

事前コメント

東京大学 高齢社会総合研究機構・未来ビジョン研究センター 飯島勝矢

【幸福な最期を迎えられる社会にするために】……今までの議論の中で、やや足りなかった視点として

今回の検討会で扱うテーマとして、「高齢者の看取り、ACP（Advance Care Planning）～意思決定支援」の底上げに関する内容も重要である。

- 後期高齢者層もまだ増加する流れであり、今後ますます独居高齢者及び身寄りのない方が増えることが予想される。それらにより、「孤独死」の問題は連動して増えてくることは容易に予想でき、避けて通れない問題である。
- この問題は、医療および地域包括ケアシステムだけの問題ではなく、「社会的な課題」である。
- ACP はそもそも英語圏で概念形成され実践が進められてきたため、その役割や方法論の理解は容易ではない。ACP を適切に理解し活用していくためには、日本の文化や制度を含めた社会環境における適用方法を検討しつつ普及を図る必要がある。
- 高齢者にとって医療とケアは連続的なものであり、医療・介護の両方の現場にて ACP が早めから意識され、それによって本人を人として尊重する意思決定支援が積み重ねられ、それが本人を中心とする医療・ケアの文化の創成につながっていくべき。多死時代を迎えるにあたり、未だ「意思決定支援」が不十分ではない。その意思決定支援の遅延は、高齢者本人のみならず社会の well-being 向上の大きな足かせになるに違いない。
- ACP はすべての世代を対象としているが、長寿社会である日本において、ACP の主体の多くは高齢者である。人生の最終段階を見据え、がんか非がん疾患かを問わず、通院あるいは入院にて医療を受けている本人はその医療機関において ACP を開始することが望ましい。また、医療を受けていない高齢者においても、要介護認定を受ける頃までには ACP を開始することが望ましい。すでに介護施設に入所している高齢者においては、その施設において直ちに ACP を開始すべきである。すでに意思表示が困難な状態となっている場合であっても ACP の開始を考慮すべきである。近い将来には要介護の段階や健康段階を問わず、できるだけ早めに、可能な場合は壮年期から ACP を開始することが推奨される。疾患や障がいによっては小児期や青少年期から行う場合もある。（参考資料①）
- COVID-19 流行期において高齢者がおかれていた医療・ケアの状況を振り返っても、高齢者が可能な限り自分の希望する最善の医療およびケアを受けることができる社会の実現を目指すべき。特にそれを達成するためには ACP 実施の重要性は言うに及ばず、その実施時期（タイミング）についても十分に考慮して頂く必要がある。（参考資料②）

<参考資料>

① 日本老年医学会 「ACP 推進に関する提言」（2019 年）

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf

② 日本老年医学会 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行期において高齢者が最善の医療お

よびケアを受けるための日本老年医学会からの提言 — ACP 実施のタイミングを考える — (2020年8月)

https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid_teigen.pdf

◆1 ページ目中段: **【基本的な考え方】**

個々人において、グラデーションがあり、その実態を踏まえた上ではあるが、「エイジフリーな社会を目指すもう一つの根拠として、従来 65 歳で区切っていた人たちの心身機能の状態が、現在の 70~75 歳の人たちである、すなわち約 10 歳くらい若返っているというエビデンスも出てきている、というポジティブな表現（国民が前向きな気持ちになれる）を積極的に前面に出すことが望まれる。

◆2 ページ目の下段: **【就労】**

就業確保措置のうち、創業支援等措置の実施割合が低く、経験やスキルを活かして新しいものにチャレンジしていく創業の部分を底上げすべき。

⇒現時点では、適格かつ具体策を述べにくい、「なぜ創業支援等措置の実施割合が低くなってしまっているのか？そこに存在する抵抗感などの理由とは？」という部分の解明がまずは必要。

そして、従来の就業の選択肢の枠からどう選ぶのか、という既存の考え方から、新たにチャレンジしていくという考え方のシフトチェンジを促せるような仕掛けが求められる。その意味では、創業支援等措置を実施する側のノウハウ伝授目的の支援も必要ではないか。

【これまでの議論における主な意見】における実際の文章に対して：

◆2 ページ目の中段: **【社会参加や地域での交流を通じて、ウェルビーイングを高め、結果的にフレイル・介護予防につながる事が重要】**

⇒今までの健康づくり政策として、「健康づくりのために、健康に良いとされているものを取り組もう！」と啓発していた。しかし、国民の感覚からしても、かなり常識化しており、ややマンネリ化してきている現実もある。（それが介護予防事業の結果にも反映されてきている側面は否めない。）

これからは、従来の健康づくりの戦略に新しい色合いを入れていくことが重要。

具体的には、「自然保護活動、都市型農園、多様な文化活動、ボランティア移地域活動など、いわゆる運動という枠組みには入らない『非運動性活動(=生活活動)』を日常生活に組み込み継続していくことが、結果的に身体を動かすことにつながり、いかにウェルビーイング(すなわち生きがい、やりがい感等)を軸とした健康づくりやフレイル予防につながるのか」という視点を国民にもしっかりと伝えるべき。

(その視点での新エビデンスも出てきている)

◆3 ページ目の2段目最後: **【また、雇用側が就労を希望する高齢者の健康と安全に配慮することも必要】**

「また、雇用側が就労を希望する高齢者の健康と安全に配慮することも必要。」

この文章は、その前の文章とは全く異なる視点の内容であるため、あえて次のパラグラフとして独立させて記載した方が良い。

⇒変更の例)

雇用側が就労を希望する高齢者の健康と心身の状態に合わせて安全に配慮することが必要。また、雇用側だけの責任にせず、社会全体で対策していくことも重要である。

◆5ページ目の4段目: **【社会的処方】**

臨床現場では、地域資源につなげるにしても、その多様性のある具体的な選択肢（特に患者様の住居地から見て近いエリア内での選択肢）が見える化されておらず、特に医師から最初のゴーサインを出し難い状況にある。

また、目指すべき地域システムの構築のイメージの順番として、以下の①も記載しておいた方が良い。

① まずは地域資源のデータベース化とその充実を目指すべき

そして、②AIを活用して各自治体向けにカスタマイズしたシステム等も検討すべき。

さらに、地域差も大きい各自治体単位のシステムを国が全て準備することも現実的に難しいことから、

●国からは、

1) かかりつけ医及び医療関係者が、目の前の患者様を生活者であるという認識にも立ち、多様な地域資源につないで、社会性も高めて頂きたい、という大きなグラウンドデザインを描く。

2) そして、全国の個々の自治体でカスタマイズできるような「地域資源のデータベース化とその活用の応用化」という基盤を提供する。

●各自治体は、それを活用しながら、個々の単位で活用できるものにカスタマイズしていく。

また、医師（若い医学部教育からではあるが、）に対して、「狭義の医療による疾病管理の考えだけではなく、地域資源も上手く活用した社会的処方のようなアプローチも積極的に盛り込んでいくべき」ということを、医学部教育および医師になってからの様々な段階で、生涯教育に入れていく。

◆7ページ目中段: **【2. 健康・福祉 (5)健康増進】 介護予防について、専門職によるハイリスクアプローチだけではなく、住民主体の活動を醸成するためのポピュレーションアプローチが重要。**

- さらに、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチが時には連動して提供される形式も望まれる。すなわち、専門職がアプローチしているハイリスク保有者であっても、可能な限りポピュレーションアプローチにも参加できる工夫をもっと意識すべき。(またその逆もあり)
- そして、行政専門職および関連した専門職が、ハイリスクアプローチだけに特化した知識になっている側面は否めず、ポピュレーションアプローチの意義と効果や仕掛けるためのノウハウなども再教育が必要ではないか。

◆12 ページ中段：【研究開発】介護ロボット等について、研究機関だけでなく民間企業も巻き込みながら、現場のニーズに沿った開発が求められる。

⇒発言者の経験談からすれば、介護福祉機器ロボット開発において、民間企業が主体となり、そこに研究機関の研究者人材を巻き込んで申請するケースは良く経験する。これは非常に良いスタイルではあると感じる。

しかし、介護現場の実情の知識不足、ニーズの吸い上げ方、それらを踏まえた創造性～着眼点などにおいて、さらなる強化が求められる。

そこに、小さな企業であってもチャレンジできる誘導の仕方、大企業だからこそ斬新な戦略性のある研究開発へのチャレンジの仕方など、その現状を踏まえた戦略性の視点における情報プラットフォームがもっと強化されるべきか。