

薬から食へ

~これからの在宅ケアに必要な視点

日本在宅ケアアライアンス 副理事長

武田俊彦

岩手医科大学 医学部 客員教授 元厚生労働省 医政局長、医薬・生活衛生局長



自己紹介

昭和34年生まれ

- 昭和58年 厚生省 入省
- (入省後、厚生省内各部局、大蔵省、ニューヨーク勤務、北海道勤務を経験)
- 平成12年~23年 医療行政を主に担当(政策医療課長など)
- 平成23年~24年 社会保障担当参事官(社会保障・税一体改革等)
- 平成24年~26年 総務省出向 (消防庁審議官)
- 平成26年~27年 官房審議官(医療保険担当)
- 平成27年~28年 政策統括官(社会保障担当)
- ・ 平成28年~29年 医薬・生活衛生局長
- 平成29年~30年 医政局長
- 平成30年7月 退官

現在、 ボストン コンサルティング グループ シニア・アドバイザー、 岩手医科大学 医学部 客員教授 (一般社団法人) 日本在宅ケアアライアンス 副理事長 など

薬から食へ

~これからの在宅ケアに必要な視点

日本在宅ケアアライアンスのご紹介



一般社団法人

日本在宅ケアアライアンスとは

日本在宅ケアアライアンス (Japan Home Health Care Alliance:JHHCA) は、2014年11月23日に発表された「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する専門職・学術団体が結集し、2015年3月に設立されました。そして2020年11月、在宅ケアの普及・推進・向上のため、一般社団法人を設立しました。



一般社団法人日本在宅ケアアライアンス設立社員総会



引 目指すもの



日本在宅ケアアライアンスは、在宅ケアにかかわる専門職・学術団体等による 多職種の連合体として、以下のことを目指します。



在宅ケアの質の向上及び普及

- *質の高い在宅ケアを普及するためのサービスモデルの構築を目指します。
- *在宅ケアにかかわるデータの蓄積とエビデンスの構築を目指します。



連携における課題の共有と解決

- *在宅ケアにかかわる多職種の連携上の課題を明確化します。
- *課題の共有・解決に必要な概念・スキーム等を整理します。



関連団体のネットワーク化と協働的取り組みの促進

- *在宅ケアにかかわる様々な団体を結ぶネットワークを構築します。
- *各団体の取り組みについての情報を共有し、協働的取り組みを促進します。

アライアンス2021年度研究事業(予定)

- 入院在宅移行のための多職種による連携モデル構築 の研究
- 食支援を軸とした多職種連携モデル構築の研究
- 在宅医療における介護職の専門性についての基礎的 研究
- 在宅医療の質についての基礎的研究

薬から食へ

~これからの在宅ケアに必要な視点

ものから技術へ、薬から食事へ

これからの診療報酬

[モノから技術へ、薬から食事へ] の転換を

-厚労省・武田俊彦大臣官房審議官(医療保険担当)に聞く

概要 ─ 今後の診療報酬の評価について 「モノから技術へ、薬から食事へ」の転換を主張する厚労 省官僚がいる。診療報酬を担当する保険局の幹部、武田俊彦氏にその真意を聞いた。

―まず「モノから技術へ」の意味を教えて下さい。

モノの代表例は薬、医療機器です。医療費の中で 薬剤・医療機器の割合は、薬価引下げによりかなり 適正化してきた歴史がありますが、この10年ほど は比率が上昇しています。今後も薬をたくさん出す と診療報酬上の評価も高くなることを志向するより は、もっと、医師や薬剤師の技術の評価を重視した ほうがいいのではないかと考えています。

今後は人口の高齢化が進みますが、高齢者の医療 は若い人の医療と考え方が変わります。これは大臣 直轄の有識者懇談会の政策提言『保健医療2035』に も書いてありますが、高齢者になると"キュア"よ り "ケア" の発想が大事になる。薬や医療機器を使 って治す医療から、患者さんに寄り添い支えていく 医療を重視しなければならない。



日本医事新報 2015.8.22 より

たけだ としひこ 1983年東大法学部卒。社会保障・税一体 改革では医療・介護分野の政策を立案。2014年7月から現職。 TwitterなどSNSでの情報発信も行う

投薬されているというデータ(次頁図)をお示しし ましたが、おそらく、こうした実態は善意の積み重 ねだと思います。患者さんが症状を訴えれば、処方 さらに専門家からは、多剤投与が高齢者の生活の質を下げているという実態も勉強させていただきました。薬を減らすことで、認知症のような症状が治まり、食欲が出て健康状態が良くなる事例が多数報告されています。医師や薬剤師が薬を一元管理し、管理栄養士が高齢者にふさわしい食の支援を行うことで高齢者に元気になってもらい、それが医療費適正化につながるなら、厚労省としてやらない手はないだろうし、それは経済財政諮問会議や『保健医療2035』の予防重視の路線にも沿います。

――平均寿命と健康寿命の差、つまり要介護状態の 期間は男性で9年、女性で13年。長いですね。

はい。いかに健康寿命を延ばすかが大事です。それにはできるだけ自分の口で食べるという目標が分かりやすく、かつ重要です。胃ろうの問題が典型的ですが、今まで医療現場では医療的処置が中心で、食の支援はあまり重視されていなかったように感じます。それを少しでも方向転換したいですね。

記者の眼 現場医師との交流に積極的な武田氏。ある請演での「現場のニーズに追いつく政策をしたい」との発言にも現場主義が表れる。なおフレイルには厚労省も注目。日本と同様に人口高齢化が進むフランスは、国家戦略としてすでにフレイル対策に乗り出している。(N)

薬から食へ、をテーマに

(例)

- 2016 0214 社会歯科学会(日本歯科学研究会)
- 2016 0109 病態栄養学会
- 2021 0823 第8回日本在宅栄養管理学会学術総会
- 2022 1211 プライマリ・ケア連合学会認定薬剤師研修会
- 2023 0224 台湾医務管理学会



社團法人台灣醫務管理學會

【增加健康投資·強化國家競爭力高峰論壇】





Overcoming the Aging with an Emphasis on medical care, total care support, and Prevention

- From "Cure" to "Life support care".
- "From medicines to eating"; Leaving from medical treatment, more emphasis on care at home
- Number of drugs for elderly should be reduced.
- It is important to have ACP to think about medical care in the final stage of their life.
- Another theme is prevention. Japan started to provide health checkups and guidance to all citizens in 2008.
- Frailty measures are necessary to prevent medical care and nursing care for the elderly. In recent years, they have been focusing on it.

日米財界人会議に参加 (2016.11.4)~産業界のトップの方々にも「薬から食」



(抜粋)

私が最近提唱している考え方があります。それは、「薬から食へ」というものです。医薬品企業の方々には、あまり歓迎される考え方ではないかもしれませんが、健康に関する問題をすべて薬で解決しようというのは正しい方向とは思えません。まして、我が国は薬に医師も患者も頼る傾向が強いように思います。高齢化と医師の専門分化とあいまって、今や我が国では多くの患者が10種類以上の薬を投薬され、自宅に大量の薬が残っていると言う実態も報告されています。医薬品は、必要以上に消費されていいものではありませんし、単なる寿命より健康寿命、単なる延命より最期まで幸せな生活を送ることが大事なのではないでしょうか。

薬から食へ

~これからの在宅ケアに必要な視点

厚生労働省が打ち出した中長期的視点

厚生労働省ホームページより



ご挨拶 MESSAGE

会議概要 CONCEPT

レポート REPORT

メンバー MEMBER

意見募集 OPINION

シンポジウム SYMPOSIUM

推進シティ MODELCITY

日本は 健康 先進国へ。

2035年への 新ビジョン公開中。⊙

2035年を見据えた保健医療政策のビジョンを。

Developing a vision of Japan's health care policies for the year 2035.

JAPAN VISION: HEALTH CARE 2035

保健医療2035推進シティ 参画市町村募集中!







2035年に向けての課題と展望

- □ 保健医療ニーズの増大、社会環境・価値の多様化、格差の増大、グローバル化の進展
- □ 単なる負担増と給付削減による現行制 度の維持を目的とするのではなく、価 値やビジョンを共有し、新たな「社会 システム」としての保健医療の再構築 が必要
- □ 世界最高の健康水準を維持すると同時 に、保健医療分野における技術やシス テムの革新を通じて我が国の経済成長 や発展の主軸として寄与
- □ 財政再建にも真摯に向き合い、我が国 の経済財政に積極的に貢献
- □ 少子高齢社会を乗り越え、日本がさら に発展し、これから高齢化に直面する 国際社会をリードすることで、健康長 寿大国としての地位を確立





資料5

中長期的視点に立った社会保障政策の展開

平成27年5月26日 塩崎臨時議員提出資料

|| 中長期的視点に立った社会保障政策の展開について①

社会保障制度改革国民会議報告書(平成25(2013)年8月)

社会保障の機能の充実と給付の重 点化・効率化、負担の増大の抑制等 の理念の下で以下の改革を推進

- 〇子ども・子育て支援新制度等に基 づいた施策の着実な実施
- 〇医療の機能分化とネットワークの 構築、医療の在り方の変化
- ○医療保険の財政基盤の安定化、給 付の重点化効率化
- 〇年金の長期的な持続可能性とセーフティネット機能の強化 等

諮問会議での指摘事項 (平成27(2015)年)

以下の二点を基本視点に集中改革期間に 改革を進める。

- ①公的分野の産業化
- ・データ利用の拡大、・多様な事業者の参 画拡大、・医療関係者の活動範囲の拡 大、・多様なサービス
- ②インセンティブ改革
- ・制度の見直し、・健康ポイント・病床再編、・見える化の推進、・所得等に応じた負担、・保険収載範囲の見直し

中長期的視点(保健医療2035策定懇談会 (平成27(2015)年2月~)の議論より)

単なる負担増と給付削減による現行制度の 維持を目的とするのではなく、イノベーションを 活用したシステムとしての保健医療を再構築 し、経済財政にも貢献

- <具体的なアクション(例)>
- ○医療等分野の番号を用いた情報統合による 質の向上
- 〇アウトカム指標に基づく報酬体系への移行
- ○過剰医療の削減や医療サービスのベンチ マーキング
- 〇上記による、患者の主体的な選択の支援 等

経済再生と財政健全化を両立させる新たな社会保障政策

- ①社会保障の充実・強化と効率化の同時達成
- ②経済財政と調和のとれた社会保障制度
- ③20年後を見据えた課題解決への取り組み

3本柱からなる 政策パッケージ

I 社会保障の充実強化

Ⅱ 新たな視点に立った社会保障政策

- ① 地域包括ケアシステムの構築:医療介護サービス体制の改革
- ② 保険者が本来機能を 発揮し、国民が自ら 取り組む健康社会の実現
- ③ グローバル視 点の医薬品政策
- ④ 医療・介護の産業化と国際貢献
- ⑤ 負担能力に応 じた公平な負担

しんの 施策を総合的・一体的に推進

高齢化対応・健康長寿モデルの実現

医療費等の伸びの抑制



重点改革事項① 保険者が本来の機能を発揮し、国民が自ら取り組む健康社会の実現

〇現役世代からの健康づくりの推進

(1)生活習慣病予防対策(一次予防)

- ・特定健診・特定保健指導の受診率向上に向けた 取組を推進し、メタボリックシンドローム該当者の減 少や糖尿病有病者の増加を抑制
- 医療機関における禁煙支援・禁煙治療や健診・ 保健指導における禁煙支援を一層推進、たばこ 税の引上げなど

【インセンティブ改革】 【関連産業の振興】 保険制度の 分析 インセンティブ 保険者 福利厚生 管理 •健康経営銘柄 表彰制度 個人の 健康支援 【保険者の強化】

(2)生活習慣病の重症化予防対策(二次予防)

・データ分析に基づく、医療機関と連携した糖尿病性腎症の重症化予防(効果額:約0.2兆円)、脳卒中・心筋 梗塞の再発予防など(参考資料P15「糖尿病重症化予防事業(協会けんぽの例)」、P16「広島県呉市国保の事例」参照)

インセンティブ改革(制度改革を活用・前倒し実施)

個人の予防・健康づくりに向けた取組に応じてヘルスケアポイントを付与

[平成27(2015)年度にガイドライン策定・周知]

- 予防・健康づくりなど医療費適正化に積極的に取り組む保険者を支援 「平成27(2015)年度から後発医薬品の使用促進・重症化予防など、後期高齢者支援金の加減算制度の新 たな指標等を検討]
- ※データヘルスの実効性を高める保険者規模を確保する取組(参考資料P12「ドイツと日本の保険者」参照)や、保険者 におけるレセプトデータ等を活用した重複受診等を防止するための保健指導等も併せて推進

●高齢期の疾病予防・介護予防等の推進

・高齢者の虚弱(「フレイル」)に対する総合対策

[平成28(2016)年度、栄養指導等のモデル事業を実施。食の支援等、順次拡大]

- ・「見える化」等による介護予防等の更なる促進
- ・高齢者の肺炎予防の推進(効果額:約0.1兆円)
- 認知症総合戦略(新オレンジプラン)の推進

他にも、個別疾患対策に よる重症化予防も実施 (例)

・C型肝炎に対する医療費 助成を通じた重症化予防 (効果額:約0.1兆円)

5

高齢者の虚弱(「フレイル」)について

「フレイル」とは 加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能 障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

加齢に伴う変化 ・食欲の低下 ・活動量の低下(社会交流の減少) ・筋力低下

- ·認知機能低下
- 多くの病気をかかえている

危険な加齢の兆候 (老年症候群)

- ·低栄養
- 転倒、サルコペニア
- ·尿失禁
- ·軽度認知障害(MCI)

フレイルの多面性

閉じこもり、孤食

社会的

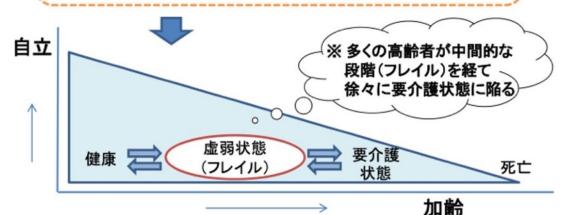
身体的

精神的

低栄養・転倒の増加 ロ腔機能低下 意欲・判断力や認 知機能低下、うつ フレイルは、適切な介入・ 支援により、生活機能の 維持向上が可能。

【今後の取組】

- 医療·介護が連携したフレイル の多面性に応じた総合的な 対策の検討が必要。
- メタボ対策からフレイル対応 への円滑な移行。
 - ①フレイルの概念及び重要性 の啓発
 - ② フレイルに陥った高齢者の 適切なアセスメント
 - ③ 効果的・効率的な介入・支援 のあり方
 - ④ 多職種連携・地域包括ケア の推進



17

薬から食へ

~これからの在宅ケアに必要な視点

中長期的課題として考えたこと

保健医療政策の新たな展開として考えたこと

• 「モノから技術へ、薬から食事へ」とは

• 高齢者医療における薬の問題

• 食の支援、栄養指導の重要性

いかに実現をしていくのか (医療の在り方、保健事業のあり方)

診療報酬での、栄養食事指導に関する課題と論点

【課題】

中医協 総 - 3 27.11.

- 医師の指示に基づき管理栄養士が入院・外来・在宅の患者に対して行う栄養食事指導は、特別食が必要な 患者が対象とされており、他の理由で特別食を必要としない限り、がん、摂食・嚥下困難などの患者は対 象とならない。
- がん患者は治療に伴う副作用により、食欲不振や味覚変化など、食事面での困難や低栄養のリスクを抱えている。がん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者の症状、し好、生活条件等を踏まえた、実行可能性のある栄養食事指導を管理栄養士が行うことで、治療効果やQOL等の向上に効果が認められている。
- 入院及び外来栄養食事指導料については、1回当たり概ね15分以上行った場合に算定可能とされているが、実際の指導に要する時間は15分を大きく上回る場合も多く、特に高齢者では長い時間を要する。
- 在宅患者訪問栄養食事指導料については、調理実技を伴う指導を行うことが算定要件とされているが、実際の指導上の課題は様々であり、調理実技に関連しないものも含まれている。

【論点】



- 医師の指示に基づき管理栄養士が行う入院・外来・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、が ん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者を含めてはどうか。
- 入院及び外来栄養食事指導については、指導に係る実態を踏まえ、より長い時間の指導を評価してはどうか。
- 在宅患者訪問栄養食事指導の指導内容については、患者の生活状況等を踏まえ、<mark>調理実技だ</mark>

けでなく、在宅での栄養の改善に有効な実践的な指導を行う場合を含めることとしてはどう

高齢者の低栄養防止・重症化予防等の推進

る栄養相談・指導

平成28年度予算案 3.6億円(新

規)

(インセンティブ改革)

民間事業者の参画も得つつ**高齢者のフレイル対策を推進する。**

「経済財政運営と改革の基本方針2015(平成27年6月30日閣議決

(公的サービスの産業化)

民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、**健** 康増進、重症**化予防を含めた疾病予防**、重複・頻回受診対策、後発医薬品の使用促進等に係る**好事例を強力に全国に展開する。**

四1111)

- 低栄養、筋量低下等による心身機能の低下の予防、生活習慣病等の重症化予防のため、高齢者の特性を踏まえた保健指導等を実施。
- 後期高齢者医療広域連合において、地域の実情に応じて、地域包括支援センター、保健センター、訪問看護ステーション、薬局等を活用 し、課題に応じた専門職(管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健師等)が、対応の必要性が高い後期高齢者に対して相談や訪問指導等を 実施。

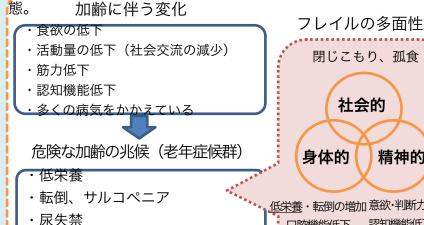
推進のための事業イメージ

・摂食等の只要機能低高価格害の特性指摘:虚弱や中野者への前問

加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生

地域複数受護等にあり服用する薬が多い場合における服薬相談機能養害、等要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状





低栄養・転倒の増加意欲・判断力や 口腔機能低下 認知機能低下、

閉じこもり、孤食

社会的

精神的

· 軽度認知障害 (MCI)

適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能。

三重県津市の訪問栄養指導モデル事業より

1 個別栄養支援

(望む暮らしの支援)

①栄養スクリーニング・栄養アセスメント(巡回型栄養相談窓口)

基本チェックリスト、生活習慣、食事内容などの聞き取り 筋肉量、体脂肪量、握力などの測定 対象者の抽出

②栄養ケア計画の作成(セルフ栄養ケアプラン)

自分の希望を叶えるために、フレイル(虚弱)予防、低栄養や生活習慣病重症化予防を目標にした個別栄養ケア計画作成 一

③栄養モニタリング(訪問、巡回型栄養相談)

月1回、3ヶ月間の栄養相談を実施

④栄養ケア計画の事後評価

栄養アセスメントと同じ調査を実施



栄養パトロール

巡回栄養相談を実施し、来れない人は自宅を訪問する。

保健センター保健師・管理栄養士による 栄養ケア・マネジメント(栄養パトロール)



健康

フレイル(虚弱状態) 疾患・転倒リスク

栄養ケア担当者会議 (本人・家族・関係者)



1 個別栄養支援 (栄養ケア計画書)

2 地域栄養ケア会議 (地域資源検討会議)

専門家を呼んで厚生労働省内で勉強会も



高齢者の薬物療法

【1】薬が多すぎる(ポリファーマシー) 複数の「主治医」・相互に診療情報共有できず

複数の「主治医」・相互に診療情報共有できず 処方理由が不明な薬剤

- (2) 薬が飲めてない、飲ませるのが大変 患者の生活能力を無視した処方 服薬状況が確認できないまま「効果不足」で追加処方
- (3) 薬による有害事象 きちんと服薬させることで過剰作用 有害事象と病状悪化を判断できず追加処方
- 〔4〕そもそも何のための治療?

介護食等、食に関して厚生労働省内で情報交換や検討も



西多摩医療圏でフレイルに対する栄養改善策・・・

西多摩圏域における高齢者の食の課題に関する調査報告書 (2017.3)

二次予防対象者	BMI18.5 未満	BMI18.5 未満割合	独居	運動器の 機能向上	口腔機能 の向上	栄養改善
15404名	2600	16.9%	982 (6.4%)	1944 (12.6%)	2113 (13.7%)	268 (1.7%)

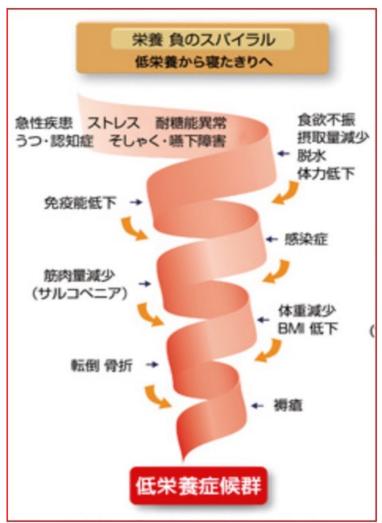
✓西多摩医療圏65歳以上15万人に対して 約1.5万人がフレイル状態にあると推測されている。

✓フレイル状態の高齢者は今後も増加することが推測

高齢者 低栄養対策の遅れがフレイルを律速させている!







多剤服用からの脱却!

高齢者ケアのための"くすり"の知識

高瀬義昌、佐野けさ美、榊原幹夫編集、コミュニティケア2011年12月臨時増刊号 日本看護協会出版会、2011

- 処方する医師は他科の医師が何のくすりを出したかを知りません。また、同じ降圧薬でもメーカーが違うと名前が違うため、よくわかりません。しかし患者は、自分に出されたものは全部飲まなくてはならないと思うわけです。こうして高齢者はくすり漬けとなっていくのです。
- 私が相談に応じている方の中にも、高齢者で15~16種類のくすりを飲んでいる方はざらにいらっしゃいます。そうすると、くすりとくすりの相互作用で「手の震えが出る」、あるいは「食欲が落ちる」など、いろいろなことが起きてくる。でも自分では何が原因なのかわからないのです。
- そういう高齢者の場合、私は「一度くすりをやめてみませんか?」と いいます (中盤) 「それなら) 関盟後にスマに取るまでに、3分の4

多剤服用からの脱却!

高齢者ケアのための"くすり"の知識(続)

高瀬義昌、佐野けさ美、榊原幹夫編集、コミュニティケア2011年12月臨時増刊号 日本看護協会出版会、2011

- 次に来たときに「どうですか?」と言うと、「心配でしたが、とにかくやめました。何も変わりません」となる。今度はその半分にしてみなさいと、さらに減らします。その2週間後、「食欲が増えました。お小水がよく出るようになりました」ということをおっしゃる。
- だから私は「じゃあ、もっと減らしましょう。肝心なものだけを 飲んで、あとは減らしてください。付け加えるときはいつでも付 け加えられるから」と、いつも言うのです。
- 「すでに他の病院で処方されているからといって、聖路加国際病院で処方されたくすり4週間分を、帰りにゴミ箱に捨てる人もいます。(中略)病院の薬剤師も、どの程度くすりが捨てられている

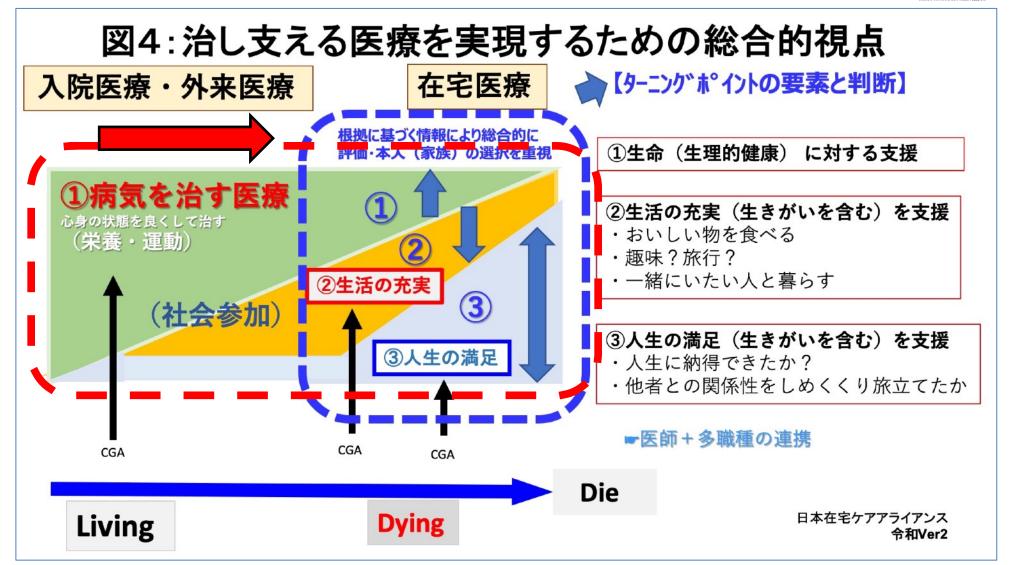
かた知るべきです! 医師はわたこに加去しないマレブす

薬から食へ

~これからの在宅ケアに必要な視点

「治し、支える医療」





医療の質を考える(高齢者医療を中心に)

- それぞれの患者にとって、その人にふさわしい場所はどこなのか
 - →実際は、病院が受け入れの役目を担った
- その人にふさわしいサービスとは何なのか
 - →「治療」を行う病院がサービスを担った
- それぞれの患者への医療の目標はどこにおくのか。
 - →医療=「病気を治すこと」=?

今後の方向性。。。

- 高齢者の医療は、治す医療から支える医療へ
- 生活の質(Quality Of Life)を重視した医療へ
- 病院病床は在宅医療を支える機能が重要
- ・今こそ、医療、介護両面からの包括的ケアが必要 このためには専門職種の連携が重要
- 医師、看護師のみならず、薬剤師、歯科医師、PT・ OTを含めたサービスを

~これからの在宅ケアに必要な視点

なぜ在宅医療なのか

現場から出てきた動き。寝たきり老人ゼロ作戦

- 昭和40年代の御調町はすでに高齢化がかなり進み、おまけに寝たきりが多かった。しかもその多くが、いわゆる"つくられた寝たきり"であった。
- 対応が適切でないためにつくり出されたものだったのである。これは 御調町に限らず、我が国の寝たきりの特徴であり、欧米と大きく異な る点であった。
- 私たちはこの寝たきりをなんとか防止しようと考え、病院の医療を家庭の中まで持って行く、いわゆる"出前医療"を始めた。今で言う訪問看護であり、訪問リハビリである。

「実録 寝たきり老人ゼロ作戦」 山口昇 (2012) より ※ 訪問診療・看護を昭和49 38

高齢化社会の在宅ケア(岩波ブックレットNo.210)(1991)

- 従来は障害を背負った人びとは、何でも強制的にいわゆる「ホーム」や病院に入れられてしまった。そこでは、たしかに衣食住についての日常生活は、保障されているかもしれないが、いちばんたいせつな本人の自由がなかった。
- 老人を病院や施設から「追い出す」方策なのではないか。(中略) という、批判も強く出てくる。(中略)結局家の中の「嫁」を苦し めることになるのではないかという心配が出てくる。
- (デンマークでは) 「在宅ケア」のための用意がしっかりとできている。彼我の大きな相違がそこにある。

(以上、若月俊一氏)

私が在宅ケアに傾倒していったのは、高邁な理想でも、理念でもなく、在宅ケア自体がどうのこうのいうよりも、もっと単純に、家に帰りたいお年寄りがいたり、家へ連れて帰りたい家族がいたら、で

追加:唐澤地方創生総括官の言葉(平成9年頃)

- もうすぐ七夕ですよね。七夕になると、お年寄りの入っているいろんなホームで飾り付けをしますね。短冊を書いて。
- みなさん、こんど見て下さい、そこになんて書いてあるか。「おうちに帰りたい」って書いてあるんです。

(唐澤 剛 氏)

(介護保険法施行に向けた市民向け講

演会で)

~これからの在宅ケアに必要な視点

高齢者医療の質を考える

埼玉県のM中央病院事件(新聞報道より)

- ・同病院は55年10月25日に開院。東京に近いうえ、都内や千葉県内にも老人患者を収容する病院がほとんどないことに目をつけ、「1か月3万円。完全看護」をキャッチフレーズに、職員が各地を回って老人患者をかき集めた。
- 中でも三郷中央病院は、お年寄りを食い物にしたという特徴を持っている。「オートメーション工場」のように濃厚診療を繰り返し、 老人を点滴づけ、検査づけにした。
- ・厚生省の将来人口推計によると、老人人口は36年後の昭和93年 (2018)に現在の2.6倍を上回り、2,802万人のピークにな る。(中略)三郷中央病院は医療より新手の金もうけをめざした。 実態は病院でなく老人ホームだった、とさえいえる。
- 今回の車件は (山略) 「医の芒廃」を象徴している

薬から食へと言った意味=医療の質の究極の姿

QOLの観点から 栄養を考える **■27**■ 高齢者の多剤投与が問題となるなか、改めて食事による栄養摂取の重要性が見直されようとしています。 今回は、診療報酬の評価において「モノから技術へ、薬から食事へ」の転換を発表された 厚生労働省政策統括官、武田俊彦氏に、高齢者医療における食事の重要性や、今後の施策の方向性などについて、 医療法人アスムスの太田秀樹先生がお話を伺いました。

監修:川越正平 先生(あおぞら診療所院長)

インタビュー

最期まで「口から食べる」を叶えるために

~薬から食事への転換を~

武田 俊彦氏 厚生労働省 政策統括官(社会保障担当)

<聞き手≫

太田 秀樹 先生 医療法人アスムス 理事長

■モノよりも技術(ケア)が 評価される仕組みへ あったのではな いか、という反 省がありまし



左/太田秀樹先生、右/武田俊彦氏

武田 少し時代がさかのぼりますが、 私が厚生省(当時)に入って最初に配属されたのは、老人医療のセクションでした。 当時(1980年代前半)はまだ老人保健法が施行された直後で、薬漬け、検査漬けといわれた老人医療が社会問題となっていた時期です。

なぜそのような状況になってしまった のか、老人医療の変遷をひも解いていく と、老人医療費の無料化をきかっけに 病床数が急増し、病院が行き場のない お年寄りを抱えるようになった経緯があ ります。結果として生活の質(QOL)を無 視した老人医療が根付いてしまったわけ ですが、やはりそこには政策の歪みも が起こっているのか、自ら足を運んで確 かめなければならない、志をもって取り 組んでいる方々の話を聞いてそれを施策 に生かすべきだということを、一年目か ら徹底的に教わり、今もその気持ちを ずっと持ち続けているつもりでいます。

それでは、その時代から医療はどのように変わったのでしょうか。厚生労働省はもう30年も前から、「在宅医療の推進」、あるいは「キュアからケアへ」と言い続けてきました。制度も在宅ケアも介護保険も、それなりに充実してきましたが、医療はというと、わずかにしか変わっていません。キュアからケアへと言い続けてきた割には、キュアの手段の一つである

何とかしなければいけないという思いで 出てきたのが、「モノから技術へ、薬か ら食事へ」というキーワードでした。

■QOLの究極は 「最期まで口から食べる」

太田 そもそも日本の老人医療が薬漬け、検査漬けになってしまった一番の問題は、どこにあるとお考えでしょうか。

武田 出来高払いの制度によって、全体のインセンティブが薬を出すほうに向いてしまっていることが大きいと思います。関係職種の方々は、それぞれ本当に一所懸命に取り組んでいただいているのですが、それが薬を出せば出すほど評

価される仕組み、裏を返せば、薬を減ら そうとしてもきちんと評価されない仕組 みになってしまっていて、正しい方向にイ ンセンティブが働いていないのです。

例えば、仮に薬剤師の方が目の前の 患者さんのために、薬を減らすよう懸命 に調整したとしても、そこには点数は全く 付きません。その根底には、薬剤師は処 方箋に従って薬を出す、という発想がある わけですが、これが果たして正しいイン センティブと言えるのでしょうか。同様に 栄養士の仕事に対しても、きちんと評価が ついているとは言えず、反省すべ

このような出来高払いの制度 によってどんどんモノ(薬)の費用 が膨らんでいくと、予算には限度 がありますので、今度は技術にま わすお金がなくなります。ケアとい うのは技術だと思いますが、キュ アからケアへと言いながら、現状 ではケアをきちんと評価できてい ません。今の体系、今の分配、 今のインセンティブは、どこかで 必ず一度、見直さなければなら ないと思ってしまいます。

き点も多くあると思っています。

太田 高齢者医療の現場でも、 疑問を抱きながら取り組んでき た医療従事者は決して少なくな いと思います。そういう方たちの

多くは、「薬から食事へ」というメッセージ を、ある意味、清々しい気持ちで受け止 めたのではないかと思っています。

武田 様々なご意見があると思いますが、 薬剤師や栄養士の方々からも、これから しっかりと考えていかなければいけない 概念だという声をいただいており、非常に 心強く感じています。私としては、高齢者 医療の望ましい姿を考えたとき、それは 決して治療あるいは延命を目的とするも のではないという思いがあります。それは 高齢者のQOLを大切にすること、もっと 具体的にいえば、「最期まで口から食べら れる」ということに尽きるのではないでしょ うか。私たちは自然な老化のプロセスと して、終末期へと向かっていきますが、 本人の希望、もちろん家族にとっての幸 せな看取りということを考えていくと、「口 から食べる」というのは非常に重要なコン セプトになると私は思っています。

太田 我々も、口から食べるのは人間の 尊厳である、という信念をもって取り組



んできました。お話を伺って、そのような 現場の気持ちを行政の立場で深く理解 いただいていると感じ、改めて嬉しく思 います。

■フレイル対策としての 食支援を

太田 続いて、食事についてお伺いした いと思います。高齢者医療の現場にいる と、サルコベニア、フレイルといったもの の背景に、食事が大きく影響していることを常々感じます。この食事の大切さと いう点については、どのようにお考えで しょうか。

武田 フレイルという概念は私も高齢者 医療において非常に重要だと捉えていま す。国のほうでも昨年、フレイル対策が 政策の中に初めて位置付けられました。 高齢者医療の現場ではとにかく転倒、 骨折が多いのですが、フレイルの観点か ら突き詰めていくと、栄養の問題と深く 関係していることが、とてもよく理解でき

> ます。転倒や骨折の原因とし て骨が弱いことが挙げられ ますが、なぜ骨が弱くなるか というと、運動していないか らであり、どうして運動しな いのかというと、一つには社 会的な引きこもり、もう一つ は栄養不足、低栄養という 問題がある、というふうに全 てつながっています。つまり、 高齢者医療においては、そ れらを総合的にみなければ ならないことを、フレイルとい う概念は示しているのです。 太田病気には原因がある、 その原因を除くと健康にな る、というのが従来の医療で したが、高齢者、特にフレイ

ルの人たちに、この考え方は当てはまらな いということですね。

武田 そうだと思います。これはある意味、医療保険と介護保険を橋渡しするような、非常に重要な捉え方ではないでしょうか。これまでは役所の中ですら、フレイルという言葉はほとんど浸透していませんでした。予防という観点では、メタボ対策ということでカロリー制限の必要性ばかりが強調されてきたわけです

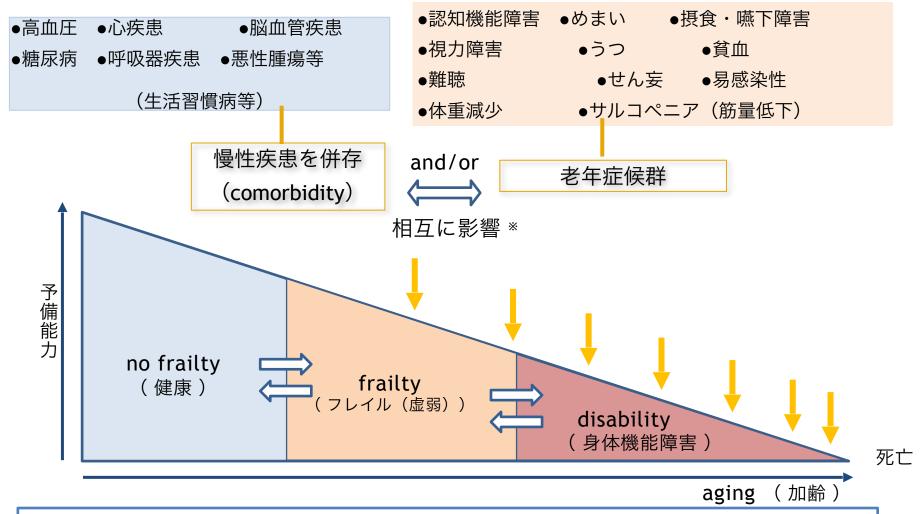
様々なご意見があると思いますが、 田知 薬剤師や栄養士の方々からも、これから しっかりと考えていかなければいけない 概念だという声をいただいており、非常に 心強く感じています。私としては、高齢者 医療の望ましい姿を考えたとき、それは 決して治療あるいは延命を目的とするも のではないという思いがあります。それは 高齢者のQOLを大切にすること、もっと 具体的にいえば、「最期まで口から食べら れるということに尽きるのではないでしょ うか。私たちは自然な老化のプロセスと して、終末期へと向かっていきますが、 本人の希望、もちろん家族にとっての幸 せな看取りということを考えていくと、「口 から食べるというのは非常に重要なコン セプトになると私は思っています。

~支える医療と薬剤師への期待

食べられない状態を作っているもの

フレイルの概念

葛谷雅文:日老誌(2009)をもとに、著 者の許可を得て本研究班で改変



「フレイル」については、学術的な定義がまだ確定していないため、本報告書では、「加齢とともに、心身の活力(運動機能や認知機能等)が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義している。

食べられない状況(低栄養リスク)を作っているのは何か

- 食欲がない
- 義歯が合わない
- 病気による食事制限
- 摂食嚥下障害
- 買い物や調理など食生活の自立が難しい
- ポリファーマシー(多剤投与)

薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

高齢者では、薬物有害事象が医療や介護・看護を要する高齢者に頻度の高い表に掲げる症候(「老年症候群」という。)として表れることも多く、見過ごされがちであることに注意が必要である。特に、患者の生活に変化が出たり、新たな症状が出現したりする場合には、まず薬剤が原因ではないかと疑ってみる。

症候	薬剤
ふらつき・転倒	降圧薬(特に中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗
	神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗
	含む)、メマンチン
記憶障害	降圧薬(中枢性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(Ξ
	系)、てんかん治療薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬(
	受容体拮抗薬含む)
せん妄	パーキンソン病治療薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬(三環系)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含
	む)、降圧薬(中枢性降圧薬、β遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気
	支拡張薬(テオフィリン、ネオフィリン) 、副腎皮質ステロイド
抑うつ	中枢性降圧薬、β遮断薬、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、抗精神病薬、抗甲状腺薬、副腎皮
	ステロイド
食欲低下	非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)、アスピリン、緩下剤、抗不安薬、抗精神病
	薬、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬
	(SSRI)、コリンエステラーゼ阻害薬、ビスホスホネート、ビグアナイド
便秘	听见英·杜子内英(MVN)27771212VVV 杜子《英·(二四五) "阿达利庇WV)克莱(1.74.11),亚内丛
	睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬(三環系)、過活動膀胱治療薬(ムスカリン受容体 抗薬)、腸管鎮痙薬(アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬(H2受容体拮抗薬含む)、
	が楽り、勝官顕控案(アドロピン、ファルスコボラミフ)、抗ビスタミフ楽(MZ文谷体指抗楽音も)、 グルコシダーゼ阻害薬、抗精神病薬(フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬(抗コリン薬)
	フルコンス 6 四音楽、加相性的楽(フェノナノンボ)、ハーヤンノン的石原楽(加コリン楽) 49

|抓つ ||楽(二泉糸)、廻石期肪肬冶燎楽(ム人刀リノ文谷体拮仉楽)、肠官娯涇楽(アトロヒノ、ノナ/

多職種連携の必要性

- 姿勢が悪くて食べられなかった
 - → シーティングエンジニア、理学療法士
- 薬のせいでたべられなくなっていた
 - → 薬剤師
- 栄養が足りなくて食べられなかった
 - → 管理栄養士
- 食事の動作はケアの盲点だった
 - → 作業療法士、看護師
- 入れ歯を治しても食べられない人が大勢いた
- 地域ぐるみの食支援で「死ぬまで噛んで食べる
 - → 多職種!



地域地域で関わる ことの出来る専門 職は違う。どの職 種も、本人に寄り 添い、患者の立場 で考えていくこと が大事。

(専門職の殻に閉 じこもらない)

口から食べる楽しみの支援の流れ・効果

利用者の食事の際に、多職種で食事場面を観察することで、咀嚼能力等の口腔機能や嚥下機能、食事環境、食事姿勢 等を適切に評価することができ、さらに多職種間での意見交換を通じて、必要な視点を包括的に踏まえることができ る。これにより、口から食べるための日々の適切な支援の充実につながり、必要な栄養の摂取、体重の増加、誤嚥性肺

経口維持支援の流れの一例



- ・食事の環境(机や椅子の高さ等)
 - ・食べる姿勢、ペース、一口量
 - ・食物の認知機能
- ・食具の種類・使い方、介助法等

食事摂取の状況



口腔機能評価、頚部聴診等

• 咀嚼能力

- 嚥下機能
- ・歯・義歯の状況
- ・口腔保持力
- ・食塊の形成・移動能力
 - 唾液分泌能

・食の嗜好 言語聴覚士 歯科医師

食べる様子を動画で確 認しながら、全身状 態、栄養状態、咀嚼能 力や嚥下機能に応じ た、経口維持計画の検

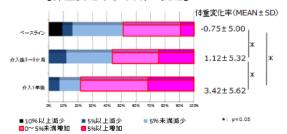
討

経口維持支援のための多職種カンファレンス

- ◆対象:介護老人福祉施設入所者50名
- ◆介入:ミールラウンド(摂食時の口腔機能や姿勢等の観察評価、頚部 聴診にて摂食機能評価)及び摂食カンファレンス(口腔機能や 摂食・嚥下機能評価、栄養アセスメントの情報をもとに、各フロ ア担当者及び看護職員等と検討)を月一回、一年間実施
 - ◆結果:肺炎発症者数及び入退院日数の減少、平均摂取エネルギー

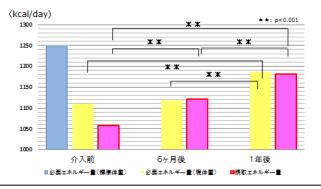
量の適正化。(増加)、一体悪の増加

6ヶ月前と比較 して体重が増え た人の割合が増 加



【必要エネルギー量に対する摂取エネルギー量の変化】

入所者平均摂取 エネルギー量が 増加



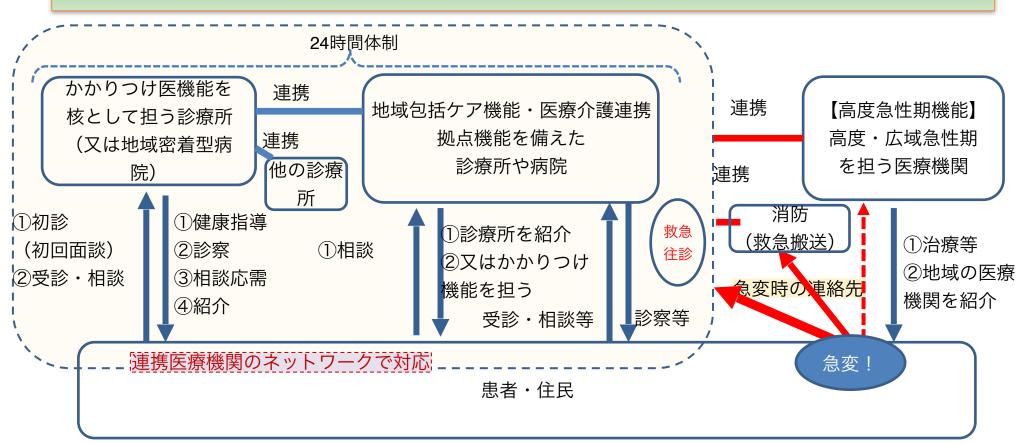
【出典】平成19年度厚生労働科学研究補助金「口腔ケア・マネジメントの確立(分担研究者、1 菊谷武)」

【参考】平成26年度老人保健健康増進等事業「介護保険施設における口腔と栄養のサービス連携に関する調査研究事

~これからの在宅ケアに必要な視点

新しい議論:かかりつけ医をめぐる議論

かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携(急変時)re-revised



ご静聴ありがとうございました

武田俊彦