

日本



年金

日本の公的年金制度は賦課方式で多重構造になっている。1階と呼ばれるベースの部分は基礎年金であり、全国民を対象にしている。20歳から60歳までの国民は全員加入が義務付けられており、保険料は加入者1人当たり月に15,000円である。この制度では保険料の納付年数に応じた年金給付が個々人に支払われ、40年間の加入期間を満たした者には月6万6,000円が支給される。1階の年金の財源を賄うため、政府は実際の給付額の半額相当を税収で負担している。

ベースの上に乗る2階部分には、民間の厚生年金と公務員対象の共済年金があり、いずれも強制加入である。厚生年金には民間部門の被用者の大半が含まれるが、パート従業員は含まれない。2階の報酬比例部分の年金給付は、納付年数と平均所得水準に応じて支給されており、多くの退職者が受給する老齢年金の額は、基礎年金と報酬比例部分の合計である。公務員を対象とする共済年金は民間の厚生年金とは異なる体系を持っている。なお、自営業者を対象とする国民年金基金は強制加入ではない。

基礎年金の受給年齢は1994年の法律改正で60歳から65歳に引き上げられており、男性は2001年から2013年にかけて(女性はその5年後)段階的に実施される。また、厚生年金の報酬比例部分の受給年齢は2000年の改正で変更され、男性は2013年から2025年にかけて60歳から65歳まで段階的に引き上げられて、女性はやはりその5年後となっている。

しかし、ほとんどの大企業は定年年齢を60歳から65歳の間に設定しており、年金受給年齢との間に差が生じるため、政府はこれを65歳に引き上げるよう企業側に働きかけている。2006年の改正高年齢者雇用安定法により、事業主は①定年の引き上げ、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ないとされている。

日本における最も重要な課題は、持続可能な制度構築である。急激な少子高齢化の進行により年金制度への不安が高まる中「簡素で、わかりやすく、間違いの少ない年金制度」の確立が求められている。現在の複雑な体系から所得比例年金を基本とし、かつ最低保障年金の設立を目指した環境整備が必要であり、そのための国民的合意形成や社会保障番号制度の導入などが喫緊の課題である。

しかし、これらには時間もかかりまた準備期間も必要なため、当面は現行制度の改善を目指すこととなる。

JAPAN

総人口		127,797 (千人)
平均寿命 (2010)	男性	79.6 歳
	女性	86.4 歳
高齢化率 (65歳以上)		23.2 %
合計特殊出生率		1.39



具体的な項目としては以下のようなものがある。

- パート労働者への厚生年金の拡大
- 年金制度の一元化
- 最低保障機能の強化(低所得者加算、受給資格期間の短縮など)
- 高所得者の年金給付見直し
- 支給開始年齢の引き上げ
- 業務運営やシステムの改善



家族

日本で高齢者にかかわる大きな問題として認識されているのは、高齢者の独り暮らしの増加とその結果としての高齢者の孤立の問題である。また、配偶者と暮らしている高齢者における老老介護の困難さという問題も注目されている。

一方で、2011年3月の東日本大震災以降、家族の絆の重要性、地域の絆の重要性が改めて広く説かれている。高齢者介護の分野においても高齢者本人、家族、地域住民の力を従来よりもより生かしてすべての世代が参加する「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。

2010年の国勢調査から世帯についての結果を見ると、日本の全世帯のうちの37.3%には65歳以上の高齢者が含まれていた。

また、65歳以上の高齢者を対象とした2010年の調査によれば、高齢者のうち単独世帯は24.2%、夫婦のみの世帯は29.9%、子どもと同居が34.7%、その他の親族など同居が11.2%である(国民生活基礎調査2010年)。

この数字を以前の数字と比較してみよう(84ページ参照)。

全世帯に対する高齢者がいる世帯の割合(国勢調査2010)

	1995年	2010年
65歳以上の高齢者がいる世帯	29.1%	37.3%

65歳以上の高齢者が属している世帯分類(国民生活基礎調査2010年)

	1986年	2010年
夫婦のみの世帯	18.2%	29.9%
単独世帯	13.1%	24.2%
子と同居	55.9%	34.7%
内訳		
子どもの家族と同居	44.8%	16.2%
配偶者のいない子と同居	11.1%	18.5%
その他の親族等と同居	12.7%	11.2%

これらの数字の変化は日本の世帯の介護力という観点からは大きな変化となっており、また高齢者の孤立や老老介護問題にもつながってくる。

そして、都市部と農村部によって世帯の構造に違いがある。65歳以上の高齢者がいる世帯の構造をみると、単独世帯割合と、夫婦のみの世帯割合ではどちらの地域でもさほど大きな違いはないが、多世代世帯については明らかに農村部が多くなっている。

ただし、多世代の家族の居住形態については全国データからは判断しにくい面もある。つまり高齢者の子どもとの同居率は前出の表のとおりだが、65歳以上の世帯の18.6%では徒歩で15分以内に別世帯となっている子どもがいる(住宅土地統計調査2003)ことも忘れてはならない。

近年、高齢者の意識に変化があることも指摘しておきたい。1980年の65歳以上の高齢者への意識調査では老後における子や孫との付き合い方について「いつも一緒に生活できるのがいい」が59.4%、「時々会うのがいい」が30.1%であったが、2010年にはそれぞれ33.1%、46.8%となってきた。

日本では社会福祉施設に入居している65歳以上の高齢者は全体の3.7%である。その他の要介護高齢者は自宅で家族の介護や介護保険の居住系サービス(自宅でのサービスや通所サービス)を受けている。逆に言えば、介護保険でカバーされないサービス、またサービス限度を超えた

介護は家族介護者が行っていることとなる。

要介護高齢者の主たる介護者は配偶者が25.7%、子が20.9%、子の配偶者(息子の配偶者)が15.2%、別居の家族が9.8%、事業者が13.3%である。

また、75歳以上を対象とした調査では高齢化の進行とともに、非同居子との往来頻度は低下するが、電話での子どもとのコミュニケーションは増大するとの結果も出ている。

65歳以上の高齢者のみの世帯の1人当たり年間平均所得は2004年が190.8万円であったが2008年には192.9万円であり大きな変わりはない。年金額が安定していることがその理由であると思われる。

しかし一方、高齢者を含む世帯(高齢者が同居している世帯で寡婦など年金額が低い高齢者が多く含まれる)の平均年収で見ると2004年の537万円が2008年は484万円に低下している。つまり、経済状況の変化は高齢者よりもっと若い幅広い世代に大きな影響を与えていると思われる。

介護費用は基本的に介護保険でまかなわれており、2004年は介護される本人・配偶者の収入でまかなっていた世帯が88.6%、本人・配偶者の貯蓄の取り崩しが4.6%、本人・配偶者以外の収入に頼るケースは6.8%であったが、2010年にはそれぞれ73.9%、9.2%、10.3%となっている。

すなわち、2000年の介護保険制度の施行以来日本の家族の介護負担は劇的に低減されているが、高齢者を取り巻く経済状況の変化によっては、家族の負担は徐々に増加しつつあるという側面も現れ始めていることが考えられる。



医療・介護・福祉政策

2000年から開始した日本の介護保険制度では高齢者介護サービスが必要となる高齢者を「要介護1～5」「要支援1・2」の7つの段階に区分している。2010年3月末で、「要介護1～5」の認定を受けている者は360万人^{*1}、「要支援1・2」の認定を受けている者は125万人^{*1}いる。65歳以上の者に占める要介護または要支援の認定を受けている者は16.2%となっている。

認定を受ける者の割合は、男性の平均寿命である75～79歳においては13.7%、女性の平均寿命である85～89歳においては45.9%となり、今後75歳以上高齢者が増えることに伴い、認定を受ける者の数が増大することが予測されている。また65歳以上の高齢者が単独で、あるいは夫婦のみで暮らす割合が2025年には66.6%に上ることも予測されており、これらの事態への対応が緊急の課題となっている。

【*1】日本の介護保険制度は「65歳以上の者」及び「40歳～65歳の者で、加齢に伴う疾病や末期ガン等により要介護の状態になった者」

を対象としており、これらの数字には後者も含む。以下の数字は断りのない限り後者を含まない数字である。



日本の介護保険制度では、主に以下の3つの対象者に対してサービスが提供されている。

- **要介護高齢者**

「要介護1～5」の認定を受けた高齢者を指し、特別養護老人ホームなど的高齢者施設におけるサービスと、ホームヘルパーやデイサービスなどの自宅におけるサービスを利用することができる。これらのサービスは、介護福祉士などの福祉の専門職によるサービスだけでなく、看護師等による医療サービスも含まれており、利用者の必要に応じて最適なサービスが提供されるようコーディネートされている。要介護度により、施設サービスの場合には介護保険から支払われる報酬が異なり、在宅サービスの場合には一か月に使えるサービスの量の限度額が異なる。

- **要支援高齢者**

「要支援1・2」の認定を受けた高齢者を指し、「介護予防サービス」と呼ばれるリハビリテーション等のサービスを受けることができ、またホームヘルパーやデイサービス等は要介護高齢者と同様のサービスであっても、提供内容は高齢者の自立を促すものを中心となっており、ホームヘルパーの場合には家事の援助が中心となっている。

近年では、「要介護」「要支援」の両方の高齢者を対象に、「地域密着型サービス」と呼ばれる、自宅に身近な場所での小規模でのサービス提供も普及してきており、認知症高齢者の介護にも効果を上げている。

これらの介護サービスの利用はケアマネジメントの下で行われており、ケアプランを立てる専門職としてケアマネジャーが存在する。

- **その他の高齢者**

「要介護」「要支援」の認定を受けていない場合、介護保険からの保険給付は受けることができないが、「地域支援事業」という、介護保険の保険者である市町村が提供する、健康づくりや、独り暮らしの高齢者への見守りや食事の配達などのサービスを受けることができる。「地域支援事業」の具体的な内容は市町村によって異なる。

介護保険は2005年に大きな制度改正を行い、その際に「地域包括支援センター」が創設された。「地域包括支援センター」は、高齢者の権利擁護や生活支援・相談、「要支援」認定を受けた者のケアマネジメントや「地域支援事業」の実施などの役割を担っている。このほか、地域における医療機関や各種サービスの事業者、行政の担当者やボランティア・市民団体等のネットワークの役割も担っている。「地域包括支援センター」は市町村が直営あるいは事業委託して設置することとされており、全国に約4,000か所設置されている。2011年には2度目の大きな制度改正が行われ、在宅での中度～重度の要介護度の高齢者を主な対象として、24時間巡回型のサービス類型が創設された。

この制度改正は「地域包括ケアシステムの実現」を掲げて行われた(図参照)。「地域包括ケア

システム」とは、医療、介護、生活支援、予防、住まいの5つのサービスが、高齢者の日常生活の範囲内で提供されるシステムである。

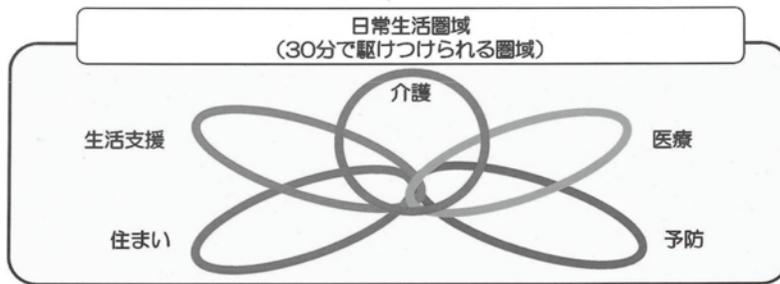
この「地域包括ケア」は、

- 元気な高齢者向けの予防サービスから重度者の介護サービスまでをカバー
- 医療・介護を初めとした地域の様々なサービス提供者の連携
- 虚弱、独り暮らし、認知症等様々な高齢者のニーズを対象
- 加齢に伴う心身の状態の変化に応じた切れ目のないサービスの提供

などを意図しており、日本型の「統合ケア」と言えるものである。この体制を2025年までに設けることが政府の目標となっているが、実践の形は、住民のライフスタイルやサービスインフラの状況などを踏まえ、地域により多様なものになる。

なお、介護保険とは別な法律で高齢者ができる限り地域において自立した生活を営めるようにするため、日常的な安否確認や生活相談サービスを提供する高齢者向け住宅を普及する制度も創設されている。

地域包括ケアシステムについて



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

(厚生労働省 2010)



認知症対策

日本の認知症患者数は2005年には189万人（高齢者人口比7.6%）であったが、2015年には262万人（8.4%）になると言われており、現在及び将来における日本の認知症患者対策は、世界中でも前例のない挑戦になるとと思われる。

ここでは、医薬的なアプローチによる認知症対策ではなく、認知症本人とその家族に対するサービスという視点から日本の姿を展望する。

- **認知症サービスには原則が2つある。
人間中心のサービスと地域密着型サービスである。**

2000年に介護保険制度が導入された際、厚労省では認知症対策において全国を網羅するため、全国に3か所の認知症ケア研究・研修センター設立に着手した。

3センターの原則は以下の通りである。

- 認知症罹患後もその人の「心」は生きている。
- 認知症患者の「その人らしさ」に焦点を置いたケアを目指す。
- 認知症患者が「尊厳」を維持しながらともに暮らせる社会の創造に向かって努力する。

研修センターの役割としては、地方自治体から認知症ケアのシニアリーダーとして選出された人材に対し一定の研修を行っており、毎年各センターそれぞれで60名が10週間の研修を受けている。

一定の研修を修めたシニアリーダーたちは各自治体に戻り、地域の認知症ケアワーカー向けに適切なカリキュラムを組み、研修を主導することになる。3か所のセンターでこの研修を終了したリーダーの人数は、合計約1,200人に達する。

また認知症ケアの研究では、本人の生きてきた人生を受け止め尊重するケアの在り方や、認知症患者の内的体験の重視、介護におけるリスクマネジメント（転倒予防）、及び介護者のストレスマネジメント等に関するものなどが取り上げられている。

日本では2006年に介護保険制度が見直され、サービスにおいていくつかの変更がなされた。第1は「地域密着型サービス」で、養護ホームや療養型病院のような病床数の多い大規模施設ではなく、デイサービス、グループホーム、小規模多機能型サービス、地域包括支援センターなどに焦点を置いたサービスへの変更であった。

次が地域包括支援センターの創設である。ここではカウンセリングや介護予防だけでなく、医療サービスと福祉サービスとの協力を促進する機能を果たす。介護予防プロジェクトでは介護を必要としない比較的虚弱な高齢者向けに、ストレッチや運動などによる筋トレ、口腔機能向上、

栄養ガイドランスが推奨されている。

こうしたサービス提供にあたっては、主導的スタッフとなるケアマネージャー、保健師、及びソーシャルワーカーを含む複数の専門家による取り組みが必要である。

また地域における医療資源、介護関連資源をマッピングするための地域調査を実施することにより、各サービス間の相互交流を目指している。さらに当該マップは、必要なサービスがどこで受けられるかを知らせる目的で、一般にも公開されている。

この取り組みの最終ゴールは、地域調査に基づき医療と介護のネットワークを構築し、最終的には「認知症にやさしいまちづくり」をすることにある、とされている。

厚労省では2004年に、“dementia”に対する日本語訳を「痴呆」から「認知症」に変更した。これは「痴呆」という言葉が呆けあるいは愚鈍を意味するためである。同時に、同省は「認知症を知り、地域を作る10カ年」キャンペーンを実施し、認知症への理解促進と地域の連携の強化を目指した。

このキャンペーンによる地域の認知症サポーターは全国で300万人に達した。また、キャンペーンの一環として「認知症にやさしい地域づくり」を推進し、認知症の人が地域の一員として安心して暮らせる町づくりを目指す全国の様々な事例を顕彰している。

2015年にはベビーブーマー世代が介護保険の適応年齢に達するが、高齢化と認知症の発症には因果関係があるため、今後の患者対策としては、地域で暮らす人々を巻き込んだ様々な取り組みと同時に、一般医を対象にした認知症サポート医の養成を含む早期診断のための医療サービスのネットワーク化も、各地方で進められている。認知症専門医はまだ全国で1,300人程度だが、老年精神医学会所属の専門医のレベル向上と、150か所の認知症疾患医療センターの拡大が、認知症サポート医1,700人の安心とさらなる増加につながる事が期待されている。

また物忘れ外来など、地域に根差した検診窓口の創設が早期検診を促進し、認知症への偏見や差別の払拭に役立っている。

厚生労働省は2008年に、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を始動し、課題の抽出と取り組みを決めた(90ページ参照)。

今後の認知症対策の具体的内容

1 実態の把握

- 医学的に診断された認知症の有病率調査を実施
- 認知症患者や医療・介護サービス資源の実態等について調査を実施
- 「認知症高齢者の日常生活自立度」見直しを検討

2 研究・開発の促進

- 5年以内に、アルツハイマー病の有効な予防方法を見いだすことを目標とした研究を促進
- 5年以内に、アルツハイマー病についてアミロイドイメージングによる画像診断、血液中のバイオマーカー等の早期診断技術の実用化を目標とした研究を推進
- 10年以内にアルツハイマー病の根本的治療薬の実用化を目標とした研究を推進

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

- 早期診断の促進とBPSDの急性期や身体合併症への適切な対応を促進
- 認知症疾患医療センターを全国に150か所整備し、地域包括支援センターとの連携担当者を新たに配置
- 認知症の専門医療を提供する医師の育成や研修体系の構築

4 適切なケアの普及及び本人・家族支援

- 認知症ケアの標準化・高度化に向けた取り組みの推進
- 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターを新たに全国に整備し、医療から介護への切れ目のないサービスを提供
- 身近な地域の認知症介護の専門家等が対応するコールセンターを設置
- 市町村等による定期的な訪問相談活動等きめ細やかな支援の取り組みを推進
- 「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進

5 若年性認知症対策

- 1 若年性認知症コールセンターを設置し、
 - 2 認知症連携担当者が本人の状態に合わせて雇用・就労サービスや障害者福祉、介護サービスになぐとともに、
 - 3 医療・福祉と雇用・就労の関係者からなる若年性認知症就労支援ネットワークの創設、
 - 4 若年性認知症ケアのモデル事業の実施による研究・普及、
 - 5 国民、企業等への広報啓発
- 等により、「若年性認知症総合対策」を推進



竹田幸吉

1907年(明治40年)生まれ
元タクシー運転手(神奈川県)
