

在宅医療とフレイル予防の最前線

医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長 佐々木淳氏

成熟社会居住研究会では、24時間対応の在宅医療に取り組んでおられる医療法人社団悠翔会の理事長・診療部長である佐々木氏をお招きし、在宅医療と高齢者のフレイル予防についてお話を伺いました。国土交通省住宅局安心居住推進課の石坂課長及び厚生労働省老健局高齢者支援課上野課長補佐、東洋大学水村教授にもご参加いただき、意見交換を行いました。

1. 医療法人社団悠翔会の概要

- ・悠翔会は2006年に設立し、現在、1都3県で10か所の在宅クリニックを展開しています。76名のドクターが、約3,500人の在宅の患者さんを24時間体制で見守っています。毎年800名くらいの方々が亡くなられ、その7割はご自宅でお見送りしています。
- ・在宅医療は総合診療ができないと成立しないので、主治医はプライマリーケア全般に対応しています。各クリニックには、医師、看護師の他、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療養士などが集まっており、ここから医師と看護師、ドライバーが3人1組で、患者さんのご自宅を1軒1軒回って診察や処置をしています。患者さんの自宅に、1日平均32台、多い日は44台の車で回っていて、去年は1年間で約33万km走りました。
- ・在宅医療を受ける多くの方々は通院困難な、治癒の見込めない病気や障害とともに人生最後のステージを生活している状況ですので、どこをどう治すというよりも、この状態でどのように生活を続けていくかの支援をしています。最近では病院に長期入院することはできないので、人工呼吸器や中心静脈栄養などをつけた状態で自宅に戻られた方もおられます。今は輸血や抗がん剤、医療用モルヒネ注射、集中的な感染症治療などを在宅で行うことができます。
- ・在宅医療の高齢者の多くは低栄養状態です。低栄養は老衰を早め、誤嚥性肺炎や骨折の原因にもなるので、これを改善して、その人の最大限のポテンシャルを引き出す支援に力を入れています。もう一つのテーマは認知症です。在宅高齢者のおよそ7割は認知機能の低下が見られます。前頭葉の病変が強い方など、一部に精神科医の対応が必要になる方もいますが、認知症の高齢者が穏やかに生活できる環境をつくるのが我々の仕事です。

2. 明るい超高齢社会

(1) 人生のフェーズ

- ・一般的に超高齢社会は暗い未来としてイメージされています。これを明るい未来にしたいということが、我々のキーワードです。暗く感じる要因は2つあると考えています。1つは高齢者が増えると、支えなければならない人が増える。その結果、人手・お金・リソースが足りなくなるということ。もう1つは支えられている高齢者が幸せに見えず、自分もこうなるのは嫌だと考えてしまうということ。私たちは、この2つの要因に対して、未来を明るくするアプローチを日々考えています。
- ・人間の身体的機能のピークは20歳で、その後、だんだんと機能は低下していきます。しかしだから絶望するということはありません。私たちの多くは身体機能のピークを越えても楽しく毎

日生活しています。その理由の1つは人間の社会的機能と呼ぶべきもので、例えば30代40代になると、社会的に段々と大きな役割を担っていくようになり、生きがいややりがいも歳を重ねるとともに大きくなっていきます。しかし、残念ながらこの社会機能は、定年制度により、多くの方が60歳から65歳にかけてほぼ半強制的に剥奪されます。人間にはもう1つ、精神的機能というのがあります。これは心の成長です。心の成長は生まれたときから徐々に続いて、高齢になっても、仕事を辞めても続きます。認知症になっても前頭葉の機能が全廃しない限り、精神性は保たれると言われていいますので、死ぬまで成長は続くといえると思います。

- ・こう考えると、私たちの人生は大きく4つのフェーズに分かれます。1つ目は身体的にも社会的にも精神的にも成長が続く小児期、次に身体機能は低下し始めますが社会的・精神的には充実が続く現役世代、次に身体はまだ元気だけれど社会的役割を剥奪された前期高齢者、最後に身体的にも社会的にも、生きたいように生きられないが心はまだ元気で、そのギャップに苦しんでいる後期高齢者です。

(2) 健康寿命と平均寿命のギャップ

- ・死亡診断書に老衰と書かれるケースは7%くらいまで増えてきていますが、実際にはそれまでに入退院を繰り返している人がいて、「健康老衰モデル」といえる人は5%くらいと考えています。そしてピンピンコロリで亡くなる「突然死モデル」は15%くらいと考えています。残りのおよそ80%の方々は、一度大きな病気をして、緊急入院で1命をとりとめ、その後リハビリを行って地域に戻られるが、全快とはいかずに入退院を繰り返しながら衰弱していき、多くは病院で最期を迎えられる「疾病モデル」です。
- ・重要なことは、平均寿命と健康寿命にギャップがあるということです(図1)。

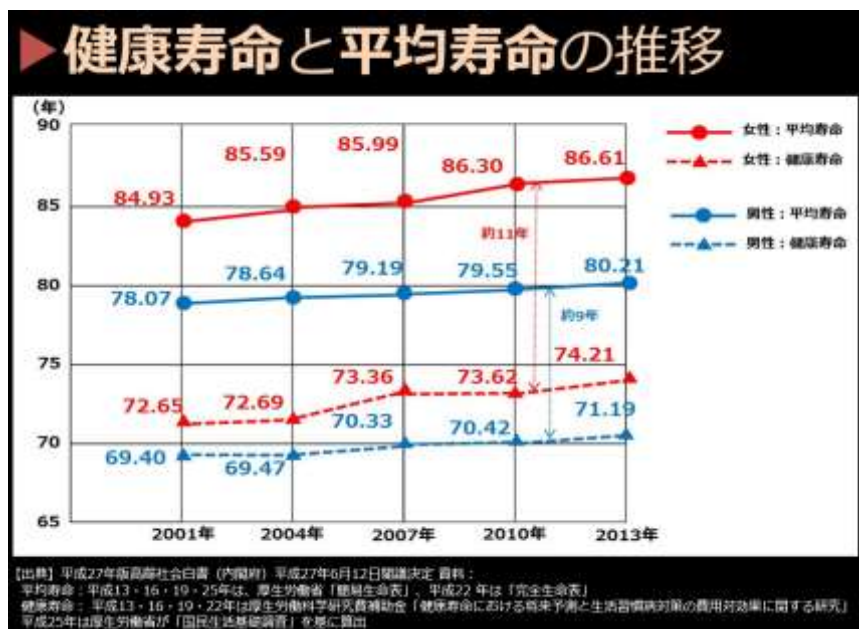


図1 健康寿命と平均寿命の推移

- ・日本は平均寿命が大変長くて、男性が81歳くらい、女性が87歳を超えています。男性の健康寿命は70歳くらい、女性は75歳くらいです。男女それぞれ10年くらいのギャップがあります。健康寿命の延伸は厚労省も取り組んでおられ、これは大変効果があり、実際に健康寿命

は毎年伸びてきています。しかし、健康寿命が延びると健康寿命と平均寿命のギャップが縮まるのかというと残念ながらそんなことはなくて、健康寿命が延びると平均寿命も伸びます。ギャップの年数はこれからもそれほど変わらないのではないかと、私は医療の専門家として考えています。ぎりぎりまで元気で暮らすために身体を鍛えることももちろんいいと思いますが、大事なことは、どんなに努力しても最後の10年間は医療と介護とともに生きていくことになるのです。最後の10年をだれかに支えられて生きていくという前提で、それで幸せを感じられる社会にならないと、健康寿命の延伸は根本的な解決にはならないのではないかと感じています。

(3) 健康とは身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態

- ・WHOが1978年に採択した「アルマ・アタ宣言」では「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、単に疾病のない状態や病弱でないことではない。」とされています。さらにWHOが2001年に採択したICF（国際生活機能分類）は「心身機能・身体構造」、「活動と参加」という2つの要素で構成されています。病気や障害がなくても、引きこもって社会と断絶した人は不健康と言えます。逆に病気や障害とうまくつきあいながら幸せな家庭生活や社会参加を実現している、ホーキング博士のような方がおられます。19歳の時にALS（筋萎縮性側索硬化症）と診断されたホーキング博士が充実した生活を送っている理由は、周りの支援です。その人の生涯を支える環境があれば生活や社会参加が成り立つことが大事で、体に障害があるかどうかではなくて、その人の生きることの全体を見ていくということが、在宅医療の価値観です。
- ・佐賀県にお住まいの中野玄三さんは、やはりALSの患者さんで、人工呼吸器をつけ、コミュニケーターで思いを文章で伝えています。しかしビールを楽しんでおられます。普通、人工呼吸器をつけている方は食べ物气管に流入して肺炎の原因になるのですが、中野さんは人工呼吸器をつけたときに咽頭側の気道を閉鎖する手術を受けたので、家族と食事を楽しむことができます。ALSは運動神経の病気ですから、感覚神経はそのままです。ですから、食事の味を楽しむことができます。中野さんが日々の生活の様子を写真に撮って、フェイスブックにアップすると世界中から「いいね」が集まります。中野さんのにこやかな表情をみると、ALSという難病に冒されて人工呼吸器をつけている状態が実はそんなにつらくないのではないかと多くの患者さんも感じられて、私も人工呼吸器をつけて生きてきたいという決断をした方が多くおられます。さらに中野さんは会社経営者で、たくさんの社員を雇い、給料も法人税も払っています。中野さんは社会に支えられています、同時に社会の支え手でもあるのです。日本という優れた国は、ALSで「動けない、喋れない、呼吸もできない」人であっても、社会で活躍できる環境を作ることができるのです。
- ・心身の機能の治る、治らないは重要ですが、仮に治らなかったとしても、その人の機能に応じた生活や社会参加のための環境をつくることこそがこれからの日本にとって必要であり、そういう意味でも、「すまい」の役割とはとても大きいと思います。

(4) 高齢者の定義の見直し

- ・私は、高齢化は衰退ではないと考えています。大正時代に男性は平均的に25歳で結婚し、60歳まで働き、61歳で亡くなっていました。女性は21歳で結婚し、57歳でご主人と死別し、61.5歳で亡くなっていました。つまり亡くなるぎりぎりまで社会参加しておられたのです。現在の男性は30歳で結婚して65歳まで働いて80歳まで生きられます。女性はご主人の退職時は63歳

で、ご主人と死別したときは 79 歳、それから 87 歳まで生きられます。日本老年学会など 75 歳以上を高齢者とすることを提言していますが、私も同意します。身体機能は、かつての 65 歳と今の 75～80 歳くらいがほぼ同じくらいであると言われていています。超高齢化といっても、高齢者の基準が 75 歳以上に変われば、2060 年の高齢化率は 27%で今とあまり変わりません。つまり大事なことは、我々が 80 歳になっても働くことができる、そんな社会を創って行くということだと思えます。

3. 高齢者に最適化した医療

(1) 若者と高齢者の疾病構造の違い

- ・現在、救急搬送される方、高度急性期病院に入院に入院されている方の大部分は高齢者となっています。しかし高度急性期病院で提供する医療は、本来高齢者向けのものではありません。高齢者の場合、手術したことで病気は良くなったけど、全体的な具合は悪くなった、ということはよくあります。若い人の場合、病気の原因は外因性でシンプルなので、なにかあると病院に搬送して、手術などでその原因を対処すれば治ります。高齢者の場合は、複数の病気が絡み合っていて、原因も多岐にわたり、突き詰めていくとそれは老化になります。例えば高齢者の大腿部頸部骨折の原因は、骨がもろくなったこと、筋力が弱まったこと、認知症といったたくさんの要因が重なったものですが、整形外科の先生は骨折しかみていない。だから手術して骨はつながったが、入院中に寝たきりになり、ご飯を食べることができず、点滴が外せない、認知症が進むということが起こります。人口が高齢化するということは、つまり、このように疾病構造が変化するということなのです。高齢者について大事なことは、何かあったら病院に入院して治療することではなく、病気にしないことと、病気になってもできるだけ侵襲の少ない、その人にあった形で治療し、病気や障害があっても地域で暮らし続けられるような環境と地域でその人を支えられるケアサイクルをつくることです。

(2) 薬のリスクを認識

- ・高齢者が大量の薬を処方されていることがよくあります。医師に悪気はありません。高齢者が病気別・臓器別に複数の主治医を持っていて、それぞれの医師が薬を出せば、自ずと薬の数は多くなります。また、患者さんは実際にはちゃんと薬が飲めていないのに、医師には「ちゃんと飲んでます」と答えたりするため、医師は薬が効いていないと考え、量を増やしてしまうこともあります。家族がもらっていた薬を全部飲ませたら、血圧と血糖が下がり過ぎて救急搬送されたということも起きています。
- ・高齢者は、病気別に主治医を持つのではなく、複数の病気をもった一人の人、として見てくれる主治医を 1 人見つけることが大切です。そして、主治医は外来だけではなく、在宅にアウトリーチして、ちゃんと薬を飲んでいるか、それ以前にきちんと食事ができているのかなど、生活状況も含めて総合的に診ることが必要です。
- ・高齢者の転倒の原因の 4 割は薬剤関連といわれています。アメリカでは 5 種類以上の薬を使用することをポリファーマシー（多剤併用）として注意の対象にしていますが、日本では 10 種類以上にならないとポリファーマシーといわない。高齢者の多くは高血圧や糖尿病などの生活習慣病があり、治療を受けています。生活習慣病の治療の目的は、動脈硬化を遅らせることです。加齢により動脈硬化が進行している高齢者に対する生活習慣病の治療は、弊害のほうが大

きいという報告もあります。アメリカでは老年医学会が80歳を超えると生活習慣病は治療しなくてもよいとレポートしています。

- ・高齢者の不眠も問題にされることがありますが、高齢者の生理的な熟眠時間は平均的に4.5時間です。ですから、有料老人ホームで夜9時に消灯になって、午前1～2時に目が覚めるというのは中途覚醒でもなんでもなくて、普通の目覚めです。例えば夜の12時くらいまでテレビを見ながら就寝すれば、朝の5時ごろまで眠ることができます。しかし老人ホームではそういうオペレーションがなかなかできないため、夜中に目が覚めて歩き回ると転倒リスクがあるので、薬で眠らせるということになります。強い睡眠導入剤を飲ませると、明け方眠いままトイレに起きて転んだり、朝ご飯が食べられなかったり、さまざまなリスクが生じます。高齢者のライフサイクルを我々のライフサイクルに合わせるのではなく、生活環境をいかに高齢者のライフサイクルに合わせていけるか、が大切なことだと感じています。
- ・また「薬剤性認知症」も増加しています。厳密には薬剤せん妄と言いますが、大きな病院に入院していたときに認知症終末期と診断された方が、自宅に戻って薬をやめると元気になったという方もおられます。ある老人ホームでは、アリセプトやメマリーなどの認知症中核薬を飲んでいる人が90%もいました。この薬はアルツハイマー病認知症かレビー小体型認知症のどちらかに使うものですが、認知症の原因疾患の9割がアルツハイマーとレビーということはまずありません。開業医の中には認知症＝アルツハイマー病と考えている方が、まだたくさんおられます。人によっては中核薬で認知機能が低下したり、周辺症状が出やすくなることがあるので、中核薬にも注意が必要です。
- ・埼玉県のある施設では、入居者の6割が入居前に向精神薬飲まれていて（最大3種類）、さらに精神活動を抑える漢方薬を飲まれている方も4割おられました。この施設では認知症の原因診断を正しく行ったことで、中核薬を飲む人が3分の2になり、向精神薬や漢方薬の服用が必要な人も激減しました。その結果、認知症自立度が3以上だった人の割合が、6割から4割に減少し、平均の要介護度3.44が、2.11まで下がりました。この施設はこうした取り組みが評価されて昨年度リビングオブザイヤーを受賞しています。

（3）治療ではなく予防

- ・高齢者は具合悪くなって入院してもあまり良くならないというお話をしましたが、高齢者の健康における最大のリスクは「入院」と考えています。多くの高齢者は何かあれば入院できたら安心と言われますが、1～2週間も入院すれば要介護度が悪化します。なるべく入院させないことが大事です。若い人は体力があるので、入院して多少きつい治療をしても自力で元気になれますが、高齢者は脆弱なので入院して治療の負担がかかると、要介護度が上がってしまうのです。入院による身体機能・認知機能の低下は「入院関連機能障害」として知られるようになってきました。
- ・入院関連機能障害の要因は2つあって、1つは「リロケーションダメージ」という、環境変化によるストレスです。2つめは「医原性サルコペニア」です。サルコペニアとは筋肉の量が異常に減少した状態を指します。入院するとベッドの上で安静を強いたり、食事をとめて点滴になったりします。こうすると、あつというまに廃用症候群と低栄養が進みます。
- ・高齢者はなるべく入院させないことが大事なのですが、実際にどのような原因で入院しているかと調べると、在宅高齢者の緊急入院のおよそ3分の1が肺炎、肺炎と骨折で全体の約50%を

占めることがわかります (図2)。

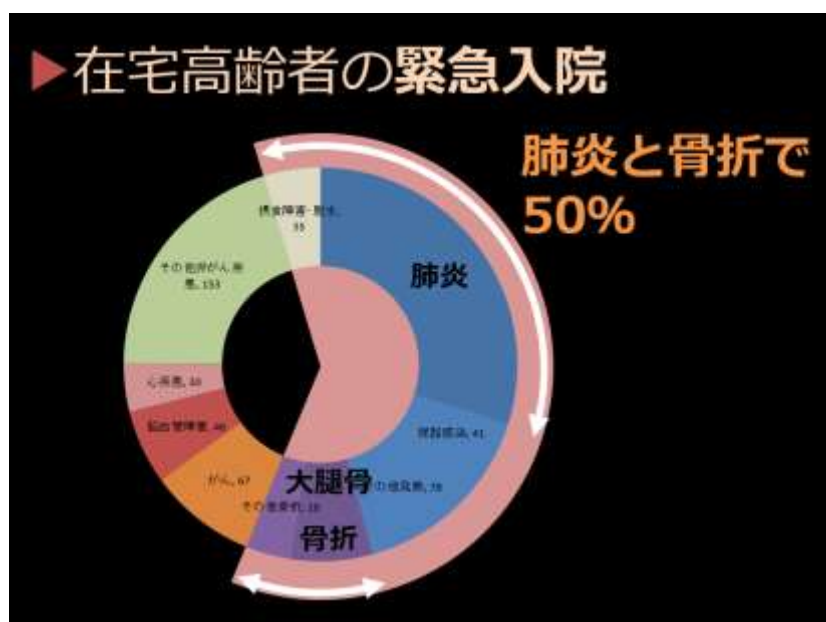


図2 在宅高齢者の緊急入院

- 肺炎で入院すると3分の1は入院中に亡くなり、残った人は要介護度が平均1.72あがります。骨折で入院すると1割くらいの方が合併症で亡くなり、残った人は要介護度が平均1.54あがります。ちなみに肺炎で入院すると平均入院医療費は約118万円、骨折では約132万円です。大腿骨頸部骨折の場合には、このあとリハビリも必要になるのですが、リハビリ病院に転院したりすると、トータルで400~500万円のお金がかかることがあります。肺炎・骨折が起こると高齢者は死のリスクにさらされる。助かったとしても要介護度が悪化しQOLは低下する。そして入院医療費もかかる。高齢者は「何かあったら救急車」ではなくて日頃のケアをしっかりと行う、つまり予防医学が重要なのです。
- 予防医学は3段階あります。一次予防は“潜在的风险の管理”で、例えばこの人は摂食機能が低下しているから誤嚥性肺炎が起こりやすいから、きちんと口腔ケアをして、栄養を摂ってもらおうとか、あるいは転倒しやすい人は、転びにくい生活動線を工夫して、なるべく転倒骨折しないようにしようなどということです。
- 二次予防は“早期発見・早期治療”です。一次予防がうまくいかず病気になってしまっても、なるべく入院しないで済むよう、在宅で治療できるうちに発見しよう、ということです。誤嚥性肺炎は死亡率の高い恐ろしい病気ですが、早い段階で発見できれば、内服薬だけで治癒できる人がほとんどです。発見が遅れると、意識レベルが低下し、低酸素血症となり、食事がとれなくなり、入院が必要になってしまいます。肺炎で入院になると、先ほどご紹介した通り、3人に1人くらいが亡くなります。感染症では早期発見がとても大事なのです。
- 三次予防は“早期退院”です。命を守るためにどうしても入院が必要になることがあります。この場合、大切なのは、なるべく早く退院し、地域に帰ることです。入院1週間では平均要介護度が0.5、1ヶ月入院すると1.5上がります。入院の長期化を避けるためには、入院中に全部治そうとするのではなく、在宅でケアできるレベルになったら早めに退院する、ということです。

す。そのためには、どれくらいになったら家に帰ることができるか、家族の介護力や在宅での療養支援の状況を在宅側から病院にきちんとお伝えする必要があります。

(4) 低栄養の予防

- ・悠翔会で診させていただいている在宅高齢者のおよそ9割が低栄養、7割がサルコペニア(筋量減少)、8割がフレイル(筋脆弱性)という状態でした(図3)。
- ・在宅高齢者は一言でいえば、栄養状態が悪く、筋肉が弱まっているということです。中でも、肺炎を起こした方で見ると、低栄養はほぼ100%、サルコペニア、フレイルもともに9割前後です。骨折も同様です。肺炎と骨折はまったく別々の病気ですが、低栄養と筋量減少・筋脆弱性という背景要因は全く同じなのです。
- ・高齢者は食事の量が少ないものです。食が進まなくなり、まあ年相応かなとっているうちに栄養状態が悪くなります。栄養状態が悪化すると、基礎代謝を下げ、不足する栄養素を補うために、骨格筋が分解されてしまい、筋肉の量が減少します。筋量が減少すると運動機能が低下し、運動機能が低下すると動かなくなります。するとますます食欲が低下し・・・という悪循環に陥ります。



図3 肺炎も骨折も原因は同じ

環に陥ります。これを栄養学的には負のスパイラルと呼んでいます。口腔機能が低下すると誤嚥性肺炎を起こしやすくなります。骨格筋が減少すると転倒骨折しやすくなり、その結果寝たきりになれば褥瘡や尿路感染のリスクも高くなります。それにより認知症の進行が加速します。

- ・在宅高齢者の病気は色々なものがありますが、いずれも根っこにあるものは共通で、それはすなわち食事量の減少・低栄養から始まる負のスパイラルです。しっかりご飯をたべて栄養状態を改善すれば負のスパイラルを正のスパイラルに変えていくことができ、そこを多職種連携でやっていこうということになるのですが、そもそも高齢者に対する栄養ケアが適切な理解で行われているのかということがあります。

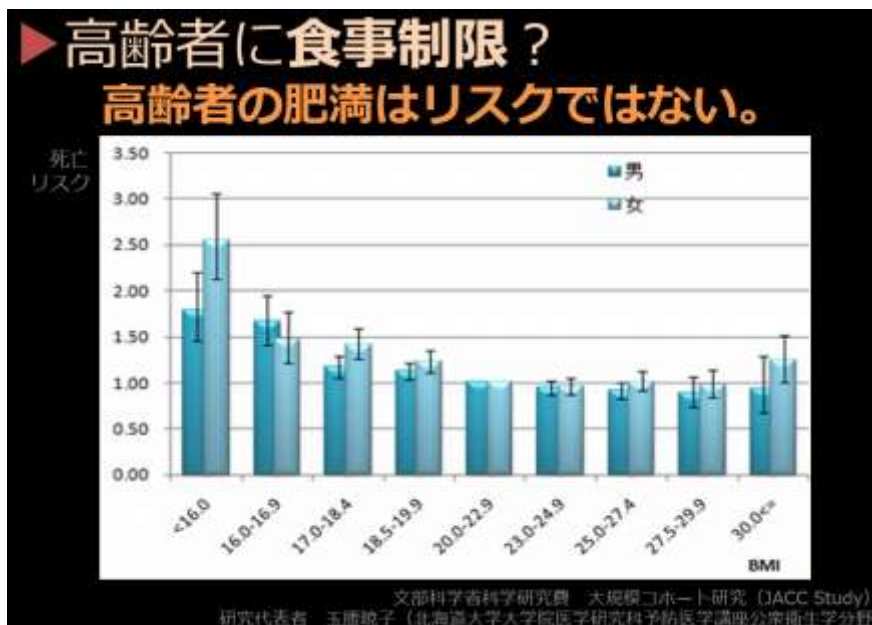


図4 高齢者に食事制限？

- ・我々現役世代が長生きするための身長体重のバランスは、BMI（ボディマス指数）で22くらいといわれています。これは全国の公務員を対象にした検診データの分析によるもので、したがって対象年齢層は18歳から60歳くらいまでです。では65歳以上の高齢者の適切なBMIは22なのか、というところではないとわかってきました。（図4）
- ・BMI 22の人の死亡リスクを1とした場合、BMI 22以下の人の死亡リスクは高くなっていきます。一方、BMIが22を超えても、死亡リスクは逆に下がっていきます。男性高齢者の場合、BMI 27.5～30の死亡率がもっとも低くなっていますが、これは俗にいう肥満体の状態です。若者にとって健康的な身長体重のバランスと高齢者のそれは全く異なるのです。
- ・腎臓が悪くなると、蛋白質の摂取が制限されますが、高齢者に蛋白質制限を行うと、腎臓は治っても、サルコペニアが増えて死亡率は高くなることがわかりました。高齢者の腎不全の食事指導のあり方は今後変わっていくと思います。
- ・さらに高齢者には塩分制限の必要性も低いのではないかと考えています。基本的に動脈硬化は加齢とともに進んでいきますから、歳とともに血圧も上がりますが、この上の血圧（収縮期血圧）は生涯の塩分の積算摂取量に比例すると言われていています。ですから、高齢になってから塩分制限しても動脈硬化関連死亡率はあまり下がらず、むしろ塩辛いのに慣れていた人が塩分制限で食事が進まなくなり低栄養になってしまったら本末転倒です。多少塩気が多くてもいいから食事を美味しくたくさん食べて、しっかり身体を動かすことが大事です。アメリカにおける栄養状態と退院後の生存率の関連についての調査データでは、栄養状況の良好な人の8割は退院後100日生存していますが、低栄養の人の生存率は5人に1人です。
- ・低栄養とは一般的には必要なカロリーやタンパク質が足りない状況を指しますが、我々に必要なものはカロリーやタンパク質以外に、体の中で合成できない必須栄養素がありものです。例えばビタミンDが足りないと転倒リスクは1.5倍高くなります。
- ・筋肉の量はバランスが大事で、筋肉をつければ転ばなくなるかという単純なものではありません

ん。また筋肉を増やすために必要なものは運動と栄養と睡眠ですが、筋肉を増やすために必要な蛋白質摂取量は、22歳では体重1kg当たり、1食0.24g/kg/1食ですが、70歳では0.44g/kg/1食です。つまり体重60kgの70歳高齢者が筋肉をつけるには25gの蛋白質をとることが必要で、これは牛乳1リットル分です。ですから、高齢者がリハビリとして筋肉トレーニングを行うと、筋肉はつかず、かえって体重が減ることが起こることがあります。

(5) オーラルフレイルの予防

- のどの筋肉も使わないと機能低下します。入院で食事が止められ、口腔の筋量低下で嚥下障害が起き、退院後はペースト食しか食べられないとなります。我々にご紹介いただく患者さんの多くはペースト食しか食べられない状況と言われていたことが多いのですが、実際に食べる機能がない人はごくわずかで、薬の副作用で食べられない人が多くおられます。薬の副作用で口が乾くと、食べたり飲んだりができなくなります。退院時の嚥下機能評価で病院の医師からは大抵ペースト食しか食べられないと診断されますが、それは入院中に食事が止められた状態で、その人の食べるコンディションが整っていない状態で嚥下機能評価されたことがあると思います。我々は在宅高齢者にモンブランケーキを食べてもらうことで、嚥下機能を見るということをしたことがあります。
- 退院後にペースト食しか食べられないとなると、食べる意欲がなくなり、低栄養となりますし、嚥下機能がさらに低下していきます。さらに高齢者夫婦のみ世帯で、家でペースト食を作ることができるのかということもあります。
- 亡くなる直前に摂食機能が残存している人は4人に1人で、多くは点滴や胃瘻を受けておられます。どうやったらその人が安全に食べられるかを考えながら食事支援を行うことが必要です。

4. 高齢者福祉と地域

(1) 看取り

- 最後までその人らしく生きることができるよう支援することが看取りと考えられます。高齢社会は多死社会で、看取り難民が増えると言われており、これから年間70万人くらいの在宅看取りが必要という意見もあります

(図5)。

- 日本の現状では、亡くなられる方の8割は病院死で、オランダでの病院死3割といった欧米と比較して、日本の現状は異常と考えられます(図6)。
- 人生の最終段階の支援において、人生の見通しがとても重要です。高齢者の具合の悪さに可逆性がどれくらいで、治療はどれくらい見込めるか、これ以上頑張っても無理か、治療と最後まで食事を楽しんで栄養を取る



図5 高齢化社会 = 多死社会

ことのどちらが大事かといった見通しが大事です。延命治療は高齢者に対して呼ばれることで、若い人では延命と言いません。どこまでが延命かを決めるのはその人の価値観です。入院・治療したらその人は幸せになるかを、本人や家族で考えるには対話が大事で、病院は忙しくてなかなか対話できませんが、在宅医療では患者さんの思いを伺うという取り組みを行っています。

- ・高齢化により医療費のもっとも上がる部分は入院費です。1度退院してすぐに再入院ということもよくあります。しかし在宅医療の支援が早く入ると、入院リスクを減らすし、在宅で看取りができるようになります。

(2) 高齢者福祉の三原則

- ・目の前の高齢者を見て幸せと感じられない理由の1つは、自己決定が尊重されていないためだと考えられます。有料老人ホームに自分の意志で入居している人はいないし、自宅で自分らしく生活したいと考えても、ケアマネなどにそれは駄目ですと言われます。
- ・高齢者福祉の三原則は、「人生（生活）の継続性」「自己決定の尊重」「残存機能の活用」と考えています。自立度をあげるのではなく、生活を継続すること、どのような生活を継続することはその人自身が決めて、残存機能をそのためにどう活用するかが大事です。残存機能の強化はあくまで手段に過ぎないのに、昨今はこれが目的化されてしまっているという印象です。

(3) コミュニティの重要性

- ・高齢者の救急搬送が増えています、その多くは軽症あるいは中等症によるもので、これは地域医療の機能不全と考えています（図7）。
- ・何かあった時に相談できる窓口が119番しかないからとりあえず救急車を呼んで、各地域で救急救命の必要な人が発生しても、病院救急車が満杯という状態が起きるのでは懸念しています。
- ・2060年に高齢者の3人に1人は認知症になると考えられています。

2060年は全人口の40%は高齢者と

予測され、人口の7人に1人が認知症ということだと考えられます。これは2060年の19歳以



図6 日本の8割は病院死

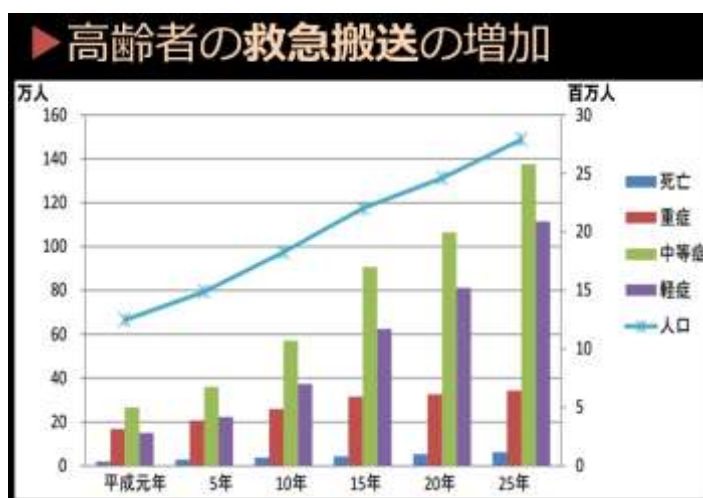


図7 高齢者の救急搬送の増加

下人口の比率とほぼ同じです。つまり、認知症高齢者のためにグループホームをつくとすると、学校と同じくらい必要になるということです。

- ・自立は家族や地域のソーシャルキャピタルなどが根っことなって支えられるものです。しかし高齢者は家族や地域の同世代が少なくなり、一日中家でテレビを見ている状態になりがちです。社会とのつながりと死亡率の関係を調査したアメリカでの調査によると、家族

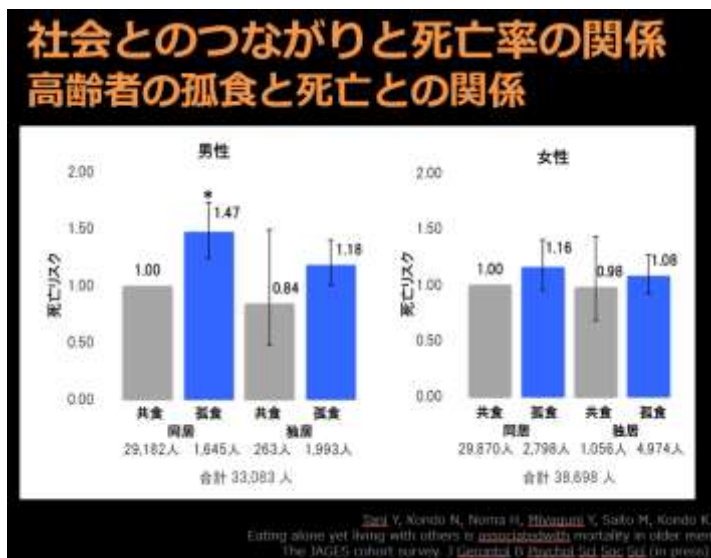


図8 社会とのつながりと死亡率の関係

がついて、且つコミュニティリッチ、つまり複数の友達のいる後期高齢者の半年後の生存率は6割を超えています。しかし家族はいても友達のいない人は4割となり、家族も友達もいない人は2割になります。さらに別の調査では、家族と同居して家族と食事をとっている方の死亡リスクを1とすると、男性の場合、家族同居して食事は独りという方のリスクは1.47で、女性は1.16です。家族と別居している孤食の方のリスクは男性1.18、女性1.08です。家庭内孤立されている方が最も危ないということです(図8)。

- ・一般に喫煙や飲酒、運動不足、肥満が死亡率を高めていると言われますが、実は影響力の最も大きいものは、栄養と社会とのつながりです。中野さんのように、ALSで社長になった人がいます。身体機能が弱った人に、その人の望む生活を確認することがとても重要で、その上でどのように環境を整えていくかが考えることが必要です。やはり保険サービスだけでは難しく、地域のインフォーマルサービスを組み合わせることが必要で、コミュニティや住まいがとても大切になれます。家族がいなくても地域の中で家族をつくれればいいし、車椅子で認知機能が低下しても地域でできることはあります。根っこを再生することが本来の自立支援ではないかと思います。
- ・在宅医療や介護がどんなに感張ってもそれだけで生活継続はできません。地域全体で目標を共有して取り組むことが大事だなと感じています。

【質疑応答・意見交換】

成熟研委員：要介護が進みにくくなる、あるいは認知症が進みにくくなるような、住環境の特徴について、何か知見があれば教えてください。

佐々木氏：大事なことはその人が住まいであると認識できるということです。病院と住まいの最大の違いは、主権がどこにあるかということで、住まいでは自分が思ったことが優先されます。有料老人ホームは二つに分かれますが、管理する老人ホームはどんなに良く設えられていても、入居者はそこを自分の空間だとは思いません。一方で転ぶかもしれないけど、自由に動き回ってもいいとする老人ホームは、入居者にとり自分の家になります。自分の人生を穏やかに納得

して暮らすために必要なことは2つあると考えていまして、一つは住環境でもう一つはヒューマンサポートです。住環境だけでも、ヒューマンサポートだけでもだめです。住環境については、入居者のプライバシーと意思が尊重され、そこに思い出が積み重ねられるような場所であればいいと思います。最後まで自力でトイレに行けるかなどは、個々のニーズに合わせて考えていくべきです。住環境では事故のリスクをゼロにすることが優先される傾向がありますが、リスクをゼロにすることで失われることがあります。やはり畳がいいとか、車いすでトイレに行きたくないという気持ちの方はいます。我々の考える快適を押し付けるのではなくて、ひとりひとりの快適さは何かを考えることが大事だと思います。

成熟研委員：低栄養になる一番の原因はなんでしょうか。単身、高齢者のみといった家族構成との関連はありますか？

佐々木氏：低栄養の一番の原因は、誤った知識だと思います。高齢者の多くは、卵はコレステロールが多いから食べてはいけないと考えていますが、卵は最も身近で安価な蛋白源です。コレステロールや脂の多いものを避けなければと考えていると、蛋白質の摂取が減ってしまいます。粗食は健康にいいと考えられがちですが、高齢になったら美味しいものを食べたほうがいい。女性は割と好きなように食べていますが、一人暮らし男性はたまに買い物に外出するような生活では食べ物はパンが主になりがちです。地域全体でのケアの中で、ちゃんとしたものを食べているかも見るべきです。高齢者は生活習慣病の検診よりも、フレイルや低栄養の検診を受けるべきと考えています。

水村教授：私がフィールド調査しているスウェーデンは、やはり在宅での看取りが多いですが、重篤になった高齢者は自宅のバスタブを取り払ってシャワーチェアを使って入浴できるようにするという住宅のガイドラインがあります。スウェーデンの研究者は、日本の特養や有料老人ホームを視察して檜風呂や機械浴による個浴が行われていることや、訪問入浴サービスに驚かれます。日本の特養や有料老人ホームを設計している人によく、シャワーだけで入浴できるようにすれば入浴が楽になるのではとお話ししますが、皆さんは日本人には湯船に入るお風呂が必要だと言われます。佐々木先生はお風呂の必要性をどのようにお考えですか。

佐々木氏：我々の患者さんは要介護度3以上で、自力で入浴することは難しく、家族が浴室に連れて行っても浴槽に入れることはできないという方々です。訪問入浴やデイサービス、ショートステイで入浴されています。末期がんの方などは自宅の浴槽に入りたいという希望があり、訪問介護士2名が入浴介助しています。保清だけならシャワーでもいいのですが、お風呂に入りたい、入れてあげたいという思いはあります。人生最終段階でお風呂に入れてよかったねというようなお話も伺います。おひとりおひとりのQOLの中でお風呂に入る選択肢も大事だと思います。末期がんの方でも入浴して一時的に重力から開放して体を温めてあげることで、身体的な倦怠感や疼痛が緩和されます。公的にサポートすべきかには議論はあるかと思いますが。

成熟研委員：50歳を超えてからの栄養の取り方について留意すべきことは何でしょうか。

佐々木氏：65歳から70歳までの健康リスクの最大要因は動脈硬化です。動脈硬化は血管の老化で、死亡要因の3分の1は心筋梗塞や脳梗塞など動脈硬化による疾患ですから、そのリスクを下げるために太りすぎないことはとても大事です。高齢になったら動脈硬化よりもフレイル予防をターゲットにすべきですが、50代では動脈硬化を気にしつつ、ふくらはぎなどの筋肉をしっかりとつけておくことが大事です。

成熟研委員：私共は有料老人ホームの事業者ですが、有料老人ホームの方が自宅より優れている点はどのようなことでしょうか。

佐々木氏：住宅の機能からいうと、要介護高齢者の集住により効率よくサービスを提供できるし、1つのチームでしっかりと多職種連携ができるということがあります。在宅ではケアマネ、訪問介護、看護師など違うチームになる傾向があり、多職種連携は施設の方がやりやすいのかなと感じます。本人が管理されていると感じるとそこは住まいとならないので、管理せずに、生活の継続をさりげなくサポートするというスタンスで施設運営していただきたい。そうすると「有料老人ホームも悪くない」となると思います。悠翔会だけで今250の施設で診療させていただいていますが、多くの高齢者が自宅に帰りたいがる施設と自分の家として友達を呼んだりペットを飼ったり思い思いの生活を送る施設があります。認知症高齢者についても、ある程度の自由と裁量が認められているところの方が穏やかに生活しておられます。事故は、実は入居者が騒ぎやすい施設で起こりやすく、自由にしていると事故が起こりやすいということはないと思います。老人ホームを選んでいただく段階で、運営のスタンスを理解していただき、本人が納得できる形で入っていただくことがとても大事だと考えています。そのためにはここならいいという空間がとても大事ですが、同時にそこが住まいになることが大事だと思います。

成熟研委員：薬の問題について、佐々木先生のような医師の関りがあれば薬を整理することは可能と思いますが、かかりつけ薬局では、お薬手帳があっても、有効に使われているかが見えないということがあります。それから、テレビでは救命病棟の医師ばかりがフォーカスされて、医師を目指す若者の目が、自宅で最後まで看取ることのできる在宅医へなかなか向かないのではと懸念されます。

佐々木氏：主体的に関わりを持つ薬局は少しずつ増えているように感じています。病院外来の先生は患者さんの生活状況がわからないので、実際には飲めていないということフィードバックすることが大事ですが、薬局についてもケアマネや訪問看護師などからこんな現状ですと伝えていただくことが自然かもしれません。テレビ番組については、実は今の医学部生が割と冷めて見ていて、在宅を支える医療とか総合診療などへの関心が高まっています。総合診療を扱う医学部は各大学にできてきています。

吉田座長：介護職はなるべく生活に寄り添おうとして、看護職はリスクに目が行くため、現場での軋轢が発生することがありますが、佐々木先生が日頃心がけていることは何ですか。

佐々木氏：多職種連携は目的共有から始まります。看護師はリスクヘッジが仕事ですとなり、介護は生活支援が仕事ですとなると連携はできないので、チームとしてその人のゴールはどこかということ共有することが必要です。最後までその人らしく納得して生きることが目的であれば、リスクよりも大事なものがあつと優先順位が変わってくると思います。何でもリスクという思考停止してしまうので、優先順位をアセスメントすることが在宅多職種連携での仕事です。人生が最後に近づけば近づくほどリスクの優先順位は低くなると思います。90歳のおじいさんは病気がたくさんあるけど医師の力で助けられることは限られてくるので、医療依存度は低くなると思います。増えるのは介護依存度で、身体が弱っていても生活が続けられるように医療が手助けします。高度成長期より前は在宅医がいなくても8割は家でなくなっていましたから、本人や家族の覚悟で在宅看取りができると思います。看護師など医療関係者の再教育も必要でしょう。