

# 健康づくり

2016

12

No.464

■特集

糖尿病の一次予防から  
三次予防における運動の役割

〈好評連載〉

楽しいフィットネスプログラム  
「10分ランチフィットネス® ②」

高齢期の健康づくり・介護予防  
—健康長寿延伸のカギ—  
「人生を支える在宅医療」



■ 高齢期の健康づくり・介護予防―健康長寿延伸の力― ■

## 人生を支える在宅医療

太田 秀樹

全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長

### はじめに

世界のいかなる国と比べても、日本のような規模とスピードで超高齢社会が到来した国はほかにありません。そして、少子化に歯止めがかからないまま、やがて1年間に100万人の人口減少が予測されています。働く若い世代は、どんどん少なくなっていくます。果たして、社会保障制度は健全に堅持できるのでしょうか。国の姿は、いったいどのようなようになっていくのか、漠然とした不安のなかで、医療や介護が大きく変わっていくと考えられます。

現在、すでに4人に1人が高齢者ですが、やがて3人に1人となります(図1参照)。85歳を超えると、3人に1人が認知症の人となります。独居の高齢者も増加します。内科、整形外科、眼科などの患者の大部分が高齢者となります。生

活習慣病のコントロールを行っている患者さんたちが、みな老年医学の対象患者になっていきます。

自然科学の一分野としての医学は、この100年間に大きな発展を遂げました。感染症が克服され、診断技術も外科治療の技術も革命的に進歩し、死亡率は著しく低下しました。遺伝子が解明され、再生医療への期待も高まっています。病気による人の死が珍しい出来事になったのですから、著しく平均寿命が延び、その結果人口構造が大きく変わり、同時に疾病構造が変容しました。さらに、疾病概念そのものも変わっていったのです。

認知症が象徴するように、現在の医学をもってしても根治が難しい疾病が増加し、これを加齢に基づく生理的な変化ではないかと考える研究者も出てきました。加齢に起因する病態や症候、たとえば、ロコモティブ症候群やフレイルやサルコペニアに対しては、医学の力、とり

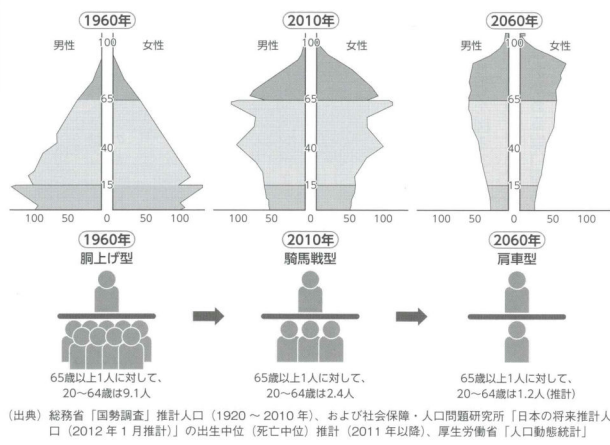
わけ薬物療法の効果が期待しづらくなります。根本的な治療が困難だからです。むしろ運動療法やしつかりとした栄養管理の重要性が叫ばれ、孤食が栄養障害の原因の一つとなれば、社会交流の場こそが重要となってきます。社会的フレイルが、身体的フレイルの上流にある課題となっけています。老年医学(geriatric medicine)は老年学(gerontology)の1領域と考えたほうがよいかもしれません。

さて、病院の役割が命を救い、病を治療することだと考えると、加齢に起因して治療が難しい病気や、いわんや人生の最期を迎えようとしている人に対して、入院して、濃厚な延命的治療を行うことが、病院に求められた本来の役割ではないと考える人たちが増えてきたのです。

### 医療のパラダイムチェンジ

超高齢社会は、換言すると多死社会です。人口動態統計によると、全死亡の70%が75歳以上の後期高齢者です。従来の医学の考え方で、死は敗北です。死を克服するために医学が発展してきたといってもいいでしょう。治せない病気と対峙したとき、「医者が匙を投げる」といった表現で、もはや医師の仕事が終わるところとらえる風潮までありました。ところが、いま1年間に約130万人が亡くな

図1 ●人口ピラミッドの変化 (1960、2010、2060年)

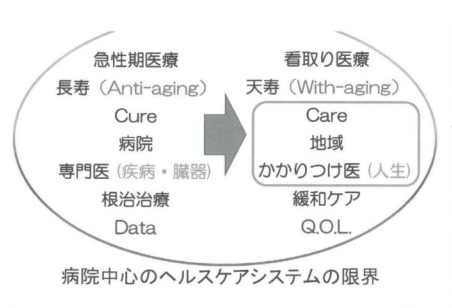


り、今後さらに死亡者数は増加の一途をたどります。  
確かに私たちの心のどこかには、1分でも、1秒でも長生きすることが幸なことだと思ふ気持ちが潜んでいるのかもしれない。約40年前には、「植物人間」という表現で、本来であれば助からない

命が、医学の力でつながっていると、科学技術としての医学発展を誇らしげに報道した時代もありました。  
しかし、現在回復への期待がない病態で、人工栄養によって命がつながれている状況に疑問が投げかけられ始めました。命の量を求めた長寿より、その質を大切にした天寿をめざしたいと、

新しい価値観が生まれてきたのです。安らかに旅立つためにも医学の力が必要なのです(図2参照)。  
たとえば、がんで命をとじる場合には、苦痛を伴うことがあります。そのようなときには、がんと闘う治療を継続し続けることよりも、仮にがんが大きくなってもらいたい治療を止めて、苦痛を除く治療がつつり行つてほしいと、緩和ケアを選択する人も増えつつあります。ホスピス医療への関心の高まりもその証左です。  
医療が介入した妥当性の尺度は、もはや命の量ではなく、人生の質だと考えると、医学が支配した窮屈な病院での療養生活よりも、

図2 ●超高齢社会・多死社会における医療の役割の変化



### 地域包括ケアシステムと在宅医療

最近、「地域包括ケアシステム」という言葉を耳にするようになったと思います。仰々しい呼称ですが、住み慣れた地域で最

住み慣れた自宅や居心地のよい暮らしの場で、自分らしく療養生活を送ることのほうが重要だと気づき始めたのです。まさしく病院中心のヘルスケアシステムの限界が露呈したのではないのでしょうか。これが医療の場が病院から地域へ、そして在宅へといわれるゆえんなのです。



期まで尊敬をもって暮らすしくみと考える  
とよいと思います。エイジングインプレイ  
ス (Ageing in place) と表現されることもあり  
ます。

日本には1741の基礎自治体がありま  
す(平成28年11月1日現在)。平成の大合併  
によって、その数は以前のおおよそ半分に  
なりましたが、それぞれの地域には、独自  
の文化ははぐくまれ、気候、風土も異なり  
ます。そこで、地域の実情に応じたオリジ  
ナリティのある地域包括ケアシステムを基  
礎自治体ごとにつくっていくこと、法制度  
も整備されました。

平成26年に公布された「医療介護総合確  
保推進法」は重要な法律の一つといえます。  
法律を根拠に地域包括ケアシステム構築が  
始まったのですから、行政が主導的に在宅  
医療の普及推進を図ることになったといっ  
てもよいでしょう。そもそも、市町村行政  
には医療にかかわる窓口がありませんでし  
たから、地区医師会との協力体制は欠かせ  
ません。

地域包括ケアシステムは、医療、介護、  
保健(予防)、福祉(生活支援)、住まいとい  
う5つの領域から成り立つ概念で、鉢植え  
の絵(図3参照)にわかりやすく描かれてい  
ます。鉢植えのトレーに「本人の選択」とあ  
るの、あくまでも当事者の覚悟が大切で  
あることが示され、家族の心構えや住まい  
方という表現から自助、互助の重要性を感

図3 ●地域包括ケアシステムの概念図



(出典)三菱UFJリサーチ&コンサルティング「<地域包  
括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジ  
メント」(地域包括ケアシステム構築に向けた制度  
及びサービスのあり方に関する研究事業)。2016年

じとることができません。

在宅医療の推進には地域包括ケアシステム  
が不可欠で、同時に地域包括ケアシステムが  
機能するには在宅医療普及が不可欠であり、  
これらは表裏の関係性といつてよいのです。

### 在宅医療の実際

在宅医療とは、「暮らしの場で、通院困  
難者に対して、医療者が訪問して、患者・  
家族の希望を重視して提供する全人的、包  
括的医療。さらに、望まれば、居心地の  
よい場所で看取りまで支える医療」という  
ことができます。ここで重要なことは、自  
宅での医療と狭くとらえるのでなく、グルー  
プホームや高齢者住宅での医療も生活の場  
での医療ととらえてはなりません。  
主役は訪問看護師で、医師の役割は、病  
態の判断(診断)、包括的指示、責任です。

訪問看護ステーションが病棟でのナースス  
テーションの役割を担います。また、医師  
や看護師だけでなく、歯科医師、薬剤師、  
リハビリ職などの多職種が協働し、消防署  
や警察署、医師会や介護事業所などの組織  
や団体と地域連携を構築して提供しなくて  
はなりません。

ここでは在宅医療と表現しましたが、在  
宅ケアととらえると、介護職も、もつとい  
えばタクシ運転手も、民生委員も、隣人  
も、みんなが支えるという意識が必要で  
す。地域全体が主体となってケアすること  
になります。

そして、在宅医療継続の要件は、まず本  
人の意思とそれを支える家族の情熱、療養  
環境の整備と介護力、そして、24時間切れ  
目のない質の高いケアサービスの提供とい  
うこととなります。

### 在宅医療の課題

国民の60%は、「人生の最期は自宅で」と  
願っています。ところが、実際は80%以上  
の人が病院で看取られています。この希望  
と実態の乖離には、さまざまな理由があり  
ますが、地域間格差が最も大きな課題とい  
えるでしょう。なぜなら、みな等しく医療  
保険制度や介護保険制度を使う権利をもつ  
ているからです。

図4 ●病院での高度先端医療がもたらした現実



環たきり期間長期化  
食事：人工栄養  
排泄：尿力ターテル おむつ  
入浴：機械浴  
ベッド上での暮らし

押趾 壊疽

褥そう

市民の意識が変わり、安心して在宅医療を選択できるようにするためには、医療専門職が正しい在宅医療を行い、そのすばらしさを示す必要があります。また、在宅医療がしつかりと提供されるしくみを構築するのは行政の責務といえます。

図4は、とてもケアの質が高い施設の様子です。多くの入所者が人工栄養で管理されながらベッド上で暮らしています。尿は管で、便はおむつで対応されています。尿はさらに笑顔はありません。話す力が残されていても、聞かれるのは苦痛の言葉だけです。

表●21世紀は地域包括ケアの時代

現代の在宅医療の質は病院医療に遜色がない

- 医療機器 介護機器の発展
- 新薬の開発 創薬 (DDS：投与経路変更)
- 各種介護系サービス (介護保険制度) の充実
- 地域ネットワークの整備：地域ケア力の向上 (緊急通報システム・認知症・虐待など)
- 情報ネットワークの整備：クラウドコンピューティング (電子カルテ、スマートフォン、テレ・メディスン)

上位概念としての生活

生活の場で取りまてさせざる

(最善の医療の結果としても尊敬ある安らかな死がある)

確かに命はつながりますが、苦しさも同時に長くなります。床ずれができた、足趾が壊死を起こしたりしますが、それでも命はつながっているのです。

病院医療への信頼が高いがゆえの結果といえますが、最善の医療の結果として安らかな死もあるのだということを、社会全体で共有する必要があるのではないのでしょうか。

■ おわりに

現在の在宅医療の質は病院に引けをとらないどころか、在宅医療を選択したほうが、「かえって命の量が長くなった」「認知症の重度化が予防できた」「日常生活の自立度の低下が少なかった」など、その優位性を示す論文も発表されています。

猪飼周平氏は著書「病院の世紀の理論」で、

現在の在宅医療の質は病院に引けをとらないどころか、在宅医療を選択したほうが、「かえって命の量が長くなった」「認知症の重度化が予防できた」「日常生活の自立度の低下が少なかった」など、その優位性を示す論文も発表されています。

高齢者が暮らしやすいまちは、妊婦も、障害者も、子どもも暮らしやすいはず。老いても、障害があっても、安心して住み続けられるまちをつくるために、在宅医療が大きな力を秘めているような気がします。人生を支える在宅医療は、やがてまちな文化を支えること信じています。

■文献

- 1) 鳥羽健一、和田志志、太田秀樹、大島浩子、三浦久幸福：これからの在宅医療-指針と実務-、大島博一監修、グリーン・プレス、2016。
- 2) 太田秀樹：地域包括ケアシステム構築のための7つの視点：地域のケア力を高める街づくり、在宅新報#100 (ゼロヒヤク) 第1巻第4号、329 - 332、ヘルス出版、2016。
- 3) Jun Hamano, M.D., Takashi Yamaguchi, M.D., Ph.D., Isseki Maeda, M.D., Ph.D., Tatsuya Morita, M.D., et al: Multicenter cohort study on the survival time of cancer patients dying at home or in a hospital: Does place matter?, Cancer Vol.122, Issue 9, 1453-1460, 2016。
- 4) 鈴木隆雄：在宅医療の継続要因に関する科学的根拠構築のための研究。公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団2015年度(前期)一般公募委「在宅医療研究への助成」完了報告書。
- 5) 猪飼周平：病院の世紀の理論。有斐閣、2010。

21世紀を、病院の世紀の終焉と位置づけ、医療の生活モデル化、すなわち、在宅医療が時代の必然と説いています(表参照)。また、ある厚労省の官僚が、「在宅医療の推進こそが、わが国の地域医療革命そのものである」と言われました。筆者は四半世紀にわたる在宅医療を実践してきましたが、在宅医療には地域を変える力があると思えてなりません。家族の介護負担を解決するために、認知症の人には精神病院に入院してもらおうという考え方も残念ながらありますが、一方で徘徊が散歩に変わるまちをつくるという動きも始まっています。