ことしもまた、新たな縁（えにし）を結ぶ会 '11！

2011.4.23 SAT.　プレスセンターホール

13:00　開会

13:05 ～ 14:15

◆ 第１部　鼎談・認知症になっても住みなれた街で

認知症を地域で支えるシステムができているデンマークから・千葉忠夫さん

「認知症に、精神病院は不向き」と、訪問診療する・上野秀樹さん

認知症介護研究研修東京センター・永田久美子さん

14:15 ～ 14:45　♪ えにしむすびたい・む ♪

14:45 ～ 16:30

◆ 第２部　濃縮シンポジウム・医療と福祉の質と費用を考える

おひとりさまユーザー代表の社会学者・上野千鶴子さん

地域包括ケアを実践する・高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長の小山剛さん

口腔ケア世界一のまちづくりでスウェーデンから名誉博士号を受けた熊谷崇さん

在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク全国世話人・太田秀樹さん

最年少首長から、国保中央会をへて、社会保険診療報酬支払基金理事長の河内山哲朗さん

朝日新聞論説委員（社会保障担当）浜田陽太郎さん

「日比谷グリーンサロン」に会場を移して

17:00 ～ 19:45

◆ 第３部　トークセッション・さまざまな運命・さまざまな挑戦

恋のノーマライゼーション　べてるの家　伊藤知之さんと早坂潔どん

参議院議員川田龍平さん

福祉の町 鷹巣町の元町長　岩川徹さん夫妻

冤罪に見舞われた　村木厚子さん夫妻

検察のリークに引きずられなかった毎日新聞 司法キャップ・玉木達也さん

総合司会

永井裕之さん…国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム院生

藤原瑠美さん…国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム院生

縁……絆……縁……絡……縁……紡……縁……編……縁……網……縁……繋……縁……繰……縁……糺……縁

千葉忠夫さんの資料

認知症を地域で支える仕組みがすでにできたデンマークから

「生活の場」を「認知症ケアの場」にするために

デンマークでも、かつては大規模な精神病院や老人ホームに認知症高齢者を「収容」していました。それがどのように変わってきたのでしょうか？
『訪問看護と介護』（医学書院）の短期集中連載最終回「いま日本の認知症ケアに求められること④」（千葉忠夫さん監修・アザレアンさなだ施設長・宮島渡さん執筆）から抜粋しました。

■第 1 期：精神病院の時期（「病気」を診る非人道的治療の時代）

30 年前、大規模な国立病院がコロニーを造り精神病患者を収容して、社会から隔離していた。たとえば、ミドルファート病院の精神科には当時 1200 名（うち 800 名が高齢者）の患者が全国各地から集められ入院していた。①美しくて静かな環境、②規則正しく、③清潔、などに主眼が置かれていた。一方で個人の自由は束縛され、ベッドに縛られるなどの拘束や抑制がなされ、医師の診察が行なわれないこともあった。

このような高齢者や精神障害者の受けている非人道的な「処遇」を改善するために、「病気を診る」のではなく「生活をみる」改革が求められた。

■第 2 期：改革期（「病気を診る」から「生活をみる」時代へ）

立場が異なれば見方が変わる。若く活気のあった頃の姿や、混乱した様子以外の側面を数多く知っている家族などは、「好意的」な視点を持っている。一方、「問題行動」しか見ないと「敵意的」な視点しか持てない。そこで、身近な地域社会で普通に生活する場面で治療することが大切だと考えるようになった。精神科医が地域へ出向き患者を往診する仕組みが生まれた。精神病院に多数のベッドを置く必要がなくなり、診断と治療は自宅で行なわれ、病院のベッドにかかる支出を節約するといった一挙両得の仕組みが実現した。

■第 3 期：現在（認知症ケアを地域で）

「社会支援法」によって、病院が国から県の管轄に移管され、ミドルファート病院精神科のベッド数も、1200 床から、なんと 64 床（うち高齢者 8 床）に減少した。同時に、病院の職員（医師、看護師）が在宅高齢者のもとへ出向く「地域高齢者精神医療班」が組織された。

このチームは、保健省が認可するホームドクター（人口約 2000 人に 1 人）から紹介されて患者宅を訪問する（初回は紹介後 3 日以内）。重要なことは、第 1 に診断と判定、第 2 に知識を家族・知人・地域住民に提供することで家族支援と地域支援を行なうこと（治療の基盤を地域につくるという考え方）、第 3 に住環境や日常生活支援に基づく治療の選定である。

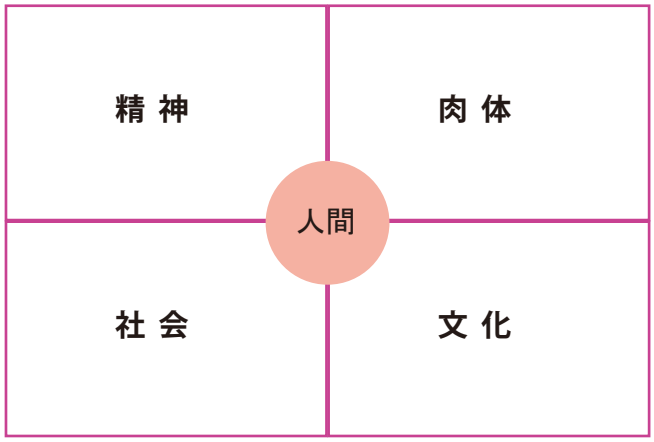
認知症の治療とケアを地域で展開する上で大切なこと

●異常行動の原因を探ることから

単純に「呆けた」と済ますのではなく、異常な行動に秘められた原因を探り、診断と判定をすることが重要になる。高齢者精神医療班は、7つの要因を挙げ、それらが個々あるいは相互作用によって精神疾患に発達するものと予測している。すなわち、①正常であるが他人から見ると何かがおかしい、感情が不安定な状態、②孤立して体験や刺激が足りない状態、③薬の副作用によって混乱している状態、④アルコール中毒、⑤主に身体に原因（膀胱炎など）があり落ち着きがない状態、⑥鬱病、⑦認知症である。

家族などから病気の進展状況やバックグラウンド（生活歴などの生活背景）についての情報を得たり、家庭医の血液検査、その他の身体的機能検査などの結果を踏まえた上で、医療班は、初回の訪問時にMMSE（Mini Mental State Examination；簡易精神機能検査）を実施し、認知症が懸念される場合は、CT検査などを行なうため医療機関が紹介され、精密検査を経て、大きく「アルツハイマー型認知症」と「前頭葉認知症」に区別される。

図　人間の4つの窓



「思考」から始まり「会話」から「行動」につながるアクティビティの展開

デンマークでは、「人間」を肉体、精神、社会、文化といった4つの窓（図）を持つ存在として捉える。認知症高齢者は、肉体・精神の窓以上に、社会・文化の窓の存在が大きいことが特徴である。これまでのケア方法がうまくいかなかったのは、高齢者の人格形成プロセスやそれらを取り巻く文化、経済、政治的な背景などに着眼せず、今起きている行動に対処うることしか行なってこなかったからである。意味のある刺激→思考→会話→行動のシステムをつくることが認知症のケアと言える。

まとめ

急進的な技術や知識を得るというよりは、基本的な事柄を丁寧に遵守し実践していると感じた。

例えば、デンマークの介護教育課程には、実習が多く取り入れられている。それは、「国の貴重な税金を使って人材を育成している」から、即現場で実践が可能な人材を育成する必要性が強調されているためである。実習期間中はもちろん、「なぜ、このケアを行なうか」を考え、実証的にケアを行なうことを徹底して教育される。

「説明のできないことはしない。だから、教育を受けていない者とチームは組めない」との言葉が印象的だった。

上野秀樹さんの資料

認知症患者への訪問診療に光明～徘徊、激しい怒り 劇的に改善

精神科病院に入院する認知症の人が増えている。しかし、認知症になっても今までの暮らしが続けられるよう、自宅や施設へ訪問診療をする医師がいる。家族からは「入院させるか、心中するかしかないと思っていた。家で介護できるまでになり、本当に感謝している」との声が上がっている。（佐藤好美記者）

千葉県旭市に住む原幸子さん（64）＝仮名＝は元看護師。しかし、昨年秋、同居の母、トミさん（88）＝同＝に認知症状が出始めると、親を殺して自分も死のうとまで思い詰めた。

発端は、トミさんが「おカネをとられた」と言い出したこと。娘婿を敵視し、「垂木で殴られた」「『死ね』と言われた」などと触れ回り、原さんが取りなすと、矛先を原さんに向けた。原さんが夫に「母は病気だから我慢して」と言うと、夫婦仲もギスギスした。母親は夜中は大きな音でタンスを開け閉めし、明け方は大声で徘徊する。病気の自覚はないから、医者には頑として行かない。原さんは「不眠とストレスで考えられなくなりました」と振り返る。

その頃、精神科病院「海上寮療養所」が認知症の人への訪問診療をすると聞いた。電話で相談すると、上野秀樹副院長が来てくれた。上野医師は訪問診療で病名診断をし、薬の数を絞り、必要な薬を処方する。徘徊や暴力の理由を探り、家族や生活環境の改善も図る。

トミさんは「オラは病気でねえ」と、処方された薬を飲もうとしなかったが、ケースワーカーが「頭をたたかれて痛かったね」と同調すると涙ぐみ、一転して素直に薬を飲むようになった。症状は劇的に改善。数日後には怒らなくなり、泡を吹いて話していたのが収まり、１週間後には娘婿とテレビを見るまでになった。

上野医師は介護する家族に携帯電話の番号を教え、24 時間相談を受ける。「患者さんの状態には波がある。状態の変化も大きいので、次の診察まで放置するより、すぐに薬を調節した方が治療は簡単です」という。

◇　◇　◇　◇

認知症で精神科病床に入院する患者は平成 20 年に約５万２千人。９年前の 1.4 倍に増えた。しかし、上野医師は昨年から約 200 人に訪問診療を行い、「入院しか手段がなかった人は３人でした」という。入院させずに済む人が入院しているのでは、との思いが消えない。「精神科病院は生活の場ではないので、認知症の人を入院させれば身体機能が低下し、症状が悪化することもある。薬による治療に効果があることが多いので、自宅で治療できる可能性がある」と指摘する。

多くの人が歓迎する認知症の訪問診療。受診を拒否する認知症の人は多いから、これが突破口になると期待もされる。しかし、こうした医療は提供する側も受ける側も採算が合わない。病院間の訪問診療では、治療費は入院病院が請求するルールだが、長期入院を扱う病院はしばしば個別の治療費が請求できない。

海上寮側も「うちの人件費は安いが、先生の人件費にもなりません」（病院事務）という。上野医師が２４時間態勢で電話を受けても“すずめの涙”だ。それでも続ける理由を「キリスト教系の病院ですし、ボランティア精神ですかね」（同）という。しかし、ボランティア精神に頼っていたら取り組みは広がらない。認知症の人も家族も救われない。

（産経新聞　ゆうゆう Life　2010.12.17 より）

認知症の入院医療にはデメリットが多い

認知症の方の精神科病棟への入院にはデメリットが多くあります。
認知症の場合、精神症状・行動障害が激しい方の多くは、認知機能障害が軽度～中等度です。
こういった方は、「精神科病院に入院させられた」ということは理解できることが多く、「精神科病棟に入院させられたこと」自体に反応して精神症状・行動障害が悪化する可能性があります。
これは、統合失調症や躁うつ病、うつ病などの内因性精神病の多くのケースで、ストレスの多い社会環境から離れて精神科病棟に入院すること自体に治療的意義があることとの大きな違いです。

精神科病棟は「生活の場」でないので、福祉施設とは異なり本人の残された能力を生かすような生活環境を作り出すことが難しく、入院生活を継続することで ADL が低下し、認知機能障害が進行していくことになります。
認知症患者さんが精神科一般病棟や療養病棟に入院した場合、入院させられた認知症の方は、従来から入院している精神疾患の患者さんを怖がり、一方、従来から入院されている精神疾患の患者さんは、入院してきた認知症の方が部屋がわからずに人の部屋に入ったり、人の持ち物をいじくったりすることに不満を募らせることになります。

現在の精神科の入院制度では、権利侵害に対する回復手段が不十分であると感じていますが、認知症の方はたとえ有効な権利回復手段があっても利用することができないという問題点があります。
また、認知症の方を精神科病棟に入院させると入院期間が長期化しやすい傾向があります。厚生労働省の新たな精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 2R において認知症と精神科入院医療に関して議論が行われましたが、その中で精神病床における認知症入院患者さん 454 人に関するアンケート調査が行われました。その中で認知症患者さんの平成 22 年 9 月 15 日現在の平均在院期間が 944.3 日（中央値 336 日）という結果が出ています。
日本の精神科医療が入院中心で長期在院患者さんが多いことが問題となっていますが、それでも平均在院期間は 300 日程度です。認知症患者さんが精神科病棟に入院した場合の入院期間の長期化傾向は際立っていることがわかります。

こういったことから、認知症の方の精神科病棟への入院は出来る限り避けるべきであること、さらに精神科のない一般科病院や施設に精神科医療を外付けする形で高齢者の精神障害に対応したいと考えました。精神科外来を受診できない高齢者に訪問診療として精神科医療を提供することで、その人本来の生活の場での人生を支えたいと考えました。
認知症の方、特に精神症状や行動障害のある方は、医者嫌い・病院嫌いの方も多く、精神科医療に拒否的であることが多いものです。また、外来受診が可能であっても、混雑した待合室で待つことができなかったり、本人の目の前で困った症状を述べるわけにはいかず、複数での付き添い受診が必要であったり、外来受診の負担は相当なものです。
こうして、当院では患者さんが受診が困難なのであれば、こちらから出向いていこうということで認知症の方に対する往診サービスをはじめました。

（えにしの HP、http://www.yuki-enishi.com/「認知症ケアの部屋」から抜粋）

永田久美子さんの資料

認知症になっても住み慣れた街で
～本人が自分らしく生ききることを共に守る～

永田 久美子(認知症介護研究・研修東京センター)

1

本人の声より

- 支援っていうけど、本人が何に困っているかを聴かないで、なんで支援ができるんでしょうか。
- みなさんががんばってくれていることに感謝してます。でも、わたしからみると・・・やっていることは、自己満足じゃあ ないですか ねえ・・・。
- 認知症になっても安心して暮らせる社会を一緒につくりませんか？

2

認知症の人が身をもって教えてくれていること

1960年代～
ベッド策と拘束帯

1980年代～
集団処遇・管理

1990年代～
個別の生活支援

2000年代～
本人が地域の中で
自分らしく暮らし続ける
(ための支援)

2010年代～

3

認知症を発症しても
いつでも、どこでも、自分らしく生きられる地域に
～多様な人々、多世代が共に創りだす時代～

発症期

診断後のショック・ひきこもりから立ち直るきっかけは、地元の観光ボランティアの「仕事」。記憶障害はあっても、まだパソコンは使える。

症状多発期

家の中にいると絶えず歩き回る。みなざる力を活かして、保育園で大活躍。子供たち、若い親、地域の人々の認識を大きく変えた。

身体障害複合期

言葉が出ない、歩けない、でも買い物も行けば好きな物を目で選べる。スーパー職員が大事な支え手。

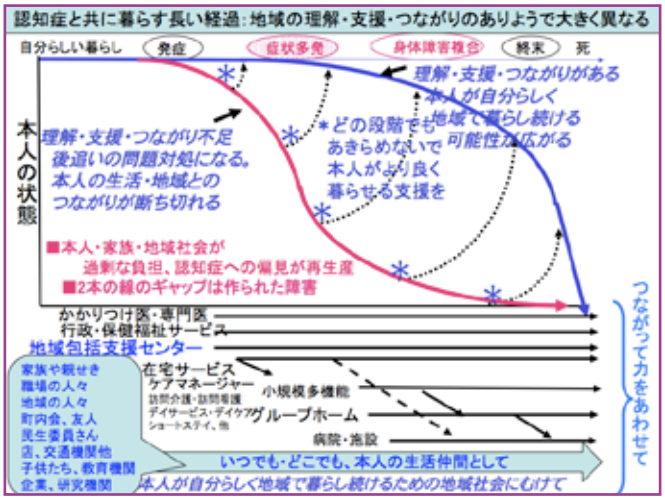
終末期

施設に住んで地域とつながり続ける。学校帰りの子供たちをいつもねぎらってくれた。そんな本人の傍らで、子供たちが看取ってくれた。

一人ひとりが生きることの支えとして医療・ケアが裏方としてつながる

4

認知症と共に暮らす長い経過：地域の理解・支援・つながりのありようで大きく異なる



5

本人を中心に、地域の医療・ケア職、家族、地域の人々が
とにかく集まり、対話し、つながりを強め、
効率的な支援を一緒につくる

＊本人の事実情報を伝えあい、本人目線で考え
状態増悪の予防・緩和・改善策を考えとにかく実践
→試行錯誤を繰り返しながら、本人にあった医療・ケアを

医師　ケアマネジャー

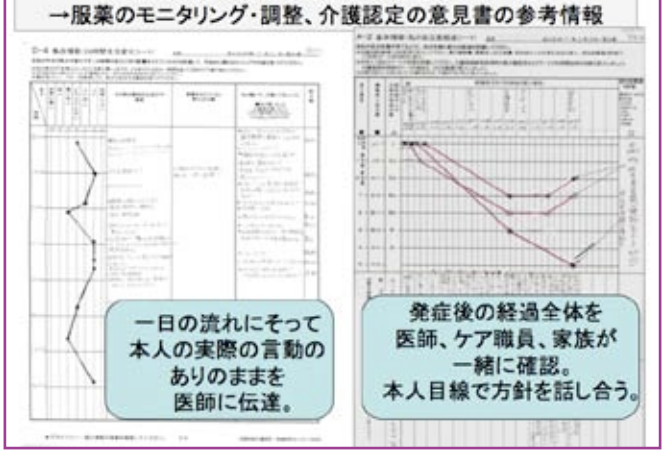
家族
訪問看護師
ヘルパー
薬剤師

民生委員
行政職員
施設職員
ショートステイ職員
デイサービス職員

地域包括支援センター

6

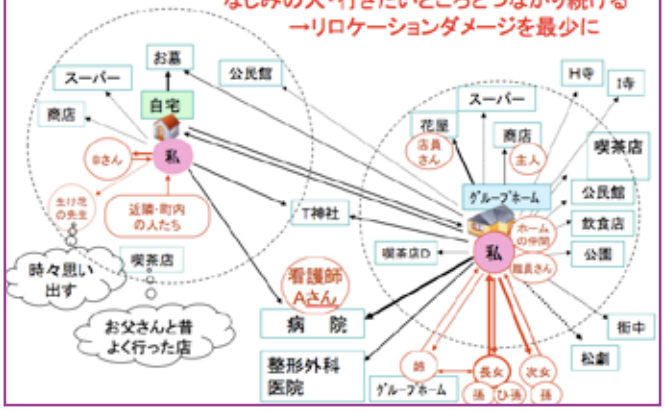
介護職員からかかりつけ医への「1分レポート」
→服薬のモニタリング・調整、介護認定の意見書の参考情報



7

本人と一緒に「地域とのつながり」をマップに記して
住みかえた先にもバトンタッチしていく

なじみの人・行きたいところとつながり続ける
→リロケーションダメージを最少に



8

認知症の人を支える町づくりは、市区町村で大きな格差

2010年度全国市区町村調査（東京センター）

○認知症地域支援体制の経年的な拡充　N=913

	全体	モデル事業実施地域	未実施地域
拡充している	32.8	66.2	27.2
拡充していない	28.6	13.5	31.2
わからない・無回答	41.8	20.3	41.6
計	100.0	100.0	100.0

モデル事業：認知症地域支援体制構築等推進事業

9

○市区町村としての認知症地域支援のビジョンの策定

	全体	モデル事業実施地域	未実施地域
している	29.1	64.7	23.2
していない	70.7	34.6	76.7
無回答	0.2	0.8	0.1
計	100.0	100.0	100.0

○市区町村としての推進チームの設置

	全体	モデル事業実施地域	未実施地域
している	5.0	17.3	2.8
していない	43.6	24.8	47.1
無回答	51.4	57.9	50.1
計	100.0	100.0	100.0

10

参考　本人会議アピール

このアピール文は、２００６年１０月京都で開催された「本人会議」に参加した７名の認知症の本人が、社会にわかってもらいたいこと・要望として参加者同士で話し合って決めた呼びかけ文です。

本人同士で話し合う場を作りたい
①仲間と出会い、話したい。助け合って進みたい。
②わたしたちのいろいろな体験を情報交換したい。
③仲間の役に立ち、はげまし合いたい。

認知症であることをわかってください
④認知症のために何が起こっているか、どんな気持ちで暮らしているかわかってほしい。
⑤認知症を早く診断し、これからのことを一緒にささえてほしい。
⑥いい薬の開発にお金をかけ、優先度の高い薬が早く必要です。

わたしたちのこころを聴いてください
⑦わたしはわたしとして生きて行きたい。
⑧わたしなりの楽しみがある
⑨どんな支えが必要か、まずは、わたしたちにきいてほしい。
⑩少しの支えがあれば、できることがたくさんあります。
⑪できないことで、だめだと決めつけないで。

11

自分たちの意向を施策に反映してほしい
⑫あたり前に暮らせるサービスを。
⑬自分たちの力を活かして働きつづけ、収入を得る機会がほしい。
⑭家族を楽にしてほしい。

家族へ
⑮わたしたちなりに、家族を支えたいことをわかってほしい。
⑯家族に感謝していることを伝えたい。

仲間たちへ
⑰暗く深刻にならずに、割り切って。ユーモアを持ちましょう。

2006年10月17日
本人会議参加者一同

参照：ホームページ：だいじょうぶネット

12

上野千鶴子さんの資料

20110423@えにし
上野千鶴子（社会学者）

介護の質と費用
ユーザーの視点から

1

「よいケア」とは何か？

Q介護の質は測れるか？
Aサービス判定の利用者基準
　利用者満足consumer satisfaction
BUT
Q1 利用者とはだれか？→本人か家族か？
Q2 利用者満足はあてになるか？→ならない！

2

介護サービスの品質管理

- 歴史的教訓
- →「市場淘汰」が働かない！
- →価格と質とが連動しない
- 理由）
- サービス利用者とサービス購買者（家族・保険者）がちがう
- 供給の選択肢の絶対量が少ない
- 経験値が少ない（だれでもビギナー）

3

「理想のケア」とは何か？

- 当事者主権　Person-centered, custom-made
- 個別ケア(vs集団ケア)
- 個室ケア（vs雑居部屋）
- 在宅ケア（vs施設ケア）
- ユニットケア（施設内個室）は過渡期の産物？

4

介護保険下のサービス

- 準市場=価格統制（市場メカニズムが働かない）
- 品質と価格が連動しない（医療も介護も）
- ならばいかによいサービスを選ぶか？
- →消費者教育の必要性
- じゅうぶんな選択肢＋利用者の判定力

5

最期まで在宅で

- Q家にいたいのか、家族といたいのか？
- 本人の希望と家族の満足
- 終末期の過剰医療抑制
- 高齢者の貯蓄を自分自身の生活のQOL向上のために使ってもらう→内需拡大効果！

6

当事者主権の立場から

- 「わたしのことはわたしが決める」
- 「わたしのことはわたしがいちばんよく知っている、だからわたしに聞いて」
- Nothing about us, without us!
- ケアカンファランスには当事者を入れて！

7

生命と暮らしのマネージメント

- CM（ケアマネ）からTHM（トータル・ヘルス・マネージメントへ
- さらに　TLM（トータル・ライフ・マネージメント）へ
- 当事者を含むケアカンファランス
- 成年後見より専門家のあいだの情報の共有と相互監視

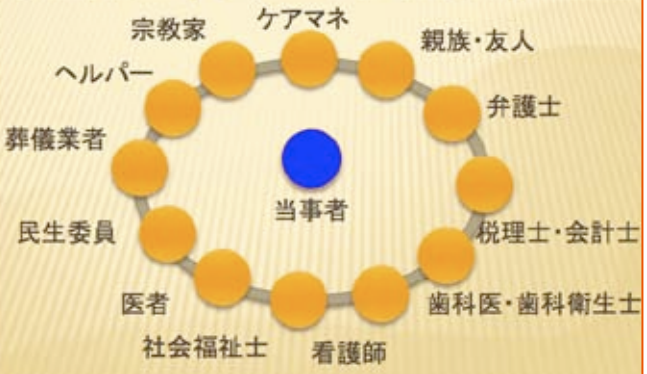
8

自己決定能力のない当事者は？

- 成年後見制度は危険？！
- 家族・親族はもっとも危険
- 第三者も危険
- 任意後見＋法人委託の組み合わせ
- 専門家＋指名した縁者・友人＋当事者
- 多職種連携による情報の共有と相互監視
- 情報と意思決定の公開性・透明性

9

トータル・ライフ・マネージメント



10

ストックとフローの管理と運用

- 日本の高齢者の貯蓄率・額は高い
- 老後不安のために使わない
- 子どもが管理して使わせない
- 年金も家族が管理、介護保険は年金の範囲内で（世帯分離よりも前に進んだ家計分離）
- 年金パラサイトと「消えた高齢者」

→高齢者のおカネを高齢者の幸福のために使う

11

介護保険をおひとりさま仕様に！

- 最末期の集中ケアを可能に！
- 保険利用と保険外利用との組み合わせ
- QOLに応じた費用負担
- 支払い能力に応じた費用負担
- 低所得者に対する高額集中ケア費用減免制度
- →「死ぬための費用」とその費用負担の分配

12

小山 剛 さんの資料

医療と福祉の質と費用を考える

■避難所暮らしからの開放
－自然災害の避難者は必ず体育館から地域に戻っている－
■家族保険ではなく本人保険の意識
－24時間365日連続する生活支援が原則－
■住まいに値する住環境と地域生活の保障
－社会資源の再生や活用とリースバック－
■医療も福祉も包括払い
－出来高払いの限界、地域包括報酬も視野に－

高齢者総合ケアセンターこぶし園　総合施設長　小山　剛

1

昭和３８年施行の老人福祉法第十一条二項（旧三項）
「六十五歳以上の者であって、身体上または精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者を時に特別養護老人ホームに収容し・・・」

つまり、施設は在宅生活が困難であるから収容させるという二次的な目的となっている。
ということは、自然災害時の避難所に近い。

確かに、隙間なくベッドを並べた８人部屋は避難所の体育館と同じ生活であった。

2

憲法25条にある最低限度の生活を保障する生活保護法に該当しても、住宅扶助により町の中のアパート（個室で、バス・トイレ・キッチンがある）暮らしができていることに対して、高齢の障害者というだけで、なぜ、暮らしから離れた施設という多床室で共同生活を強いられるのか？

日本の社会で、無職の学生が街で暮らす場合のスタンダードな部屋

四畳半のケアハウス？

四人部屋と同じ基準のユニット個室？

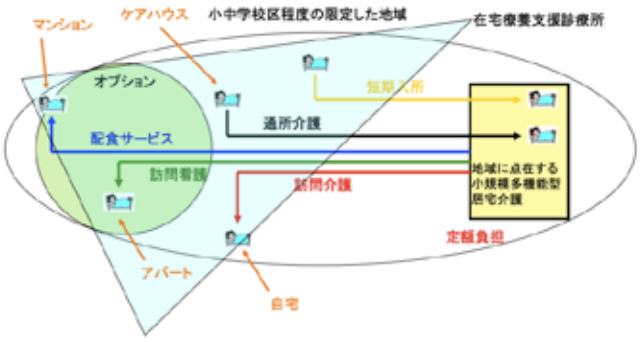
ユニットという名前の集団生活？

無職の学生ですら街の中でこの程度の生活をしているのが普通ということは
長年にわたり社会貢献し、介護保険等の社会保障を支えてきた高齢者の住まいが四畳半のケアハウスだったり、四人部屋であることはありえない

3

私の築いてきた人生は地域内にある
他者との関係の中で生きている

4



暮らしの中に、定額制の24時間365日連続するケアサービスと在宅療養支援診療所があれば、施設や病院に行かなくても生活支援は可能（施設の箱をはずして、機能を地域に展開すること）

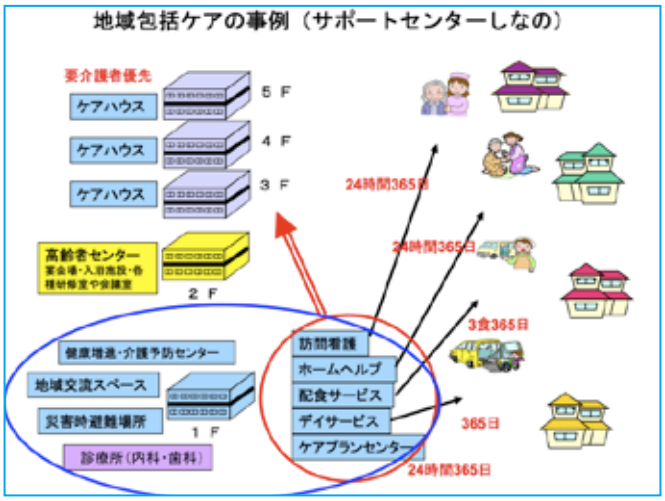
5

介護費用に大差は無い、住まいと食費の選択で変わる

6

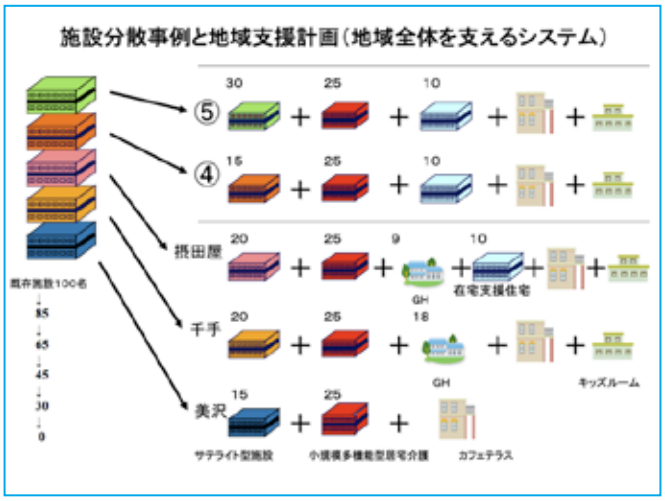
高齢者総合ケアセンターこぶし園
※新長岡市全域で夜間対応型訪問介護を提供します。

7


地域包括ケアの事例（サポートセンターしなの）
要介護者優先
ケアハウス
ケアハウス
ケアハウス
5 F
4 F
3 F
高齢者センター
2 F
健康増進・介護予防センター
地域交流スペース
災害時避難場所
1 F
診療所（内科・歯科）
訪問看護
ホームヘルプ
配食サービス
デイサービス
ケアプランセンター
24時間365日
24時間365日
3食365日
365日
24時間365日

8

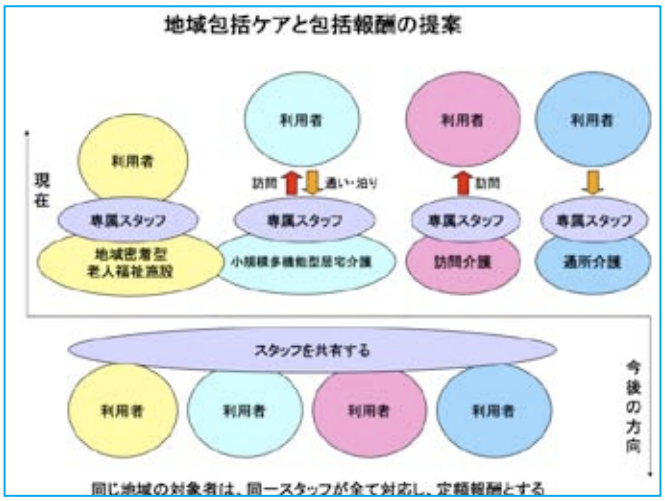
9


施設分散事例と地域支援計画（地域全体を支えるシステム）
⑤
④
摂田屋
千手
美沢
在宅支援住宅
GH
GH
キッズルーム
サテライト型施設
小規模多機能型居宅介護
カフェテラス

10

サポートセンター摂田屋（リースバック方式）
各室それぞれに玄関とベランダを設置し、地域共有スペースとしてカフェテラス＆キッズルーム

11

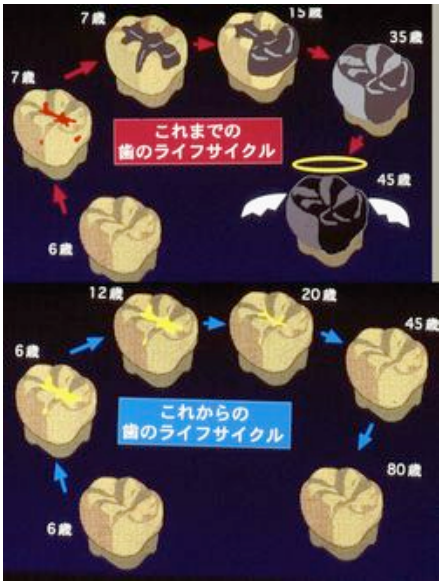

地域包括ケアと包括報酬の提案
現在
利用者
専属スタッフ
地域密着型
老人福祉施設
訪問
通い・泊り
小規模多機能型居宅介護
訪問介護
通所介護
スタッフを共有する
今後の方向
同じ地域の対象者は、同一スタッフが全て対応し、定額報酬とする

12

熊谷 崇 さんの資料

目からウロコの歯の革命

■元凶！「早期発見・早期治療」■



２枚の絵をご覧ください。

上は、日本人の奥歯に降りかかっていた、独特の運命です。

まず、“できたてホヤホヤのムシ歯”を小学校の校医さんが「早期発見」してくれます。治療勧告書を渡され、歯医者さんを訪ねると、削って、詰めて、「早期治療」してくれます。ところが、しばらくたつと詰めた周りがムシ歯になってしまいます。

歯医者さんの腕が悪いため、とばかりは言い切れません。

口の中には熱いものと冷たいものが交互にはいってきます。詰めた材料と歯の膨張率は違うので、どうしても隙間ができてしまうのです。こうして、ムシ歯は広がり、再治療……。

これを繰り返して、ついには、抜くしかない悲しい事態に。

そもそもの元凶は、探針という先の尖った道具で歯の溝を探ってムシ歯を発見しようという日本独特の健診にありました。生えたばかりの永久歯はやわらかいのです。そこを針でつついたら、歯の表面は壊れてしまいます。湿って温かく栄養豊富な人間の口の中は細菌の住みやすさでは抜群の場所。表面が傷つくやいなや、歯の内部にたくさんの細菌が入り込んで、れっきとしたムシ歯ができあがってしまいます。下の絵は、尖った針で「早期発見」をすることをやめ、「口の中の環境を整えて見守る」という方法をとった場合の奥歯。

そう、ムシ歯は、唾液の中のカルシウムの力で自然治癒できるのです。

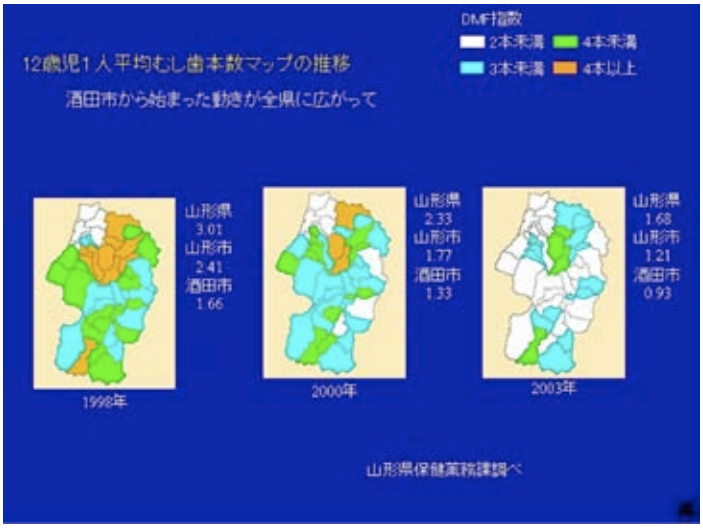
■全国ビリから、世界のトップへ■

では、３枚の地図に、視線をお移しください。

横顔のように見えるのは山形県。ムシ歯が多いことで、全国最悪の県でした。

ムシ歯で穴のあいた歯（D）、抜いた歯（M）、治療で詰めた歯（F）の数を足した（T）「ＤＭＦＴ指数」が多い町ほど濃い色であらわされています。

98 年には、12 歳でムシ歯経験 4 本以上の市町村がかなりあったことがわかります。そういう町が毎年減り、2003 年には 1 つもなくなってしまいました。



それどころか、棒グラフでご覧のように、他県をぐんぐん追い抜いて、歯の優等生県に躍り出たのです。

横浜の日吉町から酒田市の日吉町に移ってきた熊谷崇さんのやむにやまれぬ気持ちが原点でした。

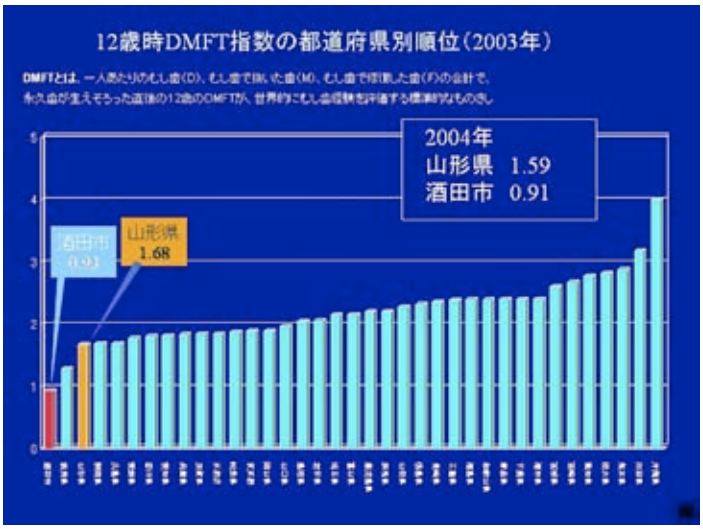
腕のいい、自費診療の歯医者さんとして有名だった熊谷さんは、80 年に夫人の郷里で保険診療を手がけることになって、惨憺たる口の状況に愕然としました。

まず手がけたのが、学校歯科医としての活動でした。尖った針での早期発見をやめました。「歯のことは養護の先生におまかせ」と思っている先生たちや両親、そして祖父母を集めて、「一生自分の歯で食べられるための教室」を開きました。

効果てきめんだったのが、祖父母たちでした。入れ歯になるとどんなに困るか、身にしみていたからです。

可愛い孫を同じ目にあわせては大変！

熊谷さんが担当している地区は、世界のトップを走るスウェーデンをしのぐようになっていきました。この実績を見て他の町も変わり始めたのでした。



■8020から8028へ■

「早期発見」が裏目にでるムシ歯と正反対に、「早期発見・早期管理」が不可欠なのが、入れ歯原因の双璧、歯周病、いわゆるシソーノーローです。

元凶はバイオフィルムと呼ばれるフィルム状の細菌の集合体で、歯にこびりついています。自分でする歯磨きでは取り除くことはできません。歯医者さんでもだめ。歯科衛生士さんの独壇場です。熊谷さんの診療所は歯科医が非常勤もあわせて 11 人ですが、歯科衛生士さんは、すべて常勤で 22 人。それぞれ自分の部屋をもち、左のような特別の道具を駆使して定期的なメンテナンスをしています。

80 歳になっても 20 本の歯を保とうというのが国の「ハチマルニイマル運動」ですが、酒田では、一生自分の歯を失わない８０２８が現実になりつつあります。

診療所の中には、古い蔵を活用したカルテ室があり、ここで診療をうけた２万５０００人のカルテが管理されています。そこには、口の中のカラー写真、レントゲン写真、細菌をはじめとする口の中の環境が詳しく記録されています。このデータを分析することで、世界に発信する研究成果が生まれ、熊谷さんには、スウェーデンのマルメ大学から名誉博士号が贈られました。

実は、熊谷さん、削って詰めるが主流の日本の歯科医界では異端でした。その熊谷さんが日本の歯科医療を変えなければと決心したのは、大病で死線をさまよったことと関係があります。

91 年、腸閉塞で手術した熊谷さんに、次々と不運が襲いました。手術後の癒着がもとで腎臓、さらに片方の肺までとることに。その上、院内感染に襲われての入院生活。その中で、患者が自分の体の状況についてどれほど知りたいか、そして、知らされないかを思い知ったのだそうです。

ひとりひとりの口の中の状況を情報開示する独特のバインダー式手帳を編み出したのは、それがきっかけでした。

歯科界の思惑に遠慮することなく、メディアも味方にして、「一生、自分の歯で食べ、美しい口元を保ち、きれいな発音をするための歯科改革」「入れ歯にならない権利」に取り組むことになりました。

『恋するようにボランティアを～優しき挑戦者たち』
第２章・真のボランティアは、自分がボランティアと気づいていない（ぶどう社）より抜粋

太田秀樹さんの資料

「在宅医療」を始めて20年。新たな地域づくりを目指す太田秀樹さん

（社会技術研究開発センターのインタビューから抜粋）

親父のあとを継いでもいいし、と思って自治医科大学の整形外科に入局して、栃木県と縁ができました。医局長をしていた時、ある身体障害者のグループが海外旅行に行くのに旅行会社から医師の付き添いを条件として出されて、僕のところに添乗依頼があったんです。

旅の仲間として一緒に生活し本音で話したら、彼らが医者に対してすごい不信感を持っていることも知りました。邪魔だから車椅子で来るなとか、脳性まひで上手く喋れないのになにを言っているかわからないから来るなと言われたり。それで、医師と患者が信頼関係を築けるような医療がしたいと思いました。ツアーから帰国した時ちょうど、雲仙普賢岳の火砕流で多くの方が亡くなったというニュースが大々的に流れていました。人生は何が起こるかわからない、よし、オレ、大学辞めよう、往診やろう、と。

病気の人が動いて診療所に来るんじゃなくて、元気な医師が動いた方がいい、家で診察を受けることを望む人がいれば、オレが行って全部診るぞ、という気持ちでした。総合的に診るんだと。教授からは「お前、狂ったのか」と言われました (笑)。

当時、往診というのはボランティアに近かったです。「往診して下さい」なんて患者もいませんでした。「家で死なれるのは世間体も悪い」と。仕事がなかったので、友達の医師の診療所で麻酔や手術のアルバイトをしてしばらく生活していました。開業当初から訪問看護を基軸にして看護婦さんと二人三脚でやってきました。

2011 年 4 月で 20 年になりますが、実は僕のやっていることは当時と何一つ変わっていないんです。ただ、世の中が劇的に変わりました。社会全体の価値観が変わりましたね。2000 年に介護保険制度が出来たのも後押しになりました。医師だけでなく看護師・介護士などがチームを組んでサービスを提供するなど、介護保険制度の理念で 20 年間やっていましたから。初めから「在宅医療推進は医者だけのマターじゃない」と感じていました。世の中に在宅医療の良さを知ってもらうためには、行政が変わらなくてはいけないし、社会全体が変わらなくてはいけない、と。それで、「在宅ケアネットワークとちぎ」を立ち上げ、栃木の在宅ケアの底上げを願って市民運動をずっとやってきました。辻哲夫さん（東京大学高齢社会総合研究機構　教授）とお話したとき、辻さんが「在宅医療は日本人の生き様を支える医療だ」と言ってくれました。

政府が在宅医療を推進するのは財政的にその方が安いからだとマスコミに批判されることもありますが、そんなことは全然なく、在宅医療が進む方が実際はお金がかかります。病院で集団的処遇を行う方が効率いいですからね。財政論から生き様が左右される国だとしたら、あまりにも悲しいことですよね。「自宅で死にたい」と思う人が多いのは、病院では良い死に方ができないからです。過剰な医療介入がない死に方＝「自然死」を是非一度知って欲しいと思います。眠るように亡くなるんですよ。一度病院に運ばれてしまうとなかなか退院させてもらえず、結局病院で死を迎える、ということもあるわけです。慢性期の患者を社会的入院させていても、金銭面で大した負担がかからない今の医療制度にも問題があります。でも、病院の機能や役割を見直さずに昔のままの経営をしていると今後は立ち行かなくなると思います。これからはコミュニティレベルで医療を完結させなければなりません。

今の夢は「地域づくり」をすることです。　在宅医療が進むと、人と人との絆が深まります。赤ん坊の誕生と、老人の死というのは最も命の重みを感じる時なんですよね。どちらも当たり前のことなのに、いつからか病院で行われるようになって、生活の場から消えてしまいました。それを生活の場に取り戻すことによって、命を繋ぐ場面を共有することで、人の結びつきがさらに強くなるだろうと思います。

家で死ぬことができるというのはとても幸せなことだと思います。自分が死ぬ時に誰かが傍にいて手を握っていてくれるというのは何よりも大事なことですが、その「当たり前」なことをここ数十年間、ないがしろにしてきてしまったんですよね。

医療と福祉の質と費用を考える

社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会　事務局長
NPO法人　在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク　副会長
医療法人アスムス　理事長　　太田秀樹

1

社会的入院の課題

社会的入院の研究　（東洋経済新報社）
印南一路著
高齢者医療の最大の病理にいかに対処すべきか
急性期病床（17 万床）の 38,1%
療養型病床（15 万床）の 51,0%
51 万人／年　社会保障費 1,5 兆円相当

在宅ケア推進が解決への処方箋

2

病院の世紀の終焉

「病院の世紀の理論」（有斐閣）
猪飼周平著

100 年にわたる地域医療の歴史紐解き、日本の開業医のメンタリティをも分析しながら、21 世紀を病院の世紀の終焉とした。在宅医療の時代の到来を告げる。

3

出前医療 20 年の実践から

■医療のパラダイムシフト
○　急性期医療⇔慢性期医療⇔終末期医療
○　キュア（cure）⇔ケア（care）⇔癒し（heal）
○　生命を救う⇔生活を支える⇔人生に寄り添う
　救急医療⇔メタボ・ロコモ⇔緩和医療
○　臓器⇔人間（国民の 3 人に 1 人が高齢者）
○　入院医療⇔外来医療⇔在宅医療
○　EBM⇔NBM　（Data ⇔ QOL）

4

悪魔のスパイラル

入院というイベント
　⇒不穏⇒向精神薬投与（薬物ロック）
　⇒身体抑制⇒点滴⇒禁食⇒認知症増悪
　⇒食事困難⇒胃瘻造設⇒廃用症候群増悪
　⇒褥創⇒肺炎⇒延命的治療の継続
手術は成功しても（骨癒合したときには歩行不能）
肺炎は治癒しても
　入院は問題の解決につながらない（英国　小児医療）
　有料老人ホームにとって入院という退所は朗報

5

市民が医療を変える

・それぞれがしっかりと死生観を
・誰がための医療なのか自問自答
　当事者が望まない医療は時に虐待？
・正しい緩和医療が生命力を増強
・標準的医療を行わない勇気（医者の保身）
・医学の限界（医療介入妥当性の尺度　QOL）
　寿命という死因の存在

6

河内山哲朗さんの資料

レセプトを1件1件審査することに加え、同一患者のレセプトを名寄せをして突合ができるようになる、あるいは月をまたいで通覧ができるようになるというもので、これまでの仕事の進め方からすると、これは歴史的な転換点である。

したがって、実行段階あるいは実行を前にしてどういう問題があるのかと言う点については、可能な限り想定して準備をしていき、審査や業務の全体の中で課題があれば見直し、良いものに仕上げていかなければならない。

2点目は、審査の不合理な差異の解消である。お願いしたいのは、全体としてよい仕事をしていくためには、審査委員と支部職員の連携の強化が必要である。審査委員の方々から職員への指導についても、忙しいなかではあるが、基金全体を育ててやろう、職員を育ててやろうと言う気持ちをもってトレーニングをしていただきたい。5千人近くの職員が少しづつ能力が上がれば、それはとても大きな財産を築くことになるので、審査委員の皆さんにもそのような気持ちを持って接していただきたい。

支部の状況は多種多様だと思っている。医療費と審査実績との関連が言われるが、あまり相関関係がないというデータがある。一方、医薬品の適応及び用量に関するコンピュータチェックを行うと、対象医薬品の出現率は全国的に差がないが、審査委員による疑義付せんの審査や対象医薬品の査定率などは、62年間のそれぞれの支部の取決めや審査委員会の判断というものが、いろいろな違いとしてでてくる。どの部分が正しいということについては、支部間の協議、あるいは、本部として専門の先生の力を借り、差異解消に向けてさまざまな取組みを実施しているところであるが、こういったものが、外から見ると違いがあることが否定的に見られていると言うのも事実である。そういったことから、不合理な差異があればぜひ解消していきたい。

3点目は、全国組織としての事業運営についてである。組織の在り方については、いろいろと議論はあるが、基金の仕事は、47の審査委員会を前提として、47の支部で仕事をすべきだと思っている。支部の規模はさまざまであるが、各支部の審査委員会が機能し、適正な業務の維持ができるよう、基金本部として再認識をしなければならない。そして、それぞれの地区において、中核となる支部が、他の支部ではできないことがあれば支援していく体制を作っていく。例えば、中国地方であれば、山口支部で専門の診療科の先生や職員がいないということであれば、広島支部の力を借りるなどといったことである。業務の効率化を図るうえでは、一つひとつの支部が別々に実施したのであれば非効率なものがある。本部で資金の管理を一体的に行うなど、業務を集約していくことによって、各支部において、本業である審査の充実に専念できる。

23年度では、OCR処理といった、紙レセプトの読み取りを徐々に中核支部へ移し、また、支部広報誌の編集についても中核支部で行っていく予定である。

全国の組織として、力が最高に発揮できるように、マネジメントを行っていく。そういう所信をもって、仕事を行って参りたい。

当面の課題

「支払基金サービス向上計画」を着実に実施。

1　突合点検・縦覧点検の実施

- 歴史的な転換点
  （「1ライン」から「3ライン」へ）
- どのような問題点が生じ得るかを可能な限り想定して準備。
- その上で、実施状況を踏まえ、必要に応じて見直す。

2　審査の不合理な差異の解消

- データに基づいて認識を共有。
- 審査委員会相互間の連携を強化。
- 審査委員と職員との連携を強化。

3　全国組織としての事業運営

- 47審査委員会を前提とする47支部を維持。
- ブロック中核支部がその他の支部を支援。
- 本部が支部を支援。

『月刊基金』2011年4月号より

河内山理事長　あいさつ

平成23年度の事業運営の基本方針として「基本的な考え方」及び「当面の課題」を、それぞれ3点申し上げる。

基本的な考え方

1 守るべきものを守りつつ、変えるべきものを変える

支払基金が今日まで果たしてきた役割、あるいは、審査委員会の活動という守るべきところは、今後も守っていかなければならない。

わが国の国民皆保険制度は、世界に冠たるものというのは間違いないが、それを支える基盤がしっかりしていないと絵に描いた餅となってしまう。そういった中で、昭和23年の基金設立以来、保険診療というものを健全なものにするために、白黒つけるのがなかなか難しい医療の世界で、審査委員の先生方の力を借りながら、支払基金が果たしてきた「公正な審査」、これを守っていかなければならない。あるいは、全国22万8千の医療機関から毎月7千万件を超えるレセプトを受け、1万3千を超える保険者に請求を行い、翌月の21日までには医療機関等に滞りなく支払いをする。そういったことを毎月きちんと締め切りを守って実行し、制度を支えてきたわけである。このことは、どんなに時代が変わっても守っていかなければいけないことだと考えている。

その一方で、IT化が進展していくなかで、人間しかできない仕事の部分で人間が力を発揮できるために、変えるべきものを変える必要がある。例えば、電子化が進み、機械に頼れるところは、審査委員の方とも相談をしながらITの力を借り、業務処理方法の見直しを確実に成し遂げていく。そのことがあって、はじめて正しい審査の充実が図れるのではないかと考える。

2 組織力を最大化するマネジメント

現場の第一線がしっかりしなければ、組織の存在意義はないと思っている。そういう意味では、47の審査委員会が仕事の本拠地あるいは、組織が永続的に仕事をしていくためには、最も大事な場所であると認識している。これらのことを全職員に正しく伝え、組織全体の目標について、全国47支部と本部とが心を一つにして取り組んで行くというマネジメントの充実を是非とも図って行きたい。

正しい目標、守るべき目標は、サービス向上計画のなかで掲げているが、これが達成できるかどうか、あるいは、質的にも担保されて、それができるかどうかは、組織力にかかっている。その意味もあり、早く47支部を回り、職場の状況、審査委員長の率直なご感想や基金へのご指摘などを伺いたい。

3 分かりやすい説明

基金の業務を対外的に分かりやすく説明してきたかどうかということについては、少し反省すべき点がある。誤解に基づく批判を受けることもある。政府が関与する業務に対しては、大変厳しい目が国民から注がれているので、基金はどんなことを具体的にどういうふうにやっているのかといったことを、改革の方向性の広報を行うとともに、審査委員の方々にも協力をいただき基金の仕事のすばらしい点について情報発信して行きたい。

国民皆保険制度は、関係者が力を合わせて守っていかなければいけない。そのことを広く国民に知ってもらう努力もしていかなければいけない。

当面の課題

「サービス向上計画」を着実に実施することが課題であるが、1点目は、23年度から始まる突合点検・縦覧点検の実施である。これは、これまで行ってきた、毎月の医療機関等から請求を受けた

浜田陽太郎さんの資料

医療機関での受診・窓口負担について

～平成 23 年東北地方太平洋沖地震及び長野県北部地震～

1　被保険者証なしで受診できます

・被災地の住民であった方は、氏名、生年月日等を申し出るだけで医療機関を受診することができます。

・公費負担医療（注）も、手帳等の提示なしに受診できます。

（注）障害者の自立支援医療、生活保護の医療扶助、難病患者の特定疾患治療研究事業等

2. 窓口負担の支払いは猶予又は免除されます

・以下の方については、一部負担金等の窓口負担を医療機関で支払う必要はありません。

（1）災害救助法が適用されている**被災地域の住民**であり、
（2）以下の申し立てを行った方
①住宅が**全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災**をした方
②主たる生計維持者が**死亡したり、重篤な傷病**を負った方
③主たる生計維持者が**行方不明**である方
④主たる生計維持者が**業務を廃止・休止**した方
⑤主たる生計維持者が**失職し、現在収入がない**方
⑥福島第1・第2原発の事故に伴い政府の避難指示・屋内退避指示の対象となっている方（**福島第 1 原発から半径 30 キロ圏内**）

※ 地震発生後、**被災地域から他の市町村に転出された方も対象**となります。

東北厚生局 HP より（2011.3.28）

・上記に該当する方の窓口負担については、後日、改めて市町村、協会けんぽ、健保組合などの加入されている医療保険において、減免又は徴収の猶予が行われます。

・医療機関では、上記の申し立てをした方の氏名、生年月日、事業所名、住所、加入している医療保険、連絡先等を聞き取ってカルテに記録していただければ十分です。**罹災証明書等を求める必要はありません。**

※　制度の詳しい説明は下記にお尋ね下さい。

【照会先】

東北厚生局青森事務所	℡ 017-724-9200
東北厚生局岩手事務所	℡ 019-907-9070
東北厚生局指導監査課(宮城)	℡ 022-206-5217
東北厚生局秋田事務所	℡ 018-800-7080
東北厚生局山形事務所	℡ 023-609-0140
東北厚生局福島事務所	℡ 024-503-5030

東北地方太平洋沖地震及び長野県北部地震に関する厚生労働省からのお知らせ
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001tjh5.html

朝日新聞　２０１１年４月５日　朝刊　１２ページ　東京本社

避難所を出る

健康と復興のために

生き残った人たちの命と健康を、これ以上損なってはいけない。体育館など避難所での生活は限界に来ている。

朝晩の冷え込みが続く被災地。まだ何万もの人が、学校や公民館など公共施設の硬い床に毛布を敷いて寝起きしている。

せきが止まらない、顔色が悪い。そんな高齢者が目立つ。

眠れない。風呂に入れない。汚れたトイレに行くのが嫌で、排尿・排便を我慢する……。

こうした生活でためこんだストレスと疲れにより、高血圧や肺炎、胃腸炎を起こす人が増えている。

もともと東北は、医師が不足していた地域だ。今回の震災で、病院や診療所の多くが休診を余儀なくされている。

行き場を失った患者は、軽症の人も含め、残った中核病院に集まる。このため、がん治療など本来、担うべき高度医療がストップしてしまう。

被災地には全国各地から、医師や看護師、保健師らが応援に入り、避難所での救護活動などを支えている。

だが、状況の根本的な解決には、きれいな水と満足な食事、温かい寝床、清潔なトイレといった生活環境が不可欠だ。

何万という仮設住宅をつくるには時間がかかる。健康を第一に考えれば、一時期、住環境が整った場所に、遠方でも移ってもらうのはやむをえまい。

その方が、残った人たちが復興に安心して集中できるというメリットもある。生活支援と復興を、被災現場で並行して行うのは容易ではないからだ。

この「2次避難」の受け入れに、北海道から沖縄まで全国の自治体が手を挙げている。

一方、被災者の間では、見ず知らずの遠方に移ることへの不安感から、近隣の自治体への希望が強い。

だが、程度の差こそあれ、そこも被災地であり、インフラが損傷していたり、ガソリン不足に見舞われていたりする。

自治体はこうした事情を、住民に率直に説明し、「復興のための協力を求める」という形で希望を募ったらどうか。

当初、被災者に「自分だけが避難して楽をするわけにはいかない」という気持ちを持たせてしまった例もあるからだ。

意を尽くして2次避難を説得する。自治体が担うしかない仕事だが、心のブレーキを外すには「いずれ住み慣れた地に戻り、生活を再建できる」という見通しを示す必要がある。

被災者の不安に寄り添い、希望を持たせる。そんな自治体の取り組みを応援したい。

2011・4・5

© 朝日新聞社　無断複製転載を禁じます。
すべての内容は日本の著作権法並びに国際条約により保護されています。

「医療と福祉の質と費用を考える」

コーディネーター　浜田陽太郎

３月下旬、ごく短期間ですが、東日本大震災の被災地である宮城県に取材で入りました。心打たれたのは、そこで働く医療者や介護者の献身です。

石巻の病院では、自分の家族の安否を確認できないまま、押し寄せる外来患者への対応を優先させた医師や看護師がいました。人工呼吸器の入居者を抱える仙台の難病ホスピスで６日間続いた停電の間、スタッフは自家発電の燃料確保に走り回りました。

こうした、お金に換算できない「献身」を応援したい。そんな思いを込めて、社説を書きました。

不十分ながら、被災者に医療や介護が提供されています。通常の窓口負担は求められず、無料です。
（左ページの資料参照）

これを下支えしたのが、公的医療保険と介護保険というシステムではなかったか。もし、後に保険から費用がしっかりと払われる公的保証がなければ、「献身」だけで、ここまでのことができたでしょうか。

医療や介護を公的に支えようとする社会では、サービスの提供者に一種の「献身」が必要だと思います。ただし、それを求めるには、サービスを受ける側に「分かち合いの精神」に基づく節度が不可欠でしょう。

未曽有の大災害があっても、必要な人に、医療や介護が提供される「当たり前」が、なんとか維持されている。その意味を考えることは、とりもなおさず、今後の日本の医療と福祉を展望することにつながると思います。

朝日新聞　２０１１年３月２３日　朝刊　３ページ　東京本社

医療支援

分かち合いの精神こそ

「医師も看護師も被災者です。家族の安否が確認できないまま勤務を続けている人もいます。勤務の合間に、携帯電話に家族からの着信がないか確認しているのです」

重傷患者がヘリで次々と搬送されてくる宮城県石巻市の病院で、入院患者が目にした光景である。

自らの家族より、患者への対応を優先する。被災地で働く医療従事者のプロ意識に敬意を表したい。

地震発生直後から、２００近い災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）が全国の病院から送り込まれた。阪神大震災での救急医療の遅れという教訓からできたシステムが稼働したのだ。

日がたつにつれ、慢性疾患を抱える患者への対応など日常的な医療の提供が課題となっている。多数の遺体の検案といった仕事も膨大だ。

まずは開業医中心の医師会が力を発揮する場面だ。すでに日本医師会は災害医療チーム（ＪＭＡＴ）への参加を募り、会員たちが被災地で活動を始めている。高速道路の通行許可や燃料の優先的な提供で支えたい。

それでも避難所の数が多いため、まだ医療が十分に届いていない。低体温症などによって避難所で亡くなる人をこれ以上、出してはならない。

医薬品はもちろん、燃料や電力も含めて支援の拡大が必要だ。自治体や厚生労働省、医師会には、情報収集の徹底と効率的な連携を期待する。

関東圏では、計画停電の医療への影響が大きい。たとえば人工透析のスケジュール変更が調整できなければ、患者の健康悪化に直結しかねない。在宅で療養しながら人工呼吸器などの医療機器を使う患者への影響も心配だ。

厚労省は停電の正式決定まで本格的に動かず、対象地域内に計２６００カ所近くある在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションへの準備の呼びかけが出遅れた感は否めない。

政府は停電が命や健康に及ぼす深刻な状況を直視し、国民ぐるみの「計画節電」を実施すべきだ。そうすれば停電を回避できるのではないか。

大震災の被害で、医薬品の供給も滞るようになっている。数十万人が使う甲状腺機能低下の治療薬の場合、98％を生産する製薬会社の工場が福島県にあり、震災で生産が止まっている。

厚労省は在庫を患者に行き渡らせるため、なるべく分割して処方するよう病院や薬局に呼びかけている。

だが、生産再開までこのやり方で乗り切れる保証はない。緊急輸入などの措置をとって、患者や医師の不安を一刻も早く解消しなくてはいけない。

私たち国民の側も、不安にかられて自分だけ多く薬をもらおうなどとすることがないように努めよう。

苦難の時こそ、分かち合いの精神が大きな力を発揮する。

© 朝日新聞社　無断複製転載を禁じます。
すべての内容は日本の著作権法並びに国際条約により保護されています。