

超高齢社会に求められるもの

— 人生の最期まで生きがいがある日々を過ごせる社会づくり —

特定非営利活動法人
政策形成推進会議

(要点)

1 問題意識

私たちが望む超高齢社会は、高齢化にまつわる暗いイメージが払拭され、国民がこそって長寿を喜び、国の将来に明るい展望を抱くことができる社会である。

そのためには、働く意欲と仕事遂行能力がある高齢者には、社会の支え手として活躍してもらう「生涯現役社会」の実現をめざす必要がある。しかし、同時にそれは、自己努力が報われるだけの受け入れ態勢が整っている社会でなければならない。また、自立して生活できない人には、社会が温かい支援の手を差し伸べる必要がある。

急激な少子化が起こっていることが、高齢化が社会に与える影響を一層大きくしている。少子化と高齢者の増加が続く限り、少ない現役世代が多くの高齢者を支えなければならない構図は変わらない。超高齢社会が直面する問題の影響をできる限り小さくするためにも、少子化対策は極めて重要である。実効ある少子化対策の着実な実行が求められている。

高齢者は多様であり、高齢者の働き方も多様であってよい。どのような働き方を選択するかは、高齢者自身の意思に委ねるべきである。しかし、収入を得ることを目的としている人には、それがかなえられる環境や条件が社会に整っていかなければならない。

雇用の延長は、定年制の廃止又は定年年齢の延長で行われることが望ましい。高齢者の雇用継続の70歳延長を労使双方にとって有意義なものにするためには、企業が高齢者を雇用しやすくなるように、日本型雇用システムを再構築する必要がある。

社会保障制度の行き詰まりは、制度創設当時想定していた人口構造や経済状況が時代の変化とともに大きく様変わりしたことに起因している。少子化に伴う人口の減少と高齢化は今後一層進むことが確実であり、社会保障給付費の削減には限りがある。

あるべき政府の姿は「小さな政府」だとする新自由主義は失敗に終わった。「小さな政府」では生活に必要な基礎的なサービスが公的に満たされず、その多くを市場を通じて個人が自己負担で購入しなければならないため、かえって貧困層が増えて格差が拡大し、ニートやフリーター、母子世帯、単身高齢者を中心に人々の生活不安が高まっている。

2 高齢者の範囲

日本老年学会と日本老年医学会が、高齢者の範囲を75歳以上とすることが適当であるとの提言を行った。しかし、日本人の健康寿命を考慮すると、当面は70歳からとし、今後時期をみて75歳以上に改めることが適当である。

3 高齢化に伴い生じる問題

近年一人暮らしの高齢者が急増しているが、その数はさらに増える見込みである。しかもこれからは、未婚のまま一人暮らしになるケースや離婚したために一人暮らしになるケースが増える可能性が高い。身寄りのない一人暮らしの高齢者の増加は、即貧困層の拡大につながるおそれがある。

わが国の認知症患者は人口に占める割合が〇ＥＣＤ加盟国の中位を大きく上まつており、今後一層増える見込みである。認知症患者は家族間の人間関係に軋轢を生じさせ、自動車事故を起こし、振り込め詐欺に会いやすくなるなど、社会的にも放置できない状況である。

4 健康の保持と医療

健康寿命と平均寿命の差をいかに縮めるかが、高齢者医療の最大の課題である。

近年欧州を中心に「0次予防」の重要性が強調され、疾病の原因となる社会経済条件や環境条件を改善することによって人々を健康にしようという動きが広がっている。特に街づくりにあたっては、そこで暮らすだけで知らないうちに健康になるような街づくりをめざす必要がある。

健康づくりや予防医療は、効果を実証するデータを踏まえて適否を判断する必要がある。中にはかえって健康が悪化し、医療費が嵩むだけのものもあるとの指摘も少なくない。

健康診断や人間ドックのデータを統合して有効活用することも重要な課題である。

医療の内容と医療制度や供給体制を見直し、医療費を抑制する必要がある。しかし、医療費の伸びが現状程度で収まっているのは、これまで診療報酬の伸びを極力抑え、医療供給体制や医療サービスの改善、効率化に努めてきた結果である。高齢化がますます進行する中で、一段と医療費を抑制することは不可能に近い。

やみくもに医療費を削減することは、医療技術の進歩・発展を阻害し、人の健康や生命に悪影響を及ぼしかねない。また、成長分野として期待されている医療や製薬関係のイノベーションに水をかけ、わが国産業の成長・発展に負の影響を及ぼすおそれがある。

高齢者の中には診療所や病院の外来に足しげく通う人もおり、それが外来の混雑や3分診療と乱診・重複検査・過剰投薬の原因になっている。「医療等ID」とAIを活用して、人手をかけずに医療内容をチェックし、無駄な医療を適正化する必要がある。

療養期を病院で過ごすことは医療資源を無駄に浪費するだけである。かかりつけ医(総合医)

を全国的に配置して往診体制を整え、在宅医療に対する人々の理解を得て、その普及を図る必要がある。

その際社会が必要としている総合医の養成が適正に行われず、医師の大都市集中が止まらなければ、国主導で総合医を養成するとともに、医師の地域的偏在を是正するための実効ある措置を講じる必要がある。

人生の最期の段階における医療（終末期医療）への対応は、その人の尊厳ある死をいかにして確保するかという死生観に通じる事柄である。同時にそれは、過剰な医療を排除して、適正な医療サービスを提供する観点からも重要である。すべての国民が終末期医療について普段から家族の間でよく話し合い、自らの意思を文書に記しておくとともに、緊急時に意思を代弁してくれる人を指名しておくことが適當である。

5 働ける限り働き続けられる社会（生涯現役社会）の実現

今後一層高齢化が進むことを考えると、高齢者がいつまでも働き続け、活躍する社会（生涯現役社会）にしなければ社会が成り立たない。

高齢者の働き方は多様であってよい。しかし、一定水準の収入を必要とする人には、それを稼げるだけの就業・就労の機会を社会が提供する必要がある。そのためには、産業構造の高度化と生産性の向上を通じて雇用機会の拡大と賃金水準の上昇を図るとともに、雇用は産業界全体で確保することに転換して中高年の転職を容易にする必要がある。そのうえで失業中の生活扶助を拡充するとともに、国や自治体による転業・転職支援体制を整備することが重要である。

定年制はサラリーマンに特有の不自然な制度である。本人が望み、元気で体力と仕事遂行能力がある限りいつまでも働き続けられる生涯現役社会の実現をめざすためには、定年制を廃止することが望ましい。しかし、定年制は日本型雇用システムを改めない限り廃止することは難しい。

シルバーパートナーシップセンターは、高齢者に世話を仕事に課されている「臨・短・軽」の要件を廃止し、自ら進んで新しい仕事を開拓するとともに、高齢者の「起業」を支援する事業に乗り出すべきである。

高齢者に委員や推進員などの称号を付与して、その力を最大限引き出す機会を数多く設けるとともに、さまざまな事業やイベントに高齢者が活躍できる機会を設けるほか、高齢者が自ら新たに事業を行うことを市町村が積極的にサポートするべきである。

6 高齢者の所得の確保

貧困に陥る高齢者が増えている背景には、身寄りのない高齢者や国民年金しか受給していない高齢者が増えていること、あるいは生活保護費を受給していないボーダーライン上の高齢者

が少なくないことが挙げられる。また近年、未婚や離婚の女性が急速に増えており、今後貧困の女性高齢者が急増するおそれがある。

(1) 公的年金制度の課題と改善策

2004 年の公的年金制度の改正で制度の持続可能性は格段に高まった。しかしそれは、十分性を犠牲にしたものだった。

農業者や自営業者等に対する公的年金として創設された国民年金には、制度創設当初から最低生活を保障する機能が備わっていなかった。さらにマクロ経済スライド制が導入され、年金額が抑制されることになった結果、一段と最低生活さえ保障することができない年金になった。

現在国民年金に加入している人の多くは厚生年金に加入できない非正規雇用労働者や無業者である。国民年金の保険料が定額制で逆進性が強く、低所得者にとって重い保険料負担となっていることが、多くの未加入者や未納者を生む最大の要因になっている。たとえ満額受給しても最低の生活さえできないうえに、保険料の納付期間が短かった場合や満額納付しなかった場合には無年金になり、あるいは低額の年金額しか受け取れなくなる。国民年金額を増額して最低生活費を保障することが、高齢者を貧困から救済するうえで必須である。

厚生年金に加入することができる被用者の範囲が著しく制限されている。厚生年金の加入要件を一定の基準を満たす被用者に限定することに合理的な理由を見出すことは難しい。厚生年金の加入要件はすべて撤廃すべきである。

将来的には国民年金と厚生年金を統合して一元的な公的年金制度に改めるべきである。国民年金と厚生年金とに二分されているのは、歴史的な経緯と農業者や自営業者等の所得の捕捉が難しいことによる。しかし、現状のままでは国民年金加入者を貧困から防ぐことはできない。マイナンバーを活用するなど農業者や自営業者等の所得把握の適正化を一段と進め、負担の公平性の確保に対する国民の理解を得て、国民年金の保険料を所得比例方式に改めて両年金の保険料を統一し、国民年金と厚生年金を統合・一元化するべきである。

その場合、現在の国民年金を厚生年金の仕組みに合わせて基礎年金と所得比例年金の二階建てとし、併せて無年金者や低年金者の最低生活を保障するため、本年 10 月から実施される年金生活者支援給付金を大幅に拡充する必要がある。

高齢者の最低生活は公的年金と年金生活者支援給付金で保障し、現役世代の最低生活は生活保護制度で保障することにして、両制度の役割分担を明確にすることが適当である。そうすることによって、もはや就労を阻害するおそれがない高齢者に対する資力調査を緩和することができる。

(2) 生活保護制度の課題と改善策

生活保護制度は、最低生活を保障する「最後の砦」である。しかし、その運用実態は捕捉率が低く、低所得に喘いでいる人々を救済すべき本来の役割を十分果たしていない。

わが国の生活保護受給世帯数が全世帯に占める割合（保護率）は主要国と比べて低く、自治体の窓口では、「適正化」の名の下にあの手この手で申請を思いとどまらせようとするかのような行為が行われていると言われている。

収入が生活保護基準を下回っているにもかかわらず、自らの意思で生活保護費の受給を申請しない人がいるのは、預貯金を使い果たせず、家宅を手放せない人がいることや、親族に迷惑がかかることを避けたい人がいること、生活保護を受けること自体に強い恥辱感（ステigma）を感じる人が多いこと、誰にも相談せず最初からあきらめてしまっている人がいることなどによる。

生活保護費受給者には住宅費が扶助され、医療や介護の保険料負担や自己負担がないのに、生活保護費を受給しなければ、それらを全額自己負担しなければならないため、生活保護基準のボーダーライン近辺にいる人は、生活保護受給者よりも惨めな生活を強いられている場合が多い。生活保護費の支給対象は生活扶助費に限定し、教育、住宅、医療、介護などに対する扶助は、生活保護から切り離して独立した制度とするべきである。

人々のモラルハザードを防ぎ、不正受給を排除するためには、受給資格を厳正に審査する必要がある。しかし、現在のようなあまりにも厳しい生活保護基準は、例えば資産は死亡したときに国に寄付することを条件に寄託する仕組みを創設するなどにより緩和すべきである。

高齢者が悲惨な状態に陥ることを未然に防ぐためには、高齢者の側に立って親身に相談に乗る相談体制を整備する必要がある。

7 高齢者と地域社会

最低限の生活基盤さえ失われた集落が全国的に広がりつつある。地域で生活していくうえで欠かすことのできないサービスを提供する仕組みを構築する必要がある。その手法として、住民全員が出資して設立する「協同組合方式」を全国的に展開することが望まれる。

老若男女の溜り場であり、住民がお互いを支え合う拠点である「集いの館」を地域単位に設けるべきである。社会から排除され、居場所を失って孤立状態の中で孤独に生活している高齢者が、近隣社会の人々と気軽に交流できてゆっくりくつろげる場、悩みごとを相談できる場、社会の一員として活躍できる場を地域社会の中につくることは極めて重要である。

地方圏に位置する地域社会では、高齢者が移動する手段の確保が深刻な問題となっている。例えば定額制のタクシー料金制度の創設やITを活用したタクシーのシェアリング・システムの導入、地域協同組合などによる実費輸送や会員制の自家用車シェアリングの普及、あるいは自動運転自動車のパイロット的導入を促進する必要がある。

(本文)

1 問題意識

(1) 基本的な考え方

古来不老長寿は人類の果てしない夢であり、寿命が延びることは、諸手を挙げて歓迎し、心から喜ぶべきことである。にもかかわらず高齢化が問題視され、社会に暗い影を落としているのは、誰しも歳をとると心身の機能（認知能力や運動能力）が衰え、人の助けを借りなければ自力で生活して行くことができなくなるおそれがあるからである。また、自立して生活できない高齢者が増えると、社会保障に対する需要が膨み、現役世代の負担が増え、制度の持続可能性が脅かされるとともに、経済活動の縮小や財政状況の悪化など、社会のさまざまな面にマイナスの影響を及ぼすことが避けられないからである。

私たちは、高齢化がもたらすさまざまな問題や課題を解消して、高齢化を問題視する社会の空気を一掃し、長寿を喜び、若い人たちも未来に明るい夢と希望を抱くことができる社会の形成をめざすべきである。

（高齢者が自立可能な社会の実現）

大事なことは、一人ひとりが一生にかかる経費（生涯経費：生計費や医療費など）をできる限り自ら稼ぎ出し、現役世代や後の世代に過大な負担を転嫁しなくても済むように、人生の最期の段階まで元気で生きがいがある充実した日々を過ごせる社会（生涯現役社会）を実現することである。人生 90 年、100 年の時代を目の当たりにしているいま、自助自立の考えを基本に据えて働き方そのものを再構築し、生涯経費を貯うことができる働き方を保障できる社会にしなければならない。

そのためには、一人ひとりが長い人生行路をどう生きるか真剣に考え、健康づくりに心掛け、絶えず新しい知識や技能を習得しながら、いつまでも元気に働き続け、活動し続けられるよう努力することが重要である。

同時に人間は社会的な動物である。ほかの人との交わりや支え合いもなく、自分一人だけで生涯を心豊かに過ごすことはできない。また人は、病気や怪我、失業や倒産、体力の低下や心身の機能不全などと背中合わせに生きている。日本の社会構造が大きく変化し、家族や企業などの相互扶助システムが機能しなくなっていることを考えると、それに代わる社会扶助の仕組みを分厚くしていく必要がある。

個人の努力や力量だけではかなわない部分については、国や自治体が個人の取り組みを積極的にサポートする仕組みを用意して、できる限りリスクを被らないように配慮するとともに、不運にもリスクに遭遇した人に対しては、ただ救済するだけでなく、できる限り速やかにそこから脱け出せるように支援することが重要である。特に生まれつき心身や境遇にハンディキャップを負っている人や、事故や事件などに遭遇したために本人の努力だけでは如何ともしがたい人に対しては、社会全体で温かい支援の手を差し伸べる必要がある。

(併せて必要な少子化対策の実行)

わが国の場合、同時に急激な少子化が起こっていることが、高齢化が社会に与える影響を一層大きくしている。もし寿命が延びても人口が定常状態で安定していれば、たとえ高齢者の数が増えても総人口に占める割合はそれほど大きくならず、問題の深刻さははるかに軽微なものにとどまるはずである。そうなれば、公的年金における現役世代と高齢者世代との間の負担と受給の格差問題も、問題視されるほどのものでなくなる可能性がある。一方、少子化と寿命の延びが続く限り、少ない現役世代が多くの高齢者を支えなければならないという構図は変わらない。超高齢社会が直面する問題の影響をできる限り小さくするためにも、少子化対策は重要である。それだけに、実効ある少子化対策を着実に実行することが求められている。

(2) 高齢者の働き方

(多様な高齢者の実態)

長い人生行路を歩んできた高齢者は、若年層や中年層に比べて一人ひとりが備えている経験はもとより、健康状態、運動能力、知識、技能などその素質や能力は多様である。一般に弱い立場にあり、手を差し伸べなければならないと考えられがちな高齢者だが、その実態はイメージと大きく異なっている。健康状態が良好で歳をとっても相変わらず元気に働き続けている人や、経験を活かしてさまざまな分野で多彩な活動をしている高齢者も多い。中には平均的な日本人よりもはるかに所得や資産が豊かで健康に恵まれ、社会のリーダーとして活躍しているスーパー高齢者もいる。すべての高齢者を一つに束ねて、一律に捉え、扱うことは避けなければならない。

高齢者の働き方は多様であってよいし、高齢になるまでの働き方も多様であってよい。また、どのような働き方を選択するかは、各人の意思に委ねるべきである。しかし、高齢者が自立可能な社会を形成するためには、生来障害を負っている人や病気、怪我、失業などで不遇な身となった人を含め、すべての人が自立できるだけの収入を得ることができる環境や条件を社会が整備する必要がある。

(日本型雇用システムの変革)

本人が望む限り、できる限り長くこれまで働いてきたところで働き続けられることが望ましい。そのためには、定年制の廃止又は定年年齢の延長が行われるべきであるが、現在 65 歳までの継続雇用は、大手企業の場合ほとんど非正規社員として再雇用する形で行われている。また、終身雇用、年功賃金制の雇用慣行の下では中途退職する人が少なく、外部労働市場が育っていないことが中高年齢層の転職を難しくしている。このため、高齢者の安定した雇用を確保するためには、日本型雇用システムの変革は避けて通れない課題である。

(現役世代にとって有意義な高齢者の雇用の拡大)

高齢者がいつまでも現役で頑張り続けることは、若年層が活躍できる機会を奪うことにつながるのではないかと懸念する声がある。しかし、労働力不足を外国人労働者の受け入れでカバ

一せざるを得なくなっている中で、働く能力があり、自らも働き続けることを望んでいる人が大勢いるにもかかわらず、その人たちが働き続けて社会で活躍できる道を閉ざすようなことは避けなければならない。高齢者がいつまでも働き、あるいは活躍し続けることは、若年層にとっても自らの社会負担を軽減し、経済に活力を与え、財政の健全化につながる望ましい方向である。

(3) 社会保障制度改革の必要性

わが国の社会保障制度の基礎が固まった当時想定していた人口構造がその後の急速な少子化、高齢化に伴い大きく様変わりし、現役世代が減少して行く中で、支えられる側の高齢者が急増した。加えてバブルが崩壊して経済が長期停滞に陥り、そのV字回復が未だ見通せない状況が続いていることが、社会保障制度が給付の削減、負担の強化、運営の効率化などの見直しを迫られる要因となっている。このままでは、公的年金をはじめ高齢化とともに経費が嵩む医療費や介護費などの社会保障費の負担を、先細りしつつある現役世代が支えきれず、社会保障制度が維持できなくなるおそれがある。

高齢化と少子化の同時進行に伴い生じる社会保障制度の行き詰まりを解消する手法として真っ先に考えられるのは、増嵩する経費の抑制と削減、社会保障費に対する負担の強化である。この二つは必須の手段であるが、そこには自ずと限界がある。例えば、経費削減の面では、公的年金制度は2004年の制度改正で持続可能性が重視された結果、年金額が抑制されることになり、国民年金以外に頼れる収入のない高齢者の生活を支え切れなくなっている。また、医療保険については、これまででも薬価を含む診療報酬が低く抑えられてきたのをはじめ、介護保険制度の創設、病床転換の促進、後発医薬品の利用促進など、取り得る施策はかなり実行されてきた。残された課題はあるものの、抜本的な経費の削減につながるような改善、効率化の余地はほとんど残されていない。

一方、負担についても、国民の多くは社会保障制度の充実と安定を望みつつも、大幅な国民負担の強化には抵抗感が強く、政治もそれに迎合するばかりで、積極的に理解を求め、説得に努めようという姿勢が見られない。また、社会保険料のさらなる引き上げは、低所得者層には過大な負担増となって未納や滞納を加速させるなど、社会保障制度を空洞化させ、多くの人を貧困状態に陥れるおそれがある。

(4) 新自由主義の弊害

近年政府は、新自由主義に基づく小さな政府を基軸に国の政策運営を行っている。しかし、このような市場を重視し、自己努力を柱とする考え方は、人は合理的な精神の持ち主であり、常に合理的に行動する存在であることを前提としており、人間愛よりも経済を優先する考え方である。しかし私たちは、すべての人がいつどのような不幸に見舞われるかわからないリスクと背中合わせに日々の生活を営んでいることを忘れてはいけない。

規制改革を進め、政策経費などの歳出予算を削減して政府の役割を小さくしても、経済成長は回復せず、期待されたトリクルダウンは起こらなかった。法人税を減税しても外国企業の対日直接投資は増えず、かえって国内資本の海外流出が増大した。

「小さな政府」では生活に必要な基礎的なサービスが公的に満たされず、その多くを、市場を通じて個人が自己負担で購入しなければならないため、かえって貧困層が増え、国民の間の格差が拡大して、ニートやフリーター、母子世帯、単身高齢者を中心に人々の生活不安が高まっている。バブル崩壊後のわが国社会と経済の動向を見れば、新自由主義に基づく小さな政府は失敗に終わったと言わざるを得ない。

社会的に困窮している人々を冷たく見捨てる格差社会は、社会を不安定化させ、有為な人材がその能力を開花させる道を閉ざし、国全体の教育水準を低下させて労働力の質や生産性の向上を妨げるなど、経済にマイナスの影響を及ぼすことを実証する研究結果がOECDやIMFから報告されている。

わが国では国民負担率が50%を超えると経済成長が阻害されるという有力な説が主張されているが、そのような説を裏付ける実証データは未だかつて世界のどの国からも示されたことがない。実際、北欧諸国が高福祉高負担を貫きつつ、安定した経済成長と世界トップクラスの高い国民所得を誇っていることをみても、そのような説には何の根拠もないことは明らかである。

2 高齢者の範囲

(高齢者の範囲確定の意義)

高齢者の範囲を公的機関が正式に決定した文書は存在しない。わが国では、高齢者の範囲を画定する基準に領域ごとに異なる年齢が用いられており、その幅は55歳から70歳までと結構広い。

しかし、高齢者雇用安定法が企業に65歳までの継続雇用を義務づけているほか、公的年金の支給開始年齢が65歳に引き上げられつつあること、また、各種統計が高齢者の範囲を65歳以上としていることなどから、一般に65歳以上を高齢者として扱っている。

加齢に伴う身心の機能の変化は個人差が大きく、しかも高齢になればなるほどその差が拡大する傾向があるから、高齢者の範囲を一律に画定することは適当ではない。しかし、一人ひとりの個人が高齢者に属するか否かを個別に判定できるかと言えば、判定基準の設定自体が難しい。また、高齢者に対する各種の施策を実施する場合には、客観的な基準に基づいてある程度一律に扱わなければ、制度をつくりづらいことは確かである。仮に制度をつくることができたとしても、その運用が煩雑になるほか、仕組みや内容が複雑すぎて一般の人にとって理解しにくいものになることが避けられない。

(高齢者は当面70歳以上とする)

一昨年、日本老年学会と日本老年医学会が共同で高齢者の定義を75歳以上に改めるべきだ、

との提言を行った。その根拠とされたのは、高齢者的心身の健康に関する種々のデータを検討した結果、現在の高齢者は 10 年～20 年前と比較して加齢に伴う身体的機能の変化の出現が 5 年～10 年遅延しており、若返り現象がみられることだった。また、内閣府の調査では、国民の間で 65 歳以上を高齢者とすることに否定的な意見が強くなっている、70 歳以上あるいは 75 歳以上を高齢者と考える意見が多いことも考慮された。

WHOが 65 歳以上を高齢者とし、わが国で国民皆保険、国民皆年金の基礎がつくられた 1961 年当時、男性 65.3 歳、女性 70.2 歳だった平均寿命は、現在、男性 80.8 歳、女性 87.1 歳となり、65 歳時点の平均余命は男性 19.6 年で平均死亡年齢は 84.6 歳、女性 24.4 年で平均死亡年齢は 89.4 歳である。平均寿命や平均余命だけをみると、75 歳以上を高齢者とすることにも一理ある。

しかし、75 歳は男性の平均健康寿命（72.1 歳）を上回っており、すべての高齢者に 75 歳まで現役で活躍することを期待することは難しい。70 歳以降も現役と同じように働くべきだと言われても、違和感がある人が結構多いのではないかと思われる。

現在、多くの高齢者優遇措置が 70 歳を基準にしていることを考えると、仮に高齢者の基準年齢を引き上げるとしても、当面は 70 歳とし、健康寿命をはじめ高齢者の実像が今後どのように移り変わって行くのか見ながら、しかるべき時期に 75 歳以上に改めることが適当ではないかと思われる。

（高齢者を 70 歳以上とした場合の高齢化状況の変化）

65 歳以上の者を高齢者としている現状では 27.3% の高齢化率が今世紀半ばには 38% 程度まで上昇し、その後概ねその水準で推移するものと見込まれている。その場合、現在 2 人の現役世代（15 歳～64 歳）で 1 人の高齢者を支えているのが、1.3 人で 1 人の高齢者を支えなければならなくなる。一方、高齢者の範囲を 70 歳からとすると、高齢化率は現時点で 19.2% に低下し、その後は 32% 程度で上昇が止まり、20 歳～69 歳を現役世代とすると、1.7 人の現役世代で 1 人の高齢者を支えることになる。

つまり、高齢者の範囲を 70 歳以上に改めることによって、社会における高齢者の割合は想定されているほど大きくならず、これからも現在の水準を 5 ポイント程度上回る水準で推移する。扶養される側に属していた 65 歳から 69 歳までの高齢者が反対に高齢者を支える側に回ることになる意義は、考える以上に大きいものがある。

なお、本提言では、これ以降も高齢者の範囲は 65 歳以上の者を指すものとして論を進めるとしてとする。

3 高齢化に伴い生じる問題

（1）単身高齢者の増加

近年一人暮らしの高齢者が急増している。1985 年に 65 歳以上の独り暮らし高齢者は 118 万人（高齢者の 9.5%）だったのが、2015 年には 593 万人（高齢者の 17.3%）と 30 年間で 5 倍

増となつた。今後その数はさらに増え、2040年には896万人（高齢者の22.9%）に達するものと見込まれている。しかも若年層の非婚化が進むとともに、離婚件数が増加しているため、配偶者との死別で一人暮らしになるケースよりも、未婚のままあるいは離婚したために一人暮らしになるケースが増える可能性が高い。1985年に男性3.9%、女性4.3%だった生涯未婚率は、2015年には男性23.4%、女性14.1%になったが、2035年には男性29.0%、女性19.2%に達するものと見込まれている。

（2）貧困高齢者の増加

（一億総中流社会の崩壊）

2010年時点における日本の相対的貧困率は16.0%で、これは、主要国の中ではアメリカ（17.4%）に次いで高く、フランス（7.9%）、イギリス（9.9%）、ドイツ（8.8%）の1.5倍～2倍である。もはや一億総中流社会は遠い昔の話となった。世帯の所得分布の推移をみると、年収1千万円以上の高所得者の比率はほとんど変化していないが、近年国民所得の中央値が下方に移動しており、中間層が薄くなつて低所得層が膨らんでいる。しかもその傾向は、今後も続くものと見込まれている。

相対的貧困率が高まつたのは、賃金水準が低い非正規雇用労働者の増加と平均で収入の7割を年金に依存している高齢者の増加によるところが大きい。中でも一人暮らし高齢者の相対的貧困率は高齢者の平均の2倍の高さである（高齢者全体の相対的貧困率：男性15.1%、女性22.1%。高齢単身者の相対的貧困率：男性29.3%、女性44.6%）。

（低い年金額に依存する高齢者の増加）

年金だけが所得の高齢者が2分の1を超えており（56.7%）、所得の6割以上を年金が占めている高齢者が8割を超えている。このため、年金額の多寡が高齢者の貧富を決める結果となっている。特に高齢単身者には国民年金だけを受給している人が多く、女性を中心に現役時代の賃金が低かった人や就労期間が短かったために、年金額を満額受給できない人が多い。中には年金保険料を納めず、あるいは受給資格を取得するのに必要な年数分の保険料を納付しなかつたために、無年金者になった人もいる。

現時点では未だ顕在化していないものの、未婚・離婚女性の高齢化が急速に進んでおり、男性に比べて厳しい雇用環境の下で所得水準が低いために貯えが十分でなく、死別した場合には受給できる遺族年金が受給できない単身の高齢女性が今後増える結果、高齢女性の貧困率が一段と上昇する見込みである。現行の公的年金制度は、夫が外で働き、妻が家庭を守る専業主婦を標準世帯として設計されているため、夫と死別した妻に対する遺族年金は充実している一方、離婚した妻に対する公的年金が手薄なうえに、それを補填する公的扶助（児童扶養手当）も厳しい財政状況から低く抑えられてきた。

公的年金収入が月々10万円以下しかない人は約3千5百万人（国民年金31,657千人、厚生年金3,788千人）にのぼっているが、1ヶ月当たりの生活費は単身高齢者で平均約14万円、

夫婦世帯で約 22 万円と言われている。年金額だけでは最低限の生活さえできない人が大勢いること、そして生活保護制度がその機能を十分果たしていないことが、日本の相対的貧困率が世界の主要国の中で突出して高い原因であることを私たちは改めて認識する必要がある。

(人を孤立させ、低い教育水準を通じて再生産される貧困)

人は貧困状態に陥ると食生活が貧しくなるとともに、外出や人との交流を控えるようになるなど、生活に張りを失い、その結果健康を害して病気に罹りやすくなり、早死にする可能性が高まる。生活が厳しいときに何から節約するかと言えば、真っ先にその対象となるのは親しい人との交際費である。しかし、交際費を節約すると勢いほかの人との付き合いが疎遠になり、そのうち一人ぼっちの状態になることは火を見るよりも明らかである。貧困は人々を孤立させ、孤独な生活を強いる最大の要因でもある。

また、貧困に陥ると、子どもに十分な教育を受けさせることが難しいため、貧困が次の世代に伝播して再生産されるリスクが高くなる。

恵まれない状況にある高齢者が大勢いる現状を直視するとともに、その数が今後さらに増えることが必至であることを忘れてはいけない。

(3) 認知症患者の増加

65 歳以上の人で認知症を患っている人は 2015 年時点で 525 万人（高齢者 6.5 人に 1 人）である。わが国の認知症患者は総人口に占める割合が 2.3% と OECD 加盟国の平均 1.5% を大きく上まつており、主要国中最多である。2040 年には 950 万人（高齢者 4 人に 1 人）、2060 年には 1,150 万人（高齢者 3 人に 1 人）に達するものと見込まれている。認知症有病率は 80 歳以上の高齢者で 30% 以上だが、90 歳を超えると 70% まで急激に跳ね上がる。日本人に認知症を患う人が多いのは、孤立状態にある高齢者が多く、ほかの人と交わる機会が少ないと影響している可能性がある。

認知症を予防し、確実に治癒する新薬や治療法はまだ開発されていない。食事や運動、人の交流などさまざまな手法が推奨されているが、いずれも完全なものではない。

認知症患者は、家族間の人間関係に深刻な軋轢を生じさせ、徘徊して近隣住民に迷惑をかけることが多く、介護する家族を精神的に追い詰めるケースも少なくない。また、自動車事故を引き起こす人や振り込め詐欺被害に会う人が後を絶たないなど、社会的にも放置できない状況にある。

一方、認知症患者の中には身体機能が低下していない人もいる。認知症を患っているだけでは、介護認定において介護を要する程度が低いと判定されがちで、特別養護老人ホームに入所できない場合が多い。また、サービス付高齢者向け住宅（サ高住）に入居している人が認知症を患うと、施設側に当該入居者を見守るための費用がかかるため、本人に多額の費用負担が生じるだけでなく、場合によっては施設側から世話をできないとの理由で退去を求められることがある。

4 健康の保持と医療

(1) 健康づくり

(健康寿命を平均寿命に近づける)

寿命が延びることは喜ぶべきことである。しかし、それに伴い不健康な期間も延びて、健康寿命と平均寿命のギャップが拡大することは避けなければならない。現在、健康寿命と平均寿命の間には男性で約9年、女性で約13年のギャップがある。この差をいかに縮めるかが高齢者医療の最大の課題である。

最良の手法は病気にならない丈夫な体をつくり、健康寿命を限りなく平均寿命に近づけることである。病気にならることは本人にとってこれ以上の喜びはない。家族はもとよりほかの人や社会全体に余分な負担をかけない意味でも歓迎すべきことだ。食事に気を配り、食物から摂取できない物質はサプリメントを利用するとともに、日々一定量の運動を継続して行い、積極的に社会と関わりを持ち続けるなど、常日頃から病気にならないように心がけ、老化の進行を遅らせる努力を怠らないことが大事である。

しかし、人は年を取るにつれて心身の機能が低下することが避けられず、例えば前頭葉の萎縮や神経伝達物質セロトニンの減少は40代から始まり、加齢とともに状況が進行する。このため、ある時期からは老化に抗わず、老いを受け入れる姿勢を取ることも重要である。すべての人にとって年齢を重ねるにつれて老化現象が進むことは自然なことであり、いずれ訪れる死を安らかに迎える心構えをしておく必要がある。

体质的に病気になりやすい人がいることは事実であり、すべての人が同じように努力しても同じ効果を上げることはできない。しかし常日頃、健康維持に心掛け、食事、運動、人との交流などに努力するか否かで得られる結果が異なることは、さまざまな研究事例が実証している。人の健康や寿命に対する遺伝子の決定要因は25%程度にとどまり、子どものときからの家庭や社会の環境が圧倒的に大きな影響を及ぼすことが次第に明らかになってきた。母親の胎内にいるときが大事なことはもちろんのこと、子どもの時代の過ごし方がその後の健康状態を左右する。貧困家庭で育った子どもは病気に罹りやすく、寿命も短い傾向があると言われている。

(社会・環境条件の改善による健康づくり)

問題は三日坊主になりがちな人の心に火をつけて、根気強く終生健康づくりに励む気構えを持ち続けさせることができることである。人は病気になって初めて健康の有り難さを実感することが多く、健康である間はついその有り難さを忘れがちだ。

健康づくりの大切さを説くだけでは実践につながらず、実効が上がらない。特段意識しなくとも、知らず知らずのうちに健康づくりに関わる機会（スポーツ大会やラジオ体操会の開催、スポーツクラブの創設など）や場を社会が用意することが大事である。近年、欧州を中心に「0次予防」の重要性が強調されており、疾病の原因となる社会・経済条件や環境条件が規定する行動条件を改善することによって、人々を健康にしようという動きが広がっている。特に街づくりにあたっては、そこで暮らすだけで知らないうちに健康になるような街づくりをめざすべ

きである。自動車の乗り入れを禁止して、歩かざるを得ない区域をつくるなど、積極的に創意工夫をこらす必要がある。

(健康診断や予防医療の課題)

健康づくりや予防医療に力を入れることは健康を増進させ、医療費を抑制する効果がある。しかし、それを実証するデータが示されていない場合が多い。予防医療の内容とその効果は画一的ではなく、健康が増進し、医療費節約につながるものもあれば、かえって健康を害し、医療費が増嵩するだけのものもある。

予防医療や健康増進活動で余命が延びれば、かえって医療費が嵩み、年金額も増加するとの見方がある。健康診断についても、実証データに基づきその費用と効果を慎重に見極めたうえで実施しなければ、かえって弊害の方が大きい場合があるとの指摘がある。特にメタボ検診は、健康増進効果が認められないのではないかという識者が多い。一方わが国では、効果があるとされている一部のがん検診の受診率が低いままである。国民に受診を呼びかけるだけでなく、受診率の向上につながる施策を実施する必要がある。

乳幼児の段階から就学期、就労期を通じて行われる健康診断や個人が自主的に行う人間ドックが、担当する機関ごとに相互の連携もなくバラバラに行われており、せっかくの個人の健康情報が有効活用されていないことは問題である。「医療等 ID」を用いれば簡単に個人の健康情報や医療情報を統合することができるようになったのだから、個人情報の取り扱いに慎重を期しつつ、本人の健康増進に寄与することができるよう早急に情報統合の実施手法を確定して、実施に移すべきである。

(2) 医療費の抑制

医療費と介護費の伸びはGDPの伸びを上回っており、過去10年間のGDPの伸びがわずか1.2%にとどまったのに対し医療費は28.0%伸びた。関係府省が経済財政諮問会議に提出した2040年の社会保障費の見込みによると、経済停滞のケースでも医療費は年2.6%、累計75%増加して、68.5兆円に達するものと見込まれている。

できるだけ現役世代の負担増を回避して医療制度の持続可能性を維持するとともに、現在の財政を危機的状況から救って健全化するためには、歳出項目の中で大きな割合を占める医療の内容と運用を見直し、効率化して医療費を削減する必要があるとの声が強い。

しかし、医療費の伸びが現在の程度に収まっているのは、これまで薬価を含む診療報酬の伸びを極力抑えるとともに、さまざまな面で医療供給体制や医療サービスの改善や効率化に努めてきた結果である。政府は、引き続き都道府県が中心となって行う「地域医療構想」の策定による病床機能の転換の促進や、「医療費適正化計画」の着実な実施を推進していくこととしている。もちろん非効率な面が残っているところは絶えず改善し、改革する努力を怠ってはならないが、保険料の引き上げや増税による負担増を回避できるほど医療費を削減できる余地はもはや残されていない。急速に高齢化が進展しつつある中で、わけても団塊の世代をはじめ医療

費が著しく嵩む 75 歳以上の後期高齢者が今後急増する中で、医療費を削減することは事実上不可能に近い。

また、医療費が上昇するもう一つの要因として医療技術の進歩、発展が挙げられる。技術革新の結果、より安い価格でより一層大きな効果が期待できる技術が現れない限り、やみくもに医療費を削減することは、医療技術の進歩、発展を阻害し、人の健康や生命に悪い影響を及ぼしかねない。薬価を含む診療報酬をこれまで以上に大幅に減額することは、成長分野として期待されている医療や製薬関係のイノベーションに水をかけ、わが国産業の成長、発展にマイナスの影響を及ぼすおそれもある。

(3) 医療制度の課題

(乱診、重複検査、過剰投薬の抑制)

高齢者の中には、体調が少し変化しただけでも医師に診てもらわなければ気が済まず、診療所や病院の外来に足しげく通う人もおり、それが外来の混雑や 3 分診療と乱診、重複検査、過剰投薬の原因になっている。「医療等 ID」を利用すれば簡単に個人ごとの医療情報を統合することができるようになったことを踏まえ、AI を活用しながら、人手をかけずに医療内容をチェックする体制を整備して、医療費の適正化を推進する必要がある。

かつて老人医療費の無料化が医療費の膨張を招いたことがあったが、生活保護費受給者には医療費の自己負担がないことが同様の結果を招いている面がある。その受診の適正化を図るため、例えば、医療費を「償還払い方式」に改めるなど、実効ある仕組みの導入を検討する必要がある。

一方世の中には、気安く受診する人がいる中で、病状がかなり進行しているにもかかわらず、医療費の自己負担が日々の生活を圧迫するからと医師に診てもらうこともせず、耐え凌いでいる人もいることを重く受け止めなければいけない。

(高齢化に伴う医療需要の変化への対応)

高齢化が進行すると自ずと疾病構造が変化して医療需要が変わるため、それに応じて医療提供体制も変わらざるを得ない。高齢者には老化に疾病が加わるため、治療すれば必ず完治するとは限らない。小康状態を保ちながら安定して生活できる状態をいかに保つかが重要になる。医療提供体制も「治す医療」から「治し支える医療」に、専門医中心の医療から総合医（かかりつけ医）や老年科医中心の医療へと変わって行く必要がある。

近年「地域包括ケア」の重要性が叫ばれている背景には、このような状況の変化を受けて、高齢者の生活上の安全と安心を確保するには、医療機関が介護サービス提供機関や福祉施設と連携しながら、一体となって地域における高齢者の生活支援を行って行く必要があるとの認識の広まりがある。

急性期の医療には診療所や病院での集中治療が適しているが、療養期を病院に入院して過ごすことは、病院が備えている機能をフル活用しないまま、せっかくの医療資源を無駄に浪費す

ることになる。今後高齢化の進行とともに高齢者の医療需要が増大する中で、限りある医療資源を最大限有効活用して行くことが今まで以上に求められている。かかりつけ医を全国的に配置して往診体制を整えるとともに、在宅医療に対する人々の理解を深め、その普及を図っていく必要がある。

問題は高齢者の医療を担う総合医や老年科医の確保である。医療技術の進歩、発展には医療分野の専門分化が必須とされ、医師の担当部門はますます細分化して行く傾向がある。そのため、医師はさまざまな疾病が発生し、先端的な治療にあたる機会が多い大都市にますます集中して、地域的な偏在が進みがちである。もし社会が必要としている医師の養成が医療職能組織の手で適正に行われず、医師の大都市集中が止まらなければ、需要に応える医師の養成を国主導で行うとともに、その地域的な偏在を是正するために実効が伴う措置を講じる必要がある。

(4) 終末期医療

(終末期医療の課題)

終末期とは、病状が不可逆的かつ進行性で、その時点で可能な限りの治療を行っても病状の好転や進行の停止が期待できなくなり、近い将来死が不可避となった状態をいう。終末期医療とは、人生の最期の時期を迎えた患者に対する医療的措置すなわちターミナル・ケアのことである。

医療技術の進歩、発展に伴い生命維持治療によって人工的に死期を遅らせることができた結果、脳死や植物状態のような人間としての尊厳が失われた状態で生きながらえさせる事態が生じてきた。そこで、回復の見込みのない患者に対する医療行為を差し控え、あるいは実施している医療行為を取りやめ、死期を人工的に早めて人間としての尊厳を保ちつつ死を迎えることの是非が問題となってきた。

医学がいくら進歩しても病気の治療には限界があり、死は誰も免れることができない自然の摂理である。治療による病気の回復が期待できず、死を免れなくなったときに、人工呼吸や経管栄養、補液、抗生素投与などを始めるか否か、そしていったん始めた措置をいつまで続けるか、難しい判断を迫られることが少なくない。それは、何をもって終末期と認定するかという客観的な基準もなければ、それを判定する医療技術も未だ存在しないからである。

人生の最期の段階における医療（終末期医療）への対応は、その人の尊厳ある死をいかにして確保するかという死生観に通じる事柄である。同時にそれは、過剰な医療を排除して、適正な医療サービスを提供する観点からも重要である。

(終末期医療に対する対応方法)

終末期医療については、1991年に日本学術会議が報告書を公表し、医学的にみて患者が回復不能の状態にあるときに、患者が尊厳死を希望する旨の意思を表明していること（それが確認できないときは近親者等の証言によること）、医師が行う医学的判断に加えて医師と近親者との話し合いによる納得を必要とすること、を条件に延命措置の中止が行われた場合には、同

意殺人や自殺関与にあたらず、自然の死を迎えるための措置として認めるべきであるとの見解を明らかにした。その後延命治療の中止をめぐる刑事事件に対する東京高裁の判決が出たことを契機に2007年厚生労働省は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。

医学的にみて患者が回復不能の状態に陥っている場合に、死期が間近に迫っていることの判断は、複数の者が適正な手続きで客観的に行う必要がある。厚生労働省のガイドラインは、意思決定のプロセスを重視して、医師による一方的な決定は排除しなければならないことを強調している。予め患者の意思（リビング・ウィル）が明確に示されている場合は基本的にそれを尊重して対処することになるが、患者が予め意思を表明した時点と同じ意思をその後も持ち続けているかどうかは判断が難しい問題である。このため、患者が意思表明できなくなった場合には、予め患者が指名した代弁者に判断の全権を委任する旨を文書（アドバンストダイレクティブズ）で表明しておくことが適当であるとしている。そして、患者本人の意思が不明確で代弁者も決められていない場合には、医師、看護師などの医療関係者や家族を交えて対処方針を決定することになる。

このため、高齢者に限らずいつ突発的に緊急事態が発生するかもしれないことを考えると、すべての国民が終末期の医療について普段から家族の間でよく話し合い、予め自らの意思を文書に記しておくとともに、緊急時に意思を代弁してくれる人を指名しておくことが適当である。

5 働ける限り働き続けられる社会（生涯現役社会）の実現

（1）高齢者雇用の現状

高齢者の雇用確保は、①定年制の廃止、②定年年齢の65歳以上への引き上げ、③再雇用のいずれかの方法で実施することとされているが、高年齢者雇用安定確保法の適用対象企業では、概ね65歳までの継続雇用が確保されている（99.7%（従業員31人以上の企業））。ただ大半の大企業では、60歳まで雇用した従業員をいったん退社させたうえで非正規社員として再雇用する方式を探っており（従業員301人以上の大企業における継続雇用者全体の91.3%）、それまでの職務内容や職責が変更され、賃金水準が大幅にダウンするのが通例である。企業は高齢者の意欲や能力を評価して積極的に活用しようとしているわけではなく、法律で義務づけられているためにやむなく雇用している面が強い。しかもそのような傾向は大企業ほど顕著である。高齢者の雇用に対して消極的な企業が多いのは、年をとるにつれて身心の機能が低下し、病気に罹りやすくなるからである。年功賃金制の下では年齢とともに賃金水準が上昇するためコストアップにつながることや、近年特に技術革新が著しく若年層に比べて高齢者の適応力が劣ることも影響している。

ところで、雇用関係が不安定で就業期間が短い非正規雇用労働者には、そもそも定年制がない。それだけでなく、職場を転々と移動しなければならないことが多く、企業内職業訓練の機会に恵まれず、職務の遂行を通じてスキルアップを図ることもままならないため、その高齢期

の雇用環境は一層厳しいものがある。正社員に比べて賃金水準が極めて低く、退職金や企業年金が支給されず、国民年金しか受給できない非正規雇用労働者がその高齢期の雇用をどのようにして確保するかは、正社員に比べて遙かに深刻である。

(2) 生涯現役社会の実現

(日本人の働き方の再構築)

65歳の日本人の平均余命は男性19.6歳、女性24.4歳であるから、65歳でリタイアすると、その後男性は20年、女性は25年生きることになる。それは引退後の期間が働く期間の半分にも及ぶことを意味している。非正規雇用労働者が全体の4割近くを占めるとともに、日本人全体の所得が伸び悩んでいる中で、多くの労働者にとって退職後に必要な生計費を現役時代に貯えることは難しい。また、人口減少に伴い現役世代が先細りしつつあるため、高齢者が退職後の生活を全面的に現役世代の支援に依存することも限界に達している。そうだとすると、すべての日本人が安定した幸せな人生を送ることができる社会を築くためには、元気で働く意欲があり、仕事を遂行する能力がある限り年齢に関係なく働き続けられる社会（生涯現役社会）を実現するしかない。今後到来する人生100年時代には、少なくとも80歳まで働く必要があるとの見方もある。

人生が長くなれば、各人の生涯の辿り方も多様にならざるを得ない。したがって、高齢期の働き方は多様であってよいし、高齢になるまでの働き方も多様であってよい。例えば、最初の勤めは40歳台で卒業し、さらに学び直して新しい分野で活躍することも、主流になってよい働き方である（人生二期作）。また、定年まで勤めた会社で引き続き勤めるだけでなく、定年で退職し、その経験や知識を社会の中で生かしたり、全く別の地域貢献型の仕事に就いたりすることも考えられる（人生二毛作）。

しかし、一定水準の収入を必要とする人には、それを稼げるだけの就業・就労の機会が与えられなければならない。高齢者を貧困に陥らせないために第一に必要なことは、最低限の生活を営むことができるだけの収入を稼ぎ出せる就業・就労の機会をどのようにしてつくり出すことができるかということである。

高齢者が残された人生をどのように生きるか、どのような働き方を選択するかは、各人の意思に委ねるべきである。しかし、人は社会的な存在であり、自らの意思と力だけで生きているわけではない。特に高齢になればなるほど医療や介護など社会保障のお世話になる機会が増えることが避けられない。そういう意味で、すべての人が自らの力量に見合った無理が生じない範囲で社会と関わりを持ち続け、健康保持に努めるなど、できる限り社会に迷惑や余分な負担をかけない責務を負っていることを自覚して、有意義な人生を送る心構えを持ち続けることが求められる。

(生涯現役社会を実現する条件)

収入の多寡にかかわらず働くこと自体に生きがいを見出している人や、働くことに好きなこと

をやりながら充実した日々を過ごしている人に対して社会が積極的に支援の手を差し伸べる必要はない。しかし、高齢者の中には働いて収入を得なければ、過去の貯えや公的な支援措置だけでは人生を楽しむ余裕さえないぎりぎりの生活をせざるを得ない人も少なくない。欧米に比べ日本の高齢者の就業率が高いのは、社会保障が脆弱なため、現金収入を得なければ生活が成り立たないことが影響している。

そういう人に対して一定水準以上の収入を稼ぐことができる就労の場を社会が提供するためには、産業構造を高度化して生産性の向上を図る必要がある。産業構造の高度化、生産性の向上を怠れば、雇用の縮小と賃金の引き下げに頼るしかなくなるのは当然である。バブル経済崩壊後、多額の不良債務を抱え、国際競争力が低下する中で日本企業が採った行動が消極的な人件費を中心とするコスト削減であったことが、この30年間に及ぶ経済の停滞をもたらした最大の要因であると言っても過言でない。むしろ苦境に直面したときこそ物的、人的な投資を拡大して積極的に事業を拡大すべきであった。デジタル産業化の流れが加速し、国際経済の枠組みが大きく変化しつつあるにもかかわらず、事業の転換・拡大の動きがほとんど見られなかつたことからも、バブルがもたらした影響はあまりにも大きかったと言わざるをえない。

これまでわが国では、新入社員として入社した企業に定年まで勤めることがサラリーマンの生きる道として最善だと考える傾向が強かった。それはまた、企業としても望むところだった。こうして形づくられてきたのが日本特有の日本型雇用システムである。しかし、高齢者の雇用の機会や場を拡充して生涯現役社会を実現するためには、日本型雇用システムを改めて、個別企業の枠を超えて産業界全体で雇用を確保するとの発想の下に企業の新陳代謝を促し、労働力の流動性を高めて中高年の転職を容易にするとともに、日本企業のイノベーション力を強化するため、それにふさわしい人材を社会が育成する仕組みを整備する必要がある。具体的には、高齢になってからでも新しい仕事に従事することができるよう、生涯にわたり新しい知識や技能を習得できる機会を公的に提供する必要がある。岩盤のように日本社会に根付いた日本型雇用システムを変革することによって、日本人のライフスタイルが複線型になり、日本社会のダイバーシティが大きく広がるとともに、社会の活力が高まることが期待される。

さらにもう一点、高齢者が働いて収入を稼ぐ機会を確保するうえで重要なことは、最低賃金の引き上げである。これまで家計の補助者の役回りにとどまっていた主婦や学生を想定して最低賃金が決められていた時代は、その水準が低くてもさほど問題視されることがなかった。むしろ中小企業の経営に及ぼす影響への配慮が強く働き、政策的に低く抑えられてきた面がある。しかし、一家の稼ぎ頭が非正規雇用労働者として働くを得なくなると、社会保障の対象にならなくても済むように、最低賃金は生活保護基準額を相当上回る金額に設定されなければならない。主要国の中で最低レベルのわが国の最低賃金を早急に引き上げる必要がある。なお、それに伴い市場からの退出を迫られる中小企業が出てくることが避けられないが、わが国産業の生産性を高め、産業構造の高度化を図るために企業の新陳代謝は避けられないところであり、むしろ最低賃金を引き上げることによって生産性の低い企業の経営効率の上昇を促すとと

もに、それが難しい場合には市場からの退出もやむを得ないと考えるべきである。

(継続雇用義務の年限の延長)

政府は、65歳までの継続雇用義務を70歳まで延長することを検討している。前述したように、定年後の雇用の継続は、大企業を中心にはほとんど非正規社員として再雇用する方式で行われており、仮に期間が延長されても、その実施方法は今後も大きく変わらないものと見込まれる。しかし、非正規社員として再雇用する方式では、その時点で職務内容や職責、賃金水準などの待遇がそれまでと大きく異なり、特に賃金水準が半額程度に低下するため、継続雇用者の満足度は決して高くない。このため継続雇用義務が70歳まで引き上げられたとしても、併せて高齢者の就労を促進する措置が講じられなければ、65歳以降も働き続けようとする人がどれだけ増えるか疑問である。

非正規社員としての再雇用は、企業が義務を果たすためにやむなく採っている苦肉の策である。継続雇用の望ましい方式は、定年制の廃止又は定年年齢の延長による正社員のまでの継続雇用である。

(定年制の廃止)

個人事業主、農林水産業者、職人、専門士、芸術家などには定年制がない。ある一定年齢に達したことをもってすべての従業員に対して一律に企業からの退社を求める定年制は、サラリーマンに特有の本来不自然な制度である。働く能力には個人差がある。たとえ職務を遂行する能力があっても、その有無を判断することなく、また、本人の意思に関わりなく一律に退社を強要することに合理的な根拠を見出すことはできない。本人が望み、元気で体力と仕事遂行能力がある限り、いつまでも働き続けられる生涯現役社会の実現をめざすためには、定年制をなくすべきである。

早くから定年制は年齢による差別だとして違憲とされてきたアメリカをはじめ、英語圏諸国には定年制が存在しない。また、EU諸国においても定年制の廃止が進められている。そのような中で日本企業が定年制の廃止やその延長に消極的なのは、わが国特有の日本型雇用システムに原因がある。

職務無限定雇用契約の下で年功賃金制や定年までの終身雇用を柱とする日本型雇用システムでは、企業の都合で従業員を解雇することが判例上厳しく制限されている。定年制を廃止すれば、従業員が自ら進んで退社しない限り企業の側で従業員を解雇する術が事実上なくなり、人事管理に重大な支障をきたすことになる。また、就労年数が長くなるにつれて賃金が上昇する年功賃金制は、入社から定年退社までの就労期間全体を通じて職務と賃金がバランスするようその時々の賃金水準を決定する仕組みであるから、年齢が高くなればなるほど職務実績に見合わない水準の賃金を支払わなければならなくなる。このような事情から、企業としては一定の年齢に達すれば、一律に退社してもらわなければ困るというのが定年制採用の理由だ。このため、定年制を廃止するためには、日本型雇用システムを抜本的に見直し、定年までの終身雇用や年功賃金制を改める必要がある。

(就労を阻害する制度の廃止)

生活保護における「生業費扶助制度」には就労を促進する効果があり、また、本人が厚生年金の受給開始年齢を後年度に繰り延べると、繰り延べた期間に応じて年金額が積み増しされる制度（年金受給開始年齢選択制）には就労を促進する効果がある。しかし、その利用率はわずか1.3%にとどまっている。せっかく就労促進のために設けられたはずの制度がこのような形で効果を発揮できない状態にあるとすれば、有効活用されるように制度を見直すべきである。

(3) シルバー人材センターの機能の拡充

高齢者に就労の機会を提供する組織として、高年齢者雇用安定法に基づき全国1,268ヶ所にシルバー人材センターが設立されており、73万人の会員に年間360万件の仕事を世話をしている。しかし、シルバー人材センターはもっぱら福祉的な観点から高齢者に仕事を提供する趣旨で設立されたため、民業を圧迫しないことが強調され、同センターが提供する仕事は臨時的かつ短期的（概ね月10日程度以内の就業）又は軽易（1週間当たりの就業時間が概ね20時間を超えないもの）な、地域の日常生活に密着した仕事（清掃、除草、ビル・駐車場管理、家事・介護・育児支援、観光案内、植木の剪定、障子張り、翻訳、販売、配達、検針、筆耕など）に限られている。このため、会員の月平均就業日数は9.5日、月平均収入は35,697円にとどまっている。

近年シルバー人材センターは請負のほか職業紹介や労働者の派遣を行うこともできるようになったが、関係者の間では、いわゆる「臨・短・軽」の要件を廃止又は緩和してほしいとの要望が強く、民業を圧迫するおそれがないという声も大きい。本格的な職業紹介はハローワークの任務だとしても、高齢者がいつまでもさまざまな分野で働き続けられる社会を実現するためには、地域に密着して高齢者に仕事を世話をしているシルバー人材センターが、期待されている役割をもっと積極的に果たすことができるよう、その機能を拡充する必要がある。

現在シルバー人材センターが世話をする仕事に課されている「臨・短・軽」の要件を廃止するとともに、発注者からの受注を受けてはじめて活動を始める受身の姿勢から転換して、自ら進んで新しい仕事を開拓し、世話を仕事の間口を広げる必要がある。さらに高齢者の多様な資質を活かす道を開くため、シルバー人材センターがコーディネーターとなって、高齢者が新しい事業を立ち上げる起業を積極的に支援すべきである。

(4) 市町村主導による高齢者活躍機会の創設

高齢者が社会で活躍する場は無限に広がっている。例えば、小中学校の補助教員、学童保育などの子どもの保護・教育、保育所・福祉施設、市役所・町役場等での補助業務、その他公的にやるべき業務でまだ実施されていない分野への高齢者の活用など、生産年齢人口が減少していく中で働く場は工夫次第で相当あるはずだ。

一方、生活に必要な収入を得るために働きたいと考えている高齢者が多いことは確かだが、

報酬は二の次でよいから、とにかく社会とのつながりを持ち続けたい、あるいは生きがいを感じることができることに関わっていていとの思いで仕事をしたいと考えている人も多い。

そのような人をサポートするために中心的な役割を果たすことができる市町村である。長年企業戦士として働いてきたサラリーマンには、定年退職を迎えるまで地域社会と無縁だった人も多い。社会と関わりを持ち、社会の役に立つことをしたいが、何をどこから手をつければよいのかわからず、迷っている人も多いはずだ。そのような人に社会と関わるきっかけを与えることができれば、高齢者が地域社会で活躍できる場が大きく広がることは間違いない。

市町村が高齢者に委員や推進員などの称号を付与し、多少の報酬の支払いと実費弁償を行って、その力を最大限引き出すことや、市町村が実施するさまざまな事業やイベントに高齢者が活躍できる機会を設けるとともに、高齢者がNPOをはじめ新たに組織を立ち上げて、自ら事業を行う準備をサポートするのも市町村の役割である。

6 高齢者の所得の確保

(1) 悲惨な生活実態にある高齢者の存在

貧困に陥る高齢者が増えている背景には、頼れる家族や親族もなく、たった一人で苦労している高齢者や、最低生活さえ困難な国民年金しか受給していない高齢者が増えていること、しかも生活保護基準以下の収入しかないにも関わらず生活保護費を受給せず、爪に火をともすようなつましい生活を送っている高齢者が少なくないこと、などの実態がある。現在の姥捨て山ともいえる悲惨な状況に置かれている高齢者を見過ごすことは、日本国民として許されることではない。

近年、未婚や離婚の女性が急速に増えており、これらの女性が今後そのまま高齢になると、もし社会保障制度がこのままだとすると、貧困の女性高齢者が急増する。私たちは現状を直視し、悲惨で酷い状況に置かれている高齢者に温かい支援の手を差し伸べる必要がある。

なお、死別は本人の意思に関わりなく起こる出来事であるのに対し、離婚は当事者の事情によるものであるから、両者を同列に扱うことは適当ではないとの意見がある。確かにお互の意思で結婚し、途中で破綻したのは本人の責任だから、それを気の毒だからといって関係のない第三者が支援するのは筋が通らない、という説には一理ある。そうだとすると、公的に扶助する前提として、離婚に際し家庭裁判所が夫婦の間に入って、夫が妻に果たすべき扶養内容を確定させることを法的に義務づけ、それを前提に不足分を扶助する仕組みを導入することが考えられる。

(2) 公的年金制度の課題と改善策

(2004年改正の問題点)

2004年の改正で年金保険料の上限を法定し、基礎年金に対する国庫負担を3分の1から2分の1に引き上げるとともに、積立金を活用しつつ、保険料収入の枠内で100年間は持続可能

な公的年金制度とするため、新たに「マクロ経済スライド制」を導入して、現役加入者数の減少と平均余命の伸びに合わせて給付水準を自動的に引き下げる仕組みが導入された。

マクロ経済スライド制は、それまで5年ごとの制度改正の都度引き上げられてきた年金保険料に上限を設定して国民の年金離れを解消し、年金制度の持続可能性を確保する切り札として導入されたものであり、この改正の結果、制度の持続可能性は格段に高まった。しかしそれは、年金額の上昇を抑え、抑制することを前提としており、高齢期の生活を保障する年金制度のもう一つの柱である十分性を犠牲にしたものであった。

(国民年金の課題)

そもそも国民年金は、基本的に定年制がない農業者や自営業者等に対する公的年金として創設されたものであり、その老後の生活を支える一助になればよいと考えられていたため、当初から最低生活費を保障するものではなかった。加えてマクロ経済スライド制の導入によって年金額がさらに抑制されることになったため、一段と最低生活さえ保障することができない年金になった。国民年金の今後の推移をみると、厚生年金に比べ財政基盤が脆弱なことに加え、長い間マクロ経済スライド制が適用されなかつたために財政調整期間が長引く結果、報酬比例部分に比べて減少率が著しく、2014年の時点では36.8%であった所得代替率は2050年には26%程度まで低下する見込みである。

現在、国民年金に加入している人の多くは厚生年金に加入できない低所得の雇用者や無業者であり、農業者や自営業者等の割合は以前に比べて著しく低下している。このため、国民年金額を増額して最低生活費を保障することが、高齢者を貧困から救済するうえで必須となっている。また、国民年金の保険料は所得に関わらず一定額に設定されており、厚生年金のように年金制度自体に所得再分配機能が働く仕組みになっていない。このため、所得がない人はもちろん、低所得者層にとって逆進性が強く、重い保険料負担の割には年金額が少なく、厚生年金に比べて不十分な年金制度となっている。わが国の公的年金制度が抱える問題点が、国民年金に集約されていると言っても過言でない。

(無年金者・低年金者対策)

低所得者の中には無年金者や低年金者も多い。無年金や低年金になるのは保険料を納付しなかった、あるいは免除された結果である。国民年金保険料の未納者は約150万人、申請全額免除者と一部免除者の合計は約260万人に及ぶ。そもそも厚生年金加入者に比べ国民年金加入者は所得水準が低く、自ら十分な老後の貯えをする余裕がない人が多い。勢い公的年金に頼らざるを得ない状況にあるにもかかわらず、頼りとする公的年金が最低限の生活に必要とする金額に届かないとなると、それらの人々は将来生活保護受給者となる可能性が高い。

(厚生年金の課題)

国民年金に比べれば恵まれている厚生年金だが、厚生年金に加入できる被用者の範囲が著しく制限されていることが問題である。平成28年10月から新たに25万人の被用者が対象に追加されたものの、現在でも厚生年金非適用事業所に勤務する正社員(300万人)や、非正規社

員（950万人）を中心に約1,250万人の労働者が厚生年金から締め出され、国民年金に加入せざるを得ない状況にある。

同じように企業に雇用されているにもかかわらず、企業の規模や正社員か非正規社員かによって賃金をはじめ退職手当や福利厚生など、さまざまな面で待遇に大きな格差があることに加え、公的年金においてもこのように大きな格差が生じていることは、放置したままにしておくことができない。とりわけ不本意ながらいったん非正規雇用の身で職業生活をスタートすると、そこから正規に転換することは容易なことではなく、資力が足りないために結婚したくても結婚できず、その多くが親と同居して親の庇護を頼りに生活している実態を深刻に受け止める必要がある。

厚生年金の加入要件を一定の基準を満たす者に限定することに合理的な理由を見出すことは難しい。極端な場合、一日勤めただけの場合でも厚生年金の加入資格を与えることは技術的には可能である。それを拒否する理由は、単にそうしたくないという企業の都合以外考えられない。厚生年金の加入要件はすべて撤廃して、賃金水準、労働時間、勤務年限にかかわらず、アルバイトを含めすべての被用者が厚生年金に加入することができるよう制度を改めるべきである。なお、このような措置は、次に述べるように国民年金と厚生年金が一元化されれば不要になることは言うまでもない。

（国民年金と厚生年金の一元化）

現在の公的年金制度の根本的な問題は、被用者が加入する厚生年金とそれ以外の者が加入する国民年金の二本立ての制度になっていることである。公的年金制度がこのように二本立てになっているのは、歴史的な経緯と農業者や自営業者等の所得が把握しづらく、両者と同じ制度で扱うことができないと考えられたからである。しかし、現状のままでは国民年金加入者を貧困から防ぐことはできない。

厚生年金と国民年金との間で大きな格差が生じているのは、国民年金には報酬比例部分がないことと、厚生年金のように事業主が被用者と同額の保険料を負担する仕組みがないからである。また、国民年金の保険料は定額で、厚生年金のように加入者間で所得再分配が行われる仕組みになっていないことも影響している。

将来的にはマイナンバーを活用するなど自営業者の所得把握の適正化を一段と進め、国民年金の保険料を所得比例方式に改めて両年金の保険料を統一し、国民年金を厚生年金と同じように基礎年金と報酬比例年金の二階建てに改めることにより、両年金の統合・一元化をめざすべきである。

併せて無年金者や低年金者の最低生活を保障するため、現在の生活困窮者支援法に基づく支援策と本年10月から実施される年金生活者支援給付金を大幅に拡充する必要がある。

高齢者の最低生活は公的年金と年金生活者支援給付金で保障し、現役世代の最低生活は生活保護制度で保障することにして、両制度の役割分担を明確にすることが適当である。そうすることによって、もはや就労を阻害するおそれがない高齢者に対する資力調査を緩和することが可能となり、惨めな生活を強いられている貧困の高齢者に救いの手を差し伸べることができ

る。

(3) 生活保護制度の課題と改善策

(生活保護制度の仕組み)

生活保護制度は、憲法第25条に規定する「健康で文化的な最低限の生活」を保障するために、国が必要な資金を交付する公的な扶助制度であり、「最後の砦」ともいるべき仕組みである。しかし、その運用実態をみると、「捕捉率」が低く、低所得に喘いでいる人々を救済すべき本来の役割を十分果たしていない。

生活保護費は生活保護基準を下回る収入しかない場合に支給の対象になるが、その前提として資産や能力あるいは他法による給付を優先活用するとともに、親族から扶養支援を得られないことが条件とされる。

生活保護基準は年齢、性、世帯構成、住居所在地域に応じて世帯単位に算定され、生活扶助は個人単位で消費するもの（第一類費）と世帯でまとめて消費するもの（第二類費）に分けて金額が積み上げられる。また、特別の需要がある者だけが必要とする生活費として妊産婦、母子、障害者に対する加算が行われ、臨時に必要となる経費については一時扶助が行われる。生活費以外には、教育、住宅、医療、介護、出産、生業、葬祭に対する扶助がある。

生活保護費を受給すれば健康保険料や介護保険料を納めなくても済み、サービスの自己負担もなくなり、それだけでも生活がずいぶん楽になるはずである。しかし、生活保護基準以下で生活しているにもかかわらず生活保護費を受給しなければ、保険料や自己負担分を支払わなければならぬため、それだけでも生活保護受給者よりも厳しい生活状態におかれることになる。自己負担分を払うと普段の生活に支障が出るため、医師に診てもらうことを避け、あるいは介護サービスを受けることもなく、年老いた体で病と闘いながら、あるいは不自由な体をかばいながら、細々と命をつないでいる人もいると伝えられている。

医療費や介護費の保険料負担や自己負担、あるいは住宅費負担などを勘案すると、生活保護受給者と同程度の水準の生活を営むためには、生活保護基準の概ね1.4倍程度の所得が必要だと言われている。

(生活保護制度の運用の実態)

生活保護基準以下の収入しかなく、本来申請すれば受給資格が認定されるはずの低所得者の多くが、これまで生活保護から排除されてきたと言われている。しかし、その実態を具体的に調査したデータがないため、正確な状況を把握することができないことは問題である。国の責任において早急に実態調査を行う必要がある。

過去に一度、厚生労働省が国民生活基礎調査と全国消費実態調査をベースに生活保護費の受給状況を推計したことがある。それによると、生活保護基準未満の世帯はすべて生活保護費を受給していないと仮定しても、所得のみの場合の保護世帯率（低所得世帯に占める生活保護世帯の割合）は国民生活基礎調査では15.3%、全国消費実態調査では23.8%（最低生活費+住

宅扶助)、29.6% (生活扶助+教育扶助)、資産を考慮した場合は国民生活基礎調査では 32.1%、全国消費実態調査では 75.8% (最低生活費+住宅扶助)、87.4% (生活扶助+教育扶助) だった。学識者が行った推計では捕捉率は 10%~20% 程度とみられている。

また、わが国の生活保護受給世帯数は約 164 万世帯で、全世帯に占める割合（保護率）は 1.7% である。相対的貧困率が主要国と比較して高い中で、わが国の生活保護受給世帯の割合が主要国（イギリス 9.3%、ドイツ 9.7%、フランス 7.7%）と比べて低い水準にとどまっていることは、生活保護制度の運用にあたってその対象を厳しく選別する運用が行われていることをうかがわせるものである。

厳しい財政事情や不正受給（その率は金額ベースで 0.5% 程度）の発覚を契機とする生活保護受給者に対する社会のバッシングを背景に、自治体の窓口では「適正化」の名の下に申請者を怯ませ、申請を思いとどまらせようとするかのように高圧的な態度で対応したり、少しでも働く可能性があるような場合には対象にならないといって申請の受理を拒否したり、あるいは親族による扶養の可能性を直接親族に問いただすなど、あの手この手で申請者を追い返そうとするかのような行為が行われているとも言われている。

（生活保護費の受給を申請しない理由）

一方、収入が生活保護基準を下回っているにもかかわらず、生活保護費の受給を申請しない人がいるのは、生活保護費を受給しようとする、いざというときのための虎の子のわずかな預貯金を使い果たさなければならなくなるが、そうすると緊急事態が生じたときに対応できなくなることを心配して預金を手放せない人がいることや、親から相続した家宅をどうしても手放せないことがその原因だとされている。

扶養可能性については、三親等の親族まで調査が及び、長い間疎遠な状態にある親族にまで自分の惨めな生活実態が明るみになることを避けたいとの思いが強い人が多く、また、親族に迷惑がかかるることは避けたいとして我慢している人もいる。

さらに貧困者というレッテルが張られ、社会から特別な目で見られるため、生活保護を受けること自体に強い恥辱感（ステigma）を感じる人も多い。貧困は人々を経済的困窮に陥れるだけでなく、当事者を非難し、社会から排除する側面がある。

低所得に喘いでいる人の中には生活保護制度に関する正確な情報が届いていないために、住所不定の場合をはじめ、国民年金を少しでも受給している場合や働いて得たわずかな収入があるような場合には生活保護の対象にならないと思い込んで、誰に相談することもなく、最初からあきらめてしまっているケースも少なくない。また、中には精神に障害がある人や貧しさのあまり十分な教育を受けていないために、どこの誰に相談すればよいかわからず、自分一人で問題を抱え込んでいる人も多い。

（低所得者が生活保護費を受給しない場合の影響）

相対的に所得が低い階層の人々で構成されている国民健康保険は、健康保険組合や共済組合と比べて保険料が割高で、特に低所得者にとって保険料負担は日常生活を圧迫するほど重いも

のになっている。生活保護費を受給すればその中で保険料が扶助されるのに対し、生活保護費を受給しなければ全額自己負担しなければならない。そのような中で、国保保険料の滞納世帯は300万世帯以上に上っており、滞納すると「短期保険証」（約98万世帯）や「資格証明書」（約24万世帯）が交付される。資格証明書の場合、窓口でいったん医療費を全額支払わなければならなくなり、滞納分を納付しなければ1円も還付されない。また、介護保険料を2年滞納すると自己負担が1割から2割に上昇する。無料定額診療施設も整備されているが、その存在が十分周知されておらず、存在自体知らない人もいる。

また、生活保護費を受給すれば、その中で支給される住宅扶助に相当する公的扶助制度がわが国には存在せず、公営住宅の建設も抑制されてきたことが、生活保護を受給できる程度の収入しかないのに、多くの低所得者がみじめな生活を強いられる大きな要因になっている。住居費が割高な大都市圏ほど状況は深刻である。

生活保護費受給者には住宅費が扶助され、医療や介護の保険料負担や自己負担がないのに、生活保護費を受給しなければ、それらを全額自己負担しなければならないため、生活保護基準のボーダーライン近辺にいる人は、生活保護受給者よりも惨めな生活を強いられている場合が多い。生活保護費の支給対象は生活扶助費に限定し、教育、住宅、医療、介護などに対する扶助は、生活保護から切り離して独立した制度とするべきである。

（生活保護基準の緩和）

人々のモラルハザードを防ぎ不正受給を排除するためには、ミーンズテストをはじめ受給資格を厳正に審査する必要があることは当然である。しかし、現在のようなあまりにも厳しい生活保護基準は、例えば資産は死亡したときに国に寄付することを条件に寄託する仕組みを創設するなどにより緩和することが考えられる。

（高齢者に寄り添った相談体制の整備）

2015年に「生活困窮者自立支援制度」が創設されたが、高齢者が悲惨な状態に陥ることを未然に防ぐためには、高齢者の側に立って親身に相談に乗り、どうすれば支援が受けられるのか前向きに答えを導き出せるような相談体制を整備する必要がある。

7 高齢者と地域社会

（1）「協同組合方式」の採用

地方圏では人口減少に加え急速に高齢化が進んだ結果、最低限の生活基盤さえ失われた集落が全国的に広がりつつある。そこに住む高齢者は日々の生活にも不自由している。

生活必需品を購買することができる商店やガソリンスタンドの存続、日常生活や医療機関へのアクセスに必要な公共輸送機関の確保など、地域で生活していくうえで欠くことのできないサービスを提供する仕組みを構築する必要がある。

すでに地方創生に関する提言の中で問題提起したが、住民全員が出資して設立する「協同組

合方式」を全国的に展開することが望まれる。

地域社会の生活機能を支える仕組みとして地縁自治会、NPO法人、財団方式、株式会社など全国各地でさまざまな形態のものが採用され、実践されているが、いずれも今一つ趣旨にぴったり合致せず、使い勝手が悪い面があるとの理由で、関係者から新しい仕組みの構築が要望されている。

協同組合方式は非営利の事業体であり、その地域に居住する住民が自分たちの日常生活に支障をきたすことがないように、住民自らの総意で組織を設立し、自ら運営にあたることができる仕組みである。これこそ草の根の住民自治を実践するのにふさわしい事業形態であると言える。集落単位に協同組合を設立して、住民が必要とする物資を供給し、サービスを提供することは、現行法の下でも可能である。しかし、崩壊しつつある地域社会を維持し、再生する原動力として協同組合方式に注目するなら、改めて特別に法律の根拠を与え、税財政面等で国や自治体の支援を受けられやすくすることが適当である。

(2) 「集いの館」の整備

生協総合研究所が「2050年 超高齢社会のコミュニティ構想」で提起した、老若男女の溜り場でもあり、住民がお互いを支え合う拠点でもある「集いの館」を小学校区単位に建設はどうかという提言は、まさに私たちの問題意識と合致するものである。それは、お弁当、惣菜、飲料などの食料品や医薬品を販売する「お店」、暮らし全般の相談に乗る「よろず相談デスク」、ふらっと立ち寄り、老若男女が交流して、好きなことをしてのんびり過ごせるフリースペースから構成されると考えられている。

社会から排除され、居場所を失って孤立状態の中で孤独に生活している高齢者が、近隣社会の中で人々と気軽に交流でき、ゆっくりくつろげる場、社会の一員として活躍できる場を地域社会の中につくることが重要である。集いの館は地域が抱える問題を高齢者の力で打開していく拠点となるものである。元気な高齢者が進んで運営に参加し、各種のサービスを提供し、事業をコーディネイトしていくことが望まれる。その運営主体としては、上で述べた協同組合が運営にあたることも一つの方法である。

全国の各地域が抱える課題には共通する部分が大きいものの、詳細はさまざまである。したがって集いの館を実際に整備する場合には、2050年超高齢社会のコミュニティ構想が提起した集いの館の整備単位や規模あるいは施設の内容や運営方法を参考にしながら、その地域の特性や課題を踏まえてその地域にふさわしいものを、住民が市町村の全面的なバックアップを得ながら、社会福祉協議会、商工会、自治会、老人会、青年団、NPO法人などと協働で、その設立と運営は住民自らがお互いに助け合いながらあたるという決意の下に、その総意で取りまとめて行くことが重要である。

(3) 高齢者の移動手段の確保

若年層を中心とする人口減少が続く中で急速に高齢化が進んでいる地方圏に位置する地域社会が抱える深刻な問題の一つに、高齢者が移動する手段をどのようにして確保するかという問題がある。

人口密度が高い都市部ではデマンド交通の導入など公共交通システムでカバーすることも可能であり、すでに多くの自治体で導入されている。しかし、人口が希薄な地方圏の中山間地域や離島など条件に恵まれない地域では、通常のデマンド交通ではコストが嵩み過ぎて実行できない場合が少なくない。このため、地方圏における住民の移動手段の確保については、安い利用料金で自家用車と同じような利便性が得られる仕組みを工夫する必要がある。その方法として、例えば定額制のタクシー料金制度の創設やITを活用したタクシーのシェアリング・システムの導入、前述した地域協同組合などによる実費輸送や会員制の自家用車シェアリングの普及、あるいは自動運転自動車のパイロット的導入などを促進する必要がある。

今後高齢化が一層進み、しかも単身で居住する高齢者が大幅に増加すると見込まれている中で、高齢者が利用料金を気にせずに気軽に利用できる移動手段をどのようにして確保するかということは、高齢者が安心して支障なく日常生活を過ごすことができ、いざ病気を患った時にはためらうことなく医療機関にかかることができる社会、高齢者が健康を維持し、生きがいのある日々を過ごすことができる社会を形づくるうえで重要な課題である。ITを中心とする新しい技術の成果を取り入れつつ、従来の発想にとらわれず、地域が抱えている困難を解決するには何が必要かとの観点から制度を柔軟に見直し、市町村が住民の移動手段の確保に中心的な役割を果たすことが求められる。

「超高齢社会に求められるもの」に関する検討メンバー

梶田 信一郎	自治総合センター理事長
工藤 裕子	中央大学法学部教授
神野 直彦	東京大学名誉教授
橋本 昌	前茨城県知事
原田 豊彦	元日本放送協会理事
増原 義剛	元衆議院議員
松本 博	(株) 松本代表取締役
宮崎 達彦	弁護士
(座長) 森元 恒雄	元参議院議員
渡壁 誠	日本電気(株) 常務理事