

(案)

提言

超高齢社会のフロンランナー日本：
これからの日本の医学・医療のあり方



平成 26 年（2014 年）〇月〇日

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の転換はなぜ必要か？

高齢者は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、総合的、包括的な医療が要求され、薬物療法には特別な配慮が必要となる。すなわち高齢者医療は全人的医療を最も必要とする領域である。また、急性期をはじめ、回復期、慢性期の医療と介護をどのように進めるか、という視点も重要である。原因を究明して根本的治療を施し、病気の治癒を目指すという従来型の医療モデルを身体の老化に加え、社会的、心理的問題が絡み合って構成される疾病構造、及び生活機能障害を抱える高齢者にそのまま適用することは困難であり、高齢者医療には新しいパラダイムが必要である。

(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・地域でいつまでも暮らしたいという希望を抱いて、家族もそれを望んでいる。急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む 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」への進化、そして機能分化・連携型のシステム型医療への転

換が求められている。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、身体問題から生活にまつわる諸課題に対する解決策を共有し、しかも QOL に重きを置いた形で「チーム医療」を行い、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る。これらの動きを今まで以上に加速させ、女性医師の活用もさらに進めて、質の保たれた健全な在宅医療の一層の充実を図る必要がある。

(3) 各医科大学への老年学、老年医学講座の設置はなぜ必要か？

高齢者数の増加を見越して、高齢者医療・介護に関わる医療専門職の研究・教育を充実させることが必要であり、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必要である。このような人材育成により安心できる医療・介護の提供が期待される。しかしながら、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、高齢者医療の教育を全く行っていない大学が多数を占める状況は改善が必要である。

(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の設置の必要性はあるか？

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。したがって、高齢者医療に精通した医師、看護師、療法士、薬剤師、栄養士、ケアマネジャーの育成が課題となっているが、現実問題としてはこれら医療専門職の連携は未だ十分とはいえず、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。

3 提言の内容

したがって、本分科会として以下の提言を行う。

(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状態や要介護、認知症を伴う医療に対応すべきである。「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が必要な時期に差し掛かっている。

(2) 在宅医療の充実を図り、女性医師の高齢者医療への活用をさらに推進す

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、女性医師の活用も含めた方向性を示す必要がある。

(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、老年医学の講座を必置すべきである。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、卒後教育では日本医師会などの団体と協力して、全国規模での教育システムの構築が必要である。このための長寿医療センターを、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)に少なくとも一箇所は設置すべきである。

これらの達成により個々人の健康という狭い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する日本社会を作り上げることが可能となる。

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	5
(1)	総論：高齢者の特徴を踏まえた高齢者に必要な医療	5
(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	6
(3)	健全な在宅医療の推進	7
(4)	終末期医療に関する議論の推進	8
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	10
(1)	治療目的：救命・延命から QOL・QOD (Quality of death) へ	10
(2)	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
(3)	正常値：若年基準値から QOL 重視の値へ	11
(4)	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	12
(5)	健康概念の再考	13
(6)	新たなシステム構築と人材育成	14
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	16
(1)	国民へのパラダイムの転換の啓発	17
(2)	医学界へのパラダイムの転換の啓発	17
(3)	国民的議論の課題と優先順位	19
(4)	国民的議論とマスメディアの役割	20
(5)	国民的議論における行政の役割	21
6	おわりに	22
	<参考文献>	23
	<参考資料 1> 臨床医学委員会老化分科会審議経過	24
	<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	25
	<参考資料 3> 胃瘻全国調査	26
	<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	26

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すものであり例外がない。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あり、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だけではなく、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。

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、経済に与える影響を二つの側面から考えると、第一は従来から指摘されているように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日常的に介護を必要とし自立して生活できない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が求められるとともに、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、より積極的に様々な形での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占める割合は徐々に増加し現在約9%であるが、今後少子高齢化の進行により、この割合は一層高くなることが予想される。厚生労働省による希望調査では自分は元気だから働き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も必要と思われる。女性のさらなる社会参加と併せて検討すべき課題であろう。

経済力の指標であるGDP（国内総生産）については、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国民一人あたりのGDPが用いられるが、今後一層の高齢化とともに被扶養者の割合が増えれば一人あたりGDPは減少するため、経済的な活力も失われていく可能性がある。引き続き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生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。日本学術会議の責務として単に個々人の健康という狭い視点からだけではなく、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に対して将来のビジョンを提言する。

(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といえる。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、長期にわたる治療が必要となる。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。

一方、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、これに対して多額の財源が投入される結果、国家財政に大きな負担となることが懸念される。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

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。

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く[2]、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[3]。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可能性が高い。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可能性が高い。

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な年代である。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とともに、日常生活に関連した機能が低下し、いくつかの疾病を有する場合、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対する注意が必要となる。なお、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。

このような高齢者の特徴をふまえ、超高齢社会のフロンランナーである日本において、今後、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非常に重要な課題である。高齢者医療は健康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 をすべての人に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り、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、原因の明らかなでない食欲低下、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、原因を究明して根本的治療を施し、病気の治癒を目指すという従来型の医療モデルを身体の老化に加えて、社会的、心理的問題が絡み合って構成される疾病構造、及び生活機能障害を抱える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り、全身の臓器機能の関連、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となり、全人的医療を最も必要とする領域である。すなわち、全人的医療が高齢者、特に後期高齢者を診る場合に特に重要となり、この視点がなければ高齢者医療は成り立たないといっても過言ではない。複数の病気を持つ高齢者の全体の状態を的確に把握し、どの順番で、どのような治療を行うかを多職種によるチーム医療で判断する医療こそが高齢者医療のもっとも大きな特徴であり、課題でもある。この点を高齢者医療に携わる医療スタッフはよく理解しておくべきであり、そのための啓発活動が必要である。

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。

(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り、健康長寿を妨げる原因になる。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。

老年疾患はひとたび発症すれば治療が困難を極めるのが通例である。そこで、限られた医療資源を有効に活用するためにも、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[4]、他の老年疾患、老年症候群についてもこのような予防医学的、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。しかし、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。たとえば、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、睡眠などのライフスタイル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栄養バランスのとれた適切な量の食事を摂ること、適切な運動を続行すること、睡眠を十分にとりストレスを避けることが健康長寿につながるということが明らかになっている。したがって、75 歳以上の後期高齢者においても運動の重要性は強調されている。また魚の摂取やある種のビタミンの摂取、適度な運動の継続がアルツハイマー病を予防するという成績も報告されている。根本的な治療法のないアルツハイマー病を生活習慣の改善で予防することができれば、予防医療上大きな価値がある。

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の治療法の開発が重要であり、その研究の推進と医療職の育成が急務である。同時に後期高齢者を対象にした前向き臨床試験を支援し、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

2025 年には 75 歳以上高齢者が全人口の 20%を占める高齢化を目の前にして、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も目指すことである。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誰もが望む医療が求められている。すなわち、今まさにこれまでの生命予後改善を目的に医療資源を過剰に高齢者に注ぐ医療政策が問い直されていると言っても過言ではない。「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が必要な時期に差し掛かっている。

多くの高齢者が、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いて、家族もそれを望んでいる現実がある。そこには、医療・介護従事者が在宅療養者の傍らに寄り添い、QOL を重視した形の医療が必要である。すなわち、従来の病院完結型から、急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む QOL を重視した在宅医療のニーズは高まっており、今こそ地域全体で診、看ていくという「地域完結型医療」への進化、そして機能分化・連携型のシステム型医療への転換が求められているのである。

具体的には、疾病ごとの急性期の治療と回復期リハビリテーションを連携させ、治療後の高齢者の生活能力をできる限り回復させ、生活の場である在宅へ戻し、その人らしい生活を持続させる方向で連携する。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積極的に高齢者の生活の場に赴き、高齢者が自分らしい生活を継続する上での生活力を維持する視点に立った在宅医療を行う。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軸においた地域医療の再編が我が国の方針として進みつつある。これまで在院日数を短縮し、ベッド数を削減するという国の方針を背景に在宅医療を推進するための誘導政策がとられてきたが、そこに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各自の専門性を発揮し、身体問題から生活にまつわる諸課題に対する解決策を共有し、しかも QOL に大きく重きを置いた形で「チーム医療」を行い、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る。これらの動きを今まで以上に加速させ、質も保たれた健全な在宅医療のさらなる充実を図る必要がある。2013 年に社会保障制度改革国民会議は、医療のあり方として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・介護連携の制度化の提言の中では緩やかなゲートキーパー機能⁴

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

を備えた「かかりつけ医」の普及も提唱されている。

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。加えて、さらなる学問体系化を目指す必要もあり、そのためには大学医学部も含めた医育機関が地域医療を担う医師及び多職種と共に協働した形での戦略的な教育や啓発に取り組む必要がある。そして、超高齢化に伴い生じる医療需要の変化など様々な課題に対する解決策を多面的かつ戦略的に実施すべきである。

以上を踏まえ、真の地域包括ケアの担い手を増やしつつ、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の推進をすべきである。

(4) 終末期医療に関する議論の推進

超高齢社会はとりも直さず多死の社会である。高齢者が間もなく死を迎えようとしている終末期に関して、終末期の判断を誰がどのようにするのか、今まで行ってきた医療をどうするのか、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それら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、がんに比べてより多様な形態を取り得る高齢者の終末期に関する議論はこれまでほとんどなされてこなかった。しかし、超高齢社会においては、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は議論すべきいくつかのことがある。第一に、高齢者の終末期は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、がんによって代表されるように比較的短期間に死亡する場合、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[5、6]、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。どのような過程を経るかによってある医療行為の適用の考え方は変わらなければならないが、この

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。

ような高齢者の終末期医療に対する議論をする機会はまだ少ない。今後は高齢者の終末期をどのような方法で判定するかについての観点から臨床研究をさらに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が重要であり、その意思決定プロセスを支援するガイドラインは有用と考えられる。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」〔7〕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。第三に、このような終末期医療の方針決定に際し、もっとも重要なのは本人の意思である。本人の意思が確認できない状況にある時に有用であるのがいわゆる事前指示⁷（advance directive）である。しかし、事前指示に関してはその様式、法的有効性について我が国ではコンセンサスが得られていない。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は問われるべきでないと考えられ、日本老年医学会のガイドラインもそのようなスタンスをとっている。しかし、この点についても我が国ではコンセンサスが得られておらず、議論が必要である。第五は医療経済の問題である。この問題は従来タブー視されほとんど議論がされてこなかった。終末期医療のあり方を考えるとき、医療資源の分配の問題は避けて通れない問題であり、今後議論を重ねるべきである。第六に人生の最終段階のケアも重要な領域であり、まさに高齢者医療は「家族と亡き方の悲しみを共有するグリーフケア⁸」が終わり、送り出すまでを包含するといえる。

終末期医療においては、悪化の経過にあってもいつまでも肉体のみの救命だけに専念する「専門技術者」ではなく、死にいく人に長き人生を共に振り返り、その人生に敬意を払って、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、数値化されたものより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、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。患者の視点で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、超高齢社会を迎えた我が国で必要である。そのために広範な議論を重ね、国民

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。

に現状を教示し、さらに議論を展開していく必要がある。

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

一般に医療は「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いる。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、注目されている。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、そのニーズを果たすことが困難である。

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、延命は最下位であり、疾患を治療し、活動性を保つ、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、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じ治療目標を共有している現状が示されている。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が低下する現状に鑑み、高齢者が満足する要素を満たした急性期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。それは従来のバリアフリーといったものではなく、年齢差別をなくし、生活機能を総合的に評価すること、地域に円滑に戻れる退院支援の強化を謳っている[9]。

今後増加する85歳以上の高齢者の入院後の活動性の回復は、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多くなる。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ことが推測されている（参考資料3）。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は、胃瘻から経口摂取への回復が10%にとどまっている事実が物語っている。以上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の、生活機能評価を強化し、治し支える医療の地域資源を体系的に整備して、これらの地域資源を生かした退院支援を促進することにある。

(2) 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

活動性の回復が臓器機能の回復と一致する場合は、心機能、呼吸機能、腎

機能などを評価指標とすればよかった。しかし、複数疾患があり、筋骨格系、中枢神経系の余力が制限された高齢者においては、複数の臓器機能に何らかの異常があるため、これらの検査値異常を複数診療科で正常化を図っても生活機能の低下の進行は食い止められない。したがって生活機能を直接の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割の現状では、軽度の活動性の低下でも、在宅での活動性を担保するために「手段的ADL⁹」を測定し、服薬管理、栄養管理、通院可能性を判断する必要がある（参考資料4）。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は、家族の介護力を勘案して、在宅医療の可否を判断する必要がある。

これらを裏付ける最近のエビデンスとして、外科でもフレイルが問題となり、中高年の術後合併症頻度調査では、フレイルの患者では約2倍合併症が多かったこと[10]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[11]、フレイルの評価のみで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。

(3) 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た群の値をもとに決められている。しかし、高齢者においては加齢に伴う生体機能の変化により非高齢者の調査を基にした正常値・基準値が当てはまらないことがあり、高齢者の疾病の診断や健康状態の判断に用いることは問題を生じうる。

疾病の診断に用いられるカットオフ値や治療の目標値についても高齢者では非高齢者と異なっている。血清脂質値、血圧測定値、肥満度などについては、非高齢者と高齢者で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。

このような問題を解決する方法の一つは、健康な高齢者の集団につき調査し、正常値・基準値を決めることであるが、高齢者の健康の定義や高齢者そのものの定義の問題があり簡単ではない。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一対一に対応していない。また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。さらに高齢者は個人差が大きく、歴年齢と生物学的年齢は必ずしも一致しない。したがって、健康高齢者の集団の正常値を決定することは困難であり、仮にある時点ある集団を用いて高齢者の正常値を決定しても、普遍性を持たない

⁹ 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。

可能性が大きい。

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、なぜ治療目標値が異なるかを学問体系化する必要がある。その上で正常値や疾病診断のためのカットオフ値を機械的に高齢者に適用しないよう医療従事者となる教育を受けているすべての学生及び、現に高齢者医療に携わる医療関係者に対して教育・周知することが重要である。

(4) 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[12]。

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、老年科の入院医療費は臓器別診療科より安い。このような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、卒前教育では老年医学講座の全医学部での必置化が必要であり、卒後教育では日本医師会などの団体と協力して、全国規模での教育システムの構築が必要である。このための長寿医療センターを既存の病院を活用して、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）に少なくとも一箇所は設置すべきである。

(5) 健康概念の再考

健康の定義としては「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 の定義が有名である。この定義でも病気でないことが重要な要件となっているが、日本においては病気の予防、早期発見、完全な治療が健康維持においてより重視されている。しかし、高齢者の場合、健康であっても身体的に完全に良好とは限らない。高齢者の病気の中には、脂質異常症や肥満のように非高齢者には治療することが重要であっても、後期高齢者においては治療目的と効果が未解明であることが多く、強力な治療が QOL を悪化させ寿命を短縮させる場合もある。例えば近年検出感度の高い検査法の開発により多くの悪性腫瘍が早期に発見されるようになってきているが、80 歳以上の前立腺癌やある種の甲状腺癌のように治療が寿命や QOL の改善に無効な場合も多い。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存在する。このように、非高齢者であれば病気と診断される例であっても、後期高齢者では不健康というにはあたらない場合がある。また病気が診断されても治療することが患者の QOL や寿命に影響しないことも少なくない。「薬物や生活習慣改善で疾病を予防する、がんは早期発見や高度な医療により治療する」ことで健康を維持するという従来非高齢者で行われてきたアプローチは、超高齢期の QOL や Quality of death(QOD)を改善するために最適であるとは言いきれない。

WHO の高齢者研究に関する報告書では高齢者の研究においては 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[13]。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」をめざした「ぴんぴんころり」という概念を提唱している。しかし、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の高齢者の生き方や医療・介護制度を考えるのに十分な定義とは言えない。高齢者の QOL を向上させるために、また限られた医療資源を有効に用いるために高齢者の「健康」の概念を非高齢者と違った形で定義しなおすべきである。

(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

高齢化に伴い複雑性・多様性を示す高齢患者が増加の一途をたどっているが、それによって、医療需要が量的・質的に増加することが予想される。このような状況の中で、有限である医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現する必要性がますます高まっており、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが求められている。そのような要求に対

応するには、在宅医療の充実と住み慣れた地域の中での生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠であり、医療・介護の提供体制の再構築が必要となる。しかしながら、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、今後は施設、人材の充実によりどこに住んでいてもその人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を構築するための具体策の提示が必要となっている。そのためには高齢者医療に関して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る体制の構築とともに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り、このようなシステムを各市町村単位で構築していくことが望まれる。医療・介護、防災などを含めたまちづくりについては、実際に社会全体への啓発を図るために成功例の提示が最も有用であり、モデル地区を設けた実践的な研究が必要である。東京大学が取り組んでいる千葉県柏市をモデルとした研究はその一つであり、今後は全国への普及における推進策、問題点の解消などの検討を促進する必要がある。さらに、柏モデルが適合できないと思われる地域についての実践的研究も追加すべきである。今後は「在宅医療連携拠点事業」の継続による地域特性を生かした全国への普及推進策、問題点の解消などの検討を促進する必要がある。このために、地域医療の実践研究を縦断的に行って、事業のPDCAサイクル¹⁰に生かすことが求められる。

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・介護に関わる医療専門職の研究・教育を充実させることが必要であり、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必要である。このような人材育成により安心できる医療・介護の提供が期待される。しかしながら、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、高齢者医療の教育を全く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。特に都市部に比べ高齢化が進行し、医師偏在による医療過疎の状況が続く地方において切れ目のない地域包括ケアを提供することの重要性が高まっている。したがって、各地域の医科大学が調整役を務め、複雑化多様化したケアに適切に対応できる医師を育成する役割を

¹⁰ 事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法。

担うべきである。

地域で求められる医療人材の育成のため、家庭に入った女性医師を再教育し活用すること、大学・地域医療機関のさらなる連携についても模索すべきである。さらに高齢者医療の実情に関する early exposure も重要であり、医学教育改革を進める上で、高齢社会や地域包括ケアに対応したリーダーシップをとれる総合的な診療能力を有した医療人の育成を目指すべきである。日本老年医学会はこのことを達成するために、2013 年に学部用の教科書の編纂を行い、コアカリキュラム改訂への働きかけなどを行っている。

③ 高齢社会における医療専門職の育成

高齢者医療、在宅医療において医療・介護両面からの包括的ケアが必要であり、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。したがって、高齢者医療に精通した医師、看護師、療法士、薬剤師、栄養士、ケアマネジャーの育成が課題となっているが、現実問題としてはこれら医療専門職の連携は未だ十分とはいえず、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。医師のみならず、訪問看護師についてはその能力が十分開拓されていない現状があり、在宅・老年の専門看護師が 60 名しかいない状況に鑑みて、在宅高齢者の看護に携わる看護師の育成について看護協会とも連携しながら、国立長寿医療研究センター・日本老年医学会が中心となってその育成に関する役割を果たすべきである。薬剤師の育成についても国立長寿医療研究センターと日本老年医学会が協力して、高齢者の薬物療法に関する研修を行っており、さらにその育成を進めるべきである。その他の医療専門職やケアマネジャーについてもその機能強化のための教育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、多職種同時講習などすでに、研究レベルで開始され、各地で実験的に始まっている「介護予防サロン」や「物忘れ教室」などの試みを医療政策に取り入れる必要がある。

医師に関しては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ようなプロジェクトも重要である。すなわち、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」それぞれに対する再教育システムを融合しながら、診療体制を構築すべきである。しかしながら、再教育のプログラム整理やその具体的方法は不十分である。日本老年医学会では、国立長寿医療研究センターと連携して、老人保健施設管理医師研修を開始し、再教育のプログラム整理やその具体策を構築中である。これらを嚆

矢として、インセンティブを伴わせて老年病の拠点を中心に実地医家を再教育する制度を導入することが望まれる。2013 年度に募集された文部科学省による「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。国民が将来にわたって安心して医療を受けられる環境を構築するため、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においては、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からの情報発信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である。しかし、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く、地域の中核病院において臓器専門医のみでは対応しき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ないことが明らかである。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重要である。

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

日本の医療の現状は、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に置かれている。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調査結果もその表れである。背景には、日本人の持つ死生観や親子関係を含めた孝行という儒教的思想が根強いことが挙げられる。一方で、行政は高齢者の急増に伴う高齢者医療、介護、福祉のあり方の変容や財政的保証のために、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。

このような施策が実施されるに至った社会的問題を国民や医学界が十分に理解しているべきであるが、後期高齢者医療制度の廃止が個人の経済的負担に焦点をあてて議論されたように、問題の全体像が十分に理解されているとはいいがたい。「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、パラダイムの転換がなされなかった時の未来像と併せた国民的議論がなければ、パラダイムの転換のための制度設計自体を社会が拒絶することも生じうる。

(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大きい。年齢層や現在の健康状況、家族など身近な人に「治す」医療で対応しきれない人がいるかどうかによっても受け止め方は異なる。このような多様な価値観がある中で医療経済的側面からパラダイムの転換が語られ、限られた社会保障費の分配のための、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がある。もちろん、社会保障費の適正な配分は常に考えられるべきであり、必要な社会保障費をどのような方法で獲得するかも重要である。その議論を、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しなければならない。そのためには、新しく提示するパラダイムが経済的な負担の点から必要というのではなく、より国民が求める姿に近い幸福感や死生観に適合した保健・医療・介護・福祉を提供するために必要であるという理解を得る必要がある。死生観の転換を必要とするかどうかは、議論の経過や社会状況の変化にも左右されるが、できるだけ早急に議論や啓発活動を開始すべきである。

啓発活動はパラダイムの転換について国民の自発的な賛同を得ることが主目的である。新しいパラダイムに対して、まずは国民全体から総論賛成を得ることが必要であり、各論反対に陥らないために、総論に沿うより優れたケアとしての各論を早期に提示してそれぞれに対し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十分に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

であると考えられる可能性が高い。しかしながら、医学部生並びに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、パラダイムの転換後に必要な医療・介護・福祉の体制を構築することはできない。

医学界全般においても、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、認知症患者の急増、医療機関へ通院不可能な要介護高齢者の急増、都市部における高齢者急増に伴う看取りの場所の絶対的不足の予測など、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概念が理解されつつある。

パラダイムの転換は、2025年問題に象徴される超高齢社会の問題を解決する一つの方策であり、その実現は医学界自体が直面すべき問題である。高度医療機関や教育機関、学会を含めた医学界全体が、パラダイムの転換に積極的に協働することが望まれる。日本学術会議に加え、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新しいパラダイムの啓発を行うことによって、医学界の教育、研究、臨床すべてにおける早急な対策の構築を促すべきである。

教育については専門分化された医療を担う医師と共に、新しいパラダイムに対応できる医師が必要であり、医学生や医師の教育に積極的に関わることが求められる。そのためには、パラダイムの転換に対応した老年学・老年医学の卒前卒後教育の充実が求められる。

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関心事である。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、国民が納得できる治し支える医療の指標である生活機能評価を医学界が積極的に支持することが求められる。経済的側面に関するアウトカムの検討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なアウトカムを指標として検討するのかにもつながり、社会保障費全般の配分を考える上でも重要である。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、2025年問題への対応には、高齢者の総合医療を担いうるよう老年医学の修得を最優先に行うべきである。

パラダイムシフト後に対応できる医療体制として、疾病予防、疾病治療、介護予防、介護、終末期医療、看取りまでをすべての国民一人一人について

連続性を持って対応できる制度連携が必要であり、予防から死までを俯瞰的に見ることができる医療人を適切に配備する必要がある、特に介護予防から看取りに至る部分の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。ただし、ここで示す優先順位はパラダイムの転換の実現に向けて国民が受け入れ可能な議論の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、より具体的な優先順位の見直しを要する。

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対応しきれない病態があること、こ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・福祉が国民の望む対応となりうることを啓発する。老年症候群は啓発活動における例示に適している。なお、この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は、適正な医療という観点から別途検討されるとしてこの段階での啓発活動と切り離す。もちろん、適正な医療は継続されるという大前提は必須である。

② 適切な医療に関する議論

第2段階は、適切な医療を高齢者においてどのレベルとするかの議論である。可能な限り、医療費や社会保障費と別に、どのレベルの生活機能を維持することを社会が容認できるのかについて、死生観を含めた論議をしていく必要がある。社会的に共通の価値観を持って、それぞれが享受する医療レベルを選択できる社会になれば、死への不安は残るであろうものの、生命維持だけのための生活機能を伴わない医療を選択しない可能性も生じる。国民が求めている医療・介護・福祉の議論でもある。

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2025年問題を迎えた際に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の間にどれほどの乖離が生じるかは国民的議

論を経なければ明確でないが、負担増の観点を具体的に入れることで、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の認識を図ることが期待でき、パラダイムの転換を現実的なものにするための総括的議論にもなる。

(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、マスメディアは最も大きな役割を果たすと考えられる。マスメディアの国民全体への情報発信力だけでなく、世論形成における俯瞰的視点を持った役割が大きい。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」に対する報道内容を考えると、延命を目的とした医療だけでなく、尊厳死まで踏み込んで議論を求めている印象がある。また、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。「治し支える」医療というパラダイムの転換と多くの部分が重なっており、マスメディアの関心も高いと考える。

具体的なマスメディアの役割について、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、社会的見地、経済学的な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。新しい制度設計には若干の不備があることが多く、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もある。2025年問題が差し迫った現状では、報道の原点として新たな制度への批判と共に、国民の声を代表して建設的意見を率先して提示することがマスメディアの社会的責務である。

さらに、前述した段階的な国民的議論の中で、マスメディアの報道が最も大きな影響を及ぼすのは死生観と関係した議論であろう。一例として、高齢者における医療の中断は高齢者の切り捨てという図式になりがちであり、センセーショナルな話題にもなりえる。しかしながら、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」[7]発表時の、マスメディアの対応は、医療の中断のプロセスが明確になされることで高齢者の人権を守ることにつながるという理解を持って好意的に情報発信されたと考えている。関係学会が十分に議論し、外部の意見も求め、マスメディアにも早い段階から十分な情報を提供することで成し得た経緯である。パラダイムの転換に関わる国民的議論の一つ一つにおいて、医学界、行政、マスメディアがお互いに積極的な情報交換を続けることで、真に国民が求めるパラダイムを提示することを願う。

(5) 国民的議論における行政の役割

後期高齢者医療制度の廃止が俎上に上った理由として、制度そのものの問題点以上に、十分な国民への周知期間を設けなかったことが挙げられる。2025

年問題に対する施策はすでに多数実施されており、オレンジプランをはじめ今後の計画も一部は公表され、さらに立案されている計画も多い。今回議論するパラダイムの転換だけが 2025 年問題を解決できるわけではなく、現在進行中の施策や立案中の施策の遅滞なき実行が求められる。そのためにこそ、新しい施策に対しては早い段階からの情報開示、医学界との連携、積極的な国民への説明が必須である。

議論の過程において行政が果たすべき最大の役割は、安心社会の持続を保証することである。医療や介護へのフリーアクセスを保証することはその一つであるが、経済的に困難な場合それに代わる安心社会のための制度設計が必要である。高齢者自身あるいはその家族が、どの専門医あるいは医療・介護にアクセスするのが良いか判断できるような社会システムの構築も安心社会の構築に効果的である。いわゆるセーフティーネットをどこまでかけるのかも行政の判断が大きい。

具体的に目指しているパラダイムの転換とそれに伴う社会のイノベーションは、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。行政はヘルスケアの分野だけでなく関連する諸分野に働きかけることによって、2025 年問題に備える日本社会のイノベーションを、急速に高齢化の波が押し寄せている世界特に周辺のアジア諸国に向けて情報発信する機会、同分野に関連する産業面での優位性を目指す機会にできる。国民的議論においては健康を中心としたより現実的な論議が望ましいが、他分野の情報を持つ行政が、世界における超高齢社会のフロンランナーとしての日本の役割を具体的に提示できれば、国民的議論の後押しにもなると期待される。

6 おわりに

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今できることを以下のように網羅した。

- (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、老年医学の講座を必置とすべきである。

(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育成のための国家的プロジェクトが急務である。

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] 平成 24 年版『高齢社会白書』内閣府
- [3] 平成 24 年度『医療費の動向』厚生労働省
- [4] 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
- [5] Lunney JR, Lynn J, and Hogan C. Profiles of older Medicare decedents. *J Am Geriatr Soc* 50: 1108-1112, 2002
- [6] 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
- [7] 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、東京（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）
- [8] Neugarten BL *The Meanings of Age*, University of Chicago, 1996
- [9] 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
- [10] 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
- [11] Bagshaw SM and McDermid RC. The role of frailty in outcomes from critical illness *Curr Opin Crit Care* 19:496-503, 2013
- [12] 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
- [13] World Health Organization: The use of epidemiology in the study of the elderly. WHO TR Series 706, 1984

<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
- 月 ○日 日本学術会議幹事会（第○回）
臨床医学委員会老化分科会提言「超高齢社会のフロンティア日本：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

厚生労働科研・長寿科学「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」研究班

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

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（厚生労働省科学研究費：在宅拠点の質の向上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)

