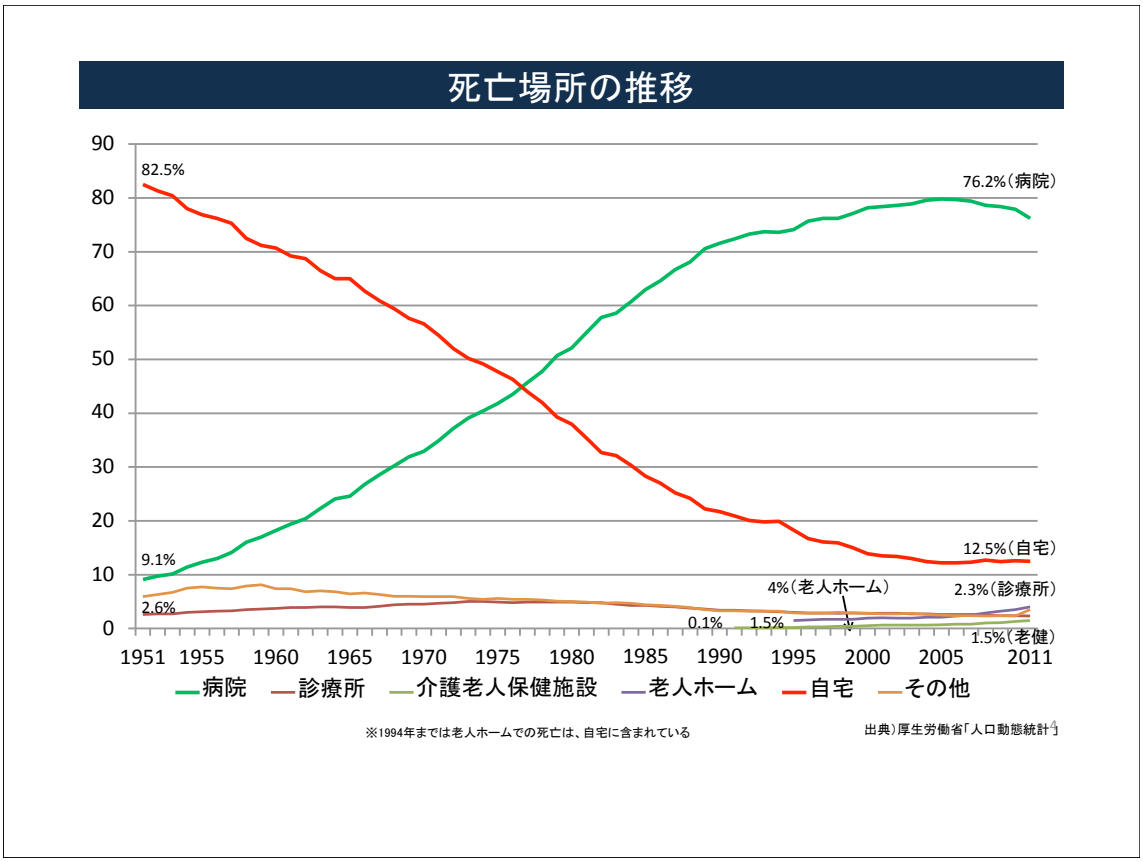
髙橋紘士

第２回ホームホスピス全国研修会教育講演

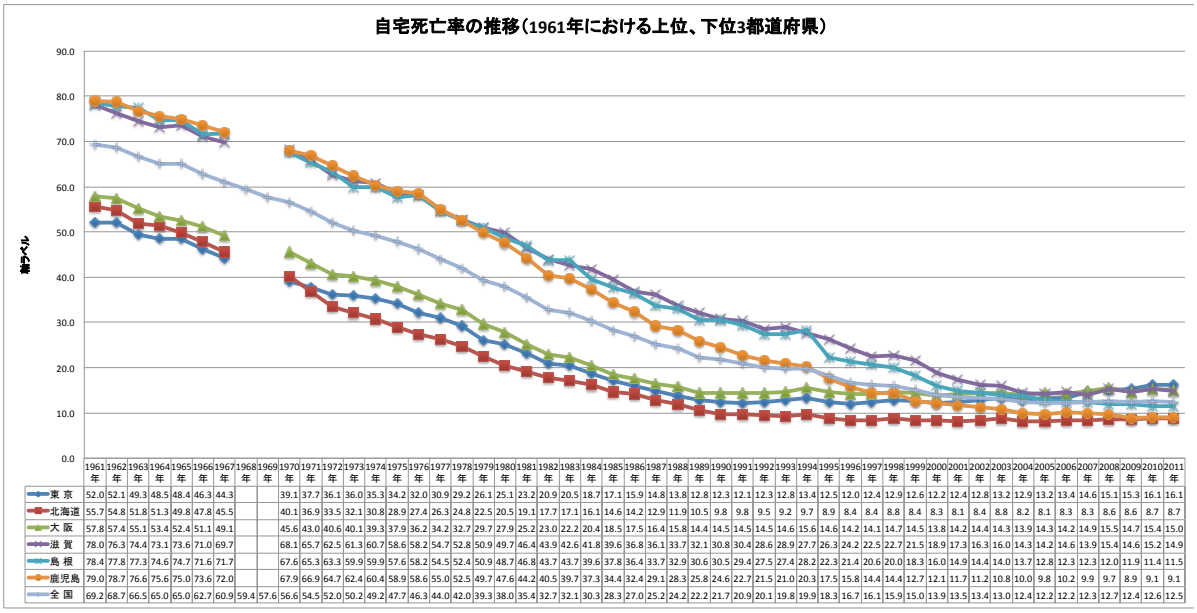
2013年11月9日

# ホームホスピスの未来

## １　看取りの場所




このグラフは１９５０年代から今日に至る死亡場所の推移を示したものです。１９５０年代初頭には82.5%であった自宅死亡率が現在では12.5%に減少し、病院での死亡が76.2%と圧倒的な割合になっています。

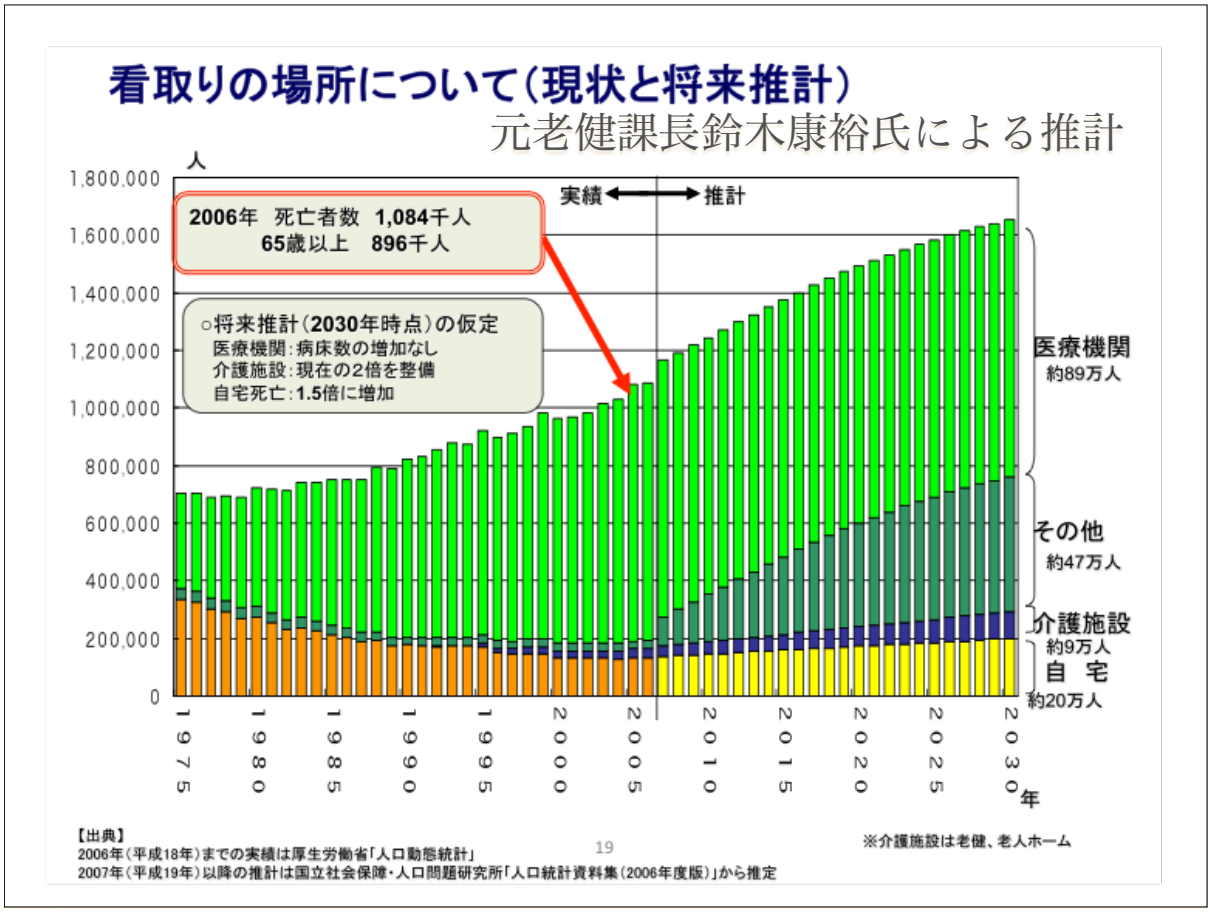



| | 1961年 | 1962年 | 1963年 | 1964年 | 1965年 | 1966年 | 1967年 | 1968年 | 1969年 | 1970年 | 1971年 | 1972年 | 1973年 | 1974年 | 1975年 | 1976年 | 1977年 | 1978年 | 1979年 | 1980年 | 1981年 | 1982年 | 1983年 | 1984年 | 1985年 | 1986年 | 1987年 | 1988年 | 1989年 | 1990年 | 1991年 | 1992年 | 1993年 | 1994年 | 1995年 | 1996年 | 1997年 | 1998年 | 1999年 | 2000年 | 2001年 | 2002年 | 2003年 | 2004年 | 2005年 | 2006年 | 2007年 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 2011年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 東京 | 52.0 | 52.1 | 49.3 | 48.5 | 48.4 | 46.3 | 44.3 | | | 39.1 | 37.7 | 36.1 | 36.0 | 35.3 | 34.2 | 32.0 | 30.9 | 29.2 | 26.1 | 25.1 | 23.2 | 20.9 | 20.5 | 18.7 | 17.1 | 15.9 | 14.8 | 13.8 | 12.8 | 12.3 | 12.1 | 12.3 | 12.8 | 13.4 | 12.5 | 12.0 | 12.4 | 12.9 | 12.6 | 12.2 | 12.4 | 12.8 | 13.2 | 12.9 | 13.2 | 13.4 | 14.6 | 15.1 | 15.3 | 16.1 | 16.1 |
| 北海道 | 55.7 | 54.8 | 51.8 | 51.3 | 49.8 | 47.8 | 45.5 | | | 40.1 | 36.9 | 33.5 | 32.1 | 30.8 | 28.9 | 27.4 | 26.3 | 24.8 | 22.5 | 20.5 | 19.1 | 17.7 | 17.1 | 16.1 | 14.6 | 14.2 | 12.9 | 11.9 | 10.5 | 9.8 | 9.8 | 9.5 | 9.2 | 9.7 | 8.9 | 8.4 | 8.4 | 8.8 | 8.4 | 8.3 | 8.1 | 8.4 | 8.8 | 8.2 | 8.1 | 8.3 | 8.3 | 8.6 | 8.6 | 8.7 | 8.7 |
| 大阪 | 57.8 | 57.4 | 55.1 | 53.4 | 52.4 | 51.1 | 49.1 | | | 45.6 | 43.0 | 40.6 | 40.1 | 39.3 | 37.9 | 36.2 | 34.2 | 32.7 | 29.7 | 27.9 | 25.2 | 23.0 | 22.2 | 20.4 | 18.5 | 17.5 | 16.4 | 15.8 | 14.4 | 14.5 | 14.5 | 14.5 | 14.6 | 15.6 | 14.6 | 14.2 | 14.1 | 14.7 | 14.5 | 13.8 | 14.2 | 14.4 | 14.3 | 13.9 | 14.3 | 14.2 | 14.9 | 15.5 | 14.7 | 15.4 | 15.0 |
| 滋賀 | 78.0 | 76.3 | 74.4 | 73.1 | 73.6 | 71.0 | 69.7 | | | 68.1 | 65.7 | 62.5 | 61.3 | 60.7 | 58.6 | 58.2 | 54.7 | 52.8 | 50.9 | 49.7 | 46.4 | 43.9 | 42.6 | 41.8 | 39.6 | 36.8 | 36.1 | 33.7 | 32.1 | 30.8 | 30.4 | 28.6 | 28.9 | 27.7 | 26.3 | 24.2 | 22.5 | 22.7 | 21.5 | 18.9 | 17.3 | 16.3 | 16.0 | 14.3 | 14.2 | 14.6 | 13.9 | 15.4 | 14.6 | 15.2 | 14.9 |
| 島根 | 78.4 | 77.8 | 77.3 | 74.6 | 74.7 | 71.6 | 71.7 | | | 67.6 | 65.3 | 63.3 | 59.9 | 59.9 | 57.6 | 58.2 | 54.5 | 52.4 | 50.9 | 48.7 | 46.8 | 43.7 | 43.7 | 39.6 | 37.8 | 36.4 | 33.7 | 32.9 | 30.6 | 30.5 | 29.4 | 27.5 | 27.4 | 28.2 | 22.3 | 21.4 | 20.6 | 20.0 | 18.3 | 16.0 | 14.9 | 14.4 | 14.0 | 13.7 | 12.8 | 12.3 | 12.3 | 12.0 | 11.9 | 11.4 | 11.5 |
| 鹿児島 | 79.0 | 78.7 | 76.6 | 75.6 | 75.0 | 73.6 | 72.0 | | | 67.9 | 66.9 | 64.7 | 62.4 | 60.4 | 58.9 | 58.6 | 55.0 | 52.5 | 49.7 | 47.6 | 44.2 | 40.5 | 39.7 | 37.3 | 34.4 | 32.4 | 29.1 | 28.3 | 25.8 | 24.6 | 22.7 | 21.5 | 21.0 | 20.3 | 17.5 | 15.8 | 14.4 | 14.4 | 12.7 | 12.1 | 11.7 | 11.2 | 10.8 | 10.0 | 9.8 | 10.2 | 9.9 | 9.7 | 8.9 | 9.1 | 9.1 |
| 全国 | 69.2 | 68.7 | 66.5 | 65.0 | 65.0 | 62.7 | 60.9 | 59.4 | 57.6 | 56.6 | 54.5 | 52.0 | 50.2 | 49.2 | 47.7 | 46.3 | 44.0 | 42.0 | 39.3 | 38.0 | 35.4 | 32.7 | 32.1 | 30.3 | 28.3 | 27.0 | 25.2 | 24.2 | 22.2 | 21.7 | 20.9 | 20.1 | 19.8 | 19.9 | 18.3 | 16.7 | 16.1 | 15.9 | 15.0 | 13.9 | 13.5 | 13.4 | 13.0 | 12.4 | 12.2 | 12.2 | 12.3 | 12.7 | 12.4 | 12.6 | 12.5 |

自宅死亡率が5割を割ったのは1970年代で、都道府県別の推移をみると、1950年代当初の自宅死亡率が上位三県と下位三県でこの動向をみると、都道府県別の自宅死亡率の違いが年代を追うごとに縮小し10%強の水準に収斂していったことがわかります。

なぜこんなに病院が整備され死の場所になっていったのでしょうか。一つの説明は、一橋大学の猪飼周平さんが「病院の世紀の理論」（有斐閣）で述べているように、医療が、私的所有原理によって担われてきたために、医療保険の整備による医療費が病院という資本に転化しやすかったことがあげられます。医療費が家業的性格の強い医療者に医療提供を委ねる形で、配分されていったことが大きいのです。そして、1970年代に導入された老人医療費の無料化がこのころ顕在化した長期療養の受け皿としての病院が結核病院からの転換として、老人病院を生み出します。（もう一つの長期療養としての精神医療が精神病院への長期入院として、大きな社会問題にもなっています）一方、老人福祉の枠のなかで公費の補助金によって整備されてきた老人ホームは、需要の増大に対して、低所得者対策としての公費制度の性格から十分追従できず、中所得以上の階層にも拡がった長期ケア問題には十分対応できなかっ

たのです。そして、高度経済成長が全国に波及することによって、家族形態の変動も相まって、家族介護の力が脆弱化し、自宅での看取りが難しくなり、病院依存が全国化することになります。病院死の割合が都道府県別にみても高止まりで平準化してしまったのです。




今後我が国は高齢多死時代を迎えることになります。死亡場所の推計が元老健局老人保健課長を務めた鈴木康裕氏が在任中に行った予測があります。

今後病床数が固定し、自宅看取り率、施設看取り率が一定程度増大するという仮定で死亡場所の動向を推計してみると。2030年には、医療機関での死亡者約89万人、自宅死亡者20万人、介護施設死亡者9万人、そして、その他として、死亡場所不明の者が47万人発生するという想像を絶する数値があげられています。ただ早とちりしないでください。

いわばターミナルケア難民47万人時代の到来ということがこの数字でいえますが、しかし、よく考えてみるとこの推計は現在の病院利用のあり方等を固定して、その動向を外挿したもなので、この数値が言わんとすることは現在のシステムでは、来たるべきターミナルケアの量的増大に対して対応できず、抜本的なシステム変更が必要であるということを示唆したも

のなのです。今まさに我々がターミナルケアの課題について取り組む必要があると警告を発している数字なのです。現状を維持するのではなく、病院機能や、施設機能そして在宅および地域でのターミナルケアのあり方について、考え直しなさいとう言っている数値なのです。しかし、過去のトレンドのなかで、私的所有原理によって拡大してきた、医療関係者など利害関係を持った関係者たちはなかなか考え方をあらためませんから、これからこの問題を巡って厳しい対立が起こることになるでしょう。

## 2　ソリューションとしての地域包括ケアシステム

このような確実に予測される事態にどのように対処したらよいのでしょうか。高齢化が先行したヨーロッパ諸国での経験をみると、巨大化する高齢者医療介護の需要に対し、コミュニティケアという考え方で対処してきたのです。

おおまかにいうとヨーロッパの高齢化が進んだのは1960年代から70年代にかけてですが、このころ、施設ケアの限界を意識し、コミュニティケアへの転換を政策化しました。また、低所得者に限定されていた福祉サービスを広く普遍化し、その費用は付加価値税（我が国の消費税とほぼ同じ、消費場面に課税するため、所得税等とちがって、景気変動の影響を受けにいこともあり、財源の調達能力が極めて強力である。ＥＣ諸国は1950年代後半から付加価値税を積極的に導入した）で賄うことにし、経済成長の果実を医療福祉の充実に振り向けるような財政構造と一体化して、改革が進められました。その後、1980年代に有名な高齢者福祉の三原則（生活の継続、自己決定、能力の活用）と呼ばれる理念がデンマークで提起され、これによって施設を廃止し、住宅にサービスを届ける仕組みへと転換しました。これは地域居住（ケアインプレイス）のもとで支援を展開するという思想です。

さらにゼロ成長下、また、財政の限界が見え出すと、欧米では民間化とともに、セルフケア、インフォーマルサポートの再評価が行われるようになりました。とはいっても、日本のように市場化というだけではなく、広くコミュニティの力を活用するような方向性を目指したということができます。

もともとヨーロッパ諸国は公的病院がほとんどで、とりわけ長期ケアについては病院に依存することが少なかったかので、ここでいう施設とは日本の長期療養病院から特別養護老人ホームや有料老人ホームまでを含むものですが、1960年代にイギリスでピーター・タウンゼントとう社会学者が「最後の拠り所」という調査研究を公刊し、大きな波紋を投げました。

イギリスの老人ホームについての詳細な調査を通じて、施設ケアが管理的指向で、いかに高齢者の自主性を奪うのかということを明らかにしました。彼らは施設ケアの限界を人権の問題として考えたのです。残念ながら日本の施設・病院についてはこのような認識はまだ一部のもののようで、相変わらず施設・病院への依存がまかり通っているのです。ヨーロッパやアメリカでは自明のことである個室化が日本では遅々として進まず、逆流現象もおこっています。

我が国がこれから経験するのはどこの国も経験したことのない高齢化の段階という意味で未踏高齢化社会の到来ともよぶべきものですが、日本は福祉施設の整備が十分でなかったったために病院に依存するところが大であったのですが、病院での長期ケアはいよいよ高コストでしかも生活の質の劣る施設・病院依存の限界が明確になりつつあります。

大きな動向は、医療と介護を一体的に扱うとともに、この二分野だけではなく、生活支援や住まいなどの諸分野を包含した、包括ケアともいうべきものを地域社会を基盤として構築するという方向です。

様々な展開については私が「地域包括ケアシステム」（オーム社刊）という本を編輯しているので参考にしてください。ここではホームホスピスのもそのような地域包括ケアのひとつの形態であると考え、市原さんに一章を担当していただきました。

この地域包括ケアについて、この8月に公表された社会保障制度改革国民会議の報告書でも、医療介護再編の鍵概念として取り上げられるようになりました。

この報告書の冒頭では「男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とし、年金、医療、介護を中心とした1970年代モデルから子育て支援、経済政策、雇用政策、地域政策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用安定・処遇改善を始めとするすべての世代を支援の対象

として、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障としての2025年モデル」へと転換をはかること。さらに「ＱＯＬの向上という観点から様々な生活上の困難があっても、地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である。」と述べて、今後の社会保障の進むべき道を提起しています。

さらに「医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築 『医療から介護へ』、『病院・施設から地域・在宅へ』という流れを本気で進めようとすれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。」また、「高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に行われるべきものである。」と医療と介護の一体化による視点を明確に示し、さらに「今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくも求められている。」として地域包括ケアシステムの構築こそがこれからのソリューションであると明確に主張しています。

ところで、地域包括ケアとは、どのような概念なのでしょうか。私は2003年以来厚労省老健局に設けられた、「高齢者介護研究会」や「地域包括ケア研究会」にかかわってきましたが、徐々にその概念が成熟してきています。この図は昨年の研究会での論議を整理して地域包括ケアシステムの諸要素の関係を表現した通称鉢植えの図とよばれるものですが、これを

みていただくと、最近の地域包括ケアの議論の方向がおわかりいただけるのではないかと思います。

すなわち、基本に本人の選択と家族の心構えがあり（図では本人家族の選択と心構えとのなっているがこれは分けたほうが良いという指摘に従うことにしています。）、その上で、ハードとしての住まいとソフトとしての住まい方が基盤となり、医療看護、介護、リハビリテーション、保健予防などの専門サービス、制度サービスというのは、生活支援と福祉サービスの土壌に支えられてなりたっていると表現しています。

地域包括ケアとは、それぞれの専門サービスがすべてを支配し呑み尽くすのではない、それぞれの役割を発揮する、それを支えるのは多様な専門サービスに還元できない生活支援と、これが困難な場合に補充的に役割を果たす福祉サービスがあってこそ、本人と家族を支える地域包括ケアシステムが可能になるのだということを表現しています。

地域包括ケアの議論のなかで、自助、互助、共助、公助という議論が提起されましたが、これは自助および互助というインフォーマルサポートに光をあてて、フォーマルなサービスとの関係を明らかにしたものです。すべてのニーズが制度的対応で可能と考えるのは、コミュニティベースで支援を組み立てるのが困難ではないかという認識が共有されるようになってきたと考えているのです。

このような視点でホームホスピスの支援を考えてみると、まさに住まいがベースにあり、そこに暮らしが展開し様々生活支援が家族や地域の方々によるインフォーマルサポートとして互助が豊かに存在し、これを補完する支援がスタッフにより提供され、この基盤のうえに在宅医療、訪問看護サービス、介護サービス等のサービスが包括的に提供されていることがわかります。施設や病院では自助や互助は抑圧されてその機能を発揮しにくいのです、また施設や病院では自己完結型になりますから、外部から必要なサービスを導入することが大変難しいことになります。

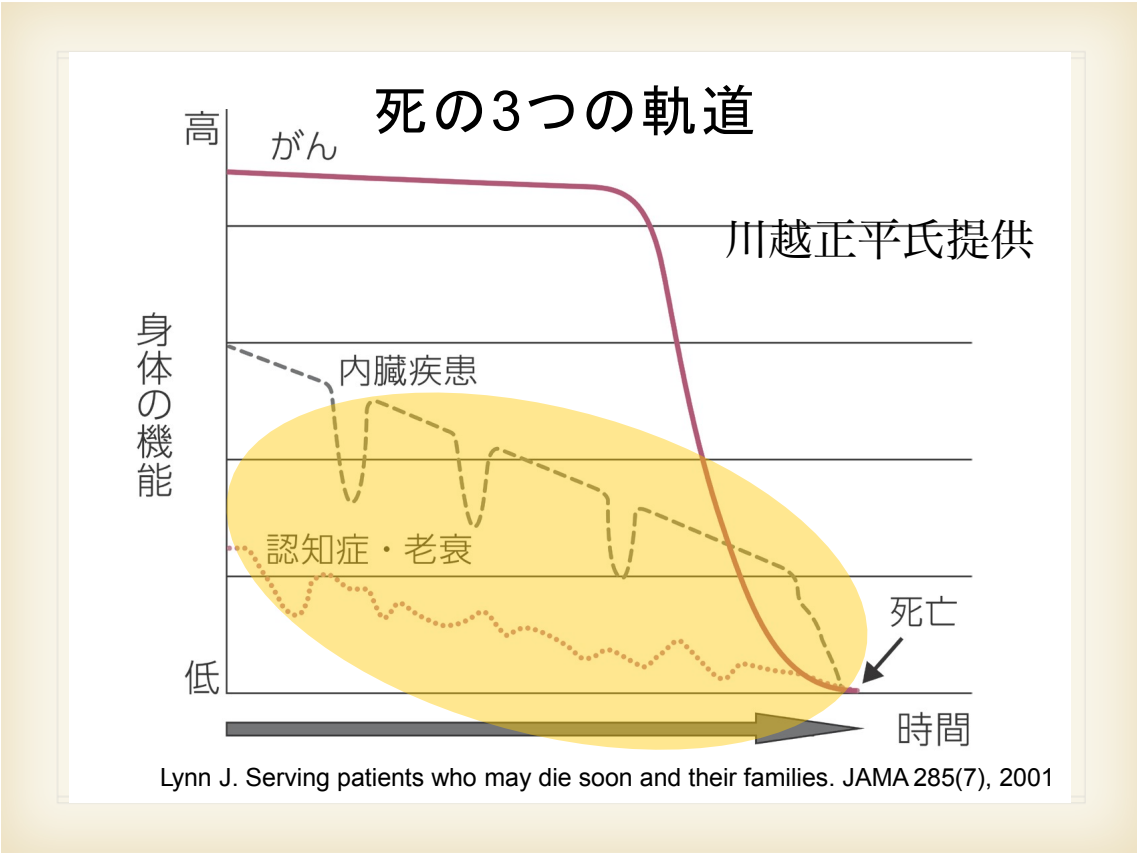
しかし、自助と互助があってこそ、生活の質を維持できることになります。あとに詳しく述べることになりますが、この点に着目し、可能にするケアの器がホームホスピスということができるかもしれません。ホームホスピスは普通の民家を暮らしの場としての基盤のうえに、互助による生活支援があり、さらに、必要な専門サービスが提供されます。まさに、包括的支援ともいうべきものが成立しているのです。

それは断じて、施設といったものではなく、普通の暮らしが展開する場としての住まいであるということが重要です。

### 3　長期ケアを考察する～ターミナルケアを内包したケアサイクルの概念

長期ケアの一般化は、従来の医療のあり方を大きく変えます。これを説明する概念として有効なのは日本医大の長谷川敏彦先生が提起された、ケアサイクルの概念です。

長期ケアの結果、死に至るプロセスを考えると、次のようなモデルで説明されます。



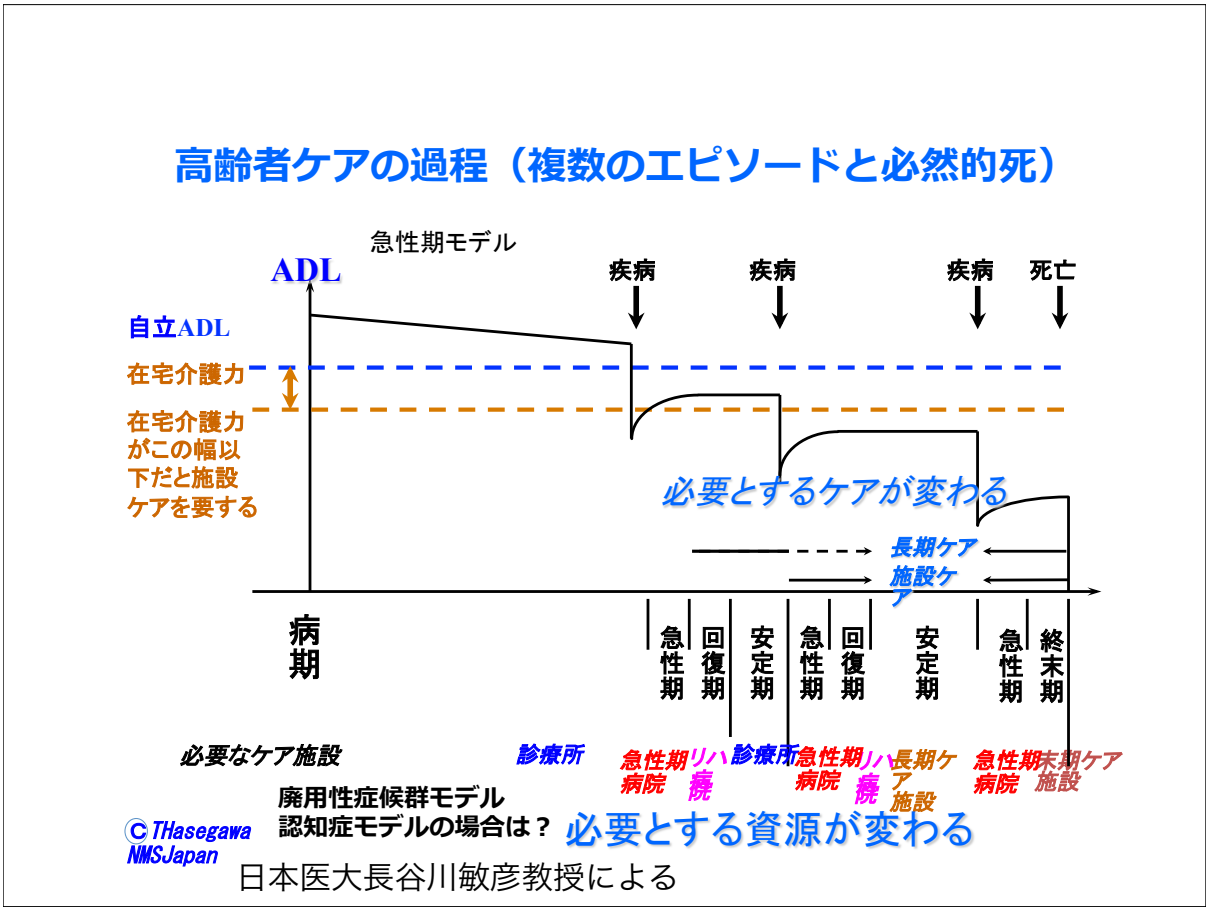

癌のような疾患は身体機能の低下は比較的後になってから起こり、しかも死に向かって急速に低下していきます。一方内臓疾患では、その身体機能低下は徐々に進行し、発作等が一時的に起こると急激に機能低下が起こり、一旦回復しつつ、全体に機能低下が進行します。

認知症や老衰の場合は、徐々に徐々に機能低下が進行することが特徴点です。このようなプロセスのなかで、キュアやケアがどのように役割を果たしうるかが急性期疾患の治癒モデルとは異なるモデルを必要になります。

この経過をケアサイクルとして概念化したのが長谷川敏彦先生です。高齢期の病は、多疾患型で若年者の単一疾患型とは異なります。若年者の場合は疾患の治癒を目指す医療が支配的でしたが、高齢期の場合はこれとは異なるアプローチが必要になります。

これをケアサイクルという概念図式であらわしたのです。今お示しした図と似たものですが、これが急性期疾患の場合の長期ケアの過程を表す図式になります。

疾病の発症によって、生活能力が低下しますが、急性期、回復期、安定期、のエピソードが何回か繰り返され、やがて死に至るというプロセスになります。この図では長谷川先生が




日本医大長谷川敏彦教授による

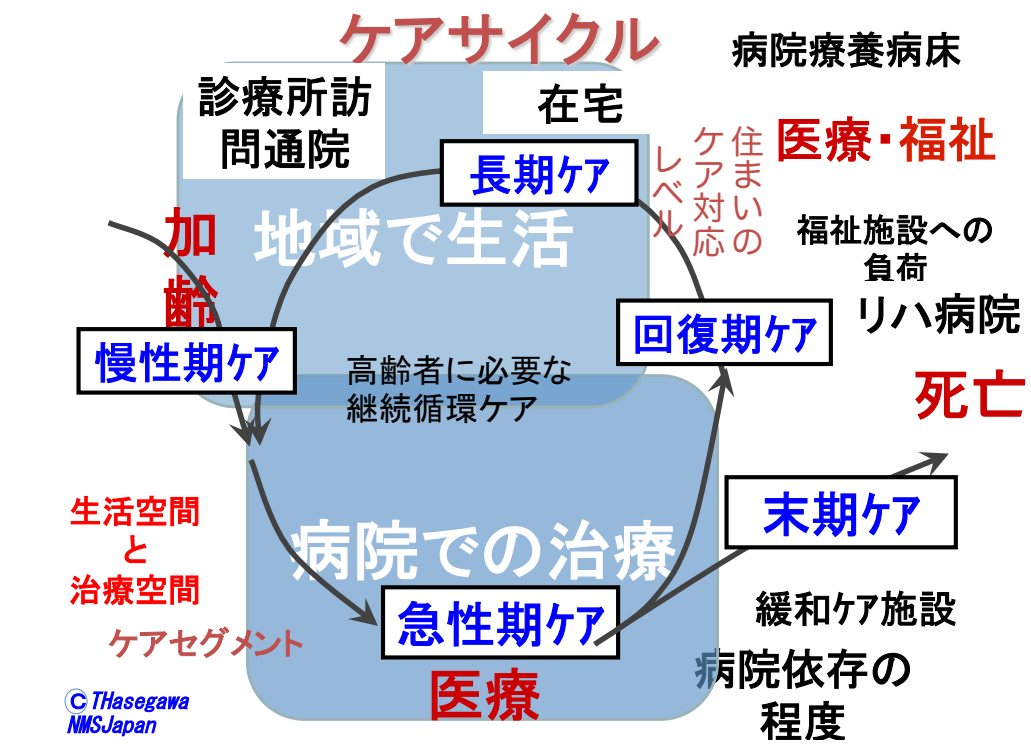
いくつか注記をされています。通常は在宅診療でケアが行われ、急性期になり急性期病院、回復期におけるリハビリテーションそして、安定期において、在宅療養が繰り返され終末期にいたるというモデルです。廃用性症候群や、認知症ではまた、必要とする資源が変わることになる。

現実にはこのようなケアサイクルが円滑にまわっているかは勿論疑わしく、様々なミスマッチが起こり、これが社会的入院や特養の待機者問題などの問題を引き起こします。

これを時系列ではなく円環として展開したのが、次の長谷川先生の図です。これはケアサイクルを空間的に表したものです。

加齢にともなう慢性期ケア、急性期における医療、回復期ケア、生活支援が中心となる地域での在宅ケア等のケアサイクルの最終局面においてターミナルケアが必要になります。これには様々な選択肢が考えられますが、病院依存への疑問が、ホームホスピスを生み出したことはいうまでもありません。

これをコストに着目して展開すると、多様なケアの場と費用の問題が想定できます。病院での治療は勿論疾病によって違いますが、多額なコストがかかることは言うまでもありません。しかし、医療保険制度により、その多くは社会保障制度を通じて負担されますから、家



日本医大長谷川敏彦教授提供資料

計の負担は相対的にわずかで済みます。また、回復期から長期ケアの局面で、社会的入院が発生するのがご承知のとおりですが、これは、在宅への復帰が、経済的負担のみならず、介護負担を家族に強いることになり、在宅復帰を困難にすることも相まって、ケアサイクルのミスマッチが発生しているということでもあります。

施設依存か、在宅かによってもコスト構造は変わります、これがどの程度社会的に負担されるか、あるいは、本人ないし家族の負担になるかということもそのあり方を決める重要な要素です。介護保険は医療保険と同様に、標準的給付の部分が社会保障で普遍的に負担されます。末期ケアにおいて緩和ケア病棟を利用するとすれば、相当の費用がかかります。ホームホスピスでの費用構成は、在宅医療、訪問看護、訪問介護等の医療介護のフォーマルサポートと、ホームホスピスに内付けの生活支援サービスのコスト、家賃等の居住費で構成されます。

これらをどのように組み合わせるか、これがホームホスピスの費用構成ということになります。医療制度や介護保険の給付として支払われる部分、居住費などとして利用者の負担が求められる部分などで構成されます。

例えば、宮崎市はホームホスピスの家賃の一部補助制度を始めましたが、このような施策を導入することにより、過度な利用者負担が抑制できるので、このような自治体による助成が今後普及してして欲しいと思います。できれば、将来、住宅手当のような仕組みを社会保障制度として創設することが必要と考えていますが、財源問題もあり実現は難しいと思います。

このケアサイクルという概念を生活空間論と結びつけて考えてみるのはなかなか興味深いと思います。第１に病院は治療の場ですから短期利用を前提とした療養環境ということにならいます。病院入院での標準は４人部屋かと思いますが、療養優先の環境ですから、長期居住には適さないのは自明です。今後病床機能の再編のなかで、社会的入院のあり方がますます厳しく問い直されていくはずです。

介護施設は居住の場とケアの場の一体化したものです。もともと、養老事業といわれる生活困窮者高齢者の収容施設から出発しているので、昭和３８年に特別養護老人ホームが創設され、救貧機能の払拭がはかられましたが、心身虚弱で家庭で生活継続ができない者とう考え方でしたから、病院モデルを受け入れ、６人部屋から出発しました。今日では個室化が推進されていますが、いまだ多床室割合は７割程度です。多床室で１５００日近く、他人と生活する環境がもたらすものは何か、想像に難くありません。

これを改善するために、個室ユニット化がはかられてきましたが、整備費用は相対的に高いので施設整備が進んでいません。一方で介護保険制度で普遍的な入所施設となり、補足給付の導入によって利用者負担が低く抑えられたことも相まって、施設需要が集中することになりました。

国際的な潮流はケア付き住宅の整備です。イギリスなどのシェルタードハウジング、デンマークのプライエボーリ、エルダーボリ、などに見るように、住まいにケア機能を附帯させ

るということが欧米では主流になっています。施設という考え方からケアインプレイス（地域居住）への転換です。この背景には居住費用を年金および住宅手当で補足できるような制度があることによるものです。一般のすまいには内付けの場合と外付けの場合がありますが、２４時間の介護と看護そして、在宅医療が住居に提供され、継続的ケアが行われるようになってきました。

そのような動向を踏まえつつ我が国では、空き家を活用した小規模多機能居宅介護、グループホームのよう地域密着型のケアが制度化されました。

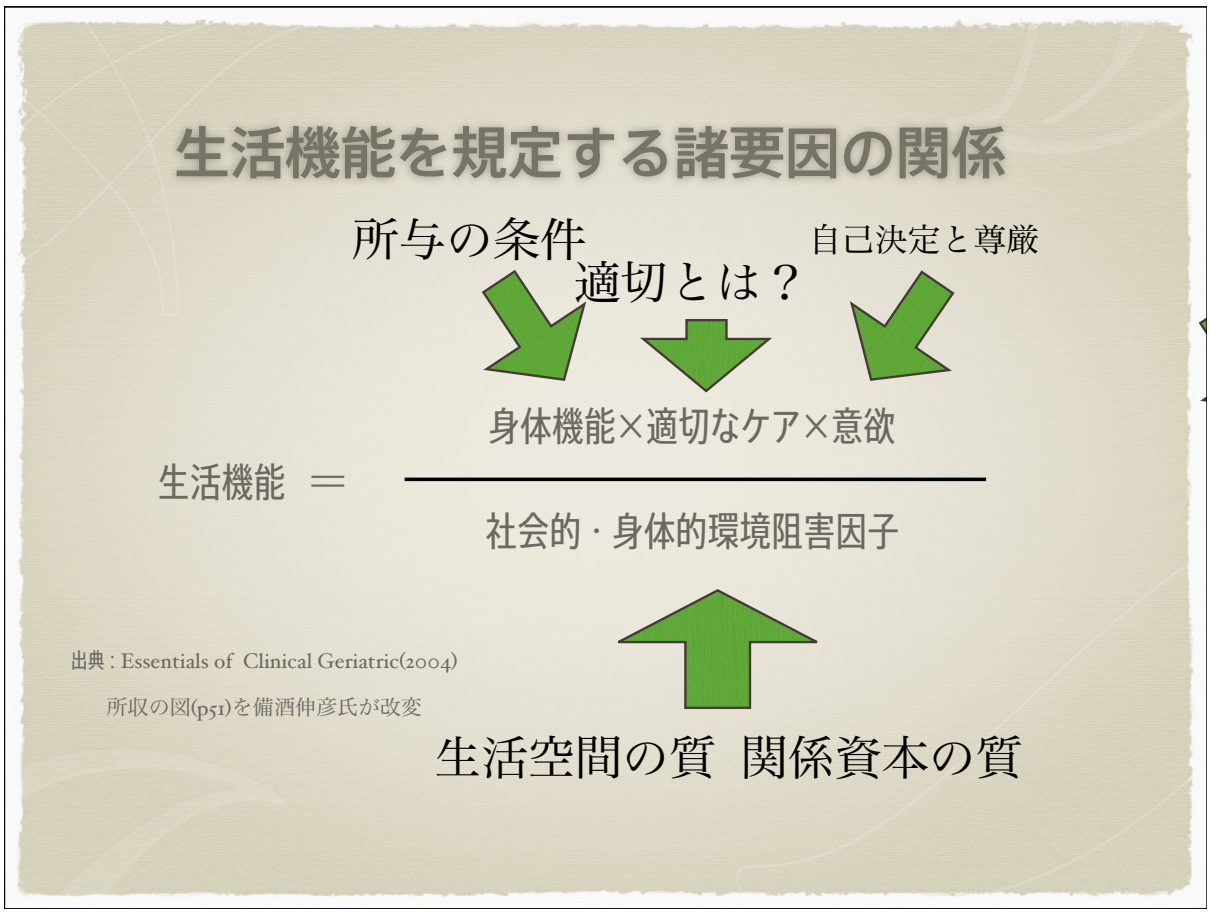
かつて、個室ユニットケアの考え方を提唱された、故外山義先生はケアが必要な人の自立を促す空間の条件として、プライベート、セミプライベート、セミパブリック、パブリックとう生活空間のモデルを提示されました。ケア空間のことを考える上でその基礎理論ともいうべき概念整理です。このような概念を使うとケア空間としてのホームホスピスの意義を整理できると思っています。

長谷川先生のケアサイクル論は私と同僚の武藤正樹先生と共編でこの１１月に出版された「地域連携論」（オーム社刊）に寄稿していただいたので興味のある方は参照してください。

４　ケア論再考

ケアとはなんでしょうか。その語源については最後に触れますが、ケアはいうまでもなく、様々な状態にあるケアを必要するひとへの生存の維持およびその人の尊厳の保持を目指したはたらきかけということになります。そのはたらきかけは本人の生活機能の維持および改善が目標とされますが、この生活機能とは、図でみていただく関係式で示されているように、様々な要因によって決定されると考えられます。

この図式がなかなか面白いのです。分母に社会的・身体的環境阻害因子というのがあります。阻害因子が大きくなれればなるほど、生活機能低下が進みます。これは、介護が必要な人をとりまく生活空間の質と人間関係、社会関係の質的な要素から構成されます。




バリアフリーの有無、人との関係の豊かさ、家族関係の豊かさ、などがこの環境因子といして重要です。ホームホスピスに即して言えば、まさに、この環境因子が大きな力を発揮しています。民家の持つ力ということを市原さんがしばしば強調されますが、施設や病院では考えられない、生活の継続を可能にしている環境要因の質が生活機能の改善や維持に大きな役割をはたしています。

分子にある。身体機能は所与の条件になりますが、適切なケアと意欲の三つの要因が掛け算の関係にあるというのが重要です。

適切なケアとは何でしょうか。ホームホスピスのケアの肝になりますね。昨日からの事例報告は、適切なケアを求めて様々に努力するスタッフの営みが活き活きと語られました。いろいろな示唆をみなさん与えられたと思います。この論点はあとで少し敷衍したいと思います。おおくの従来型のケアは、生存を維持するのみのケアの域をでませんでしたが、これをどう克服するかのヒントが昨日の報告には詰まっていたように思います。

最後に、意欲という項目があります。これが究極の、ケアの極意を意味します。どのように素晴らしいケアが行われたとしても（これは自己満足という意味で使っていることに注意

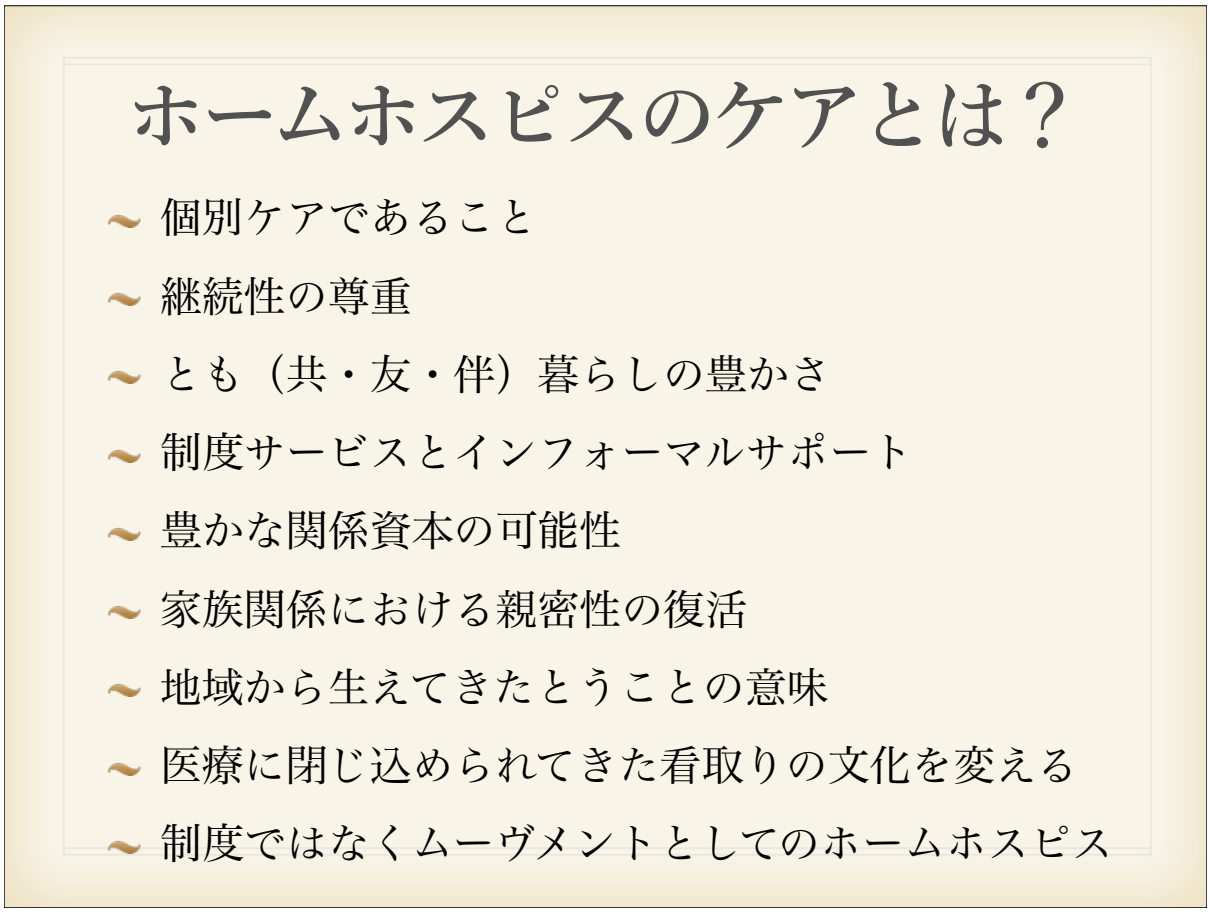
してください。）意欲を引き出すことができなければ烏有に帰すということです。生活機能低下は意欲を引き出すケアなしには考えられませんね。

先ほどのケアサイクルのなかでもこのケアが常に意欲という要因をどう考えるかということが重要な要素です。私は、尊厳とか自己決定とかいう概念は、この意欲という要因と大きな関係があると思っています。介護保険法第１条に要介護者の尊厳の保持という項目があるのは、このことに関わります。

ホームホスピスのケアのあり方についても、この図式を手がかりにいろいろかんがえてみると面白いのではないかと思います。

５　ホームホスピスとは何か

私は、5年ほど前にホームホスピス宮崎についてのNHKのラジオ番組にコメントをすることになり、それ以来ホームホスピスの活動に注目し、その後、創設された各地のホームホスピスを訪問しながら、あり方はそれぞれで微妙にことなるものの、同じ通奏低音が響いていると感じ続けてきました。これについて考えてみたいと思います。



第1に、ホームホスピスのケアは個別ケアの徹底であるということをあげたいと思います。昨日の報告会で強く印象づけられたのは、この点です。そもそも、ホームホスピスの居住者の方々は多様な経路を辿って、ホームホスピスで暮らすようになられた方々です。共通点をあげるとすれば、在宅での生活の継続が難しく、しかも、従来型の医療施設や介護施設では十分対応できなかった方々といえるでしょう。身体状況が極めて多様である。また、共同生活の人数をおおむね５人程度の少人数であるなどの理由から、ホームホスピスのケアが究極の個別ケアともいえるようなものになります。訪問診療や訪問看護、介護を利用しつつ、生活の場でのケアをいわゆる重度の方々に提供するとすれば個別ケアが徹底するということは自明です。

第２に、病院や施設で余儀なくされてきた生活の中断からのそれまでの生活の継続のなかで生活を取り戻すということがホームホスピスの特徴です。過去のテレビのドキュメンタリーの番組では、制作者が異なっても必ず共通に挿入されるのは朝の食事の準備でのまな板のコトコトという音です。このまな板の音を聞きながら朝を迎えるとういうのは、ホームホスピスの生活では生活が継続して営まれていることの象徴なような気がするのです。おそらく、元気だった時に生活を回想しながら、意欲を取り戻すという効果がホームホスピスのケアにはあるということだと思います。

第３に、「とも暮らし」です。この言葉は市原さんの「ホームホスピスのつくりかた」の副題に使ってくださいました。もともと単身世帯の「ひとり暮らし」の増大のなかで、単身の人々が共同居住する新しい暮らしかたが、いろいろなところで始まっています。コレクティブハウス、シェアハウス。また、鹿児島市の堂園晴彦医師はナガヤタワーという興味深い賃貸住宅を国交省の補助金も導入して建築しましたが、いずれも個人が孤人ではなくなるための新しい暮らし方ということになります。

これを高齢者住宅の研究の第一人者である園田眞理子さんとなにか良い呼称がないだろうかとお話ししているうちに生まれた言葉です。共同生活の共、本人の主体性を尊重した支援を伴走的支援というようになりましたが、その伴、共同居住のなかで、友人の関係がふかまっ

ていく友、の読み方を重ねて、「とも暮らし」という言葉を考えてみたのです。ホームホスピスの暮らし方を一言で現しているということから、市原さんがこの言葉に着目してくださいましたが。これが、豊かな関係資本ということにも通じます。関係資本が豊かなところでは、自立的でかつ平穏な生活の条件が可能になるということです。人々に囲まれた療養環境の象徴としての「とも暮らし」の空間としての、ホームホスピスがあるように思います。

第４に、ホームホスピスでは制度的サービスとインフォーマルサポートが豊かな形で相乗効果を発揮しています。在宅医療、訪問歯科診療、訪問看護などの、医療サービスと訪問介護等の介護サービスが医療保険及び介護保険の制度サービスとして、必要に応じて外付けで提供されると共に、ホームホスピスのスタッフにより、家族代替的あるいは疑似家族的なサポートが日常生活の営みを支援するものとして提供されます。

第5に、さらに、近隣の住民の方々が折に触れて声をかけたり、様々なバックアップをしてくださっています。熊本の「われもこう」の事例では、「われもこう」への車の往来を助けるために、地域の方々が隅切りを自発的にしてくださって、車の出入りを容易にしてくださいました。また、「たんがく」では地域の方々や中学生たちなどが訪問をしてくださったり、いろいろな手伝いをかってでてくださる関係が生まれているようですし、「ホームホスピス宮崎」では何か緊急時の時には町内会の方々がいの一番に駆けつけてくださるという申し合わせをしてくださっているそうです。地域に支持され、支えられる関係とは文字通り、関係的資源を開発してきたことが見て取れるのです。よく使われ始めた概念を使えば社会関係資本が豊かに開発されてきたということを意味します。

第6に、また、ホームホスピスがなければすべての介護を抱えこまなければならい場合、家族は様々な過度の負担を強制されざるをえなくなります。また、病院入院や施設入所の場合は家族関係が切り離され、人工的な関係になります。お見舞いという特別な文脈で家族関係の日常性が喪われざるをえません。ホームホスピスでは、家族の親密性の回復が回復し、日常性のなかで、ご本人との関わりが回復していきます。看取りは穏やかで悔いを残さないかたちで見送ることのできる親密性が保たれているということがいえます。

だからこそ、第7に、地域から生えてきたということとも通じます。この言葉は昨年の熊本での研究集会のときに、唐澤剛さんが、ホームホスピスについて表現された絶妙なことばですが、昨日の発表で述べられたように地域とのかかわりのなかにホームホスピスが存在していることこそ、がホームホスピスの生命線でもあるような気がしています。

最後に、だからこそホームホスピスの運動は病院や施設に絡め取られてきた看取りの文化を再生し、日常生活に看取りの文化を取り戻す文化運動でもあるということ、そのような看取りの意義をこの社会にとりもどすための、ムーブメントであるということを主張したいと思います。ホームホスピスはもう一つの死の場所を提供する場づくりを越えた意味を持っていると思うのです。

## 6　ケアの語義とケアの語源

最後にケアの意味について考えてみたいと思います。

ケアとう言葉は重層的な意味があります。英和辞典をみると、ケアとういうことばの原義は「悲しみとか苦悩」という意味であると書かれている。我々がケアということばで理解しているのは、介護、看護、医療などの専門職に営みとしてですが、しかし、お肌の手入れなどもケアと言いますし、良い状態に保つための配慮、そして、原義である心配、気苦労、懸念、悲しみ、関心事、注意すべきこと、などという意味が並んでいます。日本語では、日常語から専門語までの意味がすべて別の言葉で表現されてしまいますが、ケアということばは日常語と専門用語が重層的に同じ語で表現されることになります。ドイツ語ではゾルゲ(sorge)が、フランス語ではソワン（soin）という言葉が英語のケアにあたります。

ところで、このケアという言葉は、クーラというギリシャ神話に出てくる神様に由来しています。キュアとも同じ語源です。そのギリシャ神話を紹介して、このお話しを終えたいと思います。紀元前後にギリシャ神話を集大成したヒュギーヌスの著作に残された話をつぎに紹介します。

少し長いのですが全文を引用します。

クーラの神話（ギリシャ神話集　ヒュギーヌス著、松田治・青山照夫訳　講談社学術文庫２７７ページ）

「ある川を渡っているとき、クーラ（ラテン語で配慮という意味）は粘土状の泥をみつけ、思いに耽りつつそれを取り上げ、こねて人間を作り始めた。自分は一体何を作ったのかと彼女が考えていると、ユッピテル（ローマ神話の主神、ギリシャ神話でゼウス）が現れた。像に生命を与えるよう、クーラが願うと、ユッピテルはすぐにその願いを叶えた。

クーラが自分の名前をそれに与えようとすると、ユッピテルはこれを禁じ、自分の名前がその像に与えられべきであるといった。名前のことでクーラとユッピテルが言い争っていると、テルルス（大地の女神）が立ち上がり、自分が体を提供したのであるから、自分の名前がつけられるべきだといった。

彼らはサートゥルヌス（ギリシャ神話のクロノス、時間の神）を審判にした。サートゥルヌスは彼らを公正に裁いたように見える。「汝ユッピテルは生命を与えたのだから、このものが死んだとき命を受け取るように、テルルスはこのものが死んだときに　（筆者注　欠文を補った）体を受け取るように。クーラは初めて彼を作ったのだから、彼が生きている間は彼を所有するように。しかし彼の名前をめぐって論争があるのであるから、彼をホモー（人間、homo）と呼べばよい。なんとなれば彼は（土、humus）から作られたと思われるからである。」クーラというのは配慮というラテン語ですから、今日のケアという意味であることが先に見たとおりです。

人間が生きている間はクーラに支配されているというこの神話はハイデッガーがその主著「存在と時間」（岩波文庫でより読みやすい新訳が刊行されました）で引用して大変有名になりました。ケアというもののあり方が時間という経過のなかで生きる人間存在の本質に関わるのだということの重さをあらためて、考えていただきたいと思い紹介した次第です。

私のお話しはこれで終わります。ご静聴ありがとうございました。