

## 高齢者医療の展望

鳥羽 研二

**要 約** 後期高齢者医療制度の廃止に伴い、高齢者医療は何をすべきかの議論が宙にういている。米国でも、欧州でも、また本邦の最新の調査でも、患者の「生活の質を維持し、活動を維持する」といった目標は一致しており、臓器別診療には出来ない包括的な視点で行う患者サービスが、救急後医療、在宅医療、認知症診療など高齢者医療の主要なすべての部分のコアである。

都市部を中心とする、特に75歳以上の激増期を迎え、福祉、住宅など町づくりの中で医療を考えるような要請が、世界に先駆けて我々に問われている。先端知識も、医療工学や社会学との整合性や連携を必要にされる時代になり、在宅医療を含め、老年医学が多職種協働教育の面でより裾野を広げ、高齢者医療のニーズに答える必要がある。

**Key words** : 高齢者医療, 救急医療, 在宅医療, 認知症医療, 多職種協働

(日老医誌 2011:48:1-6)

### はじめに

後期高齢者医療制度が挫折した。「高齢者に相応しい医療を提供する」という日本老年医学会の定款前文を引用するまでもなく、設立以来積み重ねてきた会員の努力が、医療費の問題と、後期高齢者という呼び方は年齢差別的表現という問題にのみ焦点をあてられ、本質的な議論のないまま見直しとなった。本年7月にまとめられた高齢者医療制度改革の中間取りまとめでも、永続的に医療費をどう分担するか議論に終始した結果、医療サービスに関しては、わずかに11行しかなく、「高齢者の病態に応じた医療については今後の課題」とされている(表1)<sup>1)</sup>。

高齢者の安心と満足出来る医療制度には、高齢者の医療ニーズとサービス供給が的確に行われなくてはならないことは自明であるが、本質をさけた議論が最終とりまとめとならないことを切に望んでおく。

今回、高齢者医療の展望は、本質的な議論のたたき台に資する内外の動向を振り返り、今後の臨床研究を踏まえて医療に組み込むべき課題にもふれたい。

### 高齢者医療の目標

一般に医療は「生命予後」、「臓器機能予後」、「合併症出現」などのエンドポイントをもって医療の良否を判断している。近年「生活の質(QOL)」や「医療費」なども医療の善し悪しのマーカーとして捉えられているが、主流ではない。高齢者医療の優先順位については近年あたらしい研究がなかった。

老年医学とは何か、老年科医とは何かというアンケート調査が欧州老年医学連合(Geriatric Medicine in the European Union)でなされた。調査人数も少なく(120人に配布、60が回答)、連合を代表する集計ではないと断っている。老年科医の概念は、健常高齢者を扱う医師、老年医学の素養を備えた臓器専門家、総合医に老年医学のトレーニングを追加研修した医師、コーディネーター医師、在宅高齢者専門医師、病院高齢者専門医師の6つのカテゴリーに分かれた。いずれも多数を占めず、老年科医師の興味や専門性が拡大、分散している現状を示している<sup>2)</sup>。

米国老年医学会では、老年医学の将来を見据えたプロジェクト委員会を立ち上げているが、そこで高齢者の健康増進に相応しい5つの目標を掲げている<sup>3)</sup>(表2)。

このような目標は、欧州老年医学の調査における老年科医の役割意識の多様性とよくマッチしている。老年医学はそのなかで臓器別サブスペシャルティーを深める方向から、社会の必要とする健康予防活動、急性疾患医療、

表1 高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ):医療サービス

- 今般の診療報酬改定によって、平成22年度より75歳という年齢に着目した診療報酬体系は廃止された。
- 今後の高齢者に対する医療サービス等の具体的なあり方については、平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定に向けて別途の場において議論が進められるが、以下の基本的な視点に立って取り組むことが必要である。
  - ・それぞれの地域において、入院に頼りすぎることなく在宅を強いられることもなく、リハビリも含めた必要な医療・介護が切れ目なく受けられる体制を構築する。
  - ・かかりつけ医等の普及を図ることや、必要な医療費は拡充しつつ効率化できる部分は効率化すること等を通じて、真に高齢者の立場に立った医療提供体制を構築する。
  - ・様々な高齢者のニーズに応じた多様なケアの提供体制の充実や医療・福祉の人材育成をはじめとする長期的・総合的な構想を策定し、モニタリングを行いながら実行する。

表2 高齢者健康増進の5つの目標

1. 高齢者が誰でも質の高い、患者中心の医療を受けられるようにする
2. 老年医学知識を発展し、応用範囲を広げる
3. 老年医学の基礎知識を現場に生かせるコメディカルを増やす
4. 他分野の医師/コメディカルを老年医学分野に勧誘する
5. 高齢者の健康増進をはかるため、専門家、諸団体と協調して政策に生かす

慢性疾患医療、介護福祉分野に、医学的知識と保健、交通、流通、建築など幅広い分野と協調する「老年学」へと知識とノウハウを拡大すべき時期にきている。高齢者の相応しい町づくりのなかで、医学知識の最大限の応用をはかるべきであろう。

日本老年医学会では、大内理事長の主導のもと、若手を中心に老年医学の将来について特別委員会が立ち上がり、老年医学のアイデンティティー、目標など熱い議論が交わされている。この中で、中心となるのは「生活機能を基軸に入れた医療を行う専門家」「特に苦痛となる症状(老年症候群)の予防と治療に対応する専門家」といった骨子を伝え聞いている。これらは人口に膾炙しやすく、老年学に今すぐ応用出来るノウハウを多数含んでいる。具体的アクションプランの策定に向け更なる議論が期待される。

以上を整理し老年科医の立ち位置を表に示す(表3)。老年科医師はビッグバン後の宇宙のように広い分野にそれぞれの専門性をもっていく姿も考えられる。

### 高齢者医療各論

#### 1) 救急医療

救急搬送は平成8年からの10年間で増加が著しいが、高齢者においては重症の増加率は高齢者人口増加率とほぼ一致している。一方、中等症、軽症の著増は大きな問題を孕んでいる。安易に救急車を利用するなどの救急車

の利用態度の変化や、気軽に相談出来る医療機関(医師)の体制の弱体化が関与している可能性もある(表4)<sup>4)</sup>。

米国でも、高齢者住宅介護における救急医療の実態について、年間に100ベッドあたり30の救急搬送があり、4割以上が入院不要な救急車要請であった。救急判断を行う高度なケアプランや管理ガイドラインの有効性は実証されなかった<sup>5)</sup>。

本邦では、特に軽症の救急搬送の利用は人口が減少している小児でも著増しており、急病のトリアージと同時に限られた救急医療資源を最も必要な人が利用するため、軽症例の有料化などを検討する時期にきている。

高齢者の救急入院医療の統計も少ない。長谷川らは、大学病院高齢診療科で、年間約400名の入院患者のうち、二次救急患者および即日緊急入院の割合は約60%にも及んでおり、このうち救急患者の平均年齢は83.3歳で、待機的な入院患者と比べより高齢であった<sup>6)</sup>。

入院となった疾患の割合は誤嚥性肺炎を含む肺炎が29.8%、脳梗塞・脳出血が13.8%、悪性疾患5.0%、心不全12.2%、心房細動を含む不整脈が1.7%であり、疾患のトリアージによって一般医療機関でも対応出来る余地があることを示しているが、リハビリを含む生活機能支援によって半数以上が在宅復帰をしている成績から、高齢者救急には「救急後生活機能支援」の要件が今後重要な課題となることは間違いない。

高齢者救急における見逃しやすい疾患として、くも膜下出血や心筋梗塞などが指摘されているが、謔妄もそのカテゴリーに入る。謔妄は高齢者医療で頻度が高く、身体疾患によることが多いため鑑別が重要な疾患であるが、認識が低いと見落とすことになる。救急経由で入院し謔妄と最終診断された25名中、19名(76%)が救急医には謔妄と診断されておらず、入院受け持ち医も15名の謔妄を見逃していた<sup>7)</sup>。見逃された多くは、体動や興奮が少ないタイプのため、虚弱高齢者に多いタイプの謔妄診断には格段の注意が求められる。

表3 高齢者医療，対象と呼応する高齢者医療領域

対象	健常高齢者	自立有訴者	救急疾患	非自立慢性疾患
		軽症	重症	
名称区分	予防老年医学		病院老年医学	地域老年医学
	各科医師+老年病研修		コーディネーター医師	
場面	地域保健 老人健診	外来	入院	入院/在宅 介護保険施設
老年科以外	保健師 行政	総合医	救急医 各科医師	在宅医，一般医 訪問看護/歯科 ヘルパー

表4 救急・救助の現況（総務省消防庁）2008年

平成18年中

全体	小児（18歳未満）	成人（18歳～64歳）	高齢者（65歳以上）
重症	1.6万人 0.6万人減 -27%	15.5万人 2.8万人減 -15%	37.2万人 9.7万人増 +35%
中等症	10.2万人 1.7万人増 +19%	65.2万人 8.0万人増 +14%	104.4万人 56.8万人増 +119%
軽症	37.8万人 9.4万人増 +33%	138.1万人 34.5万人増 +33%	78.8万人 48.0万人 +156%

表5 在宅医療推進会議構成メンバー

<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本在宅医学会</li> <li>・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク</li> <li>・日本在宅医療学会</li> <li>・日本ホスピス・在宅ケア研究会</li> <li>・尾道市医師会</li> <li>・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会</li> <li>・全国国民健康保険診療施設協議会</li> <li>・日本訪問看護振興財団</li> <li>・在宅医療助成 勇美記念財団</li> <li>・長寿科学振興財団</li> <li>・日本プライマリ・ケア連合学会</li> <li>・日本老年医学会</li> <li>・日本医師会</li> <li>・日本歯科医師会</li> <li>・日本薬剤師会</li> <li>・日本看護協会</li> <li>・国立がんセンター</li> <li>・日本ホスピス緩和ケア協会</li> <li>・高齢社会総合研究機構</li> <li>・日本介護支援専門員協会</li> </ul>
---

亡くなる例が4割だった。これまでの多い年に比べ5倍以上の多さで、環境要因に関する高齢者の脆弱性にもっと注意を払う必要がある。本年は寒い冬が予測されている。米国では低体温死亡が4年間で4,607人、半数は65歳以上の高齢者で男性が3分の2を占めたとの報告が出ている<sup>8)</sup>。

2) 在宅医療

住み慣れた家で病気があってもいつまでも暮らしたいという大半の健常高齢者の希望と、増加する医療費の抑制のため、ベッド数を削減したい国の方針を背景に、在宅医療推進のための誘導政策がとられてきた。在宅療養支援診療所、在宅からの救急医療加算など医療保険において優遇策がとられ、在宅医療支援診療所は10,000カ所を超えている。国立長寿医療研究センターでは在宅医療を推進するため、日本医師会、歯科医師会、看護協会、全国在宅療養支援診療所連絡会、在宅医学会など殆どの在宅医療にかかわる団体の参加を得て活動してきた（表5）。会議の意見をもとに、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。日本老年医学会からは、大内理事長が参加し老年医学の知識普及を前提として重要であるこ

2010年は、記録的に熱中症の救急搬送が多く46,000件を超えている。また、死者も475人にのぼり、犠牲者の3分の2は70歳以上の高齢者、しかも夜間に室内で

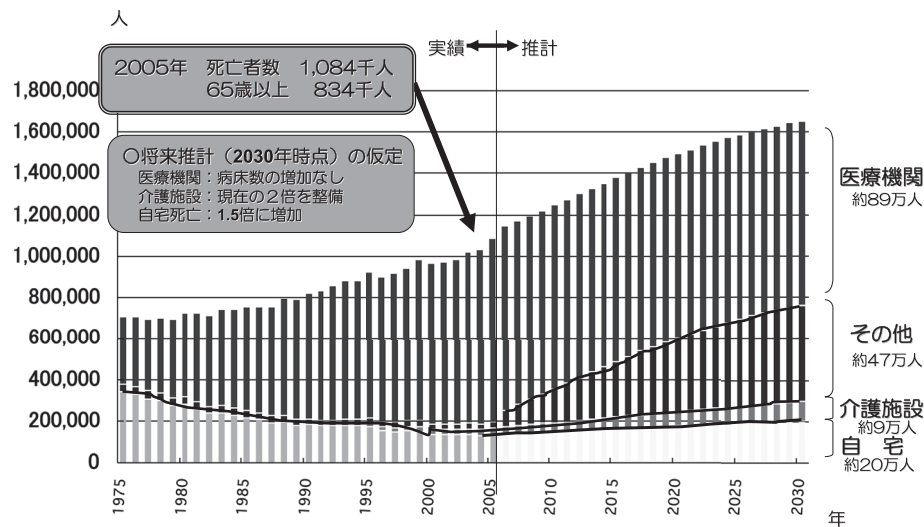


図1 医療機関での死亡数を2005年と同一とした場合の死亡場所の将来推計

表6 高齢者在宅医療における問題点

診療種別	場面	課題
一般医家 (医師の75%)	外来 午後往診	絶対的時間の不足, 体力 在宅指向は10%
在宅医療専門医	在宅 看取りは500	情熱と体力
基幹病院	救急 在院日数短縮	患者の選別, 救急の疲弊
一般病院	急性・亜急性	転院先, 医師不足
介護保険病床	慢性期	在宅復帰率低い
訪問看護	慢性期	利用率の伸び悩み

とを強調してきている。

一方在宅における看取りは遅々として増加していない。推進会議でも喫緊の課題として、急性期医療と在宅医療の円滑な連携の促進を掲げている。在宅療養支援診療所においても、複数の看取りを行う診療所は500に満たない状況は危機的である。

今後15年間に主として大都市近郊では、一都府県あたり数十万単位の高齢者が増加する。看取りの場の喪失さえ現実の問題として迫ってきている(図1)。

在宅医療をより広範に、患者/利用者の需要と医療従事者の勤務を考慮した問題点の一覧を掲げた(表6)。

共通の問題点として、在宅復帰を支える仕組みの欠如、医師の疲弊への制度の欠落があげられる。

これに対する試みが、国立長寿医療研究センターにおける「在宅医療支援病棟」の試みである。

医師/医療継続を希望する患者は登録制で、入院適応は在宅医師が行う。在宅復帰率は96%、在宅死亡率は36%(愛知県の3倍)の成績を得ている。病棟における医療看護ノウハウのテキスト化、病棟の採算性の検討を

行った上で、今後の医療政策への提言を考えている。入院決定を在宅医師が行うことで、在宅医師の不安と疲弊を防ぐ効果があるものと考えている。

### 3) 薬物療法

高齢者の多剤処方について、不必要な薬剤がどれだけ処方されているかについては、点検を行った成績がなかった。Rossiらは、平均72歳の退役軍人128名を調査し、平均6.8薬剤が処方され、6割の患者で一人1薬剤は不要であることを確認した。効果がない薬剤を延々と処方していた例が多く、種類別では、精神神経用薬(20%)、胃腸薬(18%)が多かった<sup>9)</sup>。

ナーシングホームにおいて処方の質を改善する試みに関して、18の大規模研究の比較が発表された。教育的介入は7研究で、2つはコンピューターによる援助システム、5つは臨床薬剤師の活動、2つが多職種協働介入であった。

処方の質の改善は83%に認められたが、健康状態の改善は軽微にとどまった<sup>10)</sup>。

米国で薬物過量による死亡が急増しているが、治療以

表7 もの忘れセンターの診療目標

認知症に対する患者・家族の希望を叶える（大目標）

- 1) 認知機能の維持
- 2) 周辺症状の速やかな改善
- 3) 生活機能の改善
- 4) 老年症候群（転倒，誤嚥，失禁）などおこさない
- 5) 介護負担感の軽減
- 6) 身近な場所での認知症に対する介護サービス利用の情報提供
- 7) 緊急時の入院対応

外に流用された使用によるものが急増している。特にベンゾジアゼパンが14万から27万件に著増し、注意を喚起する必要がある<sup>11)</sup>。

薬剤師による薬物のチェックが高齢者の入院や死亡を減らせるかについて17の研究のメタアナリシスが発表された。平均薬剤の0.5減少に寄与したものの、入院減少や死亡率の低下はもたらさなかった<sup>12)</sup>。

本邦では、学会の薬物療法ガイドライン委員会（秋下委員長）のもと、高齢者の薬物療法の実態と問題点が整理されてきた。慢性期医療における薬物数は、病院の5薬剤から、特段の有害事象なく介護現場では3薬剤未満に整理されている現状が報告されている。医療/介護保険制度による、多剤処方、外来や在宅医療など「出来高払いの現場」が今後検証される必要がある。

#### 4) 認知症医療

平成20年5月1日に、今後の認知症対策をさらに効果的に推進し、「たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築する」ための「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が発表された。骨子は早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進であり、具体的には、

- (1) 実態の把握
- (2) 研究開発の加速
- (3) 早期診断の推進と適切な医療の提供
- (4) 適切なケアの普及及び本人・家族支援
- (5) 若年性認知症対策

の五つの柱が掲げられている。

実態の把握では、プロジェクト委員の朝田らが認知症罹患率の実態調査を行い、現在考えられているよりも大幅に上回る認知症患者の存在が推定されている。

早期診断や適切な医療の提供には、医師会、自治体の協力を得て認知症対応力向上研修会が持続的に行われている。この推進のために、「認知症サポート医師研修会」が国立長寿医療研究センターの事業として年6回全国各地で開催されている。専門診療所や、専門医療機関の整

備も急務である。

もの忘れ外来を創設する医療機関が増加しており、認知症の人と家族の会の2008年の調査で224カ所にのぼっている。老年科が主体となって運営しているのは首都圏を中心に全国10カ所あまりしかない。地域の偏在も顕著で岩手、栃木、群馬、和歌山、佐賀にはない一方、福岡県は40カ所以上と突出して多い。

年間の新患者数も、500名を超えて集中している診療科も少なくない。

#### 5) 認知症疾患医療センター

緊急プロジェクトでは、認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150カ所整備し、地域包括支援センターの連携担当者を新たに配置することになっているが、熊本県や大阪府など整備が行き届いた地区がある反面、東京都、愛知県など整備途上の地域も多い。

認知症疾患医療センターは、今回の整備以前に、150カ所（平成12年4月1日現在の指定施設数）の老人性痴呆疾患センターがあったが、仙台市民病院以外は殆ど十分な活動もなく、「身体合併症のある進行した認知症」は入院先を探す困難が指摘されていた。今回の再整備でも、精神科中心の従来の施設が再申請しているケースが多く、患者/家族のニーズの満足にはほど遠い。一般病院の中に認知症専門の外来と、入院設備を有する構成にしなければ、前回の轍を踏むことになろう。国立長寿医療研究センターでは、モデルとなる「もの忘れセンター」を開設し、2010年春までに外来、病棟ともフルオープンすることになっている。ここでの診療目標（表7）は認知症疾患医療センターにおける国民のニーズにマッチしたものと考えられる。

認知症の精神症状から身体合併症まで幅広く診療可能な老年科医師がコーディネーターになって神経内科、精神科、脳神経外科、放射線科、リハビリ科の医師の協働作業を可能にする運営をすすめるのが一番よいものと確信している。

#### 6) 終末期医療

高齢者の終末期医療に関する立場表明が井口倫理委員長のもとでまとめられてから10年が経過した。教育に関しては、ケアにあたるものの実践的な教育、国民に対する「死の教育」の必要性があげられ、研究の推進、社会制度の整備など、国が関与すべき課題も列挙されている<sup>13)</sup>。さて、現在のこれらの課題の達成進捗はどうか？残念ながら10年前と比べて変化は乏しい。後期高齢者医療制度において「終末期相談支援料」という言葉の中にはじめて“終末期”という言葉が登場したことが特筆されるが、75歳以上は満足な医療より終末

期の相談をするような世の中に不要な集団か?といった感情論により、廃止となった。祖父母の死に立ち会わず、死の教育も受けず、死は遠い存在と考える国民がこれから増加していく。多死の時代は確実に近づいている。救急医療機関による胃瘻増設は急増し、非癌の終末期医療、特に認知症の終末期医療とケアに関しては、ガイドラインの策定は喫緊の課題である。

非癌患者の終末期に関して在宅死を望むものが多く、かかりつけ医が多くをみているが、高齢になるにつれ、特に90歳以上で緩和ケアのニーズが高まることで癌の終末期とことなる高齢者終末期の特徴であるとの成績が出された<sup>14)</sup>。急性期病院における90歳以上の非癌患者80名の終末期医療を前期高齢者(65~74)52名と比較した成績が出された<sup>15)</sup>。90歳以上では4割に認知症、6割に心不全を認め、前期高齢者と比較し心肺蘇生を行わない率が有意に高く、複数の治療選択肢から考慮する率も高かった。全体で70%が薬剤投与を中止しており、いずれの年齢にも相応しい終末期医療を向上する必要があると結論づけている。

日本老年医学会倫理委員会(飯島節委員長)は、「立場表明」の具現化各論に踏み込んだガイドラインの策定も視野に入れ作業を開始している。医師会、救急医学会や、終末期に関する科学研究班などの意見を盛り込み、また多くの老年医学会会員や外部の有識者の意見を取り入れ完成を目指してほしい。

### おわりに

高齢者医療は老年医学の実践であり、ポリシーやアイデンティティーの多くは両者で共有すべきものである。

1995年、井形は終末期の苦しみ解放、社会参加、ハイテク技術の導入などの展望をあげている<sup>16)</sup>。先見性のある予測である。高齢者医療は医療費の問題に限らず、福祉の必要性、住宅問題、認知症の法律的問題、運転免許の問題、終末期医療の問題など、医学以外に法学、社会学、哲学、工学、理学や産業、行政が各所に与すべき学際的学問になってきている。病院や大学において専門性を議論している場合ではない。老年医学の知識、高齢者医療のノウハウは地域医療で渴望され、どうしてどの大学にも老年医学の教室がないのかと頻りに問われるようになってきている。専門分野は確立しており、広がっている。高齢者の激増と扱うべき課題の多さに思いを馳せれば、一日として安閑と出来ない。会員諸兄とともに一層奮闘したいと考えている。

### 文 献

- 1) 高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)平成22年8月20日高齢者医療制度改革会議、発表資料。
- 2) Duursma SA, Overstall PW: Geriatric medicine in the European Union: future scenarios. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36 (3): 204-215.
- 3) Besdine R, Boulton C, Brangman S, Coleman EA, Fried LP, Gerety M, et al: American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine. *Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6 Suppl): S245-256.
- 4) 総務省消防庁: 救急・救助の現況。第3回救急医療の今後のあり方に関する検討会資料, 2008.
- 5) Arendts G, Howard K: The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age Ageing* 2010; 39 (3): 306-312.
- 6) 長谷川浩: 高齢者救急医療の現状と将来展望. *日老医誌* 2006; 43: 685-686.
- 7) Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al: Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med* 2009; 16 (3): 193-200.
- 8) Hyattsville MD: National Center for Health Statistics. Compressed mortality files. National Center for Health Statistics; 2003.
- 9) Rossi MI, Young A, Maher R, Rodriguez KL, Appelt CJ, Perera S, et al: Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5 (4): 317-323.
- 10) Marcum ZA, Handler SM, Wright R, Hanlon JT: Interventions to improve suboptimal prescribing in nursing homes: A narrative review. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010; 8 (3): 183-200.
- 11) Emergency department visits involving nonmedical use of selected prescription drugs-United States, 2004-2008. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59 (23): 705-709.
- 12) Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK: Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2008; 65 (3): 303-316.
- 13) 社団法人日本老年医学会: 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」. *日老医誌* 2001; 38: 582-583.
- 14) Gielen B, Remacle A, Mertens R: Patterns of health care use and expenditure during the last 6 months of life in Belgium: differences between age categories in cancer and non-cancer patients. *Health Policy* 2010; 97 (1): 53-61.
- 15) Formiga F, López-Soto A, Navarro M, Riera-Mestre A, Bosch X, Pujol R: Hospital deaths of people aged 90 and over: end-of-life palliative care management. *Gerontology* 2008; 54 (3): 148-152. Epub 2008 May 30.
- 16) 井形昭弘: 高齢者が抱える基本的問題をどう把握するか. *medicina* 1995; 32: 1274-1278.