

Thinking About Medical Services in an Aging Society

— A Perspective from the Aspect of Bioethics —

Bunsho Lee

Since ancient times, elderly people with low productivity have been socially vulnerable. Religion and ethics have contributed greatly to the formation of today's aging society. The aging society was formed by extending human life expectancy, but it leaves a significant economic burden on the next generation. Unfair distribution of medical resources between generations is a problem that needs to be urgently addressed.

An important point regarding medical and nursing care in an aging society is to consider the dignity of the elderly first, which includes informed consent. Another critical topic is medical practice, including adult guardianship and bioethics law for which legislation is needed. Future medical treatment for the elderly will also need to change from conventional preventive medical care to a kind of medical treatment that promotes health.

高齢化社会と医療の在り方

— 生命倫理の視点から —

李 文 昇

はじめに

我が国の高齢者（65歳以上）の人口割合は、総人口の27.7%を占め、過去最高を示した。90歳以上の人口は200万人を超え、今後さらに増加することが見込まれている。一方で、高齢者の急激な増加は我が国の医療費の財源を圧迫し世代間の格差を生んでいる。医療や介護の現場では高齢者の同意能力が問われる場合が少なくなく、高齢者医療の在り方が問われている。

今回、著者は「高齢化社会と医療の在り方、生命倫理の視点から」と題して、まず、はじめに歴史的あるいは社会的側面から「老い」の変遷を、第2に、我が国において高齢者の増加による社会的影響について、世代間の格差の観点から、さらに、第3に、高齢者医療の現状と課題について、医療経済の観点から述べる。最後に、医療や介護の施行において、高齢者に対して配慮すべき要件を生命倫理の視点から整理して述べてみたい。

1. 歴史的あるいは社会的側面から「老い」の変遷

インドの国に生まれた釈迦の出家は「四門出遊」に起因する。若き悉達太子は王城を出て、東西南北の順にそれぞれ老、病、死、僧の四者に会い、生きるということの苦悩に目覚めて、自らが育った城を出て出家の道を選択する。この「四門出遊」で最初に東の門から出て出会ったのが年老いた老人であった。その姿を見て、悉達太子は、今まで老人が自分とは切り離された他者で

あったのに対して、すべての人間が老いを迎え、老人になることを供の者に教えられ、人生の儚さを理解する。釈迦は、私たちに老いが人生にとって避けては通れない身近な現実であることを問題提起したのである。

社会や生活共同体における老人に対する見方は、その時代的背景によって異なっている。時代を遡れば、老人や子どもは非生産的あるいは邪魔な存在として扱われた時があった。我が国に伝わる姨捨伝説は老いとその哀れさを象徴する説話で、今昔物語集（卷三十、第九）の信濃国更科が舞台になったものである。それは、60歳になった老親を背負って山に捨てに行く息子に対して、母親は二度と里には帰れないことを知りながら、息子が帰り道を迷わないように道すがらの木の枝をぼつりぼつりと折りながら行く描写が書かれている。母親は、肉体的に老い、労働する力がなくなり、役に立たなくなってもわが子を思う心は少しも老いていない、という物語である¹⁾。

昔の朝鮮民話にも、老人を山に捨てる習慣について述べた説話がある。息子は、自分の父親がちょうど70歳になった時、父親を山に捨てに行くため背負い梯子にのせて山中へと運んで行く。彼は、父親にたくさんの食べ物を与え、山中に捨てて帰ろうとした。父親は、息子が使った背負い梯子をもって帰ろうとしたので、息子に、そんなものをもって帰るものではない、置いていきなさいと言った。父親は、我が息子が年老いて自分と同じ歳になった時に、またこの背負い梯子でお前も捨てられてしまう、と諭した。息子は父親の言葉に感心して、置き去りにしようと思った父親を家に連れて帰った。それ以降、この地域では老人を捨てる習慣はなくなったという物語である²⁾。

各宗教の経典の中には、敬老の思想が織り込まれている。例えば、原始仏典の中には、出家者の生活規定の1つに、有益な人生を送るための条件として、老人を労わる人であることが明記されている³⁾。また、古代中国の経書である「孝経」には、孝は親を愛する徳の根本であるとされた⁴⁾。旧約聖書には、「白髪は輝く冠、神に従う道」（箴言16・31）、新約聖書には、テモテへの第一の手紙第5章1節で、「老人をとがめてはいけない。むしろ父親に対するように、話してあげなさい」、との記述が見受けられる。また、古代ローマの政治家キ

ケロは、「大国は青年たちによって滅ぼされる。老人たちによって支えられ再建された」、「人生経験と円熟な判断力を持った老人が、国の舵を取る」と老人の経験に基づく知恵と判断力を賛美している⁵⁾。

社会学者の金子勇は、彼の著作の中で、その時代的背景の中での老人に対する見方の移り変わりを分析している⁶⁾。例えば、狩猟、採取が人々の生活の糧であった社会では、大規模な移動を余儀なくされるため、老人や子供は足手まといで邪魔な存在として扱われた。時は移り、中世の農業を中心とした農耕社会になると、大規模な移動はなくなり、人々は一定の場所に定住するようになった。その結果、老人や子どもにも仕事が分配され、共同体の成員として貴重な労働力として認められるようになった。商業が発達しだした江戸時代の社会では、若者は商売で動き回り、老人は商いに必要な情報と知恵を提供する取りまとめ役として頼りにされる立場として存在感を示した。19世紀後半から現代に至る工業化社会ではスピードが求められ、サラリーマンという働き方が主流になり、再び老人や子どもは社会の重荷と考えられるようになった。ところが、変化の激しい現在の情報化社会では、在宅ワークも可能になり、労働者の移動は少なくなる可能性が出てきており、そのため老人の存在価値が再評価されるのではないかと述べている。

「古い」は人間のみならず、すべての生物に認められる現象である。また、「古い」は時間とともに進行し不可逆的な性質をもち、人は必ず古い、必ず死が訪れる。高齢者は社会的な存在であるが故に、文化的にも経済的にも大きな影響力を持つことは言うまでもない。かつて、我が国において還暦は生誕時に帰るという意味を込めてお祝いを行った。還暦を機に現役を引退する例が多く、企業の多くは満60歳を定年としていた。今日では、高齢者の定義は65歳以上であるが、高齢者の心身の健康に関する種々データを検討した結果では、現在の高齢者は10年から20年前の高齢者に比べると加齢に伴う身体的機能は5年から10年遅延し、「若返り」現象が見られ、従来の高齢者の定義はあてはまらない。さらに、高齢者の定義は医学・生物学的に明確ではない、として65歳から74歳を准高齢者、75歳から89歳を高齢者、90歳以上を超高齢者とすることを

関連学会では提唱している⁷⁾。

2. 高齢者の増加による社会的影響

2-1. 日本における高齢化の現状

日本の総人口は2016年10月1日現在1億2693万人である。そのうち65歳以上の高齢者は3459万人である。男女別にみると、男が1500万人、女は1959万人である。65歳以上の人口の占める割合は総人口の27.3%、65歳から74歳の人口は1768万人、総人口に占める割合は13.9%である。さらに、75歳以上の人口の占める割合は13.4%である。

日本の高齢化は年々進んでいる。高齢者の人口は、「団塊の世代」(1947年から1949年)が65歳以上人になった2015年には3387万人であったが、その後も増加傾向を示し、2042年に3935万人でピークを迎える。その後の総人口は減少に転じるが、2065年には高齢化率は38.4%、約2.6人に1人が65歳以上、75歳以上が占める割合は25.5%となり、約4人に1人が75歳以上となると関係省庁は推計している。高齢化の要因は、戦後日本の生活環境の改善、食生活、栄養状態の改善、医療技術の進歩によることが大きいと考えられている⁸⁾。

2-2. 世界の高齢化率

表1は、諸外国の高齢化率を示したものであるが、他の国に比べ日本の高齢化率は極めて高い数値を示している⁹⁾。

表1. 世界の高齢化率

	国名	高齢化率
1	日本	26.6
2	イタリア	22.4
3	ドイツ	21.2
4	スウェーデン	19.9
5	フランス	19.1
6	スペイン	18.8
7	英国	17.8
8	アメリカ合衆国	14.8

高齢化率：65歳以上の人口が総人口に占める割合

先進地域（北部アメリカ、ヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランド、日本）の高齢化率が17.6であり、開発途上地域（日本を除くアジア諸国、アフリカ、中南米、メラネシア、ミクロネシア、ポリネシアなどからなる地域）は6.4である。

先進諸国における高齢化の進行の影響は、少子化現象とあいまってその国の社会保障の歪みとなっている。例えば、日本では現役世代（15歳から64歳）の人口と高齢者（65歳以上）の人口の割合は、高齢者1人に対して現役世代が2.3人で支えている。さらに、2065年になると高齢者1人に対して現役世代が1.3人で支えるという社会が到来する⁸⁾。

2-3. 社会に及ぼす影響

日本の平均寿命は、平成28年現在で男は80.98年、女は87.14年で、男女ともに過去最高を更新している。なお、厳密な国際比較は、基礎となるデータの測定時点が異なるため難しいが、我が国の平均寿命は男女ともに世界のトップクラスである⁹⁾。しかし、長寿国日本の抱える課題として労働力人口の減少がある。例えば、2015年において15歳から65歳の年齢層は約7728万人であったが、2030年には6875万人となり約853万人が減少すると推計されている。これは日本固有の雇用体系が関係していると考えられているが、経済活動の鈍化を招き、GDP（国内総生産）や経済成長率の低下につながる。その結果、税収の減少による社会保障、医療サービスの低下が懸念されている。さらに、高齢化の進行は、賦課方式で現役世代が収めている保険料が高齢者の年金に充てられているので現役世代の人口が少なくなればなるほど、高齢者の年金収入は減少し、高齢者の貧困が深刻化することになる。その他、地方都市の衰退、買い物難民などの生活面で精神的負担の増大なども予想されている¹⁰⁾。

3. 高齢者医療の現状と課題

日本の医療行政は公的医療保険制度が主流である。企業で働く人とその家族は被用者保険（健康保険）に加入し、自営業者や農業従事者は、国民健康保険に加入している。健康保険はさらに、大企業の被用者が加入する組合健康保

険、中小企業などの被用者が加入する全国健康保険協会が運営する健康保険、公務員などが加入する共済組合の健康保険がある。後期高齢者（75歳以上）の場合は後期高齢者医療制度の健康保険である。

高齢者に対する医療制度は、戦後の昭和35年から地方自治体で始まった。昭和48年に70歳以上の老人医療費の無料化がスタートした。しかし、高齢者の多い国民健康保険の運営が厳しくなったことや、老人医療のサロン化、社会人入院といった弊害が表面化するようになり、改善が求められた。昭和58年には、老人保健法が制定、市町村が運営の主体になり、患者負担制度（外来1か月400円、入院1日300円）が開始になった。その後、高齢者の増加により医療費の増加や健康組合の拠出金の増加を踏まえて平成9年に政府内での新しい制度の検討がスタートしている。平成14年まで新制度はまともらない状態で、一部負担を定率1割、対象年齢を70歳から75歳に引き上げ、公費負担割合を3割から5割に引き上げている。平成15年に、政府は医療保険制度体系等に関する基本方針を閣議決定している。その概要は、75歳以上を後期高齢者、65歳から74歳までを前期高齢者として、それぞれの特性に応じて新たに制度化する、としている。平成18年健康保険法など改正法案の成立があり、平成20年に後期高齢者医療制度を施行している¹¹⁾。なお、高齢者医療は、財政上の問題が大きく、今後も改定が予想される。

近年、3人に1人が高齢者という社会を迎え、医療や介護の需要が増加している。そのなかで懸念されているのが医療費の増大と医療機関や介護施設の不足である。先にも述べたが、日本は公的医療保険制度が主流であり、現役世代（15歳から65歳）が高齢者の医療・介護費を支えている。高齢者が増加すれば医療・介護費も比例して増大する。例えば、1人あたりの年間医療費は15歳から44歳の青年から成人層で年間約11万円であるのに比べ、75歳以上の医療費は約90万円である。つまり、青年成人層に比べ約8倍の医療費が高齢者に配分されることになり、高齢者人口が増加すれば医療費負担をめぐる世代間格差が拡大するのである。生まれた年代が異なれば、その人々のライフサイクルで直面する経済、社会環境も異なるわけであるが、現実には、戦後世代と今の若者世代と

では世代間の医療資源の配分の開きが顕著になっている¹⁰⁾。

医療資源の配分をめぐる世代間格差が生じる要因が幾つか考えられている。その1つは、経済的視点から時代とともに経済環境が変化していることである。2つ目に、各世代における豊かさの享受に差異が生じることである。3つ目に医療政策が大きく影響することである。さらに、4つ目に、その国の歴史的背景が大きく関係していることである¹²⁾。

世代間格差は、日本よりも米国が早くからその状況に陥っている。第2次世界大戦直後に米国ではベビーブームが起きた。2008年には戦後生まれた彼らは退職を迎え、約7700万人のベビーブーマーが高齢者層に突入した。米国政府は、現在の社会保険制度のもとで高齢者層の医療費を賄っている現役世代がどれほどの大きな負担を抱えているか、国民的な議題として取り上げている。

高齢化社会の基本的な問題は高齢退職者に対して生産年齢労働者が相対的に縮小することである。つまり、米国では1950年の時点で高齢退職者対生産年齢労働者の比率が1対17であったが、2000年の時点では1対3.4になった。その後、2030年の時点は1対2になり、経済的に支える生産年齢労働者に過度の負担を強いることになるのではないかと懸念されている¹³⁾。また、アメリカの経済学者コトリコフらの世代会計の分析からみた格差は日本の世代間不均等は169%で、イタリア、ドイツ、アメリカ、フランス、カナダに比べ最も高い値であることを示している。内閣府などの試算は、60歳以上の世代と将来世代との間に約1億円の差が生じる、としている⁸⁾。なお、世代会計の分析は、財政の維持可能性を踏まえて、①1人当たりの受益、②1人当たりの名目GDP、③生存率で評価した1人当たりの受益、などの影響要因を加味して計算している。

4. 医療・介護の施行において、高齢者に対して配慮すべき要件

4-1. 高齢者の特徴

高齢者の特徴は身体の機能の低下、虚弱にある。老年病と死亡の間には、多くの場合において生活機能障害が見られ、自立して生きる能力が衰弱する。こ

の状況は年を追って顕著になる。具体的には、各種細胞の老化、身体の機能低下では、目においては視力の低下、疾病の発生率の上昇、歯では咀嚼能力の低下と抜け落ち、耳では聴力の低下、骨では骨密度と強度の低下による骨折がある。関節では関節内軟骨の減少による伸縮性と回転性の低下、脊柱では脊柱間板が薄くなり、柔軟性の低下がある。筋肉では、繊維が細くなり収縮・伸展力の低下があり、心臓・血管系では弾力性が低下し、動脈硬化が起きやすくなる。肺では、免疫機能の低下により肺炎を引き起こしやすくなるなど、多くの虚弱が見られるようになる。心の面では、脳細胞の老化による順応性、専心性、思考性の低下、精神的な疲労度に対する耐久力の低下などや脳機能の低下により引き起こされる反応性の低下、ヒポコンデリー（神経症）症、老人性認知症などの脳障害の兆候が見られるようになる¹⁴⁾。

医療や介護の現場は、それぞれの高齢者によって異なる対応が必要であるが、多くの高齢者において精神的健康を損なう症状がみられる。そのきっかけは、高血圧、脳障害、心疾患などの身体的疾患や環境の変化（退職、転居、子どもの独立、核家族化と独居による孤立不安、財産の消失や配偶者や親しい人との死別など）によって引き起こされる場合が多い。日本においても高齢社会の進展とともにうつ病など精神的健康を損なう高齢者が増加している。ちなみに高齢者のうつ病の有病率は13.5%である¹⁴⁾。

うつ病の増加を助長させる要因として睡眠障害がある。高齢者の睡眠は基礎代謝が減少しているため睡眠のニーズも必然的に減少している。その為、深い睡眠がとれない傾向にある。さらに、心理的や身体的な合併症（夜間頻尿、痛み、痒み、認知症など）は睡眠を妨げ、高齢者の生活の質（QOL）を著しく低下させる。そのため高齢者による睡眠薬の使用が増加している。

白岩の行った高齢者の睡眠障害の調査（健保団体加入者約33万人の診療報酬のデータ、2005年～2009年）によると高齢男女の睡眠薬の使用割合は男が3.0%、女が4.3%で、処方率は年々増加傾向にある。なお、高齢者に用いる睡眠薬の主流はベンゾジアゼピン系が多く、そのためこの薬物による筋脱力、健忘などの副作用から高齢者の転倒や骨折が増加している¹⁵⁾。

老年病の治療は薬物療法や外科的手術であるが、多くの高齢者は精神的健康を損なうことが多いので精神科領域の治療が必要になる。また、高齢者における心身の機能低下は精神的、心理的要因により影響されることから、レジリエンスを指標とした臨床研究が行われている。石原らの高年齢者（60歳から80歳）を対象にした研究では、レジリエンスの得点が高い人ほど主観的健康感や精神的健康が高く、抑うつ傾向が低いことを示している¹⁶⁾。なお、レジリエンスは、逆境やストレスなど精神的な傷を受けても立ち直り、適応できる精神的な心の強さ、回復力である。また、人生のどの時点でもレジリエンスが見出されることから、子どもを対象とした研究から青年、成人、高齢者へと応用されるに至っている。

4-2. 高齢社会におけるインフォームド・コンセントの重要性

65歳以上の高齢者が認知症を発症する割合は年々増加し、その患者数は2025年に約700万人、有病率は約20%と推計されている¹⁷⁾。認知症とうつ病・抑うつ状態はしばしば併存し、認知症患者は30~50%の割合でうつ病を合併している¹⁸⁾。これら精神的健康を崩した高齢者は、自らの判断、意思表示が不可能になる場合があり、医療や介護の現場では戸惑いを隠せないのが現状である。

医療や介護において最も重要なことは高齢者の尊厳を守ることである。その為、医療・介護従事者は最大限の努力をはらってインフォームド・コンセントを行なう必要がある。近年、先進諸国では高齢社会の進行に伴い、高齢者や障害者の権利についての認識が高まっている。その背景として、日本と同様に人口動態の構造の変化、核家族化、独居高齢者の増加、価値観の多様化などが挙げられている¹⁰⁾。また、高齢者の権利を守る動きを受けて国連は1991年に「高齢者のための国連原則」を発表し¹⁹⁾、1999年には高齢者の生活の質（QOL）を高めるための行動計画として「国際高齢者年」を勧告している。日本では1995年に、高齢者が安心して暮らすことのできる社会の形成を目標とする「高齢社会対策基本法」が制定されている。

イギリスは、高齢者医療として2005年に意思決定能力法を策定し、2007年に

施行している。これは、認知症や精神疾患をもつ高齢患者であっても同意能力が欠けていると確定されない限り、同意能力を有していると推定するべきであるとしている。また本法は、例え賢明でない決定が行われたとしても同意無能力者として扱ってはならない、さらに同意能力が不十分である場合でも個人を支援し、可能な限り個人の意思を尊重すべきだと明記している。イギリスの意思決定能力法は医療・福祉に関する永続的代理権を規定し、代理人による本人の意思を反映させる仕組みが盛り込まれているのである²⁰⁾。他の欧米諸国は、イギリスと同様に代理人を通して本人の意思を反映させる法律やルールを定めている。日本では医療における代理権は法律で定められていない。

医療や介護の現場では、高齢者に対して医療従事者の理解しやすい説明が必要とされている。一方、高齢者は医療従事者から自分が受けようとしている治療や検査の内容について十分な説明を受け、それを理解した上で選択して同意、拒否あるいは保留することなどが求められている。認知症を患う高齢者が増加している昨今において、本人の保護の為、意思能力代弁人制度の充実は、急を要する課題となっている。

表2 高齢者の同意能力に関する国際的動き

2005年	フランス、公衆衛生法典Lの改正「信頼できる相談人・代理人の指名」を規定
2006年	オーストリア、代弁人法改正で事前配慮代理権を規定
2006年	ドイツ、世話法で事前配慮代理権を規定
2007年	イギリス、意思決定能力法の施行
2007年	日本厚生労働省「終末期医療における決定プロセスに関するガイドライン」を発表
2008年	国際障害者権利条約の発効
2011年	日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン、人工的水分・栄養補給の導入を中心にして」を発表
2013年	日本が国際障害者権利条約を批准

米国では、1983年にカルフォルニア州が医療における意思決定を含む身上監護のための持続的代理権授与法が制定されたのを機に多くの州においても同様の法律が制定されている²¹⁾。

日本国内では、医療に関する持続的代理権は法的に制定されていない。意思決定能力に関するガイドラインは厚生労働省および日本老年医学会などがその対応を発表しているに過ぎない。しかし、自分で決定する能力のない人の代わりに医療行為に同意したり、拒否あるいは保留したりする必要がある場合、その人を含めその家族にとって重要な問題であり、代理人などの選出を考慮して法制化の必要があると考える。

4-3. 人生の最終段階における医療

我が国では、2012年に75歳以上の後期高齢者は1500万人を超えている。団塊の世代が後期高齢者になる2025年にはさらに約680万人が増加する超高齢社会になることが推測され、高齢者の尊厳を守るための社会整備は不可欠となる。

厚生労働省は平成27年3月に「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最後まで本人の生き方を尊重して、医療・介護を提供することが重要であるという観点から、高齢者医療の基本的なあり方について「終末期医療」という名称から「人生の最終段階における医療」へと変更を行った。これは、高齢多死社会の進行にともない、病院で死を迎える医療から家庭や介護施設で死を迎えるという基本方針の転換である。つまり、高齢者が家庭や介護施設で死を迎えることができるために、地域が一体となり医療や介護サービスを提供することのできる包括的な仕組み作りである。もう1つの重要な点は、先進諸国で普及したアドバイス・ケア・プランニング（人生の最終段階の医療・介護について、高齢者本人が家族や医療・介護スタッフと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を導入したことである。今後、医療や介護の在り方は、より一層、本人の生き方（人生）の尊厳を守るために、本人の意思決定を尊重し、適切な情報提供と的確な医療行為を行うことが要求されるのである。なお、生命を短縮する意図をもつ積極的安楽死については、本ガイドラインは対象外としている²²⁾。

おわりに

古来より生産性の乏しい高齢者は社会的弱者とみられる傾向があるものの、

今日の敬老社会では、経済や医学の発展が必要になるだけでなく宗教や道徳の寄与するところが大きいと思われる。

高齢者が増加している先進諸国では経済的発展や医療技術の進歩により人間の寿命は延びている。その一方で急増する高齢者の生活を支えている社会資本が枯渇し、社会保障の基盤が揺らぎはじめ、次の世代に大きな負担を課しているのも事実である。今日の我が国の世代間格差の拡大の背景には幾つかの要因がある。そのまず第1は、経済成長の鈍化である。第2は、少子高齢化による人口構造の変化、第3に、日本固有の雇用体系と若者に頼った財政の仕組み、第4に、高度経済成長期が終わり、長期的展望に乏しい短絡的な経済政策などである。世代を超えて医療資源の不公平な配分は倫理上、極めて重要な問題である。世代間格差は経済的問題を含め、世代間の断絶、そして社会不信を駆り立てる危険性を孕んでいる。早急に、社会正義という観点から国民的な議論が必要とされる。

次に、高齢社会における医療や介護の在り方は、高齢者の尊厳を守るためにインフォームド・コンセントの導入が不可欠である。医療従事者をはじめ周囲の人の高齢者への深い理解は高齢者が豊かで質の高い生活を享受できる支援となる。さらに、認知症高齢者の人権を守るために意思能力代弁人の利用などを含めた生命倫理法の法制化が必要と考える。

日本学術会議は「よりよい高齢社会の実現を目指して — 老年学・老年医学の立場から — 」と題する提言を行っている。その主旨は高齢者が健康維持し、高齢者自身が社会参加と社会貢献できる環境作りに積極的に関与することを奨励している。レジリエンスと精神的健康感との相互関係でも述べたように、高齢者は人との交流の中で健康を維持、増進することを考えると、今後の高齢者医療は従来の予防型医療から健康増進型医療への転換が必要と考える。

参考文献

- 1) 小峯和明ら、『老いの表現史 — 「往生考」日本人の生・老・死』、小学館（2000）
- 2) 孫晋泰、『朝鮮の民話』、岩崎美術社（1966）

- 3) 長友泰潤、「原始仏典に見る人間像 — マッジマ・ニカーヤの出家者の生活規定とチャラカ・サンヒターの在家や医者のあるべき姿との比較研究 —」、南九州大学研報、46B、25-31 (2016)
- 4) 加地伸行、『孝経全訳注』、講談社 (2007)
- 5) 八木誠一ら、キケロ、『老年の豊かさについて』、法蔵館 (1999)
- 6) 金子勇、『都市高齢化社会と地域福祉』、ミネルヴァ書房 (1993)
- 7) 甲斐一郎ら、「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の提言 (概要) (2017年1月5日)
- 8) 「高齢化の状況」、平成29年版高齢社会白書 (全体版) 内閣府
- 9) 厚生労働省政管統括官、「我が国の人口動態」、政府統計、平成28年までの動向 (平成30年)
- 10) 加藤久和ら、『超高齢社会の介護制度』、中央経済社 (2016)
- 11) 「高齢者医療制度の歩み」(1)、厚生労働省ホームページ (2018)
- 12) グレグ・ボグナーら、『誰の健康が優先されるのか — 医療資源の倫理学』、岩波書店 (2017)
- 13) ローレンス・J・コトリコフら、『破産する未来 — 少子高齢化と米国経済』、日本経済新聞社 (2005)
- 14) 三島和夫、「高齢者の睡眠と睡眠障害」、保健医療科学、64 (1) 27-32 (2015)
- 15) 白岩加代子ら、「地域在住高齢者の睡眠状況とQuality of Life の関係」、Japanese Journal of Health Promotion and Physical Therapy, 3 (1) 103-107 (2013)
- 16) 石原房子ら、「高齢者のレジリエンスと主観のおよび精神的健康の関連」、老年学雑誌、第4号、25-34 (2013)
- 17) 「平成28年度版高齢社会白書」(概要版)、内閣府
- 18) 井藤佳恵ら、「高齢者の気分障害」、日本老年医学雑誌、49、534-540 (2012)
- 19) 国連広報センター、「高齢者のための国連原則」、国連総会決議・採択 (1991年12月16日)
- 20) 福田八寿絵、「高齢者の同意能力評価 — 患者の保護と自己決定の尊重」、生命倫理、24 (1) 145-153 (2014)
- 21) 田中美穂ら、「英国の終末期医療における意思能力法2005の現状と課題 — 任意後見である永続的代理権と独立意思能力代弁人の意義をめぐって —」、生命倫理、24 (1) 96-106 (2014)
- 22) 「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」(改訂版)、厚生労働省 (平成30年3月)