

図1 65歳以上における老年期認知症の1980年、1990年と2000年の比較 (括弧内は実数)

ころだと思えます。

鳥羽 地域ケア、介護予防事業でのチェックリストの活用なども含めて、遠藤先生、ご説明ください。

遠藤 認知症に限っていえば、介護予防の3つの質問項目のチェックリストがありますね。

もの忘れがあるか、ないか。電話が電話帳で調べてかけられるかどうか。月日が言えるかどうかです。月日が言えないと実は認知症にかなり近いものがあるということで、かなり軽症の認知症の方でもこれらの質問で発見できると思えます。

ただ、認知症が見つかった特定高齢者を、地域支援事業でサービスを提供したときに、そのエビデンスという意味では、サービスメニューの問題とかやり方の問題ですね。たとえば介護予防事業での音楽療法は、サロンのいつでもどこでも継続できるような仕組みが望ましいと思います。見つけること、つなげていくことが、まだまだ不十分だと思います。このようなサービスにおいても、地域格差があります。

鳥羽 もちろん見つける仕組みができて、初めてつなげる仕組みの必要性も行政がわかってきたということもあるので、このまま建設的にやっていく必要があると思います。

浦上先生は早期発見のタッチパネルなどの開発を通じて、早期発見に以前から取り組んでおられますが、現状はいかがでしょうか。

浦上 図1は1980年から鳥取県大山町で行ってきた認知症の調査結果です。10年ごとに大規模調査を行い、どんどん認知症が増えてきていることを示してきました。同時に病型でいうとアルツハイマー型が脳血管性に比べ増えてきました。

この調査を行う中で、いろいろなスクリーニング方法を考えて、アンケートを行ったのですが、もの忘れが進んできたら、「もの忘れはありますか」と尋ねても、もの忘れをするということをおぼえてしまいますからチェックをしてもらえない。また、ここをチェックしたら絶対引っ掛けられるということで、わざとチェックしない人がいるなど一次スクリーニングで漏れている場合があります。そこで漏れた人に対して、タッチパネル式認知症スクリーニング検査(物忘れ相談プログラム®日本光電社製)(図2)のスクリーニングをやってみると相当見つかってきます。スクリーニングの中で、個別にきちっとやれる方法が必要ではないかと考えています。集団スクリーニングですと、どうしても問題が理解できない方、カンニングをしたりする方が

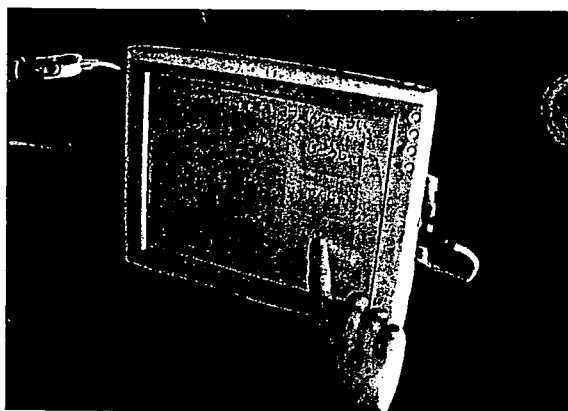


図2 タッチパネル式認知症スクリーニング検査  
(物忘れ相談プログラム)

あったり、やはり認知機能検査は個別性が必要なのではないかと思います。

われわれは遅延再生と時間の見当識と視空間認知機能の3項目を調査する方法を作り、タッチパネル式コンピュータを用いて個別に行えるようにしました。だいたい1人が3分くらいで終わりますので、5台くらい用意すると、2時間以内に100名くらいの方をスクリーニングできるのです。

### 認知症ケアネットワーク

鳥羽 この前、私も、三鷹地区で初めての認知症ネットワークを立ち上げました。そのときに出された問題で、自分である程度もの忘れを心配されている方は、タッチパネルも含めていろいろな検査(表1)を進んで行われますが、中には病識が少ない方や嫌がられる方がときどきいらっしゃいます。日常の生活、あるいは診療の中でスムーズに聞けるかどうかもわからないということですが、この点はいかがでしょうか。

遠藤 なかなか質問だけでは難しく、立方体模写など空間認知を調べるようなテストや時計描画テスト、かな拾い、初期のスクリーニングは少し検討が必要であるという印象はもっていません。

鳥羽 このコンピュータ方式が、私もよいと思うのですが、一地域ではなく、本当によいもの

であれば行政や国が一定のサポートをしていくような時期が来ていると思うのですが、一研究者が開発したものをサポートするのはなかなか難しいのですか。

中井川 そこは介護保険制度、地域支援事業など公費で行っていることもありますので、成果を確立して、最終的には負担者の合意のもとで行われる必要があるだろうと思います。ですから必要性は必要性としてあるのでしょうけれども、そのツールとしてそれがふさわしいかどうかというのは、少なくとも研究者の方々、一定の集団の研究者グループなどのコンセンサスが必要です。

鳥羽 学会での統一見解は、行政の重要な視点になるということですので、頑張っていきたいと思います。

浦上 われわれはタッチパネル式認知症スクリーニング検査(物忘れ相談プログラム)でスクリーニングを行い、医療の必要のある人は専門医を紹介します。

軽度認知機能障害(MCI)レベルの方は予防教室に参加していただくということをしているのですが、まだ予防教室の内容が確立できていないのが現状です。

ただ前後の評価として、われわれのグループで開発したタッチパネル式コンピュータを用いたADAS(TDAS)を使えば専門の臨床心理士が必要ないですし、時間も1時間くらいかかるものを20~30分でできるようにしたので、前後できちっと予防教室の評価ができるアプローチも行っています。

鳥羽 個人情報の問題もありますが、コンピュータを使ったタッチパネルなど、様々な機能評価が普及していくと、個人情報を十分保護した上で、地域のかかりつけ医、ご家族に情報を開示するということが、ネットワークとしてはどうなのでしょう。

浦上 ネットワークがきちっと確立できていくことが望ましいと思います。地域のかかりつけ医の勉強会とともに、ネットワーク作りを進めています。

鳥羽 最近は画像診断がすごく発達しており、

表1 認知症地域連携まとめ

	地域医療機関	もの忘れセンター
診断	早期診断の理解 精査必要性の判断	早期診断バッテリー 精神・神経所見 MRI, SPECT, MIBG-Scinti 脳脊髄液タッグテスト 診断基準:鑑別診断
治療	一般的生活指導 薬物療法継続	非薬物療法(デラマタミド) 薬物療法開始/変更
周辺症状	改善・悪化記録 薬物療法	定量的測定/治療効果判定 薬物療法開始/変更
介護	地域ケアネット 意見書	最適介護環境のアドバイス 情報提供
教育		家族教室 コンピュータ教育 医師研修

MRI, SPECT, PETなどを駆使して診断を確かにするという作業がされていますが、かかりつけ医の先生に画像や、画像そのものを解説したり、連携の作業というのはどのような情勢でしょうか。

浦上 CT, MRI, SPECTの必要性まで踏み込んでいるのですが、かかりつけ医が紹介をしてくださるところまでいっていません。ですから、ある程度CT, MRIなどわれわれの地域で病院に紹介しなくても撮ることができる体制が必要なのではないでしょうか。

鳥羽 先生がご尽力されている大府地区ではどうなのでしょう。

遠藤 画像だけをオーダーされる先生もおられますが、基本的には認知症の診断、精査を目的にしています。

MRI, SPECTの結果を付けてお返しするのですが、やはり受け取り側の知識も要りますね。そういう意味で厚生労働省の、認知症のかかりつけ医対応向上研修があると思うのですが、人数がまだ十分ではないですね。

中井川 まだ6,885人ですね。

遠藤 10倍くらい受けて欲しいですね。そうするとかなり早期発見を目的とした画像所見が

大事だということがいろいろな先生方にも広がっていくのではないのでしょうか。

鳥羽 認知症がこれからも急増していきますので、サポート医も大切ですが、専門医もコンサルタント医としてすごく重要になりますね。

MRIのような診断機器も相当フル稼働し、それを正確に読影し、サポート医の画像診断能力がレベルアップしていく中で、サポート医の体制と、認知症の診断のネットワークといったことに関しては、どのようなことを考えていらっしゃるでしょうか。

中井川 かかりつけ医と専門医、かかりつけ医と身体合併みたいな形での、いわゆるネットワーク作りが必要で、課題であると思っています。

鳥羽 在宅復帰、在宅継続のためには、中核症状以外の周辺症状の評価、周辺症状の薬物、非薬物療法が非常に重要な課題だと思われませんが、遠藤先生、周辺症状、BPSDについてどのようにお考えでしょうか。

遠藤 ご家族が在宅介護を諦める大きな要因に、この周辺症状(BPSD)があります。昼夜逆転がある、尿失禁がある、といった認知症に伴う症状でギブアップされたり、精神的、身体的な介護負担が増えています。現実的には認知症の生

活自立度で2以上だと、約半数が施設を使われていますね。今後、施設の増加がそれほど望めないことから、BPSDをいかに専門医がコントロールして、なるべく在宅を続けていくような方策が欲しいと思っています。本当に重症の人は施設を使ってよいのですが、在宅を勧めるわれわれが、BPSDのコントロールなり家族支援をすることで、在宅を続けられる要素があるのではないかと考えています。ですから、家族指導の中で家族が怒らないようなよい介護、対応の仕方を指導させていただきだけでも、変わってくることもあります。在宅を継続する一番の要素は家族であると思っています。

鳥羽 最近では、薬物療法からADLを重視したような認知症周辺症状に対する非薬物療法が重視されてきているようですが、浦上先生はどのように対応されていますか。

浦上 薬物療法は最後の手段ということで、基本的には家族指導が一番だと考えています。

先ほどいいましたが、実質的な独居みたいな方が多く、家の中でもまったく会話のない生活を送っておられる高齢者が多くいらっしゃいます。

福岡県大牟田市では、絵本を使った子どもたちへの認知症の教育を行っています。子どもたちが高齢者が繰り返し同じことを言っているのは認知症の症状なのだというのに気がついてくれば、家族の中での認知症の進行予防にもつながると思います。ですから家族の教育、地域での若い方、子どもたちへの教育が必要だと思います。

鳥羽 中井川先生、厚生労働省の立場として、発症予防ではなく、一定の周辺症状に対しての現在の評価、今後の取り組みなど、どのようにお考えでしょうか。

中井川 介護ということでは、介護従事者の間で経験則的な部分で、一定の対応が図られつつあるとは思っていますが、必ずしも完全に整理されているとは思っていないので、一定の整理が今後必要になってくると思っています。

もう1つは、ケアの手法について、確立したものをどのように広めていくのか、というのが

なかがわ まこと  
中井川 誠 先生



昭和60年4月 旧厚生省入省、平成18年9月より現職、現在に至る。

課題だと思っています。

鳥羽 遠藤先生、回想法などの認知リハビリテーションをやっておられますが、周知というかそれが足りないのか、エビデンスを広めるのがちょっと遅れているのか、その辺はどうお考えでしょうか。

遠藤 両方だと思います。われわれのエビデンスを作る努力も十分ではないだろうし、方法論の確立も十分ではないと思います。むしろ認知症の介護予防とか、うつ介護予防、閉じこもりの介護予防の施策が先に進んでいるような気がします。それでもわれわれは努力する必要があります。

1つだけ紹介させていただくと、愛知県の北名古屋市で、介護予防の拠点として回想法センターを平成14年に作りました。その目的は健康高齢者に対して快刺激というか、楽しいことをする、仲間作りをするということです。それが実は介護予防拠点とわれわれが考えていて、

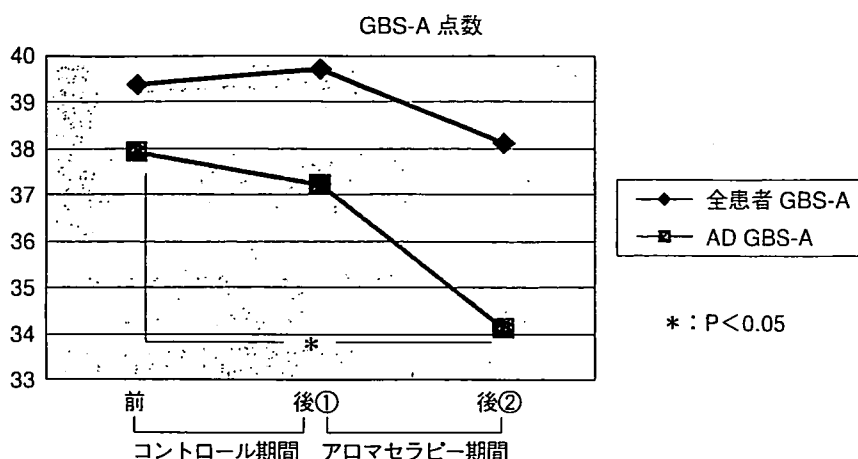


図3 アルツハイマー病に対するアロマセラピーの知的機能 (GBS-A) 結果

いつでも誰でもそこに行くことができるといふ場所を作っています。ですから、無料で高齢者がそこに集まり、ご飯を一緒に食べたり、昔話に花を咲かせるというような場所を作って、効果を検証しているところです。

3年くらいの経過として、参加しない人と比べると認知症の進行の度合いがゆっくりになるというデータも出てきています。まだ対象数が少ないので発表できるところまでは至っていません。現実的には、予防まではなかなか難しいが、進行遅延はできるのではないかと考えています。このようなそこに行くとか何かのチャレンジや選択ができて楽しいことに参加できるというサロンのような介護予防拠点が、全国に欲しいと思っています。

鳥羽 外国でも在宅率が伸びて、施設に入るといふのはエビデンスの非常に高いレベルになっていますね。

浦上先生はアロマセラピーもやっておられますが、穏やかにする効果以外にも何かあると思うのですが、いかがでしょうか。

浦上 図3はGBSスケールというもので、アロマセラピーの前後で評価したものです。方法はコントロールクロスオーバー法を用いて、まずコントロール期間を最初に、次にアロマセラピー期間を作ります。コントロール期間に比べ、アロマセラピー期間に有意な改善がみられています。全ての認知症でやや改善傾向があり

ますが、アルツハイマー病患者のみでは有意に知的機能がよくなるという結果が得られました。

背景としては、嗅覚機能を評価すると、アルツハイマー病患者は初期から落ちているという所見があり、恐らく嗅覚機能を刺激するのが中核症状にもよいという可能性があるものと考えています。

## 家族教育と家族ケア

鳥羽 今までもお話の中に出てきていますが、ケアネットワークの中での家族教育や家族のケアに関して、中井川先生、どのような形で取り組んでおられますか。

中井川 先ほどいった「認知症サポーター」は家族も対象としているわけですが、自ずとそういう方々が参画されています。

それからわれわれの補助事業の中でも、家族教育について、補助事業を設けて、家族の方々の認知症に対する正しい知識の普及を行っています。

行政ということではないのですが、「認知症の人と家族の会」のケアカウンセリング的な部分の働きを私は評価しています。行政マンや介護従事者には心を開かない方でも、経験者の方には、自らの経験を率直に話すことで、癒される部分があり、家族のケアがなされていると実

感しています。

鳥羽 「認知症サポーター」の方は20万人いらっしゃるのですよね。そのサポーターの方々はどのような方々なのですか。

中井川 具体的な分析はされていませんが、地域では家族の方や、町内会の老人クラブ単位など、また、マンションの管理、金融、スーパーなど職場で講座を開催している場合もあります。様々な方がいらっしゃいます。

鳥羽 遠藤先生はマスコミを通じて、家族教育に貢献されていらっしゃいますが、マスコミで取り上げた場合の対応策をお話いただけますか。

遠藤 1つは、「地域包括支援センター」で、困ったときに相談できるということで、家族の相談支援が大きな柱になっています。アドバイスをもらえるという意味では、非常に有効だと思います。

家族教育を専門的に、認知症のことを勉強していただく、介護保険のサービスのことを勉強していただく、介護負担の解消の仕方、自分のリラックスすることを覚えていただく、愚痴を言う会を挟む、など、6回集中的に家族を教育するプログラムが海外では行われています。

日本でも名古屋でやっているグループがあります。家族が非常に成長する、家族力といえますか、介護力が向上するといわれています。これらによって、認知症の進行も遅くなるというデータが出てきています。

私はこの中で、男性不足が非常に深刻な問題ではないかと思っています。アルツハイマー病は女性に多く、男性の家族介護者が非常に精神的な負担、ストレスを感じています。この問題を解決したいと思っていて、家族教育の中に男性の介護者、性別による差があり、研究を含めて、今後、捉えてやってみたいと思っています。

マスコミという意味では、モデル的な家族をテレビで出すと、見ている方も、「ああ、あそこまでできるのだ」と安心感や自信につながるようです。やはりテレビ放映後の反響をみても、家族の attitude というか認知症に対する考え方が変わってくるという手応えがあり、テレビな

うらかみ かつや  
浦上 克哉 先生



昭和63年鳥取大学医学部大学院博士課程修了。平成元年鳥取大学医学部脳神経内科助手。同8年鳥取大学医学部脳神経内科講師。同13年鳥取大学医学部保健学科生体制御学環境保健学分野教授。同15年鳥取大学大学院医学系研究科保健学専攻病態解析学分野教授。現在に至る。

学会活動：日本神経学会(評議員、専門医)、日本内科学会(認定内科専門医部会中国支部会長、中国地区評議員、認定内科専門医)、日本老年医学会(代議員、専門医)、日本認知症学会(評議員、編集委員)、日本老年精神医学会(理事)、日本リハビリテーション学会(認定医)、The College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) Asia-Pacific Regional (executive committee member)など

専門分野：アルツハイマー型認知症および関連疾患の原因、病態、ケアに関する研究

受賞歴：第13回アメリカリネウス老化および老年医学研究基金受賞、第9回日本認定内科専門医会研究奨励賞受賞

その他：Dementia, Geriatric Cognitive Disorders, PsychogeriatricsのEditorial Board

どマスコミの影響を感じています。

鳥羽 この特集の中で私も執筆しているのですが、もの忘れセンターを平成18年11月に始めて、月に5回、家族教室を無料でやっています。教育、治療・予防、ケア、福祉の利用など、1回6家族、患者も含めて月に60人くらいで、年間720名くらいです。診療室で何度も繰り返して説明する時間も、省けるので、効率がよく、コンプライアンスもよいように感じます。このような取り組みで、在宅医療が可能になるというエビデンスが出たら、ぜひ厚生労働省でもサポートしていただいで、家族教育の全国的な組織ができると非常によいのではないかとと思うのですが、いかがでしょうか。

遠藤 今後、病院のベッド数の減少に伴い、入院期間が減るということもあり、認知症でも肺炎を起こす場合などで、大きな影響を受けると思います。ですから、今後の医療を考えたときに、在宅医療が100%は無理だとしても、家族



えんどう ひでとし  
遠藤 英俊 先生

昭和57年滋賀医科大学卒業、同62年名古屋大学医学部大学院修了、平成2年本国立老化研究所客員研究員、同5年国立療養所中部病院内科医長、同10年より国立長寿医療センター包括診療部長、現在に至る。

学会など：日本内科学会内科認定医、日本老年医学会評議員、老年病専門医、日本ゲアマネジメント学会理事、日本高齢者虐待防止学会理事、日本老年精神医学会理事、専門医、日本認知症学会評議員、日本認知症ケア学会評議員

関心あるテーマ：老年医学、認知症、ゲアマネジメント、回想法、DCM、高齢者虐待

の力は大きいので、システムとして家族教育を  
考えていくことはとても有効だと思います。

ただ、エビデンスをわれわれも出さないと、  
どういうプログラムがよいとか、どういう方法  
論がよいということを少し検討する必要がある  
のだろうと思います。確立したものができれば、  
行政も動きやすくなると思います。

### 認知症専門職の教育

鳥羽 今後の教育としては、やはりそれぞれの  
専門職教育も大切です。最近、認知症学会でも、  
認知症の専門医、サポート医、認定看護師、ヘル  
パーなどありますが、様々な専門職の資格や  
養成について、行政ではどのような仕組みを考  
えておられますか。

中井川 医療の方では、かかりつけ医をいかに  
普及させていくかということが一番です。そこ

がやはり一番の課題であり、それをある意味で  
は、かかりつけ医のバックアップをやっていた  
ただサポート医の方の拡充を図っていきたく  
と思っています。かかりつけ医の方は初年度だ  
けで6,885人、サポート医の方もいま300人強  
ということですから、それなりに順調に伸びて  
いると思います。しかし、課題としては、積極  
的に取り組まれている都道府県と、取り組ま  
れない都道府県があるということです。

鳥羽 それは、都市部と地方との差ですか。

中井川 必ずしもそういうことではないです。

鳥羽 では、サポート医を教えるという教育者  
の数は足りているのですか。

中井川 サポート医が何名必要なのかという  
点で、いろいろな議論がありますし、具体的に  
いいますと、先ほどいいましたように、都道  
府県によってサポート医の数に差があるので、  
はっきりとしたことはいえません。ただかか  
りつけ医をサポート医がどのような形で育  
てていくのかということが、課題だと思いま  
す。

鳥羽 三鷹市の場合、サポート医は2人いま  
すが、そのサポート医がかかりつけ医を教  
える講習会にオブザーバーとして出席してく  
れと依頼がきます。でもサポート医はさす  
がに整形外科の方と麻酔科の方なので、す  
べてのかかりつけ医の先生の質問には答  
えられないような状態です。サポート医の  
方は非常に熱心にやっておられますが、  
その方たちの継続教育も必要ではないか  
と思います。

中井川 それは重要な課題として受け止め  
たいと思います。

鳥羽 遠藤先生、何かご意見はございま  
すか。

遠藤 特定の専門医を養成するより、実  
は地域でネットワークができる、医師会の  
相談、企画運営、かかりつけ研修、など  
先生にご協力いただきたいのです。

地域とリーダー的な先生を養成させて  
いただいているので、一部質問に答えられ  
ない場合も出てきているかもしれません。し  
かし、地域の底上げという意味では非常  
に強力なもので、課題としては、フォロー  
アップ研修という、サポート医とかか  
りつけ医が、常に情報をリフレッシュ

していくようなシステムが必要です。

たとえば認知症介護指導者もそうですし、看護、介護や医師の教育のシステムができていますが、ブラッシュアップできていません。ブラッシュアップ(現任研修)できる政策教育を期待しているところです。

鳥羽 サポート医、あるいは地域のケアマネジャーの教育も非常に大切だと思うのですが、浦上先生、いかがでしょうか。

浦上 鳥取県では適切な先生方がサポート医になってくださっていて助かっております。サポート医の先生方は全部に対応するのではなく連携作りをしていただくことが大事だと思います。

鳥取県の西部医師会では、サポート医の先生から声をかけて、かかりつけ医の研修会が開催され、その中でいろいろな先生方に講演していただき、勉強しています。

鳥羽 確かに非常に熱心な先生が一度サポート医になられると、質問も多くなりますので、専門医や認知症を診ることのできる医師とのホットラインの整備を急ぐ必要があると思います。

遠藤 もの忘れ外来もおそらく全国で1,000くらいあると思いますが、十分ではないのですね。もの忘れ外来というのは専門医、サポート医の機能を有効に連携しながら高めていくということではよいのではないのでしょうか。

## 今後の希望

鳥羽 では最後に、いい足りないこと、今後の課題についてなど何かございますか。

中井川 本日のテーマの地域で支えるということを行いますと、いかに医療・介護を含めて総合的に支えていくかということが課題になります。先進的に取り組まれている自治体は、どんどん先を行かれていて、厚生労働省としては、一番手グループがどんどん先に進む一方で、二番手、三番手以降をどうやって育てていくのかというのが課題だと思っています。

平成19年度はそういう意味で各都道府県、必ず1カ所、医療・介護の連携を含めた地域支

とば けんじ  
鳥羽 研二 先生



昭和53年東京大学医学部卒業、同年同附属病院医員、同55年東京警察病院内科勤務、平成元年米国ペンシルベニア大学生理生物学教室客員研究員、同8年ワシントン大学老年医学研究員、同年東京大学医学部助教授、同12年杏林大学医学部高齢医学主任教授、同18年杏林大学病院もの忘れセンター長(併任)現在に至る。

日本老年医学会(専門医・指導医、評議員、理事)、日本骨粗鬆症学会(評議員)など。

現在の研究領域

- I. 老年症候群、総合的機能評価  
1) 高齢者の認知を客観的に判定するVitality Indexの開発と応用、2) 認知症の予防と介入、3) 高齢者の総合的機能評価の国際比較
- II. 認知症  
1) 認知症の早期発見、2) 非薬物療法の定量的効果判定

援モデルを作ってくださいということをお願いしています。そのときに、そのモデル地域でどんな資源があるかを把握する必要があると思います。その情報を地域包括支援センターなどを通じて、当該地域の住民にオープンにする必要があります。情報を把握し、住民にオープンにするということは、当然、資源となる人たちにそのネットワークの中に入れていただくことへの合意を得られることにもなりますので、ぜひそういうネットワークの構築をやっていきたいと思っています。

浦上 認知症の地域での健診、予防教室をやってみて一番感じたことは、早期発見、早期予防だけでなく、同時に真の啓発活動になっているということです。なぜかという、講演会などで話を聞いてもらうと、「ああいい話だった、よくわかった」と言われるのですが、それは他人事なのです。わが事として真剣に考えていないのです。しかし、実際に健診をやると自分の



こととしてしっかり捉えてもらえるのです。ですから、私は単なる講演会だけでなく講演会プラス健康診断ということ併せてやっていくべきだと思います。

そして、若い方にも知ってもらおうということです。やはり講演会というと65歳以上の方がよく来られるのですが、若い方はほとんど来られません。そういう意味ではマスコミで取り上げてもらうと、若い方にもみていただけますし、「殞の森」などの認知症をテーマにした映画がグランプリを獲ると、若い人の間でも認知症のことが話題に挙がります。私は子どもたちと同様に若い方への啓蒙も今後、大事だと思っています。

遠藤 これまで認知症がらみで医者とケアマネジャー、医者同士、病院と診療所、などいろいろな取り組みはされてきて、確かに形はみえてきたのですが、もう一歩進む時代になってきたのではないかと思います。もう少しネットワークを強固なものにするシステムが欲しいと思っていますところ。

たとえば一般市民でいえば、認知症サポーター(20万人)の10%でもよいので、その人たちが徘徊ネットワークへの協力、認知症の人や家族を支援する地域のボランティア的な組織にならないかなということを考えています。例えば、

私が一番考えているのは、認知症でいえば徘徊と孤独死ですね。見守りというか、地域でサポーターになった方がちょっと声をかけたり、支え合うというようなシステムができてくるとよいと思っています。そういうネットワークのさらなるバージョンアップを望んでいます。

---

## おわりに

---

鳥羽 介護保険ができて、家に他人の方が入ることによって、いままでわからなかった虐待といったものもある程度わかってきました。

本日はいろいろなご意見をいただいて、ネットワークという人と施設の連携、地域でどういう人がいて何ができるのかということが整理されなければいけないと思いました。

いまのところは地域ネットワークに関わる人が自分の仕事以外に、努力してネットワークを作っているような状況です。これが本当に国の施策としてプラスになるということであれば、一定の皆様の業務の中でネットワーク事業をぜひ認めて欲しいと思います。

本日は、どうも、大変ありがとうございました。

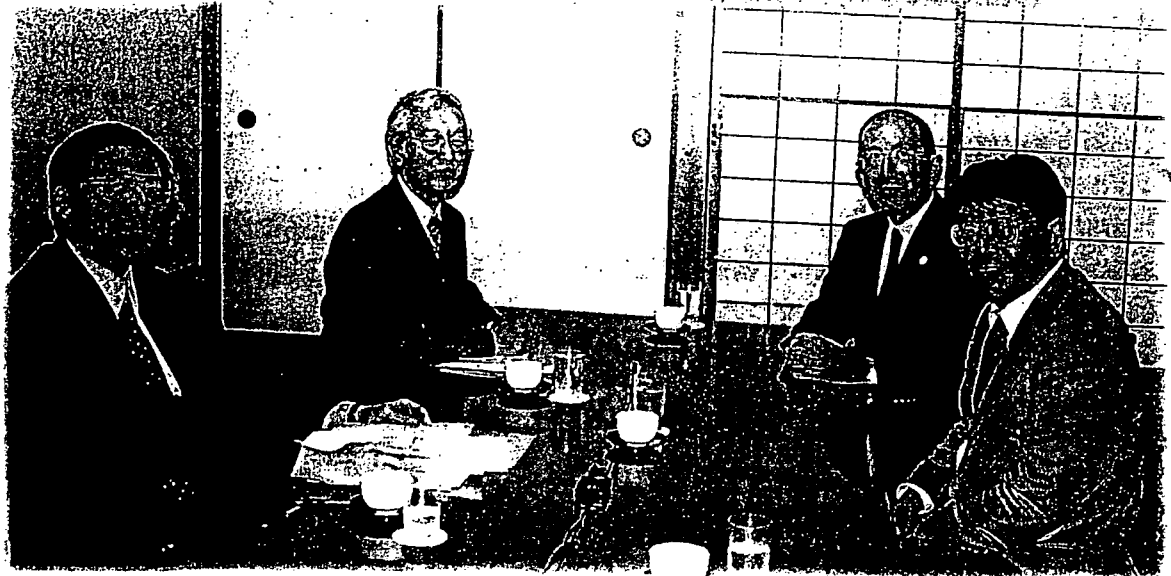


# 高齢者の医療と介護保険 制度，何を指すのか？

鳥羽 研二  
川 渕 孝一  
天本 宏  
井藤 英喜

株式  
会社 ライフ・サイエンス

# 高齢者の医療と介護保険制度，何をを目指すのか？



(2006年12月12日東京會館「八千代」にて収録)

鳥羽 研二

(杏林大学医学部高齢医学講座<sup>1)</sup>教授)

川淵 孝一

(東京医科歯科大学大学院医療経済学分野<sup>2)</sup>教授)

天本 宏

(日本医師会<sup>3)</sup>常任理事)

井藤 英喜(司会)

(東京都老人医療センター<sup>4)</sup>院長，東京都老人総合研究所<sup>4)</sup>所長)

(敬称略，発言順)

Contents

- 高齢者の受診状況および今後の動向
- 介護保険の利用状況・問題点および今後の動向
- 医療制度改革
- 国民皆保険制度の崩壊
- 介護保険制度の理念
- 予防医学と経済
- おわりに

<sup>1)</sup> 〒181-8611 東京都三鷹市新川 6-20-2

<sup>2)</sup> 〒113-8549 東京都文京区湯島 1-5-45

<sup>3)</sup> 〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

<sup>4)</sup> 〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2

井藤(司会) 本日はお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

医療制度の改革関連法案が国会を通過し、保険制度が大きく変わろうとしています。本日は、虚弱老人、高齢者の実態、医療への受診状況とその動向、介護保険の問題点、今後保険はどういうことを目指して制度を構築していったらよいのかということなどについて、先生方のご意見をお伺いしたいと思っています。

まず、わが国における要介護状態にある虚弱老人の実態、今後それがどのように増えていくと予想されているのかというようなことを鳥羽先生からお話頂けますでしょうか。

鳥羽 現在、要介護の対象は280万人といわれています。自立している人は9割近く、虚弱の人は13%という介護保険以前のデータがあり、それに高齢者人口の2,200万人をかけると、だいたい同じ数が出てきているようです。平成25(2013)年の高齢者のピーク時には3,300万人、要介護高齢者は500万人くらいになるのではないかとされています。特に75歳以上の後期高齢者、85歳以上の超高齢者が増える点が特徴かと思えます。一部のデータですが、自立度自体は年々改善してきています。特に香北町(現 高知県香美市)の松林先生のデータでは、1997年までの10年間で、いわゆる依存の度合いをみると、依存の平均値が10歳高齢になっているというデータがあります。ですから、虚弱な人は13%よりも同じ年代では少なくなると思われれます。一方、私が急性期病院でとったデータでは、90歳代では、一度、病気になると自立度を6割くらい失うというデータがあります。杏林大学病院高齢医学は、超高齢患者の多い病棟ですが(平均86歳)、それでも6割は自宅に帰ることができます。残りの4割は何からの依存が始まっている。そういう意味で、後期高齢者や超高齢者が増える場合に、虚弱から要介護の絶対的な人口は、増え続けるだろうということになります。さらに、虚弱な人が単に虚弱なだけではなく、様々な疾患をもった方として、捉えなくてはいけないと思います。

井藤 高齢者の場合、介護という問題だけでは

なく、要医療という方の動向が、非常に大きな問題になってきます。厚生労働省(厚労省)の患者調査データによると、外来患者の43%、307万人が65歳以上、入院患者の64%、93万人が65歳以上であるということで、医療を必要とする人の中で65歳以上の人が占める割合が、非常に高くなってきています。

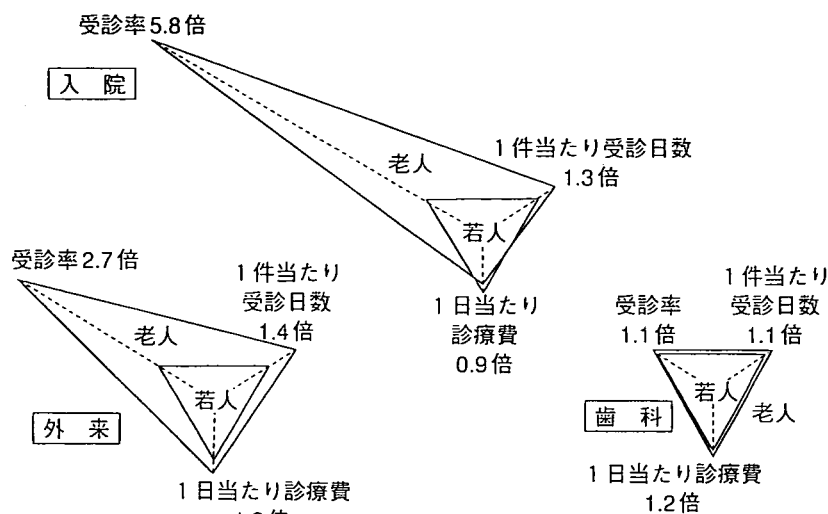
そのようなことで高齢者の医療制度のあり方が大きな問題になっているのですが、高齢者の受診状況、あるいは今後の動向予想ということに関しまして、川淵先生、いかがでしょうか。

### 高齢者の受診状況および今後の動向

川淵 医療経済学者の立場から申し上げますと、いま65歳以上をもってして高齢者とするのか、老人保健制度でいう、70歳以上を高齢者と定義するのか、あるいは後期高齢者といわれる75歳以上の高齢者を1つターゲットにするのかと、高齢者の定義についても少し変わってくるのではないかと思います。

全体の医療費32兆円のうち、9兆200億円を75歳以上の人が使っています。これを1人当たりの医療費でみると、75歳以上の後期高齢者に関しては81万5,100円ということになります。65歳未満の方は平均15万2,700円、75歳以上の方は約5倍多くなります。65歳以上の方は、約65万円となり、65歳未満の約4倍になります。

医療費は、受診率、1件当たりの日数、1日当たりの診療費の3つに分解することが多いのですが、高齢者と若者で一番違う点は、受診率です。外来で2.7倍、入院では5.8倍も違います。高齢者は入院、外来ともに、受診率が高いのです(図1)。国はこれを問題視して、高齢者をターゲットに、保険料率を上げたり、自己負担を多くしたり、診療報酬に関しても、高齢者に対しては定額制を導入したりしているわけです。これが日本の高齢者医療費抑制化政策です。今後も、高齢者増加に伴い、自己負担率を上げる方向にあります。2006年10月から、年収



(出典) 厚生労働省「老人医療事業年報」

図1 老人医療費の特性—3要素の比較

520万円以上の高齢者(単身世帯は380万円以上)は、一般のサラリーマンと同じように3割負担になりましたし、2008年からは、70歳以上の方は原則2割負担になる予定です。こういう状況で一番懸念されるのは受診抑制です。当局は自己負担率を上げることによって、受診率を下げたいと考えているようですが、これが難しいようです。内閣府から、過去に行った自己負担率の引上げ策による、受診率の変化に関する分析結果が発表されています。例えば高齢者で年取の高い方に関して、2002年に2割負担になりました。これによって外来の診療日数はわずかながら減りましたが、有意差はありませんでした。つまり、外来通院している患者に対して、自己負担率を上げて行動様式を変えられるわけではないのです。医療という財は「必需品」ではないのでしょうか。

これは蛇足なのですが、歯科の受診率を比べてみました。若者と高齢者では1.1倍と、あまり差がないのです。80歳では平均8本と歯がないので、歯科医院に行く必要がないのではないのでしょうか。人間は食べ物を享受できるという楽しみがなければ生きる楽しみも半減するでしょう。その意味でも歯は大事だと思います。歯科では高齢者と若者はあまり差がないという

ことを、どう考えればよいのか、今後の研究課題です。

井藤 1人当たりの医療費が高齢者でかなり高いということは事実ですが、それが1回1回の受診で高額な医療費を使っているのかというと、また別の問題になりますね。1回1回の受診料が若者と変わらないのであれば、それから何を削るのかという問題が出てきようかと思うのですけれども、その問題はどうでしょうか。

川淵 実はこれは分母、分子の問題があります。マクロの医療費を65歳以上あるいは75歳以上の人口で割っているわけです。しかし、実際に医療機関にかかった人に着目すると、逆転します。1件当たりの医療費でみると、明らかに逆転するわけです。統計でウソをつく話ですね。

井藤 基本的に高齢期には病気になるようになります。高齢者に医療費が使われているということは、高齢者の絶対数が増えたということの結果であって、無駄な医療が行われているという見方は妥当とはいえないのではないかと思います。いかがでしょうか。

鳥羽 そうですね。高齢者は暇で、病院に行くというような議論がありますが、必要に応じた医療か否かを、もっと真剣に議論されるべきではないのでしょうか。それには、その個人がいく

つ病気をもっていて、その病気の数より不当に受診率が高いのか、ということを考えるべきなのです。70歳以上になると、平均5疾患というのが入院症例ですから、若者の1疾患に比べて、5倍受診率が高くなるはずなのです。それを勘案しても受診率が高いということであれば、本当に受診率を高めているのではないかという議論になりますが、実は私はそうではないと思います。ですから、その点できちんとした議論がなされないと、高齢者の差別にもつながっていくのではないかと危惧しています。

井藤 一方で、医療保険制度と十分な整合性を図らないまま、介護保険制度が2000年から開始され、現場では介護と医療の整合性、連携をどのように図っていくかということに関する模索が続いていますが、まだ不十分な状況があり、利用者が困るということも度々起こっているように感じます。

介護保険の利用者の状況、あるいは問題点、今後、医療との連携なども含めて、2つの制度をこのまま並列させたままでよいのかどうかというような問題もあります。その辺りの問題についてのご意見を天本先生に、お伺いできればと思います。

## 介護保険の利用状況・問題点および今後の動向

天本 介護保険誕生は、高齢者の老人医療費の適正化という流れの中から生まれてきています。医療保険の問題において老人医療費の適正化について様々な取り組みがなされ、さらに改革がなされようとしております。医療保険の給付を見直す中で、本来の疾病保険に絞り込む方向で改革が進んできております。介護は高齢者の増加で普遍的な社会問題として保険といった位置づけになりました。しかも介護保険は、自立支援、地域や在宅介護、利用者本位といった理念が盛り込まれています。

在宅介護イコール家族介護ではなく、公助の一部として普遍的な社会問題として捉えていくこととなりました。老人医療の軌跡をみると、施

設医療に偏重し過ぎていた部分があると思います。

しかし老年医学が発達し、QOLを考える医療のあり方も、少しずつ具体化しつつあります。ところが、介護保険の立ち上げにおいて、理念として自立を支援するとはいっていますが、介護保険誕生当時はヘルパーに食事も、お庭の掃除も全部してさしあげるといった対応をとってしまいました。利用者も錯覚をもったし、介護保険制度発足時においてはあまりにも甘いことをい過ぎた部分があると思います。そしていま、介護保険の理念に沿ったサービスに変わろうとしているのです。

介護施設は社会的入院と称する人をなくすために作ったのですが、施設数はあまり伸びていません。ですから、どうしても医療保険適応の療養病床に長期の入院患者が再び増えてきてしまいます。それが医療費を圧迫することとなり、医療費の適正化は、平均在院日数を短縮すること、ベッド数を減らすこと、そして介護施設に移すといった療養病床再編政策が進められております。高齢者の地域ケアという点では、医療あつての介護、介護あつての医療です。これからの在宅医療は、医師の行う行為そのものだけで推進はなされず、地域介護や訪問看護があつてこそ、在宅医療が可能なわけです。ところが、訪問看護はほとんど伸びていません。

平成17(2005)年度の介護3施設の利用状況(表1)をみると、すべての利用率が90%を超えています。つまり、受け皿がないのです。にもかかわらず、今回の医療療養病床の医療区分導入で、50%以上の患者に、病院から出てよいといっているのです。

介護の3施設の年次ごとの推移です(図2)。介護療養型医療施設ですが、要介護4、5の方がほとんどです。年次ごとにみていくと、着実に重介護者が増えているのです。ある意味で、役割が一番明確になっています。ここをなくするというわけなのです。それで一番軽い老人保健施設(老健)に移そうというわけですから、これは政策的にも非常に大きな問題があります。老健は老健なりの在宅支援という大きな役割を

表1 施設の種別別にみた定員、在籍者数、利用率

各年10月1日現在

	定員(人)	在籍者数(人)	利用率(%)
<b>介護老人福祉施設</b>			
平成17年	383,326	376,328	98.2
平成18年	363,747	357,891	98.4
<b>介護老人保健施設</b>			
平成17年	297,769	269,352	90.5
平成18年	282,513	256,809	90.9
<b>介護療養型医療施設</b>			
平成17年	129,942	120,448	92.7
平成18年	138,942	129,111	92.9

注：介護療養型医療施設における「定員」は介護指定病床数である。

介護保険施設の種別ごとに利用率をみると、3施設とも9割を超えている。

【資料】厚生労働省統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」(平成17年)

果たしているわけですから、これはこれで残していかなければなりません。

これからの課題は、介護給付と医療給付とをいかに棲み分け、サービス提供において介護と医療をいかに一体化するかということ、われわれ医療人が提言し、保険制度の役割分担をもう一度、見直さなければいけません。医療が終わって介護が始まるのではなく、急性期医療、慢性期医療を地域でみていき、その中の医療サービス、介護サービスをどうするか。それを各保険としてどう給付していくかが、これからの命題となっていくのではと思います。

では高齢者医療制度と介護保険がどうなるのか、ということになります。医療保険は現物給付、介護保険は現金給付、など非常に大きな違いがあります。医療保険、介護保険一体的にすることもいずれ議論されることでしょうか。特に介護保険の施設サービスにおいて、現在介護給付の中に医療サービスが入っていますが、在宅は、必要な医療と必要な介護が個別に対応できるようにしているのです。これから介護施設の医療のあり方を見直すことにおいて、要介護1でも、医療必要度の高いものは、必要な医療を提供できる、そういうことを地域ケア体制整備の中で、主張していかなければいけないと思います。

## 医療制度改革

井藤 医療制度改革の流れを読み取りますと、今後、急性期病院はより急性期およびほんの少しの特定の疾患の亜急性期医療に特化していくでしょう。たとえば今回の医療制度改革では、長期のリハビリテーションを急性期病院で実施することを新たに認めているということは、急性期病院で特定の疾患の診療はリハビリテーションまで含めて完結したほうがよいと厚生省は考え始めたというメッセージだと思います。したがって、療養型病床の削減計画と併せ考えますと、急性期、亜急性期までは急性期病院で、その後は在宅で、ということが、今回の医療関連法案の改革の1つの流れかなと思います。しかし、果たして在宅医療、あるいは在宅介護が、地域で可能なのか、地域医療の力は十分なのか問題です。地域の医療機能は、在宅医療・介護を担えるのでしょうか。

天本 これからやっという態勢だろうと思います。ところが、医療保険は財源的に様々な意味で尻尾切りするような形で進んでいます。結局はリハビリテーションの継続性において、介護保険におけるリハビリテーションが、いまやっとして少しずつ議論され始めただけで、地域リハビリテーション体制整備ができているとはい

在所者を要介護度別にみると、介護老人福祉施設では「要介護5」が32.3%、介護老人保健施設では「要介護4」が27.2%と最も多い。介護療養型医療施設では「要介護5」が54.0%と最も多く、在所者の5割を超えている。

介護老人福祉施設

(各年10月1日現在)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	平均要介護度
平成12年	25.7	14.9	19.0	28.7	22.9	1.9	3.35
平成13年	10.0	15.0	18.2	28.4	27.7	0.8	3.49
平成14年	9.9	15.0	18.2	28.2	28.9	0.5	3.53
平成15年	7.8	13.2	18.3	29.3	31.1	0.3	3.63
平成16年	6.6	10.9	18.5	30.6	33.1	0.1	3.72
平成17年	6.2	10.3	19.3	31.8	32.3	0.1	3.74

介護老人保健施設

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	平均要介護度
平成12年	1.0	21.2	24.0	24.9	13.4	0.6	2.99
平成13年	1.2	21.3	23.5	25.8	16.0	0.2	3.10
平成14年	1.6	21.6	22.9	25.8	16.7	0.3	3.12
平成15年	2.3	19.6	23.7	26.7	17.4	0.3	3.17
平成16年	2.5	17.6	24.7	27.6	17.3	0.3	3.20
平成17年	2.6	17.6	25.5	27.2	16.5	0.3	3.17

介護療養型医療施設

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	平均要介護度
平成12年	6.7	14.6	32.0	37.9	0.9	3.88	3.88
平成13年	7.8	11.9	28.9	43.3	3.2	4.01	4.01
平成14年	7.8	12.1	28.0	44.2	2.9	4.02	4.02
平成15年	6.9	11.4	28.9	49.5	0.9	4.16	4.16
平成16年	7.7	11.0	27.7	53.0	0.8	4.24	4.24
平成17年	4.2	10.8	27.6	54.0	0.8	4.27	4.27

注) 平均要介護度は以下の算式により計算した。

$$\text{平均要介護度} = \frac{\text{各介護度別在所者数} \times \text{要介護度の合計}}{\text{要介護1～5までの在所者数の合計}}$$

【資料】厚生労働省統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」(平成17年)

図2 要介護度別にみた在所者数(構成割合)の年次推移

えません。

鳥羽 この療養型病床を廃止ということは、まず決まったのです。しかし、あと5年間の間に現在の1.5倍以上の人が、同じ状態になってくことは間違いなく、その人たちは療養病床がない受け皿で介護または治療を受けていかなければいけないのです。

2007年8月までに、いわゆる介護難民、医療難民が出るのではないかとの意見に対し、厚労省は地域に受け皿を作らせようと、各都道府県に計画を立てるようにしました。様々なモデル地域ができ、療養型病床が多い地域として福岡県、高知県、神戸の3都市。急速に高齢化が進む地域として東京都、すでに高齢化がある地域として新潟県、いろいろなモデルがありますが、大変苦戦しています。まず第一に、老健に移りたいという施設は見込みより少ないのです。在宅の受け皿として、核となる在宅療養支援診療所があるのですが、それらの数が非常に少ない地域が地方では多いです。北九州市では、

専門に在宅医療を行っている医師会の会員はゼロで「午後、診察後に行く人がほとんどですよ」という話でした。

受け皿を整えないまま、無理やり最初の計画を進めようとしている、非常に無理があると思います。これは単に医師会側というのではなく、高齢者の切実な問題で非常に危惧しているところです。在宅に移行するという全体像は正しいのですが、施設介護が20年、30年かけたものであれば、やはり20年、30年かけてじっくりソフトランディングして、戻していくべきだと思います。

井藤 在宅医療(介護)を受けておられる患者の実態をみますと、やはり経済的にある程度の余裕がないと、難しいという問題が1つ。また、家族が負担に耐えられる状況であること、加えて、地域に熱心な訪問診療所がある、訪問看護ステーションがあるなど、地域にかなりバラエティに富んだ機能がないと、事実上うまくいかないという問題があり、そのような地域の医療



あるいは介護能力に、地域ごとにあるいは都市部と地方での差がかなり大きいのではないかとはいえます。

天本 在宅医療(介護)をする場合には、やはり施設サービスと在宅サービスがどうネットを組むか。しかも、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、地域包括支援センターなど、いろいろなものが複合化しなければいけないという部分があります。サービスモデルは結構ありますが、システム化できず普遍化できないのです。ゆえに、あまり広がっていかないのです。施設サービスあつての在宅サービス、そこを all or nothing で考え過ぎている部分があると思います。

井藤 川淵先生は、療養型病床の半減という政策で生じる混乱を避けるために、療養型病床を、たとえばケア付老人ホームや老人マンションへの転換を誘導することが、1つの手法ではないかというご意見をおもちと聞いておりますが、それは施設にも、また利用者にも、かなり経済的な力がないと、転換や利用は難しいだろうと思うのですが、その辺りはどのようにお考えでしょうか。

川淵 先生とまったく同感です。実はいま置かれている状況を、都道府県単位でみると、相当の地域差があると感じます。地域差をどう考えるかですが、受け皿の地域差は大きい。比較的前から人口10万対の療養病床の多い高知県(1022.4床)から、療養病床の少ない神奈川県(142.7床)で7.2倍の格差がある。さらに、お金を払う人がどれぐらいいるかという経済力の格差も大きい。沖縄は、1人当たり県民所得が一番低い(210万円)なのですが、療養病床は比較的多い。243万円の高知県もよく似ています。そういう所では、メディカル付きマンション(メデション)の建設は非常に難しく、メディカル付きアパートに転換しようかという先生が何人かおられました。ただ、一番のネックは、高知といえども土地代が高いことです。そうすると、市街化調整地域で作らせてくれないかということになり、現行制度では特区申請しかないのです。



と ば けんじ  
鳥羽 研二 先生

昭和53年東京大学医学部卒業、同年同附属病院医員  
同55年東京警察病院内科勤務、平成元年米国オレゴン  
州大学生理生物学教室客員研究員、同8年オレゴン  
州大学老年医学研究員、同年東京大学医学部助教授、同  
12年杏林大学医学部高齢医学主任教授、現在に至る。

日本老年医学会(専門医、指導医、評議員、理事)、日  
本高血圧症学会(評議員)など。

#### 現在の研究領域

I 高齢者定住時、総合的機能評価

- 1) 高齢者の認知を客観的に判定する Vtality Index の  
開発と応用、2) 認知症リスク評価の検証と介入
- 2) 高齢者の総合的機能評価の国際比較

#### II 認知症

- 1) 認知症の早期発見、2) 非薬物療法の定量的効果判定

経済学者の立場からみて興味深いのは、介護保険は医療保険と違って現金給付なので、ここまでは公的介護保険で面倒をみますが、これ以上は自腹で払ってくださいという制限があることです。介護保険には1割の自己負担率があるものですから、支給額を全部使い切らない人がいるかと思えば、「横出し」・「上乘せ」を享受する富裕層もいる。まさに格差社会ですね。天本 社会福祉法人は、低所得者のためということで誕生し位置づけられているわけです。介護保険上、介護保険料で低所得対策をとっているにもかかわらず、特養は社会福祉法人そのまま残っているわけです。終の住処と認知されているわけですから、本来ならば低所得者の住まいとしてのセーフティネットとして、一番特定施設に近いのは特養なのです。川淵 特養はいま満員なのです。ですから、副次的に老健に入っていたり、家で待っていたり、そういう方もいるわけです。われわれの試算に



かわぶち こういち  
川渕 孝一 先生

昭和58年一橋大学商学部商学科卒業。同62年シカゴ大学経営大学院修士課程(MBA取得)修了。民間企業を経て厚生省国立医療・病院管理研究所(現在の国立保健医療科学院)医療経済研究部勤務。平成7年同研究所主任研究官になる。同8年国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部主任研究官に併務。同10年日本福祉大学経済学部経営開発学科教授。同12年東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医療経済学分野教授。現在に至る。

主たる社会における活動  
日本病院管理学会評議員、社団法人日本品質管理学会第35～36年度代議員、日本クリニカルバス学会理事、特定非営利活動法人医療施設近代化ゼンセン理事長、特定非営利活動法人「薬と健康を考える会」理事長、Adjunct Associate Center for Health Policy, Stanford University、茨城県放射線利用高度医療施設整備基本構想策定委員会委員、香川県立病院経営改善評価委員会委員、高松市民病院あり方検討委員会、名古屋市中区「苦しまないがん治療の取り組み方検討委員会」委員、茨城県立中央病院経営委員会委員、愛知県立病院経営改善委員会委員、中日友好病院客員教授、中国衛生産業雑誌専門委員会特別委員

専門研究分野：  
医療経済学、医療政策、医業経営

険の保険料自体がどんどん値上がりし、年金は先細りの状況です。そして、介護保険の保険料も上がっていくというようなことが今後予想されるわけです。すると、いま後期高齢者の医療ということに関して、新しい保険制度を作ろうという動きがありますが、高齢者医療保険の保険料を払えない後期高齢者が、おそらく数十万人生まれてきます。また、国民健康保険の保険料未納者がすでに20～30万人いるといわれています。その人たちは無保険の状態になるということで、国民皆保険が事実上崩壊していくことが予想されます。われわれとしては国民皆保険が果たした役割、そのメリットをどう守っていくかということも、大事になると思います。そういう意味で、健康保険制度がいままでのどのような役割を果たしてきたかということの評価することも必要ですが、どうでしょうか。

### 国民皆保険制度の崩壊

川渕 国民皆保険制度は1961年にできました。当時、日本はそれほど豊かではなかったのに、セーフティネットを張ったというわけです。そのかわり、国民は平等に医療が受けられる、あるいは企業も地域もサポートしてくれたので、家族も含めて仕事、あるいは国力増強に頑張ってきたわけです。ところが、日本でいま抱えている問題は、国民皆保険制度をどう堅持するか、ということです。

国民皆保険制度は、どうなったら「維持している」といって、どうなったら「崩壊」というのでしょうか。例えば、自己負担率が2割、3割といっている国は、国民皆保険制度を堅持している国なのでしょうか。わが国のセーフティネットは、一定の医療費を超えたら還付があるという高額療養費制度にあると思います。この金額が、いまどんどん上がってきている。受益者負担になってきているのです。一体、どの状態までをわが国は国民皆保険制度というのか。そこが一番問われていると思います。

2008年から始まる後期高齢者医療制度は、

よれば特養は30万床ぐらい足りません。受け皿がない中で、こういうことをやってしまうと、本当に大変なことになります。

鳥羽 メディションを作る場合、療養型は人口密度や、空間的に離れた所で非常に効率がよいということは間違いないです。現在の療養型の施設を改築するなどして、メディション、あるいはメディカル付きアパートとするのが一番現実的かと思います。その中で、医師が新しい医療形態としてのサービスを模索していると、5年では短いと思います。

天本 住宅政策というのは、厚労省だけではなく、むしろ国土交通省で行うことです。つまり、国策として行うことが必要なのです。

われわれとすれば、そこに入る医療や介護を、ネット化、システム化することが必要になると考えます。そのときに、介護だけでは難しいということをおわかっていただく必要があります。

井藤 格差ということからいいますと、健康保

2つの問題を抱えていると思います。1つ目は、保険者の主体と責任がよくみえないという不安要因です。2つ目は、後期高齢者が保険料を随分払わされるということです。

いま介護保険料は4,000円を超え、これに新高齢者医療保険制度が始まると、試算で6,200円/月(平均値)になります。介護と医療で1万円、年間12万円の負担になります。ご夫婦で24万円です。高齢者世帯の平均収入が203万円ですので、かなりの負担になります。2005年の税制改正\*で2006年8月から富裕高齢者層の年収は520万円になりました。マル優制度も2006年1月からなくなり、高齢者の負担が、どんどん増えてきました。高齢者がどこまで負担できるのかという問題があります。喫緊のテーマである後期高齢者の急増と、わが国の国民皆保険制度の持続可能について、高齢者の純資産額も含めてもう少し現実的に考えなければいけないところにきたのではないのでしょうか。

※2005年の税制改正では65歳以上の公的年金などの控除を圧縮、住民税の老年者控除(48万円)も廃止された。医療費区分に05年の所得が反映されるのは06年8月から。収入が前年と同じでも控除が減るために所得が増え、区分が変わるケースが出る。具体的には、現役並と判定される収入は以前は夫婦世帯で621万円以上となっていたが、06年8月からは05年の収入が520万円以上あればこれに該当する。同様に単身世帯の場合は484万円以上から380万円以上に下がった。厚労省の試算によると、こうした改正の影響で現役並みの所得者として扱われる高齢者は約90万人増えて約200万人になる。

天本 今回の介護療養型の廃止でも、受け入れ体制の問題や、現実的なことをほとんど計画的に考えていないのです。

井藤 健康な老老夫婦は、203万円のうち24万円を保険料として払っても、何とか生活できるでしょう。しかし、介護保険施設に1人が入った場合などは、年金の収入はほとんど使い果たしてしまうわけです。高齢者には莫大な貯蓄があり、それを出して欲しいということですが、これは一部のほんの一握りの高齢者が非常に大きな貯蓄を持っているということで、それほど貯金を持っていない高齢者が大多数であるという現実もあるわけです。その人たちを見据えた

あまもと ひろし  
天本 宏 先生



昭和44年東京慈恵会医科大学卒業、同48年聖マリアンナ医科大学神経精神科医局勤務、同55年天本病院開設、平成7年医療法人財団天翁会設立、現在、同法人理事長を務める。

職歴

昭和60年2月～平成9年3月、老火の専門医療を考える会初代会長、平成元年5月～同5年6月、厚生省老火保険審議会委員、同9年4月～同11年3月、(社)多摩市医師会理事、同4年9月～同10年3月、介護力強化病院連絡協議会初代会長、同9年4月～同11年3月、東京都医師会理事、同12年4月～、東京都国民健康保険団体連合会介護給付費審査委員会会長、同12年4月～同15年3月、多摩市介護保険運営協議会委員、同13年4月～同15年3月、全日本病院協会副会長、同13年4月～同15年3月、(社)多摩市医師会副会長、同15年4月～、聖マリアンナ医科大学臨床教授、同18年4月～、(社)日本医師会常任理事。

制度設計には、なっていないのです。平均値ではなく、個々のケースで物事を考えないと、後期高齢者で1人が要介護、あるいは要医療の状態になった場合、完全に家庭が崩壊してしまうという状況に陥る高齢者が続出することになるだろうと思います。

介護保険制度は、当初は、安い保険料で十分なサービスが受けられ、随分よい制度だと大評判でしたが、保険料の改訂、サービスの利用制限の強化なども含めて、利用者も不安を感じ始めたのではないのでしょうか。介護保険制度のいったい何を守るべき理念として捉えていけばよいのでしょうか。

## 介護保険制度の理念

天本 基本的には、自立支援が原則だと思います。アクセスのよさが一番大きな契約要因なの



井藤 英喜 先生

昭和45年京都大学医学部卒業。同47年東京都老人医療センター内科、同53年医学博士(東京大学)、同54年～56年米国国立老化研究所老年病研究センター内分泌部門留学。同56年東京都老人医療センター内分泌科医長。平成4年同センター内分泌科部長。同11年東京都多摩老人医療センター副院長。同14年同センター院長。同17年(財)東京都保健医療公社多摩北部医療センター院長。同18年東京都老人医療センター院長。東京都老人総合研究所所長。現在に至る。

日本老年病学会(理事・指導医・認定医)、日本動脈硬化学会(評議員)、日本糖尿病学会(評議員・指導医・認定医)、日本糖尿病合併症学会(評議員)、日本内科学会(指導医・認定医)、日本病態栄養学会(評議員)

研究分野: 糖尿病、高脂血症、老年医学

ですが、給付の範囲がだんだん狭まってきています。また安心を創造するはずが、たかだか5年で非常に利用者、国民の不安感が増強しています。介護保険は、措置から自由契約になり、また措置に戻っているともいわれておりますが、措置は一般財源からお金を出すわけですが、逆にそちらはむしろ引いているということで、この不安感は非常に大きいです。ただ、重介護の人たちにとってはいろいろなサービスが活用できる部分は非常に大きいと思います。

もう1つは、予防という考え方が、どこまで普及できるのかということです。介護療養型も、5年で廃止となり、いろいろな意味で継続的にやらないと、非常に混乱すると思います。ただ、これから団塊の世代が高齢化し、利用者本位での主張となると思います。そういう場合は、地域でサービスを受けるというニーズが、やはり強くなると思います。ですから、介護保険の目指す方向はよいと思います。しかし、介護保険

制度そのものが皆保険制度の堅持と同じように、本当に継続できるのかどうか。その財源の問題についての課題は大きいと思います。保険料なのか目的税なのか、この問題はきちんと考えなければいけないし、生活保護、低所得者の問題を、きちんとセーフティネットとして示すべきだろうと思います。あとは、やはり介護保険と医療保険との組み合わせで、いままでどおり介護保険の中に訪問看護も訪問リハビリテーションも、全部ワンセットでということのできるのかどうかということです。高齢者医療制度という中に、そこの棲み分けができるのか、そういうこともやはり議論が必要になると思います。

井藤 介護保険も健康保険も、今年の改正で予防に支出をしようという制度に変わりました。そうなる、たとえば要介護状態になった、あるいは生活習慣病を発症してしまったという人は、その予防給付を十分に利用しきれなかった落ちこぼれ、という位置づけになりかねない状況が生まれてきます。介護にしる、生活習慣病にしる、予防策の有効性や限界に関してまだ十分な科学的エビデンスの集積はありません。また、将来エビデンスが整ったとしても、病人は病人です。予防しきれなかった人は、自己負担ということにならないように願いたいですね。天本 そうですね。自助、共助、公助で、自助ということでそこを強調したということは、自己責任ということで、そこはまた自己負担増と、だんだんアメリカ的なことにラインが見え隠れします。

井藤 まず経済的にいうと、予防ということに費やすお金と、実際に病気になったということで費やすお金と、予防といたことがそれほど経済効率がよいというエビデンスはあまりないと思うのですが、その辺りはどうですか。

### 予防医学と経済

川淵 疾病予防、介護予防によって医療費や介護費用が浮いたというエビデンスは私が調べた限りありません。