

社会と医療

—高齢社会における医療のあり方—

折 茂 肇

Medical care in the aging society

Hajime Orimo, M.D., ph.D.

Abstract

Medical care has been intimately related to the change in the socio-economical state of the society.

The society may be classified into 3 types from the view point of morbidity and mortality. The first type is the society characterized by the high prevalence of acute infectious diseases, such as tuberculosis, malaria, chorea etc. This type of society existed before the era of industrial revolution when the people suffered from malnutrition due to chronic dietary deficiency. The second type is the society characterized by the high prevalence of chronic diseases particularly, life style related diseases. Major causes of death in this society were cardio-vascular disease and cancer. The third type is the society characterized by the high prevalence of age-related diseases due to the increase in the elderly population. In the 21st century, it is anticipated that the society will move from the second type to third type.

As for the medical care of the elderly, philosophy and strategy are important. Primary aim of medical care of the elderly is the prevention of disability and improvement of QOL. Medical care of the elderly should be performed in co-operation of various kind of specialist including medical doctor, nurse, physical therapist, and caregiver. To develop appropriate network system will be the crucial issue for the medical care of the elderly. Medical care of the elderly is deeply affected by culture, economy and policy of the community. Therefore, each community should establish such a network system, taking care of the elderly in the community.

Key Words: 医療と疾病構造の変化

高齢者医療の理念と戦略

チーム医療

地域連携システム

総合医療システム

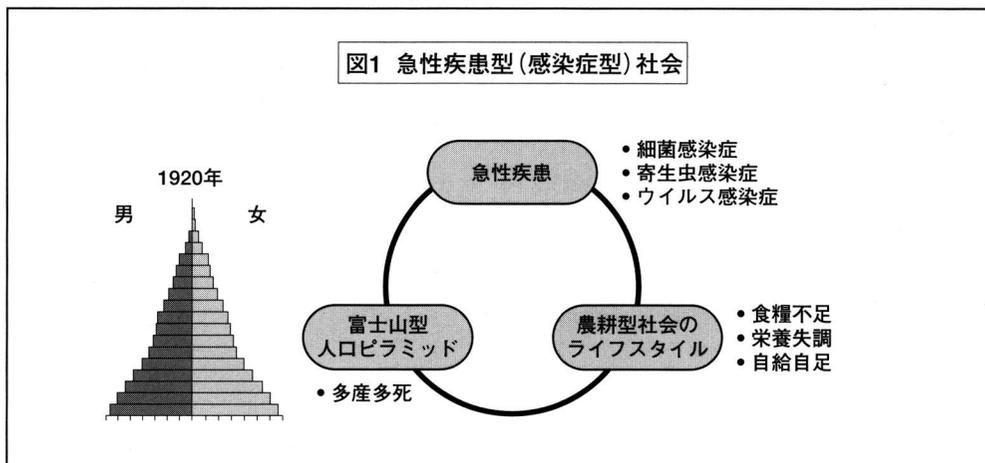
はじめに

医療と社会とは相互に複雑なかかわりを持っており、社会の変化は医療のあり方に影響を及ぼし、医療の進歩は社会に大きな問題を投げかける。したがって医療の歴史を社会の変化との関連を無視して論ずることは出来ない。かかる視点に立って医療の歴史を振り返り、21世紀の高齢者医療のあり方につき述べる。

I 社会の変化と疾病構造

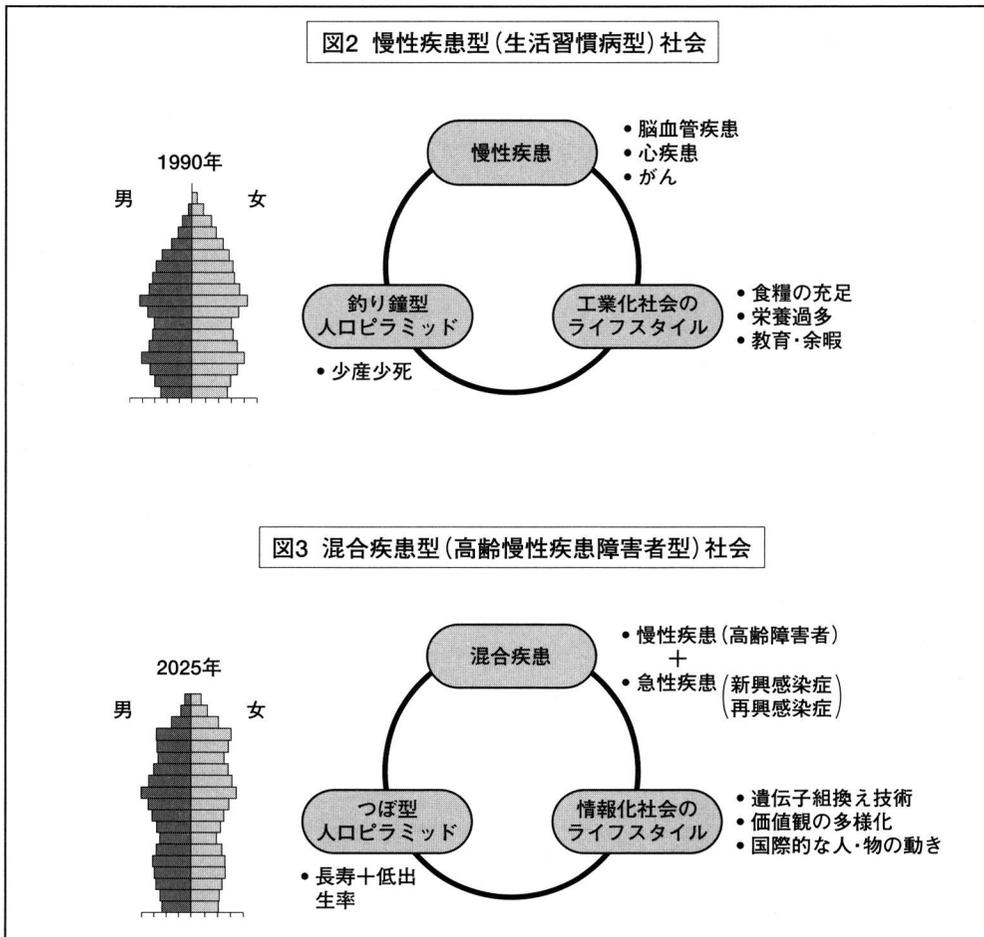
人類誕生から産業革命に至るまで、慢性的な食糧不足・栄養失調により人類は伝染病・寄生虫病などの感染症に悩まされた。産業革命後の工業化社会においては、食料の供給量は爆発的に増大し、人々の生活水準は向上し、人口は急増し、都市化が進んだ。さらに19世紀に急速に発展した医学は死亡率を低下させた。農耕型社会のライフスタイルは徐々に変化し、やがて出生率が低下した。20世紀前半には化学療法が発展し、多くの感染症（とくに乳幼児の感染症と青年期の結核）が克服された。その結果死亡率がさらに低下し、人口の高齢化が促進された。工業化社会のライフスタイルは心臓病、脳血管障害、がんなどの慢性疾患を生み出し、さらに医学の進歩は高齢者の死亡率を低下させ、平均寿命を伸ばし続けている。その結果高齢者で慢性疾患による障害者が増加した。これは先進国だけの問題ではなく、多少の時間のずれはあるものの、今後多くの国々が抱える問題である。

また一方で、交通手段の発達による国際的な人の動き・食材の動き、世界規模での森林破壊、地球温暖化、人の価値観の多様化など多くの要因を背景に再興感染症や新興感染症が発生し、その対策が世界的に大きな問題となっている。再興感染症とは結核、コレラ、黄熱、狂犬病、マラリア、住血吸虫症など、すでに公衆衛生上問題にならぬ程度まで患者数が減少していた感染症のうち、再び流行しはじめたものである。新興感染症とは新型コレラ、病原性大腸菌O157、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染症、ヘリコバクター・ピロリ感染症など、かつて知られておらず、現在では局所的に国際的に公衆衛生上問題となっている感染症である。高齢者は免疫不全状態にあるので、新たな感染症の標的となる可能性



が高い。日本では1997年には結核の新登録患者数、罹患率ともに43年ぶりに上昇に転じており、とくに70歳以上の高齢者の患者の増加が際立っている。21世紀の少子高齢社会においては、何らかの機能障害を抱えた多くの高齢者が長い経過の中で、慢性疾患の憎悪・急性疾患の合併を繰り返す事態が予測される。

以上のことから、疾病構造の特徴から社会は次の3タイプに分類できるであろう。1番目は急性疾患型（感染症型）社会である。アメーバ赤痢、腸チフス、らい、マラリア、結核、コレラ、ジフテリア、破傷風、流行性髄膜炎、ペスト、細菌性赤痢などの細菌感染症が主要な死因となっている社会である。この社会の特徴は、(1) 産業革命以前の農耕型社会で慢性的な食糧不足と栄養失調に悩まされ、(2) 自給自足型のライフスタイルを持ち、(3) 多産多死のため人口ピラミッドは富士山型である（図1）。2番目は慢性疾患型（生活習慣病型）社会で、脳血管疾患・心疾患・がんなどの生活習慣病が主要な死因となっている社会である（図2）。この社会の特徴は、(1) 産業革命以後今日に至る工業化社会で、食糧は充足し人口が都市部に集中し、(2) 多くの人が教育・余暇のための時間を持つことが可能となり、(3) 少産少死のため人口ピラミッドは釣り鐘型である。3番目は混合疾患型（高齢慢性疾患障害者型）社会である（図3）。何らかの機能障害を抱えた多くの高齢者が慢性疾患



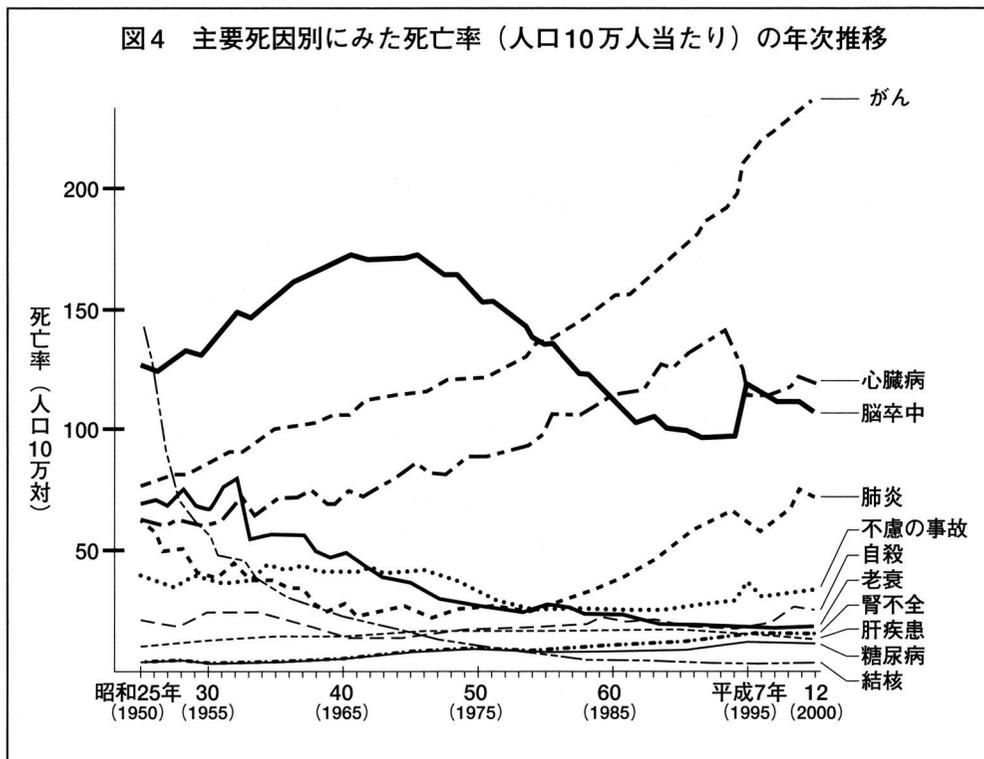
の憎悪・急性疾患の合併を繰り返しながら徐々に衰え死亡していく社会である。この社会の特徴は (1) 遺伝子組換え技術が浸透する21世紀の情報化社会で本格化し、(2) 人々の価値観が多様化し、国際的に人・物が動き、(3) 平均寿命の伸びと出生率のため人口ピラミッドはつぼ型となる。そして21世紀には日本を含めた多くの先進国が慢性疾患型（生活習慣病型）社会から混合疾患型（高齢慢性疾患障害者型）社会に移行することが予想される。

1) わが国における疾病構造の変化

日本の衛生行政制度は1872年に始まったが、他の先進国と同様に急性伝染病対策から始まっている。その後結核や性病などの慢性伝染病対策に取り組んでいるが、これら感染症との闘いは第二次世界大戦後まで続いた。戦後の荒廃、食糧不足、外地からの復員者などにより結核などの感染症が猛威をふるい、主要な死因となった。1950年代初めより、抗生物質の開発普及、生活環境の整備、予防対策の充実などにより、結核などの感染症による死亡者は激減した。それと相前後して1950年代半ばより脳血管疾患、心疾患、がんによる死亡者が激増した。戦後短期間にわが国の疾病構造は大きく変わったのである（図4）。

主要死因別に見た年齢調整死亡率を見ると、男女とも1965年ごろより脳血管疾患の死亡率が大きく減少している。悪性新生物は男子で増加傾向、女子で緩やかな低下傾向が見られる。また心疾患については男女とも1980年ごろより緩やかに減少している。

死亡別年齢調整死亡率の推移を見ると疾病構造の変化がよくわかる。1950年に死亡原因の13.5%を結核が占めていたが、1980年までには1%以下に減少した。これに変わって1950年から1980年までは脳血管疾患、1981年以降は悪性新生物が死因の第1位となっている。



(厚生労働省「人口動態統計」より)

1975年以降脳血管疾患の死亡率は減少しているが、悪性新生物と心疾患の死亡率は増加傾向にある。また少しずつではあるが糖尿病による死亡率も増加傾向にある。

2) わが国における人口動態の変化

日本人の平均寿命は1947年から1960年にかけて、男子は50.1歳から65.3歳、女子は54.0歳から70.2歳へと一挙に伸び、先進国の水準に達した。その後もゆっくりではあるが、着実に上昇を続けている。寿命の伸びに対してどの年齢層の死亡率の低下が寄与したのであるだろうか。1955～1960年においては、0～14歳の寄与率が男子で64.7%、女子で53.1%と最も高い。ついで15～39歳の寄与率が男子で26.5%、女子で26.3%と高い。これは主として乳幼児の感染性疾患と青年期の結核が制圧されたことによる。一方、1990～1995年においては65歳以上の寄与率が男子で49.8%、女子で89.3%と最も高い。これは主として脳血管疾患による死亡率が急速に低下し、心疾患による死亡率が減少傾向に転じていることによる。つまり、最近の平均寿命の伸びは高齢者の死亡率の低下によるもので、平均寿命の伸びが人口の高齢化を促進しているのである。

1995年の国政調査によると、同年の日本の総人口は1億2557万人であった。1997年1月の「日本の将来推計人口」の推計の結果によると、総人口は緩やかに増加し、2007年に1億2778万人でピークに達した後、以後長期の減少過程にはいり、2050年には1億50万人になるといふ。21世紀には日本は人口減少時代に突入することになる。これは1970年代半ばから人口を一定規模に保持する出生率水準（2.08前後の水準）を大きく割り込んでいるからである。老人人口（65歳以上）は1995年の1826万人から2025年の3300万人までは急速に増加を続け、2015年には25%台に達し、その後も低出生率の影響を受け上昇を続け、2050年には32%に達すると推測されている。人口ピラミッドは全体として高齢化する。戦前（1930年）の人口ピラミッドは多産多死の人口動態を反映した「富士山型」であったが、1995年には少産少子を反映した「釣鐘型」となった。2050年には「つぼ型」へと姿を変えることにならう。

II 高齢者医療の理念と戦略

高齢社会を迎えたわが国では老人医療費が年々伸び続け、高齢者医療制度の抜本的改革の必要性が叫ばれている。高齢者の医療制度につき検討する際に最も重要な事はまず第一に、「高齢者の医療はどうあるべきか」という基本的な理念につき、充分議論する事であろう。高齢者の医療に於いては哲学と戦略が必要である。

1) 高齢者のQOLを第一義的に考えた医療

これまでの高齢者医療は高齢者の寿命の延長を第一義的に考え、健康寿命の延長を目的とした延命のための医療が中心であったが、これからは高齢者のQOLを第一義的に考えた医療が中心となるべきである。そのためには臓器疾患の治療を第一義的に考えた医療より、高齢者の残存機能を引き出し、自立機能障害（disability）の予防を最終目的とした医療が中心となるべきである。単なる臓器の疾患の診断と治療ではなく全人的な包括的医療が必須であり、患者の日常生活動作（ADL）、精神機能、及び社会的状況の三つを総合的に評価

して効果的な医療を行う事が必要である。75歳以上の後期高齢者に於いては完治が期待できない病態及び疾患が多くなるので、完治を目的とした医療から介護を中心とした医療を行うべきであろう。

2) 高齢者医療ではチーム医療が必須

高齢者は一人で多くの疾患に罹患している場合が多いので、専門を異にする各診療科の医師は良く協力し合って、患者本位の診療体制を作る事が必要である。多病を有する患者が異なる診療科にたらい回しにされ、個々の臓器疾患に対する診療のみが行われ、全人的な包括医療がおろそかにされるといった事態は絶対に避けなければならない。医師のみならず看護婦、PT、OT、薬剤士、栄養士、ソーシャルワーカー等のいわゆるコメディカルの人達が協力し合い、各臓器の疾患の外に患者の日常生活動作（ADL）、精神機能、社会的環境等をそれぞれ評価し、総合的判断に基づいて最も適切と考えられる医療を行うことが重要である。

3) 高齢者医療では地域連携システムの確立が必須

高齢者医療は本来地域医療である。高齢者が長年住み慣れた地域において満足できる医療が受けられる体制を作る必要がある。急速な高齢社会を迎えた今日、在宅医療が高齢者医療において重要な役割を演ずるようになるであろう。そのためには各地域に於いて高齢者医療に関わる病院、診療所、かかりつけ医がお互いに協力して横の連携を密にし、それぞれの役割分担を明確にして高齢者医療を行う体制を確立する必要がある。

4) 証拠（Evidence）に基づいた医療

適切な、無駄のない医療は、客観的な証拠があってはじめて可能となる。従来、医療上の多くの判断は医師の裁量とされ、客観的な証拠よりも、むしろ個々の医師の経験、主観や考え方などが判断の基準となってきた。高齢者医療と密接な関係にある介護に関しても、適切な、無駄のない介護を行うためには、客観的な証拠を集積する必要がある。

5) 西洋医学に東洋医学を取り入れた新しい総合医療システムの確立が必要

高齢者医療における東洋医学の役割は極めて大きい。まず第一に西洋医学では病名に対応して薬剤が投与されるために多臓器疾患を有する高齢者では投与される薬剤の数が多くなり、そのための有害作用が出やすくなる。第二は高齢者の個体差に対する対応である。高齢者では個体差が大きく、高齢者の医療では個人差を常に考慮に入れる必要がある。西洋医学では個体差に注目せずに薬剤を投与するが、一方東洋医学では患者の証に合った薬剤を投与する、即ちケース・バイ・ケースの対応をするという特徴がある。第三は自覚症状はあるが、他覚的所見に乏しく、診断がつかない症例に対する対応である。西洋医学では診断がつかないと対応が困難であるが漢方治療では“証”としてとらえ対応できる。高齢者医療に於いては西洋医学と東洋医学のそれぞれの特徴をよく理解し、両者の得意とするところをうまくとりいれ、お互いの欠点を補った治療体系をくむことが必要である。

6) 予防医学の重視

高齢者が障害に悩まされることなく、老後活力のある生活を送れるようにするためには、高齢期に発症する疾患の発症予防が極めて重要である。高齢者に多発し、種々の障害をも

たらず脳血管疾患、虚血性心疾患、閉塞性動脈硬化症などの動脈硬化性血管障害や骨粗鬆症などは、成人期からの不適切な、生活習慣が主要な発症原因になる。したがって、不適切な生活習慣を適正化することにより、これらの疾患の多くを予防あるいは発症を遅らせることができる。

「将来人口推計」によれば、75歳以上の後期高齢者の人口が、2022年には前期高齢者人口を上回ると予想されている。後期高齢者では、脳血管疾患、骨粗鬆症、骨折、尿失禁、痴呆などが問題となることが多い。このような点を考えると、今後の高齢者医療では、後期高齢者に多発する疾患や障害の発症を如何に予防してゆくかが特に重要な課題となる。

おわりに

わが国では急速な高齢社会が到来したために、医療の現場は急増する高齢患者の対応に苦しんでいるが、いまだに高齢者医療のシステム作りがなされていない。臓器疾患の治療を目的とした専門医療が主流で、患者を全人的・包括的立場から診療しようとする姿勢にかけており、複数の臓器に疾患のある高齢者が多くの診療科をたらい回しにされ、主治医不在という現状を招いている。高齢者医療で重要なことは、臓器疾患の治療を第一義的に考えた医療より高齢者の残存機能を引き出し、自立機能障害の予防を最終目的とした医療が中心となるべきである。高齢者の医療では臓器の疾患のみならず、日常生活動作（ADL）、精神機能、社会的状況等を評価する総合的機能評価が必須で、そのためのチーム医療体制を確立する必要がある。高齢者医療は本来地域医療であり、高齢者が長年住み慣れた地域において、満足できる医療が受けられる体制を確立することが重要である。かかりつけ医、急性期病院、慢性期病院、各福祉施設等を含む医療・福祉ネットワーク作り、全国的に普及させることが、わが国における高齢者医療システムを構築する上で必須の課題となるであろう。

参考文献

- 1) 折茂肇、熊川寿郎（2000）『疾患の変容 現代医学と社会』（井村裕夫、高久史磨編）岩波書店：85～104
- 2) 折茂肇（1999）『老年病の成り立ちと特徴 新老年学』（折茂肇編集代表）東京大学出版会 332～336

