

# GERIATRICS

# 老年内科®

Vol.1 No.3

Mar. 2020

## 特集 2040年を見据えた超高齢社会対策とは

### 巻頭言

東京大学・高齢社会総合研究機構 飯島勝矢

### 健康づくり～ケア

1)フレイル予防を通じた健康長寿まちづくり

東京大学・高齢社会総合研究機構 田中友規

2)高齢者栄養管理：オーラルフレイル対策

東京都健康長寿医療センター・歯科口腔外科 平野浩彦, ほか

3)高齢者の栄養管理：今までの課題と今後の方向性

東京都健康長寿医療センター研究所 本川佳子

4)転倒骨折予防：身体と空間のジェロントロジー総合研究

東京大学・老年病科 孫 輔卿

5)地域における高齢者の健康づくり：高齢者の保健事業と  
介護予防の一体的な実施の推進に向けて

厚生労働省保険局・高齢者医療課 平野真紀

6)治し支える医療への総合的視点：

日本在宅ケアアライアンスからの発信

日本在宅ケアアライアンス 太田秀樹

### まちの機能や支援の充実

1)生涯現役：いかに高齢者就労を

安定して促進するのか

(株)ニッセイ基礎研究所・生活研究部ジェロントロジー推進室 前田展弘

2)Gerontechnology(高齢者支援テクノロジー)の新知見

東京大学・高齢社会総合研究機構 二瓶美里

3)環境移行と慣らし住み

東京大学・建築学 大月敏雄

4)フレイル予防を起爆剤にした新たな地域づくりへの挑戦

—東京都西東京市—

西東京市役所・健康福祉部高齢者支援課 徳丸 剛

5)ソーシャルキャピタルと介護予防・生活支援：

2040年に向けて

津島市民病院・リハビリテーション室 渡邊良太, ほか

6)認知症にもやさしいまちづくり

浜松医科大学・健康社会医学 尾島俊之, ほか

## 話題

### 超高齢者研究から見えてきたもの

1)地域に暮らす90歳以上の暮らしの実態調査から

東京大学・高齢社会総合研究機構 菅原育子, ほか

2)百寿者(centenarian)研究から

慶應義塾大学・百寿総合研究センター 新井康通, ほか

## 解説

### 産業界からの超高齢社会対応

1)高齢者の生活を守る：次世代型ショッピングセンター

イオン株式会社・地域エコシステム 村瀬義典

2)カムカム弁当を通じて高齢者の食力アップ

株式会社フードケア・開発部 泉 綾子

3)高齢者の食を守る

キュービー株式会社・食と健康推進プロジェクト 内山奈美

## 連載

### 老年病専門医講座

老年病専門医のための模擬テスト2—解答と解説—

東邦大学・リハビリテーション医学 海老原 覚

老年病専門医のための模擬テスト3

東京大学・高齢社会総合研究機構 飯島勝矢

めて携わる医療専門職の方々にも高齢者の特性についてご理解いただける内容を目指して作成されている。高齢者の健康づくりに携わる多くの方々に、高齢者の特性について理解を深める手引き書としてもぜひご参考いただきたい。

一体的実施において、市町村では、KDBシステムを活用することにより、高齢者の医療・健診・介護情報等を一括して把握できるようになる。「後期高齢者の質問票」の情報と合わせて、KDBシステムから抽出した医療、健診、介護情報を組み合わせ、高齢者の健康状態のアセスメントに役立てていただけるものと考えている。

### 今後の展開に向けて

高齢者の健康づくりは、政府の取り組みとしても重要事項となっている。「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和元年6月21日閣議決定)においても、「高齢者一人一人に対し、フレイル等の心身の多様な課題に対応したきめ細やかな保健事業を行うため、運動、口腔、栄養、社会参加等の観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する」<sup>6)</sup>ことが明記された。急激に進む高齢化のなかで、すでに前期高齢者よりも後期高齢者の割合の方が多くなっている地域もある。このような中、高齢者の方々の健康を守り、より長く住み慣れた地域で自立した生活を送っていただくため、高齢者の健康づくりの推進が求められている。

高齢者の健康づくりにあたっては、地域における既存の保健事業や介護予防事業を踏まえ、高齢者を主体としながら、地域特性を踏まえたオリジナリティのある取り組みを進めていただきたい。また、一体的実施の取り組みの場となる市町村においては、広域連合との連携、さらに地域医療との連携のもと、この機会を活用し積極的に取り組みを進めていただくことは、地域づくり、まちづくりにもつながるのではないかと考えている。

また、事業推進のために、さまざまな機会を捉え、ガイドラインの周知や先行自治体における好

事例の紹介を進めていきたい。地域で保健事業に携わるの方々のご意見もうかがいながら、取り組みが円滑に進められるよう推進していきたいと考えている。今後、実践を通じて得られるさまざまな状況や課題について、ご意見をよくお聞きしつつ、制度の充実に努めてまいりたい。

謝辞：日頃より、高齢者の保健事業の推進にご尽力いただいている関係者の皆様に心より感謝申し上げます。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施および「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」の検討にあたり、多大なご協力をいただきました有識者の皆様に深く感謝申し上げます。

### 文 献

- 1) 厚生労働省. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する有識者会議報告書. 2018 [2019/11/20確認]. [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000148301\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000148301_00003.html).
- 2) 厚生労働省. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班報告書. 2019 [2019/11/20確認]. [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000106699\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000106699_00012.html).
- 3) 厚生労働省. 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版. 2019 [2019/11/20確認]. [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204952_00002.html).
- 4) 日本老年学会. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. 2014 [2019/11/20確認]. [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513\\_01\\_01.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf).
- 5) 厚生労働省. 高齢者の保健事業のあり方検討WG参考資料5. 2019 [2019/11/20確認]. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000501521.pdf>.
- 6) 内閣府. 経済財政運営と改革の基本方針2019. 2019 [2019/11/20確認]. [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2019/2019_basicpolicies_ja.pdf).

\* \* \*

## 特集 2040年を見据えた超高齢社会対策とは

### 健康づくり~ケア

## 6) 治し支える医療への総合的視点：日本在宅ケアアライアンスからの発信\*

太田 秀樹\*\*

**Key Words**: paradigm shift, The Yuumi Memorial Foundation for Home Health Care, Japan Home Health Care Alliance, The Forum to Promote Home Health Care, community-based integrated care system

### はじめに

医療とは、病を治療し、救命し、健やかな暮らしを支える科学技術である。そこには、健康増進、疾病予防など医師が主導的にかかわることの少ない領域も含まれている。一方臨床医の医療へのかかわりは、正確な診断に基づく、手術や与薬などの治療行為で、法制度上、これらの医療行為は業務を独占している。したがって、健康を維持するための生活習慣改善や栄養摂取より、医師が行う具体性ある治療行為は、最も上位の概念といえる。医師は、高い倫理観に裏打ちされた専門職として、社会から厚い信頼を受け、身体抑制して補液することも、人工栄養管理で命を長らえさせることも、疾病治療や救命という目的のためには、善行と受け止められていた。

感染症が死亡原因の第一だった時代にあっては、化学療法が救命するための重要な手段で、医師への信頼はゆるぎのないものとなってゆく。ところが、健康リテラシーの向上、診断治療技術の目覚ましい進歩により、病を治し、命を救う医療が大きな成果を上げ、その結果、わが国は、世界に類をみない長寿社会を迎えることになる。人口

構造の変化は、疾病構造を変え、そして多死社会が到来している。2018年の出生者数98万人に対して、死亡者数は144万人である。

さらに地域の医療機関には、病気の治療を目的に通院するというよりも、生活習慣病の管理を目的とする患者が60%を超えている。疾病予防が重要な地域医療の役割となっている。そして多死社会のおとずれは、医学の力で救命できない対象者を増加させたということにほかならない。

さて、医師たちは、自然科学として医学を学ぶ。病理学では、臓器や細胞レベルでの加齢現象を退行性変性ととらえ病的な過程としている。すなわち老化は病気なのである。したがって、退行性変性による身体的不都合をも治療の対象とし、死のその時まで、積極的に治療を継続することは、臨床医としての正しい態度と受け止め、実践してきた。死は医学の敗北でもある。一方、一般社会においても、入院し、積極的に治療を継続し、その結果命を閉じることに疑問を抱く者は少なかった。むしろ病院で命を閉じることを幸せな最期と考えていたのかもしれない。ところが、現在のように超高齢者が数多く命を落とす時代となると、病院で点滴につながれ、濃厚な延命を目指す治療の果て召されてゆくことに、首を傾げる市民が増えてきた。医師が信じる医学的最善と市民の求める最善の医療には、徐々にひずみが生じている。

\* Comprehensive perspective for curing and supporting medicine – Opinion from Japan Home Health Care Alliance.  
\*\* Hideki OTA, M.D., Ph.D.: 日本在宅ケアアライアンス共同事務局長 [〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館5F]; Japan Home Health Care Alliance, Tokyo 102-0083, JAPAN

## 医療に対する社会の期待の変化

日本尊厳死協会の母体となった日本安楽死協会が組織されたのは1976年である。奇しくもこの年に、病院死率と自宅死率が逆転している。その後、毎年約1%ずつ病院死が増加し、同時に自宅死は減少してゆく。当時、メディアは、医学の発展によって、本来失われる命が救われたとして、「植物人間」というセンセーショナルな表現で報道した。この時代に臨床実習を行っていた筆者は、高度先進医療の実践を象徴する事実として、植物人間の存在を誇らしく受け止めていたように思う。ところが、医学の限界を見極め、人の死を自然なものとして受け止めようという市民の台頭により、尊厳死を求める活動が開始され、その運動は徐々に大きくなってゆく。あらゆる手段を用いても命を守り続けたいと願う医師と、安らかな最期を望む市民との間における価値観の戦いの始まりといえる。その後、1980年代には、ホスピス運動が始まり、緩和ケアの重要性が徐々に社会に浸透してゆく。また、1992年は、居宅を医療提供の場として医療法に位置づけられ、在宅医療の推進が始まる。さらに、2000年には在宅療養を目指す介護保険制度が開始され、2012年には、医療介護総合確保推進法により、「住み慣れた地域で最期まで」を掲げ、地域包括ケアシステムの構築が本格的に開始される。在宅医療の普及は、法制度に裏打ちされ、国家的な課題となった。

## 在宅医療とは何か

在宅医療は、入院、外来に次ぐ第三の医療と表現されることが多い。病院の廊下は町の道路、病室は自宅(自室)、ナースステーションは訪問看護ステーション、医局は診療所と説明され、病院機能を地域に広げたと解釈されている。ところが、ここで提供される医療の質は、病院のそれと大きく異なる。医療を提供する目的も違う。病院医療は、あくまでも疾病の治療を目指し、救命こそが病院医療の重要な役割となる一方、在宅医療は、「治し、支える医療」と説明される。「治し」とは、症状を緩和するという意味合いも大きく、病因を根本的に取り除く根治療法だけを示すものではない。さらに、「支える」には、幅広い解釈が求

められ、生き様や生きがいを支え、暮らしを支え、看取りを含めて、人生を支えるということである。

したがって、在宅医療は、医師だけでなく、訪問看護や療養生活を支える在宅介護など、多くの専門職による機動力あるさまざまなサービスが必要となる。これが、多職種協働、地域連携を在宅医療の条件とするゆえんでもある。そして在宅医療を提供する仕組みが、地域包括ケアシステムなのである。

## 地域包括ケアシステムと在宅医療

地域包括ケアシステムの原点の取り組みは、40年以上さかのぼる。1970年代に山口昇氏(公立御調総合病院:旧御調国保病院)が作りあげた保健・医療・福祉・介護を包括的に地域で提供する仕組みである。当時は、介護保険制度など望むべくもなく、急性期病院で加療を終えた高齢の患者たちが、いったん退院すると、彼らの自宅での療養管理は、医療職の手から離れ、医療や看護の専門的視点のない養生となってしまふ。

急性期の高度な医療によって一命を取り留め、退院後自宅に戻っても、医療的知識やケアの技能が乏しい家族の介護で、いつのまにか身体機能を低下させ、ときには寝たきりとなって、病院に舞い戻ってくることは、稀な事態ではなかった。このような状況を解決したいとの熱い思いから、地域包括ケアシステムが生まれたと伝えられている。

地域包括ケアシステムは、医療の視点を含め、暮らしを総合的に支える仕組みである。まさに、「治し、支える」という在宅医療の理念が共有されている。わが国が高齢化社会に突入した、1970年代初頭にかかる思想を持ち、システム構築に尽力した山口氏の先見性と、その行動力は、40数年経た今なお、多くの医療・介護・福祉関係者らにより、讃えられている。

現在、わが国では世界に類をみない超高齢社会を迎えている。2005年には、死亡者数が出生者数を上回り、人口は減少に転じ、年間100万人規模で人口が減少する社会は目前である。

日本創成会議の増田寛也座長が、2040年には、約1,700以上ある基礎自治体の半数以上が、「消滅可能性都市」に該当するという衝撃的なレポートを公表したように、おびただしい数の高齢者を

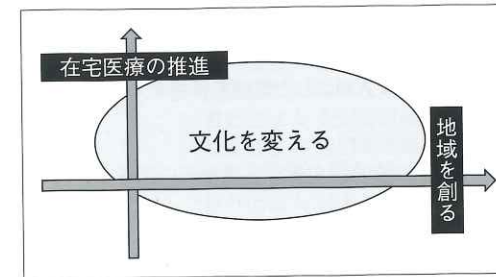


図1 地域包括ケアシステムの目指すもの

支える若い世代は激減する。そして、地方都市から大都市部へ流出し、地方の基礎自治体は機能しなくなると警告したのである。

このような社会背景のなかで、「住まい方 住まい」というWHOがICFで示した環境因子と個人因子を加え、地域包括ケアシステムの枠組みは具体的に示され、その構築は市区町村(基礎自治体)に委ねられている。現在は、高齢者に限ることなく、こどもから、障害者、妊産婦など、あらゆる世代、あらゆる生活障害を対象として、地域共生社会の創造という明確な目標が掲げられた。もはや医療や介護といった領域を大きく超え、地域再生、街づくりそのもので、日本の新たな社会秩序と表現してもよいだろう。

一方で、地域包括ケアシステムが目指すもう一つの基軸に、在宅医療の普及推進がある。良質の在宅医療を提供するためには、地域包括ケアシステムがしっかりと機能することが不可欠であり、一方で在宅医療サービスなくして、地域包括ケアシステム構築が困難といえる。すなわち、地域包括ケアシステムと在宅医療とは、表裏一体の関係性なのである。「住み慣れた地域で最期まで暮らせる仕組み」は、寿命で命を閉じる高齢者までもが濃厚な医療提供の結果、病院で死を迎えるわが国の医療文化を根本的に変える社会運動となっている(図1)。

## 在宅医療の普及推進における課題

地域包括ケアシステムの構築と、在宅医療の普及推進は、両輪といえるが、前述したように、居宅が医療提供の場として医療法に位置づけられたのは、1992年のことである。わが国の在宅医療の歴史は、わずか四半世紀である。従来の往

診医療と在宅医療が混同され語られるなど、在宅医療は、医学的にも、制度的にも、社会的にも、その概念や役割が正しく整理され理解されているとは言い難い。むしろ診療報酬制度によって牽引されたことから、いろいろな場面で混乱も生じている。

特に、医師による訪問診療など在宅関連の診療報酬が有利に評価されると在宅診療のみに特化した診療所の開設が始まった。このような診療所の多くは、複数の基礎自治体にまたがり広域に訪問診療し、地域包括ケアシステムの基本理念になじみにくい形態の場合もある。軽度者に訪問診療を行う事例も散見される。

さらに、在宅医療は多職種がかかわることから、職種、職域によって、それぞれが在宅医療のイメージを形作っており、在宅医療と在宅ケアが同義とされる場面もある。一般的に「ケア」とカタカナで表記されると、介護とみなされることが多い一方で、医療の領域では、集中治療室をICU(intensive care unit)、看護をnursing care、医療をmedical care、緩和医療をpalliative careと英訳するように、careには、明らかに医療が包摂され、介護という概念だけではないことがわかる。

在宅医療は、暮らしの場で提供される医療であり、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅等で提供される医療も、在宅医療の領域といえる。しかし、あくまでも自宅で提供する医療と狭く捉えて、語られることも多く、自宅などの居宅系在宅医療に対して、施設系在宅医療と表現されることもある。最近では、介護医療院のように、生活機能を重視した医療機関もあり、病院や有床診療所など医療施設以外での暮らしの場で提供される医療を在宅医療と考えるとよい。

繰り返すが、在宅医療の担い手は、医師だけではない。歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職(理学療法士:PT、作業療法士:OT、言語聴覚士:ST)、管理栄養士などの専門職に加え、療養生活を支援する介護福祉士などの介護系専門職も重要である。そして、提供されるサービスの質は、疾病治療・救命を最上位概念として優先する病院医療とは異なり、患者(利用者)・家族の意向や希望を汲んで提供されることが多く、必ずしも医学的妥当性だけを医療介入

表1 勇美記念財団 在宅医療推進のための共同声明(令和元年版)

- ① 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する
- ② 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳、そして生きがいと大切にした医療を目指す
- ③ 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する
- ④ 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する
- ⑤ 療養者や家族の人生に寄りそうことのできるスキルとマインドをもった、在宅医の養成を積極的に支援する
- ⑥ 日本に在宅医療を普及させるために協力する
- ⑦ 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する

の根拠としているわけではないことは、たいへん重要である。

したがって、在宅医療の質に対する客観性ある評価が非常に難しいと言わざるをえない。したがって、現在のところ、しっかりと議論が行われていない。

このように、在宅医療については、つきつめると定義があいまいであり、その概念は多職種で共有されていないため、提供されたサービスの質を評価する一定の物差しがない。これは、きわめて大きな課題といえる。したがって、在宅医療の概念整理と関係者における共通理解が、これから、わが国に在宅医療を普及推進するためにきわめて重要な作業となる。

### 日本在宅ケアアライアンスについて

2000年にわが国の在宅医療推進の支援を目的とした財団法人 在宅医療助成勇美記念財団(現在公益財団法人)が設立された。介護保険制度が開始された年度でもある。本財団は在宅ケアにかかわる調査研究をはじめ在宅ケアの普及啓発等に多額の財政支援を行ってきた。

その助成活動の一環として2003年から毎年11月23日に在宅医療推進フォーラムを開催している。在宅医療に関心を持つ専門職が全国から集い、在宅医療推進に関する意見交換が行われた。やがて、厚生労働省をはじめとした行政、学術団体、職能団体などが参加し、市民を交えたシンポジウムも企画されるなど、この場が、在宅医療を実践する多職種が横断的につながる絶好の機会となった。メディアもこの活動に着目し、最近では参加者が1,000人規模のイベントになっている。

2006年には、この在宅医療推進フォーラムに参加した4団体が、わが国の在宅医療の推進に関する共同声明を行ったところ、年々共同声明に賛

同する団体が増えていった(表1)。そこで、2015年には、同財団の支援によって、医療系団体だけでなく、療養生活を支援する介護系団体も参加し、在宅医療・在宅ケアに縁ある複数の団体が緩やかな連合組織化を行った。これが、日本在宅ケア・アライアンスである。現在日本老年医学会や日本在宅医療連合学会等の学術団体、全日本病院協会や全国在宅療養支援診療所連絡会をはじめとした多職種の職能団体等を含む19団体が加盟するに至っている(表2)。なお、この在宅ケアという呼称には、medical care(医療)が包摂されている。

このような経緯で誕生した日本在宅ケアアライアンスは、現在、わが国の地域包括ケアシステム構築をはじめとして、在宅医療普及に関して、きわめて重要な役割を担うこととなる。

### 日本在宅ケアアライアンスの活動

日本在宅ケアアライアンスは、在宅医療助成勇美記念財団の支援をうけ、4つの作業部会が活動している。

アカデミックグループ(学術班)、システムグループ(制度・政策提言班)、ムーブメントグループ(啓発運動・社会活動班)、エシックス(倫理班)である(図2)。

在宅医療普及推進に、それぞれの作業部会の活動が関連しあっているが、普及啓発、政策提言のためには、在宅医療の標準化が、もっとも重要な課題といえる。

しかし、前述したようにわが国の在宅医療の歴史は浅く、在宅医療に関する科学的根拠は、十分に発信されているとはいえない。まず、全国規模での在宅症例登録システム整備が急務との問題意識を持っている。エビデンスをしっかりと示した上で、標準的な在宅医療を関係者で共有す

表2 日本在宅ケアアライアンス加盟団体 19団体

- 一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
- 一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
- 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
- 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
- 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
- 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
- 一般社団法人 日本在宅医療連合学会
- 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
- 一般社団法人 日本在宅ケア学会
- 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
- 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
- 一般社団法人 日本老年医学会
- 公益財団法人 日本訪問看護財団
- 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
- 公益社団法人 全日本病院協会
- 特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
- 特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 日本在宅ホスピス協会

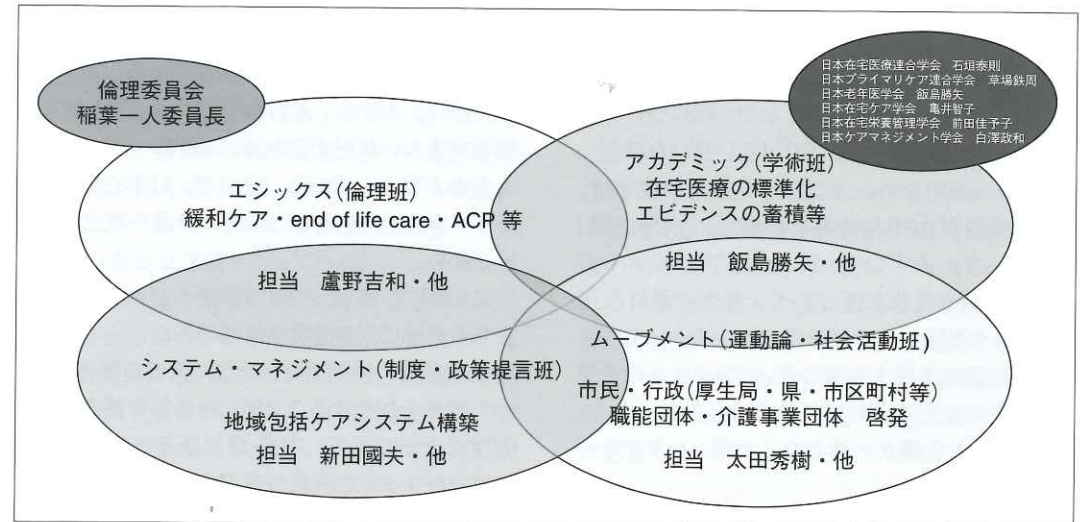


図2 日本在宅ケアアライアンス(Japan Home Health Care Alliance ; JHHCA)【ワーキングチーム スキーム】

ることが、重要であるとの認識である。

なお、日本老年医学会は、日本在宅医療連合学会と共同で、高齢者在宅医療・介護サービスガイドラインを編纂したが、日本在宅ケア・アライアンスは実践者が構成する連合体として協力し、第一歩を踏み出した[[https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/care\\_service\\_guideline\\_2019.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/care_service_guideline_2019.pdf) (概要)]。

#### 1. 国民啓発の重要性

在宅医療の普及は、実践者の課題だけでない。

さまざまな調査や研究で、多くの国民が在宅での安らかな死を希望していることが示されているものの、実際には80%が病院での延命的加療の結果、命を閉じているのが現状である。これは国民の医療ニーズに地域医療が応えていないという証左でもある。したがって、国民が在宅医療を正しく理解し、在宅医療に信頼して選択する状況をつくるのが重要といえる。特に在宅療養中の患者が望まない入院によって、在宅医療が中断されたり、あるいは、終末期にもかかわらず、かか

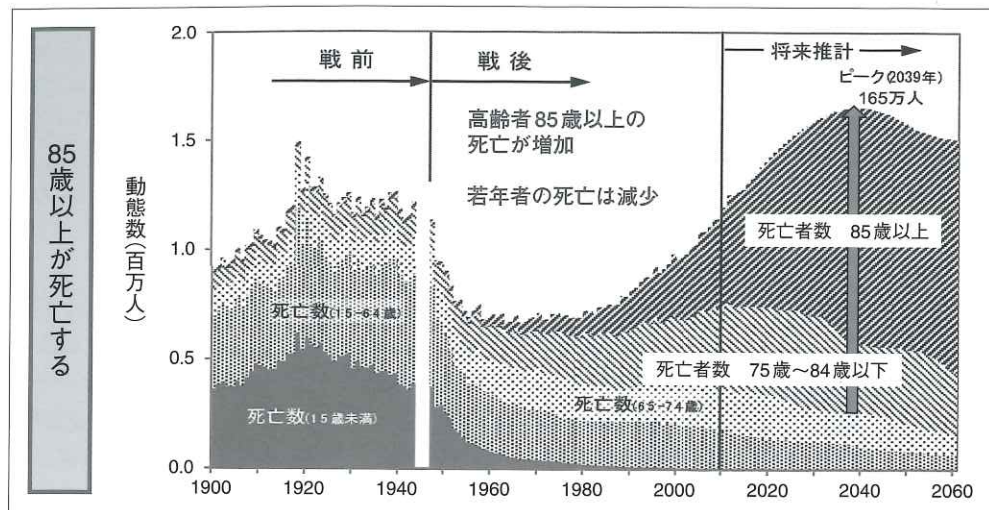


図3 死亡者の年齢層(国立社会保障・人口問題研究所 金子隆一様資料)

るケアスタッフが救急搬送により病院で死亡診断が行われることもある。そこで、ACP(advance care planning)の普及がはかられているのだが、馴染みにくい外来語であることや、死について語ることを嫌う国民性など、国が思い描いたほど一般的になっていない。そこで、平成30年度には、厚生労働省がACPの愛称を募集し、「人生会議」と決定した。人生会議(ACP)は、専門職からの合理的な情報提供に基づいて、人生の最終段階にどのような医療や介護を受けたいのか、当事者の意思決定を支援する話し合いであり、この意思を関係者で支える合意形成の場でもある。

2. 医療と介護が一体となった新しいケアサービス

繰り返すが、医学の発展や創薬により、また、救命を目的とする高度で先進的な医療の普及により、高齢化して命を閉じる状況となった。実際に死亡者の75%以上が後期高齢者であり、大部分は85歳以上である(図3)。医学の力では救命しえない病態が多くなるため、高齢者に対する医療の目的は、「longevity」だけではない。生活の満足や生きがいといった個人の価値観を十分に汲み、人生を支える視点でのケアサービスが求められることになる。

医学が生活を支配することなく、いたずらに命の長さを求めずに、「well-being」を支える医療と介護が一体となったまったく新しいヘルスケアサービスが必要なのである。これこそが、地域包

括ケアシステムが求めるものでもある。

医療は常に、生理的健康、すなわち、細胞や組織レベルで、その機能を正常化させることを目指している。しかし、退行性変性に基づき、改善を期待できない状況が訪れる。細胞レベルにおいても寿命が存在している。そこで、日本在宅ケアアライアンスで、整理した医療と介護の概念図を示す(図4)。

この図の、横軸がライフステージ、縦軸が求められるサービスの種類と役割である。

比較的若い時期には、一つの臓器の障害や、一つの疾病を加療することで、身体的な健康を取り戻すことができる。壮年期になると生活習慣病のコントロールが医療の重要な役割となる。たとえば、降圧薬や血糖降下薬の服用によって、血圧や血糖を基準値内に保つことができたとしても、高血圧症や糖尿病が完治したわけではない。疾病概念も変化している。生活習慣を改善させながら、将来起こりうる、特に血管障害の予防が医療介入の大きな目的となる。

健康に留意して、高齢期まで健やかに生活できたとしても、加齢に基づく生活の深刻な不都合は、運動器疾患による移動の障害となる。一般には、ロコモティブ症候群と呼ばれ、「足腰が弱る」と表現されることが多い。この病期になると、疾病の治癒よりも生活障害と対峙する医療が求められる。さらに高齢化すると認知症(アルツハイマー

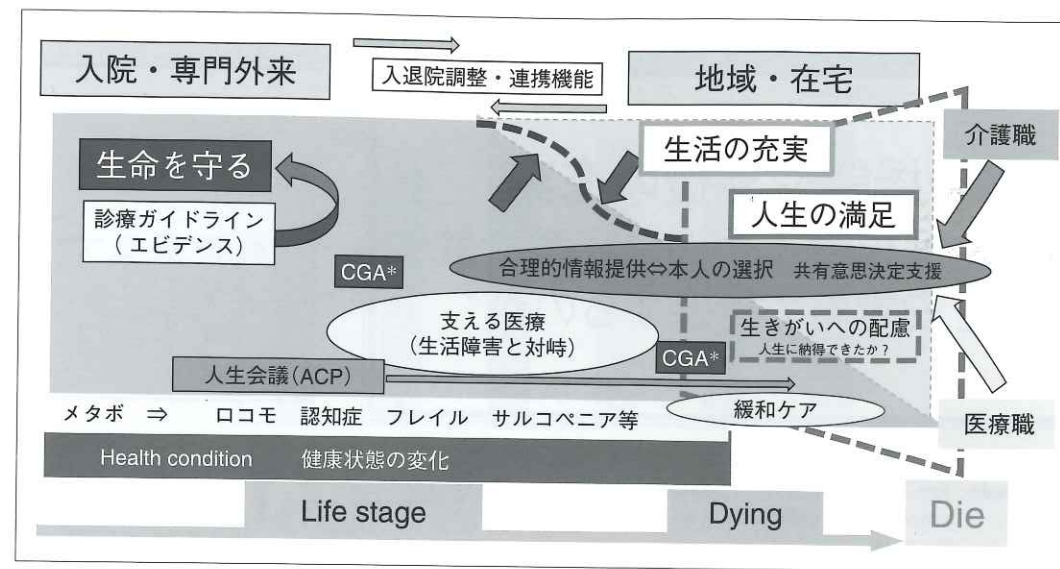


図4 在宅医療・介護概念整理のために  
\*CGA, 高齢者総合的機能評価

型認知症)発症のリスクも増加する。従来加齢に伴うさまざまな生活の不都合、すなわち、視力や聴力の衰え、排せつの障害など、多くの兆候を老年症候群と捉えていたが、近年はフレイル概念が一般化しつつあり、フレイル予防が高齢者に対する医療の重要な課題となっている。フレイル対策には、運動療法や栄養摂取がより重視されるだけでなく、社会とのかかわりや、生きがいを抱いて暮らしているかなど、医師が病院等の医療施設で解決法を提示することは困難な領域が含まれる。地域で多職種が参加して、暮らしのなかでの対応が求められる。ソリューションを提示する場所はコミュニティなのである。従来の医療のパラダイムは大きくシフトした。

なんらかの社会的支援がないと、自立した暮らしが困難な病期となると、生理学的健康を追求する以上に、生活の充実や、人生の満足という視点が大切となる。病気を治療する医療の役割は、相対的に小さくなり、症状を緩和する緩和ケアが医療の重要な役割となる。そして、生活の充実や人生の満足のためには、療養生活を支援し、人生の伴走者としての介護職の役割が一層大きくなっていく。ただし、あくまでも病気を治療する医療を重視するか、生活の満足を重視するか、その判断は、本人が行うべきで、人生会議(ACP)

が強く求められるゆえんでもある。

おわりに

治し支える医療としての在宅医療の概念は、未整理であり、残念ながらあるべき在宅医療・介護の姿を具体的に示すに至っていない。だからこそ、在宅医療・介護に縁ある多職種が参加する日本在宅ケアアライアンスが、実践者の団体として、現場から知見を発信し、わが国の在宅医療・介護のスタンダードを示すことができるように邁進したい。

【参考文献】

- 1) 太田秀樹. スーパー総合医 地域包括ケアシステム. 東京: 中山書店; 2016. pp. 130-31.
- 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. 在宅新療0-100 2016; 1: 329.
- 3) 太田秀樹. 地域包括ケアシステムにおける在宅医療. 高久史磨・監, 田城孝雄・編・著. 日本再生のための医療連携. 名古屋: 株式会社スズケン; 2012. pp. 210-16.
- 4) 太田秀樹. 地域包括ケアにおける在宅医療の役割. 高橋紘士・編. 地域包括ケアシステム. 東京: 株式会社オーム社; 2012. pp. 90-107.