

論 説

家族関係からみた日本の高齢化社会

齋 藤 忠 雄

目 次

はじめに

I 人口構成の推移

1. 平均寿命の伸長：長寿社会
2. 合計特殊出生率の低下：少子社会
3. 「ひょうたん型」人口ピラミッド：高齢化社会

II 高齢者の世帯と健康

1. 核家族化と高齢者世帯の増加
2. 加齢とともに進行する体力の後退
3. 中高年女性依存度の高い要介護事情

III ライフ・サイクルの変容

1. 長くなる老親扶養期間
2. 高齢化社会が提示する諸問題
3. 世代間負担問題再考

はじめに

人口の高齢化は第2次世界大戦以後の先進的諸国に共通する現象である。それが社会問題として世の耳目を集めてすでに久しい。

そのさいマクロ的には、経済成長や産業構造との関連、および年金・医療・社会福祉とその負担をめぐる財政へ作用と反作用が中心的論点となるであろう。経済が国民生活の物的基礎をなすのであるから理の当然である。

その点において、日本も例外ではない。だが日本を分析するとき、それと並んで欠かせないのが家族との関係である。というのも、日本は長い間3世代同居を柱に据えて、家族の内部で対処するところが大きかったからである。とはいえ、戦後経済の高度な発展が家族のあり方を変え、その相互扶助機能を低下させつつあることも事実である。また、高齢者の役割は、家族関係のなかだけではなく仕事の上でも変わりつつある。

かならずしも明示的とはいえないけれども、小稿は日本経済の構造や成長の変化を下敷きにしている。その上で、いわば家族関係を縦軸に据えながら、日本における人口構成の推移、高齢者の世帯と健康、そしてライフ・サイクルの変容を考察してゆくことにする。

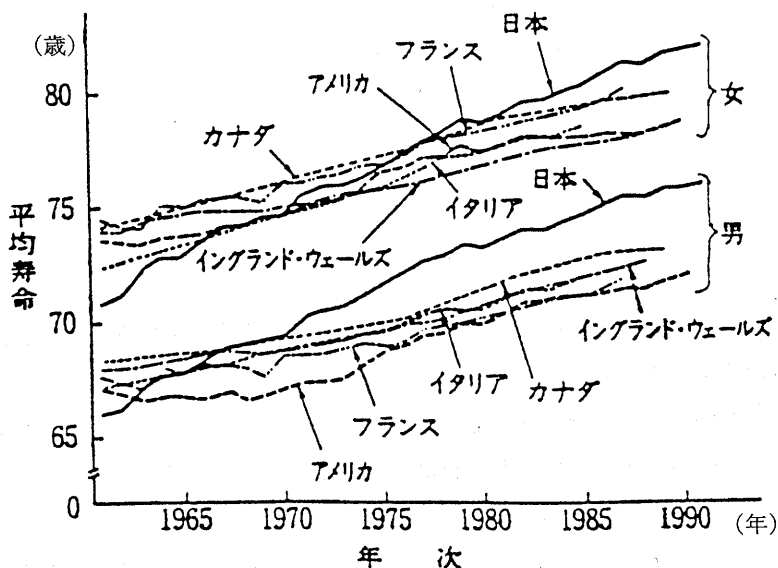
I 人口構成の推移

1. 平均寿命の伸長：長寿社会

〔1〕人口の動向を調べる手掛りとして、まず平均寿命¹⁾の動きをフォローしてみたい。

図1は、1960～1991年における代表6ヵ国（米・英・仏・伊・加・日）の平均寿命を描いたものである。この図はつぎの3点を示唆している。①30年間の傾向を追ってみると、すべての国ではほぼ順調に平均寿命が伸びている。②男女の性別では、いずれの国でも男性より女性の平均寿命のほうが長い。しかも、その差は6～7年程度とやや大きい。③国別の推移では、日本の動きがダイナミックである。すなわち、日本における男女の平均寿命はいずれも1960年で6ヵ国中最低であったものが、70年代で最上位に立っている。そして80年代にすすむと、さらに他

図1 平均寿命の国際比較、1960～1991年



資料：厚生省『人口統計資料集 1993年版』。

なお、本図もふくめて、以下の図表は元の図表を適宜一部加工してあることをおことわりしておきたい。

国との開きを拡大する方向で運動しつづけている。

この図には載っていないけれども、日本の平均寿命は1980年代後半にスウェーデン・オランダ・ノルウェーを抜き、そのまま90年代に入っている²⁾。そして、日本の平均寿命は1992年で男性76.09歳、女性82.22歳に達している³⁾。外国の統計はそれより古いものしかないので正確ではないが、今や日本はほぼ世界の長寿国になっているとみなしてよさそうである。平均寿命は全年齢の死亡状況を集約したものであることから、一般に保健福祉水準の総合的指標として利用されることが少なくない。それに従ってこの基準を用いるならば、日本は総合的にみて安全性と保健福祉の面で世界でもっとも水準の高い国ということになるであろう。

では、いかなる要因が先進的諸国の平均寿命の伸長に寄与しているのであろうか。その基礎に、経済の成長と所得の増大が存することを否定する人はいないであろう。これが、自然科学的には医学研究と進歩した医学の普及とを支えてきた。また、家庭内では栄養や住居・衣服などの改善に貢献している。労働災害との関係では、労働力不足傾向が企業をして安全性への配慮を高からしめたにちがいない。さらには、高い国民負担能力が公衆衛生と医療（保健）体制をふくむ公共福祉の充実・普遍化を可能としたことも大きい。

もちろん、プラス面だけではない。19世紀的貧困や大きな戦争こそ克服されつつあるが、交通事故や麻薬・自殺など平均寿命にマイナスに働く社会問題も看過できない。とはいえ、総合的にみるとプラス要因のほうがより大きく機能してみてもよいのである。以下、その辺を別の角度から今少し考察してみたい。

〔2〕まず第2次大戦後の日本に即して、平均寿命の伸長と死亡率（人口千対）との関係を見ることにしよう。

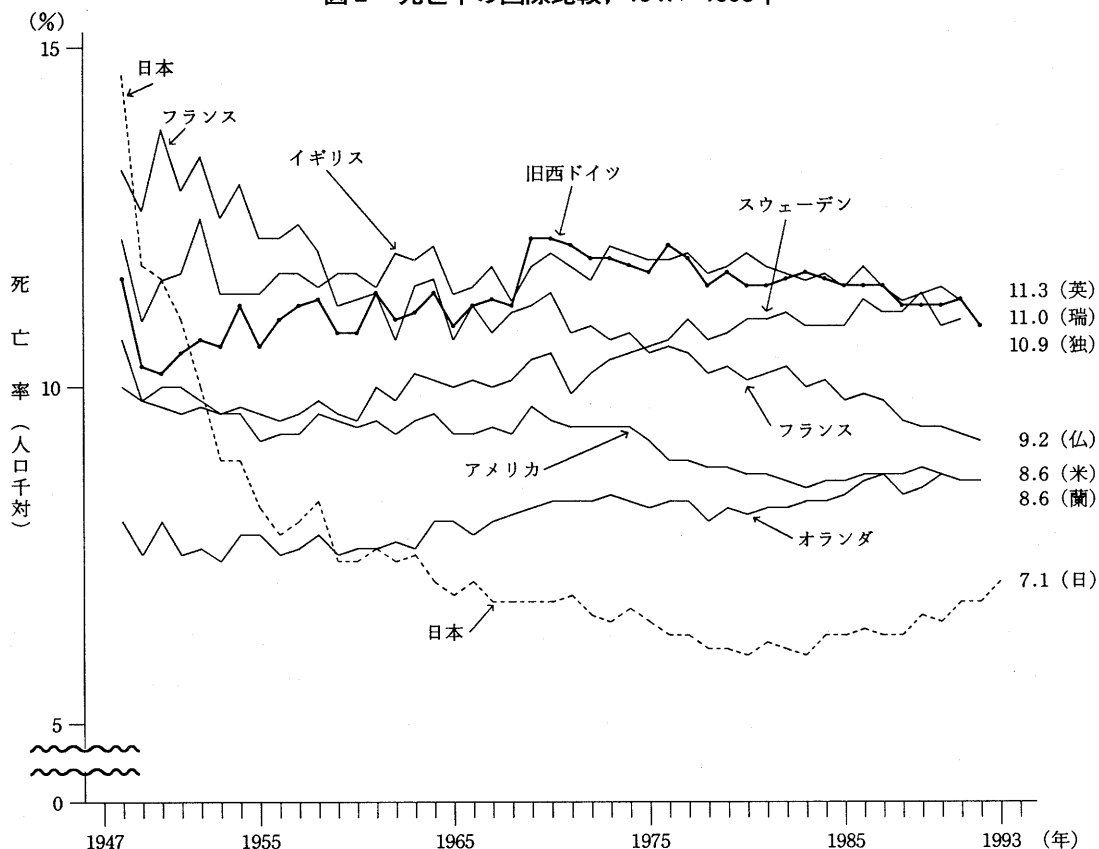
図2は、1947年から1993年までにおける日本の死亡率を欧米6ヵ国（米・英・旧西独・仏・蘭・瑞）と比較したものである。

全7ヵ国の推移と水準はじつにまちまちである。それをあえて推移にそって整理してみるとつぎのようになるであろう。ほぼ一貫して上昇しているのがスウェーデンとオランダ、それとは逆に、低下傾向をたどりつづけているのがフランスとアメリカである。それにたいし、独・英はやや複雑である。ドイツは1950年頃から1970年頃まで上昇し、それ以後90年代初頭まで微減傾向を示している。イギリスは、この間終始安定した水準で推移している。各国の推移と水準がなぜこのように異なるのかは不明である。だが、すぐ後の日本分析から推察するに、〈出生率と死亡率および人口高齢化との間には相関関係がある〉と示唆することは許されるように思われる。

さて、図2によると、日本の推移は3期に分けうる。第1期は、死亡率が急落している1947年から1950年頃までである。第2期は、緩やかな低下傾向をたどっている1950年頃から1980年頃までである。そして第3期が、反転して上昇を開始する1980年付近以降である。（その原因については後掲図3の項で分析する。）

いずれにしても、日本の推移は代表7ヵ国のなかでもっとも激しい。順位的には、とくに

図2 死亡率の国際比較, 1947~1993年



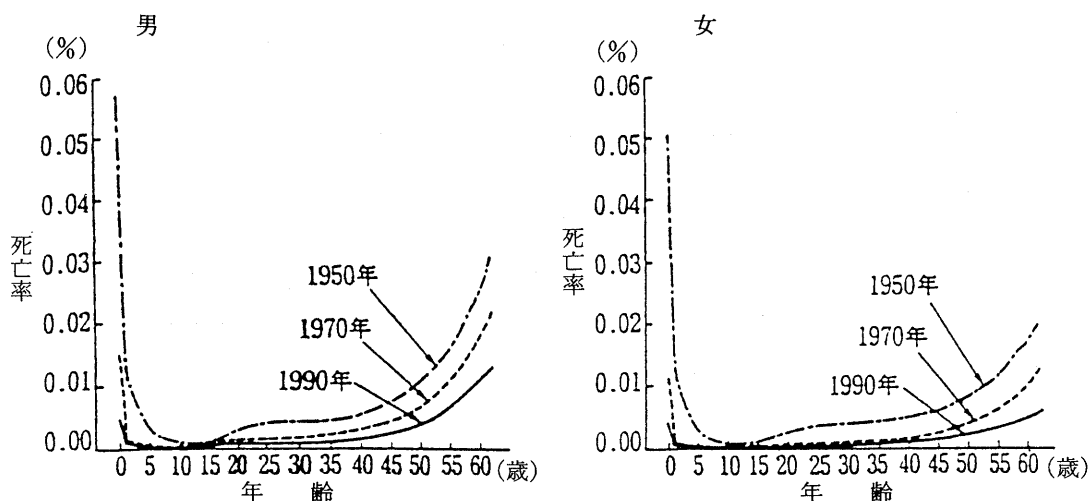
注：1) アメリカの1990年と1991年, およびスウェーデン・フランス・
旧西ドイツ・オランダの1991年は暫定値である。
2) 日本の1993年は人口動態統計年間推計である。
資料：厚生省『最近の人口動態』1994年。

1947年からの10年間がそうである。この間に、日本は死亡率の一番高い国から一番低い国へと位置を移動させている。ここから、日本の平均寿命が急速に伸びてきた直接的要因として、この急落して低い水準にとどまっている死亡率を指摘することができるのである。

〔3〕つぎに、死亡率を年齢別に調べることから死亡率低下の内因を探してみよう。図3は、年齢別死亡率を男女別に1950年・1970年・1990年で示している。この図によると、いずれの年齢でもこの20年および40年の間に死亡率が下がっていることがわかる。ただし、死亡率低下の寄与度は年齢階層と年代(1950年・1970年・1980年)とによって異なっている。

年齢階層別では、0歳児の死亡率低下ポイントが断然大きい。それは、1950~70年の20年間でも1970~90年の20年間でもそうであるが、とりわけ前者で大きい。それにたいし、10~15歳層の死亡率は終始きわめて低く、かつ変化に乏しい。10~15歳層は、もっとも健康で事故の少ない年齢層とみてよいだろう。死亡率はこの年齢層をボトムとして以後緩やかな上昇に転じて

図3 年齢別死亡率，1950・1970・1990年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

ゆく。その上昇カーブは50歳あたりから鋭くなりはじめている。とはいえ年次推移でみると、1950～1970年と1970～1990年のいずれでもやや大きな幅で着実に死亡率が低下しつつある。

つぎに、前半の20年間（1950～1970年）と後半の20年間（1970～1990年）にたいする死亡率低下寄与度を年齢別とクロスさせてみたい。その結果は以下のようなものである。前期では、乳児死亡率の急落と、中高年層死亡率の低下がともに貢献している。そして、後期では、主として高齢層の死亡率低下が全体に作用している。つまり、年齢別死亡率からみた平均寿命伸長の主因は、年をへるにつれて乳児から中高年層へ、なかでも高齢層へとシフトしつつあるのである。この事実は重要である。

死亡率の低下傾向は、人びとが高齢まで生きる可能性をいちじるしく高めた。また、高齢層における死亡率低下トレンドは、高齢者となってからの人生を伸ばしてきている。今や高齢者は絶対数でかならずしもマイノリティではなくなりつつある。健康対策が成人病に重点が移る所以である。と同時に、公共福祉政策にたいするこの厚い高齢層の動きが注目される。

2. 合計特殊出生率の低下：少子社会

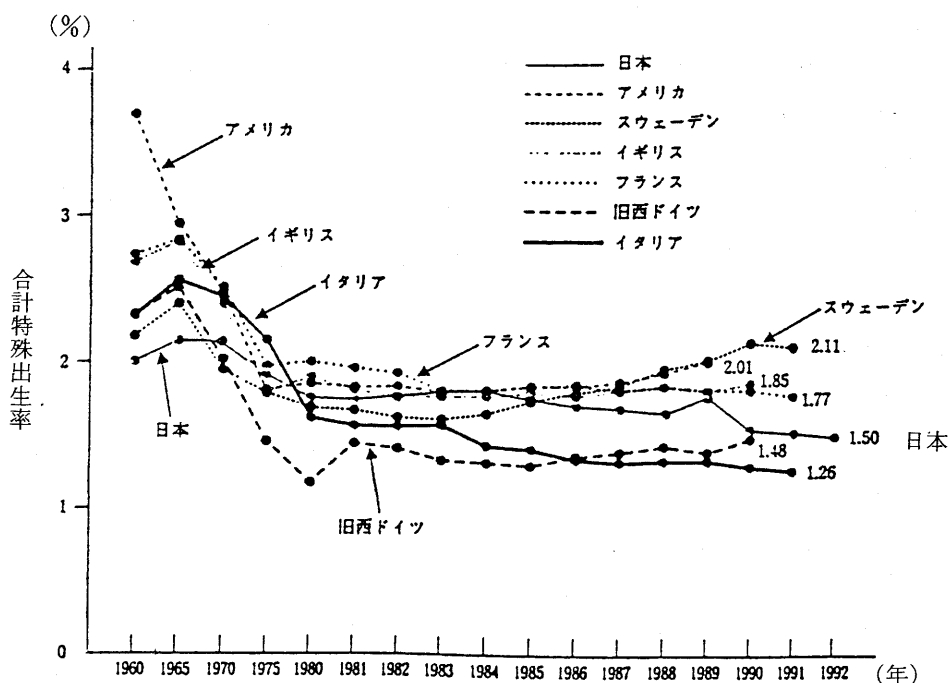
〔1〕人口の動向をみるためには、死亡率と並んで出生の状況も調べなければならない。そのさい一般に、出生率（年間の出生者数÷人口×1000）よりも、合計特殊出生率（total fertility rate）を用いるのが普通である。周知のように合計特殊出生率とは、15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したものである。換言すれば、1人の女性がその年次の年齢別出生率で一生の間に生む、と仮定したときの平均子供数に相当している。

図4は、代表7ヵ国（米・英・旧西独・仏・伊・瑞・日）の合計特殊出生率を1960年から1990、'92年までフォローしたものである。その全体的傾向は、およそつぎのように括りうるであろう。①1960年から1975年にかけて、すべての国が大きく低下している。②1975年あたりから1985年あたりまでは横這いで推移している。③1980年代後半からそれまでのシンクロナイズ的動きが止まり、緩やかに上昇する国と低下する国とに二極分化しつつある。

これを1990年代初頭における各国の水準で比較してみると、どういう図柄になるであろうか。最上位の国スウェーデンと最下位の国イタリアとを対比させると、それぞれ2.11（指数100）と1.26（同60）であるから、その開差はかなり大きい。平均寿命の長い先進国のばあい、一般に長期的な人口の置き換え（replacement of population）のためには合計特殊出生率が2.1程度必要であるといわれている。この人口推計基準に従うと、1990年初頭水準がつづくと仮定するとき、代表7ヵ国のばあいスウェーデン以外の国々の総人口は21世紀のいずれかの時点で減少することになる。

周知のように、第2次大戦後世界の総人口は急増傾向をたどっている。だが、それはいわゆる発展途上国によるところが大きいのであって、経済的に豊かな先進的諸国の合計特殊出生率

図4 合計特殊出生率の国際比較、1960～1992年



資料：厚生省『厚生白書 1993年版』。

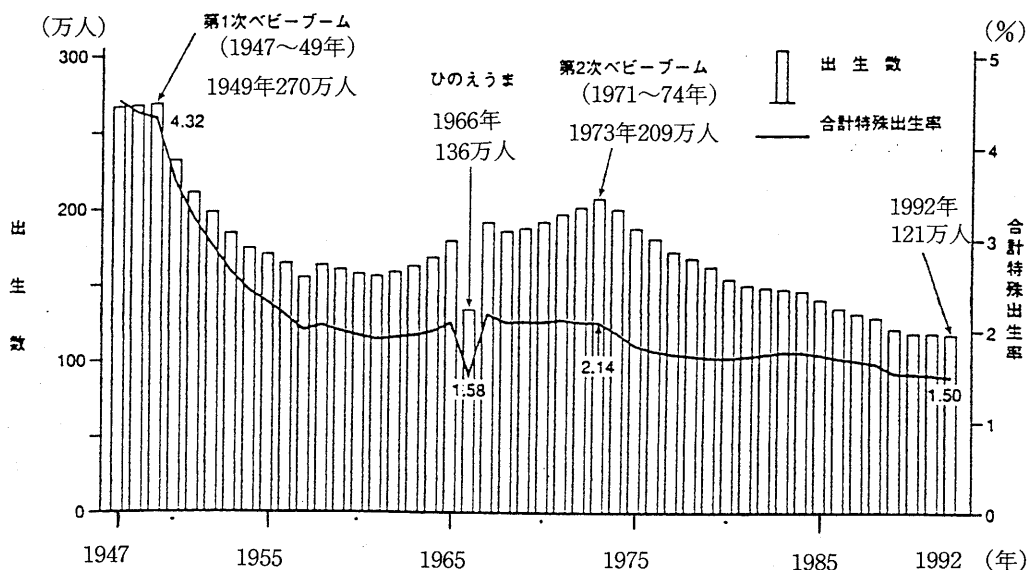
は自国人口の置き換えラインを切っている場合のほうが多い。南北問題の難しさは、たんに地下資源の偏在や経済構造にあるだけではなく、人口の動向にもうかがえるのである。

〔2〕日本の合計特殊出生率を、高度経済成長期以後をとり上げた図4（1960～1992年）でみると、その推移は比較的变化に乏しい。しかし、歴史をもう少し遡らせた図5（1947～1992年）で見直すと、大きな変動がみえてくる。

まず、1947～1949年の合計特殊出生率が4.3と極めて高い。これは、第2次世界大戦の影響で生じた第1次ベビー・ブームに起因している。これが後に「団塊の世代」とよばれる世代を形成することになる。さて、この高い合計特殊出生率も翌1950年から急落に転じ、1957年に2.04を示してひとまず底を打っている。戦争直後の食糧難や高い失業率を背景として展開された産児制限運動によるところが大きいといわれている。ちなみに、国民生活が戦前水準に回復したのは1955年頃であった。

その後合計特殊出生率は、「ひのえうま」の年を例外として、1958年頃から1975年頃までごく緩やかながら上昇傾向を持続させている。この20年近くは、人口置き換え水準付近で安定的に推移している、と言い換えてもよい。この時期は、高度経済成長期にあたり、実質所得の上昇率も実質個人消費支出の伸びもいちじるしいときであった。この時期の後半のばあい、人口構成の上では、第1次ベビー・ブーム世代が結婚し、やがて第2次ベビー・ブームを迎えるときでもある。そのため、出生数の増加率が合計特殊出生率より高いことを特徴とする時期であ

図5 出生数および合計特殊出生率の推移，1947～1992年。



資料：厚生省『最近の人口動態』1994年。

る。なお、第2次ベビー・ブーム世代は第1次のそれよりかなり少ないことにも注意を払っておきたい。それを1949年と1973年で示すと、270万人と209万人であるから、絶対数で61万人、率で23%の減少となる。

さて、日本の合計特殊出生率は1975年頃から再び低下傾向に向きを変えてゆく。急落を示した1947～1957年と異なる点は、低下が緩やかでかつその持続期間の長いことである。1990年代初頭でもまだ底を打つ気配をみせていない。この再低下傾向への転換の契機は第1次石油ショックと重なっている。またこの期間は、高度経済成長時代が終焉し、成熟化社会と呼称されている時期でもある。合計特殊出生率が人口置き換え水準を下回りはじめたことにより、日本も完全に少産少子の長寿社会に入ったとみてよいであろう。

それでは、1975年頃から減少しつつけている出生数の今後の見通しはどうであろうか。その点につき、少なくともつぎのことは指摘しうる。それは、1990年代中期に第2次ベビー・ブーマーがいわゆる結婚適齢期を迎えることから、'90年代後半に第3次ベビー・ブームが生じらうということである。ただし、その絶対数は第2次ベビー・ブーマーを下回ることであろう。なぜなら、合計特殊出生率の推移からみて、第2次ベビー・ブーム世代が第1次のそれより少ないと同様、第3次ベビー・ブーム世代は第2次のそれより少なくなると推測せざるをえないからである。

ところで、先進的諸国の合計特殊出生率がなぜ低下傾向をたどりはじめたかについては種々論じられている。その基礎に産業構造の近代化、すなわち農業のウエイトの高い経済から工業・サービス産業基軸の経済への移行があることは誰もが認めるところである。そして、より具体的には、出産と育児をめぐる社会環境の変化があり、それはおよそつぎの4点に整理できそうである。

第1は、土地住宅問題である。資本主義経済の発達急速に巨大な富を生みだした。しかし反面で、その富は大都市に偏在し人口もそこに集中した。しかるに、資本は土地を生産できない。大都市における土地需要の増大は地価の高騰をもたらした。それが住宅環境の悪化につながって、出産育児の妨げとなっている。

第2は、進学率の上昇にともなう教育費の増大である。第1次産業就業者構成比の高い経済発展段階では、農業もふくめて自営業の割合が高かった。そこでは経験の長さや熟練が重視されることはあっても、学校教育のもつ意味はあまり重くなかった。ところが第2次・第3次産業就業者層が厚くなる発展段階にすすむと、自営業主および家族従業者の数が激減する。それとは反対に増大してゆく一般賃金労働者は、広い一般教養と高度な専門知識を資本から要求されその程度に応じて評価されることになるから、いきおい高等教育への熱が高まらざるをえない。なるほど、経済成長は家計を豊かにした。だが、子供1人あたりの教育費を高らしめたことも否定できないのである。

第3は、3世代同居を前提とする“家”中心の家族関係の変容である（後述する第II章第1節も参照されたい）。子供世代は賃労働者となって都市で生活するようになったが、高齢の親

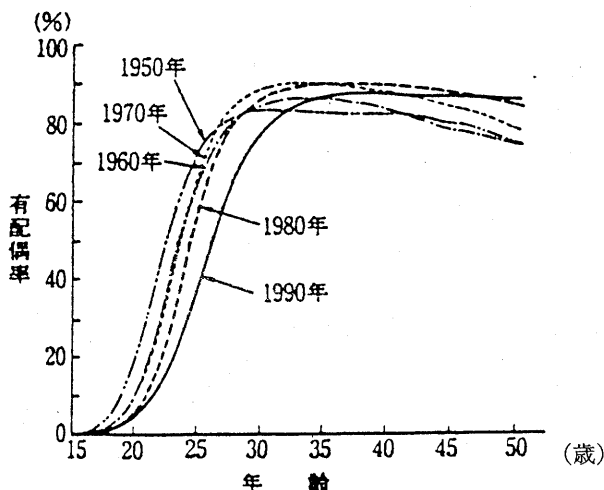
世代は農村部に残るケースが多い。それは、親子世代間における考え方、生活スタイル、食物の好みのちがいによるだけではない。都市における土地住宅難や異なる方言や文化など、新しい生活環境にも問題があるからである。こうなるとかつてと異なり、子供夫婦が農業など自営業の主な働き手となり、その親世代が孫の世話をするというパターンは崩壊する。今や「鍵っ子」という言葉に象徴されるように、都市で共働き化している夫婦にとって、家族の触れ合いという意味でも子育て環境は厳しくなっている。

以上とも関連するが、第4は女性の就業化・社会進出に関することである。日本のばあい子供を生み育てるにさいし、母親が、少なくとも一旦、退職するのが一般的である。しかし、女性の高学歴化によりすでに女性のコストが高くなっている⁴⁾。加えて、経済成長は労働力需要を高めて女性の賃金もそれなりに高くなりつつある。ゆえに退職する女性は、一方でみずからの教育費の回収不足と出産育児にともなう新たな支出という二重の負担を背負いながら、他方で収入を停止する立場に立つことになる。これは後述する晩婚化とのつながりも深い。いずれにしろ、既婚女性の就業継続・共働き継続と出産育児との両立の困難が厚い壁となって立ちはだかっている。賃金慣行、税制、年金改善など総合的対策が希求される所以である⁵⁾。(以上の点に関しは、後述する本節の〔4〕も参照されたい。)

〔3〕上述を受けて、ここでは女性の年齢別有配偶率と年齢別出生率から日本の合計特殊出生率低下傾向の原因を検討してみよう。

図6は、女性の年齢別有配偶率を1950年から1990年まで10年間隔で示したものである。この図により、女性の結婚年齢がしだいに高くなる傾向がうかがえる。いわゆる晩婚化が描かれている、と言い換えてもよい。

図6 女性の年齢別有配偶率，1950～1990年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

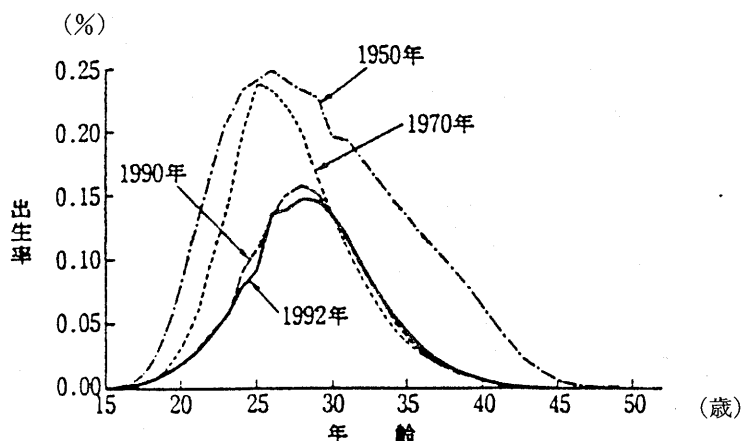
初婚年齢を高めている主な原因は2つあると考えられる。ひとつは高等教育進学率の上昇である。女性の大学進学率（短期大学をふくむ）は、1960年時点で10%未満であった。それがその後順次上昇をつづけて、1992年には40.9%に到達している⁶⁾。専門学校への進学率も18歳人口のおよそ10%にのぼっている。日本のばあい在学中の結婚は稀であるから、これが晩婚化の要因となっていることは明白である。結婚を遅くしているもうひとつの原因は、女性の就業率の上昇である。先述のごとく、持続的な経済成長は若年労働力不足を招来し、女性の雇用労働力化を促すことになった。若い女性の就労は、パート労働に代表される中年女性のばあいと異なって、本採用形態をとることが多い。この相対的に恵まれた労働条件が、結婚にともなう退職可能性との関連から、結婚を遅らせていると思われるのである。

図7は、女性の年齢別出生率を4つの年（1950・1970・1990・1992年）でグラフ化したものである。出産の主な年代は20歳代と30歳代であるから、晩婚化とのかねあい上、両者を対照させるかたちで図7を読んでゆくことにしたい。

まず、1950年から1970年までの20年間のばあいである。この間25歳ではほとんど変化をみせていないが、20歳代全体では相対的に軽い低下といえる。それに比し、30歳代での低下はかなり大幅である。これを図5との関連で読み直すと、つぎのようになる。1950～60年代における合計特殊出生率の急速な低下傾向と横這い化傾向は、主として25歳以上層なかんずく30歳代における低下によるところが大きい。

しかし、この傾向がその後もつづいたわけではない。興味深いことに、この動きはつぎの20年間（1970～1990年）でかなり異なる変化を示している。すなわち、20歳代で大幅に落ち込んでいるのである。なかでも、さきの20年間ではほとんど低下していなかった20歳代中頃でもっ

図7 女性の年齢別出生率、1950・1970・1990・1992年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

とも大きく減少している。それとは反対に30歳代は、減少どころかわずかとはいえずむしろ増加に転じている。これらは新しい現象である。その意味するものは2つある。ひとつは、晩婚化が20歳代における出生率を大幅に下げる一方で、30歳代における出生率をプラスまで押し上げていることである。もうひとつは、第1次石油ショック後における合計特殊出生率の低下傾向が、さきの20年間のばあいとちがって、20歳代に起因していることである。年齢別の絶対数で見ると、20歳代中頃の出生率が断然高いだけに、この年齢層における急落によるより低い山形の形成が合計特殊出生率におよぼした影響は決定的であった。

なお、1992年の曲線を見ると、1970年から1990年にかけての傾向がまだつづいているようである。その結果、1950年・1970年で25歳付近にあった出生率のピークがますます30歳に近づきつつあるようにみえる。

〔4〕ところで、合計特殊出生率低下の原因は多様で複雑である。ここではその辺を別の角度から今少し補足しておきたい。

まず、未婚女性が抱えている結婚観の変化（1970～1990年）についてである。総理府がおこなった『婦人に関する意識調査』によると、結婚「した方がよい」は71%（1970年）から22%（1990年）へ激減している。それとは反対に、「どちらでもよい」は21%（1970年）から75%（1990年）に激増している。数字の大きさにみても、両者はまさに逆転していると言ってよい。女性の経済的自立化が旧い結婚観から女性を解放し、結婚に対する女性の自立化を促しつつあると解して大過ないであろう。

つぎは、理想とする子供の数をどうみているかについてである。経済企画庁『国民生活選考度調査』（1992年）によると、現実の子供数を理想とする子供数よりも少ない、と受けとめている既婚者は比較的多い。そして、理想よりも出産予定している子供を少なくしている理由として以下のような点をあげている。「子供を育てるのに金がかかる」（約35%）、「年齢的な理由で無理」（約20%）、「育児の体力的な問題」（約20%）、「家が狭い」（約20%）、「教育をめぐる状況に対して不安」（10%強）、「のびのび育つ生活環境がない」（10%強）、他（複数回答による）。総じていえば、出産育児にたいする不安に社会環境の整備が追いついていないということになるであろう。

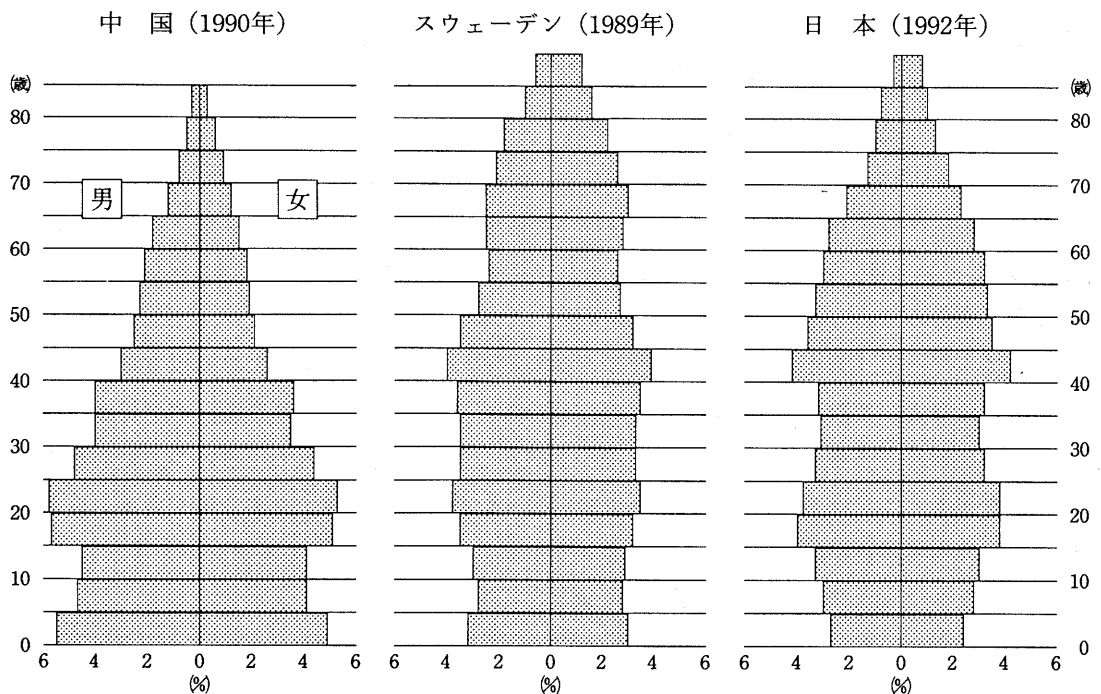
ここでもう一度「図4 合計特殊出生率の国際比較、1960～1992年」に立ち戻ってみたい。この図によると、多数の国がこの率を下げつづけている中であって、スウェーデンだけは1980年代から反転して上昇しはじめていた。その要因としてよく指摘されているのが、勤労女性の出産・育児そして子供の教育を支援する社会環境・財政支出の整備・充実政策である。日本のばあい、厚生省が近年提示している「子育て支援総合計画」（いわゆるエンゼル・プラン）は、このようなスウェーデンを他山の石として策定されたものとみなしてよいであろう。

3. 「ひょうたん型」人口構成：高齢化社会

〔1〕図8は中国（1990年）、スウェーデン（1989年）、そして日本（1992年）の人口年齢構成を人口ピラミッドであらわしたものである。とり上げている年が少し異なっているけれども、外国2ヵ国との対比によって日本の特色を抽出してみたい。

まず、世界一の人口を擁する中国の人口ピラミッドを概観してみよう。この国は、20歳以上の世代で典型的な人口ピラミッドを築いている。しかも、その裾野が広く、安定したピラミッドになっている。スウェーデンと日本において第2次世界大戦直後に限られてみられるベビー・ブームは中国に存在しない。ベビー・ブームが止まるのは日・瑞より15～20年位遅いとみてよい。この間どのような死亡率であったのかはわからないが、第2次世界大戦後20年間位における合計特殊出生率はかなり高かったものと思われる。ところが、それより若い5～15歳層では人口が急減している。これは「一人っ子政策」の影響によるのであろう。ただし、さらにそれより若い0～5歳層は再び増大し、15～30歳層に匹敵する構成比を占めている。この層は、15～30歳層の子供世代に相当するとみてよいであろう。そうだとすれば、乳幼児層はいましばらく厚くなるものと予想される。こうしてみると、中国の人口ピラミッドは「釣鐘型」と形容しうる。

図8 人口ピラミッド（中国・スウェーデン・日本）



高度な福祉国家スウェーデンの人口ピラミッドは「徳利型」である。いわば徳利の口にあたる高齢層が中国と日本より厚い。また、日本と同様に第1次ベビー・ブーム世代層が突出してはいるが、総人口との対比では日本より目立たない。その影響もあって、第2次ベビー・ブーム世代に相当する15～25歳層の増分も日本より穏やかである。徳利の底に位置する0～5歳層で3度目の増加を示しているが、これは第3次ベビー・ブームと合計特殊出生率の回復によるものと考えられる（前掲図4参照）。

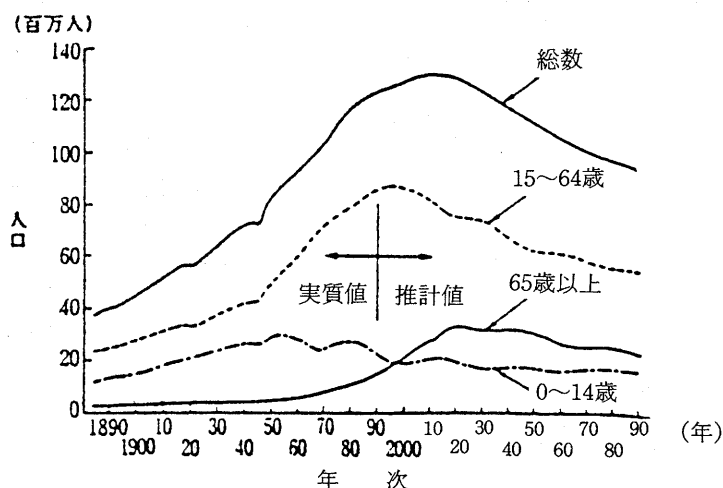
日本の人口ピラミッドは上記いずれの国とも異なっている。40歳以上層でピラミッド型を形成しているが、その安定度は中国とスウェーデンの中間に位置している。それより若い25～40歳層の減少率は、スウェーデンより激しい。同じく第2次ベビー・ブーム世代にあたる15～25歳層の増分割合もスウェーデンよりいちじるしい。そしてまた、15歳未満層の減少ぶりもスウェーデンより急激である。全体の図でいうと、日本は「ひょうたん型」といえる。このような凹凸の大きい型に導いた要因は、さきに考察したところからわかるように、平均寿命の伸長、死亡率の低下傾向、そして合計特殊出生率の変動であった。

そういうわけで、人口ピラミッドは国ごとに異なっている。日本には日本特有の事情があったのである。

〔2〕つぎに、日本における人口の推移を実績値と推計値とで追ってみよう。図9（1884～2090年）は、それを総数と年齢3区分別人口とで示したものである。

日本の総人口は、1880年代でおよそ4000万人⁷⁾であった。通観するにその後、戦争の影響で一時減少したりしているが、全体的には増加傾向をたどりつつ1980年代を経過した。これ以降は推計による。この将来推計によると、日本の総人口は2011年に1億3044万人でピークに達し、

図9 年齢3区分別人口，1884～2090年



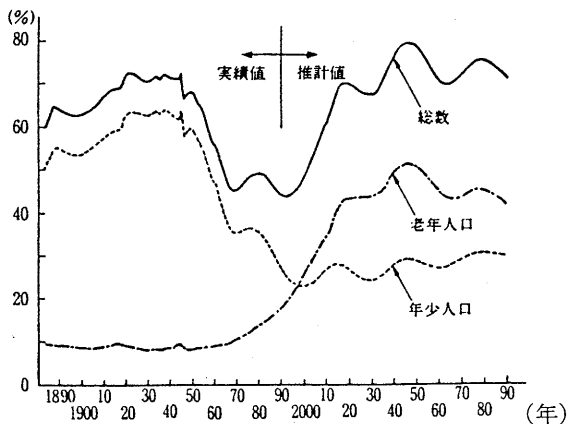
資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

それから2090年に向けて漸次減少してゆくものと見積もられている。

年齢3区分別人口（0～14歳・15～64歳・65歳以上）は、各々独自の動線を描いている。年少人口（0～14歳）は、19世紀末から増加傾向をたどり、第2次大戦後に通算3度のベビー・ブームを記している。全体的には第1次ベビー・ブーム期（1947～1949年）を頂点とし、以後減少に転ずるが、とくに2030年付近からは、なだらかな傾斜で減少してゆくものと見積もられている。生産年齢人口（15～64歳）⁹⁾は当然のごとくもっとも層が厚い。それだけ総人口の推移におよぼす影響も大きい。生産年齢人口の増加は1950年頃からいちじるしくなっている。そして、1990年代中頃にピークを築く。さきに考察したところによれば、その要因は第1次ベビー・ブーマーの加齢と死亡率の低下にある。老年人口（65歳以上）⁹⁾は、1884年から1950年頃まできわめて薄い層のまま推移している。老年人口はその後、層が厚くなっている65歳以下層の加齢と高齢者死亡率の低下とによって急増してゆく。そして、1990年代の前半で年少人口を抜き、それから2020年あたりでピークを迎えている。21世紀は、老年人口が年少人口より厚い層を形成しつつ推移してゆくものと予測されている。

つぎに、年齢3区分人口の構成比の変化に即して時期区分してみたい。それは、3期に分けることができそうである。第1期は、1884年から1950年頃までの長期にわたる期間である。相対的増加率は年少人口で高く、老年人口で低く、生産年齢人口でその中間を示している。全体的に、3者はともに増加傾向をたどり、3者間の構成比の安定性も比較的高い。第2期は、1950年頃から2020年頃までの期間である。この間における3者の変動は激しい。まずその前半で生産年齢人口が急増し、ややタイム・ラグをおいて老年人口が急増している。それとは逆に、年少人口は凹凸をともしつつ減少傾向をたどっている。結果として、3者における構成比の安定性は崩れている。第3期は、2020年以降である。第1期とは反対に、3者そろって漸減傾向を示している。

図10 従属人口指数, 1884～2090年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』
1994年。

したがって漸増傾向をたどった第1期と方向は逆である。また、第1期では年少人口が老年人口をはるかに上回っていたが、第3期では位置を入れ替えて老年人口のほうが多い。しかし、3者間構成比が安定的である点は第1期と類似している。

今度は年齢構成を、いわゆる生産年齢人口と従属人口（年少人口プラス老年人口）¹⁰⁾との関係で時期区分して検討してみたい（図10）。すると、これも年齢3区分別人口と同じ期間の3期に分けることが

できそうである。

第1期（1884年～1950年頃）は、比較的従属人口の割合が高い。この期間における従属人口指数総数（年少従属人口指数プラス老年従属人口指数）¹¹⁾は60～70%を記している。その内訳を示すと、老年従属人口指数は10%弱と低い、年少従属人口指数のほうは50～60%と圧倒的に高い。

当然のことながら、第2期（1950年頃～2020年頃）における従属人口指数の変動は激しい。まず、その総指数が40%台まで急落している。内訳的には、年少従属人口指数が急減して20%まで下がり、逆に老年従属人口指数が急増している。いずれにしろ、この指標でみれば、第2期はもっとも生産年齢人口が厚く、したがって経済的活力のポテンシャルが高い時期といえる。

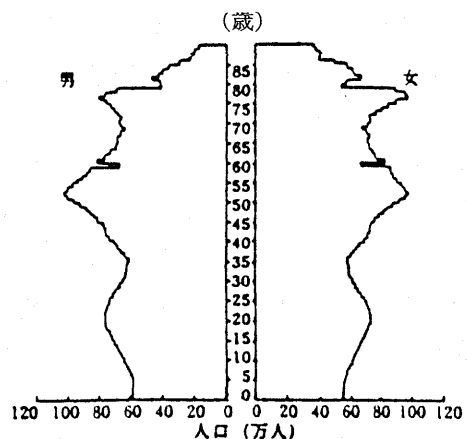
第3期（2020年頃～2090年）は、再び従属人口指数総数が高くなり、やがて70%台で高位安定的に推移してゆく時期である。総数の値は第1期と大差ない。違いはその内訳にあって、第1期にくらべ第3期は年少従属人口指数（20%台後半）で低く、老年従属人口指数（40%台）で高い。したがって21世紀の高齢社会問題は、やはりたんなる従属人口指数総数の水準ではなく、その内訳にあると考えなければならない。というのも、年少人口の減少と老年人口の増大がそれぞれ社会にどのような影響を及ぼすか、その相違点に着目しなければならないからである。教育・労働・雇用・年金・医療・社会福祉・そして地域間人口構成の偏りなど、検討すべき課題は多い。

ちなみに、2025年に予測される日本の人口ピラミッドは図11のとおりである。20歳付近がふくらんでいるのは第3次ベビー・ブームの影響である。全体的には第1次・第2次ベビー・ブーマーをふくむ50～80歳層で厚い長寿高齢型のピラミッドといえる。人口ピラミッドの型に即してみると、1950年あたりまでは文字どおりのピラミッド型、1990年あたりではひょうたん型、そして2025年あたりでは釣鐘型へと変動している。2025年における日本の人口ピラミッドは、前掲図8でいうと1989年のスウェーデンとやや類似的である。

〔3〕この項では、日本における高齢化率とその国際比較について、若干ながらさらに考察を加えてみたい。

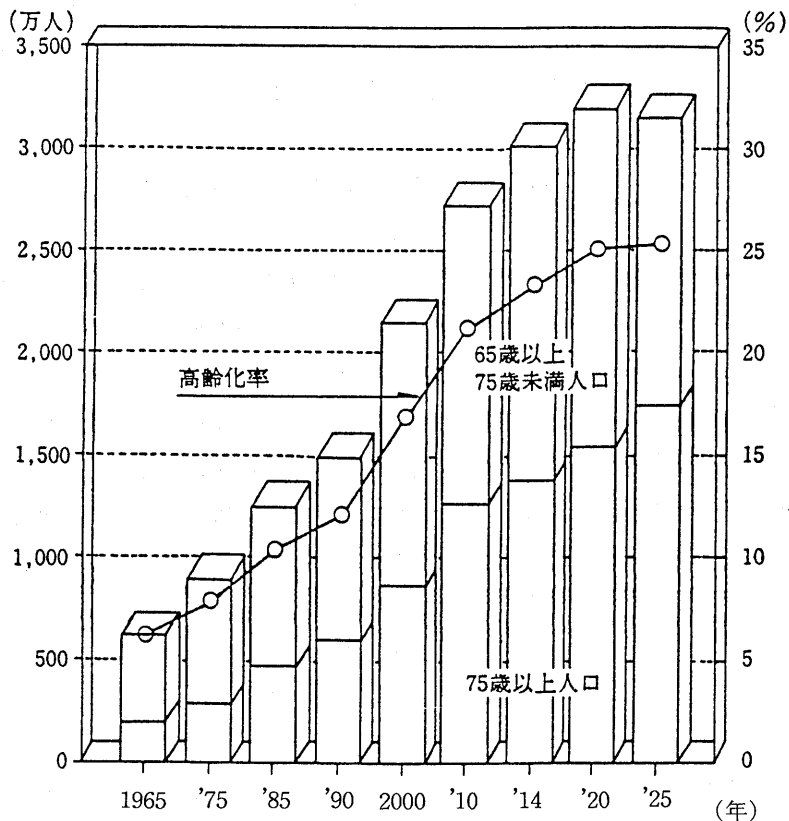
図12は高齢化率、つまり総人口に占める65歳以上人口の割合を1965年から2025年まで図示している。20世紀後半の日本は、年少人口の構成比を下げる一方で、生産年齢人口と老年人口との構成比を高めてきたが、やはり注目すべきは高齢化率の推移である。というの

図11 人口ピラミッド，2025年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

図12 前期・後期高齢者人口と高齢化率の推移, 1965~2025年



注：高齢化率とは、65歳人口が総人口に占める比率のことを指す。

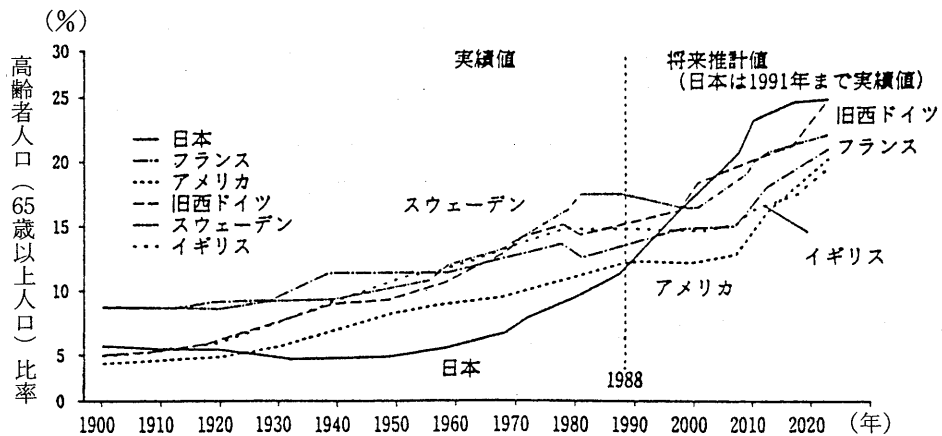
資料：厚生省『厚生白書 1991年版』。

も、なんといってもその増加速度の速いことから社会的影響の大きいことが推察されるからである。そのさい、「人生80年時代」といわれる程長い平均寿命であることを鑑みるに、65歳以上人口をひとつに括ってしまうのは適切ではあるまい。なぜなら、健康状態や配偶者の有無などにつき、高齢者内の年代層で相違があると思われるからである。

そこで、この高齢者人口の内訳を前期高齢者（65歳以上～75歳未満）と後期高齢者（75歳以上）とに分けてみると、その構成比はどうなるであろうか。図12によると、1965年では前期高齢者のほうが後期高齢者よりずっと多い。しかし以後漸次その差が縮小し、2020年頃ではほぼ半々、そして2025年には逆転して後期高齢者のほうが多くなると予測されている。平均寿命がどこまで伸びつづけてゆくものかわからないが、75歳未満層の死亡率低下傾向がづくかぎり後期高齢者の構成比は上昇トレンドをたどることになる。

さて、以上のような内訳で人口高齢化を歩みつつあり、かつ歩みつづけると予測されている日本の推移は、国際的にみてどのような所に位置しているのであろうか。図13は、代表6ヵ国（米・英・旧西独・仏・瑞・日）の高齢者人口比率を1900年から2020年までグラフ化したもの

図13 高齢者人口比率の国際比較, 1900~2020年



資料：厚生省『社会保障入門 1994年版』。

である。

さきに外国5ヵ国を概観しておこう。水準でみると、終始高い国がフランスとスウェーデン、逆に終始低い国がアメリカである。水準は異なっているが、歩調のほうは5ヵ国ともほぼそろっている。すなわち、1900年から1920年頃までは大体横這い、1920年頃から21世紀初頭までがやや急な上昇、そして2010年付近以降でより上昇の急なカーブを描いている。

この外国5ヵ国に比し、日本の個性は強い。まず1900年の水準は平均的であって、5ヵ国の中間に位置している。ところがその後、諸外国はそろって上昇しているのに反して、日本は逆に1930~1950年に向けて低下傾向を示している。1950年で比較してみると、日本の5%弱という水準は、10%付近にいる外国5ヵ国の2分の1程度である。日本はこの1950年あたりを境にやっと上昇に転じている。その速度は1950~60年代でこそ比較的穏やかである。だが、1970年代以降はその速度を外国5ヵ国以上にあげている。そして、1990年頃にまずアメリカを抜き、2005年頃には代表6ヵ国のトップに立つ見通しである。たしかに、このあたりから日本の高齢化速度は緩む。とはいえ、2020年でもまだ歯止めがかかっていない。

国連の『人口研究報告書』（1956年）は、65歳以上の人口が総人口の7%をこえた社会を高齢化社会（ageing society）と定義づけた¹²⁾。表1は、この高齢者人口比率7%を基準として、それが2倍の14%に到達するまでの所要年数を掲げたものである。代表8ヵ国（米・旧西独・瑞・英・伊・仏・豪・日）のなかで、一番早く7%に達している国は1864年のフランスである。1887年のスウェーデンがそれについているが、3位のイギリスが1929年であるから、仏・瑞は群を抜いて早かったといえる。日本が一番遅く、1970年である。したがって、フランス・スウェーデンとの差は106年・83年ときわめて大きい。

14%にもっとも早く到達している国は1972年のドイツとスウェーデンである。一番遅くなる」と予測されている国オーストラリアが2014年であるから、独・瑞との差は42年となる。つまり、

一番早い国と一番遅い国との到達年次の開きは、7%では106年と大きい割に、14%では42年と小さい。この辺を国別で洗ってみると、次のようになっている。7%にもっと早く達した国はフランスであったが、この国が14%に達した年は独・瑞より20年遅いばかりか、イギリスより16年、そしてイタリアより3年遅い。すなわち、7%に早く達した国がそのまま14%にも早く到達しているわけではないのである。また、7%に達するの

が一番遅かった国は日本であるが、日本が14%に到達した年1994年はオーストラリアより20年、そしてアメリカより18年早くなっている。すなわち、7%に達するのが遅い国がそのまま14%に到達するのも遅いとはかぎらないのである。

以上のような経過をたどった結果、表1に掲載されているような「所要年数」となった。最長期間を記録しているのは、もっとも早く7%に到達していたフランスで128年である。逆に、その最短期間を記しているのが日本で、わずか24年である。両国の開差は104年と大きい。

先進的諸国は、長寿化と少子化を併存させて20世紀の後半を経過し21世紀にすすむと予想されている。その傾向において、日本も例外ではない。だが、そこには日本の特色も見いだせる。それは、①人口高齢化の開始年次が遅いこと、②高齢化社会に転換してからの高齢化速度が速いこと、そして、③2025年頃に迎えると将来推計されているそのピークがきわめて高い所に存すること、である。

表1 人口高齢化速度の国際比較

国	高齢者人口比率の到達年次		所要年数
	7%	14%	
ア メ リ カ	1942年	2012年	70
旧 西 ド イ ツ	1932	1972	40
ス ウ ェ ー デ ン	1887	1972	85
イ ギ リ ス	1929	1976	47
イ タ リ ア	1931	1989	58
フ ラ ン ス	1864	1992	128
オ ー ス ト ラ リ ア	1938	2014	76
日 本	1970	1994	24

資料：エイジング総合研究センター『高齢化社会基礎資料年鑑』1994年版。

II 高齢者の世帯と健康

1. 核家族化と高齢者世帯の増加

〔1〕国によるちがいはもちろんあるが、一般に第1次産業就業者の割合がまだ比較的高い経済の発展段階までは、高齢者の扶養は家族内部でおこなわれていた。すなわち、自営業にもとづく高い3世代同居率を前提にして、乳幼児の世話・食事の用意等のサービス提供や病気・失業・事故などにたいし、所得再分配と相続財産の授受をつうじつつ、家族相互間で助け合ってきた。このような家族内部の労働は市場を経由した賃金形態をとらないため、価格がつかず、

表2 普通世帯・一般世帯の世帯数、世帯人員および1世帯あたり人員，
1920～1990年

年 次	世 帯 数 (1,000世帯)	世 帯 人 員 (1,000人)	1 世帯あたり 人 員	増 加 率 (%)	
				世 帯 数	世帯人員
普通世帯					
1920年	11,122	54,336	4.89	—	—
1925	11,903	58,055	4.87	7.0	6.8
1930	12,600	62,761	4.98	5.9	8.2
1935	13,383	67,250	5.02	6.2	7.2
1940	14,214	70,961	4.99	6.2	5.5
1950 ¹⁾	16,425	81,629	4.97	²⁾ 8.0	²⁾ 7.7
1955	17,540	87,173	4.97	¹⁾ 5.8	²⁾ 5.8
1960	19,871	90,285	4.54	13.3	3.6
1965	23,280	94,393	4.05	17.2	4.6
1970	27,071	99,983	3.69	16.3	5.9
1975	31,271	109,970	3.45	15.5	8.0
1980	34,106	113,733	3.33	9.1	5.3
1985	36,478	117,832	3.23	7.0	3.6
1990	39,189	120,064	3.06	7.4	1.9
一般世帯					
1960	22,538	93,419	4.14	—	—
1965	—	—	—	—	—
1970	30,297	103,351	3.14	²⁾ 15.9	²⁾ 5.2
1975	33,596	110,338	3.28	10.9	6.8
1980	35,824	115,451	3.22	6.6	4.6
1985	37,980	119,334	3.14	6.0	3.4
1990	40,670	121,545	2.99	7.1	1.9

注：1) 沖縄県は除く。

2) 10年間の増加率を5年間の増加率に換算。

資料：エイジング総合研究センター『高齢化社会基礎資料年鑑 1994年版』。

ややもすると見落されがちである。だが、経済的には見えない経済 (invisible economy) と
 して、ひとつの重要な保険機能をはたしている。そういう意味で、家族形態のちがいや変容が
 高齢者の扶養におよぼす影響は大きい。

そこで高齢者世帯自身の考察に入る手筈として、さきに日本の普通世帯と一般世帯の推移を
 みておきたい。周知のように、普通世帯とは住居を共にしている人の集まり、および1戸を構
 えている単身者であり、一般世帯とはこの普通世帯に、間借り・下宿などの単身者、および会
 社などの独身寮単身者をふくめたものである。

表2によると、世帯数は1920年から1990年まで一貫して増加しつづけている。とくに1965年
 から1975年にかけての15年間でそれがいちじるしい。この期間は、経済的には、第1次石油ショッ
 クまでの戦後高度成長期に相当している。人口構成的には、第1次ベビー・ブーム世代が進学

や就職のために農村地域から東海道メガロ・ポリス地帯および瀬戸内地域へ移動し、やがて結婚してゆく時期でもある。

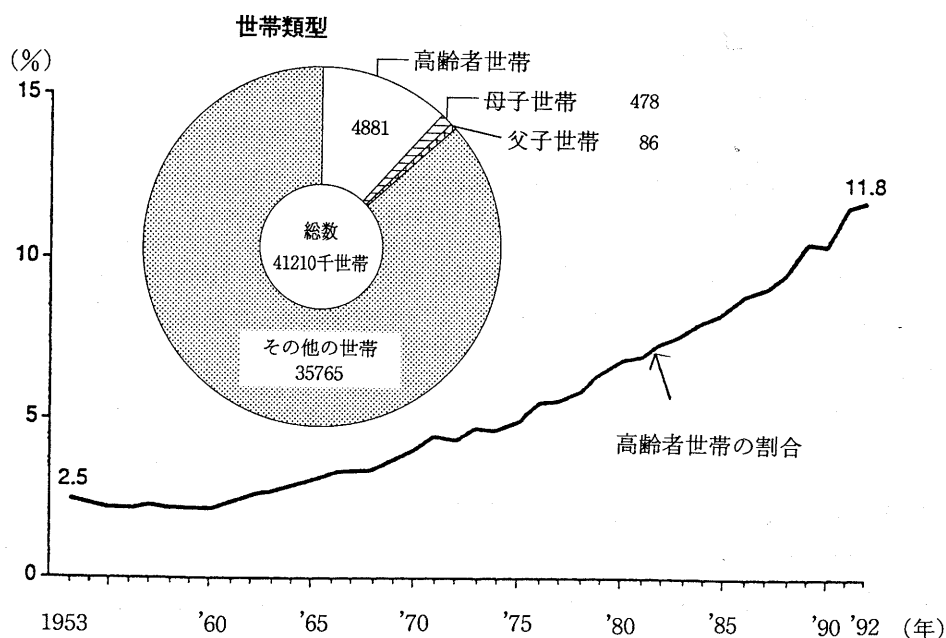
1世帯あたり人員の推移は3期に分けうる。第1期は、1920年から1935年までの第2次世界大戦以前の時期である。この間の1世帯あたり人員は、わずかずつながら増加しつづけている。第2期は、1940年から1955年までの戦中・戦後の激動・混乱期である。ここでは流れが逆転して人員が減りはじめている。しかし、それは微減にとどまっている。

第3期は、高度経済成長がはじまる1955年以降である。この時期における1世帯あたり人員減少率は大きい。そこには、石油ショックを契機とする経済構造の変化や、低成長時代への移行の影響がみられない。この流れは1990年に入っても止まってはいないのである。すなわち、1955年の5人弱が以後急減しつづけて1990年には3人前後まで減少している。その背景にあるものは、重化学工業化およそ経済のサービス化である。農家をふくむ自営業と家族従業員の減少と都市労働者の増加とが必然的に3世代家族の減少、核家族化を促したからであった。それに晩婚化と少子化の影響が重なって相乗作用をはたしていることは言うまでもない。

〔2〕ここから高齢者世帯の分析に移りたい。ここで用いる高齢者世帯とは、男性65歳以上、女性60歳以上のみで構成するか、もしくはこれらに18歳未満の者が加わった世帯を意味している。

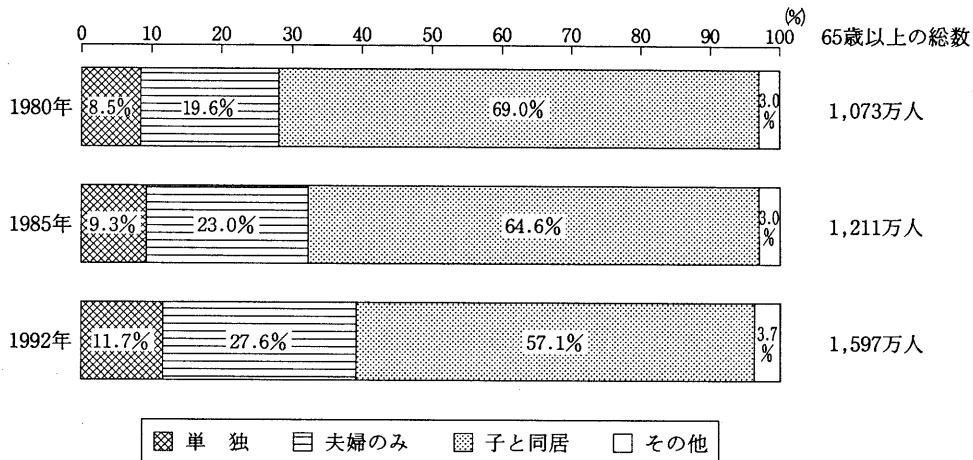
図14（1953～1992年）に即して、全世帯に占める高齢者世帯の割合を追ってみよう。この曲

図14 全世帯に占める高齢者世帯の割合，1953～1992年



資料：厚生省『グラフでみる世帯のあらまし』1994年。

図15 高齢者の家族形態別構成割合，1980～1992年



資料：厚生省『国民生活基礎調査』1994年。

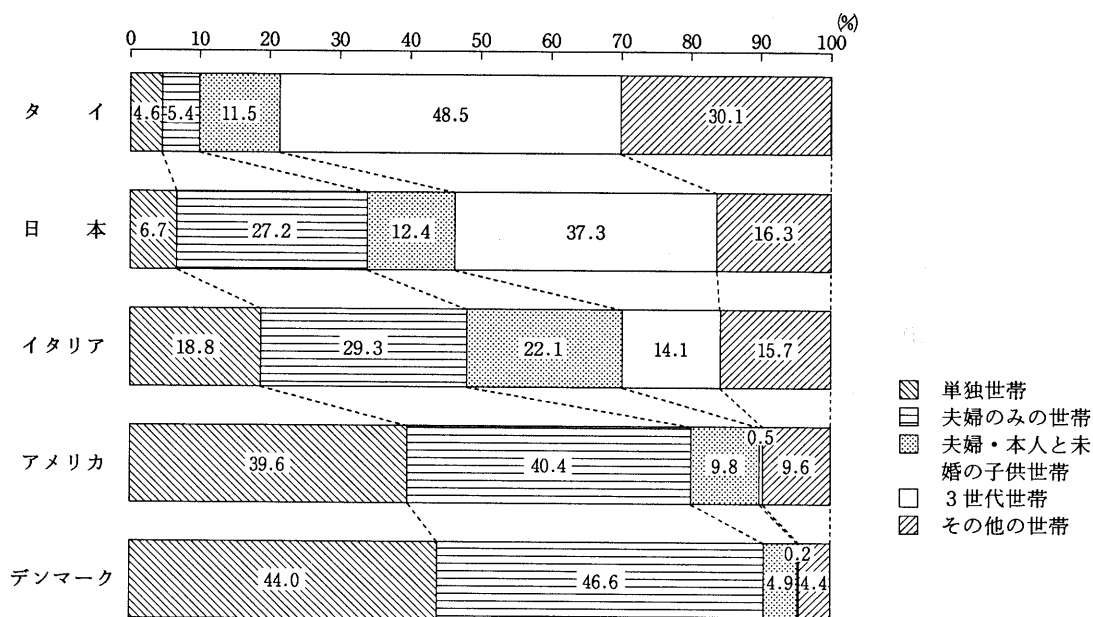
線の推移は大体高齢化率のそれと近似している。まず1950年代ではおよそ25%という低い水準で徘徊している。以後上昇に向かい、力強く伸びてゆく。そして、1992年には11.8%を記している。この水準は1953年の2.5%にたいし4.6倍に相当する。この図には示されていないが、この間母子世帯と父子世帯の構成割合はおよそ1.3%と0.3%で安定的に推移している。それゆえ、この間における世帯類型別構成割合は、主として高齢者世帯の急上昇と、それによる「その他の世帯」の減少というパターンで推移してきたといえる。

家族の経済的機能をみる一環として、今度は高齢者の家族形態別構成割合の推移を追ってみよう。図15（1980年・1985年・1992年）によると、「子と同居」がつねに過半を占めつづけている。とはいえ、その割合は減少しつつあって、1980年と1992年の間では69.0%から57.1%へ、したがって11.9ポイントという大幅な減少を示している。それとは逆に構成割合を増しつつあるのが、「夫婦のみ」と「単独」である。上記同期間に、前者は19.6%から27.6%への推移ゆえ8.0ポイントの増加、後者は8.5%から11.7%への推移ゆえ3.2ポイントの増加を記している。核家族化傾向は、高齢者のばあい、「子と同居」割合の減少となってあらわれている。

〔3〕では、このような日本における高齢者の世帯構成を国際比較してみると、どんな特色が浮かび上がってくるであろうか。

総務庁の比較調査（図16）によると、代表5カ国はそれぞれバラエティーにとんでいる。タイで一番構成比が高いのは「3世代世帯」となっている。おそらく自営的農業経済のウエイトがまだ高いからであろう。「3世代世帯」の割合が無視しう程小さい国がアメリカとデンマークである。両国では「夫妻のみの世帯」と「単独世帯」が大きく、双方で8～9割を占めている。イタリアはその中間にあって、5カ国中もっとも偏りが小さい。

図16 高齢者世帯構成の国際比較



資料：総務庁『老人の生活と意識——国際比較結果報告書——』1985年。

日本の構成割合は、アメリカ・デンマークから遠く、イタリア・タイに近い。さらに、後二者との関係でいうと、日本はイタリアとタイの中間に位置している。日本は高度な工業国家という意味ではアメリカ型でありながら、高齢者の世帯構成では農業国であるタイに近い。自営農業の家族の伝統の変容が経済構造の急変に追いつかず、そこにタイム・ラグが存在しているといったところであろうか。

ところで、第2次世界大戦後の先進的諸国のばあい、「高齢者が子どもと同居する割合の低下傾向」は各国に共通する現象である¹³⁾。厚生省の推計によれば、日本における世帯類型別の伸び指数は、1985年を100としたとき2020年に以下になるという。すなわち、総数が132、単独世帯（高齢者をふくむ）が170にたいし、65歳以上の独り暮らし世帯は324¹⁴⁾。また、同じく第2次世界大戦後の先進的諸国のばあい、一般に、〈国民1人あたりの所得水準の上昇——高齢化率の上昇——公共福祉水準の上昇——国民負担率の上昇〉という相関関係を確認しうる¹⁵⁾。したがってここで、それに高齢者における3世代同率低下傾向を加えることが許されるであろう。

ただし、それはあくまでも相関関係あって、リジッドな一義的關係ではない。図16に即して1例をあげるとアメリカとデンマークの関係がそうである。周知のように、両国は国民1人あたり所得水準の高いことと高齢者の世帯構成とで類似的であるが、公共福祉水準では前者で低く、後者でかなり高い。これは興味深い事象である。

なお、高齢者世帯構成の相違は各国間のみならず、日本の地域間でも比較的大きい。その点を厚生省『国民生活基礎調査：1992年』（1994年発行）で補足しておきたい。「市郡別にみた家族形態別65歳以上の者の構成割合」を調べると、子供夫婦と同居の割合は、総平均が38.7%であるのに対し、大都市が21.5%と低く、郡部が48.8%と高い数値を記している。それを就業形態別とクロスさせると、3世代同居率は賃金労働者率の高い大都市ほど低く、農業など自営業率の高い郡部ほど高いことがわかる。

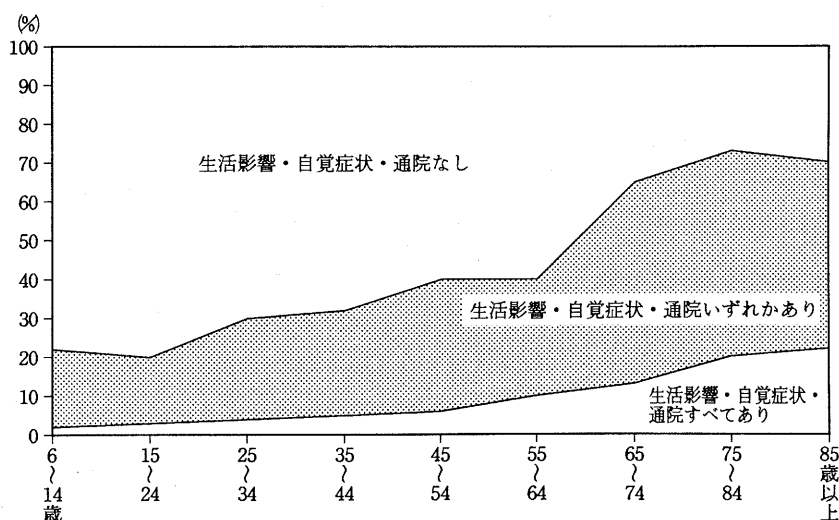
もうひとつ看過できない事項がある。それは急増しつつある高齢者単独世帯の内容である。厚生省『グラフでみる世帯のあらまし』（1994年）によると、その男女比はすでに1対7を示している。その要因は、平均的にみて妻のほうが夫より2～3歳若いこと、女性のほうが6年位長生きすることにある。いずれこれは、高齢（化）社会問題が一面で女の肩に重くのしかかる問題であることを暗示している。

2. 高齢化とともに進行する体力の後退

〔1〕高齢者にかぎらず、一般に人間の健康状態を正確に把握することは容易でない。それを承知のうえで、これから健康状態を考察してゆくこととしたい。

図17によると、健康上の「生活影響・自覚症状・通院」は年齢階級と深い関係をもっている。すなわち、健康上何らかの困難を有している人の割合は、6～24歳のばあい20%程度であって比較的低い。ところが、20歳代後半からだんだん上昇してゆき、65歳以上では60%に達している。人間は20歳前後のときもっとも良い健康状態にあり、以後しだいに衰えてゆくとみてよさそうである。これは自然体力的なものに起因している。とくに高齢者のばあい、種々の病気の併発

図17 年齢階級別にみた健康状態（6歳以上）



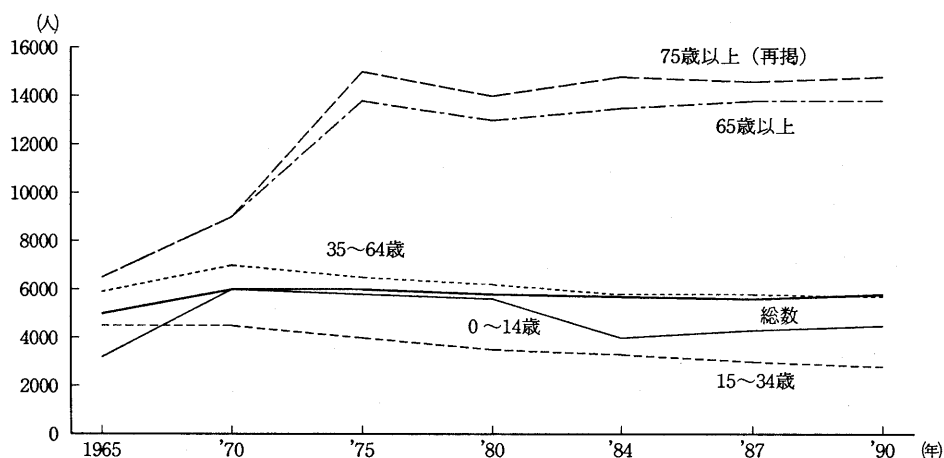
資料：厚生省『グラフでみる世帯のあらまし』1994年。

性と慢性化傾向とが事態をいっそう難しくしている。

健康状態を外来・入院受療率（人口10万対）でみるとどうなるであろうか（図18・19、1965～1990年）。

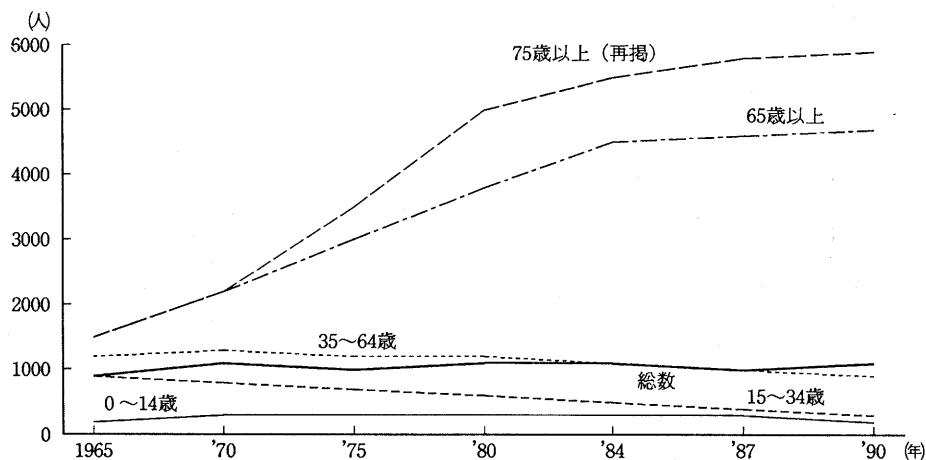
まず年齢階級別のばあい、外来・入院ともに64歳以下で比較的低く、65歳以上でかなり高い。全体的にみて、図17との関連が深いとみうる。この中では、35～64歳層の動きが注目される。というのも、65歳以上を基準に比較してみると、35～64歳層は図17で体の不調を訴えている割に、図18・19ではあまり受療していないことになっているからである。おそらくこれは、受療

図18 年齢階級別にみた外来受療率（人口10万対）、
1965～1990年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

図19 年齢階級別にみた入院受療率（人口10万対）、
1965～1990年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

する程の不調ではないことによる面もあるであろうが、仕事の多忙性から容易に受療時間がとれないことも一因となっているのではないかと思われる。これはごく弱い相関関係にすぎないかもしれない。しかし、「過労死」が社会問題となりつつあるだけに注目しておきたい。

時間的推移の変化でみても、64歳以下と65歳以上とで二分できる。すなわち、前者のばあい、凹凸が少なく比較的安定した割合で推移している。ところが、後者は大きく変動しつつ上昇トレンドをたどっている。

高齢者の受療率が1970年代に急上昇している原因は、老人医療費の無料化措置にある。これにより、それまで経済的に遠かった病院が身近かなものになったのであった。それが1980年あたりから抑制されているのは、石油ショックを契機とする低経済成長時代への転換が財政改革を必然にし、高齢者医療にも公的ブレーキがかけられたからである。前者における無料化や後者における一部有料化という高齢者患者負担のあり方の変更が、この図に鮮明に映しだされているとみてよい。

ただし、その効果は外来と入院でいささか異なっている。とくに、行財政改革に踏み切った後の動きに注目したい。外来での効果はきわめて大きく、一時減少してからまたごく緩やかな上昇であるのにたいし、入院の抑制効果はそれより弱いからである。入院受療率が1980年代でも根強い上昇圧力を示しているのは、たんに高齢者が増加しつづけていることによるのではなく、それまでのような家族による介護の限界が露呈しつつあるからと考えられる。より具体的には、寝たきり・痴呆性高齢者の増加、核家族化の進行、そして在宅福祉の遅れである。日本のばあい、伝統的に家庭内介護に依存するところが大きかった。その介護力の低下がいちじるしい時代状況の下、いま公共福祉のあり方が強く問われている。

〔2〕 いずれにしても、人間は20歳頃を頂点として、以後年齢を重ねるにつれ健康状態が悪くなってゆく。そして、診療に通ったり入院したりする人が増えていくことになる。この項では、一般に多くの人がもっとも不安を抱いている寝たきり率と痴呆性について考察してみよう。

図20によると、高齢者の寝たきり率および痴呆性発現率の平均は独立推計でそれぞれ5.0%と6.8%である。それをさらに5歳刻みの内訳でみると、65～69歳でもっとも低く、85歳以上でもっとも高い。やはり、2つの比率はいずれも加齢に応じて上昇している。しかも、年齢階級をあがるにつれて増えるポイントの増分はより多くなってゆく。

男女別のちがいも無視できない。65～69歳と70～74歳のばあい、寝たきり率と痴呆性発現率の両方で女性は男性より低い。ところが75～79歳になると、まず寝たきり率で逆転する。ついで80歳以上になると、痴呆性発現率でも逆転して、女性のほうが高くなっている。

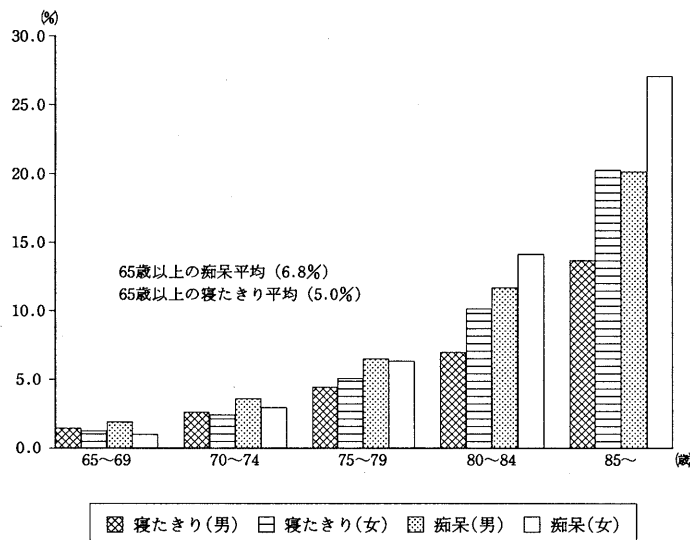
このちがいは、夫婦の平均年齢で妻が夫より3歳位若いこと、また平均寿命で女性が男性より6年位長いことと関係があるであろう。高齢の男性の場合、妻と一緒にいる割合が高い。これが男性介護にさいし、心身両面で重要な支えとなり、なんらか寝たきりと痴呆性の防御になっていると考えられる。逆に後期高齢者になると、女性単独世帯がふえるわけで、このばあいと合わせて精神的支えと介護において重大な欠陥をもつことになってしまう。この理解に大過ないと

すれば、寝たきり率と痴呆性発現率においても、女性の置かれている立場は厳しいといわざるをえない。

〔3〕高齢者の疾病状況の考察の最後として、死亡原因について簡単に触れておきたい。

図21によると、成人の病死原因は3つに集約できる。その3大成人病とは、がん・心臓病・

図20 寝たきり・痴呆の発現率



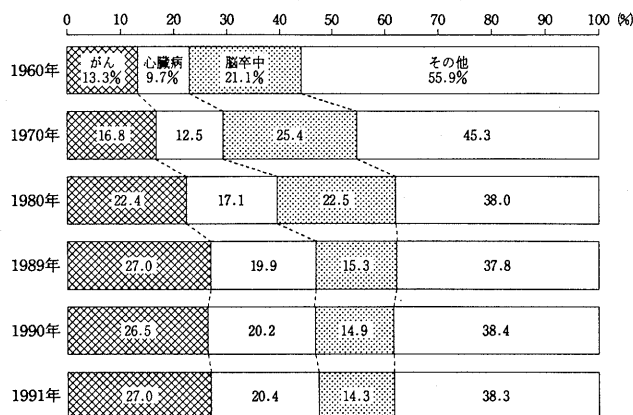
注：1)「寝たきり」と「痴呆」をそれぞれ独立して推計しているため、「寝たきりかつ痴呆」の発現率はそれぞれ重複して計上されている。

2) 寝たきり発現率は、6ヵ月以上の長期入院患者数、老人保健施設入所者数、特別養護老人ホーム入所者数、在宅寝たきり者数の和から推計。

3) 痴呆性発現率は、各種施設の痴呆性老人患者数と在宅痴呆性老人患者数の和から推計。

資料：厚生省『21世紀福祉ビジョン』第一法規，1994年。

図21 年次別三大成人病死亡割合，1960～1991年



資料：全国福祉協議会『図説 高齢者白書』1994年。

そして脳卒中である。3者の合計は、1960年の44.1%からさらに上昇し、1970年にはすでに50%をこえ、遅くとも1980年以降は60%台に乗っている。

構成比の推移をみると、3大成人病間の変化は小さくない。1960年と1970年のばあい、脳卒中が断然高い構成比を占めている。しかしこの病気は、食生活と住環境の改善や医学・医療技術の進歩に浴するところが大きかった。その結果、1980年代には構成比をかなり下げ、死亡順位も3位に移っている。心臓病はしだいに構成比を高めつつある。そのため、1960年では死亡順位3位であったものが、1989年からは脳卒中を抜いて2位になっている。構成比をいちじろしく高めているのががんである。がんは1980年に脳卒中と並んでほぼ同率1位となり、以後80年代を通じて心臓病・脳卒中とのポイント差を広げている。

1950年まで、死亡率1位は結核であった。当時まで、不治の病いといわれた結核も、今や克服されたに等しい。しかし、後の新しい生活環境は、がんという病名の普遍化を導きつつある。厚生省『人口動態統計』によると、がんの内訳では男女とも胃がんが一番多い。ただし、その死亡率（人口10万対）は、男女とも1960年から1990年代初頭にかけて緩やかに低下しつづけている。それとは反対に、この間男女双方で死亡率を高めつつあるのが、肺がん・肝がんそして大腸がんである。

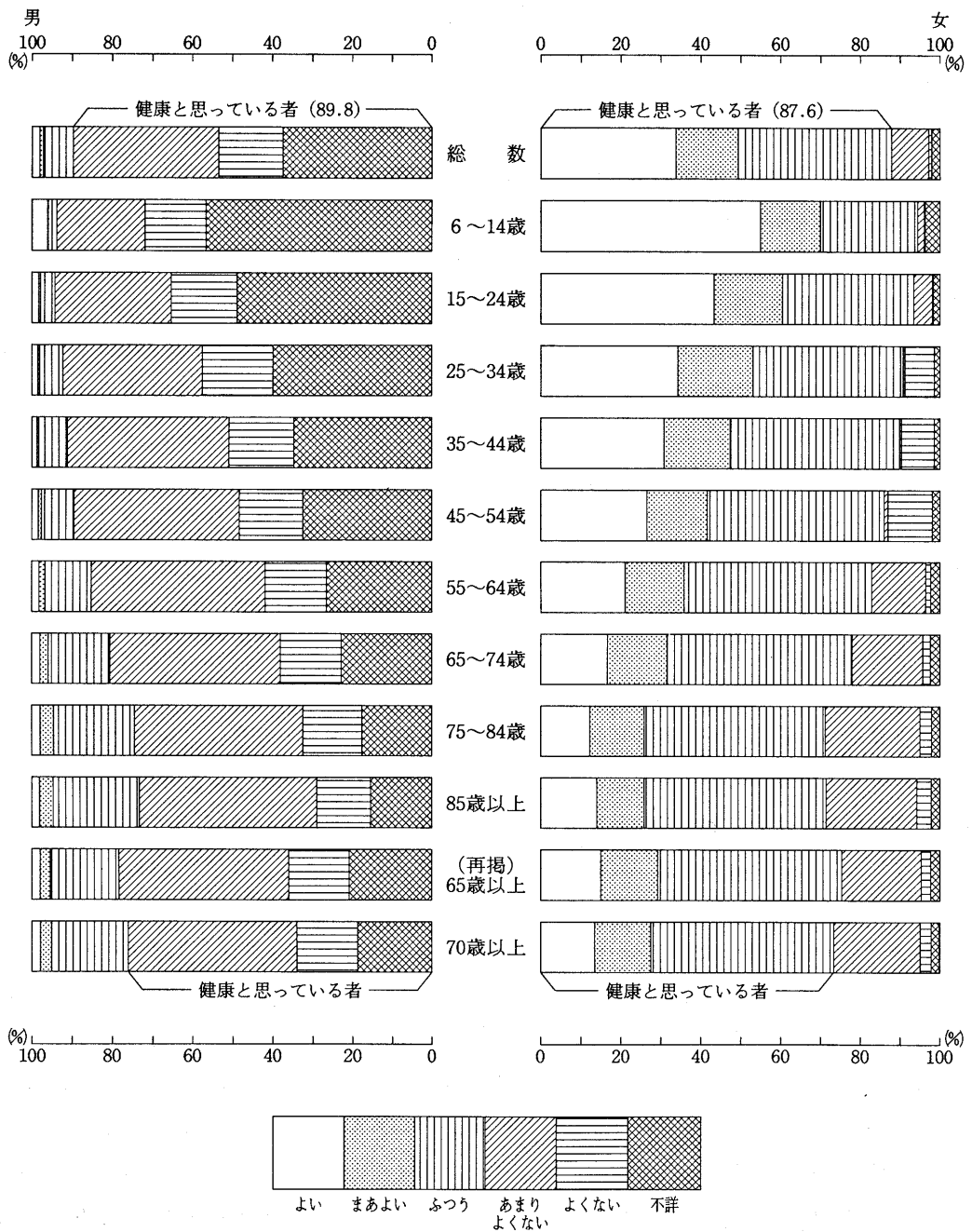
〔4〕これまでの分析は、高齢者の健康事情の社会的重大性を示唆している。それは事実なのであるが、この項では少し視点をかえて若干補足しておきたい。

まず、健康意識調査についてである。図17をそのまま読むと、健康な高齢者は4割にも満たないことになる。ところが、図22によって健康意識を調べると少しちがってみえてくる。

なるほど、この図によっても高齢者の健康意識は若者より悪いことに変わりはない。たとえば、健康状態を「よい」とみている割合は、6～14歳・15～24歳で54.9%・43.4%を占めているのにたいし、65歳以上では15.1%にすぎないからである。だが、別の項目を加えるとちがってくるのである。「まあよい」では、前者が15.0%・17.1%であるとき、後者（65歳以上）は14.2%であるから、両者に大差はない。さらに、「ふつう」の欄をみると、前者が24.6%・33.0%のとき、後者は45.8%を占めている。そこで、よい・まあよい・ふつうの合計を「健康と思っている者」の割合として括ってみると、前者の94.5%・93.5%にたいし、後者は75.4%を示している。つまり、若人の9割超、総平均の9割弱にはおよばないけれども、高齢者もそれと大差のない8割弱の人が「健康と思っている」のである。この調査は興味深い。

もう一度、図20に立ち返ってみたい。寝たきりと痴呆性の発現率は、その重複計上をもってしても高齢者（65歳以上）平均で5.0%と6.8%であった。そして、それは重大な社会問題となりつつある。しかし、高齢者全体に占める割合という意味ではやはり小さい。こうしてみると、高齢者の過半は、体力の衰えと大小の慢性疾患をかかえつつも、「健康と思って」暮らしていると評してよいであろう。

図22 性・年齢階級別にみた健康意識



資料：厚生省『国民生活基礎調査』1994年。

3. 中高年女性依存度の高い要介護事情

〔1〕高齢者の健康状態はより多様である。とはいえ、年齢を重ねるにつれて体が弱まり、やがて在宅や老人ホーム、または入院で治療・介護を受けなければならない人がふえてゆくことは避けがたい。しかも、平均寿命が伸びかつ高齢者の絶対数も増えてゆくとなると、その対策の一環として要介護者の数やその対高齢者人口比などについて見通しを立てておく必要があるであろう。

厚生省は、要介護者にたいし表3のような見積りをしている。それによると、寝たきり高齢者の数は65歳以上人口の増加とともにふえつづけ、1986年度の60万人が2000年度にはその1.7倍の100万人程度になると予測している。それを65歳以上人口に占める割合で示すと、4.62%から4.76%へと0.14ポイント上昇する計算になる。

介護の内訳では、長期入院患者数が減少し、老人保健施設と福祉サービス等が増える見通しになっている。これは、いわゆる“寝かせきり”老人をなくす「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開とその成果に期待していると解してよいであろう。その裏返しは、長期入院患者数における絶対数減少の見積りである。公共福祉の先を走っている北欧・西欧の事例にならいつつ、「日本型福祉」としての在宅福祉の志向を強めているといったところであろうか。家族・地域社会・企業、そして国家・地方自治体の新しいあり方が求められているとみなければならない。

表3 要介護高齢者数等の見通し（概数）

（単位：万人）

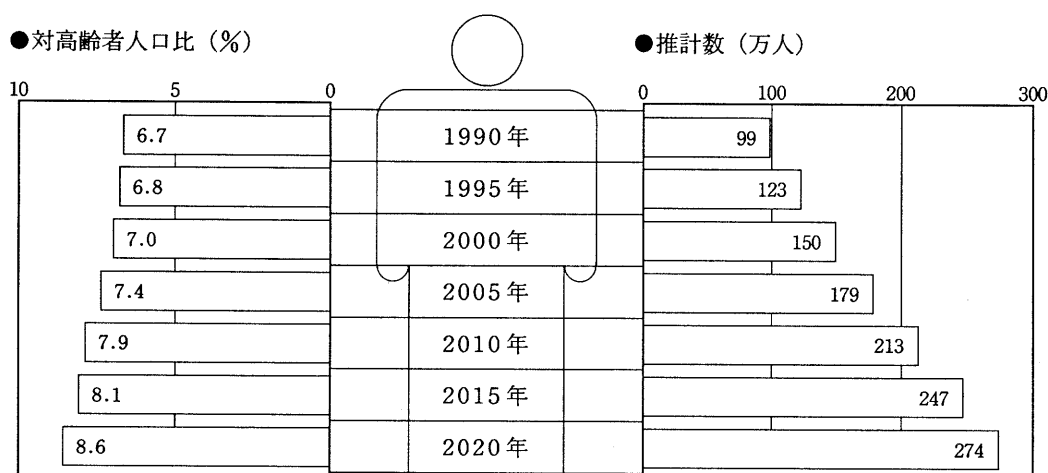
年次 （年 度）	65歳以上 人 口	寝たきり 高齢者数	老人保健 施 設	福祉サー ビス等	老人入院患者 数のうち長期 入院患者数
1986	1,300	60	—	35	25
1990	1,500	70程度	5程度	40程度	25程度
1995	1,800	85程度	15～17程度	49～51程度	18～20程度
2000	2,100	100程度	26～30程度	57～61程度	10～14程度

注：1）福祉サービスには、在宅福祉サービス（デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ等）、特別養護老人ホーム、ヘルス事業等をふくむ。

2）長期入院患者は、入院期間6ヵ月以上の者としている。

資料：厚生省『厚生白書 1991年版』。

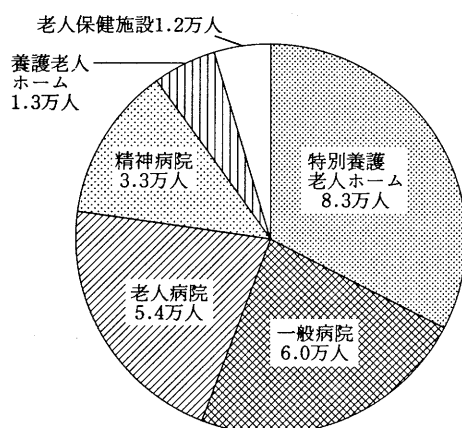
図23 痴呆性高齢者の将来数の推計



資料：厚生省『厚生白書 1991年版』。

痴呆性高齢者の将来推計をあらわしているのが図23である。こちらの伸びもかなり大きい。とりわけ21世紀に入ってから増加が顕著である。痴呆性のばあい、一般に在宅介護は大変難しいといわれている点にも注意を払わなければならないだろう。

この痴呆性高齢者がどのような施設に処遇されているかを示しているのが図24である。図22との関連でみると、施設処遇されている痴呆性高齢者の割合は、現在のところ26%である。主な処遇施設は4つで、大きいほうからあげると、特別養護老人ホーム、一般病院、老人病院、精神病院の順になっている。この4施設で施設処遇者の90%を占めていることになる。

図24 施設処遇されている
痴呆性高齢者推計数

資料：厚生省『厚生白書 1991年版』。

〔2〕一方で寝たきり高齢者と痴呆性高齢者がふえながら、他方で長期入院患者が減ると見積もることは、多かれ少なかれ在宅介護の必要性が高まると判断せざるをえない。そこからおのずと、ホーム・ヘルパーやデイ・サービス、ショート・ステイなどの対策を想起するわけであるが、ここではそれとの関連から家族介護の現状について考察してみたい。

厚生省『国民生活基礎調査：1992年』（1994年発行）によると、在宅のばあい、6歳以上の要介護者は112万人である。そのうち、「まったく寝たきり」・「ほとんど寝たき

図25 寝たきり高齢者介護者の続柄

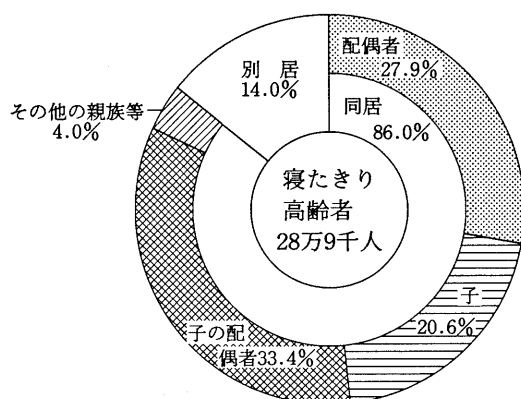
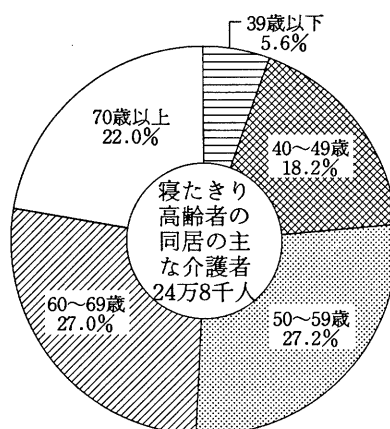


図26 寝たきり高齢者の主な同居介護者



資料：厚生省『国民生活基礎調査』1994年。

資料：厚生省『国民生活基礎調査』1994年。

り」の合計者数はその30%で、絶対数は34万人である。そのうちの85%に相当する28万9000人が、寝たきり高齢者となっている。

図25は、寝たきり高齢者にたいする介護者の続柄をあらわしている。まず、同居率と別居率の割合は86.0%と14.0%であるから、前者が断然高い。ついで、続柄を構成比の高い順に配列すると、子の配偶者（33.4%）→ 配偶者（27.9%）→ 子（20.6%）→ その他の親族等（4.0%）、となっている。

つぎに、寝たきり高齢者の主な同居介護者（24万8000人）を年齢階級別でみることにしよう。図26によると、70歳以上で22.0%、60歳以上で49.0%、50歳以上で76.2%、そして40歳以上で94.4%を占めている。ここから、寝たきり高齢者の主な同居介護者は中高年層であることがわかる。留意すべきは、60歳以上で約5割、70歳以上で2割強も占めていることである。寝たきり者の介護には多大な体力を要するといわれている。介護しやすい住宅改善と並んで、体力面での公共的支援の重要性が訴えられている所以である。

表は省略するけれども、厚生省の前掲資料によると、介護者の男女比はつぎのようになっている。同居のばあい、男性16.0%・女性84.0%、別居のばあい、男性12.1%・女性87.9%。これを図25と重ね合わせてみると、介護者である「子の配偶者」・「配偶者」・「子」というのは、じつはほぼ女性であることがわかるのである。これにさらに図26を加味するなら、同居介護者とは中高年の女性を意味している、と言いかえることができる。

〔3〕介護にかんする考察の最後として、体が不自由になったばあいどのような相手に介護を望むかについて国際比較してみたい。

表4は、それにかんする総務庁の国際比較調査である。この表によると、日本・タイ・イタリアの3ヵ国はほぼ共通のパターンを示している。家族・親族が90%前後と圧倒的に高い比率を占めているからである。第2位は公的サービスであるが、それは8.9～14.8%程度にとどまっ

表4 体が不自由になった場合に介護を望む相手方

(%)

	日 本	タ イ	ア メ リ カ	デンマーク	イ タ リ ア
家 族 ・ 親 族	94.8	96.2	68.8	20.2	88.4
近 所 の 人 ・ 友 人	3.4	6.1	17.6	0.7	7.3
民間団体・ボランティア	5.4	0.5	14.9	2.2	8.6
公 的 サ ー ビ ス	14.8	8.9	9.2	29.9	13.5
民間有料サービス	4.9	0.7	40.5	39.4	6.3
そ の 他 ・ N A	1.3	1.0	8.7	10.0	1.5

資料：総務庁『老人の生活と意識——第3回国際比較調査結果報告書——』1987年。

ているのであるから、この点からも家族・親族にたいする集中ぶりがうかがえるであろう。

それとは逆に、アメリカとデンマークは分散していて多様である。アメリカのばあい、家族・親族の割合が上記3ヵ国にやや近いけれども、民間有料サービスが40.5%と代表5ヵ国中もっとも高くなっている。また、近所の人・友人と民間団体・ボランティアは率の絶対値こそ17.6%と14.9%で高いとはいえないが、この項目としては代表5ヵ国中最高の値である。自助の伝統の強いアメリカらしい多様性とみてよいであろう。デンマークのばあい、家族・親族(20.2%)で低く、民間有料サービス(39.4%)と公的サービス(29.9%)とで高い。なかでもデンマークの特色は、公的サービスの値が他の4ヵ国を引き離してもっとも高いことにある。相対的に高い国民1人あたり所得水準と、充実している公共福祉水準とが、このような答えを導きだしていると考えられる。

この介護を望む相手にかんし、少し補っておきたい。依拠する資料は表4と同じものである。

① 体が不自由になったばあいに介護を望む相手を、家族類型別でみると、5ヵ国とも単独世帯より3世代世帯のほうが、家族・親族に期待する割合が高い。

② 「同年配と比較して幸福かどうか」たずねた結果では次のようになっている。日本・タイ・イタリアのばあい、「幸せである」と答えている人ほど家族・親族への期待が大きい。逆に、「あまり幸せではない」・「幸せでない」と答えた人ほど、公的サービスを選択する割合が高い。アメリカとデンマークはそれとやや異なっている。なるほど両国でも、「幸せでない」と答えた人に公的サービスを選んでいる人が多いから、この傾向はさきの3ヵ国と共通している。だが、「幸せである」・「やや幸せである」・「ほかの人と同じくらい」と答えた人では、民間有料サービスを選択している人が比較的多い。ここが上記3ヵ国と異なる点である。

③ 介護の相手を、老後の生活費別——「働けるうちに自分で準備」・「家族が面倒をみるべき」・「社会保障でまかなうべき」——の結果とクロスさせると以下のようにになっている。

日本・タイ・イタリアの3ヵ国は、ここでもほぼ共通のパターンを示している。この3ヵ国

のばあい、老後の生活費を「家族が面倒をみるべき」と考える人はもちろんのこととして、「働けるうちに自分で準備すべき」と答えた人でも、介護を家族・親族に望む人の割合がアメリカ・デンマークよりかなり高い。一見奇妙なことに、この3ヵ国では、「社会保障でまかなうべき」と答えた人でも家族・親族に介護を望む割合が比較的高くなっている。徹底的に家族・親族に傾倒しているかのようである。

アメリカとデンマークは上記3ヵ国とはちがっている。両国では、老後の生活費を「働けるうちに自分で準備すべき」と考える人に、民間有料サービスを選択する人が多い。なお、デンマークのばあい、「社会保障でまかなうべき」と考える人が家族・親族を選択する割合は、日本・タイ・イタリアはもちろん、アメリカよりもかなり低い点が眼につく。

④「家族・親族の中で一番世話をしてもらいたい人」にかんし、日本人の解答を整理してみたい。性別でみると、男性は圧倒的に配偶者を選んでいる。女性のばあい、嫁を選ぶ人が一番多いけれども、配偶者（23.6%）、娘（23.4%）、そして息子（20.0%）を選ぶ人の割合も小さくない。性別・年齢別でみると、男性のばあい、年齢の上昇とともに配偶者の割合が少なくなり、娘と嫁の割合が若干増加している。女性のばあい、加齢に応じて配偶者の割合が急減し、嫁と娘が増加している。つまり男女いずれでも、年齢の上昇とともに配偶者の割合は低下する。その理由は、配偶者の体力後退および死亡の可能性が高まる、と判断することにあるのであろう。

このように、現状においても将来の期待においても女性介護者の役割は大きい。しかし、女性が要介護高齢者を介護するにかんし、見通しはかならずしも明るくない。たとえば、日本大学人口問題研究所『超低出生社会における統合モデルに基づく医療分析』（1993年）によると、今後寝たきり高齢者と痴呆性高齢者はより高齢化しつつ増加するが、その在宅高齢者介護者は主として40歳代の未就業女性に大きく依存するようになるという。しかも、この40歳代未就業女性がみる確率は、在宅要介護高齢者の15人に1人（1990年）から2人に1人（2025年）にふえるという。また40歳代未就業女性のうち、在宅要介護高齢者の介護にあたる割合は、6.63%（1990年）から63%（2025年）に上昇するとも推計している。これは介護者確保難時代の到来を予感させる数値である。

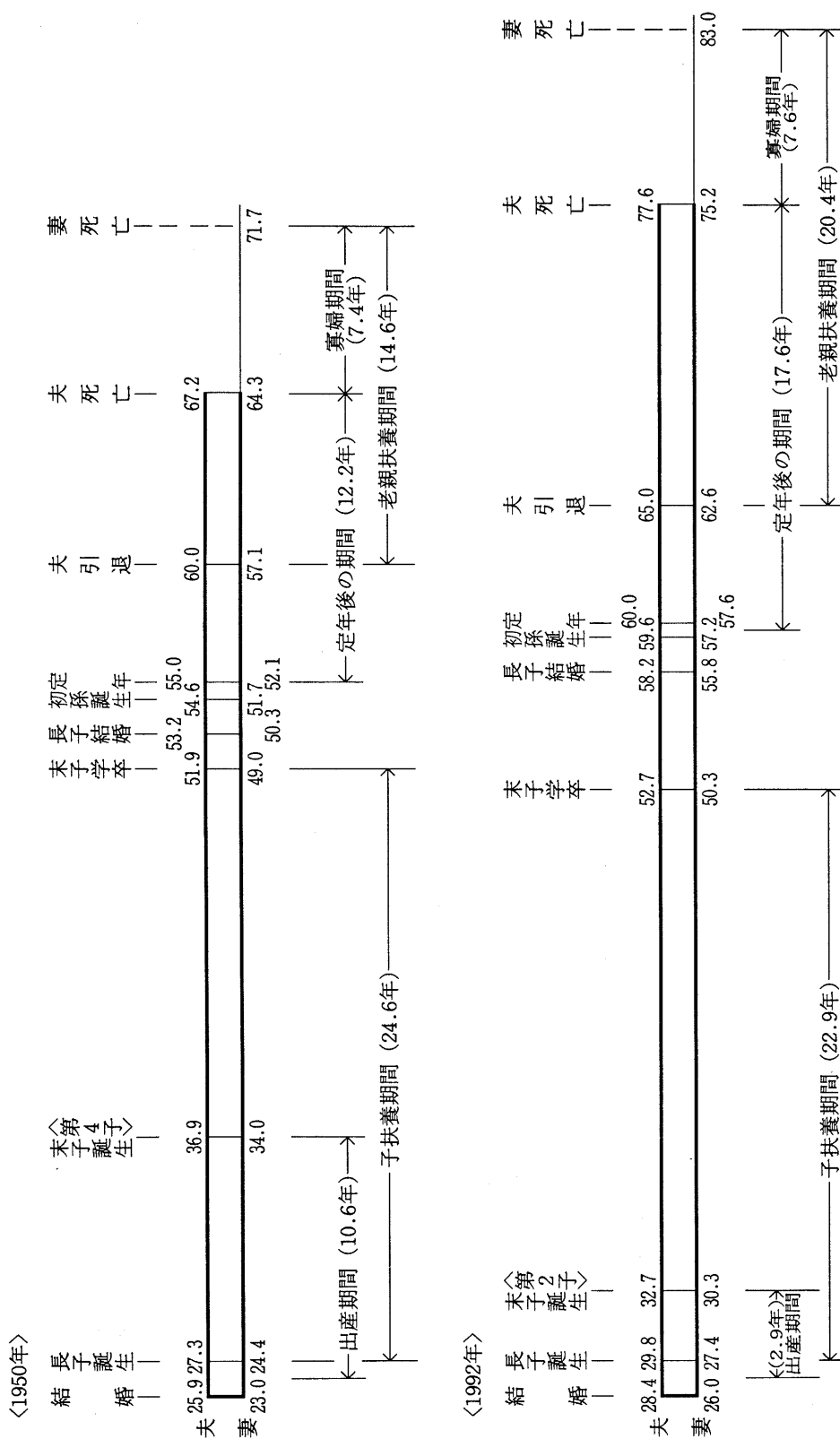
III ライフ・サイクルの変容

1. 長くなる老親扶養期間

〔1〕少子・長寿社会は人間の生活周期（life cycle）をどのように変化させているであろうか。本節はここを視座にすえて概観してみたいと思う。

図27は、2つの時期におけるライフ・サイクルを図示したものである。ひとつは第1次ベビー・ブーム直後の1950年を、他のひとつは第2次ベビー・ブーム世代が20歳前後に相当する1992年

図27 ライフ・サイクルの変化, 1950年・1992年



資料: 厚生省『21世紀福祉ビジョン』第一法規, 1994年。

をとり上げている。以下、両者を比較対照させながら順次フォローし、ライフ・サイクルの変容について分析してゆきたい。

この図は結婚年齢からはじまっている。この42年の間に、初婚年齢は男女とも2～3歳遅くなっている。すでに考察した晩婚化がこれである。男女の晩婚化により、長子誕生年齢も2～3年遅い。

両者の差が大きく開く最初は末子誕生年齢と出産期間である。1950年のばあい、子供の数が4人であることにともない、末子誕生時における夫・妻の年齢は36.9歳・34.0歳と相対的に遅い。そして、出産期間は10.6年と長い。それにたいし1992年のばあい、子供の数は2人と少なくなっている。その結果、末子誕生時における夫・妻の年齢は32.7歳・30.3歳と若いうえ、出産期間も2.9年と大幅に短縮されている。

両者は末子学卒時の年齢で再び接近している。その理由は教育期間のちがいにある。1950年のばあい、高校卒業までの15年間が子供の平均的教育期間となっているのにたいし、1992年にはそれが大学卒業プラス1年の20年間になっているからである。その結果、長子誕生から末子学卒までから成る子扶養期間も、前者の24.6年たい後者の22.9年となってあまり差がなくなってしまう。

長子の結婚時における夫と妻の年齢は、1950年のばあい比較的若く53.2歳と50.3歳、1992年のばあいやや遅くなって58.2歳と55.8歳となっている。両者の差が長子誕生時よりさらに開いた理由は、子供世代の晩婚化にある。長子の初婚年齢は前者で25.9歳、後者で28.4歳であるから、その差は2.9歳である。1950年と1992年のいずれでも、初孫誕生は長子結婚後1.4年であって変わっていない。

定年および夫引退時における年齢は、1950年のばあい夫55.0歳と60.0歳、妻が52.1歳と57.1歳であるのにたいし、1992年はそれより5年ずつ遅くなっている。なおこの間に、75歳以上人口は106万人（1950年）から647万人（1992年）に増大している。42年間に6.1倍ふえた計算になる。

〔2〕ライフサイクル上1950年と1992年の差が再び大きく開くのが、夫および妻の死亡年齢である。1950年から1992年の間に、平均寿命が男性で10.4年、女性で11.3年と飛躍的に伸びたからである。その結果、両者の差は定年後の期間で5.4年（12.2年→17.6年）、老親扶養期間で5.8年（14.6年→20.4年）、そして寡婦期間で0.2年（7.4年→7.6年）延長している。この差は、主として平均寿命が男女とも10年余り伸びたのにたいし、定年および夫引退のほうは5年伸びたにすぎないことによっている。

なお、子と老親の扶養期間でみると、前者で1.7年短縮し、後者で5.8年延長した計算になる。要はその内容である。子の扶養のばあい、子供の数が減り扶養期間も短縮されたことにより、この数値の上では親の負担が軽くなったようにみえるかもしれない。だが、そうとは言い切れない。というのも、進学率自体の上昇は望ましいことかもしれないが、入学試験をめぐる競争の激化と高価な高等教育費とが物心両面から親の肩にずしりと重くのしかかっているからであ

る。子供を育てる社会環境はかならずしも楽観できない。この点は第I章第2節で考察している。

老親の扶養も重大な社会問題となりつつある。平均寿命の伸長と、寝たきり・痴呆性高齢者の増加とが老親扶養期間の内容としてイメージされるからである。いまや孫と曾祖父母との対面が珍しくなりつつある。ただし、「扶養」というのは、高齢者側の経済力が不足したり健康上寝たきり・痴呆性になったときの話である。小稿では高齢者の経済状態をとり扱っていないけれども、高齢者の健康についてはすでに考察したところである。それによれば、かならずしも高齢者全員が長期にわたって要介護の状態にあるのではなかった。寝たきりや痴呆性的高齢者も存在するが、その割合は少なく、多くは健康で日常生活に支障がないのである。また、長期にわたって床についている高齢者もいるが、最後に床についてから亡くなるまでの期間は、一般には短い。同じく、通院中の高齢者は多く、なかには頻繁に通院している人もいるが、多くは1～2週間に一回の通院である。それゆえ、個人差に留意しつつ、「老親扶養期間」のとり扱いについては慎重でなければならないと考える。

2. 高齢化社会が提示する諸問題

〔1〕およそ以上のように変容しつつある高齢化社会は、どのような問題を社会に提示するであろうか。

それはいろいろ考えられる。たとえば、マクロ経済的には以下の点をあげうるであろう。①いわゆる生産年齢人口（15～64歳）の絶対的・相対的減少が経済成長におよぼす影響。②労働力人口の高齢化にともなう産業構造や雇用システムへの影響。③いわゆる従属人口割合の上昇と国民負担率の上昇とが国民経済全体の貯蓄率を低下させ、社会資本に振り向けられる投資余力を低下させる可能性。④保健福祉に携わるマンパワーや福祉施設の不足。

ほかにも、保健・医療・福祉をめぐる家族・企業・地域社会・国と地方のあり方が問われなければならない。そうした点は重要なことであるが、ここでは次の2つのことを少し考察しておきたい。ひとつは高齢者の社会的役割にかかわることであり、もうひとつは勤労世代による高齢世代の扶養についてである。

〔2〕かつて農業をふくむ自営業を営む層が厚かった資本主義の発展段階であれば、家族従業者が多いこともあって、いわゆる老後の生活問題は相対的に小さかったといっていよう。それは、定年制がなかったことのみによるのではない。自営業は、体力こそ衰えても、経験や熟練が生かされることによって長老的存在価値が存し、精神的充実感をもって生活することができたからである。3世代同居も一般的であった。そして、介護はもっぱら家族内部でなされていたとみてよい。

それには、資本主義が高度に発展した現代経済社会では、働き手の主流は賃金労働者である。そこには（事実上）定年制が敷かれている。そして、退職者は社会における職業上の地位を失った生活を送ることになる。会社組織や仕事の上での肩書きを喪失するのである。家族

の内部でも、核家族化の進行にともなって、親および祖父（祖母）としての役割が弱くなっていることは否めない。そればかりではない。配偶者と死別したときには、実質上家族そのものが消え、単独の生活を送ることになる可能性も高くなる。かくして高齢者は、それまで企業と家族という組織・集団に身を置きそれ相当の役割をはたしていた立場から離脱する。

それは、一面では企業人および子の扶養者、または「嫁姑問題」からの解放・解消という意味があるかもしれない。しかしその反面で、企業や家族内でえていた役割の喪失が生活の張りともいべきものの消失を意味しないともかぎらないのである。それに加えて、高齢者は年を重ねるごとに比較的是やく健康状態が思わしくなくなってゆく。子供の結婚やみずからの退職以前の生活を前提にするなら、高齢者は心身ともに寂しい立場に立たされる、との見方を否定し去ることはできないであろう。

とすれば、高齢期の生活を充実させるために新しいシステムが希求されることになる。たとえば、希望者に仕事を確保することである。定年の延長や部分就労の導入は、高齢者の支えになるにちがいない。またたとえば、企業や家族における役割が変わるものとして、居住地域における新しい社会的役割¹⁶⁾の創造も大切であろう。

〔3〕高齢化社会が生みだすもうひとつの社会問題は、成人した子供世代による高齢化した親世代の扶養問題である。一般に、高齢者の生活が現役勤労世代の経済活動に依存すると考えるなら、人口高齢化はこの事態を深刻にすることになるからである。

そこで、ひとまず前掲図11・12によって人口に占める高齢者の割合を確認しておこう。その実績値と将来推計値はつぎのようになっている。1950年 20人に1人 → 1985年 10人に1人 → 2000年 6人に1人 → 2025年 4人に1人。ここから単純に現役世代の負担を換算すると、1950年の1にたいして、1985年で2倍、2000年で3倍、2025年で5倍に増える計算になる。はたして、これからの勤労世代が急増するこの負担に耐えられるか、または負担することに政治的合意を与えるかが懸念されているわけである。

日本のばあい、公共福祉費の増大は急上昇する高齢化率だけではかることはできない。というのも、社会保障制度のスタートが遅い日本は、今後その成熟化とともにいっそう支出が増大すると見込まれるからである。年金がその代表的な費目である。

国際的にみても、高齢者人口比率の上昇と社会保障給付費（対国民所得費）との相関関係は強い。1980年代に試みられた行財政改革は「福祉見直し」の声となって社会保障給付費（対国民所得比）の増大にブレーキをかけたとはいえ、1960年代の水準よりかなり高い所に位置しつづけていることに変わりはない¹⁷⁾。今のところ、日本の社会保障給付費（対国民所得比）は北欧諸国はもちろん西欧諸国より低い。しかし、これら諸国に追いつき追い越す急速な高齢率と変貌不可避の家族状況からすると、社会保障制度の成熟化とあいまって、この支出はより増大してゆくとみるのが妥当であろう。

3. 世代間負担問題再考

〔1〕為替換算上のこととはいえ、日本人の国民所得水準は世界のトップ・クラスにある。一般的にいて、公共福祉負担の潜在能力は高いとみてよい。しかし、だからといって現役勤労世代の負担が先述のような倍率で増えてゆくと速断し、それですませておいてはならないだろう。さしあたり国民負担の分析は省略するが、それでもおよそ以下のような条件を考慮しておいてよいからである。

第1に、高齢者の肉体的・精神的健康状態についてである。すでに考察したところによるとつぎのようであった。本人と家族がもっとも恐れているのが寝たきりと痴呆性である。だがこの発現率は、少なくとも前期高齢者（65歳以上～75歳未満）のばあい、きわめて低いとみなしうる（前掲図20参照）。事実、意識調査でみても、およそ7割の高齢者が「健康と思っている」（前掲図22参照）。高齢者のすべてが、そのまま長期にわたる重い医療や介護の被扶養者になるわけではないのである。

もしも希望者にたいし、定年延長や部分就労が受け入れられる社会を創造すれば、かれら自身が経済的価値を創りだすことになる。また、居住地域における福祉活動や社会活動に参加する道がもっと開拓されたときには、それだけ現役勤労世代の負担は軽減されるはずである。高齢者の社会参加はかれら自身の生きがいを高め、社会に活力をもたらすことであろう。

第2に、経済成長への期待である。日本経済は、石油ショックを契機として、それまでの実質2桁高度成長時代を終え低成長時代へ移行した。経済構造も重厚長大型から軽薄短小・サービス型へ転換し、成熟化社会とよばれてすでに久しい。この間、進行する円高の影響によって産業空洞化の不安が表明され、人口構成的には高齢化率もかなり高まっている。しかし、景気変動をならしてみれば経済成長が止まったわけではない。また、国民の多数がこの間の高齢化社会を暗いイメージ一色で受けとめているわけでもない。すでに到達している高い生産力と今後もつづく期待される一定程度の成長率とを前提とすれば、国民経済の負担はそれだけ軽くなるとみてよいはずである。

第3に、女性の就業率についてである。戦後、経済成長にともなう労働力不足傾向とあいまって、サラリーマン家庭における既婚女性の就業率は上昇してきている。だがそれでも、日本における女性の就業率は、高度な福祉国家である北欧諸国とくらべるとまだ低い。したがって、出産・育児・教育・介護などにたいする社会環境整備が北欧諸国のように進展したならば、女性の社会参加がさらに開ける余地は大きい。

第4に、少子社会化にともなう負担の軽減についてである。高等教育進学率の上昇が子供1人あたり教育費を高価にしていることは繰り返し指摘してきた。労働生産性の向上は、教育費の軽減に直結しない。それどころか、物価の上昇と専門教育の高度な内容とは教育費を高くつくものになっているのが実情である。とはいえ、反面で子供の絶対数が減少しつつづけているのも事実である。この現実が、その分子供にたいする扶養負担を軽くしている。この事実を見落と

すことは適切でない。

第5に、高齢者の扶養を主として家族内（ミクロ）でおこなうか、それとも財政（マクロ）で行なうかにかんする歴史的変位についてである。第2次世界大戦以前の日本では、公共福祉は無いに等しかったといっても言い過ぎではない。しかし、高齢者の扶養がなされなかったわけではない。それは3世代同居をつうじて家族内で対処されていたがために、社会問題としては表面化しなかっただけのことである。つまりそれは、一般的にいて、歴史的には私的負担から公的負担へと姿を変えつつあるが、公私を通算したマクロ的でみた負担としては変わりが無いのである¹⁸⁾。租税や社会保険料だけを負担と捉えるのはメダルの半面の議論にすぎない。もっとも、国民経済上、所得再分配効果をもつ現代財政の機能と私的な家計とを同一視することは許されない。とはいえいずれ、社会保障制度が普及・成熟化するまでの国民は、公共福祉にかんする財政負担こそ相対的に軽かったけれども、高齢者にたいしては家族内で私的に扶養してきたのであった。これからの現役勤労者はそうした史的文脈を見落としてはならない。

第5とも関連するが、第6に、遺産相続についてである。社会保障制度が実質上積立方式ではなく賦課方式であることによって、現役勤労世代から退職高齢世代へ、財政を経由した所得の再分配がなされている。この図式のかぎりでは、世代間の対立関係が存在するとみうる。けれども社会全体としてみれば、これも現役世代が負担している分だけ高齢世代の負担が軽減されている、と考えるべきであろう。その結果、高齢世代は、インフレと地域開発などで高騰した土地を中心とした資産を子供に遺産として残すことになる。つまり勤労世代は、一方の手で所得を高齢者に移転させながら、他方の手では高齢者から遺産を相続しているのである。そこで仮りに、高齢者扶養の財源を高齢者の所有する金融資産や実物資産の処分によって調達したばあいにはどうなるであろうか。そのとき勤労世代は、高齢者扶養負担が軽減またはゼロになる代わり、継承する財産がその分減ることになるであろう。もちろん、このばあいでも、家族内での負担・相続と、国民経済全体をつうじた財政による調整とでは、個別的な世代間所得再分配は異なる。それは、各家庭経済の事情と財政のあり方に依存している。

〔2〕高度経済成長的価値観にもとづくと、高齢化社会は停滞に向かう社会として映るであろう。そのような基準に立つと、この社会は高齢扶養負担の重い厳しい世代間対立社会のようにみえてしまうにちがいない。

だが視角を変えてみると、ちがった社会に見えてくることもたしかである。すなわち、少子・長寿の高齢化社会は、乳児から高齢者にいたるまで健康事情が改善された社会である。少子・高等教育社会は、科学技術の進歩と結びついて、より高い生産性への原動力たりうるであろう。労働力不足社会は失業者の少ない社会でもあるはずである。

いずれにしても、低成長経済下の高齢化社会に適合的な新しい社会システムの構築が求められている。

〔注〕

- 1) 周知のように、0歳者の平均余命を「平均寿命」という。「平均余命」とは、ある期間（たとえば1994年1年間）の死亡状況が今後も一定であると仮定したとき、各年齢の者が平均してあと何年生きられるかをあらわしたものである。
- 2) United Nations, *Demographic Yearbook*; WHO, *World Health Statistic Annuals*.
- 3) 厚生省『簡易生命表』
- 4) 文部省『文部統計要覧』、文部省『教育指標の国際比較』。
- 5) マーサ N. オガワ「女性と社会」（マーサ N. オガワ、木村尚三郎、伊部英男編『女性のライフサイクル』東京大学出版会、1989年、所収）。
- 6) 資料は4)と同じ。
- 7) 以下、人口の絶対数や構成割合は、厚生省『人口統計資料集』、および厚生省『日本の将来人口推計』によっている。
- 8) 今もって15～64歳層を生産年齢人口として括るのは、あまり適切ではないであろう。なぜなら、ここおよそ45年の間に高校および大学進学率が飛躍的に伸びて、1990年付近で各々90%超・40%弱になっているからである。また、農業をふくむ自営業者および家族従業者の減少は他方で雇用者の急増となったが、かれらには定年制が敷かれている。しかも1990年代初頭における日本のばあい、定年は65歳ではなく60歳であるのが一般的だからである。
- 9) 元来「老」という文字は、腰を曲げて杖をつき、髭をのびした年寄りをかたどっている。この「老」には重要な役職、長者の尊称のような意味もあるが、愚かで恥を知らないという意味もある。またたとえば、老朽・老廃物といった用いられ方もされている。（諸橋轍次、ほか『広漢和辞典（下）』）。それゆえ、近年では「老人」という言葉に代えて「高齢者」または「シルバー」を用いるのが一般的になりつつあるように見受けられる。
- 10) ここでは一般的用語として従っているが、「老年」人口と同じく「従属」人口という表現もあり適切ではないであろう。また、従属人口は年少人口と老年人口との和から成っているけれども、両者の社会的・経済的・政治的位置の差異が小さくないことにも十分留意しなければならないものとする。
- 11) 年少従属人口指数＝（0～14歳人口）÷（15～64歳人口）×100
老年従属人口指数＝（65歳以上人口）÷（15～64歳人口）×100
- 12) この概念とは別に、高齢人口比率が上昇しつつある社会を高齢化社会、その高齢化がピークに達して安定している社会を高齢社会（aged society）とする考え方もある。（福武直、ほか編『21世紀高齢社会への対応』第1巻、東京大学出版会、1985年）。
- 13) 『医療』（1991年）34頁の図（1950～1980年）がとり上げている9ヵ国を、3世代同居率（1980年）の高い順で紹介するとつぎのようになっている。日本→ポーランド→オーストリア→ノルウェー→フィンランド→アメリカ→イギリス→デンマーク→スウェーデン。
- 14) 厚生省『21世紀の世帯と展望』1987年。
- 15) 拙著『現代財政の構造と運動——日本財政の国際的特質——』批評社、1994年、第1・2章参照。
- 16) 金子勇『高齢化の社会設計』アカデミア出版、1984年；富永健一『社会構造と社会変動』日本放送出版協会、1987年；那須宗一監修『老年学事典』ミネルヴァ書房、1989年。
- 17) 厚生省『厚生統計要覧 1993年版』。

- 18) R. J. Barro, "Are Government Bonds Net Wealth," *Journal of Political Economy*, vol.82, no.6, 1974; R. J. Barro, *Macroeconomics*, 1984, (谷内満訳『マクロ経済学』多賀出版, 1987年。)

〔付 記〕

小稿は、1994年度「文部省科学研究費（一般研究A）」の助成による研究成果の一部である。