

総説

わが国における高齢者医療の現況と今後に関する考察

－高齢者病棟で経験した症例を通して－

野村 秀明¹⁾ 奥村 修一²⁾ 関田 幹夫²⁾

The present state and the future prospects of geriatric medicine in Japan

－Through the clinical experiences of elderly patients－

Hideaki NOMURA¹⁾, Shuichi OKUMURA²⁾, and Mikio SEKITA²⁾

要 旨

わが国は、現在未曾有ともいえる人口の高齢化が進みつつあり、社会構造における様々な変革の必要性が叫ばれるようになってきた。医療制度もその例外でなく、医療そのものの継続性を念頭に、システム（制度）とファイナンス（経済性）の両面からの改変が急務となってきている。

医療の定義を「人の時間的、空間的、精神的活動域の拡大をはかる学問である」（戸田嘉秋神戸大学名誉教授）とすれば、これまでの医療は人の寿命の伸長、つまり時間的活動域の拡大に偏重してきた感は否めない。本来、時間的活動域と、空間的、精神的活動域の拡大は協立・並行するものではなく、時間的活動域の拡大のみに拘泥すれば、運動機能障害やアルツハイマー型認知症などの、空間的・精神的活動の障害の増加に繋がると考えられる。

筆者らが、日常の高齢者診療の中で経験した、適応外の強制栄養を継続される症例や遷延性意識障害症例、褥創症例を提示し、これらの症例を通じて見た日本の高齢者医療の現況と今後のあり方について考察する。

キーワード：高齢者医療、ケアの医療、運動機能障害、アルツハイマー型認知症

SUMMARY

The rapid and great progress of modern medicine has enabled to expand the human average life span, which brought all the countries, especially advanced ones including Japan, into being the elderly societies. On the other hand, on facing the burst increased number of the old people, the present geriatric medicine is facing on the edge of being made a novel paradigm shift for the future.

1) 保健科学部医療検査科（教育イノベーション機構）

2) ときわ病院 外科

“Medicine is a practical science for extending the chroral, spatial, and mental activities of human”, which were said by Dr. Yoshiaki Toda, who was the emeritus Professor of Kobe University. On reflections of the modern medicine, especially the geriatrics, based upon his words, it could not be denied that it puts the excessive emphasis on the chroral human activity, not spatial or mental one. It has resulted to the increased spatial and mental disorders, such as locomotive syndrome, sarcopenia syndrome and post-cerebral infarction cognition impairment, Alzheimer’s disease, respectively.

In the future vision of the geriatric medicine in Japan, we should adopt the more integrated viewpoints on it and make a directional shift from cure-oriented medicine to care-oriented one.

Key words : geriatric medicine, care-oriented medicine, locomotive syndrome, Alzheimer’s disease

はじめに

現代医療の急速な進歩は、平均寿命の伸長を実現し、先進国を中心に未曾有の高齢化社会への突入をもたらした。その一方で、高齢者人口の爆発的な増加を前に、これまでの高齢者医療（geriatric medicine）の見直しと、今後に向けての医療構造の改革（paradigm shift）を行う必要性が認識されてきている。

戸田嘉秋神戸大学名誉教授（衛生学）は“医療とは、人の時間的、空間的、精神的活動域の拡大をはかる学問の実践である”と定義された。この視点に立ってみると、これまでの医療は、専ら人の時間的活動域の拡大を図ることに主眼がおかれ、空間的・精神的活動の拡大は第二義的に捉えられてきた感は否めない。その結果、寿命の延長はもたらされたものの、一方で空間的活動の制限（ロコモティブ症候群、サルコペニア、寝たきりに伴う褥瘡等）や精神

的退行（アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管障害性認知症等）の増加を引き起こした（表1）。

本稿では、高齢者病棟における臨床症例を通じて、これまでの寿命延長のため行われてきた高齢者医療¹⁾を、その功罪二面より検討しなおすことを試みた。日本における「高齢者医療」の現況解析と検証は、既にわが国が直面し、今後さらに深刻化すると考えられる高齢化社会の進行に向け、医療の進むべき方向性を示唆するものと思われる。

高齢化する社会の実態

国連および米国々勢調査局によると、2014年10月1日現在の世界人口は72億1062万9400人と報告²⁾され、またその経時的推移をみても、近世に入ってから爆発的な増加を示し、人口増加はほぼ垂直に近い急上昇曲線を描いている（図1）。

表1 高齢者における空間的、精神的障害をきたす病態

空間的、精神的障害をきたす病態	
・空間的障害	ロコモティブ症候群(骨粗しょう症、変形性関節症、脊椎骨折、四肢骨折・変形)、サルコペニア症候群(栄養障害、筋萎縮)、感覚器障害(視力、聴力)
・精神的障害	脳血管性(脳出血、脳梗塞)認知症、アルツハイマー型認知症、レビー小体認知症、慢性硬膜下血腫に伴う認知障害、せん妄、うつ病、言語障害



図1 世界人口の推移

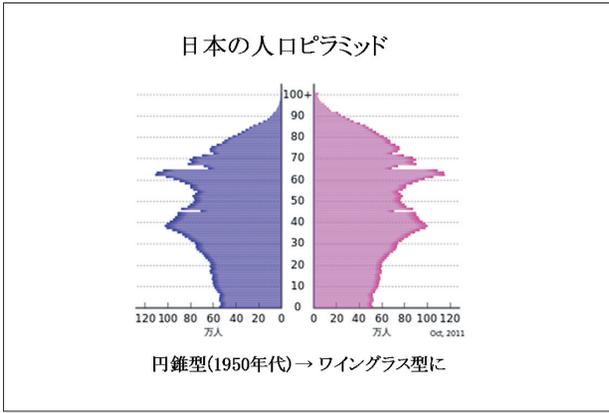


図2 日本の人口ピラミッド

日本の人口も世界人口と同様、急峻な増加を経てきたが、2010年の1億2805万7352人をピークに徐々に減少傾向に転じ、人口年齢分布を表す人口ピラミッドも円錐型（1950年代）からワイングラス型に移行（図2）しつつある。これは我が国の少子高齢化が急速に加速していることを表しており、実際に65歳以上の高齢者人口は3296万1800人（2014.9.15 敬老の日、総務省発表）³⁾と全人口の25.9%を占めるようになった。今後、この高齢化率は2050年には40%超となると試算されている。世界保健機構（WHO）は、「高齢社会」、「超高齢社会」を65歳以上の人口が全人口の14%、21%を超える社会としているが、わが国はいまや完全な超高齢社会に突入したことに疑いはない。さらに、わが国の平均寿命をみると、その伸長は特に目ざましく、男性80.2歳、女性86.6歳（平成25年厚生労働省発表）とそれぞれ世界4位、世界1位にランクされるに至った。

これらのデータの伸長は、公衆衛生などの社会医学も含めた現代医学の目ざましい進歩によるところが大きい。一方でこれまでの医療体制のsustainability（今後も継続していくことの可能性と妥当性）に関しては、疑問が投げかけられていることも事実である。

わが国の医療、福祉および介護制度の現況

わが国における医療制度、特に高齢者医療制度は複雑であり、病床数が20床を越える病院は、急性

期疾患の治療を中心に行う一般病棟と、慢性期疾患を対象とした療養病棟に分類されている。高齢者も、急性期疾患（手術を要する外科的疾患や救急疾患、慢性疾患の急性増悪など）は一般病棟に、そして社会復帰や在宅に向けてのリハビリを要する慢性期疾患や急性疾患後遺症は療養病棟（介護療養型医療施設）にて治療を受ける。さらに、病院以外に、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、居宅サービス（訪問介護、デイサービス、ショートステイ）があり、それらの施設での介護サービス受給者内訳概数は、平成23年の厚生労働省報告⁴⁾によれば表2のようになる。同報告では、入所型115万人、居宅型380万人で、総数は約380万人となっているが、その一方で、要介護認定を受けた高齢者の総数は年々増加の一途にあり、現在は500万人を上回ると推計されている。近年、認知症向けのグループホームや民間経営の介護施設の増設もみられてきてはいるものの、高齢者介護施設の絶対数は未だ不足し、介護政策は充分に対応できていないのが現状である。

医療経済的側面をみると、国民医療費の高騰は、平成24年の厚生労働省報告⁵⁾によれば、累算的な増加を示しており、今や40兆円を越え、国民所得の10%超を占める。この国民医療費の増加は、高齢者医療の伸びに依存していることは明らかで、総医療費に占める高齢者医療費の割合も50%を越えつつある。このように医療制度（システム）や医療

表2 日本の高齢者医療・介護システム

日本の高齢者医療・介護システムと入院・入所者概数 (厚生労働省平成23年度実態調査) 入院・入所高齢者数	
医療機関	
病院	
一般病棟	
療養病棟	15万人
介護機関	
入所型施設	
介護老人福祉施設（特養）	53万人
介護老人保健施設（老健）	47万人
居宅サービス （訪問介護、デイサービス、ショートステイ）	265万人

経済（ファイナンシャル）といったハード面からも、現在の高齢者医療を継続することは非常に困難であると考えられ、今後医療レベルを落とすことなく医療費の削減を図るためには、医療の適応を含めた根本的構造改革について再考する必要があることを示している。

高齢者医療の現況と問題点

わが国における高齢者医療の現況と問題点についてみる。ここでは、著者が医療施設（一般病棟、療養病棟）で実際に経験した高齢者症例を提示しつつ、現況とその問題点について考察する。

I 遷延性の意識障害

わが国の死因の第3位である脳血管障害は、近年減少傾向にあるものの、年間134万人が罹患し13万人が死に至る国民的疾患である⁶⁾ ことになりはしない。この脳血管障害（脳卒中）から生還しても、その後の血管障害性後遺症としての意識障害は多く、その他に老人性認知症やアルツハイマー型認知症も増加の傾向にあり、回復不能な遷延性の意識障害を有する高齢者患者は8万人を超えると推計⁶⁾ されている。これらの遷延性意識障害患者が、誤嚥性肺炎などの合併症を併発すると一般病棟に入院して治療を受けることになるが、症状改善の後も転院先が見つからず、そのまま一般病棟での継続入院を余儀なくされることも少なくない。

【症例1】90歳 男性 脳梗塞後遺症 88歳時、広範囲出血性脳梗塞をおこし、緊急入院。治療により救命されるも、高度の意識障害を来たした。呼吸不全と頻回に繰り返す誤嚥性肺炎に対して、気管切開術を置き、気管カニューレ、人工呼吸器が装着された。経口摂取不能のため胃チューブ挿入、栄養療法のため胃瘻造設術が施行された。

【症例2】81歳、男性 クモ膜下出血後遺症 6年前クモ膜下出血を起こし、意識障害と右半身の片麻痺をきたす。介護老人保健施設に入所していたが、年に数度となく誤嚥性肺炎を併発し、一般病棟での治療を受けている。一般病棟での入院が長引くと元

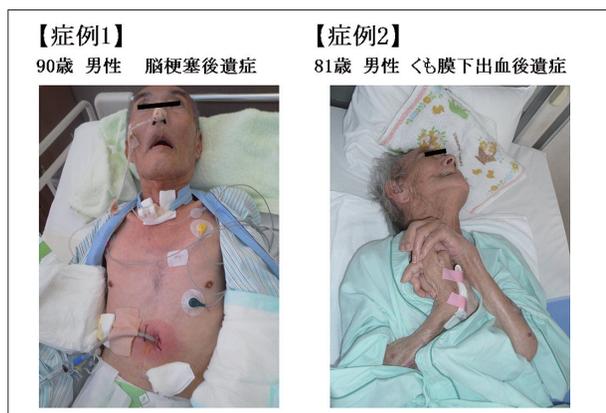


図3 症例1、症例2の写真

の介護老人保健施設には戻れず、一般病棟で継続入院となる。

以上の2症例（図3）はともに、一般病棟での入院が3ヶ月を越えて、症状固定が見られたため、転院を迫られているものの、行き先が決まっていないという状況である。

【症例3】89歳 女性 脳梗塞後遺症 病悩期間4年

4年前に脳梗塞発症し、一般病棟にて加療の後、療養病棟に転科。療養病棟で継続入院しているが、重度の意識障害と運動障害のため、リハビリの適応はない。

【症例4】78歳 女性 大腿骨頸部骨折、脳出血後遺症 病悩期間7年

10年前に右大腿骨頸部骨折にて人工骨頭置換術を受けるも運動障害を残す。7年前、脳出血を来し、再入院。重度の運動障害と意識障害症状が固定化している。

以上の2例（図4）は、いずれも本来リハビリが



高度の四肢拘縮と回復不能な遷延性意識障害

図4 症例3、症例4の写真

目的の療養病棟に長期入院されている症例である。いずれも脳血管障害（脳卒中）後の高度の意識障害（回復不能な遷延性意識障害）と運動障害により高度に四肢拘縮を来している、いわゆる「寝たきり」症例である。病脳期間が長期のため、入院費包括化算定法により、いくつかの療養病棟を転々としているのが現状で、面会に訪れる身寄りもなく介護施設への転院もかなわないという状況である。

II 強制栄養

1968年のDudrickら⁷⁾による中心静脈栄養法（TPN）の開発と1999年のWilmore⁸⁾による経腸栄養（EN）の本格的な臨床導入に端を発した臨床栄養の進歩は目ざましく、医療への寄与は計り知れない。その一方で、これらのTPNや内視鏡的胃瘻造設（PEG）によるENの拡大適応（適応外の高齢者にも安易に行う）が、高齢者患者の人間の尊厳を奪ってしまっているという現場も少なからず見られる。以下に典型的な2症例（図5）を提示する。

【症例5】88歳 女性 腰椎圧迫骨折、多発性脳梗塞後遺症 病脳期間4年

意識障害が高度で、嚥下障害があるため、静脈路が確保し難いという理由で右鼠蹊部より中心静脈カテーテルが挿入され、高カロリー輸液（1800kcal/日）が連日投与されている。

【症例6】80歳 男性 広範囲脳出血後遺症 病脳期間3年

経口摂取にて頻回の誤嚥性肺炎を併発。家族の希望もあり、内視鏡的胃瘻造設術（PEG）が行われ、経腸栄養剤（2000kcal/日）が胃内投与されている。



図5 強制栄養下の患者（症例5、症例6）

上記の2症例は、終末期と考えられる高齢者患者であるにもかかわらず、強制的な高カロリー栄養投与が施行・継続されている。それを望む家族の希望をうけいれざるを得ない場合もあるが、医学的には強制栄養による延命が患者の尊厳を損なうこと⁹⁾も少なくなく、これらの積極的医療が患者に恩恵を与えているとは言い難い。今後は栄養療法の適応に関する再検討とコンセンサスが必要であり、標準化された臨床栄養ガイドラインの制定や普及が急務となる。

III 可動障害と褥瘡

前述のように、65歳以上の高齢者が全人口の1/4超となったわが国では、ロコモティブ症候群といわれる身体運動障害は400万人を越え、そのうちでも自発的運動が全く障害されている、いわゆる「寝たきり状態」にある人は230万人を越えると報告¹⁰⁾されている。そして、その5～8人に1人の割合で褥瘡（床ずれ）が発生している。

褥瘡は様々な基礎疾患を有する人が自発的に体位変換できない状態になると仙骨部を中心に下腿や踵部に発生が見られ、単に皮膚や真皮の組織壊死にとどまらず、皮下組織を越え、筋肉や腱、さらには関節や骨にまで至ることがある。感染を伴う褥瘡では適切な排膿を行わないと全身疾患（敗血症）を引き起こし致命的となる。

実際、欧米に比べ「寝たきり状態」の患者が多いわが国では、療養病棟では4.8%、介護病棟では6.3%、老人保健施設で7～10%、さらに在宅介護（訪問看護ステーション）でも10%以上の褥瘡の発生を見、一旦発生するとその治療には多大な経費と労働力（時間）を費やすことになる。米国の報告では、褥瘡が生じると1日あたり80ドルの費用がかかり、医療者は29分の労働時間が割かれると報告されている¹¹⁾。

以下、可動性障害により筋力低下や関節拘縮を来し、体動不能のため、深達度III度以上の3症例の褥瘡をきたした症例を提示（図6）する。それぞれ、症例7は左下腿部、症例8は仙骨部、そして症例9は右踵部に生じた褥瘡である。これらは壊死組織に

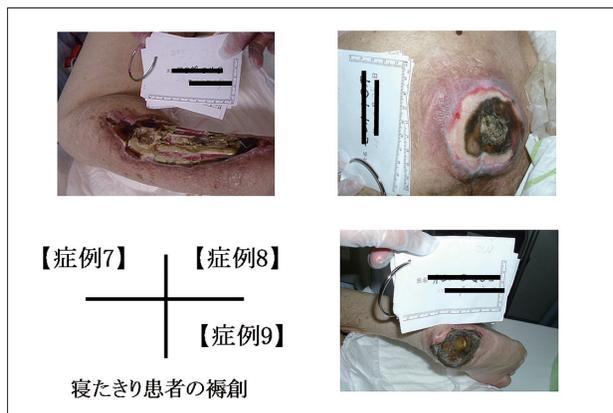


図6 寝たきり患者に発生した褥創（症例7、症例8、症例9）

感染を併発し、適切な切開排膿を行わなければ、敗血症への進行も免れない症例であった。

以上の9症例を通じて示した高齢者患者の各問題点は、ほとんどが複数個の問題点を合併所有しているのが特徴であり、日本は世界的な長寿国を達成したとはいえ、実際は「寝たきり老人の長寿国」となっているのが実情である。

以上に提示した症例に加え、今回は提示していないが、筆者が高齢者医療を通じて経験した症例に基づいて、現在の日本における高齢者終末期医療の現場でみられる混乱や問題点を以下に列挙すると以下のようなになる。1. 慢性終末期患者が急性合併症を併発すると一般病棟で加療された後、介護施設不足のため、そのまま一般病棟や療養病棟で継続的入院治療が行われる。2. 意識障害に伴う嚥下障害患者への、適応のない胃瘻造設（PEG）や中心静脈カテーテル（TPN）挿入による強制栄養が行われる。3. 85歳を超える高齢者のがん患者に対する適応のない外科手術療法が施行される。4. 治療困難である高齢者がん患者に対しても抗がん剤化学療法が行われる。5. 終末期高齢者患者にも多剤併用抗生剤投与が行われる。6. 終末期高齢者患者の臨終に人工呼吸や心臓マッサージなどの心肺蘇生術が行われるなどが挙げられる。これらは、高齢者の“終末期医療”や“看取り介護”に関する医療者を含めた国民全体の無知と認識不足からくるもので、次に述べる、治療と介助（キュアとケア）の狭間で混乱する高齢者医療の実態を浮き彫りにしている。

高齢者医療の今後

近年、現代医療は延命や生存率の向上など、寿命の延長する治療のみに専念し、ともすれば患者不在の偏重した医療に陥りがちであったことへの反省から、その構造的改革の必要性がせまられてきている。つまり、医療の基本姿勢が従来の威圧的 Paternalism から、患者側に立った Partnership へ、また Cure 一辺倒から、個々の患者に応じた Care への変換が提唱されるようになった。そして、このような構造改革と意識改革の導入が最も必要で、急務であるのが「高齢者医療」といえる。

高齢者病棟を回診する日々の診療の中で、“果たして医療は高齢者に幸福をもたらしたか？”という疑問に、医療者は直面する（図7）。今の医療、特に高齢者医療は、本来、時間・空間・精神の三領域の拡張を図るべきもの（表3）でありながら、時間というものに偏重しすぎてきたのではないか。その結果、症例で示したような意識障害を伴った、寝たきり長寿国を産んでしまったのではないかと、この疑問がわき上がる。

高齢者医療を論じる時「死」の問題をおいては語れない。Man is mortal. とされるように、人は



図7 高齢者病棟回診

表3 戸田嘉秋名誉教授（神戸大学）医療の定義

“医学とは、人の時間的、空間的、精神的活動域の拡大を計る学問であり、医療とは、その実践である”

神戸大学医学部

戸田嘉秋名誉教授（衛生学）

必ず死ぬものであるから、何人（なんびと）も自らの死には関心は高く、「万人にとって、どのような終末期（死）が望ましいものであるか」を探ることはまた、医学の範疇であり、かつ大きな主題である。

近年、人は穏やかに、そして人としての尊厳を保ちつつ生を終えることの重要性が認識され始め、生きている間の「生の質（QOL：Quality Of Life）」に擬えて「死の質（QOD：Quality Of Death）」という概念（表4）が提唱されるようになってきた¹³⁾¹⁴⁾。

QODでは「尊厳死」の認知と「終末期医療」の普及が中心命題であり、終末期医療専門制度、ホスピスの普及率、尊厳死に関する理解と環境整備などの項目について、QODの質と達成度を比較する「死の質ランキング」が発表された。この英国経済紙 Economist が行った調査¹⁵⁾では、OECD（経済協力開発機構）を中心にした40か国のうち、上位は欧米が占め、日本は23位と低い評価となった（図8）。QOLでは先進国であるわが国が、なぜ未だQODに関しては発展途上国であるのだろうか。QOLの先進国へと押し上げてきた日本の高度医療

の進歩が、患者生命の延長を第一義として優先する治療優先の医療を先走りさせ過ぎたことは否めない。長寿の「功」に対して、キュアとケアのバランスを欠いた医療が行われている「罪」が指摘され、加えて「死のランキング」にあるように尊厳死（death with dignity）の認知と理解が、わが国は未だ乏しいと言わざるを得ない。

かかる社会情勢の中、わが国でも最近では、尊厳死を望むことを生前から意思宣言し、リビングウィル（生前の意思）として書き記すことも少しずつ拡がりを見せ、自らのエンディングノートに、尊厳死を受けようとする意思表示を記すことを勧める運動も展開されるようになってきていることは望ましい。

おわりに

現代医療は、戸田名誉教授の言に則って言えば、確かに人の時間的活動域を拡げはしたが、空間的活動制限や精神的退行の増加を引き起こしたことも事実である。わが国の医療・介護制度の見直しとともに、医療における構造的・意識的改革は必要で、特に高齢者における術後のQOL（生の質）を無視した手術療法の拡大適応や、適応のない強制栄養などに見られる生命の時間的延長に偏重した医療のあり方は見直されるべき変曲点にある。

今後、わが国における高齢者医療は、時間的な寿命の延長のみでなく、空間的・精神的活動域の維持や、被医療者の人としての尊厳が重視されるQOD（死の質）を考慮した、総合的な医療、終末期医療の適応が図られるべきであろう。

参考文献

- 1) 野村秀明、大柳治正：老年者の肝予備能からみた周術期管理．外科 51（2），170-176, 1997.
- 2) 世界保健機構（WHO）World Health Statistics 2014 http://memorva.jp/ranking/unfpa/who_whs_2014_population.php, 5.15.2014.
- 3) 総務省統計局、人口推計

表4 生活の質（QOL）と死の質（QOD）

<p><u>生活の質（Quality of Life：QOL）</u></p> <p>身体的および精神的な人間としての生活の満足度と自己実現を質的に表す概念</p>
<p><u>死の質（Quality of Death：QOD）</u></p> <p>終末期におけるQOL 人生の最期において、いかにその人が生命を持つ個人としての尊厳を保ちつつ、安らかに死を迎えることができるか</p>

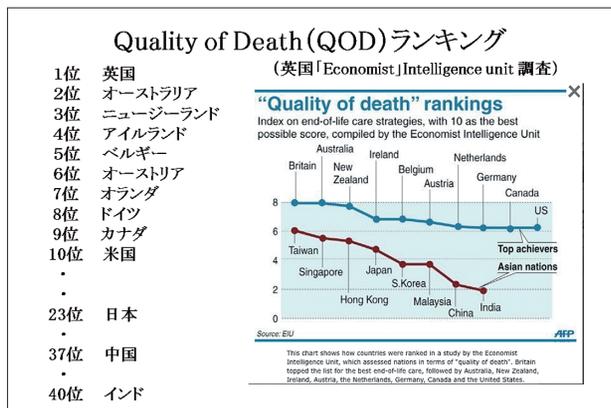


図8 QODの世界ランキング（OECD40ヶ国比較）

- <http://www.stat.go.jp/data/jinsui>, 6.1.2014.
- 4) 中央医療協会、医療提供体制
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vpkq-att/2r9852000001vpok.pdf>, 11.25.2012.
- 5) 厚生労働省、国民医療費
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>, 10.8.2014.
- 6) 日本生活習慣病予防協会
http://mhlab.jp/malab_calendar/02.php, 9.22.2104.
- 7) Dudrick SJ, Wilmore DW, Vars HM, Rhoads JE: Long-term total parenteral nutrition with growth, development, and positive nitrogen balance. *Surgery* 1968, 64:134-142.
- 8) Wirmore, D. W. : Postoperative Protein Sparing. *World. J. Surg.*, 23, 545-52, 1999.
- 9) 野村秀明、西松信一：高齢者一経口摂取不能患者．経静脈治療マニュアル 362-371, (メディカルレビュー社：東京), 2000.
- 10) 大浦武彦：褥瘡管理における近代的ドレッシング材使用と伝統的ドレッシング材使用の費用対効果に関するアクティビティ・ベースド・コストリング手法を用いた臨床的比較研究，日本老年学会誌，34, 12-23, 2009.
- 11) Frantz,R.A. : The cost of treating pressure ulcer in a long term care facility. *Decubitus* 4, 7-45, 1991.
- 12) 首相官邸、社会保障制度改革国民会議・議事・資料 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai19/gijisidai.html>, 8.2.2014.
- 13) 後藤文夫：超高齢者医療の現場から，(中央公論新社：東京), 2011.
- 14) The Economist, Economist Intelligence Unit, Quality of Death Ranking end-of-life care across the world.
[http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf#search='QOD% 2C Economist Intelligence Unit:The quality of](http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf#search='QOD%20Economist%20Intelligence%20Unit:The%20quality%20of%20death%20Ranking%20end-of-life%20care%20across%20the%20world.')
- death Ranking end-of-life care across the world, 11.10.2010.