

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

11月特集号

No. 4675

2013/11/30

医界 2013-2014 8つの争点

日本医事新報編集部 編

アベノミクスで医療はこうなる

自公政権 武見敬三 / 桜井 充

TPP A・G・ズルエッタ / 中川俊男

薬価制度 加茂谷佳明 / 小薮幹夫

診療報酬 安達秀樹 / 田倉智之

医師会 今村 聡 / 小松幹一郎

専門医制度 今 明秀 / 中野一司

医療事故 有賀 徹 / 高杉敬久

チーム医療 星 北斗 / 前原正明



DISCUSSION 1 横倉義武 × 二本 立 × 伊藤元重

DISCUSSION 2 大島伸一 × 武田俊彦 × 長尾和宏

p113 NEWS

p129 ドクター求 NAVI
ドクター掲示板

DISCUSSION

Part 2

超高齢社会を日本の医療は 乗り越えられるか？

—終末期医療の課題を中心に

大島 伸一

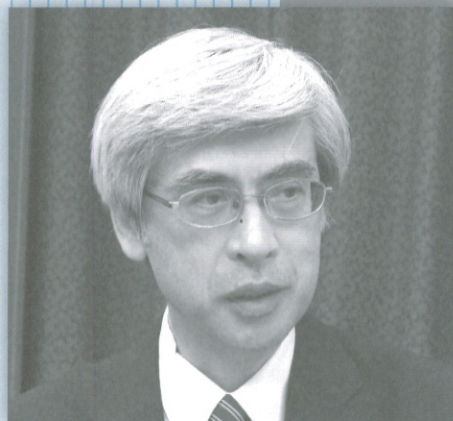
国立長寿医療研究センター総長

武田 俊彦

総務省消防庁審議官

長尾 和宏

尼崎市・長尾クリニック院長



本 格化する超高齢社会に日本の医療はどう立ち向かえばいいのか—。

国立長寿医療研究センター総長で社会保障制度改革国民会議の委員を務めた大島伸一氏、社会保障・税一体改革で政策立案に携わった消防庁審議官（前厚労省参事官）の武田俊彦氏、本誌連載「尼崎発 町医者で行こう!!」で「シリーズ平穏死」を執筆中の長尾和宏氏が、終末期医療の課題を中心に、在宅医療から、かかりつけ医機能、病院の機能分化、診療報酬のあり方まで縦横無尽に語り合った。

（構成：井上美幸）

終末期の視点から医療・介護を捉える

大島▶8月にまとまった社会保障制度改革国民会議の報告書は、医療の方向について、従来の「病院で治す医療」から「地域全体で治し、支える医療」に変わらざるを得ないということをはっきり謳っています。

その中に、今日の座談会のテーマである「終末期医療」に関わる「QOD (Quality of Death)」という言葉も入っています。いかにクオリティの高い、尊厳ある死を迎えられるか、それを支えていくのも医療の大きな役割の1つであるということ、このような公的文書に盛り込んだのは、おそらく今回が初めてだろうと思っています。

長尾▶私は開業して20年ですが、学生のとき無医地区で活動していた時期を含めると35年前

から「地域に出かける医療」というのをやってきました。国民会議の報告書を読んで、これまで自分がやってきたことは間違っていなかった、これでよかったのだ、という気持ちになっています。

報告書には終末期、「死」という問題から医療・介護を捉える視点が入っています。本来医療の土台となるべきなのに、端に追いやられてきた死生学や終末期学が正面切って議論されるようになったのは、大きな進歩だと思っています。

武田▶私が非常に感銘を受けていますのは、国民会議の報告書が出たすぐ後に、日本医師会と四病院団体協議会(四病協)の合同提言『医療提供体制のあり方』が出たことです。

国民にとって一番身近な問題は、困ったときに医療難民、介護難民にならないということ。「国がそう言っても、本当に私がきちんとした満足できる医療を死ぬまで受けられるのか」というのが不安なところだと思いますが、そこで医療関係団体が認識を共有し、積極的に取り組む方針を打ち出したということが非常に大きいと思います。

合同提言には、「かかりつけ医の定義」として「何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる」と書いてあるのですが(表1)、日本のお医者さんは忙し過ぎて、「何でも相談できる」お医者さんを持っている国民はほとんどいないでしょう。それで、どこに行ったら

表1▶日医・四病協合同提言より～「かかりつけ医の定義」

「かかりつけ医」とは(定義)

何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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」

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。



大島伸一（おおしましんいち）

1945年生まれ。70年名大卒。専門は泌尿器科（腎移植）。社会保険中京病院副院長、名大教授、同大病院長、国立長寿医療センター総長を経て2010年より現職。日本泌尿器科学会および日本移植学会名誉会員、日本老年医学会特別理事。医道審議会会長。中医協専門委員、社会保障制度改革国民会議委員も務めた。

いいのか分からないと119番に電話してしまう。

119番コールが年間580万回あるこの国の現状というのは、「何でも相談できる」お医者さんがいないことの裏返しだと思います。

「やめどき」が難しい

長尾▶大島先生が言われた「QOD」、あるいは「平穏死」というのは、あくまで医療者から見た“上から目線”の言葉だと思うのです。例えば看取りをして「平穏死だった」なんて言う家族はいない。「よかった」「納得した」「満足した」と言います。

国民会議報告書には、その「納得」「満足」という言葉が書かれています。単純な言葉ですが、それが満たされていない部分がやはりある。

武田▶「納得」「満足」は医学的な治療効果とは違う概念ですが、亡くなるとき、本人も家族も「在宅医療でよかった」と納得と満足を得られるのが究極の目標と言ってもいいかもしれませんね。

長尾▶全くその通りだと思います。

ところが、そうは言っても医療が発達してきた。救急車を呼んで病院に入れば何か奇跡が起こる、やはり皆そう思うのです。それに対して「呼ばないほうがいいです」なんてとても私には言えない。そのようなジレンマが常にある。

こんなおばあさんがいました。98歳で、お餅を詰まらせて心肺停止になった。私は娘さんと電話でやりとりをして、結局家族は救急搬送を希望された。救急救命医に「98歳のおばあさんに挿管するのですか」と聞かれると、家族は「してほしい」と言いました。それで病院に行って、息を吹き返して、その後3年生きたのです。

娘さんは、「やはりあのとき救急車を呼んでよかった。呼んでいなかったら後悔しただろう」と言っています。私はそのとき本当に難しいと思いました。このように、だめだと思っても病院に行ったら延命するケースもある。

すべての医療は「延命」だと思います。ただ、それではその医療という強力なパワーをどこまで追っていくのか、「やめどき」を見極めるのが極めて難しい。やり過ぎると逆に命を縮めてしまう。あるいはQOLや満足度を落としてしまう。

つまり、「延命」と「縮命」の分水嶺があるのではないか。分水嶺は誰も決められないし、定義できません。

でも、よく話し合ったり関係性ができていれば、皆で見つけることは可能ではないか。いままでは病院のカンファレンスも医療者だけでしたが、介護者を含め皆で話し合うプロセスが大事。個々の症例について地域ケア会議やサービス担当者会議で話し合っていくことも大事です。

1人の医者が総合的に診る

大島▶高齢者の病態を簡単に言うと、老化で身体が虚弱化して死に向かっていく過程に、生活習慣病のような慢性病が加わってくる。あえて病名をつければ「多病」、いくつも病名がつきます。

ある臓器の問題や障害の原因を見つけて取り除き、元の正常な機能に戻す、あるいは維持する

のが「治す医療」ですが、高齢者が「あそこも悪い。ここも悪い」というような場合、「臓器の正常」とはいったい何なのか。それぞれの専門家が健常成人の正常値に戻そうとすると何が起るのか。全体のバランスが崩れ、かえって悪くしてしまう。寿命の短縮につながるケースがある。

では、何を指すのか。あえて言えば自立機能が落ちないようにするという事なのです。高齢者医療の中で、そうしたコンセンサスができていくわけではないのですが、全体の機能を見て、「腎臓は80%ぐらいいいね」「肝臓は60%だ」と、各臓器のバランスを見ながら、その人が自立的に生活していくための至適な状態を見つけ、そこを目指していくような医療が、言ってみれば高齢者に対する良い医療ではないか。

これは1人の医者が総合的に診ていくことでしかできません。「健康」「正常」という概念そのものを根本から考え直さなければいけない。「病気でない」ことが健康という、「健康寿命」の考え方も改めていく必要がある。

「見放さない医師」が求められている

長尾 ▶ 先日90歳の男性が「風邪をひいた」と初診で来られました。5年前に心筋梗塞の既往歴があり、大病院の循環器科、神経内科、整形外科にかかっている。血圧で2種類、糖尿病で2種類、睡眠薬、骨粗鬆症、認知症など計18種類の薬が出ていました。そこに私が風邪に1~2種類出したら20種類を超える。学会のガイドラインに沿ってそれぞれ正しい治療をしても、必ず20種類近くになってきます。こうした多剤投与は、まさに臓器別・縦割り医療の象徴だと思います。

大島 ▶ 既にデータが出ていますね。東大の秋下雅弘先生が研究・検証していて、5剤以上で転倒が増え、6剤以上では副作用が圧倒的に多くなる。

長尾 ▶ やはり、かかりつけ医が一元的に管理して、責任をもって5種類以下にしないと。それも朝昼晩とか晩だけとかややこしいのではなく、朝だけ。認知機能が落ちると飲み忘れが出てくるの



武田俊彦（たけだとしひこ）

1959年生まれ。1983年東大法学部卒。同年旧厚生省入省。旧大蔵省主計局調査課、社会保険庁運営部医療保険課長、厚労省医政局経済課長、保険局国民健康保険課長、保険局総務課長、社会保障担当参事官などを経て2012年より現職。社会保障・税一体改革では医療・介護分野の政策立案に携わる。

で、そうしてあげることが必要なのです。

医者というのは寄り添うのは下手ですから、せめて薬の部分で寄り添う。その表現形が、この多剤投与の問題ではないかと思っています。

武田 ▶ そうしたかかりつけ医の機能に着目した、例えば診療報酬の点数があるかという、いまはないですね。それ1つとっても、いままできちんとした位置付けができていなかった。

日医・四病協合同提言のかかりつけ医の定義も、とても良いことが書いてあります。国民が本当に求めるのは最後まで見放さない医師であって、総合診療能力とは別の問題ですが、そうした医療側の覚悟があって初めて、国民が安心して老後を託せるのではないかという気がします。

大島 ▶ 医療というのは必ずしも100%患者の求める結果を保証できるようなものではありません。そうした中、何が信頼関係を担保できるのか。一番分かりやすいのは、治療成績の良い、治すことに卓越した能力を持っている専門医。そうした医



長尾和宏 (ながおかずひろ)

1958年生まれ。84年東京医大卒。阪大第二内科を経て95年兵庫県尼崎市で開業し、現在は複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所を経営。日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大客員教授。『「平穏死」10の条件』『抗がん剤10の「やめどき」』など著書多数。

者に対する信頼感というのは分かりやすい。

しかし一方で、いま武田さんがおっしゃった、国民が求める「最後まで見放さない医師」というのは、もう治らない、悪くなっていく状態の中でも患者に寄り添う。これは頭では理解できる。しかし、信頼関係という話になると、「何もやらなくても、そばにいてだけでいいでしょ」というレベルで捉えられかねない。

長尾▶少し極端な言い方をすれば、寄り添うことが好きな医師はかかりつけ医を目指せばいい。「寄り添うのは嫌だ。私は治すことに専念する」という医師は専門医として頑張ればいい。どちらも必要だと思うのです。ただ高齢者にとっては、かかりつけ医のほうがより必要ということです。

良いかかりつけ医を目指そう、患者側は良いかかりつけ医を探そうというマインド。そうした国民的なムードを高めることが必要です。厚労省的に言えば、英国のGP(General Practitioner)制度のように、管理医療という形がかかりつけ医を

決めて振り分けたいところかもしれません。しかし、これは医療界からも国民の側からも大きな反発が出てくる。やはりまずマインドを高めて、フリーアクセスの制限も自然の需要からそうならざるを得ないという形で進めないといけない。

大島▶「緩やかなゲートキーパー」という言い方をしたらいいと思いますね。

高齢者に機能特化した病院を

武田▶一部に少し誤解があるのは、国民会議で、紹介状がない大病院での外来受診に一定の自己負担を求める、それが「緩やかなゲートキーパー」機能とおっしゃる先生もいるのです。報告書にあるのはそのような意味ではなく、まずかかりつけ医機能で、どのような医療が必要かきちんとアドバイスしてくれるお医者さんが必要ということ。

我々は政策の立場なので、それではシステムとして、国民の間にかかりつけ医を普及させていくにはどうしたらいいか考えるわけですが、基本的にミクロな管理を行政がやるべきではない。「あなたはここの医者に行け」「このような医者に行ってはいけない」といった管理をするつもりはさらさらなくて、全体がうまく動けばいいのだと思うのです。

国民はどのようなときに医療に出会うか。多くの場合、いきなり救急車で病院に運ばれて、そこから始まるのです。いまは、そこから先がシステムとしてうまく機能していません。患者が転院先を探さなければいけない実態もあります。かかりつけ医の紹介は誰もしてくれない。どこにどのような在宅医がいるかも分からない。

大阪市で、実際にかかりつけ医紹介事業をやっている医師会があります。

長尾▶浪速区のブルーカード(病状急変時対応)システムですね。

武田▶先進事例だと思います。

かかりつけ医がシステムとして成り立つためには、やはり病院の問題もある。高齢者の急性期というのは特殊で専門的な知識と体制がいる範疇

ではないか、という話なのです。高齢者をきちんと受け入れる、治療できる、ふさわしいケアができる病院を増やしていかないと、かかりつけ医だけではこの高齢者の激増に対処できないと思います。

日医と四病協の合同提言に急性期病床の機能がたくさん書いてありますが(表2)、そのうち「在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する」「2次救急を担う」「地域包括ケアを推進するためにかかりつけ医、介護との連携、患者支援などの機能も有する」の3つが実は1グループになって、新たな急性期病床の姿を目指そうとしている。

いま経営的にはここが一番苦しいところなので、その機能をしっかり評価して救急もきちんと引き受けられるようにする。それまで診ていた先生と情報をやり取りしないと引き受けられないし、かかりつけ医がいない人には紹介する。それでシステムとして全体が機能するのだと思います。

診療所と病院のせっかくの合同提言を生かすような政策を進めていかなければいけない。高齢

者に機能特化した病院を、日本の医療提供体制の総力を挙げてつくらなければいけないと思います。

話し合うプロセスを重視

大島▶年間580万回の119番コールの中に非常に多くの高齢者がいて、しかもそのうち80~90%は2次救急以下で対応可能とすると、その何百万の人たちにどう適正な医療を提供するか。

「3次救急に行くのはやめなさい。必要はありませんよ」と言って、「分かりました」という話がきちんとできるような関係を構築できる。言ってみればそれが本当のかかりつけ医機能なのでしょう。

長尾▶医師はバッドニュースの伝え方が下手です。そのようなスキルを習得する機会はほとんどなくて、自分なりに経験から得たものでやっているのが現状だと思います。

しかし、かかりつけ医というのは、やはりそこが肝。治らないものにどう寄り添って話をする

表2 日医・四病協合同提言より～「病床区分(案)」

名称(仮称)	内容
高度急性期病床	・救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。
急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療を提供する機能を持つ病床。 ・急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する。 ・多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要。 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する。 ・2次救急を担う。 ・地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する。 </div>
回復期病床	・急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門のリハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できることとすべき。
慢性期病床	・長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床。

か。私がいま『日本医事新報』に連載している「平穩死シリーズ」も、まさにそこをどう話したらいいかがテーマで、私から言えばスキルだと思います。スキルですから理論的な裏付けがあり、普遍化できる。

簡単に言えば、話し合うプロセスを重視するということ。家族の概念が多様化しているので、配

偶者や子どもなどできるだけ多くの方と何度も話し合う。そうしたプロセスがあるから、かかりつけ医として信頼される。

そこには明確な結論はなく線引きもできません。平穩死させようというような話し合いではなく、たまたま、より良く生きるということを支えた結果が平穩死なのです。

助ける力があるから看取る力もある

大島▶ そうすると、「最後まで見放さない医師」というのは、いったいどのような資質トレーニングが必要なのでしょう。

長尾▶ 例えば後期研修を終わって、いきなり「在宅にきました」「何人看取りました」と言うのは、私はすごく反論がある。やはり、「私は何人治そうとしました」というのが医者だと思うのです。全敗かもしれない。でもそうしたチャレンジをしてスキルも上がってくるわけで、それなしに在宅や看取りをやる資格はないのではないか。

助ける力があるから看取る力もある。「これはやはり医療の適応だ」と見抜く力も求められています。トリアージをする能力が大事だと思います。

大島▶ すごく重要ですね。専門医は極めて答えが明快なのです。技術の差によってアウトカムがはっきり分かれてくるから言いわけのしようがない。

しかし最後に亡くなってしまうところは、悪い言い方をするとごまかしがきいてしまうのです。

長尾▶ まさにそうです。

大島▶ ごまかしがきくということは逆に、本人の自律機能が求められる。いかにきちんとやっていくのか、自分でregulationしていかなければいけない部分が非常に大きいと思うのです。

武田▶ どのように養成するのかというのは、非常に難しい問題です。勤務医であれば、周りのお医者さんにすぐ相談できるのですが、在宅を始める場合1人開業で、いきなり臨床の場に直

面して、周りに聞く人がいない状況になる。

長崎の「在宅Dr.ネット」のように、主治医・副主治医のネットワークを作っている地域もあります。地域に指導医的な在宅医がいて初年兵を指導する、相談にのるといった工夫がいるのではないかと気がします。

情報共有で密室性を克服

長尾▶ 病院で行われている医療というのは、外から見える。何例手術したとか、すごくオープンになっています。しかし、在宅は基本的にオープンではない。ブラックボックスです。かろうじて看取り数だけが一部メディアに流れていますが、それ以外は何も見えないのです。だから、選ぶ側も分からない。フリーアクセス云々の前に、まず選択できない。

ITCで情報を共有することで密室性は克服できる。病院が診療所をいつでもバックアップできる体制をつくることは非常に大事です。

患者さんや家族は、家にいるときの快適さ、QOLの高さと「治るかもしれない」を常に天秤にかけて揺れ動いた結果、救急車を呼んでしまう。

それで後悔もするわけで。病院と診療所の先生が患者情報を共有して、いつも見ていると思ったら、家族も安心するかもしれない。結果的に3次救急に行かないこともありうると思います。

武田▶ 病院と診療所の間をつなぐ、MSWや地域連携室の人がどう言うかもすごく大事ですね。

主体は本人の意思

大島 ▶ 私どものセンターでは、事前に「どのような終末期を迎えたいか」といった趣意書をとっています。そうすると、「寝たきりで自分の意思を示すこともできないような状況になったら、すべてやめてくれ」と言っている方が一定程度いるのですが、その通り終末期を迎えられたかという点、実態は相当違う。

長尾 ▶ まさに私が『「平穏死」10の条件』という本に書いたのはそのテーマです。国民の9割は延命治療は「嫌だ」と言っているのに、実際は多くが受けている。これにどう対峙すべきか。

実は、私の本は韓国でも売れているのです。これは親孝行という概念が強い儒教圏全体の悩み。本人の意思よりも、子どもとしては長く生きてほしい、それが親孝行だという考え方が根強い。

武田 ▶ 本人が「親孝行したい」というのと、周りが「あそこの息子は親不孝だ」というのと両方ありますね。

長尾 ▶ そうなのです。「平穏死」という親孝行。自己決定やリビング・ウィルは日本の風土になじまず、必要ないという意見もありますが、人間の尊厳とは何か考えたら、主体になるのはやはり自分の意思だと私は思うのです。

ただ、それだけでは決まらないので、家族、医療者、介護者全員で話し合いを重ねる。すなわちAdvance Care Planningを地域包括ケアでやっていかないといけない。

武田 ▶ 私も、「延命をどうしますか。AかBか、どちらかに丸を付けてください」というような医療にはならないと思います。

高齢になったときの医療体験というのは、誰も自分で経験できません。自分がどのように老いて最後どうなるのか、ほとんど分からない。そこをサポートするのが、やはりこれからの医療・介護専門職の役割ではないか。終末期をたくさんみてきた先生が、「いや、このようになっていて、このようなときは慌てないでこうすればいい」

と、皆にとって幸せな過程があるのだということ、きちんと教えていかなければいけないのではないかと思います。

大島 ▶ 正確なデータは全くないのですが、本人の意思が明確になっていて意思が達成されていくようなケースと、むしろ家族の意思が達成されていくケース。何か条件が変わると、そのように変わるのではないかと、という感じがするのです。

長尾 ▶ それはすごくあると思います。それはそれで悪くないと私は思っています。あえて標準化する必要はなくて、自然に任せたらいい。

まさに地域包括ケアというのは、意思とか価値観、情報をオープンにする、共有化するという意味だと思っているので、その中で標準化という点、国民や医療者・介護者の死生観に伴って、落ち着くところに落ち着いていくのでは。4~5年したら、だいぶ変わってくるのではないかと思いますね。

望まない医療を公費で扱うか

大島 ▶ もう1つ、財源の問題があります。

終末期の迎え方については、ものすごく価値観に違いがあって、先ほども言ったように、アンケートだけとれば、「意識もなくなり寝たきりの状況になったら、もう余分なことはやめてくれ」という人が圧倒的に多い。「どのような状況になっても最後まで徹底的に最高の医療をやってくれ」と言う人はまずいないわけです。

これを同じ公費で扱っていいのか、という問題が常にある。マクロで全体を考えれば、やはり合理的に、80~90%が望んでいる医療と10%しか望んでいない医療の間に差をつけても、お金がないのなら仕方ないという理屈は説得力がある。

しかし、これはなかなか口に出して言えない。現場でそのような状況に接しているとき、どのように考えていったらいいのでしょうか。

長尾 ▶ 非常に難しいテーマですね。一町医者として言うなら、私は人間の尊厳とお金は全く別だと思っております。やはり尊厳を一番に考える。純粋に

「その人らしい」ということを考えるだけで、「医療費がかかるから」という視点は、実は私の中ではゼロなのです。

要するに我々は弱い末端ですから、決められた制度の中でやっていだけ。もちろん思うところはたくさんありますが、言及すべきでないというのが基本的スタンスです。

しかし、どこかで頭打ちになってくるのは皆が感じているわけで、言葉は悪いですが、なるようにしかならないと思っています。

私は、TPPで大きく変わるのではないかと考えています。半分皮肉で言うのですが、「いまは日本は延命治療やり放題。やりたいだけやっていると国が言っているのだから受けてください。もう少ししたら、ほとんどの人は平穏死しかできません」と。ある意味真実だと思います。

ね、武田さんどうですか。助けてください。少し難し過ぎる。

「納得」「満足」が医療費削減につながる

武田▶医療費の無駄の削減というのはずっと言われていることですが、少なくとも、終末期医療に手をつけなければ医療保険財政が破綻するという状況には、いまはなっていないという認識だと思います。

むしろ終末期医療、あるいは高齢者医療の質を追求していくことで、ある程度医療費的にも収まるのではないかとというのが大方のコンセンサスではないか。そうは言ってもお金が足りなくなったら、ではどこを切るか、というステージに将来的になる可能性は否定しませんが。

だからと言って何もしなくていいのかというと、少なくとも医療費に約40兆円割っている現状、また医療従事者数を前提にすれば、サービスの組み替えによって、同じ医療費でもっとレベルの高い医療が実現できるのではないか。その1つが地域包括ケアということになる。

大島▶患者・国民にとって良い医療を追求し、より「納得」「満足」できる終末期にすることが、結

果として医療費の節減につながるというのが、一番望ましい形ではありますね。

診療報酬だけの誘導は危険

武田▶政策担当者的な見方からすると、国民会議では政策手段を議論している。これも新しいところ。非常に重要な指摘だと思うのは、「診療報酬だけの誘導は危険」という趣旨のことが書いてあり、私も実感としてそう思うのです。

点数を上げてそこを伸ばす、点数を下げて抑制していく、という単純なやり方では決して良い効果は生まれません。逆に働くことも結構ある。そうしたところを注意していかなければいけない。

「診療報酬で機能分化を進める」という一般論まではいいのです。「この病院はけしからんから採算割れの点数を付けてやれ」というようなことをするのではなく、急性期、慢性期、回復期、どの機能を選んでも経営が成り立つような点数を付けて、その代わり患者の受け入れや質の向上に頑張ったところにはきちんと点数が付く。それによって良い病院が生き残る。どこを選んだから不利、有利というのはないようにすべきです。

患者の数は決まっているわけですから、皆が急性期になりたいと言ってなれるわけではない。自然に機能分化が進むというような、抑制的なインセンティブでなければなりません。

長尾▶在宅についても、診療報酬の誘導だけではなく何か有効な数字、いまは看取り数だけですけども、往診数とか、そうした指標を1つ出させて公表することで縛りをかけていく手法もあるのではないかと思います。見られているから、この数字が低いと恥ずかしいから、頑張ろうというような。

武田▶一番、心しなければいけないのは、本当に頑張っているところが伸び、現場を歪める変なインセンティブにならないような政策体系をきちんと追求していくことです。あまりに診療報酬に寄りかかると、いままでの例で言うと弊害のほうが多かったのではないかと考えています。



医者が変われば医療の方向は決まる

長尾 ▶ 終末期の問題は、本当に「待ったなし」だと思います。地域ではやはり医師会と行政が中心になる。地域包括ケアのスピリットを各地の首長さんにまず理解していただき、浸透させていくことが早急に求められるのではないかと。

それから、日本老年医学会がもっと力を持たなければいけない。大学病院や教育機能病院も自己変革していかないといけないと思います。

武田 ▶ 2008年に社会保障国民会議がスタートしたときから今回の社会保障制度改革国民会議の報告書がまとまるまで、足かけ5年です。その間に私が強く感じたのは、医療・介護分野の改革は「もう待ったなし」の課題ということがいろいろな人に理解された。それなのに、5年間進まなかったと強く感じられているのではないかと。

そのような意味で、我々行政当局だけではなく、医療関係団体の方にも、いまこそやらなければいけないという雰囲気が出てきたというのは非常に大事だと思います。

終末期を考えたとき、誰1人として医療、介護両方のニーズから逃げられません。現場にはびこる縦割りを排して、医療は介護から逃げない、介護は医療から逃げない。医療と介護両方の望まし

い地域包括ケアを進めていくことが大事です。

言い古された言葉ではありますが、医療と介護の連携、チーム医療、多職種連携、このような言葉に魂を入れていく。それこそが地域包括ケアの実現であって、実際に自分が何をやらなければいけないか、皆が考える。それを我々もきちんと応援していくことが大事だというふうに、今日は思いました。

大島 ▶ 超高齢社会という人類未踏の社会に突入している中、社会全体の仕組みをどうみていくのか。21世紀型と言うのか、そういったものに変えていかなければいけないということが、いま本当に切実に求められている状況です。

大きなカギを握っているのは、やはり医療・介護です。いま医療が変わる分岐点にあって、最も大きな要素は医者が変わるということ。医者が本当に変われば、医療の大転換のほとんどの部分は方向が決まったと言えるのではないかと考えています。

医療界はその自覚を持ち、新しい社会に向けた羅針盤づくりについて、相当な覚悟と責任を持って臨んでいく必要があると強く感じています。

(2013.9.5)