

# 愛知高齢研ニュース / 2008年12月号 No.183

愛知高齢者福祉研究会事務所

〒467-0035 名古屋市瑞穂区弥富町月見ヶ岡 69-2 オサハウス

TEL/FAX 052-833-4520

会費振込み口座（郵便局） 加入者名：愛知高齢者福祉研究会

ホームページ→ <http://www.aichikoureiken.jp/>

口座番号：00860-1-51722

## 今月号の内容

I. 12月クリスマス会のお知らせ	IV. シリーズ・日本の死生観 第1回 日本人の死生観 会員 高野 晃伸
II. 11月例会の報告 愛知県保険医協会 事務局長 西村秀一	V. 事務局より
III. シリーズ・高齢者と子どものかわり 第5回 アルツハイマー病の発症予 防はできる 会員 阿部隆春	

## I. 12月クリスマス会のお知らせ

日時：12月23日（火・祝） 午後1時～4時

場所：児島美都子名誉会長宅（下記の地図参照→の場所です。）

〒467-0035 名古屋市瑞穂区弥富町月見ヶ岡 69-2 オサハウス

TEL/FAX 052-833-4520

12月は愛知高齢研の恒例行事となりました「クリスマス会」を行います。今年の「クリスマス会」も役員を始めとした会員の皆さんで語り合い、親睦を深める会にしたいと思っています。年末で皆様ご多忙のこととは思いますが、多くの会員がお気軽にご参加いただき、会を盛り上げていただきますようよろしくお願いいたします。なお、当日はいつものようにプレゼント交換をしますので500円程度の品物をご持参下さい。また、バザーも行います。不要品がございましたらご持参いただきますようお願い致します。



※地下鉄名城線「総合リハビリセンター」駅①番出口から徒歩3分のところ。

※ご参加いただける方は、準備の都合上、12月19日（金）までに名誉会長の児島先生にご連絡下さい。（TEL：052-833-4520→留守電にメッセージ又はFAX：052-833-4520にご連絡下さい。）参加費（飲食代）として当日1,000円を徴収させていただきます。

## II. 11月例会の報告

愛知県保険医協会

事務局長 西村秀一

### どうなる後期高齢者医療 —振出に戻った「舛添私案」

#### はじめに

2006年の通常国会で成立した医療制度改革（医療構造改革）関連法によって、高齢者の医療への関係では、先ず同年10月に現役並み所得高齢者の3割負担への引き上げや、療養病床入院患者の食費住居費自己負担引上げなどが実施されてきた。そして2008年4月に医療「構造改革」の中心としての、75歳以上の高齢者を別建ての保険制度とする、後期高齢者医療制度が発足した。

2007年7月の参議院選挙では、国民の「構造改革」路線による「格差拡大」への怒りが噴出、与党との対決姿勢を鮮明にした民主党が大勝し自民党が大敗、参院は衆院と違って野党が多数を占める「ねじれ国会」となった。昨年秋から後期高齢者医療制度の実施に反対する運動が広がり、政府・与党は70～74歳の2割負担への引上げや、75歳以上の健保被扶養者からの保険料徴収について、実施を延期するなど暫定的な手直し（部分凍結）を行ったが、運動は止むことはなかった。

そして今年4月に後期高齢者医療制度が実施されたがさまざまな問題が露呈し、高齢者をはじめとし広範な国民の怒りが爆発、運動は後期高齢者医療制度を廃止し一旦元の老人保健制度に戻せとの要求で一機に高揚した。これにたじろぎ政府は次々と部分的な手直しを重ねているが、手直しが新たな矛盾を呼び一旦「廃止しかない」状況となっている。

こうしたなかで野党4党が共同で提出した「廃止」法案は、6月に参院で可決し衆院に送付され通常国会で継続審議となっている。安倍内閣・福田内閣と次々政権投げ出しを重ね、9月に麻生内閣と

なったが、ついに政府は後期高齢者医療制度の「1年以内の見直し」を打ち出した。これを受けて舛添厚労大臣は、塩川正十郎元衆議院議員を座長に「高齢者医療制度に関する検討会」を設置、検討に乗り出した。あらためて制度の内容と問題点について整理する。

#### 1. 医療費抑制策の全体像—復習

2006年「医療制度改革（医療構造改革）関連法」の特徴は、公的医療給付費の伸びを2015年までに8兆円抑える構造的な対策を、「高齢者の医療の確保に関する法律」（以下、高齢者医療確保法）法律で規定しようと言うもので、地方自治体・医療担当者・国民に医療費抑制の実施を義務化するものである。

それは①短期的な医療費抑制策、②中長期的な医療費抑制策、③医療保険制度の都道府県別再編の「3つの構造的な対策」からなっていて、①は2兆円の抑制を目標として、冒頭で述べた06年実施の患者負担引上げと、70～74歳の患者負担の1割から2割への引上げ（08年4月実施予定が延期となっている）、06年実施の診療報酬の引き下げである。

②の中長期的な医療費抑制策は、08年4月実施の都道府県の「医療費適正化計画（5年計画）」で、生活習慣病予防の徹底（15年度までに糖尿病等患者・予備群25%削減）で2兆円と平均在院日数の短縮で4兆円、合わせて6兆円の抑制を目標としている。関連して健康診査の実施主体を各健康保険の保険者に移行して、特定健診の制度があらたに導入された。

愛知県医療費適正化計画は12年度目標として、平均入院日数については06年度速報値（介護療養病床を除く）27.4日を26.6日（▲0.8日）に、また療養病床は06年10月現在の14,574床を8,977床（▲5,597床）にするとするものである。

③の医療保険制度の都道府県別再編は、

政府管掌健康保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度とも、法案提出の準備の段階で保険者を都道府県にしようとしていた。これに全国の都道府県知事が強く反発、その結果いずれもが地域的には都道府県単位を想定しているが、実施主体は複雑で中途半端な形となっている。

2008年10月から政府管掌健康保険は、公法人の全国健康保険協会が設立され、その各都道府県支部が運営を行っているが、名称も政管健保から協会健保となった。当面1年間は同じ保険料率であるが、09年10月以降は都道府県別保険料を設定する予定である。

国民健康保険は、保険者を市町村から都道府県へ移行することを目指したが実現せず、当面は同時に進められた「平成の大合併」の推移による「広域化」への期待で終わった。また後期高齢者医療制度も、都道府県での実施とならず、都道府県単位で全市町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」の運営でスタートした。

## 2. 後期高齢者医療制度の内容と問題点

### (1) 後期高齢者医療制度の概要

後期高齢者医療制度は2008年4月に発足したが、対象者は75歳以上の後期高齢者(全国約1,300万人、愛知県約62万人)で生活保護世帯は除く。65歳から74歳の寝たきり等の高齢者および障害者も対象になる。

75歳の誕生日がくると現在加入している健保・国保の医療保険から、強制的に脱退させられる世界に例を見ない「年齢で切り離れた医療保険制度」である。患者負担は1割負担(現役並み所得者は3割負担)で、この点はこれまでの制度と同じである。

財源割合は公費50%・現役世代の支援金40%・75歳以上高齢者の保険料10%。但し現役並み所得者には公費負担を行わないため、実際の負担割合は公費46%・現役世代支援金が44%とな

る見込みで、公費の内訳は国4・都道府県1・市町村1。現役世代の支援金は、国保・社保等の保険者が0歳から74歳の加入者数に応じて拠出する。

運営主体は前述した「後期高齢者医療広域連合」であるが、保険料の徴収は市町村の責任。全国平均1人月6,200円と言われていたが、愛知県の平均保険料は月7,767円(年93,204円)で発足した。保険料は年金額が年18万円(月15,000円)以上の場合は、年金から天引きされる。同時に65歳から74歳の国保の保険料も年金からの天引きとなる。

### (2) 後期高齢者医療制度の5つの問題点

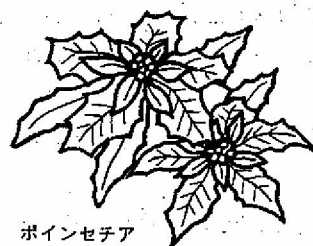
#### ① 保険料の新たな負担と巧妙な仕掛け

第1に75歳以上の高齢者すべてから保険料を徴収することである。介護保険料約4,000円と合わせ、月1万円を超える保険料が年金から天引きされるようになった。

また2年ごとの保険料見直しが義務づけられ、医療給付費総額と高齢者人口が増えるのに応じて75歳以上の保険料負担率が自動的に上がる、保険料自動引き上げの仕組みがつけられていることも大きな問題である。

#### ② 住民との関係が遠い「広域連合」

「広域連合」は一般財源を持たないため、国保のような独自の保険料減免を「広域連合」として行うことも、また「広域連合」の範囲を超えて市町村が行うことも困難となった。



ポインセチア

また「広域連合」の議会はあるが、愛知県の場合でも34人で、すべての自治体から議員が出ているわけではない。また国保のような運営協議会を設け住民参加を保障する義務付けがなく、愛知県の場合は設置されていない。

### ③保険料滞納者には資格証明書を発行

これまでは75歳以上の高齢者は保険料の滞納があっても、資格証明書を発行する義務規定からは除外されていた。後期高齢者医療制度では、滞納があれば資格証明書の発行が行われることとなった。

### ④受けられる医療の内容に「差別」を導入

後期高齢者医療だけに、慢性疾患患者への「後期高齢者診療料」が設けられ、一医療機関のみ算定できることによって算定医療機関への囲い込みと、月1回6000円で必要な処置や検査まで行うという点数の包括化が行われた。しかしこれは一般医療の点数との選択制で、採用する医療機関はきわめて少ない。

また終末期医療での「在宅看取り率」を上げ医療費を抑制しようと、積極的な延命治療を行わないようにする意図で、「後期高齢者終末期相談支援料」が設けられた。しかしこれは批判が強く、7月からは中止となった。

### ⑤健診制度とリンクさせたペナルティの導入

あらたに導入された保険者による特定健診では、健診・保健指導・メタボ対策で成績の悪い保険者に、高齢者医療への拠出金（前期高齢者納付金と後期高齢者支援金）を加算するというペナルティを課すとしている。5年間の成績をみて6年目の2013年度からからペナルティ開始すると言うが、健診制度と医療保険制度をリンクさせる初めての仕組みである。

### (3) 実施後明らかになった3つの「ウソ」

後期高齢者医療制度導入は、①これまでもよりも国庫負担を増やすことによって、

②国民健康保険よりも保険料を安くし、  
③老人保健制度の拠出金よりも若年者の負担を減らすことになるとの宣伝がされていたが、実施されて以降この3つとも「ウソ」であることが判明した。

### ①7割の人の保険料が安くなるという「ウソ」

厚労省は仕組みの変更を国の制度だけで当てはめ、概算として「7割の人の保険料が安くなる」と宣伝した。これは全く市町村国保の独自制度を無視したもので、それを指摘されると「7割の市町村で安くなる」と逃げた。

実態を調べるべきとの追求で「モデル」調査を実施したが、厚労省に都合のよい計算方式を市町村に押し付け、その結果としてひきつづき「7割近くが安くなる」と言い続けている。

しかし名古屋市が厚労省へ提出した、押し付けの計算では12モデル中6モデルが安くなるが、実際安くなるのは2モデルだけ。東京都や名古屋市など多くの市町村には、独自の減免制度があり、推測すれば7割位の人が高くなる。

また前述した「高齢人口・医療費に対応して自動的に保険料負担率が増える」仕組みは、国会審議の中で明らかとなったもので、年を追えば全員の保険料が高くなることになる。

### ②若年者の負担は軽くなるという「ウソ」

これまでの拠出金制度が支援金制度に変更され、75歳以上の後期高齢者医療制度では若年者の負担は確かに減った。しかし今回の改革ではこれまでの退職者医療制度が廃止され、前期高齢者（65-74歳）の医療にも、若年者からの支援金制度が新設された。

そのため08年度は1500ある健保組合の9割が赤字となり、保険料の引き上げを余儀なくされた。組合健保の平均保険料率は7.39%で、協会健保（旧政管健保）の保険料率8.2%と比べるとまだ低い。しかしこれが逆転すると、組合健保のメリットはなく西濃運輸や京



樽のように、解散する組合は相次ぐ。

### ③国庫負担が増えるという「ウソ」

後期高齢者医療制度導入の目的のひとつは、国保の支援金としての負担を、老人保健制度の拠出金よりも減らすところにあった。これは成功し市町村の負担も軽くなったと言われる。

しかしこの支援金にも国庫負担分が含まれている。したがってこれまで全体に占める国庫負担の割合は37.3%であったのが35.4%となり、08年度で計算すれば2,340億円国庫負担は軽くなっている。

## 3. 後期高齢者医療制度は一旦廃止を

### (1) 振り出しに戻った舛添「私案」

政府はこの間「4度の見直し」を行った。その内容は細かな部分的な手直しばかりであるので省略するが、いじればいじるほど矛盾が拡大している。そのなかで出てきたのが、1年かけての見直しである。

その見直しの場である「高齢者医療制度に関する検討会」へ、舛添厚労大臣の「私案」が出された。大型の「県単位の後期高齢者医療バス」と、小型の「市町村国保バス」を走らせたが、「勝手に天引きされる」「姥捨て山へ行くのか」「早く死ねと言うのか」など評判が悪い。

これを大型の「都道府県国保バス」に変えて、このバスの中にシルバーシートを設けるというもの。一緒のバスに乗るがシルバーシートには座ることとなる。シルバーシートの料金が要るのかどうかのコメントはない。「都道府県バス」に国保も高齢者も乗るとなると、前述の「都道府県単位の再編」の振出に戻ったことになる。

75歳の線引きは止める、年金天引きも止める、若年者の不満を解消するとしているなら、一旦廃止して元の老人保健法に基づく医療に戻して、次どうしたらよいかを検討すべきである。危険なバスを走らせながら検討することは、欠陥車

の運転である。

### (2) 改善の道は削減した国庫負担の還元

日本の医療費の対GDP比は、G7(主要先進国7カ国)の中で最下位。医療費に対する患者の実効負担率は、先進国の中で極端に高い。1980年と2004年を比較すると、国民医療費の財源別負担割合の推移は、国の負担は30.4%から26.0%と▲4.4%、事業主負担は24.0%から20.6%と▲3.4%、その分家計負担だけが40.2%から44.6%へ4.4%増加している。

高齢者医療問題の解決には国保問題の解決は不可欠である。国保は発足時から財政基盤は脆弱で、給付費の50%を国庫負担としていた。これが84年の医療大改悪で38.5%に引き下げられ、そのため保険料の引き上げが起これ、滞納者を生むなどの問題を抱えるに至っている。根本的には84年中曾根内閣当時の、削減した医療費への国庫負担を元に戻して欲しい。特に国保の国庫補助を元に戻して欲しい。

若者の就職・就労問題と高齢者の医療・介護・年金問題が同時に社会問題となり、「格差社会」の矛盾が見えてきた。参議院選挙結果は、このような「格差社会」・「構造改革路線」への厳しい審判であった。参議院選挙後の情勢の変化は、世論次第では要望が実現する時代になったことを裏付けている。運動をつよめ、問題点の解決をはかることが一層重要になっている。



### Ⅲ. シリーズ

#### 高齢者と子どものかかわり 第5回 アルツハイマー病の発 症予防はできる

会員 阿部隆春

#### 認知症予防の生活習慣

前回、第50回老年社会科学学会の公開フォーラムでの矢富直美（東京都老人総合研究所）主任研究員の認知症予防について紹介しました。今回も認知症予防の続編を考えてみました。認知症予防を考えると、アルツハイマー病の発症遅延を図ることが、最も重要です。矢富直美主任研究員によると、アルツハイマー病の発症に関わるアミロイドβは、約30年かけて認知症の発症に至るそうです。従って認知症を抑制する生活習慣が大切となってきます。生活習慣によって認知症の発症年齢を遅らせることができるからです。

第1に、食習慣としては、野菜・果物・魚・赤ワインの摂取です。第2に運動習慣としては、週3日以上運動です。第3に対人接触としては、人との付き合いです。第4に知的行動習慣では、文章を読むなどです。

#### 私の母親の生活習慣を通して考える

認知症を抑制する生活習慣を考えると、まことに恐縮ですが私の85歳になる母親の生活習慣を参考に考えて見ます。

福島の田舎に住む母親は、10年前、夫とは死別し現在は畑を耕しながら生活をしています。娘は、敷地内に住んでいます。野菜は、今でも自分で作っています。毎日のように朝夕畑に出て仕事をしています。午後の昼寝も日課です。運動は、花作りや畑仕事や薪割りです。自分の身の回りのことは自分でします。東京にも新幹線を乗り継いで出かけてきます。風呂は、ガス給湯もついています。薪で沸かすことができる五右衛門風呂に入っています。

対人接触は、昔からの知り合いがほと

んどです。茶飲み話、公民館主催の老人会、自治会の婦人会と村の付き合いにできる範囲です。元気なのでバス旅行はよく参加するそうです。また、村の地蔵尊の氏子になっているので地蔵尊の祭りや盆踊りを楽しみにしており、地蔵尊の子育てこけしが着用する着物を毎年縫っています。[子育て地蔵：子どもが生まれると地蔵尊のこけしを授かり、1年間自分の家の仏様に祭る。そして、次の年の地蔵尊の祭りの日にこけしを返納する。子どもが成長するまで毎年繰り返し続けられる。]

知的行動習慣は、毎日の地元の新聞(株価と地元のお悔やみの記事は見ています。知り合いや、世話になった人が亡くなったのが分ると、香典を届けるためです)、家の光(農協の雑誌)の購読、お寺から配られる冊子の購読、そして孫、ひ孫達の書いた文章や絵を楽しみにしています。その上、今でも毎日家計簿をつけています。しかも、驚くことに暗算でつけてしまいます。以前、オレオレ詐欺から電話があり、その経験から電話はコールが20回以上ないとでません。本当に用事のある人は何度でもコールするそうです。経験にもとづいた記憶力、思考力など私よりも達者であると言ってもいいぐらいです。母は、小学校4年生までしか学校にいません。それも弟をおんぶして通ったそうです。弟が泣くと教室を抜け出して仕方なく外で弟をあやしていたそうです。75年前の東北地方の農家の子ども達は、あちこちでこのような小学校生活だったのでしょうか。



母は、10年前までは、50CCのバイクに乗ってどこへでも出かけていましたが、免許更新の際の適性検査が苦痛になり、自らバイクの免許をお国に返還し、今は徒歩とバスを利用して出かけています。お蔭様で今でも介護保険とは、無縁な生活をしています。毎年近くにある「ころり地蔵」のお祭りには出かけて、ポケないように地蔵の頭に水をかけ、ころりと逝けるようにとお願いは欠かしません。

今年の夏休み実家に帰省した際、久しぶりに薪割りをしました。薪の材料は、100年前の民家（おそらく村人総出で建てたのでしょう）が解体され縦40cmぐらいの長さに切られた柱です。よく乾いていてしかも囲炉裏でいぶされてとても薪にはむいていました。100年前の材木は、ひびがうまい具合にあったり、節が邪魔していたりでスッと割れるものもあれば、かなりてこずるものもあります。2日もやれば半年分の薪ができあがりました。薪を燃やした灰が畑の肥料になるのです。

母親の現在の農耕生活は、認知症予防を実践した生活習慣そのもののようです。そして、子育て地蔵尊の氏子として次世代の親や子ども達へ、農村文化の継承を担っています。

### 地域型認知症予防プログラム

次に、矢富直美主任研究員が報告している「地域型認知症予防プログラム」についてみてみます。このプログラムは、特に、思考機能の中でも実行機能に関わる計画力を鍛える方法が工夫されています。特徴としては、高齢者の好む活動を地域で展開することにあります。

週1回、小集団で、健常な高齢者も対象にして、認知症予防を目的にして、自立して継続して、ファシリテーター（運営役）による支援、グループの組織化と地域への普及です。具体例としては、ウォーキングプログラム、旅行プログラム、料理プログラム、パソコンプログラムなど

の取り組みが紹介されていました。はじめは、運営役の支援を受けながら活動し、その後は、自分達で計画して活動するところに特徴があります。

都市部の生活は、やはり田舎とは相違があります。畑仕事やまき割りや祭りや昔ながらの地域共同体の活動は都市部では、求めても困難です。反面、高齢者や地域が意識して取り組めば、趣味や活動範囲はたくさん存在します。[例えば、毎日の通勤の際目にする光景に、小学校近辺には多くの高齢者がそろいの帽子とジャンパーを着て、子ども達に挨拶し安全と見守りに活躍しています。]

そこで、隣近所の付き合いが希薄な高齢化の進んだ都市部の新興住宅地などは、認知症予防プログラムが参考になると思います。私の住んでいる住宅地も45年前に販売された建売住宅地です。世代交代や住民の交代が進んでいます。それぞれ自分の趣味でカルチャーセンターに参加する人もいます。また、市民センター主催の老人会などにも参加できます。そこには、都市部ならでの利便性を生かした地域の活動があります。しかしながら、新興住宅地ではまとまって皆で参加する意識がとても薄くお互いの顔もあまり知らないのです。

希薄になりがちな住民意識を補う自治体による介入、運営、継続などの手当ての必要性を感じます。

### まとめ

認知症予防の生活習慣を田舎の事例と都市部の展開とで考えてみました。自分の住んでいる地域といっても特徴は様々です。そこで、大原謙一郎氏（大原美術館理事長）が言うように、日本は、多彩多様な歴史と風土に恵まれています。従って、住んでいるところの文化と気風と生活様式を取り入れた活動が、個人や地域の認知症予防の生活習慣に繋がっていければと思いました。さらに、高齢者が参加する活動が、次世代への文化の継承

や子ども達の成長に深く関わっているのを感じました。〔東京都福祉保健局職員〕

#### 参考文献

矢富直美 「予防のための心理社会的アプローチ」2008年度 第50回日本老年社会科学大会 第50回大会記念「認知症をめぐる予防とケア」公開フォーラム 2008年6月27日

大原謙一郎 「地域と福祉と文化について—倉敷と大原孫三郎のケーススタディー—」日本社会福祉学会第5.6回全国大会 大会プログラム 2008年10月11・12日

#### 【事務局からのお詫びと訂正】

これまで『愛知高齢研ニュース』に掲載してきました過去4回の阿部さんのご寄稿において、阿部さんの名字を一部で阿倍と誤って表記している箇所がございました。お詫びして訂正致します。

なお、阿部さんの連載は今回で終了となります。お忙しい中にご寄稿いただいた阿部さんに感謝申し上げます。



## IV. シリーズ・日本の死生観

### 第1回 日本人の死生観

会員 高野 晃伸

#### はじめに

特別養護老人ホームで行われるターミナルケアについて、2006年の介護保険改定により、特別養護老人ホームで行われるターミナルケアに対して「看取り介護加算」が算定できるようになった。この加算では、看護職員の24時間オンコール体制や、余命1ヶ月間のみ算定等、

現場で体制を整えにくい条件が示されている。特別養護老人ホームは生活の場所であり、在宅と同様の視点で看取りを捉えることになると思われるが、施設で勤務する現在の職員自身は、日常生活で「死生観」について意識する機会が少なく、また若い介護職員にとっては、施設での看取りが人生で初めての経験になる可能性があり、その経験が職員のストレスに繋がる可能性を筆者は危惧している。

現在の日本人が、どのように死生観を失うことになったのか、歴史から振り返り、介護現場で取るべきと思われる対策を、考察と私案を交えて、5回シリーズ（2回目 老人福祉施設における終末期ケアへの取組み～歴史的背景～、3回目 老人福祉施設における終末期ケアへの取組み～現在の状況～、4回目「死の教育」の必要性、5回目「死の教育」の取組み）で紹介する。

#### 中・古代の死生観

人間は生物である以上、死は必ず訪れる事実であり、それに対する恐怖を常に感じてきた。その為、人間の歴史はその死に対する恐怖に挑戦するかのように医療の発展を遂げてきたが、不老不死に至ることは困難であり、よって死は不可避な自然のこととして近年まで迎えてきた。日本の歴史でもそれは同様であり、古代から近代にかけて、社会基盤そのものが未発達であったことにより、栄養失調・感染症・食中毒等々により日常的に起こっていた死を、結果的に人は身近な出来事として意識する事ができていたと予測される。

日常的な死を意識するうえで代表される物語では日本民謡の『姨捨山』や深沢七郎（1964）の『楢山節考』が有名である。双方とも一定の年齢に達した老人を山に捨てる話であり、一見残酷なイメージを持つが、死を身近な存在として意識しながら、世代交代を円滑に進める一つの形ともいえる。



世代交代は、病気や事故等の突発的な要因を除いて、人生の中で死を身近に感じる機会であろう。百瀬孝(1997)は、日本では古代より行われており、室町時代の初期以降から隠居と呼ぶようになったとしている。隠居は、家制度を前提にした継承と老人の安楽な生活に関する古来の知恵でもある。この隠居は1898年の民法第四編第五編で制度化されることによって、1947年の民法改正でこの制度が廃止されるまでの間、一般に慣例になっていたものが社会的に公なものとしたのである。この制度によって、ある程度資産のある中・上流階級の者は安定した老後を送ることが出来たようであるが、貧困な農民にとっては、家督を継ぐことで同時に老人の介護を行う義務が課せられた。しかし貧困な状況のなかで老人が病気を患った時、食事や水を与えずそのまま放置した扱いをしていた。それに対して老人本人もその状況を受け入れ、結果的に死期が早まっていたといわれている。このような今で言う老人虐待は1960年頃まで一般的であったらしい。

以上のように、古代より身近な存在として意識していた死であるが、平山正美(1991)は、「同時に死者や死霊を忌み嫌う傾向を強くもっていた」と指摘している。古代人が埋葬する折に、手足を嚴重に縛って、死者に取り付いた死霊や邪霊が地上にさまよい出るのを防いだ点から、「古代の日本人は、死者の霊が祟めたり、怨霊化しないようにずいぶん神経を使った。」としている。また自分の身体の一部を傷つけることによって、死者や死霊と苦しみや悲しみを分かち合おうとする「哀悼傷心」の習慣も死への恐怖から逃れようとするものであったとしている。このような考が、徐々に日本人の深層意識の中に沈殿していき、現代にも根強く残っている。

#### 現代の客観視された死生観

厚生労働省の平成19年度人口動態統

計によると、自宅以外での死亡は平成18年で87.8%であり、昭和40年には29%、昭和30は15%に過ぎなかった。つまり現在の終末の場は、病院や福祉施設といったところが主流になっている。その為日本人は、死を私的なものとして意識する機会を失ってしまい、社会的な出来事として客観視しているといえる。その理由を奥田いさよ(1995)らは4つの契機に分類している。第1の契機は、生活環境の改善と衛生思想の普及、及び抗生物質の発見による感染症の制圧。第2は、共同体社会の衰退と家族関係の変化。第3は、国民皆保険制度の導入。第4は、高度経済成長を基盤とする医療・福祉資源の拡大と、医療技術(とくに延命技術)の爆発的な発達である。

また、カール・ベッカー(2001)は、日本人が死生観の変化を遂げてしまった理由の一つとして、農業離れを上げている。農業社会での技術は父祖から受け継いだものであり、さらに子孫へ大事に伝えなければならぬものでもある。ところが、核家族化で祖父母との同居がなくなり、青少年が死の痛みや辛さを知る機会が少なくなったと指摘している。この理由は後明の契機にも共通しており、双方とも社会の合理性や生産性を重視してきた日本の近代化の特徴とも言えるであろう。

またカール・ベッカーは「我々の周りには、テレビの向こうの死、抽象的な死、痛みを伴わないかのような死、要するに偽物の死」というイメージが先行していると述べている。このような状態を広井良典(2001)は「死生観の空洞化」と表現している。

医療技術の発展も、在宅から死を遠ざけた要因となっている。

病院は大辞林(1988)によると「患者を収容して診察・治療に当たる、規模の大きな医療機関。医療法では20人以上の患者収容設備のあるものをいう。」と記されている。病院は治療の場であり、

その発展によって「不治の病」といわれた病気や伝染病等は社会から排除されてきた。つまり、逆に病気が治らず死に至るということは、同時にそれは医療の敗北を意味しているといえる。その為、すでに死期が迫っていると診断された場合、ただ何日か何時間かの生命を引き延ばすためだけの延命治療が続けられてしまう。それは、老化現象という生命の流れが原因であっても例外ではない。

以上のような状況の中で、死は急速に社会の日常生活の場から遠ざかっていった。その結果、現実には家庭から病院や福祉施設が終末の場が変わってきたといえる。この変容を森岡正博(1988)は、日本人の持つ姥捨山問題の特徴から『姥捨山行為がもたらす苦しみから逃れる道は、私が苦しまないような方法で他者を捨てることであった。そのためには、自分に言い聞かせる「言い訳」があればよい』とし、さらに『施設に入ってもらうことができれば、私はさほど苦しむことなく老人を捨てることができる。もし、社会の中に、「施設は老人のためになる」という共通理解が形成されていれば、この言い訳はさらに効果的に機能するだろう』と記している。この視点が日本人の根底に備わっているとすれば、終末の場が家庭から病院や施設へ変化したことは、時代の流れに合わせて、大義名分の立つ言い訳が可能になったといえる。

#### おわりに

日本の発展に伴い、以前は身近であった死が、現在ではそれを感じる機会を失っている状況にある。

死を身近に感じるができず、客観視されていることは、日常生活の中で、死に対して目を背ける状況を作り上げたといえる。人間は死を避けて通ることは出来ないが、死生観を意識せずに時を刻むことは、自分自身の終末まで死を意識せず、また周りも死生観を持ち得ないで看取ることとなるため、その結果、この

先の将来も同じように病院や施設への依存に繋がるであろう。今や日本人の死生観は、まさに浮いた状態にあるといえる。

#### 参考文献

- (1) 深沢七郎(1964)『楯山節考』新潮文庫
- (2) 百瀬孝(1997)『日本老人福祉史』中央法規
- (3) 平山正実(1991)『死生学とはなにか』日本評論社
- (4) 厚生労働省情報統計部『平成19年度人口動態統計』
- (5) 奥田いさよ・後明郁男・久恒マサ子・平塚良子編(1995)『ターミナルケア 保健・医療・福祉の連携による援助』川島書店
- (6) 中外日報ホームページ(2008)  
<http://www.chugainippoh.co.jp/NEWWEB/n-interviews/Nint/n-d010714.htm>
- (7) 広井良典(2001)『死生観をと問いなおす』ちくま新書
- (8) 松村明松村明編(1988)『大辞林』三省堂
- (9) 森岡正博(1988)『生命学への招待 パイオエシックスを超えて』頸草書房

#### V. 事務局より

今回より新しいシリーズが始まります。会員の高野晃伸先生(大学教員)による「日本の死生観」で、5回にわたる連載です。前回までシリーズ「生活の中の介護」を10回にわたってご寄稿いただいた当研究会事務局次長の小木曾加奈子先生のご推薦によってご寄稿いただくことになりました。ご期待下さい。

会費の納入についてのお知らせです。今回の『ニュース』に会費未納の会員に振込み用紙を同封しました。お手数をおかけしますが、年会費：3,000円の納入(郵便振替)につきまして、よろしくお願い致します。なお、ご連絡がなく会費を2年間未納の会員は、2006年度の総会の決定に従い、未納2年目の年度末で退会扱いにさせていただきますこととなります。よろしくお願い致します。(近藤修司)