

提言

超高齢社会のフロントランナー日本：
これからの日本の医学・医療のあり方



平成26年（2014年）9月30日

日 本 学 術 会 議

臨床医学委員会

老化分科会

この提言は、日本学術会議臨床医学委員会老化分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議臨床医学委員会老化分科会

委員長	大島 伸一	(第二部会員)	国立長寿医療研究センター名誉総長
副委員長	大内 尉義	(連携会員)	虎の門病院院長、東京大学名誉教授
幹事	荒井 秀典	(連携会員)	京都大学大学院医学研究科人間健康科学系 専攻教授
幹事	鳥羽 研二	(連携会員)	国立長寿医療研究センター総長
	遠藤 玉夫	(連携会員)	東京都健康長寿医療センター研究所副所長
	下門 顕太郎	(連携会員)	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 血液制御内科学分野教授
	坪田 一男	(連携会員)	慶應義塾大学医学部眼科学教室教授
	松尾 清一	(連携会員)	名古屋大学副総長、 同大学院医学系研究科腎臓内科学教授
	盛 英三	(連携会員)	東海大学医学部基礎医学系生体構造機能学 教授
	湯村 和子	(連携会員)	国際医療福祉大学病院予防医学センター 腎臓内科教授
	横出 正之	(連携会員)	京都大学医学部附属病院臨床研究総合セン ター早期臨床試験部教授
	樂木 宏実	(連携会員)	大阪大学大学院医学系研究科老年・腎臓内 科学教授

本件の作成に当たっては、以下の職員が事務を担当した。

事務局	中澤 貴生	参事官 (審議第一担当)	
	伊澤 誠資	参事官 (審議第一担当)	付参事官補佐 (平成 26 年 3 月まで)
	渡邊 浩充	参事官 (審議第一担当)	付参事官補佐 (平成 26 年 4 月から)
	草野 千香	参事官 (審議第一担当)	付審議専門職 (平成 26 年 4 月まで)
	角田美知子	参事官 (審議第一担当)	付審議専門職 (平成 26 年 4 月から)

要 旨

1 作成の背景

高齢化と少子化の進行によって人口構造が激変する。25%（2013年）に達した高齢化率は、2025年には30%を超え、2060年には39.9%になると予測されている。人口は2008年をピークに減少し始めており、2060年には8,000万人台にまで減少する。75歳以上の人口は2013年時点で12.3%であるが、2060年には26.9%になると予想されている。このように人口構造が変われば疾病構造が変わる。疾病構造が変われば医療需要が変わる。医療需要が変われば需要に合った医療提供体制の整備が必要となる。

これまで我が国の医療は、生命予後の延長を目指してめざましい成果を挙げてきたが、今後その医療需要は質・量ともに変化することが予測される。高齢者、特に後期高齢者の疾患は完治しない場合も多く、医療そのものを高齢社会にあったものに変えなければならない。その方向性とは臓器単位の疾病を解決することを主眼とする「治す医療」から患者総体の生活の質(quality of life; QOL)の極大点を得るために治療の優先順位を再配置する「治し支える医療」への転換であり、「病院中心の医療」から介護・福祉と連携する「地域完結型医療」への転換である。

2 現状及び問題点

(1) 「治し支える」医療へのパラダイム転換の必要性

高齢者は多臓器の機能が脆弱化していく老化という過程に加えて生活習慣病のような全身の障害を伴う疾患を持ち、老年症候群や生活機能障害を有することが多いため、総合的、包括的な医療が要求される。また、高齢者の疾病では急性期をはじめ、回復期、慢性期にどのように対応していくか、という視点も重要である。原因を究明して根本的治療によって、病気の完全治癒を目指すという従来型の医療モデルを高齢者に適用することは困難であり、高齢者に合った医療が必要である。

(2) 在宅医療の普及と人材育成の必要性

多くの高齢者が、病気があっても住み慣れた家・地域で最後まで暮らしたいと望んでいる。急性期治療を終えた回復期の受け皿や終末期ケアなどのQOLを重視した在宅医療のニーズは高まっている。すなわち、地域全体で診、看ていくという「地域完結型医療」への転換が求められている。地域によって高齢化率や保有している医療資源は著しく異なるため、地域単位で保健・医療・介護・福祉分野の専門職が各自の専門性を発揮して、地域の特性に合った連携体制を構築することが重要である。

(3) 各医科大学への老年学、老年医学講座の設置の必要性

高齢者数の増加に合わせて、高齢者医療・介護に携わる医師の教育・養成を充実させることが必要である。また、看護・介護など他の医療介護専門職と有機的な連携ができる能力の育成も必要である。現時点では、我が国の医科大学のうち高齢者医療・教育に特化した部門を有するのは約 30%に過ぎず、その教育を全く行っていない大学が多数を占める状況の改善は急務である。

(4) 医療の連携、多職種研修、啓発のための医療センター設置の必要性

高齢者医療においては医療・介護両面からの包括的ケアが必要であり、その質の向上のためには多職種連携、チーム医療が欠かせない。したがって、高齢者医療に精通した医師をはじめ、看護師、療法士、薬剤師、栄養士、ケアマネジャー等の育成も必須である。現実問題としてはこれら医療専門職の連携は十分とはいえず、それぞれの医療専門職におけるチーム医療に関する理解度も低い。したがって、がん医療の推進のために各地区にがんセンターを整備したように、高齢者医療に係る専門職の育成とともに多職種連携、チーム医療推進のための核となる施設を地域ごとに設置することが求められる。

(5) パラダイムの転換に対する国民の理解は十分か？

現状では、医療関係者だけでなく国民の多くが、臓器機能の回復を目指す「治す」医療を求めているが、高齢者への調査では「治す」ことよりも自立した日常生活への復帰を望んでいる場合も多い。一方、現実の医療場面では三次救急が高齢患者で占められるなど、「治し支える」医療への転換に対する国民の理解は十分ではないという矛盾した状況がある。

3 提言の内容

日本学術会議の責務として単に個々人の健康という視点からだけでなく、人と社会のつながりという広い視野から高齢化する日本社会の将来ビジョンを提言することが求められている。高齢化に伴う問題の解決は一刻を争う事態となっており、第 21 期老化分科会においても提言を行ったが、状況の変化はいまだ不十分であり、今回さらに問題の具体的な解決に向けて提言をまとめた。

(1) 超高齢社会においては「治し支える」医療へのパラダイムの転換を行うべきである

超高齢社会は、75 歳以上のみが増える未曾有の人口構造となる。したがって、要介護状態や要介護に陥りやすい状態の増加への対応が急務である。「患者は病人である前に生活者である」ということを改めて考え、従来の「治す医療」から「治し支える医療」へパラダイムの転換を進めなければならない。

(2) 地域完結型医療への転換を図るとともに、女性医師の高齢者医療への活用を推進すべきである

パラダイム転換には、病院機能の再編成と地域包括ケアにおける在宅医療の受け皿づくりを急ぎ、医療を支える社会に高齢者自身の参画を促進すべきである。医療と福祉の連携をさらに推進するために、地域の現場担当者だけではなく、大学医学部や高齢者医療に実績のある地域の中核医療機関を中心に在宅医療を推進し、地域完結型医療への転換を図るべきである。また、家庭に入った女性医師を再教育することにより、女性医師を老年医学の担い手として養成するプログラムも推進すべきである。

(3) 各医科大学への老年学、老年医学講座の設置を通して地域で求められる医師の育成を行うべきである

パラダイム転換を支える効率的医療、医学の教育、研究、人材育成のため、各医科大学に老年学、老年医学の講座を置くことが望まれる。さらに、すべての医学部に高齢者医療を教育する専任の教員を配置するとともに、診療参加型の実習の充実とともに地域の医療機関や福祉・介護施設など、多様な主体との連携が必要であり、チーム医療に関する実践を通して地域で求められる医師の育成に努めるべきである。

(4) 医療の連携、多職種研修、啓発のための長寿医療センター(仮称)の設置を推進すべきである

超高齢社会に最適な効率的医療のノウハウの均てん化を行うため、卒後教育では地域の医科大学、日本医師会と協力して日本老年医学会、国立長寿医療研究センターが中心となった全国規模での教育システムの構築を進める必要がある。さらに既存の病院を活用する形で、長寿医療センター的機能を持つ病院を各地域ブロック(北海道、東北、関東・甲信越、北陸・東海、近畿、中四国、九州・沖縄)に少なくとも一箇所は設置すべきである。この設置により、各地域における高齢者医療の質の均てん化が期待できる。

(5) パラダイムの変換に対応するための啓発を行うべきである

「治す」医療から「治し支える」医療へ、臓器機能の回復から生活機能の維持・回復へとといったパラダイムの転換が国民一人一人にどのような意義を持つかについて、国民的議論を巻き起こす必要がある。議論をより実りあるものにするため、日本老年医学会、国立長寿医療研究センターが中心となって、啓発活動を行い、医学界だけでなく、マスメディア、行政、初等から高等教育に至る教育界がそれぞれの役割を果たすべきである。

目 次

1	はじめに	1
2	社会的背景	2
(1)	高齢化の進展と社会・経済的影響	2
(2)	医療需要の推移と今後予測される質的並びに量的変化	3
3	高齢者の特徴とそれに対応する医療	4
(1)	総論：高齢者の特徴を踏まえた高齢者に必要な医療	4
(2)	高齢者医療における予防医療の重要性とエビデンス創出の必要性	5
(3)	健全な在宅医療の推進	6
(4)	終末期医療に関する議論の推進	7
4	パラダイムの転換 「治す」医療から「治し支える」医療へ： 臓器機能の回復から生活機能の維持・回復へ	9
(1)	健康概念の再考	9
(2)	特定病因論から複雑病因論へ：近代科学の限界と新しい方法論	9
(3)	治療目的：救命・延命から QOL・QOD (Quality of death) へ	10
(4)	評価指標：臓器機能から自立機能へ、臓器生理機能から全身の 恒常性へ	11
(5)	正常値：若年基準値から QOL 重視の値へ	12
(6)	新たなシステム構築と人材育成	12
5	パラダイムの転換に対応するための国民的議論の熟成	14
(1)	国民へのパラダイムの転換の啓発	15
(2)	医学界へのパラダイムの転換の啓発	15
(3)	国民的議論の課題と優先順位	16
(4)	国民的議論とマスメディアの役割	17
(5)	国民的議論における行政の役割	18
6	提言	18
	<参考文献>	20
	<参考資料 1> 臨床医学委員会老化分科会審議経過	21
	<参考資料 2> 患者が求める高齢者医療の優先順位に関する意識調査	22
	<参考資料 3> 胃瘻全国調査	23
	<参考資料 4> 加齢により低下しやすい手段的日常生活機能	23

1 はじめに

高齢化と少子化の進行によって人口構造が激変する。すでに 25% (2013 年) に達した高齢化率は、2025 年には 30% を超え、2060 年には 39.9% になると予測されている。人口は 2008 年の 1 億 2,808 万人をピークに減少し始めており、2025 年には 1 億 2,066 万人、2060 年には 8,000 万人台にまで減少する。今後は高齢者のうち、75 歳以上のいわゆる後期高齢者のみが増え続ける。75 歳以上の人口は 2013 年時点で 1,560 万人 (12.3%) であるが、2060 年では 2,336 万人 (26.9%) になる。

人口構造が変われば疾病構造が変わる。疾病構造が変われば医療需要が変わる。医療需要が変われば需要に合った医療提供体制の整備が必要となる。

人は老化を避けて通れない。老化は遺伝、環境要因に規定され、進行性で不可逆的であり、生体に虚弱化をもたらし、例外がない。高齢者では、この老化という過程に疾病が加わる。疾病は生活習慣病のような慢性疾患が主で、生体の虚弱化を速める。

若年者の場合には一臓器、一障害という病態をとることが一般的である。臓器に的を絞って障害の原因や程度を把握し、その原因を取り除くことによって臓器機能の正常への回復を目指す。一般に身体機能の正常とは、健常な成人の臓器の機能の平均値と、画像による臓器の形態で表す。この正常という概念の確立が、これまでの治療学の方法論を支えてきた。

一方、軽度の異常状態である複数の臓器機能の低下が稀ではない高齢者の正常とは何なのか。高齢者の正常の概念の許容範囲を明らかにして、治療の目標を設定することが求められている。

20 世紀には臓器の障害を対象に専門分化を進め、徹底的に治す医療を追求した結果、80 歳を超える平均寿命を実現した。これは、平均寿命 60 歳までの医療で、生命予後をいかに延長させるかを目指した医療であったと言える。入院患者の平均年齢が 70 歳を超え、平均寿命が 83 歳という長寿を実現した今、さらに生命予後の延長のみを目指す医療を求めるのかが問われている。

東京大学教授秋下雅弘らは、要介護認定のない高齢者がどのような医療を求めているか、高齢者医療に携わっている老年科医が高齢者にとってどのような医療が適切と考えているかを調査した[1]。これによると高齢者では治る病気を治すことは当然としても、生命を延長するためだけの医療ではなく、毎日の生活機能を落とさないような医療を求めている。

社会保障制度改革国民会議は 2013 年 8 月に報告書をまとめた。少子高齢化が進むなかで皆保険制度を維持するためには抜本的な社会保障制度の改変が避けられないが、医療については、医療そのものを高齢社会にあったものに変えなければならないことを明解に指摘している。その方向性とは臓器単位の疾病を

解決することを主眼とする「治す医療」から患者総体の生活の質（quality of life; QOL）の極大点を得るために治療の優先順位を再配置する「治し支える医療」への転換であり、「病院中心の医療」から介護・福祉と連携する「地域完結型医療」への転換である[2]。

これまで生命予後の延長を目指して医療や医療提供のあり方を整備、構築して素晴らしい成果を挙げてきたが、問題はその成果の先のことについての対応を怠ってきたことである。高齢者にとって相応しい医療とはどんな医療か、それはどのような方法論で行い、どのように提供されるべきか。その答えを体系化し普及することが求められている。

2 社会的背景

(1) 高齢化の進展と社会・経済的影響

我が国において急速に進む高齢化が社会や経済に与える影響は計り知れない。まず、経済に与える影響の第一は高齢化による医療費・介護費の増加である。高齢になるほど医療や介護に要する費用は増加する。人は加齢とともに様々な疾患への罹患率が高くなり、認知症や身体機能の低下によって介護を必要とする人の割合が増加する。我が国の健康寿命はすでに世界一であるが、その一層の延伸は喫緊の課題である。そのためには、高齢者の特性の理解と高齢者の疾病の病態解明や有効な治療法の開発とともに、疾病を含む様々な障害の予防や進展防止ないし遅延のための戦略を構築し実行する必要がある。また、より積極的に社会参加を促進するような方策が必要である。第二は少子高齢化に伴う労働力人口（就業者＋完全失業者）の低下である。日本の人口はすでにピークに達し年々減少しつつあるが、労働力人口は2000年にピークになり、その後減少に転じている。労働力人口における高齢者の割合は、現在約9%であるが、少子高齢化の進行により、この割合は一層高くなると予想される。厚生労働省による希望調査では、働き続けたいと考えている高齢者が多数存在し、労働も含めた社会参加の場の確保が必要である。

経済力の指標であるGDP（国内総生産）は、世界総GDPに占める日本の割合はかつての10%超から8%台へと減少（米国、中国に次いで世界第3位）している。国の豊かさの指標の一つとして用いられる国民一人あたりのGDPは、高齢化とともに被扶養者の割合が増えれば減少するため、経済的な活力も失われていく可能性がある。若年労働者人口の減少が予測される中で、我が国が経済も含めた活力を維持し発展していくためには、少子化の是正策を講じるとともに高齢者の一層の社会参加が重要な課題となる。そのためには、高齢者が社会参加できる環境づくりを進めるとともに、高齢者の特性を十分理解した上で高齢者が生き生きと活動できる将来ビジョンを作ることが必要で

ある。例えば高齢者であってもこれまで培った経験や能力を生かして多様な形で社会参加できるような社会を創造できれば理想的である。

高齢化が社会全体に及ぼす影響として社会全体の活性が失われることが懸念される。すなわち場所から場所への移動、人と人とのコミュニケーション、社会とのつながり（社会参加）などすべての面で不活発になることが危惧される。社会が高齢化しても一人一人の国民が生きがいを持って生き活きと暮らせる社会を実現し、またそれを維持発展させるような社会構造の転換が必要である。さらにそれらを支える科学技術の進歩がなければならない。

(2) 医療需要の推移と今後予測される質的並びに量的変化

我が国の医療需要は第二次大戦後大きな変化を見せた。大戦後しばらく日本人の死亡原因の上位は結核、肺炎・気管支炎などの急性疾患が占め、医療資源の多くはこれらにあてられた。しかし、抗菌薬の開発や衛生環境の改善により感染症による死亡は激減し、1970年代に入ると悪性新生物に加え心疾患、脳血管疾患が死亡原因の上位を占めるようになった。なかでも脳・心血管疾患は生活習慣病を基盤とする慢性疾患であり、長期にわたる受療が必要となる。これらの患者が広く医療を受けることを可能にしたのは1961年の国民皆保険制度の整備によるところが大きい。この制度整備によりフリーアクセス、標準治療の現物給付並びに出来高払いという現在の保険医療提供体制の原型が確立し、我が国の平均寿命の延伸につながったといえよう。

このような我が国の高齢化の著しい進行により、今後の医療需要は認知症、老年症候群¹など日常生活動作(activities of daily living: ADL)の障害を伴う退行性疾患に対する医療や介護サービスにますます移行すると予測されるが、多額の財源が投入される結果、国家財政への負担の大きさが懸念される。高齢者に対する医療提供の推移を振り返ると、1973年に老人医療費支給制度が開始され、70歳以上（寝たきり等の場合は65歳以上）の高齢者の自己負担分を国と地方公共団体が支給することとなった。その結果1970年から1975年までの5年間に70歳以上の受療率が約1.8倍になるなどの問題が生じたほか、介護制度の整備が追いつかないためのいわゆる「社会的入院」が増加した。1982年に成立した老人保健法は高齢者の医療費の負担の公平化を図ることで、これらの問題の解決を目指したもので、全国平均の高齢者加入率に基づいて算出された拠出金を各医療保険者で等しく負担する仕組みが新たに導入されるとともに、老人医療費の一定額を患者が自己負担することとなった。しかしながら、その後人口の高齢化は急速に進み、国民に対する大きな負担となりつつある。高齢者の受療率は外来、入院ともに他の年代より高

¹ 加齢に伴う心身機能の衰えによって現れる身体的・精神的諸症状・疾患の総称。高齢者に多く見られ、主な症状に、認知症、せん妄、うつ、めまい、骨粗鬆症、転倒、尿失禁などがある。

く[3]、平成 24 年度の一人あたり医療費を見ると 70 歳未満は 18.1 万円に対し、70 歳以上で 80.4 万円、75 歳以上では 91.5 万円と高くなる[4]。今後、75 歳以上の高齢者人口はさらに長期にわたり増加することが予測されており、2012 年に 38 兆円であった医療費は、2025 年には 50 兆円を超えると推測されている。

以上、医療需要の推移と予測を見てきたが、需要と供給の両面から見ると、都市部では生産年齢人口の減少幅は小さいものの、後期高齢者、特に 85 歳以上の独居者人口が急激に伸びると考えられ、看取り対策や在宅医療の需要が一層顕在化する。一方、高齢化がすでに進んでいる地域では、今後の後期高齢者人口の伸びは比較的緩やかである反面、生産年齢人口の減少幅が大きく、将来にわたり需要に応えるだけの医療・介護提供者の確保が困難となる。

このように、我が国の医療需要は質・量ともに変化することが予測されるが、高齢者、特に後期高齢者の疾患は完治しない場合も多く、「治すこと (Cure)」のみを目指す従来型医療から、治すとともに、症状を緩和しながら QOL を尊重しつつ病気や障害と共存していく「治し支える医療」への転換が求められている。

3 高齢者の特徴とそれに対応する医療

(1) 総論：高齢者の特徴を踏まえた高齢者に必要な医療

高齢者は一般に、65-74 歳の前期高齢者、75-89 歳の後期高齢者、90 歳以上の超高齢者に分類されるが、それぞれその医学的特徴が異なっている。すなわち、前期高齢者では老化の徴候が明瞭になり、いわゆる老年疾患に罹患する人の数も増えるが、日常生活に大きく差し支える機能障害を有する率はまだ低く、社会的にも活動を続けることが可能である。これに対し、75-89 歳の後期高齢者、90 歳以上の超高齢者では、老化の徴候はさらに明瞭となり、複数の疾病を抱える人が著しく増加する（本提言では便宜上 75 歳以上の高齢者をまとめて後期高齢者と呼称する）。いくつかの疾病を有し、日常生活に関連した機能が低下する場合、それぞれの診断と治療に対応しながら、全身の身体機能の保持についての評価が必要となる。

超高齢社会のフロントランナーである日本において、このような高齢者の特徴をふまえた質の高い高齢者医療を確立し、展開していくことは国内的のみならず国際的にも重要な課題である。高齢者医療は健やかに老い、充実した人生を送って天寿を全うするという、いわゆる active and healthy aging を実現することを目標としている。Active and healthy aging とは、単なる寿命の延長ではなく健康寿命をいかに長く保つかということである。その実現のためには、老化に伴う疾患の本態を解明し、診断法、治療法、及び予防

法を開発することだけでなく、機能障害を有する高齢者に的確に対応するための方法を開発することが重要である。

高齢者医療は多くの点で一般成人に対する医療と異なっている。多臓器に疾患を持ち、老年症候群や生活機能障害を有するため、臓器横断的で、高齢者総合機能評価(comprehensive geriatric assessment:CGA)などを用いた総合的、包括的な医療が要求され、老年症候群（認知機能障害、転倒、誤嚥、原因の明らかでない食欲低下、フレイル²、サルコペニア³などに代表される高齢者特有の臨床症状）、高齢者の薬物療法などへのアプローチが必要となる。また、急性期医療だけでなく、慢性期の医療と介護をどのように進めるか、という視点も必要である。したがって、原因を究明して、病気の完全治癒を目指すという従来型の医療モデルを高齢者にそのまま適用することは困難であり、その意味で高齢者医療は新しいパラダイムの医療である。

高齢者においては臓器障害をみるだけでは不十分である。全身の臓器機能との関連、また ADL などの身体機能、心のケア、さらに社会環境の整備にまで及ぶ広い視点が必要で、全人的医療を最も必要とする領域であり、この視点のない高齢者医療は成り立たないといっても過言ではない。高齢者の全体の状態を的確に把握し、的確に対応していくためには、多職種による連携が必須である。このような医療こそが高齢者医療の最も大きな特徴であり、課題でもある。

(2) 高齢者医療における予防医療の重要性とエビデンス創出の必要性

骨粗鬆症、認知症、動脈硬化性疾患（特に脳血管障害）、感染症（特に肺炎）など、高齢者に多く、しかも高齢者に特徴的な疾患を老年疾患という。老年疾患は回復が遅く、高齢者の自立を妨げ、QOL を高度に障害する点に特徴がある。これらの疾患の病因と治療法を確立すること、及び、これらの老年疾患の治療に関するエビデンスを構築していくことが極めて重要な課題である。

老年疾患は発症すれば治療は困難を極める。したがって、医療資源の有効な活用のためにも、老年疾患の予防が極めて重要である。口腔ケアが高齢者の誤嚥性肺炎の発症を有意に抑制することは前向き臨床試験で証明されているが[5]、老年疾患、特に後期高齢者の疾患に関するエビデンスは世界的に見てもほとんど欠如している。老年疾患、老年症候群についても予防医学的、治療医学的エビデンスを構築していくことが重要である。例えば、前期高齢者における高血圧や脂質異常症の治療が心血管疾患の発症を抑制することは

² フレイル (Frailty Syndrome) は全身の予備能が低下し、ストレスによって寝たきりになりやすい状態で運動系と精神神経系の全身的な虚弱を表現する。体重減少、歩行速度減少、筋力低下があり、活動性、こころの元気さ、社会との交流が減少することで定義される。

³ 筋肉量が低下し、筋力または身体能力が低下した状態。

多くの臨床試験により証明されているが、後期高齢者におけるそれらの治療が心血管疾患の発症、身体機能、生命予後に与える影響の検討はほとんどなされていない。

薬物療法だけでなく、食事、運動、睡眠などが高齢者の疾患の治療と予防に与える影響も検討すべきである。後期高齢者における予防医療に関しては、欧米を中心とする研究によりライフスタイルが健康長寿に影響することが明らかになっている。

そのためには我が国において、老年疾患の予防法の確立とともに高齢者特有の複数疾患による複合病態への治療法の開発が重要であり、その研究の推進と医療専門職の育成が急務である。同時に国家プロジェクトとして高齢者に関するエビデンスを創出していく体制を構築することが必要であり、そのことが結果的に限られた医療資源を適切に配分することにつながると考えられる。

(3) 健全な在宅医療の推進

寿命も健康寿命も世界のトップクラスである我が国に課せられた課題は、高齢者の高い満足度を目指すことである。高度医療が進んだ近年においては、多くの人々が高齢期を経て死に至る過程で、大なり小なりフレイルな期間を経る。今後とも高度専門医療は重要な役割を担うが、それと同時に高齢期であっても QOL を保ちつつ、人生を閉じることができるという医療が求められており、これまでの生命予後改善のみを目的に医療資源を高齢者に注いできた医療政策が問い直されており、従来の「治す医療」から「治し支える医療」へパラダイムの転換が必要な時期に来ている。

多くの高齢者は、病気があっても住み慣れた家・地域でいつまでも暮らしたいという希望を抱き、家族もそれを望んでいる。その実現のためには、医療・介護従事者が在宅療養者に対して、QOL を重視した医療の提供をすることが必要である。すなわち、急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、あるいは終末期ケアの場として QOL を重視した在宅医療のニーズは高まっており、地域全体で診、看ていく「地域完結型医療」への転換が求められているのである。

具体的には、急性期の治療と回復期リハビリテーションを連携させ、機能の回復とともに、生活の場である在宅へ戻し、その人の望む生活が持続できるようにする。診療所機能に関しては、病院と連携しつつ訪問看護、介護システムとともに高齢者の生活の場に赴き、高齢者が自宅での生活を継続していくという視点に立って支えていく。すでに強化型の在宅療養支援診療所の設置やそれに基づく診療報酬の在宅医療へのダイナミックなシフトなど、制度として在宅医療を重視した地域医療の再編が、国の方針として進みつつあ

る。在院日数を短縮し、ベッド数を削減し、在宅医療を推進するといった方策等に加え、地域包括ケアという新たな概念が組み込まれ、地域単位で保健・医療・介護・福祉分野の専門職が連携して身体問題から生活に関わる諸課題に対応しようという政策が進められている。そのためには、すべての保健・医療・介護・福祉専門職が円滑に連携することが重要であり、質の高い健全な在宅医療のさらなる充実が必要である。さらに社会保障制度改革国民会議では、個人の尊厳や患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる医療環境を整備する方向性を打ち出し、在宅での医療・介護連携に関する提言の中では緩やかなゲートキーパー機能⁴を備えた「かかりつけ医」の普及にも言及されている。

在宅医療を推進するためには、(1)病院機能（大病院と中小病院）と診療所医療の機能分化、(2)地域包括ケアシステム⁵を構築するための円滑な多職種連携、(3)外来診療を中心とする実地医家を対象とした在宅医療の担い手の発掘と対応力向上、(4)次世代の在宅医療を担う人材育成、研修の場の確保、(5)市民とともに考えていく啓発の場づくり、など多くの課題がある。さらに、在宅医療の質の確保が今後のテーマであり、その標準化が課題となっている。そのためには、さらなる学問体系化を目指す必要があり、大学医学部も含めた医育機関が地域医療を担う医師や他の医療専門職と協働して戦略的に教育や啓発に取り組む体制を作る必要がある。

以上を踏まえ、地域包括ケアの担い手を増やし、医療と福祉の連携をさらに推進し、地域の現場担当者だけではなく、大学医学部や高齢者医療に実績のある地域の中核医療機関を含め在宅医療を推進すべきである。

(4) 終末期医療に関する議論の推進

死を迎えようとしている高齢者の終末期に関しては、終末期の判断を誰がどのようにするのか、どのような医療を行うのが適切なのか、本人や家族の意思を医療の選択にどのように反映させていくのかなど、多くの課題がある。がん等の終末期に比べより多様な形態を取る高齢者の終末期に関し、これまでほとんど議論がなされてこなかった。超高齢社会とは多死の社会である。人間の尊厳とは、といった問題以前に、住み慣れた場所で最後まで自分らしく生きたいという望みを実現するためにも、高齢者の終末期医療のあり方に関して、医療専門職も国民もこれまで以上に真剣に取り組む必要がある。

高齢者の終末期医療に関して議論すべきことがある。第一に、高齢者の終末期は臓器機能低下の発生状況とその時間経過により、いくつかのパターン

⁴ 症状により患者を急性期医療と慢性期医療・介護に振り分け、必要なケアやサービスをコーディネートすること。

⁵ 高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような地域の包括的な支援・サービス提供体制。

に類型化される。すなわち、機能を保ったまま突然死する場合、がんに代表されるように死の時期の予測が可能である場合、臓器不全のように機能が高いところから発症し、寛解、増悪を繰り返しながらある程度の時間をかけて死に至る場合、そしてフレイルや認知症に代表されるように、その時間的経過が非常に長い場合などがあり[6、7]、ある高齢者がどのような過程を経て死に至るかを一般的に予測することは困難である。どのような場合にどのような医療的対応を取るかという考え方は一様ではない。今後は高齢者の終末期をどのような方法で判定するかを含め、終末期についての臨床研究を進展させる必要がある。第二に、ある医療行為を行うかどうか、また一旦施行した医療行為を中止するかどうかについて、医療専門職と患者本人・家族との間でどのように意思決定を行っていくかという問題がある。2012年に日本老年医学会が作成した「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として」[8]は、認知症の終末期にある患者において胃瘻⁶などの人工的水分・栄養補給法に関する方針決定のプロセスを支援する我が国初のガイドラインであるが、このようなガイドラインの活用と現場で発生している問題点を検討していく必要がある。第三は、このような終末期医療の方針決定に際し、最も重要な本人の意思をどう扱うかである。本人の意思が確認できなくなった状況で有用なのがいわゆる事前指示⁷(advance directive)である。しかし、我が国では事前指示に関しては、その様式、法的有効性についてコンセンサスが得られておらず、これについては広く国民的議論を行って検討をしていく必要がある。第四に、終末期医療に関し、適切に意思決定が行われた場合、その結果についての法的責任についてどう考えるかである。日本老年医学会のガイドラインは、責任は問われるべきでないという考え方に立っているが、この点についても我が国ではコンセンサスは得られていない。第五は医療経済の問題である。皆保険制度の限界が明らかな状況で、終末期にどれほどの費用を配分することができるのか。終末期には多くの医療費が必要であるといわれる一方で、終末期に要する一人当たりの医療費は、終末期以外に要する医療費と比較して、約1.5倍であり、極めて高いとはいいがたいという報告もある[9]。終末期にどのような医療を望むのか、多様な価値観の中で、医療資源の分配の問題は避けられない問題であり、正確な医療経済的分析が必要である。第六に人生の最終段階のケアのあり方も重要である。高齢者医療では「家族と亡き方の悲しみを共有するグリーフケア⁸」までを包含している。

⁶ 食物や飲料などの経口摂取が不可能または困難な患者に対し、人為的に皮膚と胃に瘻孔を作成し、チューブを留置して、食物や水分を投与するための処置。

⁷ 自分で意志を決定・表明できない状態になったときに自分に対して行われる医療行為について、あらかじめ要望を明記しておく文書。

⁸ 子ども、配偶者、親、友人など大切な人を亡くし、悲しんでいる（グリーフ）人に対するサポート。

終末期医療においては、いつまでも肉体の救命だけに専念する「専門技術者」ではなく、死にゆく人の長き人生を共に振り返り、敬意を払って、患者の精神の活動を助け、家族の悲しみを和らげることが望まれる。この評価指標は、患者の表情や家族からの感謝の言葉として得られるもので、定量化しにくいものであり、医師だけでなく看護師など他の医療専門職と共通の満足度の指標を確立することが必要である。過剰でも過少でもない「人生のよい終わり方」を支える医療が必要とされているのである。

4 パラダイムの転換

「治す」医療から「治し支える」医療へ：臓器機能の回復から生活機能の維持・回復へ

(1) 健康概念の再考

健康の定義としては代表的なものに「健康とは身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない」という WHO の定義があり、病気でないことが重要な要件となっている。しかし、高齢者の場合、十分に自立できていても臓器機能や身体機能の衰退、低下は避けられず、従来健康観から外れることになる。さらに高齢者では、脂質異常症や肥満のように、若年者では治療対象となる場合であっても、治療目的と効果が未解明であり、治療が QOL を悪化させ、寿命を短縮させる場合もある。例えば、80 歳以上の前立腺癌やある種の甲状腺癌では治療が寿命や QOL の改善に無効な場合もあり、認知機能が低下しても、社会で一定の役割をはたすことができる例もある。このように、若年者では病気と診断される例でも、高齢者、特に後期高齢者では不健康と決めることに戸惑う場合が多い。また病気と診断されても治療することが QOL や生命予後の改善に影響しないことも多い。

WHO の高齢者研究に関する報告書によると、高齢者では autonomy（自律していること）を健康の指標にすることを勧めている[10]。また長野県飯田市上郷公民館長北沢豊治らは「寝たりきりにならず死の直前まで元気で活動していること」を目指した「ぴんぴんころり」という概念を提唱している。前者は高齢者研究のための作業的な定義、後者は健康長寿体操を広めるためのいわばスローガンであり、どちらも超高齢社会における高齢者の生き方や医療・介護制度を含めた健康の定義として十分ではない。高齢者の QOL を向上させ、また限られた医療資源を有効に用いるために高齢者を含めた「健康」の概念を定義しなおすべきである。

(2) 特定病因論から複雑病因論へ：近代科学の限界と新しい方法論

高齢者の疾患の特徴は多くの病気を併せ持つと同時に、症状や所見（老年症候群）が多く認められ、70歳以上の入院患者では、年齢を10で除した数の老年症候群が認められる。疾患の合併症による症状のほか、臓器相関によるもの、加齢による原因不明の症状も多い。例えば、骨折は骨粗鬆症を基盤とするが、原因の85%以上は転倒に起因し、転倒は環境など外的要因（例えば滑りやすい床、不適切な履物）と内的要因（筋力低下、歩行能力低下、バランス低下、多くの薬剤処方）などが複雑に絡み合っておきる典型的な老年症候群である。単一病因論に基づく骨粗鬆症薬の開発だけで、骨折を減少できないことは、過去20年の成績が裏付けている。多面的病因論に基づくアプローチは、筋肉強化の運動と栄養、歩行訓練、不適切薬剤の整理、適切な履物、障害物の片付けなど非薬物療法を多職種で総動員する新しい方法論が求められている。このような転倒予防の試みは「高齢者の転倒予防ガイドライン」にまとめられ、ガイドラインの普及のみで転倒の減少効果が得られている[11]。

認知症は遺伝的素因と生活習慣が関与する複雑病因論で対処すべき課題である。既存の抗認知症薬では一年間の進展遅延が限界であり、血压管理、血糖管理、運動、食事、知的活動など医療関係者だけでなく家族や本人の協力を得てはじめて進展予防の実が得られる。

複雑病因論による老年疾患、老年症候群が複数重なった高齢者をいかに診断し、いかに指導するかには幅広い知識と経験が必要である。この手技に精通しているのが「老年病専門医」である。複数の疾患、症候群に最適な指導を行うことによって、一人の患者を老年病専門医が治療することによる医療費は、複数の臓器別診療科を受診することによる医療費より安価である。

(3) 治療目的：救命・延命から QOL・QOD⁹ (Quality of death) へ

医療は「生命予後」、「臓器機能予後」、「合併症出現」などをもって医療の良否を判断してきた。近年「QOL」や「医療費」なども医療の善し悪しのマーカーとして捉えられるようになった。高齢者の医療は、合併症、偶発症、高齢者特有の病態など多くのケアのニーズを含んだ領域であり、臨床試験により得られたエビデンスのみでは、そのニーズに応えることが困難である。

治療目的は、患者自体のニーズに沿ったものであるべきである。高齢者の医療ニーズの調査では、延命は調査項目中で最下位であり、疾患を治療し、活動性を保ち、生活機能を維持することが上位にあがっている[1]（参考資料2）。「治し支える」医療の重要性は、老年病専門医に対する同じ調査でも、同様の順位が示されていることから、高齢者とそれを診る専門家がすでに同

⁹ 死の質と訳される。生活の質（QOL）と対比されるが、「本人の願い通りに、そして倫理的に許容できる範囲で不快から開放された死」というのが質の高い死とされる。最期までより良く生きることを支えることが、QODを高めることにつながる。

じ治療目標を共有していることが示されている。入院患者の 35%が高齢者になったカナダでは、高齢入院患者の三分の一が入院期間中に ADL が低下する現状を改善するために、高齢者の満足度を高める医療を行う病院に転換するパラダイムシフトを提唱した。それは生活機能を総合的に評価し、地域に円滑に戻れるような医療のあり方と退院支援の強化を謳っている[12]。

今後増加する 85 歳以上の高齢者の活動性の維持・回復は、70 歳までの高齢者とは大きく異なり、加療後もなお自立機能の低下を残したまま退院していく例が増える。さらに、救命現場や救急医療現場では、最も多い誤嚥性肺炎の治療に胃瘻が年間 17 万件以上導入されていると推測されている（参考資料 3）。胃瘻から経口摂取への回復が 10%にとどまっている事実は、胃瘻が活動性の維持・生活機能の回復に結びついていないことを物語っている。我が国の喫緊の課題は、退院後在宅で穏やかに暮らすために、生活機能評価を強化し、治し支える医療を推進するための地域資源を体系的に整備して、地域の特性を生かした退院支援を促進することにある。

(4) 評価指標：臓器機能から自立機能へ、臓器生理機能から全身の恒常性へ

臓器機能の回復と活動性の回復が一致する場合は、個別の臓器機能を評価指標とすればよい。しかし、複数の臓器に機能低下があり、筋骨格系、中枢神経系の余力が制限されている高齢者においては、複数の臓器機能に異常を見つけて、これらの検査値異常の正常化を複数の診療科で図っても生活機能の向上は難しい。したがって生活機能そのものを治療目標として設定する必要がある。

独居高齢者 3 割、老老世帯 3 割の現状がさらに進行していくということを考えると、在宅での活動性を担保するために軽度の活動性の低下であっても、「手段的 ADL¹⁰」を測定し、服薬管理、栄養管理、通院可能性について判断する必要がある（参考資料 4）。また、食事や排泄といった基本的日常生活動作（基本的 ADL）が低下している場合には、家族の介護力を勘案して、在宅医療の可否を判断しなければならない。

最近、外科でも中高年の術後合併症頻度の調査で、フレイルの患者では約 2 倍合併症が多かったこと[13]や救急後の集中治療室利用はフレイルでは頻度が高いことがあり[14]、フレイルの評価のみでも合併症を高い頻度で予測できることが示されている。日本老年医学会でもフレイルに関するワーキンググループが発足し、全国的な研究の展開や支援が広がること求められている。

¹⁰ 電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬の管理、金銭の管理など高次の生活機能を意味する。高齢者の生活自立度を評価する際、手段的 ADL も考慮することが必要。

(5) 正常値：若年基準値から QOL 重視の値へ

正常値・基準値は健康な成人を無作為に抽出して決められている。しかし、加齢に伴う生体機能の低下を伴う高齢者においては若年者の正常値・基準値が当てはまらず、高齢者の疾病の診断や健康状態の判断に用いるには問題がある。

血清脂質値、血圧測定値、肥満度など、若年者と高齢者では治療開始値や治療目標値が異なることが、一部の学会のガイドラインでも明記されるようになってきているが、十分に周知されているとは言えない。

高齢者の場合、健康であるということと病気がないということとは同じ意味ではない。また高齢者では個人差が大きく、歴年齢と生物学的年齢は必ずしも一致しない。さらに寿命が延びるにしたがって、調査対象となる高齢者の集団や健康状態が変化する。したがって、元気で自立している高齢者の集団の正常値を決定することは困難である。

高齢者における健康の概念を再考し、個々の検査の正常値やその検査値が健康に持つ意義が加齢によりどのように変化するかを長期縦断研究によって明らかにし、何を治療目標値とするのかを学問体系化する必要がある。なによりもこのような現状にあることを、高齢者医療に携わる医療関係者だけでなく、医療従事者を目指しているすべての学生に対して教育・周知することが重要である。

(6) 新たなシステム構築と人材育成

① 超高齢社会に対応した新たな医療システムの構築

現在、障害を持つ高齢者が安心して在宅での療養を送ることができる基盤は、施設、人材を含めて不十分であり、在宅医療の環境整備は急務である。そのためには十分なトレーニングを受けたかかりつけ医、老年病専門医を中心とした初期診療と必要に応じて専門医診療につなげていく体制の構築、そして高齢者の生活機能低下の予防に対する理解と適切な介入法の確立が重要である。このようなシステムは地域によって事情が大きく異なるため各市町村単位で構築していかなければならない。医療・介護を含めたまちづくり、地域づくりについては、成功例の提示が有用であり、千葉県柏市のモデル等、地域によって参考とすべき成功事例が出つつある。

② 新しい時代を支える医師の卒前教育

高齢者数の増加を見越して、高齢者医療・介護に関わる研究、医療専門職の研究教育を充実させなければならない。同時に高齢者の心身の特性を十分に理解し、介護との有機的な連携能力を実践できる医療専門職を育成することが急がれる。現実には、我が国の医科大学のうち高齢者医療・教育

に特化した部門を有するのは約 30%に過ぎず、高齢者医療の講座を持たず、教育すら行っていない大学が多数を占める。したがって、すべての医学部に高齢者医療を教育する専任の教員を配置し、教育体制を構築して地域の医療機関や福祉・介護施設など、多様な主体との連携を進めなければならない。都市部では高齢者が急増し、地方では過疎化が進むという地域ごとの特性が顕在化してきており、地域の特性に合わせて各地域の医科大学が調整役を務め、その地域の特性に合った複雑化多様化したケアに適切に対応できる医師や医療従事者を育成する役割を担うべきである。そのためには、大学・地域医療機関のさらなる連携が欠かせない。

③ 高齢社会における医療専門職の育成

高齢者医療、在宅医療においては、医療・介護両面からの包括的ケアが必須である。その質向上のためには、多職種連携、チーム医療の重要性がますます高くなっている。そのためには、高齢者医療に精通した医師、看護師、療法士、薬剤師、栄養士、ケアマネジャー等の育成が欠かせないが、これら医療専門職の連携は十分ではなく、それぞれの医療専門職における高齢者医療への理解度も低い。医師のみならず、特に訪問看護師については、必要度に比し十分ではない現状があり、在宅・老年の専門看護師は 60 名しかいない。薬剤師の育成については、高齢者の薬物療法に関する研修を進めているが、さらにその育成を進めるべきである。介護との有機的な連携能力を実践できる医療関係者の育成は、多職種共通テキストの開発や多職種同時講習などが開始されているが、すでに各地で始まっている「介護予防サロン」や「物忘れ教室」などの試みも含め政策的に進めていく必要がある。

医師に関して、老年病専門医の数は絶対的に不足しており、実地医家（開業医）の再教育もさることながら、家庭に入った女性医師を老年医学の担い手として再教育、養成するようなプロジェクトも一考に値する。なぜなら、医学部を卒業し、医師免許を取得する女性医師の数は年々増加しているが、大学などの教育機関や病院、診療所で働く女性医師の割合は欧米諸国やアジアの国々に比べると、かなり低い。高齢社会の医療提供体制における必要医師数の推計に関する研究(研究代表者 大島伸一)[15]によれば、平成 20 年の女性医師の割合は 29 歳以下で 36.2%、30 歳代で 26.5%を占めるにもかかわらず、40 歳代 16.4%、50 歳代 11.2%と著明な減少を示す。これは妊娠出産、育児などでの業務の中断及び離職によることが明らかにされている。全国的な医師不足対策だけではなく、高齢者医療に求められる業務内容や勤務体制が女性医師には適しているという意見もあり、女性医師の活用を進めるべきである。

以上述べたように、高齢者医療を熟知した「かかりつけ医」、「老年病専

門医」、高齢者診療の技術を持つ「臓器別専門医」の養成と連携による診療体制を構築すべきである。文部科学省による「未来医療研究人材養成拠点形成事業」におけるリサーチマインドを持った総合診療医の養成はその対策の一つである。これは、地域の医療機関や市町村等と連携しながら、超高齢社会における地域包括ケアシステムに対応できるリサーチマインドを持った優れた総合診療医等を養成することを目的としており、まさにパラダイムの転換に対応できる医師の養成である。総合診療専門医の教育で、関連学会と連携した高齢者医療のトレーニングが極めて重要である。特に医療過疎が問題となる地域の医科大学や高齢者医療拠点での自発的な取り組みがより迅速になされることを期待する。

④ 老年病専門医の育成

生活機能障害、多職種連携、介護予防からエンドオブライフまでをカバーし、多病の高齢者をどのようにマネジメントするかという点で専門性を発揮するのが老年病専門医である。高齢者の診療がこのような専門家によって行われることが理想的だが、すべての高齢者医療を老年病専門医が担うことは現実的でない。地域の中核病院において臓器専門医のみでは対応しきれない高齢者の診療や、地域で高齢者診療を担う医師や医学生の教育、高齢者医療の研究の推進等が、当面老年病専門医が担う役割である。そのような役割に限定しても現在の老年病専門医数は十分ではない。専門医制度の見直しが行われる中、老年病専門医の果たすべき役割の明確化、我が国における望ましい老年病専門医の数と配置案の策定、より実質的なカリキュラムと専門医教育体制の構築等により必要な数の老年病専門医を育成することが急務である。

超高齢社会に最適な効率的医療の均てん化を推進するには、卒前教育では全医学部に老年医学講座を設置することが望ましい。卒後教育では日本医師会などの諸団体と協力して、全国規模での教育システムの構築が必要である。そのために長寿医療センター(仮称)を各地域ブロック(北海道、東北、関東・甲信越、北陸・東海、近畿、中四国、九州・沖縄)に少なくとも一箇所は設置し、教育システム構築の拠点とすべきである。

5 パラダイムの転換に対応するための国民的議論の熟成

日本の医療は、医師、患者あるいはその家族が「治す」医療、臓器機能の回復を目指すことに主眼を置いてきた。患者自身は必ずしも「治す」医療を望んでいない場合も多く、終末期医療に対する自分自身の希望と家族が終末期になった時の希望が異なるという調査結果もある。背景には、日本人の持つ死生観

や親子関係に及ぼす儒教的思想の影響等が挙げられる。一方で、行政は高齢者の急増に伴う高齢者医療、介護、福祉のあり方の変化への対応や制度の健全な維持のために、2000年の介護保険制度の導入、2008年の後期高齢者医療制度の導入、2012年のオレンジプランの発表などの施策を講じてきた。しかし、このような施策が実施されるに至った社会的背景について国民にも医療関係者にも十分に理解されているとは言いがたい。超高齢社会の進行による医療のパラダイムの転換が国民一人一人にどのような意義を持つかについて、一定の理解が得られないと、パラダイムの転換のための制度設計が社会から拒絶されることも生じうる。

(1) 国民へのパラダイムの転換の啓発

「治し支える」医療、生活機能の維持・回復といったパラダイムを国民がどのように受け止めるかには不透明な部分が多い。高齢期の生き方、死に方について多様な価値観がある中で医療経済的側面から社会保障制度の転換が語られ、限られた財源の分配のための、あるいは弱者切り捨てのための議論であると受け止められる可能性もある。もちろん、社会保障費の適正な配分や必要な社会保障費をどのような方法で獲得するかは重要である。国民が自分自身や所属する集団の利益という考えに偏らず、セーフティネットを含めた社会全体の保健・医療・介護・福祉のシステムのあり方として議論すべきである。そのためには、新しく提示するパラダイムが経済的な問題からではなく、国民が求める幸福感や死生観に適合した保健・医療・介護・福祉をいかに提供するか、という視点のものであるという理解を得る必要がある。これまでタブー視されてきた死と医療のあり方についても、できるだけ早急に議論を始めるべきである。

啓発活動はパラダイムの転換について国民の賛同とその推進をすることが目的である。議論をより実りあるものにするためには、医学界、マスメディア、行政、初等から高等教育に至る教育界それぞれが、その役割を果たす必要がある。

(2) 医学界へのパラダイムの転換の啓発

「治し支える」医療、生活機能の維持・回復といったパラダイムについて、高度医療を専門とする大学病院などの機関は、後方支援機関に限定したものであると考える傾向が強い。しかし、医学部生を含み医師の教育に直接携わる機関がこのパラダイムの転換を理解し、その実現に協力する体制がなければ、新しいパラダイムを実現するのに必要な医療・介護・福祉の体制を構築することはできない。

一方、医療界にも医療と介護・福祉の問題を切り離して考えようとする傾

向があったが、認知症患者や通院困難な要介護高齢者の急増、都市部における高齢者の急増に伴う看取りの場所の不足の予測など、医療機関で診る医療だけでなく、地域で見守る医療も必要であるという理解が拡がりつつある。

超高齢社会に伴うパラダイムの転換とその実現は、高度医療機関や教育機関、学会を含めた医学界全体が、積極的に協働して取り組むことが望まれる。特に日本老年学会を構成するすべての学術団体が医学界に対して啓発を行うことにより、対策の構築を促すべきである。

教育については、新しいパラダイムに対応できる医師が必要であり、新しいパラダイムに対応した老年学・老年医学の卒前卒後教育の充実と体系化が求められる。

研究については新しいパラダイムの医学的、社会的妥当性を検証する研究が必要である。その際のアウトカムを何に設定するかが最も大きな課題である。生命予後や心血管疾患の抑制といった治す医療の指標に代えて、治し支える医療の指標である生活機能評価や機能的自立度評価を医学界が評価・支持することが求められる。経済的側面に関する検討も社会保障費の適正な配分を考えるためにもなされるべきである。これらは、高額な高度医療・先進医療を適応すべき病態や年齢層をどのように考えるかということにもつながる。また、臓器を超えた老化に関する研究支援も必要である。

臨床においては高齢者の自立のための生活機能評価を含む総合的機能評価に基づく医療を実践すること、生活機能低下に大きく関連する病態(転倒など)を具体的に挙げ、かかりつけ医や専門医の役割を明示することが必要である。専門医制度に新しく総合診療専門医が組み込まれる予定であるが、超高齢化への対応には、高齢者の総合医療を担いうるよう老年医学の修得を必須とすべきである。

これからの医療体制として、疾病予防、疾病治療、介護予防、介護、終末期医療、看取りまでを連続性を持って対応できる仕組みが必要であり、そのためには予防から死までを俯瞰的に見ることが出来る医療人を配備する必要があり、特に介護予防から看取りに至るシステムの整備が急がれる。

(3) 国民的議論の課題と優先順位

国民並びに医療界への啓発活動と共に各論についての国民的議論が必要で、その課題と優先順位を提示する。ここで示す優先順位は新しいパラダイムの実現に向けて国民が受け入れ可能なものから順位をつけたものであり、パラダイムの転換についての各論が整理された段階では、見直しを要する。

① パラダイムの転換に肯定的な世論の形成

第1段階は、「治し支える」医療、生活機能の維持・回復といったパラダ

イムの転換が目指す未来像を丁寧に説明し、新しいパラダイムに肯定的な世論を形成することである。「治す」医療、臓器機能の回復を目指す医療では対応しきれない病態があること、そのような病態においては「治らなくても」QOL、QODを追求した保健・医療・介護・福祉が国民の望むものとなりうることを啓発する。啓発活動の段階においては、医療費や介護費用のことは少なくとも両者を合わせた額が現状より大幅な増額にならないという程度の議論に留めることが望ましい。個別の病態に対する医療の切り捨てが生じる可能性については、適正な医療という観点から別途検討し、この段階での啓発活動と切り離す。

② 適切な医療に関する議論

第2段階は、高齢者における適切な医療とは、どのレベルかという議論である。医療費や社会保障費とは別に、どのレベルの生活機能を維持することを社会が求めるのかについて、死生観を含めた論議が必要である。国民それぞれが求める医療を選択できる社会であれば、死への不安は残っても、生活機能を伴わない生命維持だけのための医療を拒否する選択もある。

③ 現在の医療・介護・福祉体制の継続との比較

現状の医療・介護・福祉体制で今後生じる問題点を国民の負担増の観点から検証する。現状の体制、国民が求めている体制、パラダイムの転換を経た体制との間にどれほどの乖離が生じるかは明確ではないが、負担増の観点を入れることで、人的、経済的に実現可能な未来像と希望する未来像とのギャップを認識することが期待でき、パラダイムの転換を現実的なものにするための基本的議論にもなる。

(4) 国民的議論とマスメディアの役割

国民的議論において、マスメディアの果たす役割は大きい。マスメディアは国民全体への情報発信力だけでなく、世論形成における影響力が大きい。日本老年医学会が2012年6月に発表した「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」に対する報道や介護医療、認知症への医療のあり方についての報道も多い。「治す」から「治し支える」医療へというパラダイムの転換には、マスメディアの関心も高いと考える。

マスメディアには、国民の情緒的側面に配慮した報道だけでなく、医学的見地、社会学的見地、経済学的見地からの報道をそれぞれの議論の段階で示すことを望む。どのような制度設計であっても万人を満足させるものではなく、制度設計によって一時的に不利益を被る集団が存在する可能性は常にある。

さらに、議論の中で、マスメディアの影響が最も大きいのは死生観に関連した議論であろう。医療のあり方によっては高齢者の切り捨てという図式になりかねないからである。「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」[8]発表時には、医療の中断のプロセスが高齢者の人権を守ることにもつながるという情報が発信されており、早い段階からの十分な情報提供が欠かせない。いずれにしても、生命と死に関わる問題であり、医学界、行政、マスメディアがお互いに積極的な情報交換と冷静な判断と議論を続けることで、真に国民が求めるパラダイムを提示することである。

(5) 国民的議論における行政の役割

オレンジプランをはじめ超高齢社会から生じる問題に対する施策は、すでに実行されているものもあり、今後について立案されているものも多い。医療のパラダイムの転換は、これらの医療政策の根幹となるものであるという理解が必要である。

医療や介護へのフリーアクセスをどこまで保証するか、高齢者自身あるいはその家族が、どのように医療・介護にアクセスするのが良いのか、在宅ではどこまでの医療・介護の連携が可能か、経済的な負担ほどの程度に設定するか、など安心して高齢期を過ごすことができるセーフティネットをどう構築するのかという点で、行政の役割はきわめて大きい。

パラダイムの転換によって生まれるイノベーションが、長期的には日本の経済発展につながるという発想も必要である。超高齢化が世界一であるというのは最大の強みであり、ヘルスケアの分野だけでなく、関連する諸分野と連携することによって、新しい技術開発を進め、世界に向けて情報発信をするとともに、世界の高齢者の70%を占めるようになるアジアが巨大な市場になり得るという理解が必要である。

6 提言

超高齢社会の実情、課題は多くは周知されつつあるが、その深刻な影響は、近年に至って初めて認識され、対応を考えるような後手後手に回ってきたことは否めない。本分科会では正確な認識のもと、医学医療改革で喫緊の課題解決策として実施すべきことを以下のように医療専門職能団体、特に医師団体、及び政策担当者に対して提言する。

- (1) 超高齢社会は75歳以上のみが増える未曾有の社会構造であり、医療需要は、ストレスにより要介護に陥りやすいフレイル、要介護、認知症を伴う医療に対応する「治し支える」医療にパラダイムを転換すべきである。
- (2) パラダイム転換には、病院機能の再編成と地域包括ケアにおける在宅医

療の受け皿づくりを急ぐ必要がある。

- (3) 人生の最終段階の医療とケアについて国民的議論及び国民への啓発が必要である。
- (4) パラダイム転換を支える効率的医療、医学の教育、研究、人材育成のため、各医科大学に老年学、老年医学の講座を置くことが望まれる。
- (5) パラダイム転換を支える医療の連携、多職種研修、啓発のため、全国各ブロックに長寿医療センター(仮称)を置くべきである。
- (6) 我が国が活力を維持し発展していくためには、少子化の是正策を講じるとともに高齢者自身の参画を促進する必要がある。また、高齢者医療の現場で活躍できる女性医師の育成が急務である。

これらの達成により個々人の健康という視点からだけでなく、人と社会のつながりという広い視野から高齢化に対応した日本社会となることが期待できる。

<参考文献>

- [1] Akishita M, Ishii S, Kojima T, et al. Priorities of health care outcomes for the elderly. *J Am Med Dir Assoc* 14:479-484, 2013
- [2] 社会保障制度改革国民会議報告書、平成 25 年 8 月 6 日
- [3] 平成 24 年版『高齢社会白書』内閣府
- [4] 平成 24 年度『医療費の動向』厚生労働省
- [5] Yoneyama T, Yoshida M, Ohrui T, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 50:430-433, 2002
- [6] Lunney JR, Lynn J, and Hogan C. Profiles of older Medicare decedents. *J Am Geriatr Soc* 50: 1108-1112, 2002
- [7] Gill TM, Gahbauer EA, Han L, et al. Trajectories of disability in the last year of life. *N Engl J Med* 362:1173-1180, 2010
- [8] 日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として 2012 年版」、医学と看護社（日本老年医学会ホームページ
http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf）
- [9] 前田由美子、福田峰、後期高齢者の死亡前入院医療費の調査・分析、2007 年 7 月 2 日、日医総研ワーキングペーパー
- [10] World Health Organization: The use of epidemiology in the study of the elderly. WHO TR Series 706, 1984
- [11] 鳥羽研二監修、「高齢者の転倒予防ガイドライン」、2012 年、メジカルビュー社
- [12] Huang AR, Larente N, and Morais JA. Moving Towards the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly. *Can Geriatr J* 14: 100-103, 2011
- [13] Revenig LM, Canter DJ, Taylor MD, et al. Too frail for surgery? Initial results of a large multidisciplinary prospective study examining preoperative variables predictive of poor surgical outcomes. *J Am Coll Surg* 217: 665-670, 2013
- [14] Bagshaw SM and McDermid RC. The role of frailty in outcomes from critical illness *Curr Opin Crit Care* 19:496-503, 2013
- [15] 厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤開発推進事業、高齢社会の医療提供体制における必要医師数の推計に関する研究(研究代表者 大島伸一)、平成 21 年度～22 年度

<参考資料 1> 臨床医学委員会老化分科会審議経過

平成 23 年

- 12 月 21 日 日本学術会議幹事会（第 142 回）
臨床医学委員会老化分科会設置、委員決定

平成 24 年

- 3 月 21 日 メール審議（第 1 回）
役員決定、第 22 期のテーマについて
- 5 月 23 日 分科会（第 2 回）
第 22 期テーマの決定と今後の方針
- 9 月 5 日 分科会（第 3 回）
超高齢社会における医学・医療のあり方について
- 12 月 5 日 分科会（第 4 回）
超高齢社会における医学・医療のあり方について

平成 25 年

- 4 月 10 日 分科会（第 5 回）
高齢社会と医療・介護行政の方向性について
- 7 月 10 日 分科会（第 6 回）
超高齢社会における医学・医療のあり方について

平成 26 年

- 2 月 5 日 分科会（第 7 回）
提言のとりまとめについて
- 7 月 25 日 日本学術会議幹事会（第 197 回）
臨床医学委員会老化分科会提言「超高齢社会のフロントラン
ナー日本：これからの日本の医学・医療のあり方」について
承認

<参考資料 2 >

患者が求める高齢者医療の優先順位に関する意識調査

厚生労働科学研究費・長寿科学総合研究

「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」(H22-長寿・指定-009) 研究報告書

主任研究者:東京大学 秋下雅弘

	地域在住高齢者(N=2,679)*	平均順位	老年病専門医(N=619)	平均順位
1位	病気を効果的に治療する	4.2	患者(高齢者)の生活の質を改善する	2.6
2位	家族の介護負担を軽減する	4.6	患者(高齢者)や家族の満足感を高める	4.4
3位	身体の機能を回復させる	5.2	病気を効果的に治療する	4.8
4位	患者(高齢者)の抱える問題を解決する	5.9	現在の活動能力を維持させる	4.9
5位	現在の活動能力を維持させる	5.9	身体の機能を回復させる	4.9
6位	精神面での健康状態を改善する	6.3	精神面での健康状態を改善する	6.0
7位	患者(高齢者)の生活の質を改善する	6.4	患者(高齢者)の抱える問題を解決する	6.4
8位	患者(高齢者)や家族の満足感を高める	6.8	家族の介護負担を軽減する	6.5
9位	介護サービスなどの利用を勧める	6.9	介護サービスなどの利用を勧める	7.8
10位	地域社会との交流や活動の場を広げる	7.4	地域社会との交流や活動の場を広げる	8.8
11位	施設への入所をできるかぎり回避する	8.4	施設への入所をできるかぎり回避する	10.3
12位	死亡率の低下をめざす	10.0	死亡率の低下をめざす	10.6

*東京近郊A市、北陸B市の65歳以上住民で、要介護認定なし

< 参考資料 3 >

胃瘻全国調査

厚生労働科学研究費・地域医療基盤開発推進研究

「在宅拠点の質の向上のための介入に資する活動性の評価に関する研究」(H24-医療-指定-038) (班長大島伸一) 研究報告書

- 1) 年間 PEG 導入 172000～198000
- 2) 75% は認知症
- 3) 経口摂取へ戻る率は少ない(11%)
- 4) 胃瘻造設の主要原因は誤嚥性肺炎(80%)
- 5) 在宅人工栄養はほとんど PEG(99%)

< 参考資料 4 >

加齢により低下しやすい手段的日常生活機能(杏林大学、未発表データ)

