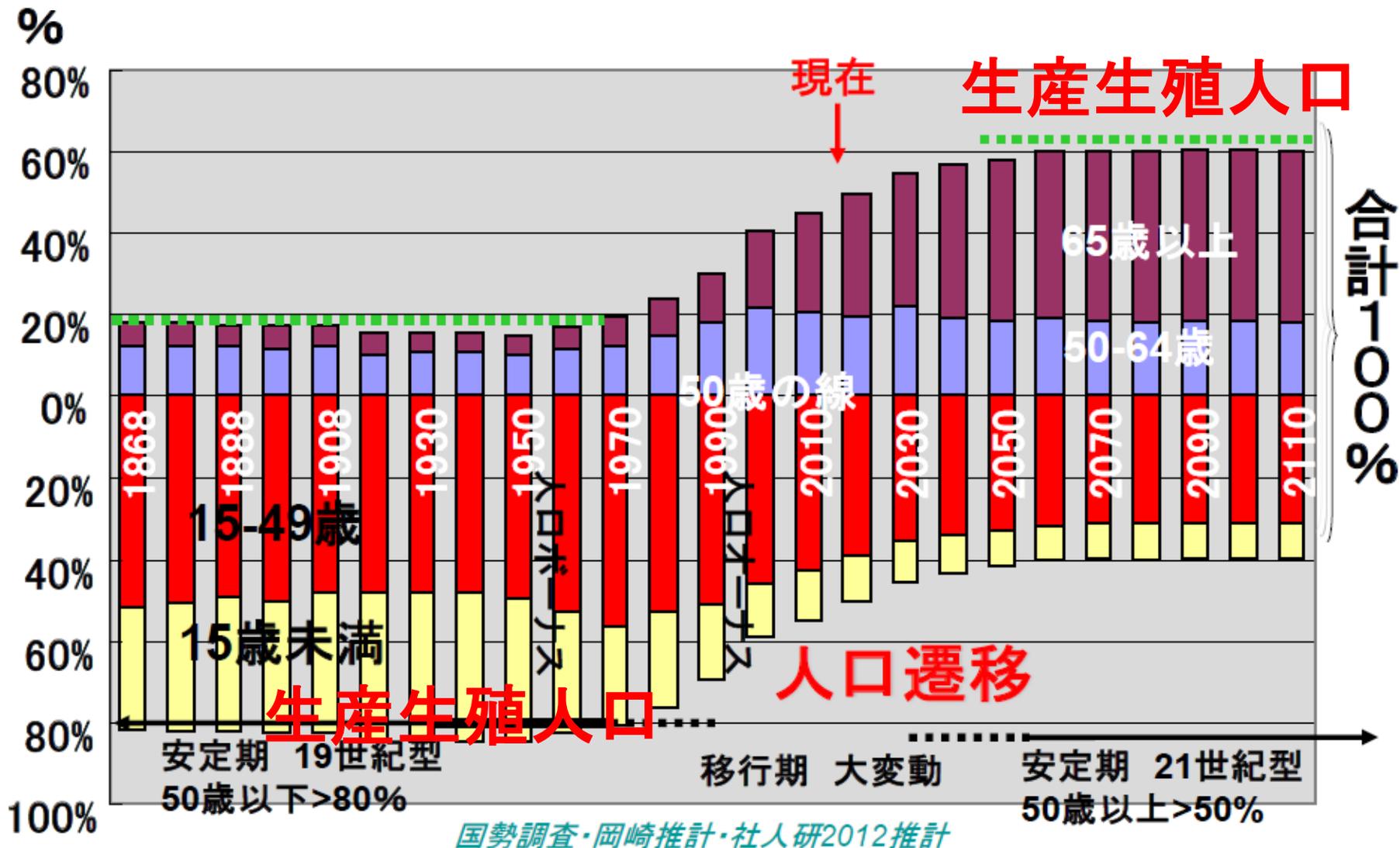


医療モデルから生活モデルへ 主体としての老いの生き方を支える

全国在宅療養支援診療所連絡会
会長 新田 國夫



人口遷移論 50歳で分割 240年間推移



従来の医療の考え方

1. 正常とは完成された個体を対象として数値化、画像化したものである
2. 正常とは部分(臓器・細胞・遺伝子等)の機能や構造をもって決定したものである
3. 全体は部分の集積で説明が可能な体系である
4. 病気は部分の傷害(一臓器、一傷害)という形で発症する
5. 傷害の原因と部位の特定は可能である
6. 部位への技術の介入によって、治癒・回復を目指す
7. 部分への治療の結果は全身の生命予後、QOLに直結する
8. 特定病因論、古典力学、要素分解主義の因果律で説明が可能である

高齢者医療の原点

1. 高齢者は完成された成人とは異なる
2. 老化という過程に疾病が加わる
3. 多臓器の傷害が一般的である
4. 正常とは、部分(臓器・細胞・遺伝子等)と全身との至適な平衡・調和状態である
5. 部分と全身との平衡・調和状態は個によって大きく異なる
6. 部分の機能や構造の検査は補助的な価値をもつ
7. 治療は部分と全身との至適な平衡・調和状態を目指す
8. 至適な平衡・調和状態は生命予後やQOLを改善する
9. 部分の治療の結果は全身の改善に直結しない
10. 復元力の強さは個体によって差が著しい

在宅医療とは何か

生き方を支えることが医療の目的である

在宅医療では、限られた時間を生きる患者を対象にすることが多い。そのため、患者の価値観に沿った医療を提供し、生き方を支援することがなによりも重視される。

在宅医療は今まで何をしてきたのか

終末期医療

緩和医療の進展（疼痛管理を含めた・・・）

在宅医療を通じて高齢者医療への寄与

臓器医学から生活を支える医学へ

超高齢社会の生き方、死に方

看取りの文化の再生

地域作り

社会学的検証

介護保険・地域包括ケアシステム

地域医療の担い手の基本的スキーム

在宅医療の変遷

- 往診を中心とした医療
- 終末期医療
- 現在の在宅医療

医療モデルから生活モデルへの パラダイムシフト（新健康概念）

- 複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人の増加
 - 急性期医療を中心として構築されてきたヘルスケアシステムにおける長期ケアにかかわるサービスの断片化、医療的ケアと社会的ケアの連続性の欠如が、「患者にとってのサービスの質」、「資金や資源の無駄遣い」の両面から大きな問題に
- 健康概念の変化、支援観の変化
 - 「病気と認められないこと」から「心身の状態に応じて生活の質(QOL)が最大限に確保された状態」を中心とするものに
 - 「治す」から「支える」へ



「住み慣れた地域での尊厳ある暮らしの継続（Aging in Place）」
「生活の質の向上（明確に在宅医療が位置づけられる）」をサー
ビスのアクセス・質・利用者満足度・効率性を改善しながら実
現するかもしれないシステムへの「期待」

年齢と疾病と人間観

0 歳

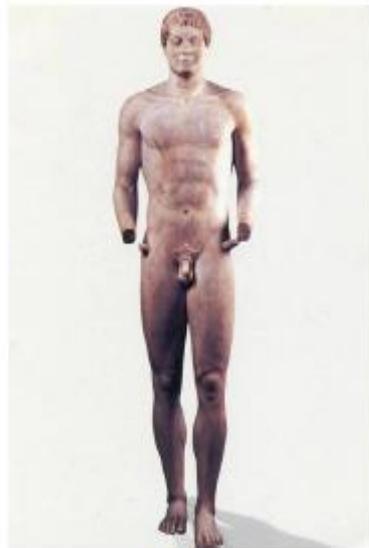
50 歳

75 歳

老化

外的、生殖関連： 感染外傷母子疾患
早期退行性病変： 成人病
晩期退行性病変： 老人病

医療の目的
「理想に戻す」



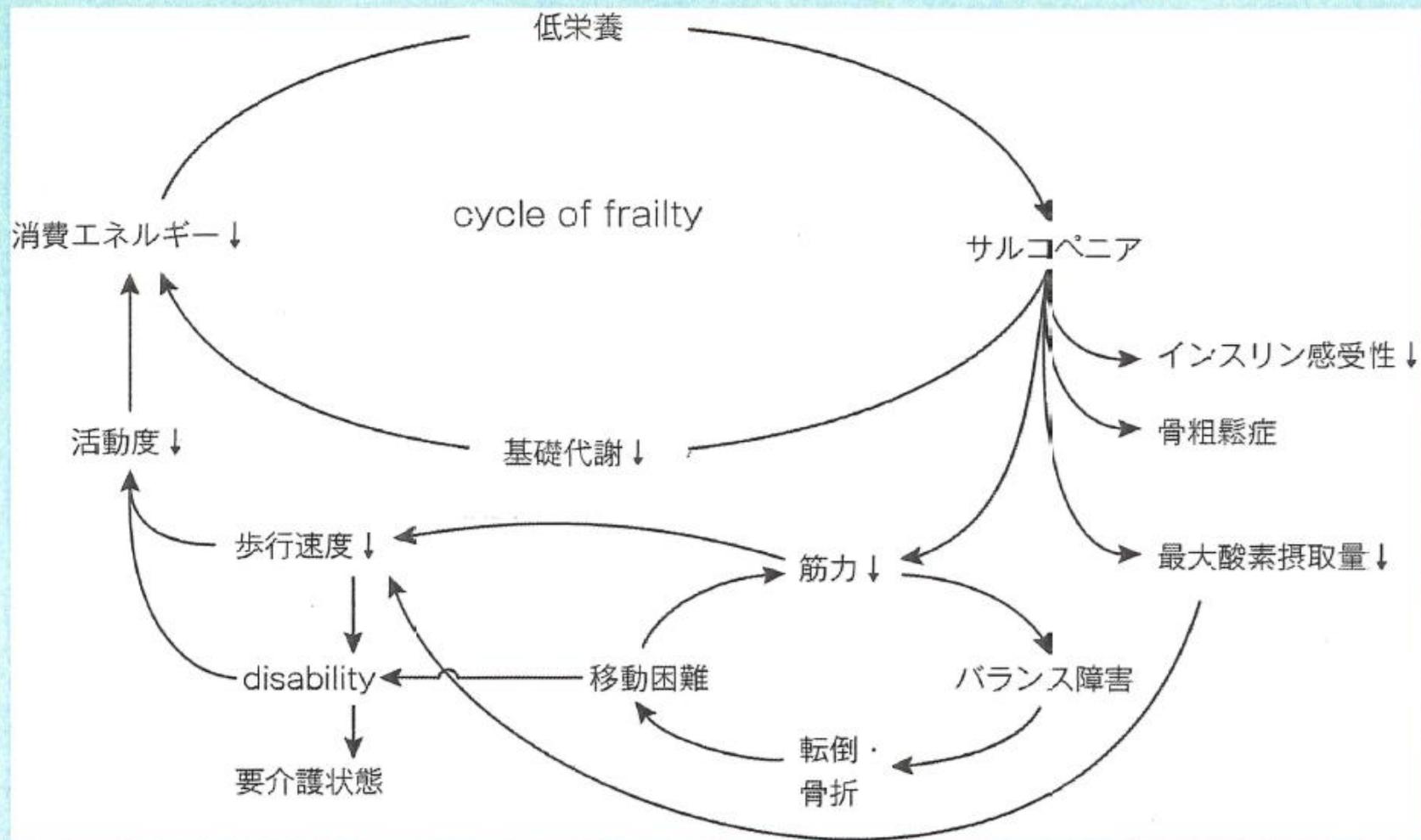
ギリシャの
理想の青年像
「プラトニズム」

医療の目的
「老人の
生き方を支援」



日本の
現実の老人像
「病と障害を抱える」

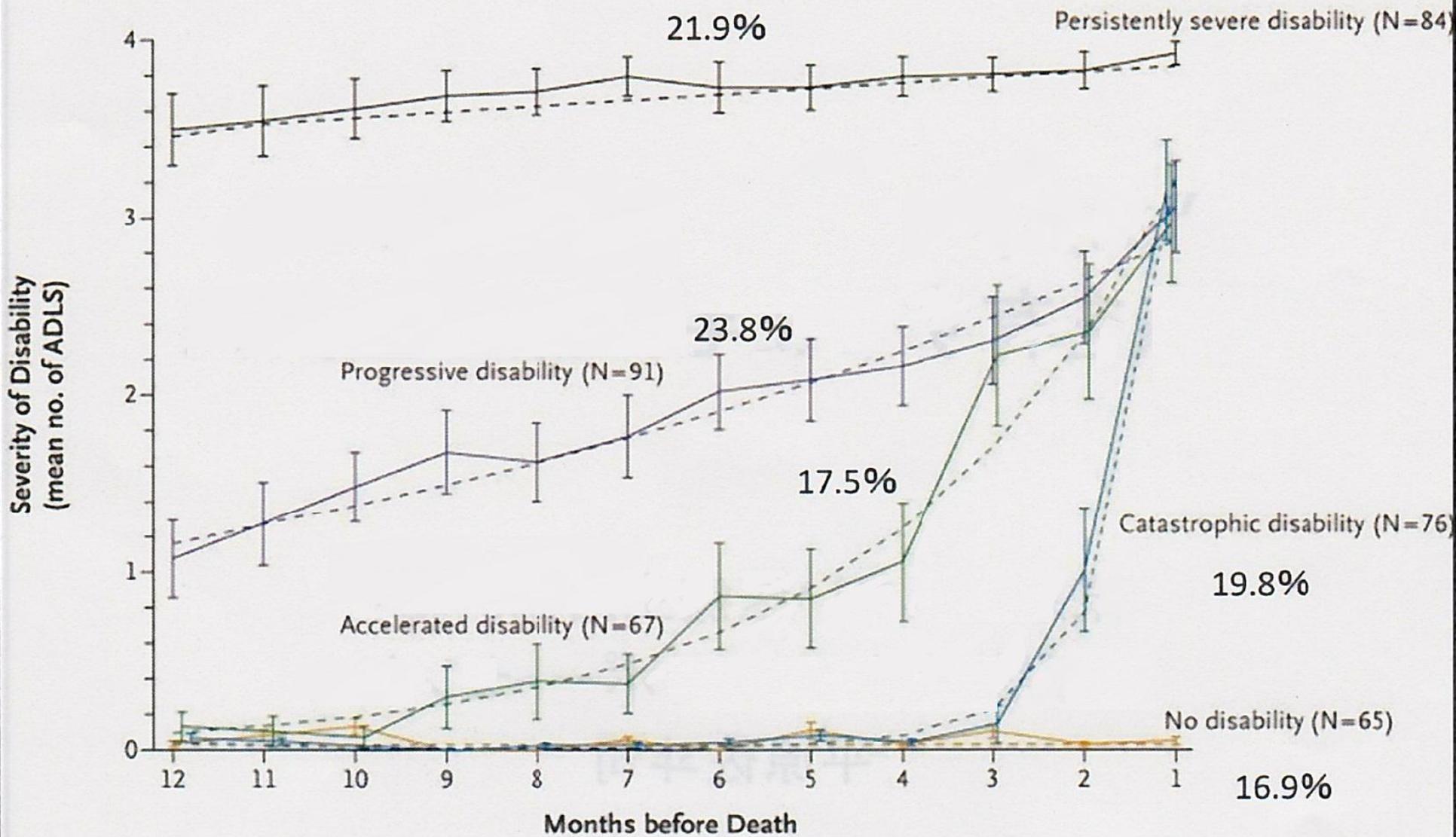
Cycle of frailty



Xue QL. et al: J Gerontol A Bio Sci Med Sci 63:984, 2008 を改変

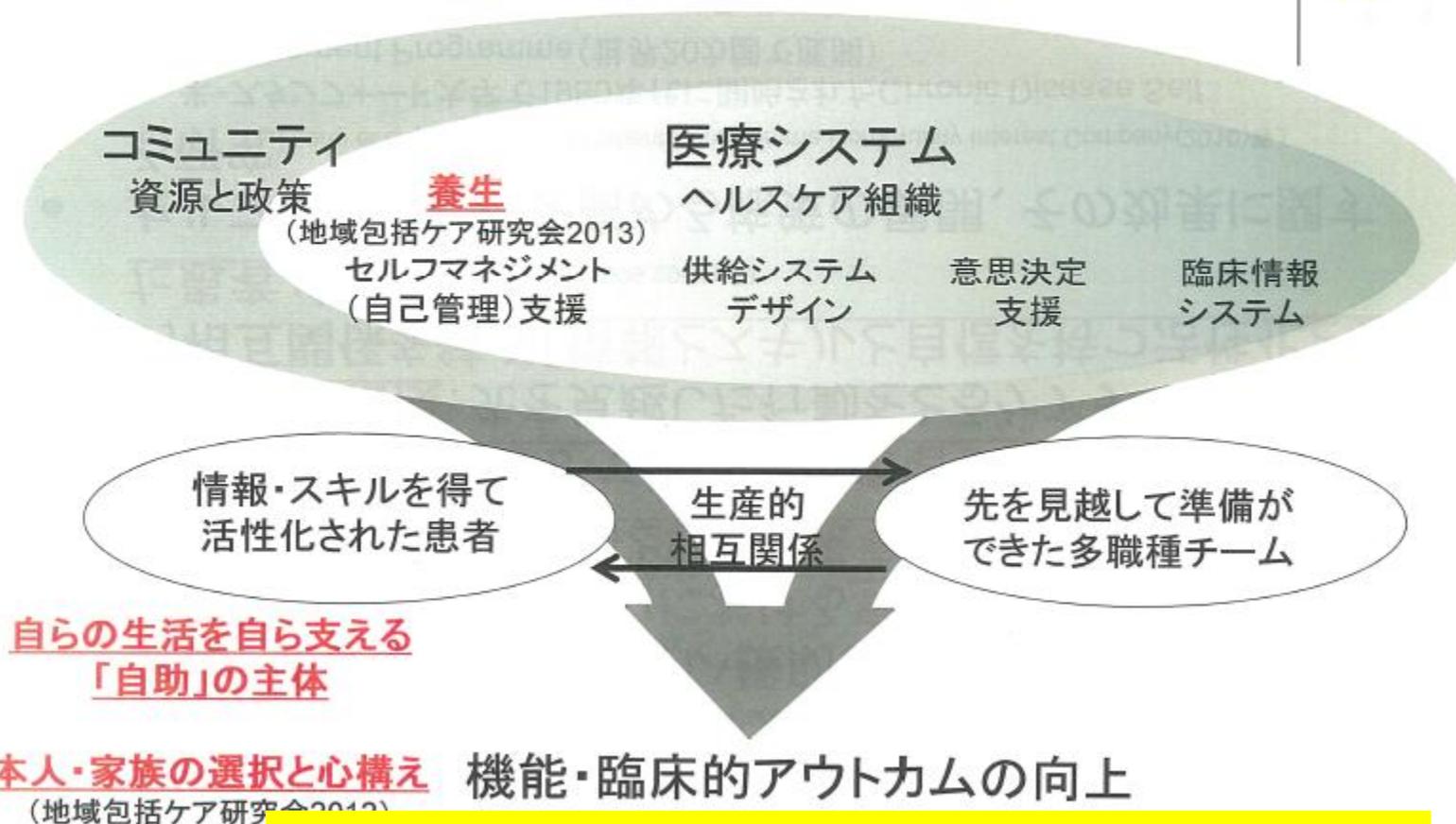
※小川先生「虚弱とサルコペニア、栄養状態の評価とその対策」(日本医事新報2011年11月26日号より)

高齢者の最期の一年間の軌道



慢性疾患ケアモデルとケアの担い手

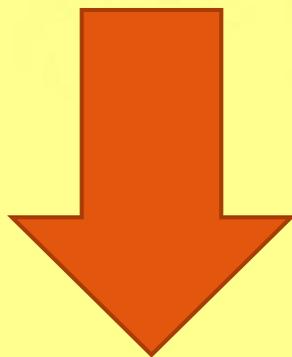
Wagnerらの慢性疾患ケアモデル(CCM)



地域包括ケアシステムの限界

人口減少に伴って高齢化が進む事で、
今後50年間、一日の大半を地域内で過ごす

地域密着人口の増加

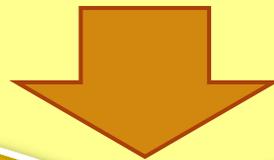


福祉とまちづくりを融合した政策も求められる

独立した個人個人のつながり
(成熟した市民生活)

≠

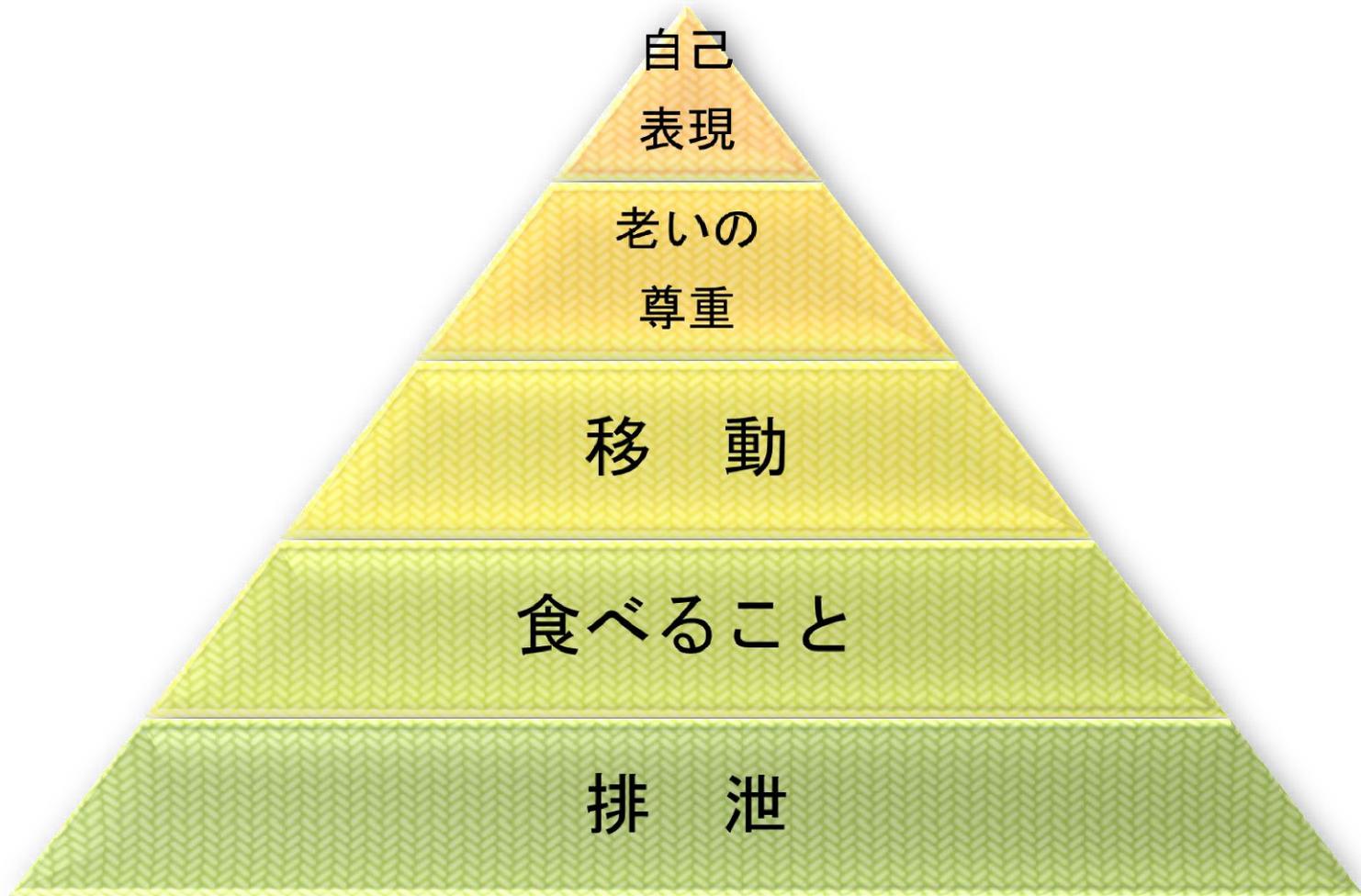
会社、家族
(都市の中の閉鎖性の強いコミュニティ)



超高齢化社会

老いにおける主体、客体とは

老いにおける主体と客体



老いても主体として生きる為の方法
健康寿命、虚弱、死

主体としての人の物語

主体としての患者、それは「患った者」という視点からのパラダイムシフトである。

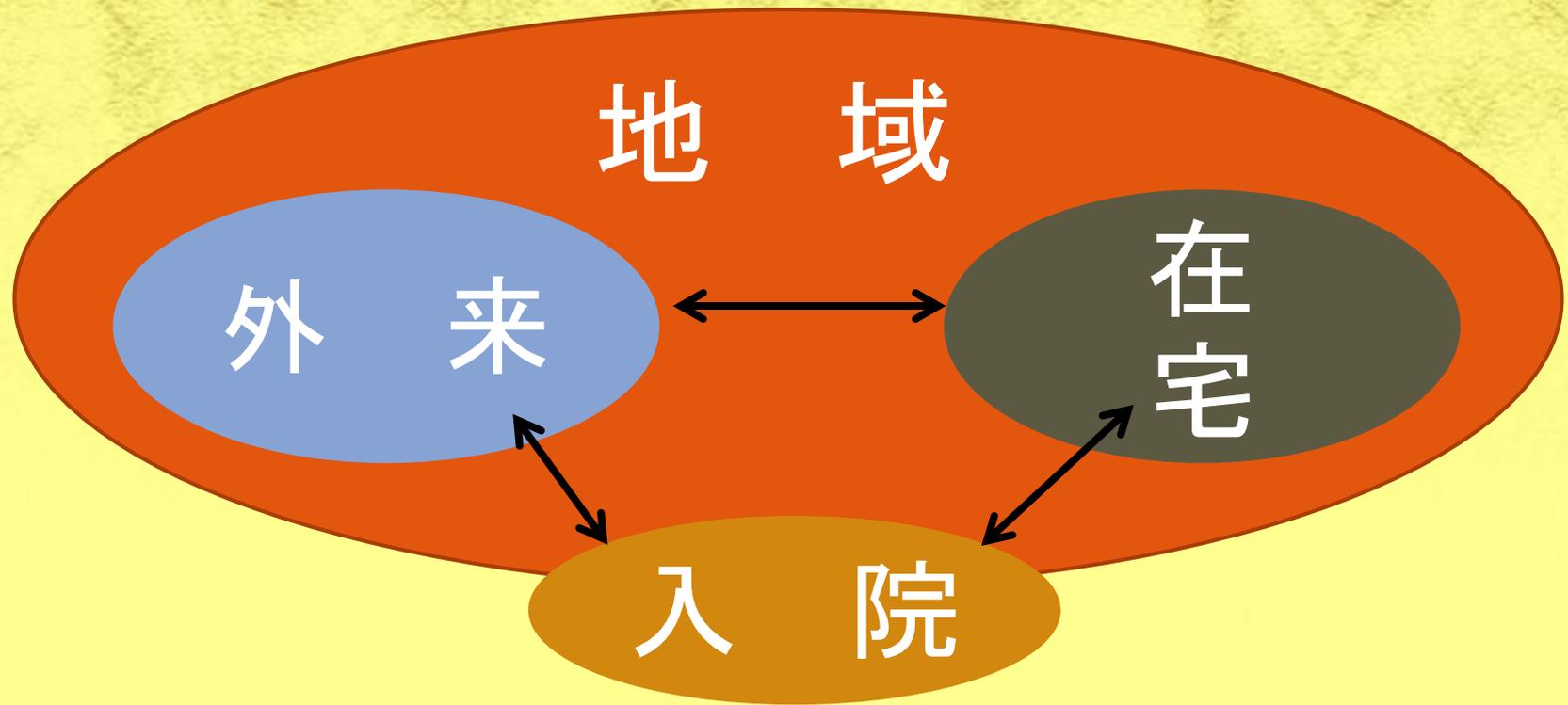
在宅医療を支えるかかりつけ医の医療は、その人の人生、価値観、死生観を大事にする。病気はその人の人生の中で、全てではなく一部である。多くは病気以外の自分で生きている。

そして最終的には私たちは、医療モデルから生活モデルへの転換は、従来の医療モデルの枠内の意識であれば意味のないものになってしまう。

病院中心のヘルスケアシステムは、従来の医療の考え方であり、臓器医学の延長線上でしかない。残存能力学は残された機能を活性化し、生活のより豊かさを求めるものである。

残存能力がなくなったとき、それが質のある看取りとなる。医療の中の死ではなく、生活の中に自然の看取りがある。

地域の医療機能と将来統計



受け身の医療からの転換

(受け身の統計学からの変革、変化しないのは人口動態、要介護、医療の予測は変化する)

結 語

われわれが臓器医学で学んだEBMと、その人が生きるという物語（ナラティブ）の集合体を目指す医療である。

「人の生命史を語ることそのものも科学である」

心理学者の河合隼雄先生「物語と自然科学」という最終講義より

確かに生命の物語の中には自然科学があり、医学的知識を必要としたナラティブと残存能力学としてのEBMをマッチさせたものが必要で、それこそが在宅医療学の基本である。

「学問が確立する前に現場が動く」という在宅医療の歴史と「物語という視点」が生活する人間としての患者を診ることにつながる。

時代の幕開けは高齢者と世話をする人ではなく主人公として生きる為の政策。