

「死」から「生」を照らす

対談「コミュニティケア」をめぐって

高齢者福祉とホスピスケアの融合――。

これまでのホスピスケアに代わって山崎章郎氏が新たに提案している

「コミュニティケア」構想の具体的な中身とは。それは各地でどう展開可能なのか。

山崎氏と、福祉問題に詳しい大熊由紀子さんに語り合ってもらった。

(司会は松本一弥・本誌副編集長)



山崎章郎

兼 聖ヨハネ会桜町病院ホスピス研究科部長
聖ヨハネ会桜町病院ホスピス研究科部長

視野が広がって見えてきたこと

――聖ヨハネ会桜町病院のホスピスに十月におじゃました際、山崎さんから「いまのホスピスの流れを変えて新たな道を切り開きたい。ハンドルを切る必要があるんです」と最初にかがった時はショックでした。全国にあるホスピスの数も増えて、日本でもようやくホスピスが定着してきたと思っていたものですから。

山崎 「病院で死ぬということ」を始め、僕の本を読んでホスピスの存在を知り、ホスピスに入られた方は、どのホスピスでも本に書かれてい



大熊由紀子

大阪大学大学院人間科学研究科教授
主 元朝日新聞論説委員。著書に「寝た
おおくま ゆきこ 福祉、医療分野を担当した。著書に「福祉が変わる
に「福」のいる国はない国」「福祉が変わる
きり老人」のいる国はない国」(ぶどう社)など。

――そもそも、いまのホスピスに移られた時点で「まずは十年間頑張ってみよう」と思われたそうですね。

山崎 ええ、十年間一つのことに専念すれば、たぶん一つの形はでき上がってくるだろうと考えていました。そうして夢中で取り組む中で、予想より早く、五年目ぐらいからホスピスが何とか軌道に乗り始めた。患者さんへのケアも、ボランティアの人たちとの関係づくりも形になってきた。そうなる今度は視野が広がってきて、がんの患

るようなホスピスケアがそのまま行われていると思うでしょう。ですから僕は読者の方にも責任を感じているんです。もちろん、ホスピスの存在そのものを全否定するわけではありませんし、患者さんの尊厳を何よりも大切にするというホスピスケアがきちんと行われているホスピスもたくさんあるわけですが、その一方で、ホスピスの数も百を超えると、ケアの質の面ではらつきが出てきているのも事実なんです。同時に、このまま施設の数が増えていっても、その延長線上には明るい展望が開けてこないという現実もよりはつきりと見えてきた。そこで、ここは思い切って新たな流れをつくつていかなければと思ったんです。

者さんたちだけを対象にした、いまのホスピスケアのあり方はやはりどこかいびつではないかと感じ始めたんです。がん以外の慢性疾患の患者さん、例えば肝硬変の末期の方とか、糖尿病もそうですが、そういう方々が最終的な場面で必要とするニーズは、がんの患者さんが直面しているものと同じだということにも気がついた。もともと、ホスピスケアはその本来の理念からいっても、がんの患者さんたちだけを対象にしているわけではありませんね。

「なぜホスピスはがん患者の方だけを向いているの？」

でも、そうはいつでもなかなか簡単には現実を変えられないし、病院側からいえばやむを得ない状況もある。そこでいつか、自分で開業してしまおうかと思つたこともあるんです。そうすれば緩和ケア病棟などの縛りがなくなり、いろいろな患者さんに対応できると。でも、そうなつてくると、これは個人的な取り組みになってしまう、システムチックなものができ上がらなくなる。自己満足の世界は十分できるけれど、同じことを他人がやってくれるようなシステムづくりにはつながっていかない。そんなふうには、どうすればいいのかわからずもやもやしていた時に、「死の臨床研究会」の関東支部大会で初めて大熊さんの講演を聞いたんです。僕がふだんから感じていたことをすばりと指摘されて、とても胸に突き刺さりましたし、これは何らかの形で自分が動き出さなければと改めて思つたんです。

大熊 私は何か話を頼まれると、わざと挑発的なことを言うことにしています(笑)。「死の臨床研究会」でお話をうかがっていると、がんの話ばかりだったのです。でも、がんで亡くなる方というのは、死ぬ人の中ではある意味でとても幸せな方。それよりも、脳卒中で半身不随になつて自分の誇りを失つている方とか、難病の人とか、たくさんの方が死を迎える。がんの患者さんを対象に磨いた皆さんのプロのテクニックを、もっと広く、死にゆく人に応用して欲しいと申しあげました。第二に、ホスピスという特別の建物の中だけ

幸せというのではなく、ホスピスの外でも幸せに死ぬようにしてほしい」と。第三に、理想を表現しようとしたら、制度や予算を変えなければいけないのだから、皆さんも行政や政治に働きかけてみたらどうでしょう、と日本と世界の試みをスライドで示しながらお話ししたのです。

——ホスピスという入れ物の中だけの幸せでいいのか、と。大熊 ええ、「その幸せを広げてください」つて。山崎さんは、そんな私の話に真剣に反応してくださつた最初の方でした。山崎 大熊さんの話を聞いて、僕は「これだ」と思つたんです。つまり、我々は結局、ホスピス＝緩和ケア病棟というところで待っているからいけないんだ。我々の近くにグループホームやケアハウスなどがあつたら、我々もホスピスの外に出て訪問しやすいのにとおもいました。あるいは、ホスピスのそばに空き家があつたとして、そこをバリアフリーに改装し、ひとり暮らしの人たちが引っ越してきてその方々を我々が往診するとか。その時点では、そんな発想が湧いただけなんです。たぶん方向性としてはそつちの方向なのかなとも思いました。その後、秋田県鷹巣町が手がける「在宅複合施設 ケアタウンたかのす」やデンマークの取り組みを大熊さんから教えてもらい、自分でも現地に出かけました。実際に鷹巣町での取り組みを見た時に、自分の中にあつた漠然とした思いがここでかなり具体化されていると思つたんです。

秋田県鷹巣町の取り組み

——鷹巣町の取り組みは、具体的にはどんなものですか。

大熊 鷹巣町は秋田県の北のはずれにある、高齢化の進んだ人口約二万三千人の町です。「寝たきり老人」のいる国はない国」という私の本を読んでもらつた鷹巣町長の岩川徹さんに一九九二年に呼ばれて、講演しました。その時、「寝たきり老人」「痴呆性老人」と呼ばれている日本のお年寄りのみじめな現実と、自力ではベッドから起きられずひとり暮らしでも、お洒落して自宅で暮らしているデンマークのお年寄りの映像を比較し、なぜ、そんな差ができてしまつたかをお話ししました。

鷹巣町の方々は、ショックを受け、「自分たちもやれるんじゃないか」と次々とデンマークに出かけ、また、ワーキンググループをつくつて福祉を学び、町への提言を始めました。町はその提言を誠実に受け止め、自治体で初めての二十四時間体制のホームヘルプサービス、商店街の空き店舗を利用した訪問看護や住宅改善相談の拠点などが生まれました。

そういう下地ができ上がった上で、九九年に在宅福祉の拠点である「ケアタウンたかのす」が完成しました。トイレ付きの個室八つで団らんの部屋を囲んだ単位が連なる老人保健施設は、いま話題の「ユニットケア」の先駆けとなつたものなのでとても有名です。でも、この町の本質は、もっと別なところにあります。年中無休のデイサービス、食事を毎日自

宅まで配達してくれる配食サービス、車いすなどの補助器具を貸し出すセンター、さらに小学校区に一つずつのペースでつくられている「サテライトステーション」があり、介護が必要なお年寄りが住み慣れた自宅で暮らせるように支援する仕組みを整えようとしていることです。サテライトは、それぞれの地域のホームヘルパーやデイサービスの拠点ですが、痴呆のお年寄りのためのグループホームを併設しているところもあり、子どもたちの憩いの場にもなっています。加えて、キッチン・バスルーム付きでバリアフリーのサポートハウスもケアタウンたかのすの隣に、二十人分完成しました。

山崎 鷹巣町の高齢者福祉への取り組みを見ていくと、ハード及びソフトとしてのコミュニティケアの基本的なあり方が浮かんだんですね。何よりも注目されるのが、それらのサービスがすべて住民のボランティア組織であるワーキンググループによつて検討・提案されて実現されたという点です。施設ができ上がつていく過程で、その地域の人々が行政や政治を動かしていった。そのように、自分たちが納得してつくり上げたものだから、それを維持していくのに力を惜しまないというか、守つていこうという気概を感じました。

この町に、往診を主体にし、在宅ホスピスケアも十分に可能な診療技術を持つた小規模の診療所が参加すれば、末期がんの患者さんも含めてほとんどの人々を在宅のまま支援することが可能になる。診療所に十数ベッドを併設できれば、様々

な理由で在宅では診療が困難になった方を入院する形でサポートできるし、医療ニーズの高い在宅の方がショートステイのように入院して、ご家族をしばしの間、介護や看病から解放することもできる。

そのような医師は末期がん患者の様々な苦痛症状のコントロールに長けているからで、これはがん以外のほとんどの末期状態の患者の苦痛症状をも診療できることを意味するんですね。それに、患者や家族が抱えている社会・精神・心理的問題にも深い関心と配慮を持っているし、他の職種とのチームケアの重要性も熟知しているからなんです。

都会での可能性

——でも、全国的にみれば、鷹巣町のようなレベルにまで高齢者福祉が進んでいる自治体ばかりではないでしょうし、都会に暮らす人々にも「高齢者福祉+ホスピスケアの融合」といったケアが提供できなければ、コミュニティケア構想は広がりを持たないのではないのでしょうか。

山崎 まったくその通りです。都会に住む人たちにも、それに似たような環境とかケアのシステムが提供できなければ、都会に住む人は逆にいうと不幸かなという気もします。鷹巣型のケアのシステムを持ちながら、なおかつそこに、施設として待っているだけのホスピスではなくて、高齢者の施設も訪問するし在宅も訪問していくような診療所を新たにつくる。

ただ、都会は土地代が高いので、例えば公共の遊休地とか、そういうものが提供されればそこで新しい仕組みをつくっていけるのではないかと。

大熊 鷹巣町にホスピスケアに堪能なお医者さんを招くのは大変ですが、都会はその点は有利です。鷹巣町は広いので、看護婦さんは車で数十分かけて末期の患者さんを訪問していますが、都会だったらもつと密集して暮らしているし。

山崎 そうですね。例えば、都会にもグループホームはありますし、高齢者のためのケアハウスもありますね。それから訪問看護ステーションも、在宅支援センターもあります。ただ、それらの施設が、町中にはばらばらに散在していますから、連携が取りにくい。そういうサービスが連携を取り合って共通の課題をもつて地域の中に積極的に出ていく。コミュニティケア構想というのは、そういうイメージです。そういうふうな鷹巣型のを少しずつ現状に取り入れていけば展望が出てくる。

大熊 この秋、山崎さんと一緒にデンマークでは、都会でもそれが実現していましたね。日常生活を支えるヘルパー、必要があれば日に何度も来てくれる訪問ナース、往診をいとなむ家庭医が連携していて、そこにさらに緩和ケアチームが加わっていました。このチームは、高度の痛みや苦しみを癒やすテクニックを身につけている医師、ナース、ソーシャルワーカー、心理士など十人で編成されています。総合病院の

中に拠点があるので、専門各科と連携をとれるし、専門職にホスピスケアへの理解を広げるのにも有利です。

オーストリア市の調査では、ターミナル期の人のなんと、八五%が自分の家にいるそうですが、「自宅で最期を望んでいる人はもつと多いので、まだ不十分です」と言っていました。ホスピスもありましたが、それは、「病棟」のイメージとは逆の「家」という感じのものでした。福祉を充実すると経済が傾くという人がよくいますが、デンマークの景気は日本と違ってとてもよいのです。

最初の一歩

——デンマークとは対照的に、日本では約八割の人が一般病院で亡くなっているわけですね。そういう現実を踏まえると、ホスピスケア的なケアが広まっていく必要性というのは、「ケア全体の底上げ」という意味合いからも当然あると思います。そこで次のステップとして、コミュニティ構想をご自身の中で練り上げてこられた山崎さんは今後どういうアクションを具体的に起こそうと考えているのですか。

山崎 まず大事なことは、我々の聖ヨハネホスピスの周囲に鷹巣町のような「サポートハウスたかのす」があれば、あるいは「サポートハウス」内に聖ヨハネホスピスがあれば、これまで述べてきたことがいつでも可能になるということです。あらまほしき理想というか、空理空論を展開しているのでは

ないということですね。ですから、実際には、この両者の理念と機能を、都会の町中に、その場の大きさに合わせるような規模の都市型ケアタウンの実現を目指すことになると思うんです。現実の問題は、場所の費用、建設費用などをだれがどのように負担・分担するかという点に集約される。それが決定されれば、ソフトとしての各種のサービス機能は、すべて個々に、あるいは複合的に、すでに現に存在しているものばかりなので、あとはそれらをケアタウン内に集約する調整を行うということになります。

それがモデル事業として成功すれば、この事業は、不十分ではあるけれど、現行の医療関連法律や福祉関連法律の下でも医療と福祉の調和のとれた安心な高齢社会を実現していくモデルとして位置づけられるのではないのでしょうか。このようなケアタウン構想の実現に、私どもとともに共同事業として取り組んでいただける東京都下の市区町村や企業体に参加を呼びかけたいと考えているんです。調整すべき課題はいろいろあるとは思いますが、一つひとつの問題点を客観的に議論し合い、ともにより良き新しい社会モデルの実現に向けて第一歩を踏み出せばという思いでいまはいつばいなんです。

大熊 厚生労働省の幹部に、山崎構想を話したら、関心を持たれ、「既存の仕組みを変えて実現できるように頭をひねってみましょう」とおっしゃっていましたよ。

——その一方で、全国には「わが町にホスピスをつくっては

しい」という要望がまだまだ根強くあるのではないですか。
大熊 ただ、ホスピスという名でいま盛んにつくられている緩和ケア病棟については、日本医師会会長の坪井栄孝さんも、沖縄の看護サミットの鼎談の中で疑問を呈していました。坪井さんは日本のホスピスケアのパイオニアのひとりです。帰りの飛行機の中で、真意を尋ねましたら、「緩和ケア病棟では肉体的な痛みは取るけれども、精神的な痛みは、放っておくケースが少なくない。ホスピスケアと緩和ケアは根本的に違うんです」と言っておられました。そのスピリチュアルな悩みを癒やすためには、家族や愛する者と一緒にいるということがとても重要なことですよ。

山崎 先ほども話しましたように、我々が取り組んできたホスピスケアと、日本では「ホスピス」と称される緩和ケア病棟の中の一部のありようが実態的に食い違ってきているんです。病棟となると、やはり医師・看護師が主体となって動いていて、それ以外のスタッフの入る余地はほとんどないんですよ。というのは、そのホスピスは病院という枠の中で運営されていて、病院全体の収支決算の中の一部になってしまうから。そこで医師や看護師に対する手当を払うと、もうそれ以上のお金はなくなってしまふ。

でも、実際にはソーシャルワーカーのような人たちへの相談が必要なこともあるし、それ以外にも死に直面する本人も家族もたくさん問題を抱えていたりする。むしろ患者さん

つ精神的な痛みを取れるかどうかの保証はない。

本質が抜け落ちる国

— お金が流れる仕組みができると、施設の数は増えるものの、いわば「魂」が入らなくなるといった事態が出てくる。

山崎 それは文化の問題でもあると思うんです。我々の国では、本質的な仕事をしようという人々はもちろんたくさんいるけれど、それが量的に広がっていきこうという時に本質が抜け落ちて、形だけがが増えていくということがよくありますよね。ホスピスの広がりもそれと似ているなあと思つて悲しくなる。緩和ケア病棟、ホスピスに対する幻想を抱いている人がいるということについては、我々にも原因があるかもしれません。もちろん我々がやってきたこと自体は間違つてはいなかったと思つていますが、幻想を取り払ってみると、やはり本当は自宅にいたいという人だつているかもしれない。

だとしたら、緩和ケア病棟建設に高額の費用をかけ、かつ高額の医療費を振り向けるぐらいなら、在宅での支援システムの可能性をもつて見だしていった方がいいのではないかと。その方向に一步を踏み出すとすると、がん患者さんだけではなく、高齢の人も脳卒中の人も、それぞれが在宅で人生をまっとうできるような仕組みができ上がってくるのではないかと。そうしたらそれは「ホスピスケア」という言葉よりは「コミュニティケア」という言葉で表される方が自然だろうし、

の痛みが取れた後の方が様々な問題に直面するわけです。苦痛を取るということは、その患者さんが一人の人間に立ち返るということを意味する。逆に痛みが取れなければ人生の問題は発生しない。痛くてしかたがないんだから。

病院内の緩和ケア病棟の中には、苦痛を取った後の精神的な苦痛に対してなすすべを持たないところもある。いまでき上がつてきている緩和ケア病棟については、どうも医療中心になつてきていて、我々の目指してきたものとは違つたという印象がありますね。

大熊 デンマークで見たホスピスは、十人規模のこぢんまりしたもので、ベテランのナースが責任をもっていました。とても難しい痛みのある人や、家族との葛藤を抱えて自宅ではかえつて苦しむケースの人のためのものだそうです。医師は、招かれたときに訪れる存在でした。

— ホスピスの質をどうチェックするかも問題ですね。

山崎 そうです。ホスピス医というのは、ホスピスという場所にいる医師だからホスピス医というわけではなくて、ホスピスケアに必要な医療技術や知識を持つていて初めてそう言えるわけですよ。でも、日本のホスピスに対する設置基準をみてみると、その病棟を担当する医師がいればいいんです。担当医の経歴までは問うていない。だから例えば監察があつた時に、「人員配置はちゃんとしていますよ」ということはいくらでも言えるけれど、そこにいる人たちが本当に肉体的か

その方がいいのではないかと。いまはちよつとその端緒にいるような気がするんです。

「死」の方から、そこに至る「生」のプロセスを見ていく

大熊 痴呆症ケアの分野では「ケアつきコミュニティー」という概念が提唱されています。在宅ホスピス、在宅福祉、在宅ケアという場合、これまでの日本だと、無報酬・無体で二十四時間、三百六十五日労働する女性が家にいることが事実上の前提になっていました。「ヨメつき在宅」のホスピスには普遍性はありません。ホームヘルパーさんや訪問看護婦さんがきちんとその部分をカバーできるようなケア付きのコミュニティー基盤が、安心できる社会には不可欠です。

興味深いことに、人々は「死」にとっても関心があります。「障害」というテーマを掲げてシンポジウムをするより、「死」を掲げた方が多くの人に集まつてもらえるという朝日新聞時代の私の経験則です。死の方から入つていつて、老いや病気や障害の基盤に広げていつた方がいいかもしれない。

山崎 そうですね。やはり、死から生を照らすということでしょう。死に焦点を置いて、そこから「死」に至る様々な「生」のプロセスを見ていくと、それらの「生」をどのように支えていくかというケアのシステムも含めていろいろなことが見えてくるんじゃないかと思つます。⑤