



Title	超高齢社会における共生を考える
Author(s)	伊藤, 美樹子
Citation	未来共生学. 2017, 4, p. 11-19
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/60723
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

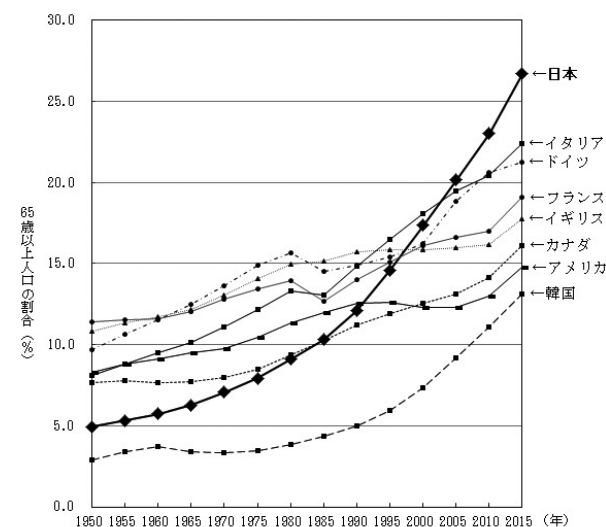
超高齢社会における共生を考える

伊藤 美樹子

滋賀医科大学医学部看護学科公衆衛生看護学講座

はじめに

星野は、未来共生学とは「人間の社会における共生の有用性を発見・促進する学問」であり、「現実社会のニーズと密接に関連した学問」として今後、発展・精緻化が目指されるものと述べている（星野 2014: 15）。今回のテーマとなる超



資料：United Nations, "World Population Prospects, The 2015 Revision"による。
ただし、日本は国勢調査の結果による。

図1 65歳以上人口の割合の推移 — 諸外国との比較
(1950年～2015年)

平成27年国勢調査—抽出速報集計結果からみる高齢化社会—,
総務省統計局, <http://www.stat.go.jp/info/today/111.htm>

高齢社会は、現実社会のニーズそのものである。これから迎える本格的な超高齢社会とどのように対峙できるのか、すべきなのだろうか。

日本では総人口に対する「65歳以上」¹の高齢者人口が占める割合で表す高齢化率の上昇が、少子化の影響で世界的に見ても早いのが特徴である（図1）。2007年には21%を超え、

「超高齢社会」と言われる水準に達している。2015年には団塊の世代といわれる戦後のベビーブーマーが生産年齢人口から高齢者人口へとシフトし、4人に1人は高齢者という状況にある。彼らが75歳以上の後期高齢者となる10年後は、「2025年問題」として、介護や医療の提供の上での資源の不足、社会保障費の増大が懸念されている。

本稿ではまず、特集の執筆者らの問題意識や研究関心の前提となる背景について整理し、その上で「超高齢社会における共生を考える」上での命題を述べることとする。

1. 老人保健制度と介護保険がもたらしたもの

日本では、65歳以上の老年人口比率が7%を超えたことを契機として福祉政策の重点が老齢保障を指向するようになった。1973（昭和48）年の「福祉元年」には老人医療費の無料化が導入されたが、後に無料化に伴う病院のサロン化や過剰診療、必要のない医療を行って医療費を稼ぐ「社会的入院」等が問題となる（厚生労働省 2012）。加えて人口の高齢化の進行と相まって、老人医療費の伸びが国民所得の伸び率を上回るようになり、「医療費適正化」が強く求められるようになった（江見 1999; 厚生労働省 2012）。

1983年には、老人保健制度が創設され、国民の老後における健康の保持と適切な医療を確保するため、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を総合的に実施、国民保健の向上、老人福祉の増進を図ることを目的として、全国の市町村で老人保健事業が実施されるようになった。

この事業の創設は、全国に保健事業を普及させ、事業の拠点となる保健センターの設置を後押しした。また、それまでは保健所が各地域のニーズに応じて実施してきた事業が全国で画一的に実施されるという転換点にもなった。全国の自治体が行うがん検診も老人保健事業の一つであり、対策型の検診が推進される契機となった^{2,3}。

さらに2000（平成12）年には介護保険法が施行された。厚生科学研究所の所長であった吉野晶雄は、戦後の社会保険の歴史上、国民皆保険制度以来の大きな出来事であったと述べている（吉野 1998: 58-59）。この制度の創設の背景に

は、①高齢化の進展に伴う寝たきりや認知症高齢者の急激な増加や核家族化の進展などによって介護負担が大きくなったこと、②それまで高齢者介護は、老人福祉と老人保健の2つの異なる制度下で行われ、利用手続きや利用者負担の面で不均衡があり、総合的なサービス利用という点で限界があったこと、③治療の必要のない入院、すなわち社会的入院などサービスの適正利用がなされていないこと、④福祉サービスについては行政がサービスの種類、提供機関を決める措置制度であったことがある。

創設された介護保険制度は、「給付と負担の関係が明確な社会保険方式により社会全体で介護を支える仕組みを創設し、利用者の選択により保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるようにしたもの」となった（厚生統計協会 2006）。とりわけ耳目を集めたのは、急速に進む高齢社会に備えて介護を社会でみていこうという「介護の社会化」という新しい考え方の登場であった。

他方、時を同じくして、2000年度から、第3次国民健康づくり対策（21世紀における国民健康づくり運動〈健康日本21〉）が始まった。基本方針⁴として、①疾病対策の中心であった健診による早期発見・治療（二次予防）にとどまることなく、健康を増進し、疾病の発病を予防する「一次予防」を重視し、②健康づくり支援のための環境整備^{5,6}や、③エビデンスに基づいた施策の展開と、目標等の設定・評価の導入が進められた。

本特集の問題関心は、こうした施策の動向に連動した問題関心がベースとなっている。

「健康日本21」の基本目標に「健康寿命の延伸」や「生活の質（QOL）の向上」がうたわれてから、各地でDFLE（disease(disability)-free life expectancy）の算定が行われるようになった。DFLEとは、一定レベル以上の疾病、障害などを経験せずに（free）生存できる年数を表す数値である、この値を算定するには「disease（disability)-free」の定義が必要になる。

本特集の企画者である伊藤も、地域での看護活動の成果を二次医療圏や市町村単位など管轄地域単位で評価が可能な指標の算定を試みている（京田・丸谷・伊藤他 2006; 丸谷・京田・伊藤 2005）。この時に、「disease（disability)-free」の定義に悩んだことが、80歳以上の高齢者の人生の最終段階での健康や要介護者の予

後を考えるきっかけであり、「超高齢社会における共生を考える」上での研究疑問の端緒となった。

まず、超高齢社会の実情についての共通理解を図るために、要介護高齢者ならびに介護者が置かれた状況について触れておく。

2. 在宅介護の状況

2013（平成25）年の国民生活基礎調査（厚生労働省 2014）によれば、全世帯数は、5011万2千世帯で増加傾向を示しているが、1人世帯と2人世帯が増加し、平均世帯人員は2.51人となっている。その内訳は多い順に「夫婦と未婚の子のみの世帯」29.7%、「単独世帯」26.5%、「夫婦のみの世帯」23.2%であり、生活の基盤となる集団は縮小化の一途をたどっている。

このうち65歳以上の者のいるのは全世帯の44.7%、2240万世帯を超える。昭和の時代は三世代世帯が中心であったが、子世代の未婚割合の増加に伴って、「親と未婚の子のみの世帯」が増加し、同時に子世代と分離した「単独世帯」や「夫婦のみの世帯」が増加している（図2）。

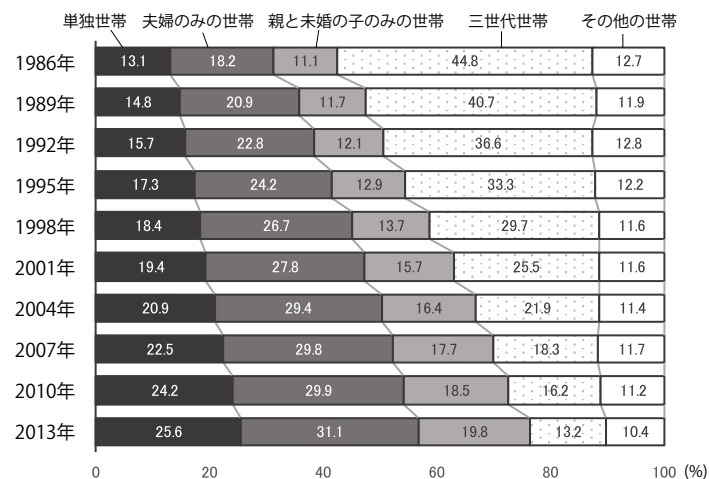


図2 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯数の構成割合の年次推移

出典：平成25年 国民生活基礎調査 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/>)

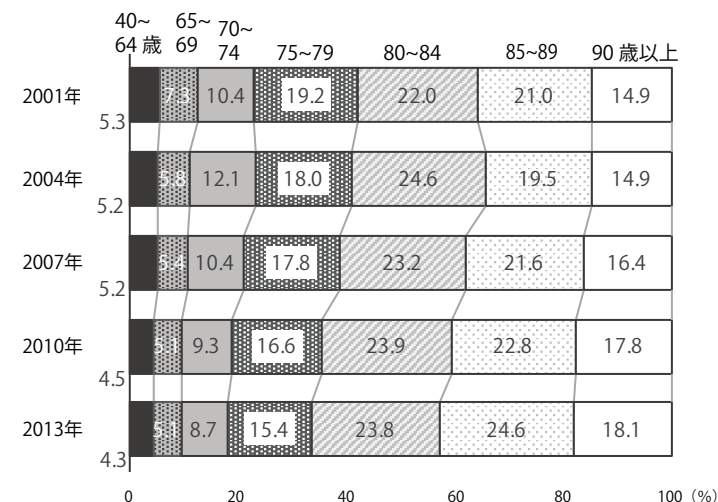


図3 要介護者等の年齢（年次推移）

平成25年国民生活基礎調査

次に、要介護高齢者の状況を見てみる。同年の介護給付実績によれば、年間実受給者数は5660.5千人となり、高齢者人口割合の増加に伴って増えている。国民生活基礎調査のデータにより、これを5歳階級別にみると、「85～89歳」の24.6%が最も多く、「90歳以上」の18.1%と合わせると42.7%をしめている（図3）。介護が必要となった主な原因は、全体として、「脳血管疾患（脳卒中）」⁷ 18.5%、「認知症」⁸ 15.8%、そして「高齢による衰弱」となっている。重度な介護ニーズがある要介護者は医療的なニーズを伴っていることがほとんどである。

介護の社会化が強調される介護保険下での家族介護として、冷水（2000）は、①介護者に負担を強くない、②介護者の希望や自己実現を損ねない、③専門的に担われるべき介護以外のもののような要件を積み上げて概念化されることになるだろうと述べていた。介護保険以前の措置制度のもとでは、要介護高齢者本人の希望・意見よりも家族の意思を強く反映した決定がなされてきたが、介護保険制度では、本人の意思が最優先されることが原則になっている。このことを踏まえたとしても、認知症などにより本人の意思の確認が困難であることが少なくないために、介護をめぐる高齢者本人の意向と介護家族の希望との調

整や家族の多様な問題を専門的に援助する役割の重要性を指摘していた。

2013年の国民生活基礎調査によれば、高齢者介護の担い手は、配偶者や子、子の配偶者といった「同居家族」が61.6%をしめ、年齢では男女ともに「60～69歳」が27.7%、32.5%と多く、60歳以上の介護者は男女とも7割ほどに上る。そして同居の介護者が1日にかかる介護時間を要介護度別にみると「要介護3」以上では「ほとんど終日」が最も多く、「要介護4」「要介護5」では過半数をこえる。

表1は、国内で発行されている医学・歯学・薬学およびその関連領域の文献データベースから、高齢者の介護負担に関する原著論文の件数の推移をまとめたものである。介護保険制度が始まった2000年から数年の間に急増し、その後も3桁に上る年もあるなど、その後も多くの研究が行われており、課題が深刻であることを表している。こうした状況は、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」、介護者にも要介護者にも認知症のある「認認介護」、虐待や介護殺人などのような形で社会的な問題としても世の中に現れている。一方で、高齢者介護については介護負担や抑うつ傾向などのネガティブな側面ばかりでなく、介護者の生活満足度や介護経験の有意義性や自己成長、在宅介護の継続意思のような肯定的な側面と合わせて評価されるようになった。在宅での介護は、要介護者だけでなく介護者のサバイブもかかっていると言える。

表1 医学中央雑誌における
高齢者の介護負担に関する研究論文

検索語	発行年	件数
((介護負担/TH or 介護負担/AL) and (高齢者/TH or 高齢者/AL)) and (PT=原著論文)	2015	87
	2014	79
	2013	72
	2012	100
	2011	87
	2010	96
	2009	89
	2008	82
	2007	69
	2006	71
	2005	95
	2004	85
	2003	59
	2002	43
	2001	37
	2000	25
	1999	8
	1998	5

3. 「超高齢社会における共生を考える」

以上のことを踏まえ、「超高齢社会における共生を考える」とは、一層の超高齢社会に向かう私達が、個人として、家族として、あるいは隣人や社会としてのそれぞれのレベルで生老病死にどう対峙するかという命題として、2つの視点から構成した。すなわち「生」と「死」である。老いに伴って生じる健康リスクや医療的なニーズに対して、予防介入のあり方や根拠となる知見の探求という「生」の問題系であり、「健康長寿の要因の探求——高齢者疫学研究からの知見」(神出計、他)、「ソーシャル・キャピタル醸成を通じた介護予防活動」(樺山舞、他)、「がん対策と高齢化」(祖父江友孝)の3本から成る。もう一つは、寿命として人生の終焉を迎える時期にある85歳以上の超高齢者の医療的なニーズへの対応を含む介護や看取りに関する「死」の問題系である。「終末期高齢者の家族介護者による代理意思決定の経験——人工的水分・栄養補給法の導入をめぐる」(眞浦有希、他)、「家族が介護できない虚弱高齢者の漂流——医療的ニーズが『終の住処』を脅かす」(玉木朋子)の2つで編成した。こうした論点を読者にわかりやすく示すために、この「はじめに」の後、執筆者らによる座談会「超高齢社会における保健・医療を考える」を収録した。

本特集の執筆者は、医学系研究科環境医学教室から祖父江友孝教授、喜多村祐里准教授、総合ヘルスプロモーション科学講座から神出計教授、樺山舞助教、看護師としての臨床経験豊富な大学院生玉木朋子氏と眞浦有希氏である。

企画のコーディネーターを務めた伊藤にとって、祖父江教授、喜多村准教授は「超QOL研究会」(2012年発足)のコアメンバーである。主に85歳以上の高齢者に対する医療のあり方をテーマに科研費「終末期超高齢者における『死を否定しない医療』への転換に関する研究」に取り組んできた。玉木論文や眞浦論文はこれらの研究成果の一部である。また神出教授、樺山助教は、元同じ講座の構成員であり、主に学部や大学院での教育活動をともに行ってきた。看護職の人材育成についての目標を共有する関係である。

本特集は、超高齢社会における医療や介護について、社会の構成員全てが当事者となるこの問題を——個人として、家族として、隣人として、社会として——考える一石となることを願っている。

注

- 1 2017年1月5日に高齢者の定義と区分に関する、日本老年学会・日本老年医学会 高齢者に関する定義検討ワーキンググループから、従来「65歳以上」とされてきた高齢者の定義を「75歳以上」とする提言がプレス発表された。提言の中で高齢者の定義と区分を再検討することの意義は、(1)従来の定義による高齢者を、社会の支え手でありモチベーションを持った存在と捉えなおすこと、(2)迫りつつある超高齢社会を明るく活力あるものにすることと述べられている。
日本老年学会 http://geront.jp/news/pdf/topic_170106_01_01.pdf
- 2 がん対策として行われるがん検診を対策型検診という。人間ドック型の検診は、個人が行なう任意型の検診である。

表2 対策型検診と任意型検診

	対策型検診	任意型検診
目的	当該がんの死亡率を下げることを目的として、公共政策として行うがん検診	個人の死亡率減少など
検診提供者	市区町村	特定されない
受診率対策	受診率を100%に近づけることが求められる	一定の方針はない
提供体制	公共性を重視し、個人の負担を可能な限り軽減したうえで、受診対象者に等しく受診機会があることが基本となる	検診提供者の方針を優先して、検診サービスが提供される

出典：対策型検診と任意型検診：がん検診ガイドラインの考え方
(<http://canscreen.ncc.go.jp/pdf/taisakugatakenshin20140402.pdf>)から一部抜粋改変

- 3 老人保健法は2008（平成20）年度に「高齢者の医療の確保に関する法律」に全面改正された。新しい法律では、国民の共同連帯の理念等に基づいて、実施主体は健康保険者となった。なお、老人保健事業として行われていたがん検診は、健康増進法（健康増進法（平成14年）が根拠法となり、現在は健康増進事業として市町村が実施している。
- 4 「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）地域における健康日本21実践の手引き」
http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/jissen/pdf/shiryou_1.pdf（2016/12/27アクセス）
- 5 わかりやすい例ではタバコ対策禁煙の推進や未成年者の喫煙防止のためのICカード方式の成人識別自動販売機（taspo）の導入など。
- 6 疾病対策の中心が感染症から生活習慣病へシフトしてきた背景により1980年代の後半になると、個人の努力に基づいた予防活動に対する批判が展開され始めた。予防は個人のみで実現できるものではなく、社会環境の整備、資源の開発が必要であるとの考え方に基づいて、WHOヨーロッパ事務局長のキックブッシュがhealth cityを提唱し、1986年にはオタワ宣言（Ottawa charter for health promotion）が採択された。
- 7 脳梗塞や脳出血などにより麻痺や視野欠損、言語障害などの全身に影響をもたらす。脳血管

疾患の既往があると、脳血管性認知症の発症リスクが高まる。脳血管疾患により身体麻痺が残れば、介護負担は大きくなるが、認知症によっても一層、介護負担を増す。

- 8 もの忘れや妄想、徘徊やうつ状態、感情のコントロールがうまくできないなどの症状がある。特に妄想や睡眠障害、徘徊や、暴言暴力、食行動異常のようなBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）は介護者の負担を一層高める。

参考文献

江見康一

1999 「公的介護保険の理念と論理」『生存科学』10(2): 51-56。

京田薫・丸谷祐子・伊藤美樹子・早川和生

2006 「介護認定と入院を考慮した新しい健康余命とその特徴」『厚生指標』53(2): 20-26。

厚生統計協会

2006 「第2章介護保険制度」『国民衛生の動向』53(9): 220。

厚生労働省

2012 「第2章 時代のニーズに対応した社会保障制度の発展を振り返る」『2011（平成23）年度 厚生労働白書』pp.32-84。

2014 「2013（平成25）年の国民生活基礎調査の概要」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/>（2016/12/27アクセス）

冷水豊

2000 「老人の介護と家族」『老年精神医学雑誌』11(1): 51-53。

星野俊也

2014 「未来共生学のすすめ」『未来共生学』1: 11-25。

丸谷祐子・京田薫・伊藤美樹子・三上洋

2005 「障害有病率に入院患者数を加味して算定した健康寿命の検討」『厚生指標』52(10): 15-20。

吉野晶雄

1998 「介護保険で激震する保健・医療・福祉」『総合ケア』8(2): 58-59。