

在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷 —私の今までの研究と最新の実証研究の紹介を中心にして

日本福祉大学教授・副学長（当時）

二木 立

はじめに—在宅ケアとその経済分析は私の臨床と医療経済学研究の原点

私は1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業し、すぐに渋谷区の地域病院である代々木病院に就職し、13年勤務した後、1985年に日本福祉大学に移った。しかし、日本福祉大学に移ってからも、非常勤で2004年まで診療を継続した。医師1年目から往診を担当した。当時は、定期往診（訪問診療）という概念はなく、臨時往診を担当していた。その後東大リハビリテーション部で1年勉強し、代々木病院に戻って1975年から85年までは、脳卒中などの早期リハビリテーションと定期往診（訪問診療）を担当した。日本福祉大学教授になった1985～1992年は、リハビリテーション医の後継者を育てるために病棟指導のみを行ったが、1992～1993年にアメリカUCLA公衆衛生学大学院に留学後、代々木病院での診療を再開し、リハビリテーション外来と定期往診（訪問診療）をまた担当することになった。だから、トータルで25年くらい往診・訪問診療をやっている。そのころの経験を踏まえ、2つ活字にしたものがある。

一つは、1983年、「脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携モデル」¹という論文を発表した。ここでは、代々木病院での脳卒中医療・リハビリテーションの経験をベースにして施設間連携モデルを作成した。その上で、在宅療養の寝たきり患者、つまり起き上がりも自分でできない全介助患者の広義の医療・福祉費、この場合は狭い意味での医療費だけではなくて生活費・家族介護費相当分を加えたリアルコストをシミュレーションしたところ、施設入所の費用とほとんど差がないことを、日本で初めて示した。当時は、役人はもちろん、研究者の間でも在宅ケアは費用が安いというのが常識だった。しかしそれは家族の介護労働を無視しているからであった。

¹ 『病院』42：37-42, 1983, 『医療経済学』医学書院, 1985, 77-92 頁

その後1987年に、私のリハビリテーション医学の恩師、上田敏先生と共著で『脳卒中の早期リハビリテーション』²を出版した。これは代々木病院における診療経験と診療の枠を越えたりハビリテーションシステムづくりについての経験を対話形式でまとめた本で、私が出版した本で唯一1万部を超えた本だ。この本の中で、「地域ケア」は「システム」ではなく「ネットワーク」だということを強調した。「大都市部では農村部のように医療機関ごとの診療圏が存在しないため、上からの固い地域ケア“システム”を造ることは不可能」であり、「患者を通じた専門職同士の連携・ネットワーク作りから出発する必要」がある。また、「従来の地域リハビリテーション論では病院の位置づけがあいまいだったが、病院は相対的中心」であるとした。当時、地域リハビリテーションと言うと、病院を除いた狭い意味での在宅というイメージのほうがむしろ強かった。このことをベースにして「地域リハビリテーションの4大要素」として、一般病院、開業医を含めた在宅医療サービス、リハビリテーション専門病院、それから当時は今のように老人保健施設も何もない時代なので広い意味での長期療養施設という表現を使った。今回、講演のためにこの本を読み直し、四半世紀前の主張ではあるが、大半は現在焦点になっている地域包括ケアシステムを評価するうえでも使えると思い、雑誌の論文をそのまま今日の資料にしているので参考にさせていただきたい。

こうしたバックグラウンドがあって、1985年から日本福祉大学に移った後も、私の医療経済・政策学の研究の持続的なテーマの1つが、在宅ケア・終末期ケアの経済分析となっている。最近はその延長で、死亡場所と自宅死亡の分析を行っているので、本日はそれについても紹介したい。

1. 拙新著『民主党政権の医療政策』の紹介

(1) 重度障害者の在宅ケア費用は施設ケア費用よりも高い

まず、在宅ケアの経済評価についての私の研究と、厚生労働省幹部の見識ある見解を紹介したい。私は、国際的な膨大な実証研究をベースにして、重度障害者の在宅ケア費用は施設ケア費用よりも高いことを、30年間主張し続けている。ただし、在宅ケアが常に高いわけではなく、屋内歩行レベルの軽度障害者であれば在宅のほうが安く、全介助では間違いなく在宅ケアのほうが高くなる。ベッド上自立ぐらいがボーダーラインと思う。

² 二木・上田敏『脳卒中の早期リハビリテーション』, 1987, 209-219頁, Ⅲ-4「地域ケアシステムの中で病院は中心的役割をもつ」

1985年に医学書院から『医療経済学』という本を出した³が、第3章Ⅱ「医療の質を落とさない医療費削減」という節で、「脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携の経済的効果の試算」(シミュレーション)を行い、自宅退院患者の医療費だけを見ると、当然入院より安い、「生活費・介護手当の加算」を行った「“社会全体としての資源の利用”という枠組みで見ると、重度患者(全介助患者)の在宅費用は、施設入所に比べて決して安くはない」ということを示した⁴。

次に、1988年に出版した『リハビリテーション医療の社会経済学』⁵では、Ⅰ-5「障害老人の在宅ケア—条件と費用効果分析」で、当時の欧米諸国のこの領域の費用効果分析を網羅的に紹介し、障害老人の在宅ケアは費用を節減しないことはもう学問的に常識になっていること及びその理由を示すとともに、今求められるのは「在宅ケアと施設ケア、両方の充実」つまりケアミックスであると主張した⁶。

1990年に出版した『90年代の医療』⁷のⅡ-3「在宅ケアの問題点を探る」では、私が指導した大学院生の修士論文の「寝たきり老人の在宅ケアのADL自立度別社会的総費用」データを紹介した。私が1985年に出したのはシミュレーションだったが、この修士論文では、院生が実際に在宅ケアをしている障害を持ったお年寄りのところに泊り込んでタイムスタディをした。その結果、完全な寝たきり、ADL全介助群の社会的総費用(生活費を含む)は、老人病院費用や特養費用を上回ることを示した⁸。

1991年に出版した『複眼でみる90年代の医療』⁹の3章「90年代の医療供給制度」で、在宅介護の大半を「外部化」している1事例の金銭費用を調査し、重度障害者の場合には金銭費用に限定しても、「在宅ケアは施設ケアに比べて安価ではない」ことを示した。さらに、ある精神障害者家族会の依頼により、精神病院に長期間入院している精神障害者を病院から退院させ、地域ケアに切り替えた場合の費用を計算し、入院よりもはるかに多額の公的費用がかかることを示した¹⁰。この家族会は、当初、入院を続けるよりも地域に戻したほうが費用が安くなると考え、そのデータをまとめて、厚生省に陳情して地域ケアを充実してもらおうと考え、私を研究者として呼んだ。彼らが出してきた元データでは、一見地域ケアのほうが

³ 『医療経済学』, 医学書院, 1985

⁴ 『医療経済学』, 医学書院, 1985, 77-92頁。元論文は『病院』42: 37-42, 1983

⁵ 『リハビリテーション医療の社会経済学』, 勁草書房, 1988

⁶ 『リハビリテーション医療の社会経済学』, 勁草書房, 1988, 98-120頁

⁷ 二木立著『90年代の医療』, 勁草書房, 1990

⁸ 同上, 123-137頁

⁹ 二木立著『複眼でみる90年代の医療』, 勁草書房, 1991

¹⁰ 同上, 122-126頁

安く見えた。なぜなら、当時は今と違って公的な地域ケアはなく、ほとんど職員がボランティアでやっていたため、それをタダだとみなして計算していたからである。しかし、ボランティアの労働を職員の時給と訪問時間を掛けて金銭表示し、さらに生活費（生活扶助費）も含めて再計算したところ、地域ケアの方がはるかに高くつくことが分かった。当時の精神病院は6人部屋どころか、十数人の大部屋であり、入院費が非常に安かったためである。しかし、残念ながらこの研究はお蔵入りになってしまった。

1992年に出版した『90年代の医療と診療報酬』¹¹のⅡ-5「90年代の在宅ケアを考える」の「在宅ケアの医療費節減効果をめぐる論争の決算」では、私が指導した先ほどの院生が行った、予防接種ワクチン禍訴訟の原告である重度脳障害児の生活時間調査の結果を示した。お年寄りについては当時は医療以外の公的な施策はほとんどなく、寝かせきりの介護だったが、十代／二十代の脳障害児の場合にはたとえADLが全介助でも家族がいろいろ外に連れ出すことにより脳障害児のQOLは相当高くなる半面、介護時間が非常に長くなっていた。つまり、障害児に高いQOLを保障するためには、寝かせきりの介護よりもはるかに介護時間や金銭的出費が高くなることを示した¹²。

1995年に出版した『日本の医療費』¹³の第4章「医療効率と費用効果分析」は私の「欧米諸国の地域ケアの費用効果分析」の文献学的考察の当時の総集編であるが、「驚くべきことに、費用に家族の介護費用を含めず、公的医療費・福祉費に狭く限定した場合にさえ、地域ケアのほうが費用を増加させるとする報告が多い」ことを示した。家族のただ働きの介護費用を金銭表示すると在宅ケアのほうが高くつくということは、当時でも完全にシロクロついていたが、それをタダと見なした場合にも、手厚い公的な医療・福祉を在宅でやると施設ケアよりもむしろ高くなることを示した¹⁴。

2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護』¹⁵の第Ⅲ章「わが国の高齢者ケア費用—神話と真実」では、「在宅ケアを拡充すれば施設ケアを減らせるわけではない」ことを示したうえで、「わが国の地域包括ケア最先進地域で、いわば介護保険を先取りした高水準の在宅ケアを提供している……広島県御調町の経験は、今後わが国で介護保険制度により在宅ケアを大幅に拡充しても、施設ケアを減らすことはできないことを暗示してい

¹¹ 二木立著『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房、1992

¹² 二木立著『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房、134-140頁、1992

¹³ 二木立著『日本の医療費：国際比較の視角から』、医学書院、1995

¹⁴ 同上、173-197頁

¹⁵ 二木立著『21世紀初頭の医療と介護』、勁草書房、2001

る」と指摘した。御調町は山口医師の政治力により、在宅ケアを充実させるとともに施設ケアもものすごく充実していて相補的であることを示した上で、今後介護保険が始まって在宅ケアが普及して施設ケアが減ることは絶対になく、在宅ケアが普及するとむしろ施設ケアも増え、QOLが高まるので良いことだと主張した¹⁶。

(2) 厚生労働省幹部の見識ある発言

厚生労働省の方がどういうことを言っているかということ、1980年代ぐらいまでは在宅ケアで費用が抑制できるとおっしゃっていたが、私が調べた範囲で一番最初にそうじゃないということを認めたのは、老人保健課長の伊藤雅治氏であり、「在宅ケアは施設ケアに比べて効率が悪くて費用がかかるものだと考えている」と、1989年の国保医学会シンポジウムで初めて認めた¹⁷。

最近では、その19年後の2008年11月14日、全国公私病院連盟のシンポジウムで、保険局医療課長の佐藤敏信氏が「在宅と入院を比較した場合、在宅のほうが安いと言い続けてきたが、経済学的には正しくない。例えば女性が仕事を辞めて親の介護をしたり、在宅をバリアフリーにしたりする場合のコストなども含めて、本当の意味での議論をしていく時代になった」と発言した¹⁸。

ごく最近では、武田俊彦社会保障担当参事官が、「生活の場で本人の生活に寄り添う医療は、病院の医療よりも控えめな、本人の生活を補完する医療」であり「その中で、トータルコストは増える場合もあるし、減る場合もあると考えるべきではないか」と介護費や家族介護を除いたマネーコストに限定し、控えめに認めた発言をした¹⁹。

在宅ケア一般に関して言えば、少なくとも障害がある程度以上重い方に関しては、狭い意味での公的な医療・福祉費に限定しても、在宅ケアは施設ケアに比べて安くはなくむしろ高くなることは、日本でも世界でも学問的にはもちろん、政策レベルでも確認されている。厚生労働省でもこのことは前提になっている。

¹⁶ 同上、192-197頁

¹⁷ 1989年の国保医学会シンポジウムにて。『90年代の医療と診療報酬』勁草書房、1992、135頁

¹⁸ 2008年11月14日全国公私病院連盟「国民の健康会議」にて。『医療改革と財源選択』131頁

¹⁹ 『日本医事新報』2012年6月23日号：16頁

2. 終末期ケアの費用をめぐる論争と決着、再燃と自然消滅

(1) 1997～2000年の終末期ケア論争

次に、終末期ケアの費用をめぐる論争と決着、再燃と自然消滅について話す。

この論争の出発点は1997～2000年に終末期ケア論争であり、これについては私の『21世紀初頭の医療と介護』²⁰で詳しく紹介している。スタートラインは広井良典氏が中心になって出した『「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書』で、「終末期医療費(死亡前一年間の医療費)が高額に上って」おり、「遠からぬ将来において医療保険財政を圧迫する恐れもある」ため、現在の医療主体のターミナルケアを医療抜き(ノン・メディカル)の「福祉のターミナルケア」に転換すると提言したことであった。具体的に言うと、病院や診療所の死亡を減らして福祉施設や自宅での死亡を増やせば、2020年には1兆円の医療費を節減できるというシミュレーションをした。私は広井報告書の「第4章ターミナルケアの経済評価」を検討し、「定義・予測・過程が恣意的、費用計算は粗雑で、(福祉のターミナルケアにより1兆円の医療費を節約できるとする)結論は誤り」だと示した²¹。

この問題に関する実証研究では、社会保障・人口問題研究所の府川哲夫氏が、日本の高齢者の死亡前1年間の医療費は老人医療費の11%で、アメリカのメディケアの3割よりはるかに低い、しかもアメリカでは死亡直前に医療費が高騰するが、日本の場合、死亡直前の医療費高騰患者は死亡中の20～25%に過ぎないことを示し、「このような日本の特徴は、日本の医療費を低い水準に抑えている重要な要因」であるとした。広井報告書は、終末期医療費が高いから医療費が高騰するとしたが、府川氏は逆に日本の死亡前1年間の医療費はアメリカの3分の1であり、これが日本の医療費水準が低い理由の1つだということを示した。

私も国際的なデータを集めているが、例えばオランダやドイツの死亡前1年間の医療費の総医療費に対する割合は1割であり、日本は大体国際標準だ。

この論争で決定的だったのは、医療経済研究機構が2000年に『終末期におけるケアに係る制度及び政策に関する研究報告書』を出し、死亡前1カ月間に限定した終末期医療費総額は98年度で7,859億円と、国民医療費のわずか3.5%に過ぎないとしたことだ。しかも、この場合の死亡前1

²⁰ 二木立著『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房、2001

²¹ 同上、159-170頁

カ月の医療費には心筋梗塞や脳卒中による急性期死亡患も入っているので、様々な慢性疾患があり最期を看取られるというような終末期に限定すれば、おそらくこの半分以下だと思われる。この報告書をまとめた片岡氏は結論として、「死亡直前の医療費抑制が医療費全体に与えるインパクトはさほど大きくない」、終末期ケアが「医療費の高騰につながる可能性は否定している」と、明確に述べられた。これにより、終末期ケアがものすごく高いとか、医療費増加の主因という主張は否定され、論争には決着がついたはずだった。

ところが、小泉政権時代に、厚労省がトンデモ推計を示して論争が再燃した。厚労省は、2005年の7～8月に社会保険審議会の医療保険部会等で「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げれば2025年度に約5,000円の医療費給付費を節減できるとの試算を発表・提出した²²。

この中で入院事例として、「食道がん術後、自宅にて療養中、癌性疼痛、癌性発熱等の症状悪化により入院」して「中心静脈栄養、麻薬、鎮痛剤との投薬、人工呼吸、血液検査等」を受けて「入院後30日で死亡」した患者の30日間の医療保険は115万円、それに対応する在宅事例として、「食道がん術後、自宅で療養を続け、訪問診療の他、不穏状態等により往診も併用」して死亡した患者が57.7万円、したがって在宅は半額以下だとした。

しかし、この比較は非常に恣意的であり、入院事例にはがん末期患者では例外的にしか使われない人工呼吸器の費用が含まれる過剰推計であり、在宅事例には医師技術料しか含まれず、訪問看護費用・ヘルパー費用等も含まれていない過少推計である。「癌性疼痛、癌性発熱の症状悪化」にもかかわらず在宅で死亡する、超例外的事例を持ち出すこと自体が非現実的である。この点に関しては、日本医師会が2006年の3月に出した『「ふたたび終末期医療について」の報告』は、このような方法で入院医療費と在宅医療費を比較することは、比較できないものを比較しているのであり、理論的にも倫理的にも何ら意味を持たないと、極めて正確な批判をした。

これらからわかるように、こうした数字は小泉首相による医療費抑制の数値目標を示せという強い指示に従って、厚生労働省が苦し紛れに出した数字である。そのため、厚生労働省の担当者もやましい気持ちがあったと思われ、小泉政権の終了とともに自然消滅した。その後の社会保障国民会議の報告や関連資料、それから民主党政権の社会保障・税一体改革の諸文

²²2005年7月29日社会保障審議会医療保険部会「医療費適正化の方向性（イメージ）」。同年8月10日社会保障審議会医療保険部会「終末期の医療費・制度別実効給付率について」中の「終末期の患者の入院治療費、在宅治療費の例（粗い推計）」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/08/s0810-3g.html>)

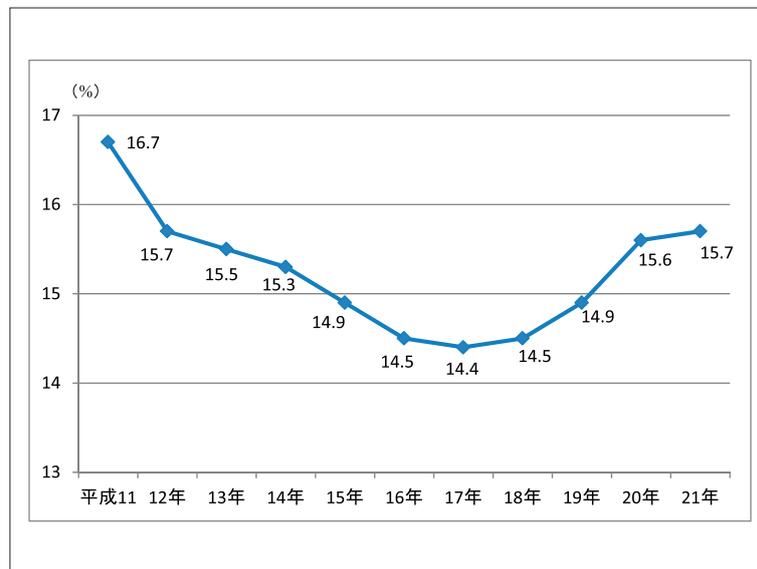
書には一切盛り込まれていない。ただし、不勉強なジャーナリストや一部医療関係者は今でもこれが厚労省の方針と誤解している。

3. 死亡場所と自宅死亡割合についての私の最新の実証研究

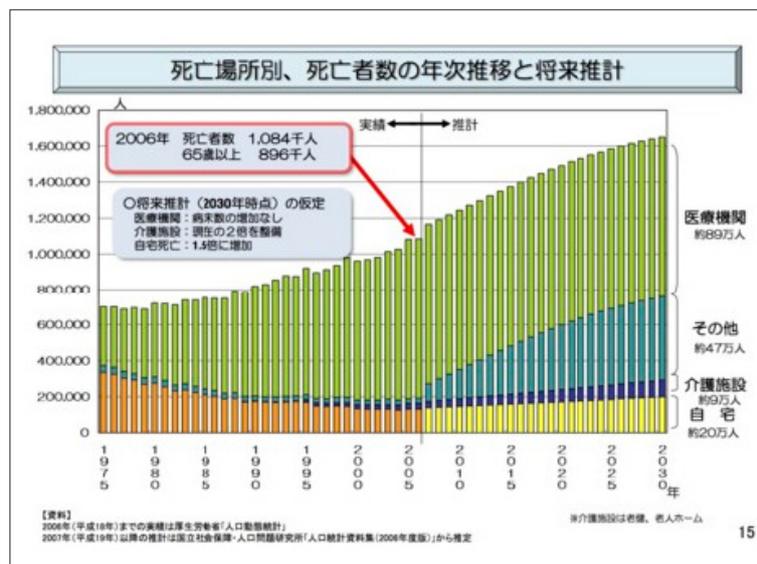
最後に、死亡場所と自宅死亡割合についての私の最新の実証研究のポイントを簡単に紹介する。

厚労省推計によると、在宅死亡率は戦後下がってきたが、平成 17 年(2005 年)を底にして増加に転じている(図表 1)。また死亡場所別死亡者数の年次推移と将来推計によると、2030 年には医療機関でも介護施設でも自宅でも亡くならない方が 47 万人に達するとされている(図表 2)。この数

図表 1 在宅死亡率の推移(全国)



図表 2 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



字は非常によく引用される数字であり、一方では「死亡難民」が47万人も生まれるという悲観論者、他方では、サ高住、有料老人ホームのビジネスチャンスだと考える楽観論者がいるが、両方とも間違いである。

(1) 今後の死亡急増で“死亡場所”はどう変わるか？

厚生労働省の「その他」の死亡場所が2030年には47万人に達するという推計は、これから病床数は増えないので病院死亡も増えないということ的前提にしているがこれは事実と反する²³。過去20年間の実績をみると病院病床数は5%減っているが、病院での死亡は逆に6割も増えている。この理由は平均在院日数が4割も減っているからである。従って厚生労働省の推計の大前提である“今後病床数は一定だから病院での死亡数も一定である”という仮定は成り立たない。今後は急性期病院の平均在院日数はそれほど大きく下がらないと思うが、慢性期病院のそれは、相当減るので病院での死亡数は今後も相当増えると思う。

それから、慶応義塾大学の池上先生の研究で気がついたのだが、厚生労働省は今後介護施設の定員が増えた分だけ自宅死亡も増えると仮定しているが、過去10年間の実績を見ると、特別養護老人ホームの死亡は定員増で増えた分に加えて、それと同じだけ定員当たりの死亡数が増えている。そのため、今後、介護施設（老健含む）は、定員増の枠を超えて死亡場所の大きな受け皿になる可能性がある。だから、「その他」の死亡場所・「介護難民」が47万人も出るとは考えにくい。

(2) 21世紀初頭の都道府県・大都市の“自宅死亡割合”の推移

「21世紀初頭の都道府県・大都市の“自宅死亡割合”の推移」²⁴を網羅的に調べてみた。すると、長年続いていた自宅死亡割合の低下は、確かに全国レベルでは2005・2006年で底を打ったが、その後は一進一退で、現段階で確実に増えているとまでは断言できない。

では厚生労働省の「在宅死亡率」とは何なのか。2005年以後確かに上がっているが、これは老人ホームの死亡が増えただけであり、この場合の在宅には、自宅と老人ホームの両方が含まれている。

意外なことに、2000年以降の自宅死亡割合の推移には、ものすごく大きな地域差（都道府県格差）があり、常識とは逆に、首都圏や関西圏、あ

²³「今後の死亡急増で『死亡場所』はどう変わるか?」、『日本医事新報』, 12月22日号(4626号), 26-27頁

²⁴「21世紀初頭の都道府県・大都市の『自宅死亡割合』の推移」, 『文化連情報』, 2013年2月号

るいはそれ以外の大都市、政令指定都市では増加に転じているが、「その他」の地域では減少し続けている。いわゆる大都市圏と言われているところでも、政令都市以外では減っている。一番顕著なのは東京都(特に区部)で、自宅死亡率は2000年時点で12.2%、2011年16.1%となっている。逆に、かつての「自宅ケア先進県」の長野県、新潟県、山形県等では軒並み下がっており、2000年時点では、長野県が自宅死亡割合日本一だったが、その後急減し、現在は東京都より低い。

また、農村部で自宅死亡割合が高いのは三世代同居があるからと言われており、確かに1990年代までそういう関係はあった。ところが、2010年には両者の相関係数がマイナス0.001と、相関がなくなってしまった。かつて三世代家族は日本の福祉の含み資産とも言われていたが、今は含み資産がゼロになったということだ。特徴的な県として、山形県は高齢者とその子との同居割合が日本一高いが、自宅死亡割合は激減している。逆に、東京都は子との同居割合は低いままだが、自宅死亡割合が急増している。

それから、死亡数の多い都道府県上位を調べてみると、上位10位の累積死亡割合は5割であった。今後は首都圏で高齢者が増えるが、この上位10都府県の2025年の65歳以上人口は54.4%、75歳以上人口は55.0%と推計されている。今後、首都圏を中心とした都市部で高齢者死亡が増えるのは事実であるが、それ以外のところでも死亡は相当多い。だから、死亡の問題は、大都市圏で特に重視すると同時に、全国的にもきちっと対応しないといけない。

最後に東京都区部の自宅死亡であるが、2000～2011年に自宅死亡数で増えているうちの4割が「孤独死」である。

この論文の考察部分では、まず、厚生労働省の本音を考えてみた。在宅ケアを重視すると言っているが、どうも厚生労働省は狭い意味での自宅死亡割合をこれから高めることは困難と認識しているのではないか。実は厚生労働省だけではなくて、政府の社会保障・税一体改革の公式文書でも、「居宅生活の限界点を高める」という表現を使っている。これは非常に正確な言い方だと思う。何が何でも物理的に最期を自宅で看取るのではなく、在宅ケアを充実しできる限り長い期間自宅で見て、そのまま自宅で看取れるのであればそれでよいし、最期は病院あるいは施設に入院・入所して亡くなるのなら、それでも構わないという考えであり、合理的だと思う。

死に場所が決まらない人が47万人に達するというショッキングな数字を出したのは、当時老健局の鈴木医療課長であるが、彼は、今後、サービス付き高齢者向け住宅と有料老人ホームを思い切り増やさないと、死亡者数の急増はとても乗り切れないと考え、いわばショック療法で出したのだ

と思う。なお、法律上、正確に言うと死亡診断書上は、サービス付き高齢者向け住宅やグループホーム、無届けの施設での死亡は自宅に入る。

しかし、医療のバックアップがないところでそんなに増えるだろうか。サ高住のうち医療法人等医療機関の開設は2割弱であるが、医療法人が持っている社会福祉法人やそれ以外の会社等の開設を含めると約3割である。しかし医療法人開設以外のサ高住で、看取りをそんなに増やせないのではないかと思う。それと、介護療養病床は2017年度末で廃止方針であるが、死亡場所の確保の点から、この方針は再検討を迫られると思う。介護療養病床とそれから転換した介護療養型老健では、定員当たりの死亡数に2～5倍の差がある²⁵からだ。

(3) 地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える

最後に、今までの実証研究を踏まえた評論『地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える』²⁶のポイントを紹介する。

1番目は、地域包括ケアシステムの実態は、「システム」ではなくて「ネットワーク」であり、全国一律はあり得ず、主たる対象は都市部だということ。2番目は、厚生労働省はこの2～3年で地域包括ケアシステムにおける医療・病院の位置づけを軌道修正していること。2010年時点では、地域包括ケアシステムの医療は、ほとんど診療所レベルの医療が想定されていたが、それは無理だと認識して、最近では中小病院も含むようになってきている。そもそも地域包括ケアシステムの元祖は誰かということ、先ほども引用した公立みつぎ総合病院の山口先生であり、先生ははっきり「病院を核とした地域包括ケアシステム」と書いている。私はこの軌道修正は妥当だと思う。

3番目に、厚生労働省高官は医療法人によるサ高住を非常に熱心に勧めている。この背景にある理由を考えると、「今後急増する死亡者を病院ですべて看取することは困難であるが、既存の老人福祉施設も財政制約上大幅には増やせない。かといって自宅での看取りを大幅に増やすことは困難なので、サ高住や有料老人ホームでの看取りを促進したい。しかし、粗悪なものが急増すると社会問題になるので、非営利でケアの質が担保されやすい医療機関を母体とするものを増やしたい」ということではないか。ただし、有料老人ホームやサ高住の整備については、国土交通省と厚生労働省

²⁵ 日本慢性期医療協会「介護療養型老人保健施設のあり方に関する調査研究（平成23年度）」25頁、全日病「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」（2012年）8, 33頁

²⁶ 「地域包括ケアシステムと医療・医療機関の関係を考える」、『日本医事新報』、2013年1月19日号（4630号）、30-31頁

働省の間に温度差がある。

私は、「地域包括ケアシステムの推進」に賛成である。ただ、今後の死亡急増時代に自宅死亡の割合（実数は増えると思う）を高めることは困難であり、今後も死亡場所の中心は病院で、それを老人施設とか医療機関母体のサ高住などが補完するのではないかと思う。サ高住は、公式の医療法人事業主体は17%であるが、医療機関の母体は3割ほどある。かつて保健・医療・福祉問題の調査で、特別養護老人ホームの母体を調べたことがあるが、同じ数字であった。