

どうする老人医療これからの老人病院 (Part30)

ご存知ですか？

後期高齢者医療制度

( Part )


第30回全国シンポジウム  
平成20年2月23日  
大手町サンケイプラザ

# 目 次

---

1 . プログラム	1
2 . 講師略歴	2
3 . 開会挨拶	4
4 . 基調講演 「後期高齢者医療制度について」	7
平井基陽	
日本医師会「高齢者の診療報酬体系検討委員会」委員	
5 . 現場からの発言 「後期高齢者医療制度で在宅医療に求められるもの」...	29
照沼秀也	
医療法人社団いばらき会いばらき診療所 理事長	
「後期高齢者医療制度の中での老人医療」	39
富家隆樹	
医療法人社団富家会富家病院 理事長	
「老人医療の変遷からみた後期高齢者医療制度」	
～病院の今後の役割～	62
大川博樹	
南小樽病院 病院長	
6 . シンポジウム	99
シンポジスト	平井基陽、照沼秀也 富家隆樹、大川博樹
座長	齊藤正身 医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長



# プログラム

13:30 開会挨拶

平井基陽  
老人の専門医療を考える会 会長

13:40 基調講演「後期高齢者医療制度について」

平井基陽  
日本医師会「高齢者の診療報酬体系検討委員会」委員

14:30 現場からの発言 「後期高齢者医療制度で在宅医療に求められるもの」

照沼秀也  
医療法人社団いばらき会いばらき診療所 理事長

14:50 現場からの発言 「後期高齢者医療制度の中での老人医療」

富家隆樹  
医療法人社団富家会富家病院 理事長

15:10 現場からの発言

「老人医療の変遷からみた後期高齢者医療制度」～病院の今後の役割～

大川博樹  
南小樽病院 病院長

15:30 休憩

15:45 シンポジウム 「制度改正で変わること、変わらないこと」

シンポジスト 平井基陽、照沼秀也、富家隆樹、大川博樹  
座長 齊藤正身（医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長）

17:00 終了

総合司会：山上久（老人の専門医療を考える会副会長）

## 講師略歴

ひらいもとはる  
平井基陽

日本医師会「高齢者の診療報酬体系検討委員会」委員  
医療法人鴻池会秋津鴻池病院 理事長

昭和47年 山口大学医学部卒業、大阪大学・高次神経研究施設  
昭和55年 医学博士（大阪大学）授与、奈良県立医科大学精神医学教室  
昭和60年 奈良県立医科大学助教授  
平成2年 医療法人鴻池会秋津鴻池病院院長  
平成9年 医療法人鴻池会理事長  
平成16年 奈良県立医科大学臨床教授

てるぬまひでや  
照沼秀也

医療法人社団いばらき会いばらき診療所 理事長

昭和61年 浜松医科大学医学部卒業、浜松医科大学第二外科入局  
平成5年 浜松医科大学第二生化学大学院卒業、駿河西病院副院長  
平成8年 いばらき診療所開設  
平成10年 医療法人社団いばらき会設立、理事長

ふけたかき  
富家隆樹

医療法人社団富家会富家病院 理事長

平成3年 帝京大学医学部卒業  
平成9年 医学博士取得、アメリカミズーリ州メルビル大学大学院経営修士留学  
医療法人ふけ会富家千葉病院理事長、社会福祉法人樹会大井苑理事長

おおかわひろき  
大川博樹

### 南小樽病院 病院長

昭和61年 札幌医科大学卒業、同大学内科学第三講座大学院入学  
昭和62年 百合が原病院（現 札幌太平病院）勤務  
医療法人社団上田病院（現 札幌江仁会病院）勤務  
平成4年 医療法人双葉会旭川十条病院病院長就任  
平成8年 南小樽病院開設

さいとうまさみ  
齊藤正身

### 医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長

昭和58年 帝京大学医学部卒業  
埼玉医科大学放射線科および第3内科にて研修後、同大学助手  
昭和63年 医療法人真正会霞ヶ関中央病院医局長  
平成2年 医療法人真正会霞ヶ関南病院病院長  
平成9年 医療法人真正会副理事長  
平成12年 社会福祉法人真寿会理事長  
平成14年 医療法人真正会理事長

# 開会挨拶

---

山上　　本日は、お忙しいところをお集まりいただきましてありがとうございます。

これから「老人の専門医療を考える会」の第30回全国シンポジウムを開催致します。テーマは、「どうする老人医療　これからの老人病院 Part30」、サブテーマは、「ご存知ですか？　後期高齢者医療制度（Part　）」です。Part

としておりますのは、昨年も後期高齢者医療制度についてシンポジウムを開催しましたが、いよいよ来年度から制度がスタートするため、昨年よりもいろいろなことが分り、また、それに対応していろいろなご意見等々もいただきました。そこで、今回も続けて Part　という形で開催することになりました。今日は 13 時 30 分から 17 時の予定でプログラムを進行させていただきます。

では、流れに沿いまして、開会のあいさつを会長から、よろしく願いいたします。

平井　　皆様、こんにちは。当会の会長をおおせつかっている平井でございます。今回は第30回全国シンポジウムで、テーマは、「ご存知ですか？　後期高齢者医療制度（Part　）」を昨年に引き続いて開催致します。「老人の専門医療を考える会」は、昭和58年に発足いたしまして、会員は53病院です。診療所の会員の方もいらっしゃいますし、施設の会員の方もいらっしゃいますが、広く老人医療の質を高めようと終始一貫言い続けて、25周年を昨年迎えました。

これまでも、いろいろな医療制度改革がございましたが、何と云っても、後期高齢者医療制度がこの4月から始まります。厚生労働省の医療課へ本日の講演をお願いしたのですが、「この時期、土曜・日曜は、わたしたちも仕事をしているので、出席は難しい」と昨日、正式に欠席のお返事

がありました。そこでこのあと私から、厚生労働省に代わってというわけではないのですが、制度の概略を発表、ご報告させていただきます。

今日は、一般の利用者の方がたくさんお見えいただいているかなと思ったのですが、意外と少ないようです。さて、介護療養型医療施設の廃止が決まって、今、介護療養型医療施設の転換先として老人保健施設、通称は「介護療養型老人保健施設」と名称がつけられる方向らしいですが、いずれにしても、病床を削減する方向でございます。「老人の専門医療を考える会」といたしましては、「お年寄りに少しでもいい医療を」と終始一貫主張しております。昨年度のこのシンポジウムで、皆様方に「わたしたちの会の考え方」を、2点、挙げさせていただきました。

一つは、75歳という年齢をもとに、受けられる医療を制限してはいけません。75歳を過ぎれば、それまで受けていた医療が、75歳になった途端にそれまでとは違う医療、あるいは、それまで受けられていた医療が受けられなくなるような制度であってははいけません。それからもう1点は、在宅医療、いわゆる医療機関以外での終末期ケアが、高齢者の選択に基づくものでなくてははいけません。福祉の名のもとに、医療抜きの終末期ケアは避けなければならない。われわれはこの2点には反対する、と昨年のシンポジウムでお伝えしたと思います。

先ほど申し上げましたように、療養病床の再編、あるいは後期高齢者医療制度が始まります。いずれにしても、制度が変わることが、国民のほとんどの方がご存じないままに行われる。それをわたしどもは非常に心配いたしております。それから、今度、介護療養型医療施設がいくらかは介護保険施設に変わると思うのですが、その内容についても、国民の方がはたして、従来の老人保健施設と介護療養型老人保健施設の違いが分かるのかどうか。それにも増して、今、医療で診ている高齢者の方たちが、介護保険の施

設になることによって、受けられる医療が制限されるという、制度によって制限を受けることに対しては、わたしども会としては、やはり療養病床は必要であると主張したい。

さらに言わせていただけるのでしたら、療養型病床群の制度化にわれわれの会も積極的に協力してきました。そして、やっと、わたしどもは、世界に誇れるナーシングホームができた。これからもっと充実させようと言っていた矢先に、介護療養型医療施設が全廃になる事が決まりました。これは日本の医療の平均在院日数を減らす目的のためにだけなされる、非常に嘆かわしい事態であるというのが、当会の見解でございます。

また今日のシンポジストは全て当会の会員でございます。会場の皆様方は積極的に参加していただき、今日一日が高齢者医療の質の向上に少しでもお役に立てたら、今日開催させていただいた意義があると思っておりますので、どうか短い時間ではありますが、おつきあいのほどよろしく願いたします。どうもありがとうございました。

山上      ありがとうございます。申しおくれましたが、司会の副会長の山上でございます。よろしく願いたします。では、これから、平井会長からの基調講演、「後期高齢者医療制度について」のお話を進めさせていただきたいと思っております。では、よろしく願いたします。

# 基調講演

---

## 後期高齢者医療制度について

平井基陽



本来でしたら、厚生労働省の担当の方がお越しになって、今度4月1日から始まる後期高齢者医療制度の中身についてプレゼンテーションをしていただくのですが、先ほど申し上げましたように、厚生労働省の都合がつかないため、私から主にその利用者の方を対象に制度のあらましを、説明させていただこうと思っております。よろしく願いいたします。

それでは、早速、30分強ぐらいの予定で進めさせていただきます。

これは、国から出しているパンフレットをもう一度スライドに組み立てたものです。わたしどもの病院の外来にこのパンフレットが置いてあります。

平成20年4月から、75歳以上全員が新しい後期高齢者医療制度で医療を受けます。実は、年齢によって医療保険制度ができるというのは、我が国で初めてのことでございます。保険証は、新しい保険証が1人に1枚交付されます。したがって、医療保険ではありませんが、先にある介護保険制度をイメージしていただければ、非常に理解しやすいと思っております。それから、保険料は75歳以上全員が納めます。特別徴収で原則、年金から天引きで、保険料を納めていただきます。病院で支払う自己負担は、これまでの老人保健と変わりません。原則1割の自己負担ですが、現役並みの所得のある方は3割負担していただきます。

財源の問題ですが、大事な点は公費で、つまり国、都道府県、市町村が、その保険料の半分を負担します。そして、若

年者の保険料（後期高齢者支援金）から4割負担します。そして、75歳以上の高齢者ご自身の保険料の負担は1割です。先ほど言いましたが、介護保険と同じように、特別徴収で年金から天引きされるように、手続き上は行われるようになりました。ここで大事なことは、後期高齢者医療制度で給付される総額の1割が保険料です。逆の言い方をしますと、75歳以上の高齢者ご自身から集める保険料の10倍のサービス給付しかできないこととなります。ですから、そこでもう総額が決まってしまうので、今のサービスが悪いという声が出れば、国は「では、保険料を上げますよ」と言える仕組みになっております。ここがまず、第一のポイントです。

ところが、参議院選挙の結果を踏まえて、少し負担軽減をすることになりました。例えば、ご主人が仕事をなさっていて、奥さんが家にいらっしゃる場合、被扶養者としての保険料の負担はなかったのです。ところが、75歳からの後期高齢者医療制度になりますと、その方たちもすべて、保険料を納めていただきます。原則として年金から天引きします。ということだったのです。しかし、あまりにもその負担、あるいは地域医療格差等々の声が上がってききましたので、経過措置として、政府は、被扶養者は、2年間は半分負担だったのですが、4月から9月までは負担凍結にしました。それから、10月から翌年の3月は、支払うべき保険料の9割を軽減することが、つい先だって決まりました。

では、実際の保険料の状況を、国で試算したところ、年額一人当たり72,000円の保険料、月額にすると6,000円が標準的な保険料だと発表されました。そして、それぞれの保険者は、都道府県になります。一番安い秋田県で、一人当たり年間47,000円、平均は72,000円です。高い神奈川県では、92,750円と都道府県によって格差があります。

保険料の算定方法は、すべての人にお払いいただく応益割（頭割）と、応能割（所得比例）の保険料とを合わせたものです。先ほどの話によって、被扶養者に関しては半年は保険

料がゼロです。それから、そのあとの半年は1割に軽減されております。しかし、枠組みそのものは続いておりますので、近い将来になると思いますが、全額負担という構造になることに変わりありません。

それから次は、「後期高齢者医療の在り方」です。これが一昨年から、後期高齢者医療の在り方に関する審議会の特別部会が国に設けられ、そこで後期高齢者医療の在り方、提供される医療はどうあるべきか、という議論が計10回にわたって行われました。その一つのまとめの時期が第6回でしたので、その資料を引用しております。

まず「後期高齢者の心身の特性」。これは法律で、後期高齢者の心身の特性にふさわしい医療制度でないといけないと法律にうたわれております。では、後期高齢者の心身の特性とは何かが、先ほどの特別部会で協議されました。その結果、ここに挙げています三つの特徴です。

1番目は治療の長期化です。高齢者はいくつもの病気を持っています。それから2番目は、症状の軽重は別にして、認知症の問題です。これは後期高齢者にとっては避けて通ることができません。あるいは、すべての方に対して認知症がある前提で対処しなければいけません。それから3番目は、75歳以上ですから、いずれ避けることができない死を迎えるます。これが後期高齢者の心身の特性として挙げられたことに意味があると思っております。

以上の特性をもとに、ではどのような視点を持つべきか。ここも三つございます。1番目は後期高齢者の生活を重視した医療。病気の治療だけではなくて、むしろその生活を重視した医療でないといけない。それから、2番目は後期高齢者の尊厳に配慮した医療でないといけない。そして3番目は後期高齢者ご本人、あるいはご家族が安心できる医療でないといけないとうたわれております。

そして、後期高齢者医療における課題が5つ掲げられました。1番目は、複数の疾患を持っておられるので、体だけで

はなくて心身両方のケアが必要になる。2番目は、慢性疾患ですぐには治らないため、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。しかしながら、3番目として現状を見てみると、複数の医療機関を、例えば診療所も一つだけではなくて、二つ三つの診療所を、それも何回も受診する傾向がある。そこで検査や投薬がたくさん行われて、重なっている場合もあるとの指摘がなされました。

4番目としては、地域における療養を行えるように、つまり、地域における介護力をサポートしていく必要がある。これは現在、約3分の1の高齢者の方が老老介護、あるいはお年寄りだけの世帯ですから、だれが介護をするのか。あるいは、だれがふだんの生活をサポートしていくのかということが現実問題としてあります。この後期高齢者医療を考える場合には、課題として家族および地域の介護力をサポートしていく必要があると挙げられています。

そして5番目です。その患者さんご自身が自分の受ける治療を理解して、選択できるようにすべきであることです。

以上のところまでで、後期高齢者医療の在り方は、非常に理念としてはすばらしい。頻回受診をなんとかしようという裏には、もっと効率化したいという目的があるのですが、それは別として、理念、考え方としては立派なことがうたわれております。

そこで、実際の医療の在り方はどうあるべきか、ここで4点ほど挙げてあります。少し専門的になっていくのですが、例えば脳卒中で倒れるとか、心筋こうそくなど急性期医療であっても、治療後の生活を見越した高齢者の総合評価とそれから病院を退院されたあと、どのような医療とどのようなケアが必要なのかが、ちゃんと評価されないといけません。

それから、在宅を重視した医療。ここで「かかりつけ医」が出てくるのですが、ここでいう在宅とは、自宅だけではなくて、居住系施設も含まれます。具体的には特別養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホームも入り

ます。国は、それらも数年前から「在宅」と呼んでおります。そして在宅を重視した医療。別な言い方をしますと、入院外の医療を重視していく。

その具体的なものとして、かかりつけ医による訪問診療や訪問看護、それから、病院あるいは診療所で、それぞれが得意とするものを、お互いに助け合って連携していかないといけません。高齢者は、複数疾患を長期に抱える特徴があるのだから、一人の医者が総合的に診ないといけません、といわれたわけです。

先ほどの続きですけれども、安らかな終末期を迎えるためには、患者さんが受ける医療、ケアを十分理解した上で、ご自分で決定することが大事なのです。それから、治療も必要ですが、むしろ、その痛みとか苦痛を和らげるような体制が必要です。それから、この後期高齢者医療制度は医療保険ですので、今ある介護保険のサービスと連携が取れた一体的ないわゆる切れ目のないシームレスなサービスが提供されないといけません。

今まで述べてきたような考えと、それから、医療の提供体制の在り方そのものは、非常にいい方向性が出されています。私も日本医師会の、「高齢者の診療報酬の体系に関する検討委員会」に所属しております、先ほどの理念が、どのように具体化されるのかなと、半分は楽しみに、それから半分は、国のお役人はどのように実現するような方策を作るのかなと見ていたわけです。

そこで今度は診療報酬の話に入ります。まず、外来医療では、後期高齢者を総合的に診る。それから、薬歴管理です。患者さんが他の医療機関でどのような薬をどのように飲んでいるかを、きっちりすべてを管理しないとイケない。それから、介護保険なども含めて、関係者、患者・家族と、情報共有と連携をしないとイケません。入院医療に関しては、退院後の生活を見越した計画的な入院医療。それから、総合的な入院中の評価。それから、退院後をどのように支援していく

かが、もう一度整理し直されたわけです。

ここでいくつか共通項があります。外来医療の「情報共有と連携」。それから、在宅医療でも「情報共有と連携」。この「情報共有と連携」が一つのキーワードになっていますし、居住系施設等、つまり「在宅」も一つのキーワードになっています。

これは、実際、診療報酬で点数が入ったのですが、今はあえて点数は抜いております。外来診療では、後期高齢者診療料が新設されました。これは原則診療所で行われます。大切な点は、患者の主病、主な病気、複数疾患がありますが、そのうちの主な病気と認められる慢性疾患の診療を行うのは、1医療機関だけです。その主病が、どのようなものが対象なのかは、まだ細かくは決まっていないのですが、ここで挙げられておりますのは、糖尿病、高脂血症、高血圧、認知症などが主な病気である場合に、一つの医療機関で総合的に診ていきます。

その診療計画の中身は、必要な指導、その日に行った診療の内容、栄養、運動、あるいは日常生活に関することなどがありますが、他の保健・医療・福祉サービスとの連携が重要です。つまり、患者さんと相談して、あらかじめ緊急時の入院先を決めておく、あるいは書き込んでおくことが挙げられています。これが一つ。総合的に診るというのは、その人の緊急時にはどうするか。具体的にどの病院に行くのか、というようなことまで含まれています。

この後期高齢者診療料で診療報酬をもらえるのは、研修を受けた医師です。ということは、外来医療で後期高齢者診療料の診療報酬を得ようとする場合には、この研修をすべての医師が受けないといけないと、今いわれております。研修テーマとしては二つありまして、一つは、高齢者の心身の特性に関する講義。もう一つは、診療計画の策定や高齢者の機能評価、総合評価をどのように評価するかという練習、演習。日にちは違ってもいいのですが、この二つのテーマに関して

は必ず受けるように、今いわれております。

具体的には、緊急時の入院先をあらかじめ書くことです。緊急時に入院されて、退院後に、送り先の診療所に患者さんが帰ってこられた最初の診療日には、後期高齢者外来継続指導料がつきます。制度上、組み込まれてしまう危険性をわたしはお話ししていますので、その辺はどうぞご理解をお願いいたします。

それから、後期高齢者終末期相談支援料もあります。これは、症状急変時の延命治療、終末期医療の在り方に関して、何かあったときには、「延命治療をわたしはどの程度まで希望します」とか、もっと具体的に、例えば「人工呼吸器は要らないけれども、点滴はしてください」、あるいは「中心静脈栄養はしてください」とか、そのような延命治療などの希望や搬送先の医療機関との連絡先等を文章にて提供します。これを、終末期ですので、ある程度死が予測される場合、あるいはいずれ死を迎えるのですから、元気なときに相談しておくということですね。

退院のときについて、診療所の先生が、患者が病院から退院するとき、その病院に出向いて行って、みんなで相談することですね。すでに行っているところもあるのですが、実際に行われているのは非常に少ない。先ほど、日本医師会の委員会の話をしましたが、非常に考えとしては分かるけれども、いちいちカンファレンスには行けないという声が現場の先生方にはありました。そのために、医師だけではなくて看護師さんが入院先に赴いた時、退院時共同指導料も加算されるよう設定されました。

それから、通院できない方、在宅での医療を受けていらっしゃる方に、何か急変があったとき、あるいは急変が予測されるような事態になったときには、患者さんの家、あるいは患者さんが住んでいらっしゃるところに、医師又は看護師が出向いて行って、その場所で一堂に会して、いろいろな相談をしましょうというような制度ですね。

一方、入院された場合、病院では、急性期医療であっても、慢性期医療であってもすべて入るのですが、後期高齢者総合評価加算がつきます。それは日常生活能力に対してで、今盛んにいわれている看護必要度、認知機能、意欲などが、この評価の対象になっています。この評価を算定するところは、職員がその評価のための勉強をしないといけません。おそらく、医師が研修を済ませて、その医師が今度は職員に対して研修を行う構図になるのだらうと思います。今回の診療報酬、後期高齢者医療制度に関しましては、この研修も一つのキーワードになっています。これは介護保険などで盛んに取り入れられてきたのですね。

今度は退院に向けての調整です。これは退院が一見難しそうな、問題がありそうな方に関しては、専従の看護師あるいは社会福祉士が病棟に配置されていないといけません。それから、退院時共同指導料は、退院後の医師も駆けつけるのですけれども、そこでは入院中の患者さんについて、医師または看護師が入院中の情報、あるいは、今後のありようを伝えないといけません。

医師とか看護師だけではなくて、歯科医師、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、あるいはケアマネジャーなど、このうちの3種類の職種が入った場合は、さらにこの指導料に加算されます。だから、このようなことをやってくださいということですね。

その入院の続きですけれども、後期高齢者外来患者緊急入院、先ほど言いました、外来で総合的に診てくれる、いわゆる主治医の先生が、「あなたに何かあったときは、この病院に行きましょうね」というように、病院とちゃんと連絡を取って決めていた場合には、その入院先の病院が、その方を入院させた場合には、入院加算がつきます。定められていなければ、この加算はつきませんとか、あるいは半額になりますとか、いろいろなやり方があります。それから、病院であっても、後期高齢者終末期に関して連続して1時間以上相談支援

が行われた場合に、それを文書にまとめて提供すると後期高齢者終末期相談支援料が加算されます。

それから、退院指導は、薬剤師の薬に関する情報、それから栄養とか食事に関しては、栄養士が行った場合。それぞれに報酬がつきます。文章で非常に分かりにくかったと思いますので、これを図で示しました。

今、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅も、最近少しずつ増えています。グループホーム、介護保険の特定施設、このようなすべてが在宅というひとくくりになっています。ですから在宅診療は、これらの場所における診療と受け取ってもらったらいいと思います。

後期高齢者診療料を算定している、主な病気（糖尿病など）を算定しているところが掛かりつけ主治医になります。何か突発的なことが起こった時、主治医があらかじめ緊急入院先を、患者さんと同意して決めていた病院に入院した場合は、救急入院加算がつきます。今度退院されるときは、診療所の先生が病院に出向いていく。今度は在宅に帰られてから、訪問看護やほかの職種の方と一緒に診察計画、医療計画、ケア計画を行った場合、退院時共同指導料が算定できます。次は、亡くなる場合の想定ですが、在宅での終末期相談支援料が、この診療所の場合につきます。それから、同じように、病院でも連続して1時間以上にわたって説明すると終末期相談支援料が加算できます。

非常によくできた制度とっていいのか、あるいはがんじがらめになった制度とっていいのか、これで本当にその利用者の方が、患者さん方が分かるのかどうかですね。例えばここでB診療が、この後期高齢者診療料を算定しているとなれば、同じ病気ではA診療所では算定できません。ですから認知症の人の場合に、診療所で本当にその患者の掛かりつけ医、主治医になってくれるのかどうかですね。「それなら、病院だったらいいんじゃないの」と思いますが、今のところは、病院ではこの主治医にはなれません。例外的に、4キロ以内

に診療所がない場合に限って、病院の医者が主治医になってもいいのです。一時的には開業医の先生に主治医になってもらいなさいという制度です。

このように非常にち密にといいますか、がんじがらめにとというようなことで、今、4月を迎えようとしています。はたしてどこまで、肝心の患者さんなり、ご家族が後期高齢者医療制度について分かるのかということですね。ただ、先ほど言いましたように、一応、後期高齢者医療のあるべき姿に沿って、具体的な方法が考えられました。

それで、先ほど、点数は入れませんとか言いましたが、例えば後期高齢者診療料算定は、ひと月に600点ですから、診療所に入る金額はひと月に6,000円です。では、ひと月6,000円とはどのような額か。わたしどもの病院のこの1月分の実績を出してきました。わたしどもの病院は、75歳未満と75歳以上の入院件数でいうと、精神科の病床もありますので、75歳以上の方は4割ほどです。それから、外来は、大体4割ぐらいが75歳以上の方に該当します。外来だけに限って、レセプトの診療報酬請求書の点数を見てみますと、内科ではひと月当たり1,331点。おそらく月2回ぐらい外来に見えていることから1日当たり615点です。精神科は、ひと月が1,580点で、1日当たりにしても1,137点です。おおむねひと月に1回の通院の方が多いか、1回目と2回目は、その1回目にたくさん点数があれば、2回目はお薬だけかもしれませぬ。

いずれにしても、その600点は、わたしどもの内科で、今それほどに制限しているとも制限を受けているとも患者さんも感じていないし、医者も普通感覚で診療していて、1日に615点ですね。これがまさに、ひと月で600点ということになると、先ほどの600点には薬剤も治療費もすべて含まれておりますので、単純に言えば今のわたしどもの病院では半分相当の治療内容しか受けられないということに、なってしまいます。実際に4月から動いてみないと分からないのですが、年齢によって受ける医療に制限があってはいけないとわ

たしどもは言うております。すべてではないのですけれども、どちらかという制限するほうに向いている可能性があるもので、その辺は今後、検証していかなければいけないと思っております。

以上が後期高齢者医療制度の概要でございます。どうもありがとうございました。

老人の専門医療を考える会  
全国シンポジウム(20.2.23)

# 後期高齢者医療制度について

医療法人鴻池会 秋津鴻池病院  
平井基陽

平成20年4月から新しい後期高齢者医療制度で医療を受けます

## 対象者

75歳以上全員  
(一定の障害のある人は65歳)

## 保険証

新しい保険証が1人に1枚交付

## 給付

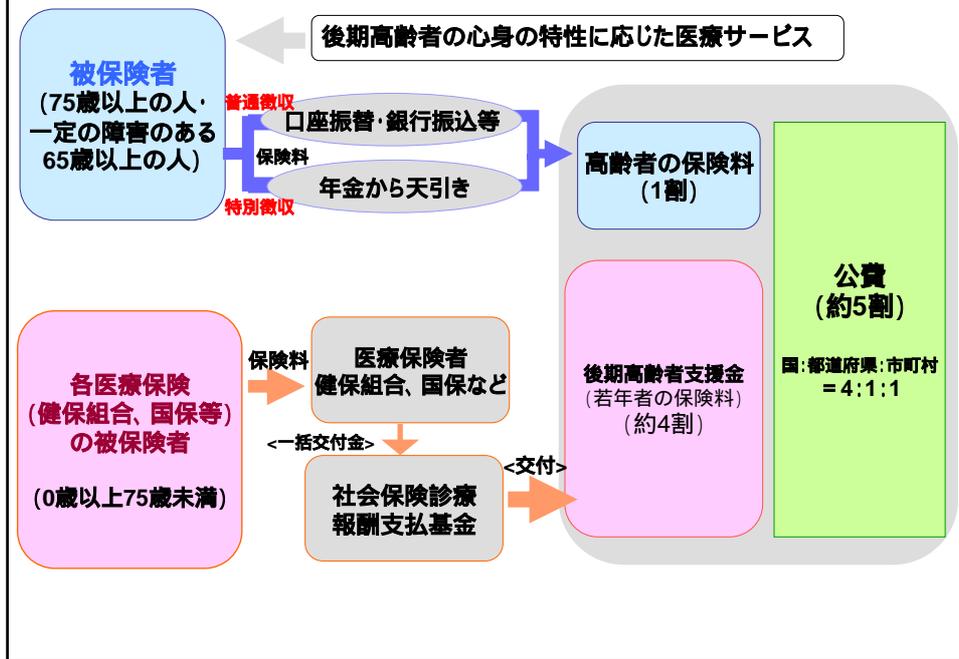
給付は老人保健と  
変わりません。

## 保険料

全員が納めます(原則 年金から天引)  
これまで保険料負担のなかった健  
保組合などの被扶養者だった人  
も保険料を納めます

病院で支払う自己負担は、これまでの老人保健と変わりません。  
原則1割負担、現役並みの所得者は3割負担。  
入院時の生活療養費や訪問看護療養費などさまざまな給付も同様に受けられます

## 後期高齢者医療制度の運営のしくみ



## 保険料

平成20年3月31日まで

保険料(税)は加入している医療保険に各自納付します。  
 健保組合などの被扶養者は保険料の負担はありません。

平成20年4月1日から

所得などに応じて決められた保険料を**全員が納めます**。  
 原則として**年金から天引きされます**。  
 健保組合などの被扶養者だった人も保険料を納めます。(経過措置有)  
 → H.20.4-20.9 **負担凍結**  
 H.20.10-H.21.3 **9割軽減**

## 後期高齢者医療保険料の設定状況

(H.19.11.26現在)

一人当たりの平均額:年額 72,000円、月額 6,000円

	一人当たり平均	単身世帯 基礎年金受給者 (79万円)	平均的な 厚生年金受給者 (201万円)
秋田	47,000	11,500	64,900
神奈川	92,750	12,000	67,600

### 健保組合などの被扶養者で 保険料を負担していなかった人も納付します。

被用者保険(健康保険組合や船員保険、共済組合等)の被扶養者で、これまで自分で保険料を払っていなかった人も、後期高齢者医療制度の被保険者となれば保険料を負担しますが、

一定要件を満たす下記の人は、被保険者の資格を得た日の属する月から2年間、保険料の均等割額が5割軽減されます(所得割は課されません)。

なお、平成20年4月から9月までは保険料が徴収されず、平成20年10月から平成21年3月までの半年間の保険料は9割軽減されます。

ただし、前述の所得者への7割・5割・2割軽減措置とは重複して適用はされません。

制度施行日の前日に健康保険組合や船員保険、共済組合等の被扶養者だった人  
制度施行後、75歳になって資格を得た日の前日に健康保険組合や船員保険、  
共済組合等の被扶養者だった人

## 後期高齢者医療制度の保険料(平成20年度推計)

### 保険料の算定方法

応益割(頭割)

応能割(所得比例)

注1) 応益: 応能 = 50:50

注2) 軽減制度を適用しない場合の平均



+



=



全国平均 約3100円/月

約3100円/月

6200円/月(年7.4万円)

### 具体的な保険料の額

基礎年金受給者(基礎年金79万円)

応益 900円 + 応能 なし = 900円/月  
(7割軽減)

厚生年金の平均的な年金額の受給者(厚生年金208万円)

応益 3100円 + 応能 3100円 = 6200円/月

自営業者の子供と同居する者(子 年収390万円、親 基礎年金79万円)

応益 3100円 + 応能 なし = 3100円/月

被用者の子供と同居する者(子 政管平均年収390万円、親 基礎年金79万円)

応益 3100円 + 応能 なし = 3100円/月

被用者保険の被扶養者については、激変緩和措置として、後期高齢者医療制度への加入時から、2年間応益保険料を5割軽減し、1500円とすることとしている。

保険料の額は、国民健康保険と同様の基準により試算した全国平均の額 具体的な保険料の額は条例で定める。

## 後期高齢者医療の在り方

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会  
第6回資料より

## 1 後期高齢者の心身の特性

- (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られる。
- (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- (3) いずれ避けることが出来ない死を迎える。

## 2 基本的な視点

- ・後期高齢者の生活の中での医療
- ・後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- ・後期高齢者が安心できる医療

## 3 後期高齢者医療における課題

- (1) 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。
- (2) 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。
- (3) 複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。
- (4) 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。
- (5) 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

#### 4 後期高齢者にふさわしい医療の体系(1)

(1) 急性期医療にあっても、治療後の生活を見越した、  
高齢者の評価とマネジメントが必要(CGA、GEMs)

(2) 在宅(及び居住系施設)を重視した医療

- ・かかりつけ医による訪問診療、訪問看護等
- ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
- ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師

CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) : 高齢者総合評価  
GEMs(Geriatric Evaluation and Management programs)  
: 高齢者評価とマネジメントプログラム

#### 4 後期高齢者にふさわしい医療の体系(2)

(3) 安らかな終末期を迎えるための医療

- ・十分に理解した上での患者の自己決定の重視
- ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

(4) 介護保険のサービスと連携の取れた一体的な  
サービスを提供

# 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子

社会保障審議会後期高齢者医療の  
在り方に関する特別部会

平成19年10月10日

## 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

1. **外来医療**: 後期高齢者を総合的に診る取り組みの推進  
薬歴管理  
関係者、患者・家族との**情報共有と連携**
2. **入院医療**: 退院後の生活を見越した計画的な入院医療  
入院中の評価とその結果の共有  
退院後の支援
3. **在宅医療**: **情報共有と連携**      病院等による後方支援  
在宅歯科診療      在宅療養における服薬支援  
訪問看護      **居住系施設等**における医療
4. **終末期における医療**: 終末期の医療  
疼痛緩和ケア

外来医療

後期高齢者診療料(月1回)

1. 原則診療所
2. 患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う1医療機関のみ
3. 診療計画の定期的な策定
  - \* 療養上必要な指導および診療内容
  - \* 栄養、運動又は日常生活
  - \* 他の保健・医療・福祉サービスとの連携 (緊急時の入院先)
  - \* 経時的な薬剤服用歴の管理(手帳等に記載)の策定
4. 研修を受けた常勤医師
  - \* 高齢者の心身の特性に関する講義
  - \* 診療計画の策定や高齢者の機能評価の演習
5. 対象疾患
  - \* 糖尿病、脂質代謝異常症、高血圧性疾患、認知症 等

外来医療

後期高齢者外来継続指導料  
(退院後の最初の診療日)

後期高齢者終末期相談支援料

病状急変時の延命治療等の実施の希望、急変時の搬送先の医療機関の連絡先等を文章にて提供

退院時共同指導料

退院後の在宅医療を担う医療機関の医師又は看護師等が、入院先に赴いて……………

在宅・訪問医療

在宅患者連携指導料

在宅患者緊急時等カンファレンス料

患者の急変時に際し、主治医等が患家を訪問し、関係する医療従事者と共同で一堂に会し……

入院医療 1

後期高齢者総合評価加算(入院中1回)

日常生活能力、認知機能、意欲等の総合的な評価  
機能評価のための職員研修

後期高齢者退院調整加算

退院調整の必要性評価、支援計画、支援  
専従の看護師又は社会福祉士の配置

退院時共同指導料

入院医療機関に赴いて、退院後の療養上必要な  
説明及び指導を退院先の診療所と共同して行う

医師又は看護師等

\* 診療所医師、歯科医師(歯科衛生士)、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうち3者以上の場合、さらに加算

入院医療 2

後期高齢者外来患者緊急入院加算

診療情報交換(患者の希望等)  
\* 診療計画であらかじめ定められた医療機関

後期高齢者終末期相談支援料

医師が終末期における診療方針等について患者・家族と十分  
(連続して1時間以上)話し合い、文章にまとめて提供

退院時指導

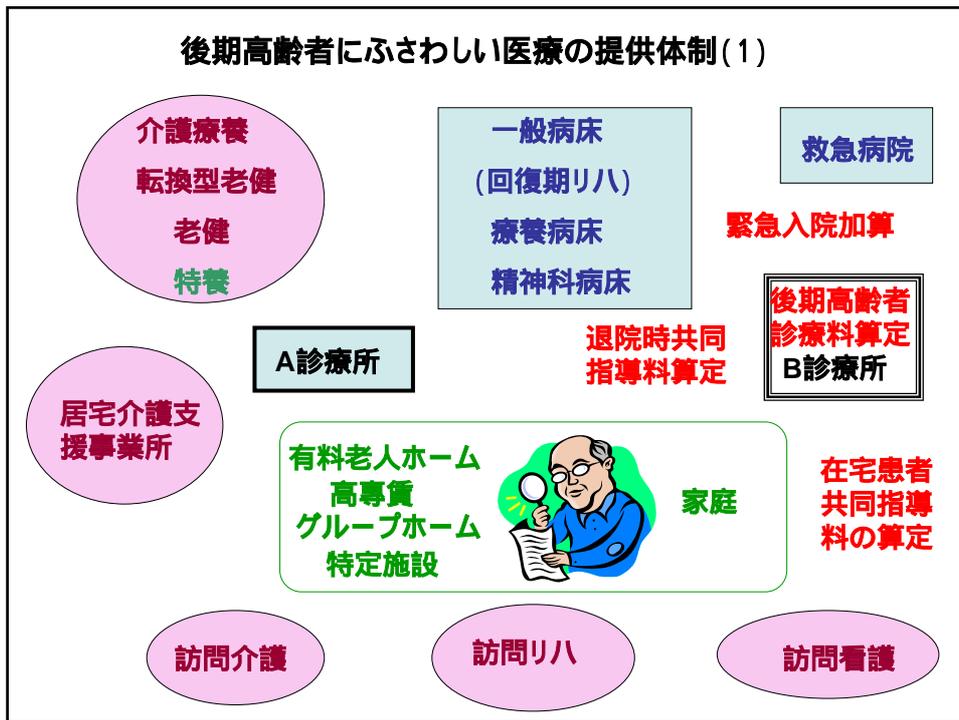
後期高齢者退院時薬剤情報提供料

薬剤服用歴の経時的管理  
「お薬手帳」等に記載

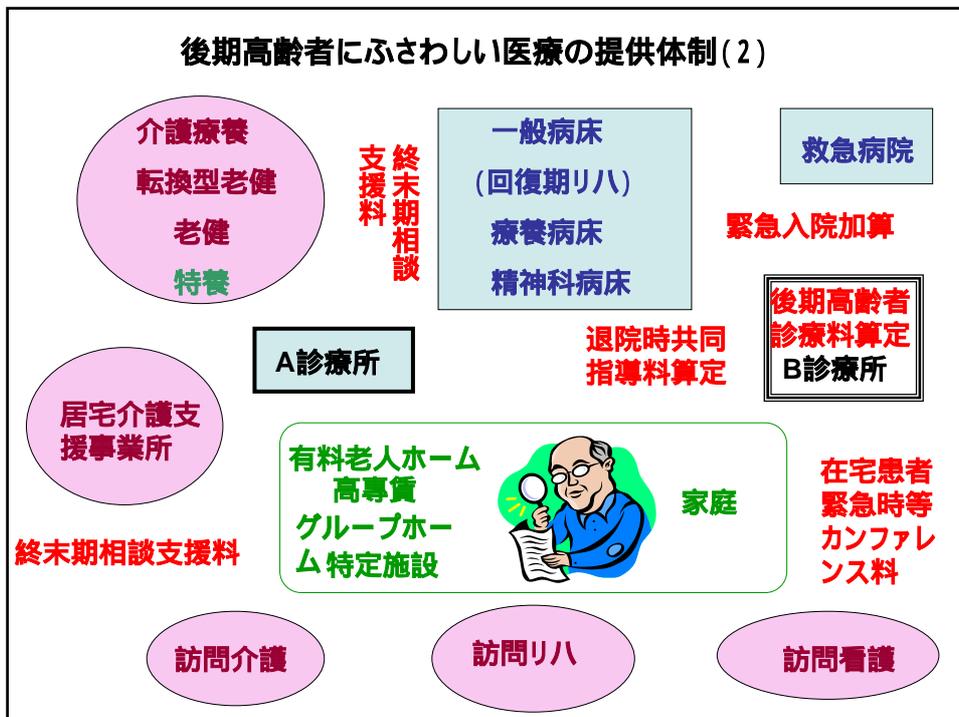
後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

計画に基づき栄養管理が実施されている患者に対し、  
管理栄養士が患者・家族に情報提供

### 後期高齢者にふさわしい医療の提供体制(1)



### 後期高齢者にふさわしい医療の提供体制(2)



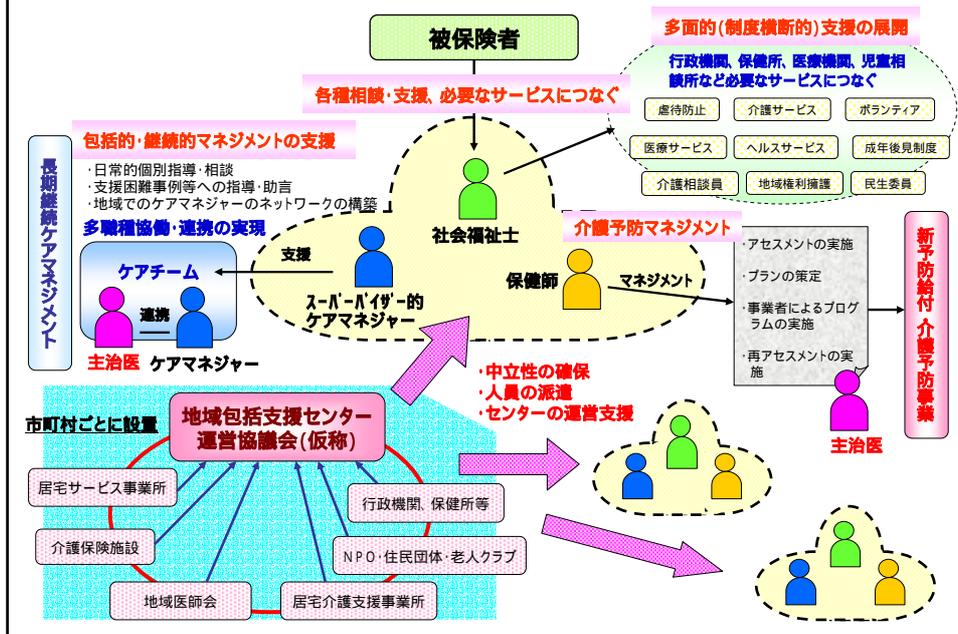
## 高齢者の診療実績から (H20年1月分)

	75歳未満	75歳以上	合計
入院件数	311(57%)	232(43%)	543
外来件数	1070(63%)	631(37%)	1701

## 後期高齢者の通院治療医療費

	外来件数	1月当たり	1日あたり
内科	369件	1,331点	615点
精神科	262件	1,580点	1,137点

## 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ



# 現場からの発言

---

## 後期高齢者医療制度で在宅医療に求められるもの

照沼秀也



皆さん、こんにちは。いばらき診療所の照沼です。わたしどもは、在宅医療というのをこの10年来、取り組んでおりまして、その中で、どのような考えで在宅に取り組んできたのか、今後どのようなようになっていったらいいのか等、ここでご紹介させていただけたらと思います。

はじめに、わたしどもの診療所は、県内5か所で在宅医療を行っております。昨年、在宅でお看取りした患者様は、98名ぐらいだったと思います。在宅医療を受けている患者さんの中で大体8割強の患者様がご在宅で、お看取りしております。

在宅医療がそもそも生まれてきた理由は、日本の全体の社会保障の中で医療費だけが突出してしまうと、日本の競争力が低下して、それで日本が元気がなくなってしまうと、社会保障もなくなってしまうのではないかと。その論理の中で、病院よりも安価な在宅医療を推進していくことが、数字の上での推奨理由だったと思います。ただ、実際にわれわれが在宅医療を始めますと、割合お医者さんにとっておもしろい、結構「医者になってよかったな」と思えるような医療ができて、割合おもしろく続けられた10年であります。

また最近では、老人の専門医療を考える会や日本医師会でも活躍されている天本先生が提唱されたケアレジデンスを、高齢者の集合住宅と在宅医療を併用しています。ケアレジデンス

と、1件1件、訪問診療する在宅医療が同じものなのかというと、それは少し難しく、お医者さんの側からすると、ケアレジデンスのほうが少し楽なのかなと、感じております。

ただ、最終的には、患者さんから見て分かりやすい医療が一番大事になってくると思います。また、例えば、自分で動ける方は外来医療、外来診療にして、もしくは、自分で外来に行けない人は在宅医療にする。医療をきちっと説明して行えることは、医療にとってむだのない医療にできる可能性があります。もう一つのテーマとしては、自分の死ぬ時期が分かった人、例えば、がんで終末期医療になってしまった、緩和ケアを受けるような状態になり、病院に行くのもしんどいなと思っている人は、自分で病院に行けても行かない方が結構おられますので、そのような方は在宅医療でもいいのかなと考えております。

いばらき診療所の簡単な概要なのですが、日立市と水戸市は、茨城県の中で北部と中部の都市なのですが、その間に東海村、ひたちなか市、茨城町とあります。この数か所それぞれに診療所があり、そこで数名の医師が在宅医療に取り組んでいます。全員で常勤の医師11名と、非常勤の医師16名、看護師80名で実際の活動をしております。われわれの在宅で看ている患者様の中で、最後お亡くなりになった患者様が111名、実際は98名が在宅死ということでした。

「在宅医療とは」と書きましたけれども、在宅医療もいろいろなパターンがあります。ここは、「いばらき診療所での在宅医療とは」と考えてください。われわれは、患者さんが生きるというテーマを持って生活されているのをサポートしていきたい、と考えているのです。病院で療養生活が終わって、ご自宅に帰ってくると、やはり、「療養はもうたくさんだ、自分自身の時間を大切にしたい」という方がたくさんいらっしゃいます。そのような人の中で、われわれ医療がどのようにかかわっていけるのかということ突き詰められたらと考えております。

「生きる」とはいろいろなことがあります。もちろん、ご家族がいるのも大事なのでしょう。住み慣れたうちがあるのも大事なのですが、人それぞれ大切なものは、100人いれば100とお異なります。その大切なものを近くに感じて過ごせる時間を、われわれの診療所では「生きる」と考えております。そこは、病院の療養状態と比べると、在宅医療が若干いいのかなと思われる点であります。

高齢者ケアの変化も、やはり避けて通れないテーマです。今度の後期高齢者医療制度は、やはり高齢者の自己負担がかなり増えてきます。それは何を意味するかというと、療養されているご高齢の方からも、医療についての説明をわれわれが求められる機会が多くなっていく。また、医師と患者様の信頼関係をどのように構築していくか、また少し問題が複雑化していく要素があります。

日本の高齢者に合った医療形態は何かということも、やはり今後考えていかななくてはならないと思います。先ほど平井会長から、きれいなモデルが示されましたが、実際はそのモデルに合わない患者様もたくさんいらっしゃいます。どうしても在宅で療養できない患者様もいらっしゃいますし、そのような方は、やはり療養病棟、もしくは介護施設が必要なものは、厳然たる事実であります。そのような事実即した医療形態を作っても、最終的には、在宅でお亡くなりになる患者様と、施設でお亡くなりになる患者様が50対50ぐらいの、一人一人の選択に合った形になっていくのが理想的ではないのかなとわたしどもは思っております。

また、在宅医療を支えるいろいろなハイテクが、最近どんどん出てきています。例えば、緩和ケア。われわれは、がんの末期の患者さんもたくさん診させていただいているのですが、以前は飲み薬とかパッチ剤が主流でした。最近はおも膜下にポートを入れまして、そこから24時間持続で痛み止めのお薬を使うことができるようになっております。また、静脈注射に関しても、患者様ご自身でのコントロールがしやすい

ようなポンプの容量が 100cc ぐらいある PCA ポンプができて、非常に患者様にとっては喜ばしい状態になってきております。

また、栄養評価ですね。在宅の栄養評価も、この 10 年で随分変わってきた印象があります。以前は褥瘡がありますと、褥瘡を洗ってなんとかきれいにするだけでしたが、最近は必ず栄養士さんも入りまして、アルブミンの評価とか、栄養状態の評価がそこに加わっておりますし、廃用症候群に関して、その方のえん下機能、もしくは栄養状態の指標は、どのようにかかわっていったらいいのかという栄養士さんの評価も、高齢者ケアを変化させた一つの大きな要因だと思います。

最後になりますけれども、代表的な変化としては、やはり日本の文化風土をどう考えていくのかも、高齢者ケアの中では大切になってきている感があります。新聞の論評等を見ても、やはり欧米のケアを、そのまま日本に持ってきて、やはり根づかないだろうと思います。日本人の中でどういうように生き、高齢になった時期をどのように生きていて、どのような形で最後に死んでいくのかを、やはり日本人自身が感じて、一つのコンセンサスを作り上げていく時期に、今来ている感があります。

わたしどもが最初に在宅医療を始めた 10 年前は、何かのんびりした時代でした。患者様から夜中にお電話が来て、ダッシュで行くと、緊急時でも「こんなに早く来たの」とのお話を患者様からいただいたこともあります。最近は、「もうちょっとスピードアップできないのか」というご意見を患者様からいただくこともあります。そのために、やはりこのような在宅医療のネットワークの中に救急隊も参加したり、救急隊と一緒にカンファレンスをしたり、「この患者さんにはどう対応しようか」と相談するケースも出てきております。

次に、「個人プレーからチームプレーに」ということも少し書かせていただきました。医師独りで開業し、地域の患者さんを診ていらっしゃる先生もいらっしゃいます。お医者さん

の中にはスーパーマンがおりまして、独りで何でもできてしまう先生もいらっしゃるのです。そのほうが非常にハートフルな、熱い医療が展開されている地域がたくさんあります。そのほうがいいこともありますが、例えばその先生が病気をしてしまったときに、やはり、急にお医者さんのサポートがなくなってしまうリスクやどうしても、医師も生身の人間ですから、体調が悪いとき、都合が悪いときなどを考えますと、在宅の場合 24 時間のサポートをするためには、チームプレーのほうがよいと思います。またチームも、医師だけではなくて、看護師、リハスタッフ、ケースワーカーさん、その他いろいろなスタッフがいるほうがよいのではないのでしょうか。

また、先ほどのハイテクにもかかわりますけれども、紙に書いたものを持ち寄って以前はミーティングをしていましたが、最近はデジカメとかで写真をきちっと収集し、床ずれの状態、患者さんの ADL の状態、リハビリの状態などがカンファレンスのときに画面で見れるようになったのも、在宅医療をしている中で本当に変わってきたなと思っています。

以上、簡単ではありますがけれども、10 年来、在宅医療を行ってきたことと、若干変わってきたことをご紹介します。いただきました。

いばらき診療所の在宅医療は、いかに残された時間を生きるのかを始めた当初から今まで変わらず考えてきました。決して療養ではないのです。その患者様、ご高齢の方が生きる時間を、いかに大切にできるかを支えていきたいなと考える次第でございます。簡単ではございますが、わたしどもの紹介はこれで終わらせていただきます。

# 後期高齢者医療制度で 在宅医療に求められるもの

いばらき診療所、照沼秀也

## はじめに

- いばらき診療所のご紹介
- 在宅でお看取りした患者様総数111名(2007.1.1~2007.12.31)

## 社会保障のなかで

- 日本の競争力を損なわない医療費
- ケアレジデンスと在宅医療
- 患者さんから見てわかりやすいこと = 無駄のない医療

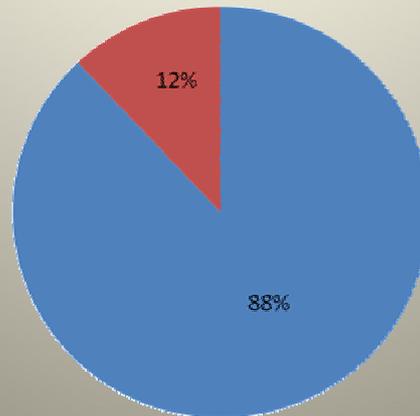
(自分で動ける人: 外来診療、じぶんで外来に行けない人: 在宅医療など)

(自分の死ぬ時期がわかったひと、癌など)



いばらき会の在宅患者様における在宅看取り率  
(2007年1月～2007年12月)総数111名

■在宅死 ■施設死・その他



## 在宅医療とは

- 患者さんが生きるをサポートする医療
- 生きるとは自分の大切な物に囲まれている時間、(家族、部屋、動物、犬、猫、植物、庭、本、趣味のグッズー歴史サークル,ふるさと、仕事)人により全く違うが、誰でも必ず自分で大切にしているものがある。
- いばらき診療所の在宅医療 = 生きる

## 高齢者ケアの変化

- 高齢者の自己負担割合の増加ーよりわかりやすい医療、満足度の高い医療が求められる。
- 日本の高齢者に合った医療形態は何か？
- ハイテク医療と在宅医療(硬膜外、くも膜下ポート、CVポート、PCAポンプ)
- 栄養評価の重要性(廃用,じょくそう)
- 日本の文化風土の中の医療

## 在宅医療の変化

- 緊急時の対応、予測可能なケース、予測不可能なケース(救急隊にも協力)
- 個人プレーからチームプレーに  
よりよいチームづくり、ミーティング(携帯端末で) 情報収集(デジカメ)

## いばらき診療所の在宅医療

- 在宅医療 = 生きる

# 現場からの発言

---

## 後期高齢者医療制度の中での老人医療

富家隆樹



皆さん、こんにちは。僕からは、療養型病院として、特に終末期を中心に資料をいくつか提示させていただいて、どこでどのように終末期、最期を迎えていったらいいのかを一緒に考えていければと思います。そして老人医療を考えていく、老人医療に携わっていく僕たちは、医療制度がどんどん変わっていく中で、どのように進んでいったらいいのかを少し考えたいと思います。よろしく申し上げます。

まず、うちの病院の紹介をさせていただきます。埼玉県のみじみ野市にありまして、東武東上線の上福岡駅から車で約20分のところですが。療養型病院で標榜する科は内科、外科、泌尿器科、神経内科、腎臓内科、リハビリテーション科です。

「老人の専門医療を考える会」で行っている平成18年老人病院機能評価で、全国病院中13位の結果でした。入院病棟は、医療療養型病床が156床、回復期リハビリテーション病棟が46床です。リハビリは、PT、OT、ST合わせて30名が、回復期リハや維持期リハに携わっております。療養型病院としては珍しく、透析室がありまして、入院透析が中心となっていて、約20台、1日2クール行っております。

うちの病院の取り組みですけれども、僕が今、この病院の院長になって約9年になりますが、そのころから、積極的に重症患者様の受け入れを行っております。そして、そのような患者様は長期の慢性期の期間が長く、経済的にも疲弊する部分が多いですから、なるべく安価でそして快適な療養生活を送れるように、保険外負担の部分やそれ以外の部分を安

価で提供できないかと考えております。また療養型病院としては、抑制撤廃、終末期ケア・緩和ケア、医療事故の低減やリハビリテーション、チーム医療やシームレスな地域ケアなどに取り組んでおります。

入院患者の内訳としては、気管切開が 56 名、胃ろうが 82 名、入院透析が 55 名で、神経難病の患者が 32 名おります。平均在院日数は 476 日で、退院内訳の中で、死亡が 44.3% です。そういった中で、当院としても終末期ケア・緩和ケアは重要な、考えていかなければいけない、取り組んでいかなければいけないものの課題の一つになっております。

改めて、終末期医療・緩和ケアについて話をしますと、「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する積極的で全人的なケアである。痛みをはじめとする諸症状、心理的苦悩、社会的問題、スピリチャルな問題の解決を最重要課題とし、その最終目標は患者や家族にとってできる限り良好な QOL の実現である」と WHO は定義をしております。その定義に沿うと、いわゆる終末期、緩和ケアではがんを想像しがちですが、寝たきり状態や植物状態など治療ではこれ以上改善しない状態というのも、終末期として想定していいのではないかと考えております。

そのケアをしなければいけない、乗り越えなければいけない、取り去ってあげなければいけない「四つの全人的苦痛」ですけれども、一つは身体的苦痛。これはなるべく積極的に鎮痛剤を使用して、できる限り除いてあげなければいけないですし、精神的な苦痛に関しては、当院では臨床心理士を配置しております。また、メンタルカウンセリング等を行っております。また、社会的苦痛は、存在の喪失感等はなかなか難しいですけれども、経済的な部分ではソーシャルワーカーがケアしたり、スピリチャルペインもなかなか難しい問題ですが、チーム医療で乗り越えていきたいと考えております。

先ほど平井会長もお話しされた、後期高齢者の在り方に関する特別部会で、「後期高齢者にふさわしい医療」が、三つ示

されました。その中で、「避けることのできない死を迎える」ということが、盛り込まれております。やはり、その中でふさわしい医療として、生活を重視した医療、尊厳に配慮した医療、患者や家族が安心、納得できる医療を提供していかなければいけないと特別部会でも掲げられております。

そこで、改めて日本の死亡者数、そして死亡場所について考えたいと思います。年間の死亡者数は全国で100万人いらっしゃいます。その中で約80万人、80%の方が病院で亡くなって、13.5%の方が自宅で亡くなっているのが現状です。この数字を見ると、先ほどの照沼先生の98名という数字がいかにすごいことかと改めて感じさせていただきました。

ここで、「終末期医療に関する意識調査」として、平成15年に厚生労働省が行ったものを紹介したいと思います。対象は、一般国民5,000人、医師が3,100人、看護職員が3,600人、介護職員が2,000人を対象にした意識調査で、問1として、「あなた自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか」、つまり、痛みのあるがんに冒された場合、どこで過ごしたいかという設問に対して、一般国民は、緩和ケア病棟や医療機関、もしくは、必要になれば入院したいが多く、最期まで自宅で過ごしたいという方は10%と、意外に少なかった結果が出ております。

問2として、「あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に冒されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか」、つまり介護が必要になった場合、どこで過ごしたいかという設問に対しては、一般国民は病院、老人ホーム、自宅の順ですが、医師や看護職員は自宅がほとんど、半分が自宅で過ごしたい、それ以外は療養病床で過ごしたいという答えで、介護職員は、自宅が4割、そして介護福祉施設、いわゆる特別養護老人ホームで過ごしたいという方が26%でした。

この中で、なぜ自宅で療養したいかという理由としては、「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、そして「最期まで好きなように過ごしたい」というのが、自宅で過ごしたい理由で、自宅以外で療養したい方の理由は、「家族の負担が大きいから」、「緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれない」などが、自宅以外で療養したい理由として挙げられていました。

ここで、「死に至るプロセス」に少し触れてみたいと思います。大きく分けて三つあります。一つは、がんですね。一つは心臓・肺・肝臓等の臓器不全。そして三つめが、老衰・認知症等です。がんなどは、死亡の数週間前までは機能は保たれて、急速に低下をして死を迎える。心臓・肺・肝臓等の臓器不全では、時々重症化しながら機能は低下していき、最終的に死を迎える。老衰や認知症は、長い期間にわたって徐々に機能は低下していきながら、やはり最終的に死を迎えるというような、この3パターンが考えられております。

それぞれのプロセスの中で、終末期の場所を改めて考えてみると、がんは、末期を明確にできることから、緩和ケア病棟やホスピスがよいのではないかと。そして、臓器不全に対しては、継続的な医療管理が必要なので、医療・リハビリテーションの態勢が整っている療養病床がよいのではないかと。そして3番めの老衰・認知症等では、医療の必要性は低いために、介護が重要になってきて、「生活の場」としての配慮がされている療養病床、もしくは終末期医療が可能な介護福祉施設（特別養護老人ホーム）がよいのではないかなと考えられます。

それ以外の終末期の場所としては、在宅ですね。どのような場合でも、どのような状態でも、どのような病態でも、訪問診療や訪問看護、訪問介護などを組み合わせれば、在宅でのケアは可能です。ただ、介護するほうも費用的にもかなり負担が大きいのが今の現実です。また老人保健施設は、病院から在宅復帰に向けての中間施設を想定しており、終末期医療は想定していないのが今の状態です。今後できる転換型老

健では、終末期は考えているようです。また、次の急性期病院、救急病院や大学病院は、生活の場や介護ではなくて、救命と治療が優先されております。ここで、今ほとんどの方がお亡くなりになられていますけれども、終末期医療を目的に急性期病院で治療を行うのは、QOLを考えれば、医療者や患者の双方にとって、あまり利益の高いことではないのではないかと考えられます。その他、有料老人ホーム・グループホーム・ケア付マンションは、介護は想定しているけれども、終末期医療は想定しておりません。

その終末期の場所の数について、緩和ケア病棟は全国に163施設、3,118床あります。ただ、反対にがんの死亡者数は年間30万人です。緩和ケアの数があまりにも少ない数ではないかなと考えられます。療養病床は現在38万床ありますが、2011年に15万床に減るとされております。反対に、急性期病院は現在90万床あります。特別養護老人ホームは36万床ありますが、年間死亡者数は5,000人、全死亡に対して0.53%と、特別養護老人ホームで亡くなる方は、非常に少ないのが現実です。

ここで在宅療養と療養型病院の費用の比較をしたいと思います。細かい数字がちょっと間違っている部分があると思いますが、ここでお話しさせていただきたいのは、在宅の場合でも療養型の場合でも、国が払うお金は在宅より療養型病院のほうが大きいです。ただ、逆に主介護者の人件費、生活費、家賃等を考慮すると、患者様が払うお金は在宅のほうが大きくなってしまっているのが、現在の料金体系の違いだと考えられます。

また、在宅医療の法律上の解釈と問題点について、少し触れたいと思います。「死亡する24時間以内に患者を診ていなければ、異状死とみなす」という、異状死の問題が在宅死を一層困難にしているのではないかなと思われます。もう一つが、高齢者が身体機能が低下していく中で、たんやだ液等による窒息が、避けられない死の一つのパターンではあります。

それは外因死と分類され、保険会社が保険を払わなかったり、事故死ではないか、施設の過失ではないかと誤った印象を遺族に与えることが問題になります。

最後に、医療に対する代諾権が現在規定されていません。成年後見人制度はありますけれども、それは資産管理や身上監護に限定されていまして、医療に関する代諾権が認められていないのが現実です。その異状死の問題のモデルの例ですけれども、94歳の女性で、脳こうそくで全介助状態で、家族や本人はもう在宅で看取られたい、看取りたい意識があって、主治医から年齢と状態から終末期の説明が十分されていたにもかかわらず、訪問診療の2日後に亡くなった場合に、最後の診療より24時間以上経過しており厳密に言えば「異状死」として判断されて、検死が行われたことが一例あります。年齢的にも、状態的にも、そして家族・本人的にも、だれもが死亡診断書に「老衰」と書いてほしかったのではないかなという例であります。

最後から2枚めのスライドは、去年の2007年の6月7日に、終末期の決定プロセスに関するガイドラインが、厚生労働省から発表されました。この中に、「患者が医療従事者と話し合いを行い」とか、「医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を判断するべきだ」とか、「医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛や治療を行われるべきではないか」と書いてありますが、なかなか、診療所レベルでケアチームを作っているところが少ないのが現実です。療養型病床や高齢者医療に携わっている施設、病院では、このようなチームが作られています。しかし、今度の制度では主治医にはなれないという懸念されるべき話が出ています。

最後のスライドです。「どうする？ 後期高齢者医療制度の中での老人医療」ということで、今までも、介護保険が始まったり、医療制度がころころ変わったりする中でも、同じことを行ってきたように思います。そして、これからも医療制度は変わっていきませんが、安全・安心で良質な慢性期医療

を、そして終末期医療を、リハビリテーションを、在宅医療を、レスパイトケアを、僕らは考えながら、みんなで相談しながら行っていかなければいけないし、行っていこうかなと考えて、わたしの発表を終わらせていただきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

ご存知ですか？  
後期高齢者医療制度 (Part )

現場からの発言

富家病院 富家隆樹

医療法人社団富家会  
**F** 富家病院  
FUKE



病院紹介



- 埼玉県ふじみ野市
  - 東武東上線 上福岡駅
- 療養型病院
- 内科・外科・泌尿器科
- 神経内科・腎臓内科
- リハビリテーション科
  
- 平成18年老人病院機能評価
  - 13位(全国180病院)

## 入院病棟

- 医療療養型病床 156床
- 回復期リハビリテーション病棟 46床



## リハビリテーション



- PT・OT・ST 計30名
- 回復期リハ
- 難病リハ
- 維持期リハ
- 呼吸器リハ
- 小児言語訓練

## 透析室



- 入院透析中心
- 透析ベット20台
- 1日2クール
- 感染症・認知症対応用個室
- LDL吸着

## 富家病院の取り組み

～療養病床として～



- 重傷患者様の受け入れ
- 安価で快適な療養生活
- 抑制撤廃
- 終末期ケア・緩和ケア
- 医療事故の低減と安全性の確立
- 充実したリハビリテーション
- チーム医療
- シームレスな地域ケア

## 入院患者内訳ー1

- 気管切開 56名
- 胃瘻 82名
- 入院透析 55名
- 神経難病 32名
- 回復期リハビリ患者 35名
- 平均在院日数 476.8日
- 退院内訳 自宅26.4% 転院19.8% 施設9.2%  
死亡44.3%(H17.1.1～H17.12.31)



## 富家病院の取り組み

～療養病床として～



- 重傷患者様の受け入れ
- 安価で快適な療養生活
- 抑制撤廃
- 終末期ケア・緩和ケア
- 医療事故の低減と安全性の確立
- 充実したリハビリテーション
- チーム医療
- シームレスな地域ケア

## 終末期医療・緩和ケアとは？

### WHOの定義

- 「治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する積極的で全人的なケアである。痛みをはじめとする諸症状、心理的苦悩、社会的問題、スピリチャルな問題の解決を最重要課題とし、その最終目標は患者や家族にとってできる限り良好なQOLの実現である。」

## 癌だけではない終末期

---

- 寿命
    - 日本人の平均寿命
      - 男性78.64才 女性85.59才
  - 透析寿命
    - 透析導入後10年
  - 寝たきり状態・植物状態
    - 治療ではこれ以上改善しない状態
    - 認知症の末期状態
    - 免疫力・抵抗力の低下
- 

## 終末期医療・緩和ケア ～ 四つの全人的苦痛～

---

- 身体的苦痛
    - 積極的な鎮痛剤の使用(麻薬も含めた)
    - 胃瘻造設による鼻腔チューブでの苦痛の緩和
    - 気管切開による喀痰吸引の苦痛の緩和
  - 精神的苦痛
    - 臨床心理士によるメンタルカウンセリング
  - 社会的苦痛
    - 医療ソーシャルワーカー
  - スピリチャルペイン
    - チーム医療
-

## 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項) 1

---

- 後期高齢者には、若年者と比較した場合、次に述べるような心身の特性がある。
    - (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られる。
    - (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
    - (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。
- 

## 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項) 2

---

### ■ 後期高齢者の生活を重視した医療

- 一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どのような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

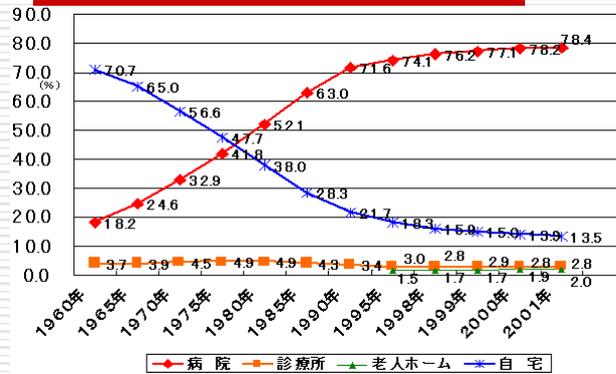
### ■ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

- 自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

### ■ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

- いずれ誰もが迎える死の前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。
-

## 死亡場所と死亡者数



- 年間死亡者数
  - 1028602名(男子557,097名,女子471,505名)
- つまり 病院での死亡者 百万人 × 78.4% = 78.4万人

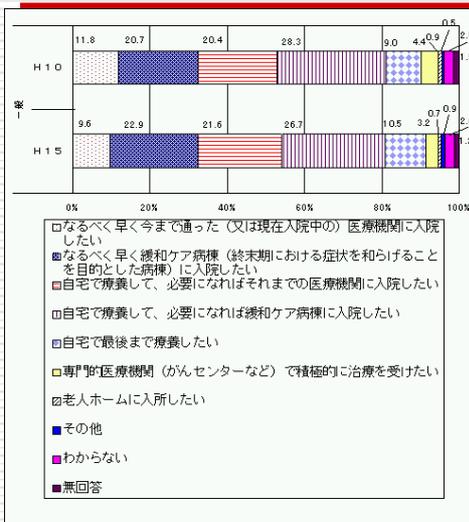
## 終末期医療に関する意識調査

- 厚生労働省施行
- H15年2月施行
- 対象 (有効回答率 50.7%)
  - 一般国民 5000人
  - 医師 3140人
  - 看護職員 3647人
  - 介護施設職員 2000人

## 終末期医療に関する意識調査

- 問1 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか？
- (痛みのある癌に冒された場合)

問1 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか？



### □ 一般国民

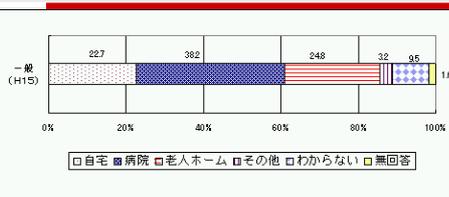
- なるべく早く医療機関・緩和ケア病棟への入院:32%
- 必要になれば入院:48%
- 最後まで自宅:10%

## 終末期医療に関する意識調査

□ 問2 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか？

■ (介護が必要となった場合)

問2 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。



□ 一般国民

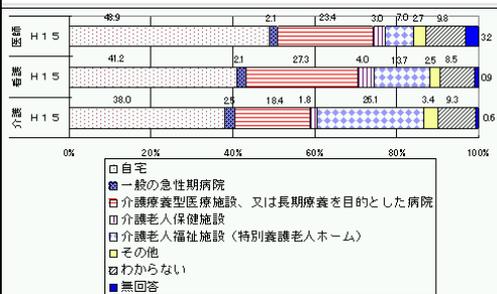
- 病院: 38%
- 老人ホーム: 25%
- 自宅: 23%

□ 医師・看護職員

- 自宅: 49%
- 介護療養型医療施設又は長期療養病院: 23%

□ 介護施設職員

- 自宅: 38%
- 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム): 26%



問2あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾病に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか、介護が必要となった場合

自宅で療養したい理由

- 「住み慣れた場所で最期を迎えたい」(般62%、医66%、看65%、介70%)、
- 「最期まで好きなように過ごしたい」(般47%、医57%、看66%、介61%)

自宅以外で療養したい理由

- 「自宅では家族の介護などの負担が大きい」、「自宅では緊急時に家族へ迷惑をかけるかもしれない」(般84%、医70%、看81%、介75%)。

## 死に至るプロセス

A) がん等：

- 死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下  
意識や認知能力は通常最後まで保たれる(本人の希望確認が可能)

B) 心臓・肺・肝臓等の臓器不全：

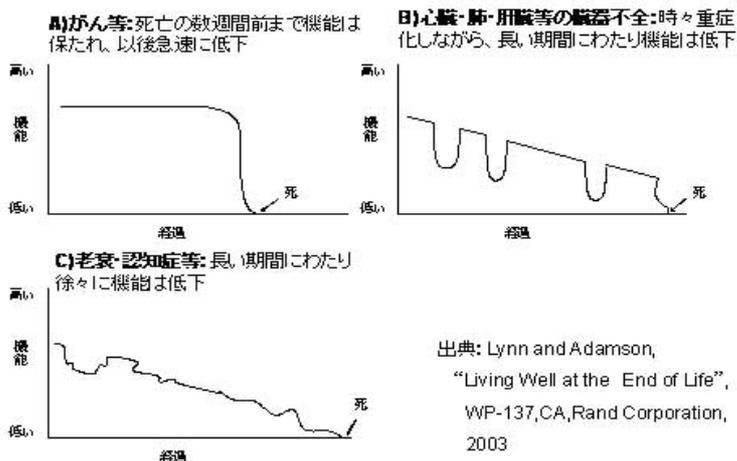
- 時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下  
増悪した症状は軽減されるが、元のレベルまで回復しない(比較的早期の段階から本人の意向を確認することが可能)

C) 老衰・認知症等：

- 長い期間にわたり徐々に機能は低下  
末期には食事を自分で摂取することができない(本人の意思確認は一般に困難。家族の意向による)

# 死のプロセス

## 死に至る三つのパターン (池上直己 論文より)



## それぞれの終末期の場所

### A)がん等

末期を明確に規定できることから、緩和ケア病棟、ホスピス。

### B)心臓・肺・肝臓等の臓器不全:

継続的な医療管理が必要。医療・リハビリテーションの態勢が整っている療養病床。

### C)老衰・認知症等:

要医療度は低いため医療よりも介護重要。「生活の場」としての配慮がなされている療養病床。あるいは医療(看護を含めて)と密接な連携を行っているため終末期医療が可能な介護福祉施設(特別養護老人ホーム)。

## 終末期の場所 その他の場所

---

- **在宅**
    - 訪問診療・訪問看護・訪問介護などの在宅サービスを組み合わせることによって、すべての場合において、本人および介護にあたる家族が共に望めば、家庭(自宅)での終末期ケアが最適である
    - 現状ではサービス利用者および提供者の双方が満足のいくケアを行うためには多大の費用が掛かる。
    - 核家族化・小家族の点から**介護者の負担が大きい**
  - **介護老人保健施設(中間施設)**
    - 病院から在宅復帰に向けての**中間施設**を想定している。
    - そのため介護老人保健施設での終末期ケアの実施は、想定できない。
  - **急性期病院(救急病院・大学病院)**
    - 急性期病院では「**救命と治療**」が優先される。「生活の場」と「介護」に配慮されない
    - 終末期医療を目的に急性期病院にて治療を行うのは、QOLを考えれば患者・治療者共に不利益を蒙ることになるであろう。
  - **その他**
    - 有料老人ホーム・グループホーム・ケア付マンションは、介護は想定しているが、終末期医療は**想定していない**
- 

## 終末期の場所:その数

---

- **緩和ケア病棟163施設3118床(H18.1月)**
    - **がん死亡者数 30万人**
  - **療養病床 38万床(介護保険13万 医療保険25万)**
    - 2011年に15万床に
    - ・急性期病院 90万床
  - **特別養護老人ホーム 36万床**
    - **年間死亡者数5352人**
      - (全死亡者数に対して0.53%)
-

## 在宅療養と療養型病院の費用比較

- モデル症例: 82才 女性 脳梗塞
- 寝たきり状態で気管切開・胃瘻造設(要介護5)
- 在宅の場合ー主介護者必要
  - 訪問診療2回/月・訪問看護3回/日・訪問介護3回/日・訪問リハビリ1回/日・訪問入浴サービス3回/週等
  - 総費用 380,000円(自己負担38,000円)  
+ 生活費(家賃、食費、光熱費、おむつ代)
- 療養型病院の場合(医療区分2)
  - 総費用 399,000円(自己負担40,000円) + 食費(24000円)

## 在宅医療の法律上の解釈と問題点

- 死亡する24時間以内に患者を診ていなければ、あるいは疾患の経過から予測されない死亡の場合はすべて「異状死」とみなす
  - この法律によって「在宅死」をいっそう困難にしていると考える。
  - 法的なガイドラインを早急に見直す必要がある。
- 窒息が外因死と分類されている
  - 現在の死亡診断書で定められている書式には窒息が外因死と分類されており、窒息即事故死(施設の過失)との誤った印象を遺族に与えている。
  - 保険会社も窒息を機械的に事故死と解釈し、基礎疾患との関連性を認めない風潮にある。
  - この問題を放置すれば、喀痰による窒息も、すべてが事故死と認定され、すべてが異状死とされかねない。
- 医療に関する代諾権がない
  - 現在の法律では、後見人が行使できる代諾の範囲は資産管理、身上監護に限定されており医療に関する代諾権は認められていない。今後、身寄りのない認知症高齢者の増加が予測される中、この点について早急な検討が必要

## 症例1:在宅での終末期医療

- 94才女性 脳梗塞で全介助状態(寝たきり状態)
- 本人の強い意志と家族の希望にて在宅での看取りを希望され、訪問診療・訪問看護・訪問看護にて在宅療養を送っていた。
- 年齢と状態から終末期の説明は主治医より十分されており、家族は十分理解されていた。
- H18年8月13日の訪問診療では特に変化を認めなく全身状態は安定していた。
- H18年8月15日疾病の罹患無く誘因無く眠るように永眠。
- 主治医の最後の診察より24時間以上経過しており、「異常死」と判断され、警察より検死が行われた。
  - だれもが「老衰」望んだのではないだろうか？

## 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省2007年6月7日 公表

- 終末期医療及びケアの在り方
  - 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて**患者が医療従事者と話し合いを行い**、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
  - 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される**医療・ケアチーム**によって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
  - **医療・ケアチーム**により可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
  - 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

## どうする？

### 後期高齢者医療制度の中での老人医療

---

#### □ いままでもこれからも

- 安全・安心・良質で先進な慢性期医療
  - 人生の一部となる終末期医療の提供
  - 急性期病院を支える後方病院
  - QOLを高めるリハビリテーション
  - 介護・看護負担を軽減する在宅医療
  - 介護者の負担を軽減するレスパイトケア
-

# 現場からの発言

---

## 老人医療の変遷からみた 後期高齢者医療制度

～ 病院の今後の役割 ～



大川博樹

ご紹介に預かりました、南小樽病院の大川と申します。何かから話せばよいかわからないのですが、後期高齢者医療制度の主治医には、病院は該当しません。当院は病院でありますから、いくつかの加算を取れるだけでして、何をどう話していいか、どこの視点から始めたらいいかよく分からなくて、3か月間、インターネットを含めていろいろなものを探した挙句に、自分としてはずっと外来を行っているものですから、そこから少し話をさせていただきたいなと思っています。

去年のシンポジウム、今年のシンポジウム、と後期高齢者医療制度のお話が続き、わたしが最後の発表なので、一部、小樽の宣伝も含めて、今日は発表させていただきたいと思います。

皆さん、お疲れではないですか。わたしはよく、大学の講義のときに、札幌の医科大学だったのですけれども、60分や90分の講義のうちに半分ぐらいになると、意識が消失していましたものだから、スライドというのは非常にトラウマがあります。なるべく楽しく、最後まで終わって、その中から一つぐらい、「ああ、あんなことを小樽のやろうは言ってたんだな」ということを覚えていただければいいかと思っています。

それでは、はじめさせていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

当院の概略です。通所リハビリテーションが半地下にあり

ます。小樽は坂の街でして、坂だったのをトラック 8,000 台分くらいの土を採って、病院を造りました。こちらが 1 階で外来があります。ここに 2、3、4 と、三つの病棟があります。平成 8 年の 8 月には、ほかの場所で賃貸で行っていて、今の所に 13 年の 8 月に移転しました。診療科は内科、わたしが呼吸器なのですがすけれども、そのほかに外科、リハビリがあります。医者スタッフ 5 人おり、何があっても一応対応するようにそろえています。病床数は 131 床で、医療が 48 床、介護 83 床です。介護が二つの病棟になっています。

この右下の写真が、通所リハビリテーションです。ナムコさんとデザインを提携した通所リハビリを行っています。定員が 40 人で、来るのが 30 人です。稼働率が悪いと責められるのですが、どうしても今日は休むという方が多いので、30 人しか来ません。外来と 1 日リハビリも含めて 1 日の来院数は約 70 人です。その内訳が、わたしが行っている内科はあまり来なくて 30~40 人。残りがリハビリテーションです。職員数は約 150 人います。

これは病院の宣伝なのですが、左上の写真は外来ロビーです。わたしの設計としては、車いすでもいいし、ゆったりと、あまり、すし詰めにならないで、のんびらこんど、ここにお茶が置いてありますので、お菓子を食べて帰っていただくという基本設計、理念で行っています。右下の写真はナムコさんと作った通所リハビリで、ゲームマシンがあったり、これは 1 個 100 万円するのです。楽しくやろうというのが当院のモットーでございます。

次のスライド左上の写真ですが、ついこの間撮った患者さんのパーキング写真です。ロードヒーティングと書いてありますが、ここに雪がないのは職員が雪かきをしているわけではなくて、この道の下にうちのボイラーがあります。パイプをぐるっと回してまして、当然 A 重油を使ってボイラーで沸騰液をたいて、ぐるぐるぐるぐる、モーターで回わしています。右下の写真はうちの前の道で、ちょうど坂になっていま

して、国道5号線があって、この道がもしも凍っていたら、ずっと下りてしまい、ぶつかって事故になります。ここの道のロードヒーティングは市が電気でやっています。

さて、今年から石油の値段がとても上がってしまっていて、リッター81円です。前は40円ぐらいで重油を買っていたと思うのですが、1月の集計をしたところ300万になっていた。このうちの100万円が中の暖房代だと思ってしまうのですが、200万円はこの雪を溶かしています。これが数か月間続きます。これだけでも、病院も大変なのだということに理解していただけたらと思います。

具体的に小樽は坂の街です。船見坂とかがありまして、よくテレビとかで上から見る絵があると思います。上から見るととてもきれいなのですが、下から見るととても大変なことになっています。それは階段で行かないとこのうちに行けない。ですから救急車のおじさんは、階段でおんぶして、下りる。だから、通院するときも、なかなかこの階段を下りたくないのです。だから、ちょっと悪くなると、すぐに入院させてほしいとなるのです。ここに道がありまして、ここの家に行くにはこの道を通るしかないのが小樽の街です。冬はほとんどここら辺の人しか歩けないような状態になってしまっていて、往診するにも、自力で歩けなくなったら、通所の方は、ここに行っておんぶして下りてくるのが現実です。

当院の後期高齢者は、したがって医療病棟・介護病棟両方含めても、75歳以上は85%、80%を占め、ほとんど後期高齢者の方は、入院の中心になっています。平均医療区分が2.2、平均要介護度が4.2になっています。外来では逆に、先ほど平井先生のところもそうだったと思うのですが、意外と少ない。うちはりハビリも行っていきますので、意外と少ないのが現状です。

次のスライドは厚労省から発表されている都道府県別一人当たり医療費です。先日も、高齢者の医療費のランクが出ていましたが、2番が北海道で、一人当たり100万かかっている

ることになっています。最低が長野です。これは平均から見た図で、北海道は特に、一番入院医療が多い。外来はそれほどないが、入院医療が多いのです。なぜこのような図があるかということ、後期高齢者医療制度の中で広域連合を組みます。北海道は北見市の市長がトップなのですが、その北海道の保険料は、結局ここが決めるので、今はよいとしても、このような状態が続いてくると、このような県はどうするのだろうかかと非常に心配します。

ただ、入院が多いから医療費が高いのでしょうか。このグラフは、県庁所在地の、県庁別、都市別の雪日数を示していますが、札幌が125日。年間365日のうち、3日に1日は雪が積もっている状態です。札幌ならまだよいのですが、そのずっと上の稚内とか、道東とか、襟裳岬とかへ行くと、小樽はここなのですが、非常に大変な状態になりますから、通院して下さいといったときに、「ちょっと熱が出たから2、3日置いてくれ」というのがほとんどの状態です。そのほかに、この雪にかなりお金もかかるのですが、それだけではなくて、生活保護受給率、失業率を見ていくと、北海道はダントツに高くなっています。

皆さんも疲れるでしょうから、小樽の雪明りのスライドです。これは、小樽運河がありまして、古い倉庫があって、つららが立っています。ここにろうそくを出して、雪明りのようにして、年間60万人、雪祭りの最中にやっていますから、ぜひお金のある方は、ちょっと小樽運河に来て下さい。ただ雪の中に穴を掘って、ろうそくを入れているだけなのですが、ゆらゆらしてきれいです。小樽運河は夏に見るとそうでもないのですが、冬はとてもきれいなところですよ。

次は社会保障費の話です。先ほど、照沼先生からもお話がありました。社会保障費が、どんどん増えると、国がどうなるのだろうかという話があるのですが、現在の社会保障費の総額は88兆円です。これは国が88兆円出しているのではなくて、給付していくみんなの保険料も集めて、88兆円にな

っています。対前年度の伸びが 2.3%、対国民所得約 23.9%が、社会保障に回っている。一人頭 70 万円ぐらい、一世帯 180 万円ぐらい社会保障費に回っています。その内、年金が 46.3 兆円 (53%) です。現実問題、年金が医療の 28.1 兆円 (32%) よりもずっと多い。年金は、どんどん増えています。医療も増えているので、非常に問題になっている。福祉その他は 13.5 兆円 (15%) です。

こちらも、よく厚労省から発表される、社会保障給付費の推移のグラフです。このすごい伸びだと、国がつぶれるのではないかという図なのですが、これの分子と分母を見てみると、対国民所得、つまり国民所得が伸びているときには、同じ額だと逆に下がることがある。この下がっているのは、バブルの時期です。高度経済成長の時も、あまり伸びていない。しかしながら、ここは低経済、ニクソンショック、オイルショックがありまして、どっと戻っている。バブルの後の、10 年もどんと伸びています。それから、これだけを見ると、非常に危機感を感じると思うのですが、現実問題は、社会保障給付費のうちの医療費はこのグラフ (矢印 8%) です。それほど伸びていない。特に、80 年代は非常に抑制傾向が強かった。今現在の医療費は約 8% になっています。一方で伸びているのが年金。この赤で書いてあるのが福祉元年です。福祉元年には確かに一時的に伸びていますが、80 年代になってずっと抑制傾向が続いたことは、このグラフで分かると思います。

要するに経済の停滞との比ですから、当時は、多いときで 13% ぐらいの経済成長がありましたので、大体平均で 9%。それからニクソンショック、ちょうど福祉元年が始まってからは、大体 4% ぐらいの成長。最近では 1~2% の成長で、2% はないし、マイナス成長もあります。福祉元年になったときに、戦後初めてマイナス成長になったので、結局社会保障費総額が下りてきますから、医療費の割合がどんどん高くなっていくように思われているのか。

次の「医療費と国民所得」のグラフも、わたしは厚労省がよく使う図だと思うのですが、今日は厚労省の方がないので言いたいのですが、4年の次がなぜ60年なのかよく分かりません。この中に数年あったわけですが、省かれた年をきちんとグラフに入れれば、「そんなに変わってないではないか。老人医療ってそんなにないではないか。」ということをしてわたしは言いたかったのです。これを出したのです。老人医療費は、ではすごくなぎ登りに伸びているのかというと、そうではないです。介護保険で、一回落ちていますが、それほど変わらない。ほかのところは増えているのに。だけれども、割合も8%ぐらいになっているので、これだけ見せられると、インパクトがない図になるので、5年前のグラフを入れたのかなという、非常にわたしはうがった見方をしてしまう図なので、これをぜひ見せたかったのです。

国の負担と個人負担はどうなっているかが、この中の社会保障費の内訳からわかります。国民医療費なのですけれども、よくよく見てみると、1980年代は、国は3割払っていました。2003年になりますと、2割5分しか払っていない。その分、家計では、元々40.2%だったのが、今は45.0%。どんどん家計の負担が伸びていっている。一方、企業負担は、24.0%から20.9%と、企業負担は減っている。ですから、医療費が伸びている中で、一番しわ寄せを受けているのは、やはり家計、あと地方というのが、統計的に明らかに言えることだと思います。今後もどんどん、国は小さい政府を目指しておりますので、国の負担を減らしたい。高齢者の一人一人全員からお金を取って、家計の負担は増やしたい。結局、だれが一番大変なのかといえば、家計が大変なのは、この図からも明らかに分かります。

ですから、まとめると、経済成長と医療費は、非常にモトイラの関係というように考えないと、医療費だけを単独に考えた話にはなかなかならないのではないかな、とわたしは思います。ですから、低経済成長の今は時代ですから、医療費

抑制を非常に鮮明に出している。後期高齢者医療制度は、言い換えると、わたしは医療費抑制策としか見えない部分があります。もちろん、制度として、平井会長がおっしゃったように、非常に立派な体系を作っています。今回の医療費抑制策は、経済成長の伸びの悩みと高齢社会の到来を見据えた、非常に厳しい医療費の適正化であると思います。適正化と聞いたときには、わたしは、「削減」と読み替えておりますので、非常に厳しい医療費の削減を、今また迫られている現状だと思っています。

よくOECDの中で、しかもG7の中で、日本は8%の医療費GDP比率なのですが、少ないのもっと増やしたらいいのではないかと議論をされる方がいます。それは全然、厚労省には届かない議論であると思っています。現実にはいろいろな試算を見てみますと、厚労省の出した数字の中では7.4%とか7.5%でいいだろうという話があります。

それで、次に、大変雑多なスライドで申し訳ないのですが、高齢者医療制度の経緯の話を簡単にわたしなりにまとめたものです。すでに、今から10年前の「21世紀の医療保険制度」という厚労省の出した中で、医療保険および医療提供体制の抜本的改革の方向が示され、そのときに、高齢者別建て案・高齢者医療制度の原案は、すでに載っております。それに引き続きまして、平成15年、2003年、小泉内閣のときに、基本方針の閣議決定の中に、高齢者医療制度の大枠が決定され、閣議決定の中で、平成16年に決まりました。

次は、ここには書いてありませんけれども、16年の4月に強行採決で、委員会を通りました。それで、実際に衆議院を通ったのは、確かワールドカップの真っ最中です。ですから、わたしも、個人的にはワールドカップにかまけていまして、あまりこの通ったという記事を見た覚えはないのですが、このようなことでした。やっと、最近、高齢者医療制度について、「いいのだろうか？」という話がでてきますけれども、すでにもう10年前から話があって、小泉内閣のときから実は決

まっていた。

その中で、老人保健法という、昭和 57 年にできた法律が、「高齢者の医療の確保に関する法律」へ名前が書き換えられました。これが第 1 条です。第 1 条は、法律の理念を示したものだと思うので、そこで 2 法を比べてみますと、老人保健法は、「... 国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため...」、これは適切と書いてあるのと、健康の保持と書いてあります。

ところがこれが、平成 16 年に変わった法律によりますと、「... 国民の高齢期における適切な...」これは、老後は高齢期に変わっています。「老人」という言葉が消えました。「高齢期における適切な医療の確保」は同じなのですが、次に、「医療費の適正化を推進する」と書いてあります。明らかに、法律の中に医療費を削減しようとする意図が見えます。いつの間にか、「国民の共同連帯の理念」、の文言が、高齢者の医療の確保に関する法律 1 条で、入っていましたね。ここに対して、どう考えるのかが、これからの課題だと思っています。

老人福祉法という法律によると、この中では、「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛される... 生きがいをもてる健全で安らかな生活を保障される...」のが国の債務であると書いてあります。しかし、いつの間にか健康の保持すらなくなって、医療費の適正化のための計画をなささい、「国民の共同連帯の理念」となり、国の債務ではないと徐々に国は何をするかという姿勢が、このような法律の変化にわたしは現れていると考えます。

うちの病院でも外科のヤスタ先生が、75 歳になります。75 歳になった途端に、うちの健康保険証が使えなくなって、ヤスタ先生に「カードが来るので、ぜひ見せてくれ」と言っています。

さて今期 75 歳の方は、どのような人生を歩んだのか、ちょ

っとわたしも興味がありまして、今の制度はこうなのかもしれないが、過去の姿が日本の今を作ったわけですから、そんなことを考えていかないと、その高齢者の医療を気持ちとしてやっていいのだろうかというのが、わたしの気持ちの中にいつもあるので、次のようなスライドを作りました。

12歳のときに、3年半続いた太平洋戦争が終わりました。途端に食料不足が来たわけですね。というのは、戦地などから人が帰ってきたことや食糧生産が追いつかなかったことから配給制度になった。やみ市場があった。たけのこ生活がありました。もう食べる物がない、明日どうなるか分からない。小樽でも空襲があったらしいです。この東京の街は焼け野原になった。そのようなところから、12歳でちょうど終戦となり、10代の多感な時期を迎えたのが、今年75歳の方です。それで28歳の働き盛りのときには、国民皆保険制度が始まりましたので、そのときからずっと今まで保険料を払ってきている方です。

福祉元年のときには40歳です。このときにはちょうど田中角栄さんの列島改造で、非常に高度経済成長で、働くのもすごいし、仕事もすごいし、成長もすごいときでした。ちょうど自分の両親が、「老人医療費、無料だから、ちょっと病院へ入ってよ」と当時の老人医療の病院にもそのようなことがいっぱいありました。しかし、それをなんとかしなければならぬというので、この「老人の専門医療を考える会」が発足して、今まで活動を続けてきているわけです。そのような時代では、国は、年取れば面倒見てくれるという甘い幻想を、当時はお金もあるからなんとかかなると思った時期が40代です。この間ずっと、働き盛りのときは高度経済成長で、もう「働け、働け」の時代だったと思い出してもいいのではないかなと思っています。ちなみに、わたしは52年生まれですので、よく覚えていません。

そして最後に、引退する寸前にちょっとバブル景気があって、ちょっといい思いをしたかもしれない。67歳になりました。

て、老齢年金をもらうことになる、年金から介護保険料が引かれ始める。で、今年、めでたく、75歳で後期高齢者になってしまった。このような人生を考えると、2回の高度経済、ここは別にしても、約20年間を、日本の国で働き手の中心として支えていた方々が、今これから後期高齢者に入る。戦争は、自分が始めた戦争ではなく、自分はその戦争に巻き込まれたのです。

ですから、75歳以上の方は、みんなそのような経験をお持ちです。わたしの患者さんで、小樽で徴用されて、大阪の兵器工場に行った方がいまして、小樽から大阪へ行って、当時何をしたかという、中古の兵器を組み立てて、新しい兵器を作る仕事をしていました。本人は「これはもう負けるわ」と思っていたらしいのですが、大阪は当時、機銃掃射が来まして、それが来ると、ぱっと防空ごうに隠れなければならなかったらしいですね。実際に、わたしが聞いた話なのですが、「来ると、ぱっと伏せるのです。伏せたら、ぼくの手の10センチ前を、マシン目が通っていった。バッバッバッバッバッバッ...」と。「よく生きましたね」と言ったら、「いやあ、もう死ぬかと思った」と。飛行機が行ってしまったあとに、今度は仲間の遺体を自分たちで片付けなければならない。そのような時代を生きてきた方だとわたしは思っています。

次は、「よく働いた」後期高齢者、というスライドです。戦前に生まれて、戦前は、年間仕事時間が3,000時間です。47年に労働基準法ができて、2,000時間を超えている。オイルショックまで、2,000~2,500時間、年間働いています。2,000時間ですと、土曜日なくして、1日7.5時間ぐらいですか。働いて、働いて、働いた。それで日本の国を作ったのではないだろうか、とわたしは思うのですね。

次は「いもを食べた青春」と、わたしがつけたキャプチャーなのですが、食糧事情も非常に悪かったときです。これがちょうど戦争の時期ですが、米がどーんと供給量が落ちまして、いもがどーんと増えた。このような時代に成長期の10

代を過ごした方々が、今 75 歳になっているのが現実だと、わたしは思っています。

これは別の話です。わたしが直接行ったわけではないのですが、石川県で 1 月 18 日に約 1,000 人が参加した後期高齢者医療フォーラムでの、とある課長補佐の発言がインターネットに大々的に出ました。いくつかおっしゃっていて、文脈もあると思うのですが、その中で、「医療費が際限なく上がってゆく痛みを、後期高齢者が自分の感覚で感じ取っていただきたい」という発言をされたと、記録に載っています。

確かに、そこだけで別建ての保険になりますから、上がっていけば自分のところに返ってくる。特に北海道は高いですから、むやみやたらと医者にかかるな、病気をしてはいけない、お金がかかるので、病気をすることはみんなの痛みになって、それを感じてもらう。だから、この後期高齢者医療制度を作ったのだとの発言がありまして、これが非常に波紋を広げました。北海道についても言及されておりまして、「広いので病院のアクセスが悪いため、すぐ入院となる……」。単純にこうではないわけです。広いから何でも入院すればいいとは。確かに、昔は越冬つばめではなくて、越冬入院も確かにありましたが、最近ではそのようなことができないようになっています。

さて、「敬老の日」がありますが、そのような高齢者への思いはどこへ行ったのかと、わたしは最近つくづく思っています。現実に統計を見ると、高齢者が預金を崩して生活に当てている。高齢者の平均収入は高いではないか。平均すると家計収入が 400 万もあるではないか。ところが、それは平均値でありまして、200 万前後の世帯が一番多いのが現実です。現実に貯金比率が非常に下がってきています。受診回数を減らしなさい、軽い病気ではかかるのではない。先ほどの課長は、風邪のことも書かれていました。「風邪は乾布摩擦で僕は治したのに、都会に来たら、病院に行くようになってしまった」とお話をしています。北海道で乾布摩擦をすると、風邪

をもっと引くような気がして、わたしはちょっとかわいそうだと思います。

医療費の増大は「医療費亡国論」というのが、昔、1983年にありました。今支えている若者が、「わたしたちが年を取ってきたときにどうなるのだろうか」と思うことがあります。わたしはよく職員に言うのですが、「今、みんなが一生懸命、高齢者ケア、医療、看護を含めたことをやろう。それが、自分たちに返ってくるのではないのだろうか。日本の国がどうあれ、わたしたちが、今、目の前でだれかが行っていかないと、わたしたちが老人になったときには、悲惨な思いをするのだ」ということを、よく言い含めて話しています。それから、高齢者の不安が強いところの国は、非常に少子化になっていると、ある種のデータで出ています。

ですから、希望と明るさを持てる制度設計がなんとかできないものだろうか、わたしはこの勉強を通じて非常に考えました。先ほど、平井会長も、昔は、療養型を作るときには、老人の専門医療を考える会等にも参加して、一つのものを作ってきた気持ちがある。けれども、この後期高齢者医療制度に関しては、どうも何か違うのではないか、という気が非常にわたしはします。

これが現実に、高齢者の世帯の国民生活基礎調査なのですが、1,000万円の人はいないので、ここは平均なのですが、すけれども、78%が400万以下である。高齢者としても、収入はこの辺がレベルであると。やはり、いろいろな医療制度改革で、老人はあまり病院に行かないよう確かに努力をされています。65歳以上の方の外来受診率、入院受診率の統計を見ると、1990年からドドッと落ちてきています。企業も努力をしているかもしれませんが、かかる患者さんも、それなりにやはり努力をして減らしてきている。もっと減らせというのだろうかというのがわたしの考え方です。

このような現実を見て、60歳未満の方の世帯主にアンケートを取りますと、医療費が厳しくなって、小泉改革が行われ

たあたりから、「心配」が非常に増えて、「心配でない」が全然いない。「心配してない」が2003年11.3%しかなくて、世帯主、世帯では、「どうなるのだろうか」「老後どうなるのか心配だ」と9割に近い方が考えているのが、今の現実だと思います。そのような中で、国に望む政策としては、やはり、医療・年金の社会保障改革をしてほしいと67.7%、高齢者対策をしてほしいと49.8%が回答している。この二つ合わせると、複数回答なのですが、100を超えます。景気対策は58.6%回答ありますが、少子化対策が28.9%と少ないですね。

これは、小樽の夜の夜景。きれいに見えますが、大したことはないです。これは、雪祭りですね。エジプト、人の高さ、これはステージなのですが、いかに大きなものを自衛隊が作っているかわかるとおもいます。自衛隊としては、名目は、雪中訓練です。自衛隊でないと、このようなことはできません。設計図を書いて、謄写してやるのですね。主に大通り公園の会場で300万人ぐらい来ていますので、来たことのない方は、ぜひ来てください。

次のスライド。後期高齢者医療制度の問題点がいろいろあります。ネットやいろいろな本に山ほど書いてあります。将来は保険料が上がるのが問題ではないかと。また滞納に対するペナルティーは非常にきつい。すぐ取り上げられる。現役並み所得者は、このようにしか書いていないので、どんどん現役並み所得者のレベルを下げていくと、今の団塊の世代の方が年金を普通にもらっても、現役並み所得者と考えられる可能性が高い。それから、給料明細の中に「特定保険料」という形で、後期高齢者の方にいく保険料を別建てでちゃんと書くことになっていますから、若い人が見たときに、「年寄りのためにこんなに持っていかれているのだ」と分かるようなシステムになっています。

それから、かかりつけ医に病院がなれない包括医療の問題点。あとは、もう一つ、メタボ健診、先ほどの過去に関する

法律の中では、メタボ健診の話が、一緒に法律の中にあります。ですから下手すると、「あんた、自分でそういう、お酒飲んだり、自堕落な生活をしたから、病気になったんだ」と責められかねない。でも、人間ですからね。

後期高齢者連合はどうか。北海道の広域連合は、本当に保険者として、きちっとした適正な医療計画を立てられるのだろうかとは私は心配しています。

問題点は、国はどんどん責任を逃れている。企業もどんどん負担が下がってそれで、いいのだろうか。国民負担率がさらに増えるのではないだろうか。現在の国民の税負担率が45%になっていますから、もっと増えるのではないか。ですから、この経済情勢は確かに分かるのですが、わたしは、後期高齢者医療制度が、単なる医療費抑制の手段であってはどうかならないだろうと思います。

最後に、「中小病院の役割」として、高齢者担当医は診療所のみになっています。病院は、今、医師、看護師、介護、PT、OT、STが全部そろっています。それから、MSW、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、ケアマネジャーなど、全部病院のスタッフとしてそろっていて、マンパワーが一番ある。しかも、24時間365日、町の中のホットステーションで、医師、看護師、介護があるのは病院だけです。診療所には、電話をかけると、「今日は閉まりました」と、いばらき診療所さんは別としても、ほとんどです。ですから24時間365日、医師・看護師がいて、PTは夜いませんけれども、そのようなリソースがあって、すごく高齢者を支援できる病院が、なぜ高齢者担当医に入らないのだろうか。今、病院の役割と診療所の役割は明確に分けたいと言っていますので、せっかくあるのに使わせてくれないことは、はたしてそれが効率化なのだろうかとはわたしは思っています。

最後なのですが、「安心な老後を過ごせる国づくり」もしていかなければならないと思います。自分ができることは、地域の町医者ですので、制度に命を吹き込むのは、やはり現場

力だろう。経済的制約は確かにあるし、お金がつく、つかないにかかわらず、現場でなんとかやれることを、質のいいことをやるしか、わたしにはない。その代わり、現場の声が届く制度づくりをしてほしい。いろいろなアンケートを見ましたけれども、その中で「もっと医療制度の政策づくりに患者さんの声を反映してほしい」というのが、一つありました。確かにそのとおりです。できれば、老人福祉法の理念を実現する国づくりができたなら、もっとよい社会になって、それから、次にわたしたちの子孫の世代にも、この国を立派に胸を張って渡せるのではないかと考えています。

以上、長々となりましたけれども、ご清聴ありがとうございました。

# 現場からの発言

南小樽病院

大川博樹

平成20年2月23日

## 南小樽病院の紹介

- ・平成8年8月開院（内科、外科、リハビリテーション科）
- ・病床数 131（医療 48, 介護 83）
- ・通所リハビリテーション 定員 40
- ・外来 一日平均 約90名
- ・通所 一日平均 約30名
- ・職員数 149名（パート16名）





外来ロビー



通所リハビリ



理念

1. 患者様中心の医療サービスの実践
2. 高齢者医療を通しての社会貢献
3. 明るく、楽しく、きびしい職場



ロードヒーティング  
重油 300万(月)



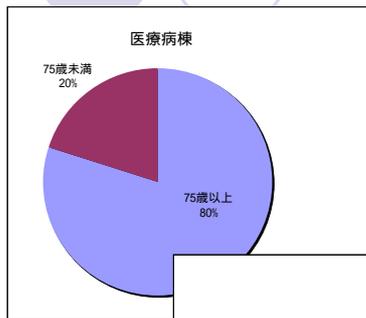


## 小樽は坂の街

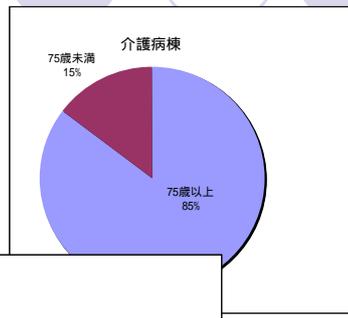
雪と坂で、通院は一苦労



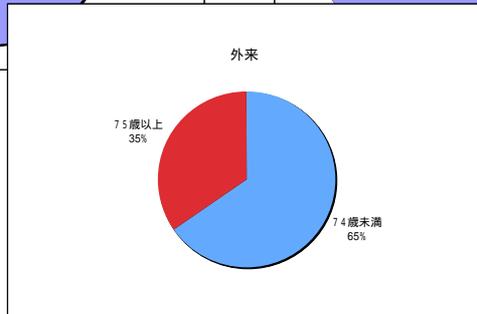
## 当院の後期高齢者・入院中心



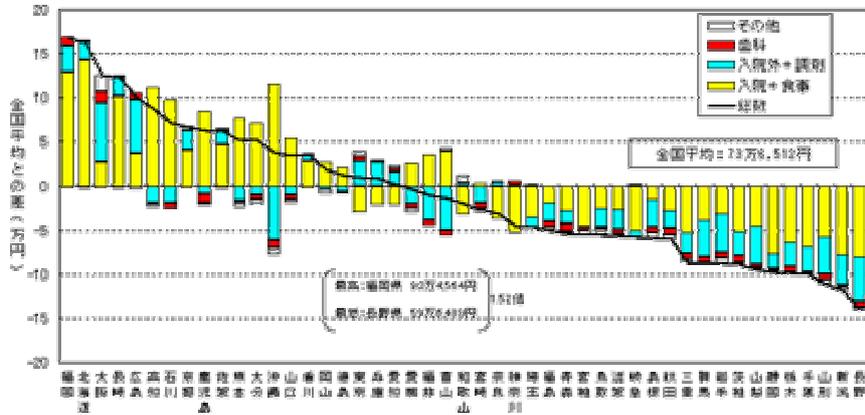
平均医療区分  
2.2



平均介護度  
4.2

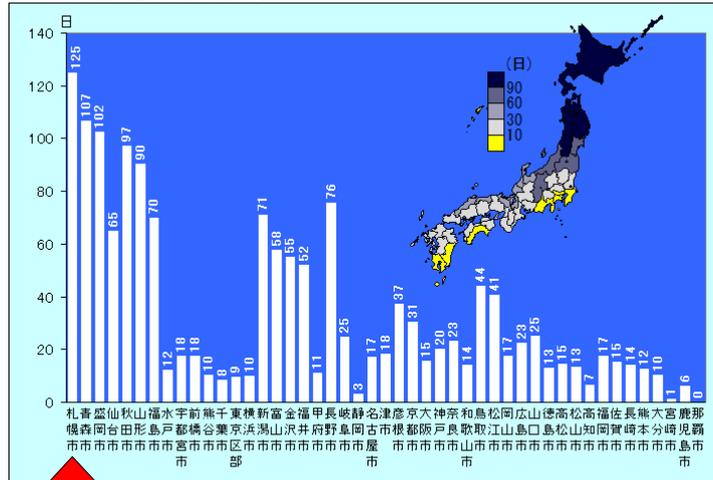


## 都道府県別一人当たり医療費



北海道は2番目！！ 入院では一番

県庁所在都市別の雪日数(平年値)



(注) 雪日数は、量にかかわらず、雪、しゅう雪、ふぶき、みぞれ、霧雪及び細氷のうち一つ以上の現象が観測された日の年間の日数である。なお、雪あられ、氷あられ、凍雨、ひょうは含まれていない。平年値は1981～2000年の平均値。県庁所在市のデータである。ただし埼玉県は熊谷市、滋賀県は彦根市の気象官署の観測値。

(資料) 気象庁ホームページ

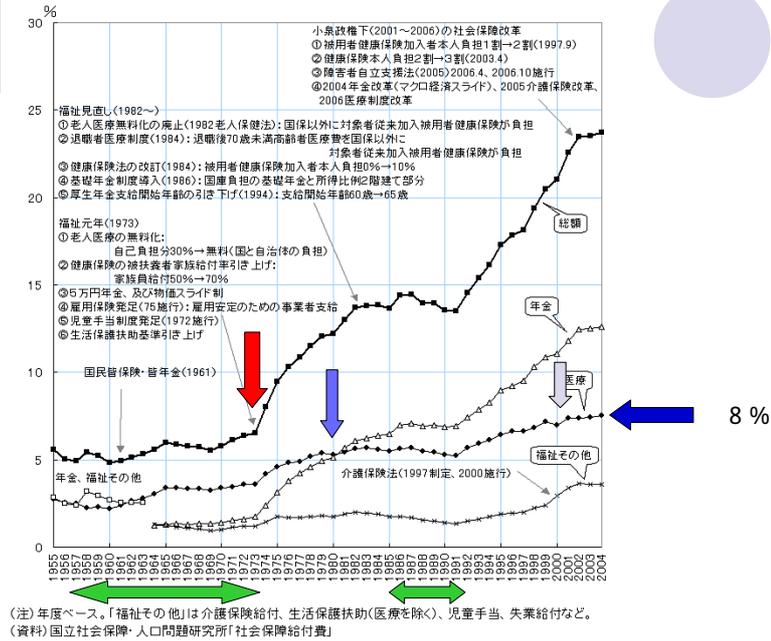


小樽雪あかりの路

## 社会保障費

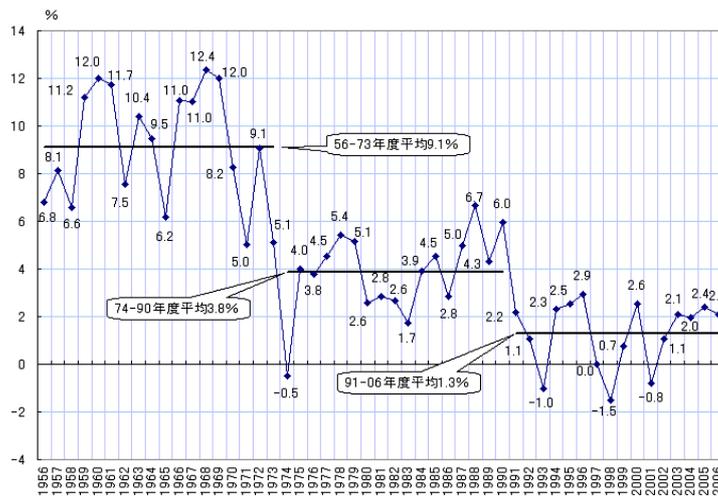
- 総額88兆円 (平成17年度)
- 対前年度伸び率…2.3%
- 対国民所得率…23.9%
- 一人当たり給付費…68.8万円
- 一世帯…184.5万円
- 年金 46.3兆円(53%)
- 医療 28.1兆円(32%)
- 福祉その他 13.5兆円(15%)

社会保障給付費の対国民所得比の推移(%)



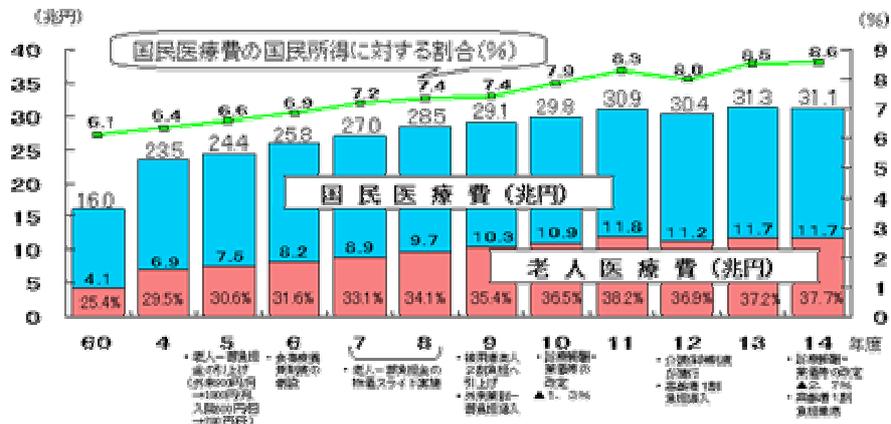
経済成長率の推移

経済の停滞と社会保障費



(注) 年度ベース。93SNAベース 値がない80年代前は63SNAベース。95年度以降は連鎖方式推計。  
国民経済計算確報及び平成6年以降速報改定結果<2007年8月13日公表>。  
平均は各年度数値の単純平均。  
(資料) 内閣府

# 医療費と国民所得



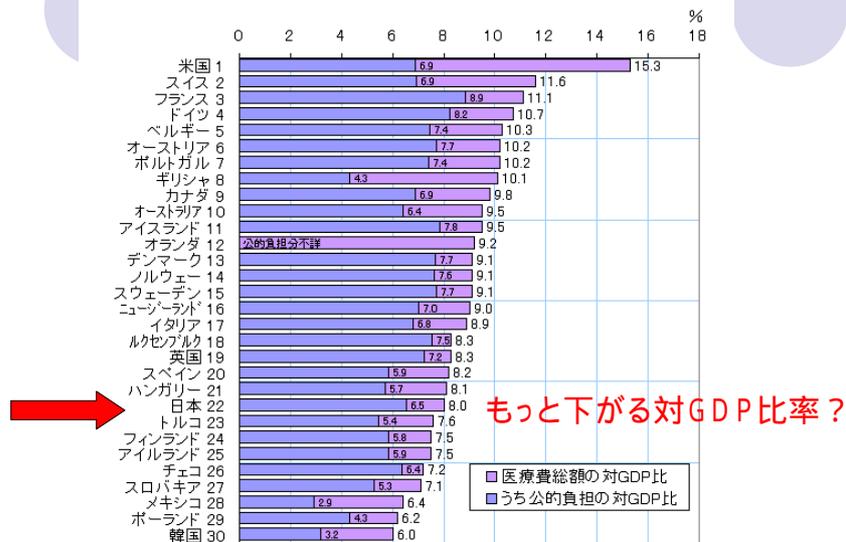
# 国の負担の減少と個人負担の増加



## 経済成長と医療費

- 低経済成長の時代
- 医療費抑制はより鮮明である
- 後期高齢者医療制度・医療費抑制策
- 「医療費抑制」策は経済成長率の伸び悩みと高齢社会の到来を見据えた・
- **非常に厳しい医療費「適正化」**である

OECD諸国の医療費対GDP比率(2005年)



(注) オーストラリア、オランダ、ルクセンブルク、ハンガリー、日本は2004年データ  
(資料) OECD Health Data 2007 (Data last updated: June 22, 2007)

## 高齢者医療制度の道筋

- 平成9年(1997)「21世紀の医療保険制度」
- 医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向
- 高齢者別建て案・高齢者医療制度の原案
- 高齢者の保険料は高齢者に、定率負担、公費は3割程度など
- 平成15年(2003)「基本方針」の閣議決定
- 高齢者医療制度の大枠の決定

## 老人保健法の改正

- …国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、…保健事業を総合的に実施し…もって、国民保健の向上及び老人福祉の増進を図る…
  - …国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成および保険者による健康診査等の実施…国民の共同連帯の理念に基づき…必要な制度を設け、もって…
- 老人保健法
  - 高齢者の医療の確保に関する法律



### 「日本国憲法 25条」

- ①すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
- ②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

### 老人福祉法 第2条「基本理念」

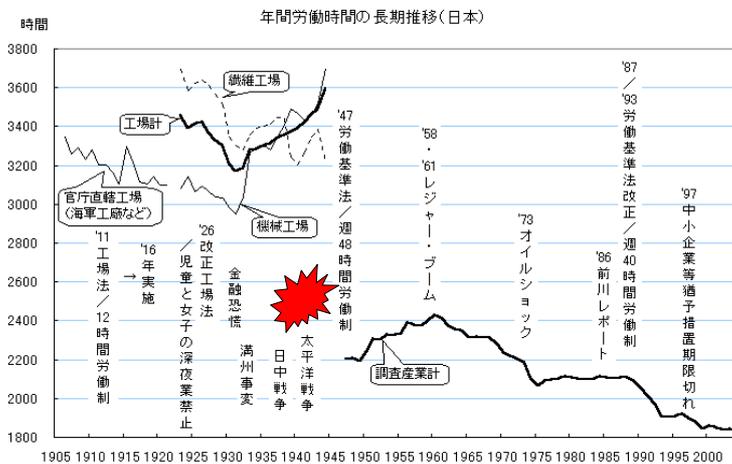
老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいをもてる健全で安らかな生活を保障されるものとする。

## 今年75歳は、昭和8(1933)年生まれ

- 太平洋戦争終戦 12歳 食料不足
- 国民皆保険制度 28歳 保険料支払い
- 福祉元年 40歳 列島改造
- 高度経済成長(1955～74) 22～41歳
- バブル景気(1986～91) 53～60歳
- 介護保険料 67歳
- 後期高齢者になる 75歳

# よく働いた後期高齢者

労働時間の長期推移

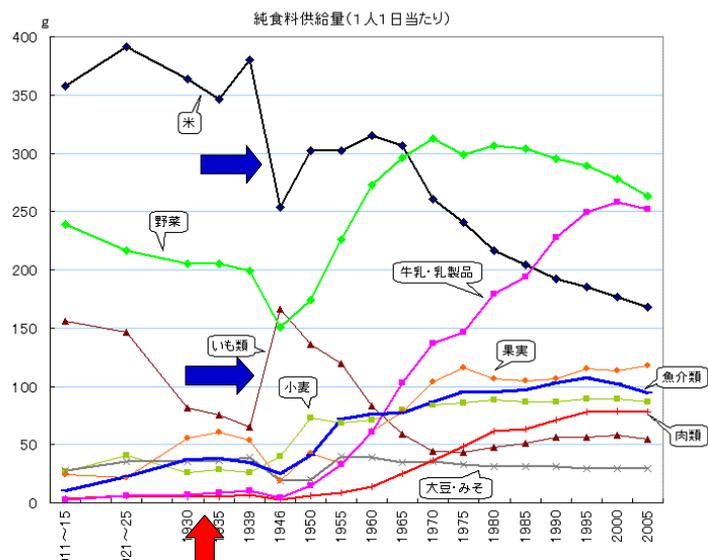


(注) 年間労働時間(戦前) = 1日平均労働時間 × 月平均出勤日数 × 12ヶ月  
戦後1969年までサービス業含まず、1950年まで一部工業業種含まず。  
(資料) 1906~21年: 「明治大正国勢総覧」年経済(原資料は帝国統計年報)  
1923~50年: 「明治以降本邦経済」年経済(原資料は労働統計要覧、休憩時間を含む)  
1951年~ : 「労働白書」(原統計)年経済(原資料は労働統計、事業所規模30人以上)



食生活の変化(1910年代以降)

# いもを食べた青春

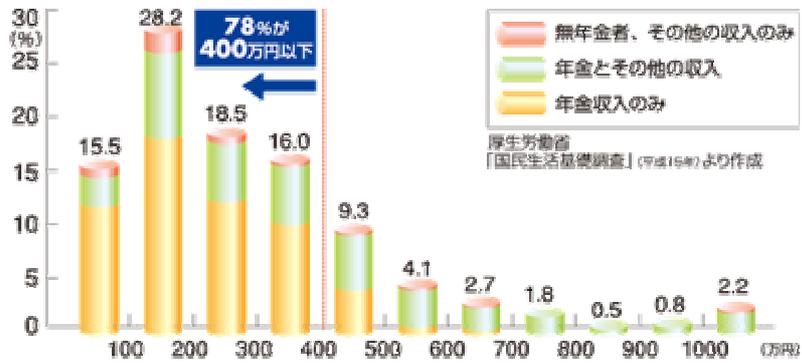


石川県後期高齢者医療広域連合主催  
「後期高齢者医療フォーラム」

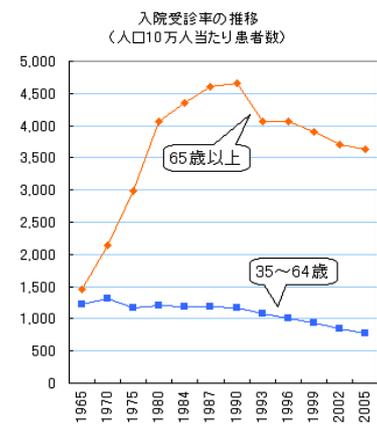
- 平成20年1月18日
- 参加者約1000名
- 厚労省・課長補佐発言の波紋
- 「医療費が際限なく上がってゆく痛みを、後期高齢者が自分の感覚で感じ取っていただくことにした」
- 「北海道は広いので病院へのアクセスが悪いのですぐ入院となる・・・」

「敬老の日」はあるが・・・

- 高齢者への思いはどこへ？
- 預金を崩して生活に当てている姿
- さらに、高齢者の医療には「無駄」がある
- 受診回数を減らせ、軽い病気ではかかるな
- 医療費の増大は「医療費亡国論」
- 若者の将来への不安の増大・少子化？
- **希望と明るさ**を持てる制度設計は？

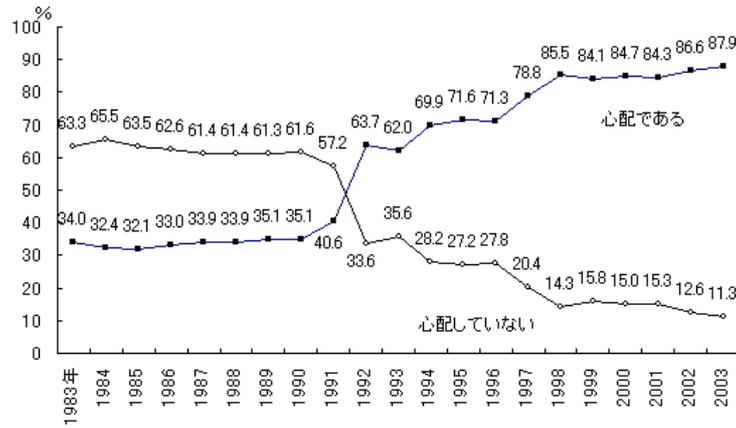


### 年齢別受診率の推移



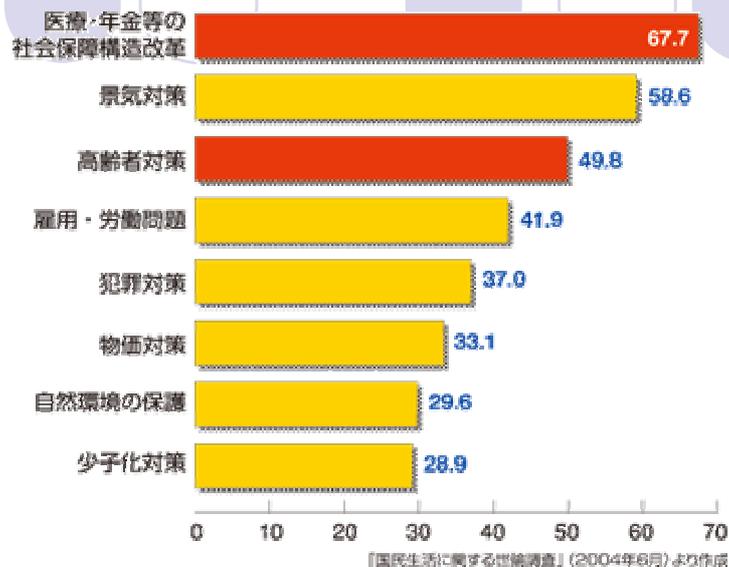
(注)1984年以降はそれまでの各年調査が3年おき調査に変更  
 (資料)厚生労働省「患者調査」

老後の生活についての考え方(世帯主が60歳未満の世帯)



(資料)金融広報中央委員会「家計の金融資産に関する世論調査」

国に望む政策





## 後期高齢者医療制度の問題点

- 保険料負担増・・将来の**保険料引き上げ**も
- 滞納への**ペナルティー**
- **現役並み所得者**の線引き
- 「特定保険料」の明示の効果
- 包括医療、「かかりつけ医」(高齢者担当医)
- 自己責任論の危険性
- 広域連合のあり方、保険者の強化

## 問題点の続き

- 国の責任の明確化は(財源としても)
- 企業の責任の明確化は(財源としても)
- 国民負担率のさらなる増大か
  
- 今、この経済情勢のなかでも、
- 後期高齢者医療制度が**単なる医療費抑制の手段であってはならない**

## 中小病院の役割

- 「高齢者担当医」は高齢者の医療的コーディネート……診療所のみ？
- 病院はマンパワーの充実
- 医師、看護師、介護はもとより、リハビリ(PT, OT, ST)、MSW(社会福祉士)、薬剤師、管理栄養士、ケアマネジャーなど
- 24時間365日、医師、看護師、(介護)があるのは「病院」

## 安心な老後を過ごせる国づくり

- 制度に命を吹き込むのは「現場」
- 経済的制約のなかでも「現場力」の発揮
- 「現場」の声が届く制度作りを
- 老人福祉法の理念を実現する国づくりを

# シンポジウム

---



齊藤　　これまでのお話を聞いていてお分かりのように、後期高齢者医療制度は単に医療保険が分割されたわけではないということです。このことが国民の皆さんはもちろんですが、実はそれほど、医療関係者にも分かっていない方が結構いらっしゃいます。特にこの1年は年金の問題もあり、どちらのほうが大きいのか、重さは決められませんが、なんとなく後期高齢者医療制度のことが隠れてきてしまったような、そのような印象も受けるところです。

特に今、医療にしても介護にしても、質の向上をとというような時期に、75歳以上の方々が実際に、今まで以上の医療のサービスが受けられるようにと考えているところに、今回このような制度が入ってきて、先ほどからシンポジストでいらっしゃる方々が危惧されているような、医療が制限されるのではないかと、診療所の先生たちだけではたしてうまく機能するだろうか、診療所でも一生懸命やっけていらっしゃる先生もいますが、現実どうなのだろうかということ。それから在宅と病院施設との関係が、どなたかのデータにも出ていましたように、病院や施設に対しての国民の方々の考え方と、現実に行われている施策が本当に合っているのかどうかとか。

実はこの後期高齢者医療制度が、決まる決まらない

## 老人医療の変遷からみた後期高齢者医療制度

### ～ 病院の今後の役割 ～

南小樽病院 病院長 大川博樹

高齢者医療制度は、我が国で初めての年齢区分による「別立て」医療制度である。そのスタートが間近に迫っている時期に、このような制度にたどり着いた我が国の老人医療の歴史と、この制度が内包する諸問題、また医療現場への影響について考えてみたい。

昭和 35 年（1960）に一地方自治体から始まった「老人医療費の無料化」は 9 年後に東京都でも実施された（昭和 44 年、1969）。さらに 4 年後の昭和 48 年（1973）には国として老人医療費の無料化が開始された。一地方自治体での取り組みが 13 年かけてでも国家としての取り組みになりえた時代であった。これは医療費の自己負担分を公費で肩代わりする制度であり、当時の高度経済成長にバックアップされながらも、「成長か福祉か」の議論のなかで、福祉国家を日本が選択したかのような期待を抱かせる決定であった。

しかし、まもなくオイルショックが経済を冷え込ませ、同時に老人医療費無料化が総医療費の急激な上昇をもたらし、その後 10 年間で社会保障給付費の対国民所得比は 6.5% から 13.7% へと 2 倍以上に急拡大した。もっとも、内訳では年金の伸びがより著しく、昭和 55 年（1980）を境に年金は医療を上回るようになった。平成 16 年（2004）には対国民所得比で、医療 7.52%、年金 12.61% と、年金は医療の 1.7 倍になっている。もともと福祉元年（昭和 48 年 1973）には、医療 3.58%、年金 1.75% で、医療が年金の約 2 倍であり、30 年の間に双方の立場は逆転している。

この間、医療は 2.1 倍の伸びでとどまっているのに対し、年金は 7.2 倍になっている。医療は平成 12 年（2000）の介護保険導入により伸びが抑えられた事もあるが、社会保障総額が対国民所得の 25% に迫る勢いのなかで、年金給付単独で社会保障費の 55% 弱を占めている。医療費と福祉・介護関係費は、両方合わせても 50% に至ってはいない。したがって社会保障費の伸びを論じるときに、一方的に医療費の抑制論につなげることはいかなものだろうか。

しかしながら、「病院のサロン化」とか「乱診乱療」、「社会的入院」などと言われたように、総医療費の増加の原因となったのは老人医療費であったことは否めない。昭和 56 年（1981）に高齢化率が 9.1% になり高齢化社会になったことも老人医療費対策を加速させ、無料化は風前のともし火となった。その結果、昭和 57 年（1982）に「老人保健法」が成立、昭和 58 年に施行された。つまり老人医療費無料化の時代

は約 10 年間続いたが、その政策が我が国で再び実現することはないであろう。

老人保健法での老人保健対象者は、70 歳以上の各医療保険加入者と、65 歳以上 70 歳未満の一定の障害状態と認定された方々であった。そして、対象者は加入のままの医療保険で対応し、「別立て」の保険に移行するものではなかった。自己負担は、外来一ヶ月 400 円、入院一日 300 円(2 ヶ月限度)となった。患者負担を除くと、30%を公費(国、都道府県、市町村)、70%が各保険者からの拠出金でまかなう仕組みであった。後に、この拠出金が各保険者にとっての重荷になってくる事が後期高齢者医療制度の伏線になる。

昭和 59 年度(1984)には健康保険法等の改正が行われた。それにあたり、厚生大臣による「今後の医療政策 視点と方向」がとりまとめられた。その中には現在の医療政策にまで連なる基礎的な事項が多く盛り込まれており、今の医療政策は、あたかも当時の「視点と方向」を追認するかのようである。

要点としては、疾病構造の変化と人口の高齢化、国民所得の伸びを上回る医療コストの増大、経済の低成長化と医療費負担能力の低下。また、健康保持・疾病予防の自己責任の明確化、適正かつ効率的な医療体制の整備、社会的公平に立脚する医療保険制度の実現などがあげられている。「自己責任」、「適正化」については、前者は「別立て保険」や「メタボ健診」につながり、後者は高齢者医療制度の目的に据えられている。また、「効率化」は再三再四繰り返されている。

当時の時代背景としては、武見医師会会長の辞任(1982)、ロッキード事件などがあげられ、政界・医療界ともに強力なリーダーシップの時代が終わりつつある時代であった。時期を同じくして、後に「医療費亡国論」と引用される論文が、厚生省保険局長の執筆で社会保険旬報に掲載されている。この論文が厚労省の基本的な医療費に対する考え方なのかどうかは定かではないが、この時期以来、国の政策として一貫した医療費抑制策がとられていることは事実であろう。

昭和 61 年(1986)の老人保健法改正により、一部負担金は外来 800 円、入院 400 円となった。老人保健制度を開始した昭和 58 年度の老人医療費は、制度改正にもかかわらず前年比で 20%の伸びを示し、その傾向はその後も持続し、ますます市町村国保の財政を圧迫していった。病床規制時の駆け込み増床も医療費増加の一つの原因となったであろう。この改正では、老人医療費の抑制も見据えて、当初は中間施設(病院と在宅をつなぐ意味)と呼ばれた老人保健施設の創設も図られた。

平成 3 年(1991)の老人保健法の改正では、平成元年(1989)に策定された「高齢者福祉推進十カ年戦略」(ゴールドプラン)が背景にあり、老人保健と介護との総合的な取り組みが盛り込まれていた。また、老人医療費は 6 兆円にのぼり、現役世代の負担感が重くなりつつあった。一部負担金はさらにアップし、外来 900 円、入院 600 円となった。ただこの時期の老人保健法改正の焦点は、一部負担金よりもむしろ、老人保健への各保険者からの拠出金のありかたであったことがうかがえる。

さらに、平成 9 年（1997）の改正を通して、老人の自己負担を徐々に上昇させることが決められ、平成 12 年（2000）には上限は定めたものの一割の定率負担が導入された。定率負担とは病状の重い患者がより多く支払うことであり、高齢者の可処分所得が若年者と遜色ないと喧伝されたことも記憶に新しい。

しかし、定率となった時点で、高齢者の抱える老化による脆弱性への理解や、社会のサポートは損なわれ始めたのではないだろうか。定額制による医療への経済的な安心感は定率制ではもたらされない。定率制は医療費抑制のインセンティブになることが狙われている。社会全体が高齢者を支える仕組みは、経済・財政の許す範囲であることはその通りなのだが、過去における社会貢献を、現在の社会保障費を通しての所得再分配で報いる事ができない時代になってしまった事実を認識したい。

この前後の老人医療費の伸びは介護保険に一部財源が移行したため一時的には鈍化した。国民健康保険の財政問題、組合健康保険の拠出金の負担の問題、潜在的にさらに急激に伸びると見込まれる老人医療費の問題を解決すべく、平成 18 年 6 月（2006）に「老人保健法」自体が改正され「高齢者の医療の確保に関する法律」となった。ここに四半世紀にわたる老人保健法の理念は書き換えられ、「高齢者医療制度」の創設と、いわゆる「メタボ健診」の創設がなされた。このときの国会の委員会審議が強行採決であり、ドイツワールドカップで報道が一色になっていた時期の法案可決であることは記憶に新しい。

このように振り返ってみると、一連の老人医療政策は、ミクロな視点では老人医療の質の改善への取り組みや施設環境改善へのインセンティブ、付添介護廃止と介護力強化病院の創設、後の介護保険への伏線など評価されることも多い。しかし、マクロな見方では「一貫した医療費抑制、とりわけ老人医療費の抑制政策」の歴史といえよう。「成長か福祉か」と議論され、国があたかも福祉を選択したかのような姿勢を示した時代もつかの間、一転して医療費、とりわけ老人医療費は「亡国」につながるリスクファクターにされたかのようなのである。

たしかに、福祉国家は高負担の見返りの高保障であり、消費税導入時の国民の動向から推し量っても高負担への抵抗感は大きいと思われる。さらに、多くの資源を持たない国として産業、とりわけ製造・輸出産業の成長を推進することに重点を置かざるを得ないことも事実であろう。経済成長なくして社会保障もないという見方もできよう。

いずれにしろ現実的には、高齢者に対してさらなる高負担が「後期高齢者医療制度」として、まず実現されようとしている。また、そこに高保障の確約はない。そして、いわゆるメタボ健診は将来にわたり数兆円の医療費抑制効果があるとされており、自己責任が医療費の抑制につながるという論理が組み立てられている。

さて、高齢者医療制度は現在地方自治体を始め、多くの場で論議されている。ネット上でも賛否両論である。というより、賛よりも否が多いことが特徴的である。問題

点としてあげられている事項を列挙してみると、まず、高齢者の保険料負担増、将来の保険料引き上げの仕組みなど個人の負担の増大。さらに、滞納へのペナルティー。現役並み所得者への公費負担からの除外（現役並みのラインの引き方いかんにかかる）。現役世代の「特定保険料」設定による、世代間対立の構図。もともと、75歳の根拠の不明さ。包括診療報酬の導入や「高齢者担当医制」による制限的な医療。担当医に病院の医師が除外されている事。定率負担制やメタボ健診で窺えるように高齢者や保険組合の自己責任論の強調。特定療養費の廃止と「保険外併用療養費」導入による、保険部分と自己負担部分の2階建て制度へのステップの可能性。広域連合内での各保険者や市町村の意見の反映の仕組みの不確かさ（広域連合のあり方、権限の問題）。後期高齢者の健診が今までのような義務ではなくなったこと。地域の医療費が保険料に跳ね返る仕組みや都市と地方の医療体制の違いによる格差問題。もともと削減を意味する「適正化」という文言が法律の理念になっていること自体の問題。終末期における医療費削減の見え隠れ。医療保険と介護保険との「一体的なサービス提供」の危険性、等々である。

「老人保健法」と「高齢者の医療の確保に関する法律」の目的を読み比べると、新たな制度の意図しているところが明らかになる。老人保健法にあった「健康の保持」は削除され、代わりに「医療費の適正化」「国民の共同連帯の理念」などという事項が加えられた。健康の保持ではなく、適切な医療の「確保」が目的となった。そのために医療費を適正化する計画を立て、健診を実施するということである。

また、国民の共同連帯の理念は言い換えると、自己責任の強調につながりかねない。老人福祉法にある「国の責務」という文言は措置を講じる、推進するという文言に置き換わっている。もはや高齢者の福祉は国の責務ではないかのようである。広域連合に医療費適正化計画を策定させ、それに対する「措置や推進」が国の責任であるかのようによに述べられている。言い換えると、高齢者の健康の保持や増進という理念は、医療費をどう確保していくかに置き換わっており、国の責務の方向や姿勢が変化・後退している事が窺える。そもそも、健康の「確保」はできない。増進したり保持するものであろう。

今年75歳を迎える「後期高齢者」は昭和8年生まれ。少年から思春期を国の戦争のさなかに過ごし、28歳（1961）から医療保険を支払い、40歳の時には老人医療費の無料化を経験。介護保険もなく、親の世話も自費で行なうのが当たり前の時代を過ごしてきた。高度経済成長に寄与し、67歳からは介護保険料も支払い、老人保健の対象年齢にはなかなか達せず、75歳になった今、「後期高齢者」と呼ばれるようになった。

私たちは、このような世代の方々に大きな影響を与える制度作りを、財政的見地からだけの論議で終始していった良いものであるだろうか。高齢者の尊厳を実現するには、財政や経済やマクロな視点だけではなく、一人ひとりの人生を見据えた制度作りが必

要なのではないだろうか。現場の医療・看護・介護をになう私たちと高齢者が、ともに希望の持てる医療制度改革ならば大歓迎である。

医療現場においては、当院のような 200 床以下の病院が後期高齢者医療制度に関わるのは、主に入院・退院、高齢者担当医との調整などであろうか。外来では、従来から当たり前のように行っている服薬の確認・お薬手帳による他院の投薬の確認・社会的資源の相談などを今後も継続していく事になる。中小病院の強みは医師・看護師のみならず、医療ソーシャルワーカー・リハビリスタッフ(PT,OT,ST)・薬剤師・栄養士などが揃っていることであり、診療所とは違った医療資源を提供できると考えている。地域連携のさらなる構築を小樽市で試みてみたい。

だけではなく、医療が今後の日本の大きな課題になっているということは確かで、手をこまねいてはいけけないのではないかとということで、あえて今回またこのテーマでシンポジウムを行うことになったわけです。会長も含めて、シンポジストからご発言がいくつもありましたが、皆さん方まだしゃべり足りなさそうでしたが、それは最後に残しておいて、使える時間も限られているようですので、当初の予定より少し早めに終わらせたいと思います。

まず照沼先生から今されている在宅のお話をお聞きしましたが、在宅での経費のことと伺いますか、在宅と病院に入院している場合の経費のあたりをもう少し詳しく分かるようにお話ししていただければと思います。おそらく患者さんは軽い人ばかりではないですし、重い方もいるわけで、重い方がこれからどんどん在宅に帰っていきますね。そうなってきたときにはたして国が言っているような感じでいくのでしょうか。その辺について、先生のご意見を少しお聞かせいただけますか。

照沼　　そうですね、一つ大きく分けて言えるのは、例えば身体障害状態になってしまった場合などは医療費はかなり補助が出ます。実際、ご家族が払う医療費は介護負担の費用だけになっています。ただ今後、この後期高齢者医療制度のような適正化が、なされていったときには、障害者の方、肢体の身障2級ですね、もしくは呼吸の、内臓系の障害の3級以上の方、そのような方にもご負担いただくような事態も出てくる可能性があります。そうすると、現状ではそのような医療費がかからない患者様にも医療費がかかってきます。重症の方ですね。そのような場合もありますし、今後やはり適正化とい



う波は大きなキーワードになってくるというように感じます。

現状ですと、普通の在宅医療を受ける場合は、医師の訪問が月2回程度ならば、ご家族の負担は6,000円程度です。それから状態にもよりますけれども、ケアリビングとって、グループホームとか、そのようなところに入っている方、いわゆる在宅だけれども半分入所施設のような状態のところにいる方に関しては3,000円くらいですね。今の段階では4,000円くらいですけど、3,000円くらいに今度引き下げられるというようになっています。だんだん重症化して最期までご自宅で過ごされたいという方の場合は、われわれのところでのイメージですと、例えば亡くなるときにどのぐらいの金額の領収書が発行されているかということ、お一人の負担が5万円から6万円という場合もあります。それは一番多い患者様ですね。そのようなご負担をいただいている方もいらっしゃいます。在宅の末期の患者様は医療費としては50万円ぐらいかかっているのです。がんの末期の患者様とか、痛み止めのお薬をたくさん使う方に関しては、そのような医療費が出ます。ご高齢の方に関してはそれでもよいのですけれども、がんの患者様ですと若い方もいらっしゃいます。3割負担という形になりますと、患者側の負担としては15万くらいの負担ですね。10万から15万くらいの負担が出ているという場合もあります。

それから、在宅医療だから医療費が安い、患者様のご負担が安いということはないのです。施設に入るときと同じようにかかる場合もあります。特にハイテクな医療ですね。どうしても在宅の末期の患者様で、がんの痛みなどがひどい患者様に関しては、痛み止めの麻薬や先ほどお話に出ました硬膜外ポートという、これは直接背中にカテーテルを入れて、そこから持続的

に 24 時間薬液を流す、麻薬を流す治療ですけれども、そのような医療をした場合には、それにまた加算されて患者様のご負担が発生しているのが現状です。

その辺を含めてどのような形で制度設計をしていくのかが大きな問題となってきますが、決して安い医療ではないというような印象を持っています。

齊藤　　そうですね。おそらく医療費だけの問題ではないのだと思いますね。ご自宅で暮らされるというのは生活費もかかるし、ご家族がその間パートに行けたのが行けなくなったりとか、平井会長、そのようなことを総合的に示したような数字というのはあるのでしょうか。

平井　　私が知っている限りはないです。清水先生と先ほど話したところ 75 万とかいう数字がありましたね。

齊藤　　清水先生、どうぞ一言、その辺をお話下さいますか。

清水　　78 万というのは、これはあくまでも試算ですけれども、要介護度 5 の方で、寝たきりで家族が介護ができないというような条件、つまり介護療養型医療施設に一番多く入院されているようなタイプの方が、仮に在宅に戻られるとといいますか、在宅で入院生活に一番近いようなサービスを受けられたとすると、自己負担が約 78 万かかりますという試算をしました。

齊藤　　自己負担がですか。

清水　　そうです。いわゆる上乘せ横出しの部分ですね。そのようなことでございます。

齊藤　　どうもありがとうございます。実際そのような数字

はきちんと出ていないのです。これはかなり大きな問題だろうと思うのですが、おそらく厚生労働省だけでは出せないですし、ほかの省庁になると医療費のことはあまり考えないで生活だけの話になったり、そのあたりはやはり老人の専門医療を考える会としても少し考えないといけないところのような気がします。一つの課題として、結論に持っていけないといけないことが初めに出てしまったかもしれませんが、そのようなことも気にしてみても、というようにも思います。

それから照沼先生、もう一つ、日本の高齢者に合った医療形態は、というお話を先ほどされておりましたね。50対50と言われた意味がわたしには分からなかったのですけれども、そこを少し教えていただけますか。

照沼　ご自宅で亡くなる方、自分のお部屋で最期まで暮らしたいという方、もちろん最期を病院で暮らしたい方、イメージ的な問題なのですけれども、外来などで診ていまして、最期までうちにいたいという方と、最期は病院とか、そのような施設にいたいという方と、大体半々ぐらいの印象なのです。病院に行かなくてはいけないという方は、やはり圧倒的に介護力ですね。「一人暮らしだし、病院にそろそろ入れてくれないか」というような話はよくあります。それでその介護力のトータルの面として考えれば、半分ぐらいの方がご自宅でずっと過ごして、半分ぐらいの方が施設に入所されてというのが、なんとなく今の一般的な世相を表しているのかなというように感じております。

齊藤　そうすると、医療形態というのは、入院か在宅かという医療形態のことですね。分かりました。

それでは、次に富家先生、先生のところの病院はかなり重い方がたくさんいらっしゃいますね。在宅のサ

ービスもいろいろやっていたらっしゃいますが、それぞれの終末期の場所というお話が先ほどあったと思うのですが、そのあたりについて先生自身は、例えば、がん、心臓、肺、肝臓、それから老衰、認知症と、死に至る三つのパターンのお話の中で、ここに書いてあるのは先生の言葉で書かれたのですか。

富家　　この中に書いてあることも、やはり老人の専門医療を考える会で考えていきたいという、終末期医療の提言に載っていた文ではあるのですけれども。

齊藤　　先生はそれをどのように思われますか。

富家　　特に僕が中心となって診ているのがBの臓器不全の患者様が主でありますので、やはり自分が受けたい医療をうちの病院では作っていつてもりではありません。療養病床でこのような患者様は診ていきたいな、と僕自身も思いますし、そのような状態であれば療養病床に入院して診てもらうのが一番うれしいのではないのでしょうか。ただ、がんの場合、緩和系病棟とここに書かせてもらいましたけれども、圧倒的にそういった病棟の数が少なく、まだまだ政府そのものも、緩和ケアの充実というようにうたってきてはいるのですが、数はそろっていません。また、医療従事者、特に緩和ケアに特化した医者がとても少ないのが現実です。もう少しこの辺が充実してくれば、緩和ケアの研修会で講師から「緩和ケアというのは、治療がもうこれ以上できなくなったところから緩和ケアが始まるのではなくて、がんが分かったところから緩和ケアが始まって、苦痛の少ない闘病生活を送ることも、緩和ケアの一つの目的でもあるんだ」というお話をいただいていたのですけれども、そのようなことがまだまだ日本で

は浸透していません。「もう、あなたは治療することがなくなったから、ホスピスに行きなさい」と言い放ってしまう医者が多いというのが現実なのです。もう少しそのような意味での終末期の場所が整備されてくればというようには考えています。

齊藤      ありがとうございます。平井会長、このあたりは老人の専門医療を考える会としてのまとめという話ですが、会長自身はどのようにお考えになっていきますか。終末期のそれぞれの場所という、このようなことについて。

平井      終末期の場所として介護療養型の療養病床もその一つに入っていたのですが、それがなくなることになり、そのようなところをどんどんなくしていったら大丈夫なのかというのが一つあります。おそらく、わたしが一番心配しているのは、国家統制でやってしまうのではないかということなのです。怖いのは、終末期が、そんなに医療は要らないよ、といただきますか、医療はむだというような世論操作ですね。というのは、いわゆる病床というのをなくしてしまうので、としたら施設で十分、国民の方が満足いく終末というのが送れるのではないかというようなことが、この後期高齢者医療制度をきっかけに、そのような世論が広がるのではないかと。それでハッピーだったらよいのですけれども、当初からそのことを一番心配していますね。



齊藤      当会でも、特に終末期に関してはシンポジウムでもずっと議論をしてきました。当会のスタンスというのは決めて進んできてはいるのですが、世間にまだアピールするまでに至っていないものですから、これも当

会としては緩めずにやっていかなくてはいけないことということで質問させていただきました。

大川先生、お話の中で、おもしろいお話だったことだけではなくて、実はすごく厳しいお話をされていたように思うのですが、その中で僕は2点、とても感じたところがありました。1点めは地域差のことですね。今、国で制度をどんどん決めていますが、実際、表向きでは「県単位だよ」とか「地方自治体だよ」とか、介護保険でも同じですけれども、そうはなっているにも結局国全体で決まっているようなことが非常に多いですね。そのあたり、この地域差の問題について先生が思うところはいかがでしょう。

大川 特に北海道がどうしてこのように医療費が高いのかということと、いろいろなことを実際にデータを打ち込んで見てみたのですが、やはり一番関連するのは入院費が高いということがあるのです。場所が非常に広い。雪がある。それから、東京と比べると賃金指数が85くらいですか。その割に物価指数が90いくらののです。ですから失業率が高い。生活保護率が高い。わたしの患者さんでも昼間はパートに出ていて老人が独居である。それが入院する。しかも病院のベット数が多いのも事実なのですけれども。そのような複数の要素が絡んだことが、地域差だったりします。

では今の北海道の広域連合団体は、もしくは北海道庁も医療費適正化の明確なガイドラインを出しているかというところと何一つ出すことができない。つまり地方自治体が、今まで国におんぶにだっこで決めてきたこともあるし、国自体が診療報酬を決めて、調整もろくにしてくれないという状態では、なかなか地域の独立性とか、北海道だからということを出張することはできない。「北海道だからこうなんだ」と言うと「じゃあ長

野県はちゃんとこうやっているじゃないか」ということは国の調整であってはいけない。

ただ、北海道はやはり貧しく、借金だらけの県なものですから、どのようにやるのだろうかということは大変な問題だと思っております。そのようなことができるスタッフが道庁にいるのだろうか、それもいない。そこで地域にどんと丸投げして、はたしてやれるのだろうか。結果として「医療費が上がったから、あんたのところは保険料が上がって痛みを感じるんだよ」ということであれば、国の調整機能というのは、全く機能していないに等しいということになるのではないかと思います。

齊藤 全く皆さん同感だろうというように思いますが、大川先生、もう一つですね、中小病院の役割、特に療養病床の役割という話をお聞きしたいと思います。今回は病院の医師は主治医になれないというような話があったり、それなのに終末期には1時間以上相談できる医師でないと加算が取れない。もしかしたら診療所の先生で1時間その時間を取れる先生がはたしてどれだけいるのか。かえって病院なら医師も含めてチームで相談に乗ることができるのではないかとか、今日お話を聞きながらずっとそのようにも思っていたのですが、このあたりのところもお願いします。

大川 今の日本の厚労省の考え方として、診療所は、あくまでもイギリスのように、まずそこに行ってそこから紹介してもらいなさいと。それがサッチャー政権のときには、がんの入院6か月待ちにつながったわけですね。アメリカでも同じように民間医療保険制度の中で主治医は決められていますから、そこにまず行きなさいと。日



本は皆保険ですから、全員が強制加入でお金を出しているわけで、ある意味でのフリーアクセスがあるわけですね。その中で、今度の後期高齢者医療制度のように、主治医と称されるものが診療所だけというのは著しい制限医療だと思います。

逆に、例えばわたしのところに外来の初診が来て、ざっと診ただけで病名が10くらいつくわけですね。それで病名が10ついて、薬を3か所くらいからもらっている。しかも全部あわせて16、7種類の薬を飲んでいるという方の薬歴を見て、「過去にどうでしたか」「ああ、実は20年前にこうでした、いや、修正後にこうでした」という話を全部アナムネーゼで取っていくと20分では終わらない。下手をすると30、40分かかる、それをはたして診療所の先生方がきちんと今後もやれるのだろうかというのは、わたしは疑問に思います。小樽の診療所で、はやっているところでは100人以上来ますから。100人を1日7時間で診ている状態で、はたしてそれがきちんと厚労省が言うような制度の中で運用できるのかということは、はなはだしく疑問だと思っています。

ですから、前に小樽で医者の中で、認知症を診ることについて手を挙げろという話がありまして、いわゆる長谷川式痴ほうスケールをどれだけの医者が評価しているかということ、一般加入の先生はほとんどできません。もしくは使っていません。病院ではSTとかいるいろいなるスケールをやるように訓練しますし、それはできますけれども、それすらできないのに、どのようにして全国の先生方が1,300万を対象にできるのかというのは、当初からわたしは制度設計に問題があるというように思っています。

齊藤 富家先生、そのあたりどうですか。

富家 僕も今回の、後期高齢者医療制度では、病院が主治医になれないというのに驚きました。例えば歩けない患者様がどうするのか、というのが大きな疑問でもありました。よく従業員に「送迎が大変なのでデイケアのついでに診てほしい」というようなリクエストがあったりもします。逆に診療所の先生から、「もううちには通えなくなったので先生のところで診てほしい」というような依頼を受けたりはするのですけれども、歩ける患者様が前提となって、この後期高齢者医療制度ができているとすると、そうではない人のほうが多いので、逆にそのような患者様も診れる診療所というのは一体どれだけあって、どれだけ在宅に力を入れている病院、診療所があるのかというのをもう一回調べたり、照沼先生に少しお聞きしたいと思ったりします。



齊藤 では、照沼先生どうぞ。

照沼 そのような病院に来れないおじいちゃんおばあちゃんを診に、実際そこまで行って診療するという診療所のスタイルは、わたしの知る限り全国で10か所ないぐらいですね。ただ、わたしの診療所で、一ついいなと思うのは、最近診療所に「在宅医療やりたいんだけど」と、岩手とか秋田とか東京の先生方も来られていますし、同じようなシステムでそのような在宅医療をやりたいという先生方が集っているのです。そのような先生方が、のちのち少しシステムを持っていてもらって、それぞれの地域で広めてもらえたら、日本全体にそのような在宅医療のネットワークが広がっていくのかなというように思っています。

ただ一人でやる診療というのは、先ほどから齊藤先

生のお話にもありましたけど、限界がありますし、やはりチームで当たっていく在宅医療というのが求められてくるのではないかとこのように思っています。

齊藤     そのあたりもきつとわたしたちがこれから主張していかなければいけないと思うのですが、平井会長、今の話もそうなのですが、終末期にそのような相談をすると相談料のような加算がついたり、それから、総合評価の加算がついたり、よくある加算をたくさんつけてきて、それを取れば点数になるよというような感じなのですが、これでいいのでしょうか。成り立つのかというのが非常に不安です。

          というのは、介護保険でうまくいっていないようなことが結構あるのですね。チームみんなでカンファレンスを開こうと思っても、全国的にそれがうまくいっているところというのは本当に少ないわけです。ですから、医師が1時間以上相談で点数がついていますが、チームでも成り立っていない、だからお医者さん一人でということのかどうか分かりませんが。それから介護保険でも掛かりつけ医の研修があったり、先ほど言った認知症のサポート医の研修とかいろいろありますが、それが本当に機能しているかどうかというと、まだまだこれから何年かしてみないと分からないような状況なのです。それに上乘せするように同じような研修とか、カンファレンスや相談など、現在でもうまくいっていない上にまたやるというのはどういうことなのか、もう少し考えてすすめてほしいというように、以前から思っています。そのあたりを、今日は平井会長にお話を聞こうかなと思います。

平井     先ほど、わたしは日本医師会の高齢者の診療報酬のあり方の検討委員会に入ったというような話をしまし

たけれども、委員構成からすると、わたしは病院の立場から、それから老人医療の実践者の立場から発言してほしいというようなことでした。わたしが感じていることをいくつか言った中で、今、齊藤先生が言われたことがあります。とにかくこの後期高齢者医療制度は、介護保険制度とだぶらせているところが多いのです。それで、わたしがそのとき主張したのは、では主治医でも何でもよいけれど、今で言う600点算定する医者は、必ず介護保険の主治医の意見書を書きなさい。それを条件にすべきであると。あの意見書を書ける人は国の求める管理のできる医師です。それと分離するようなことは絶対やめてほしいというのは、一つ言いました。

それからもう一つは、実は時間制を導入したらというのも、私が提案しました。これは認知症の患者さんをいつも診ているので、大体初診の場合は1人1時間かけています。とてもそのような報酬は出ておりませんし、今、大川先生がおっしゃったように初診の場合には、時間が5分やそこらというわけでもない。別に開業医の先生をどうこうというわけではないけれども、「1時間のあいだに50人診るといっているのではないでしょう」ということを課長に申し上げたことはあったのですが、そのときはさすがにほかの開業医の先生方や厚労省の課長からも「時間のことを言われるとやりにくいですよ」というような話があったのです。今回は制度の中に時間5分と入っているのですけれども、5分で書けというのであれば、よほど簡単なものでないと書けない。

それから、今、齊藤先生が言われたカンファレンスというのは、元々介護保険のほうで、あるいはリハビリの世界でやっと積み上げてきた手法なのです。その要介護認定のところでも、主治医の意見書がなかなか

出てこないとか、訪問リハビリとか在宅サービスにしても、主治医の指示書がなかなか出てこないとかいうようなことがあって、それと日医の検討委員になっている野中先生が、強力にこのようなカンファレンスをしなさいというようなことをおっしゃられました。非常によいことだと思うのですが、「実際どうするのか、本当に開業医の先生が病院に来られるのですか」というようなことも、委員会の場では結構やり合ったのですけれども、このような結果になりました。

ですから、このような制度にするのだったら、点数を今の5倍ぐらいはつけてやってほしかったと思うのです。銭金の話はしたくないといいましたけれども、今のような200点とか1,000点とかいうのであれば、医者側から言う費用対効率というのは極めて悪いのです。だから、そのような意味からいうと、今回は実際の運用は難しくても道筋をつけた功労はあるのかなと思うのです。

ただいつも言われることですが、介護保険担当課と医療保険の担当課が違うので、介護保険との整合性とか、切れ目のないとか言ったところで、一体化して提示してもらわないと分からないし、そう言われる前にわれわれが介護保険を取り込んだ一体化したモデルを、提示していかないとだめだろうとは思っています。

齊藤

全くそのとおりで、病院関係者ではない方々もいらっしゃっていると思うので、お話ししたいと思いますが、実は後期高齢者医療制度以外の診療報酬の改定のすべてを見ても、例えば脳卒中の方が病院に入院なさって一命を取り留め、そしてリハビリテーションを行って、そして在宅に帰り生活されていくという流れの中で急性期と回復期リハビリの期間が短くなったのです。



なおかつ在宅に多く返すと点数がつくという、何か成功報酬のような、自宅復帰率が高くて改善率が高いと点数がつくという仕組みが、今回導入されたのです。試験的にかもしれませんが。

つまり、早い時期に在宅に帰るのですね。早い時期に在宅に帰って、帰ったらこの後期高齢者医療制度を今度使うことになってくるわけです。その制度がちゃんと基盤ができていないのに帰せるだろうか。しかし、病院は無理にでも家に帰そうとするようなことが起こってきかねないというのが今の現状です。実は後期高齢者医療制度だけ見ているとほかにもいろいろと大きな課題が実は残っている。今回は小児科、産婦人科それから急性期のほうに報酬がついて、どちらかというところ、そうではない部分は下げられてしまっています。でもやるべきことは多く出てきているというのが現状で、実は医療関係者にとっては非常に頭が痛い。そのような状況であるということをご理解いただければと思います。

さて、それでは会場からご意見やご質問がございましたら、ぜひおうかがいしたいと思います。手を挙げていただければ、難しい話は平井会長が全部答えてくれると思いますし、現場の在宅や病院の話はほかの先生方が話してくれると思いますので、どうでしょう。はい、どうぞ。

井上 小倉リハビリテーション病院の井上と申します。今日はありがとうございます。私もこの後期高齢者医療制度に関しましては、非常にシステムが分かりづらくて、あまり理解のないまま、今日ここにやってきたのですけれども、会長のお話をお聞きますと、大きく二つ課題があるのかなと思いました。

一つはやはり非常に分かりにくいシステムですので、

利用者さんによく理解していただくための、こちらのはたらきかけが要るのかなということです。もう一つは、おっしゃっていたように、連携というものがあって、ただこの連携というのはいづいふんと使い古された言葉で、やらなければいけないというのは分かっているのですけれども、なかなか地域の中では、できていません。

ただ、いよいよ介護保険と医療保険の垣根を乗り越えてやらなくてはならないということが課題としてあるのだらうと思います。先ほどから主治医という言葉が出ていましたけれども、特に連携という中でのキーマンとして主治医の役割というのは非常に大きく、連携だけではないと思いますが、役割はますます大きくなっていくように思うのです。その辺について平井先生、大川先生にご意見いただければというように思うのですが、いかがでしょうか。お願い致します。

齊藤       では大川先生からお願いします。

大川       わたしは基本的に、患者様が自分が信頼できて馬が合う、たまたま運命的に出会ってしまった方が主治医になってくれれば、一番いいのではないかと思うのです。いろいろな病気を持っているのは事実ですから、その中で内科系がいいのか何科がいいのか、いろいろなことを考えますけれども、基本的に医師と患者様の信頼関係の中で医療というのは行われるべきでありますから、それを入り口を制限して、自分がかかっているとところがたまたま病院だったならどうするかというところと門前クリニックを作ることでもいいのだらうかということになりますね。

一時、診療報酬の問題で門前クリニックが山ほどできて、しかもそちらのほうが報酬が高くなるわけです

ね。再診料も高ければ、特定疾患治療料もわたしたちが800円のところを2,000円以上取るわけですね。それだけでもコストが高くなって、ちっとも抑制策にならない。けれどもそちらに誘導していく。同じようなこととして、薬剤師さんに怒られるかもしれませんが、調剤薬局を作った時点で、うちも仕方なく薬局を外に出しましたけれども、患者様の負担は増えるわけですね。

確かにいろいろなメリットもあるのですが、その中で医療費抑制と言いながら、実際に起きていることは、そのようなことではないのではないかと思います。もっとそこを効率化していけば、うちの様に中小の八百屋の親父のように行っているところに来てもらって、町医者がやることに何の問題があるのだろうか。その制限されることに関しては非常に憤りを感じています。うちの病院のようなところはPTを含めて、いろいろなリソースがあるわけですね。何か問題があったら、例えば介護保険を持っていない場合なども、MSWがしっかり申請の手続きも代行しているし、申請の仕方も教えるし、親書を取るときにもやり方も全部教えてあげることができます。そのようなリソースがあるわけです。薬剤師も訪問に行けるわけですね。服薬状況のカレンダーもきちんと作って、毎週毎週入れ直すこともできる。

病院ではそのようなことができるのに、現実にクリニックに薬剤師がいることはまずあり得ないし、STもPTもない、ましてやMSW、社会福祉士もない。いわゆるゲートキーパーという誘導をするような制度を高齢者に導入するということは、おそらく制度として若い人にも広がっていく可能性があると思います。うまくいった時点でのことになるでしょう。それは今の国民皆保険の精神と合致するのだろうかとい

う疑問をわたしは持っています。非常に危くしていません。

齊藤 ありがとうございます。平井会長、お願いします。

平井 井上さん、わたしが思っているのは、キーマンはケアマネジャーだと思っているのです。けれども、いくらケアマネジャーが出向いても、一銭も出ない構図にしているのです。それは、ケアマネジャーというのは介護保険の世界で配置されているからだと思うのですが、せっかく国が養成をしておきながら有効に使わない。だから、そこに大きな問題があるのですけれども、やはりキーマンはケアマネジャーになっていただいて、在宅は訪問看護にがんばってもらうということに尽きるのではないかと思います。

齊藤 それでは、主治医は利用者にとって何がメリットなのでしょう。ちょっと単刀直入すぎましたか。主治医になるとこのような点数がつくとか加算がつくという、医療側からの話は分かったのですが、今回のことで利用者にとっては何がメリットなのでしょう。どなたかお答えいただけますか。



平井 多分、これまで主治医の先生が患者さんに「あなたの掛かりつけ医はどなたですか」と言うと、「いません」と言ったり、「外科はあの先生で、内科はあの先生

で、皮膚科はあの先生です」という、その感覚だったと思います。今度は「いや、主治医は1人しかできないのですよ」ということになって、そこで初めて「だれがこのようなことを決めたのだ」と、患者さんが怒るのではないのでしょうか。

齊藤　例えば、わたしも外来を受け持ったり、患者様の担当医をしています。今度は国でいう主治医ではないのですね、病院の医者ですから。とすると、患者さんは別に無理に主治医を作る必要はないということなのでしょう。主治医ということがどんどん進んでいくと患者さんがお医者さんを選べないのです。その辺はどうなるのかなというように思います。

もう一つ大きな疑問といたしますか、どうなってしまうか心配しているのは、介護保険の制度には掛かりつけ医がいるのです、主治医意見書というのを書く医師です。その介護保険の主治医と、病気のほうの、医療制度の主治医が同じとは限らないということが出てくるのです。例えば大きな病院に入院なさっていて、リハビリをやっているあいだに主治医意見書を書きますね。そのときに書いた主治医は、病院の先生です。それで退院するとまた違う主治医ができますが、介護保険の中だけでも、実はその主治医から次の新しい主治医への連携というのがなかなかうまくいっていない中に、今度は後期高齢者医療制度も加わります。しかし、実はその前の段階から、在宅にいるときに主治医がいるわけですね。

その辺が、本当に平井会長が言われるように介護保険との整合性といいますか、なんとかしていかないとならないというのは、実感として感じるところです。ぜひこのあたりも皆さん少し注目していただきたいと思うところであります。

平井 別に不安をあおるわけではないのですが、ふと考えたのですが、今、救急医療が全国で問題になっていますね。たらい回しとか何とかということで。わたしが心配しているのは、今後、救急病院、いわゆる専門的に言うとDPC病院、7対1病院は、掛かりつけ医の紹介状がなければ、受け付ける必要はないというようになる可能性があるかもしれません。そこで、心筋こうそくとか脳卒中とかというのを具体的に詰めていかないといけないと思うのですが、もしかしたら主治医というのは、「あなたがいざというときに、主治医がいなければ病院に入院できないですよ」という手段に打って出られる可能性はありますね。今ふと思いつきました。

大川 例えば、わたしが患者の身分で、夜中でも調子が悪くなったら、担当医の先生に電話をするとちゃんと病院を紹介してくれて、救急医療に回してくれたり、だれか来てくれたりということを期待されても、そこは制度に書いていないわけですね。

齊藤 実際、在宅療養支援診療所の先生方は24時間体制ですから、そのような役割をするのかもしれませんが。主治医も提携先の病院を決めなくてはいけないでしょうから。そのような役はやるでしょうけれども。でも、在宅療養支援診療所も去年の数で5,000件ぐらいですね。そのうち実際にやっているところは1,000いくつぐらいしかないと言っていましたから、それがすべて期待できるわけではないですね。

ほかに何かご質問はございませんか。よろしいですか。

実はこの制度というのは、今わたしがとても感じる

のは、ここで少しの時間で話していても、疑問とか、どうするのだろうかとか分からないところが結構あるのですね。ですから、本来は厚生労働省の人に来ていただいて説明してもらうのがよいと思いますが、きっとその人も担当官というだけですから、今そう決まったのだという話しかできないと思います。やはり全体的に見ても、この制度以外のこともそうですけれども、利用者の立場といいますか、利用者の声がなかなか入っていないのと、それからやはり、ここで今出たような議論が、はたして後期高齢者医療制度を作るときに、なされてきたのだろうかということも、実はよく分かりません。わたしも今日に備えていろいろと議事録などを見てきましたが、あまりこのようなことは出てきていないような感じがします。

実は使う側にとって安心できる医療の体制ということを考えれば、そこが一番大事なように思います。老人の専門医療を考える会も、会長から先ほどお話があったように、もう25年たちます。これからどう打って出るかというところだろうと思うのです。これは会長が宣言されていくと思いますが、事務局長という立場でお話しさせていただければ、老人の専門医療を考える会ができるきっかけというのは、「老人病院というのは、もう、ろくなところがないよ」という話の中で、「そんなことはない。一生懸命やっているところもあるんだ」と立ち上がったいくつかの病院が、今まで25年がんばってきて、結果的に介護力強化型という病院の制度ができました。介護職の方は、当会の発足当時は付き添い婦さんしか入っていなかったのを、自前の職員として入れていきました。わたしたちの立場で言えば、その人たちの賃金というのは保証されていないわけですね。それをなんとか自分たちで、やせ我慢しながらやってきた結果、制度ができ、療養型病床につ

ながってきたという経緯があります。そのような意味では、ある意味誇りを持って今までやってきたわけです。

それが政権が変わったり、制度が変わったり、そのたびに時代が違うからとか、団塊の世代の人になったからとか、いろいろな理由で、結局は財政なのかもしれませんが、せっかく何か培ってきたものが崩れていくような気がします。それを手をこまねいていて見ていてよいのかという、そのような時期に来ているのかもしれませんが。老人の専門医療を考える会は、しっかりやっている、そのようなところもしっかり見てよという話だったのが、これからは本来はこうあるべきだということを前に出て訴えていく時期に来ているというように思うところです。ぜひわたしたちの活動を今後もよく見守っていただければというように思います。

最後にお一人ずつ、言い残したことといたしますか、大川先生から一言ずつお願いします。



大川 自分は今日のシンポジストを引き受けるにあたり調べてみて、いろいろなことを感じたのですが、一番残念なのはこの国がこのようになってしまって、歴史的に見て戦争とかそのようなことを乗り越した方を、なんとか尊厳を持って最後まで看取っていくような医療なり看護なりをできるような国の体制、経済的なあり

方であってほしいというように、わたしが個人レベルでいくら言っても、どうもそのような方向になっていないということに、非常に残念で悲しいという気持ちになりました。少なくともうちの病院なり、老人の専門医療を考える会の病院の方は、そうではないスピリットに燃えて今後もやっていくのだというように思ってください。わたしたちも現場から一つずつ積み上げてきたもので進んでいきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

齊藤        ありがとうございます。では、富家先生。

富家        僕自身も先生方のお話を聞いて将来に若干不安を持ち、だんだん話を聞いていると暗くなってしまいました。この前、実は東京都青年医師会というのが、永生病院の安藤先生の勧めで「早朝勉強会をやっているから出てみないか」というように言われて、昨日の朝6時半から京王プラザホテルで2時間ぐらいの勉強会に参加していたのですけれども、そこには主に全日病の比較的、若手の先生方が集まって話をしていました。

      どのような話をしたかということ、アジアの医療というテーマで話があったのですけれども、例えばタイとかシンガポールというのは医療そのものが外貨を稼ぐ手段になっています。中国やインドから患者様が来て、そこで治療してまた帰っていくということで、そのようなことも日本でも考えていったいいのではないかと、少し夢のある話も出ていました。逆に今、僕らが行っている医療というのは、とても良質でとてもコストが安いのです。もし保険を払わなくても、中国の富裕層の方やアジア圏のお金を持っている方々は日本の医療のレベルであれば来てくれるのではないかと思います。そのようなサービスを提供していくことも、一つの病

院の経営としての選択肢として考えてもよいのではないかという、半分夢のような話がありました。少しは明るい話かなと思って最後に話をさせていただきました。

齊藤       では照沼先生。

照沼       後期高齢者医療制度ということでは、わたしもまだ不安な点がいろいろあります。とりあえず自分たちが向かっていく医療は、やはり日本人に合った医療、日本の文化風土の中でどう考えていくか、どのように生きて、病気になったときにどのように支えていくのかと、そのような医療をやはり続けたいと思いますし、そのようなものを今後の診療の中で作っていったら、というように感じています。

齊藤       ありがとうございます。では、平井会長。

平井       われわれの老人の専門医療を考える会というのは会員は50少しで、この25年通しても大体そのあたりの数字です。私の力不足もあるのですが、ここ数年は会員の皆さんそれぞれの病院であるべき老人医療を展開してくださいということで、現にこの会の先生方は、本当にがんばってやっけていらっしゃると思います。

けれども、ここ1年ぐらいですか、「老人の専門医療を考える会は何をやっているのだ」ということで、「もう少し声を上げる」というような要望が強いことをわたしも感じております。ただ、政党政治、それから特定の団体に偏らない、スポンサーはつけないというような、全部、手弁当でというのがわれわれの会の趣旨でございます。本当は今、政治課題として問題提起するというのは非常に有効な時期だとは思うのですけれ

ども、そのあたりは実戦部隊の日本療養病床協会に任せるとして、やはり何と言われようとするべき姿はこうだ、というのは言い続けて、せめて自分の施設ではそれを実践していきたいというように思っています。

ただ、やはり医療の質、あるいは老人医療の質を守るというような使命は、これからもずっと続いていくのだと思いますので、今後、慢性期医療に限らず、老人医療は急性期も当然あるわけです。緩和ケアもあるし、終末期もあるわけですが、老人医療というのはこうあるべきというようなことは、会として発信できるようにしたいと考えます。またそのためのディスカッションもしていきたいし、研究もしていきたいというように思っています。



齊藤      ありがとうございます。少し海外の話 最後にさせていたただきたいと思うのですが、昨年スウェーデンに初めて行ったのですが、そこでおもしろいといいますが、考えたら当たり前かなという医療の体制がありました。

それは、ストックホルムから少し離れた郊外にある医療センターのようなところなのですが、そのドクターは朝の9時から10時の1時間は、地域の皆さんからの電話を受ける時間と決まっています。電話を直接受けるのは医師です。医師が受けて、お話を聞いて、「今日はそのままでもいいんじゃないか」「今日は来

てください」「明日いらっしゃい」とか、あるいは「だったらすぐ訪問看護が行くよ」「わたしが今すぐ行きます」とかいうように、1時間を電話で応える時間と決めているのです。それで何が起こったかというところ、夕方になってから飛び込んでくる外来がほとんどいなくなっただけです。朝、必ずその時間に何もなくても電話してくれる。患者さんといいますか、地域の方にとっても、相談がなくても電話で先生の声の直接聞くことができる。その話を聞いたときに、それこそ本当の医療のあり方といいますか、安心というのはそのようなことを言うのかなと感じました。お薬を出したり検査をしたりするだけが大事なのではなくて、その前に、やはりコミュニケーションをしっかりと取り、その方にいつも寄り添っているという姿をお見せすることが今の日本の医療には、欠けてきているのではないかというのが一つ感じたことです。

それから、一昨年オランダに行ったときに面倒を見てください、オランダの厚生労働省に近い役所の方にこのようなことを言われました。「どうして日本はアメリカばかり見るんだ」と。「評価だ、何だと、そんなことばかり言ってるアメリカばかりどうして見ているんだ」と。それで「日本の医療制度はいいじゃないか。何でそれを捨てようとするんだ」「もしどこかのまねをするんだったら、オランダをまねろ」と言われたのです。ダッチモデルと言っていましたが、「元々長崎に蘭学として入って、そこから日本の医療は始まっているんだから、まねするならオランダをまねろ」と。

その辺はウィットに富んだお話だったのですが、先ほど照沼先生が言われたように、日本の文化風土に合った医療というのは、おそらく今までやってきたことが日本の文化風土に合ってきたことだったのだらうと思うのです。それを、何でも大きく改革することがい

いように思われていますが、やはりいいところはしっかり残していきながら、うまくいかないところだけを直していけるようにするべきです。病院や施設がこれだけたくさんあるのですから、それをなぜ有効に活用しないのかというようなことも、もう一度考え直す時期に今来ているように思います。

わたしたちの会はそのような心構えで今後もがんばっていくつもりでありますので、ぜひ会員の皆様はもちろん、そうでない方も注目していただければと思いますし、平井会長が言われた「老人の専門医療を考える会は何をやっているんだ」というのは、事務局長であるわたしが言われたものというように受け止めて、何らかの活動を行い、皆さん方に発信していければというように思っています。ぜひよろしく願いいたします。

それでは、これで終わりにさせていただきます。外は寒そうですので、暖かくして風邪を引かれないようにお帰りいただければと思います。それでは、シンポジストの4名の先生方にもう一度拍手をお願い致します。どうもありがとうございました。

「どうする老人医療 これからの老人病院」第30回全国シンポジウムをこれで終わりにさせていただきますたいと思います。どうもありがとうございました。

## 第30回全国シンポジウム

どうする老人医療これからの老人病院 (Part30)  
ご存知ですか？後期高齢者医療制度 (Part )

---

編集・発行 老人の専門医療を考える会  
〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-1-7  
コスモ新宿御苑ビル9階  
Tel.03-3355-3020 Fax.03 - 3355 - 3633  
URL <http://ro-sen.jp/>

---