

第1章 超高齢社会の出現

1-1 超高齢社会の現状

平成 22 年版高齢社会白書によると、日本はすでに 5 人に一人が 65 歳以上の高齢者という世界で最も高齢化が進んでいる国となった。日本の総人口は、2009 年 10 月 1 日時点で、1 億 2,751 万人で、前年に比べて約 18 万人の減少となっている。一方で、65 歳以上の高齢者人口は、過去最高の 2,901 万人（前年 2,822 万人）となった。

さらに、現在は約 3 人で一人の高齢者を支えているものが、2025 年には、2 人で一人の高齢者を支えなければならない社会になると推計されている。このような社会となれば、社会福祉関連の支出による財政の硬直化、労働人口の減少による経済規模の縮小など、負のスパイラルに陥り、国家運営は困難となり、日本全体が地盤沈下していく可能性が極めて高いと予測される。超高齢者の行方不明、一人暮らし老人や寝たきり老人、老老介護の急増など深刻な社会現象の渦中にある。

超高齢社会を形成する要因となる日本の男・女の平均寿命は、「平成 20 年簡易生命表の概況について」によれば、2008 年で、男子が 79.29 年、女子が 86.05 年となり共に過去最高を記録した。

これによれば、第 2 次世界大戦直後は約 50 歳が平均寿命で先進国の中でも最も低い水準であった。その後、戦後復興とともに経済が発展するに伴い、社会保険制度の設立、食生活といったさまざまな要因により、順調に平均寿命が延びていった。現在では、50 年前に比べて 30 年以上長生きする社会となっている。

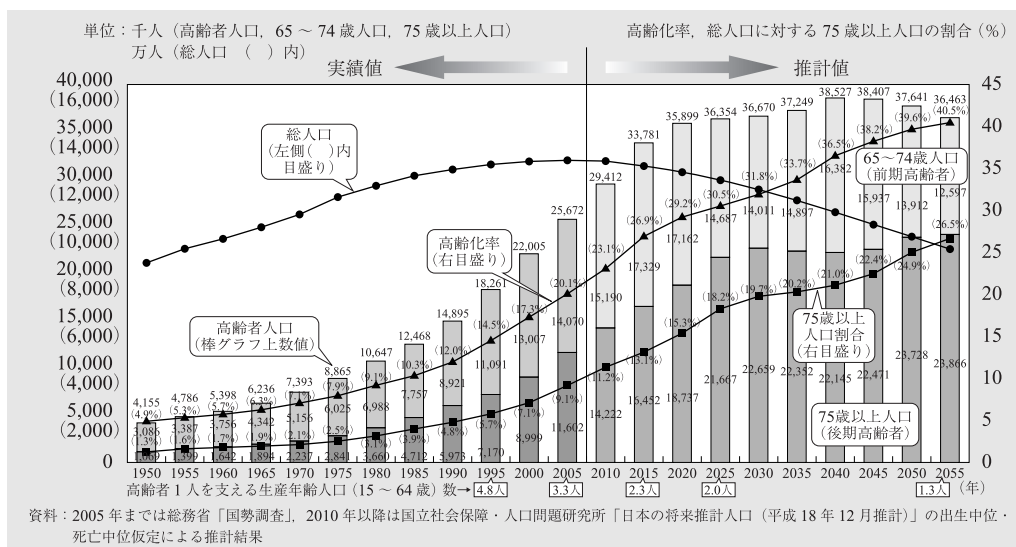


図1 高齢化の推移と将来推計
出典：高齢社会白書（平成 22 年版）

表1 日本人の平均寿命推移
平均寿命の年次推移

(単位：年)

和暦	男	女	男女差
昭和 22	50.06	53.96	3.90
25～27	59.57	62.97	3.40
30	63.60	67.75	4.15
35	65.32	70.19	4.87
40	67.74	72.92	5.18
45	69.31	74.66	5.35
50	71.73	76.89	5.16
55	73.35	78.76	5.41
60	74.78	80.48	5.70
平成 2	75.92	81.90	5.97
7	76.38	82.85	6.47
12	77.72	84.60	6.88
13	78.07	84.93	6.86
14	78.32	85.2	6.91
15	78.36	85.33	6.97
16	78.64	85.59	6.95
17	78.56	85.52	6.96
18	79.00	85.81	6.81
19	79.19	85.99	6.80
20	79.29	86.05	6.76

注：1) 平成 12 年まで及び平成 17 年は完全生命表による。

2) 昭和 45 年以前は、沖縄県を除く値である。

出典：厚労省「平成 20 年簡易生命表の概況について」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life08/index.html>

1-2 日本の高齢者支援

現在、世界一の高齢化大国である日本は、将来さらに高齢化が進む。このような社会において、高齢者が安心して生活していくには、国や社会の支援が必要であることは言うまでもない。日本は、原則すべての国民が社会保険制度に加入することで、社会全体で高齢者を支える制度である。では、このような高齢社会を支える社会福祉制度や医療制度はどのような変遷をたどってきたのだろうか。日本の高齢者向け社会保障制度、特に介護分野に関する現状と問題について考察してみたい。

日本における社会福祉制度は、「日本の高齢者介護政策における介護概念の変遷」(木下)によれば戦後 7 つの時期区分ができるとしている。第 1 段階である戦後から 1950 年頃までは、社会福祉政策は高齢者に対する支援よりも、生活保護に注力が置かれ、第 2 段階である 50～60 年にかけて、社会保障制度委員会による「社会保障制度に関する勧告」(1950 年)、「老人福祉法」の施行(1963 年)等が実施されたことが、高齢者支援のはしりであるとしている。その後第 3 段階である 1970 年から 80 年にかけては、公的支援として老人ホームの整備が進められるとともに、老人ホームの在り方も「収容の場」から「生活の場」へと変わってきた。第 4 段階となる 80 年代は、「高齢社会」に近い将来日本に到来することが基本認識となるとともに、従来の老人ホームでの介護支援から住宅介護へ転換を図っていく政策が実施された。あわせて、保険・医療・福祉の各社会保障分野の連

<被保険者・受給権者，保険料>

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	65歳以上の者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者
受給権者	・要介護者 ・要支援者	・上のうち、初老期認知症、脳血管障害等の老化に起因する疾病によるもの
保険料負担	・所得段階別定額保険料 (低所得者の負担軽減)	・健保：標準報酬×介護保険料率 (事業主負担あり) ・国保：所得割、均等割等に按分 (国庫負担あり)
賦課・徴収方法	市町村が徴収 ※ 年齢年金給付等が年額18万円以上ある者は公的年金からの天引き、それ以外は市町村において普通徴収	・医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付。

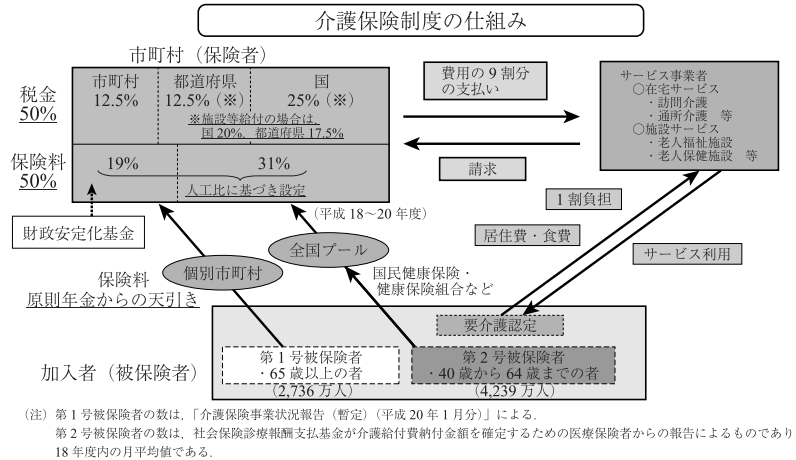


図2 介護保険制度の概要

出典：厚生労働省 http://www.sia.go.jp/infom/text/shakaihosyou03_4.pdf

携の必要性が認識された時代であった。さらに第5段階となる90年代には、社会保障費に占める福祉の歳出が増加していく中で、94年に高齢化社会福祉ビジョン懇談会によって「21世紀福祉ビジョン～少子・高齢化社会にむけて～」が報告された。この中で高齢者支援は「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること」と定義された。第6段階となる95年以降は、新しい高齢者支援制度として、97年に「介護保険法」が施行された。介護保険制度の概要について図2に示す。この制度は①高齢者介護に対する社会支援体制を整備すること、②利用者本位のサービス体系を確立すること、③社会連帯により介護費用を確保すること、を目的としている。具体的には、第1条において「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理、その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」と定義し、「入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作」をその介護の範囲としている。

2000年代に入ると、高齢者の尊厳を支えるケアを重視する制度が実施されるようになった。具

体的には、高齢者の自立支援を前提としつつ、いったん要介護となった高齢者や老人ホームに入居した高齢者に対しても、支援を通じて改善を図り、再び在宅での生活が可能となるよう、支援を実施するほか、認知症高齢者等に対する、「尊厳を確保すること」が重要であるとされた。

さて、日本における高齢者支援に関する政策を見てきたわけであるが、特に80年代以降基本理念が「老人ホームでの介護」から「在宅での自立した生活」に転換されていく中で、97年に成立した「介護保険法」は高齢者支援政策の一大転換であったといえよう。しかしながら、期待に反してこの介護保険制度は老々介護に代表されるさまざまな弊害をもたらしたと指摘されている。

介護保険制度が社会にもたらしたさまざまな影響についてであるが、日本の高齢者支援政策は、「在宅での自立した生活」を基本理念としているが、これは一方で同居する家族にとっては大きな負担となっていると指摘されている。特に、老夫婦二世帯などの場合は、高齢者が高齢者を介護するといった事態となり、介護疲れによる無理心中等の事件がニュースとなることもしばしばである。

こうした問題に対する解決の期待を背負って介護保険法は2000年4月に施行された。厚生労働省の資料によれば、現在、介護保険の対象となる65歳以上の被保険者は、2,858万人に対して要介護認定者総数は476.7万人となっている。一方、はじまって早くも10年が経過しつつある今日では、介護保険に対する問題点が数多く指摘されている。こうした問題点を考察することで、近い将来迎える超高齢社会に対しても一定の予測が可能であろうと考えられる。

(1) 高齢者介護家族のストレス

介護保険法が施行された2000年4月以降も、新聞やメディアで、高齢者を介護する家族の家族内暴力事件が多数報道されている。朝日新聞によると、介護による精神的負担等を理由とする家族心中事件は、2003年から2007年までの5年間に100件以上あるとのことである。そのうち、男性(68件)が加害者となるケースが最も多い。男性は、家事が苦手だったり、地域社会とは疎遠だったり、周囲に対し支援を要請する姿も消極的で、近隣住民や親族が援助を申し出ても、「親族や他人に迷惑をかけたくない」「自分が最後まで妻の面倒を見る」「介護が生き甲斐なので任せたくない」と拒んでいたケースが多いそうである。また、要介護者の悪化する病状を目の当たりにしたときに絶望感を抱くことが多いとの調査結果が報道された。

また、一般的に、認知症を抱える介護者は、認知症に伴う鬱や妄想や幻覚など、徘徊や睡眠障害や攻撃的行動があるので、介護家族のストレスがたまりやすいといわれている。夜間介護、食事・座位自立度低下とアルツハイマー型認知症に伴う介護者の体と健康への負担が重いため、一人の高齢者を介護することは、最低二人の介護者が必要であるとの専門家の意見もある。

そして、もし24時間で介護を行う必要がある場合、介護者の日常的就職にも影響を与える。収入減少に伴う経済上の介護家族のストレスも無視できないものとなっている。

このように、我が国では、高齢者に対する身体的・心理的虐待、介護や世話の放棄・放任等が、家庭や介護施設などで表面化し、社会的な問題となっている。国はこうした問題に対応するため、平成17年11月1日、「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」

養護者による高齢者虐待への具体的な対応 (市町村における事務の流れ)

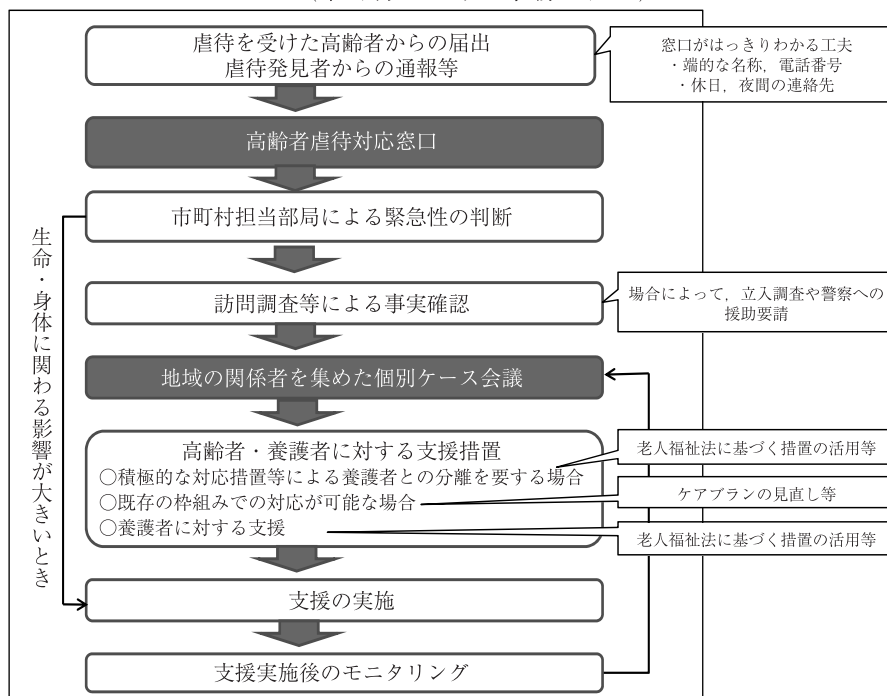


図3 高齢者虐待防止法における具体的な対応
出展：厚生労働省「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の概要より抜粋

(以下、「高齢者虐待防止法」という。)を策定し、平成18年4月1日から施行した。本法律では、65歳以上の者を「高齢者」と定義し、虐待の定義を①身体的虐待(暴行)、②養護を著しく怠ること(ネグレクト)、③心理的虐待(著しい心理的外傷を与える言動)、④性的虐待、⑤経済的虐待(財産の不当処分、不当に財産上の利益を得ること)と定義している。また、養護者への虐待を見つけた場合は、市町村が窓口となり相談や必要な対応を行うこととされている。具体的な対応方法について、図3に示す。

さらに、本法律では毎年、養護者等の高齢者虐待等の対応状況を調査することが定められている。しかし、この法律によっても高齢者虐待の改善に至っていない。平成20年度の調査によれば全国の1,800市町村(特別区を含む)で受け付けた養護者による高齢者虐待に関する相談・通報件数は前年度より8.6%を増加し、21,692件であった。そのうち、95.7%は「事実確認調査」を行い、虐待を受けた又は受けたと判断した事例が14,889件を確認した。

居住状況から見ると、「虐待者と同居」が86.0%と、8割以上が虐待者と同居であった。被虐待高齢者からみた虐待者の続柄は、「息子」が40.2%と最も多く、次いで「夫」が17.3%、「娘」が15.1%の順であった。

また、虐待の種別・類型について、「身体的虐待」が最も多い63.6%であり、次いで「心理的虐待」

が38.0%、「介護等放棄」が27.0%、「経済的虐待」が25.7%、「性的虐待」が0.8%であった。そして、被虐待者について、「女性」のほうが「男性」の約4倍とした。

また、虐待への対応としては「被虐待高齢者の保護と虐待者からの分離」が考えられるが、本調査によると、経済的理由や従業員不足などいろいろな現実の問題で、「被虐待高齢者と虐待者を分離していない事例」は59.2%であった。

さらに、市町村における高齢者虐待防止対応のための体制整備などについて、平成20年度末の状況を13項目で調査している。いずれの項目も昨年度より実施率が上昇し、体制整備及び取り組みが進みつつあるが、上昇割合は18年度から19年度より鈍化している。それに、「高齢者虐待の対応窓口となる部局の住民への周知」が非常に高い比率で実施済みとなったが、「関係専門機関介入支援ネットワークの構築への取組み」や、「保健医療福祉サービス介入支援ネットワークの構築への取組」や、「独自の対応のマニュアル、業務指針等の作成」などの3項目は、いずれも昨年度より実施率が向上したものの、依然実施率が4割にとどまっており、13項目のうち9項目の実施率が7割未満となった。

以上、高齢者介護における養護者側の視点から介護者のストレスやそれに伴う虐待等の現状を考察してきたわけであるが、国が高齢者虐待防止法を施行した後も、依然として問題は解決していない。これは、本質的に高齢者介護に対する家族の経済的・身体的・精神的な負担が大きいが問題であり、これらを解決するためには、国や自治体がさらに関与していくことが必要であると考えられよう。具体的には、介護者の担い手の拡充、ICTを活用した効率的な支援体制等を推進していくことが重要である。

(2) 介護ヘルパー等介護に従事する担い手の不足

2010年はリーマンショックの影響等を受け、景気低迷の真只中にあるといわれている。では、介護ヘルパーに代表される福祉関連の職業については現在どのような労働環境にあるのであろうか。ここで、2009年11月現在の、東京ハローワークの有効求人倍率を示した次表を見たい。

この求人状況を示す表によれば、総有効求人数9万7千人に対して、職を求めるほうは21万9千人おり、求人倍率は1倍をきる0.44%となっており、確かに現在の日本の厳しい経済状況を示しているといえよう。一方で、介護の担い手となる福祉関連を見てみるとどうであろうか。福祉関連の求人数1万人に対して、求人数は5千人しかおらず、求人倍率は1.98%となっている。つまり、福祉関連の業種に関しては、逆に担い手が不足しており、一般的に厳しい労働環境にあるといわれている情報処理技術者などの業種の約2倍にも上っている。これはいったいどういうことであろうか。

その理由として、福祉業種のイメージとしてよく語られる「仕事がきつい割に給料が安い」といったことが考えられる。次に示すのは、厚生労働省が毎年実施している、「賃金構造基本統計調査」のデータを基にした、主な職業の、平均年齢、平均勤続年数、平均月収、平均賞与の表である。

福祉関連の業種と他の業種と比較した場合、特に勤続年数の低さと、月収の低さが特に目立ち、一般に指摘されているような、福祉関連の業種の厳しさを裏づけるものとなっている。

表2 職種別有効求人・求む職状況（一般常用）（東京）（2009年11月）

有効求人数	職種		有効求人数	求人倍率
	内訳（人）	内訳		
97,501		職業計	219,447	0.44
30,887		専門的・技術的職業	38,996	0.79
8,101		情報処理技術者	10,015	0.81
10,225		福祉関連の職業	5,162	1.98
5,213		介護関連	3,484	1.50
5,012		その他の福祉	1,678	2.99

出典：東京都ハローワーク

http://www.tokyo-hellowork.go.jp/chingin_toukei/tokyo1.html より筆者加工

表3 主な職業の賃金の状況

	企業規模計						平均 年収 (試算)
	年齢	勤続 年数	所定内 実労働 時間数	超過 実労働 時間数	現金 給与額	賞与等	
	歳	年	時	時	千円	千円	
システム・エンジニア	34.7	9.3	157	22	369.8	1032.8	547.0
プログラマー	28.6	4.6	161	20	287.9	534.7	399.0
薬剤師	36.1	5.9	163	11	356.8	766.8	504.8
看護師	35.9	6.8	160	8	322.0	874.7	473.9
保育士（保母・保父）	33.5	7.7	171	4	215.9	634.4	322.5
介護支援専門員 (ケアマネージャー)	44.9	7.1	165	6	260.3	675.3	379.9
ホームヘルパー	43.9	4.4	167	9	211.7	278.6	281.9
福祉施設介護員	35.8	5.2	165	4	215.8	505.0	309.5
社会保険労務士	36.4	6.6	160	25	459.9	3034.6	855.3
高等学校教員	43.7	16.1	166	1	446.8	1875.2	723.7
大学教授	56.9	17.1	161	0	665.5	3234.5	1122.1
記者	36.9	11.9	162	35	491.0	1832.9	772.5
百貨店店員	38.3	10.6	162	8	238.6	526.4	339.0
自動車外交販売員	35.3	11.2	166	10	317.8	849.8	466.3
保険外交員	47.3	10.2	145	1	268.8	523.5	374.9
理容・美容師	29.3	4.9	180	4	230.0	100.4	286.0
警備員	49.8	6.5	171	21	220.1	232.0	287.3
タクシー運転者	56.7	9.6	173	26	250.4	249.8	325.5
航空機客室乗務員	35.5	11.5	143	1	443.8	790.8	611.6

出典：e-STAT <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001022290&cycocode=0> より筆者加工

では、このように厳しい労働環境にあり、担い手となる者が少ない社会福祉関係の仕事について、国ではどのような対応を行っているのでしょうか。こうした労働環境の悪さは以前から多くの専門家が指摘しているところであり、国では介護現場の人手不足を解決するため、介護報酬賃上げ等を目的に2008年4月に「介護労働者処遇改善法」を成立させた。さらに、同年10月には政府・与党が「介護労働者のための緊急特別対策」を打ち出し、2009年4月から適用される新たな介護報酬について、3%のプラス改定が実施された。これにより、介護労働者の賃金は月額で約20,000円程度の賃上げが実現された。こうした賃上げは「介護保険制度」が施行された1997年以降初めてのことである。

特に、夜間のケアや認知症の利用者への対応などに対し、加算をつけるという仕組みが注目される。ところが、介護報酬自体は過去2回（2003年、2006年）にわたり▲4.7%の減額改定がされているため、今回の改定においても当初に比べてマイナスのままになっているほか、報酬の財源構造は変わっていないため、介護報酬のプラス3%がそのまま利用者負担の増加に結びつくといった批判がなされている。

したがって、介護現場の労働環境が抜本的に改善されたとは言いがたい状況が続いているのが現実である。超高齢社会を迎えている日本において、介護保険制度を支える第一線で働く介護従事者の労働環境の改善は必須であろう。そのためには、報酬の改善に加えて、ITを活用し介護業務の効率化を図り、労働環境の改善が必要である。

以上、さまざまな問題点を抱える介護保険制度を中心に日本の高齢者支援政策の変遷を見てきたわけであるが、現在の民主党連立政権はこうした問題に対してはまだ明確な方針を示していない。もちろん、介護保険制度だけでなく社会の不信を招いた年金問題をはじめとする社会保障全般、慢性的な財政赤字の健全化といった日本が抱える多くの課題とパッケージで考えなければならないが、ますます急増する高齢者とそれに伴う社会保障費関係費の費用の増加を見れば、残された時間はあまりに少なく、抜本的な社会保障制度の改革が必要であるといえよう。

では、高齢者問題を考えるうえでターニングポイントと言われる「2025年」はどのような状況になっているだろうか。2025年には高齢者1人を勤労世代二人で支えなければならず、また、高齢者人口は3,600万人を突破すると推計されている。厚生労働省は来るべき2025年の状況に関してのシミュレーション資料を作成している。これによれば、2025年の超高齢社会の特徴として以下の3点を挙げている。

一つは、高齢化問題は「速さ」から「高さ」へシフトしている点である。いわゆる「ベビーブーム世代」は前期高齢者（65～75歳）に到達したことにより、高齢者人口は3,500万人に達し、従来の高齢化の進展の速さよりも、高齢化率の高さの（＝高齢者数の多さ）問題がより深刻となる。

二つ目は、高齢者世帯の増加である。国立社会保障・人口問題研究所の調査によると、2005年には、高齢者世帯は1,340万世帯程度といわれているが、2025年には約1,840万世帯まで増加し、このうち約7割の世帯が一人暮らし・高齢者夫婦のみの世帯と見込まれる。なかでも高齢者の一人世帯の増加が著しく、約680万世帯（約37%）に達すると推計されている。

表4 世界主要国の高齢化率

国名（2005年）	高齢化率（65歳以上人口/総人口）
日本	20.1%
イタリア	19.7%
ドイツ	18.8%
スウェーデン	17.2%
スペイン	16.8%
フランス	16.3%
イギリス	16.1%
アメリカ	12.3%
中国（アジア第2位）	7.7%

出典：高齢社会白書（平成21年版）

三つ目は大都市圏の高齢化である。従来、高齢化は過疎化が進む地方のほうが深刻であったが、今後都市部においても急速に高齢化が進み、高齢者の住まい等の問題が顕在化すると見込まれている。地方から都市への拡大は全国的な社会問題を起こすリスクを内在する。

このように、2025年には高齢化問題も新たな局面を迎えていることが理解できる。特に、高齢者のみの世帯の増加は大きな問題で、いわゆる高齢者が高齢者を介護する「老老介護」の割合が増加し、家族の身体的・精神的な負担はさらに重くなる可能性がある。また、今でも「都会の孤独死」といった痛ましいニュースが報道されることがあるが、こうした独居老人の問題はさらに深刻となっているであろう。

さらに、超高齢社会への危惧は日本だけにとどまらない。主な国別の高齢化率については、厚生労働省が発行している「高齢社会白書（平成21年版）」で公表されている。

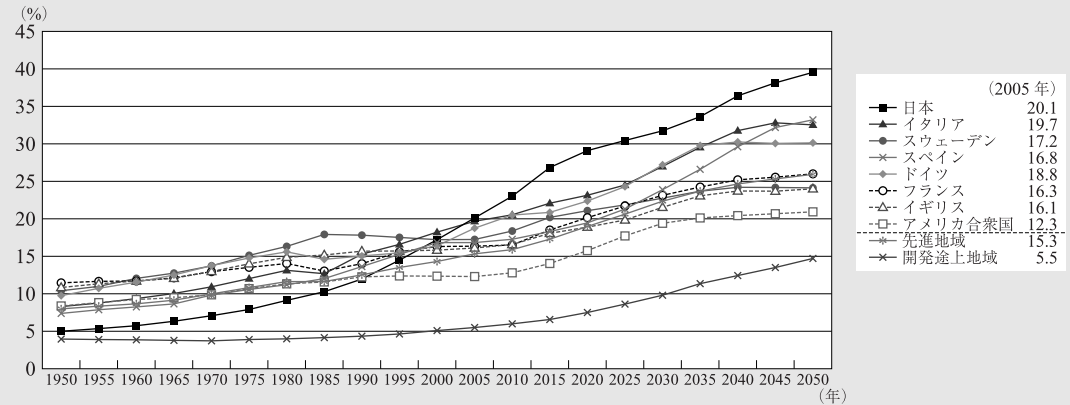
表4のとおり、日本は世界で最も高齢化が進んでいる国であり、2005年現在、唯一高齢化率が20%を超えていることが分かる。その他では、ヨーロッパの各国は15～20%の間に位置し、将来、最も高齢者を抱える国になるといわれている中国は7.7%となっている。また、同白書では、将来の高齢化率の推移についても確認することができる。

図4のとおり、先進国地域では、今後高齢化率の上昇はおおむねなだらかになっているのに対して、アジア諸国ではこれから急速に高齢化率が上昇していくことが分かる。すなわち、2050年ごろには高齢化という問題は先進国のみならず、途上国地域においても深刻な問題になっていることが予想される。全世界的な広がりの中で、今から中長期的な総合対策が必要なのである。したがって、既に高齢化問題が顕在化している日本や他の先進国が必要な対策を行うことが、世界全体で見た場合に極めて重要になってくる。というのも、日本や他の先進国が高齢化問題を適切に対処することで、今後の高齢化を迎える社会への解決策につながっていくからである。しかしながら、日本の対応が決して十分でなく、本書は早期対策の必要性の警鐘を鳴らすものである。

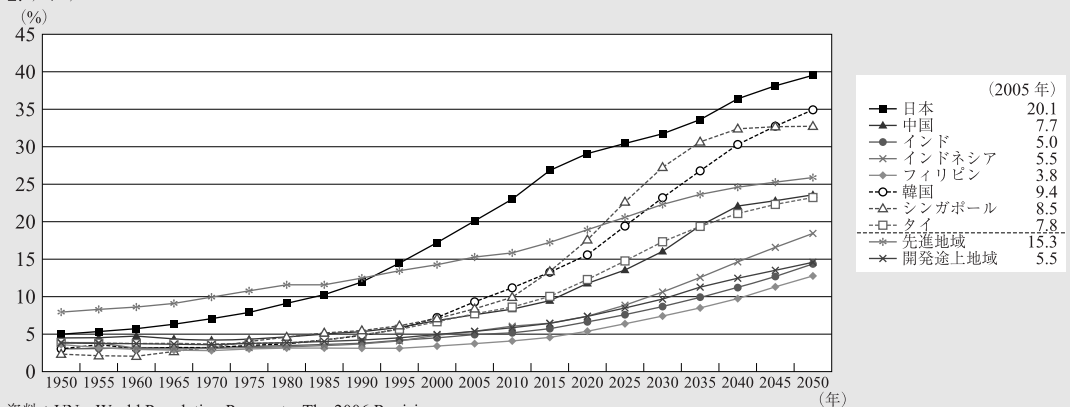
1-3 世界で進む高齢化事情

ここまで、主に日本の急速に進む高齢化の現状について考察してきたわけであるが、こうした事情は程度の差はあれ日本固有のものではない。ヨーロッパをはじめとする先進国は既に少子高齢化

1. 欧米



2. アジア



資料：UN, World Population Prospects: The 2006 Revision

ただし日本は、総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による。

(注) 先進地域とは、北部アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドをいう。

開発途上地域とは、アフリカ、アジア（日本を除く）、中南米、メラネシア、ミクロネシア、ポリネシアからなる地域をいう。

図4 世界の高齢化率の推移

出展：高齢社会白書（平成21年版）

に応じた社会保障制度を構築している国も多い。本節では、まずは世界規模での人口動向を確認したうえで、ヨーロッパ、とりわけドイツ、イギリスにおける高齢者対策の現状、及び急速に高齢化が進んでいる中国の現状を考察してみたい。

1-3-1 高齢先進国の事例ードイツ、イギリスの事例

日本は、現在も高齢化が進行している国であるが、ヨーロッパ諸国では日本よりもかなり早くから高齢化が社会問題となっていた。本節ではこうした国々がどのような取り組みを行い、高齢化社会に対応してきたかについて考察してみたい。本節ではドイツの介護保険制度とイギリスの医療制度について取り上げる。

(1) ドイツの事例

ドイツは、人口約8,000万人に対して、高齢化率が18.8%と比較的日本に事情が近く、かつ、介

護制度が他のヨーロッパ諸国と異なり保険料で賄われている点が日本への参考となる部分が多い。

①ドイツの介護保険制度

ドイツでは比較的介護制度の創設が遅く 1994 年に創設された。その背景には、高齢化に伴う要介護者の増加と少子化の進展、女性の社会進出、一人暮らし世帯の増加等により、従来の在宅介護が困難となったためである。ちなみに、ドイツでは家族女性による介護が全体の 3/4 を占めていたそうであるが、こうした層が高齢となるにつれ、老老介護の問題も大きな社会問題となっていた点などは、日本とかなり類する点が多い。

こうした中で、介護不安をやわらげる切り札としてスタートしたのが公的介護保険である。その目的は、①介護を、無償の奉仕ではなく、有償の社会的労働とみなす、②人生の最後まで自宅で暮らせるように在宅介護を充実させる、③生活保護の受給者を減らす、④高齢者の長い入院を防ぎ、医療保険財政の破綻を防ぐ、といったことである。この保険は、簡単に言えば、「医療保険の介護版」で、保険料を支払うかわりに、介護が必要になった際に、介護サービスや現金を受けられる制度である。保険料は月収の約 1%程度で、中心であった在宅サービスは 1995 年 4 月、施設サービスは 96 年 7 月から給付が行われている。

特徴は、①介護保険の保険者である介護金庫と、医療保険の保険者である疾病金庫の運営がほぼ一体で行われている（財政は別）、②高所得者は医療保険を選択でき、民間医療保険プランに加入する者は自動的に民間介護保険プランに加入する、③現金給付及び現金給付・現物給付の組み合わせを選択できること、④保険料のみで運営されていることなどである。

ドイツでは医療保険による在宅医療活動のネットワークが形成されており、介護保険制度はこうした土壌を背景に医療保険制度の延長線上に創設されている。このため管理運営は一体化し、加入者は医療保険と同一とされ、在宅医療ネットワークが介護に応用されている。

この中で、ドイツの介護保険制度の優れている点は、①高所得者を民間医療保険へ誘導する仕組みを導入していること、②家族介護のインセンティブとして現金給付を導入していること、であると考えられる。

介護保険の目的にあるとおり、介護を「無償の奉仕」あるいは「ボランティア」といったイメージでとらえるのではなく、有償の社会的労働と定義しているドイツの制度では、その実現のため祝日を 1 日減らし労働に当てる等の取組みをしている。あるいは、徴兵制の残るドイツでは、介護者の担い手の確保のために、徴兵の代わりに社会奉仕（介護）を選択することもできる。また、高所得者への民間医療保険への誘導や一般的に専門の介護者よりもコストの安価な家族による介護に現金給付を行うといった制度設計は、常に財源問題とセットで語られる日本の介護制度に有益な示唆を与えているのではないだろうか。

実際、ドイツでは介護制度創設当初、介護者の 8 割が現金給付を選択し、現在も現金給付と現物給付（介護者の派遣）のミックスを選択している人は 2 割程度いるそうである。また、介護保険導入後、州や市町村の財政負担を軽減化するとともにその減少した費用の一部を使って介護施設の整備も図られているほか、介護関連の労働力需要も創出されるなどの効果を生んでいる。他方、サー

ビス供給体制によって州により認定率に格差が生じ問題となっている。また、介護の市場化に伴ってコスト意識が高まり、介護そのものが粗雑になったという批判もあり、こういった点は日本と同じ問題を抱えているといえるであろう。

②日本の制度との比較

これまで、ドイツの介護保険制度の現状について考察してきたわけであるが、日本の介護保険制度と比較した表5を以下に示す。

上記のとおり、日本とドイツを比較した場合、大きく異なる点が三つある。

①日本は、100%の加入を前提とした制度設計なのに対して、ドイツは高所得者に対して、民間保険への強制加入を義務づけている

②日本の介護保険制度における現金給付は、あくまで生活支援補助であるのに対して、ドイツは家族に対して直接現金給付を行い、コストの削減を図っている

③介護サービス利用の際の、利用者負担の有無である。

これらの違いは一概にどちらがいいかという判断は難しいが、本来の介護制度の目的は「増大する社会保障費の抑制と、高齢者の自立した生活を促すために社会全体で制度を支える」べきはずである。こうした観点から言えば、日本よりもドイツの制度のほうが、家族を含め介護の担い手を広

表5 日・独における介護保険制度の比較

	実施主体	対象者・加入率	サービス内容・方式 (現物・現金)	財源	負担方式
日本 介護保険制度 (2000年度～)	市町村が保険者 国、都道府県、 医療保険者等は 市町村を支える	①第1号被保険者 ・65歳以上 ・要介護・要支援状態 ②第2号被保険者 ・40歳以上65歳未満 ・特定疾病により要 介護状態や要支援状態 になった場合 ・強制加入であり、加 入率は100%を前提	現物給付(在宅サー ビス、施設サー ビス)、現金給付(住宅 改修、福祉用具購入 など)要介護者には、 介護認定審査会の判 定結果に応じたサー ビスを給付	利用者が費 用の1割を 負担、残り の9割を保 険給付	社会保険方式第 1号被保険者の 加重平均保険料 基準額は約 2,900円/月(所 得により差あ り)第2号被保 険者は標準報酬 の1%程度(労 使折半)。
ドイツ 介護保険制度 (1994年～)	保険者は公的介 護金庫と民間の 強制介護保険。	医療保険加入者(全国 民の99%)が強制加 入。高所得者が加入す る民間医療保険加入者 は民間介護保険(9%) に強制加入。	現物給付、現金給付。 現物給付と現金給付 の組み合わせ可能。 介護等級1～3に よって給付内容が異 なる。現金給付は民 間の介護サービスか 家族介護かを選択。 家族介護の場合現金 給付のほか、介護者 の公的年金の保険料 が給付される。	保険料のみ。 利用者負担 は原則なし (施設入所時 の食事と宿 泊費は自己 負担)	保険料賦課方式 保険料率は全国 一律1.7%

出典：日米欧アジアの高齢化関連制度比較年金、医療、介護、雇用(改訂版)(2001年8月)日本貿易振興会を筆者加工

く確保している点、社会全体で高齢者を支えていくための仕組みが充実していると考えられるのではないだろうか。もちろん、仮に日本でこうした仕組みを導入しようとするれば、多くの反発を招くのは必至であろう。家族が家族を支えることに対して給付とはいえ何らかの報酬をもらうことに違和感を覚える者も多いだろう。また、高齢者を民間の保険に強制加入させることも日本では現実的ではないと思われる。

しかしながら、現在の日本で介護制度の大きな問題となっている担い手の不足あるいは待遇の問題といった点は、ドイツのように家族に対して一定のインセンティブを導入することで改善される可能性があると考えられる。

今後、日本では海外からの労働者の受け入れ等を行わない限り、労働人口が減少していくことは明らかであり、介護従事者を確保していくことは難しい。そうした中で、ドイツのように家族にインセンティブを与える、あるいは学校教育の一環としてボランティアで介護を行うといった発想の転換、本来の「社会全体で高齢者を支える」といった介護保険制度の原点に立ち戻り、何をすべきかについて考えることが、今の日本に求められているように思える。

(2) イギリスの医療制度

イギリスは、「ゆりかごから墓場まで」という言葉に代表されるように、世界的にも社会保障制度が充実した国であるといわれる。ここでは、その中心制度である「国民保健サービス：National Health Service (NHS)」の変遷と現状を考察したい。

NHSは、あらゆる保健医療サービスを包括的に国民に提供しており、その財源は一般税である。その歴史は古く、1942年のいわゆる「ベバレッジ報告」で掲げられた、包括的な医療制度の理念に基づき、1948年より制度がスタートした。

その仕組みの中心は、プライマリー・ケア（初期治療）とセカンダリー・ケア（二次治療）に分けられる。プライマリー・ケアとして、通常、イギリス国民はGP (General Practitioner) と呼ばれる特定の医師に登録を行い、受診が必要なときにこの登録医師にコンタクトを取る。GPは日本では開業医院や診療所で働いている医師とほぼ同じである。

他方、セカンダリー・ケアは、GPの診断書・紹介書により受診が可能であり、いわゆる総合病院といったものである。こうした仕組みは日本とほぼ同様である。

日本との大きな違いはこうした公的医療制度は、税財源によりすべての費用が賄われていること、公的医療と私的医療とを明確に分けており、私立の病院等での医療は全額自己負担となることである。

一見すると、イギリスの制度は優れているように見えるが、GPの受診は予約制であり、患者が必要なときに受診できる体制（フリーアクセス）にはなっていない。また、医療技術の進歩により費用が増大していった結果、NHSの維持が難しくなり、1980年代のサッチャー政権によって、大幅な改革が行われた。具体的には、歯科サービスのNHS制度からの大幅な除外、中央政府による予算制限強化、公共サービス部門への積極的な市場原理の導入、といったことである。

しかしながら、こうした市場原理の導入は失敗に終わり、逆に医療の質は悪化し、利用者の待ち時間の改善を図ることはできなかった。こうした声を受け、1997年、ブレア政権で提唱されたの

が、「新しい国民保健サービス (The New NHS)」である。

この新しい制度の特徴は、基本的には市場原理を縮小・廃止し、プライマリーケアの充実を重視したものである。特に、医療従事者や病院の充実といったインフラ整備を重視しているのが特色である。

ここまで、イギリスにおける医療制度の概要についてみてきたわけであるが、サッチャー政権による市場原理の導入からブレア政権による揺り戻しまでの流れは、日本における小泉改革とその後の一連の流れと類似点が多い。

現在の民主党政権の医療制度改革の方向性は不透明なところがあるが、日本の医療制度を取り巻く問題を踏まえれば、基本的にはブレア政権で行われた改革と同様なものになる。

ここに高齢化というファクターを加えれば、重視すべきは一次医療の充実であろう。例えば、高齢者向けの介護機能を含むワンストップの医療拠点を作ることにより、医療の効率化と医療サービスの充実といった効果を生むことができる。

以上、高齢化の先進国であるドイツの介護保険制度とイギリスの医療制度について考察してきたわけであるが、次節では、急速に高齢化が進んでいる中国の現状について考察したい。

1-3-2 高齢者大国に向かう中国

近年、盛んに報道されているように中国は、目覚ましい経済成長を遂げている。長年、世界第2位の GDP (国民総生産) をキープしてきた日本は、2010 年にも中国に抜かれると言われ、名実ともにアメリカに匹敵する大国になりつつある。このように、世界経済をリードする中国ではあるが、国内に転じてみると、経済格差などの問題に加えて、特に近年急速に進む高齢化も大きな社会問題となっている。

本節では、現在の中国の高齢化事情を探るとともに、社会保障制度の概要を確認し将来の展望と課題について考察してみたい。

「2008 年国民经济和社会发展统计公报」という中国の資料によれば、中国の現在の人口は 13.28 億人で、うち 65 歳以上の高齢者は 1.10 億人いると言われている。民生部社会福利慈善事業促進司の最新統計によると、全国の高齢者の人口は現時点で 1 億 6200 万人と全人口の 12.79% を占める。中国では高齢化が急速に速まり、今後、高齢者の人口が年平均 800 万人から 900 万人ずつ増加するものと予測される。2020 年には高齢者の人口が 2 億 4800 万人、高齢化の水準が 17% に達する見込みである。さらに 2050 年には重度の高齢化の段階に入り、高齢者の人口は 4 億 3700 万人と全人口の 30% 以上を占めるようになる。つまり 3, 4 人に一人が高齢者になる計算である。すでに、こうした兆候はいくつかの中国国内の高齢化に関する報道に現れている。

Serchchina によれば「民政部は、人口年齢構造は先進国が十数年、あるいは百年以上かかって変化したのに対し、中国においてはわずか 18 年で変化する」との見通しを示した。中国では老年層の人口が大幅に増加、「空巣家庭」(子供が離れて高齢者だけが暮らす世帯) も増えつつあり、家庭での介護機能も弱くなっているという。このように、中国の高齢化社会は厳しい現実を迎えている。

また、2008 年 9 月 27 日、計画生育政策 (一人っ子政策) が最も早く開始された上海では、子供供

を一人しか持たない父母世代が2013年頃から老年（60歳以上）の仲間入りをし、2018年頃に増加のピークを向えるため、扶養や介護のための人員不足問題が深刻化すると予想されていると、新華社通信（電子版）が伝えた。上海市は全国に先駆けて一人っ子政策が実施された地域で、現在、全市の総家庭数の61.06%に当たる305万戸が一人っ子家庭だという。この比率は全国平均よりも39ポイント以上高く、「一人っ子家庭」の割合が突出している。

政策が開始された年代から計算すると、子供を一人しか持たない父母世代が老年の仲間入りをするのは5年後の2013年頃からで、その時に老年となる人口の80%以上を占めると推定されている。10年後の2018年には父母世代が老年入りするピークを迎え、毎年20～30万人の「新老年」が誕生する。これにより、上海市では全国で最も早く一人っ子たちによる扶養と介護の問題に直面することになり、家庭内での介護のための人員不足が深刻化すると予想されている。

このため上海市では現在、各地区の計画生育政策の中心を、高齢者へのサービスや障害児を持つ家庭及び子供を亡くした家庭への補助、経済的に困難な一人っ子家庭への援助などへ転換するとともに、看護・介護保険制度の確立や資金問題の解決策を模索するなど、社会保障システムの整備に力を入れている¹という。

このように、中国においても高齢化が深刻な問題であることが分かるが、日本や他の先進国がいわゆる「多産多死→多産少死→少産少死」といった人口動向を長期間にわたってたどってきたのに対して、中国ではここ数十年の間に急速に高齢化が進んでいる点に特徴がある。その主要な要因は「一人っ子政策」といわれる政策にあることに異論はないであろう。

「一人っ子政策」は中国で1979年に施行された政策である。急激な人口増加を緩和するため、都市部一組の夫婦につき子供を一人に制限し、二人目からは罰金を科すという政策である。農村部の夫婦に関して、一人目が女の子の場合、二人目の出産が認められるという。このように急速な高齢化を招く原因となったこの政策は、2002年に緩和策がとられ、一人っ子同士の夫婦には二人目の出産が認められるようになっている。

次に、中国国内の高齢者支援制度は現状どのようになっているのであろうか。中国の医療制度は、社会主義経済から資本主義経済への転換の中で、いくつかの制度の改正が行われてきた。現在の医療保険制度の出発点は、1998年に国務院により公布された「都市職員・労働者の基本医療保険制度の整備に関する決定」である。従来の労働保険制度は廃止され、「医療保険基金」と「個人口座制度」を創設し、新規に保険掛け金の個人負担が導入された。さらに国家が一定の負担を受け持つことによって財源を確保し、全国統一的制度へ確立する方向を目指した。

この新しい医療制度は「基本保険」、「補助医療保険」、「医療救助」の三つの柱で成り立っている。

①「基本保険」

1998年から実行された新しい医療保険制度の根幹である。その特徴は、①保険料への個人負担の導入、②個人口座制度、③社会保険基金制度の開設、という3点である。保険料は旧制度では企

¹ レコードチャイナ (URL) <http://www.recordchina.co.jp/group/g24360.html>

業の全面負担であったが、新制度では個人も平均賃金（ボーナスを含む）の約2%を本人の医療保険口座に積み立てられる仕組みとしている。一方で企業側は、平均賃金の約6%を医療保険掛け金として負担する。うち70%は医療保険基金に納入され、残りの30%は職員・労働者の医療保険口座に繰り入れられる。医療保険基金は地方政府が主管し、その地方の掛け金をプールして運用しており、運営費用については地方政府の負担である。そのほか一定の国家負担もあるようである。

次に給付のほうだが、医療費が発生した場合、まず上記個人の医療保険口座から支払いが行われる。この口座で賄えないような大病の場合、給付水準は各地方政府が制定しておりさまざまであるが、おおよそ年平均賃金の10%前後、最高給付ラインで年平均賃金の4倍前後の費用が掛かった場合は、医療保険給付から給付される仕組みとなっている。この医療保険給付を超えた医療費用は、全額自己負担となる。

②「補助医療保険」

基本保険部分以外の公的な保険制度として設立している保険制度である。

③「医療救助」

主に非就労者や、低収入で保険料の支払いが不可能な人に対して、各自治体が医療救助制度を設立している。例えば、北京市では2001年12月、「北京特困人員医療救助暫定方法」を実行、低所得者等の医療費用を減免している。

以上、中国における医療制度の現状を見てきたわけであるが、中国の場合、急速に進む高齢化に対して現状十分な対応を行っているとは言い難い。その理由として、中国の社会が経済の急速な成長を背景に、国民のライフスタイルが大きく変化する中で、喫緊の課題である医療保障制度の改革の方が、優先順位の高かったものと推察している。

また、一般的に中国では病院に行く習慣があまりなく、薬を処方して治療を行う傾向が強いといった文化的な事情もあるようである。

さて、このような中国の高齢化事情に対して、ビジネス面を少し触れておきたい。あるデータによれば、中国における60歳以上人口による総収入額は、現在、約3,000億元（約4兆5,000億円）に達すると推定されている。さらに急激に高齢化が進展することを勘案すれば、中国の潜在的なシニアビジネス市場は巨大であることは間違いないと考えられる。特に経済発展の著しい沿岸部を中心に、今後、大きなシニアビジネス市場となっていくであろう。

現在、日本ではさまざまな高齢者向けのサービスが展開されているところである。こうした高齢者に対する健康や生活の豊かさを提供するサービス分野では、日本はバイオニアであり、世界のマーケット、特に中国など、いわゆる高齢化新興国へ展開していくことは、日本にとって重要な成長戦略になっていくものと考えられる。