

## INTERVIEW

東京大学高齢社会総合研究機構 教授  
辻 哲夫 先生



【プロフィール】 辻 哲夫先生 1947年兵庫県生まれ。東京大学法学部卒業後、厚生省(当時)に入省。老人福祉課長、大臣官房審議官(医療保険担当、健康政策担当)、保険局長、厚生労働事務次官等を経て、2008年4月から田園調布学園大学教授。2009年4月から東京大学高齢社会総合研究機構教授を務める。

# 老いても最後まで生活者たらんために

聞き手：山田隆司 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

## 柏プロジェクトの目指すもの

山田隆司(聞き手) 今回は、現在東大の教授を務めていらっしゃる辻 哲夫先生を訪ねました。在宅医療推進会議で辻先生と同席させていただき、先生が進められている取り組みにとっても興味を覚えました。今日はそのお話を中心に伺いたいと思います。

辻 哲夫 今、私どもが始めているのは「柏プロジェクト」と呼んでいます。先生は家庭医の普及に取り組まれています。家庭医という普遍的な医療のジャンル

は現在の日本ではへき地から生まれて、さらに普遍的なものとなろうとしているのと同じように、都市の急速な高齢化という問題が在宅医療を必要とし、その在宅医療は、実は家庭医と同じ考え方につながっていくという、ある意味ではパターンとして似たような取り組みです。75歳以上人口の増加は今後20年で全国平均でおおむね2倍なのですが、柏という地域は3倍になります。首都圏の中には、柏よりもっ

と伸びる、3.5倍になるというところもあります。

この問題は、急速に絶対量が伸びるというのが非常に大きなポイントで、マイナーな表現からすると、病院のほうがかパンクしてしまいかねないと言えます。逆にポジティブに考えると、老いてもできる限り元気な社会を作らなくてはとけないということを物語っていて、基本的には都市、市街地化したところでも働く場、特に農業といったものを確保して、高齢者がアクティビティを維持できる町をつくる。しかし、75歳以上人口が増えるということは死亡者が増えるということでもあって、老いの先には必ず死がある。しかし本当に本人や家族が望むなら、これからは一人暮らしであっても、在宅で看取りができるような体制をとらなければ、不安に満ちた、あるいは孤独死が激増するような地域になっていく。高齢者がアクティビティを確保し、人と人とのつながりが広がるようなしくみと、もう一つは、本人、家族が望めば、看取りまで在宅までできる医療システムを、柏でモデルとして開発しようと。柏というのは、ごく典型的な首都圏のベッドタウンです。そういった地域でこのような医療システムを定着させるにはどうしたらよいか？ 柏で実践できれば、どこの地域でも同じことができるのではないかと提案したいと思っています。

病院では借りてきた猫、というよりはむしろ青菜に塩というようになるのですが、その弱ったお年寄りを、思い切って在宅に帰してみたら、まるで王様のごとく尊厳に満ちた生活をしていて、往診に行った医者が驚くという話をよく聞きます。在宅医療というのは、シャビーな医療という意味ではなくて、本当にその人の生活、尊厳を支える医療ではないかという意味で、医療の方法論において臓器の治療を中心にした病院医療と並ぶ、いわば自立を支援する医療としてのひとつの立派な目指すべきジャンルであると思います。そういった方向も併せて明らかにしていきたいというのが柏プロジェクトの狙いです。

山田 高齢者の問題というのは、年をとるごとに老化が



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

進み、健康問題が増えていって、病的な問題は圧倒的に多くなります。医療者の目から見ると1歳の子に起こった疾病も、20歳の人に起こった疾病も、40歳も、80歳も、一人の命がかかっているのと同じように考えがちなのです。ところが同じようにとらえようとすると、医療すべきことも多くなり、医療費も非常に大きく膨らんでいきます。しかし、とにかく病気があるのだから治療すべきだ、食べられなくなったから入院しなければいけないというような医療者側の見方のみでは、高齢者の問題、高齢者医療の問題はとても歪んだものになってしまうと思うのです。医療の問題というよりも老いの問題、社会的な問題ととらえることが必要ではないでしょうか。

辻 医療というのはわれわれが生活者として幸に生きるためにあるわけですね。病院というのは生活者が生活者たらんために、いわば病気を治してもらうところ。したがって、お年寄りも、最後の最後まで生活者であるような社会をつくりたいわけ。ところがおっしゃるように、年を取ったらどんどん病気が増えていく。その病気一つひとつを治療しようという視点だけで取り組んでいったらずっと病院にいることになる。病人である限りは日常性がないわけ。病院というのはあくまで治療のために頑張る場所である。したがって死ぬまで病人であると

いうことは日常性が得られないままに亡くなるわけで、虚弱になった高齢者にとっては逃げ場のない状況でとても悲しいことですね。

そして、今は、死亡者の2/3が75歳以上、通常85歳とか90歳です。それが時間とともに3/4、4/5と増えていくわけです。となると、死というのは老いの次にくるひとつの、いわば物語です。癌の末期の方が亡くなる数日前にビールを飲んで、「ああ、おいしい」とVサインでみんなと撮った写真などをみますが、そういった物語としての生活を持ち続けるということが非常に大事だということを、本当にみんなが実感す

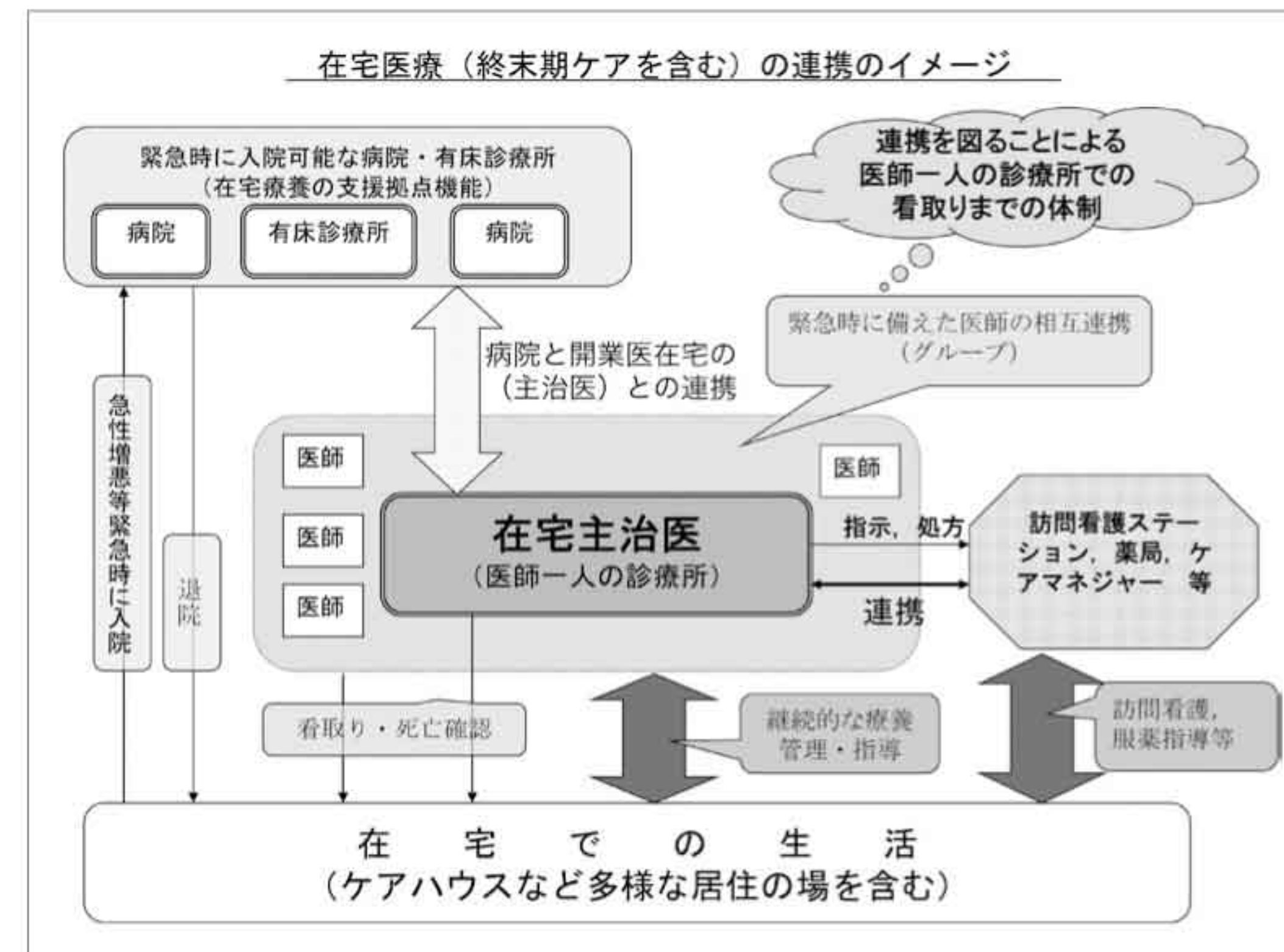
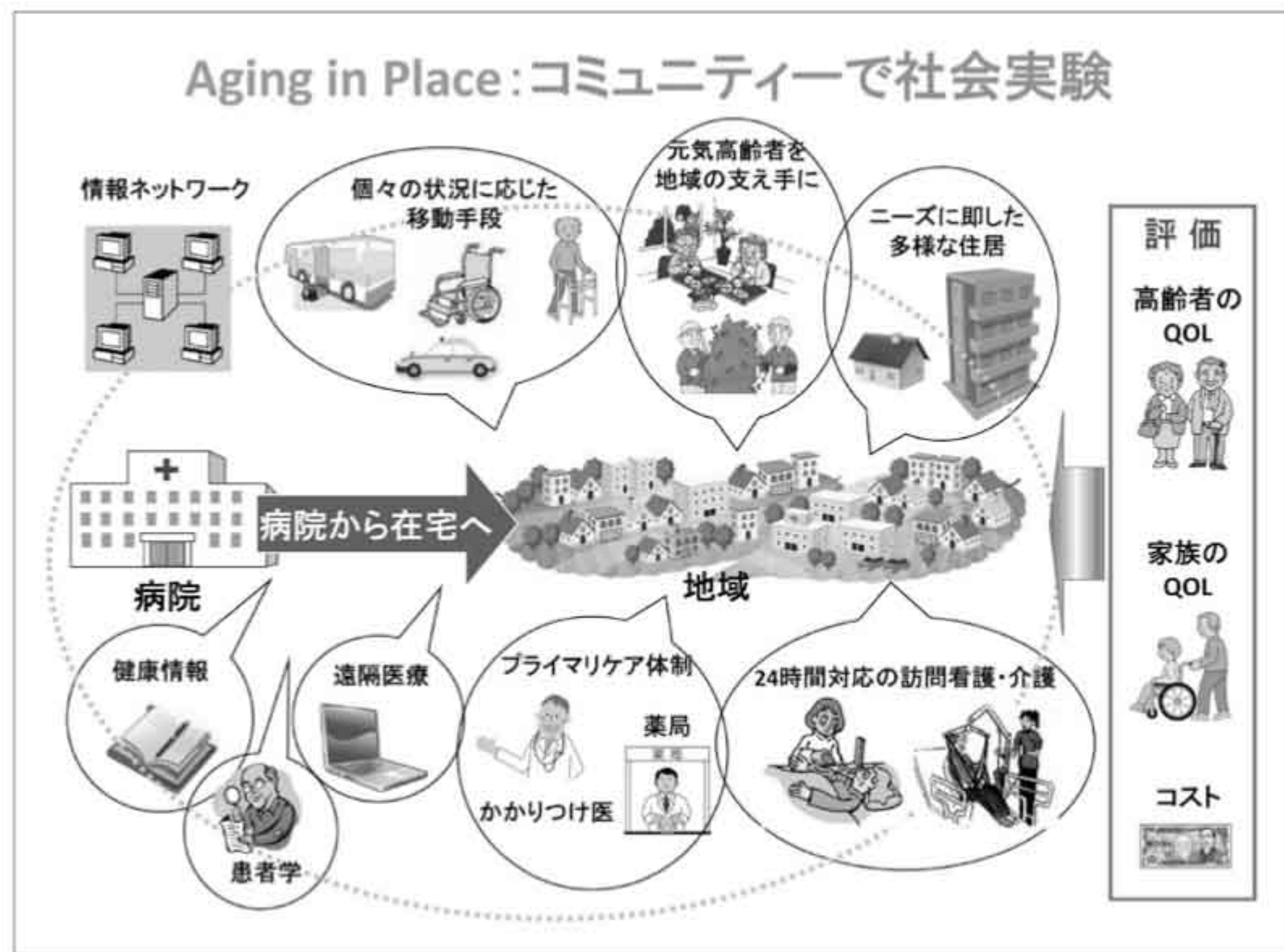
る時代になろうとしている。それを支える医療というのが非常に大切なものです。

現状は、都市の病院が破綻するのではないかと、いった非常に消極的な理由から危機は忍び寄っているのですが、実はもっと本質的で、何が幸せかということ都市部から考えていく必要がある。そして在宅における総合的なケアシステムを都市部でつくる。実は、それが一番その人本位の医療であり、その人の尊厳を守ることである。それがこれからの日本の超高齢社会における医療のあり方を変えていく。そういう意味での普遍性をわれわれは求めています。

## 在宅医療のモデルシステムの構築

山田 柏プロジェクトの具体的な概要を簡単に説明していただけますか。

辻 どういう骨格でやろうとしているかという、基本的には本人、家族が望めば、最後まで在宅で、もち



ろんその在宅というのは自宅だけではなくてグループホームとか、ケア付きの高齢者向け住宅など、自宅でない在宅を含んだ、自分の尊厳を守る住まいで頑張ることができるシステムをつくろうというものです。

その上で問題の一つは、医師が在宅医療というものにまだ関心を持っていない、あるいは、在宅医療をやろうという気持ちのある医師が少ないということです。一方、在宅の高齢者は、その人の医療必要度によって生活が変わらざるを得ない。例えば一定の医療必要度になったら、今は自分の住み慣れた家から出て病院に行かなければならない。その人が在宅で本当に自分自身として生きるためには医師がグループを組んだ在宅医療が必要であると同時にそれが介護システムと連携することが必要で、急変時にはバックアップする病床もいる。そういうものが全体として機能する必要がある。つまり、もう一つの問題は、そのネットワークを形成するコーディネートシステムが現状は確立されていないということです。大き

な問題はこの2つですね。

この2つをいわばモデル的に実施する。具体的には、医師がやる気になる研修プログラムを構築していく。そして、地域の在宅医療・介護がネットワークとして動く在宅医療のコーディネートシステムの形成、この2つをモデル的にやってみようというものです。それが「柏プロジェクト」です。

基本的には、研修については、平成22年度にプログラムを開発する。その研修プログラムの基本骨格は、医師に対する在宅医療の基礎知識や実践方法の教育ですが、さらに多職種ネットワークについての教育プログラムも同時に開発したいと考えています。平成23年度から実際に研修を実施し、評価して見直して、汎用性のある研修プログラムを作成し、まず千葉県全県下に展開します。

在宅医療システムとしては、病院の医師と開業医、訪問看護、訪問介護、ケアマネージメントというようなものが連携するシステムをつくりたいのですが、その

中でも一つ、われわれが非常に着目しているのは、ある程度成り立って動いている在宅療養支援診療所と地域の一般の開業医がグループ化して在宅医療のできるシステムを開発することです。在宅療養支援診療所は基本的に在宅医療専門であって、やはりかかりつけ医が自分の患者が病気になって、入院して、退院して、また自宅に戻っても一貫してかかわっていくというのが本来の機能です。けれどもかかりつけ医は、午前中は外来もあるし、在宅にずっとかかわってばかりはいられない。したがって、在宅療養支援診療所と地域の一般のかかりつけ医がグループ化して補うようなかたちで地域を守っていく。これが理念型としての、一つのあるべき姿ではないかと思えます

ところが日本の場合は開業医は一国一城の主で

とどまっており、連携とグループ化が進んでない。そこをモデル的に開発したいのです。もちろん診療報酬の後押しが必要なので、モデルの形が見えればそれを前提にした診療報酬体系をつくれればいいわけです。そのモデルをつくろうと考えています。そういう意味では、地域によってはグループ化の拠点を病院に置いてもいいのかもしれない。でも大きな大都市では人口が多いため、基本的には在宅療養支援診療所と一般の診療所がネットワークを組む形になると思います。今、柏市医師会と話し合いを進めていて、このようなモデルでモデルシステムを開発したいのですが、医師会がかかわる以上、普遍性のある形で、これならみんなができるというものを目指そうと、それが今回のトライアルです。

## 何が本当に質の高い医療なのか

辻 これから数年もすると確実にみんなが実感として理解できると思うのですが、死亡者数の絶対数がものすごく伸びるわけです。柏市で試算したところ、今から20年で死亡者数は倍増する。しかも当然のことですが、増える部分は75歳以上なのです。ということは、現在までは病院で亡くなっている人を今後地域で受け入れていくとすると、絶対量として拡大する量をみんながどう分担するかという話になります。今は病院と診療所の患者の取り扱いということが言われたりしますが、今後は逆で役割分担する方法を考えなくてはならない。そのところを本当にみんなが理解していかなければ、病院のほうも倒れてしまう。典型的なエピソードで言われるのは、特養でさえ亡くなるときには救急車で病院に送ってしまうケースが多い。病院の救急部門は、亡くなりそうだとすることで救急車で運ばれてきた人を断わることはできませんよね。そうしたらもうパンクするわけです。今でさえ

そういうことが言われ始めているのですから、将来的に絶対数が急上昇すればパニックになる可能性がある。したがってこの問題はあまり時間がないという話です。

そして、結局、すべての道はローマへ通ずということだと思います。人を総合的に診るというのは、へき地で総合的に診るということもあるし、また急速に高齢化する都市部の在宅医療で高齢者の生活を支えるということもある。いずれも家庭医の理念に合うものだと思います。ですから、いろいろなフィールドからいわば人と生活を診るという医療のジャンルを目指していくということですね。専門医として育った医師が在宅医療の研修を通して、家庭医の考え方に沿った能力を身につけ、そういう分野が広がっていくということもまた意図しています。

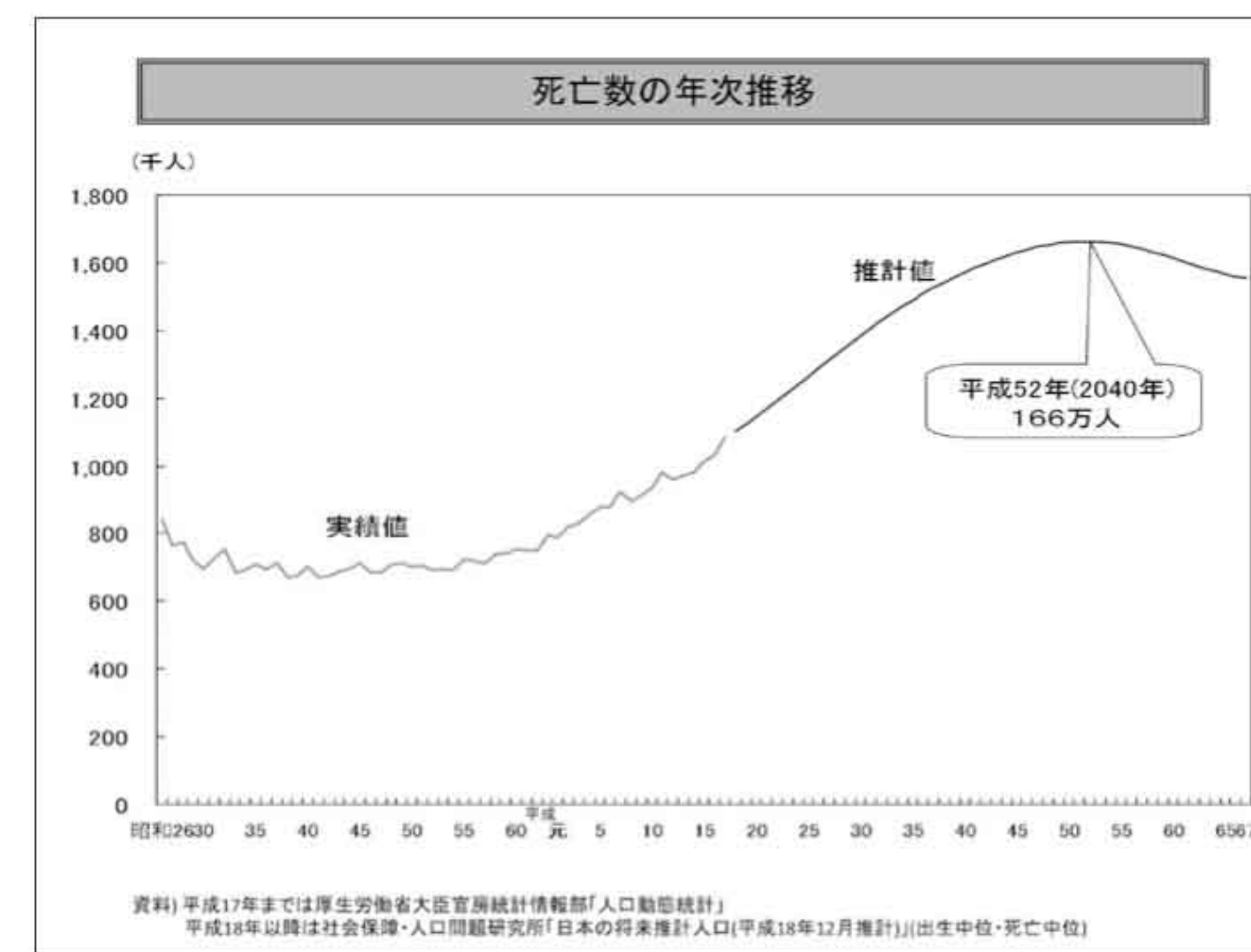
山田 私も実際の現場にいる中で、リソースはあっても、うまく機能が整理されていないと感じています。老

衰で亡くなっていく人、あるいは在宅の看取りなどは、1次医療の機能で対応できることがほとんどです。

私が今思っているのは、20年、30年と、かかりつけ医として患者さんにかかわってきた医師が手を握ってあげるだけで、終末期の患者さんが安心してくれる、あるいは癌患者のターミナルで一番力になるのは、その患者さんが痛になる前から付き合っている医者だと思

うのですね。認知症の患者さんのケアの問題も同様で、そういう状態になる前からかかわっている医師が力になれると思うのです。障害を持ったとき、あるいは限られた人生になったとき、そういった時こそ、人と人とのかかわりを続けている家庭医が力を発揮して、いろいろなことはできないかもしれないけれど、その人にとっては非常に満足度の高い医療が提供できる。自分が信頼する医者のもとで、患者さん自身も安心して在宅で暮らし続けることができる。そういったことが質の高さとしてとらえられるべきだと思います。

リソースが限られているということもありますが、むしろ、何が質の高い医療かということであって、終末期において質の高い医療は、管をつけることではない、抗生物質を投与することではない、病気と闘い続けることではない。本人が安らかに終末を迎えることができるのが、本当に質の高い終末期だと思



医療を提供する枠組みの中で、研修の問題をセットで考える。また一方で、プロジェクトとしてシステムを提案するだけでなく現場でネットワークを構築する。実際の医療介護サービスの提供と学びがドッキングしているのは、本当に素晴らしいですね。

辻 在宅医療の質というものをきちんと図っていかなくてはいけないということで、千葉県はもとより、全国から、在宅医療の最前線のレベルを持った方に来てもらって、どういう研修プログラムが質を維持向上させる上でいいのかというようなことも開発したいと思っています。それもわれわれの狙いの一つです。

山田 これまで私は日本家庭医療学会の中で、家庭医を養成する研修プログラムを次世代の人たちを対象に進めてきましたが、プライマリ・ケア関連の3学会がこの4月に合併して、そういったスタンダードをつくりやすい状況になりました。とはいえ、すでに100近いプログラムができてすでに何百人もが研修しているものの、今はせいぜい何十人、あるいはこの数年では百何十人、数百人の家庭医しか誕生しない。そんな供給は

正直言って微々たるものです。一方で、現在、開業医療、1次医療を担っている先生方が在宅医療というキーワードの中で学んでいくことは、レベルの高い家庭医のためのトレーニングになると思うのです。そうすると、かなり早い段階で、何千人、何万人という医師が家庭医として活躍する枠組みができます。そしてそこに若い研修医たちが学びにいけば、開業医の先生方はオン・ザ・ジョブで指導医として教えながら自分も学んでいくことができる。そしてその教育スタンダードとして柏プロジェクトのプログラムがありますと示して行ければ、医師会の先生たちにも非常に分かりやすい生涯学習になるのではないかと期待しています。

辻 ありがとうございます。

家庭医療そのものが相当経験則を重視する医療だろうと思うのです。それは決して非科学的というのではなく、蓄積を広げて在宅医療の質の研究を進めていくということが大切です。すでに開業された方に対する取り組みというのはそういう意味で非常に重要だと思っています。家庭医を育成するプログラムと都市部の高齢化という迫られた状況から始まる開業医のオン・ザ・ジョブの在宅医療の研修が徐々

にすりあっていけばいいと思います。

山田 そうですね。日本医師会の生涯学習のプログラムも、福井次矢先生が中心となって昨年4月にできましたが、幅広い研修をしようという内容になっています。発熱とか膝が痛いといった一般的なことを何十項目と挙げて、3年間のうちに概ねオールラウンドに学びましょうという大胆な方向転換がされました。そういう意味で医師会もジェネラルということにシフトして、1次医療の質を上げていこうという方向にかなり進んできたという実感があります。

辻 心身が衰えていく高齢者にとって医師のかかわりは極めて重要ですが、しかし、現実に支えるのは訪問看護、あるいは介護であり、この地域資源をどのように総合的に育てるか、また、職種間の連携を進めるためにはどうしたらいいか、これも大きな課題だと思っています。

山田 医者が直接かかわる部分というのはそれほど多くはないと思うのですが、患者さんのあらゆる情報を知り得る立場であること、また決断を下す役目を負うために、やはり終末期まで医師は弁護士役としてかかわり続ける必要があると思います。

するわけですから、挨拶のしかたから、話のしかたから、全部変わってしまったことを自分で感じた。そのことが非常に大切であることが分かったと話していました。

そういった見方の転換というものが、実は医療のあり方の転換にもかかわっていくわけで、そこは今、日本の医療が突き当たっている大きなある種の壁をブレイクスルーする道だと思うのです。医師は一所懸命やっているのにうまくフィットしない、病院だけではできないことがあるということです。在宅医療

にはそういう普遍性があるって、家庭医の育成と同質の、あるいはきつと同じ流れの中にあると思います。

山田 本当に在宅医療では患者さんから学ばせてもらうことが多いし、反対に、お宅にお邪魔してもてなしてもらったことが多い。お茶を飲んで、「先生も大変だね」とか「先生、最近ちょっと顔色悪いんじゃない?」とか(笑)。

辻 在宅医療を担当すると「夜中に呼ばれるのでは?」と心配する声を聞きますが、本当に信頼関係ができれば、患者家族のほうが慮って、自分の大事な主治医を消耗させないようにという配慮をするのです。ですから、しみじみと、医療の本質というのは医師と患者の信頼関係であって、人間関係の、継続が基本的なことだと私は思います。

そういう意味では、先生がおっしゃるようにかかりつけ医がかかわり続けることが一番大事なことで、しかし、それは1人では難しい場合がある。それをヘッジし合うわけですね。海外、特にイギリスの家庭医が4~5人のグループで診療をしているというのは有名ですが、1人1診療所という日本のスタイルは、これからの超高齢化にはフィットしなくなってくる。これをシステムとしてどう補正するか、そこが改革ポイントなのです。難しい問題だと分かっていますが、しかし、これをやらないと。

一方、病院では、正直なところ退院してほしい患者さんが大勢いても、診療所が受け入れてくれなければ退院させられないという悩みが、これから大きくなっていきます。したがって、今のところをブレイクスルーすれば、病院と診療所のいわゆるウィン・ウィン関係に入ります。それぞれがより自分の役割を発揮できる。いかに最適システムを発見するかということです。

山田 かかわり続けることの豊かさを在宅医療を実践している先生方こそ、もう少し表現したほうがいいのではないかなと思います。

システムの問題については私も名案はないです。

ただ、イギリス、ヨーロッパ型の包括的なしくみがよいとは一概には言えませんが、地域を守る医者は、そこに住み続け、質が保たれたケアを提供し続けていくことで地域住民から評価され、それが報酬に反映されるようなしくみをつくっていく必要があると思います。医療サービスを単に自由競争の原理に委ねることは少々乱暴で、それこそ信頼を損ねる一因になりかねないと思います。

辻 私自身が患者になった経験として思うのは、やはり医師のレベルというのは非常に大切に、そうであるが故に相当な教育システムのもとに養成されているわけですが、その上で結局最後は医師との信頼関係です。よね。

人間は誰も失敗もする。医師としての失敗もあれば患者としての失敗もある。ましては一人ひとりの物語を持つ病気という世界でそれをなくすることはあり得ないわけですね。医療過誤を極力減らさなければならぬというのは誰もが努力することで、それを埋めるものは信頼関係なのです。そしてそれがむしろ人生の本質だと思うのです。われわれは技術に支配されて生きているわけでもなければ、理想の世界に生きているわけでもない。医療以外の世界だって矛盾に満ちたことのぶつかりあいです。医療だけ完成されたものがあるわけがない。その中で信頼関係というものがどんなに大切か、臓器別に分断して人を診るというのは、その本質から離れていると考えるべきであって、その本質を取り戻すということが、特にこの高齢社会では必要であると思います。

そういう意味でも私は、在宅医療というのは医療改革の相当大きな橋頭堡だと考えています。戦略的な橋頭堡です。決してそれが絶対なのだという意味ではなくて、非常に大きな意味を持つポイントではないかというふうに見ています。

山田 全く同感です。

## 医療のあり方の転換

辻 高齢社会そのものをどう社会にするかということについて、本当に医師が大きな影響を持っています。病院では青菜に塩のようだった人が、自宅へ帰った途端君臨する帝王のようになるという話は先ほども少し触れましたが、ある大学病院の医師が、往診に同行させてもらった。四畳半の狭いお宅に住んでらっしゃる患者さんなのですが、本当に生き生きして自分の部屋で王様のごとくふるまう患者さんに対する自分の言葉遣いも変わってしまった。つまり、その人のいわば城に入って城主と話を

## へき地の医療こそがこの時代を築く

山田 最後にこの雑誌の読者は、へき地や離島の医療に従事している人が多いので、そういうところで頑張っている先生たちに向けてメッセージをお願いします。

辻 私は絶対の確信を持っているのですが、今、先生と話をしたような医療の方向性の最前線にいるのが、へき地へ行って、必要性に迫られるかたちで人を総合的に診るというあるべき医療に携わっている人たちなのです。ですから時代の最先端なのだ、へき地の医療こそがこの時代を築くのだというふうに、強い自負心を持っていただきたい。それから先生がおっしゃるように、へき地と都市の循環構造、つまりへき地における医療の方法というのは都市においても全く同じように必要な方法であって、へき地だけの問

題ではないという確信を持ってほしい。

一方において、へき地の場合は高齢者は一人暮らしで弱ったら特養や老健に移るといった現実があるわけですが、そういう中で、逆にいえば在宅医療のチャンスというものが少ないのではないかと思うのです。ところが都市は逆に特養や老健があまり利用できないので、必要に迫られて都市型在宅医療という方法が普及するはず。そして実はそれが逆に今度はへき地の医療システムも変える。そういう普遍的なものだと思っています。人々の生活の幸せを願うという大きな道を夢を持って歩んでいただきたいと思います。

山田 辻先生、今日はお忙しい中、ありがとうございました。

