

超高齢少子化社会を如何に生きるか——医療と教育の両面から考える

医療法人はただ診療所前理事長 畑田耕司、 大阪大学名誉教授 畑田耕一

本稿は文末謝辞の項にも記した通り、2011年11月20日に畑田家住宅活用保存会主催のもとで開催されたフォーラムにおける医療法人はただ診療所前理事長・医師 畑田耕司の講演「高齢化社会を生き抜くには」の録音記録を基に上記2名の著者が執筆したものである。その目的は、この超高齢社会を如何に生き抜くべきかについての著者らの考えを示すとともに、この重大かつ困難な課題に如何に立ち向かうかを読者自身にも考えて貰う切っ掛けを読み取っていただくことである。本論文の主題に関わる問題を出来るだけ多く記載しようとしたために、内容が多種多様となり、分量も多くなっている。そのため読み難いと感じられた場合は、途中を飛ばして興味のあるところからお読みいただいても何らかの内容はつかみ取っていただけるものと思っている。本文が少子かつ超高齢社会の諸問題の解決に少しでもお役にたてることを願って止まない。(発行 2012年12月1日)

目次

I 高齢社会に関わる基礎的諸問題

1. 超高齢社会の到来とその行方	2
2. 高齢者の病気——癌、心臓と脳の病気	4
3. 尊厳死（リビングウィル）と事前指示書	4
4. 国民総背番号制と高齢者の健診質問票	7
5. 生活の質と医療（ADL、QOL、Utility、QALY）	7
6. インフォームド・コンセント	9
7. 人生の最後を如何にして迎えるか——多死社会と在宅での看取り	9

II 高齢者と保険

8. 日本の健康保険制度とその問題点——相互扶助の概念と高齢者医療	11
9. 後期高齢者医療制度の発足とその問題点	12
10. 国民健康保険の保険料と賦課限度額	13
11. 介護保険制度の発足——施設介護と在宅介護	13

III 高齢社会の繁栄に向けて

12. 高齢者福祉と定年延長	14
13. 高齢者の病気と科学・技術	15
14. 少子化問題とその解決	17
15. 健やかな子どもを育てるために——子育て研修と子育て環境の整備ならびに家庭の主婦の役割	20
16. 子育てと家庭教育	21
17. 家庭の教育力を取り戻そう	22
18. 統計学的データの大切さと読み方	22
19. 高齢者の幸せとは——親睦を通して奉仕を、奉仕を通して親睦を	23
20. 充実感の尺度は作れるか	24
21. 高齢社会の問題解決への提案	24
21-1 健康保険制度	24
21-2 介護保険と家族制度・教育	25
21-3 退職者の職業的奉仕と親睦の促進	26
22. 高齢社会の諸問題と教育	26

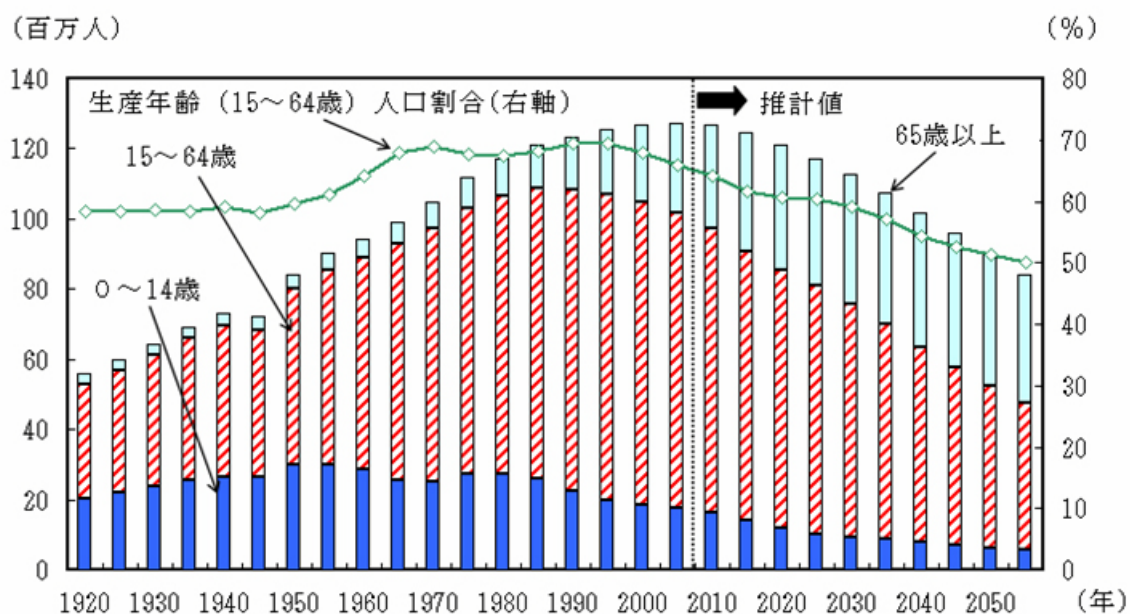
I 高齢社会に関わる基礎的諸問題

1. 超高齢社会の到来とその行方

WHO の定義によれば、高齢化率、すなわち 65 歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合が 7% になると高齢化社会（高齢になりつつある社会）、14% を超えると高齢社会、21% になれば超高齢社会と呼ぶことになっている。日本は 2010 年に 23% を越えたので超高齢社会で、世界一の長寿国である。厚生労働省の平成 21 年簡易生命表によれば、男性の平均寿命が 80 歳、女性は 86 歳、ある年齢の人々が、その後何年生きられるかという期待値すなわち平均余命は、今、75 歳の人では男性 12 年、女性 15 年である。90 歳では男性 4 年、女性 6 年となる。また、平均寿命のうち、入院や介護を受けることなく生活できる期間を健康寿命といい男性は 70 歳、女性は 73 歳である。高齢化率と健康寿命は行政が問題にする数字であり、平均寿命と平均余命は個人が興味を持つ数字である。高齢社会の諸問題は常に社会と個人の二つの面から、行政だけでなく国民も真剣に考えなければならない。さらに、わが国では超高齢化だけではなく少子化が同時に進行している。これは国民一人当たりの生産性が時とともに徐々に低下していくという深刻な問題を孕んでいる。

図 1 は 2010 年経済白書に掲載されている資料で、「少子高齢化社会」をまざまざと見せている。0～14 歳人口（棒グラフの一番下の部分）は 20 世紀の後半から減少に転じ、現在では 1955 年の過去最高値の約半分になっている。著しい少子化である。一方、65 歳以上の人口（棒グラフの一番上の部分）が 3000 万人を超える社会があと数年に近づいていることがわかる。なお、15 歳から 64 歳が生産年齢人口すなわち社会的労働力の中核をなす人口とされているのは昔の定義で、現在では 15 歳で働いている人はあまり居ない。高校卒業後すぐに社会に出る人口も減少していることを考えれば、図 1 の生産年齢人口の割合（○印）は現在でも 60% を割っている可能性がある。生産年齢人口と被扶養者人口の割合が 1 対 1 に近づくという深刻な事態が目の前に来ているということである。このことをしっかりと頭に入れて本文をお読みいただきたいと思う。

図 1 日本の人口推移と将来推計人口（参考文献 1）



(備考) 2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」により作成。

65歳以上の高齢者人口が3000万人になって、その中の1割が入院や介護が必要になるとすると、300万人分の医療・介護ベッドが必要になる。厚生労働省の2010年の発表によると日本の全病院のベッド数が173万床である。老人のための介護施設が中心であることを考慮しても、300万人分の施設をつくり出す力が今の日本にあるとは思えない。20年前にこの「300万人の老人介護」の問題が提起され、老人問題すなわち寝たきり老人にまつわる諸問題という認識で、誰もが明確な解決案を提示できずにいたとき、時の総理大臣橋本龍太郎が「日本には親の面倒は子供が見るという美風がある」と主張して話題になった。行政の基本姿勢は、現在も、この時の総理の発言と変わっていないと思われる。

戦前あるいは戦争直後は「親の面倒は子供が見るという美風」が、確かに日本社会の規範であり、その実行はとりわけ長男の義務でもあった。その後、年老いた親、成人した子ども、あるいは、両者の希望または都合で、成人した子供が両親と一緒に住む機会が減り、いわゆる核家族化が進行した。親と一緒に田舎に住んでいた若者が職場を求めて大都会に移動するという社会的、経済的な要因がこれに拍車を掛けた。さらに、子供の無い夫婦や結婚しない単身者の数の増加は老後の面倒を見て貰う近親者のいない高齢者が増えてくることを示唆している（参考文献2）。行政が今も「親の面倒は子供が見るという美風」にある程度の期待をしているのなら、第21および22節に述べたような教育的対策を直ちに実行しないと、たとえ介護保険（第11および21節参照）がかなり機能したとしても、300万人の医療と介護の問題は解決しないように思われる。もう一つ大事なことは、親の面倒を子供が見ることは、少なくとも子供の一人は高齢になった親の近くに住まっていなければ不可能だということである。親と一緒に田舎に住んでいた若者が職場を求めて大都会に移動しなければならないという社会的、経済的制約はどうすれば取り除けるのかを行政、企業、国民が一体となって考えるべき時である。

次に、この「親の面倒をみる子供」に関わる戦後の日本社会の変遷を「団塊の世代」に焦点を置いて考えてみたいと思う。1945年、第二次大戦が終わり、復員兵の帰還に伴って世界的に出生率が上昇した。この時期に生まれた世代をベビーブーマー（baby boomers）と呼ぶ。日本では、堺屋太一が「団塊の世代」と名づけた。1945年から1950年の時期には5年間区切りの出生数が1000万を越えており、先にも指摘した図1の1950年から1960年にかけての0～14歳児数の大きな値はこの現象を反映しているものと思われる。この団塊の世代は単に人数の多い世代というだけではなく、堺屋が指摘しているように、日本社会の流れのなかで重要な役を振り当てられることとなった（参考文献3）。彼らが義務教育を終える1963年には、それだけの人数に就業機会を確保できないのではないかと心配されていたが、当時の池田内閣の「所得倍増」スローガンが的中して、団塊の世代は日本の目覚ましい経済発展を支える中核の労働力となった。その後、60歳定年制のもとでは2007年から2009年にかけて200万人以上の団塊の世代のサラリーマンが一斉に定年退職することになり、社会に大きな影響をもたらす危険性が問題視され、大量退職によるマンパワー不足を回避するため、2006年4月に「改正高齢者雇用安定法」で65歳までの継続雇用を促進する「高齢者の安定した雇用の確保等を図るための措置」が施行された。また、これに併せて人材コストを抑えつつ技能を継承する目的で、多くの企業が継続雇用制度を導入することで団塊の世代を再雇用し、多数が就業または再就職している状態が続いている。これにより2006年では83万人いた60歳から64歳の労働者が2009年には142万人にまで増え、さらに65歳以上の労働者も31万人から54万人にまで増加した（参考文献4）。この定年延長、あるいは定年後再雇用の措置は高齢社会の問題解決の一役を担っていること

は間違いない。さらに、後期高齢者とされている 75 歳になるまでは働ける人は働くという、現在すこしずつ現れ始めている社会的傾向を、この世代が確固たるものに仕上げてくれることが期待される。この変化は少子化による国民一人当たりの生産性の低下をかなり補償できる筈である。

ところで、「300 万人の老人介護」の事態に対する警告は前述の橋本龍太郎総理の時代よりさらに 10 年前の 1983 年、当時の厚生省保険局長であった吉村仁により発せられていた。彼は「医療亡国論」を唱え、厚生省は将来の高齢化社会に備えて医療費を抑制することが急務であると訴えた（参考文献 5）。その背景には 1967 年から 1979 年の 12 年間（3 期）にわたり東京都知事を務めた美濃部亮吉の老人医療費無料化や 1950 年から 1978 年の 7 期にわたり京都府知事を務めた蜷川虎三の 65 歳以上の老人医療費助成制のような医療サービスをすると、国民健康保険が破綻するという危機感があったといわれている。3000 万人の人たちの医療費を無料にすれば国民健康保険が破綻するのは自明である。この美濃部氏や蜷川氏の意見は別としても、国がこの先、お年寄りの面倒をきっちりとするのは、いくら 15 歳から 64 歳の人達が頑張っても現実には不可能な状態に来ていることは間違いない。この難問に対してわれわれは如何に対処すべきかを、本論文で、いろいろな面から考えてみたい。

2. 高齢者の病気——癌、心臓と脳の病気

老人の病気で今一番増えているのはがん（癌）である。老人に限らず、全国民の死因としてはがんが一番多い。がんの治療法としては手術、抗がん剤、放射線治療が技術的に非常に進歩し、撲滅は出来ないにしても、医療的には対がん対策はほぼ完全に整備されているとも言われている。老人については、75 歳を超えるとかなりの確率でがんと係わることになる。そうなった時に医療的な困難は殆どなくて、患者自身が事態にどう対処するかということの方が問題である。中村仁「大往生したけりや医療とかかわるな」（幻冬舎文庫）や近藤誠「患者よ、がんと闘うな」（文春文庫）などがベストセラーになっていることが、逆説的にがん治療の充実を示しているとも言える。

老人の病気でがんの次に多いのが、心筋梗塞と脳梗塞である。心臓を構成している心筋と脳を構成している神経細胞は自力ではほとんど再生しないという共通性がある。これが心臓死と脳死という 2 種の死に方がある理由である。もっとも、この医学の常識が最近少し揺らいできている。そのかすかな兆しが iPS 細胞である。自分の細胞を保存しておいて、いざというときに再生技術で脳や心臓を復旧出来るのではないかという期待がかかっている。心筋梗塞、脳梗塞ともに血管が詰まって起こる血管性の障害で、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満に高血糖、高血圧、脂質異常症のうち 2 つ以上を合併した状態）についてのキャンペーンが血管性障害の予防のために行われていることは周知の事実である。

血管にあまり関係のない脳の病気として認知症、パーキンソン病などがあるが、これが原因で亡くなる人はあまり多くない。

3. 尊厳死（リビングウィル）と事前指示書

尊厳死という言葉がある。これは 傷病により「不治かつ末期」になったときに、自分の意思で、死にゆく過程を引き延ばすだけに過ぎない延命措置をせず、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えることである。わが国では、日本尊厳死協会（1976 年安楽死協会として設立、1983 年日本尊厳死協会に改名、2010 年一般社団法人、会員数 125000 人）が尊厳死の普及活動を行っている。この協会の目標は、治る見込みのない病気の末期になったときに延命治療をして欲しくないということ、自分の

意思を表明出来る間に、本人の責任で書類として残して、無用な医療を受けずに済むようにすることである。リビングウィル (Living will) という言葉がある。これは生きている間の意思という意味の英語で、尊厳死に関して用いられる場合には「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」という生前に行われる意思表示、あるいはそれを示す文書のことになる。日本尊厳死協会では尊厳死の宣言書という会員がリビングウィルを意思表示するための書類を作っている。また、1994年に日本学術会議が尊厳死容認のために、①医学的にみて、患者が回復不能の状態に陥っていること、②意思能力のある状態で患者が尊厳死の希望を明らかにしているか、患者の意思を確認できない場合には近親者など信頼しうる人の証言に基づいていること、③延命医療中止は担当医が行うこと、の3つを条件としてあげて、いまま議論が続いている。議論の対象になっているのは、回復・救命ではなく延命のためだけの治療は開始しないという「治療を差し控える」場合と、治療の甲斐なく回復不能の状態に陥っているので「治療を中止」する場合の二つである。

2005年に発足した超党派議員連盟が2012年8月に「尊厳死法案」を提出する段階に入っている。この法案の骨子は、「適切な医療を受けても回復の可能性がなく、死期が近いと判断される終末期にある15歳以上の患者が、書面などで、人工呼吸器の装着、栄養補給などの延命措置を拒む意思表示することを前提に、終末期医療の知識や経験のある2人以上の医師が終末期状態と判断した場合、医師が延命措置をしなくともその法的責任を問われない。家族の同意を要件としない。延命措置を控えることを免責するのはあくまで延命措置の開始であり、すでに開始されている延命措置の中断は含めていない。また傷病の治療や疼痛の緩和については延命措置の対象外である」ということである(参考文献6)。

この法制化を最も必要としているのは医者である。現状では人工呼吸器を外したり点滴を止めたりすると殺人罪を問われるからである。「日本老年医学会」は2012年宣言として、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要があると決議した。患者が意思決定不能の状態になった場合に、医療に関する個人的希望を伝える法的文書はリビングウィルあるいは医療判断代理委任状である。どちらの文書も、意思決定に必要なコミュニケーションができなくなっている間に行われる医療に対し、事前に判断を決めて指示した書類なので、事前指示書と呼ばれ、意思決定不能と診断された後で有効になる。事前指示書が作成されていない場合、医師や病院は医療に関する意思決定を行う他の誰かを指名しなければならない。この場合、家族の誰かに頼むのが普通である(参考文献7)。日本尊厳死協会の会員以外の患者に対しては国立長寿医療研究センターが提示している事前指示書の様式(参考文献8)が使われることが多い。今後は、医療を受ける場合に、個人、あるいは家族としての選択を求められることになる。日本以外の国の老人施設では、入居者に対して用意してある薬は解熱剤、鎮痛剤と睡眠剤だけということが多い。抗生物質が用意されていることは滅多にないので、上に述べた「治療の差し控え」という終末期の処遇がなされていることになる。日本は国民健康保険の制度が整備されているので、このようなことは起こり得ず、人工呼吸器をつけた状態で意思表示の出来なくなった患者の治療が栄養補給などを含めて延々と続き、誰もがそれを止められず、心臓が停止するまでマニュアル化された生命維持治療が自動的に継続されることになるのである。

尊厳死は、もともと欧米諸国から移入されたものである。たとえば、2002年3月、英国高等裁判所で延命治療の諾否を自分で判断できる能力を備えていると認定した患者に「患者の死ぬ権利」を認める判決が下され、人工呼吸器を外すことを倫理上の問題を理由に拒否した病院側を人権侵害と判断し

て賠償金の支払を命じている（参考文献 9）。

チューリヒ大学の Georg Bosshard 博士らが 2000 年に始めた調査では、末期患者に延命治療を行わないか、あるいは中止するという非治療の決定頻度は欧州 6 개국でも国によってかなり異なり、スイスでは全死亡の 41%、オランダ 30%、ベルギー 27%、デンマーク 23%、スウェーデン 22%、イタリアは 6 %と幅広く分布していた。保留または中止される頻度が高い延命治療は、投薬、水分補給、栄養補給のような基本的医療であった。高齢の非入院患者に対しては、デンマーク以外の国では、医師は一度始めた延命治療を中止するよりも、最初から行わないことを選択していることが多いというのである。Bosshard 博士は「非治療の決定は、文化的要因と医学的要因の双方から影響を受けている。重要な文化的差異が終末期医療に国特異的な影響を与えていることが予測される」と述べている（参考文献 10）。

尊厳死の考えは確かにその国の文化的背景によりかなり強く影響される。この概念の誕生がキリスト教の教義と深く関わっていることは容易に推察される。日本で尊厳死について国民的な議論を展開する際に大事なことは、生死、とくに死後をどう考えるかである。死を新しい世界への門出と見るか、生からの解放と考えるか、はたまた有機システムから無機質への変化と見るかの問題である。宗教も関わり合う複雑で理解の困難な問題ではあるが、これを抜きに議論を構築すると、現実論に終始することになり、世代を越えて引き継がれる思想にはならない。現に、尊厳死の普及を医療費節減に結び付けようとする主張も出ている（参考文献 11）。勿論、社会経済的には、尊厳死カード所持者が増えるほど、それだけ終末期医療に使われる医療費は低くなる。ところが、著者畑田耕司の一臨床医としての経験ではあるが、尊厳死協会会員の人の臨終で見えてくるのは、延命措置をしない根拠となる「適切な医療を受けても回復の可能性がない」状態であることを受け入れる困難さである。尊厳死を迎えることの大変さは当然のことで、そのことが問題なのではない。先に述べた「尊厳死法案」が施行されると、リビング・ウイル・カードを所持している人については、本人あるいは家族の同意が無くても、複数の医師の同意だけで延命措置をしないことを決められることになる。これが尊厳死のあるべき本当の姿なのかどうかは、哲学者、宗教家、医療関係者らが中心となり、全国民的視野に立って慎重に検討しなければならない重要な課題である。

今、日本人に求められているのは、単に尊厳死について考えるのではなくて、「死とは何か」を深く考えることである。筆者が戦争中、小学校で教えられたのは、「産めよ、増やせよ、御国のために」の標語のもとに、女性は出来るだけ沢山な子どもを産み、その子供たちが成人した暁には、「行け大空へ御国の少年」などの標語のもとで若者は国のために戦争に行って死ぬのが最高の生き方と教えられた。このあまりにも偏った生と死についての教育のためかもしれないが、戦後、学校教育で生と死の問題について教師が語り、あるいは生徒が学ぶ機会を作ることを避ける傾向が現れたような気がする。若しそうであったとすれば、今が、尊厳死の問題の出現を切っ掛けに、死とは何か、そして生とは何かを真剣に考える教育を始める絶好の機会である。上に述べた哲学者、宗教家、医療関係者らを中心とする全国民的議論など 100 年経ってもまとまらないという意見がある。それが本当であれば、今から小学校、中学校、高等学校で生と死の問題を考える教育を真剣に行えば、遅くとも 20 年先には尊厳死の問題に結論の出せる国民が育つと思うのである。そのためのカリキュラムの大幅な変更は不要である。道徳の時間と総合的な学習というこの種の教育・学習に最適の授業科目がすでに用意されている。後は、子供の親も含めた教育関係者の、この問題の重要性についての深い認識と実行力の問題だけのように筆者には思える。それと、最近、筆者が司会をしたフォーラムに高校生を招いた時の経験

から、生と死というような大人にも難しい問題でも、子供たちがその学習の過程で大人が思いつかないような新規な概念・考え方を生み出す可能性が期待できると思うのである。大人に分からないことは子供に聞いてみようという姿勢も必要なのではなかろうか。学校教育を通して、国民それぞれが生と死について真剣に考えて確固たる信念を持ち、国民の一人である医者が高い職業倫理のもとで医療を行えば、尊厳死法案などは不必要な社会が出来上がるのではないかと筆者は思う。倫理は常に法の上位に存在する。ここ十数年は法律による問題解決の支援が必要であったとしても、そこから先は職業倫理と道徳で問題解決の出来る社会にしたい。それが世界一の長寿国という立場から、日本の国が人類社会に果たさねばならない使命であり、同時にこれからの日本のために働く教育関係者の使命の一つでもあると思うのである（第7節参照）。

4. 国民総背番号制と高齢者の健診質問票

我が国は未だに国民総背番号制（政府が国民一人一人に番号を付与し、個人情報管理しやすくする制度）が施行されていないが、現政府・与党は2011年6月30日に行政の効率化を目的とする「社会保障・税番号大綱」を決定し、「マイナンバー」という名称をつけて2015年に利用を開始する構えである。氏名、本籍、住所、性別、生年月日を中心的な情報とし、社会保障制度関連の納付、納税、各種免許、犯罪前科、金融口座、親族関係などを管理して、国民全体の個人情報管理の効率化を図るのが目的である。多くの情報を本制度によって管理すれば、それだけ行政遂行コストが下がり、国民にとっても自己の情報の確認や訂正がしやすくなるが、反面、情報流出の可能性が懸念される（参考文献12）。

国民総背番号制の次に予想されるのは高齢者の健診質問票自己回答の全国的普及である。目的は、高齢者の介護・診療に必要なデータの収集、健康維持や孤独死の防止などであり、厚生労働省健康局の形式（参考文献13）をはじめ、よく似たいくつかの形式が公表されている。医療や介護には役に立つものではあるが、コンピューター処理される場合には、答えたくない質問にも答えないと機械が受け付けないというような問題もあるし、答えの書き方次第では、特定高齢者（要支援および要介護状態になる恐れのある高齢者）の候補者を大量に作ってしまう恐れがあるという批判もある（参考文献14）。質問票の中には「自分は役に立つ人間と思えるか」というようなことを聞いているものもある。

国民総背番号制と健診質問票は、上記のように国民の個人情報の管理が容易になる反面、行政による過剰管理や不法に情報を入手した者による情報流出の可能性を含めていろいろな懸念もあるので、政府はデータの内容と実施方法について十分な配慮をなすべきである。

5. 生活の質と医療（ADL、QOL、Utility、QALY）

最近、ADLやQOLという言葉がよく使われる。ADL（Activities of Daily Living）は日常の生活動作または活動のことで、介護保険に強く関係する言葉である。眼目は「自分で食事が出来るか」と「自分で排便が出来るか」で、介護保険の自立度の判定に使われる。

QOLはクオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life）のことで、人によって解釈は若干異なるが、各個人が自分の生活の質について、自分らしさ、人間らしさについてどれほど幸福を見出しているかを尺度としてとらえる概念である。治療を重ねて、ただ生きて居ればよいというものではなく、その結果が患者本人にとって本当に幸せかということをQOLの概念を通して考えてみようという動きが医者の中からも出てきている。高齢者のがんを検診で見つけて手術で臓器を切り取って、その人の

QOL を下げて寿命だけを延ばすよりは、たとえ寿命が若干短くなっても、その人ががんに気づかずに、一生を終えた方が、病人として生活する時間がずっと短くなって QOL を長く保証できるのではないかという考え方である。簡単に決着のつけられる問題ではないが、死に直面する前に各個人が良く考えて置くべきことである。

QOL は生活の質をいろいろな感情をまじえて表現する概念であるが、これを数値で表現しようとするのが Utility である。死んでいる状態が 0 で、全く健康な状態を 1 とし、この間に中度から重度の脳卒中 0.4、結核による入院 0.6、重度、中度、軽度の狭心症がそれぞれ 0.5、0.7、0.9 というように、患者自身の主観による生活の質の評価を数値化したものである。この Utility の数値を用いることにより、従来、行い難かった生活の質の相互比較がある程度可能になったし、医療の効用の大小も表現できるようになったと言える。

Utility で調整した生存年を QALY (クオリィ: Quality Adjusted Life Years 質調整生存年) という。QALY は Utility0.1 で 10 年生きるのと、Utility0.5 で 2 年生きるのと、Utility1.0 で 1 年生きるのとは全て同じ価値であるとみなす考え方である。生存期間を生活の質を表す効用値 Utility で重み付けしたものとも言える (参考文献 15、16、17)。QALY の概念は 1990 年代にヨーロッパで生まれたもので、個々の医療行為を QALY 値で評価して、その高い順に優先順位をつけて限られた医療資源配分の根拠とする方式が採用された。日本でもこの数年、医療現場へのキャンペーンが始まっている。医療の効果を生存年数の大小だけで評価するよりも、生存期間の生活の質も考慮した QALY で評価する方が理にかなっているという議論は理解できる。分かり易い例を挙げれば、治療後 10 年生存したが、その間ほとんど植物状態であったという医療 (QALY=0) よりも、生存期間は 3 年であったがその間の Utility が平均 0.6 であった医療 (QALY=1.8) の方が役に立ったと誰もが思うであろう。ただ、生存期間が 8 年で Utility が 0.5 の医療 (QALY=4.0) と生存期間が 4 年で Utility が 0.9 (QALY=3.6) の医療のどちらを優先すべきかを QALY だけで判断するのはかなり困難であると思われる。また、生存期間の様に患者から得られる客観的な数値を用いる評価に対して、QALY の算出に用いられる Utility は患者の主観に拠っているという問題もある。QALY の値をどのように活用するかについては、今後慎重かつ詳細な検討が必要である。

人間の存在意義は、社会の役に立てること、社会貢献が出来ることである。生きている間は社会のお役にたてる活動の出来ることが、本人にとっても社会にとっても幸せである。尊厳死は、生きている間は何らかの形で社会のお役に立ちたいという考えに基づいているとも言える。この考えに立てば植物状態での生存は全く無意味ということになる。上記の植物状態での Utility の値は 0 というのは、この考えに拠っている。数年にわたる植物状態で生きている人の親族や周辺の人達が疲労困憊の状況に陥っていることが多いが、その間医療費は加算されてゆくというようなことも考慮せねばなるまい。しかしながら、植物状態で生きている人の親族や周辺の人達にとって、その人がたとえ植物状態であっても、ただ生きていてくれるだけで、自分たちの心の支えになるという場合もあろう。このような場合に植物状態で生きている人の Utility を 0 とするのは必ずしも正しくはないかもしれない。これに限らず、この節で述べた問題については慎重かつ詳細な国民的議論が必要である。

我が国の健康保険は第 8 節で述べる通り国民皆保険の原理で運営されていて、生活保護の受給者など一部を除く日本国内に住所を有する国民、および 1 年以上の在留資格がある外国人は何らかの形で健康保険に加入するように定められている。所得に応じて定められる保険料を納付すれば、かなり高度な医療を受けられるので被保険者にとっては非常に充実した制度であるが、給付される保険金は

保険料とは無関係であるため、保険料だけでは制度を維持できず、全歳入の半分以上を、公費をはじめとする他からの支援金に頼るという深刻な問題を抱えている。筆者の一人畑田耕一が住む大阪府池田市の平成 23 年度の国民健康保険の歳入は、保険料 24.3%、国からの支出金 20.8%、大阪府からの支出金 4.3%、池田市の一般会計からの繰入金 9.2%、健康保険組合（社会診療報酬支払基金）からの前期高齢者交付金 28.3%、療養給付費と交付金 4.0%、高額医療費共同事業交付金 9.0%、その他 0.1% で、歳入総額中保険料の占める割合は僅か四分の一弱である。また、大阪府後期高齢者医療広域連合が運営する大阪府の後期高齢者保険の平成 23 年度の歳入は、保険料 10%、公費（国・県・市町村）50%、健康保険組合等が拠出する後期高齢者交付金いわゆる現役世代からの支援 40% で、保険料の全歳入に占める割合は 1 割という状況である。今後、さらに少子高齢化が進み、国民の所得が増えなければ、日本の健康保険制度はいずれ破綻をきたすといっても過言ではない。この問題を解決するためには、どのような患者にどのような医療を施すかを上手に考える必要があり、Utility あるいは QALY による医療成果の分析・評価の研究が喫緊の要事となろう。

6. インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセント（informed consent）とは、正しい情報を得たうえでの合意という意味である。医療行為に関してこの語を用いる場合は、患者は自分の病気と医療行為について、知りたいことを“知る権利”があり、それに伴って、患者は医者とよく相談してその治療方針を理解したうえで、患者自身が医者の治療方針を受け入れるか、あるいは拒否することを“決定する権利”を持っていることを意味する。医者によっては、病気、治療、薬剤などの説明が非常に丁寧で、一寸した病気の診療に 1 時間以上を掛けることもあるが、患者数の多い病院などでは一人に 1 時間もかけられないということもあろう。判断が難しいところではあるが、患者の医療機関の選択権を活用する知恵も必要とされる場所である。

ただ、インフォームド・コンセントが完全に機能するには、患者やその支援者たる家族も医者と一緒に病気のことをよく学ぶ必要がある。そうでなければ、結局は医者の言いなりに近いことになってしまう。患者とその家族が医者と一緒に学ばなければ医学は進歩しないといっても過言ではない。患者と家族は専門家としての医者に敬意を払いつつ、もっと積極的に発言し、討論すべきだと思う。良い医者は患者や家族の声には良く耳を傾けてくれる。筆者の一人、畑田耕一は妻のガンの治療で、つくづくそう思っている。これは、つまるところ、医者と患者がお互いに相手を思い遣ることが一番大事ということになるのかもしれない。医者に限らず、あらゆる専門家、特に現在の日本は、科学・技術者と一般市民との間のインフォームド・コンセントが求められる時代である。難しい問題ではあるが、お互いに相手の立場を十分に考慮しながら、専門家と一般市民が十分に話し合っているいろいろな問題の解決にあたって欲しいと思う。

7. 人生の最後を如何にして迎えるか—多死社会と在宅での看取り

いずれにしても、自分が生活している場で、どのようにして最期を迎えるかということを現実の問題として真剣に考えねばならない立場に日本の高齢者全体が置かれていることは間違いない。在宅介護か施設介護か、という問題では、現実には、今後は施設介護選択の余地は殆ど無いといっても過言ではなからう。2012 年の診療報酬改定についての厚労省の意図に関する担当医療課長鈴木康裕氏の講演（参考文献 18）の内容もそれを裏づけている。鈴木氏は 2025 年、団塊の世代が後期高齢者になる

ことに関わる問題点として行政の立場から次の四つを指摘している。

- ① 高齢者単身世帯の予想外の増加：要介護3以上の単身高齢者の自宅での24時間サービスを介護保険制度のもとで行うことが困難になる。
- ② 団塊の世代の高齢化：他の世代に比べ100万人多い彼らが70歳になる2017年まで5年も無い。
- ③ 都市住民の高齢化：地方よりも都市の高齢者が増えるが、大都市とその近郊は地代が高く介護施設等を整備するのは困難である。
- ④ 死亡者数の増加：現在の年間死亡数はほぼ100万人で、看取り場所は病院・診療所が8割強、自宅が1割である。ところが2025年には死亡数が160万人に増える。そのときの対策として、医療機関の病床数は変えずに、介護施設を現在の2倍にし、自宅死亡は1.5倍に高めるとしても看取りの場所は不足する。そのために国土交通省と協議のうえ今後10年間に60万戸の「サービス付の高齢者住宅」を整備することを考慮中である。

高齢者の社会的環境は上に述べた通りである。人が死を迎えるのは生き物としての宿命である。「死と太陽はじっと見つめることができない」という箴言（しんげん）がある。しかし臨終の場面は完全に個人に帰属していて、代役を立てることはできない。いま、在宅での看取りについての社会キャンペーンが張られ、雑誌や新書に「大往生」、「尊厳死」、「がんは怖くない」などという言葉が使われている。「看取り」小説というジャンルが成立しそうな勢いである。なかでも、自身の闘病を綴り、死の直前まで推敲を続けたといわれる吉村昭の短編「死顔」（新潮文庫）と、その妻、津村節子が最後は自宅で自ら点滴を外して逝った夫、吉村昭の最後を書いた「紅梅」（文芸春秋）の2冊が白眉である。「死ぬときに苦しみながら死にたくはない」とは誰もが思う。

西行法師は「願わくば花の下にて春死なん、そのきさらぎの望月のころ」と詠んで、だんだんと食を細くして体力を衰えさせ、河内長野の広川寺で眠るがごとくに亡くなられた。これは理想的な死に方だという人もあるが、実際には断食で死ぬというのはそれほど容易なことではない。最近出版された木谷恭介著「死にたい老人」（幻冬舎新書）には、断食による死を企てて、目的を完遂できずに終わった83歳の老作家の苦しい体験が克明に記録されている。

著者畑田耕一の父は肝臓がんで、母は乳がんで亡くなった。共に55歳であった。父には最後までがんであることを誰も告げなかった。がんの宣告が死の宣告とほぼ等しい時代であった。今は診断法の進歩でかなり早期のがんでも発見できるようになったことと、優れた治療法（第13節参照）が開発されたこともあって、大部分のがん患者は自分が癌であることを知ったうえで、自分は治るという希望を抱き、また必ず治って見せるという意味を持って闘病生活に入る。がんと共に生つつ、あるいはがんを打倒して社会活動を続けるという生き方である、この必ず治るという強い意志が患者の免疫力を高め回復力を高めることは間違いない。それでも、国民の全死亡者の約半分が、がんによる死亡である。がんという病気には常に死の影が付きまとっていることは何人も否めない事実である。がん患者は常に死に方を考えつつ生きねばならないとも言える。医者意見の全面的に受け入れ、あらゆる治療法を駆使して死ぬまで病気と闘うというのも一つの生き方であり死に方でもある。ここで一つ問題になるのは、その癌との闘いの日々、治療の日々を患者がQOLやUtility（第5節参照）をどれだけ高く保ちながら過ごせるかということである。日々の活動が殆ど全てがんと壮絶な闘いでUtilityは0に近いうえでその後たとえ回復してもUtilityは0に近いかもしれないというような治療法を医療といえるのかという問題である。これはあくまでも個人の問題ではあるが、自分の分身ともいえるがん細胞と仲良くし、がん発見時のあまり低くないUtilityを出来るだけ長く続けられるよう

な生き方・治療法を選んで死を迎えるというのも一つの選択肢である。西行法師の広川寺での死が、自分が回復の難しい胃がんであることを悟ったうえでの行いであれば、さすがに立派な死に方を選ばれたと思うのである。人は必ず死を迎える。近未来の死を予測しつつ生活することになった時は出来るだけ Utility の高い生活を送り、高い QALY（第 5 節参照）を達成して死にたいというのが筆者の理想である。死を未知の世界への門出と考えて生きることが出来ればと思う。

II 高齢者と保険

8. 日本の健康保険制度とその問題点——相互扶助の概念と高齢者医療

日本以外の国、たとえば、アメリカの公的健康保険では、ほんの僅かな治療しか受けられないので、大抵の人は、私的に高い保険料を払って別の保険に入っている。

ヨーロッパの国、例えばイギリスでは国民医療制度の保険料を払っていれば公立病院での医療費は無料で、入院しても食費の支払いだけで済むが、国民医療制度の保険料を払っていても日本と違って私立病院では有料になるので、自分で費用を支払うか、あるいは民間の保険に加入して保険会社に支払ってもらうことになる。また、公的保険で受けられる医療の範囲は限られているので、待たずに、いつでも希望するときに、自分の希望する清潔で居心地のよい病院で、優秀な専門家の治療を受けようとするれば、私的な医療保険に加入せざるを得ない（参考文献 19）。

日本の健康保険は被用者保険、地域保険（国民健康保険と国民健康保険組合が運営する保険）、および、後期高齢者医療制度による保険で構成されていて、国民皆保険の原理で運営されている。第 5 節でも述べた通り、生活保護の受給者など一部を除く日本国内に住所を有する全国民、および 1 年以上の在留資格がある外国人は何らかの形で健康保険に加入するように定められていて、被保険者にとっては非常に充実した制度である（生活保護受給者のうち被用者保険の対象者でない者については、保険制度によらずに、公的扶助制度による生活保護の一種として医療の提供が行われている）。加入者はこの保険制度により、どのような病気や怪我でも高度な治療を等しく受けることが出来る。

病気の治療に関係する任意保険に私的に加入した場合の保険給付金は保険金の額に左右され、一般に高い保険金を払えば高額な給付金を貰えるが、公的健康保険の場合は給付される保険金は保険料とは無関係である。70 歳以上の国民健康保険の被保険者では、一定以上の所得があつて、高い保険料を収めている人ほど、治療費の自己負担率（3 割）が高い。保険料の安い人ほど給付金と保険料の比率が高いということである。この一見矛盾とも思える問題は、そのうちに自己負担率を全員 3 割にする予定であるが、それまでは所得の多い人だけを 3 割にして、様子を見ながら移行していこうということなのかもしれない。国民健康保険制度の相互扶助という考えはある程度は理解できるが、限界がある。保険料をあまり納めない人に大量の保険金を給付すれば制度が破綻に近づくのは当然である。

国民健康保険の保険金支払額を大きくする原因の一つが老人医療（治療）であることは明白であるが、老人医療に限らず、特に、高額な保険金給付を伴う医療行為が患者の QOL の向上に役立っているかどうかを Utility や QALY を活用して評価・検討することの必要性をここで改めて指摘しておきたい。これらは、単に、疑問を投げかけたり、批判をしたりするだけではなく、法律家らの意見も参考にして、医者と患者・市民が一緒になって真剣に考えるべき問題である。（第 5 節参照）。

平成 24 年版厚生労働白書（p243-244）（参考文献 20）には「社会保障に関する国民意識調査」の結果として、「社会サービス（医療・教育）の平等性について」の質問の中で、「所得の高い人は、所得の低い人よりも、医療費を多く払って、よりよい医療サービスを受けられる」という見解の支持が

49.6%に達していることが記述されている。曖昧な内容の設問ではあるが、医療における絶対的平等を国是としていたことへの変化が感じ取れる。

9. 後期高齢者医療制度の発足とその問題点

国民健康保険はその性格上高齢被保険者の比率が高くなる。それで、2008年4月に後期高齢者医療制度が発足し、高齢の被保険者が通常の国民健康保険から切り離されることとなった。この制度は75歳以上の高齢者と後期高齢者医療広域連合が認定した65歳以上の障害者を対象とする医療保険制度（ただし、生活保護受給者を除く）で、保険者は各都道府県の全市町村で構成される後期高齢者医療広域連合であり、財源は被保険者の払う保険料のほか、健康組合等が拠出する後期高齢者交付金いわゆる現役世代からの支援（4割）と国、都道府県、市町村の補助や負担金（5割）により賄われていて、財源のうち保険料の占める割合は1割に過ぎない（第5節参照）。

現在、国民健康保険の一部負担金は通常3割、満6歳以下の子供が2割、70歳以上の被保険者は所得額が145万円以上の場合が3割、それ以下が1割で、この条件がそのまま後期高齢者にも適用されている。また、現在、筆者の一人畑田耕一が住んでいる大阪府池田市（全人口103199、0～14歳13994、15～59歳57867、60～64歳7992、65歳～23346）では、平成24年3月31日現在で後期高齢者が11089人、そのうちの3割負担は約15%に過ぎない。さらに、上にも述べたように、後期高齢者が払う保険料は全歳入の1割に過ぎないので、後期高齢者が健康保険制度にかなりの負担をかけていることは明白である。実際、厚生労働省の後期高齢者医療費の特性調査（参考文献21）によると平成21年度の後期高齢者1人当たり診療費は87.2万円と若人（後期高齢者医療制度以外の医療保険加入者）の4.7倍であった。うち入院診療費は43.8万円と若人の7.2倍、また、外来診療費は40.7万円と若人の3.8倍であった。

後期高齢者制度は上に述べたように各都道府県の全市町村で構成される後期高齢者医療広域連合を保険者とする事で市町村による保険料の格差をなくするとともに財政的運営の責任の明確化と安定化を図ったものである。75歳以上を対象としたのは、若い人たちと比較した場合に、この歳の高齢者は一般に、①老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患、特に慢性疾患が見られること、②多くの高齢者に症状の軽重は別として認知症の問題が見られること、③後期高齢者は、この制度の中で死を迎えることのためである。このような心身特性に応じて、生活を重視した医療、高齢者の尊厳に配慮した医療、さらに後期高齢者とその家族が安心・納得できる医療を行うことを目標としてこの制度は発足した。（参考文献22および23）これらの目標のうち、前半の制度運営上の目標は制度の発足とともに達成されたと思われるが、後半の目標の達成度は如何なものであろうか。後期高齢者、その中の患者、医療関係者が一緒になって目標達成のための努力をするべきである。

因みに、畑田耕一の居住する大阪府池田市の後期高齢者保険料の平均値は11万7000円である。賦課限度額は55万円なので、この適用を受けている被保険者は平均値の約5倍の保険料を支払っていることになる。次に述べるように、通常の国民健康保険ではこの比率が約4倍である。後期高齢者保険制度での賦課限度額適用者の保険料の負担はかなり大きいことが分かる。この賦課限度額適用者の数は僅か330人であるが、その支払い保険料は総額1億8000万円になるので、後期高齢者の保険料総額12億7000万円の14%を被保険者（11089人）の僅か3%の人たちが負担していることになる。賦課限度額適用者に近い所得の被保険者も何人かは居るはずなので、保険料のかかなりの部分を少数の被保険者が負担しているということである。制度の運用原理の一つである相互扶助の限界を超えているとし

か考えられない。

また、夫婦二人暮らしの世帯で、夫だけが後期高齢者になった場合、その夫は自身の収入で計算された保険料を夫個人の後期高齢者保険料として払ったうえで、国民健康保険は世帯当たりの保険であるということで、妻の保険料も支払うこととなる。「この方法は、自分の保険料とともに、自分には何の権利もない妻の保険料を払うという、個人当たりの保険と世帯当たりの保険の概念の入り混じった合理性に欠ける方法である。後期高齢者保険制度を別に作るよりは、75歳以上の被保険者には割増保険料あるいは追加負担金を取るというような方法の方が、健康保険の基本理念に照らしてずっと合理的である」という指摘が関口焜によってなされている（参考文献 24）。

夫の後から妻も後期高齢者になり、夫と妻が保険上は別世帯になって保険料を別々に収めることになった場合には、自分に権利のない保険の保険料を支払うという矛盾は解消されるが、日本の健康保険は世帯当たりという根本原理に反するという矛盾点を作ったことになる。世帯単位の考えと個人単位の考えが、混ざってしまった結果である。これらの国民皆保険制度の現実を皆がよく認識したうえで、何らかの修正が必要であると著者らは考える。国も現在の後期高齢者制度を廃止し、新しい制度に移行することを検討している。その内容は、後期高齢者医療制度の年齢による区分を止めることが眼目であるらしいが、年齢区分をどう解消するのか、法案提示を期待をこめて見守りたいものである。

10. 国民健康保険の保険料と賦課限度額

現在の国民健康保険は、市町村と東京都 23 区の各区が行っている保険のことで、第 9 節の後期高齢者保険のところでも述べたとおり、被保険者の払う保険料のほか、国庫支出金、都道府県支出金、組合保険からの老人保健拠出金や退職者給付拠出金などでまかなわれている。国民健康保険の加入者は、被用者保険に入る資格のない人たちで、年齢構成的に高齢者が多いため、市区町村によってかなりの差はあるものの、一般に保険料は高くなる。その保険料は、所得割 [= (前年世帯総所得-基礎控除額) × 所得割保険料率]、均等割 (= 均等割額 × 世帯内の被保険者人数)、世帯平等割、資産割 (= 資産税額 × 資産割率) の四つの合計である。所得割保険料率は各市区町村によって異なるが、概ね 5 ~ 10% 程度である。均等割額と世帯平等割額も各市区町村によるが、畑田耕一の住む大阪府池田市では、それぞれ約 5 万 5000 円と約 2 万 3000 円である。資産税額は固定資産税の税額のこと、その一定割合が賦課されることになるが、この賦課は自治体によって採用されている場合とそうでない場合がある。大阪府池田市では賦課されていない。賦課限度額や保険料軽減制度が設定されていることが多く、大阪府池田市の賦課限度額は 77 万円である。1 世帯あたりの平均の保険料は約 19 万 5000 円なので、賦課限度額適用世帯は平均の 4 倍近い保険料を支払っていることになる。また、賦課限度額適用世帯の保険料総額は約 7 億円で保険料総額 (28 億 5000 万円) の 25% になる。

なお、保険料は医療分と後期高齢者支援金分とで構成されているが、40~64 歳の被保険者には介護納付金分が賦課されるので、上記の数値は多少流動的なものであることをご了解いただきたい。

11. 介護保険制度の発足——施設介護と在宅介護

高齢化や核家族化により要介護者を社会全体で支える新たな仕組みが必要になり 2000 年 4 月 1 日に介護保険制度が導入された。その財源は被保険者の納付する保険料と国・都道府県・市町村による負担金である。被保険者は満 40 歳以上の者で、65 歳以上を第 1 号被保険者、40 歳から 65 歳未満の医療保険加入者を第 2 号被保険者という。介護サービスの利用を受けるには、被保険者が介護を要す

る状態であることの公的認定（要介護認定）が必要である。介護サービス事業者は、利用料の1割を利用者から徴収し、残り9割を各都道府県に設置されている国民健康保険団体連合会へ請求し、給付される（参考文献25）。

介護保険制度の一つの目的は要介護高齢者の入院を減らし、在宅介護（居宅介護）を促すことであった。しかし夜間にも家庭訪問して24時間サービスを提供する介護職の不足などからこの制度による重度要介護者の在宅介護は社会的にはほとんど機能していない。老人ホームに入院患者用ベッドを備えた診療所を併設した介護施設が増えつつあるが、絶対数の不足は制度導入以来解消されていない課題となっている。

2012年4月から介護保険の運営が変わり、介護事業者への報酬が1.2%引き上げられ、その中の1%分が在宅サービスに配分されて「施設から在宅へ」という国の政策が推進されることになった。これに伴い全国平均で月4千円程度であった保険料が5千円を超えることになる（参考文献26）。この運営変更が切っ掛けになって、在宅介護に昔の家族介護の要素が少しでも増えていくことが期待されるが、それには医師の往診（在宅医療）が欠かせない。医師の往診が円滑に機能するためには、開業医（家庭医）と病院の地域分布を自治体・医師会がきっちりと考えて、システムを整える必要がある。このようなことに関する方針が、自治体によって変わることを無いたくようなシステムを組み上げるのが首長と議会と医師会の使命であろう。医療費の点数の仕組みが在宅医療誘導型になってきたこともあって、週の特定の曜日を往診に当てる医師や往診専門の開業医も増えてきているので、在宅医療の問題は遠からずかなり解消されることが期待されるが、療養老人をかかえる家族の負担についての行政の対策は示されていない。

介護保険制度の実施は高齢社会のいろいろな問題の解決に役立つだけでなく、経済の活性化にも繋がるものである。高齢社会の諸問題に関わる企業は高齢者の家族の人達が本当に必要としていることは何かを十分に精査したうえで、自らの仕事を天職と考えて行動して欲しいと思う。介護保険に関わる仕事は、職業を通して社会に奉仕する場であり、職業倫理の維持・向上に極めて適切な場ともいえる。

III 超高齢社会の繁栄に向けて

1.2. 高齢者福祉と定年延長

高齢者福祉の問題の解決に有効な方策の一つは、定年の延長である。これは、第1節にも述べた通り企業や大学などでかなり実行されつつある。経験豊富で頭脳を含めて体力も十分な専門職を単なる定年という決まりを盾に退職させるのは社会にとっても大きな損失である。退職の仕方によっては年金問題の解決にも寄与するし、少子化社会にとっても必要なことである。働く能力を十分に保持しているのに、仕事を辞めさせられて年金をもらうというのは精神的にもよくない。経験豊富で判断力にも富む高齢者に適した仕事は何かということと適切な給与体系を十分に考慮したうえで、出来るだけ多くの企業や団体で措置して欲しいと思う。アダム・スミスを研究対象にしておられる大阪大学の堂目卓生教授が「幸福感を味わえないほど収入が少ない人たちの幸福感を高める方法は、お金を供給することではなくて、仕事を供給することである」と言っておられるが、よく考えたい含蓄のある言葉である。税金からお金を貰うよりは税金を払う方がもっと幸せで、QOLが上がる筈である。

定年前後の男性の労働力率%（ $=100 \times \text{労働力人口} / \text{全人口}$ ）は一応の定年である60歳や年金支給開始年の65歳で急に減るのではなく、60歳で86%あったものが年を一歳とるごとに数%ずつ減少するが、74歳でもなお、29.2%が就業している（参考文献27）。我が国の高齢者はかなりの量の仕事を

得て、社会貢献していることになる。15～64歳の失業率は男性4.5%、女性4.7%で他国に比して決して高い値ではないが、若年すなわち15～24歳の失業率が男性7.8%、女性9.0%と10%に近いのが（参考文献28）大いに気になる。企業が国内の労働力需要を増加させる努力と工夫をするとともに、若者も医療・福祉、情報通信などの将来需要の増加が見込まれる分野の学習に自ら努めるとともに、他国に働き場を求める努力も怠ってはならない。能力はありながら高校あるいは大学への進学をあきらめざるを得ない学生への奨学金制度の一層の充実も行政、企業、あるいは大学にお願いしたいところである。

なお、定年の延長が若者の雇用を妨げるようなことはあってはならない。そのような事態を引き起こして、企業や団体内に世代の断絶を発生させることは上手な工夫で避けて欲しいと思う。

1.3. 高齢者の病気と科学・技術

高齢になると病気になる確率が高くなるのはやむを得ない。後期高齢者保険制度や介護保険制度はその対策として設けられた制度であるが、高齢者対策としては制度や病気治療以外に基礎科学的な対策も重要である。高齢者に多いがんの診断法と一般的な手術と抗がん剤による治療に関しては、ほぼ完成に近い域に達しているように見える。残るは、基礎科学の進展・深化による革新的な診断法と治療法、特に革新的治療法の開発である。X線透視、MRI、PETなどの画像処理による診断の精度はまさに日進月歩の状態であるし、1901年にノーベル賞を受賞したベーリングらによる破傷風の予防に端を発する抗体を活用する医療は、その後、抗体医薬（参考文献29）として発展を遂げた。その間、リンパ球の一つであるB細胞とがん細胞の一種である多発性骨髄腫の細胞との融合細胞によるモノクローナル抗体（均一抗体）産生法が確立し、抗体医薬による治療は一段と進歩しつつある。放射線や抗がん剤による治療は活発に分裂しているがん細胞だけを殺すのではなく、体の中で一番よく分裂を続けているリンパ球も殺してしまい、がん細胞だけを排除することは出来ない。抗原抗体反応を利用すれば癌細胞だけを標的として殺すことが出来るのである。たとえば、乳がんの中で細胞の増殖が非常に早いものは細胞表面にHER2と名付けられているタンパクを持っている。乳がんの治療薬ハーセプチンはこのHER2タンパクに抗体として結合してがん細胞の増殖を抑制するもので、抗体医薬の一つと考えられる。

がんペプチドワクチン療法（参考文献30）も今後期待の持てる治療法の一つである。体内にがん細胞が出来るとリンパ球のうちのキラーT細胞が攻撃する。このときT細胞は細胞表面に存在するがん細胞に特有のオリゴペプチド（がん細胞内のタンパク質が分解して出来たアミノ酸単位8～10個からなる低分子量のポリペプチド）を目印、すなわち抗原としてがん細胞を攻撃し、細胞を殺すことが分かっている。このオリゴペプチドを人工的に合成し、ワクチンとして体内に投与すると、T細胞が刺激を受けて活性化して一層増殖し、がん細胞を強力に攻撃するようになる。この現象を利用してがん細胞を排除しようとする治療法が、がんペプチドワクチン療法である。未だ試行段階ではあるが、純度の高いオリゴペプチドが容易に製造できるようになれば将来に期待の持てる治療法の一つである。

これらの研究を通して必然的に出現したと思われるのが個別化医療（参考文献31）である。従来の集団についてのデータから得られた平均的あるいは標準的な医療の方法を個人単位の医療に切り替えようとするものである。具体的には人の遺伝情報に基づいて、その個人にとって最適の治療法を編み出して実行する医療のことであり、当然、副作用も少なく、医療効果も高いので、最終的には医療費の削減にもつながる筈のものである。

個別化医療を病気の予防という観点から捉えたのが愛媛大学の三木哲郎教授の提唱する先制医療（参考文献 32）である。これは、先を制する医療という意味で、遺伝子を調べることにより、高血圧や糖尿病、肥満、アルツハイマー型認知症などの疾患発症・進展の遺伝的背景を明らかにして、疾患発症あるいは発症後の予後を予測し、より薬効が高く、かつ副作用が少ない薬剤の選択を可能にして、一人一人に最適の予防・治療を行い、医療費抑制に繋げようという研究である。科学技術の進歩が医療費の増大に繋がる例が多い中で、異色の研究とも言える。高齢患者の病気治療に役立つところまで研究が進めば素晴らしいが、遺伝子による予知が患者や家系の差別に繋がらないよう注意が肝要である。遺伝子解析から展開されるいろいろな研究をどこまで進めても良いかは、道徳・倫理の問題も含めて、皆で議論しながら、慎重に事を運ばねばなるまい。今まで神に任せていたとしか言いようのない分野の仕事に人間が手を出すときは、その分野の専門家だけに委ねるのではなくて、皆で広い立場から考えて結論を出すことが大事だと思う。

ところで、個別化医療を進めるに当たっては、コホート研究と呼ばれる疫学的研究の成果が必要不可欠である。特定の病気の患者群を集め、その患者群のゲノムで高頻度に検出される DNA 変異を探すことによって、疾患感受性遺伝子を同定しようとする疾患コホートゲノム研究はすでに 10 年以上にわたって行なわれ、近年では全ゲノムの塩基配列解析まで含めた膨大な解析データが我が国においても蓄積されている。ただ、疾患コホートゲノムの研究は、あくまでも、すでに病気になった人について解析するもので、患者が健康であった時までさかのぼって情報を収集するのは殆ど不可能である。大部分の病気は遺伝要因と環境要因の相互作用で発症するものなので、この両者の情報を正確に分析し、どのような遺伝背景のもとでどのような病気を発症し易いか、またその発症に関わった生活習慣は何かをつぶさに、しかも長期に亘って観察することが不可欠である。したがって、健常人の集団を登録し、20 年以上に亘って追跡して、その人たちの医学的な情報、環境や生活習慣の情報、そして究極の個人情報である全ゲノム塩基配列を全て病気の発症前に集め、この人たちがどのような病気を発症し、どのような治療を受けて、どのように反応したかをすべて解析するゲノムコホート研究が必要になる。このような研究は、現在世界の各国で計画または開始されている。その成果が活用できるまでにかかなりの年数を要する研究なので、わが国でも速やかに開始することが、先制医療・予防医学の発展のための喫緊の課題である。（参考文献 33）それと同時に疫学研究分野の研究者育成も忘れてはならない。さらにもっと大事なことは、登録集団に属している人達も含めて一般国民がこの種の疫学的研究や統計的手法の目的と根本原理を正しく理解していることであると筆者は強く思う。

がんを攻撃する働きをもつ免疫細胞を患者の体外に取り出し、その働きを強化したのちに再び体内に戻して治療を行う免疫細胞療法という細胞医療が開発されている。患者自身の細胞を使うため副作用が少なく、QOL（第 5 節参照）を維持しながらの治療が可能で、進行がんの患者に対しても適応可能であるという。また、根治手術後の再発予防効果や放射線治療や化学療法との併用による相乗効果も報告されている（参考文献 34）。今後の発展が期待される。

iPS 細胞や ES 細胞を用いた再生医療の研究は実用化の比較的容易なものの一つの様に言われるが、移植時の拒絶反応や患者自身の細胞を用いた場合のアレルギー反応、あるいはがん化の問題など解決すべき問題が多い。脳梗塞後遺症や認知症の患者に対する血管再生と神経再生は近い将来に可能になるかもしれないという期待も大きいですが、あまり先を焦らずにじっくりと腰を落着けた基礎研究の深化を希望したい。

最近、うつ病、躁うつ病などの気分障害（参考文献 35）患者は急増しているが、客観的な診断指標

が乏しく、未だに効果的な治療法が確立されていないようである。脳の f-MRI などによる客観的な診断法に基づく基礎研究の進展と効果的な治療法の開発が望まれる。それとともに、先制医療による発症の予防も出来るだけ速やかに行って欲しいところである。

ここに述べた科学技術の進歩に基づく医療は、治療に用いられる医薬品や診断機器も含めて現在かなり高価であるが、これらの製造技術の開発・改良段階に基礎科学の科学者・技術者が参入することにより、製造コストを大きく引き下げることが夢ではない。特定の科学・技術の製品の価格は科学・技術の進歩に伴って低下するのが常である。ここで医薬や医療機器の製造コストだけを問題にすると、企業は自己開発の費用の投入を避けて海外からの輸入に頼るようになり、却って医療費が高くなるのではないかという指摘もあるが、これは「医療は人のため」という根本原理に反する行いであり、社会に対する道徳・倫理の鑑たるべき企業としては厳に慎むべきことである。

次に述べておかねばならないのは、高齢者の治療は医学と医療技術、ひいては科学・技術の発展・深化に貢献しているということである。さらに、人とは何か、その社会的存在意義は？ 人間の生死の問題などの課題について、自らも含めて全国民が考えるための切っ掛けや材料の多くを提供しているのも高齢者である。高齢者の人文、社会、自然科学への貢献は計り知れないともいえる。このような社会貢献は高齢者の重要な使命であることを高齢者自身がよく自覚するとともに、社会に対しても発信していくことが望まれる。高齢者に対する医療は高額の医療費を必要とし健康保険の財政を圧迫するという面からのみ分析されることが多いが、このような高齢者医療の社会、特にいろいろな分野の科学への貢献を考慮して総合的に判断すれば、高齢者の医療費は決して高くないと言いたくなる。さらに言えば、たとえ医療費が若干高くても、その医療によって患者が単に回復して命脈を保つだけでなく、社会的に活動する能力を取り戻せば、国民の生産性向上に繋がるということである。医療費の高低を議論するときに絶対に忘れてはならない大事なポイントである。

1.4. 少子化問題とその解決

高齢社会の問題の根源は高齢者の数の増加であるが、わが国では同時に起こっている少子化、すなわち若者の減少がもっと深刻な問題である。老人の頑張りにはいくら定年を延長しても限界があるので、若者の減少は国力がどんどん落ちていくことを意味している。世界のために大きな貢献をする力を持っている筈の日本が若者の数を減らしていくのは、自国にとっても世界にとっても好ましいことではない。少子化の原因である出生率の低下は、1970年以降に大抵の先進諸国に見られるようになったが、日本では特に少子化の速度が際立って速く、地球上で最も早く社会問題化している。この困難な問題を乗り切って、将来の日本を健全に維持してゆくためにも、また遅かれ早かれこれに取り組む必要が出てくるアジア諸国をはじめとする他の国々に模範を示すためにも、日本はこの問題に真剣に取り組まねばならない。これは日本が自国のため、また世界のために果たさねばならない極めて重要な課題の一つである（畑田家住宅活用保存会少子化フォーラム「少子化をめぐって」〈2008年11月16日〉報告書：参考文献36）。

一人の女性が生涯に出産する子供数は、通常、合計特殊出生率を指標として推計される。合計特殊出生率とは、ある年において、特定の年齢の女性が一年間に産んだ子供の数をその年齢の女性の数で除した値を15歳から49歳の女性について足し合わせたもので、一人の女性が一生に産む子供の数の平均値を表すと考えられている。日本の合計特殊出生率は1947年に4.5人であったが、その後大きく低下し、1961年に2を僅かに下回る値まで減少した。その後、1965年から1975年にかけてい

わゆる団塊の世代の出産に伴って一時的に 2 を超える値に上昇するが（1966 年の丙午の年のみ 1.58 人に低下）、それ以後は徐々に減少して 2005 年の調査では 1.26 人まで減少した。これ以降は下記のような新しい少子化対策が僅かながらも効果を挙げているのか、微増に転じ、2011 年の合計特殊出生率は 1.39 人である（参考文献 37、38）。この合計特殊出生率 1.39 人という値は WHO 世界保健統計 2012 年版によると世界で 175 位である（参考文献 39）。

調査対象の男女比が 1 対 1 であり、すべての女性が出産可能年齢以上まで生きるとすると、合計特殊出生率が 2 であれば人口は減少しない筈である。実際には生まれてくる子供の男女比は男性が若干高いことと出産可能年齢以下で死亡する女性がいることから、現代先進国においては人口の自然増と自然減の境目は 2.08 程度と言われている（参考文献 37）。わが国では 1990 年にその前年度の合計特殊出生率が 1966 年の丙午の年の値を下回る 1.57 人となったことを契機に児童手当、育児休業給付の支給、保育所の充実などの少子化対策が実施され、育児休業法と少子化社会対策基本法の法的措置も講じられたが、少子化に歯止めを掛けることが出来なかった。2006 年 6 月に新しい少子化対策が策定され、児童手当の乳幼児加算が実施されて合計特殊出生率は少しずつ上昇を始めている。また、内閣府の国民意識調査では児童手当などの経済的支援の充実を求める声が多いし、さらに具体的な項目についての調査結果として明治安田生活福祉研究所の調査では 20～30 歳の結婚・出産適齢層は「安心して子供を産み育てるためには、月 21000 円程度の児童手当が必要」と考えているということである。現在の日本の児童手当はこれよりはかなり低い値である。これらの事実はわが国の少子化対策は現金給付を含む経済的支援をもっと積極的に行う必要があることを示している（参考文献 40）。

日本と同じ 1990 年頃から少子化対策を始めたフランスが合計特殊出生率を 1.6 人から 1.9 人まで回復できたのは、まさにこの経済的支援に対する積極性の違いによると思われる。具体的には、多子加算制で日本よりはかなり高額の子供手当、二人目から長くなって最長 3 年まで取れる育児休暇、世帯単位の課税で N 分 N 乗方式といわれる子供が多いほど適用税率が低くなり、日本の配偶者控除や扶養控除に比べて子供を持つ家庭にとってははるかに有利になる所得税の課税方式、子供の数が多いほど有利になる育児休暇に対する所得保障、保育経費の税額控除などである。直接、間接の経済的支援が非常に充実していることが伺える（参考文献 41）。わが国もフランスをはじめとして諸外国の少子化対策を参考にしつつ経済的支援レベルの向上に努めるのが大事な問題解決法の一つと思われる。

しかしながら、経済的支援が十分であれば子供の数はどんどん増えるというほど少子化問題は単純ではない。戦後 10 年ぐらいの期間は、経済的な貧しさを補って余りあるともいえる出産や育児に対する家族や近親者の手助け・支援があつて、合計特殊出生率は 2 をはるかに超えていた。この頃は貧しいながらも家族間の経済的支援も今よりは強かったかもしれない。今はこのような家族による支援力は、核家族化などの影響もあつて、かなり弱くなった。子育て時に子供の祖父母、特に、祖母の支援は子供の母にとって心強いものであるが、これもお互いの住む場所が違ふと困難なことが多い。よく言われるように家族の絆が弱くなっているのかもしれない。上述の 2006 年 6 月に策定された子育て家庭を社会全体で支援するという政策は、家族による支援力の低下を補う効果のある程度発揮できると思われる。ただ、家族は社会構成の基本単位である。若し本当に家族の絆が弱くなっているのなら、それを取り戻すのが先決である。そうでなければ政策の効果が上がり難い。そのためには家族の絆を弱める恐れのある要因はどんな小さなことでも取り除く努力が要る。これから建てる家は、皆が互いに気兼ねなく住めるような配慮をした 3 世代住宅であることが望ましい。企業等も単身赴任をせざるを得ないような転勤・配置転換を命ずることは出来るだけ避けるべきである。その上で、社会の構成

基本単位である家族の意義と重要性を国民にもっと強く理解・認識して貰う必要である。

少子化問題は、また、国の人口をはじめとして政治、経済、文化、教育を含めたいろいろな状況に左右される。結婚・出産を好まない若者が増えてきた理由は、経済的な諸状況のほかには社会保障が充実していて子どもが無くても老後の不安が感じられないからであるという意見もある。妊娠・出産にいたる行為そのものを面倒くさがる若者が増えてきたという意見すらある。では、どうすれば人口の減少を食い止めることが出来るのか。これは根本的には国民が子供を生み育てるのは、未来の国と世界のために今を生きる人間が果たさねばならない使命であり責任であることを自覚し認識しているかどうかの問題である。上記の家族の絆も含めて社会のいろいろな根本問題について真剣に考え、的確な判断に基づいて解決し、その解決策を実行に移す能力を国民に養わせる教育が必要である。そのための時間は道徳の授業と総合的な学習の授業として十分に用意されている。学校教育における真剣な努力を期待したい。(21 - 2 小節参照)

中学校の性教育で、どうすれば、どのようなメカニズムで子供が出来るか、それを避けるにはどのようにすればよいのか、というようなことを教えるのはもちろん大事であるが、それよりも子どもを産むことの意義は何か、なぜ子どもを産まねばならないのか、子どもは何のために生まれてくるのか、という性の根本原理を学ばせて欲しいと思う。筆者の小学生の頃は、第 3 節でも述べたように、「産めよ、増やせよ、御国のために」という標語のもとで多くの子供が生まれた。この「御国のために」は第 2 次世界大戦末期には出征兵士の数を増やすために、という意味に使われてしまったのであるが、そんな時代に小学校生活を送った人間であるが故に、苦勞して育てた我が子を御国のために戦地に送らざるを得なかった多くの母親の無念を思い、子どもを産み育てることの意義をしっかりと学ばせることの大切さを痛切に思うのである。

人は昔からの歴史を引き継いできて、自らもまた将来に歴史と呼ばれるものを生み出し、これを未来に伝えていくという使命を担っている。これは人間の大切な役目である。一人の人間が未来永劫生き続けることはあり得ないので、歴史の継承のためには子どもを産み育てる以外に方法は無い。これを忘れたら、人が、自分が生きていくために他の動物や植物の命をいただくことの原因が無くなってしまう。問題を解決するための教育を中心とする対策を早急に作成して実行することが必要なのである。

少子化対策の効果が現れるにはかなりの年月がかかる。それまでは、少子化による労働力の低下を高齢者の活用によって補うことは必須である。第 12 節で述べたように、経験豊富で判断力にも富む高齢者に適した仕事は何かということと、適切な給与体系を十分に考慮したうえでの定年延長が比較的效果のあげやすい対策であり、既にかんがりの企業等で実行に移されている。高齢者は職を去った後もかなりの期間社会に貢献する能力を有している。これを最大限に活用する社会システムを構築しなければならない。また、知力と体力に満ち溢れている筈の若者の社会貢献度を如何にして最大にするかについての研究とその成果の学校教育における実施も怠ってはならない。一人当たりの平均的生産性をいかに高めるかと同時に、若干生産性の低い状態に対応する社会・経済システムをいかに構築するかも考える必要がある。

少子化による活力低下への対策の一つとして、日本で社会的に活動する外国人の数を増やす努力も無駄ではない。筆者畑田耕一が 40 年近く以前に家族とともにアメリカで生活していた時に強い印象を受けたことの一つは、いろいろな国の人達と一緒に仲良く仕事に励んでいる有様であった。筆者らの住まいの前に住んでいて後に同志社大学の教授となった B 氏の奥さんはアメリカ人であった

し、大学のキャンパスはまさに人種の坩堝であった。これがアメリカの活力なのだと思います。日本にも国際化という考え方が少しずつではあるが、確実に浸透してきていることは間違いない。初めて中国を訪れた時に筆者の研究室への留学を申し出た K 氏は、今、日本の D 社の研究者として大活躍であるし、筆者の所属するロータリークラブの奨学生であったイランの H 氏は、現在、家族で日本に住んで奥さん共々研究者としての道を歩み始めている。H 氏夫妻の子供は日本生まれである。また、筆者がロータリー財団の奨学金応募を支援している中国の N 氏の恋人は日本人である。日本人であっても、第一言語が外国語である日本の若者の数も増えている。インドネシア人やフィリピン人の看護師による医療支援も外国人による日本における社会活動の一つである。厚生労働省のインドネシア人看護師候補者受入実態についての詳細なアンケート調査が受け入れ施設と患者側の双方に対して行われている（参考文献 42）。外国人看護師候補者の受け入れに対する患者とその家族ならびに受け入れ職員の反応は、全て「良好」と「おおむね良好」を合わせると 50%以上であるし、「普通」を加えると 90%前後の値である。受け入れによって良い影響があったと考える職員は 64%にのぼる。患者とその家族ならびに施設職員との情報伝達に問題があった事例は 30%以下である。患者の 60%は外国人による看護に違和感を感じていないし、患者の家族の 70%が外国看護師を歓迎している。これらの結果を見ると、外国人による医療支援は今後少しずつ増加していくものと考えられる。

日本が将来アメリカに近いような国になることについては、いろいろ議論もあろうが、外国の人達との共生による国の活性化は日本にとって避けては通れない道の一つと考えられる。外国人と共生するには、そのための社会、特に地域社会における公的、私的な仕組み作りが必要である。筆者畑田耕一がアメリカ滞在中、上の子ども二人は小学校に通っていたが、この小学校はマサチューセッツ州立大学教育学部付属の学校で、大学院学生がサブティーチャーとして 1 クラスに 2 人程度配置されていて、外国から来たばかりで言葉の不自由な生徒に対して十分な配慮の出来る、まさに、ゆとりのある教育環境が用意されていた。また、私的には、略同年代の子供を持つ校長先生が家族ぐるみでいろいろと世話をしていたでいて、大変有難かったのを今もよく覚えている。

日本での外国人登録数は 2011 年 11 月末で総人口の 1.6%になった。そんな中、たとえばブラジル人が多く住む浜松市では、「外国人の子どもの不就学ゼロ作戦」が実施され、地域の学習支援教室やボランティアによる外国人の子どもの補修などと相俟って効果を挙げ、不就学児童数を大幅に減らすことが出来たという。ヨーロッパでは移民政策のネットワークが作られており、韓国は国主導で施策を進めているという。わが国も全ての地域が外国人との共生に関心を持つことが期待される（参考文献 43）。

日本が最終的にどのような少子化対策を講じるか、これは人類全体にとっても全く未経験の新しい挑戦である。近未来に向けた日本のこの動きを近隣のアジア諸国も、世界も注目している。彼らは日本の経験に学ぼうとしている筈である。その期待にも応えたいものである（参考文献 36 参照）。

15. 健やかな子どもを育てるために——子育て研修と子育て環境の整備ならびに家庭の主婦の役割

子どもは生まれるだけではなく、立派な社会人に育つことが大切である。そのためには、まずは、母親中心に、出来れば父親も一緒に、内容の豊富な子育て研修を行う必要がある。妊娠中、あるいは、子供の 3 ヶ月検診のときから研修を始め、出来れば義務化するのが良いと思われる。子供の成長とはどういうことか、子供とはどういう存在なのか、子供はどう成長していくのか、その過程でどのような課題が、どの時期に出てくるのか、それを克服するためには、どんな手立てが必要で、子どもに対するどんな語りかけが必要なのか、というようなことを、親に先ずしっかりと学んでもらう研修であ

る。子どもを育てながら親になっていくことが必要なのである。これは、昔の大家族の中では、ごく自然に満たされていたのであるが、それが成り立たなくなった今、一所懸命がんばれる子どもを、熱意を持って育てられる親の育成教育を、社会教育分野での制度として確立することが必要不可欠である。

子どもに対しては、幼稚園、保育所と小学校の低学年の時期に、学ぶことの面白さ、周囲の人と関わることの面白さ、子供同士で遊び合うことの面白さを、しっかり身に付けさせて、生涯もっともっと学び続ける日本人を作るために、面白くて乗り越える楽しさや快感を味わわせてやることも大事である。幼稚園や保育所の年齢まで義務教育の始まりを低年齢化する学制の改革が効果的かもしれない。

このような教育の核になるのは、その大事な時期に子供の傍にいて、適切な支援が出来て、手を差し伸べられる親、特に母親である。この親の研修は社会教育の分野の研修ではあるが、学校教育の分野にも深くかかわる仕事で、まさに、学校教育と社会教育の互いの支援・協力あるいは融合の必要な分野であり、教育委員会の重要な仕事だと思う。しかも、どこの市町村でも、その気になればいつでも始められることである。講師の候補者も学校・教育委員会をはじめ地域社会に沢山おられる筈であり、高齢者の出番でもある。

子どもの数を増やすには、子育てのし易い環境の整備が欠かせない。小さな子どもを持つ女性ももっと働きやすい環境作りに予算を使う必要がある。たとえば、保育時間が短いために入園希望者が減っている幼稚園を保育園と一緒にして子ども園とし、経営状態の改善に資するとともに、長時間保育の場所を増やすのも一つの方法である。充実した保育園を利用できない母親にはパートタイム的な仕事を用意されておれば、ある程度の問題解決にはなる。常勤で働かなければ生活費が不足する場合もあれば、基本的な生活費は十分足りているが、さらなる豊かさを求めて働く場合もあろう。外で働く意思のある女性に対しては多様な性質の仕事が用意されて、しかるべきかと思う。子育ての終わった女性の再就職支援も生涯教育の一環として自治体や大学が行って欲しいことである。

小さな子供を持つ母親が外で働くことが子どもや家族さらには社会にとって本当に必要なことかどうかは、働く前によく考えて置くべきことである。主婦業は、給料は出ないが、生計を立てて良い家庭をつくるための立派な職業である。母親としての主婦業は立派な社会人を育てるための家庭教育を担う職業でもある。家庭の主婦は通常の職業に比べて、仕事の合間に忙しい学校の先生に支援の手を差し伸べ易い立場でもある。学校教育と家庭教育の融合による教育力の向上に協力願えれば、それに越したことは無い。主婦業は家庭だけでなく社会をも支えるものであることを忘れてはなるまい。

16. 子育てと家庭教育

今の日本の社会に一番欠けているのは家庭教育である。戦後、いつの間にか消えてしまった家庭の教育力を取り戻すべき時期である。戦後の貧しい時代を過ごした親たちの、子どもにはこんな苦しみは味わせたくない、可哀そうだ、という発想から子どもを甘やかす習慣がついてしまって、それが無意識のままにずっと残っているのではないかという意見もある。街の中での親子を観察すると、現実に即して子どもにものを教えている人が非常に少なく、こういうことをしてはいけないと叱りつけている人が多いのが目立つという。

叱る前に、そういうことはしてはいけないということを先ず丁寧に教えておいてから、それを守れなかったら叱る、これが鉄則である。もともと「叱る」という語には、間違いや欠点をただ感情的に指摘するだけの「怒る」とは違って、戒める、すなわち論理的に教え諭すという意味が含まれている。

愛情を持って指導するという要素が無ければ、叱ったことにはならない。叱りつける前に教えて、教えたあとに自分で判断させる、この判断力が哲学のはじめでもある。電車のなかで大きな声を出して仲間とわいわい騒いでいる子どもたちの大部分は、それが人に迷惑をかけているという意識がないからやっているのであろう。本当に手に負えない悪い子どもがいたとしても、それに引きずられている大部分の子どもたちは、自分で判断することを教えられていなくて、判断する機会がなかったのではなかろうか。子どもが自分で考えて判断するところから出発しないと、ものを考える力はつかない。小学校に入る前の家庭教育が大事であり、ここに親だけでなく高齢者、とくに、祖父母の協力が得られればこれに越したことは無い。

外国では人の子どもに対してもきっちりものを言うという姿勢が定着している。家庭教育とは、自分たちの家庭内に隔離された子供の教育ではなく、社会との関わりを念頭に置いた子どもの教育であることを忘れてはならない。放課後に近所の子供同士で遊ぶ機会が減り、兄弟姉妹の数が減ったことと相俟って、学校でも家でもいろいろな意味で辛抱しなければならないことが減り、ハングリー精神が育ち難くなっている。心すべきことであろう。

17. 家庭の教育力を取り戻そう

家庭は高齢化社会の問題やその解決法を考えるのに最適の場所の一つである。家庭はそのようなことを考える力を人に与える教育力を持っているといっても過言ではない。昔は子どもとその親、そして祖父母の3代が同じ場所に一緒に住んでいるのが普通であったが、今は、祖父母は別のところに住まっているというのが普通になった。それでも電話、メールなど最近の進んだ情報技術を駆使すれば、今の家庭が昔と同じ機能を発揮するのは不可能ではない。「お爺ちゃんお婆ちゃんは若い者のすることに口を出したりしないで、日向ぼっこでもお楽しみ下さい」などと言わないで、祖父母が長年にわたって蓄えてきた豊富な知識と自らの反省も含めた経験を糧として、高齢社会の問題も含めてこれからの日本を考える場としての家庭が出来れば素晴らしいと思う。子どもが家庭でのこういう討論・話し合いに参加する能力は、総合的な学習で十分に育成されている筈である。討論の主役になることも不可能ではない。家庭教育と学校教育の融合にも役立つ。老後の楽しみは子どもや孫とのディスカッションという時代が来てもおかしくはない。高齢者の本当の楽しみは、自分もまだ世の中のお役に立っているという実感を味わうことであると思う。

18. 統計学的データの大切さと読み方

高齢化問題や人口問題にかかわらず統計学的データを基にして議論することは多い。その際、データの表す結果の意味を正しく読み取るにはそれなりの知識と学習が必要である。たとえば、性教育の普及率を何らかの方法で数値化して合計特殊出生率（第14節参照）との関係を見れば、性教育が普及すれば出生児数は減るという結果が出るのはほぼ間違いない。この結果から、性教育をやめれば子どもは増えると結論するのは論外としても、中学校の性教育ではどうすれば妊娠するか、それを避けるにはどうすればよいか、を教えるので、これを避妊に重点を置いた学習と理解してしまう生徒が多いとすれば、出生児数の減少は性教育で避妊の方法を教えるからであるという結論を引き出す人はいるかもしれない。しかし、性教育の普及と同時に起こった社会の変化、たとえば、子どもを産み難い、あるいは育てにくいような家庭・社会環境や経済の変化・変動もあるので、種々の要因の中のどれが出生率に大きな影響を与えているのかを慎重に見極めることが必要であって、統計学的データを自分

に都合のよいように解釈して誤りを犯すことがあってはならない。

癌が再発した患者に医者がよく見せて話をするグラフに、何年生存率というのがある。「私の扱った患者のデータでは、貴方が後2年で死ぬ確率は70%です」という類いである。これを聞いた患者はこれが統計データからの単なる推定値であるということを忘れて、自分はあと2年余りしか生きられないのだと思いがちである。これでは患者の生きる力が却って損なわれてしまう。だからといって、医者がこのような話を患者に全くしないというわけにもいかない。この場合は、患者が医者示すグラフから、「でも、自分が後20年生きる確率が10%もあるではないか」ということを読み取ることもできるのである。ある本に、人間ドックのような金のかかる健康診断を受ける回数の多い人ほど早く死ぬという統計データが載っていた。この統計データをどう解釈して自分の人生に役立てるかは大変興味深い問題である。いずれにしても、統計的なものの考え方の根本を学校教育の中でもう少ししっかりと学ばせて置く必要があろう。

19. 高齢者の幸せとは——親睦を通して奉仕を、奉仕を通して親睦を

高齢社会の問題というと病気治療が話題になるのが通例であるが、高齢者にとって最も不都合なのは、たとえ体は健康でも、周囲から孤立して孤独感を味わい、生き甲斐を失うことである。したがって、多くの高齢者を交えた日本の社会で、全ての国民が幸せで平和な生活を送れるためには、先ず、高齢者が孤独ではなく他との繋がり感を持つことと、自分の生活活動が社会の役に立っているという充実感を味わえることである。社会の役に立つというのは、他に対して助けになる何かをすること、すなわち社会に奉仕をすることである。そのためには他との繋がりが必要である。また逆に、奉仕をすれば他との繋がりが広がり深まっていく。

コミュニケーションの代表的な方法は顔を合わせて話し合うということであるが、年齢とともに歩くのが難しくなるということもある。そんなとき電話や電子メールは非常に役に立つ。特に電子メールはどんな時間でも送れるという利点がある。「年寄りにメールなど無理」などと言わないで、どんどん活用すればよいと思う。使用経験の無い人は子どもや孫に教えて貰えば、家族内のコミュニケーション増進にも役に立つ。

高齢者の奉仕活動には、家庭での子供の教育、小学校、中学校、高等学校への出前授業、生涯学習の講師など多種多彩な活動が考えられる。高齢者福祉や介護の現場にも高齢者の奉仕活動の種はいくつもあると思う。たとえば、介護の現場ではQOLという英語圏から導入された言葉の意味をどう解釈して実行に移すかについて苦労しているという話を聞いたことがある。こういう議論こそ、介護・福祉の直接の対象者たる高齢者の出番であると思う。高齢者抜きでこのような議論をするのは、教育改革の議論を生徒・学生抜きで行うに等しく、大きな過ちを犯す恐れすらある。経験の豊富な高齢者も交えて議論すれば、コミュニケーションにも頭脳の活性化にも役立つし、英語を再学習して国際理解と国際交流を深める切っ掛けになるかもしれない。まさに一石二鳥を超える効果があろう。高齢者の社会奉仕の機会の一つだと思う。

このようにして、奉仕活動によって生きていることの充実感を味わい、他の人との人間関係を広め深めて繋がり感を一層強く持つことが出来るのである。老人の人間関係も単なる自分の楽しみのためだけではなく、奉仕のためであって欲しいと思う。人間関係を深めて社会のお役に立つ、これほど充実感の味わえることは無いと思うからである。主として高齢者のための健康増進センターのような施設もその主たる目標を高齢者の社会奉仕を支援することにおけば、運営がし易くなると思うのである。

老人福祉というのは社会のためであって単に老人のためではない筈である。高齢者にも「親睦を通して奉仕を、奉仕を通して親睦を」という標語を捧げたいと思う。

20. 充実感の尺度は作れるか

高齢者にとって一番大事なのは健康であるにも拘わらず、高齢者という病気が取り沙汰されることが多いのは、病気に比べて健康の定義が難しいのが一つの理由である。たとえ健康の医学的尺度があつてそれに100%適合する人がいたとしても、その当人が自分は健康であるという充実感を味わっているかどうかは疑わしい。人間にとっては健康そのものよりも、健康であることによって味わう幸福感の方が問題で、たとえ健康状態は医学的に同じであつても幸福感には個人差がある。奉仕活動によって味わう充実感も健康によって味わう充実感に似たところがある。そして幸福感を数値で表現することは健康よりはもっと難しい。健康増進センターのような施設をどこまで充実させるかということの判断が予算的な面以外からは非常に難しいのはこのためであろう。

最近、核磁気共鳴吸収を利用した機能的核磁気共鳴画像装置 (f-MRI) で幸福感の度合いをある程度数値化することが出来る可能性を示す研究成果が発表された (参考文献 44)。未だ予備的な段階ではあるが、人間が人に褒められた時には、食べ物や性的刺激、あるいは金銭的報酬を得た時に活性化される線条体の血流が早くなったという結果が得られている。これを他人の評価は金銭的報酬と同じと脳は捉えていると結論付けるのは少し早計としても、将来、人間のいろいろな幸福感をある程度数値化することが可能になるのではないかという期待を抱かせてくれる。

2011年、第4期科学技術振興基本法が成立した。そのなかの重要なキーワードは、グリーンイノベーションとライフイノベーションである。日本が今推進すべき科学技術は、この二つのキーワード、すなわち、環境分野における技術革新と医療・介護・健康分野における技術革新ということである。ライフイノベーションに関わる分野は多岐にわたるが、その中の大きなテーマの一つが高齢者にかかる高度医療の負担軽減である。科学技術振興機構では、国民に対する最新の医療サービスの安全かつ迅速な提供が、医療経済的な妥当性をもって、患者には出来るだけ大きな負担を掛けない形で行えるとともに、医療がわが国の成長牽引産業となり、かつ今後の高い経済成長や雇用創出実現の原動力となることを目指して、戦略計画を立て、実行に移そうとしている。その実現にあたっては制度と研究環境の両面の整備・改善が必要であるが、この科学技術と医療経済両面からの戦略的活動の成果が高齢者医療の問題解決に貢献することを期待したい。

21. 高齢社会の問題解決への提案

ここまでは高齢社会にまつわるいろいろな問題について考察してきた。本節では、これらの問題を如何に解決しつつ新しい日本を作っていくかについて、特に、健康保険制度、介護保険と家族制度・教育、ならびに、退職者の職業的奉仕と親睦の促進の3点について筆者らの提案を述べたいと思う。

21-1 健康保険制度

日本の健康保険は被用者保険、地域保険 (国民健康保険と国民健康保険組合が運営する保険)、後期高齢者医療制度による保険で構成されていて国民皆保険の原理で運営されているが、通常保険の原理で解釈すればすでに破綻している保険制度である (第8~10節参照)。

地域保健 (国民健康保険) と後期高齢者医療制度では、収入の大部分を保険料以外に依存しているので、運営を正常な状態に戻すには、保険金給付に上限を設ける以外に方法は無い。そうすると高度

な医療が必要になった場合は私的保険に頼らざるをえなくなるが、低所得者の高度医療の問題が発生する。現在行われている相互扶助の精神に基づく他からの援助には限界があるので、税金の投入以外に道は無い。この金額を国の財政を破綻に導くような値にしないための高品質で安価な医療技術の開発と総合的な医療費を出来るだけ縮小するための医療システムと医療経済の研究が喫緊の課題となる。また、数百円程度の金額の給付を現金給付はしないという規定に縛られて、給付金以上の振込料を使って口座振り込みをするというような勿体ない行いは、些細なこととは言わずに、法律と制度を徹底的に検証して、無くして行くべきである。医療費の縮小のためにはどんな小さなことも努力して積み上げて欲しいと思う

予算的にあまり問題の無い被用者保険においても、保険料と保険金の間にある程度の相関関係の存在する制度に変更して将来に備えるのが良いのではなかろうか。保険はあくまでも保険の根本原理によって運営をすることを原則とすべきである。

後期高齢者医療制度は第9節でも述べたように健康保険は世帯当たりという我が国の健康保険の基本理念に反するものなので廃止し、その代わり75歳以上の高齢者には従来の保険料のほかに所得に応じた付加保険料を徴収することにする。保険に限ったことではないが、制度や物事の将来像を考えると、その根本原理に反するような変革は絶対に避けねばならない。

要は、被用者保険、或る程度の相互扶助的性格を残した地域保険と私的保険の3本立てで健康保険を運営するという考え方である。この提案が実現できるかどうかは高品質で安価な医療技術の開発にかかっている。その達成にはかなりの困難は予想されるが、第13節で述べたように我が国の科学・技術のレベルから考えて、国と大学・研究所・企業が一体となって、個別化医療・先制医療とそれを支えるコホート研究ならびに再生医療、がんペプチドワクチン療法、免疫細胞療法、気分障害の基礎的研究などを中心に取り組みれば、不可能なことではない。これがかなりの程度に達成されれば、その技術の海外への輸出も可能になり、経済の活性化にも繋がる筈である。是非とも実現したいと思う。これらの研究に必要な費用が国から十分に供給されることと、研究過程ならびに成果の実行の過程で医療に関する法律や制度がその進行を阻害しないための十分な配慮をすることを行政は怠ってはならない。

21-2 介護保険と家族制度・教育

介護保険制度の一つの目的は要介護高齢者の入院を減らし、在宅介護（居宅介護）を促すことであった。ところが、我が国の現状では、これ以上の老人施設の建設が殆ど不可能となってしまっているにもかかわらず、介護保険が在宅介護の支援を一つの重要な目的とする保険制度であることが意外に国民に周知されていない。この点を充分周知したうえで、医者、介護士、看護師の往診・家庭訪問のシステムを充実させていく必要がある。ただ、第11節でも述べた通り、介護保険制度で24時間介護のサービスを提供することはかなり困難なので、在宅看護の場合には家族の協力が欠かせない。そのためには、教育（学校教育と生涯教育）の場で家族とは何かを徹底的に考え、現在の核家族化した日本の家族構成を見直して、新しい家族で構成された日本を創る必要がある。筆者らは3世代同居家族が一つの理想的な形と考えている。これによって、介護保険の支援だけでなく、今の日本に欠落が指摘されている、子育てをはじめとする家庭教育の再活性化と家族力の向上を図ることが出来る。3世代同居システムを家の構造も含めて考えるときである。長年の核家族化生活に慣れ切ってしまった我が国に3世代同居家族の考え方をもちこむのはそんなに容易なことではないが、高品質で安価な医療技術と同様に、日本再生のためには是非とも実現しなければならないことの一つと考えている。

3 世代同居を実現するには、核家族住居の性格を兼ね備えた構造の 3 世代同居住宅が要る。家の構造や改革の詳細については別に発表する予定である。また、3 世代同居が老人の在宅介護またはその支援に効果を発揮するためには、就職先の選択や企業等での人事配置にもある程度の考慮が必要であろう。老人介護を当事者だけの問題と考えずに社会全体の検討課題として欲しいと思う。(第 14 節参照)

2 1 - 3 退職者の職業的社会奉仕と親睦の促進

介護保険も現在の健康保険と同様に保険料だけで賄える保険制度ではない。原則として国庫支出金 20%、国の調整交付金約 5%、都道府県支出金 12.5%、市区町村支出金 12.5%、残り約 50%が保険料で運営されており、財政的に他からの援助を受けてはじめて成り立つ制度である。現在は、筆者らもこの保険に関しては現在の方式以外にあまり良い方法は無いと考えている。ただ、その運営が破綻に近い状態にならないためには、この制度の精神を良く理解した国民の全面的な支援が必要である。上記 21 - 2 小節の記述はそのための一つの提案とお考えいただきたい。

介護保険制度の良好な状態での運営には、高齢者が、それが可能な間は、有償、無償にかかわらず、他に対して奉仕することを前提とした生き方をすることが必要である。換言すれば退職するまでの経験を生かした職業的社会奉仕である。これは間違いなく国民一人当たりの生産性を向上させることに繋がることを忘れてはならない。そのためには、他との親睦と社会への働きかけによって自らが他の役に立っていることを実感して充実感を味わうことが必要であろう。高齢者は出歩くことが困難になることもあるが、その際には、第 19 節でも述べたように、電話と電子メールが役に立つ。特に電子メールは、24 時間いつでも使えるので、高齢者のコミュニケーションの手段としては最高のものの一つである。このようにして、高齢者が自ら社会的存在意義を明確に自覚し、社会もまたそれをはっきりと認識することで、少子高齢社会の未来に灯りをともすことが出来ると思う。

そして、何よりも大事なのは次の第 22 節でも述べるように、少子高齢社会の諸問題を多面的に考える教育・学習を小学校高学年から速やかに開始することである。それによって、若い時から少子高齢社会の問題に上手に対処し、高齢になっても美しく生きられる人の育成を行うことが出来る。

2 2. 高齢社会の諸問題と教育

最後に高齢社会の今後を考えるための根本である教育の問題について、前節に引き続いて、少し詳細に述べておきたい。高齢社会の問題は高齢者のみならず全国民の問題で、特に、若年層の人達にはしっかりと考えて欲しいことである。そのためには、小学生、中学生のころから高齢社会についての関心と知識を植え付けるだけでなく、現在の進歩した社会は高齢者らの努力の成果であり、これを引き継いで将来に向けて発展・深化させるとともに、進歩に伴って発生した問題を解決していくのは、今、教育を受けている若者に課せられた使命であることを悟らせることが必要である。人とは何か、その社会的存在意義は？ 人間の生死の問題などについての認識を深めさせるという第 3 節および 13 節で述べた教育の根本課題を高齢社会の諸問題と関連付けて学習させるのも効果があろう。高齢社会の諸問題は教育とも深く関わっているのである。

義務教育の過程でこのような学習に適している授業は、第 3、4、17 節でも述べたように、総合的な学習と道徳の時間であろう。総合的な学習は、自分たちの周辺から解決を必要とする問題を選び出し、あるいは自分で問題を設定して、教師の支援のもとに、その解決に必要と思われる知識を蓄えたうえで、皆で考えて問題の解決を図ることによって、これからの時代に必要かつ重要な論理的思考力、

判断力を身に付けさせようとして始められた授業である。今はもう社会の難しい問題は専門家に任せておけばよいという時代ではない。一般市民も専門外のいろいろな分野、あるいはその日常生活との関わり合いについて、判断を求められる時代に入っている。そのような時代に教育に求められるのは、単なる知識を詰め込むことだけではなく、教えられた知識を基にして、さらに学び、論理的に考え、自分で判断する力を持った若者を育成することである。総合的な学習は、基礎的な知識を学習させる授業が十分機能しておりさえすれば、子どもの天賦の才能・能力を最大限に引き出すことを理想とする学校教育の目的達成に最適の授業の一つであるし、また、皆と一緒に学ぶ学校教育と個人レッスンの違いを明確にしてくれる教育法でもある。総合的な学習で子どもたちが高齢社会について学習する機会が増えれば、それが切っ掛けになって社会のいろいろな問題とその解決法を真剣に考える習慣が付き、それが日本の社会全体に広がって行けば素晴らしい日本を構築できると思うのである。このようなことは、学校、家庭、地域社会のつながりが緊密であればある程効果が大きいのは言うまでもない。

高齢社会の問題は小学校の高学年と中学校で毎週一回行われている道徳の授業の主題としても取り上げることが出来よう。道徳に関わる出前授業をした時に感じるのは、道徳の授業に対する日本人のイメージがあまりにも型を教えることに偏っていて、道徳とは何かという根本原理の学習ができていないのではないかという懸念である。もしそうであれば、自分が習った型に当てはまらないことが起こった時には上手に対処できなくて、他人には道徳的能力が無いと思われてしまうかもしれない。先生方は型や実例を通してその根本を学ばせようとしておられるのであるが、根本原理を学ぶことをあまり経験していない生徒たち相手ではなかなか効果が上がらないということかもしれない。筆者自身は、出前授業で「道徳とは自分以外の人や動植物、物などの自然に対してどのように振舞うべきかを想像力を駆使して考え、判断することである」と話している。この過程で他に対する友情と敬愛の念は勿論必須である。この考えに立てば、道徳の学習は、道徳のみならず高齢社会を含むあらゆる分野の問題解決の基礎的な力を身につけるための学習である。また、道徳の時間に学習したことの実践を考える場としては総合的な学習の時間が最適である。いずれも、高齢教師の格好の活躍の場の一つと言えよう。

総合的な学習と道徳の授業の場を通して、社会のいろいろな問題・課題を自らの力で分析し、判断し、解決する能力を身につけた多くの若者が育って行くことを期待して筆を擱く。

参考文献

1. 平成 19 年度年次経済財政報告第 2 章第 1 節より許可を得て引用
<http://www5.cao.go.jp/j-j/wp/wp-je07/07b00000.html>
2. 橘木俊詔、安心の経済学 ― ライフサイクルのリスクにどう対処するか、岩波書店（2002）、ISBN4-00-022007-1
橘木俊詔、さまざまなリスクを保障する「安心の経済学」、
<http://www.jichiro-kyoto.gr.jp/soken/kaiho/03y/87/tati.pdf#search='%E5%AE%89%E5%BF%83%E3%81%AE%E7%B5%8C%E6%B8%88%E5%AD%A6'>
3. 堺屋太一 「団塊の世代」（新版）文春文庫、「団塊の世代 黄金の十年がはじまる」文春文庫
4. ウィキペディア 団塊の世代
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%9B%A3%E5%A1%8A%E3%81%AE%E4%B8%96%E4%BB>

[%A3#.E5.89.8D.E5.BE.8C.E3.81.AE.E4.B8.96.E4.BB.A3](#)

5. 医療費亡国論、
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%8C%BB%E7%99%82%E8%B2%BB%E4%BA%A1%E5%9B%BD%E8%AB%96> 水野肇「誰も書かなかった厚生省」、第7章、草思社
6. 竹中郁夫 「尊厳死法案の動き」 日本医事新報 No.4590 2012.4.14
7. メルクマニュアル医学百科 事前指示書 <http://merckmanual.jp/mmhe2j/sec01/ch009/ch009e.html>
8. 三浦久幸、「私の医療に対する希望（終末期になったとき）」調査、国立長寿医療センター病院
レター第15号 JULY 16, 2008
9. 児玉知子、終末期医療における法的枠組みと倫理的課題について、J. Natl. Inst. Public Health, 55 (3), 218
(2006)
10. Medical Tribune、2005年6月2日、38巻 22号、54頁
11. 安本寿久、国民医療費から考える尊厳死、産経新聞 2012・5・20
12. ウィキペディア 国民総背番号制
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%9B%BD%E6%B0%91%E7%B7%8F%E8%83%8C%E7%95%AA%E5%8F%B7%E5%88%B6#.E6.97.A5.E6.9C.AC>
13. 厚生労働省 健康局、標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)、平成19年4月
<http://www.niph.go.jp/soshiki/jinzai/koroshoshiryo/kenshin/data/zentai.pdf>
14. 小田栄司、特定健診質問票と特定高齢者チェックリストの問題点、新潟県医師会報 平成20年
10月 No.703 <http://www.niigata.med.or.jp/file/pdf/2034.pdf>
15. 中川仁、Quality Adjusted Life Years、内科専門医会誌 2001年2月号
<http://homepage2.nifty.com/ebm-main/qaly.htm>
16. 小笠原克彦、費用効用分析とQOL、日本放射線技術学会雑誌、第63巻791～795頁(2007)
17. 小笠原克彦、費用最小化分析・費用効果分析・費用便益分析、日本放射線技術学会雑誌、第63巻
516～520頁(2007)
18. 厚生労働省保険局医療課長鈴木康裕、<特集>2012年度診療報酬改定 INTERVIEW 「今後もプ
ラス改定が続く保証はない 医療機関は“立ち位置”を見極めてほしい」週刊日本医事新報、No.
4594 (2012・5・12)、P.8-12
厚生労働省保険局医療課長鈴木康裕「平成24年度診療報酬改定について」(死亡場所別、死亡者
数の年次推移と将来推計)
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-02.pdf#search=%E9%88%B4%E6%9C%A8%E5%BA%B7%E8%A3%95+%E5%B9%B3%E6%88%9024%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E8%A8%BA%E7%99%82%E5%A0%B1%E9%85%AC%E6%94%B9%E5%AE%9A'](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-02.pdf#search=%E9%88%B4%E6%9C%A8%E5%BA%B7%E8%A3%95+%E5%B9%B3%E6%88%9024%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E8%A8%BA%E7%99%82%E5%A0%B1%E9%85%AC%E6%94%B9%E5%AE%9A)
19. イギリスつまみ食い第69回イギリスの国民医療制度(3)～その問題点(2)
<http://www.tongarashi.com/~michie/anglo/back69.html>
20. 平成24年版厚生労働白書(p243-244) <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/dl/1-07.pdf>
21. 厚生労働省、後期高齢者医療費(老人医療費)の特性、
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/database/zenpan/roujin_tokusei.html
22. 平成20年2月26日、第169回国会予算委員会議事録 第14号
http://www.shugiin.go.jp/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/001816920080226014.htm

23. 平成 20 年 3 月 14 日. 第 169 回国会 予算委員会議事録 第 8 号
<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/169/0014/16903140014008a.html>
24. 関口焔、後期高齢者の憂鬱、<http://culture-h.jp/hatadake-katsuyo/bun59.html>.
25. ウィキペディア 介護保険、
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA>
26. 朝日新聞 2012 年 1 月 30 日朝刊社説
27. 千野雅人（総務省政策統括官（統計基準担当）付 統計企画管理官）、団塊世代をめぐる「2012 年問題」は発生するか？、<http://www.stat.go.jp/info/today/032.htm>
28. 総務省統計局・政策統括官・統計研究所、完全失業率、（平成 24 年 8 月）
<http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/tsuki/index.htm>
29. 抗体医薬、発展の歴史 <http://www.kyowa-kirin.co.jp/bioworld/KotaiMono/20041102.html>
30. がんペプチドワクチン臨床試験 <http://www.med.kurume-u.ac.jp/med/sentanca/examine.html>
31. 「個別化医療とは」医療法人社団金沢先進医学センター個別医療センターホームページ
<http://www.kadmedic.jp/personal.html>
32. 三木哲郎監修、伊賀瀬道也編集、「抗加齢ドックの実際—動脈硬化と闘うために」、2009 年 2 月 10 日（メジカルビュー社）
33. 本庶佑、ゲノムコホート研究の推進による新しい医療の展開と医薬開発
<http://www.pharm.or.jp/highlight/201202.shtml>
34. 「がん免疫細胞療法とは」医療法人社団金沢先進医学センター個別医療センターホームページ
http://www.kadmedic.jp/per_01.html
35. 加藤忠史、気分障害とは何か—うつ病と双極性障害
<http://square.umin.ac.jp/tadafumi/MoodDisorder.html>
36. 岡田伸太郎、少子化をめぐって <http://culture-h.jp/hatadake-katsuyo/shoshika-okada.pdf>
37. 合計特殊出生率
<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%90%88%E8%A8%88%E7%89%B9%E6%AE%8A%E5%87%BA%E7%94%9F%E7%8E%87>
38. 図録合計特殊出生率の推移（日本と諸外国） <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/1550.html>
39. 合計特殊出生率ランキング、国別順位 - WHO 世界保健統計 2012 年版
http://memorva.jp/ranking/unfpa/who_2012_total_fertility_rate.php
40. 増田雅暢、クォーターリー生活福祉研究、通巻 70 号、18 巻、No2、24—43 頁
http://www5f.biglobe.ne.jp/~mmasuda/ronbun/meijiyasuda_2009vol18no2.pdf#search=%
41. 藤井威、中島厚志、みずほリサーチ、July 2006、1—5 頁
<http://www.mizuho-ri.co.jp/publication/research/pdf/research/r060701taidan.pdf>
42. 厚生労働省、インドネシア人看護師候補者受入実態調査の結果について、平成 22 年 4 月 8 日
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000051tf.html>
43. 高田誠、記者有論「外国人との共生—地域次第で仲間になれる」、朝日新聞朝刊（2013 年 1 月 4 日）
44. 岩崎祥一他、f - MRI を利用した主観的幸福感の客観的指標開発、東北福祉大学感性福祉研究所年報、2009 年 3 月

本稿は、2011年11月20日に、畑田家住宅活用保存会主催、羽曳野市・羽曳野市教育委員会後援、大阪大学総合学術博物館協賛のもとに大阪府羽曳野市の畑田家住宅で開催されたフォーラムにおける医療法人はただ診療所前理事長・医師 畑田耕司の講演「高齢化社会を生き抜くには」の録音記録を基にして、著者らが作成したものである。原稿作成に当たり種々ご意見、ご指導をいただいた北村公一、関口煜、細川隆弘、庄野晋吉、木越正司、矢野富美子、田林慶美の諸氏ならびにフォーラム参加者の皆様に厚く御礼申し上げます。