

< 報告 >

北海道生命倫理研究会主催 公開セミナー
「老いとともに生きる社会」
(2015年12月11日札幌医科大学)
これからの地域医療
—大学との連携による地域医療マインドの醸成—
留萌市立病院 名誉院長 笹川 裕

この10年の間に、国内で少子高齢化が急速に進行します。地域ではこれまで経験したことのない超高齢化社会へと変貌するでしょう。地域の人口数と年齢構成が大きく変わるのに伴い、地域で必要とされる医療も当然変わっていくと予想されます。具体的には、どのように変わっていくのでしょうか。

少子高齢化に伴い、生活習慣関連疾患（がん、脳卒中、心筋梗塞、アルツハイマー型認知症、高血圧、糖尿病など）が今より増加するでしょう。疾患の構成年齢がさらに高齢へとシフトし、高齢者に適した慢性型治療へと変わっていくと考えられます。勿論、がんも例外でなく、70歳代、80歳代のがん患者が増加することになり、選択される治療内容も変わっていくことになります。外来・入院の平均年齢はさらに高齢化し、広大な北海道の地域では欠くことのできない救急医療や透析医療も急激に高齢化へと進むのです。1年間に生まれる人数の1.5倍以上が死亡する『多死の時代』となり、救急医療での看取りが急増すると予想されます。

一般的に高齢者は、二つ三つ複数の生活習慣病を患っているだけでなく、疾病の後遺症や高齢化に伴う身体機能低下を有しているケースが多くなります。現状でも10種類以上の投薬を受けている高齢者が多く、今後もポリファーマシーの傾向は続くものと考えられます。従って今以上に、薬剤相互の副作用が大きな問題となっていくと予想されます。このような背景から、高齢患者を全人的に診察し、適切な薬剤管理ができる医師（総合診療医？）の台頭が期待されます。

団塊の世代がすべて後期高齢者となる10年後（西暦2025年）、北海道では急速に高齢化が進行します。後期高齢者（約2100万人と推定）になると全国的に独居の割合が増加（約680万人と推定）しますが、都市と地域では独居の中身に大きな違いが出てくるでしょう。都市部では近隣に子供が住んでいる独居高齢者（近居子の独居高齢者）が比較的多くなるのに対し、地方では近隣に子供が住んでいない遠居子の独居高齢者が多くなる可能性があるからです。やがて認知障害の出現により自立が難しくなると、近隣住民の支援とまちのサポート体制のみが頼りとなるのです。

高齢者は人生の終末期をどこで暮らし、どこで最期を迎えたいと思うのでしょうか？
高齢者を対象のアンケートを実施した結果、『住み慣れた地域で安心して最期まで（できるだけ自立した形で）過ごしたい』というのが本音だとわかりました。反面、家族に負担をかけたくない、

心配をかけたくないという気持ちから介護施設に入所するケースが多いのも事実です。驚いたことに、施設で働く介護職員を対象としたアンケートも、希望する最期の場所は施設（12.8%）ではなくて、自宅（60.0%）でした。今後も年金・医療費・介護福祉費などの社会保障給付金の漸増が避けられない現状です。『病院から在宅へ』『施設から在宅へ』の流れは、国民の希望と国策の一致という背景からさらに大きくなるものと考えます。同時に、少なくともあと 25 年間は、厳しい医療・介護費抑制の継続が余儀なくされることでしょう。

一般的に高齢者を支える体制は、自助（自立）、互助（家族）、共助（住民支援）、公助（行政）の四つに分類されます。独居高齢者は既に互助機能を喪失しているため、やがて認知障害が出現し進行すると、自助と互助機能の両方を失いかねません。

残っている自助機能を支え喪失した互助機能をカバーしつつ、『地域で安心して過ごす』ためには、どのような支援体制が必要になるのでしょうか。

当然、残りの二つ支援体制である共助と公助の体制のさらなる充実と連携強化（システム化）が頼みの綱となります。共助の充実には住民の意識の改革と向上なくして達成できません。『この地で共に生きていく』ために、どのような支援が必要で効果的なのか、実際どのような支援が提供できるのかを共に考え、学び、つながる場（コミュニティ）が必要です。少子高齢化の時代ですから、元気な高齢者が主体的にコミュニティを牽引・拡大して行かざるを得ないと考えます。さらに医療・介護職が高齢者の生活機能を評価する立場で参加することが大切で、医学生もこの場に関わることは非常に有意義であると考えます。そしてそこに行政が協働的に関わり、実現に向けサポートする形が理想的と言えます。目指す目標は当然、それぞれの地域にあった包括ケアの姿であり、市町村ごとに若干異なるものと想定されますが、検討され構築された支援体制は紛れもなく地域の包括ケアシステムの基盤になるものです。地域にこそ、この複合支援システムの充実が望まれるのです。

高齢者の複合支援を考えると、高齢者の心のケアを避けることはできません。多くの高齢者は完治しない慢性的な病気を有していることが多く、『あと数年でお迎えがくるだろう、いよいよ死期が近いのでは・・・』など死に対する恐怖心を常に抱いて生きております。同じ時代を生きてきた家族、友人、知人との別れに伴う喪失感、寂寥感、虚無感、孤独感に加え、元々有していた自分の身体機能（見る、聞く、歩く、睡眠、食べる、排泄する等）が徐々に低下するという不安感、所得低下に伴う経済的不安などが重なるケースも多いと考えられます。老年症候群とされる不快な症状、めまい、振戦、物忘れ、ひざ痛、腰痛、転びやすい、頻尿、衰弱・虚弱、筋力低下（フレイル）などが出現してくると、さらに抑うつ、不安、孤独、絶望へと進みやすくなります。

精神的安定は身体症状や病状に大きく影響することが報告されております。

近場に頼れる医療・介護スタッフが居るかどうかが、困ったときにすぐ相談できる人がいるかどうか、話し相手がいるかどうか、地域に安心して暮らせる生活支援体制があるかどうか大きな鍵となります。どのように生きたいか、どのように死にたいかは一人一人千差万別であると思われませんが、独居高齢者の生活の質（QOL; Quality of Life）、死の質（QOD; Quality of Death）を高める特効薬はありません。しかし、まちの包括ケアシステムの質と住民の共助の心、まちの公助

の心が独居高齢者の QOL・QOD を高める薬となるのではないかと期待します。

このような高齢患者さんにとって、日頃よく話を聞いてくれ、心身共にケアしてくれるような信頼できる医師が傍にいるかどうかが大きなポイントになります。理想的な医師像に近づくためには、医学生の早い時期から実際に地域に飛び込み、患者や家族とコミュニケーションを取って経験を積んでいくことが大切です。この体験が地域に貢献できる医師の育成につながるでしょう。

患者から頼られること、感謝されることが医師のマインドを高め、成長させることになります。地域にはそういう場が多くあります。

これからの地域医療を担う医療人には、次のような転換と意識改革が重要です。

- ① 医療・介護に関わる各職種が連携し支えるという『発想の転換』
- ② 医療提供者の視点から、患者の視点への『視点の転換』
- ③ これまでの医療は病院内に限定されることが多かったが、これからの医療は病院内に於いても住民と医療・介護を含めた多職種が目標を共有し、協働するという『意識改革』

このような転換と意識改革を達成するためには、高い地域医療マインドが不可欠です。江戸時代から良く医師に必要なのは『知と心』と言われます。これを『知識と意識』と考えますと、『医学(知識)を究めるのは大学、心(意識)を育て医療を実践するのは地域』とも言えるでしょう。大学教室での座学だけでは、地域医療や高齢者医療に関する教育は不十分です。高齢者医療では、病気を診るのではなく、病気を持った高齢者をどう診ていくかがますます重要になります。今後の超高齢化社会は、医師及び医療人の心を磨き育てることの重要性が問われる時代になるでしょう。この意味で、大学と地域が密に連携して、医療人の地域医療マインドの醸成を目指し、時代に適した医療人を育成して行くことは、これからの地域医療を見据えた重要な方向性と言えます。