

佐藤幹夫著

## 『ルポ 高齢者医療』

——地域で支えるために』

評者：橋本 美由紀

現在、各地で産婦人科や小児科といった特定診療科の閉鎖、地域の中核病院の病床数の大幅削減、診療所への転換が行われ、「医療崩壊」「医療難民」といった言葉が叫ばれている。日本の医療が危機を迎えている中で、本書は高齢者医療に焦点を当て、現場取材して回った著者が8つの実践例を採録し高齢者医療をめぐるさまざまな問題を考えていこうとするルポルタージュである。

著者は「高齢者医療」と向きあったとき、「高齢者医療」は「治す」ことを目的とした一般医療とは異なり、「高齢者が最後まで人間らしく生きるために医療にどんなお手伝いができるか」なのだ気づかされる。本書の前半部分（1-3章）では「高齢者医療とは何か」を真摯に考え、「老人の専門医療を考える会」<sup>(1)</sup>を立ち上げた医師たちの取り組みが記録されている。

さらに、「高齢者医療」が医療財源確保と医療費削減の最大のターゲットにされたことを指摘する。すなわち、「後期高齢者医療制度」とは健康保険制度の見直しと高齢者の医療財源の確保を最大の目的として考案された制度であり、「療養病床再編」は医療費削減のために高齢者の医療費の徹底したコスト・カットを狙ったものであるという。「後期高齢者医療制度」

はその後政権交代によって廃止、新たな制度に移行することが決定したが、「療養病床再編」は療養病床全体について当初の15万床に削減から21万 + a 床に削減と緩和されたものの、介護療養病床は廃止が決定されたままである。

また、著者は取材を通して「医療が活発で病院が地元住民に密着している地域は高齢者のみならず地域全体が活性化している」と感じ、「医療が地域の活性化に対して果たす役割の大きさ」を本書において示そうとしている。

本書の主題は「療養病床再編問題」と「高齢者をめぐる在宅支援、地域支援の問題」となっている。特に「療養病床再編問題」については関心が高く本書の第1章と第8章で取り上げている。また「大都市圏域と地方圏域では高齢化に対する処方箋が異なっている」と考え、第2、3章では東京と京都の事例を、第4、5章では秋田と青森の事例を紹介している。さらに認知症患者に対する取り組みについて第6、7章で取り上げている。以下ではこの4つの区分、「療養病床再編問題」「大都市圏域」「地方圏域」「認知症患者への取り組み」に分けて各章の事例について概説し、最後に評者のコメントを若干述べることにしたい。

本書の目次を示すと以下の通りである。

序章 高齢者医療の現場を歩く

第1章 「療養病床再編」はなぜ問題なのか—静岡県浜松市・医療法人社団和恵会湖東病院

第2章 高齢化するベッドタウンで—東京都多摩市・医療法人財団天翁会あいセーフティネット

第3章 リハビリから居宅支援まで—京都市・医療法人社団行陵会京都大原記念病院グループ

第4章 顔の見える「地域包括医療」—秋田県横手市・市立大森病院

第5章 健康づくりと地域の“元気”を結ぶ医療—青森市浅虫・医療法人蛭慈会&NPO法人「活き粋あさむし」

第6章 認知症を地域医療連携で支える一北海道・砂川市立病院

第7章 認知症を地域の総合診療医が支える一東京都国立市・医療法人社団つくし会新田クリニック

第8章 再び「療養病床再編問題」について一京都市・財団法人仁風会嵯峨野病院

終章 高齢者医療の未来

### 「療養病床再編問題」

第1章で紹介される湖東病院の猿原孝行氏は、1979年、浜名湖畔に湖東診療所を開設して以来、老人専門の医療施設を追求している。湖東病院（現在309床）では医学的管理やりハビリを目的とした入院など医療活動とともに寝たきり高齢者の介護によって快適な病院生活の実現、そして亡くなりつつある人のQOL（生活の質）を保つことが目指されている。それが介護療養病床の役割であると猿原氏は強調する。しかし療養病床再編となれば医療療養病床として残すのは100床ほどで、残り200床は老人保健施設（老健）やケアハウス等の居住系と在宅を視野に入れた小規模多機能の老健へ移行せざるを得ないと考えている。転換型老健の医師の配置は $1 + a$ 名であり、その人数では重病の患者は置けないからである。

第8章の清水紘氏が率いる嵯峨野病院は1954年に開設され、特例認可老人病院、療養型病床群を経て、2000年には介護療養型医療施設となった。嵯峨野病院ではリハビリ、レクリエーション、食事と特に口腔内の衛生には力を入れている。歯科衛生士、言語聴覚士、管理栄養士の3者がチームを組み、最期まで口から食べられるように、口腔内の衛生の維持、嚥下訓練、段階ごとに細かくステップアップされた嚥下訓練食を提供しているのである。このようなきめ細やかな対応が可能なのも介護療養病床だから

こそだ、と清水氏はいう。清水氏はシンポジウムの開催、要望書の提出等、療養病床の削減・廃止の反対のために多方面において活動し、「介護療養型医療施設の存続を求める会」の発起人の1人でもある。清水氏自身は療養病床廃止の全面撤回を求めているが、「介護療養型医療施設」は2006年の「医療制度改革関連法案」の成立によって2011年度末での廃止が決定されている。今後、なお再編の反対を求めるためには法の改正を訴えなくてはならない。清水氏は「まずは反対を続け、最後の決断はギリギリになってからしよう」と考えている。

著者は「療養病床再編」とは現代の家族問題でもあるという。「療養病床に入院している患者ご家族へのアンケート調査結果」からは90%以上が「療養病床が今後も継続してほしい」と願っており、「現状での自宅介護は不可能である」と答えていることが分かる。在宅で療養することが無理な理由として、介護者も高齢で病弱、介護者が共働き、あるいは1人暮らし等、現代の家族事情が垣間見える。

### 「大都市圏域」の高齢者医療の事例

第2章の東京都多摩市の「あいセーフティネット」は、理事長である天本宏氏が構想する多摩ニュータウンを中心としたセーフティネットである。それは「多摩ニュータウンという地域全体を1つの病棟として捉え」、「あいクリニック」（旧天本病院）を外来と訪問診療を一体化させたベースキャンプとし、「あい介護老人保健施設」「あい訪問看護ステーション」等のグループ施設と連携する。さらに多摩市の在宅介護支援センター等とも連携させる。そして「あいクリニック」の患者の緊急時には「新天本病院」がバックアップするというシステムである。「新天本病院」は訪問診療の保障として空床を確保し、「新天本病院」（179床）と「あ

い介護老人保健施設」(150床)合わせて329床のベッドを一体運営する。病棟もフロアごとに機能特化し、「外来と検査とりハビリ」、「亜急性期治療」、「回復期リハビリ」、「重度ケアを要する長期療養」、および「認知症患者の精神科病棟」に分かれている。天本氏は施設(病院・介護施設)が在宅かという二者択一的な発想ではなく、両者を一体化し、法人内の病院や施設での自己完結型から、地域内での還流型へと展開していく必要があるという。

第3章で紹介される児玉博行氏が代表を務める京都大原記念病院グループは、3つの中核機能、病院を母体とする医療法人、特別養護老人ホーム等を経営する社会福祉法人、在宅の介護事業を推進する企業体から成り立っている。児玉氏は今後の医療政策が医療費抑制、在宅医療の推進といった方向に向かうことを早くから予測し、リハビリ中心の医療と訪問看護の総合的サービス機関という方向性を打ち出していった。92年にリハビリ病棟を開始、医療保険のみの回復期リハビリ病棟(98床)を経て、2006年には172床に拡大し現在に至る。この回復期リハビリ病棟の特色の1つは急性期病院や地域診療所との機能分担であり、もう1つは連携のメリットを生かした早期の自宅復帰である。さらに在宅医療と在宅を支える多角的な生活サービス事業の展開がある。そして民間企業と共同出資して配食事業や住宅改造等の総合的生活支援サービスの運営、居住系施設の整備も進めてきた。これらの住宅サービスは「行政の矛盾を突くもので一種の社会正義である」と児玉氏は語っている。

#### 「地方圏域」高齢者医療の事例

今、地方はいたるところで「限界集落」が増えつつあり、同じような現象がやがて大都市圏でも進行する。地方の課題の克服は近い将来の

大都市圏にとっても有益なのである。そこで著者ははじめに旧大森町と多摩市の高齢化率を比較する。2005年時点で見ると旧大森町が33.3%、多摩市が15.1%と旧大森町が圧倒的に高いが、上昇率では1990年から15年の間では旧大森町の1.6倍に対し、多摩市は2.6倍となり、今後5年間に加速することが予測される。ここから高齢化の深刻さは都市圏と地方では質的に異なっていることを指摘する。

第4章の横手市立大森病院<sup>(2)</sup>は、1959年、旧大森町立病院(50床)として開設され、1997年には町立の特例認可老人病院(100床)となる。そして1998年「健康の丘おおもり」と名付け旧大森町立病院(150床)を特別養護老人ホーム「白寿園」の隣接エリアに移築し、さらに高齢者等保健福祉センターを同居させた。「南部シルバーエリア」と称された一帯は、県福祉事業団運営の各施設が立ち並び、医療・保健・福祉の連携による地域包括ケアの提供を目指す一大エリアとなった。院長の小野剛氏は「私の考えと町長の考えが一緒になり今の包括医療が始まった」という。大森病院では実務者レベルのサービス担当者会議、地域ケア会議、施設管理者会議などを定期的に開いて連携を取っている。しかし、横手市との合併により小野氏はすべての会議に出る管理者ではあるが、「病院は病院事業、施設は保健福祉部の所属になり、また縦割りに戻ってしまった」という。せつかくここまで作り上げてきたのだから何とか維持していきたい、というのが小野氏の切実な気持ちである。

第5章の青森市浅虫の診療所は「地域再生」の事業と地域医療を合体させ、地域医療を地域再生のためにフル活用している。青森県は短命県<sup>(3)</sup>であり、この克服が医療の重要課題となる。診療所を経営する石木基夫氏は、診療所の他にグループホームを経営し、NPO法人「活き

粹あさむし」と株式会社「ヘルスプロモーション青森」を立ち上げ、それぞれが連携し補い合う活動を展開している。事業展開の3つの柱は地域（雇用）、食、健康である。まず「浅めし食堂」によって高齢者の食事が改善され、食堂の食材である野菜を作る若い人材、食堂スタッフの確保による雇用が創出される。さらに食堂は地域の高齢者と若者の交流の場にもなっている。著者は、このケースのように地域再生の重要な役割の1つを地域の医療が担うことが必要であると指摘する。

#### 「認知症患者への取り組み」

第6章の北海道砂川市立病院は、生活習慣病の相談から在宅がん患者の緩和治療など多方面におよぶ地域医療連携システムが確立されている病院である。その中で著者は「もの忘れ外来」を拠点にした認知症患者への医療連携を取り上げている。「もの忘れ外来」は、精神科医の内海久美子氏が脳神経外科医や神経内科医の協力のもと院内連携により2004年2月にスタートさせた。システムとしては、まず患者全員にかかりつけ医をもってもらい地域の医療機関の診察を受けてから紹介状をもって砂川市立病院に来てもらう。病院では確定診断を下し、病状や診療方針とともに患者をかかりつけ医に戻す、というものである。次に地域介護との連携をめざし、「地域で認知症を支える会」をつくってケアスタッフに協力を呼びかけた。ケアスタッフは患者の在宅での生活状況を定期的に病院とかかりつけ医に報告する。さらに患者に関する情報はすべて地域医療連携室が集約し、連携室を基点に、かかりつけ医とケアスタッフに必要な情報が再び流れていく。このように情報を相互に交換して認知症患者を支える地域ネットワークができあがった。デイサービスの施設長は、地域連携にあたっては認知症専門医と病院の地域

医療連携室の果たしている役割が大きいという。

東京都のような大都市圏では認知症へのサポートはどうなっているのかを調べると、東京都では病院を核とした連携よりもかかりつけ医を中心とした体制づくりを目指していることが分かる。そこで著者は第7章の新田國夫氏が経営するクリニックを取材する。新田クリニックは外来だけでなく訪問診療も行い、認知症高齢者も通える通所リハビリテーションを併設している。さらに新田氏はグループホームと有料老人ホームも運営する。在宅患者は新田医師がすべて診ている。新田氏が在宅医療にこだわるのは、高齢者に必要な医療は疾患を対象とした死なせないための先端医療ではなく、生活を支える医療、総合医療であるという強い信念からである。クリニックでは病院と診療所の連携はスムーズだが認知症治療に関しては疑問符がつく。新田氏は、早急に求められるのは完全治療薬ができることだが、その間はできる限り在宅で過ごせるよう介護ケア等地域で生活できる基盤をつくりながら必要な医療行為を行っていくことである、という。

#### 若干のコメント

本書において「療養病床再編」をめぐる現場の医師たちの声を聞き、高齢者医療をめぐるさまざまな取り組みをみることができた。以下では3点ほどコメントを加えたい。

まず、著者は終章において、地理的制約と地域特性、医師個人の理念をといったそれぞれの条件を踏まえながら制度の後追いではないオリジナルな取り組みをすることが求められている、という。その意味で本書にはオリジナルな事例が示されたのであろうが、ここには一定の共通性があると思われる。それは法人内、グループ内、およびもっと広域の地域内におけるネットワークが充実しきちんと機能しているこ

と、さらにネットワークの中にしっかりと介護が組み込まれていることである。たとえば6章の砂川市立病院では地域医療連携室を基点とした、専門医、かかりつけ医、ケアスタッフの相互の連携、医療と介護の連携ができています。高齢者にかかわる医療スタッフもケアスタッフもこのネットワークづくりを意識して取り組むことが必要であると思われる。

次に、著者は一律に「医療が地域の活性化に果たす役割の大きさ」を提示しようとしているが、評者には地方と大都市圏では異なるのではないかと思われる。確かに5章の青森市浅虫の事例のように、地方においては医療施設を中心とした地域おこし、地域活性化は有効であるだろう。しかし大都市圏においては、簡単には医療と地域活性化が結びつくようには思えない。大都市圏では地域のつながり自体が希薄であり、何か企画したとしてもそこに参加してくるのは少数であるだろう。さらに医療機関も1つとは限らないとすれば、自分たちの病院であるというオーナー意識をもつことも難しいと思われる。

最後に、在宅でのケアといった場合のケアの担い手の問題である。高齢社会白書（平成22年版）によれば、要介護者の6割において同居をしている者が主な介護者となっており、その内

訳を性別で見ると女性が71.9%と7割以上を占める。さらに家族の介護や看護を理由とした離職・転職者数は2006年10月から2007年の9月の1年間で144,800人であり、そのうち女性の離職・転職者数は119,200人となり全体の82.3%を占めているという。「療養病床再編」の問題として浮上する在宅療養は、現代の家族問題であるだけでなくジェンダーの問題もはらんでいるのである。

- (1) 1983年に8名の世話人代表によりスタートした。初代会長は天本宏氏。全国シンポジウムは2010年5月には33回目を数え、機関誌『老人医療NEWS』も5月末には108号となり活発な活動を続けている(<http://ro-sen.jp/tokai/nenpyo.html>)。
- (2) 横手市立大森病院は国民健康保険診療施設の1つで、施設は全国に874カ所ある。その基本理念は「地域包括医療・ケア」を実践することである。
- (3) 国勢調査の実施とともに作成される都道府県別生命表によれば、1975年から2005年まで一貫して青森県の男性の平均寿命は全国最下位であり、女性も2000年以降は最下位である。

(佐藤幹夫著『ルポ 高齢者医療—地域で支えるために』岩波新書、2009年2月刊、243頁、定価780円+税)

(はしもと・みゆき 法政大学大原社会問題研究所  
兼任研究員)