

第11回健康生きがい学会 健康生きがいに満ちた“新しい暮らし方” ～コロナ時代をむかえて～ 会議録

2021年9月11日(土) 10:30～14:30 オンライン開催

宮嶋 皆様大変お待たせいたしました。健康生きがい学会第11回大会をこれより開催させていただきます。司会進行は私、常務理事の宮嶋が務めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

では、早速ですが、まず本学会の副会長でございます、松山博光大妻女子大学教授よりご挨拶をいただきます。よろしくお願いいたします。

松山 皆さんごきげんよう。第11回健康生きがい学会大会の運営を務めます、大妻女子大学の松山でございます。本来ならば昨年、この11回大会というところでしたが、ご承知のようにコロナ禍により、なかなか収束が見えませんが、1年延期という形になりました。とはいえ、延期になったものの、実際は残念ながら、対面での大会を行うことができず、このようなオンラインによる大会になりました。当初、大学での開催ということで、私どもも非常に楽しみにしていたのですが、残念ながらこのようなオンライン開催ということになりました。とはいえ、オンラインであっても、中身の質は維持し、そして参加していただいた皆さんの意見も十分に反映できるような形で、これからの日本の、健康、いきがいについて語り、そして成果が得られればと思っております。時間が限られておりますが、皆さんどうぞ最後までご参加いただき、さまざまな意見を参考に今後の皆さんご自身の活動、そして組織の活動に活かしていただければ幸いです。簡単ですが、挨拶といたします。どうもありがとうございました。

宮嶋 ありがとうございます。

では続きまして、プログラム上は会長からのご挨拶になっておりますが、実は、昨日の第12回理事会で、京極会長が退任されました。その後特別顧問という形で選任されております。そして会長ご挨拶は既に事前にいただいており、このプログラムの1ページ目に記載しておりますので、後ほど、お読みいただければと思います。

さて、続きまして、理事長挨拶ですが、同じく、昨日の理事会で、辻理事長が会長職兼務という形で、本学会の会長に選任されました。そこで、本日は、辻哲夫新会長からご挨拶いただきたいと思っております。辻先生よろしくお願いいたします。

辻理会長挨拶

ご紹介いただきました。辻でございます。

本大会にご参集していただきました皆様方、それから、いまご挨拶いただきましたが、コロナ禍の中で、オンラインでこの第11回大会実施にこぎつけてくださいました松山大会長をはじめ、多くの関係者の皆様に心から御礼申し上げたいと思っております。そしていま、ご紹介いただきましたように、京極先生は近年体調がすぐれないということで、辞任を申し出られ、その後、推薦により理事会のご承認で会長に就任させていただきました。誠に光栄でございます。京極先生の後を継いで、会長職を全力をもって取り組

みたいと思います。もとより京極先生は体調がすぐれずということでございますが、この健康生きがいという問題についての熱意には、大変な強いものがあり、私は特別顧問の京極先生のご指導を今後とも仰ぎながら、健康生きがい学会が、さらに発展するように取り組まさせていただきたいと思います。今年は松山大会長からもありましたように、コロナ禍で中止となった昨年に引き続いて、コロナ禍は続いている中ですが、何としても大会を実施するという強い決意で、いわば第 10 回を超え、第 11 回という次の節目に入るこの大会を実施していただいたわけでございます。そういう意味で、感慨深いものがございます。そういう思いで、京極先生のお気持ちについては、今も宮嶋常務理事からお話がありましたように、このプログラムをご参照いただければと思いますが、私はこのプログラムをじっくり読ませていただきました。

このプログラムでは京極先生のお考えと、これまでこれだけのことを研究されてきたという経過を端的に示されております。その中でも私が大変深く感銘することは、読ませていただくと、「健康生きがい施策とは一方で単なる政策論に終始させるのではなく、また他方で個人のプライバシーに任せるのではなく、その実現を高齢者の新しい人権、いわば『健康生きがい権』に基づく社会保障の極致として位置づける必要があると思います。これを真に確立するため、今後さらに一歩進めた論議を、医療、福祉、教育、心理、法律、経済、文化など、あらゆる領域から学際的に論議を深めて行かねばなりません。」と非常に端的に京極先生の思いが述べられていると思います。そのような意味で、この考え方を、本当に踏襲させていただきたいと思います。

それで、私自身は「生きがい」という言葉とは縁が深い人間でして、現職中に生きがいという言葉を老人福祉法に加えたときの担当課長でありました。そのようなことから、生きがいにつきましては、健康・生きがい開発財団の理事長もさせていただいて、考え続けてきた者でございます。

生きがいについては、健康・生きがい開発財団を設立するにあたって検討会がありまして、樺山先生が委員長だったのですが、「一人称、二人称、三人称」という生きがいの捉え方がとても興味深いものでありまして、「一人称」というのは自分が生きがいを感じる。そして、「二人称」は誰かと生きがいを感じる。それで「三人称」というのは第三者ですから、社会の様々な人との間で生きがいを感じるということで、どうもどれが一番いいという意味ではないのですが、一人称、二人称、三人称と発展していくという構造があるようである、というような報告書があるんですね。これがとても興味深い考え方で、今や社会の在りようとしては、共生社会を目指すということが政策的にも非常に大きなスローガンであり、あえて言うところ世界的にもやはり「共生」という考え方が重要だと。SDGs もそうですね。誰一人取り残さない。「共生」だということを言っております。

このように考えると、京極先生の健康生きがい権というのは、権利として一人ひとりがそのようなことが持てるような権利というのは、私は人と人の間に響きあうような心のつながりを持てる関係性。このことが健康生きがい権に大変大きくかかわるのではないかというような印象を深めております。そのような意味で、京極先生が仰ったような各分野との関係でこのことを追求することが非常に大切だと考えます。

今回の大会は第 11 回という重要な節目の会として、「健康生きがいに満ちた“新しい暮らし方”～コロナ時代をむかえて～」と題して、コロナが我々の生活に大きな影響を与えている中、まず記念講演として、私も大変親しくさせていただいておりますが、我が国の在宅医療のリーダーであり、かつ地域で長い間実践してこられた。そして今、コロナと向き合い、大変なご努力を地域でされている新田先生の記念講

演。そして、今回各分野として、フレイル予防、子ども、共生社会、そして障害者のくらし、この4つのテーマを取り上げ、健康生きがいの関係というものを分科会で議論を深めようという形で、今回実施されるわけでございます。

これからの社会をデザインする上で、健康生きがい学会のこのような試みは大変重要であると確信しています。健康生きがいというものの中身を明らかにし、我が国の社会がよりよい社会となるようにこの学会が発展することを祈念し、また今回の大会が実りあるものになるよう願う次第です。以上、ご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

宮嶋 ありがとうございました。それでは、引き続きましてオリエンテーションをさせていただきます。

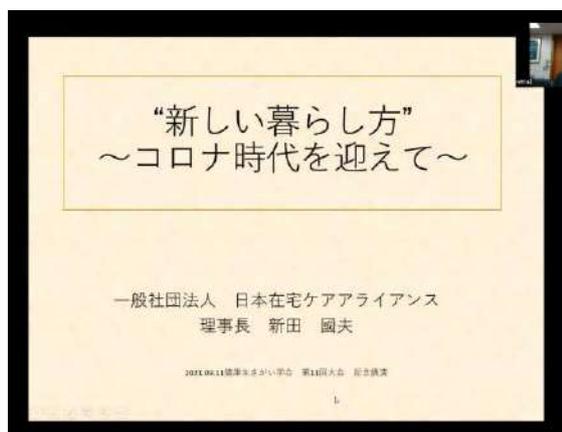
オリエンテーションに引き続いて記念講演を実施

記念講演のタイトルは、「新しい暮らし方、コロナ時代を迎えて」ということで、今回は一般社団法人日本在宅ケアアライアンス理事長である新田國夫先生であります。もちろん医療法人社団つくし会新田クリニックの院長として医療の最前線でお仕事もされており、そのような普段のお仕事を通じた中で、新しい暮らし方をコロナ時代でどう過ごしたらいいのかといったこととお話頂ければということでお願いをしています。プログラムのP4からP5にレジュメがございます。では新田先生、よろしくお願いいたします。

記念講演 「新しい暮らし方、コロナ時代を迎えて」
新田 國夫（医療法人社団つくし会新田クリニック院長）

ただいま紹介にあずかりました新田と申します。この度、健康生きがい学会の会長に辻先生が就任されたこと、誠におめでとうございます。辻先生からご紹介いただきましたが、日本在宅ケアアライアンスは19団体が入っている在宅の団体ですが、辻先生には顧問として、本当に在宅推進のために何十年と私がお世話になって、指導を受けてまいりました。そうした中で、こうした基調講演をさせていただくことに対して感謝したいと思います。

●新型コロナウイルスの状況



それでは早速ですが、講演の中身に入っていきたいと思っています。先ほどお話がありましたが、私自身、現場で在宅のコロナ患者に対しても訪問等も含めて行っております。その中で様々な課題も見えてまいりました。



まず、センセーショナルな記事から入っていきたいと思います。これは8月26日の毎日新聞の記事ですが、「容体急変 20分で死亡」と。いわば第5波が7月の終わりから8月にかけて、デルタ株が東京をはじめ関西に起きました。そして全国に波及したわけです。この中でこういった記事があります。「自宅療養死 今月21人」。よく考えてみますと、この方は、8日に発症して5日目ですか、保健所からこの方に電話をした際には体温は36.6度、血中酸素濃度は、パルスオキシメーターという酸素濃度を測る器械があるのですが、保健所から9日に届けられたということですが、その酸素濃度が93%に悪化したが、保健所は自宅療養を続けるように伝えた。それから急変したのは約2時間後のことであったということです。

これはまず何を、意味を考えるかということ、私たちからみると、例えば発熱外来をしていますが、コロナ感染者はその都度保健所に届けますが、保健所に届けた段階で私たちの目から外れます。それで保健所は健康観察という中で行うということとずっと第5波まで行っています。その中で、保健所というのは医療機関ではないわけですが、保健所の中でこうしたことが突然に起こってしまった。これは医療が入っていないということですね。

その次の記事は「自宅療養者 11万人」ですね。これも8月25日に11万8千人という自宅療養者の数を出しております。その記事で「自宅療養中で死亡するケースが相次いでおり、臨時の医療施設整備や健康監察機能の強化が急務」となっております。実は本当にこれはそうなんだろうかと。病院施設整備、病床整備だけなのだろうかという疑問がこの記事から湧いてきます。先ほどの記事からもそうですが、このコロナ陽性患者に対して自宅療養というのが、本来は健康観察で2~3日のうちに原則入院という形をとった日本の制度が、やはりそこではすでに崩壊していたということですね。そして自宅療養をするときに医療が全く関与していなかった。ある意味で「自宅療養」という意味をここで使ってよいのかどうかということをおは疑問に思っています。自宅放置、あるいは外出禁止、いわゆる措置に伴うようなもので、それが正解で。療養というものは、医療が入り、介護が必要な人には介護が入り、生活支援が入る。この3つがきちっと整備されて初めて自宅療養という言葉を使うべきであって、その意味では例えば入院をすれば、医療があり、例えば食事の用意ももちろんあり、療養ということがある。それは看護師さんたちがするわけですが、そのあたりで言葉の使用を当初からずっと間違ってきていて、そして先ほどの病床の話も含めてステージ4というのがそういう経緯の中にあるわけですが、僕はちょっと違いがあるなという風に感じておりました。



さらに、「自宅に 10 日間 これって療養？」という記事があります。「都内の女性、不安つぶやく日記」とあります。3日目に保健所からやっと連絡が来る。結局、保健所業務の問題。保健所が悪いわけではなくて、保健所の機能がパンクするわけですが、その中で、誰がどうなったのかということ、一番は感染された方が放置された。どこからも連絡なしで、それでその方たちが実際にどうなっていったかということ、39度の高熱を出して、そして初期症状もあった。保健所は医療機関ではないので、そのまま放置されるんですね。そして本人たちはコロナ陽性ということはわかるんだけどもどうすればいいんだろう

と。そして3日目に保健所からやっと連絡が来て、そして「6日目に食事到着、現実自宅放置」と書いてありますが、この記事は、ついこの8月の記事ではありますが、なぜ1年前からこのような記事が並んできたかということです。

●国立市独自の医療計画（策定の経緯と内容）

そして、私の職場も住まいもある国立市の例ですが、ここでは、当初より自宅療養支援を考えてきました。これは元々私たちの市で、国立市の独自の医療計画。これは都内で3か所だと思いますが、かかりつけ医、そしてご本人が、この高齢社会にどのように自分たちで医療を考え、そして医療でできないところ、いわば介護になったときにどう考えるか、あるいは生活をどう考えるかといったことをずっと考えてきた中で、昨年の末以降、この地にある事業者連絡会の人たちを含めて、国立市のメンバーと2週間に一度、情報交換をやってきた。その中で、その当時は高齢者の感染が多い中で、それも要介護高齢者が多い中でどう支えるのか。介護士がどう入るのか、我々訪問看護がどう入るのか、ということを含めて考えてきた中で作られたものです。

日常の地域包括という、医療も含めた一体の中で考えて作られたもので、その中でさらにヘルスケア、あるいは健康生きがいというものを含めながら考えている。

今の話は考えてみれば、昨年4月30日ですが、ここは何もない時期でした。ここでまず、医師、訪問看護、ホームヘルパーの医療用のガウン等が何もないときに、患者が発熱して訪問できない。ではどうするんだろうということ。あるいは、発熱したときに診断そのものが、PCRが今のようにできる体制でないときにどうするのかということを含めて、そしてまずはPPEですね。装備が必要だろうと。装備をもって私たちはその患者さんの中に入り込むと。



まずは患者のところに入って介護・看護・医療を行うということを考えてきました。そういう中で、記事の最後のほうに書いてありますが、PCR検査を拡充し、防護具の供給を増やして、そして保健所や地域の拠点病院に負担が集中して検査が滞っていると。地域の臨床経験豊富な医師が、在宅療養を通じて病院も含めた地域医療を守るといこととです。当たり前のことなんです、これは。当たり前のことを1年以上前から言ってきたのが、なぜできてこなかったのかということ、ちょっと思っております。

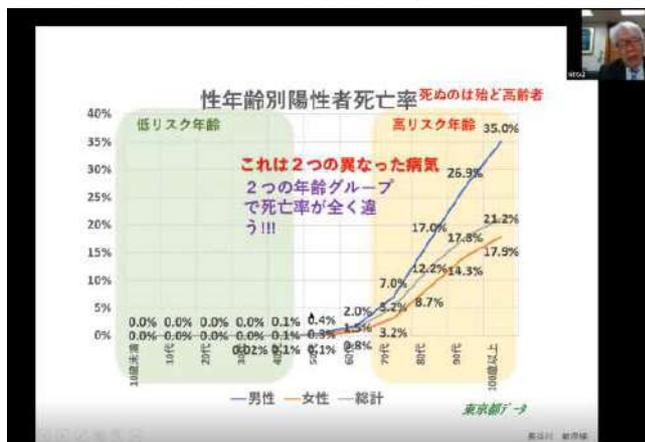
結果として、これが今年の9月ですね。なぜできないのかというと、保健所行政そのものの条項の問題もあります。ここで9月8日に東京都の議会で、初めて局長が情報を自治体に伝えるということです。結局、保健所から市町村に情報が無い中でどうしたかということ、個人からの情報あるいは、医療機関からの情報でもって生活支援等に対応した。また、医療も含めて必要であればかかりつけ医がない人に対しても医療が対応したということになります。やっとこれが9月8日。これは、第5波という大変な状況を迎えない限りこんなことができなかつたのか、ということが残念なことです。

この前に多摩の市長会が東京都にも要請して、情報の共有というようなことを行ったり、様々なことを行う中でということですね。当たり前ですよ。地域に暮らす市民の命を守ることが重要であって。命というのは医療だけではなく。生活支援も含めて、あるいは介護が必要であれば介護を含めて提供することが命を守るということですが、そこが、単に個人情報でダメだと、感染症予防法でダメだということ終始してきたといえるかと思います。

この方（肺のレントゲン写真）は発症して4日目に入院となりましたが、10日目に入院先で暴言暴力も含めてで、強制退院させられた。退院させられて退院後に診ますということで、CTを撮ったら肺の両側が線維化して侵される。それでまだここに感染症がある。発症して14日以上たっているので恐らく感染は起こさないだろうと。PCR検査もしませんが、その中でフォローしているということですが、動く呼吸苦がある。

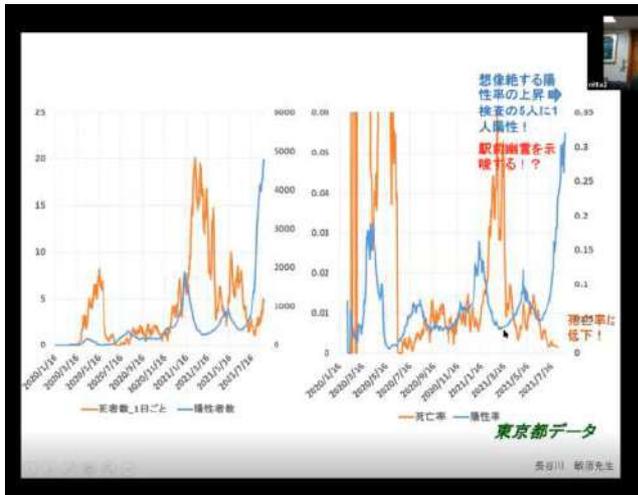
普通の30代の若い男性ですが、呼吸器などに後遺症が残っている。味覚等の障害は幸い無く、その他は普通に生活できる。このような方の感染を含めて、実をいうと情報の提供がないんです。先ほど話したように、発熱外来から保健所に届けた段階で、その方は我々医療機関からは消える。そしていつ帰ってくるかわからない。そして情報の共有がない。そういう中で、先ほどの国立の例ですが、療養施設に情報を集約して、その人たちをフォローしている。感染中を含めて、あるいは感染後も含めてフォローする。そして高齢者であれば、要介護になればそこにきちっと介護保険を含めて対応していく。全体を含めてのシステムが必要だろうということが見えるかなと思いました。

これは長谷川先生の図ですが、第4波までは全く異なる病気と言われていました。



それで、これは死亡率の話ですが、高齢者は死亡率が高い。若い人はほとんど死亡しないという状況だった。これは第1波、第二波、第三波の状況、あるいはヨーロッパの状況を含めてこういう状況だった。ただ、第5波になってきて、若い世代に感染がきて、そして同じような状況になるというのは、恐らく、変異株という単純な発想というよりは、一つの感染症と全く異なる感染症が、その都度アルファ株、それからデルタ株と、全く違う感染症が起こっているような、私自身はそんな感じがします。感染症の専門ではないのでそれ以上は言いませんが、そういう感じは持っています。

そして、この図がそうですね。感染爆発は7月から増えるが、死亡者は減った。死亡者からすると減るということで国も含めて感染者数だけみるのはやめようといった話が出ているのはこういったような構図からだろうという風に思います。



そして、先ほどまでの新聞等も含めた話をさらに進めてどう考えていくかということですが、本来の2類感染症の扱いですね。

それで感染患者はすべて入院による隔離措置、診断後、速やかに保健所へ連絡し、引継ぎを行う。それで保健所の職員は入院先を探し、患者は当日もしくは翌日には入院する。保健所が感染患者を直接管理するのは、本来数時間もしくは1日程度という想定の中で健康観察を行う。

本来の2類感染症の扱い

- 感染患者は**全て入院による隔離措置**
- 診断後、速やかに保健所へ連絡し、引き継ぎを行う
- 保健所の職員は入院先を探し、**患者は当日もしくは翌日には入院**

→保健所が**感染患者を直接管理するのは、本来数時間もしくは一日程度という想定**

→しかし、**第3波では想定を超える患者数により、入院ベッドが完全に満床**

→**宿泊療養施設も満床に**

しかし第3波では想定を超える患者数により、入院ベッドが完全に満床になった。宿泊療養施設も満床になった。この時の課題は、ベッドが満床になるわけですが、軽度も含めてすべて原則入院としたという中で、もちろん満床となる。これは、今の5波の状況と1波、2波、3波とは内容が違うだろうという感じがしております。

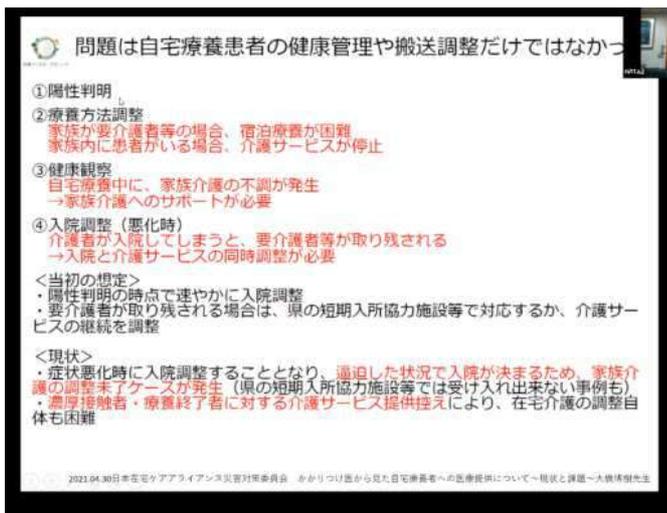
宿泊療養も作られたが、宿泊療養は、東京ではホテルですが、ホテルでは、基本的には食事は自分でとりにいって、部屋で食事をする。そのような状況で、医療の問題という、隔離という意味合

いが宿泊療養にはあったと思います。第5波で考えた酸素ステーションというのは、単に宿泊療養ではなくて、いわゆる酸素を必要とする人たちが、こちらのベッドが満床になって、さらにそこで、自宅で、非常に非効率も含めて大変だから、酸素ステーションというような発想になっていったと思っています。

そういう状況の中で自宅療養となるわけですが、自宅療養者の管理はいつの間にか保健所の職員になり、自宅療養者数が急増する。この資料は、実は川崎で非常にかんばっていらっしゃる大橋先生からスライドをお借りしておりますが。保健所の職員は必ずしも医師ではない。そのため解熱剤や鎮咳剤が無くなっても処方できない、以前から内服していた薬（降圧剤など）が無くなっても処方できないということが起こった。

やむなく自宅療養での管理に

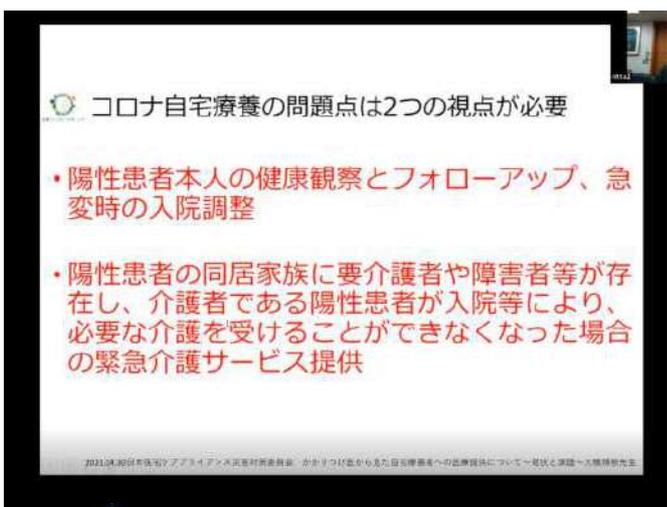
- 自宅療養者の管理はいつの間にか保健所の職員に
- 自宅療養者数が急増
- **保健所の職員は必ずしも医師ではない**
→解熱剤や鎮咳剤が無くなっても処方できない
→以前から内服していた薬（降圧剤など）が無くなっても処方できない



このもう一つの問題は、陽性が判明しました、療養方法が調整されました。となっても、家族が要介護者等の場合、宿泊療養が困難。家族内に患者がいる場合は、介護サービスは停止ということで、自宅療養中に家族介護の不調が発生して、家族介護のサポートが必要ということが、今、まず起こっています。

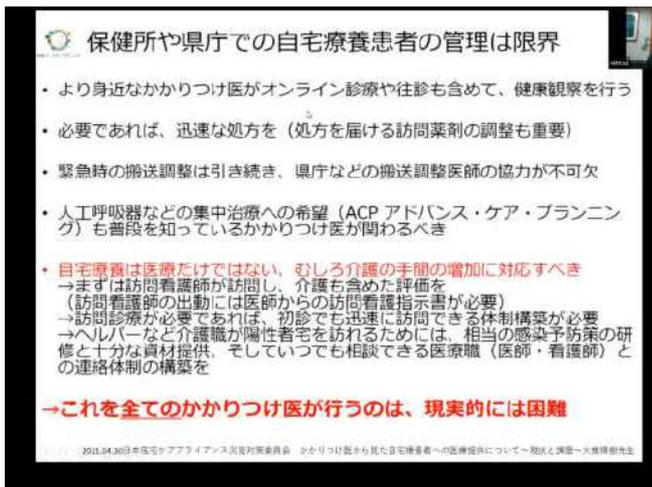
また今起こっているのは、感染者は家族内感染が多くて、例えば小学校や幼稚園の子供が感染して、そこから親が感染するという中で、先ほど言った親はどうするか。子どもは誰が面倒をみるか。

第3波、4波までは要介護の高齢者がいて、例えば同居の現役世代が感染したとすると、その現役世代は親の介護をしていましたとすると、親の介護を誰が見るのかということが起こる。そういう所の入院調整はどうするんだという話が起きたわけです。



こういったときに、陽性患者が本人の健康観察とフォローアップ、急変時の入院調整ですね。いわば自宅療養で、健康観察、フォローアップ、陽性者全員がいわゆる往診という形で必ずしも行く必要はないと思います。ただ、そこに医療が入って、往診、診察という形でなくて、電話も含めてオンライン診療という言葉がありますが、そういったことで対応することで、不安が解消するということがあります。

これは例えば、一人暮らしの若い人でも酸素が97～98%という問題ない状況でも不安で救急車を呼ぶことが、東京ではかなり多くみられました。その中で恐らく医療がきちり入る状況の中では、そこを抑えることができたし、急変時も対応ができたと思っています。



「保健所や県庁での自宅療養患者の管理は限界」ということは分かっているのですが、より身近なかかりつけ医がオンライン診療や往診を含めて、健康観察を行うことがベストですね。それで、必要であれば迅速な処方をして、緊急時の搬送調整を引き継ぐ。都道府県の搬送調整医師の協力を必要であれば受ける。実はこれは保健所が全部の業務を請け負ってしまっている。これはとても大変なことだと思っています。

もう一つ、「人口呼吸器などの集中治療への希望（ACP アドバンス・ケア・プランニング）」という

ところでは、これは、実は 4 月に関西、神戸等で起こったのですが、85 歳以上の年齢層で酸素濃度が 85%以下の場合に、人工呼吸器を使用しない条件で入院は OK だと。変な話ですね。いわば人工呼吸器を必要としない場合は、85 歳以上という年齢も含めて。そこもとりあえず保健所の下でということを書いておきまして、それはちょっと違うだろうと。

なぜ違うのかと言いますと、そののちに ECMO 等に関連する団体が、ここはちょっとスライドを出していないのですが、いわば 85 歳以上はさすがに生存率が低いのですが、75~85 歳までの方人は ECMO を使用して回復している例が結構あるというデータが出ていますね。そうすると、果たしてそういうような選択肢でよいのか。それを無理やり APC の中で、私は人工呼吸器をつけないということでのいいのかという大きな疑問が湧いてきました。

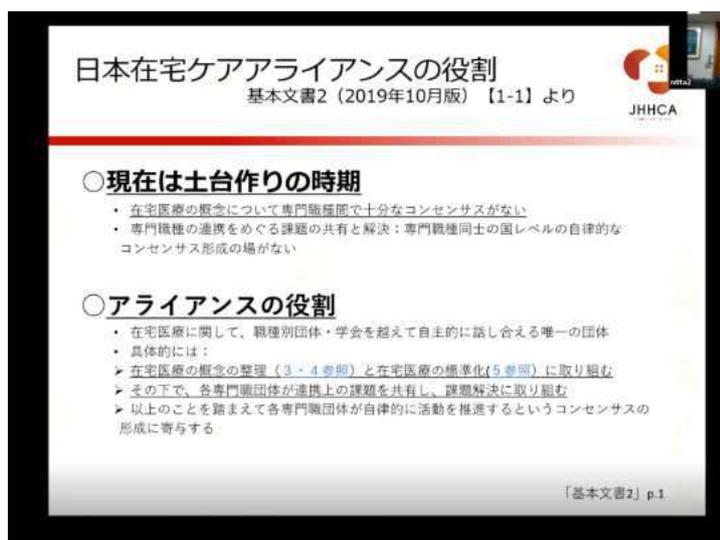
これは老年学会も発表しているのですが、そののちはちょっと不明なところが多くて。これは、元々は延命治療という中での人工呼吸器は、これは本人の意思決定です。ただし救命という中での人工呼吸器の使用に関しては、ひとつ考えが必要ではないかと、ここでは思っています。

「国立市新型コロナウイルス感染症自宅療養者医療・生活支援システム」



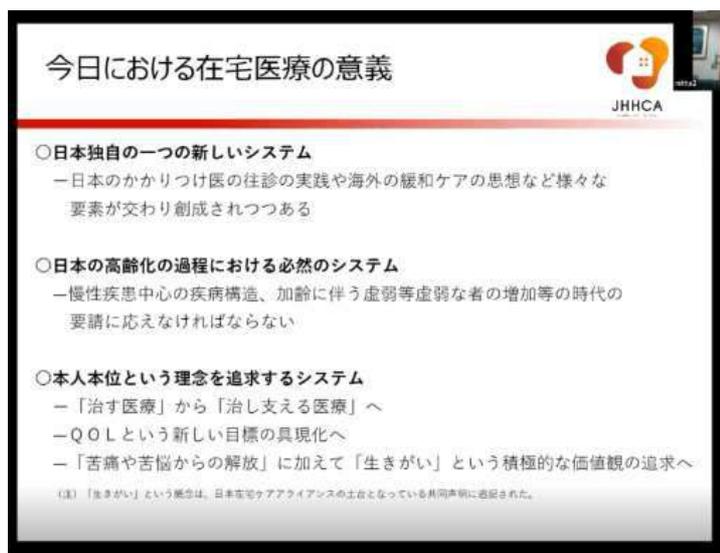
そして、これは国立の例で話をしますが、医療機関で患者が発生すると届け出はまずは保健所にしますが、保健所で疫学的調査をして、療養場所の調整。入院、宿泊、自宅療養と。陽性になると 4 つのパターンに分かれる。まずは入院、そして宿泊、自宅療養、そして入院調整に分けられます。そして、本来、「情報提供」があるべきです。が、これが無かったんですね。それで、国立市は「新型コロナ療養支援コントロールセンター」で自宅療養者生活支援をして、市の医師会と協力して自宅療養者を支援すると。それで、対応可能な初診医又はかかりつけ医が経過観察。あるいは感染症対応チームが経過観察。必要であれば電話相談、オンライン診療、往診を行う。これは生活と一体となって行う。このようなことがどこでもできればいいなと思っています。

■日本在宅ケアアライアンスの役割



課題の共有と解決について、専門職種同士の国レベルの自律的なコンセンサス形成の場がない中で、私たちのような横串の団体が必要だったということです。

■今日における在宅医療の意義



す。ただし、かかりつけ医でない方に対しては躊躇する先生も多いことも事実です。特にこの5波は20代～50代の人たちの陽性が多くて、この人たちはもともとかかりつけ医をもっていないんですね。こういう状況の中で、システムとしても組織としても対応しなければいけないと思っています。

次に行きますが、在宅医療は「日本の高齢化の過程における必然のシステム」であるわけで、釈迦に説法ですが、慢性疾患中心の疾病構造、加齢に伴う虚弱等虚弱な者の増加等の時代の要請に対してどうするのか？ということです。それは、「治す医療」から「治し支える医療」ということです。これは、何が治すということかということ、この間、長寿の大島先生も含めて話す中で、「治す医療」というのは、確率統計だと。確率統計できちっとしたエビデンスが作られるわけですね。このような治療をすれば、このくらいの確率で治療ができるというものができた。それがいわゆる EBM。医療の病院医療の中心です。た

さて、このような、コロナとは少し離れますが、日本在宅ケアアライアンスについてです。

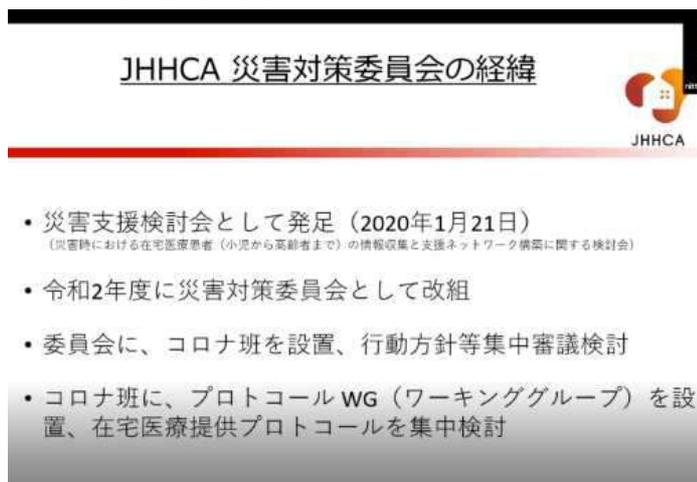
これから生きがいという、コロナ禍で生きがいをどう考えるかというお題をいただきました。これは非常に難しいのですが、これは本当に辻先生が必死になってお考えになった基本的概念をここに出していきたいと思っています。まず、日本在宅ケアアライアンスは在宅なのですが、在宅医療そのものの概念について、まだ専門職種間で十分なコンセンサスがない。それで専門職種間の連携を巡って

それで、改めて、ここに出席の皆さんに必要かどうかわかりませんが、これが日本独自の新しいシステムで、日本のかかりつけ医の往診の実践や海外の緩和ケアの思想など様々な要素が交わり創成されつつあります。したがって、先ほどのコロナもそうですが、当たり前のことなんですね。かかりつけ医で、在宅で陽性になったら、当たり前のように往診にいくと。これは、私自身も在宅療養支援医協会の会長をしておりますが、そこでアンケートをとりましたが、みなさんかかりつけ医の人は80%が往診に行くと答えております。

だ、この超高齢時代では、そのエビデンスからの、確率論から外れてしまう。そうすると、新しい「治し支える医療」とは何なんだろうということの展開で、その一番の元が「QOL、Quality of life」という。「Life」というのは生活ということになるわけですが、その目標の具現化が必要だろうと。

もう一つが、単に在宅医療というのは、がん患者さんから単に苦痛を取るとか、苦悩からの解放だけではなく、それに加えて生きがいをも支える。その生きがいというのは何なんだろうということ、先ほど辻先生の挨拶で、一人称、二人称、三人称全てあるんだなということを改めて勉強させていただきましたが、こうしたことを含めて、それぞれの生きがいを支えることか、というふうに思うわけです。

JHHCA 災害対策委員会の経緯

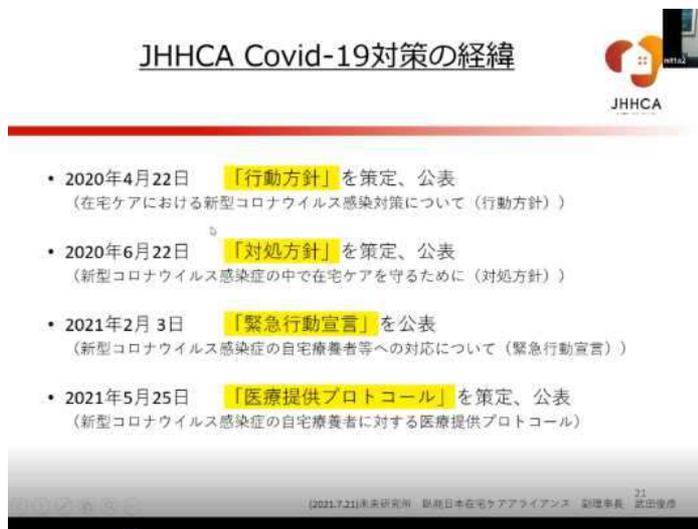


JHHCA 災害対策委員会の経緯

- 災害支援検討会として発足（2020年1月21日）
（災害時における在宅医療患者（小児から高齢者まで）の情報収集と支援ネットワーク構築に関する検討会）
- 令和2年度に災害対策委員会として改組
- 委員会に、コロナ班を設置、行動方針等集中審議検討
- コロナ班に、プロトコールWG（ワーキンググループ）を設置、在宅医療提供プロトコールを集中検討

アライアンスとして、コロナに対しては災害対策委員会を発足して、コロナ班を設置して医療提供プロトコールを作りました。

JHHCA Covid-19対策の経緯



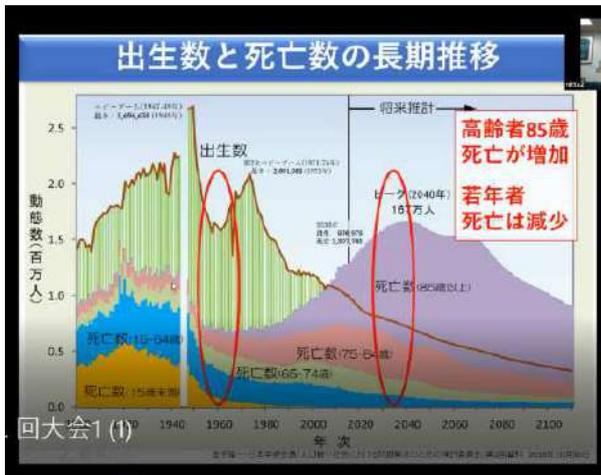
JHHCA Covid-19対策の経緯

- 2020年4月22日 **「行動方針」**を策定、公表
（在宅ケアにおける新型コロナウイルス感染対策について（行動方針））
- 2020年6月22日 **「対処方針」**を策定、公表
（新型コロナウイルス感染症の中で在宅ケアを守るために（対処方針））
- 2021年2月3日 **「緊急行動宣言」**を公表
（新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応について（緊急行動宣言））
- 2021年5月25日 **「医療提供プロトコール」**を策定、公表
（新型コロナウイルス感染症の自宅療養者に対する医療提供プロトコール）

21 高田俊彦
（2021.7.21）未来研究会 副総日本在宅ケアアライアンス 副理事長

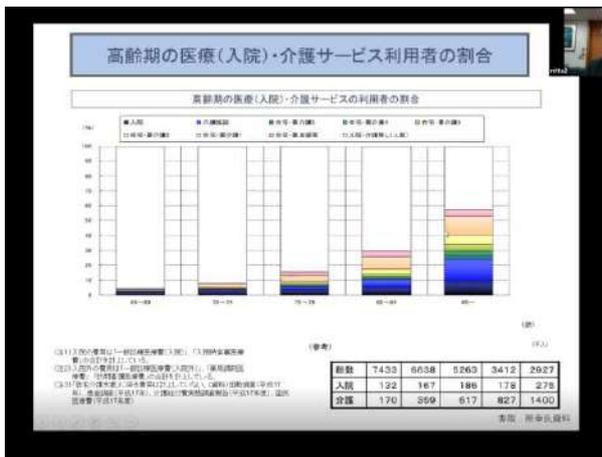
そして、このように行動方針、対処方針を策定、緊急行動宣言、そして今このプロトコールは厚労省の治療指針マニュアルとなって動いているところです。

これは皆さんがよくみられると思いますが、改めて出生数と死亡数の長期推移です。



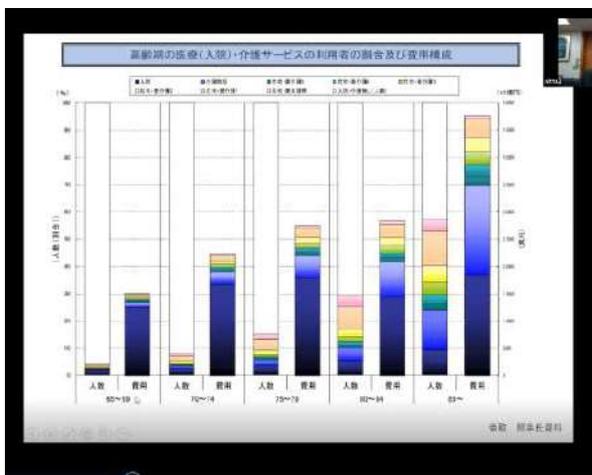
出生数と死亡数がわかれるのがちょうど、2000年を超えたところで少し交差点があるなど。それは当たり前ですね、人口減少社会になるのは。さらにこの課題は、85歳以上が死亡者の50%を占める中で、いま、こうした中でコロナが起ってしまった。それで85歳以上の死亡数は第4波まで多かったのだが、今はこちら(15~64歳)の方が多くなっているという構図のためにこれを出しました。

「高齢期の医療（入院）・介護サービス利用者の割合」



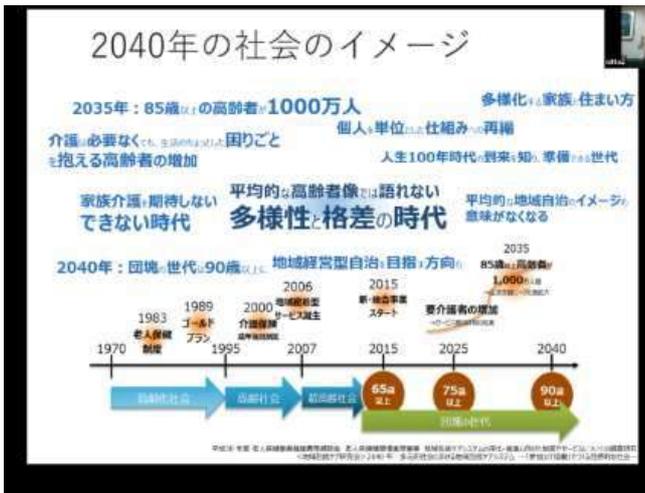
それでは、高齢者がどのような医療・介護サービスを利用しているかの図です。74歳までは入院医療が多くを占めています。75歳からだんだん介護サービスが増えてくる。そして85歳以上はほとんどが介護サービスで医療がほとんどない。ここが課題。大きな要因ですね。実際は、医療よりは介護とかですね、等々が非常に問題になってくる。そして自宅支援、要介護のサービスの利用者が多いということです。

「高齢期の医療（入院）・介護サービス利用者の割合及び費用構成」



これは人数と費用ですが、65~69歳は、人数は少ないが医療費は高いことを示します。年齢が上に上がると人数は多くなってきて、医療費は少なく、在宅サービス、介護の費用が増えてくる。この状況がある。そして、私たちは、年齢が進むにしたがって、医療からですね、先ほどの話ではないですけども、もっと違うもの。治す医療はもちろんあるわけですが、もっと違うものが必要だということを改めてこの図から感じます。

2040年の社会のイメージ



2040年の社会のイメージしてみました。そうすると、2035年に85歳以上の高齢者が1千万人ですが、この中に、先ほどの総死亡数でみると半分ぐらいが亡くなるという時代です。そうするとこの時代というのは、家族介護は期待できなくて、平均的な高齢者像では語れなくて、多様性と格差の時代。もうこの時代にすでに入っているわけですね。この、家族介護を期待できない。在宅を私自身、1990年の前、1988年ぐらいから在宅を行ってきていますが、まったく家族の状況が違ったことを示しています。

2000年まで介護保険を考えられたときに、家族の介護というものを考える感じにはなりました。それで、その当時はお嫁さんが介護をしていた。それが介護保険が始まる2000年にはもうお嫁さんの存在がなくて、老老世帯にだんだんできて、今は一人暮らし世帯ということになってくる。この30年の間に家族形態も含めて全く変わってしまった。

感染症との闘いに「完全勝利」はない

の通りだなと思ってここに使わせてもらいました。

というような状況の中で改めて感染症をみると、これは香取さんの図ですが、感染症との闘いに「完全勝利はないと。人類が「完全殲滅」できた感染症は天然痘とポリオだけ。特効薬があってもワクチンがあっても完全勝利はない。ということで、ただ、人類には免疫があって、ウイルスは変異する。宿主である人類とウイルスはどこかで均衡点を見つけて「共存」する。共存のレベルをいかに低くし、かつそれまでのプロセスをいかにコントロールできるかが問題。長期戦を覚悟して「凌ぎ切る」全体戦略が不可欠であると、大変そ

「歴史は繰り返す-過去に学ぶことは大切である」

歴史は繰り返す-過去に学ぶことは大切である

- ・ パンデミック・感染拡大を起こさないための対策に、そんなに選択肢はない。
→ 感染症の特性によって違いはあっても、いつの時代も基本的にやること、やれることは同じ。
「罹患者の隔離」と「感染経路の遮断」、そして「治療薬」。
- ・ 「生命・健康の危機」と同時に、「社会経済システムの危機」が生じる。
経済の機能不全(経済活動の停滞・麻痺 雇用・消費の喪失)
社会不安・治安の混乱(panic, infodemic, massacre)
かつ、収束までに相当な期間(数年)を要する。この間をいかに凌ぎ切るか。
2020年の世界経済への影響 -4.5%(430兆円)
☆スペイン風邪(1918-1920)の時の世界経済への影響 -4.8%
主要因は労働力供給の減少 今回は??

歴史は繰り返すということを含めて、ここですね。「生命・健康の危機」と同時に、「社会経済システムの危機」が生じる。これが今起きているわけですが、かつ収束までに相当な期間(数年)を要するというので、この間をいかに凌ぎ切るかということですが、大変な負荷がかかっていますね。ここを含めながら、私たちは、今若年者の自殺が多い中でどう考えるか。ここは本当

に真剣に捉えなければならないということが一方にあります。

Covid-19 禍から見てきたことはたくさんある

Covid-19禍から見てきたことはたくさんある

< 感染症対策をめぐる課題 >

- ・ そもそも感染症(伝染病)対策とは何か 本質は「社会防衛」
- ・ ワクチン先進国・公衆衛生先進国だった日本
我々の先人はいかにしてかつての国民病「結核」を撲滅したか
- ・ 感染症対策の基本
罹患者の隔離(「措置」入院) 感染経路の遮断(衛生の確保) 治療薬・ワクチン
☆③のない時代の感染症対策を想像してみよ
☆旧伝染病予防法の規定の凄まじさ
感染地域の指定-知事命令で道路封鎖・交通遮断、家屋焼却、強制隔離
極めて現実的・日常的な伝染病への恐怖 ワクチン(予防接種)の普及

それで、先ほどの保健所等の問題がここにあります。そもそも感染対策の基本は、罹患者の隔離(措置入院)、感染経路の遮断(衛生の確保)、治療薬・ワクチンで、いわゆる治療薬もワクチンも何もない中で日本は感染症対策を行っていたんですね。そうすると、どうするかというと、知事命令で道路封鎖・交通遮断、家屋焼却、強制隔離をします。そのようなことをやっている中で、いま私たちはワクチンという

武器を持ち、さらに治療薬を持ちつつあるというのが現状だろうと。

< 感染症の体系と通常医療の体系 >

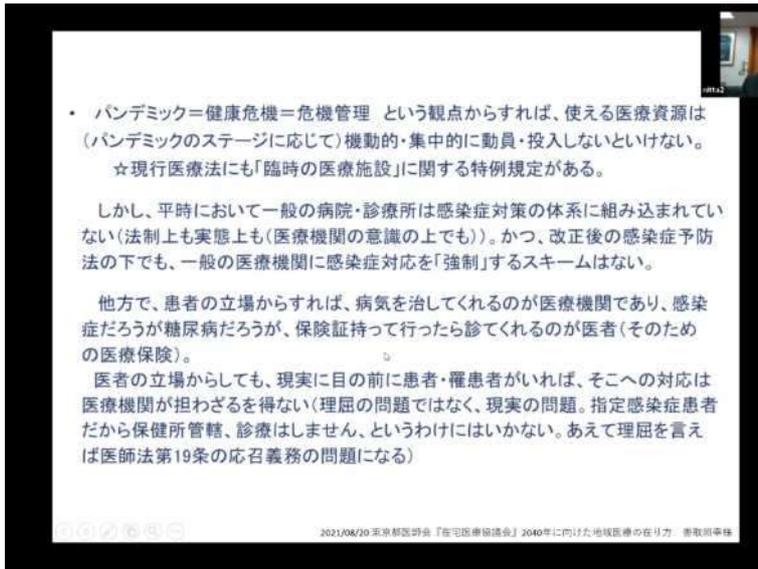
- ・ 感染症法の体系は基本的に「健康危機体系」
→ 感染症による程度の差はあれ、平時の医療体系とは別の体系で動く
かつ、感染症対策はそれ自体予防から治療までの一貫した体系
: 全ての患者は保健所(公衆衛生施策)の管理下に入り、全ての感知情報は保健所に集約され、必要に応じて罹患者の隔離・治療が行われる
感染症サーベイランス・感染症専用病床・公費による治療
→ 患者は通常診療(=保険診療)から切り離される
- ・ しかしながら、
: 平時において感染症対策(予防も含め)に割かれている医療リソースは限定的。
: 国民皆保険制度の下、全ての医療は一義的には一般診療(保険診療)で対応されている。
→ 両者を載然と区別することは実際困難、かつ両体系の連携に課題

さらに、感染症法の体系は、基本的に「健康危機体系」であって、感染症による程度の差はあれ、平時の医療体系とは別の体系で動く。先ほど言いましたような、全く医療から消えるという。別の体系で動いています。

こういったような中で、平時において感染症対策(予防も含め)に割かれている医療リソースは本当に限定的でした。今例えば、地域医療計画が考えられていますが、地域医療計画を根本的に見直さなければだめで、例えば ECMO

とか高度な先進医療がどこまで必要なのかも含めて、きちっと病院の医療計画、そして、我々の地域における医療計画をどうするか。在宅医療まで含めて見直さなければいけない時期に入ったなと思うところ

です。

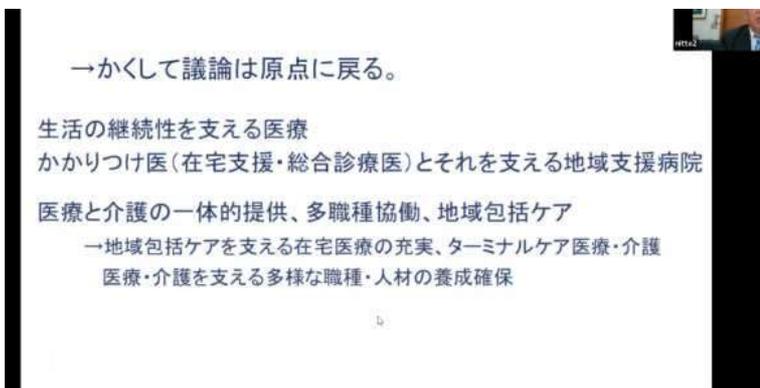


本来、平時において一般の病院・診療所は感染症対策の体系に組み込まれていないなかで、一般の医療機関に感染症対応を「強制」するスキームがないと。ここで面白いことを彼が言っているのですが、患者の立場からすれば、病気を治してくれるのが医療機関であり、感染症であろうが糖尿病だろうが、保険証を持って行ったら診てくれるのが医者だろうと。医者の立場からしても、現実には目の前に患者・罹患者がいればそこへの対応は医療機関が担わざるを得ない。理屈の問題で

はなく、現実の問題で、感染症だから保健所管轄、診療はしませんというわけにはいかない。あえて理屈を言えば医師法第19条の応召義務の問題になる。

私はこの地でずっとやってきているわけですが、現実にはその地域でどこまで動けるかというのは大きな課題です。もう一つ、その動ける医師たち、動いている医師たちは、元々在宅医療、地域で訪問もしていたし、高齢者も診ていたし、いっしょに地域活動もしている。そういった医師たちは当たり前にした（現実には目の前にいる患者に対して）対応をしています。しかし、それを対応できていない医師たちは、いままた同じように対応できていない。ただそれだけのことです。

それで、かくして原点に戻る。生活の継続性を支える医療。かかりつけ医（在宅支援・総合診療医）と



それを支える地域支援病院。医療と介護の一体的提供、多職種協働、地域包括ケアということが重要で、改めて私たちは、こういうコロナの時期ですが、やはり地域包括ケアをしっかりと作って、その中でそれを支える在宅医療をさらに充実させ、さらに医療・介護を支える多様な職種・人材の養成確保をいっしょに進めていく必要があると思うわけです。

JHHCA

○これまでの「**治す医療**」の考え方
病気を治せばその人は正常な状態として社会に復帰する。それを旨とする。

○「**治し支える医療**」としての在宅医療の考え方
通院が困難な者に対して居宅において対応することを基本とする。

加齢に伴い誰も避けられないものとしてやってくる虚弱（広義のフレイル）の過程に入った慢性期の病状を持った人々について、必要に応じ入院もしながら、本人の選択を前提として、その死に至るまで、在宅において人生をその人らしく全うすることを支援することが、その人の幸せに大きく寄与する。

新しい医療、新しい学術分野の必要性



- 「治す」視点と「支える」視点を交差させたこれまでとは異なる方法と手順の標準化が必要
- このことは、これまでの医学医術が高度に発展した結果であり、歴史の帰結として、国民の「生活の質」という視点に立った在宅医療を新しい医療として健全に発達させる必要
- しかし、系統だった考察・研究やそのための症例の蓄積は不十分
- したがって、新しい評価軸の下での手法と手順による新しい医療、新しい学術分野を築き、世界に発信することが期待されている

それで、治す医療ですが、先ほど言いましたこのような状況の中で、新しい医療が必要だろうという考えになります。それは、治す医療が、先ほど話しました医学医術が高度に発展した結果で、国民の「生活の質」という視点に立った在宅医療を新しい医療として健全に発達させるということで、今現在、系統だった考察・研究や症例の蓄積がない中でそこを目指そうとしております。

「在宅医療」と「ケア」の関係についての再確認

JHHCA

○「在宅医療」の用語についての再確認

- ・アライアンスにおける「在宅医療」の概念は、「在宅ケア」の概念とほぼ同義である。
- ・しかし、日本において「ケア」の概念は一義的に定着していない。
- ・また、医師の分野においてさえ、在宅医療についての共通理解が普及していない。
- ・そこで当面、「在宅医療」の概念を、「ケア」という用語を交えずに、「**医療と介護が連携して行われる包括的な支援を指すもの**」として説明する。
- ・以上のような「在宅医療」の概念が、医療と介護が連携して行われる実態の中で普及することを通して、医療の分野において「ケア」の考え方が普及することを旨したい。

「基本文書2」 p.9

改めてケアという概念ですが、私たちのアライアンスの概念では、医療も含めてケアということを追求めたものであります。ここは省略させていただきます。

○「治し支える医療」に関する基本文書1の図1の見直しを行った（図4）

- ・旧図1点→入院医療、外来医療を含めて、評価軸は、生命、生活の充実、人生の満足というものが適用されること、生命を**主目的**の健康と説明したことなど

図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点

入院医療・外来医療 在宅医療 (9-2)が「心」の要素と判断

①病気を治す医療 (病気を治す) ②生活の充実 (生きがいを感じる) ③人生の満足

Living Dying Die

図4は、医療の提供と個人の生活の質の向上を同時に目指すための総合的視点を示しています。図の中心には「在宅医療」があり、その周囲には「入院医療・外来医療」が示されています。図の下部には「Living」「Dying」「Die」という人生の段階が示されています。図の右側には「(9-2)が「心」の要素と判断」という注釈があります。図の左側には「①病気を治す医療 (病気を治す)」とあり、その下に「(社会参加)」とあります。図の中央には「②生活の充実 (生きがいを感じる)」とあり、その下に「(生活の質)」とあります。図の右側には「③人生の満足」とあり、その下に「(人生の満足)」とあります。図の下部には「Living」「Dying」「Die」という人生の段階が示されています。図の右側には「①生命(生理学的健康)に対する支援」「②生活の充実(生きがいを感じる)を支援(おいしい物を食べる・趣味?旅行?・一緒にいたい人と暮らす)」「③人生の満足(生きがいを感じる)を支援(人生に納得できたか?・社会との関係性をしめくり立ててたか)」とあります。図の下部には「日本老年アライアンス 事務局」とあります。図の右下には「「基本文書2」 p.9, 34」とあります。

これもよく用いられる図ですが、病気を治す医療から生活の充実、人生の満足につながる。そして最後にDieというような状況ですね。という中で、「②生活の質の充実」の時期をどう考えていくかということが大変重要です。もちろん「①病気を治す医療」は必要であります。だんだんその役割は少なくなっていく。そして最後には「③人生の満足」ですね。という話の構図です。

在宅医療の質の評価指標について の考え方の整理



在宅医療の標準化の大前提としての在宅医療の質の評価指標について整理する。具体的にはQOLを「生命（生理的健康）」「生活の充実」「人生の満足」の3つの指標で捉え、在宅医療における「生きがい」の要素の重要性を提起する。

考えた時、先ほど QOL という話をしましたが、QOL を、「生命（生理的健康）」、「生活の充実」、「人生の満足」の3つの指標で捉え、在宅医療における「生きがい」の要素の重要性を提起する。

というようなことを考えています。

日本独自のQOL

日本独自のQOL

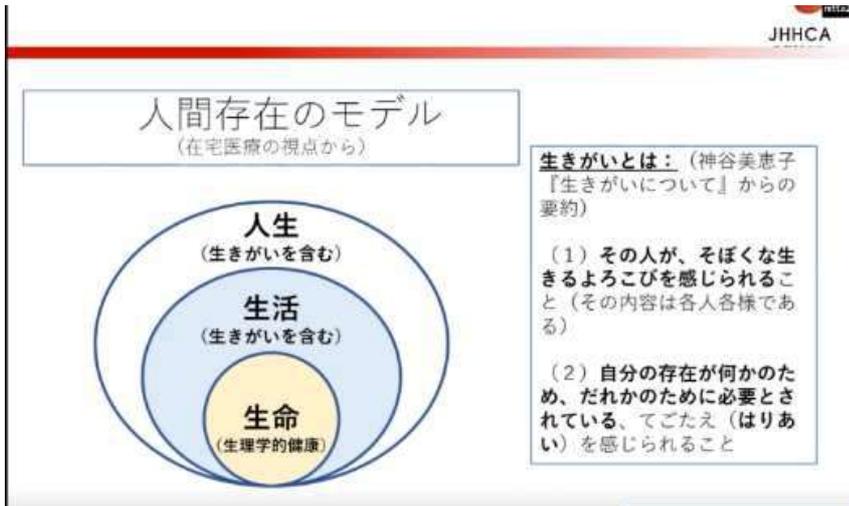


- 在宅医療のアウトカム指標としてのQOL
 - ・在宅医療の最終目標の一つとして、QOLの維持向上がコンセンサスが得やすい（社会保障制度改革国民会議でも提唱されている）
 - ・QOLの「LIFE」は、「生命」「生活」「人生」と訳され、日本語の文脈での捉え方で各職種の共有理解が必要
- 日本に暮らす人々にとってのLIFE
 - ・生命：生理学的視点からの身体と精神で構成される概念であり「生理的健康」といえる。
 - ・生活：「生命」と「日々の暮らし」で構成される概念といえる。
 - ・人生：「生命」と「生活」に加えて「生涯」という時間軸で構成される概念といえる。
- 「生きがい」の位置づけ
 - ・「生命」「生活」「人生」の「質」（すなわち「生理的健康」「生活の充実」「人生の満足」）という概念に「生きがい」の要素が加味されることが重要

それで、そのQOLですが、「生命」というのは、いわゆる生理学的視点、身体と精神で構成される。そして「生活」は日々の暮らしですね。そして「人生」は、生命と生活に加えてさらに生涯という時間軸で構成される。時間軸が違うだろうと。そこで「生きがい」というものをどう位置付けるか。

それがこの生きがい学会で、さまざまな生命、生活、人生といった基本を含めて、議論、検討されているのだと捉えています。

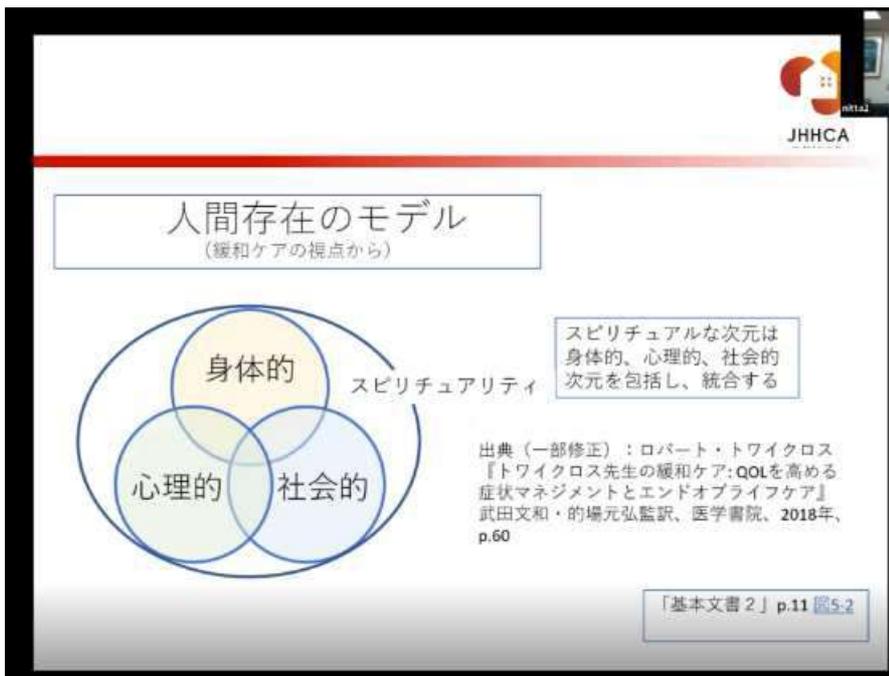
人間存在のモデル（在宅医療の視点から）



人間存在のモデルについて改めて考えると、「生命(生理学的健康)」があって、それを包む「生活(生きがい)」があって、大きく「人生」があるというふうに捉えるのがこの構図です。何がコアかという、特にないんだろうなと思います。たまたまこういう絵柄を書いています、こういう風に思っています。命がない限りは生活もない。逆に言うと生活、介護があって医療

がないということはない。そういうことがあるんだろうと思います。

人間存在のモデル（緩和ケアの視点から）



一方、私たち医療者からみると、これがよく使われてきました。身体的、心理的、社会的そして、スピリチュアリティという。キリスト教的な要素もあると聞いておりますが、このような感じも含めて捉えてきましたが、今考えるとこちら(人間存在のモデル(在宅医療の視点から))の方がわかりやすい構図かなと思っています。

在宅医療における生きがいの意義

○日本の在宅医療においては「人生最終段階におけるつらさの解放」に止まらない積極的な側面を持った「生活の充実や人生の満足」を重要視。すなわち、「生きがい」という積極的な心のありようを尊重するという考え方をとる。

○「生きがい」は、各人各様であるので、言葉を換えれば、在宅医療は、「最期までその人らしく生き切ることを支援する」ものといえる。

改めて、在宅医療において「人生の最終段階におけるつらさの解放」に止まらない積極的な側面を持った「生活の充実や人生の満足」を重要視。すなわち、「生きがい」という積極的な心の在りようを尊重する。例えば、いろいろあるのですが、元気な高齢者は元気な高齢者で、そこで、自ら自分で考えて行動すればというのがありますが、多くの方たちは何らかの障害を持っています。例えば膝が悪いから動けないとか、買い物も満足に行けない、それで家で閉じ籠るとか。こういう方たちが高齢者には多くて、そこは生活支援という形で一緒に考える。ただ、私は介護という問題の中で、移動の問題があるだろうなと思っていて、やはり介護だけではなく、移動が人生の満足、生活の充実をさらに支えるのではないかなと。だから、移動の自由をきちっと支援することが必要だと思う。例えば買い物だけでなく、どこかの旅行に行きたいとかですね、何かに参加したいといったことで、そこを支えるということが「生きがい」につながってくると思います。それを、先ほど個の問題だけではなく、町ぐるみで政策的にどう考えるかということが必要ではないかと思っています。



そして、改めてコロナの中で社会とのつながりが落ち、そして生活範囲が狭まり、そして心が低下し、気分が落ち込む、その結果食べものも、美味しいものを食べなくなり、栄養がなくなり身体機能が低下すると。こんなような結果を、さらにこれを逆転しなければなりませんね。ドミノ倒しを逆転するような構図をつくらなければいけない。そうすると、社会のつながりを徐々に広げていく。ソーシャルディスタンスをもう少しどう考えるか、広がりを作る。そして生活範囲を今の状況から広がりを作るか、そういった工夫があると思います。そうしたことによってそれで心を満たして、そして美味しいものを食べる。それで身体が元気になる。この逆のパターンをそれぞれ考えるのは、コロナでなかなかできない状況がある中で、やはりみんなで一緒に考えなければいけないと思っています。



写真は私のところです。これは食卓です。認知症の方も含めて、認知症の方が食事を作って、そして元気な人といっしょになって食事をする。これはコミュニティの絵柄です。

くにちゃん食堂（国立市のくに）

つくし会多世代居場所事業
「くにちゃん食堂」
毎月第1日曜日11時30分～13時受付終了

- 子どもから高齢者までの居場所事業でカレーライスやデザート等を提供する。子どもや手持ちがない方は無料食事を通して、個食や孤立を早期発見し安心して集える場所を提供する。
- 子ども達の格差を考え、学習支援も同時に行いながら工作教室も開催する。
- 学校や市役所・社会福祉協議会と連携を図り、問題のあるご家庭の見守り支援を行っていく。



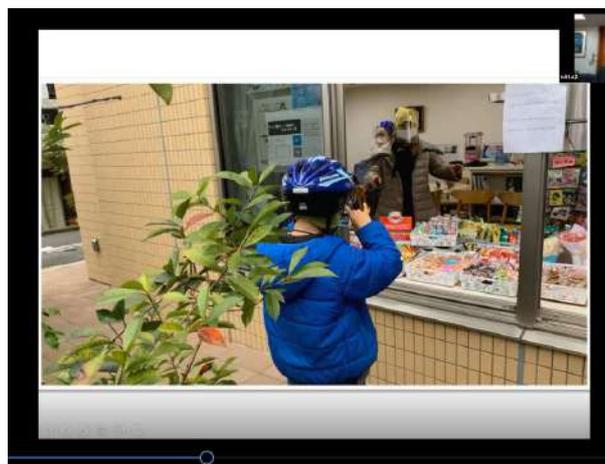
それから、「くにちゃん食堂」です。私の名前が國夫ですからこのくにちゃんかと思ったら、国立市のくにちゃんというから、ちょっと誤解していたなと思っていますが、こういう中で、子供から高齢者までの居場所事業でカレーライスやデザートを提供するということです。

実はこの夏休みに、国立で、コンビニ弁当の残飯で食べていた子供が、夏休みになって食事が配達できない、食事がとれなくなったということで、中学校から依頼があって、その食事を考えて欲しいということで、この子供の食事をずっと夏休み期間提供したといったこともあります。一緒になって作って食べるということで、高齢者も含めて一緒に食べるということです。

だかし屋の日 居場所の提供

つくし会多世代居場所事業
だかし屋の日 毎週水曜日13時30分～16時

- 駄菓子の販売を高齢者・認知症の方・地域住民ボランティアで行って頂く事で、居場所や役割をもって頂く。
- 仕入れ商品や買い出しを地域ボランティアに担って頂く事で、買い物に来る子どもから、高齢者状況を把握する。
- 不登校児や親との関わりが少なく見られるお子さんには、計算練習や高齢者が会計をしている事で、高齢者の理解を深める。
- 多世代居場所づくりの為に、地域住民の自主性でボランティアを立ち上げて頂く事で、やりがいや居場所の必要性を考えて頂く。



「だかし屋の日」というのもやっています。これも駄菓子の販売を高齢者・認知症の方、地域のボランティアの方で行っていただくということで、私たちはここで居場所を提供しているのですが、皆さんに役割を持っていただく。仕入、買い出しも含めてやっていただいています。そしてさらに不登校児ですね。そのお子さんも声掛けや関わりをもって、駄菓子購入の時に計算練習や、高齢者が会計をしていることで高齢者の理解を進めると。計算があまりに遅いので子供に怒られるようなこともあるようです。こうした居場所づくりが必要かと思えます。コロナの時期は少し垣根をもって駄菓子屋さんをやりましたが、本当に多くのお子さんたちが来ています。

これは、夏休みの特別で、高齢者の体験ですね。子どもたちが高齢になったらこうなるよという体験です。



新型コロナがあぶりだした6つの危機

新型コロナがあぶり出した6つの危機

- 健康上の危機**
 - ・ 病気
 - ・ 死
 - ・ 後遺症
- 社会的な危機**
 - ・ 社会の不安定化
 - ・ 偏見、差別、スティグマ
 - ・ 社会経済的不平等
- 経済的な危機**
 - ・ 経済活動の停滞
 - ・ 失業、消費の冷え込み
 - ・ 回復策の財政コスト
- 政治的な危機**
 - ・ リーダーシップのあり方
 - ・ グローバル化の終焉？
- 生態系の危機**
 - ・ 生態系破壊
 - ・ 動物源性感染症リスク
- 食糧の危機**
 - ・ 低栄養の増加
 - ・ サプライチェーンの崩壊

野生物 → 家畜動物 → 人間

やはりコロナというのは、いろいろ言われますが、あぶりだした危機というのは、①健康上の危機があって、そして②社会的な危機、③経済的な危機、④政治的な危機、⑤生態系の危機、⑥食料の危機といったことが起きたと思います。

ここまでスライドは出すつもりはなかったのですが、こんなようなことを長谷川先生が言っています。

失敗の本質

- 政策目的が明示されていない**
意思決定者にも、国民にも、政策や努力の方向がわからない
「集団免疫(ワクチンか自然感染)か治療法開発までの死亡数減」「同時に日常生活経済を維持、医療資源をバンクさせず」
- 課題の構造が明示、共有されていない**
国民の参加、役割、創意を引き出せてない
「水際作戦失敗、ウイルスの特徴から、抑え込み不可は明確」「大目標に向け、緩急交互政策により、死者数を増さず、感染者を増やす」後図参照
- 意思決定の組織と情報**
緊急時のリーダーシップとガバナンス、専門知識と総合判断の統合欠如
「課題の構造と政策の目的を踏まえ関連情報把握、統合して意思決定」「必要な専門家を総て揃え総合情報で得失勘案して長期戦略・短期戦術決定」「情報を一本化し、判り易い言葉で国民と意見交換、役割を促す必要」
- 異様な「空気」の支配**
当てどなき誤謬の方向に煽るメディア、「誤報」、「空気」の醸成と伝播
「第2次大戦突入時、大本営発表、大政翼賛会と全く同じ、感染者非国民」「感染者はエリート、治れば人に染さず罹らず、社会・老人を支え得る。」「政策が戦争、勝利のメタファーとされるは国民を惑わす危険な世論操作」「社会距離を取るは間違った概念。避感染・空間距離を取るにより社会距離は近づく」

封じ込み作戦からの転換で出ず！
いつか来た道 第2次大戦と全く「同じ失敗」「同じ雰囲気」
空気の研究 山本七平 「空気」と「本」そして「世間」

長谷川 敬彦氏

そうか、なるほど「政策目的が明示されていない」のか、「課題の構造が明示、共有されていない」とか、「意思決定の組織と情報」や「異様な空気の支配」。このようなことを先生が言っていたのを出示してしまいました。失礼しました。以上で講演を終了したいと思います。皆様ありがとうございました。

宮嶋 それでは、直接新田先生にお尋ねしたいということがあれば、と思いますがいかがでしょうか？

都築 新田先生にお伺いしたいのですが、我々ワクチン接種を2回終えています、河野大臣あたりが3回目を用意しているというが、ワクチンでできた抗体の効果を発揮している期間はどのくらいでしょうか。

新田 私はその専門ではないので明確には答えられないのですが、最初にファイザーは抗体の有効期間を半年としていました。日本政府は当初は1年ぐらいは有効としていました。ファイザー社の話だと半年なんですね。半年で抗体は下がるだろうと。その中で、半年で抗体は下がるが、免疫能力はそこまで下がらないという意見もあるなかで、イスラエルが半年後に3回目を打ち始めたというのが現実ではないでしょうか。そうすると日本は医療機関が2月に打っているんですね。そうすると3、4、5、6、7、8月で終わって、本当に2月に打った人は9月から打たなきゃいけないという話になってしまう。恐らくまだ打っていない方が1千万人近くいるわけですから、そういう話にはならないだろうと。それで日本の3回目のワクチン接種はいつからかなという話がチラホラ、例えば11月とか12月とか、そういう話になっているということだと思いますがいかがでしょうか。

都築 あと日本の国内のワクチン開発がちょっとクエスチョンなんですけれども、塩野義だとかやっているようですが、可能性はいかがでしょうか？ 私も医薬品メーカーにいたのでとても気になるのですが。

新田 一番の日本の中の問題は、サードフェイスの数がなかなか今の状況で集まらないので、そこを端折るのかどうするのかという。日本のそういったことは非常に厳格にやっていたわけですね、いままでは。そういう中で、新しいものに対して端折って、端折るならば早く塩野義あたりは出てくると思いますが、そのあたりはどうかということだと思います。

都築 要するに第3層の被験者が集まらないということですか？

新田 そうですね。それは僕自身が思うのは大きな要因だと思います。

都築 そうするとだいぶ先になりそうということですね。ありがとうございました。

岸 ありがとうございました。私は講演をお聞きして大変認識を新たにしました。ありがとうございました。しかし我々は、今日は医学会に参加したのかなと思うくらいの認識をいたしまして、大変勉強にはなったのですが、実は、私は石川県健康生きがいきづくりアドバイザー協議会の会長の岸と申します。ということは医者ではなく、医療関係者でもない、元々はビジネスマンです。そして、生きがいきづくり社会をつくるためにはアドバイザーを増やさなきゃならないというこの財団の主旨に賛同して、石川の協議会を昨年たちあげました。ここで、ハタと現在困っておりますのは、生きがいアドバイザーの資格を与えた人たちがどういう生きがいをもってやるかということでございます。そこで、今日の先生のお話で、こ

れからの医療には生きがいというものが大事だと。医療介護の他に生きがいという広がりがあるという
ことをおっしゃいまして、まさにここに到達したかということが分かったのですが、実は、この学会は、
我々が生きがいアドバイザーの資格を取ると自動的に学会に入ります。そうすると今度は、アドバイ
ザーはどういう風に関わっていったらよいのか。今日の先生のご提案、生きがいを医療介護の中に入れな
ければいけない。QOLの中に生きがいが入るべきだということは大変良いのですが、しからば、アドバイ
ザーの資格をとった生きがいアドバイザーはどういう風にここに関わる位置づけになるのか。この、
一般大衆向けではなく、我々が自分たちの学会と認識したときに、医者ではない私たちが、アドバイ
ザーがどう関わっていったらよいのか、その辺を先生の示唆をいただきたいなと思います。

新田 ありがとうございます。私もこの講演をととても悩みました。生きがい学会にふさわしい講演かど
うかというのを。ただ、コロナの状況なので、そこを話さざるを得ないということで話して、岸さんが言
われるように、ちょっと中身が少しずれたかなという思いがあるのは、その通りでございます。ただ、医
療も含めて、特に在宅医療の方は、対象者が85歳以上で、いわゆる自宅で暮らされる方たちですよ。
その方たちを診るときに、我々は医療の目というよりは、むしろ本当にその人たちがどうやって満足し
て生きていただけるんだということですとずっと考えているんだということは、まず講演のメインテー
マだろうなと思って、あえてくどくど周りから攻めたということだと思っていただければと思います。それ
で、今岸さんの言われる基本的なものは、最初の辻先生が挨拶された中に全部入っているなと思って聞
いておりました。辻先生の挨拶を最初にきいてから僕の講演資料を作ればよかったのですが、辻先生
の挨拶をこの場で聞いたので、ちょっと違うなと。そこところは思っていますので、この引継ぎは辻先生
に発言していただければと思います。辻先生、突然ですが、すみません。

辻 辻でございます。新田先生と私とはもう在宅医療の関係でとても親しい中なので、引き継いでお話
しさせていただきたいと思います。在宅医療において生きがいというものが、これは在宅医療の関係者
そのものが、日本の在宅医療という要素に生きがいを加えなければいけないということは、新田先生を
はじめとする在宅医療関係者、お医者さんが、先生方のお考えで出されたんですね。私は深い感銘を覚え
ました。それで、生きがいというのを、それから、岸さんに申し上げたいのは、健康生きがいアドバイ
ザーというのは、我が国の健康というのはいろいろな関係者がおりますけれども、それに生きがいがくっ
ついたアドバイザーとしてですね、生きがいについては、一つの考え方を持ったアドバイザーになって
欲しいので、ぜひ学会に参加していただいて、生きがいに関しては、学会の最前線の議論を自分たちも知
っているんだという人になって欲しいという主旨でございますので、まずはそれをご理解いただきたい
と思います。そしてまずそれは何かということ岸さんは問われた訳ですね。それで、堅い話になりますが、
私もこの生きがいという言葉が老人福祉法に入ったのは平成元年でございます。したがって、三十数
年間生きがいとは何かについて考え続けてまいりました。それで、片山さんという東大の先生が委員長
で、生きがいとは何かという研究会を三十数年前に作っていただいたんですね。そこで一人称、二人称、
三人称という生きがいの分類というものができて、これは今更ながらに深い意味があると感じていま
す。それで、もちろん「私はこのお寿司を食べたら嬉しくて仕方がない」、「美味しいな！」というの
はまずこれは生きがいですよ。それから、この人と会っていたら楽しい。特に男女関係はそうかもしれま
せん。「会いたくてしょうがない。会えたらうれしい」これも生きがいですよ。そしてもう一つは、ど

うもご近所の子どもじゃなくてもいいんですけれども、人のためにあれやこれややっていて、みんな笑顔で良い時間を過ごすのが楽しいなというのも生きがいですね。生きがいには甲乙ありません。良い悪いも上下もありません。しかしながら、どうも生きがいというのは、一生懸命お稽古事をしていて、そしていま、お寿司の例は良くなかったかもしれませんが、寿司が好きで好きで、とうとう自分で寿司づくりまで始めて、それを教えたくてしょうがない、寿司のつくり方を。それで、近所の人を集めてやったら、やっぱりそれが一番喜びになるみたい。どうも生きがいというのは、だんだん第三者との間での生きがいに発展していくという構造があるようだ。これは堅い話ですがマズローがたどっていった考え方ですね。マズローは生存欲求から自己実現になって、最後は自己超越と言ったそうです。自己超越というのはどういうことかということ、第三者と交じり合うということです。どうも、そういう流れになって、では、世界的にも日本も共生社会と言い始めた。SDGsも、誰も取り残されない社会と言い始めた。結局、これは私の個人的な見解も入りますけれども、人との関わりの中でお互いに響きあう。お互いに連帯するという。この喜びというのがやっぱり生きがいのたどり着くところだという印象を持っています。そうすると、私は新田先生に対して講釈するようになるんですけども、私はそういう立場ではないんですけども、医師がですね、かなり弱って亡くなっていこうとしている人々の生きがいを、医師がどのように実現していくかということ、やはり他者との関係性というものを大事にしてあげることだと思うんですよ。そんなこと言ったって、これから亡くなりそうだという人のところにボランティアを呼んで来て、何か話し合いなさいって、そんなことありえないですよ。ですから、会わなくても、例えば看取りみたいなシーンを想定しますとですね、「皆があなたのことを思っているんだよ」といったことが、何らかの形で、「来れないけれどあなたの親しい友人がこんな手紙を書いてきたよ」とか、「ご近所の方がこんなものをもってきてくれたよとか」が、恐らく大変な看取りに近いようなお年寄りの人にとって喜びだと思うんですよ。それは、いわゆる他者との関係でのつながりみたいなものを感じてもらおうということが大事なことではないかと、そういうような印象で新田先生の言う生きがいというものを私は感じました。以上です。

岸 辻先生、大変ありがとうございます。辻会長の仰る通り、生きがいの究極は他人のため、世のため人のためにお役に立つことが、私は最大の生きがいだと思っております、辻会長がいまそれをと仰っていただいて大変有り難かったです。そういうことでこれからも私たちの石川県の協議会を進めていきたいと思っています。先生、ぜひ他のために尽くすことが大きな生きがいになるということもこれからも進めていただけたらと思います。お時間を頂いてありがとうございました。

宮嶋 それでは私の方で引き取らせていただきます。ありがとうございました。今回、新田先生が巧みに講演をしていただき、何かふっくらとしたものを少し作ってくださったのかなということ思いながら伺っておりました。本当にありがとうございました。お陰様で豊かな記念講演になったのではないかなと思っております。重ね重ねご参加いただいた方々に感謝を申し上げたいと思います。では午前中はここで終了させていただきます。ありがとうございました。