

第7章 高齢社会をめぐる諸課題と アジア共同体

1 世界の高齢事情

高齢化の指標として、全人口に占める六五歳以上の人口の割合が七%を超えた社会を高齡化社会、おなじく一四%を超えた社会を高齡社会としていることは周知のとおりであり、日本の高齡化率が二〇二二年一〇月一日現在、二四・一%⁽¹⁾で世界のトップになっている。

また七%から一四%になるまでの速度も、フランスでは一二六年、スウェーデンでは八五年、比較的短いドイツでも四〇年であった事に対して、日本は僅か二四年という短期間で達している⁽²⁾。

さらに平均寿命をみると、日本は八三歳で世界のトップであり、最低のシエラレオネの四七歳と大きく開いている⁽³⁾。

この理由は政情が安定していることや食糧の安定、医療・福祉政策の整備などにより若年層の死亡率が低いことから平均余命が長くなっているというところで、シエラレオネ等の政情不安定や食糧・医療・福祉体制の未整備などでは平均寿命が短くなっているのである。

加えて日本の合計特殊出生率は一・四であり人口を維持するための二・〇八を大きく下回っている、人口減少社会に突入している。この事は隣国の韓国も同様であり、いずれ人口大国の中国も同じ状況になることが予測されている。

世界一の高齢社会を体験している日本の取り組みの多くが、いずれ高齢社会になっていくであろうアジア諸国に対して重要な指標になるものと思う。

(1) 欧米の事情

▼イギリス

イギリスという国は日本とよく似ている面があり、フォークランド紛争などで経済が低迷した際に社会保障を国が全て賄うのではなく、地方自治の力で地域を守る仕組みに転換していることから、地域マネジメントのマネージャーの権限が日本より強いマネジメントの仕組みを持っている。

ケアマネジメントは限りのある財源を誰に提供することが最善なのかを判定するために科学的・客観的なアセスメントを実施して、選択した対象者にサービスを提供し、効果・効率測定をして不足であれば増やし、効果がなければ廃止する過程の事であり、地方自治という財源に乏しい中で実施するためには、より高い専門性と権限が求められることから日本においても見習う価値は高い。

さて福祉施設の状況について、一九九二年に訪れたロンドン市内の老人ホームからいくつかの示唆を得ている。

第二次世界大戦後につくられたロンドン市立の老人ホーム「ヒース・ロッジ」からであるが、設置場所が最初から町の中にあり、狭いながらも個室が用意されていた。日本では古い老人ホームの多くが、町から離れた郊外にあり、多床室になっている。

このことは人の暮らしに対する基本姿勢の相違で、効率的な介護を提供するためと救済の目的でつくられた日本の施設と、本人の暮らしを中心にした生活の場所として設置され、本人の権利を重視していることに基本的な違いを教えられた。また介護労働者のほとんどが外国人であることも大きな相違点であり、これは介護職が低賃金労働の職種であることも考えられるが、日本の様な単一民族・単一言語・単一文化で構成されている国と異なり、多様な人種の交流と広い英語圏が影響するものと思われた。

しかし外国人労働者の参入については、少子化・人口減にある日本においても今後の課題として重要なポイントである。

▼アメリカ

アメリカではミシガン大学およびその周辺の施設からいくつかの課題を教えられた。

まず医療体制の相違であるが、看護師の階層が多層であり、大学院を出ている看護師に簡単な処方箋を任せていたことが興味深かった。この理由は医師の給与が高く、日本の様な医療保険体制を持たないアメリカにおいて、医師より給与の低い看護師が処方箋を出すことは利用者の負担減に結びつい

ていた。

また退院に対する取り組みの早さに特筆すべきものがあつた。日本では入院時に行われる利用者情報聞き取りが、入院前に一五〇項目を超える質問書によつて行われていて、その内容も本人の医療情報だけではなく誰が生活を支えているのか、医療費などの支払いは自分でできるか、できなければ誰が支援するのか等多岐にわたつていた。

そして入院時に利用者と主治医・看護師・関係する全てのスタッフが共に面接して、退院までの治療や訓練等のプログラムの説明と、退院後の生活支援に対するプログラムを作成するのである。日本では退院が近付いてから行つて入院当日に行うため、退院までに様々な準備が並行して行われることから入院期間の短縮に大きな影響を与えているシステムであつた。

障害対応についてはシカゴ近郊にある遊園地「フィールド・ビレッジ」の事例から、日本の遊園地の十数倍という広大な敷地に作られた遊園地の移動手段として用意されている蒸気機関車には、最初から車いすのまま乗れる仕組みがっており、健常者と区別することなく共に乗れる設定になつていた。つまり障害は本人の状態像だけではなく、環境要件が不十分な場合に障害者になつてしまう事を教えてくれたものであり、車いすでも乗れる乗り物、段差のない通り、エレベーターやスロープ等の環境整備で身体障害を障害とさせない意識を学ぶことになつた。

▼スウェーデン

日本の消費税は五%から段階的に引き上げられて一〇%にする方向にあり、他方スウェーデンでは既に二五%になつていて、先進諸国のほとんどが二〇%前後になつていて周知のとおり

である。

この高い税率をベースに生活を支える仕組みは徹底的に整備され、二四時間三六五日連続する支援体制が確立している。

しかしこのためには、嗜好品や生活支援に直接的にかかわらないもの、たとえば日本の街の何処にもあるパチンコ店やゲームセンターはないし、飲食店なども少なく、地方都市に行くほどその傾向は強い。

また大学の費用など多くのサービスが無料であるが、これは無料というより税金で国民が共同して前払いしていると理解すべきで、日本の場合個人で将来の備えやリスクに対応していることと大きく異なっている。

日本で二〇一三年にスタートした認知症対策の五カ年計画であるオレンジプランにおいて重要視されているグループホームのルーツはスウェーデンであつたが、日本の導入時にまちがえた部分がある。それはスウェーデンのグループホームは施設ではなく住宅として設定されていたことと、エリアも協会区程度という生活してきた社会の中に設置されていることに対して、日本では広域から認知症の人を集たり従来の特別養護老人ホームのミニチュア版として設置されていることもある。また家として生活の最後まで、つまり死ぬことまでグループホームで対応していることに対して、日本では多くの場合最後の時期には病院に移動して、死を迎えている。

次に生活の場である住宅環境についてであるが、介護を受けている方々の住居もリビング・キッチン・バストイレ・寝室がセットになつてることが多く、住まいとしての基本があることに對して、日本では介護を受ける場として設定されているため多床室が多くあり、個室といつてもベッドだけの

設定が大半である。これは日本においても生活保護の対象でさえ住宅扶助の支給によって、町の中にあるバス・トイレ・キッチンが整備されている個室のアパートで暮らすことが保障されていることに對して大きく劣る結果で、生活環境の提供制度の大きな矛盾となっている。

それからもうひとつ死に方についての対応が日本とは大きく異なっていることに留意しなければならぬ。またこのことは日本の近い将来に起こる高齢者の急増と、これにともなう大量の病院死の是非について大きな示唆となるものである。事例として九九歳の単身女性との出会いがあり、今後の生活について伺った際に、「これまで自宅で一人で暮らしてきたのだから、この家で最後まで生活するのは当たり前のこと」と伺った。その二年後に自宅で息を引き取られたが、亡くなっているのを巡回中のヘルパーが発見したという事であった。その際の社会の評価は「自宅で、自分の人生を全うされて良かった」という事であった。同じ事が日本であると警察の検死や家族や行政に対する批判が起ってしまいが、ともに一人で亡くなったことに対する評価の違いは、スウェーデンの場合、巡回を二四時間三六五日体制で連続的に支援していることに對して、日本では数日おきの訪問で空白時間が長いことによるものである。

(2) アジアの高齢事情

今まで欧米と日本の対比をみたが次はアジアと比較する。欧米との大きな違いは人口規模の大きい国の存在と高齢社会へのスピードが日本よりも早い国が多く存在するということである。

人口では中国が一三・五億人、インドが一二・四億人、インドネシアが二・四億人であるし、高齢化社会から高齢社会への早さはベトナムが一四年、シンガポールが一六年、韓国では一七年、そして中国が二三年と驚異の早さで高齢化が進んでいく。

高齢化対策が進んでいる北欧社会の人口規模は、デンマークが五〇〇万人台で日本では北海道や兵庫と同程度であり、スウェーデンは九〇〇万人で大阪よりは多いが東京よりも少なく、日本の人口の七〇程度である。ドイツ・フランス・イギリスの人口は共に日本の半分程度ということで、アジアの人口規模と高齢化への早さは今後の大きな課題になっている。

だからこそ世界一のスピードで高齢社会を実現し、世界中のどの国も体験したことのない高齢社会を経験している日本の取り組みが重要なのである。

台湾で二〇〇七年に開催された Global Forum for Health Leaders に招かれ訪問した際に教えていただいたことであるが、日本の様な公的介護保険はないため、私的介護と一〇〇〇床とか一五〇〇床という大病院で介護も一緒にしているという事であった。しかし台湾においても高齢社会の問題は大きな課題となっている。

韓国も同様に高齢化問題を抱えており、日本とドイツの介護保険を重ね合わせたような保険を実施しているが、サービス基盤が脆弱であるためにうまく機能していない。また日本と同じような大規模収容型の施設も多く、多床室である点も似ている。

韓国では日本の介護保険の仕組みの説明や認知症対策の説明、さらには小規模多機能型居宅介護をはじめとする地域密着型サービスについての説明に伺ったが、サービス基盤がないため大規模施設に頼らざるを得ない状況にあり、日本のような地域サービスの移行にはまだまだ時間が必要である。

ただ現在の高齢者の多くが良い悪いは別にして第二次世界大戦時に日本語教育を受けていたことか

ら、現在も日本語が話せる方が多く、ある意味日本型のサービス導入は受けやすいとも言える。中国では上海にある復旦大学に介護保険の研究ということで招かれ、日本での実践を伝えたとところであるが、中国国民全員向けの保険制度の創設は考えておらず、一部の富裕層のためにまず用意したいという状況にあった。

2 アジア共同体の中での役割

高齢社会の先進国である日本は、アジアだけでなく世界中から注目されている。それは今までかつて人類の歴史の中で高齢者がこれだけ多い社会を作り上げた経験がない、つまり先例がない。だから今世界の中で日本が先例をつくり続けているということであり、アジア共同体の中でもその先例が注視されているところである。

(1) 高齢先進国日本の事例開示

日本は今後の社会保障の方向として地域包括ケアシステムに向かうためのハンドルを切った。

二〇〇八年に福田内閣によって創設された社会保障国民会議は、自公政権から民主政権に移行しても社会保障制度改革国民会議として継続され、再度自公政権になった二〇一三年に安部総理に対して最終報告書が提出され、そのテーマは「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道」であり、具体

的には「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」を日指し、そのためのサービスとして定期巡回・随時対応型訪問介護看護および小規模多機能型居宅介護、さらには認知症対応サービスを整備することとしている。この意味はこれらのサービスの基本が二四時間三六五日連続する支援体制であることと、そのための費用負担が定額という事にあり、これに地域の医師の往診を加えることで地域包括ケアシステムという在宅の生活支援体制が構築されることになるからである。

一つの事例として千葉県柏市の豊四季台で進めている仕組みで説明すると、住まいに該当するサービス付き高齢者住宅は住宅メーカーが担当し、サービス部門の看護師の供給は民間会社が担当、介護系サービスについては社会福祉法人が担当する三社によるコンソーシアムと、これに地域の医師会や行政が参画、さらには大学が知見を提供し、専門職のチームで、ケア付き住宅ではなく、ケア付きのコミュニティを創設しようというもので、地域包括ケアシステムの都市型モデルと言える。

(2) 施設から在宅へ

日本の施設は一九六三年に施行された老人福祉法第一条の旧三項に「六五歳以上の者であつて、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居室においてこれを受けることが困難なものを特別養護老人ホームに収容させ……」と規定されていたように、施設は本人の希望や本人の理由ではなく、これを介護していた家族側の理由による収容であった。

しかし施設は、第一次産業である農業などの生産業を維持できた大家族の介護を受けることができ、ないマイノリティな利用者に対するセーフティネットとして造られた時代から、産業構造が変わり、

家族が拡散・少子化した現代では、家族によるフルタイムの介護を受けることができない利用者の方がマジョリティであり、なおかつ介護者ではなく当事者自身を支援するためには、介護者救済を目的として効率性を求めた従前の大規模集約型施設で支えることは困難になったのである。

施設は普通の暮らしができなくなった時に、緊急一時的に支える仕組み、つまり避難所としての機能が役割であったと考えたほうが理解しやすい。

つまり在宅で介護を受けることが困難な者を施設に集約する時代から、住み慣れた地域社会での生活を支える仕組み作りが求められたという事で、先の社会保障制度改革国民会議でも示されていたように「病院・施設から地域・在宅へ」方向展開しているということである。

(3) サポートセンター構想

サポートセンターとは地域にある様々なサービスを統合して地域包括ケアを組み立て、地域社会での暮らしの延長を支援するものと、既存の施設に集約され生活してきた利用者を、それまで住んでいた地域社会に施設を分散させて、利用者の生活を地域に戻していく手法のことであり、「できるかぎり現在の生活を継続したい」という利用者自身のニーズと、心身・費用とも過重な負担をしいられる在宅介護者の双方を支えるシステムのことである。

このシステムを構築するためのベースとして、当初は在宅生活に緊急事態が生じても介護生活を丸抱えできるショートステイの拡充を目指した。その理由は、在宅サービスが脆弱であるため全てを抱えられないことから、家族介護が生活の半分を負担し、残り半分をショートステイで支える仕組みと

して、徐々に在宅サービスを整備・強化していく中で、家族介護に依存した部分をフルタイムサービス整備へと移行するためである。

これはアメリカのPACEという取り組みに影響を受けたもので、地域生活を自分たちで守るためには、単品サービスではなく包括的ケアシステムが不可欠であり、その実践をヒントとしてサポートセンター構想が生まれた。

つまりサポートセンター構想とは、バリアフリーの住環境と介護・看護・食事を提供し、二四時間三六五日連続した安心を提供するという、従来施設が提供しているものと同様のサービスを、できる限り暮らしなれた自宅やその近くで提供することを目指したもので、現在の地域包括ケアの原型になっている。

現在の特養の方向である「ユニットケア・個室化」は大人数の施設を小割にして集団処遇から個人の生活を支えることを目指す手法であるが、確かにハードは個別化していくことができるものの、効率化を命題としている施設ケアにおいてはマンパワーの個別化が困難であるし、現在のシステムではなによりも家族関係や近所付き合いから離れなければならない場合が多い。

サポートセンターはこの意味においても「ユニットケア・個室化」の地域版といえるものであるから、介護を受ける個人の生活を守りながら家族関係や近所付き合いを継続していける利点がある。

(4) 包括的ケア提供の意味

フルタイム・フルサービス作りに専念し、現在も作り続けている理由は、従来の大規模集約型のサ

ービスではなく、小さなフルタイムサービスが地域に点在し、それぞれのサービスが補完しあい、包括的サービスにより利用者の在宅生活を保障しようとしているからである。

またこの小さなサービスの一つ一つはグループホームのような小規模単独型と同じように見えるが、小規模単独型では支えきれない多様なサービスと個人の努力だけでは補うことが困難な継続的サービスを保険しなければならぬ。

しかし介護サービスの多くはいまだに施設利用であり、その理由は在宅志向であったはずの介護保険の導入以後も在宅と施設サービスに格差がありすぎることにある。

例えば同じ要介護度の認定を受けた場合でも、施設サービスでは介護度にリンクしないサービスが定額で提供されることに対して、在宅では使うサービス自体が不足していることやサービスの上限を超えた場合には自己負担しなければならぬということ、費用負担の格差に加えてサービス内容も脆弱である。

利用者ニーズが「できる限り今までの生活を続けたい」ことにあることを認識して、これらを支えられるサービスシステムを構築しなければならず、多様なニーズを持つている対象者に対しては、提供されるサービスも様々な種類が必要だということで、早くから法人負担の大きい先駆的・開拓的事業に取り組みながら、多様なサービスメニューを用意してきたのはこのためであった。

(5) サポートセンター展開の留意点

最初にサポートセンターは箱物作りではないことに留意することが重要である。つまり小規模な収

容型の多機能施設を多く作るが必要なのではなく、地域社会と共同して地域社会にフルタイム・フルサービスという施設の機能を分散することが求められている。

どちらも同じように見えても、小規模な施設を作るということは利用者の生活を施設に集約する意味では既存の施設と同様であり、フルタイム・フルサービスという施設の機能を分散させるということとは、利用者の住まいが自宅であろうとアパートであろうと、さらにはケアハウス等であろうと関係なく、利用者自身の暮らしを変えずにサービスを提供しようとするものだということなのである。

また社会福祉法人の先駆的投資の意味はまだ社会にはあまり理解されていないものの、地域にとって重要だと思われることに対して、実践を通して検証し、これを実行することが困難であればそこに地域のボランティアが結集し、それでも困難で尚且つ必要なものであれば、初めてここに税金が投入されるものであるから、その前段に非課税団体である社会福祉法人は非効率・低収益であっても地域が必要とされるものに対して取り組む使命がある。

またサポートセンターのように補助事業の対象になっていない先駆的な事業に対しては、建設費用を抑える等の工夫と地域社会の理解が重要である。

このための事例として廃業した建築会社の職員寮を借用し改造して使用することでインシャルコストを抑え、様々なサービスを一カ所にまとめることでそれぞれのインシャルコストの分散を図ったケースもある。

またサポートセンターは小規模な施設ではなくフルタイム・フルサービスという施設機能の分散であることから、サービスの対象者はサポートセンター内だけということではなく地域社会全体であり、このために在宅サービスの事業所自体の拡大と連携により、包括的なサービスのメリットは利用者・

事業者双方に発生する。

ただしこのためには、既存の特別養護老人ホームなどの施設で提供されていることと同様の二四時間三六五日継続するサービスがあること、そして全ての種類のサービスが用意されていなければならぬことは言うまでもない。またこれを提供するために、人的な配置だけでは不十分で、IT機器類の導入も重要な課題であり、すでに在宅用の映像によるナースコール（訪問しなくても安否確認が二四時間実施できる）を使用する時代に入っている。

3 新たなチャレンジ

(1) 住まいの負担とサービス

二〇〇二年一月にオープンした最初のサポートセンター三和は、開設した事業者側にも大きな驚きをもたらした。

それは見学者の多くが、市外に別居している子供達と当事者たる高齢者であった事である。この理由は、高齢者自身は今の生活から離れたくないので子供との同居を考えておらず従前の施設は利用したくない、そして子供達は親の今後の生活に不安があるものの離れて暮らす自分達が支えることにはできないと自覚しているというもので、サポートセンターのシステムが双方の不安を解消するものであったということである。

次いでチャレンジした民間とのコラボレート型サポートセンター永田は、民間の資源である土地と建物の活用を目指した新たな取り組みであった。これは従来社会福祉法人が負担していた土地と建物、いわゆる住まいの部分の部分を民間に委託し、社会福祉法人はその専門である生活支援に特化するということである。

このことにより事業者側は住宅部分が切り離されることでインシャルコストへの負担が軽減され、民間はアパート経営にフルタイム・フルサービスが隣接することで大量の対象者層である高齢者の継続的な利用が期待され安定経営を図ることができるもので、双方にとってメリットがある。

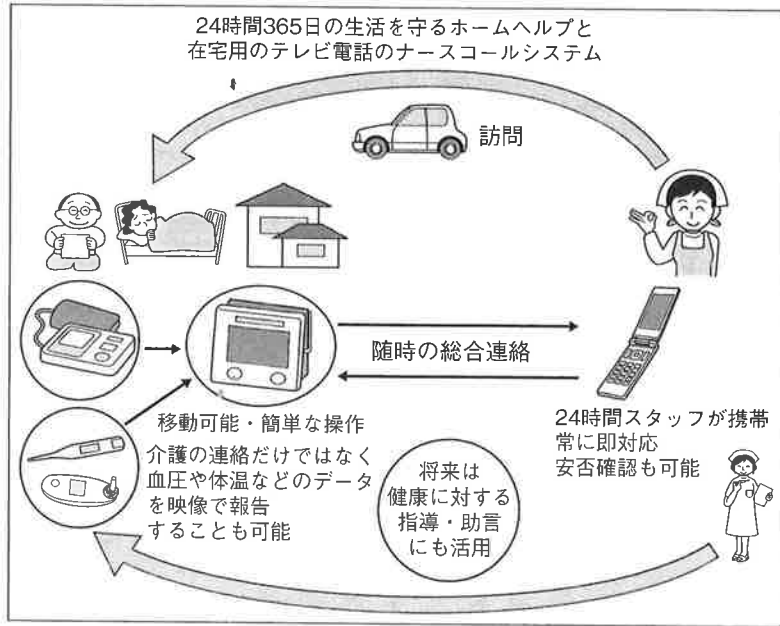
そしてなによりも利用者自身にとって、フルタイム・フルサービスの提供により暮らしなれた地域社会から離れることなく生活を継続することが可能になったのである。

また地域社会の介護支援も従前の出来高払いの仕組みから、在宅サービスを選択しても、施設と同様の定額払いである小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護・複合型サービスが制度化された意味は大きく、介護のために移住せざるをえなかったことからそれまでの地域内での暮らしを持続する時代に入った。

つまり、従前のように連続的なケアを求めてそれまでの生活から離れるのではなく、それぞれの地域の実情と個人の負担能力に合わせたバリアフリー住宅の選択と、生活の継続を支える二四時間三六五日連続する介護サービスは別々に選択できる時代を迎えたということである。

このため従来の社会福祉施設はセーフティネットとして設定していた低質なハードからの転換を求められているのであるから、自身で転換を図ることも選択肢であるが、地域社会の資源を活用して、生活基盤を地域社会の中に移設することと、低質な寝室から普通の住まいを提供することが求められ

図7-1 在宅の安心を支える仕組み



され、介護時間が増加した。また看護用も同様の仕組みになっているし相互で確認できるため定期巡回・随時対応型サービスにも活用できている。加えて地域医療の連携にも使用していることから、例えば医師が往診に行つて、治療しながら熱っぽいなどと思つて熱を測つたら三六・九度だったと記入すると、関係者のところに同時配信されるため、次に訪問するスタッフが再度測定し、その事が再度関係者全員に配信されるため、常に対象者の状況を関係者が把握し続けることができるようになったのである。

(3) 施設の地域分散

既存施設は郊外に建てられた大規模集約型が多いために、介護は受けられ

ている。

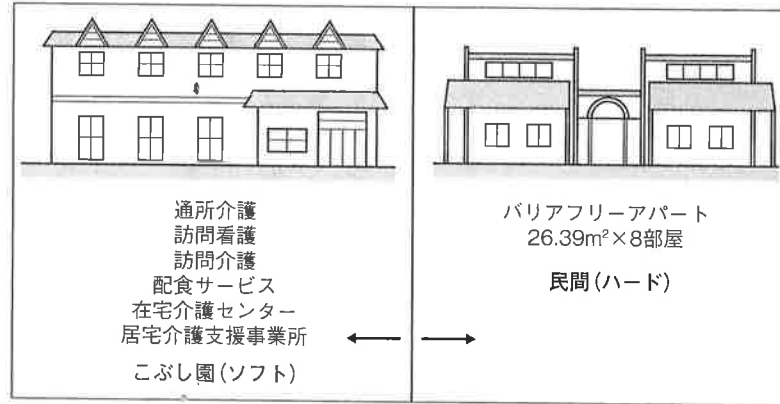
このことと並行して「定額」で二四時間三六五日利用できる在宅サービスのある社会であれば、誰もが望むそれまでの暮らしの継続を支えることが可能になるということで、つまりケア付き施設や住宅の時代ではなく、ケア付き地域社会の構築することになるのである。

(2) ICTの活用

日本はICTに関する技術が進んでおり、地域のインフラも拡大している。二〇〇三年に厚生労働省の支援を受けて開発したテレビ電話のシステム(図7-1)は、いわば在宅版のナースコールシステムで、利用者宅とスタッフが二四時間繋がっているもので、お互いの状況をいつでも確認できる安心感と、必要に応じてスタッフが直接訪問する仕組みとなっている。このことにより在宅生活をして一人暮らしの要介護五の人も安心して生活している。それは呼び出しボタンを押せる人は自分で押して使用し、押せないレベルの重い人にはスタッフが定期的にスイッチを入れて確認できるもので、施設の中で行っている見守りと全く同じことが、在宅においても可能になったのである。

また二〇一一年に経済産業省の支援を受けて開発したパソコンのタブレット(図7-2)を使用したシステムには訪問介護・訪問看護・在宅医療連携のソフトを入れ、利用者の記録がチームメンバーや他職種全てに同時進行で情報共有ができています。訪問介護では利用者の基礎データに訪問時の記録を載せるとチームメンバーに同時配信されることから申し送りが必要になること、そして記録が訪問時に終了すること、さらには介護報酬の請求にもつながっているために従来の事務量が大幅に縮小

図7-3 民間業者とのコラボレーション

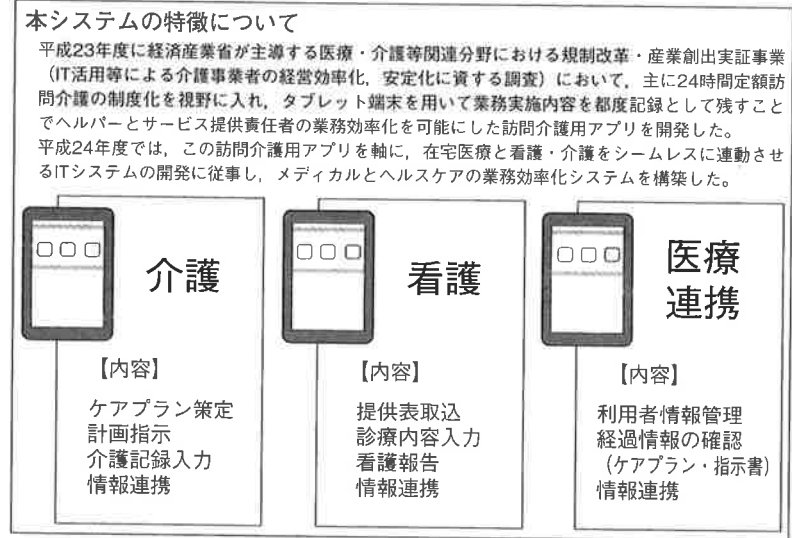


このために従前の施設に緊急避難として入所された高齢者は多いが、自らが望んで入所した者は少ないし、まして死ぬまでその状況にいることは望まれていることではない。そこで二〇一四年に内閣府に対して、「従来型施設の地域分散」を構造改革特別区にすることを申請し認可された。一九八二年に開設した定員一〇〇名の特別養護老人ホームの利用者を、それぞれが暮らしていた地域社会に戻すために五地域に分散するものであり、二〇一三年の段階で市内四地域に七〇名が既に戻り、さらに二〇一四年早々に残りの三〇名が戻り従前の施設からの分散が終了した。

またこの取り組みには分散していく施設を集合住宅として住まいの機能を重視したこと、地域住民が共有できるように地域のニーズに合わせたサービスも設置し、さらには地域の共有財産として使うためにキッズルームやカフェテラスなどの設置もしている。

加えて分散していく施設の四カ所までは民間資源の活用が可能となったために、民間による施設というハードと、社会福祉法人によるサービス提供というソフトのコラボレ

図7-2 訪問介護・看護および医療連携システム



でも生活の連続性は断ち切られる。しかし介護の認定方法は施設と在宅で異なってはならず、要介護三の状態にあるということ、居場所によって支援を必要とする度合いが代わるものでない。

施設が選択される理由は食事が日に三回出され、スタッフも二四時間配置され、これが三六五日休まず継続され続ける上に、利用料金が一月定額制になっていることにつきる。

在宅においては家族が同居しているという想定に基づいて、配食は週に数回介護も時々訪問であり、夜間は提供されていないことが多い。同居家族がいたとしても就労していることや、あるいは高齢の配偶者が唯一人で介護をしなければならぬ状態のために介護困難に陥るのである。加えて在宅用の介護保険は出来高払いのために、連続的な使用は高額負担が伴うために利用が困難となつて

ーションが可能(図7-3)になったことの意味は大きく、アジア諸国が極めて速い高齢化と大量の高齢者を支える仕組みを構築する際の大きなヒントになるものと思われるのである。

注

- (1) 内閣府『高齢社会白書(平成二五年版)』二〇一三年。
- (2) 同書。
- (3) WHO『World Health Statistics 2013.』
- (4) *ib.*, *ibid.*
- (5) 若林敬子「近年にみる東アジアの少子高齢化」『アジア政経学会『アジア研究』第五二巻第2号、二〇〇六年四月。

(小山 剛)