

## 週刊 日本医事新報

No. 4889

2018/1/6

1月1週号

総勢 167 名から寄せられた新春随筆

## 炉辺閑話 2018

14

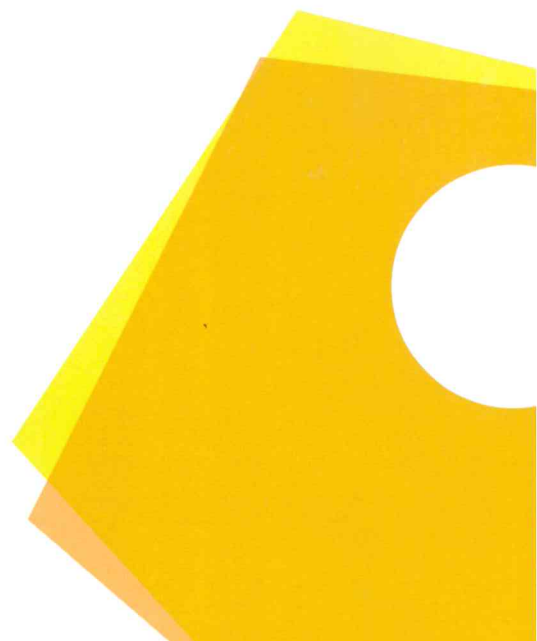
「超高齢・多死社会を日本の医療は乗り越えられるか」

## 新春対談 鈴木邦彦 × 長尾和宏

06

01 外来診断学 歩行中の発作性呼吸困難を訴える76歳男性(生坂政臣ほか)

03 プラタナス 原因を見つけて治せる喜び(加藤則人)







世界が経験したことのない超高齢・多死社会に突入する日本。難局を乗り切るには、医療と介護、行政による地域包括ケアシステムを構築していかななくてはならない。成否のカギを握る日本医師会とかかりつけ医の代表として、鈴木邦彦、長尾和宏の両氏に多方面から論じてもらった。

**【長尾】** 今日「日本医事新報」の新春対談ということですが、テーマは「超高齢・多死社会を日本の医療は乗り越えられるか」。2025年に向けて地域包括ケアシステムを確立していこうと、地域医療構想など色々な取り組みが行われていますが、医療と介護、福祉を含めた地域連携はなかなか進んでいません。

いくつもの課題をクリアしていく必要がありますが、その打開策の1つになり得ると医療関係者からの期待が大きい「介護医療院」の方向性が、昨年11月の介護給付費分科会で固まりました。介護医療院は「医療」「介護」「生活」が一体となる新たな施設ということです。分科会委員の鈴木先生は、介護医療院の展望についてどうお考えですか。

**【鈴木】** 介護医療院は、創設に至るまでに複雑な経緯を辿りました。2006年度の診療報酬・介護報酬同時改定を巡る議論が大詰めに差し掛かった2005年の年末に、厚生労働省が突如6年後に介護療養病床を廃止する方針を決め、医療関係者に激震が走りました。

私は当時、日本医療法人協会の常務理事だったのですが、年明けの常務理事会では「昨日まで『作れ、作れ』と言っていたのに急に廃止とは何事か」と怒号が飛び交い、厚労省への不満や不信が爆発したことを鮮明に覚えています。

そこで私は同じ轍を踏まないようにするために、魅力ある選択肢を用意し、自主的に選ぶことができる形で決着をつけるべきだと一貫して主張してきました。2年半の間議論を続けてきたので、施設の大枠の方向性が固まったことは感慨深いです。

**【長尾】** 介護療養病床の廃止決定から数えると、12年の議論を経て、ようやく一応の着地点を見出したということになりますね。

**【鈴木】** これまで医療と介護、生活が一体的になった介護保険施設は存在しませんでした。施設基準(表1)を見ても分かるように、療養環境が介護療養より充実することになるので、介護医療院は前向きなメッセージを持った施設と言えます。ただ田中滋分科会会長が「ゴールではなくスタート」と強調した

表1 介護医療院の施設基準

|             |  |
|-------------|--|
| 診察室         | 医師が診察を行うのに適切なもの  |
| 病室・療養室      | 定員4名以下、床面積8.0m <sup>2</sup> /人以上 ※ 転換の場合、大規模改修まで6.4m <sup>2</sup> /人以上で可 |
| 機能訓練室       | 40m <sup>2</sup> 以上  |
| 施設設備        |  |
| 談話室         | 談話を楽しめる広さ  |
| 食堂          | 入所定員1人あたり1m <sup>2</sup> 以上  |
| 浴室          | 身体の不自由な者が入浴するのに適したもの   |
| レクリエーションルーム | 十分な広さ  |
| その他医療設備     | 処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所   |
| 他設備         | 洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室または洗濯場、汚物処理室                                    |
| 構造設備        |  |
| 医療の構造設備     | 診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気またはガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備                              |
| 廊下          | 廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※ 転換の場合、廊下幅1.2m、中廊下1.6m                             |
| 耐火構造        | 原則、耐火建築物(2階建てまたは平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※ 転換の場合、特例あり                        |

(第152回社会保障審議会介護給付費分科会資料)

ように、どう育てていくかが重要です。

**【長尾】** 介護医療院で提供されるサービスはすべて介護保険事業なのですか。

**【鈴木】** そうですね。医療を提供する介護保険施設ということです。立ち位置としては、やはり老健(介護老人保健施設)に近いイメージになります。

財源が介護保険なので、介護療養から転換したいところは優先的に転換できます。介護療養の廃止には6年の経過措置が設けられているので、その間に。もちろん医療療養からの転換もできますし、一般病床からも可能ではありますが、一般病床からはその地域に介護保険事業計画の枠がないと行けない仕組みになっています。

**【長尾】** 国や厚労省は最終的に何万床ぐらい整備することを想定しているのでしょうか。

**【鈴木】** それは正直分かりません。現在、介護療養が5万9000床ぐらい。医療療養や一般病床からの転換を含め、私見ですが少なくとも20万床以上は確保したいのではないのでしょうか。

**【長尾】** 既存の特養(特別養護老人ホーム)や老健との棲み分けが分かりにくいのですが。

**【鈴木】** 分かりやすくまとめると特養は「介護プラス生活」、介護医療院は「医療プラス生活」です。老健は今回の介護保険法改正で、在宅復帰支援に加え在宅療養支援も役割とされたので、棲み分けが明確になりました。リハビリテーションを提供し、在宅復

帰や在宅療養を支援する施設として、次期介護報酬改定でも、この方向性が強調されると思います。

**【長尾】** 特養を巡っては、嘱託医のメリットが小さく、人材確保に苦勞しているという話をよく聞きます。評価は介護報酬のみで、初・再診料や往診料などの算定ができないということが大きな要因だと思います。その点、特養からも医療が内包されている介護医療院への転換が可能になれば、この辺りの問題が解消すると思いますが、いかがでしょうか。

**【鈴木】** 地域の介護保険事業計画の中で枠ができれば可能です。特養からは転換ではなく新設になるので。

**【長尾】** 介護医療院の枠の設定を含めて、地域に任せられるということですね。

**【鈴木】** 介護保険は市町村が保険者なので、保険者の判断が重要になります。もちろんたくさん増やすことはできますが、それに伴い保険料が上がりますのでしっかりと計画を立てなくてははいけません。

**【長尾】** 介護も医療も地域性に合わせたあり方が重要ということを見ると、医療では地域医療の核となる地域包括ケア病棟、介護と生活という視点では介護医療院がそれぞれ大きな柱になっていくイメージですね。

在宅だけで地域包括ケアを支えるのは難しい

**【長尾】** 介護医療院で看取りがあった場合、死亡診断書で「死亡したところの種別」は、6番の「自宅」、



## Memo1

### 「日医かかりつけ医機能研修制度」

日医が2016年から開始した、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための新たな研修制度。実施主体は都道府県医師会で、基本研修、応用研修、実地研修で構成。生涯教育制度取得者は応用研修から受講する。

7番の「その他」のどちらに丸を付けたいのでしょうか。グループホームで亡くなったときにいつも迷うのですが、これを機に死亡診断書の様式を改訂する必要があると思います。

**【鈴木】** 同感です。介護医療院がある程度増えてくれば、自宅ではないいわゆる居宅の扱いを明確にしていけないと混乱が起きる可能性がありますね。

**【長尾】** 大きな流れとしては、開業医が行うような長年住み続けている自宅での在宅医療は有名無実化していくとありますが、いかがでしょうか。

**【鈴木】** 在宅医療のニーズ自体はこれからも増えていきます。独居や老々介護が増えてくるので、自宅での在宅は難しくなってくるでしょう。

ただ在宅医療だけで地域包括ケアを支えるというのは現実的ではありません。入院医療や外来医療を必要に応じて使い分けながら、介護施設も活用することで、できるだけ長く住み慣れた地域で暮らしてもらおう仕組みを構築することが、地域包括ケアの目指すべき姿だと思います。急性期の大病院には2次医療圏での最後の砦になってもらい、普段は地域包括ケア病棟のような地域密着型の病院が診る。こうした機能分化をより進めていかなければいけない。

### 日医が国民に機能分化を啓発してほしい

**【長尾】** しかし患者さん本人の希望が優先されるので、どうしても「有名な大病院へ」となってしまう。一般の方からすれば急性期と慢性期病院の違いなど

分かりません。せっかく選択肢がたくさんあるのだから、今後は状態や環境に応じて地域の資源とikaに適切にマッチングさせるかが大事になると思います。

やはりこういう話は日本医師会が、国民にわかりやすく啓発して行ってほしい。鈴木先生がNHKの教育テレビに出て、困っている方に道案内をするというのはいかがでしょうか。

**【鈴木】** 私が適任かどうかは別にして(笑)、医師会の役割は仕組みを作るだけではなく、それを国民に伝えるところまでやらなければだめですね。

**【長尾】** しかし地域医療構想の理念や考え方を住民に説明するのは難しい。大きな病院に行けばスーパードクターがいて、命を救ってくれるという幻想を抱いている方がいまだに多いというのが現実です。

医師にもしっかり周知することが重要ですが、これもなかなか難しい。介護医療院のことをまったく知らない研修医ばかりでは、地域包括ケアは機能しません。例えば医学教育のモデルコアカリキュラムが改訂されたので、そこできっちり教えていくとか、もっと言えば国家試験に入れてもいいのではないのでしょうか。Aさんは退院後にどこに行ったらいいと思うか、医療療養か介護医療院かそれともサ高住(サービス付き高齢者住宅)か、というように。

医療は制度として法律に基づいて行われるわけですから、医学生の時分から、医療だけが単体で存在するのではないということを教え込まない

## 開業医の再教育をしなければ地域 包括ケアの土台が固まらない(長尾)

長尾和宏(ながお かずひろ) ●兵庫県生まれ。1984年東京医大卒。阪大病院などを経て、95年尼崎市に長尾クリニック開設



と。毎年たくさんの研修医を受け入れています。ほとんど何も知らない状態で驚きますよ。

**【鈴木】** 日医は全国医学部長病院長会議と定期的に意見交換の場を設けていますが、その辺りの問題意識は共有しています。学部教育の段階から、初期臨床研修制度のような内容を教えていくことで、一般的な診療能力を高めるという方向性になっていくと思います。

### かかりつけ医機能研修でスキルアップを

**【鈴木】** 日医としては、地域包括ケアシステムを構築するために、行政と医師会が車の両輪になる必要があると主張しています。そのためには地域の医師がリーダーシップやマネジメント能力を身につける必要があるため、昨年度から「日医かかりつけ医機能研修制度」(⇒Memo1)を開始しました。

**【長尾】** 素晴らしい取り組みだと思います。しかし研修内容を見てみると縦割りの研修になっているのが気になります。もちろん個別の治療のスキルを上げることも大切ですが、システムなど横断的な話が少し抜けているように感じます。そこを開業医に再教育しなければ地域包括ケアの土台が固まらない。診療だけではなく、開業医の総合的なレベルアップが急務だと思うのですが。

**【鈴木】** ご指摘の通りで、かかりつけ医機能には医療的機能と社会的機能があります。これまでのように高血圧症の治療を深く勉強することだけではなく、少なくとも介護の知識と理解は持ってほしい。

日本では若いときは専門医として活躍し、その後かかりつけ医になっていきます。これからは同じ患者さんに医療と介護を同時に提供する時代になっていきますから、かかりつけ医とケアマネジャーがスムーズにコミュニケーションを取れるような関係性を築いていくことも重要になる。今後の研修では、この辺りの横断的なテーマも重視していく予定です。

中医協の議論では、有床診療所について、介護保険のサービスを提供した場合の評価の見直しや介護医療院へ移行しやすくするなどの方向性が示されています。次期改定は同時改定なので、かかりつけ医機能を持った中小病院や有床診療所が医療と介護を両方提供できるような方向に持っていきたいと考えています。

**【長尾】** 地域医療への理解度を開業医にテストすればよいと思います。私の診療所では、「たんぼ先生」として知られる在宅医療の永井康徳先生が作成した在宅医療模擬テストを受け、結果は全部公表しています。これくらいやらないと開業医のレベルアップは難しい。

**【鈴木】** そういうお声があることも十分承知しています。かかりつけ医機能研修制度は3年ごとに更新する必要があるのですが、一度受講すれば自動更新ということではなく、同じように研修を受ける必要があります。毎年受けていると知識や理解がだんだん深まっていくような形にしていきたいと思いますが、テストまではなかなか難しいですね。

**【長尾】** たとえば修了証を持っていないと何かがで





## かかりつけ医研修の充実と強化が 日医の大きな課題です (鈴木)

鈴木邦彦 (すずき くにひこ) ●茨城県生まれ。1984年秋田大卒。東北大第3内科などを経て98年医療法人博仁会理事長。2010年日医常任理事、09～15年中医協委員、14年から介護給付費分科会委員

きないとか、そういう形は考えられませんか。

**【鈴木】** 診療報酬の「地域包括診療料/加算」については、厚労省が施設基準に定めた算定要件の研修があります。かかりつけ医機能研修は、日医がプロフェッショナルオートノミーを発揮して、かかりつけ医を再教育するという目的で、意味合いが異なります。厚労省の研修はどちらかというと医療的機能が中心であるのに対し、かかりつけ医機能研修のカリキュラムは社会的機能を中心としているので、是非両方受講してほしいと思います。私は両方聞いているのですが、とても勉強になりますよ。

**【長尾】** 大胆な提案ですが、「かかりつけ医科」という診療科があってもよいと思います。糖尿病専門のクリニックや睡眠時無呼吸症候群だけ診るクリニックなども出てきているので、かかりつけ医科という標榜科を設けて、しっかりとした研修を受けた医師が開業しているという形にすれば、国民に分かりやすい上に、普及するのではないのでしょうか。

**【鈴木】** 日医かかりつけ医機能研修制度の修了証書ないしは認定書を持っている先生の名前を医師会のホームページなどに明示して、その先生にはたとえば介護保険の相談をしても大丈夫とか、かかりつけ医としての能力を判断する1つの目安にしたいと考えています。

**【長尾】** 先日訪問した長崎・五島列島の上五島という島には診療所がなく、米国帰りで難しい手術を得意とするような病院の外科医が、めまいや糖尿病を診ている上に、在宅看取りもするなどレベルの高い総

合診療が提供されていることに感激しました。

医師会の先生を前に憚られるのですが、開業医は皆同じという建前をそろそろ外さなくてはいけない時期に来ているのではないかと思います。多様な選択肢がある中で、真にかかりつけ医がジェネラリストとして信頼されるためには、こうした英断が求められているのではないのでしょうか。

**【鈴木】** おっしゃることはよく分かります。ただ日医としては全国の先生方の合意を得ながら進めていかなければいけないので、まず全体の合意が取れる範囲でスキルアップを図る研修をスタートしました。2016年度は9300人、17年度は1万人を超える先生が受ける研修に育ちつつありますので、さらに充実、強化させていきたいですね。

### 「地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力」が求められる

**【長尾】** かかりつけ医の定義というのは明確にあるのですか。

**【鈴木】** 2013年8月、社会保障制度改革国民会議の報告書が公表された2日後に、日医と四病院団体協議会がかかりつけ医とかかりつけ医機能について合同提言(表2)を公表しました。かかりつけ医の定義は「身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」。かかりつけ医機能としては、地域で他の医療機関と連携しながら夜間対応することなどが盛り込まれています。

**【長尾】** 在宅看取りもかかりつけ医の役割と書いて

表2 「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」について

| 「かかりつけ医」とは(定義)  |
|---|
| なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。  |
| 「かかりつけ医機能」  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。</li> <li>▶ かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。</li> <li>▶ かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。</li> <li>▶ 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。</li> </ul> |

(「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言〔2013年8月8日〕)

あるわけですね。

**【鈴木】** そうです。もちろん在宅だけではなく、かかりつけ医の機能を持つ中小病院や有床診療の入院機能を使いながら、地域全体を診ていくというのが、提言の柱になっています。

### 地域包括ケアはいわばまちづくり

**【長尾】** 医師のヒエラルキーで言うのがんや神経内科の専門医は威張っています(笑)。これからはかかりつけ医がもっと威張れるようにならなくては。

**【鈴木】** かかりつけ医には、医療だけでなく介護と連携できるような知識と理解が必要になってきますし、多職種との連携のまとめ役にもならなければいけません。行政との連携も必要になります。地域包括ケアはいわばまちづくりであり、その中心がかかりつけ医なのです。

**【長尾】** ただ地域で自分の専門医療だけを提供するのがベストだと考えている開業医がまだ多く、地域連携が進まない理由になっていると思います。

**【鈴木】** これまでは急性期の大病院が頂点にあり、かかりつけ医はいちばん下という垂直連携が中心でした。ところが多職種が水平連携する地域包括ケアでは、かかりつけ医がリーダーにならないと機能しない。かかりつけ医の復権ですね。ただそのためには絶えず勉強していく必要があります。

**【長尾】** 私は講演などで、地域包括ケアとは「ピラミッドの逆転」と言い切っています。大きい上の部分のレベルが水平になるようにしなくてははいけません。

**【鈴木】** そうなると日医の役割が非常に重要になりますので、私は郡市区医師会からご依頼があればできる限り伺うようにしています。

### 在宅と救急、警察との横断的連携が課題

**【長尾】** 在宅看取りが増えていく中で、課題となっているのが救急や警察との横断的な連携です。不要な検視を減らしていくべきだと思うのですが、医師法20条や21条が絡んでくると、医師だけでどうにかなる問題ではありません。こういう問題を議論するために昨年「日本在宅救急研究会」を立ち上げました。本来は、「在宅救急警察連絡協議会」というものを作りたかったのですが、消防庁や警察庁の幹部に参加を要請しても、民間人と公人が同じ場には立てないということで、実現できないのです。日医は公益社団法人なので、消防や警察と対等に連携できるのではないかと。

私の地域(兵庫県尼崎市)ではいわゆる“霊安室往診”が常態化していました。救急車で呼吸停止して病院で看取りをした場合、そのまま霊安室に置いて翌日に在宅医に霊安室へ往診してください、と病院の救急部長から電話があるのです。中には不要な検視やちょっと慌てた家族が救急車を呼んでしまっただけのケースも少なくありません。

先ほど紹介した長崎県の上五島では、救急車で運ばれても救急隊の判断で、本当に必要なものだけを警察に届けるようになり変りました。消防がストッパーの機能を果たしている。これからの多死



## Memo2

### 日本呼吸器学会のガイドライン

『成人肺炎診療ガイドライン2017』を指す。最大の特徴は、高齢者の肺炎が増える中、誤嚥性肺炎を繰り返す患者、疾患終末期や老衰状態の患者に対して、「個人の意思やQOLを考慮した治療・ケア」を優先するよう明示した点。

社会では色々な死があると思いますが、消防や警察との連携を進めていかなくてはいけないと思います。

**【鈴木】**地域包括ケアというのはそこまで含めた話になりますね。警察との連携という視点では、高齢者の運転免許のことで警察庁とかなり親しくなりました。当初警察庁は医師会との調整なしに専門医とだけ話をして方向性を決めた印象でしたが、それでは全然進まないということが途中で分かったようで、2016年の11月ぐらいに慌てて相談にきました。

そこで専門医を内外から集めまして、「かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」を作成したのです。こうした経緯があって、日医と警察庁、都道府県医師会と都道府県の公安委員会がそれぞれ窓口を設置したので、色々な話し合いができるようになると思います。

### 地域包括ケアの行方に世界が注目している

**【長尾】**鈴木先生は病院食を地域の独居の方に利益なしで提供されているとか。感動したのは見守りが目的ということです。先生の病院は民間ですが、公立病院でもやる気があればできると思うのです。

**【鈴木】**そうです。やる気次第ですね。

**【長尾】**アイデアを出して地域を診ていくという意識を、開業医だけではなくて病院も持つ必要があるのではないのでしょうか。

**【鈴木】**特に中小病院や病院が1つしかないような

地域では、病院にもかかりつけ医機能を発揮してほしい。そういうマインドをかかりつけ医に持ってもらえるようにするのが、研修の大きな目的です。

**【長尾】**横倉(義武)会長も同じ考えなのですか。

**【鈴木】**そうです。日医役員でいわゆる“田舎”から来ているのは横倉会長と私だけなのです(笑)。地方の実情を理解されているので話が早い。

**【長尾】**横倉会長が世界医師会の会長に就任された理由は、会長の人徳や業績が大きいと思いますが、日本の医療制度に世界中が注目しているという部分もあると思うのです。そのリーダーに学びたいと。

**【鈴木】**国民皆保険で質の高い医療を誰もが享受でき、その結果平均寿命が世界トップクラスにまで伸びました。今は世界一の超高齢社会を地域包括ケアでどう乗り切るかが注目されています。

4月に韓国で講演したのですが、地域包括ケアと地域医療構想の状況を報告している時に、資料を写真撮影しているのに驚きました。反日的な報道がされていますが、日本を参考にしています。世界から注目されている状況を政府に理解してもらい、地域包括ケアがしっかり確立されるような財源の手当てをしてほしいと思います。

**【長尾】**本当にその通りです。もちろん無駄な部分は削らなければいけないと思いますが、先生はどこに無駄があると思われませんか。

**【鈴木】**医療費の半分弱は200床以上の大病院が使っているのです。地域の中小病院や有床診で診られる患者さんを急性期の大病院に救急搬送するので、



対談を通じ課題として浮かびあがったのは、地域包括ケアの柱となるかかりつけ医の果たす役割。まちづくりに参加する意識を持ち、地域を支える意識とそのため必要な介護などを含めた医療以外の知識や理解が、これまで以上に求められるという点で、両氏の認識は一致した。

高額な治療が行われているケースがある。地域包括ケアがしっかり機能して、適切ところで医療を受ける形になればだいぶ改善されると思います。

### 必ずしも高齢者医療=緩和ケアではない

**【編集部】**医療制度の話が続きましたが、臨床に目を向けると高齢者医療のあり方、という課題が浮上してくると思います。例えば日本呼吸器学会のガイドラインに高齢者の肺炎について積極的治療を控えるという選択肢が盛り込まれたこと(⇒Memo2)に対し、日本慢性期医療協会の武久洋三会長は、適切な栄養や水分を補給すればある程度は治せると強く批判しています。

**【鈴木】**背景には介護現場で医療的な視点が弱いために、状態が分からないまま救急搬送されてくるという状況があると感じます。肺炎で具合が悪いのか、脱水または低栄養で具合が悪いのかを判断するデータが全然ないので、まずは症状を抑える治療が優先される傾向があるのではないのでしょうか。

急性期の大病院で行うような治療を高齢者につまでもやり続けるのは問題ですが、高齢者の肺炎だから治療しなくてもよいわけではない。そこには看取りを含めた1つの限界というか、合意できる点が出てくるのではないのでしょうか。

**【長尾】**私も同意見です。高齢者肺炎でも治る人は治りますが、治らない人はやはり治らないので、そういう患者さんには過剰な抗生剤の使用は控えるべきだと考えています。今回の呼吸器学会のガイドラ

インは過激というか、言葉足らずだったのです。問題なのはガイドラインが縦割りで作成されていることでしょう。高齢者は肺炎だけでなく複数の疾患を持ち、老衰の要素も考えなくてはいけない。

**【鈴木】**高齢者になればあとは緩和ケア、という単純な図式ではないということですね。これまでの症例や経験を通じて、日本での高齢者医療のあり方というものが見えてくるのではないのでしょうか。

例えばオランダのように、医師が積極的安楽死させるような国もあるわけです。ただオランダ人は合理的なのです。以前オランダ訪問中に知人がユトレヒト大学病院に入院して亡くなったのですが、息子さんはスペインのマジョルカ島でバカンス中だったので戻ってきませんでした。葬儀に立ち会ったのは私と妻で、息子さんはすべて終わってから帰国しました。これほど考え方が違うのです。私は10年間海外の医療制度を視察して、報告書をまとめてきたのですが、その作業を通じて分かったのは、イギリスの優れているところを日本にそのまま持ってこようとしても絶対にうまくいかないということです。

日本で中心となるのは、やはりかかりつけ医です。地域を支え、地域から信頼される存在になるよう、我々も努力していかなければなりません。

**【長尾】**私も一介の開業医ですが、賛成です。超高齢・多死社会を乗り越えられるかどうかは、かかりつけ医の存在にかかっている部分が大きいですね。今日はありがとうございました。