

＝福井生活から垣間見た医療・介護制度への依存＝

先月半ば、2つの私的な「事件」がありました。

一つは、義妹から知人が誤嚥性肺炎で入院した親の転院先を探しているので紹介依頼があったこと、もう一つは母親が家の中で転倒し圧迫骨折となったことです。

このやりとりのなかで、実感したのは、「日本は医療・介護制度に過度に依存している」ということです。今回、私的な「事件」を通じて感じたことを、今年最後の通信に記します。

<誤嚥性肺炎で入院～転院先を探す>

福井で仕事をしているとき、配偶者から次のようなメールが届きました。

「妹から電話がありました。

ピアノの先生のお父さんが(81歳)、誤嚥性肺炎で入院中ですが、1週間で退院しなくてはならないとのこと。

次の病院を探しているが、どこか知りませんか という問い合わせです。」

直感的に感じたことは、これは医療の相談ではなく、介護の相談だということです。長期入院の必要のない人について、家族が、自宅での面倒をみるのが大変なので、預かってもらう先を探しているのだろうと考えました。

別途、考え事をしていたため、イラツとした状態で下記のような返信をしました。少々、冷たかったかもしれません。

「基本的には、今の入院先に医療連携室等があるはずですので、そこで相談するものです。

一般的には、誤嚥性肺炎で長期入院を受ける病院はありません。最初の治療以降は、やることがないからです。

もし、受け入れる病院があれば、それは医療の質が低く、患者のいない病院だけでしょう。病院は、治療をするところであり、家族の都合で入院するところではありません。

転院先を探しているのは、医療の理由ではないと思われます。介護が必要で在宅が難しいのであれば、病院以外の保健福祉施設、高齢者住宅等の利用を検討すべきでしょう。」

この返信の背景は、次のようなものです。

肺炎は、確かに、平成 23 年において、日本の死亡原因の第3位(平成 22 年までは脳血管疾患)になった危険性の高い病気です。この肺炎の死亡数が増えているのは、高齢化の進展による増加が原因でしょう。

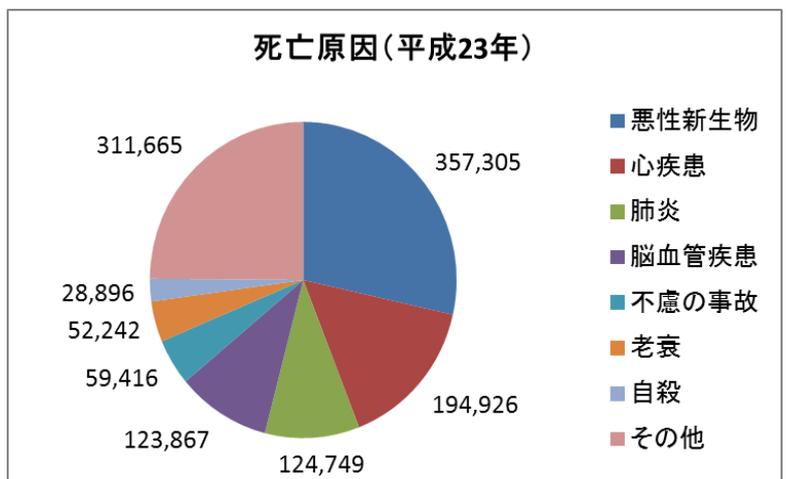
さて、問い合わせのあった誤嚥性肺炎は、肺炎の一種ですが、脳梗塞などの病気や加齢などにより、飲み込む機能や咳をする力が弱くなり、口腔の細菌や逆流した胃液が誤って気管に入り込んだ結果、発症します。

寝ている間に発症することも多く、高齢者では命にかかわるケースも少なくない病気と言われています。

しかし、誤嚥性肺炎の治療は、肺炎の原因となる細菌を殺菌する抗生物質を投与することで行いますので、治療としては、入院しても比較的短期間になるものです。酸素欠乏(呼吸不全)になった場合は、酸素吸入を行い、重症の呼吸不全では人工呼吸器などによる治療も併せて行うこともあります。もし、そうなれば 10 日での退院ということは考えられません。

こうしたことは、「誤嚥性肺炎」と WEB 上で検索すれば、すぐ出てきます。その意味では、調べれば、誤嚥性肺炎で長期入院を受け入れる病院は、まずないかと推測することは簡単です。きっと見ていないのでしょう。

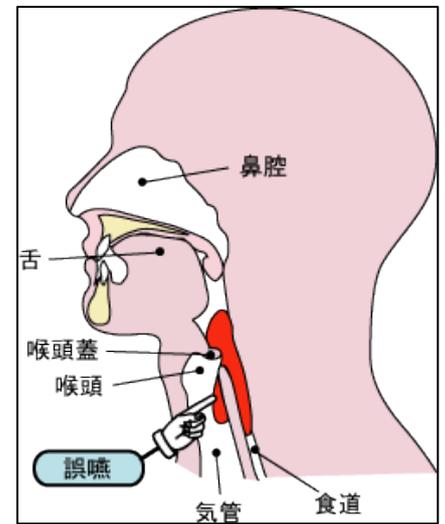
また、急性期の病院には、ほぼ 100% 医療連携室・地域連携室・相談室といったセクションがあります。したがって、退院の話が出たのであれば、こうしたセクションと相談しているはず。長期療養の必要から転院する場合には、ここでの相談を経て、転院先が紹介されるのが通常です。それで家族が転院先を探しているのであれば、医療上の必要がないか…それとも、まだ相談室等と相談していないかです。



<誤嚥性肺炎は予防できる>

ところで、誤嚥性肺炎については、口腔ケアにより歯や粘膜の清掃をしっかり行い、同時に摂食嚥下機能(飲み込む機能)を高めることで、肺炎の発症を予防できることがわかってきています。

ちなみに、こうした実証の一環として、昨年度、今年度と、日本歯科総合研究機構の研究費を使って、全国の複数の NHO 病院と地域の歯科医師会の協力で、急性期における口腔ケアの効果の検証と、病院と地域の歯科医師との連携体制づくりに関する研究を進めています(研究所 HP 上でも昨年度の研究結果を公表中)。また、昨年度、この研究に参加してもらった2地域については、当研究所から研究費を出して、地域での展開の効果を検証する作業を、地域の歯科医師会にお願いしています。NHO 学会でも、歯科医師のいない病院での口腔ケアとして発表されたようです。



こうしたこともあり、個人的には、誤嚥性肺炎を主病とする入院相談には、厳しくなるのかもしれませんが。

日ごろから、本人・家族・介護者が、口腔内のブラッシングを欠かさないことで、口腔内の食物残渣をなくし、口腔内の乾燥を予防ができ、結果的に、誤嚥性肺炎の発症が抑えられる。割と単純なことです。

福井は「歯科保健に関する意識が低い」という県調査もあるとのことですし、ある小学校の歯科健診で要治療とされた人が実際に治療に行ったのは1割という実績もあります。

ちょっと、WEB 上で調べる、行政や専門機関の話を聞くなどの「自助」があれば、それに基づき毎日 5 分程度、本人や家族・介護者が丁寧にブラッシングをする「自助」があれば、家族が転院先探しにあたふたすることも減るでしょう。また、一般の急性期病院の入院医療費は1日 5 万程度ですから 10 日間で約 50 万程度の医療費負担(個人負担と社会負担をあわせて)も生じず、何より、本人が肺炎で苦しむこともありません。

こうした事前の「自助」がないために、本人・家族がづらい思いをして、結果、国の借金で賄われる高額な医療にかかることになる・何かがおかしい気がします。

荒っぽい試算ですが、75 歳以上の後期高齢者のうち、自助で、仮に 1%が誤嚥性肺炎にならなくなると考えると、本件のような 10 日入院を前提にして、現在では 750 億円の医療費が、高齢化のピークでは 1,000 億を超える医療費が不要になります。これだけで、現役世代・子供世代の負担は、1人当たり年間1千円以上減ることになります。

歯科医師等の技術者の介入で、もっと発生が抑えられれば、負担は 2 倍、3 倍と減り、一方では、高齢者本人・家族の身体的・心理的な負担も大きく減るでしょう。当たり前のことですが、困ったときに悩むのではなく、困らないように努力するということでしょうか。「ウエストを測って健康管理」の特定健診は、その準強制性と、税金投入の費用対効果の面から、いかがなものかと思いますが、口腔ケアという日々の当たり前の取り組みは、医療にかかる前に、自ら実践したいものです。諸外国でも、医療保険制度から漏れているような人は、かえって健康に気を付ける習慣があると聞いたこともあります。日本では、医療へのアクセスが良すぎて、かえって健康に気を使わなくなっているのかも知れません。

こうした意味から、配偶者のメールの最後には、次を加えました。最近、別の研究で関係のある福井県歯科医師会の方々の顔を思い浮かべながら…

「(誤嚥性肺炎に関しては、)通常は、転院先を探すより、在宅診療などを行ってくれる歯科医師を探し、口腔内を見てもらい、継続的に口腔管理してもらおうほうが良いと思います。」

福井の私の周りには、脳梗塞の姉(右手は動くので電動車いすで障碍事業所に経理担当で出勤)、私の両親、配偶者の両親、父親の兄弟と、多くの誤嚥性肺炎予備軍がいますので、本件の問題は、実際には他人ごとではありません。肺炎を発症してあたふたする前に、まずは、誤嚥性肺炎を発症しないように各人の努力を促すところからでしょうか。

もし、問題があっても、「自らの管理が悪く、孫につけを回す」のは、どう思うかと問えば、きっと納得するでしょう。

※その後配偶者の知人の父親が、入所中の施設で誤嚥性肺炎を起こし、回復期リハビリテーションを専門とする病院に 3 週間入院した(何と 9 人部屋)という話を聞きました。福祉施設でも同じように口腔ケアで誤嚥性肺炎を予防できますが歯科との連携がないのでしょう。また、医療機関には呼吸器科もないのですが、これで引き受ける程度の状態の患者を、3 週間受入れ何をするのかと不思議でした。医療・介護制度にはやる一杯ありそうです。

< 圧迫骨折で自宅療養～介護機器事業者から介護認定を促される >

月の前半、東京から滋賀経由で福井に戻り、一つ会議を終えて、次の会議までの合間に、自宅に戻ったところ・居るはずの両親が不在です。

しばらくして、父親が青い顔で戻ってきて、母親が大変なことになった・・と一言。よく聞くと、玄関先で転倒して、腰を強く打って動けなくなり、今、医者に行ってきたとのこと。

さあ入院かと思いきや、杖を突きながら母親が家に入ってきました。頭に大きな瘤はあるものの脳内に異常はなく、腰の圧迫骨折との診断です。一応、歩けるようなので、翌日には、4つ足の歩行器を介護事業者から購入すると、それを使って家の中を移動していました(写真)。

骨折から2日後には、脳梗塞の姉が、外出帰りに「お見舞い」に来て、母親は大喜びでした。約3年前に、姉が倒れた後、退院後1年くらいで折り合いが悪くなり、母親と姉との友好的な対面は1.5年ぶり。水面下で私の連絡もあったのですが、それでも母親は、「怪我したけど、それ以上に良いことがあった」と涙を流して・・

しかし、喜び過ぎが災いしたか、翌日からベッドから出るのも大変になってしまい、父親は、大慌て。私は徹夜明けでしたので、半分寝ながら騒動を聴いていましたが、結局、叔父宅に出入りしている介護機器事業者からギャジベッドをレンタルするとともに、その事業者から、**介護認定を受ければ安くなると知恵をつけられた**ようです。

その翌日、私が支援している(姉も雇用されている)障害者支援事業所(YOU サポート)の有料サービスを使って、通院した際に、介護機器事業者の知恵通り、医師に相談したところ、「年内に治るのだから、介護保険の認定は不要」と言われ、診断書は出なかったとの由。

母親曰く、「高い保険料を払っているのだから、認めないのはおかしい・・」

父親曰く、「事業者は、あの状態なら要介護2と言っていたのに・・」、さらに父親が事業者に電話で認定が難しい旨を伝えたところ、「〇〇医院や〇〇病院なら、直ぐに出ますよ」と、近所のケアマネージャーからも「〇〇病院等を紹介しましょうか」言われたようです。

両親とも、医師の対応に釈然としない思いだったようです。

さて、皆さん、このやりとりを どう思われるでしょうか？

< 負担軽減で惑わす事業者～制度や事業の持続性をなくす自殺行為 >

私が、両親に伝えたのは次です。

- 1 医師の言っていることが真っ当で、介護機器事業者の言っていることが間違い。病気や怪我だけで介護認定を受けられるのであれば誰でも受ける。母親は2か月以内で治ると医者と言っているのだから、それを喜ぶべき。
- 2 こうした負担軽減目当ての過度な制度利用が広がれば、今の世代は良いかもしれないが、それを支える孫世代(私の子供世代)は、大きな負担をすることに。それで良いのか。
- 3 両親が払ってきた介護保険料は、しょせん12年であり、仮に施設に入所すれば3か月程度の費用に相当するだけの金額でしかない。保険料を払っているのだから当然と考えるのは誤り。
- 4 介護機器事業者は、制度利用で負担軽減になれば、利用者が、利用を開始し長く利用することで、制度から安定してお金をもらえるので、介護認定を促している。結果的には、事業者は、今は良くても、将来を自ら厳しくしているだけのこと。いわば、制度がなくなれば仕事がなくなる、中途半端な事業である。
- 5 〇〇医院、〇〇病院は、きっと患者の負担軽減のためと思うのが、介護機器事業者と同じく、自ら将来の経営基盤を厳しくしているだけ。最後に、人として信頼できるのは、ダメと言った医師の方だ。
- 6 最終的には、制度があろうとなかろうと、そのベッドが欲しいのであれば、今後も使いたいのであれば、全額自費で購入すれば良い。車を買って替えるのと同じこと。お金が惜しいと思うのであれば、私が買って差し上げる。

極めて役所的な回答に見えるでしょうが、結局、このやり取りで、両親は、自費でベッドを購入することになりました。孫世代に過大な負担になるというのが利いたようです。

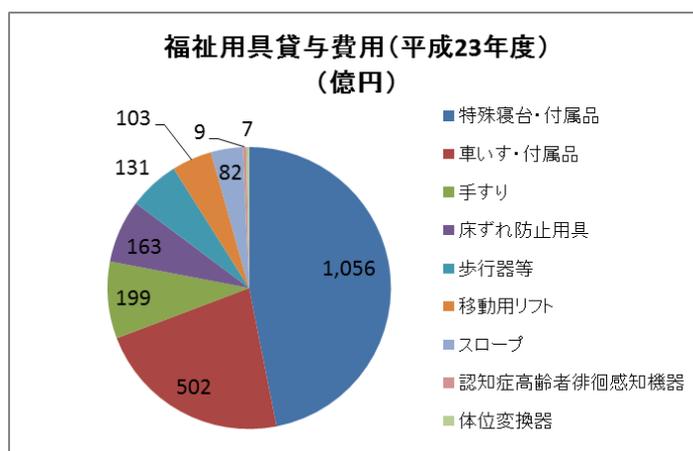
(個人的には、車のような透明な中古市場があれば、そこから買えるのですが、残念ながら、今はありません。)



ちなみに介護保険で利用できる福祉用具のレンタルの市場規模は、平成23年度では2,200億を超えました。規模でいえばJR北海道の平成23年度売上高と同じであり、既に、一大産業です。

また、成長速度で言えば、5年前は1,600億を超える程度でしたので、この間で33%の増加と、急速な成長を見せています。

内訳は、今回話題となった特殊寝台関係が1,000億を超え、車いす関係が500億、手すりが200億ですが、このうち手すりは5年前の6倍の規模と急速に伸びています。住宅のリフォームブームを背景に、建築業者からの勧めもあり増加しているのだらうと思いますが、それにしても高齢者の増加を大幅に上回る伸びです。



さて、本件のような事業者の誘導、医師の同調、利用者の負担軽減という三位一体は、世田谷区より人口の少ない福井県での特殊な事例なのか？ 大幅に伸びる福祉用具貸与の市場のうち、どれほどの件数が、こうした背景を持っているのか？ また、保険からの給付があることで利用者と事業者の間に価格交渉はないが適正な利用価格になっているのか？

こうした疑問が湧きますが、今のところ、これを実証的に示すものはありません。

経験的には東京でも同じような事例はよく聞きますし、本件で〇〇病院と具体的な名前が出たくらいですから結構な数があるのだらうと容易に推測できます。また、価格は、医療の世界でも、結果的な総コストでは、買取りより、リースが高いのが常識です。

こうして考えると、福祉用具の世界には、適正な使用・効率化を促す仕組みが弱いのかもかもしれません。中古市場の育成などを促すなど、お金を配る以外に、もっとやれることはありそうです。

確かに、今のところは、制度を活用して、事業者、医師、利用者、三者とも得をしているようですが、この世の中、金のからむ話で、皆が得をすることは、ほぼありません。本件の場合には、長期的には、事業者は、制度利用に依存することで自らの事業の存立基盤を危うくし、利用者は孫の将来を危うくしているだけと見えます。

日本人は、お金を払うのが嫌いで、もらうのは大好きですが、国が払う金は、所詮、孫・子がいずれ払うものと気づけば、判断も健全化するでしょう。私の両親のように。

事業者の制度への依存(活用)は、人の心を惑わし判断を狂わせているのかもかもしれません。また、母親が言った、「保険料を払っているのだから」という、いわゆる「権利性」の発想も、ある意味、過剰利用を加速しているでしょう。

介護保険創設には、介護の社会化(=保険制度)という理念がありますが、一皮むけば、公費だけでは、現実賄い切れないので、新規に保険料財源を投入するという財政的な理由が強かったと考えます。その意味では、高齢者の保険料も利用額の増加にあわせて増やしていくべきなのでしょうが、厚労省内部では、「平均6千円」という高齢者保険料の壁(上限)を、自ら作って、公費の投入を増やすべきという意見が強くなっていると聞きました。

これであれば、財政的には、あえて保険制度を仕組む必要もなく、財政的な意味で、わずかな高齢者保険料を徴収して、その結果、権利性に基づく過剰利用が生じるのであれば、かえって保険料ではなく、同じ額を「社会保障税」等の新税で徴収するほうが合理的かも知れません。制度が、人の心を惑わしていると言えます。

結局のところ、今の日本は、高齢者が保有する貯蓄を原資に、銀行等に国債を買ってもらい、それで高齢者に給付をするという迂遠な構造ですが、もっと、すっきりとしたいものです。

少なくとも、福祉用具は、中古市場を拡大しつつ、原則、自分で買う(新品又は中古で)としたほうが、もっと、価格も下がり、結果的に、総負担が減るのではないのでしょうか？

少なくとも、祖父母が使う「モノ」を、制度を通じて、孫に買わせるようなことは、辞めたいものです。