

◆ 特集

# 高齢者医療

高齢者を取り巻く医療の現場はどのように変化しているのでしょうか。療養病床の削減、さらに、日本人の死生観の変化により、受け皿のあり方も大きく変化しつつあります。  
今回の特集では、病院、老人保健施設、在宅医療に焦点をあて、さまざまな「高齢者医療」の方向性を探ります。

文・小林みゆき、七瀬恭一郎、橋本美佐子、横道 直／企画構成・見崎洋平







# 高齢者を取り巻く環境は、

## 10年以内に激変する

高橋 泰氏

国際医療福祉大学 大学院 医療経営管理分野  
分野責任者 教授

**療**養病床削減という抜本的な改革により、療養病床再編が行われた。それは高齢者医療を取り巻く環境にどのような変化をもたらすのか。日本の在宅医療や看取りのあり方はどのように変わっていくのか。国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野教授の高橋泰氏に話をうかがった。

### 療養病床再編により 現場に本来の機能が戻った

1973年の老人福祉法改正（老人医療費無料化）以来、90年頃まで日本の病床数は右肩上がりの増加を続け、その後も医療費と保険料は毎年増え続け、制度のほころびが目立つようになってきた。なかでも問題視されたのが、医療以外の理由で高齢者が必要のない



高橋 泰氏

入院を続ける「社会的入院」の温床となっていた療養病床であり、06年に国は、6年間の経過措置を設けつつ介護型（13万床）を全廃し、医療型（25万床）も15万床にまで減らすという6割削減の方針を打ち出した。

この抜本的な改革により、高齢者医療を取り巻く環境はどのように変わったのか。国際医療福祉大学大学院の医療経営管理分野分野責任者であり、教授を務める高橋泰氏はこう話す。

「医療療養病床に、医療区分とADL区分をもとにした包括支払いが導入される以前は、リハビリなどの一部費用を除き、基本的には患者さんの医療的状态にかかわらず入院に対する支払いは一律でした。そのため、一部の医療療養病床には、車椅子ではあるけれど

も日常生活の動作をほとんど自分で行えるような自立度の高い患者が数多く入院していた一方で、老人保健施設（老健）や特別養護老人ホーム等には、胃ろうや意識レベルの低い入居者が数多く入所していたという偏りが見られました」

それが、06年7月に、医療的に手のかからない「医療区分1」の患者に対する診療報酬が大幅に引き下げられたことにより、状況は一変したという。

「それまで、収支の面から考えればもつとも採算性のよかった、医療的に手のかからない患者がもつとも採算性の悪い患者になり、反対にもつとも採算性の悪い患者だった、医療的に手のかかる患者が採算性の高い患者に変わったことで、医療療養病床から医療的に手のかからない「医療区分1」の患者の退院が促進され、老健などの介護施設や在宅療養へと移っていききました。

また、同時に、それまでは「気管切開の患者やMRS A陽性の患者は受け入れない」などと、医療的に手のかかる患者の入院を拒んできた一部の医療療養病床が、一転してそれらの患者を積極的に受け入れるようになりました。結果として、医療療養病床には医療的に手のかかる患者が集まるようになり、本来の機能が果たせるようになったのです」（次ページ図参照）

一時的に、一部の「医療区分1」の

患者の行き場がなくなる混乱は生じたものの、医療療養病床への医療区分の導入は「社会的入院」を減らしていくうえで不可欠な改定の一つであり、医療制度全体に大きなプラスをもたらす効果的な改革であったと高橋氏は評価する。今後の療養病床再編に対する国の基本方針については、以下のように予測しているという。

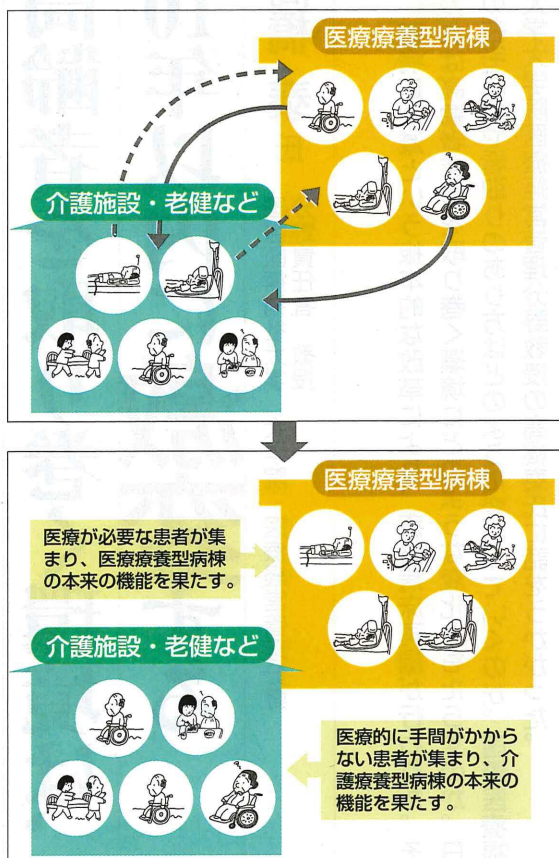
「国は、最終的に必要な医療療養病床は15万〜20万床程度と予測しています。すでにつくられた療養病床が高齢者の受け皿としての貴重な社会的インフラの一部であることは論を待ちません。それらは単純に廃止するのではなく、医療型老健や高齢者住宅などに転換していくことが望ましいでしょう。今後、転換を行う施設に対しては、あるレベルの優遇策が講じられることになるのではないのでしょうか」

### 日本人の死生観が変われば 必要なベッド数は激減する

同じく、06年の診療報酬改定では、在宅療養支援診療所が新設（その後08年の診療報酬改定で在宅療養支援病院が新設）されたが、日本の在宅医療や看取りのあり方も、今後急速に変化していくだろうと高橋氏は見ている。「先日、在宅医療が盛んな国として知られるフランスを視察する機会があったのですが、日本のように胃ろうを入



〈医療区分導入により、医療療養病床で発生した変化〉



れてまで無理やり延命させられている高齢者の姿を見かけることは、ただの一度もありませんでした。人間、食べられなくなったら終わりという考え方が徹底しています。終末期のあり方や死生観はその国の文化そのものとも言えますから、そのまま輸入すればよい性質のものではありませんが、日本でも、治療を行うべき時期と看取りの時期の「線引き」を行い、本人が望めば看取り型の医療を希望できる選択肢を要求する声が、急速に高まっていくのではないかと感じました」

日本の場合、高齢者本人が自らの死に方を選択できるケースは極めて稀であり、その多くは、家族の判断に委ねられていると言っても過言ではない。しかし、愛する肉親の死に直面して気

が動転するなかで、後々のことまで考えて最善の決断をくだせる人がいったいどれだけいるだろうか。ほとんどの人は、ワラにもすがる思いで、医師から提示された延命的な措置を行う方針に従ってしまうのではあるまいか。

「一度、胃ろうを入れると、たとえ患者本人が植物状態同然であつたとしても、数ヵ月から、長いときには5年以上も延命することが可能です。それがはたして人間の尊厳にかなう行為と言えるのかどうかは、人それぞれということになるでしょう。

私個人としては、現在肺がんを患っている80歳の父親がそのような状態になったときには、本人の意思を尊重していつさいの延命措置はしないことに決めています」

なかには、「消極的な殺人」などと非難する人がいたとしても、甘んじて批判は受けると言う。さらに、高橋氏は続ける。

「また、『食べられなくなった時点で、延命をあきらめる』選択をする人が、今後徐々に増えていく気がします。今はまだ、周りの目が怖くて日本ではこのような選択をする人は少ないです。しかし、延命治療を選択しない家族がある程度増え、そういう話が頻繁に他の患者家族の耳に入るようになると、ある時点から『私も、親が食べられなくなった時点で、延命をあきらめる』選択をする人が大都市から広がり始め、『私は、どのような形であれ親には1日も長く生きてほしいので、何年でも介護を行う』という強い覚悟を持つて、胃ろうなどの延命的な治療を選択する人は急速に減少する気がします。予測は外れるかもしれませんが、そう遠くない将来（10年以内）、患者や家族の方から雪崩を打つように日本の終末期医療のあり方は劇的に変わっていくのではないかと考えています」

日本でもヨーロッパ型の自然な形での臨終を迎える人の比率が高まれば、看取りの際の平均入院日数は大幅に短縮され、必要なベッド数は激減する。6割削減などと尻を叩かなくても、必然的に療養病床は削減の方向に向かうというのである。

では、そんな高橋氏が、病院や医師国に対して望むものとは、何なのか。

まず、病院に対しては――。

「患者がきちんと生活できるときには、しっかりと医療を尽くす必要があるのは言わずもがなですが、医療が手に負えなくなったときには、そこから先は患者や家族が望んだ場合、豊富な経験を積んだ看取りの専門家があとを引き継ぐ選択肢を用意することが必要になるのではないのでしょうか」

また、医師に対しては――。

「アメリカには病院や施設で働くチャプレンと呼ばれる牧師がいて、本人や家族、ときには医療スタッフの死に向けての指南役を務めています。日本でもターミナルケアに取り組む施設や在宅医療チームには、医師や看護師のなかに、必ずチャプレン的役割を果たしている人がいるように思えます。これからの在宅医療など看取りに携わる医師は、臨終を迎えた患者本人や家族に、死とはどういうものであり、最後の瞬間にはどういうプロセスをたどるのかということをきちんと説明して、不安を取り除いてあげられるような、頼れる存在になってほしいですね」

あとは、国が後押しをして、看取り型の医療を選択した人を受け入れる医療機関が日本中に増えていけば、この問題が根本から解決する日もそう遠くはないのかもしれない。



# 療養の場から、 生活の場へ

有吉 通泰 氏 医療法人笠松会 有吉病院 理事長

**高**齢者を取り巻く医療環境は今、大きく変化している。しかし、医療法人笠松会有吉病院の理事長である有吉通泰氏は、「制度が変わろうと高齢者はそれぞれ一人の人間。いかに人間らしく最期まで尊厳を持って生活できるかが大切」と言う。その根底には、「患者を『人』として見る」という、忘れがちな基本思想がある。

## 「抑制廃止福岡宣言」が すべての出発点に

福岡県では1992年頃から20以上の病院が集まって、さまざまな勉強会を実施していた。94年から97年にかけてはMDS-RAPs方式のケアプランの勉強会を行うが、そのときには参加病院数は40ほどに増えていた。

MDS-RAPs方式とはアメリカのナースিংホームで使われている介護システムで、360のアセスメント項目があり、高齢者が直面しやすい18の問題領域が設定されている。

「患者さんのどこに問題点があるのかわかってくるため、医療スタッフでチームをつくり、それぞれの立場から

問題点の解決に向けて取り組んできました。その結果、これまでの経験や勘に頼るケアから、きちんとした裏づけのあるケアへと徐々に変わっていったのです」

患者にとってもどんなケアがいちばんよいのか。具体的に考えていくことになるが、そのなかの一つに抑制廃止の問題があった。

「患者さんを縛らないためには、ケア全体の底上げをしなければならないと気づき、それぞれが意志を持って動き始めました」

やがてこれが、98年10月の「抑制廃止福岡宣言」（福岡市で開催の「第6回介護療養型医療施設全国研究会」で発表）へとつながるのである。

「もし自分が患者なら縛られたくはありません。縛られてうれしい人などいないでしょう。みんな疑問に感じながらも、抑制廃止は無理だと思い込んでいました。ところが、難しい患者さんをお預かりしている病院が10もまわって抑制廃止福岡宣言を出したので、病院ができるなら、他もできるはずだとわれわれが想像していた以上に反響は大きかったですね」

これが日本の高齢者医療を考える大きなきっかけとなり、抑制廃止運動が全国で巻き起こる。そして翌年99年3月には、厚生省令でも身体拘束が禁止された。

## 高齢者の尊厳を考える 個室・ユニットケア

「抑制廃止運動は目的ではありません。患者さんの生活の質や、人としての尊厳を守りながら、毎日をいかに人間らしく過ごしていただくか。そのための手段にすぎないのです」

そう語る有吉氏も、基本的なケアの見直しを図る段階では試行錯誤を重ねたという。

「それまでの寝たきり、寝かせきりから起こして離床させようとしたら、今度は車椅子に座らせきりが問題になりました。排泄ケアにおいても、オムツよりポータブルトイレのほうがいいだろうと、多床室でカーテンを引き、ど

んどん起こしていたら、ポータブルトイレの山になってしまつて……。しかし、人間は臭いや音で周りに気をつかうものです。当時はそんな当たり前のことに配慮していませんでした。それが、どれほど患者さんの自尊心を傷つけていたかと思うといたたまれない気持ちになります。睡眠と排泄は一人がいに決まっています。そのことによりやく気づいたのです」

そんなとき、運命的な出会いがあった。有吉氏は、当時、京都大学大学院教授だった外山義氏と、ある勉強会で知り合う。外山氏は日本のグループホームや特養に個室・ユニット化を導入した人物である。外山氏の考えに共鳴した有吉氏は、彼に設計を依頼し、個室・ユニットケアへの取り組みを開始した。01年のことである。

「それまでは基準さえ満たしていればよいという考えがありました。確かに療養病床の完全型の基準は満たしているかもしれませんが。しかし、むき出しの蛍光灯に、白い壁の、いかにも病室といった多床室で毎日を過ごし、しかも最期になったら個室に移される……。そういうなかで、たくさんの方が最期を迎えていたのです。大いに反省しましたね」

設計に際して外山氏が大事にしたのは、間接照明と木材の多用である。「家にいるようで落ち着く」と、患者





や家族の評判は上々で、何よりも患者の表情が明るく柔和になったことがうれしかった。

現在は、介護型療養病床90床、医療型療養病床35床を同じ基準の個室・ユニットで運営している。

## 24時間医療に見守られた「普通の生活」を

有吉病院では、個室・ユニットケアを取り入れ、個人の生活を大切にするケアへの取り組みを行っているため、利用者と職員の比率は1・5対1以上と、基準をはるかに超えている。しかも福岡県宮若市の旧産炭地という地域柄、できるだけ少ない費用負担で、より質の高い医療、看護、介護を提供したいと、開院以来、保険外徴収は行っていない。

そんな患者思いの病院経営が今、「療養病床を老健施設に転換する」という国の方針によって脅かされようとしている。

「介護保険型療養病床の廃止は、24時



有吉 通泰氏

間きちゃんと医療を提供している制度を壊す方向にあります。しかも、頑張っている職員を減らさなければなりません。当院の場合、地域の雇用の面から考えても、人員を削減するわけにはいきません。むしろ、もっと雇えるような制度設計をしていただいたほうがありがたいですね」

また、有吉氏は次のように言う。

「主役はあくまでも患者さんですから。自分たちの都合だけでいろいろなことを決めるのではなく、患者さんのことを考えていかなければならないと思っています」

地域医療にも積極的に取り組んでいる。病院が今まで蓄積してきたノウハウを地域に還元していくべきと、3年ほど前から30以上の施設や病院が集まって「高齢者の食と排泄に関する研究会」をつくり、さまざまな勉強会を実施している。これには、高齢化率が高い地域全体の医療の質を上げようという狙いがある。

療養の場から生活の場へ。利用者に24時間医療に見守られた「普通の生活」を送ってもらうことが、有吉病院の目指す方向性という。

「どのような夢をお持ちですか？」という問い掛けに、「今の状態が維持できれば、特に言うことはありません」と有吉氏は即答した。その信念に揺るぎはない。

## 病院

# 自分のこととして 高齢者医療を考えたい

吉岡 充氏 上川病院理事長

**長** 期入院が必要な患者を受け入れる療養病床には「医療療養病床」と「介護療養病床」の2通りがある。共に病床数削減が決定しているが、政府内や医療現場からは「介護難民が出る」といった反対意見が根強い。「介護療養型医療施設の存続を求める会」の中心メンバーである上川病院（東京都）理事長の吉岡充氏にその思いを聞いた。

介護療養病床126床を備える上川病院は現在、患者1・6人に対し1人という手厚い人員配備を敷き、認知症リハビリテーションに取り組んでいる。「入浴が難しいような症状の方でも、医師が立ち会うなどして、快適に過ごせるよう配慮しています」と、吉岡氏は話す。

同院はそもそも、吉岡氏の父・眞二氏が精神科病院として70年に創設した。統合失調症の患者らの社会復帰とリハビリを併行して実施しようと、近隣の工場に協力を依頼し、働く場を設けるなどさまざまなアイデアを発揮していた。

しかし、日曜外来を続けるなど活発な診療を展開するうち、次第に資金繰

りに窮するようになる。当時、吉岡氏は別の病院に勤務していたが、82年に老人保健法（現「高齢者の医療の確保に関する法律」）による高齢者医療が本格化したのを機に、その翌年から上川病院の再建に力を注ぎ始めた。わずかであっても収入を得つつ社会復帰を目指すというリハビリのスタイルから、認知症患者のQOLを重視するリハビリへと転換を図った。

## 社会的入院の定義が あいまいなまま標的に

療養病床を持つ医療機関はかつて「老人病院」と呼ばれ、介護施設や自宅で生活できる高齢者も多く入院していた。在宅介護サービスが整備されて





吉岡 充氏

いなかった時代であり、「社会的入院」として問題視された。

そして06年、厚生労働省が診療報酬削減の予先として療養病床を狙い撃ちした。介護報酬が改定のために引き下げられ、同院も大きな打撃を受けた。現在は院内での工夫によって病床数・マンパワーを維持している状態だ。

社会的入院の定義がいまいちまま、医療療養病床患者への区分を病床削減の目安としたことについて、吉岡氏は憤りを隠さない。

「医療区分はそもそも診療報酬にメリハリをつけるだけの目的で設定されたはずなのに、厚生省が安易に転用してしまったのは本当に残念です」

## ジェネラリスト養成が不十分では踏み出せぬ

さらに厚生省は「11年度末での介護療養病床廃止」との方針を打ち出している。吉岡氏は「受け皿となる転換型介護老人保健施設では医師数が100床あたり1人+aとされており、手

厚い医療を施すことができないのではないか」と危惧する。

日本全国の療養病床には、要介護度4を超える認定がなされた高齢者らが多く入院している。「その多くがほかの施設での受け入れが難しい、要医療・重介護の状態です。また、社会的入院については、認定審査会など、第三者機関で判定すれば解決する」と吉岡氏は言う。

夜間や休日の医療体制に不安を感じる声も少なくない。患者の急変時には近隣の診療所などに往診を依頼することになるが、24時間対応できる開業医がどれだけいるのだろうか。医師の問題だけではなく、看護師の配置も十分でなければ治療は難しい。

上川病院は東京都の郊外である八王子市の、さらに山間部に位置する。吉岡氏は「病院がある街道沿いは昔ながらの診療所ばかりで、医師の高齢化が進んでいます。市の中心部では24時間体制の医療がいくらか進んでいます、緊急時にすぐに対応していただけるかといえば、不安があります」と漏らす。療養病床を削減するならば周囲のフォローが必要不可欠となるが、その整備が進んでいるとはいえない。また、吉岡氏は「内科はもちろん耳鼻科と眼科、皮膚科も診られなければ、高齢者医療への対応は難しいでしょう。専門医ばかりの日本では最も遅れている分

野だと思われまう」と話し、ジェネラリスト養成に力を入れるべきだと主張する。

## 介護療養型医療施設も自分をもっと見直そう

厚生省は当初、現在約35万床ある療養病床について、12年度をめどに約18万床まで削減する計画を示していた。しかし08年7月、削減幅を緩和し、残すのは約22万床とする方針を決めた。「多くの介護難民が出る」として、削減・廃止の見直しを求める声が与党や社会から高まっていたことが影響を与えたようだ。

医療界から積極的に反対の声を上げる吉岡氏も「当院にも以前、厚生省の役人が見学に来たが、転換療養型施設になるとどのような収支状態になるかと計算ばかりしていました。そのときは、現場を見ようとしなかった」と糾弾する。

吉岡氏は介護療養病床が廃止になるとは考えておらず、廃止案の完全撤廃はないし10年程度の凍結を目指している。一方で、介護療養病床での医療に携わる側も、改善すべき点があることを自覚している。

「患者さんが重症化すると自分のところでは手に負えなくなり、すぐさま一般病院に搬送してしまう施設や病院もあります。あとは、認知症の方で食事

が摂れなくなった場合の対応も難しいですね。誤嚥性肺炎を起こしたのをきつかけに胃ろうの処置も行えば、その後の管理は楽になるでしょう。ただ、患者さんのためにそれでいいのかというのをきちんと問い直さなければなりません」

同院では約20年前から、身体拘束を原則行わない方針を実践している。介護療養病床は高齢者の自立をサポートする存在であり、自由を奪うことはできないという考えからだ。

「さらに介護療養病床は、ホスピスの要素も持っています。苦しんでいる人に対し酸素吸入さえしないのはターミナルケアとは言えません。できる限り、苦痛や不安を取り除いてあげたいのです」

吉岡氏は、高齢者医療を現実問題として直視せず、リスクマネジメントの一環としか見ていない世間の風潮にも警鐘を鳴らす。

「医学がどれだけ進歩しても、人間には必ず死が訪れます。その死を穏やかなものにするなど、ある程度コントロールするのも医師の務めではないでしょうか」

そして、厚生省に対しては次のように訴えた。

「国民のこと、自分の家族のこと、そして自分のこととして高齢者医療を考えてください」



# 地域性にも考慮した 政策を期待したい

あいは 三代治氏

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター  
診療部長・地域連携室長・高齢者総合診療科 教授

**療** 養病床の削減は、全国一律で進められているが、地域の事情に応じた施策をとらなければ、今後の高齢社会へ対応しきれない、と順天堂東京江東高齢者医療センター診療部長を務める饗庭三代治氏は語る。公設民営の施設で高齢者医療を担う現状をうかがった。

## 地域の高齢者医療を担う 公設民営の施設

わが国は世界トップクラスの長寿国であり、社会の高齢化が年々深刻となっている。それにもかかわらず、高齢者医療を中心に据えた医療機関は全国的にきわめて少ない。その希少な一つが、東京都心に近い江東区新砂に存在する。順天堂大学医学部附属順天



饗庭 三代治氏

堂東京江東高齢者医療センターだ。

同センターは当初、東京都の医療施策に基づいて、都立病院として開設された。2002年のことである。その設置趣旨は、「認知症の高齢者や一般医療を必要とする高齢者のニーズに応える公設民営の施設——」というものだった。

「最初の2年間は東京都が運営し、3年目以降は公募で選ばれた順天堂（学校法人）の自主運営に切り替わることは、開設前から決まっていたことでした。したがって、私たち順天堂の医療スタッフは、すでに開設前年の夏の段階から立ち上げの準備を始めていました。そして、翌年6月に診療をスタートしたのです」と語るのは、同センターの診療部長・饗庭三代治氏である。

同じ敷地内には、経営母体の異なる特別養護老人ホームと介護老人保健施設が、時期を前後して併設された。これにより、同センターを中核とした三位一体の『高齢者福祉・医療の複合施設』が完成し、地域の高齢者に総合的な医療・看護・介護サービスを提供する取り組みが始まったのである。

「当センターでは、高齢者以外の一般診療も受け付けていますが、基本的には高齢者を対象とした認知症に特化した精神科と救急医療、リハビリテーション医療を中心に運営しています」

認知症の治療に手厚く、病床総数348床のうち、129床は認知症およびその周辺症状を呈する患者を対象とした精神病床が占めているという。

## 医療機関の責務として あえて不採算部門に参入

「東京都内では、当センターのほかに、都立の老人医療センターが2つありました。しかし、一つは4年前に廃止され、もう一つは今年の4月から地方独立行政法人の形で再スタートしています」と、饗庭氏。

都外では、愛知県に国立長寿医療センター病院があるが、あとはこれといって高齢者に主眼を置いた医療施設は見当たらない。超高齢社会を目前に控え、じつに心もとない状況である。

高齢者医療が普及しない背景には、

経営的な問題が大きい。高齢者医療は人手がかかるわりに採算性の乏しい分野なのである。

同センターも開院当初、年間十数億円の赤字を出していたという。現在は赤字額がだいぶ減ったものの、厳しい状況は変わらない。それでも、順天堂が当センターの運営に手を挙げた理由について、饗庭氏は次のように語る。

「経営的に不採算でも、高齢者医療がこれからの日本の医療にとって重要な分野であるのは間違いありません。学校法人順天堂は医療機関の責務として新しい高齢者医療の形態を構築し、東京都のみならず全国に発信していくことを選択したと考えます」

日本では、高齢者医療に特化した医学教育が必ずしも行われていない。そのため、一般病院では、高齢の患者を、若い世代の患者と同じように診ているところが少なくないという。

「子どもの体が単なる大人のミニチュア版でないのと同様に、高齢者も、若い世代とは異なる身体的変化を呈しています。高齢者医療において、とくに考慮しなければならないのは、診断では若い世代との症状の発現の差異、検査などをどこまでどの程度行うか、治療では何を目標にどう治療するのかといったことです。」

さらに、薬の効きやすさ、副作用の出やすさなども、加齢にともなって変





化することを知っておくべきだと思ひます」

また、高齢者の多くは、複数の合併症を有しているのも特徴だ。そうした高齢の患者に対して、総合的な評価を行うため、同センターには「高齢者総合診療科」が設置されている。

「高齢者総合診療科を他の専門診療科とどう差別化していくか、じつはまだ手探りの状態です。現在のところ、いずれの専門診療科を受診すべきか判断できない患者さんを最初に受診する役割を果たしています。また、複数の傷病を患っているけれども、必ずしもそれぞれの専門診療科に通院する必要性のない患者さんの診療にあたっています。基本的には、このような患者さんは、居住地近くの診療所に紹介していますが、認知症を合併している診療所では困難であるなどの場合に対応しています」

同センターの取り組みは、今後の日本の高齢者医療の方向性を決定づける重要な地域モデルになると期待される。

## 地域性を無視した療養病床削減は無謀

ところで、同センターが位置する東京・江東区は、独居の高齢者が多い地域でもある。

「都営住宅のあるところはたいていそうですが、お子さんが独立されたあと、

年配のご夫婦だけで生活していたり、配偶者を亡くして一人暮らしをしていたりする高齢者が、当センター周辺にはたくさんいらっしゃいます。そうした方が病気になるって介助が必要となったとき、自宅へ戻すのは難しいため、受け皿となる施設を探すのが本当に大変です」

今、国は療養病床の大幅削減を押し進めている。しかし、都内ではもともと急性期の治療を終えた患者の受け入れ先が圧倒的に不足していて、江東区ではすでに療養病床自体が存在しないという。

「特別養護老人ホームの需要は多く、都内はどこも2〜3年待ちが普通になっています。幸い順番が回ってきて、特養は医療ニーズが高い人は受け入れてもらえませんが、老健も、身の回りのことが自分でできる程度の能力がないと入所できません。結局、他県の療養型病院へ移らなければならないケースも少なくないのが実状です」

そうした地域性を無視して、全国一律で療養病床の削減を押し進めるのは無理があると、饗庭氏は語る。

「地方によっては在宅医療が普及していて、療養病床をそれほど必要としないところもあるでしょう。ところが、各地域の事情に応じた施策をしていかないと、今後の高齢社会に対応しきれないのではないかと思います」

## 介護老人保健施設

### 在宅復帰を

### チームで取り組む

美原 恵里氏 介護老人保健施設アルボース 施設長

**高**齢者の入院・入所期間の長期化は多くの施設が頭を抱えている。「社会的入院」と呼ばれ、療養病床削減のターゲットとなっているが、なかなか解消されない。しかし、介護老人保健施設アルボース（群馬県）は多彩な工夫を凝らし、平均在所期間の引き下げに成功。施設長の美原恵里氏が明かすその秘訣は、チームケアの賜物だった。

入所100人定員のアルボースの平均利用率は97%であり、2009年1〜3月の平均在所日数は30・7日（短期入所療養介護含む）と、他施設に比べ格段に短くなっている。全国を見回しても突出した数字を挙げる秘訣は、入所者が月約100人、退所者も月約100人あり、しかも新規利用者だけでなくリピーターが多い点にあった。

毎月100人規模で入所者が入れ替わる好循環を生み出すには、「支援相談員」が大きな役割を果たしている。

要介護者を持つ家庭には、それぞれの事情がある。住環境や家族の仕事の都合などのために自宅で十分な介護が行えない場合は、施設への依存度も必然的に高くなる。

### 病院・施設・在宅間の連携

支援相談員は、家族に時間をかけてていねいに説明を行い、入所者の退所と在宅への受け入れについて理解と協力を求めることが仕事となる。施設長の美原恵里氏は「利用される方々はどうなてもご家族と一緒に過ごしたいお気持ちを持ってもらえます。支援相談員はこのことをご家族とよく話し合いながら在宅復帰を促しつつベッドコントロールを行っています」と話す。

アルボースは、敷地内に併設されている美原記念病院、そして訪問看護・訪問リハビリなどの居宅サービス事業所と連携することによって手厚いケアを可能とし、リピーターを獲得してき



た。脳卒中を主とした神経疾患の専門病院である同院には、ヘリカルCTや3T MRIも備えられており、脳血管障害の急性期医療を提供することができる。

脳卒中は治療後もリハビリを続けなければならぬ。入院期間が必然的に長期になることから、在宅復帰機能を受け持つアルボースが誕生した。そして自宅に帰るとケアマネジャーのサポートにより在宅サービスを利用することになる。これらの連携の背景として、05年に導入した電子カルテの存在を無視できないだろう。

「入院・入所・在宅と、本来ならば分断される情報すべてを電子カルテで閲覧できるようにしました。そのおかげで、ぶつ切りではない本当の連携が

取れるようになってきたと思います」美原氏は相好を崩す。

ところで、連携とともに、忘れてならないのは、スタッフ一人ひとりのスキルアップだろう。充実した研修を全員が受けるためには余裕あるマンパワーが不可欠となる。美原氏はスタッフ数を充実させたうえで、学びの場を惜しみなく提供しているという。

「最小限の人員しか揃えず、ベッドを入所者で満床にしていればいいものは決してありません。真に生産性が高いといえるのは、状態が安定し自立度が改善することのほかありません」

## 生活重視のケアを 行えるよう尽力

かつては「逆デイケア」と銘打ち、施設外に一軒家を借り入所者とともに訪れ、個別ケアを行っていた。入所者が日常生活に近い感覚で過ごせるようにという配慮だが、これは07年にアルボース内にユニット型介護保険施設を設置したことで、発展的に解消している。

一方、入所中の治療方針については、家族に確認しても以前は

「先生にお任せします」といった回答が多かったが、近年は「環境を変えずにここでできる範囲で診てほしい」といった要望が多く、ターミナルケアの件数も増えた。

地域における認知症への理解はまだまだ浸透しているとはいえず、アピール活動を積極的に行っている。地域の人たちと施設の間の垣根を低くしようと、隔月でサロンコンサートを催しているのもその一環だ。このような取り組みによつて、利用者サイドにも地域ぐるみという視点を植え付けようと熱意を見せる。

美原氏は卒後も大学に残り、内科医として勤務を続けていたが、父親が体調を崩したのを機に看病のため一線を退いた。そして出産、育児を経て、96年のアルボース開設を機に現場に復帰した。

「かつての仕事仲間からは『老人介護はつまらないんじゃない?』などと言われた時期もありましたが、真剣に、スタッフと力を合わせてやってきました。まっさらな気持ちで介護に取り組めたぶん、その重要さがいつそうわかった気がしています。それを地域に還元したいのです」

## 医療区分2の割合高く 重症者を積極受け入れ

本年度の介護報酬改定によつて「介

護職員のうち介護福祉士が50%以上」「在宅復帰支援機能への評価」といった項目で加算の新設・変更が決まった。また、ターミナルケア加算が介護老人保健施設でも算定できるようになったことも含め、アルボースには追い風となった。

「コスト削減ばかりでなく、良質なケアへの加算が増えました。厚生労働省の視点も変わったと思います」と美原氏も評価する。

13年3月に迫る介護療養病床廃止については、特に思いを新たにしている部分はないという。アルボースの入所者の医療区分(療養病床入院判定基準)をみると「1」は約58%。「3」こそ1%程度だが、「2」が約41%を数えている。他の介護老人保健施設では「1」が8割近くを占めていることも珍しくなく、アルボースは重症者の受け入れに積極的であることがわかる。

「今後は住民に対し、病院でなくとも介護老人保健施設で十分診られることを知らせたいです。あと、介護福祉士の裁量をもっと増やしてほしいですね。家族にはできる医療行為でも介護福祉士にはできない行為もあります。こういった問題も解決していかなければ人手不足は解消しません。新しい方策を次世代に残すため、その一端を担いたいと思っています」と美原氏は抱負を語った。



美原 恵里氏 (中央)、田村 和幸氏 (事務室長・右)、加藤 綾子氏 (看護・介護師長・左)





## 在宅医療

# 2つの手法で、在宅医療を変えていく

船木 良真 氏 医療法人三つ葉三つ葉在宅クリニック代表

**在**宅医療を行ううえで、医師がジレンマとして抱えるのは、患者中心の医療を構築するとともに、24時間365日駆け付けなければならないことだろう。その点を解消すべく、「グループプラクティス」「ナレッジマネジメント」という2つの手法を導入し、精力的にこなす三つ葉在宅クリニック代表の船木良真氏に話をうかがった。

「名古屋のような都市部でも、病院から退院して自宅療養となったが通院できず、病状の急変にうまく対応できない高齢者がいます。なんとか彼らの役に立てないかと、できることを探していたときに出会ったのが在宅医療です。在宅医療と言えば、往診が大変で医

師に負担がかかるイメージが強いです。が、せっかくやるのなら医師にとっても持続的にやりがいを持ってもらえるようにしたいと、先進的な取り組みをさせていた東京の英裕雄先生のところでは1年間修業させていただきました」  
2005年、志を同じくする3人の

仲間と一緒に、名古屋市内に「三つ葉在宅クリニック」を立ち上げた船木良真氏。27歳という若さで在宅医療の道へと飛び込み、日夜、現場で大勢の患者と触れ合っている立場から、この4年間における高齢者医療を取り巻く環境の変化について、こう語る。

「病院医療に関して言えば、高齢者医療に対して線引きを明確にするようになったことで、患者さんの側にも、『病院に行っても仕方ない』という意識が次第に芽生えてきているのを感じます。社会的入院ができなくなり、かつてのモデルを至上のものと考えていた人たちにとっては、医療崩壊、医療難民ということになるのかもしれないが、私はあくまでも今は再編時期であり、決して悪い方向に向かっていくとは思っていません。今後、在宅医療という選択肢も含めて、どのような新

しいモデルが提示され、全体が整合する仕組みが出来上がっていくのか、興味深く見守ってまいります」

現在、常勤医師5人、非常勤医師10人という体制で、名古屋市内のほぼ半に近い地域をカバーし、420人を超える在宅患者を24時間対応でケアしている三つ葉在宅クリニック。その精力的な活動を支えているのは、「グループプラクティス」と「ナレッジマネジメント」という、同クリニックならではの取り組みだ。

「かかりつけ医として、患者さん中心の医療を実現するためには、患者さん本人と信頼関係を築き、病気だけでなくその人の生き方や家族との関係に至るまですべてを理解したうえで、その人に合った医療を提供するのが理想ですが、その一方で24時間365日、すぐに駆け付けなければならない現実が

## 三井のリフォーム®

三井のリフォームは、ワンストップで解決します。  
**ドクターズ・コンシェルジュ**  
—Doctor's Concierge—

医院承継

新規開業

リニューアル

IT化

医院併用住宅

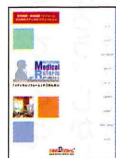
ご自宅

### 『医院承継・医院併用住宅なら三井のリフォームへ。』



メディカル  
リフォーム  
パンフレット  
プレゼント

1.「マイカリフォーム」  
マあんない



2.「マイカリフォーム」  
HOW TO BOOK



3.「マイカリフォーム」  
事例集



お問い合わせ・パンフレットのご希望は

**0120-331-154**

受付時間/10:00~18:00 (土・日・祝日も受付しています)

ホームページ

[www.mitsui-reform.com/medical/](http://www.mitsui-reform.com/medical/)

三井ホームリモデリング株式会社

営業推進グループ

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂1丁目15番地 神楽坂1丁目ビル8階



あります。しかし、実際には、この2つを高いレベルで両立するのは至難の業で、まさにそれこそが在宅医療が抱える大きなジレンマだったのです」

どうすればこの問題を解決できるのか。船木氏が注目したのは、新しいアプローチ方法だった。

## 医療は プロフェッショナルサービス

「医療は、患者さんと医師の関係性のうえに構築されるものであり、単純に機能や時間などで割り切れないと考えたときに、一つのプロフェッショナルサービスであることに気づきました。それで、同じく究極のプロフェッショナルサービスを提供している弁護士や会計事務所などの職種が、どういう組織形態のもとに運営されているのか徹底的に調べてみることにしたのです」

その結果、浮き彫りになったのは、ヒエラルキー型の組織ではなく、少数のクオリティの高い集団によるパートナーシップでの運営だった。かくして、

当初から主治医制を軸にしつつも夜間等は当番医が待機するという、万全の体制がとられることになった。

「高いレベルで患者さんの情報を共有するために、患者さんの医学的情報だけでなく、1日のスケジュールや家族との関係性などにも言及したサマリーをIT化によって共有するシステムを導入し、いつでもどこでもデータベースにアクセスできるようにしました。主治医に診てほしい患者さんはいませんが、誰がうかがっても満足度の高い診療を提供できるよう努力しています」

そんな船木氏が、在宅医療を志すドクターに期待していることは――。

「24時間365日、時間外の往診に対応することを基本コンセプトに据えたうえで、自分なりの在宅医療を考えていただきたいのです。困っている患者さんの大多数はいわゆるプライマリケアの範囲内であり、病院に紹介しなければならぬようなケースは多くないと言えるでしょう。心配しなくても、知識と経験は自然に身につけていくと思います」

今の高齢者医療が置かれている状況は、患者本人が意思決定できるわけではない点において、小児医療に似ていると船木氏は懸念する。今後、高齢者医療が小児医療のような危機的状況に陥らないためにも、何ができるのかを考える時期に来ているのかもしれない。

## 在宅医療

# 偏在化と孤立が 今後のキーワードに

英裕雄氏

医療法人社団三育会  
新宿ヒロクリニックス・銀座ヒロクリニックス

理事長

**療** 養病床が削減されていくと、在宅医療クリニックの果たす役割は大きくなっていくだろう。しかし、新宿ヒロクリニックス・銀座ヒロクリニックスの理事長を務める英裕雄氏は、それだけではない現実がある、と話す。高齢者を支えていく仕組み自体をどのように変えるべきか。話をうかがった。

「急速に高齢化が進んでいると言われますが、案外、見落とされがちなのは、高齢者（特に後期高齢者）は全国一律に増加しているわけではなく、今後、

際立つて増加する地域（大都市近郊）とそうではない地域（地方）とに二極化し、偏在化していくことではないかと思っています。さらに、独居や高齢者同士の世帯の増加による孤立も、無視できません。特に、都市部の高齢化対策については、この2つのキーワードをしっかりと見据え、その規模も含めて対応方法を変えていく必要に迫られていると言えるでしょう」

そう指摘するのは、医療法人社団三育会新宿ヒロクリニックス・銀座ヒロクリニックス（6月に本郷クリニックスもオープン）の理事長を務める英裕雄氏。「東京の地域医療をチームで守れ！」を合言葉に、二十数人の医師を含む総

勢40人以上のスタッフで、24時間365日体制の在宅診療に取り組む。

「4月下旬現在、2つのクリニックで新宿区・渋谷区・千代田区・港区など10区をカバーし、約4000人の在宅療養の患者さん（3分の2が病院からの紹介）を診ています。当クリニックが実践しているのは、退院支援型の在宅医療であり、病院医療に準じた医療内容や体制を常に意識しています」

また、英氏は、滞在型看護や当直体制、電子カルテを導入して、在宅医療の新たな可能性を模索するとともに、見学希望者を積極的に受け入れるなど、在宅医療を志す医師の教育と啓発にも力を注いでいる。

「見学することで、自分が次にどう行動したらよいのかを考える問題意識を持っていたただけならいいのではないかと思います。実際、こちらでの研



船木 良真氏





次号特集  
予告

## 地域医療を守る！ 連携と協力の可能性！

医師招聘、病院の機能分担、  
行政との関係づくり……  
地域医療を守るには、  
いくつもの課題があります。  
それらの解決には何が必要か。  
「連携」と「協力」をキーワードに、  
先駆的な事例の取り組みを紹介します。



英 裕雄氏

修を経験してから開業される医師も少  
しずつ増えていますので、業界全体の  
エンパワメントを目指す立場としては  
うれしい限りです」

今後、療養型病床の削減が進めば、  
同クリニックの果たす役割はますます  
大きくなっていくと思われる。しかし、  
その一方で、必ずしも在宅療養がその  
『受け皿』になるとは言えない現実が  
あるという。  
「患者さんの状況を見る限り、そもそ  
も在宅療養を選択する人は、高齢者本

人のリビングウイールや社会生活を中心  
に考えている人たちであり、政策的な  
変化に影響されてしかたなくそうする  
ことを選んだ人たちは、置かれてい  
る環境や考え方が根本的に違っている  
ように思えてなりません。

ですから、在宅療養だけに『受け皿』  
としての機能を期待するのではなく、  
介護施設や老健、有料老人ホームなど  
多様な暮らしの場で、高齢者を支えて  
いく仕組みを考える必要があると思っ  
ています」

### 高齢者は疾病やデータ異常の 集合体ではない

その議論の前提となるのは、高齢者  
医療に対する抜本的な見直しであるこ  
とは言うまでもない。氏が続ける。

「従来の高齢者医療は、虚弱化した患  
者を疾病やデータ異常の集合体とみな

し、それを正常化することに重きを置  
いてきました。そのため、多くの高齢  
者が医療漬け・薬漬けにされてきたわ  
けですが、療養病床で管だらけになり、  
死んでいくのが本当に人間らしい死に  
方でしょうか……。

私は、通常成人に対して行う医療を  
全て高齢者に適用することが、逆に弊  
害になるケースもあると考えています。  
高齢者には、単に医学的なデータや疾  
病的な理解だけではなく、本人が営も  
うとする社会生活のあり方や希望する  
内容などを十分に考慮したうえで、そ  
の特性に合わせた医療を構築してい  
べきだと思っています」

そんな変革が不可欠だと主張する英  
氏は、医師と国に対して、以下のこと  
を要望しているという。

まず、医師に対しては――。  
「現在、30～40代の勤務医のみなさん

は、現場でいちばんの中核を担ってい  
る反面、あまり在宅医療に触れる機会  
がなかったのではないのでしょうか。ぜ  
ひ、たくさんの方に在宅医療の現場を  
見学に来ていただきたいですね」

そして、国に対しては――。

「これまでの医療行政には診療報酬に  
よって誘導されてきた側面があるため、  
その大枠からはみ出した『医療の穴』  
がどんどん大きくなりつつあるのが現  
状です。国は、モデルになる事業体に  
対して、テコ入れしていく必要がある  
でしょう。従来とは違った政策を検討  
すべき段階にきていると思います」

2010年度の診療報酬改定に関し  
て、現場の意見を問われ、数十項目の  
要望を提出したという。高齢者医療の  
大きな受け皿ともなる在宅医療の現場  
が、今後どのように変わっていくのか、  
期待したい。