

地域包括ケア型の医療システムを

大阪大学大学院医学系研究科

伊藤 壽記 特任教授

いとう・としのり

大阪大学大学院医学系研究科統合医療学寄附講座特任教授。医学博士。1977年大阪大学医学部卒業。専門は臓器(すいぞう)移植。カリフォルニア大学ロサンゼルス校医学部外科、テキサス大学ヒューストン校医学部外科に留学。(一社)日本統合医療学会業務執行理事・エビデンス創生委員会委員長、(一社)エビデンスに基づく統合医療研究会理事長なども務めている。



世界に先駆けて超高齢社会に突入した日本。日本の社会保障費は、国の一般歳出の半分以上を占め、さらに増加傾向にある。医療の質を落とさずに医療費をどう適正化するかが重要な課題となっている。

大阪大学大学院医学系研究科の伊藤壽記特任教授は「日に日に高まる医療や介護のニーズに応えるには、現在の医療システムには限界がある」と指摘する。

—— 医療を取り巻く課題についてお伺いできますか。

まず私たちが考えなければならないのは、日本は世界に先駆けて超高齢社会に突入しているということです。65歳以上が全体の7%を超えた状態を「高齢化社会」、14%超で「高齢社会」、そして21%を超えると「超高齢社会」と呼ばれますが、日本は高齢者の割合が既に25%を超えています。他の先進諸国は高齢化社会から高齢社会に達するのに40～100年かかっていますが、日本はわずか24年で超高齢社会にまで到達してしまったのです。

2014年の日本人の平均寿命は、男性が80.5歳、女性が86.83歳ですが、病気にかからず健やかに過ごすことができるまでを示す健康寿命は、男性が71.1歳、女性が75.5歳と、平均寿命との差が約10年あります。この差を縮めること、すなわち亡くなるまでできるだけ元気でいていただくことが、大きな課題なのです。

—— 人生の最晩年を病気と共に歩んでいる人が多いということですね。

戦後間もない頃、日本人の主な死因は、結核などの感染症や栄養失調でした。これらは原因が非常に単純ですから、治療法さえ見つければ治せました。高血圧症も脳梗塞と同様に、単純系ではなく、複雑系の理解となります。その当時多かった脳血管障害も、高血圧症が引き起こす脳出血がほとんどでしたから、その後、降圧剤が開発されると死亡率は下がりましたが、原因が単純な病気は、医療の進歩によって治せるようになったのです。

ところが同じ脳血管障害でも、現在では動脈硬化によって血管が詰まって起こる脳梗塞が多数を占めます。これには、脂肪分の多い食事、運動不足、過重なストレスなど複数の原因があり、どれか一つだ

けを除いてもなかなか良くなりません。病気は単純系から複雑系へ、そして慢性化へと変化してきたのです。

セルフケアを徹底し 生活習慣病と向き合う

——今は生活習慣病がほとんどだと。

そうです。死亡原因の多くは、がんを中心とした生活習慣病がほとんどです。さらに病態が複雑になっていますから、一つの診療科や一人の医師では担い切れません。診察が複数の診療科にまたがることも多く、おのずと医療費もかさみます。国民医療費は右肩上がり、ついには40兆円を超えました。国民所得費に占める割合が10%を超えていることも、大きな問題でしょう。

生活習慣病の一つである糖尿病は、心筋梗塞、脳梗塞、網膜症による失明などの合併症を引き起こす病気です。約30万人が人工透析を受け、一人当たり年間で約600万円の医療費がかかっています。

例えば、糖尿病と診断されたAさん、Bさん、Cさんがいます。この3人の生涯の医療費を比較してみましょう。Aさんは診断されるとすぐに生活改善の努力をして、医療費は800万円でした。Bさんは生活改善を心掛けるも何度も挫折し、そのうち合併症が出てきて医療費は1,400万円になりました。Cさんは70歳まで何もせずに重症化して透析を受け、10年間の医療費は7,000万円にもなってしまいました。

——驚くべき結果ですね。

この一例だけを見ても、いかに生活習慣を見直すことが大事かということが分かりますね。

生活習慣病と診断されたら、基本的には根治は難しいと言わざるを得ません。薬を飲めば血圧も血糖値も下がりますから、患者さんはそこで安心してしまいます。でも、実は症状が抑えられているだけで、病気が治ったわけではありません。薬は長く飲み続ければ副作用も出てきますし、徐々に効きにくくもなります。そうした危険性も薬代も、病気の原因である生活習慣を改めない限りは増える一方です。

前述したように、超高齢社会を背景に高度な医療が求められるに従って治療費も高額になり、薬代などと合わせたトータルの医療費はどんどん膨らんでいるのです。それを抑えるために一番良いのは、病気にならないように、普段から健康の自己管理（セ



ルフケア) をすることです。

医療は治療型から 生活支援型へ

——メディアでもセルフケアをテーマとした番組や記事が増えています。

確かに、セルフケア意識が高まり、病気に対する治療内容も自ら選び、納得して病と向き合おうとする方が増えたと感じています。それと共に、健康とは「病気ではない」というだけでなく「心身の状態に応じてQOL（生活の質）が最大限に確保された状態」だというように、健康の概念が変わってきているのです。

20世紀の医療は、病院で全て完結するといった疾病治療型でした。現在は、予防・治療・生活支援を統合的に行うことで健康をサポートする、生活支援型、地域包括ケア型へ変わろうとしています。

この地域包括ケア型のシステムは、医療、保健、福祉をQOLというキーワードでつなげながら三位一体で進めようというものです。私も所属する統合医療学会では、これを医療モデルと社会モデルに分けて考えることにしました。

——医療モデルとは？

近代西洋医学を前提として、補完代替医療（CAM）や伝統医学などを組み合わせてQOLを向上させるものです。医師が主導し、さまざまな職種の人が協力して行います。マッサージや鍼、アロマ、ヨーガといったCAMの安全性や有効性を実証するため、エビデンス（科学的根拠）を積み重ねることも重要です。

——では、社会モデルは。

生活モデルと言った方がイメージしやすいかもしれませんが、地域に根差した小規模の診療所やクリニックが、地域社会と一緒にあって、単に病気を治すだけでなく予防の考え方を普及させて、人々の健康を底上げしようというものです。

社会に健康の輪を広げる コミュニティ構築を

——みんなが協力して、健康を目指すということですね。

先ほど、セルフケア意識の高まりについて話しましたが、長年の生活習慣を改めるためには、セルフケアだけでは限界があります。誰かの助けやアドバイスがあれば励みになり、継続しやすくもなるでしょう。

今、病気に苦しんでいる人、それを乗り越えて頑張っている人、支えているご家族たち。皆さん、た

くさんのノウハウを持っています。アメリカでは、がんサバイバーといわれるがんを克服した人たちがボランティアとして、病院でがんの患者さんから相談を受けたり、自らの体験に基づいたアドバイスをしたりしています。

一人の患者さんを支えるために、医療従事者、各種ボランティア、サバイバーなど、違うスキルを持った人たちが協力しながらやっていくシステムが理想です。さまざまな年代や立場の人が集うほどに、多くの知恵が結集されます。相互に連携した幅広いコミュニティが構築できれば素晴らしいと思います。

まとめますと、急性期を乗り切るためには、病院を中心とした治療が必要です。後遺症をできるだけ最小限にとどめるというのが、病院に課せられた医療モデルでもあります。

その後の慢性期には地域コミュニティに戻り、しっかりしたリハビリを受けて、まずは社会復帰を目指します。そこで終わりではなく、相談や生活支援を継続して支えていくのが、社会モデルの部分です。この互いのモデルが連携しながらやっていく、という考え方です。

——二つのモデルが連携することで、一人の人の健康の維持・増進や、より良いコミュニティづくりに力を発揮していくのですね。

確実に増えてくる認知症や介護に関する問題を考えると、これからの医療に地域社会の助け合い、支え合いは欠かせません。国や自治体、そして医療機関もしっかりとそこに寄りながら、健康の輪を広げていきたいものです。

——ありがとうございました。

この記事は機関誌『楽園』64号（2016夏）に掲載したものです

