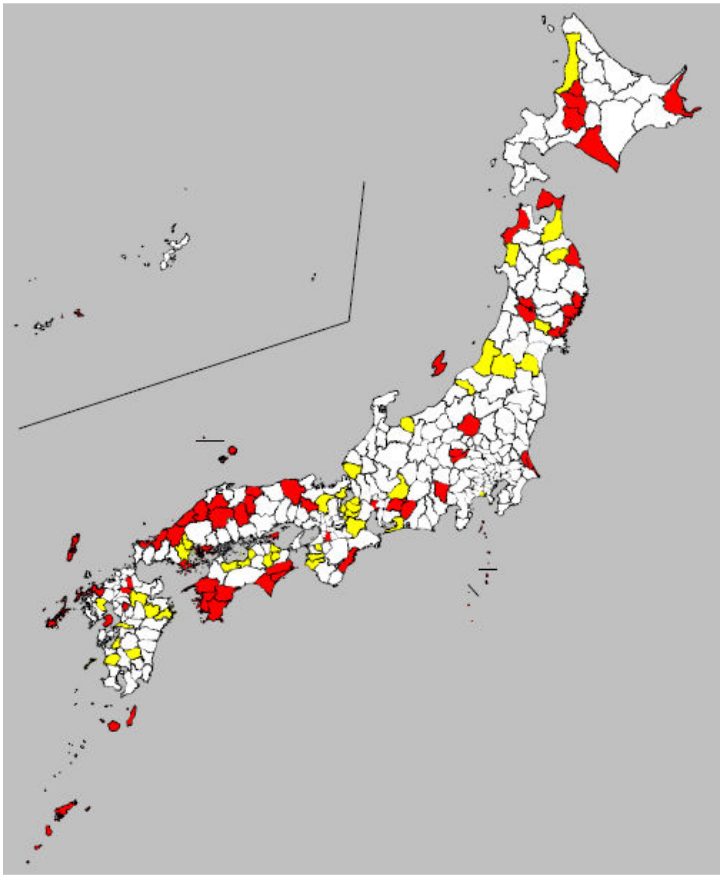
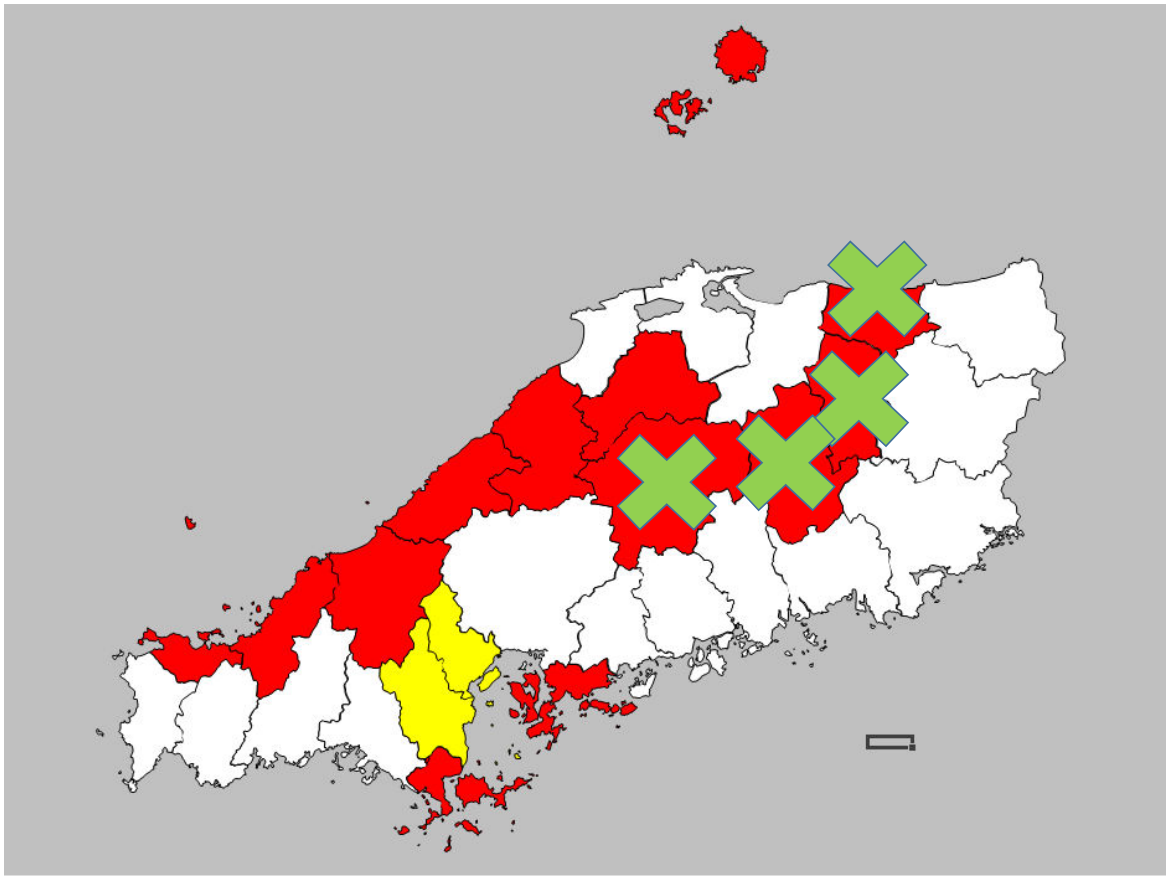
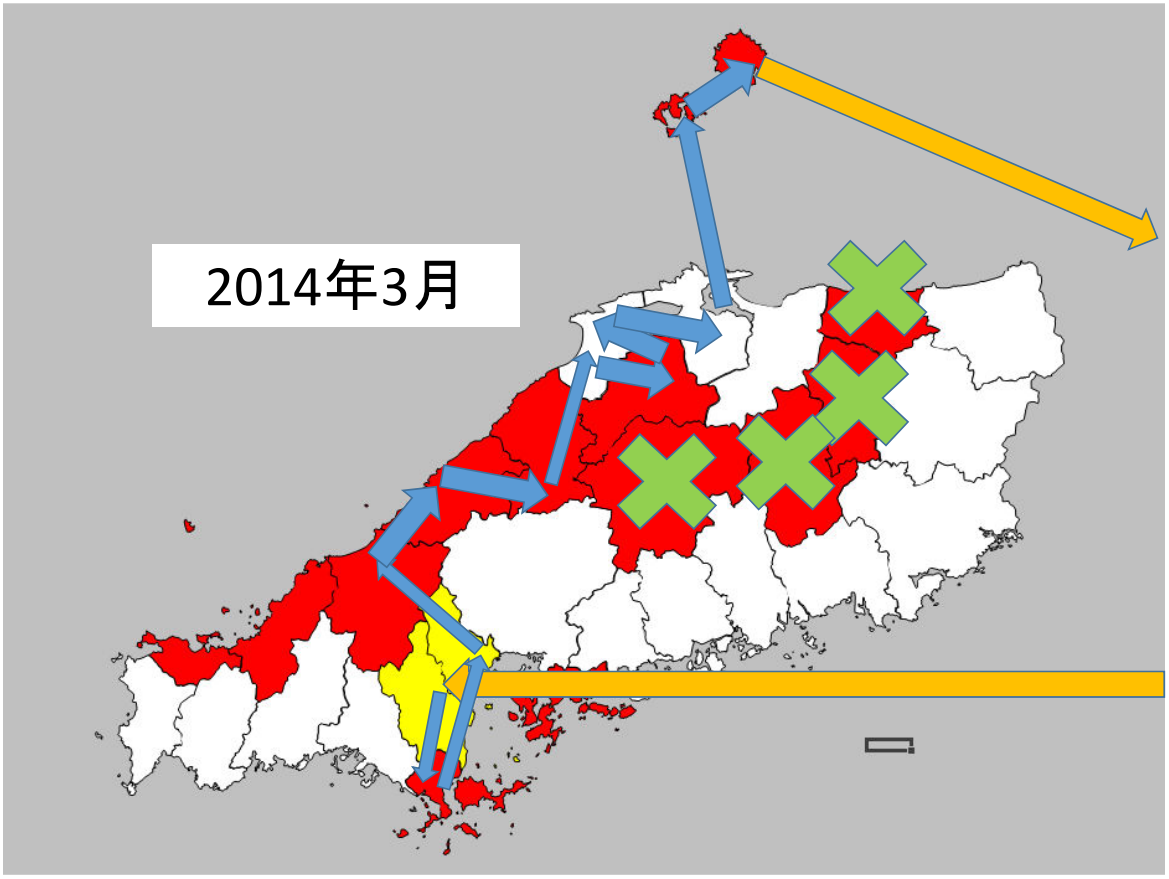
行ったことのない医療圏
（2012年10月時点）

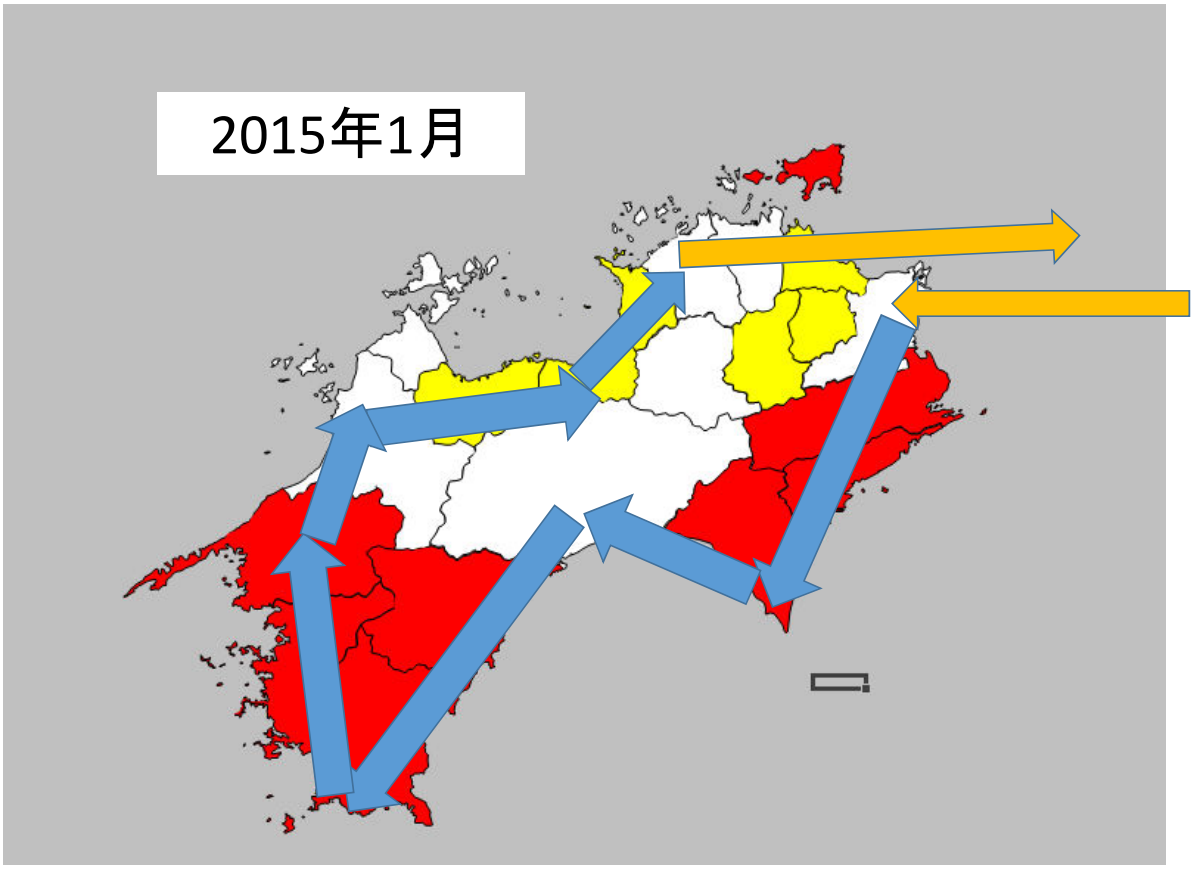
- 未踏の医療圏・・・61
- 通過のみ　　・・・40

2012年10月

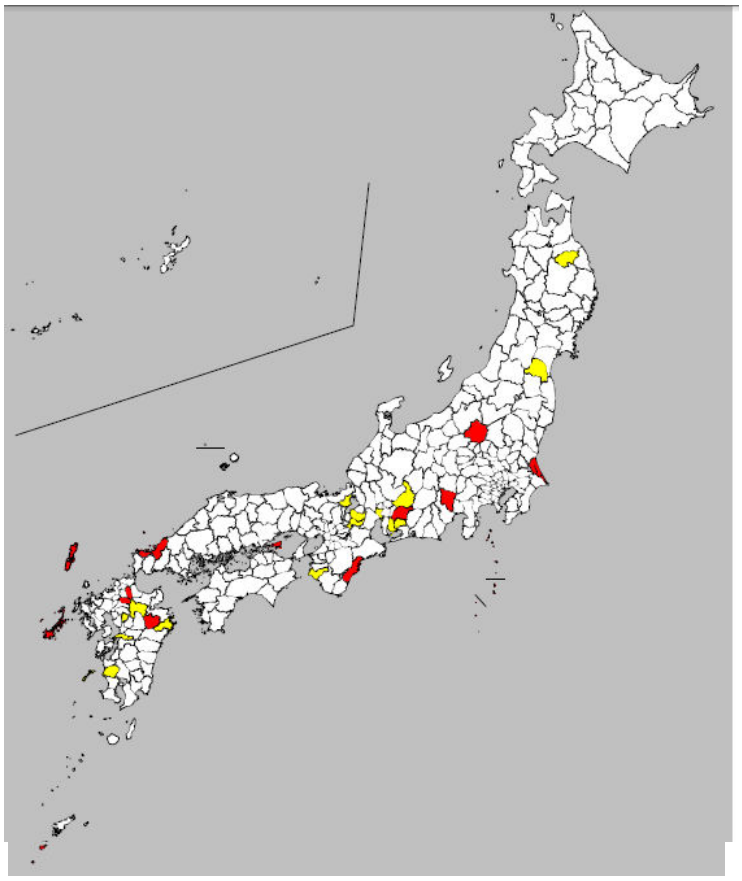


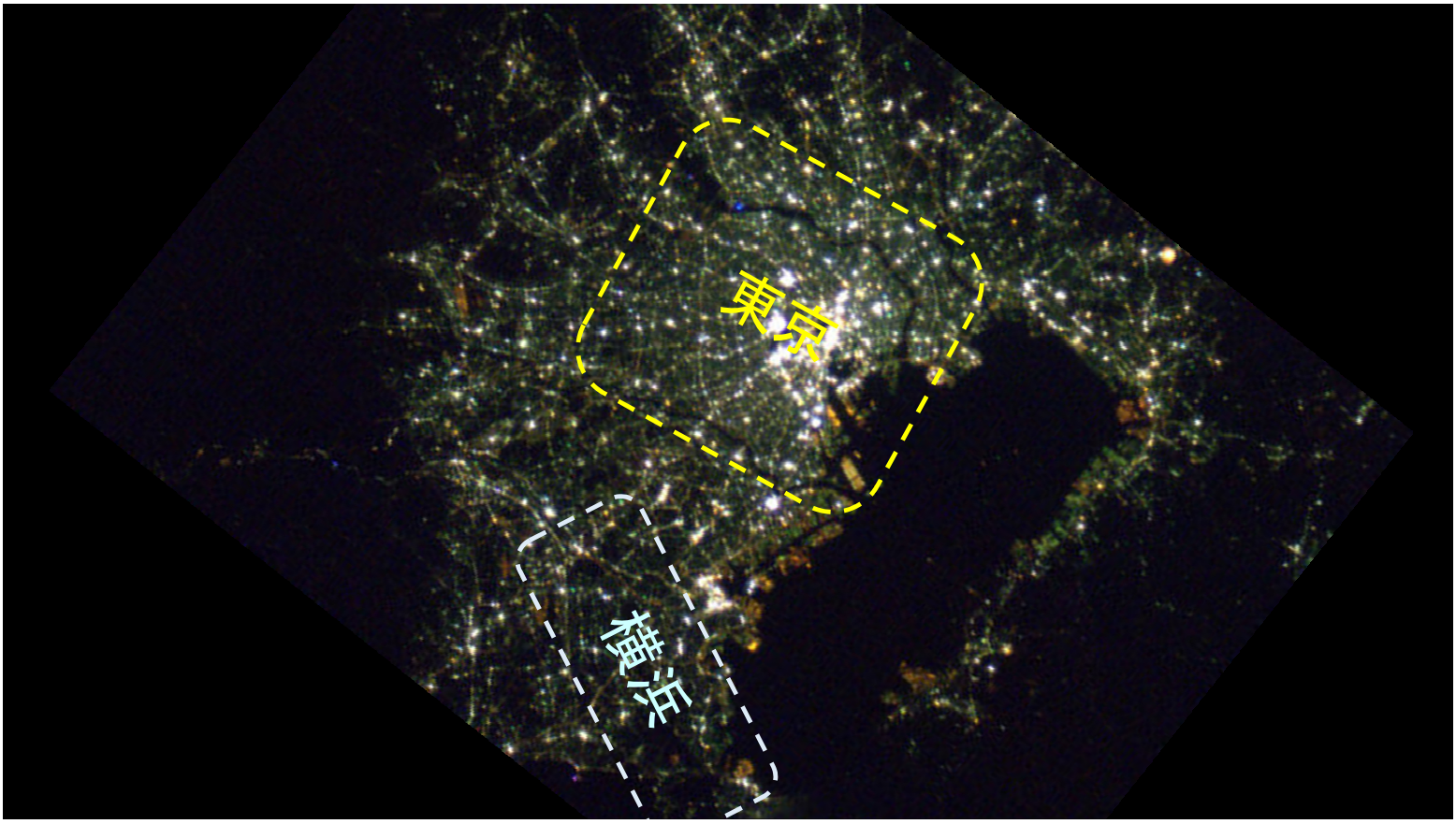


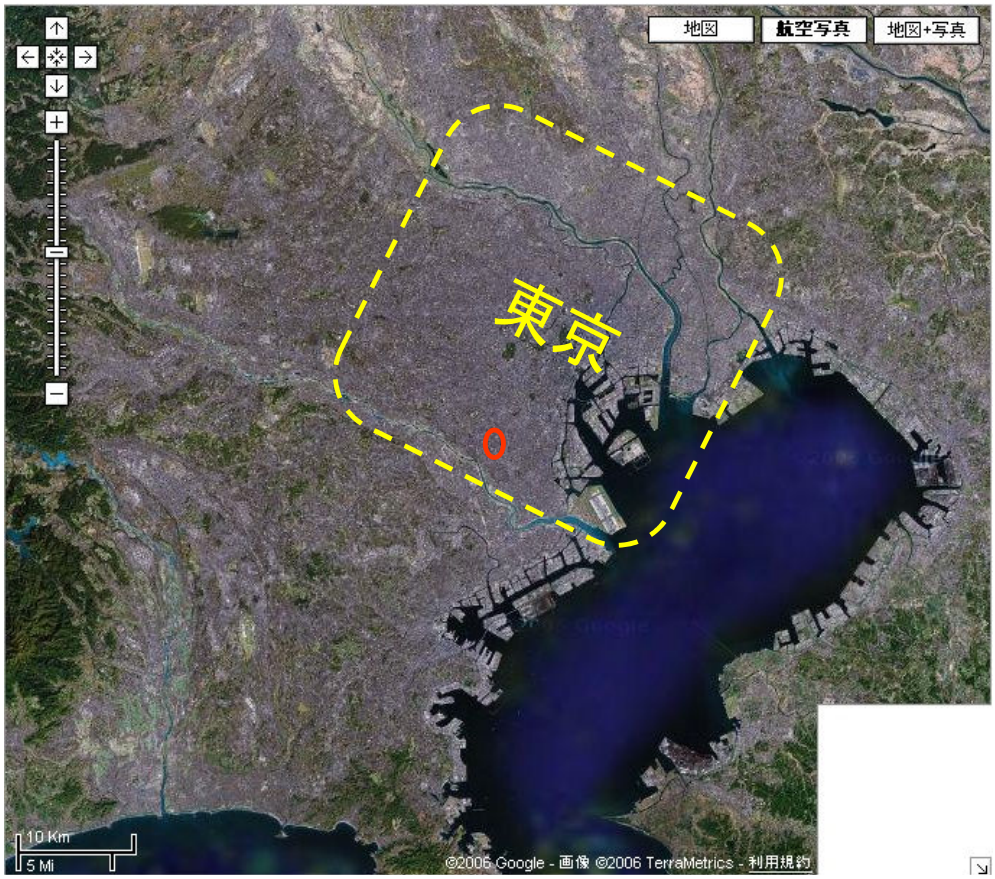

2014年3月


2015年1月

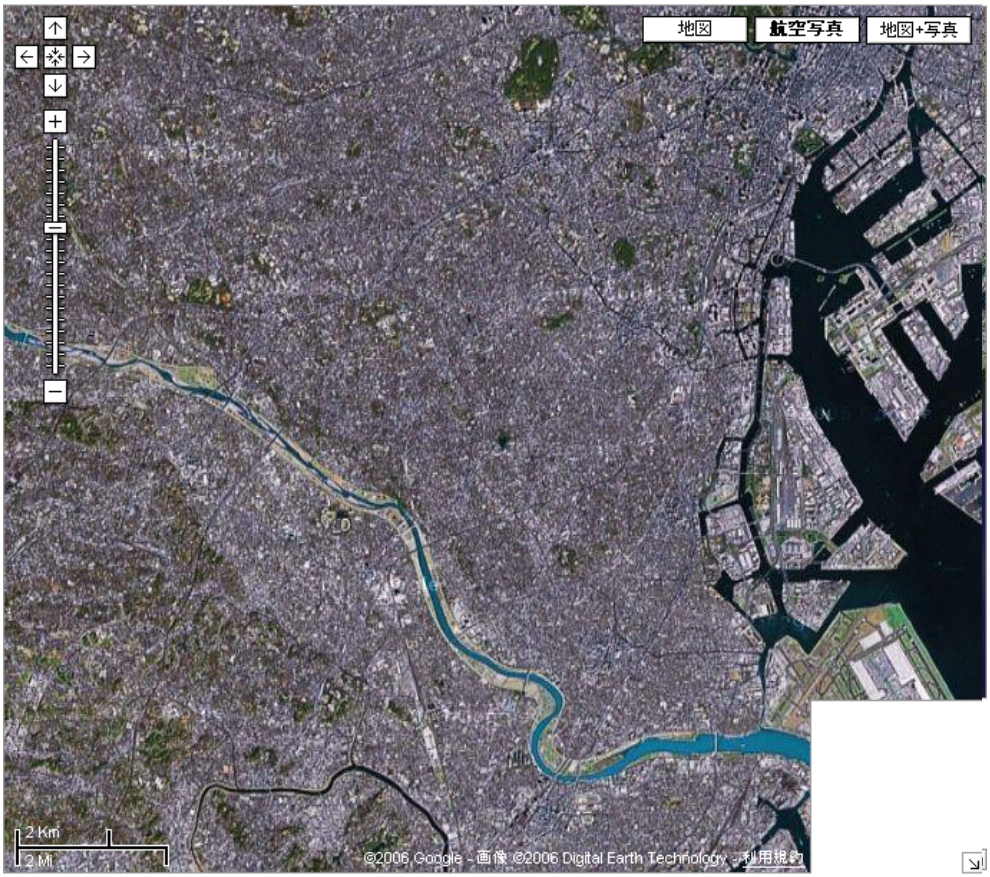
2015年1月31日

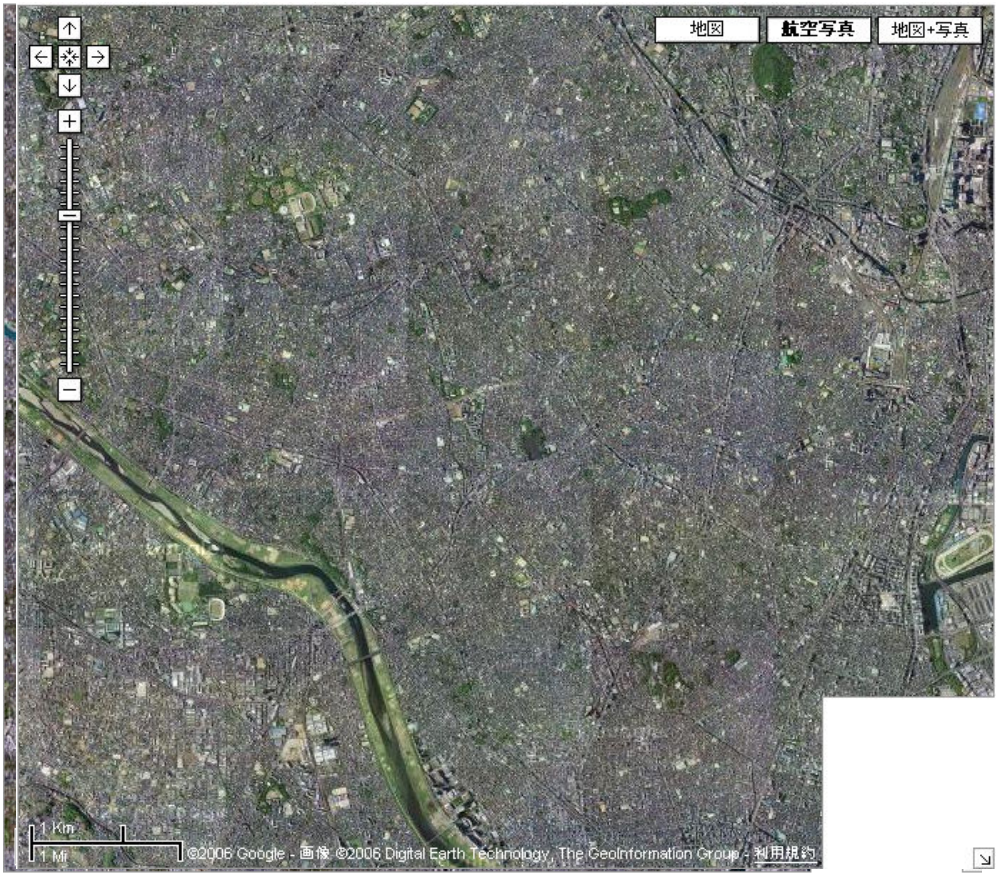


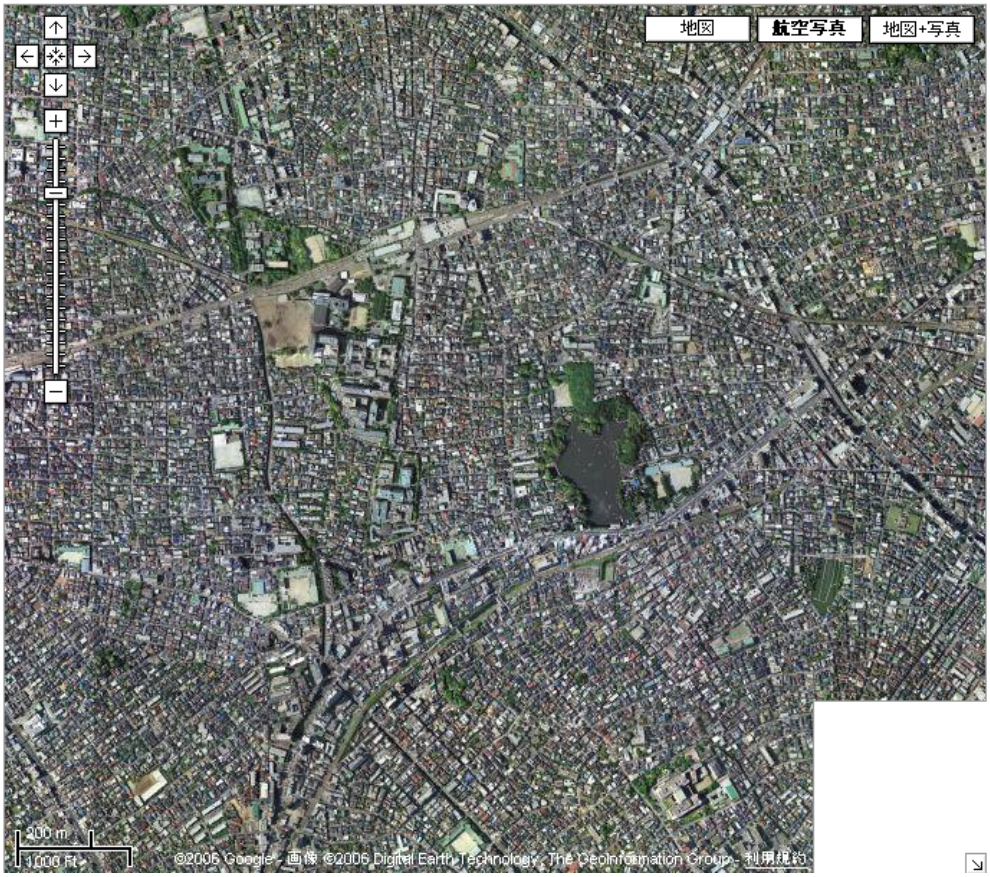


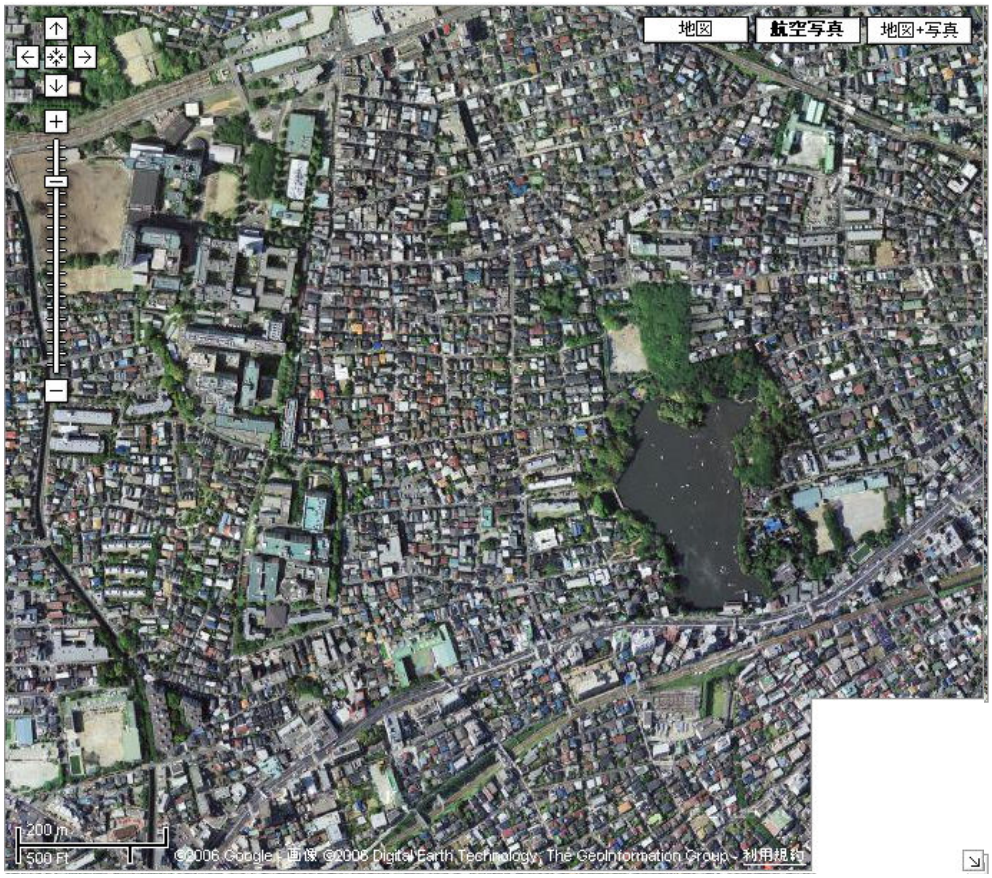

地図
航空写真
地図+写真
東京
10 Km
5 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 TerraMetrics - 利用規約

地図
航空写真
地図+写真
5 Km
2 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 DigitalGlobe, Digital Earth Technology - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
2 Km
2 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
1 Km
1 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
200 m
1000 Ft
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology - The GeoInformation Group - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
200 m
500 Ft
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology - The GeoInformation Group - 利用規約

地図
航空写真
地図+写真
100 m
200 Ft
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約

地図
航空写真
地図+写真
マノーハウス
モズハウス
ガーデン
方南山
3丁目
中川ハウス
メゾンゆう
千束
八幡神社
コーポ池畔
清水酒店
船木ハイツ
洗足ハイツ
千束保育園
ナイスアーバン
洗足池公園
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group, 地図データ ©2006 ZENRIN - 利用規

地図
航空写真
地図+写真
メゾンゆう
中川ハウス
©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group, 地図データ ©2006 ZENRIN - 利用規

地図
航空写真
地図+写真
大田区南千束の
高橋さんの家
メゾンゆう
中川ハウス
©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group, 地図データ ©2006 ZENRIN - 利用規

ミクロ（個別）の視点

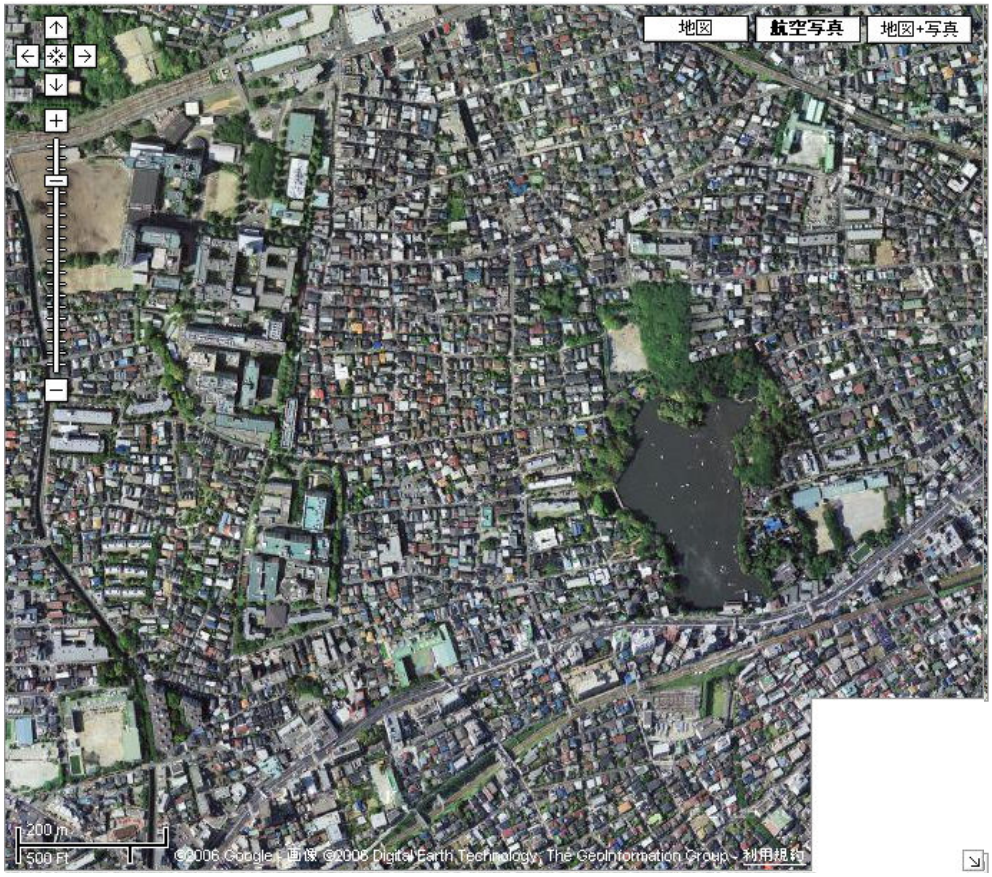
高橋さんの家は、東京の南の方に位置するんだ

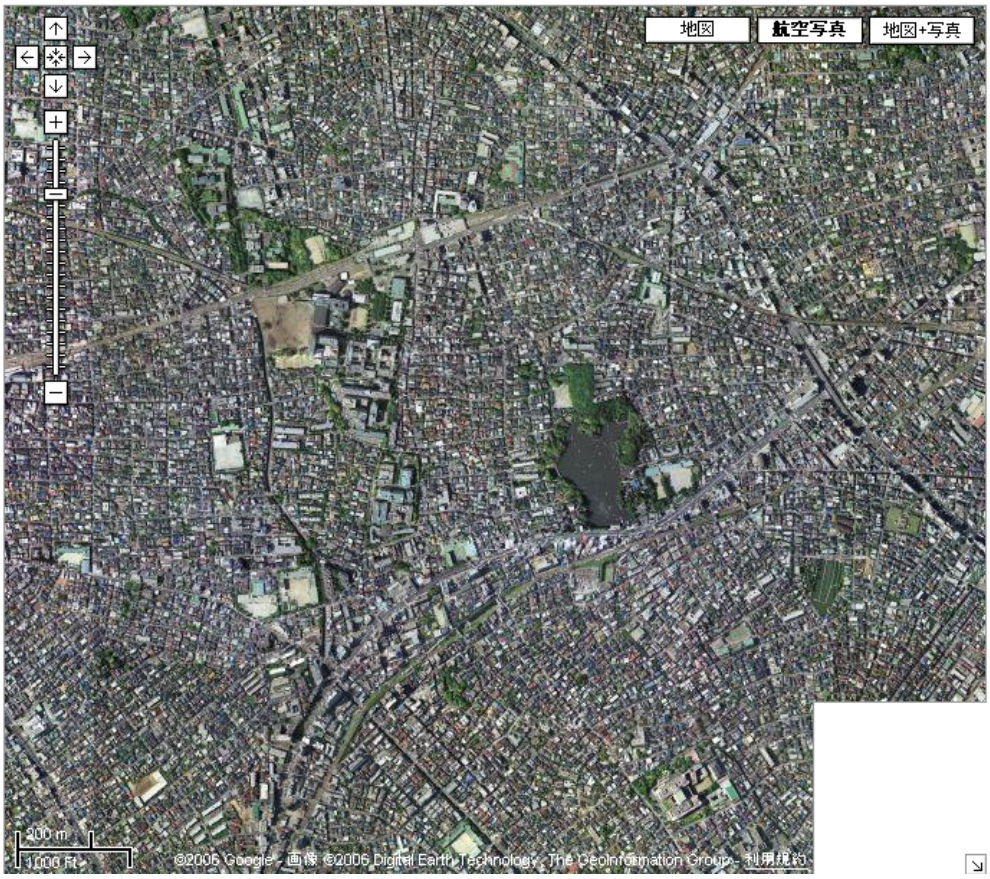
地図
航空写真
地図+写真
13
12
21
22
メゾンゆう
中川ハウス
20 m
©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group, 地図データ ©2006 ZENRIN - 利用規

地図
航空写真
地図+写真
13
12
21
22
メゾンゆう
中川ハウス
20 m
©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group, 地図データ ©2006 ZENRIN - 利用規

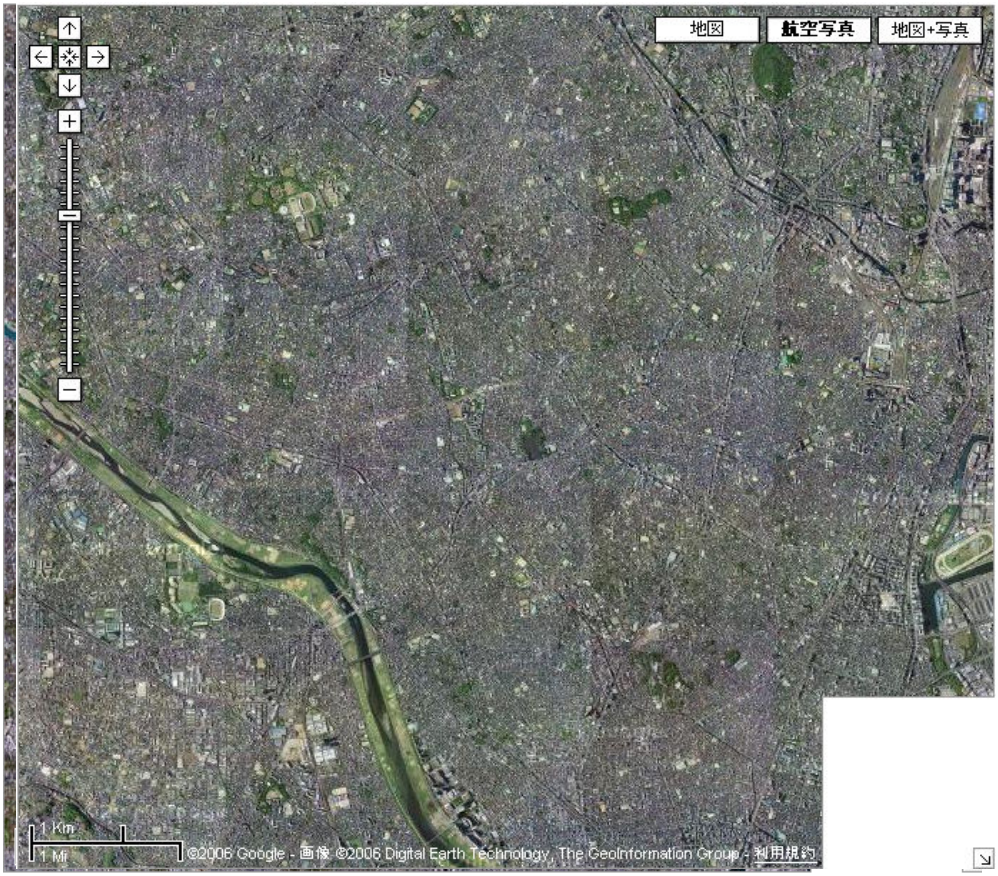
地図
航空写真
地図+写真
マノーハウス
モズハウス
ガーデン
有山
3丁目
中川ハウス
メゾンゆう
千東
八幡神社
コーポ池畔
清水酒店
船木ハイツ
洗足ハイツ
千東保育園
ナイスアーバン
洗足池公園
50 m

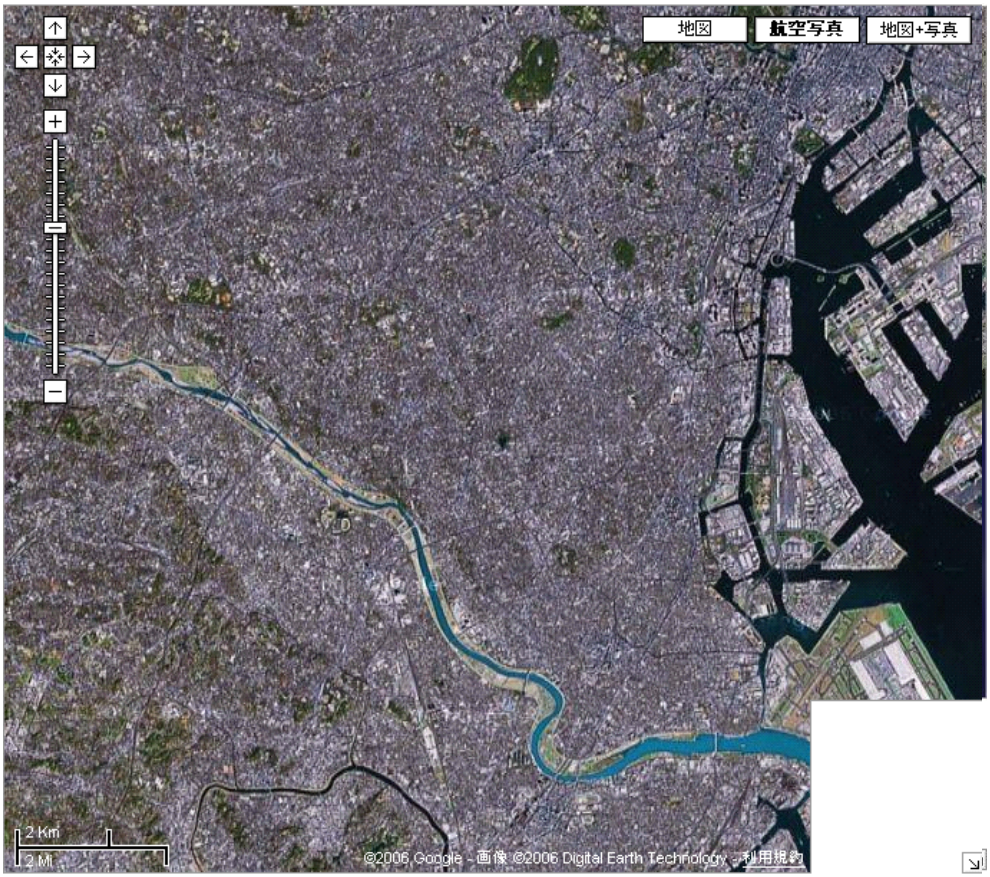
地図
航空写真
地図+写真
100 m
200 ft
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
200 m
500 Ft
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約

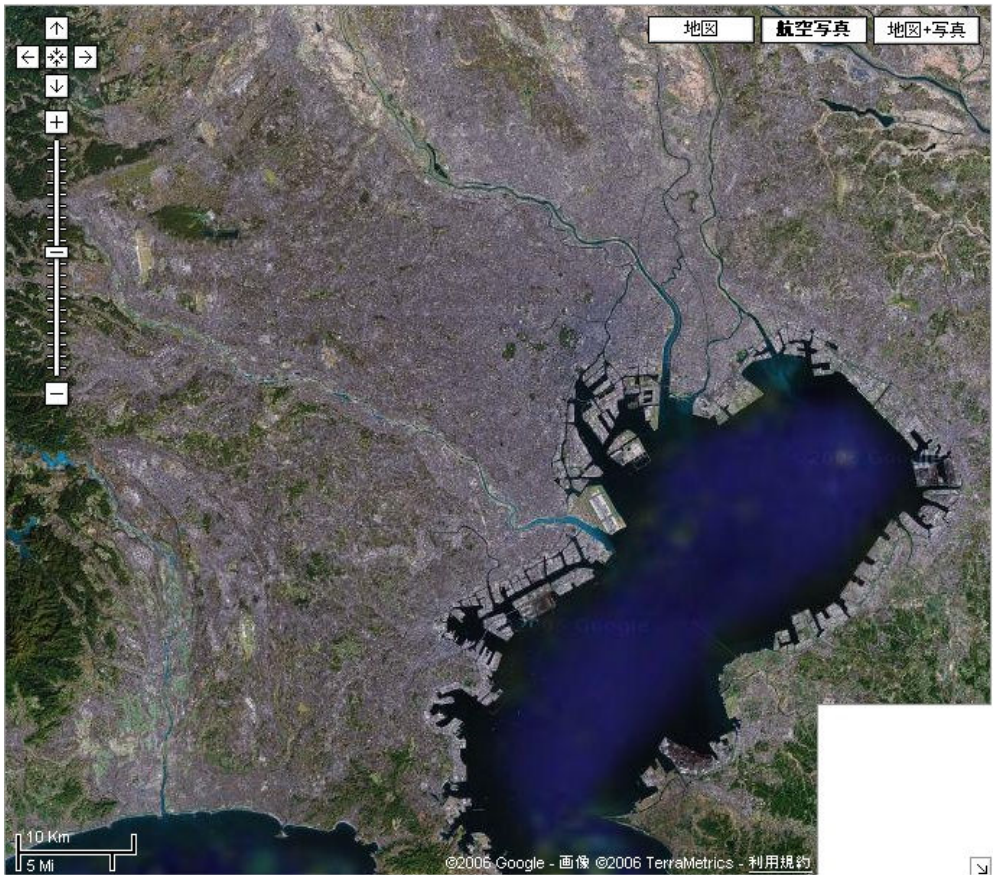

地図
航空写真
地図+写真
200 m
1000 Ft
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約

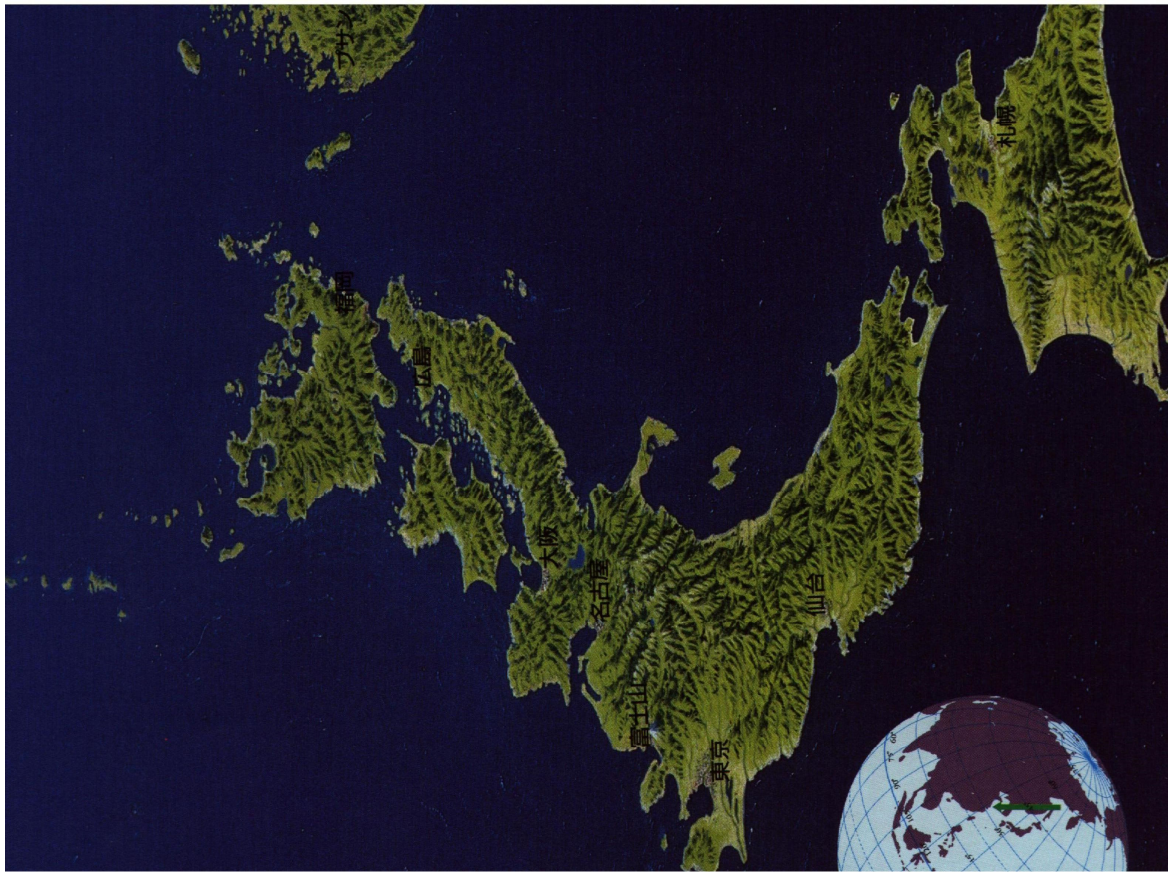
地図
航空写真
地図+写真
500 m
2000 ft
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
1 Km
1 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology, The GeoInformation Group - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
2 Km
2 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 Digital Earth Technology - 利用規約

地図
航空写真
地図+写真
5 Km
2 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 DigitalGlobe, Digital Earth Technology - 利用規約


地図
航空写真
地図+写真
10 Km
5 Mi
©2006 Google - 画像 ©2006 TerraMetrics - 利用規約


アサヒ
福岡
広島
大阪
名古屋
富士山
東京
仙台
札幌

1. 日本全体の人口(数)の推移

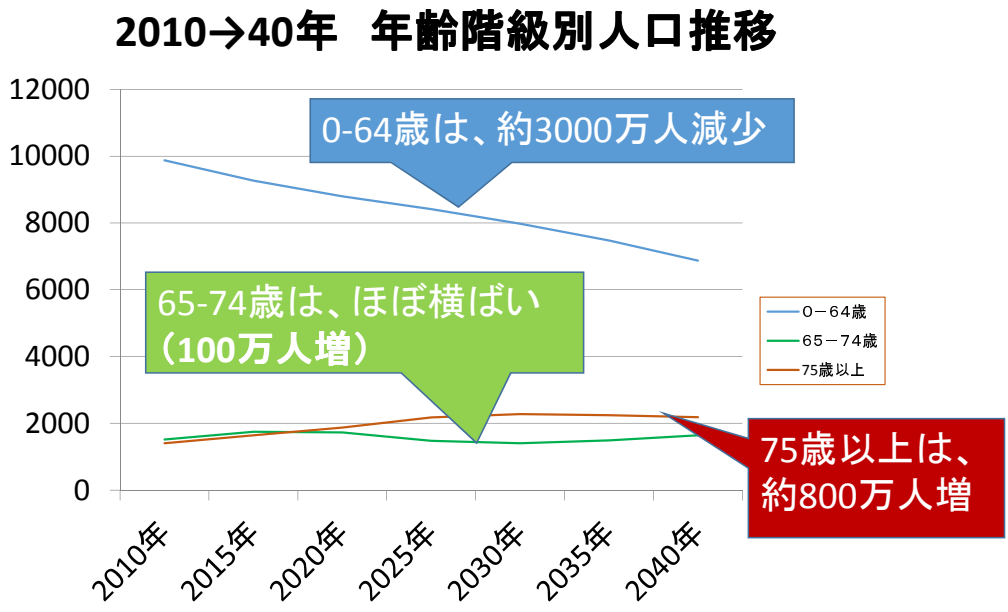
Ⅰ-①わが国全体では、
若年層が激減、高齢者が急増

（単位:万人）

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2010―40年の増減
総人口	12806	12666	12413	12070	11667	11219	10707	−2099
0―64歳	9881	9271	8802	8414	7983	7479	6876	−3005
65―74歳	1517	1749	1733	1478	1406	1495	1645	127
75歳以上	1407	1646	1878	2178	2277	2245	2186	779

（2010年人口は平成22年国勢調査、2015年以降人口は国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来推計人口　平成25年3月推計）

Ⅰ-①わが国全体では、
若年層が激減、高齢者が急増

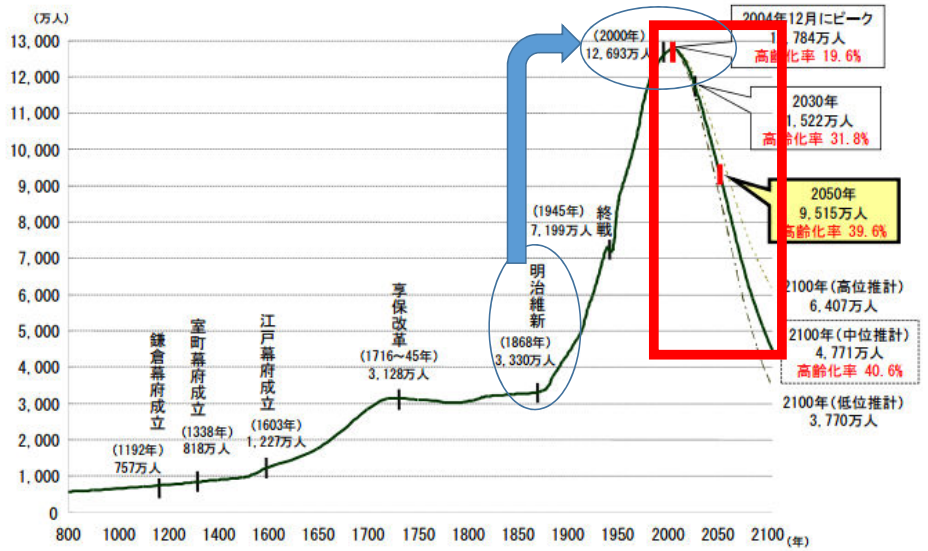


（今後の大まかな年代別の人口推移）

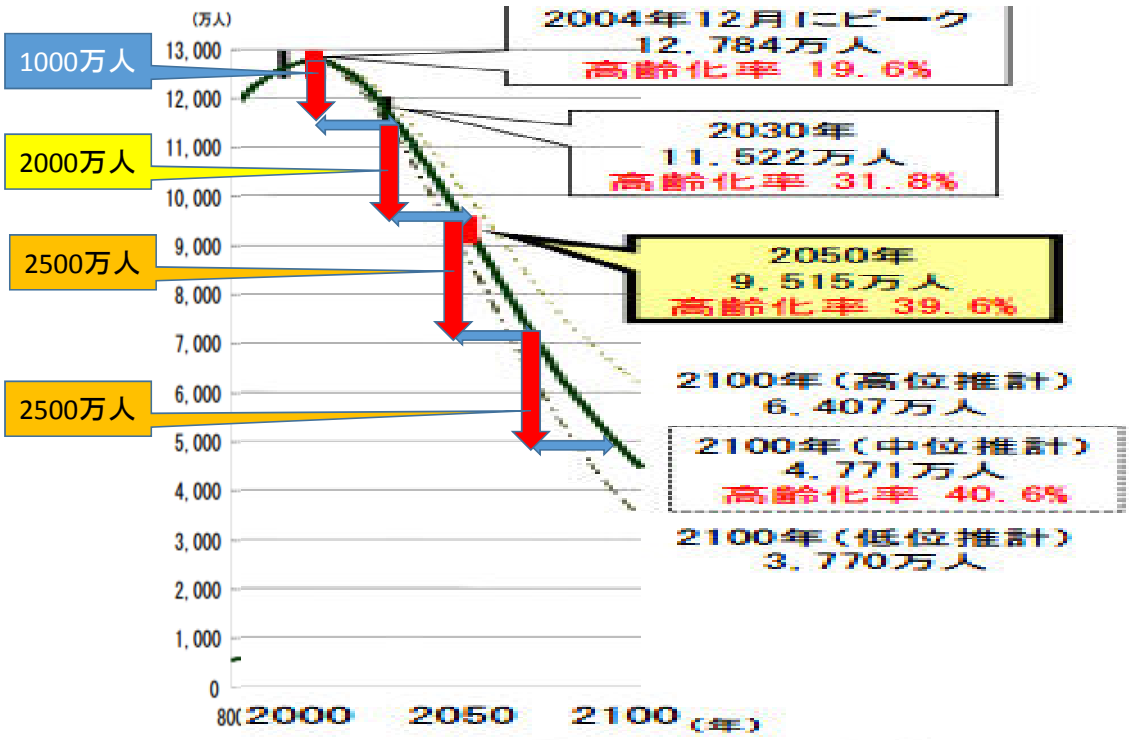
- **0-64歳　今世紀末まで毎年100万人ずつ減少する**
- **75歳以上　2030年まで毎年50万人ずつ増加、30-50年横ばい、50年以降25万人減少**

【図Ⅰ-1】我が国の人口は長期的には急減する局面に

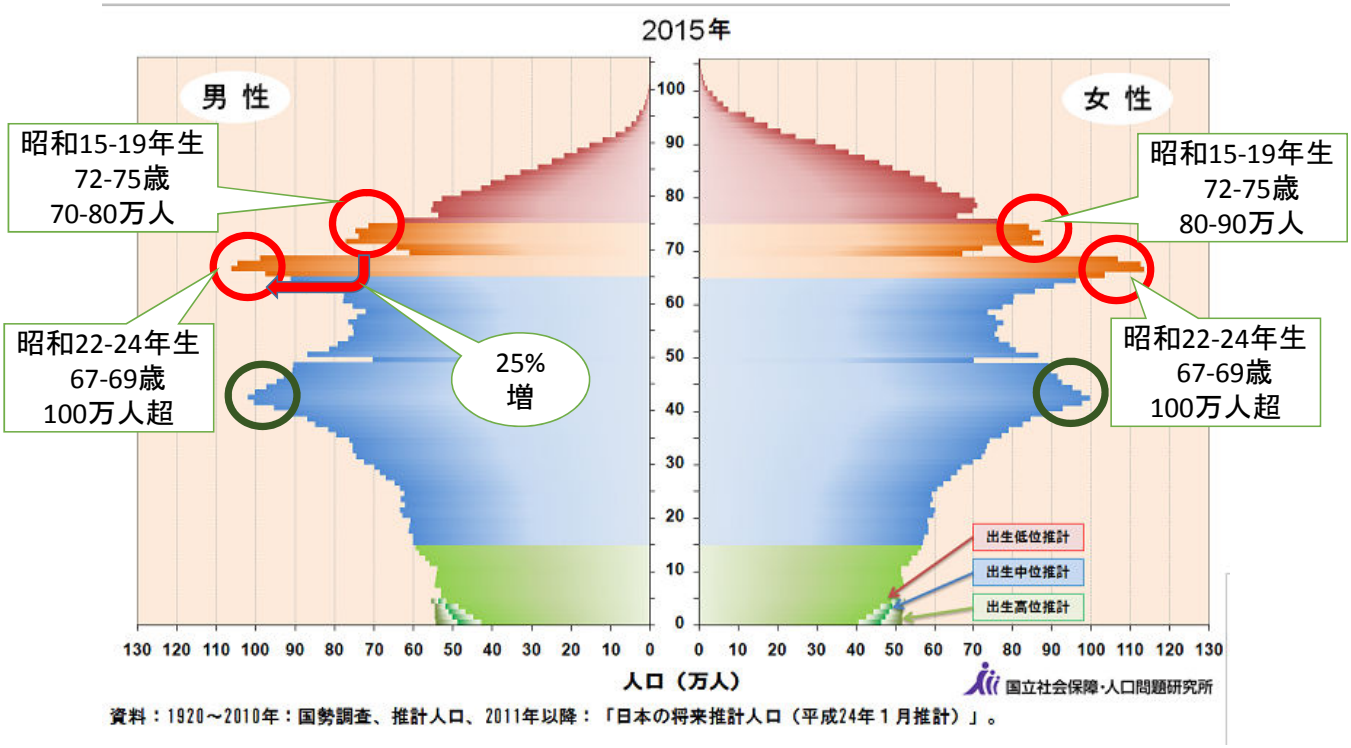
○日本の総人口は、2004年をピークに、今後100年間で100年前（明治時代後半）の水準に戻っていく。この変化は千年単位でみても類を見ない、極めて急激な減少。



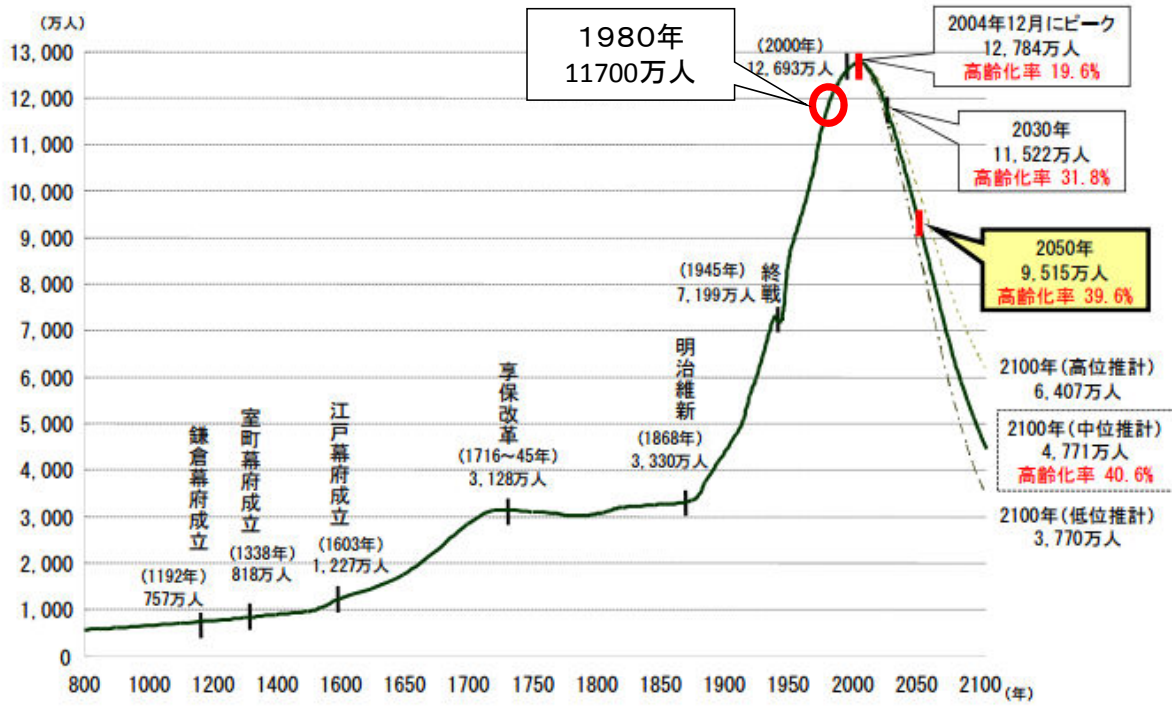
（出典）総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、同「平成12年及び17年国勢調査結果による補間推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」（1974年）をもとに、国土交通省国土計画局作成

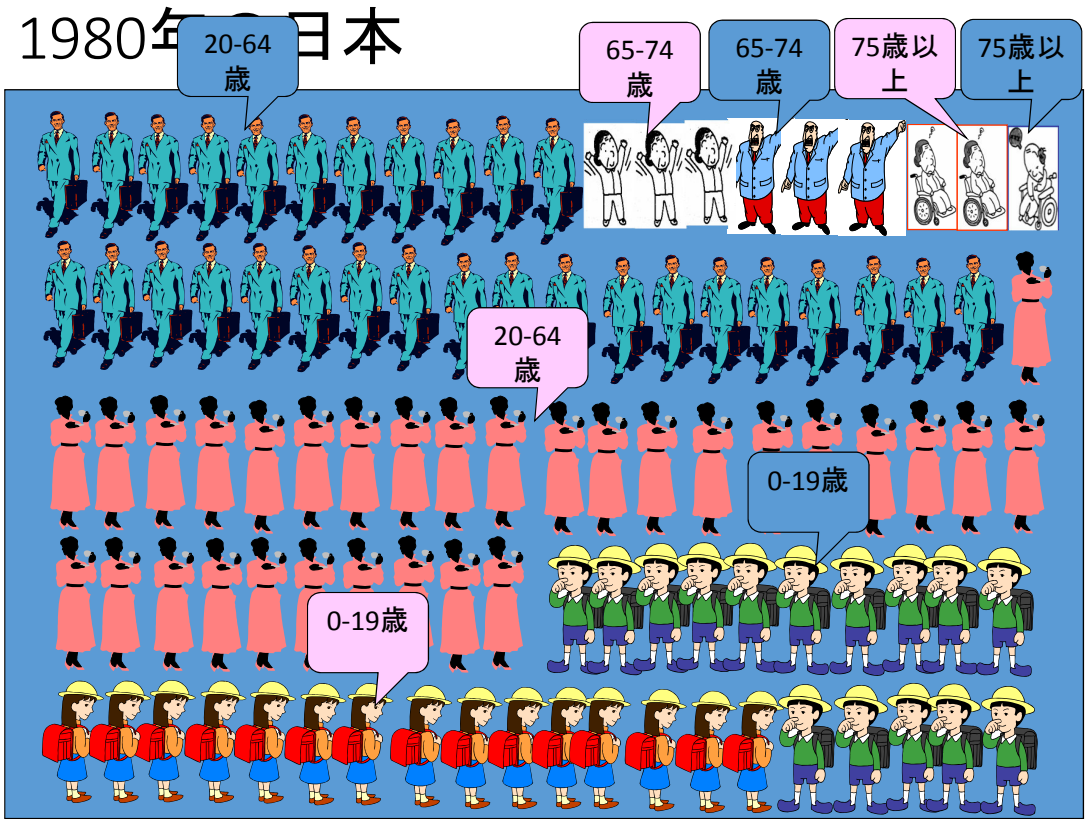


（出典）総務省「国勢調査報告」、同「人口推計年報」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」、国土庁「日本列島における人口分布の長期時系列分析」（1974年）をもとに、国土交通省国土計画局作成

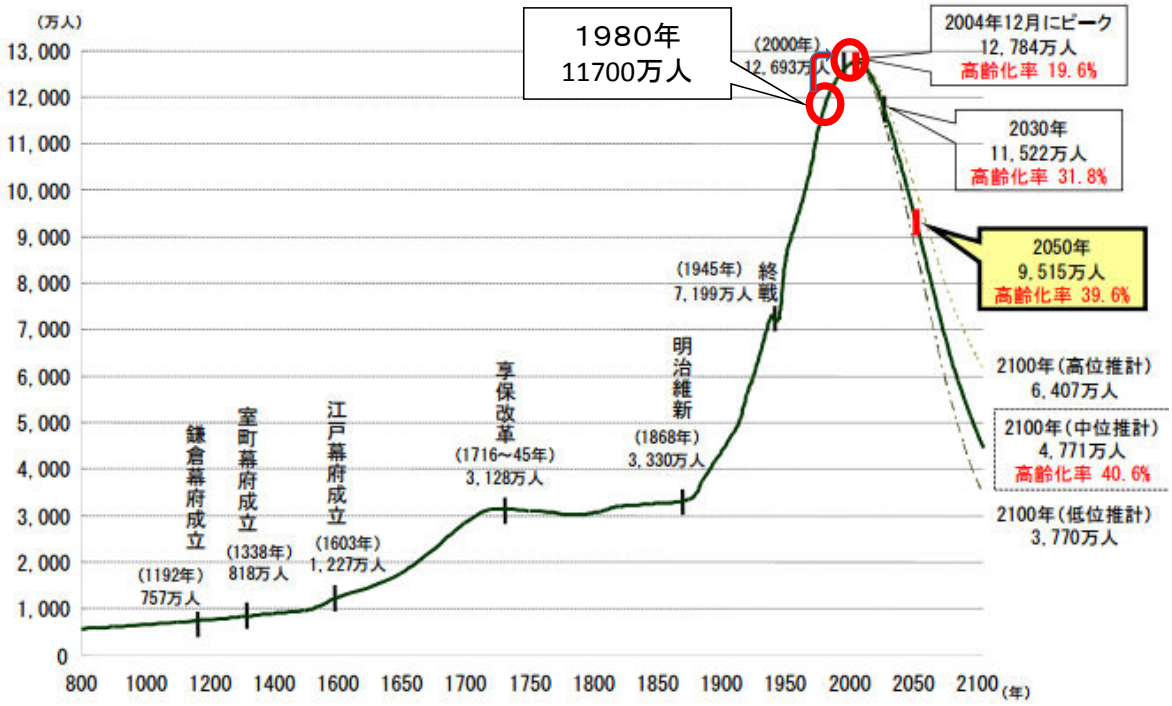


日本社会の人口構成の変化

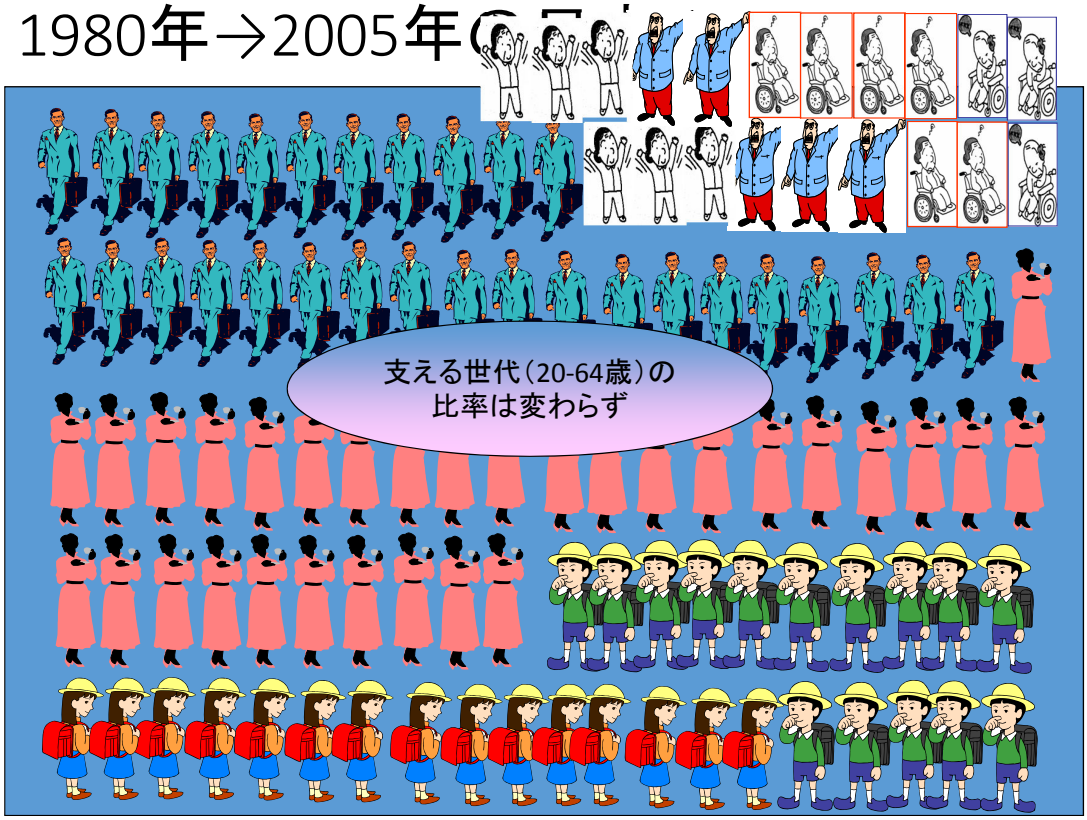

(万人)
13,000
12,000
11,000
10,000
9,000
8,000
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
800
1000
1200
1400
1600
1650
1700
1750
1800
1850
1900
1950
2000
2050
2100
(年)
1980年
11700万人
(2000年)
12,693万人
2004年12月にピーク
12,784万人
高齢化率 19.6%
2030年
11,522万人
高齢化率 31.8%
2050年
9,515万人
高齢化率 39.6%
2100年(高位推計)
6,407万人
2100年(中位推計)
4,771万人
高齢化率 40.6%
2100年(低位推計)
3,770万人
(1945年) 終戦
7,199万人
明治維新
(1868年)
3,330万人
享保改革
(1716~45年)
3,128万人
江戸幕府成立
(1603年)
1,227万人
室町幕府成立
(1338年)
818万人
鎌倉幕府成立
(1192年)
757万人


1980年の日本
20-64歳
65-74歳
65-74歳
75歳以上
75歳以上
20-64歳
0-19歳
0-19歳

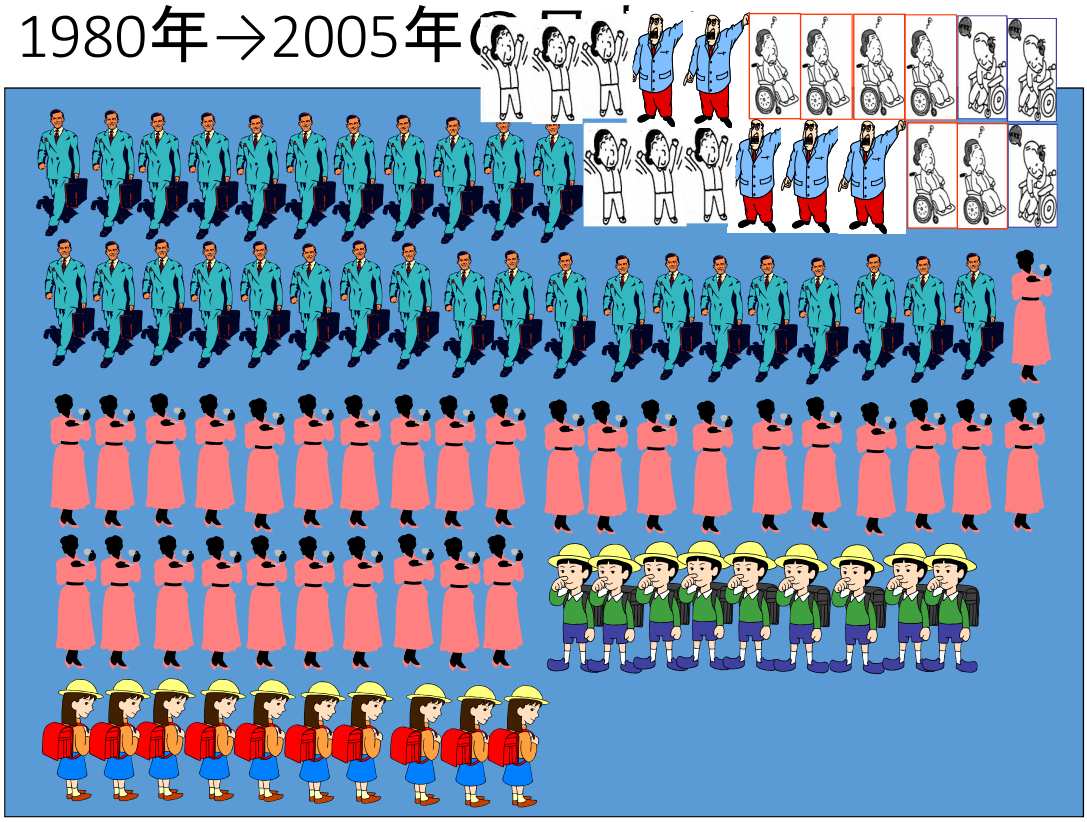
1980年→2005年の変化



1980年→2005年の変化

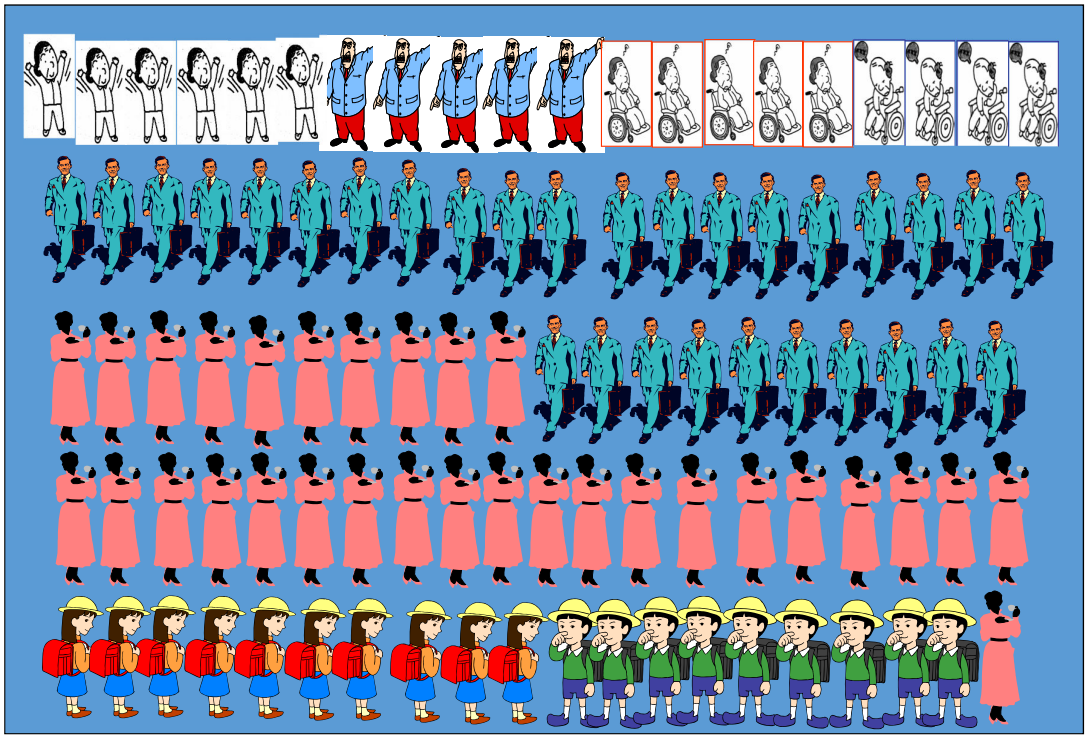


1980年→2005年の

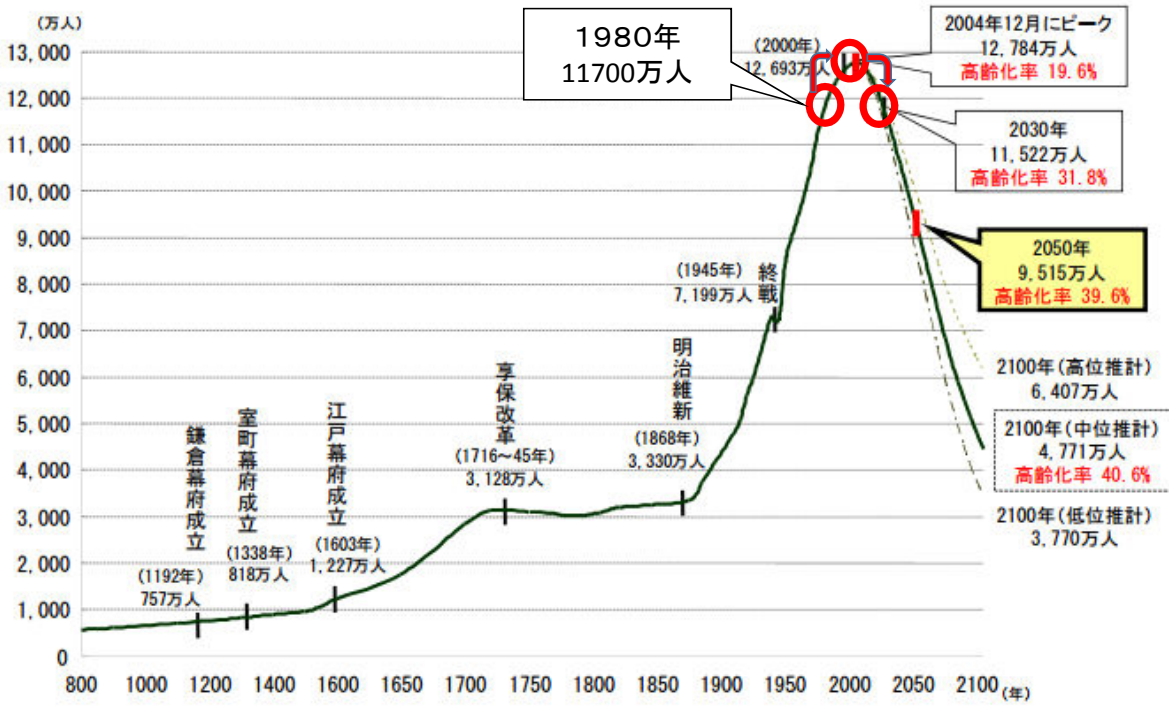


2005年の日本社会

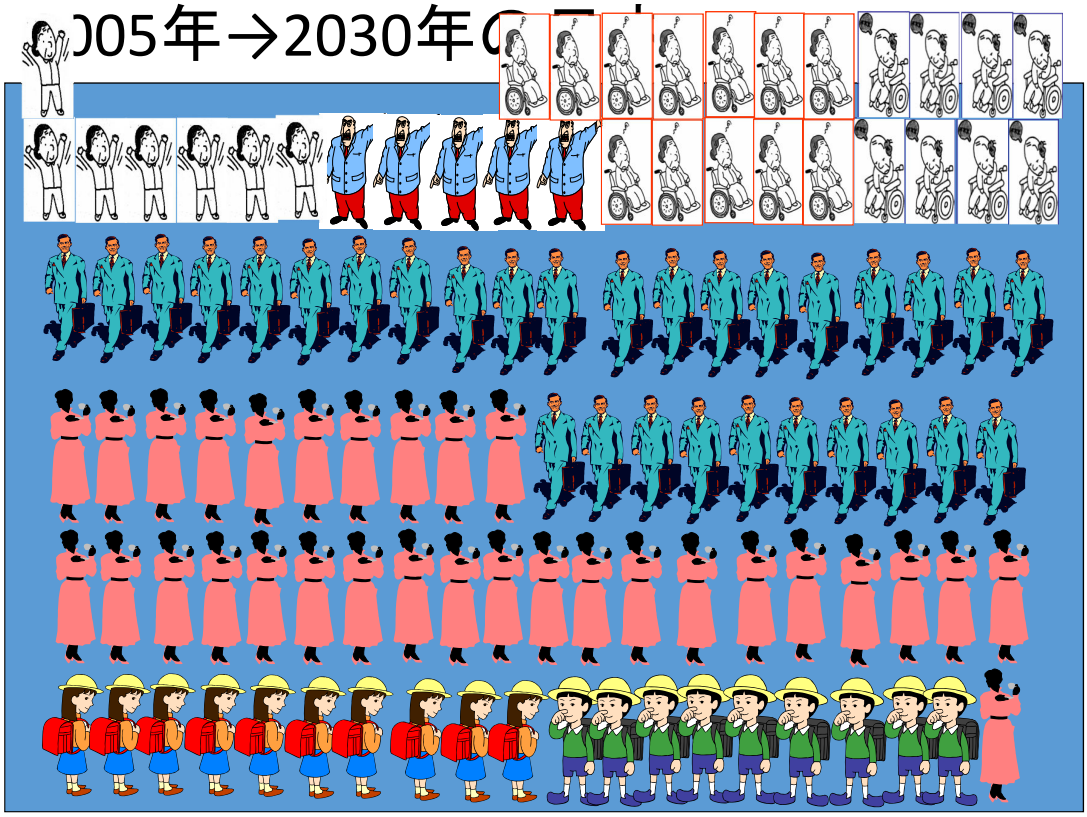
2005年の日本



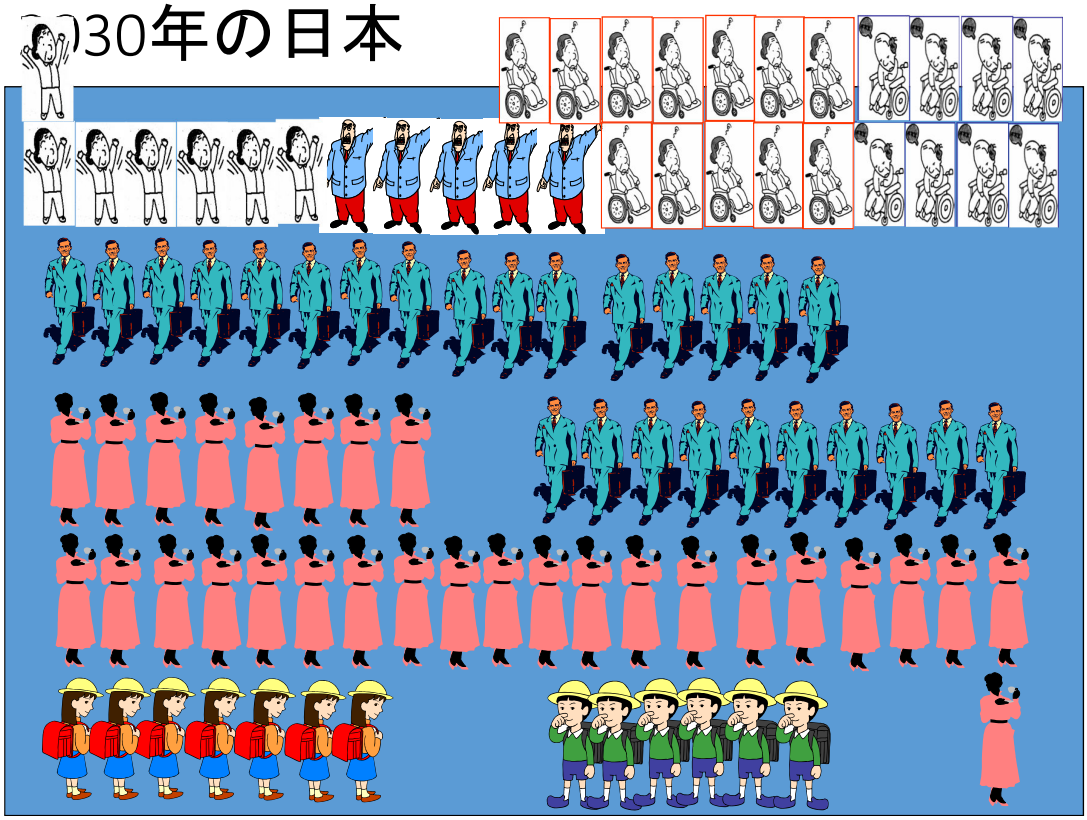
2005年→2030年の変化



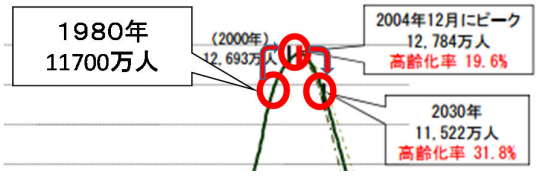
005年→2030年の



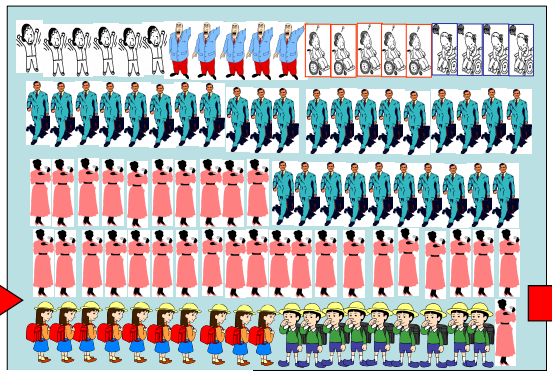
030年の日本



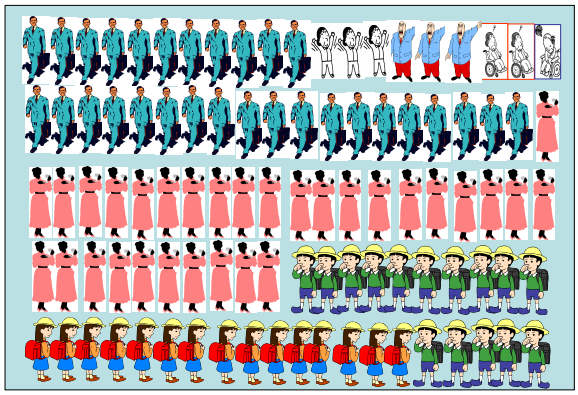
1980年→2005年→2030年の推移



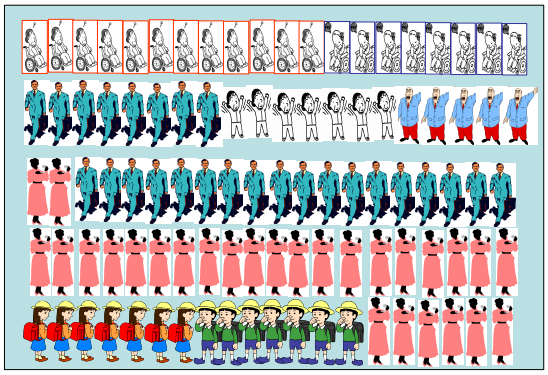
2005年の日本



1980年の日本

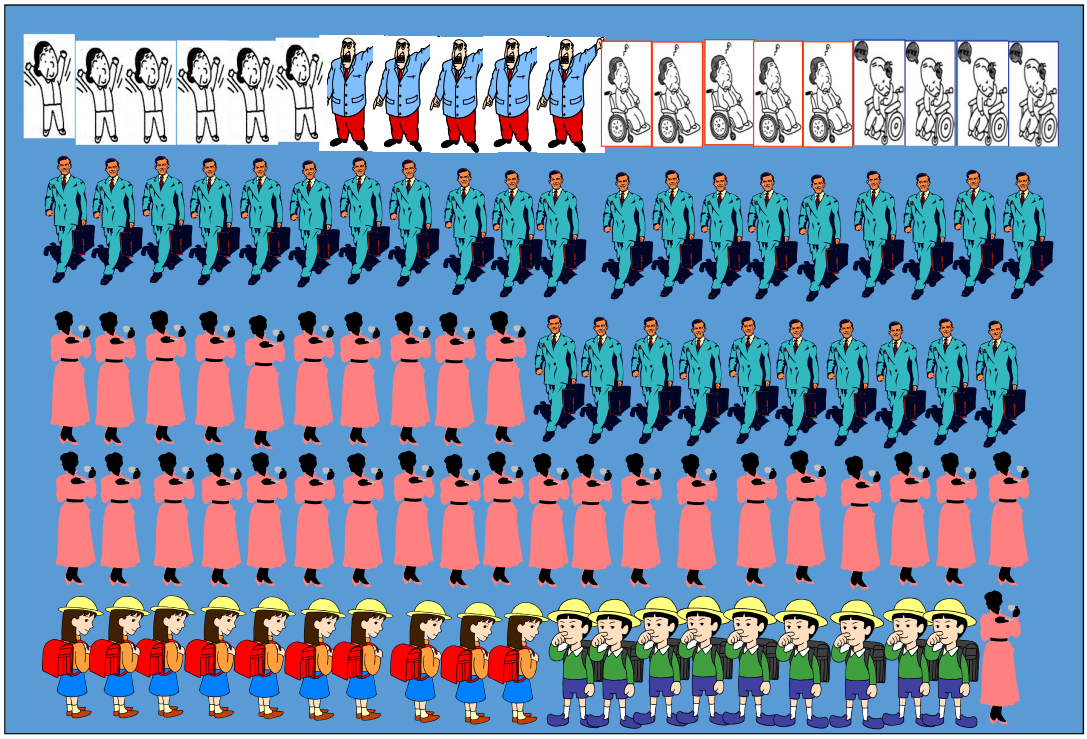


2030年の日本

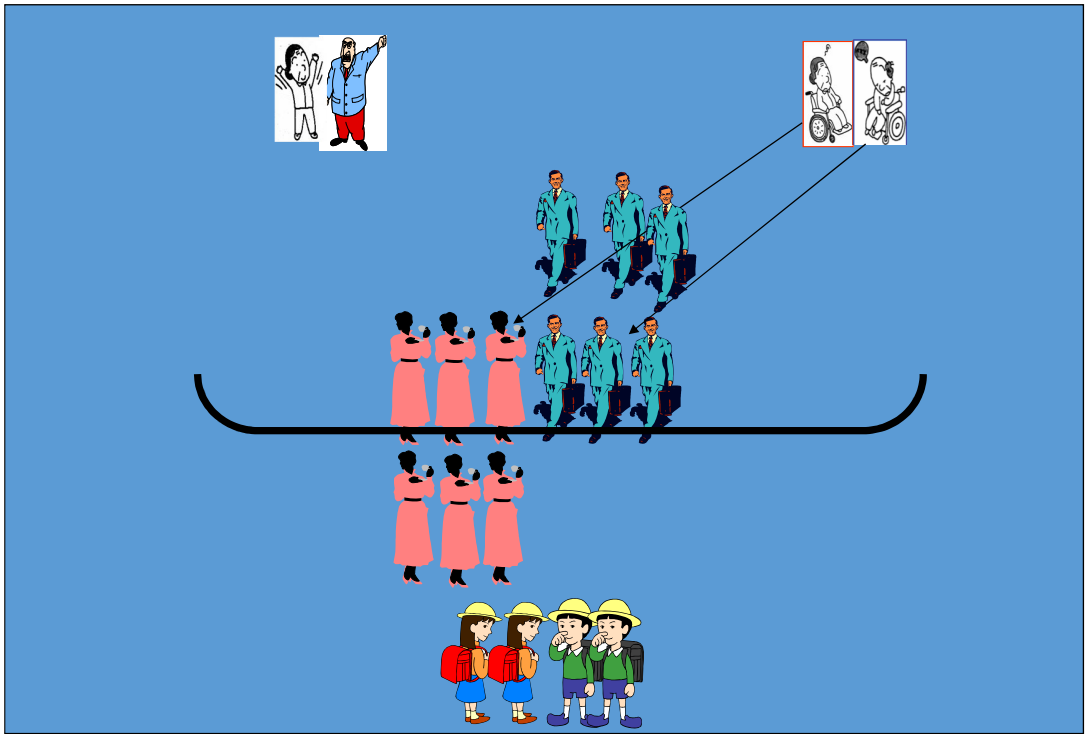


2005年の勤労世代の負担

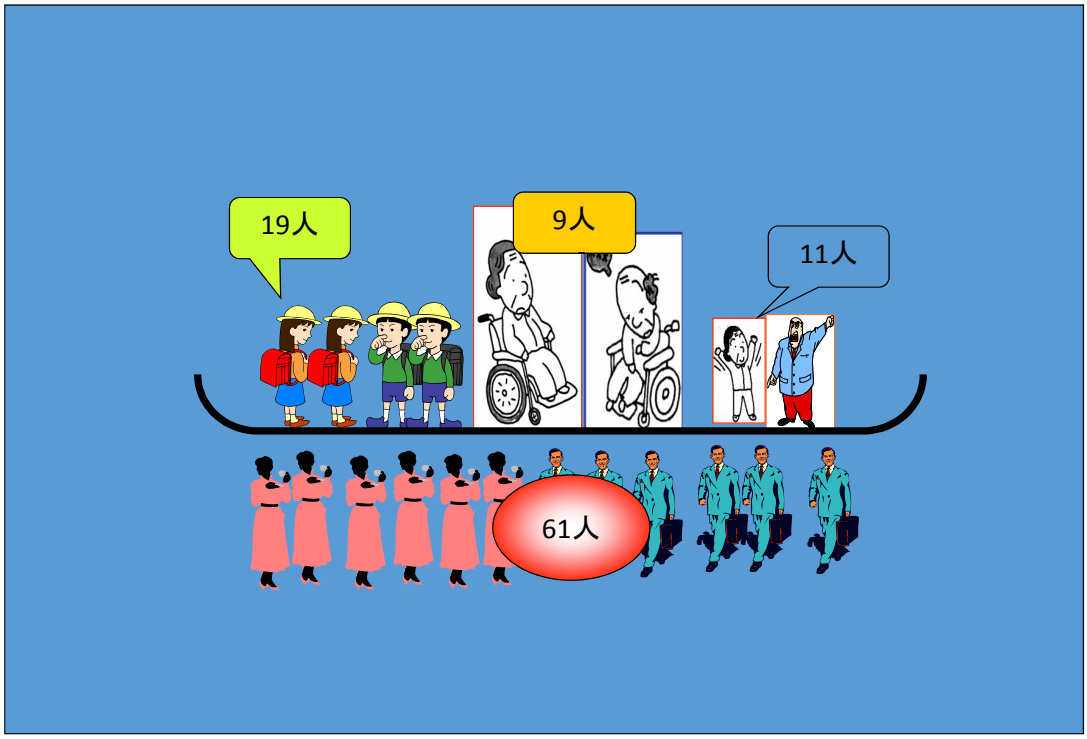
2005年の勤労世代の負担



2005年の勤労世代の負担

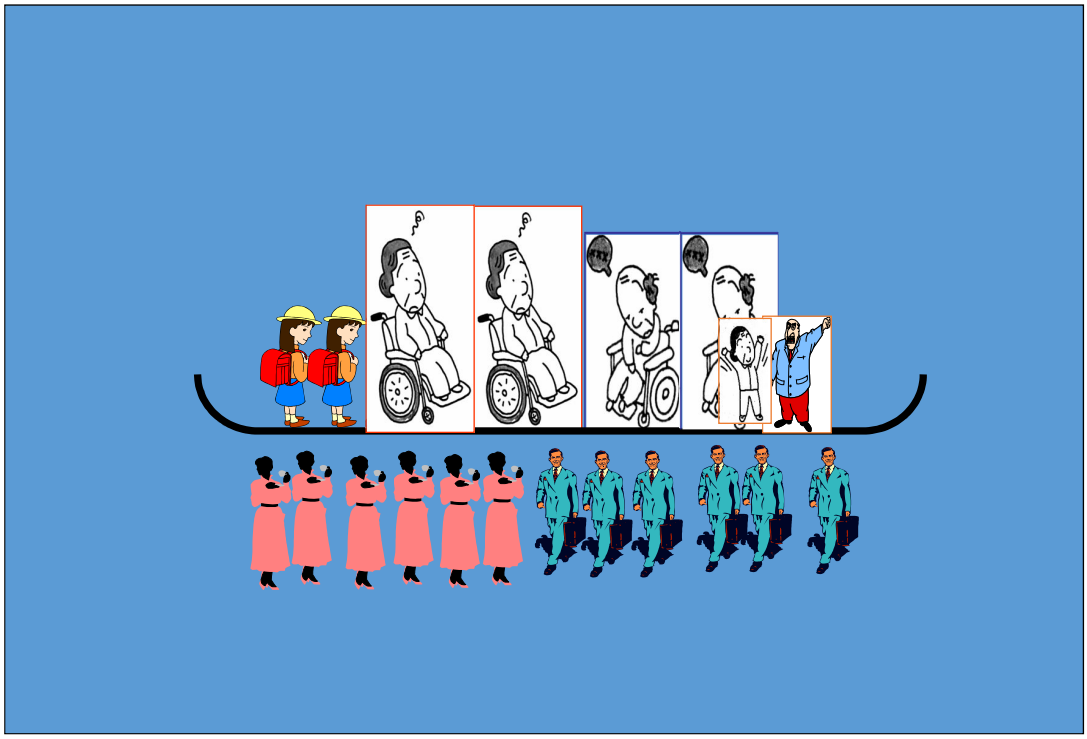


2005年の勤労世代の負担

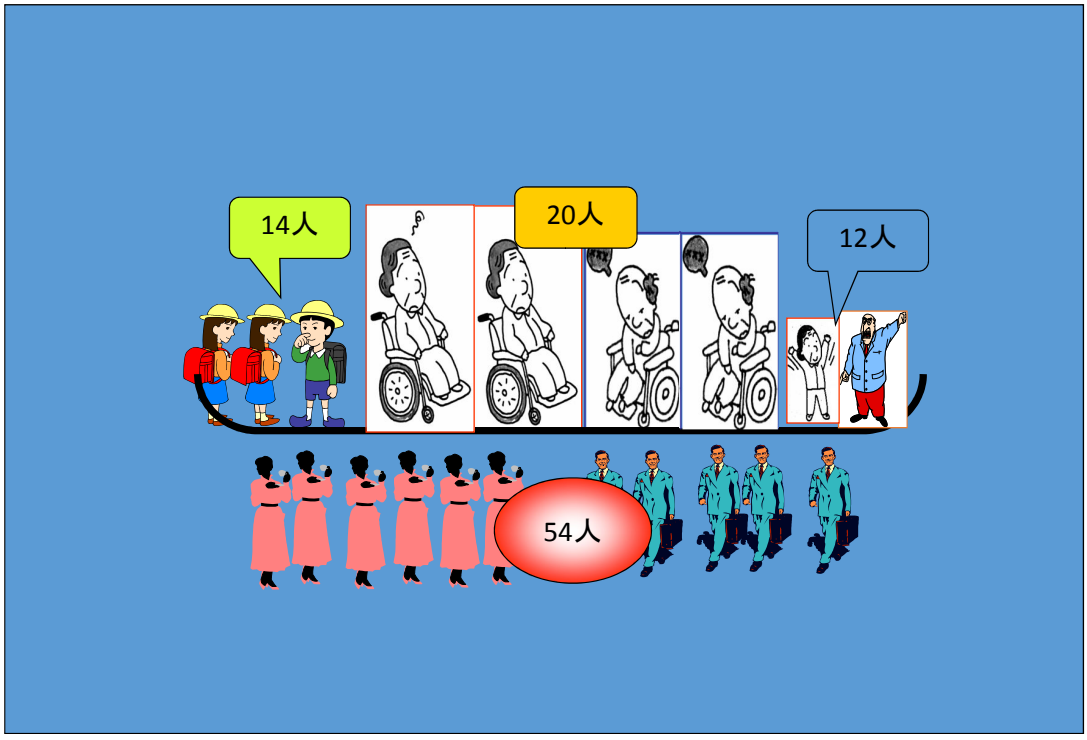


2005年→2030年の勤労世代の負担

2030年の勤労世代の負担

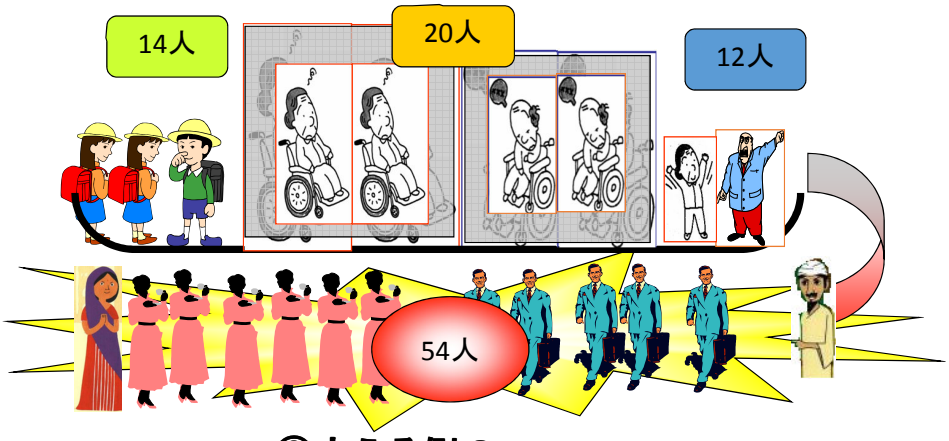


2030年の勤労世代の負担



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

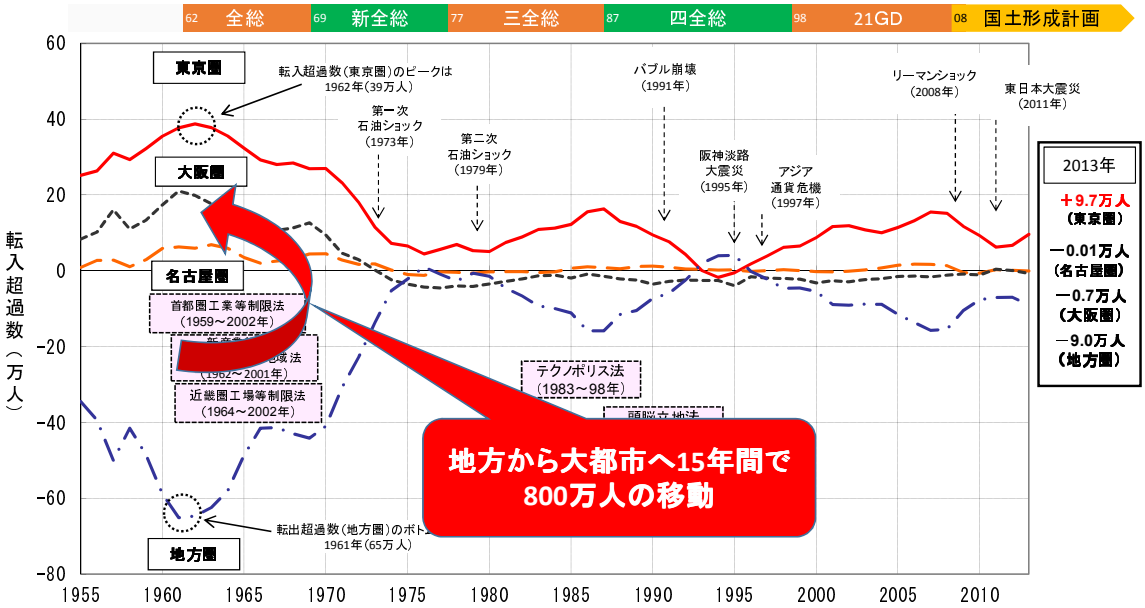
③支える側の生産性を上げる

①前期高齢者を支える側に回ってもらう

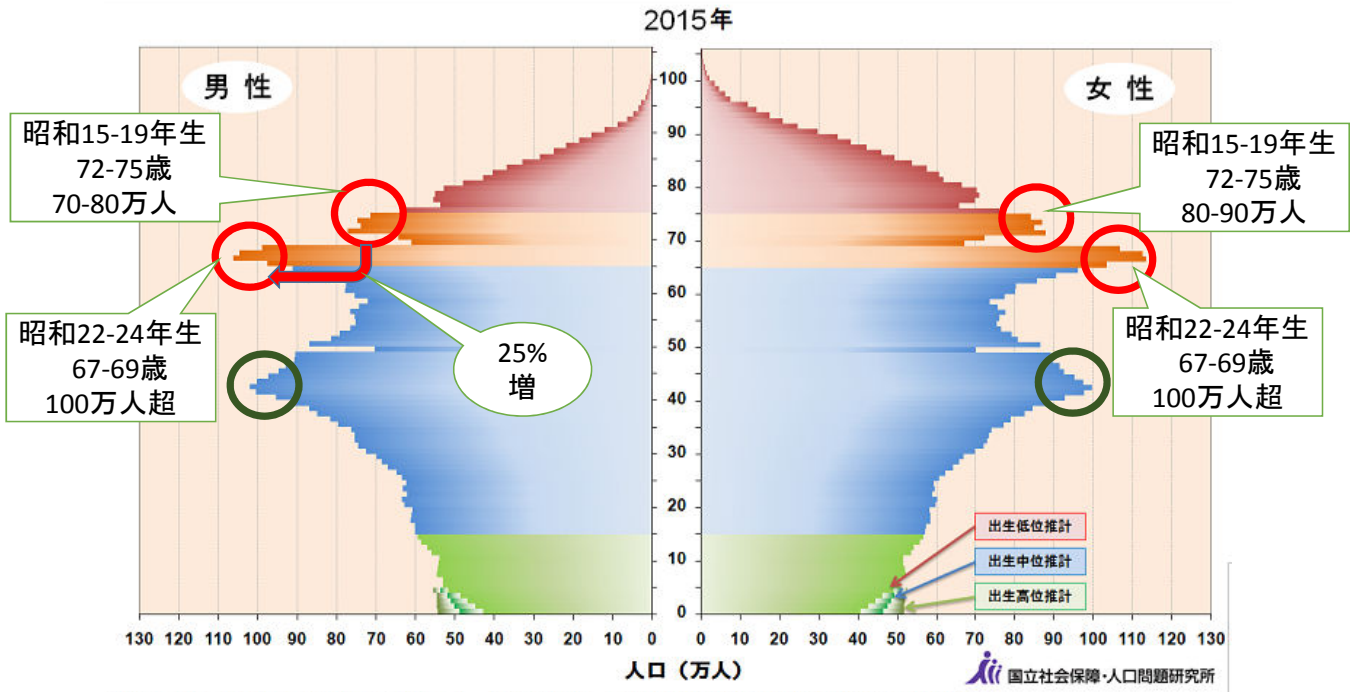
3. 日本の少子高齢化の地域差（地方と大都市でこれから起きること）

三大都市圏・地方圏の人口移動の推移

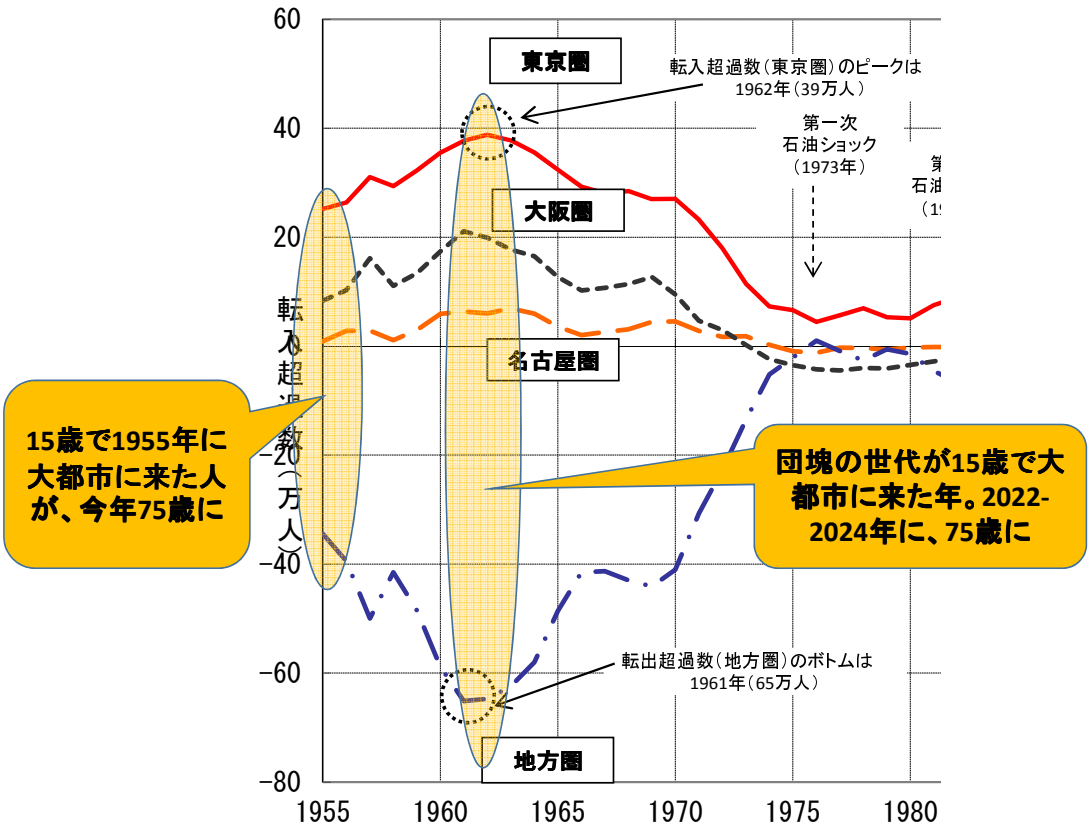
○高度経済成長期には三大都市圏に人口が流入した。
○1980年頃にかけて人口流入は沈静化したが、その後、バブル期にかけて東京圏に人口が流入。
○バブル崩壊後は東京圏が一時的に転出超過となったが、2000年代には再び流入が増加した。



（出典）総務省「住民基本台帳人口移動報告」をもとに国土交通省国土政策局作成。
（注）上記の地域区分は以下のとおり。
東京圏：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県　名古屋圏：岐阜県、愛知県、三重県　大阪圏：京都府、大阪府、兵庫県、奈良県
三大都市圏：東京圏、名古屋圏、大阪圏　地方圏：三大都市圏以外の地域

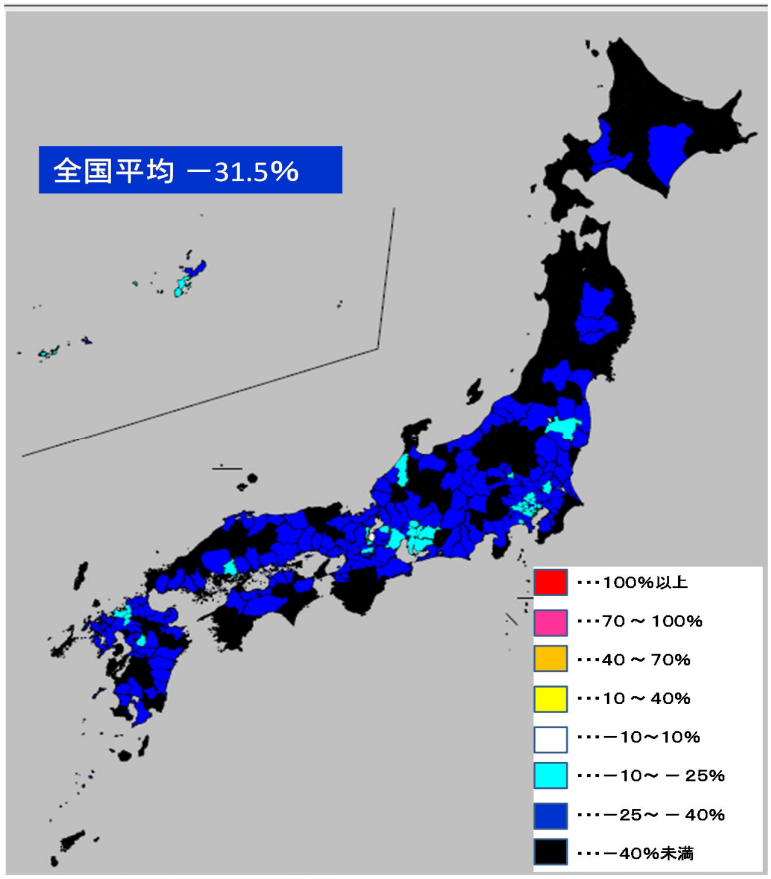


資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年１月推計）」。

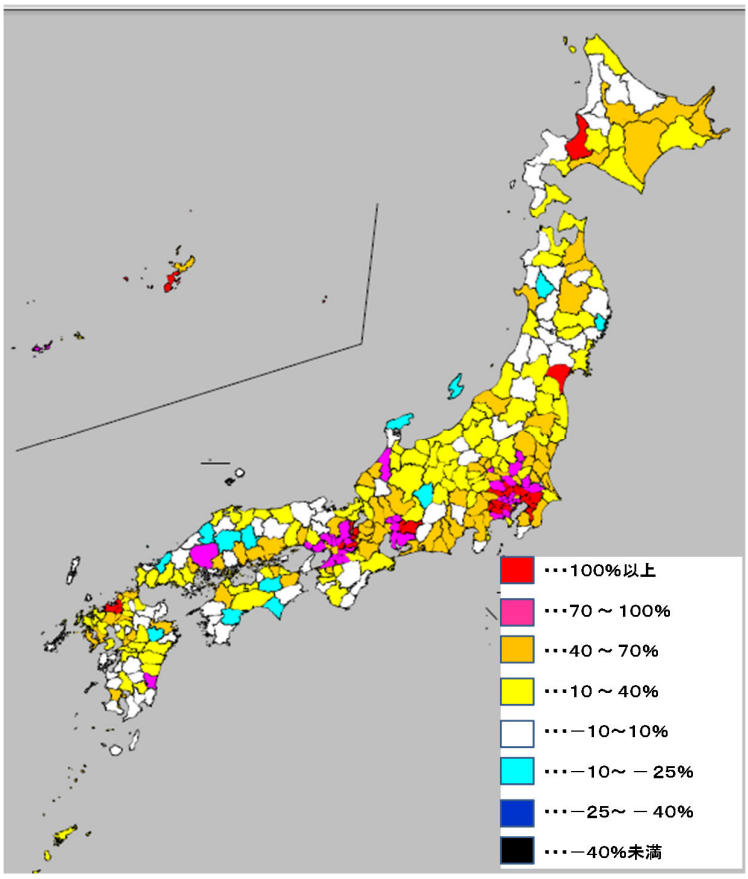


- 地方からの流出のピークである61～64年は、1947年から1949年生まれの**団塊の世代の人達が中学卒業**し、就職列車に乗って大都市に移動した時代に相当し、**地方から年間60万人以上が大都市に**流出した。
- 地域差はあるが、当時**地方の若者の25～50%程度が大都市に**流出したと推計される。
- 今年は、**1955年に15歳で大都市に流出した1期生が75歳**を迎える年に相当し、**今年当たりから地方でも大都市でも、「流入流出要因」が顕在化**し始める。

2010→40年
における
二次医療圏別
0-64**歳人口**
増減率

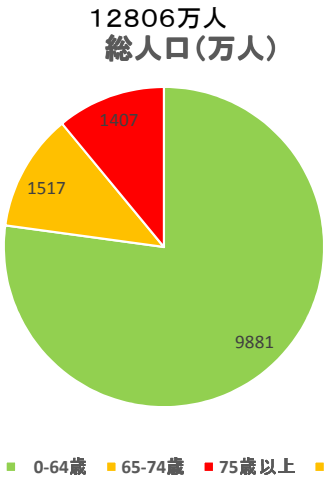


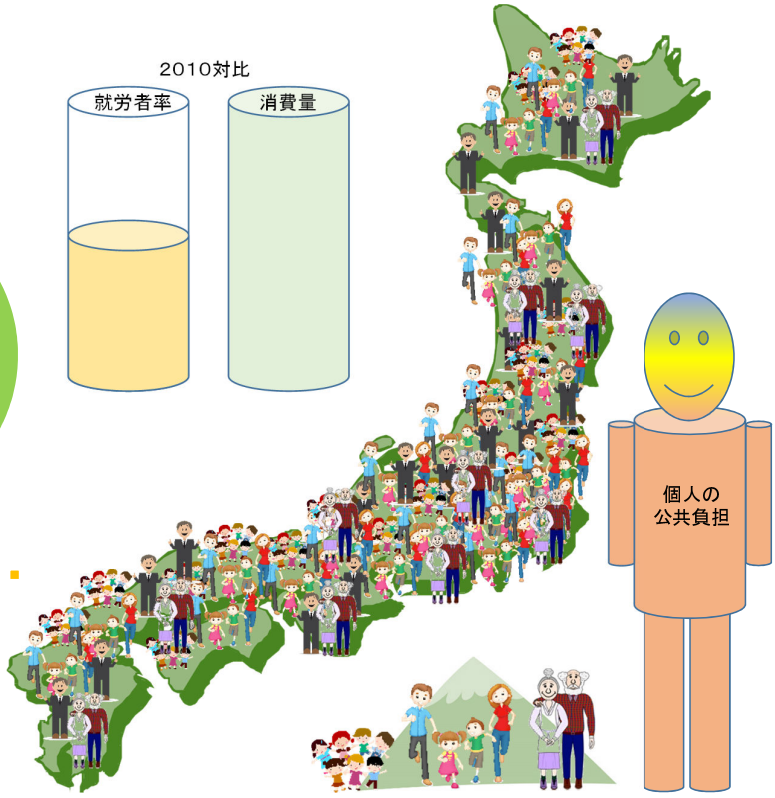
2010→40年
75**歳以上**
増減率



日本の人口構成の変化を視覚化する

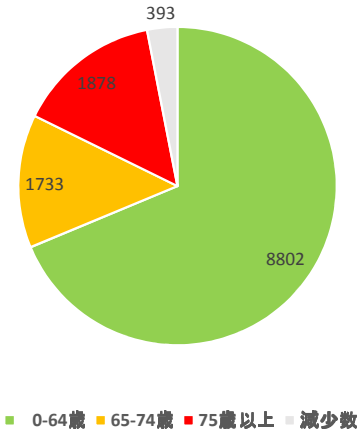
2010年

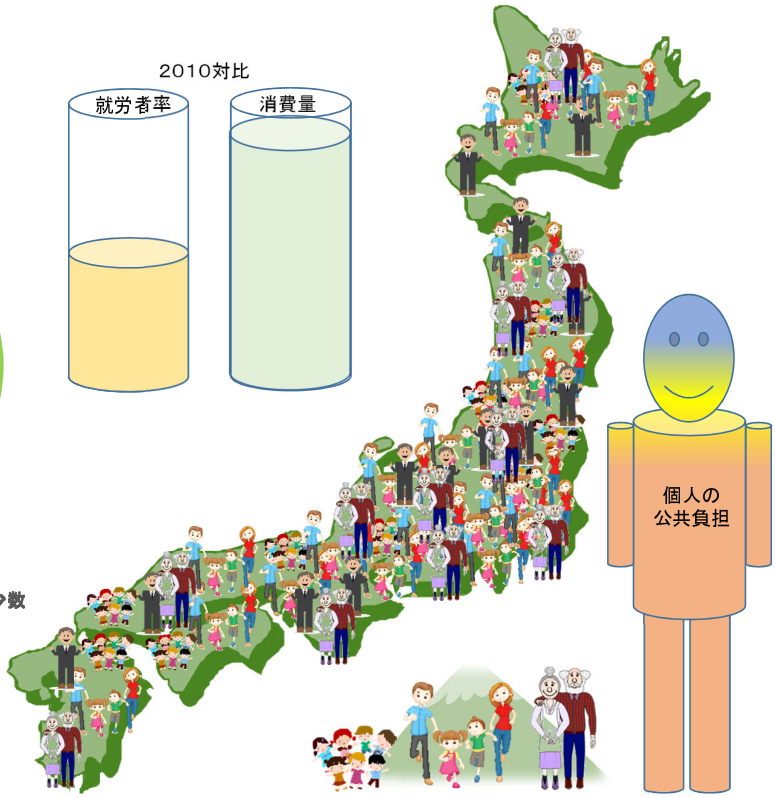




2020年

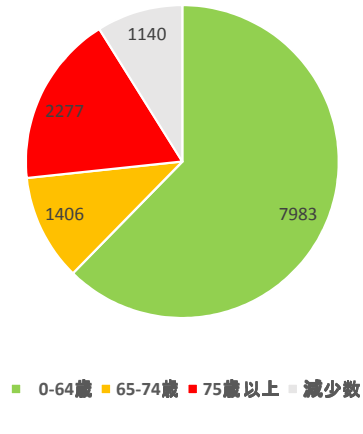
12413万人
総人口（万人）

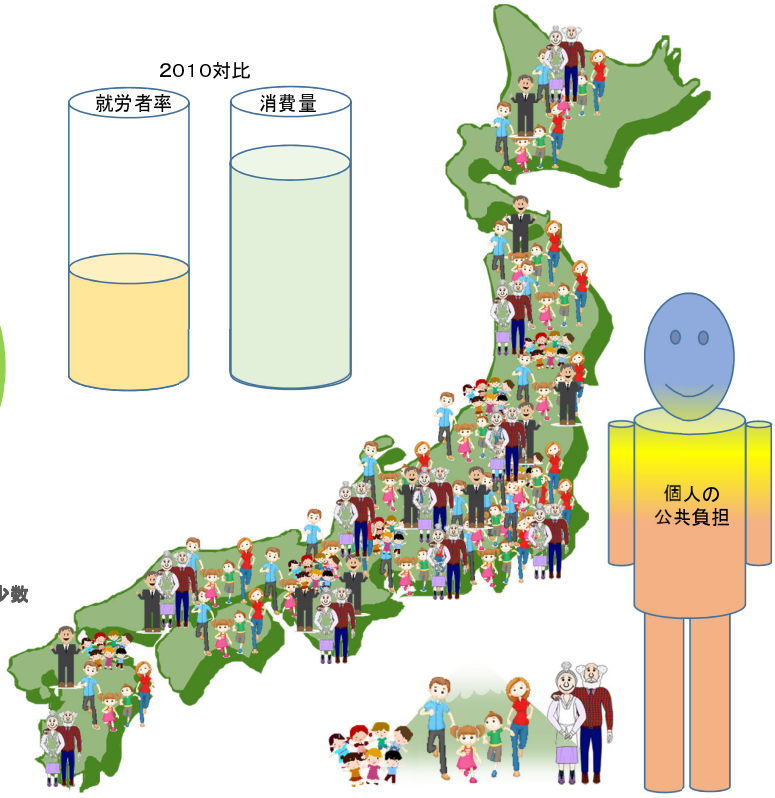




2030年

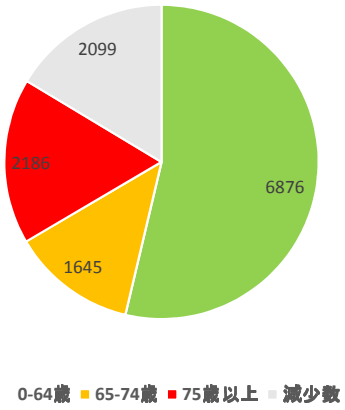
11667万人
総人口（万人）

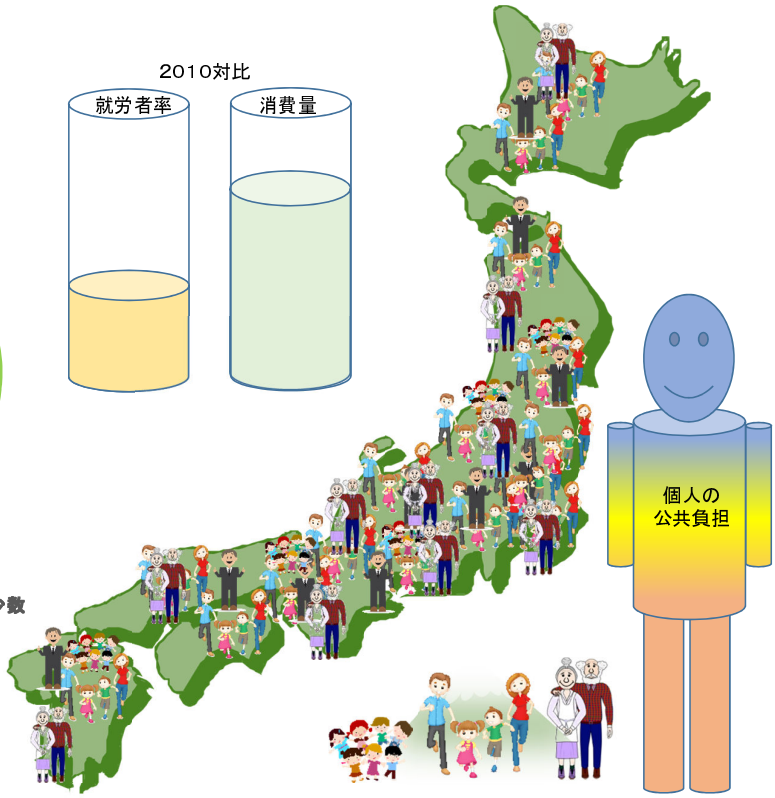




2040年

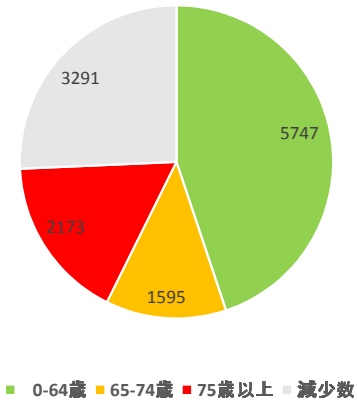
10707万人
総人口（万人）

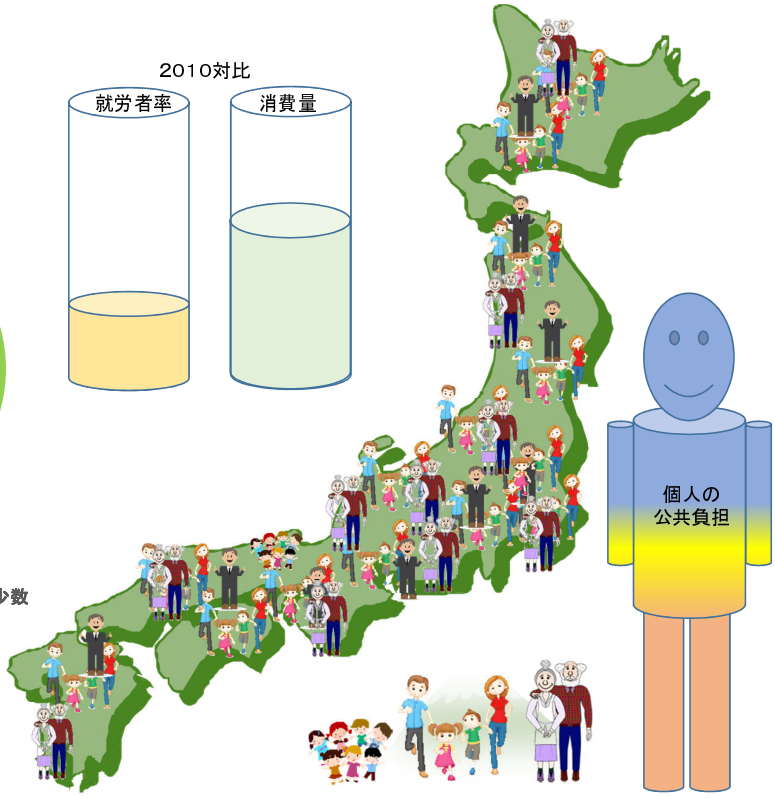


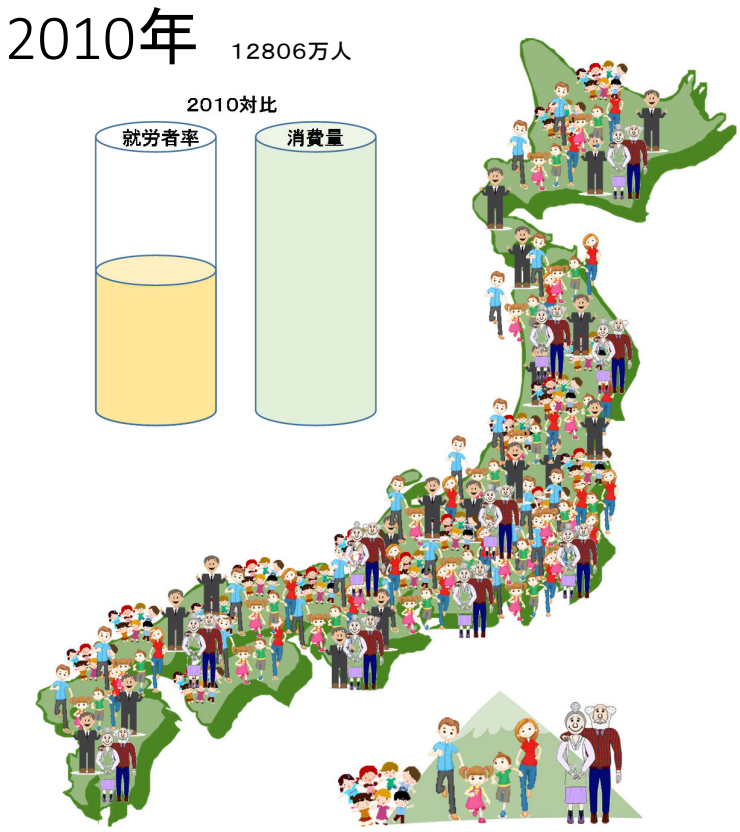


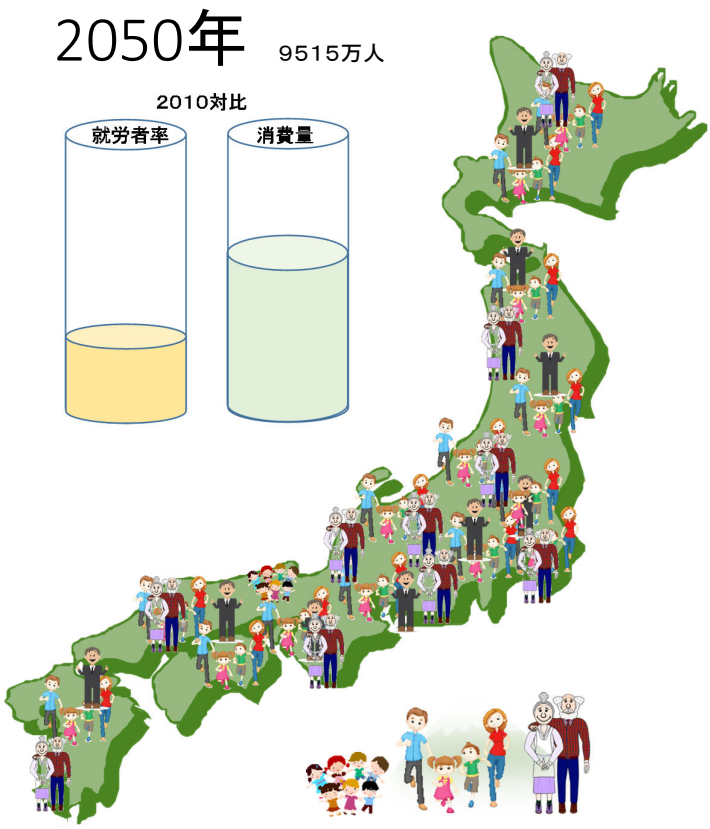
2050年

9515万人
総人口（万人）









今後の人口動態の変化と望ましい「老い方・死に方」

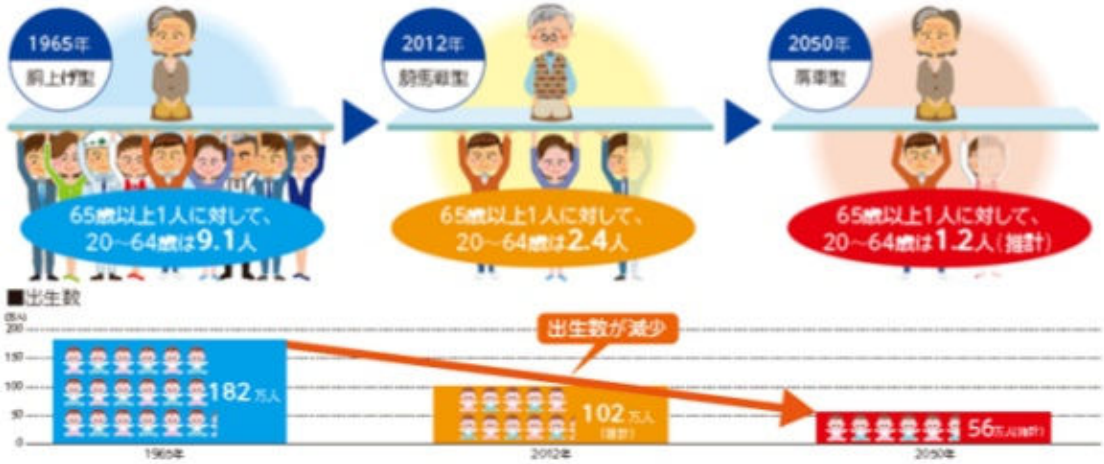
国際医療福祉大学　高橋泰

2014年1月23日

（財務省財務総合政策研究所において）

年金世代1人に対する現役世代の数
14
12
10
8
6
4
2
0
12.1
11.2
9.8
7.4
5.8
3.9
2.8
2.1
1.8
1.5
1.3
昭和25年
昭和35年
昭和45年
昭和55年
平成 2年
平成12年
平成22年
平成32年
平成42年
平成52年
平成62年
1950
1960
1970
1980
1990
2000
2010
2020
2030
2040
2050

どうしたらいい？


1965年
胴上げ型
65歳以上1人に対して、
20～64歳は9.1人
2012年
肩車型
65歳以上1人に対して、
20～64歳は2.4人
2050年
騎馬型
65歳以上1人に対して、
20～64歳は1.2人（推計）
■出生数
出生数が減少
182万人
102万人
56万人
1965年
2012年
2050年

1965年

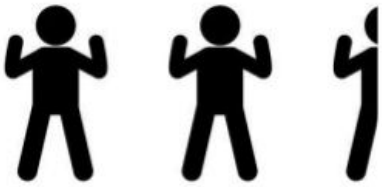
9人

胴上げ型

2012年

2.4人

騎馬戦型



2025年

2.0人

担架型

2050年

1.2人

肩車型

今後どうすべきか（虚弱、要介護編）

- 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

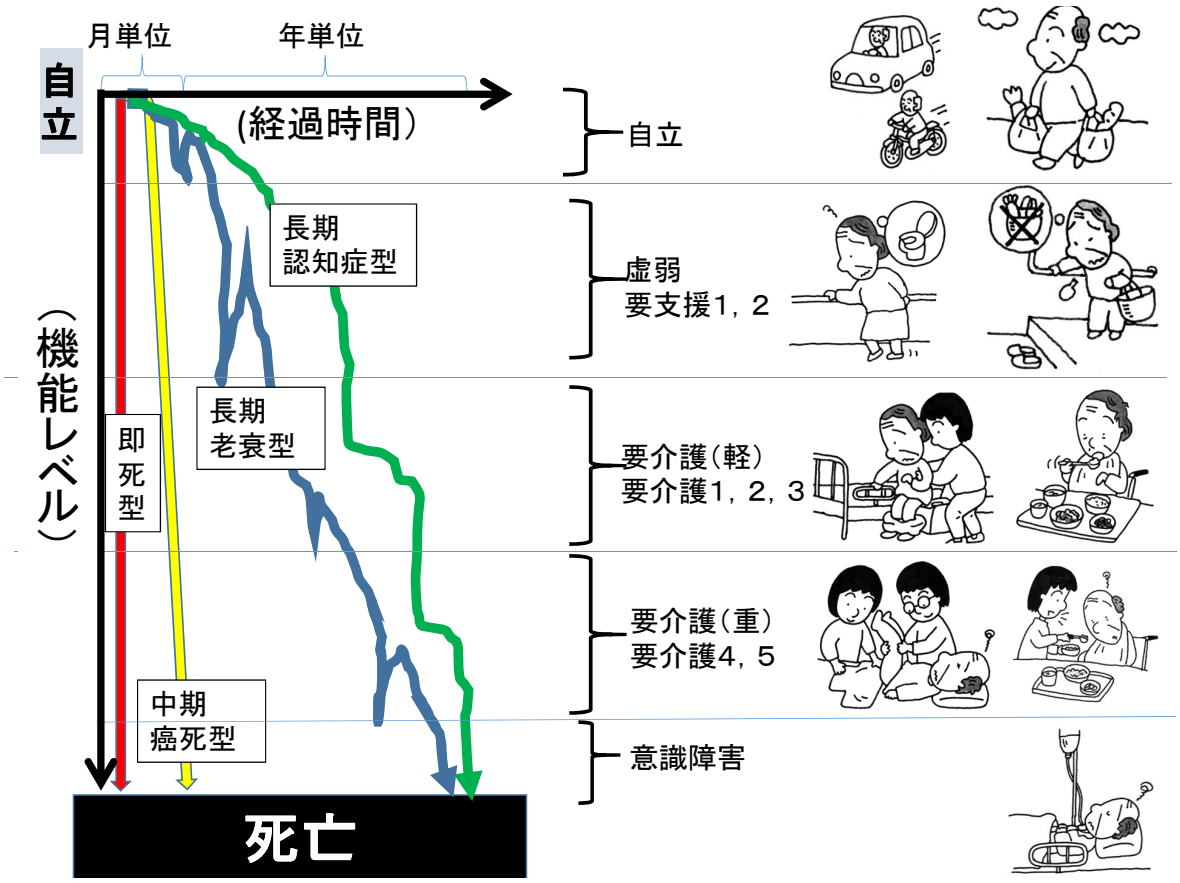
- 基本的な対策の方向性２：、一人当たりの**医療・介護資源消費量を減らす**

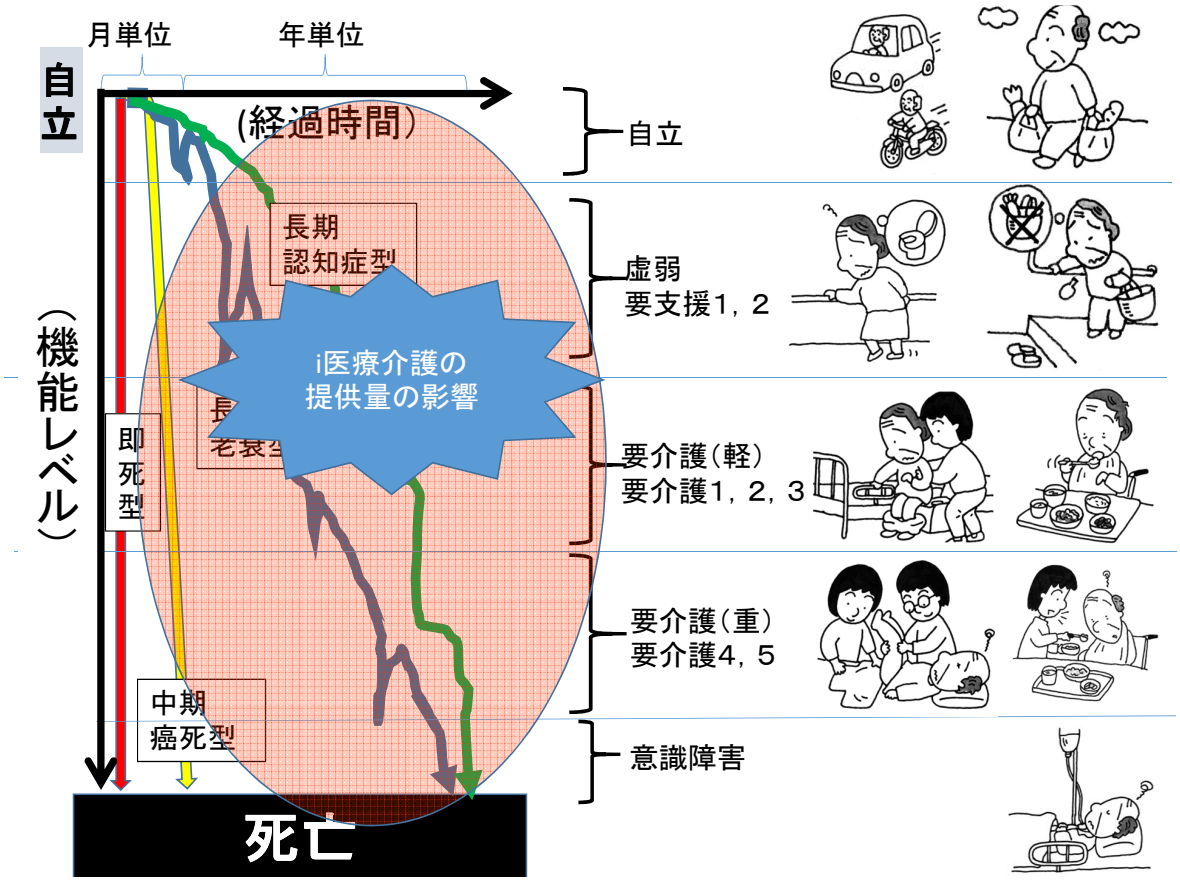
今後どうすべきか

- 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1.6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、「1.6×2/3≒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。

今後どうすべきか

- 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。





医療・介護の介入が少なると、何が起きるのか

相良村
人吉
球磨村
人吉市
あさぎり町
錦町
山田
人吉
219
221

おくいお茶
一番茶篇
朝茶篇
歌舞伎役者・市川新之助が大自然を背景にのびのびと好演

川辺川ダム

熊本県球磨郡相良村

人吉盆地の中央部に位置し、山林面積が村の77%を占める山村。村内には当法人の特養、老健、在宅介護支援センター訪問看護ステーションが存在する。

人口:5，526人

高齢者数:1，491人

高齢化率:26.9%

世帯数:1，559世帯

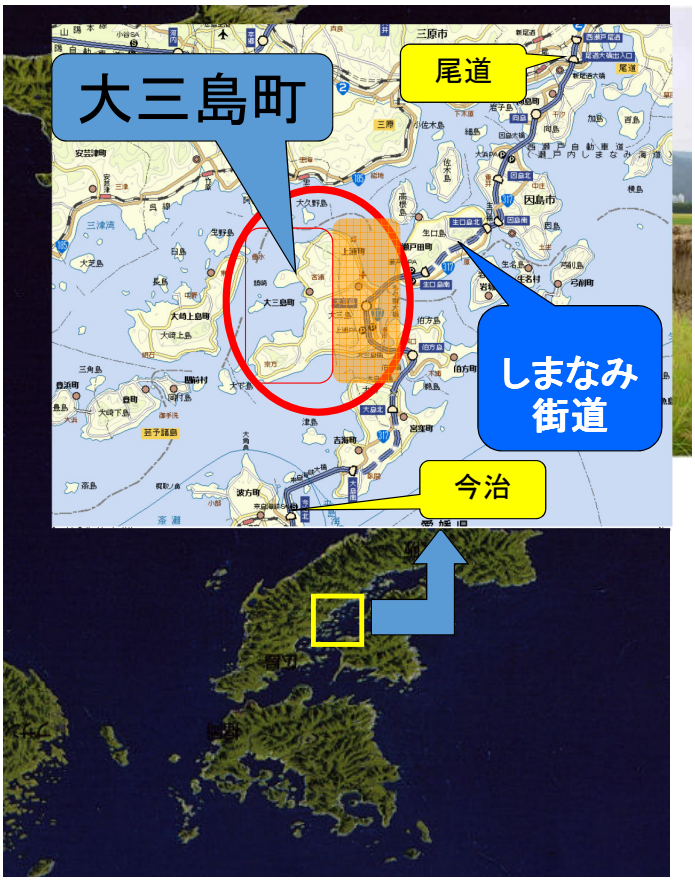
（平成12年）

自立から死亡までのプロセスとコストの分析

（　H１３－長寿－０２１　）

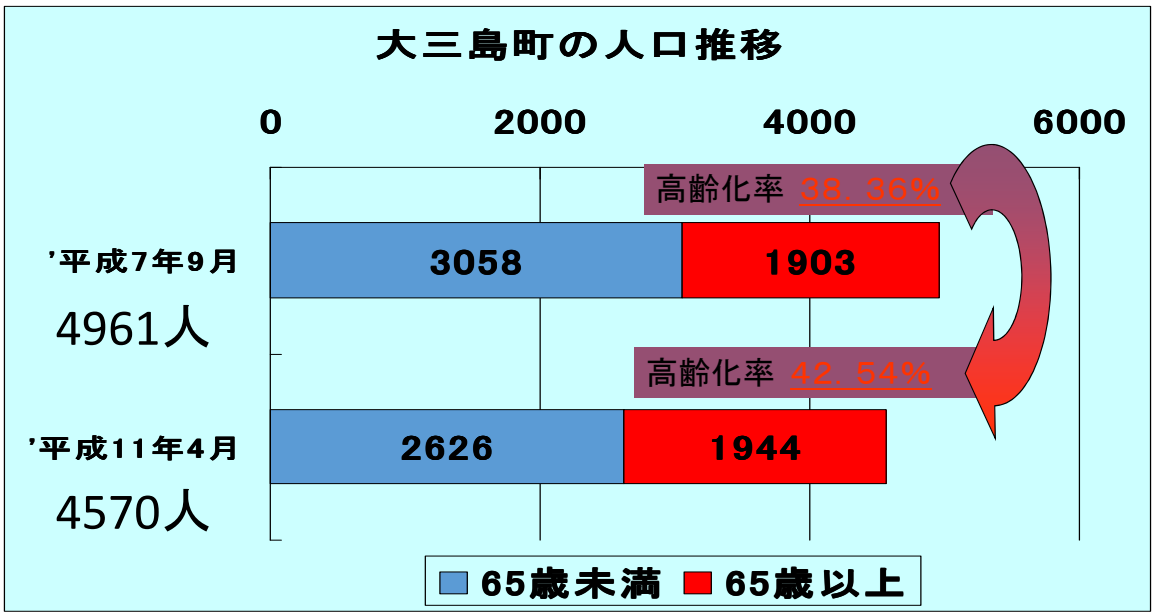
高橋泰

[1)]国際医療福祉大学医療経営管理学科


大三島町
尾道
しまなみ
街道
今治

大山祇神社

急速に進行する過疎と高齢化

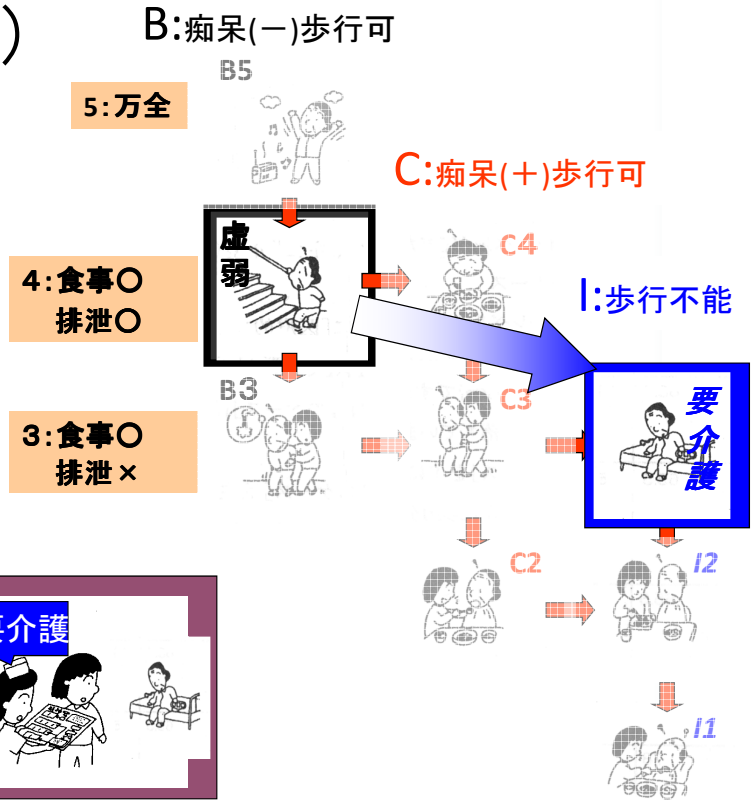


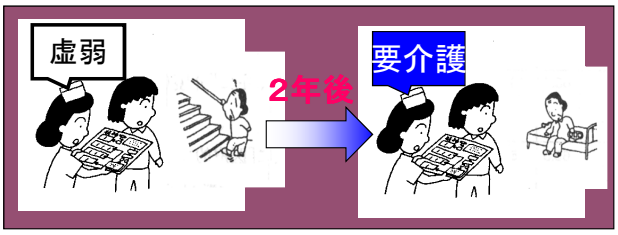
方法

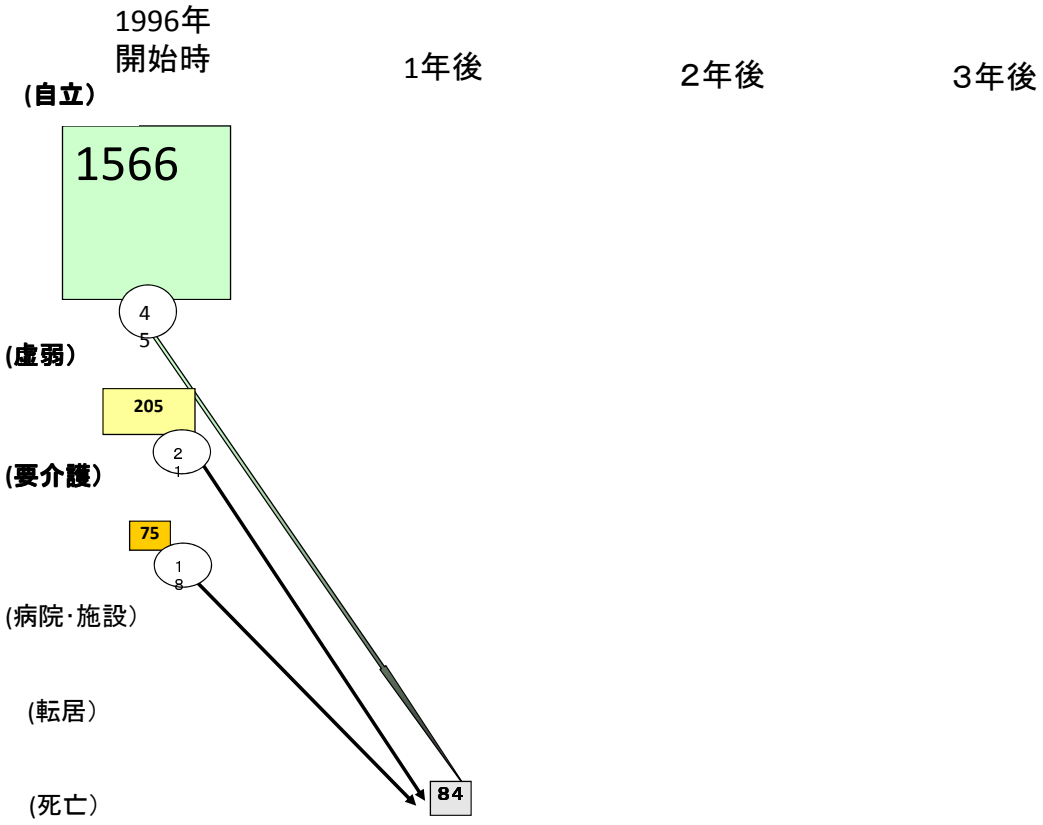
- 愛媛県大三島町では1996年8月より2004年の3月までの8年間、熊本県相良村では1999年8月から2004年3月までの5年間、毎年8月に民生委員の協力を得て、65歳以上の全高齢者の状態像（自立、虚弱、要介護、施設・入院、死亡）推移に関する追跡調査を実施している。

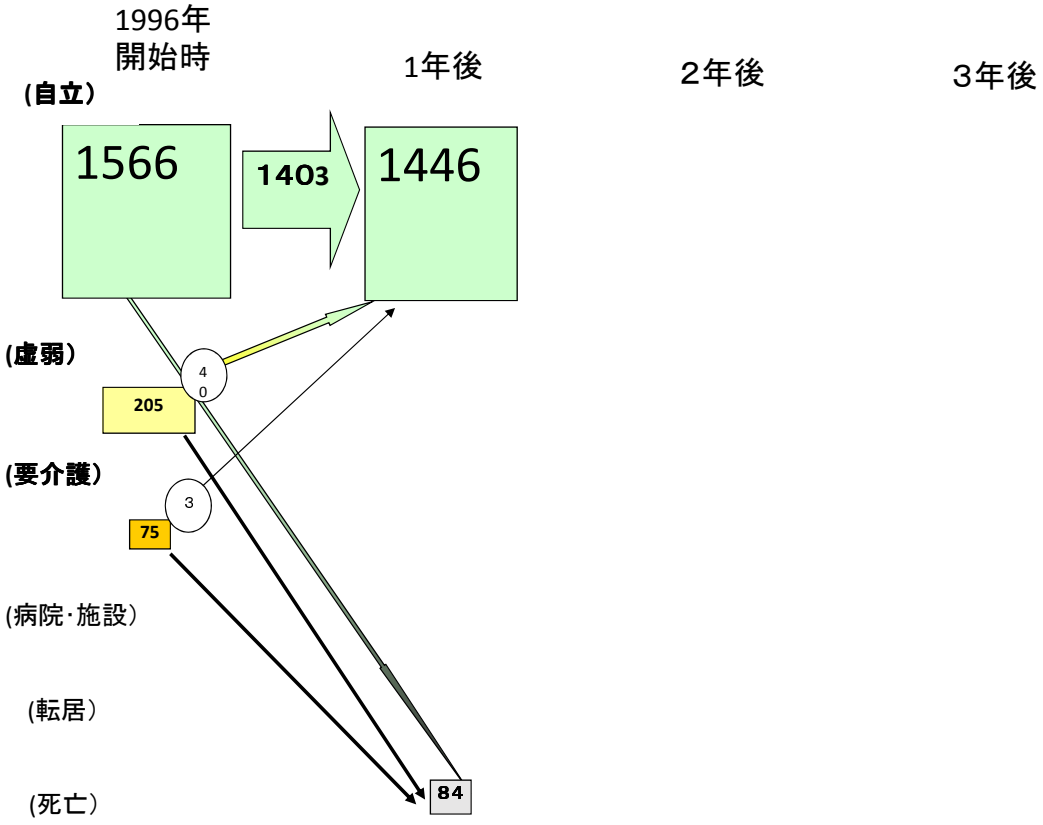
研究方法(2)

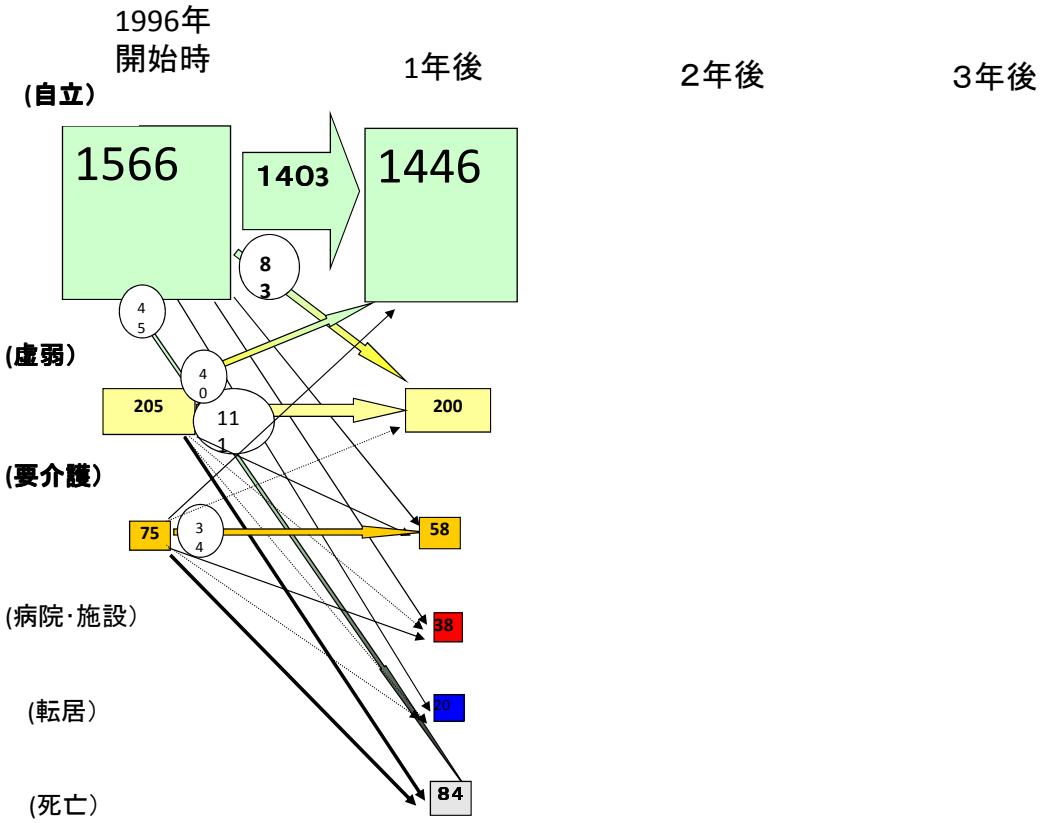
- 両地域の65歳以上の全高齢者の状態像を　数年間　調査した

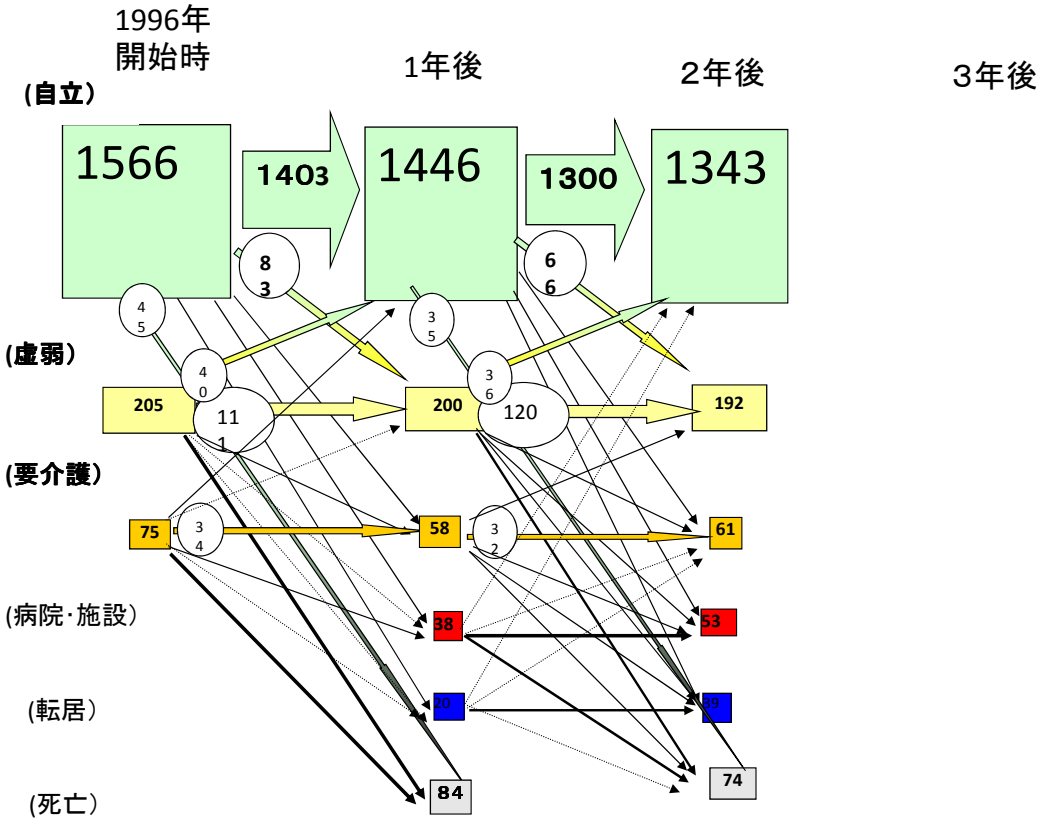


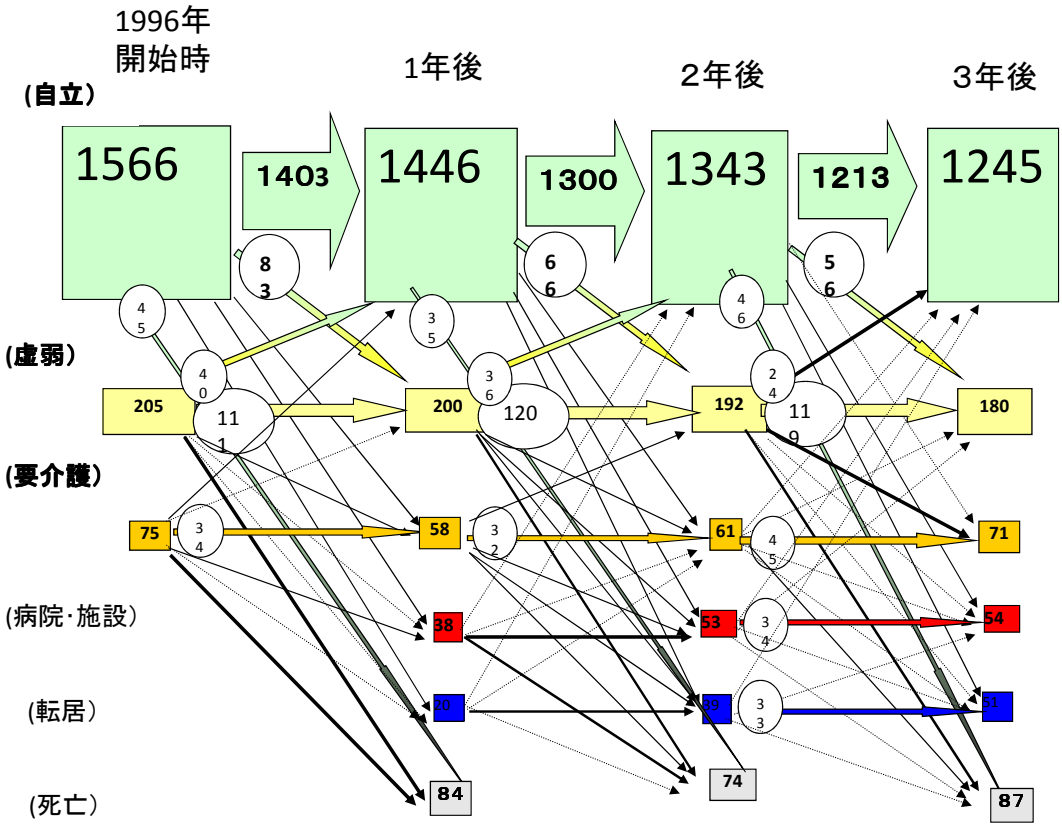



1996年
開始時
1年後
2年後
3年後
(自立)
1566
45
(虚弱)
205
21
(要介護)
75
18
(病院･施設)
(転居)
(死亡)
84

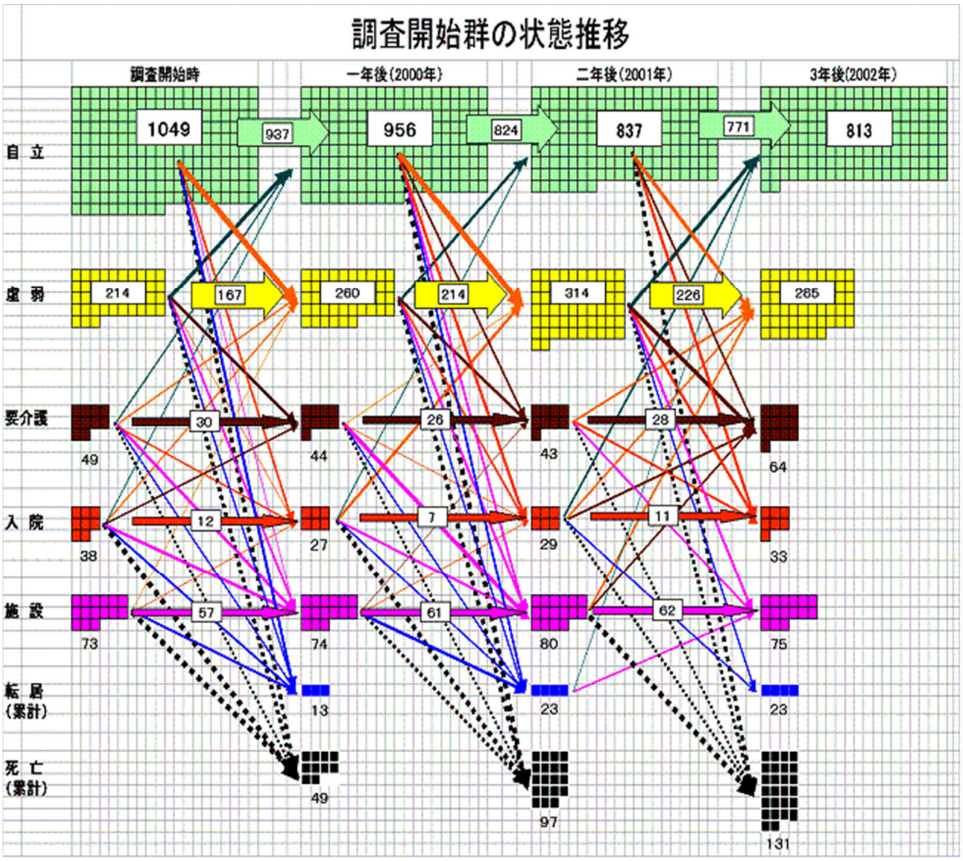

1996年
開始時
1年後
2年後
3年後
(自立)
1566
1403
1446
(虚弱)
40
205
(要介護)
3
75
(病院･施設)
(転居)
(死亡)
84


1996年
開始時
1年後
2年後
3年後
(自立)
1566
1403
1446
83
45
(虚弱)
40
205
111
200
(要介護)
75
34
58
(病院･施設)
38
(転居)
20
(死亡)
84

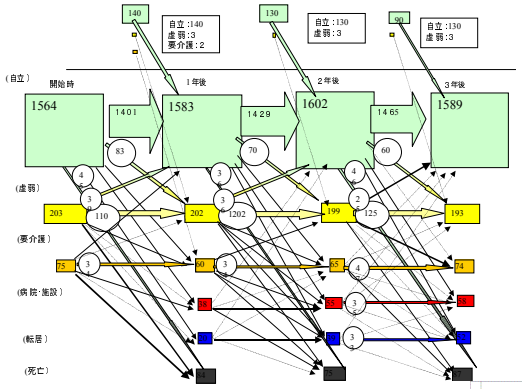

1996年
開始時
1年後
2年後
3年後
(自立)
1566
1403
1446
1300
1343
83
66
45
35
(虚弱)
40
36
205
111
200
120
192
(要介護)
75
34
58
32
61
(病院･施設)
38
53
(転居)
20
29
(死亡)
84
74


1996年
開始時
1年後
2年後
3年後
(自立)
1566
1403
1446
1300
1343
1213
1245
(虚弱)
205
200
192
180
(要介護)
75
58
61
71
(病院･施設)
38
53
54
(転居)
20
39
51
(死亡)
84
74
87

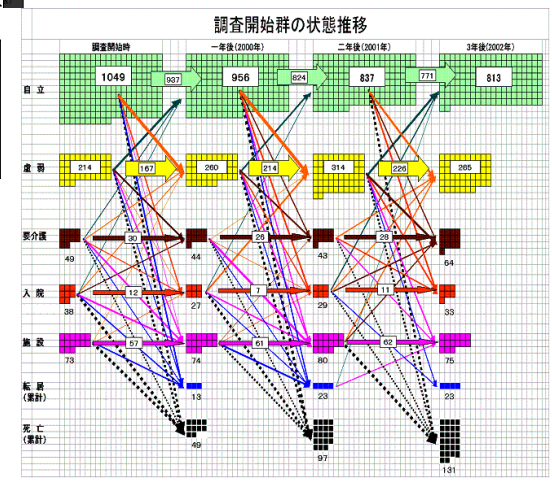
相良村


調査開始群の状態推移
調査開始時
一年後(2000年)
二年後(2001年)
3年後(2002年)
自 立
1049
937
956
824
837
771
813
虚 弱
214
167
260
214
314
226
265
要介護
49
30
44
26
43
28
64
入 院
38
12
27
7
29
11
33
施 設
73
57
74
61
80
62
75
転 居
(累計)
13
23
23
死 亡
(累計)
49
97
131

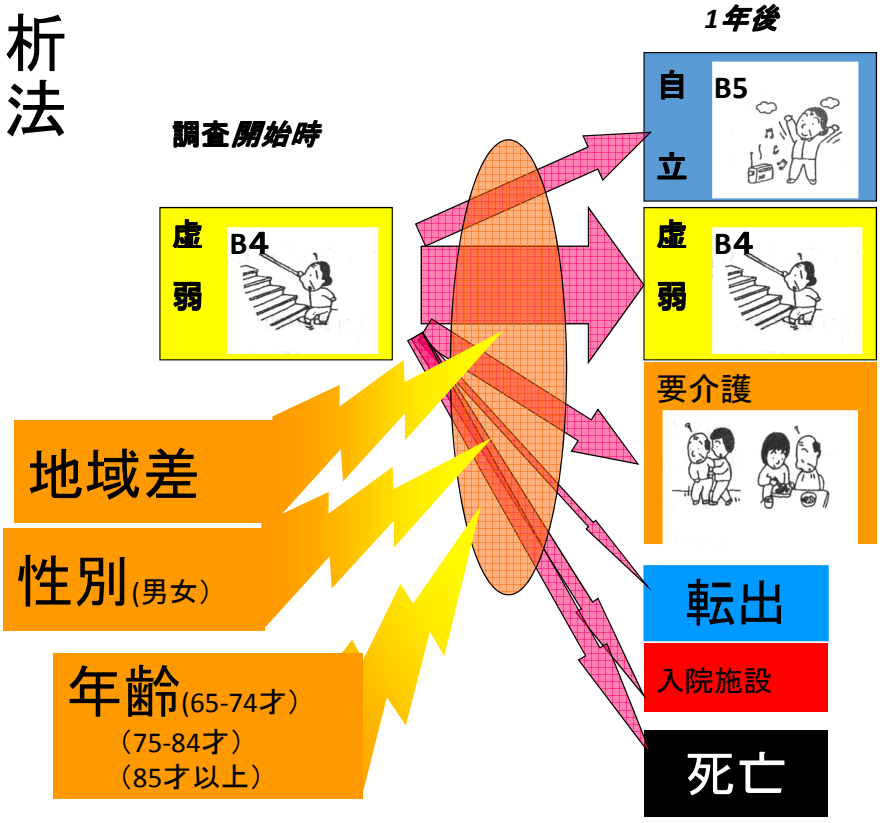
大三島


自立 :140
虚弱:3
要介護:2
自立 :130
虚弱:3
自立 :130
虚弱:3
(自立)
開始時
1年後
2年後
3年後
1564
1401
1583
1429
1602
1465
1589
(虚弱)
(要介護)
(病院・施設)
(転居)
(死亡)

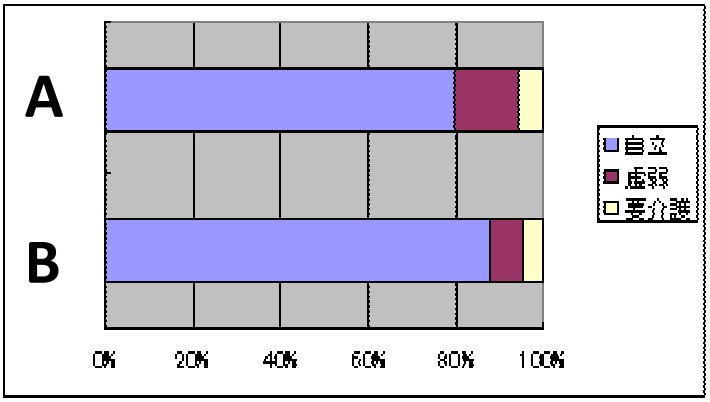
相良村


調査開始群の状態推移
調査開始時
一年後(2000年)
二年後(2001年)
3年後(2002年)
自立
虚弱
要介護
入院
施設
転居(累計)
死亡(累計)
1049
937
956
824
837
771
813
214
167
260
214
314
226
265
49
30
44
29
43
28
64
38
12
27
7
29
11
33
73
57
74
61
80
62
75
13
23
23
49
97
131

解析方法

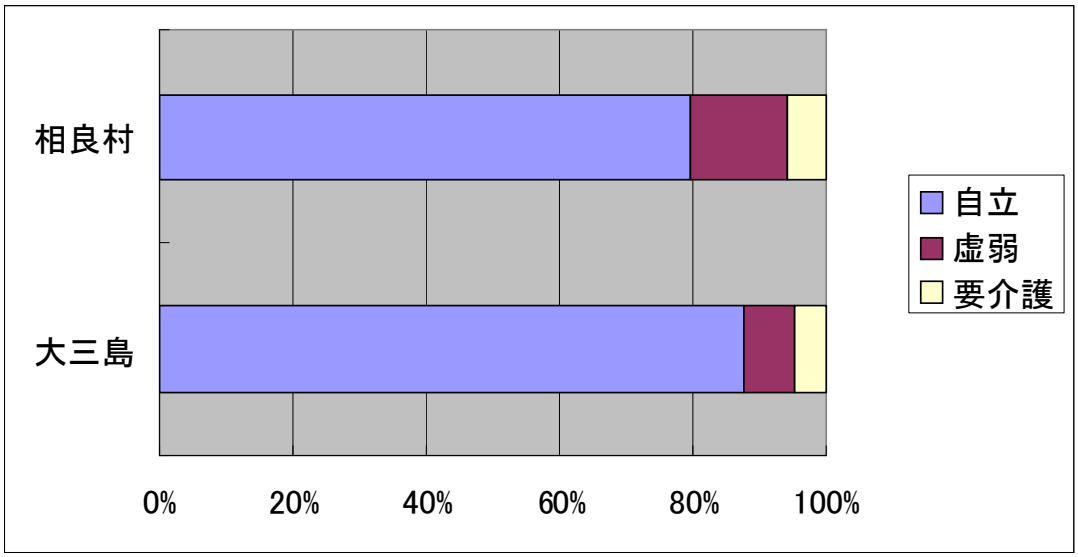

調査開始時
1年後
虚弱
B4
自立
B5
虚弱
B4
要介護
地域差
性別(男女)
年齢(65-74才)
(75-84才)
(85才以上)
転出
入院施設
死亡

大三島と相良村の状態構成

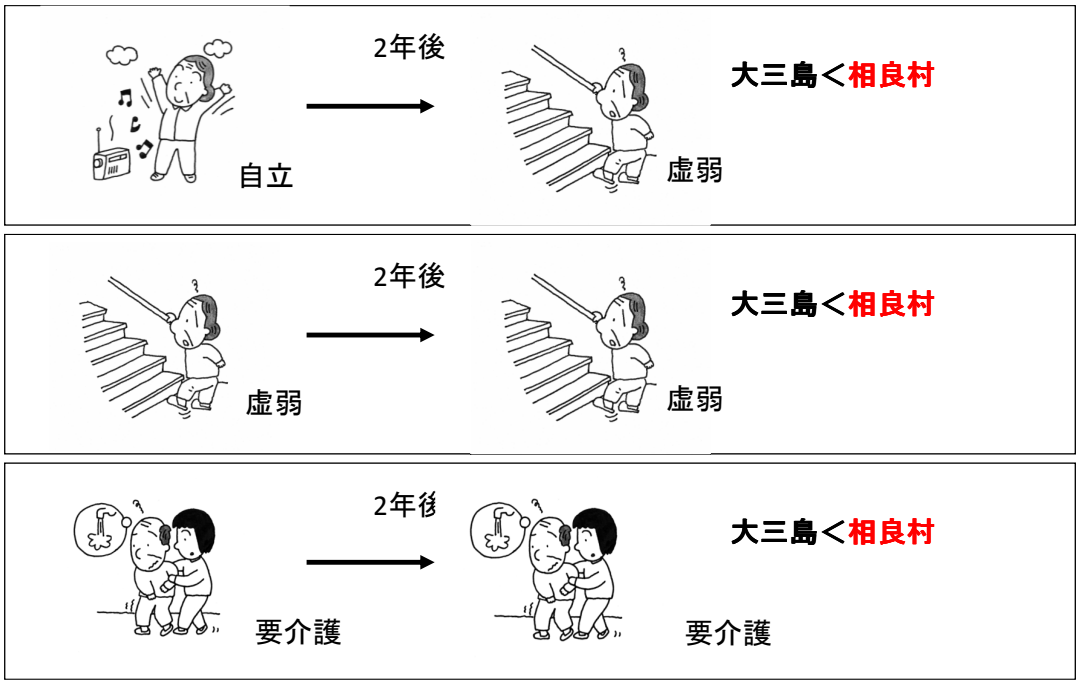


- （図1）は、調査開始時点の両地域の自立、虚弱、要介護高齢者の割合を示す。読み進める前に、虚弱と要介護の人の割合が高いA地域、自立高齢者の比率の高い,B地域、どちらが介護サービスが少ない大三島で、どちらが介護サービスの充実した相良村であるかを予想し、どうしてそのような差が生じたかを考えてえていただきたい。

大三島と相良村の状態構成



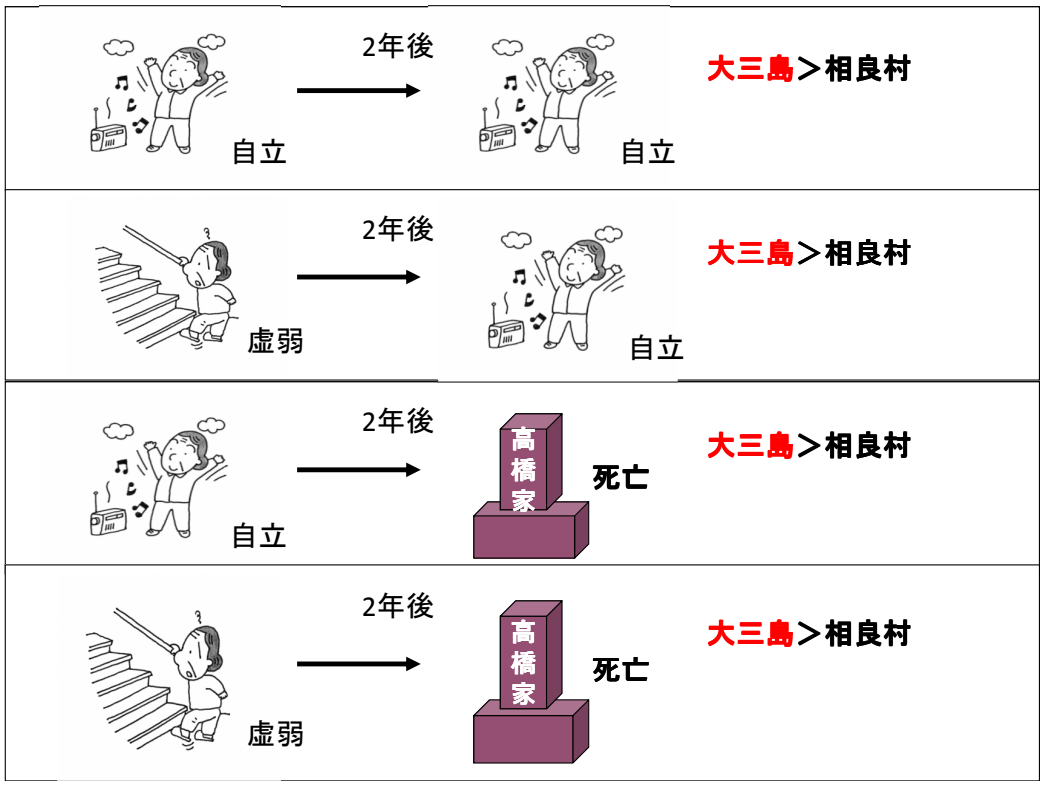
相良村の特徴



相良村の特徴

- 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。

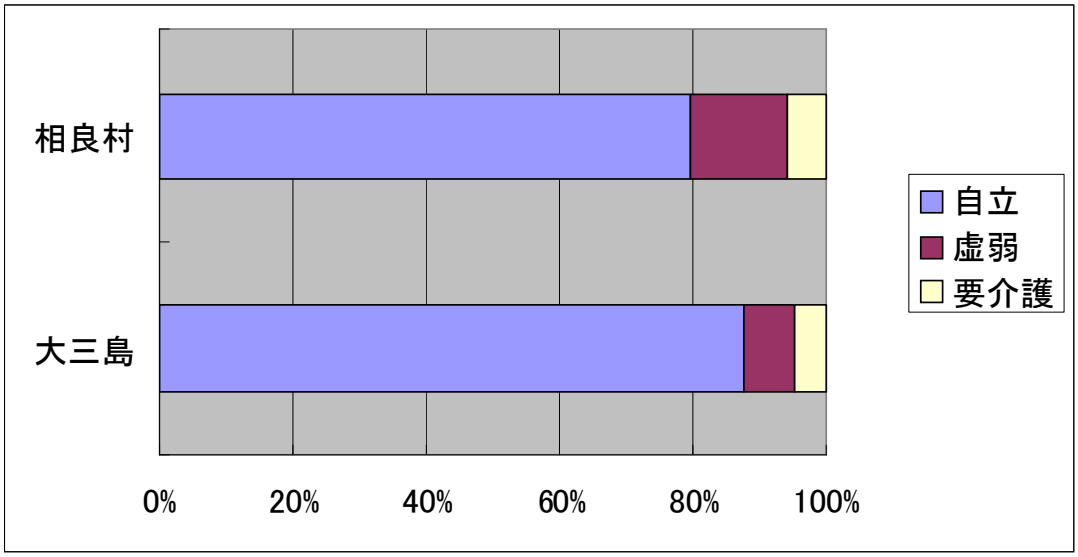
大三島の特徴



大三島町の特徴

- 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。

大三島と相良村の状態構成



北欧のように日本でも「食べられなくなったら諦める」ようになる？

- １人当たりの医療・介護資源消費量を減らすための「利用者の意識改革」のお手本が「北欧型の老い方・死に方」にあると、筆者は考えている。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（えんげ）訓練は徹底的に行われるが、それでも駄目ならば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みと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大半であり、北欧には寝たきりの高齢者はほとんどいない。日本人の多くが「世界中の高齢者ケアの現場で、寝たきり高齢者のおむつ替えや食事介助が行われている」と思っているが、これは大いなる勘違いである。北欧、フランス、ドイツ、英国などでは、日本の施設のようなオムツ交換や食事介助はほとんど行われていない。

スウェーデンのレポート

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。

2009年フランス視察の成果

フランスの看取りの現状

（延命治療について）
40歳代、50歳代では延命を行うケースが多いですが、高齢者では少ないです。患者も家族も医師側も望まないです。

- 通訳：奥田七峰子：日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員

フラ

現在フランスでは、不必要な胃ろうを付けることはほとんどない。1990年頃より、学会や専門家の間で胃ろうを付けないことに関するコンセンサスが形成されるようになった。認知症、繰り返す肺炎、ADL低下も適用でない。

脳卒中は、適用である場合がある。意識が戻る可能性があると思われる場合は付ける。

高齢者病院
ブルトノー病院
院長：マリー・ワーナー

フランスの看取り

胃ろうを付けることの同意を得るのがフランス、付けないことの同意を得るのが日本です。

本庄第一病院
小松工芽先生

高齢者病院
ブルトノー病院
院長：マリー・ワーナー

20年前の状況

フランスでも
積極医療をずいぶん
やっていた。

マリー・クリスチーヌ・プーシェル先生
医学史研究家

20年前のフランス

20年前も現在と同じような状況でしたか？

筆者

私が医師の活動を開始した20年前なら、徹底的にやっていた。20年前に積極的に必ず胃ろうを入れていた。「入れますか、入れませんか」という質問をする余地もなく、入れていた。

民間非営利クリニック
L'Institut Mutualiste Montsouris消化器部長

20年前のフランス

20年前も現在と同じような状況でしたか？

筆者

この20年間で、このようなことをやらなくなった。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。

民間非営利クリニック
L'Institut Mutualiste Montsouris消化器部長

20年前のフランス

20年前、家族の状況はいかがでしたか？

筆者

20年前は、家族も延命治療を望んでいた。昔癌の告知はできなかった。この10年で、家族側の意識が変わった。今はもうはっきり告知を言えるようになった。それが大きい。

民間非営利クリニック
L'Institut Mutualiste Montsouris消化器部長

変わった原因

北欧文化がフランスに入るまで20年間から25年間かかったが、だんだんこのような考え方が広がってきた。

高齢者病院
ブルトノー病院
院長：マリー・ワーナー

20年位前は、高齢者に関しては静かに死なせようという人は多いが、医療者側には治療を続けたいと考える人が多かった。それを誰が変えたかというと、看護師と麻酔・蘇生医である。一般の医師や家族からの流れではない。

マリー・クリスチーヌ・プーシェル先生
医学史研究家

マリー・クリスチーヌ
・プーシェル先生
医学史研究家

医師と家族の立場が逆転したのが、少し前。それまで医師の方が圧倒的に強かった。HIVにより医師が無力(何もできない)ので、患者の死に方を決めれるようになってきた。カクテルセラピーが出てきので、患者側が要望するようになり、医師が従うようになってきた。

マリー・クリスチーヌ
・プーシェル先生
医学史研究家

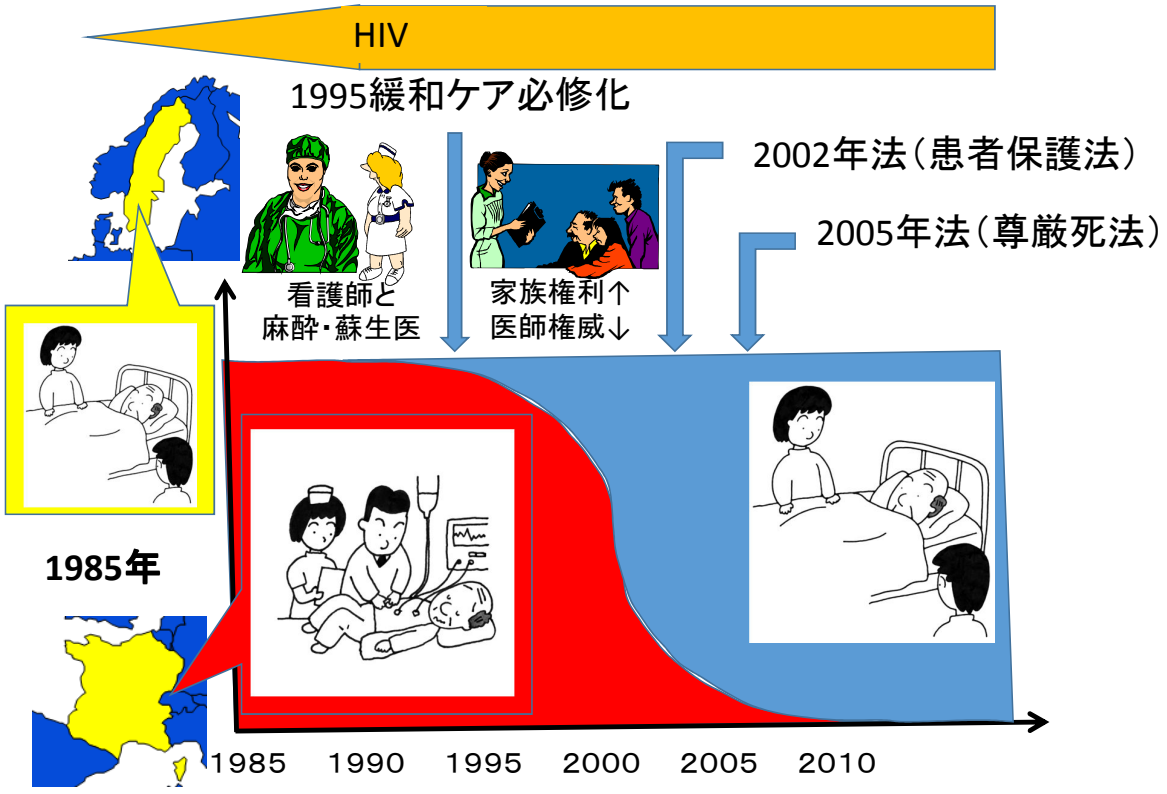
フランスにはターミナルケアが入りにくかった。（治療を放棄した人）。フランスでは緩和ケアが入りにくかったが、HIVの出現により緩和ケアが認知され、最近は尊敬の対象となりつつある。

受けた教育の違いになり、古い教育を受けた人は治療の停止はできなかった。しかし最近は、大きく変わってきた。

20年前からやらなくなった理由は、医療費問題がある。何に医療費を使うべきかというコンセンサスができてきた。また医師の権威が崩壊し、家族の意思が尊重されるようになった。20年前と大きく異なるのは、院内感染や医療事故などで訴えられることも多くなったことが関係している。

民間非営利クリニック
L'Institut Mutualiste Montsouris消化器部長

フランスの終末期の変遷（1985-2010年）



2012年9月7日午後　IMM（共済病院）
消化器外科のガイア先生

2013年訪問時

ヘレン・アナール・ミシェロ(Helene ANARD-MICHELOT)先生（老年科医長）

人生の終末期のケアで、食べられない人を、やせほそ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らせます。

2015年訪問時

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特にならないではないのか？

施設長のプレゼン前のあいさつ

シャンベラス施設長

最後まで看取るときに必要なことが何か、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すぎだと思う。フランス人の高齢者は、必要な時のみいることを望む。普段は、いない方が良い。
私の車が故障したら、その時は整備がありがたいが、週末のドライブに整備工はいっしょにいてほしくない。

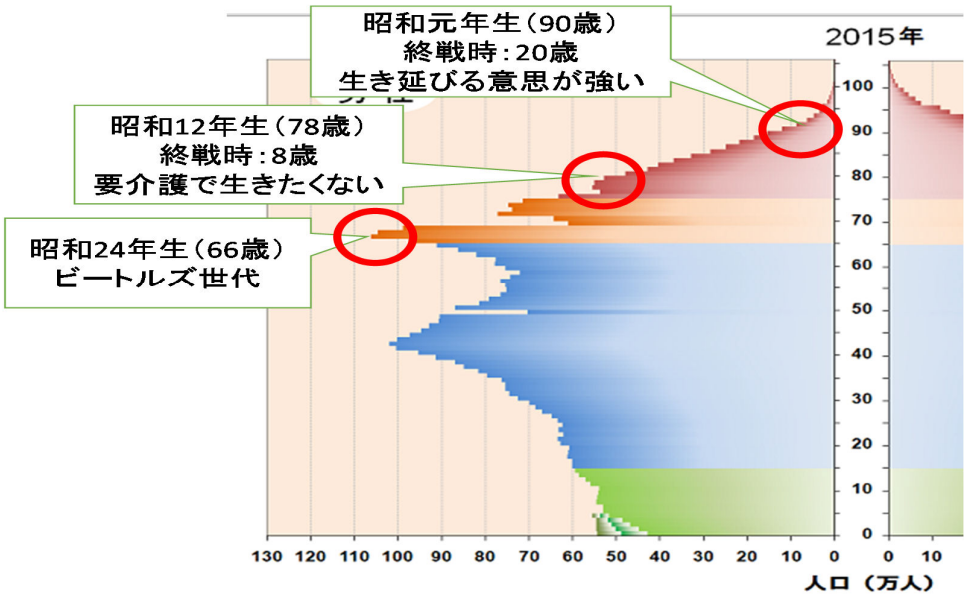
死に方は、国レベルで、かなり急速に変わる

- 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。

死に方は、国レベルで、かなり急速に変わる

- 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。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。

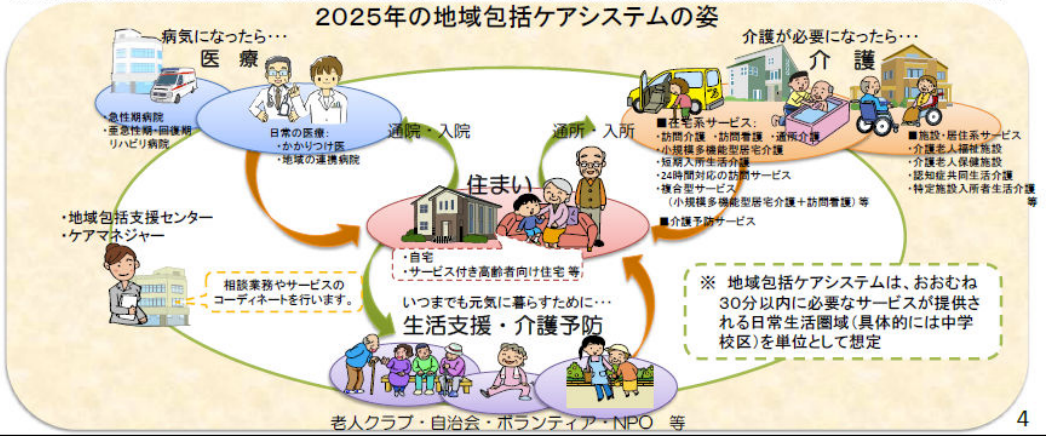
急速に変わる日本の高齢者の死生観



介護の将来像（地域包括ケアシステム）

○ 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。
①医療との連携強化
②介護サービスの充実強化
③予防の推進
④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）



社保審　介護保険部会　2013.01.21より

ー行きつく先の医療・介護の姿とはー（東京都病院会会報5月号抜粋）

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。

ー行きつく先の医療・介護の姿とはー
（東京都病院会会報5月号抜粋）

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。

ー行きつく先の医療・介護の姿とはー
（東京都病院会会報5月号抜粋）

地域包括ケアと在宅復帰が進んでいくと

- 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。

ー行きつく先の医療・介護の姿とはー
（東京都病院会会報5月号抜粋）

地域包括ケアと在宅復帰が進んでいくと

- 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。

ー行きつく先の医療・介護の姿とはー
（東京都病院会会報5月号抜粋）

地域包括ケアと在宅復帰が進んでいくと

- 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。

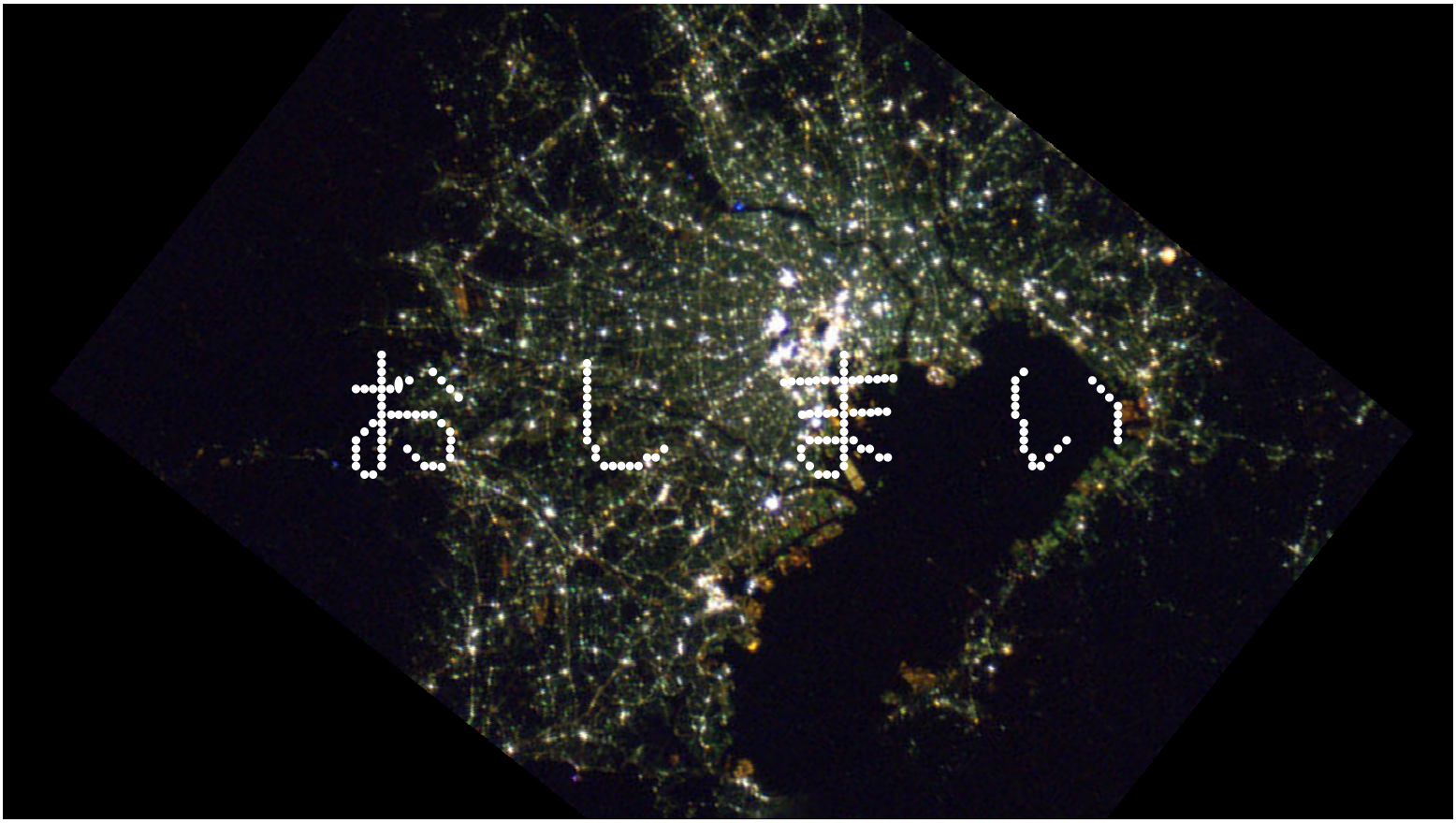
2015年7月2日「おはよう日本」での
高橋のコメント

- 『行政にお任せ』『自分の老い方、死に方を人任せ』では、危険な時代になってきた。
- どこに行って、どう暮らし、最終的にどう亡くなるかを、自分で考えてほしい

団塊の世代へのメッセージ

かっこよく老いて、

（自分で決めて、自立して）

かっこよく死のう

（食べられなくなったら、枯れるように亡くなる）