

Run & Up

[ランナップ]

春夏

年2回刊 2015
Vol.11 No.1 通巻40号

人が好き・街が好き、いきいき・はつらつ、在宅ケアを支える仲間たちを応援します。

●Basic Eye—対談

超少子・超高齢・多死社会に 求められる在宅ケア

～2025年を乗り切り、持続可能なケア体制とするために～

島崎 謙治 先生 [政策研究大学院大学 教授]

<聞き手>

太田 秀樹 先生 [医療法人アスミス 理事長]

●QOLの観点から栄養を考える—第25回

監修：川越 正平 先生 [あおぞら診療所 院長]

軽度嚥下障害患者を対象とした食支援と嚥下体操

藤島 一郎 先生 [浜松市リハビリテーション病院 病院長]

●読者が行く！—施設訪問 第1回

自己選択・自己決定方式で、 生きる喜びを引き出す

夢のみずうみ村 山ロデイサービスセンター (山口県山口市)

<リポーター>

相良 美和子 さん [北九州市立総合療育センター地域支援室 理学療法士]

●在宅こぼれ話—第4回

救急隊からの「一本の電話」

川越 正平 先生 [あおぞら診療所 院長]

●FORUM

在宅療養高齢者の栄養管理のポイント

～Oral Nutritional Supplementsの有用性を考える～

飯島 正平 先生 [近畿中央病院第一外科 部長]



対談

超少子・超高齢・多死社会に 求められる在宅ケア

～2025年を乗り切り、持続可能なケア体制とするために～

団塊世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年には、高齢者数は約3,500万人に達すると推計されており、医療・介護・福祉サービスを必要とする高齢者数が大幅に増加することが問題とされています。一層の高齢化は死亡者数の急増をもたらし、少子化と相まって、世界がかつて経験したことのない「超高齢・人口減少・多死社会」が到来します。国は2025年を目標に地域包括ケアシステム構築を目指していますが、それを実現させて社会保障制度を持続可能なものにするためには、在宅医療や高齢者ケアの新しい仕組み作りとともに、これからの医療やケアの将来像について、社会全体が認識を共有していくことが不可欠となります。今号では、「2025年問題」を人口問題としてみた場合のインパクト、そして来る超高齢・多死社会に求められる在宅ケアの在り方について、社会保障法・医療政策を専門とする島崎謙治先生と、本冊子編集顧問の太田秀樹先生に対談いただきました。

人口問題としての「2015年問題」

～毎年100万人以上の人口が減少する時代に～

太田 2003年に厚生労働省の高齢者介護研究会は、高齢者の尊厳を支えるケアの確立に必要な施策をとりまとめた報告書を発表し、そのなかで、2015年には約800万人といわれる団塊世代が65歳以上を迎えることから「2015年問題」がクローズアップされました。その後、医療や介護の問題は後期高齢者になってから深刻になるということで、団塊世代が75歳を迎える「2025年問題」が語られるようになりました。今年が2015年を迎えたわけですが、今後の10年間でどのように「2025年問題」への対処を進めていくかが問われています。そこでまず、「2025年問題」を医療や介護の問題としてではなく、人口の問題として捉えたときにどのような課題があるのかについて、人口問題に詳しい島崎先生に教えていただきたいと思います。

島崎 過去50年で人口ピラミッドの形は大きく変化しており、今後、第一次ベビーブームの団塊世代(1947～49年生まれ)と第二次ベビーブームの団塊ジュニア世代(1971～74年)の影響により、人口構成が長期的に変化することが予想されています。

日本は既に人口減少社会に突入していますが、今後、減少のスピードは加速し、2040年以降は、死亡数から出生数を差し引くと毎年約100万人ほどが減少していくと見込まれています(図1)。こ

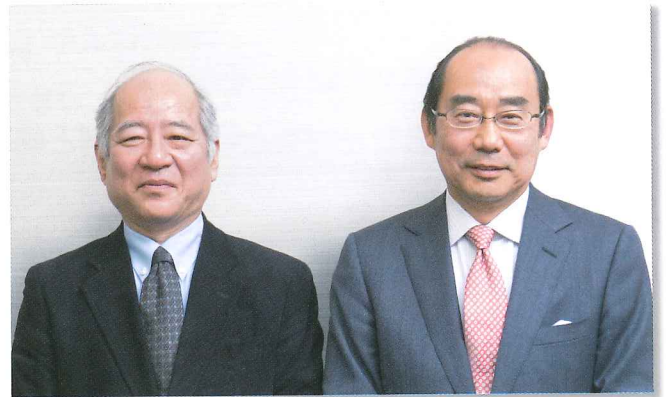
島崎 謙治 先生

政策研究大学院大学 教授

<聞き手>

太田 秀樹 先生

医療法人アスミス 理事長



左/島崎謙治先生、右/太田秀樹先生

れは小さな県の総人口が消滅するのに匹敵します。その結果、総人口は2060年には8,674万人にまで減少すると推計されています。

総人口の減少以上に大きな問題は、人口の年齢構成の変化です。生産年齢人口が毎年数十万人規模で急激に減少する一方で、老年人口は2040年ごろまで増えると予想されており、2060年には65歳以上の高齢者は全人口の約40%を占めると見込まれています。100歳以上の人口は、1963年の153人から2010年には約4.4万人となり、2060年は約63.7万人と、小規模県の総人口に匹敵する数字で増えると予想されています。

都道府県別の高齢者数の増加状況を見ると、東京やその周辺、特に神奈川や千葉、埼玉等の大都市の高齢化が急速に進むという特徴があります。高度成長期に地方から大都市に移住してきた団塊世代がそこで職を得て結婚し、リタイア後もそこで老いていくわけです。

世帯構成も大きく変わります。一人暮らしの高齢世帯数は、2005年には386万人でしたが、2035年には762万人とほぼ倍増します。また、団塊世代以降の男性の未婚率が非常に高く、2010年では5人に1人の男性が未婚というのが現状です。身寄りのない

高齢者が増えていくと、家族の代替機能を誰がどのように果たしていくのかという問題が深刻化します。地域単位でどのように取り組んでいくのかを考えていく必要があります。

太田 「地域単位」がキーワードに挙がりましたが、30年後には消えてしまう自治体があるとも指摘されています。大都市ではより高齢化が深刻化し、地方都市は人口減少が深刻化するとすると、大都市圏と消滅するかもしれない地方自治体の医療・介護の問題は全く異質のものだと思いますが、それぞれに何らかの対処法はあるのでしょうか。

島崎 とても難しい問題です。人口が減少する地方には働き場所がありません。一方、都会には働き場所はありますが、高齢者の行き場所がなく、地価も高い。そうであれば、地方と都市が提携して相互に移住すれば一石二鳥ではないかという話があります。しかし、住み慣れた土地から知らない土地への移住は、精神的ダメージが小さくありません。ですから、残念ながら即効性のある魔法のような対処法はなく、地道な政策を積み重ねていくことが正攻法だと思います。

総人口が3分の2に減少する日本 ～国家として存続し得るか？～

太田 2025年問題を人口問題として捉えると、非常に深刻な事態であることがわかります。このままの事態が進行した場合、日本は今後、国家の体をなして存続し得るのでしょうか。

島崎 社会経済等あらゆる営みのベースは人口ですから、人口減少が非常に大きな問題であることは間違いありません。そもそも少子化が原因で総人口が3分の2に減少して人口構造が変わるという事態は、古今東西、人類は経験したことがありません。

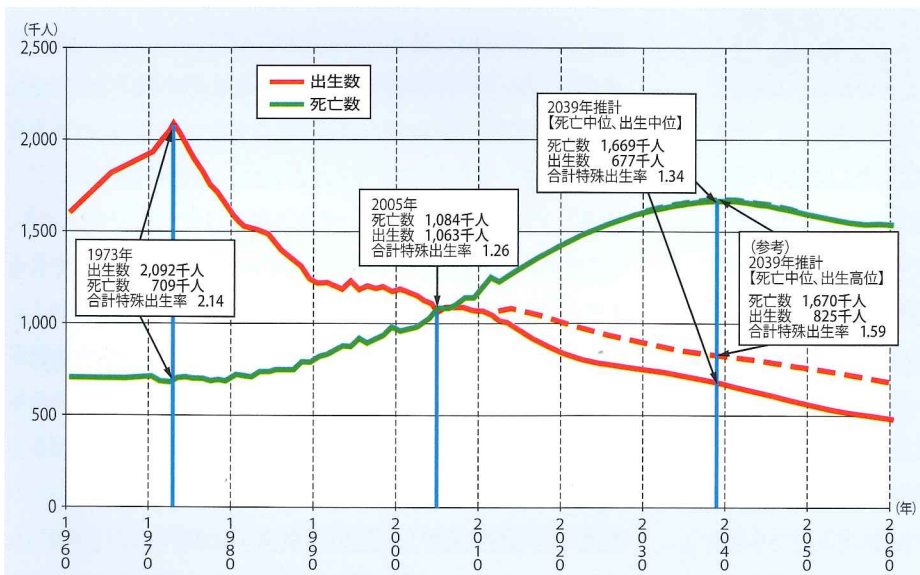


図1 出生数・死亡数の推移および将来推計

2011年までは、厚生労働省統計情報部「人口動態統計」、2012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」(平成24年1月推計)より作図

太田 国を司る人たちに、その認識はあるのでしょうか。

島崎 それはあると思います。昨今、活発に行われている地方創生の議論は、まさにその一つです。出生率を回復させる策も様々なレベルで検討されていますが、大切なのは「産めよ増やせよ」ではなく、産みやすい環境、生活しやすい環境を整えていくことです。注意しなければいけないのは、これは一朝一夕に変わる問題ではないということです。即効性のある特効薬はありません。そこが大きな問題です。

太田 そうですね。今年生まれた子どもが生産年齢に達するまで15年、大学まで行けば22～23年はかかるわけですね。

島崎 海外からの移住者を労働力として受け入れれば良いという議論がありますが、最大の難点は、東南アジア諸国も出生率が低く、経済発展が進んでいることから、日本だけではなく各国間で単純労働力の取り合いになる事態が既に起こっているということです。介護分野においても外国人労働者を活用する議論がなされていますが、例えば製造業であれば、社会経済情勢によって一度海外に移した拠点を再び国内に戻す選択はできますが、介護や医療の場合にはそういうわけにはいきません。

社会保障としての医療・介護・福祉への影響 ～在宅医療・ケアは成立するのか？～

太田 こうした人口問題は、社会保障としての医療や介護、福祉にどのような影響を及ぼすのでしょうか。

島崎 例えば、2012年度には社会保障給付費の2分の1を年金が占めており、医療が占める割合は3分の1ですが、2012年度から2025年度の増加額の4分の3は、医療と介護が占めてしまいます。2012年度から2025年度までの伸びをみると、年金はそれほ

ど伸びませんが、医療と介護は大幅に伸びることが予想されています。したがって、社会保障の持続可能性の焦点が年金ではなく医療と介護にシフトします。年金については2004年の年金大改革で経済の伸びの範囲内で給付を抑え込む改革が行われましたが、医療や介護は抑え込めません。2020年ごろの潜在成長率が1%しかないところで医療費や介護費がそれ以上に伸びることが予想されるなか、この状態が本当に持続可能なのでしょうか。そういう面から見ても、非常に厳しい状態を迎えることは間違いのないと思います。

超少子・超高齢・多死社会に 求められる在宅ケア

～2025年を乗り切り、持続可能なケア体制とするために～

太田 人口減少がこのまま進んだ場合、今後、在宅医療やケアは成立するとお考えでしょうか。

島崎 医療や介護が年金の問題と異なるのは、年金はお金だけの制度ですが、医療や介護はサービスの提供をしなければいけないという点です。人手不足が深刻化するなかで、必要なサービスを満たすことができるのかどうか問題となります。

太田 生産年齢人口が減少するなか、将来必要とされる介護量に比して、それだけの人を介護や医療の領域だけで使うわけにいかないということですね。

島崎 2025年の労働力人口は約6,000万人と推計されていますが、うち8.6～11.5%が医療や介護に従事することが予想されています。厚生労働省の雇用政策研究会の試算では、経済成長と労働参加が適切に進んだ場合、2030年に医療・福祉の就業者数は962万人となり、製造業の就業者数とほぼ同程度になると予想されています。

太田 人口が減少するなか、医療や介護の担い手をどのように確保するかが、いま以上に深刻な問題となりそうですね。

島崎 若年者の取り合いになるというのが実情だと思います。さらに景気が良くなると、その景気の良い分野に人が集まることになるでしょう。

太田 今後ますます医療や介護の需要が増えることが予想されていますが、医療や介護産業は経済を牽引する要因になり得るとお考えですか。

島崎 医療、介護はそもそも需要があるので成長産業です。しかし、経済全体の成長率を高めていく産業であるかどうかは別の話です。中期的には労働力の供給が需要に追いつかなくなることを考えると、結局、財政制約に加えて人的資源の制約が高まっていくことになるでしょう。

太田 そうすると、いずれ限界が来るということでしょうか。

島崎 最も大変な時期は、団塊世代が85歳を迎える2035～2040年だと考えています。しかし、まずは目前に迫った2025年を乗り越えることが喫緊の政策課題です。10年先という遠い未来というイメージを持たれる人も多いかもしれませんが、実はそうでもなく、既に足元からいろいろな場所で崩れています。例えば、東京では救急搬送される人の3分の1が75歳以上です。私事ですが、先日、都内に住む母が夜の9時ごろに脳梗塞で倒れて救急車を要請したのですが、最終的に受け入れ先が決まって入院できたのは明け方の4時ごろでした。似たような状況があちこちで起きているのが現状です。



太田 秀樹 先生

太田 在宅医療の場合、何かあったときには深夜でも1時間あれば駆けつけることができます。年齢や様々なリスクを考えて保存的に診療することになれば在宅でも十分に対応できるので、重装備の治療はできませんが、状況に応じて適切な対応ができるというのは、在宅医療の強みです。

島崎 母が倒れたときに、在宅医ではないのですが、かかりつけ医に電話したところ、「救急車を呼んでくれ」といわれました。太田先生は、どのように対応されていますか。

太田 栃木にある当院では、まず医師や看護師が出向き、医療者が救急車を呼ぶかどうかを判断することを原則としています。しかし、東京等の都市部では「早く救急車を呼んでいればこうならなかったじゃないか」といった苦情が出る可能性が高いかもしれません。

島崎 そういう人もいるかもしれませんね。

太田 こうした医師と患者の信頼関係の希薄さが、日本の医療を複雑にしている不幸な要因の一つでもあるでしょう。

多死社会の地域包括ケア(在宅ケア)の姿 ～死を直視せざるを得ない時代に～

島崎 もう一つ、私がびっくりしたのは、搬送先からも転院先の病院からも、「延命治療はどうされますか」と尋ねられたことです。

太田 一般的に、90歳の認知機能が低下した高齢者が脳梗塞になった場合、できる治療は制限されますので、病気を治したり、命を長らえさせる治療だけではなく、苦しみを除く医療という選択があっても良いと思います。仮にお亡くなりになったとしても、安らかな死は最善の医療の結果であったという認識を国民が持たない限り、2025年は乗り切れないと考えています。

島崎 フランスのある哲学者は「太陽と死は直視することができない」といいましたが、太陽を直視する必要はなくても、死は直視せざるを得ない時代が来ると思うのですが、いかがでしょうか。

太田 どのようにしたら安らかに天寿を全うしていただけるのか、そこにどのような医療が必要なのかということを国民全体で共有していく必要があります。それができていないから、95歳の人にがん検診をするという事態が起きているのです。それは医療に対する過信というか、あるいは医療があまりにも信頼され過ぎた結果なのかもしれませんが、明確に無駄な医療だということを誰かがいわない限り、いつまでたってもそういうことが起こるでしょう。

島崎 ある病院長が、病院で80歳過ぎの患者さんが亡くなった際に、その遺族から「病院にいるのになぜ人が死ぬのですか」といわれたと憤っていました。病院神話というか、医療に対する過信

はそういうところまできているのでしょうか。

太田 病院過信の背景には、昔は病院で死ぬ人は少なく、病院に行けば治って帰っていくという時代が続いたことがあるのかもしれませんが。実際、死亡者数は1980年代まで70～80万人で推移しています。その時代を経験した人たちが今、高齢化しているのです。

在宅医療の推進は財政論から語られた経緯もありますが、効率的で無駄のない医療を提供していくには、病気を治すことを本来の機能とする病院と、看取りまでを含めて生活を支えることを目指す在宅医療とが、機能を分担することが重要です。

島崎 人口減少社会において医療・介護需要が増大するなか、機能強化と効率化が政策課題となりますが、地域の医療や介護の現状、そして将来像について、認識を共有していくことが重要です。

太田 2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」では、国民の役割として、国民は適切な医療を選び、適切な医療を受けることとされています。これは、高齢者が老衰で命を終えるときに必要なのは、急性期の救命のための医療ではないということです。そうした認識を社会全体でぜひ共有してもらいたいですね。

人口減少社会における在宅医療と各専門職に求められる多機能化

太田 超高齢・多死社会を迎える2025年以降の在宅医療の姿はどのようなとお考えですか。

島崎 在宅医療は、信頼できる在宅医、訪問看護、訪問介護、住まい等の様々な条件によって大きく変わってくると思います。植物には窒素・リン酸・カリウムの3要素が必須であり、いずれかの栄養素が足りないと最も少ない栄養素に生育が左右されるという「リービヒの最小律」の法則があります。在宅医療にもそれと似たような面があって、その中のどこかレベルが低いところに規定されてしまう気がします。

「一人暮らしでも在宅医療は可能」といわれていますが、それは条件が満たされればであって、家族の介護力に依存する形態であることは間違いありません。今後、人口減少社会を迎えるなかで家族の介護力に期待できるかという、かなり厳しいと思われる。将来的には、ある程度の人数が集まって暮らすグループリビングのような形になっていく可能性が高いように思います。自宅だけで受け止めるのは現実的ではなく、介護老人保健施設や特別養護老人ホーム、グループホーム、ケア付き住宅等の居住型施設や住宅を拡充していく必要があるのではないのでしょうか。

太田 同感です。笑顔で生きていて良かった、幸せだと思える生



島崎 謙治 先生

活環境が与えられれば、療養病床であろうが介護老人保健施設であろうが、どこで暮らしても良いと思っています。そして一人ひとりのケア従事者が多機能になるかしかないと考えています。今までの医学ではより高い専門性が求められ、私が専門としていた整形外科でも脊椎外科、手、足、股関節、膝というように細分化が進んでいました。それだけ精度の高いケアができたのですが、高齢化が進むなか、より高度でより専門的なケアでなくとも全身を診られる医師が必要とされるようになって

きています。看護師も介護職でも、医療の部分に踏み込んでいく必要があります。従来の価値観や規範を変えていかないと、これからの在宅医療・ケアは成立しないと思います。

島崎 おっしゃるとおりだと思います。痰の吸引など、介護職にも医療的ケアを実施できるようにする検討会があり、太田先生や私はこれに賛成しました。私が賛成した一つの理由は、そうしないと介護職の賃金を高くできないからです。つまり、専門性があれば、それに見合った賃金は出せます。仕事内容が変わらないのに介護報酬を上げて賃金を上げていくというのは、ある意味、労働市場をゆがめることにもなりかねません。やはりタスクシフトして、一定の専門性に対する対価として賃金を支払う形にしていく必要があると思います。

太田 専門性の高い仕事をしているという合理的な根拠を示すことにもなるわけですね。

島崎 そうです。同時に、専門性に対して誇りを持って働けるようにしていくことが大切です。

肩車型社会における高齢者ケア

～求められる「生活を支える医療」への転換～

太田 現在は65歳以上高齢者を2.4人で支えている騎馬戦型で、2050年には1.2人で支える肩車型の社会になると予想されていますが、国としては、その辺りについてどのような検討を進めているのでしょうか。

島崎 私に国の代弁はできませんが、「医療は医学の社会的適用である」という言葉があります。しかし、今日、適用すべき社会そのものが変わってしまっているわけです。したがって、医学はもとより医療の在り方も変わらなければなりません。どのように変わるべきかという、求められるのは「臓器別ではない全人的な医療」であり、「生活を支える医療」ではないのでしょうか。

「生活を支える」という意味では、地域包括ケアも在宅医療も同じで、いずれも理念としては「住み慣れた居宅や地域で生活する」

超少子・超高齢・多死社会に 求められる在宅ケア

～2025年を乗り越え、持続可能なケア体制とするために～

ことを保障するという事です。しかし、生活を支えているのは医療だけではなく。保健・医療・介護・福祉・就労、さらには地域作りまでも視野に入れた総合的な取り組みが不可欠です。ですから、総合行政の一つとして医療を捉えていくことが、今後ますます重要になります。

太田 暮らしから見るという視点が大事ということですね。

島崎 暮らしから見ると、行政の在り方、国民や医療関係者の医療の捉え方が全く異なります。例えば、よく在宅医療を外来の延長で考える人がいますが、本質的にかなり違いますよね。

太田 生活という視点の有無でしょう。

島崎 また、開業医が患者のいる場所へ出向いて行かなければいけませんし、生活を支えるのに必要なのは医療だけではありませんので、当然、多職種連携が必須になります。従来の急性期医療とは全く性質が異なるという認識を共有し、頭を切り替えていかないと、「生活を支える医療」を実現するのは難しいでしょう。

太田 医療はもともと生活のなかにありましたが、あるときから生活と分離してしまい、病気あるいは臓器しか見なくなりました。昔の例ですが、ナイチンゲールが行っていたのは、療養環境をどうするかという、まさに暮らしのなかの看護であり、看護の基本です。その基本的な視点をないがしろにして臓器や細胞、分子を見て医学が進んだという錯覚に陥ってしまっていたのが、昨今の医学、医療なのかもしれません。

島崎 科学に対する幻想が強過ぎたのかもしれないね。

太田 科学的であるということに、人間は心を揺さぶられるのだと思います。

2025年問題を乗り越える主役は看護師

島崎 科学的ということに関連して、医学もそうですが、自然科学論文はどれも同じスタイルです。ところが、法学の論文では決まったスタイルはありません。そもそも何が目的なのかを吟味したり、方法論自体が議論の対象になったりするので、最初は科学論文に違和感を覚えました。

太田 学問ごとのバックグラウンドもあると思いますが、私たち医療者は、そういった考え方が科学的な思考だと思ってきました。

島崎 それは多職種連携のときに大きな問題になります。それぞれ自分の方法論や自分のバックグラウンドに固執するので、他の人の発想、ものの考え方が受け入れられないのです。

太田 法学と医学の文化が異なるように、職種によって文化が異なるということですね。

島崎 看護師さんはどういう状態になったら医師につながるか、しっかりとトレーニングを受けています。しかし介護職は、熱を出して苦しんでいる利用者を見ると救急車を呼んでしまうことがあります。これは、介護職は看護師のような緊急時のトレーニングを十分に受けていないからです。

太田 だからこそ、看護師の職能が地域ケアのなかで非常に重要になってきます。「ケア」という言葉には「キュア(治療)」の意味も包括されていて、例えば「intensive care unit (ICU)」というと、治療もケアも行います。そうすると、やはりケアの専門職は看護師になるでしょう。治療もケアもできますし、場合によっては寄り添うというように、看護師は多機能です。そして看護師は、介護職とのリエゾンになり得る職種です。

医師というのにはある意味、裁判官みたいなものですから、弁護士役になってくれる看護師が非常に重要です。そして看護師に、介護職と連携しようという意識があれば、より質の高いケアになります。ところが、現場では必ずしもそうではなく、看護師と介護職が対等の立場で協働できない雰囲気があるために、介護職が引け目を感じて委縮してしまうことがあるのです。ですから在宅医療の場面では、看護師の職能をさらに生かして、看護師がもっと介護職に力をつけさせて権限を委譲することによって、多くの問題が解決できると思います。

島崎 「在宅医療」の語句には様々な英訳がありますが、海外でも通常は訪問看護師が中心で、医学的判断が必要な場合にだけ医師が出てくるというのが一般的な形態だと思います。

太田 そうあるべきだと思います。

島崎 地域包括ケアや在宅医療では、医療と介護のシームレスな連携が鍵となりますが、それが進まない理由の一つに「インターフェース・ロス」(異なる組織・職種間で情報がうまく伝達しないこと)の発生による情報やサービスの脱漏があります。つまり職種が違う、あるいは同じ職種でも働いている場所が違ったりすると、受けてきた教育や責任が異なるので、情報の切り取り方や思考方法が異なり、うまく会話が成り立ちません。そこで通訳が必要になるわけですが、看護師は患者の立場に立てるし、他の職能者の代弁者にもなり得るということで、ある意味、最もリエゾンの立場に位置すると思います。

太田 そうですね。肩車型社会における在るべきケアの姿というか、2025年問題を乗り越える主役は看護師といい切っても良いでしょう。

島崎 2060年には、現在の小規模な県の総人口よりも多い人口が100歳以上となり、その子どもたちが75歳前後になりますので、おそらく在宅医療や地域包括ケアのイメージも一変すると予想されます。在宅医療・ケアにかかわる職能者には、ぜひ広い視野を持って取り組んで欲しいと思います。