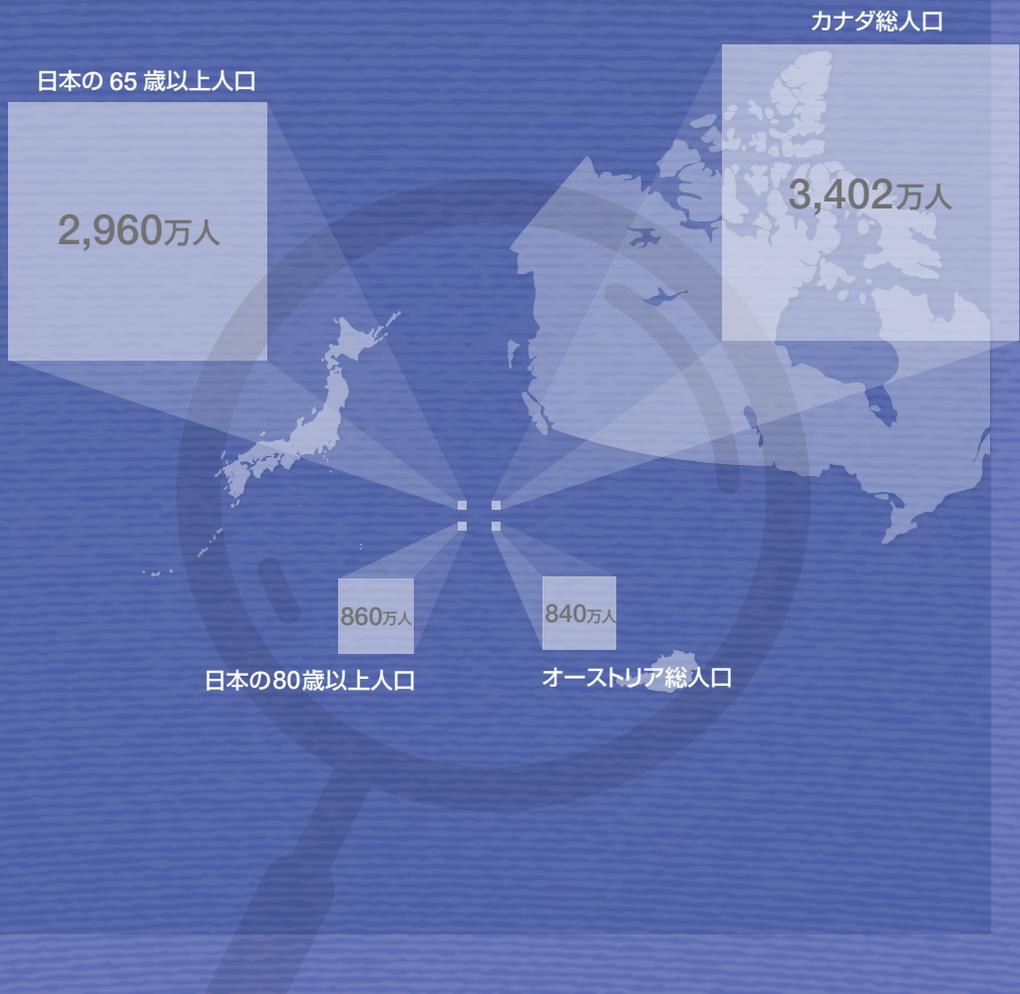




International  
Longevity  
Center-Japan

# 高齢社会を生きる **Aging**-Our Global Relations





はじめに	2
------	---

---

## 日本で老いる

<b>OUTLINE</b>	1 高齢社会の姿	4
<b>FAMILY</b>	2 高齢者と家族	14
<b>HOUSE</b>	3 高齢者の住まい	18
<b>HEALTH</b>	4 高齢者の健康	24
	【日本の公的医療保険制度】	33
<b>CARE</b>	5 高齢者と介護	36
	【日本の公的介護保険制度】	44
<b>ECONOMY</b>	6 高齢者と経済	46
	【日本の公的年金制度】	51
<b>SOCIETY</b>	7 高齢者と社会	52
	おわりに	57

---

## 世界で老いる

1 各国の現状と課題	60
フランス	62
イギリス	70
アメリカ	78
日本	82
2 暮らしのすがた	92
フランス	94
イギリス	100
アメリカ	106
日本	112

---

## ILC の取り組み

1 認知症への取り組み	118
2 統合ケアの推進に向けて	122

各国の公的医療制度における高齢者の位置づけ	126
-----------------------	-----

---

## はじめに

20世紀後半の日本は、欧米諸国を追いかける形で経済発展を遂げてきました。

社会制度においても同様で、年金・医療・介護の仕組みを整備するにあたって、高齢化が進みつつあるヨーロッパ諸国が常にそのお手本でした。

しかし、21世紀に入り日本人の平均寿命は世界一になりました。加えて長寿化と少子化の結果、高齢化のスピードも世界最速となり、2030年には日本人の3人に1人が65歳以上となります。

人類の悲願であった長寿を世界に先駆けて達成し、人生90年時代を迎えた日本のお手本は、もうどこにもありません。

日本が世界のモデルとなる豊かな長寿社会をつくりあげるためには、まず自国の高齢者をとりまく現実と、その課題の把握が不可欠となっています。

この冊子では、日本と世界で老いることの実態とその課題を整理してみました。

「日本で老いる」現実を知るにあたっては、家族関係や住まい、健康状態や医療・介護の姿、そして社会との関わりや経済状況など、多岐にわたる側面から様々なデータを用いたアプローチを行っています。

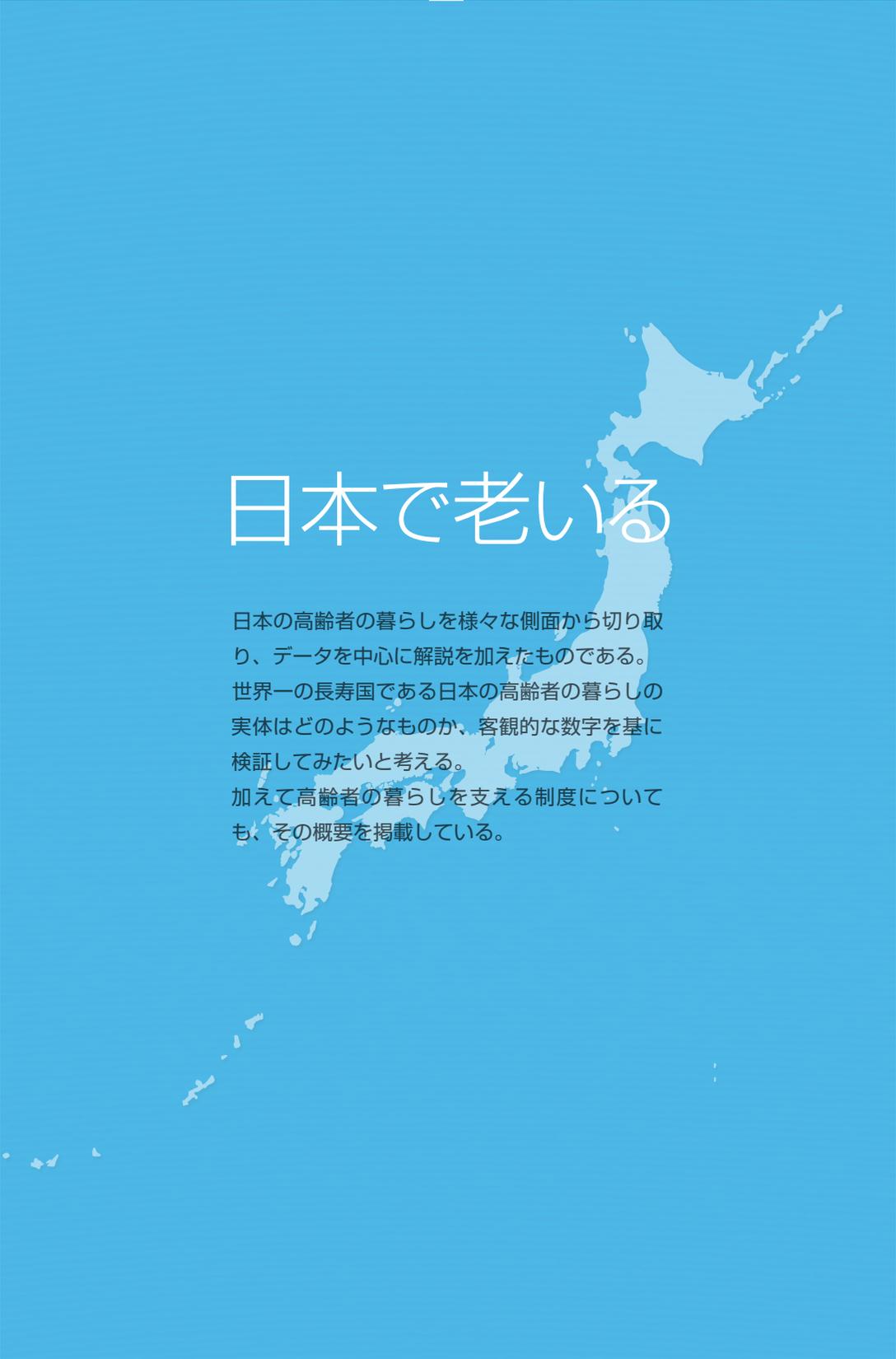
また、世界の高齢者の暮らしはどのようなものか、ILCグローバル・アライアンス加盟国の、フランス、イギリス、アメリカの高齢者の暮らしの姿とその課題を、様々なポイントごとに整理して日本の実態と比較してみました。

本書の作成にあたっては、公的な統計だけでなく、20年以上にわたり培われたILCグローバル・アライアンスのネットワークによる最新情報を用いましたが、単にデータや情報を羅列するだけでなく、できるだけ暮らしの具体的なイメージが想起できるように、工夫をしてみました。

日本と他の国の高齢者をとりまく現実とその課題を知ることで、私たちが今考えなければならないことが見えてくると思います。

豊かな高齢社会の実現に向けた、議論の一助としていただければ幸いです。

国際長寿センター (ILC-Japan)



# 日本で老いる

日本の高齢者の暮らしを様々な側面から切り取り、データを中心に解説を加えたものである。世界一の長寿国である日本の高齢者の暮らしの実体はどのようなものか、客観的な数字を基に検証してみたいと考える。加えて高齢者の暮らしを支える制度についても、その概要を掲載している。

2,960万

**2,960万人**  
日本の65歳以上人口

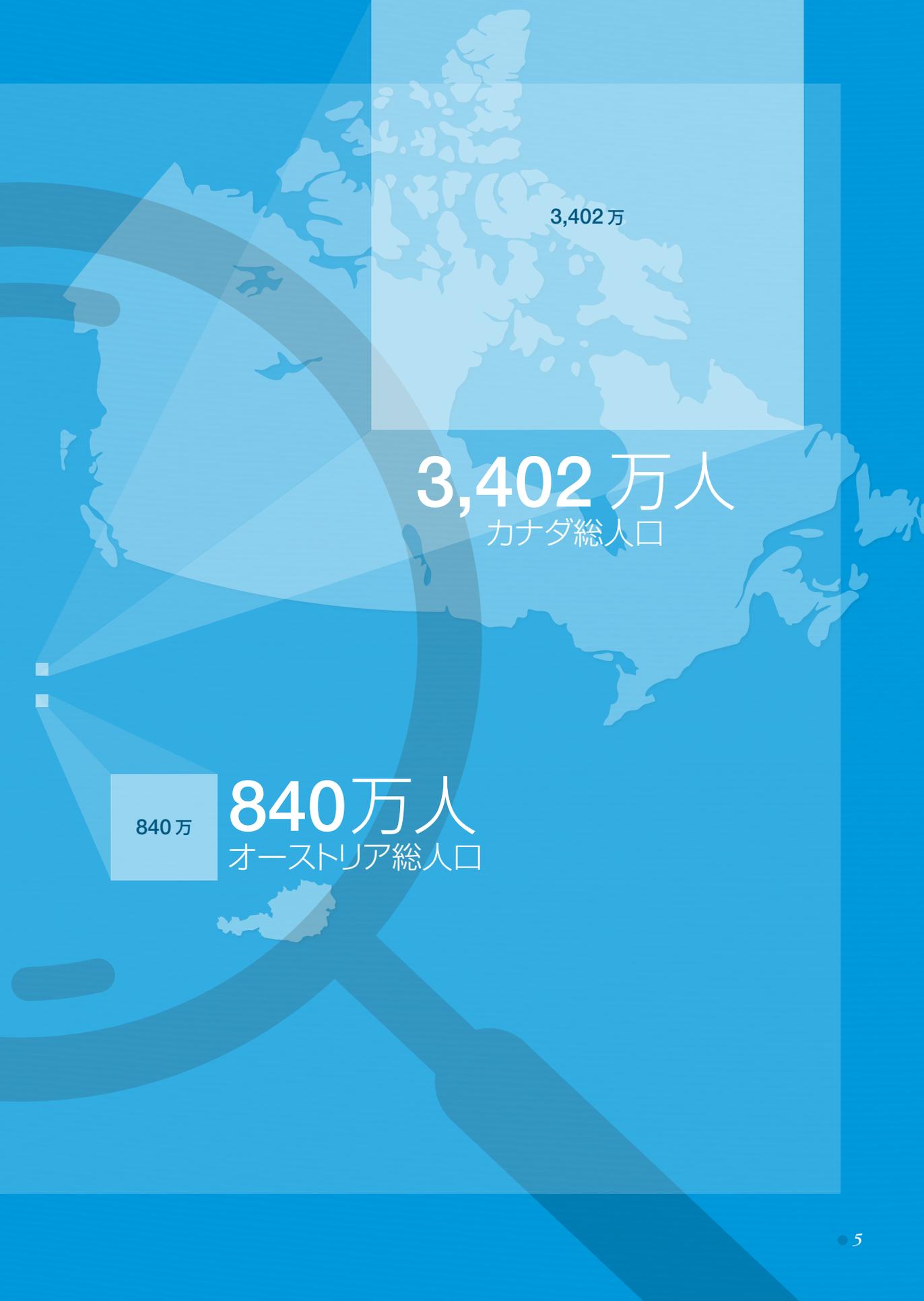
**860万人**  
日本の80歳以上人口

860万

## 高齡社会の姿

日本の高齢者人口は欧州諸国等の一つの国の総人口に  
匹敵する規模である

出典：総務省統計局「人口推計」2011年11月／国際連合経済社会局「世界の人口推計2010年版」



3,402 万

**3,402 万人**  
カナダ総人口

840 万

**840 万人**  
オーストラリア総人口

## 1 高齢社会の姿

### 1 急速な高齢化 寿命の伸長と出生率の低下

日本の平均寿命は1960年代後半には欧米諸国と同程度でしたが、高度経済成長の流れと並行してインフラの整備による公衆衛生水準の向上や、経済発展と平和な繁栄の中で保健・医療の技術やシステムの進化、公的医療保険制度の整備と充実が進んだことなどを背景に、1980年頃には男女ともに欧米の水準を超えるようになりました。

2010年時点では世界最高レベルの男性79.6歳、女性86.4歳となっており、現在でも毎年少しずつ延びています。

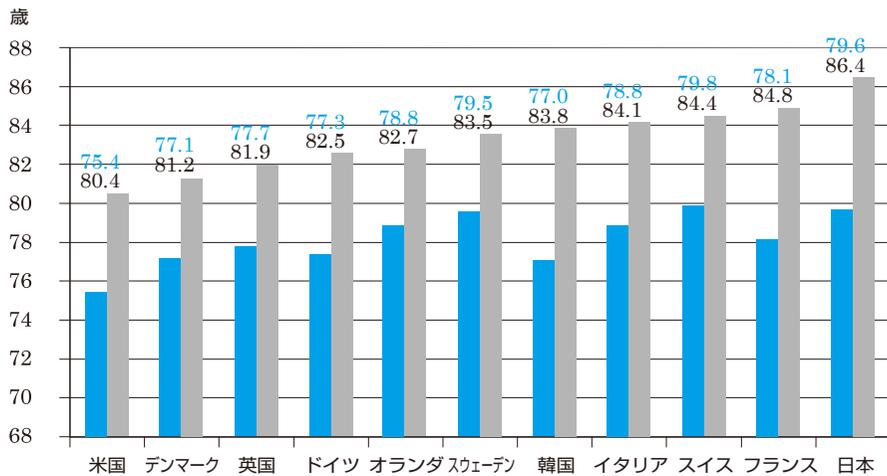
一方1947～49年頃の第一次ベビーブームの後、1970年代始めの第二次ベビーブームごろまでは合計特殊出生率（ひとりの女性が生涯に産む子どもの数の平均）は約2程度で推移していました。その後出生率は晩婚化、未婚化、夫婦のもつ子どもの数の減少を背景に急激に低下していきます。人口を一定に保つために必要な合計特殊出生率は2を少し上回る程度といわれていますが、1990年頃からはずっと1.5を下回っています。近年は1.3～1.4程度で推移しており、他の先進国に比べても低い水準となっています。

このように平均寿命が急激に伸びた一方で1970年代半ば以降に出生率が急激に低下したことにより、日本社会の高齢化は急速に進みました。つまり寿命の伸びで高齢者の人口が増加する一方で、出生率の低下で生まれてくる子どもの数が減ったことにより、総人口に占める高齢者の割合が急速に高まったのです。

寿命の伸びによる個人の長寿化はめでたいことであっても、出生率の低下を伴う社会の高齢化の進行は懸念材料になることが次第に認識され始め、子育て支援、仕事と家庭との両立支援、意識啓発など子どもを産み育てやすい環境整備を中心に、様々な施策が行われてきましたが、現在のところ出生率を大きく上昇させるにはいたっていません。

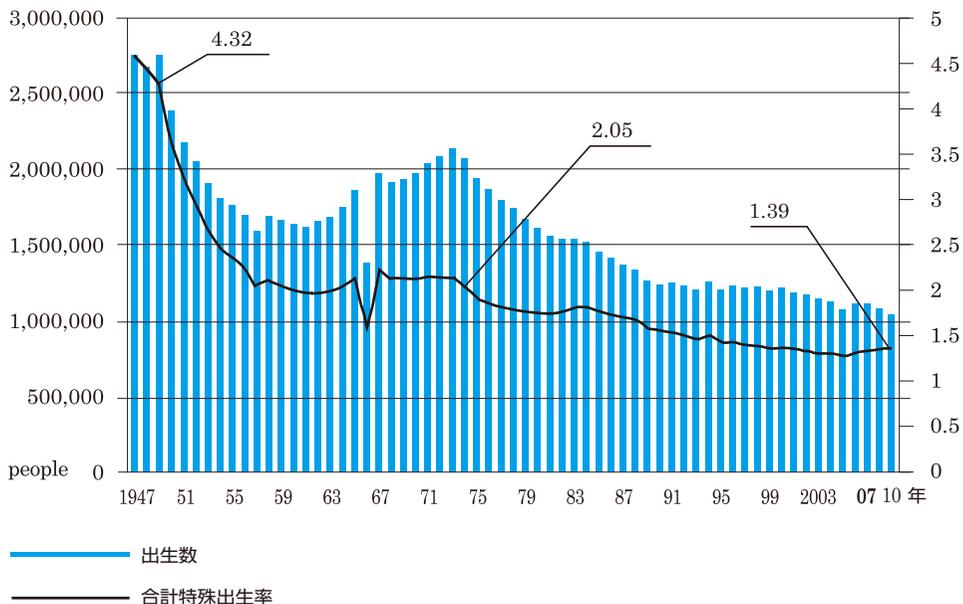
## 平均寿命

■ 男性 ■ 女性



UN, *Demographic Yearbook*, 2008  
 日本：厚生労働省『簡易生命表』(2010)

## 少子化の現状



厚生労働省『人口動態統計』(2010)



# 1 高齢社会の姿

## 2 最も高齢化率の高い国

2011年現在、日本の総人口は約1億2,800万人です。男性が約6,200万人、女性は約6,600万人。通常、生まれてくる子どもの数は男性の方が少し多いのですが、女性の方が寿命が長いので、日本では人口は女性の方が多くなっています。

●  
総人口のうち65歳以上の老年人口が約23%（約2,960万人）を占めています。一般に、高齢化率といえば、65歳以上の人口が総人口に占める割合をいいますが、この高齢化率では、今や日本は世界一の水準となっています。

●  
さらに日本の高齢者をみると、65～74歳（約1,500万人）と75歳以上（約1,470万人）はほぼ同数です。80歳以上の人口は約850万人、このうち85歳以上の人口は約400万人となっています。因みに850万人といえばオーストリア、400万人はニュージーランドの人口に匹敵する規模です。

## 3 スピードも世界一

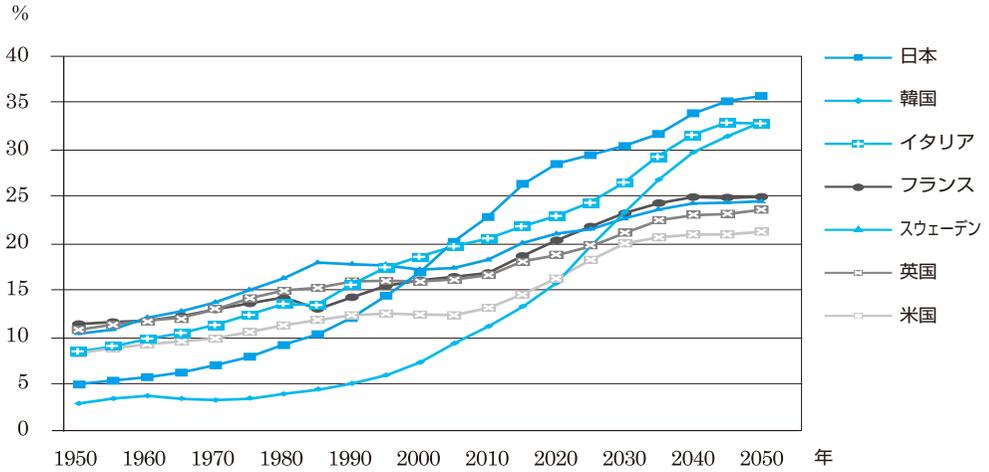
日本の高齢化の大きな特徴のひとつに、高齢化のスピードの速さがあります。65歳以上人口割合が7%から14%になるまでに要した年数、「倍加年数」は、欧州諸国では40年から115年かかりましたが、日本の場合はわずか24年でした。

●  
人口構造が変化するに従い、社会や経済の仕組みも変えていく必要があると考えられますが、欧州諸国が比較的長い時間をかけて対応することができたのに対して、日本は短期間のうちに適切な対応をする必要がありました。

幸い、日本は高度経済成長時と重なっていたため、社会の負担はそれほど大きなものにならずにすみましたが、アジアの国々では、社会資本整備の前に高齢化が進む国も多く、その対応には困難が伴うことが懸念されています。

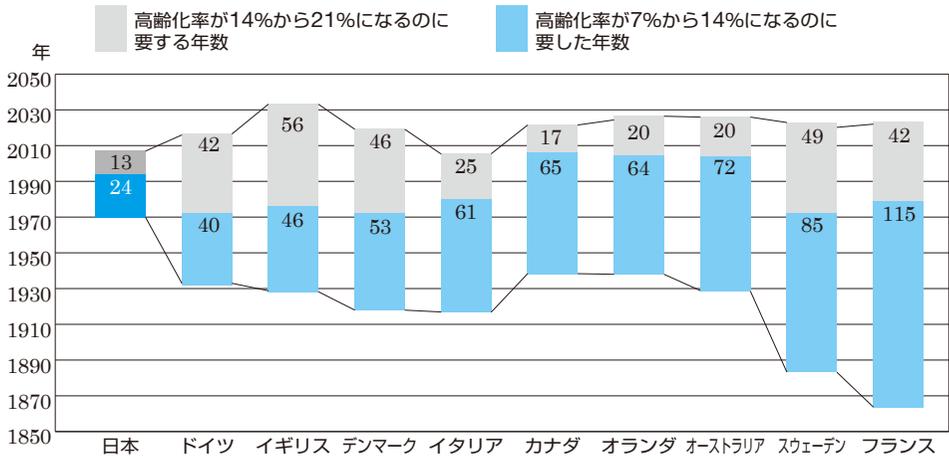
そのため、制度設計やその運営などを日本に学ぶ気運が近年特に高まってきています。

## 世界の高齢化率の推移 (65歳以上、中位推計)



UN, World Population Prospects: The 2010 Revision

## 人口の高齢化のスピードに関する国際比較



資料：1950年以前は国際連合(UN)、*The Aging of Population and Its Economic and Social Implications* (Population Studies, No26,1956)、及び *Demographic Yearbook*, 1950年以降は国際連合(UN)、*World Population Prospects: The 2008 Revision* (中位推計)による。ただし、日本は総務省統計局『国勢調査報告』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』2006.12による。



# 1 高齢社会の姿

## 4 将来の姿 2050年頃の日本

日本では低い出生率が続いてきたこともあり、死亡数(概ね120万人)が出生数(概ね110万人)を上回り、2007年頃から総人口が減少し始めました。

●  
2006年の将来推計人口によると、65歳以上人口の数は、1940年代後半生まれのベビーブーム世代が65歳以上となる2015年頃までに急速に増加します。しかし、その後は2045年頃まで微増傾向となり、2040年代後半には減少に転じると見込まれています。

●  
しかしこのまま低い出生率が続けば、若い世代も大幅に減少していくので、高齢化率は2025年頃には30%、2055年頃には40%に達するものと見込まれています。1950年、2000年、2050年の「人口ピラミッド」を並べてみると、1世紀間の人口構成の激変がよく分かります。

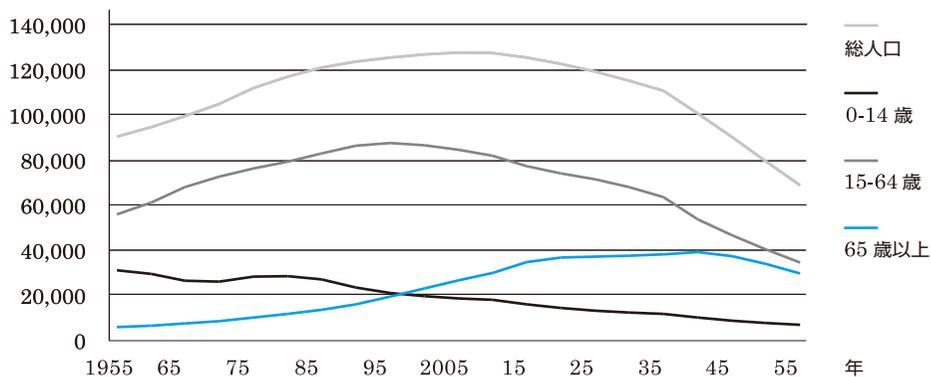
●  
少し目を転じて、人口構造の視点から世界の「年齢」をみてみますと、各国の年齢中央値(平均年齢)は、日本やフランスは40歳代、アメリカと中国は30歳代、インドは25歳となっています。

改めて、日本やフランスは日本酒やワインが似合う成熟した大人、アメリカや中国は元気な働き盛り、インドはまだまだこれからの勢いに乗った若者であることが理解できます。

人間も40歳代になると基礎体力や瞬発力は落ちてきますが、それを補う知恵や見識がついてきますし、自分の経験を生かして後輩を育てる役割を担うようになります。

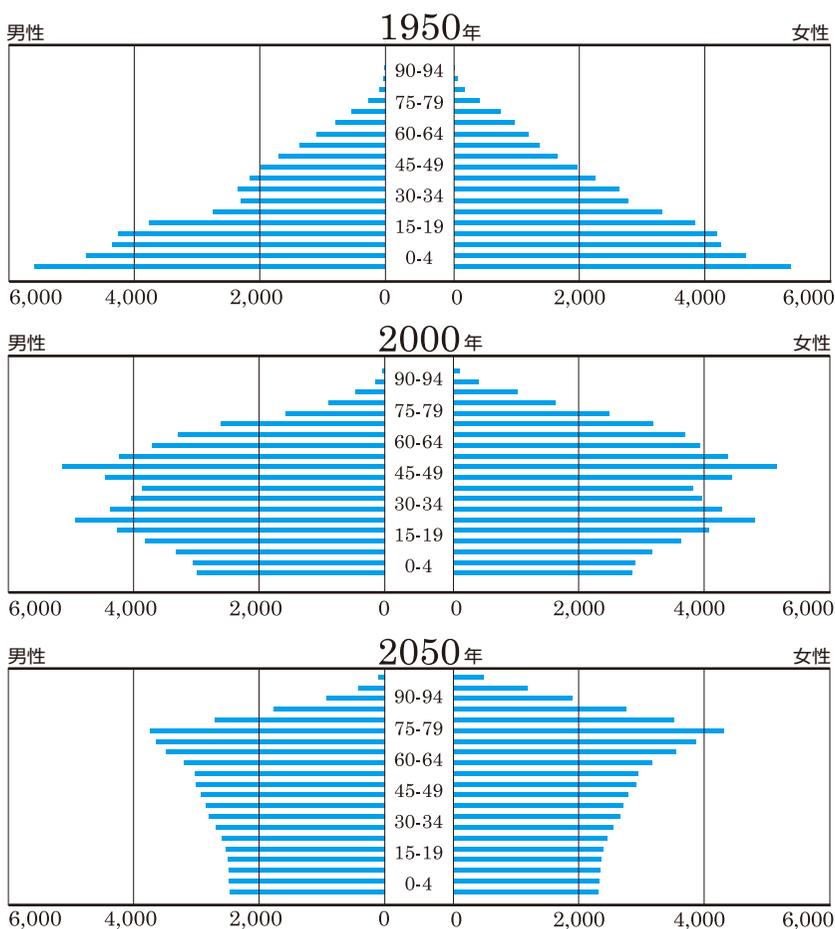
大人の国日本が、これからの国際社会でどのような役割を果たすのか、その動向に世界の後輩たちの注目が集まっています。

## 人口の推移と将来推計 (千人)



国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』(2006. 12)

## 人口ピラミッド (千人)



UN, *World Population Prospects : The 2010 Revision*



# 1 高齢社会の姿

## 5 都市に暮らす高齢者・地方に暮らす高齢者

数十年間にわたり、就業あるいは進学を契機として多くの若者が都市部に移り住んできました。その結果、現在では(大都市とその近郊の)都市は地方に比べて、はるかに人口構成が若くまた人口も多くなり、総人口の約4割にあたる約5,200万人が首都圏・近畿圏の7都府県に暮らしています。

高齢者の多くは地方に暮らしているように錯覚してしまいそうですが、そもそも現在の65歳以上の人々約2,960万人はどこに暮らしているのでしょうか。

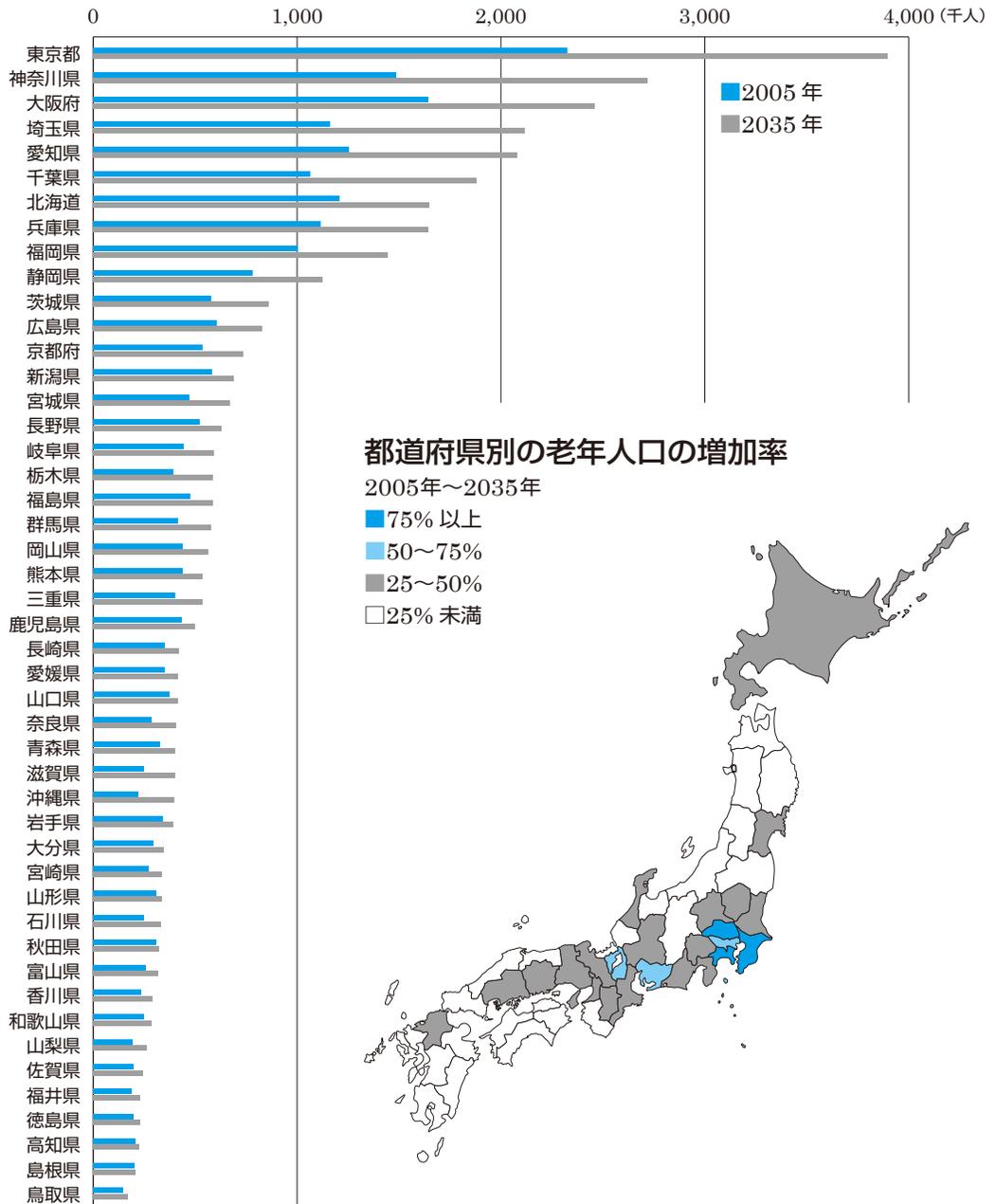
2010年では、まずは首都圏に730万人。東京約270万人、神奈川、千葉、埼玉で約460万人となります。ついで、近畿圏の京都、大阪、兵庫の3府県で約390万人となります。合計で約1,100万人強ですから、日本の65歳以上人口の3人に1人は首都圏または近畿圏に住んでいることになります。

2010年から2025年にかけて、日本の65歳以上人口は約700万人増加して、3,600万人と予想されていますが、その増加は首都圏・近畿圏等大都市部で生じるとみられています。一方で、高齢者があまり増えない、あるいは高齢者数自体も減少に向かう地方も少なくないと考えられます。

都市部では絶対数として増加する高齢者自身が、いかに地域や社会と関わりながら、他の年代とともに社会を支える側として活躍できる体制を作ることができるか、が求められてきます。また地方では人口の社会減(人口移動等による減少)等も生じる中で、高齢者が相当の割合を占める地域コミュニティの支え合い方が重要になってくるでしょう。

日本のどこで暮らしていても、その場所でその人らしい一生をおくることができるAging in Place(住み慣れた場所で長く暮らす)の発想に基づいたシステム作りが重要になってきます。

## 都道府県別の老年人口 2005年～2035年



国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来推計人口』(2007年5月)

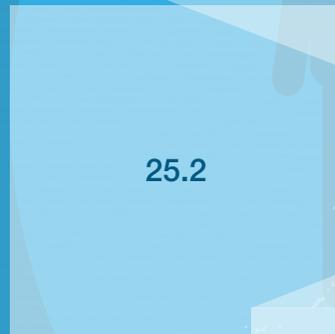


■ 既婚の子ども(男)との同居状況の推移

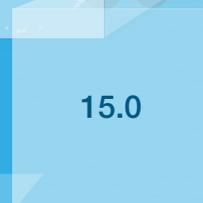
**33.3%**  
1990年  
日本



**25.2%**  
2000年



**15.0%**  
2010年



## 高齢者と家族

子どもと同居する高齢者は20年前の30%から15%に半減したが、依然として西欧諸国よりかなり高い

出典：内閣府 高齢者の生活と意識 第7回国際比較調査 2010年

**1.4%** 2000年  
**3.0%** 2010年  
アメリカ

**2.6%** 2000年  
**2.0%** 2010年  
ドイツ

**1.8%** 2000年  
**0.4%** 2010年  
スウェーデン



## 2 高齢者と家族

### 1 単身・夫婦のみで暮らす高齢者が一般的に

1989年には65歳以上のいる世帯は1,077万世帯で、全世帯に占める割合は約27%でした。そのうち、約41%は三世代同居の世帯で、単独世帯は約15%、夫婦のみの世帯は約21%と相対的に少ない状況でした。

2010年では65歳以上のいる世帯は2,071万世帯で、全世帯に占める割合は約43%となっています。このうち単独世帯が約24%、夫婦のみの世帯が約30%と、この両者で5割を超えています。

つまり20年くらい前までは、高齢者は三世代同居のケースが多かったのですが、現在では、単身又は夫婦で暮らすケースが多くなってきていることがわかります。

### 2 単身高齢者の4分の3は女性

女性の寿命が男性よりも長いことなどから、502万の高齢単独世帯の約72%にあたる360万世帯は女性で、男性は142万世帯です。女性の場合、年齢とともに暮らし方の変化が男性よりも顕著で、夫婦2人暮らしから夫の死亡などにより独居となったり、既婚の子とも同居するケースも少なくありません。

### 3 今後の見通し

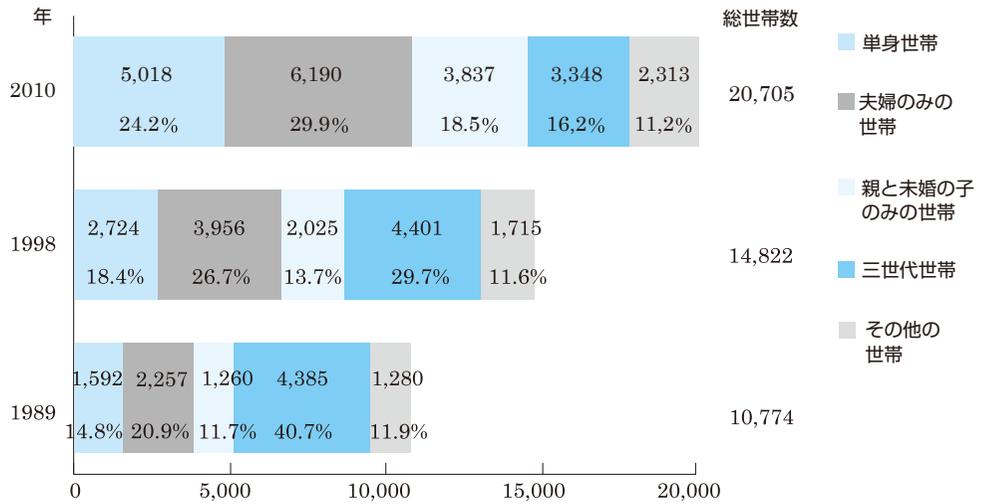
これからの高齢者の家族構成については、単独世帯の増加が見込まれています。

例えば、世帯主が65歳以上の世帯についてみれば、2010年時点で全1,568万世帯のうち、単独世帯が約30%、夫婦のみ世帯が約34%ですが、2030年頃には、その割合が逆転し、全1,903万世帯のうち、単独世帯が約38%、夫婦のみ世帯が約30%となるものと見込まれています。

日々の暮らしについては、自立した暮らしを基本としつつ、何かあったときの見守りや日常生活のちょっとしたサポートをどうするか、プライバシーに配慮しつつ高齢者の孤立をどのように防ぐかなど、住み慣れた地域で長く暮らすための様々な知恵を出していく必要があります。

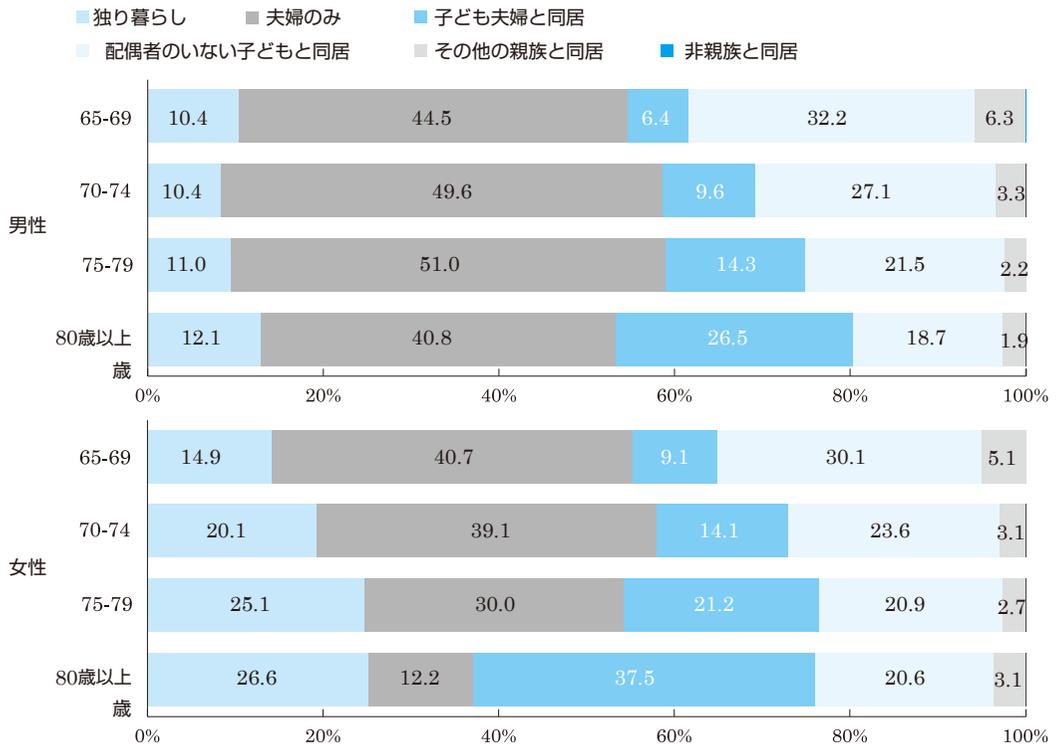
制度や行政の仕組みだけでなく、高齢者の暮らしに密接に関わる小売・サービス業や交通に関わる企業なども含め、高齢者の暮らしに対する発想の転換が求められています。

## 65歳以上の者のいる世帯数及び構成割合 (千世帯、%)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2010)

## 高齢者の年齢階級別にみた家族構成割合 (%)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2010)

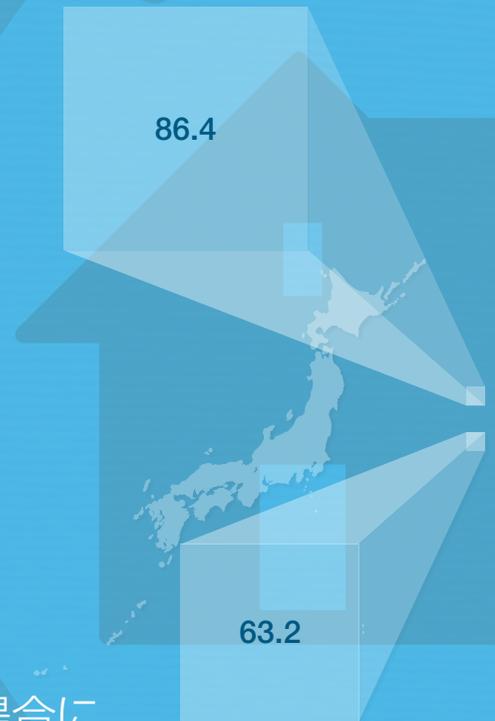


■ 高齢者の持ち家率と  
身体機能が低下した場合の住みやすさ

**86.4%**  
高齢者の持ち家率

日本

**63.2%**  
身体機能が低下した場合に  
問題ある



## 高齢者の住まい

日本の高齢者の持ち家率は9割近くで4カ国中トップ。  
ただし身体機能が低下すると最も住みにくい。

出典：内閣府 高齢者の生活と意識 第7回国際比較調査 2010年

**78.7** % 持ち家率

**36.2** % 問題がある  
アメリカ

**59.7** % 持ち家率

**51.8** % 問題がある  
ドイツ

78.7

59.7

71.9

36.2

51.8

48.6

**71.9** % 持ち家率

**48.6** % 問題がある  
スウェーデン

# HOUSE

## 3 高齢者の住まい

### 1 高齢者の多くは持ち家、戸建て住宅に暮らしている

高齢者のいる世帯の83%が持ち家、16%が借家となっており、世帯全体における割合(それぞれ61%、36%)に比べて、高齢者のいる世帯の方が持ち家の割合が高くなっています。しかし、その割合は世帯構造によって少し異なっていて、三世代同居世帯では90%が持ち家ですが、高齢単身世帯では65%に留まっています。

高齢者のいる世帯の住宅については、一戸建が79%、共同住宅が21%となっていて、これも世帯全体における割合(それぞれ55%、45%)に比べて、一戸建の割合が高くなっています。しかし、これもまた世帯構造によって異なり、高齢単身世帯では共同住宅が3分の1を超えています。

全国の65歳以上人口約2,960万人のうち、約90万人は病院に入院中で、介護施設等(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、介護保険の適用となる有料老人ホームなど)に入所している人も約110万人、残りの約2,760万人は「自宅」(有料老人ホームも含む)に暮らしています。

### 2 満足度は比較的高く、高齢期に対応した工夫もなされつつある

これから高齢期に入る55～64歳を対象とした調査によると、現在の中老年者の約73%は、住宅について満足しています(「満足している」「ある程度満足している」の合計)。ただし、満足度は持ち家層では8割前後、借家層では5～6割と差が出ています。

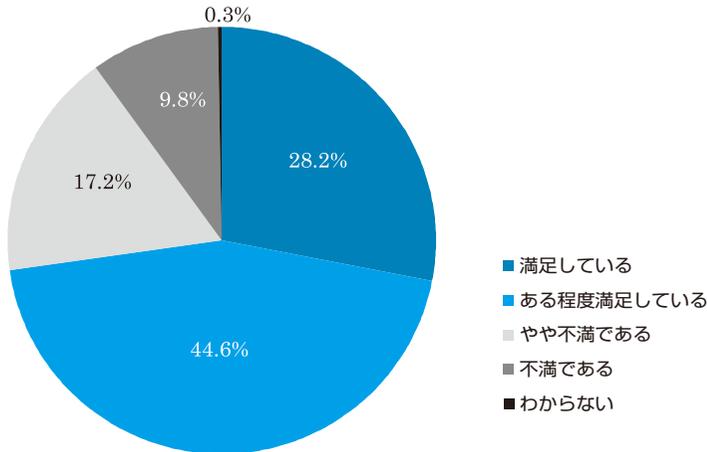
60歳以上の約60%が同じ家に35年以上暮らしている現状があるように、比較的同じ住居に長期間暮らしている状況を反映してか、不満の内容について、半数以上は「住まいが古くなり傷んでいる」こと、3分の1以上の人々が「住宅の構造や造りが高齢者には使いにくい」ことを挙げています。

2008年の日本の総世帯数は約5,000万世帯ですが、その住宅の約半分は、階段、浴室、トイレなどの手すり、またぎやすい高さの浴槽、段差のない屋内や、屋内外を車いすで通れるなど、高齢者や障害者に配慮した何らかの住宅設備が設けられています。

また、高齢者が住んでいる共同住宅のうち23%程度は高齢者対応型となっているなど、高齢期になっても暮らしやすい住宅への関心と要望が高まりつつあると言えるでしょう。

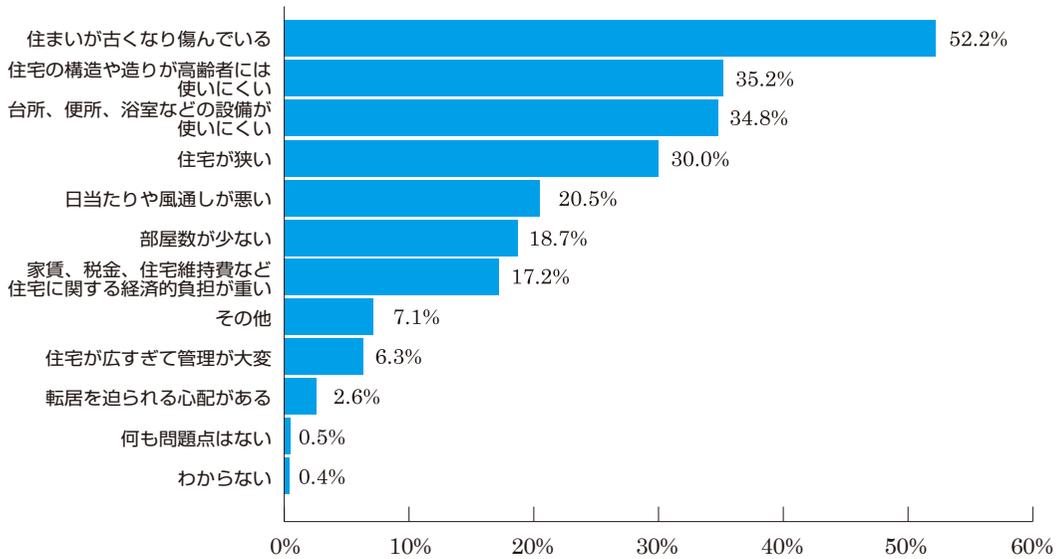


## 現在の住宅に関する満足度 (%)



内閣府『中高年者の高齢期への備えに関する調査』(2007)

## 現在の住まいについて不満の内容 (複数回答)



内閣府『中高年者の高齢期への備えに関する調査』(2007)

## 3 高齢者の住まい

### 3 高齢期をどこで暮らすか 意識と今後の課題

高齢期に身体機能が低下した場合に、どこでどのように暮らすかは大きな課題です。日本も含め多くの国ではなるべく「自宅」に住み続けたい、という希望が多数を占めています。しかし日本では、介護状態に至る前の支援や見守りを可能にする「自宅」である高齢者用住宅の利用は選択肢に入っておらず、安心のためには介護付きの老人ホームや病院で過ごしたいとの意見が他国に比べて多くなっています。

●

高齢者用住宅の数も少なく、また一般的になじみが薄いことに加えて、介護施設や病院であればいざというときにすぐに対応ができて安心だし、家族の負担も少ないのではないかという考え方が、高齢者本人にも家族にも強いのかも知れません。

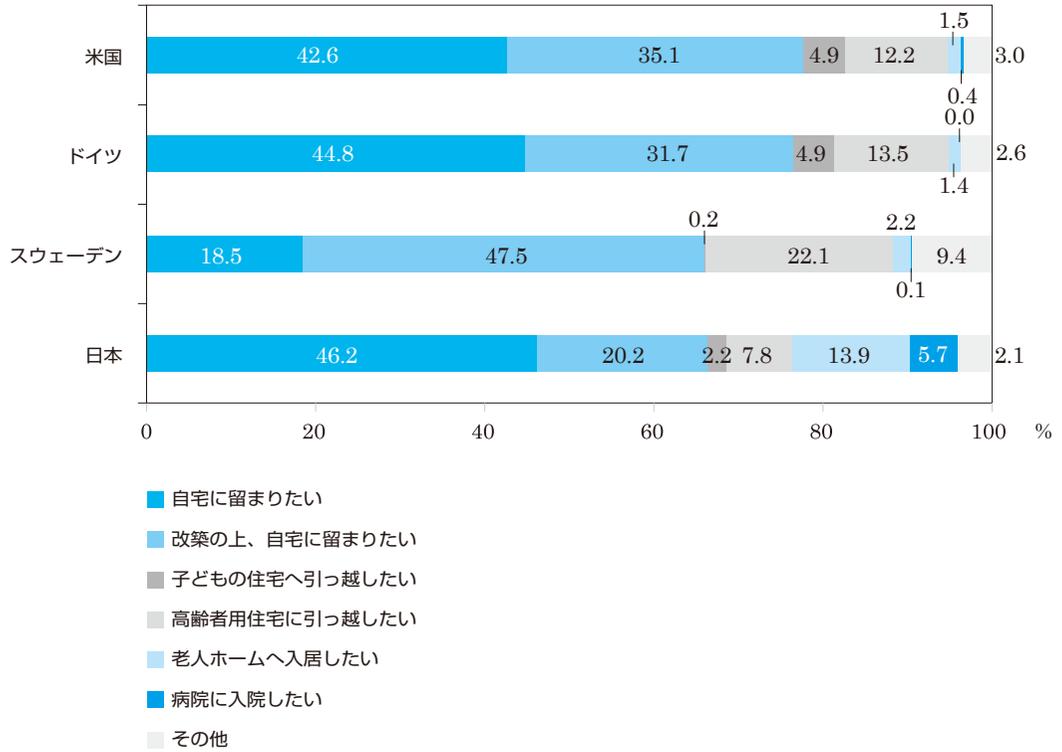
●

長くなった高齢期を過ごすことを前提として、現在の高齢者やこれから高齢期を迎える人々は、早めに住宅の住み替えや改修などを行うことによって、自分自身のライフスタイルに合わせた住環境を準備していくための発想を、より柔軟なものにしていくことが求められているでしょう。

●

社会全体の取り組みとしては、身体機能が低下した場合にも住み続けられる高齢者用住宅の充実とその周知や、高齢者も含めて全世代が安全に暮らせるコミュニティ作りなど、新しい発想での地域開発の推進とそれに伴う投資などが期待されます。同時に高齢期をどこでどのように暮らすか、ひとりひとりが自分の問題として考えていくことも重要なことと思われます。

## ■ 身体機能が低下した場合の住宅 (%)



内閣府 「高齢者の生活と意識 第7回国際比較調査」(2010)



■ 1人当たり年間医療機関受診回数と  
平均在院日数（急性期医療）

**13.2**回  
医療機関受診回数

13.2

日本

**18.5**日  
平均在院日数

18.5

## 高齢者の健康

日本の高齢者は医療機関への受診回数及び在院日数は  
他国の2倍以上である。

出典：OECD Health Data 2011

3.9回

5.4日

アメリカ

6.9回

5.2日

フランス



5.0回

6.8日

イギリス

5.7回

5.6日

オランダ

## 4 高齢者の健康

### 1 高齢者の多くは健康的 健康意識、運動、体調

日本の高齢者は、総じて健康に対する意識が高いようです。比較的良く運動しており、食事は1日3回しっかりと。特に野菜を多く摂取していて、十分な睡眠時間を確保しています。そして、半数以上が自分自身の健康状態を非常に良い、または良いと感じており、「普通」を入れると8割近くが健康に問題はないと認識していることになります。

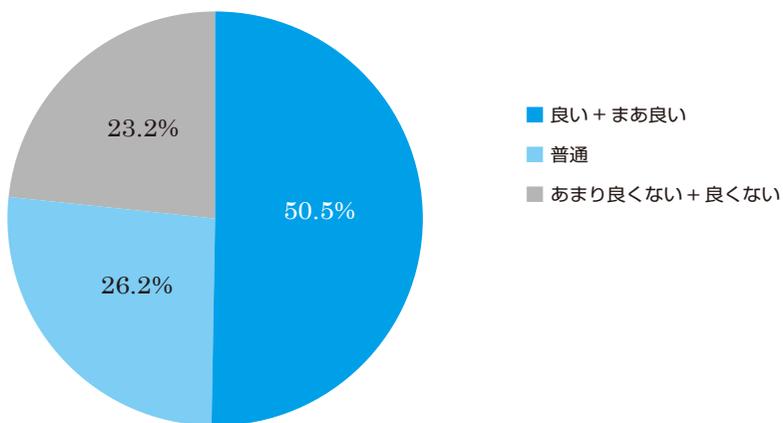
一方で、約半数の人には何らかの疾病につながる自覚症状がありますが、その程度は様々です。ただし、年齢が上がるにつれて日常生活に支障をきたすような健康状態や障害の発症率が、急速に増加するのは事実ですから、健康状態への過信は禁物です。

### 2 予防への取り組み

日本では長年国民自身の健康増進のため、予防的健康管理に力を入れてきています。子ども時代から集団で健康診断を受けることが習慣化されており、健康リテラシーの普及がなされてきました。高齢者には無料健康診断や無料医療相談が自治体によって実施されているところもあり、予防と健康管理は日常的にもなじみ深いものとなっています。

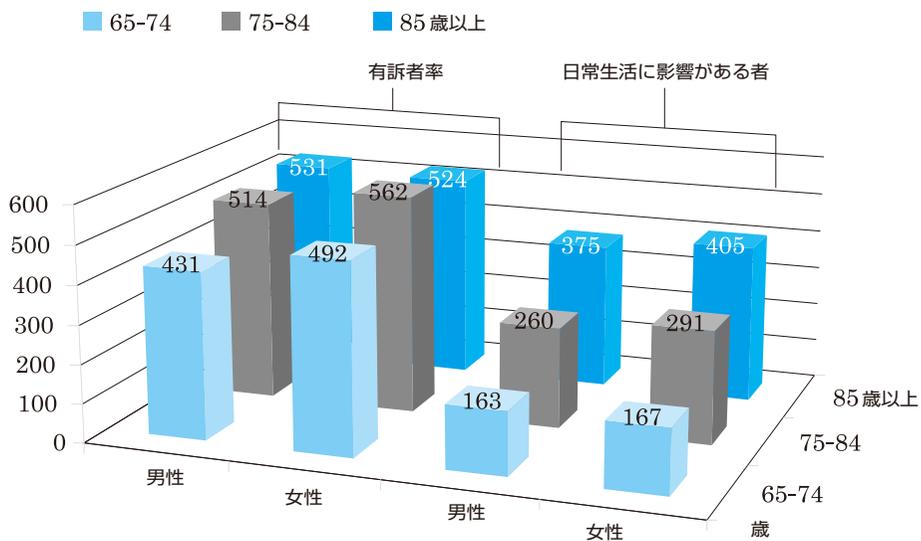
こうした取り組みと日本的な食生活等の生活様式を背景に、日本では、諸外国に比べると肥満等の割合が少ない傾向にあります。しかし、それでも、近年は肥満、高血圧、高コレステロール、そして糖尿病の相談が増加しています。これらは全て心臓病や脳卒中のリスクを高めるので、こういった「メタボリックシンドローム」の徴候を早期に発見し治療をすすめるとともに、生活習慣病予防の指導も行われています。

## 現在の健康状態 (65歳以上)



内閣府政策統括官共生社会政策担当「高齢者の健康に関する意識調査」(2007)

## 65歳以上高齢者の有訴者率と日常生活への影響がある者 (人口千人対)



厚生労働省「国民生活基礎調査」(2007)



## 4 高齢者の健康

### 3 医療行動

加齢とともに様々な疾患を有するようになるのは、やむを得ないことであり、1,500万人いる75歳以上のうち、約86%の人が1ヵ月の間に何らかの形で医療機関を受診しています。言い換えれば1ヵ月のうちに全く医療機関を受診しなかった人は約14%ということになります。

しかも、受診者のうち8割以上は1つか2つの医療機関の受診となっているので、かつて言われたいくつもの医療機関に通う「はしご受診」が多いという指摘については、少なくとも現在ではあまりあてはまらないかも知れません。

ただし、その他の年齢層の受診割合は、75歳以上の高齢者の約半分の40～50%となっていますので、やはり高齢者の受診が多いことは事実です。

国際的にみても、日本の高齢者は比較的頻繁に医療機関にかかっています。65歳以上でみた場合に、少なくともひと月に一回通院している者が約60%という状況は、アメリカ、ドイツ、スウェーデンの高齢者のほぼ2倍から4倍、韓国とはほぼ同じとなっています。

日本の医療全体の課題としては、諸外国に比べて在院日数が長いこと、外来の受診が多いこと、入院ベッド数が多いこと、それと反比例しているかのようですがベッド当たりスタッフ数が少ないことなどが指摘されており、医療自体にも、もっと重点化・効率化を図るべきところがあるという指摘もあります。入院しても、集中的に治療を受けてなるべく早く退院することは、患者にとっても望ましいはずで

## 医療保険制度別、受診した医療機関数別患者割合 (2010.3)

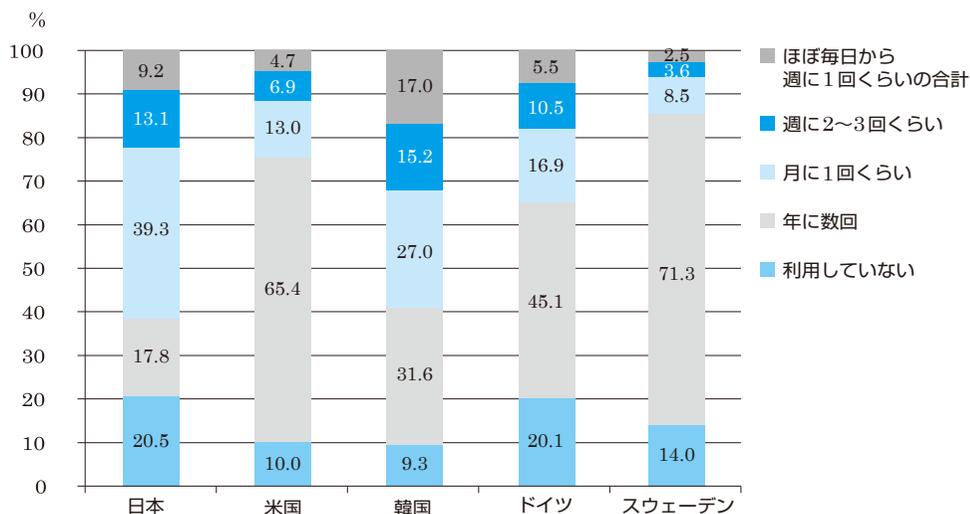
(単位：%)

対象	保険の種別	受診した医療機関数別受診者						受診しなかった者
		総計	1件	2件	3件	4件	5件以上	
74歳以下	協会（一般）	45.0 (100.0)	31.5 (70.0)	10.2 (22.7)	2.6 (5.7)	0.6 (1.3)	0.2 (0.3)	55.0
	組合健保	44.3 (100.0)	30.9 (69.9)	10.1 (22.8)	2.5 (5.7)	0.6 (1.3)	0.1 (0.3)	55.7
	国民健康保険	52.6 (100.0)	33.0 (62.8)	13.7 (26.1)	4.3 (8.2)	1.2 (2.2)	0.4 (0.7)	47.4
75歳以上	後期高齢者医療	86.2 (100.0)	43.7 (50.6)	26.6 (30.8)	11.0 (12.7)	3.6 (4.2)	1.4 (1.6)	13.8

厚生労働省「医療給付実態調査」(2009)

- (注) 1. 集計対象は、協会（一般）、組合健保、国民健康保険および後期高齢者医療の被保険者である。  
 2. 同一医療保険制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである（「名寄せ」という）。  
 3. 入院、入院外または歯科のいずれかの診療を受けた者の数を各医療保険制度の平成21年3月末の加入者数で除したものである。  
 4. ( )内の数値は、受診した者について受診した医療機関数の総計を100とした割合である。

## 医療サービスの利用状況 (%)



内閣府「高齢者の生活と意識 第7回国際比較調査」(2010)



## 4 高齢者の健康

### 4 死因と死亡場所

日本では1年間に約120万人強が死亡していますが、そのうちの102万人（85%）は65歳以上です。死因の1位は悪性新生物（ガン）、2位は心疾患、3位は脳血管疾患で、平均寿命が60歳代であった1950年代と現在とでは、死因に大きな違いがあります。

1950年代の主な死亡原因は結核、脳卒中、肺炎でしたが、死亡原因の大きな変化は医学や薬学の進歩も含めて、保健医療水準が全体的に高まってきたことを反映していると考えられます。

また、死亡原因だけでなく、人生の最期を迎える場所も大きく変化してきました。かつては自宅で最期を迎えることが普通でしたが、近年は9割が病院で亡くなっているという状況は、諸外国と比べてもずいぶんと様相が異なります。

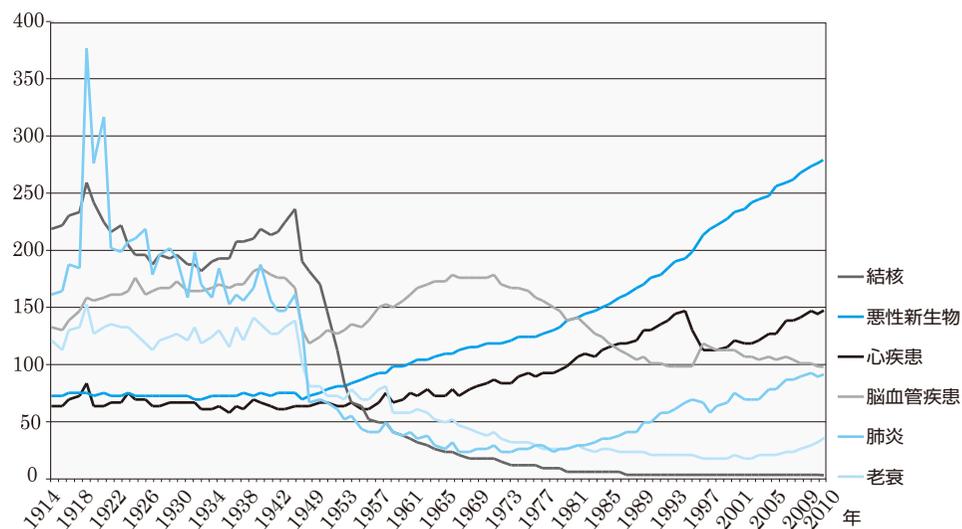
終末期における医療の在り方は、生命の根幹に関わることもあり、難しい課題です。延命措置については、どこまでやれば十分といえるのか、あるいは本当に本人の望んでいることなのかという問題もありますし、また家族の心情として最善を尽くしたいという思いもあるでしょう。しかし一方で平板な治療ではなくメリハリをつけるべき、いや必要なものが削減される危惧がある、などの議論もあります。

これからのあり方については、国民的な合意形成のための時間をかけた議論が求められます。

患者自身が自分の最期についての希望を事前に書いた文書により、本人の意思を尊重した対応をすべきという考えもありますし、主としてガン患者について、病院で受けることができる緩和ケアやターミナルケアをもっと拡充すべきだという主張もあります。

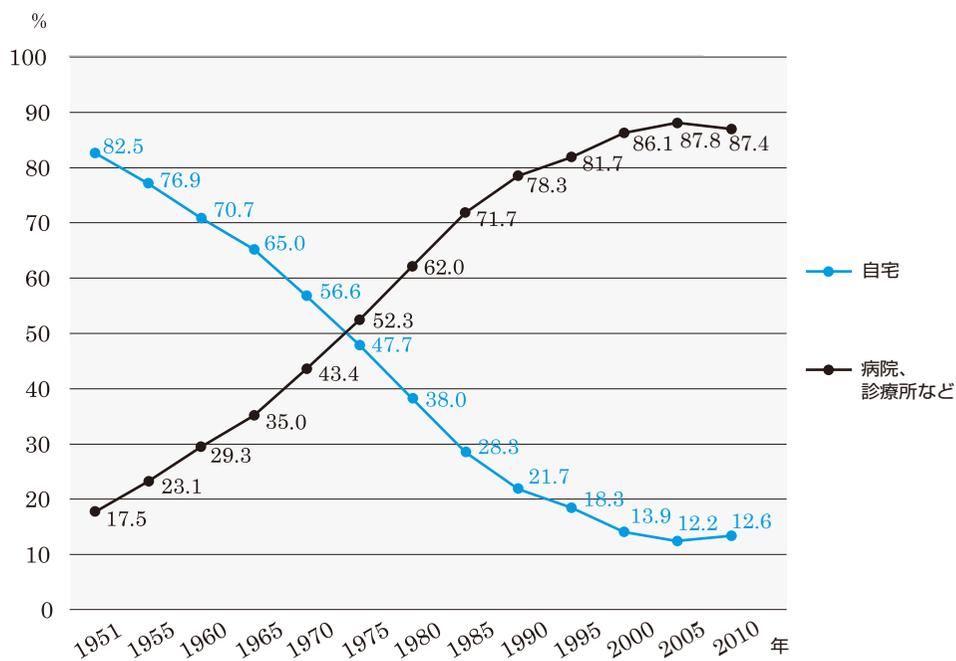
家で最期を迎えたいという人のための在宅ホスピスの存在も重要でしょう。いずれにしても、人生の最後のステージをなるべく自らの希望する形で迎えることができるよう（それが自宅であれ医療施設であれ）にするにはどうすれば良いか、自分の問題として考えていく必要があるでしょう。

## 主な死因別死亡率の推移 (10万人対)



厚生労働省『人口動態統計』(2010)

## 死に場所別にみた死亡構成割合の年次推移



厚生労働省『人口動態統計』(2010)



## 4 高齢者の健康

### 5 公的医療保険制度

日本における医療の優れた特徴の一つは、公的医療保険制度が整備されており、基本的には全ての国民が公的医療保険制度に加入していることです。

65歳以上に関しては、75歳以上と65～74歳で障害認定を受けた人のうち希望者は後期高齢者医療制度に加入しており、他の65～74歳はそれぞれ就業状況等に応じて、健康保険や国民健康保険等に加入していますが、市町村の国民健康保険への偏在による負担の不均衡を是正するため、財政調整が行われています。

●  
そして全国のおよそ全ての医療機関が保険医療機関となっているので、自らの加入する公的医療保険制度の保険証があれば、いつでもほぼ全国のどの病院や診療所にもかかることができ、窓口で1～3割程度の自己負担をすることで医療を受けることができます。また、医療費が高額であっても自己負担の額が高くなりすぎないように、一定の上限額も設けられています。

●  
海外では、必ずしも公的医療保障によって国民全員がカバーされていない国もあります。例えば米国では65歳以上の高齢者は、メディケアによって入院はカバーされていますが、外来治療等への適用は任意加入となっているため、加入していないと医療費を全て自己負担しなければなりません。

またイギリスなどのように、まずかかりつけ医の診療と指示がなければ、大きな病院や専門医にかかることができない国もあります。

## 【日本の公的医療保険制度】

日本の医療システムは、国民皆保険制度のもとでの医療機関へのフリーアクセスを特徴としている。1961年に確立した国民皆保険制度は「社会保険方式」を基本としており、大別すると以下の3つのカテゴリーに分類される。

### ■ 職域をベースとした制度

第1は職域を単位とする「健康保険制度」である。企業ごとに設立される健康保険組合が保険者となり、財源は雇用主と従業員が折半する所得比例の保険料である。2011年現在、約1,500の組合に約3,000万人が加入している。単独で健康保険組合を設立することが困難な中小企業については全国健康保険協会が保険者である「全国健康保険協会管掌健康保険」（協会けんぽ）に加入する。財源は雇用主と従業員が折半する所得比例の保険料と公費（給付費等の16.4%）であり、保険料は都道府県ごとに設定される。2011年現在、約3,500万人が加入している。公務員は共済組合に、船員は船員保険に加入する。財源は雇用主と従業員が折半する所得比例の保険制である。協会けんぽ、健康保険組合、共済組合、船員保険のいずれも従業員の家族の

医療費もカバーする（上記加入者数は従業員と家族を合わせた人数である。）。

### ■ 地域をベースとした制度

第2は地域を単位とする「国民健康保険制度」である。市町村が保険者となる「市町村国保」が中核である。この制度では市町村が保険者となり、各市町村が加入者の所得や資産なども踏まえて保険料を設定する。2011年現在、約1,700の市町村国保に約3,600万人が加入している。財源は加入者の保険料と公費（給付費等の50%）である。

### ■ 高齢者医療制度\*

第3は1983年に導入され2006年に改革が行われた高齢者のための医療制度である。2008年4月から後期高齢者医療制度がスタートし、都道府県ごとに47の広域連合が運営している。全国の75歳以上の方は（前記の健康保険制度や国民健康保険制度には加入せず）この後期高齢者医療制度に加入する。財源は高齢者（75歳以上）自身の保険料（給付費の約1割）、75歳未満の人が加入する上記の各医療保険制度からの支援金（約4割）、公費（給付費の5割）である。加入者数は約1,400万

人（2011年現在）である。

上記の3カテゴリーは全て強制加入の制度であり、国民は基本的にいずれかの制度に加入する。給付は入院や外来などの医科診療費、歯科診療費、薬局調剤医療費、訪問看護医療費や一定の予防給付など広範囲にわたっているが、医療費の支払いは全国一律のルールが定められており、厚生労働省が全国一律の価格表を策定・改定している。支払いは基本的には出来高払いであるが、入院医療を中心に診断群分類による包括払い（DPC）も増えてきた。患者の自己負担は、医療費（薬剤費含む）の定率であり、その率は年齢により異なる。通常は3割であるが、義務教育就学前の児童は2割、70～74歳は2割（2011年現在は1割）、75歳以上は1割である。ただし、70歳以上の高額所得者は3割である。また、毎月の自己負担額が一定額を超えた場合には、超えた部分は高額療養費として保険から給付される。

\* 高齢者医療制度については、年齢により加入する制度が異なることへの批判等もあり、2011年現在、見直しを検討されている。



## 4 高齢者の健康

### 6 医療費の規模

日本における医療のもう一つの大きな特徴は、GDPに対する医療費の規模が約8%とOECD諸国内でも比較的小さいことです。これは経済的効率性を示しているものと考えられ、保険証1枚ではほぼ全国どこもこの病院や診療所にもかかることができるという医療機関へのフリーアクセスの確保や、平均寿命の長さなどにみられる保健医療水準の高さなどと併せて、日本の医療・医療保険制度が国際的に高く評価され、奇跡とまで言われている由縁です。

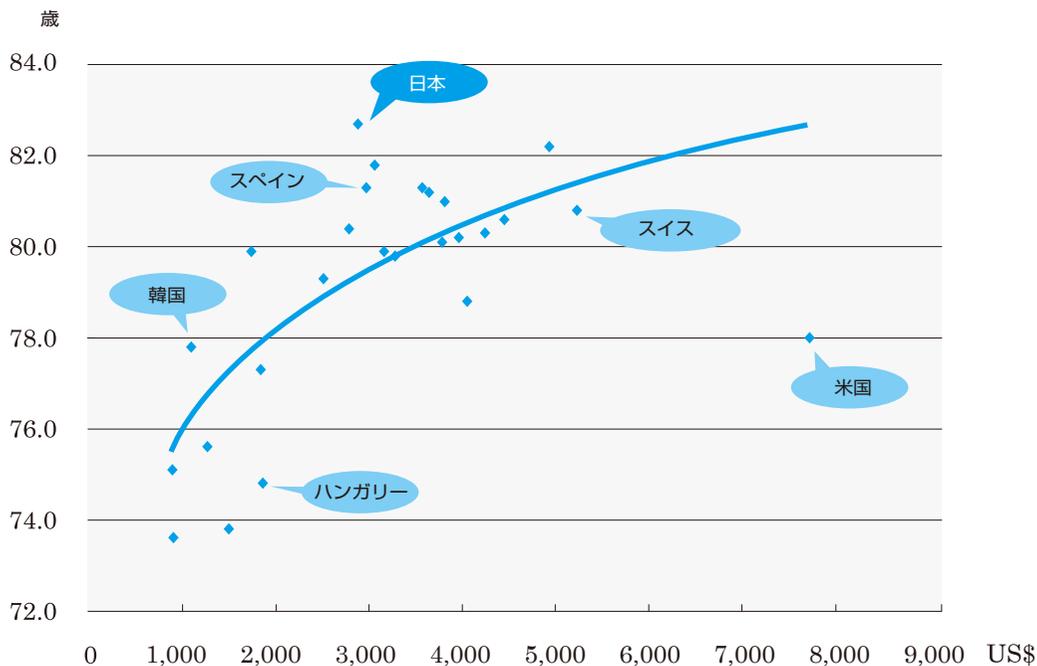
しかし一方では、地域による医師の偏在や、産科や小児科の医師不足、また医療職の激務による勤務医の減少などの問題をきっかけにして、日本の医療費の水準は本来もっと高くあるべきではないかとの意見も出始めてきています。

現在の医療費の約5割は65歳以上に使われています。高齢になることで疾患が増加するのはやむを得ない側面もあり、これまで人口の高齢化の進行とともに医療費の規模は増大してきましたが、この傾向は今後も続くのではないかと見込まれています。

今後も増大が見込まれる医療費をどのように賄っていくかということは、皆で考えるべき大きな課題です。機能強化や質の向上など必要な部分にかかる費用の増加と同時に、非効率的な部分を是正することなどを通じて、医療費の適正化に取り組んでいくことが必要でしょう。



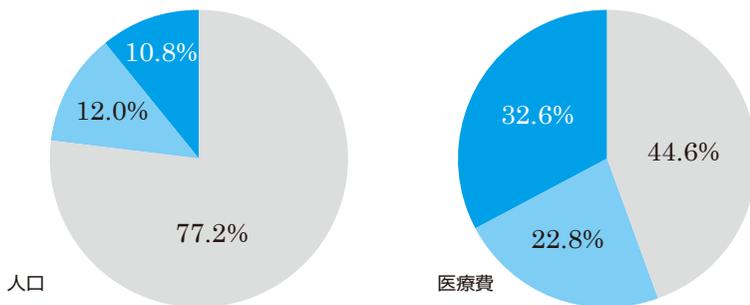
## OECDにおける1人当たり医療費と平均寿命 (2008)



OECD, Health Data, 2011

## 年齢別人口構成割合と医療費の割合

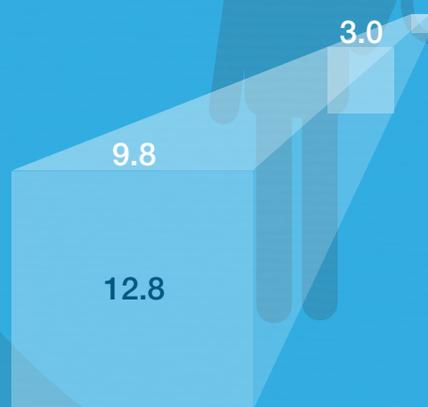
■ 75歳以上
 ■ 65～74歳
 ■ 0～64歳



総務省統計局『人口推計』(2009)  
 厚生労働省『国民医療費の概況』(2009)

## ■ 施設及び自宅で介護を受ける高齢者の割合

日本  
施設 **3.0%**  
自宅 **9.8%**  
合計 **12.8%**



# CARE

## 高齢者と介護

日本は他国と比較して

施設で介護を受ける高齢者の割合が低い。

出典：OECD Health Data 2008, Paris and OECD Demographic and Labour Force Database

オランダ

施設 **6.9%**

自宅 **13.1%**

合計 **20.0%**

イギリス

施設 **4.2%**

自宅 **6.9%**

合計 **11.1%**

フランス

施設 **6.3%**

自宅 **3.5%**

合計 **9.8%**

6.9

4.2

6.3

6.9

3.5

13.1

11.1

9.8

20.0

## 5 高齢者と介護

### 1 介護ニーズ

日本では1963年に老人福祉法が制定されましたが、福祉制度は基本的には行政がサービスの必要性や内容等を決めて実施してきたこともあり、質の向上やニーズに見合ったサービス基盤の整備が進んでこなかったという指摘がされています。

一方で高齢者の介護ニーズの多くを医療機関が引きうけることとなり、高齢者の「社会的入院」と呼ばれるような長期入院等の問題が顕在化しました。1989年に始まったゴールドプランにより、高齢者の福祉・介護基盤の整備が進み、1997年の介護保険法の制定に伴い、2000年度からは従来の福祉サービスとは異なる新しい発想による介護保険制度が始まりました。

初年度(2000年度)、介護保険の対象と認定されたのは約218万人、従来の特別養護老人ホームや老人保健施設、介護療養病床といった施設費用を中心に約3.6兆円の介護給付費が介護保険で賄われるようになりました。その後、民間事業者の参入等を背景に在宅サービスの基盤整備も進み、現在では65歳以上の認定者は約497万人、介護費用は約8.3兆円と倍増し、そのうちの約50%が在宅サービスとなっています。

65歳以上の高齢者数2,960万人のうち、概ね6人に1人が認定を受けており、7人に1人が実際に介護保険のサービスを利用し、約30人に1人が施設に入所していますが、視点を変えれば、介護保険のサービスを受けている高齢者は17%にすぎず、残りの83%はその多くが少なくとも介護の必要がないくらいには元気で、日々の暮らしを送っているとみることができます。

## 介護サービス受給者数と費用

		受給者数 (千人、%)		受給者1人あたり 費用額 (円)
介護予防サービス総数		892.1		39,400
介護サービス	居宅サービス	2,301.5	69.4	117,400
	地域密着型サービス	283.5	8.6	215,800
	施設サービス	858.9	25.9	285,800
	総数*	3,313.9	100.0	182,500

厚生労働省『介護給付費実態調査』(2011.5)

\*総数は上記3種サービスのうち少なくとも一つのサービスを受けていた人の数

## 要介護等認定者数

	認定者数 (千人)	高齢者全体に 占める割合 (%)	要介護認定者に 占める割合 (%)
総数	4,970	17.1	—
65～74 歳	648	2.2	13.0
75 歳以上	4,322	14.9	87.0

厚生労働省『介護保険事業状況報告』(2011.6)



## 5 高齢者と介護

### 2 要介護状態となる原因疾患

「要介護」となる主な原因疾患としては、脳血管疾患、認知症、老衰、関節疾患、骨折などが挙げられます。軽度の要介護状態では関節疾患と骨折が原因である場合が多く、重度の要介護状態では脳血管疾患や認知症が原因の場合が多いようです。

●

認知症に対する関心が高まってきていますが、介護を必要とする認知症患者は、2005年には170万人程度（高齢者の約7%）と推計されていました。現状のまま推移すれば、2035年には2倍を超える380万人程度（高齢者の約11%）になるものと思われます。

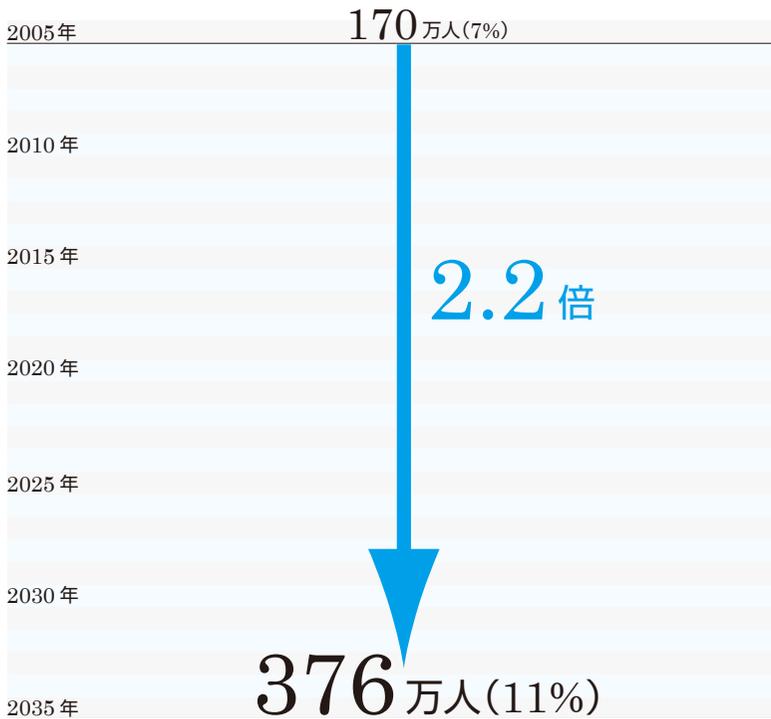
●

認知症については、2004年からその病名を「痴呆」から「認知症」に変えたことなどもあり、急速に知られるようになってきてはいますが、まだ原因究明や治療方法が見つからないことに加え、病気に対する正確な理解が行き渡っておらず、偏見や誤解も根強く残っています。そのため、早期診断による適切な対応が難しいという現実もあります。

●

しかし認知症はそのケアの方法如何で、現れる症状に変化が見られることもわかってきているため、行政とNPOなどの連携による活動として、認知症についての理解を深め、地域全体で支え合うための取り組みも始まっています。

## 認知症高齢者の数と高齢者全体に占める割合



厚生労働省『高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」』（2003.6）



## 5 高齢者と介護

### 3 介護の担い手と介護サービス

介護が必要な高齢者の半数以上は家族と同居していますが、こうしたケースでの世帯内での介護は、7割が女性によって担われています。また約4割は、配偶者が介護をしているため、介護者自身はかなり高齢になっていて大多数が60歳以上です。

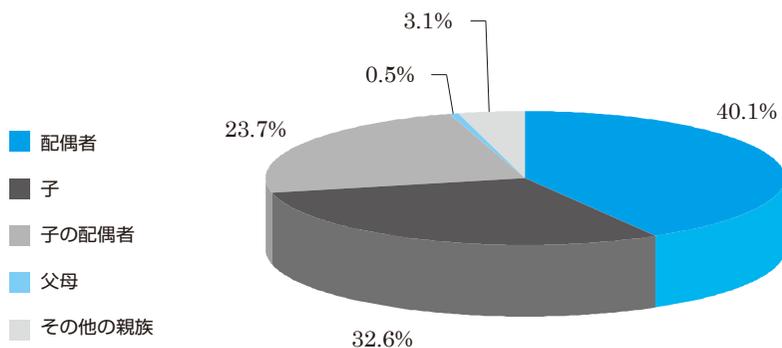
介護保険サービスは、運動機能の向上のための運動を行ったり、自宅で日常生活支援を行って自分でできることを増やしたりすることを目的とした予防給付と、入浴、排せつ、食事等の日常生活において介護を提供する介護給付とに分かれています。

現在、介護サービス(予防サービス含む)受給者は約420万人(認定者の約8割)で、1人当たりにかかる費用は要介護度にもよりますが平均すると、在宅サービスで月額7～20万円程度、施設サービスでは重度の人が多いので約24～31万円です。このうち約1割が自己負担となりますが、施設サービスでは、さらに保険外の費用として食事、居住費に加え、日常消耗品、教養娯楽費などが自己負担金に加わります。居住費は、個室か相部屋かによっても費用が変わってきます。

最近では、小規模多機能型の施設や認知症対応型グループホームなどの地域密着型サービスも増えてきました。「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせて柔軟にサービスを提供する「地域密着型サービス」は、今後も定着・発展が期待されています。



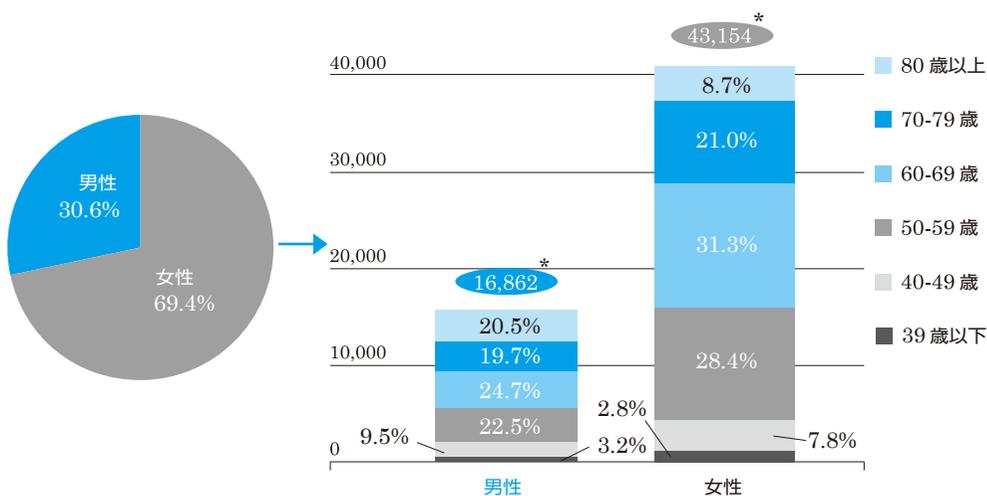
## 要介護者と同居している介護者の続柄



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2010)

## 要介護者と同居している主な介護者の性別・年齢階級別構成割合

(要介護者10万人対)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2010)

\*は2007

## 【日本の公的介護保険制度】

### ■ 背景

公的介護保険制度は日本の社会保険制度の中で最も新しいシステムである。介護保険制度が導入されるまでは、日本における高齢期の介護は統一的なシステムはなく、様々な制度等において行われていた。すなわち、施設介護については医療制度(病院)と福祉制度(特養)の双方で行われ、これが老人医療費の高騰要因となっていた。また在宅介護については多くは家族介護、特に女性により担われてきた。

しかし、こうした伝統的なシステムは高齢化の急速な進展や就労女性の増加、老人医療の高騰等により次第に問題が顕在化し、介護問題は国全体の大きな政策課題となった。こうした状況に対応するために1989年に「ゴールドプラン」がスタートした。これは10年間の国家戦略で社会サービスとして介護サービスの提供基盤を拡大するものだった。また、サービス計画・調整の権限が都道府県から市町村へと委譲された。こうした約10年にわたる基盤整備が2000年4月の公的介護保険制度の創設へとつながった。

### ■ 制度の概要

公的介護保険制度は公的年金や公的医療保険と同様、社会保険モデルに立脚している。40歳以上が強制加入となるが、給付対象は主として65歳以上の者である。40歳以上65歳未満の者への保険給付はアルツハイマー病等特定の疾病に起因する要介護状態などの場合に限定されている。

公的介護保険の保険者は市町村であり、その財源は、高齢者(65歳以上)の保険料、40歳以上65歳未満の保険料(医療保険者が徴収)、公費(給付費の50%)である。高齢者の保険料は市町村により異なるが、市町村は3年ごとにサービス供給量や保険料を見直す。地方レベルで給付と負担の関係を明確化したことはこのシステムの一つの重要な特徴である。

給付内容は現物給付であり、ドイツのような現金給付は保険制度としては含まれていない。給付は、施設サービス、在宅サービス、予防給付、福祉用具貸与など様々であるが、支払いのルールは全国一律であり、厚生労働省が価格表を策定・改定する。また、自己負担は給

付費の1割である。

給付を受けるためには、市町村が実施する要介護認定(全国的に統一的な基準で行われる)を受ける必要がある。2011年現在7つの段階がある。認定を受けた後、軽度者は市町村が中心となって予防サービス中心のサービス計画(ケアプラン)を立てる。要介護者はケアマネジャーが中心となってサービス計画を立てる。このサービス計画策定には高齢者やその家族のほかサービス提供者も参加する。

### ■ 課題

公的介護保険制度導入後、サービス利用は急増し5年間で倍増した。年金や医療と同様、急速な人口変動により制度の持続可能性が課題となってきている。2005年改正では、予防の重視、地域ケアの拡大、サービスの質の向上と認知症ケアの充実などの施策を強調した。最近では介護人材の確保や、在宅医療・在宅介護の充実等、住み慣れた地域での生活の継続を支える地域包括ケアシステムの整備のため、更なる施策の充実が求められている。



---

## 吉田サ夕

1907年（明治40年）生まれ  
現役幼稚園園長（横浜市）

---



## ■ 高齢者世帯の1ヵ月あたりの家計収支

日本 (70 歳以上)

収入 約 **30** 万円

支出 約 **24** 万円

差額 約 **6** 万円

30万

24万

# ECONOMY

## 高齢者と経済

日本の高齢者世帯は収支ともに4ヵ国中最も多く、しかも毎月約6万円の黒字となっている。

過去1年間で大きな割合を占める支出は、冠婚葬祭(42.8%)や医療・介護関係費(44.2%)、子や孫に対する支出(27.9%)となっている。(内閣府 高齢者の経済生活に関する意識調査 平成19年)

独立行政法人 労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較2011年」より作成

アメリカ (75歳以上、1 \$= 80 円)

収入 約 **22** 万円

支出 約 **21** 万円

差額 約 **1** 万円

ドイツ (70~79 歳、1 €= 100 円)

収入 約 **27** 万円

支出 約 **21** 万円

差額 約 **6** 万円

22万

17万

27万

21万

13万

21万

イギリス (75歳以上、1 £= 120 円)

収入 約 **17** 万円

支出 約 **13** 万円

差額 約 **4** 万円

# ECONOMY

## 6 高齢者と経済

### 1 高齢者の資産と家計規模

世帯主が65歳以上世帯の平均所得は429万円で、全世帯の平均年収550万円と比べると少なめになっています。しかし、家単位ではなく1人当たりで見ると、全世帯平均での個人所得は207万円、世帯主が65歳以上では約192万円となりますから、高齢者の所得水準は若年世代とそれほど変わらないとすることができます。

●  
現在の高齢者所得の柱はやはり公的年金です。高齢者世帯(65歳以上の者のみで構成するか、これに18歳未満の未婚の子が加わった世帯)所得の約7割は公的年金・恩給によって占められています。

また公的年金・恩給を受給している高齢者世帯の約6割は、所得の全てが公的年金・恩給となり、年金への依存度が高いことがわかります。

2010年現在、日本企業の8割以上が60歳を定年と定めています。今後厚生年金の受給開始年齢は段階的に65歳まで引き上げられる予定です。そうすると、定年退職してから年金を受給するまで、数年間の空白期間が生まれることが予想されます。この空白期間の雇用を確保するために、2004年12月に改正高年齢者雇用安定法が施行され、事業主に対して、1)定年延長、2)継続雇用制度、3)定年制廃止のいずれかの対策を講じるよう求めています。

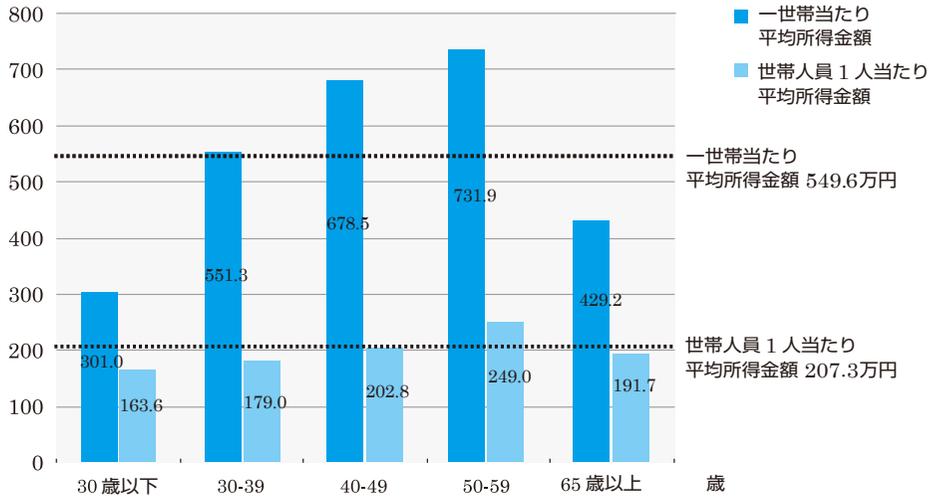
●  
家計の規模は、1ヵ月あたり高齢単身世帯は収入約16万円に対して支出14万円、高齢夫婦2人世帯は収入約34万円に対して支出25万円です。前述のように収入の相当部分は公的年金や恩給ですが、平均的には2割程度は稼働所得があります。また、金融資産の取り崩しにより収入の1割程度が確保されています。

単身世帯と夫婦のみ世帯とではかなり差があるようにみえますが、世帯あたりの金額であることと、単身世帯は女性が圧倒的に多いことに留意が必要です。

●  
資産負債の状況を見ると、高齢者世帯では負債はあまりなく、平均的には一定の資産を保有しています。我が国の金融資産の概ね6割以上は60歳以上の高齢者が世帯主である世帯が保有していると考えられます。

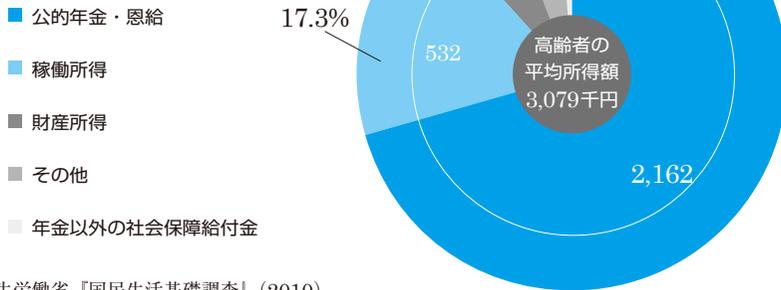


## 世帯主の年齢階級別平均所得金額 (万円)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2010)

## 高齢者世帯の所得 (千円)



厚生労働省『国民生活基礎調査』(2010)

## 6 高齢者と経済

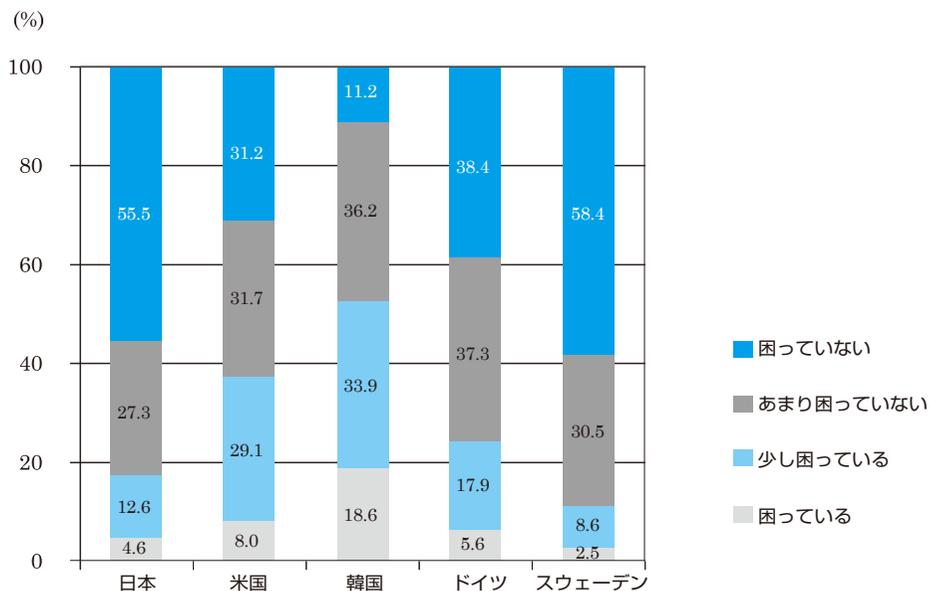
### 2 高齢者の生活水準

2010年に実施された国際比較調査によると、日本の高齢者はアメリカ、ドイツ、スウェーデン、韓国の高齢者と比較して、自分自身が日常生活において経済的に困っていると思う人の割合が極めて少ない状況となっています。

平均的にみると、現在の日本の高齢者はかなりの収入と貯蓄があり、持家率も高く、経済的には恵まれているといえるでしょう。

ただし、高齢者世帯においては、それまでの生涯を反映して所得のばらつきがかなり大きいことには留意が必要です。平均的には日本の高齢者は諸外国に比べて比較的ゆとりがあると言えますが、一方でぎりぎりの収入、貯蓄ゼロ、不十分な住環境でなんとか生活している高齢者も少なくありません。2009年には、生活保護を受ける世帯の41%が65歳以上の高齢者世帯で占められました。

#### 経済的に日々の暮らしに困ることはあるか (%)



内閣府「高齢者の生活と意識 第7回国際比較調査」(2010)

## 【日本の公的年金制度】

日本における高齢期の所得保障は、皆年金である公的年金により主として支えられている。皆年金制度は1961年に確立し1985年に再構築された。2階建ての強制加入のシステムであり、財政方式は基本的には賦課方式である。

### ■ 1階：基礎年金(強制加入)

1階部分は基礎年金である。日本に在住する20歳以上60歳未満の者は全て加入を義務付けられている。基礎年金は国庫負担(1/2)と保険料で賄われる。定額保険料・定額給付が特徴であり、1人当たり保険料月額は15,020円(2011年4月現在)である。この保険料は上限の16,900円に到達する2017年まで毎年引き上げられる。低所得者には一定の保険料減免措置がある。25年以上の加入期間を経て65歳になると給付が行われる。満額年金を受給するためには40年以上の加入が必要で、年金月額が65,741円(2011年4月現在)である。基礎年金には障害給付や遺族給付もある。

### ■ 2階：厚生年金、共済組合(強制加入)

2階は職域をベースとした公的年金であるが、所得比例保険料・給付が特徴となっている。民間企業については厚生年金、公務員は共済年金と呼ばれる。厚生年金の保険料率は1階部分も含めて16.41%(2011年9月現在)であり、2017年に上限の18.3%に達するまで毎年引き上げられる。保険料は雇用主と従業員で折半される。給付水準は各人の所得水準や加入期間により異なるが、平均的な賃金で40年加入の場合の年金月額が基礎年金も含めて約166,000円プラス配偶者分約66,000円(2011年)である。支給開始年齢は60歳であったが現在65歳に向けて引上げの途上であり、誕生年月日により異なる。厚生年金・共済年金には障害給付や遺族給付もある。

### ■ 3階：企業年金その他の選択肢

以上のような2層構造の強制加入・公的年金制度のほか、多くの雇用者は企業年金(多くは確定給付プラン。確定拠出プランもある。)を提供さ

れている。日本の企業年金制度は退職一時金から発展したものであるが、多くの企業では依然として企業年金と退職金の双方を支給している。また、自営業者は税制優遇措置のある国民年金基金や確定拠出年金の個人型に加入することもできる。

### ■ 課題

大きな人口変動の中で制度を安定させるため、直近の2004年改革では「マクロ経済スライド」と呼ばれる仕組みを導入した。このシステムは人口変動に応じて給付を自動的に調整する仕組みで、現役世代の人口減少と寿命の伸長という二つの要因に応じて給付の伸びを調整する。このシステムの下で、厚生年金の場合、現在60%程度の所得代替率は50%を下限として調整される。また、2004年の改革では基礎年金の国庫負担率を2009年までに3分の1から2分の1に引き上げるというスケジュールが規定されたが、その財源確保については引き続き課題の一つとなっている。



## ■ 55～64歳の労働力率

日本

68.8%

68.8

SOCIETY

# 高齢者と社会

日本の55～64歳の労働力人口は、4カ国中トップ。  
特にフランスと比較すると1.7倍である。

出典：ILO, Labour Statistics Database, Nov. 2011

アメリカ

64.5%

イギリス

59.9%

フランス

40.0%

64.5

59.9

40.0

## 7 高齢者と社会

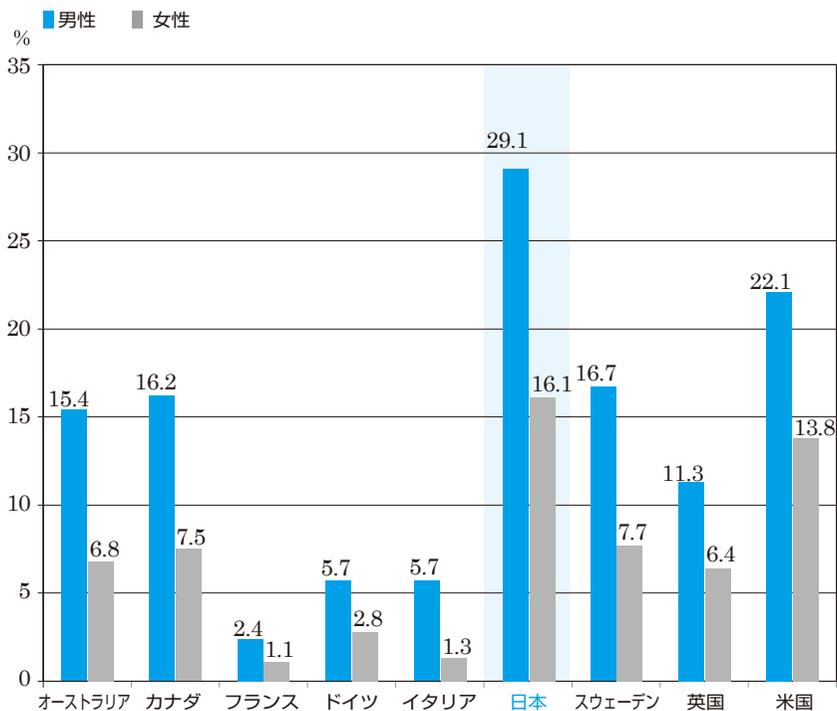
戦後生まれの世代が65歳を迎えはじめましたが、戦後の民主主義教育を受けたこの世代は、これまでの高齢者とは違った価値観を持った、新しい高齢者層を構成していく可能性があります。

日本に限らず、従来からの一般的なライフサイクルのモデルとして、高齢になれば仕事を辞め、社会の第一線から退いて家族や社会に扶養されるイメージがありましたが、現在の日本の高齢者の多くは、就労の意欲も能力も高く、また地域貢献などにも意欲的です。

2009年に行った「引退したい年齢」についてのアンケート調査によると、65歳以上の約3割は生涯現役希望、約半数は65歳以降も働くことを希望しています。実際の労働力率も日本は欧米諸国よりも高くなっています。2009年の日本人の65歳以上の労働力率は、男性で約29.1%、女性で16.1%。次に労働力率の高いアメリカよりも男性で7ポイント、女性で2ポイント高く、さらにフランスと比較すると10倍以上も高くなっています。

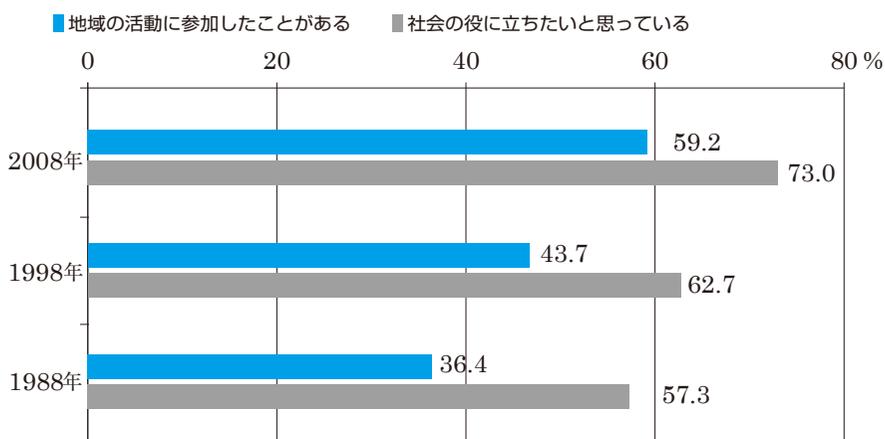
社会に貢献したいとの意識は、ここ20～30年で大きく高まっています。60歳代で「社会のために役立ちたいと思っている」人は、1988年の57%から2008年には73%になっています。また、1年間に個人またはグループや団体で自主的に行われている何らかの活動に参加したことが「ある」と答えた人の割合も、1988年の36%から2008年には59%へと大幅に増えています。活動内容においても、「保健・医療・福祉」「子育て支援」「地域の安全確保」「社会教育」などに大きく広がっています。

## 65歳以上の労働力率国際比較 (性別・%)



OECD, *Stat Extracts*, 2010

## 高齢者の地域社会への参加の意識と実態



内閣府『社会意識に関する世論調査』(各年)  
 内閣府『高齢者の地域社会への参加に関する意識調査』(2008)



## 7 高齢者と社会

健康にも問題がなく、年金などにより経済的にも自立していて、意欲も持っているのが現在の日本の高齢者の大半であることは、今までのデータからも証明されています。

●

人口の大きな部分を高齢者が占めるようになる社会では、高齢者がただ高齢であるという理由だけで、社会に頼って生活するという発想は現実的ではありません。かえって高齢者の能力や可能性を否定し、ある意味では年齢による差別をしているといえるかもしれません。

●

社会状況の変化や新しい価値観を持った高齢人口の出現により、高齢者の社会との関わり方がより自立的なものへと変化していくでしょうし、社会全体としても活力ある高齢者像が求められているのではないのでしょうか。「高齢社会対策大綱」でも、以下の3点のように、これから目指すべき高齢社会がうたわれています。

- ① 国民が生涯にわたって就業その他の多様な社会的活動に参加する機会が確保される  
公正で活力ある社会
- ② 国民が生涯にわたって社会を構成する重要な一員として尊重され、  
地域社会が自立と連帯の精神に立脚して形成される社会
- ③ 国民が生涯にわたって健やかで充実した生活を営むことができる  
豊かな社会

●

未曾有の超高齢社会という新たな枠組みを作り上げていくためには、高齢者が積極的に社会に参加し、若者とともに社会の牽引力になり、この国の未来を拓いていくことが望まれています。

そして世界のトップランナーとしての責任において、21世紀の高齢社会の新しいモデルを、日本が世界に向けて提示することが求められているのでしょう。

# おわりに

## エイジフリー社会をめざして

- **65歳=高齢者 年齢で区切ることに意味があるのか**

最後に年齢について改めて考えてみたいと思います。

伝統的に人口学の分野で使われており一般的にも定着している年齢区分があります。14歳までを年少人口、15～64歳を生産年齢人口、そして65歳以上を老年人口と区分する方法です。しかし、現在の日本で15歳から働く人の割合は必ずしも多くはありませんし、65歳以上を高齢者とする根拠についても明確ではありません。

また、高齢化率が7%を超えた社会を「高齢化社会(aging-society)」、14%を超えた社会を「高齢社会(aged-society)」と呼んでいます。これなども、1956(昭和31)年の国連の報告書で、当時の欧米先進国の水準を基にしつつ、仮に、7%以上を「高齢化した(aged)」社会と呼んでいたことに由来するのではないかとされているものの、必ずしも定かではありません。因みに1956年の日本の平均寿命は男女ともに65歳前後で、現在より15歳以上も短い時代でした。また総人口は約9千万人、65歳以上は5%で、500万人にも達していませんでした。

- **プロダクティブ・エイジング**

現在は高齢化率の上昇は、労働力率の減少や社会保障費の増大等と関係づけて語られることが多く、どうしてもネガティブなイメージで語られがちですが、世界に先駆けて健康長寿が達成されたこと自体は、素直に喜び誇りに思うべきことではないでしょうか。

100歳高齢者は現在4万人を超えています。彼らが生まれた頃の平均寿命は40歳代でした。もっともっと生きたいと願った人たちのためにも、誰もが長生きできるような時代になったことを皆が喜び、そして長くなったこの寿命を意義あるものとしていかなければなりません。

これからの高齢社会を魅力と活力あるものとし、長寿を真に価値あるものにするためには、年齢に関係なく多くの人々が自分の能力を活かして社会と関わり、その可能性を発揮できる社会の枠組み作りが求められます。そのような社会を作り上げるのは私たち一人一人の責任です。

まず高齢者に対する思い込みや偏見から自由になって、日本の高齢者の真の姿を理解し、その暮らしをほんとうに充実した豊かなものにするために、今何をすべきかを考えることから始めましょう。そして、それは明日の高齢者である私たちの豊かさの第一歩になるでしょう。

(以上)

## ■参考資料一覧

---

- 1 - 2 総務省統計局『人口推計』2011
  - 4 厚生労働省『人口動態統計』2010
  - 4 UN, *World Population Prospects* 2010
  - 5 国立社会保障・人口問題研究所『日本の都道府県別将来人口推計』2007
  
  - 2 - 2 厚生労働省『国民生活基礎調査』2010
  - 3 国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計』2008
  
  - 3 - 1 総務省統計局『住宅・土地統計調査』2008
  - 1 総務省『人口推計』2009
  - 1 厚生労働省『社会福祉施設等調査報告』2009
  - 1 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』2009
  - 1 厚生労働省『患者調査』2008
  - 2 総務省統計局『住宅・土地統計調査』2008
  
  - 4 - 4 厚生労働省『人口動態調査』2010
  - 6 OECD, *Health Data* 2011
  
  - 5 - 1 厚生労働省『第25回社会保障審議会介護保険部会』2010.5
  - 1 厚生労働省『2011年度当初予算』2011
  - 1 厚生労働省『介護保険事業状況報告』2011.6
  - 2 厚生労働省『国民生活基礎調査』2007
  - 3 厚生労働省『介護給付費実態調査月報』2011.5
  
  - 6 - 1 厚生労働省『国民生活基礎調査』2009
  - 1 厚生労働省『就労条件総合調査』2010
  - 1 厚生労働省『国民生活基礎調査』2010
  - 1 総務省統計局『家計調査年報』2009
  - 1 総務省統計局『家計調査年報』2010
  - 1 日本銀行『資産循環統計』2011.6
  - 2 厚生労働省『被保護者全国一斉調査』2009
  
  - 7 独立行政法人労働政策研究・研修機構『高齢者の雇用・就業の実態に関する調査』2009
-



FRANCE

# 世界で老いる

ILC グローバル・アライアンス加盟国のうち、先進4か国（仏・英・米・日）の年金、医療・介護・福祉政策、あるいは家族関係や認知症対策の現状と課題などをわかりやすくまとめ、それぞれの国で老いるイメージを多面的に取り上げた。各国 ILC による解説を基本にしつつ、日本人にとってわかりやすい補足や解説を加えるなど、ILC 日本 の責任において編集作業を行っている。

また4か国の高齢者の暮らしのすがたをより具体的に知るため、活動状況と収入、暮らし全体への満足度を尋ねるインタビュー調査を行い、その結果と概説を併せて掲載した。

（1ポンド=122円、1米ドル=78円、1ユーロ=100円として計算）



JAPAN

## 各国の現状と課題



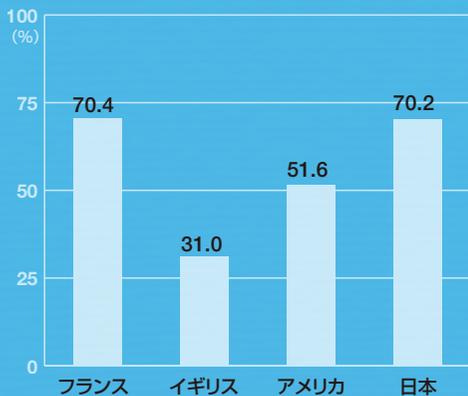
FRANCE

オディール・イエーガー  
92歳 フランス



UK

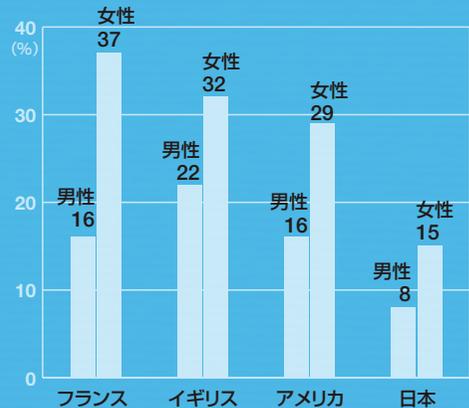
キャサリン・エレン・スミス  
104歳 イギリス



### 収入に占める年金の割合

出典：フランス：Insee, enquete budget de famille 2006 イギリス：ONS, Family Spending 2010 アメリカ：U.S. Bureau of Labor Statistics, Consumer Expenditure Survey 2011 日本：厚生労働省「国民生活基礎調査」2010

\*：フランス、イギリス、アメリカは65～74歳、日本は65歳以上  
\*：イギリスは基礎年金のみ



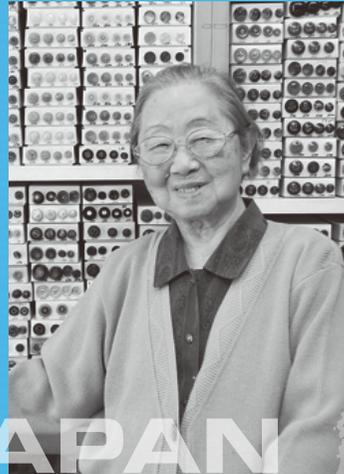
### 独り暮らしの割合

出典：フランス：Insee, exploitations principales 2008 イギリス：Office for National Statistics, general lifestyle survey 2008 アメリカ：U.S. Census Bureau, Current Population Survey Report 2009 日本：厚生労働省「国民生活基礎調査」2009

\*：フランスは65～79歳、イギリス、アメリカ、日本は65～74歳



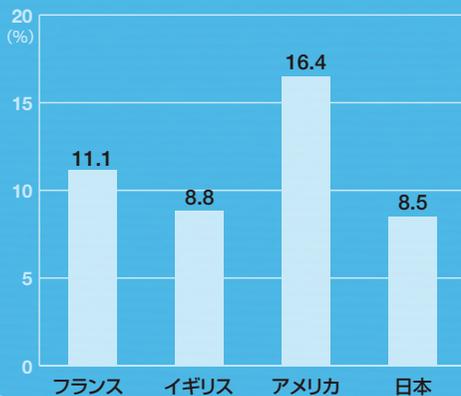
**ルース・クレイトン・キャンベル**  
95歳 アメリカ



**進藤さみ**  
100歳 日本

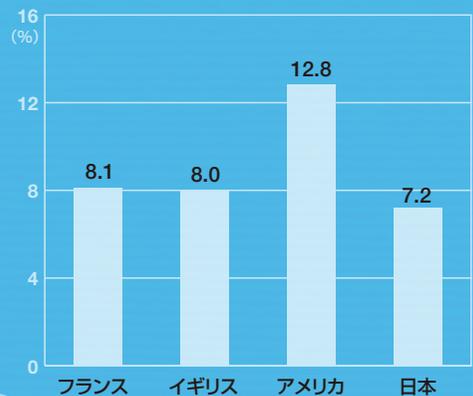
USA

JAPAN



**GDP に占める保健医療支出の割合 (2008)**

出典：OECD Health Data 2011



**65歳以上人口に占める認知症の割合**

出典：フランス：Mission au profit du president de la republique relative a la prevention de la dependance des personnes agees. Rapprt presente par Monsieur Andre TRILLARD, Senateur de Loire Atlantique, june 2011  
イギリス：Alzheimer's Society UK, Statistics  
アメリカ：Alzheimer's association in US, 2011. Alzheimer's Disease Facts and Figures, 2011  
日本：厚生労働省「高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」」2003.6

\*：フランス、イギリス、アメリカは2011年、日本は2010年

# FRANCE

## フランス



### 年金

フランスの年金制度は日本同様に賦課方式に基づいており、財源は主に労働者や雇用主から納付される保険料で賄われている。フランス政府は人口や経済状況に合わせ、年金制度に変更を加えようとしてきたが、そのプロセスは大変な痛みを伴うものであり、大規模なストライキを引き起こした。

納付人口及び退職者人口の構造変化を反映するために何度か改革が行われてきたが、1993年、民間企業において公的年金満額受給のために必要な就労年数を、37.5年から40年に引き上げた。政府は2年後にこの改革を公務員対象に実施しようとしたが、成し遂げられなかった。2003年ようやく全国民に適用されることになったが、導入は段階的である。

また2008年に施行された法律により、労働者が希望する場合は定年を遅らせる（70歳まで）ことができるようになった。しかし、政府が所有する一部の企業（軍、警察、エネルギー関連企業、公共交通機関の従業員、オペラ関連の従業員、国会議員など）では特別な退職金制度があり、従業員は55歳あるいは50歳で退職することができる。また女性は子どもを1人産むたびに就労年数が2年付加される。2010年10月、大規模なストライキが行われたにも関わらず、再び制度改革が実施された。その概要を以下に説明する。

フランスの年金制度では、給料を受け取っているすべての労働者と公務員に対し、国が収入の50～55%を支給する（就労年数40年、制度改革後は42年に達している場合）。給付金には「社会保障年金」と「補足年金」が含まれる。前者は「積立」ではなく「再分配」の概念に基づいており、全国民に対して支給される。フランスの年金制度では、経済的な投資プロセスよりも社会的な再分配を優先している。つまり、現役世代の保険料は投資されるのではなく、退職した人々に直ちに再分配されるという考えに基づいている。補足年金は主に高所得者に関係するものである。また、会社によっては企業年金制度や個人年金制度（アメリカの制度に近い）が存在する。全体的に、年金制度はインフレや株式市場の変動の影響を受けなくなっている。しかし、賦課方式ということは、労働者と退職者の比率悪化の影響を受けやすいことを意味する。

2010年10月に議会を通過した改革では、1955年以降に生まれた人を対象に、法定定年年齢（満額とは限らないが、年金の受給資格が与えられる年齢）が60歳から62歳に段階的に引き上げられる。さらに、社会保障年金を満額受給する資格が得られる年齢が、加入年数に関わらず、65歳から

# FRANCE

総人口		62,036 (千人)
平均寿命 (2008)	男性	77.4 歳
	女性	84.3 歳
高齢化率 (65歳以上)		16.8 %
合計特殊出生率		2.00



67歳に引き上げられる。ただし、危険を伴う職業に就く人々は60歳から満額受給できる。

上記政府系企業の年金制度では、納付者と受給者の割合が民間部門の制度よりも遙かに憂慮すべき状況にあり、大部分を税金で賄わなくてはならない、という事態に至っている。



## 家族

フランスでは家族の大切さや世代間の絆に重きが置かれており、年齢が上がるにつれ（高齢者の住居が近い距離にある場合は特に）、世代間関係は大きな役割を持つようになる。

最近次第に4世代の家族も見られるようになってきているし、高齢者の意思で同居はしないものの、家族の絆は強まっているように感じられる。健康寿命が長くなった結果、前期高齢者という新しい世代が生まれた。60歳から70歳のアクティブなおじいちゃん、おばあちゃんたちである。

彼らは、孫の世話をすることによって、子ども世代をサポートする重要な役割を担っている。例えば子ども世代の経済事情（無職）や、個人的危機（離婚など）を背景に、高齢者が彼らを手助けすることでそれらの困難に対処しようとしている。祖父母の50%は精神的なサポートのみならず、経済的なサポートも担うようになってきており、特に比較的収入の多い前期高齢者からの支援は子ども世代からあてにされている。

その一方、後期高齢者の50%は子どもから何らかの援助を受けている。特に、加齢により依存度が増すと、受けるサポートも大きなものになる。

フランスの大多数の高齢者は持ち家があり、自分の家を去ることにより自主性を失うことは避けたいと考えるせいか、子どもと同居していない。

フランス国立統計経済研究所（INSEE）の調査によると、65歳以上の高齢者の80%は自分の家に独りか夫婦で住んでいる（寿命の差により、女性の独り暮らしが40%であるのに対し男性は16%）。5.5%の高齢者がリタイアメントホームに住んでいる。

子どもとの同居はわずか3%であり、ここ数年大きな変化はないが、80年代は、70～80歳の8%、80歳以上の19%が子どもと同居していた。

高齢者をサポートする伝統が衰退する一方、自分の家に住み続けることを希望する高齢者が増えてきた。



85歳以下の高齢者の90%が自分の家に住んでいるが、これが90歳以上では65%に減少する。自宅に住んでいない人は、リタイアメントホームやその他の施設に入所している。

配偶者と死別した男性の独り暮らしは困難な場合が多く、これが子どもと同居する高齢者の割合において、男性が女性より多い理由である(子どもと同居している割合は、男性4.5%、女性1.2%)。

それでも、かなりの高齢になり自立した生活ができなくなると、子どもや孫がサポートをすることが多い。サポートの第1ステップは、電話をかけたり会いに行ったりするなど精神的な支えである。

第2ステップは、介護提供者となり、買い物、掃除、洗濯、管理的な役割など家事全般のサポートをする。

さらに依存度が増すと、薬物投与も含めた疾病管理や排泄等、身の回りの世話を介護専門職と協力しながら行う。要介護高齢者に対するケア全体の中で、家族によるインフォーマルケアの占める割合は80%であり、その介護の主な担い手は娘である。

また、フランスの法律では、子どもは経済支援をする必要があると定められており。高齢者が施設に入所する場合は特に経済支援が重要になってくる。

夫と死別した高齢女性の多くは収入が非常に少ない。就労経験がなく、少額の年金しかもらえない場合が多い。施設介護のコストは大抵、彼女たちの年金よりはるかに高い。よって、フランスの法律に従い、子どもは経済的支援を行うことが必要である。

医療制度にかかるコストの中で高齢者の施設収容は大きな部分を占めている。しかし、それでも子どもとの同居は選択肢としては考えられていない。

その分、高齢者が自分の家で生活を続けることを可能にするサポートが多数存在する。住居の設備や装置、社会的支援、テクノロジー、食事宅配サービス、介護サービスである。

しかしやはり家族の負担は精神的にも非常に重く、レスパイト(休息)ケアが介護者に提供されることもある。



## 医療・介護・福祉政策

フランスでは高齢者を以下の3カテゴリーに分類することができ、ケアシステムはカテゴリーごとに異なる。

- 要介護高齢者：7～9%
- 虚弱高齢者：10%
- 健常自立高齢者：81～83%

このうち、全体では10%を占める虚弱高齢者(65歳以上)の年齢別での割合は、65～74歳では4%、75～84歳では11.6%、85歳以上では25%となる。この人たちが要介護状態にならないように予防することが重要である。

ケアシステムにおいては、高齢者への体系的な診察により、サルコペニア・骨減少症／骨粗しょう症・歩行障害及び不安定・栄養問題など、様々なリスク要因の予防または治療を可能とすることが求められるため、フランスでは、「Plan Solidarité Grand Age」の枠組みの中で、70歳及び定年退職年齢における無料の高齢者健診が試験的に行われている。

また、ケアシステムは、虚弱が要介護へと進行するのを予防するだけでなく、虚弱高齢者が自宅または施設で日常生活の自立を保てるよう、支援を受けられるようにするものでなければならない。フランスにおいては、そのための仕組みとして、2002年に、要介護高齢者向けにAPA（高齢者助 hands）と呼ばれる手当が創設された。これは、地方自治体及びCNSAと呼ばれる新たな機関が運営し、財源を確保している。APAは一般的な税金のみから財源を得ているものではなく、全労働者が1日余分に働いた日当でこれを雇用主への0.3%への課税としたもの及び医療保険制度からの拠出金により賄われている。

この手当の目的は、主として要介護者高齢者の支援サービスを提供することにあるが、虚弱高齢者の自立喪失を予防することも含んでいる。現在、100万人以上の要介護者が受給しており、受給者は主に軽度の要介護高齢者である。また、受給者の61%が自宅に住んでいる。

この他、2001年以降フランス政府は、

1. 「高齢化と連帯 (Viellissement et solidarités)」計画：2003～2006年。
2. 「グランドエイジ連帯 (Solidarité-Grand Age)」計画：
3. アルツハイマー 3 計画：2001・2004・2008年。2008年計画は2012年までカバー。
4. ハンディキャップ法(2005年2月11日)：

などを創設して高齢者を支援している。

虚弱高齢者の大半は、家族や在宅サービスによる支援を得ながら自宅で生活したいと望んでいる。施設入所は多くの場合、急性疾患または慢性疾患の悪化に伴い自律が大きく損なわれた際に必要となる。

フランスでは、在宅の虚弱高齢者サポートのための多くのキープレーヤーが存在している。例えば、家族介護者や友人、家庭医、在宅サービス、配食サービス、アラームシステム、高齢者の「クラブ」、デイセンター、ボランティア協会が挙げられる。

各人のニーズに応じて、在宅サービスは看護師・理学療法士・心理士等のサービスをまとめたものとなりえるのである。虚弱高齢者は、これら全ての専門家やシステムを含むネットワークの中心



---

に存在する。

一般的に、虚弱高齢者ケアの主要目的の1つは、虚弱が自立の喪失に進むのを予防することであるため、ケアシステムには2つの重要な目標が求められる。1つは、身体・社会・精神的に幸福であるために健康を増進することであり、2つは、様々な自覚的活動を促進することである。そのためには以下のような点に留意しながら、健康的なライフスタイルを推進しなければならない。

- 生涯にわたる教育及びヘルスリテラシー
- 健康的な食生活
- 軽く長く続ける運動
- 知的活動及び社会的交流
- 就労及びレジャー活動の継続
- 個人的なコミットメントや責任

また、生涯にわたった視点から見て予防に重要な役割を果たすのは、一般医及び小児科医・病院や診療所・学校・大学・マスメディア・職場である。

さらに、長寿における課題の1つは、高齢者の活動の促進である。多くの研究から、教育レベル・知的及び身体的活動・社会との関わり・就労活動の継続が、アルツハイマーの発症を遅らせることができることと実証している。

統合ケア及び健康・活動の促進は、虚弱が要介護に悪化するのを予防するだけでなく、大半の高齢者がアクセスできる形で、虚弱の症候を健常の状態に改善するために、最良のツールであり、フランスにおけるケアも中期的にはこのような方向に進むこととなるであろう。



## 認知症対策

フランスにはアルツハイマー病とその関連疾患に対して、総合的な政府プログラムが存在しており、この計画のスタートは2001年までさかのぼることができる。総額40億ユーロが計上されたプログラムの中で様々な取り組みが行われてきており、アルツハイマーはフランスのケアシステムの中にしっかりと組み込まれている。それは、例えば報酬体系やアルツハイマー病専用病棟設立などの計画にも、見て取ることができる。

現在のサルコジ大統領も積極的に関わるこの国家計画により、病気に対する社会的な認知向上・早期診断・ケアへのアクセス向上・支援サービス改善が大きく前進し、施設ケアの質向上や研究の発展にも役立った。

フランスの計画は3つのセクションに分かれており、具体的には

- ① 患者及び介護者のQOL向上
- ② 行動に向けた知識の向上；研究の発展
- ③ 社会的認知向上及び資源の結集

となっている。各セクションでは、目標・背景・測定・関係者・スケジュール・財源・評価が明確に定義されている(68ページ参照)。

例えば患者のQOL向上に向けた目的の中には、介護者への支援増加やすべての関係者の協働の強化が含まれる。また、患者の半数が適切な診断を受けていなかったため、診断やケアへのアクセス向上に向けた取り組みは、特に喜ばしいものであった。空白地域におけるメモリークリニックや、研究・研修センターの開設も、不可欠なものと捉えられた。

さらに、フランスの計画で革新的な取り組みだったのは、行動トラブルのある患者専用のユニットをナーシングホームの中に設けたことである。特に、若年患者向けの入所施設は喫緊の課題として考えられたほか、研究の拡大や前進は、以前フランスで財源不足だった状況を踏まえると、極めて画期的なことである。

しかし、効果とともに課題も浮かび上がった。特に顕著だったのは、取り組みに関する遅れである。例えば、重い行動症状がある患者専用のナーシングホーム・ユニットは、2008～2009年には1か所も設立に至らなかった(ただし93か所は進行中である)。その他レスパイトユニットにおいても遅れが目立った。

2008年時点で利用可能となった施設は、デイケアでは11,000か所の計画のうち2,125か所、ショートステイは5,600か所のうち1,125か所のみである。さらに、専門職に対する研修にも遅れが見られている。

また、この国家計画プロジェクトは、患者・介護者及び国全体にとって有益なものであるが、この病気が世界的に及ぼす影響を食い止めるには、1つの国の国家計画だけでは十分とはいえない。世界的な取り組みがより効果的であり、世界中で高まるアルツハイマーへの負担に対する対応を国境を越えて推し進めるためには、強いネットワークと基盤が必要である。

アルツハイマー及び関連病(Alzheimer's Disease=AD)に対する  
2008～2012年フランス国家計画の取り組み44項目

**A** 患者及び介護者のQOL向上

目標	取り組み	予算(百万ユーロ)
介護者への支援増加	<b>1</b> レスパイトシステムを展開・多様化する <b>2</b> 介護者の権利と研修を強化する <b>3</b> 家族介護者の健康管理システムを改善する	206.00
すべての関係者の協働の強化	<b>4</b> 「AD患者の受け入れ統合施設」と呼ばれる情報センターを全国展開し、個別対応型にする <b>5</b> 全国に「コーディネーター」を配置する	141.40
患者や家族の在宅生活支援強化	<b>6</b> 在宅支援を強化する：専門的訓練を受けた職員によるサービスを提唱する <b>7</b> 新たな技術を駆使して在宅支援を改善する	173.00
診断やケアへのアクセス改善	<b>8</b> 診断及びカウンセリング提供のシステムを整備及び実施する <b>9</b> 医療専門職への新たな診療報酬システムを試行する <b>10</b> 緊急時対応用に患者の病気の情報が記載されたカードを個別に作成する <b>11</b> 空白地域にメモリークリニックを開設する <b>12</b> 空白地域にメモリー研究・研修センターを開設する <b>13</b> メモリークリニックの質を向上する <b>14</b> 薬に関連する医療事故をモニタリングする <b>15</b> 薬物の適切な服用を勧告する	105.86
患者のQOL向上に向けた施設ケアの改善	<b>16</b> 行動症状がある患者専用ユニットをナーシングホームに設置する <b>17</b> 医療リハビリ及び経過観察部門内でAD患者専用ユニットを開設する <b>18</b> 若年患者向けの入所施設を提供する <b>19</b> 若年AD患者向けの全国情報センターを設置する	831.20
医療専門職のスキル認識や研修	<b>20</b> 新たな専門職の設置と技術開発を展開する	

## B 行動に向けた知識の向上；研究の発展

目標	取り組み	予算(百万ユーロ)
最先端レベルの研究への 取り組み	21 科学的研究を促進及びコーディネートする財団を設立する	190.86
	22 ADに関する臨床研究を実施し、薬物を使用しない療法の評価を改善する	
	23 若手研究者への助成金を計上する	
	24 外科医助手職及び大学病院助手職を新設する	
	25 人間・社会科学の研究を支援する	
	26 革新的な取り組みを行う研究グループを支援する	
	27 人間・社会科学における臨床研究グループを支援する	
	28 大容量の画像データベースを自動的に蓄積・抽出処理できる研究機関を設立する	
	29 大規模な患者グループの長期的なモニタリング調査を行う	
	30 高速の遺伝子型判定法を導入する	
	31 AD罹患率20~30%の霊長類であるネズミクツネザルのゲノム解析を有効活用する	
	32 臨床疫学教育を拡大する	
	33 産官学の連携を進める	
疫学調査及び経過観察 体系化	34 疫学調査及び経過観察を行う	2.30

## C 社会的認知向上及び資源の結集

目標	取り組み	予算(百万ユーロ)
社会的認知に向けた 情報提供	35 情報提供及び地域でのアドバイスのためのホットライン及びウェブサイトを開設する	6.00
	36 計画に関する情報提供のための地域会議を開催する	
	37 ADについての知識と対応法についての理解度を調査する	
倫理的な配慮及び 取り組みの促進	38 ADに関する倫理問題情報資料センターを設置する	2.50
	39 施設に入所しているAD患者の法的地位に関する議論を開始する	
	40 代理人の選定方法やGPSプレスレット着用のは是非など、患者の自律に焦点を当てた定期的な会合を開催する	
	41 ADの治療に関する実験計画の情報を患者やその家族に提供する	
欧州における ADの優先化	42 ADとの闘いをEUの優先事項とする	0.30
	43 全欧州で認知症研究を広報及び促進する	
	44 欧州会議を開催する(2008年秋)	

# イギリス



## 年金

イギリス男性の年金受給開始年齢（SPA: state pension age）は現在65歳であり、女性のSPAは、2010年から2018年の間に60歳から65歳まで引き上げられることになっている。

労働党政権下では、2046年までの間でSPAを段階的に68歳まで引き上げる施策を実施し、現政権は、赤字削減計画の一環として、SPAを66歳に引き上げる時期を男女ともに2020年に前倒しすることを決定した。近い将来には、より短い期間でSPAを70歳に引き上げる計画が発表される見込みである。

公的年金の財源不足の問題は、寿命の延びだけでなく、前政権が国民保険の保険料に関する規則を緩和し、公的年金の利用機会を拡大したことも要因になっている。

緊縮財政のもとでは、公務員の年金制度（教師、国民保健サービス（NHS）、警察職員向けなど）も維持不可能とみられている。公務員向けの年金制度のほとんどは「標準定年」を60歳に設定しているが、労働党政権下で労働・年金大臣であったのジョン・ハットンを委員長にした有識者諮問会議では、これを65歳まで引き上げる提言を行った。

政策立案者はさまざまな理由を挙げてこうした改正を正当化しているが、その改革の背景にあるのは平均寿命の延びである。地理的要素や所得水準などによって、平均寿命に格差が生じるという懸念もあるが、一般的には寿命の伸長に合わせてSPAを引き上げるのは公正である、という国民的コンセンサスが得られている。

また、公的年金の資金源を確保するためにさらにSPAを引き上げるべきだとの考えは、近年超党派で意見が一致しているが、SPAの改革加速に向けた最近の決断は、単なる財政赤字対策と見られ、改革の公正性を疑問視する向きもある。特に労働組合は公務員の年金改革に強く反対を主張している。

イギリスのSPAは、「法定定年年齢」（DRA: default retirement age）としばしば混同されることがあるが、DRAは現在65歳に設定されている。これは、労働党政権が2006年に年齢差別に関するより厳しい法律の施行と併せて導入したものだが、現政権はこれを2011年から段階的に廃止することを決定した。高齢者団体はこの法律が基本的に差別であり、またいうまでもなくSPA引き上げの取り組みと矛盾すると主張してきた。

総人口		62,036 (千人)
平均寿命 (2008)	男性	77.4 歳
	女性	81.6 歳
高齢化率 (65 歳以上)		16.6 %
合計特殊出生率		1.94



## 家族

イギリスでは、若者と高齢者の間の理解不足について懸念が高まっている。この懸念は、2011年8月イングランド各地の主要都市で起きた暴動の後に増大した。参加した若者の怒りは世代間関係の崩壊に端を発したと言われており、これは若者と高齢者の間の相互理解不足の徴候の一端を示すものである。

イギリスでは、異世代と同居している高齢者は少数派であることが示されている。2008、2009年度に行われたEnglish Longitudinal Study of Ageing「イギリスの高齢化に関する長期研究」では、50歳以上高齢者のうち孫と同居している割合はわずか2.4%である。また、50歳以上高齢者(そのうち11.4%は65歳以上)の27%は子どもの1人と同居している。イギリスの他の地域(ウェールズ、スコットランド、北アイルランド)の状況が明らかにされていないので、これは、単なる傾向を示すに留まる。

しかし、子どもと同居している割合は年齢層によって大きく異なり、50～54歳の高齢者の59%が子どもと同居しているが、反対に70歳以上では、10%に満たない数字で、それは70歳以上のどの年齢層でも大きな違いはない。

イギリスでは、この40～50年の間に親である期間が長くなり、子が恒久的に親元を離れる時期が遅くなっていることが、今後も世帯の構成に影響を与えることになろう。若年世代の女性ほど第一子の出産が遅くなっている。例えば、1945年生まれの女性の84%は30歳の誕生日までに出産していたが、1955年生まれの女性では73%に、1965年生まれでは62%に低下した。

一方ここ数年、実家を離れる動機に変化が見られるが、初めて離れる年齢にはほとんど変化がない。しかし現在、初めて親元をしばらく離れる時と、恒久的に親元を離れるの間は実家に戻っていると「Uターン現象」の事例が増えている。これは、若年世代の学歴が高まり、パートナーを求めない傾向が高くなっている現状を反映している。

したがって、第一子の子育て時期の年齢が上がったことと、実家を離れる時期が遅くなったことが重なり、その結果として子どもと同居する「前期高齢者」(例として50～70歳の年齢層)の割合が増加することになった。また、新たな高齢世代では、孫との同居の事例が少しずつ増加している。これは家族形態の傾向や介護負担の変化だけではなく、居住や労働市場の昨今の変化を反映するものである。



多世代・異世代の同居に影響していると思われる社会経済的要因は、データ分析では解明できない。唯一「健康」だけは、多世代世帯での居住を予測する要因となりうる。健康である高齢者の10%が子どもと同居しており、健康が優れない高齢者では13%であることから、健康が優れない65歳以上高齢者は、健康であるグループよりも同居の傾向が強いといえよう。

また、イギリスでは、どのような高齢者が多世代世帯で同居するかについては、文化的要因が大きな指標となっているようである。非白人の65歳以上高齢者は、白人の同年齢層よりも同居率がかかなり高い。また他のデータによると、インド、バングラディッシュ、中国系高齢者は、白人イギリス人高齢者と比べ、16歳以下の子どもたちと同居する傾向が特に強い。

65歳以上高齢者のおよそ3%は介護施設で暮らしている。一般的にこうした施設の形態では、家族がフォーマルあるいはインフォーマルな社会的ケアを継続して提供したり、居住費を負担することはあるが、その「必要性」はなくなる。

また、9%はspecialist retirement housing（退職者専用住宅）に居住している。この住宅では、家族がフォーマルあるいはインフォーマルな社会的ケアを手伝う事はあるが、一般的には子どもや孫と同居しない。これらの一般の、あるいは退職者専用住宅の居住者は、国によって提供される在宅ケアを受けることができるが、家族による支援でそれが補われることもある。

介護施設以外で暮らしているが、子どもや孫とは同居はせず、屋内移動、洗濯、炊事、買い物、電話、金銭管理、薬の服用などで助けを必要とする高齢者のうち、こうしたことのために子どもや孫の支援を受けている割合は5分の2に満たない。その内訳は息子より娘からの支援が多い。

イギリス政府は2010年末に、包括的な支出見直しの一環として一連の公共支出の削減を発表した。2011年の地方自治体支出カットによって、高齢者のためのデイケアサービス、虚弱な高齢者のための配食サービスが廃止された。同様に、高齢者の自宅あるいは地域での自立を目指す政治的主導も抑制されたようである。高齢者がこの状況にどのように適応するかを判断するには未だ時期早尚であるが、自宅で必要なサービスを受給するのがますます難しくなるであろう。家族からのケア提供によって、予想される不足分を埋め合わせなければならないかもしれない。

しかしながら、高齢者の経済状態やサービスのカットだけではなく、若者の経済状態も最終的に高齢者の将来における居住形態を決定付ける要因になるだろう。高齢者がもはやニーズに合わない広すぎる家に住んでいる点が強調されるようになった一方で、若者は適正な家を見つけるのがいっそう困難になっている。高齢者は、退職者専用住宅に転居するよう求められている。しかし、この種の住宅はまだ十分提供されていない。

イギリスでは、異世代(同居)世帯は、若者と高齢者双方の居住ニーズに応えるための1つのオプションとなっているのかもしれない。これはまた家族以外との共同住宅のような、新しい居住の形態などに可能性を広げることができよう。



## 医療・介護・福祉政策

イギリスにおいては、医療の提供は国の責任とされ、NHS (National Health Services—国営医療) 制度の下で、薬剤費などを除き原則無料であるのに対して、福祉サービスの提供は地方自治体の責任とされ、利用に当たっては資力調査(ミーンズテスト)が行われ、低所得者等を除き、サービスの利用は有料となっている。この基本構造は、1948年のNHSの創設以来、現在まで続いている。

イギリスのNHS制度においては、緊急の場合を除き、入院治療を受けるためにはベッドが空くまで待たなければならない、いわゆる待機時間の問題が従来から発生している。その原因の1つとして、治療により入院が必要でない状態になったが、何らかのケアが引き続き必要な者が退院後に利用できる福祉サービスがない等の理由で病院に止まるという「退院の遅れ」が指摘されてきた。こうした問題の解消に向けて、歴代政権においても、医療と福祉の連携・統合による資源の効率的な活用、提供されるサービスの質の向上が図られてきた。

近年、厳しい経済情勢や長期ケアの必要な高齢者の増加を背景として、ケアの統合化に向けた議論が再び活発になされるとともに、高齢者福祉制度の財政面での拡充に向けた議論が行われている。

### ① NHS改革法案におけるケア統合の促進のための措置

患者中心のNHSの構築を目的として連立政権が議会に提出している医療・ソーシャルケア法案(Health and Social Care Bill) (2011年12月現在、上院にて審議中)では、サービス統合の促進が改革の柱の1つとされており、NHS予算全体の支出の方向性などを決定する機関、各地域におけるNHSの予算執行を担当する機関、医療・福祉に関する地域戦略を策定する機関などNHSの運営に関する各機関に対して、その役割に応じて医療サービスと福祉サービスの統合を進める義務を課すこととしている。

### ② 高齢者福祉関連予算の改革等

イギリスの高齢者福祉サービスは、地方自治体が対象者のニーズを判定し、ケアプランを作成し、民間事業者等からサービスを購入し、利用者に提供するという仕組み(資力調査あり)を採用している。高齢化が進む中で、地方自治体がサービス受給資格の認定に当たり、ニーズ要件を厳格化する動きがあり、また、サービス利用が長期にわたる場合、高齢者は、費用捻出のため、資産を売却



しなければならないといった状況があり、国民の不安・不満が高まっている。このため、連立政権はソーシャルケア分野の予算を増加(2014年度までにソーシャルケアに20億ポンド(約2,440億円)を追加支出)させるとともに、独立委員会を設け、福祉サービスの財政枠組みを検討するよう依頼した。

2011年7月、独立委員会は、福祉サービス利用時の自己負担額に生涯での限度額を設けること(35,000ポンド(約430万円)とすることが適当としている)、施設入所の際の資力調査において全額自己負担となる保有資産の水準を現行の23,250ポンド(約280万円)から100,000ポンド(約1,200万円)に引き上げること、医療サービスと福祉サービスの統合を財政面でも推進すること等の提言を報告書としてまとめた。

これを受けて、政府は福祉関係法等の改革について、2012年4月にコンサルテーションペーパーを公表し、その後、白書の公表などを経て、改革案をまとめていく予定である。

NHS改革法案における組織改変については、そもそも、ソーシャルケア予算が乏しいことが最大の問題であり、過去にうまく機能していたNHSと地方自治体の協力関係を不安定にするおそれがあるとの指摘もある。こうした組織改変について既に試行的な取り組みを行い、一定の成果を挙げている地域も存在するが、引き続き、施行状況を見守っていく必要がある。

また、高齢者が利用できるサービス供給量の拡大、個人負担に対する支援の拡大などの福祉改革については、財政事情が厳しい中、どのように実現していくのかが注目される。



## 認知症対策

認知症は慢性疾患の中でも、最も障害になりやすいものの1つとして捉えられている一方で、死因の1つとしても徐々に認識されるようになってきている。認知症患者の死亡率は、そうでない人の2倍という結果も出ており、現在、年間約6万人の死亡が認知症を直接的な原因とするものである。

このようなデータから、認知症が個人や家族だけでなく、公的な医療や介護システムにも深刻な課題をつきつけていることがわかる。認知症は現在、イギリス経済に年間230億ポンドの負担をもたらしており、加えて家族介護者のコストは年間124億ポンドにのぼる。イギリスでは、介護の基盤は家族介護者が担っているが、認知症ケアの需要がますます高まる中では、これらの人々が脆弱な公的介護システムを下支えできていると考えるべきではない。

高齢者の尊厳・健康・幸福を確保するためには、公的な介護システムをどのように体系化し実践していくかが、必要不可欠な要素である。

## ● 政策と政治状況

イギリスでは2009年2月に認知症国家戦略が公表された。

この戦略では、社会的認識の向上・早期診断及び介入・質の高いケアという、3つの主要分野における改善に向けた道筋を示している。

現在の連立政権は、この認知症国家戦略を承認したものの、財政的な厳しさが増す中で戦略がどの程度実施できるのか、多くの不確定要素や疑念が残されている。実際に2010年1月には国立監査局が、この戦略は当初の志に達せず、重要な目標にも達成できない可能性があるとして発表した。

問題点としては、NHSにおいて、認知症を優先事項にできなかったこと、地域における統率力の欠乏、研修不足、戦略コストの過小評価などが挙げられる。

医療・介護全体においても、見通しは同様に不安定である。社会で最も弱い立場の人々を守る医療や介護のセーフティネットが存在しないのでは、という懸念が生じている。またサービスのアクセスでも大きな課題や地域格差が見られるほか、受給資格の制限メカニズムにより、サービスを必要とする多くの人々が除外されているのでは、という不安が高まっている。

そして、個人・家庭・コミュニティ・民間部門の役割を再び強調する「大きな社会」という名の下に、国の役割を縮小させるという現連立政権のビジョンにより、この不安感は更に増幅されている。

## ● 認知症の診断

イギリスにおける医療と介護の状況は、急増する認知症患者の数に十分に対応できているとはいえない。認知症診断の改善により、サービス需要は必ず増加するだろう。政策関係者の間では、診断率の改善の必要性について反対意見はないものの、その目標をどのように達成するかについては検討事項のままとなっている。

現在認知症の診断を受けているのは患者の40%に過ぎず、しかも地域格差が大きい。さらに、多くの認知症患者は専門医の診断を受けておらず、これは特に適切な薬物療法に深刻な影響を及ぼすものである。

診断率の改善に向けた国家戦略の主な目的は、診察過程を改善することであり、そこには、迅速で能力のある専門医のアセスメント、患者や介護者へ配慮した形で伝えられる正確な診断、診断後の患者や介護者に対する治療・ケア・支援が含まれる。

この戦略では、一般医への教育改善や、専門医による診断・診療を行うメモリークリニックの設立を描いているが、この5年間で認知症に関するGP（General Practitioner—家庭医）の知識や認識が向上したという報告はない。また町単位でのメモリークリニック設立は、研修を受けたGPが認知症の初期兆候を発見し、メモリークリニックへつなぎ、早期診断や状態観察を可能にすることを目指すものであったが、残念ながら認知症への差別のために認知症の診断を行わないGPが少な



---

からず存在することも、否定できないのである。

それらが原因となり、患者が最初に診断を受けた後でGPから受けるアドバイスや支援の質が低いことが大きな問題となる。また診断前の段階でも、患者や介護者向けに情報や支援サービスへアクセスできる経路を改善するなど、より多くの支援が必要とされている。認知症国家戦略で描かれている認知症アドバイザーの役割がこの状況を改善でき、患者や介護者に一貫した連絡窓口や支援を提供できるだろう。

しかしながら、低い診断率の責任がGPにのみあるという訳ではない。多くの点において認知症の診断率は、認知症自体やそれが引き起こす障害だけでなく、高齢化や認知症に関する幅広い社会的偏見・差別・スティグマの影響も受けているのである。

診断率の改善に向けた簡単な解決方法というものには存在しないが、それでも欧州ネットワーク中で広まりつつある統一見解は、主に専門の医療と介護のプログラムを伴う認知症の全国的な行動計画の策定であるとされる。

このように焦点を絞ったアプローチには、もちろんメリットはあるものの、研究基盤が不十分なために、その長期的な効果は今もわかっていない。また、医療・介護の総合的な支援環境が整っていないければ、認知症専門の活動やプログラム自体は解決策とはなれないのである。

現状ではニーズが満たされておらず、政府や地方自治体はサービスの利用資格に厳しい制限を設けており、それは予算上の制約によるところが大きい。公的予算が限られる中、イギリス政府はほぼ間違いなく、政策目標に対して最大の「利益」をもたらすものへ、重点的に資源を投入しようとするだろう。

その意味では認知症の根治治療が存在しない中では、資源配分の優先順位について認知症への幅広い合意が得られているとはいえない。しかし、例えばもし認知症の発症を遅らせることが可能ならば、長期的にコストを抑えられるだろうか？ いくつかの研究の結果、早期診断及び介入が大きな効果をもたらすことが徐々に認識されつつある。

その効果は、財政面、社会面、健康面で見られるもので、例えば寿命の伸張、施設入所を遅らせること、医療費のコスト削減などが挙げられる。このアプローチを後押しする根拠が増えつつある中で、政策は短期的な視点を超えて、早期介入や診断を賢明な投資として検討すべきである。

イギリスにおける政策論議はもっぱら財政面を中心に行われているが、今後はより幅広く、自立・エンパワメント・QOL・権利に基づく総合的なアプローチに向かう必要性がある。公共政策では、認知症患者の尊厳とQOLをできるだけ長く確保できるような方向での論議が求められよう。



---

## 山崎まつ

1905年(明治38年)生まれ  
豆屋の看板娘(東京都)

---

# アメリカ



## 年金

アメリカの公的年金制度の受給開始年齢は、段階的に引き上げられており、現在受給が始まっている1943～54年に生まれた者は66歳、1960年以降に生まれた者は67歳となっている。受給には、基準を上回る所得を10年以上得ることが必要であり、自営業、被用者を問わず勤労に着目した制度となっている(ただし、沿革上、一部公務員等は別制度)。退職者の平均受給月額、男性1,323ドル(10.3万円)、女性1,023ドル(8万円)となっている。

また、配偶者が自己の年金を受給しない場合には年金額が1.5倍となり、夫が亡くなっても妻は夫1人分の遺族年金を受給できるなど、世帯としての高齢化に対応している点が特徴である。なお、65歳以上で所得が低く資産が少ない者は、別途、月額最大698ドル(5.4万円)の給付を受けることができる。

財政面では、12.6%の賃金税(労使折半)等を財源とする原則自収自弁の制度で、2036年には積立金が枯渇すると推計されており、超党派の大統領委員会等では、受給開始年齢の70歳までの引上げや、現在の段階的な受給開始年齢引上げの加速化等が提言されている。ただし、国民の反対は強い。

年金受給開始年齢と定年時期の関係をみると、アメリカでは1967年雇用における年齢差別禁止法により、40歳以上の者についての年齢差別が禁止されており、一定年齢に達したことを理由とした解雇は年齢差別となる(従業員20人未満の場合、年金が保障された65歳を超える企業重役、FBI捜査官等の職種を除く)。また、AARPといった高齢者団体も定年制は高齢者差別であるとし、否定的な立場を採っている。このため、年金受給開始年齢引上げに伴う定年延長の問題は議論となりにくい。

ただし、公的年金のみでは十分な老後は送れないので、早期に退職しようと思えば、十分な企業年金等が必要となる。そして、先の金融危機により確定拠出型の年金資金が目減りしたこと等により、近年、退職時期を遅らせようとする動きがみられる。EBRI(従業員福祉研究機構)の調査によれば、2006年では、70歳まで働きたいとする人の割合は11.2%、80歳まで働きたいと考える人の割合はわずか1.7%であったが、2010年はそれぞれ14.8%、5.2%と増加している。

# USA

総人口		310,384 (千人)
平均寿命 (2007)	男性	75.4 歳
	女性	80.4 歳
高齢化率 (65歳以上)		13.1 %
合計特殊出生率		2.01



## 医療・介護・福祉政策

アメリカにおいては、2012年にベビーブーマー世代(1946～1964年生まれ)が初めて年金受給年齢(66歳)に到達し、その後、高齢化率は2010年の13%から2030年以降は20%前後となることが見込まれている。また、アメリカでは、65歳以上の者の7割がいずれ身体機能面の障害を負い何らかのサービスを受けるとされる。

アメリカの高齢者施策は1965年が大きな転換点であった。この年、低所得者を対象とする公的医療扶助であるメディケイドとともに、アメリカで初めての政府管掌医療保険制度として、高齢者を対象とするメディケアが創設された。高齢者の生活支援についても、これらの医療保障制度の取り組みと軌を一にして、同年、高齢者が自宅またはコミュニティにおいて自立して生活できることを支援することを主な目的として、高齢者法(Older American Act)が制定された。現在も、高齢者を対象とするサービスの枠組みは、医療保障を担うメディケア(低所得者についてはメディケイド)と、高齢者法に基づく生活支援を柱としている。

医療保障に関する直近の動きとして、連邦保健福祉省(Department of Health and Human Services)メディケア・メディケイドセンター(Centers for Medicare and Medicaid Services)により、2011年10月から3年間の試行事業が開始されている。この事業では、約20万人のメディケア加入者を対象として、同センターが認定した500か所のFQHC(The Federally Qualified Health Center)において、医師とその他の医療職種によるチーム医療を提供し、ケアのコーディネートと改善、さらにコストにどのような影響をもたらすかを検証している。

生活支援の側面であれば、高齢者法により連邦保健福祉省に設立された高齢化部(Administration on Aging)において、高齢者法に規定された福祉等のサービスについて、州政府または郡・市自治体による各種サービスの提供に必要な費用の一部を拠出している。これらのサービスには、移動の支援や、家事援助等の居宅サービス、デイ・ケア、メンタル・ヘルスへの支援、配食による栄養面での支援、ケース・マネジメント、家族介護者への支援などが含まれている。さらに、各種サービスをコーディネートするセンター機能についても連邦補助の対象としている。なお、高齢化法の下では、このほかに、ナーシング・ホーム等の利用者のためのオンブズマン機能の整備、高齢者の法律面での支援といった権利擁護サービスや、アルツハイマー病への支援や、慢性疾患の予防等の保健サービスも提供されている。

なお、医療・生活支援の双方を包含したいわゆる「統合ケア」の現状について、高齢化部の担当者の1人は、「我々も『統合ケア』の提供のために日々努力している」と述べた。確かに、医療支

---



援と福祉等の生活支援のそれぞれの枠内では、その意味するところは理解できる。一方で、「統合ケア」を意識した取り組みは、アメリカではまだ始まっていない。一口に「統合ケア」といっても、国によりまた、施策の進展の度合いにより、その意味するところが異なることは興味深い。

昨年10月、アメリカ保健福祉省シベリウス長官は、オバマ大統領による医療保険制度改革の一部として制定された公的介護保険制度（CLASS法：Community Living Assistance Services and Supports Act）について、現時点では施行を断念することを発表した。今後20年間の高齢化の進行（日本に比べれば及ぶべくもないが）を見据え、今後、高齢者施策に関しアメリカにおいてどのような議論・施策展開が見られるか注目される。



## 認知症対策

2011年、アメリカ政府はアルツハイマー病研究会とタスク・フォースを設立し、国家戦略計画の策定に着手した。9月27日、保健福祉省に報告する責務を持つ諮問委員会の第一回会議が開かれ、保健福祉省長官が作成した計画草案が提出された。この草案は、2012年1月開催の次回会議で検討される予定である。国家戦略は、法制化につながった国の長期計画プロセスの終着点において、かつアルツハイマー分野自体と、そしてアメリカと世界の保健、経済の状況に大きな変化がみられるまさにそのタイミングに出現している。

アルツハイマー病とその関連疾病に関する情報を収集し集約する最初の取り組みは、1900年代初期にさかのぼる。保健福祉省が、エイジング研究全般について助言するタスク・フォース、そしてアルツハイマー病に関する国による特別諮問機関を設立した。しかし、こうした機関の役割は、正式な政策の構築ではなく、政府の重点的取り組みへの助言が中心であった。

そして当初から、アルツハイマー病問題への対応には2つのアプローチが存在し、本来は相互に補完すべきこの両者は、競合しそしてそれぞれに財源を必要としていた。1つは、医薬品等さらに有効な介入を求める医学的探究であり、もう1つは、患者とその家族に対するサービスの改善という社会的ニーズである。

両者の綱引きが20年ほど続き、2009年、Newt Gingrich と Bob Kerr という2人の人物の連携で設立されたアルツハイマー研究グループを中心に、知識を結集して将来に向けた計画を作成するための取り組みが再開した。National Alzheimer's Project Act (NAPA) は、こうした活動の1つの結果であり、2011年1月オバマ大統領が署名してこの法律が成立し、もちろん大統領自身もこの法律を支持しており、治療法開発とケアの向上双方の必要性を指摘した。

現在、アルツハイマー協会は、Alzheimer's Breakthrough Actの議会通過を推進している。この法案は、十分な財源さえあれば、アルツハイマー病は程なく根絶できる所まで研究が進んでいることを大半の科学者が信じているという主張に基づいている。

## ● アルツハイマー病分野の変化

アルツハイマー病は、どの程度製薬その他の生物学的な介入によって解決されるべき医学的問題であるのか、またどの程度社会的な課題なのかが、歴史を通しての基本的な問題意識である。

1984年に最初のアルツハイマー病診断ガイドラインが発表されてから27年経たことから、NIA（国立老化研究所）とアルツハイマー連合の合同委員会によって新たなガイドラインの発行が勧告されている。ガイドラインは多くの事項で注目に値するが、アルツハイマー病の新しいカテゴリーである臨床前あるいは無症候のアルツハイマー病は紹介されていない。

同様に、最近の多くの治験では、特にアミロイド免疫療法などアミロイド処理手続きに介入しようとしたケースで失敗に終わっている。科学に関するこうした課題はまた、未発表の神経病理学的ガイドラインにも現れている。

長年検視解剖において、顕微鏡で老人斑、拡散斑等と呼ばれるたんぱく質の凝集体と神経原線維のねじれが見られると、それはアルツハイマー病と明確に診断できるとされてきた。しかし最新の神経病理の研究では、認知症でない人も「斑」と「ねじれ」を持っていることが分かってきており、斑やねじれが診断の根拠になるとはいえなくなってきた。

アルツハイマー病の病状は単一ではなく、どちらかという症候群、すなわち人によって異なる複数の症状を持つというのが多数の意見である。

さらに、アルツハイマー病と通常に加齢現象を分類する特定のマーカーが追求されているが、まだ解明されておらず、アルツハイマー病は重度の脳の老化の形状である可能性も、示されている。

The National Alzheimer's Advisory Task Forceは、国家戦略の推進に向けて膨大な課題を抱えている。アルツハイマー協会はオバマ大統領に“cure（治療）”という用語を用いて、アルツハイマー病の“ending”（終結）を促すように働きかけた。

しかし、妥当な期間内にこれを達成できる科学的確証はほとんどない。実際、大きな影響力を持つ生物学者など有力な科学者の多くが、アルツハイマー病は治療可能であると口外することに躊躇している。その理由は、この病気の症状が単一でないこと、また加齢と関係していることである。

晩年の認知症について我々が真に分かっていることは何か、また社会としてどのように対応できるかについて深い考察が求められる。生物医学研究と同様に、患者を支えている地域生活にも資金提供をする事が重要であることを強調しておきたい。

# 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<sup>\*1</sup>、「要支援1・2」の認定を受けている者は125万人<sup>\*1</sup>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。

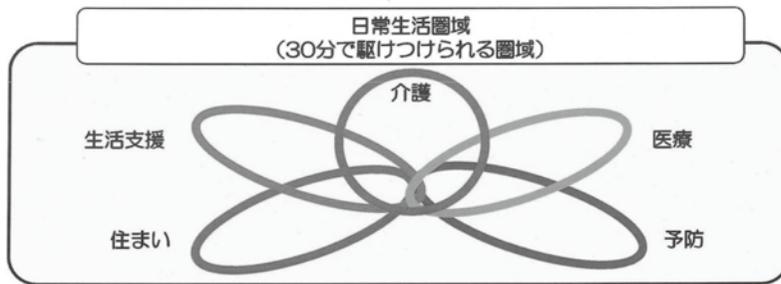
この「地域包括ケア」は、

- 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)

---

## 暮らしのすがた



FRANCE

暮らしの中での活動状況と収入、暮らし全体への満足度を調べるにあたっては、  
93 ページの調査票を用いた。

パリ、ロンドン、ニューヨークとその近郊での聞き取り調査と、  
東京と地方都市での調査を行っている。

個人の趣味以外での社会との関わりや、それに伴う収入の有無、  
家計を支える財源などを問い、  
併せて現在の暮らしに対する満足度を尋ねた。



UK



USA



JAPAN

## 高齢者の日常生活 活動状況と生活満足度

### Question

- あなたは日常的に行っている活動がありますか？ その形態と報酬についてお聞かせください。（家事、育児、介護、趣味的な活動を除く）

A. ある B. ない

**A 「ある」と答えた方へ**

  - ① 活動の形態（頻度と活動内容）〈複数回答〉
  - ② 活動に対する報酬  
A. あり B. なし
  - ③ 活動開始時期（ ）頃から
  - ④ 活動を始めた理由 〈複数回答〉  
A. 収入のため  
B. 誰かの役に立ちたいから  
C. おもしろそうだったから  
D. 頼まれたから  
E. 義務だから  
F. その他（具体的に）

**B 「ない」と答えた方へ**

  - ⑤ 活動をしていない理由  
A. 特にしたいことがみつからないから  
B. 条件に合う活動がないから  
C. 病気 / 障害のため活動することができないから  
D. その他（具体的に）
- あなたは（の家族）が1か月の暮らしに必要な経費はどのくらいですか？また、その使い途のおおよその内訳をお聞かせください。
  - ① 必要な経費  
A. ～10万円未満  
B. 10万円～20万円未満  
C. 20万円～30万円未満  
D. 30万円以上  
E. わからない
  - ② 使途  
A. 生活維持のための基本支出（衣食住）（ ）%  
B. 生活に潤いを与える部分（交際、通信、教育、旅行、娯楽等）（ ）%  
C. 予防・医療・介護実費（ ）%  
D. その他（税金、保険料等）（ ）%  
E. わからない
- あなたは（の家族）の1か月の経費の主たる財源とその割合をお聞かせください。

A. 公的年金、企業年金、個人年金（ ）%  
B. 賃金収入（本人と家族）（ ）%  
C. 金融資産の利子や配当、不動産の家賃収入など（ ）%  
D. 貯金の取り崩し（ ）%  
E. その他（具体的に）（ ）%  
F. わからない
- 1か月のやりくりの状況はどうですか？

A. 十分やりくりができ、黒字  
B. プラスマイナスゼロ  
C. やりくりは難しい 毎月赤字
- 日常的に行う活動によって、少し収入が増えた場合、何に使いたいですか？

A. 生活維持のための基本支出（衣食住）  
B. 生活に潤いを与える部分（交際、通信、教育、娯楽等）  
C. 予防・医療・介護  
D. その他（具体的に）
- あなたは現在の暮らしにどの程度満足していますか？

A. 十分満足している  
B. ある程度満足している  
C. あまり満足していない  
D. 全く満足していない

6-1 その理由について差支えなければお聞かせください。

● フランス—事例 活動状況と生活満足度

		A	B	C
基本属性	地域	都市部	都市部	地方
	性別	男性	女性	男性
	年齢	62	98	69
	暮らし方	独り暮らし	娘と2人暮らし	妻と2人暮らし
	職業	観光バスの運転手、塗装工	元農業省監察官	元行政管理職、現アパート管理人
	Q1 日常的に行っている活動	ある	○	
ない			○	
① 形態		①観光バスの運転手 ②塗装工		アパートの管理人
頻度		①週5日 10時間/日 ②週2日 5時間/日		月曜～土曜24時間
② 報酬		あり		なし
③ 時期		2004年から		60歳から
④ 活動している理由		収入のため		
⑤ 活動していない理由		病気/障害のため活動することができないから		
Q2 家計	① 必要経費/月	10万円～20万円未満	30万円以上	10万円～20万円未満
	生活維持	40%	45%	40%
	生活に潤い	40%	10%	20%
	② 用途 予防・医療・介護	0%	20%	20%
	その他(税金・保険等)	20%	25%	20%
	わからない			
Q3 財源	公的年金、企業年金、個人年金	0%	100%	100%
	賃金収入(本人と家族)	95%	0%	0%
	利子や配当、家賃収入	5%	0%	0%
	貯金の取り崩し	0%	0%	0%
	その他	0%	0%	0%
	わからない			
Q4	やりくりの状況	プラスマイナスゼロ	十分やりくりができ、黒字	十分やりくりができ、黒字
Q5	収入増の使い道	貯蓄	—	生活の維持のための基本支出 生活に潤いを与える部分
Q6	暮らしの満足度	ある程度満足している	ある程度満足している	ある程度満足している
	理由			もう20歳若かったらもっと満足していただろうな

	D	E	F
	地方	都市部	都市部
	男性	男性	男性
	64	65	62
	女性と2人暮らし	妻と2人暮らし	妻と2人暮らし
	元技術者	医師	医師
		○	○
	○		
		医師	① 医師 ② アパートの管理組合 ③ 科学協会の会議参加
			② 月1回 ③ 週1～2回
		あり	① あり ②③なし
		30年以上前から	②③30年前から
			おもしろそうだったから 自分の仕事と今後のキャリア の目標のため
	45年のキャリアの後、今は誰 からも自由でありたいし、気兼ね や強制は望んでいないため		
	10万円～20万円未満	30万円以上	30万円以上
	60%	20%	45%
	10%	20%	20%
	5%	20%	10%
	25%	40%	25%
	40%	50%	60%
	35%	20%	40%
	25%	20%	0%
	0%	10%	0%
	0%	0%	0%
	プラスマイナスゼロ	プラスマイナスゼロ	プラスマイナスゼロ
	生活に潤いを与える部分	—	生活に潤いを与える部分
	あまり満足していない	ある程度満足している	ある程度満足している
	特にユーロの推移 生活水準の上昇が止まること	短時間の職業生活と余暇のバ ランスがとても良いこと	職業生活と家庭生活のバラ ンスに満足

## フランスの高齢者の生活 暮らしを自然に楽しもうとする高齢者

津曲共和 在フランス日本大使館 一等書記官

### 1 高齢者向け社会保障制度の概要と最近の動向

フランスの社会保障制度は、日本と同様、職種ごとに加入する制度が異なる社会保険制度を基礎とし、その財源は主として被用者及び雇用主の社会保険料である。一方、現役を引退しても引き続き現役時代と同一の制度に加入（財政調整が行われている）すること等が日本と異なる。

医療保険は国民全員を対象とするもので基本的に窓口負担はなく、また、老齢年金制度に基づく平均支給月額(2008年)は、女性1,102ユーロ(約11万円)、男性1,588ユーロ(約16万円)(国立統計経済研究所(INSEE)資料より)となっているなど、社会保障が充実している国の1つである。しかし、社会保障制度の赤字は大きく、年金制度や医療保険制度の赤字縮減は、毎年の予算編成における大きな争点の1つとなっている。近年は度重なる経済金融危機の影響もあって、フランス政府は緊縮財政に努めており、社会保障分野も例外ではない。

年金制度については、2010年秋の年金改革法により、支給開始年齢を段階的に60歳から62歳に引き上げることが決定された。その際には、デモやストライキが頻発し、一部都市では若者が暴徒化するなど大きな反対運動が起こった。

また、医療保険制度については、後発医薬品の使用促進、医療内容の最適化などを通じた支出の伸びの抑制を図っている。しかし、90%以上の国民が追加的な付加保険に加入しており、これにより窓口での自己負担が全額カバーされていることや、長期的な疾患(ガンだけでなく、糖尿病の初期など軽度な疾患も含む。)は100%償還であることは、医療保険財

政を圧迫していると指摘されている。

公的介護サービスについては、現在は主として福祉制度の一環として提供されている。昨年夏頃まで今後の改革の方向性について国民的に議論されていたが、本年春の大統領選挙を控えて、新たな施策の決定・実施はストップしている。今日の社会的な問題は、要介護者、特に施設入所者の経済的負担の大きさであるが、これを解消するには何らかの形での負担増が避けられないところから、大統領選挙後に持ち越されたのであろう。

社会保障制度はすべてのフランス人にとって身近な問題であるため、大統領選挙の候補者は今後提示する選挙公約においてその改革に言及すると考えられる。欧州債務危機の中で社会保障収支の均衡は必須であり、どのような政策が示されるのかが注目される。

### 2 フランス人の高齢者の生活

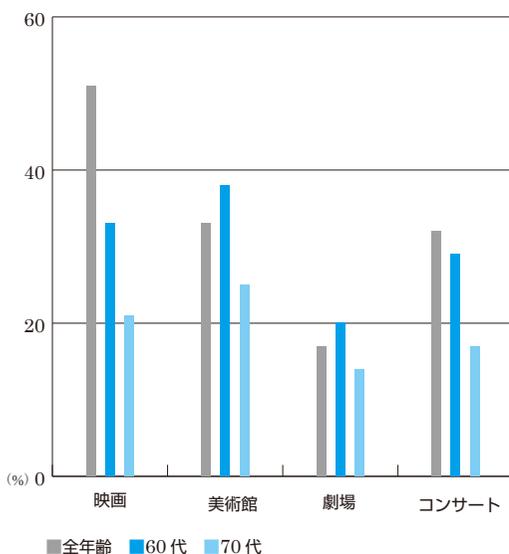
フランスの高齢化率は、日本とはスピードが異なるものの、平均寿命の伸長に伴い着実に上昇すると推計されている。また、国立人口学研究所(INDE)発表資料(2010年1月)によると、1962年には独り暮らしの女性の比率8%に対し、男性は4%だったが、2007年には女性の比率が16%、男性の比率12%となっている。独居者の比率は年齢とともに上昇するものであり、特に女性は40歳以上の8%、80歳以上の55%が独り暮らしとなっている。同伴者の男性に先立たれたり、または母子家庭の場合は子どもの独立など、女性が独り暮らしになる可能性は男性よりも高いと言われている。実子との関わりは年々薄くなっているようであり、日曜日午後に家族と

過ごす習慣を維持しているのは、ごく限られた家庭である。

しかし、フランスの高齢者の主な収入である年金の支給額は低くなく、一定の資産を有していれば生活に困ることはない。一方で、パリ近郊などの都市において年金収入の少ない人の生活は苦しく、慈善団体から食事をもらっている高齢者もいる。地方であれば、収入は少なくとも友人や近親者からの支援(連帯)を受けることができるため、暮らしぶりは都市とは異なる。

### 3 生活を楽しもうとするフランス人高齢者

このように年金収入や人間関係は多様であるが、一般的にフランスの高齢者は外出、旅行、趣味などに積極的であり、自分の生活を楽しんでいる人が多い。日本のように仕事を引退して元気がなくなる人は稀であり、むしろ、男女を問わず、引退後の自



由な時間を楽しみにしている人が多数派である。また、仕事をしている高齢者でも、今回のアンケート結果のように、「生活のバランス」が良いことが暮らしの満足度につながっていることがわかる。

また、フランスの高齢者には、収入の多寡を問わず、生活を楽しもうとする傾向が現役世代と同様にある。例えば、バレエについても、若者と同様のプログラム・練習は身体的に困難であるが、自分の体力に応じて若者と一緒に踊ることをためらわないし、教室側も受け入れていると聞く。フランスの海岸(ビーチ)では、子どもや若者だけでなく、高齢者夫婦が水着で海水浴を楽しんでいる姿を頻繁に見かける。使いこなしているかはともかくとして、最新の携帯電話を持っている人もたくさんいる。

フランス人の文化的な生活についての調査(INSEE)によれば、映画に行った人は51%、33%、21%(1年以内に1回以上。順に全年齢、60代、70代。以下同じ)、美術館等に行った人は33%、38%、25%、劇場に行った人は17%、20%、14%、コンサートに行った人は32%、29%、17%となっており、70代になっても外出を楽しむ人が多いことが注目される(図参照)。

今回のアンケート結果でも、月間の必要経費に関わらず、「暮らしの満足度」について「ある程度満足している」と回答している人が多い。また、DさんやFさんは「Q4 やりくりの状況」について「プラスマイナスゼロ」、Q5 収入増の使い道」について「生活に潤いを与える部分」と回答していることや、Aさんは「Q4 やりくりの状況」について「プラスマイナスゼロ」であるが、「Q2 家計」の②使途の40%は「生活に潤い」となっていることから、フランス

---

人の高齢者は、高収入であるかどうかに関わらず、生活を充実させる意向を持っていることが窺える。

彼らは、自分自身で自分を高齢者扱いしないし、高齢者扱いされることも好まない。日本であれば「もう年だからね。」と自分でハードルを上げたり、「縁側で静かにお茶を飲む好々爺」に何となく収まってしまふのかもしれないし、または、お年寄りが新しいことに取り組むと「年寄りの冷や水」などと言われることもあるが、フランスにはそのような年齢による分け隔てはないと感じる。

これは、フランスの社会的な慣行やメンタリティに根付くものであるが、日本の働く高齢者はフランスよりもはるかに多く、日本にも元気な高齢者はたくさんいる。

日本の社会保障給付費を見ると、高齢者向け施策に関する比率は非常に高い。しかし、社会保障を充実させるだけでは高齢者の暮らしの満足度上昇につながるとは限らない。高齢者が自然に湧いてくる興味関心のあることでご自身の生活を自由に彩ること、それを周囲も無理のない範囲で自然に受け入れることが、高齢者本人だけでなく、その家族も人生をより楽しむことにつながるのではないかと感じている。



---

## お鯉さん

1907年(明治40年)生まれ  
現役三味線奏者(徳島県)

---

● イギリス—事例 活動状況と生活満足度

		A	B	C
基本属性	地域	地方	都市部	都市部
	性別	男性	女性	女性
	年齢	65	68	65
	暮らし方	妻と2人暮らし	夫と2人暮らし	夫と2人暮らし
	職業	救急医療サービス勤務	元金融機関勤務	元高校教員
Q1 日常的に行っている活動	ある	○	○	○
	ない			
	① 形態	国営医療機関NHSの救急サービスの職員	① エイズ患者のデイセンターボランティア ② 民間非営利ホスピスボランティア	シェイクスピア劇場グループ座でボランティア
	頻度	正規の職員でフルタイム勤務は不規則	週1回 数時間	春夏の劇場オープン時に10回ほど。1回につき数時間
	② 報酬	あり	なし	なし
	③ 時期	2011年1月から	① 15年前から ② 4年前から	2007年から
	④ 活動している理由	住宅ローン返済のため	誰かの役に立ちたいから	おもしろそうだったから
⑤ 活動していない理由				
Q2 家計	① 必要経費/月	30万円以上	20～30万円未満	10～20万円未満
	生活維持	60%	50%	45%
	生活に潤い	5%	35%	20%
	② 使途 予防・医療・介護	0%	0%	0%
	その他(税金・保険等)	35%	15%	35%
	わからない			
Q3 財源	公的年金、企業年金、個人年金	30%	95%	90%
	賃金収入(本人と家族)	70%	0%	0%
	利子や配当、家賃収入	0%	5%	10%
	貯金の取り崩し	0%	0%	0%
	その他	0%	0%	0%
	わからない			
Q4	やりくりの状況	十分やりくりができ、黒字	十分やりくりができ、黒字	十分やりくりができ、黒字
Q5	収入増の使い道	生活に潤いを与える部分	生活に潤いを与える部分	生活に潤いを与える部分
Q6	暮らしの満足度	十分に満足している	ある程度満足している	ある程度満足している
	理由	経済的に余裕があり、行こうと思えば旅行にも行ける。また、物質的な欲望があまりないし、すでに所有しているもの、今ある状態に満足できるような考え方を持っている	借金もないし、好きなことができるから。ただ、サッカーと政治(労働党員として活動)に熱心な夫と話が合わないのが不満である	夫が毎日、暇さえあればパブ(午前中から開いている)に入り浸っているのが不満である



	D	E	F
	地方	地方	地方
	女性	男性	女性
	65	71	75
	独り暮らし	妻と2人暮らし	独り暮らし
	コンピューター関連会社勤務	元株式仲間	元百貨店勤務
	○	○	
			○
	コンピューター関連会社の研修主任	高齢者のデイセンターでボランティア	
	月曜日～木曜日の週4日	週2回、数時間	
	あり	なし	
	15年前から	2010年10月から	
	頼まれたから	誰かの役に立ちたいから	
			14歳から69歳までずっと働き続けたので、もう何にもしほられずに自由でいたい
	10～20万円未満	わからない	10～20万円未満
	50%	70%	70%
	10%	25%	15%
	0%	5%	0%
	40%	0%	15%
	0%	90%	100%
	100%	3%	0%
	0%	7%	0%
	0%	0%	0%
	0%	0%	0%
	十分やりくりができ、黒字	十分やりくりができ、黒字	プラスマイナスゼロ
	生活に潤いを与える部分	生活の維持のための基本支出 その他(他の家族への援助)	生活に潤いを与える部分 公的扶助を受けている姪とその別居中の娘2人に送金したい
	ある程度満足している	十分に満足している	ある程度満足している
	遠く離れて住む子どもたちの母親として、祖母として、盲目の母親の娘として、会社員として、というふうにくつもの責任を抱えて体がいくつあっても足りない	今のところ家族や金銭的な心配がない	健康で、ほぼ毎日美術館などに外出しているし、家も所有しているし、あまり物欲もない。ただ、施設にいる妹やその姪など家族の心配がある。もう少し経済的に余裕があればいい

## イギリス人の暮らしと満足度

矢部久美子 ジャーナリスト・在ロンドン

**去**る12月に発表された国立統計局のウェルビーイング報告書によると「76%の調査回答者が暮らし全般の満足度は70点（100点満点）またはそれ以上」と答えている。国の負債がかつてなく嵩み、緊縮財政が今後も何年も続くと予想されるこの国で、今のところ人々の満足度は意外にも高い。

### 1 お金に困らない、健康 そして絆と考え方

今回、ロンドンに住む60、70代の方たち6人に毎日の暮らし（社会活動や収入・支出）についてアンケートをした内容でも満足度は低くない。6人の回答者たちは現在または元の職業はいろいろだが、ほぼ健康で、仕事(A、D)やボランティア(B、C、E)、趣味の外出(F)にと活発である。1人(D)が都市の貧困問題のある区域に、他は比較的裕福で閑静な区域に住まう。4人は伴侶があり、女性2人は単身だが子どもや姪などの絆が強くなる。

お金はというと、恵まれたほうだ。多くの先進国で経済格差が進んでいるように英国でもそれに歯止めがかからず、高齢期もその例外ではない。国民年金(男65歳、女は60歳から漸次66歳に移行中)は単身で週に120ポンドそこそこだから、6人の毎月の支出だけでもそれらの2倍以上で、1,000ポンドから3,500ポンド。1人が何とかやりくりしているという他は、皆が十分やりくりできる、または黒字と答えている。その中の1人(元高校教員)は現実には夫婦で毎月2,000ポンドの収入がありながら半分の1,000ポンドしか支出していない。

支出のあり方は生活の潤いが5%から35%という。が、医療費などの項目はほぼ0%と共通だ。

主に税で賄われて、入院も受診も無料の国営医療制度の恩恵がものをいうところだ。介護は原則本人負担なので、後期高齢期になってケアが必要になると事情は変わるだろう。そういう彼らの今の暮らしの満足度は、男性2人が「十分に満足している」、女性4人が「ある程度満足している」。その理由にはお金に特に困っていないというポイントがある。表にはないが、全員が持ち家で家賃を支払う必要もない。だから自由に活動できる健康と経済の余裕という前提があつてのことではあるが、回答者たちの満足度の重要なファクターは、なによりも暮らし方、考え方そして伴侶やその他の家族、人とのつながり方にあるようだ。

### 2 ものに対する考え方

回答者のAさん、Fさんの2人は「物欲があまりない」ことを自分が暮らしに満足している理由説明の中に入れていた。消費のスタイルがますます個人のアイデンティティを決める大きな要因であるような時代に、なぜそうなのか。Aさんは「戦後の物資不足と配給制度を経験し、貧しい家庭で育ったので“小さな恵み”に感謝することを学んだ」また「勤勉、学習の価値、それからお金がなくとも音楽やアートなどから喜びを得られることを母親から学んだ」と語っている。若い頃の環境で身についた儉約の姿勢が今に続いているというのは、他の人にも共通していた。「Waste not, want not.」という諺もあるそうだ。無駄をしなければ、腹が減って困ることもない、という意味だそうだ。

収入の半分しか使わない人も「戦後の困難な時代に特別厳しい母親から儉約する躰を受けた」

という。父親が税務署職員で当時でも車のあるような家で他より困っていたわけではないのに、お小遣いは他の子どもより少なくもらっていた。そういう子ども時代のせいか、氾濫する広告と商品にさらされてもやたらと物欲は刺激されず、つつましくかに暮らすことになれている。ただいつのときも一般化は難しい。去年80歳になった友人は「儉約を躰けられて、万一の困難(イギリス人は“雨の日”という言い方をする)に備えるように心がけていたけど、夫は稼いだお金を、買い物や家族旅行に使ってしまった。自分ができなかったこと、もてなかったことを子どもにさせてあげたい、ということだったと思う」と、育った環境への反応も人それぞれだと注意してくれた。確かに、「儉約の癖は時の流れとともに失くした」という年配の人にもたまに出会う。

ある68歳の友人は儉約組だが「80年代はサッチャー首相が自分の力でなんでも獲得しなさいと奨励した。それはちょうどやたらとブランド品がもてはやされるようになったときだった。広告も巧みになった。お金がなくてもクレジットカードで買い物をし、あれ以後ずっと消費のあり方が変わった」とふりかえる。ミセス・サッチャーは金融制度の規制緩和と政策などを進め停滞していた経済の再建に成功したが、公共サービスの劣化や利己的なミー・イズムの促しでよく非難を受ける。この友人はフランスやスコットランドに別宅がありながら、ものを捨てるのを嫌い、儉約しているので40代の友達におかしがられるそうだ。

一方、豊かな時代に育った人にも儉約の態度はなくはない。ネットには不況・物価高の生活サバイバルのためから消費社会反対・環境配慮の目的ま

で儉約テーマのサイトが多数ある。友人の息子さん(40代、独身)もさすがに儉約家に育ったが、同世代ではやはり特殊なケースだという。ちなみに、昨年8月にロンドンをはじめ各都市で広く起こった暴動(1万数千人の主として若者が商店街などを放火・破壊しブランド品などの略奪行為に及んだ)の原因に若者の高失業率や閉塞感とともに、消費主義やメディアのもてはやすセレブ文化をあげた政治家もいた。

### 3 人とのつながり

6人の回答者は「臨時収入があったらなにに使うか」の項目で、旅行など娯楽を一番多くあげてはいるけれど、子どもや兄弟などへの援助と述べた人も2人いた。これは生活の満足度が家族など人との関係に大きく左右されていることともつながっている。もちろん人それぞれではあるのだが、親や子ども、兄弟などと距離的には離れて住むようになって、一般にその関係の大切さは変わらず、よく連絡をとりあっていると感じる人が多い。

女性回答者4人は暮らしの満足度で「ある程度満足している」と答えている理由を、主に人間関係においてなんらかの困難な点があるからとしている。2人は伴侶とのコミュニケーションに悩み、1人(未亡人)は子どもや母親へのケア、もう1人(未婚)は姉や姪への心配がある。ただ、それらの関係がなくなれば満足度はあがるかという、もちろんそうではないだろう。先の報告書では伴侶がいる人ほど、暮らしの満足度は高くなる傾向にあるという。

また、より広く密接な社会ネットワークを持っている人ほど良いウェルビーイングの感覚を持ちやすく、健康にまで影響するといわれる。回答者5人は仕

---

事またはボランティア活動をし、社会とのつながりも広い。ミセス・サッチャーが「ソサエティなどというものは存在しない」と言ったことは有名だが、もはやGDPの成長に国民の幸福を託せない時代、同じ保守党のキャメロン首相が「ソサエティは存在する」と言いなおしたことは象徴的だ。ビッグ・ソサエティという言葉を使って新たなコミュニティの再生を行おうとしている。

先の見えない不況にあってチャリティに寄付する人の数が増えたという思いがけない数字もあった。寄付の平均金額は減っているのだが、寄付者数は増えその総額はあまり変わらないという。冒頭で触れた生活の満足度の数字もそうだが、イギリス人の弾力性を見る思いだ。



## 草柳武男

1906年(明治39年)生まれ  
元洋服仕立職人(神奈川県)

● アメリカ—事例—活動状況と生活満足度

		A	B	C
基本属性	地域	都市部	都市部	都市部
	性別	女性	男性	女性
	年齢	66	81	72
	暮らし方	独り暮らし	独り暮らし	夫と2人暮らし
	職業	元秘書	元会社員	元会計士
		ある	○	○
Q1 日常的に行っている活動	ない	○		
	① 形態		病院パートタイム勤務	コミュニティでのボランティア
	頻度		毎日	不定期
	② 報酬		あり	なし
	③ 時期		退職後まもなく	退職してから
	④ 活動している理由		収入のため	誰かの役に立ちたいからおもしろそうだったから
	⑤ 活動していない理由	自分の生活で精いっぱいだから		
Q2 家計	① 必要経費/月	10万円未満	10～20万円未満	10～20万円未満
	生活維持	70%	50%	50%
	生活に潤い	15%	30%	30%
	② 用途 予防・医療・介護	15%	10%	20%
	その他(税金・保険等)	0%	10%	0%
	わからない			
Q3 財源	公的年金、企業年金、個人年金	90%	75%	100%
	賃金収入(本人と家族)	10%	25%	0%
	利子や配当、家賃収入	0%	0%	0%
	貯金の取り崩し	0%	0%	0%
	その他	0%	0%	0%
	わからない			
Q4 やりくりの状況	困難、毎月赤字	十分やりくりができ、黒字	プラスマイナスゼロ	
Q5 収入増の使い道	生活の維持のための基本支出 生活に潤いを与える部分	生活に潤いを与える部分	生活に潤いを与える部分	
Q6	暮らしの満足度	ある程度満足している	十分に満足している	ある程度満足している
	理由	自分自身の収入で生活することに苦労している	健康で素晴らしい生活を送っている	もっと子どもや孫と頻繁に会えればいいと思う



	D	E	F	G
	都市部	都市部	都市部	都市部
	男性	女性	男性	女性
	65	67	80	74
	母と2人暮らし	独り暮らし	妻と2人暮らし	夫と2人暮らし
	元財務管理部長	元会社員	営業部長	元秘書
		○	○	○
	○			
		本の朗読ボランティア	① 営業の仕事 ② 障害者の娘が入所している施設での保護者の会	子どもたちへの演劇ボランティア
		時々	① 毎日 ② 不定期	不定期
		なし	① あり ② なし	なし
		昔から	② 数年前から	昔から行ってきたが、定年後頻繁に
		おもしろそうだったから	おもしろそうだったから 義務だから	おもしろそうだったから
	母の介護を15年前からしており暇がない			
	30万円以上	10～20万円未満	10～20万円未満	30万円以上
	75%	70%	60%	50%
	15%	20%	25%	30%
	5%	10%	0%	10%
	5%	0%	15%	10%
	0%	100%	25%	60%
	0%	0%	75%	0%
	50%	0%	0%	40%
	50%	0%	0%	0%
	0%	0%	0%	0%
	プラスマイナスゼロ	プラスマイナスゼロ	十分やりくりができ、黒字	十分やりくりができ、黒字
	生活に潤いを与える部分	生活に潤いを与える部分	生活に潤いを与える部分	生活に潤いを与える部分
	ある程度満足している	ある程度満足している	ある程度満足している	十分に満足している
	今までの自分の人生と現在の母を介護する生活に満足しているが、できれば結婚し、子どもをもたかった	娘とあまり良い関係を築けておらず、夫も他界してしまったので寂しい	自分の近くにもう少し友人がいたらなあと思う年齢の割に、体も健康だし、精神状態も良い	健康であり、またお金の面でも満足している。老後の状況は予想していたものよりも良い

## アメリカの高齢者の生活

森 浩太郎 ジェトロ・ニューヨーク 年金福祉部長

**前** ページ掲載の調査は、7名の方の具体的なプロフィールが記載された貴重なものである。調査が行われたニューヨーク近郊は、全米でも比較的富裕地区に属するが、そうした前提であっても米国の特徴を表していて興味深い。以下、米国の平均値も交えつつ見てみたい。

### 1 子どもから独立した自助の老後

まず、「暮らし方」をみると、7名中3名が配偶者との同居、3名が独り暮らし、1名が親と同居という点が注目される。米国では、3世代同居は少数派であり、先の金融危機による不況や持家の競売等により増加してきているものの、アジア諸国に比べれば低率にとどまり（ピューリサーチセンターの調べでは、2008年で16.1%）、多数の高齢世帯が、カップルまたは独り暮らしとなっている。（図1）

また、平均余命が高い等の理由から、男性に比べ女性の独り暮らし比率が格段に高く、特に75歳以上の女性の約半数が「お一人様」となっている（ナーシングホーム等施設居住者を除く）。若年層を含めた全世帯の独居率は1割程度であり、独り暮らしは、人生の終末期において配偶者を失った場合のライフパターンであると言える。

それは、子どもと良好な関係であっても同様であり、子ども等に頼らない自助の生活が基本となっている。

### 2 他人との接触の必要性和退職前からのボランティア活動

ともすれば社会的に孤立することもあり、「日常的に行っている活動」として、他人とかかわり新鮮な

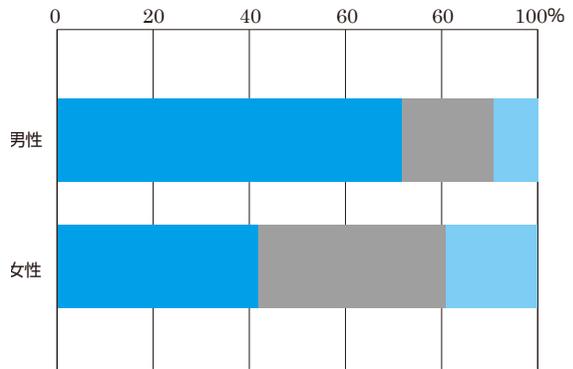


図1 65歳以上の方の暮らし方 (2009年)

■ 配偶者と同居 ■ 独り暮らし ■ その他

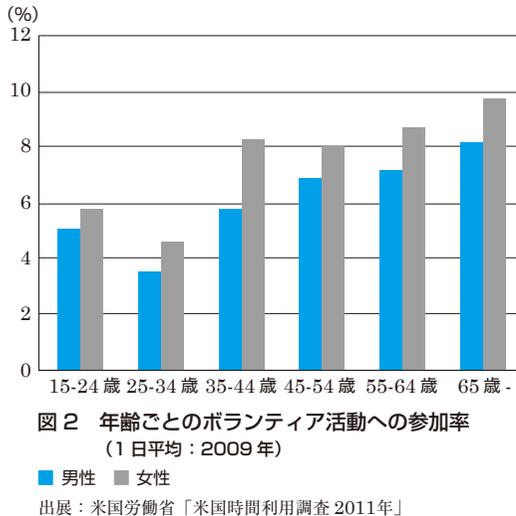
出展：米国保険福祉省「米国の高齢者の素描 2010」

刺激等を受け続けることが重要で、アンケートでは7人中3人がボランティア活動を行っており、2名が仕事をしているとする。

米国では、AARPといった高齢者団体が高齢期の生き生きとした活動を支援しているが、一般的に貧困者への衣服、缶詰等の供出や、地域におけるバザー活動等が盛んである（ハイチの地震や、我が国の東日本大震災に対しても全米各地でバザー活動が行われた）。教会等宗教行事、人種コミュニティの行事等への参加を含め、このような社会的接触が、高齢期の生活を規律し意義付けている。

「時期」の欄をみると、退職前から参画する者が多く、「活動の動機」も、好奇心が主体となっている。全国的に見ても、壮年期からかなりの割合の者がボランティア活動に参画している（図2）。

ボランティア側の自己責任原則とともに「その人なりにできることを提供しようとする者を受け入れる」ことで、高齢ボランティアが活躍できる土壤があるともいえる。

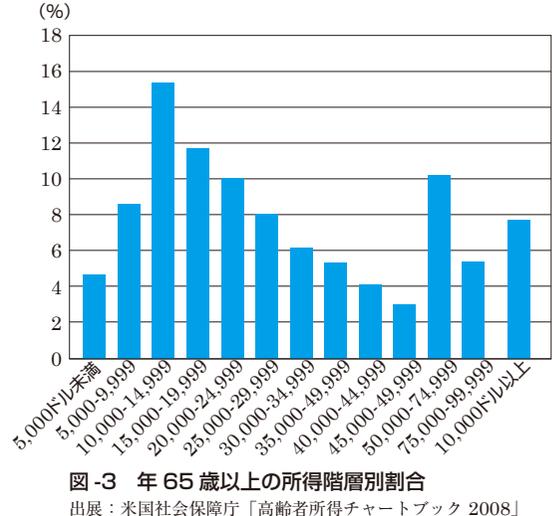


### 3 自助による生計と所得のばらつき

今回の調査をみると、「福祉(welfare)」等他者からの移転所得を嫌い自助を尊ぶ米国人らしく、基本的には、子からの仕送り等ではなく拠出制年金を含め自助に基づき生計を立てている。また、生活に潤いをもたらす部分の支出が、15～30%と比較的大きく、80歳を過ぎてもお金があれば積極的な消費生活を十分楽しめることが伺える。

ただ、7名の中には、小売店の店員やウエートレス等一般的な低賃金職種も見当たらない。全国的にみると65歳以上の年収の中央値は、24,857ドル(約194万円、1ドル=78円換算)であり、最頻値では1～1.5万ドル(78～117万円)となっている(図3)。

また、最低生活水準以下の所得層を示す貧困率も8.9%(2009年)であり、特にヒスパニック系の独居女性(44.6%)や黒人独居女性(33.0%)で貧困率が高く、職種や人種等で大きな貧富の差が存在する。



### 4 経済的豊かさが減少する これからの高齢者と暮らしの満足度

今回の調査では、暮らしの満足度としては、程度の差こそあれほぼ全員が「満足している」としている。マサチューセッツ工科大学高齢化研究所等の2011年10月の調査でも、77%の方が、「退職前より退職後の生活の方が幸せ」と回答しており、現在の退職者の生活満足度は比較的高いものと考えられる。

しかし、ベビーブーマー(1946年から1964年までに生まれた世代)が本格的に退職時期を迎える中、経済的な豊かさは減少していくことが見込まれている。

まず、厳しい財政事情の下、オバマ政権下の医療制度改革で創設された公的な在宅介護保険制度は、中長期的には財政的に維持できないとして、施行が見送られることとなった。65歳以上の方に対する公的な退職医療給付制度(メディケア)も、その巨額な財政負担から、何らかの給付削減策が必要されている。

---

また、公的年金に上乘せされ支給される企業年金も、民間では、掛金と運用等により給付額が変わる401(k)が主流となっており、低迷する運用環境下、十分な暮らしを営むには、額的に不十分であることが指摘されている。

本調査でも、80歳と81歳の男性が毎日就業を続けているが、定年が年齢差別に該当する中、必要な収入を得るため、退職時期を遅らせることなどで長期に働き続けようとする高齢者が増加するものと考えられている。

ただし、本調査でも、生活のやりくりが困難であっても暮らしに「ある程度満足している」とする者もいるし、「自分の近くにもう少し友人がいたらなあ。」との述懐や、子ども、孫、配偶者への想いを述べる者も多い。

前述のマサチューセッツ工科大学等の調査でも、「お金がある限り生き続けたい。」とする退職者は4%にとどまり、75%が「健康である限り生き続けたい。」としている。米国でも、退職後の生活には健康、家族、友人等、非経済的な要素が重要であることを示している。

## 5 最後に

「ウォール街を占拠せよ。」とのデモをしている若い世代に比べれば、本調査の対象者は比較的経済的には恵まれた世代と言ってよいかもしれない。

仮に今後現在のような経済的な豊かさが失われてゆけば、先に挙げた非経済的な要素がいつそう重要となるなるかもしれない。

ファイナンスの専門家であるオリヴィア・ミッチェルペンシルバニア大学教授も、今後の退職リスクへの

備えとして、分散投資と並んで子どもを持つことや健康づくりを挙げている。子どもや健康等は、非経済的な満足の手段としてのみならず、社会保障以前の社会と同様に、いざという時の支援や医療費節減の手段として、経済的にも重要になる可能性を持っている。



## 新居ふみ

1909年(明治42年)生まれ  
裏千家名誉師範(東京)

● 日本—事例 活動状況と生活満足度

	A	B	C	
基本属性	地域	都市部	都市部	地方
	性別	男性	女性	男性
	年齢	70	65	70
	暮らし方	妻・知的障害の娘と3人暮らし	義母・夫・娘と4人暮らし	妻・息子と3人暮らし
	職業	元地方公務員、現法人理事長	主婦	元会社員・パソコン教室経営
Q1 日常的に行っている活動	ある	○	○	○
	ない			
	① 形態	① 知的障害者施設の法人理事長 ② 知的障害者グループホーム理事長 ③ 民生委員 ④ 町内会役員 ⑤ 老人クラブ広報手伝い ⑥ 並木道の掃除	① 民生委員 ② 友愛訪問	① パソコン教室経営 ② 尺八を教えている ③ 尺八の理事
	頻度	① 週3日勤務 ② 不定期 ③ 不定期 ④ 月1回定例会議+年中行事 ⑤ 不定期 ⑥ 毎朝1時間～1時間半	不定期	② 週1回 ③ 不定期
	② 報酬	なし	あり	①あり ②③なし
	③ 時期	2004年(退職してから)	① 2008年から ② 2011年8月から	10年前から
	④ 活動している理由	誰かの役に立ちたいから 頼まれたから	誰かの役に立ちたいから おもしろそうだったから 頼まれたから	誰かの役に立ちたいから 頼まれたから
Q2 家計	① 必要経費/月	30万円以上	30万円以上	30万円以上
	生活維持		50%	50%
	生活に潤い		35%	25%
	② 用途 予防・医療・介護		5%	5%
	その他(税金・保険等)		10%	20%
	わからない	○		
Q3 財源	公的年金、企業年金、個人年金	80%		
	賃金収入(本人と家族)	0%		
	利子や配当、家賃収入	0%		
	貯金の取り崩し	0%		
	その他	20%		
	わからない		○	○
Q4 やりくりの状況	十分やりくりができ、黒字	十分やりくりができ、黒字	プラスマイナスゼロ	
Q5 収入増の使い道	生活に潤いを与える部分	貯金して何かの時に備えたい	生活に潤いを与える部分	
Q6	暮らしの満足度	十分に満足している	十分に満足している	十分に満足している
	理由	健康で好きなことをやらせて もらっている	家族とうまくいっている	友人も多く、家族も元気で、近 所に娘2人夫婦が住んでおり、 孫にもよく会えている 友人にも頼りにされ、いい人 生と思っている

	D	E	F	G
	都市部	都市部	都市部	地方
	女性	男性	女性	男性
	68	68	68	69
	夫・知的障害の娘と3人暮らし	妻・娘と3人暮らし	長男と2人暮らし	妻と2人暮らし
	主婦	元出版社勤務	元保険会社勤務	元市役所・バスセンター勤務
	○	○	○	○
	知的障害者保護者の集い	以前勤務していた会社の仕事	マンションの理事	老人介護施設の理事
	月1回	週3日勤務	不定期(最低月1回)	不定期
	なし	あり	なし	なし
	ずっと昔から	定年後	2010年6月から	5年前から
	義務だから	収入のため おもしろそうだったから 頼まれたから	誰かの役に立ちたいから 頼まれたから	頼まれたから
	30万円以上	20～30万円未満	10～20万円未満	30万円以上
	40%	60%	60%	60%
	40%	20%	20%	20%
	10%	10%	10%	10%
	10%	10%	10%	10%
	80%	70%	90%	100%
	0%	20%	10%	0%
	0%	10%	0%	0%
	0%	0%	0%	0%
	0%	0%	0%	0%
	十分やりくりができ、黒字	プラスマイナスゼロ	プラスマイナスゼロ	プラスマイナスゼロ
	生活に潤いを与える部分	生活の維持のための基本支出 生活に潤いを与える部分	生活維持のための基本支出	生活に潤いを与える部分
	十分に満足している	ある程度満足している	あまり満足していない	ある程度満足している
	欲を言ったらきりがなく 家族皆、大きな病気もなく健 康で楽しく暮らしている 生活費も足りており、貯金も わずかながらできている	健康であること なんとか生活できること	45年間、仕事60%、妻・母 40%の生活を送ってきたた め、定年後に母としての役割 が主となった今、何だか物足り ない。とはいえ、身体の内外 に色々悪いところがあり、思 うようにならない。外に出た い、でももうゆっくりしたいと いう自分の中の矛盾が原因だ と思う	妻も年金を受給しているの で、2人分を合わせた生活 はなんとかなっている

## 「生涯現役」と「生涯キャリア」の視点から

草野隆彦 独立行政法人 労働政策研究・研修機構 理事

### 1 生活満足と働くこと

高齢者の日常生活と満足度について、サンプル数は少ないものの、ILCの調査によって見ると、わが国の高齢者は、他国と比較しても、「大変満足」と答える者が多いようである。これらの要因は、言うまでもなく、わが国における健康寿命を含む世界トップクラスの寿命、年金を始めとする社会保険制度の充実によるところが大きい。しかし、同時に忘れてならないのは、こうした長寿や社会保険制度は、それを支える豊かな社会と基盤となる生産性の高い労働があつてのことである。また、個人として見れば、高齢期は、長年にわたり働いてきたキャリアの総決算の時でもある。長い職業生涯の中で自分らしいキャリアを積めたかどうか、高齢期にも自分なりの活動ができるかどうかは高齢期の生活の満足度に大きく影響しよう。こうして高齢期の生活の満足を考えるうえで、「働く」視点からの考察が欠かせない。特に、今後の課題となる「生涯現役」と「生涯キャリア」という視点からこの問題を考えてみよう。

### 2 「生涯現役」と生活満足

#### (1) 高齢期における働く意義

働くことは、高齢期の生活満足度との関係で様々な効果をもたらし得る。例えば、働くことで、社会貢献を実感出来れば、生き甲斐ができ、心身の健康にプラスとなる。また、働くことで、様々な人との繋がりができ、孤独感を払拭できる。このことは、上記アンケート調査にも現われているところである。例えば、Fさんの生活に対する満足度が低いのは、まさにその逆のことを表していると思われる。さらに、

健全に働くことによって、病気等避け、社会保障の負担を減らすだけでなく、寧ろ貢献側に回ることすらできる。高齢期において、働くことは、個人と社会双方にとって大いに有益な効果をもたらすことができる。

ことに、わが国の場合、超高齢化社会に入りつつあり、平均寿命、健康寿命が伸長し、仮に65歳で長年勤めてきた会社・組織をやめたとしても、なお、平均余命は男子で20年弱、女子では20数年ある。この間の過ごし方をどうするかは、本人は勿論、今後の社会にとって最も重要なテーマの一つであろう。幸い我が国高齢者の就労率、就労意欲は国際的に見ても極めて高い。

こうした利点を活かし、個人の生活満足度の向上と社会の負担軽減を図る方策として、「生涯現役」の働き方を現実的な政策課題として考えるべき時機にきているのではないか。

#### (2) 定年制から意欲・能力に応じた生涯現役へ

高齢者の働き方については、まず65歳以下については、年金との関連で定年制や継続雇用の在り方が問題になっている。具体的には、高年齢者等の雇用の安定等に関する法律により、2013年の老齢厚生年金の定額部分の支給開始年齢の引き上げに合わせ、65歳までの雇用を確保することが法律により義務づけられており、96.6%の事業所が既に措置を講じ、60～64歳層の就業率も57%に高まっている。さらに、2013年の支給開始年齢の引き上げを目前に控え、現在、無年金者の発生を避けるため、65歳までの就労を希望する者全員の就労確保に向けた議論がなされている。65歳までは、

何とか雇用の目途がつつあるといえよう。

他方、65歳以上については本格的議論はこれからであるが、就業率は国際的に見て高く、66歳以降働きたいとする者も53.3%（男性では60.2%）にのぼる。しかも年齢が高くなるにつれ、希望年齢も高くなる傾向がある。また、高齢期になると、健康状態、働く意欲・能力は極めて多様であり、動機・希望も、社会や他者に対する貢献、心身の健康の維持などの志向が強くなるなど、それまでの働き方と大きく変わってくる。

したがって、65歳以上の働き方を考える場合、上記のような定年制や一定年齢までの継続雇用（以下「定年制等」と言う）の働き方は、性質上なじみにくい。定年制等の働き方は、長期雇用や生活保障のメリットを維持するうえで重要な役割を果たす反面、高齢者の意欲・能力の多様性にそぐわず、また高い就労意欲を減殺しかねない。少なくとも、65歳以上については、年金制度の在り方も含め定年制に替わる個人の意欲と能力に応じ主体的に退職年齢を選択できる人事管理の在り方や、積極的な能力開発により、働く意欲を促進しつつ自然に退職年齢を引き上げ、「生涯現役」を実現していく方策を検討する必要があるだろう。

さらに、65歳以上の働き方は、壮年期からのキャリアの延長として、蓄積した能力や人脈を生かして働くケースだけでなく、近年は、従来の仕事を離れてNPOなどの社会貢献活動や生きがい就労に従事するケースが多くなっている。このことはILCの調査にも現れている。

その場合、高齢期になってから、従来の仕事を離れ、いきなり社会貢献活動に入るのは難しい。

現役のうちから、週末などに、高齢期の生涯現役を視野にいたした活動を始め、加齢とともに組織における働き方から徐々にNPOなどの地域における活動に軸足を移す働き方が理想であろう。生涯現役を実現するには、こうした生涯を考えた活動を高齢期前から始めることも重要であり、それを可能とするワークライフバランスのあり方、受け皿となる組織・活動環境の整備、行政を含めた地域の受け入れ態勢が問われる。現在の高齢女性の多くは専業主婦であるが、団塊世代以降女性の就労率は、高くなっており、今後は、男女を問わず、上記のような課題を抱えることになるだろう。

### 3 「生涯キャリア」と生活満足

高齢期は、それまで働いてきたことの統合期・収穫期、すなわち集大成の時期にあたる。長年にわたるキャリアを積んできたことの結果として、自分にしかできない世界や自分らしい世界が見えてくること、それが周囲からも評価されることが、高齢期の生活に満足を与える重要な要因の一つであろう

高齢期に、こうしたキャリアの集大成を迎えることができるかどうかは、20、30、40の各年代でそれぞれ何をやってきたか、すなわち生涯キャリアの問題である。

この点、ILCの調査対象となった高齢者は、概ね、70~80年代に正社員として壮年期を過ごし、バブル崩壊の洗礼を経つつも、企業組織での労働を全うし、定年退職後も企業年金等の年金制度によって、老後の生活の目途を立てることが可能となっている。例えば、アンケート結果にも、現在の生活の財源について「わからない」と答え、お金の出所を気

---

にしくても不安なく暮らせる方もいる。こうした職業生活を可能とした背景には、大企業を中心とした正社員の長期雇用制度が健在で、企業に忠誠を尽くせば、正社員である限り一定の昇進と定年までの雇用の保障、老後の年金生活の保障が期待できたからである。その意味では、恵まれた世代であるといえよう。

しかしながら、こうした状況は、バブル崩壊以後、次のように変わりつつある。

第一に、非正規労働の進展である。現在、非正規労働者は、労働者全体の1/3にも達しており、こうした非正規労働者が今後充実した職業キャリアを積めるか、大きな懸念が生じている。

第二に、株式持ち合いの解消、直接金融への移行等により、激動する市場における企業存立のリスクは飛躍的に高まっている。個人は組織依存の働き方で、職業生活を全うできなくなりつつある。

第三に、80年代から、労働者の働き甲斐は、低下の一途を辿っている。また、ニートの問題、単身世帯の増加、高齢者世帯における孤立など社会的紐帯が薄れる傾向が強くなっている。

こうした流れは、経済のグローバル化や本格的な知識社会の進行により、さらに強まる懸念がある。これらの変化に対応するには、企業と個人の在り方の変革、効率的な労働市場の構築、産業の高度化や知識基盤社会へ向けた教育訓練の改革、産業団体や専門職集団の強化、NPO等地域のネットワークやコミュニティーの育成など構造的な対策の検討が鍵となろう。

それぞれに困難な課題ばかりであり、これまでの「改革倒れ」を考えれば、対策が容易に実現すると

も思われないが、悲観ばかりしているわけにもいかない。何より、働く個人、企業等諸団体をはじめとする我が国社会全体が、今後予想される様々な環境変化に対し受けに回るのではなく、積極的に変革し、挑戦する姿勢を持つことが必要ではないか。

例えば、65歳に差しかかかきつつある団塊の世代が、地域で元気に活躍するなど「生涯現役」の姿を示し、超高齢社会を乗り越える希望を与えることができれば、社会変革の一つのきっかけになるのではないか。

# ILCの取り組み

ILC グローバル・アライアンスでは様々な取り組みを行っているが、ここでは認知症と、統合ケアへの取り組みを紹介する。

認知症への取り組みでは、故ロバート・バトラー博士の提唱で2009年にニューヨーク賢人会議が開催された。この会議には各国の第一人者が一堂に会して、現状の確認とこれからの取り組みを議論した。

その後2010年にケープタウンで開催された国際シンポジウムでは、ILC グローバル・アライアンス―ケープタウン宣言を採択した。

また2011年はライデンで「統合ケアの推進」と題したシンポジウムを開催し、アライアンス各国の医療・介護・福祉の統合的な政策推進の現状と、その課題が熱心に議論された。

# ILC

## 1 認知症への取り組み

全世界において、認知症の人は2005年の2,430万人から2040年には8,110万人になると予測されている。ILCグローバル・アライアンスは、認知症を地球規模で取り組むべき最重要課題と捉え、継続的に世界へ向けて発信し続けている。

### 「第1回高齢化とアルツハイマー病に関する賢人会議」

2009年9月22日 — ニューヨーク

世界各国の認知症にかかわる各界の専門家が一堂に会し、「第1回高齢化とアルツハイマー病に関する賢人会議」を開催。日本からは長谷川式スケールで世界的にも有名な長谷川和夫氏が代表として参加、認知症の人の尊厳を確保するための「認知症を知り地域をつくるキャンペーン」の成果を世界に発表した。

■ **トピック1**：グローバルな現状からみたアルツハイマー病対策としての公共政策および社会的活動

■ **トピック2**：アルツハイマー病に対する政治的・社会的意識改革のための国際戦略

### 「アルツハイマー病に関する第1回賢人会議」報告

**トピック1**：グローバルな現状から見て、アルツハイマー病への対策として公共政策さらに広く社会的活動を進める場合どのようなことが求められるか？

- 非常に残念なことではあるが、アルツハイマー病に関しては1978年から大きくは前進していないように思われる。例えば、診断や治療は完成に至っていないし、また治療薬も非常に不十分である。
- 予防と治療に関して二つのアプローチが試みられている。ライフスタイルをベースとして考えるものと生物

#### ■ 参加者

**Daisy Acosta, M.D.**  
国際アルツハイマー病協会議長  
(ドミニカ共和国)

**Sube Banerjee, M.D.**  
ケンブリッジ大学キングスカレッジ  
精神医学・老年学教授 (英国)

**Olivier Bradicourt, M.D.**  
ファイザー  
プライマリケアビジネス  
本部長兼ゼネラルマネージャー (米国)

**Robert Butler, M.D.**  
ILC米国  
理事長兼CEO (米国)

**Nick Eberstadt**  
米国企業公共政策研究所研究員 (米国)

**Linda Fried, M.D., MPH**  
コロンビア大学公衆衛生学部学部長 (米国)

**Howard Martin Fillit, M.D.**  
アルツハイマー新薬探究財団  
専務理事 (米国)

**Françoise Forette, M.D.**  
ILCフランス  
理事長 (フランス)

**Tomas Guilarte, Ph. D.**  
ジョンズ・ホプキンス大学  
環境衛生学部教授 (米国)

**Eric J.Hall**  
アメリカアルツハイマー財団CEO  
(米国)

**長谷川和夫**  
認知症介護研究・研修東京センター  
名誉センター長 (日本)

**Michael W. Hodin, Ph. D.**  
ファイザー  
世界プライマリケア部門  
広報副本部長 (米国)

**Zaven Khachaturian, Ph.D.**  
ルー・ルボ脳科学研究所  
所長兼CEO (米国)

**Florence Lustman**  
フランス経済省  
アルツハイマー計画財政調査官 (フランス)

**Mary Mittelman, Dr.P.H.**  
ニューヨーク大学  
脳老化・アルツハイマー専門センター  
心理学研究・支援計画所長 (米国)

**Daniel Perry**  
エイジング・リサーチ・アライアンス  
理事長 (米国)

**Nancy Turett**  
エデルマン  
国際保健部門本部長 (米国)

**Marc Wortmann**  
国際アルツハイマー病協会  
専務理事 (英国)

#### ■ オブザーバー

**マサコ・オサコ**  
ILCグローバル・アライアンス  
事務局長



学的に考えるものである（参加者の多くの意見はアルツハイマーはあくまで疾病であってライフスタイルからくる現象ではないとするものであった。予防については研究が不十分であることが指摘された）。

- 研究のための財源（funding）が非常に不足している。とくに縦断研究を行うための財源が少ないことが問題である。
- 今後さらに多くのコストがかかることは避けられないであろう。30年前にアルツハイマー病を発症した人の余命は9年であった。今後、余命はさらに飛躍的に伸びるであろう。
- ケアに関しては、長谷川博士の指摘する以下の観点が重要である。
  - 1) アルツハイマー病患者本人中心のアプローチ
  - 2) 本人と家族のためのコミュニティにおけるサポートシステム
  - 3) 介護者のトレーニングの推進
- 先進諸国のみならず発展途上国にも多くの認知症の人がいることを認識すべきである。
- あらゆる対策はグローバルに進められなければならない。

**トピック2:** アルツハイマー病が政治的にもまた社会全体にとってもきわめて大きな課題であるという認識を広めていくための国際戦略はどのようにあるべきか？

- 問題の重大性の認識を広め、その解決を目指す強力な国際的な運動とグローバルネットワークを作り上げるリーダーシップが必要である。その際に以下が重要となる。
  - 1) アルツハイマー病患者本人のQOL向上に資するものであること
  - 2) 一つの声（one voice）に集約された、引き込まれるような（compelling）、科学的に信頼性のあるメッセージの発信
  - 3) 幅広い市民、政治家、医療・介護専門職、介護にかかわる人や家族への教育と認識の向上を伴うものであること
  - 4) リーダーシップは科学者だけではなく幅広い人材によるべきであり、コスト対効果の高いものでなければならない
  - 5) 絶えずそれぞれの国の成果が共有される国際ネットワークの確立が必要である
- HIV 対策を進めた人々が広範な人々の認識の向上と政治的なプラットフォーム形成に成功した例に学ぶべきである。





## ILCグローバル・アライアンスシンポジウム

「認知症のグローバル化：課題と対応」2010年10月26日—ケープタウン

ケープタウンのパビリオン会議センターにおいて、ILC-南アフリカおよびILCアライアンス主催によるシンポジウム「認知症のグローバル化：課題と対応」が開催された。ILCアライアンスの各センターの代表者は分担して発表を行い、南アフリカの政府、医療、福祉関係者、報道機関などが多数参加した。

冒頭の「今後の人口学的課題と認知症マネジメント向上の緊急性」と題する発表でハンス・グロス博士は、今世紀の半ばまでに世界の高齢者は20億人を超える見通しを示しながら、認知症がもたらす社会的・経済的な課題は世界のもっとも重要な課題になるだろうと指摘した。

そして国家単位のまた世界規模の認知症戦略が必要とされており、高齢化率の最も高い日本が今後も重要な役割を果たしていくことに期待を表明した。

また、サリー・グリーンダロスILC英国理事長とフランソワーズ・フォレットILCフランス理事長はそれぞれ、イギリスとフランスにおける「認知症の人と介護者のQOLの向上」「研究の充実」「認知症の問題をヨーロッパにおける最優先課題とすること」などを内容とする認知症に関する国家戦略の内容を説明し、今後さらに取り組みを充実させていくと発言した。

セバスチアナ・カルラILC南アフリカ理事は、南アフリカの高齢女性は、社会的、経済的、政治的分野の多くで差別されている上に、深刻な感染症(特にHIV/エイズ)の蔓延や、医療へのアクセスの悪さに直面していることを報告した。

### 認知症に関する国際シンポジウム

## 認知症のグローバル化：課題と対応

### 第1部：課題と問題提起

進行 モニカ・フェレイラ  
ILC南アフリカ理事長

発表1 「今後の人口学的課題と  
認知症マネジメント向上の緊急性」

ハンス・グロス  
ファイザー株式会社CEO  
World Demographic and Ageing Forum 理事

発表2 「認知症の課題、  
イギリスにおける政策と実践」

サリー・グリーンダロス  
ILC英国理事長

- パネリストによる発言  
ILCアルゼンチン、ILCインド

### 第2部：対応と実践

進行 サリー・グリーンダロス  
ILC英国理事長

発表3 「フランスのアルツハイマープランは  
事態に対応できるか？」

フランソワーズ・フォレット  
ILCフランス理事長

発表4 「南アフリカに見る  
発展途上国の認知症への対応」

セバスチアナ・カルラ  
ILC南アフリカ理事

- パネリストによる発言  
ILCイスラエル、ILC日本、ILCオランダ

討議・  
総括 メアリーアン・ツァオ  
ILCシンガポール理事長

提案 「ILCアライアンス  
認知症のグローバル化への  
対応に関するケープタウン宣言」

オサコ・マサコ  
ILCグローバル・アライアンス事務局長



発表者以外のパネリストは主にそれぞれの自国の経験を紹介した。日本からは「認知症を知り地域をつくる10カ年」「認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン」の経験を説明し、国民的キャンペーンを行うことと地域で認知症の人を支えることの重要性を強調した。

最後の討議と総括では、長期介護についての世界をリードする介護保険制度を確立し、地域づくりを重視する国民的なキャンペーンを進めている日本の努力が高く評価された。あわせて、社会全体で問題に取り組むために認知症についての国家戦略の重要性も確認された。

シンポジウムの最後に、マサコ・オサコILCグローバル・アライアンス事務局長から「ILCアライアンス 認知症のグローバル化への対応に関するケープタウン宣言」が提案され、参加者全員の賛同を得た。

なお、本シンポジウムの詳細は、IFA（国際高齢者連盟）の機関誌『グローバル・エイジング』の特集号（2011. vol.7.No1）として刊行された。



### ILCグローバル・アライアンス ケープタウン宣言

1. 認知症の予防、診断、治療の共通基準の枠組みを確立するため、学際的な討論をする。
2. 政府間並びに国による認知症のための総合的政策と行動計画、および認知症を含む「エイジング」に関する包括的政策と行動計画を作成し実施する。
3. 認知症とそれに関わる介護提供のあらゆる側面について、官民の研究財源の増大を支援する。
4. 製薬会社に対して、手頃な価格の認知症薬を開発し、低開発地域に提供するように促す。
5. 認知症検診・診断の技術の向上、継続的ケアの提供のために、老年医学、特に認知症について研修を受けた医療専門家を増やす。
6. 認知症について認識を高め、啓蒙を進める。これには、認知症の発症を予防し遅らせ、認知症の人とその家族がしばしば経験する差別や孤立を抑制するための対策等が含まれる。
7. 医療サービスと、在宅サービス、地域密着型ケア、法的擁護とが連携した認知症の人のためのケアモデルを確立する。
8. 自宅および病院やナーシングホーム等の施設の双方において、認知症高齢者の安全を確保し、暴力から護るための対策を講じる。
9. 社会市民団体が認知症ケアの向上および認知症高齢者とその介護者のための介護サービスの拡大に向けて提言するように奨める。
10. 認知症高齢者のインフォーマル介護者に、研修やレスパイト・ケア（一時休職）サービス等の支援を提供する。
11. 人権を明確にし、国に拘束力のある義務を課し、責務を強化することによって、認知症も人を含むすべての人々の生活に影響が及ぶこの問題について認識を深めようとする国連人権会議の起草と採択を支持する。
12. すべての計画、方策およびプログラムは、認知症の人、その家族、そして介護者との話し合いで展開されることを確認する。

## 統合ケアの推進に向けて

# 2

ILC主催の国際シンポジウムの2011年のテーマは「統合ケアの推進」であった。社会の高齢化がすすみ虚弱な高齢者が増えることが予想されるなか、医療と介護・福祉の統合を目指した取り組みとその課題を探った。

### ■はじめに

本報告は、2011年9月にオランダのライデン大学で開催されたILC年次総会におけるシンポジウム「Conference on Integrated Care for Frail Older People」の概要である。会議で提起された統合ケアに関する概念、問題、課題とともに、ILCグローバル・アライアンスメンバー国の発表データ、及び政策施行研究からも情報を収集し、あわせてまとめた。

本報告では、費用効果・救急医療施設の規制緩和・患者利益を鑑みると、財政・文化・物流の障壁にかかわらず、各国は統合ケアに向けて協力関係を継続すべきである、という点を強調している。

本報告では以下のテーマを扱った。

- 統合ケアの必要性
- 医療の世界的現状
- 医療サービスとソーシャルケア・サービスを統合することの利点と課題
- 統合ケアの問題を世界的に推進させる活動を行うにあたっての優先事項

### ■世界のケア状況

世界の60歳以上の人口は2050年までに20億人に達し、世界人口の22%を占めるようになり、ILCグローバル・アライアンスのメンバー国のすべてが、世界中の多くの国と同様、人口の高齢化に直面している。

よく誤解されることだが、人口高齢化は低出生率国、高所得国、高齢者医療先進国に限られた事態ではない。現実には高齢者数の増加速度上位国のうち数か国は、発展途上国である(国連総会、2010)。

多くの国において最高齢者群の増加が最も急速であるが、この群では諸機能の喪失や健康状態の低下を呈する可能性が高い。こうした最高齢者人口の増加と出生率の全般的な低下が相まって、依存人口比率の低下に至っている国は少なくない。

依存人口比率は、非労働者に対する労働者の相対

人数で表すが、例えば日本では2010年における非経済活動者1人に対する経済活動者数は2.63人と推計されたが、2050年までには、非労働者1人に対し労働者はわずか1.24人に低下すると予測される。

依存人口比率のこうした変化を考慮すれば、虚弱高齢者に対する支援は世界的課題であり、病床などの資源や資金をより有効に活用することが求められよう。

### 虚弱化とは何か

高齢者は健康問題や体調不安を複数抱えている可能性が高く、そのために自立性を喪失し、虚弱になることが多い。高齢人口のうちでも虚弱者に適切なケアを提供することが世界的に重要な課題である。虚弱化については様々な定義がなされており、また一般的特徴についても「歩行緩慢」などいくつかの項目が提示されてきた。

しかし、虚弱化の定義を統一するにはデータが不十分であるとの指摘もあるため、虚弱化の明確な臨床表現型(身体的特徴)についてはまだ合意に至っていないが、虚弱化は以下に挙げる特徴が3項目以上認められることが必要となる。

1) 意図しない体重減少、2) 極度の疲労、3) 筋力低下、4) 歩行緩慢、5) 身体活動の低下。これらの特徴が現れると、転倒による病院や介護施設への入院が増え、また死亡リスクも増大する。我々は虚弱化を以下のようにとらえる

複数の生理系統にまたがって機能が累積的に低下することにより、ストレス要因に対する余力や抵抗力が低下し、有害事象に対する脆弱性を招く生物学的症候群。

高齢者が必ずしも虚弱者になるわけではないが、最高齢者群が急増すれば虚弱者も増加する。

虚弱高齢者ケアには複数の特有の課題が伴い、特に虚弱高齢者は複数の慢性疾患に加えて合併症を併



発することも多く、そのため医療とソーシャルケアの連携サービスが多方面で必要とされる。だが現実にはこれら専門家間の意思疎通は少なく、時に全くないこともある。

また医療の専門化が進み治療が断片化し、患者が全体観的視点から治療を受けられなくなることも生じている。さらに、1人の患者に対して医療やソーシャルケアの様々な分野が係わる場合は、サービス提供が重複したり、検査の無駄な繰り返しが行われることもあり得る。

医療及びソーシャルケア分野の様々な専門家からの情報提供が必要なことは、特に虚弱高齢者に限ったことではない。しかし、医療とソーシャルケアの様々なサービスを統合することで大きな患者利益がもたらされることを考える上では、虚弱高齢者が好例であることを指摘しておきたい。

## ■ 統合ケア

### 統合ケアとは

ケアの統合は、高齢者のニーズと願望に応じてまとまったサービスを提供し、またこれら脆弱な人々が受けるケアの質を維持するために可能なメカニズムと考えられる。高齢者は複雑かつ相互に結びついたニーズを有しており、医療従事者によるものから介護者によるものまで、またサービス事業者によるものから行政によるものまで、様々な治療とケアを同時に必要とすることが少なくない。

「統合ケア」という用語と概念は、そうした高齢者が抱える問題を包括的に取り扱い、こうした問題に対する様々な取り組みを表す。小規模組織や地区組織から国家まで、様々なレベルで医療とソーシャルケアの包括的なサービス提供を促進する対策が実施されており、これら多くのレベルで統合的ケアによる恩恵が増大している。

イギリスでは個別化医療が国家レベルで進展し、直接現金給付や個人別予算が実施されており、またデン

マークでは、国家プロジェクトの全国民(税金による)保健福祉サービスが、ケア関連の意思決定及び財政の地方分権化と同時に進められている。

日本では、介護保険制度の下で医療・福祉サービスがケアマネジメントを経て提供されているが、特に住み慣れた地域で高齢者が住み続けることを可能にするため、医療や福祉に加えて生活上の様々なニーズに包括的に対応した体制(地域包括ケア)の構築が、全国的に進められている。

## ■ 医療サービスとソーシャルケア・サービスを統合する利点

統合的ケアの利用者及び統合的ケアに関与する幅広い分野の関係者にとって、統合的ケアの利点は数多い。

### サービス利用者にとっての利点

- 医療及びソーシャルケアの利用に伴う煩雑性の軽減
- 必要とするサービスの提供強化

多くの健康問題の複雑性、及びケアニーズの頻繁な変化を考えれば、ケアの方法は柔軟性と即応性を兼ね備えたものでなければならない。ケアは、断片化した様々なサービス間の隙間を埋める家族や地域社会の負担を軽減するのにも役立つ。

### サービス提供者にとっての利点

- 費用効果
- 入院期間の短縮
- 不適切な入院の削減
- 介護承認の減少

サービス提供者の観点から、また政策レベルにおいて、統合的ケアの費用効果は非常に大きい。これまでの研究では、ケースマネージャーを導入した統合的ケアにより、救急部門の来院患者数、入院患者数、入院日数を低減できることが認められた。



さらに、ケア施設での延べ滞在時間が短縮し、ケースマネージャーが担当した患者では一般医の受診回数減少が認められた。

在宅ケアに代わる一般的な方法は介護型・療養型施設及び病院であるが、在宅・地域ケアの提供と比較して高価な選択肢となる。臨床環境下でのケアコストは割高なうえ、不必要な入院により救急部門の収容可能患者数は圧迫され（例えば、ドミニカ共和国では救急病床の最大35%が高齢者で占められている）、患者は入院しているにもかかわらず不必要な感染リスクに晒され、適切なレベルのバスタルケアが受けられないこともある。

統合ケアでは、不必要な医療の削減によるコスト削減に加えて、病院や入所型介護施設への入院の長期化防止により空き病床が生じる可能性があり、それがこの方法の大きな利点となっている。

## ■ 課題

ILCグローバル・アライアンスの全メンバー国において、医療とソーシャルケアの統合が絶対的にも相対的にも不十分な状況にあるのを、我々は目の当たりにしている。

医療システムとソーシャルケア・システムの統合的ケア・モデルを導入しても、その成功を妨げる多数の原因や問題が存在する。

世界的にみた場合、国によってケアシステムが異なることによる潜在的限界を理解することも重要である。

しかし各国特有の問題もあるが、統合的ケアに関して世界中が共通に直面している課題も多い。

## 財政

ケアを必要とする晩年にさしかかった患者のための予算不足が大きな障害となっている。このことがケアに関する世界的な議論の中で指摘されることは少なくない。医療とソーシャルケアの分野で複数の異なる部門が資金提供することも多く、各国には異なる複数の制度が存在している。医療関連及びソーシャルケア関連

の公的資金を有する国の中には、より切迫した他の優先課題があるため虚弱高齢者ケアの予算を見込んでいないところもある。

高齢化が急速に進んでいる国においては、虚弱高齢者のための資金と資源が膨大な需要により供給不足に陥る可能性がある。家族と地域社会はしばしば資金的サポートにおいて重要な役割を果たしている。患者、家族、国のいずれかが費用負担の責任を負うにしても、追加的なケアサービスと思われる支出には、資金を出し渋る傾向が見られる。

## 実務問題

多岐にわたる団体間での協力達成は本質的に複雑であり、ケアの統合を成功させるうえで主要な課題となってきた。異なる組織が協力する必要がある場合は、運営、財務、歴史の面で解決しなければならない障壁が生じる。統合政策は国家レベルと地方レベルの両方で足並みを揃える必要がある。統合的ケア・モデルの大半は、新規の方法ではなく既存システムを修正して利用しており、変更を最小限にとどめることで経費は節減されるが、既存の障壁が残存することになる。ケア統合プロセスを修正する場合は、専門家が自分の専門分野を超えて、また分野間の垣根を越えて積極的に活動し、ケアの断片化と重複化の両方を低減できるようにすることが必要である。

## 文化的障壁

たとえ財政面及び実務面の構造が確立されている場合においても、それに加えて虚弱高齢者ケアをサポートする文化がない限り、統合によるケア提供を実現することはできない。ILCグローバル・アライアンスのメンバー国においても、地域社会で高齢世代のケアに与えられる優先度はそれぞれ異なる。

また、Conference on Integrated Care for Frail Older Peopleでは高齢者へのケア提供に関する社会と個人



の責任感の欠如が問題として提起された。医療サービスとソーシャルケア・サービスのいくつかに関して公的資金を投入している先進国の中には、そうしたサポート制度に頼ることが当たり前だと思う文化が存在するところもある。

しかし、高齢者が受けるケアの質を向上させ、患者のニーズと願望に応じられるようにするには、あらゆるレベルで負担も含めた関与の責任を自覚する必要がある。

## ■ 結論

### ● 統合は全てのレベルで行うこと

統合は複数のレベルで行うべきである。すなわち、プライマリヘルスケア、セカンダリヘルスケア、ソーシャルケアの全側面で確実に成功させ、かつシステム間の障壁も回避し、さらに主導計画は国家及び地方レベルで行うこと。

### ● 統合には全ての関係者を組み入れるが、何より患者本位であること

医療及びソーシャルケアには、公式非公式を含めて様々な関係者が数多くかかわっており、その全員が統合を推進するうえで役割を担っている。話し合いには、医療とソーシャルケアの関係者が専門家から家族に至るまで参加すべきであるが、基本的に患者のニーズと願望に根ざしたものでなければならない。

### ● 費用効果は明確に伝達すること

高齢者ケアに関する話し合いでは資金が必ず重要な問題となるが、統合ケア・モデルはその他のシステムと比較して決定的に費用効果が高いことが認められている。これらの節減にはサービスの統合によるコスト低下をはじめ、病床数などの資源に対する需要の減少が含まれる。

医療とソーシャルケアのさらなる統合を推進するた

め、こうした節減を政策立案者及び各サービスの責任者に明確に伝える必要がある。

### ● ケアの世界文化

統合への動きは高齢者ケアを重要視する世界的文化によって強化されるべきものである。高品質のケアは患者及び家族にとっては望ましいものであり、サービス提供者にとっては標準とみなすべきものである。

### ● 高齢者に対する尊厳と敬意を守らなければならない

高齢者には虚弱者もいれば非虚弱者もいるが、それらを単に成人とだけみなす必要がある。この人口群に対する認識を向上させる教育はもとより、高齢者、中でも虚弱高齢者の権利の理解を深める教育はあらゆるレベル、すなわち医療従事者、家族、介護者、患者において行う必要がある。

### ● まずここから始める

十分に統合されたケアは大きな絵の一部である。絵全体を見渡せば、移動手段や、住宅、製品のデザインや設計などを統合することが、全ての虚弱高齢者の暮らしの質の向上(QOLの向上)に寄与するはずであることが理解できよう。

● 各国の公的医療制度における高齢者の位置づけ

高齢者に着目した医療制度		
 <p>日本</p>	<p>後期高齢者医療制度 (原則75歳以上)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者医療広域連合が保険者</li> <li>● 74歳以下は公的医療保険制度に全住民が加入</li> </ul>	
 <p>米国</p>	<p>メディケア (65歳以上または障害者)</p>	<p>従来型プラン</p> <p><b>パートA (病院保険)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 主に病院入院・スキルドナーシング施設を保障</li> </ul>
		<p><b>パートB (医療保険)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 主に医師・病院外来診療を保障</li> <li>● 任意加入</li> </ul>
	<p>マネジド・ケア型プラン</p>	<p><b>パートC (メディケア・アドバンテージ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● パートA及びBの加入者が、民間保険会社が提供するパートA、B (プランによってはDも)の保障を給付するプランを選択</li> <li>● 従来型プランの保障に加え、プランによっては追加保障あり</li> </ul>
	<p>処方箋薬プラン</p>	<p><b>パートD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 外来処方せん薬を保障(プランにより保障内容はやや異なる)</li> <li>● 独立型と、メディケア・アドバンテージ・プランとあわせて包括的に給付される型の2種類</li> <li>● パートA又はB (独立型の場合)、A及びB (メディケア・アドバンテージ型の場合)の加入者が任意加入</li> </ul>
 <p>英国</p>	<p>なし</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> </ul>	
 <p>ドイツ</p>	<p>なし</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 退職後も従前の医療保険制度に継続加入 [一般]</li> <li>● 職域保険と地域保険が並立</li> <li>● 8種類の疾病金庫</li> <li>● 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</li> </ul>	
 <p>フランス</p>	<p>なし</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 退職後も従前の医療保険制度に継続加入 [一般]</li> <li>● 複数の職域保険制度が並立</li> </ul>	

	保険料負担	公費負担等	高齢者の患者一部負担
	<b>後期高齢者医療制度</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>各広域連合が条例で保険料率を定める</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会保険方式</li> <li>50%を公費 (国：都道府県：市町村=4：1：1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>70歳以上：1割 (現役並み所得者は3割)</li> <li>70歳未満：3割</li> </ul>
	<b>公的医療保険制度</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>組合健保(大企業)：各組合で独自に決定(平均7.7% 2011年)</li> <li>協会けんぽ(中小企業)：給与の9.5%を労使折半(2011年)</li> <li>国保(自営業、無職等)：市町村が定める額</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>組合健保：定額</li> <li>協会けんぽ：給付費の13%</li> <li>国保：国43%、県7%</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.9%(被用者は労使折半、自営業者は全額負担2010年)</li> <li>就労期間中に40四半期(10年)保険料を拠出した者は自動的に加入</li> <li>加入者は負担なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>大半が社会保障税</li> <li>残りは社会保障年金に対する所得税など</li> </ul>	<b>2010年</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院60日まで：1,100ドル</li> <li>61～90日まで：275ドル/日</li> <li>91日～：全額自己負担 (ただし一生涯に60日間だけ550ドル/日の自己負担で入院可)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>月額110.5ドル(一部96.4ドル 2010年)</li> <li>高所得者は一定額を加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>約3/4が一般税財源</li> </ul>	<b>2010年</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>～155ドル/年：全額自己負担</li> <li>155ドル/年～： <ul style="list-style-type: none"> <li>医師サービス原則20%</li> <li>病院外来サービス20～50%</li> </ul> </li> <li>非参加医の場合、以上のほか医療費の最大15%の保険外支払が発生しうる</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>パートB(プランによってはパートDも)の保険料+プランが設定する追加保険料</li> <li>プランにより、パートB(プランによってはDも)の保険料が軽減される場合もある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>メディケアが加入者1人1カ月あたりの定額で保険会社に支払う</li> <li>概念的には公費負担は上記割合に含まれる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プランによりパートA・パートBの患者一部負担が軽減されることもある</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>プランによって異なる</li> <li>標準保険料31.94ドル(2010年)(費用の高いプランはこれより高く、低いプランはこれより低くなる)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>約3/4が一般税財源</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プランによって異なる</li> <li><b>標準ケース 2010年</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>～310ドル/年：全額自己負担</li> <li>～2,830ドル/年：25%</li> <li>～6,440ドル/年：全額自己負担</li> <li>6,440ドル/年～：5%</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療保険料としての負担はないが、National Insuranceに拠出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>税方式</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>原則一般と同様</b></li> <li>高齢者、低所得者等：免除あり</li> <li>薬剤サービス：負担免除</li> <li><b>【一般】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院・外来：一部負担なし</li> <li>薬剤処方箋1枚につき6.20ポンド(2002)</li> <li>歯科治療3種類の定額負担</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>15.5% <ul style="list-style-type: none"> <li>※全国一律の統一保険料率(2009年)</li> <li>※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</li> <li>※月収が一定額以下の被用者：使用者の全額負担</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険料による賦課方式</li> <li>収支相償方式</li> <li>農業者疾病金庫：年金受給者給付費の約85%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>一般と同様</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来及び歯科治療 <ul style="list-style-type: none"> <li>四半期ごとに10ユーロ</li> </ul> </li> <li>入院一定期間以降は10ユーロ/日(最高28日まで)</li> <li>薬剤：薬剤価格の10%</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>13.85% <ul style="list-style-type: none"> <li>※被用者：0.75%、使用者：13.1%</li> <li>※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%)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険料と目的税による社会保険方式</li> <li>CSG、国庫補助、目的税の収税等を充当</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>原則一般と同様</b></li> <li><b>【一般】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>外来 30%</li> <li>入院 20%+10.67ユーロ/日</li> <li>薬剤 35%</li> <li>診察ごとに1ユーロ</li> </ul> </li> </ul>

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

---

刊行にあたっては下記の方々の協力を得た。お名前を記して謝意を表したい(50音順・敬称略)

小野庄一 小野太一 草野隆彦 小林和弘  
周 燕飛 津曲共和 野崎伸一 福祉未来研究所  
丸山浩二 森 浩太郎 矢部久美子 山内孝一郎  
山田嘉子  
ノーラ・オブライエン マイケル・ガズマノ  
ジョン・キャンベル ノーリン・シバ  
マリー・アンヌ・ブリュー ピーター・ホワイトハウス

---

なお、冊子内における署名原稿は、著者個人の見解と責任によるものである。

#### データの出典と年次

##### ■ P63、P71、P79、P83

- 総人口：UN, *World Population Prospects: The 2010 Revision, Medium variant* (2010年)；日本：総務省「人口推計」(2011)
- 平均寿命：UN, *Demographic Yearbook* (2009-2010)  
日本：厚生労働省「平成22年簡易生命表」
- 高齢化率：UN, *World Population Prospects: The 2010 Revision, Medium variant* (2010年)  
日本：総務省「人口推計」(2011. 11)
- 合計特殊出生率：  
英国：Office for National Statistics of UK (2009)  
米国：NCHS, *National Vital Statistics Reports of USA* (2009)  
フランス：World Bank, *World Development Indicators* (2009)  
日本：厚生労働省「人口動態統計」(2011. 11)

---

## 高齢社会を生きる Aging—Our Global Relations

---

2012年3月28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.ilc-japan.org>  
編集 株式会社青丹社  
写真 小野庄一  
印刷 大日本印刷株式会社

---

〈老人保健健康増進等事業による研究報告書〉



# 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、長生きを尊び、  
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。

