

[Article]

## A Statistical Interpretation of the Aged Society in Japan

Yasuhiro Oda\*

\* Aino University, Faculty of Nursing and Rehabilitation

### Abstract

It does not seem that we have any sufficiently common ground for discussing the situation surrounding Japan's aged population. It would be productive to present not the conventional, stereotyped image of the socially vulnerable but a new, positive profile of the aged in Japan and their everyday life.

We have analyzed statistical data compiled by some government offices and examined every aspect of elderly people's life from various points of view shown below as key words. Because of the variety of their living conditions it is rather difficult to identify simple factors characteristic to the whole aged population that has reached about 27 million. Studies like this, however, will suggest a way of fitting social security schemes in Japan to the change towards a hyper-aging society.

**Key words :** aging society (longer ALE and lower TFR), family relationship, household economy, social security, aged society (longevity society)

# 日本の高齢者像

——統計的素描——

小 田 泰 宏\*

**【要 旨】** 高齢社会に関する様々な言説においては、高齢者が誰とどこでどのように暮らしているのかについてイメージの錯綜が見られる。共通の認識に基づいた生産的な議論が展開できるよう、65歳以上の高齢者の生活実態を実証的に明らかにする必要がある。本稿で統計的に素描される項目は、配偶者や子どもとの関係、教育や就業を通じた社会参加、所得・消費・貯蓄・住宅などの経済状況、身体的自立の状況から疾病と医療、介護と認知症に至る健康状態、最終的な寿命と死亡にわたる。その結果、約2,700万人に及ぶ高齢者をめぐる状況は極めて多様であり、共約的な特徴を抽出することは簡単ではないことがわかる。しかし、今後こうしたデータを蓄積して、我が国の高齢社会の正確な位置づけを行い、エビデンスに基づく社会保障制度の改革と長寿社会への道筋を明らかにしていくべきである。

キーワード：少子高齢化、家族関係、家庭経済、社会保障、長寿社会

## 1. はじめに——問題と視角

人が何歳から「高齢者」になるのかは医学的には決定できない。90歳を超えてなお現役であり続ける人もいれば、60歳代で病に斃れ介護を受ける人もいる。臨床・研究の上では、65歳以上を高齢者と定義することが多いが、これも老人ホーム入所や居宅介護サービス等老人福祉制度の対象者特定のために65歳以上という便宜的線引き<sup>†</sup>がなされていることに影響されている面が強い（老人福祉法第5条の2第1項ほか）。

日本の65歳以上の人口は約2,700万人で、国民の1/5以上を占める。このように大きな人口集団を一括りにして単一の特徴を抽出することは困難である。このため、65歳以上の高齢者の身体状況や生活実態を網羅的・包括的かつ実証的に明らかにした先行研究は意外に少ない。その結果、高齢者といえば病気がちで年金しか収入がなく様々な支援を当然に必要とする社会的弱者であるとみなすステレオタイプが横行することも未だにまれではない。

一律に65歳以上の者を15～64歳の働き手が支え

\* 藍野大学医療保健学部

† 政策目的によって各制度の対象者の定義は異なる。例えば、「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」では高齢者とは55歳以上の者、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」では高齢者とは60歳以上の者とされている。また、制定時の老人保健法には老人の定義はなく、70歳以上の医療保険加入者を医療給付の対象としていた。なお、「高齢社会対策基本法」には高齢者の定義はない。

ると考えると確かに現役世代の負担が大きく低負担・高福祉の社会保障制度の維持は困難になる。しかし、そこから直ちに自己責任を強調するのは単純すぎる見方であろう。われわれは何歳まで働き何歳まで自立した暮らしを送りたいと思っているのか、自立できなくなった時にはどの範囲で（自己責任でなく）社会連帯によってお互いを支え合うべきであると考えなのか、これからはそういった困難な自己分析と合意形成が必要になるであろう。自己分析や合意形成の基本的な作法は客観的なデータに基づく冷静な（evidence-based）認識と討論である。

以下では、高齢者の実態が広く理解され同じ土俵の上に立った議論が可能となるよう、比較的簡単に入手できる各種の政府統計を利用して日本の高齢者のプロフィールと日常生活の姿を素描してみたい。「日常生活」を過不足なく表現しうる要素に関する仮説については、それ自体別の考察を要するのでここでは深く立ち入らず、本稿の構成をもって示唆するにとどめる。「素描」としたゆえんである。

本稿の構成は次のとおりである。まず、与えられた問題状況としての高齢社会の姿をⅡで確認した後、ⅢおよびⅣで「日常生活」を家庭生活（家族との関係）と職業生活（社会との関係）に分けてそれぞれ俯瞰する。引き続いて、こうした「日常生活」を支える経済状況と健康状況についてそれぞれⅤおよびⅥとして検討し、それらが加齢等に伴って（ある意味では自然に）そこなわれゆく長寿社会ならではのありようをⅦにおいて追究する。そして最後に、残された課題に対する若干の展望を試みることにする。

## Ⅱ. 高 齢 社 会

### 1. 現状と将来推計

まず、現代日本社会における高齢者の人口学的な位置づけを確認するところからはじめよう。

日本の総人口は、約1億2,777万人（男性6,233万人：女性6,544万人）である。うち65歳以上人口は約2,660万人で、総人口に占める割合（高齢化率）は、20.8%、すなわち65歳以上は国民のおよそ5人に1人に相当する。なお、75歳以上の人口は約1,210万人で、総人口に占める割合は約9.6%、つまり、国民のおよそ10人に1人が後期高齢者であるということになる。また、男女の平均寿命の差を反映して、後期高齢者女性人口は後期高齢者男性人口の約1.7倍に達する（以上、総務省「国勢調査報告」平成18年／「平

成18年10月1日現在推計人口」）。

日本で国連基準\*の高齢化率7%を超えて高齢化社会が始まったのが1970年、14%を超えて高齢社会に到達したのが1994年。わずか25年で倍加し、現在では既に3倍加した超高齢社会に突入している。これに対し、ドイツは42年、イギリスは46年、デンマークは53年、アメリカは71年、スウェーデンは82年、フランスは115年かけて倍加しており、日本は欧米の2～4倍の速さで高齢化したとされる。このように日本の高齢化の第1の特徴は、それが世界に例を見ない速度で進行していることである。

また、1947～49年生まれの団塊世代（ベビーブーマー）約678万人†の存在が日本の高齢化の第2の特徴である。総人口の5.3%を占めるこの集団は2012年から2015年にかけて65歳以上となる。彼らはこれまでの高齢者像とは異なる行動様式や意識を有するとされ、高齢社会のあり方に大きな影響を与える可能性がある。

2015年に総人口は約1億2,500万人とやや減少し始める。このとき65歳以上人口約3,400万人、高齢化率は27%で国民のおよそ4人に1人が高齢者になる。20年後の2035年に総人口約1億1,100万人とさらに減るが、65歳以上人口は約3,700万人、高齢化率は34%で国民のおよそ3人に1人が高齢者になる。さらに20年後の2055年には総人口は約9,000万人に減少。65歳以上人口約3,600万人（男性1,570万人：女性2,070万人）、高齢化率は40%超となりピークを迎えると予想されている（以上、社会保障人口問題研究所「日本の将来人口推計2005～2055」平成18年12月）。

このように、21世紀前半を通じて日本社会は徐々に人口を減らしながら引き続き高齢化し続けていくのである。

### 2. 高齢社会の背景——少子化・核家族化・都市化

日本の高齢化は、次のような社会変容の中で進んで

\* 国連報告書「人口の高齢化とその経済的・社会的含意」（1956年）は、当時の欧米先進国の水準から65歳以上人口の全人口に対する比率7%を高齢化の基準とした。その後、この7%以上の人口集団を「高齢化社会」（aging society）、倍加する14%以上を「高齢社会」（aged society）、3倍加する21%以上を「超高齢社会」と区別するようになった。

† 2005年10月現在の人口。出生数は806万人。

いる。

まず第1に、高齢化と同時併行して合計特殊出生率\* (TRF: total fertility rate) の持続的低下、すなわち「少子化」も進んでいる。少子化は前項で述べた高齢化のスピードを高めるとともに、総人口の減少をもたらす。TFRは1940年代後半のベビーブームの頃は4.3を上回っていたが、1970年代に人口置換水準の2.1を下回って以降一貫して下がり続け、1989年の「1.57ショック」<sup>†</sup>を経て2006年には1.32にまで下がった。その原因は、若い世代の晩婚化や非婚化の進行(婚姻率の低下)、さらに結婚しても子供を多く産まない有配偶出生率の低下にあるといわれている(以上、厚生労働省「人口動態統計」平成18年)。

少子化は生産年齢の減少に繋がり経済の縮小や社会の活力低下をもたらす恐れがあるため、様々な対策が講じられているが必ずしも功を奏していない。人口政策は戦前の「産めよ殖せよ」という国策を想起させるので、慎重な提案が求められることもその一因であろう。国際比較をしてみると、日本の合計特殊出生率は、アメリカ、フランス、北欧等より低く、ドイツ、イタリアとほぼ同水準、韓国、台湾、シンガポールよりは高い。フランスでは家族政策として子育て支援に大きな財源を投入しており、政策的努力でTFRが回復する証拠とされている。

第2に、少子化による家族規模の縮小と並んで祖父・祖母世代との別居、すなわち「核家族化」も家族のサイズを小さくしてきた。2006年の世帯総数は約4,753万世帯で、そのうち59%は核家族世帯(夫婦のみの世帯、夫婦と未婚の子のみの世帯、一人親と子のみの世帯)である(厚生労働省「国民生活基礎調査」平成18年)。1960年代から1970年代にかけての高度経済成長時代に農村から都市への人口移動が激化し、農村の世帯人員が減少、都市に流入した若者による単身世帯や小規模世帯が増加した。近年では、高齢化の

進行で高齢者のみの世帯が増えている。

第3に、家族構成員数の縮小を可能とした背景には「都市化」とそれに伴う生活利便の向上がある。多くの先進国と同様、戦後の経済成長期に日本の都市への人口集積も著しく進行した。総人口1億2,777万人のうち16大都市(政令指定都市)の人口が約3,151万人で大都市居住者が約25%を占める。首都圏(埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県)、関西圏(京都府・大阪府・兵庫県)、中京圏(愛知県)の三大都市圏合計居住人口は約5,900万人で総人口の半数に迫る(総務省「平成18年10月1日現在推計人口」)。こうした人口の都市集中の裏側で、人口が減少し高齢化率が高まる農産漁村では、過疎化で冠婚葬祭などの社会的共同生活の維持が困難になる集落の空洞化、いわゆる「限界集落」<sup>‡</sup>化が目立つようになってきている。

### Ⅲ. 家族関係

#### 1. 配偶者との関係

次に、高齢者にとっての最も身近な所属集団(Gemeinschaft)である家族関係についてみていく。今日の高齢者は誰と暮らしている(またはいない)のであろうか。家族規模が縮小する中で、高齢者とその家族の関係も変容を免れない。

日本の2006年の総世帯数は約4,753万(平均世帯人員2.65人)である。このうち、「65歳以上の高齢者がいる世帯」は1,829万世帯で総世帯数のおよそ4割(38%)を占める。その内訳は、単身世帯410万(高齢者のいる世帯の22%)、夫婦のみ世帯540万(同30%)、親と未婚の子世帯294万(同16%)、三世帯世帯375万(同21%)となっている。また、「世帯主が65歳以上である世帯」(高齢者世帯)の数は846万世帯で、総世帯数の18%を占める。

既に述べたように、65歳以上高齢者の単身世帯は410万世帯(男性単独103万世帯:女性単独307万世帯)で高齢者のいる世帯の22%、高齢者世帯の49%に当たり、その比率は年々増加している。男女別にみると、男性は夫婦のみ世帯、女性は単独世帯の増加が大きい。高齢者を含む世帯における新たな核家族化が

\* 当該年次における15～49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女子が生涯に産む子供の数を近似的に示す。この数値が2.1以上のとき、すなわち2人の親から2人強の子供が生まれるときには人口は維持されるが、現在はこれを下回っているため、人口は確実に減少していくことになる。

† 1989年のTFRが1.57になり、それまで丙午(ひのえうま)によって最低を記録した1966年の1.58を下回ったことから、少子化傾向に対する世間の認識と懸念が広まった。江戸初期の八百屋お七の放火事件以後、この年に生まれた女は夫に害をなすという迷信が生まれ、丙午に当たる年には出産数が少なくなるといわれる。

‡ 人口の50%以上が65歳以上の高齢者である集落。国土交通省「過疎地域における集落の状況に関するアンケート調査」(平成19年1月)によれば、対象となった62,271集落のうち7,873集落(約13%)がこれに該当するという。

起こっているともいえよう（以上、厚生労働省「国民生活基礎調査」平成18年）。

偕老同穴という言葉が暗示するように、老後は夫婦で支え合って生きるというのが日本における伝統的なイメージである。現に高齢者の有配偶率は高い。しかしそこには男女差があり、男性の82%には妻がいるのに対し、夫がいる女性は47%と少なくなる。これは、女性の平均寿命が長いこと、夫が妻より高齢である場合が多いことなどによると考えられる（総務省「国勢調査報告」平成18年）。

近年、夫婦を構成しない未婚者・離別者および夫婦を再構成した双方またはいずれかが再婚者\*である割合が男女ともに上昇しており、高齢者の配偶関係は多様化していくであろう（総務省「国勢調査報告」平成18年/厚生労働省「人口動態統計」平成18年）。

## 2. 子供との関係

続いて、高齢者とその子供世代との関係をみってみる。

高齢者のうち18歳以上の子がいる割合は男女ともすべての年齢階級で90%以上に達する（社会保障人口問題研究所「第4回世帯動向調査」平成11年）。この割合は今後の未婚率上昇で低下すると予想されるが、大半の高齢者は成人した子を持つという状況はこしばらく続くであろう。

子育てを終え、（多くの場合成人した）子供と同居している高齢者は少なくない。1980年代には高齢者の約7割が子供と同居していたが、現在では、子供と同居する高齢者の割合（同居率）は45%（男性41%：女性48%）に止まる。ただし、その率は男女とも加齢とともに上昇する（80歳以上では男性50%：女性62%）。また、「配偶者のいない子との同居」は変化していないが「子ども夫婦との同居」は減少し、全体として同居率は年々低下する傾向にある。年齢が高い女性は配偶者との死別割合が高く、それを契機とした再同居も含めて子供との同居率が高くなる。（以上、厚生労働省「国民生活基礎調査」平成17年）。

いつも子や孫に囲まれて老後を過ごすことを望む高齢者は必ずしも多数ではなく、欧米に比べると別居する子供との接触頻度は低い（内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」平成13年）。このように、

\* 再婚時の年齢は男女とも30～34歳が最も多いが、これに次いで多いのが50歳以上である。再婚した夫の22%、再婚した妻の14%が50歳以上である（厚生労働省「人口動態統計」平成18年）。

高齢者は子供からは比較的独立している。しかし、近年話題になっているように子供の方が成人して「独立」したかどうかはまた別の問題である。

## IV. 社会参加

### 1. 教育と就業

人々は、血縁集団に所属しつつ、学校、職場、地域等の二次的集団（Gesellschaft）を選択しながらライフコースをたどる。ここでは、高齢者が社会とどのような関わりを持って今日に至ったのかを垣間見る。

現在65歳以上の高齢者の多くは、第2次世界大戦前の教育を受けている。当時、既に初等教育は普及していたが、高等教育への進学率は相対的に低かった。現在の高齢者の最終学歴でみると、大卒者は男性で2割強、女性でその1/3程度という（岐阜県産業経済振興センター「高齢者市場の活性化に関する調査研究報告書」平成16年3月）。彼らが職業生活に入った1960年代～1970年代の日本は産業の高度化が進行した時期で、新卒者として多くが第2次、第3次産業に就職してサラリーマン化した。その結果、第1次産業人口は現在総人口の5%を切るまでに減少した（総務省「労働力調査」平成19年）。

特に、これから高齢者になっていく団塊世代は、高等教育への進学率<sup>†</sup>を徐々に引き上げつつ地方から都市へ移動した。進学しなかった者も含めそのまま都市部でサラリーマンとして就職した者はこの世代の約7割を占める（内閣府「高齢社会白書」平成19年）。そして、彼らの最初の1人が定年<sup>‡</sup>を迎えた2007年には、労働力不足や退職金負担の問題を生じた。これが「2007年問題」である。そして、団塊世代の最後の1人が65歳以上になるとき（高齢者は約3,300万人になる）に生じるであろう医療・介護負担の問題を「2015年問題」という。

65歳以上の高齢者のうち就業している者（高齢就

<sup>†</sup> 団塊世代の大学・短大進学率は実はそれほど高くなく、この世代が大学を受験した1966～68年においてはまだ17～19%である（文部省高等教育局・大学における学生生活の充実に関する調査研究会報告「大学における学生生活の充実方策について」平成12年6月14日）。

<sup>‡</sup> 日本では多くの企業が60歳定年制を採用していたが、2004年には定年の廃止、延長または再雇用を企業に義務づけるため、「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」が改正された。その背景には、年金の支給開始が65歳に引き上げられたこと、少子化に伴い生産年齢人口が減少したことがある。

業者)は510万人を数える。そのうち115万人が農林業従事者であり、非農林業雇用者の61%は従業員数1~29人規模の企業に勤務している(総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi242.htm>)。自営業者・農林漁業者を含め、65歳以上の就業率は男性29%:女性13%と欧米諸国と比べて高い(総務省「労働力調査」平成19年)。就業形態は、男性では自営業主、女性では家族従業者が多い(総務庁「就業構造基本調査」平成9年)。週当たり就業時間は35時間未満の短時間就業が多いものの、49時間以上働いている者もおおむね多様である。(以上、総務省「労働力調査」平成13年)。65歳以上の無業者のうち、男性15%:女性6%が就業を希望している。就業を希望する理由も「健康維持」、「収入確保」等多岐にわたっている(以上、総務庁「就業構造基本調査」平成9年)。

従来、日本の高齢者は諸外国と比べ勤労意欲、引退年齢がともに高いといわれていたが、これには自営業、農林業従事者の存在が強く関与しており、今後団塊世代サラリーマンの退職者が急増することで勤労意識は変わっていくものと予想される。

## 2. 参加と安全

退職後のライフスタイルについては、当然のことながら個人差が大きく、就労を含む社会参加に関しては、「収入・こづかい」重視派だけでなく「生きがい・人的交流・健康」重視派も存在する。近年のNPO活動の活発化により、社会との関わり方は今後ますます多様化するであろう。

65歳以上の約半数は、「町内会・自治会活動」、「趣味活動」、「健康維持のための活動」等のグループ活動に参加している。年齢の低い層や男性の方が参加率はより高い。一方で60歳以上の男性32%:女性20%が近所との交流がほとんどなく、男性29%:女性21%が親しい友人がいない(以上、内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」平成13年)。

過去1年間(平成17年10月20日~18年10月19日)に何らかの「趣味・娯楽」を行った高齢者は1,701万人で高齢者人口に占める割合(行動者率)は69%(男性72%:女性66%)である。その内容は男女とも「園芸・庭いじり・ガーデニング」(男性37%:女性39%)が最も高く、次いで「趣味としての読書」(男性28%:女性25%)、以下、男性は「日曜大工」(24%)、女性は「編み物・手芸」(17%)となっている。また、過去1年間にインターネットを利用した高齢者は373万人で、行動者率は15%(男性21%:女性11%)で

およそ6人に1人が利用している。「インターネットの利用」の種類別に行動者率をみると、「電子メール」が11%と最も高く、次いで「情報検索及びニュース等の情報入手」が7%、「商品やサービスの予約・購入、支払いなどの利用」が4%などとなっている。さらに、過去1年間に国内観光旅行をした高齢者は1,068万人で、行動者率は43%(男性46%:女性41%)。また、海外観光旅行をした高齢者は153万人で、行動者率は6%(男性7%:女性6%)となっている(以上、総務省「社会生活基本調査」平成18年)。

60歳以上の男性57%:女性45%がほとんど毎日外出している。60歳以上の65%がほとんど毎日自動車を運転しており、居住する都市規模が小さいほどその比率は高い。ほとんど外出しないのは年齢の高い層と女性に多い(以上、内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」平成13年)。65歳以上の交通事故死者数は全体の37%を占め増加傾向にある。そのうち半分は歩行中の事故であるが自動車運転中の死者の増加が著しい(以上、警察庁「交通統計」平成13年)。外出に伴う転倒事故については、男性9%:女性14%が経験している。犯罪被害者は犯罪被害認知件数の9%\*、火災死者数は半分を65歳以上が占める。(以上、警察庁「犯罪統計書」平成12年/消防庁「消防白書」平成12年)。

## V. 経済状況

### 1. 所得と消費(フロー)

高齢者は、以上のような形で社会と関わり合って暮らしている。では、高齢者はそんな暮らしをどのように維持しているのか。ここでは、高齢者の生計の現状を明らかにしたい。

まず、所得の源泉である。高齢者世帯(世帯主が65歳以上である世帯)は所得の70%を公的年金から、18%を稼働所得から得ている。年金を受給している高齢者世帯の60%は年金収入のみで生活している(以上、厚生労働省「国民生活基礎調査」平成18年)。所定の要件を満たす65歳以上の高齢者には約38兆円の老齢年金が支給されている。これは、国民所得373兆円(内閣府「国民経済計算確報」平成18年度)のうちほぼ1割が高齢者に再分配されていることを意味

\* 近年増加している、いわゆる「オレオレ詐欺」事件の被害者の1/4は65歳以上といわれている(内閣府「平成17年版高齢社会白書」)。

する。

次に、所得の水準である。高齢者世帯の1世帯当たり平均所得金額は442万円で全世帯平均564万円と比べて120万円強の差があり、また高齢者世帯の年間所得分布では、300万円未満が約6割を占め低所得世帯が多い。しかし、世帯人員1人当たり平均所得金額は186万円となり、全世帯平均206万円と比べて遜色ない（以上、厚生労働省「国民生活基礎調査」平成18年）。さらに、ジニ係数\*（Gini coefficient）をみると、当初所得では一般世帯0.4252であるのに対し高齢者世帯0.8223と高齢者世帯内での格差が大きい。しかし、税制や社会保障を通じた再分配により0.4129と一般世帯内での格差と同程度にまでは是正されている（以上、厚生労働省「所得再分配調査」平成17年）。

ただし、個人単位で詳細にみると、65歳以上の平均所得は男性316万円：女性108万円と男女差が大きい。年齢階級別にみると、就労している比率が高く公的年金制度の恩恵に浴する低年齢層ほど所得が大きく、個人所得の分布を見ると男性では格差が大きい。なお、女性では半数以上が相対的に低い層に入る（以上、内閣府「高齢社会白書」平成14年）。

高齢者勤労世帯の可処分所得（税・社会保険料を除いた所得）は1世帯当たり平均月額307,983円、消費支出277,474円、差し引き46,260円の黒字。一方、高齢者無職世帯では可処分所得163,023円、消費支出203,567円、差し引き40,544円の赤字である（以上、総務省「家計調査（総世帯）」平成19年）。この場合は、出費の節約、貯蓄の取り崩し、子供からの支援で凌いでいる（内閣府「高齢者の経済生活に関する意識調査」平成12年）。消費の内訳としては食料費とその他の消費支出（子、孫へのプレゼント等）がともに25%を占めており、年金給付を受けつつ親族間では子や孫等への贈与者になっていることを窺わせる（総務省「家計調査」平成18年）。

## 2. 貯蓄と住宅（ストック）

高齢者世帯（2人以上世帯）の平均貯蓄額は、2,429万円で全世帯平均1,722万円の1.4倍となっている。

が、これは約2割を占める4,000万円以上の貯蓄を有する世帯が平均値を押し上げているためである。貯蓄額が大きな世帯に属する者がいる一方で貯蓄がないか極めて少ない世帯に属する者も存在するという格差を呈する。他方、負債残高は100万円未満が約9割を占め、負債が貯蓄を上回る世帯の割合も5.4%にすぎない（以上、総務省「家計調査」平成18年）。なお、60歳以上の者の有する貯蓄額は約900兆円で日本の貯蓄総額約1,500兆円の約6割を占め、金融市場の注目を集めている（住友信託銀行「調査月報」2003年9月号）。

約9割の高齢者は在宅で暮らしており、そのうち約6割は31年以上同じ住宅に住み続けている（内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果」平成17年）。高齢者の住む住宅は一戸建てが81%と多く、所有関係は持ち家84%：借家16%で、総世帯の61%：39%に比べると持ち家率は高い。しかし、一人暮らし高齢者の場合は、持ち家65%：借家35%と持ち家率は低くなる。エレベーター付き共同住宅や高齢者対応型住宅共同住宅住む高齢者世帯の割合もそれぞれ42%、20%に達し、バリアフリーなど高齢者対応の設備工事をした世帯も高齢者世帯のうち15%に及んでいる（以上、総務省「住宅・土地統計調査」平成15年）。

従来、高齢者の間では不動産を子孫に遺すことを親の義務とする意識が根強かったが最近では変化がみられる。不動産譲与については、60歳以上の調査では「そのまま子どもに継がせるべきである」が55%に対し、「資産は自分の老後のために活用（売却など）してもかまわない」が42%となっている。60～64歳では、前者49%、後者45%となり、世代が若くなるにつれて不動産を自分の老後の資産と考えて処分することに抵抗が少なくなる（以上、内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」平成17年）。

このように日本の高齢者は、フローについては平均して総体としてみれば現役世代と遜色ない水準で、ストックに関しても現役世代よりも恵まれている<sup>†</sup>。しかし、子細にみても女性や一人暮らしの高齢者は必ずしも恵まれているとはいえない。

\* 所得分配の不平等度を示す数値。横軸に人員の低額層からの累積百分率をとり、縦軸に所得の低額層からの累積百分率をとって両者の対応点を連続的に結んだ線（ローレンツ曲線）と均等分布線である対角線との間の面積と対角線と横軸・縦軸で囲まれる三角形の面積との比。この値が0に近づくほど平等、1に近づくほど不平等な所得分配の状態になる。

† こうした高齢者の恵まれた側面への反発もある。高齢者を年齢だけで現役世代と別に扱うことに反対する者が49%と賛成する者38%を上回り、反対の中心は男女とも40～50歳代であった（内閣府「社会意識に関する世論調査」平成19年）。

### 3. 所得保障制度

1961年以来、20歳以上の全国民が国を運営責任者（保険者）とする年金制度に加入する国民皆年金体制が敷かれている。年金が支給されるのは老齢、障害、死亡の3ケースであるが、年間給付総額約46兆円（2005年度）の大半は老齢年金が占める。老後生活のよりどころとなるのはこの老齢年金である。

サラリーマンは勤務する会社を通じて加入し給与から天引きで保険料を支払う。自営業者や農林漁業者等は直接保険者に支払う。2008年現在の保険料は、サラリーマンの場合は給与・賞与額の約15%の報酬比例で（ただし労使折半なのでサラリーマン本人の負担はその半分）、自営業者・農林漁業者等の場合は月額14,410円の定額を支払う。そして、高齢化の進行を見込んだ財政見通しにより、2017年までの間に保険料はサラリーマンの場合18.3%（労使折半）まで、自営業者等の場合16,900円まで毎年少しずつ引き上げられることが決まっている。また、保険料以外の財源として基礎年金給付費のおよそ1/3相当の国庫補助が投入されているが、これを1/2に引き上げることが政府の公約となっており、その原資として消費税の引き上げが大きな政治課題となっている。

保険料を最低でも25年間支払い、65歳に達したときに受給できる。したがって、65歳以上の高齢者は原則としてすべて年金受給者である。自営業者や農林漁業者等は定額の老齢基礎年金を、サラリーマンの場合は、高齢で退職すると同時に生活の糧を失うので、老齢基礎年金に加えて現役時代に納付した保険料額に比例する老齢厚生年金等を併せて手厚く受給する。

老齢基礎年金受給権者は約2,430万人、老齢厚生年金等受給権者は約1,380万人に達している。給付月額額は老齢基礎年金で約6.6万円（2007年度・40年加入）、老齢厚生年金で約23.3万円（2007年度・モデル年金\*）に設計されているが、実際の平均月額は老齢基礎年金で約5.8万円、老齢厚生年金等で約17.8万円である。年金額は、被保険者数の減少や平均余命の伸び等のマクロ経済指標を勘案して減額されることがある（以上の数値は2005年度末）。

このように年金制度によって高齢期の貧困が予防されているが、保険料を支払えなかった者等の救済のためのセイフティネットとして、1950年以来、憲法第

25条に規定する生存権を保障するという位置づけを持つ生活保護制度<sup>†</sup>がある。これは、年齢や貧困に陥った原因を問わず、無差別平等に国家責任で一般世帯の7割弱の水準の生活を保障するために食費、衣類購入費、住宅費、義務教育費等を現金支給（医療費と介護費はサービス支給）する制度である。都市部の標準的な高齢者夫婦世帯の生活扶助は、月額約12万円である。

## VI. 健康状態

### 1. 健康と自立

高齢者は病弱というイメージで語られることが少ないが、実態はどうであろうか。

入院者を除く65歳以上の高齢者のうち、自分の健康状態を「よい」または「ふつう」と認識している者の割合は66%である。同じく65歳以上のうち、病気やケガなどで自覚症状のある有訴者は65歳以上人口千人当たり493と半数以下であり、また、健康上の問題で日常生活動作や外出等に支障があるとする者は65歳以上人口千人当たり246で有訴者のさらに半数以下である。こうしたことから在宅する同世代のおよそ3/4は深刻な健康上の問題を抱えていないと推測される（以上、厚生労働省「国民生活基礎調査」平成16年）。

また、高齢者の半数以上が、休養や睡眠を十分取り、規則正しい生活を送り、栄養のバランスのとれた食事をとり、過去1年間に健康診断や人間ドックを受診しているなど、健康の維持増進に日頃から心がけている（内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」平成14年）。

なお、65歳以上の1割以上が「腰痛」、「手足の関節が痛む」、「肩こり」、「もの忘れする」、「目のかすみ」を訴えている。また、65歳以上の1割以上が病院・施術所等に通院する原因としてあげる疾患は「高血圧

\* 夫が平均標準報酬36万円で40年間就業し妻がその全期間専業主婦であった世帯の新規裁定の給付水準で、夫婦2人分の基礎年金を含む標準的な月額。

† 生活保護の財源は全額公費であり、受給に当たっては厳しいミーンズテスト（資産調査）が行われるので、制度の利用にはいわゆるスティグマ（恥辱感）を伴う。年間支給総額は2.6兆円に上り、その3/4を国が負担しているが、国の財政危機のため就労の推進策をセットで講じて自立を促している。経済の不調を反映して約104万世帯が受給しており、そのうち約45万世帯は高齢者の世帯である。その多くは就労が難しい独居者といわれている（厚生労働省「社会福祉行政業務報告」平成17年度）。



症」,「腰痛症」,「白内障」である(以上,厚生労働省「国民生活基礎調査」平成16年)。

このように,日本の高齢者は全体として概ね健康を維持している者が多い。しかしながら,健康で活発なわが国の高齢者も,男女別では女性,年齢別では年齢が高くなるにつれ,有病率が高くなっていく\*。そこで次に,高齢者はどのような病気やどのように治療を受けているのかに焦点を当ててみよう。

## 2. 疾病と医療

健康であると考えられる高齢者が多い一方で,医療サービスの利用頻度は高く「ほぼ毎日」から「月に1回くらい」までの割合の合計が57%に達している(内閣府「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」平成17年)。では,医療サービスの利用者,すなわち患者は何人くらいの規模で存在しているのだろうか。

65歳以上の推計患者数は入院94万人,外来308万人であり,全入院患者の64%,全通院患者の43%に当たる。65歳以上人口の4%が入院し,約12%が外来通院している計算になる。これは65歳以上の受療率が人口10万人対で入院3,639人,外来11,948人であることと一致している。両指標とも女性が男性をやや上回る。入院受療率の高い疾患は「脳血管疾患」,「悪性新生物」,「神経系疾患」などであり,外来受療率の高い疾患は,「高血圧性疾患」,「脊柱障害」,「関節症」,「歯科補綴」,「糖尿病」,「心疾患」などである(以上,厚生労働省「患者調査」平成17年)。

総人口の2割を占める65歳以上高齢者が消費する医療費は年額16兆円で総額の51%に達している。65歳以上1人当たりになると年額66万円で65歳未満1人当たり年額15万円の4.3倍に上る(以上,厚生労働省「国民医療費」平成16年度)。その一因は長期入院にあると考えられている。65歳以上の者の平均在院日数は50.8日と全世代平均の37.5日に比べてかなり長く,65歳以上入院患者の22%は受け入れ条件さえ整えば退院可能な,また,本来は介護ケアが必要な,いわゆる「社会的入院」と推定されている(以上,厚生労働省「患者調査」平成17年)。

このように,長期入院と社会的入院が発生しやすいということは日本の医療の特徴であるとともに,次に述べる健康保険,老人医療等わが国の医療保障制度に

\* 1人の日本人の生涯医療費は約2,200万円で,このうちおよそ半分は70歳以上になってから消費するといわれている(厚生労働省保険局調査課)。

とっては是正すべき問題の根源と認識されている†。

## 3. 医療保障制度

医療サービスについては,1961年以来,全国民が何らかの公的医療保険に加入する国民皆保険体制が完成している。

年金と同様,サラリーマンは勤務する会社を通じて企業等が保険者となる健康保険に加入し給与から天引きで保険料を支払う。自営業者や農林漁業者等は住所地の市町村が保険者となる国民健康保険に加入し保険料も直接保険者に支払う。多くのサラリーマンは定年により,健保を離れて国保に移るが,75歳になるとさらに各都道府県の全市町村で構成する広域連合が保険者となる後期高齢者医療制度に加入し年金天引き等により保険料を支払うことになる。

保険料の水準は,大企業サラリーマンは各企業平均で給与・賞与の7.3%,中小企業サラリーマンは給与・賞与の8.2%(ただし労使折半なのでサラリーマン本人の負担はともにその半分)。自営業者等の場合は,全国平均で年約8万円とされているが市町村間の格差は大きい。後期高齢者医療制度の保険料は全国平均で年約7.2万円である。なお,後期高齢者は受診機会が相対的に多く,したがって医療費も多く消費するから,後期高齢者自身の保険料でまかなえるのは後期高齢者の消費する全医療費の1割程度に止まり,4割程度は69歳未満世代の保険料から,5割は国,都道府県,市町村の公費から充当される。

医療サービスの給付範囲は,予防的・審美的な治療,高度先進医療,個室などの個人的嗜好に関するものを除くほとんどすべてのサービスに及んでいる。かかった医療費の何割を保険がカバーするかという給付率は原則として,小学校入学以前は8割,その後69歳までは7割,70歳以上は9割(したがって医療機関窓口での患者負担はそれぞれ2割,3割,1割)となっており,これを保険者が病院・開業医に支払う。

被保険者は受診する医療機関を自由に選べ,受けるサービスの上限はない。ベッド数に比して相対的に医

† かつての特例許可老人病院や療養型病床群,現在の療養病床といった類型区分は社会的入院患者の存在する領域を分離して対策の対象にしようとする政策努力の表現とみることもできる。介護保険適用の療養病床の廃止方針が示されているのはその一例である。

‡ 準戦時体制下の「銃後の安定」を図るために旧国民健康保険法が施行され(1938年),その加入促進キャンペーンの中で用いられた言葉とされている。

師・看護師数が少なく\*、既に述べたように福祉政策の遅れから社会的入院も多く平均在院日数も40日弱と欧米諸国に比べて3～4倍長くなる傾向が指摘されている。

このため、医療費総額は、国民所得のおよそ9%に相当する年間約32兆円に達する。また、医療費のうち約35%は公費によって賄われているが、その額は国・地方公共団体を通じた財政再建のため削減されつつあり、高齢化の進展と経済成長の制約も相俟って困難な保険経営が続いている（以上、厚生労働省「国民医療費」平成16年度）。

## Ⅶ. 長 寿 社 会

### 1. 介護と認知症

高齢で健康を害した場合、自立できるまでに回復して退院するのでない限り、障害を抱えて残りの人生を送ることになる。また、高齢者の疾病は慢性にわたって根治・全治が見込めない場合も多く、病を抱えながら日常生活を続ける（一病息災）ための支援への需要が高まっていく。こうして、多くの高齢者は治療（cure）よりも介護（care）が必要となる。では、介護を必要とする高齢者や認知症の高齢者はどのくらいの規模で存在するのであろうか。

65歳以上の要介護等認定者数は425万人、65歳以上の介護保険1号被保険者（2,676万人）の16%に相当する。425万人の65%は後期高齢者であり、要介護状態になる確率は年齢が高くなるにつれて上昇していく。相対的に長命な女性の方が要介護者状態になる割合が大きく、その率はやはり年齢とともに上昇する（以上、厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」平成18年度）。介護が必要になった原因は「脳血管疾患」、「老衰」、「骨折・転倒」、「認知症」の順で多い（厚生労働省「国民生活基礎調査」平成16年）。

要介護等認定を受けた者全員が介護サービスを利用するわけではない。ヘルパー派遣やデイサービス利用など居宅サービスの受給者は月平均約257万人、65歳以上の10%に相当する。介護施設入所者は

月平均約81万人（特別養護老人ホーム39万人・老人保健施設30万人・介護療養型医療施設12万人）、65歳以上の3%に相当する（以上、厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」平成18年度）。入院患者と併せ163万人<sup>†</sup>（65歳以上の6%程度）が施設に暮らしている。

施設にいる高齢者の中にも在宅者の中にも認知症に罹患する者がいる。認知症の高齢者数は2005年に205万人、高齢者全体の約8%に相当する。2035年には倍増して445万人、約12%に達すると予測されている（以上、厚生労働省推計）。認知症の介護には大きな困難を伴うため、介護者・要介護者の共倒れが懸念されている。

要介護者の66%は同居する親族の介護を受けており、その続柄は、配偶者25%、子の配偶者20%、子19%で、これら親族介護者の75%が女性である。60歳以上の介護者が56%を占め、要介護5になると半数以上は終日介護を要する（以上、厚生労働省「国民生活基礎調査」平成13年）。男性介護者の56%、女性介護者の68%が介護に伴うストレスを感じている（厚生労働省「国民生活基礎調査」平成16年）。こうしたことも遠因となって要介護者に対する介護者による虐待の問題も報告されている<sup>‡</sup>。

### 2. 寿命と死亡

介護や認知症をめぐる問題は、死亡率が低下し長生きが可能になってはじめて生じてきた高齢化と裏腹の、いわば長寿社会ならではのアポリアである。

日本人の平均寿命は、男性79.2歳（世界3位）、女性85.9歳（世界1位）である（厚生労働省「簡易生命表」平成19年）。平均寿命の伸びの要因は男女とも60歳以上の死亡率の改善であって、特に男性では悪性新生物、女性では脳血管疾患の死亡率の改善による寄与が大きいと考えられている。大きな背景としては、公衆衛生の向上や医学・薬学の進歩に加え、戦争や大規模災害による大量死をみなかったことも忘れてはならない。

\* 人口千人当たり病床数14.1、病床100床当たり医師数14.3、病床100床当たり看護師数63.2が日本の水準であるが、フランスでは同じ順で7.5、45.6、103.1であり、アメリカに至っては同じ順で3.2、75.9、233.0に達する（OECD "Health Data 2007"）。一般に、日本の人口当たり病床数は欧米の3倍、病床当たり医師数は欧米の1/3といわれている。

<sup>†</sup> 介護療養型医療施設とは病院の一病棟または一部病床であり、その入所者数はここでは入院者数の方にカウントされている。

<sup>‡</sup> このため、アメリカ・韓国に次いで日本でも2005年に「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が制定された。この法律は高齢者（要介護者）の人権擁護のみならず養護者（介護者）に対する支援プログラムを含む点に特徴がある。

健康寿命\*についてみれば、男性 72.3 歳、女性 77.7 歳であり、ともに世界 1 位ではあるものの、平均寿命をかなり下回る（WHO “World Health Report 2003”）。寝たきりや認知症により介護を受ける高齢者の増加が影響しているものと思われる。

65 歳以上の死亡者数は 89 万人（男性 45 万人；女性 44 万人）。高齢者の人口 10 万対死亡率は 3,462（男性 4,153；女性 2,954）。65 歳以上の死因は、「悪性新生物」、「心疾患」、「脳血管疾患」の順に多く、この 3 大疾患による死亡者は合計 52 万人、65 歳以上の死亡者の 58% を占める。死因上位が結核、脳卒中、肺炎であった 1950 年代とは疾病構造が大きく変化している。

死亡の場所は病院・施設が 85% を占め、死の場所として在宅を望む者は多いものの現実にそれが可能であったケースは 12% に止まる（以上、厚生労働省「人口動態統計」平成 17 年）。その結果、人の死が日常から隔離されて単なる治療の終局と認識される傾向も指摘されており、肉体の消滅のみならず精神や魂の（spiritual）完結という視点からターミナルケアを含む終末期医療のあり方が問われ始めている。

### 3. 介護保障制度

2000 年に至り、介護需要の増大に応え、同時に医療保険にかかる高齢化の財政的な重圧を減殺するためあって、介護サービスを提供する公的保険制度が導入された。これは、市町村が保険者となって 40 歳以上の全住民を対象に新たに保険料を徴収し保険給付を行う仕組みである。

現役世代は加入している医療保険料に追加して（ただし労使折半なのでサラリーマン本人の負担は半分）、65 歳以上の高齢者の多くは年金からの天引きで保険料を支払う。保険料額は 3 年ごとに介護費用の増大に対応して引き上げられる仕組みになっている。65 歳以上の高齢者（第 1 号被保険者）の保険料は全国平均で月額 4,090 円に止まり、これで賄える介護費用は給

付費全体の 2 割弱に止まる。3 割強は 65 歳未満世代の保険料から、残余の 5 割は国・都道府県・市町村の公費から充当される。ただし、65 歳以上人口増加に伴って第 1 号被保険者の負担割合は高まっていく仕組みになっている。

保険者が認定する介護必要度の上限の範囲で、被保険者は、ホームヘルパー派遣やデイサービスなどの居宅サービス、および介護保険施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設）への入所サービス等の費用の 9 割を保険から給付される。サービス費用の 1 割と施設入所した場合の食費や光熱水費は自己負担する。なお、受けるサービスの種類や量を限度額の範囲内で調整するケアマネジメントについては自己負担を要しない。

日本社会の急速な高齢化に伴い短い期間に 65 歳以上の受給者は 352 万人（地域密着型サービス受給者を含む）、自己負担分を除く給付総額は年間約 5.6 兆円（居宅サービス 2.7 兆円；地域密着型サービス 0.3 兆円；施設サービス 2.5 兆円）。に達した（厚生労働省「介護保険事業状況報告年報」平成 18 年度）。そのおよそ半分に公費が投入されている。医療保険と同様に財政上の困難が予想されるため、給付を介護予防に重点化する政策が講じられつつある。

## VIII. お わ り に —— 課題と展望

将来の高齢者の姿は簡潔に要約できるほど一様ではない。しかし、母集団や調査年度等に相当幅のある諸統計からの推測ではあるが、近似的な最大公約数を次のように表現することはあながち不自然ではないであろう。すなわち、「多くの高齢者は健康を維持して働き続け、または長い余生を楽しむことができる。その一方で介護を要する寝たきり、認知症の高齢者や各種支援の網の目から漏れる一人暮らしの高齢者が増えていく」と。

したがって、今後の高齢者を単純に年齢で一まとめにして画一的な対策の対象とすることは適切ではない。多様な生活実態・意識に応じ、地域での暮らしの中で発生する個別・具体的なニーズにきめ細かく対応していくことが望まれる。2008 年 1 月に設置された福田前首相の諮問機関である社会保障国民会議が主張する社会保障制度の「機能強化」† とはそのような内容で

\* 平均寿命から介護等を要し自立した生活ができない期間を減じた値で、WHO が 2002 年に提唱した概念である。しかし、その算出方法には不明の点が多い。

† 公式の説明は、① 介護は老人福祉法、医療は老人保健法と制度が分立しているため、本来介護を要する高齢者に対し福祉よりも負担の低い病院で高額な医療が施されるという矛盾を是正すること、② 介護に社会保険を導入することによって権利性を高めて制度利用のスティグマを払拭するとともに増税が困難な中で保険料という新たな財源を得ること、というものである。

‡ 社会保障国民会議は、今後の社会保障のあり方をまとめた中間報告（2008 年 6 月）において、ここ数年の社会

なければなるまい。

ところで、2008年4月から施行された75歳以上を対象とする高齢者医療制度に対しては、国民の強い反発が起こったことは記憶に新しい。保険料負担の引き上げと年金からの天引き、保険証送付や保険料額計算のミス等指摘された問題点は多岐にわたるが、「後期高齢者」という制度のネーミングにも拒否反応が強かった。高齢者の中で特に75歳以上を括り出す医学的特質や社会的意義の説明が十分にできなかったことが原因であろう。本稿では65歳以上を対象としたが、75歳以上について同様の分析を行えば、あるいはその人口集団に特有の何らかの特徴を指摘できるかもしれない。しかしながら、現行の各種統計で75歳以上を再掲して他の年齢階層と比較できるようになっているものは少ない。今後の統計整備に期待したい。

本稿冒頭(Ⅱ.の1.)でみたように、後期高齢者は総人口のおよそ1割になんなんとしている。この時期に高齢者医療費の負担を再構成する制度改革が行われたことは興味深い\*。社会保障制度の適用対象者の範囲と財政的持続可能性の関係をどう設計するかは国民の老後の人生設計に大きな影響を与える。高齢者イコール65歳からという固定観念にとらわれず、75歳までは働き続けることを可能にする仕組みを前提に、社会保障制度上の高齢者とは総人口の高齢上位10%に含まれる者と定義することも検討に値する。そして、その検討の方向は、高齢者になりつつある団塊世代の勤労と引退に関する考え方に大きく左右されるものと思われる。

## 参考文献

- Administration on Aging, U.S. Department of Health and Human Services. A Profile of Older Americans: 2005. Washington, D.C.: Administration on Aging, U.S. Department of Health and Human Services; 2005.
- エイジング総合研究センター. 少子高齢社会の基礎知識——図表でわかる 改訂版. 東京: 中央法規出版; 2008.
- 厚生統計協会. 国民衛生の動向 2007年. 東京: 厚生統計協会; 2007.
- 厚生労働省. 厚生労働白書 平成19年版. 東京: ぎょうせい; 2007.
- 総務省統計研修所. 日本の統計 2008. 東京: 総務省統計局; 2008.
- 内閣府. 高齢社会白書 平成14年版. 東京: 財務省印刷局; 2002.
- 内閣府. 高齢社会白書 平成20年版. 東京: 佐伯印刷; 2008.

保障の「構造改革」が制度の財政的持続可能性を強調するあまり給付抑制に走って少子化等の課題に十分に対応できず、また「医療崩壊」等改革の過程で新たに問題を生じているとして、国民生活の安全と安定に必要なサービスを確保する社会保障の「機能強化」への転換とそのための財源確保を打ち出した。

\* 65歳以上人口が総人口の1割を超えたことが明らかになったのは1985年の国勢調査である。その直前の1983年には増え続ける老人医療費の分担関係を再編する老人保健制度が成立している。