

老人医療 NEWS



介護保険制度の抜本的改革を期待する

医療法人紅萌会福山記念病院

会長 藤井 功

長年、通院されている患者Sさん（九十八歳・男性）が、早朝、外来に來られた。

Sさんの奥様は介護施設で数年前に逝去され、その後は息子さんと二人暮らしである。要支援1ではあるものの昨今、生活動作低下が著しく息子さんの介護には限界もあり、施設入所を勧めたが経済的に無理であると言われ在宅療養を続けていた。

S「先生、今回はどうにもなりませんわー、」

私「えらい弱気ですね」

S「病院までの百メートルで五回も

立ち止まったでー、しんどいですわー」

確かに、誤嚥性肺炎、うつ血性心不全の兆候もあり全身状態は極めて悪いことが明確であった。

私「直ぐ入院して治療しましょう」

S「入院してもええが、もう長生きする治療はいらんでー」

私「でも生きている間は少しでも楽にいる為の治療をしましょう」

入院して抗菌剤投与と酸素吸入を開始した。

S「これをしたら生きてしまうかもしれんわー、しかし、死ぬ前はやりしんどいですなー」

発行日 令和8年1月31日
発行所 老人の専門医療を考える会
〒162-0067東京都新宿区富久町11-5
シャトレ市ヶ谷2F
Tel. 03(3355)3020
Fax. 03(3355)3633
発行者 天 本 宏
[http:// ro-sen.jp/](http://ro-sen.jp/)

その三日後、永眠された。その時の息子さんの言葉は「おお、案外早かったな」。

このケース、Sさんは自宅では介護放棄に近い環境ではあったが、最後まで自宅で生活ができたのは良かった。しかし、私としては施設で気軽に老後を過ごしていただきたかった。

高齢者を社会で支える仕組みとして介護保険制度が創設され二十五年を経過したが、孤独死、老々介護、介護放棄はいまだに変わらない。

介護保険制度が創設されて以降、介護費用は四倍に膨れており、一人当たりの保険料は二〜三倍になっている。

介護保険制度は崩壊の危機にあるとして、今後は自己負担の増額が予想されているが、Sさんのように資金に余裕のない高齢者は十分な介護保険サービスを受けることが難しくなると危惧している。

何故このような状況に陥ったのか。文筆家の御田寺圭氏は「日本はデフ

レ不況期でのマンパワーを基準にして、高齢者福祉の基本設計をした。それが今、成り立たなくなっている」と指摘している。介護保険制度の抜本的な改定が必要な所以である。

しかし今直ぐにでも着手すべきは「過剰介護」の排除である。介護保険事業には多くの業種から参入が認められた。高齢者住宅や入居者向け訪問看護・介護を担う事業に参入するハードルは低く、最低条件さえ満たせば誰でも開設出来る。手厚い介護をうたって過剰な介護を提供する事業者もある。過剰でもそれを提供すればする程、公的な報酬を受け取れる。これがビジネスモデルとして推奨され、ある事業者の得る報酬は入居者一人当たり月額百万円にもなるという。

これこそ、かつての検査漬け、薬漬けと揶揄された「老人病院」と酷似している。

不正と無駄使いを許さない意識改革と抜本的制度改革により医療介護崩壊を抑え、国民にとって適切かつ安全な医療介護サービスを受ける権利が堅持されることを願う。

主張 その119

『老衰』という名のバケツ

富家病院 理事長

富家 隆樹

高齢者医療は『標準』になる

高齢化の進行により、高齢者医療は大学病院や急性期病院においても特別な領域ではなく日常診療の標準となりました。二〇五〇年には百歳以上人口が五十万人規模とも言われ、「患者」超高齢者」を前提に医療は大きなパラダイムシフトを迫られると考えます。

「めまい」は脳じゃないことがある

当院の地域包括ケア病棟五十床では年間約四百五十人を診ており、平均年齢は八十歳を超えます。近年、主訴や症状と原疾患が一致しない症例が増えた印象があります。例えば「めまい」で来院した患者さんは頭部MRIに所見がなく、腹部CTで

尿閉を確認して腎後性腎不全と診断し、尿カテーテル留置で症状は消失しました。「食欲不振」で入院した患者さんは感染兆候や内視鏡所見に乏しい一方、恥骨骨折が見つかり鎮痛で摂取が改善しました。肺炎疑いで紹介された患者さんも胸部CTで所見が乏しく、腹部CTで腸腰筋膿瘍を同定しドレナージで回復しました。類似の症例は月に数例あります。

主訴と原因が噛み合わない理由

高齢者は認知症や軽度認知障害を含む認知機能低下を高率に合併し、体調変化に気づきにくく、痛みなどを言語化しにくい特性があります。加えて世帯は高齢者夫婦のみ・単身が多く、日常の変化を見守る家族の目が届きにくい。結果として受診時の主訴は非特異的になり、『主訴や症状と本当の原因が一致しない』状況が起こりやすいと考えます。

治せる病気を『老衰』にしない

もし「めまい」に頭部だけ、「食欲不振」に消化管だけ、「肺炎」に胸部だけ、と検査範囲を狭くしていたら原因に届かず、「老衰」と片付けられていたかもしれません。「認知症の訴えは当てになりません」で終われば、本来は治せた痛みや苦しさを残す可能性があります。

de-escalation: 広く拾って、狭める

従来の『主訴から検査計画を立てる』発想だけでは不十分で、主訴に縛られず全身をスクリーニングして病態を拾い、そこから絞り込む——「de-escalation (広く拾って、狭める)」が一つの標準になっていくのではないのでしょうか。もちろん闇雲に検査漬け・薬漬けにすべきだと言いたいものではありません。虚弱な超高齢者の負担を最小化しつつ、必要な情報を過不足なく集める丁寧で

高度な医療が求められます。

『老衰』という名のバケツ

超高齢者医療で見直すべき前提があるとすれば、「超高齢者」超高齢者医療で見直すべき前提があるという短絡から距離を取ることでしょう。老衰は自然な過程ですが、「特定の病気」を見つけ切れなかったときの置き場になっていないか。あきらめが先に立てば、治せる苦痛を取り逃します。

百歳までも、さりげなく

理想の最期が「ピンピンコロリ」「苦痛なく安らかに」であることに異論はありません。そのために老衰に逃げ込まず、しかし無理に延ばさず、見立てと手順を更新し続けたいと思います。私は「百歳までも、さりげなく」を合言葉に、超高齢社会の現場から老人医療を静かにアップデートしていきます。

リハビリテーションは食べることから

わかくさ竜間リハビリテーション病院 院長

錦見 俊雄

私は循環器内科医で国立循環器病センターや大学で急性期の多くの患者さんを診て、外来診療も行っていました。今の病院には十二年前から勤務しています。それまでは循環器の専門医療や研究しかやってこなかった

ので、初歩から学び直すことも多くありました。心臓リハビリは経験がありました。回復期病棟で仕事をするのは初めてで戸惑いも多くありました。そこで一念発起してリハビリテーションの専門医を目指して勉強を始めたのが約十年前です。

脳神経内科、整形外科の暗記にはかなりてこずりましたが、専門医試験に合格し、その後の五年間で論文も書いて指導医にもなりました。また病院のリハビリテーション部門の研究や臨床レベルを上げようと、臨床研究にも取り組み始めました。リハビリテーション関連の学会は多数ありますが、日本リハビリテーショ

ン医学会のレベルが高いと聞いて、そこで発表することを目指しました。まずリハビリ関連の英文の抄読会を始めました。参加者は療法士、薬剤師、看護師などです。彼らはそれ

で英文で論文を読む経験はなかったため、最初は英語の授業のようでした。それと回復期病棟入院患者でデータベース作成を開始しました。数十症例でも自分でデータを収集し、発表するには大きな労力が必要ですが、各部門で協力して前向きでデータを入力する様にしました。例えば、病院事務には人口統計学的なデータを、薬剤部には薬剤についてのデータを、療法部にはリハビリに関するデータを、検査部には入・退院時の検査データをというように、各部署で患者一人について二十項目前後のデータを入力し、毎月データベース委員会を開催し、入力遅れがないかのチェックと、データベースを利用してどの

学会に誰が出したかをチェックしました。二〇一八年から開始し、現在症例数は三千五百例を超えています。また統計学もどのような解析にどの統計を使用したら良いかを指導・講義し、統計用のコンピューターも購入し、使い方も教えました。今では、皆が自分で統計解析できる様

になっています。その甲斐もあり、日本リハビリテーション医学会に、数年前から毎年五〜十題くらい発表できるようになり、質の高い発表ができています。また海外のリハビリテーション関連学会にも二度発表しました。英文の論文発表も奨励し、療法士のA君は六篇の英文論文（IF三・五）を筆頭著者として発表しています。私も大いに指導、協力していますが、最初のA君のレベルを考えると、大きな進歩に感慨深いです。

これまでの発表の主なもの退院時のADLの改善にどの様な因子が関係するのかを、データベースを用いて統計学的に検討してきました。私自身は高齢者に増えている心不全のADL改善に対する影響を、B型

ナトリウム利尿ペプチドを用いて検討し、心不全の合併はADL改善に負の影響を及ぼすという発表をいくつか行なってきました。心不全のADL改善に関する効果のP値はそれほど強くはありませんが、嚥下指標のFOISや栄養指標のMNA-SFは毎回統計学的に強くADL改善に関係します。確かに回復期病棟で、食欲のある方はリハビリテーションも順調に進み、すぐに歩行もでき、自宅退院される方が多いという印象がありました。統計学的にも、毎回示され納得しています。

今年、九十八歳になる母が腰椎の圧迫骨折で急性期病院に入院し、リハビリテーションを当院で行いました。母は食欲があり、食事に加えて売店でお菓子を購入し、お見舞いの品も食べていました。そのおかげもあつてか、歩いて自宅に退院できました。年末には外食で、てっちりのフルコースを完食していました。超高齢でも嚥下と栄養が保たれていればADLは改善するという、我々の研究結果を身をもって示してくれたように思った次第です。

コンビニでは買えない医療を守るということを訴える

ガザではすでに七万人以上が命を落としたとされ、ウクライナでは数十万規模の死者が出ていると報じられています。エチオピアやシリアでも、長期にわたる紛争の累計死者は二十万人を超えるといわれます。これらの数字は、単なる統計ではありません。一人ひとりに家族があり、生活があり、未来があったはずの命です。そして、その多くが「戦闘員ではない一般市民」であることが、国際社会に深い衝撃を与えています。国際人道法やWHOが掲げる原則では、紛争下であっても医療従事者、病院、救急車、患者は守られるべき存在とされています。これは「戦争にもルールがある」という考え方の根幹であり、第二次世界大戦後に世界が痛みを共有しながら築いてきた最低限の合意です。しかし現実には、医療施設が攻撃され、医師や看護師

が命を落とし、治療を受けるべき患者が戦火の中に取り残される事態が繰り返されています。

医療者の立場からみれば、これは看過できない問題です。医療は政治や軍事とは切り離された、人間の尊厳を守るための最後の砦です。どれほど激しい戦闘が行われていても、負傷者を治療する場所が破壊されれば、救える命が救えなくなります。医療者が安全に働けなければ、地域全体の健康が崩壊します。医療への攻撃は、単なる「施設の破壊」ではなく、社会の基盤そのものを壊す行為なのです。

日本は幸いにも長い間、直接的な武力紛争を経験していませんが、「自分たちには関係ない」とはいえません。実際には、国際社会の一員として、また医療を重視する国として、紛争下の医療をどう守るかという議論は避けて通れません。日本の医師や医療関係者が海外で活動することも増えていますし、国際協力の現場では医療者が危険にさらされるケースもあります。さらに世界の紛争が長期化し、医療への攻撃が常態

化するほど、国際的な規範そのものが弱体化してしまっています。

「日本でも議論を深めるべきだ」と考える理由は、まさにここにあります。医療を守るという原則は、国境を越えて共有されるべき価値であり、どの国もその維持に責任を負っています。日本が国際人道法の理念を支持し、医療者の安全を守るための国際的な枠組みに積極的に関わることは、世界の医療を守ることにつながります。また、国内でも医療者が紛争地に派遣される際の安全確保や、国際的な医療支援のあり方について議論を深める必要があります。

さらに、紛争下の医療を守るというテーマは、単に「遠い国の問題」ではありません。災害時の医療体制、緊急時の医療アクセス、医療者の安全確保など、日本国内の課題とも深くつながっています。医療を守るという価値観を社会全体で共有することとは、平時の医療の質を高めることにもつながります。

世界では今も、医療者が命をかけて患者を救おうとしています。その努力が無意味にならないように、医

療が攻撃されることを「当たり前のこと」として受け入れないために、日本でも改めて議論を始めるべき時期にきています。医療は人間の尊厳を守る最後の場所であり、その安全を守ることは、国際社会の責任であると同時に、私たち一人ひとりが考えるべき課題なのです。

患者さんの命を守るということは、医療従事者の安全と医療施設を守ることだということを正確に冷静に理解することが大切です。震災関連や紛争地では要介護高齢者が関連死として大量に発生してしまいます。体温低下や脱水症状、低栄養や感染予防に最大限の配慮する医療が必要なのです。医療は備蓄できませんし、コンビニエンス・ストアでは買えないものです。

医師をはじめ医療従事者を養成するには学校と時間が、医療施設を整備するには資金とノウハウが必要です。医療従事者と医療施設が確保できなければ、医療が守れないことを改めて訴えます。

*** へんしゅう後記 ***
 今年は「明珠在掌」で!!