

タイトル 「未来予想図 30年後の高齢者像」

Future anticipation figure The elderly-people image of 30 years after

滋賀文化短期大学 烏野猛

**現在の高齢者問題**

2004年6月5日、いわゆる年金改革関連法が成立したが、そこでの論議は「少子・高齢社会」の問題点を如実に現したものだ。年金を受け取る高齢者の立場でいえば、「年金が減らされるのではないか?」という切迫した思いと、保険料を納める若者の立場からは「将来、年金はもらえない」というあきらめの中、最終的に厚生年金の保険料を平成17年までに年収の18.35%（労使折半）を上限に段階的に引き上げ、厚生年金の給付水準を現役当時の平均所得の50%に維持することで落ちついた。当初、厚生労働省は保険料を上限20%と発表したが、産業界からの猛反発を食らい撤回を余儀なくされる。

その結果、年金をもらうことになる高齢者はその額が減り、年金制度を支える労働者の負担は増え、企業においても重い負担を強いられることとなった。実際に、国民年金の保険料未納率は4割近くにまで上り、3人に1人が保険料を支払っていないことになる。とくに20代の若者でいえば、半数以上が未納状態となっている。

では、「超高齢社会」を目前に控えた今、年金にかぎらず、医療や介護といった高齢者の生活保障のために、国家、家族、個人はどのような役割を負うのだろうか。

**超高齢社会の実情**

いつから、わが国は高齢者の多い国となったのであろうか？ 数量的に見ると、65歳以上の高齢者が全人口割合の7%を超えた1970年から「高齢化社会」に突入し、その後、高齢者人口が14%に達した1995年の時点を「高齢社会」と呼んでいる。そして2015年には高齢化率が25%を超え、「4人に1人が高齢者」という時代を迎える。

しかし、高齢化が進んでいるとはいうものの、「65歳といってもまだまだ若くて元気だ」、「老人が増えても、それほど恐れることはない」と思ってしまうシーンもある。芸能人でいえば、現在、高木ブーや中村玉緒は65歳であるし、愛川欽也は70歳、「健さん」こと高倉健は、73歳である。彼らの活動をみれば、確かにアクティブである。健さんでいえば、任侠映画をあと数本は撮れる体力と精神力をお持ちだ。

しかし、2020年には75歳以上の「後期高齢者」が、75歳未満である「前期高齢者」の数を上回り、その後、後期高齢者が爆発的に急増することになる。痴呆や寝たきり等で介護を必要とする割合は、80～84歳で27%、85歳以上になると2人に1人が何らかの介護が

必要となることから、今後は元気なお年寄りが増えるというよりもむしろ、日常生活で何らかの援助が必要となる要介護老人が急増することが予測される。

30年後の日常をイメージしてみよう。もしあなたが、平日の午前中、近所のスーパーに買い物に行ったとする。スーパーまでの道のりで、また店内で、目にするのは高齢者ばかりという光景に出くわすに違いない。平日の午前中という時間であれば、若者は学校へ行き、労働者は会社で仕事をしていることだろう。よって、平日の昼間に暇を持て余しているのは高齢者だけということになる。今でも、中途半端な時間に、少し田舎の喫茶店に入ってみれば、なかは高齢者ばかりという光景を目にすることができる。

### 年寄りになった自分が想像できるか？

「65歳以上を高齢者とするのではなく、平均寿命にあわせて高齢者という定義上の年齢をあげるべきでは？」という意見もある。確かにそうだろう。お年寄り（高齢者）を65歳以上とする根拠は、法律上どこにも見当たらない。年金の支給開始年齢や、老人ホームなどへの入所可能年齢から推察されるものである。年金制度が完成したのは1960年代初め、また、老人ホームを規定した老人福祉法は1963年に制定された。いずれも今から40年も前である。40年前当時の平均寿命と現在のそれとの関係からいえば、70歳以上を高齢者と定義した方がしっくりといく。しかし、誤解のないようにしておくが、これから高齢者になろうとする者が、今の高齢者を見て、「あと数十年後には自分もあーなるのだろう」と想像するのは誤りである。確かに医学の進歩によって平均寿命は今後も伸び続け、現在の高齢者以上に長寿となるだろう。しかし、現在の高齢者が現在に至るまでの歴史と、私たちの歴史とでは、質という意味で雲泥の差がある。わかりやすく85歳の高齢者を例にとると、彼らは1920年にこの世に生を受けたことになる。当然彼らの両親は、日露戦争や第一次世界大戦を経験している世代である。1920年生まれの彼または彼女は、太平洋戦争当時20代前半で、男性は兵士として、女性は家を守る存在としての青年期をおくった。その間の食糧事情や生活環境等については、今からは考えがつかない程、質素なものであっただろう。その後、思想や価値観が180度転換する葛藤した時代を過ごす。そして戦後復興のために身を粉にして働き、奇跡の国と言われるまでの高度成長を見事成し遂げる。

しかし、これから高齢者になろうとする者は、いずれも戦後生まれであり、生活環境という意味では恵まれ過ぎた世代であろう。とくに最近でいえば、子どもの食事に関しても「食べないこと」で叱られる時代である。当時であれば、「食べ過ぎたこと」で叱られる時代であったろう。とくにダイエットにはげみ、手足の長い若い女性でいえば、40代からの転倒は命取りになる。なぜなら、骨粗鬆症のため一度転倒し骨折すれば、あとは寝たきり状態である。幸い医学の進歩が目覚ましいため、40代で寝たきりになったとしてもベッド

の上であと 40 年以上過ごすことは可能になるだろうが…。

このような現象は、わが国に特有のものなのだろうか？ 他の先進諸外国も高齢国家であるが、わが国の場合、他と比較して「高齢化社会」から「高齢社会」になるまでのスピードが異常に速い。フランスでは、19 世紀中頃に高齢化社会を迎え、高齢社会となるまでに 115 年以上かかっている。同じくアメリカでは 72 年、速いといわれていたイギリスでも 51 年である。わが国の場合、極端にそのスピードは速い。過去の歴史の中で、高齢者が一気に日本へ移民してきたという事実は無い。その理由としては、戦前・戦中に掲げられた「産めよ増やせよ政策」があげられる。同盟国であったドイツとイタリアも他の先進諸外国に比べて高齢化が速く、わが国に次ぐ高齢国家である。

一方、出生率が 1.38 という少子化の現象が、わが国の高齢化問題に拍車をかけている。現在のところ、今の人口を維持するには 1 組の夫婦で 2 人以上の子どもを産まなければならない。これを静止人口という。しかし、女性の晩婚化や育児にかかる費用の面から、出生率は下がり続けている。年寄りが増え続け、子どもが減っていることから、人口そのものが減少し、100 年後の 2100 年にわが国の人口は半分の 6,000 万人程度になるという資料もある。高齢社会に限っていえば、現在、1 人の高齢者にかかる年金や医療、介護等の費用を、約 4 人の現役世代で負担しているが、30 年後には 1 人の高齢者をたった 2 人で支えなければならない時代が到来するといわれている。

## 政府の対応

小泉内閣は、2001 年の所信表明演説で「少子高齢社会を迎え、給付は厚く、負担は軽くというわけにはいかない。年金、医療、介護については、世代間の給付と負担の均衡を図り、お互いが支え合う将来にわたり持続可能な安心できる制度を構築する」と語った。本当にそうしてもらわないと困るわけだが、「痛みをともなう小泉内閣」のこと、給付は薄く負担は重くというのであればお話しにならない。

政府は、超高齢社会の到来を念頭において、可能な限り多くの高齢者が健康で生きがいをもって社会参加できることを目的に、「ゴールドプラン 21」という計画を 2000 年に掲げ、「活力ある高齢者像」をスローガンに、元気な高齢者をイメージした「ヤング・オールド作戦」を展開した。この「ゴールドプラン 21」は、平成 16 年度末を終期とする計画であったことから、その後の中長期的な高齢者介護のあり方を検討するため、厚生労働省は 2015 年までに実現すべき計画を発表した。これが「2015 年の高齢者介護」報告書である。この報告書は、今後 10 年にわたる高齢者介護のあり方を明示し、方向性について触れている点で重要なものといえる。なぜ、2015 年なのかというと、1950 年に生まれた戦後の第一次ベビーブーム世代がこの年に 65 歳になるからである。つまり、戦後生まれである団塊の世代

が、一挙に高齢者になることを意味している。

この報告書には、「高齢者が尊厳を持って暮らす」だとか、「高齢者の尊厳を支えるケア」といったように、「尊厳」という表現が数多く登場する。しかし、この報告書は、従来のものと比較すると「家族」という考え方がまったくでてこない。これまでの福祉政策を概観すると、1970年代にいわれた「日本型福祉社会論」では、家族は福祉の含み資産と考えられ、なかでも女性は、育児や介護の担い手として位置づけられてきた。80年代や90年代においても、在宅福祉の充実という名のもとに、地域による福祉の拡大がさげばれてきたが、福祉マンパワーの不足から、当時でも家族を担い手とする社会福祉のつくり方に変化はみられなかった。

しかし、2000年度からスタートした介護保険制度の登場によって、社会福祉のシステムそのものが大きく変わることになった。これまでの行政処分的性格を持った制度から、保険システムを導入した契約制度へと転換するものとなり、担い手についても民間活力の導入から、福祉サービスの提供というスタイルができつつある。また、サービスを利用した際の費用徴収の面でも、従来、生計中心者等の家族にまで支払義務があったものを、介護保険制度等ではあくまでも契約当事者である本人から費用を徴収するシステムになっている。つまり、契約関係にある者同士の当事者性が非常に強くなったことから、徹底した自己責任が求められることになった。

### **これからの高齢者に突きつけられる究極の選択**

話をもとに戻そう。あと10年足らずで団塊の世代が高齢期に突入する時代、どのようなスタイルの福祉社会が待っているのだろうか。少なくとも、現在の福祉サービスのシステムやあり方のままでは、機能不全に陥るに違いない。

もっと突き詰めた質問をしてみよう。「なぜ、お年寄りを大事にしなければならないのか？」今の高齢者をイメージするなら、さまざまな答えがあるに違いない。「戦争を経験して、大変な時代を生き抜いてきた人だから」、「いつかは自分も年をとるのだから」、「戦後の日本をここまで創ってきた人たちだから」。いずれの理由も的を射たものだろう。現在、高齢者のほとんどは、尊敬に値する人生を送ってきたといえよう。しかし、今の団塊の世代より後の者が65歳以上の高齢者になった場合、その時の若者たちは、高齢者を大切にしなければならない理由について語ってくれるだろうか。負債を孫の代にまで押しつけ、先人たちが貯えてきたものを浪費することにのみ明け暮れてきた者に対してである。くわえて、今から50年後には、1人の若者が1人の高齢者を看なければならぬ時代がやってくる。少子傾向が改善されず、現在の高齢者が受給している年金や医療、介護の水準をそのまま維持しようとするれば、高齢者を支える若者の負担は、耐えられない程のものになるに

違いない。

近い将来、こういった論議は現実のものとなるだろう。「今の高齢者は、若い時代、好き放題にやってきた。だから、高齢者になっても若者に頼らず、自己責任でやってくれ」と若者たちは言いはじめ、一方の高齢者からは「若者の世話になるのではなく、毒でも飲んでさっさと行こう」と。これらが究極のブラックユーモアであれば良いのだが、おそらく50年後も生きているであろう筆者個人にとっては、頭を悩ませる大きな問題である。また、このような社会保障の領域を研究する者として、近い将来の成り行きに危機感をつのらせている。

どちらにせよ、現在の社会福祉をめぐるキーワードが、「自己決定」や「自己実現」である以上、「自己責任」という考え方が重要視されるのは間違いない。

### 死への自己決定について

「自己責任」にもとづいた「自己決定」が尊重されつつある我々の生活の中で、「最期をいつ、どのように迎えるのか?」という問いかけは、これからの高齢者が最後に迫られる選択である。

「最期にどこで暮らし、どのようなサービスを選び、どのような生き方を望むのか?」健康で、仕事の上でも現役であれば、このような質問に対しても十分な回答が可能であろう。しかし、加齢のため身体機能が衰え、精神能力までも低下しつつある時、「どのように最期を迎えるのか?」という質問に答えることは容易ではない。一昔前であれば、自宅で家族に見守られながら最期を迎えることは可能であった。それは医療技術との関係もあるが、寝たきりなどで介護が必要になってから、最期を迎えるまでの時間が極めて短かったためである。しかし現在では、痴呆や寝たきりになってからの期間が非常に長くなっている点に特徴がある。とくに痴呆の場合、精神能力（判断能力）の低下・減退がみられ、介護する家族にとっても精神的・肉体的に先の見えない不安が長期化する傾向にある。それでもわが国の場合、介護を必要としない状態で生存できる期間が最も長い「健康寿命世界一」の国である。だからこそ、痴呆といった健康ではない状態で最期を迎えることに、異常なまでの恐怖心を抱くのだろう。総務庁による「高齢者が感じる日常生活上の不安」についての調査でも、老後の生活資金をめぐる不安よりも、自分や配偶者が痴呆や寝たきりになることの方が大きな不安であるという結果であった。

そこで考えられるのは、「痴呆になってまで生きたくはない」という最期の決定についてである。つまり、老人性痴呆と尊厳死との関係である。

「痴呆状態であっても尊厳を保てないわけではなく、心は生きている」、「精神能力が著しく低下している痴呆性老人や知的障害者に尊厳死を適用することは、ナチスの国家的安

楽死をイメージさせる」という多くの意見がある。しかし、日本尊厳死協会は「尊厳死の宣言書」に老人性痴呆症を尊厳死の対象に加える試みを行ない、会員に対して実施されたアンケートからも、85%が老人性痴呆症に対する尊厳死適用を希望する結果となった。最終的には高齢者や障害者の抹殺につながる恐れがあるとの批判から、老人性痴呆症を宣言書に盛り込むまでには至らなかったが、多くの会員が痴呆症と尊厳死との関係について賛成の意を示したことは興味深い。

わが国の平均寿命は、男性で 78.1 年、女性で 84.9 年と、世界最長寿の国となった。しかし、「健康寿命世界一」の国といえども、すべての高齢者が健康なまま天寿を全うできるわけではない。痴呆や寝たきり、必ずしも健康とはいえない状態での数年間を、多くの高齢者が経験し、大半の家族が介護という地獄を体験することになる。

これが、最長寿国となったわが国の高齢者と家族を襲う悲劇である。誰もが、痴呆や寝たきりにはなりたくないと思っている。身近に痴呆性老人を抱えている者ならなおのことそう思うだろう。このような悲劇から少しでも免れるため、PPK 運動（ピンピン生きて、コロリと死ぬ）の実践活動が高齢者の間でブームとなり、またボックリ寺への参拝が人気を集めていることからわかる。

## 痴呆症と安楽死

「高齢者の尊厳」といった場合、「尊厳ある生」を意味すると同時に、「尊厳ある死」が対極に位置づけられよう。尊厳死とは、自己の尊厳が残されているうちに死にたいという意味であり、癌などの末期医療の分野で生命維持医療の発達により、苦しみながらも生かされ続け、死ぬに死ねない状態から生まれた言葉である。一般的に尊厳死が論議される対象は、激しい痛みをともなう末期の癌や、生命維持装置等でチューブだらけになっている患者に対してである。つまり、医療の現場でみるに耐えない患者の状態における死への選択である。しかし、終末期医療の場面でいわれる「尊厳」も確かにその通りであるが、老人福祉施設などで重度の痴呆症のために自分の排泄した便まで食べようとする高齢者や、家族の顔さえも分からなくなったような痴呆性老人を見ると、医療の場以上に本人の尊厳が著しく害されているように思えてならない。

家族による介護の美談が語られる一方で、近い将来介護を受ける高齢者やまた介護をする家族らにとって、「痴呆」という病が恐怖にも似た言葉である実態も理解できる。重度の痴呆性老人に対し、「明日も生きて良い」理由に、「生存権」や「人権」といった抽象的な理念のみを掲げるのは意味のないことである。

## 「安楽死」事件とその争点

‘人間の尊厳’を考える場合、まずはじめに終末期医療の現場でしばしば使われる「尊厳死」や「安楽死」について考えてみたい。「尊厳死」と「安楽死」は必ずしもイコールな関係ではないが、いずれも個人の尊厳を保つことを目的として生まれた考え方であることには違いない。では、個人の尊厳を保つために考えだされた‘死’について、具体的に争われた裁判では一体何を争点としているのだろうか。そして一般的には否定的な概念として捉えられる‘死’というものが、‘人間の尊厳を保つ’という積極的な目的のために許されるにはどのような条件・基準が必要なのだろうか。

この事件は、1991年4月東海大学病院の医師が、同病院に多発性骨髄腫で入院していた男性（当時58歳）の長男から「苦しむ姿を見てられない」という理由で治療行為の中止を求められたケースである。医師は、点滴や患者につけられていた医療器具を外して治療を中止したが、なおも荒い苦しそうな呼吸をしている患者をみた長男から再三にわたり「楽にしてやって欲しい。早く家に連れて帰りたい」と言われたことから、末期状態にあり死が間近に迫っていた患者に息を引き取らせることを目的として、塩化カリウム等の薬物を注射して死亡させたものである。ここでは、医者が患者に死なせることを目的とした薬物の注射が、安楽死にあたるかどうかが問われた。

この事件は、まず医者の手によって「安楽死」が行なわれた点に一つの特徴がある。従来の「安楽死」裁判は過去に7件ほどあり、いずれも末期癌や脳溢血などの病気で激痛を訴える配偶者や親が、「殺してくれ」という言葉やその姿を見かねて家族が殺してしまったという「囑託殺人」であった。また入院中の妻に付き添っていた夫が殺害に及んだものを除けば、病院ではなくすべて自宅で行なわれている。

では、安楽死についてどのような要件を満たせば、「普通の殺人」と区別されるのだろうか。この事件の判決では、安楽死の要件を .患者が耐え難い肉体的苦痛に苦しんでいること、 .患者は死が避けられず、その死期が迫っていること、 .患者の肉体的苦痛を除去・緩和するために方法を尽くし、他に代替手段がないこと、 .生命の短縮を承諾する患者の意思表示があること、の4つをあげながら、医師の行為の正当性を計っている。これにもとづく今回の事件の医師の行為は、患者が昏睡状態であったことから安楽死の前提となる肉体的苦痛の除去・緩和といった条件にあてはまらず、さらに患者自身の意思表示が欠けていることを理由に、懲役2年・執行猶予2年の刑が言い渡された。

その前に、日本における安楽死・尊厳死裁判のリーディングケースとして、1962年の名古屋高裁判決がある。ここでも、安楽死に対する違法性阻却事由として、患者が不治の病で死が目前に迫っていること、苦痛が甚だしいこと、死苦の緩和が目的であること、本人の意思が明確であること、医師の手によること等が要件としてあげられている。

いずれの要件にせよ、肉体的苦痛の除去についてはあげられるものの、精神的苦痛 (spiritual pain) については対象となっていない。また重度の老人性痴呆との関係では、本人の意思を確認することができないため、安楽死の要件にはあてはまらない。

オランダでは、肉体的苦痛に加えて精神的苦痛を訴える患者に対して、死に至る積極的行為の措置を倫理的観点から認めている。そして、必ずしも終末期でなくてもよいという判断も裁判所によって下されている。これらは国民からも「最高の慈愛行為」として受け止められている。同様にアメリカでも、ほとんどの州で精神的判断能力が健常なうちに、自らが末期状態になり意思能力が著しく低下した時、生命維持装置を取り外すことを医師に対して指示するリビング・ウィル法を制定している。州によって名称は異なるものの、「患者の死ぬ権利法」である。老人性痴呆との関係では、1997年に重度のアルツハイマー型痴呆に罹患した女性の家族が、「意識がなくなったまま生きるよりも、癌で死んだ方がまし」という本人との会話を根拠に、「死ぬ権利」を請求した裁判も存在する。

「未来予想図 30年後の高齢者像」というテーマで書き進めてきたが、自己責任にもとづく自己決定に最大の価値を見だし、自己実現を図る世代が高齢者になる時、最期の自己決定は、「いかに死ぬか」につきる。医療技術の進歩により、生だけではなく、死の領域にまで自己決定という言葉で選択できるようになった現在、数十年後に多くの高齢者が尊厳死を望むような時代だけは避けなくてはならない。「尊厳死」と「安楽死」を同列で語ってきたが、どちらにしても最終的には第三者の手によるものである。それが医師の手であれ、家族の手であれ。尊厳ある死を選ぶことは、本人の自己決定にもとづく選択である。しかし、尊厳ある死を実行に移すのは、本人ではなく、家族や国家である。

尊厳ある死を望む者は自分で死を実行することができない。それゆえ第三者には、殺人や自殺幫助といった罪に問われる可能性がある。しかし、これを「慈悲」ととらえることも可能である。過去の裁判例をみても、ほとんどのケースで執行猶予つきの判決が下されている。法律上は有罪であっても、情状酌量の余地があり、道義上許されるという判断である。

高齢者においてもこれまでのような保護の対象としてではなく、権利の主体として自己責任が徹底される近い将来、「どのように生きるか」だけではなく、「いかに死ぬか」という課題が、これからの高齢者に問われる最期の自己決定となろう。

以上

[ 要約 ]

超高齢社会を間近に迎えた今、高齢者の生活保障をめぐる課題が噴出している。とくに、社会保障制度改革のなかでも中心課題となっている医療や年金、介護といった問題は、財源との関係から混迷を極めている。本論では、30年後の超高齢社会がどうなっているのか、なかでも「自己決定」をキーワードとして、高齢者の最後の課題であるところの「いかに最期をおくるのか」に焦点をあてつつ整理を行なったものである。