

特 集

高齢者医療の現状と展望 —各領域のトピックス—

高齢者介護の現状と問題点

獨協医科大学病院 看護部

稲葉 孝子

緒 言

少子高齢化が伸展する現在、疾病を抱えた高齢者の支援には、医療と介護を一体とした生活全般を視野にいれた関わりが必要とされている。高騰した社会保障給付費を抑制し、限られた財源を有効かつ効率的に使用するため、医療の機能分化や地域包括ケアシステムの整備が進められている。しかし未だ充足には至らず一人暮らし高齢者の孤独死や介護負担による虐待・自殺等の悲惨なニュースがしばしば報じられている。高齢化率の伸びは今後も予測されており、医療者として社会や家族機能の変化がもたらす影響を捉え、予測される介護問題に備えることが求められている。

今回、高齢者介護の現状と問題点、現在取り組まれている方策等について整理して報告する。

1. 高齢者・世帯構成の動向

我が国の総人口は平成 27 (2015) 年 10 月 1 日現在、1 億 2,711 万人と、平成 22 (2010) 年をピークに減少している。65 歳以上の人口割合である高齢化率は年々増加し、平成 27 年では 26.7% となり、国民の 4 人に 1 人が高齢者となった。総人口が減少する中で、高齢者人口は平成 54 (2042) 年 3,878 万人でピークを迎え、その後は減少すると予測されている¹⁾。

敗戦直後の第一次ベビーブーム (1947 年～1949 年)、その世代が子孫を残した第二次ベビーブーム (1971 年～1974 年) に続き、第三次ベビーブームが引き起こされていけば、高齢化はこのような深刻な問題に発展しなかった可能性もある。しかし、昭和 50 (1975) 年頃より起きた晩婚化・未婚化・少子化が、生産年齢人口の減少を招き、高齢化問題を一層複雑なものとしている。

医療・介護の側面からみると高齢者には、加齢による身体・認知機能の低下を受容しながら自立した生活の維持、疾患を抱えた療養、社会生活への適応を成し、老後の安定した生活を営むことが期待されている。

加齢によりセルフケア機能に問題を抱える高齢者を支えるのは家族の役割であったが、最近では家族機能の脆弱化や頼る家族がないという声が増えている。

そこで、世帯の動向をみてみると、平成 26 (2014) 年の 65 歳以上の高齢者のいる世帯は、全世帯 (2,357.2 万世帯) の 46.7% と約半数となった。高齢者世帯のうち、夫婦のみの世帯が最も多く 30.7%、続いて単独世帯 25.3%、親 (両親または片親) と未婚の子のみ 20.1%、三世帯世帯 13.2%、その他で、夫婦世帯と単独世帯で 56% を占めている²⁾。

子供との同居は年々減少傾向にあり、単独世帯は増加している。高齢になれば別居していた子世代と介護等を目的に途中から同居することが一般的であった時代もあった。しかし現在の夫婦世帯では、平均寿命の長い女性が夫を介護した後、夫の施設入所や死別を経て一人暮らしをしていることが多い。

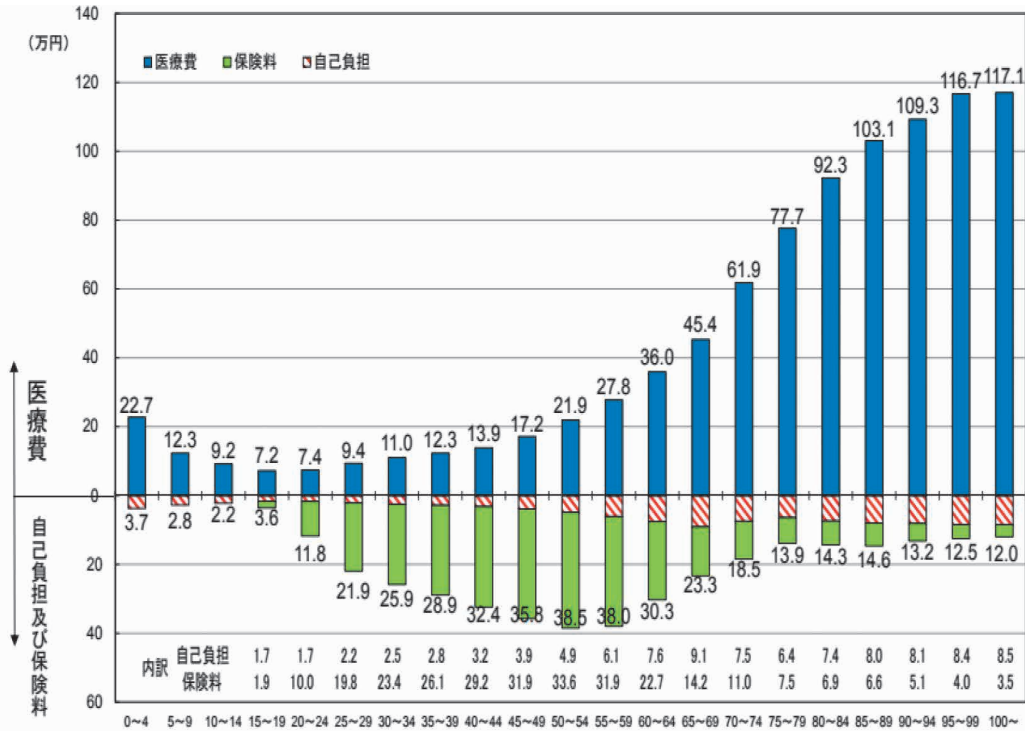
2. 高齢者の生活

1) 就労と生計

平成 26 年に実施した「高齢者の日常生活に関する意識調査」では、60 歳以上の高齢者に何歳頃まで収入を伴う仕事をしたいか質問したところ「働けるうちはいつまでも」28.9%、「65 歳くらいまで」、「70 歳くらいまで」がともに 16.6% で、70% の者が就労を希望していた³⁾。また、男性では 60～64 歳で 72.7%、65～69 歳 49.0%、女性では 60～64 歳 47.3%、65～69 歳 29.8% が有業している⁴⁾。60 歳定年企業では定年後も継続雇用されている者は 80% を超えている。働き方は高齢になるほど自由性のある非正規雇用者が多くみられ、高齢者の就業については生産人口が減少する中、企業側でも受け入れ姿勢を示している。

高齢者の働く理由として最も多かったのは「経済上の理由」、次いで「生きがい、社会参加の為」、「健康上の理由」⁵⁾ で、老後の生活設計と深い関わりがみられた。

高齢者の一世帯当たりの平均所得額は 297 万 3 千円



(注) 1. 1人当たりの医療費と自己負担は、それぞれ加入者の年齢階級別医療費及び自己負担をその年齢階級の加入者数で割ったものである。
 2. 自己負担は、医療保険制度における自己負担である。
 3. 予算措置による70~74歳の患者負担補填分は自己負担に含まれている。
 4. 1人当たり保険料は、被保険者(市町村国保は世帯主)の年齢階級別の保険料(事業主負担分を含む)を、その年齢階級の加入者数で割ったものである。
 また、年齢階級別の保険料は健康保険被保険者実態調査、国民健康保険実態調査、後期高齢者医療制度被保険者実態調査等を基に推計した。
 5. 端数処理の関係で、数字が合わないことがある。

図1 年齢階級別1人当たり医療費，自己負担額及び保険料の比較（年額）（平成26年実績に基づく推計値）（出典医療保険に関する基礎資料H26年度の医療費等の状況厚労省保健局調査課 p49）

で⁶⁾、公的年金・恩給が67.5%，次いで稼働所得が20.3%を占める⁷⁾。稼働所得の割合からも高齢者の就労希望が多いことがわかる。

続いて高齢者の貯蓄状況をみると、二人以上世帯の一世帯当たりの貯蓄現在高を年齢階級別にみると、60歳以上の年齢階級では2,000万円を超える貯蓄現在高になっている者が40%強存在し、現役世代と比較しても高齢者の貯蓄額は多い⁸⁾。一方300万円未満の世帯も全体の15.3%いる⁹⁾。

世帯所得で生計をまかなうことが困難な生活保護受者では、受受者総数に占める60歳以上の高齢者の割合は50%を超えており、そのうちの70%を単身者が占めている¹⁰⁾。

これらより、大部分の高齢者は経済的に心配なく暮らしているが、一部生活が苦しい者が存在している。支援する場合には経済面を考慮した関わりが求められる。

2) 医療費

高齢者の一人あたりの自己負担額・保険料は、65~69歳23.3万円、70~74歳18.5万円、75~79歳13.9万

円、80~84歳14.3万円、85~89歳14.6万円等と現役世代に比べると個人の出費額は抑えられているが、医療費は年齢階級が上がるに伴い高額となり、現役世代の負担となっている（図1）。

加齢とともに入院（入院費，食事・生活療養費）の占める割合が入院外（外来費，調剤等）より多くなり、85歳以上では入院の割合が多い¹¹⁾。

3) 住環境

65歳以上の高齢者のいる世帯では、持ち家が80%を超えており、主世帯全体(61.7%)に比べ、持ち家の割合が高くなっている。一方、高齢者単身主世帯では、持ち家は60%に留まり、民間の借家より公営借家を利用している者が多い¹²⁾。持ち家のある高齢者と借家利用の高齢者では、生活費や住環境整備に差が生じやすいと考える。

3. 高齢者の生活意識

1) 近隣住民との関係

近所づきあいについては、近所の人たちと親しく付き

表1 要介護(要支援)認定者数(H27年度末現在)―総数―

区 分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
第1号被保険者	877,055	839,069	1,197,558	1,051,444	791,189	728,175	583,918	6,068,408
65歳以上70歳未満	44,072	45,386	53,362	53,476	35,261	29,862	28,648	290,067
70歳以上75歳未満	81,669	74,621	87,642	80,643	54,151	46,185	40,931	465,842
75歳以上80歳未満	160,830	136,047	169,594	137,931	93,892	80,746	69,317	848,357
80歳以上85歳未満	264,961	230,897	304,169	235,884	163,974	141,680	115,300	1,456,865
85歳以上90歳未満	225,774	225,331	337,882	282,444	207,816	184,371	143,158	1,606,776
90歳以上	99,749	126,787	244,909	261,066	236,095	245,331	186,564	1,400,501
第2号被保険者	12,590	19,377	22,919	29,037	18,428	15,738	17,426	135,515
合 計	889,645	858,446	1,220,477	1,080,481	809,617	743,913	601,344	6,203,923

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」(平成27年度)より算出

合っている高齢者は昭和63(1988)年65%,平成26(2014)年には半数の32%となっている¹³⁾。近所とは挨拶をかわす程度(61%)の交流が多くなり,困ったときに協力し合う体制は希薄になっている。

2) 暮らし

近隣住民との関係性が希薄となる傾向の中で,老後はだれとどのように暮らすのが良いと思うか聞いたところ,「子どもたちとは別に暮らす」と答えた者が36.3%と最も多く,次いで「どの子(夫婦)でも良いから近くに住む」18.0%で¹⁴⁾,子どもとの同居を望まない者が半数を超えている。高齢期になっても,親と子世代の距離を置いた生活を望む傾向がある。

年をとって生活したいと思う場所は「自宅(72.2%)」であり,次いで「高齢者のために整備された住宅(8.7%)」,「高齢者が共同生活を営む住居(4.4%)」,「特別養護施設などの高齢者施設(2.5%)」,「病院などの医療機関(0.6%)」であった¹⁵⁾。

希望する場所で暮らすために必要なことは「医療機関が身近にある」,「介護保険のサービスが利用できる」,「買い物をする店が近くにある」,「交通の便が良い」,「家族による手助けがある」の順で上位を占めた。

3) 介護が必要になった場合

自分の介護が必要となった場合,どこでどのような介護を受けたいか聞いたところ「家族に依存せずに生活ができるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい(37.4%)」,「自宅で家族中心に介護を受けたい(18.6%)」,「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせさせて介護を受けたい(17.5%)」と,自宅での介護を望む者は75%であった。自宅以外の療養場所として

は,「有料老人ホームやケア付き住宅に住み替えて介護を受けたい(12.1%)」,「特別養護老人施設等の施設で介護を受けたい(6.9%)」と施設介護を望む者は20%弱,「医療機関に入院して介護を受けたい(6.0%)」であった¹⁶⁾。

医療機関への入院は療養型病床の廃止が予定されており,医療型のみの実施となるため,介護での医療機関への入院は難しくなると思われる。

4. 介護の実態

高齢化率の上昇に伴い要介護高齢者の増加,介護期間の長期化など介護ニーズの増大に加え,要介護高齢者を支えてきた介護者自身の高齢化や核家族化の進行など,家族の状況も変化した。そこで,高齢者を社会全体で支え合う仕組みとして平成12(2000)年介護保険法が施行された。高齢者の尊厳を守り,地域の実情に応じて,高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう平成25(2013)年地域包括ケアシステムの体制整備がスタートした。このシステムは①医療,②介護,③介護予防,④住まい,⑤生活支援の5要素から構成され,在宅生活全般を支えるものとして高齢者対策の基盤となっている。

1) 要介護者・要支援者数

介護保険制度における要介護者又は要支援者(以下,要介護者等)と認定された人(第1号または第2号被保険者)は,平成27(2015)年620.4万人で年々増加している(表1)¹⁷⁾。要介護者等の年齢を年次推移で見ると,年齢が高い階級が占める割合が増加しており,平成25年の調査では80~84歳23.8%,85~89歳24.6%,90

表2 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因（上位3位）

要介護度	第1位		第2位		第3位	
	原因	割合(%)	原因	割合(%)	原因	割合(%)
総数	脳血管疾患(脳卒中)	18.5	認知症	15.8	高齢による衰弱	13.4
要支援者	関節疾患	20.7	高齢による衰弱	15.4	骨折・転倒	14.6
要支援1	関節疾患	23.5	高齢による衰弱	17.3	骨折・転倒	11.3
要支援2	関節疾患	18.2	骨折・転倒	17.6	脳血管疾患(脳卒中)	14.1
要介護者	脳血管疾患(脳卒中)	21.7	認知症	21.4	高齢による衰弱	12.6
要介護1	認知症	22.6	高齢による衰弱	16.1	脳血管疾患(脳卒中)	13.9
要介護2	認知症	19.2	脳血管疾患(脳卒中)	18.9	高齢による衰弱	13.8
要介護3	認知症	24.8	脳血管疾患(脳卒中)	23.5	高齢による衰弱	10.2
要介護4	脳血管疾患(脳卒中)	30.9	認知症	17.3	骨折・転倒	14.0
要介護5	脳血管疾患(脳卒中)	34.5	認知症	23.7	高齢による衰弱	8.7

出典：厚生労働省 平成25年度国民生活基礎調査 p31表21より

歳以上18.1%で、これらの年齢階級で66%を占めている¹⁸⁾。男女別では、男性は「80～84歳」、女性は「85～89歳」で要介護者が最も多くなっている。

2) 介護が必要となった原因

介護が必要となった主な原因¹⁹⁾をみると、要支援者では「関節疾患」が20.7%で最も多く、次いで「高齢による衰弱」が15.4%であった。要介護者では「脳血管疾患(脳卒中)」21.7%、「認知症」21.4%が多くなっている(表2)。

3) 要介護者等の社会背景

要介護者等のうち、在宅にいる世帯を世帯構造別にみると、年々「単独世帯」の割合が上昇し、「三世帯世帯」の割合が低下している。平成25年は、「核家族世帯」が35.4%で最も多く、「単独世帯」27.4%、「三世帯世帯」18.4%となっている。要介護度の状況を世帯構造別にみると、「単独世帯」では要介護度の低い者のいる世帯の割合が高く、「核家族世帯」、「三世帯世帯」では要介護度の高い者のいる世帯の割合が高くなっている。

主な介護者は、要介護者等と「同居」が61.6%で最も多く、次いで「事業者」が14.8%となっている²⁰⁾。主介護者は「同居」では「配偶者」が26.2%で最も多く、次いで「子」21.8%、「子の配偶者」が11.2%の順となっている(図2)。

また、要介護者等と同居している主な介護者の性別は、男性31.3%、女性68.7%で女性が多く、男女ともに60歳以上の者(70%弱)が介護にあたっており、老々介護のケースが相当数存在していると思われる。

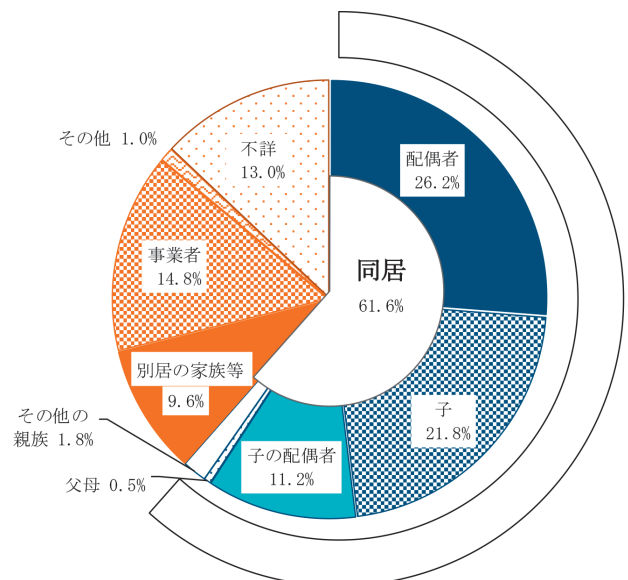


図2 要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合 (平成25年)

注：「総数」には要介護度不詳を含む。

出典：厚生労働省 平成25年度国民生活基礎調査 p32 図40より

4) 主介護者の負担

介護には、家族員同士が協力し合い家族の絆が強まる、家庭の場で介護や看取りについての次世代への教育が行われるなどのプラス面がある。しかし一方では、社会・家庭生活を営むことにおいて介護は、時間と介護量による拘束が家族に生じる。

同居している主な介護者の悩みやストレスの原因(複数回答)を聞いたところ「家族の病気や介護」、「自分の病気や介護」、「収入・家計・借金等」、「家族との人間関係」、「自由にできる時間がない」、「自分の仕事」、「生き

表3 要介護度別サービス利用状況

単位：千人

種 類	総数	介護予防サービス		介護サービス				
		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
居宅サービス	139,038	13,946	18,398	29,610	30,755	19,972	15,032	11,322
地域密着型サービス	5,018	55	79	927	1,142	1,216	924	672
施設サービス	11,059			627	1,262	2,440	3,484	3,244

資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告」（平成 27 年度）より算出

がいに関する事」等の順で多い。介護は社会生活を営む上で、家族に多岐にわたって影響を与えている。

平成 28 年には「育児と介護のダブルケア」についての調査が行われた²¹⁾。この調査は、晩婚化・晩産化等を背景に、育児期にある者（世帯）が親の介護も同時に担う問題が指摘されるようになり、その実態を把握する為に行われた。ダブルケアを行う者は約 25 万人（男 8.5 万人、女 16.8 万人）で、ダブルケアを行う者の平均年齢は男女共 40 歳前後（30～40 歳代が 80%）で、介護のみを行う者と比較して 20 歳程度若くなっている。育児と介護の負担を比較すると介護を負担に感じる者の方が 60%と多かった。老々介護の大変さが問題視されているが、育児と介護を両立させながら介護に当たっている 30～40 歳代の就業世代への負担軽減の配慮も必要となっている。

5) 介護保険サービスの利用状況

介護認定者を要介護（要支援）状態区分別にみると、要支援 1：89 万人、要支援 2：86 万人、要介護 1：122 万人、要介護 2：108 万人、要介護 3：81 万人、要介護 4：74 万人、要介護 5：60 万人で、軽度（要支援 1～要介護 2）の認定者が約 65.3%を占めている（表 1）。

介護サービスは 3 種類に大別される（表 3）。

居宅（介護予防）サービスは、①訪問系サービス、②通所系サービス、③短期滞在系サービス、④福祉用具・住宅改修サービス、⑤特定施設入居者生活介護、⑥介護予防支援・居宅介護支援があり、要介護者等に最も多く利用されているサービスである。

地域密着型（介護予防）サービスは、今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるように創設されたサービス体系で、事業者が所在する市町村に居住する者が利用対象者となる。サービスには、①夜間対応型訪問介護、②認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護、③小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護、④認知症対応型共同生活介護・

介護予防認知症対応型共同生活介護、⑤地域密着型特定施設入居者生活介護、⑥地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護がある。施設などの規模が小さいので、利用者のニーズにきめ細かく応えることができる。定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護など「短時間・1 日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスを組み合わせ一体的に提供するもので、平成 27 年度の介護報酬改定では、これらのサービスの機能強化が図られた。

施設サービスは、①介護老人福祉施設（原則要介護 3 以上）、②介護老人保健施設（要介護 1 以上、在宅移行目的）、③介護療養型医療施設（要介護 1 以上で要医療措置）の施設で行われる。介護保険施設以外の高齢者の住まい等（サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症型高齢者グループホーム）は含まれない。③については廃止される計画がある。

5. 介護による離職・転職

同居している主な介護者の介護時間を要介護度別にみると、「要支援 1」から「要介護 2」までは「必要なときに手をかす程度」が多くなっているが、「要介護 3」以上では「ほとんど終日」が最も多くなっている²²⁾（図 3）。

介護・看護を機に離職・転職をした者のうち女性は全体の 80.3%を占めている²³⁾。離職の理由は「仕事と手助け・介護の両立が難しい職場だったため（62.0%）」、「自分の心身の健康状態が悪化したため」、「自分の希望として介護に専念」、「施設に入所できず、手助け・介護の時間が増えた」等の順であり、できれば仕事を辞めなくなかった者は男女とも 55%を超えている。

育児又は家族の介護を行う労働者の職業生活と家庭生活との両立が図られるよう支援することを目的に、平成 3 年育児・介護休業法が制定され、その後随時改正されているが、介護休業制度を利用している常用労働者は平成 27 年 0.06%に留まっている。介護休業、介護休暇、

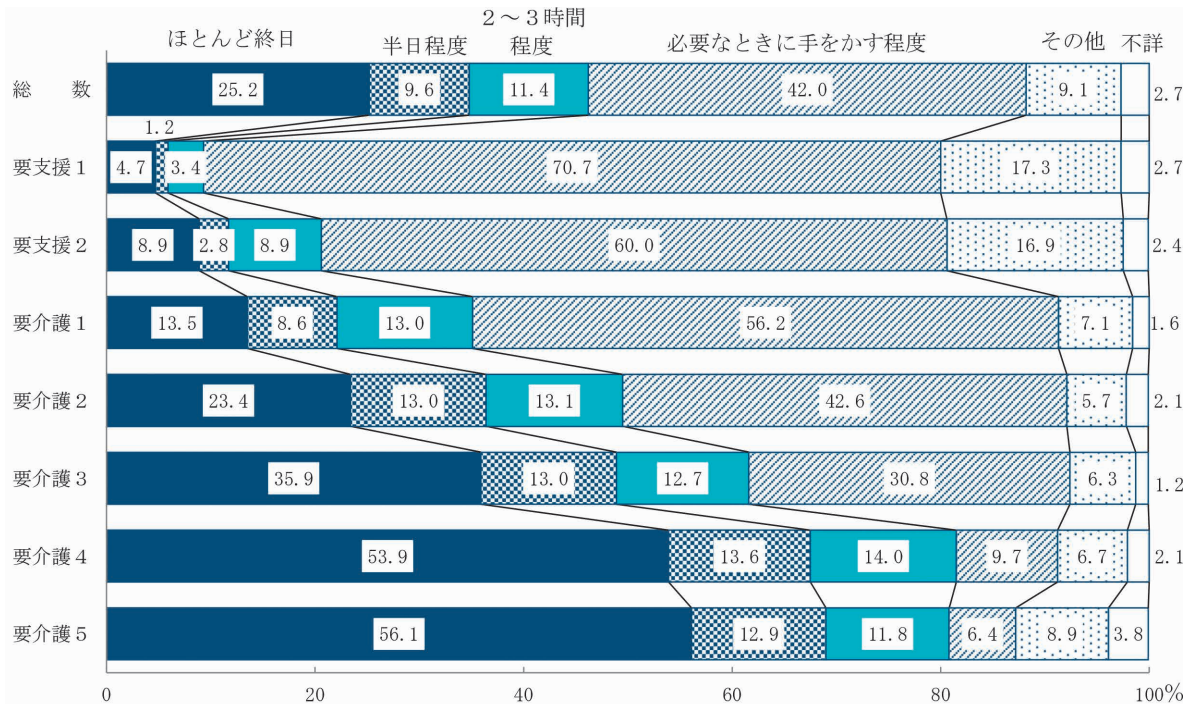


図3 要介護度別にみた同居の主な介護者の介護時間の構成割合（平成25年）

注：「総数」には要介護度不詳を含む。

出典：厚生労働省平成25年度国民生活基礎調査 p34 図43より

所定労働時間の短縮や始業・就業時刻の繰上げ・繰り下げ等に加え、平成29年1月からは介護休業（93日）の分割取得、介護休暇（年5日）の取得単位の柔軟化、介護のための所定外労働の免除等が加わった。

介護者がこの制度を利用しやすいよう雇用側や社会全体の理解が望まれる。

6. 一人暮らし高齢者の介護

住み慣れた場所で、顔見知りの人達と暮らすことは高齢者の望みであるが、一人暮らしに不安があると答えた高齢者は80%を超えている²⁴⁾。どのようなことが不安かの質問に最も多かったのは「病気になったときのこと」、「寝たきりや身体が不自由になり、介護が必要になったときのこと」であり、比較的自立度の高い要支援1～要介護2までの者が一人暮らしをしている現状の中で、健康を損なうことに対する不安は大きいものと考えられる。常時医療や介護が必要になると、現在の生活を維持することは難しくなる。療養先を自宅から子ども世帯や高齢者施設などに変更することを考えなければならない時期に直面してからの療養先探しは難航することが想定される。本人の意向と家族の状況を勘案し、介護支援専門員等の関係者が機を得て話し合いを進めておくことが重要である。

健康の次に不安が多いのは「買い物などの日常生活のこと」であり、外出や屋内移動など運動機能に不安を抱える高齢者が多い。老後の一人暮らしの際にどのようなサービスがあるとよいかを調査したところ「通院・買い物等の外出の手伝い」、「急病などの緊急時の手助け」、「洗濯や食事の準備などの日常的な家事援助」、続いて「配食サービス支援」、「見守り安否確認」、「ゴミ出しや電球の交換などのちょっとした力仕事」等、支援者が生活の場にはいないことで生じる生活上のこまごまとした身近な支援を望んでいた。専門的支援というよりは家事援助支援を中心とした近隣の人の互助を含めたケアプランと緊急時の対応（見守りや通報）が支援ポイントとなる。

困ったときに頼る相手は（2つまで）「子供・孫（51%）」、「民間のサービス（24.1%）」、「地域のボランティア等のサービス（18.2%）」、「兄弟・親戚（14.6%）」、「友人（7.0%）」、「近所の人（5.8%）」の順で、「頼る人がいない」と答えた高齢者が16.0%存在している。血縁関係者が60%を超えてはいるが兄弟の人数が減少している現在、「頼る人がいない」と答える割合は高くなる。相談相手や頼る人がいない高齢者には社会的支援が必須となる。地域包括支援センター職員や介護支援専門員、訪問看護師、民生委員、地域の小売店や事業者など

が連携して高齢者を見守る「高齢者見守りネットワーク」等の公助・互助システムの整備が急務となっている。一人暮らしでは、孤独死や家庭内事故の発見の遅れ、犯罪に巻き込まれる等の対応として、近隣住民の見守りや注意喚起が大切である。

財産管理が難しくなることが予測される場合には、高齢者の意向を確認し、希望があれば「日常生活自立支援事業」や「成年後見制度」を紹介する。日常生活自立支援事業の実施主体は社会福祉協議会で、認知症や知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分ではないが、契約内容について判断し得る能力を有していると認められる方を対象に、日常的な金銭管理、定期的な訪問による生活変化の察知・支援を行っている（1,000円程度の利用料あり）。判断能力が不十分で契約締結能力を喪失した方の場合は、成年後見制度を利用して、代理人（保護者）を選出し、代理人が協議会と契約する。また後見制度では、介護や福祉、医療サービス利用についての契約手続きを行う等の生活や健康に関する事務を行う身上監護の役割がある。

最近では、生前より契約し、亡くなった後の遺体の搬送や供養を担うNPO法人、家の片づけや遺品整理を請け負う業者等もあり、高齢者の意向に沿った形での支援を生前から相談しておくことも必要になる。

7. 認知症介護

認知症患者数は、平成24（2012）年は462万人と65歳以上の高齢者の7人に1人であったが、平成37（2025）年には約700万人、5人に1人になると見込まれている²⁵⁾。

認知症の介護は、軽症の時から見守りが始まり、症状の進行に伴い目が離せない状態に移行していく。がん患者の介護と比較すると一般的に介護期間が長く、介護終了の予測も困難である。このため介護者自身がうつ病等に罹患、就業時間の短縮や離職、経済的困窮を招いたという事態もある。

また認知症介護をめぐるのは、①徘徊による帰宅困難者の増加、②車の運転による事故、③消費者被害、④高齢者虐待や介護殺人、⑤ごみ屋敷・孤立死の増加等の深刻な問題が生じている。

①においては、平成26（2014）年、認知症行方不明者の届け出は全国で10,783人（前年比461増）、このうち168人の所在が不明なままとなっていた。また、90%以上は1週間以内に発見されているが、死亡者も429人おり、行方不明者の情報提供（検索）については全国レベルの掲示板が内閣府や警視庁に設置されている。

認知症高齢者の介護で大切なのは、家族だけで抱え込

まないことである。介護支援専門員や地域包括支援センター職員・民生委員・警察等に協力を要請、地域住民を中心とした徘徊・見守りネットワークの構築、市町村が実施しているGPSを利用した徘徊探知機の貸し出し、携帯電話会社が行っているサービス等を利用することも一案である。

消費者被害等のトラブルを回避するには、オレオレ詐欺への定期的な注意喚起や、家族や周囲の人が高齢者の日頃の生活変化の違い、おかしな人の出入りに気づく力と見守りへの意識を高く持つことが大切である。

介護者には過度な負担が生じないように、家族間の協力を促すことや介護サービス等を積極的に利用していくことを勧めている。

8. 多死社会の到来と看取り

団塊の世代の高齢者が75歳を超え、2030年には年間160万人の高齢者が亡くなると予想されている。現在ある病床数ではその受け皿はなく、「孤独（孤立）死」等を回避するために高齢者施設や在宅等での看取りの整備を進めている。看取りは最後まで尊厳ある人として生きたいと願う本質に答えるケアである。

どこで最後を迎えたいかを高齢者に質問したところ、「自宅（54.6%）」、「病院などの医療機関（27.7%）」であった²⁶⁾。しかし、ケース別に状況設定して調査した結果では、回答は異なった。「末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康な時と同様な場合」は71.7%が自宅を希望、同じがんであっても「末期がんで食事や呼吸が不自由であるが痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様な場合」は医療機関47.3%であった。また「重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康な時と同様な場合」においては医療機関39.5%、介護施設34.9%とほぼ同じ割合、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」は介護施設59.2%、「交通事故により半年以上意識がなく管から栄養を取っている状態で衰弱が進んでいる場合」は医療機関71.5%であった。

自宅で最期まで療養することが困難な理由としては「症状が急変した時の対応に不安がある」、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状急変時すぐ入院できるか不安である」、「往診してくれる医師がいない」が上位である。人生の最期を自宅で迎えたい者は多いが、症状や治療の程度、家族の負担を考え希望の療養先を断念する様子が伺える。

今般、在宅看取りをチームで支える動きが在宅支援診療所（病院）、訪問看護ステーションを中心に一部見ら

れており、在宅看取りは徐々にではあるが増えつつある。また、がん患者では、保険薬局の薬剤師による麻薬管理・指導や輸液関係のデリバリーが実施され、病状安定の一助となっている。

施設における看取りでは、在宅医療チームが施設に訪問して、診療や看取りの支援を行っていることもある。施設では、事前に高齢者や家族と十分に話し合い、彼らの意向に沿うことが可能かの判断と職員教育や環境整備が必須である。病状が悪くなってからでは、救急車で病院に搬送する以外の選択肢はないものとなる。

人生の最終段階における医療についての家族との話し合いについては、「全く話合ったことがない」が55.9%と過半数を超えており、高齢者と家族間で最期を迎える準備が十分に進んでいない状況がみえた。まずは意向確認から始めることが必要と思われる。

おわりに

高齢者介護については、保健・医療・福祉（介護）が一丸となって取り組む課題となっている。高齢者のニーズに応じたサービス提供が出来るよう制度整備も徐々に進んでいる。今後は地域住民の意識がより高まり、互助・協働が機能するような社会の取り組みが期待される。高齢者の尊厳が守られ、生き生きとした生活が送れることが可能になるよう今後も介護の充実が望まれる。

文 献

- 1) 内閣府編：高齢社会白書。平成28年度版 p2-3, 2016.
- 2) 内閣府編：高齢社会白書。平成28年度版 p13, 2016.
- 3) 内閣府編：高齢社会白書。平成28年度版 p31, 2016.
- 4) 内閣府編：高齢社会白書。平成28年度版 p32, 2016.
- 5) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p73-74, 2016.
- 6) 厚生労働省編：国民生活基礎調査。平成27年 p10, 2015.
- 7) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p13, 2016.
- 8) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p18, 2016.
- 9) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p24, 2016.
- 10) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p29, 2016.
- 11) 厚生労働省保険局調査課：医療保険に関する基礎資料。平成26年度の医療費等の状況。p92-96, 2016.
- 12) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p20, 2016.
- 13) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p26-27, 2016.
- 14) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p48, 2016.
- 15) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p49, 2016.
- 16) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p55, 2016.
- 17) 厚生労働省（2015）, 介護保険事業状況報告。平成27年度, 2017年6月10日閲覧, http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/15/dl/h27_gaiyou.pdf
- 18) 厚生労働省編：国民生活基礎調査。平成25年, 2013.
- 19) 厚生労働省編：国民生活基礎調査。平成25年 p31, 2013.
- 20) 厚生労働省編：国民生活基礎調査。平成25年 p32, 2013.
- 21) 内閣府男女共同参画局：育児と介護のダブルケアの実態に関する調査, 2016.
- 22) 厚生労働省編：国民生活基礎調査。平成25年 p34, 2013.
- 23) 内閣府編：高齢社会白書。平成28年度版 p27-29, 2016.
- 24) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p51-54, 2016.
- 25) 二宮利治, 清原裕, 小原知之, 他：日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究。厚生労働科学研究費補助金特別研究事業, 2014.
- 26) 厚生労働省編：厚生労働白書。人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える。平成28年度版 p56-57, 2016.
- 27) 鈴木和子, 渡辺裕子, 野口美和子, 他：高齢者を支える看護・介護の知識と技術。日本看護協会出版会 6-37, 1999.
- 28) 赤塚大樹, 濱畑章子：高齢者の心理と看護・介護。培風館 71-83, 2002.
- 29) 村上須賀子, 佐々木哲二郎, 奥村晴彦, 他：医療福祉総合ガイドブック 2016年度版。医学書院 120-147, 2016.
- 30) 上野千鶴子：おひとりさまの最後。朝日新聞出版会, 2015.
- 31) 都道府県データランキング。認知症行方不明者 平成27年度, 2017年6月20日閲覧, <http://uub.jp/pdr/s/ninchi.html.2017>