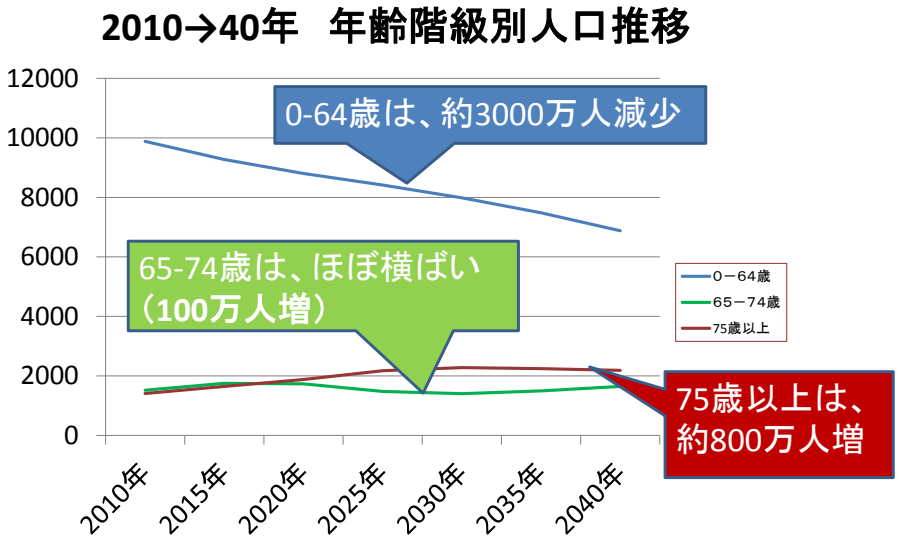
１．日本全体の人口の推移

（図１）に示すグラフは、2010 年から 40 年にかけてのわが国全体の人口の動向を示す。



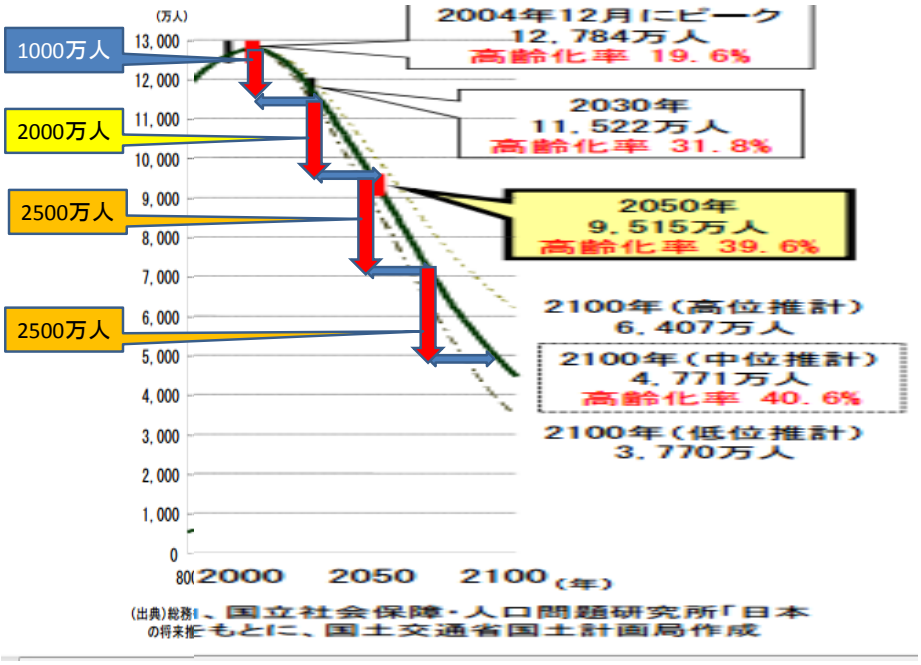
（図１:年代別人口推移）

（今後の大まかな年代別の人口推移）

0-64 歳　　今世紀末まで毎年 100 万人ずつ減少する

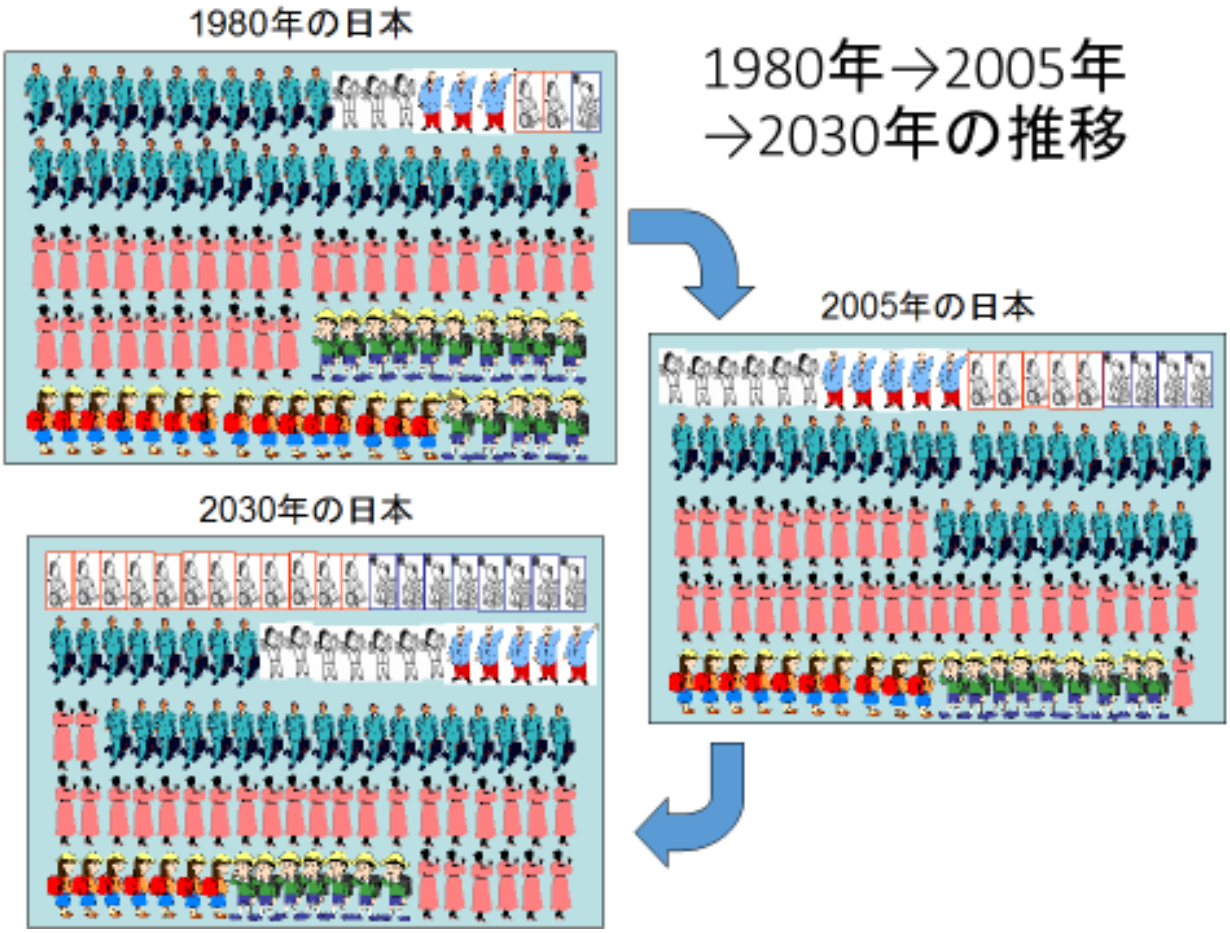
75 歳以上　2030 年まで毎年 50 万人増加、30-50 年横ばい、50 年以降 25 万人減少

以下の（図 2）は、今後 100 年間のわが国人口の動向を表す。2005 年頃がわが国人口のピークである。その後 25 年間、0-64 歳人口は年間 100 万のペースで減少するが、後期高齢者が年間 50 万人平均で増加で人口減少スピードは比較的緩やかで、2030 年は 11500 万人である。2030 年以降、後期高齢者の増加が止まり、年間 100 万人の若年人口減少のみが残り、2050 年には、わが国の人口は 1 億を下回っている。その後、後期高齢者の人口減少が始まり、総人口の減少スピードが加速され、今世紀末は、5000 万人台になることが予想される。



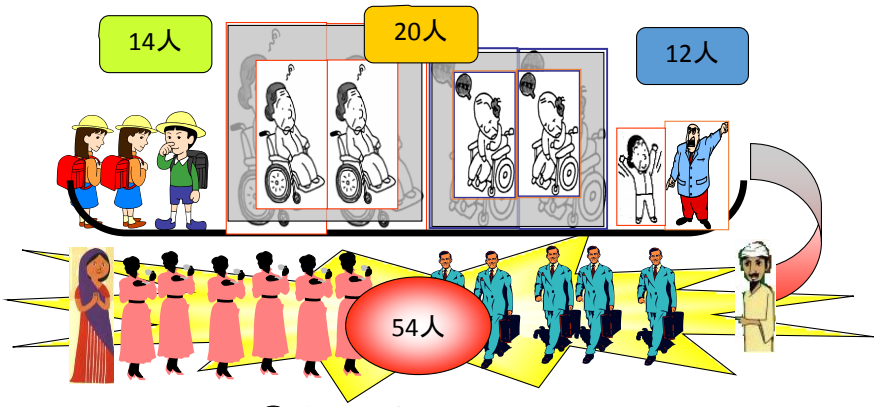
（図２：我が国の人口推移）

わが国の人口構成の推移



人口推移から考えられるわが国が取り組むべき対策

②後期高齢者の負担を小さくする



④外から入ってきてもらう

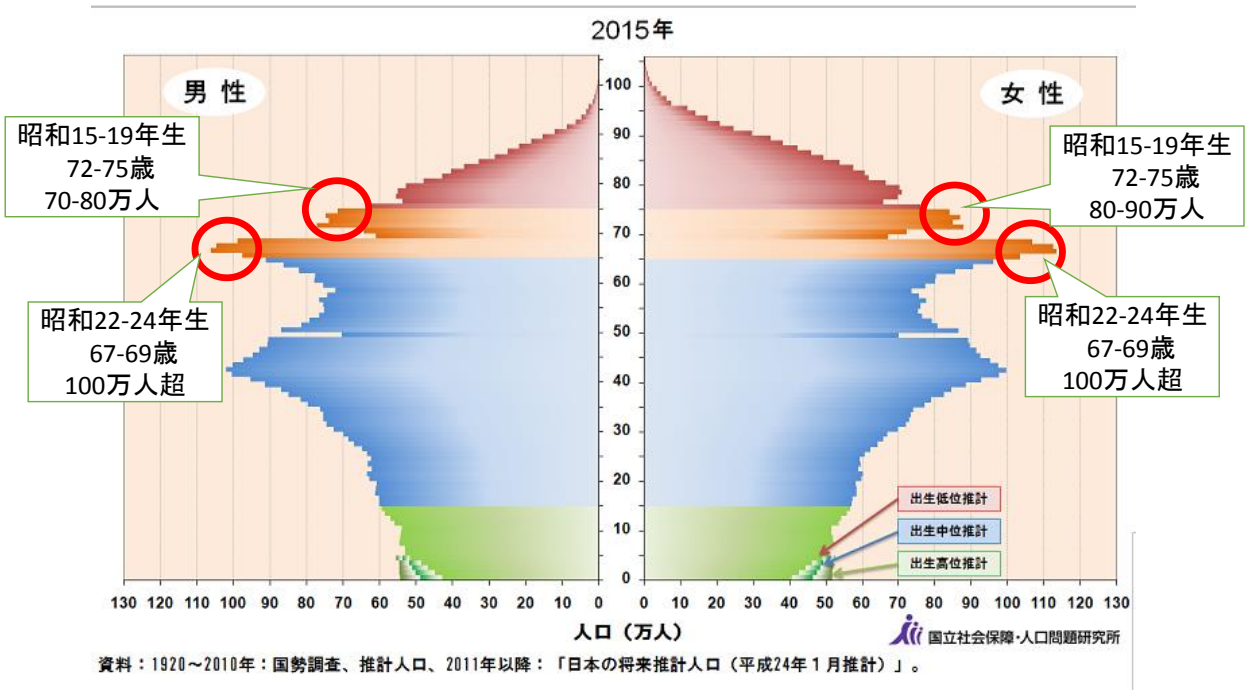
③支える側の生産性を上げる

①前期高齢者を支える側に回ってもらう

日本全体の高齢化の動向

わが国の後期高齢者人口は、1995 年 700 万人、2010 年 1400 万人、2025 年 2100 万人と 1995 年から 2025 年にかけての 30 年間に、急速かつ一本調子で増加した。この 30 年間に後期高齢者が急速に増えた最大の要因は、1995 年から 2025 年の 75 年前に相当する 1920 年（大正 10 年）頃から 1,950 年（昭和 25 年）頃の 30 年間が、基本的に多産の時代であったことである。この時代に生まれた子供たちは、4 人 5 人兄弟は珍しくなく、この期間はその前後の期間よりも年間 50 万人以上多い年間 200 万人程度の子供が生まれている。

ただし(図 3)に示すように、終戦の 1945 年（昭和 20 年）と翌年である 1946 年（昭和 21 年）の 2 年間は出生数が少なく 150 万人レベルまで低下するが、逆に 1947 年（昭和 22 年）から 1949 年（昭和 24 年）にかけての 3 年間は出生数が激増し、250 万人以上の子供が生まれた。いわゆる「団塊世代」の出現である。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（＝250 万／200 万）の出生数であるので、団塊の世代が 75 歳を超える 2022 年、23 年、24 年には、これまでの 1.25 倍（＝250 万／200 万）の後期高齢者が出現する。出生数の谷間である 1944 年から 1946 年生まれの方が 75 歳をむかえる 2019 年から 2021 年に比べると、団塊の世代が 75 歳を迎える 2022 年から 2024 年に 75 歳を迎える高齢者数は、1.66 倍＝（250 万／150 万）に増えることになる。現在 75 歳を迎えている世代よりも 25%以上人口が多い団塊の世代は、現在 66 歳から 69 歳であり、まだ医療介護をそれほど必要としていないことが、東京圏の高齢化危機は起きていない一つの理由であるが、逆に団塊の世代の医療介護の需要が急増する 2025 年から危機的状況が顕在化してくる可能性が高い。



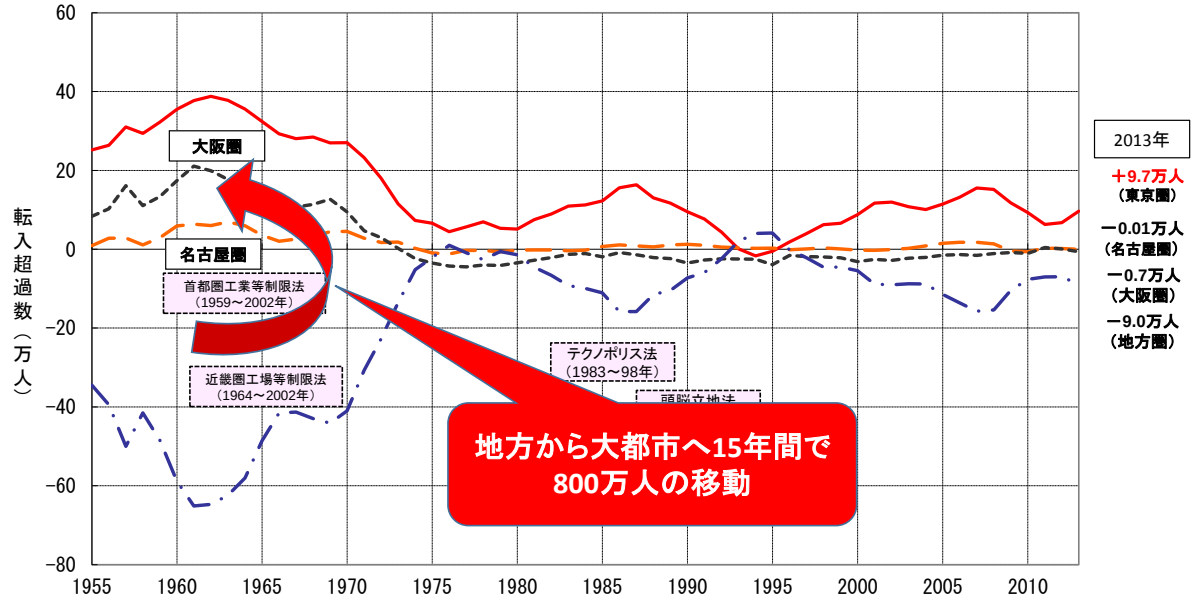
(図 3：　2015 年の日本の人口ピラミッド)

３．日本の少子高齢化の地域差（地方と大都市でこれから起きること）

今後日本全体で見れば、「少子化・高齢化」への対応が大きな課題となるが、当面対応すべき課題は、地方圏と大都市圏で大きく異なる。地方圏の課題は、日本創成会議が 2014 年に問題提起した“急激な人口減少”により引き起こされる「地域の縮小・消失」への対応である。一方大都市圏では、“急増する後期高齢者”により発生する危機的状況への対応、特に「医療・介護」の対応が喫緊課題になる。

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」への対応と言う一見全く異なったように見える 2 つの大きな課題であるが、実は両者の遠因は共通であり、しかも 50 年以上前の出来事である。(図 13)は、国土交通省の長期ビジョンに示された 1955 年から 2010 年までの三大都市圏・地方圏の人口移動の推移である。縦軸が人の移動人数を表し、プラスが流入、マイナスが流出を表す。この図に示された 1955 年（昭和 30 年）頃から 1970 年（昭和 45 年）の高度成長期の 15 年の間に起きた地方圏から三大都市圏への 800 万人の移動が、今日の地方圏の「地域の縮小・消失」と大都市圏の「医療・介護」への対応が必要になった主要な原因である。移動した人の多くは、就職や進学目的の若年層であった。地方からの流出のピークである 61～64 年は、1947 年から 1949 年生まれの団塊の世代の人達が中学卒業し、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 万人以上が大都市に流出した。地域差はあるが、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る。その半分以上が、東京圏に流れ込み、この頃東京圏だけで毎年 40 万人近い人を地方から受け入れた。

(図 13：三大都市圏・地方圏の人口移動の推移)



（出典：「住民基本台帳人口移動報告」をもとに作成した国土交通省長期ビジョン）

今年は、1955 年に 15 歳で大都市に流出した 1 期生が 75 歳を迎える年に相当し、今年当たりから地方でも大都市でも、「流入流出要因」が顕在化し始める。

この人口の大移動により、まず地方圏、特に村落部において高齢化が急速に進行、1990 年頃より地方に残った団塊の世代の親の世代が 65 歳を超え、住民の半数以上が 65 歳を超える“限界集落”が各地で出現するようになった。また地方圏から大都市に移動した人が地方に留まっていれば、地方圏で生まれていたはずの子供が大都市圏で生まれており、地方圏での

出生数の減少は、高齢化の進展以上に急速に進んだ。(図 14)は、わが国の地域別の 2010 年から 2040 年の 0-64 歳人口の増減率を表している。わが国全体で見れば、2010 年に 9700 万人いた 0-64 歳人口が、2040 年には 6700 万人まで減少、減少率が 31.5%になる。しかも全国一律に 0-64 歳人口が減少するわけではなく、地方の減少率が更に激しい。青色で示された地域が 25-40%減少であり、黒色で示された地域は 40%以上の 0-64 歳人口の減少が予測されている。昨年（2014 年）に日本創生会議が発表した「消滅可能性都市（市町村）」の多くは、黒色と青色で示された地域であり、地方圏の多くの地域は、真剣に「地域の縮小・消失」への対応が迫られている。

一方、大都市では 50 年以上前に大量に大都市圏に流入してきた人々への対応が、昨今急速に大変になってきている。大都市へ 1955 年から 1970 年に大量流入した世代は、現在 75 歳（昭和 15 年生まれ）から 60 歳(昭和 30 年生まれ)に相当し、これから 15 年ほどで一斉に後期高齢者になっていく。特に 2022 年から 24 年は、「団塊世代要因」にピーク時の年間 40 万人の「流入要因」が上乗せする形で、後期高齢者が増加する。現在は、昭和 30 年から 45 年にかけての地方からの流入してきた人々は、医療介護の負担が急増する直前の状態であるので、現在は東京圏の高齢者危機はおきていないが、これから 15 年間で顕在化してくる東京へ流入してきた人々の医療介護の提供負担の増加に、東京圏が耐えられるか、極めて不安である。

その結果、今後大都市の後期高齢者の急増が始まる。(図 15)は、わが国の地域別の 2010 年から 2040 年の 75 歳人口の増減率を表している。わが国全体で見れば、75 歳人口が 5 割程度の増加であるが、札幌、仙台、東京圏、名古屋圏、大阪圏、福岡などの大都市圏では、高齢者は倍増、あるいはそれ以上の増加を示す地域が数多くある。

（過疎地での若年層の大幅減少）

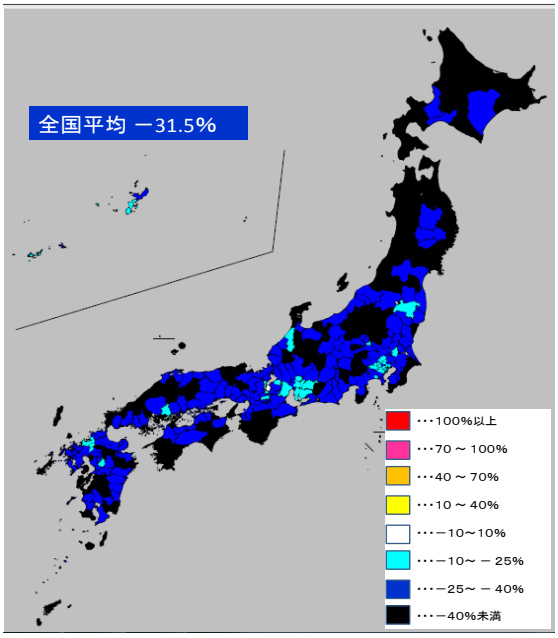


図 14：2010→40 年、0-64 歳減少率

（大都市部で後期高齢者の爆発的増加）

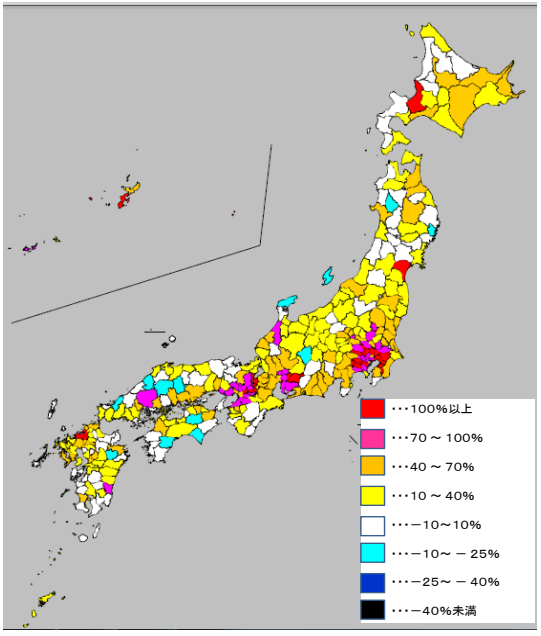
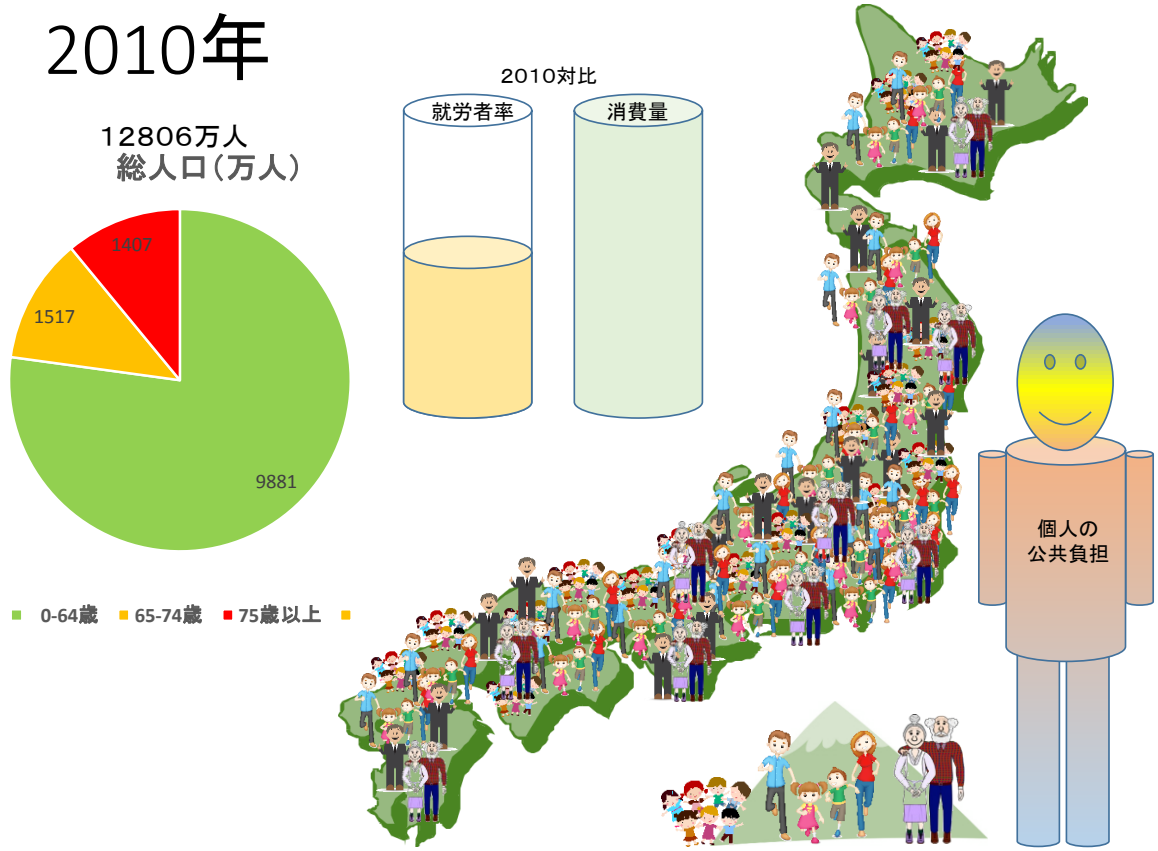
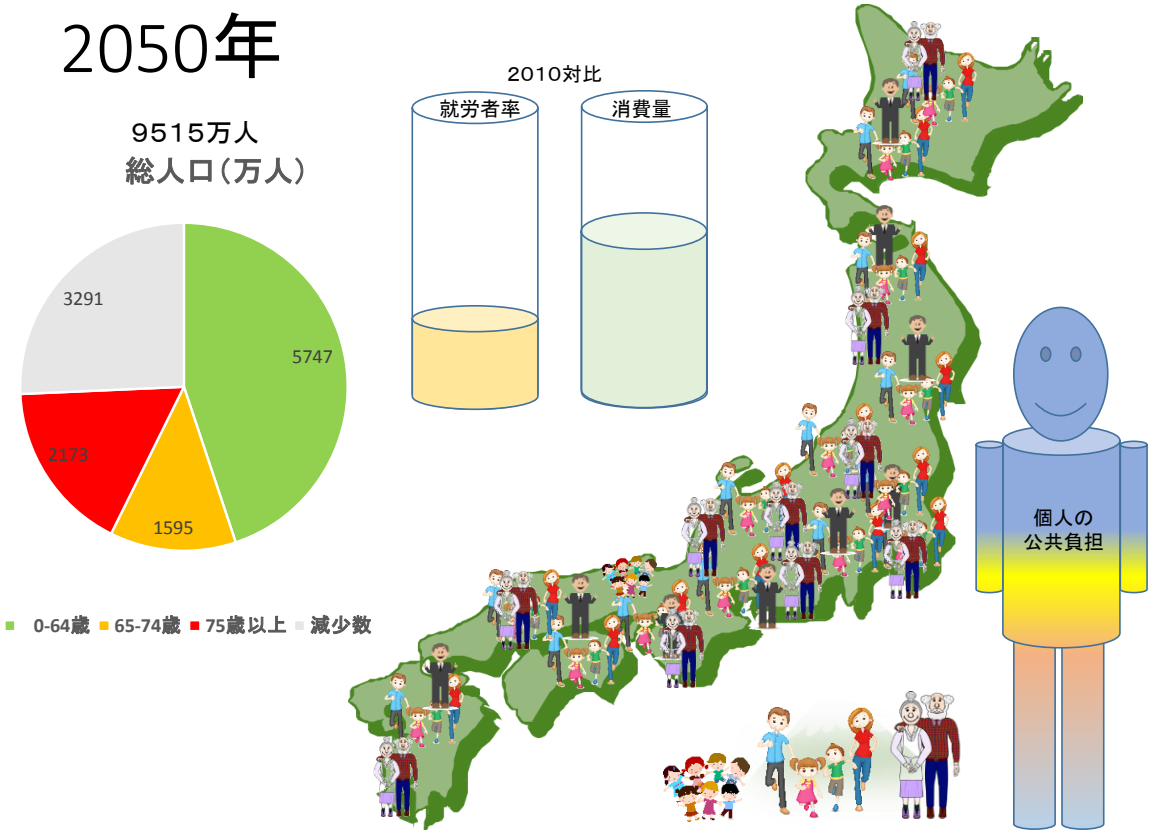


図 15：2010→40 年、後期高齢者増加率


2010年
12806万人
総人口（万人）
1407
1517
9881
0-64歳
65-74歳
75歳以上
2010対比
就労者率
消費量
個人の
公共負担


2050年
9515万人
総人口（万人）
3291
5747
2173
1595
0-64歳
65-74歳
75歳以上
減少数
2010対比
就労者率
消費量
個人の
公共負担

７．個人の生活、老い方、死に方、はどのように変わるべきか

処方箋２：老い方を自立型に、死に方を自然死型に変える

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ると「提供側の構造改革」だけでは不十分であり、「利用者の意識改革」が不可欠であろう。

ここからは筆者の持論である。2010 年と 25 年を比較すると、後期高齢者が全国的にみれば 1.6 倍に増加する。首都圏は 100%超の増加の地域も珍しくなく、医療も福祉も厳しい状況になる。このような状況に対処する方向性は、基本的に以下の２つにまとめられる。

基本的な対策の方向性１：後期高齢者の増加に応じて施設や人員を増強する

基本的な対策の方向性２：、一人当たりの医療・介護資源消費量を減らす

高齢者を支えるべき若年人口の急速な減少と 1000 兆円を超える借金を抱える国家財政を考えると、これまでの延長上である後期高齢者の増加に応じて施設や人員を増強するという方向性１は、遅かれ早かれ破綻する可能性は極めて高い。我々の目指すべき道は、方向性 2 であろう。

方向性２をもう少し具体的に述べると、一人の高齢者が、自立状態から死亡に至るまでの期間に使用する医療・介護資源量を現在の 2/3 に程度に減らすことであろう。この時の重要な付帯条件は、「その人の人生のトータルの満足度を下げずに」ということである。もしこのこれを実現できたとすると、後期高齢者の数が 1.5 倍になり、一人当たりの医療介護資源消費量が 2/3 になり、「1.5×2/3≒1」なので、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る。方向性 2 を目指す場合、参考になる事例がある。エンジンと電気モーターの 2 つの動力源を持つハイブリットカーである。1973 年と 1980 年のオイルショックを通し、省エネという考えが国民の間で芽生え、省エネ技術が発達した。その成果の一つがハイブリットカーである。ハイブリットカーは、1980 年頃の車と比較して格段に静かで乗り心地が良いにも関わらず、半分程度の量のガソリンで同じ距離を走行することができる。

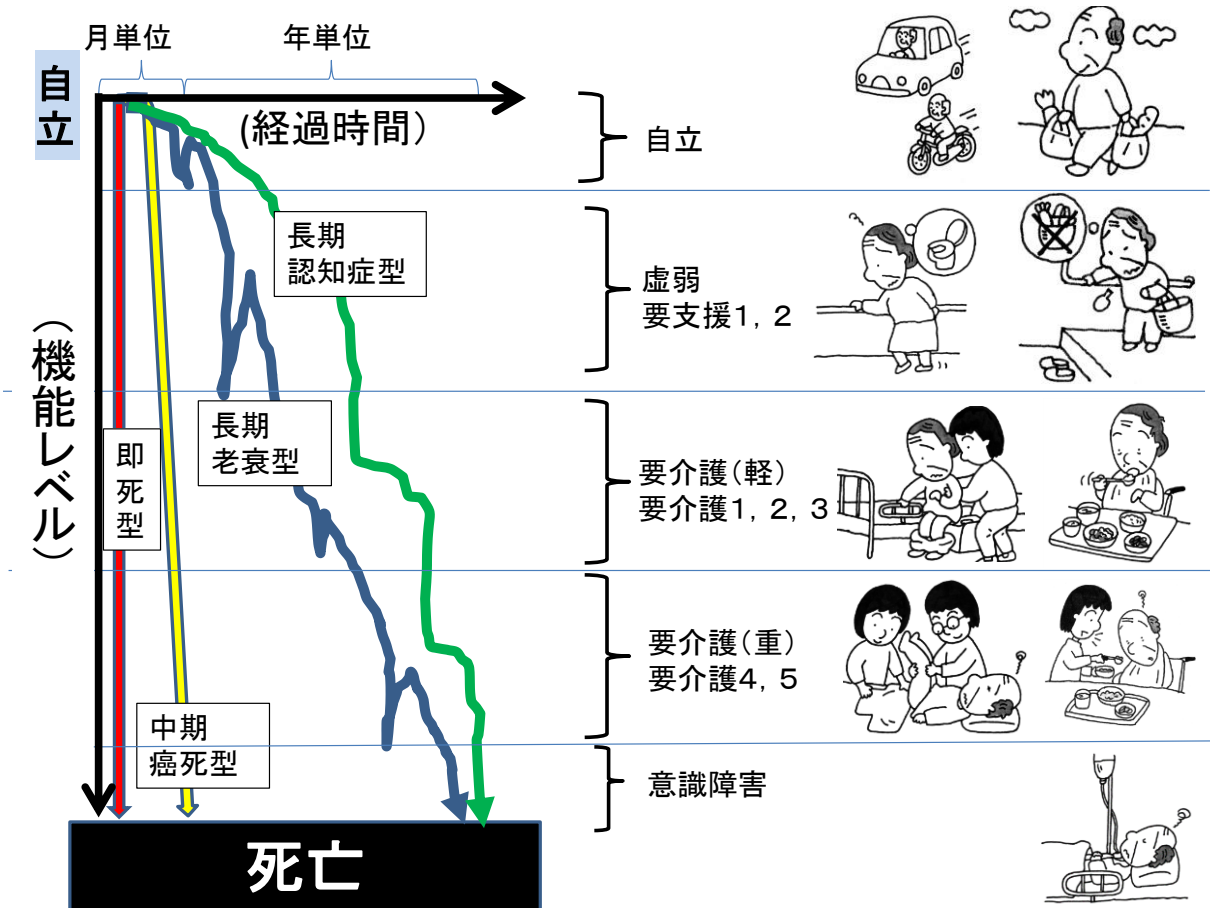
今後の日本社会も、多くの高齢者がこれまで以上に満足でき（少なくともこれまで程度の満足度を保ち）、かつ医療・介護の資源消費量が 2/3 以下で抑えることができるような環境・技術・死生観の国民への提供を社会全体として目指すべきであろう。

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

一人当たりの自立状態から死亡に至るまでの期間に使用する医療･介護資源量を現在の 2/3 に程度に減らすという目的を掲げるだけでは、どのようなことをすべきか対策が見えてこない。このようなときの一つの方法は、自立から死亡に至るプロセスを分類し、また自立状態から死亡に至るまでの期間をいくつかの段階に分割し、それぞれのプロセスの段階ごとの医療介護資源量を評価し、またどのようなことをすると医療介護資源消費量にどのような影響をあるかを、一つずつ検討し、どのような状態でどのようなことをする、あるいは行わないことの人生終末期の質や医療資源消費量に及ぼす影響を検討することである。

以下の(図 24)に、筆者が考える、自立状態から死亡に至るまでの期間の質や資源消費量を考えるためのモデル（案）を示す。

このモデルでは、自立から死亡に至るまでのプロセスを Y 軸（機能レベル軸）と X 軸（時間軸）の上で推移する、４つのパターンで表現する。Y 軸は、自立、虚弱、要介護（軽）、要介護（重）、意識障害の５段階にわけ、死にいたるパターンを、即死型、中期癌死型、長期老衰型、長期認知症型に分けている。それぞれのパターンのそれぞれの段階でどのような介入を行う、あるいは行わないことによる人生の質に及ぼす影響および医療介護資源量に及ぼす影響を検討し、どのようなことを行う、あるいは行わないことが、人生の質を落とさず、医療介護の資源消費量を減らせるかを検討すればよいと考えている。



(図 24: 自立状態から死亡に至るまでの期間の質や資源消費量を考えるためのモデル(案))

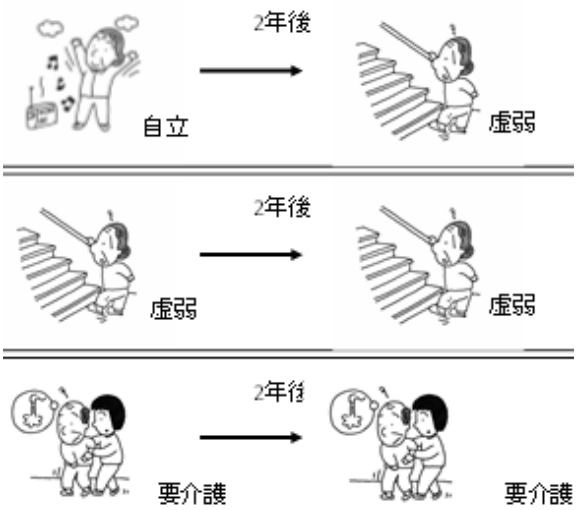
以下に、（１）虚弱から要介護（重）までの期間における介護サービスの多寡が、機能衰退のプロセスや期間に及ぼす影響と、（２）意識障害レベルの高齢者に対する胃瘻が人生の質や医療資源の消費量に及ぼす影響を論じた文章を掲載する。

医療・介護の介入が少なると、何が起きるのか

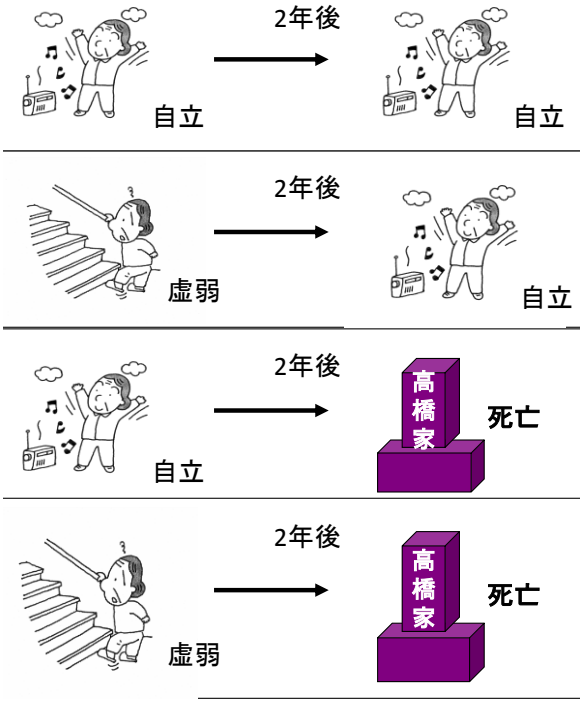
今後一人一人に提供される医療と介護サービスの提供量は減らさざるを得ないだろう。それでは医療や介護の提供量が少なくなると何が起きるのであろうか。筆者は、高齢化率・独居率が比較的低く、医療福祉サービス提供量が非常に多い相良村という地域と、高齢化率・独居率が高く、医療福祉サービス提供量が非常に少ない大三島という地域で、人の老い方がどのように違うのかを 5 年以上にわたり追跡調査を行ったことがある。

（図 25-1）に、医療福祉サービス提供量が多い相良村の高齢者の老い方の特徴を示す。相良村では、自立が虚弱に、虚弱が虚弱のまま、要介護状態の人が要介護状態まま留まる確率が高かった。相良村は、熊本県の山中にある、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している地域である。しかしこの人々の高齢者に対する優しさや、医療介護の手厚さに意外な落とし穴があるようだ。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うれしいが、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ことである。

（図 25-2）に、医療福祉サービス提供量が非常に少ない大三島の高齢者の老い方の特徴を示す。大三島では、自立の人が自立、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。医療・介護の介入が少ない大三島では、虚弱の状態でも人の援助がもらえず、そのときは厳しいが、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ほうが、虚弱や要介護の期間が短い人生を送れる可能性も高いようである。介護に頼りすぎない生活を目指せば、ピンピンころり型で老いていく可能性が高いように思われる。



（図 25-1：相良村の老い方の特徴）



（図 25-2：大三島の老い方の特徴）

2015 年 9/26、10/3 合併号　週刊現代

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ほとんどいないという。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、死を迎えているのか？

認知症でも外出は自由

「この施設には 40 人ほどのお年寄りが暮らしています。８割以上が認知症を患っていますが、寝たきりになっている人は一人もいません。自分の力で起き上がれない人でも、毎朝必ずスタッフが手伝って車椅子に乗せます。そして食堂で一緒に食事を楽しむのです」

こう語るのは、スウェーデンの首都ストックホルム郊外にある、介護サービス付きの特別住宅で働く介護士のアンナ・ヨハンソンさん。この住宅に暮らす人たちは、ほとんどが 80 歳以上のいわゆる後期高齢者で、在宅で介護サービスを受け続けることが難しいほどの要介護状態にある。

「ここでは、何より本人の意思が一番に尊重されます。散歩に出るのでも普通は誰かが付き添いますが、どうしても一人で散歩したいという人がいれば、ＧＰＳ付きの携帯を持たせて出かけるのを許可します。それで本人が事故に遭ったとしてもあくまで自己責任なので、施設の責任が問われることはありません。」

家族への介護の負担はない

現在の日本の病院では、死ぬ間際まで点滴やカテーテルを使った静脈栄養を行う延命措置が一般的。たとえベッドの上でチューブだらけになって、身動きが取れなくなっても、できるだけ長く生きてほしいという考えが支配的だからだ。しかし、そのような日本の現状を聞いた冒頭のヨハンソンさんはこう語る。

「スウェーデンでも 80 年代までは無理な延命治療が行われていましたが、徐々に死に方に対する国民の意識が変わってきたのです。長期間の延命治療は本人、家族、社会にとってムダな負担を強いるだけだと気付いたのです。日本のような先進国で、いまだに無理な延命が行われているとは正直、驚きました」

北海道大学中央労災病院院長の宮本顕二氏は、「スウェーデンの終末医療が日本と根本的に違うのは、たとえ施設に入っても原則的に同じ施設で亡くなるという点にある」と語る。

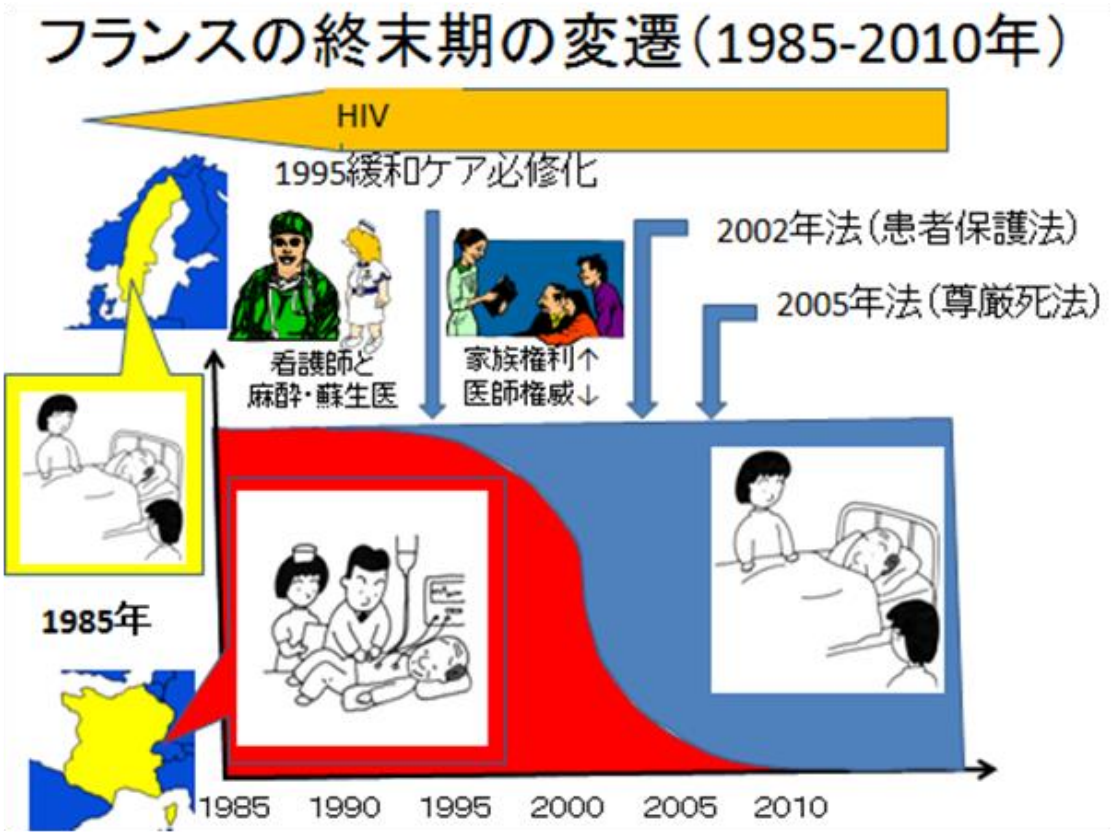
「日本の場合だと介護施設に入っても、病状が悪化すれば病院に搬送され、治療と延命措置が施されます。施設と病院を行ったり来たりして最終的に病院で亡くなるケースがほとんどです。自宅で逝きたいと思っても、死亡診断書の記載が厄介なので在宅での看取りを躊躇する医師も多い。

一方、スウェーデンではたとえ肺炎になっても内服薬が処方される程度で注射もしない。過度な医療は施さず、住み慣れた家や施設で息を引き取るのが一番だというコンセンサスがあるのです」

介護する側もされる側も、寝たきりにならないように最大限の努力をする。それでもそのような状態に陥ってしまえば、それは**死が近づいたサインだということで潔くあきら**める。それがスウェーデン流の死の迎え方なのだ。

フランスでも「食べられなくなったら諦める」ようになった

フランスでは、(図 26)に示すように、1990 年頃まで高齢者に対して胃に空けて栄養を入れる胃ろうが広く行われていたが、今日ではほとんどの人が食べられなくなったら諦めるというように劇的に死に方が変わった。1990 年頃のフランスでは、意識障害や認知症の高齢者が経口摂取困難になったときに、積極的に胃ろうが造設されていた。現在フランスでは、意識障害や認知症の高齢者が経口摂取困難になった場合、胃ろうなどの積極的な延命治療は、ほとんど行なわれていない。文献による確認はできていないが、2008 年から 13 年にかけて行った筆者の 6 回に渡るフランス医療視察で聞いた話を総合すると、1990 年代から 2000 年の初頭にかけて、決定的な理由がないままに、フランスは、嚥下障害のある高齢者に対して、徹底的に胃ろう造設を行う国から、行わない国になったようである。フランスの医療施設でスタッフから聞いた話によると、同国では最近胃に空けて栄養を入れる胃ろうや経管栄養は高齢者に対する虐待、食事介助は拷問に近い行為とみられているという。



(図２６:フランスの終末期の変遷)

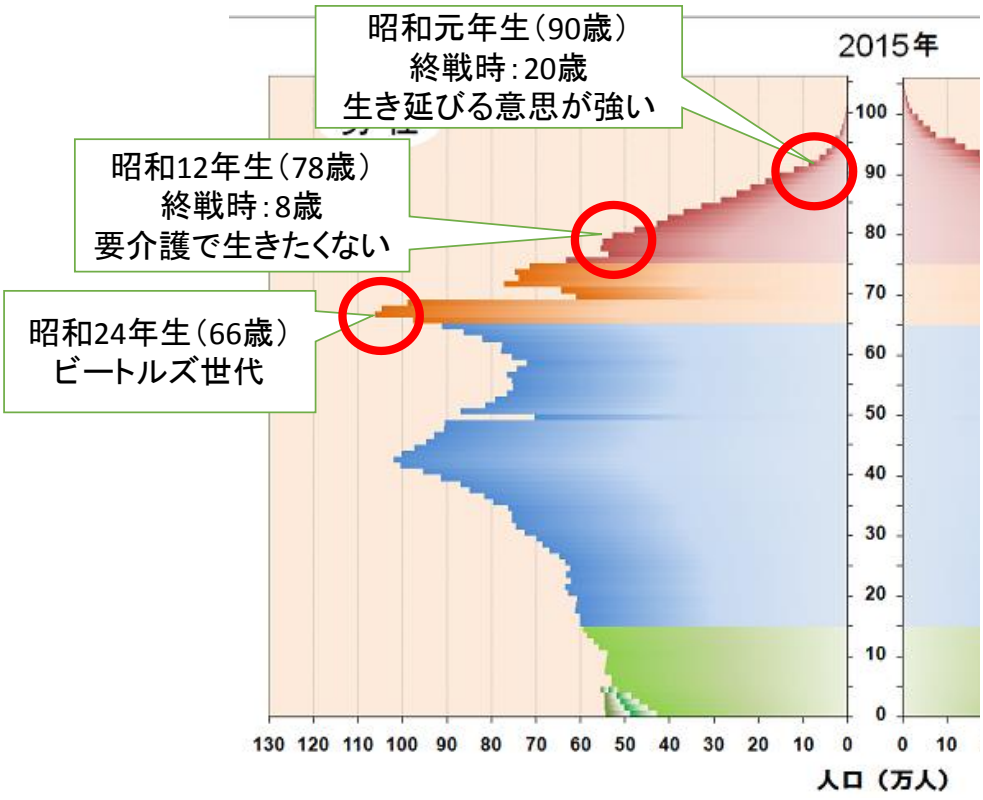
死に方は、国レベルで、かなり急速に変わる

2009 年の 10 月のある日、「日本にも、フランスの胃ろうのように短期間に行われなくなった現象がある」ということに気付いた。それは、仲人付き結婚式である。多くのフランスの医療関係者は、胃ろうが作られなくなったことに気付いているが、なぜそのような現象が起こったかを、上手く説明できないのと同様に、多くの日本人は、仲人付き結婚式が行われなくなったことに気付いているが、なぜそのような現象が起こったかを、上手く説明できないという点で、この両者は非常に似ている。

日本でも 2010 年頃から、胃ろうを希望しないケースが現れ始め、フランスと同様、決定的な理由がないままに、嚥下障害のある高齢者に対する胃ろう造設は減少傾向に突入したように思われる。

また（図２７）に示すように、これから高齢者の死生観も、急速に変化していくようだ。昭和元年生まれ(現在 90 歳)の高齢者は終戦時 20 歳、同世代の友人の多くが戦死し、生き残った自分達は「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 年生まれ(現在 78 歳)の高齢者は終戦時 8 歳、戦前教育を 2 年ほどしか受けておらず、かなり個人主義的になる。「重度の介護状態になっても生き続けたいですか」という質問に対して、多くの人が「そのような状況になってまで、生き続けたくない」という。昭和 24 年生まれの人（現在 66 歳）は、団塊の世代であり、ビートルズ世代である。この世代は、間違いなく延命をはっきり拒否する人が大半の世代であると思われる。

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ろうによる延命が、ほとんど行われない国になっていくと筆者は、予想している。



（図２７：年齢による死生観の変化）

－今後行きつく先の医療・介護の姿とは－（東京都病院会会報 5 月号抜粋）

国際医療福祉大学大学院教授　高橋泰

在宅復帰の推進について

厚生労働省は 2014 年の改定で、高齢者の「在宅への復帰」を鮮明にした。その背景には、高齢者が増えるのにこれまで通りの医療を続けていると、将来的に病院のベッドが飽和状態になり、病院が本来担う急性期医療に大きな支障が生じるという危機感がある。

例えば、今回の改定では、７：１病棟や強化型の療養病床を維持するために、患者をともかく自宅または居住施設に戻すことが強く求められるようになった。

地域包括ケアと在宅復帰が進んでいくと

在宅復帰と一体で厚生労働省が推進している地域包括ケアシステムは、北欧の高齢者ケアを手本のモデルとしていると思われる。その北欧では、寝たきり高齢者がほとんどいないことが、日本における地域包括ケア導入の意外な盲点になるような気がするのだ。北欧では自らの口で食事を食べられなくなった場合、嚥下訓練は徹底的に行われるが、それでも駄目な場合は、無理な食事介助や水分補給を施さず、そのまま自然な形で看取ることが一般的である。その結果、寝たきりになる前に亡くなることがほとんどであり、北欧には寝たきりの高齢者はほとんどいないことになる。よって北欧の高齢者ケアでは、寝たきりの高齢者への対応は、ほとんど考慮されていない。しかし、驚くほど日本の政策担当者も学者も、寝たきり高齢者がいない国の制度をわが国に導入する場合の影響を気にしていないように見受けられる。筆者の心配することは、地域包括ケアのお手本とした北欧のシステムが、ほとんど寝たきり高齢者のことを考慮していないので、このシステムを日本に導入した場合、当然のことながら独居で寝たきりの高齢者を在宅で看ることはできないだろうことである。

2011 年の震災の時、電気が不足し、我々は節電生活を余儀なくされた。これと同様、我々は地域の社会資源に応じた老い方、死に方しかできないことは明らかなので、地域包括ケアを推進するならば、北欧型の食べられなくなった場合、その事実を積極的に受け入れ、静かな死を迎える死に方を受け入れざるをえない状況がやってくることが予想される。

上記のようなことが進めば、日本人の老い方・死に方が制度の誘導により北欧型に変わるというより、制度に先行して国民の意識が変わり、老い方・死に方が北欧型に変わっていき、結果的に、「基本方針 2）地域包括ケアに合うように、**日本人の老い方死に方を北欧型に変えていく**」という方針が、あまり意識しないうちに実現されるということである。

日本の現在の高齢者ケアは、寝たきり高齢者への栄養補給、おむつ替え、清拭、褥瘡処置などのイメージが強いが、上記のような変化がおきれば、このようなケアを必要とする高齢者が激減することになる。今回の改定の在宅復帰や地域包括ケアの推進に関係する項目によって、一時的には現場が大きく混乱する可能性が高いが、中長期的に見れば、日本の医療が一度はどうしても通り抜けねばならぬ通過点であると考える。

結語

今後日本創成会議が提案した４つの「提供側の構造改革」が進行すると同時に、「食べられなくなったら諦める」という北欧型の終末期のスタイルを受け入れる「利用者の意識改革」が進めば、現在の日本の高齢者を支える医療・介護インフラ量と、2025 年の後期高齢者の医療介護の需要のソロバン勘定が合いそうである。逆に、提供側の構造改革も進まず、日本人の死に方に関する意識改革も進まなければ、医療介護提供量の極度の不足状態による東京圏高齢化危機が訪れ、その危機は日本中に急速に広がっていく可能性は極めて高いと思われる。

（団塊の世代へのメッセージ）

かっこよく老いて、**かっこよく**死のう

（自分で決めて、自立して）（食べられなくなったら、枯れるように亡くなる）