



出席者

## 高橋紘士 *Hiroshi Takahashi*

国際医療福祉大学大学院教授・  
(財)高齢者住宅財団理事長

1944生まれ。社会保障研究所研究員、立教大学教授などを経て現職。国、自治体等で各種審議会、研究会委員多数。厚生労働省老健局の高齢者介護研究会、地域包括ケア研究会委員等を務める。著書に『地域包括ケアシステム』、『地域包括支援センター実務必携』(いずれも編著・オーム社)、『コミュニティ福祉学入門』、『福祉情報化入門』(いずれも有斐閣)など。ホームページ：<http://takahato.com>

talk

座談会

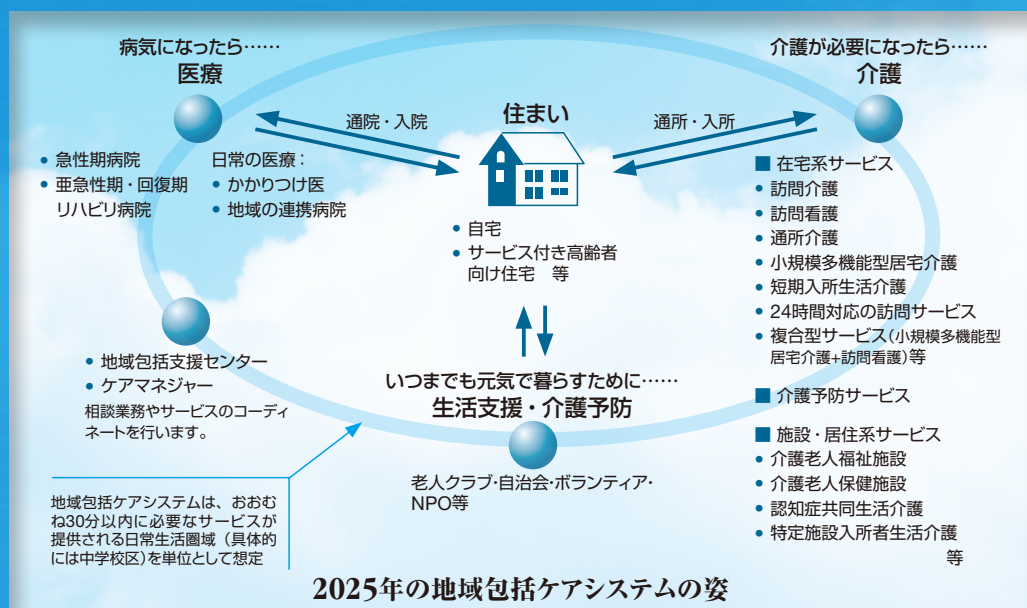
# 超高齢社会で老いる

## 住まいと暮らしの視点から

「社会保障と税の一体改革」を受けて、厚生労働省では医療・介護サービス保障の強化をかかげ、医療と介護を一体化させる姿勢を強く打ち出している。

医療については高度急性期医療を強化する一方、機能分化と連携をすすめ、高齢者が地域に根差した暮らしのなかで、適切な医療や介護を受けることができるような仕組み、「地域包括ケアシステム」の確立を改革の中心に据えている。このシステムでは、どこに住んでいてもその人にとって適切な医療や介護サービスを受けられることが目標とされており、在宅医療や訪問看護のいっそうの強化が図られることになる。

高齢者にとっては、住み慣れた地域での暮らしを継続させて、人生の最期を迎えられることは望ましい姿であるが、一方では病院での死亡が80%を超えているという現実もある。どのようにして方向転換を図ることができるか、医療・住まい・行政それぞれのお立場でお話いただいた。





## 辻 彼南雄 *Kanao Tsuji*

一般財団法人ライフケアシステム代表理事・  
医師

1957年生まれ。一般財団法人ライフケアシステム代表理事・東京大学医学部非常勤講師。北海道大学医学部卒業後、群馬大学医学部神経内科、東京逓信病院内科、東京大学医学部老年病科医師を経て、90年よりライフケアシステム勤務。著書に『老年学入門』（共著・日本評論社）、『家庭医が語るシニア世代の不健康管理』（一橋出版）、『介護における医療と隣接行為ハンドブック』（編著・看護の科学社）などがある。



## 水田邦雄 *Kunio Mizuta*

ILC-Japan 代表  
一般社団法人シルバーサービス振興会理事長

1949年生まれ。1973年厚生省（当時）入省。医療、年金、福祉（介護）行政に携わる。厚生労働省で政策統括官（社会保障担当）、保険局長、事務次官を経て2010年退職。著書に『日本とアメリカの年金制度』（共著・中央法規出版）などがある。

### 後期高齢者2,100万人時代には 病院・施設では看取りの場所が不足

水田 ●日本では、2012年に65歳以上の人口が3,000万人を超えた。なかでも医療・介護サービスの必要度が増す75歳以上の後期高齢者は、1995年の700万人から2010年の1,400万人に増え、さらに2025年には2,100万人に達し、その後しばらくは平準化するという推計が出ている。ということは、今後10年間を乗り切れば、次の2,100万人時代を見通すことができるというわけで、こうしたパースペクティブのもと「社会保障と税の一体改革」が出てきた。

この「社会保障と税の一体改革」では、おそらく政府の将来見通しとしては初めて、医療と介護を一体的にとらえており、新しい発想として、急性期については「選択と集中」でテコ入れする一方、慢性期については、「地域包括ケア」で、医療も介護も住まいも含めて、高齢者や障害のある方も地域で暮らすことができるというプランが描かれている。

問題は、具体的に地域包括ケアの下でどういった在宅生活が可能なのだろうかということ。また、在宅死を迎えることができる条件とは何だろうか。そもそも、なぜこんなに在宅死が減ってしまったのか。そのあたりからお話をいただきたい。

辻 ●在宅死が減ったということは、いうまでもなく病院死が増えたということ。

もともと日本の医療は在宅が基本で、地域に根ざした医療だったのが、戦後病院を中心にした医療に移っていったという歴史がある。いいか悪いかは別として、国民も医師も医療は病院で行う、必然的に人は病院で死ぬものという考えが、日本の標準になってしまった。家で亡くなったら、「病院にも連れて行かないで……」と後で家族が非難されてしまうようになった。それが日本の医療の歴史だったと思う。

今また在宅医療、在宅死を増やそうと国は舵を切り直しているが、仕組みも意識も大きく変化してから半世紀以上経っているので、戻すには随分時間がかかるだろう。また患者や家族にも、病院へ行けば救われるといった病院信仰が根付いていて、在宅医療の良さを説明し提案しても、受け入れられないケースが多々ある。

地域に根ざした医療、自宅で医療を受けられる時代は、よほど国を挙げて真剣に取り組まないとなかなか来ないのかなと思う。

国も医師の在宅医療の診療報酬を見直すなど、真剣に方針を打ち出しており、医師や病院にはその方向性が伝わり始めているが、そのメッセージは一般の医療を受ける方々までは、まだ届いていないような気がする。



**高橋** ● 多数が在宅死だった時代は、脳卒中や肺炎などを起こして、病院に入院する暇もなく亡くなっていったという事情もあったと思う。

在宅死と病院死が逆転したのは、1974年。72年に有吉佐和子の『恍惚の人』（新潮社）、74年に吉田寿三郎の『日本老残20年後の長命地獄』（小学館）が発行されるなど、70年代は医療介護にとっても興味深い年代だった。

『恍惚の人』でも示唆されているように、従来の大家族が崩壊し、家族介護力が決定的に不足していったのがこの時期。『日本老残 20年後の長命地獄』では、冒頭の「理想の国だと言われていたデンマークやスウェーデン、イギリスが実は死ぬに死ねない高齢者をどうしようかと苦闘している」との文章が衝撃的だった。

尾道市にある御調国保病院（当時）の山口昇先生が、地域包括ケアの萌芽となる議論を始めたのも70年代後半だ。山口先生は脳外科が専門で、脳卒中を起こして運び込まれる患者を手術し、リハビリして送り出していた。しかし治ったはずの患者が、数年すると寝たきりになり認知症を発症して病院に戻ってくるのを見て、なんとかしたいと思ったのがきっかけだという。

## 後期高齢者が2,100万人規模となる2025年には その方々の死は病院や施設では対応できなくなる

興味深いのは、長崎大学病院からの派遣で御調国保病院に来られていた山口先生が、「大学病院にいたままだったら、このような状態で病院に戻ってくる患者さんは目にしなかっただろう」と言っておられること。寝たきりや認知症になった患者さんは、大学病院ではなく老人病院や老人福祉施設に入るからだ。その点御調町では、また同じ病院に戻ってくる。自分の治療の結果がそうした寝たきりの患者さんを生み出してしまった。いわば治療中心の医療の限界にお気づきになり、今日大きなメインストリームになりつつある地域包括ケアとい

う考え方を先駆けて主張されるようになったというのは大変興味深い。実は多くの急性期医療の現場の医師達はまだまだこのような認識を共有できていないと言いたい状況にある。

先ほど2025年には後期高齢者が2,100万人という数字が出たが、従来型の病院と施設依存の枠組みでは、当然このような高齢多死時代に対応できるわけがない。しかもそれほど急激に増えるという実感を抱いている人は少ない。そうした現実と意識の乖離を埋めて、課題を現実的に解決していかなければならない。

**水田** ● 今はまだ議論だが、これから本格的に自分が最期の時を迎える場所はどこか、という深刻な悩みにみんな直面していくことになる。厚生労働省から、2030年には47万人が亡くなる場所の目途が立たなくなる、という統計を出したこともあるが、あれは脅しではなく、今のシステムをこのまま維持したら「看取り難民」が出ることになる、というアラームだ。

どう試算しても、病院・施設では対応しきれない。そうなるとやはり、在宅で死を迎えられることが必要となるが、独り暮らしで在宅となると「孤立死」「孤独死」という言葉がマスコミで盛んに取り上げられ、悪いイメージが先行する。一方で、住み慣れた場所、自分で自分の生き方を決められる場所で生を全うすることはかつては当たり前だったし、今でも多くの人の望みであると思うが、どうして人々の願いと実態、そしてその評価がちぐはぐになってしまったのだろうか。

## 孤立死と孤独死は違う 今後孤立死は当たり前の時代に

**高橋** ● 私は「孤立」と「孤独」は分けて考えるべきだと思っている。孤立死は、独り暮らしである以上当然で、ヨーロッパではそれが常識。日本でもこれから単身家庭が増えるから、孤立死は当たり前になる。

一方死後何日も、場合によっては1年も発見されないのは孤独死。これは本人に

社会関係がないために発見が遅れる。これをどう克服していくかは、地域の再生という問題とも関連して大きな課題だと思う。

**辻** ● 人間誰でも死ぬ時は1人。病院死でも、いくら大勢で取り囲んでいても死んでいくのは1人で、みんな一緒に死ぬわけではない。

おっしゃるようにこれから孤立死が増えると思うが、最期の瞬間を看取ってくれる人がいるかどうかということよりも、最期まで本人が納得して満足できる生き方ができたかどうか、が重要ではないかと思っている。

在宅医療や訪問看護を続けていけば、最期のときの見当はだいたいつくようになる。訪問回数を増やしたり、親族に頼んだりしながらそのときを迎えることになるが、在宅で看取りをする医師がいなければ、家で死ぬことはできない。

実はこの看取りのできる医師の数が、まだまだ足りない。在宅療養支援診療所は増えていて1万か所までになったが、看取りのできる医師はほぼその10分の1、全国でも1,000人程度だ。残りの9割は、1年間に1人看取るかどうか、もしくは看取ったことがない。現状を把握するには、診療所数ではなく実際に看取れる医師の数をカウントしなくてはならない。

**水田** ● 2006(平成18)年の診療報酬改定の際、ご指摘の在宅療養支援診療所の仕組みをつくりそれから7年になるが、なぜ看取れる医師の数がまだ少ないのだろうか。

**辻** ● 教育を受けていないからだ。今までの開業医は病気を見つけて病院に送るまでが仕事だったが、その患者が例えば末期がんで病院での治療はもうできないからと言われて、再び自宅に戻ってくるようになった。そうなる単なる開業医ではなく、往診と看取りもできる在宅医が求められる。

しかし、多くの開業医は病院での研修経験しかないから、医師にとってはアウェーである患者の家で看取するための教育も研修も受けていない。病院と在宅の医療技

術は異なるし、看取りの技術も違う。

**水田** ● 病院と在宅での決定的な技術の違いとは何だろうか。

**辻** ● 料理人にたとえれば、自分のレストランで一流の材料を使って料理をつくっている人と、出向いて行ってその場の環境や状況に応じて、ある材料でベストの料理をつくれる人の違いか。

在宅医療では、「一流の材料がないので俺はつくらない」という訳にはいかない。私も在宅医療に行くときに持っていくのは、聴診器、血圧計などカバンで持ち運べるものだけ。血液検査はできるが、病院のようにすぐには結果が出ない。

つまり、大病院の最新の医療技術や器材がまったく使えないところで、治せ、治せなかったら看取れと言われても、在宅診療の教育を受けていない医師には対応できない、ということだ。在宅療養支援に手を挙げる開業医は、意欲はもちろんあるだろうが経験と技術が伴わないので、結局最後は病院に送ってしまうため、在宅死亡率は依然として伸びないということになる。



**看取りのできる医師がいなければ家で死ぬことはできないが、この看取りのできる医師がまだまだ足りない**

### 在宅での看取りを可能にするために 医師のキャリアモデルの転換

**水田** ● 国でも、ようやく「在宅医療拠点整備事業」を始めており、在宅医療の問題点とその克服の道筋を明らかにしようとしているが、そもそもトレーニングを積む場そのものが乏しいのだろうか。

**辻** ● 現状では在宅医療をやっている場に行って習うしかない。

**高橋** ● まったくその通りで、要するに開業医が在宅医療をやるというモデルがまだ未熟であるし、意識も追いついていない。在

#### 【\*1】三方よし研究会

病院、診療所、薬局、老人保健施設、訪問看護事業所、居宅介護事業所、住民、行政、研究機関、消防署など多様な主体が連携して、脳卒中等の患者を自宅等に返し、自立した生活を送れるようにするための滋賀県東近江市の取り組み。「患者よし、(医療)機関よし、地域よし」を目指している。

## talk 座談会



在宅療養支援診療所を根付かせるためには、地域内に病床のない病院をつくる必要がまず必要。そこから医師が向かう患者の自宅への道路が、いわば病院の廊下であるようなシステムをつくる事業モデルが必要なのだが、先駆的な試みはあるものの、どの地域でもあまねく確立されているとはとても言えない。多くの大学の医学部も、そういう医者を養成するつもりになっていない。なかなか浸透していかないのは当然だ。

それでも最近では、いくつか動きが出てきている。

滋賀医科大学では、「三方よし研究会」\*1のネットワークを活用して、医大生の6年次に在宅医療からターミナルケアまで経験させるプログラムを設けている。東近江市の地域医療を支えている永源寺診療所長の花戸貴司先生は、「医者はオールマイティじゃない。むしろバックヤードでサポートするのが、医者の役割だ」と常に学生に教えているそうだ。富山医科大学でも、家庭医のプログラムをつくって積極的に学生を教育している。

これらは医学教育のイノベーションだが、残念ながらまだメインストリームにはなっていない。

ただし、医師のキャリアモデルは明らかに変わり始めている。

### 国も「在宅医療拠点整備事業」をスタートさせたが

### 在宅医療の全国展開への道筋をどのようにすればよいのだろうか

赤字の医療法人増加という問題を持ち出すまでもなく、設備投資をして重戦車のような病院をつくり、診療報酬で運営し拡大させるというビジネスモデルが崩壊しつつある。これからの新しい医療法人のモデルは、病床のない医療経営体だ。

辻先生の所属するライフケアシステムを立ち上げた佐藤智医師がその先鞭をつけたわけだが、小山市の太田秀樹先生にしても、東京のプラタナスや名古屋の三つ葉在宅クリニックにしても、組織的な在宅医療というのが始まっていて、それは医師のキャ

リアモデルの転換と連動しているように思われる。

何かのきっかけで、意外になだれのように一気に状況が変わるかもしれないと期待しているのだが、問題は先ほどから辻先生が指摘されているように、看取りを含めた在宅での技術の不足だ。

**辻** ● 病院で教育して、病院で看取るような医師だけを育ててきたことのツケが、今出てきている。確かに、先駆的な大学医学部は在宅医療に実習参加させ始めているし、国公立でも見学実習程度はやり始めている。しかし、本格的に国家試験を取る前にカリキュラムにのせるところまでは行っていない。

しかし、太田先生や三つ葉在宅クリニックなどの成功モデルが幾つかあるので、そうしたモデルをどんどん普及させていく段階だと思う。

**水田** ● 在宅療養支援診療所は24時間体制だが、開業医がそれを辛く感じるということもあるのではないかと。非常勤も含めて、医師3人プラス訪問看護と訪問介護という体制が基本的なユニットであるように思えるが、現実にはどうなのだろう。

**辻** ● 今までのクリニックに多い、平日は9時から5時まで外来診療して、土日はゴルフに行くというようなライフスタイルは維持できなくなる。夜中に往診が入って起こされることもある。長く続けてきたスタイルを変えるのは確かに辛い。しかし、急性期でなければ対患者比は1:1.5人で良いし、訪問看護との連携は非常に重要になる。

しかも若い世代の医師は、滋賀医大のような取り組みやホスピスケアなど、もう少し新しい教育を受けている。何歳くらいから変わるかわからないが、30～40歳くらいの先生は、やれと言われてたらやれると思うし、在宅療養支援診療所にワッと乗り込んでやっている先生たちもそのくらいの年代の人たちだ。

**高橋** ●病院に対する意識も変わりつつあるのではないかと。家族を病院へ入院させたら、様々な機械に繋がれて人生最後のQOL (Quality of Life) を保てなかったという経験をすると、2度とそうした辛い思いをさせたくないから、病院ではなく在宅で考える人たちが少しずつ増えている。このような意識の転換のなかで、最近各地に普及し始めている「ホームホスピス<sup>\*2</sup>」の運動に注目している。

**辻** ●最初は抵抗も多かったが、最近は病院との連携も随分取れるようになってきているし、医師会の枠を超えた新しいチームやグループも生まれている。

**高橋** ●その点では、地域連携バスの導入や診療報酬の改訂など、やはり制度の後押しが大きかった。厚生労働省の保険局、医政局と老健局がジョイントでやっている在宅療養連携拠点事業、地域ケア多職種協働推進事業などの地域包括ケア構築のための推進策の本格化で、相当早い時期に局面が変わるのを期待している。

### 地域包括ケアに重要なのは住まい方 シェアハウスが有効

**水田** ●行政を担当してきた立場で言うと、種をまいたものが結実して新しい流れができていくことを、大いに期待したいところだ。

これからの高齢者の暮らしを支える地域包括ケアシステムにおいては、医療・介護を考えるにしても、その前提としてまず住まいがあって、そこで生活が成り立つことが必要という認識が深まっている。先ほど出たように、高齢者に単身世帯あるいは夫婦のみ世帯が増えてきたということがその背景にあると思う。そういう状況のもとでの在宅医療、在宅死となれば、リタイアしてから20年30年住み続けられる住まいが必要だ。

在宅医療をされているお立場から、辻先生の考える在宅医療のしやすい住まいというのはどういうものかお聞かせいただきたい。

**辻** ●先ほどの話ではないが、どんな環境でも料理をつくるのがプロなので、こうだからできなかったということはない。一般的に言われるように、慢性期の疾病に対してはバリアフリーにして、車いすでトイレまで行けるような障害者住宅的なものが一つの理想だろう。ただ終末期になると車いすも使えなくなるので、逆にどんなに狭くとも自宅での看取りは可能になる。

**高橋** ●伝統的な日本家屋というのは、人生50年時代を想定して、家屋の様式が決まっていたといえる。和式トイレや五右衛門風呂では、障害を持ったら使えない。だから、寝たきりになったら病院や施設に入らざるを得なくなったのだ。

現代は障害を持って高齢期を過ごすことが普通のことになるとしたら、高齢期に適した住まいに投資する時代になってきている。

一昨年、国土交通省で「在宅サービスを受けやすい住まいとは何か」という研究会<sup>\*3</sup>に参加したが、ケアを受けやすい住まいをどうつくっていくかは、持ち家が主流のわが国では重要な取り組みになるし、新しい市場を創出することでもある。

#### 【\*2】ホームホスピス

宮崎市の「かあさんの家」をはじめとする、在宅で最期を過ごしたいけれども、様々な事情から困難な人たちのために民家を借りて看取りを行う場所。老いや病や死を、生活の場に取り戻し、コミュニティのなかで穏やかに抱えることを目的としている。がんや認知症の人が家庭的な雰囲気の中で最期まで安心して暮らし、安らかに看取られることができるよう、コミュニティから生まれ、そこに根差した活動を行っている。

【\*3】報告書は国土交通省ホームページでダウンロードできる。<http://www.mlit.go.jp/common/000209752.pdf>



### 単身がマジョリティとなるこれからは、

### 「独り暮らしから、とも(共・友・伴)暮らしへ」と提案したい

また、子どもが独立し夫を看取った高齢の妻が住む一般民家に、4～5人で共同生活をして、様々な社会サービスやインフォーマルなサポートを受ける疑似家族的な構造をつくり出すシェアハウスの試みも注目すべきだろう。前に述べた宮崎市から始まり全国に普及の兆しのあるホームホスピスも、民家活用型のシェアハウスの取り組みとして、注目を集めている。この取り組みの特徴は地域との連携を徹底的に追求していることで、看取りを地域や家庭に取り戻す文化運動と私は考えている。

要介護状態で医療的措置が必要であっても、疑似家族がいるから住み続けられる仕掛けで、ヒューマンネットワークでもあ

#### 【\*4】パソリデール

独居老人と大学生が一緒に住むことでお互いに助け合い、補完しあうパソリデールのシステム。

## talk 座談会



### 人間関係が希薄な現代においては、暮らし方の仕掛けや工夫が重要になってくる

る。こうした議論が相当早いテンポで進むのではないかと。それがより年齢を重ねて病を得て、看取りという段階になるとホームホスピスという考え方にもなるわけだ。

特にこれからは単身がマジョリティになるので、今述べたような住まい方を「とも(共・友・伴)暮らし」と呼び、「独り暮らしからとも暮らしへ」と提案している。このような考えが普及すれば、高齢者の暮らし方についても、血縁による家族のつながりだけでなく新しい価値観も定着するようになるだろう。公営住宅や公団住宅、民間の空き家など、そういうものを使って知恵と仕掛けとお金の流し方を工夫すれば、「とも暮らし」は可能だ。

**水田** ●かつてはハード面の工夫、例えばリフトや車いす対応仕様の設計などが強調された時代もあったが、現在はむしろ暮らし方といったソフトの面に焦点があてられてきているのは興味深い。そのポイントは人間関係をどう調整するか。その仕掛けや工夫が大変に大事になるだろうとは予想されるが……。

**高橋** ●調整する仕掛けは、絶対に必要になる。

独り暮らしが圧倒的に多かったパリで、熱中症による死者が多数出たことから生まれた「パソリデール<sup>\*4</sup>」のシステムは非常に参考になる。「パソリデール」にはコーディネーターがいて各種の調整を行っている。

日本は契約文化ではないので、ともすれば人間関係の距離感が掴みにくくなるが、関係を調整する仕掛けをつくることができれば、成功すると確信している。昔の下宿屋にはおかみさんという調整役がいた。そういうセンスを復活させれば、相当いろんなソリューションがあるのではないかと。

**辻** ●訪問診療している経験から言うと、孫と住んでいるというケースが案外うまくいっている。孫は大学生やアルバイトで、部屋を借りるお金がもったいない。祖父や祖母の家に部屋を借りるとタダだし、夜はお互いに安心だ。つまり、夜だけ泊まりに来る若いヘルパーさんみたいなもの。お互いにメリットがあって、非常にいい関係になる。

他人でも、こうした孫のような関係をつくれる人と家をシェアすれば、うまくいくのではないかと。都会では独り暮らしになると、たいていは家を売却して有料老人ホームに入ってしまうのだが、それを脱却できる一つの方法ではないかと。

余っている部屋を貸すかわりに、倒れていたら在宅医療の担当医に電話してもらう、というような契約を結んで……。

**高橋** ●現在の特別養護老人ホームの入所者平均では、要介護3以下の人が3分の1を占めている。ということは、住むところさえあれば、在宅が可能ということだ。東大高齢社会総合研究機構の提案により釜石に建てた仮設住宅では、東西対面型に住宅を建設して、玄関を向かい合わせにしたところ、南面に雁行配置をした従来型の仮設住宅に比べ、救急車の出動回数が低いという結果が出たそうだ。東西対面型だとお互いの気配が察知でき、何かあったときの互助が働きやすい環境になったと考えられる。

つまり、結局医療や介護などの社会サービスを使ううえでも、人間の相互関係の有無で、介護サービスを際限なく使わざるを得ないのか、歯止めがかかるかが大きく違ってくる。

**水田** ●昔だったらお互いにニーズがあれば、自然にできたのではないかとと思うが、今は人間関係が希薄になったので再構築しなくてはならない。でも実現すれば、本人のメリットとしては住み慣れた我が家売って老人ホームに入らなくてもよくなる。

また、社会サービスへの依存度も下げる

ことができ、結果として現役世代への負担軽減になるという側面もある。

### 尊厳ある生と死を選択するために 医療と死を自分の手に取り戻す

**高橋** ● 病院・施設の時代は終わったと私は考えている。病院・施設のような自己完結型の場で人生の仕舞いを迎えるというのは、今や生活の質からいってもコストからいっても引き合わない時代になりつつある。昨年のベストセラーとなった中村仁一医師による『大往生したけりゃ医療とかかわるな』という本が50万部を突破したのも、どこかで潮目が変わりつつある証拠だと思う。

これからの時代、自分に見合った形で住まうとしたら、無理して住み替えるより、できるだけ今の家にとどまるのが健全な選択だ。そこで浮いたお金をサービスに使う。

ハードとしての住まいより、ソフトとしての生活の質を上げるためにお金を使う方が、はるかに健全であり、そのことが地域に雇用をつくり出すことにもつながる。

要するに、これからは、社会保障給付を地域循環させる時代が来ている。地域包括ケアの経済効果は非常に大きいと考えている。

**水田** ● 入院中は他の病院では受診はできないことと比べてみれば、住み慣れた自宅で信頼する先生たちに看てもらえるならこんなに安心できることはない。むしろ在宅の方が自分の状況に即した医療、そして介護を過不足なく受けることができると言えるわけで、高齢者の日々のQOLレベルを考えたら、はるかに高いのではないだろうか。

**辻** ● 往診する医師が増えれば、いろいろな科の先生に診てもらえる。医師を変えることもできる。贅沢ケアと言われているほどで、在宅ケアは最高のオーダーメイドだ。病院に入るとその時点で選択肢が狭まってしまう。

人は元気なうちは、与えられたさまざまな選択肢を自分自身で選び、決めることがで

きた。

しかし今の日本では心身ともに弱くなったときの選択は、残念ながら本人の手を離れて医療の専門家にゆだねることが当然とされている。そのため、患者にとってはアウェーである医療現場のルールでものごとが進められ、本人の納得や尊厳は二の次になってしまう。

慢性期の疾患を抱える多くの高齢者にとっては、治療による病の克服よりも病と折り合いをつけながら、日々の暮らしの質を高くする「QOLの向上」こそが重要な要素になっているが、病院という「治療の場」ではそのような考え方はなかなか受け入れられないのが現実だ。

自身の受ける医療や最期のときの選択にあたってこそ、今まで生きてきた個人の歴史や価値観を尊重できる環境が必要なのではないだろうか。そして主役はあくまで本人であり、私たち医師は伴走者として、そのバックアップの役割を全うすることが何より大事だと考えている。



在宅ケアは最高のオーダーメイド。

治療の場である病院より「QOLの向上」が実現しやすい

**水田** ● 2025年を目標に、日本全国で約2万の日常生活圏域において高齢者が安心して在宅生活を送れるようにすることが「社会保障と税の一体改革」の政策の柱の一つとなっている。

地域包括ケアシステムは、その実現のための手段と位置付けられている。ただ現時点では、医療との連携が大きな課題であり、また今後は医療・介護の基盤となる住まいと暮らしの確保の必要性が高まってくることになる。

このポイントに関して今回大変重要な指摘があったわけで、これを踏まえ「一体改革」推進の過程での政策の更なる深まりに期待したい。

〈2012.10.18〉

（写真：湊雅博）