



図4 「フレイルモデル」における4つのフェーズからみた一連のアプローチ施策～食の視点から
 作図：東京大学 高齢社会総合研究機構 飯島勝矢

ために、「生活する力」、つまり「食べる、動く、出かける」といった原点ともいべき力を維持できるような有効な予防政策をとる必要がある。

多面的なフレイルをイメージしながら、フレイルモデルにおける4つのフェーズからみた「一連のアプローチ施策」を

図4に示す。

健康～剛健

この状態では生活習慣病予防を厳格に行うことは間違いないが、前述したように、後期高齢者のなかでまだ体重を減量しなければならないと常に考えている高齢者も決して少なくはない。適度な運動や身体活動を継続していくことは必須であるが、糖尿病をはじめ生活習慣病をどこまで厳格に管理すべきか、包括的な視点で評価し、個別対応も配慮しながら、方向性を定めるべきである。

フレイル(虚弱)

この時期にもかなり幅がある。とくに重きを置かなけれ

ばならないポイントとして、国民に「プレフレイル(前虚弱状態)」をいかにわかりやすく見える化し、早期からの気づきを与えることができるかが課題である。このプレフレイルは簡単にいえば、生活に困っていないがいわれてみると自分も感じている「ささいな衰え」の時期なのかもしれない。そのアプローチ法として、「①しっかり噛んでしっかり食べる、②しっかり歩く(運動する)、③社会性を高く維持する(閉じこもらない・社会参加・社会貢献)」という三本柱(三位一体)による早期予防重視型システムをいかに地域で展開していくかがポイントなのであろう。

要支援1/2～要介護1/2 (=軽度者)

要介護に入ってしまう前後においては、しっかりリハビリ、しっかり口腔ケア、しっかり栄養管理を行い、さらには閉じこもらず、少しでも外へ出るという、こだわった自立支援ケア型が必要である。

要介護(身体機能障害)

この時期においては、医療・介護や住まいも含めたト

タル・ケアシステムの構築が求められ、各地域の事情・特性を十分踏まえたうえで地域包括ケアシステムの構築を目指し、そこにはQOLを重視した在宅医療介護連携による総合的なサービス提供が求められる。また、最期まで口から食べてもらえるようにという、専門職チームの「こだわり」も今改めて求められる。

地域における多職種協働としての食支援ネットワーク構築の必要性

高齢者糖尿病では、単に血糖値をはじめとするデータを厳格に管理すればよいわけではない。「食支援」はまさに認知症やがんと並ぶ最重要課題である。それこそ、医科・歯科・栄養の分野がリーダーシップを発揮しながら協働し、外来・入院・在宅というさまざまな臨床現場においてハイリスクアプローチを多職種協働でできるかが鍵である。すなわち、「地域における多職種協働としての食支援ネットワーク構築」が非常に求められており、個々の専門職が病院だけではなく、いかに地域コミュニティで活躍できるかが重要である。

歯周病が糖尿病の増悪因子であり、定期的な評価が必要であることを多職種連携のチーム内で常に共有されるべきである。また、高齢者糖尿病患者のなかにも認知機能低下の患者が決して少なくなく、普段の生活習慣の管理やセルフケアが重要となることは明白であり、さらに診断早期の段階から口腔ケア介入を行う必要性もある。一度でも肺炎を起こした既往のある患者に対しては、すべて歯科での評価や口腔ケアの継続が必要である。ましてや摂食嚥下障害を有するケースでは、歯科口腔機能の評価や口腔ケアの積極的介入とその継続は必須である。

そのなかで、生活習慣の管理やセルフケアも非常に大きな比重を占めており、多職種協働でのチーム一丸となつての本人・家族教育も必要である。たとえば、生活習慣(運動や身体活動の向上、フレイル対策、食生活における栄養管理、口腔衛生や口腔ケアなど)、合併症管理(糖尿病、

高血圧、脂質異常症など)、薬剤管理(服薬アドヒアランス、多剤併用、OTC医薬品、健康食品など)を代表とし、多面的な視点でアプローチが求められる。全科的診療～多職種協働診療のイメージで、地域密着型で認知症やフレイルの理解を深め、併存疾患管理をしながらも、多様な価値観も共有しながら本人・家族へのケアが求められる。食支援の詳細を考えてみても、カロリー摂取に始まり、微量栄養素、水分摂取、食形態の一致不一致、摂食嚥下機能評価とそのリハビリ、味覚や嗅覚、姿勢や介助法など、多面的である。そして、忘れてはならないのが、ゴール設定や治療方針の共有である。

地域包括ケアシステム構築における糖尿病療養支援チームの課題と展望

高齢者糖尿病の病態およびその療養支援に対しては、多面的な視点を総合的・包括的に評価し、全人的アプローチをしていくため、専門職には多くの多面的なスキルが求められる。超高齢社会とこの複雑な医療ニーズを解決すべく、現在の人的医療資源も含む社会的資源の限界を踏まえたうえで、それらの取り組みをより効果的に引き出す工夫が、まさに「チーム医療・地域医療連携」である。地域医療という言葉は、単に地域で展開されている医療を指すだけではなく、「地域自身が」率先してみずからの状況を評価し、将来推計なども含めていろいろと考えて実践していくものである。地域医療連携では、病診連携・診診連携に加え、医療機関と訪問看護・在宅医療のすべての職能との連携も必要になってくる。また、そこには「病人である前に『生活者』である」という理念のもとに、住み慣れた地域全体で生から死までを支え、みて(診て・看て)いくという地域完結型の医療への進化、そして機能分化型のシステム型医療へのパラダイム転換が求められる。すなわち従来の「治す医療」から「治し支える医療」という原点に立ち返る必要があり、その象徴的存在がまさに在宅医療であろう。