

政策サイドから見る日本の高齢化問題について

日本在宅ケアアライアンス副理事長
岩手医科大学 医学部 客員教授
(元・内閣官房健康・医療戦略室政策参与)
(元・厚生労働省医政局長)

武田俊彦



自己紹介

- 昭和58年4月 厚生省 入省
- (入省後、厚生省内各部局、大蔵省、ニューヨーク勤務(ETRO)、北海道勤務(道庁)を経験)
- 平成11年～12年 厚生大臣秘書官事務取扱(丹羽雄哉大臣)
- 平成12年～23年 医療行政を主に担当(国保課長、政策医療課長、保険局総務課長など)
- 平成23年～24年 社会保障担当参事官(社会保障・税一体改革等)
- 平成24年～26年 総務省出向(消防庁審議官)
- 平成26年～27年 官房審議官(医療保険担当)
- 平成27年～28年 政策統括官(社会保障担当)
- 平成28年～29年 医薬・生活衛生局長
- 平成29年～30年 医政局長
- 平成30年7月 退官

※退職後

内閣官房 健康・医療政策室 政策参与

厚生労働省 政策参与(根本匠 厚生労働大臣 在任時)

一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 副理事長

岩手医科大学 医学部 客員教授

ボストン コンサルティング グループ シニア・アドバイザー、

西村あさひ法律事務所・外国法共同事業 顧問、株式会社 麻生 社外監査役

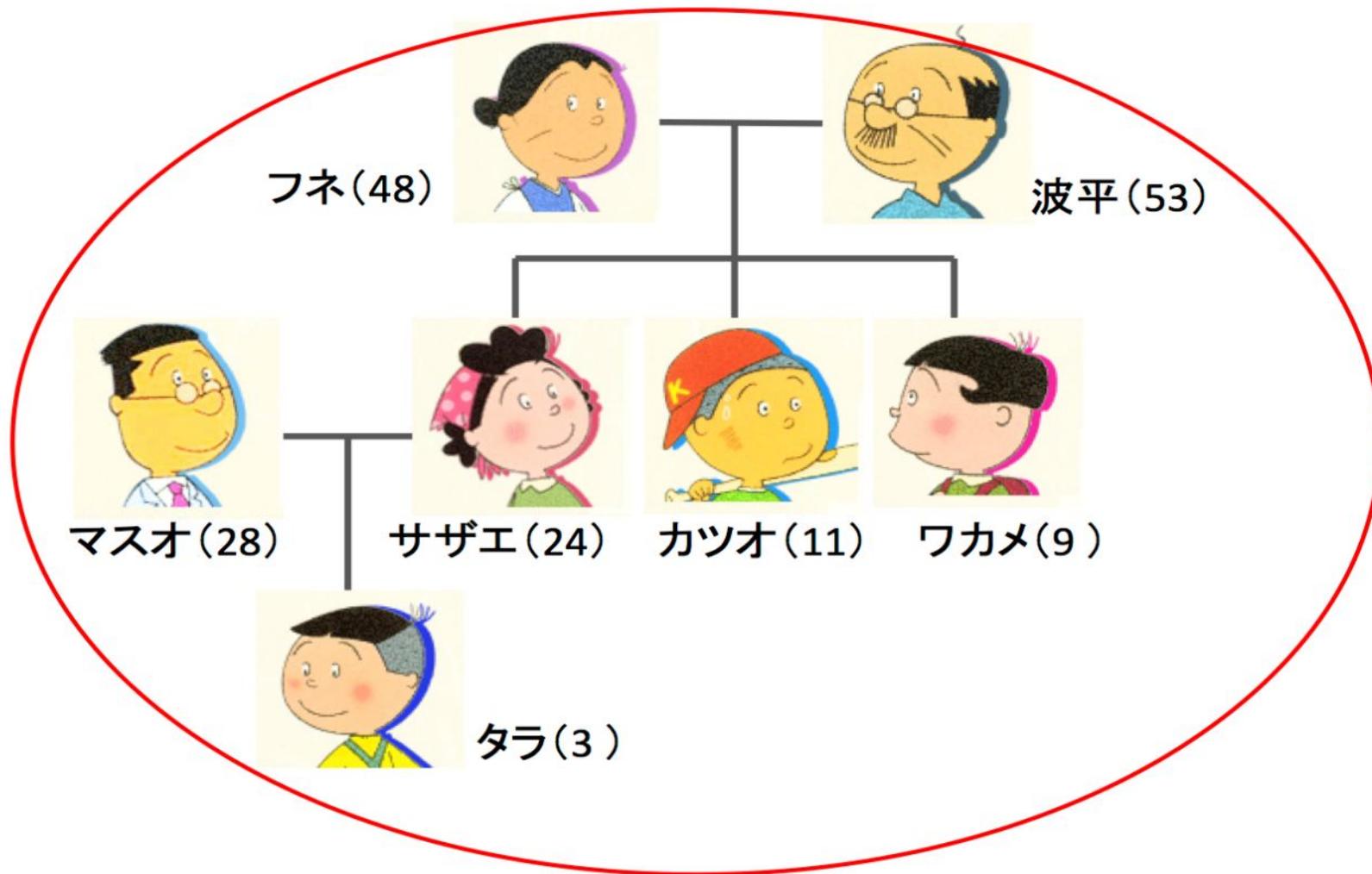


波平とフネの老後をどう支えるか

あおぞら診療所川越医師のスライドより

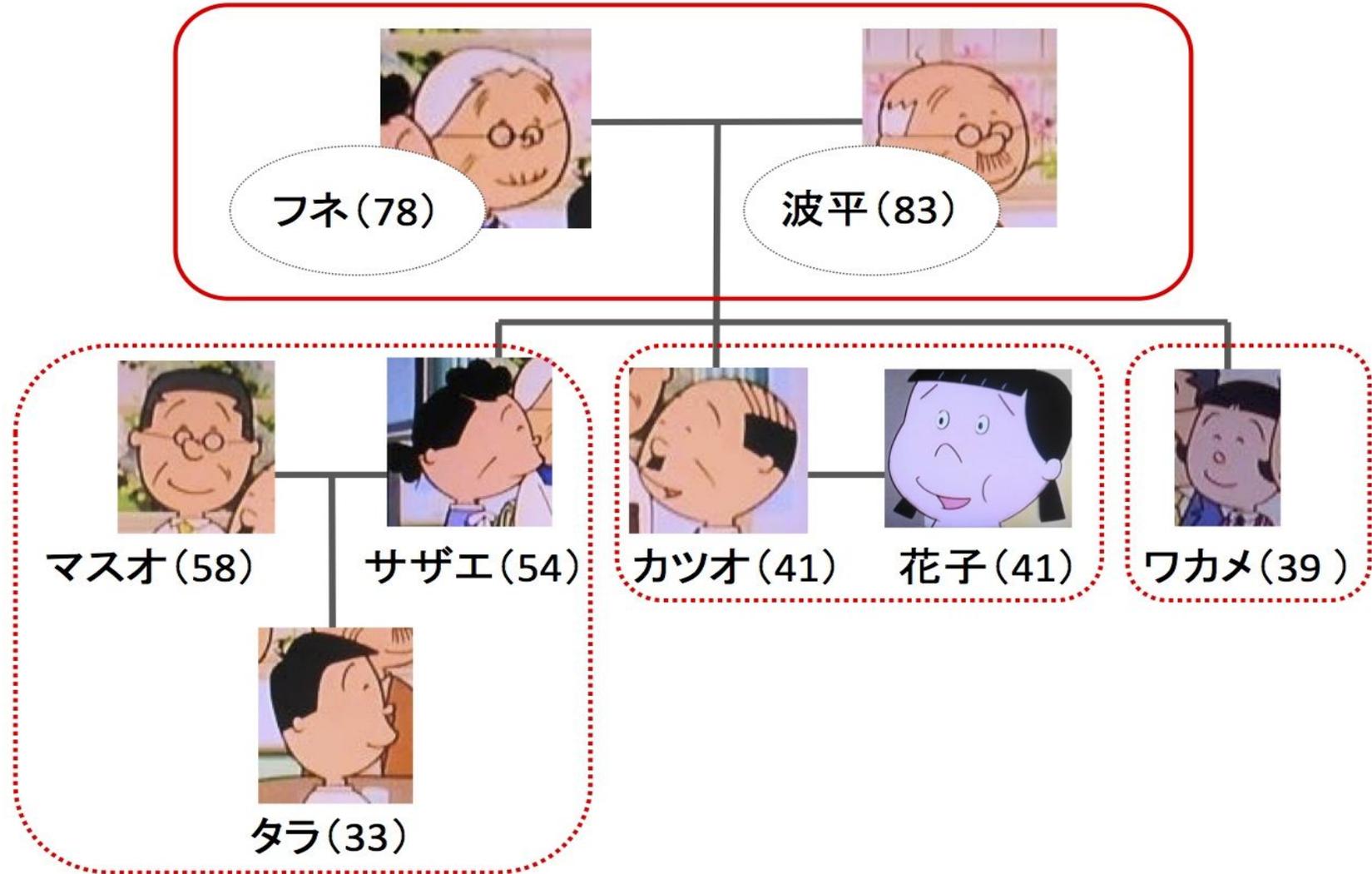


設定時点





30年後





30年後



よく帰って
きた

ただいま

皆都内に住んでいるが
全員集まるのは
年1~2回

こどもたちは独立し、
波平とフネは老夫婦世帯へ





30年後の波平とフネ



波平(83)

脳梗塞後、認知症、高血圧症

- ・ 80歳の時に脳梗塞
- ・ ADLは基本的に自立
- ・ 脳梗塞後、手足のしびれが残り、巧緻性は低下
また、薬の飲み忘れなど認知症症状が出現している



フネ(78)

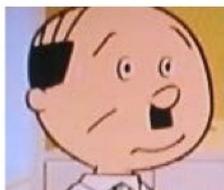
- ・ 大きな病気なく、波平の身の回りの世話をしている
- ・ 月に1～2回、自宅でお花の教室を開いている



フネも認知症・・・

ところが、フネにも認知症症状が！

- ・ ATMで振込みができない
- ・ 料理の味がとても濃くなった
- ・ お花の教室の日を忘れている



カツオ (41)

⋮

おじいちゃんだけでなく、
おばあちゃんまで認知症
なんて、この先どうするの？



花子 (41)
カツオの妻



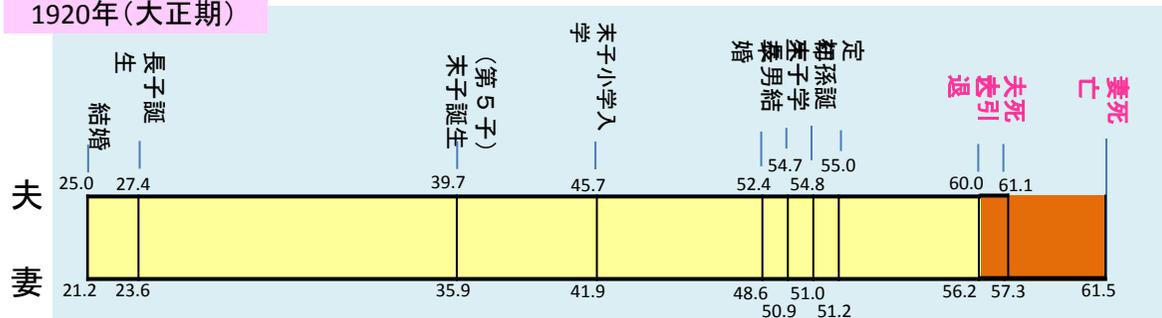
政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

長寿の実現 ～日本人の一生の姿が変わった

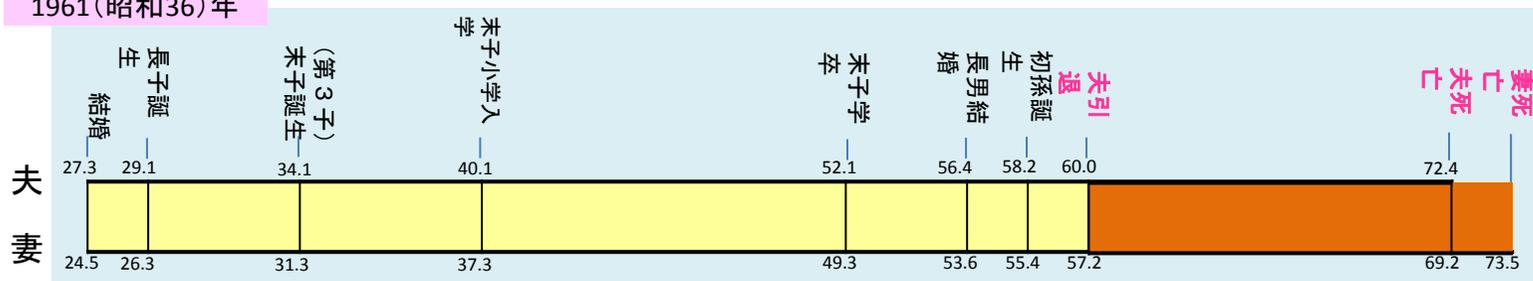
統計でみた平均的なライフサイクル

○子どもの数は減少する一方、平均寿命の延伸により引退後の期間が、長くなっている。

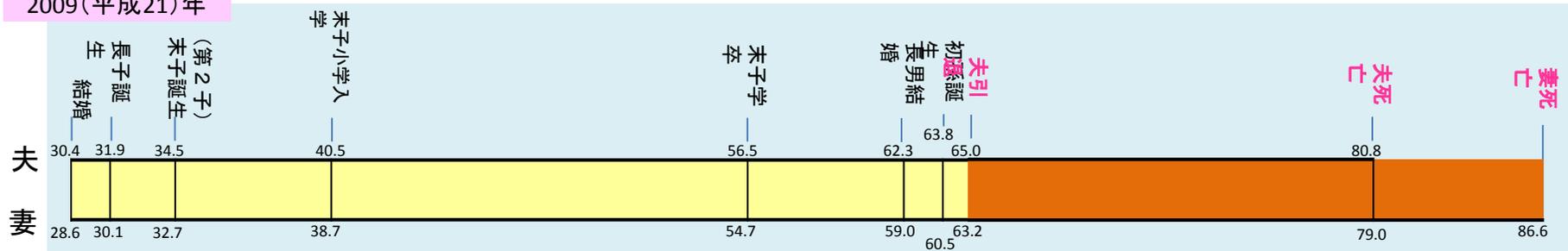
1920年(大正期)



1961(昭和36)年



2009(平成21)年



資料:1920年は厚生省「昭和59年厚生白書」、1961年、2009年は厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」等より厚生労働省政策統括官付政策評価官室において作成。

(注) 価値観の多様化により、人生の選択肢も多くなってきており、統計でみた平均的なライフスタイルに合致しない場合が多くなっていることに留意する必要がある。



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

高齢化とは(政策当局にとって)

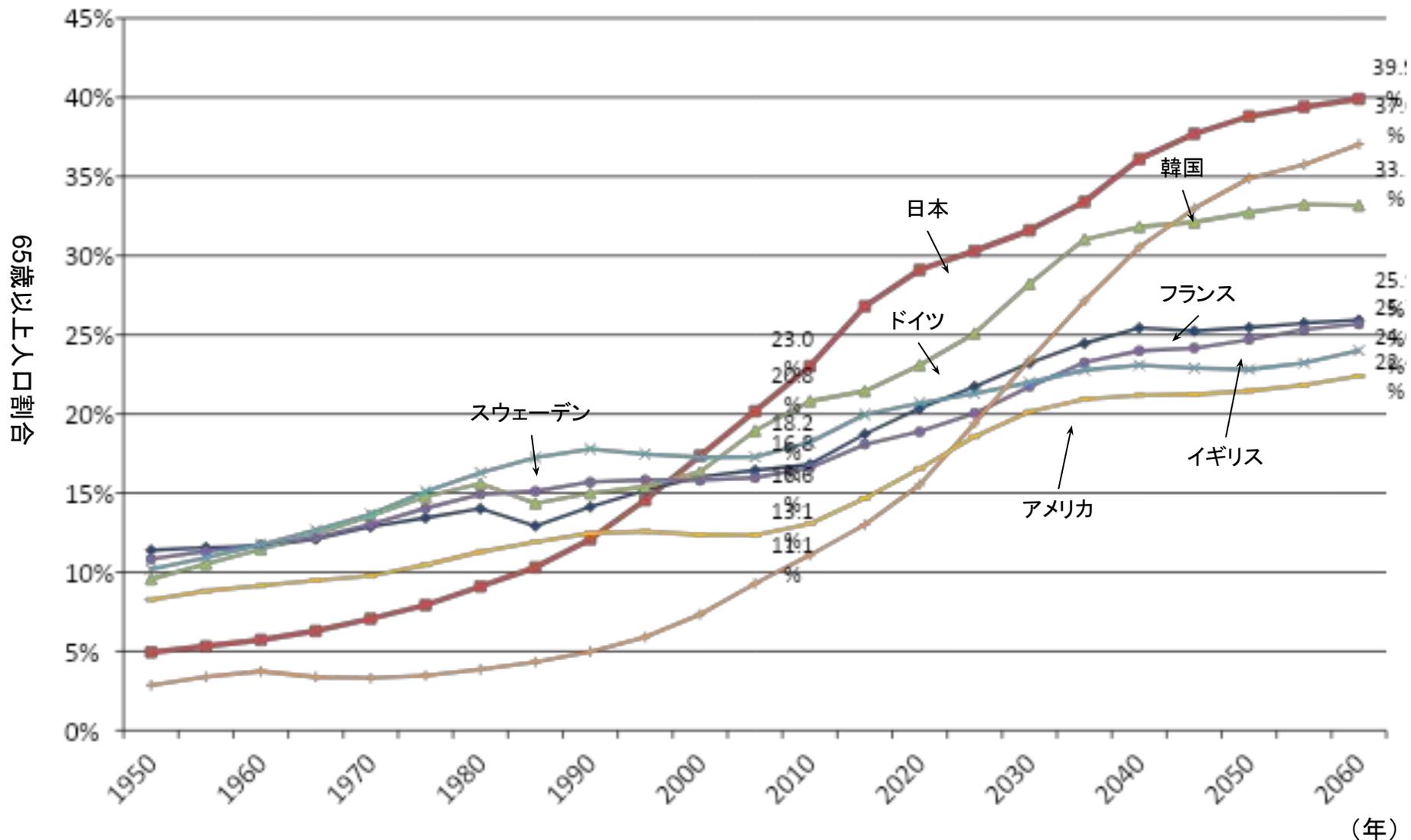
高齢化とは

- 高齢化とは、率なのか数なのか
- 高齢化人口とは、何歳以上の人口のことか
- 高齢化問題とは 高齢化は問題なのか

高齢化とは(今や歴史的な説明！)

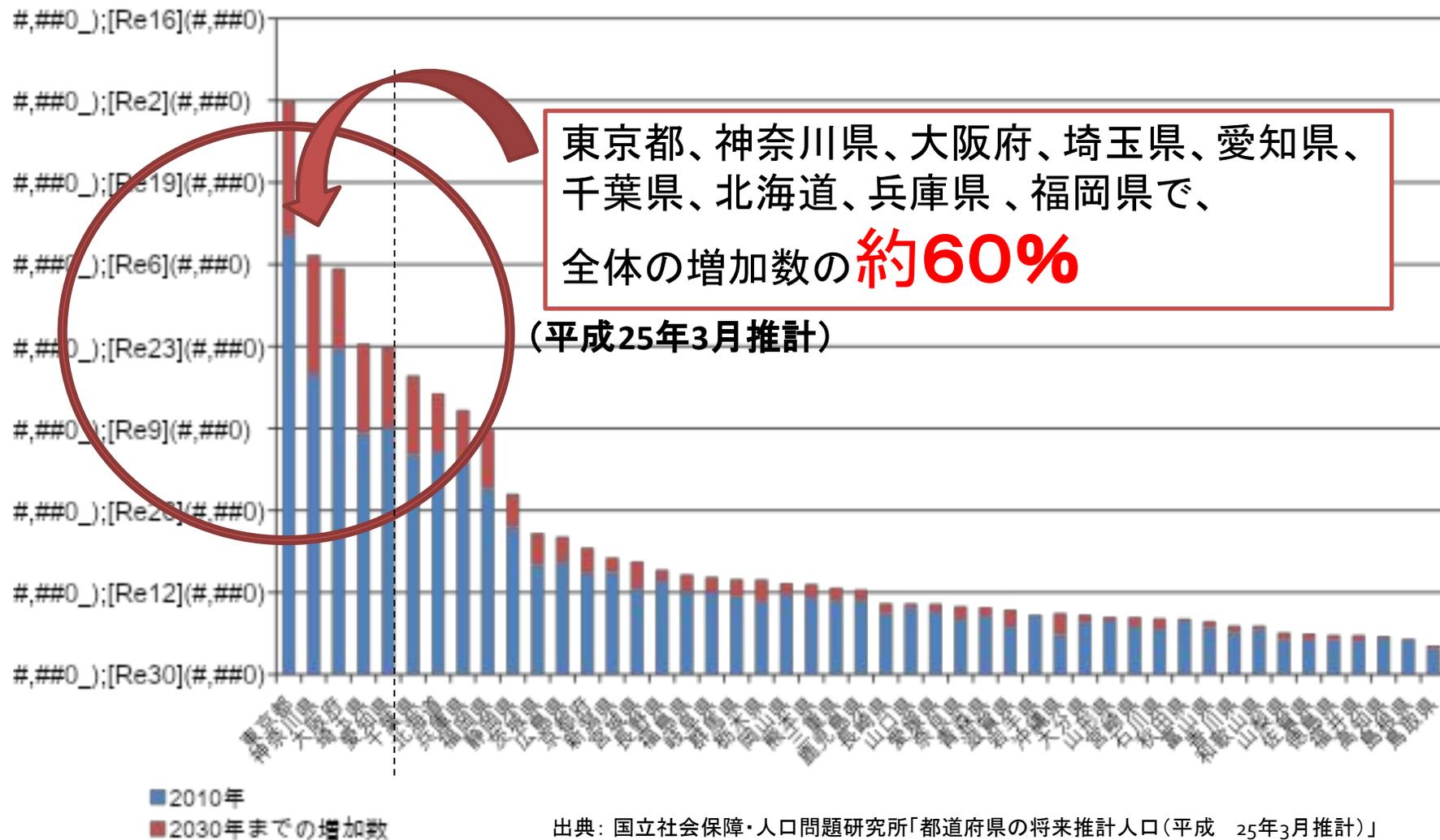
- 高齢化社会:総人口のうち、高齢者の割合が大きくなってきた社会。一般に国連の報告書に従い、65歳以上人口の比率が7%を超えた社会といい、日本は1970年をそのはじめとする。(広辞苑第6版)
- 1980年代をつうじて日本経済は安定成長をつづけ、とくに80年代後半から91(平成3)年初めまで大型の景気拡大が持続された。その間、中曽根康弘内閣のもとで、電電・専売・国鉄の民営化が実現した。しかし一方では、大都市の地価の暴騰、労働力不足と外国人労働者の流入、出生率の低下と寿命ののびによる社会の高齢化などが問題化した。(もういちど読む山川日本史:山川出版社)

65歳以上人口割合の推移



(出所) 日本は、総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成25年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年0月1日現在人口)
 諸外国は、United Nations, World Population Prospects 2012

都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2010年 → 2030年)



出典：国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成 25年3月推計)」

十四億人の安寧



序章から事実が読者を圧倒する。中国では年間死亡者数は既に1千万人を超え、今後の急増も見込まれているという。高齢化率は2085年には最大の42・2%に達すると推計されている。

高齢化の先頭を走ってきた日本では今、世界に誇る皆保険制度が高齢化の荒波を受けているが、中国はどうか対応していくのか。制度やデータの分析などを通じて、現状や展望を論じたのが本書である。

私は、10年以上前に政府団の

鍵を握るのは、公的保険を補完する民間保険の存在だと著者は指摘する。

公的な制度は、住む地域や戸籍、就労状況によって異なり、保険料の支払いが相対的に低い都市の非就労者と農村部の住民が加入する制度は、都市部の就労者と比較して給付が制限され、個人負担がより多くなる傾向にある。

給付上限のある公的な制度でカバーされないニーズに、電子商取引(EC)最大手の「アリババ」や、IT大手の「テンセ

医療保障 変化に警鐘

一員として中国を訪れたが、これから国民皆保険制度を導入すると聞いた時には額面通り受け取れなかった。都市部と農村部は戸籍が違い移動の自由がなく、所得も医療インフラも違うので、その当時はとても困難だと思ったからだ。

日本と異なり、中国の医療保険制度はとても複雑だ。そこで

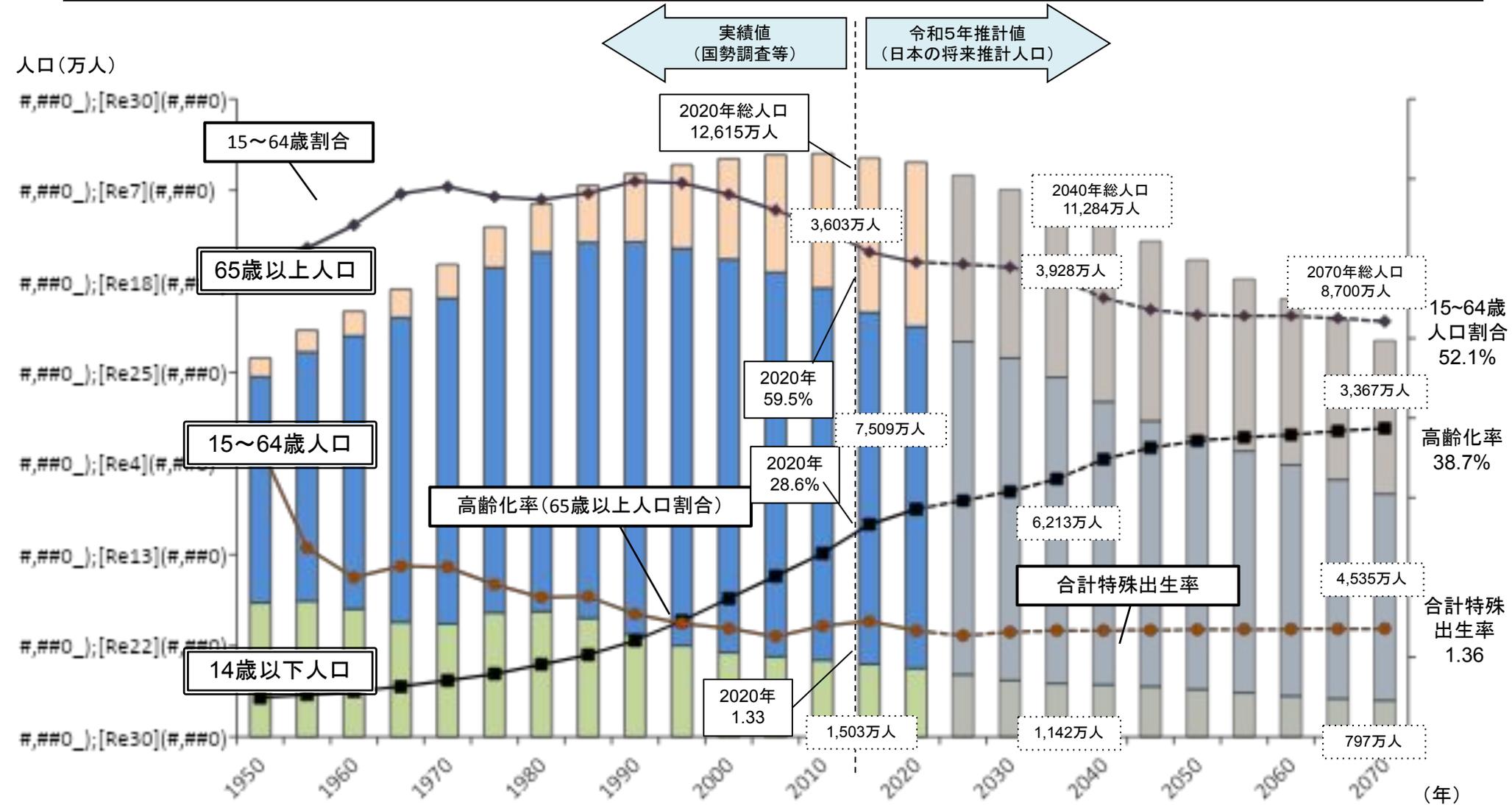
「プラットフォーム」のようなプラットフォームが参入し、アプリ上でさまざまなサービスを提供。需要に応じてその内容が変革され、デジタル化の中で医療保障の姿が変化していくさまを、本書はダイナミックに描き出す。

しかし、著者は警告する。これまででは経済が成長し人口も増加していたが、消費低迷する中で、所得再分配機能をはじめとした本来、社会保障制度が持つ役割を持たないこの構造は持続可能なのかと。中国の社会保障の姿は、海の向こうの出来事だと簡単に片付けられない示唆を含んでいる。

(武田俊彦・岩手医大客員教授)
(慶応大学出版会・3300円)

日本の人口の推移

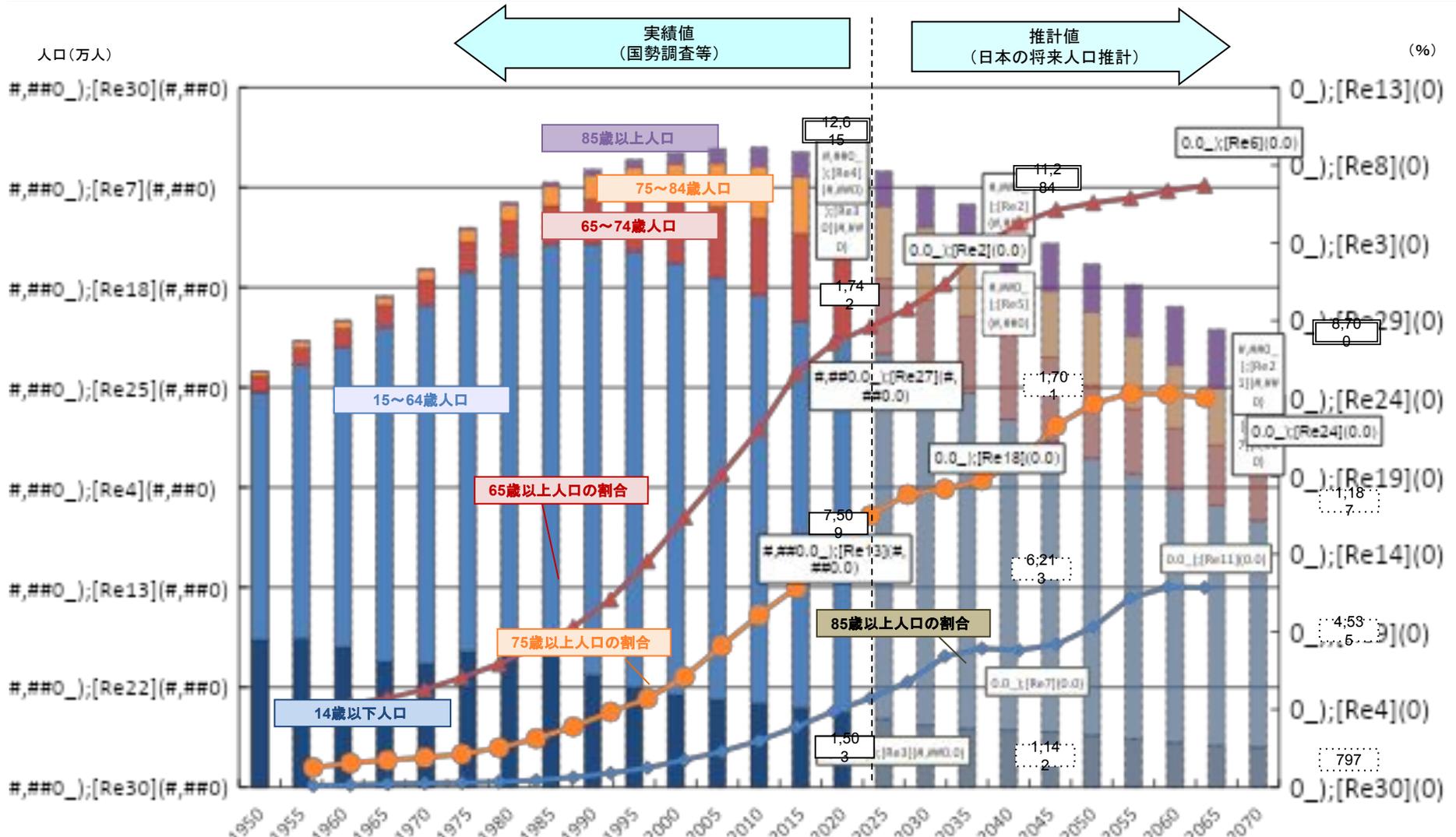
○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。



(出所) 2020年までの人口は総務省「国勢調査」、合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

日本の人口の推移

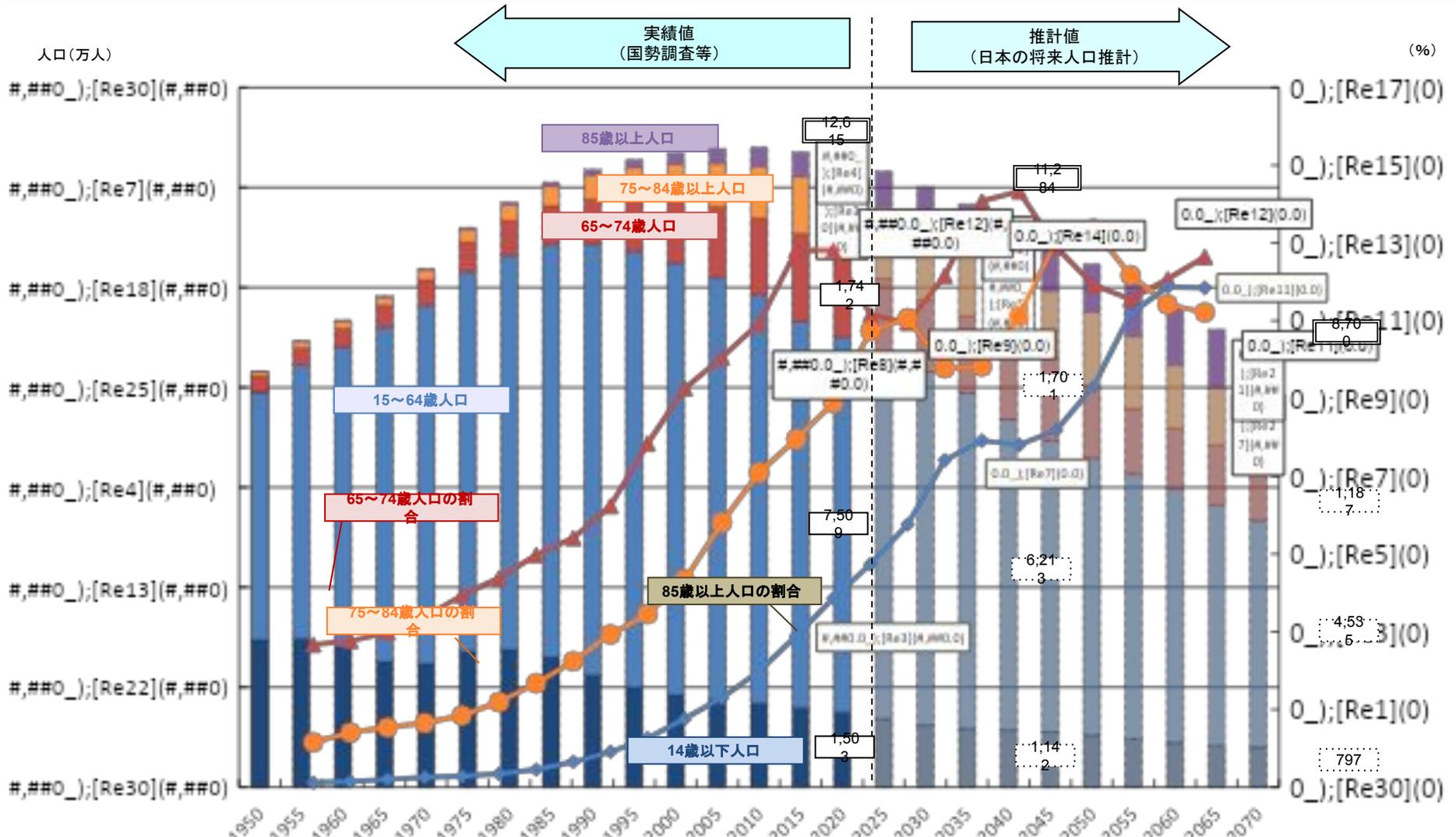
○ これまでの10年間は75歳以上人口が急増、これからの10年間は85歳以上人口が急増



資料:2020年までは総務省「人口推計」(各年10月1日現在)等、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

日本の人口の推移

○ 今後、日本の総人口が減少に転じていくなか、高齢者（特に75歳以上の高齢者）の占める割合は増加していくことが想定される。



資料: 2020年までは総務省「人口推計」(各年10月1日現在)等、2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(令和5年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

[ホーム](#)> [政策について](#)> [審議会・研究会等](#)> [社会保障担当参事官室が実施する検討会等](#)> [社会保障の教育推進に関する検討会](#)> [第1回社会保障の教育推進に関する検討会資料](#)

(照会先)
政策統括官(社会保障担当)付社会保障担当参事官室
社会保障専門官 谷内(内線 7680)
政策第一係長 安濟(内線 7691)
(代表番号) 03(5253)1111

第1回社会保障の教育推進に関する検討会資料

平成23年10月11日(火)

10:00~12:00

厚生労働省12階専用第12会議室

<配布資料>

○議事次第

[議事次第 \(PDF:99KB\)](#)

○資料1

[社会保障の教育推進に関する検討会 開催要綱 \(PDF:179KB\)](#)

○資料2

[社会保障教育の展開について\(案\) \(PDF:272KB\)](#)

○資料3

[平成23年度検討会のテーマおよびスケジュール\(案\) \(PDF:141KB\)](#)

○資料4

[「社会保障の教育推進に関する検討会」でご議論いただく論点\(案\) \(PDF:265KB\)](#)

○資料5

[学習指導要領での「社会保障」等の取り扱い \(PDF:645KB\)](#)

【高等学校学習指導要領解説 公民編】（政治・経済 内容の(3)ア関連抜粋）

ここでは、現代日本の政治や経済の諸課題として、「少子高齢社会と社会保障」
「地域社会の変貌と住民生活」「雇用と労働を巡る問題」「産業構造の変化と中
小企業」「農業と食料問題」などから幾つかを選択して取り上げ、それらの課題

について、政治と経済との関連に留意しながら多面的・多角的に探究させ、持続
可能な社会の形成という視点から望ましい解決の在り方について考察を深めさせ
ることを主なねらいとしている。

（中略）

「少子高齢社会と社会保障」については、日本が少子高齢社会を迎えて、労働力
需給や経済成長など国民経済に大きな影響が出ていること、医療や年金など社会
保障費の財政負担の増大も大きな問題となっていることなどを、日本の社会保障
制度の歩みや特色などに触れながら理解させる。

このような理解の上に立って、少子高齢社会における社会保障の在り方について
、政府主導による福祉の考え方と、国民の自助努力による福祉の考え方を対照
させ、真に豊かで福祉社会の実現という視点から探究させる。

例えば、少子高齢社会に伴う問題点を家族、介護、雇用、年金、医療など様々な
面から調べさせ、その解決のための方法について探究させることが考えられる。
また、少子高齢化が進む諸外国の現状と課題などについて調べさせ、日本のこれ
からの福祉の在り方について探究させることなども考えられる。

【高等学校学習指導要領解説 家庭編】（家庭基礎 内容の(1)ウ関連抜粋）

人の一生を見通す中で高齢期をとらえ、加齢に伴う心身の変化や特徴を理解させる。また、高齢期になっても、だれもが安心して自立的な生活を送ることができる高齢社会を築くために、個人や家族、地域及び社会の果たす役割について考えさせる。

(中略)

(イ) 高齢社会を生きる

我が国がかつてない超高齢社会を迎えていることについて、その高齢化の現状と今後の解決すべき課題について理解させる。また、長寿化、少子化等の人口の高齢化の背景や高齢社会の特徴を理解させ、高齢化は社会を構成するどの世代にもかかわる課題であることを認識させる。

【高等学校学習指導要領解説 家庭編】（家庭基礎 内容の(1)エ関連抜粋）

幼児期から高齢期までの人の一生を見通して、家庭や地域の生活課題を主体的に解決し、よりよい生活を創造するためには、各ライフステージにどのような福祉や社会的支援が必要かについて理解させる。また、共に支え合って生きる社会を



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

ひとやすみ(今年の英国訪問)

創薬推進へ官邸主導の司令塔 有望分野を「目利き」、狙いは認知症？

🔒 有料記事 三 岸田政権

阿部彰芳 西村圭史 2023年9月23日 7時00分



首相官邸に入る岸田文雄首相=2023年8月28日午前10時14分、首相官邸、上田幸一撮影



政府は病気の治療などに効果的な薬をつくる「創薬」の推進に向け、首相官邸の下にある「健康・医療戦略室」の体制を強化し、司令塔の役割を担わせる方針を固めた。進展が見込まれる医療技術や注力すべき創薬の分野を示し、製薬企業の研究・開発を後押しして国際競争力の向上をめざす。複数の政府関係者が明らかにした。

専門的知識を生かして首相らに助言や情報提供を直接行う内閣官房参与に、厚生労働副大臣や環境相を歴任した心療内科医の鴨下一郎・元衆院議員、厚労省で

医薬・生活衛生局長や医政局長を務めた武田俊彦氏を近く任命する。健康・医療戦略室の人員を増やすことも検討しており、年内にも体制強化や取り組みの具体的な内容を決める予定だ。

創薬エコシステム構築で中間取りまとめへ 政府・構想会議

2024年3月8日 11:19



政府は7日、第3回の「創薬力の向上により国民に最新の医薬品を迅速に届けるための構想会議」を開催した。座長の村井英樹内閣官房副長官は、「創薬エコシステムの構築には臨床試験の環境整備や人材確保、ドラッグラグ・ロスを意識した対応、投資に魅力的な競争市場への誘導など、さまざまな方策を講じる必要がある」と指摘。これまでの議論を踏まえ、骨太の方針2024を念頭に、次回以降に中間取りまとめに向けた検討に入る考えを示した。非公開の会議後に、内閣官房健康・医療戦略室の武田俊彦政策参与が説明した。

オックスフォード大学のバイオ薬製造施設



オックスフォード大学(続き)





政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

高齢化対応、2025年対応と2040年対応と

日本の将来推計人口(令和5年推計)

社人研人口動向研究部長岩澤美帆氏の講演より(社会保険旬報2023年8月21日号)

- 社会保障や医療に関する事件としては2040年である。
- この年に日本における死亡者の数が167万人とピーク。
- 2038年には日本人の出生数が70万人を下回る
- 65歳以上人口がピークを迎えるのが2043年。

令和2年版厚生労働白書の全体像

第1部(テーマ編*)「令和時代の社会保障と働き方を考える」

*特定のテーマについて、現状の分析を行うとともに、関連する施策を紹介し、国民に理解を深めていただく。

- **平成の30年間の社会の変容と2040年にかけての今後の20年間の変化**の見通しを踏まえ、今回の新型コロナウイルス感染症の影響を含め、今後の対応の方向性等として以下を提示。
 - ・ 人生100年時代に向けて
 - ・ 担い手不足・人口減少の克服に向けて
 - ・ 新たなつながり・支え合いに向けて
 - ・ 生活を支える社会保障制度の維持・発展に向けて
 - ・ デジタル・トランスフォーメーション(DX)への対応

※①人口、②寿命と健康、③労働力と働き方、④技術と暮らし・仕事、⑤地域社会、⑥世帯・家族、⑦つながり・支え合い、⑧暮らし向きと生活をめぐる意識、⑨社会保障制度の9つのテーマに沿って分析。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う生活や社会・経済への影響についても検討。

第2部(年次行政報告*)「現下の政策課題への対応」

- 年次行政報告として、厚生労働省が様々な政策課題にどのように対応しているのかを、わかりやすく国民に報告。

*平成30年度・令和元年度2年度分の年次行政報告を掲載。

平成の30年間と、2040年にかけての社会の変容(主なもの)

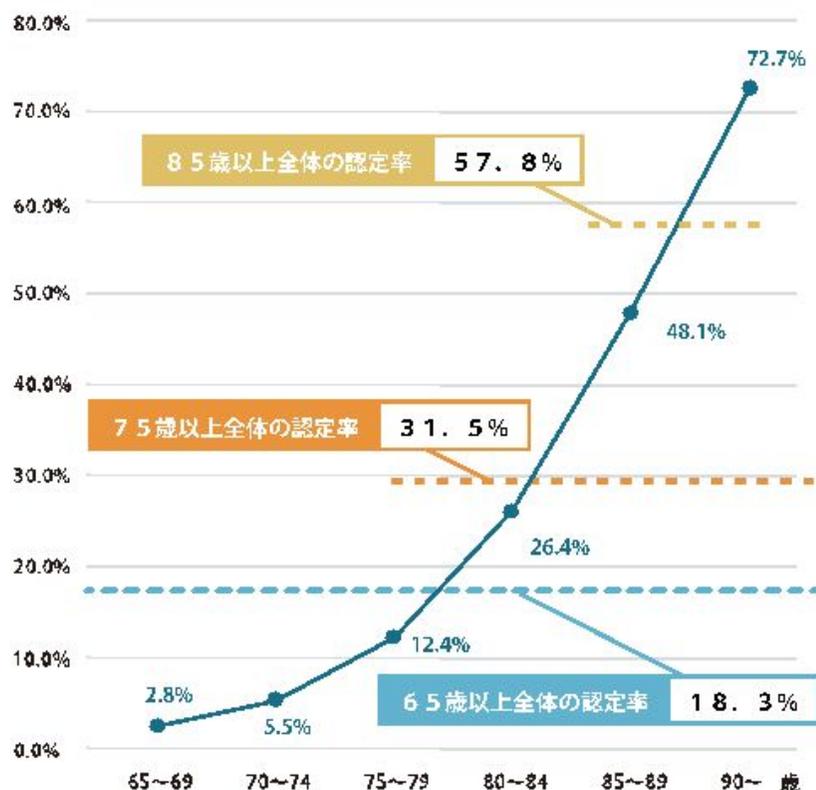
		1989(平成元)年	2019(令和元)年	2040(令和22)年	
1	高齢者数(高齢化率)	1,489万人(12.1%)	3,589万人(28.4%)	3,921万人(35.3%)	
2	その年に65歳の方が各年齢まで生存する確率	90歳	男22% 女46%	男42% 女68%	
		100歳	男2% 女7%	男6% 女20%	
3	出生数/合計特殊出生率	125万人/1.57	87万人/1.36	74万人/1.43	
4	未婚率(35~39歳)	男19.1% 女7.5%	男35.0% 女23.9%	男39.4% 女24.9%	
5	平均世帯人員	2.99人 *1	2.33人 *2	2.08人	
6	就業者数 (うち医療福祉従事者数)	6,128万人 (221万人*3)	6,724万人 (843万人)	5,245~6,024万人 (1,070万人)	
7	就業率 高年齢者	25~29歳	57.3%	82.1%	84.6%
		30~34歳	49.6%	75.4%	83.4%
		60~64歳	52.3%	70.3%	80.0%
		65~69歳	37.3%	48.4%	61.7%
8	非正規雇用労働者数(割合)	817万人 (19.1%)	2,165万人 (38.3%)	—	
9	1世帯当たり平均等価所得(実質)	368.7万円 *4	346.0万円*5	—	
10	スマートフォン保有世帯割合	0%	79.2%*5	—	
11	「形式的つきあい」が望ましいとする割合	親戚 同僚 隣近所	親戚 同僚 隣近所	—	
		13% 15% 19% *6	26% 27% 33% *5		
12	社会保障給付費(対GDP比)	47.4兆円 (10.5%)	117.1兆円(21.4%)	188.2~190.0兆円(23.8~24.0%)	

(注)定義、資料出所等の詳細は本文参照。*1は1990年、*2は2015年、*3は1988年の推計値(事務職等含まず)、*4は1991年、*5は2018年、*6は1988年、*7は2017年。2040年の就業者数は経済成長・労働参加の状況により幅がある。2040年の医療福祉従事者は、需要面からの推計値。就業率については、経済成長・労働参加が進むケースにおける推計値。社会保障給付費は3時点とも地方単独事業分を含まず、2040年については単価の置き方により幅がある。

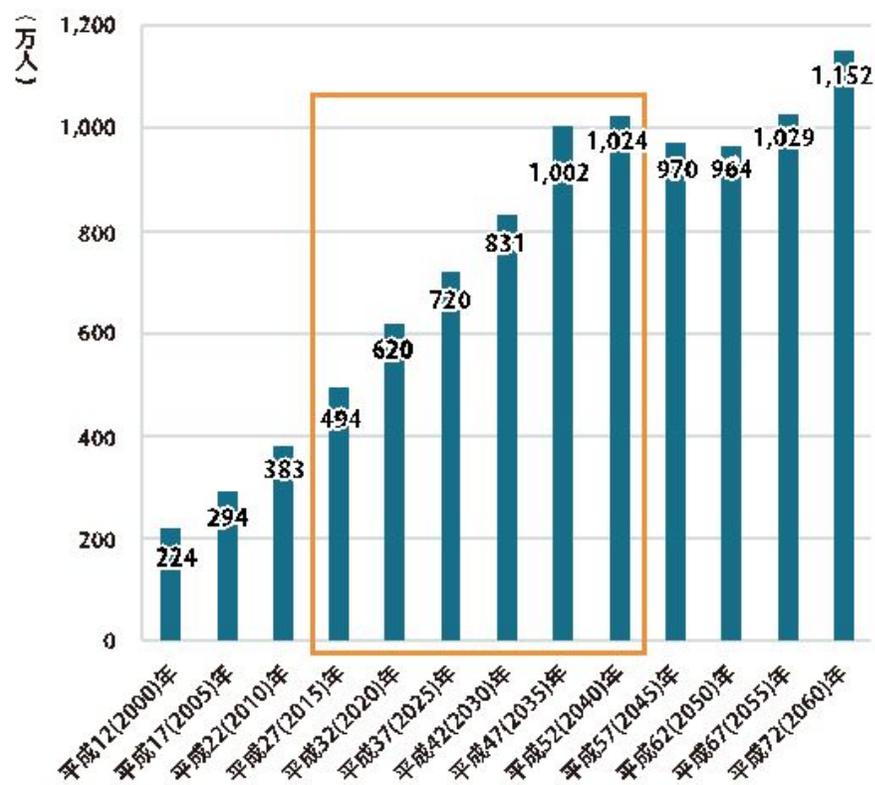
医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

年齢階級別の要介護認定率



85歳以上の人口の推移



出典

2020年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2020年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成29年4月推計）出生中位（死亡中位）推計
 実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

これまでの医療政策を振り返る

医療政策の動向(過去半世紀)

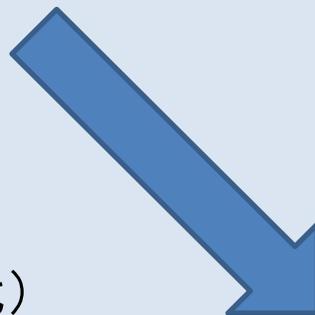
- 老人医療費無料化時代(1973~1983)
- 財政再建(臨調行革時代)(1980年代)
- 介護対策の10年 (1990年代)
平成元年 ゴールドプラン 高齢者対策の充実
平成9年介護保険法成立 → 12年施行
- 医療提供体制の改革 (2000年代)
厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿
病床の機能分化・機能連携
- 社会保障・税一体改革 (2010年代)
公費の投入で医療機能を強化 (消費税)
治す医療から、治し・支える医療へ

医療政策の流れ・一体改革における方向性

- 医療提供体制の改革（2000年代）
厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿
病床の機能分化・機能連携



- 社会保障・税一体改革（2010年代）
公費の投入で医療機能を強化（消費税）
治す医療から、治し・支える医療へ



世界が注目する最先端の医療介護の仕組み
＝ 地域包括ケア

世界標準の医療体制
高度医療へのアクセス確保
（継続・さらに深化）

医療の在り方そのものの改革 → 国民皆の課題
まちづくり、地域づくり → 自治体・地域を巻き込んだ課題

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿（案）

ポスト2025年の医療・介護
提供体制の姿（案）より

（ポスト2025年を見据えた医療機能）

- 入院医療については、令和7年（2025年）に向けて、4つの医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計した病床の必要量を含む地域医療構想を策定し、これに基づき医療機能の分化・連携の取組が進められている。
また、外来医療については、地域における紹介受診重点医療機関の決定など、大病院への外来患者の集中を緩和するための取組が進められている。
こうした取組に加え、在宅医療を含め、身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行うかかりつけ医機能について、こうした機能が発揮される制度整備を行っていくこととされている。

- 入院医療の中で急性期から回復期、慢性期に至る診療体制を構築するだけでは、「治し、支える」医療やこれと連携した介護を地域で完結して受けられる体制を構築していくことはできない。外来医療や在宅医療、介護保険施設における医療を含め、限りある医療資源が連携して最適化・効率化されていて、これが住民に分かりやすく共有されることで、患者もこれに応じて適切に医療にかかることができる。

ポスト2025年の医療・介護提供体制の姿（案）

ポスト2025年の医療・介護
提供体制の姿（案）より

- こうした観点も含め、地域医療構想をアップデートし、これに基づき、さらに医療機能の分化・連携を進めていく必要がある。
- また、医療・介護の複合的ニーズを有する高齢者が増加する中、要介護になっても、在宅を中心に生活を継続しながら、必要に応じて入退院を繰り返すこと、即ち「ときどき入院、ほぼ在宅」にも対応できるよう、こうした高齢者の入退院における対応について介護保険施設との協力や役割分担も含め検討していくことが必要である。



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

これからの高齢化対応で大事なこと

これからの診療報酬

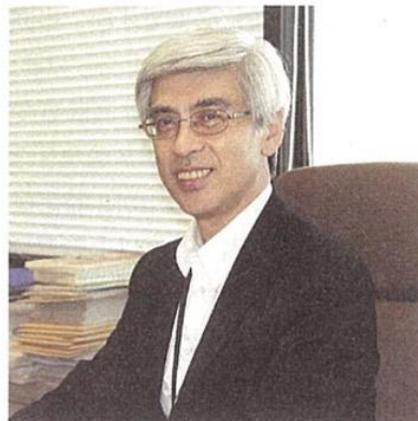
「モノから技術へ、薬から食事へ」の転換を —厚労省・武田俊彦大臣官房審議官(医療保険担当)に聞く

概要 — 今後の診療報酬の評価について「モノから技術へ、薬から食事へ」の転換を主張する厚労省官僚がいる。診療報酬を担当する保険局の幹部、武田俊彦氏にその真意を聞いた。

—まず「モノから技術へ」の意味を教えてください。

モノの代表例は薬、医療機器です。医療費の中で薬剤・医療機器の割合は、薬価引下げによりかなり適正化してきた歴史がありますが、この10年ほどは比率が上昇しています。今後も薬をたくさん出すと診療報酬上の評価も高くなることを志向するよりは、もっと、医師や薬剤師の技術の評価を重視したほうがいいのではないかと考えています。

今後は人口の高齢化が進みますが、高齢者の医療は若い人の医療と考え方が変わります。これは大臣直轄の有識者懇談会の政策提言『保健医療2035』にも書いてありますが、高齢者になると“キュア”より“ケア”の発想が大事になる。薬や医療機器を使って治す医療から、患者さんに寄り添い支えていく医療を重視しなければならない。



たけだ としひこ ● 1983年東大法学部卒。社会保障・税一体改革では医療・介護分野の政策を立案。2014年7月から現職。TwitterなどSNSでの情報発信も行う

投薬されているというデータ(次頁図)をお示しましたが、おそらく、こうした実態は善意の積み重ねだと思えます。患者さんが症状を訴えれば、処方

日本医事新報
2015.8.22 より

さらに専門家からは、多剤投与が高齢者の生活の質を下げているという実態も勉強させていただきました。薬を減らすことで、認知症のような症状が治まり、食欲が出て健康状態が良くなる事例が多数報告されています。医師や薬剤師が薬を一元管理し、管理栄養士が高齢者にふさわしい食の支援を行うことで高齢者に元気になってもらい、それが医療費適正化につながるなら、厚労省としてやらない手はないだろうし、それは経済財政諮問会議や『保健医療2035』の予防重視の路線にも沿います。

——平均寿命と健康寿命の差、つまり要介護状態の期間は男性で9年、女性で13年。長いですね。

はい。いかに健康寿命を延ばすかが大事です。それにはできるだけ自分の口で食べるという目標が分かりやすく、かつ重要です。胃ろうの問題が典型的ですが、今まで医療現場では医療的処置が中心で、食の支援はあまり重視されていなかったように感じます。それを少しでも方向転換したいですね。

記者の眼 現場医師との交流に積極的な武田氏。ある講演での「現場のニーズに追いつく政策をしたい」との発言にも現場主義が表れる。なおフレイルには厚労省も注目。日本と同様に人口高齢化が進むフランスは、国家戦略としてすでにフレイル対策に乗り出している。(N)

薬から食へと言った意味＝医療の質の究極の姿

QOLの観点から
栄養を考える 27回

高齢者の多剤投与が問題となるなか、改めて食事による栄養摂取の重要性が見直されようとしています。今回は、診療報酬の評価において「モノから技術へ、薬から食事へ」の転換を発表された厚生労働省政策統括官、武田俊彦氏に、高齢者医療における食事の重要性や、今後の施策の方向性などについて、医療法人アスムスの太田秀樹先生がお話を伺いました。

監修：川越正平 先生（おおぞら診療所 院長）

インタビュー

最期まで「口から食べる」を叶えるために ～薬から食事への転換を～

武田 俊彦 氏 厚生労働省 政策統括官(社会保障担当)

<聞き手>

太田 秀樹 先生 医療法人アスムス 理事長



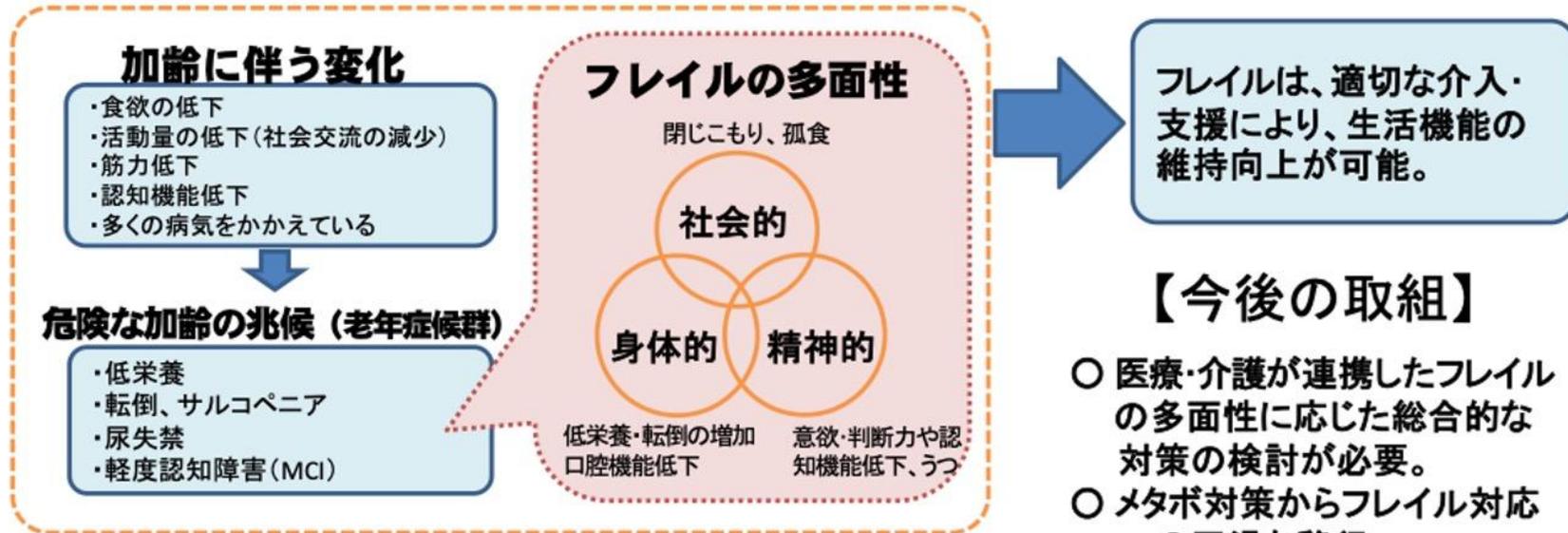
左/太田秀樹先生、右/武田俊彦氏

■モノよりも技術(ケア)が
評価される仕組みへ

あったのではな
いか、という反
省がありまし

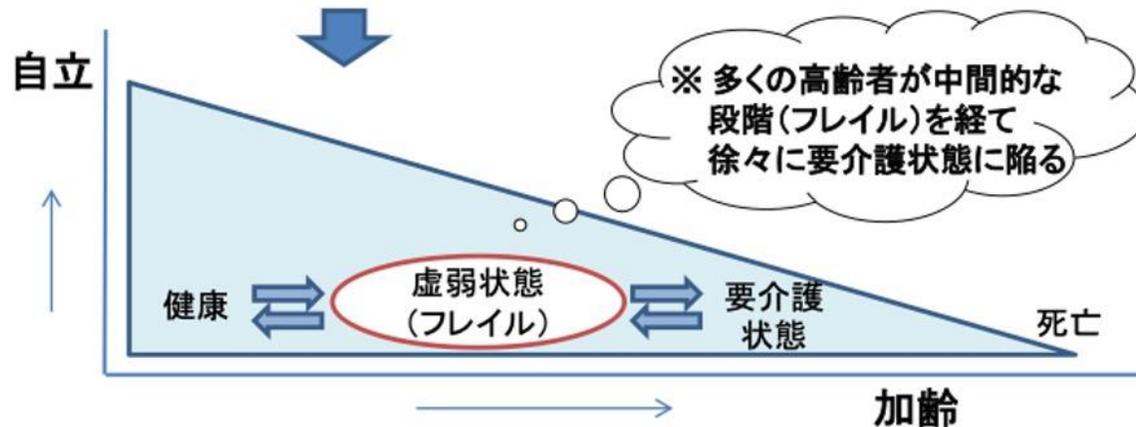
高齢者の虚弱（「フレイル」）について

「フレイル」とは 加齢とともに、心身の活力(例えば筋力や認知機能等)が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。



【今後の取組】

- 医療・介護が連携したフレイルの多面性に応じた総合的な対策の検討が必要。
- メタボ対策からフレイル対応への円滑な移行。



- ① フレイルの概念及び重要性の啓発
- ② フレイルに陥った高齢者の適切なアセスメント
- ③ 効果的・効率的な介入・支援のあり方
- ④ 多職種連携・地域包括ケアの推進

保健医療政策の新たな展開として考えたこと

- 「モノから技術へ、薬から食事へ」とは
- 高齢者医療における薬の問題
- 食の支援、栄養指導の重要性
- いかに実現をしていくのか
（医療の在り方、保健事業のあり方）

松田晋哉先生の研究は、入院が高齢者の介護が必要になるリスク要因として大きいことを示すデータを明らかにしています。特に、医療と介護のレセプトデータベースを連結して分析する研究で、入院後の回復状況や介護サービス利用への影響が詳細に調査されています。

以下の点が重要です：

1. **医療介護連結データの活用:** 松田先生の研究は、医療と介護のレセプトデータを連結することで、入院後に介護サービスの利用が増えることを確認しています。高齢者が入院を契機に要介護度が進むケースが多いことが指摘されています【8】【9】。
2. **入院と介護必要度の関連性:** 特定の疾病（例：誤嚥性肺炎、心不全など）での入院後に要介護度が上昇することが、研究データに基づいて示されています。この関連性は、特に高齢者において顕著です【9】。
3. **医療・介護サービス体制の影響:** 地域による医療・介護資源の違いが、入院後の要介護状態の進行や医療費に大きな影響を与えることも明らかにされています【10】。

松田先生の研究は、厚生労働省の支援を受けた医療・介護総合データベースに基づいており、日本国内の高齢者医療と介護サービスの現状と課題を浮き彫りにしています。詳細は以下の厚生労働省の資料などで確認できます：

○ 一般病院への入院(※)が、在宅要介護高齢者の要介護度を悪化させる要因となることが報告されている。

在宅要介護高齢者の要介護度悪化に関連する要因の分析結果 (要介護1)

一自治体の2014年6月から2020年3月までの医科(国民健康保険、後期高齢者医療制度)及び介護レセプトから2014年6月に要介護認定を受けて、要支援1以上と判定された65歳以上の高齢者を抽出した。このうち、2014年6月に入院・入所していない在宅の高齢者を分析対象として、以後月単位で医療・介護サービスの利用状況及び主たる傷病の有病の状況を医科及び介護レセプトから把握し、月単位のパネルデータを作成し、要介護度の悪化に関連する要因を分析。

年齢と一般病院への入院が要介護度悪化の重要な要因

(※)看護配置基準10:1以上で、地域包括ケア病棟入院料・管理料を算定していない病棟への入院

要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果(要介護1: 8,564名)

説明変数	オッズ比 (OR)	ORの95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84歳(対照:65-74歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85歳以上(対照:65-74歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は10日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

	No. of Participants (N = 12) ^a	Mean (95% Confidence Interval)			P Value
		Bed Rest		Change	
		Before	After		
Muscle fractional synthetic rate, % per hr	10	0.077 (0.059 to 0.095)	0.061 (0.035 to 0.067)	-0.027 (-0.007 to -0.047)	.02
% Change				-30.0 (-7.0 to -54.0)	
DEXA lean mass, kg \pm	10	48.05 (40.61 to 55.49)	46.51 (39.57 to 53.45)	-1.50 (-0.62 to -2.48)	.004
% Change				-3.2 (-1.4 to -5.0)	
Lower Extremity	15.01 (12.41 to 17.61)	14.06 (11.85 to 16.27)	-0.95 (-0.42 to -1.48)	.003	
% Change				-6.3 (-3.1 to -9.5)	
Isokinetic muscle strength, Nm per s \pm	11	120 (96 to 145)	101 (81 to 121)	-19 (-11 to -30)	.001
% Change				-15.6 (-8.0 to -23.1)	

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

Variable	Intervention, N = 234	Preintervention N = 178	P- value
Primary outcome			
Discharge home	174 (74.4%)	117 (65.7%)	0.047
Secondary outcomes			
CICU length of stay, days	3.0 \pm 2.4	2.7 \pm 3.4	0.43
Hospital length of stay, days	11.9 \pm 19.4	9.9 \pm 17.1	0.27
Discharge to rehab or another acute care facility	32 (13.7%)	28 (15.7%)	0.56
Discharge to long-term care facility	13 (5.6%)	7 (3.9%)	0.45
In-hospital death	15 (6.4%)	26 (14.6%)	0.006
30-Day ER visit postdischarge	45 (19.2%)	39 (21.9%)	0.50
30-Day hospital readmission	21 (9.0%)	21 (11.8%)	0.35

Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

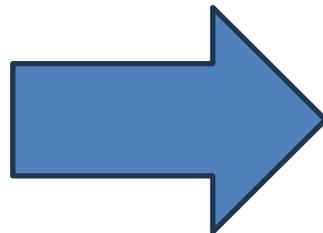
ひとやすみ(2)(一昨年の英国訪問)

日本医師会欧州調査団(イギリス編)



イギリスのGP／プライマリケア（私見）

- コロナへの対応： 感染症・急性期対応は病院側
- GPに勤務する医師の動向： グループ化・パート化
- コロナ前後での変化： リモート対応（主に電話）へ
- 高齢化への対応： 多職種対応
- 社会的処方： Social Prescriber = Link Worker
- その他： プライマリケアと日本の「かかりつけ医」



医療制度は各国様々
抱えている課題は共通
自分たちの立つ地面の上に政策論を



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

これからの高齢化対応で大事なこと (承前)

2011年(平成23年) 在宅医療連携拠点事業(10箇所)
2012年(平成24年) 在宅医療連携拠点事業(105箇所)
在宅医療・介護あんしん2012

2011年(平成23年) 社会保障改革集中検討会議
2012年(平成24年) 社会保障・税一体改革素案
社会保障・税一体改革で目指す将来像(H24.1.6)

2012年(平成24年) 12月 新・仕分け 連携拠点は「抜本的見直し

2013年(平成25年) 8月6日 社会保障制度改革国民会議 報告書
2013年(平成25年) 8月8日 日医・四病協合同提言

→ 医療介護の連携拠点は介護保険の事業として全市町村において実施へ

在宅医療・介護の推進について

— 在宅医療・介護あんしん2012 —

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命 86歳(世界1位)、男性80歳(同2位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの 5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

- 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

○ 予算での対応

- ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進

○ 制度的対応

- ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示(24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画)
- ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

○ 診療報酬・介護報酬

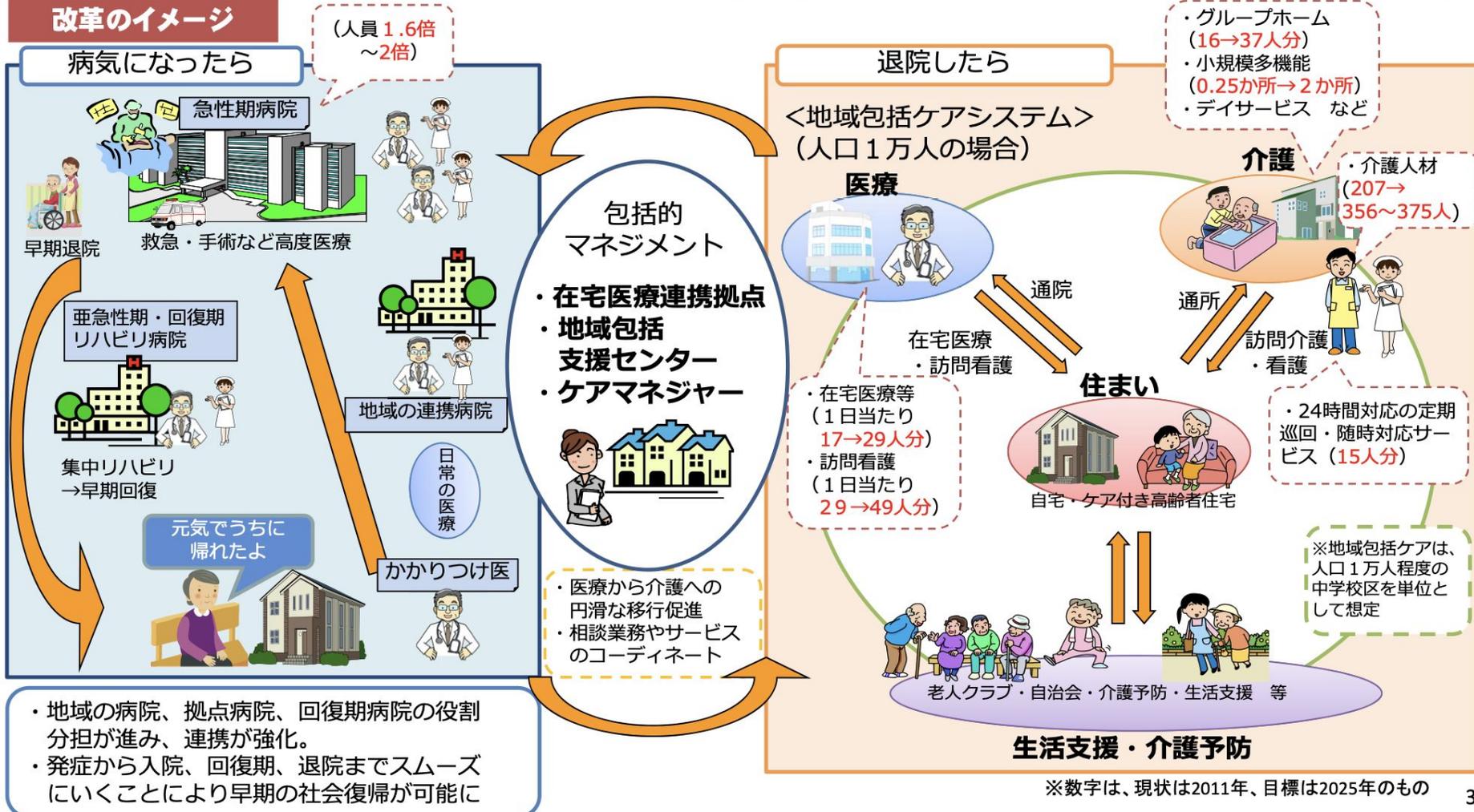
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

在宅医療連携拠点の必要性

- 既存の枠組み(要介護認定、ケアマネジャー、地域包括支援センター)では、医療ニーズが的確に把握されていない？
- 訪問看護ステーション数が伸びないのは、ニーズが的確に把握されていない？
- 国民から見て、どこに行けばいいのかわからない？
- 医療ニーズのケアマネジメントには、医療職の関与が必要？
- 歯科、薬局など、患者情報が入ってこない？顔の見える関係？
- 調整、情報共有(ICT)、研修・教育、24時間、災害対応という機能が今後必要となっているのであれば、ハブとしての機能が必要ではないか。

平成23年度 在宅医医療連携拠点事業

II 地域医療連携拠点事業の概要

1 事業の目的

国民が住み慣れた地域で生活することを支えるためには、医療・福祉・保健にまたがる様々な支援を提供する必要がある。本事業は、在宅医療提供機関等を在宅医療の連携拠点として、地域の医師、歯科医師、看護師、薬剤師、社会福祉士などの多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指すとともに、今後の在宅医療に関する政策立案や均てん化などに資することを目的とする。

2 事業の内容

在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、介護支援専門員の資格を持つ看護師等及び医療ソーシャルワーカーを配置し、次の事業等を行うことで地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- (1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
- (2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援
- (3) 効率的な医療提供のための多職種連携



平成23年度在宅医療連携拠点事業成果報告

平成24年3月8日

(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
暮らしの保健室

多職種連携のための5つの連携会議を開催

※看護職が地域のハブとなってすすめている

①牛込地区在宅患者を考える会 (地区医師会とタイアップ)

6月15日

9月10日

3月

今後も
継続



②在宅療養シンポジウム (新宿区や地域病院との連携)

8月 4日 牛込区民センター

3月 10日 飯田橋レインボーホール

③在宅療養学習会 (新宿区との連携・区民公開講座)

7月15日 暮らしの保健室(25名)

11月16日 高齢者福祉施設(26名)

1月30日 特別養護老人ホーム(36名)

在宅医療についてのテーマ
介護施設や地域の施設で開催



厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」

「この町で健やかに暮らし、安心して逝くために」

高齢は家でひと希望する人に、家族は、医療者は、福祉従事者は、
一体何が出来るでしょうか？どうしたら、安心して暮らしていく
ことが出来るのでしょうか？
実際に、ご自宅で暮らされたご家族に、何が不安だったか、ど
うしてもらったかをお話いただき、その経験を通して頂き、医師や
福祉がどう関わるべきか、「誰やかに暮らして安心して逝ける町」
づくりを皆さんと一緒に考えたいと思います。

日時：2011年 8月4日(木)
14:00~16:30 ※13:30開場

会場：牛込區区民ホール
・大江戸線「牛込神楽坂」A1 出口より徒歩0分
・東西線「神楽坂」2番出口より徒歩10分

参加費：500円

□ 基調講演
「看取りを支える医療」
・松本 武敏(熊本県立総合病院 医師・
熊本ドクターネット学術担当)

□ パネルディスカッション
・追村 泰成(牛込台ささむら内科 院長)
・新田 真裕子(白十字訪問看護ステーション 看護師)
・内田 敬(白十字訪問看護ステーション 理学療法士)
・在宅で看取りを経験されたご家族

コーディネーター 秋山 正子
(白十字訪問看護ステーション総務所長・白十字在宅ボランティアの会理事長)

お申し込み・お問い合わせ先
NPO法人 白十字在宅ボランティアの会(担当:加藤)
TEL・FAX 03(5933)7708
メール vo.tant-hakujie@npoact.oon.ne.jp
主催：NPO白十字在宅ボランティアの会
協賛：白十字訪問看護ステーション 後援：新宿区(予定)

多職種連携のための5つの連携会議を開催

※看護職が地域のハブとなってすすめている

④多職種連携のためのケース勉強会

月1回、「暮らしの保健室」に寄せられた相談から、地域の医療・介護関係者と情報共有が必要な事例を取り上げ意見交換。

毎回30～40名が参加。



- 7月「相談事例から見える連携の課題」
- 8月「相談事例に見る地域ネットワークの姿」
- 9月「繰り返し相談の事例から見える問題」
- 10月「相談事例に見る地域ネットワークの姿2」
- 11月「急性期から在宅へのつながりの重要性」
- 12月「在宅移行支援におけるネットワークの作り方」
- 1月「身寄りのない独居高齢者の在宅を支えるには」
- 2月「障害を持ちながらのがん闘病者への支援」
- 3月「回復期リハビリテーションへの効果的な連携」

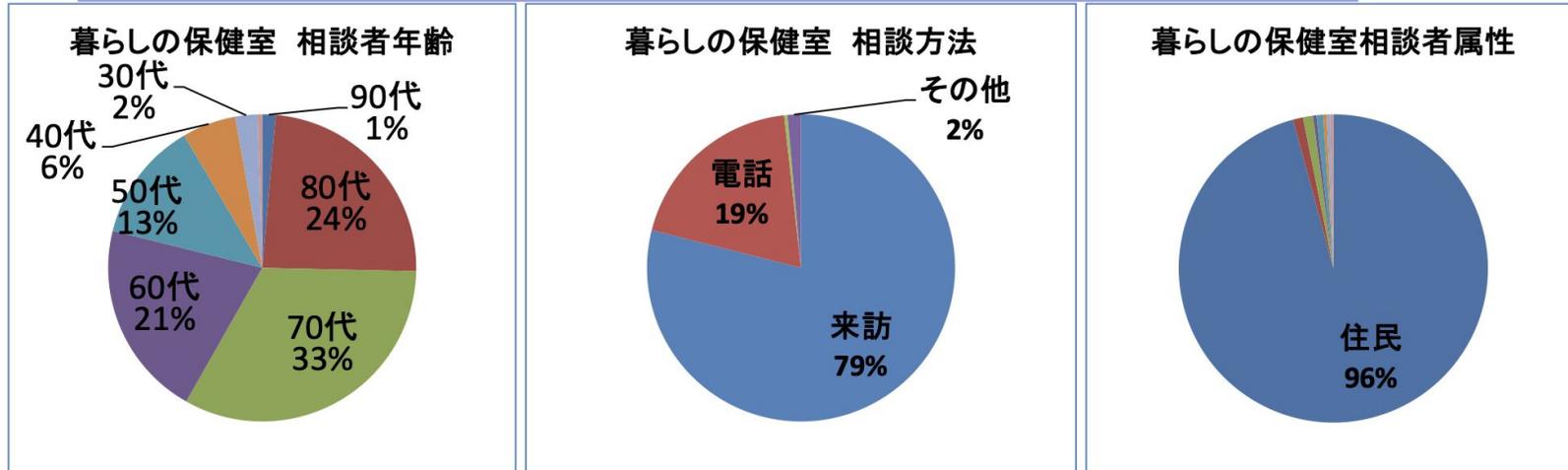
⑤個別ケースにおける地域ケア会議

地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に応じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。

参加者○新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、牛込保健センター保健師、地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カウンセラー 等

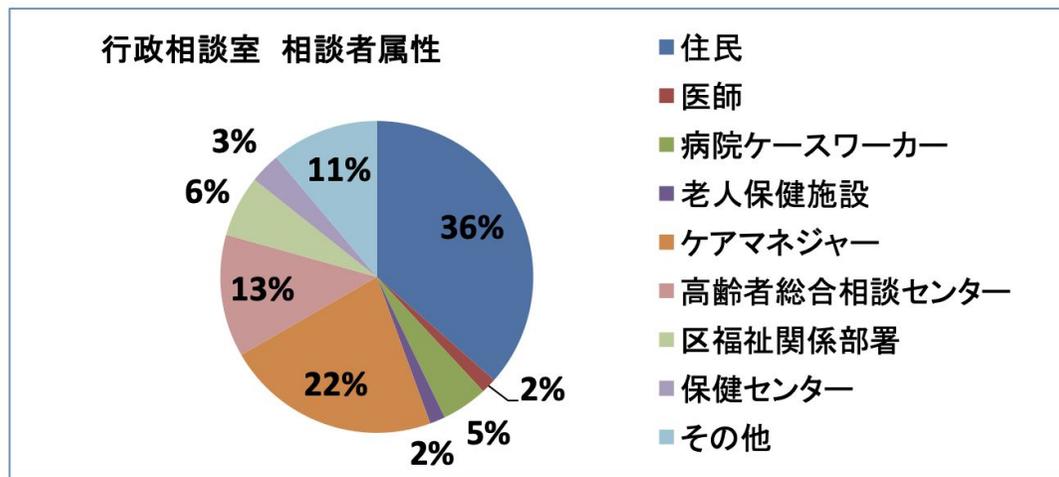
既存の行政による相談室との比較

■暮らしの保健室 2011年7月～12月 医療相談者：285名(全利用者663名中)



■行政相談室
2011年7月～12月
医療相談者：63名

※行政窓口はすべて電話相談



第8次医療計画

令和6年度(2024年度)～令和11年度(2029年度)

令和4年度(昨年)厚生労働省で検討
→令和5年度(今年)各都道府県において検討・作成

第7次医療計画から6年間の計画に変更
(医療・介護一体的計画にする観点から)

医療計画と在宅医療

第6次地域医療計画（平成25年～29年）で
医療計画に「在宅医療」を記載

今回は第8次医療計画（3回目）
在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
で検討し、その結果を反映

※ 「第8次医療計画等に関する意見のとりまとめ」（令和4年12月28日）
第8次医療計画等に関する検討会

第8次医療計画における在宅医療は

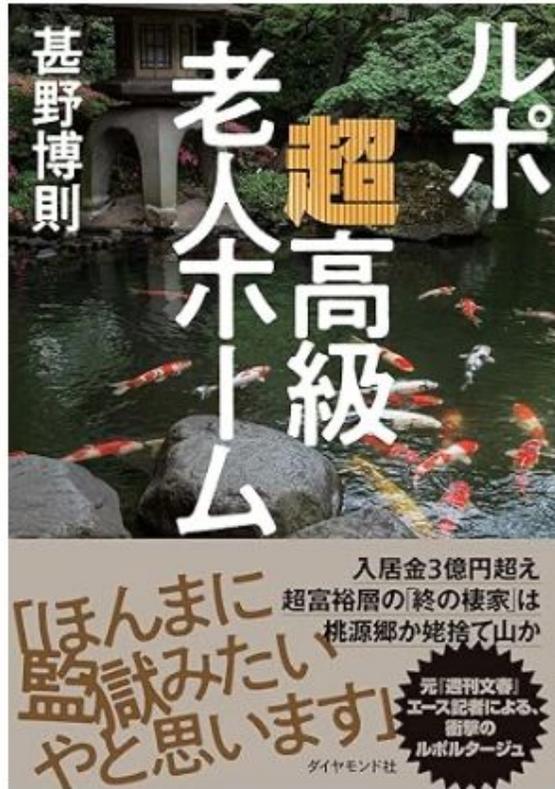
- ・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
- ・在宅医療に必要な連携を担う拠点
- ・圏域設定と圏域内に拠点等を一つ設定



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

これからの高齢化対応で大事なこと
(起きていることと今こそ確認しておくべき大事なこと)

最近の話題の書籍、雑誌より



画像にマウスを合わせると拡大されます



■ 試し読み

ルポ 超高級老人ホーム

甚野 博則 (著)

4.0 ★★★★★ 52個の評価

ベストセラー1位 - カテゴリ 終末期医療

エントリー ポイントアップキャンペーン

本(紙書籍)の
まとめ買いキャンペーン

★★発売直後から話題沸騰!!★★

★★今年いちばんの話題作★★

カネさえあれば
幸せに死ねるのか

入居金3億円超え。
至れり尽くせりの生
彼らがたどり着いた

元「週刊文春」エ
日本で初めて“超高
驚愕のノンフィク
▼ 続きを読む

この商品に関

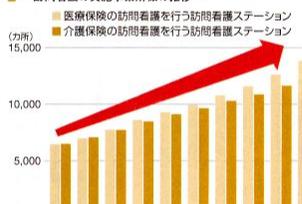


介護業界では高い利益率

「看取りビジネス」 急拡大の危うさ

社会に定着しつつあるホスピスだが、備えすぎ批判も出ている。

直近10年で倍増
—訪問看護の実施事業所数の推移—



(出所) 2024年度の同時報制定に向けた意見交換会資料(厚生労働省)

業界大手より高い利益率
—介護業界の民間企業の経常利益率—

専門業者		業界大手		
A社	B社	C社	D社	E社
26.3%	9.9%	6.3%	5.6%	3.9%

(出所) 財務省資料を基に東洋経済作成

難しい人々、いわゆる医療ケア難民だ。末期がん患者などが多い。ホスピス事業の強みは、介護保険報酬に加え、医療保険の診療報酬が得られることだ。医心館には

となった。アンビスのような訪問看護ステーションを持つ事業者はこの10年で倍増(左上図)。介護大手も続々参入する(58頁61頁参照)。

第2特集 都心百貨店
消滅の先

第19回在宅医療推進フォーラム

HOME > 在宅医療推進フォーラム > 第19回在宅医療推進フォーラム

第19回在宅医療推進フォーラム

開催概要

タイトル	第19回在宅医療推進フォーラム
テーマ	どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～
日程	2023年11月23日（木・祝）10:00～17:00（開場 9:30）

https://www.yuumi.or.jp/doctor_forum/forum_19th/

シンポジウムの中での議論

- ・規模の大きな医療機関が多く、訪問診療を担っている地域がある。そこには様々なパターンがある
- ・グループでサービスをワンストップで完結している規模の大きな医療機関が出てきている
- ・ワンストップ＝地域とのつながり（地域包括ケアシステム）が希薄にならないか
- ・医療機関以外にも介護対応を謳った高額な高齢者住宅も
- ・がん終末期の専門の民間ホスピス施設が増加している
- ・地域とつながりのないサービスが広がることでいいのか

ホームホスピスの挑戦(2020年の在宅医療推進フォーラムより)

人には簡単に手放してはいけないつながりがある

「面会はできますか?」「最後は家族で看取れますか?」——そういった相談が今、とても増えてきました。感染拡大により、病院や施設では、家族は面会ができません。たとえば、こんな方がいました。認知症のある方が、誤嚥性肺炎で入院し、ますます認知症の症状が進んで、食べられなくなってしまいました。「いよいよです」といって、病院から家族が呼ばれたときには、驚くほどやせ細ってしまっている。悪くなっていくプロセスが見えないまま、いきなり看取りになってしまうのです。

ホームホスピスでは、看取りの瞬間だけに焦点を当てるのではなく、日々の延長上に看取りがあると考えています。その意味では、家族の面会は制限すべきではないのではないかと、私たちは考えています。

ホームホスピスの挑戦(2020年の在宅医療推進フォーラムより)

もともとそこにある「空き家」は、地域の中に記憶されて、地域社会の文化や防災とつながっている

自然を五感で感じながら暮らす。

- ちょっとした庭やベランダがある
- 日当たりや風通しがよく、室内に外気や陽光が取り込める
- 虫の音、鳥の声など自然の気配や四季が感じられる



普通の「住まい」は、小規模であり、窓による「換気」、適度な日光が取り込め、**感染症を予防できる環境にある。**

ホームホスピスの挑戦(2020年の在宅医療推進フォーラムより)

孤独と孤立の処方箋 「とも暮らし」という住まい方

かあさんの家には、生活の音と匂いがある。



写真提供・岡本峰子

- ・ 5人から6人で共に、友として、
伴って暮らす。
- ・ 病気はあっても病人ではなく、
生活者です。
- ・ 必要な医療は、外来や訪問
診療、看護のチームで。

仙台で ～ 住み慣れた地域で「住まい」の確保



サービス付き高齢者向け住宅
アダンチレジデンス
入居者募集中

つながり、育む
これからの暮らし



お山



サ高住

カンタキ



ヤギ小屋

看護小規模多機能施設の挑戦 (2015年の厚生労働省幹部視察)



病院・施設から地域・在宅へ

夕張市立病院

- ・かつては名門の総合病院
- ・市の中心地(夕張駅の近く)
- ・夕張市の人口減少に伴い赤字化
(11万6千人→1万人を切る)
- ・医師の確保も困難に
- ・市の財政破綻に伴い有床診療所化

※ 病床数171→19

ミモザの家

(看護小規模多機能)

- ・四谷の民家を改築
- ・1、2階は小規模多機能、3階は住居
- ・1階は多機能ルーム、2階はベッド
- ・住居地区の真ん中

※ 登録定員25名、通い15名、宿泊5名

盛岡にも新しい施設が誕生(有料住宅)



羊の力、家の力、環境の力、同居者の力、介護者の力



事件発生(その1)

- ・訪問診療・訪問看護・訪問介護定期巡回で自宅一人暮らし
- ・自宅で突然倒れる(救急車か訪問チームか判断を迫られる)
- ・訪問看護師さんがかけつける。救急対応してもらう。
- ・自宅がいい、どこにもいかない、という固い意思だった
ご本人、不安が大きくなる
- ・新規オープンしたばかりの住宅型有料老人ホーで受け入れてもらう

入居後

- ・羊の力、同居の人の力、スタッフの力、家の力、林檎の畑の力で「ここがいい」と笑顔

事件発生(その2)

- ・ホームで転倒骨折、病院搬送。しかし、病院では手術を見送ることに
- ・ホームで同居者が入院無しの帰宅を歓迎してくれる
- ・訪問医師の前では満面の笑顔。医師、「死ぬこと以外はかすり傷」

在宅医療、在宅ケアとは、

- ・自宅だけが在宅ではない。

施設、環境、同居者、温かさ、地域とのつながりが大事。

(木造、解放、緑、暖炉、ガラス張りの厨房、地域の子どもたち)

(特定のケアマネに限らない、定期巡回との連続、スタッフの定着)

- ・逆に、自宅でも、入院医療をそのまま持ち込めば在宅ではない。

こうした在宅ケア、在宅医療を広げていけるか

- ・経営的には、多くのサービスを集中する方が有利。がん末期だけ？
- ・暮らし、生活は連続的。事件が起きる前から関係性を持てるか。
- ・個人が何の支援もなく選択するのは非常に困難。
- ・第三者の質の評価、入院前からの在宅ケア、地域包括ケアのネットワークの深化により、だれでも質のいい在宅ケアを選べるとよい

入院医療をそのまま持ち込めば在宅ではない

- ・治療重視の医療になっていないか
(入院時の点滴、注射、投薬を継続していないか)
- ・暮らしの場ということを忘れていないか
(生活を医療行為で制約していないか、好きなことを禁止していないか)
- ・管理をしていないか
(時間管理、食事管理 → 本人の生活リズム、望みに合わせた食事)
- ・保険で認められる範囲一杯の医療行為、本当に必要か
(していいことかどうか、点数表で考えていないか)
- ・医療をすることがア prioriに正しいと思っていないか
- ・本人の顔を見ているか、本人は笑顔になっているか

「家に帰れない」との患者の思い(データ集より)

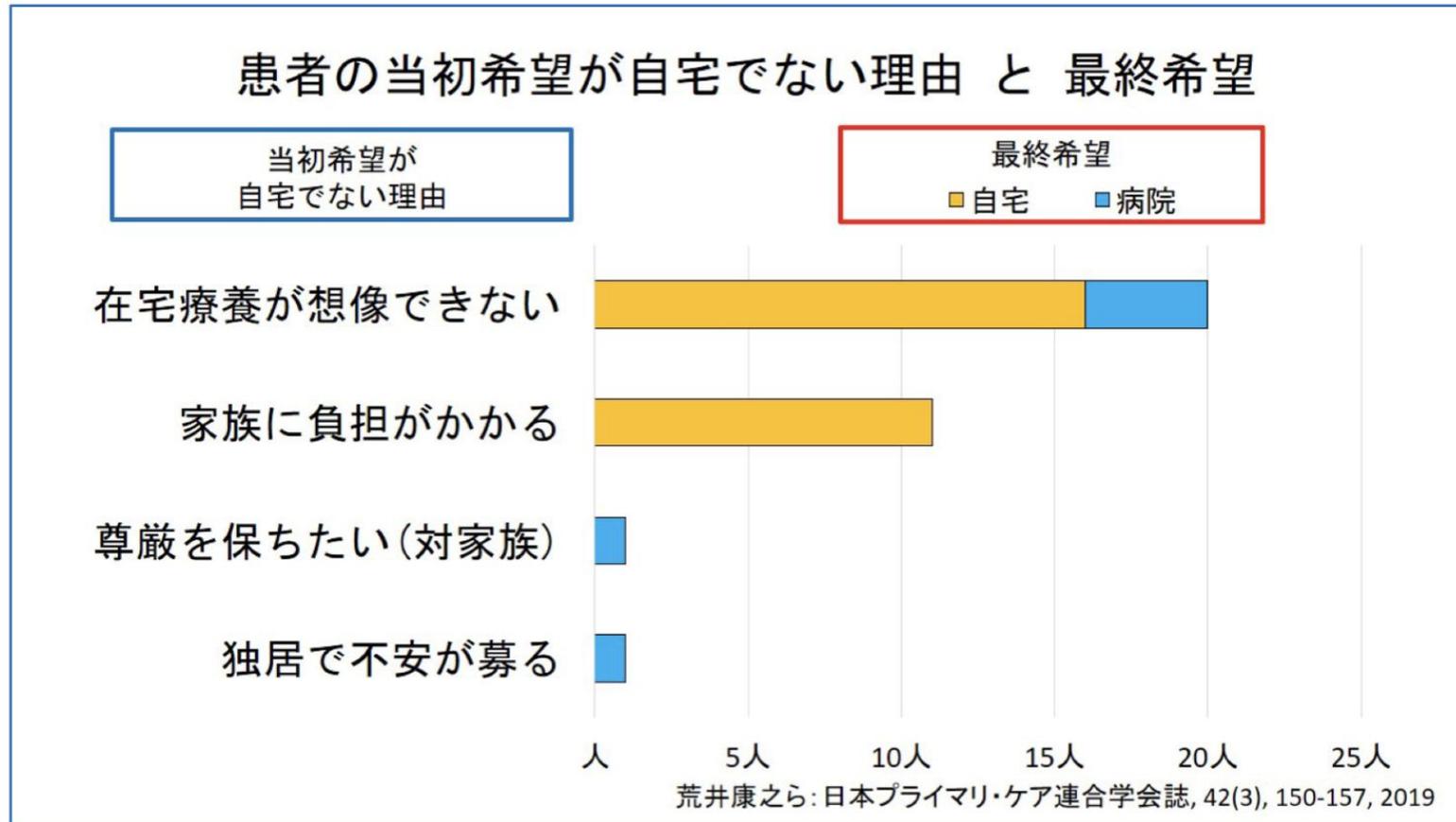


図8：患者本人が、当初希望が自宅でなかった理由。「在宅療養が想像できない」が最も多い。

「家で面倒は見られない」との家族の思い(データ集より)

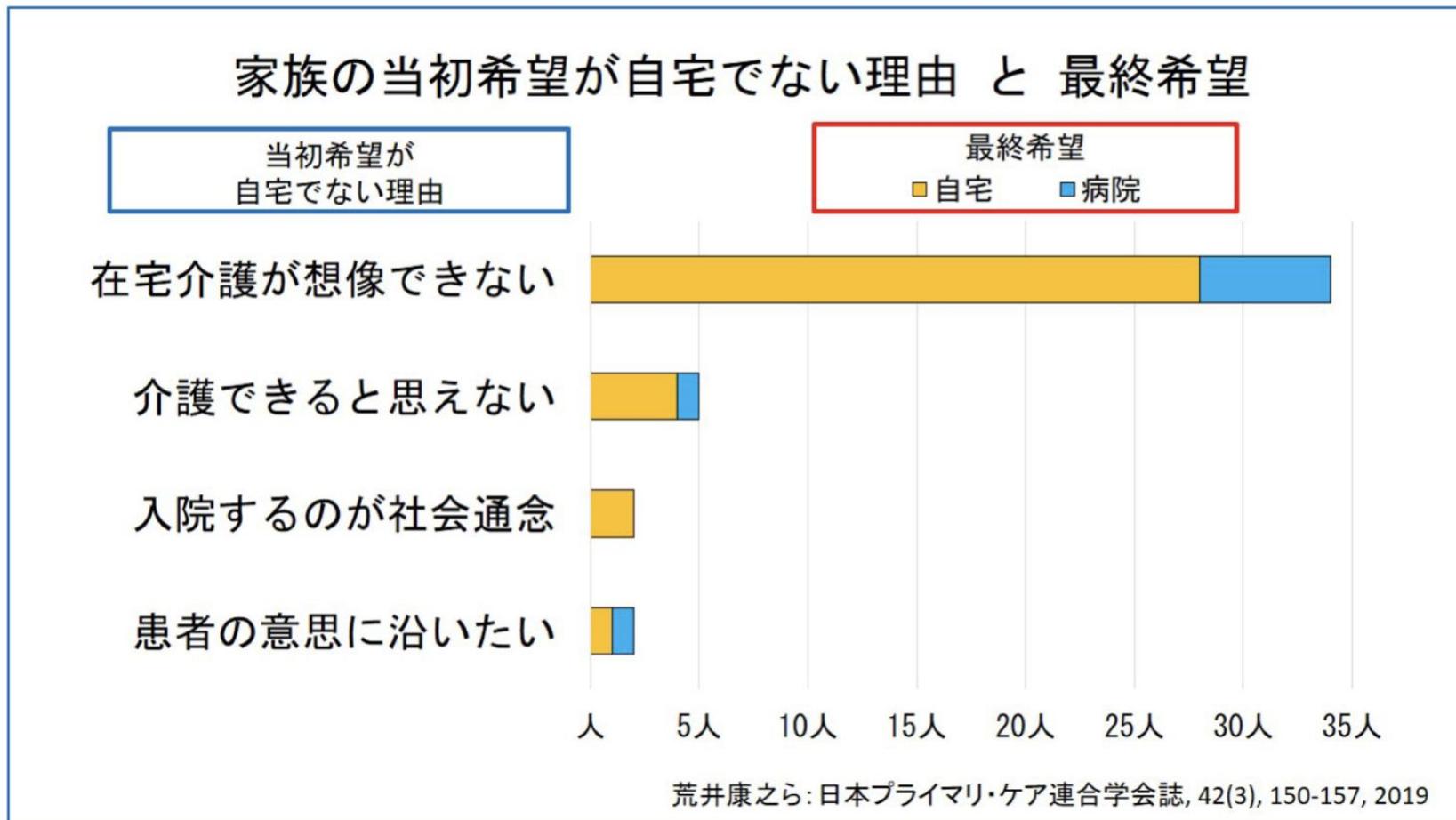


図 10：家族の当初希望が自宅でなかった理由は、圧倒的に「在宅療養が想像できない」が最も多い。

図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点

入院医療・外来医療

在宅医療

【ターニングポイントの要素と判断】

根拠に基づく情報により総合的に
評価・本人（家族）の選択を重視

①病気を治す医療

心身の状態を良くして治す
(栄養・運動)

(社会参加)

①

②

③

②生活の充実

③人生の満足

①生命（生理的健康）に対する支援

②生活の充実（生きがいを含む）を支援

- ・おいしい物を食べる
- ・趣味？旅行？
- ・一緒にいたい人と暮らす

③人生の満足（生きがいを含む）を支援

- ・人生に納得できたか？
- ・他者との関係性をしめくり旅立てたか

医師+多職種連携

CGA

CGA

CGA

Die

Living

Dying



政策サイドから見る日本の高齢化とその対応

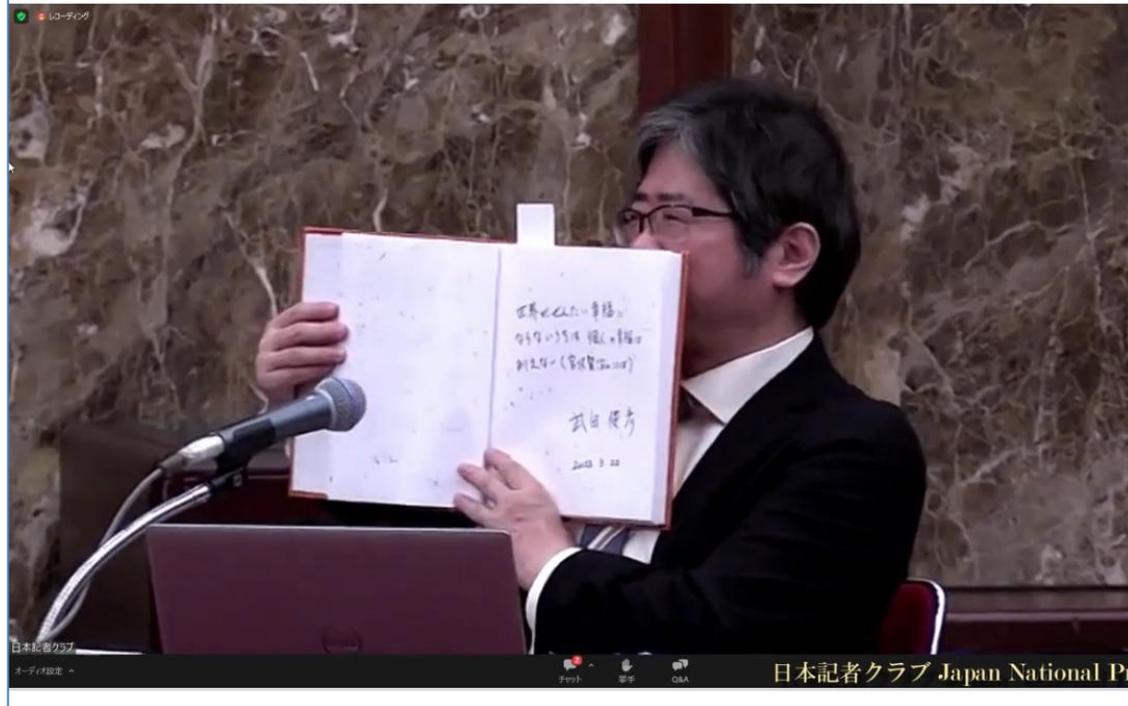
おわりに～ 銀河の意思をもって

宮沢賢治の言葉「世界がぜんたい幸福にならないうちは個人の幸福はあり得ない」

YouTube · 2023/03/22

「かかりつけ医を考える」(9) 武田俊彦・元厚...

サイトを見る



検索 武田俊彦→動画→「かかりつけ医を考える」 1:33:30ころから

ありがとうございました

武田俊彦

岩手医科大学 医学部 客員教授

内閣官房 健康・医療戦略室 政策参与

ボストンコンサルティンググループ シニア・アドバイザー