在宅医療とIT⑦

超高齢社会に伴う医療の変遷

ナカノ在宅医療クリニック（鹿児島市）院長　中野一司

1 今回の医療診療報酬改訂の意味

今回の医療診療報酬改定は、ドラスティックなものである。長期入院（社会的入院）を抑え、外来での頻回の受診を抑制するものである。この診療報酬改定には賛否両論ある（反対意見が圧倒的に多い）が、私には時代の流れのように思われる。厚生省のここ数年の診療報酬改定を見ていると、医療の対象を急性期疾患と慢性期疾患に明確に区別しようと考えているようだ。そして、介護保険とリンクして、（高齢者）慢性期疾患を介護保険に移行するよう政策誘導している。医療保険の（高齢者）慢性期部分を介護保険に移行すれば、医療保険の我々医師の取り分が少なくなり、この分野で飯を食ってきた我々にとっては忌々しき事態となる。

しかし、この流れは、世の中の動きを冷静に分析すれば、当然のことのように思われる。超高齢社会の到来に伴い、我々医師の対象とする治療を必要とする疾患が、いつの間にか激減してしまったのである。我々医療人は、このことに気付き、次なる一手を打つ必要があると考える。

2 超高齢社会到来の意味

近年、我が国の平均寿命は世界一となり、急速に超高齢社会となってきた。何故、超高齢社会となってきたのか？それは、国民が病気になりにくくなってきたからであり、死ににくくなってきたからである。平均寿命が延びてきた理由として、どの教科書にも医療技術の進歩が一番に挙げられているが、抗生剤の発見が平均寿命の延長に大きく貢献したことは事実だとしても、近代医学（医療）の発達が（ここ最近の）平均寿命の延長にそれ程貢献してきたとは、私には思えない。平均寿命の延長に伴う（ここ最近の）超高齢社会の実現に最も貢献したものは、高度経済成長に伴う食料事情の著しい向上であったと、私は考えている（表1）。

超高齢社会の到来に伴い、対象とする疾患構造が大きく変わった（表2）。（頻度的に）かつての多くの病気は、幼い子供が感染症で死んだり、働き盛りの父親が事故で死んだりして、その対象患者のほとんどが、（比較的に）若年者であった。最近では、子供の死亡率は著しく低下し、働き盛りの人達の病気も少なくなり、病人の多くは高齢者である。逆に言えば、年老いて体が古くなるまで、病気になりにくくなるのである。高齢者の病気は、脳梗塞の後遺症であったり、骨粗鬆症による腰痛であったりして、病気なのか障害なのかはっきり区別がつきにくい。多くのこれらの加齢に伴う疾患は慢性疾患であり、問題は病気そのものではなく、病気に伴う障害と考えられる。そこに必要な対策は、治療（狭義の意味の医療）ではなく、生活の支援（介護）である。

3 高齢者疾患の治療の是非（経済的視点およびQOLの視点から）

若年者であろうが、超高齢者であろうが、病気になったら同じような治療を受ける権利があるのは、当然のことである。元気な高齢者が交通事故で瀕死の状態になったら、救命救急センターに運び、集中治療を施すのは当たり前のことである。誰しも、命に関わる重大な状態では、治療を受ける権利がある。

しかし、問題は、植物状態で寝たきりの超高齢患者の肺炎を治療すべきかというような問題である。このような患者は、病院に入院している限り、必ず治療される。何故なら、病気を治すのが病院の使命だからである。そして、病院とは、治療をすることで営利活動を行っている施設である。同様な理由で、病院に入院している限り、食事が出来なくなったら、経管栄養か胃瘻造設、中心静脈栄養などが行われる。そして、このような事態が高齢者の医療費を押し上げる原因となっている。

ただし、単に経済的側面から、このような問題を検討するのは、非常に危険である。何故なら、植物状態の患者を治療しないということは、姥捨て山の倫理に通じるからである。

しかし、この問題が姥捨て山の問題と違う点は、姥捨て山の老人が姥捨て山に行くのを望んでいないのに対し、経管栄養をされる老人が経管栄養を望んでいるかということが検討されていない点である。経管栄養をされる段階での多くの患者は、本人に意思表明が出来ない状態であって、家族あるいは医療者側の意思で、経管栄養が決定されるのが実情である。そして、この判断には、お金の問題が絡まない（今までの老人医療費は、利用者の自己負担が非常に少なかったため）。

前号でも述べたが、ぽちぽち、治すり医療から、看取る医療へのパラダイムシフトを必要とする時代に突入してきたように思う。そうでないと高齢者医療費の問題は、いくら制度をいじっても、解決しないような気がする。「果たしてボケて食えない人に、暴力的に管を入れて生かすこと」が、その人の人生にとってハッピーなことか？」「また、あなたはそのような状況になった時、そのような治療を受けたいのか？」ということを、もう一度国民全体で考え直す必要が、あるのではないだろうか？（単に経済的視点からだけでなく、QOL：生命の質の観点からも）

4 治療医学から予防医学へのパラダイムシフト

超高齢社会を迎え、我々医療者の仕事の範囲が狭まってきたような印象である。別の言い方をすれば、我々医療者は、失業の危機に曝されているとも言える。

しかし、心配する必要はない。このような危機感は、医療を治療医学に限定して考えるから生じるのである。視点を、治療医学から予防医学に転じると、我々の今後やらなくてはならない仕事は、まだまだ山ほど沢山ある。在宅医療もその一分野であり、本連載のその④で、在宅医療は予防医学であると書いたのである。

超高齢者医療に限って言えば、ボケて食べられなくなってから慌てるよりは、ボケて寝たきりにならないように、（我々の医学的知識をもとに）予防対策を施すのが、今後の我々の開拓すべき医療分野である、と考える。

＊前号で「そして（しっかりとしたデータは持っていないが、医療費の半分ほどは、終末期医療（癌末期も含む）に投じられているとも聞く。」と書きました。この記述に対して、日本福祉大学の二木立教授から、①わが国の老人の死亡前1年間の医療費は老人医療費のわずか11%、②死亡前1カ月間の医療費（全人口）は国民医療費のたった3・5%にすぎません。この事実に基づいて厚生省関係者も、終末期ケアが「医療費の高騰につながる可能性は否定」しています、とのコメントをいただいました。二木先生、大変貴重なご指摘、ありがとうございました。

	以　前	超高齢社会
疾患対象者	若年者	高齢者
疾患	急性期疾患	慢性期疾患
傷害の種類	疾患（治療できる）	障害（治療できない）
機能障害、後遺症	なし	あり
必要な対応	医療（治療医学）	介護（生活支援） 医療（予防医学）

（表2）医療（治療）から介護（生活支援）へのパラダイムシフト

		第2次大戦前	戦後まもない頃	現在
死亡率	1位	感染症（肺結核）	脳出血（高血圧症）	悪性新生物（癌）
	2位			脳卒中（脳梗塞）
	3位			心疾患（心筋梗塞）
医療環境の変化		抗生物質の発見 医学の進歩 衛生環境の向	食生活の向上 超高齢社会	慢性疾患の増加
平均寿命		50－60歳	60－70歳	70－80歳

（表1）時代の変遷に伴う疾病構造の変化

JAMIC　株式会社日本医療情報センター
TEL　03（3345）1181／FAX　03（3368）6199
〒163-0667　東京都新宿区西新宿1-25-1 新宿センタービル36F 私書箱4046号（本社）
〒530-0047　大阪府大阪市北区西天満4-15-18 プラザ梅新1403号（大阪営業所）☎06（6365）6591
1部300円（年間3,000円／送料・税込）
メディカル マネジメント 5月号／編集人　下村　徳雄　印刷：水上印刷