

をおこなっていかねばいけな
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ねばいけな
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も驚いたことは、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
くなるということです。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と、自分なりに思った次第です。

ホスピスでは患者の 好きだけ入れられる 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、「どうしてペグをつくったのですか」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とிட்ட」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し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。

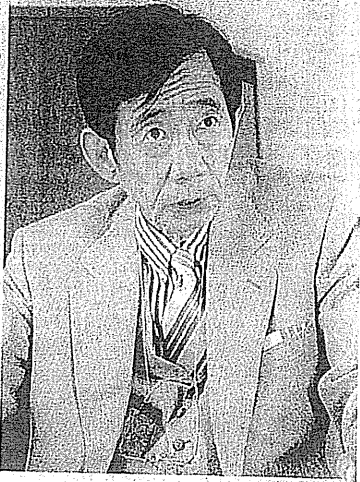


鳥羽 研二先生

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。そこの問題が第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、最後のご臨終のところ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の問題にして、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なりません。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气と闘ったから、ご家族とよくお話をし、「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%にしる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・ドゥ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ー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ーが出来ています。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あります。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。そうすると、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、どんどんやるようだと医療費が高騰する。ですから、経済的に無理にならないければ、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、お年寄りは早く出て

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、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察料のマルメ(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。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。マルメか、出来高かといった対応から双方組み合わせ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ことではなく、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るか、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、三浦先生が院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をご提案し、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年間してもらおうのです。

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する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」という目標へ向かって少しずつチェンジしていけばよいのです。意思を明確にしてぶれずに進まねば。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かね……。

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ホ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・箱物だけでなしに、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)

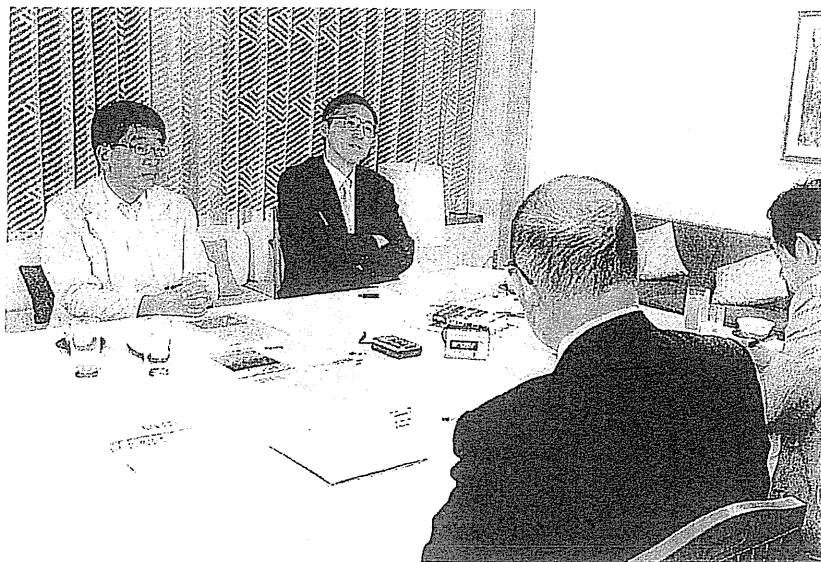
とか、色々な老人アパートがありますが、先生はそういうケア付き住宅をどう思われますか。

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ビ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な

いと思います。

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時間ついているということ。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。

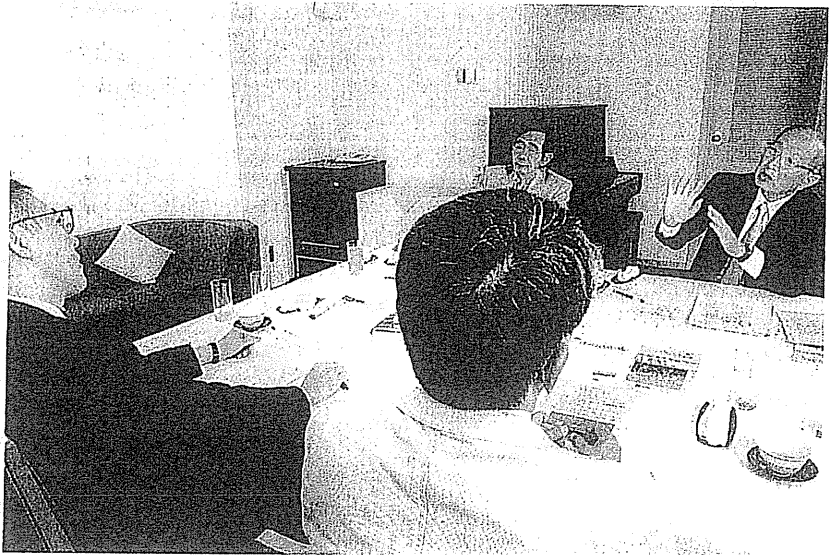
天本 医療区分1の人は介護保険料を払っていますからね。

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か。

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思われます。医療区分導入においては医療必要度しか考慮されておきませんが、必ずそういう人たちには介護も必要なのです。また介護保険施設では医療必要度は加味されておきません。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 確かに分断的ですね。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よ。

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よ。

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・ビ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での話ですか。

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よ。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よ。

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、ちょっと看護師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師がいない。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、それぞれ鳥羽先生がおっしゃったような看護師さんが一人いれば、20分が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ぬわけです。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。せつ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。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が、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は今、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か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、その代わりに、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き、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



ってい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、検証が必要なのでは。

最終的なアウトカムとして、在宅死は伸びていない

川淵 それではどうでしょうか。今度の新医療課長も「今回は在宅だ」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 今までも、在宅に相当手厚く医療保険をシフトしてましたよね。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は、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

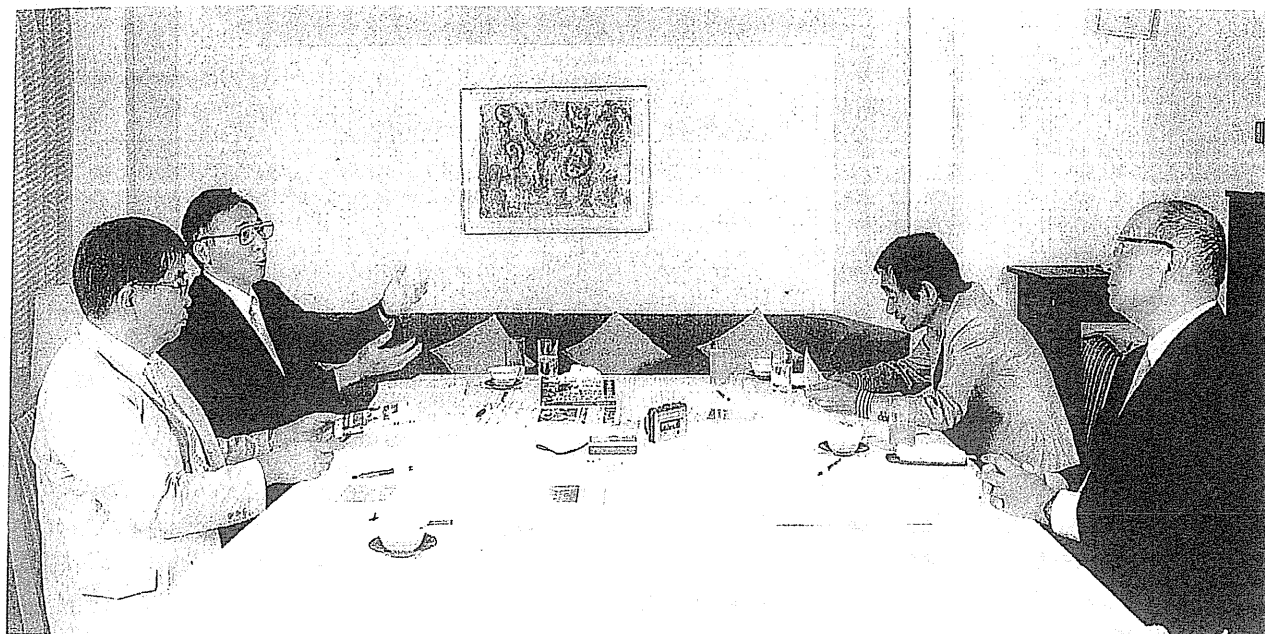
保険給付に入れてあります。そのために必要な訪問看護や施設における医療提供に制限がなされているといった実態をどのように改善していくのかといったところは、医療保険、介護保険における同時改定の際きちんと見直していくべきだと思います。

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くべきでは。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よ。

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



れる仕組みをつくる。認知症の治療のため、施設の外に行っても施設に支払われる支給限度額からも持ち出しとなっています。老健施設の中に地域から認知症医療が導入されるなら介護職員で解決できるもの、看護師で解決できるものなど、それはたくさんありますよ。

要するに分断的ではなく横断的な形で、あるいは重層的に医療保険、介護保険が使える仕掛けというか、使えるようにしていかないと。

川淵 私、舩添さんが厚労大臣の時には後期高齢者医療度の検討委員会にも入れていただき、先日も長妻大臣に会った時に後期高齢者医療制度の見直しは無理だろうといいました。なぜならもう制度が走ってしまっていて、なおかつ、みんなそんなに文句をいっていないからです。そういう点ではソフトランディングしたということです。

しかしその一方で、介護保険との関係が全然言及されていませんよね。ですから、高齢者医療制度と介護保険をドッキングしたらどうでしょう

かと提案した次第です。今はall or nothingでしょう。つまり、介護保険優先原則があるから、介護保険を使ったら、医療保険は原則として給付できないのです。これはおかしいだろうということで、先日も老健でがんの人が注射を打つことが可能になりました。やっぱりそこは日本人の知恵として、両者の併給を認めて、支払い方式を原則は重症度別包括払いにしてはどうでしょうか。

吉岡 そうですね。二つの財布ができて10年経過したのだから、その辺を整理する必要があります。

現物給付的に運用している 介護保険

川淵 そうなったらソフトランディングで……。

天本 ただし、怖いのは介護保険は現金給付で、医療は現物給付で必要なものは必要なだけという基本的なポリシー、基本的スタンスの違いがありますから、安易に医療保険も現金給付にすべきではないと思います

ます。

川淵 でも天本先生、今、介護保険は現物給付的に運用していますよね。どう見ても介護保険は、現金給付には見えません。

天本 学者も現物給付といっていますから。

川淵 しかし、現物給付といいながら、要支給額という概念はない筈でしょう。

そこで現物給付的にうまくできないかなと思うのです。色々、まだご批判はあると思いますが、これで座談会を終えたいと思います。どうもありがとうございました。

(2010年9月10日収録)



高齢者医療の展望

鳥羽 研二

要約 後期高齢者医療制度の廃止に伴い、高齢者医療は何をすべきかの議論が宙にういている。米国でも、欧州でも、また本邦の最新の調査でも、患者の「生活の質を維持し、活動を維持する」といった目標は一致しており、臓器別診療には出来ない包括的な視点で行う患者サービスが、救急後医療、在宅医療、認知症診療など高齢者医療の主要なすべての部分のコアである。

都市部を中心とする、特に75歳以上の激増期を迎え、福祉、住宅など町づくりの中で医療を考えるような要請が、世界に先駆けて我々に問われている。先端知識も、医療工学や社会学との整合性や連携を必要にされる時代になり、在宅医療を含め、老年医学が多職種協働教育の面でより裾野を広げ、高齢者医療のニーズに答える必要がある。

Key words : 高齢者医療, 救急医療, 在宅医療, 認知症医療, 多職種協働

(日老医誌 2011; 48:1-6)

はじめに

後期高齢者医療制度が挫折した。「高齢者に相応しい医療を提供する」という日本老年医学会の定款前文を引用するまでもなく、設立以来積み重ねてきた会員の努力が、医療費の問題と、後期高齢者という呼び方は年齢差別的表現という問題にのみ焦点をあてられ、本質的な議論のないまま見直しとなった。本年7月にまとめられた高齢者医療制度改革の中間取りまとめでも、永続的に医療費をどう分担するかの議論に終始した結果、医療サービスに関しては、わずかに11行しかなく、「高齢者の病態に応じた医療に付いては今後の課題」とされている(表1)¹⁾。

高齢者の安心と満足出来る医療制度には、高齢者の医療ニーズとサービス供給が的確に行われなくてはならないことは自明であるが、本質をさけた議論が最終とりまとめとならないことを切に望んでおく。

今回、高齢者医療の展望は、本質的な議論のたたき台に資する内外の動向を振り返り、今後の臨床研究を踏まえて医療に組み込むべき課題にもふれた。

高齢者医療の目標

一般に医療は「生命予後」、「臓器機能予後」、「合併症出現」などのエンドポイントをもって医療の良否を判断している。近年「生活の質(QOL)」や「医療費」なども医療の善し悪しのマーカーとして捉えられているが、主流ではない。高齢者医療の優先順位については近年あたらしい研究がなかった。

老年医学とは何か、老年科医とは何かというアンケート調査が欧州老年医学連合(Geriatric Medicine in the European Union)でなされた。調査人数も少なく(120人に配布、60が回答)、連合を代表する集計ではないと断っている。老年科医の概念は、健常高齢者を扱う医師、老年医学の素養を備えた臓器専門家、総合医に老年医学のトレーニングを追加研修した医師、コーディネーター医師、在宅高齢者専門医師、病院高齢者専門医師の6つのカテゴリーに分かれた。いずれも多数を占めず、老年科医師の興味や専門性が拡大、分散している現状を示している²⁾。

米国老年医学会では、老年医学の将来を見据えたプロジェクト委員会を立ち上げているが、そこで高齢者の健康増進に相応しい5つの目標を掲げている³⁾(表2)。

このような目標は、欧州老年医学の調査における老年科医の役割意識の多様性とよくマッチしている。老年医学はそのなかで臓器別サブスペシャリティーを深める方向から、社会の必要とする健康予防活動、急性疾患医療、

表1 高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ):医療サービス

- 今般の診療報酬改定によって、平成22年度より75歳という年齢に着目した診療報酬体系は廃止された。
- 今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて別途の場において議論が進められるが、以下の基本的な視点に立って取り組む必要がある。
- ・それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく在宅を強いられることもなく、リハビリも含めた必要な医療・介護が切れ目なく受けられる体制を構築する。
 - ・かかりつけ医等の普及を図ることや、必要な医療費は拡充しつつ効率化できる部分は効率化すること等を通じて、真に高齢者の立場に立った医療提供体制を構築する。
 - ・様々な高齢者のニーズに応じた多様なケアの提供体制の充実や医療・福祉の人材育成をはじめとする長期的・総合的な構想を策定し、モニタリングを行いながら実行する。

表2 高齢者健康増進の5つの目標

1. 高齢者が誰でも質の高い、患者中心の医療を受けられるようにする
2. 老年医学知識を発展し、応用範囲を広げる
3. 老年医学の基礎知識を現場に生かせるコメディカルを増やす
4. 他分野の医師/コメディカルを老年医学分野に勧誘する
5. 高齢者の健康増進をはかるため、専門家、諸団体と協調して政策に生かす

慢性疾患医療、介護福祉分野に、医学的知識と保健、交通、流通、建築など幅広い分野と協調する「老年学」へと知識とノウハウを拡大すべき時期にきている。高齢者の相応しい町づくりのなかで、医学知識の最大限の応用をはかるべきであろう。

日本老年医学会では、大内理事長の主導のもと、若手を中心に老年医学の将来について特別委員会が立ち上がり、老年医学のアイデンティティー、目標など熱い議論が交わされている。この中で、中心となるのは「生活機能を軸に入れた医療を行う専門家」「特に苦痛となる症状(老年症候群)の予防と治療に対応する専門家」といった骨子を伝え聞いている。これらは人口に膾炙しやすく、老年学に今すぐ応用出来るノウハウを多数含んでいる。具体的アクションプランの策定に向け更なる議論が期待される。

以上を整理し老年科医の立ち位置を表に示す(表3)。老年科医師はビッグバン後の宇宙のように広い分野にそれぞれの専門性をもっていく姿も考えられる。

高齢者医療各論

1) 救急医療

救急搬送は平成8年からの10年間で増加が著しいが、高齢者においては重症の増加率は高齢者人口増加率とほぼ一致している。一方、中等症、軽症の著増は大きな問題を孕んでいる。安易に救急車を利用するなどの救急車

の利用態度の変化や、気軽に相談出来る医療機関(医師)の体制の弱体化が関与している可能性もある(表4)⁹⁾。

米国でも、高齢者住宅介護における救急医療の実態について、年間に100ベッドあたり30の救急搬送があり、4割以上が入院不要な救急車要請であった。救急判断を行う高度なケアプランや管理ガイドラインの有効性は実証されなかった⁹⁾。

本邦では、特に軽症の救急搬送の利用は人口が減少している小児でも著増しており、急病のトリアージと同時に限られた救急医療資源を最も必要な人が利用するため、軽症例の有料化などを検討する時期にきている。

高齢者の救急入院医療の統計も少ない。長谷川らは、大学病院高齢診療科で、年間約400名の入院患者のうち、二次救急患者および即日緊急入院の割合は約60%にも及んでおり、このうち救急患者の平均年齢は83.3歳で、待機的な入院患者と比べより高齢であった⁹⁾。

入院となった疾患の割合は誤嚥性肺炎を含む肺炎が29.8%、脳梗塞・脳出血が13.8%、悪性疾患5.0%、心不全12.2%、心房細動を含む不整脈が1.7%であり、疾患のトリアージによって一般医療機関でも対応出来る余地があることを示しているが、リハビリを含む生活機能支援によって半数以上が在宅復帰をしている成績から、高齢者救急には「救急後生活機能支援」の要件が今後重要な課題となることは間違いない。

高齢者救急における見逃しやすい疾患として、くも膜下出血や心筋梗塞などが指摘されているが、謔妄もそのカテゴリーに入る。謔妄は高齢者医療で頻度が高く、身体疾患によることが多いため鑑別が重要な疾患であるが、認識が低いと見落とすことになる。救急経由で入院し謔妄と最終診断された25名中、19名(76%)が救急医には謔妄と診断されておらず、入院受け持ち医も15名の謔妄を見逃していた¹⁰⁾。見逃された多くは、体動や興奮が少ないタイプのため、虚弱高齢者に多いタイプの謔妄診断には格段の注意が求められる。

表3 高齢者医療, 対象と呼応する高齢者医療領域

対象	健常高齢者	自立有訴者	救急疾患	非自立慢性疾患
		軽症	重症	
名称区分	予防老年医学		病院老年医学	地域老年医学
	各科医師+老年病研修		コーディネーター医師	
場面	地域保健 老人健診	外来	入院	入院/在宅 介護保険施設
老年科以外	保健師 行政	総合医	救急医 各科医師	在宅医, 一般医 訪問看護/歯科 ヘルパー

表4 救急・救助の現況(総務省消防庁) 2008年

平成18年中

全体	小児(18歳未満)	成人(18歳~64歳)	高齢者(65歳以上)
重症	1.6万人 0.6万人減 -27%	15.5万人 2.8万人減 -15%	37.2万人 9.7万人増 +35%
中等症	10.2万人 1.7万人増 +19%	65.2万人 8.0万人増 +14%	104.4万人 56.8万人増 +119%
軽症	37.8万人 9.4万人増 +33%	138.1万人 34.5万人増 +33%	78.8万人 48.0万人 +156%

表5 在宅医療推進会議構成メンバー

- ・日本在宅医学会
- ・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- ・日本在宅医療学会
- ・日本ホスピス・在宅ケア研究会
- ・尾道市医師会
- ・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
- ・全国国民健康保険診療施設協議会
- ・日本訪問看護振興財団
- ・在宅医療助成 勇美記念財団
- ・長寿科学振興財団
- ・日本プライマリ・ケア連合学会
- ・日本老年医学会
- ・日本医師会
- ・日本歯科医師会
- ・日本薬剤師会
- ・日本看護協会
- ・国立がんセンター
- ・日本ホスピス緩和ケア協会
- ・高齢社会総合研究機構
- ・日本介護支援専門員協会

2010年は、記録的に熱中症の救急搬送が多く46,000件を超えている。また、死者も475人にのぼり、犠牲者の3分の2は70歳以上の高齢者、しかも夜間に室内で

亡くなる例が4割だった。これまでの多い年に比べ5倍以上の多さで、環境要因に関する高齢者の脆弱性にもっと注意を払う必要がある。本年は寒い冬が予測されている。米国では低体温死亡が4年間で4,607人、半数は65歳以上の高齢者で男性が3分の2を占めたとの報告が出ている⁸⁾。

2) 在宅医療

住み慣れた家で病気があってもいつまでも暮らしたいという大半の健常高齢者の希望と、増加する医療費の抑制のため、ベッド数を削減したい国の方針を背景に、在宅医療推進のための誘導政策がとられてきた。在宅療養支援診療所、在宅からの救急医療加算など医療保険において優遇策がとられ、在宅医療支援診療所は10,000カ所を超えている。国立長寿医療研究センターでは在宅医療を推進するため、日本医師会、歯科医師会、看護協会、全国在宅療養支援診療所連絡会、在宅医学会など殆どの在宅医療にかかわる団体の参加を得て活動してきた(表5)。会議の意見をもとに、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。日本老年医学会からは、大内理事長が参加し老年医学の知識普及を前提として重要であるこ

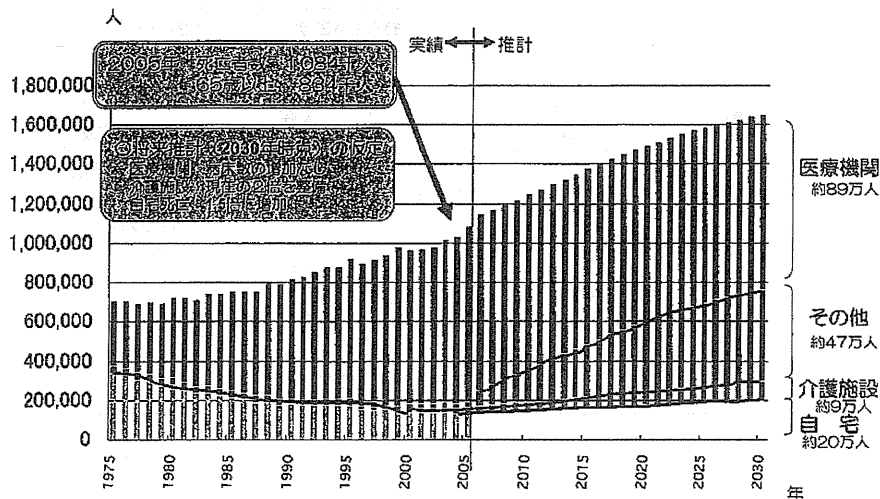


図1 医療機関での死亡数を2005年と同一とした場合の死亡場所の将来推計

表6 高齢者在宅医療における問題点

診療種別	場面	課題
一般医家 (医師の75%)	外来 午後往診	絶対的時間の不足, 体力 在宅指向は10%
在宅医療専門医	在宅 看取りは500	情熱と体力
基幹病院	救急 在院日数短縮	患者の選別, 救急の疲弊
一般病院	急性・亜急性	転院先, 医師不足
介護保険病床	慢性期	在宅復帰率低い
訪問看護	慢性期	利用率の伸び悩み

とを強調してきている。

一方在宅における看取りは遅々として増加していない。推進会議でも喫緊の課題として、急性期医療と在宅医療の円滑な連携の促進を掲げている。在宅療養支援診療所においても、複数の看取りを行う診療所は500に満たない状況は危機的である。

今後15年間に主として大都市近郊では、一都府県あたり数十万単位の高齢者が増加する。看取りの場の喪失さえ現実の問題として迫ってきている(図1)。

在宅医療をより広範に、患者/利用者の需要と医療従事者の勤務を考慮した問題点の一覧を掲げた(表6)。

共通の問題点として、在宅復帰を支える仕組みの欠如、医師の疲弊への制度の欠落があげられる。

これに対する試みが、国立長寿医療研究センターにおける「在宅医療支援病棟」の試みである。

医師/医療継続を希望する患者は登録制で、入院適応は在宅医師が行う。在宅復帰率は96%、在宅死亡率は36%(愛知県の3倍)の成績を得ている。病棟における医療看護ノウハウのテキスト化、病棟の採算性の検討を

行った上で、今後の医療政策への提言を考えている。入院決定を在宅医師が行うことで、在宅医師の不安と疲弊を防ぐ効果があるものと考えている。

3) 薬物療法

高齢者の多剤処方について、不必要な薬剤がどれだけ処方されているかについては、点検を行った成績がなかった。Rossiらは、平均72歳の退役軍人128名を調査し、平均6.8薬剤が処方され、6割の患者で一人1薬剤は不要であることを確認した。効果がない薬剤を延々と処方していた例が多く、種類別では、精神神経用薬(20%)、胃腸薬(18%)が多かった⁹⁾。

ナーシングホームにおいて処方の質を改善する試みに関して、18の大規模研究の比較が発表された。教育的介入は7研究で、2つはコンピューターによる援助システム、5つは臨床薬剤師の活動、2つが多職種協働介入であった。

処方の質の改善は83%に認められたが、健康状態の改善は軽微にとどまった¹⁰⁾。

米国で薬物過量による死亡が急増しているが、治療以

表7 もの忘れセンターの診療目標

認知症に対する患者・家族の希望を叶える (大目標)

- 1) 認知機能の維持
- 2) 周辺症状の速やかな改善
- 3) 生活機能の改善
- 4) 老年症候群 (転倒, 誤嚥, 失禁) などおこさない
- 5) 介護負担感の軽減
- 6) 身近な場所での認知症に対する介護サービス利用の情報提供
- 7) 緊急時の入院対応

外に流用された使用によるものが急増している。特にベンゾジアゼパンが14万から27万件に著増し、注意を喚起する必要がある¹¹⁾。

薬剤師による薬物のチェックが高齢者の入院や死亡を減らせるかについて17の研究のメタアナリシスが発表された。平均薬剤の0.5減少に寄与したものの、入院減少や死亡率の低下はもたらさなかった¹²⁾。

本邦では、学会の薬物療法ガイドライン委員会(秋下委員長)のもと、高齢者の薬物療法の実態と問題点が整理されてきた。慢性期医療における薬物数は、病院の5薬剤から、特段の有害事象なく介護現場では3薬剤未満に整理されている現状が報告されている。医療/介護保険制度による、多剤処方、外来や在宅医療など「出来高払いの現場」が今後検証される必要があろう。

4) 認知症医療

平成20年5月1日に、今後の認知症対策をさらに効果的に推進し、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ための「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が発表された。骨子は早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進であり、具体的には、

- (1) 実態の把握
- (2) 研究開発の加速
- (3) 早期診断の推進と適切な医療の提供
- (4) 適切なケアの普及及び本人・家族支援
- (5) 若年性認知症対策

の五つの柱が掲げられている。

実態の把握では、プロジェクト委員の朝田らが認知症罹患率の実態調査を行い、現在考えられているよりも大幅に上回る認知症患者の存在が推定されている。

早期診断や適切な医療の提供には、医師会、自治体の協力を得て認知症対応力向上研修会が持続的に行われている。この推進のために、「認知症サポート医師研修会」が国立長寿医療研究センターの事業として年6回全国各地で開催されている。専門診療所や、専門医療機関の整

備も急務である。

もの忘れ外来を創設する医療機関が増加しており、認知症の人と家族の会の2008年の調査で224カ所にのぼっている。老年科が主体となって運営しているのは首都圏を中心に全国10カ所あまりしかない。地域の偏在も顕著で岩手、栃木、群馬、和歌山、佐賀にはない一方、福岡県は40カ所以上と突出して多い。

年間の新患者数も、500名を超えて集中している診療科も少なくない。

5) 認知症疾患医療センター

緊急プロジェクトでは、認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150カ所整備し、地域包括支援センターの連携担当者を新たに配置することになっているが、熊本県や大阪府など整備が行き届いた地域がある反面、東京都、愛知県など整備途上の地域も多い。

認知症疾患医療センターは、今回の整備以前に、150カ所(平成12年4月1日現在の指定施設数)の老人性痴呆疾患センターがあったが、仙台市民病院以外は殆ど十分な活動もなく、「身体合併症のある進行した認知症」は入院先を探す困難が指摘されていた。今回の再整備でも、精神科中心の従来の施設が再申請しているケースが多く、患者/家族のニーズの満足にはほど遠い。一般病院の中に認知症専門の外来と、入院設備を有する構成にしなければ、前回の轍を踏むことになろう。国立長寿医療研究センターでは、モデルとなる「もの忘れセンター」を開設し、2010年春までに外来、病棟ともフルオープンすることになっている。ここでの診療目標(表7)は認知症疾患医療センターにおける国民のニーズにマッチしたものと考える。

認知症の精神症状から身体合併症まで幅広く診療可能な老年科医師がコーディネーターになって神経内科、精神科、脳神経外科、放射線科、リハビリ科の医師の協働作業を可能にする運営をすすめるのが一番よいものと確信している。

6) 終末期医療

高齢者の終末期医療に関する立場表明が井口倫理委員長のもとでまとめられてから10年が経過した。教育に関しては、ケアにあたるものの実践的な教育、国民に対する「死の教育」の必要性があげられ、研究の推進、社会制度の整備など、国が関与すべき課題も列挙されている¹³⁾。さて、現在のこれらの課題の達成進捗はいかがであろうか? 残念ながら10年前と比べて変化は乏しい。後期高齢者医療制度において「終末期相談支援料」という言葉の中にはじめて「終末期」という言葉が登場したことが特筆されるが、75歳以上は満足な医療より終末

期の相談をするような世の中に不要な集団か?といった感情論により、廃止となった。祖父母の死に立ち会わず、死の教育も受けず、死は遠い存在と考える国民がこれから増加していく。多死の時代は確実に近づいている。救急医療機関による胃瘻増設は急増し、非癌の終末期医療、特に認知症の終末期医療とケアに関しては、ガイドラインの策定は喫緊の課題である。

非癌患者の終末期に関して在宅死を望むものが多く、かかりつけ医が多くをみているが、高齢になるにつれ、特に90歳以上で緩和ケアのニーズが高まることが癌の終末期とことなる高齢者終末期の特徴であるとの成績が出された¹⁴⁾。急性期病院における90歳以上の非癌患者80名の終末期医療を前期高齢者(65~74)52名と比較した成績が出された¹⁵⁾。90歳以上では4割に認知症、6割に心不全を認め、前期高齢者と比較し心肺蘇生を行わない率が有意に高く、複数の治療選択肢から考慮する率も高かった。全体で70%が薬剤投与を中止しており、いずれの年齢にも相応しい終末期医療を向上する必要があると結論づけている。

日本老年医学会倫理委員会(飯島節委員長)は、「立場表明」の具現化各論に踏み込んだガイドラインの策定も視野に入れ作業を開始している。医師会、救急医学会や、終末期に関する科学研究班などの意見を盛り込み、また多くの老年医学会会員や外部の有識者の意見を取り入れ完成を目指してほしい。

おわりに

高齢者医療は老年医学の実践であり、ポリシーやアイデンティティーの多くは両者で共有すべきものである。

1995年、井形は終末期の苦しみ解放、社会参加、ハイテク技術の導入などの展望をあげている¹⁶⁾。先見性のある予測である。高齢者医療は医療費の問題に限らず、福祉の必要性、住宅問題、認知症の法律的問題、運転免許の問題、終末期医療の問題など、医学以外に法学、社会学、哲学、工学、理学や産業、行政が各所に関与すべき学際的学問になってきている。病院や大学において専門性を議論している場合ではない。老年医学の知識、高齢者医療のノウハウは地域医療で渴望され、どうしてどの大学にも老年医学の教室がないのかと頻りに問われるようになってきている。専門分野は確立しており、広がっている。高齢者の激増と扱うべき課題の多さに思いを馳せれば、一日として安閑と出来ない。会員諸君とともに一層奮闘したいと考えている。

文 献

- 1) 高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)平成22年8月20日高齢者医療制度改革会議、発表資料。
- 2) Duursma SA, Overstall PW: Geriatric medicine in the European Union: future scenarios. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36 (3): 204-215.
- 3) Besdine R, Boulton C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M, et al: American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine. Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6 Suppl): S245-256.
- 4) 総務省消防庁: 救急・救助の現況。第3回救急医療の今後のあり方に関する検討会資料, 2008.
- 5) Arendts G, Howard K: The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age Ageing* 2010; 39 (3): 306-312.
- 6) 長谷川浩: 高齢者救急医療の現状と将来展望. *日老医誌* 2006; 43: 685-686.
- 7) Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al: Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med* 2009; 16 (3): 193-200.
- 8) Hyattsville MD: National Center for Health Statistics. Compressed mortality files. National Center for Health Statistics; 2003.
- 9) Rossi MI, Young A, Maher R, Rodriguez KL, Appelt CJ, Perera S, et al: Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5 (4): 317-323.
- 10) Marcum ZA, Handler SM, Wright R, Hanlon JT: Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: A narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010; 8 (3): 183-200.
- 11) Emergency department visits involving nonmedical use of selected prescription drugs-United States, 2004-2008. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59 (23): 705-709.
- 12) Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK: Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2008; 65 (3): 303-316.
- 13) 社団法人日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」. *日老医誌* 2001; 38: 582-583.
- 14) Gielen B, Remacle A, Mertens R: Patterns of health care use and expenditure during the last 6 months of life in Belgium: differences between age categories in cancer and non-cancer patients. *Health Policy* 2010; 97 (1): 53-61.
- 15) Formiga F, López-Soto A, Navarro M, Riera-Mestre A, Bosch X, Pujol R: Hospital deaths of people aged 90 and over: end-of-life palliative care management. *Gerontology* 2008; 54 (3): 148-152. Epub 2008 May 30.
- 16) 井形昭弘: 高齢者が抱える基本的問題をどう把握するか. *medicina* 1995; 32: 1274-1278.

認知症の医療と生活の質を高めるには

鳥 羽 研 二

別 刷

日 本 医 師 会 雑 誌

第 139 卷 ・ 第 12 号

平 成 23 (2011) 年 3 月