

「医療の限界と向き合う」

国際医療福祉大学医療福祉学部
学部長・教授 高橋 泰

はじめに

日本には医療圏というのが344あります。私は日本の医療圏を隈なく回り、これを分析して日本の医療提携体制を、今までの右肩上がりから右肩下がりに変えることを目指しております。これが結実したのが「地域医療構想」と言う形で、日本の344の医療圏毎にどんな形の医療体制を考えるかです。この口火を切ったのが3年前です。今年中に全部の医療圏を回りきれぬのではと考えております。普段は日本の様々な地域をマクロの視点で分析しております。医療も介護もミクロの積み重ねです。しかし今から説明するような大きな変革があって何か変えなければいけない時には、ミクロの視点ではなかなか変わりません。例えば病院を二つ統合しようとしても、院長の気が合わないとか、借金の大きさが違う等でなかなか上手く行きません。こういう時どうすれば良いか、それはどんどん視点を上に上げて行けば良いのです。人間関係も借金も見えなくなります。例えばこの地域に病院が5つある。仮に人口が4割減った、そうすると5つの病院はもたない。三つが良い処だと平気で言えるようになります。このようにマクロの視点でこの地域をどうするかを決めて、その後市場の方に降りてきて調整をする。これが日本中で行われている「地域医療構想」です。千葉県では、皆さん方の住んでいる地域より、隣の山武・長生・いすみ地区が難しい状況です。東金の病院が統廃合されたのもこういう流れの一環です。今日の話はこのようにマクロの話とミクロの話が行ったり来たりする話と理解ください。

1. 日本全体の人口推移

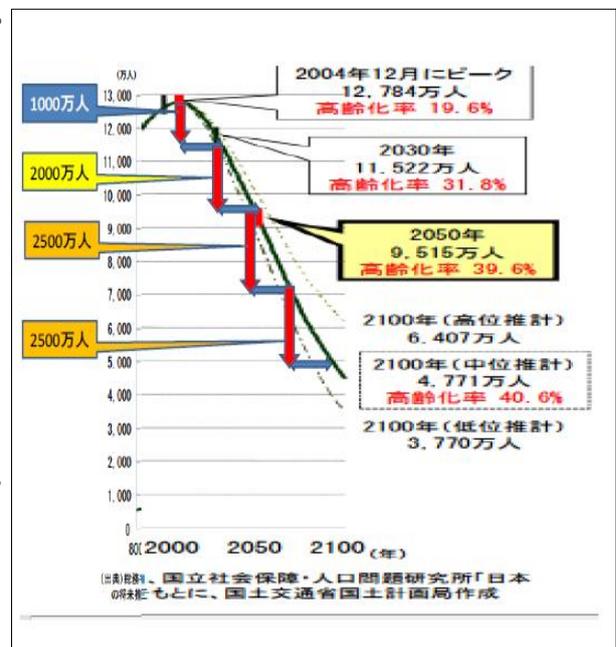
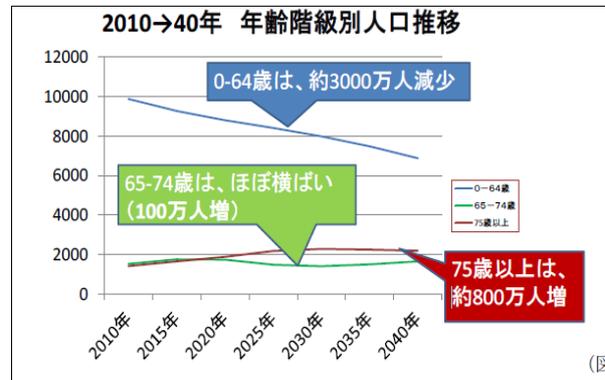
(1) 2010年～2040年 年齢別人口推移

先ず基本の数字を覚えてください。2005年～2030年まで我が国の人口変化を大きく捉えますと、毎年若年人口(0～64歳)が 100 万人ずつ減少する。毎年後期高齢者(75歳以上)が 50 万人ずつ増加する。大雑把な捉え方としてとても便利なので是非覚えておいてください。

若年人口は、その後も毎年 100 万人ずつ減少し、後期高齢者人口は2030年まで 50 万人ずつ増え、2030年～2050年までは横ばいで、その先毎年 25 万ずつ減る。このように考えて頂くと理解が深まると思います。

次に日本人の人口がどう変化したかを少し長いスパンで見ると明治維新の頃には 3,330 万人しかいませんでした。これがわずか140年かけて 12,800 万人まで増えました。これから先どうなるか考えますと更に140年経つと明治維新の時の人口まで下がりそうだと云う事です。2005年～2030年までの間は毎年100万ずつ若い人が減って、後期高齢者は50万ずつ増える。そうすると差引50万人ずつ減っていきます。25年間で1,250 万人減る。

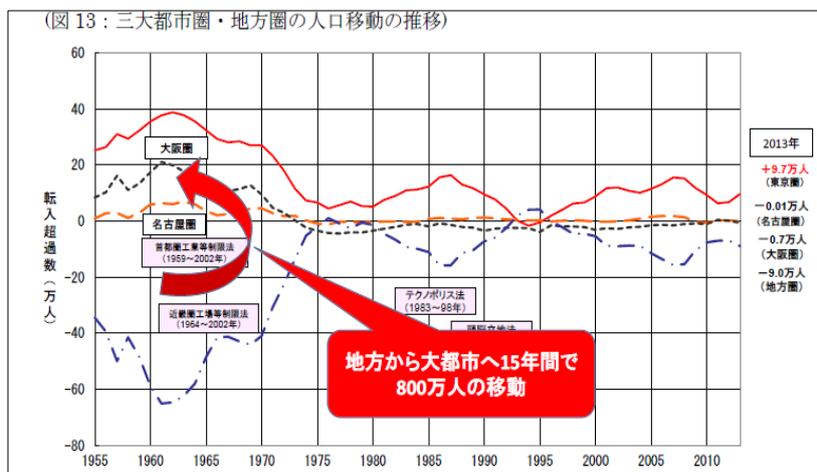
2030年には 12,800 万人いた人が 11,500 万人になる。2030年～2050年には若い人が 100 万減って後期高齢者はもう増えなくなる。そうすると毎年 100 万人ずつ20年間減ると2000万人減って9500万人になる。2030年～2050年の間のどこかで1億人切れを起こす



こととなります。2050年以降どうなるかと言いますと、若い人が100万人減って、後期高齢者も25万人減る。その結果減少のスピードが上がり、1年間に125万人減り、20年間に2,500万人減るだろうというのが今の人口推移推計です。非常に大雑把な言い方をしますと今世紀末には5,000万人プラス、マイナス1,000万人位になるだろうという範疇です。学生達には私が死ぬ頃は1億切れ、あなた達が死ぬ頃は日本の人口は半分になるだろうと話をしています。この数字は2040年頃まではかなり確度の高い数字です。中世のヨーロッパでペストが大流行して1,500万人亡くなった、戦争が起きて数百万人が亡くなったと云うような事が無い限り、ほぼ推定できる数字です。こういう事がまず基本にあります。

(2) 日本の人口推移の地域差(地方と大都市でこれから起きる事)

もう一つ知っておくべき事があります。これから起きる事ですが、日本全体で同じことが起きるわけではなく、都市部と過疎地では全く違う事が起きます。これは人口ピラミッドで皆さんご存知だと思いますが、昭和22年～24年生れ、所謂「団塊の世代」この3年間は出生数が増加し250万人以上の子供が生まれています。多産時代の平均である年間200万人の出生数と比べても団塊の世代は1.



25倍の出生数です。それとあまり注目されていませんが昭和15年～19年生れ、この世代は人口ピラミッドで明らかのように前の世代より2割近く多く生まれています。戦前の生めよ、増やせよ政策で4人、5人兄弟が当たり前の時代でした。この人たちが団塊の世代に続く一段の動きがとても大きな鍵になります。この世代は昭和30年～昭和45年にかけて地方圏から大都市圏に大移動しています。約800万人と言われています。何故昭和30年かと言いますと、戦後マッカーサーが来て農地改革がなされます。小農家では沢山の兄弟は養えないということで、昭和15年以降世代は中・高卒業後就職や進学目的で大都市圏に移動して来ました。地方からの流出のピークである昭和36年～39年は1947年～1949年生れの団塊の世代が、就職列車に乗って大都市に移動した時代に相当し、地方から年間60万人以上(例、島根県の人口57万人)が大都市に流出しました。地域差はありますが、当時地方の若者の25%～50%程度が大都市に流出したと推計されます。団塊の世代250万人はどこで生まれたか、大雑把に言いますと100万人が大都市で150万人が地方で生まれています。この150万人のうちの60万人が大都市に行っています。この世代は約4割多く生まれましたが、その内地方にいた約4割は大都市圏に出て行ったことになります。ではこの団塊の世代が後期高齢者になる2022年～2024年にどうなるか。地方では後期高齢者は増えません。しかし子供も居ない(地方出身の子供・孫は大都市圏で生まれている)、地方消滅ということになります。今度は増えた大都市はどうなるか。地方からの人が4割も増えて医療・介護が足りるか、耐えられるかという問題になります。地方の「急激な人口減少」への対応と大都市の「急増する後期高齢者」への対応という二つの大きな課題がこれから出てきます。

(3) 年齢別人口変化(地方と都市部)

これを全国地図で見て見ますと右のような二つのグラフで識別できます。2010年我が国の0～64歳の人口は9,700万人居ました。毎年100万人ずつ減ります。2040年には6,700万人になります。減少率は31.5%になります。しかしこれが全国一律に減るのではなくて差があります。右の地図で示された北海道、東北、山陰、南四国、南九州等の地域では40%以上の減少が予想され、2014年日本創生会議が発表した、地方圏の「消滅可能性都市」は真剣に「地域の縮小・消失」への対応が迫られることになります。この現象に対してどういう風にして地域を作るかを考えなければなりません。逆に札幌、仙台、東京圏、名古屋圏、大阪圏、福岡等の大都市圏では、後期高齢者が順調に増加し、更に地方から流入した部分も含め高齢者は倍増、或いはそ

れ以上の増加を示すようになります。これに医療・介護体制が堪えられるだろうかという問題となります。

昨年6月9日首都圏から地元に戻ろうと言う、全国の41移住地点（東京圏とは対照的に医療・介護の受入体制が整っている地域）を示した日本創世会議の提案が「高齢者の地方移住は実現性が高い政策か」という記事で全国紙（日経新聞）に掲載され大騒ぎになりました、私は火付け役でしたが、その後全国で（千葉県を含め）日本版CCRC（continuing care retirement community）が検討され始めました。

（過疎地での若年層の大幅減少）

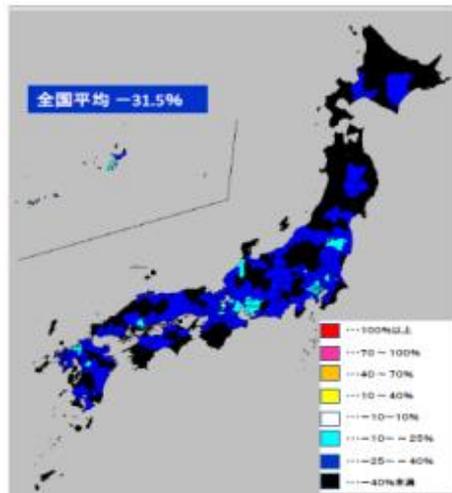


図 14：2010→40年、0-64歳減少率

（大都市部で後期高齢者の爆発的増加）

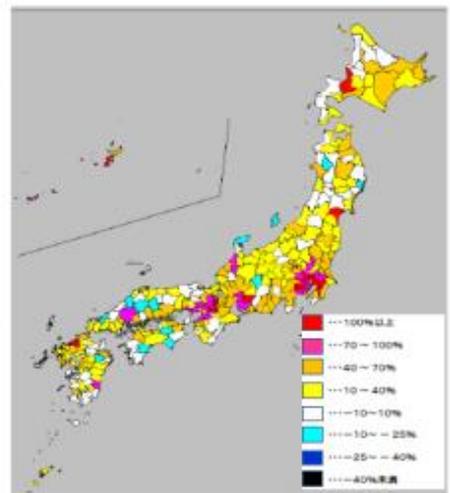
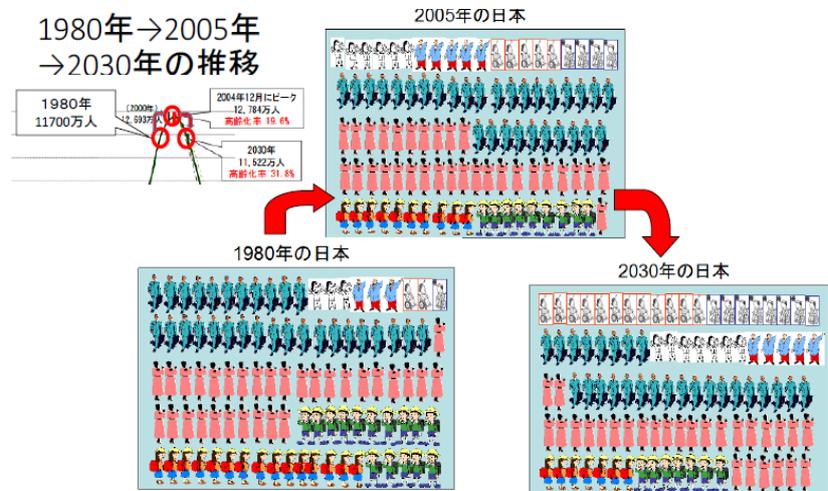


図 15：2010→40年、後期高齢者増加率

(4) 我が国の人口構成の変化(支える人口と支えられる人口の変化)

もう一つ厳しい話をします。1980年と人口ピークの2005年それに2030年の人口構成を比較してみます。1980年後期高齢者は100人中3名、高齢化率9%、先進国で一番若い国でした。支える側は子供が34人居ました。これが25年後の2005年どう変わったか、見ますと子供が減りますが支える側の人数は殆ど変わっていません。子供が減った部分だけ高齢者が増えましたが特徴は後期高齢化率9%、高齢化率20%と

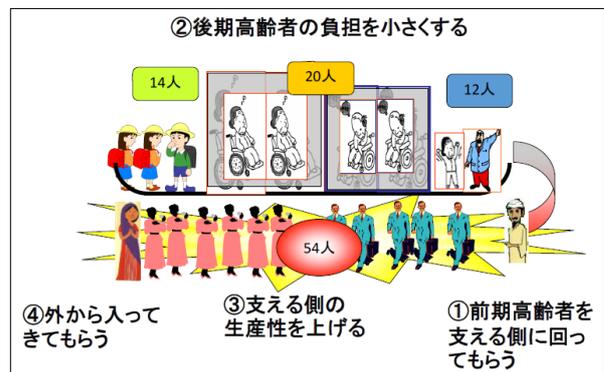


いう世界が出現しました。たった25年間で世界で一番年寄り比率が高い国になりました。この先の変化ですが、子供が更に減ります。今回は支える方も減ります。減った分高齢者が増えますが、大きな違いは増えるのが殆ど後期高齢者であるという事です。後期高齢者率20%、高齢化率32%、世界で例を見ない超高齢化社会に突入することはほぼ間違いありません。1980年から2005年にかけて人口は1,000万人増えた。これが2030年にかけて1,000万人減る。但し中身は100人中後期高齢者が3人が20人になる。高齢者は9人が32人になる。子供は34人が14人になるという劇的な変化が起きてしまうということです。

(5) 人口推移から考えられるわが国が取り組むべき対策

このままではとても支えきれないでしょう、ではこれをどうような形に変えると持続可能な社会になるか。皆さんも考えて頂きたいと思います。4つのアイデアがあります。

①前期高齢者を支える側に回ってもらう——働ける人は働ける限り働いてもらう。看護協会の会長も看護師は75歳まで働けると話されていました。



②後期高齢者の負担を小さくする——今のように大きな負担をかけていてはもたない、減量する事です。これは後ほど詳しく説明いたします。

③支える側の生産性を上げる

④外から入ってきてもらう　　こうしないととも持たないということです。

③について説明します。私は現在人工知能について力をいれて調べています。人工知能は人の仕事を3割くらい食うと言われていています。幸か不幸か働く人も3割減ります。人工知能に上手く仕事をさせると総生産量は落とさずに済みます。但し働き方を変えずに人工知能と競うやり方では勝てません。むしろ生産性が落ちます。いかに働き方を変えて人工知能も組み込んで生産性を上げるのか、医療介護の分野でも働き方をどう変えるのか、私の最大の課題でもあります。8月青森の下北半島にある日本一の「ハイテク特養」を訪問する予定があります。下北では働く人がいなくて、その結果このような施設が生まれました。これから5年経つと日本中でこのような施設が増えるのではと考えています。今人手不足は首都圏と過疎地です。これは大変参考になると思います。

(6) 2010年から2050年にかけての変化

①人口は3割減る 12,806万人→9,515万人に

②若年者が減って高齢化率は上がっているが、高齢者の数はあまり変わらない

③地方が人口減でスカスカしてくる。都市部は人口はあまり変わらないが高齢者が増える。このような変化がこれから日本におこります。

2. 印旛医療圏—地域ならびに医療介護資源の総括

(1) 自分たちの住んでいる地域がどう変わるか

地域医療をどうするか、こういう議題で講演を依頼されることが多いのですが、佐倉を例にとりますと、佐倉はとても微妙な地域です。大都市でもないが、田舎でもない。良い言い方をすると人口推移的には比較的恵まれている地域です。「高齢者」と言う点では東京から千葉の間が一番ひどい状態です。居住者も多く、住んでいる人が一斉に後期高齢者になり、弱って来た時に病院が空いているか、特養に入りたいと言った時に入れる施設があるか考えると絶望的です。昨年日本創世会議の提案として私たちが言っていたのは、「東京周辺に住んでいて戻る故郷がある人は、大変になる前に地方に戻った方が医療も介護もしつかりしていますよ。」という提案でした。

皆さん方の住んでいる印旛圏、後期高齢者は日本の平均以上に今後増えていきます。医療的には日本医大、東邦医大、成田日赤があり全国の平均レベルより少し低いくらいです。後期高齢者が今後かなり増えますので安閑とはしてはいられませんが、東葛北部、東京湾周辺よりましで全国平均より少し下という位置です。

医療施設の少ない事と足りないことは違います。数的にかなり多い大阪が困っています。数的に少ない横浜はあまり困っていません。何故かと言いますと、住民の医療の使い方が全然違うからです。

一般的に言って愛知、静岡、神奈川、埼玉、千葉は行儀の良い使い方になっています。おいそれとは病院には行かない、病院とはそういう所だという考え方が定着しています。大阪は使い方が荒いと言うことが一般論では言えます。しかし今後はその地域の後期高齢者がどれだけ増えるか、後期高齢者がどういう行動を取るかによって全く違ってきます。皆さんが同じ使い方をすると少し不足気味になるかというのがこのエリアの予測です。

(2) 地域の概要、医療の現状、介護施設や在宅ケアの現状

①地域の概要

印旛の総人口は約706千人(2015年推計)、これが2025年686千人(2015年比-3%)、2040年に 615千人に減ると予想されています。一方後期高齢者は71千人→118千人(2015年比+66%)→125千人(2025年比+6%)へと増加する予想になっています。これは全国トップレベルの増え方です。医療費と介護給付費で見ますと、印旛の一人あたりの医療費は281千円(偏差値43)介護給付費177千円(偏差値30)であり、全国平均より低い数字となっています。(偏差値50が全国平均、これより低いということは現状不足感がないことを示しています)

②医療の現状

一人あたりの急性期医療密度指数 0.72、一人当たり慢性期医療密度指数 0.71 で全校平均1より少ない状況にあります。総医師数偏差値42、総看護師数偏差値41。人口当たりの一般病棟の偏差値は43、全身麻酔数の偏差値43、療養病床46、総療養士数40、回復期病床数43と全般的に全国平均より少し少ない数字となっていますが、先ほど話しましたように少ない事と足りないことは違いますので、当地区の利用者の態度より現状不足感は出てないと認識しています。

③介護施設や在宅ケアの現状

印旛の総高齢者施設・住宅定員数(介護療養病床含む)合計は 6,427 人(75歳以上 1,000 人当たりの偏差値47)で全国平均レベルをやや下回る。介護職員合計は偏差値46。在宅療養支援診療所偏差値38、訪問介護ステーションは偏差値49となっています。

今後後期高齢者が大幅に増えて行くことから、この地域は介護がきつくなっていくという印象を私は持っています。千葉県もこの地域については高齢者向けのベッド数を増やして欲しいと望んでいます。

3. 医療と介護はどう変わらなければいけないのか

(1)医療と介護の需要予想

一人あたりの医療費、一人あたりの介護費を年齢別に見て見ますと

	65歳未満	65歳～74歳	75歳以上
一人当たり医療費	114,200 円	398,400 円	646,800 円
一人当たり介護費	2,200 円	51,500 円	396,000 円

年齢別に見ても75歳以上の医療費、介護費の使用が非常に大きくなっています。この傾向が今後続いたとします。一方で先程お示したように支える側の若い人が減り続けて、後期高齢者は2030年まで増え続ける。この二つの要素を掛け合わせると医療と介護はどちらが今後成長産業になるのでしょうか？ 皆さん考えてみてください。介護は若い人は使いません。若い人が減っても需要に関係はありません。介護は75歳以上が増えたか減ったかで決まります。一方医療は若い人もそれなりに使います。若い人が減るとその分需要は減ります。従って介護が成長産業と言えます。

2015年を100とした場合に医療は2025年をピークに10%位増え、その後じりじりと減って行きます。一方介護は後期高齢者が2030年ごろまで毎年50万人ずつ増えて行きますので、右肩上がりで増えて行き、50%増しになります。ですから今と同じような医療・介護の使い方をしていきますと介護が成長産業になります。

(2)年齢別の医療の変化

0～74歳の医療は2015年をピークに今後減っていきます。一方75歳以上の医療は2030年まで増え続け、2035年頃より横ばいになります。ではこの二つのジャンルの医療、何が違うのでしょうか。考えてみてください。74歳までの医療は、病気を治すために、多少無理してでも出来ることは何でもやる「とことん型急性期医療です」この年代の特徴は病気が治れば家に帰ってくれます。

一方75歳以上の医療は病気を治すだけでなく、身体を整える、環境を整える医療、「まあまあ型急性期医療」です。かならずしも病気の治癒を目指すわけではなく、高齢者の生活維持や在宅復帰のために必要に応じて治療やリハビリを行います。この為に使われる地域包括ケア病棟と言う施設も全国で増えています。今後は「とことん型の病床」から「まあまあ型の病床」が増えてくると思われます。「とことん型の病床」は若い人が減るので2割くらい減ると予想されます。

(3) 老い方、死に方を省エネ型に変えて行く

皆さんの老い方、死に方が変わらないと現在の制度はもちません。高齢者を支える若年人口の急速な減少と膨大な債務を抱える国家財政を考えますと「提供側の構造改革」だけでは不十分であり、「利用者の意識革命が」不可欠になります。団塊の世代以降は必須、皆さん方も是非考えて頂きたいポイントです。若い人が減る話を先程しました。65歳以上一人を1965年は9人が支えていました(胴上げ型)。2012年は 2.4 人が支える(騎馬戦型)2050年は 1.2 人が一人を支える(肩車型)になります。どう考えても支えられるはずがありません

ん。

基本的な対策の方向性としては2つの案があります。一つ目は後期高齢者の増加に応じて施設や職員を増強する。この方向性は早晚破綻する可能性が極めて高く採れません。

二つ目は一人あたりの医療・介護資源消費量を減らす。我々が目指すべき方向性はこれしかありません。どれだけ減らすか、3分の1減らそう、なぜ3分の1かと言いますと、後期高齢者が1.5倍増える。そうすると $1.5 \times 2/3 = 1$ で現在の高齢者に対するインフラでなんとか対応できることになります。しかし一人一人の人生のトータルの満足度を下げないというのが努力目標となります。

イメージからするとハイブリッドカーです。1980年代の車と比較してガソリンの消費量が半分にも拘わらず、静かで乗り心地も良い。これから後期高齢者になる団塊の世代はハイブリッドカーのように省エネ型で動いで終末を迎えようと云うのがこれからの話です。

(4) 省エネ型で質を落とさない老い方を国レベルで実現するには

医療・介護の介入が少なくなると、何が起きるのか

今後一人一人に提供される医療と介護サービスの提供量は減らさざるを得ないと考えられます。では提供量が少なくなると何が起きるのでしょうか。私は高齢化率・独居率が比較的 low、医療福祉サービス量が非常に多い熊本県、人吉の相良村(ここは川辺川ダム工事が30年続いているかなり豊かな村、調査開始時平成12年高齢化率26.9%)と、高齢化率・独居率が高く、医療福祉サービス提供量が非常に少ない瀬戸内海しまなみ街道の大三島町(過疎と高齢化率が高い)という地域で、人の老い方がどのように違うかを民生委員の協力を得て5年以上にわたり追跡調査を行いました。

相良村では自立が虚弱に、虚弱は虚弱のまま、要介護状態の人は要介護状態のまま留まる確率が高いという結果が出ました。相良村は人も優しく、医療介護も手厚いこれまでの日本社会が目指してきた理想に近い医療介護提供をしている地域でした。この調査で明らかになったことは、手厚い介護は助けてもらう瞬間は嬉しいが、虚弱の人が自立に戻るチャンスを奪い、虚弱や要介護の期間を長期化する影響があるという事でした。

一方大三島の方では自立が自立に、虚弱の人が自立に戻る、自立の人が短期間で死亡、虚弱の人が短期間で死亡する確率が高かったという結果でした。医療介護の介入が少ない大三島は、自分でやっているうちに虚弱から自立に戻る可能性が高い。また医療介護の介入が少ない方が、虚弱や要介護の期間が短い人生を送れる可能性が高い様だと云うことが分かりました。介護に頼りすぎない生活を目指せば、ピンピンころり形で老いて行く可能性が高いように思われます。参考一二つの村の平均寿命は相良村が1年弱長いだけでほとんど変わりませんでした。今後医療介護の提供が減りますので、多かれ少なかれ大三島型にならざるを得ないと思います。

4. 死生観の変化

(1) スウェーデン「寝たきりゼロ」社会の暮らし

高福祉・高負担の国で知られるスウェーデンには、なぜか寝たきり老人が殆どいないと言います。幸福度調査で常に上位にランクインする「幸せの国」の住民は、どのように老い、死を迎えているのでしょうか？

1991年大熊由紀子氏(元朝日新聞論説委員)が「寝たきり老人のいる国、いない国—真の豊かさへの挑戦」というセンセーショナルな本を出しました。私は当時介護の研究をしていましたので、本当かなとさっそく北欧に行きました。実際に寝たきり老人は居ませんでした。そこでの考え方は食べる事が出来なくなったら諦めるということでした。そうすると寝たきりになる前に亡くなるのです。同行した年配の日本の医者はこれは医療放棄だと激怒していました。私もこの考え方は日本には持ち帰れないなど当時考えました。そこで「ヨーロッパ中そんなのですか」と質問しました。答えは「ラテンの人は違う、フランスもイタリアもどんどん延命行為をしている」という答えでした—これが1991年でした。

(2) フランスの終末期の変遷(1985年—2010年)

その後2008年フランスに行きました。以降毎年フランスに行っておりますが、2008年当時フランスに視察した時当地の医者より聞いたのは「40歳代、50歳代では延命は行いますが、高齢者では少ないです。患者も

家族も医師側も望まないからです。2008年フランスでは必要ない胃瘻を付けることは殆どありません。1990年代以降学会や専門家の間で胃瘻を付けない事へのコンセンサスが形成されました」との発言でした。ここでスウェーデンの事を思い出しました。翌2009年フランスに行き、フランスの医療がどう変わったのかを徹底的にヒヤリングしました。

民間非営利クリニック Montsouris 消化器部長、「20年前は積極的に必ず胃瘻を入れていた。入れますか、入れませんかと言う質問をする余地もなく入れていた。この20年間でこの様な事をやらなくなった。治癒の可能性のない手術などはやらなくなった。この20年間で医師の意識が変わった」との発言でした。家族はどう思っているのかと聞きましたら「20年前は家族も延命治療を望んでいた。昔がんの告知は出来なかった。今は告知も出来るし、この10年で家族側の意識も変わった」との答えでした。では何故変わったのか。国全体としても2002年**患者保護法**が出来、家族の権利が上がり、対照的に医師の権威が下がりました。2005年には**尊厳死法**が出来たという背景もあります。しかしなぜ変わったかは分かりませんでした。これを考えていてある事に気づきました。日本でも1990年代にはなされていて、現在は殆どなされていない習慣は何か。「仲人付き結婚式です」。特にこれを止めようという運動が起きたわけでもなく、法律が有った訳でもありません。自然とそうになっていったということです。フランスでも同様です。特に何という動機が有ったわけでもないのに、自然と延命治療、胃瘻等はやらないというように変わって行きました。世の中が変わる時はこのように、何ということなく変わっていくことを実感しました。私はその年帰国して在宅医療の全国大会で講演する機会がありました。「フランスの体験を話し、日本でも絶対胃瘻は無くなる」と話しました。その後一貫して言い続けています。ある病院での話では2011年秋ごろから家族が突然胃瘻は結構だと言い始めました。その後急激に広まっています。東京の南部では殆ど胃瘻はやらないという。それぐらいのスピードで変わってきています。その後もフランスに出かけ、フランス人の医師と意見交換をしていますが、意識があって食べられない人をどうするかという議論で「フランスでは、口から食べられなくなった場合、ステントを使い食道を膨らませる、これをやることはあるが、それ以上のことはやらない。」という回答で日本から行ったメンバーはそんなに諦めがいいのかとびっくりしていました。

昨年はパリ赤十字病院のミシェロ先生の所を訪問した時に、食べられなくてガリガリに痩せて見るに忍びない時は安楽死の話も出ている、と聞かどう思うかと質問したところ「人生の終末期のケアで食べられない人を痩せ細らせるようなケアを行うのは素人、私たちは、必ず美しい状態で看取させます。」「日本の高齢者で各種障害がある人に、栄養を入れることが理解できない。無理をして栄養を入れて、本人も家族も国家も得にはならないではないか？」何故日本はそんな事をやっているのかと逆に質問を受けました。

日本人の多くが勘違いしている事。「世界中で日本と同じように食事介助、おむつ替えをしている」これは大きな間違いです。先進国で日本のこのような介護はレアケースです。

1990年代半ば、世界の先進国のかなりの部分(北欧、オランダ、アメリカ等、フランス、イタリアでは当時日本と同じことをしていました)。でもおむつ替え0でした。どうするか、徹底的にトイレに連れて行く、トイレに行けなくなる時期と食べられなくなる時期はほぼ同じ、そのまま送ってしまう。これが今や世界の先進国の標準的なやり方です。彼等的表現では「そうしないと人間の尊厳が保てない」と言います。

フランスの高齢者施設のシャンベラス施設長に終末医療はどうあるべきかと質問したところ「最後まで看取る時に必要なことは何か。これからの大きな問題だが、私は今は医療度の高すぎるサービスを提供し過ぎだと思う。フランス人の高齢者は、必要な時のみ居ることを望む。普段はいない方がよい」との回答でした。

(3) 我が国でも死に方は国レベルでかなり急速に変わる

私がこう考える理由は二つあります。一つ目はどう死にたいかの理想像がこれまでの高齢者とこれからの高齢者が全く違って来ていると云う点です。

昭和元年生まれ(2015年90歳):終戦時20歳、生き残った自分たちは何が何でも生き延びる義務があると考えている人の比率が高い昭和12年生れ(2015年78歳):終戦時8歳、「重度の介護状態になっても生き続けたいですか?」の質問に対し「そのような状態になってまで生き続けたくない」との回答(9人中8人位が)この

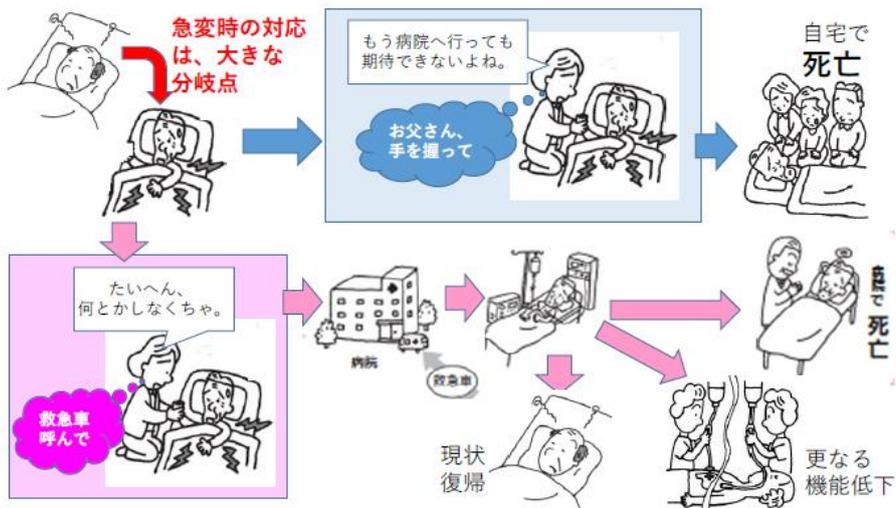
世代辺りでどう死にたいかの考え方ががらりと変わっています。個人主義的な考え方が強くなっています。昭和24年生れ(2015年66歳、団塊の世代、ビートルズ世代)間違いなく延命をはっきり拒否する人が大半の世代。

医療提供者は明治・大正型に対応するような形で動いていません。従ってじっとしていると自然体型を望んでいても延命型で処理されることになります。これは是非知っていて頂きたいと思えます。

このような世代の死生観の急速な変化により、今後日本も、現在のフランスと同様、意識障害ある高齢者に対する胃瘻による延命はほとんど行われなくなる国になっていくと私は考えます。二つ目 どこまで食事介助を行ってほしいか(どこまで生きたい

普段から、急変時の基本方針を考えておく

(急変時の対応と、その後の推移の概略)



か)を確かめておく事が今後より必要となります。これによって以降の対応が大きく違ってきます。

日本では食べられなくなると家族が「ともかく頑張って食べさせて下さい！」と医者に依頼する。そうすると食事介助が始まります。やがて嚥下が出来なくなり「お任せします」というと胃瘻が造られます。

欧米では「無理せずに本人が望むだけ食べさせて下さい」と家族が依頼すると自然体型になります。これが世界標準です。しかしこちらを選ぶと日本の医者の意識では皆さんはご両親を餓死させるのかとなります。一面当たっていますが、世界標準では違います。日本人はあまり深く考えずに物事を先に先に送る傾向がありますが、私は後ろに行けば行く程不幸ではないかと考えます。

「どこまで生きたいか」自分の意思をはっきり示しておくことが望ましいと考えます。

「食べられなくなったら、食事介助は行わないで」とするか「出来る限り食事介助も延命治療も行って」とするか、これは本人しか決められません。私は自然消滅していった仲人付き結婚式のように、この考え方も急速に変わるのではないかと考えています。支える側も減り、望もうと思ってもなかなか出来ない状況になります。

但しフランスのように全部が変わるとは思えません。儒教や我が国の考え方からすると1~2割程度が従来型を選びそちらに進むのではと考えます。どこでどうするかを元気なうちに考えておく必要があります。そうしないと本人が望むような対応にならなくなる可能性もあります。

介護の将来像「地域包括ケアシステム」-これは北歐、オランダのシステムをそのまま導入したものです。寝たきりの存在を前提には作られていません。それを皆さんが理解し、受け入れれば介護保険も十分耐えられるのではと考えますが、但し国民の皆さんが従来通りのケアを求めれば成り立ちません。

(4) 団塊の世代に向けてのメッセージ

団塊の世代は多分逃げ切れません。「かっこよく老いて、かっこよく死のう」というのが私のメッセージです。かっこよく老いると言うのは多少やせ我慢をしてでもハイテク機器を使って自立して頑張る、トイレも自分で行って、力尽きて食べられなくなったら、枯れるように亡くなる。個人も意識し、社会もそれまでは面倒を見る。自立支援はあるが、介護まで支援はしない、このように社会の意識が変わって行けば、医療と介護のシステムも激変します。このような変化が起きれば、今までのインフラもあり、かなり楽観的ではありますが、将来も何とかなるのではというのが今まで研究してきた私の考えです。

[文章責任、佐倉市国際文化大学]

質疑応答

Q: 本日の講義で自分自身がショックを受けました。自分の生き方が少し変わってきました。先生は何故フランスに毎年行かれているのですか。

A: フランス人は生き方が素晴らしいと思っています。一方フランス人は人の言う事を聞かないという特徴もあります。そのフランス人が20年前はガンガン延命治療をやっていたのが、この10年間で変わった。なぜ変わったのだろう。フランス人の医療との付き合い方を調べて見たいと云うのがきっかけです。人の言う事を聞かないフランス人が変わったのなら、付和雷同型の日本人も変わるのではないかと考えるのです。フランスの医療を見に行っているのではなく、フランス人の生き方、医療との付き合い方を研究しに行っています。

Q: 食べられなくなれば、そのまま放置して亡くなっていく。私もそういう道を選びたいのですが、周りの環境が許してくれない、放置した、虐待と言われかねないのではと思いますが。

A: 日本ではまだまだ認知しながらやらないといけないとは思いますが。このような選択をする人が増えてくれば、周りも大きく変わってやり易くなっていくと思います。

Q: フランスの終末期の考え方が変わった背景には2002年の**患者保護法**、2005年の**尊厳死法**が出来たのも大きな変化の要因ではないでしょうか。日本でも同じような法律が出来ることが必要なのではと思いますが。

A: それはありますが、2000年くらいから変っているようです。この法律が出来た事で医療者が対応し易くなったと言う事は間違いないようです。2002年3月4日法「患者保護法」は、医者は患者の望みを最優先しなさいと言う法です。2005年の「尊厳死法」は、二人の医者が継続治療の意味がないと署名した場合は家族が訴えても、それは医者の特権であるという法です。日本でも必要になるかと言う点では、民主党政権下の時に法律は一応出来ていますが、審議にはかけられていません。自民政権下になり何時でも出せる段階にありますが、周りの環境が整うようタイミングを見ている、もう少し時間がかかるかなと思います。

Q: 知らない事を多く教えていただきました。このような話はマスコミ等ではなかなか知れないのですが、取り上げる方法等はないのでしょうか

A: 自治体レベルでは話が色々来て、講演をする機会も増えていきます。放送で取り上げますと一部だけを見ておかしいと異を唱える人も出てきますので、中々難しい処もあります。週刊誌では「スウェーデンの死に方特集」「100歳時代の悪夢」等取り上げられる機会も出てきています。

Q: 本日は普段聞けないタブー的な話も聞かせて頂き有難うございました。地域包括ケア病棟、開いている病院と開いてない病院があるようですが

A: 二つの働きを持っている病棟です。例えば千葉大学病院に入院していて治療が終了したので家に帰ってください、と言われたたがもう少し訓練しないと家に帰れない、と言うのを直して帰れるようにする在宅復帰支援機能と在宅で療養中の高齢者が一時的に脱水とか肺炎になった時、緊急に受け入れる機能も持っている病棟をさします。地域包括ケアシステムの要の一つと期待されていますので、民間病院で200床あるとその内50床を包括ケア病棟にするというのが最近増えて来ています。

高橋 泰(たかはし たい)先生のプロフィール

1959年石川県金沢市生まれ

1986年金沢大学医学部卒、東大病院研修医、東京大学医学系大学院(医学博士(医療情報))、米国スタンフォード大学アジア太平洋研究所客員研究員、ハーバード大学公衆衛生校武見フェローを経て

1997年国際医療福祉大学教授

2004年－8年医療経営管理学科長、09－15大学院教授、2016年より現職

専門は二次医療圏DBを利用した日本の医療提携体制の再構築、データーを活用した病院経営管理、高齢者の機能衰退に応じた提供体制整備

主な著書

「TAI高齢者ケアプランビジュアル作成(日経BP)」 「DPC実践テキスト(じほう)」

「医療と介護の連携のための疾患別ケアマネジメント基礎講座 vol.1(日本介護支援専門員協会)」等

所属学会

日本医療経営学会 理事

日本医療病院管理学会 評議委員