

表1 会員の種類

種類	年会費	内容	
正会員	1,000円	趣旨に賛同する准看護師資格所持者 (※准看護師資格を取得した後に看護師資格を取得した者も含む)	
賛助会員(個人)*	1,000円 (1口)	主に個人が趣旨に賛同	可能であれば3口以上
賛助会員(団体:医療機関・施設等)	10,000円 (1口)	主に施設, 団体が趣旨に賛同	可能であれば3口以上

\* 准看護師免許所持者でない方に限ります。

\* 医師(診療所の開設者, 管理者, 院長等)は10口10,000円以上でお願いします。

日精協は日医・四病協などと共同で本協議会の運営を支援し、積極的に正会員および賛助会員の入会を働きかけていくことになった。昨年12月からは「平成28年度正会員」の募集に先駆け、「平成27年度賛助会員」の募集案内(日精協誌2015年12月号同封)を開始した。日精協会員病院および関連施設、さらにはその関係者の皆様には、設立趣旨にご賛同いただき、ぜひとも賛助会員としてご支援をお願いしたい。

なお、「平成28年度正会員」の募集は本年4月から開始したいと考えている。ご協力をお願い申し上げます。

准看協は生涯教育研修体制を提供する場となるだけでなく、看護師へのキャリアアップの手助けとなるようなさまざまな情報を得ることが可能となり、会員病院の准看護師の大きな力に結びつくと思われる。ぜひとも自院の准看護師の本協議会への入会の呼びかけをお願いしたい。

また、日本准看護師連絡協議会の活動は、日精協にとっても日精協会員病院の看護職不足対策のもっとも大きな一助となると確信している。

【准看協ホームページ】

URL: <http://www.junkankyo.com/>

2016  
新春企画

## アドバイザーボード

advisory  
board

# 終末期医療 について



平成27年9月1日 ● 於: 第一ホテル東京「コスモス」

出席者

[アドバイザーボードメンバー]

- 朝田 隆 東京医科歯科大学医学部 特任教授
- 飯島 勲 内閣官房参与
- 伊藤 弘人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長
- 篠崎 英夫 日本公衆衛生協会 理事長/国立保健医療科学院 名誉院長
- 染矢 俊幸 新潟大学医学部精神医学教室 教授
- 竹中 ナミ 社会福祉法人プロップ・ステーション 理事長
- 丹呉 泰健 日本たばこ産業株式会社 会長
- 広田 和子 精神医療サバイバー

(敬称略/50音順)

[日本精神科病院協会]

山崎 學 日本精神科病院協会 会長(群馬県 サンピエール病院 理事長・院長)

<総合司会>

東 司 日本精神科病院協会 常務理事(大阪府 小阪病院 理事長・院長)

東：本日は第5回日本精神科病院協会アドバイザーボードの開催に際し、大変お忙しいところ多数の先生方にお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。私は本日の司会を務めさせていただきます。日本精神科病院協会 常務理事の東です。どうぞよろしく願いいたします。

メインテーマは、「終末期医療」とさせていただきます。高齢化社会における社会保障のあり方も絡めて、先生方の忌憚のないご意見をおうかがいしたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

今回からアドバイザーボードの新しいメンバーとしまして、東京医科歯科大学医学部特任教授の朝田先生に加わっていただきました。まず朝田先生、ごあいさつをお願いします。

朝田：皆様、こんにちは。ただいまご紹介にあずかりました、朝田と申します。昨年3月まで筑波大学の精神科の教授を14年間務めておりました。その間に若年性の認知症、あるいは65歳以上の認知症、そういったものの厚労省研究班のまとめ役をやらせていただきました。とくに高齢者や認知症の方が精神科病院から退院できない理由

をテーマにしてやってまいりましたので、恐らくそういったことから山崎会長にお声をかけていただいたものと思っております。

精神医療に関して、言論とかマスコミとか、そういうものの怖さもわかるのですが、それでも大胆に、かつ慎重に本当のことは言っていかなければいけないと思っています。

東：朝田先生、どうもありがとうございました。それでは山崎会長、ごあいさつと高齢化社会における社会保障のあり方からお話しいたいと思います。

山崎：本日はお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。私が日精協の会長に就任させていただいてから、外部の有識者の先生方のご意見を拝聴して、日精協の運営に役立てようと「アドバイザーボード」という制度をつくらせていただきました。今、4期目の会長になりました。

広田：1期何年やるの？

山崎：1期2年です。

広田：8年やるの。お疲れさまです。

山崎：4期目の会長となりましたのも、皆様方

のおかげと厚く感謝申し上げます。

これからどのような高齢化社会の社会保障のあり方をつくっていくかについては、喫緊の国の政策の大きな問題だと考えています。人口の流れを見てみますと、1920年から1950年の間は、当時、富国強兵で出生率も高く、年間200万人ぐらいの出生数でした。戦争が終結し若干低下しましたが、1947年から1949年のいわゆる団塊の世代で250万人まで出生数が増加しました。その後、アメリカからサンガー女史(マーガレット・サンガー)という産児制限論者と呼んで、人口が減っているところで産児制限をかけます。私はこれがGHQの置き土産だと思っています。このGHQが仕掛けた置き土産に上手にのせられて少子化したのが、現在まで続いているのではないのでしょうか。

1955年から1970年ぐらいで農村から都市へ人口が移動し、都市に人口が集中していきます。この時に三大都市圏に800万人ぐらいの人口移動が起こって、東京、大阪を中心とした都市部に人口が溢れます。その頃に都市部に集中した人たちがまさに今75歳を迎え、都市部が高齢化してパンクしてくるという、とんでもないことになっています。この都市部の高齢化のなかで、医療・介護のシステムをどのようにつくっていくのかは、非常に大きなことだと考えています。

今年は診療報酬改定があるわけですが、財源不足で早くもマイナス改定になると予想されています。本日は先生方の忌憚のないご意見を拝聴して、協会の運営方針に反映させたいと考えておりますので、よろしくお願いします。

東：どうもありがとうございました。篠崎先生、高齢化社会における社会保障のあり方について先生のお考えをお聞かせ願えないでしょうか。

篠崎：社会保障のあり方については、まず丹呉先生におうかがいしたいと思います。私も厚労省の頃に、終末期の担当をしたことがあります。その時、上智大学のアルフォンス・デーケン教授に話を聞いたのですが「まず個人個人の死生観とい

うのが大事ですよ」と。個人の死生観が積み重なって、全体的に国としてとか公の終末期の考え方になるんでしょうけれど。欧米はキリスト教文明がありますが、日本はそれが原則ない。このへんが難しいのではないかと。とくに法制化しようというときに、その難しさがもっと出てくるような気がしまして。ガイドラインぐらゐのレベルが精一杯じゃないかなと。まして、それを法律にするのはなかなかコンセンサス等も難しいのではないかなという気がします。

たとえば、終末期医療で尊厳死といって積極的な医療をしない。それはみんな文句はないですね。ポイントはやっぱり安楽死で、これはいろいろある。いくつか他の先進国でも法制化されていますが、オランダが最先端で、大きなポイントは自殺ほう助罪としての刑罰を免除することですからね。それは大変なんじゃないかと思うんですけどね。

東：丹呉先生、高齢化社会における社会保障のあり方について、ご意見をうかがいたいと思います。

丹呉：事前に、山崎会長が日精協誌の「巻頭言」で終末期医療について書かれているものを見せていただいて、基本的にはおっしゃる通りだと思いました。実は私、財務省におりましたとき、長く社会保障を担当し、篠崎さんにもいろいろご



丹呉 泰健 日本たばこ産業株式会社 会長

指導を賜りました。

公務員を辞めてから、いくつかの関係で申し上げますと、今、山崎会長がおっしゃいました通り、これから東京圏に高齢者人口が急増するということについては元総務大臣の増田寛也氏と一緒に「団塊の世代の方が75歳を過ぎて医療、介護が必要になるけれども、このままだと東京圏は診きれない状況になる」ということを発表し、そのお手伝いをさせていただきました。全国でみると、たとえば菅義偉官房長官の地元の秋田県なんかでは、むしろ高齢者の75歳以上の方の人口の伸びが少ない。地域的に非常にアンバランスになっていて、とくに東京、神奈川、埼玉、千葉は厳しいということ。それにどう対応するかについては、政府でも「まち・ひと・しごと創生本部」といういわば地域再生の本部をつくって、その中できちんと議論をしていくことになっていると思います。

厚労省は高齢者医療を含めて、「地域包括ケア＝在宅医療」という形を謳っています。地域包括ケアは、地域で高齢者の方を見守るようにできればいいということですが、東京のように物理的になかなか厳しいところがある。私、出身は新潟県ですけども、新潟などの雪国の場合、在宅ですべてを解決していくことについては、市長さん、あるいは病院の関係者などに聞いても…。新潟大学の染矢先生、私は胎内市出身の者なんです。

染矢：存じ上げております。

丹呉：そういった地域では在宅医療は難しいと思いますが、全国的には、むしろ地域に任せてやるほうがいいんじゃないかという印象をもっています。

それから、診療報酬改定のお話が出ましたが、財政的にはこれから非常に大変になるので、やはり介護保険を守るためには保険料を増やすか、給付を減らすかということで対応するしかない。保険料の引き上げがなかなか容易でないとすると、給付に必要な部分にメリハリをつけながらですね。具体的には大変申し上げにくいのですが、調剤薬



染矢 俊幸 新潟大学医学部精神医学教室 教授

局など問題があるところは見直して、必要なところに付加していくべきではないかと思っております。

したがいまして、これから2025年に向けて非常に大変になるので、データに基づいてもっと議論していかなければいけない。日精協でも積極的に議論していただく必要があると思います。そのときにやはり、きちんとデータに基づいて全体を公平に見ながらやっていくことが、非常に大事じゃないかとは思っています。

東：どうもありがとうございました。今、お名前が出ました染矢先生、いかがでしょうか。

染矢：山崎会長が、日精協誌の「巻頭言」で『勝手に死にたい』とか『そろそろ本音で死を語ろう』と書かれているのを拝見しました。医療の現場ではまさにこういったことが顕著に表れてきていて、篠崎先生が先ほどおっしゃったように、日本人の死生観の問題を本気で考えないといけないと思います。日本の医療がこれからどう進んでいくかということで行き詰まっているというのか、曲がり角に来ているというのか。医療はものすごく進んで、今までだと助からずに生まれてこなかった命が助かっている。高齢者になって自分で食べられなくなっても、心臓が動いて、腎臓と肝臓が動いて呼吸機能が動けば、いくらでも延命がで

きるという状況になっているなかで、医療に何を求めるのかというコンセンサスが、日本では十分できていないことをすごく感じます。

最近聞いた講演でとても印象的だったのが、「人間は、生まれて、生きて、死ぬだけの存在なんだ」「だから、なんにも怖いことはありませんよ」と。ちょっと本題から外れますけれども、人生観とか死生観とかがないままに、いろんな不安から医療や社会保障が救済として求められている感じがある。その議論がこの国は今まで本当になかったんだなということ、医療の現場にいてつくづく思っています。

精神科病院の現状ということをお話すると、たとえば、精神科病院に入院をしている約半数の患者さんは統合失調症ですが、かつて約22万人が統合失調症で入院されていたのが、平成23年、4年前の統計では17万6,000人で20%ぐらい減少しています。そこで何が起きているかという、今は70代の人たちが最多世代になっている。その70代の人たちは、今から数十年前に入院したままずっと病院にいて、なかなか地域に帰れず長期在院になって、どこの精神科病院も老人病院化してきています。ですから、精神科病院に携わっている方々にとっては高齢化という問題は認知症だけじゃなくて、日々の仕事の中でも本当に実感していることだと思います。ちょっと話が飛びまして申し訳ありません。

東：どうもありがとうございました。次は伊藤先生をお願いしたいと思います。

伊藤：先ほど丹呉先生が地域包括ケアのお話をされました。これからの社会保障のあり方を考えますと、各地域で主体的にこれからの方向を工夫する時期に来ていると思います。精神科病院関係者は、それぞれの地域に根差した形態での精神科医療提供体制の構築に尽力されてきました。同時に、精神科医療は病院中心から地域ベースのケアへという考え方の転換が図られています。以上の2つの動向を重ねると、入院機能を担うのが病院

という考え方から、その地域の住民のための精神科医療に対して責任をもつ組織へという考え方に、言い換えると「地域が病院」という考え方に転換していく時期なのではないでしょうか。つまり、緩やかにキャッチメントエリアを考え、そのエリアに必要な保健医療福祉を提供する組織へと転換を図る必要があると思います。これまで各地域で育んできた施設・人的資源・技術的蓄積を、これからの地域社会の大事な資源として活用していただきたいと思っています。

日本の医療制度はフリーアクセスが担保されているために、地域住民の健康に責任をもつことを意識する機会が少ないといえます。医療における地域包括ケアは、地域責任性の意識を促す方向に進むのではないかと考えられます。

東：どうもありがとうございました。次に朝田先生、お願いします。

朝田：はい。私は、さっき申しましたように認知症を専門にしておりますので、その立場から少し変わった意見を申し上げます。

今、平均寿命は女性が87歳、男性が80歳です。平均寿命で亡くなったとすると、女性の場合は2分の1、男性の場合は3分の1以上の確率で認知症を発症しています。終末期医療を考えるときに一番大事なものは、本人の意思ですね。亡くな



朝田 隆 東京医科歯科大学医学部 特任教授

られるときに本人の意思を確認できない方が非常に多いということが、まず1つです。そういう現実があると。日本老年医学会でも出しておられますけども、尊厳死とか、自然死という考え方。とくに、先ほど篠崎先生が触れられたオランダのように、1週間は点滴してあげるけどそれで終わりよ、みたいな非常にドライなところもございます。

それを做えと言っているわけではなくて、ご本人のリビングウイル、終末期をどう生きたいか、あるいはどう死にたいか。そういう死生観の問題は、それこそ山崎会長の「巻頭言」の表題ではないですが、「そろそろ本音で死を語ろう」とか、「勝手に死にたい」とかいうことにもつながります。頭がしっかりしているときに、意思がはっきり伝えられるときに示しておくことを、そろそろ本気でみんなが考えようという時代には来ていると思います。

それからもう1つは、私もこうした領域に35年間ぐらいいて思うことですが、家族の思いが非常に保守的なんですよ。いったん施設に入れてしまうと、できるだけ長生きさせてくださいと。昔ながらの医療の価値観といいますか。お医者さんのほうも、医学の教育というのは1秒でも1分でも長生きさせることが医療の使命と教えられてきた伝統がありますので、ある意味で無駄だとわかりつつもやるという現実があります。実際に病院に入ってしまうと、今度はご家族が死の決定とか、ここで医療は終わりという決定をしたくない。なるべくしんどい思いはしたくないから。ある人がうまいことを言ったんですが「施設に、あるいは病院に入った日は心の命日。命が絶えた日は本当の命日」というふうに、その2つの命日があると。そういうことは、畳の上で家族が死んでいた頃には子どもながらにわかったけれども、核家族の時代をどんどん過ぎていくとその感覚がわからなくなってきている。だから高齢化社会の中で、小学校ぐらいから生きること、死ぬこと、それこそ死生観とはなんだというようなことも言ってお



竹中 ナミ 社会福祉法人プロップ・ステーション 理事長

かないと思います。ドラマの中みたいに突然人がポコンと死ぬわけじゃないと。死は日常の延長線上にあることをしっかり教えることが求められるんじゃないかなと思っています。

東：はい。どうもありがとうございました。竹中先生はいかがですか。

竹中：私、制度がどうか、制度化するとか、そういうのではなくて、あくまで自分の個人的な話だけ。

私自身は、自分の意識が鮮明ではなくなって、医療技術だけで生かされている状態になったら、もうそれはやめてくださいと言おうと思っているし、家族にもそう言ってます。しかも、財政審の委員を10年もやっていて医療費の増大のことも痛切に感じているなかで、個人的な感情としても自分が誇りをもって生きていて、死ぬときもやっぱり誇りはもったままで死にたいなど。単に機械に生かされている状態になったのをみんなに見守ってもらえてうれしかったら、私はうれしくない。それより死んで天国からみんなを見守っているほうがずっといいと思うのが個人的な感覚です。

それと、娘と母が今、両方とも赤ちゃんになっている。娘は生まれたときから重症心身障害だから一生赤ちゃんなんだけど、母も平均寿命を超え

でもうすぐ89歳になるのかな。ここ数年、認知症の童帰りが進んでいたのが、もう完全に赤ちゃんになっちゃった。生まれてからずっと赤ちゃんの娘と、80歳過ぎて赤ちゃんになった母の両方を見ていて、家族だからものすごくいとおしいし生きていてほしいけど、じゃあその2人がベッドの上で、すでに家族の顔もわからない状態になって、なんらかの形でもコミュニケーションがとれる状態でもなくなって医療技術だけで生きているとなったら、私は冷たいと言われようがなんと言われようが、「止めてください」と言う。「本人は嫌と言えないじゃないですか」などと言われても私は「止めてください、いいです」って言うつもりでいるんです。そこは、私たち家族全員の共通認識です。

この家族全員の共通認識を社会全体の制度にと言うつもりはないし、人にそれを押し付けるつもりはないけれど、こういう考えの家族がいても、医療が逆に生きさせようとするようなシステムだったら、その意思表示はなかなかしづらくなっちゃうんですね。ですから、方向性としては誇りをもって生きて、誇りをもって死にたいという気持ちで絶対尊重するシステムがあってほしい。本人が「機械につながれても生きさせて」と言い残したり、家族が「お金をなんぼでもつぎ込むから



広田 和子 精神医療サバイバー

生かしてくれ」って言うのならそうする自由があってもいいと思うけど。私は、尊厳をもって死ぬということを中心に据えていただきたいなあと思います。

東：どうもありがとうございました。次に広田先生、いかがでしょうか。

広田：17年間、神奈川県警の現場を回って勉強したんですが、精神科救急のニーズが警察署の保護室、つまり泥酔者、酔っぱらいさんを保護する所にあるということを知りました。認知症の方の対応がとっても大変なんです、交番や警察は。家族が認知症のお母さんやお父さんがいなくなったことに気がついて、警察に保護願いを出しているのが簡単だけど。それこそ一人暮らしの方が、ある日突然、交番や警察に来て「私は誰でしょう」とか「家がどこだ」ってなると捜せないわけですよ。日本の交番は世界に誇る「ソフト安全装置」だと思います。どこかの経済誌で読みましたが、認知症の方のために警察犬を導入している。それが現実です、日本社会の。

警察の現場にいるときに、「税金泥棒だ」と言って来た人のお話を私が聞きました。お巡りさんに悪態ついたりしているから「認知症になっちゃうわよ」って言ったなら「認知症になってるよ」って。「じゃあ、認知症を予防するにはどうしたらいいの」って聞いたなら「結婚がいい」って。「明日にでも結婚相談所に行って」と言ったら、「じゃあ、あんたの携帯電話の番号を教えて」と言われたから「彼がいる」って言ったけど。それが警察の現場です。そのうえ、自宅住所や名前を忘れた認知症の人の対応で警察の現場は大変な思いをしている時代だっていうことです。

それで、1点目は医療の前に認知症の予防をしなければならぬと思います。昨年の四病院団体協議会賀詞交歓会にうかがったとき、塩崎厚労大臣が「中国と韓国の厚生大臣が、日本の高齢者医療制度に注目している」という話をされました。「日本の高齢化の加速が全世界」だということ

を改めて認識したんです。去年は田村さんという厚労大臣の肩をたたきながら「糖尿病予防大作戦の5兆円節約だけじゃなくて、うつと認知症もやって20兆円節約したら、消費増税しないで逆に1%は下げられるわよ」って話をしたんです。

そういう意味で、日精協さんにも予防に着目していただいて、山崎先生には業界で物議を醸すような「巻頭言」などの文章よりもWHOに行っただけの予防のお話をさせていただきたいと思います。

次に、日本のマスコミ、人をたたき報道ですよ。私は生活保護制度を使っているから「あの人は派手な格好して今日も出かけているけど、生活保護費の不正受給じゃないか」って言われる。マスコミも取材に来ましたけど、最終的には「応援しています」ってなります。人を密告して、「あの人はこうした、ああした」ってラベリングする、たたき。そういう地域では高齢者が安心して暮らせないし、社会的入院の仲間も安心して暮らせません。

多くの記者たちから「日本のマスコミにはジャーナリズムはないから辞めたい」と悩んでいる話も聞いたりします。記者たちはいろんな問題意識をもっていますよ。発行部数も落としている日本の新聞や、日本国そのものも危ういと感じます。日本の社会をドラスチックに変えていくその先頭に、マスコミに立ってほしい。マスコミが方向転換して「いつ、どこで、誰が、何をした」、そして時間をかけて「なぜ」という本来のジャーナリズムになる。それが最大の認知症の予防だし、自殺者を減らすことにつながると思います。今は報道がいろんな職場の人を追い込んでいますから。マスコミ報道が冷静にきちんとしたジャーナリズムになることが、高齢者にとっても大事じゃないかなと。

まず前段として医療に行く前に、いろんな国民階層に予防が大事だということ。そして警察の現場は認知症になった方の行き先捜しが大変です。私は服の裏側に郵便番号と名前を書いたらいいと

思う。住所を書いてしまうと、いろんな詐欺がはやってますから危ないですけど。ぱっとわかるような形にしなければ現場が大変という状態を、まずはお話しさせていただきました。

いずれも厚労省あげて、国をあげて予防ですね。中国や韓国といった、マスコミ報道によれば、反日の国が日本の高齢者医療制度に注目しているという話です。山崎会長、賀詞交換会での塩崎厚労大臣のお話、聞かれましたよね。厚労大臣と広田和子の見解が同じですので、要望ということをお願いいたします。

東：どうもありがとうございました。

飯島：私はちょっと、次元とレベルが違うのですけど…。

広田：それが面白い。

飯島：線引きしているわけではないけれど、老人介護とか、状態で言う認知症。このスパンで見た場合、心配なのは以前は老健施設への国の補助金が国交省から出ていたけど、今はなくなった。地域に医療を任せています。ショートステイの半分は状況によって老健の長期に移したりできるけれども、今はそれが無い。長が自治体だから、移させないでショートステイだけでなんとかやっていきたいというムードがあって。待機の家族って多いんですね、どこへ行っても。

広田：そうですね。

飯島：こういう状態のなかで、さらに次のステップで見ると、医学的に言ったら認知症かっているのは、僕は素人だからわかりません。うちの家内もこの頃物忘れが増えてきました。で、地域の人の自治体の流れを見たりしても、民生委員と日精協とか、そういった連結の行政的なパターンも考えるべきだと。民生委員の場合、場所によっては名誉職のような状態にいるんですね。本来の活動は、昔だったら民生委員の場合、保護士もそうですが、取り扱い件数はどのくらいかということなんです。単なる年数じゃなくて、どのくらいいろんな事例にタッチしたかで、厚生労働大臣表彰、

褒章、内閣総理大臣賞があるんですけども。今はなんだかよくわからない状態になっています。認知症、徘徊、そういうのを考えると、民生委員との連結、連動とそれに対する助成金ですね。民生委員は予算がないですから、違った意味のバックの施策が必要じゃないかなと、この頃感じるんですよ。

東：どうもありがとうございました。高齢化社会における社会保障のあり方を考えた場合、終末期医療と密接に関係してくる話だと思うのですが、山崎会長、その点はいかがでしょうか。

山崎：はい。実はもう、社会保障制度は破綻していると思っています。

先ほど、とにかく予防というお話でしたが、人間の生命は永遠ではないわけですから、予防しても30年か40年後には病気になる。だから、予防というのは口実というか、問題を先送りしているだけの話で。その高齢社会がもっと高齢化、超高齢社会になったらどうなるかという話は、怖くて誰もしようともしないんですよ。

また、地域包括ケアといいますが、田舎の高齢化が終了した社会では地域包括ケアは成立しません。若い人はいなくて大部分が老人としたら、地域包括ケアをどうやってやるのでしょうか。地域包括ケアは官僚が考えた知恵だと思いますが、一時の言い逃れの気がしています。

最近の精神科医療を見ていると、認知症の患者さんや終末期の認知症の患者さんで体も弱っているけれども興奮がすごい人は、だいたい一般病院や施設では診きれなくなって精神科に来るケースが非常に多くなっています。しかしこのような、認知症患者さんも地域包括ケアですよ、ときれいな事を言っている一方で、重症化した認知症患者さんは、最後は精神科病院が合併症を含めて終末期を看取っていかないといけない、というのが現実です。しかも精神科は単科病院が多いので、合併症を含めて診ていくのは会員病院の先生方の負担になっています。



山崎 學 日本精神科病院協会 会長

また、両親の介護をするために離職する人が年間10万人ぐらいいます。その労働現場から離れていく10万人のうちの8割が女性です。また、65歳以上の方は比較のお金を持っていると言いますが、65歳以上で4,000万円以上の財産や遊休資産のある人は17%ぐらいで、反対に300万円以下の人は13%もいます。同じ高齢者であっても非常に格差が出てきているなかで、国民年金は月6万円ですし、一方で厚生年金や企業年金をもらっている人は15万円から40万円ぐらいもらっているといった、同じ高齢者であっても所得差が国民の中で出てきているのは、これからの社会保障制度を考えると、非常に大変な問題になると思います。

また、後期高齢者の負担を増やすという話があります。用意した資料『高齢化の進展と労働力人口比率の推移』(図1)の右側一番下に、1人当たりの医療費と国庫負担の金額が出ています。後期高齢者の負担を2割、3割にするということは、その高齢者になる前の1割負担に加え、後期高齢者になってから2割負担とすると、負担額が10倍ぐらい違ってきます。たしかに医療費としての保険料に使うんだから負担しろという話はわかりませんが。高くなった分の負担も増やすというのは、高齢者の首を締めるような話になるような気がし

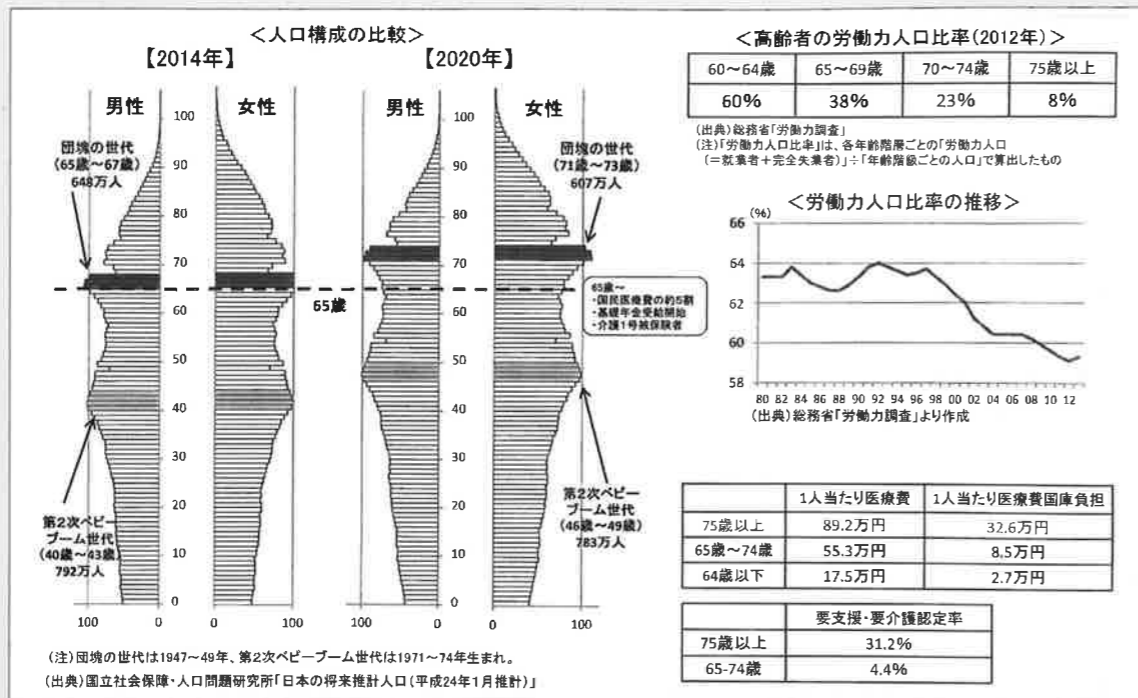


図1 高齢化の進展と労働力人口比率の推移

ますが、そのへんはどうなのでしょう。

東：丹呉先生、いかがでしょうか。

丹呉：山崎先生がおっしゃったように、今、高齢者といってもいろいろです。逆に若い人から見れば、高齢者にはやっぱりそれなりの負担をしてほしいと。所得などが少ない方は、それはそれで別途の方向で。年齢で一律に2割、3割ってことじゃなくて、所得に応じてある程度考えていくと。

山崎：そうですね。今年10月から始まったマイナンバー制度で、ある程度の所得の概算が捕捉できるのでしょか。

丹呉：介護報酬の改正で、今年8月から1割負担が2割負担になったし。それから、意識的に夫婦で所得を分けている人は世帯合算で見るとかです。それをいわば補強する手段として、マイナンバーが入ってきています。それでないと、若い人から見て非常に納得ができないシステムになっ

てしまうんじゃないかという気がいたします。

山崎：ただ、遊休資産に応じてその負担をするとしても、田舎の不動産なんか売れないですよ。

丹呉：それはそうです。

山崎：「買ってこれ」って言ったって誰も買ってくれないのに、「あなたは3,000坪も土地を持ってるんだから負担しろ」って言われてもね。

丹呉：そこはもう本当に、実態に即して金融資産を中心に見ていくということ。不動産は現金化できたときには、それはそれですけど、形で3,000坪持ってるけど売りに売れないのであればゼロに見るってことです。

竹中：でも、マイナンバーは貯蓄は申請しなかったらならないんですよ。

丹呉：とくに、医療はこれから変えていかなくちゃいけない。それは合意を得てですね。裕福な方と、そうじゃない方と同じではおかしいです

し、現場では先生方もそう感じていると思います。

飯島：診療報酬のあり方をまったく変えるってことはしないのかね。普通の病院だと2カ月ぐらいで「出てもらいたい」、3カ月経ったら「もう冗談じゃないよ」「ちょっと病院で預かりたくない」とは言えないけど、そういうのがあると思う。精神科は、相当長期にわたって診なければいけないケースが多いですよ。

山崎：精神科の病院は半分が特定入院料という医療費が包括になっていて、入院基本料のように段階的に落ちていく病棟が少ないんです。だから、単価は安いのですが長期入院にも耐えられています。入院基本料を中心とした一般病院の場合は1週間ごとに点数が落ちていって、2カ月過ぎると入院費が当初と比べて半分ぐらいになりますから、3カ月で退院させて、新しい報酬の高い患者さんを入れようという話になるのは当然ですよ。

飯島：2040年にかけて、全国の896の自治体が人口減で消滅しかねないそうです。出産可能な20歳から39歳の女子の人口減少率が5割を超えると消滅可能性自治体になる。住むっていても、不動産はただでもいらぬという地域が多いですよ。今は、好きなだけ持って行ってくださいって言われても、いや結構となってしまふ。

今、本も売れているけど「下流老人」と言われる、実質資産が少ない方がいますが、これで認知症になったらもうやりようがない家庭が増えてくる。都市の集中化における行政のあり方と、超過疎化になった状態のあり方はまったく違うんですね。とくに、老人だけになり面倒をみる人もいない自治体がどんどん増えてくるというわけ。これに対する都市部の政策がまったくずれた状態で、機能的にどうやって連携をとるかがものすごく大事な状態になっている。

丹呉：最初に飯島先生がおっしゃっていた通り、今の診療報酬で不十分なのは患者さんが治ったところには点数が付かないことですよ。だから、

要介護度が低く、いろいろ努力されてよくなったところにはボーナスポイントじゃないですけど、トータルとしての長期的な医療費がかからなくなるような治療等々していただいて、それを本来評価したらいんですけど。

山崎：平均退院日数を短くすることに点数を付けているんです。反対に、治らないで長期入院になっている人をどんどん低減で下げていく評価の仕方もおかしい。その一方で、病院が恣意的にお金を稼ごうとして長期入院させているという性悪説で語られますが、長期の患者さんは退院できないから長期入院になっている人はずですよ。それを恣意的に点数を下げるから、さっきの話のように半ば無理矢理退院させることになっちゃうんですよ。

丹呉：それはむしろ、医療界からこういうふうにするにいいという提案を出していただければいいんですけど。たしかに一方で、意識的に無理に入院させているところもデータで出てくる。本当にいいところにはきちんとメリットを与えるという話はなかなか聞かない。

山崎：それと、財務省の資料のように、同じ疾病で医者にかかっている都道府県によって倍ぐらい診療請求が違うのもおかしいですよ。

飯島：篠崎さんが厚労省障害保健福祉部長の時



飯島 勲 内閣官房参与

代は、厚労省のドクターも結構頑張っているときで。篠崎さんとは別な厚労省キャリア官僚の精神科ドクターに聞いたの。「あなたは何人ぐらい、患者を治したの?」と。本人の提示は3人。でも本当はゼロなんですよ。「治った事例は何があるの?」と聞いたら、患者が「寝れない。寝たら死んじゃう」と言うので「寝たら大変だ。じゃあ、絶対寝ちゃ駄目だ」と言ったと。2日後に患者から「寝てしまった」と電話があったから「君は死ぬ。駄目だ、そんなことでは。3日寝るな」と。そして「寝ても大丈夫じゃないか」と言ったら治って。本当に治ったのかどうかはわからない。

中国地方から異動で厚労省に来た精神科の幹部キャリア官にも聞いたら、患者にすごい気に入られたと。異常なほど。ストーカーみたいに東京まで出てきちゃうから困っちゃったって。そりゃ治ったとか、よくなったとは、はっきりいって言えないと。そういうことを考えると、精神科の先生と患者自身がどれくらい信頼関係を構築するかによって、社会状況って相当変われると思うんです、家族じゃなくて。

広田：医者との信頼関係ですか。

飯島：認知症の場合はしょうがないけれど、統合失調症は一生懸命やる気があれば、1つの精神的な…。家族は心配しても、その患者自身が、どういう精神科のドクターと…。

広田：出会えるかで違ってくると? そうですよ。

飯島：ドクターとの信頼関係があるかどうかによって、まったく落ち着きや症例が違うと思うんですよ。単に薬だけで抑制して持続させるのがいいのかというのも問題だし。一番心配なのは高齢者問題の前に、社会的な事件を見ていると、統合失調症みたいな方がいろんな事件を起こしている。本当に増えているんじゃないかなと、僕は心配なんですよね。そこまでウイング広げて、業界というか日精協でフォローするとかしないと。政策の進行とは別にね。

広田：信頼関係はとても重要ですが、ちょっといいですか。

東：どうぞ。

広田：新聞で読みましたけど、外国人の女性が家庭内の介護や家事サービスで受け入れるって。

山崎：特区申請。

広田：特区申請? ちょっとよくわからない…。

山崎：大阪と神奈川で施行予定です。

広田：そういう制度をやるんですね。今、滞日外国人の女性が横浜伊勢佐木町通りを闊歩(かっぱ)してるんですよ、日本人より元気に。この間もフィリピンの人と英語でちょこっと話をしたら「ここはインターナショナルストリートだ」って。ルーマニアの人に聞いたら「日本は世界一安全だ。日本の男性がターゲットだ」と。日本は自衛隊とか海上保安庁とか米軍さんとか警察など、いろんな制服組の犠牲の上に成り立った平和や安全があります。日本の安全に憧れて来日して、結婚して子どもができたなら、子どものために離婚しない。「ノット・セパレーツ、ロング・ロング・タイム・ハッピー・アイ・ホープ」ってハグしたんですけど。

そういうカップルもいるけど、永住権目的の女性たちもいます。今、日本の若い男性が女性に声をかけられないんです。背景はストーカー規制法です。これは、一昨年ワシントンで「日本はどうなっちゃうの?」って、みんなに聞かれました。飛行機で会った在米19年の女性にも、「このまま日本のたたく報道が続けば、日本が危うい」と。「なんで逗子ストーカー殺人事件のことをあんなに騒ぐの。あれは女性がメールアドレスを変えればよかったのに」「アメリカにはストーカー規制法がない。何か起きたときには刑法でやる。アメリカの女性は、覚悟をもって警察に電話をする。現行犯逮捕みたいになりますから」って、海外にいる日本女性たちが、日本を非常に危ないって気にしておられるわけですよ。ストーカー規制法で若い男性が女性に声をかけられない。その隙間を

縫って声をかけているっていうか、それをターゲットにしている滞日外国人がいて、そこでめでたく永久に幸せならいいんだけど。永住権目的の場合にはDV法でカードを切りますが、ほとんどの相談機関から警察に至るまで、男性側が不利ですよ。女性側が主役だから。パワハラ、セクハラ、ストーカー規制法、DV法、輝く女性とか。いろいろなものが多いと私は思いますけど。

逗子ストーカー殺人事件にしても犯人の男性がうつだったと週刊誌で見ましたが、「あれは無理心中だと私は思う」と出演したラジオ NIKKEI の番組で発言しました。自殺に追い込まれている。社会問題化していることを、ぜひご承知いただきたい。

飯島：千葉のマンションだけど、認知症に近い夫婦のお子さん、女の子ですが、ダウン症なんです。旦那1人がよぼよぼして歩いているのを見ると、いたたまれない。隣の江東区では、夜中に子どもが「ウワー」って叫んだり、物投げたりするって。これは明らかに精神的におかしいわけですね。地域の連携をとって、傷害事件を起こさなくても警察官だったら精神科病院に連れていって、収監とか措置ができるのであれば、措置入院ですか? 措置入院と現実の問題は、相当乖離していると思う。そこらへんが一番大事な。私の姉と妹と弟、高齢者で知的障害なんです。

広田：そうおっしゃってましたよね。

飯島：今、妹は施設だから助かる。ワーってなったり、独りでペラペラしゃべって歩いたりとか、僕はおかしい予兆はあれだと思うんですね。その手当てにすぐ対応できる地域のシステムが何もないような感じがする。

広田：でも、それが行き過ぎると予防拘禁になります。私もおかしな人ですよ、とてもね。若い頃、会社に出勤しようとしたら火事があって、遅刻しても火事を見ていこうって、そういう人ですから。おかしな人だけどそれは個性です。そのおかしさは治療対象じゃない。警察の現場じゃない

ところでも相談という形でいろんな方にお会いしたけど、大声出すにも背景があったり、暴れるには暴れるなりの理由があるって言った人もいたし。そういうことに丁寧に向き合うことです。

飯島：素晴らしい議論、素晴らしい政策うんぬんの前に、宝くじ協会とかいろいろありますけど、助成金をもらって「こういう状態だったら相談に来なさい」みたいなチラシを日精協が作成して、医療機関、役所も巻き込んで全国にまんべんなく送ってはどうか。うちの女房はもしかしたら認知症のスタートかもしれないと感じたときに、そのチラシに記載された窓口に行き相談する機会、判断の1つのヒントを得るチャンスになると思うんですね。

広田：奥様が?

飯島：判断の物差しが書いてあるそういうチラシを、紙1枚でもいいから作って、実際に各方面と協力しないと。早くしないと超高齢社会になる。うちの女房ね、後期高齢者の仲間入りをしたわけですよ。

広田：どこにお住まいでしたっけ。

飯島：千葉県。幕張ですけどね。そのくらいのことをやってもらいたい。

東：はい。染矢先生どうぞ。

染矢：その高齢化と社会保障というところの話、少しいたします。山崎会長に用意していただいた『高齢化の進展と労働力人口比率の推移』の資料に、2014年と2020年の人口構成の比較が載っています。2020年はまだ第2次ベビーブームの方が労働力人口としてこれだけいるので、まだなんとかなりそうな感じがしますが、問題はこの20年後の2040年代となったときです。超高齢者の人口は今と同じような一方で、65歳より下は著しく細っている社会構造になったときに、社会保障費をどうやって集めて65歳以上の方々の社会保障費に使うかっていうところが、市民感覚として大変不安に思うところです。こういった議論というのは丹呉先生にぜひおうかがいたいんで

- 今後、2025 (H37) 年には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり、75歳以上人口の急激な増加が見込まれる。
- 75歳以上人口は、65~74歳人口に比べて一人当たりの医療費・介護費が高く、さらに、一人当たりの国庫負担で見ると、医療で約4倍、介護で約9倍と大きく増加する。
- 社会保障制度改革は、国民皆保険を維持するため、団塊の世代が後期高齢者になりはじめる直前の2020 (H32) 年度までに受益と負担の均衡がとれた持続可能な制度を構築することを目的として進める必要。

	全人口に占める人口数及び割合		医療 (2011年)			介護 (2012年)			
	2012年	2025年	国民医療費に占める割合	1人当たり国民医療費 (64歳以下:17.5万円)	1人当たり国民医療費国庫負担 (64歳以下:2.7万円)	介護給付費に占める割合	1人当たり介護給付費	1人当たり介護給付費国庫負担	要支援・要介護認定率
65~74歳	1,560万人 (12.2%)	1,479万人 (12.3%)	21.6%	55.3万円	8.5万円	9.7%	5.0万円	1.4万円	4.4%
	▲約100万人					約4倍		約9倍	
75歳以上	1,519万人 (11.9%)	2,179万人 (18.1%)	34.0%	89.2万円	32.6万円	87.9%	46.1万円	13.1万円	31.3%
	+約700万人								

(注1) 国民医療費は患者による自己負担額を含むが、介護給付費は利用者による自己負担額を含まない。  
 (注2) 1人当たり国民医療費及び介護給付費は、年齢階別の国民医療費及び介護給付費(介護給付費は施設入居費用(福祉用具購入等)を除く)をそれぞれの時点の人口で除して機械的に算出。また、1人当たり国民医療費国庫負担については、それぞれの年齢階別の国庫負担額(75歳以上は4.8兆円、65歳~74歳は3.9兆円)を2011年(H23)時点の人口で除して機械的に算出。1人当たり介護給付費国庫負担については、2012年度予算における介護給付費の国庫負担額の割合を乗じて機械的に算出。  
 (出典) 2012年(H24)の人口は総務省統計局「人口推計(24年10月)」、2025(H37)年の人口は社会保障人口問題研究所「将来人口推計」、国民医療費は厚生労働省「H23年度国民医療費の概況」、総務省統計局「人口推計(23年10月)」、介護給付費及び要支援・要介護認定率は、厚生労働省「介護給付費実態調査(H24年)」、総務省統計局「人口推計(24年10月)」。

図2 年齢階層別(65歳以上)の医療・介護に係る費用等

すが。将来ビジョンとしてどういう可能性があるのでしょうか。

丹呉:おっしゃる通りで、人口についてはいろいろあるデータの中で長期的なことが最も確実に見通せるデータですから。染矢先生がおっしゃったように、2040年をもっと下まで細っていくだろうということは間違いないのでね。厚労省なども多少は試算をしていますけど。今、内閣として2020年ぐらいまでしかしっかりやってなくて。社会保障全体としても、本当に大変になると思います。数字的に言わないとなかなかピンとこない。ちょっとグラフだけ見てどうなるんだと。たとえば、給付水準は同じだとするなら、保険料を何割カットしないと間に合わないとか、保険料はどのぐらいにしないと難しいというような話を厚労省がきちんとしないと。ある程度、数字としては作

れるはずなんで。すでに人口のグラフぐらいはありますから、今の制度を前提にしてどうなるかっていうものを本当は作らないといけないと思うんですけどね。率直に言うと、大変ショッキングな数字になると思います。

山崎:丹呉先生がおっしゃるように、2025年の対比用は作るんですよ。ところが第2次ベビーブーマーが後期高齢者に入る2048年の表は、怖くて作れない。

広田:何歳から? その後期高齢者って。

染矢・山崎:75歳です。

広田:年齢で縛った生き方を国が決めることなのに。それこそが認知症へのエレベーター。

飯島:2040年問題って、それは恐ろしくてびっくりしちゃうけど。

山崎:2048年の問題は、怖くて言い出せない

んですよ。

染矢:そうです。あと30年後は恐いことになる。

飯島:たとえば、今のモンゴルみたいになるとね…。

広田:どういうことですか?

飯島:領土が広い。で、消滅する自治体が増える。モンゴルの場合、都市化集中で国民の80%以上、90%ぐらいがウランバートルの都市に入っている。遊牧民がちょこちょこで、あとは都市ヘドンドコ来ている。ああいうイメージで考えていたら、国づくりの政策って対応できると思うんです。日本も今の2,000近い自治体がどう生き残るかを考えたら、これは大変ですね。1万人以下の自治体になったら、もう話にならない。

山崎:この前の日本創成会議が出したように、やっぱり数百の町が消えてなくなるのは確かだと思います。

飯島:そう。

山崎:労働力は減りますし、空き家はどんどん増えて空き家だらけになって、誰もいなくなる廃村が出現します。

丹呉:だから、それでも気づいたところはコンパクトシティにしようとか、少しずつ動き出しているんですけど。染矢先生がおっしゃったみたいに社会保障制度自体がどうなるかは、本当はもっと示していくべきで。厚労省ができなかったら内閣がきちんとやらなくちゃいけないんですけど。それは、なかなか政権にとっても、その数字を出したらどうなるのかを考えると…。それだったら日本創成会議みたいな、要するに第三者機関で先生方に集まってもらって、計算することはできるんだけど。

広田:今ここにいる人は、その頃に生きてるかどうかわからない。やれることはやったほうがいいんじゃないですか。

丹呉:国会議員で30代ぐらいの人に話すと…2040年って今から25年後ですからね。国会議員

が結構若くなってきてるんですよ。まさに自分たちのその時代ですよという、かなりみんな動揺して。

広田:申し訳ない、日本をこんなふうにしてしまつて…。

丹呉:今日、ここにいる方は違うから。

広田:ストーカー規制法の話やDV法にしろ、なくてもいい法律をどんどんこつこつと、警察の現場は大変だし、男は女に声をかけられない、女は結婚しない、外国の女が入ってきている、こういう現実をどうするのっていう時代ですよ。そういうところを何とかしないと。今、現に子育てをしているお母さんたちが胸を張れるような社会にするだけで、ちょっと変わるわけですよ。日本社会の未来のためにも。ひとりひとりの未来のためにも。

染矢:広田さん。ちょっと田舎の問題についていいですか?

広田:どうぞ。田舎でもどこでも。

染矢:山崎先生のお考えをうかがいたいことがあって。どうしても予防とか、地域包括介護とか、地域が、病院がとか、そういうスローガンやキャッチフレーズみたいなものが含まれてきます。私は新潟県医師会の理事をやっている、今、医師会で何が一番ホットかという、地域医療構想や地域包括ケアと訪問介護をどうするかという問題、





どういう構想を創るかが本当にホットなんです。新潟市ではそういう構想がある程度できて、たとえば魚沼市とか…、県北とかそういうところを考えると、それこそ訪問する人がいないとか、訪問しても家族にキーパーソンがなくて。老々訪問でキーパーソンがなくて、どうしても施設入所とか入院が必要なんだけど、財政的な問題が大きくて、そういう構想が描けない。全部地域に、というのが今の体制や流れになっています。山崎会長はそういう問題を恐らく真剣に考えておられると思うので、どういったビジョンを今、検討中なのかお聞かせいただけますか。

山崎：介護保険をつくったときに、してはいいなかったことが2つあると思います。

1つは、法律をつくりたいがために低い介護度まで介護保険でみたということです。軽症の家事手伝いや洗濯までも保険でみるとか、サービス付き高齢者住宅を建てさせるがためにデイサービスを併設して、家賃を介護保険で負担するとか、そういう仕組みをつくったことがそもそもの間違ひだったと思います。

もう1つは、営利事業者を入れたのがいけなかった。株式会社は儲けて配当を株主に還元するわけですから、当然、利益優先になるわけです。その株式の配当をするために従業員の人件費を削るわけですよ、当然。だから介護者の人件費が全然上がらないという状態があって、その上に介護保険の点数も社会主義国家と同じように統制経済になっています。

新聞報道で介護士の賃上げをしると言いますが、介護保険点数が上がらなければ賃上げする原資がないのであって。医療費もそうですが、今度もマイナス改定が予想されるなかで現場で頑張っている医療従事者の給料を上げられない訳で、政策に一貫性がありません。丹呉さん、その件はいかがですか？

丹呉：山崎会長が言われたように、介護保険の最初のやり方に問題があったというのは、今と

なってみればたしかにそうですね。最初につくるときはいろんな意見があって、いわば賛成していただいたために、少しそういうのも面倒をみますと言ったんですけど。事ここに至っては、保険料を少しずつ減らしていかなざるを得ないと思います。

飯島：介護保険は、丹呉さんがちょうど主計官の時代じゃないの？ 税担当の。

山崎：外国の介護保険制度だと、日本の要介護認定でいうと要介護度3からが保険領域なんですよね。

丹呉：単身の高齢者はどんどん増えてきてるわけですよ。東京なんかは、単身の人は高齢者の3分の1以上。要するに、あとご夫婦だけの世帯を入れると6割ぐらい。

実は今、救急車って年間延べ600万台出動してるんですけど、60歳以上の方の呼び出しが6割ぐらいになってきて、どんどん増えてるわけです。

広田：6割？ 東京都で？

丹呉：いや、全国。

広田：全国で。

丹呉：当然、お1人あるいは夫婦2人で、夜中に何か起きたりすると心配だからすぐ救急車を呼ぶんです。

広田：なるほど。それが119の現実ですね。

丹呉：そうすると、受け入れ側は1分でも1秒



【総合司会】 東 司 日本精神科病院協会 常務理事

でもということになる。そこはコミュニティがしっかりしていれば、だいぶ軽減されるんですけど。単身が増えるってことは、社会の仕組みを少し変えないと。救急あるいは病院が生活の場になってしまうということなんで。それは簡単にはいかないんですけど。でも、本当にコミュニティがしっかりしてるところは、救急車の呼び出しも少ない。

東：高齢化社会の社会保障と終末期医療は密接に結び付いていると思うので、これから終末期の医療について議論していただきたいと思います。篠崎先生、先ほど安楽死についておっしゃっていましたが、そのあたりはいかがでしょうか。

篠崎：ちょっと追加しますと、終末期医療を考えたときに重要なのは、健康寿命と平均寿命ですよ。日本人の平均寿命は83歳ぐらいでしょう。健康寿命は72歳ぐらい。この間をどうやって縮めるかですよ。倒れたい人も、病気になる人も、認知症になりたい人もいない。予防ができたら一番いいでしょう。認知症だとMCI。軽度であればある程度予防できるんじゃないかという話になっていますね。75歳から急に対策したって間に合わないんです。若いときから生活習慣病対策しないとイケないわけです。だんだんいろんなことがわかってきていますからね。やっぱり自分が個人の努力で予防するのは、一銭もお金がかからない。これが一番大事なことです。

もう1つは、医療費でも介護でも、財源は保険料と税金と個人負担のこの3つしかないんですよ。お金が天から降ってくるわけではない。保険料を上げるのは反対でしょ、税金上げるのも反対でしょ。みんな反対しちゃうと、お金はどこからも降ってこないわけだから、給付の制限を考えざるを得ませんよね。

さらにもう1つ。さっき話した安楽死の話ですけどね。「母の身終い」という映画のDVDが出ていますよ、フランスの映画でね。ある意味では漠然とした話、オランダやベルギーの安楽死の話です。主人公が刑務所から出てきたら、母



篠崎 英夫 日本公衆衛生協会 理事長／  
国立保健医療科学院 名誉院長

親の脳腫瘍がどんどん転移しているのがわかって。「フランスは安楽死を認めてないからスイスにしよう」ということになるんです。スイスは州によって安楽死を認めている。そしたらスイスから人が来て、いろいろ全部やってくれる。お母さんは遺産があるし、息子には迷惑をかけたくないという、母親のけじめですね。それで、その息子が車を運転してスイスのすごい立派な別荘のようなところに行くわけ。そこでは死ぬまでにあまり時間をかけない。看護師さんが出てきて「着替えなさい」ってお母さんに言って、医者は「ジュースにしますか、注射にしますか」と聞くんです。そして「ジュースは何味がいいか」と聞く。毒物なんですよ、それを渡される。みんながいるところでお母さんはぱったり死ぬ。その現場は写さない。その後、裏口から霊柩車がそっと出ていく。それで終わるんです。あれを見たらちょっと怖いかな。毒物だけに、何がどうなっているのかわからない。その映画のDVDが今出てるので、ぜひ見たほうがいいですよ。安楽死の現場ってことですから。

広田：それが普通の安楽死なの？ 毒を盛るのが？

篠崎：どう考えても自殺ほう助になる。

広田：そうですね。

篠崎：オランダの死因で安楽死が一番多いのは、昔はがんだったのに、今、認知症なんですってね。

山崎：私は巻頭言『そろそろ本音で死を語ろう』に終末期のことを書きました。スウェーデン、オランダ、フランスの死に場所について触れています。スウェーデンで病院死が42%、施設死が31%、自宅死が20%。オランダは病院死が35.3%、施設死が32.5%、自宅死が31%、フランスでは病院死が58.1%、施設死が10.8%、自宅死が24.2%、その他が6.8%。

日本では病院で亡くなる方が81%で、施設死が2.4%、自宅死が13.9%。施設死は少数です。施設が終末期を看ないで、救急車を呼んで病院に搬送しているのです。

丹呉：それは、施設で死亡報告書を書けないからでしょ？ お医者さんがいないと駄目ですから。必ず病院に連れて行かなくちゃいけない。

広田：訴訟が起こるから、後で。

丹呉：そこは少し変えていただければいいんです。老年医学をやっている方にも聞きましたら、やっぱり死亡報告書は書けないので、病院に連れて行かなくちゃいけないと。

山崎：病院に来ると、多くは救命が延命になってしまいます。

丹呉：そう。おっしゃる通りです。そこはぜひ、医師会やなんかで、そういうことについて議論し



ていただきたい。山崎会長の問題提起はまったくその通りだと思うので。

山崎：そうですね。

東：山崎会長は、日精協誌「巻頭言」の『勝手に死にたい』で、リビングウイルを65歳で行うべきだと述べられていますよね。

山崎：リビングウイルを義務付けて、それを保険証に書けるようにして、リビングウイルを反映した終末期医療をするような仕組みを提案しているんです。

丹呉：もう、大賛成です。知り合いの人たちに言っているのは、年金を受給するときに自分の終末期医療はどうするか等々を一緒に書けと。

山崎：年金でもいいですね。

丹呉：さっき竹中さんが言われたように、自分の考え方をいつか表明していただかなくちゃいけないんですね。しかし、なかなか聞く機会がなくて。私の友人なんかも、まだ俺は元気だから、そのへんは必要になったときに書くて。ところが、必要になったときにはもう書けなくなってますよね。

山崎：最近の終末期は、本人の意思じゃなくて家族の意思になる傾向があります。

丹呉：だから、家族のいる前で書けばいいんですよ。

山崎：そうです。保険証が何かに転記できるようにしておけばいい。

丹呉：そう。1つは、そのきっかけをちゃんとつくってあげないと。山崎会長の書かれた「巻頭言」『勝手に死にたい』にもあるように、延命のみを目的とした医療を行わずに自然に任せてほしいという希望者が91%いるのであれば、これを実現する仕組みを考えたらいいと思うんですけど。そこは、強制ではなくて自分で考えて出してくださいっていう。

広田：自分でね。

飯島：何にサインするんだっけ。

丹呉：今は紙でもいいんですよ、普通の紙で。



そこにきちっと書いて、自分の名前を飯島勲さんって書いて、奥さんやお子さんの名前を書いて、要するに確認しましたっていうことでオーケーなの。だから…。

飯島：元気なときに？ たとえば、どういう機会に書くの？

丹呉：いや、だから…。

山崎：なかなかそういうのを書けていっても、体が元気だと書かないですね。

丹呉：そうなんですよ。何かの機会に…。

山崎：おっしゃるように年金受給時とか、そういうメモリアルデーに全部統一したほうが、僕はいいと思っています。

飯島：そうだ、保険証の裏に臓器移植の意思表示があるよね。

広田：セットで。

丹呉：そうです。臓器移植もあるんですよ。

飯島：あれは入っているよね。

丹呉：日本尊厳死協会に入れば、一応そういうのを書くことになってるんですけど。わざわざ入

らなくても、家族集めてね。

飯島：何か月に1回か保険証が来るんだけど、ああいう機会に…。

山崎：国民年金法を改正して年金受給するときの申請書類にそれを添付するとか、そういう義務付けはできないんですか？

丹呉：法律の話はさっき言ったようになかなか…。超党派でぜひ議論していただきたいと思いますが。その前に、ぜひ病院団体や医師会から率先して議論していただいて。

広田：私は現在、年金と生活保護で、子どもの頃から貧しい生活ですが、その貧しさを楽しんでいる性格ですけど。私の母の弟であるおじは兄との関係がすごく悪いです。あるとき内閣府の総合福祉部会に出ていたら、一番貧乏で一番忙しい私に病院から呼び出しが2回ありました。1回目は「退院後、人工呼吸器を付けなければ生きていけないのに嫌がっているから、本人を説得してください」って。先生に「インフォームド・コンセントはしてくれましたか？」って聞いたら、「こ

れからします」って言うから、「医者がまず、わかりやすく丁寧に言ってください」ってお願いしたんです。

2回目は集中治療室に入っていたときで、「機械を付ける」って言うから、「生活保護ですけど」って言ったんですよ。大きな声で「生活保護費の半分は医療費で、このおじは私のような貧乏で一番忙しい人が駆けつけて、誰も面会も来ないような人。生活保護で生かすんですか？」って。そして、おじがこんな薄情な姪に任しておけないとばかりに、口に当ててあったものをはぎ取って、ショック療法みたいな形になって生き返りました。医療現場は何親等かの家族を呼んでいますよね。民法との関係なのか知りませんが。その後、おじは退院して一人暮らしをしていました。

今日のお話の通りになったとき、日精協はそういう問題に皆さん関心があるのですか。そのぐらい大変ですよ、現場は。入院中のおじの病院に呼ばれた私は、生活保護のことに詳しいから、医者に「日本国は1,000兆円の赤字ですよ」って言ってますけど。今日の皆さんのお話、うまくいきますか？

飯島：やっぱり年金受給資格を得るときや、マイナンバー制度も始まるんだから、いわゆる終末期の…。

山崎：リビングウイラ法案みたいなものを、議員立法でつくりたいのでしょうか。

飯島：施設が、これはもう最期だって思ったときにでも、延命治療をやるでしょ？

広田：そうですね。

飯島：最初は。なんびとも。

染矢：家族がいますからね。

飯島：家族がね。その延命治療をしなくていいというのは、医師としてあり得ないわけですよ、本来は。それをマイナンバーで管理できるようにすれば。

広田：そのときの延命治療費は誰が払うわけ？

飯島：それは患者と…。

広田：全額、家族が払うんですか？

飯島：払わざるを得ないでしょう。

染矢・丹呉・飯島：いや、保険で。

広田：だから赤字になるのよ。延命だけの人は全額を家族が出すべきですよ。

染矢：そういうことなんですよ。自由診療でやるとか。

山崎：前期高齢でリビングウイラを中途変更ありで書かせる必要があると思います。

飯島：手続きの運用ができるでしょう。終末期に意思表示ができなくなっても、マイナンバーがわかれば病院も活用できる。保険番号、マイナンバーがあるわけですから、データベースに入っていれば。そのときに家族がクレームを入れて「延命治療をやってください」と言われた場合にどうするか。

広田：全額を家族が負担できる人はいいじゃないですか。保険だ、生活保護だって税金投入したらますます借金が増えます。これ以上、子どもたちや若い世代に負担を残しちゃいけないと思いますよ、すでに財政は赤字。

東：伊藤先生、今議論されているのが事前指示という考え方だと思うのですが、そのあたりはいかがでしょう。リビングウイラを年金の受給時ないし後期高齢者になったときに書いておこうというのは、事前指示というお考えでしょうか。

伊藤：事前指示（Advance Directives）といいます。今のところ、ご本人が亡くなる直前の医療について事前に決めることを指すことが多いです。

広田：さっきのナミさんの話？

伊藤：そうですね。精神医療の領域では、ご本人の状態が良いときや悪いときがあります。終末期医療だけではなく、精神医療では、状態が悪くなってきたらどうするかを事前に約束をしていくという状況で活用されています。アメリカの一部の州では法律にもなっています。日本も先進的な組織ではいろいろな工夫をされています。

たとえば新潟県上越地域では、『にっこり手帳』

という認知症の手帳を作成して、ご本人と家族の了解の下に関係者との情報の共有をしています。この手帳の中に、ご本人の好きなものや、どうしてほしいかなどを書いておくようになっています。

当センター病院では、統合失調症への教育プログラムの一環で『EDICS NOTE』という患者手帳を開発して実運用しています。このノートの中に、「私の希望」と「お守りプラン」が盛り込まれています。ご自身の希望や、ご自身の調子が悪くなったときに、ご自身はどういうサインで気づくことができるか、そのときに自分は何をするか、自分で対処できないときに誰に助けを求めるか、といった内容をスタッフと相談しながら書いてあります。調子が悪くなったときは、このノートに書かれたことを参考にするというイメージです。

また、福岡県の牧病院で作成された『退院時シート』は、本人に関係するスタッフが集まって、本人と一緒に「退院後の目標はなんですか」と話し合っまとめるシートです。たとえば、ある患者さんはお父さんといさかかになって入院をする傾向があるため、退院したら、お父さんが今病気なので優しく丁寧に接してあげることが目標とされました。そして自宅でお父さんがカチンとくることを口にしたときは、お父さんになるべく関わらないように2階に避難すると決めて、シートに書いておきます。このように、対処法を事前に考えて退院をされていまして、ご本人と合意を得てつくるものになっています。精神医療領域では、終末期医療ではなく、いろいろと活用する場面が多く、事前指示にはかなりの蓄積があります。

なお、地域連携パスという、実施することを構造化・標準化する活動も進んでいます。地域連携パスを評価した「地域連携診療計画管理料」「地域連携診療計画退院時指導料」が診療報酬化されたこともあって、日精協の会員病院だけでも多くの病院で導入されていることが明らかになっています。



伊藤 弘人 国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

先ほどの『にっこり手帳』も『認知症に関する地域連携パス』です。認知症の地域連携パスについて、日精協の高齢者医療・介護保険委員会が作成した『オレンジ手帳』は特筆する必要がありますので、少し紹介させていただきます。担当理事である岐阜県にある大垣病院の田口真源先生を中心に開発がされ、全国に配布されています。そもそも、東日本大震災のときに病院が被災し、患者本人の診断・治療情報がまったくなくなったために、ご本人の治療に関する最小限の情報を手帳の形態でお渡しする活動から始まったと理解しています。これは日精協がリードして進めた素晴らしいお仕事だと思います。

その後、山崎会長や長瀬副会長をはじめとする関係者のご尽力で医療計画に精神疾患が入り、4疾病から5疾病になりました。そのために認知症の地域連携パスを手帳の形式で作成・運用しようという取り組みが全国に広がっています。先ほど飯島先生がおっしゃられた民生委員との関係では、手帳が公的組織や地域とつながるという観点から民生委員が関わる可能性も出てきています。介護関係者と共有したり、保健所職員と共有するという事例も出てきています。

広田：共有ですか？

伊藤：手帳は本人または家族が持っていますが、それを診療や介護の場面で関係者に見せるという方法で共有されています。関係者の連絡ノートの役割として機能している地域もあります。

広田：そのときのプライバシーの担保は？

伊藤：重要なお指摘です。基本的に、本人に同意を得て手帳を共有しているところが大部分です。先進的な地域では、本人・家族の同意を得て、手帳の一部の情報を匿名化してITでつなげる工夫を始めている地域もあります。個人情報をどこまで共有するかについては、一つ一つ課題を解決しながら取り組み始めている段階です。事前指示から少し広がり恐縮ですが、話題提供をさせていただきました。

東：はい、どうもありがとうございます。竹中先生は先ほど、自分が終末期になったらこのようにしてほしいと家族の方とお話しされていると言われていましたが、何か文章にはされているのでしょうか。

竹中：いえ、特段文章にはしていませんけれども、家族で話し合いをしているので、いざというときにはその気持ちを共有しているだけです。でも皆さんのお話のように、あるタイミングに自分の終末期医療に対する意思を明確に残しておきましょうという国民運動的なことは、もう始まるべき時期だと思うんですね。そういう意味で、それが年金取得時であったり、後期高齢者になったときであったり、あるいは今回のようにマイナンバーのような中にそういう項目も入れて。マイナンバーっていろんな情報を詰め込むことができるじゃないですか。しかもプライバシーは守られるって前提で発行されるものですから、ああいうものに意思を表明する項目を入れることはありなのかなと。

それと、先ほどから話が出ているように、あれもしてほしい、これもしてほしいけど負担は嫌っていう、典型的なところがあって。財務事務次官までされた香川俊介さんが殉職的な亡くなり方を

しましたけど、やっぱりみんなで公平に負担しようと思うと消費税しかないんですね。消費税の議論をまったく抜きに医療費や保障の話が進んでいくのではなく、常にこういう話のときには消費税の話も共に意見交換をするっていうか。

私自身は、娘が重症心身障害で国立病院で生活をさせていただいていますし、母の介護度も4ですから、ヘルパーさんだったりショートステイだったり、いろいろサービスを受けている。完全に肩車の家庭で、なおかつそれを税で支えてもらっているっていうのをしみじみ実感してるんですね。だから、「チャレンジドをタックスペイヤーにできる日本」を私がキャッチフレーズに掲げたのも、保護されるだけの障害者じゃなくて、彼らもちゃんと稼いで税金を払えるようにという方向にしたのは、まさにその考え方が根幹にないと、もう日本の高齢社会は支えきれなくなると自分自身がものすごく切実に感じていて。現にそれによって生かされているというか、守られているんですね。恐らくそういう方はたくさんいらっしゃるはずです。たくさんの方が払った税によって今これを受益してるっていう。それを意識していない人が多くて。

広田：そうですね。

竹中：その受益に対して自分がなんらかの負担をするというときになって初めて嫌だっていう。だから国民的な感覚を変えるためにも、1つは今年度のマイナンバー制度をどう活用するかが大きなテーマなのかなと。ただ、私は総務省の情報通信審議会の委員を長いことやっていて、ちょうどそのときに住民基本台帳で失敗したという、すごいトラウマがあるのでね。

広田：たたかれた？

竹中：住民基本台帳は同じような発想だったはずなんですけど、結局、プライバシーがどうなるんだっていうのが問題で。あのときは社会的に影響力の大きい方が強硬に反対されたこともあり、ネガティブイメージになってしまって、結局失敗し



ました。

今度のマイナンバーはそこまでの反対にはなっていないけど、その分、逆にマイナンバーでできることをすごく狭くしたところがあって。私は国民全体で社会保障をどうするかを考える、終末期医療をどうするか考える、自分のときのことをどう考えるっていうようなことを自分の意思で表明しておくぐらいのことはできるのではないかと思うんですけどね。

飯島：おっしゃる通りですね。

東：朝田先生、そのあたりはいかがでしょうか。

朝田：私もなるほどと思ったんですが、年金の受給日にスタートとか、後期高齢者になった日とか、基本的にとてもいいアイデアだと思って聞いていました。私自身の経験ですが、最近、認知症になった資産家の遺産をめぐって、何年か前の遺言は妥当なものであるかどうかは今になってどうだったという依頼が来るんですよ。遺言を書いた日から、そのリビングウイルの是非をめぐって争う日までは下手したら20年ぐらいあるわけですね。そのときに、その人が心変わりしなかったか、ずっと一定だったかといった判断が非常に難しい。家族の立場によって、あのときからお父さんは変わったんだといった情緒的な話と、逆に公正証書

遺言みたいにがっかりしたものといった反対の局面があるわけです。ここでは日精協への議論として申し上げます。そうなってきたとき、この問題は精神科サイドの立場から、また精神医学的に考えねばならないところもあると思うんです。つまり認知症の専門医はわずかに2,000人足らずしかないんですよ。患者さんが500万人を超えているのにたった2,000人しか専門医がいない。この日精協が、そういう専門医に準じた制度をつくらせておられるんですが、それを合わせても数は知れています。そういうなかで、今おっしゃったような個人情報の担保みたいなものとは逆に、妥当性というか、本当に意思能力があってこのようなことを言っているのか、そういう面を裏打ちするような機能が求められるとお聞きしました。

東：われわれにちょっと宿題を与えていただいたような感じなんです。

広田：その認知症の専門医2,000人のうち、精神科領域は何人ですか？

朝田：おおよそ半分です。

山崎：ほとんどが神経内科の先生ですね。

広田：そうですね。で、総合病院に精神科の病床がないの？ さっき、それが問題と言ったたでしょ？

山崎：ここ数年間で総合病院の精神科が儲からないということで、1,500床ぐらい減床しています。今、精神障害者の合併症を治療する場がどんどん減っています。たとえば重症の糖尿病の患者さんが認知症になると、単科の精神科病院が糖尿病のコントロールもしなければならなくなっています。

広田：そうですね。

山崎：精神科病院で、糖尿病専門医がいないところでやるとなると、大変です。総合病院に精神科があれば、このような合併症に対応ができるわけです。

広田：総合病院の精神科が機能するには、精神科医療費の適正化ですよね。金子晃一さんという先生が新潟県小出市の救急医療を1人で担ったばかりに、デイケアのメンバーになってしまった。そのぐらい、担い手の負担が大きすぎるんですよ。

テレビでデイケアをたたいていました。デイケアとナイトケアに行くと1万円だそうです。かつての厚労省の精神障害保健課長が私に「デイケアとナイトケアで1万円ですけど退院したてのときは仕方ないでしょうかね、長いこと入院してたら。ご飯が出るし」という話をしたときに、入院治療も1日1万円と知りました。そういうことをドラスチックに変えなきゃいけないと思いますよ。いつも小手先ごちゃごちゃで、私が厚労省社会保障審議会障害者部会に15年間入っていても何も変わってないのね。社会的入院も出れていなければ、なんにも変わってない、根幹が。

「日精協みたいな悪いところになんて出入りしてるんだ」と言われるけど、「日精協が変われば日本の精神科医療が変わる」と聞いたときに、山崎会長から「アドバイザーボードに入って」と依頼されました。単純に日精協は“悪”，地域医療は“善”，地域福祉は“善”じゃなくて。さっきのナミさんのお話じゃないけど、精神障害者がチャレンジドになれる。社会的入院の開放、病床削減、マンパワーの充足、診療報酬の適正化など、日本の精神科医療全体がドラスチックに変わるチャンスにしたいと思う。

東：はい。どうもありがとうございました。今日は高齢化社会における社会保障のあり方から終末期医療まで、いろいろなお話をうかがいました。最後に山崎会長から一言お願いします。

山崎：これから社会保障のデザインを描くことは非常に大変なことだと思います。お話に出ていたように、より良いサービスは受けたいがお金は払いたくないという国民感情があるので、そこをどう折り合いをつけて説明して納得させて、社会保障費を持続可能な制度にしていくかということだと思います。これは大変なことですが、私も昨年、後期高齢者になりました。受給側に回りますので大きな関心があります。

東：皆様、長時間にわたり、ありがとうございました。

東：皆様、長時間にわたり、ありがとうございました。

東：皆様、長時間にわたり、ありがとうございました。

明けましておめでとうございます。

年明けにあたり、

日精協の活動を実地に支える常置委員会・日本精神科医学会を運営している分科会の活動を紹介、報告いただくことといたしました。

日頃の常置委員会・分科会活動でご多忙なか、それぞれの委員長をお務めの各先生にご執筆をお願いいたしました。

日精協のこれらの活動を知っていただき、身近なものとして一助になれば幸いです。

## 常置委員会・分科会の活動報告