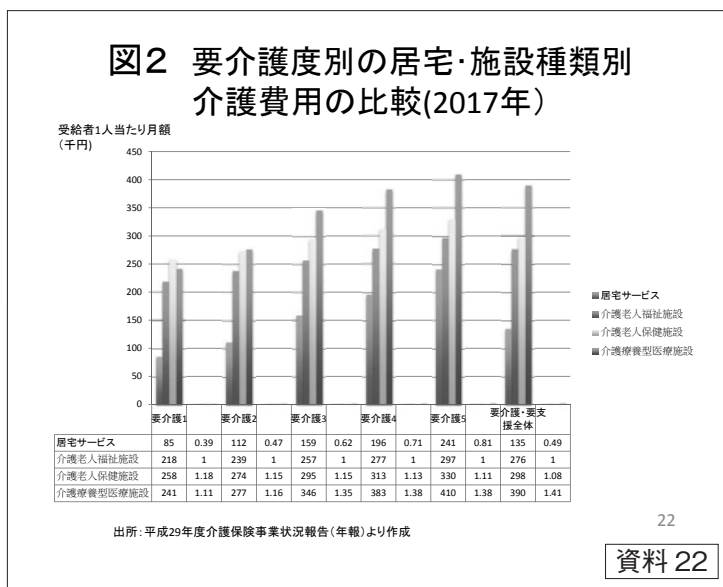
ウィーンにある最初に開設されたセンターに行ってきましたが、そこは非常勤も含めて、十数人の医師が交代で、常時1日に5人の医師が対応できるようにしています。

1日の来訪の患者が、大体500人前後と言っていました。こういう規模が大きくてチームで当たり、かなりのニーズに対応できる外来診療センターというのが、ドイツでも、オーストリアでも広がってきています。日本でもこれからどういう形で展開の余地があるのかということはいっしょに考えたいと思っています。(資料21)

## 図2 要介護度別の居宅・施設種類別介護費用の比較 (2017年)

あまりお金の話ばかりしてもいけません。これは介護のほうの費用だけですが、在宅、特養、老健、介護療養型施設を比較したときに、同じ要介護度でも、平均で見るとどれぐらいの費用の違いがあるかということ直近のデータから調べたものです。

(資料22)





## ■家で看取って考えたこと(1)

私は基本的に個人的なことを話していることではないのですが、たまたまここまでお話ししてきたように、障害を持っている人たちの地域での暮らしのことを考え、高齢者ケアの在り方、さらには在宅医療をどうすれば進められるかを考えてきました。ですので、母の晩年は、母自身が病院に入っても少し落ち着いたら、「もう帰りたい」と言っていたものですから、昨年2月に99歳で亡くなるまで、在宅での世話や看取りに取り組みました。

2000年に家を建てる際には、いろいろと考えて、実家を建て替えて3世代同居というのも考えたのですが、やはり住む家、とりわけ台所などについては、それぞれのやり方がありますから、母も家内もそれぞれのペースでやれる方がいいだろうということで、隣の駐車場をつぶして家を建てて、隣居という形を選択しました。結果的にはよかったと思っています。そういう形ですと、介護が必要になってからもやってきています。(資料23)

### 家で看取って考えたこと(1)

- ・2000年に実家の敷地に家を建て、隣居開始
- ・母は1919(大正8)年生まれ
- ・寝ている所を見たことがないくらい元気で健脚
- ・2006年2月にたまたま血液検査で血小板減少が見つかり、山口日赤で特発性血小板減少症と診断。ピロリ除菌治療。
- ・血小板減少症は治ったが、その後、足首のむくみ、脇腹の痛みなどリウマチ様症状と肥大性心筋症による呼吸困難が亡くなるまで続く。
- ・その間に、90歳で胆嚢炎による手術入院などあるも最期まで在宅で暮らす。

23

資料 23

## ■家で看取って考えたこと(2)

この8年ぐらいの間、2週間に1度、訪問診療の専門医に来てもらい、週2回デイサービスに行き、足がだんだん弱ってきたものですから、週1回訪問リハビリを訪問介護を継続してお願いしてきました。先ほどもお話ししましたが、訪問診療については、単価はもちろん高いのですが、ただやはりそれがほとんど必要なかった時期も含めて、この間も、いろいろな入院や何だかんだありましたので、その都度相談ができ、入院するときでも、家族が個別に病院に連れて行ったり、あるいは救急車を呼ぶのではなく、医師を通じて病院とセットしてもらって入るほうがずっとスムーズに入れますので、いろいろな意味で、予後、最期の迎え方も含めて、医師に密接に関わってもらったというのはとてもよかったと思っています。

ただ山口市全体でまだ訪問診療は先ほどのような大規模のものがなく、2人しかいません。お1人はもう70代だし、もう1人の私のところも50代ぐらいだから、先々、私たちの時代はどうなるのかと、考え

### 家で看取って考えたこと(2)

- ・90歳で胆嚢炎手術後に退院してから、8年間、訪問診療医による2週間ごとの訪問診療、週2回のデイサービス、週1回の訪問リハビリ・訪問看護を継続
  - ・訪問診療はいつでも症状や対処法について相談でき、来訪してもらえる安心感、訪問看護師の力量
  - ・デイは、本人の出かける楽しみ、家族のレスパイト、入浴サービスのありがたさ(訪問入浴も)
  - ・高齢者のリハビリは現状維持できれば上出来、食事の大切さ、排泄ケアの難しさ、最期まで回復する力
- (参考資料)田中耕太郎(2018)「時事評論 家で看取って考えたこと」『週間社会保障』No.2967、2018/4/2.

24

資料 24

てしまいます。やはりわれわれ住民が必要だといっていけないと、医師も育ちませんので、これから地域で機会を見つけてそういう仲間を増やしていこうと思っています。

それからデイサービスはやはり助かりました。今、デイサービスが増え過ぎているからということで、介護保険でも給付をカットしたり、いろいろと言っていますが、やはりわが家もほとんどリハビリ的なりハビリはありません。今、国は介護予防だ、リハビリだと言っていますし、それ自体が間違いだとは思いません。しかし、50代で脳梗塞をしたような、まだ若くて体力がある人は、リハビリをすればたしかに急回復する可能性が高いでしょう。しかし、超高齢者のリハビリ、要介護というのは、本当に自分で経験してみて、ちょっとした病気や入院があるたびにガクッと落ちます。その後は、本人のがんばりもあるし、周りの支援もあって回復するのですが、決して前の状態には戻りません。こうして何らかのイベントを経るつど、徐々に弱って行って、最期を迎えます。

今、成功報酬で、要介護度が上がったくらいあげましょうというのは、もちろん今、そういうことを真剣にやっていないサービス事業者にとっては必要かもしれません。しかし、少なくとも高齢者、それも超高齢期の80代以降の人にとって、要介護度が上がるのは、最期に向かって歩いているわけだから当然です。むしろその状態をできるだけ、1日でも長く、穏やかな状態を維持できるだけで十分質の高い、いいケアだと私は思います。これを成功報酬で無理にぐいぐいやっていくと、逆にそれ目当てで、要介護度を最初に意図的に高くしたりだとか、あるいは本当に良心的なケアをしているところの経営が行き詰まったりとか、いろいろな副作用があるのではないかということは改めて感じました。

また、デイサービスで週2日預かってもらうと、家族もその間、息抜きや他の家事ができますし、私も自分の仕事でまだ続けていたものがありましたから、デイに行っているときは、夕方まで自分の仕事や家のことができました。デイサービスが持っているレスパイトの機能というものが家での介護を継続していくうえでとても重要だということを実感しました。

また、デイサービスでのお風呂はとても助かりました。これはもう皆さん、それぞれ状況によって違うでしょうけれども、ぎりぎりまでは家で家内と入れていましたが、ある程度まで行くと、やはりもう素人ではできなくなります。そのときにやはりデイサービスでお風呂に入れていただくというのは、非常に有難かったです。うちの母の姉、一番上の叔母が106歳で同じ年の夏に亡くなりましたが、ここはもう70代半ばの女性のいとこが1人で看っていました。認知症が進んできてやはりもうどちらかがこけたら危ないという状態でしたので、そこは週4回、母と同じデイサービスに行っていて、やはりお風呂が一番助かっていました。もちろんその預かっている間に、買い物とか食事の準備とか、いろいろなことができるということもありますが、やはりお風呂はばかにしたものではありません。

寝たきりになった最期の3カ月半ほどは訪問入浴のサービスを利用しました。これも大変感銘を受けました。私も昔は、訪問入浴の必要性については、疑問に思っていたのですが、実際には寝たきりになって外に連れていけなくなると、やはり痒がったりとか、いくら清拭をしていただいても、お風呂にはかないません。血液の循環もよくなるし、本人もとても幸せな気分になります。浴槽を半分に分けたものを持ってきて、ぱっぱと組み立て、家の水道から引いた水を車に積んだボイラーで温め、浴室の排水口を使って流します。在宅の入浴というサービスを編み出す日本は、すごいと思いました。おそらくヨーロッパにもどこにもない仕組みだと思います。訪問入浴というのも、寝たきりの高齢者を抱えたら、本人もだし、家族にとっても非常にありがたいサービスだったと思いました。

あと、在宅でも必要なら病院との連携が必要だと思ったのは、寝たきりになった後半の段階で、ある日、苦しいと言うのです。医師にも来て診てもらっても、よく原因が分からないとおっしゃいます。ただ、家

---

族はずっと24時間見ていますから、少し今までと違うということで、救急車を呼んで検査をしてもらいましょうということになりました。腹部までCTを撮ってくれて、結局、尿閉塞になっていて、おしっこが出なくなったのが苦しかった原因でした。やはり治療ができるものは、可能な限り、そのチャンスは逃すべきではないと思いました。あと1日、2日、あのまま分からずに置いていたら大変なことになったと、少しぞっとしました。在宅というのは、これは重い障害児を抱えたお母さんたちもよく言っておられました。やはり一定のリスクは取るのです。これは病院で、24時間看護している状況から言えば、在宅はやはりリスクはあります。それは覚悟で、自分らしい暮らしを継続するために在宅を選択しますが、しかし不必要なリスクは避けなければいけません。そこは専門職と家族との協力だろうと思いました。結局、他はどうもなく、歳相応だけれども、尿が詰まっていますということで、1リットルぐらい導尿してもらいそれで落ち着きました。2～3日、泊めてくれるかなと思ったら、「もういいです。やれることはありませんから帰ってください」と済生会病院で言われたのでそのまま病院を後にしました。

その後の回復力についてです。私のところは訪問看護に非常に信頼できる質の高い訪問看護師たちが入ってくれていました。それでも彼女たちも、やはり家族の負担が大きいため、留置カテーテルにしましょうか、と言ってくれました。でも1回留置すると戻らない可能性が高いと思ったので、一応少し自分もやってみるからということで、2～3回、訪問看護師に教えてもらって、私がカテーテルで排尿をやってみました。こんなことは苦手な人間ですが、やればできるもので、大体日に2回やっていたら、98歳でも10日ほどで自力排尿が始まりました。だからやはり人間は最後の最後まで伸びる力というか、一定の症状によっては回復する力があるのだと非常に強く思われました。

それからもう1つ、最期の1カ月ぐらい、尿が緑灰色になってきたので気になって、医師に相談したら、これはMRSAの可能性が高いということでした。「病院でこれが出たら大騒ぎです。もう緊急チームが出てきて全部消毒して、個室に隔離して大変です」と言われました。「とにかく熱が出ないようによく観察しておいてください」と言われて、毎日2回ぐらい熱を測りました。尿の色は改善せずそのままでしたが、亡くなるまで発熱もせず平気でした。看護師や医者たちに言わせれば、「もともと自分の体内に持っている菌ですから本人は大丈夫です」ということでした。MRSAというのは、病院や施設で発生すると大事になる、他の人に移ったら治療法もなく何人も死んでしまうという怖さがあったのですが、結局、自然な死というのはそういう形で、在宅というのはこういうことなのかなと印象深い経験でした。(資料24)

## ■ 介護は親から子への最期の贈り物

時間が来ました。最後にお示しする絵ですが、なかなか素敵な像でしょう。これは私がずっとお世話になっていたマイデル先生のお宅の庭に置いてある像です。「Kommen und Gehen」、要するに「Come and Go」です。「来たりてまた去る」という、人と人との出会いと別れを象徴するものでしょう。母を看取った後で、友人と話をしていたら、「私の周りで家で看取った女性たちが集まって介護の勉強会をしているのだけれども、みんなが決まって言うのは、「介護というのは確かに大変だけれども、これは親が子に贈る最後の贈り物なのよね」といっている」と

### 介護は 親から子への 最期の贈り物



Kommen und Gehen 25

資料 25

話してくれ、その言葉は実感を持って心に沁み、私自身もとても慰められました。昨年マイデル先生が逝去され、7月にお墓参りに行って、奥様とお嬢さんとこのこととお話ししました。そうすると後でお嬢さんからメールを頂き、「私も最期の1週間、父を自宅で看取りましたが、ドイツでは介護というと大変だという話ばかりするけれども、私にとっては本当に恵まれた最期の1週間で過ごしたので、本当にこの言葉が身に染みました」とおっしゃってくださいました。大変でないと言うようになりますが、やってみて本当によかったと今は思っております。

少し時間が過ぎてしまいましたが、以上です。個人的なことも最後に少しお話ししましたが、要は、私たち自分がどういう生き方をしてどういうふうにならなりたいかということの本気で考えていかなければいけないし、その中から、今ない仕組みやサービスがあれば、どうすれば作れるかということ、一緒になって、それぞれの地域の中あるいは仕事を通じて考えていきたいと思っております。どうもご清聴ありがとうございました。(資料25)

---

## 【講師から補足のお話】

一言だけ最後に皆さんにお伝えしておきたいのは、私は施設から在宅へと、昔、障害福祉の仕事をしたときに訴えたのもそうなのですが、入所施設も、病院も一定の数、その機能が必要なのは間違いありません。在宅か施設かと言うと、何となく、入所施設や病院の関係者の方は、自分の仕事が否定的に評価されているという感じを持たれるかもしれませんが、決してそうではありません。ただ、24時間対応機能を持っている入所施設とか病院というのは、自己完結するのではなく、やはり在宅を支える大きな役割も同時に果たしてもらおうということが必要だとは思っています。その上で、日本の今の病床数が本当に必要なのかといえ、もっと質の高い人間的な暮らしを家で継続できる方法、あるいはそれを支えるサービスの在り方というものがあるのではないだろうかと思っています。

今、お話ししたことが1つです。ただ実際にそこでいろいろな方が暮らしていらっしゃる、生活を立てていらっしゃる、やはりそういう資源をどういうふうにかこれからうまくシフトさせていくのかということが勝負なのではないかと思っています。

決して、先ほど申し上げたように、治療できるものがみすみす入院の機会を逃すということは、やはり私はあってはいけないと思います。

その上で、やはり病院というのは、24時間の診療あるいは医学的管理が必要な人を入院させて、治療して退院させるところだという基本はやはり変わりません。どんなに設備をきれいにしても、1人部屋を増やしても、廊下を広げたところで、やはり病院というのは病気の治療のためにある施設だし、そのために配置される専門職であって、そこは決して暮らしの場ではないと私は思っています。

実際に入院しているところに見舞いに行っても、4人部屋でこちらのベッドの上で食事をしているときに、隣のおばあさんがトイレをやっている、それはお互いに仕方がありません。それは治療をするために我慢し合っているわけです。しかしそれを暮らしの場にするのは違うのではないのでしょうか。暮らしには暮らしの原理があるし、やはり暮らしというのは、その人が中心になって、マネージする場だと思えます。暮らしを中心にしながら、必要な限度で医療を届けるというのが、これからの日本の医療の姿なのではないかと私は思っています。