

ケアサイクル論

——21世紀の予防・医療・介護統合ケアの基礎理論——

長谷川 敏彦*

抄 録

高齢者ケアの実態に即し、古典的ケア過程論、ケアの5段階論を批判的に吟味し、「ケアサイクル論」として新たに提案した。その背景となる日本の社会、人生、家族、疾病、障害、死亡の転換について述べ、ケアサイクルの目的、定義、疫学、評価とそのための図示法「ケアサイクログラム」を提案した。次いでケアサイクル理論の臨床レベルでの応用としてケアの意思決定の場合や、システムレベルでのマネジメントへの応用として行政や事業の場合について述べた。更にケアサイクルを発展応用した新しい予防概念、「5つの予防」を提案し、それに基づくと公衆衛生学、医学、社会福祉学が統合された理論や方法論としてとらえることが出来ることを示した。まとめると、ケアサイクルの考え方は、現在進行中の地域包括ケアシステムの構築と実践に有用である。

キーワード：ケアサイクル、人口遷移、ケアサイクログラム、地域包括ケアシステム、5つの予防、進化生態医学

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp.57-75.

I はじめに

日本の医療、介護、そして福祉の現場では、今、大地殻変動が起きている。「人口構成の高齢化」、「疾病構造の転換」、「社会の変動」、更に、「ケアの技術革新」が一挙に押し寄せて、ケアのあり方が大きく変化しつつあるからである。その結果、医療ケアにおいても介護ケアにおいても、その「目的」、それぞれのケアどうしの「関係」、ケアの「場所」、そしてケアを担う「人材」が、大きく転換している。

今日のケアは、医療においても福祉において

も、又、保健においても、19世紀にその起源を持つ。当時、平均寿命が50歳以下で、「若年期の単一疾患・単一エピソード」や「疾患後の固定された障害」に対応するために開発され、発展してきたケアの体系である。今日の地殻変動とそれに伴う混乱は、変化した需要や価値観に、従来のケアの枠組みを当てはめることによるズレから生じている。制度を設計・運営する行政官も、システムをマネジメントする経営者も、ケアを提供する専門家も、そして、それを利用する利用者も、無意識に形づくられてきたこれまでの価値観や考え方に捉われて、現実に対する認識を誤り、不要な混乱・摩擦を招いているのではなからうか。

* 一般社団法人未来医療研究機構 代表理事

本論文では、今日の地盤変動の背後にある「人口の構造」や「人生の過程」、「家族の形態」などの変動、そして、「疾病や障害や死亡の転換」など、その背景を解説する。それに基づき、古典的ケアの概念と現状から必要とされる新たなケアとの相違を明らかにし、現状と未来に対応した新しい枠組みを提案したい。その上で、その理論が、それぞれの関係者やシステム、そして制度にどの様に应用され得るのか、そのインパクトについて述べたい。最後に、今日、政府が提案し、地域でも活発に推進されつつある「地域包括ケア」への应用について、言及する。

これらの考察を通して、21世紀の人類未踏の高齢社会に必要とされる、新しい公衆衛生学、医学、社会福祉学の体系の創出に、ケアサイクル論が基本的枠組みとして必要であることを示したい。もはや、この3つの学問体系は、ケアの提供を通して統合されなければならないと考えるからである。

II 背景

1 人口

日本は、人口構成から見ると、50年後の2060年には、全く別の国になる。歴史的な生殖・生産年齢の上限、そして、長年の平均寿命の50歳を分岐点にし、日本の人口構成割合の歴史的変動を、1868年明治維新から社会保障・人口問題研究所の将来推計終点2110年までの約240年間の変化を分析すると、1970年代まで50歳以下が殆ど、即ち、80～85%で一定あったものが、2060年頃には約3分の1強、即ち40.1%にまで減少して定常化する〔国立社会保障・人口問題研究所（2007）〕。19世紀型から21世紀型人口構成にいわゆる人口遷移（Demographic Drift）を起こすのである。つい40年くらい前までは、子育てや労働を担う若年者中心の人口構成が数世紀に亘って継続していた。それが、ピーター・ラスレットらが言う社会や家族の義務から解放された50プラス、“第3の人生”を中心とする人口に遷移するのである（図1）〔Laslett（1991）〕。

現在の多くの混乱は、現状の課題を19世紀の価

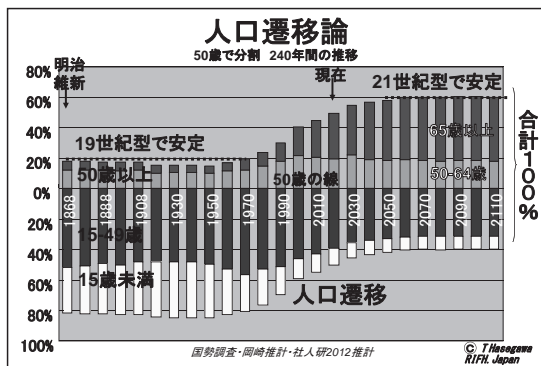


図1 日本の人口遷移

値観の延長上で捉えていることによるものと考えられる。第3の人生は、社会に縛られず、自らの人生の目標を自己実現できる素晴らしい人生で、自分がやりたいことを自由に自己実現することが可能である一方、最後に障害を抱えてケアを必要とし、死に至るという負の側面を併せ持つ。

日本が最初に突入するこの様な21世紀型の社会は、人類史上かつてなかったどころか、何億年にも亘る動物の進化の歴史においてもあり得なかった。自然界では、動物は生殖を終えると死亡するからである。日本は、人類がこの自然の大原則に抗し、動物界で初めての新しい社会を創造することの歴史的役割を負っている。

2 人生

日本の女性の平均寿命は、第2次世界大戦前1936年に49.6歳であったものが、2013年には90.2歳となり、80年間で倍増した。こんな短期間で伸延は、人類史上、例を見ない。

これまでの人生は、勤労者の場合、55歳で定年退職し、間もなく疾病で死亡するという、人生の第1と第2ステージが中心であった。近年では、平均余命は急速に伸延し、65歳平均余命は、男19.3年・女24.2年となり、更に伸び続けている。20歳から65歳までの1日労働時間を9時間とすると総労働時間は約10万時間となり、65歳以上で余命20年とすると非睡眠時間もやはり約10万時間となる。人生の重点は、次第に高齢に移動してきている。

集団の寿命ではなく個人の生存率で捉えるに

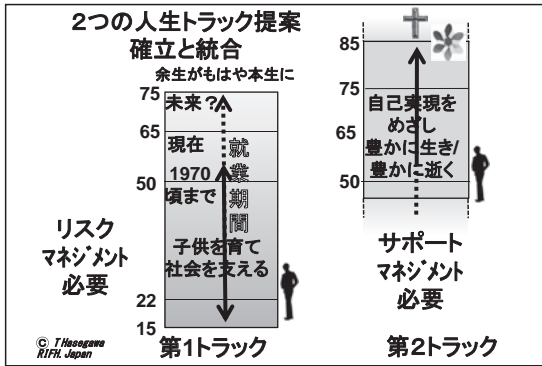


図2

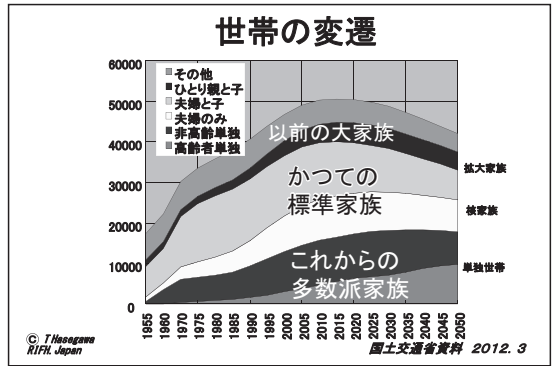


図3

は、世代別のコホート生命表分析が必要となる〔国立社会保障・人口問題研究所（2007）〕。国立社会保障人口問題研究所の2012年将来推計に用いられた生命表を用いてコホート生存率を分析すると、1960年生まれ、現在55歳の世代の100歳での生存率が17.5%、1950年生まれ、団塊の世代の現在65歳の生存率でも16.1%と、現在、生きている全ての日本女性の5～6人に1人は100歳まで生きることとなる。おそらく、社会の方でも個人においても、その様な可能性についての心の準備、資産の準備は、まだできていないのではなかろうか。100歳まで生きるとすると、65歳以降の非睡眠時間は、17万時間に上る。

今後のライフコースを考えると、定年が延長され、かつての55歳が60歳、最近では65歳となり、更に70歳や75歳までの延長、そして、生涯現役といった議論がなされている。定年を延長することは、従来の“第2の人生”を延長する意味では、新しい高齢社会にはふさわしくない。何故ならば、議論の背景には、定年以降は余生なのだという考えがあるからである。もはや、その余生が本生なのである。むしろ、社会的な役割りを果たし終えるまでの人生第1・第2ステージをまとめて人生の第1トラックとし、それ以降の人生を定年より少し早目に始め、死で終わる人生の第2のトラックと捉える必要があるのではなかろうか。

21世紀は、人生第2トラックの価値観や活動を中心とする社会へと遷移する（図2）。

3 家族

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2030年頃、日本の男性の生涯未婚率は29.5%に、女性は22.6%まで増えると予測されている。しかも、近年、離婚数は上昇し、年間結婚数の34.5%に上る。大雑把に言えば、2030年以降の社会では、3分の1程度が未婚、コホートでの値ではないが、3分の1程度が離婚の可能性、そして、残りは添い遂げてもその半分は単身・おひとり様で終わることとなる。

事実、世帯の形態の変遷を見ると、かつては、4～5人の標準世帯が中心であったものが、今後は単独世帯、とりわけ、高齢者の単独世帯が増加し、2015年現在、560万から2050年には980万と倍増すると予測されている（図3）〔国土審議会政策部会長期展望委員会（2011）〕。

家族形態も、高度経済成長を支えた核家族から、今後は極めて多種多様となり、ケアの担い手の中心も、もはや家族を想定できない。地域全体・社会全体が家族として機能することが必要となる。

4 疾病

若年者では、疾病は、外傷や感染症など外的な原因を中心に、単一の疾病が単一エピソードで発症する場合が多かった。中年期には、高血圧・糖尿病・高脂血症など、いわゆる生活習慣病が発症し、長期継続すると、脳卒中や心臓病などの血管系の重篤な合併症を発生させてきた。又、細胞の

再生異常であるがんも増加し、併せてかつては3大成人病と呼ばれてきた。これらは老化に伴う病変で、早期退行性病変 (early degenerative disease) と呼ばれる。これらが管理されると、高年期には、認知症やパーキンソン病などの神経系の疾患が発症し、運動器の障害により歩行障害、いわゆるロコモティブシンドロームが増加する。そして、老弱化に伴い様々な機能の障害が発生し、いわゆる寝たきりに移行する。これらは晩期退行性病変 (late degenerative disease) と呼ばれる。「疾病構造」は老化に伴い、早期退行性病変から晩期退行性病変へと変化するのである (図4) [Omran (1971); Olshansky (1986); Santosa et al. (2014)]。

「疾病数」も、若年期から中年期にかけて、「単一疾患」が繰り返される様態から「複数疾患」が継続する病態へと変化する [Caughey (2008); Van

Oostrom et al. (2012)]。

更に、「疾病の過程」の自然史も、「別々に切り離されたエピソード」から「継続する慢性疾患の増悪化が繰り返されて死亡する」という形態に変化する (図5)。

日本の医療需要も、人口の高齢化に伴い、疾病の種類・数・経過において、高齢者を中心とするものへと、ここ数十年間で大きく変貌した。今後は、その高齢者の医療需要が中心になると想定される。

5 障害

障害も人口の高齢化と共に変化している。高齢者では要介護状態は、男女共に75歳以上 (後期高齢者) から増加を始め、男性では95歳で、女性は少し早く90歳で、ほぼ全員が要介護・要支援の状態となる。認知症もほぼ同様の有病率の経過をたどり、軽度認知症 (MCI) を含めると、85歳 (最後期高齢者) でほぼ100%となる。その他、難聴や白内障などの感覚器並びに歯の喪失による咀嚼障害が頻発する (図6) [厚生労働省 (2010, 2012); 朝田ほか (2013); 内田ほか (2012)]。

障害の過程も、若年者では、重篤な疾患の後に障害が残ってもその「容態が固定する」のに比して、高齢者の場合は、重篤な疾患の後、疾患のみならず障害を伴うことが多く、又、そのエピソードが繰り返される毎に「障害の重度が増す」といった経路をたどることが多く、最期は「全ての機能を失う」死亡に終わる。

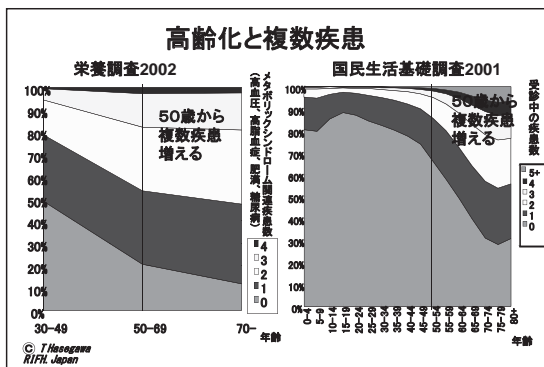


図4

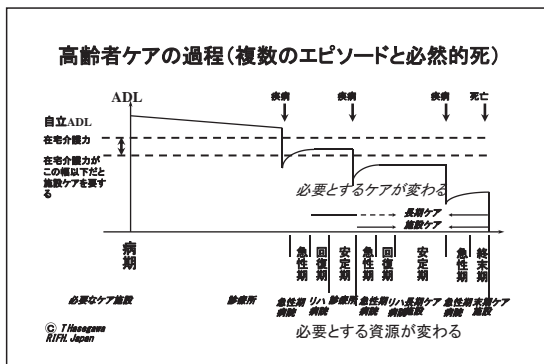


図5

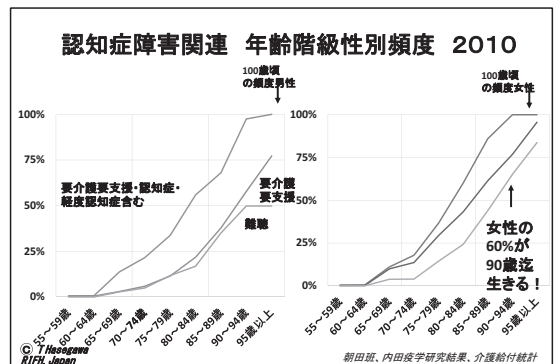


図6

6 死亡

死亡年齢を見ると、1950年代には、50歳以下が約半数を占めていたのが、1970年頃には約20%に低下し、次第に75歳以上が増加を始めて、2014年には80%を占めるに至っている。国立社会保障・人口問題研究所の2012年推計によると、2030年以降、殆ど、つまり90%が75歳以上になると予測されている(図7)〔国立社会保障・人口問題研究所(2007);厚生労働省(2011)〕。

前述の人生・疾病・障害と、この死亡年齢の変化を併せて死亡の過程を分析する。第二次世界大戦以前は、若年期に突然、外傷や感染症などで急死する例が多かったのに比して、第二次世界大戦後は、退職後や子育て終了後の早期に脳卒中などの生活習慣病の重篤な合併症で突然に死亡する例が多かったと言えよう。その後、寿命の延長と共に、重篤な合併症は次第に高齢期に移行し、近年では、75歳以上、要介護状態で疾病の重篤化を繰り返しながら死亡するケースが増加している。かつての、若年者の「不慮の死」、中年及び初老期の「ピンピンコロリの死亡」から、近年では、死と向き合いながら医療と障害が「長期に続いた過程」を経て死に至る形へと転換していると言えよう。

突然の死は、本人にとっては恐怖であるのと同時に、周りの家族には大きな悲しみをもたらす。しかし、長期の療養とケアの果てに高齢で不可避な死を迎えることは、かつては大往生と祝福されてきた。統計的にみると、ピンピンコロリは難しいばかりでなく、それを願望とすることは、本人

にとっては幸せでも、周りにとっては大きな迷惑である。この様に、50年間に大きく変わってきた死の形を踏まえて、もう一度、死の意味を問い直す段階に来ていると言えよう。

2016年の1月、全国5大紙や主要雑誌を2面抜きで飾った凶は、多くの人々に衝撃を与えた。疾病を患う女優、樹木希林氏が、水面に横たわり死に行くオフェリアを演じて、「死ぬときぐらい好きにさせてよ」とコメントされていたのである。つまり、死に行く人に本人の好む死の形を選んでもらい、それを支えることが、医療の大きな目的となったことを象徴している。

2010年の死亡者数は119万人であったものが、2040年には170万となり、1.5倍に増加すると予測されている。2010年の医師数が29.5万であると考えれば、1人の医師が平均で年に4人の死亡診断書を書くといった頻度から、医師数が同じ数と仮定して6人、つまり2ヶ月に1度が変わっていくと想定される。死の看取りが医師の業務として量的にも増加する〔国立社会保障・人口問題研究所(2007)〕。1950年代には殆どが、つまり82.5%の人が自宅で死亡していたものが、1980年には病院が半分を越し、2010年には77.9%、福祉施設での死亡を加えれば85.1%が施設で死亡している。これからは、病院と自宅以外の場所を含めて、どこで死ぬかも選択すべき時代になっているのではなかろうか〔厚生労働省(2011)〕。

考えてみると、無理矢理に不慮の事故で殺される、あるいは、突然死亡するといった人生から、

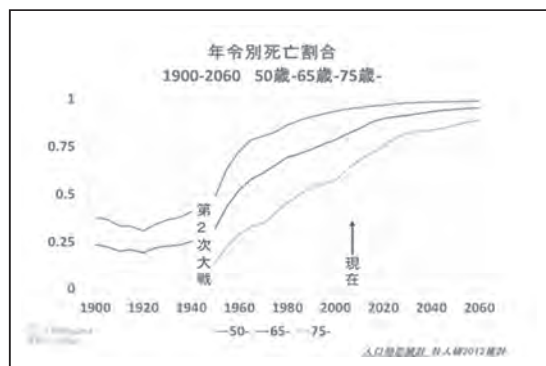


図7

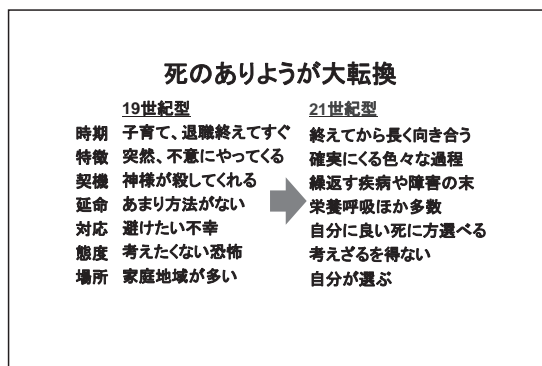


図8

自分で死の過程を選択できようになった21世紀は、素晴らしい時代と言えよう。でなければ、病院のICUであらゆる穴に管を突っ込まれて死亡する、いわゆるスパゲティ症候群は必至である（図8）。

Ⅲ 理論

これまで、ケアの現場で混乱を招いてきた原因は、高齢者ケアのあり方として考えられてきた古典的なケア過程概念が間違っており、足を引っ張ってきたからではないかと考えられる。

そして、行政官が、制度設計するに際しての混乱は、この古典的なケアのプロセスのみならず、長期的なケアの未来展望を欠いていることにもある。

そこで、古典的ケア過程の概念の問題点を指摘し、ケア量がどの様に変化するか、未来予測とケアの目的について論じたい。

1 ケアの種類

教科書で提示された高齢者のケアの種類や過程は、若年者が急性期ケアの単一もしくは回復期ケア、つまり1種類もしくは最大2種類であるのに比して、慢性期ケア（Chronic Care）、急性期ケア（Acute Care）、回復期ケア（Rehabilitative Care）、長期ケア（Long-Term Care）、末期ケア（Terminal Care）の5種類とされ、その順番に発生するとされてきた（図9）〔長谷川編（2002）〕。

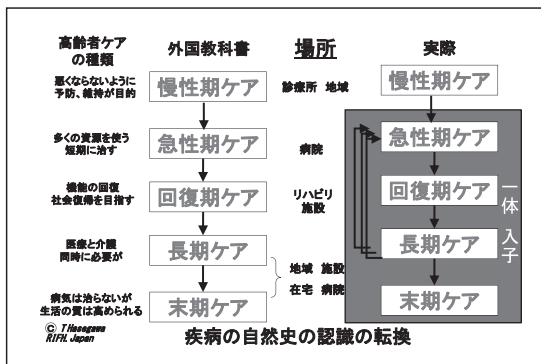


図9

「慢性期ケア」は、高血圧・糖尿病などの慢性疾患を対象とし、重篤な疾患でない場合、診療所や病院の外来でケアできるとされてきた。「急性期ケア」は、資源を要する医療ケアで、通常、病院で行うものとされてきた。急性期ケアを要する疾病は、必ずしも急性期疾患とは限らず、がんのような慢性疾患も含まれ、多様で複雑な資源を要し、通常、短期で解決するケアのことを指している。したがって、主な場である急性期病院は、人員の配置も厚く、種々の医療機器を備え、平均在院日数が短い病院を指す。「回復期ケア」は、高齢者の場合、障害を伴う疾患が多いのみならず、急性期ケアの過程で長期間ベッドに横たわることにより、廃用症候群（Disuse-Syndrome）が発生することが多く、従ってリハビリを必要とする場合が多い。回復期ケアは、急性期病院の内部や付属した施設で提供されることもあり、独立したリハビリの専門病院で提供されることもある。「長期ケア」は、「疾病と障害を抱え、したがって、医療と介護を必要し、通常、死ぬまで続く」と定義されている。疾病も回復期を経て安定しており、医療ケアに関していえば、通常、病院は必要とせず、慢性疾患のケアで、在宅もしくは介護施設でのケアで充分である。最後に、「末期ケア」は、医療的には治癒不可能な疾病で、死に至る過程で疾病を治すのではなく、苦痛や負担を軽減して、QOLを高め、より良き生/死を受け入れることを支援するケアを指す。かつては、急性期疾患が発生し、急性期ケアを行った病院でそのまま看取することも多かったが、近年では、病院内に緩和病棟が設けられたり、在宅での緩和ケアが進められている。

教科書的には、これらの5つのケアは独立して定義されており、患者のケアはこの順に移行していく様に描かれ、したがって、ケアの過程で必要とされる施設に順次移されて行くとして理解されてきた。それぞれのケアが独立して切り離され、それぞれの施設が計画され整備されてきた。

しかし、実際のケアの過程はそうはなっていない。急性期ケア・回復期ケア・長期ケアに突入した後、実は、慢性疾患の急性増悪や別の重篤な疾病の発見などが理由で、再び、急性期ケアを要す

る場合が発生する。すると、急性期ケア・回復期ケア・長期ケアの新たな過程が発生する。それに続き次の3過程が発生するといった繰り返しのサイクルを形成する場合が多いのである。そして、最後に、重篤な疾病を発症するか、障害や機能が衰退して死に至る。いわゆる末期ケアの状態に入る。

従来の古典的なケア過程論は、2つの観点から不十分である。1つは、前述の如くケアがサイクルをなすという実態であり、もう1つは末期ケアの捉え方である。末期ケアは、当初、がんを想定し、全身転移の内に死亡する最期の数ヶ月のケアがモデルとなっていた。しかし、近年、がんのみならず、エイズや脳卒中後遺症など、長期のケアを要する患者が増加した結果、長期ケアと末期ケアがある時点を介して明確に転換するモデルは間違いであるとし、1980年代のランド・コーポレーションの研究により、医療ケアと緩和ケアが次第に併存し、次第に後者に重点が置かれる、順次移行型のモデルが提案されている(図10) [Lunney et al. (2003)]。実は、筆者は、2006年にミュンヘン大学の緩和ケア・ユニットを訪れ、示唆に富む考えを学ぶことができた。当時の病院内のセンター長、ジャン・ボラジオ氏によると、ミュンヘン大学の緩和ケアは、平均在院日数が28日の急性期緩和ケアで、最期まで看取る長期緩和ケアの施設はケルン市に別に存在しているというのである。つまり、がんで末期の状態に入ってもできるだけ家庭や地域での暮らしを重視し、生活の中で

急変が生じた場合、短期間入院し、状態が落ち着いて、必要に応じては回復期ケアを受けて退院し、家で診療を続け、いよいよ最期に看取りの治療を受けることが、当時の南ドイツで一般化しつつあったのである。つまり、末期ケアの中に次第に医療ケアが少なくなるのではなく、ケアサイクルが存在していることとなる。

ひるがえって、長期ケアの定義を見直してみると、「通常死ぬまで続く」とされており、その定義そのものの中に、すでに末期ケアの要素が含まれている。5つのケアの内、障害が発生し、介護が必要な状態においては、実は、それは長期ケアであると同時に末期ケアであり、その中に急性期・回復期・長期・末期のケアが入り子状態でサイクルとして連なって、死に至る構造をなしているのである。

ケアの実態の即して考えれば今までになかった医療や介護の在り方が浮かび上がる。人類は、未だ経験したことのない社会での日本の医療・介護界の体験から、これまでのケア過程理論を捉え直す必要が生じていると言えよう。

2 3つの視点

利用者・提供者・施設の3つの視点からケアのサイクルを捉えてみよう。

「ケア提供者」の視点からこのサイクルを捉えると、慢性期ケアの過程で急性増悪が発症すると、急性期ケアを必要とし、通常、病院で提供された後、回復期ケアが必要となり、それが完了すると長期ケアの段階に入る。地域に在宅の医療や介護の支援が存在すれば、地域で追跡され、次のエピソードが発症すると同じ「サイクル」を繰り返すこととなり、いよいよ重篤となると末期ケアを経て死に至る(図11) [長谷川 (2013)]。

これを、「個人/利用者」の立場やその個人を支援する家族や友人の立場から見れば、ケアサイクルは次第に減衰する「スパイラル」として認められ、急性増悪エピソードにはADLは急激に低下し、急性期ケアと回復期ケアの完了によってADLは改善し、又、次のエピソードを待つ。その様なADLのスパイラルをなし最後には死に至る(図

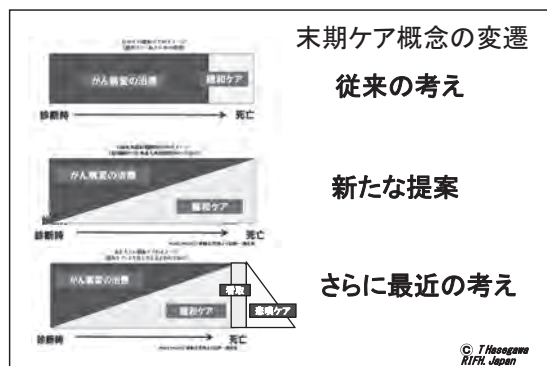


図10

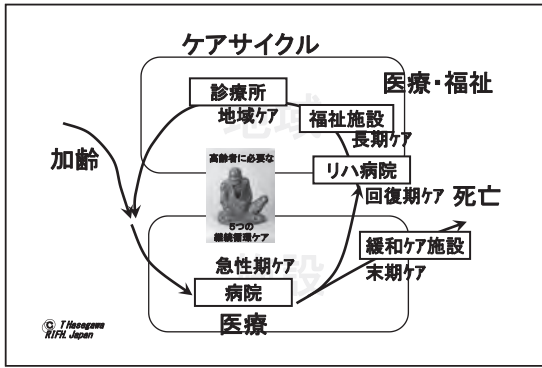


図11

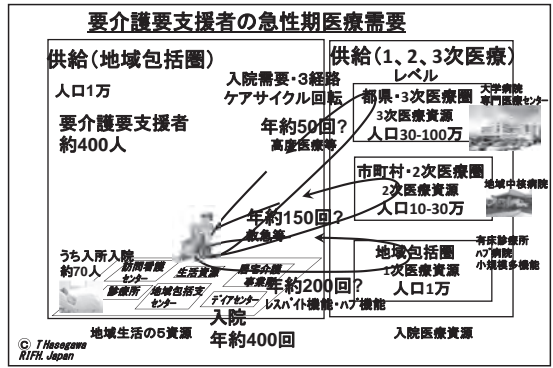


図13

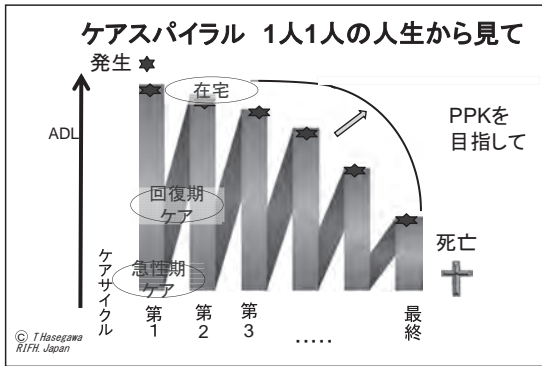


図12

ケアのサイクルは、とらえる視点により、サイクル、スパイラル、サークルとしてみることができる(図13)〔長谷川(2011a, 2012)〕。

3 定義

ケアサイクル論とは、古典的ケア過程論を、実態を踏まえて捉え直し、ケア過程の様態を論じたものである。言い換えると、「長期ケアに入った人に想定されるケアの動的・循環的過程の様態」を指す。

もちろん、長期ケアに入った人の中には、ケアサイクルを経ず亡くなる場合も存在する。特に、地域でのケアが発展し、状態が上手くコントロールされると、その割合は増えると考えられる。逆に、急速な経過をたどって死に至る場合もある。又、まれに、疾病が治癒したり、障害が消失することもあり得る。しかし、大半は動的・循環的過程を経て死に至る。予め、その過程を想定しない限り、ケアを提供するにしてもシステムを構築するにしても、ケアの選択を誤る可能性がある。

ケアサイクル論は、高齢者の分析から出発している。しかし、精神疾患、例えば、統合失調症などは若年に発症し、類似の過程をたどる。死亡まで長い年月を経て、場合によっては中年期に寛解する人もいるので、ケアサイクル論を応用することも可能であろう。又、難病も同様のケア過程を持つ。更には、がんも障害の程度は少なく、介護ケアより医療ケアの必要が多いとはいえ、再発すると同様のケア過程を経て死に至る。

12)。

これを、「施設、とりわけ病院」の立場から見ると、地域の生活を基本とした要介護・要支援者は、急性増悪の発生と共に、急性期ケアが要する場合があります。通常、病院でそのケアが提供される。しかし、病院/入院施設は、元来、資源の程度によって1次・2次・3次に分けられ、有床診療所や一部の長期療養施設は1次医療、地域中核的な集積病院は2次医療や救急ケアなど2次ケアを提供し、資源や技術を必要とするケースではいわゆる3次病院でケアが提供される。つまり、ケアのサイクルは、急性期においてはケアの必要度に応じて1次・2次・3次と回るサイクルのレベルが異なっており、その順番に従って提供施設の数は少なくアクセスも遠くなる。ケアサイクルは、いわば3つの輪ケア「サークル」として認められる。

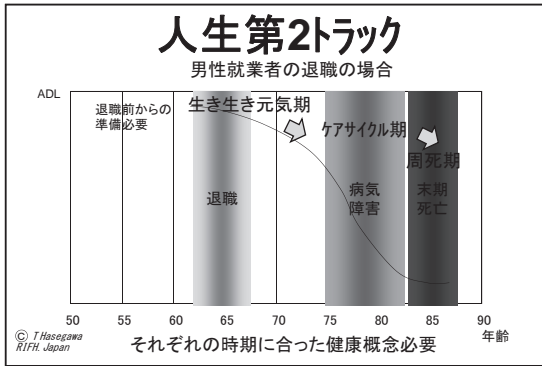


図14

したがって、ケアサイクル論の対象者は大雑把に言って、要介護・要支援の認定者ということになる。その中には、2号認定者、晩期退行性病変並びに1号認定者：難病が含まれるからである（図14）。

4 疫学

では、ケアサイクルの対象者は日本に何人存在するのであろうか。要介護・要支援の認定者とすれば、2015年現在で620万人となる。前述のごとく、これらの中には将来循環的ケアの過程を経ず亡くなる場合もある。しかし、循環性を想定することにより、ケアのスムーズな移行が保証されねばならず、全体を対象と考えるべきである。

若年の精神疾患、例えば、統合失調症の過程も類似ケアサイクルと捉えると約80万人、更に、介護申請を行わない多くの末期がんの方もおそらく数十万単位で存在すると考えられる。一過性虚血性心疾患（TIA）や脳卒中で一時的に脳血管障害を起こしても、ほぼ完全に治癒し、障害を残さず介護を必要としないグループが存在する。毎年約30万人の脳卒中発症があり、その内、40%は殆ど障害を残さないとされており、それらが毎年積み重なって数十万人のグループを形成する。これらは、いわば前ケアサイクル（pre-care cycle）状態として、特に、注意を必要とするグループである。

ケアサイクル論が提唱されて歴史が浅いので、全国の疫学調査は行われていない。今後、類似並びに前ケアサイクル状態を含めた全国的疫学調査

が必要と考えられる。

さて、ケアサイクル状態は、平均でどれくらい持続するのだろうか。そして、どれくらいの頻度でこの循環が回るのか。これも全国的調査はない。疫学の公式：罹病率×罹病期間＝有病者数を用い、罹患に死亡を置き換えて、2010年の認定者数・死亡数を75歳に限り、殆どがケアサイクル状態に入っていたと想定すれば、男性で4年、女性で6年となる。どの様な頻度で循環するかは、更にデータがない。或る市町村の医療・介護・保健データを統合したデータベースからは、ほぼ1年に1度回転するとされ、現場の在宅支援医師や訪問看護師などの経験談によっても、裏付けられている。

どれくらいの割合の高齢者がケアサイクルを経て死に至るかは重要な問いであるが、これも全国平均の答えはない。1990年代の末期医療の調査データでは、約4割の人が死亡前に半年以上寝たきりとなっている。一方、或る市のデータによると、介護保険を使わずに介護保険で認定されずに死に至った高齢者は、10～20%に過ぎない。長さに差はあるとはいえ、大半の高齢者が最終末期には何らかの医療と介護を経て死に至ると考えるのが、一般的である。

ケアサイクル対象者の未来を予測しよう。要介護・要支援者は、2010年は500万人であったものが、2015年に600万人、有病率が同じとすれば、2030年に900万人となって2040年に1100万人に横ばいとなり、2050年頃から減少を始める。その前提に患者の頻度の未来予測を行うと、入院患者、退院患者と同等とみなす点は、2025年まで増加して横ばいとなり、2040年頃から減少を始める。入院全体としては、各20%増加すると予測される。その年齢構成を見ると、1980年には75歳以上が10%であったのが、2015年現在で40%、2030年に50%となり、2060年には60%に至ると推測される（図15）。

全国調査はないが、75歳以上でケアサイクルに入った状態で入院する人が多くいると見て、75歳以上の入院はケアサイクルからの入院とほぼ関連する。外来患者の未来予測を行うと、2015年を

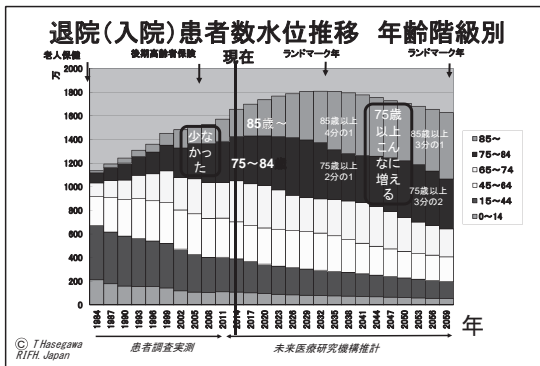


図15

ピークに全体としては減少する。外来患者に有病者の数を当てると、4,200万人の内の20%, 1千万人が75歳以上で、75歳以上は増加し、一方、75歳以下は急速に低下をして、2040年頃にはほぼ同数となる。2040年には要介護・要支援者の75歳以上が1千万人になることから、大半の有病者はケアサイクルに入った状態だと想定される。

5 目的

改めて、ケアサイクルにおけるケアの目的を考察する。

まず、医療ケアの目的を、これまでの医療と対比して分析する。思い出されるのは、30年前の外科医の時代の体験である。当時、若年者の手術では、手術を終えると治療は完了し、達成感があった。しかし、高齢者を手術すると、がんの場合、疾病を再発したり、退院後のフォローアップで他の疾患を発症して死亡したりして結局最後は死に至る。死からながめ直すと、1個1個の医療ケアは、「一体、医療であったのか。病気を治すこと、命を救うことができたのだろうか?」と、しばしば自問自答した。治療というより、人生のコースを変えたに過ぎないとの実感が残った。当時は、前者のケースが大半であったものが、近年、後者が増えつつある。おそらく、これから10年後には後者が半数以上を越すのではなかろうか。

目的の転換をまとめると、かつて若年者の診療においては、疾患は単一でエピソードも単一、治療は疾病の治癒もしくは救命を目指すもので、主

医療のパッケージの大転換

	19世紀後半	21世紀前半
職場	大工場	多種
年齢	50歳まで	85歳以上
病気	単一疾患 単一エピソード	多疾患 継続発症
目標	治癒可能性 絶対治癒 絶対救命	最後死亡 機能改善 人生支援
場所	病院	地域

図16

な治療の場所は病院であった。一方、ケアサイクルにおいては、疾病は継続・増悪を繰り返す、目的は生活の支援、機能の改善、ケアの主な場所は地域にシフトする。高齢者においては、ケアの目標は、疾病の治癒や救命を望むことが不可能で、むしろ、本人の求める生活の質もしくは機能に向けて、それを改善する様支援していくことが主な目標となる(図16)。

医療ケアも介護ケアも同じ目標を追求することとなり、その意味で、医療と介護のケアは統合される必要があると言えよう。一方、ケアサイクル論に従えば、全般的に医療は「治す医療」から「支える医療」に転換する一方、急性エピソード毎にはその特定の状態を改善すること、終わらせることも医療の目的と言えよう。

そして、前述の死のあり方の変化からすると、「自分の好きな死/自分らしい死/良い死の過程」を支援することが、ケアサイクルの目的と言えよう。

6 評価

近年、ケアの評価が重視されるに至っている。特に、医療ケアは1990年代後半の医療事故の課題や2000年初頭の医療制度改革の中で、病院の活動や個々の医師のケアの評価が実際に始まってきた。

従来の医療ケアの評価は、入院の退院時に、その入院の満足度や入院医療によって改善した身体状況を測定することにより、1回1回評価可能で

あった。しかし、ケアサイクルでは、ケアが継続しており、しかも循環することから、1つ1つのケアの過程の評価のみならずそれらを積分することが必要となる。最期に死を迎え、いかに看取ったかの評価が大きなウェイトを占める。

死の評価は、近年、死の質 (Quality of Death) の評価法の開発と共に進みつつあり、「自分の好きな死、より良い死、自分らしい死」といった表現で議論されつつある。死の質は究極には本人の評価を聞くことは不可能で、ケアの提供者・家族・友人等、周りからの評価と本人が言い残し書き残したこととの差を、評価することになる。今後、このようなケアの評価・手法の開発が待たれる〔エコノミスト誌 (2015); Curtis et al. (2002)〕。

循環するケアの評価は、介護保険申請書などに記入された寝たきりADLや認知度、更にはその他のADL等を、認定時毎に個人で追っていくデータベースが必要で、それと以下に示すケアサイクログラムを組み合わせた評価が、現実では有効である。今後は、更に、ケアの時点で、それぞれ本人や家族の満足度を測定しデータベース化していくことが必要ではなからうか。

7 図示

ケアサイクルは、実際にその過程で使われた資源や様態、更には、必要とされる介護レベルの変化によって図示することが可能である。医療保険と介護保険の給付データを個人レベルで統合し、月毎に追跡すると、これら3つの要素の変化を捉えることができる〔長谷川 (2012)〕。「医療介護費」が各種ケアの経済的資源の投入量を表し、「診療日数」が診療経過あるいは闘病期間を表し、最期に「介護レベル」が当該者の介護必要性の変化を示す。典型的パターンは、疾病エピソードによって入院が必要となり、急性期並びに回復ケアが終了し、在宅に帰って医療と介護のケアを継続する場合と、他の病院あるいは福祉施設に移動して医療と介護のケアを継続する。続いて、急性期の医療費のピークが示され、幾度かそのサイクルを繰り返して死に至るパターンである。これら3要素の3点セットを「ケアサイクログラム」(Care

Cyclogram) と呼び、ケアサイクルのパターンや問題点・課題を分析するに有効な方法である (図17, 18, 19)。

以下の図は、65歳男性脳卒中で全経過が58ヶ月、5回の入院を繰り返して最後は自宅で入院外

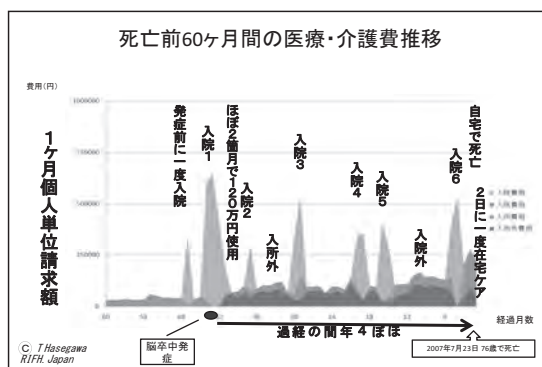


図17

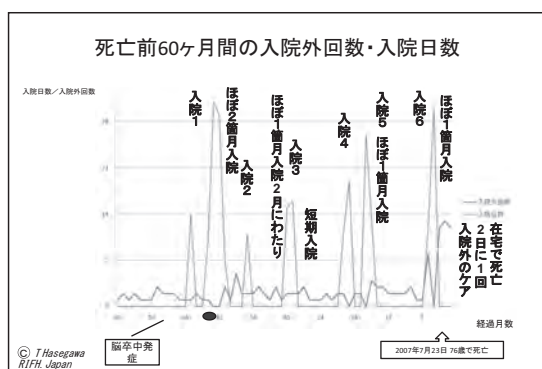


図18

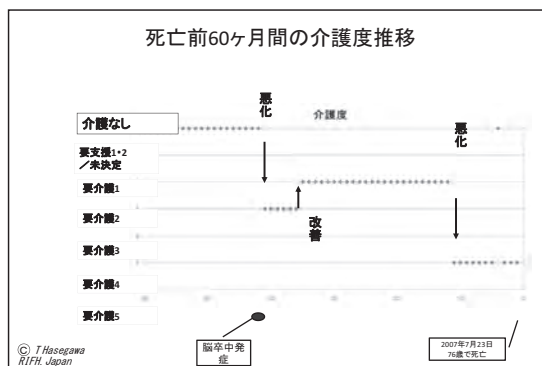


図19

の医療行為を受け、死亡したと考えられるケースである。

この様に、今後は、医療保険と介護保険を結合し、ケアサイクルを追うことにより、契機となった疾病や、結果としての介護資源・医療資源の使われ方を判断することにより、必要な資源の推計やケアの評価に用いることができる。

IV 応用

理論で述べてきたケアサイクルの応用は、ケアサイクルに関わる様々な人によってそれぞれ異なる。ケアを利用する本人や家族、ケアを提供する専門家、それらを調整するケア・マネージャー、ケアの人材を派遣する事業所や医療施設、保険給付を管理する保険者、システムを設計・充実させる基礎自治体や都道府県、制度を構築・管理する中央政府によって、それらの異なった観点からの異なった応用があり得よう。

ここでは、まずケアサイクルを臨床現場での応用、即ち、ケアにおける共同意思決定 (Shared Decision Making) に応用した場合を想定してみたい。次いで、システム構築に関して、地域の暮らしをベースとした在宅ケアの上にケアサイクルを想定する、2020年の医療ビジョンへの応用を考えてみたい。更には、基礎自治体での保健者機能への応用を論じてみたい。最後に、これまで19世紀にその理論的起源を持つ公衆衛生・医学・社会福祉学を、高齢社会における21世紀の新たな学問体系にするための試みを論じてみたい。

1 ケアの意志決定

ケアサイクルにおける意思決定は、これまでの若年者の医療ケアの意思決定と、いくつかの側面で大きく異なっている。従来の医療ケアでは、何らかの悩みが利用者側から医療者に問題提起され、その課題を診断して問題を抽出し解決方法を提示し、利用者と共に意思決定をする (Shared Decision Making) パターンが一般的である。しかし、ケアサイクル状態においては、生活の中で、ケア需要が変化するかもしれないイベントが発生

し、それを本人・家族・ケア提供者を含めた関係者が認知し、ケアの変更が必要かどうかを意思決定するという、ケアの継続の中での問題提起となる。つまり第1に、問題提起の過程が異なる。第2に、ケアニーズは、医療と介護が複雑に入れ込んでおり、医療の専門家が問題を受け止めるだけでは済まない特性がある。第3に、意思決定は、基本的には利用者本人が行うべきものではあるが、本人の認知能力に問題がある場合も多く、家族・友人がいないケースが今後増え、ケアの提供者が本人の価値を斟酌せざるを得ない場合が増える想定される。第4に、意思決定には、問題解決のための必要な資源が重要な要素で、ケアを提供する場所の移管が問題となることが多い。もちろん、日常生活の中でのケアの変更で済むことも多いが、急性・重篤なエピソードが発生した場合に、地域から病院に搬送すべきかの意思決定、逆に、病院から地域に帰るに際して、どの様なケア体勢を組むかの意思決定が、大きな課題となる。実際、その様な大きな意思決定は、少ないかもしれないが実際の場所の移管にいたる背後にはつねに効果対資源の吟味が必要である。

この様な設定でケアサイクルを応用することの意義は、死までの過程の次々と異なるケアの先を見通した意思決定が可能となることにある。つまり、長期的に見て、本当に病院に搬送すべきかどうか、あるいは搬送した場合、地域・生活に戻すのにはどうしたら良いかといったことを、予め想定することが可能となるからである (図20)。

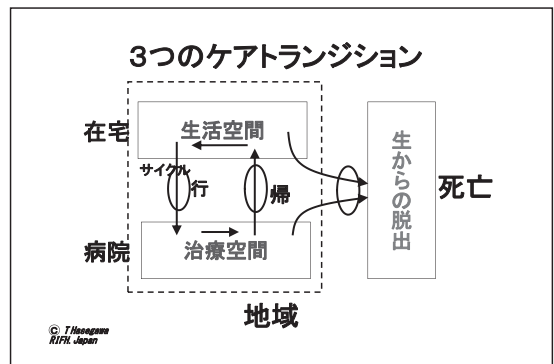


図20

ケア・マネージャーは、仕事の性質上も経験上も、ケアサイクルを実践していると考えられるが、ケアの場として、地域と病院との移行に悩むことが多い。それには、在宅支援医と病院医が利用者のケア過程、即ち、ケアサイクルを理解し共有することが必須なのではなかろうか。施設の管理者は、無意識には理解しているのだろうが、利害の関係上、ケアサイクルの考えには賛同をしないことも多いかもしれない。本当に必要なケアを想定した上で、関係者全員がそれを提供するためのケアサイクルの医療ケアへの応用を考えていく必要があると考えられる〔長谷川 (2010, 2011b)〕。

2 システムマネジメント

以上述べた個々の臨床ケアの意思決定は、その地域全体の資源とそれをマネジメントするシステムで支えられる。そのシステムは、行政が指導する「制度的マネジメント」と提供側の施設や事業所が指導する「事業的マネジメント」に二分され、効率よく良質なケアの提供には両者の建設的緊張関係が必須である。それこそが地域包括ケアの基本構造である。以下二つのシステムについて述べる (図21)。

(1) 制度的マネジメント

基礎自治体、市区町村は国民健康保険や介護保険の担当者である故に「保険者」として同時に、「システム全体の管理者」である。そのためのシ

ステムが適正に構築される様、資源を確保し、法律等に基づく不正を監査する機能を併せ持っている。後期高齢者やその他の医療の機能については、「県レベル」で医療計画を立て、又、医療機関の監査を行うことになっている〔長谷川 (2016)〕。

介護の計画は、3年毎に、福祉 (高齢者) の要介護・要支援の需要を把握し、3年間にどの様にそれが変化するかを予測し、又、3年後にそれを評価するという、マネジメントサイクルを回している。一方、地域包括ケアシステムを運営する資金については、保険料を設定し収集・プールし、それを用いて被保険者に代わって、ケアを購入する立場にある。

そのために地域にどの様な資源が必要か、又、どの様に成長していくかも、個々のケアサイクルのニーズを積み上げる形で明らかになると考えられる (図22)。

基礎自治体、市町村のもう1つの機能、保険者機能については、個々の両者のレベルで、介護の申請データ、給付データ、そして医療の給付データを結合することにより、個人レベルで、どの様な状態がどの様な介入によってどう変化したかを把握することが可能である。その際に、図示したケアサイクログラムが有用で、医療でデータの分析評価にケアサイクルの概念が必須となる。ただその分析評価には以下で述べる新しい公衆衛生の手法も併せて用いる必要がある。

(2) 事業的マネジメント

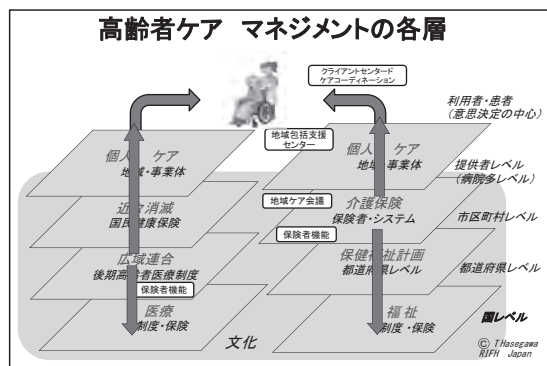


図21

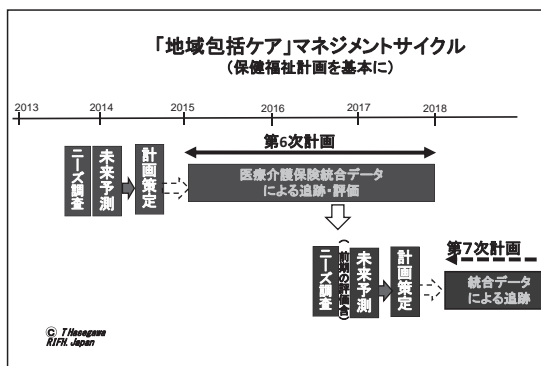


図22

臨床レベルではなく組織レベルでのマネジメントは在宅ケアの場合、病院等の施設内のケアに比して極めて複雑である。

病院の場合はフロントライン即ち外来や病棟や手術部門とバックヤード即ち、事務部門や薬局、検査室など機能は明確に分かれ施設内で完結している。それを支える人的資源も医療界で、財政的資源も医療保険で、なによりも全体の文化が医療界の言語で統一されている。しかし在宅ケアではフロントラインがそれぞれの在宅にまで広がっており、提供する医療施設、事業所もひとつが複数の在宅をかかえることが多い。距離的に離れているだけでなく、ケアのなかみも医療と介護ではそれぞれことなった伝統を引きずっている。

財政的には、介護保険と医療保険のことになった財源から支えられている。在宅の個々の利用者は、日々その需要が変化しており、患者の容態を中心に介護と医療が統合されたケアとして提供されねばならない。まさしくそのためには個々の提供者のみならず、施設や事業者がそれぞれの利用者の容態をケアサイクルとして捉えることが必須である。今日この提供側のシステムのガバナンスが問われており、明確なシステムの統合法が示されていない。概念的な規範的統合 (Normative Integration) という理念的な概念が提案されているが、ケアサイクル論を応用すれば操作化しうるのではなかろうか (図23) [筒井 (2014)]。

3 21世紀の新たな公衆衛生, 医学, 社会福祉

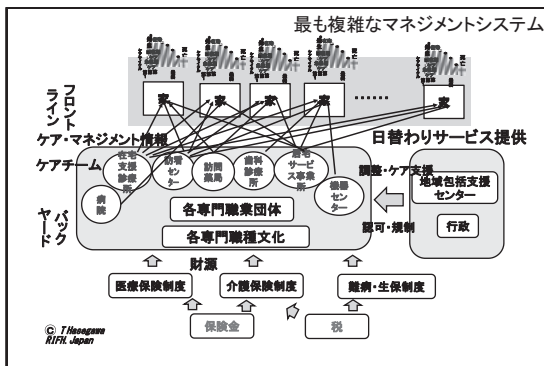


図23

(1) 新たな予防概念の提案

かつての感染症の時代には病原 (agent), 宿主 (host), 環境 (environment) の「三角構造」が、生活習慣病の時代には社会, 生活習慣, 医療などの多数の病因が「網の目構造」で影響する (web of causation) が病因論として提案された (図24)。感染症の時代には予防と治療は分けられて考えられていた。結核などの慢性感染症の時代をへて、生活習慣病と慢性疾患の時代には疾病の自然史にそった新しい予防の考え方が提案された [Leavell and Clark (1953)]。クラーク&レヴェルによる予防のレベルである。予防の3レベルである。原因を元から絶つ一次予防 (Primary prevention), 早期に発見, 治療し進行を予防する二次予防 (secondary prevention), そして障害を予防し社会復帰を目指す三次予防 (tertiary prevention) の考えである。これらはその後三つを更に分解し、6

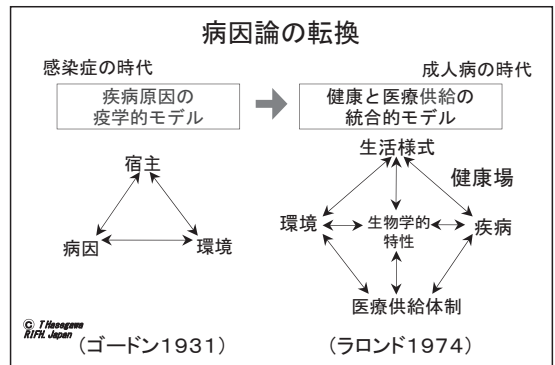


図24

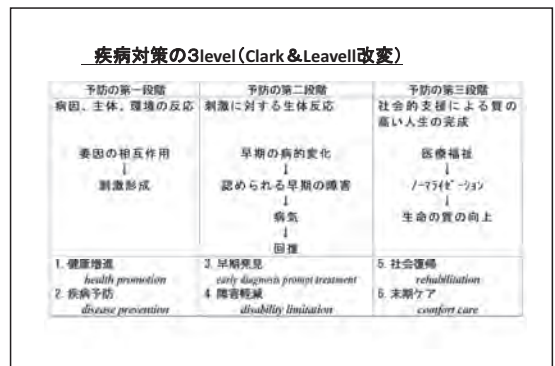


図25

つのレベルや4から6のレベルに分解する考えも提案されて来た(図25)。しかし、いずれにせよこれらは平均寿命の短かった時代に、疾病を予防する、もしくは早世 (premature death) を予防することに主眼が置かれて来た。21世紀の要介護要支援状態からの予防はこれらとは全く新たな概念が必要とされる。ケアサイクル論を応用すれば以下の「5つの段階の予防」が想定される。

5つの予防

1. 介護予防

方法：コミュニティビジネス，社会参加社会貢献，老人サロン，支え合い

指標：高齢者就労率，高齢者サロン参加率，NPO，

2. 重症化予防

方法：運動，閉じこもり予防，見守り

指標：介護予防体操参加率，見守りカバー率

3. 施設化予防

方法：自宅での介護医療環境を整える

指標：施設入所入院者割合

4. 不要入院予防

方法：総合診療医，医療介護情報共有化，地域施設インターフェイス

指標：在宅医数，訪問看護回数

5. 自分らしくない死の予防

方法：死の準備，看取り

指標：在宅死亡割合，看取り率。死後準備達成率

まず第一段の介護予防は，従来の予防の延長線上にあるが，それ以降は要介護状態におけるケアの目的を前提とした予防となる。じつはこれらの予防は医療的に，要介護・要支援状態の中に発生した疾病エピソードを治療する医療ケア，介護ケアそしてそれをささえる介護ケアも本質的には予防ケアを目指す，すなわち医療と介護と予防が統合された概念となっている(図26)。このように統合的予防概念の理解にはケアサイクル理論がその礎となる。

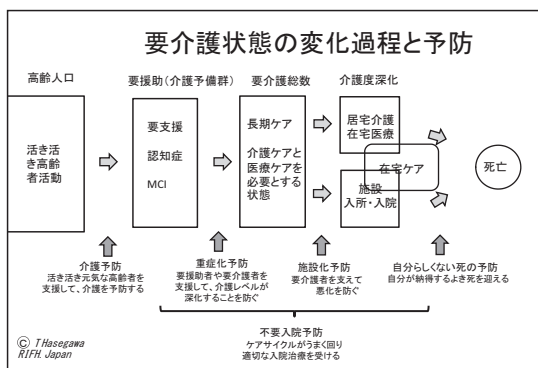


図26

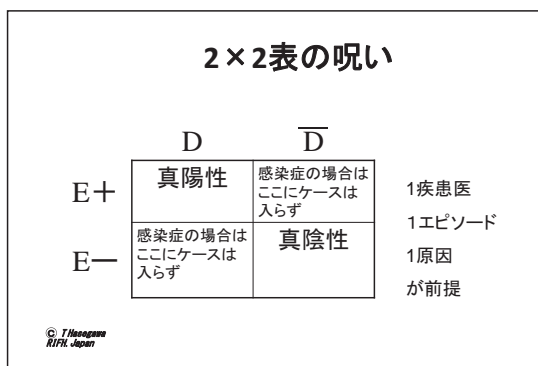


図27

(2) 理論と方法

「公衆衛生学」は従来，その方法論としての疫学では，疾病の原因を追究するのに，1つの原因と1つの結果を証明する方法で発展してきた。当初，19世紀のコレラが出発点で，その後，複数の原因を持つ生活習慣病が対象となったが，それを無理矢理1つの原因に押し込める2x2表を使用し，真陽性と真陰性以外の，ケースのオッズから原因を特定する手法が中心に使われてきた。(図27)しかし，これからはライフコースの中で，複数の疾病を様々な介入により結果を導き出し，評価することが必要である。英国では，1980年代にブリストル大学のバーカー教授等により，幼児期の影響が中年期の生活習慣病に影響するとの分析から，生涯疫学 (Lifecourse Approach) という新たな疫学が開発されてきた。しかし，これからは中年期から，更には高年期になってからの様々な介入

が、高齢者のライフコースにどの様に影響するかを分析する必要がある [Kuh et al (2004)]。

感染症や生活習慣病時代に用い垂れた2×2表の呪縛を越えて、1人の人間を追うには、種々の新たな分析情報が必要となる。まずは、1人の人間の経緯を集団で追う生命表のアプローチ。マルコフチェーンなどの状態遷移の手法。更には、マイクロシミュレーションの様な、複数の変数を持った個体を長期に追うことをシミュレーションするといった様な手法である [Willekens (2014)]。

従来の子防では15-50歳の世界で、平均的人間像が時間的変化とは切り離され独立して扱われるモデルを想定して分析された。しかしこれからは個々の個人が、時間軸をもち、増悪寛解を繰り返しながら死に至る、まさしくケアサイクルの理論を基本としなければならない (図28)。

必要は発明の母、これらの新しい公衆衛生の理

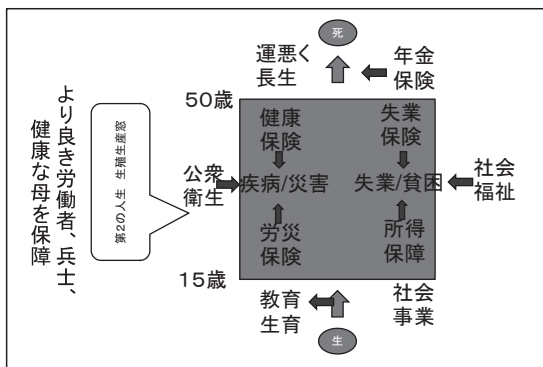


図28

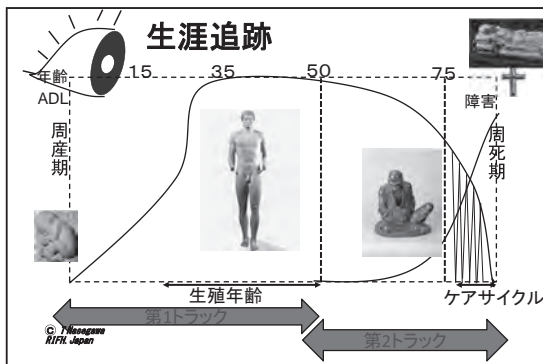


図29

論と方法論の体系は、日本から生まれる。前述の日本での介護保険・医療保険のデータベースが、それを可能にすると確信する。

「社会福祉」は、19世紀の後半にドイツを中心に、ビスマルク等が15-50歳の勤労者のリスク、即ち、疾病や失業、そしてそれ以上長生きするリスクを、医療保険、失業保険、そして年金保険として発達させてきた。高齢化と共に生涯が延長し、ほとんどの人がリスクを持ち、リスクをプールすることが困難となり、最期には最大のリスクである死が訪れる。まさしく、人生の最終局面で現れるのが、ケアサイクルに他ならない。したがって、人生の第2トラックを豊かで生き生きと生き、より良き死を迎えることを支援する新しい社会福祉制度は、ケアサイクル理論なしには考えられない (図29)。

「医学」の転換については目的のところにも前述した。21世紀の新たな医学を支える基礎理論として、「進化生態医学」が注目されている。進化という時間の補助線を引くことにより新しい世界観、人間観、疾病観そして健康概念の構築をめざすものである [長谷川 (2009, 2014)]。

V おわりに

最初に、日本の人口や人生・家族など、社会の変化を、そして、疾病や障害や死亡など、ケア需要が大きく転換することについて述べ、その課題を解決するには、新しいケア過程のモデルとしてケアサイクル理論を提案した。これらは、これからの21世紀の新しい子防・医療・介護を実現する地域のシステム、即ち、地域包括ケアシステムの理論とほぼ同義である [山口 (2012); 長谷川編著 (2016)]。

地域包括ケアについては、「住み慣れた地域で自立して豊かに生き、自分らしく死ぬ」という目的は示されている。更に、そのために必要な、医療・保健・福祉・住宅・生活などの5つの資源を確保する必要性も提案された。しかし、それらを繋いで個人に提供するケアのプロセスについては述べられていない。地域包括ケアシステムを、目的

論や資源論から一步踏み込んで、ケアの実践論を推し進めるには、ケアサイクル論が必要なのではなかろうか。

これまでの分析からケアにかかわる人には、その立場ゆえの誤解も見受けられる。例えば、ケアの提供者はどうしてもそれぞれのケアの範囲の中で問題を捉える傾向にある。施設のオーナーは、直感的にはケアサイクルの考え方の重要性を理解しつつも、無意識にあるいは意図的に、自らの利害の故に無視しようとする傾向にあるのではなかろうか。行政担当者は、自らの所管する制度がばらばらであり、ケア提供施設の許認可がそれぞれ別の権限からなされること、ケアの自然史を理解しようとしないうち無視する傾向にあるのではなかろうか。これらの異なった立場をこえた共通の理解にはケアサイクル論が必須となる。

参考文献

朝田ほか (2013) 「厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応：平成23年度～平成24年度：朝田班総合研究報告書」。

Caughey G.E., A. I. Vitry, A. L. Gilbert, and E. E. Roughead (2008), "Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia." *BMC Public Health*, Vol. 8, p.221.

Curtis, J. R. , D. L. Patrick, R.A. Engelberg, K. Norris, C.Asp, and I.Byock (2002), "A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after-death interviews with family members." *J Pain Symptom Manage.*, Vol.24, No.1, pp.17-31.

エコノミスト誌 (2015) 「QOD (Quality of Death 死の質) 指数」。

長谷川敏彦 (2009) 「進化医学と疾病構造変化」, 『成人病と生活習慣病』 Vol.39, No.12, pp. 1275-1281。

長谷川敏彦 (2010) 「(分担執筆)：地域医療連携-医療と公衆衛生のパラダイム・シフト」, 丸井英二編『衛生・公衆衛生の展望 新簡明衛生公衆衛生改訂6版』, 南山堂, pp231-237。

長谷川敏彦 (2011a) 「ガバナンスオーナーシップ再考——医療福祉システムの『仕組みと仕掛け』を『老人仕様』に」, 『病院』, Vol.70, No.8, pp.620-623。

長谷川敏彦 (2011b) 「構造転換する連携——施設間の連携からケアの連携へ」, 『病院』, Vol.70, No.7, pp.542-546。

長谷川敏彦 (2012) 「(分担執筆) 老いる都市と医療を再生する——まちなか集積医療の実現策の提示」,

『NIRA研究報告書』, 総合研究開発機構。

長谷川敏彦 (2013) 「地域連携の理論と基盤 (地域連携の基礎理論としてのケアサイクル論)」, 高橋紘士・武藤 正樹編集) 『地域連携論——医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』, pp.2-25。

長谷川敏彦 (2014) 「(対談)：人間進化における水と塩から考える哲学」, 『成人病と生活習慣病』, Vol.44, No.10, pp.1125-1140。

長谷川敏彦 (2016) 「未踏の高齢社会に向け、現在の医療介護統計を査定する」『在宅新療 2016年2月号』, pp.116-121。

長谷川敏彦編 (2002) 『病院経営戦略』, 医学書院。

長谷川敏彦編著・大島伸一監修 (2016) 『長生きを喜べるまちへ「愛知への提言」』公益財団法人杉浦記念財団。

国立社会保障・人口問題研究所 (2007) 「日本の将来推計平成18年12月推計」, 厚生統計協会。

国土審議会政策部会長期展望委員会 (2011) 「『国土の長期展望』中間とりまとめ」。

厚生労働省 (2010) 「介護給付費実態調査」。

厚生労働省 (2011) 「人口動態統計 1900-2010」。

厚生労働省 (2012) 「歯科疾患実態調査」。

Kuh, D., and Y. Ben-Shlomo (2004), *Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology (2nd ed)*, Oxford University Press.

Laslett, P. (1991), *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*, Harvard University Press.

Leavell, H.R., and E. G. Clark (1953), *Textbook of Preventive Medicine*, McGraw-Hill Co.

Lunney J.R. , J.Lynn, D.J.Foley, S.Lipson, and J.M.Guralnik (2003), "Patterns of functional decline at the end of life." *JAMA*, Vol.289, No.18, pp.2387-2392.

Olshansky S.J.and A. B. Ault (1986), "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases." *Milbank Q*, Vol. 64, pp.355-391.

Omran A.R., (1971), "The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change." *Milbank Mem Fund Q*, Vol.49, pp.509-538.

Santosa, A., S.Wall, E.Fottrell, U.Högberg, and P.Byass (2014), "The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review." *Global Health Action*, Vol.7, pp.56-71.

筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略——integrated careの理論とその応用』, 中央法規出版。

内田育恵ほか (2012) 「全国高齢者難聴者数推計と10年後の年齢別難聴発症率——老化に関する長期縦断疫学研究 (NIS-LSA) より」, 『日老医誌』, Vol. 49, pp.222-227。

van Oostrom et al. (2012), "Multimorbidity and

- comorbidity in the Dutch population: data from general practices." *BMC Public Health*, Vol.12, p.715.
- Willekens, F., *Multistate Analysis of Life Histories with R*, Springer.
- 山口昇 (2012) 「地域包括ケアシステム——地域包括ケアシステムが体系的にわかる」, オーム社。
- (はせがわ・としひこ)

Carecycle Theory: basic concept to integrate preventive, curative and welfare care

Toshihiko HASEGAWA *

Abstract

“Carecycle Theory” is proposed based on the characteristics of elderly care after the critical review of classical 5 steps care theory.

Based on the analysis of Japanese current drastic transition of population, family, disease, disability structure and death and dying process, the definition, goal, epidemiology, evaluation of “carecycle” is proposed. Application of carecycle theory is described for clinical level to support shared decision making and community level to support for management of system. Newly proposed 5 steps of prevention for elderly care is described and applied to integrate the field of public health, medicine and social welfare. Carecycle theory is very useful to operationalize the new policy “integrated community care”.

Keywords : Carecycle, Demographic Transition, Carecyclogram, Integrated Community Care, 5 Steps of Prevention, Eco-evolutionary Medicine

* Director, General Research Institute on Future Health