

家族と薬剤師と医師をつなぐ

# くらしと からだ

No. 88  
2016  
季刊誌

## 特集——在宅医療最前線Ⅱ

患者と家族の希望「在宅ホスピスケア」  
在宅医療「柏モデル」のこれから

朝食を抜くと脳出血リスクが高まる  
「便」の働きと腸内フローラの「健康」

在宅医療高齢者に効きすぎる薬

# 自治体独自のシステムを 病院信仰から地域包括ケアへ

## 医療はくらしを支える機能へ

——日本の高齢化はいまや国民の4人に1人（約3千万人）が65歳以上であり、今後も75歳以上の人口が増加し続けると予想されています。

先生は長年にわたり高齢者の在宅医療や訪問看護サービスに関わってきましたが、厚生労働省が推進している地域包括ケアシステム（可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最期まで続けられる、地域の支援・サービス提供体制）についてどう思われますか。

**太田** 私は約20年前から「在宅ケアネットワーク」という、地域包括ケアシステムとほぼ同じ理念を提唱し実践してきました。具体的には患者さん、とくに高齢者の方にとっては普段の生活を続けることが大切で、そのために地域のみならず支えていこう、過不足ない医療を持ち込んでいこうと伝えてきたつもりです。しかし、当初は医療関係者の意識も低いうえ、市民にも在宅医療についての知識や信頼がありませんでした。

現在でも、日本において病院で亡くなる人の割合は約80%です。これは世界の

いかなる国と比べても高く異様な事態で、「病院信仰」といわれるほど病院に依存しきっています。最近の調査では、国民の約50%は家で最期を迎えたいという結果が出るにもかかわらず、相変わらず病院に行つて、治癒する望みもないのに延命治療を受けてでも、病院で最期を迎えるのが当たり前だと思っている人たちが圧倒的に多数派です。

住み慣れた家で最期を過ごしたいと思つていてもそれができないということ、望んでいる医療が受けられないということですが、「何でも病院が解決してくれる」という市民の意識が変わらない限り、高齢者医療はよくなりません。

地域包括ケアシステムは、何も特別なことではありません。やさしくいえば、年を取つたら自分の居心地のいい場所にあつて、天寿を受け入れて、「ああ、いい人生だった」と言葉を残して家族に看取られる、ということですね。

——高齢者医療においても「病院信仰」は大きな問題になるのでしょうか。

**太田** 病院はいうまでもなく病気を治す場ですが、その一方で亡くなつていく人たちに對しても手を施すわけです。高



太田 秀樹（おおた ひでき）

日本大学医学部卒業。自治医科大学大学院修了後、'92年に栃木県小山市で「おやまち北クリニック」を開設。現在は隣接する栃木市、結城市で機能強化型の在宅療養支援診療所を運営し在宅医療に取り組む。著書に「家で天寿を全うする方法」（さくら舎）など。

医療法人アスミス  
**太田 秀樹**  
理事長

齢者が食べられなくなつて老衰で死ぬというのは人間の自然な現象ですが、老衰で食べられない人にも、時には栄養管を使い、人工栄養を送るということが社会全体でまだ容認されています。

これは大きな問題で、自分で食べられない人が栄養を取るため排せつの問題が絡んできます。なかには家族が昼夜問わず介護せざるをえず、地獄のような生活を強いられるケースもあるのです。

在宅医療が進むヨーロッパではこうしたケースは少ないですが、日本のように介護が地獄になるとどうしても施設に頼るといふ話になってしまい、延命治療を始めた時点で高齢者に尊厳のある暮らしがなくなり、人間の尊厳とは、自分で考え、自力で生きることだからです。

その背景には、超高齢社会が病気の構



造を変えたこともあります。

近ごろ、95歳の方への糖尿病治療が本  
当に必要かどうか、議論されるようになって  
います。糖尿病では何の症状も出て  
いなくても、病院では「将来的に障害が  
起こるから」と治療します。ところが95  
歳の人に糖尿病の治療をしても、110歳ま  
ではまず生きられないでしょう。

また、高齢者で最も問題になっている  
病気といえば認知症ですが、現代の医療  
をもってしても治すことはできません。  
だから生活障害とどう対峙していくかと  
いうのが、医療のミッションとなっていま  
す。つまり医療はより福祉的で、くらし  
を支える機能に変わってきているのです。

——「病院信仰」を意識改革して、在宅医療の普及を図るには、周辺の人たちの協力も必要になりますか。

太田 どんなに健康に気を使っても、ほとんどの人が85歳を超えたらなんらかの社会的支援を必要とします。自宅で照明が切れても脚立に乗って交換できなくなったりしますし、バイク道路を横断したくても青信号のうちに渡りきれず、買い物に行けなくなることもあります。

つまり足腰が弱ることが、くらしの問題に直結します。運動器の障害により要介護になるリスクの高い状態を「ロコモティブシンドローム」といいますが、その段階になると家族の支援は当然として、地域の支援も必要になってきます。配偶者がいなくなり、高齢者が一人暮らしをするというケースなら、向こう三軒両隣の近所付き合いがないと暮らしていくことができません。地域包括ケアシステムも成り立たなくなりました。

## 元気な高齢者が介護する社会

——人間関係が希薄な大都市では、事情が異なるのでしょうか。

太田 大都市には地域のしがらみが多いことに魅力を感じて住んでいる人も多  
いですが、今後は国の提唱により自治体  
が指導・監督を行う「サービス付き高齢  
者住宅」(サ高住)などの「グループプリ

ビング」で新たな縁をつくるしかないと思  
います。大都市のグループプリビングに  
対し、地方都市では地域居住の継続が可  
能だと思います。また過疎地の限界集落  
では、診療所の医師が一人で往診して解  
決されるケースが多くあります。

極論すれば、国内にある1千72基礎自  
治体それぞれに、オリジナリティあふれ  
る地域包括ケアシステムが必要になると  
いうことです。そのためには、旗を振る  
行政にしっかりと理解してもらわなけれ  
ばなりません。そのうえで、それを市民  
に正しく伝え、そして市民が自分の問題  
としてどう生きるかということを考える。  
近所の人たちと協力して、どうすれば地  
域居住が可能となるかアイデアを出し、  
知恵を絞ってそれを具現化する努力をす  
る。地域包括ケアシステムという制度が、  
プラットフォームになります。

——自治体は地域特有のネットワーク  
を活用すべきですね。

太田 例えばデイサービスは比較的小  
元気な高齢者も利用していますが、これ  
を老人クラブでやれば、費用節約にもつ  
ながります。「地域支援事業」という制  
度が出てきて介護保険費用を抑える動きも  
ありますが、元気な高齢者が他の高齢者  
を介護したり、互いに助け合える社会を  
つくることも「地域包括ケアシステム」  
の理念に近づくと思います。