

「ホスピスケアからコミュニティケアへー調和の取れた福祉と医療が作りだす安心高齢

社会の都市型ケアタウンモデル事業構想」一部改定・2003年10月版

聖ヨハネホスピスケア研究所所長 山崎章郎

〔はじめに〕

アメリカの精神科医エリザベス・キューブラー・ロスの著書「死ぬ瞬間」(読売新聞社)を通してターミナルケアに関心を持ち、一般医療現場で末期癌患者を対象にした医療・ケアに取り組むようになって20年がたった。また、その途中から一般医療現場での癌末期患者に対するターミナルケアには限界があることを痛感し、その解決をホスピスに求め、現在の聖ヨハネホスピスに転身してからあしかけ12年が経過した。そして、そのホスピスケアに携わる経過の中で、主に癌末期患者とエイズの末期患者をそのケアの対象とした現在の我が国に於けるホスピス(厚生労働省の設置基準を満たしたホスピスは緩和ケア病棟とも呼称される。したがって今後本稿の中で使用するホスピスは=緩和ケア病棟をも意味している)が持つ後述するような問題点も、強く自覚するようになってきた。

2003年3月現在、ホスピスは全国に117施設、2,191病床あり、年間の癌死者約30万人の約3.7%がそれら施設でケアを受けていると報告されている。したがって、現状ではホスピスの数はまだまだ少ないと言える。しかし、現状のままのホスピスが今後飛躍的に増加して、癌末期患者の入院先が増えたとしても、ホスピスが現在持っている問題が解決されるわけではない。そこでホスピスの現在の問題を明らかにするとともに、その解決の一つとして従来のホスピスケアの在り方を乗り越える新しいケアの在り方(コミュニティケア)について論を展開したい。

〔1〕ホスピスケアとは

(1) ホスピスケアの基本

癌末期患者を主なケアの対象にしたホスピスケアの基本は次のようなものになる。

- ア．病状の進行に伴って出現する身体的苦痛症状の軽減。
- イ．病状の進行に伴って低下した日常生活の支援。
- ウ．癌末期という深刻な状況にいる患者の家族が直面する諸問題に対する支援。
- エ．不治の可能性が高いこと、また死に直面していることやア、イ、ウ、などの状況下によって引き起こされる患者および家族の精神・心理的苦悩およびスピリチュアルペイン(存在する意味を見失った時に感じる苦悩など)に対する適切な支援、また同状況下に起きてくる失職や経済的苦境などの社会的苦悩に対する支援。
- オ．以上のアからエまでの諸課題を様々な専門家やボランティアがチームを組み支援する。

(2) ホスピスケアの目標

ホスピスケアの目標は、上記ホスピスケアの基本を誠実に実行していくことによって、いかなる状況下でも可能な限り不治の状態にある末期癌患者の人間としての尊厳や権利を守ることであり、患者が自ら考える尊厳の中で人生を送ることが出来るようにチームとして支援することである。また死を間近に控えた患者の家族が直面する諸問題に対しても可能な限り支援する事である。

(3) ホスピスケアは誰のものなのか

さて、ホスピスケアの目標は上述した通りであるが、この目標は末期癌患者とその家族のためだけ

のものなのであろうか（エイズは治療法に進展が見られるために我が国ではホスピスでケアを受ける人は少ない）。否である。（１）のア、イ、ウ、エ、のような状況に直面し得るあらゆる人々が、死の近さの有無に関係なしに本来的なホスピスケアを必要とするのである。あるいは、不治の病ではなくとも高齢や障害によって自分の尊厳や権利を守ることが困難になっている人々にとっても、上述したようなホスピスケアは必要なのである。

〔２〕ホスピスケアの問題点

（１）医療保険制度の問題

前述したように、ホスピスケアの基本的考え方や目標は本来心身の困難に直面しているあらゆる人々に必要なものであることは明らかであるのに、現状のホスピスがその医療保険の制度上、殆ど末期癌患者のためだけに機能していることが問題なのである。

（２）在宅支援体制の問題

現在のホスピスが抱えるもう一つの問題は、在宅でのホスピスケアを提供する支援体制が不十分な点である。多くの末期癌患者が可能であれば最後まで家で過ごしたいと考えても、ホスピスケアに習熟している訪問診療や訪問看護体制が不十分なために、結果としてホスピスへの入院を余儀ないものにされてしまう。介護保険のもとに以前よりは在宅での支援体制が改善したとしても、末期癌のケアを体験したことの無い訪問看護ステーションは積極的には動いてくれないところもあるという。

また、仮に在宅でのケアが成立したとしてもその住環境（バリアフリーではない等）から、最終的にホスピスへ入院せざるを得ないこともある。更には、訪問診療や訪問看護を通したホスピスケアが提供出来たとしても、訪問する家々が広範囲に散在している状況では、一定時間に支援できる患者やその家族の数は限られてしまうことになる。いずれにしろ、現状のままでは在宅だけでホスピスケアを提供していくことは可能ではあっても効率は悪く、そのケアを受けることの出来る人々の数は限られてしまうことになる。

（３）ホスピス運営上の経済問題

現在、ホスピスに入院しケアを受けることの出来る人は医療保険上の制約から、主に末期癌患者およびエイズ末期患者ということになっている（実際は先述したように殆どが末期癌患者）。そして、これら二つの疾患の入院に対しては、一日当たり約 3 万 8000 円の定額の医療費を請求できる。しかし、もし癌やエイズ以外の末期患者の入院ということになると、その医療費は出来高払いとなり、その患者の治療に要した検査や薬剤費が中心となる。症状コントロールを中心にした医療・看護と病状の進行によって低下した日常生活の支援、そしてまた、そのような状況における患者・家族の精神的支援などを行うホスピスでは、一般病棟における治療のように治癒が望めないにもかかわらず行われる濃厚な検査や治療は行わないため、その請求できる医療費は低額となってしまう。結果的によりよいケアのために一般病棟よりも手厚い人員配置をしているホスピスは、経済的に行き詰まり運営できなくなってしまうだろう。

つまり問題（１）は、現行の医療保険制度が変更されなければ解決が困難であるということなのである。

（４）ホスピスが病棟として位置付けられている問題

さらなる問題の一つは、ホスピスが我が国では医療保険の制度上、病院の一部である緩和ケア病棟として位置づけられていることである。確かに、ホスピスケアには医療も看護も必要とするが、医療や看護はホスピスケアの基本的な部分であって、それら基本は当然のこととして、ホスピスケアの目標は患者・家族の生活支援であり人生支援なのであるから、緩和ケア病棟設置基準に基づく医師や看

看護師を主体にした緩和ケア病棟の中では、本来的なホスピスケアの提供には限界があると思われる。ホスピスは、生活の場であり病棟ではないのである。

以上の問題点をまとめてみると、様々な人々がホスピスケアを必要としているのに、現状では、ホスピスケアを受けることの出来る人はほぼ癌末期患者に限られていること、また施設としてのホスピスが病棟として位置づけられ、医師や看護師が主体になりすぎていること、さらには可能であれば在宅で過ごしたいと考えても、支援する側の力量不足、療養環境としての不備、介護力などの問題で在宅ホスピスケアが困難なこと、さらには在宅ホスピスケアが可能であってもそのケアを提供できる医師や看護師は少なく散在する家を訪問することは非効率であること、などである。

〔3〕ホスピスケアからコミュニティケアへ

上記のような問題点を踏まえつつも、ホスピスケアから見えてくるものを次のように言いかえる事ができる。「ホスピスケアの目標は、いかなる状況下においても、心身の困難に直面している、あらゆる人々の尊厳や権利を可能な限り守ることであり、その人が自ら考える尊厳の中で、その人らしい人生を送ることが出来るように支援することである。同時に、そのような人々の家族が直面する諸問題に対しても可能な限り支援することである。」と。

ただホスピスケアという言葉は、我が国の従来からの経過から末期癌患者とその家族への支援というホスピスケアの狭義の意味合いで定着してしまっているため、上述したようなその本来的な意味合いを表現するためには適切な言葉ではなくなってしまった。そこで、ホスピスケアという言葉地域社会におけるケアを意味するコミュニティケアと言いかえた方が、より適切であるように思える。したがって、更に言いかえるとすれば「コミュニティケアの目標は、いかなる状況下においても、心身の困難に直面している、あらゆる人々の尊厳や権利を可能な限り守ることであり、その人が考える尊厳の中で、その人らしい人生を送ることが出来るように支援することである。また同時に、そのような人々の家族が直面する諸問題に対しても可能な限り支援する事である。」となる。

〔4〕新しい視点

先述したような問題点を解決し、あらまほしきコミュニティケアを展開していくためには新たな視点が必要であることはわかっているが、施設としてのホスピスを基点に考えていくと、これといった解決法はなかなか見いだせなかった。このような思いの中で悶々としている時に、元朝日新聞論説委員であり現在大阪大学大学院教授である大熊由起子氏に出会い、秋田県鷹巣町の福祉への取り組み、さらにはデンマークにおける福祉の在り方などを紹介していただいた。それらのお話を聞いたり、参考文献として後記させていただいた大熊氏の著作を拝読すると、より良い福祉への取り組みの基本は我々がホスピスケアを通して目指そうとしていたことと全く同じものであるように思えた。それは病気であれ、高齢であれ、痴呆であれ、また障害であれ、自力では自らの尊厳を守ることが困難になってしまった人々の尊厳を、社会として守っていかうとすることであった。違いがあるとすれば、それは取り組んでいる場が、医療中心か福祉中心かという違いだけであった。そして、そのあるべき福祉の世界の中に、医療の世界からだけでは見えなかった問題の解決とコミュニティケアへのヒントがあるように思えた。

その後、実際に鷹巣町やデンマークを訪問した。それら福祉先進地の取り組みを見聞する中で、上記問題の解決法が見えるようになってきた。

以上のような流れの中で、表題のような『提言』「ホスピスケアからコミュニティケアへー調和のとれた福祉と医療が作りだす安心高齢社会のケアタウンモデル事業構想」が生まれてきたのである。

〔5〕コミュニティケアの展望

(1) 秋田県鷹巣町から見てきたこと

鷹巣町は秋田県北部にある人口約 22,000 の町であり 65 歳以上の方が 27%を超える高齢社会であるが、この町の高齢者福祉は日本一と言われている。この町の高齢者福祉への取り組みを見ていくと、ハードおよびソフトとしてのコミュニティケアの基本的あり方が見えてくる。

鷹巣町が 7 年をかけて作り上げた「ケアタウンたかのす」に触れてみよう。

「ケアタウンたかのす」は 1999 年 4 月に開設されたばかりのまだ新しい施設である。そのサービス内容は

ア．介護老人保健施設

病院へ入院する必要はないけれども日常的にリハビリテーションや介護、看護が必要な人のための施設。定員 80 名。

イ．短期入所生活介護

ショートステイとも言い、短期間の入所中に必要な医療や介護、看護をうける。定員 30 名。

ウ．通所介護

デイサービスとも言い、日帰りで食事、入浴、レクリエーションなどのサービスを受ける。年中無休。

エ．居宅介護支援事業

介護を必要とする人の状況に合わせたサービスが利用できるように相談にのり、介護サービス計画＝ケアプランをつくる手助けをするケアマネージャーを介護を必要とする人の家に派遣し、ケアプラン作成のサポートや介護サービスを提供する事業者との調整などをおこなう。

オ．在宅介護支援センター

在宅で介護を必要とする高齢の人達や介護する人達を支援するために、1990 年から設置されるようになった総合援助機関で、ソーシャルワーカー、社会福祉士、保健師、看護師、介護福祉士＝ホームヘルパーなどが相談にあたり、土曜日や夜間の相談もできる。市区町村の担当課まで出かけなくとも必要な保健福祉サービスが利用できるように申請手続き代行もする。24 時間対応。

カ．配食サービス

食事を毎日、自宅まで配達する。

特記すべきは住居形態であろう。住居は 8 名がひとつの住居形態（全室個室 - 2 人部屋にもなる工夫あり）でありまた付帯設備としての食堂、リビング、浴室、リハビリ室を兼ねた食堂、広い中庭などは高福祉国デンマークをお手本にしただけあり、必見である。

上記の他にケアタウンたかのすの事業は

キ．補助器具センターたかのす

日常生活を支えたり、リハビリに必要な補助器具の相談、それら補助器具の展示、シミュレーション、貸出、その他住宅改修に関する相談などが主な業務内容である。ケアタウンたかのすに隣接しており利用者に便利。

ク．サポートハウスたかのす

高齢者生活支援ハウスのことであり、原則として 60 歳以上で、身のまわりのことはできるだけ自宅で暮らすことに不安のある人達が、比較的手軽な金額で生活することができる高齢者施設である。6 名でひとつの住居形態（アパート形式で全室個室。2 人部屋になる工夫あり。また車椅子の使用できるバス・トイレつき）になっている。ケアタウンたかのすに隣接しており住居定員 20 名、通所介護定員 20 名、地域交流定員 10 名。

ケ．鷹巣町訪問看護ステーション

鷹巣町のメインストリートに事務所があり利用しやすい。

コ．痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）

町に寄贈された一軒家を増築したもの、全室個室で家庭そのものの住環境。

以上、ケアタウンたかのすの概況について同所が発行しているパンフレットを基に書き述べてきたが、クとケを除き、他の全てが広大な同一敷地内にあり一つのコミュニティを形成している。

ここに入居している人達は、徒歩圏内にある各サービス事業所から各種サービスを受けることができるほか、我が家とまではいかないにしてもプライバシーを保障され、また、気持ち安らぐパブリック空間もある住環境の中で暮らすことができるのである。各サービス事業所は、同一敷地内に集約されて位置しているため、お互いの連携が取りやすいこと、結果的に問題の共有化が計られ、同じ目標のもとでの問題解決を計りやすいという大きな長所がある。

さらに、鷹巣町の福祉への取り組みで特筆すべきはこれらの成果がすべて、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って検討・提案されて実現されたということであろう。

また、ヘルパーなど人的配置の工夫にも目を向ける必要がある。たとえば人口 22,081 人の鷹巣町のホームヘルパーの数は常勤で 47 人となっている。要介護認定者総数が 889 人であるので、これを常勤ヘルパー 1 人当たりの要介護認定者数で見ると 18.91 人となり、これは他市町村よりもかなり高い数字と言われている。

さらに、ケアタウンたかのすやその付帯事業のようにヘルパーの配置が効率的、集約的に行われていることを考えると、そのケアが濃く良質なものであることが良く理解できるのである。なおケアタウンたかのすを運営している鷹巣町福祉公社の専務理事である飯田勤氏によれば、鷹巣町が以上のサービスを提供するために介護保険料の収入以外に町として負担する財政上の金額は、約 3 億円ほどであるということだった。これは鷹巣町の平成 13 年度一般会計決算額約 90 億円の約 3.3%ということになる。この特別支出によって鷹巣町の高福祉が実現されているわけである。

なお、制度としてのデンマークの福祉は日本の現状から見ればため息が出るほど素晴らしいものであり、我が国が目指すべきモデルの一つであることは間違いない。しかし、その福祉が、徹底した地方分権化や多くの国民がそれら高福祉のために納得して受け止めている高い税負担など、我が国の現状とはかけ離れた背景を基に成立していることを考えると、将来はともかく、現状の改革に、すぐにお手本にすることは困難であると思えた。そのために、今回の構想における福祉面には我が国の優れた現実の一つでもある鷹巣町のケアタウンたかのすのみを取り上げてみた。

(2) ケアタウンたかのすの問題点

さすが日本一と言われるだけのケアタウンである。実際を見れば更にその趣を深くするだろう。しかし、このケアタウンに現状で欠けているものがあるとすれば、それはタウン内に住む人達が病に伏せ癌などの不治の状態になった時にそのままその住まいの中で人生を閉じることを保証する診療体制である。もちろん苦痛症状などが少なればタウン外からの往診医療の中でそれは可能だろう。だから多くの場合ケアタウンの中で生涯を送ることが出来るかもしれない。だが我が国における年間死亡者約 100 万人中そのほぼ 3 分の 1 を占める癌死者の場合、往診医療を担当する医師や看護師がその癌の末期状態の苦痛症状を在宅で診療できる知識や技術を十分持たなければ、人生最後の頃になって住み慣れた自宅や第二の自宅とも言えるケアタウン内の住居を離れ、ターミナルケアには不適切なことの多い一般病院への入院となり、不本意な最後を迎える可能性が高いだろう。

また、施設の建設されている場所が敷地の関係でやむを得なかったのかも知れないが、町の中心地からやや離れていることである。見方によっては、町中から隔離された高齢者の特別住居地域のようにも見える。本来は可能なかぎり、その人が住んでいた住居やその住居に近い環境が望ましく、また一般の人々から見ても特別な場所ではなく、普段の生活圏の中にある場所と位置付けられることが望ましい。高齢も病気も障害も誰の人生にも起きてくる可能性のある出来事で、特別な出来事として位置付けられることではないからだ。したがって、理想を言えばケアタウンの住民と町中の住民とが自由に交流出来る場所が基本であると考ええる。

〔6〕“ホスピスケア”と“ケアタウンたかのす”の機能合体が広範なコミュニティケアを可能にする

以上を通して言えることは、ケアタウンたかのす内に往診を主体にした在宅でのホスピスケアも十分に可能な診療技術を持った小規模の診療所が参加すれば、癌末期の患者も含め殆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併設できれば、様々な理由で在宅では療養が困難になった方を入院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、ご家族をしばし介護や看病から解放することもできるだろう。診療所は、高度な医療機器や設備を必要としない患者ならどのような疾患であったとしても、全て在宅でも入院でも診療可能であるから、癌末期のケアを連想してしまうホスピスと呼称する必要はないし、疾患を特定せざるを得ない緩和ケア病棟としての認定を受ける必要もない。従って、診療所の名称はケアタウン診療所またはコミュニティ診療所などで十分であろう。また、その診療圏はケアタウン周辺の家庭にも広げることができるだろうし、結果的にケアタウン外の在宅ケアにも一定の貢献ができるだろう。

あるいは、診療所は有床ではなく無床でも可能である。その代わり診療所に隣接した在宅ケア可能な賃貸のバリアフリー住宅を設置し、あたかも入院するがごとく転居していただければ良いのである。そこでであればいつでも何度でも往診できるだろう。訪問看護師と連携すれば、看護師もまた必要に応じて何度でも訪問できるし、ヘルパーもしかりである。したがって、運営経費は有床診療所よりも軽減でき、患者もまた入院よりも心理的抵抗が少なく済むかもしれない。

このようなケアタウンで、ホスピスケアに習熟した医師が診療所を担当することの意義は大きい。何故なら、そのような医師は末期癌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、これは癌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。また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ち、他職種とのチームケアの重要性も良く認知しているからだ。ケアタウン診療所の医師は、医師であれば誰でも良いというわけにはいかないのである。

〔7〕高齢社会における都市型ケアタウンの誕生へ

（1）都市での場の確保および施設建設

このケアタウン構想は、利用者にとってもまたケア提供者にとっても更には医療福祉行政にとっても有意義であろうと考える。しかし、秋田県鷹巣町では可能だった広大な敷地も東京のような都市部では望むべくもない。また、地価も高く土地購入からの計画は困難と思われる。そこで、「場の確保」は、可能であれば行政の持っている遊休地（たとえば廃校になった小学校や中学校の跡地など）の利用や都市部にある農地を借り受ける等を検討した上で施設を作ることが望ましい。その場所は先述したような理由から可能な限り町中とし、ケアタウンの住民とその町中の人々とが自然に交流できることを目指す。あるいは一定規模のマンション建設が町中に予定されているとすれば、設計段階から住宅公団や不動産業者と話し合い、その1階から2階を購入または借り切り、後述するようなケアタウンの基本機能が集約されて活かされるように建築していくことも都市型ケアタウンの姿かもしれない。

あるいはまた、やや年数のたった賃貸マンションや団地の1、2階を改築してケアタウンの基本機能を集約して導入することも有意義と思われる。その理由としてそのマンションあるいは団地住民の高齢化が予測されるからである。同じ敷地内にケアタウン機能があれば、殆ど人は住み慣れた家で、あるいは同じ建物内のケアタウンの施設でケアを受けることが可能になるとと思われる。なお上記のどの場合も、各住居のバリアフリー化および車椅子対応可能なシャワー・バス・トイレの検討は必要である。

更には、ケアタウンの住民のためにもケアタウン内スタッフのためにもまた周辺地域住民のためにも、保育所または幼稚園の設置も望ましい。無邪気な子供達の存在は、住民にとって心安らぐ存在となろう。また、核家族化した家庭環境で育つ子供たちにとっても高齢者との交流は大きな意味を持つだろう。命の連環を共に感じ合えるかもしれない。

マンションや既設の団地内ではなく、一定の広さの敷地に新設するのであれば、サポートハウスたかのすのような施設は、賃貸アパートとしても位置付けられるため、不動産業者の参入を促すことも

可能と思われる。

このモデル事業を開始するに当たって、往診を主体とし一定数の入院施設を持ったケアタウン診療所（先述したように無床でも可能）の運営は、ホスピスケアの体験を持つ我々が責任を持って担当することで、都市型コミュニティケアを提供できる安心ケアタウンが誕生することになる。どの程度の規模になるかは、運営基盤や敷地の広さ、建物の階数などによって規定されるが、ケアタウンとして望まれる基本機能やサービスは後述するがごとくである。

（２）ケアタウンの機能およびサービス

- ア．往診中心の診療所
- イ．訪問看護ステーション
- ウ．訪問介護ステーション
- エ．在宅介護支援センター
- オ．居宅介護支援事業
- カ．介護老人保健施設
- キ．介護老人福祉施設
- ク．短期入所生活介護（ショートステイ）
- ケ．通所介護及び通所リハビリテーション（デイサービス、デイケア）
- コ．配食サービス
- サ．補助器具センター
- シ．高齢者生活支援ハウス（ケアハウス）および高齢者用普通アパート（本アパートは実際の運用上は年齢にはあまりこだわらなくとも良いと思われる。町中の一人暮らしで不安な女性や慢性疾患をかかえて不安な方も、年齢によらず入居可能と考えてもよい）
- ス．ふれあい型グループホーム（元気で痴呆もないが、孤独で人と人との触れ合いを求めている高齢者のためのもの）
- セ．痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）
- ソ．知的ハンディ者のための就業施設および生活施設
- タ．ケアタウンボランティアセンター
- チ．ケアタウン保育園または幼稚園
- ツ．各職種に対する教育研修センター（ケアタウン内のみならず地域のセンターとして機能する）

（３）施設について

当然バリアフリーの個室（できれば1LDKくらい）車椅子可能な新型シャワー・トイレ付きが原則となる。また、パブリック空間としての食堂やリビングも必要であり、共同の大型浴場も必要である。診療所の病室も個室が原則となる。また、ケアタウン内の全ての住居はインターネットが接続できるように配慮された設備設計が必要になる。

（４）各種サービスについて

- ア．デイサービスは、カルチャーセンターとしても運営し住民の個別性に応えられるものとし、地域住民も有料で自由に参加できるものとする。また、サービス時間も相手の状況に応えられるような柔軟性を持ったものとする。
- イ．診療所は、ケアタウン外の地域住民に対してもその力量に応じて往診や在宅ホスピスケアを提供する。
- ウ．ケアタウン内の介護老人保健施設や短期入所生活介護、ケアハウス以外のアパートなどは、賃貸とし料金等は不動産業者と協議の上決定する。
- エ．ケアタウンボランティアを養成・導入し、ケアタウン住民の日常生活の質の向上を計る。ボランティア養成・導入は、聖ヨハネホスピスで10年以上の経験があり、その方法はそのまま即活用できる。

- オ．タウン内外の住民の意見を反映集約できるケアタウン運営委員会（タウン内外住民、タウン内各種事業責任者、行政担当者などで構成される）を設置する。
- カ．第三者監査委員会を設置し、タウン内の各種サービス事業の内容や質を検討・評価しケアタウン運営委員会に改善勧告が出来るようにする。
- キ．ケアタウン内の各種サービス事業は、定期・不定期に合同カンファレンスを持ち日常的な様々な問題の解決を計る。また、年に数回はケアタウン運営委員会との合同カンファレンスを持ちケアタウン全体の問題を共有し、より良きケアタウンを目指す。
- ク．ケアタウン内の各種サービス事業は、ケアタウン外地域住民にも提供される
- ケ．ケアタウン内にコンビニエンスストアや喫茶店、パン屋、クリーニング店、美容院、レストラン、居酒屋などの出店を募る。できるかぎり女性や若者にも人気のある既存店に働きかけ、ケアタウン外の人々もスムーズに利用できるような店舗が望ましい。

〔8〕都市型ケアタウンの実現に向けて

上述してきたことは、ただあらまほしき理想を箇条書きにしたわけではない。聖ヨハネホスピスもケアタウンたかのすも共に現存し、それぞれに属する活動は現実に行っているものである。聖ヨハネホスピスは従来、その力量から在宅でのケアには十分取り組むことができなかったが、上述してきたケアタウンが実現すれば、ケアタウン内の他事業（訪問看護ステーションや訪問介護ステーションなど）との連携により、往診中心の診療所を維持し活動することは十分可能である。したがって、聖ヨハネホスピスの周囲にケアタウンたかのすがあれば、あるいはケアタウンたかのす内に聖ヨハネホスピスがあれば、先述してきたことの殆どがいつでも可能なのである。実際には、この両者の理念と機能を都市の町中に、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せば良いと思われる。

問題は場の費用、建設費用などを、どのように誰が負担あるいは分担するのか、ということに集約されるように思われる。それが決定されれば、ソフトとしての各種サービス機能はすべて個々に、あるいは複合的に、既に現存しているものばかりなのであるから、それらをケアタウン内に集約する調整を行っていくことになる。以上を鑑みてみれば、先述してきたコミュニティケアを提供する都市型ケアタウン誕生の実現度は、かなり高いと考える。

これらが事業として成功すれば、この事業は、不十分ではあるが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高齢社会を実現していくモデルとして位置付けられるものと思われる。

いずれにせよ、繰り返し述べてきた本モデル事業におけるケアタウン内の診療所を我々が責任を持って運営することが当事業成功の核になると確信できる。

実現度に関して、前述したように鷹巣町では介護保険による収入以外に町の財政から約3億円を支出している。また、聖ヨハネホスピスでは緩和ケア病棟としての医療収入で雇用できるスタッフは基本的に医師と看護スタッフのみで、ホスピスコーディネーターやボランティアコーディネーターなどは寄付によって運営されるホスピス運営基金によって雇用されていることなどを考慮しなければならない。

その上で、各サービス部門の運営上の経費などについては、他施設のそれぞれの部門を参考にする。行政の支出などについては鷹巣町も参考にする。ただし、敷地に要する費用、建物に対する費用などについては、諸条件によっては鷹巣町より少ない経費になる可能性もある。いずれにしろ、先進施設の長所を取り入れ、可能な限りマンパワーに経費を費やす。また、趣旨に賛同してくださるボランティアの導入を積極的に計ることや個人、企業からの寄付も受け入れるなど、この事業がその地域に住み活動する全ての人々が参加するより良きコミュニティ建設のためであることを確認しておきたい。

以上の安心高齢社会ケアタウン構想の実現に私どもと共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および企業体に参加を呼びかけたいと思います。調整すべき様々な問題はあろうかと思いますが、ひとつひとつの問題点を客観的に討議し、共により良き新しい社会モデルの実現に向かうことができれば、高齢社会にとって大きな朗報になり得ると思います。

なお以上の文章中、介護関連用語の解説は市民福祉サポートセンター編「介護情報ハンドブック」より引用した。

山崎章郎略歴

1947年 福島県生まれ
1975年 千葉大学医学部卒業 千葉大学病院第一外科入局
1983年 船医として北洋鮭鱒母船および南極海海底調査船に乗船
1984年 千葉県八日市場市民病院消化器科医長
1991年 聖ヨハネ会桜町病院聖ヨハネホスピス科部長
1997年 聖ヨハネホスピスケア研究所所長（ホスピス科部長兼任）
現在に至る

その他

全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会副会長
日本死の臨床研究会事務局長
日本緩和医療学会評議員
笹川医学医療財団評議員
雑誌「ターミナルケア」（三輪書店）編集委員

著書

1990年「病院で死ぬということ」（主婦の友社、文春文庫）
1993年「続・病院で死ぬということ」（主婦の友社、文春文庫）
「ここが僕たちのホスピス」（東京書籍、文春文庫）
「安らかに死ぬということ」（訳書、講談社）
1994年「聖ヨハネホスピスがめざすもの」（共著、星和書店）
1995年「僕のホスピス1200日」（海竜社、文春文庫）
「僕が医者として出来ること」（講談社、講談社文庫）
1996年「ホスピス通信」（監修、共著、講談社）
1998年「いちばん納得できるガンとの付き合い方」（共著、PHP研究所）
2000年「河辺家のホスピス絵日記」（共著、東京書籍）
「ホスピス宣言」（共著、春秋社）
「ホスピスハンドブック」（共著、講談社）
2001年「ホスピスの「質」生の声」（監修、共著、講談社）

参考文献

『寝たきり老人』のいる国いない国」（大熊由起子、ぶどう社、1990）
「福祉が変わる医療が変わる」（大熊由起子、ぶどう社、1996）
「あなたの老後の運命は」（大熊一夫、ぶどう社、1996）
「ホスピスはどこに行くのか」（山崎章郎、月刊文芸春秋、新年号、P282～288、2003）
「ホスピスの流れを変えよう」（山崎章郎、月刊論座、新年号、p174～179、2003）
『死』から『生』を照らす」（対談、山崎章郎対大熊由起子、月刊論座、新年号、P180～187、2003）