



代表者
森岡 茂夫

山之内製薬(現アステラス製薬)元会長
日本製薬団体連合会元会長

〈基本データ〉

面積：37.8万km² *1

人口：126,995千人(2010) *2

高齢化率：22.6% (2010) *2

合計特殊出生率：1.27 (2005～2010) *2

平均寿命／男：79.0歳(2005～2010) *2

平均寿命／女：86.2歳(2005～2010) *2

1人当たりGDP：38,578US\$ (2008) *3

経済成長率：1.7% (2010) *4

物価上昇率：-0.8% (2010) *4

失業率：4.0% (2008) *5

60～64歳労働力率：59.8% (2008) *5

65～69歳労働力率：37.4% (2008) *5

〔出典〕

*1：外務省 各国・地域情勢(2010)

*2：UN, World Population Prospects: The 2008 Revision, Medium variant

*3：UN, National Accounts Estimates of Main Aggregates, Jan. 2010

*4：IMF, World Economic Outlook Database, Oct. 2009

*5：ILO, Labour Statistics Database, Jan. 2010

第1章

高齢化の状況

1 高齢化の概要

2009年8月の日本の人口は1億2,754万人で、このうち65歳以上の高齢者は男性1,235万人、女性1,655万人、計2,890万人で高齢化率は22.7%である。1985年には高齢化率が10.3%であり、20年間で高齢化が急速に進んでいる(総務省統計局「推計人口平成21年8月確定値」、総務省統計局「国勢調査」)。高齢化率は2030年には31.8%、2050年には39.6%に達すると予想されている(平成21年人口動態統計の年間推計)。特に留意すべきはそのうちの75歳以上の後期高齢者の比率で、2030年には19.7%、2050年には24.5%になるものと見られている(日本の将来推計人口平成18年12月推計 国立社会保障・人口問題研究所)。一方で出生率は2008年で1.37であり、現在および将来にわたっても、日本は世界で最も高齢化率の高い国であり続けることとなる。

2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

2008年の平均寿命は男性79歳、女性86歳である(厚生労働省「平成20年簡易生命表」)。また、健康寿命も男性72歳、女性78歳(WHO World Health Statistics 2007)で世界で最も長い。日本の医療保険制度は国民皆保険制度であり、被雇用者とその家族のための被用者保険と、それ以外の自営業などの人のための国民健康保険からなっている。高齢者のほとんどは後者に加入している。

患者は原則として3割の自己負担により医療サービスを自分で選択して受けることができるが、70歳以上の患者は自己負担率が軽減される制度がある。日本は高い高齢化率にもかかわらず総医療費の対GDP比は2006年に8.1%であり医療保険制度は効果的に機能している(OECD "OECD HEALTH DATA" 2009)。

■介護

介護保険制度は、介護が必要となった原則として65歳以上高齢者を、社会全体の連帯によって終末期に至るまでを支えようとするものである。2000年4月から施行され、サービスには在宅向けサービス、施設サービス、介護予防サービスがあり、財源は40歳以上の国民から徴収される保険料と公費である。利用者は必要とする介護の程度によりレベルが定められ、そのレベルに応じて1割の自己負担でホームヘルプサービスや訪問看護、あるいはデイサービスなど選択することができる。

2009年11月の段階で要介護認定者は490万6,000人である(厚生労働省「介護給付費実

態調査月報」2008年3月)。

2005年の改正時に介護予防サービスが取り入れられ、介護状態にならないことを目指した取り組みが強化された。

■年金／経済状況（就労）

日本においては国民皆年金制度が整備されており、2階建て方式となっている。すなわち、全国民対象の国民年金と被用者のための年金である。後者は民間企業従業員対象のものと公務員対象のものに分かれている。2004年の40年勤続のモデル世帯の所得代替率は約59%であり、2023年に50%で安定させることを目指している（厚生労働省「厚生年金・国民年金平成16年財政再計算結果」）。2007年の年金受給者総数は4,162万人。高齢者世帯の1人当たり年収は185万円であり、全世帯の場合の207万円に対して若干低くなっている。なお、現在の高齢者世帯の収入源の70.8%は年金収入である（厚生労働省「国民生活基礎調査」2008）。

日本では高齢者労働力率は高く、55～64歳で68.9%となっている（総務省「労働力調査」2008）。さらに高齢者の就労を促進するために2006年度に改正高年齢者雇用安定法が施行され、事業主は①定年（現在60歳とする企業が多い）の引き上げ、②定年制がある企業でも継続雇用制度の導入、③定年の定め廃止のいずれかの措置を講じなければならぬとされた。

■高齢女性の状況

日本の独り暮らしの高齢者世帯の平均所得（年金を含む）は174万9,000円である。この中の独り暮らし高齢女性の収入は164万7,000円で、男性は207万3,000円である（「国民生活基礎調査」平成20年）。独り暮らしの高齢女性の割合は2005年で19.0%（独り暮らし男性は9.7%）（国勢調査平成17年）であり、1985年の12.9%（独り暮らし男性は4.6%）から大幅に増えている。また、介護保険の要支援以上認定者総数は490万6,000人で、そのうち女性が322万7,000人、男性が139万8,000人である（介護給付費実態調査月報 平成21年1月審査分）。以上から、特に独り暮らしの高齢女性は経済的に厳しい環境にあり、また介護が必要な状態になりやすい傾向がうかがえる。

■虐待防止法

日本においては、2005年に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（高齢者虐待防止法）が公布された。2006年度に高齢者虐待が確認されて対応がとられた件数は施設従事者による虐待が70件、家族等によるものが1万4,889件であった（厚生労働省「平成20年度高齢者虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果」）。

高齢者虐待防止法を国レベルで成立させているのはアメリカ、韓国と日本のみである。しかも「人権擁護」であると同時に「福祉」の法律として高齢者を養護する者（主として介護にあたる家族）に対する支援プログラムを組み込んだことが大きな特徴である。

高齢者虐待防止法に先駆けて、2000年に「児童虐待の防止等に関する法律」（児童虐

待防止法）、2001年には「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」（DV防止法）が公布されているが、これら三つの法律を成立させている国は多くなく、日本は法律整備の観点からみて虐待防止「先進国」であるといえる。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

現在の日本は、人々の労働意欲は旺盛であって経済的に繁栄し、教育程度も高く犯罪は少なく、また社会保障諸制度も整備されている国であるといえる。現在までのところ、社会の高齢化に伴う社会構造の改革や人々の意識変革は時代にマッチしてきたと考えられる。すなわち、介護保険制度の確立（2000年）であり、医療制度改革（2004年）、年金制度改革（2004年）、高い労働意欲に支えられた定年の延長策（2005年）などである。

しかし、これから30年以内に到来すると予想される高齢化率30%超、後期高齢者比率20%以上という社会を考えてみると、社会のシステム全般と人々の意識において飛躍的な変革が求められることとなる。主な課題は次のようなものである。

■人口減少下での経済成長

日本の実質国内総生産の対前年比は2007年は1.8%で、2008年はマイナス3.7%であった。景気は持ち直してきているが厳しい状況は続いている。今後の大きなリスク要因は高齢化の進展に伴う労働力人口の減少である。労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計（2007）」によると、2006年の状態のまま女性・若年者・高齢者の労働市場への参加が進まないまま推移すると仮定した場合、同年の労働力人口6,657万人が2017年には6,217万人に減少し、さらに2030年には5,584万人に減少すると予測されている。すなわち、1,000万人以上の労働力の減少が見込まれている。経済成長が停滞した場合、高齢者の雇用、貯蓄率および投資の減少、社会保障への支出減などが予想され、高齢者の生活への影響は甚大なものとなる。

■社会保障制度の安定的な維持

社会保障負担率の対国民所得比は2008年に15.0%であり、1980年の9.1%から大きな増加を示している（平成20年社会保障統計年報 国立社会保障・人口問題研究所）。今後さらに高齢化率が増大し特に後期高齢者が増加していくことを考えたときに、高齢者の生活を支える年金制度や、特に後期高齢者になると増える受療率・要介護認定者を支える医療保険制度と介護保険制度は大きな挑戦を受けることとなる。

受療率 入院、外来(人口10万対)

年齢	入院	外来
全年齢	1,090	5,376
65～69歳	1,566	8,548
70～74歳	2,202	11,458
75～79歳	3,236	12,855
80～84歳	4,583	12,531
85～89歳	6,879	11,067
90歳以上	10,308	8,562

厚生労働省「患者調査」(平成20年)

要介護等認定の状況

前期高齢者(65歳～74歳)	後期高齢者(75歳以上)
65万9,000人(4.3%)	407万2,000人(30.0%)

厚生労働省「介護給付費実態調査月報」平成21年11月審査分、総務省「人口推計」(平成21年度11月推計値)

■ バランスのとれた人口体系

日本の出生率は1985年に1.76、1995年に1.42、2005年は1.26であった。2008年には1.37へとやや回復が見られたものの、婚姻数は減少傾向なので持続的に回復していくという予想は立たない。少子化によって予想されるのは高齢化と同時に、人口減少である。前述のように2009年の日本の人口は1億2,754万人だが、出生率を2020年、2040年、2055年にそれぞれ1.24、1.25、1.26と予測した中位予測の場合に2055年には8,993万人となることが予想されている。これは、国の姿が大きく変貌せざるを得ない数字である。一方、それぞれの年の出生率を1.74、1.75、1.76と仮定した「希望的」な予測では2055年の人口は1億391万人となっている(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」、厚生労働省社会保障審議会人口構造の変化に関する特別部会「出生等に対する希望を反映した人口試算」)。

第3章

課題解決のための行動計画

■ 高齢者の再定義と社会のグランドデザイン

高齢者の定義を現在の65歳から70歳に変更すべきではないか、という意見を聞くことが多い。すなわち現在言われているところの前期高齢者は「高齢者」と呼ぶべきではなく、70歳までを「現役世代」と位置づけるべきであるとする意見で、これはかなりの説得力を持っている。

そして、就業や社会保障、健康・福祉にかかわる諸制度のみならずビジネスの世界における商品開発、サービス、さらに住宅政策や地域開発も高齢社会にふさわしく、かつ高度情報化社会に適応したシステムに根本的に作り変える必要がある。いわば高齢社会に対応した「グランドデザイン」の変更である。

■ 高齢者の社会参加

例えば就業に関しても、70歳までの就業を前提として雇用形態、就業形態をフレキシブルなものに変更する。年齢を問わず時代に見合った職業スキルを獲得できる制度をつくり、最大限にすべての国民の能力が発揮できるシステムをつくるべきである。前述の雇用政策研究会の報告によると、意欲と能力を発揮できる社会づくりによって高齢者および女性の労働市場への進出が進むならば、2030年に予想される労働力人口の減少は、対策が進まない場合の約1,000万人減から約500万人減までに回復できるとしている。仮に70歳までを「現役世代」と位置づけるならばさらに多くの労働力を確保できることになる。

以前は引退世代と言われていた人々も社会への貢献を続けていくことは、日本に限らず地球規模で進行する高齢化社会において避けて通ることはできない。その際に、高い生産性の労働をいかに続けるか、フレキシブルな労働形態をいかに準備するか、職業能力の開発をいかに行うかなど課題は多い。これをスムーズに進めるために、「高齢者の就労に関する国際共同研究」を進めることがILC連合体の重要な課題となるであろう。

■ 健康への関心

また、現在進められている「健康日本21」「健康フロンティア戦略」を、広範な国民的な健康増進運動として展開することで、国民の意識転換やシステムの整備をはかり、健康寿命をさらに延ばすことを目指すことは重要である。健康で活動的な高齢者がさらに増えていくことによって、はじめて医療や介護そして福祉の必要な高齢者への手厚い支援を行うことが可能となる。すべての高齢者を弱者と見るのではなく、より効果的な資源配分を行うべきであろう。

もとより、健康増進を進めることも世界的な課題である。「健康増進・介護予防に向けた国際健康調査」をILC連合体が中心となって進めていくことも必要である。そのことによって世界各国が国際的かつ明確なエビデンスに基づいて、健康増進のための保健政策を進めるにあたってその基礎を築くものとなるに違いない。

■ 新しい高齢社会のモデル

高齢に対応したあらゆるシステムの変更、重点的な再投資を進めることによって効率的で豊かな社会を維持していくことはできるだろうし、こうすることによって、安心して子どもを産み育てることのできる社会の前提をつくっていくことも可能になる。

世界に先駆けた超高齢社会における安定成長と、高齢者のQOL確保のモデルをつくり上げることは日本の喫緊の課題である。これは日本のそして世界の英知を集めることによって、可能となると信じている。