

平成11年度

厚生省厚生科学研究費補助金

## 厚生科学特別研究事業報告書

テーマ

「老人在宅医療を推進するシステム構築に関する研究」

主任研究者 佐藤 智（ライフケアシステム 代表幹事）

分担研究者 阿部志郎（横須賀基督教社会館 館長）

2000. 4

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）  
総括研究報告書

老人在宅医療を推進するシステム構築に関する研究

主任研究者 佐藤 智 ライフケアシステム 代表幹事

**研究要旨：**老人在宅医療・福祉は個人の力のみで解決できないことは明白であるが、行政に依存しても十分でないことが国民に次第に判ってきた。世界的に共通なことは、先ず近隣のコミュニティ（地域社会）かその中に住む老人、弱者を支え、その地域の医療、福祉はコミュニティが支えている。しかし、現在日本の大都市の中ではほとんどコミュニティ形成がなされておらず、このことは基本的な問題である。こうした中で先験的に老人医療・福祉を実践している幾つかのコミュニティがある。ここにその2つを素材として、それらを支えている経済、実践活動—とくに先験的な活動について研究し、老人在宅医療を推進するシステム構築に向けて具体的な提言を行う。

分担研究者 阿部志郎  
（横須賀基督教社会館 館長）

#### A 研究目的

日本が超高齢社会を迎えるに当たり、政府は1982年に老人保健法を成立させ、在宅医療を推進する努力を始めたが、諸般の情勢で堅実なシステムを構築するにはかかっていない。それは在宅医療・福祉は当事者、行政・医師などか誘導して出来あがるものではなく、地域社会（コミュニティ）全体で築いてゆかねばならないことだからである。しかし、そのことが国民にも行政にも十分に理解されていない。

本研究は大都市で有効なシステム既に構築している素材を中心に問題点を研究し、今年から始まる介護保険制度を見据えながら今後の実践に提言することが目的である。

#### B 研究方法

人口15万人以下の地域では「顔と顔と見える関係」にあり、在宅医療・福祉が円滑に行わ

れている地域が多いが、大都市では困難である。従って、研究対象として、A 東京都を中心にして1980年から19年間在宅医療を行っている会員組織（ライフケアシステム）と、B 神奈川県横須賀市田浦地区（人口7,000人）で中心的に活動している団体（横須賀基督教社会館）を選んだ。研究方法は、A Bの諸資料から特に経済的分析を行い、先進的に行っている事業が普遍化するためどうすべきか事業の経過をふし提言を行った。

#### C 研究結果

1) 日本の医療・福祉の非営利組織（Non-Profit Organization NPO）の財政内訳をみると殆ど全部分（96%）は公的収入である。これは健康保険収入、補助金などを指す。一方、世界の平均は公的収入は60%で会費、寄付収入が40%であり、コミュニティが支えていることが明白である。本研究対象のA、Bは60~75%が公的収入で、コミュニティが支えていることが統計からもよく理解できる。

2) 在宅医療を推進するためにはそれに携わる医師が自信をもって医療を行なう事が先決である。厚生省報告書(平成9年6月27日)にあるように「在宅医療学」の確立が必要であるか本研究の一つとして「在宅死の病理解剖」を行い病院死の病理解剖所見と比較した。その結果、在宅ケアの優位性が証明され、家庭医たちに多くの希望を与えた。

3) 現行の医療法、健康保険法などは、今日のような在宅医療が考えられない時代に制定された。従って、医師が患者のところに赴いて周回の老人たちを診療するとか、医師が在宅老人のために病院に赴いて情報を集めるとかいう行為に対しては、全く配慮がなかった。こうした行為を実験的に行い、その効果、経費を調査した。

1) B地区の老人福祉ケアの歴史は長く、文字通りコミュニティに支えられている。今後はコミュニティ形成をしてそこを中心に進めねばならない。

#### D 考察

日本においては、数十年前までは老人は少数で、すべてが在宅で家族からケアされ、最後は自宅で家族に囲まれて臨終を迎えるのが当然であったが、この30年の間に高齢化、少子化がおり、一方国民の中に「病院信仰」が強くなり「最後は病院で死ぬ」ことが当然とされた。

しかし、病院での最後の「濃厚な治療」に反対する動きも起こって、老人在宅医療を推進する方向が国民に生まれてきた。「在宅から病院へ」という動きが「振り子が在宅へ戻りつつある」という感じである。

ただ、「コミュニティに支えられる医療・福祉」という歴史的な事実を見失ってしまった現在の日本が果たして「健全な老人医療・福祉を推進するシステムを構築すること」が可能であるか、大きな課題である。

本研究は、こうした現状の中で「コミュニティに根差した医療・福祉」を実践してきた実例に立脚して行ったものである。

現在、ライフケアシステムが実践している「介護保険制度における〈在宅老人側に立つ調整役〉に関する研究」なども本研究に関連する重要な分野である。

#### E 結論

1 老人在宅医療を推進するシステム構築には、在宅老人と密接な信頼関係にあるコミュニティを育成することが先決である。

2 在宅老人に役立つと思われる医療・福祉は積極的に行い、その効果、経費などを公表し社会に、行政に訴えて行くことである。

3. 老人在宅医療を最も担って行く「家庭医」を育成することを社会全体で進めることである。「日本在宅医学会」の発足もその環としてとらえている。

#### F 学会発表

第1回日本在宅医学会 「在宅死患者の病理解剖所見に学ぶ—11年間における25症例のまとめ—」石河 利隆 (1999年2月20日)

第2回日本在宅医学会 「在宅医療におけるEBMの確立のために」

福井次男他 (2000年2月19日)

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）  
分担研究報告書

老人在宅医療を推進するシステム構築に関する研究

主任研究者 佐藤 智 ライフケアシステム 代表幹事

研究要旨：日本は40年前までは、老人は自宅で家族に看取られながら生涯を閉じるのが一般的であったが、この20年「病気になるれば病院へ」「年をとれば老人ホームへ」という考えになった。しかし、この数年病院、施設の限界が認識されはじめ、在宅ケアが再び一般の注目を浴びるようになった。現実には、老人が在宅医療・福祉を受けようとしても個人の力のみで解決できないことは明白で、行政に依頼しても十分でないことは国民も次第に判ってきた。世界的に、老人在宅医療・福祉において共通することは、先ず近隣のコミュニティ（地域社会）がその中に住む老人、弱者を支え、更にその地域の医療、福祉はコミュニティが支えていることである。しかし、現在日本の大都市の中では、ほとんどコミュニティ形成がなされていない。このことは基本的な問題である。しかし、こうした中で先験的に老人医療・福祉を実践しているいくつかのコミュニティがある。ここにその2つを研究素材（A ライフケアシステム、B 神奈川県横須賀市田浦地区）として、それらを支えている経済、実践活動—とくに先験的な活動について研究し、老人在宅医療を推進するシステム構築に向けて具体的な提言を行う。

分担研究者・阿部志郎  
(横須賀基督教社会館 館長)

A 研究目的

日本が超高齢社会を迎えるに当たり、政府は1983年に老人保健法を実施し、在宅医療を推進する努力を始めた。その一つとして、1982年にライフケアシステムに「老人在宅ケアの組織化と経済性に関する研究」を委嘱した。今回の研究もその一連のものであるが、諸般の情勢で全国的なレベルで堅実なシステムを構築するには至っていない。

この老人在宅医療・福祉を進めるシステム

は当事者、行政・医師などか誘導して出来あがるものではなく、地域社会（コミュニティ）全体で築いていかねばならないことである。しかし、そのことが国民にも行政にも十分に理解されていない。本研究は大都市で有効なシステムを既に構築している素材を中心に問題点を研究し、今後の実践に提言することが目的である。

B 研究方法

人口15万人以下の地域では「顔と顔と見える関係」にあり、在宅医療・福祉が円滑に行われている地域が多いが、大都市では困難で

ある。従って、研究対象として、15年以上大都会でコミュニティーケアを行っている2カ所 A B を研究対象とした。

A 東京都を中心にして1980年から19年間在宅医療を行っている会員組織[ライフケアシステム 会員数(2000年3月31日現在)351世帯 1051人 65歳以上 456人(13.2%)]

B 神奈川県横須賀市山浦地区(人口7,000人)で中心的に活動している団体(横須賀基督教社会館)を選んだ。

研究方法は、A B の諸資料から特に経済的問題の分析を行い、諸外国と比較し、先進的に行っている事業が普遍化するためにどうすべきか、在宅医療を進めるために実験的事業の経過などを示し、今後の方向を提言した。

図表1

各国「保健・医療」分野のNPOの財源内訳(%)

国	公的収入	会費・事業収入	民間寄付
日本	96	4	0
イギリス	23	51	26
アメリカ	36	55	9
ドイツ	84	13	3
フランス	84	8	8
イタリア	72	27	2
ハンガリー	19	20	61
7か国平均	59	25	15
参考 LCS/佐藤クリニック	57	36	4
LCS	0	93	7
愛知国際病院(病院 老健 ホスピス)	86	2	12
AHI(アシア保健研究所)	0	44	56
JOCS (日本キリスト教海外医療協力会)	0	58	42

出典・金子郁容・松岡正剛・下川辺淳「ボランティア経済の誕生」(実業之日本社、1998年)289頁。

注

団体名	創設年	会員数	年収入(万円)
佐藤クリニック(現在は医療法人)	1996	-	8,000
LCS (人格なき社団)	1980	300世帯	4,000
AHI (財団法人)	1980	7,000人	27,000
JOCS (社団法人)	1960	8,000人	34,000

### C 研究結果

1) 日本の医療・福祉分野の非営利組織(Non Profit Organization NPO)の財政内訳をみると殆ど大部分(96%)は公的収入である。これは主として健康保険収入、補助金などを指す。然るに、世界の平均は公的収入は60%で、会費、寄付収入が40%であり、コミュニティーが支えていることが明白である。本研究対象のA, Bは60~75%が公的収入で、コミュニティーが支えていることが統計からもよく理解できる。

[図表1]は各国のNPOの財源内訳とライフケアシステム(医療を委託しているクリニックを含む)の比較である。愛知県の愛知国際病院も寄付12%であり、コミュニティーに支えられる医療が既に日本にあることを示している。

- 2) 在宅医療を推進するためには、それに携わる医師が自信をもって医療を行うことが最も重要である。厚生省も報告書(平成9年6月27日)の中に述べているように「在宅医療学」の確立が必要であるが、本研究の一つとして、「在宅死患者の病理解剖」を行い、病院死の病理解剖所見と比較した。特に癌による在宅死の病理解剖所見の特色は次のとおりである
- ① 癌の転移が広範に進展して癌死としての natural course をたどる。
  - ② 全身感染症、敗血症などの併発はなく感染症があっても局所の感染に止まる。
  - ③ 終末期の肺炎は葉状の肺胞性肺炎で、間質性肺炎の関与は乏しい。
  - ④ 腎尿細管上皮の障害像は少ない。

[図表2]はその成績を示している。[図表3]は1999年度に行った在宅癌死患者の病理解剖の1例である。第1回日本在宅医学会で発表した所見[図表2]と同じく natural course であった。[図表4]は第2回在宅医学会のプログラムである。

3) 在宅老人が年齢と共に、長年かかりつけの家庭医に受診することが困難になることが

図表 2

在宅死患者の病理解剖所見

I 在宅死剖検例

ライフケアシステム（佐藤 智代表幹事）に於ける在宅死亡例で河北総合病院で剖検することが出来た症例は昭和 56 年より平成 4 年までの 16 年間に 25 例ある。そのうち 19 例は癌による在宅死、6 例は非癌症例である。

II. 癌による在宅死剖検 19 例の内訳

原発臓器 卵巣（4 例）、肺（3 例）、胃、大腸、肝、胆道、乳腺（各 2 例）  
食道、副鼻腔（各 1 例）

年齢・性別	40代	50代	60代	70代	80代	計
男性	0	0	1	5	1	7 例
女性	2	2	2	4	2	12 例
	2	2	3	9	3	19 例

手術の有無

手術再発例 9 例、非手術例・10 例（過去の症例ほど非手術例が多い）

III 癌による在宅死剖検例の特色

1. 癌の転移が広範に進展して癌死としての natural course をたどる
2. 全身感染症、敗血症などの併発はなく感染症があっても局所の感染にとどまる
3. 終末期の肺炎は巣状の肺胞性肺炎で、間質性肺炎の関与は乏しい
4. 腎尿細管上皮の障害像は少ない

IV 在宅死非癌剖検 6 例の内訳

- 1 74 歳 男：在宅 2 年、肺水腫・うっ血＋心肥大＋慢性甲状腺炎
  - 2 83 歳 男、在宅 2 年 4 ヶ月、アルコール性肝繊維症＋肺気腫＋胃潰瘍出血
  - 3 70 歳 男、在宅 2 年、肺繊維症＋肺性心
  - 4 85 歳 女 在宅 2 年（経管栄養）、広範脳梗塞＋急性肺炎
  - 5 82 歳 女 在宅 1 年半、脳梗塞＋慢性膀胱炎＋十二指腸潰瘍穿孔
  - 6 84 歳 女 在宅 3 月、脳梗塞＋動脈硬化性心疾患
- いずれの症例にも重症感染症、敗血症、DIC などの合併は認められない

以上

多い。特に大都会では、しはしは遭遇することである。そこで、患者が集まっている所に医療者が出向いて診療することは、諸外国ではよく行われている（Out reach といわれている）。日本ではこのような診療は健康保険では認められていないので、現実には実行不可能である。そこで、A 集団の武蔵野地区で試みにこの診療を非行ってみて、その効果、費用を計算した。集まった人々は大変に喜び医療者も満足した。

[5 図] にその実体を示したか、全体の経費は 148,560 円を要した。

3) 在宅医療を推進するためには、在宅患者の情報を十分に収集する必要がある。例えば在宅患者がかつて入院していれば、医師はそこに赴き当時の受持医から病状を詳しく聞くことをする、また在宅患者が手術をするときは立ち会うこともある。これらのことにより在宅患者と医師との信頼関係が深くなるが、

図表 3

**在宅癌死患者の病理解剖所見**  
(平成 11 年度)

- ・患者, K T (63 歳) 膵臓癌  
1999 年 7 月 23 日死亡
- ・病歴, 99 年 5 月下旬より食欲減退、  
背部痛あり、3 週間で 3 kg、体重減  
少  
6 月 22 日超音波検査などで膵癌、肝  
転移と診断 糖尿病性腎不全も強く、  
在宅ケアを希望  
自宅て家族に囲まれ、ライフケアシ  
ステムの医療スタッフのケアを受け  
て静かに死亡された。
- ・病理所見, 膵体部癌  
膵体部に 5 × 4 × 3 cm の腫瘍あり  
肋膜、リンパ節肺転移、閉塞性黄疸  
化学療法を行っていないのでカビな  
どの影響はない、全身感染症、敗血  
症はない  
(病院にて化学療法、放射線療法を  
大量に受けたものとは異なる所見で  
あった)

これらの行為に対して現行の保険診療では認められていない。

ライフケアシステムでは当初からこの医師の病院訪問を行っていたので、その費用(交通時間、病院滞在時間を参考にして算定)を計算した。

健康保険点数では最低で、1000点が妥当と考える。

[図表 6] はライフケアシステムの医師が病院を 81 回訪問した所要時間の成績を示している。

現行の医療法、健康保険法などは今日のよう在宅医療が考えられない時代に制定された。従って医師が患者のところに向いて周囲の老人たちを診療するとか、医師が在宅

図表 1

**第2回日本在宅医学会大会**

The Japanese Academy of Home Care Physicians

開催日時 2000年 2月19日(土)

10:00~17:00

開催場所 順天堂大学有山記念館講堂

**メインテーマ: 在宅医療におけるEBMの確立のために**

**プログラム**

10:00	開会の挨拶	第2回在宅医学会 大会長 石垣泰則
10:10	会長講演	日本在宅医学会 会長 佐藤 智
10:20	一般演題	
12:00	昼 休 み	
12:30	総 会	
13:00	特別講演	〇〇〇〇 <b>「どれからの医療に想う」</b> 藤直先生(日本医学会会長)
14:00	基調講演	〇〇〇〇 <b>「EBMの年輪と意識」</b> 植井次矢先生(京都大学医学部教授)
15:00	シンポジウム	〇〇〇〇 <b>「在宅時におけるEBMの確立のために」</b>
17:00	閉 会	
17:15	懇 親 会	

老人のために病院に赴いて情報を集めるという行為に対しては、全く配慮がなかった。本研究では、こうした行為を実験的に行い、その効果、経費を調査した。

**D 考察**

日本においては、数十年前までは老人は少数で、すべてが在宅で家族からケアされ、最後は自宅で家族に囲まれて臨終を迎えるのが当然であった。しかし、この30年の間に高齢化、少子化がおこり、一方国民の中に「病院信仰」が強くなり「最後は病院で死ぬ」ことが当然とされるようになった。

特に末期がんは、病院死が90%に及ぶ。しかし、最近に病院での最後の「濃厚な治

図表5

**武蔵野地区のアウトリーチの考察**

実施日, 1回目 98年2月21日 人数 23人, 2回目 11月28日 人数 16人  
 3回目 99年6月19日 人数 23人, 4回目 3月25日 人数 13人

会場 武蔵野市吉祥寺本町 K氏宅

参加者の概要, ライフケアシステムの武蔵野、三鷹地区の会員 28世帯。3回目のみ調布地区の5世帯もふくむ。また3回目、4回目は車での送迎を一部おこなう。

診療内容,

- 1) 診療時間 1人あたり 15分~20分くらい。(クリニックでは5分~10分である)
- 2) 検査内容 尿検査、血液検査(迅速式)、3回目、4回目は心電図検査。
- 3) 全所要時間 1回目平均 12分、2回目平均 53分、3回目平均 59分、4回目 55分  
 時間が長くなっているのは顔見知りになるために会員同志懇談の時間が多くなるためと思われる。
- 4) K氏宅までの所要時間 3分~40分(平均 13分)、なほ調布の人は車で送迎した。  
 クリニックまでの所要時間 60分~80分
- 5) K氏宅までの交通費用とクリニックまでの交通費用の比較 K氏宅までは大半が0です。  
 クリニックまでは 580円~1180円(平均 756円)です。

アウトリーチの効果,

- 1) かかりつけ医が近所に来て医師、看護婦による診察・検査をゆつくりと受けられること。検査結果、健康相談を納得がゆくまで相談できる。
- 2) ご近所の普通の住宅なので At Home な雰囲気です受けられること。
- 3) 往復の時間、交通費用が格段に少ないこと。
- 4) 近くに住む会員同志であるため連帯感が生まれ、互いに共通の悩みに対する相談相手をして、待ち時間の散談が和やかなこと。

アウトリーチの費用,

健康保険の点数で計算すると1人当たり約11,500円(3,4回目)である。保険収入はない、  
 [3回目の明細]

- 1) 参加スタッフ 医師2名、看護婦2名、MSW1名、検査技師1名、事務職員1名 計6名
- 2) 稼働時間 6時間
- 3) 検査費用 合計 75,050円
- 4) 謝金 医師2名×14,000円 28,000円  
 スタッフ5名×7,700円 38,500円 合計 66,500円
- 5) 旅費 7人分 合計 7,000円
- 6) アウトリーチ費用 合計 148,560円

以上

図表6

**在宅医療における患者の情報収集と伝達**

(ライフケアシステムにて1996 1~2000 2)

対象, 56例(男 30 女 26) 平均年齢 72.5歳 訪問回数 84回

訪問先,	総合病院(日赤、癌研など)	38	大学病院	16
	国立病院	13	都立病院	8
	その他(地域医師、訪問看護ステーション)			9

訪問要件 担当医師と意見交換、情報収集と伝達、救急時の病院対応の確認  
 入院中ならば患者の在宅医療希望を担当医に伝達  
 手術立会い(3例[8時間、4時間、4時間]) 剖研立会い

訪問面接時間 平均 1.0±0.2 時間  
 往復交通所要時間 平均 1.8±0.7 時間

健康保険点数は最低で1,000点を算定すべきである。

以上



療」に反対する動きも起こって、在宅医療を推進する方向が官民に生まれてきた。「在宅から病院へ」という動きが「振り子が在宅へ戻りつつある」という感しである。

しかし、「コミュニティに支えられる医療・福祉」という基本的な基盤を見失ってしまった現在の日本が「健全な老人医療・福祉を推進するシステムを構築すること」が可能であるか、大きな課題である。

本研究は、こうした現状の中で「コミュニティに根差した医療・福祉」の実例に立脚して行なわれたものである。これらを史に、深く研究することにより、新しい具体的な方法が見いだされてくるであろう。

ここで、史に根本的な課題として、本研究の素材となった二つのコミュニティ（ライフケアシステム、横須賀市田浦地区）の様な集団が大都市では、なかなか育成してこないという問題がある。

史に、西暦2000年から施行される公的介護保険制度が円滑に運営されるために、ライフケアシステムが計画している「介護保険制度における〈在宅老人側に立つ調整役〉に関する研究」（1999年10月より開始）なども本研究に関連して進めていきたい。

## II 結論

1 老人在宅医療を推進するシステム構築には、在宅老人と密接な信頼関係にあるコミュニティを育成することが先決である。

2 在宅老人の役に立つと思われる医療・福祉は積極的、実験的に行い、その効果、経費などを公表して社会に、行政に訴えていく必要がある。

3 老人在宅医療を具体的に担っていく「家庭医」を育成することが緊急である。このことを社会全体で支えねばならない。「日本在宅医学会」の発足もその一環としてとらえることかてきる。

## F 研究発表

[学会発表]

第1回日本在宅医学会・「在宅死患者の病理解剖所見に学ぶー11年間における25症例のまとめー」 石河 利隆 (1999年2月20日)

第2回日本在宅医学会・「在宅医療におけるEBMの確立のために」

福井次男他 (2000年2月19日)

## 老人在宅医療と在宅福祉の研究

阿部志郎（横須賀基督教社会館）

### 研究要旨

横須賀市田浦地区でコミュニティーを中心にして昭和21年以來実践している福祉活動の歴史を顧み、その中から今後の方向とくにコミュニティーに根ざす活動の方向をもとめてみた。老人の在宅医療、在宅福祉がよく機能するのにコミュニティーベースの相互扶助システムとボランティア組織と活動が補完している。在宅福祉の中心、社会館の活動でもこのことが実証された。

### A 研究目的

歳書に囲まれた海に見えるご自宅に長い間、住んでおられた90歳前後のご夫婦が風邪をひいて体調をこわし、一時的に息子夫婦のマンションに避難したところ、病気は治癒したにもかかわらず急速に元気をなくしていった。息子夫婦との交流よりも長く住み慣れた家、町の住環境、近隣とのお付き合いなどが高齢者の健康維持に重要な役割をはたしていることが推測される。

人には24時間の生活をその人の長い人生のつまった住みなれた家庭で送りたい欲求がある。鮎が長い航海のあと自分が育った川に戻るように人の余生は家族と過ごした家、町で送ることを願う。

現在の日本は少子化、核家族化、寿命の高齢化で、大家族の中で人生を終えることが困難になってきた。家族の構成員が3人をきる現状では、かつての家族機能は社会全体で支える必要がある。また、一方では家族が少なくても「生まれたところで余生を過ごす」価値観はすこしづつ復活している。

介護保険では施設入所のほかに在宅介護も重要な柱として位置づけられている。施設の不足をカバーすることは勿論必要であるが、在宅サービス志向も高まっている。在宅介護での家族の役割を社会の仕組みとして家族をどれだけ支援できるか、その周辺の条件整備を行い、老人在宅医療と福祉がコミュニティーに根ざして実践できるかの可能性を研究するのが目的である。

### B 研究方法

神奈川県横須賀市田浦地区で昭和21年以來、横須賀基督教社会館（以下、社会館と略称）を中心にコミュニティーと共に実践してきた実績を考察することを研究方法とする。

### C 研究結果と考察

高齢者の在宅のQOL（生活の質）を維持し高めるためには公的なサービスを基盤としながらも個人の負担を伴う私的在宅サービス機関（社会館のような）の存在が必要である。

公的介護保険における在宅サービスは家族の負担に負うところがまだまだ大きいことが予想される。横須賀市田浦地区では地域のインフォーマルなバックアップが活発であり、コミュニティベースの私的相互扶助のシステムがあり、そのため家族の負担はやわらぎ、軽減されている。またこの地域の中の、「地域の人によるボランティアの体制」も人きな役割をになっている。以下、社会館の活動をのべる。

### 1 社会館の活動内容にみる地域ニートの波み上げの重要性

社会館は昭和21年に旧海軍の建物を譲り受けキリスト教の日曜学校をベースに地域福祉を指向するコミュニティセンターとして発足した。昭和43年に全面改築、平成7年に約3,000㎡の大型福祉複合施設となった。大型となったおかげでニートのあった下記事業をきめ細かく展開することができている。平成12年度から公的介護保険からスタートし、下記3)は居宅介護支援事業者として4人の居宅介護支援専門員をかかえてスタートとしており4)、5)は施設サービス業者としての機能を果たし、11)は居宅療養管理指導、訪問リハビリのサービス事業を実施する体制となっている。

- 1) 保育センター…乳幼児保育、地域育児センター
- 2) 児童センター…幼稚園及び学童保育
- 3) 在宅介護支援センター（一部が田浦介護保険サービスセンター（居宅介護支援事業と訪問介護サービス事業）に衣替え

- 4) 虚弱老人のためのケアセンター（通所介護施設）
- 5) 痴呆老人のためのケアセンター（痴呆老人のための通所介護施設）
- 6) 身体障害者のためのケアセンター
- 7) 障害者活動センター
- 8) ボランティアセンター
- 9) 福祉情報センター
- 10) 給食センター…週4日の独居老人向けの配食サービスを含む
- 11) 診療所及びリハビリセンター（居宅療養管理指導、訪問リハビリのサービス）

社会館のある横須賀市田浦地区は人口17千人の山に囲まれた1小学校区である。ここで50年をこえるコミュニティセンターの活動が行政側からみた地域福祉の理想的モデルとなっている。介護保険では上記のように老人向けの事業がそのままサービス事業として提供できる体制にあり、介護保険がスタートする前から介護保険の精神を実践していることになる。また給食センターの配食サービスは横須賀市の独自事業として採用されている。

### 2 ボランティアパワーの威力

常時、ボランティアとして活動している人は月に延べ200人である。社会館と地域との共同主催のバザーでは400名のボランティアが集まる。（バザーといっても年に1回、10月の第4日曜日と決められており、田浦地区のお祭りといえるイベント）この人数は地域の人口の7%にあたる数字である。ボランティアの活動は幅広く将棋、麻雀の相手だけをする人、掃除をしていく方、独居高齢者向けの配食の係、

人（仕事など、年齢も中学生から高齢者まで様々である。

社会館のボランティアセンターは1974年スタートし、組織として26年の実績を誇っている。

### 3 コミュニティベースの相互扶助システム

田浦地区では30年前に社会館からの35万円の寄付をきっかけにして始まった基金で「助け合いの会」が発足した。現在では1,000世帯が加入し、月50円の会費が集まり続け、単なる任意団体ではあるが1500万円の基金になっている。

これをもとに様々な活動が行なわれているか、そのひとつに社会館で施設を提供し住民が主体で活動している月2回の「ランチクラブ」という独居高齢者向けの会食、配食活動がある。この活動の成果に社会館を拠点とした社会関係づくりが派生し、参加者相互の安否確認が行なわれるようになったことである。これで孤独死は心配がなくなり、又葬儀が手厚くなるという安心感も生まれている。

相互扶助という意味ではこれは古い町の町内会活動と似ているが町内会は歴史的には江戸時代から、近くでは昭和20年以前の行政ベースのお仕着せ活動がバックにあるのに対し、田浦地区の「助け合いの会」はコミュニティベースのボランティアな活動であり、小額の会費がその証左である。

町の福祉は住民が主体となってやろうと思えば相当のことができる。ただしその母体として半公的な社会館の長い活動の蓄積があることはいまでも

ない。

### 4 介護者（家族）への支援の思想

高齢者の方は牛きがいとして「家族の幸せ」をあげる人は多い。ショートステイ、デイサーヒスは家族の休息をもたらし、大変意味のある制度である。一般的に在宅生活を支える介護者は長寿化の進行とともに介護者自身も高齢化がすすみ、介護者の健康管理について在宅医療をすすめる医師、医療機関は介護者健診などの配慮が層必要になっている。また保健所など公的機関も対策を検討する必要がある。

### 5 インフォーマルなコミュニティベースのケア

人の一生は、生活が自分の家で営まれてそして死を迎える。その人がコミュニティに「私はここ（我が家）で死にたい」と申出たら、町をあげて支援する。ケアセンターだけでなく、商店や隣近所も応援する、その人の豊かな生活を支えるために買い物時の商店の配慮（例ー独居老人には小口で生鮮品を売ってくれる）、道ゆくときの近所の人からの挨拶、声かけなどのコミュニティづくりがだいじである。

### 6 公と民の支えあい

行政がやるべきことはきちんと行政にやってもらうべきだが、全てを行政に委ねる姿勢は間違っている。というよりも公と民の支えあいが公だけの活動よりはるかに高い成果が得られるという事実だ。「税金を払っているから」という権利意識の空回りは公私の役割分担の点検をきちんとしてこなかったためと思う。

社会館の運営では公的資金は49%までとの原則をかかっていた。しかし公私分離から時代のニーズの変化もあって公私協同の取組みへと変化し、多様化したニーズへの対応もあり公的資源は最大限に活用し、目の前の課題を解決するべく方針転換がされた。現在は75%の公費負担の運営となっている。

公と民のバランスは数字としてどのあたりか、ということではなく地域の住民同志の支えあいの限界、受益者負担の限界を公にバロクアップしてもらうという関係と思われる。

#### 7 在宅での全体性と継続性の確保

施設入所とか、入院治療ではその人の人生における「ひとこま」として認められるがそれが全てになると生きることの意味を問い直さなくてはならない。

友人、近隣の人、親類から声をかけ、挨拶をかわし、電話を受けるなど他者交流をとおして自己の存在が生きる価値が確認される。仏壇へのお参り、好きな音楽、本に時間をさく。一人の生活の全体的なバランスをみる、維持する、確保することが大切である。(全体性)

朝起きて庭の花に水をあげ、自分達でつくった食事(自立性のある生活)をとり、部屋の掃除をしてという日常化された当たり前の生活を継続してゆくことの大切さを忘れてはならない(継続性)。これらが人間に安定感と充足感を与えるし、施設では得られない在宅での生きる存在感である。

#### 8 大型施設ケアの限界と財政事情の見直し

新社会館は大きく、ゆったりと各種のセンターを抱える快適な施設となったが小さな弊害としてサービスが画一化されたという問題がでてきた。例では高齢者デイサービスと保育センターの食事を調理センターで一括調理することになったが、合理化が図られることと裏腹に「おふくろの味が失われた」「食べてくれる人の顔が見えず、調理に張り合いがない」という不満がある。

施設の大規模化は外に出て行くことが難しくなり、どうしても守りの姿勢になる、出て行くことが在宅サービスの基本にもかかわらず困難になっている。

社会館は7,000人の人口を支えるコミュニティセンターである。50年の活動の蓄積の成果として現在の大型とはいえ、適正規模を指向した施設であり財政バランスを充分、考慮したものである。ところが時代の変化は激しく、バブル時代から公定歩合0の時代と激変する。施設をベースにした在宅サービスもニーズが変わってくるかもしれない。

介護保険では単価的には措置時代と大きな変化はないが利用者本人の負担額が上がるため、デイサービスを2回使っていた人が1回になることもあり得るし、利用者数が予定どおりいかないこともある。

また一方でクリニックは訪問リハもあり、患者数が順調に増え、採算にあうようになっている。

時代の変化とともに、計画時は適正な財政バランスと考えていたものが極めて微妙なバランスに移行することもありうるであろう。真心をこめたサービスを落とさずに経営努力が益々要求される。

#### D 結論

##### 1 地域単位のコミュニティで在宅サービスは機能する

人口7千人の地域のコミュニティが在宅福祉を充分、機能を発揮させてくれる。この地域は行政単位でなく生活圏としてまとまった地域であり、この単位で在宅福祉のサービス提供体制を考えることが望ましい。

##### 2 コミュニティづくりに貢献する地域の施設運営

生まれてから死を迎えるまで社会館にお世話になる、そんな地域の施設があってはじめて真のコミュニティが時間をかけてつくられる。その施設のメニューは社会館にみるとおりである。この社会館でただ唯一不十分なのは地域の訪問医療の体制を社会館として持たないことである。遅ればせながら診療所とリハビリセンターを設置し、ここ1年、利用者数も増えて採算が採れるようになった。介護保険での居宅療養管理指導を実施してゆくなか今後、解決してゆける課題である。

##### 3 老人在宅医療も在宅福祉と共に展開されるべきものである。

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）  
総合研究報告書

老人在宅医療を推進するシステム構築に関する研究

主任研究者 佐藤 智 ライフケアシステム代表幹事

研究要旨：老人在宅医療・福祉は個人の方のみで解決できないことは明白であるが、行政に依存しても十分でないことが国民に次第に判ってきた。世界的に共通なことは、先ず近隣のコミュニティ（地域社会）がその中に住む老人、弱者を支え、その地域の医療、福祉はコミュニティが支えている。しかし、現在日本の大都市の中ではほとんどコミュニティ形成がなされておらず、このことは基本的な問題である。こうした中で先験的に老人医療・福祉を実践している幾つかのコミュニティがある。ここにその2つを素材として、それらを支えている経済、実践活動—とくに先験的な活動について研究し、老人在宅医療を推進するシステム構築に向けて具体的な提言を行う。

分担研究者 阿部志郎  
（横須賀基督教社会館 館長）

#### A 研究目的

日本が超高齢社会を迎えるに当たり、政府は1982年に老人保健法を成立させ、在宅医療を推進する努力を始めたが、諸般の情勢で堅実なシステムを構築するには至っていない。それは在宅医療・福祉は当事者、行政・医師などか誘導して出来あがるものではなく、地域社会（コミュニティ）全体で築いてゆかねばならないことだからである。しかし、そのことが国民にも行政にも十分に理解されていない。

本研究は大都市で有効なシステム既に構築している素材を中心に問題点を研究し、今年から始まる介護保険制度を見据えながら今後の実践に提言することが目的である。

#### B 研究方法

人口15万人以下の地域では「顔と顔と見える関係」にあり、在宅医療・福祉が円滑に行わ

れている地域が多いが、大都市では困難である。従って、研究対象として、A 東京都を中心にして1980年から19年間在宅医療を行っている会員組織（ライフケアシステム）と、B 神奈川県横須賀市田浦地区（人口7,000人）で中心的に活動している団体（横須賀基督教社会館）を選んだ。研究方法は、A Bの諸資料から特に経済的分析を行い、先進的に行っている事業が普遍化するためにはどうすべきか事業の経過を示し提言を行った。

#### C 研究結果

1) 日本の医療・福祉の非営利組織（Non-Profit Organization NPO）の財政内訳をみると殆ど大部分（96%）は公的収入である。これは健康保険収入、補助金などを指す。一方、世界の平均は公的収入は60%で会費、寄付収入が40%であり、コミュニティが支えていることが明白である。本研究対象のA Bは60~75%が公的収入で、コミュニティが支えていることが統計からもよく理解できる。

2) 在宅医療を推進するためにはそれに携わる医師が自信をもって医療を行なう事が先決である。厚生省報告書(平成9年6月27日)にあるように「在宅医療学」の確立が必要であるか本研究の一つとして「在宅死の病理解剖」を行い病院死の病理解剖所見と比較した。その結果、在宅ケアの優位性が証明され、家庭医たちに多くの希望を与えた。

3) 現行の医療法、健康保険法などは、今日のような在宅医療が考えられない時代に制定された。従って、医師が患者のところに向いて周囲の老人たちを診療するとか、医師が在宅老人のために病院に赴いて情報を集めるとかいう行為に対しては、全く配慮がなかった。こうした行為を実験的にを行い、その効果、経費を調査した。

1) B地区の老人福祉ケアの歴史は長く、文字通りコミュニティに支えられている。今後はコミュニティ形成をしてそこを中心に進めねばならない。

#### D 考察

日本においては、数十年前までは老人は少数で、すべてが在宅で家族からケアされ、最後は自宅で家族に囲まれて臨終を迎えるのが当然であったか、この30年の間に高齢化、少子化がおこり、一方国民の中に「病院信仰」が強くなり「最後は病院で死ぬ」ことが当然とされた。

しかし、病院での最後の「濃厚な治療」に反対する動きも起こって、老人在宅医療を推進する方向が国民に生まれてきた。「在宅から病院へ」という動きが「振り子が在宅へ戻りつつある」という感しである。

ただ、「コミュニティに支えられる医療・福祉」という歴史的な事実を見失ってしまった現在の日本が果たして「健全な老人医療・福祉を推進するシステムを構築すること」が可能であるか、大きな課題である。

本研究は、こうした現状の中で「コミュニティに根差した医療・福祉」を実践してきた実例に立脚して行ったものである。

現在、ライフケアシステムが実践している「介護保険制度における〈在宅老人側に立つ調整役〉に関する研究」なども本研究に関連する重要な分野である。

#### E 結論

1 老人在宅医療を推進するシステム構築には、在宅老人と密接な信頼関係にあるコミュニティを育成することが先決である。

2 在宅老人に役立つと思われる医療・福祉は積極的に行い、その効果、経費などを公表し社会に、行政に訴えて行くことである。

3. 老人在宅医療を最も担って行く「家庭医」を育成することを社会全体で進めることである。「日本在宅医学会」の発足もその一環としてとらえている。

#### F 学会発表

第1回日本在宅医学会 「在宅死患者の病理解剖所見に学ぶ—11年間における25症例のまとめ—」石河 利隆 (1999年2月20日)

第2回日本在宅医学会 「在宅医療におけるEBMの確立のために」

福井次男他 (2000年2月19日)