

老人医療 NEWS



高齢者医療費の財源

日野病院

理事長 日野 頌二

発行日 平成22年9月30日
発行所 老人の専門医療を
考える会
〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5
シャトレ市ヶ谷2F
Tel. 03(3355)3020
Fax. 03(3355)3633
発行者 齊藤 正身
http:// ro-sen.jp/

していた。前首
相鳩山さんに至っ
ては「違法贈与」
で生計を立てて
いた。彼の収入
は、母親よりの
月額一五〇〇万
円。高額な「贈

与」であり、申告すれば五〇％近く
が課税される。民間人なら、億単位
の脱税は刑事罰が下る。脱税は反国
家的犯罪にもかかわらず、その重大
性について国民の認識は低い。

財源を求めて民主党は「税制調
査会」を定期的に開催している。そ
の膨大な資料のなかで、筆者（ある
いは、課税当局も）が注目している
のは、消費税ではなく、「贈与税」
と「相続税」である。鳩山前首相の
例であきらかなように「贈与税」は
把握が困難で、課税当局に徴税のツ
ルがない。「相続税」も同じである。
昭和五十八年、平成三年、平成
二十一年の千代田区神田の二〇〇㎡
の商業地に課された「相続税」の変
化が載せられている。二四一九万円
↓一億八九一八万円↓五九二万円。

バブルの時期を挟んで、相続税自殺
者がでたこともあって、税制も対応
した。結果、こんなに変わっている。
バブル時代に貯め込んだ実質資
産は二四一九・四兆円、金融資産は
一四一九・七兆円だそうだ。その七、
八〇％は六十五歳以上の高齢者が所
有している。しかし、この資産も個
人レベルでは掌握できていなくて、
一〇〇万人以上の年間死亡者の四・
二％しか相続税を納めていない。一
億円以上の資産家は一四・三％もい
るのに、である。

住基ネット（年金番号）を充実さ
せ、国民総背番号制にし、きちんと
徴税すれば、少なくとも見積もつても
一〇〇兆円の税収が上がるはずだ。
四〇兆円二五年間分になる。これを
見ても国家債務は大丈夫である。
大切なことは、高額納税者には勲
章を出すとか、賞賛方法を考えるべ
きだと思う。国家財政に貢献した人
を称える国民性を育成しなければな
らない。
ねたみ、やつかみではこの国難は
乗り切れない。

ここ二十年、日本社会は逼塞感
に覆われ、暗い時代は三十〜五十年
くらい続くような気配である。成長
を続けていた時代のリーダーは団塊
の世代だったが、子供や学生は幼少
より親に溺愛され、覇気を失った。
変革を試み、イノヴェートする意欲
が見えない。かつて、世界第二位に
届いた経済力も今では三〇位くらい
に低迷している。お家芸とされた自
動車、電化製品なども、韓国に置い
て行かれてしまった。わずかに「高
齢者医療・介護」で先を走っている

が、生産性のある分野ではない。
菅首相は「経済・財政・社会保
障の一体的建て直し」を唱えている
が、演説を聞いていては限り、市民運
動的発想が見え隠れし、一国のリー
ダーとしての自覚が伺えない。今回
の巻頭言は趣向を変えて、「高齢者
医療費の財源」について私見を書い
てみたい。財源とは徴収のことで、
どの税が上がっても同じことである。
小泉元首相に始まった首脳の脱
税が、国民の規律心を萎えさせてし
まった。彼は堂々と「幽霊社員」を

現場からの発言へ正論・異論

(69)

主張 その70

在宅入院制度の現場

いばらき診療所

照沼秀也

早いもので、私たちが在宅医療を始めてから十五年がたとうとしています。私が在宅医療を始めるきっかけは、霞ヶ関南病院の齊藤理事長の話がきっかけです。「在宅を回っていると、お昼近くになるとお料理の上手な奥さんがいて、カレーを出してくれるんです」という話がきっかけでした。

そのころ、大学の四年先輩の森先生が病院に遊びにきてくれて、「照ちゃん、そろそろおれも開業しようと思うんだ」という話になりました。そこで私は齊藤先生の話の思い出し、「これからの開業は、軽自動車で患者さんの家をぐるぐる回るんですよ」と、言ってみました。

すると森先生は突然立ちあがって「そんなのやらない」といつて帰ってしまいました。

数日後またふらっと病院にやってきて「照ちゃん、こないだのあれやってみる？面白そうじゃない」というのです。

それからは大変で、何やかんやとあわただしく過ぎ、半年後に在宅医療を始めることになりました。在宅医療をはじめると、教科書もまったくなく、聞く人もいない状態なのに気付きました。そこで毎日、仕事が終わると、二、三時間ああでもないこうでもないという話し込んだ思い出があります。

そこでできた大きな柱は「ヒーローのいない在宅医療」というテーマでした。国でいえば、古代のギリシャではなく共和制のローマです。また具体的には、二十四時間三百六十五日をどうカバーするかや、患者さんの安心感をどのよう

にして作り上げるかなど様々な現実的なテーマがほとんどです。話が熱くなつたときには朝方まで話し込みました。

次にできた大きなテーマは「いつかが必要だ」というものでした。このときできたシステムは、いまだに続いているシステムがたくさんあります。たとえば、タレントマネージャーシステムや芸能プロダクションシステム、ブリーフミーティングシステム、お花係りシステム、ポスレジシステム、などです。

全部数えたことはありませんが、当時、当直室の前に張ってあった紙には三十ぐらいのシステムがあったと思います。現在は消えてしまったシステムもたくさんあります。またその後に作ったシステムもたくさんあります。

最近では医師のライフバランスシステムや、主治医システム―チーム医療システムなど勝手に名前をつけて楽しんでいきます。最近つけた名前でも最も秀逸なのは「ホームホスピタリゼイションシステム」です。略してHHSです。

HHSは次回のホームページの更新に載せようと思っておりますが、在宅医療にある介護型の在宅医療と、医療型の在宅医療のうち医療型の在宅医療を動かす時のシステムです。在宅入院制度というのは何となく自分たちには合わないため、自宅の病院化システムを称してホームホスピタリゼイションと呼んでいきます。

最後に余談になりますが、フランスに在宅入院患者さんのインタビューに行ったときのこと、地元の新聞に集合写真が掲載されたのを見て、在宅医療を続けていて良かったかなど少し思いました。

こぼれること

湖山病院

院長 大和田秀穂

老人医療に従事している者として、
またリハビリテーション医療にも従
事している者として常に不全感を抱
いている。内省して考える。

自分が関わっている患者さんは常
に何らかの辛い症状や障害を抱え、
遠くない将来死を迎える。多くの場
合、医師が最期を看取ることになる。
そのようなときが来るまで私は患者
さんが幸せな最期を迎えられるよう、
十分に関わっていたのだろうか？答
えは否である。それは何故か。患者
さんと深く話し合いを続け、患者さ
んへの理解ができていないからであ
る。

人間はどのような環境に生まれ、
成長し、自分の人生を送ったとして
も、その人生はその人独自のもので
あり、他者には理解し難い思いや感
情を有するようになる。そもそも自
分とは異なる他者を正しく理解する
ことは不可能である。不可能である

ことを自覚しているからこそ、少し
でも正しい理解を心がけたいと思う。

しかし、現実はそのような誠実な
思いを裏切り、日々患者さんへの深
い理解に基づかない診察や看護師へ
の指示程度の心ない医療に終わって
いる。患者さんとの話し合いがやは
り少な過ぎるのである。患者さんと
の話し合いに深みがないのである。
今の医療制度のもとでは私の思いは
傲慢なのかもしれないが、時間がな
いだけではすまされない。

それほど遠くない自分の死を想像
すると、それまでの人生がどんなに
苦しく辛くても、死に近いつきから
死に逝くまでの時間が心安らかで幸
せであるならば、私は幸せな一生を
送ったといえるだろう。

自分がされたいように他人にもし
なさいというのはイエス・キリスト
の教えである。それが正しい教えと
は断定できないが、私はできるだけ

実行したい。だからこそ、死が近い
人に対して、また、重い障害を抱え
て生きている人に対して、その人の
心からの願いや希望を意識していな
いことまで表現してもらえよう努
めたい。

どうしたらよいのか？他者への深
い、より正しい理解ができるために
は、自分とは異なる他者の本当の幸
せを祈る優しい心が無意識的にも意
識的にも必要である。そのような心
は愛である。愛が意識的にも必要で
あるのは、愛は理性であるからであ
る。その上、心からの願いや希望は
死を受け入れていないときは正確に
自覚されにくい。

急性期医療においては救命医療が
中心になる。また、自宅に復帰する
リハビリテーションに関しても生活
動作のある程度の自立が求められる
ため、死の問題は先送りされがちで
ある。しかし、慢性期の医療におい
ては一般的治療と同時に死を受け止
めることが、患者さんにとっても医
療従事者にとっても必要なだと私
は思う。

医療の現場ではどうか。死を受け

止めることなく老いが進行し、口か
らの摂取もできなくなっても、なお
もっと生きたい人もいる。九十歳を
過ぎて、本来ならば自分の死が近い
ことを自覚していてもよいはずなの
に、それを受け止められないのだ。

そのような人は胃瘻造設され、経管
栄養により生命がある程度存続され
退院する。ガンが進行し、死が近く
なっているにもかかわらず、自分が終末期のガン
であることを知らされることなく衰
弱している患者さんも入院してくる。
そのような人に死が近いことを伝
えることは難しい。ただただ心優し
く、日々そのときそのときの患者さ
んの願いに応え、接することが必要
と思われる。以上の二人のような場
合、やはり死を意識して受け止めら
れていないというる。

まことに人は、死を未だ差し迫つ
てはいないと思いつつ、死に逝く事
実を受け止めて生きていないことが
多いと思う。現在の私の医療におい
ては「死に逝くこと」がこぼれてい
ることであると私は思う。

アンテナ

政治主導でも 政策未定

政治はある意味で言葉のバトルだ。

菅直人総理の政治哲学は「最小不幸社会」の実現だが「最大多数の最大幸福」と唱えたのは、ジェレミ・ベレンサムだった。このベレンサムを「ブルジョアの愚昧」と批判したのがカール・マルクスということになる。

鳩山由紀夫前総理は、祖父一郎氏を引き継いで「友愛」といったが、内容がわからず言葉が伝わりにくかった面がある。七〇年代に「弱者救済」ということで「年寄りも、子どもも、障害を持った人も、零細企業経営者も、そして農民も弱者だ」といったのは言葉の魔術師田中角栄氏であった。

多くの人々が為政者の言葉に反応するという意味でも、政治家の抽象的言葉は大切だ。ただし、言葉の後に明確な方向性や政策が示されないと、ただの犬の遠吠えになりさがる。

民主党が政権のリーダーとなつてから、かなり時間が経過したが、党内での権力闘争に時間を労費し、具体的制度・政策ができていないように思う選挙民は決して少数派ではない。

不幸を小さくするか、幸福を多数にするのかは、ニュアンスの差であるが、幸福を多数にするほうがポジティブで、最小にするのはネガティブに聴こえてならない。もちろん、医療や介護、子育てや就労に対して財源を投入する社会保障政策を強力に展開することが必要であることは議論の余地は少ない。

しかしながら、今不幸な人を救済するのか、放置すると不幸になりそうな人々に対してソーシャル・ネットを張りめぐらせるのか、それとも一人でも多くの人々に幸福であると感じてもらえる社会を創るのかといったような選択肢は、必ず存在するはずである。

児童虐待や若者の就労難のニュースに対して、なんとかしなければならぬと感じる人々が多いが、どうすればよいのかといったことについて

ては、正直よくわからないのだ。まさか、効果がありそうなら、かんでいいから、やればよいということにはならない。

多数の人々が、自らの意見を自由に主張することは、民主主義の基本であるが、自分勝手な意見ばかりでは、まともでないということになる。それゆえ、政治が意思決定しなければならぬ場面に直面するが、いつになつても選挙民の顔色をみて右往左往するようでは国のかたちを間違ふことになる。

果敢に意思決定する政治が求められているからこそ、政治主導が大切なのである。しかし、政治が常に正しいというのではないことは歴史が証明している。

それゆえ、多くの政治的意思決定は、責任とリスクを伴うのである。

内向きで、責任をとらず、自らの権限を手ばなさないという体質が、最近の官僚バッシングの根底にあるように思う。このような批判が、政治主導を唱える為政者に向けられるようになってしまふ恐れがある。

いいたいことは、為政者は他を批判するのではなく、果敢に意思決定し、責任とリスクを担って欲しいということである。政治主導でも政策未定では、世の中は動かないのだ。

医療や介護の制度・政策のゆくえは、政治の意思決定の結果でしかない。最小不幸社会を実現するのであれば、そのための明確な意思決定を示す必要がある。

医療・介護報酬をはじめ、医療・介護・子育て・就労の政策は、大きな社会問題であり、われわれは何としても対応する必要がある。この意味では、政治に依存するのではなく国民の一人として責任を担い、公共を守り、地域を創り、目の前の人々に貢献することが、重要であると感じて、当会は活動していく。

* へんしゅう後記 *

十一月二十七日(土)午後一時半より第三十四回全国シンポジウムを東京研修センター(新宿)で開催する。テーマは「医療と介護の絆を考えるⅢ 介護の現場から医療に期待する」。介護保険部会の審議状況も含め、各々の立場から見直したい。