

# 2006年 ILC Alliance年次合同委員会

## 概況報告

インド(Mumbai / Pune)  
2006年8月26日～29日



国際長寿センター ILC-Japan

## ■ 合同委員会-参加者

Dr. Robert N. Butler (ILC 米国理事長)

Mr. Shigeo Morioka (ILC 日本理事長)

Baroness Sally Greengross (ILC イギリス理事長)

Dr. Rosy Pereyra (ILC ドミニカ共和国理事長)

\* Dr. S.D.Gokhale (ILC インド理事長)

Dr. Monica Ferreira (ILC 南アフリカ理事長)

\* 議長国

欠席: Dr.Francoise Forette (ILC フランス理事長)

Dr.Lia Daichman (ILC アルゼンチン理事長)

## ■ 合同委員会-開催場所

Pune\*の YASHADA (Yashwantrao Chavan Academy of Development Administration) 内研修センター

\* Mumbai の南約 170Km に位置し、「東のオックスフォード」として知られる学術都市。



## ■ スケジュール

### 8月26日(土) Mumbai

#### 11:30 Harmony for Silvers Foundation 訪問・視察

◇ ILC インドのスポンサーである同財団への表敬訪問

◇ 財団経営の会員制有料デイサービスセンター視察

・ Dr. S. Siva Raju (Vice President)

・ Mr. Hiren Mehta (Program coordinator)

・ Mrs. Joyce S. Savel (Administrator)

・ Mrs. Jyoti A. Wadmare (Social worker)

#### 15:00 S. P. Jain Institute of Management & Research でのレクチャー

◇ テーマ:「高齢者の生活と社会保障」

◇ 対象者: ビジネススクールの学生および研究者 (50 名程度)

◇ 講演者: Dr. Robert N. Butler (ILC 米国理事長)

Mr. Shigeo Morioka (ILC 日本理事長) ※巻末掲載

Dr. S. D. Gokhale (ILC インド理事長)

Dr. S. Siva Raju (Vice President, Harmony for Silvers Foundation)

◇ 挨拶: Dr. Nirja Mattoo (Chairperson, DOCC-Center for Development of Corporate Citizenship)

## 8月27日(日) MumbaiからPuneへ移動

17:00 ILC インドおよび CASP (Community Aid & Sponsorship Program) 訪問と  
全理事長に対する TV インタビュー

◇テーマ:「高齢者を支える社会制度と QOL」

19:00 リタイアメントレジデンス視察

◇ILC インドのスポンサーである ATHASHRI Foundation が運営する施設  
(高級有料老人ホーム)の見学

・Mr. S. R. Rairikar (Director, ATHASHRI Foundation)

## 8月28日(月) 合同委員会(1日目)

ILC-India スタッフ紹介

<午前の部>9:00~13:00

◇ILC Alliance 総括事務局設置(Dr. Butler/ILC 米国理事長 提案)の検討  
→総括事務局の設置については挙手による採決で正式に承認された。  
Office は当面 ILC 米国に設置することが同意された。また米国でファンド  
申請を行い、事務局スタッフを雇用する方向で検討。  
現在の加盟 8 カ国は状況に応じた運営費の供出、  
新規加盟国は入会金と年会費の納入、がそれぞれ義務づけられる。

◇ILC のミッション再確認、各国事務局の整備・強化、規約改正  
(Mr. Morioka/ILC 日本理事長 提案)の検討・確認

→基本合意が得られ、規約改正は ILC Alliance 総括事務局の仕事となるこ  
とが決定。またメンバー拡大と総括事務局設置は不即不離であることが確  
認された。

◇新規加盟国問題(中国・イスラエル・オランダ)の検討

→中国は CRCA (China Research Center on Aging) が再申請、イスラエル、  
オランダは ILC Alliance 各国からの質問を取りまとめた後、E-mail での投  
票により 3 ヶ月以内には決定する。

なお、ヨーロッパにおける加盟国の原則(2004 年東京会議決定事項\*)は、  
破棄された旨がイギリスから報告され、全出席者が確認した。

\*①加盟国は 10 ヶ国程度とする、②1つの大陸につき、加盟国は1または2ヶ国とする

◇新規加盟問題(オーストラリア)検討ー対応基本原則の検討・確認

<午後の部> 14:00～16:00

◇各国活動方針報告

インド・南アフリカ・ドミニカ共和国・日本・イギリス・米国

**8月29日(火) 合同委員会(2日目)**

<午前の部> 9:30～13:30

◇オーストラリア加盟問題検討ープレゼンテーション・議論ー

結論:「条件クリア後再申請すること」を文書化し、加盟希望の団体、IRCHAL (International Research Centre for Healthy Ageing and Longevity) に通知する

- ・条件提示文書のたたき台作成後、ILC Alliance 加盟各国の意見調整を経て、IRCHAL に通知する
- ・次回合同委員会までに豪の他団体からの申請があればそれは受領する

◇次回以降開催地検討

2007年: ロンドン

2008年: サントドミンゴ(ドミニカ共和国)

2009年: パリ

<シンポジウム> 16:00 (於: S. M. Joshi Hall)

◇テーマ:「高齢社会における女性の地位と役割」

◇対象者: 研究者、一般市民

◇講演者: ILC 各国理事長(合同委員会出席6ヶ国) ※巻末掲載(日本)

Dr. Indira Jai Prakash (Professor, Bangalore University)

Mr. Sugan Bhatia (President, Indian Association for Continuing Education)

(資料1)

## 高齢者に対する社会保障－日本の場合－

ILC-Japan 理事長 森岡茂夫

8月26日、S. P. Jain Institute of Management & Research



(日本語訳)

皆様こんにちは。Dr. Rajan Saxena、ご紹介いただきありがとうございます。  
 このたび、日本の社会保障制度と高齢者の経済状況に関する「高齢者に対する社会保障－日本の場合－」をお話する機会を与えていただき、たいへん光栄に存じております。  
 ご招待いただきました Dr. Gokhale に感謝申し上げます。

### 1) 日本の社会保障制度の特徴

はじめに日本の社会保障制度の特徴を、簡単にご紹介申し上げます。

日本では、全国民に対して「年金」「医療」「介護」に関する社会保障制度があります。「保険料」と「税」の組み合わせによって財政を賄っております。

さらに年金ならびに医療保険は、サラリーマン(被用者)を対象とする職域保険と自営業者等を対象とするグループ保険の2つに大別されます。この他に、以下の2種類の制度があります。

ひとつは、失業した労働者の生活の安定および再就職を促進する「雇用保険制度」。二つ目は、生活に困窮する全ての国民を保護しその自立を助長する「生活保護」制度です。

**1) Characteristics of the Social Security System in Japan**

- **Social Security systems:**
  - \*Pension
  - \*Health care
  - \*Long-term care
- **Operation of the Systems**  
A combination of premium payments and tax revenues
- **Categories of pension and health care system**
  - \*Salaried persons group
  - \*Self-employed persons

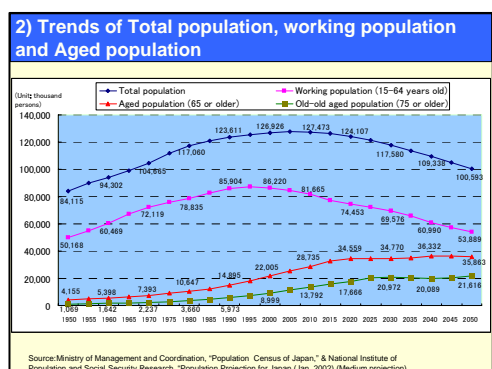
**《Additionally, the following social systems are established》**

- **Unemployment insurance system:**  
To secure stable life and promote reemployment after workers are unemployed
- **Public assistance system:**  
To protect all the nation in need of help to make a living, and to assist their self-help

### 2) 人口と年齢構成の動向

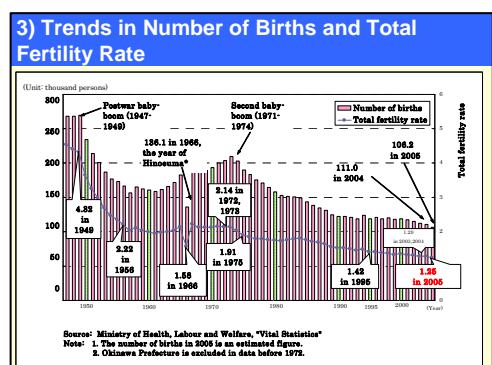
この表は1950年から2050年までの100年間の日本人の人口と年齢構成を示しております。平均寿命は男性79歳、女性は86歳です。

現在の高齢化率は20%ほどですが、今世紀の半ばには国民の35%以上という割合まで高齢化が進む見込みです。急速な高齢化と生産年齢人口の減少によって、日本の社会保障制度はその存続のために改革を進めているところです。



### 3) 出生率の動向

日本の高齢化の背景には、このような急速な少子化があります。出生率は年々減少し、2005年では1.25まで落ち込んでおります。



#### 4) 高齢者の所得

この資料は高齢者の世帯あたりの所得と一人当たりの所得を示しております。

ご覧のように高齢者の世帯あたりの所得は全世帯平均より26000 ドルあまり少なくなっております。しかし、高齢者世帯は子どもが独立して別の世帯を作るなどしているため世帯人員が少なく、一人当たりの所得ではその差が 1000 ドル程度まで狭まります。

高齢者の所得のうち、大部分を占めているのが「年金」であることにご注目下さい。

4) Incomes of Elderly Persons				
Average annual income (2003)				
Per household				Per household member (Average number of household members)
Elderly households	Total income	\$28,000		\$18,000 (1.55 person)
	Earned income	\$5,500 (19.9%)		
	Public and retirement pensions	\$19,000 (67.0%)		
	Income from Property	\$2,100 (7.4%)		
	Social Security provision other than pensions	\$360 (1.3%)		
Total households	Remittance and others	\$1,200 (4.4%)		
	Total income	\$54,000		\$19,000 (2.88 person)

Source: MHLW, "Comprehensive Survey of Living Conditions of People on Health and Welfare," 2003 income for 2002 obtained from the Survey Note:  
 1. 'Elderly Households' include refers to the households comprising only person(s) aged 65+, and those comprising person(s) aged 65+ and unmarried person(s) under 18.  
 2. 'Income from property' refers to the following:  
 a. House and land rent (income from the rental of land or houses owned by any family members in a household (including in-kind payment) - (Necessary expenses)  
 b. Interest and dividends (interest and dividends arising from deposits, bonds and debentures, stocks, and other investments by any family members in a household) - (Necessary expenses) (including interest and dividends subject to separate withholding taxation)

#### 5) 高齢者世帯の貯蓄額

スライドは全世帯平均の貯蓄額と高齢者世帯の貯蓄額を示しています。

ご覧のように全世帯平均が約 15 万 4 千ドルであるのに対し、高齢者世帯での平均は約 22 万ドルとなっております。

したがって、現在の高齢者は所得に貯蓄を加えたうえでの経済状況は平均して良好といえます。

しかし今後の高齢者を考えると懸念される点があります。

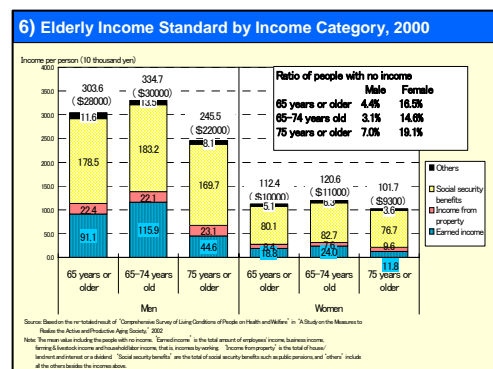
1990 年頃のバブル崩壊後、日本の企業では人員削減が進みました。そして非正規雇用者が多数生まれ、正規雇用者との賃金格差が生じております。これは貯蓄にも影響を与えるものと思われ、将来の高齢者間に大きな経済格差を生むものと思われ。

5) Savings in Households with Householders Aged 65 or older	
	average savings (2003)
Elderly households	\$ 220,000
Total households	\$ 154,000

#### 6) 男女年齢別の高齢者平均収入 (2000 年)

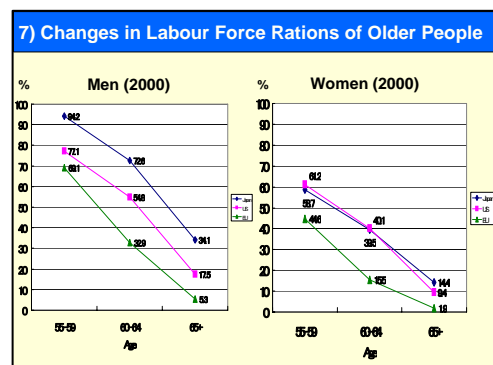
ご覧のように、男女間には歴然とした差がございます。

これは女性たちの就労率が、過去においても現在においても男性と比較して低いことが原因です。就労の機会が少ない環境にあったことが、社会保障給付金や稼働所得に影響を与えているのです。



#### 7) 高齢者の就労意欲

このグラフでは日本、米国、EU が比較されておりますが、ご覧のとおり日本は、国際的にも高齢者の就労意欲の高い国だといえます。





## 8) 公的年金制度

まず公的年金制度です。年金は先ほど説明いたしましたように、高齢者の所得のうち大部分を占めております。

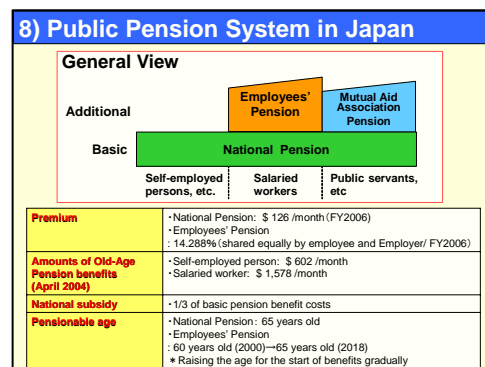
日本の方式はイギリスと近く、いわゆる「2階建て方式」となっています。

まず全ての国民が対象の基礎年金として「国民年金」があります。この上に付加されるかたちで、公務員が加入している「共済年金」、民間企業の勤労者が加入している「厚生年金」がございます。

保険料、支給額、国庫負担の割合、支給開始年齢は表のとおりです。

この年金制度を持続可能で安心できるものとするためには、年金給付と保険料負担の長期的なバランスをとることが重要です。少子高齢化が進む日本では保険料負担の支え手の減少が予想されることから、2004年に制度改革が行われ、今後、上限を定めたとうえで、保険料率は2017年まで毎年少しずつ引上げられることとなりました。

※2017年までに毎年0.354%(労使折半)ずつ引き上げられ、2017年度には年収の18.30%(労使折半)まで引き上げられる



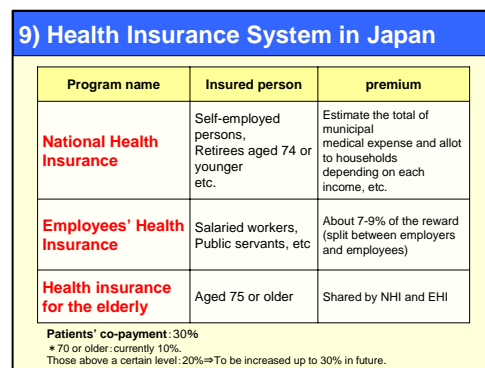
## 9) 医療保険制度

医療保険制度は、大きく国民健康保険と職種によって複雑に分類される被用者保険からなっています。75歳以上になると老人保健が適用されます

拠出金と患者自己負担はスライドに示されたとおりです。

高齢者の医療費は、国民健康保険および被用者保険からの拠出金、公費、そして患者自身の一部負担によって賄われています。

同時に、新設の「後期高齢者医療制度」によって75歳以上の人も保険料を支払うことになりました。



## 10) 介護保険制度

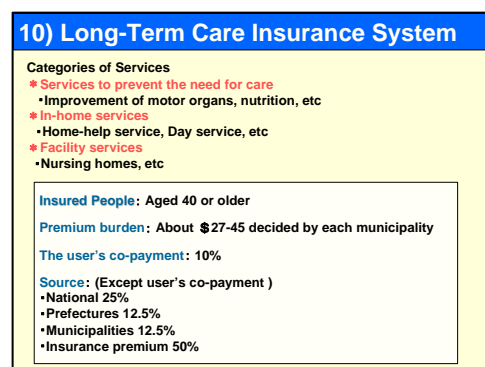
介護保険制度とは、少子高齢化が進む中で家族だけでは支えきれない「介護を必要とする高齢者」を、社会全体で支える仕組みです。2000年4月から施行されました。

スライドをご覧のように、サービスには「介護予防サービス」、「在宅向けサービス」、「施設サービス」があります。

「介護予防サービス」は昨年行われた制度改革によって新たに加わりました。

財源は40歳以上の国民から徴収される保険料と公費です。

給付は10%を「利用者負担」、90%を保険料と公費で賄っております。



### 11) 日本における課題

今までお話ししてきたように、わが国では急速な少子高齢化の結果、逆ピラミッド型の人口構成となり、生産労働人口の減少も急速に進んでおります。このため、労働力確保に向けた努力が必要です。


また国の財政面について申しますと、政府の長期債務残高が非常に大きく、すでに約 7,520 億ドルにも及んでおります。これは、長期にわたる景気低迷や減税実施などによって歳入が低調に推移したうえ、度重なる景気対策費用や高齢化に伴う社会保障関係支出の増大などによって、歳出が増加を続けたためです。

私はこの2つの問題が、日本の経済成長に関する最も基本的で最も重要なポイントであると考えております。

以上のように、生産労働人口の減少を補うため、出生率の上昇、女性の社会参加促進、そして健康長寿の増進により高齢者の就業を高めること、さらには技術革新による生産の向上といった複合的な取組みから、日本の経済成長が継続していくことを私は期待しております。

現在の日本の高齢者にとって、社会保障制度は非常に重要なものとなっております。したがってこの制度が今後も持続していくように、我々はあらゆる努力していかなければならないと思っております。

ご清聴ありがとうございました。

11) Problems in Japan
<ul style="list-style-type: none"><li>* Decrease in working population due to an inverted pyramid population structure.</li><li>* National long-term financial balance = About \$ 752 billion</li></ul>




(資料2)

## 高齢社会における女性の地位と役割

ILC-Japan 理事長 森岡茂夫

8月29日、合同委員会シンポジウム

於：S. M. Joshi Hall, Pune



(日本語訳)

日本の「高齢社会における女性の地位と役割」に就いてお話をする機会を与えていただき、たいへん光栄に存じます。

さて、日本は第二次世界大戦の敗戦を境に政治、経済、産業、社会、教育、農業などのそれぞれの分野で大きな変化がありました。そして女性の地位や役割も劇的に変化いたしました。

戦後は自由・民主主義のもとで男女共学になり、女性の社会進出も進みました。とりわけ1986年に「男女雇用機会均等法」が施行され、社会進出がさらに促進されています。

他方、未婚率の上昇、晩婚化、少子化にも拍車がかかっています。結婚や出産・育児を望まない女性たちの台頭が、新たな課題となっています。

### <図表1>

	女性	男性
平均寿命	86歳	79歳
100歳以上人口と構成比	21,775人(85.2%)	3,779人(14.8%)

World Health Report (WHO2006年)

WHO データによると日本人の平均寿命は WHO 加盟国 192 カ国中、2006 年で男性が 79 歳、女性が 86 歳とともに世界一です。

性別で7歳ほどの開きがあり女性の方が長寿で世界的な傾向です。100歳以上の長寿の方は2005年データで約2万5千人ですがこのうち85%は女性です。

### <図表2>

	2005年(※1)	2050年予測(※2)
高齢化率	20.04%	35.7%
生産年齢人口(15-64歳)	84,590千人	53,889千人

(※1:総務省統計局 2005年、※2:国立社会保障・人口問題研究所(2002年推計))

また、高齢化率は現在ほぼ20%ですが2050年には35%を超えると予想されています。

一方、特殊出生率は1.25まで下がっていますので、労働生産人口の減少は避けられません。2005年には84,590千人でしたが、2050年には53,889千人まで35%も減っていくと予想されています。政府の少子化対策と若年層の意識の変化により出生率は徐々に回復するよう願っています。

したがって労働生産人口の減少に直面している日本社会にとって重要なことは男性も女性も年齢に制限なく就労や社会参加出来る社会にして行く事だと思われます。

<図表3>

職業	女性の比率
国会議員(衆議院)	7.1%(2003年)
国会議員(参議院)	14.6%(2003年)
裁判官	13.7%(2005年)
弁護士	12.5%(2005年)
検察官	9.5%(2005年)
管理的職業従事者	9.7%(2003年)

(法務省資料など)

女性の社会参加は進んできましたが、行政・立法・司法あるいは企業の経営者や管理職の数では、まだまだ男性とは比べ物にならない数字です。

しかし、市長や知事など地方自治体のトップとして、特色ある政策を打ち出した女性が活躍する機会が増えています。

また、民間企業でも新しい発想での事業展開を行う時などに、女性を管理職や CEO などに抜擢することが行われることもあります。

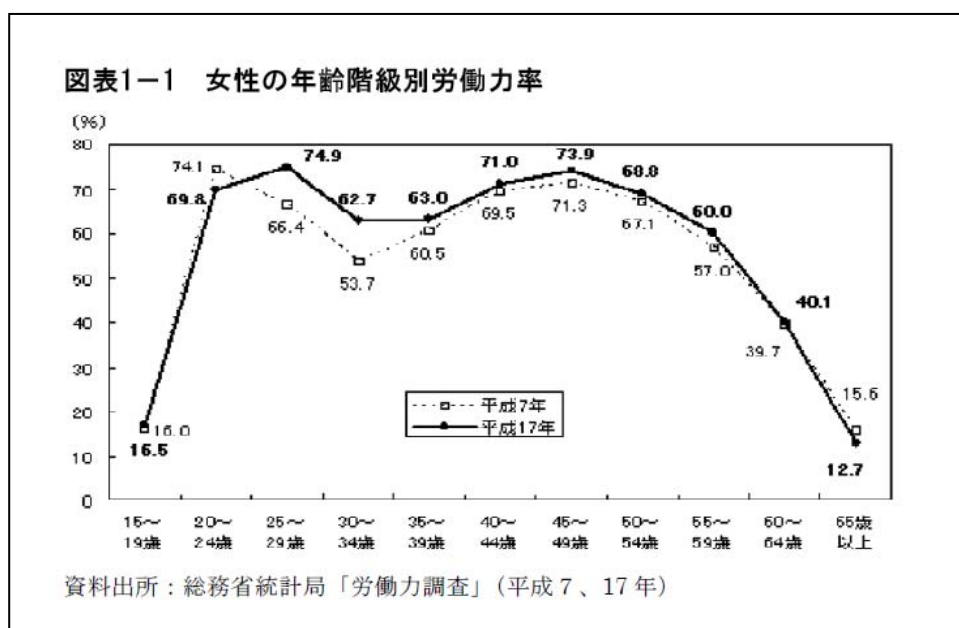
<図表4>

女性雇用者の推移	1975年	2005年
女性雇用者数	1,167万人	2,229万人
雇用者総数に占める女性の割合	32.0%	41.3%

働く女性の実情(厚生労働省 2005年)

また、女性の就労状況ですが、雇用者および雇用者総数に占める女性の割合はともに大きく伸びています。

<図表5>



ただ、問題なのは雇用者数の年齢別状態では、子育て期の 20 代後半から 30 代になると仕事を中断する傾向がみられることです。

政府は働く女性が安心して子どもを生み、育てられるように 2003 年に次世代育成支援対策推進法を成立させ、雇用主に対し出産と育児を積極的に支援するようにその計画を行政に提出を義務付けることに致しました。

<図表6>

	女性	男性
非正規雇用者比率(パート、アルバイト、派遣、契約等の比率)・・・ 全年齢、2006 年	50.6%	16.7%

労働力調査(総務省統計局 2006 年)

さらに女性の経済生活にとって、大きな問題は、女性の場合はパート・アルバイト・派遣社員・契約社員などの非正規雇用者である割合が高いことです。

男性の非正規社員比率は 16.7%ですが、女性の場合は 50.6%で、半分の人は非正規雇用者です。又非正規雇用者の平均年収は正規雇用者の 1/2以下と云われています。

<図表7>

性、年齢階級別賃金(2005 年) 単位:US\$			
年齢	女性	男性に対する比率	男性
18～19	1,400	92.2%	1,520
20～24	1,680	93.8%	1,790
25～29	1,910	88.0%	2,180
30～34	2,090	80.2%	2,610
35～39	2,240	71.6%	3,120
40～44	2,230	62.5%	3,570
45～49	2,190	57.8%	3,780
50～54	2,090	55.1%	3,800
55～59	2,050	56.4%	3,640
60～64	1,790	67.4%	2,650
計	2,020	65.9%	3,070
平均年齢(歳)	38.7		41.6
勤続年数(年)	8.7		13.4

(注)年齢階級区分の計の数値には、上掲の年齢階級のほか、18 歳未満及び 65 歳以上の者を含む。以下同じ。

(厚生労働省 2005 年)

従って、女性の賃金水準は男性よりもまだかなり低いのが実情です。  
 これは、高度な専門的知識を生かした職業に女性の割合が低いこと、結婚・出産を機にいったん仕事を辞める場合が多いことなどによります。  
 さらに、まだ男女の賃金格差が存在すること、雇用が非正規なものである場合が多いことなども挙げられます。

<図表8>

健康フロンティア計画	
10年間(2005-2014)で健康寿命を2年程度のばす	
病気と死亡を減らす生活習慣病対策	がん… 5年生存率を20%改善
	心疾患… 死亡率を25%改善
	脳卒中… 死亡率を25%改善
	糖尿病… 発生率を20%改善
介護が必要になることを防ぐ介護予防	現在「7人に1人」を「10人に1人」へ

(厚生労働省)

平均寿命も重要ですが、さらに重要なのは健康寿命です。  
 2002年のデータによると男性72.3歳、女性77.7歳で、これも世界一です。

現在政府主導で「健康フロンティア計画」を総合的に進めています。これは、2005年から2014年の10年間に健康寿命を2年程度延ばそうという計画です。  
 生活習慣病対策によって癌の5年生存率を20%改善、心疾患の死亡率を25%改善、脳卒中の死亡率を25%改善、糖尿病発生率を20%改善しようというものです。  
 また同時に、現在長期介護が必要な高齢者は7人に1人ですが、これを10人に1人にしていくために「介護予防プログラム」を用意していくという計画も含まれています。

2000年からスタートした介護保険は2005年に大きな制度改革が行われました。  
 改正によって運動習慣をつけるためのトレーニング、栄養バランスの取れた食生活を送るための食習慣指導などの「介護予防サービス」の充実が図られました。

<図表9>

介護に携わっている人	女性	男性	
介護保険サービス受給者	71.3%	28.7%	
介護サービス事業所従業員	81.6%	15.6%	無回答 2.8%
家族介護者	74.9%	25.1%	

介護給付費実態調査(厚生労働省 2004年)  
 事業所における介護労働実態調査(介護労働安定センター2004年)  
 国民生活基礎調査(厚生労働省 2004年)

また介護保険は、日本国民の40歳以上が全員加入している皆保険制度で、サービス受給対象者は主に65歳以上の高齢者です。介護保険制度の主役は女性です。即ちサービスの受給者は、女

性が約 71%、男性は約 29%です。

介護サービス事業所従事者の割合は男性が約 16%、女性が 82%、無回答約 2%となっています。

<図表10>

<主な疾病の総患者数>	総数	女	男
結 核	47	20	27
ウイルス肝炎	412	201	211
悪性新生物	1,280	605	674
糖 尿 病	2,284	1,076	1,208
血管性及び詳細不明の痴呆	138	100	38
精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害	734	375	360
パーキンソン病	141	81	59
アルツハイマー病	89	61	28
白 内 障	1,292	908	384
中 耳 炎	203	106	98
高血圧性疾患	6,985	4,202	2,791
虚血性心疾患	911	433	481
脳血管疾患	1,374	703	671
喘 息	1,069	511	558
歯及び歯の支持組織の疾患	4, 870	2,803	2,068
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍	782	330	452
肝 疾 患	350	150	200
アトピー性皮膚炎	279	126	153
慢性関節リウマチ	321	258	63
前立腺肥大(症)	398	-	398

患者調査の概況(厚生労働省 2002 年)

これは、主な疾病の男女別患者数を表しています。

<図表11>

1 世帯あたりの世帯人員数	
1970 年	3.41 人
1985 年	3.14 人
2000 年	2.67 人

国勢調査報告(総務省統計局)

日本の家庭の構成の変化について述べますと、急速に高齢者と子どもを含めた世帯の構成員の数が減っています。

核家族化が進行し、また単独世帯が増えています。1970 年には 1 世帯あたりの人数は 3.41 人でしたが、2000 年には 2.67 人まで減っています。

<図表12>

高齢者世帯数の推移		単位:千		
	単独世帯 (女性)	単独世帯 (男性)	夫婦のみの 世帯	(参考) 全世帯数
1986年	1,035	246	1,001	37,544
2005年	3,059	1,010	4,071	47,043

国民生活基礎調査(厚生労働省)

高齢者の世帯では、夫婦のみの世帯や単独世帯が大きく増え、特に女性の単独世帯が増え、1986年に1,035千であったものが2005年には3,059千世帯にまでなっています。

<図表13>

高齢者世帯の年間所得の分布			単位:US\$
単独女性世帯	単独男性世帯	単独世帯、2人以上世帯計	
16,330	23,090	18,190	

高齢社会白書(厚生労働省 2004年)

高齢女性の単独世帯は、収入は男性のそれに比べ少ない層となっており、日本の貧困層の相当な部分を占めています。

公的な支援も行われ、地域での支え合いも行われていますが、まだ十分とはいえません。

単独女性世帯では、単独男性世帯に比べると70%ほどの収入となっています。

<図表14>

未婚率の推移		
	女性(25-29歳)	男性(30-34歳)
1970年	18.1%	11.7%
1985年	30.6%	28.1%
2000年	54.0%	42.9%

国勢調査報告(総務省統計局)

一方、男性女性を問わず晩婚化が進んでいます。

女性の場合は、1970年に25歳から29歳までの人の未婚率は18.1%でしたが、2000年には54.0%となっています。

この理由としては、以下のようなことがあげられています。

- 1)若い女性の就労による経済的安定による独身生活の気安さ
- 2)10年に渉る不況の影響で、安定していない職業の若い男性が増えたこと
- 3)安心して子どもを生き育てられる経済的インセンティブの不足
- 4)フレキシブルな労働条件や保育所の整備などが遅れていること



&lt;図表15&gt;

雇用者世帯の共働き世帯数の推移		
単位: 万世帯		
	雇用者の共働き世帯	男性雇用者と無職の妻からなる世帯
1980年	614(35.5%)	1,114(64.5%)
2000年	942(50.7%)	916(49.3%)
2005年	988(53.4%)	863(46.6%)

労働力調査(総務省統計局)

1980年では共働き世帯は約35%でしたが、2005年の統計では50%をこえています。これはすべての年代の雇用者についての統計ですから、若い人の世帯層に限ると共働きは当然のこととなっています。

## &lt;結び&gt;

私は日本の女性に対して以下のことを期待しております。

特に若い女性には、スリム願望は食事のバランスと運動で果たすこと、そして自己の能力開発に努めると同時に、家庭を持つことの意義を再確認していただきたい。

また母親である女性に対しては家庭でのしつけ、教育の主導者の役割を認識し子女を心身ともに健全に育てること。

女性全体に対しては生活習慣病(癌、心疾患、脳卒中、糖尿病など)の予防と介護が必要になることを防ぐ「介護予防」に努めること。

また、国、社会、企業に期待することは以下の点です。

- 1) 国、社会、企業は女性の就労機会を更に増やし、非正規雇用者の所得を上げ、正規雇用者化に努める。
- 2) 国、社会、企業は結婚、出産、育児がしやすい制度、環境を整える。
- 3) 国、社会、企業は女性の社会進出の機会を増やす。
- 4) 所得の男女格差を縮小する。

以上ですが、最も重要なことは女性自身の自覚、努力であると思います。

長い間ご清聴をありがとうございました。



2006 年 ILC Alliance 年次合同委員会 概況報告  
2006 年 9 月  
国際長寿センター

禁無断転載