

NPO法人市民福祉団体全国協議会 FAX通信 2010年5月15日

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-6-8 日本女子会館 1F 電話 03-6809-1091 FAX 03-6809-1093

～市民協は会員を応援します。～

○公的資金による研修 ○海外研修・ドイツ・オランダ(10月17日～24日)○ホームヘルパー2級研修実施○シニアの社会参加促進映画『つぶより花舞台』の自主上映 ○NPO支援「自販機」(伊藤園)の設置 <介護人材募集:勤務先>大田区、福島市、高崎市、桐生市、高松市、那覇市

「介護 1000 万人の輪」東京政策討論会には、400人がご参加。ありがとうございました。

「介護職員研修等実施状況調査」(厚労省)協力をお願い

6月5日に市民協総会と、石毛鏡子氏特別講演会のご案内

《記者の目》

日本経済新聞社 浅川 澄一

介護保険法を変えよう！！

「介護 1000 万人の輪」東京政策討論会には、 400人がご参加。ありがとうございました。

「介護保険を持続・発展させる 1000 万人の輪」は、4月10日の大阪討論会に続き、5月12日に東京政策討論会「2012!! 1000 万人の声を届けよう in 東京 介護保険法改正に向けて」を開催しました。東京では、昨年5月13日からほぼ1年振りの開催です。この1年の間に政権交代があり、昨年壇上におられた山井政務官が来賓として飛び込みご挨拶をしてくださいました。政権交代前に約束していたことが十分に実行できていないとの自戒のメッセージが印象的でしたが、討論会の詳細模様は、昨年同様「ケアマネジメントオンライン」が詳細な記事をネット上に掲載しているので、以下ではさわりのみのご紹介するに留め、URL を付記します。

参加くださった議員は、【民主党】園田 康博氏(厚生労働委員会委員、衆議院議員)【自民党】加藤 勝信氏(党・厚生労働部会長、衆議院議員)【公明党】渡辺 孝男氏(党・厚生労働部会長、参議院議員)【共産党】小池 晃氏(党・政策委員長、参議院議員)【社民党】阿部 知子氏(党・政策審議会会長、衆議院議員)【みんなの党】川田 龍平氏(党・政策調査会長代理、参議院議員)の6議員でした。

以下は、ケアマネジメントの記事から抜粋

《今年は参議院選挙を控える時期とあって、主催者挨拶ではさっそく、共同代表の樋口恵子氏が「今日の話は、参院選の判断材料に持ち帰ってください」。同じく白澤政和氏が「議員の皆さん、今日表明したことはマニフェストにしっかり盛り込んでいただきたい」と述べると、会場からは拍手が起き、登壇した各党 議員らには苦笑いと緊張感が走っていた。》

《民主党は、「今まで、財源問題のなかで不透明な改正がなされてきたのも事実」と過去の反省を踏まえ、公費6割投入による制度そのものの堅持を改めて明示した。》《社民党は「まだ8カ月、頼りない政権とされていると思うが介護保険は超党派の課題」とし、「施設待機者が溢れ、離職者が溢れている現実こそ、この制度が立ち行かなくなっている証拠」と厳しい現状認識を示した。》《公明党は、10万件にのぼるアンケート調査をもとに立案した、党の「新介護ビジョン」を披露。》《自民党は「年金と同様、制度への信頼が揺らいでいるのは我々にも責任がある」と認め

つつ、社会保険方式を維持することを強調。消費税を含む税収方式を財源論に盛り込むことと、家族への「現金給付」も再議論の余地があると提起した。》《共産党は、公費負担増にはもとより賛成の立場だが、消費税は「介護当事者や低所得高齢者の生活を圧迫する」と反対。経済的理由によりサービス利用を抑制する人は7割にのぼるといふ、介護事業所経由の実態調査を挙げた。》《みんなの党は、「安易な増税の前にやるべき事があるのではないか」「選挙を経なくてもすぐ超党派でやれる取り組みを」と強調。中央集権的・官僚的思考から脱却し、当事者のニーズが活かされる政策づくりを訴えた。》

2012年改正へ向け与野党議員が決意表明 公開政策討論会レポート1(5月14日)

<http://www.caremanagement.jp/news+article.storyid+7350.htm>

介護保険財源、公費6割に引き上げ 公開政策討論会レポート2(5月17日)

http://www.caremanagement.jp/index.php?action_news_detail=true&storyid=7351

要介護認定は廃止、ケアマネ重視へ 公開政策討論会レポート3(5月17日)

http://www.caremanagement.jp/index.php?action_news_detail=true&storyid=7352

昨年の政策討論会での山井議員発言も関連記事として紹介されています。

http://www.caremanagement.jp/index.action_news_detail+true+storyid+4411.html

今回の政策討論会を通じて、参院選の投票指標となる政党間の相違点を明らかにしようとしたが、概ねの方向性は一致、政策の具体論は秋まで持ち越さざるをえないと判断し、今一度の討論会開催を検討いたします。(福原 秀一)

「介護職員研修等実施状況調査」(厚労省)協力をお願い

本調査は事業者団体、施設・事業所等における研修等の実施状況を把握し、600時間課程の検討及び介護職員全体のキャリアラダーの構築に資することを目的とした調査です。

調査結果は「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」に報告され、厚労省は検討会における議論を通じ、介護福祉士を含めた介護人材全体の養成の在り方について検討を深め、高齢化の一層の進行等を見据えた今後の介護人材の資質向上・人材確保に関する施策の充実に努めるとしております。

市民協は発足当初より会員の皆様に介護保険に関わる情報をご提供してまいりましたが、2008年秋に民間介護事業推進委員会の構成委員となって以降は、自宅サービス事業を営むNPO法人の中間支援団体としての発言権も重視されるようになりました。このような立場を維持しつつ、みなさまのご意見を反映できるよう努めてまいりますので、この度もよろしくご協力いただきたくお願いいたします。

調査票は、介護保険事業の在宅サービスに携わっておられる事業所の中から抽出させていただき(市民協の台帳更新が十分でなく、誤配信があった場合には、何卒ご容赦ください)(181か所)5月17日午前、送信させていただきました。(福原 秀一)

6月5日に市民協総会開催(13時より)、

終了後石毛鏡子氏特別講演会開催(15時より)！！

是非ご出席ください。

石毛鏡子さん（衆議院議員）は「民主党介護を考える議員連盟」（通称：介護議連）の会長で、「介護 1000 万人の輪」の運営委員でもあります。介護議連は 3 月 31 日に発足、その後厚労省や各界からのヒアリングを重ねています。今回は、民主党の考える介護保険につきお話しいただきます。

日時：2010 年 6 月 5 日（土）13：00～総会開催

場所：田町交通ビル 5 階会議室（東京都港区芝浦 3-2-22）

特別講演会：15：00～16：30（予定）無料

* 総会欠席される場合には委任状を F A X にて送付お願いいたします。《03-6809-1093》

《記者の目》

「大転換する日本人の死生観」

日本経済新聞社 浅川澄一

日本人の「死に方」を考えさせられる 3 冊の本に出合った。いずれも医師が執筆したもので、「在宅死」が「病院死」にとって代わる時代が来ていることを告げている。

網野皓之さんの「在宅死のすすめ——生と死について考える 14 章」、石飛幸三さんの『「平穏死」のすすめ」、平野国美さんの「看取りの医師」である。

網野さんは長野県泰阜村の診療所医師として 12 年間過疎地医療に携わり、その後は東京都池袋で 14 年間開業している。平野さんも網野さんと同様、在宅療養支援診療所の訪問医として茨城県つくば市で日夜車を飛ばしながら患者宅を回っている。石飛さんは東京都世田谷区の特別養護老人ホーム「芦花ホーム」の常勤医師。胃ろうの手術をした入居者が、防げるはずだった誤嚥性肺炎にかかって亡くなる姿を見て疑問に感じ、病院での胃ろう手術をやめようと特養での「平穏死」を進めるようになった。

亡くなる場所は病院という従来の「通説」にいずれも「NO」を唱えている。そこで病院死について検討してみた。

× × ×

団塊世代が高齢化し、日本はこれまでにない大量死時代を迎える。2005 年に 100 万人強だった死者は、2038 年には 170 万人に達する。死亡場所は病院か自宅か、あるいは高齢者施設か。どこに重点を置くかにより医療や福祉政策の基本が変わってくる。死者の大半が 75 歳以上の後期高齢者だからだ。

多くの調査では、自宅死を望む人が圧倒的に多いが、現実異なる。診療所と病院を合わせた医療施設での死亡割合が 80% を超え、自宅死は 10% 強。「家族に負担がかかる」「いざという時に安心」との思いから、病院に向かう。欧州諸国では病院死は 40% 前後、自宅死が 25% 前後。米国でも病院死が 56%、自宅と施設死が 20% ほどで、日本の病院死偏重は異常である。

そこへ、半世紀ぶりの変動が起きている。この 3、4 年のことだ。病院死の割合が減少し、高齢者施設や自宅での死亡割合が増えてきた。統計を取り始めた 1951 年の病院死割合は 9・1%、自宅死 82・5% だった。以来毎年、病院死が増え自宅死が減り続け、1977 年には病院死が 45・7% に達し、44% の自宅死を追い抜き、その後も趨勢は変わらなかった。

ところが、2006 年に病院死割合が前年を下回り、以後、その傾向が続き、08 年には 78・6% と 3 年前に比べ 1・2 ポイント下回った。逆に、自宅死は 07 年から前年を上回り始め

た。画期的な逆転現象である。

興味深いのは、20年ほど前までは統計対象でもなかった有料老人ホームなどの施設死が3%にも上ってきたことだ。

×

×

病院看取りが増え続けたのは、核家族化による家族介護力の低下もあるが、何ととっても高度経済成長の渦中で、生活全般の近代化を病院にも求めたことが大きい。病院はマイカーやカラーテレビ、新幹線などとともに「豊かな生活」の代表と見られた。規模が大きければ大きいほど最新の医療技術を期待でき、「幸せ」をもたらす筈だった。

だが、終末期や死については様子が違うと感ずるようになる。あまりにも人工的、非人間的な扱いへの疑問、そして反発がジワリジワリと広がってきた。

自宅療養していた高齢者が、発熱や呼吸、摂食などで変調をきたすとすぐに救急車で病院に運ばれ、生命維持のためのチューブ処置が施される。「命を永らえさせる」のが医療の目的と確信している日本の医師たちにとって当然の行為だ。過剰な医療、延命治療がここから始まる。

例えば、食物が食道を通らずに、気管に入って起きる誤嚥性肺炎が起きると、再発防止策として胃に直接チューブをつなぐ胃ろう手術が行われる。誤嚥性肺炎は、脳梗塞や脳出血などの脳卒中やアルツハイマーなど認知症によって、食道と気管の振り分け指示が脳からきちんと伝わらなくなることによる老人特有の病だ。

また、自力で食事が摂りにくいとして胃ろうが作られることも多い。ゆっくりと時間をかけて食事介助をすれば口から食べられる状態でも、介助の手が足りないため、手っ取り早く胃ろうに走る。胃ろうを施すと、栄養剤のおかげで生命は延びる。

呼吸困難になれば人工呼吸器が付けられる。喜怒哀楽を感じない植物状態になっても、心臓が動いていれば栄養と酸素が強制的に送り込まれる。そして、死の間近には最期の延命処置として、強心剤や血圧上昇薬の注射が打たれ、患者に馬乗りになって心臓マッサージが行われる。これらの蘇生処置に効果がないことは分かっているにもかかわらず、「儀式」として遂行される。その間、患者家族や友人たちは、病室の外で待たされるだけである。

別れの言葉のひとつもかけられない。過剰な水分と栄養摂取で死者の顔や手足はむくみ腹水がたまる。苦痛の表情を伴うことも多い。死臭も強く、目をそむけざるをえない。人間の尊厳とは程遠い状況に陥る。

×

×

こうした延命のための病院医療と対極にあるのが在宅医療である。自宅への訪問診療を手掛ける開業医と訪問看護ステーションの看護師の連携で実現される。日常的な自宅訪問で、診察だけでなく介護家族の悩みを聞き、経済状況まで把握しながら適切な療養生活をアドバイスする。容態の進行を皆で共有していけば、延命治療は望まれず、おのずと自然な看取り、「自然死」に行きつくという。

こうした活動が患者や家族の共感を呼び、自宅や施設での死亡率を高めることになった。医療技術が向上し、ガン患者でも在宅医が病院内とほぼ変わらない対応がとれるようになり、「安心感」をたかめた。

高齢者医療の役割が、これまでの「治す」から「支える」に変わりつつある。病が完治しないまま生命を閉じつつある要介護高齢者には、日々の生活を支援することが肝要なのである。

実は、食事、とりわけ水を自分で摂れなくなったら、「寿命である」として、治療をやめるのは欧州、とりわけ北欧諸国では常識だ。医療界だけでなく、一般の国民の間でもその判断は共有されている。施設でも病院でもチューブを付けた入居者をまずみかけない。「水分を体内で処理でき

なくなるのが終末期」とする在宅医は日本でも増えてきた。尊厳死であり消極的な安楽死と言えよう。

オランダやベルギーでは8, 9年前に積極的な安楽死が合法化された。先進諸国のライフスタイル、衣食住やスポーツ、音楽などがほぼ同一の価値基準なのに、死生観だけは日本だけかけ離れている。

× ×

財政面からも、大病院から在宅医療へと転換を迫られつつある。死に至る1年間の医療費の半分強が最後の2ヶ月間に使われる。そのかなりの額が延命治療による。1ヶ月の入院医療費は約41万円だが、死亡前の1カ月は112万円と3倍近い。もし、自宅や施設での死亡の割合を4割増やすと、医療費は2025年に約6千億円減らせるという。

だが、在宅医療の態勢はまだ不十分だ。訪問診療を制度化したのが在宅療養支援診療所というかかりつけ医。4年前から始まった。約1万2千の診療所が手を挙げたが、小学校数(2万2千)に及ばない。その上「必ず、夜中でも対応する」と言う医師は少なく、「本物の在宅医」は1割ほどだ。

一方の訪問看護ステーションはまだ5500しかない。ひとつもない市町村が半数に及ぶ。

「かかりつけ医制度をさらに徹底させるのが近道」という声もある。欧州諸国ではすでに定着していることだ。住民は、地域の診療所のかかりつけ医をまず訪問し、専門医の治療が必要と判断された場合だけ専門病院に向かう。

「どの医療機関にも自由に受診できるフリーアクセスこそ日本が世界に誇る医療制度」とする日本医師会とは全く異なる制度である。「風邪でも大病院」という成長経済の「過去」のシステムを温存している。これでは改革は進まない。

鳩山政権は、かかりつけ医制度を盛り込んだ後期高齢者医療制度を破棄し、「病院重視」を掲げ、次に日本医師会も陣営に引き寄せた。日本医師会内では在宅医の勢力は弱く、政策転換は望めそうにない。

× ×

冒頭の3冊のほかに、つい先日発行された「物語・介護保険」(岩波書店)は、介護保険の事業者や関係者にとって必読書だと思う。お薦めしたい。

著者は大熊由紀子さん。朝日新聞の論説委員として20年近く医療・福祉分野を担当してきた。その当時の「寝たきり老人は、(事業者が)寝かせきりにした結果だ。北欧には寝たきり老人はいない」との主張は、大きな反響を呼び、日本の介護現場の意識を転換させることになった。

近著では、北欧での取材体験を織り込みながら、介護保険の制度確立の経緯を追っている。とりわけ、厚労省の幹部をすべて実名をあげつつ、どのようなサービスに誰がかかわったかを克明に調べ上げている。新制度発足には、常に既得権を持つ抵抗勢力との戦いを強いられるが、その攻防戦はまさに、政界官界の裏話だらけ。

「認知症の人と家族の会」の高見国生さん、評論家の樋口恵子さん、建築家の故外山義さんなど制度作りに貢献した人たちの生い立ちにもさかのぼった逸話も、大熊流の暖かい語り口で叙述されている。

06年改革で歪んでしまった介護保険の本来の姿を改めて確認するには絶好の書である。

このFax通信は下記の団体・法人のご支援で発行しています。

介護サービスくら おもいやり支援センターくまの グリーンコープ たすけあい佐賀
全労済 宅老所を全国に広める会 コミュニティシステム合同会社