

# 千葉城北会会誌

第13号

平成28(2016)年11月

千葉城北会

## 千葉城北会会員の皆様へ

今年も千葉城北会にお越し頂き、有難うございます。また、他の支部からのご参加の方々にも感謝申し上げます。例年通り講演とそれに引き続いて懇親会です。講演に関する話題の続きや、目を広げれば、東京都議会での小池劇場、さらには朝鮮半島の緊張や究極の選択を迫られている米国民とか、イスラム国とか、談義のタネはつきそうもありません。今年は台風の当たり年で「国産台風」まで現れる始末で、そのため9月に晴れ間が殆ど無いという異常気候でした。しかし、今日はそのような世俗的な話題もありますが、より高尚な清談の場となり、皆さまのこの一年のご体験や新たな試みなどもお聞かせ頂き、懇親会が盛り上がりますように願っております。

平成 28 年 11 月

千葉城北会会長

岡田 光正 (S35)

## 目 次

### 平成 27 年度記念講演

「街の産婦人科医の危惧する生命（いのち）と少子化問題」

松信ウィメンズクリニック理事長 松信 堯 (S32) 1

### <先輩インタビュー>

「心に響く医の道を求めて」

埼玉県堀ノ内病院往診医 小堀鷗一郎 (S31) 11

「マンション大規模修繕のときは要注意」

元城北会千葉支部長 尾崎 英二 (S31) 18

「分散投資とリバランス運用のすすめ」

野村アセットマネジメント(株) 後藤 公一 (S50) 21

千葉城北会懇親総会記念講演 平成 27 年 11 月 7 日

## 「街の産婦人科医の危惧する生命（いのち）と少子化問題」

松信ウィメンズクリニック

理事長 松信 堯（まつのぶ たかし）

**講師紹介** 松信 堯さんは、前城北会千葉支部長の齊藤徳浩さん(S32)が戸山高校同期だったため、ご紹介をいただきました。たくさんの赤ちゃんを取り上げてこられた松信さんの経験に裏打ちされた少子化問題の講演は実に貴重なものでした。



講師略歴：昭和 32 年 東京都立戸山高等学校卒業  
昭和 38 年 東京慈恵会医科大学卒業  
同年 東京厚生年金病院インターン終了  
昭和 39 年 東京厚生年金病院産婦人科で医学博士として勤務  
昭和 44 年 松信産婦人科開設、習志野市医師会福祉担当理事就任  
平成 15 年 医療法人社団 秀友会 松信ウィメンズクリニック理事長就任

司会：志田憲一（S33）

### 目次

1. はじめに
2. 少子化 ①西洋の少子化と対策  
②日本の少子化と今後の対策
3. 特に危惧する産婦人科の問題  
＝卵子の老化、妊娠適齢期＝
  - ①卵子と精子の違い
  - ②未婚・晩婚化で生じる問題
  - ③妊産婦死亡率からみた適齢期

- ④妊娠適齢期と重なる病気  
（子宮頸癌（HPV）、子宮筋腫、乳癌 etc）
- ⑤性行為感染症と不妊症
4. 性教育（人間教育）について
5. AERA の記事について
6. 生命（いのち）とは何
7. まとめ
8. 私の川柳風「人間（性）教育」標語集

## 1. はじめに

このお話しを前支部長の同学年(S32)の齊藤徳浩君から打診された時は、今までの講演者が、皆、日本を代表するキラ星の様な方々であり、私のような一開業医の出る幕はないとお断りしたのですが、「第一線の産婦人科開業医の身近な話も、初めての試みであり、興味がある」と勧められ、ちょうど少子化、人口減少の問題もあり、産婦人科の話もタイムリーと考え、お引き受けした次第です。もとより、脳をフル回転しなければならぬ様な学術的高尚な話は苦手ですが、大変深刻なテーマでもあり、軟らかな話ばかりと言う訳にもいきませんが、どうか宜しくお付き合いください。

産婦人科（特にお産を扱う産科はQ.O.L〔クオリティ・オブ・ライフ、生活の質〕が悪い）のため、医者仲間から人気がなく、3Kあるいは4Kドクター（きつい、苦しい、怖い、汚い）と言われております。

## 2. 少子化

少子化問題は40～50年前から、経済・景気予測とは異なり、ほとんどは正確に現在の状況を予測されてきました。

最近、頓に高齢化問題と共に、少子化・人口減少問題が新聞・テレビ・雑誌等多くのメディアで取り上げられる様になったのも、民間団体「日本創成会議」議長・増田寛也氏（元岩手県知事、元総務大臣、S45戸山卒）が、全国約1,800市町村のうち、ほとんど二分の一に当たる896市区町村の20～39歳の女性人口のほとんど（生産人口の95%）が、2040年には50%以下になるという、いわゆる「消滅可能都市」なるショッキングなデータを報告・提言したことにより、政府及び各自治体とも喫緊の問題として、対応をし始めたのが現状であります。

もちろん、私達産婦人科医にとっても死活問題であります。

（詳しくは増田寛也氏編集著の『地方消滅』〔中央公論新社版〕をお読みください）

今まで目立たず、特に第二次ベビーブームの団塊の世代をはじめ、多くの国民の関心が「高齢化対策」のみに向けられ、2008年、地方でも老人人口の減少が見られる地域が出始め、少子化・人口減少が深刻な“今”の問題として認識される様になったのです。

今日は、この少子化問題に関し、日常産婦人科診療の中で、正しく認識していただきたいと思っている事を中心に、お話しを進めたいと思います。

### ①西欧の少子化と対策

若者、特に女性の仕事での自己実現願望が高く、生涯にわたって仕事を持つことが当然となり、少子化が進みましたが、若者の男女交際は盛んで就学後はほとんど家を出て独立しています。結婚、同棲、ルームシェア、結婚前の出産等これら多様なライフスタイルの中で、差別なく、働き続けられる様、社会保障で下支えているのです。

### [スウェーデン]

- サムボ法（同棲者に対して、婚姻している夫婦同様の権利や保護を与える法律。法律婚のカップルの9割以上がこの法律を経験）
- 高い育児給付金、育児休業
- 育児休暇手当（390日間 賃金80%保証、その後90日間、1日900円の定額給付金）  
育児休業取得率（女性80%以上、男性80%）  
※日本の女性は70%、男性2.63%（2010年比較）
- 保育園の充実
- 出生率（1.5→1.98）

### [オランダ]

- 短時間正社員制度

### [フランス]

- 高校までほとんど無料
- 高等教育、奨学金制度充実
- 手厚い子ども手当（産むほど有利、特に3人目優遇）
- 学費、教育費にお金かかるから子ども産まない発想ない
- 1990年代後半の厳しい経済不況下でも出生率回復（1.6→2.0）（移民制度の影響あり）

## ②日本の少子化と今後の対策

- ・ 日本の少子化の主な原因

- 未婚化
- 晩婚化、

日本では伝統的なライフスタイル（男は仕事、女は家事）がほとんど変化しなかった。  
未婚者はほとんど親と同居。

#### 2005年未婚者の同居率

18-34才	80%
30才以上	70%

未婚者恋人いる 30%

（参考データ：中央大学文学部教授 山田昌浩氏）

未婚（パラサイトシングルも含め）・晩婚化と共に、親の高齢化が進み介護等の負担も大きくなりました。

その結果、結婚・子づくりがよりしにくい環境になり日本の少子化は益々深刻化しています。

〈有効な少子化対策〉

男女交際場を作り（まずは未婚化の解消）、結婚し易い環境（特に経済的支援）を与える。不景気な時代になり、収入が減って、非正規雇用が増え、パラサイトシン

グルから抜け出せず、もはや男子一人では家族を養えない時代には、女性の経済領域への進出が、家族経済はもとより、日本経済活性化のためにも必要不可欠であります。女性に如何に子どもを産んでもらうか、その為の「仕事と生活の調和 (Work Life Balance) に「夫の家庭への参加」が絶対必要であります。(安倍内閣になり、①20.30 運動 ②女性活躍推進法 ③一億総活躍社会が提言された。GDP600兆、希望出生率1.8、介護離脱0を目指す)

- 子どもは国の宝・財産の考えを基に、社会全体出で支援し、育てる思想を徹底させる。
- 日本の現実は次の通りである。

社会保障給付費	人口	給付割合	費用
高齢者関係給付費	25%	70%	68.6兆円
児童・家族	15%	4%	3.4兆円

(平成19年度比較)

図表でみる教育2012；OECDインディケータ

教育機関に対する	日本	OECD平均	日本の順位
教育支出の私費負担割合			
高等教育	64.7%	30%	31か国中4位
全教育課程	31.9%	16%	31か国中3位

[背景]

- ①高齢者の増加や年金制度の普及と充実
- ②国民、マスコミ、種々の利益団体等の「声の大きさ」「数」が政治家を動かす。

### 3. 特に危惧する産婦人科の問題 (正しい認識を持つ)

#### ①卵子と精子の違い

	卵子	精子
年齢	年をとる (自分の年齢+1才)	年をとらない
数	卵祖細胞が胎児期 (20~24週) に700万個作られ、以後減少するのみ。生後、卵巣ではつくられない。 AMHで卵胞数を知る	思春期以後、精巣で毎日つくられる (1日数千万~1億、成熟するまでに3ヶ月かかる)
大きさ	あらゆる細胞の中で、最大の大きさ (直径0.15mm)	最小の大きさ (0.0025mm) 結毛を含むと0.06mm
動き	ゆるやか	活発
染色体	比較的、染色体異常が多い	染色体異常とても少ない

特徴 役割	命の大もと 一人の人間として育つための材料。男性 DNA 以外全て含んでいる。	精祖細胞といって細胞分裂により増やすこと出来る。(高齢になるまで増える)
----------	--	--------------------------------------

◎特に、卵子、精子について意外と知らない。

卵子は老化する(寿命あり)

妊娠適齢期(20~34歳)(現在の考え方)

★卵子と精子の出会い

$$\bigcirc \quad \frac{1}{700 \text{ 万}} \times \frac{1}{1 \sim 2 \text{ 億}}$$

1個の卵子に1~2億の精子が突進する。(生死をかけた戦い)

X精子とY精子の違い

	X精子	Y精子
寿命	約2~3日	約1日
数	射精ごと数千万~2億	
	Y精子の半分	X精子の倍
PH	酸性に強い	酸性に弱い
運動能	遅い	速い
	受精、排卵前2~3日で♀可能性大	排卵直前で♂可能性大

## ②未婚化・晩婚化で生じる問題

・未婚：20~25歳の出産少ない分、40~50歳初産多い。

親：70~80歳の年金・介護(認知症も含む)世代

親の体力、経済力極端に低下。親の介護だけで一生を送る人が多くなってしまった。

## ③妊産婦死亡率から見た妊娠適齢期について

★妊産婦死亡率の年次変化について

1900年ごろは10万の出産数に対し、400人ぐらいが亡くなっていました。

その後日本では、多くの努力が重ねられました。

特に多くの分娩が自宅分娩から施設分娩になったことや、定期的に妊娠検診が行われ、妊娠したお母さんの異常を早く見つけることが妊産婦死亡率を下げてきました。

現在では、10万の出産に対して3.9人ととても低い値になっています。

国連の Demographic Year Book, 2011年版で外国と比べてみると、米国：18.7、韓国：10.8、英国：5.0、フランス：6.5、ドイツ：5.2、スウェーデン：2.6、フィンランド：4.9など、とてもよい数値であることがわかります。

しかし、この数値もお母さんの出産する年齢で大きく異なります。

#### ○年齢別にみた妊産婦死亡率について

高齢妊娠・出産は、死亡率（1：50）（20代の約50倍）

ベビーのダウン症発生率（1：30）

年齢が高くなるほど、妊産婦死亡率が高くなっています。

30歳代中ごろからどんどん高くなる傾向です。40歳代中ごろでは20歳代に比べると約50倍危険が増します。このことから考えても、医学的な妊娠適齢期は20歳代にあるといえます。

妊娠高血圧症候群や前置胎盤などの妊娠に伴う病気も、年齢に伴って増加するといわれています。

#### ④妊娠適齢期と重なる病気（子宮頸癌（HPV）、子宮筋腫、乳癌 etc…）

◎仕事に集中したい時期と妊娠適齢期は完全に一致する。

（以前）妊娠出産後→子宮頸癌に罹患

（現在）妊娠出産時期に HPV 感染→頸癌に罹患……時期が重なる様になった。

#### ⑤性行為感染症と不妊症（体外受精）……性に対し、無防備である。

クラミジア、淋病、HPV……不妊症の原因

早くからのSEX、多人数との交渉……

◎子ども産まない人……未産と授乳無しの人との関係で、乳癌になりやすい。

### 4. 性教育（人間教育）について

学校の性教育は、今でもなるべく触れないような曖昧なものが多く、授業内容も、避妊と性病に関するものに偏っています。

本来は、①人類の維持の為に「生殖（Reproduction）」という面と

②人間としての精神的な「癒し」という二つの側面を持つ行為なのです。

ネット社会では、いたずらに興味本位で伝えられていますが、溢れる情報の中から、正しい情報を受け取れるよう、指導することが“性教育”だと思います。

ですから性教育は高度な人間教育の一環でなければなりません。又女性の妊娠には適齢期があることも、正しく認識できるような学校教育が必要です。

自分を大切にすること、他人を思いやること（自利利他の精神）を自らの思考力を使って、正しく判断できる様にするのが、正しい性教育だと思います。

個人個人の体には60兆個の細胞と30億個の遺伝子を備えています。その遺伝子は普段は眠っているが、よい条件を与えると Switch On!します。（「生命の暗号 Something Great」村上和雄著）

人には個性があり、目覚め方はそれぞれ違いますが、それがしつけ、勉強等の教育に

も通じます。もちろん皆さまの DNA は健全にお子様、お孫様に受け渡されていると思います。

## 5. AERA の記事について（最近気になった記事——2月16日）

『子どもはいらない』は人に非ずか？」

それに対し評論家 金美齡氏はブログで次の様に述べている。

記事の引用等

『子どもを産まない自由』が優遇されすぎているのが今の日本なのだ。出産は個人の自由な選択であり、国や他人が口出しすることをタブーする風潮が多いが、年老いて介護が必要になれば、誰もが他人様の産んだ子供の世話になるはずだ。

『子どもを産まない自由』ばかり主張しては、命はつながっているし、これからもつなげる必要がある。産まない権利ばかりを擁護しては、この地球上から人間がいなくなってしまうの」（子どもを産めない人や、様々な事情がある人には思いやり、シンパシーを持たなくてはなりません）

「子どもほしくない」10%超

厚生労働省が 2013 年に 21～30 歳の独身の男女を対象に行った調査で、将来的に子供を希望しない人の割合が男女とも 10%を超えています。

## 6. 生命（いのち）とは何

一言でいうと“奇跡”が最も相応しいと思います。

生命とは“繋がり”であります。

生命の繋がり、10 世代前 1024 人 (2<sup>10</sup>)

20 世代前 100 万人以上 (2<sup>20</sup>)

すべての生き物は過去無量の命のバトンを引き継いで、今ここに“自分の番”を生きているのです。

妊娠・出産の適齢期とは、生命のバトンを受け渡すバトンゾーンであります。

親鸞聖人

「人身受け難く、今己に受く……」「人間として産まれることは有り得ないこと」である。だから「人間に生まれたことを喜びなさい」

木村資生（中立的進化論）

「生き物が生まれる確率は一億円の宝くじを 100 万回連続当選する様なもの」

そう考えると、生あるものは、どんな物にも「いとおしさ」を感じるでしょう。例え「ゴキブリ」として生まれても喜んでなければならぬ程、有り難いことなのです。

人間として生まれて来たことは“自然界のエリート”であり「偉業達成」であります。（少々謙虚さに欠け、傲慢な存在ではありますが）お母さんが命がけで子供を産み、それぞれの

家庭で生命のバトンが受け継がれていくのです。

だから皆様の生命誕生の瞬間には「感動」と「感謝」があるのです。そんな難関を通過してきた生命を無駄にしないで人間として生まれてきた幸せを大切にしてほしいと思います。

私がお産に立ち会っている時、どんなお産でも、「お誕生おめでとう！」の感動と喜びを産婦さん、又そのご家族の皆様と、共有してきました。この事は、約50年間産婦人科医を続けてこられた一番大きなモチベーションでございます。

もう一つは、開業以来、緊急出産・手術に備えお酒を止めました。元気の基であり、これこそ私にとって「塞翁が馬」なのであります。

又、お産の度ごとに、万葉の歌人「山上憶良」のうたが思い出されます。

(原文) 瓜食めば子ども思ほゆ

栗食めば、まして俣ばゆ

いづくより来たりしものぞ

目交にもとなかかりて

安眠しなさぬ

(反歌) 銀も金も玉も何せむに勝れる宝、子にしかめやも

「おめでとう」と心から祝福出来るのです。

## 7. まとめ

この様な少子化の時代だからこそ、国の宝である子ども達が夢を持ち、希望を叶えられる世の中になって欲しいと心から願っています。

特に、政治に携わる方々には、50年先を見据えた政策を切にお願いしたい。そして医療に携わる者も大いに学校教育やその他地域社会で、性教育に深く携わりたいと思っています。

## 8. 私の川柳風「人間（性）教育」標語集

母親学級や退院前の理事長挨拶で披露する川柳です。

どれか一つでも覚えて帰っていただけたらと思います。

### 私の川柳風「人間（性）教育」標語集

(卵子の話、精子の話、出産の話)

- 母親になる身体（み）の尊厳教えよう
- 親子の関係 奇跡に出会い
- いつまでも若いと思うな 親と卵子
- 自分より一歳年上“卵子達”
- 若い人ほど 安産多し

- 二十歳から三十四才 適齢出産（産みたい時が適齢期は間違い）
- 卵子ちゃん三世代かけ一人前
- 不妊治療は 最後の手段
- 凍結卵子は闇の中（非合法その他余剰胚などなど）
- 顕微授精より 自然（愛情）受精
- 優秀な卵子（精子）を残す 選抜試験
- 君たちは 生死をかけた勝利者だ
- 大幅な卵子の減少 月 1000 個
- 三十才 AMH（抗ミュラー管ホルモン）で卵子数を予測する
- 少子化止めて 日本 of 明るい未来
- 赤ちゃん増えて 明るい未来
- Art から ART へ（最近では Art というところから ART（Artificial Reproductive Technique 人工的再生産技術）のことをいうが、本来「臨床医の仕事は科学に基づいたアート（わざ、こつ）である」（トロント大のウィリアム・オスラー教授）というところに立ち返るべきである）
- 誕生とは 奇跡の出逢いの始まりであり 完成形である

#### <質疑応答>

**Q：後藤（S50）**

お話しの中で出てきました増田寛也さんは戸山高校の先輩であるだけではなく、職場の野村マネジメントスクールでもご一緒させていただいたことがあるのですが、その増田寛也さんが言われるには、とにかく少子化対策としては女性ができるだけ早く子を産むことが大切だ、できれば第一子を 10 代で産むのがいい、ということなので、それでは学生結婚なども大学が支援し、また、女性が若いうちに出産するよう政府も広報・教育したらどうかと思うのですが？

**A：**10 代の結婚については今日の議題にふさわしいかは何ともいえませんが、医学的に言うと 18~24,5 歳までに産む方が妊産婦死亡率も低くて望ましいと思います。従来 of 結婚して出産ということの他に、できちゃった婚も社会的に認知していくことも有効だと思います。スウェーデンやフランスでは結婚によらない出産も社会的に認知しています。また、フランスでは旧植民地から移民が多く来ていてその人々が一人で 4 人とか 5 人とか産むので結果として、今まで 1 人とか 2 人しか産まない人の多いフランスでの出生率を底上げしています。最近 40 歳~45 歳で初産の方もいらっしゃいますが、この場合、生まれたお子さんにとって若いうちにご両親の介護問題が出てきます。父母の介護のために未婚のままにいることにもなります。また、一人っ子的場合も介護が大変です。一人っ子同士の結婚だと、いとこもないし、結局 2 人で 4 人の親をみなければなりません。とにかく若いうちに出産してほしいです。

**Q : 於保 (S35)**

私は柏の慈恵医大で腫瘍の外科手術を受けたのですが、そのとき3Dプリンター支援の同意書とか書いたことがありまして、また最近ではダビンチとかいう医療ロボットも出てきたりしているのですが、今後10年位先を見て産婦人科の分野で画期的医療進歩というものはあるものでしょうか。たとえば不妊治療などでノーベル賞もらえるとか。

A : 私は市井の産婦人科医なので、大学病院で高度な不妊治療を受けた人が実際に出産する場合に来るところでして、高度技術については直接にはあまり関係しません。それでも確かに産婦人科医療としても3Dプリンターやダビンチの使用といったことは始まっています。山中伸弥さんみたいなことを婦人科領域でもやってはいますが、ノーベル賞まではどうでしょうかね。

**Q : 黒柳 (S35)**

私賃貸マンションやっていて若い人が借りに来るのですが、男女の給料足さないと家賃の支払もできない状態です。もっと男の人の給料を上げてもらわないと所帯が持てないし子供も養えない。男の人の意欲が減退しているのをなんとかすべきでは？

A : 働き方は色々あっていいと思うし、女性が働いて男性が主夫になってもいいとは思いますが、正規雇用と非正規雇用とで保障が大きく違う、同一労働同一賃金になっていない、等々の点で政策の問題でもあると思います。

＜先輩インタビュー＞

## 心に響く医の道を求めて

国立国際医療研究センター名誉院長

現在・埼玉県堀ノ内病院往診医

小堀鷗一郎(S31)



### ◆小堀鷗一郎氏略歴

1938年 東京世田谷生れ

父 画家・小堀四郎 母 小堀杏奴（森鷗外の次女）

従って鷗一郎氏は森鷗外の孫にあたる

1956年 戸山高校卒業

1965年 東京大学医学部卒業

東大病院第1外科、国立国際医療研究センター外科

において40年間上部消化管の診療と研究に従事

定年退職後、埼玉県新座市堀ノ内病院で11年間往診

医として訪問医療に携わってきた

——今日うかがいたいのは、小堀さんは埼玉県新座市堀ノ内病院で10年以上訪問診療をされておられるそうですが、そのことについて。

正確にいうと11年目です。私が70才になる前から始めて、現在、週4回訪問医療をしています。10年前はまだ訪問医療ということが行き渡っていませんでしたので、私も月数回とか、そんなものでした。高齢化も今ほど切実なこととは受け取られていませんでした。

——「城北会誌」（64号平成28年）によると、成城学園中学のとき、ご学友の塚原さんという方が「おまえ、医者になれ」と半分命令的におっしゃったとか。

成城学園には成城池という池があって、中学3年も終わり頃に、塚原君に呼び出されて、「お前、将来何になる？」と聞かれましたが、私はまだ何も考えていませんでした。すると塚原君に「医者というのはいい職業だ。お前も医者になれ」と命令調でいわれました。

塚原君のご両親はお医者さんです。お父さんが戸山高校のガンマー先生（柴田先生）の主治医でした。ガンマー先生は結核で、塚原君のお父さんが診ておられました。その関係で、私は中学3年の時に塚原君のお父さんに連れられて、ガンマー先生の自宅に進路相談にうかがいました。

するとガンマー先生は我々に座布団をすすめて上座に座らせて、ガンマー先生は下座で座布団なしです。塚原君のお父さんは主治医ですから、ガンマー先生から見れば神様です。「塚原先生にはお世話になっています。ところでこの若いのは誰？」とガンマー先生はおっしゃいます。「実はこれは……」と私を紹介して進路相談を始めたのですが、成城学園というのは自由な学校で、黒板はない、宿題もない、通信簿もないという学校でしたから、アチーブメントテストなどできるはずがない。都立高校のどこにも受かるレベルではありませんでした。ガンマー先生は「戸山、新宿はとても無理だ」と、いくつか高校の名前を挙げられて、「まず、そこへ行って、そこから編入しなさい」ということでした。ですから、私が戸山に入ったのは2年からの編入です。

——そして東大理科二類に進まれた。これは医学部を目指したということですか。

当時の理科二類は学生が400人、そのうち1割の40人が医学部に進みました。

——ご卒業後はそのまま東大病院へ。

そうです。第1外科に進みました。我々のときは外科に進む者が多くて、第1外科が12人、第2外科が13人でした。第1外科は腹部外科、第2外科は心臓、血管、肺・呼吸器という仕分けになっていました。私の専門は腹部外科です。

——小堀さんはどういう外科を目指してこられたのですか。

私は技術的なことに関心がありました。手術の腕のいい外科医になろうとしました。

——堀ノ内病院に行かれたのはどうしてですか。

私は東大病院の第1外科部長、次に国立国際医療研究センターに行き、そこで65才で定年になりました。それでもまだ手術を続けたいと思い、大学医局で同期の堀ノ内病院院長に頼んで、そこで手術を続けることにしました。

——小堀さんは、訪問診療によって多くの方々を救ったのではないですか。

救うというのは、必ずしも病気を治すことだけではありません。その人の死に方を助けるという意味では、私も相談にのっています。

——訪問診療で印象に残っている例を挙げるとすればどんな例がありますか。

これは104才のおばあちゃんの例ですが、息子さんとそのお姉さんとご家族で普通に生活していました。ところがある日、ベッドに上がれなくなりました。どこも悪くないので老衰とっていいでしょう。さらに2週間すると、食べ物を食べられなくなりました。ペットボトルの清涼飲料水を少し飲まれて、そのまま眠りこんで2日経ちました。私はご家族と話し合っ、老衰だから延命の必要はないとお話をして、ご家族も納得しました。

ところが、ご家族がおばあちゃんの息を吐くときに「ふっ、ふっ」というかすかな音が聞こえることに気づき「おふくろが可哀そうだ。入院させてください」というので病院で預かることになりました。入院すれば若いドクターが懸命に延命策を施します。初めの1ヵ月くらいは家族も見舞いにきました。「ローレライを歌ってやると、瞼がぴくぴく動いた」と言って喜んでいました。そのうちに次第に足が遠のき、おばあちゃんは床ずれができたり、合併症を患ったりで、まるで生き地獄でした。10ヵ月間も暗い病室で一人寂しく暮ら

しました。最後は夜勤のナースがモニターで波形が平坦になるのを見とどけて臨終を確認しました。これこそ本当の「孤独死」だと私はそのとき思いました。

——お年寄りの患者さんをたくさん見て来て、どう思われますか。

自分のことになると、高齢でもみな死ぬとは思っていないということです。周りで死ぬ人をたくさん見て来て、自分は死なないと思っています。

私が診ている例では、東日本大震災で生き残った90才前後の老夫婦がいます。お二人は石巻で津波に押し流されて、周りではたくさんの死んだ人を見てきました。

ある日、おばあちゃんが真っ黄色になったので入院させました。CTをとったら膵臓ガンで、すでに体中に広がっていました。普通ならこれで助からないのですが、お孫さんが放射線科の医者だったので相談しました。

そのおばあちゃんに「家に帰りましょう」というと、「いや、家に帰ったって主人にご飯つくれません。元気になったら帰ります」と言います。それが亡くなる8日前のことでした。誰が見てももう助からないのはわかっているけど、本人は死ぬとは思っていないのです。

——とにかく、生かしてくれというご家族が多いのではないですか。

それはそれで一つの考え方だからいいと思います。しかしいきなり「死」という前に「老」というステップがあります。それを受け入れようとしません。テレビでも「これを飲めば元気になる」とか、「こういうトレーニングをすれば若返る」など、みな仙人みたいなつもりでいます。「老」というステップを容認しない人が、どうして「死」を受け入れることができますか。

子供たちは親孝行をしたいという気持ちがあるでしょうが、私はもっと親離れした方がいいと思っています。親との接触をあまり密にしない、これが死の準備としては大事だと思います。

いま、ノーベル賞というと再生医療など命を延ばすことの方に進んでいます。しかし一方では、死に行く人を「看取る」ということも医学の範疇には入ります。

——訪問医療で、うまくいった例というのはありますか。

うまくいった例ではありませんが、印象に残っているのは「最短ゼロ日」というのと、「最長11年」というのがあります。

「最短ゼロ日」の方は、90才になる父親がスーパーでうずくまっていたので、息子さんが救急車で入院させました。調べてみると、スケールアウトするほどのすさまじい糖尿病と肝硬変でした。息子さんも鬱病で精神科医にかかっているほどで、いわゆる社会的弱者です。市役所にも聞いて、とりあえず糖尿病の薬を処方して自宅に帰しました。1週間後に見にゆくと、玄関に古新聞が積んである。私は仕方なく窓から入ってみると、弁当の食べカスなど散らかっている。「明日、ナースもヘルパーもくるから、戸を開けておいてください」と言って帰りました。翌日行くと、戸が少し開いていて、本人は死んでいました。私が第一発見者です。ガスヒーターがついていたのでまずそれを消して、死亡診断書を書きました。そうしないと私が疑われるというのです。考えてみると、私が戸を開けておい

てくれと言ったのでそうしたのでしょうが、11月初めで寒かったのでヒーターを付けたのでしょう。ほとんど接触のなかったこういう患者でも、医師に対するリスペクトがありました。「開けておけ」言われたのでそのとおりにしたのです。

「最長11年」の例は、86才のおばあちゃん、息子が二人いるが一緒には住みたくないで、独り暮らしをしていたケースです。お金に不自由はなくて、ヘルパーさんが1日2回朝晩来ます。週末には二人の息子が交代で来るので、毎週どちらかが顔を出す。毎週水曜日にはお嫁さんがゴミ出しにくる。ところがある日、ヘルパーさんから「死んでいます」という連絡が入って、行ってみると、かすかに息をしています。4日間も何も飲まず食わずということもありました。しかしこのおばあちゃんは、こうして11年間生きていました。最後は老衰で死にました。

私が言いたいのは、子供が「親を視界の中におかないと不安だ」とか、「親の死に目に会えないのは不幸だ」という考え方はやめた方がいい、ということです。そうしないと「在宅死」が成立しないのです。母親が父親を見とった家で自分も死にたいといたら、子供がそのことを認めてやることです。そこが大事なところ。本人が「老」を受け入れることと、家族がそれを認めてやることです。

——在宅死だと嫁のせいとされるから嫌だという事情もあるのではないのでしょうか。

昔は嫁が職業を持っていなかったのもそれでよかったのでしょうが、今はそうもいきません。

藤沢周平に「たそがれ清兵衛」という小説があります。1990年に書かれて、2005年に山田洋次監督が映画化しました。最初の小説では、清兵衛が早退する理由は“病気の妻”の世話をするためとなっていました。山田洋次監督はこれを“認知症の老母”に替えています。山田監督が藤沢周平に逆らってもわざわざ替えたのは、家庭内の老人介護の問題にしたかったのだらうと思います。「女性史」の専門家の柳谷慶子さんは、そこには日本の思想の転換があるとおっしゃっています。そうかもしれません。

——在宅医療と入院とでは、お金の面ではどう違いますか。

あるおばあちゃんを私が訪問診療で40日ほど見ていました。その娘さんはおばあちゃんを自宅で見取ろうと思っていました。ところが夜中におばあちゃんが騒ぐので娘さんが不眠症になってしまい、入院させることになりました。すると10日後に亡くなりました。その10日間の費用が33万円。その前の訪問診療が40日間で本人は1割負担で3万3,000円。ちょうど入院費の10分の1です。もちろん訪問診療も1割負担ですから実際には国が9割払っていますが、患者側の負担でみれば10分の1です。

——昔は家で年寄り死んで行くのを子供たちも見ていました。

もう、それがなくなってから50年以上になります。明治39年にできた「婦女子の心得」という女学校の教科書があります。この中には「死の看取り方」というのがありました。明治39年というと、結核で死ぬ人が年96,069人いました。今ではわずか25人です。

——訪問診療はまだ続けておられるのですか。

まだやっています。しかし 80 才になったら一区切りつけようかと思っています。訪問診療をしているもう一人の 54 才の若いドクターがいます、彼は内科医で糖尿病や高血圧に対して薬の処方もできますので、彼にやってもらおうと思っています。

私は自宅から堀ノ内病院まで約 40km、パジェロ・ミニを自分で運転して通っています。病院からさらに訪問診療で遠いところでは 20km も走ることもあります。

——我々も 70 代になって友だちに聞くと、そろそろ「エンディングノートを書かなければいけない」なんていっていますが、その間、どう埋めたらいいのでしょうか。

本当は、まだ働かなければいけない。労働力がもったいないです。経験を生かせばまだまだやるべきことがたくさんあります。死に方などはその時になって考えればいい。ガンになったとか、体が動かなくなったとか。

——森鷗外の「高瀬舟」や「阿部一族」をみると、一般の死とは違う、死を覚悟させられた人の話を書いてあります。

いかにも封建時代の不条理な死ですね。「阿部一族」では、殿様に気にいらなくて、殉死を許されなかった話です。「お前は生きていろ」と言われたために軽蔑されて、村八分にされる話です。

——「高瀬舟」では、兄が弟の死を助けてやったがために罪を問われた。

鷗外は大塩平八郎にしても、ああいう封建制に対して反発心があったのでしょうか。

——医学といっても、外科では頭のよさと器用さがあるでしょう。

頭のよさとは関係なく、向いている人と、向いていない人という適性の問題は確かにあります。しかし余程ひどい人でなければ何とかやってゆけるものです。本当に難しい手術もあれば、100 人中 90 人の人ができる手術もあります。自分でもわかっていて、手術をやらない医者もいます。優秀な部下に任せるのです。

手術といってもそんなに難しいものばかりではありません。ある程度まじめにやれば、ある程度の成績を残すことはできます。

——医学と医術の間には開きがあるように思いますが。

例えば、女の人がボタンを付け替えるときでも、ボタンの穴のある方から糸を通すことは簡単ですが、裏から隣の穴に通すのはなかなか難しい。勘のようなものがあります。

手術はすぐ腕がいいとかいいますが、そんな単純なものではありません。「集中力がどれだけ続くか」とか、「どういうふうに進んでいくのか」とか、「筋道をどう組み立てるのか」といったことが、より重要です。

——外科医というものは手術をたくさんやりたいという気持ちがあるのですか。

それはありますよ。手術をたくさんやりたいというのは麻薬のようなものです。

例えば、福生市で少し頭のおかしい若い男が便所で消毒液を飲んで、食道が全部ただれて慈恵医大に担ぎこまれたということがありました。食道の手術というのは、食道の悪いところをとって、胃袋を細く縫い合わせて上部とつなぐのですが、これがうまくいかなかったので、咽頭で外に出して袋をつけました。ですから手術後は口から食べたものはすべ

て袋に貯まります。その男はアイスクリームが大好きでのべつ食べていますから、そのアイスクリームがすべて袋に出てくるのです。私はその話を聞いて、これは私がやらなければと思って福生（ふっさ）まで連れに行きました。それくらい外科医にとっては手術はやってみたいものです。

食道ガンの場合は、手術しなければ必ず死ぬというエクスキューズがありますから躊躇せずに行いますが、ただ、早いか遅いかの違いはあります。もちろん、全力を尽くしますが、無理し過ぎて気管に穴を開けるとか、心臓がもたないとか、いろいろアクシデントはあります。

——他の医者が失敗したのを小堀さんが助けたという例はありますか。

食道の手術は難しく、ある大病院の医師が頸動脈の内側を廻さなければいけないところを、外側を廻してしまったということがありました。これを私が外側につなぎ直したということがありました。

——東大病院の沖中内科名誉教授が退官時に、誤診があったことを告白しました。名医でもそういうことがあるのですね。

あの時代は沖中教授といえば神様のような人でした。その人が1963年の退官時に告白したのですから偉い人だと言えるでしょう。しかし内科の診療というのは微妙なところがあって、「厳密に言えば」ということだったと思います。

——入院死と在宅死の割合はどうでしょうか。

「週刊現代」であるとき、著名人100人はどこで死んだかという特集を組んだことがあります。これによると、美空ひばりは虎ノ門病院、石原裕次郎は慶応病院というように、ほとんどが有名病院で死んでいます。100人中たった1人だけ自宅に帰って死んだ人がいます。それは井上ひさしです。

——小堀さんの場合はどうですか。

昔は自宅で死ぬ人が80%、病院で死ぬ人は20%でした。今はみごとに逆転しています。今の日本では在宅死を社会が認めていません。死を忌み嫌う風潮があります。

私が訪問診療を始めた頃は、私の受け持つ範囲では在宅死が約40%でした。それが現在は約75%です。別に私が在宅死を奨めているわけではなりません。しかし患者さんとご家族といろいろ話をしていくうちにそうなってきました。

——医者というのは長生きさせることが役割だと思われています。

ノーベル医学賞でも、再生医療など長生きさせるところがテーマです。しかし実は「死なせ方」も大事な医療の領域です。

例えば、日本ではあまり知られていない「サンミケーレ物語」というスエーデンの医者が書いた本があります。ヨーロッパでは大変にはやって、日本でも私が学生のころに和訳されました。そのストーリーは次のようなものです。

ある医者がパリのピガールという繁華街を歩いていると、いつも同じところで同じ売春婦が待っています。「金ないよ」というと、「いや、そうではない」、実はあなたが行ってい

る孤児院に私の娘がいて、結核で死にそうで、死ぬ前にひと目会いたいというのです。当時はいい薬がありませんでしたので、結核になるとみな死ぬのです。そこでその医者は売春宿の女主人と交渉して、1日借り出すことにしました。しかし孤児院に行くと怪しまれるので、シスターの格好をさせました。いよいよ出かけるときに、他の売春婦たちがシスターの格好をした女と医者を拍手で送り出しました。「旦那も変な趣味だね」などと言いながら。

この話は医者が「人を治す」話ではありません。「人を死なせる話」です。

これから先のことを考えると、日本でも9年後の2025年になると団塊の世代が全員75才以上の後期高齢者になります。後期高齢者は統計上4人に1人は寝たきりですから、さあ、そのとき医者が足りなくなります。老人が老人を診療するようになります。「老老介護」から、認知症が認知症を見る「認認介護」の時代になります。9年後我々も88才になります。そのときに、何を価値あるものとして生きて行くのか、「生かし方」ばかりでなく、「死なせ方」も考えなければなりません。「死とどう向き合うか」が問題になってきます。医療の見方も、少しだけ変えて見る必要があるのではないのでしょうか。



平成28年7月14日「パイラス」にて

参加者：岡田会長(S35)、尾崎(S31)、南(S31)、堀口(S32)、斉藤(S32)、於保(S35)、白石(S41)、兵藤(S50)、福田(S44、パイラス)

マンションにお住まいの方々へ  
「管理会社」が行う設計監理には問題が多い  
大規模修繕工事のときには要注意

尾崎建築事務所所長  
元城北会千葉支部長 尾崎 英二(S31)



私は長年、マンション大規模修繕工事の設計監理を行ってききましたが、いわゆる「管理会社」が行う大規模修繕工事にはいろいろ問題がありますので、これから大規模修繕を計画しておられるマンションにお住まいの方々には、事前に充分検討されるようアドバイス申し上げます。

### マンション管理会社の事情

マンションの新規着工件数は長年減少し続けており、それを補うために10年、20年経ったマンションの大規模修繕工事を事業のもう一つの柱にしている企業が多くなっています。例えば「A建築」が建てたマンションは「Aビル管理」というような系列管理会社が請け負うのです。発注する側のマンション管理組合も「同じA系だから大丈夫だろう」とあまり深く考えずに発注してしまうことが多くあります。そこで「ちょっと待った」と私は申し上げたいのです。

もちろん、同じ系列会社であれば建築時の事情もよくわかっているし、費用も良心的にやってくれるところもあるでしょう。しかし私が関わった事例をみると、そう話は簡単ではありません。

### 現在は6割強が独立設計事務所

数年前までは、大規模修繕工事の7割はマンション管理をしている「管理会社」が請け負っていると言われておりました。

ところが一昨年、国土交通省が発表したデータによると、マンションの大規模修繕工事の設計監理の6割強が「独立した建築設計事務所」が占めるようになりました。

「マンション大規模修繕協議会」（一般社団法人）という団体があります。これはマンション修繕工事を請け負う会社や設計事務所が所属する団体で、私もそこに所属しています。居住者と施工業者の間に何かトラブルがあった場合には、この団体が事情をよく調べて解決に当たっています。

その賛助会員である施工会社の話を聞くと、管理会社主導で行う場合には施工業者は工事契約金の 15%~30%を管理会社に支払うというのです。恐らく、マンションの管理組合もそのことに気がついて、管理会社に任せるのではなく、設計監理料を払ってでも、独立した設計事務所に頼んだ方がいい、そして複数の施工業者から見積をとって、見積り合わせをした方がいいと考えるようになったのではないかと思います。

私に関わった管理会社とのやりとりの事例を以下にいくつかご紹介しますので、その実態についてご理解いただきたいと思います。

#### <事例1>世田谷区のマンションの場合「管理会社の窮状」

世田谷区の 25 戸のマンションで大規模修繕計画のために、大手管理会社のM社と、私どもの設計事務所に声がかかり、私もそのマンションの理事会でプレゼンテーションを行いました。結果は多数決で、私どもの設計事務所に決まりました。

ところがその後、M社の役員がマンションの理事長宅を訪問して「ぜひ、M社に決め直してほしい」というのです。理事長は「理事会の決定事項だから私の一存では変えられない」と突っぱねたそうです。その話を聞いた私は、これは恐らく今の管理会社は管理業務だけでは利益があがらないので、大規模修繕工事のときに建築業者選んでやって、その見返りに建築業者からマージンを取るなどして窮状をしのいでいるのではないかと想像しています。

#### <事例2>品川区のマンションの場合「杜撰な工事に要注意」

14 階建ての品川区のマンションは、現在、管理会社の設計監理で大規模修繕の工事中ですが、工事があまりに杜撰（ずさん）なので、マンションの理事長から「マンション大規模修繕協議会」に相談がありました。私が代表して理事会に出席して話をうかがいました。

主な内容は、玄関ドア枠の横のコーキング（ドア枠と壁との間のすき間を埋める水密性の強いパテ状の充填材）がタイルにかぶっており、見苦しいので工事をストップして前のコーキングを取り除いて、新たにコーキングを打ち直してもらいました。

最初に私が現場を見たときに、コンクリートとタイルの取り合い部分にコーキングが施されていないところがありましたので、理由を聞くと「新築の時にしてなかったの、今回もしなかった」というのです。これにはあきれてしまいました。

他にも不良工事が多くみられましたので、根気よく説明して、直してもらうように努力しています。

このように、管理会社はマンションの管理組合の目線では仕事をしていないように思いますので、インターネット等で大規模修繕専門の独立した設計事務所を調べて、選定するようおすすめします。

#### <事例3>文京区のマンションの場合「落札のからくり疑問あり」

鉄筋コンクリート 12 階建、築 12 年の文京区のマンションの理事からの相談を受けまし

た。

このマンションでは大規模修繕を始めるにあたり、管理会社に設計を依頼して5社から見積を取り寄せました。そのうち1社はマンション管理組合の推薦ですが、他の4社は管理会社からの推薦で、そのうち1社は管理会社であり、他の3社は付き合いに参加したことでした。見積書はマンションの理事長と管理会社に同時に各社から郵送してもらいました。その結果は管理組合推薦の業者の工事費が一番安かったのです。

ところが、その後管理会社は設計を一部変更して、再度見積を取ることにしました。この時は最初と違って、管理会社のみが各業者から見積を受領しました。管理会社は前回の一番札のマンション管理組合推薦の業者の見積を若干下回る数字にして出してきました。理事会ではこれを見て「一番安いから」とこの管理会社に落札しました。つまり、設計変更を理由に、発注先をすり替えられてしまったのです。

その辺の裏事情を知ったマンション理事会のある理事は、「マンション大規模修協議会」に相談にこられました。その結果、工事の監理業務を私どもの事務所でやることになりました。

管理会社は工事会社を選定してやったので、その見返りに工事費の一部をピンハネするのです。管理会社主導で大規模修繕を行うと、このような不正行為が行われかねませんので、独立の設計事務所にセカンドオピニオンを求めた方がよいと思います。

#### <事例4>千葉県の子マンションの場合「厳しい応札条件は管理会社の思うツボ」

ある友人から、「私の住んでいるマンションで、今度、大規模修繕のための設計事務所を公募しているから参加しないか」というお誘いを受けました。

話をうかがうと、応札条件がまことに厳しいのです。次のような過去の実績があることが条件だということです。

- ・過去3年間で100戸以上のマンションを10棟以上設計監理した実績があること
- ・過去3年間の工事受注高が何百億円以上あること

私は同業仲間の設計事務所に聞いてみると「それは最初から設計事務所が決まっていて、形だけの募集ではないのか」というのです。

その後、しばらく経ってその友人に聞いてみると大手管理会社H社（そのマンションの管理会社である）に決まったそうです。つまり、このことはH社の自作自演であって、公募ではなかったのです。

私はその友人に「管理会社というのは独立した設計事務所ではないので問題がありますよ」「そもそも設計事務所を公募する時は管理会社を含めるべきではないと思いますよ」とアドバイスしておきましたが、果たして理解してもらえたかどうか分かりません。

発注する側のマンションの管理組合もよく勉強しないと、管理会社の言いなりになって、思わぬ損をすることになりかねません。最近の事例で私はそのことをつくづく感じておりますので、敢えて皆さんにも申し上げておきます。

## 分散投資とリバランス運用のおすすめ

野村アセットマネジメント(株)  
後藤 公一 (S50)



先日、深井財団の財務委員会にオブザーバーとして出席して、財産の運用についてアドバイスをを行いました。その中で分散投資を効率よく行うためにローコストのバランスファンドの活用を提案しました。分散投資は投資の指南書には必ず掲載されている事柄ですが、具体例を用いてまとめてみました。

投資にはリスクがつきものですが、証券業協会のホームページでは、リスクについて以下のように説明しています。

金融商品のリスクには、大きく分けると、「信用リスク」「価格変動リスク」「為替変動リスク」「カントリーリスク」などがあります。

### ① 信用リスク

株式や債券などを発行している会社が経営状態の悪化や経営破たんなどにより、金融商品に投資した元本や、利子の支払いが滞ったりするリスクのことをいいます。

### ② 価格変動リスク

価格が変動する株式や投資信託などの金融商品は、売却したときの受取金額が当初支払った金額を、上回る場合もあれば下回る場合もあります。

### ③ 為替変動リスク

外国の通貨で取引される外貨建ての金融商品は、外国為替レート（日本円と外国通貨との交換割合等）の変動による影響を受けます。

### ④ カントリーリスク

投資の対象を海外に広げた場合、対象とする国の政治情勢や経済状況の変化などにも注意が必要で、国の信用リスクが顕在化する可能性があります。

一般にリスクといえばマイナスのリターンで損をすることや期待したリターンに届かないことをイメージしますが、拙稿ではリターンとリスクは以下のように定義します。

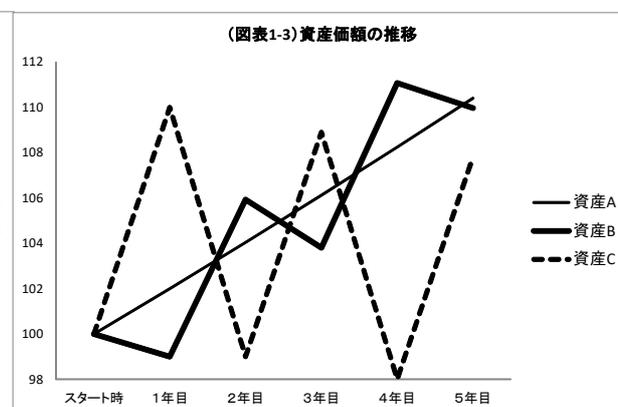
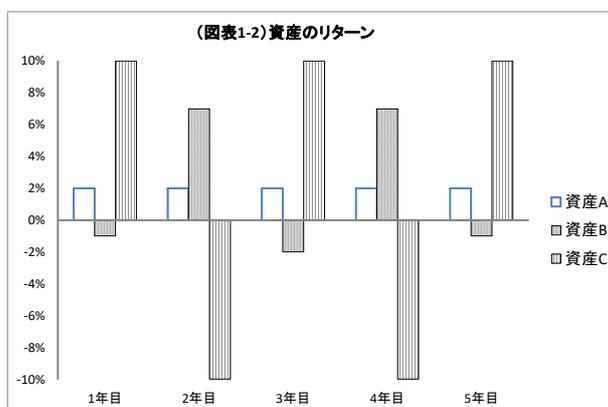
5年間の投資を行い1年ごとの収益率をリターンとします。5年間のリターンの平均は各年のリターンの平均、リスクは5つのリターンの標準偏差とします。つまりリスクとはリターンのばらつきを意味します。

ここで3つのケースで計算をしてみます。(図表1)の通り、A、B、Cの資産で5年間の投資を行い、各年のリターンを以下の通りとしました。ハイライトした部分が前提となるデータです。

(図表1-2)はリターンの推移、(図表1-3)は資産価額の推移を示したグラフです。これらをもとに計算をすると3つの資産の1年ごとのリターンの5年平均はすべて2%ですがリスクが異なります。5年後の資産額を見ると資産A>資産B>資産Cとなり、5年累積の年率リターンにも差が出ました。資産Aは毎年のリターンが2%で変化がないため、リスクがゼロということになります。これらは単純な算数の計算をしているだけなのですが、リターンだけに注目してリスクを見落とすと期待した成果が得られないことを意味しています。

(図表1)

	資産A	資産B	資産C
1年目のリターン	2.00%	-1.00%	10%
2年目のリターン	2.00%	7.00%	-10%
3年目のリターン	2.00%	-2.00%	10%
4年目のリターン	2.00%	7.00%	-10%
5年目のリターン	2.00%	-1.00%	10%
リターンの平均 ①	2.00%	2.00%	2.00%
リスク(①の標準偏差)	0.00%	4.58%	10.95%
スタート時の価額	100.00	100.00	100.00
1年目の価額	102.00	99.00	110.00
2年目の価額	104.04	105.93	99.00
3年目の価額	106.12	103.81	108.90
4年目の価額	108.24	111.08	98.01
5年目の価額	110.41	109.97	107.81
5年の累積リターン(年率)	2.00%	1.92%	1.52%



次に運用の成果としては資産 A に劣後する資産 B と資産 C の投資について検討します。リスクと累積リターンをみれば資産 B だけに投資するのが良いわけですが、ここでは資産 B と資産 C への分散投資を考えてみます。

資産 B と資産 C を B 全部から、B を 90%、80%・・・と 10%刻みで C 全部までの分散比率を替えたものについて、リスクとリターンを計算してみました。(図表 2) の通りです。

(図表 2)

	資産B	Bの比率									資産C
		90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	
1年目のリターン	-1.00%	0.10%	1.20%	2.30%	3.40%	4.50%	5.60%	6.70%	7.80%	8.90%	10.00%
2年目のリターン	7.00%	5.13%	3.30%	1.52%	-0.23%	-1.95%	-3.63%	-5.27%	-6.88%	-8.45%	-10.00%
3年目のリターン	-2.00%	-0.87%	0.27%	1.43%	2.61%	3.80%	5.00%	6.23%	7.47%	8.72%	10.00%
4年目のリターン	7.00%	5.23%	3.47%	1.73%	0.00%	-1.70%	-3.39%	-5.07%	-6.73%	-8.37%	-10.00%
5年目のリターン	-1.00%	-0.02%	0.99%	2.02%	3.07%	4.16%	5.27%	6.40%	7.57%	8.77%	10.00%
リターンの平均 ①	2.00%	1.91%	1.85%	1.80%	1.77%	1.76%	1.77%	1.80%	1.85%	1.91%	2.00%
リスク(①の標準偏差) ②	4.58%	3.00%	1.45%	<b>0.36%</b>	1.75%	3.28%	4.83%	6.36%	7.90%	9.43%	10.95%
スタート時の価額	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
5年目の価額	109.97	109.75	109.54	109.32	109.10	108.89	108.67	108.46	108.24	108.03	107.81
5年の累積リターン(年率)	1.92%	1.88%	1.84%	1.80%	1.76%	1.72%	1.68%	1.64%	1.60%	1.56%	1.52%
①/②	0.44	0.64	1.28	<b>4.99</b>	1.01	0.54	0.37	0.28	0.23	0.20	0.18

10%の刻みですが、資産 B 70%、資産 C 30%組入れるケースが 0.36%と最もリスクが低くなることが分かります。累積リターンだけで比較すると資産 B や比率 90%、80%の方が高い数値になりますが、1 年ごとのリターンを見ると資産 B 70%が最も安定しています。長期投資を前提にしているとしても急に資金が必要になって換金をせざるを得ない場合にリターンが安定していると損失を発生させる可能性が低くなるため、リスクを下げることは重要なことです。

資産運用においてリスクとリターンの関係から運用の効率性を示す指標としてシャープ・レシオを使います。この数値が高いほど運用の効率が良いことを示しており、リスク水準に応じてリターンが要求されるべきであるという考え方に基づいています。

$$\text{シャープ・レシオ} = \frac{\text{リターン} - \text{リスクフリーレート}}{\text{リスク(標準偏差)}}$$

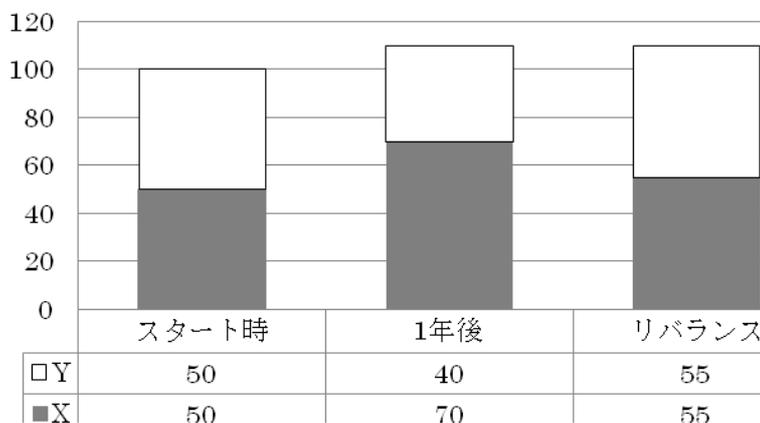
ここでいうリスクフリーレートとは無リスクの資産の収益率のことで、国債や預金保険で保証される預貯金などのリターンを指します。これらの資産のリターンは現在ほぼゼロに等しいので、資産 B、C を組み入れた資産のシャープ・レシオの計算はリターン÷リスクとします。シャープ・レシオが最も高くなる資産 B 70%がこの表の中では最も効率が良いこととなります。

それでは、さらにひと工夫してリスク、リターンを改善してみましょう。(図表 2) では資産 B、C の資産配分はスタート時点の比率であり、時間の経過で比率が変化してもそのまま放置しています。そこでリバランスという作業を付加します。1 年が経過した時点で、資産 B、C の比率が変化している場合に当初の比率に戻す操作を行います。

例えば(図表 3)のように価額が増加した資産を一部売却し、その資金を使って価額が

減少した資産を買い増して、両者のバランスを元に戻すリバランスという操作を行います。

(図表3)



資産B、Cを(図表3)の分散比率でさらにリバランスを行った結果は(図表4)の通りです。

(図表4)

		Bの比率								
		90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%
リバランス なし	リターン(平均) ①	1.91%	1.85%	1.80%	1.77%	1.76%	1.77%	1.80%	1.85%	1.91%
	リスク(①の標準偏差) ②	3.00%	1.45%	<b>0.36%</b>	1.75%	3.28%	4.83%	6.36%	7.90%	9.43%
	①/②	0.64	1.28	<b>4.99</b>	1.01	0.54	0.37	0.28	0.23	0.20
	5年の累積リターン(年率)	1.88%	1.84%	1.80%	1.76%	1.72%	1.68%	1.64%	1.60%	1.56%
リバランス あり	リターン(平均) ①	2.00%	2.00%	<b>2.00%</b>	2.00%	2.00%	2.00%	2.00%	2.00%	2.00%
	リスク(①の標準偏差) ②	3.03%	1.50%	<b>0.30%</b>	1.66%	3.20%	4.75%	6.30%	7.85%	9.40%
	①/②	0.66	1.34	<b>6.67</b>	1.20	0.62	0.42	0.32	0.25	0.21
	5年の累積リターン(年率)	1.96%	1.99%	<b>2.00%</b>	1.99%	1.96%	1.91%	1.84%	1.75%	1.64%

すべての分散比率において、リバランスを行った方がリターンおよびシャープ・レシオ(①/②)が改善していることがわかります。しかも5年の累積リターン(年率)では、資産B70%が2.00%と資産B100%の1.92%を上回っていることがわかります。

資産運用においては運用資産の運用目的に応じて、目標とするリターンとそのリターンを達成するために必要なリスク水準を策定します。リスクを低減させるための有効な手段が分散投資です。その場合には組入れ比率が大きな影響力を持ちます。さらに定期的に関リバランスを行うことでさらにリスク、リターンを改善することが出来ます。

有価証券、預金などを組合せて資産運用する場合に、実際にリバランスを行う作業は実務的に困難であり取引コストが発生するケースが多いので、有効な手段として複数の資産に分散投資する「バランスファンド」の活用をおすすめします。

投資信託は通常、日々購入できるため、3か月に1度のリバランスを行って組入れ比率を維持するようにしています。(図表5)はグローバルに資産分散を行っているバランスファ

ンドのうち、購入手数料ゼロ、信託報酬が低いファンドを抽出したものです。運用会社に支払うコスト、主に信託報酬ですが、(図表5)の商品は通常の平均の半分以下です。最近では運用会社間の競争により信託報酬を低く抑えた投資信託の品揃えが増えてきています。ローコストの投資信託の取扱は証券会社や銀行の対面営業ではなくネット証券専用になっていますが、長期の資産運用に有効に活用できると考えます。

(図表5)

ファンド名	カテゴリー	購入手数料	信託報酬等
三井住友・DC年金バランス30(債券重点型)『愛称:マイパッケージ』	安定成長	0	0.24%
三井住友・DC年金バランス50(標準型)『愛称:マイパッケージ』	バランス	0	0.25%
三井住友・DC年金バランス70(株式重点型)『愛称:マイパッケージ』	バランス	0	0.26%
ニッセイ・インデックスバランスF(4資産均等)	バランス	0	0.38%
世界経済インデックスF(債券シフト型)	安定	0	0.49%
eMAXIS 最適化バランス(マイストライカー)	成長	0	0.54%
eMAXIS 最適化バランス(マイフワード)	バランス	0	0.54%
eMAXIS 最適化バランス(マイミッドフィルダー)	バランス	0	0.54%
eMAXIS 最適化バランス(マイディフェンダー)	安定成長	0	0.54%
eMAXIS 最適化バランス(マイゴールキーパー)	安定	0	0.54%
eMAXIS バランス(4資産均等型)	バランス	0	0.54%
SMT インデックスバランス・オープン	バランス	0	0.54%
野村『愛称:Funds-i 内外7資産バランス・為替ヘッジ型』	バランス	0	0.54%
eMAXIS バランス(波乗り型)	バランス	0	0.54%
eMAXIS バランス(8資産均等型)	バランス	0	0.54%
世界経済インデックスF	バランス	0	0.54%
世界経済インデックスF(株式シフト型)	バランス	0	0.59%
SMAM・グローバルバランス(機動的資産配分型)『愛称:資産配分おまかせくん』	安定成長	0	0.64%
野村『愛称:Funds-i 海外5資産バランス』	バランス	0	0.65%
セレブライフ・ストーリー2055	ターゲットイヤー	0	0.67%
セレブライフ・ストーリー2025	ターゲットイヤー	0	0.68%
セレブライフ・ストーリー2035	ターゲットイヤー	0	0.69%
セレブライフ・ストーリー2045	ターゲットイヤー	0	0.69%

以上

千葉城北会会誌 第13号

平28(2016)年11月発行

発行 千葉城北会

会 長 岡田 光正 (S35)

副 会 長 堀口俊一郎 (S32)

副 会 長 於保 洋生 (S34)

副 会 長 白石治比古 (S41)

顧 問 尾崎 英二 (S31)

会誌編集 齊藤 徳浩 (S32)

事務局

270-0014 松戸市小金きよしヶ丘 3-5-2

白石 治比古 (S41)

電話 047-348-1263