

ILC Global Alliance

URL: <http://www.ilc-alliance.org>

ILCグローバル・アライアンスは、
プロダクティブ・エイジングの理念のもと、
豊かな高齢社会の実現を目指して、
国際的、学際的な活動を行う組織です。

私たちは、
すべての人に人種と尊厳が保障される社会、長生きを喜び、
プロダクティブで生きがいのある人生を全うできる社会の確立を目指します。

*

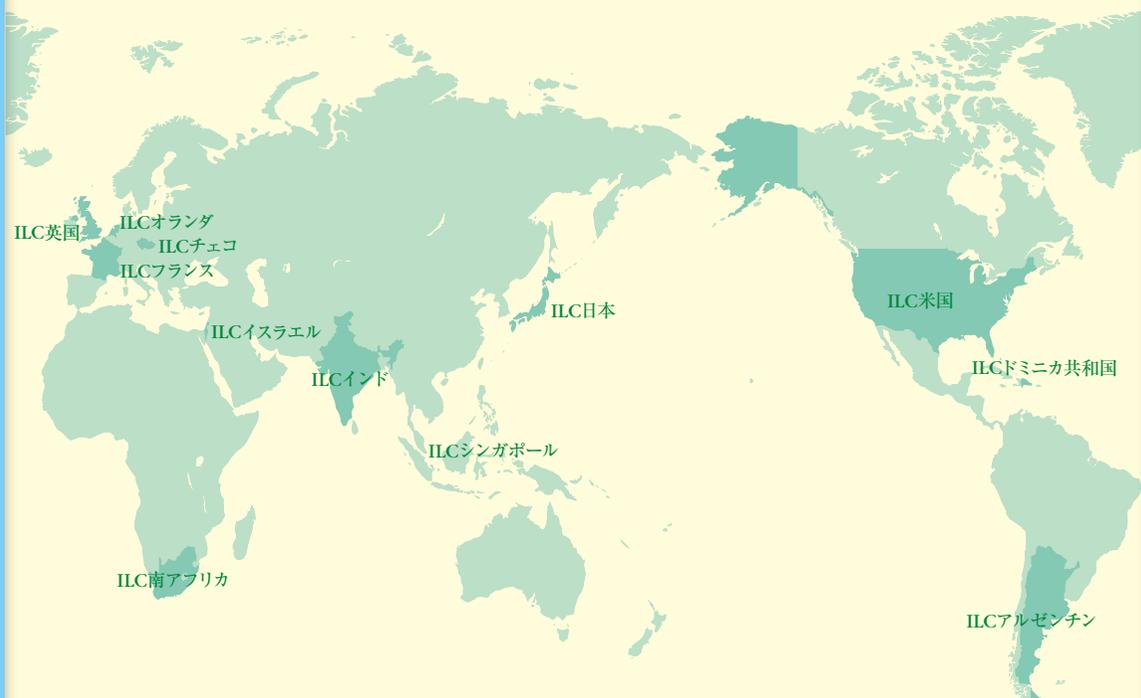
元気な高齢者には社会参加の機会を保障し、
積極的に家族や社会と関わることの重要性を啓発し広報します。

*

良質な医療と介護が平等に提供されることを、
高齢者のニーズと権利を代表して主張します。

*

全年齢を通じて、健康で活動的な生活を送るためにはどのようなことが必要か、
教育・研究・政策提言を通じて明らかにします。



Global Aging Report

United States of America

Japan

France

United Kingdom

Dominican Republic

India

South Africa

Argentina

The Netherlands

Israel



The International Longevity Center
Global Alliance

Global Aging Report

CONTENTS

Reports from ILC ● 5

ILC-USA ● 6

ILC-Japan ● 12

ILC-France ● 18

ILC-UK ● 26

ILC-Dominican Republic ● 36

ILC-India ● 40

ILC-South Africa ● 44

ILC-Argentina ● 50

ILC-Netherlands ● 56

ILC-Israel ● 62

DATA ● 69

ILC グローバル・アライアンスは、米国、日本、フランス、英国、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国の 12 センターからなる連合体である。

1990 年にまず米国と日本からスタートしたこの連合体は、社会における人口高齢化と個人の長寿化の結果もたらされる課題についてより深く理解することと、それに伴う問題解決に向けて一致した取り組みを行っており、各国の連携によって多くの共同プロジェクトを遂行してきた。

本報告書もその一環として、グローバル・アライアンス 10 センターの連携によりつくられ、各国の人口高齢化の現状と課題を紹介するものである。

高齢化に起因する経済、社会、文化、保健・医療、および個人の諸問題に対応するためには、あらゆる分野の学識と、政策、行政、市民社会、そして個人の努力とそれぞれの協力が必要であることはいまでもなく、また国々は互いに学び合い、政策を比較検討し合い、科学・学術活動で協力し合うことが求められる。

国家の主権は個々の国の発展に欠くべからざるものであり、国がその主権を放棄することは難しいと考えられてきたが、ヨーロッパ諸国はゆっくりとその方向に進んでいると言える。

人権は言うまでもなく、気候変動やエネルギー源、大気質や水質など様々な問題を解決するために、その国の主権を犠牲にせずに世界的規模の条約や協定に参加することは可能だろうか。一方で国の主権、他方で国際主権という二つの主権の間の巧妙なバランスが必要となってこよう。

ゲノミクス、再生医療、そして老化の基礎生物学研究がもたらす未知の医学革新などにより、21 世紀には平均寿命がさらに延びる可能性が十分にある。

ウィーン（1982 年）およびマドリッド（2002 年）の国連高齢者問題世界会議で掲げられた提言の実現に向けて、私たちは国を超えて努力し続ける必要がある。

医学、特に老年学分野の専門家は、保健と医学教育の基礎を築き上げることに貢献しなければならないし、疫学専門家は増大する知識を社会と共有しなければならない。

政治や政策に携わる者は、人口高齢化という地球規模の問題に、効果的に取り組むための戦略を打ち立てなければならない。

ILC グローバル・アライアンスを構成する 12 ヶ国は、①これらの課題については効果的に対処できる、②各国は高齢化に経済的に対応できる、③高齢者は経済停滞の原因となるどころか国家の富に貢献する、④世代間の軋轢は回避可能であり、長老支配は起こらない、と確信している。

しかし、取り組みを遅らせる余裕はない。

悲観論、シニシズム、懐疑主義を敬遠するとともに、私たちは先進国がかつては非常に貧しかったことを心に留めておく必要がある。人道的な理由や国際経済の発展という目標から行動するのではなく、発展途上国の出来事が私たちの健康および経済的安定、国家の安全に良かれ悪しかれ深遠な影響を与えうること、それがまさに私たちの問題であるという点に着眼する必要がある。

理想主義がおそらく私たちに残された唯一の現実的道であろう。そしてよく言われるように、「危機はチャンスの手がかりとなりうる」のである。

まずお互いを知ることから始めよう！

そしてともに豊かな社会と個人の長寿を祝える日を迎えよう！

ロバート・N・バトラー

森岡茂夫

ILC グローバル・アライアンス共同議長

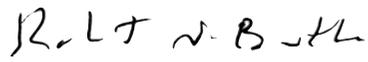
私たちは本書の刊行を通じて、世界の様々な国に暮らす高齢者の実態と課題、そしてその克服に向けた取り組みを伝えたいと考えている。

世界の様々な地域に暮らす高齢者を取り巻く状況は実に多様である。寿命を延ばすことが最大の課題の地域もあるし、貧困と戦う地域もある。長くなった寿命で社会とどのように関われるかに心を砕く人もいるし、世代間の諍いに心を痛める人もいる。

各国の高齢者の姿と、彼らを取り巻く環境を正確に認識することで、お互いへの理解がより深まるだろう。

そして相互の連帯や支援の可能性が生まれることを願って、ILCグローバル・アライアンスは、これからもそのための活動の先頭に立ってゆく。

Robert N. Buttlar, M.D.
ILC 米国



R.A. Mashelkar, Ph.D.
ILC インド



Shigeo Morioka
ILC 日本



Monica Ferreira, D. Phil
ILC 南アフリカ



Françoise Forette, M.D.
ILC フランス



Lia Susana Daichman, Ph.D.
ILC アルゼンチン



Broness Sally Greengross
ILC 英国



Jacques Schraven
ILC オランダ



Rosy Pereyra, M.D.
ILC ドミニカ共和国



Sara Carmel, Ph.D.
ILC イスラエル



ILC-USA

ILC-Japan

ILC-France

ILC-UK

ILC-Dominican
Republic

ILC-India

ILC-South Africa

ILC-Argentina

ILC-Netherlands

ILC-Israel

Reports from ILC

- 高齢化の状況
- 今後の研究・研修・政策上の課題
- 問題解決のための行動計画

ILC-USA

(1990年設立)



代表者

Robert N. Butler, M.D.

マウントサイナイ・メディカルセンター老年医学部教授
国立老化研究所(NIA) 初代所長

〈基本データ〉

面積：962.8万km² *1

人口：317,641千人(2010) *2

高齢化率：13.0% (2010) *2

合計特殊出生率：2.09 (2005～2010) *2

平均寿命／男：76.9歳(2005～2010) *2

平均寿命／女：81.4歳(2005～2010) *2

1人当たりGDP：45,230US\$ (2008) *3

経済成長率：1.5% (2010) *4

物価上昇率：1.7% (2010) *4

失業率：5.8% (2008) *5

60～64歳労働力率：54.1% (2008) *5

65～69歳労働力率：30.7% (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

- 現在全人口の12.7%が65歳以上であり、平均寿命は77歳である。ただし、人種による差があり、黒人の寿命は73.3歳で、白人の寿命よりも5年短く、黒人男性の寿命は69.8歳にとどまる。
- 出生率は1980年代にやや減少したが、過去15年間、ほぼ人口置換水準で推移している。
- 2004年時の0歳児の平均寿命は77.9歳。世界第42位であり、20年前の11位から後退している。
- 他の先進国に比べて、1歳の誕生日を迎える前に死亡する乳児の割合が比較的高く、乳児死亡率は1,000出産当たり6.8であり、黒人では13.7である。

米国の平均寿命が他の先進国に遅れをとっている理由として、以下の要因が挙げられる。

- 肥満率の高さ
- 人種間格差
- 乳児死亡率の相対的高さ

2 高齢化の主な傾向と課題

■ 保健医療

- 米国の成人は世界でも肥満率が特に高い。統計では20歳以上の成人のほぼ3人に1人が肥満である。
- 4,500万人の国民が無保険であるが、貧困者向けには各州が運営するメディケイド、高齢者向けには連邦政府が運営するメディケアを通して、限定的な医療を提供している。1965年に創設されたメディケアは患者が病気になったときの治療に重点を置くもので、予防や調整にはほとんど重点が置かれていない。
- 年齢や就労状況にかかわらず、独身の方が無保険の確率が高い。
- 民間保険の被保険者と比較して、継続的に無保険状態にある人は一般的に健康が悪化する可能性が63%高く、障害等により日常生活動作が困難になる確率が23%高い。
- 所得および教育の水準が最も低い層では、糖尿病、高血圧、心臓病、心臓発作、脳卒中、慢性肺疾患の症例数が最も多い。
- 所得および教育の水準が最も高い層では、疾患の罹患率が最も低い。この傾向が該当しない唯一の疾患はガンである。

●医療保険の経費負担が、わずかではあるが退職を思いとどまらせる要因となっている。

■介護

現在深刻な介護の危機にあり、状況は悪化している。約140万人の高齢者がナーシングホームに入居しており、600万人近くが自宅で介護を受けている。

必要な援助をまったく受けていない高齢者も多く、介護の需要と供給の格差が広がり続けている。米国のベビーブーマー世代（1945年から1964年にかけて誕生した世代で約7,280万人）が高齢化するにつれて、状況は悪化の一途をたどることになる。

各種の研究によれば、週に平均2時間以上親の介護をする女性は、女性全般に比べて労働時間が43%少なくなっている。親の介護をする53～63歳の女性は、有償労働の時間を約70%削っている。中年者が老親のインフォーマルな介護とフルタイムの仕事とを両立させることは難しいという分析結果が出ている。

■年金／経済的状況（就労）

2002年現在、70歳を過ぎても経済活動を続ける高齢者の30%が、専門職か経営職に就いている。事務職および営業職の割合はこれよりわずかに低く、70歳以上のすべての仕事の27%であった。50歳以上の就業者を見た場合、高齢になるほど柔軟な就労形態をとる者が増え、自営業者の割合が増える。

退職者の所得源は、企業年金、国による社会保障給付（ソーシャルセキュリティ）、個人貯蓄の三つである。

伝統的な確定給付型の年金は、従業員が自己の責任で退職基金を設立し運用する確定拠出型の年金にとって代わられている。

確定給付年金は、雇用主が特定の年金額を定義し、従業員に保障するもので、長年にわたり大企業の主な年金制度であった。給付額は各従業員の給与と勤務年数を基に一定の算定式から算出される。確定給付年金制度では、従業員は約束された特定の給付を受ける資格がある。この制度を採用する雇用主は約束した給付を賄うのに必要な資金を取り分けるほか、雇用主が給付債務を果たせなくなった場合に給付を支払う保険基金にも掛け金を支払うことが義務付けられている。

米国で中核的な制度になりつつある確定拠出年金は、これとは運営方法がかなり異なる。確定拠出型では、従業員がしばしば雇用主の援助を受けながら、定期的に特定額を積み立てる。退職時の従業員の勘定残高は、その基金にどれだけを積み立て、また運用によりどれだけ増えたかによって決まる。このため、確定拠出制度では運用成績が悪いと従業員がリスクを負う。勘定残高から全額を一括して受け取ることも、それを原資として年金の支払いを受けることもできる。

確定給付年金（通常、退職奨励策があり、生涯給付で、年金運用リスクが少ない）の就業者は、401kなどの確定拠出型制度の就業者よりも平均1.3年早く退職している。

65歳では、男女ともに就業率が50歳代に比べて半分近くに減る。しかし、65歳に

なってもフルタイムで働き続けると思うと答える50歳代半ばの回答者の割合が増えている。退職の理由には様々なものがあり、2000～2002年では、3分の1が「家族の時間を増やすため」、4分の1が「他のことをしたい」を理由に挙げている。55～59歳の年齢層では、35%が健康の問題を退職の理由に挙げている。62歳の早期退職年齢以前に仕事を辞めた男女では、喫煙と運動不足のライフスタイルが就労における障害の発生数や死亡件数に与える影響が大きい。55歳以上の就業者で最も一般的な健康問題は、関節炎と高血圧である。

社会保障給付は政府が運営する年金制度であり、すべてのアメリカ人高齢者を対象に必要な最低限のセイフティーネットとしての年金を提供している。

■高齢女性の状況

貧しい高齢者の70%を占めるのは女性である。寡婦年数が長くなるほど貧困率が大きく高まり、寡婦年数が20年になると22%上昇する。男性に比べて女性の方が以下のような要因から退職所得の蓄えが枯渇する可能性が高い。

- 男性よりも女性の方が無償の介護や育児などのケア提供役を担うために離職する確率が高い。
- 男性より女性の方が依然として賃金が安いいため、老後のための貯蓄も少ない。
- 女性の方が男性よりも長生きをする。
- 多くの年金は夫が死亡すると減額または消滅する。
- 離婚した女性は少なくとも10年間結婚していたのでなければ、元夫の社会保障給付の受給資格を得ることができない。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

米国では毎日、12,000人のベビーブーマーが62歳の誕生日を迎えており、新しい世代のアメリカ人高齢者が生まれつつある。平均寿命が1歳延びるたび、米国はその準備にますます遅れをとっている。企業は労働者の高齢化を注視している。政策立案者は経済的援助や医療援助の制度をなんとか守ろうと苦労している。科学者は加齢に伴う疾患の治療法を模索している。米国が対処すべき重要課題は以下の通りである。

■年齢差別

エイジズムは人間社会で最も一般的な偏見の一つであり、特に米国ではなはだしい。人種差別や性差別に比べて年齢差別はあまり認識されていないが、有害な偏見であり、メディアによる差別的なステレオタイプ化から身体的・経済的虐待、職場での不公平な待遇、適切な医療やサービスの拒否など、数多くの差別が見られる。

■医療改革

高齢者医療の基本構造が40年間変わっていない。予防的な医療制度ではなく事後対応型の医療保険制度のままで、その重点は急性の入院医療と外来医療に置かれている。メディケアが設立された1965年には、老年医学と老年学の分野がまだ米国で十分に確立されていなかったために、高齢者ケアの専門家も、また高齢者自身もメディケアを検討する席に招かれなかった。そのため、高齢者の健康問題の複雑さと医師の側からは複雑な問題を抱える高齢患者の診療に余分に時間がかかることなど、高齢患者特有の課題やニーズについて、十分に主張し検討することができなかった。

■老年医学研修

米国の医学生は向こう10年間に待合室や病院で大半を占めるようになる高齢患者に対応する準備ができていない。国内の125の医科大学のうち、老年医学のコースが必修となっているのは11校に過ぎず、老年医学部を開設しているのは5校に過ぎない。

■介護

危機的状況にあり、状況はさらに悪化している。必要な援助を全く受けられない高齢者の存在に加え、十分に訓練された専門介護者の不足と、家族介護者に対する組織的なサポートの欠如が大きな問題である。

■長寿研究

老化の基礎生物学に着目する研究に投資するならば、高齢者における障害発生率を減らし、医療費の一部を回避できるかもしれない。National Institute of Health（国立衛生研究所）の2006年予算は280億ドルであったが、加齢によってどうして高額な医療費がかかるような疾患や障害が発生するのかを追求する研究には、その0.1%未満しか投入されていない。

第3章

課題解決のための行動計画

ILC米国は、米国の高齢者が直面する極めて重要な課題の解決に尽力しており、以下のような提言と今後の行動計画を検討している。

■年齢差別

地方、州、連邦レベルで年齢差別から国民を保護する法律を制定する必要がある。そのためには、米国民を性差別や人種差別から保護する公民権法の差別規定に「年齢」を盛り込む必要がある。

■医療改革

事後対応的ではなく予防的な医療の開発に尽力しなければならない。人口高齢化が進

むにつれて、制度は健康増進、病気の予防、慢性疾患の治療に重点を置く必要がある。治療重視のメディケアから予防を重視する制度への転換が求められる。年を重ねても人々が健康で生産的でいられることに重点を置く新しい制度にむけて、我々が有する高齢者医療についての様々な知識を盛り込んでいく必要がある。

■老年医学研修

高齢者の健康と Well-being を向上させるためには、老年医学の専門家を1,440人以上養成し、国内の医科大学がその教授陣に少なくとも10名の老年医学者を雇用できるようにしなければならない。医療制度が高齢人口をケアするに足るものとなるよう向上するための基礎知識と指導力を確保するために、民間の支援のほかに、連邦政府による Geriatric Career Award（老年医学専門職）養成が継続的に支持される必要がある。

■介護

介護サービスの需要と供給の格差拡大に対処するため、官民共同で増大する介護の危機の解決に努める必要がある。ILC米国では、①認知症や心不全、その他の症状についての特別講座を含む、介護職と家族介護者のためのカリキュラムを開発すること、②介護職の国家認定プログラムと教育課程認定プログラムの創設に取り組むこと、③介護の人材を確保し、維持するための昇進体系を確立すること、④介護職の全国協会を結成すること、を提言している。

■長寿研究

新しい研究パラダイムを採択し、エイジングと長寿の基礎生物学に新しく巨額の研究資金を投入して、特定の疾病別予算を補完する必要がある。議会は年間30億ドル——現行メディケア予算（3,090億ドル）の約1%——をこの取り組みに充てるべきである。連邦政府はこれを可能とするための組織と知的インフラを整備する必要がある。



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。

ILC-France

(1996年設立)



代表者

Françoise Forette, M.D.

パリ市議会議員
精神科医・Broca病院理事長

〈基本データ〉

面積：54.4万km² *1

人口：62,637千人〈2010〉*2

高齢化率：17.0%〈2010〉*2

合計特殊出生率：1.89〈2005～2010〉*2

平均寿命／男：77.6歳〈2005～2010〉*2

平均寿命／女：84.7歳〈2005～2010〉*2

1人当たりGDP：44,675US\$〈2008〉*3

経済成長率：0.9%〈2010〉*4

物価上昇率：1.1%〈2010〉*4

失業率：7.4%〈2008〉*5

60～64歳労働力率：4.2%〈2008〉*5

65～69歳労働力率：1.3%〈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

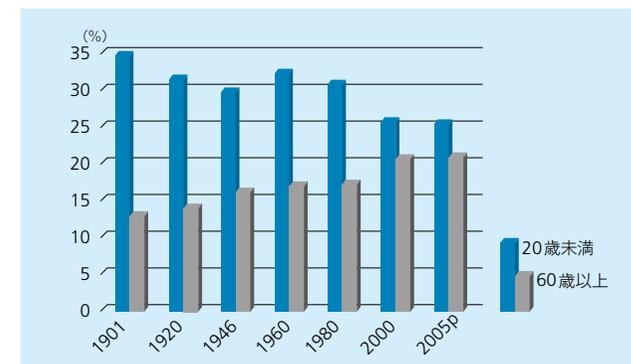
第1章

高齢化の状況

1 高齢化の概要

2007年の人口推計は6,340万である。他の国々と同様に、フランスでも人口の高齢化が進んでおり、2006年には出生率が女性1人当たり子ども2人に急増して、1981年以降最高の水準に達したにもかかわらず、最も若い年齢層の割合が減少している。

図1：20世紀初頭以降のフランスの年齢別人口構造の変遷



2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

2005年の時点で60歳以上人口が全人口の20.9% (1,400万人) を占め、2050年まで60歳以上人口が増加し続けることが予測されている。

表1：60歳以上人口の割合の推移(中位推計)

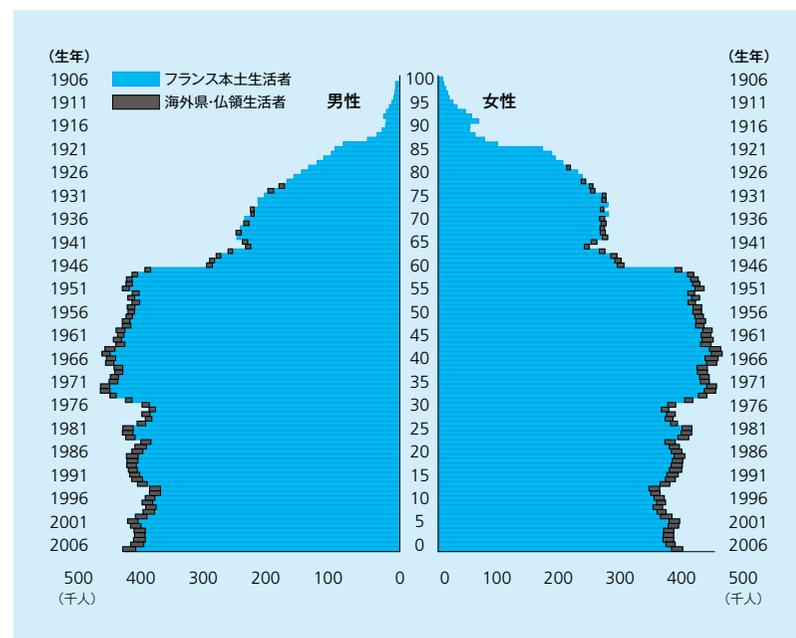
年代(%)	2006	2010	2020	2030	2040	2050
60歳以上	20.9	23.1	27.3	31.1	33.5	35.0
75歳以上	8.1	9.0	9.6	13.1	16.1	18.1
85歳以上	1.8	2.5	3.4	3.8	6.1	7.5
100歳以上	0.02	0.03	0.04	0.09	0.14	0.26

平均余命は順調に伸びており、出生時の平均余命は男性で77歳を超え女性では83.3歳に達している。

表2：出生時および60歳時の平均余命

年	男性		女性	
	出生時	60歳時	出生時	60歳時
1994	73.6	19.7	81.3	25.0
2000	75.3	20.4	82.1	25.6
2006	77.1	21.7	83.3	26.6

図2：2007年1月1日現在のフランスの人口ピラミッド



平均余命における女性優位は各年齢や時期を通してほぼ世界共通であり、同じ傾向がフランスでもうかがえる。ただし、女性の平均寿命の伸びには、やや停滞傾向が見られ、その原因はおそらく女性喫煙者の間での肺ガンの増加であろうと思われる。それにもかかわらず、人口ピラミッドは高齢人口における女性優位を明らかに示している。

表3：フランスの平均寿命—2地域の比較 (INSEE 2004年)

地域	男性(歳)	女性(歳)
フランス北部	73.6	81.8
パリとその周辺	78.4	84.5

平均寿命と同様に、全ての国民が等しく優れた健康状態にあるわけではなく、例えば、フランスでは、住む場所が影響しうる。フランス北部では、パリ地域にくらべて、出生時の男性の平均余命が5年短い。この差は女性では2.7年と少なくなっている。

■介護

在宅と施設を合わせた要介護高齢者の絶対数は100万人に近いが、その割合は低く60歳以上人口のわずか6.63%であることを強調する必要がある。これら的高齢者は身体機能の低下を伴う非自立高齢者となっている。90歳を過ぎた超高齢期では、女性の非自立割合が急激に増す。

表4：フランスの高齢者人口(60歳以上)のうち、非自立の割合

年齢	男性	女性	合計
60～69歳	2.19	1.95	2.06
70～79歳	4.99	4.35	4.65
80～89歳	13.40	19.85	17.69
90歳以上	29.31	46.45	42.55

年齢によるアルツハイマー病と関連疾患の増加が、高齢患者の施設入居の70%、高齢者自立手当 (APA) 申請の72%の原因となっている。75歳以上の高齢者のための施設やサービスの現状は以下のようにになっている。

多くの高齢者の命を奪った2003年夏の猛暑の後、フランス政府は現行制度を強化し、

表5：75歳以上高齢者の介護サービス利用者数

(千人)

分類	1984年	1991年	2003年
75歳以上高齢者数	3,100	3,900	4,800
ホームヘルプサービス利用者数	510	507	278
訪問看護サービス利用者数	24	42	71
施設サービス利用者数	504	567	668
高齢者用住宅・施設入居者数*1	450	498	589
長期医療ケア施設入所者数*2	54	69	79

*1 高齢者が自立した生活を営めるよう日常生活援助や食事提供などを行う住宅・施設

*2 自立した生活が困難で医療上の見守りが必要な高齢者用の施設

次のような新しいプランを導入している。

- 2004年の「高齢化と連帯」法は2006年の「高齢者連帯」法により完成をみた。このことによる最も重要な成果の一つは、社会保障制度（フランスは国民皆健康保険である）の新部門として、全国自立連帯金庫（Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie = CNSA）が創設されたことである。介護費総額はGDPの1%強の150億ユーロに相当するが、CNSAは要介護リスクをカバーし、在宅または施設における介護のコストを一部負担する。CNSAは、医療費については医療制度から予算を拠出されており、残りのコスト（2004～2008年では90億ユーロ）は、新たに導入された「国民連帯の日」と呼ばれる全労働者の無給労働日と雇用主への0.3%の課税で賄われている。これは、高齢者自立手当（APA）を通して在宅または施設における介護のコストに充当されている。2007年には、107万8,000人がAPAを受給した。このうち61%は在宅、39%は施設居住者であった。
- 2010年までに老年科学教授の数を倍増することを目的とする大学医学部内における老年科教育強化計画が2005年に実行された。さらに、救急外来を持つ病院すべてに急性期老年科を設置し、年齢に応じた適切な治療を行うと同時に、必要以上の積極治療を防ぐ体制づくりを行っている。また、リハビリ床も増床させる。
- 在宅ケアや在宅サービスの比重を高め、高齢者に選択権を与える（自由選択シナリオ）べく、雇用者とコミュニティが共同で出資する新たな小切手制度（普遍的サービスの小切手）を創設した。社会福祉労働者やコミュニティによる多様なホームヘルプサービスへの支払いシステムを導入することにより、従来の煩雑な給与支払い手続きを簡素化した。
- 認知症への対策として、「メモリークリニック」を263カ所から300カ所へ、またメモリーリソース研究センターを24カ所から30カ所へ増やし、早期診断率（現在は50%）向上を目指すアルツハイマープランが導入された。

このプランの二つ目のポイントは、一般医、専門医、患者、介護者への研修と、家族やインフォーマル介護者のサポートである。アルツハイマー病患者のための良質のケアと研究を推進する目的でサルコジ大統領が先頃新しいアルツハイマープランを導入し、2007年11月に公示された。

全体的に、これらの新しい法律とプランが、フランスの要介護高齢者の状況を大いに改善するはずである。

■年金／経済状況（就労）

フランスの定年は法定上60歳だが、フランス人は平均58歳で退職している。2004年のリスボン戦略での合意をもとに、2010年までに55～64歳の年齢層で50%の雇用率を実現するという目標が定められた。近年上昇傾向にあるにもかかわらずフランスのこの年齢層の雇用率は2005年の時点で37.9%であり、ヨーロッパ諸国の平均値44.1%（EU

15）に大きな遅れをとっている。

フランスでは60歳以上の高齢者の状況はさらに深刻であり、スウェーデンでは男性の23%、女性の14%が就労しているのに対し、フランスでは男性の7%、女性の4%しか就労していない。

高齢者が労働市場に長く参加し続けるよう奨励するインセンティブや就労機会を改善し、高齢者の勤労意欲をそぐ要因や就労を妨げる障壁に対処する改革が行われている。このためには、政府当局、雇用主、および労働組合の協力が以下の分野で必要となる。

- 勤労意欲を高めるための定年制度・社会福祉制度の改革（段階的定年、新規契約、半就労・半退職）。
- フランスの年金制度は賦課方式であり、財源は労働者と雇用主からの拠出金である。この再分配制度を補完する積み立て方式の年金制度への加入が個人に提案される。
- 雇用主と従業員の意識改革を促す。
- 高齢者の安全な労働条件と雇用を推進する雇用保護規制を採択する。
- 高齢者の技能の強化と習得のための訓練を推進する。
- 高齢求職者への良質な職業斡旋サービスの提供を推進する。

先頃、ILCフランスの研究プロジェクトが、ヨーロッパの50歳をベースとする革新的な「健康労働寿命指標（Healthy Working Life Expectancy Indicator=HWLE）」を考案した。これは、疾患や障害がなく就労しているという、高齢者の二つの重要な局面を組み合わせたサクセスフル・エイジングのモデルを提供するものである。

ヨーロッパでは平均して、50歳から70歳までの20年のうち、男性は14.1年を健康に暮らし、その約半分は就労しており、女性は13.5年健康で、そのうち3分の1は就労している。したがって、理論的には、健康でいる間にもっと長く仕事をするようにすれば、特に女性で、50歳から70歳までの健康労働寿命を延ばすことができる。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

過去5年間に様々な重要な政策がとられたにもかかわらず、フランスの人口動態面での課題を好機に変えるには、さらなる研究や政策が必要である。ILCフランスの理事長であるフランソワーズ・フォレット博士は、「フランスにとって、またヨーロッパにとって、アクティブかつヘルシーなエイジングは、新たな富を世に創出する唯一のチャンスである。フランス大統領を初めとするリーダーは、我々がこの課題に対処できるよう、適切な保健・労働環境を整えるべきである。」と強調している。ILCフランスが先頃発

表した声明は、アクティブかつヘルシーなエイジングを推進する政策やイニシアチブの実施を提案している。この声明の要点としては次の2点が挙げられる。

■ヘルシーエイジング

生涯にわたる健康増進や予防、生活習慣についての教育は優先事項であり、若い時期に始める必要がある。そのために子どもの健康増進に役立ち、日頃の生活における具体的に安全な生活習慣を推進するプログラムを、学校教育の中に導入する必要がある。

例えば、日常生活にもっと運動を取り入れる、正しい食育指導、視力保護、心臓・皮膚・脳の健康などである。

また予防医学は、あらゆる公衆衛生政策の中核に据えられるべきである。特に行政側は、消費者と医師の間に接点を築く必要がある。産業医学の役割を強化し、産官学の関係を強化することによって、予防の重要性と適正医療を広く普及させることになる。

その他に重要なことは医療関係者の関与である。このため、ILC フランスは老化や老年学に関する講義を医学生だけでなく、すべての医療従事者に必修とするよう勧告する。

ICTとジェロンテクノロジー（高齢者のためのテクノロジー）の推進も、向こう10年間の重要な課題となるであろう。

■アクティブ・エイジング

仕事に対するライフサイクル的な見方を強化することが大切であり、これには高齢者が長く働き続けるようなインセンティブを増やすことも含まれる。経験豊富なシニア労働者の価値をもっと認識し、評価する必要がある。このため、政府は、高齢労働者の訓練制度を財政的に支援し、彼等に労働市場における競争力と雇用可能性を維持するための生涯教育プログラムを奨励するメカニズムを提供すべきである。

高齢労働者には幅広い柔軟性を与えることも大切である。労働環境を身体や健康の状態に応じよりフレックスなものとし、退職年齢は定年制ではなく、年金制度への拠出年数を基にするべきである。また、長く働き続けたい人のための税制上のインセンティブも導入する必要がある。

フランス社会にとってもう一つの重要な課題は、長寿をハンディキャップではなくチャンスとして受け止められるよう、加齢に対して国民が抱くイメージを一新することである。そのためには、政府がフランス国民全般を対象に啓蒙プロジェクトを実施することが不可欠となる。国民の意識を根本的に変えるために、このプロジェクトは数年間継続して行う必要がある。

高齢者差別と戦うために、世代間の融合について多くの実験を行う必要がある。

そのためには高齢者虐待の防止と終末期ケアの向上も重要な課題である。

- 従業員の健康に関する情報と理解の向上を目指すために、職場での予防プログラムの効果を評価する試験研究、「健康優良企業プロジェクト」を遂行完了する。このような予防制度の効果が証明された暁には、この研究で用いた手法を他の企業や組織にも提案し、さらに英語圏の諸国にも提案する。この研究の成果を権威ある学術誌に論文発表し、主として雇用改革を検討する政策策定者に知らせる予定である。
- 記者会見やシンポジウム、また健康長寿やアクティブ長寿の指標に関するEU独自のセミナー等の場を活用して、HWLE（健康労働寿命指標）の重要な研究結果をより広く発表するコミュニケーションプランを強化する。この手法を可能であれば北米諸国や日本にも拡充する。
- ILC 米国と行った過去の研究の検証と今後の発展。例えば、「世界都市プロジェクト」の対象範囲を郊外まで広め、パリ広域地区とニューヨークを比較する。
- ICT企業と協同でジェロンテクノロジーに関するワークショップや広報のためのイベントを開催する。
- フランス議会内の長寿ワーキンググループに積極的に参加する。

ILC-UK

(1997年設立)



代表者
Sally Greengross, OBE
英国上院議員

〈基本データ〉

- 面積：24.3万km² *1
- 人口：61,899千人〈2010〉*2
- 高齢化率：16.6% 〈2010〉*2
- 合計特殊出生率：1.84 〈2005～2010〉*2
- 平均寿命／男：77.2歳〈2005～2010〉*2
- 平均寿命／女：81.6歳〈2005～2010〉*2
- 1人当たりGDP：43,544US\$ 〈2008〉*3
- 経済成長率：0.9% 〈2010〉*4
- 物価上昇率：1.5% 〈2010〉*4
- 失業率：5.3% 〈2008〉*5
- 60～64歳労働力率：47.0% 〈2008〉*5
- 65～69歳労働力率：17.2% 〈2008〉*5

〔出典〕

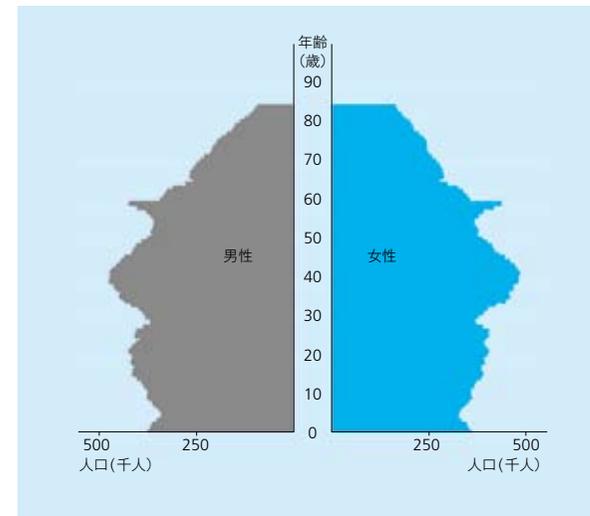
- *1：外務省 各国・地域情勢〈2010〉
- *2：UN, World Population Prospects: The 2008 Revision, Medium variant
- *3：UN, National Accounts Estimates of Main Aggregates, Jan. 2010
- *4：IMF, World Economic Outlook Database, Oct. 2009
- *5：ILO, Labour Statistics Database, Jan. 2010

第1章 高齢化の状況

1 高齢化の概要

英国の人口は6,060万に達し平均年齢は39歳で、1971年（34.1歳）から35年間で5歳上昇した。

図1：性別年齢（2005年 中位推計）



2006年には、英国の住民人口は6,058万7,000人であり、このうち5,076万3,000人がイングランドに在住する。いわゆる英国（United Kingdom）は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの四つの地域から構成される。平均年齢は39歳で、1971年の34.1歳から上昇した。英国国民の約5人に1人が16歳未満であり、6人に1人が65歳以上である。

65歳以上人口の比率は1世紀前の20人に1人から、現在は約6人に1人に増え、2051年には4人に1人となると予測されている。また、2051年には65歳男性の平均余命は約22年となる。これに対し1950年ではわずか12年、現在は19年である。今世紀の半ばには、65歳の女性は平均してほぼ90歳まで生きようになる。そして、長期的な健康状態の改善により、国民のほとんど（男性の10人に8人、女性の10人に9人）が65歳の誕生日を迎えることができると予測されている。

同時に長期にわたる少子化の傾向があり、子どもの数が少ない家庭や子どもをつくらない家庭が増えているため、50歳以上人口、65歳以上人口、そして特に85歳以上人口

が全人口に占める割合が急速に増えている。2051年までに、65歳以上人口が人口の4分の1以上を占めることになると予測されており、同時に2007年までに、65歳以上人口が16歳未満の子ども人口を上回ると推測されている。

85歳以上人口は、現在全人口の2%、65歳以上人口の12%を占める。ところが今世紀の半ばには、全人口の6%、65歳以上の4人に1人が85歳以上となる。

2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

NHS (National Health Service / 国民保健サービス) が現在も医療サービスの提供において、圧倒的な比重を占めている。

10年間で医療費は倍増し、ほぼ900億ポンドに達している。これは、プライマリーケア (一次医療) の供給増、GP (一般家庭医) との新たな契約などの影響によるものである。

NSF (ナショナル・サービス・フレームワーク / 国家サービス標準) の創設が文化面でも変化をもたらした。医療サービスや福祉サービスについての見方が根本的に変わり、子どもや家庭のニーズに基づいたサービスが設計され提供されるようになった。

また、「生活習慣病」キャンペーンのような予防や早期介入を重視する方向へ大きな政策転換が行われている。例えば、短期間の禁煙プログラムのコストは500ポンドであるのに対し、進行したガンの治療には30,000～40,000ポンドかかる。

しかし生活習慣の改善に関わる各省庁の責任が細分化されており、特に医療と福祉分野でサービスの統合化の推進、および高齢者介護にあたる人々への研修の改善が求められている。

国民は現在も全国民を包括するNHSを支持しており、(喫煙など) ライフスタイル上の様々な選択の悪影響も、医学の進歩で帳消しにできると信じている。しかし、「配給」という認識がNHSでも高まってきていて、英国国立優良診療評価機構 (NICE) が、認知症の薬の使用範囲等について行った判断が議論を巻き起こすなど、NHSのサービスのあり方に影響を及ぼすようになってきている。実際のところ英国は、いやおうなく社会保険＝コスト共同負担モデルへと向かっていると見える。

英国のガン生存率は伸びたが、まだ他の先進国に比べて遅れをとっている。極めて大切なのは、特に緩和ケアや予防医療などにより高齢者の尊厳を重視することである。

精神保健の問題は、個人の権利と社会の権利との間のジレンマを抱えており、サービスの統合が求められている。政府はこの大きな課題に応え、初の国家的な認知症戦略を策定する予定である。この戦略には、国民の意識喚起、早期診断・介入、および認知症ケアの質の向上などが含まれている。

■介護

介護に関しては、現在の制度のままでは財政的に持続不可能という認識が広がっている。LGA / ADSSの2006年3月の報告書は、介護費で17億6,000万ポンドの不足を報告している。Wanless Report と Joseph Rowntree財団の研究は、財政負担を共同で行う連携モデルを奨励した。政府はまだ法制化を行っていないが、2007年秋に医療・福祉の両部門における規制の共同化を推進する法案が議会に提出される見込みである。医療と福祉の間には、人工的な区別がなされているに過ぎないと認識されている。

「ケアにおける尊厳」のキャンペーンは2006年に開始された。このキャンペーンでは、医療・福祉サービスにおける尊厳を損なうことのないよう、国民の意識啓発とそれに伴う行動を促進している。これまでこのキャンペーンは主として高齢者に焦点を当て、高品質の医療・福祉サービスが受け手の尊厳を重視した、本人中心のケアとして提供されることに力を注いできたが、残念ながら必ずしも然るべき尊敬を持った扱いを受けていない。

また、終末期の問題についてこれまで以上に論じられるようになってきており、争点は、法医学上のジレンマから患者の権利や人権の領域へと移ってきている。

人権擁護のための議会合同委員会 (Joint Committee on Human Rights) が先頃出版した報告書は、介護施設の21%が尊厳およびプライバシーの最低基準を満たしていないと報告し、介護施設のレベルの低さを示している。また、民間介護施設の居住者を人権法の保護から外すことについても、法的な論争が絶えない。

■年金 / 経済的状況 (就労)

近年の白書において示された公的年金改革は、公的年金をより公平で広範なものとし、国民に堅固な貯蓄基盤を与えることを狙いとしている。

2007年年金法は、女性の状況を大いに改善することになる。男女のどちらも年金改革からメリットを得ることとなるが、年金の公平性と適用範囲の拡大を目指す多くの措置は、特に女性の年金給付を改善することとなる。初めて育児や介護が労働と同等の評価を受け、労働市場から離れて介護や育児の責任を担う人々が、公的年金受給資格の面で不利にならないように取り扱われることとなった。

この改革によって増加する年金収入は、女性自身に帰属するものであり、配偶者に依拠して発生するものではない。

個人年金勘定への自動加入措置は、老後に向けて貯蓄する人の増加につながるという潜在的な利点を持つ。しかし、例えば、低所得者、自営業者や請負労働者の貯蓄不足には十分な対策が講じられていないなどの懸念もある。しかしながら、2050年までに公的年金の受給開始年齢を68歳に引き上げるという政府案は、全般的に年金制度の持続可能性を向上させることになるだろう。

福祉改革法は、拠出制だが高額なIncapacity Benefit (就労不能給付) への依存を減らす

ことを目的としている。受給者の半数は50歳以上である。政府は（就労の）強制とインセンティブの付与の間でのバランスをとるのに苦慮しているように見受けられる。

2004年から2006年にかけて、職域年金制度の加入者数は減少した。過去8年の間に、英国（北アイルランドを除く）の年金受給者の収入は平均賃金よりも急速に上昇したが、所得水準は高齢になるほど下がり、高齢の年金受給者は公的年金受給開始年齢前後の者よりも低い経済状況に置かれている。

就労と退職後の二つの局面の違いは、10年前に比べて曖昧になってきた。柔軟な働き方という考え方や、通常の定年退職年齢を超えた就労継続というアイデアに、政策がゆっくりと適応している。その一例として、就業・家族法（Work and Families Act）では、労働者に柔軟な労働時間を要請する権利を与えているが、それを受ける権利までは保証していない。世代間のケアの問題の難しさを真剣に認識するのであれば、高齢労働者の貢献問題は改善されなければならない。英国（北アイルランドを除く）の労働年齢人口の56%は、退職後の時間が少なくとも20年間あることを期待している。退職後の時間が10年に満たないと予想している者はわずか7%に過ぎない。

就労者や求職者に就労の権利を与える年齢差別禁止法が施行された2006年10月頃、50歳以上の労働者を一番多く雇用しているのは小売部門であった。年齢差別禁止法はまた、65歳以前の強制退職を廃止することとなる。政府の取り組みの重点は、①50歳以上の労働者の就業率を高め、彼らが仕事とその他の貢献を両立できるような柔軟な就労形態を可能とすること、②高齢者が社会でいかに積極的に役割を果たせるようにすること、③歳をとっても高齢者が主体的で自立した生活を続けられるようにすることの3点である。

■高齢女性の状況

機会均等委員会（Equal Opportunities Commission）の最終報告（2007年8月）は、人生のあらゆる局面で憂慮すべき男女間格差があり、現在の進捗のペースでは、その改善にあまりに長い時間がかかることを示している。例えば、議会の女性議員数が男性議員数と並ぶには約200年かかるだろう。特にEU社会政策（Social Chapter）の指令の実現に向けて現政権が10ヵ年にわたって優先事項として取り組んできたことを考慮すると、これは残念なことである。

しかし、それより前に公表された2007年4月の「現代の家庭の状況—国民の高齢化と親および介護者にかかる負担（State of the Modern Family – the ageing population and the demands on parents and carers）」は、次のように述べ、介護の責任を強調した。「現代の家族へのサポートは育児の面のみでは不十分である。何百万人もの人々が高齢の家族や友人の世話をしているうえ、介護者の4人に1人は扶養家族である子どもの世話をしている。障害者や高齢者が自立した生活を送ることへの期待が高まっているが、これは効果的な社会化された支援サービスがあって初めて実現できるものである。現在、このサポー

トの多くは無償の介護者が提供しており、その介護者の多くにとって介護の責任と両立可能な仕事を見つけることは非常に難しい。」

英国の新政府は2007年7月に三つの優先課題を発表している。

1. 家族による高齢者や障害者の介護を支援すること（特に育児中の者）
2. 女性への暴力に対策を講じ、社会と犯罪を犯した女性との関わり方を改善すること
3. 共同体内、および共同体間の連帯意識を築けるよう黒人やエスニック・マイノリティ（少数民族）の女性に力を付与すること

インフォーマルな介護や子育てを行う役割は、依然として女性が占め続けている。英国では目に見える経済格差が女性に過度の影響を与えており、例えば地理的には北と南の格差があり、北の方により貧しい女性が多い。

■英国に固有の問題

柔軟な労働市場、規制緩和、そしてグローバル経済における競争力を推進する経済政策と、特に人口変化や長寿化という現実には労働市場を適応させる必要性とが衝突し、緊張が生まれている。

一例を上げると、英国は1980年代と1990年代の経済・産業変革の時期の大半において、EU社会政策条項の適用除外を受けていた。このため、現在英国は、労働者の権利を守り、仕事と生活のバランスを向上することを目的とするこの指令を、それに未だ順応していない経済と社会に根付かせようとしている。

もう一つの大きな問題は、英国を伝統的な福祉国家モデルから、社会保険とパートナーシップのモデルに移行させることである。

さらに緊要の課題の一つは、高齢者が住みなれた共同体の中でケアを受けることができるよう、医療と福祉の統合を進めることである。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

■医療と福祉

イングランドでは推定120万人の高齢者が福祉サービスを利用している。しかし、福祉コストの全容については十分に理解されていない。財源は多岐にわたる。福祉サービスはミーンズ・テストを基にして供給されており、公的財源は比較的経済力の弱い国民に限定して投入されることとなっている。認知症や重度の関節炎を持つ高齢者は、NHSが医療を提供するのと同じように、（全国民を対象に）福祉サービスが提供されると考え

ており、この事実はしばしば驚きをもって受け止められることになる。国民がより柔軟に必要なケアを賄えるようにするため、ミーンズ・テストに代わる方法を検討することが政策課題となっている。例えばスコットランドではすべての福祉サービスを「個人の直接的支払い」によって提供するパイロットプログラムが行われている。

■精神障害

精神障害も高齢者にとって大きな心配の種である。65歳以上の高齢者の10～15%が老年期うつ病を患っている。しかし、高齢者の多くは、うつ病様の症状を、身体的な問題のせいだと考えており、適切にうつ病と診断されて治療を受けるケースは氷山の一角である。しかも医師の態度も、このような高齢者の態度と同じ場合がしばしばある。

政府は高齢の認知症例の増加に対応するために、史上初の国家的認知症戦略を策定しようとしている。この戦略は、早期診断・介入、認知症ケアの質的向上、および専門家の訓練に的を絞っている。

最後に、健康増進策はもっぱら若い世代のみを対象とする場合が多く、すべての年齢層を網羅することが必要である。

■住宅

住宅は、医療、福祉、コミュニティ（地域社会）サービス、居住環境などが高齢社会のニーズに確実に対応できるものとするための取り組みの中核となっている。高齢者は若い世代に比べて家で過ごす時間が多く、1日の約70～90%を家で過ごしている。ところが、英国には古い、老朽化した家屋が極めて多い。ILC英国の行った調査によれば、約100万人の高齢者が築90年以上の家屋に住んでいる。適切な家屋は、アクティブ・エイジング、高齢期の安心できる暮らしという政府の目標を実現するための条件となるが、逆に粗末な家屋はそれを阻害し、慢性症状や障害をさらに悪化させてしまう。例えば、高齢者の間では転倒が自立能力を失って施設に入居する最大の原因となっており、それがNHSにもたらすコストは、年間約10億ポンドである。住宅環境が転倒の起こりやすさを左右することが証明されており、この予防のための支出は、結果的に大きな費用抑制効果がある。

政府は、住宅が「アクティブ・エイジング」に向けた取り組みにおける中心的な役割を占めると認識しており、保健省、雇用年金省、地域社会および地方政府省の横断的な指針において住宅の問題が言及されている。各地域団体や自治体は、住居、地域社会、保健、ケアをつなぐ新しい戦略を策定するよう指示を受けているものの、ほとんどの場合、地方経済および住宅市場のけん引役として高齢者の存在や人口構造の変化を織り込むのが遅れている。例えば、医療費に多大な影響を及ぼすことが分かっているにもかかわらず、このような方向性に適応し、在宅障害者補助金（DFG）に関する政策や戦略づくりに取り組む者は、高齢者向け社会福祉サービスの管理者の中には少なく、NHS上級管理職の中にはさらに少ない。

地域の再開発や新興住宅地の開発といった将来の住宅事情を左右する大切な要素は、今後数十年で唯一増加する年齢層であり、重要な市場のけん引役であるはずの高齢者である。しかし、住宅計画は依然として手頃な値段の住宅を提供することと、地域ごとの立地状況に基づいて計画されていて、高齢者のニーズをほとんど評価せずに進められている。

■介護の財源——介護者の高齢化

人口の高齢化に伴う介護需要の伸びと、介護の大半が友人や家族（高齢者である場合が多い）によって今後も提供されることを考慮すると、介護を担うことが高齢の介護者自身の生活にもたらす影響、年金積立に与える影響、彼らの労働市場への参加に与える影響、および彼らが何らかの支援や経済的サポートを受ける可能性について調査することが喫緊の課題である。

■退職後のための蓄え

欧米諸国の大部分で、資産価値、特に住宅価格の高騰が起これ、高齢者の有する資産価値が劇的に増大した反面、若年層は巨額の住宅ローンをかかえることになった。

これが世代間の公平性に関して重要な問いかけを生み出している。社会全体でどのようにして高齢社会に必要な経費を賄うか、とりわけ若年層が退職後に向けた資産形成をどう行っていくのかについて再検討する政策立案者が増え、住宅資産をいかにして退職後の生活資金としてうまく活用するかについての研究や取り組みが、求められている。

第3章

問題解決のための行動計画

■医療と福祉の統合

医療と福祉サービスの地方分権が進み、地域社会で熟練したスタッフの著しい不足が懸念されている。政府は地域社会でのサービス供給にさらに投資し、ボランティア部門や民間部門（この2部門は多くの地域でサービスの需要と供給のギャップを埋めるのにますます大きな役割を果たしている）と密接に連携しなければならない。

医療と福祉の両分野で働く熟練スタッフへの投資が特に大切である。

また、特に福祉サービス分野にさらに多くの資源が投入され、効果的かつ公平に活用される必要がある。政策立案者は、社会福祉ニーズが増大していることを認識するとともに、それに伴う財政上の影響に備える必要がある。地域社会での介護サービスの供給能力を計画する際には、インフォーマルセクターの介護スタッフが果たす重要な役割を考慮に入れなければならない。

■認知症対策

高齢の認知症患者を在宅でケアするためのコストと認知症患者に提供されるべきサービスの具体的なあり方について、より充実したデータが必要である。これらはすべて、今後予想される認知症患者の増加に対応するための適切な計画を策定していく上で不可欠である。

■健康増進

ライフコースを通じた生活習慣（例：ストレス、肥満、喫煙など）の改善を目指す行動プランを策定する必要がある。中年以降、こういった行動プランを続けて実行すれば、その後の循環器系疾患、脳卒中、認知症の発症を予防もしくは遅らせる可能性がある。

■より良い研究のためのデータ

高齢期の健康状態だけでなく、生活の質や心身の機能を測定できるより良い指標が、一際求められている。高齢者に関するデータは、「65歳以上」という形でひとくくりにされることが多すぎる。高齢者のあらゆる層における危険因子や健康状態を理解できるようなデータが、年齢層別に提供されることが求められている。

■住宅

地域広域戦略のような重要な計画書においては、高齢者の幸福は若年層の幸福と同様に経済的な問題であるという事実を受け入れる必要がある。これには、住宅改築と保守のためにあらかじめ投資することによってもたらされる潜在的な価値のストックを評価しつつ、高齢者層が持つ社会的、市民的、経済的資本を認識することも含まれる。

さらに、新規の住宅・地域社会の計画と同様に、既存の住宅と地域社会の活用を考慮に入れるような政策の再編が求められる。

一部の地域に斬新なアイデアを導入した好例があるが、まずこれらが集められ、効果的にプランナーに伝えられることが必要である。

家屋のあり方は解決策の一部でしかない。計画には、すべての高齢者のアクティブライフを促進するコミュニティとしてのビジョンが盛り込まなければならない。つまり、計画には、住宅、医療、福祉の要素が盛り込まれている必要がある。分野横断的な計画においては、対象サービスに対して効果的に情報共有がなされるなどの多くのメリットがあり、そして究極的に資金面での相互補完と計画の共同化がはかられることとなる。例えば、高齢者の自宅での事故を減らすための住宅改築・保守を戦略的に運営し、展開するためにプライマリーケアトラストが相互に協力することが挙げられる。

地方自治体は熟練したスタッフの訓練と確保を図るため、さらに多くの財源を必要としている。これによって、地域戦略を確実に向上させることができる。さらには、真の姿勢の変化が上から行われるためには、省庁のコミットメントが必要である。

■介護者の高齢化

介護が高齢の介護者によって提供されることによってもたらされる影響について、さ

らに研究を重ねる必要がある。特に有償・無償の介護者としての役割と仕事とのバランスをとる必要がある場合など、高齢介護者の役割をどのようにサポートできるかという点において、革新的な考え方が求められている。

■退職後のための蓄え

若年期にどのような財産設計をするのかが退職後の蓄えにどのように影響するかについて、さらに研究が必要である。同時に、いかにして高齢者が自らの住宅資産を退職後の資金源としたり、介護費に充当するかについてさらに研究を重ねる必要がある。

ILC- Dominican Republic

(1998年設立)



代表者

Rosy Pereyra, M.D.

老年医学医

元保健社会保障省高齢者サービス部門総責任者

〈基本データ〉

面積：4.8万km² *1

人口：10,225千人〈2010〉*2

高齢化率：6.1%〈2010〉*2

合計特殊出生率：2.67〈2005～2010〉*2

平均寿命／男：69.8歳〈2005～2010〉*2

平均寿命／女：75.3歳〈2005～2010〉*2

1人当たりGDP：4,574US\$〈2008〉*3

経済成長率：2.0%〈2010〉*4

物価上昇率：5.4%〈2010〉*4

失業率：14.2%〈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

ドミニカ共和国は、現在多産多死から少産少死社会へと徐々に移行中の、人口転換の過渡期にある。高齢者層は若年層と同様に、人口動態や社会的経済面において多種多様であるが、性別による違いがある。南北アメリカ大陸では、男性の生存率が低く、60～64歳では、女性100人に対して男性は89人であり、年齢が上がるにつれてこの割合は徐々に減少し、80歳以上では、女性100人に対して男性は53人となっている。

これは、婚姻歴に大きな違いとなって表れる。全体として、南北アメリカ大陸の男性高齢者は大半が既婚者であるが、女性の方が長寿で男性ほど再婚率が高くないため、女性高齢者の過半数は未亡人である。

過去数十年で高齢者が急増しており、2010年までに高齢者の増加率は全人口増加率の10倍に達すると予測されている。

後期高齢者人口（75歳以上）も今後数十年で急増し、1990年から2020年までの間に倍以上に増加すると予測されている。ただし、地域によって特徴が異なり、全人口に占める後期高齢者人口の割合は、ラテンアメリカではわずか1～2%であるのに対し、カリブ海地域の国々では3～4%となっている。

2 高齢化の主な傾向と問題

現在の人口は比較的若年層が多い。2000年の時点では、全人口の33.5%が15歳以下で、60歳以上の割合は7%以下であった。2002年では、15歳以下の割合は横ばいであったものの、60歳以上割合は8%に達した。今後、高齢者層が他の年齢層を上回る勢いで増加し続け、2025年には全人口の12%に達し、さらに2050年にはその倍になると予測されている。医療へのアクセスが悪く、社会保障もなく、衛生管理と安全な水がまだ欠乏している地域もある中で、なぜこのように高齢化が進んでいるのかは説明が難しい。

■保健医療

ドミニカ共和国の医療制度は、国民全員に対して質の高い医療を約束するものではない。公的医療と民間医療の二つに分かれており、警察と軍隊は独自の医療制度を備えている。福利厚生が整った職場で働いている者や、民間医療の費用を支払う余裕がある者にはそれほど問題はないが、ドミニカ共和国国民のほとんどはそのような状況にない。最低賃金で働く労働者や、失業者、年金のない高齢者は、制度自体に不備が多い公的医療

制度にしか頼ることができない。

しかしながら、現在、この医療制度は移行の時期にある。2001年に社会保障制度を設ける法案が可決され、医療制度や年金のシステムが大きく改革されようとしている。2001年以降、この新制度を実施するために必要な調整が行われている。この法律の下で民間企業の従業員への年金と医療を対象とする拠出型制度が施行されたばかりである。そのほか、この法律では、安定した所得のない個人の専門職や小企業の事業主を対象とする拠出型・補助金型の制度、および高齢者、障害者、貧困者を対象とする非拠出型の制度も計画されているが、これらについては中央政府の経済力次第で漸次実施すると定められており、制度の実施日は決まっていない。

なお、隣国ハイチからの膨大な数の不法移民と、彼らが持ち込むマラリアやHIVなどを含む様々な感染症や伝染病は、国全体に影響を与えている重要課題である。

■介護

高齢者の51%は家族と同居しており、独居高齢者の割合はわずか14%であるため、これまでのところ、介護問題は深刻化していない。現在、保健・社会サービス省（Ministry of Health and Social Assistance）が直接運営する四つの長期介護施設があり、政府の補助金を受けた宗教団体などが運営する22の地域密着型施設と、20の民間施設がある。また政府所有の18のデイケアセンターもある。女性に対する学校教育の普及と労働市場への参加によって、高齢者介護施設の需要が急速に高まっていることは否定できない。

■年金／経済状況（就労）

法規定による定年・退職年齢は、勤続年数30年または60歳のいずれか長いほうであり、性別による違いはない。ただしこれは民間部門でのみ義務付けられている。公共部門では、これよりはるかに長く働くのが一般的である。

老齢年金は自動的に給付されるものではないため、非正規雇用の場合は、死ぬまで働き続けるといっても過言ではない。この状況は、2002年国勢調査の統計データに反映されている。2002年現在、ドミニカ共和国の高齢者のうち47%は経済活動に従事しており、男性高齢者は65%に上る。このことから、大多数の高齢者にとって生きていくための唯一の方法は働き続けることである、ということがわかる。

その反面、例えば、求人広告で求職者の上限を35歳までにするなど、高齢者に対する差別を新聞で目にすることが多い。こうした年齢制限に対する抗議が殺到したため、上限を45歳に引き上げる決議が政府により採択された。しかし、まだ改善の余地が大きいことは誰の目にも明らかである。

2002年の国勢調査によれば、都市部に住む高齢者のうち年金を受給している者はわずか12%しかおらず、農村部の高齢者では3.4%しかいない。所得がまったくない高齢者の割合もかなり高く、また年金はインフレ調整されていないため、年金基金に掛け金

を払ってきた受給者でも、平均的な受給額は最低賃金よりはるかに低く、不十分である。

■高齢女性の状況

女性は男性より不利な状態にあるといえる。非識字率は男性よりも女性の方が高い（男性では30%、女性では35%、75歳以上ではさらに高い）。字が書けないと職に就けず、家族の扶養に大きく頼らざるを得ない。しかしこの状況は急速に変わってきており、高等教育を受ける女性が増加しているため、数年後には統計データにも大きな変化が現れると予測されている。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

ドミニカ共和国には、海外研修を受けた老年医学専門医が17名いる。昨年、サントドミンゴ自治大学の認定を受けて、独自の研修プログラムを開始したばかりである。研修医は内科研修を2年間、老年医学科の研修を2年間行う。これまでに8人の医師が研修を受けており、老年医学専門医の要員が求められている。また、65歳以上の患者が全病床の35%を占めるといふ、IICドミニカの研究結果からもわかるように、公立病院における高齢者のベッド数も不足しつつある。特に生活の質および高齢者サービスという分野において、研究が必要である。

我々の地域（西インド諸島）における各国政府の意識改革の必要性についても、特に2002年に開催された国連の「第2回高齢化に関する世界会議」後に、様々な場面で取り上げられるようになった。

第3章

課題解決のための行動計画

ドミニカ共和国内の諸問題やニーズを認識し理解した上で、国の課題に高齢者問題を盛り込むために、IICドミニカ共和国は政府とともにアドボカシーを強化することに力を注がなければならないと考えている。我々が政府に受け入れられ、前向きな反応を得られれば、研究資金を確保でき、研修の場が増え、意識改革をもたらし、高齢者を単なる支援の対象とする考え方から社会構成員の一人として捉え、機会の創出を図るという考え方へと変えていくことができるであろう。

ILC-India

(2004年設立)



代表者
R.A. Mashelker, Ph.D.
化学者
インド国立科学研究所特別会員

〈基本データ〉

面積：328.7万km² *¹
人口：1,214,464千人〈2010〉*²
高齢化率：4.9% 〈2010〉*²
合計特殊出生率：2.76 〈2005～2010〉*²
平均寿命／男：62.1歳〈2005～2010〉*²
平均寿命／女：65.0歳〈2005～2010〉*²
1人当たりGDP：1,061US\$ 〈2008〉*³
経済成長率：6.4% 〈2010〉*⁴
物価上昇率：8.4% 〈2010〉*⁴
60～69歳労働力率：47.5% 〈2001〉*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

前回行われた2001年の国勢調査によれば、60歳以上人口は7,660万人であった。これは全人口の約7.4%を占める。60歳以上の女性が全女性人口に占める割合は7.8%であり、男性の場合は7.1%である。

こまかく見ていけば、60～64歳の高齢者が全人口に占める割合は2.7%、65～69歳は1.9%、70～74歳は1.4%、75～79歳は0.6%、そして80歳以上は0.8%となっている。

2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

プライマリーヘルスセンターでは、必要な設備や高齢者医療の訓練を受けた医療従事者がまだ不足している。

■介護

制度としてはまだ存在しないが、ILCインドはAthashri財団と協力して、介護を必要としている体の弱い高齢者のための継続ケアを新しく導入する予定である。

■年金／経済状況（就労）

国民全体をカバーする社会保障制度としての医療や介護システムはまだ整備されていないが、年金に関しては退職した公務員向けの退職準備基金が、2004年から新年金制度としてスタートした。このシステムには民間部門も任意加入が可能である。

一般的な退職年齢は、男女ともに同じである。中央政府で働く一部の公務員の定年は60歳だが、判事などのように定年が65歳の公務員もいるし、また州政府で働く公務員の定年は58歳である。民間機関やNGO、ボランティア団体の定年も異なり、58歳か、60歳か、もしくは65歳である。

最近5年間で公的部門の労働者を対象とした任意退職サービス（Voluntary Retirement Service = VRS）という新しい概念が登場した。45歳と50歳のいずれか（機関によって異なる）、または一定の勤続年数に達した個人に希望退職のオプションを与えるもので、インドではVRSとしてよく知られており、退職者は全ての退職給付を受け取ることができる。

官民両部門においてより長期の勤務を奨励するために採られている方策（例：再訓練プログラム、パートタイムの仕事など）—政府部門ではきわめて優秀な人物を除いて、退職者

に対して継続勤務のオプションを与えることはない。しかし、ボランティア団体や民間組織では、専門技術や経験を持つ大勢の退職者が常勤またはコンサルタントとして雇われている。このような熟練の退職者を採用する組織もある。しかし、退職者に対しての再訓練プログラムは実施されておらず、労働力としての高齢者への期待は薄いのが現実である。

高齢者の雇用継続に関する障害（例：差別）—インドでは退職者の再雇用に関する取り組みははじまったばかりで、高齢者が快く受け入れられるようになるにはまだしばらく時間がかかると思われる。もう一つの新しい概念として、高齢者の社会奉仕活動があるがこれも少しずつではあるが、社会に根を下ろしつつある。

■高齢女性の状況

高齢者人口に占める女性の割合がインドでも明らかに増加している。60歳以上の人口を男女別に見ると、女性の方が多く（男性1,000人に対し女性1,029人）、高齢者層に占める女性の数が男性よりも上回っていることを示している。しかし、2001年における全人口の性比は男性1,000人に対し女性933人であることから、女性の数が多いのは高齢者層においてのみであることに留意する必要がある。

■信仰と家族の絆

インドでは古代より、常に加齢に対処するメカニズムとして信仰や精神性を重視してきた。信仰とは、生活の責任から逃避することなく、また労働の成果を期待することなく、自分の任務・役割を果たすことである。高齢者のボランティア活動についての概念はこの価値観の延長にあり、それによって高齢者は社会奉仕を行っている。伝統的に家族の絆が非常に強い文化であり、合同家族制はこの国で最も尊ばれる価値体系の一つとなっている。数十年前まで、合同家族においては4世代または5世代にわたる家族が一つ屋根の下に仲良く同居していた。産業化や都市化が合同家族制を崩しつつある傾向は、特に都市部で顕著にみられる。これは先進諸国がおしなべてたどってきた変化であるが、しかしインドでは家族という単位の大切さとともに、年長者がこの単位の中で重要な位置を占めるといった考えが、いまだに広く信奉されている。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

■研究

老年病・老年学分野の研究は、政府および関連団体が早急に対応すべき分野である。エイジング関連の研究はまだ萌芽期にある。

■研修

老年病の専門医や老年学専門家は、インドでは比較的新しい存在である。前述の通り、特に都市部では産業化による合同家族制の崩壊が起き始めている。しかも、若者世代は将来の展望を最優先させ国外に移住し、残された老親は自立を迫られるとともに、自身の面倒を見ざるを得ない状況になった。このため、心身のケアを必要とする孤独な高齢者世代が生まれることになった。そうした状況から、高齢者に必要な介護や支援を提供できる研修を積んだ高齢者専門の介護者の確保が、緊要の課題である。

■政策

政府が高齢化に関心を示すようになったのは、1990年代終盤からである。1999年には「全国高齢者政策」(National Policy for Older Persons =NPOP) が策定され、2007年3月には、「親および高齢者の扶養と福祉法案」(Maintenance and Welfare of Parents and Senior Citizens Bill, 2007) が国会に上程された。しかし「全国高齢者政策」(NPOP) については、その履行を所管する担当省庁がなく、そのための予算も充てられていない。また未履行に対する罰則も定められていないなど、政策として実効性を挙げるために重要な要素が決定的に欠落している。

第3章

課題解決のための行動計画

■人材育成

今後最も重要な行動分野は、人口高齢化に対処するために、高齢者の介護者、老年病専門医、および老年学者を育成することである。このため、適切な研修コースやオリエンテーション・プログラムを設け、開発する必要がある。ILCインドは「高齢者介護」(学部レベル) のコースをすでに設けており、現在は大学院レベルの「老年社会学」のコースを計画中である。この中には、医師に老年医学の研修を行うオリエンテーション・コースも含まれる。

■農村部への支援

農村部の高齢者は、高齢人口の中でも特に組織化されていない人々である。高齢と貧困が重なる場合、その組み合わせは厳しいものとなるが、農村部ではそのような事例が少なくない。このためこのような層の課題に対処しながら、年金あるいは何らかの社会保障を通じた経済的援助を行うことが不可欠である。また農村部では都市部に比べて、離別後単身でかつ貧窮した女性高齢者の割合がかなり高くなっており、この問題への配慮が必要となっている。

ILC-South Africa

(2005年設立)



代表者

Monica Ferreira, Ph.D.

国連高齢化問題研究所理事 (INIA)
世界人口と高齢化フォーラム (WDA) 理事

〈基本データ〉

面積：122万km² *1

人口：50,492千人 (2010) *2

高齢化率：4.6% (2010) *2

合計特殊出生率：2.55 (2005～2010) *2

平均寿命／男：49.9歳 (2005～2010) *2

平均寿命／女：53.2歳 (2005～2010) *2

1人当たりGDP：5,566US\$ (2008) *3

経済成長率：1.7% (2010) *4

物価上昇率：6.2% (2010) *4

失業率：22.9% (2008) *5

60～64歳労働力率：28.7% (2007) *5

65歳～労働力率：2.0% (2001) *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

ILC南アフリカの活動の中心は、南アフリカにおける人口高齢化と長寿化であるが、サハラ以南のアフリカ地域全体に関する理解を深め、域内での技術と専門知識の移転を図るために、この地域の動向や状況についても考慮している。

サハラ以南のアフリカ地域は世界で最も貧しく、開発が遅れている。人間開発指数の最も低い30カ国のうち、2カ国を除いてすべてがサハラ以南のアフリカ諸国が占めている (UNPD, 2006)。この地域には、多くの社会悪がはびこっており、それらが国々を悩ませ、開発を遅らせたり、逆行させたりする。農村部の低迷、都市部でのスラム拡大、HIVの危機、武力紛争などがその例である。出生率と死亡率は依然として高く、全人口の65%が25歳未満であり、60歳以上の全人口に占める割合はわずか5%である (2050年には8%まで増加すると予測されている)。

ただし、高齢人口の絶対数は、2005年の3,660万人から、2050年の1億4,000万人へと劇的に増加することが予測されている。現在、60歳時点での平均余命は16.5年であり、世界の他の地域との大差はない。南アフリカの60歳以上人口は全人口の7.2%を占めている。この割合は、2050年には13.1%にまで増加し、60歳時の平均余命は、現在の16.5年から2050年の19.5年にまで増加すると予測されている (UN/DESA, 2007)。

サハラ以南のアフリカ諸国では、長寿化の傾向が見られるものの若年人口が多く、政府の関心は主に若年層にある。しかし、この地域の重要課題や動向に対してどのように対処するかは、高齢者の福祉や健康に直接的に影響を与える。

そのような重要課題や動向として挙げられるものとしては、慢性的な貧困状態、脆弱なインフラ、若年失業率の高さ、若年層の農村部から都市部への移動、家族構成や親族扶養制度の変化、不十分な社会的保障、依然として深刻な感染症 (特にHIV/エイズ)、医療へのアクセスの悪さ、男女間の不平等、人権侵害などがある。以下では、具体的な課題や動向と、それらによってもたらされる影響についての概要を述べる。

2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

サハラ以南のアフリカ諸国の政府は、現在も感染症 (特にマラリア、結核、水系感染症、HIV) に取り組まざるを得ず、慢性病は増加傾向にあるが、その対策に充当できる資源は非常に限られている。高齢者医療はおおむね不十分であり、特に医療へのアクセスの

悪さや受診への障壁、医療提供場面での高齢者の排斥などが見られる。貧困が蔓延しているため、ほぼすべての高齢者は公的医療サービスに頼るしかない。民間医療を利用できるのは、ごくわずかの人々である。

南アフリカでは、医療機関における長期療養や公的介護サービスという考え方がない。体の弱った高齢者は、一般に公的機関からの援助はなく、家庭内で家族が面倒をみることになる。高齢者のための居住施設は極めて少ない。高齢者を施設に入れることは文化的に受け入れられない傾向があり、主に身寄りがなく生活に困った虚弱な高齢者が、このような施設に収容されている。

サハラ以南アフリカにおけるHIV/エイズの危機的流行は、高齢者にも重大な影響を与えている。成人となった子どもがこの病気で命を落とした場合、貧しい高齢者は、扶養し、世話をしてくれる血縁者を失ってしまう。さらに、孤児となってしまった孫たちの子育てをしなければならない。特に高齢女性は物質面からも心身面からも大きな負担を負うにもかかわらず、ほとんどの場合、公的な支援は皆無である。高齢者自身がHIVウイルスに感染する例が増えているが、HIV検査も受けられず、治療されないままとなっている場合も多い。

以上が、サハラ以南のアフリカにおける高齢者の概要である。南アフリカの高齢者の状況はサハラ以南のアフリカ諸国と似ているが、南アフリカの高齢者はほぼ全ての国民を対象とした比較的高額の社会年金を受給している。

■年金／経済的状況（就労）

サハラ以南のアフリカ諸国のうち、現在、社会年金制度があるのは、ボツワナ、レソト、モーリシャス、ナミビア、セネガル、南アフリカの6カ国のみである。他の国々の高齢者は家族の扶養に頼るか、自分自身で生活費を稼ぎ続ける。

南アフリカの非拠出制（ただしミーンズテスト付き）の社会年金制度は、ブラジルの制度とともに、開発途上国では最も充実している。受給者（60歳以上の女性と、61歳以上の男性で、所得と資産を含むミーンズテストで有資格と判断された者）の年金所得は家族に貧困からの脱却をもたらし、その所得保障の力で地域社会の発展に寄与している。年金受給者は公立の医療施設において無料で医療を受けることができるとともに、必要な場合は、空き状況次第で国が補助金を出す介護施設に無料で入居することができる。

しかしこの年金制度の欠点は、年金を受給するには、労働による収入を得てはならないという点である。このため、事実上高齢者は労働市場からの退出を余儀なくされ、高齢者が自覚的に生産的な老後を送ることが難しくなり、国の経済的負担が増えている。

■高齢女性の状況

アフリカ社会は家父長制度的で、性別による格差が大きいことが特徴である。特に高

齢女性は、社会的、経済的、政治的分野の多くで差別され、不利な状況におかれている。南アフリカにおいては、西洋法のほかに慣習法も効力を認められており、特に伝統的首長の権威のもとにある農村部ではその比重が大きい。そのようなところでは、女性は亡夫の財産を相続することができない場合もある（男性のみに相続権があるため）。このような地域の高齢の単身女性は、疎外、搾取、虐待、極貧の犠牲となる可能性が特に高い。

しかし、南アフリカ憲法は、特定の理由、特に性別と人種による差別を禁じており、政府は女性の人権が平等に尊重されることを促すキャンペーンを積極的に行っている。ところが、年齢差別の撤廃についてはそれほど積極的ではない。例えば、定年を定めた退職規定がほとんどの機関で施行されているなど、他の年齢層と比べて平等な政策や法律の適用を受けていない傾向がある。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

南アフリカ（およびサハラ以南アフリカ）での高齢化問題に関する研究、研修、政策策定のニーズは多く存在する。ILC南アフリカは、重点事項として、下記のような特定のニーズを捉えている。

■研究

サハラ以南のアフリカ地域では、高齢化や高齢者を扱う研究はごくわずかしか行われていない。南アフリカにおいてこの分野の研究を専門的に行う機関は、アフリカ高齢化研究所（Institute of Ageing in Africa）とILC南アフリカのみである。

サハラ以南のアフリカ地域における国際的および国内の研究課題（例：2005年アフリカ高齢化研究ネットワーク（AFRAN）アジェンダ、2007年国連・国際老年学会（UN/IAGG）アジェンダ、2007年全米科学アカデミー（NAS）アジェンダ）として認められた最重要の研究ニーズとして、健康状態、医療、社会的保護、貧困対策に関する特に縦断的な研究がある。

これらはILC南アフリカの研究プログラムの指針となっている。このため、ILC南アフリカは現在、① 2002/03年に実施された、南アフリカとブラジルの2カ国を対象とする「非拠出制年金および貧困に関する研究」の5ヵ年追跡調査に参加しており、② SUFFICE共同プロジェクトの次の段階を引き続き行っている。これには、A) 二つの主要な老年医療施設での医療への介入と、B) 三つの州での総合調査、およびC) ニューヨークの協力機関とデータベースを用いたデータ比較分析が含まれる。このほかにも、A) 転倒とその処置、B) 地域社会での脳卒中リハビリテーションの実践、C) 特定の文化的背景における認知症の診断と管理、D) 様々な公的医療環境における高齢者ケアの質などを扱う研究介入プロジェクトが実行されている。

■ 研修

老年学および老年医学における研修プログラムの拡充が、南アフリカでもサハラ以南アフリカ全体でも求められている。現在、サハラ以南アフリカで、老年学の学位を授与する学際的なコースを設置している教育機関はない。大学院生は老年学の分野で働くとしても、他の主要分野を卒業することが義務付けられる。ILC南アフリカは、多くの専門分野にわたる老年学の研修を開発・確立するため、南アフリカ国内やサハラ以南アフリカ地域の関係者たちと協力している。

老年医学の研修は未発達の状態である。これまで、医療専門家や教育機関は老年医学を専門学科と考えてこなかったため、医療研修のカリキュラムにはほとんど含まれておらず、専門分野としてもほとんど注目されていない。

老年医学と高齢者ケアに関連する医療専門家の研修についても、さらに重点的に行う必要がある。また、NGO団体で働く様々な人々に対する研修が必要である。ここでもILC南アフリカは、南アフリカ国内やサハラ以南アフリカ地域の関係者と協力して、研修の拡充や改善に努めている。

■ 政策

南アフリカおよびサハラ以南アフリカ諸国における高齢化に関する政策は、比較的未発達である。政策があったとしても、断片的で一貫性がなく、部門ごとの偏りが見られがちである。これらの国々の政府にとって、青少年の育成、貧困の改善、雇用の創出、および感染症の撲滅が急務であることを鑑みても、高齢者に資する政策を立てることは優先課題ではない。

南アフリカでは、保健省と社会開発省（福祉省）が別々に行う高齢者に関する政策とプログラムの間に大きな乖離があり、両省間での戦略やプログラムの調整がなされていない。高齢者についての主要管轄は社会開発省だが、同省は与えられた権限を狭義に解釈して、社会年金、特定の施設およびサービスへの助成、高齢者の虐待防止のみを行っている。保健省には高齢者のための具体的な政策はないが、高齢者医療のプロトコルを策定する高齢者医療局を設置している。この他には、特に高齢者に特化した政策を掲げる省庁はない。

しかし、2006年に画期的な高齢者法（2006年第13号法）が成立した。同法は、高齢者の権利擁護、施設及びサービスの規制、尊厳のある安全な生活を送るための高齢者のエンパワーメントを目指している。ILC南アフリカはこの法案の起草と、政策実施を監視する南アフリカ高齢者フォーラムの設立に貢献した。さらにILC南アフリカは、関係者を対象として、政策立案・改革のためのアドボカシーや情報の発信・普及を行っている。

今後特に力を入れる分野として、①高齢化に関する国家行動計画の作成と採択のためのアドボカシー、②国連マドリッド計画とアフリカ連合による高齢化に関する行動計画の勧告について進捗状況を審査・評価する活動への参加、がある。

南アフリカで政策改革を必要とする主要分野には、A) 医療の提供体制の向上、B) 地域社会をベースとした介護・支援サービスの拡充、C) あらゆる年齢差別の撲滅、D) 高齢者が自分の権利を認識・行使し、自らに影響を与える社会的、経済的、政治的プロセスに完全に参加できるようにするためのエンパワーメントがある。

第3章

課題解決のための行動計画

● 重点的かつ強力な研究プログラム

- ・ 社会年金所得が世帯の貧困緩和に与える影響に関するプロジェクトの縦断追跡調査
- ・ 社会に貢献する高齢者の機能性維持に関するプロジェクトの継続
- ・ 高齢患者の医療の質の向上に関する調査と介入—特に学術分野を超えた転倒管理
- ・ ILC アライアンス（発展途上国）との共同研究

● アフリカの状況に適した老年学や老年医学の教育・研修プログラムの強化

● 国と地域での政策策定・評価活動へのさらなる関与

- アドボカシー、プログラムやプロジェクトの設計や実施、地域の事情に即したベスト・プラクティスの積み重ねを通して、高齢者をエンパワーするための様々なイニシアチブや活動を展開

● ILC南アフリカの組織としての持続的発展、その中核プログラムの拡充と新規プログラムの開発

- サハラ以南アフリカ地域において、ILC南アフリカをより強力な組織として位置づけ、ILCの原則、価値観、および目標を推進すること

ILC- Argentina

(2005年設立)



代表者

Lia Daichman, M.D.

老年医学医

高齢者虐待防止国際ネットワーク(INPEA)委員長

〈基本データ〉

面積：278万km² *1

人口：40,666千人〈2010〉*2

高齢化率：10.7%〈2010〉*2

合計特殊出生率：2.25〈2005～2010〉*2

平均寿命／男：71.6歳〈2005～2010〉*2

平均寿命／女：79.1歳〈2005～2010〉*2

1人当たりGDP：8,358US\$〈2008〉*3

経済成長率：1.5%〈2010〉*4

物価上昇率：5.0%〈2010〉*4

失業率：9.5%〈2006〉*5

60～64歳労働力率：55.5%〈2006〉*5

65～69歳労働力率：33.6%〈2006〉*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

2005年の統計によれば、アルゼンチンの全人口は約3,860万人であり、ラテンアメリカで最も高齢化が進んだ国の一つである。

- 60歳以上の高齢者は500万人に近く、全人口の13.4%を占める。内訳は女性57.8%、男性42.2%だが、男女差は年齢が高くなるに従って広がり、85歳以上人口では、女性70%、男性30%となる。
- 75歳以上は高齢者全体の30%を占めている。
- 60歳以上人口は農村部では全人口の11.8%、都市部では全人口の13.6%を占めており、都市部の高齢化が進んでいる。
- 平均寿命は1970年から1975年までが67.3歳、2001年には75.2歳となった。男女別にみると、男性71.56歳、女性79.06歳で女性の方が7.5歳も長い。

1975年以降の人口変化の主な理由：

- 出生率低下（1975年の1,000人あたり23.4人から2005年の1,000人あたり19.7人へ）。
- 死亡率の低下（1970～1975年の1,000人あたり9人から2000～2005年あたり7.9人へ）。
- 2005年頃までこの傾向が続き、2025年頃に人口高齢化により再び死亡率が上昇する。2050年に出生時の平均余命は女性84.5歳、男性77歳になると予測されている。
- 75歳以上の高齢者の割合は、1975年の2.3%から2050年の8.4%へと増大する。

2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

アルゼンチンには主として州政府により運営されている公立病院制度があり、それは無料で全国民が利用できる。

また、主として労働組合により運営されている社会医療保険により、社会福祉サービスを含む保健医療が雇用労働者に提供されており、さらに民間医療保険もある。

高齢者の77%はPAMI（連邦退職者社会保障院の通称）に加入している。PAMIは退職者や他の年金受給者のための主要医療・福祉サービス機関である。

2000年の公立病院の退院記録によれば、高齢者の入院の主な原因は脳血管疾患、高血圧、肝障害、肺炎とインフルエンザ、手足のケガである。60歳以上の高齢者の主な

死因は、心不全（住民10万人あたり480.7件）、細菌性疾患および肺炎（それぞれ344件、247件）となっている。

何らかの障害により働くことができない者の割合が、65歳以上の高齢者では28.3%、75歳以上では37.8%に昇る。

障害を持つ高齢者人口

障害の数	一つの障害	二つの障害	三つの障害
割合(%)	63	28	9

高齢者の障害に関する初の全国調査(2002～2003年)

■介護

60歳以上の高齢者のうち介護施設に入居している者は、わずか2.3%である。

ほとんどの高齢者は自宅に住み続け、地域社会の一員としてかなり活動的な生活を営んでいる。高齢者を世帯主とする世帯の割合が近年急増しており、60歳以上の高齢者の17.3%は独り暮らしで、独り暮らし人口の55%は高齢者である。

「マイホーム」とより良い生活が、移民世代の大きな目標であったが、アルゼンチンでは、過去10年にわたる深刻な社会経済危機、特に2001年の危機が、中年世代にとりわけ大きな影響を与え、失業率が上昇して自宅を失うという危機的な状況となった。

なかには子連れで老親の自宅へ引っ越した者もいる。多くの場合、親の家の管理を彼らが行うようになり、高齢者たちは次第に「自分のテリトリー内で自分の居場所」を失っていった。そして同居の軋轢が原因で、自分の住処を離れて小さいアパートや親戚の家に移る高齢者や、老人ホームに入居する高齢者すら出ている。

この経済危機は「家庭内における予期せざる、困った生活様式」を生み出し、新しい世代交代とあいまって世代間の葛藤を生むこととなった。このように、強いられた居住形態の変更が、歴史的社會に築かれてきた役割の転換を引き起こした。

■年金／経済状況（就労）

- ① 65歳以上の男性の73%および女性の60%は、正式な退職年金を受給している。
- ② 退職した年金受給者の割合は年齢とともに上昇し、75歳以上では80%を上回る。
- ③ 定年は男性65歳、女性60歳である。
- ④ 2003年以降、社会開発省の発議による新しい法律を基に、高齢者の社会保障が大きく変革された。この新法は、ほかに経済的手段のない70歳以上の高齢者全員に非拠出制年金の給付を定めており、2006年6月現在の年金受給者は、147,933人である。
- ⑤ 連邦政府医療省による連邦医療プログラム「PROFE」の創設により、これらの人々は一次、二次、三次医療のそれぞれで必要な医療をすべて受けられるようになった。

⑥ 以前は許容しがたいほど低額であった退職年金額は大幅に増加し、また前記④の社会保障の変革によってアルゼンチンの高齢者の間で貧困が50%減少した。

⑦ 民間では、再訓練プログラムやパートタイム採用などにより、定年後の就労を奨励する方策がとられているが、公的部門によるものは比較的少ない。

⑧ 余裕があって退職を希望する者には、有意義なボランティア活動や奉仕の機会がある。

⑨ 60歳以上の高齢者の17%は就労している。

⑩ 60～64歳以上の男性の52%は労働市場に残っているが、65歳以上ではわずか19%となる。女性では、60～64歳の21%が就労しているが、65歳以上では6%と急減する。

⑪ 60歳以上の高齢者のうち12%は、働いてはいてもどのような形態の退職金も受給できない。

■高齢女性の状況

現在高齢者となっているアルゼンチンの女性は、伝統的な生活が修正されるという大きな社会文化的変化を体験した。しかし新しいモデルを見習うチャンスが多く得られなかった世代である。

アルゼンチンの高齢者の多くが移民であり、その多くが旧世界に両親を残してきた。移民者のなかでも経済的に成功したもののみが、その後両親や他の親戚を呼び寄せることができた。それゆえに、多くの者は老後の役割の手本を欠いている。

人口変化は、「長寿化によるリスクに直面する人が必然的に増える」ということも含んでいるのである。

先進国と発展途上国の両方で、低賃金、高い失業率、劣悪な医療サービス、ジェンダー差別、教育機会の欠如などの原因となっている構造的不平等が、高齢者の脆弱性を助長している。発展途上国の高齢者にとって、感染症の罹患リスクは今もなお存在し、環境災害も脅威となっている。同時に、彼等は先進国の高齢者に多い慢性疾患にもかかりやすくなっている。

後期高齢者では女性の割合が特に高くなる。またほとんどの女性高齢者は、健康状態があまり芳しくなく、際立って貧しく、男性よりも独り暮らしが多いなどの理由から、より脆弱な状態にある。

さらに女性高齢者は、教育レベルが低く、栄養状態も悪く、現役時代から退職後への備えができていないことが男性に比べて多い。女性が年をとってから病気にかかったり生活の質が下がったりするのは主に現役時代のジェンダー差別と生活状態の結果であり、またそれに退職後の高齢者差別が組み合わさった結果である。

多くの国々で、女性であり高齢者であることは二重の危険であるが、アルゼンチンでもその状況は変わらないし、女性であり、高齢者であり、貧しいことは三重の危険であ

る。

民族的・人種的マイノリティグループに属する単身の女性の場合は、さらに輪をかけた差別を受けることになり、農村部に住み、非ヨーロッパ系の人種的背景を持つことは、アルゼンチンではどれほど差別されるか想像もつかないのである。

■ 貧困と高齢者

- アルゼンチンの高齢者の17.3% (910,540人) は収入が最低基準を満たさない、いわゆる貧困ライン以下の所得での生活をしている。
- 60歳以上の高齢者のうち4.9%は極貧状態にあり、11.8%は基礎的ニーズの未充足な状況の貧困層である。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

- 女性のエイジング、貧困、差別、人権、エンパワーメント。ブエノスアイレスのような大都市での高齢者のあり方、特定のライフスタイル、および社会経済的違いを調べる。
- 「施設ケアと在宅ケアの実際のコスト」および「依存状態の真のコスト」について研究を行い、より正確なデータを集めたいと考えている。
- さらに、首尾一貫した研究を行えるよう、各種の国際専門機関、政府間組織、他のNGO、大学・学界の間で協力関係を推進するように努めたい。

その他の方針：「学習という当然の権利」

アルゼンチン憲法の下、すべての国民には教育を受ける権利がある。

- 大学の特別プログラムで高齢者に教育を継続的に提供する（2007年の時点で、高齢者の約20%がこのようなプログラムに既に参加している）。
- 貧困や移民であることが原因で読み書きを習う機会がなかった高齢者に読み書きを教える。または希望により初等・中等教育を修了できるようにする。
- 高齢者の一次医療に携わる医療従事者に質的にも量的にも優れた研修を提供する。
- 増加するラテンアメリカ人口の健康状態を評価し、その変化を観察するための検査をつくり上げ、既存のテストの有効性を確かなものにする。

長寿革命は世界的な事象であり、素晴らしい出来事である。ILCグローバル・アライアンスはこれらの人口変化とその世界的影響にどのように、対応するかについて、互いに協力し、学び合う必要がある。

第一の責任が政府にあることを念頭に置きながらも、国、市民社会、高齢者団体の間

での戦略的同盟を推進し、さらに民間団体の参加によって、ともに行動をとる必要がある。

第3章

課題解決のための行動計画

近い将来により具体的な行動計画を策定し、具体的な政策を提言し、高齢者のための政策やプログラムの実施に必要なサポート予算を確保するために努力したいと考えている。同時に、あらゆる機会に行えるPR活動についても取り組む。

ILC- Netherlands

(2006年設立)



代表者

Jacques H. Schraven

ロイヤル・ダッチ・シェル元社長
エラスムス大学メディカルセンター評議会議長

〈基本データ〉

面積：4.1万km² *1

人口：16,653千人〈2010〉*2

高齢化率：15.4%〈2010〉*2

合計特殊出生率：1.74〈2005～2010〉*2

平均寿命／男：77.8歳〈2005～2010〉*2

平均寿命／女：82.0歳〈2005～2010〉*2

1人当たりGDP：52,699US\$〈2008〉*3

経済成長率：0.7%〈2010〉*4

物価上昇率：1.0%〈2010〉*4

失業率：3.0%〈2008〉*5

60～64歳労働力率：34.3%〈2008〉*5

65～69歳労働力率：10.0%〈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

オランダ中央統計局（CBS）の人口労働統計では、オランダの1世帯平均人数は2.2人であり、今後世帯数が2007年の710万世帯から2035年には810万世帯へと増加し、その後減少に転じると予想している。65歳以上人口は、現在の240万人（全人口の14%）から2038年には430万人（同25%）に増加すると推計される。その時点で（65歳以上の）高齢者人口はオランダ労働人口の47%に達する。CBSでは男性の平均寿命が77.6歳（2006年）から81.5歳（2050年）へ、女性の平均寿命が81.7歳から84.2歳へ伸びると推測している。しかし、ILCオランダ理事でライデン大学教授のRudi Westendorp博士が、今後オランダと米国において65歳以上高齢者の平均余命が減少すると警告した報告書を上梓して以来、これらの数値は物議を醸している。

2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

オランダの医療産業は540億ユーロの規模を有し、労働人口の11%に雇用を提供しつつ支出と雇用の両面で急速な拡大を続けている。このペースで拡大が続けば、医療費の対GDP比率は9%から14%となり医療従事者の人口が労働人口の17%に及ぶことになるため、医療制度全体をリストラする必要が出てくる。政府はコスト意識と効率性および効果を高める動機（インセンティブ）を制度に盛り込みたいと考えているが、経済成長と人口高齢化による労働力不足が医療部門の発展とサービス水準および長期介護の質を脅かしている。老人医療が健康保険制度に完全に組み込まれていない点はまた今後の課題である。

2006年1月には、公的保険と個人保険とが混在する従来制度に代わり、保険治療を目的とした新しい保険制度がオランダに導入された。新制度は公的な管理下にある民間医療保険制度であり、民間保険会社によって運営される。全オランダ国民は新保険制度への加入が法律により義務付けられている。保険会社は全住民を契約対象とすることが義務付けられており、リスクの平準化を行うこと（公的制度）でそれが可能となっている。決められた保険料を支払うことのできない低所得者は医療手当を申請することができる。

（新制度の）目的は、長期的に医療効率を高めて医療費を適正水準におくことでより多

くの選択肢を提供することにある。民間企業は被保険者向けビジネスにおける競争がより自由化されることになる。保険会社は医療サービス会社に対して品質・コスト両面で従前より高い水準を要求するのではないと思われる。政府は今後も受診権、適正な医療費、医療水準の維持について責任を有する。被保険者は平均で年1,050ユーロ(2006年)の定額保険料を保険会社に支払うほか、所得の6.5%(年2,000ユーロが上限)相当の金額を医療保険基金に支払う。雇用主はこの額を従業員(被保険者)に払い戻すことが義務付けられている(自営業者と年金受給者に課される料率は4.4%)。2008年1月1日より年間150ユーロが免責額となりこの部分は保険会社が徴収する。慢性疾患や障害等により長期の医療費支出が避けられない国民には、金銭的補償が実施される。

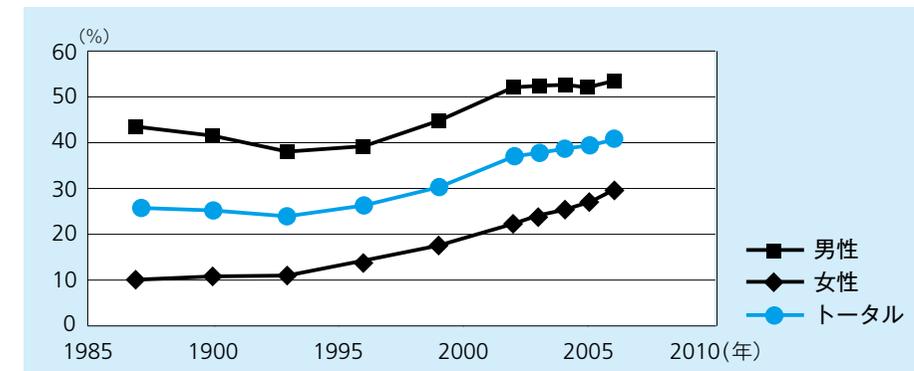
■介護

2007年の長期介護保険支出はGNP(4,650億ユーロ)の約1.5%、すなわち80億ユーロだった。支出の内訳は3分の2が施設介護、3分の1が在宅介護である。政策全般は要介護の高齢者をできるだけ自宅や住み慣れた環境の中で介護することを目指している。長期介護保険の財政制度全体が順次再構築される。当該制度の管轄権の一部が地方自治体に移管されたため、今後は地方自治体が患者や未認定要介護者を支援する技術的サービスや生活支援、家事サービス等を提供することになる。この業務については政府が地方自治体に対して金銭的補償を行う。最近導入された個人予算制度は徐々に普及しつつある。特筆すべきは、入居者のプライバシーを重視とした介護施設の再構築(各入居者に個室を貸与)、国内240万人の未認定要介護者に対する金銭面および専門的支援の拡充、サービス品質向上に向けた手段の導入、市民の責任意識の順守と強化などの傾向である。更には勤務評定や情報管理、ネットワークづくり等のためにIT政策が導入される予定である。

■年金／経済的状況(就労)

オランダの労働者は平均して55歳から65歳の間で退職する。退職年齢の中間値は現在61.5歳でゆっくり上昇する傾向にある。65歳以降も働き続ける労働者は11%に過ぎず、そのほとんどはパートタイム勤務である。オランダの年金制度は3階建てで、現在260万人いる65歳以上の国民のための基礎年金、企業年金や公務員年金など職域年金、および税制優遇措置のある個人年金で構成されている。単身者は基礎年金として1ヵ月あたりの手取りで915ユーロ、夫婦の場合は各々が手取りで630ユーロの給付を受ける。基礎年金の受給資格者の70%は職域年金の給付も受けている。年金所得は生涯同一の雇用主の下で働き続けた労働者の場合、退職前最終給与の約80%に及ぶ場合がある。しかし現在ではほとんどの最終給与比例制度が平均給与比例制度に代わった。早期退職に対する財政的支援は既に廃止され、若年層労働者の負担を減らすため早期退職制度に代わり部分選択式退職制度*1が登場した。

55～64歳の労働市場参加率(2006年、オランダ中央統計局)



1990年半ば以降、オランダの社会的・経済的な課題として「雇用と年金」の話題が注目を集めるようになった。他のヨーロッパ諸国や米国および日本と比較してオランダでは1970～80年代以降、55～64歳の労働市場参加率が極めて低くなっている。これは第一に若年層の失業対策として導入された準退職制度の利用過多が招いた結果である。第二に労使が共に障害保険制度を同様に利用し過ぎたことも高齢者層の労働者数を減少させた。

しかし1990年代の半ば以降は、高齢者の労働市場参加を奨励し、障害者を労働に復帰させ、女性の就労機会をより多く創出する方向に政策が転換されてきた。2007年には55～64歳人口の43%が就労しているが60歳直後が分岐点となる。オランダは(高齢者の労働参加率)50%というリスボン合意*2を2010年までに達成することを目指している。一連の政策、手段および措置は社会制度を再構築するためのものであり、退職制度と社会保障制度が65歳まであるいはそれ以降も働き続けることを奨励するように工夫されている。2001年以降、高齢者の社会参加についていくつもの分科会を設けて作業してきた結果、ある分科会(Commissie Bakker)が2008年6月に、2014年から1年に1ヵ月の割合で公式退職年齢を67歳まで引き上げることを提言している。

しかし高齢者に対する冷淡な姿勢がオランダ社会には深く根付いている。その兆候の一つとして、55～64歳の失業者が1年以内に新しい仕事を見つける可能性はわずか4%というデータがある。また雇用の流動性が低く、教育や訓練への参加率が低いこともその兆候といえる。「年齢雇用機会均等法」により労使には2004年以降、労働協約や職場慣習の見直しが求められている。その目的は高齢者への差別を取り除き、社会資本投資が退職ではなく生涯を通じた労働能力や雇用される能力(エンプロイアビリティ)および転職自由度の確保に振り向けられるようにすることである。

社会制度の大変革によって、企業は労働者の恒常的な欠勤や障害と向き合うことを余儀なくされた。そのため慢性疾患や障害のある労働者を職場復帰させるプログラムへ巨額投資を行った結果、若年層には効果を発揮した。次のステップは、疾病予防に向けた

手段と生活習慣および制度を改善し生涯を通じた健康に注力することである。この目的のためフィンランドの「ワーカビリティ（就業能力）」の概念がオランダに本格的に導入されており、企業健康保険の役割強化をも見据えたものとなっている。また多様な人材を活用する戦略もまた産業界の課題である。

■高齢女性の状況

オランダは昔から男女の役割や仕事に厳格に分離されてきた極めて封建的な社会である。前頁のグラフは高齢者男女の労働市場参加の様子を表している。女性高齢者の参加率上昇は主に、1960年代以降女性による労働市場への進出が進み、平均労働時間が次第に増加していったことの長期にわたる効果である。これは当時の女性解放と男女平等処遇を謳ったEU指針を反映している。現在、女性の雇用は医療・福祉・教育部門で特に多い。しかし年齢と性別の複合作用という点では、まだ正すべきところが多い。失業中の女性高齢者が新しい雇用先を見つける可能性はほぼゼロに等しく、社会および政治の分野や管理職またメディアの世界でも女性は男性と同等の待遇を受けているとは言えない。ところが民間介護ビジネスとボランティアの分野では状況が一変する。

■ボランティア部門

労働力不足がボランティア部門や民間介護ビジネス部門に圧力をかけていくが、活動中のボランティアが400万人、週に3時間以上または1年に3ヵ月以上介護を行う民間介護士が240万人いる点がオランダの強みである。ベビーブーム世代の才能を活用するチャンスがここにある。ILCオランダではボランティア部門と労使との対話の機会を設けた上で、①問題点を明確にして、②高齢の失業者がボランティア活動に積極的に参加する動機を与え、③新しい仕事の訓練と人脈を築く手助けをしている。労働者に有償労働から無償労働への転換あるいはその逆または部分選択式退職制度の選択肢を付与することで、高齢者はより有意義で生きがいのある健康な生活を送ることができると同時に、深刻な社会問題にも取り組むことができる。ILCオランダではまず国営および民間医療の分野で、ITの社会的活用の促進を訴えている。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

全年齢層に向けた健康管理の基礎研修の枠組みには、健康な生活習慣や（年齢に関連する）疾病の予防を長期的にサポートするよう促す強力な奨励策を盛り込む必要がある。ここでは公衆衛生サービスと民間衛生事業者とがともに政策開発に参加する必要がある。

●労働協約には、生涯にわたる就業能力（ワーカビリティ）・雇用される能力（エンプロイ

アビリティ）および転職自由度の確保を主眼とする①雇用の平等②多様性③積極戦略が反映されるべきである。

- 高齢者には将来の私的および公的介護の環境（選択肢があり良質かつ高齢者が生産的役割を果たし尊厳ある老後生活を送ることのできる環境）を整える上で、果たすべき重要な役割がある。
- オランダは速やかに老人医療を改善し医療保険制度に組み入れる必要がある。これを主眼とした追加的教育や優秀な若手医師に研修を行うことで、老人医療の重要性を認識させることが可能であろう。
- 海外で有効性が実証されている社会面や医療面での斬新な取り組みを明らかにし、自国に取り入れる態度と政策（フィンランドの「ワーカビリティ」概念など）が不可欠。
- 企業や労働組合が新しい役割に順応する必要がある。また企業の社会的責任において、持続可能な社会・経済・環境制度に対する高齢者の潜在能力を引き出す必要がある。
- 有償の労働とボランティア活動ならびに民間介護事業との間で、高齢者が自由に職を選択しそこに生産的に関わることができる柔軟性の高い制度設計が望まれる。
- ITサポートおよび世代間コミュニティのための社会インフラの速やかな開発利用、高齢化社会における（高齢者の）参加推進に関する研究が重要である。

第3章

課題解決のための行動計画

ILCオランダは前章での提言を基本として、ノウハウや技術革新および最良施政方針（ベストプラクティス）を速やかかつ大規模に導入するため、国・州政府・地方自治体・労使・社会組織が関与した行動計画の策定を提言する。戦略策定と意思決定に影響を与えるコミュニケーションには高齢者の活力と知識を投入すべきであり、すべての年齢層のための持続可能な将来に対する高齢者の責任を基礎とすべきである。

*1：例えば「パートタイムで働きながら年金を満額ではなく一部受給する」いった働き方を指す。

*2：2004年11月1日付で欧州委員会に提出された報告書で、EU加盟各国が持続的成長と雇用および社会的団結を堅持するために、より活力に満ちた知的社会の実現を目指そうとする内容。

http://ec.europa.eu/education/policies/2010/studies/maastricht_en.pdf

ILC-Israel

(2007年設立)



代表者

Sara Carmel, Ph.D.

ベン・ガリオン大学医療社会学・老年学教授

〈基本データ〉

面積：2.2万km² *1

人口：7,285千人〈2010〉*2

高齢化率：10.2%〈2010〉*2

合計特殊出生率：2.81〈2005～2010〉*2

平均寿命／男：78.6歳〈2005～2010〉*2

平均寿命／女：82.8歳〈2005～2010〉*2

1人当たりGDP：28,292US\$〈2008〉*3

経済成長率：2.4%〈2010〉*4

物価上昇率：2.0%〈2010〉*4

失業率：6.1%〈2008〉*5

60～64歳労働力率：52.3%〈2008〉*5

65～69歳労働力率：24.0%〈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

イスラエルの面積はイスラエルが併合した東エルサレム及びゴラン高原を含むが、この併合は日本を含め国際的には承認されていない。

第1章

高齢化の状況

1 高齢化の概要

2006年現在、イスラエルは人口の9.9%が65歳以上であり、2.6%が80歳以上である。65歳以上のうち、男性は42.8%、女性は57.2%である。人種別で見ると、ユダヤ人の11.5%が65歳以上であるのに対し、アラブ系イスラエル人では3.2%である。イスラエルは移民の国であり、高齢者層の90%はユダヤ人である。そして、そのユダヤ系のうち、85.9%は移民である。高齢者層の36%はホロコースト（ナチスによる大量虐殺）生存者である。

イスラエルは人口動態変化のペースが他の先進国と異なる。1948年の建国時には、高齢人口は全人口の4%であったが、60年のうちにこの割合が2倍以上に増えている。

イスラエルの平均寿命は比較的高く、女性82.2歳、男性78.5歳である。高齢者の94%は都市部で暮らしている。

2 高齢化の主な傾向と課題

■保健医療

1995年以降、国民健康保険法（NHCL）の下で、すべてのイスラエル国民に対し、四つの疾病基金（Sick Funds）による国民健康保険と特定の基本的サービスが提供されている。しかしNHCLは高齢者層の医療や障害によるニーズに十分対応しているとは言い難い。例えば、歯科診療は高額で、NHCLが適用されない。歯科診療費や治療用補助器具の費用を負担できない場合は、地域の社会保障関係機関からの援助を受けることになる。また、ホスピスケアも不足しており、必要な患者すべてに提供されていない状況である。

2005年の調査によれば、高齢者の37%（男性の44%、女性の33%）が自分の健康状態を「極めて良好」または「良好」と評価している。

■介護

1988年に「地域介護保険法」（CLTCI）が施行された。これによって、介護、家事、住宅の緊急警報システムなど特定のコミュニティ・サービスが提供されている。2006年の時点で、これらのサービス受給資格者は高齢者層の14.9%であった。このほかに、看護サービス、給食プログラム、ボランティアによる援助、健常者のための社交クラブ、障害者のためのデイケアセンターなどの高齢者支援策を、市町村の地域社会サービスが提供している。一部の市町村では、「高齢者を支える地域社会づくり」のプログラムが

実施されている。

高齢者の介護施設入所は、コミュニティ・サービスでは対応できなくなった場合の最後の手段とみなされている。高齢者は社会的および医学的にみて地域社会での生活が不可能になった時点で、施設に入所して介護を受ける資格が与えられる。施設での介護は非営利団体および営利団体の両方が提供している。シェルター (Sheltered Housing)、ナーシングホーム、老人病院など、広範な施設が存在する。施設介護にかかる費用は、重病の場合にのみNHCLの適用を受け、それ以外の場合は、入所者とその子どもの所得により、保健省と家族、あるいはどちらか一方が負担する。

介護はイスラエルで未解決の大きな課題の一つである。現行制度に公的サービスと民間サービスが多数混在し、責任、運営主体、各種サービスの提供、資格条件、財源などで重複しているためである。この状態が介護サービスの重複と断片化をもたらすため、効率が悪くなっており、要介護高齢者とその家族、介護専門職員を混乱させている。また、さまざまなサービスが混在するため、利用しにくいものになっている。

イスラエルでは、家族は両親の世話をしなければならないことが法律によって定められており、これにはあらゆる種類のサポートが含まれる。施設入所が必要な場合は、子どもがその所得に応じて経済的に援助しなければならない。放棄は虐待とみなされ、法律で禁じられている。1993年に制定された「介護休暇法」(Sick Leave Act of 1993)は、家族介護をしなければならない従業員を保護し、親の病気による退職の場合は退職金の全額支給を保障し、年に最長6日の有給休暇を認めている。

■年金／経済状況 (就労)

すべての高齢者 (男性70歳以上、女性65歳以上。所得調査により、男性65歳以上、女性60歳以上) は、就労経験の如何を問わず、国民年金制度から基礎年金を受給する資格がある。最低額の年金 (月額約460ドル) で生活する高齢者世帯には、政府から補足手当が支給され、その上限は単身者で全国平均所得の13%、夫婦で17%である。ホロコースト生存者の中には、財務省から手当を受給できる者もいる。さらに、福祉省や地方自治体がニーズに合った社会福祉サービスを提供している。高齢者法 (1989年制定The Elderly Citizen's Act) の規定により、高齢者は地方税の減額、文化行事のチケットや公共交通機関の割引などの特典を受けることができる。

一般に高齢者、なかでも新規移住者層は、経済的に恵まれない場合が多い。しかし、補足手当を受給する高齢者の割合は、1990年の27%から2006年の18%へと次第に減少している。高齢者の間には、社会経済的地位に大きな格差がある。例えば、2006年には男性高齢者の52%が職場から年金を定期的に受給しているのに対して、女性高齢者ではわずか28%であった。現行法は高齢者の貧困削減に寄与しているが、現在のイスラエルにおける生活費を考慮すると、こうした所得水準の高齢者は、基本的な生活を送ることさえ難しい状況に置かれている。2003年に民間企業の定年が女性60歳・男性

65歳から、男女共67歳に引き上げられた。この改正は高齢就労者の割合にはまだ影響を及ぼしていない。2006年現在、65歳以上の高齢者のうち有給の仕事に就いた者はわずか10% (男性の17%、女性の5%) であった。また、高齢者層の12%はボランティア活動に定期的に従事していた。

■高齢女性の状況

2006年現在、イスラエルでは女性が高齢者層の57.2%を占めている。この割合は、アラブ系では低く (54%)、旧ソ連からの新規移住者では特に高い (62%)。女性の方が男性よりも長生きをし、65歳時の女性の平均余命は20.1年、男性は17.9年である。

しかし、男性に比べて、女性高齢者は教育、所得、健康状態、孤独感、人生に対する満足感、自尊心などの幸福の指標 (客観的・主観的両方) のほぼすべてにおいて不利な状況にある。

■国防と社会保障

イスラエルに特有の大きな問題は、安全保障問題、および隣国からの戦争とテロ活動の脅威が絶えないことである。国家予算は安全保障と軍事費を中心に編成されるため、社会問題に充当される予算が限られており、その中でも、高齢者サービスは最初にカットされることが多い項目である。

第2章

今後の研究・研修・政策上の課題

■研究

イスラエルには、老年学分野の研究を行っている機関・団体がある。エイジング、保健医療政策、社会福祉に関する国立の応用研究センターであるJDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Developmentのほか、主要大学のすべてがエイジングと老年学の研究センターを設けている。

今後、後期高齢者人口の増加や高齢期における疾患と機能障害の増加、フォーマルおよびインフォーマルの介護者に対するニーズの高まりなどを含めた高齢者人口の変化を考慮して、老年に関わるすべての分野で研究を推進する必要がある。重点分野として、① 経済、金融、年金政策、② 臨床・リハビリテーション、③ 民族・文化、宗教など様々な社会グループのニーズ調査、④ フォーマルおよびインフォーマルの介護ニーズとソリューション、⑤ 新旧の政策およびサービス (医療と福祉) の評価 (利用しやすさ、効果、社会グループ別のアクセスなど) がある。

■人材

現在は老年医学科も老人病院も、認定を受けた老年医学専門医がいない限り認可されない。イスラエルに四つある医科大学はすべて老年医学を必須科目として取り入れている。しかし、高齢者の急性疾患、介護、リハビリ、コミュニティ・サービスに関する研修が、必ず含まれているというわけではない。老年医学は、一般診療および内科の中の専門科目となっている。看護や社会福祉の学校でも老年医学系コースが導入されている。1999年には、ベンガリオン大学とハイファ大学で老年学の修士課程が開講された。それ以来、修士号を持つ老年学者の数は着実に増えている。さらに、介護助手、ナーシングホーム経営者、デイケアセンター職員、ボランティアのためのフォーマルおよびインフォーマルの研修が全国で開催されている。

これらの研修はESHEL (The Association for the Planning and Development of Services for the Aged in Israel)、労働福祉省、国立保険研究所 (National Insurance Institute) がスポンサーを務めている。義務付けられているわけではないが、資格を有する看護師とソーシャルワーカーの大多数は老年医学と老年学の公式なコースを修了している。こうした努力はあるものの、近い将来、老年医学専門医と老年医学看護師の深刻な不足が予想されている。

第3章

課題解決のための行動計画

イスラエルの人口動態を考慮すると、エイジングに関する知識を深め、これを政策や教育、サービスに反映することは、イスラエル社会の重要な目標となるべきである。現在イスラエル社会はいずれの分野においても、今まで蓄積されたものだけでなく、最新の知識を、効果的かつ効率的に取り入れ、実施するのに遅れをとっている。

■教育と介護提供

若年層に対し、老年医学と老年学を学び、この分野に従事するよう導くための大きな努力が払われる必要がある。さらに、老年医学・老年学は一般診療や内科を専門とする医師、看護師、ソーシャルワーカー、その他クリニックや各種施設で働く様々な医療従事者にとって、必須の授業科目・研修課題とならなければならない。医科大学、看護学校、社会福祉学校のカリキュラムに、緩和ケアを付け加える必要がある。老年医学における学課修了と研修の認定を、介護専門職員の役割に応じて、必修条件とする必要がある。また、家族介護者のためのコースや支援プログラムを立ち上げる必要がある。

■サービス

近年、増加する高齢者層の特殊なニーズに伴い、疾病基金 (Sick Funds) は地域社会ベースの高齢者医療サービスを始めた。例えば、総合健診や健康・医療相談のための高齢者

医療センターが設立された。同じ目的で、認知症専門のクリニックも設立されている。施設や在宅でのホスピスケアは、今のところまだ少ない。こういった動きをさらに発展させ、拡充する必要がある。

■人権

自らの権利について高齢者自身の認識を高めなければならない。医療制度やその他の国、公共、民間サービスに関して、利用できる法的制度の活用を含め、必要に応じて自分の権利を積極的に主張できる実践方法を高齢者に周知することによって、高齢者の力を高めることに尽力する必要がある。

■政策および法規制

介護の提供とケアの継続性など、未解決のニーズに対応するため、現行法の改正が必要である。

- 介護をNHCLのサービスパッケージに加えれば、サービスの断片化や提供機関の重複を減らすことができ、疾病基金が予防と健康増進プログラムを強化するインセンティブとなる。CLTCIに基づく在宅介護に割り当てられる週当たりの時間を増やせば、自宅療養が可能な高齢障害者が増える。
- 現行法において施設での虐待と経済的搾取に関する言及がなされれば、作為・不作為を含むあらゆる虐待や介護放棄を網羅するものとなる。
- 非軍事部門で法定定年が男女とも67歳まで引き上げられたが、定年制を完全撤廃し、高齢者の意思と能力に応じていつまでも働けるようにしなければならない。高齢者層の国庫依存を減らすために、年金制度にさらなる改革を導入する必要がある。

これらの領域における変革が、包括的で継続的な、そして効率の良いケアへの万人のアクセスを保証することとなる。そうすることで、高齢者をより効果的に擁護することができ、高齢者は積極的に自己の権利を主張できるようになり、イスラエルの高齢者の生活の質が高まるであろう。

ILC-USA

ILC-Japan

ILC-France

ILC-UK

ILC-Dominican
Republic

ILC-India

ILC-South Africa

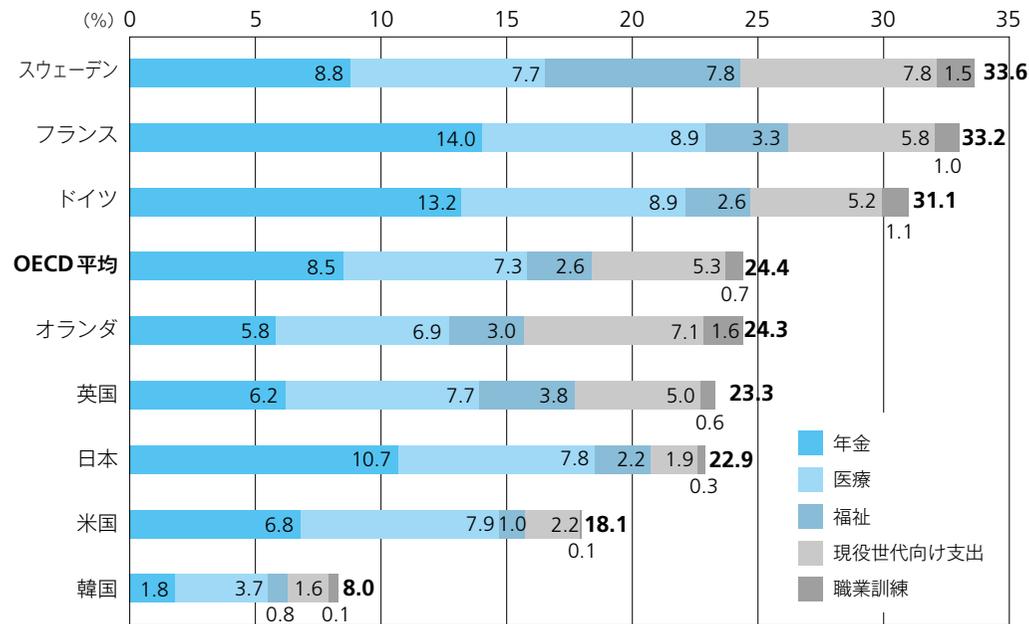
ILC-Argentina

ILC-Netherlands

ILC-Israel

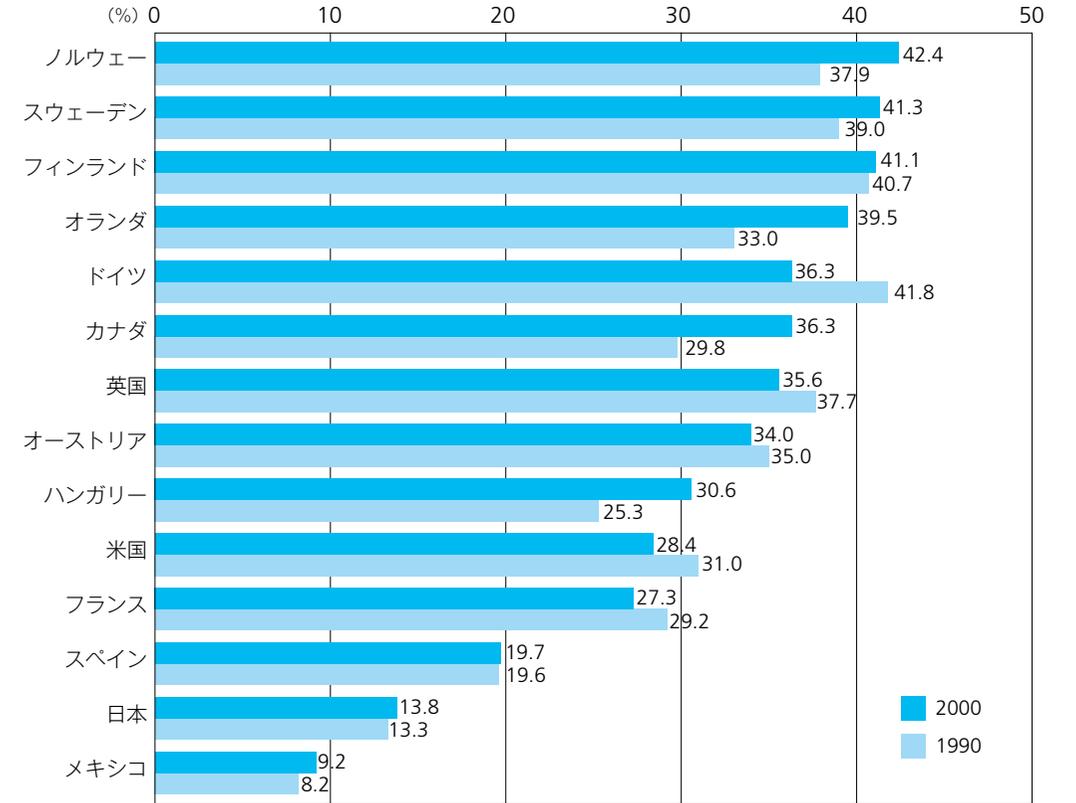
DATA

公的社会保障支出(OECD基準)の純国民所得比 2005年



出典：OECD, Social Expenditure Database

65歳以上の独り暮らし割合



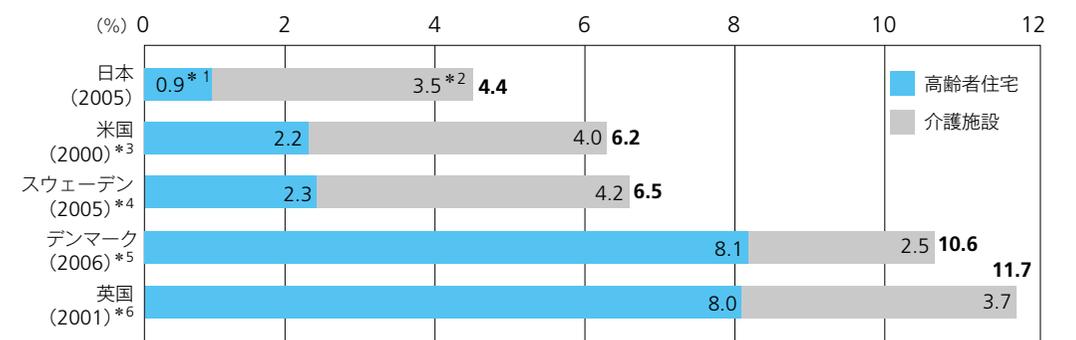
出典：OECD, Society at a Glance 2006

高齢者の人間関係

	日本	アメリカ	韓国	ドイツ	フランス
心の支えが配偶者あるいはパートナー	64.0	47.3	52.7	49.0	48.1
既婚の子どもと同居している	19.8	4.3	21.2	2.2	2.2
別居している子どもと週1回以上会う	46.8	80.8	66.9	58.6	67.2
相談あるいは世話をし合う親しい友人がいる	70.1	84.6	64.3	77.8	81.5
近所の人たちと病気の時に助け合う	8.7	34.3	20.0	22.8	22.4
近所の人たちと物をあげたりもらったりする	51.4	22.1	6.3	13.7	8.8
携帯電話や PHS で家族・友人などと連絡をとる	28.0	47.2	52.7	39.8	45.4

出典：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」2005年

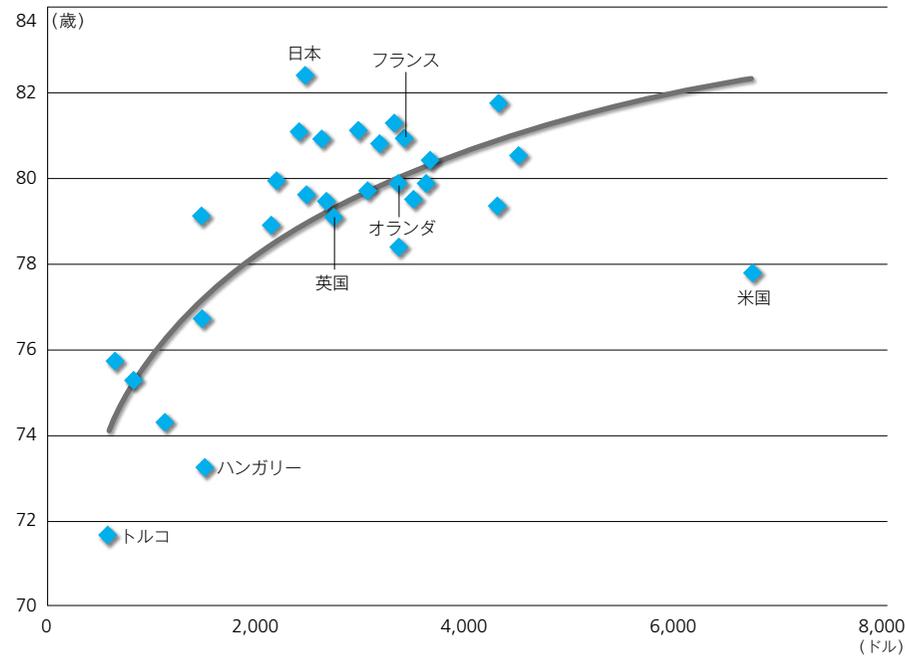
高齢者住宅・介護施設に住む高齢者の割合



出典：厚生労働省「第2回介護施設の在り方に関する委員会」平成18年12月15日

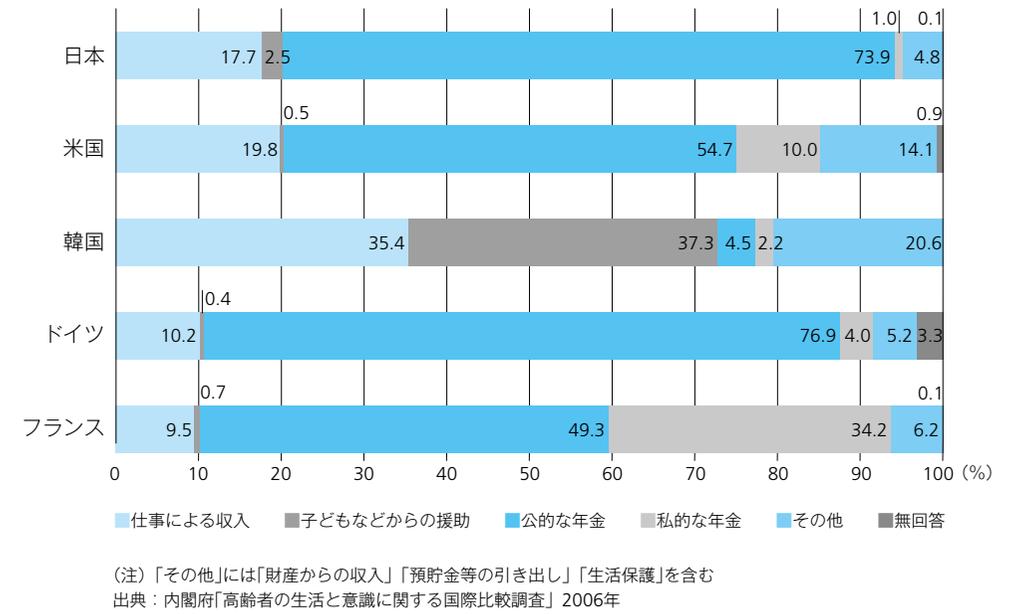
- *1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)
- *2 介護保険3施設及びグループホーム
- *3 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)
- *4 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
- *5 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会)聞き取り調査時の配布資料(2006)
- *6 Elderly Accommodation Counsel (2004) 「the older population」

1人当たり医療費総額と出生時の平均余命

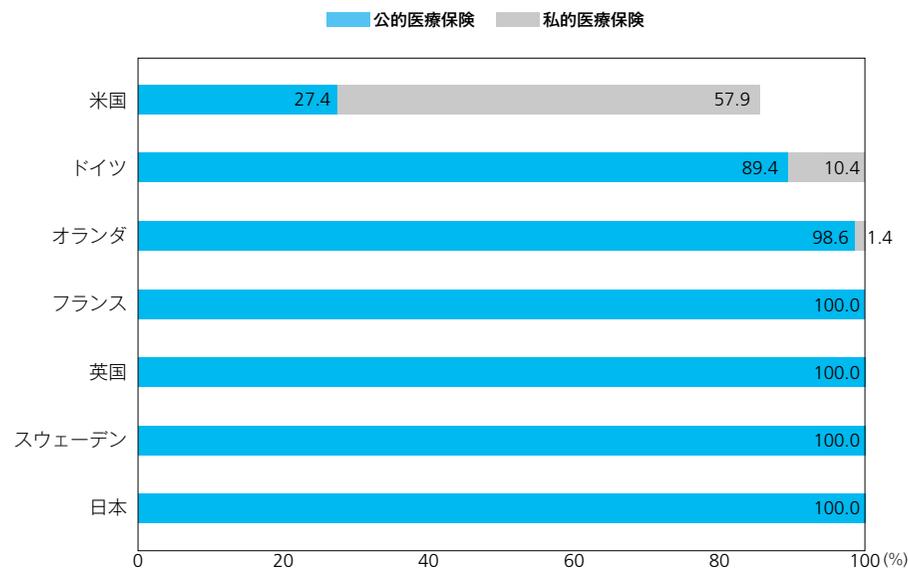


出典：OECD HEALTH DATA 2008, June 08

高齢者の主な収入源

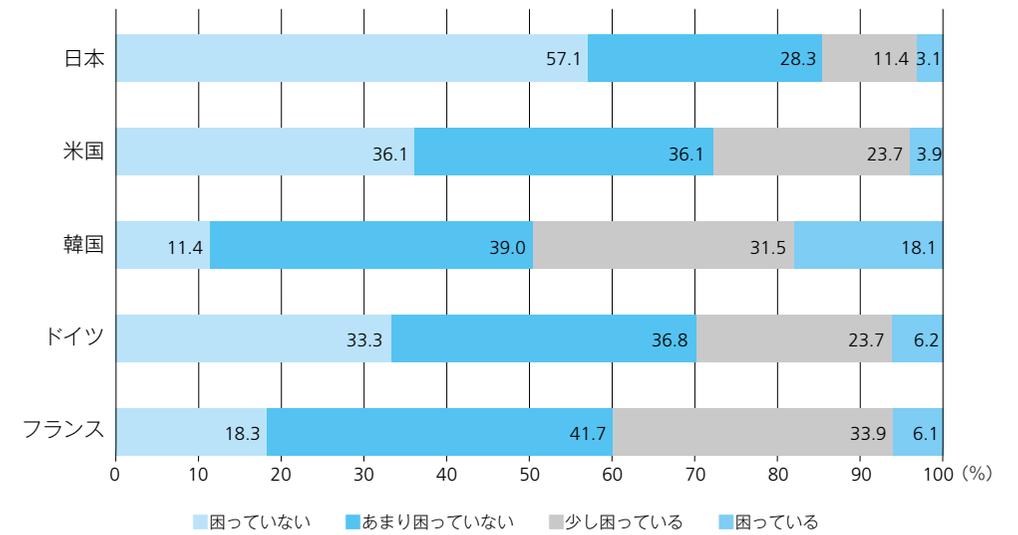


各国の医療保険加入率



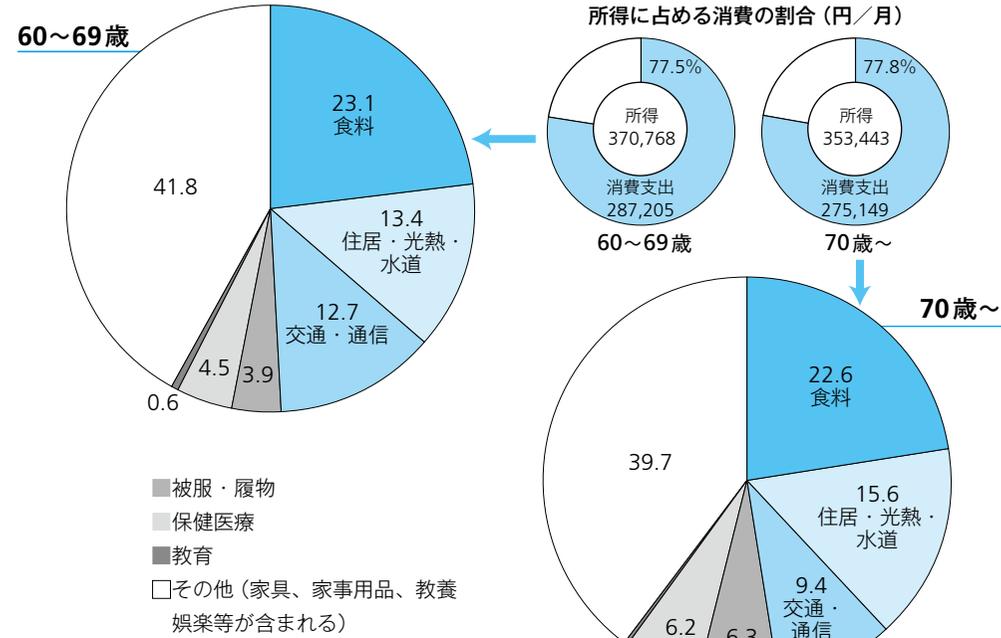
出典：OECD HEALTH DATA 2009

高齢者の生活困窮度

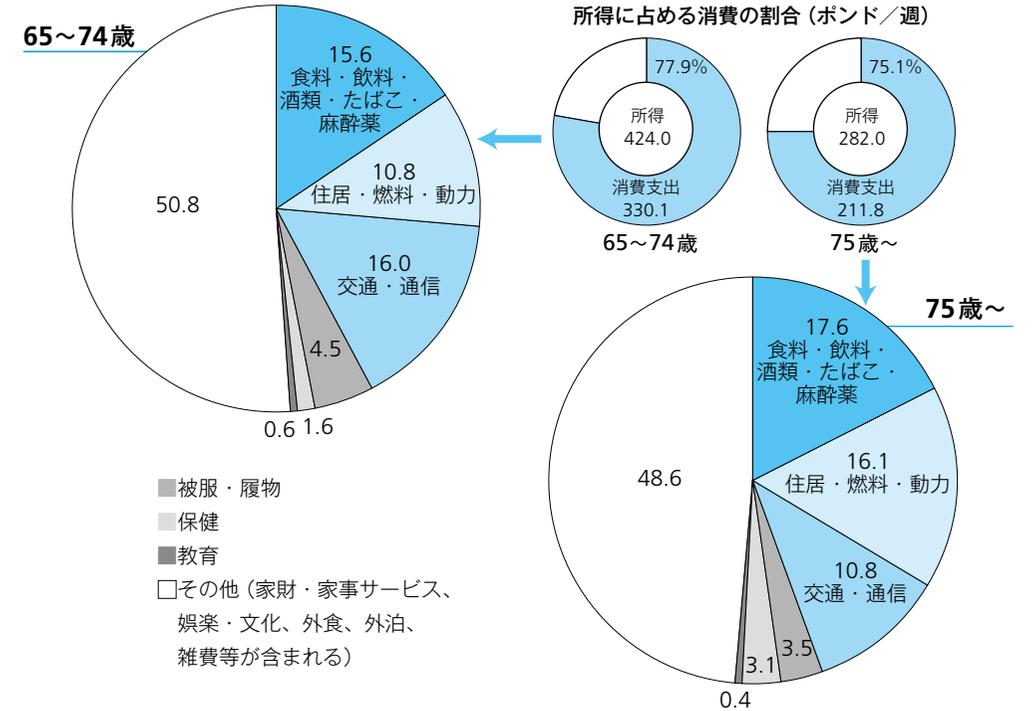


出典：内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」2005年

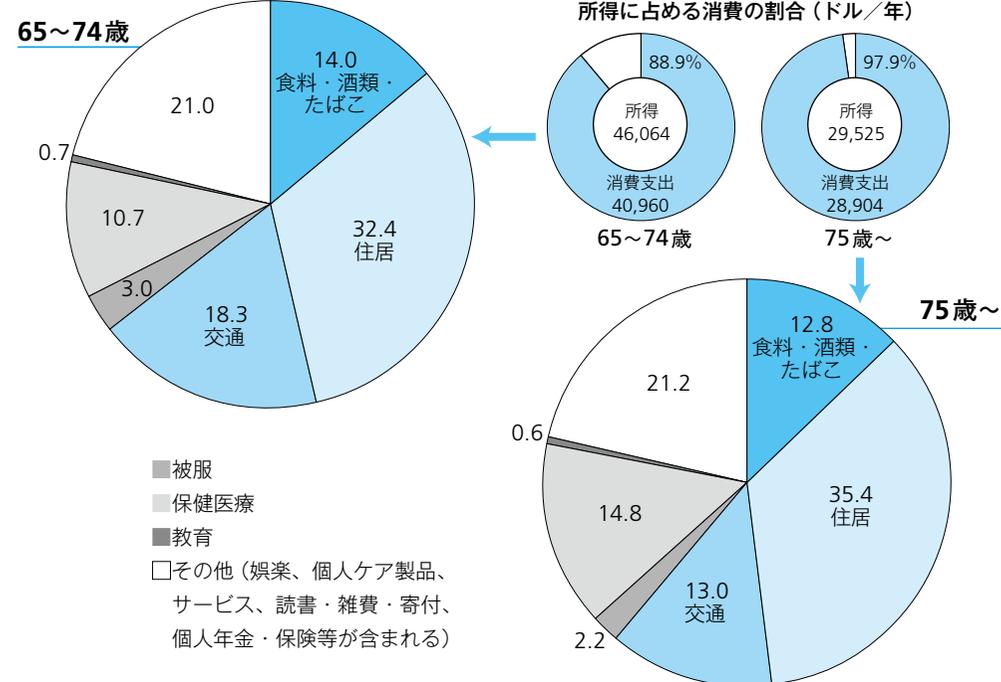
[日本]



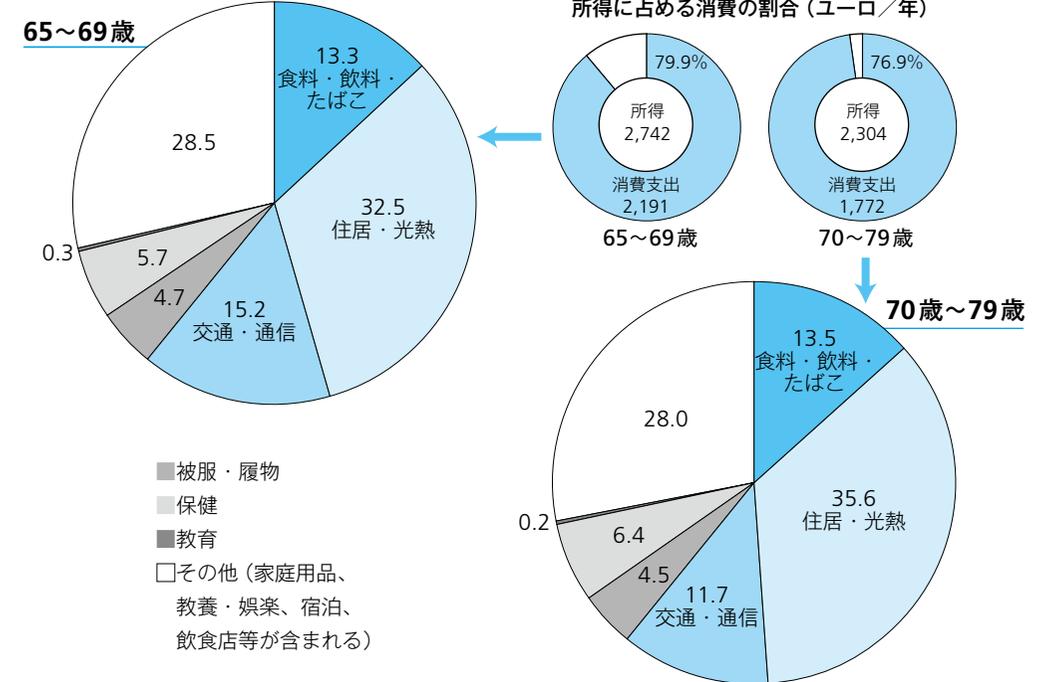
[英国]



[米国]

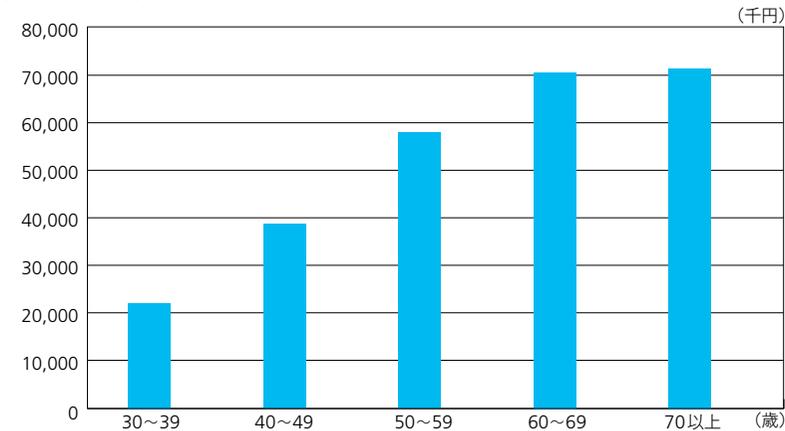


[ドイツ]



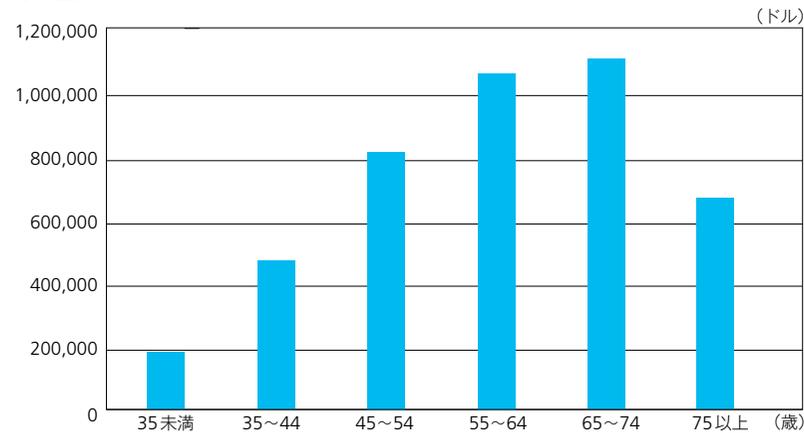
年齢別家計資産(中央値)

〈日本(総世帯)〉



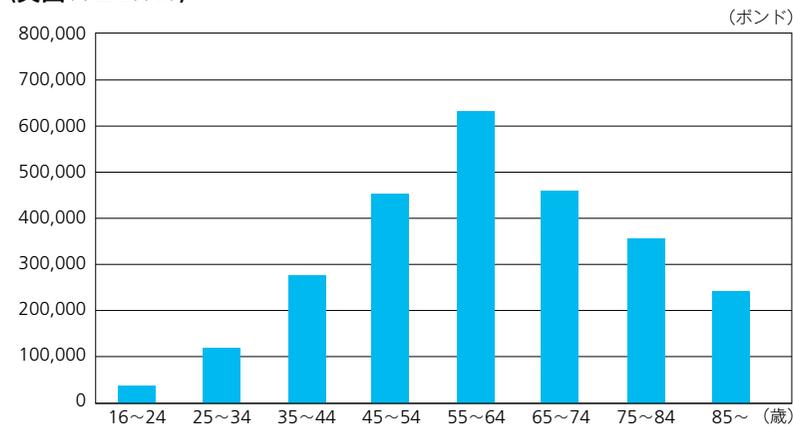
出典：全国消費実態調査(総務省)平成16年

〈米国〉



出典：FRB—Survey of Consumption Finances 2007

〈英国(年金を含む)〉



出典：Office for National Statistics

各国の公的年金制度

		日本	米国	英国	ドイツ	フランス
制度体系	1階部分	国民年金(定額)	老齢・遺族・障害保険(OASDI)(所得比例)	基礎年金(全国対象、定額)	一般年金保険等(所得比例)	一般制度等(所得比例)
	2階部分	厚生年金等(所得比例)	なし	国家第二年金(被用者対象、所得比例)	なし	補足制度(所得比例) ※公的ではないが、労使協約に基づき全ての労働者に適用
	3階部分	厚生年金基金、職域相当部分	—	—	—	任意加入の付加年金制度
対象者		全国民	一般被用者 自営業者等	一定所得以上の一般国民	一般被用者 自営業者(任意加入)等	一般被用者 自営業者等
保険料		【一般被用者】 15.704% (労使折半：2009年9月～2010年8月) *国民年金は定額(14,940円/月：2009年4月～2010年3月)	12.4% (労使折半)	【一般被用者】 23.8% 本人：11.0% 事業主：12.8%	19.9% (労使折半)	【一般被用者】 16.65% 本人：6.75% 事業主：9.90%
国庫負担(対GDP比)		基礎年金の2分の1	なし	原則なし	給付費の約27%(2005年)	若干あり
支給開始年齢		国民年金(基礎年金)：65歳 厚生年金の報酬比例部分：60歳 ※2013年度から段階的に引き上げ、男性は2025年度から、女性は2030年度から65歳	・65歳10ヵ月(1942年生まれ) ・66歳(1943～54年生まれ) ※2027年までに67歳に引き上げ	・男性：65歳 ・女性：60歳 ※2010～2020年にかけて、男女とも65歳まで引き上げ ※2024～2046年にかけて、男女とも68歳まで引き上げ	・65歳 ※2012～2029年にかけて67歳まで引き上げ	・60歳 ※ただし、満額受給に必要な保険料拠出期間は、段階的に41年以上に引き上げ中
最低加入期間		25年	10年	男性11年(満額30年) 女性9.75年(満額30年)	5年	3ヵ月(満額40年)
所得代替率(実質)		40.3%	47.1%	44.3%	61.5%	62.0%
老齢年金受給者数		・国民年金：2,700万人(2009年) ・厚生年金：2,600万人(2009年)	4,981万人(2007年11月)	約771万人(2004年)	約2,326万人(2005年)	一般制度：1,075万人(2004年)

参考資料：

OECD Pensions at a Glance 2009

Pension Policy Institute (2009)「The Pensions Primer」

年金シニアプラン総合研究機構(2008)「年金と経済」調査研究シリーズ(各国の年金制度)

厚生労働省(2005)「ドイツの年金制度の概要」

厚生労働省(2008)「諸外国における国庫負担の現状・考え方」第7回社会保障審議会年金部会、参考資料1

厚生労働省「世界の厚生労働」2009」

社会保険庁HP「主要国の年金制度」<http://www.sia.go.jp/seido/kyotei/kyotei07.htm>

人事院「アメリカの年金制度(2008年4月 人事院生涯設計課)」公務員の高齢期の雇用問題に関する研究会 第7回議事要旨・資料

各国の公的医療制度における高齢者の位置づけ

	日本	米国	英国	ドイツ	フランス
高齢者に着目した医療制度	長寿医療制度 (原則75歳以上)	メディケア (65歳以上又は障害者)	なし	なし	なし
	・高齢者医療広域連合が保険者 ・74歳以下は公的医療保険制度に全住民が加入	[パートA(病院保険)] ・10年以上就労し、収入の一定割合を拠出した者 [パートB(医療保険)] ・パートA受給資格者が任意加入 [パートC(アドバンテージ)] ・パートA・B双方の加入者が任意加入 [パートD(処方箋薬)] ・パートA・B双方の加入者	・国民保健サービス(NHS) 年齢に関わらず全住民に包括的な医療サービスを原則無料で提供	[一般] ・退職後も従前の医療保険制度に継続加入 ・8種類の疾病金庫 ・公的医療保険競争強化法(GKV-WSG)により全住民の保険加入(公/私)を義務化	[一般] ・退職後も従前の医療保険制度に継続加入 ・複数の職域保険制度が並立
保険料負担	[長寿医療制度] ・各広域連合が条例で保険料率を定める ・前年度の所得をもとにして、一人当たりの定額保険料(均等割)と所得に応じた保険料(所得割)で被保険者を個人単位として算定 [公的医療保険制度] ・組合健保(大企業) 各組合で独自に決定(平均7.3%) ・協会けんぽ(中小企業) 給与の8.2%を労使折半 ・国保(自営業、無職等) 市町村が定める額	[パートA] ・2.9%(被用者は労使折半、自営業者は全額負担) ・現役・高齢者世代を問わず、就労期間中は保険料を支払う・年金受給者は負担なし [パートB] ・月額90～250ドル(標準月額:96.4ドル(2008年)) [パートC] ・各保険会社のプランにより異なる [パートD] ・民間保険会社がプランを提供するため、保険料や給付内容は加入者が選択する保険会社やオプションにより異なる・平均月額:27.35ドル(2007年)	原則負担なし	・15.5% ※全国一律の統一保険料率[2009] ※14.6%は労使折半、0.9%は傷病手当金の請求権のある被保険者が負担 ※月収が一定額以下の被用者:使用者の全額負担	・13.85% ※被用者:0.75%、使用者:13.1% ※別途、年金・医療・介護・家族手当を目的とした「一般社会拠出金(CSG)」として、労働所得に7.5%賦課(うち医療分:5.29%)
	公費負担等	[長寿医療制度] ・社会保険方式 50%を公費(国:都道府県:市町村=4:1:1) [公的医療保険制度] ・組合健保:定額 ・協会けんぽ:給付費の13% ・国保:国43%、県7%	・社会保険方式 [パートA] 賦課方式 [パートB] 給付費の約75%	税方式	・保険料による賦課方式・収支相償方式 ・農業者疾病金庫:年金受給者給付費の約85%
高齢者の患者一部負担	・70歳以上:1割(現役並み所得者は3割) ・70歳未満:3割	[パートA] ・入院60日まで:通算840ドル ・61～90日まで:210ドル/日 ・91～150日まで:420ドル/日 ・151日～:全額自己負担 [パートB] ・年間135ドル+それを超える部分の20% [パートC・D] ・各保険会社プランにより異なる ※2009年	[原則一般と同様] ・高齢者、低所得者等:免除あり ・薬剤サービス:負担免除 [一般] ・入院・外来一部負担なし ・薬剤処方箋1枚につき6.20ポンド(2002) ・歯科治療3種類の定額負担	[一般と同様] ・外来及び歯科治療 四半期ごとに10ユーロ ・入院一定期間以降は10ユーロ/日(最高28日まで) ・薬剤:薬剤価格の10%	[原則一般と同様] (原則) ・外来 30% ・入院 20% + 70フラン/日 ・薬剤 35% ・診察ごとに1ユーロ

参考資料:厚生労働省(2009)「世界の厚生労働2009 2007～2008年 海外情勢報告」/厚生労働省ホームページ/小林一久(2006)「ドイツにおける社会保障制度改革の現状」フィナンシャル・レビュー

各国の介護保険

国	日本	米国	英国
介護の種類	居宅介護・施設介護	居宅介護・施設介護	居宅介護・施設介護
プログラム	Long-term Care Insurance System (公的介護保険)	Medicare (メディケア)	Medicaid (メディケイド)
財源	保険料一般税	保険料	一般税
給付形態	現物給付	現物給付	現物給付(介護福祉施設及び居宅における介護)
認定基準	65歳以上:全障害に対して全国民 40～64歳:老化に伴って生じる16種の疾患による要介護状態に対して	障害を持つ65歳以上の全国民	年齢を問わず全国民
自己負担	10% 食費と居住費は保険の範囲外	在宅療養費は無料、受給者の財政状況により自己負担を強いられることもある	無料

国	ドイツ	フランス	スウェーデン	オランダ	韓国
介護の種類	居宅介護 施設介護	居宅介護・施設介護	居宅介護・施設介護	居宅介護	居宅介護・施設介護
プログラム	Social Long-term Care Insurance (公的介護保険)	APA (個別化自律手当)	社会援助	Public Long-term Care (医療保険を財源とするサービス)	年金受給者と退職者に対するケアセンター
財源	保険料	一般税	一般税	一般税	保険料
給付形態	現物給付及び現金給付	現物給付	現物給付	現金給付	現物給付
認定基準	年齢を問わず全国民	60歳以上の者	低所得高齢者	年齢を問わず全国民	被保険者である年金受給者及び退職者
自己負担	基本的に負担の必要はない追加したサービスや社会保険の対象とならない高額サービスは有償	食費と居住費は保険の範囲外。法定額を上回るサービス料に対する支払は自己負担。財産調査を経て社会扶助の対象となりうる	収入に応じて請求された額を負担	地方政府によって定められた費用を負担	65歳以上:全障害に対して全国民 65歳未満:老化に伴う要介護状態の場合

『世界の介護保障』(増田雅暢著/法律文化社/2008)をもとに再構成

介護保障システムの対象者の範囲

仕組み・対象者	全国民	高齢者中心
社会扶助方式	英国、スウェーデン	フランス
社会保険方式	ドイツ、オランダ	日本、韓国
その他		米国

『世界の介護保障』(増田雅暢著/法律文化社/2008)をもとに再構成

ILC Global Aging Report（日本版）は、2009年刊行の同書英文版を基に、ILC 日本が編集を加えたものである。

編集に当たっては単なる日本語への翻訳ではなく、各国の制度や状況をできるだけわかりやすく解説することを目指した。そのため、語句や文章の補足、一部書き換えなどの修正を加えてある。

なお、各国の状況説明や数字は、英文版作成時に提出されたものに基づいているため、最新のものとは異なっている場合があることをご理解いただきたい。

日本語版の刊行にあたっては下記の方々のご協力を得た。お名前を記して謝意を表したい（順不同・敬称略）。
山田嘉子／奥田七峰子／武内和久／中尾賀要子／太田仁志／牧野久美子／宇佐見耕一／佐々木一成

Global Aging Report

2010年3月25日発行

発行 国際長寿センター (ILC-Japan)

〒105-8446

東京都港区虎ノ門3-8-21 虎ノ門33 森ビル8F

TEL 03-5470-6767 FAX 03-5470-6768

URL <http://www.ilcjapan.org>

発行人 森岡茂夫

編集 株式会社青丹社

印刷 大日本印刷株式会社
