

後期高齢者医療制度と在宅医療の展開 住み慣れた地域で安心して暮らすために

野中 博

医療法人社団 博腎会 野中医院 院長

講師 経歴

野中 博（のなか ひろし）

医療法人社団 博腎会 野中医院 院長

【略歴】

学 歴

1972年3月27日 東京医科大学卒業

医師免許

1972年6月27日 医師免許第214910号にて医籍登録

学 位

1981年3月25日 医学博士（東京医科大学乙第655号）

略歴

1972年 東京医科大学卒業。 同年同大学内科学教室入局

1985年 野中医院開業

1987年 社団法人浅草医師会理事

1989年 社団法人浅草医師会会長（2005年3月31日まで）

1990年 医療法人社団 博腎会 野中医院開設

1997年 社団法人東京都医師会理事

2003年 社団法人東京都医師会副会長

2004年 社団法人日本医師会常任理事

（2006年3月31日まで）

* 日本医師会常任理事として主に介護保険を担当、社会保障審議会介護保険委員会と介護給付費分科会委員にて介護保険制度の改定に参加。さらに社会保障審議会障害者部会に参加し、障害者自立支援法の議論に参加。

2006年7月 社団法人日本医師会介護保険委員会委員長

2006年9月 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）臨時委員

2007年12月「安心と希望の医療確保ビジョン」

会議アドバイザーボード

2008年1月 社会保障国民会議

サービス保障（医療・介護・福祉）分科会委員

所属学会

日本内科学会、日本循環器学会、日本腎臓学会、

日本透析医学会



はじめに

本日の演題は「後期高齢者医療制度と在宅医療の展開」です。最近、後期高齢者医療制度は非常に評判が悪く、会場に居る皆さん方にも様々なご意見があると思います。

私は、今回社会保障審議会後期高齢者医療制度の在り方に関する特別部会の委員をさせていただきましたので、その部会の経過等を中心にお話したいと思います。社会保障制度としての医療保険制度や介護保険制度は、高齢者の方が疾病や障害を持たれて何らかの援助を必要としても、住み慣れた地域で安心して暮らすことを実現できることを目的としています。そしてそのためには様々な制度が活用される必要があります。私たち医療や介護の従事者、あるいは本日お集まりの皆さん方が関係される職種も、最終的には高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせることを目標にされていると思います。そのような皆さん方のお役に立てれば幸いです。

老人保健制度

資料1は従来の老人保健制度を示しています。後期高齢者医療制度についてお話する前に、従来の老人保健制度のお話をする必要があります。現在対象者の年齢は75歳ですが、老人保健制度のスタート時には70歳でした。この制度では対象者の方も国保・被用者保険に加入して保険料を払いつつ給付は市町村から受ける事になっていました。後期高齢者医療制度では新たに市町村から構成された「広域連合」が保険料の徴収を行います。後期高齢者医療制度の財源は、この後期高齢者の保険料に加えて従来と同様に国や都道府県からの公費そして被用者保険や国保からの拠出金で運営されます。今まで保険料を支払っていた方々にとっては、聞き慣れない「広域連合」による保険料徴収のために新たに保険料が徴収されると誤解され、様々な議論が出てきたと思われま

す。当初、この老人保健制度は、高齢者の方々が医療を必要とするときに、その負担を軽減することを目的としていました。この前提をまず理解しないと、新たに保険料が取られるとか、その負担割合が多い或いは少ない等の批判がでます。あらためて、従来の老人保健制度の原点を思い出していただきたいのです。

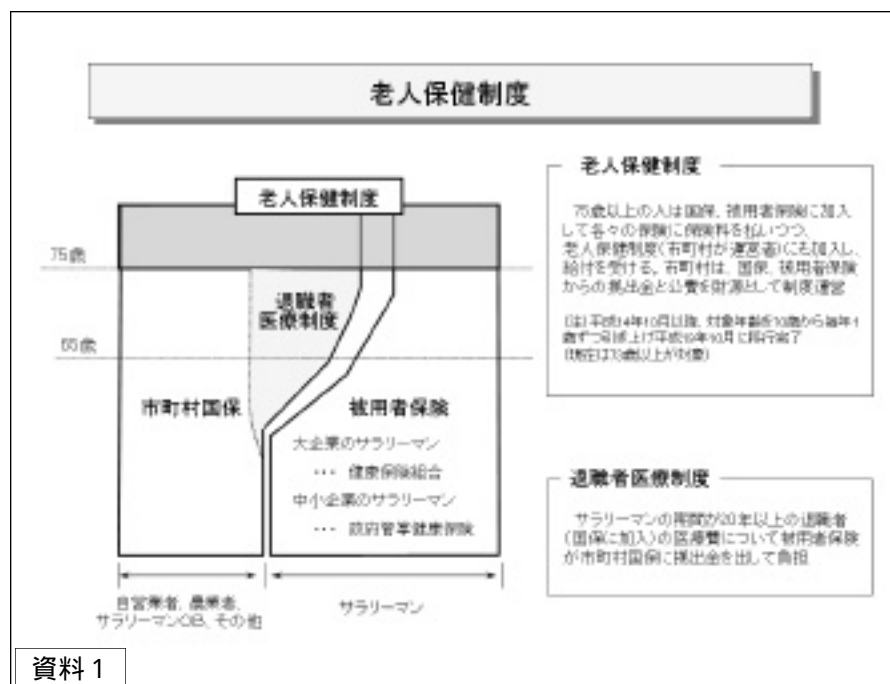
れていました。その上後期高齢者の対象者である約1300万人のうち約1100万人の方は、従来から国保や被用者保険の保険料を支払っていました。そしてこの拠出金には、後期高齢者の方々が支払われた保険料も含まれていました。一方、従来の老人保健制度では、何らかの理由で保険料を支払っていない後期高齢者が約200万人いました。その方々から新たに保険料徴収を提案したわけですから、後期高齢者の方々からは「年金での生活が苦しいのに、さらに年金から天引きされたら生活は大変」と非難されてしまったと思います。

今回の後期高齢者医療の保険料徴収は、介護保険制度と同様に原則年金からの天引きです。しかし、介護保険制度は介護サービスを以前の措置制度より容易に受けることが出来ることもあり、後期高齢者医療制度より大きな非難を浴びる事は少なかったと想像されます。さらに後期高齢者医療制度の保険料の算定と徴収は、各市町村によって構成される「広域連合」によって行われます。そのため保険料の地域差があり、あらためて批判を大きくしました。

後期高齢者である75歳以上の方々は、我が国にとってどういう役割を果たされた方々でしょうか？先の第二次世界大戦で焼け野原になった状態から、現在のような繁栄した状況への礎になった方々です。その方々が医療や介護を必要とする時、

後期高齢者医療制度の運営の仕組み（平成20年度）

資料2は後期高齢者制度の運営仕組みを示します。75歳以上の後期高齢者は約1,300万人、その医療費が約11.4兆円。今後、この伸び率の高い後期高齢者の医療費をどのように賄うべきか、今後の大きな課題です。後期高齢者医療制度は後期高齢者自らの保険料そして国保・被用者保険からの拠出金による支援、そして公費がその財源です。従来の老人保健制度もこの公費と拠出金によって賄



国としてどの様にこの方々を支えるかが我が国の社会保障制度として問われていると考えます。本来であれば、75歳以上の後期高齢者の方々には「ご苦労さん」と、医療や介護を必要とする場合には大きな負担を必要としない制度が構築されるべきです。しかし、医療や介護の費用が拡大する状況では、今回の選択もある面では理解出来ますが、一方でその活用が問われていると思います。

以前の老人保健制度に戻すべきなのか？それについてはいろいろな意見や見解があると思います。しかし繰り返しになりますが、75歳以上の後期高齢者の方々が我が国においてどのような役割を果たされたかを、改めて国民全体で考えそして適切な制度が創られる必要があります。政治にねじれがあれば、そのねじれを活用して、本来のあるべき姿に近づけることが大事です。経済面からの検討だけではなく、人間の尊厳を大切に我が国固有の社会保障制度を考え構築することが期待されます。

後期高齢者医療制度の問題点

期高齢者医療制度の問題点は、対象者である75歳以上の方々に対して国家としてどの様に保障するのか理解されなかったことに大きな課題があります。

保険料の件はやはり大きな問題ですが、この制度を保険としてあるいは公費として保障するのか議論があるところです。75歳以上の方々がわが国に果たした役割を考えれば、公費にて75歳以上の方々の人生を保障するのも一つの考えだと思います。ただ保険と公費としての保障との違いは、保険料として払うか税金で払うかの違いはありますが、医療や介護を受ける国民としては同じです。しかし、保険料を支払う事によりサービスを受ける権利が十分保障されるとの考え方もあり、介護保険制度においても

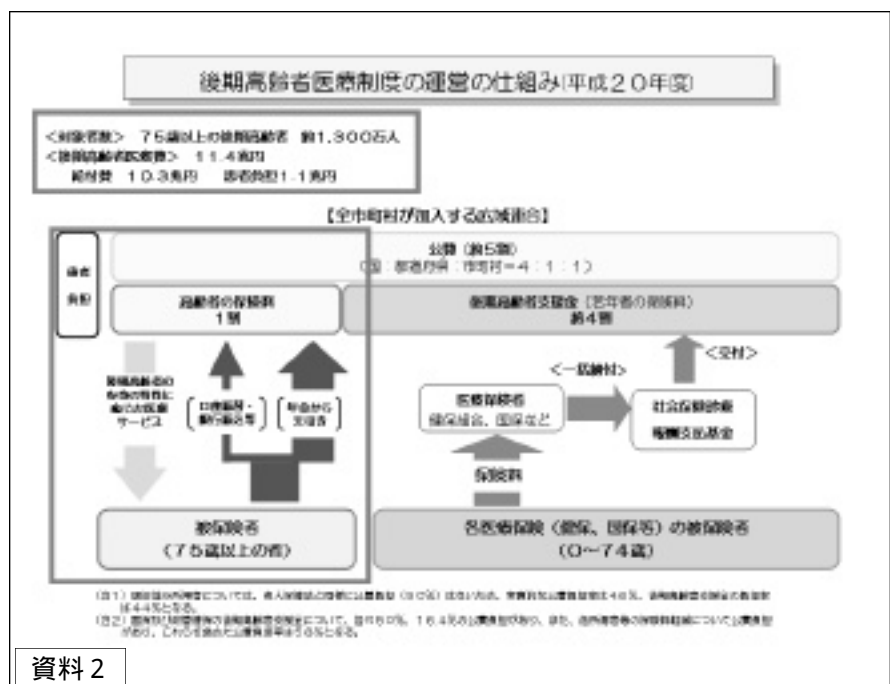
保険か公費かで議論になり、最終的には保険として制度構築されました。

先程も述べましたが、医療費の増大は特に後期高齢者の方々に多く、しかもその増大部分を後期高齢者にも補えという話はやはりあらためて検討する必要があります。

また、さらに忘れてならないのは保険者の役割とその機能です。医療保険の保険者として今回設定された市町村で構成される「広域連合」の保険者、あるいは健保連、国保中央部会等様々な保険者があります。保険者の本来の役割は保険料を徴収するだけではなく、適切に必要な医療を受けてもらう役割もある筈です。つまり医療を必要とする高齢者や障害を抱える人に対して、保険料がどのように役立っているのか見守りそして説明する大切な役割があります。今回の後期高齢者医療制度では、最も検討すべきだったのは保険者機能の問題だと思います。

後期高齢者医療

資料3は後期高齢者医療制度を創設する際の確認事項を示します。後期高齢者医療制度の制度設計も大事ですが、この制度を現場で活用していく事も実は大事な話です。この後期高齢者医療制度創設するに当たって、医療の在り方を検討するために特別部会が設置され、その部会で約2年間い



資料 2

ろい討議をさせていただきました。その経過についてお話ししたいと思います。

後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるように、新たに診療報酬体系を構築する。その新たな体系には終末期医療の在り方、あるいは患者の尊厳を大切にした医療の提供がなされるように評価する。さらに地域の主治医による在宅の患者に対する、日常的な医学管理から看取りまでの対応を評価することが前提として特別部会にて議論がなされました。財源も重要ですが、医療提供の在り方がさらに重要と認識し議論に参加しました。

在宅における医療・介護の提供体制

「かかりつけ医機能」の充実
2007日本医師会指針

資料4は2007日本医師会指針です。本年3月末まで、日本医師会では介護保険を天本常任理事が担当されていました。これからの後期高齢者の医療や介護において地域の医師や医師会がどの様に行動すべきか、天本常任理事と議論を重ね日本医師会指針として纏めました。この指針を日本医師会の理事会で承認していただき2007年1月10日に発表しました。将来ビジョンを支える3つの基本的な考え方として、尊厳と安心を創造する医療、暮らしを支援する医療、地域の中で健やかな老いを支える医療としました。そしてこの将来ビジョンを具体化するための医師、医師会への7つの提言で構成されています。

後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方
平成19年4月11日 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

資料5は後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方を示します。日本医師会の指針が提示された後、厚労省の後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考えが示されました。日本医師会指針と同様に、後期高齢者の生活を重視した医療、後期高齢者の尊厳に配慮した医療、後期高齢者及

後期高齢者医療

後期高齢者医療の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にした医療の提供がされるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

資料3

在宅における医療・介護の提供体制 —「かかりつけ医機能」の充実— 2007日本医師会指針

—将来ビジョンを支える3つの基本的考え方—

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

—将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言—

1. 高齢者の尊厳の具体化に取り組みよう
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは介護しをも担い利用者の安心を創造しよう
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう
5. 住まい・居宅(多様な施設)と連携しよう
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていきよう
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう

資料4

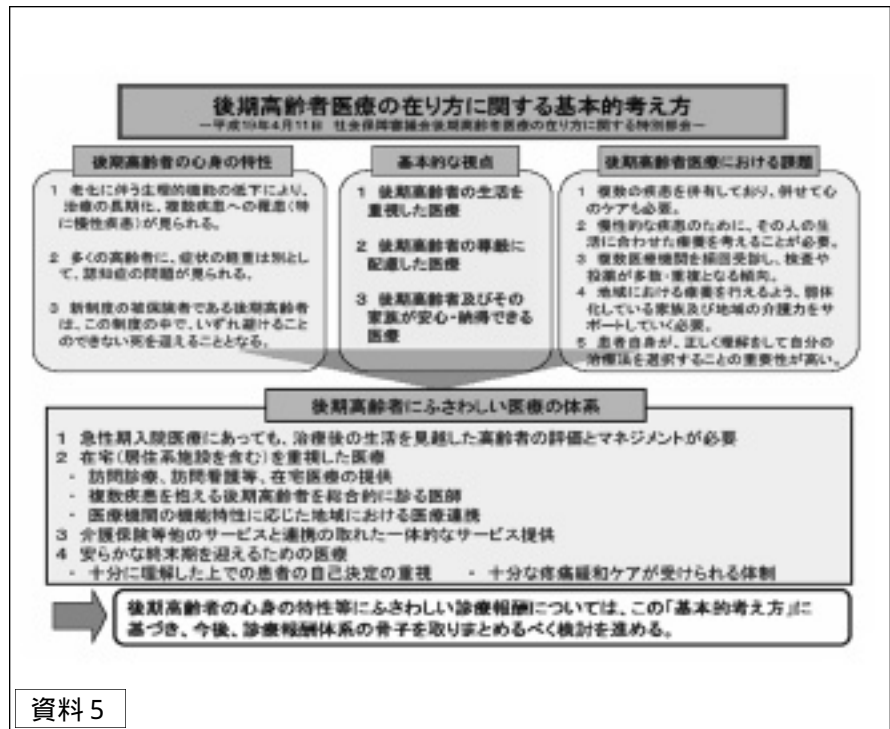
びその家族が安心・納得できる医療の実現を基本的な視点としています。そして後期高齢者の心身の特性として、まず生理機能の低下の結果治療の長期化そして複数疾患の罹患が見られる。また多くの高齢者には症状の軽重は別して、認知症の問題も見られるとされました。さらに、後期高齢者にはいずれ避けることができない死を迎えるとされました。いずれも高齢者の尊厳を守るためには大きな課題です。この議論でも、後期高齢者にはすべて認知症がある訳では無いと侮蔑的に感じられる方もおられました。また、避けることのできない死、その言葉だけをとらえて、後期高齢者を邪魔者扱いにするのかという議論もありました。非常に残念に思います。今回の特別部会での検討事項の実現には、医師も含めて現場のさまざまな医療や介護の従事者が、これらの後期高齢者の特性をまず理解する必要があります。

これらの特性を踏まえて、後期高齢者医療の課題として、複数の疾患を併有している事、併せて心のケアも必要な事、生活に合わせた療養の検討、そして厚労省が最も要望していた事ですが、高齢者は複数医療機関を頻回受診するため検査や投薬が多数・重複となる傾向があり、この克服が必要とされました。さらに家族及び地域の介護力をサポートする必要がある事、さらに患者自身が病状を正しく理解して自分の治療法を選択する事も課題とされました。これらの課題こそ、今日お集まりの皆様方のサービスによりサポートされる事が期待さ

れています。

後期高齢者にふさわしい医療の体系

資料5の下の部分にふさわしい医療の体系が示されています。後期高齢者にふさわしい医療の体系として、1) 急性期入院医療にあっても、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、2) 在宅を重視した医療、3) 介護保険等



資料5

後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

- 我が国の国民皆保険制度は「必要かつ適切な医療は保険診療により確保する」との理念を基本としている。

資料6

他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供、4) 安らかな終末期を迎えるための医療が挙げられました。これらの実現には、医師、訪問看護、訪問介護、栄養士、保健師、OT、PT、ST等、その他さまざまな職種が提供する医療や介護のサービスが大切です。さらに複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師、医療機関の特性に応じた地域における医療連携の具体的な実現。また安らかな終末期を迎えるための医療には、患者さんの自己決定を重視することが大切です。しかし、この事が「後期高齢者は死が近いから、医療の提供は徐々に」と後期高齢者相談料が誤解されてしまったことは、本当に残念に思います。

現場で患者さんの死の看取りを実践している医師や看護師にとって、将来病気が進行した時に、どのような医療を受けたいのか患者やご家族に幾度も聞き確認するのは当然の事です。

後期高齢者にふさわしい医療
(基本的事項)

これらの基本的な考え方を基に、後期高齢者医療の骨子が作成されました。しかし、特別部会での当初の議論では「75歳以上になったら、提供される医療に制限を加えてもいいのではないかな。浮いた財源を活用してもっと小児の医療を厚く提供する必要がある」という意見の方もいました。私は74歳までの医療と75歳以上の医療が変わることは絶対あってはならないと何回も主張しました。最終的には骨子には75歳以上であっても今まで受けていた医療と大きく変わるものではないと明確に記載されました。

そして、我が国の国民皆保険制度の理念として「必要かつ適切な医療は保険診療により確保する」事も再確認されました。(資料6)

後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

まず、診療報酬に反映すべき事項として、外来医療については後期高齢者を総合的に診る取り組みの推進、薬歴管理、そして関係者、患者・家族との情報共有と連携とされました。

後期高齢者を総合的に診る外来医療における役割

資料7は後期高齢者を総合的に診ることを示します。まず外来患者さんの病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握する。そして基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用する。そして専門的な医療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有する。以上の診療を実践する事が後期高齢者を総合的に診ることとされました。しかし、これらの項目は地域の現場の医療として当然の話で、現状でも多くの医師は実践している事です。それが総合的に診る医師として掲げられたわけです。

後期高齢者を総合的に診る

外来医療における役割

- ・ 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握する。
- ・ 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用する。
- ・ 専門的な医療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有する。

資料7

後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

資料8は入院医療について事項です。入院医療では、特に退院後の生活を見越した計画的な入院医療、そのため入院中の患者さんの生活評価と結果の共有、そして退院後の支援が重要とされました。

後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

資料9は在宅医療についての事項です。在宅医療では、情報の共有と連携、病院等による後方支援、歯科との関係、薬剤師との関係、訪問看護との関係を大切に評価するとされました。さらに多様な居宅としての施設における医療も整理して評価すべきとされました。

留意事項（ ）

後期高齢者を総合的に診る取り組みの推進について

資料10は留意事項（ ）を示しています。総合的に診る医師の取り組みについては、当時、国保中央会等から「総合医」の提案もあり様々な議論がありました。しかし、現在は総合的に診る取り組みの普及・定着を進める段階であって、主治医については患者自らの選択を通じて決定する形を

後期高齢者医療の 診療報酬に反映すべき事項

2. 入院医療について

- ・ 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

資料 8

後期高齢者医療の 診療報酬に反映すべき事項

3. 在宅医療について

- ・ 情報共有と連携
- ・ 病院等による後方支援
- ・ 在宅歯科診療
- ・ 在宅医療における服薬支援
- ・ 訪問看護
- ・ 居住系施設等における医療

資料 9

想定すると確認されました。そのため、いわゆる「総合医」についてはまだまだ検討を必要とし将来の話と思います。

保険者として登録制度を導入すべきとの意見は、自ら保険者としての機能を放棄しているに等しいと考えます。保険者に求められる最大の機能は、被保険者から保険料を集めることです。被保険者に円滑に保険料を払ってもらうために、被保険者にまず適切な医療はどの様に受けるかをまず説明すべきなのに、現状ではその説明を十分に実施していない。民間の生命保険等でも、万が一の時にはこのような保障を実現されると説明します。保険加入者はその説明を理解してはじめて保険料を払うわけです。そこを理解しないで、保険者から登録制度の話をする事は被保険者を大切にしていなく全くおかしい。患者さんのフリーアクセスを制限することで、保険料が集められると考えているのでしょうか？このような認識は是非保険者には改めていただきたい。今、最も大事なことは、病気や障害を抱える事の多い高齢患者の生活を支えるために、患者の状態を総合的に診る体制を構築する事です。

留意事項 ()

資料11は留意事項 () を示します。留意事項 () では、まず連携及び情報の共有が大事としています。この連携及び情報共有により、重複検査や投薬が少なくなり、後期高齢者の心身への必要を越えた侵襲や薬の相互作用等の発生を防止し、医療資源の重複投入の抑制に繋がるとしています。さらに、後期高齢者の生活と密接に関係する介護保険制度との関係も十分配慮すべきとしています。

留意事項(Ⅰ)

後期高齢者を総合的に診る取組の推進について

社会保障審議会保険医療部会及び医療部会においては、いわゆる主治医の「登録制度」を導入すべきとの指摘や、患者のフリーアクセスの制限は適当ではないとの指摘があった。

本部会としては、現在は総合的に診る取組の普及・定着を進める段階であり、主治医についても、患者自らの選択を通じて決定する形を想定している。

診療報酬の検討に加え、研修、生涯教育等を通じて、主治医の役割をより適切に担うことができる医師が増加し、患者が生活する地域でこのような医師による診療が受けられる環境整備を図られるよう期待する。

資料10

留意事項(Ⅱ)

- 後期高齢者の生活を総合的に支えるためには、医療関係者や介護・福祉関係者間の連携及び情報の共有が必須。
- 連携及び情報共有により、重複検査や投薬が少なくなり、後期高齢者の心身への必要を越えた侵襲や薬の相互作用等の発生を防止し、医療資源の重複投入の抑制につながる。
- 今後の個々の具体的な診療報酬体系の検討に当たっては、今回とりまとめた方向に沿った医療が第一線においてしっかりと提供されるための診療報酬上の評価の設定や、医療を受ける後期高齢者の生活と密接に関係する介護保険制度との関係にも十分配慮すべきである。
- 新たな制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要。

資料11

後期高齢者にふさわしい医療

資料12は後期高齢者にふさわしい医療の要点を示します。後期高齢者にふさわしい医療として、外来医療では複数の病気にかかって療養生活が長期化することの多い後期高齢者に対して、医師が全人的かつ継続的に病状を把握する取り組みを評価することとしています。ただし、患者さんが自分で選んだ医療機関を受診する「フリーアクセス」を制限される仕組みではなく、後期高齢者は病状に応じて医療機関を受診することも可能で、変更できることも保障することとしています。

在宅医療では訪問看護の充実、薬の服薬支援、医療と介護サービスとの連携強化。病状急変時の緊急入院。退院後の生活を見越した入院医療の提供、退院時の支援を評価することとしています。

終末期医療における診療方針等については、医療関係職種が共同し患者・家族等と話し合い、書面でまとめて提供した場合に評価することとしています。そこでは、作成の強要、変更を妨げることがあってはならないとされています。実際には終末期の患者さんを扱っている医療機関には、これらの過程は当然の事として大切に活動しています。今回の非難は全く理解できません。

後期高齢者診療料

資料13は後期高齢者診療料を示します。今回話題となった後期高齢者診療料について説明します。この後期高齢者診療料は患者のフリーアクセスを制限すると巷では理解されているようですが、実際には患者にとって必要であればいろいろな診療所に行けることを保障しています。この診療料を患者の受診行動を制限すると、医師が認識して非難する事は、私には全く理解できません。

後期高齢者にふさわしい医療

外来医療	慢性疾患等に対する継続的な管理の評価 ※ 複数の疾病にかかり、療養生活が長期化することの多い後期高齢者に対し、医師が全人的かつ継続的に病状を把握する取組を評価するもの ※ この新しい仕組みは後期高齢者が自由に、自分の選んだ医療機関を受診する「フリーアクセス」を制限する仕組みではなく、後期高齢者は、これ以外の変換機関を受診することもでき、また、変更することができる
在宅療養の支援	訪問看護の充実、薬の一包化等による服薬支援、医療と介護サービスとの連携の強化、病状急変時の緊急入院の評価、退院後の生活を見越した入院医療の提供、退院時の支援
終末期医療	終末期における診療方針等について、医療関係職種が共同し、患者・家族等と話し合い、書面でまとめて提供した場合に評価 ※ 書面の作成は、患者の自由な意志に基づいて行われる（作成の強要はあってはならない） ※ 作成後の変更も、何度でも自由に行うことができる（変更を妨げられることは、あってはならない）

(注)このように、後期高齢者が受けられる医療は、後期高齢者の療養生活を支えていくため、上記のような工夫が加えられるもので、75歳になったからと言って、必要な医療が受けられなくなるものではない

資料12

後期高齢者診療料

☆ 治療の長期化、複数疾患のり患といった心身の特性等を踏まえ、慢性疾患等に帯する継続的な管理を行うことを評価する。
⇒ 74歳までは糖尿病、脂質異常症、高血圧症を対象にした包括点数「生活習慣病管理料」が設定されているが、75歳以上は算定対象外とされているために、今回の後期高齢者医療制度創設に伴って包括点数が作られた。

【後期高齢者診療料】
(1) 点数: 600点(月1回算定) 75歳以上の患者のみ
※ 届出が必要。算定は患者の同意が必要。
(2) 対象疾患
糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎
(3) 包括範囲
医学管理等、検査、画像診断、処置(初・再診料、投薬、注射等は算定可)
※ 急性増悪時に実施した検査、画像診断、処置のうち550点以上の項目は出来高で算定できる。
算定例: 再診料(71点) + 外来管理加算(52点) + 後期高齢者診療料(600点)

資料13

従来の生活習慣病管理料を拡大したと理解すべきです。この後期高齢者診療料を請求するためには、高齢者の医療や生活についての研修を受けたとの届出が必要とされています。しかし、これらの研修は介護保険の主治医研修会など、さまざまな地区医師会での研修会が含まれています。

さらに、この後期高齢者診療料の対象疾患は僅か13疾患だけです。例えば白内障、腰痛等、眼科や整形外科の疾患は対象ではありません。

またこの診療料を算定できるのは主に診療所で、病院では全く算定出来ません。ただし、在宅療養支援診療所が4キロ四方に存在しない地域では、特例として在宅療養病院が認められます。その病院では、この後期高齢者診療料を算定することが認められます。

後期高齢者診療計画書

資料14は後期高齢者診療計画書の基本を示します。後期高齢者診療料を算定するためには、まず後期高齢者総合診療計画書を記載します。この計画書にはいろいろな様式があり、又独自の工夫も可能です。

この後期高齢者診療計画書には定期受診している主治医を記載する欄があります。この欄には自院以外に定期的に受診している医療機関を記載します。つまり患者への問診により、他に定期的を受診している医療機関を確認する作業がまず必要なのです。

例えば糖尿病と高血圧は自分の診療所で、胃潰瘍は他の診療所を受診している患者の場合、医師として大事にすべき事は、まず患者さんの高血圧と糖尿病を適切に診察して治療する事、そして他の医療機関において胃潰瘍の診療を受けているのであれば、その胃潰瘍の治療を適切に受けてもらう事に配慮する事です。つまり他の医療機関と協力して患者に適切な診療を提供す

るのです。そして、その場合、後期高齢者診療料は算定すると、胃潰瘍の診療している医療機関に患者が通院できなく恐れも発生しますので、この場合には算定は避けるべきです。これは他の医療機関と調整する事なく、患者への問診により定期的を受診している他の医療機関を把握することで十分可能です。このような診療が患者から選ばれる主治医として大事なのです。

問診もせずに、「あなたは私の診療所で治療受けるので、他の医療機関には行けない」と説明することは、主治医として全くおかしな話であり、適切な医療を提供するために診療報酬を活用していない事になります。そういう行動が後期高齢者の医療制度の本来の目的を破壊することなのです。現在、後期高齢者診療料に反対される立場の先生方は、患者から選ばれる主治医としての行動を全く理解していないと思います。

後期高齢者診療計画書						<small>（記入日： 年 月 日）</small> <small>（医師名）</small>
<small>患者氏名</small> (姓・名) <small>生年月日</small> 西 暦 年 月 日		<small>診療科</small> <small>担当医</small>		<small>担当医氏名</small> <small>通称名</small>		
<small>病名</small> 主病() () () () () () <small>() () () () () ()</small>			<small>他に定期的に受診している医師</small> <small>病名() () () () () ()</small> <small>病名() () () () () ()</small> <small>病名() () () () () ()</small>			
<small>年間検査のスケジュール</small>						<small>血液の検査回数</small> <small>(緊急時の入院時)</small> <small>検査</small> <small>検査</small> <small>検査</small> <small>検査</small> <small>検査</small>
	<small>4月～6月</small> <small>月 日作成</small>	<small>7月～9月</small> <small>月 日作成</small>	<small>10月～12月</small> <small>月 日作成</small>	<small>1月～3月</small> <small>月 日作成</small>		
<small>身体診察</small> <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>生活習慣病</small> <small>おたけ検査</small> <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>心臓病</small> <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>脳病</small> <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>血液検査</small> <small>(年1回以上)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>治療方針等</small>						<small>その他検査事項</small>
<small>資料14</small>						<small>検査回数</small> <small>検査回数 1・2 検査回数 1・2・3・4</small> <small>検査回数回数 検査回数—1・2・3・4</small>
<small>医師署名</small>						

本日の診療内容の要点

資料15は本日の診療内容の要点を示します。後期高齢者診療料の算定は医療機関に任されている事項ですので、別に算定しなくても良いのです。後期高齢者の方々に対して後期高齢者診療料を算定するしないにかかわらず、「診療計画書」と「本日の診療内容の要点」を患者に手渡す事こそ高齢者の尊厳を守る医療ではないでしょうか？

つまり、医療機関にとってのメリットではなく後期高齢者である患者に対して適切な診療が可能かどうかで、医療機関として判断することが大切です。

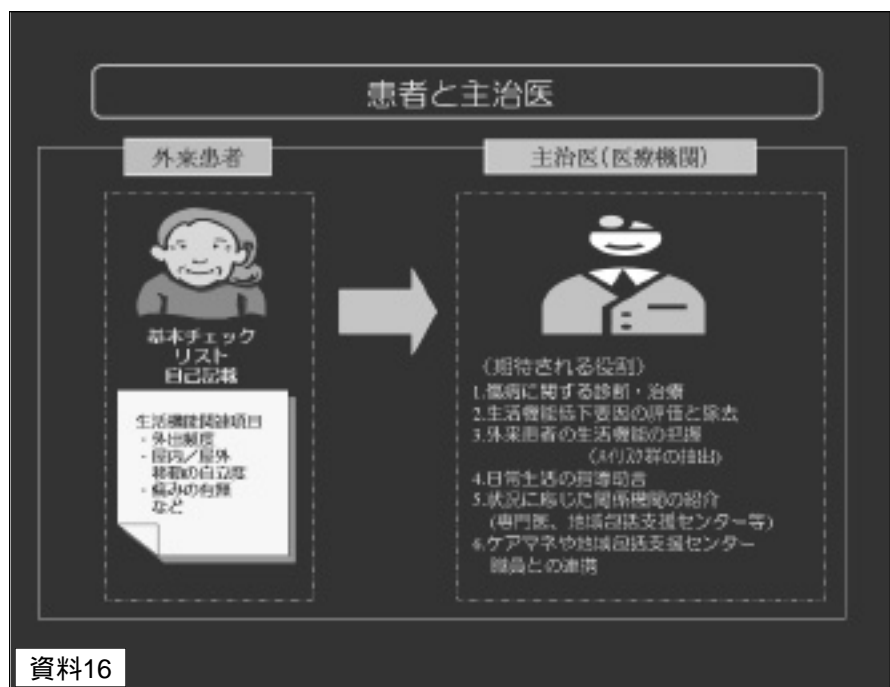
確かに、包括払と出来高払のどちらが適切な医療を提供するためには良いかの議論もあると思います。その判断は個人個人によって異なると思います。しかし、包括払を選んだとの理由により患者に必要な検査を実施しないのは、医師の適切な行動とは思えません。医師の基本的業務は、患者が必要な医療を診断しそして提供していくことです。必要な検査をしない医師、そんな医師が患者から選ばれるでしょうか？現場の医師として、高齢者の方々に確実に問診をし、診断や治療を通じて、患者に適切な医療を提供していくことが重要なのです。

患者と主治医

資料16は患者と主治医との関係を示します。問診をすることによって、他の医療機関でどのような検査を受けたのか、あるいはどのような投薬を受けていることが判ります。その結果重複する検査や投薬を防ぐことができます。その様な主治医としての活動が期待されているのです。このような患者の診察を通じて、後期高齢者診療料の算定を判断すべきです。ただし、その算定如何に関わらず、

本日の診療内容の要点	
(診療日: 年 月 日)	
患者氏名 (月・北)	診療科
生年月日(西・大) 年 月 日	通院先
本日の診療について 血圧 (/ mmHg) 体温 発熱 有() 無() 脈拍等その他の所見	次回受診日時 月 日 () 時 分
毎日の生活での留意事項	本日のお薬
今日の検査 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図	次回に当院で予定している検査等 <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 血糖検査結果 結果() 再() 日() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()	
他院での診療状況 (他院での指導について記入して下さい)	疾病に関する疑問・質問 (先生に聞きたいことがあれば記入下さい)

資料15



資料16

この「診療計画書」と「本日の診療内容の要点」を患者に発行することは、今後着実に実行すべきと思います。

外来の患者と主治医との関係には、何が期待されているのでしょうか？もちろん病気に対する適切な診断と治療、さらに患者の生活機能を把握して、生活にリスクがあれば改善していく行動も期待されます。その際、忘れてはならないのは、地域包括支援センターです。まだまだ、現場の医師が地域包括支援センターを適切に理解し活用している状況ではありませんが、この地域包括支援センターの存在を忘れてはならないと思います。

肩が痛い、ひざが痛い、頭痛がする等の症状を訴えるだけでなく、患者にも自分の生活機能を医師に報告することの重要性をあらためて患者にも理解して頂く必要もあります。

等の項目が提案されました。しかし、これら数字があると数字が一人歩きします。患者さんの生活機能を把握する事を十分しないで、握力や片足立ちや10メートル歩行の結果の数字だけで、患者を判断することに繋がると、強力に私は反対しました。患者の日常生活を適切に把握する問診こそが重要と判断したからです。この様に生活機能を把握する行動こそが、あらためて患者と主治医との関係で大事なのです。

基本チェックリスト

資料17は基本チェックリストを示します。基本チェックリストは25項目から構成されており、「バスや電車で1人で外出していますか。」から始まり、「友人の家を訪ねていますか。」「椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか。」「15分位続けて歩いていますか。」「体重減少がありましたかどうですか。」「お茶や汁物でむせることがありますか。」「週に1回以上は外出していますか。」「人から、いつも同じことを聞かれると言われていませんか。」などの項目があります。しかし、この25項目の聞き取りだけでは確定診断はできません。どうやら「生活機能が低下しているのではないか」と推察することができるだけです。

この基本チェックリスト作成に当たって厚労省と協議した際、当初は研究者からは「片足立ちが何秒できるか。握力がどれくらいあるか。10メートルは何秒で歩けるか。」

基本チェックリスト			
	質問項目	回答	
生活機能	1 バスや電車で1人で外出していますか	はい	15%減
	2 日用品の買い出しをしていますか	はい	15%減
	3 郵便物の出し入れをしていますか	はい	15%減
	4 友人の家を訪ねていますか	はい	15%減
	5 家族や友人の相談にのっていますか	はい	15%減
	6 階段を上り下りをする時つたふらつきを感じていますか	はい	15%減
	7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい	15%減
	8 15分位続けて歩いていますか	はい	15%減
	9 この1年間に体重減少がありましたか	はい	65%減
	10 転倒に対する不安は大きいですか	はい	65%減
	11 6ヶ月間で2kg以上の体重減少がありましたか	はい	65%減
生活機能	12 身長()cm 体重()kg (BMI=)		
	13 半生煎に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	85%減
生活機能	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	85%減
	15 口の渾さが気になりますか	はい	85%減
生活機能	16 週に1回以上は外出していますか	はい	15%減
	17 昨年より比べて外出の回数が減っていますか	はい	85%減
	18 周りの人からいつも同じことを聞かれると言われていませんか	はい	85%減
	19 自分で電話番号を覚えて、電話をかけることができますか	はい	15%減
	20 今日が何月何日かわからない事がありませんか	はい	85%減
	21 この1週間1日分の生活が片断的でないか	はい	85%減
	22 この1週間の中で何人かと交わったことがありませんか	はい	85%減
	23 この1週間1日分の生活に満足していることがありませんか	はい	85%減
	24 この1週間1日分の生活に満足している人がいません	はい	85%減
	25 この1週間1日分の生活に満足している人がいます	はい	85%減

資料17

地域包括支援センターの活用

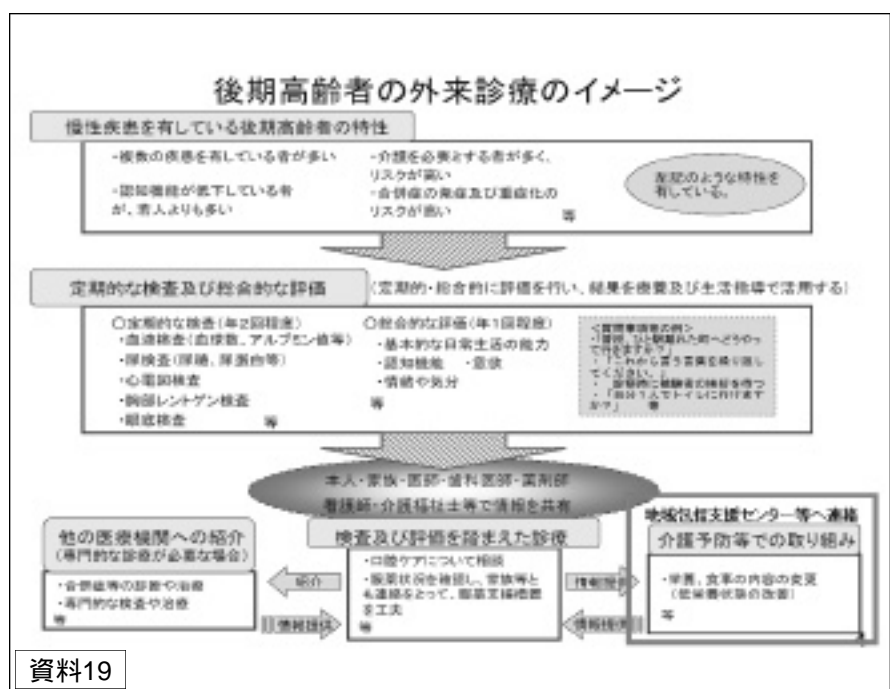
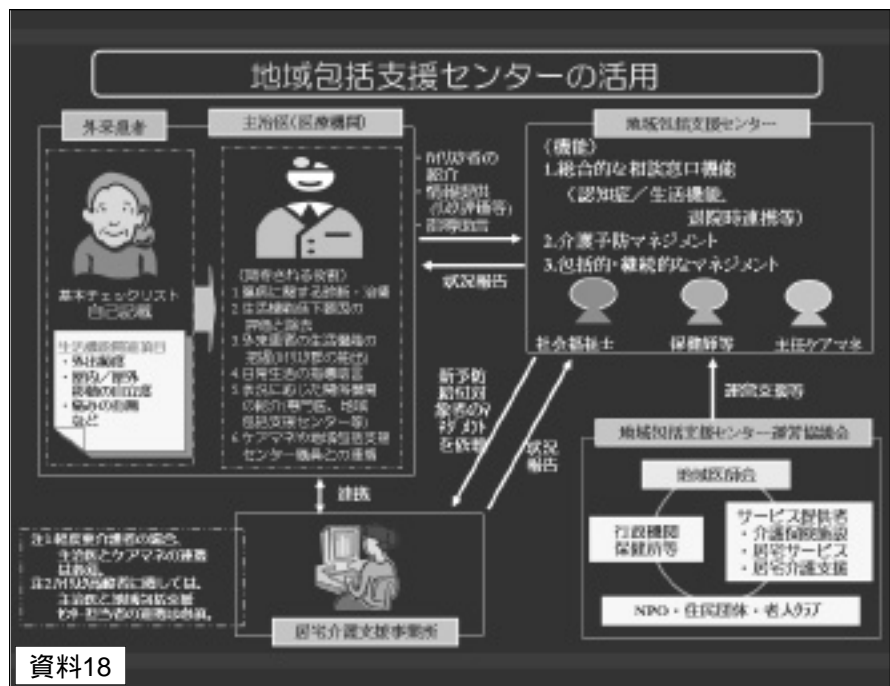
資料18は地域包括支援センターの活用を示します。患者の生活機能に問題があると判断すれば、医師はその生活を支えるために地域でその役割を担っている地域包括支援センターにまず連絡することが期待されます。本日まで参加の皆さんも地域包括支援センターと協力して、生活機能低下の疑いがある住民の地域での生活を支える活動の大切さを認識してください。

そして生活機能の改善が必要と判断される場合には、地域包括支援センターへ連絡して介護予防などの取り組みを通じて栄養状態や生活機能の改善を図ることが示されています。

しかし、この介護予防との言葉が正しく認識されていないために、地域包括支援センターの役割が正しく理解されていない現状があります。介護予防との言葉に惑わされることなく、生活機能の改善のための地域包括支援センターと理解する必

後期高齢者の外来診療のイメージ

資料19は後期高齢者の外来診療のイメージを示します。厚生労働省が特別部会に提出した後期高齢者医療における外来診療のイメージ図です。先程お話ししたように、後期高齢者には複数の疾患を有し、何らかの認知機能低下が存在し、また介護を必要とする場合も多くさらに重症化のリスクが高いという特性があります。そういう高齢者の方々の診療では従来の診察と同様に採血、レントゲン、心電図、そして必要な場合にはCT等の検査をすることも大切です。その様な診察に加えて、一年に1回は患者の総合的な評価として毎日の基本的な日常生活の能力、認知機能、意欲、情緒、気分などを聞き評価する必要があります。つまり基本チェックリストを年に1回か2回実施して患者さんの生活機能を把握するので、それらの診察からもっと専門的な医療が必要と判断すれば、従来と同様に他の医療機関へ紹介し専門的な診療を受けてもらいます。



要があります。

切れ目のない地域医療連携体制

資料20は切れ目のない地域医療連携体制を示します。わが国では地域における医療連携については長年語られてきましたが、残念ながらこの医療連携は十分にはまだまだ進展していません。私が昭和60年に大学を辞めて、地元の浅草で父親の診療所を継承した時も、病診連携が医師会の問題になっていましたが、残念ながらその当時からこの医療連携が大きく進展したとは思えない現状です。この医療連携に関する仕事を医師会において長年続けてきたので、余計にその進展について残念に思います。この医療連携についてお話します。

患者と医師との関係が適切に確立されていますと患者の生活機能が低下したと疑われる場合には地域包括支援センターと協力し患者の地域での生活を支えることができます。一方、患者の抱える病気が進行し、例えば救急車等で病院に運ばれ入院が必要な段階になれば、急性期医療を提供する病院で入院し治療を受けることとなります。わが国の急性期医療の状況は、世界の医療水準と比較しても遜色は無いと考えています。

しかし、在院日数の短縮が急性期病院の医療に様々な影響を与えています。「病院から追い出された。あるいは出て行け。」と、診療所に相談に来られる患者やその家族が最近では多いように思います。地域の医師仲間に聞いても、同じ話を聞きます。本当は嬉しい筈の退院がなぜ「追い出された。」という表現を患者や家族はするのでしょうか？

病気が完全に治癒して、以前と同様の生活をする事ができれば、当然このような苦情はある筈がありません。しかし、特に高齢者の場合には病状が安定したとしても以前と同様の生活ができる筈ではありません

ん。病気や障害を抱えてどの様に生活すれば良いのかの答えが病院から提供されていないためではないでしょうか？その答えが適切に提供されていれば、患者は自宅に戻るとか、あるいは介護等を提供してくれる施設を選択できます。しかし、現状では選択できる施設が少ない状況もあり、それらの選択に対して病院が適切に助言することなく患者や家族に任せている状況では「追い出された」という表現を患者や家族がすることは当然だと思います。

入院医療の目標

資料21は入院医療の目標を示します。入院医療の目標を考えれば、まずは生活を脅かしている原因を追究して、医学的に治療することです。しかし、それだけではなく、退院後の健康と生活の安定を見越した計画を立て患者や家族に示すことも医療機関としての大きな役割の筈です。その計画が全く作成されずに「退院」と宣告している状況です。

私の診療所でも、在宅医療が必要な患者を病院からの時々紹介されますが、「病状は安定しましたので、あとはよろしくお願いします。」という紹介状が多数でした、そのため患者の療養する現場で医療や介護を提供するために苦労しました。最近では、病院での治療方法が無いことを理由に



資料20

退院されるがんの末期患者のケースも多く、自宅での療養生活を支える事が重要になり、その際の医療連携の充実が期待されます。

入院から退院へ

資料22は入院から退院へを示しています。病院において退院までの間に医師が中心となって治療するのは当然です。しかし病院内には看護師、薬剤師、PT、OT、ST、栄養士、そしてケースワーカー等この他さまざまな職種の人々が働いています。その多職種の人たちが自らの役割を分担して患者の生活を把握し、医師による治療方針を基にケースカンファレンスを通じて退院後の生活設計を作成する退院調整により、患者や家族は安心して自宅や他の施設等を選択して退院できるのです。この退院調整が、従来のがんの医療特に急性期病院において適切に実践されてきませんでした。今回の後期高齢者医療の在り方に関する特別部会では、この退院調整の意義について主張しました。

入院から退院へ

資料23は入院から退院へを示しています。患者さんが入院すると医師は診療を通じて診断し治療方針を決定し実行します。看護師、栄養士、薬剤師、OT、PT、ST、そしてソーシャルワーカー等院内に存在する多職種が協働して、患者が地域に戻った際の生活を設計し、地域の多職種により支えられる療養生活プランを作成します。このような地域での生活を支えるケアプランの原案を作成

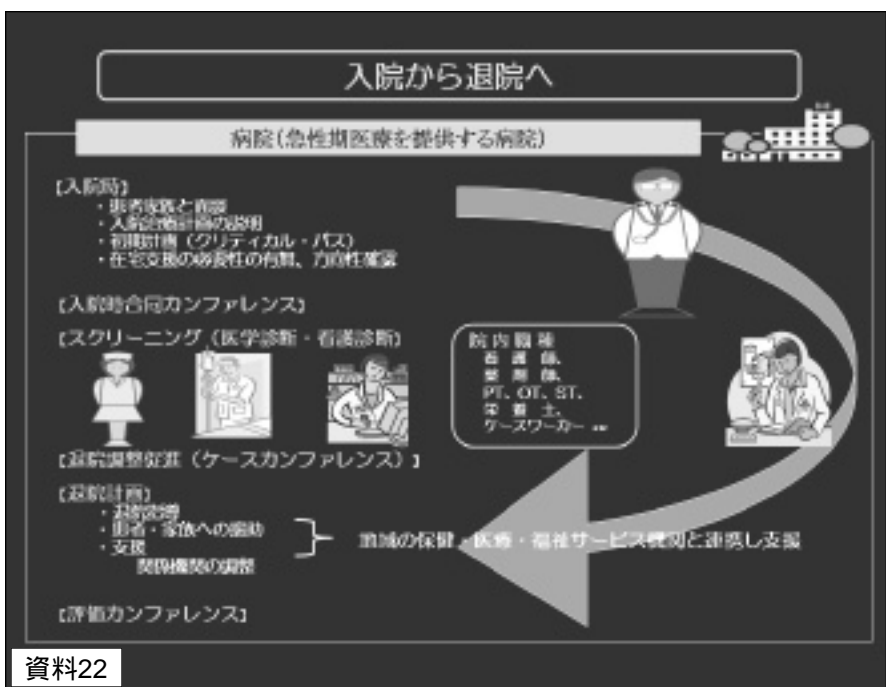
入院医療の目標

1. 生活を脅かしている原因を除去・緩和
2. 退院後の健康と生活の安定

そのため、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成し退院に結びつけることが病院の基本的な責務である。

退院調整！！

資料21



することがいわゆる退院調整であり、それが病院に存在する多職種の本来の役割ですが、その役割が理解されることなく実践されてきませんでした。院内の多職種の連携や協働は、この大意調整の意義を理解すれば、実は当然な事なのです。

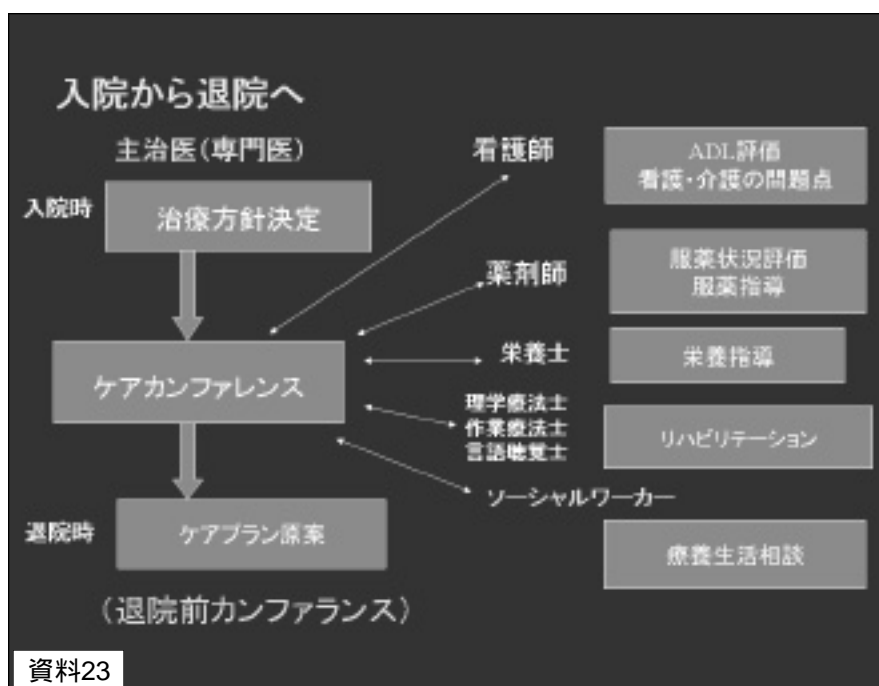
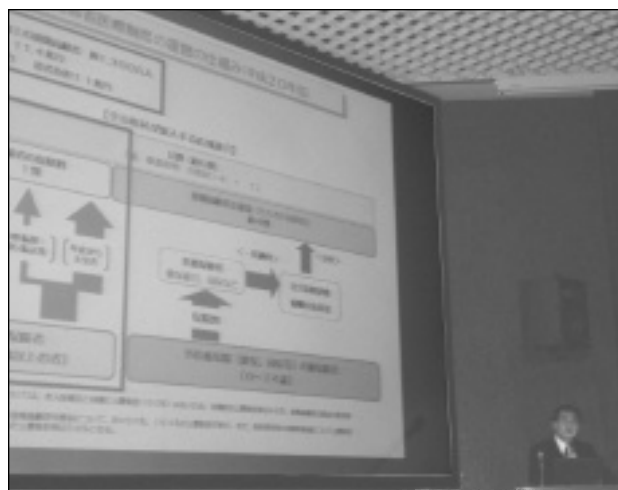
院内にいるソーシャルワーカーが、この多職種からの意見をまとめて、患者の地域での生活すなわちケアプランの原案をつくるのが退院前カンファレンスです。残念ながら、現状ではソーシャルワーカーの存在しない病院も多く、また存在しても適切な働く場所を提供されていない現状があり、結果としてこの退院前カンファレンスが適切に実施されていません。今後病院には、この退院前カンファレンスの意義を理解され、実践していただきたい。

在宅生活復帰の必要条件

資料24は在宅生活復帰の必要条件を示しています。在宅生活を選択する場合、ケアプラン原案を作成する上で検討すべき条件があります。本人の病状がまず安定していることは当然です。次いで病状の安定した本人に何処で生活を続けたいのか意思を確認する必要があります。しかし、単に「家に帰りたいですか」と問えば本人は家に帰りたいたいとの意思を持っていても、自分の病状では家族に迷惑をかけるという気持ちを多くのお年寄りには持ちます。同様に家族も本人の家に帰りた希望を叶えてあげたいが、家族の生活もありそして病人に24時間365

日永続して付き合えるかどうかもあり判断に苦しむ大きな課題があります。しかし、このような課題を本人や家族だけの課題として、その解決を本人や家族に任せていいのでしょうか？

自宅か施設かという議論もあります。しかし、現状ではそれらの選択を患者や家族に任せることは酷です。適切な施設が無いとの理由で、やむなく在宅での生活を選択する。そんな選択も真に不幸と思います。患者や家族が自宅か施設を選ぶ際、院内の多職種が協議してケアプラン原案を作成し、そして説明により選択してもらう。その説明により、患者や家族の意思で自宅か施設を選ぶ状況を今こそつくるべきだと思います。病院からの退



院において、このような作業を実践しての選択が可能な状況こそ大事です。しかし、施設が無いから自宅での生活を選ばなければならない状況は、この国のあり方として全くおかしい。現状は理解できますが、患者や家族が本人の意思として自宅での生活を選択できない課題を医療機関として洗い出して、厚生労働省そして地域行政や社会に訴えていく作業が今医療機関には求められていると考えます。

在宅支援体制

資料25は在宅支援体制を示しています。在宅生活復帰の条件としてご本人の意欲、家族の協力と在宅支援体制が重要です。この在宅支援体制には「24時間体制に近い十分な量の看護サービス」「時々家族が休める」「医療からの支援体制が充実」「食生活の管理」「福祉用具の活用」等が必要です。

しかし、これらの支援体制に加えて、わが国の大きな問題として、実は住居の広さの問題があります。家に帰りたけれど、寝たきりの生活のためベッドで家の大部分を占領することになり、そのため家族の生活する場所がなくなる問題も発生します。この様に自宅での生活を困難にする様々な問題があります。これらの問題を医療機関における退院調整において把握することは解決できなくても重要です。

介護療養病床の問題も、実は介護療養病床として預かるだけで在宅復帰機能を目指せなかった事に原因があると思います。在宅復帰機能すなわ

ち退院調整により、介護療養病床が我が国の社会的な課題を医療機関として背負って来たことが明確にできる筈です。その現状を解決することなく、社会的な役割を果たしてきた介護療養病床を廃止することは、国民に迷惑がかかります。この、患者の退院における課題の掘り出しすなわち社会的入院の解決との課題を克服することなく、介護療養病床の課題が検討されなかったは、私は残念ではありません。

在宅生活復帰の必要条件

- ・ 本人の症状
- ・ 本人の意欲
- ・ 家族の協力
- ・ 在宅支援体制

(医療経済研究機構・H12～14)

資料24

在宅支援体制

- ・ 十分な量の介護サービス
- ・ 24時間体制に近い体制
- ・ 短期入所の活用
- ・ 在宅医療・医療機関との連携
- ・ 食生活の管理
- ・ 福祉用具の活用

(医療経済研究機構・H12～14)

資料25

患者が異常を覚えた時（入院中）

資料26は入院中に患者が異常を覚えた時を示しています。患者にとって病院に入院している場合には、具合が悪くなっても、ベルを鳴らせば誰かが来てくれるから安心です。自宅に戻ってもこのような体制があることをきちんと説明する必要があります。

患者が異常を覚えた時（自宅）

資料27は自宅で患者が異常を覚えた時を示しています。この図に示されるように、自宅に帰って身体に異常を覚えた場合には、訪問看護ステーションや医療機関に連絡すれば、訪問看護師や医師が訪問する体制をできていることを説明することが求められています。特にケアプランにおいて、適切に体制が用意されていることを説明することが望まれます。

患者が異常を覚えた時（入院中）

1. 患者がベルを押す
2. 看護師が訪室
3. 看護師が状況を把握し、必要であれば医師に連絡
4. 医師が訪室し診察
5. 看護師へ治療内容を指示

資料26

患者が異常を覚えた時（自宅）

1. 患者・家族が訪問看護STへ電話連絡
1. 患者・家族が医療機関へ電話連絡
2. 訪問看護師が訪問
3. 訪問看護師が状況を把握し、必要であれば医師に連絡
4. 医師が訪問し診察
5. 訪問看護師へ治療内容を指示

資料27

ニーズ&プラン・チェック表 デイリーケア

資料28はニーズ&プラン・チェック表です。日常生活する上で一日中患者さんには様々なケアが必要とします。これらのケアにはどれだけ援助が必要なのか、個々に細かく分析する必要があり、その結果をケアプランに反映するのです。

ニーズ&プラン・チェック表 ウィークリーケア
ニーズ&プラン・チェック表 ウィークリーケア

資料29は同じくニーズ&プラン・チェック表です。毎日必要ではありませんが、洗濯や買い物なども自宅での生活に大きな影響があります。これらの作業にどれだけの援助が必要なのかもケアプランには必要です。また病気や障害を抱えても、自分の趣味や希望も援助を受けて実現できることを理解しなくては有意義な自宅での生活を送ることはできません。例えばコンサートにも行けることなどです。介護保険では、その実現は現状では困難ですが、それらの本人の希望を叶える事もケアプランの実現できることとして検討すべきなのです。

病院からの退院を受けて（サービス担当者会議）

資料30は病院からの退院を受けてを示しています。私たち診療所では、患者の住み慣れた地域での生活を支えるために、病院からケアプラン原案を主治医として受けとります。そして、そのケアプラン原案をケアマネジャーや地域の多職種と共有します。その後、ケアマネジャーの開催するサービス担当者会議において、このケアプラン原案を現場の実情に合わせたケアプランに変更し実行していきます。

ニーズ&プラン・チェック表 ①デイリーケア

ケア内容	ケア実施	ケア実施		ケア計画 ケア計画・誰が
		計画 ○・×	実施 ○誰が・×	
①モーニングケア (起床時ケア)	①起床			
	②洗面			
	③朝食			
	④着替・化粧			
	⑤髪剃り			
	⑥歯拭き・シャワー浴			
	⑦服薬洗浄・清濁			
	⑧着替え			
②食事ケア	①食事			
	②食事セット			
	③介助			
	④後片付け			
③排泄ケア	①トイレ介助			
	②おむつ交換			
④移動ケア	①車椅子移動			
	②椅子等への移動			
⑤おやつタイムケア	①おやつ・お茶			
	②移動			
⑥アフタヌーンケア (就寝ケア)	①お風呂			
	②着替え			
	③ベッド等への移動			
	④服薬セット			
⑦家事・その他	①ゴミ出し			
	②洗濯物取替			

資料28

ニーズ&プラン・チェック表 ②ウィークリーケア

ケア内容	ケア実施 ○・×	計画/週	実施 誰が・頻度	計画 誰が・いつ
1) 洗濯				
2) 掃除				
3) 買い物				
A) 入浴・清拭				
B) 爪切り				
C) ツバヒラキ・デシカド				
D) デイケア受講				

ニーズ&プラン・チェック表 ③クオリティーケア

ケア内容	本人の希望	実施	計画・誰が
散歩			
散歩			
浴槽			
散歩・美容師			
趣味			
旅行			
外食			
自分で買い物			
観劇、コンサート			
会いたい人にお茶			
宗教関係の活動			
↑			
などなど多数			

資料29

切れ目のない医療連携

資料31は切れ目のない医療連携を示しています。患者の住み慣れた地域での治療や投薬が継続される医療のみならず、患者さんの生活を支えるケアプランが大切です。そのため、退院調整でつくられたケアプラン原案が地域のサービス担当者会議に提示されることも重要なのです。

地域では、このサービス担当者会議は通常患者の家、診療所、あるいはケアマネジャーの事業所等に、関係する多職種が集まって開催されます。このような場所に集まることは、地域の現場の多職種にとっては大きな負担ですが、ケアプランの意義を理解している人々はその負担を乗り越えて集まっています。

このサービス担当者会議は、サービス提供を始めるときや患者の病状が変化した場合には開催する必要がありますが、通常はメール、電話、ファクス等により情報の共有を行うことによりサービス担当者会議開催の省略も可能です。

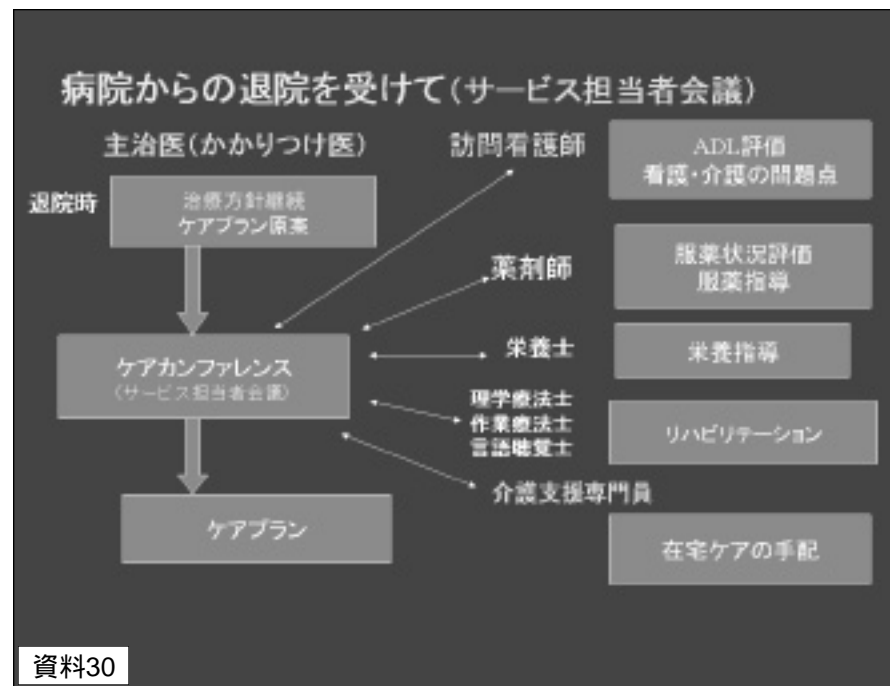
患者の住み慣れた地域での生活を支援するためには、医療機関における多職種連携による退院調整によるケアプラン原案が、地域における多職種連携による生活支援に繋がることが必要です。すなわちこれこそが切れ目のない医療連携です。

特に医療機関に存在する多職種が院内で集合することは、地域での集合より容易の筈であり、退院前カンファレンスの開催が期待されます。

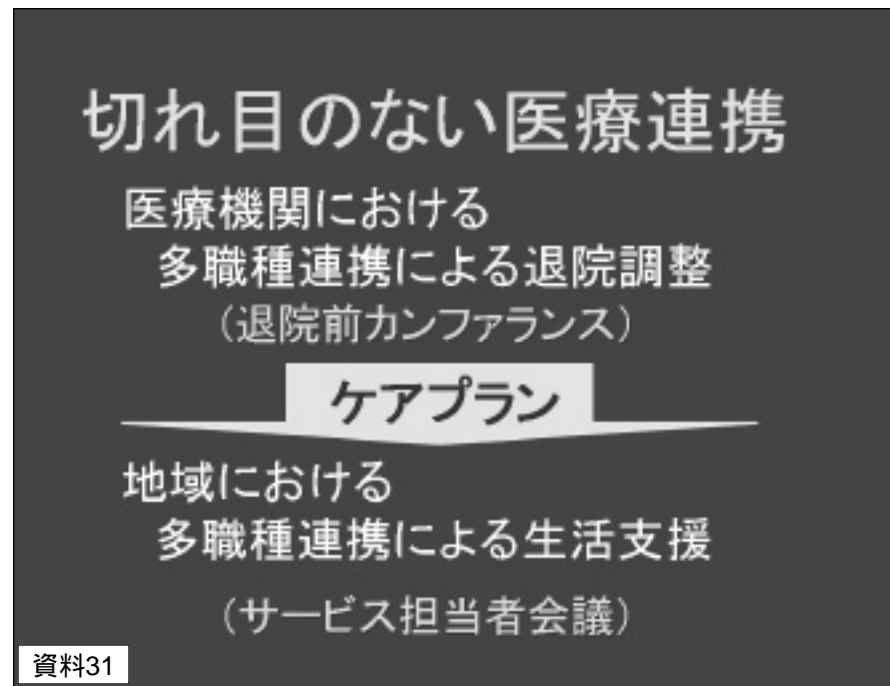
高齢者の総合的な評価のイメージ

80歳代 女性 ・脳梗塞後遺症 ・糖尿病 の場合

資料32は高齢者の総合的な評価のイメージ図です。この図も特別部会で厚生労働省から提示されました。病院での診断や治療に加えて、入院中に基本的な日常生活の能力、認知能、意欲などを把握するとしています。このような総合的な評価を実施する事を通じて、日常生活では嚥下障害に留意、口腔衛生管理、服薬支援、そして栄養管理等



資料30



資料31

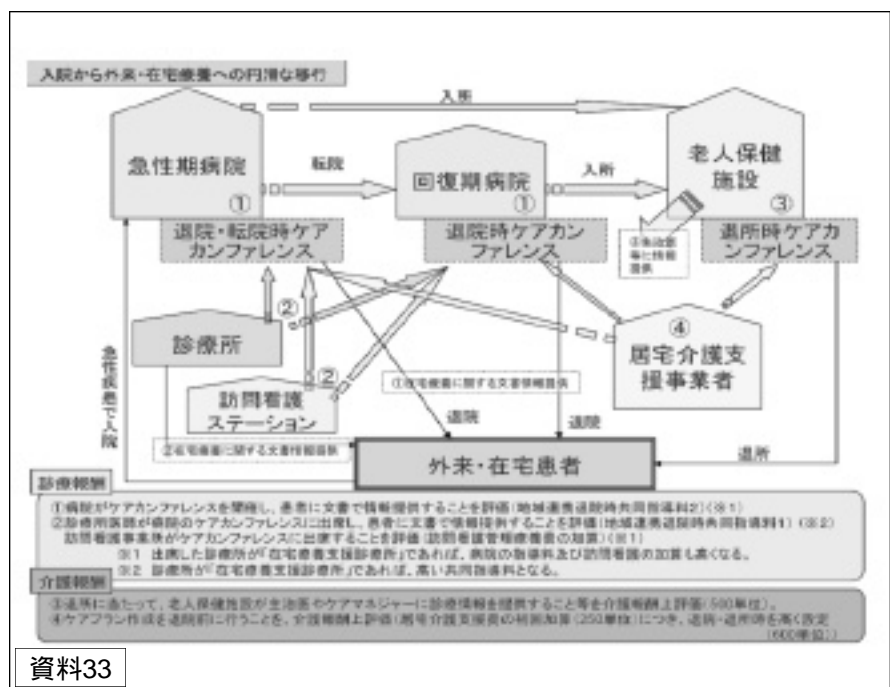
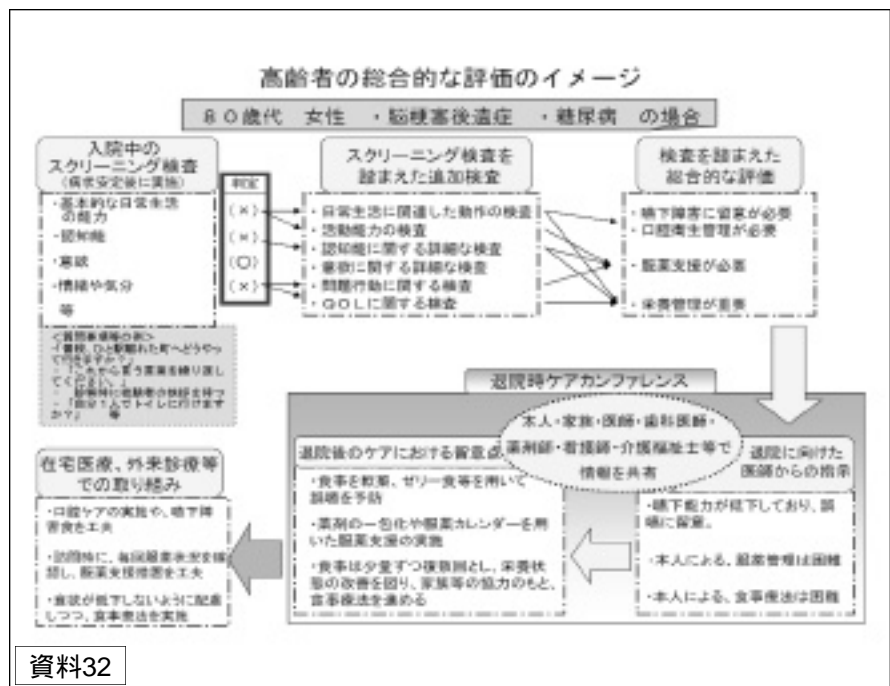
の課題が判明した事を示しています。病院を退院された後、自宅で生活する為に、これらの課題を克服するケアプラン原案を退院前カンファレンスで作成し、自宅での生活を支える事を示しています。

この退院時ケアカンファレンスを実施することによって、本来大事な訪問看護サービスの適切な提供が実現できます。現状では、訪問看護サービスがわが国の在宅医療において適切に活用されていません。その大きな原因として、訪問介護と訪問看護の意義があまり理解されていないと考えます。さらに訪問看護の報酬が、訪問介護の報酬より倍に設定されている事も、活用されない理由のひとつです。しかし、その報酬を下げたから、この訪問看護サービスの利用が急に増加するとは思えません。

あらためてこの訪問看護のサービスの目的や意義を考える必要があると思います。訪問看護の果たす役割は多々ありますが、特に大切な役割は退院直後から約3カ月位の健康管理と生活管理だと思います。しかし、現状ではそのように活用されていないために、患者の状態が悪化して再入院してしまうことがあります。このように退院前カンファレンスの一つの意義として訪問看護のサービスを、退院後のある期間、患者の生活を支えるケアプランに設定することと理解しています。

また、病院内の栄養士と地域の現場での栄養士との連携や役割も、患者の地域での生活を支える為には大切です。特に高齢者には栄養状態を把

握する事と同様に、食事をおいしく食べているかを確認し実現する役割の重要性を栄養士にはあらためて認識して頂きたい。おいしく食べている人が栄養状態を悪くすることはあり得ません。薬剤師や他の多職種の人にも同様の事が言えます。つまりこれこそが、繰り返しになりますが、切れ目のない医療連携です。



入院から外来・在宅療養への円滑な移行

資料33は入院から外来・在宅療養への円滑な移行を示します。

従来から診療報酬には、病院での退院・転院カンファレンスを評価する点数として「地域連携退院時共同指導料2」がありました。しかし、病院がまずこの「指導料2」を活用しないと地域の診療所の点数である「地域連携退院時共同指導料1」は活用できません。また介護報酬においても、老人保健施設が地域の主治医やケアマネジャーに診療情報提供することを評価していましたが、さらにケアマネジャーの初回ケアプランの加算も評価されていました。残念ながらこれらの報酬の十分な活用はありませんでした。

後期高齢者の入院から退院までの流れ

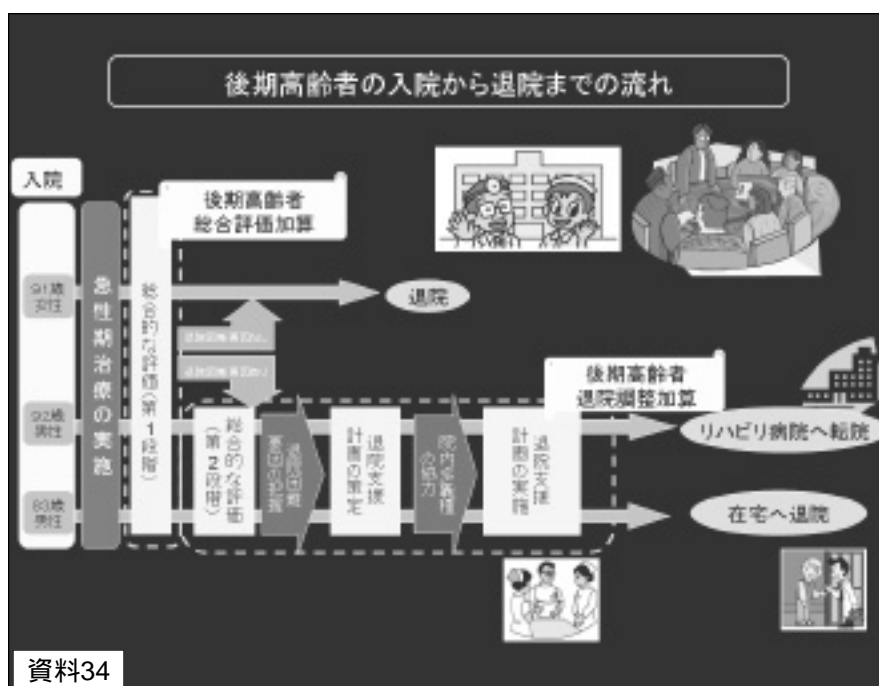
資料34は後期高齢者の入院から退院までの流れを示します。つまり病院が適切に退院時の指導を患者やその家族だけではなく、地域の医療や介護の関係者に対して情報提供することが重要と認識され、診療報酬や介護報酬においても評価されているのです。折角の点数を適切に活用して、患者の住み慣れた地域での生活を支えるべきです。急性期の医療と共に、患者の医療や生活機能を総合的な評価をすることが期待されます。そのため、今回の改正において病院には後期高齢者の総合評価加算が設定されました。その評価の過程では、図のように退院困難の条件が無ければ、当然退院は円滑に可能です。しかし、退院困難な条件がある場合には、多職種による様々な評価を経て退院調整が実施され退院となります。その際には、後期高齢者退院調整加算が設定され、図のようにリハビリ病院への転院、あるいは在宅への退院を選択するのです。

後期高齢者医療（入院）

退院時における円滑な情報共有や支援の評価

資料35は後期高齢者医療における診療報酬を示しています。今後これらの診療報酬の点数の活用が病院には期待されます。今回の改定により名称が変更され「退院時共同指導料1」と「退院時共同指導料2」となりました。従来と同じく1は診療所の点数。2は病院の点数です。今回の改正で点数は500点から300点に下げられましたが、この図の下の注2を見てください。入院中の医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師、若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等。又は居宅で介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれかの3者と共同して指導を行った場合に所定点数に2,000点を加算すると記載されています。今回新たに高い加算点数が設定されたのです。

この点数を医療機関が活用しないことは全くおかしい事で、確かに「診療報酬点数の抑制が厳しい」と盛んに言われていますが、このように退院時におけるカンファレンスや情報提供は適切に評価しています。こういう部分もあらためて現場では理解すべきと思います。つまり現場において患者の住み慣れた地域での生活を支える為には、多職種協働による退院調整が重要なのです。そうし



資料34

て、はじめて適切な在宅医療が展開されます。適切な患者への在宅医療の展開も、今回の医療制度改革では強調されてはいますが、在宅医療は本来医療機関のためではなく、自宅での生活を選択した患者の住み慣れた地域での生活実現のための医療の筈です。在宅医療は、患者や家族の選択が前提で構築されており、その意思の尊重をまず大切にすべきなのです。

自宅での生活を選んだ患者が地域で安心して住み続けるためには、医療や介護の多職種をはじめ地域の様々な人々の協力が必要です。そしてその協力の実現には情報の共有そしてカンファレンスが大事なのです。

しかし、患者の住み慣れた地域での安心した生活の実現には、地域でのカンファレンスから始まるのではなく、病院からの退院時の退院調整こそが必要不可欠とあらためて認識し、そして介護保険と医療保険の調整をする事が重要です。

在宅療養支援診療所

資料36は在宅療養支援を示しています。地域で主に患者の在宅医療を請け負う在宅療養支援診療所が、約2年前から設置され現在では全国で約1万カ所の在宅療養支援診療所が存在していると言われています。この在宅療養支援診療所は、患者の生活を支えることを中心に活動し、そのため訪問看護ステーション等の多職種の人々と協力し、さらに必要な場合には病院や施設とも連携して患者が住み慣れた地域で安心して生活する事を支えます。

この在宅医療支援診療所には、スライドの如く24時間連絡を受ける医師または看護師を配置し、連絡先を文書で患者に提供するなどいくつかの要件があります。この様に24時間体制が要件であるため、この在宅療養支援診療所を積極的に選択しない医療機関も

あります。

この在宅療養支援診療所が、ある会合で市民からコンビニ診療所と呼ばれていた事は、私には意外でした。在宅療養支援診療所がコンビニ診療所と認識されていることについては、今後の意見調節が必要と思います。そのため往診と訪問診療の違いを理解する必要もあると思います。患者の「具合が悪い」との連絡を下に、医師が緊急避難的に患者宅に行き診察するのが往診で、この往診は言わば緊急避難行為です。平成4年の医療法改正で、医療を提供する場所として患者の居宅が明示されました。患者の病状に合わせて定期的に計画的に患者宅を訪問して診療を行うのが訪問診療です。本来、在宅療養は定期的に患者の健康管理をするのが原則であり、突然の緊急避難は全く無いとは断言できませんが、常日頃から定期的に訪問しておりまた多職種が関わる事により、状態の悪化についてはある程度予想できます。しかし、医療機関にとって患者の24時間を常に守る事は甚だ困難なことであり、それらの地域での体制構築は地域医師会の課題であり、早急な取組が期待されています。この24時間体制の構築には地域医師会のみならず、地域の訪問看護ステーションなどの様々な事業者の関係者や、地域の行政や住民の協力も必要不可欠です。

後期高齢者医療(入院)	
退院時における円滑な情報共有や支援の評価	
(1) 退院に際して、情報共有を円滑に行うため、入院中の医療機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等と、地域での在宅療養を担う医師等医療関連職種が、共同して指導を行った場合に評価。 多職種の医療従事者等が一堂に会し、共同で指導を行った場合にさらなる評価。	
【退院時共同指導料1】※現・地域連携退院時共同指導料1の一部変更 ☆ 地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の保険医又は看護士等が、入院先において、退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を入院中の医療機関の保険医、看護師等と共同で行った場合に算定。①在宅療養支援診療所の場合:1,000点 ②③以外の場合:600点	
【退院時共同指導料2】※現・地域連携退院時共同指導料2の一部変更、加算新設 ☆ 入院中の医療機関の保険医又は看護士等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の保険医又は看護士等と共同で行った場合に算定。①在宅療養支援診療所の場合:500点 → 300点(※点数の一本化) ②③以外の場合:300点	
注1) 入院中の医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。(新設)	
注2) 入院中の医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う医療機関の保険医若しくは看護士等、保険医である歯科医師若しくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護士等(※看護士を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に2,000点を加算する(新設)	
資料35	

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ

資料37は在宅医療の連携のイメージを示しています。患者の在宅医療を担う医師には、患者の具合が悪化し特に急性増悪等の緊急時には地域の病院等に紹介して入院医療などを提供する役割が望まれ、つまり地域の医療機関との連携が期待されています。

そうして病状が安定している場合には、患者の継続的な療養生活を支え最終的には死の看取りも大切な役割なのです。しかし、緊急時に備えた医師の相互連携の構築が今後の大きな課題です。一人医師の診療所が複数医師で構成される診療所に生まれ変わる事も期待されますが、現状では地域の医師同士の個人的な繋がりに加えて、地区医師会における医師の連携構築が期待されます。住み慣れた地域での患者さんの生活を支えるためには是非ともこのような取り組みが必要なのです。

医師の24時間365時間の取り組みを、犠牲的な精神に頼るべき時代ではありません。私の父親は明治31年生まれの開業医でした。父親が夜、往診に行く姿を見て、私は何故だか分かりませんが医者になりたいと思いました。自分が医者になって、父が夜中に起きて往診したのだから、自分にもできない筈はないと思ってその様な活動を実践していました。

地区医師会において、会員の協力を得て24時間365時間の体制を構築する事は患者にとっても医師にとっても期待されます。

後期高齢者の医療（在宅）

在宅医療におけるカンファレンス等の情報共有

資料38は在宅医療におけるカンファレンス等の情報共有を示しています。今回の後期高齢者医療では在宅医療におけるカンファレンスの情報共有が診療報酬において評価されました。特に、医師等が在宅での療養を行っている患者を訪問し、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を集約した上で共有し、連携のもと療養上必要な

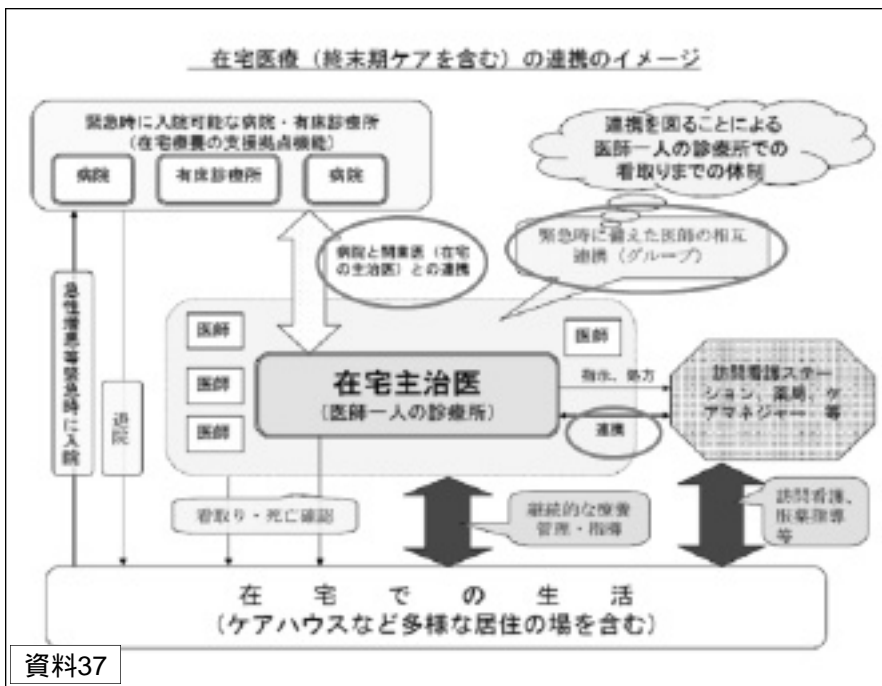
在宅療養支援診療所

※ 在宅医療の中心的役割を担う診療所
(患者からの連絡を一元的に受け、患者への診療情報を集約する等)

◎要件

- 1) 24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、連絡先を文書で患家に提供
- 2) 24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供（他の保険医との連携も可）
- 3) 24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、担当職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供（他の保険医療機関、訪問看護ステーション等との連携も可）
- 4) 在宅療養患者の緊急入院の受入れ体制確保（他の保険医療機関との連携も可）
- 5) 地域において他の保健医療・福祉サービスとの連携調整を担当する者との連携
- 6) 看取り数の報告 等

資料36



指導及び助言を患者・家族に行った場合を評価する点数が新設されました。ただし、患者が介護保険を利用されている場合には、この点数は算定できないので注意が必要です。

患者さんの急変に際し、主治医が患者さんを訪問し、関係する医療従事者と一同に会し、カンファレンスを開催し、診療方針について話し合い、患者に指導を行った場合には、新たに在宅患者緊急時カンファレンス加算の点が診療報酬において評価されました。

後期高齢者医療

後期高齢者医療制度創設に伴い新設/変更された点数項目

資料39は後期高齢者医療制度創設に伴い新設あるいは変更された点数項目を示します。今回、後期高齢者制度の創設に伴い新設あるいは変更された点数項目がいくつかあります。確認してください。

後期高齢者医療(在宅)

在宅医療におけるカンファレンス等の情報共有

☆ 在宅患者の病状の急変や診療方針の大きな変更などの際、関係者が情報を共有する場合の評価

(1) 医師等が、在宅での療養を行っている患者を訪問して、患者の利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を集約した上で共有し、連携のもと療養上必要な指導及び助言を患者・家族に行った場合の評価(新設)
 ⇒ 在宅患者連携指導料: 900点(月1回)
 在宅患者訪問看護・指導料 在宅患者連携指導加算: 300点(月1回)

(2) 患者の急変等に際し、主治医等が患者を訪問し、関係する医療従事者と共同で一堂に会し(2者以上)、カンファレンスを開催し、診療方針等について話し合い、患者に指導を行った場合の評価(新設)
 ⇒ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算: 200点(月2回)
 在宅患者訪問看護・指導料 在宅患者緊急時等カンファレンス加算: 200点(月2回)

38

資料38

後期高齢者医療

◎後期高齢者医療制度創設に伴い新設/変更された点数項目

項 目	点 数	新設/変更点
A001 再診料 注① 外来管理加算	52点	病院(47点)と診療所(5点)の点数一本化
A006 在宅患者緊急入院診療加算(入院初日) 1 連携病院医療機関である場合 2 1以上の場合	1000点 600点	現・在宅患者緊急入院診療加算の一部変更
A008 後期高齢者・外来患者緊急入院診療加算(入院初日)	500点	新設
A040 後期高齢者総合評価加算(入院中1日)	50点	新設
A041 後期高齢者退院調整加算(退院時1日)	100点	新設
E004 退院時共同指導料1 1 在宅療養支援診療所の場合 2 1以上の場合	1000点 600点	現・地域連携退院時共同指導料1の一部変更
E005 退院時共同指導料2 注① 在宅療養を担う医療者と共同した場合 注② 3者以上で共同した場合	300点 300点加算 1000点加算	現・地域連携退院時共同指導料2の一部変更 新設 新設
E011-1 薬剤情報提供料 注① 後期高齢者医療	5点	現・老人加算の一部変更

39

資料39

後期高齢者医療

後期高齢者医療制度創設に伴い新設/変更された点数項目

資料40はその前の続きです。薬剤での情報提供料。あるいは退院時の栄養・食事管理指導料も評価されています。外来継続指導料、後期高齢者終末期相談支援料などがありますが、現場の医師にとってこの評価は当然です。これらの診療報酬を活用して患者の医療のみならず生活を守ることが私たち医療や介護従事者の使命と思うのです。

後期高齢者医療

後期高齢者医療制度創設に伴い新設/変更された点数項目

資料40は同じく新設あるいは変更された点数項目を示しています。居住系施設にて生活する患者に対しても訪問診療そして訪問看護も診療報酬で評価されました。あらためて活用して頂きたいと思えます。

訪問看護にもあらたに点数が新設されました。訪問看護は介護保険での訪問看護の優先の原則がありますので、医療保険と介護保険の訪問看護の活用を混同しないようにお願いします。居住系施設入居者等に対する訪問看護そして指導料も新設されました。

後期高齢者医療

後期高齢者医療制度創設に伴い新設された点数項目

この資料41も新設あるいは変更された点数項目を示しています。リハビリテーションにも、居住系施設入居者に対するサービスが診療報酬として新設評価されました。同様に在宅患者訪問栄養指導料も、居住系施設入居者に対して、診療報酬が新設されました。

後期高齢者医療		
◎後期高齢者医療制度創設に伴い新設/変更された点数項目		
項目	点数	新設/変更点
E014	後期高齢者退院時薬剤情報提供料	100点 新設
E015	後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料	180点 新設
E016	後期高齢者診療料	600点 新設
E017	後期高齢者外来継続指導料	200点 新設
E018	後期高齢者終末期相談支援料	200点 新設
G005	在宅患者訪問診療料(1日につき)	現・在宅患者訪問診療料の一部変更
	1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の場合	830点
	2 居住系施設入居者等である患者の場合	200点 新設
G007	特定施設入居時等医学総合管理料(月1回)	新設
	1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の場合	
	イ 診療薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	3000点
	ロ 処方せんを交付しない場合	3300点
	2 1以外の場合	
	イ 診療薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合	1500点
	ロ 処方せんを交付しない場合	1800点

資料40

後期高齢者医療		
◎後期高齢者医療制度創設に伴い新設された点数項目		
項目	点数	新設/変更点
G006	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料 (1単位)	現・在宅訪問リハビリテーション指導管理料の一部変更
	1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の場合	300点
	2 居住系施設入居者等である患者の場合	250点 新設
G008	在宅患者訪問薬剤管理指導料	現・在宅患者訪問薬剤管理指導料の一部変更
	1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の場合	550点
	2 居住系施設入居者等である患者の場合	385点
G009	在宅患者訪問栄養食事指導料	現・在宅患者訪問栄養食事指導料の一部変更
	1 在宅での療養を行っている患者 (居住系施設入居者等を除く。)の場合	530点
	2 居住系施設入居者等である患者の場合	400点 新設
G010	在宅患者連携指導料	500点 新設
G011	在宅患者緊急時等カ/コンサルト料	200点 新設
	拡大きり老人訪問指導管理料	※現・区分番号に112)の廃止

資料41

在宅の主治医を中心とした情報共有のイメージ

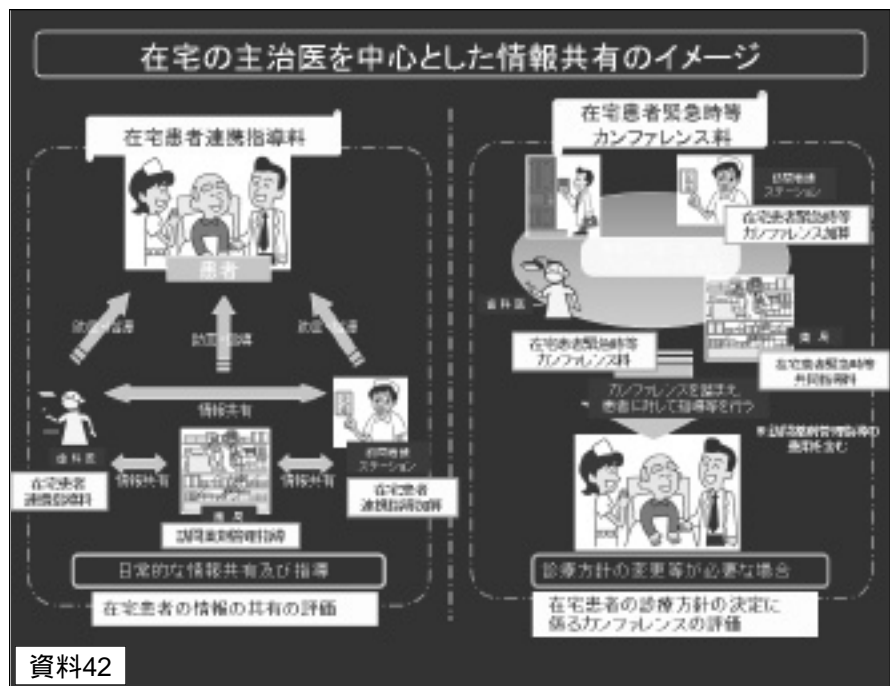
資料42は在宅の主治医を中止とした情報共有のイメージです。患者が病院から退院される際には、後期高齢者外来継続指導料あるいは退院時共同指導料があります。この高齢者外来継続指導料は、入院中の診療情報等を外来の主治医と共有することを評価していますし、退院時共同指導料は先程述べましたが歯科医師・薬剤師・訪問看護ステーションの看護師、ケアマネジャー等のうち、いずれか3職種の方々とカンファランスを通じて情報共有を行った場合の加算点数です。

患者の病状が安定し在宅に戻られたときには、後期高齢者診療料などを活用して患者の生活を支えます。在宅患者連携指導料は、患者の家に様々な職種が集まり、職種間の情報共有を通じて日常生活に対する指導を評価しています。さらに患者の具合が悪くなった時に集まり、治療方針等を協議することも評価しています。

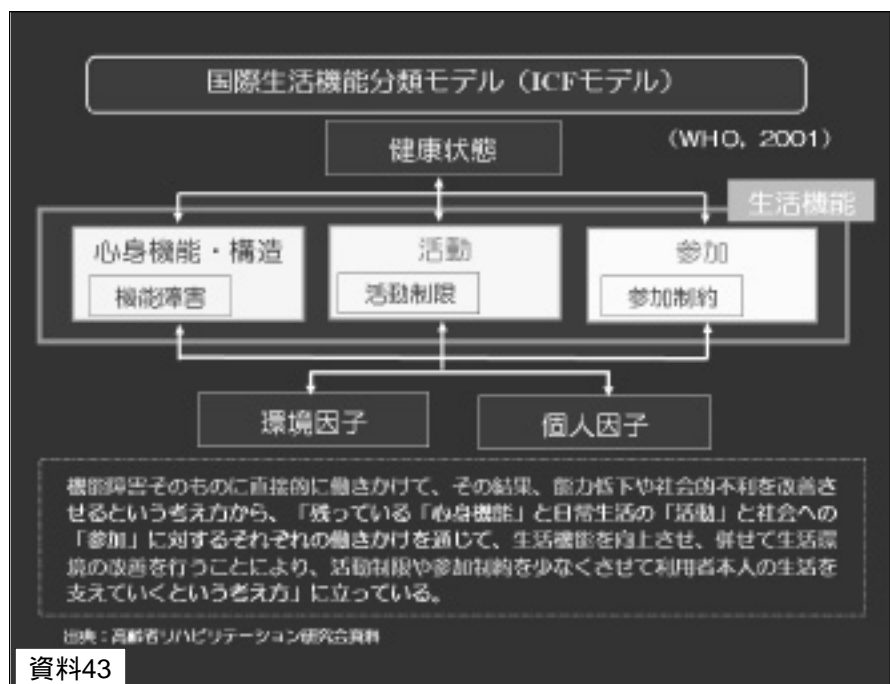
国際生活機能分類モデル（ICFモデル）

資料43は国際生活機能分類モデルを示しています。機能障害そのものに直接的に働きかけ、能力低下や社会的不利を改善するのが病気を治すという概念に通じると思います。

しかし、その考え方では病気や障害を抱えた患者を支える事は出来ません。そこで、残っている「心身機能」、日常生活の「活動」、そして社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて患者の生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて患者本人の地域での生活を支える考え方が大切になります。



資料42



資料43

医療の目的とは

資料44は医療の目的を示しています。医療保険制度や介護保険制度等の社会保障制度は何を目指しているのでしょうか？不幸にも病気や障害を抱えても医療や介護が適切に提供されることにより、それらの疾病や障害を克服し再び社会参加ができることではないでしょうか。それが人間的な復権なのです。それが私達医療・介護における関係職種に託される使命ではないでしょうか。

今回中国で地震が起きました。我が国でも数年前の阪神大震災以降、いくつかの震災が発生しました。それらの震災に遭われた方々にとって、国家や社会からの救済を経験してその社会の価値をあらためて考えるわけです。

そういう危機を遭遇しない場合には、国や社会について認識する事はあまりありません。犠牲になった方々には申し訳ありませんが、その様な機会にはあらためて社会の在り方として、助け合うことの尊さをあらためて考える必要があると思います。

しかし、地震等の天災と異なって病気とか障害は集団では発生しません。病気や障害の発生は個々の問題として発生します。我が国の医療は昭和36年から国民皆保険制度として提供されています。また平成12年からは介護保険制度が施行され、個人の抱えた障害を、40歳以上の国民の介護保険料で救済する制度として運営されています。これらの医療や介護の制度があるからこそ安心して生活できるのではないのでしょうか。しかし、これらの制度の意義が理解されなければ、保険料を払う事が無駄と理解されます。

医療保険制度と介護保険制度について保険料が徴収される意義を改めて認識する必要があると思います。地域の町会などの会合で医療や介護の話を何回かさせていただきましたが、その際いつも町会のお年寄りからいつも質問されるのは「国民健康保険料をずっと10年以上払っています。しかしこの10年間、病気したこともなく、全く保険を使っていません。生命保険だと満期になるとお金が戻ってくるのに、国民健康保険はお金が戻ってこないのですか」です。その際「病気になった人

に、皆さんの払った保険料が役に立っている。」と説明しますが、なかなか理解は難しいようです。

医療や介護の保険料が、病気や障害などの危機を抱えたときの備えとして理解される社会をあらためて構築するべきと思います。厚労省は、いつもその保険料が安い事が持続可能な保険制度と表現しますが、一方で支払った保険料で、どのような医療や介護のサービスが提供されるのかを、本当は議論すべきと思います。

私も日本医師会に在籍したときは介護保険改定の時期でした。その際も厚労省からの説明は、このまま改正をしないで介護保険を続ければ、介護保険料が約6,000円になります。しかし、ここで介護予防などの視点を踏まえて改正すれば約4,000円の保険料で済むと説明しました。本来は保険料4,000円のサービス、そして6,000円のサービスの違いを国民に提示して判断するべきと提案しましたが、結果として聞き入れられませんでした。

後期高齢者医療制度にも同様の課題もあり、支払う保険料でどのようなサービスが受けられるのかをもっと検討すべきです。北欧のスウェーデン、デンマークでは税金は高くても、危機を抱えたときには社会が支えてくれることを国民一人一人が明確に理解しています。我が国ではその説明は保険料を徴収している保険者がまず説明すべきです。なぜなら保険料を払ってもらっていることを健康保険組合や国保中央会等をもっと自覚して説明すべきです。同様に政治家ももっと理解して説明すべきです。そして医療や介護を提供する者も、



国民が保険料を支払っていることを理解して、適切な医療や介護の提供体制を構築すべきです。近年、医療や介護の報酬費用が抑制され、現場では必要な人員を確保する事さえできず、患者の抱えた病気や障害に対して適切なサービス提供ができない状況も生まれています。医療や介護のサービスを提供する側も、受ける側も我が国の社会保障制度の在り方をあらためて考える時期と思えます。

地域のすべての人々が人間として尊厳が尊重されて、住み慣れた地域で最愛の家族と地域の人々に囲まれながら、安心していつまでも暮らすことを、医学を通じて支援することが医療の目的と考えています。介護の目的も同様です。

諦めから勇気を持ち社会参加するには

資料45は諦めの気持ちから勇気を持つために必要な視点を示しています。我が国医療保険制度を通じて、地域で医療を提供して来ました。確かに医療における治療や様々な介護のサービスにも大きな役割があります。

しかし、皆さんにとって住み慣れた地域はどのような場所なのでしょうか？あらためて考えてみると、住み慣れた地域は自分を理解してくれる場所であり、自分らしさが発揮できる場所でもあり、そしてなじみの地域です。そのなじみの地域こそが患者に再び社会参加する勇気を与えることを、地域の医療を通じて経験してきました。

近年、高齢者の大きな問題として認知症の問題があります。この認知症に対する地域住民の取り組みが、先日NHKで『ご近所の底力』という番組で報告されていました。私は地域の医師として、認知症の方々でもこのような取り組みによって一日でも長く住み慣れた地域で生活できる事を訴え続けていきたいと思えます。

私の母親も認知症でした。認知症の様々な症状に悩まされました。物取られ妄想もありました。ある時、母親から「どうもお世話になりました。あした、家に帰ります」と言われ、息子としてびっくりしました。「どこに帰るの」と尋ねると、母親は「お母さんのところ」と言いました。その際には認知症に対する知識も乏しいため「あなたのお母さんは、もうとっくに死んでいます。お母さんの住んでいた家はありませんよ」と説明してしまいました。母親は怪訝な顔をして自分の部屋に戻るのですが、翌日再び「どうもお世話になりました。あした、家に帰ります」との会話が続きました。

いくら説明しても理解してくれませんでした。ある日「一緒に、帰りましょう」として一緒に行動すると、母親の症状は落ち着きを見せました。その後、答えは見つかりました。答えは「お母さんのところ」でした。何故お母さんのところ。皆さん方にとってお母さんとは、どういう人ですか？お母さんのところは、一番安心できる場所なのです。つまりお母さんのところに帰りたと思うのは、今の状況が理解できなくて不安で一杯なのです。その不安を理解して一緒に行動するだけでも、その不安は解決できるのです。

NHKの番組でも、ある認知症の高齢者を題材にしていました。午後になると姑が「家に帰りたい

医療の目的とは

地域のすべての人々が、人間としての尊厳が尊重され、住み慣れた地域で最愛の家族と地域の人々に囲まれながら、安心していつまでも暮らすことを医学を通じて支援することが医療の目的

資料44

い」と言い始めます。するとお嫁さんはドライブに誘います。そのドライブでお年寄りが落ち着き安心して生活されていました。この事を「認知症を抱える家族の会」の人々と交流されて学ばれたそうです。徘徊する人を慌てて強引に家に戻すのではなく、その人に寄り添うことでなじみの地域を思い出され、そして不安から解消されるのです。不安を共有してあげること、なじみの地域や家族を活用する事が大切なのです。

認知症の症状として「物取られ妄想」の問題もあります。この物取られ妄想は、認知症の人にとって自分の大事な財布を捜せない。その捜せない事が不安でたまらない。しかし、その不安がお世話をしてくれる人に「あなたが取った」と犯人に仕立て上げる。実はこのような行動により、自分が探せない不安を解消しているのです。

認知症は病気ですが、治すことはできませんがその進行を遅らせることはできます。中核症状の進行は薬物で防げますが、周辺症状の克服には介護が重要です。その介護においても大事なのはなじみの地域としての環境であり、すなわち住み慣れた地域なのです。

私の住んでいる所は浅草です。地域や高齢者の方々と話す時、三社祭、隅田川の花火、ほおづき市など、いろいろな地域の催しのお話をします。その催しのお話で、患者さんの様々な症状が落ち着くことも日々経験します。患者のなじみの地域を大事にする視点から、皆さん方のお仕事をあらためて考えて下さい。どうもご清聴ありがとうございました。

諦めから勇気を持ち
社会参加するには

自分を理解してくれる
自分らしさが発揮できる
なじみの地域

住み慣れた地域

資料45