

## 「医療経済と看取りについて考えてみました」

政策委員（北区支部） 佐藤 総太郎

団塊の世代が高齢化を迎え、多死社会の到来が叫ばれて久しいです。地域包括ケアの議論もあり、介護施設、居宅での看取りを増やすような話題も多くなっています。先般の北区支部政策勉強会にて、医療経済的には病院、介護施設、個人宅でどのように違うのかということが話題となり、少し調べてみました。

寝たきりに近い高齢者が、在宅ケアの段階からかかる費用などを調べてみると、介護状態の重い軽いから、ケアの手厚さの多少、自宅での家族の無償の介護をどのように計算するかなど、当初思っていたよりも単純な比較が難しいことがわかりました。

二本立氏の「在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷」(2014年)という文献において、金銭的な問題も論じられておりましたので御紹介いたします。

在宅療養の寝たきり状態の患者の場合は、生活費・家族介護費用相当分を加えたりアルコストをシミュレーションすると、施設入所の費用とほとんど差がないというデータがあります。しかし、これは患者の介護状態により大きく変わり、室内歩行レベルの軽度障害者では在宅の方が安く、全介助では在宅ケアの方が高くなる場合が多いそうです。さらに、「欧米諸国の地域ケアの費用効果分析」では、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、地域ケアの方が費用を増加させるとする報告が多いそうです。在宅ケアの方が、介護サービスが濃厚になりやすいことも影響しているのでしょうか。

また、日医総研ワーキングペーパー（自助への誘導と政策の不作为2016.11.11）によると、ここ15年ほどの政策を総括すれば、制度的に医療と介護を切り分けたうえで、入院への需要を抑制し、在宅での介護の需要に振り替えてきました。その結果、医療費の伸びを節減できたともみられるようです。

しかし、今後もこの方針を継続、あるいはさらに推進することが望ましいかは大いに疑問である。このまま在宅で医療・介護を受ける人々が増え続けた場合、私たちの社会はそれを包摂できるのだろうか？ 現状でも年間約10万人が介護を理由に離職しているという。介護をしながら働く人々の数は、政府統計では約290万人（「就業構造基本調査」）。しかし、実際には1,300万人にのぼるとの民間の試算もある（『日経ビジネス』）。現状の延長線上で、在宅での医療・介護ばかりを推進すれば、間違いなくそれらの数は増えるであろう。

在宅医療を進めた結果が介護離職という新たな問題を引き起こしたと考えると、医療経済的にどうかは更に複雑になり、もうわからなくなりました。しかし、日医総研ワーキングペーパーの結論として、在宅（個人宅）ケア偏重への再考が必要であるというところは、自分もそう思いました。

自分の診療経験上も、自宅で死にたいという希望の方もいるが、家族に迷惑をかけたくないの施設・病院が良いという方も意外と多いと感じています。核家族化し、共働き家庭が増え、独居老人世帯が多い現状では、個人宅で重介護をできる家庭は限られる。病院・介護施設での看取りも今

まで以上に必要になるかもしれません。死生観の変遷もあると思うが、個人の希望、介護者の状況、背景疾患などを踏まえて、それぞれが一番良い選択ができるようなシステム作りが重要であろうと思われる。

死生観といえば、個人的にはリビング・ウィル

を皆が書く、または考えることはとても重要だと思っています。自分の死を想像することで、家族などの死についても考えが深まるはずです。自分も医者じゃなかったら、若いうちから死について考えることはなかったと思います。

(新琴似内科クリニック)