

# 現在の医療制度の中でもできること

— 「看取り病室」などの経験から —

森 俊介

国立病院機構・長崎病院院長

## 1 はじめに

国立病院機構・長崎病院（旧国立療養所長崎病院）はそれぞれの時代に、結核・呼吸器、重症心身障害児医療（以後は重心と略記）、地域リハビリテーションの面で長崎県あるいは日本のオピニオンリーダーとして輝いて来た歴史がある。地元にあつて、その眩いばかりの歴史を知っている者として、一時代を築き上げてきた先生方に敬意を表するものである。

しかし、結核が下火になり、「地域リハ」の浜村明德先生が他院に移られた以後は、リハビリテーション医学のすさまじい進歩に追いつくことができず、超・急性期リハ、回復期リハの基準をクリアできないまま、また将来の方向性を見出せないままに時間が過ぎてしまった。全国でも医療過密地域として知られている長崎医療圏の中で、重心病棟以外に「目玉商品」の無い旧国立療養所が、一般医療の分野で、並み居る病院群と対等に競って、生き延びてゆくことは至難の技であつたに違いない。平成16年4月の独立行政法人化に伴い、当然、統廃合の対象病院となった。

そのような折、平成15年の12月暮れの押し迫った時期に、長崎大学医学部長から私に、「国立療養所・長崎病院再建」の妙案がないか、との相談があつた。

## 2 私の経歴

当時、私は長崎ウェスレヤン大学において、「疾病や障害の発生頻度に応じた地域医療計画」というテーマで長崎県央地区の地域医療・保健・福祉計画などの策定に当たっていた。もともと公衆衛生出身で、約8年間基礎の教室で同様のテーマで研究していたが、実際に自分が立てたプランに従い「地域を動かしてみたい」との思いに駆られて、再度整形外科教室に入局して臨床を学んだ。その後、長崎県離島医療圏組合・対馬厳原病院（現対馬いづはら病院）の初代保健活動部長、同時に島（当時の人口48,000人）のただ一人の整形外科医として臨床に携わりつつ、①住民検診と病院診療の連携システム、②住民の健康教育システム、③公民館を利用したの老人・障害者デイ・ケアシステムの構築、等を進めることができた。

さらに昭和62年から平成14年3月までは、長崎県内の国保琴海町立病院（61床）の院長として、「安心して死ぬる町づくり」の指揮を取らせていただいた。琴海町立病院の在職期間は、町長との約束の10年を大幅に超え15年に及んだが、病院は自治大臣賞・最優秀賞、町は毎日新聞大賞・自治体最優秀賞などを獲得することができた。住民が望むものは、「安心して暮らし、その延長線上で、安心して死んでゆくことのできるシステム」であると思っている。人

口わずか1万2千人の町でも、大学病院など高度医療・急性期医療のできる大病院と電話1本で連携している町立の病院があり、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、グループホーム（痴呆・精神）、デイサービスセンター（3箇所、サテライト2箇所）、給食センター、夜間対応のヘルパー派遣、訪問看護・往診、等が全て町営で揃っていれば、「たとえ、1人暮らしであっても、障害があっても、癌の末期であっても、本人の望むところで最期まで生活することができる」ということを実証できたと自負している。

町立病院の移転新築を済ませた後、2年間病院の運営状況を見て、55歳の時に病院長を辞した。

病院を辞めた理由はここでは詳しくは述べないが、一言で言えば、現在日本が進もうとしている医療あるいは福祉の方向性に疑問を持ったからである。

介護保険を利用しないで済む老人下宿、障害者が健常者と共に生活できる「コレクティブハウス」の建設、癌のターミナルを病院ではなく地域で看取る「看取りの家」の建設などを夢見て、長崎県諫早市にある長崎ウェスレヤン大学福祉コミュニティー学科の立ち上げに参画し、近隣の自治体の依頼を受けながら、様々な実験（障害者専用住宅20%を併設した町営アパートの建設、養護老人ホームのグループホーム化など）を行っていた矢先に、長崎大学医学部長からの相談を受けたのである。

### 3 長崎病院再提案

医学部長に対しては、「住民から必要とされない病院は閉鎖になっても仕方がないと思う。しかし、重心病棟は国策としてやらなければならない事業である以上、どうしても存続させる必要がある。その場合、経営の安定と言う発想から脱却して、長崎の医療関係者及び住民から、なくてはならない病院と認識していただければ、存続の意義は十分にあり、経営的にも成り立つはずだ。そのような病院の構想を考えた方が近道である」とお答えした。もちろん、現在の医療制度の中で病院を経営する以上赤字運営は許され

ない。しかし、地域住民、地域の医療機関から存在価値が認められれば、黒字は出せなくても「トントン」の経営はできると信じている。そこで、提出したのが長崎病院再建の森私案である。骨子は以下の通りである。

- ①重心病棟のグループホーム化（擬似ファミリーの考え方で運営）。敷地内に家族のための宿泊施設あるいは、高齢化した両親のためのグループホームも併設する。
- ②中途障害者（脊髄損傷、神経難病、精神障害、身体障害）の医療と福祉の橋渡しのできる機能を持つ。さらに将来、病院敷地内に障害者専用住宅を設置する。
- ③「看取りの部屋」を一般病棟内に設置する。
- ④小児応急システムを構築。
- ⑤「健康日本21」の情報を発信できる病院。

この案であれば、長崎医療圏のどの病院ともバッティングすることなく、「長崎になくってはならない病院」と言っていただけはらずであると考えた。

しかし、医学部教授会は、そのような「採算性が見込めない荒唐無稽の病院再提案を厚生省が認めるはずはないので、医学部案としては認められない」、と言う意見と、「現在の医療制度の矛盾は解決できないまでも、一石を投じる事ができれば面白い」と言う意見が相半ばした。最終的には、医学部案として厚生省九州医務局に提示され認められた。その案を提出した者の責任として、病院の方向が定まるまでと言う約束で、平成16年4月から長崎病院の経営に携わっている。

院長を引き受けて3年半が過ぎようとしている。先述のすべての項目が実行されているわけではないが、確かな手ごたえを感じている。平成15年まで年間数億円に達していた病院赤字は年々減少し、平成19年6月からは黒字を計上している。（平成16年度：1億8千万の赤字、平成17年度：3千万の赤字、平成18年度：280万の赤字）

医療は文化である。住民に寄り添う医療を展開すれば、医療費も上がらないし、病院も何とか運営でき

るのではないかと考えている。

## 4 「看取りの部屋」等の試み

今回は誌面の関係で、実際に進めている医療サービスのうち「看取りの部屋」を中心にいくつかの試みについて紹介することにする。

### (1) 「看取りの医療」の構想

現在「看取り」といえば、すぐにホスピスを連想する人が多いが、癌で亡くなる年間約30万人の患者さんの中で、ホスピスケアを受けられる人は、ほんの一握りに過ぎない。しかも厚生労働省は医療費削減の見地からホスピスの建設をこれ以上認めようとならない。在宅で（畳の上で）看取ってもらえる患者さんは、様々な条件をクリアした恵まれた人に限られている。多くの末期患者さんは、在宅での生活ができなくなった時点で入院し、病院の片隅でひっそりと亡くなって行っているのが現状である。たとえ個室であっても家族のためのベッドは用意されていないので、家族は疲れた体を床に置かれた簡易ベッドで夜を明かさなければならない。家族の一人が病んでいる場合、それが不治の癌であればなおさらのこと、家族全員が肉体的にも精神的に打ちひしがれているのである。

前任の病院では、義母や弟を含めて多くの癌の患者さんを在宅で看取ってきた。痛みのコントロールができると、かなりの期間自宅での生活が可能になるが、吐血、下血が始まり、意識がなくなると、よほどの覚悟のある家族以外はSOSを出される。私は、そこが在宅での「看取り」の限界であると思っている。その時点で入院していただき、病院で家族と共に「死を看取ってゆく医療」があっても良いのではないかと考えている。病室に家族が横たわることのできる空間があれば、たとえ少しの間であっても、笑顔を作って時間を共有することができるのである。

今回、一般病棟の6人部屋と4人部屋を使って、看取りの部屋（ひだまり、こもれび）を2つ造ってみた。病室には対面式のキッチン、家族が食事をするため

の調理器具、食器も揃っている。布団が敷ける畳の間（3畳分）、夜はベッドになるソファ、家族も利用できるシャワールームを取り付けた。ベランダには植物を植えテーブルと椅子を置き外気浴も楽しめる。最期の1週間あるいは数日を共に過ごすことができる部屋になった。病んでいるのは本人だけではない、肉体的に疲れ、精神的に極度に落ち込んでおられる家族が、昼間少しの間でも横になれる空間があれば、そして、それが家庭を連想させる部屋であればとの思いからである。

ロコミで利用希望者も増えてきている。一般病棟であるので、部屋代（5,000～12,000円）をホテルフィーとして請求させて頂いているが、利用されたご家族からは大変喜ばれている。

酸素や吸引のための設備はあるが、人工呼吸器をつける人は対象外としている。延命のための治療は行わず、ただ患者さんへの痛みのコントロールと寄り添い、家族の安心と精神的な安定が目的であるので、一般の入院費以外は掛からない。それが私の提唱する看取りの医療である。国立病院機構本部で許可はいただいたが、単なる長崎病院での試みとしてではなく、全国の病院の100床当たり1病室ぐらゐの割合で設置してもらえば良いのではないかと考えている。

### (2) 小児応急の考え方

小児救急システムの構築は、小児科医の減少と共に、どこの地域でも大きな社会問題となっている。次元の違ういくつかの問題を同時に論じているから、混乱が起きて何時までたっても解決されないのではないかと考えている。

現在長崎市内では、市医師会館の救急センターで、午後7時から午後11時30分までは市内に小児科を開業されている先生が、午後11時30分から翌日の午前7時までは、市内の勤務医の先生方（大学病院勤務を含む）が交代で診察している。いわゆる長崎方式である。しかし、開業医の高齢化、勤務医の減少に伴って、人的にはかなり厳しい状態のなかで、

年間約13,000人の患児が診察されている。そのうち入院して手術などが必要になった患児は5%、残りの95%はその場での指導あるいは投薬か点滴で済んでいる。

医師、あるいは医療従事者にとっては、「95%は急患でない患者が来ている」かも知れない。しかし、母親、家族にとってはすべてが急患である。この問題は、①医療機関での妊産婦教育、学校教育、地域の中で健康（医学）教育システムの問題。②医師の集約化の問題の二つの問題に分けて解決しなければならない。

①地域住民への医学教育：対馬や琴海町で、20年間に亘り、年間200回以上の健康教育を学校や地区公民館で繰返してきた経験から、それなりの成果があったと思っているがここでは述べない。

②医師の集約化：人口規模60万弱の長崎医療圏においては、小児応急センター（トリアージセンター）と大学病院あるいは小児外科と小児科医が10名以上いる総合病院があれば十分であると思っている。A「緊急に入院して医学的処置が必要である患者さん」、B「心配ないと思われるが、一晩くらい様子を見たい患者さん」、C「投薬で十分回復する患者さん」、D「喘息などで点滴が必要な患者さん」、E「説明だけで帰すことができる患者さん」の所謂トリアージが、小児応急センターの役割である。当院の小児科医（現在の重心病棟を担当している医師以外に、新たに5名を採用して）が夜勤体制を組み、医師会の夜間急患センターに詰めて、A群については大学病院、長崎市民病院に搬送する、B群は当院（長崎病院）に搬送して経過観察する。C、D群はその場で投薬と説明をする。このシステムを立ち上げるのに必要な投資（人的、ハード面）を整備しても、採算性は見込めるとの計算している。もちろん黒字にはならないが、現在長崎市が一般財源から繰り入れている小児救急予算がそのまま頂けると仮定すると、当院にとっては十分戦える分野であると計算している。しかし、長崎大学小児科が、「大学病院を中心とした小児救急体制を構築する」と公約されたので、しばらくペンディングの状

態である。現在はその予算を使って小児心療内科、発達障害の専門医を招聘し、将に「長崎になくはない病院」機能を担っている。

### (3) 中途障害者のための障害者病棟の運営

現在日本の医療は医療費削減の政策の下に、入院日数を減少させる事が病院経営者の手腕であるかのような風潮がある。しかし、すべての病院が急性期病院である必要はない、疾病の発生頻度に応じた医療計画の下に、病院機能分化をして始めて成熟した「地域医療」が展開できると信じている。

赴任した時点で、当院には障害者病棟50床があった。在院日数に計算されない病棟である。全入院患者の70%が身体障害者手帳1～2級相当の患者さんであれば障害者病棟として運営できるので、当院では重心病棟（80床）以外の、200床の一般病棟をすべて障害者病棟として届けて運営している。もちろん整形外科・小児科・一般内科の混合病棟では在院日数21日を切ることもあるが、平均すると25日くらいである。

ないものねだりをせず、現有の資源（人的・設備）を最大限に活用し、弱点を武器にする発想の転換も大切なことであると思っている。

DPC（急性期病院）を取得している病院や回復期病棟からの患者さんの流れを当院の障害者病棟へ導くことによって、急性期病院では長期入院が困難な脊髄損傷、神経難病、脳外傷や無酸素脳症などの中途障害の患者さん方にも利用して頂いている。現在人工呼吸器をつけたALS（神経難病）の患者さん、脊髄小脳変性症の患者さん、高位頸髄損傷の患者さん等が他院からの紹介で入院されているが、時間をかけて調整することにより、かなりの患者さんが在宅へ復帰することができている。当院の障害者病棟の自宅復帰率は、回復期病棟に義務付けられている70%には及ばないが、平均すると65%を超している。家族が本当に納得していただけるように、リハビリ・スタッフや地域連携室の職員が時間をかけて、必死に退院調整をしてくれているおかげである。患者さん

と家族に寄り添う医療の必要性を切実に感じている。

しかし、どんなに調整しても、能力的には在宅生活が可能であるにもかかわらず、在宅へ帰れない患者さんもおられる。特に脊椎損傷、神経難病（筋ジストロフィー、ALS、脊髄・小脳変性症）の方々である。

障害者自立支援法が成立した（法自体は素晴らしい理念に貫かれている）が、現在の障害者年金の額では到底在宅での生活は望めない。現在の障害者年金が平均で10万円とすると、食費、介護保険の自己負担額、パソコンなどの維持費、生活必需品の購入などを計算すると、住居費に1万円以上の出費は許されない。障害者自立支援法が円滑に運用されるためには民間のアパートに入居できるように年金を上げるか、1万円前後で入居できる障害者専用住宅をつくる以外に方法はないと思っている。当院の空き病棟をその目的のために使用することができればと思っ て機構本部と交渉したこともある。しかし、現時点においては医療法上無理であるとのことである。しかし、空き病棟を病院から切り離して、NPOなどが運用するのなら可能かもしれない、現在様々なことを考えて検討中である。

さらに、当院の敷地が長崎市有地であると言う弱点を武器に、当院の敷地の半分に医療施設を集約し残りの半分（5千坪）にモール（ショッピングセンター、レストラン、デイケアセンターなど）を誘致し、その階上に障害者専用住宅を作るという計画を長崎市に提案している。モールに併設された芝生の広場は、障害者と健常者の触れ合いの場となり、将に福祉コミュニティの原型となるはずである。医療費の削減になると同時に、障害者自立支援法の基本理念であるノーマリゼーションの実現に役立つ試みであると自負している。長崎市はこの構想に大変興味を示しており、今後の展開が楽しみである。

#### （4）重心病棟のグループホーム、擬似家族化

初めて重心病棟に入って、高柵ベッドに寝かされている子どもたちを見た時は、涙が止まらなかった。動物園の檻のような気がしたからである。安全のためと

はいえ、家庭では考えられないことである。「職員が少なく、子供たちの安全を保障することができない」という言い分は十分に理解できるが、自分の子どもが、檻のようなベッドに寝かされているのを見た親は、ただそれだけで、がっかりするのではないだろうか。

せめて、新しい重心病棟が完成するまでの、少しの間だけでもアメニティを上げたいとの思いで、平成17年5月から11月にかけて病棟の改修を行った。今回は高柵ベッドをなくすことはできなかったが、「新しい重心病棟は、人権を尊重し、プライバシーの尊重のためにできるだけ個室対応にしたい、親御さんが亡くなった後でも、安心して任せることができる、家庭的な病棟にしたい」と言う当院の方針を知っていただくためのプレゼンテーションの意味もあった。廊下が広がり、すべてのベッドにカーテンも付け、コテージを思わせる個室もいくつかつくった、寝転んで生活できる空間もつくった。何よりも子どもたちの顔が明るくなったのが印象的であった。

新しい重心病棟の建設の許可が下りたら、本格的に擬似ファミリーの考え方で運営できるような病室を設計したいと思っている。障害者自立支援法との関係で、措置制度がなくなるので、病院の収入は減ると思われるが、福祉系の学生や医学部、看護系の学生を彼らの時間のあるときに病棟へ出入りしてもらい、彼らの時間に依りて時給で生活介助、お話、散歩などの仕事をしてもらうと言う方法である。子どもたちにとって兄弟のような人が介護をする事は入院中の子供たちにとっても、嬉しいことであろうし、何よりも福祉の心を持った介護者が養成できることが最大の狙いである。来春は福祉系の大学と契約を結び、試験的に採用するつもりである。

「親の会」の方々や相談して、NPOなどを立ち上げ、高齢化する親御さん方のコレクティブハウス等の運営も視野に入れなければならないと思っている。■

#### 《参考文献》

「地域が動き出すとき」：森 俊介、農文協人間選書

「安心して死ねる町づくり」：森 俊介、「病院」（医学書院）