

表3 在宅で認知症患者を抱えている家族の悩み

家族の介護負担の評価
Zarit 負担尺度の要点
経済的負担
自由時間の不足
責任感とストレス
問題行動への困惑
怒り
家族関係の崩壊
認知症が進むことへの恐れ
頼られ過ぎている
緊張
自己の健康障害
プライバシーの喪失
仕事や付き合いが困難
客や友人を呼べない

家族の介護負担とサービス利用

介護負担は Zarit 負担尺度 (22 項目) の精神を生きし評価する。その要点を表 3 に示す。また、認知症患者の介護負担に関し、行動障害の増大は介護負担度と非常に高い相関を示す (図 2)。

介護負担を減らすためには、介護保険などのサービス利用を調べ、主たる介護者に過度の負担がかからないよう、ほかの家族に分担をお願いしたり、レスピトケア (ショートステイ) の積極的な利用を勧める。また、抑うつと陽性症状に応じた、薬物療法 (抗うつ剤や抑肝散など) の処方だけでなく、家族ができる症状緩和 (音楽、運動など) も有効である。

非薬物療法

対応と対策は非薬物療法 (いわゆる広義の行動療法やスタッフ教育) と薬物療法に大別される。

1. 問題行動全般

問題行動全般の改善に関しては、無作為対照試験で有意な成績は得られていないが、Rogers ら (1999) らは 84 人の認知症患者に対する 25 日間の観察研究で行動訓練によって有意な問題行動の減少を報告している。鳥羽らは 6 カ月間のグループホームで、DBD スコアの減少 ($p=0.14$) を示した (効果的医療技術の確立推進研究 2003 年度報告書)。この方法

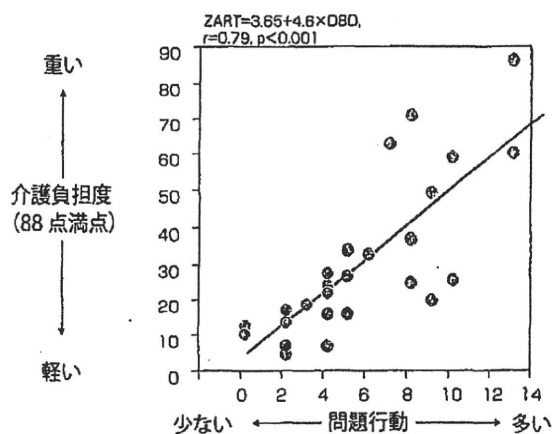


図2 介護負担度と問題行動

の実施困難性を示すものとして、Matterson (1997) は施設間比較研究で 40% が脱落し、Doyle ら (1997) は 3 週間の行動訓練で反応者は 29~43% であったと報告している。また、観察研究では看護補助者教育によって、問題行動エピソードの減少が報告されている (Mentes; 1989)。そのほかドアの開放病棟では問題行動数が減少したという報告もある (Namazi; 1992)。

2. 興奮、攻撃性

興奮、攻撃性に関しては非薬物療法の有効性が多く示されている。

(1) 活動療法、運動療法

活動療法は無作為対照試験により 30% 以上対照群より興奮を改善し (Rovner; 1996)、運動療法は安眠療法に比べ有意に興奮を改善した (-20% 対 +150%) (Alessi; 1999)。また、観察研究では、散歩によって有意に暴力行為 (staff incident reports of aggression) が 30% 減少している (Holmberg; 1997)。

(2) レクリエーション療法

8 週間のレクリエーション療法で、興奮のエピソードが 50% 減少 (Buettner; 1996) し、73% のスタッフがやや有効と判定している (Aronstein; 1996)。

(3) ペット療法

28 人に対する 1 時間のペット療法の観察研究で、定性的ではあるが興奮の改善が示されている (Churchill; 1999)。

(4) ビデオ、模擬再現療法

興奮に対して有効な成績はなく、無効の成績が示されている (Hall; 1997, Camberg; 1999)。

(5) 音楽療法

18 週間交差試験 (cross over trial) で 65% の興奮の改善 (Gerdner; 2000) が見られ、観察研究でも 9~63% の興奮症状の改善が報告されている (God-daer; 1994, Brotons; 1996, Clark; 1998, Thomas; 1997)。音楽療法のタイミング (食事中 Goddaer, 入浴中 Clark, Thomas), 録音か生演奏 (Brotons) で特に差はない。また、好きな音楽を選択してもらうと効果が 47~80% と高いが (Gerdner; 1993) 十分な統計解析の観察研究はない。

(6) 白色雑音療法

不要な刺激音を遮断するための、広範囲な周波数帯に対する不規則雑音による効果を調べた観察研究で、13 人中 9 人が反応している (Burgio; 1996)。

(7) マッサージ

ハンドマッサージによって有意に (42%) 改善したという報告 (Kim; 1999) があるが、多くは無効 (Snyder; 1995, 1996, Brooker; 1997) である。

(8) 高輝度光線療法

2~4 週の治療で有意に興奮が改善している (Lovell; 1995, Thorpe; 2000)。

(9) アロマセラピー

無効 (Brooker; 1997) の報告のみである。

(10) 環境改善

露天風呂や自然浴で興奮が有意に改善した (Whall; 1997), また特別ケア病棟によって 53% 改善したという報告がある (Cleary; 1988)。

(11) 教育

看護補助者教育によっても 20% の興奮が有意に改善した (McCallion; 1999)。観察研究では、2 カ月の抑制廃止プログラムによって、抑制減少と興奮症状改善 (agitation scores) が見られ (Werner; 1994), 患者との交わり増加 (刺激療法) によって興奮が 85% 減少した成績もある (Hussian; 1988)。暴力行為に関しては無効であるという報告が多い (McCallion; 1999)。

3. 徘徊

有効な報告はほとんどない。個別対応強化によって 50~80% 徘徊が減少したという報告があるが対象症例数が少なく (4 人), また、環境改善では外出欲求には無効であったという報告 (Cohen-Mansfield; 1998), 30 人に対する 15 週間の音楽療法は徘徊に無効 (Groene; 1993) であった。なお、スタッフ教育に関する報告はない。

4. 支離滅裂言語

個別社会適応訓練 (Cohen-Mansfield; 1997) や、ビデオによる模擬再現 (Woods; 1995) が支離滅裂言語減少に有効であるとされている。

5. 無気力、意欲の低下

(1) 行動療法

対照群をおいた前向き観察研究で、中等度以上の認知症で、排尿誘導による意欲の向上が認められている (図 2, Toba; 2002)。認知症症例でデイケアの利用者は在宅単独に比べ、意欲の保持が有意に優れている。

(2) 音楽療法

音楽療法など感覚刺激療法は無気力など陰性症状に対し有効な成績は報告されていない。

(3) スタッフ教育

看護補助者教育で、陰性症状に対して無効であった (McCallion; 1999)。生活自立を防ぐためには、「できることは自分でやらせる」ことが最も効果的で、実際独居者ほど認知機能が低下しても、生活自立がぎりぎりまで保たれている場合も少なくない。

薬物療法

1. 抗精神病薬

625 名に対する 12 週の無作為対照試験で risperidone (リスパダール®) が用量依存的に有意に問題行動の改善を認めている (プラセボ: -33%, 1 mg: -45%, 2 mg: -50%) (Katz ら; 1999)。Haloperidol との二重盲検でも有意に問題行動 (BEHAVEAD) を抑制し (De Deyn ら; 1999), olanzapine (ジブレキサ®) も無作為対照試験でプラセボ

表 4 認知機能訓練の EBM

有効性が確立	エビデンスレベル
介護者の教育：在宅復帰，入所減少	A
行動異常に対する介護者の対処訓練が有効（BPSD，うつ）	A
運動療法は認知機能低下を抑制	A
記憶訓練は問題行動，うつに有効	B
有効な可能性	
現実見当識訓練は記憶力，在宅復帰率向上	D
回想法は抑うつに効果（ROT との併用有効）	D
無効な可能性大	
Validation	

(25%) の 2 倍程度の改善を認めている。Thioridazine（メレリル®）は haloperidol と同等という成績である。

非定形精神病薬に関して、Cochrane Library の 9 つのコントロールスタディのメタアナリシスによるレビューによれば、risperidone と olanzapine はプラセボに比し有意に BPSD を改善した。しかし脳血管障害、錐体外路症状、転倒を有意に増やし、死亡率も質の高い研究に絞っても 1.54 倍であったと報告している。また、2 mg 以上の risperidone や 5～10 mg の olanzapine では脱落も有意に多く、認知機能の改善は証明されていない。米国食品医薬品局 (FDA) では、死亡率が 1.7 倍になるデータを引用して、原則的に使用を控えるべきと勧告している。本邦でもアルツハイマーに対する適応は認められておらず、少なくとも長期の投与には、家族の薬物有害作用の理解とそれをもってしてもどうしても投与してほしいときにのみ限定されるだろう。

2. 漢方薬

このような周辺症状の緩和への需要と有害作用へのジレンマに臨床家が悩んでいたとき、岩崎らは、日常生活活動度 (ADL) をも改善しながら、Neuropsychiatric Inventory で詳細に測定した認知症の周辺症状に対する抑肝散による有意な改善を報告した。この効果はレビー小体病のドネペジル抵抗性の幻覚にも有効であるとも報告し、研究の中心である荒井教授は、世界の注目を浴びることになっている。残念なことに、保守的な総説では、いまだに非定形精神病薬以外有効な手だてがないと述べているものもあ

るが、この知見は認知患者、家族、ケア従事者に対する福音であり、世界に広める必要がある。

われわれも、ランドマイズド・クロスオーバー・トライアルを関東の多施設で 100 例以上に行い、興奮や幻覚などを中心に有意な有効性を認めている。

3. 地域連携

精神神経症状の急激な変化、身体合併症などでは中核医療機関へ紹介する。地域の認知症受け入れの福祉機関の空き状況を把握して紹介するように医師会レベルで体制を整える。

認知症短期集中リハビリテーション

1. 介護保険で認定されるまでの経過

平成 17 年まで、全国老人保健施設協会学術委員会によって、認知症に対する非薬物療法の効果の報告書が厚生労働省に提出され、介護保険で認可するかどうかの議論が行われた。当時は、認知症の専門家の中で、非薬物療法に対する理解はきわめて低く、効果を疑問視する声も多かったという。しかし、米国精神神経学会は、非薬物療法のレビューを掲載し、その中で、エビデンスレベルも検討されてきており、有効性の高いとされた項目は複数に上る (表 4)¹⁾

介護保険で認可された内容は、リハ職 (PT, OT, ST のいずれか) がマンツーマンで、20 分以上、週 3 回、1 回 600 円を入所から 3 カ月以内算定できるというものであり、人件費に比べきわめて低コストしか認められず、実際の効果を見極めるという国の姿勢が反映されていたと考える。

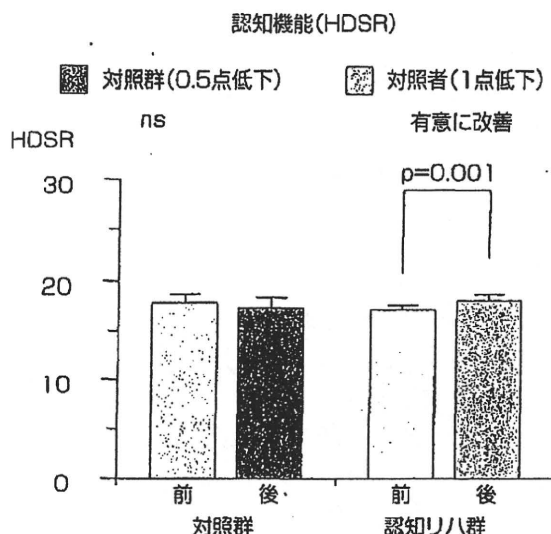


図3 認知リハ前後の HDSR の変化

2. 効果の検証

平成 18 年度から、認知症短期集中リハは本当に効果があるかという調査 (厚生科学研究) が開始され、筆者が研究班の責任者を任じられた。平成 19 年度で解析対象者を 35 施設 271 人 (対象 205 名、 86.1 ± 8.1 歳、HDSR: 17.8 ± 6.8 , 対照 65 名、 84.6 ± 7.4 歳、HDSR: 17.3 ± 5.9) で効果を検定した結果、「意欲の向上」「活動」「ADL」についてはっきり効果が出たばかりでなく、中核症状である認知機能に対しても有意な改善が認められた (図 3)。

わずか 3 カ月のリハとはいえ、薬物療法に匹敵する効果が認められた。なお、対照群は通常のグループエクササイズを継続した群である。

特筆すべきは、周辺症状に対しては、非定形精神病薬や漢方薬などに匹敵する非常に強い改善効果が認められたことである。しかも頻度の高い周辺症状の 8 割くらいに有効であるというインパクトのある成績が得られた (表 5)。

周辺症状の内容を検討すると、何度も同じ話を繰り返す、物をなくすといった中核症状関連のエピソードや、無関心、昼間寝てばかりいるといった陰性症状に効果があったばかりでなく、暴言という陽性症状や、昼夜逆転といった概日リズム障害にも効

表 5 周辺症状下位項目の前後の値の有意差

	対照群	認知リハ群
物をなくす	ns	p=0.003
昼間寝てばかり	ns	p=0.0023
介護拒否	NA	p=0.0072
何度も同じ話	ns	p=0.022
暴言	NA	p=0.0097
言いがかり	NA	p=0.0006
場違いな服装	NA	p=0.0023
ため込み	ns	ns
無関心	ns	p=0.0072
昼夜逆転	ns	p=0.0593
常同行動	p=0.08	ns
散らかし	ns	ns
徘徊	ns	ns

果があったことは予想外の驚きであった。

周辺症状というのは「物をなくす」「昼間寝てばかりいる」「介護拒否」「何度も同じ話」「暴言」など家族の介護負担に大きくかかわる症状で、この周辺症状が 3 カ月間のリハとはいえ相当改善が見られたということは、老人保健施設の当初の目的であった在宅復帰への大きな手がかりになる。

3. 中等症以上の認知症に関するサブ解析と介護報酬の改定

今回の症例で HDSR 15 点未満で再解析を行ったところ、これも予想外のことであったが、HDSR や周辺症状はより明確な改善効果が得られた。これらの成績は、平成 21 年度 4 月からの介護報酬改定に反映され、1 回 2,400 円に大幅なアップが認められたばかりでなく、中等度以上の認知症にも適応拡大され、さらに療養型病床やデイケアでも行えるようになった。現在利用可能施設は老人保健施設では約 10% で、全国老人保健施設協会のホームページで公開している。今後急速な普及が期待される。

文献

- 1) 鳥羽研二：認知症ケアと医療の地域連携—新たな認知症ケアネットワークの構築に向けて、Geriatric Medicine 45:1073-1075, 2007



あるべき高齢者医療について

—— その需要を満足させるための条件

医療法人財団 天翁会 あいセーフティネット® 理事長

独立行政法人国立長寿医療研究センター 病院長

医療法人社団 充会 上川病院、介護老人保健施設 太郎 理事長

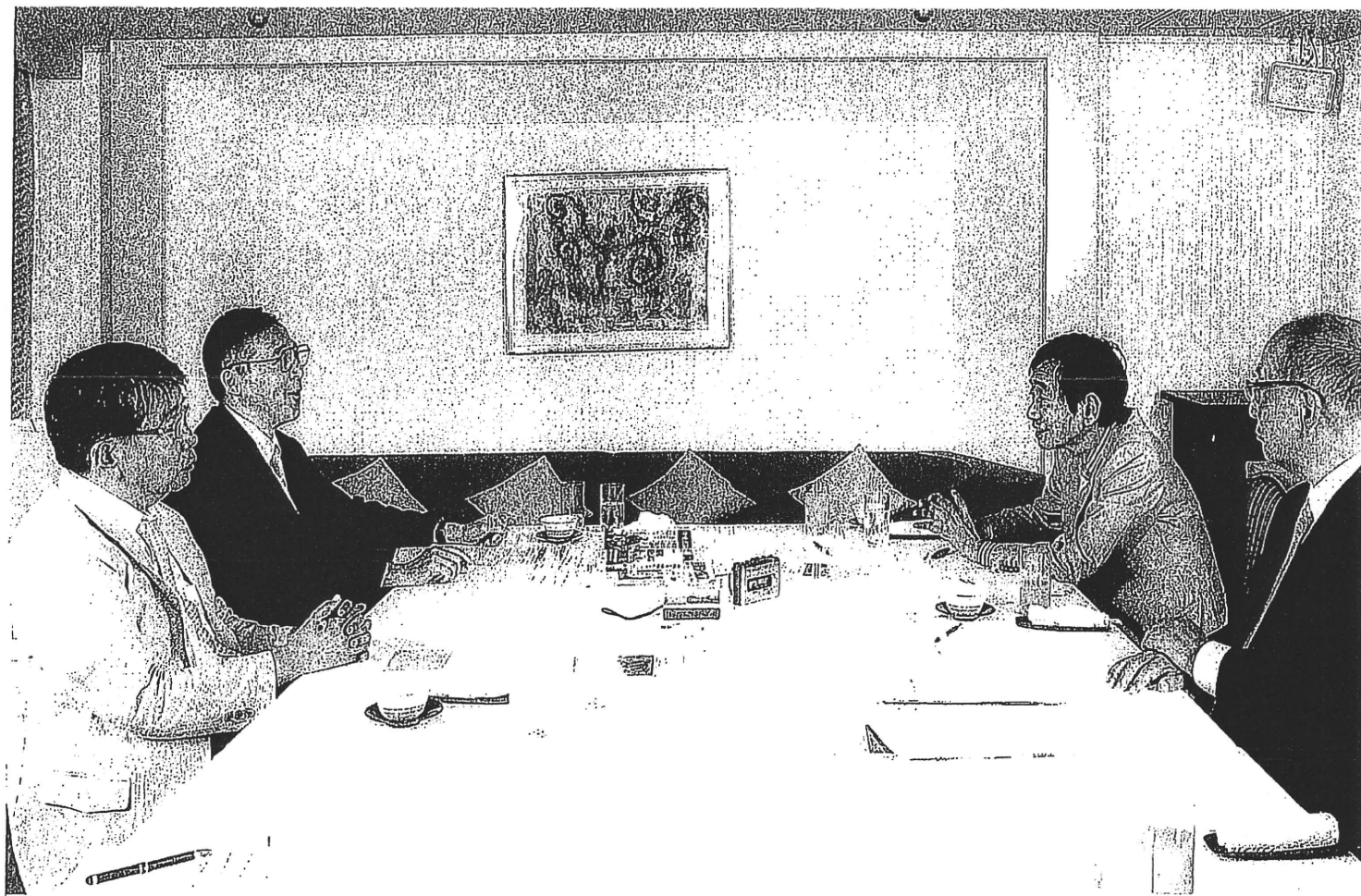
〈司会〉東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医療経済学分野 教授

天本 宏 先生

鳥羽 研二 先生

吉岡 充 先生

川淵 孝一 先生



「廃止先送り」となった 介護療養病床

川淵 本日出席いただきましたのは国立長寿医療研究センター病院長の鳥羽研二先生、医療法人財団天翁会理事長の天本宏先生、そして医療法人社団充会上川病院理事長の吉岡充先生の3人の先生方です。

長妻昭厚生労働大臣(当時)が2011年度末で廃止が決まっている介護療養病床について、「11年度末までの廃止は困難。通常国会で法改正が必要となる」と衆院厚生労働委員会で述べ、「介護療養病床は廃止先送り」となり、大きな変化がありました。

そういう事も踏まえながら、今日は、「あるべき高齢者医療」について、お話ししたいと思っています。

私が考えた骨子は次の4点です。

まず第一は「この7月に示された『後期高齢者医療制度の見直し案(中間まとめ)』をどう評価するか」です。8月20日には、後期高齢者医療制度の見直し案の中間取りまとめが出ました。

骨子の2番目は、「長妻厚生労働大臣が提唱する超高齢社会における『日本モデル』について」です。長妻大臣の肩を持つわけではありませんが、超高齢化社会の中での日本モデルを早急に構築していかなければなりません。

3番目の骨子は、「懸案の療養病床再編はどう解消すべきか」についてです。この辺は恐らく吉岡先生の方が詳しいかと思います。

そして4番目は、「2012年の診療報酬・介護報酬同時改定について」です。2012年の診療報酬・介護報酬同時改定に期待するものをお話ししたいと思います。

おこなわなければならない 一次医療の再構築

川淵 それでは50音順で、まず天本先生は、「あるべき高齢者医療」について、どのように考えておられますでしょうか。

天本 日本の人口の特徴といいますと、これから90歳前後の高齢者層が増え、しかも家族と同居していない高齢者所帯が増えていく。したがって、医療分野だけ介護分野だけでは解決できない新たな課題が発生してくるものと思われます。

これから高齢者所帯が増えていくなかで在宅医療の前提条件として、まず生活し続けていくための見守り、生活支援サービスがあってこそ在宅医療が成り立つわけですので、住まいの問題も含めて家族がこれまでおこなってきた高齢者への見守り、生活支援サービスを社会保障の中でどういう位置づけにしていけるのか、議

論されているところです。

私が日本医師会にいたときに、この「あるべき高齢者医療」についての方向性をまとめました。その基本姿勢は尊厳と安心を創造する医療を目指すこととしました。暮らしを支援する医療、そして地域の中で健やかな老いを支える医療を目標としました。高齢者医療において疾病医療という医療モデルから、生活モデルへの変容に取り掛かろうと地域医療の実践者に呼びかけました。

また現時点では「一次医療の再構築をおこなわなければならない」と私は思っております。要するに、日中の9時～5時のみの外来診療・一次医療といった実態が、救急医療の現場において様々な問題（高齢者の救急搬送が非常に多く、しかも軽症者が多い）を生じさせています。訪問診療体制の不備、夜間対応の不備といった24時間、365日の一次医療体制の不備が在宅医療の普及に至らない原因にもなっています。高齢者への慢性期医療のあるべき姿からして生活の場での地域医療・在宅医療の具現化に取り組むべきだと私は思います。これから高齢者本人の意志決定に沿った形でのサービスモデルということからすれば、社会保障の中に軸として、やはり地域医療・在宅医療を施設医療とともに整備していかなければならないと思います。認知症の患者さんであっても生涯、地域で生活し続けられるようにしなければいけないのではないのでしょうか。

そのために私は「Care in Community」に取り組んでおります。病院あるいは施設の社会化、すなわち病院の中にあるサービス、施設の中にあるサービスを地域社会に展開する。当然住まいの問題も入ってきます。

要するに、これから高齢者は一人

住まい、大都市ですと高齢者は老夫婦なども増えてきます。昔は家族で当然見守り、生活支援があったわけですが、その方々が持ち家率8割といわれているにもかかわらず、「家あって家族無し」といった今までの常識の根底が崩れてくるわけですので……。介護保険の大前提の見直しも必要になってくるのでは。川淵 そうですね。消えた100歳超老人がたくさん出て来ています。

天本 きちんと地域での生活が成り立ってこそその在宅医療ですから、地域包括ケアシステムで、すぐに取り組まなければいけないのは、医療分野ではやはり一次医療の再構築ということになると思います。

それで、高齢者医療制度の見直しということで様々な議論がなされていますが、医療サービスの部分においては20行ぐらいで終わっています。要するに、超高齢社会を迎えるに当たってどのような高齢者のための医療システムを描くかということが、あまりにも貧弱です。

川淵 そうですね。

天本 ええ。そのところは我々医療を実践している者からいわせてもらえば、やはり、施設医療、在宅医療、そして地域医療が必要なわけですから、それをきちんと提案していかなければいけません。それが先ほどいったような生活モデルの医療という中で、地域包括ケアシステムということが、これから重要になってくるのではないかと思います。

お年寄りが満足する安心
出来るネットワークが
どういうものであるかが
まず基本に

川淵 天本先生の持論は日医におられたときから、終始一貫しておられ

ます。

では、鳥羽先生、いかがでしょうか。今度、新しく愛知県へ異動されて、また違う立場で色々見られたかと思いますが、「あるべき高齢者医療」とはどんなものなのでしょうか。

鳥羽 どこに行っても考えを変えることはありませんので、全く同じです。あるべき高齢者医療と制度ということは、やはり少し段階を置いて考えなければまずいと思うのです。

あるべき高齢者医療というのは、高齢者の医療の需要にほかならないわけです。ですから、まずどのような疾病構造があって、その疾病構造にはどのような特徴があるかを理解する。そしてその疾病構造だけではなくて、それを今度は見守る家族、あるいはその近隣の人を含めた需要という観点から高齢者医療の特徴を理解しなければならないわけです。それは今、天本先生がいわれたのと全く同じで、まず、そのような需要をどうやったら満足させることが出来るかが、あるべき高齢者医療といえます。

例えば、急性期の医療であれば、もしお年寄り自身が急性期医療を選べるとすれば、それは一番いい急性期医療を供給するところに行くわけです。従いまして、大学病院を始めとして、検査機器が整っていて、マンパワーもいい所に高齢者が殺到するわけです。それが当たり前で、それがあるべき高齢者医療の救急医療になったわけです。

恐らく、亜急性期や慢性期、あるいは生活支援を含めた介護にも、そのような競争原理が働くとなると、一番人気のある所があるべき高齢者医療の一つの需要であるといえます。従って、例えば介護でいえば、特別養護老人ホームの待機率が高いのであれば、そこが経済的なものを含め



天本 宏先生

て、あるべき高齢者医療の現在の需要といわざるを得ません。分かりやすいわけです。

では、それをほかのやり方でどうすればよいか。高齢者医療が需要に任せて、国の財政を圧迫するというようなことになると、それは今度は制度という形で、医療費といったものの分配から考えることになるのでしょうか、あくまで私はあるべき高齢者医療の本質は、お年寄りが満足する安心出来るネットワークがどういうものであるかということがまず基本にないといけないと思います。その前に制度でお金はどうのというのは、ちゃんちゃらおかしいわけです。

そればかりをおこなった7月の中間まとめは、私からいえば5点ぐらいですね。まず、あるべき姿がないわけですから、それを論じないで支払いの方だけやったらナンセンスでしょう。どれだけの需要があるかという見込みを計算して積み上げたものではないわけですから、それはおかしいと思います。

あるべき高齢者医療の 需要と十分マッチして いない在宅医療

川淵 在宅を中心とするのが高齢者のあるべき医療と、鳥羽先生ご自身は思っておられますか。

鳥羽 ですから、もし在宅があるべき医療となるのであれば、当センターの大島伸一総長が「在宅医療推進会議」の座長をしており、私も事務局として末席を汚していますが、ここ40年間、在宅死が急速に減って、この5、6年で底を打っただけで、全然在宅死は増えていません。それはなぜでしょうか。それは、少なくとも最後の終末期において、在宅医療があるべき高齢者医療の需要と十分マッチしていないからにほかならないわけです。

ですから、そこをどうカバーするかは、あとから述べますが、私はそのような現状ではどうしようもないと思います。どうしようもないものをどうするかということを前提にして話をすべきです。皆、元気なときはアンケートに家で死にたいと記入しますが、とても状態が悪くなった終末期になってから、実際にどのように死にたいかというアンケートはもう出来ないわけです。それはアンケートで家で死にたいと希望しても皆、最期を病院で迎えることになるのは、お医者さんの手厚い医療を受けられるとか、在宅では不安だとか、様々な理由があるのですが、ではなぜ最期を迎える所がちょっと前までは病院2対自宅8の割合だったものが、いつから病院8対自宅2と、どこで逆転したのかが全然解明されていないのです。そこを解明しない限り、在宅医療を推進しますといっても失敗してきた経緯がありますので、非常に不十分だと思います。

今ある箱、今ある制度で 需要予測・パッチワークを しても意味はない

川淵 私も一応経済学者の端くれなので、鳥羽先生のお話もよく分かります。需要があって供給がある。需要見込みもろがないと供給もない。

私はいつも「FとPとD」といっているのですが、結局この国はいつもF、すなわちファイナンスが先に来るのです。「これだけしか金がない」、あるいは「これで金のやりくりをやるのではないか」と。その次に、それをどうやって配るかということで、診療報酬とか介護報酬が続きます。そして、医療・介護提供体制が一番最後に来るのです。でも一番大切なことは、デリバリーのDの前に、鳥羽先生がおっしゃるように需要予測です。

現象面として、例えば今、42万人が特養を待っているというのですが、これは「あるべき」ではなくて、「ある」、すなわち「ザイン」ではないでしょうか。

天野 今ある箱とか、今ある制度で需要予測・パッチワークをしても意味はないですよ。

早急に考えなければ いけない認知症の合併症を どこでやるのかということ

川淵 ないですね。吉岡先生はどうお考えになるのでしょうか。

吉岡 皆様のご意見を伺っていて、何かこれが問題だということがあるわけではありません。

少し付け加えますと、日本人の死生観をもう少し考えていかなければいけないのではないかと思います。それはAdvanced Directivesなのか、そのようなことを日常的に啓発

をおこなっていかなければいけないということです。

それと、私の場合は認知症の問題を少し丁寧に考えていかなければいけないと思います。認知症の合併症をどこでどうやって治療をおこなっていくのかということですね。その辺を少し付け加えるべきではないかと思っています。

川淵 吉岡先生は、認知症の合併症は結局、どこでどうケアすればよいと考えられますか。

吉岡 やはり、認知症の合併症の方は、痛い、かゆい、苦しいと、あまりご自身で訴えることが出来ないような方も多いわけなので、在宅で出来る方もおられるでしょうが、在宅では難しい方のほうが多いという気はするのです。それをどこでやるのかという問題は、これから皆で早急に考えなければいけないわけです。

とても偶然なのですが、2000（平成12）年4月から始まった介護保険制度で、療養型というのが介護療養型と医療療養型とに分かれてしまいました。その結果、介護療養型の方に介護度が高い人が集まってしまいました。そこに認知症の合併症の方が増えてしまって、結局介護療養型がどちらかという、認知症の合併症を得意とするようになってしまった現状があるということで、そこを早急に議論しなければいけないと思っています。

医療の限界も考えなくては いけない高齢者の問題

川淵 特に思うのは、先ほど鳥羽先生がおっしゃったように、日本人はどこで死ぬかというテーマです。つまり、高齢者の問題というのは医療の限界も考えなくてはいけないとも思うのです。

菅直人総理大臣も「強い経済、強い財政、強い社会保障」を標榜していますから、やはり想定しているのは北欧モデルなのかなと思います。様々な人が「スウェーデンやデンマークはいい国だよ」といっていますがどうでしょう。寝たきり老人もいない、褥瘡もないといわれていますが、本当でしょうか。

実際に視察してみて驚いたことは、退院出来る状態なのに退院しないで病院にいと、市の責任となり1日3万か4万円ほどのペナルティーを県に払わなければいけないということ。これはすごく露骨な、いわゆる「社会的入院」の解消策だと思いました。消費税を25%も払っている国にしては非常に厳しいことをやっている、自分なりに思った次第です。

ホスピスでは患者の 好きなだけ入れられる モルヒネ

川淵 一方、いわゆるペグ（PEG、胃瘻）の処置をされている人は、1施設に1人しかいませんでした。私が見学した施設で、「どうしてペグをつかったのですか」と聞きましたら、「どうしてもこの方の娘さんがやってくれといった」というのです。「では、そういわれなかったらどうするのですか」と聞いたら、「自然の摂理に任せますよ」ということでした。

さらにホスピスでは、モルヒネは患者の好きなだけ入れられるとのことでした。もちろん、器械の操作で一定の閾値を超えたら出ないようにになっているらしいのですが。その辺が、先ほど鳥羽先生がいわれた需要に合ったケア提供体制をつくっている国だなと思いました。



鳥羽 研二先生

自然死の教育が子どもの ころから徹底的に足りない 日本

鳥羽 今のお話を聞き、三つほど問題点があると思います。

一つは、いわゆる自然死に対して、北欧の人たちはコンセンサスがあるのであれば、それはペグとかをつくらなくてもかまわないと思います。ただ、日本でペグの意識調査をおこなったとき、「自分は要らないけど、親にはやってあげたい」と回答した人が8割いました。「では、ペグをしないときはどうしますか」と聞きますと、誤嚥したまま食べさせないか、飢え死にさせるか、苦しませるか、末梢輸液をするかなど、様々な方法があるのですが、事前指示がない場合に、医師は全力を尽くすという日本の決めがありますので、ご家族が希望したらやらざるを得ないわけです。ですから、日本は徹底的に自然死の教育が子どものころから足りないですし、祖父や祖母を在宅で看取するという風習も廃れたなかで、死に



吉岡 充先生

際を見たくないような人は病院に預けたりするわけですね。その問題が第1点です。

第2点は、では北欧などで、例えば治る可能性のある人にペグをやれば、10~20%の人はよくなって、もう1回自分で食べられるようになるわけです。そういう人にはやらないわけですから、人を見殺しにしている可能性があります。

オーストラリアでも、最後のご臨終のときの病棟は見せてもらえなかったものですから、必ずこれから北欧がいい、どこの国がいいとなったときに、終末期のがんではない人の死に際の場面を政治家も社会経済関係などの人も、見に行かなければいけないのです。

本人が苦しまないで
安らかに死んでいるのは
どちらか

川淵 そうですね。

鳥羽 どこで死ぬかということを問題にして、在宅で死ぬのがいいとい

っているわけでしょう。となりますと、北欧で在宅や病院でない所で死んでいる人が本当に安らかに死んでいるかどうかを確かめなくてはいいけません。日本の病院の方が安らかに死んでいるかもしれないではないですか。そういう冷静な議論がおこなわれているのでしょうか。本当に、その本人が苦しまないで安らかに死んでいるのはどちらでしょうか。日本の病院の方が、実は上のような気がするのです。ただ、この人はもう長く病氣と闘ったから、ご家族とよくお話をして、「もう自然にやりましょうよ」という話はします。

ただ、それと一律にペグをつくらないということは、乱暴な議論です。一つしか選択肢がないなんて、逆にとてもおかしいです。本当に1例1例の選択肢を話し合ってやったら、そんなことになるわけがないではないですか。ですから、北欧がいいとかいうことは、私は終末期を多少は向こうで見ましたが、おかしい議論です。浅いし、とんでもない話です。それは、高齢者のあるべき医療の需要とかけ離れていますよ。

吉岡 私も久しぶりにフランスから戻ったばかりですが、パリとフィレンツェの2か所のナーシングホームを10年近く、パリ郊外の所は20年近く抑制のことも含めて、黙ってウオッチングしているのです。

認知症末期の人にペグは
本質的には反対

川淵 同じ施設を黙って継続して見に行っておられるわけですか。

吉岡 そうです。それで今度行って驚いたのは、そのパリ郊外のお金持ちが入るナーシングホームの方に経管栄養の人がいたのです。ちょうど医者がいまして、「どうして経管栄

養をしているのですか」と、通訳を通して聞きましたら、「ご家族の希望なのです」ということでした。完全に拘縮してしまっているのです。私は初めて見ました。

川淵 先生が20年近くウオッチされていても、初めてですか。

吉岡 ええ。それと先ほど、鳥羽先生がおっしゃったペグの問題ですが、私も本質的には認知症末期の人には反対なのですが、今、一般病院で誤嚥性肺炎を繰り返している人、例えば特養とかから入院なされると、結局医師の判断でペグをつくらざるを得ないような状況なのだろうと思うのです。

ただ、ペグをつくることについて詳しく医師が説明する時間もないし、ご家族からそのあとどうなるのかと聞かれたら、医師は、「その方があとの選択肢も広がりますし、とりあえずつくりましょう」と説明し、許諾を得ます。ペグも国民皆が日常会話の中で「ああいうのは嫌だよ」といったような世論を喚起していくことを早急におこなわなければいけないのではないかと思います。

天本 要するに、「在宅での看取り」という選択肢を増やしたい。「私は自分の家で死にたい」というその選択肢を可能に、具現化できる社会保障体制を作り上げたいですね。在宅は色々な課題がありますから、国だって在宅死を50%にしろといっているわけではありません。要するに、手を挙げたらきちんとそれが出来る、これはある意味、社会保障の原点のところですから、そこはハウ・トゥ・ドウをきちんと示すべきだということです。

ですから、コミュニティ・ケアでも、施設ケアをなくすといったって、そんな乱暴なことを出来る筈がないわけですから……。ただ、今のまま

で過去の歴史を引きずった特養や他の施設をそのまま増やすのではなしに、それこそ施設の住まい化を図るとか、医療保険か介護保険かではなしに、両方がお互いに使えるように、互いに補完しあう制度設計に変えていき利用者を転々と動かさずに安心した居場所にしていかなければ。

どのように再構築して いくかが命題の一次医療

川淵 天本先生から助け船を出していただきました。私もそんなに分かっているわけではありませんが、8月に示された「中間取りまとめ」はいかがでしょうか。

天本 具体性が何もなく、あまりにも寂しいですよ。でも、これは国もそうですが、医療提供側の日本医師会も具体的にこれからの地域医療の戦略・戦術・戦闘計画をこうするということは提示していかなければ。私は先ほどもいいましたように日常生活圏域での在宅介護サービスを支援していく一次医療の再構築を描き実践していくことが高齢者医療のあるべき姿「生活モデル型医療」への変容になると確信しております。要するに、日中のみの9時～5時となっている実態を24時間・365日稼働する一次医療体制を再構築していく。当然一人の医師、一診療所で出来ることではありません。地域医療を自己完結型から地域内完結型のチーム診療体制、組織体制に変容し相互補完、付加価値を創造していく相乗効果・シナジー効果を生み出す新しい一次医療像を現場から創造すべきでは。そのことによって、本来の二次、三次の救急医療の再構築にも連鎖していくのでは。一次医療をどのように再構築していくかが命題で、少しずつ各地で先進的サービスモデルが出

来つつありますから、今後を待ちたいと思います。

もう始まっている 「見守りサービス」

川淵 天本先生はよく生活モデルとおっしゃいますが、結局あるべき後期高齢者医療の姿とは何でしょうか。私も日医総研にいた時、なかなか文章に書き表しにくかったわけですが、「こんなメニューがあるから、皆さん金を出してください」ということになりますか。

天本 今、泥棒よけのセキュリティには皆さんお金を払っているわけですし、京王線沿線でもホームセキュリティが来ています。そこにもう一つ、24時間オンコール体制の介護というものが加わります。世田谷区などでは区が補助金を出し、福祉政策の一環として、そこに介護保険というものを導入しつつ、おこなっているのです。あと、そこに訪問看護や医療が入るというようなサービスモデルも少しずつ出来てきています。逆に、エリアが都会だからこそしやすい筈です。

川淵 そうしますと、天本先生がおっしゃる「見守りサービス」はもう始まっているわけですね。

天本 はい、地域密着型サービス(市町村の横だしサービス)の一部として始まっています。ただし、介護保険などが逃げ腰だったり、また福祉の学者が「生活支援、家事援助まで出したらとんでもない」などといったりします。これは吉岡先生がお得意の分野であるところの認知症における高次脳機能障害の手段的ADL(日常生活動作)が落ちれば、当然身の回りの整理整頓などは出来なくなりますし、食事は3回が2回になって、脱水症状や熱中症を起こす



川淵 孝一先生

わけですから、認知症の初期、軽症時、あるいは高齢者所帯に見守り(気づき)、生活支援サービスが入るのは介護予防の視点からも非常に重要なことなのです。

評価しようがない内容

川淵 鳥羽先生はいかがですか。

鳥羽 「今後の検討課題である」としか書いてありませんので、内容のところは評価しようがないですね。

ですから、建設的にいえばお金の分配のところはしっかりと検討されていますので、日本の高齢化率や税金、そして保険料のことが安定して、しばらくそれで矛盾なく制度が出来るのであれば、いわゆる家の土台はそれで出来たとすれば、それから何を設計するかということだと思います。

包括性DPCは 一つのエイジズム

川淵 結局、75歳および65歳で線を引くこと自体がけしからんという議論が最初にあったわけですが、まだ結論が出ていないわけですね。

鳥羽 ですから、線を引くのがけしからんということであれば、年齢は関係ないということ、いわゆるエイジズムというものを完全に取り払えばよいのです。そうなると、まず第一に退職等の問題もエイジズムですから取り払わなければいけない。つまり、能力に応じて何歳までも働ける社会とします。

そういう前提で、では高齢者を線引きしないでおこなうとすると、例えば病気が若い人の一つに対して、70歳で入院となりますと五つありますから、症状や年齢を10で割ったぐらいの数の八つぐらいに80歳ほどだと増えてきますから、どうしたって出来高にしたら1人当たりの医療費は増えるわけです。それは外来でももう実証されていることだと思います。それを年齢と関係なく、入院も外来も全部許すということは大変結

構なことです。

ですから、性善説の医師であれば、そこでもなるべくこの病気とこの病気とこの病気の三つに効く一つの薬を処方し、またこれはもう少しほっておいてもいいから、最小限の医療投資で最大限の医療効果を得ようとしておこなう。そういう医師ばかりだったらいいのですが、アベレージでも相当になるし、もっと病気があるのだからということで、どんどんやるよだと医療費が高騰する。ですから、経済的に無理にならなければ、私は需要に応じたまま、年齢を全部取り払って、若い人と同じようにやるのがよいと思います。

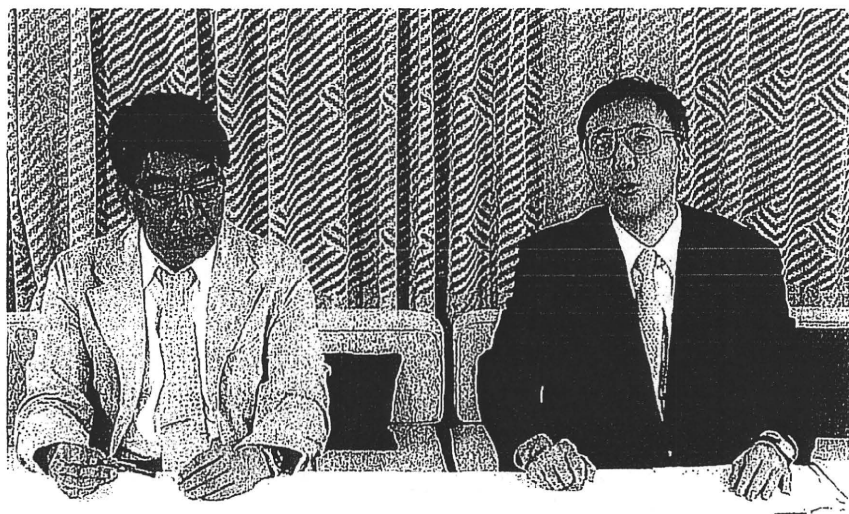
ただ、包括性DPCというものがあります。あれは一つのエイジズムなのです。なぜかといいますと、病気が五つあっても、その中で一番資源を投入したものを選ぶのですが、ほかにたくさん資源を投入しなければいけないのです。時間もかかるし、若い人なら15日ぐらいで退院できるところが、資源が投入できない長い時期の3~4週間の入院になってしまうわけです。それでも診なければいけませんので、お年寄り早く出て

いけということになるわけです。

ですから、そこで4週間も2か月もいられるのだったら、とてもじゃないということで、ペグをつくって退院させてしまう。それはももとのDPCがなければ、あらゆる病気に病名をつけて、最大限の医療をやれば、高齢者は若い人の4倍ぐらい医療資源を投入できますので、それはエイジズムではないのですかということとは、一つの問いかけです。

ですから、先に制度があるのか、先にあるべき高齢者医療があるのか、ではそこで「あるべき高齢者医療はあるが、制度の制約があって、どこで折り合いをつけるのか」と、こういう話が、今度の見直し案の中に盛り込まれているかということ、そこまで本質的な議論がされたような跡は、残念ながら私には見えなかったのです。

天本 この前の後期高齢者の診療報酬改定で、認められた後期高齢者診療料のマルメ（医療管理・検査・画像診断・処置＝600点）は色々批判もありますが、主治医制、かかりつけ医制、家庭医制というものが設けられており、日医もそれに同意したのは、要するに突然最期のときから医療が介入しても、本人の望む終末期医療など構築出来る筈がないわけで、早くから係わりお互いの信頼関係を構築しておくことは重要なプロセスとなる筈です。要するに、メンテナンスをしていく慢性期医療イコール施設医療ではない、これからの超高齢社会における地域医療はほとんどが高齢者の慢性期医療（認知症医療も含まれる）となるのです。当然、選択肢としてのマルメの診療報酬体系の有用性はあると思います。それも全面否定しているわけです。



一般医を 早急に育てないと駄目

川淵 先生が今、いわれたのは後期高齢者総合診療料600点のことでしょうか。

天本 そうです。要するに、老人慢性疾患外来総合診察料(外総診)でマルメが出来ましたが、これもぼしゃり、今回もこれでまたぼしゃりました。マルメのデメリットばかりが議論されていますが、主体性を我々に与えてくれるというメリットについては議論されていません。マルメが、出来高かといった対応から双方組み合わせたメンテナンスの時期、急性増悪の時期、状態にあわせた対応が出来るよう知恵を働かせていきたいものです。

鳥羽 やはり、あまりに安かったからでしょうね。

川淵 そうなんですよ。

吉岡 一つはそうですね。もう一つは、ジェネラル・フィジシャンという一般医の養成をきちんとやらないと駄目だと思うのです。私もかつては一般医といえる時代がありました。最近では専ら老年精神科医として診察をおこなっています。一般医を早急に育てないと駄目だと思っています。

川淵 それは育ちますかね。

吉岡 育てなければいけないと思います。

座学中心で在宅医が急速に 増えるかという疑問

川淵 鳥羽先生、総合医の養成に関しては、いかがですか。

鳥羽 それには時間がかかります。なぜなら、日医も総合医関係の3学会も、皆さん非常に熱心で一緒になりました。一緒になったうえで、日

本医師会と認定医制度をつくるというところまで固まったのです。それで、免許を与えてやりましょうというところで、日本医師会の方は少し引かれた経緯があります。どうして引かれたのか、理由が分からないのです。

ということは、学会との間で認定医制度をつくるのではなく、日本医師会の先生方全員がスキルアップし、スキルアップしたジェネラリストになることだと、私は理解せざるを得なかったのです。ですから、そのためには日本老年医学会も私も、技術的なノウハウの伝授やテキストの作成など、全面的な協力をいたします。

ただ、本当にそういう座学中心のもので在宅医が急速に増えるかという疑問なのです。先ほどの在宅死の問題でも、年間に複数以上の方を看取っている診療所の数は在宅支援の診療所の中でも500診療所ほどしかないのです。ですから、本当に積極的な診療所はまだ500しかないといえます。それが6,000になっているのなら話は別ですが、1万のうちの500しかない。右肩上がりに増え

ていけない現状で、座学中心の問題は私たちがやっていますが、スピード感が遅く、急速に増えるかどうかという問題があります。

長寿医療センターで始めた 「在宅医療支援病棟」

鳥羽 そこで今、二つほど長寿医療センターでやり始めたことを紹介したいと思います。

一つは、医療メディカルレスパイトです。今までの在宅医療モデルは、500人のとても熱心な人や、尾道方式のように医師会にカリスマ的な良い医師がいて、やってくださっていたので成功モデルなのです。もう少しアベレージの医師でも出来るような在宅医療を開発しなければ駄目だと、私はいつも発言してきました。そのアベレージの医師、つまり午後から往診して在宅患者を診るアベレージの医師を助けるためにはどうすればよいかということで、長寿医療センターで始めたのが「在宅医療支援病棟」で、登録医制度です。

これは、その医師が今度ちょっと学会に出席したいとか、海外研修に



行くとかで2~3週間、患者さんを診られなくなるという場合など、どんな理由でもいい、預かるわけです。昔の選挙の不在者投票制度も、今はどんな理由でもよくなって出来るようになったのと同じで、どんな理由でも預かるわけです。でも、必ず引き取ってくれることを条件とします。

在宅死が約12%の愛知県ですが、その在宅医療支援病棟の在宅死の割合は36.8%です。ですから、どのぐらいその病棟で費用がかかるかを計算して国に提案し、日本中のあらゆる一般病院に何床ぐらいこういうものがあれば、開業医が助かるかという数字を出します。画期的なことではないですが、そのことによって、数%程度は在宅の看取りが増える可能性があります。それが第1点です。

ですから今、3月までに数字を出せといわれており、三浦先生が医長で頑張っています。その在宅死の割合の36%というデータが出たのが、まだ1か月ほど前のことです。

天本 診療報酬も、今年の4月から在宅支援の病院が200床以下でも認められたでしょう。これは中小病院にとってありがたいことで大きな芽となるものです。

川淵 今までは、4キロ範囲内に診療所がないという条件だったので、届け出たのは11病院しかないのです。

鳥羽 それでは駄目ですね。需要を正確に見て、しかも医師会の先生が「これだったらもう少し出来る」という、その需要ともマッチした形で展開していかなければいけません。登録医がその地区で今、百数十名でしょうか。それなら、大体10~15床が必要ということで、全国ではどれぐらい要るかを見ていけばいいということになります。

2011年4月から、「高齢者 在宅医療の専門看護師」と して研修をスタート

川淵 鳥羽先生、二つ目の試みは何ですか。

鳥羽 これはもう少し画期的だと思いますが、医師のスキルアップが不可能なのだったらどうしたらいいかということで、その場合、やはり看護師になるでしょう。看護師は、実は半分以上の看護師が家庭の主婦になったりなどして職を離れ、毎年大量に養成していても、働いている人数がそれほど増えていないのです。

と同時に、これは日本医師会のいわゆる特定看護師といったことと微妙に摩擦があるのですが、私はそういう摩擦をなくしたとしても、在宅医療をやっている熱心な500名の先生方は、包括的な医師の指示というものにとっても関心を持っていると思います。

それは例えば、「こんなときには必ずこうやって…」という医師の指示が必ずないと動かない看護師もいれば、「スライディング・スケールの血糖値でなくても、このときには点滴を1本打っておいてください」と前もっていっておけば、ある程度包括的な指示で動ける看護師がいます。ただ、その包括的な指示で動けるのはベテラン看護師です。医師が考えていることもよく分かっている。例えば、「天本先生はこういうときにはこうしているから、似たようなことを…」ということを長年見ていて分かっているから動けるのです。十分なキャリアを持っている看護師をさらに一定の期間研修し、在宅医療や高齢者医療、認知症の身体疾患などを十分教え込んで、お医者さんの包括的な指示でそういう看護師に動いてもらい、在宅医療で生かせるような

制度をつくったらどうかということ提案し、実践することになりました。2011年4月から、高齢者在宅医療の専門看護師として研修を始めることにしたのです。

川淵 そうですか。先生のセンターで、認証を与えるのですか。

鳥羽 制度にするには、看護協会や諸団体との調整が将来の課題です。

天本 医療提供の場を地域、住まいに普遍化していくにはやはり権限を委譲しないと、在宅医療は普及しませんよ。

川淵 天本先生も日医におられましたからお分かりになると思いますが、結局、立場で反対するわけですね。

在宅療養支援病棟で 在宅看護に必要な老年 症候群のノウハウを じっくり研修

川淵 鳥羽先生は、どんな研修課程をお考えですか。

鳥羽 人数が集まらないと困るのですが、老人保健施設も最近看取りが多くなっていますので、来年度は老人保健施設で5年以上の勤務経験をお持ちの看護師をまず養成します。その看護師が地域の在宅医療の中堅看護師としてなっていくための養成をおこなうという形で1年間いてもらうのです。

また、その看護師の人たちにはカリキュラム委員になってもらう。研修内容はエンド・オブ・ライフ・ケア、在宅医療、認知症、周辺症状、不眠、神経難度、転倒骨折、ショック、口腔ケア、嚥下、誤嚥性肺炎、褥瘡、ケアマネジャーとの連携などです。私も年間5、6コマ講義を持ちますが、先ほどいった在宅療養支援病棟に長くいてもらい、そこで在宅看護に必要な老年症候群のノウハウをじっくり

研修してもらえば、かなりお医者さんの助けになってもらえるかということで、2011年の4月からそういう内容で始めます。これが二つ目です。

この二つが、一応私が先ほどいったあるべき高齢者医療の在宅に関しての弱点を取り除く試みです。取りあえず私が今、出来ることはそれだけです。

吉岡 老人保健施設の看取りは多くなっていますね。

鳥羽 はい。まずこれを一般にどんどん広げたいのですが、その場合、まず予算が下りて、長寿医療センターで年間100人を教育できるかという話になります。診られないのだったら、長寿医療センターと同じように出来る病院をどこかに探して研修させるか、いわゆるサポート医研修のように孫研修にするか、それでも100人規模でやっていかないと間に合わないのですが、まずは年間20人で在宅医療支援病棟を中心にやることにします。

天本 在宅医療を国策として進めるという長期目標を立てて、2年ごとの診療報酬改定でチャカチャカ変えていくのではなく、また介護療養病床をつくれつくれといっておいて、はしごを外すようなことをしないで、「国策としてこれをやる」という目標に向かって少しずつチェインジしていけばよいのです。意思を明確にしておれずに進まねば。国の中長期計画に沿った事業運営をしたいものです。

鳥羽 それが大切です。当医療センターは、一部税金が入っている国策モデルの病院ですから、取りあえずモデルとなる何かをしなければいけないということで、色々考えてやった結果がこれなのです。

川淵 やはり、国が先んじて行動してくれないと困りますからね。

天本 老年医学会でも、ドクターの養成、ドクター数をどれぐらい増やし、全国的にどうするかということ、色々と仕掛けて、動き始めているのですが、国が明確な方針を示してくれませんから、にっちもさっちも行きません。

川淵 20人ですね。とにかく、行動を起こした人がこの国を変えていくと思います。

病院のサービスを患者のもとに出かけ、地域に提供

川淵 既に2番目のテーマの「日本モデル」の議論に入っています。天本先生は、例えば今、都市部の高齢化という話をされましたが、先生の考える日本モデルはどの辺におありなのでしょう……。

天本 それは地域を病棟としてとらえる形です。要するに、患者さんに来てもらうのではなく、我々が患者さんのもとに出かけ、病院サービスを地域に提供することです。それで、地域で生活し続けてもらう。そのサービス体制を整備して高齢者、家族の信頼と安心の創造を目指して、「あいセーフティネット®」というサービスのプラットフォームをつくったのです。Care in Communityの創造です。

あともう一つ、自宅だけではなく高齢者専用の住まいの一次医療を24時間・365日体制で支援していく。住まい・箱物だけでなく、外部(地域)の医療サービスと高齢者用の住まいと一緒に組むことにおいて相互補完しあう。いわば町づくりです。

高齢者の住生活基本計画の 具体的計画を作成、 推進するのは都道府県

川淵 高齢者専用賃貸住宅(高専賃)

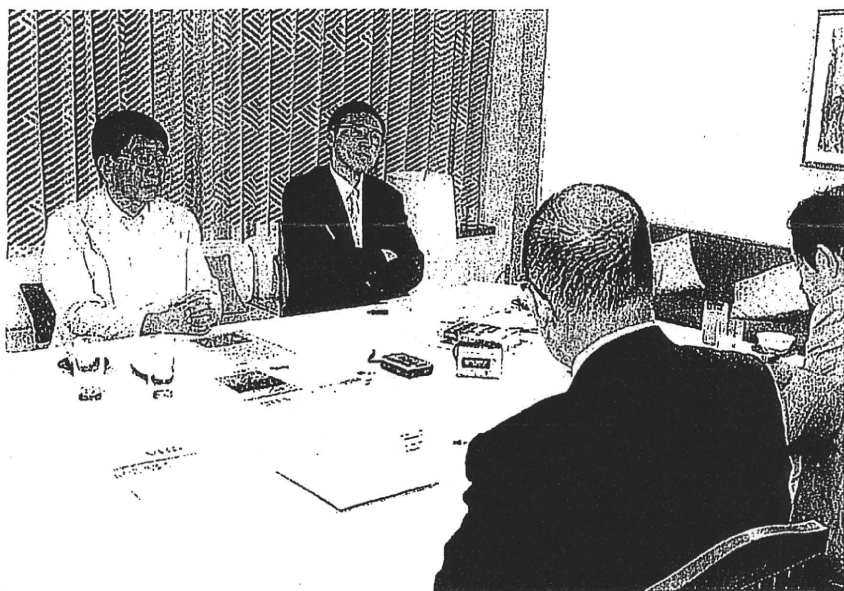
とか、色々な老人アパートがありますが、先生はそういうケア付き住宅をどう思われますか。

天本 高齢者住まい法という法律ができて、国土交通大臣と厚生労働大臣両方で管轄し住まいと施設、あるいは箱物・住まいと地域における医療・介護・福祉のソフトサービスとを制度横断的視点で再構築、整備していこうとしています。

今、高齢者の住生活基本計画の作成に取り掛かっています。この具体的計画を作成、推進するのは都道府県となっているのです。でも、本来は日常生活圏域の身近な市町村レベルでの実情に照らした計画からボトムアップしていかなければいけないのですが、現状ではそのような仕組みになりえていません。これからは市町村での介護保険事業計画立案に沿って住宅計画、一次医療計画とが連鎖していく、整合性をはかっていくといった視点が重要となってきます。このような制度設計の中で監督官庁の位置づけも整理されてくるのではないのでしょうか。国、都道府県、市町村がどのように利用者の立場で監督していくのか。またこれからは介護保険、住宅における民間事業者の参入が推進されていきます。そこで市場に委ねる分野が増える中で高齢者保護、質の担保、管理をいかにしていくのかといった大きな課題が残っています。介護保健施設における総量規制の撤廃、高齢者住宅の普及促進といった流れの中での国策としてのヴィジョン提示が早急に示されるべきであると思います。

最初のうちは良かった 一律定額制

川淵 先日も、二人の大臣がどこかへ施設見学に行き、「これからはこ



ういう住宅が必要だ」という感想を述べていました。

しかしその一方で先日、NHKテレビの『追跡! AtoZ』で放映されたような、本当にひどいアパートもあります。また、高齢者を入居させ、そこにやれ訪問看護だ、往診だと、自分のところで抱えている医師や看護師を送り込んで、湯水のごとく医療・介護費を使うケースも散見されます。この点については天本先生、いかがですか。

天本 今まで老人の専門医療を考える会では色々な取り組みをやってきましたが、一律定額制も最初のうちは良かったのです。医療費のかかる人もいれば、かからない人もいますので「必要な医療はきちんと提供していく」といった施設個々の倫理規程に委ねられていた。しかし結果的には軽症者のみの入院を優先していく病院が増え、世の中の批判的となったことは事実です。残念ながら。

需要と制度のすり合わせは最低限必要

川淵 裁量権も、一定の金額の中で

やってくださいということでしたが、現実はなかなかそうはならないのでは。

鳥羽 やはり、老人医療を考える天本先生たちのグループがおこなっていることは、70年・80年代に急速に巨大化した老人病院のなかで、良心の部分なのです。

残念ながら、良心的でない部分の老人病院も結構多く、おかゆの上にお薬が30種類も乗って出てくるとか、行けば入院患者全員が中心静脈栄養をやっているという光景を何回も見ました。

それで、包括制になったら急に薬も5種類ぐらいとなり、高い薬は出せず、一気に点滴も減るということになりました。ですから、高齢者の需要を本当に見てやっている性善説の方は、天本先生を始め、グループとして少なくとも過半数、大多数ではなかった可能性もあります。制度や経済原理の方にどうしてもある程度負けてしまった方が多かったという形です。ですから、需要と制度をすり合わせることは、最低限私は必要だと思います。性善説と性悪説をどこかで折り合いをつけるしか

だと思います。

介護療養型病床はナースが中心

川淵 吉岡先生、3番目のテーマである介護療養病床についてはいかがですか。

吉岡 外国では、主にナーシングホームが中心になっています。私は日本の介護療養型病床というのは医療付きナーシングホームに該当すると思うのです。アメリカのスキルドナーシングホームだとか……。要するに、医療が24時間ついていうこと。性善、性悪でいえば特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養病床の介護施設三つの施設もピンからキリまであります。その整理も、どこかの時点でしなければいけないと思います。例えば、キリの所の2割ほどには猶予を与えて、せめてこのレベルまで上がれ、それが不可能なら退場しろというのは行政がやらなければいけないことだと思います。

ただ、介護療養病床がやり玉に挙がってしまったのは、やりやすいからということが一つあったと思うのですが、訳の分からない医療区分がやはり問題なのだろうと思うのです。医療区分1の人が、本当に医療が必要ない人なのか。介護度が高い人が入院しているわけですよ。

川淵 4.25でしたか。

吉岡 4.5ぐらいですか。平均的な介護度が。

川淵 要介護度4.5が医療区分1になってしまうのですね。

吉岡 それが、医療の必要がないわけがありません。もう一つは、介護療養型病床というのはチーム医療・チームケアとなりますから、どちらかというとなースが中心になります。

ナースが中心になって、医療スタッフも医師もそれぞれがチームケア医療の出来る場所になって、そこで色々なことが出来てきて、その上で医療区分というのをあえて使うならば、医療区分2や3にならないように日々努力している所となりますから、本当に日本にしかないものなのです。

おまけに、そんなに費用が高くなく、42～43万円程度なのです。ですから、なぜここをたたくのかというのが、とても私は理不尽だと思っています。反対運動をしています。

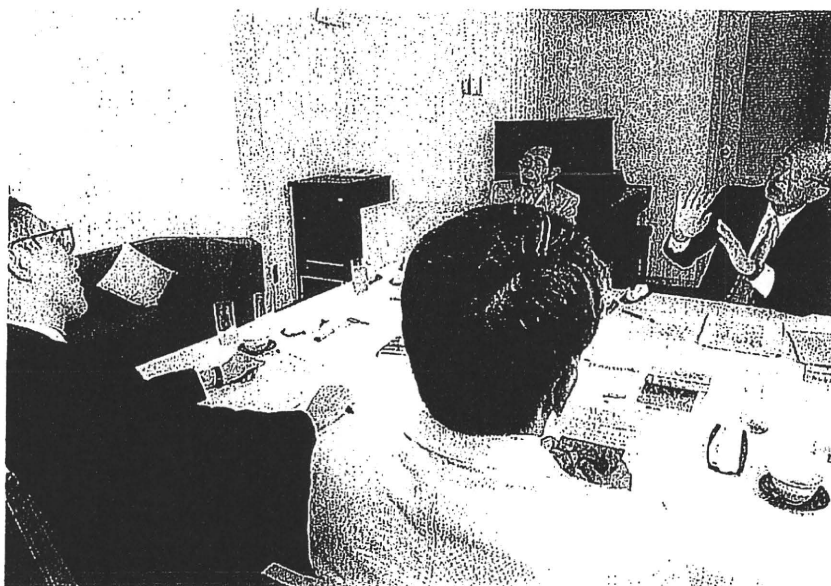
天本 医療区分1の人は介護保険料を払っていますからね。

川淵 そうなんですね。

天本 ですから、やっぱり適正な介護を受ける権利はある筈なのです。受け皿として介護療養病床が制度として存続していくのなら医療区分1の行く場所はあるのですが、医療区分1を導入と同時に本来の受け皿であるべき介護療養病床を廃止することを決めた。医療・介護の整合性をまったく無視した制度設計をするといった暴挙に出たことは今でも大きな禍根を残している。各省庁が分断された部分最適から横断的視点を重視し、医療と介護との連続性、一貫性を担保していく全体最適といった視点での見直しは絶対必要であると私は思います。医療も必要なわけですから、老人保健施設のあの人員配置で出来る筈がないです。

川淵 ただ、天本先生の病院はこの療養病床はないでしょう。

天本 はい。天本病院は一般病床と精神科病床の構成になっており、療養病床は現在ありません。今の医療療養病床での医療区分での診療報酬体系では適切な高齢者医療、介護は提供できません。



医療区分導入の診療報酬では
高齢者の専門病院としての
機能が発揮できない
介護療養病床

川淵 なぜ、天本先生は療養病床をお持ちにならないのですか。

天本 それは、介護療養病床が廃止と決まっていることと、医療区分導入の診療報酬では高齢者の専門病院としての機能が発揮できないからです。

川淵 それで特殊疾患病床でやっているのですね。

天本 私は医師数、看護師数を増やしてでも高齢者にふさわしい老人専門病院を運営したい。したがって私の病院は高齢者専用の治療病棟（一般病床・亜急性期病床）、回復期リハビリ病棟（一般病床）、認知症のための病棟（精神科病床）、重症度が高く、医療依存度の高い高齢者の終末期のための病棟（一般病床で特殊疾患病棟）といったケースミックス型の病棟構成となっております。一般病床の特殊疾患に該当する高齢者の末期の患者さんのニーズは実態としてあります。1病棟だけですが。

しかし高齢者の末期において医療

と介護をともに必要とし一般病床としての基準の医師、看護師を必要とする群は今後も増えてくると考えられます。医療区分導入においては医療必要度しか考慮されておられません、必ずそういう人たちには介護も必要なわけですから。また介護保険施設では医療必要度は加味されておられません。制度上の欠陥の是正は実態を踏まえて利用本位に改めるべきと私は思います。

比較する材料を
国民に与えるべき

川淵 確かに分断的です。1泊ケア付きで7,220円ですからね。

吉岡 ビジネスホテルですね。

天本 デイケアよりも安いのですからね。

川淵 まさに兵糧攻めですね。

天本 病院を締め出して受け皿を廃止するといった全体像・ヴィジョンの無い政策で負担だけ増していくような後期高齢者医療制度を国民が納得する筈がありません。

鳥羽 ですから、24時間対応のケアを、あるいは医療も時々踏まえて、

在宅で受けた場合に療養型よりも高いかという試算をきっちり出して、まず比較する材料を国民に与えるべきだと思います。療養型で介護があると高いから、在宅の方が安いではないかというのですが、在宅での家族と患者のニーズが満たされたケースでの在宅医療介護をやった場合、本当に安いのかという議論をすると、東大の地域看護の村嶋教授が問題の24時間看護をやっている、1人200万円かかったといっていましたね。

吉岡 私の知っているケースでは、最近でお二人いるのですが、一人120万円です。

川淵 24時間在宅でやったということですか。

吉岡 そうです。それはやはり、出前で全部持っていくわけですから。

川淵 それは、横出し、上乘せサービスを全部含んだの話ですか。

吉岡 はい。

川淵 とてもじゃないが、要介護度5でも無理でしょうね。1対1になりますから、1か月120万円になると。

鳥羽 それを出来る方は絶対に家の方がいいですね。自分でヘルパーもお金で雇い、訪問看護にも毎日来

てもらい、主治医もいて、さらに別のお医者さんもいてというなら…。

川淵 そうしますと、吉岡先生、9月9日に、「介護療養から介護施設への転換が大部分ではないか」と見込んでいたが、患者の状態を見ると、医療療養の患者は医療の必要な重い方が結構いると。転換の方向が逆に見えるかもしれないが、介護に医療が必要な人が多ければ、医療療養に転換していくことが一番よい」と、某老人保健課長が言っているわけです。老人保健課にしてみれば、医療療養に移ってくれということです。

吉岡 お互いに責任を押しつけ合っているわけですね。

川淵 これに対して、今度の新医療課長は、「冗談じゃないよ」と。それで、またひと悶着起こし、そこから押し問答が始まるわけですね。そうしますと、これは理想的な日本モデルを構築していくことになるのでしょうか。

吉岡 そんなことを言っていたら、日本モデルになりませんよ。

認められていない認知症の人の身体機能訓練

川淵 それでは、どういうふうに収束していくと思われますか。

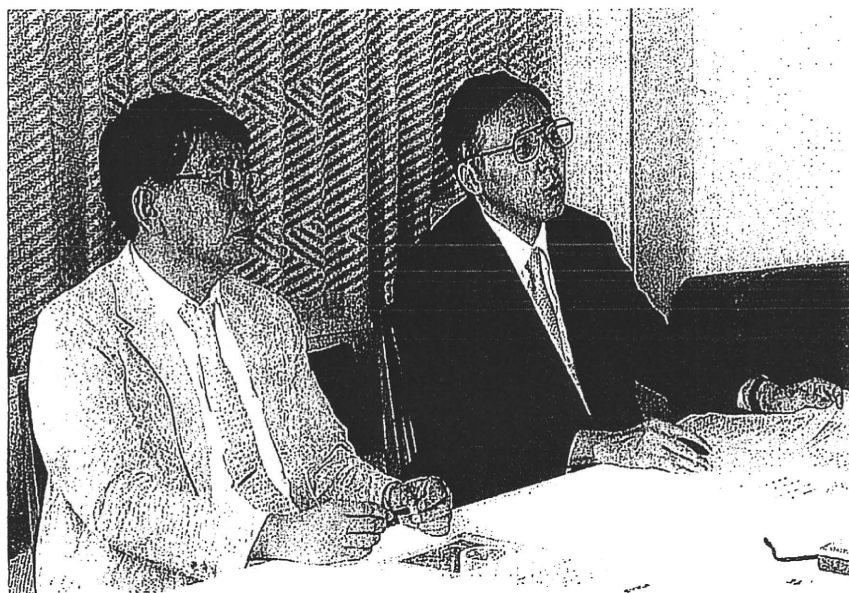
吉岡 私は、それにはやっぱり二つのことがあると思うのです。

一つは在宅支援で、それは病院かどうか、医師がどうかは別にしても、例えば療養型にして、夜間や日曜日、祭日などに、ちょっと看護士さんを余計につけてもらって訪問看護をおこなう。といいますのは、訪問看護ステーションは結局待機している看護士がいない。いないというか、そんな余裕がないのです。ですから、療養型の病院には医師も皆いるわけですから、そこで、それこそ鳥羽先生がおっしゃったような看護士さんが一人いれば、20分か30分の距離だったら飛んで行けるわけではないのですか。そして、医師と相談して、必要だったら自分の所の病院のベッドを一つ確保しておいて、そこに入院してもらうのです。本当はICUに行かなければいけないという結果になるかもしれませんが、それをやればだいぶ違うと思います。

もう一つは、先ほどいった認知症の合併症を持っている人たちが、どこで診てもらえば幸せなのかということです。私も天本先生も精神科出身です。大体、精神科医になる医師は、これがよいか悪いかは別にして聴診器を持つのが嫌だという医師が多いのです。

ただ、やはり認知症を診る医師は聴診器を持たなければならないわけです。ではそこで、どうするのかということで、精神病院も昔ほどは悪くはありませんが、やはり身体合併症を診るには手薄だろうと思います。

今、大体18~20%の認知症の方が入院しています。今の状態は、あ



まりいいことではないですから、その辺をもう少しバリアーを高くすれば、お金はそれほど増やさなくても済むと思うのです。

それともう一つは、これはずっと天本先生がおっしゃっていたことですが、なぜ認知症の人の身体機能訓練が駄目なのかということです。要するに、認めていないわけです。今度、鳥羽先生がおやりになった作業療法的な認知症のリハビリテーション(短期集中リハ)は、昔からある程度認められていましたが、PT (Physical Therapist) を認めないわけです。おかしいです。ですから、その辺も評価してそれを取りこめば、かなり私はよいものになると思います。せっかくここまで育ったのですから……。

超急性期病院には手厚く ついた今回の診療報酬改定

川淵 最後のテーマの診療報酬、介護報酬の同時改定に期待するものはどうでしょうか。実は今、私の義理の母も認知症なのですが、一生懸命義理の父が家で看ましたけれど、結局もう限界ということで、特養に入所しました。特養でも、いわゆる個室問題でまだ揺れています。ただ、私は個室に入れてよかったと思っていますが、選択肢が個室だけというののもどうかと思います。

鳥羽 それは、選択肢は色々あった方がいいですね。

川淵 一方、今回の診療報酬改定はどちらかというと、超急性期病院には手厚くついたけれども、町の病院はそうでもなかったとおっしゃいます。そういうこともあって次回の介護報酬との同時改定に期待している方も多い。今日はあまり出ませんでした。が、介護保険と高齢者医療保険制度の統合をおこない、両者の間の高い

垣根を取り払ってはどうでしょうか。

それにしても、こんなに施策がコロコロ変わったのではもう施設経営ができないと思います。今回の介護療養の再編問題も、動いた人が馬鹿を見たということでしょうか。

今日からやらなければ いけない安心モデルを つくっていく作業

鳥羽 話を最初に戻しますが、お年寄りのあるべき医療というのは、まず入り口は恐らく急性期医療かもしれません。でもそのあとは、最終的に安定した形の症状となり、介護保険というフィールドに入っていくためには、亜急性期、回復期、福祉、医療が必要な慢性期という過程の連続したサービスが必要なわけですね。その急性期以後の過程の全部のところが今、量的にも質的にも在宅で出来るような仕組みになっていないと私は思います。そのなかで、お年寄りのあるべき医療としてソフトランディングしていくためには、療養型病床、老健、一般病院など、やはり急性期病院以降の施設の果たすべき役

割が重要なのです。

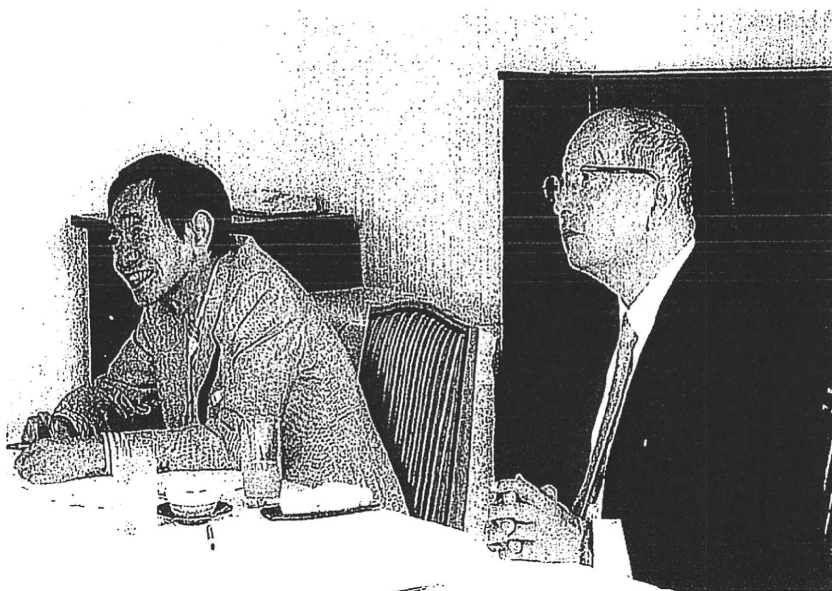
ですから、いつまでにどうやってどう変わっていけばいいかということを示すとともに、在宅医療の能力がここまで上がったときにはこのように縮小していくというようなモデルをつくっていかないとはいけません。お金のほうはこのような形で用意し、つくっています。ですから、医療需要のほうもきちんと変化を見据えて、これだけ増やしていくから療養病床もこうやって減らしてください、その代わり、こういう制度でそこを補っていきますというこのような安心モデルを医師会も、もちろん国も、私たちはモデルでやりますが、それをつくっていく作業を、本当に今日からやらなければいけないのではないのでしょうか。

川淵 鳥羽先生にうまく仕切っていただいて、ありがとうございます。

鳥羽 やはりそれをきちんと国に訴えることが出来るのは、川淵さんです。

川淵 微力ながら頑張りますが、私は無資格者で、病院経営にもタッチしていません。

鳥羽 私も外野でうるさいことをい



ってればいいだけですから、気楽なものです。

天本 やはり療養病床も再度、医療区分1、医療区分2、医療区分3の制度運用をきちんとモニタリングしていただく。医療区分3が今、増えているでしょう。これは出来高的な問題点が含まれていないのか、検証が必要なのは。

最終的なアウトカムとして、在宅死は伸びていない

川淵 それでどうでしょうか。今度の新医療課長も「次回は在宅だ」と言っています。やはり今の厚生官僚は在宅指向なのですね。結局、制度ビジネスの悲しさか、どうしても報酬がつくと皆が動くのですが、この3人の先生方は国に先んじて行動する方々です。あとから制度がついてくるのですね。

鳥羽 今まで、在宅に相当手厚く医療保険をシフトしていましたよね。でも、先ほどもいいましたように、最終的なアウトカムとして、在宅死は伸びていない。それがおかしいのです。ですからやはり、このような制度変更をしておこなった場合には、行政でも結果ですべてを問われるべきだと思うのです。

ですから、まず療養病床をガクッと減らせば、在宅の方にワッと医療もシフトし、在宅で亡くなる人がこう増えるはずだというふうに、実は考えていたと思うのですが、そうはなりません。ということは、何か失敗の原因があるとまず考えてやるべきだと思います。

吉岡 ですから、優秀な医系技官が皆、やめていくということになるのです。

川淵 この3月に19人やめたとのことですね。

介護保険の給付の中身において、介護療養廃止よりも先に特別養護老人ホームの問題に本来は突っ込むべき

川淵 同時改定に期待するものは吉岡先生、何かございますか。

吉岡 あまり期待はしていません。私らの方も襟を正してやるべきことをきちんとやって、最終的には保険料を上げてもらうしかないだろうと私は思うのです。それを国民の皆さんが納得できるようにしていくことです。

川淵 どちらの保険料ですか。医療、介護、それとも両方ですか。

吉岡 両方です。私のやっている仕事は介護保険が中心ですが、医療保険料もです。それで、保険料の値上げが納得いただけるよう私たちが実践していく、現場をつくっていくかなければいけません。

川淵 ただ、今は65歳で保険料が介護と医療の合計で1万円ぐらい払っているでしょう。これがグングン上がって行くのです。今は高齢者医療保険料だけで年間7万2,000円なのが、下手をすると2030年には23万2,000円になるそうです。そのときの年金水準は分からないけれども、今でも高齢者施設に入院・入所すると施設のお部屋代や食事代で、月7~15万円ぐらいするのです。今の厚生年金が大体22万円ですから3分の1が支出されるのです。果たして、いつまで年金から保険料が払えるのかと思います。

天本 でも、介護保険の給付の中身ですが、補足給付(住宅手当、食費)など一般財源で出すものを介護保険財源から払っています。そして、介護保険の中に本来医療サービスである訪問看護や介護保険施設給付の中にわずかではあるが医療の部分を紹介

保険給付に入れています。そのために必要な訪問看護や施設における医療提供に制限がなされているといった実態をどのように改善していくのかといったところは、医療保険、介護保険における同時改定の際きちんと見直していくべきだと思います。

特別養護老人ホームである介護福祉施設は住まいという位置づけだから医療は外出しとなっているのです。もし住まいであるならば、特定施設といった位置づけにしていけばいいです。特別養護老人ホームは本来低所得者のための措置費で賄うべきです。また特別養護老人ホームは社会福祉法人立なので無税で対応されています。しかし誰でも利用可能な介護福祉施設を無税にする根拠はありません。特別養護老人ホームと介護福祉施設とは明確に仕分けをすべきであると言いたいのです。これからの介護保険の施設事業整備において老人保健施設の整備計画は必要であるも介護福祉施設の整備の必要性はありません(低所得者用の住まい・特定施設としての整備は必要であるも)。介護保険の給付の中身において介護療養廃止よりも先に、特別養護老人ホームの問題に本来は突っ込むべきです。

併給を認め、支払い方式は原則、ある程度包括払いでやるしかない

川淵 そこをがらがらポンすべきでしょうね。天本先生は、いかが思われますか。同時改定に何か期待するものはおありですか。

天本 それは点数うんぬんよりも、さっきいいましたように医療保険か介護保険かでなしに、老健施設の中で医療保険が使えるようにすることです。例えば、認知症の専門医が入