

アジア太平洋研究所資料

15—03

北東アジア少子高齢化研究会報告書

一東アジアにおける持続可能性のある 高齢化社会構築のための方策— (2014年度)

2015年3月

一般財団法人 アジア太平洋研究所

〈アブストラクト〉

本報告書はアジア太平洋研究所の北東アジア少子高齢化研究会による 2014 年度の研究成果をまとめたものです。本研究は、少子高齢化に伴う様々な問題を解決するために、具体的な提言を試みる事を目的に行われたものです。そのために我々は、日本、韓国、台湾においてに行われている様々な試みを調査し、そこから、どうすれば少子高齢化に伴う社会的・経済的ダメージを緩和できるのか、という点について考察しました。ここで得られた研究成果は、東アジアにおいて進展する少子高齢化問題の解決・緩和を目指す、各国の政府・行政機関、高齢者向けビジネスの展開を目指す企業、及び高齢者支援に携わる NGO 等にも有益な知見を与えるものと確信しております。

2015 年 4 月

〈キーワード〉 少子高齢化 高齢者雇用 健康寿命 日本 韓国 台湾

〈研究体制〉

リサーチリーダー	木村幹	神戸大学大学院国際協力研究科教授
リサーチャー	杉本直俊	金沢大学医薬保健研究域医学系准教授
リサーチャー	金成垣	東京経済大学経済学部准教授
リサーチャー	陳永峰	台湾東海大学日本地域研究センター長
リサーチャー	杉村豪一	神戸大学大学院国際協力研究科研究員

〈執筆者〉

第 1 章	東アジアの少子高齢化社会	木村 幹
第 2 章	高齢化問題の医学的な視点	杉本直俊
第 3 章	日本の高齢化社会の特徴と課題	杉村豪一
第 4 章	韓国における高齢者雇用政策： 「老人就労事業」を中心に	金 成垣
第 5 章	東アジアにおける持続可能性のある高齢化社会構築 台湾調査について	陳 永峰
第 6 章	むすびにかえて	木村 幹

概要

嘗て、東アジアの経済発展が「雁行」に喩えられた時期があった。即ち、そこでは、先頭を飛ぶ日本と言う雁を他の国々や地域が追いかける、というイメージでこの地域の経済発展が語られた。しかし今、東アジアには嘗てとは全く異なる、新たなる「雁行」の時代が再び到来しようとしている。即ち、「少子高齢化」という名の「雁行」である。日本の65歳以上人口は2013年には25%の大台を突破し、2050年までには1億人を割り込む事と予想されている。同様の状況は他の東アジア諸国についても言う事ができる。即ち、韓国と台湾においては数年以内に労働人口がピークアウトする見込みであり、全人口も2020年代前半には減少を開始する。高齢化率もまた2030年前半には今の日本とほぼ同じ水準に至る事になる。

それでは我々はこのような状況において、どのような点を留意して、どのような対策を打つべきなのであろうか。重要なのは今日の人口的危機には二つの側面がある事である。一つは、全人口における生産年齢人口が占める割合の低下であり、もう一つは、非生産年齢人口内部における若年人口と高齢者人口の比率変化である。生産年齢人口比率の減少は、必然的に全人口に対する労働人口の割合を低下させる事になる。他方、非生産年齢人口内部における若年層から高齢者への重心のシフトは、教育費等の負担減少を齎す一方で、年金等の社会福祉費や医療費等の負担を増加させる。

以上の二つの事から言えるのは、少子高齢化社会という人口危機に対処する為には、二つの点を考えなければならない事である。一つは、就業率と労働者一人当たりの生産性を向上させる事であり、もう一つは高齢化に伴う社会的負担を軽減する事である。

それではその為に具体的な方法が考えられるのだろうか、本研究ではこのような問題に答える為に、日本、韓国、台湾の三か国・地域にて実地調査を行い、それぞれの地域における先進的な試行錯誤を観察し、またその各地域における応用可能性を目的としている。構成としては、まず第1章で社会学的な観点からの理論的設定を行った後、第2章では医学面からの少子高齢化社会に対するアプローチのあり方を検討する。続く第3章から、第5章までにおいては、日本、韓国、台湾における全般的な状況を整理した後、各地域における注目すべき事例を紹介する。最後にむすびにかえて、今後の我々の社会のあり方について考察する。

2015年4月

一般財団法人 アジア太平洋研究所
北東アジア少子高齢化研究会

リサーチリーダー 木村幹
(神戸大学大学院国際協力研究科教授)

概要

第1章 東アジアの少子高齢化社会

1. はじめに. 1
2. 少子高齢化社会にどう対処するか. 2
3. 人口危機のインパクトをどう軽減するか. 3
4. 高齢者対策としての観点から. 4

第2章 高齢化問題の医学的な視点

1. 公衆衛生の改善や医療の進歩が長寿社会、高齢社会を導いた. 6
2. 高齢者の介護の原因はマッスル（筋）とブレイン（脳）の機能低下
なぜ高齢者は介護が必要になるのか？. 7
3. 究極の要介護者の受け皿. 8
4. 健康な高齢者になるためのヒント. 9

第3章 日本の高齢化社会の特徴と課題

1. 高齢者をめぐる現状. 1 2
2. 高齢者就業拡大に向けて. 1 3
3. 効率的な制度設計に向けて. 1 4
4. 地域包括ケアシステムと医療 ICT. 1 5
5. まとめ. 1 5

第4章 韓国における高齢者雇用政策—「老人就労事業」を中心に

1. はじめに. 1 2
2. 全体的な背景：高齢者の貧困と年金問題. 1 3
3. 「老人就労事業」の展開と内容. 1 4
4. 「老人就労事業」の問題点と課題. 1 5

第5章 東アジアにおける持続可能性のある高齢化社会構築—台湾調査について—

1. 台湾の現時点. 1 2
2. 台湾調査の実施. 1 3

3. 結論と展望. 1 4

第6章 むすびにかえて. 1 2

研究会と調査の記録

第1章 東アジアの少子高齢化社会

木村 幹

1. はじめに

嘗て1980年代、東アジアの経済発展が「雁行」に喩えられた時期があった。即ち、そこでは、先頭を飛ぶ日本と言う雁を他の国々や地域が追いかける、というイメージでこの地域の経済発展が語られた。日本が東アジア諸国の経済発展のモデルであった時代の話である

それから30年が経ち、東アジアを巡る状況は大きく変化した。嘗てはアジア唯一の経済大国として地域内において大きな位置を占めた日本は、90年代以降の経済不況により、この地域の発展モデルとしての地位を失った。この間に、韓国と台湾は紆余曲折を経ながらも一定の経済成長を続け、結果、例えばPPPベースの一人当たりGDPで見れば、日本とほぼ同じ経済水準に到達した。80年代には発展途上国の中でも生活水準の低い国として知られた中国は90年代以降の目覚ましい経済発展により、現在では総体としてのGDPにおいて日本を大きく上回り、アメリカに次ぐ経済大国との地位を獲得した。

しかしながら、東アジアには嘗てとは全く異なる、新たなる「雁行」の時代が再び到来しようとしている。それは「少子高齢化」という名の「雁行」である。先頭を飛ぶのは今回も日本である。日本の65歳以上人口は2013年には25%の大台を突破し、2035年までには33%を越えるものとして予想されている。総人口自体も2010年の1億2805万人をピークに減少をはじめ、2050年までには1億人を割り込む事と予想されている。

同様の状況は他の東アジア諸国についても言う事ができる。即ち、韓国と台湾においては数年以内に労働人口がピークアウトする見込みであり、全人口も2020年代前半には減少を開始する。高齢化率もまた2030年代前半には今の日本とほぼ同じ水準に至る事になる。韓国と台湾は人口動態に大きな影響を与える合計特殊出生率が日本より低い数値を占めており、今後もこのような状況が続けば、両国・地域における人口環境はより早い速度で悪化する可能性もある。

合計特殊出生率の低下が深刻なのは中国も同様である。これまで様々な議論がなされてきた中国におけるこの数字は、2012年、中国国家統計局が1.18と大きくその数字を下方修正した事により、韓国や台湾同様、日本よりも更

に低い水準である事が明らかになった。中国においても労働人口のピークアウトはやはり数年以内に予想されており、総人口の低下がはじまるのは韓国や台湾より若干早い 2030 年初頭と見られている。

そして、東アジアにおいてはこのような北東アジア諸国の少子高齢化とそれに伴う人口減少の後を追いかけるような形で東南アジア諸国においても同様の現象が予測されている。

それでは我々はこのような状況において、どのような点を留意して、どのような対策を打つべきなのであろうか。

2. 少子高齢化社会にどう対処するか

少子高齢者社会の基本的な問題はその人口動態にある。従って第一に考えるべきは、当然、この人口そのものの状況を変える事である。そして当然の事ながら、この為に行える事は二つある。一つは人口の自然動態、取り分け出生率を動かす事である。しかしながら、この方法には大きな限界がある。なぜなら、ある特定の社会における特定の世代の人口は、出生時の人口とその後の死亡率により決まるから、どんなに出生率を上げてもその影響が人口動向に大きな影響を及ぼすまでには大きなタイムラグが存在する。加えて、ある時期における出生数は出産適齢期にある女性の人口によっても大きく左右される。当然の事ながら、少子高齢化が進行する社会においては、出産適齢期にある女性の人口は、高齢者よりも小さくなっているから、将来の高齢者人口に匹敵するような多くの出生数を期待するのには、かなり極端な数値まで出生率を上げなければならない事になる。

簡単に言えば、自然動態を動かす事により、将来人口を動かす事は不可能ではないにせよ、限界があり、また少なくとも即効性のある方法ではない。だとすると、可能なのはもう一つの方法、即ち、社会動態、より具体的には当該社会に外部から移民を呼び込む事により、人口状況を変える事である。この方法であれば、政策的に様々な措置を講じる事により、特定の年代、取り分け、少子高齢者化社会において大きな問題となる生産年齢人口に相当する年代の人々を呼び込む事により、直接的に人口状況を変える事が出来る。

しかし、このような方法にもまた限界がある。とりわけ東アジアにおいて重要なのは、この地域が世界でも有数の人口を保持する地域であり、それ故、その人口減少や変化を補う為には、膨大な移民が必要である、という事であ

る。例えば、北東アジアにおいては、2050年までの間に、中国1億、日本2000万、韓国600万、台湾300万、計1億3000万近い人口減少が予測されており、このような膨大な人口を移民により全て賄うのは、現実的とは言い難い。また当然の事ながら、人口減少が補われる為には、これらの移民は一時的に滞在する「外国人労働者」ではなく、「定着移民」である必要がある。言い換えるなら、例えば、日本における2000万人という人口減少を移民で補う為には、毎年何十万人と言う定着移民を — 他の東アジア諸国と奪いしつ — 受入れる必要がある事になる。

結局、明らかな事は、現在われわれが直面する人口的構造は、遠い将来に向けては自然動態や社会動態を変える事により、ある程度の影響を行う事ができるものの、これらに即効的効果を期待する事はほぼ不可能だ、という事である。言い換えるなら、我々は少なくとも半世紀近くの間は、深刻な少子高齢化と人口減少により構成される「人口危機」の時代を生き抜かなければならない、という事である。それは事実上回避不可能な危機であり、だからこそ我々はこれに向けて準備を行う必要がある。

3. 人口危機のインパクトをどう軽減するか

それではどのようにすれば人口危機のインパクトを軽減する事ができるのか。次のこの点について、構造的な面から、単純に考えてみる事にしよう。まず重要なのはこの人口危機には二つの側面がある、という事である。即ち、一つは、全人口における生産年齢人口が占める割合の低下であり、もう一つは、非生産年齢人口内部における若年人口と高齢者人口の比率変化である。わかりやすいのは前者であろう。生産年齢人口比率の減少は、生産年齢人口内部の就業率が変化しなければ、必然的に全人口に対する労働人口の割合を低下させる事になる。当然お琴ながら、ここにおいては、労働者一人当たりの生産性がこれを補う形で上昇しない限り、この社会の生活水準は低下する事を余儀なくされる。

他方、非生産年齢人口内部における若年人口と高齢者人口の割合の変化は、当然の事ながら、これらの人口を支える為の社会的負担の内容を変える事になる。即ち、若年人口の減少により教育費等の負担が減少する一方で、高齢者人口の増加により年金等の社会福祉費や医療費等の負担が増加する事になる。

以上の二つの事から言えるのは、少子高齢化社会という人口危機に対処する為には、二つの点を考えなければいけない、という事である。即ち、生産年齢人口の比率低下に対処するには、これを補うべく、就業率を上げ、また、労働者一人当たりの生産性を向上させる必要がある、という事である。とはいえ、国際的競争が活発に行われている今日において、ある一カ国のみの生産性が突如劇的に向上するという事は考えにくいから、最も容易に対処できるのは、就業率を上昇させる事である。

しかしながら、世界的に教育期間が長期化する傾向にある今日において、若年層の就業率を上げる事は現実的ではないから、実際に可能なのは、生産年齢人口と高齢者人口内部の就業率を上げる事になる。より具体的には前者においてターゲットとなるのは、東アジアにおいては依然として男性と比べて就業率の低い女性であり、また、後者では高齢者自身である、と言う事になる。

少子高齢化と言う人口危機に対処する為に考えなければいけないもう一つの点は、どのようにして、非生産年齢人口内部における高齢者人口の比率増加に伴う社会的負担を軽減していくか、という点である。この点において考えられるのは、第一は年金等の社会保障の負担を軽減する事であり、より具体的には社会保障支給年齢の引き上げである。とはいえ、その事が同時に高齢者を経済的危機に直面させる事に繋がってはならないから、この措置は同時に異なる方法での高齢者の所得獲得の機会の提供と同時に行われなければならない。ここにおける一つの方法は、労働市場から退出しがちな高齢者を如何にして労働市場へと復帰させるかである。

非生産年齢内部における高齢者人口の比率増加の負のインパクトを軽減する際に、第二に考えられるのは、医療費の負担を削減する事である。とはいえ、同時にこの事が即ち、高齢者が適切な医療を受ける機会を喪失する事を意味してはならない。そして、この一見矛盾して見える二つの条件を同時に可能にする為に必要なのは、高齢者が医療機関にかかる時間をより短くする事、即ち、高齢者の「健康寿命」を伸ばす事である。多くの高齢者がより長い期間、健康であれば、彼らが医療機関に通う日にちも少なくなり、結果として社会総体における医療負担は大きく軽減される事になる。

とはいえ、このような状況を可能にする為には、様々な制度的セットアップが必要である。だからこそ第三に重要な事は、このような高齢者の増加に

伴う社会的負担増に、効率的に対処する為の社会的制度を構築する事である。そしてそこにおいては、単に行政内部における様々な制度の整備のみならず、如何にして行政の外部における諸機関、より具体的にはNPOやビジネスとの連携を構築するかが重要になる。

4. 高齢者対策としての観点から

さて、次にこれらの問題を、本稿の主たる検討対象である高齢者への対策に焦点を当て、より具体的に考えてみよう。

まず明らかなのは、高齢者を如何にして労働市場に誘導するか、という論点がある、という事である。既に述べたように、この問題は従属人口の比率増加を食い止める為に重要なものであるが、その意味はこの点だけに留まらない。何故なら、高齢者の労働市場への導入は、非生産年齢人口内部における高齢者人口の比率増大の影響を小さくする為にも大きな意味を持っているからである。即ち、高齢者をして市場にて収入を獲得させる事は、当然、これにより年金等、社会福祉によりカバーされる部分の減少を可能とする。そして、高齢者の労働市場への誘導は、非生産年齢人口内部における高齢者人口増加によるもう一つの負の効果、即ち、医療費の増加への対処としても意味を有している。何故なら、仕事を有している高齢者がそうでない高齢者よりも健康な傾向がある事は兼ねてより知られており、この事は適度な強度の労働へと導く事により、高齢者の「健康寿命」が伸び、その結果、社会全体における医療費負担が削減できる可能性がある事を意味している。

当然の事ながら、「健康寿命」の伸長と高齢者の労働市場への参入には逆の方向からの因果関係も存在する。健康である期間が伸張すれば、当然の事ながら多くの高齢者による労働市場の参加が容易になるからである。

だとすると問題は、1) 高齢者を何如にして労働市場に誘導するか、2) 高齢者の健康を如何にして長期に渡って維持するか、という二つが大きな重要性を有している事になる。前者が主として労働行政と、ビジネスの問題である事は明らか。即ち、労働行政とビジネスが如何にして円滑な関係を作り上げ、高齢者雇用の機会を提供できるかが重要である。例えば、韓国において見られるように、日本の職業安定所に当たる機関における教育活動において、特定の企業等を直接的に参加させ、実際の職場で使用可能な労働力へと再編成していく等の試行錯誤が必要になるろう。

より難しいのは後者である。何故なら、個人がその健康を維持する為には、単に医療機関において「病気を治療する」だけではなく、「病気にならないようにする」事が大きな重要性を持つからである。言い換えるなら、「健康寿命」を伸ばす為には、単なる通常の医療機関の拡充を行うだけでは十分ではない。具体的には日本の制度であれば、保健所に当たるような公衆衛生機関の役割や、職場や学校等での健康管理が重要になってくる。

そして高齢者の健康を長期に渡って維持する為には、医療機関における治療が行われた後の、介護やリハビリのシステムをどのように構築するかも重要である。一旦、病気になったとしても、その後、適切に回復すれば社会に復帰する事が出来る。その為には医療機関にて適切な治療が行われるだけではなく、社会復帰までの間の生活を支える介護のシステムや、リハビリの為の施設が必要である。高齢化社会の進展は、同時にこれら医療機関と介護・リハビリ施設、更には実社会との間を頻繁に行き来する人々の増加を意味しており、これらの中のスムーズな関係の構築が必要になる。この為には医療保険や介護保険等の保険制度や、これらを利用する医療機関と介護／リハビリ機関の間を如何に線引きするか等が重要になる。

加えて、高齢者の健康維持においてはコミュニティーの役割も重要である。学校や職場等において日常的に社会との接触を有している若年層や被雇用者とは異なり、多くの高齢者は社会の中で孤立しがちであり、その結果として、栄養摂取や健康管理に問題が生じる事も多い。取り分けこの問題は、独居老人において深刻であり、彼らは一種の「不健康予備軍」としての地位を占めている。彼等を如何にしてコミュニティーの中に位置づけ、健康管理へのインセンティブと機会を与えるかは、極めて重要な意味を有している。

最後にビジネスの連携とも重要である。これらの全ての活動を税金や社会保障、更には、コミュニティーレベルにおけるボランティア的な活動により賄うのは、社会に大きな負荷を齎す事になる。例えば、経済的に比較的余裕のある高齢者の場合においては、栄養管理等において弁当宅配業者等の外食産業の助けを借りる事が出来るかも知れない。

そしてこれらの問題は、再び、高齢者の雇用においても、健康管理においても、制度設計が重要である事を示している。即ち、高齢者の雇用においては、その労働強度を勘案した雇用形態の創出が必要であり、より労働強度の低い労働までを市場化する事ができれば、少子高齢化による社会的負担は大

大きく削減できる。病院・介護／リハビリ施設・コミュニティーの連携は、これをスムーズに行う事が出来れば、高齢者の健康をより長期に渡って維持させ、その社会活動を活発化させる事に寄与する事になる、

それではこれらの点について、日本、韓国、台湾の三カ国・地域では実際にどのような試行錯誤が行われているのであろうか。以下、本稿ではその具体的な例を紹介しつつ、来るべき東アジアにおける少子高齢化社会への提言を模索する事としたい。

第2章 高齢化問題の医学的な視点

杉本 直俊

1. 公衆衛生の改善や医療の進歩が長寿社会、高齢社会を導いた

この数十年公衆衛生の改善や医療の進歩が格段に進んだ。その結果新生児や高齢者の死亡数が減少して平均寿命、平均余命が延び、高齢社会が到来した⁽¹⁾。公衆衛生の改善や医療の進歩は私たちを「病気や死から遠ざける」事には成功したが、それによる副作用も齎した。超高齢社会はそれを導いた原動力である公衆衛生や医療の現場に新たな問題を生じさせた。

私たちが「死亡する病気」は長生きする事により変化した⁽²⁾。また、長生きする事で認知症や加齢性筋肉減弱症（サルコペニア）になる高齢者が増え、その多くは自活できず介護が必要となった⁽²⁾。それらに対応するために多様な医療サービスが創出され、供給された。多様な医療サービスには再生医療や先進医療⁽³⁾等のごく限られた施設のみで受ける事ができる最先端な医療もあれば、重篤な急性機能不全に対応するICU(Intensive Care Unit)、急性期治療や短期入院のため一般病床、長期間の治療に専念可能な療養病床、認知症患者を治療・支援する認知症疾患医療センターや老年期病床（青和病院⁽⁴⁾等）、退院後の受け入れ先である各種施設やデイケア等がある。このような多様な医療・介護サービスにはお金がかかる。患者や高齢者等サービスを受ける側の経済的負担（国や地方自治体の健康保険・介護保険負担も含む）や病院や介護施設等のサービスを供給する側の負担（設備投資、医療体制の確立と充実、看護・介護の重労働）の増加をまねいた。その結果、医療基盤崩壊や財政破綻が危惧される。

2. 高齢者の介護の原因はマッスル（筋）とブレイン（脳）の機能低下

なぜ高齢者は介護が必要になるのか？

歳を取ると足腰が弱る、食が細くなる、目が見づらくなる、皮膚のはりがなくなり、白髪がふえる。この様にほとんどの機能は加齢により低下する（生理的老化）。さらに長生きすれば、生きるために必要な機能も低下してしまう。そしてけがや病気が引き金となって生きていくための機能が急激に低下する（病的老化）。その低下は生活の質を脅かすレベルまでになる事がしばしばである。つまり長寿社会では「生理的老化速度を遅らせる」、「病的老化

を防ぐ」事が如何に大切かわかる。

全年齢層を通して介護を必要となる原因は大きく分けて3つ、①脳血管疾患・心疾患合わせて25.4%、②関節疾患・骨折・転倒等の運動器疾患は21.1%、③認知症は15.3%である。この3つ中で高齢者特有の病気と関連するのが、②関節疾患・骨折・転倒等の運動器疾患の範疇にはいる加齢性筋肉減弱症(サルコペニア)と、③認知症の一つであるアルツハイマー病である⁽⁵⁾。高齢者ではマッスル(筋)とブレイン(脳)の機能低下の2つが介護をまねく原因として問題となる。

加齢性筋肉減弱症(サルコペニア)とは高齢者にみられる筋肉量減少と筋力低下を呈する病態の総称である。加齢性筋肉減弱症(サルコペニア)の原因や発症メカニズムは今のところ不明であるが、筋肉のステムセル(幹細胞)といわれるサテライトセル(衛星細胞:Pax7陽性細胞)の関与が示唆されている。今年(2015年)、世界的な医学雑誌Nature Medicineに加齢性筋肉減弱症(サルコペニア)の発症メカニズムに関する興味ある論文⁽⁶⁾が掲載されたので紹介する。

筋肉は筋細胞とコラーゲン等の線維、そして血管から構成されているが、その中で筋肉の大部分を占めるのが筋細胞である。筋肉は鍛える事により筋量は増加する。筋量は筋細胞数(N)と一つの筋細胞体積(V)の積($N \times V$)によって定義され、「筋肉を鍛える」事で両者の積($N \times V$)の増加を導く。筋細胞数(N)が増えるためには筋細胞が分裂して2つの娘細胞になる行程ともう一つ筋肉のステムセル(幹細胞)が分化して筋細胞となる行程が考えられる。筋肉が損傷した時は筋肉の再生がおこり治癒するが、この再生行程は筋肉のステムセル(幹細胞)によるところが大きい。筋肉でのステムセル(幹細胞)研究はかなり進んでおり、筋肉のステムセル(幹細胞)が筋細胞の間に存在するPax7陽性サテライトセル(衛星細胞)であると同定されている。この衛星細胞は加齢により減少する事が知られ、そのため高齢者に必発する加齢性筋肉減弱症(サルコペニア)では衛星細胞の減少が強く関与する事が示唆されてきた。つまり、高齢者では筋肉のステムセル(幹細胞)である衛星細胞が少なく、新しく筋細胞を作る事ができないために加齢性筋肉減弱症(サルコペニア)になるという仮説である。

しかし、Nature Medicineに発表された論文ではその仮説を、マウスを使った研究で否定した。ヒトでの青年期にあたる生後4か月のマウスから遺伝

子改変技術を用いて筋肉のステムセル（幹細胞）である衛星細胞のみを死滅させた。この衛星細胞を死滅させたマウスと衛星細胞が存在するマウスとを飼育して、平均生後 17 か月（ヒトでは老年期に相当）と 24 か月（ヒトではかなりの高齢）の時点で両マウスの加齢性筋肉減弱症（サルコペニア）の出現と程度を比較した。その結果、両マウス間には差が無く、同程度の加齢性筋肉減弱症（サルコペニア）を認めた。つまり、筋細胞のステムセル（幹細胞）である衛星細胞の数（多いか少ないか）は加齢性筋肉減弱症（サルコペニア）の発症には関与せず、衛星細胞があったとしても加齢性筋肉減弱症（サルコペニア）を予防する事ができない事を示している。

この研究結果を参考にしてコメントを追加するならば、加齢性筋肉減弱症（サルコペニア）の予防は（筋の再生に頼らず）現存する筋肉を減少させない取り組みが一番重要であるといえる。筋肉を維持するためには『栄養と運動』は欠かせない事が現代医学でも証明されている。

一方、認知症予防、改善法として『脳トレ』のようはゲームを取り入れた訓練や音楽療法、運動・作業療法等様々な取り組みがなされている。青魚を食べる事で認知症が改善される、抑制されるという食・栄養面からの報告もある^(7, 8)。しかしながら、薬物治療も含めまだ的確な予防法は確立されていない。今後の研究がまたれる。

3. 究極の要介護者の受け皿

日本にはかつて結核病院があった。現在結核病院の多くは改組され、療育・療養を目的とした病院へ様変わりしている。特に国立病院機構に属する病院の中には、療育・療養施設となったものが多い（国立病院機構富山病院⁽⁹⁾等）。その療育・療養施設では、生まれながらの障害児や筋ジストロフィー等の遺伝性筋疾患、事故や重篤な病気等により呼吸管理（人工呼吸器がないと生きる事ができない）が必要となった多くの患児・患者が入院している。日本ではごく当たり前の医療だが、医療費が高いアメリカではそれらの患児・患者の多くは在宅で医療を受けている。福祉先進国であるイギリスでも医療費の削減のために在宅医療へのシフトが重要視されている。

イギリスでは現在、国民保健サービス（National Health Service, NHS）が主導で患者数規模 300 万人の TECHNOLOGY ENABLED CARE SERVICES (TECS)⁽¹⁰⁾を試みている。TECS とはインターネットを活用した患者を中心とした

医療機関等のネットワーク、双方向、単方向の情報共有クラウドである。TECSの活用によりインターネット上でバーチャル病院が構築され、遠隔による診断や治療が可能となり、自宅でも安心して（在宅）医療を受ける環境が整備される。この試みは限りある医療資源の有効利用を可能とし、近い将来は医療現場の中核をなす医療イノベーションと思われる。

日本でも総務省や厚生労働省を中心として地域ごとに医療機関のネットワーク構築、医療 ICT（Information and Communication Technology）構想が試みられているが、日本の医療 ICT 構想は生まれたばかりであり進化の途上である（金沢市医師会ハートネット、ハートネットホスピタル等）⁽¹¹⁾。日本の風土が医療 ICT をどう育てていくのか極めて興味深い。病院での治療志向が高い日本では、入院治療から在宅医療へシフトするためには、入院から在宅へ間に医療 ICT 環境を活用したワンステップできる（新規の）施設の創設が必要ではないかと考えている。

4. 健康な高齢者になるためのヒント

The 2015 Ageing Summit が英国ロンドンで 2015 年 2 月 10 日から 12 日までの日程で開催された。スウェーデンの Wilhelmsen 教授の発表「100 歳まで生きた 1913 年生まれの男性の特徴」⁽¹²⁾ を元に健康な高齢者になるためのヒントを紹介する。

1963 年にスウェーデンの Gothenburg に住んでいる 1913 年生まれの男性 973 名をリクルートした。973 名は Gothenburg に住んでいる 1913 年生まれの総男性の 3 分の 1 に相当する規模である。定期的に検査と安否調査を行った。2013 年の 100 歳の時点で 1% 相当の 10 名が生存しており、7 名が自宅で生活を送っていた。3 名は施設にいて、うち 2 名は認知症であった。この 10 名から得られた「100 歳まで生きる」事に強く関連するファクターは①禁煙、②低コレステロール、③コーヒー 1 日 4 杯以下、④高学歴、⑤（ほどほどの）運動能力、⑥母親が長生き、⑦その他の生活習慣（ライフスタイル）、の七つであった。この報告からも脳をつかう（④高学歴）、筋肉を減らさない（⑤運動能力）事が大切であると理解できる。

5. 持続可能な高齢社会構築のために

年に 110 兆円をこえる社会保障費⁽¹³⁾ と高齢者を支える労働人口の減少

が高齢社会での解決すべき問題である。

社会保障費、特に医療費（平成 25 年度の医療費は 36 兆円⁽¹³⁾）を抑えるためには、在宅医療へのシフトが必要と考える。そうとわかっているにもかかわらず、極端な話「人工呼吸器に繋がっている患者を自宅で看護できるか」と問われると多くは不安から「NO」と答えるに違いない。患者（高齢者も含め）を自宅で介護・看護するには（大なり小なり）不安が存在する。その不安を解決するシステムが日本版医療 ICT であり、その成熟を期待する。さらに日本版医療 ICT のもと病院から在宅へシフトする過程で、病院と自宅をつなぐ中間的な立場のこれまでにはなかった施設（産業）の創設が必要となると考える。そしてそこには従来の医療従事者の範疇にはいない職種も創造されるかもしれない。

労働人口の減少については、増加している高齢者を充てる事を考える。そのためには健康な高齢者であり続ける事が重要であり、それを助ける予防医学の発展や安全安心して働く事ができる高齢者雇用の環境整備が必要と思われる。

（1）平成 26 年版厚生労働白書（厚生労働省） 第 1 部健康長寿社会の実現に向けて～健康・予防元年～、第 1 章我が国における健康をめぐる施策の変遷

（2）平成 26 年版高齢社会白書（内閣府）第 2 節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向 3. 高齢者の健康・福祉 （1）高齢者の健康

（3）厚生労働省ホームページ、先進医療の概要について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_oken/sensiniryoo/

（4）青和病院老年期病棟 <http://www.seiwahp.or.jp/ward3.html>

（5）平成 26 年版高齢社会白書（内閣府）第 2 節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向 3. 高齢者の健康・福祉 （2）高齢者の介護

（6）Nature Medicine, 21, 76-80 (2015) doi:10.1038/nm.3710. Fry ら著、「Inducible depletion of satellite cells in adult, sedentary mice impairs muscle regenerative capacity without affecting sarcopenia」

（7）第一回「食と環境、高齢化をそして高齢化を考える研究会」、平成 25

年 11 月 22 日、ホテル日航金沢、金沢

(8) 第二回「食と環境、高齢化をそして高齢化を考える研究会」、平成 26 年 11 月 28 日、アジア太平洋研究所、大阪

(9) 独立行政法人国立病院機構富山病院ホームページ
<http://www.toyama-hosp.jp/>

(1 0) <https://www.england.nhs.uk/ourwork/qual-clin-lead/tecs/>

(1 1) 第 3 章参照

(1 2) The 2015 Ageing Summit, 平成 27 年 2 月 12 日、The O2, London, UK

(1 3) 平成 25 年度の社会保障給付費 110.6 兆円、財務省ホームページより
<http://www.mof.go.jp/gallery/201404.htm>

第3章 日本の高齢化社会の特徴と課題

杉村 豪一

1. 高齢者をめぐる現状

日本ではすでに65歳以上の高齢者が総人口の25%を超えている。さらに十年後の2024年には30%を超えると試算されている（国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』）。それに対し、合計特殊出生率は長らく低水準に陥っており、女性一人当たり2013年段階で1.43人となっている（厚生労働省『平成25年（2013）人口動態統計（確定数）の概況』）。日本における少子高齢化は、韓国、台湾より数歩早く進んでいるのである。

高齢者をめぐる三カ国比較において、日本の最たる特徴として指摘できるのは、「社会保障制度の充実」であろう。日本ではすでに、健康保険、介護保険、年金といった社会福祉制度が整備されており、高齢者の生活を支えている。健康保険により、国民は一般的に69歳まで3割負担、74歳まで2割負担、75歳以上になると1割負担で医療を受ける事ができる。この負担水準は、無負担の台湾には劣るものの、3割負担であるが、その適応範囲が非常に限られている韓国と比べれば、非常に高いと見なし得るものである。

また、介護保険は、三カ国の中で逸早く2000年より開始（韓国は2008年開始、台湾は導入前）されている。現在では、その制度設計に沿って様々な形態の老人介護施設が建設され、高齢者介護のためのインフラ整備も進んでいる。

韓国、台湾との比較において、最も顕著な違いとなっているのは年金の充実度であろう。日本では現在、40年間保険料を満額支払った場合、基礎年金として年額772,800円が保証されている。さらに、被雇用者に対しては厚生年金、共済年金が現役時代の収入に見合った一定の額を補償する事となっている。また、それに加え、受給金額を上乗せする企業年金を有する企業もあり、日本の年金制度は「三階建て」と呼ばれる。充実した年金制度によって、日本の高齢者が受ける公的経済的支援は三カ国の中では非常に手厚いものとなっている。

他方で、これら充実した社会保障制度は、負の側面として、深刻な財政問題を引き起こしてきた。平成27年度一般会計予算（政府案）では、歳出96.3

兆円に対し、税収 54.5 兆円と日本は巨額の財政赤字を抱えているのだが、歳出の中でも社会保障関係費は、32.7%と非常に大きな割合を占めている¹。なお、社会保障関係費の内、39.0%は医療、37.5%は年金、9.4%は介護のための予算となっている²。構造的な点から見ても、高齢化社会の社会保障関係費の増大に及ぼす影響は非常に大きいのである。

また、労働人口の減少も日本の抱える大きな問題である。内閣府、第4回「選択する未来」委員会配布資料『労働力人口と今後の経済成長について』によると、現状維持的に変化が進んだ場合、2013年次 6,577万人を数えた労働力人口は、2030年に 5,683万人、2060年には 3,795万人まで落ち込むと推定される。

このように、すでに日本は少子高齢化による深刻な問題を抱えており、その状況は今後さらに厳しくなっていくものと考えられる。日本の少子高齢化問題は、すでに早急に対応策を講じなければならない段階にあるのである。

2. 高齢者就業拡大に向けて

すでに第一章で述べたように、高齢者の家計を自立的なものにし、社会保障関係費の抑制を実現するため、また労働人口の減少を補い、経済の活力を保つため（さらには、それにより社会福祉の被受給者を支える人口の割合を増やすため）、高齢者の労働市場への再導入は非常に重要な意味を持つ。しかし、統計局『労働力調査』によると、2014年の日本における65歳以上の高齢者の就業率は、21.2%（男性 30.2%、女性 14.5%）であり、先進国の中では低くはないものの、韓国よりは低い。

この現状は、充実した社会保障、とりわけ非常に手厚い年金制度の裏返しとも捉えられる。労働政策研究・研修機構の『高齢者の雇用・就業の実態に関する調査』によると、2009年の時点で、65歳から69歳の就業者の働く理由として「経済的な理由」を挙げるものは、男性 60.1%、女性 50.8%に上る。このデータが示すように、高齢者の就労が経済的なインセンティブに起因するものであれば、年金による経済的安定が彼らの就労に負の影響を与えている事は想像に難くない。

¹ 財務省ホームページ『日本の財政を考える』（<http://www.zaisei.mof.go.jp/>）を参照。

² 厚生労働省『平成 27 年度予算案の概要』。

もちろん、政府も高齢者の雇用状況の改善のために、「高齢者等の雇用の安定等に関する法律」を制定し、企業に定年の廃止や、引上げ、継続雇用制度の採用を迫る等、対策を講じている。2014年の厚生労働省のまとめでは、高齢者雇用確保措置を実施済みとする企業は従業員31から300人の中小企業で98.0%、従業員301人以上の大企業で99.5%に上る。しかし、希望者全員が65歳以上まで働ける企業は、中小企業で73.2%、大企業で51.9%に留まる。さらに、高年齢者雇用確保措置が目指すところが、65歳以上の雇用となっている事もあり、70歳以上まで働ける企業となると、中小企業で19.8%、大企業で11.8%に落ち込む。

高齢者の就業率を上げるためには、高齢者側のニーズをよく把握する事も重要となる。高齢者には、経済的、社会的、そして体力的な面等において、一般的な就労希望者と異なる状況にあると考えられるからである。先ほどの『高齢者の雇用・就業の実態に関する調査』によると、65歳から69歳の非就業者の37.5%が仕事に就けなかった理由として「適当な仕事が見つからなかった」事を挙げているのだが、彼らのうち50.4%が「短時間勤務で会社等に雇われたい（日数が少ない、一日の勤務時間が短い等）」と望んでいる。一方で、「普通勤務（フルタイム勤務）で会社等に雇われたい」と望むのは、18.1%に過ぎない。すなわち、高齢者は必ずしも「これまで通り」の形で働く事を望んでいるわけではないのである。

高齢者のパートタイム雇用には、日本マクドナルド等、一部企業が積極的な姿勢を示している。しかし、そういった雇用形態を提供するものは限られており、高齢者がその機会と接する事は多くはないというのが現状であろう。高齢者の雇用については、就業支援を積極的に行う公的枠組みを有する韓国が先進的な取り組みを行っており、日本がそこから学ぶべき部分も大きいものと考えられる。この点については、次の章で詳しく触れる事したい。

3. 効率的な制度設計に向けて

日本の歳出は、社会保障関係費の増大から、税収をすでに大幅に超えており、現状の社会福祉制度は持続可能なものとは決して言えない。そこで、社会福祉制度をより、低コストなものにする事が必要とされている。中でも、医療を受ける機会の多い高齢者に対する医療の在り方は、少子高齢化社会において非常に重要となる。高齢者医療に関する現状の問題の一つは、看取り

に至るまでの過程において、所謂「病院」の担う役割が大きすぎる事にある。
表 3 - 1 は、各医療・介護施設の医師・看護師比率を示すものである。

表 3 - 1 日本の医療・介護施設の医師・看護師比率

	医師比率	看護師比率	保険
一般病床	16:1	3:1	医療保険
療養病床	48:1	4:1(平成 30 年 3 月までは 6:1)	医療保険・ 介護保険
介護老人保 健施設	100:1	看護補助、介護と合わせて 3:1 (ただ し、看護師が 2/7 以上)	介護保険
特別養護老 人ホーム	必要数	介護職員と合わせて 3:1 (ただし入所 者数に応じて一定の看護師が必要)	介護保険

(出典) 第 14 回 社会 保 障 審 議 会 医 療 部 会 資 料
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xp9o.html>) をもとに一
部修正を加え作成。

この表からも明らかなように、最も一般的に知られた病床の形態である、
一般病床の医師・看護師比率は、他に比べて非常に高い。言うまでもなく、
これは一般病床が高コストである事を示す。様態が安静しており、急を要す
る対応が必要となる可能性が低い場合等は、医師・看護師比率の低い、療養
病床を利用する方法もある。しかし、厚生労働省のまとめた 2013 年の『医
療施設(動態)調査・病院報告の概況』によると全国の病院のうち療養病床
は 328,195 床と、一般病床 897,380 床に対し決して多くはない。また、さら
に医師・看護師比率の低いものとなると、介護保険に対応するような施設と
なってくる。

慢性的な疾患を抱えているような場合、十分な医療を受けられない事が非
常に危険である事は言うまでもない。そこで、医療コストを下げつつも、高
齢者が安心して暮らせるような医療環境を整える事が重要となる。療養病床
を新設する事が困難であるとするならば、もう一つの手段となるのは、高齢
者を「地域」で支える事である。そこで今、注目されているのが地域包括ケ

アシシステムである。このシステムは、高齢者が住み慣れた地域で最後まで暮らせるようにするために、住まい・医療・介護・予防・生活支援の一体的な提供を目指すものである。地域包括ケアシステムが実現できれば、高齢者の生活の質の向上と、在宅での医療・介護の幅の拡大による医療コスト削減とを実現する事ができると期待されているのである。

4. 地域包括ケアシステムと医療 ICT

地域包括ケアシステムを構築するためには、かかりつけ医、地域の基幹病院等の「医療機関」、老人ホーム、在宅ケアサービス等「介護施設」、さらには自治会、ボランティア、NPO等の「地域コミュニティー」が綿密に協力する事が求められる。しかし、職種が異なり、必ずしもコミュニケーションを日常的に取り合っているわけではない者が連携を図る事は容易ではない。地域包括ケアシステムの実現のためには、人材の確保等といった点とともに、関連する様々なアクターを橋渡し、情報の共有や、医療・介護の方針の摺合わせを行っていく事が必要なのである。そのための有用な手段として期待されているのが、医療 ICT である。ここでは、医療 ICT の先行事例として、金沢市の事例を紹介したい。

金沢市で運用されている医療 ICT の根幹を成すのが ID - Link と呼ばれる仕組みである。ID-Link は、それぞれの医療機関が独自に振っている患者 ID 番号を紐づけする事で、ネットワーク上にバラバラに存在する患者の医療情報を一元的に表示・閲覧・共有するシステムである。ただし、高度個人情報である医療情報は、関連する人々すべてに公開されているのではなく、フィルターによって、職種ごとに閲覧可能な情報の範囲が異なる。また、医療情報の共有のためには、患者の同意が必要とされるのはもちろん、医療機関等のネットワークへの加入には関連団体の承認が必要となる。

金沢市では、ID - Link を用いた二種類の医療 ICT が重層的に運用されている。金沢市医師会の管理する「ハートネットホスピタル」と石川県全体を繋ぐ「いしかわ診療情報共有ネットワーク」である（表 3 - 2）。

表 3 - 2 金沢市で運用される医療 ICT

	ハートネットホスピタル	いしかわ診療情報共有ネットワーク
運用開始年次	2013年9月	2014年
医療エリア	金沢市	石川県
サーバ数	1サーバ	32サーバ
包括ケア	水平的統合	垂直的統合
情報方向性	双方向	一方向 (施設により双方向)
利用施設	診療所、病院、 歯科診療所、調剤薬局、 包括・介護施設等	診療所、病院
職種フィルター	あり	あり
参加条件	参加医師会員からの推薦 と医師会の承認	協議会の承認
同意書	多施設（チーム登録）	二拠点
登録患者数	約 300 人	約 2900 人

(出典) 大野内科医院大野秀棋院長提供資料をもとに作成。ただし、表中の包括ケアにおける水平的、垂直的統合の概念については筒井孝子(2014)『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略-integrated care 理論とその応用』中央法規出版を参考にしたものである。

「ハートネットホスピタル」は、主に診療所、病院、歯科診療所、介護施設といった、地域的な医療・介護施設を繋ぐ、水平方向の統合に用いられている。これに対し、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」は、主に、診療所と病院という異なるレベルで医療を提供する施設を繋ぐ、垂直方向の統合のために用いられる。在宅医療が必要となる患者において安定期のケアやターミナルケアを行う際には、「ハートネットホスピタル」による水平方向のネットワークが活用される。ここでは、患者の状況をかかりつけ医、訪問看護師、介護支援専門員、その他、患者の症状に詳しい専門医等が共有し、連

携を取りつつ医療方針の策定等が行われる。患者の様態が悪化し、より高度な医療が必要となった場合は、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」による垂直方向のネットワークが活用される。この場合、かかりつけ医と地域の基幹病院が連携を取りつつ、入院に向けた準備が行われる他、入院後の患者の状態についての情報共有が行われる。また、退院前には、「ハートネットホスピタル」を介して、かかりつけ医、訪問看護師、介護支援専門員等が連携し、地域で再び患者を受け入れるための準備が進められる。

金沢市では、二つのネットワークによって、水平・垂直方向の多職種間の連携が採られており、患者が住み慣れた地域で安心して生活できるような仕組みが構築されつつある。二つのネットワークが同じ ID-Link により構築されている事、ともに医師会が母体となり構築・運用が行われている効果は大きい。現在、このネットワークには約 300 人の患者が登録され、約 170 の施設で活用されている。今後さらなる発展を図るため、医師会員外の施設の参加数の増加や、患者自身やその家族が参加可能なネットワークの構築といった点が模索されている。

このように、金沢市の事例は、高度に発展した医療 ICT を活用しつつ、地域包括ケアシステムを構築しようとしているのであるが、こうした試みはほかの地域でも見られる。ただし、そこで金沢市と同じアプローチが採られているわけではない。尾道市では、カンファレンスを何度も行う事で、医療・介護関係者の連携を強化し、地域医療の質の向上を高めるという「尾道方式」が成功を収めている。様々な地域において、その地域の社会的性質を活かした取り組みが展開されているのである。

5. まとめ

日本の少子高齢化は、主に財政面において、すでに深刻な問題を引き起こしている。この状況において、高齢者を労働市場に再導入する事が非常に重要となるのだが、日本において、この高齢者雇用は決してうまくいっているとはいえない。その一因は、高齢者のニーズに沿うような雇用機会が乏しい事にある。

高齢者の雇用を促進するには、より負担の少ないパートタイム等での雇用機会の拡大が有効であろう。しかし、そのためには、企業への働きかけにより高齢者に適した雇用機会を開発したり、企業と高齢者とを仲介したりする

役割を果たすものが必要となる。後に紹介する韓国では、行政が積極的にこの役割を果たそうとしている。

しかし、仮に「公」の側にそういった動きが無かったとしても、この役割は「私」の側が担う事も可能であろう。日本において、高齢者比率の増加と労働人口の減少は避けがたい。そういった状況では、高齢者雇用の開発・仲介が、ビジネスとして成立する可能性もあるのではないだろうか。

他方で、金沢では医療 ICT を用いる事で、地域包括ケアシステムを構築していこうとする先駆的な試みも見られた。情報・通信領域での技術的发展と共に、今後この医療 ICT はさらに拡大・充実していくものと考えられる。そうなるのであれば、日本で確立されたシステムを、高齢化において後を追う韓国や台湾の状況改善のために活用する事も可能となるであろう。

第4章 韓国における高齢者雇用政策：「老人就労事業」を中心に 金成垣

1. はじめに

2013年現在、韓国の高齢化率は12.2%であり、同年日本の24.1%に比べるとはるかに低い。しかしながら、韓国の高齢派は、これまで世界でもっとも早いスピードで高齢化がすすんできたと言われる日本よりもさらに早いスピードで進んでいる。日本が高齢化社会(高齢化率7%)から高齢社会(14%)に進入するまで24年(1970～1994年)、そして高齢社会から超高齢社会(20%)まで7年(1994年から2006年)かかったのに対して、韓国はそれぞれ18年と8年という予測である。

この超高速ともいえる高齢化の進展は、生産年齢人口の減少や従属人口の増加による社会経済システムへの衝撃、高齢者夫婦世帯や単身世帯の増加による家族機能の弱体化、老後の長期化による身体的・心理的ケアへのニーズの増加等々、韓国社会にさまざまな問題と課題を齎している。そのさまざまな問題と課題のうち、ここでは、主に高齢者雇用政策に着目し、その全体的な背景、政策の展開と内容また問題点と今後の課題について検討したい。なお、高齢者雇用政策としては、主に2004年にスタートし現在も活発に展開されている「老人就労事業」をとりあげる。

2. 全体的な背景：高齢者の貧困と年金問題

(1) 高齢者の深刻な貧困問題

韓国における高齢者雇用政策を考えるさいに避けて通れないのが、高齢者の抱える深刻な貧困問題である。

OECDの調査によれば、2010年現在、韓国の高齢者の相対的貧困率は47.2%でOECD諸国(平均12.8%)のうち極端に高く、ワースト1を記録している。しかも、2006年以降、継続してワースト1であり、その増加率についてもOECD諸国のうちもっとも著しい。韓国国内の統計データから高齢者の貧困率の推移をみると、年々高くなっている状況が確認できる。絶対貧困率(最低生計費基準)は、2003年に25.7%であったのが2007年には27.5%、最新の2011年の統計では30.2%となっている。同期間、相対貧困率(中位可処分所得50%基準)は、36.6%(2003年)、38.6%(2007年)、41.0(2011

年) と上昇している。

このような韓国における高齢者の高い貧困率の背後にあるものとして、何より注目すべき点は高齢者の生活において年金がほとんど役割を果たしていない事である。政府の調査報告によれば、2010年現在、高齢者1人あたり平均月収(58.4万ウォン=5万8千円弱)のうち、年金は8.7%(5.0万ウォン=5千円弱)にすぎない(その他、稼働・資産所得25.4%, 仕送り46.5%, 公的扶助11.4%)。日本はもちろん多くの先進諸国において老後所得を支えるのが年金である事を考えると、韓国の高齢者は非常に厳しい生活の状況におかれていると言わざるを得ない。

(2) 「無年金・低年金」問題

以上のような高齢者の貧困問題は、年金制度の未成熟によるところが多い。韓国の国民年金は、1988年に導入され(1986年に法制定)、はじめての受給者が出たのは2008年である。そのため現在、受給者も少なく給付額も低い。最近の統計によれば、高齢者全体のうち年金を受給しているのは、わずか2~3割にすぎず、その平均給付額も、最低生計費の半分をはるかに下回る低い水準となっている。

また、今後、年金制度の成熟により高齢者の貧困問題が自然的に改善できるかという点、現行制度の仕組みからみて、必ずしもそうとはいえない。韓国の国民年金は、保険料を財源とした拠出原則をもとに、保険料の納付期間や納付額に応じて給付を行う保険方式を徹底しており、日本と違って、制度の運営において国庫負担もほとんど無いからである。

このような仕組みの中で、年金加入者の納付期間の短さや納付額の低さによる深刻な「無年金・低年金」問題が予想されている。その納付期間の短さや給付額の低さの背景には、非正規労働者のような不安定な雇用の増加がある。拠出原則にもとづく保険方式を基盤とした年金制度を運営しているかぎり、不安定な雇用の増加による「無年金・低年金」問題は避けられないのである。実際、「無年金・低年金」問題の将来展望に関するいくつかの研究によれば、今後も年金受給者全体の平均給付額が最低生活費をはるかに下回る金額になる事は確実であり、しかも、2050年頃に高齢者の約37%が、年金の最低加入期間である10年を満たせず、無年金状態になるという推計もある。

ちなみに、2008年には以上のような国民年金の問題を改善するために、保険方式ではなく一般財源による税方式の制度として基礎老齢年金が導入された。ただし財政の問題等のため、給付対象（65歳以上の高齢者のうち所得の低い70%の者）は限定され、給付額も「お小遣い年金」といわれるほどの低い水準（2～20万ウォン＝0.2～2万円）に止まっている。これにより高齢者の貧困問題がどれほど改善できるかは疑問が残る。

以上の状況を背景に、韓国政府は高齢者の老後生活を保障するために、どちらかといえば、年金等の社会保障政策より、働く機会を提供する雇用政策の方により力を入れてきたといえる。そのもっとも代表的な政策が2004年スタートの「老人就労事業」である。

3. 「老人就労事業」の展開と内容

（1）事業展開の概要

「老人就労事業」は2004年に、65歳以上の高齢者を対象に、働く機会を提供するために保健福祉部（日本の厚生労働省に当たる）の管轄でスタートしたものである。

事業展開の状況を簡単にみると、2004年には政府予算169億ウォン、政策目標2.5万件の雇用創出を掲げてスタートし、2005年には同事業の総括担当機関として「韓国老人人材開発院」が設立された事で本格的にその事業を実施・拡大してきた。その後、事業拡大が順調にすすみ、10年後の2013年には24万件の雇用創出を目標に2,285億ウォンの政府予算が投入されている。事業開始後の10年間で、財政面でも実績面でも十数倍の拡大をみせているのである。この10年間における同事業の目標と実績の推移については図4-1、財政投入の推移については図4-2で示した通りである。

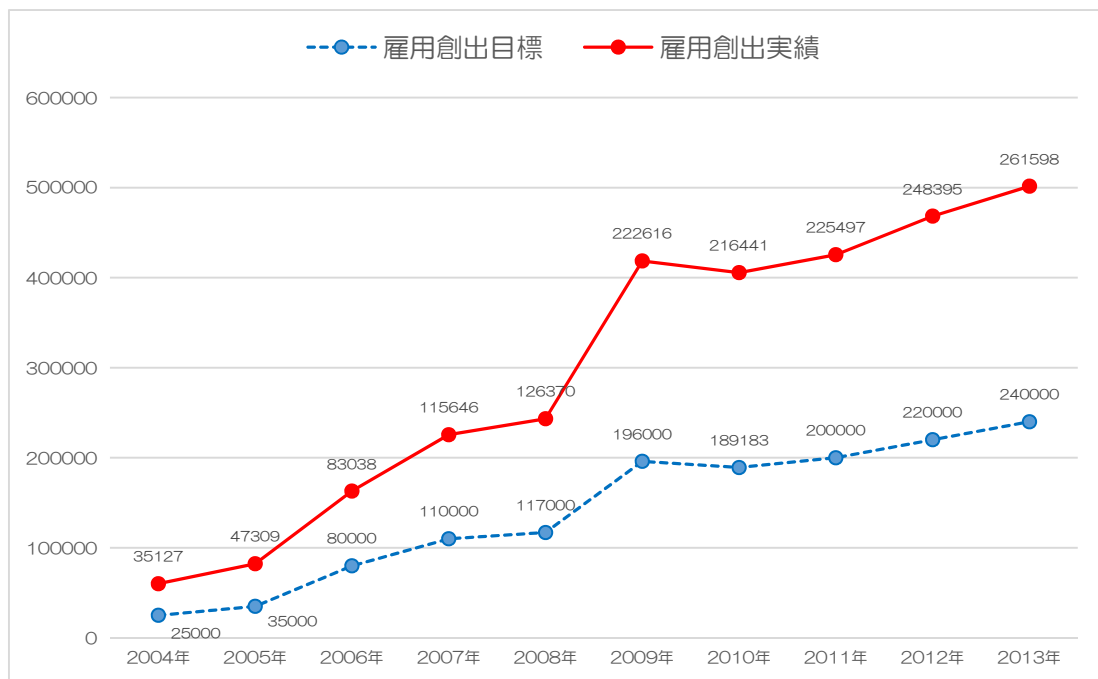


図4-1 「老人就労事業」の雇用創出目標と実績の推移（単位：件）
 （出典）韓国老人人材開発院『2013 老人就労統計動向』

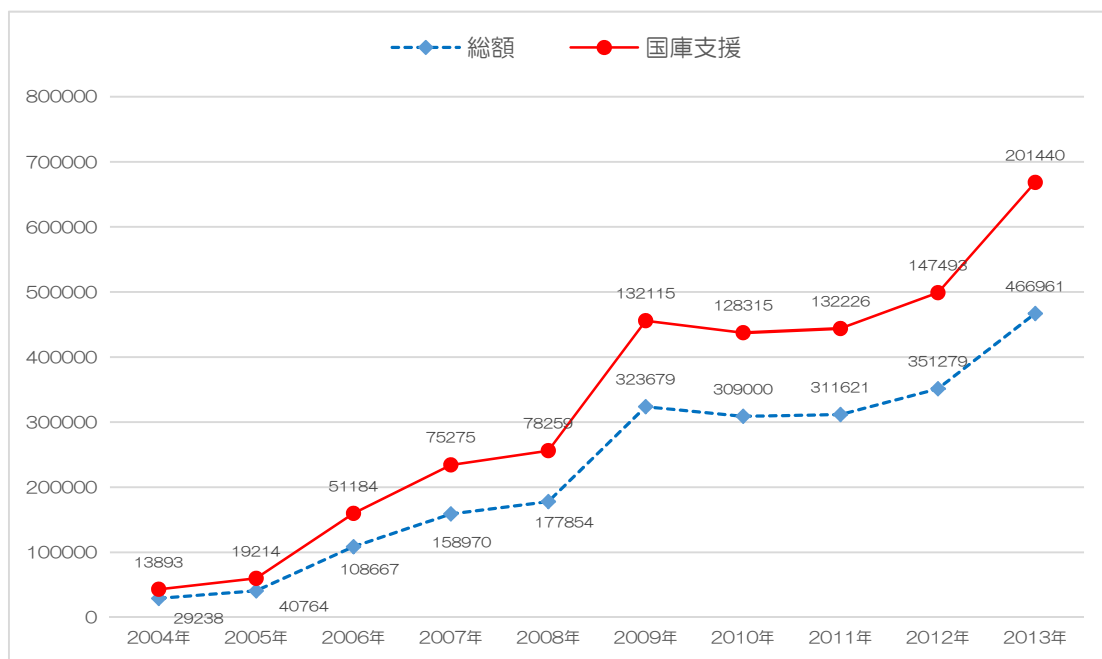


図4-2 「老人就労事業」の財政投入の推移（単位：百万ウォン）
 （出典）韓国老人人材開発院『2013 老人就労統計動向』

(2) 事業の種類と内容

「老人就労事業」には大きくわけて、市場進入型（民間部門）と社会貢献型（公共部門）があり、さらに市場進入型には人材派遣型、市場型、創業型が、社会貢献型には公益型、教育型、福祉型がある。それぞれの具体的な内容については表 4-1、事例の実際の様子については図 4-3 の写真を参照されたい。

表 4-1 「老人就労事業」の類型と内容

類型		定義	事例	支援内容
市場進入型 (民間部門)	人材派遣型	一定程度の教育を受け業務能力を身に付けた高齢者を派遣する事業	試験監督官, 家事補助, 警備員	収益による配分
	市場型	高齢者の適合した職種領域で製造や販売等を行う事業	宅配, 洗車, 弁当販売, 農産物販売, リサイクル事業	同上
	創業モデル型	市場型のうち, 社会的波及効果を気体できるモデル事業	シルバーカフェ, シルバーベーカーリー	同上
社会貢献型 (公共部門)	公益型	地域社会の発展および開発に貢献する公益性の強い事業	登下校安全確保, 交通安全, 学校給食補助, 図書館管理	月 20 万ウォン, 最大 7 ヶ月
	教育型	特定分野の専門知識・経験をもつ者が教育・文化関連施設で公演等を行いその専門地域・経験を一般市民と共有する事業	美術, 歴史, 文化関連施設での解説	同上
	福祉型	社会・経済・文化的に弱者階層を対象に社会サービスを提供する事業	高齢者ケア, 児童ケア	同上

(出典) 保健福祉部ホームページ (<http://www.mw.go.kr>)

■給食補助事業（ソウル市西大門区）



写真出所：市民日報
[\(http://www.siminilbo.co.kr/\)](http://www.siminilbo.co.kr/)

■障害者支援事業（ソウル市）



写真出所：ソウル市福祉財団
[\(http://www.welfare.seoul.kr/\)](http://www.welfare.seoul.kr/)

■登下校安全確保事業（平澤市）



写真出所：平澤市インターネット放送局
[\(http://www.pttv.go.kr/\)](http://www.pttv.go.kr/)

■リサイクル事業（京畿道）



写真出所：京畿道公式ブログ
[\(http://ggholic.tistory.com/\)](http://ggholic.tistory.com/)

■城南市, シルバーベーカリー事業（城南市）



写真出所：連合ニュース
[\(http://www.yonhapnews.co.kr/\)](http://www.yonhapnews.co.kr/)

■環境保全事業（咸陽郡）



写真出所：慶南連合日報
[\(http://www.gnynews.co.kr/\)](http://www.gnynews.co.kr/)

図4-3 「老人就労事業」の事例（写真）

(3) 推進体系

「老人就労事業」は、保健福祉部、韓国老人人材開発院、韓国老人人材院地域本部、地域自治団体および事業遂行機関(地方自治団体、シニアクラブ、老人福祉会館、大韓老人会、老人福祉センター、社会福祉館等) からなる推進体系により展開されている。それぞれの役割分担に関しては図4-4に示す通りである。

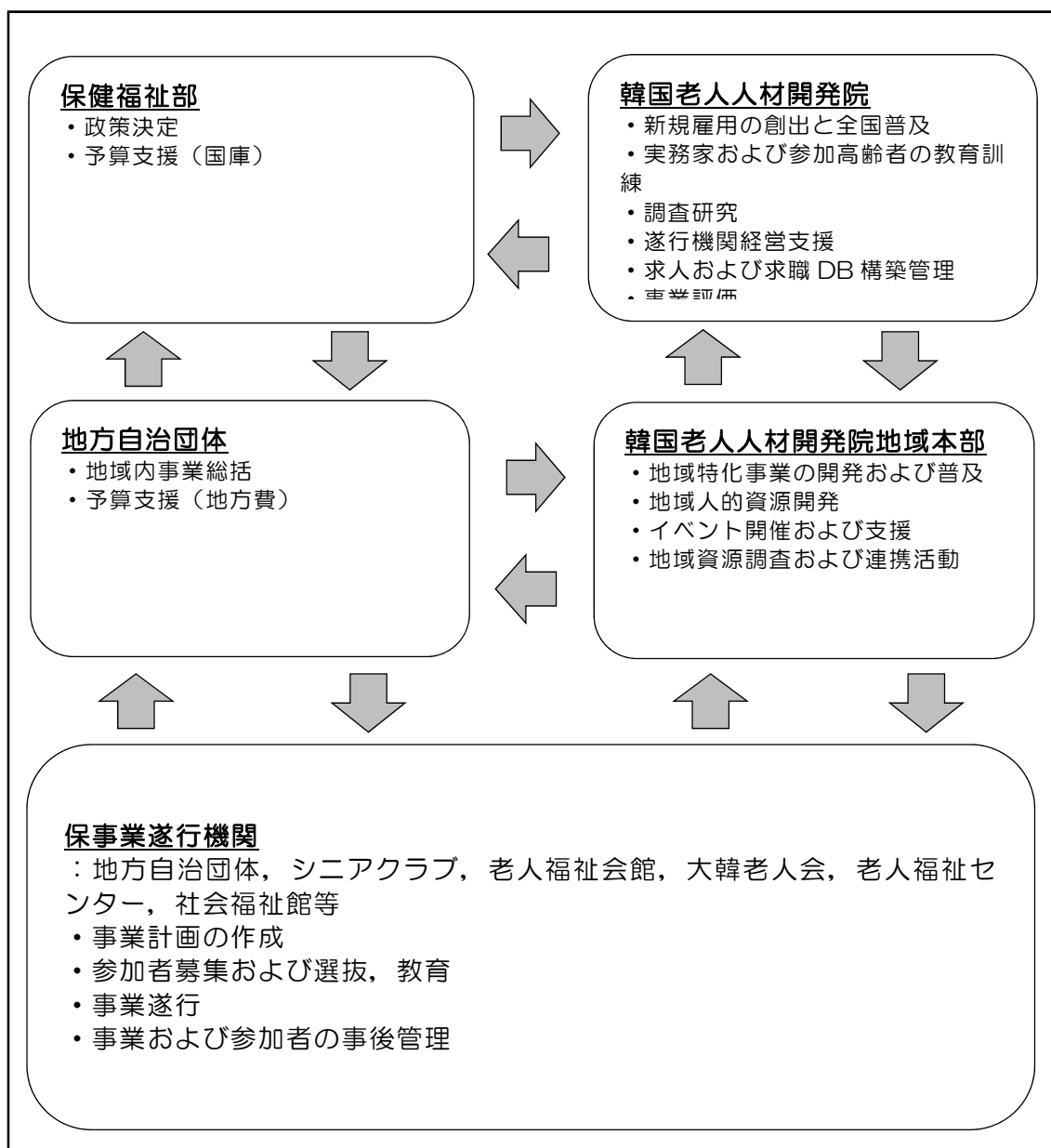


図4-4 「老人就労事業」推進体系

(出典) 保健福祉部ホームページ (<http://www.mw.go.kr>)

4. 「老人就労事業」の問題点と課題

(1) いくつかの成果と限界

この10年間、活発に展開されてきた「老人就労事業」の成果や限界に関しては、これまで多様な調査報告書や研究論文が発表されてきた。

成果についていえば、所得の確保による貧困率の減少効果を指摘する研究もあれば、働く事による健康状態の向上やそれによる医療費の削減効果を指摘する研究もある。また高齢者の生活の質(QOL)の向上を指摘する研究、そして自己実現への貢献を指摘する研究もある。実際、事業参加者の同事業に関する満足度について、2013年に実施された事業参加者へのアンケート調査からみてみると、参加者の74.1%が「満足している」(「とても満足」が13.1%、「満足」が61.0%)と答えている(韓国老人人材開発院 2013)。

しかしながらその一方で、同事業に対する問題点や限界を指摘する議論もけっして少なくない。何より重要な問題と指摘されているのが、同事業が雇用創出の量的拡大のみに焦点が置かれており、他方で雇用の質に関しては、ほとんど考慮されていないという事である。たしかに上の図4-1にみられるように、2004年と2013年の間に雇用創出の件数の増加は十数倍に達している。しかしその雇用における賃金水準はほとんど変わらず、この10年間、月15~20万ウォン程度(社会貢献型では20万ウォン程度、市場進入型では15万ウォン程度)に止まっている。これは、労働者の平均賃金(2014年基準約367万ウォン)からして考えられないほど低く、またこの10年間の物価上昇率(30%超)に照らして考えてもありえない水準にある。実際、同事業によって創出される雇用の現場で、最低賃金等を含む労働保護規制がほとんど適用されていないのが、同事業の抱える重大な問題とされている。

このような状況にもかかわらず、上記の事業参加者へのアンケート調査において7割を超える人が「満足している」と答えているのはいかに説明できるか。これには、冒頭で指摘した韓国の高齢者が抱えている深刻な貧困問題が深くかかわっている事が容易に予想できる。繰り返すが、高齢者の半数以上が貧困者で、年金も「お小遣い」水準の低い状況にあり、「老人就労事業」は、低い賃金水準であっても高齢者の生活手段として重要な役割を果たしているのである。実際、同事業への参加動機や参加による生活の変化等につい

てアンケート調査をみると、この点がはっきりとあらわれている。

まず、図4-5を通じて同事業に参加する主な動機をみると、60.4%が「生計費確保のため」と、そして27.6%が「お小遣いの確保のため」と答え、事業参加への経済的誘引が9割を超えている事がわかる。それ以外の「社会参加のため」(3.8%)、「健康維持のため」(2.6%)、「自己実現」(1.2%)、「余暇活用のため」(2.1%)、「働く事の楽しみ」(2.1%)という答えは非常に少ない。次に、図4-6の事業参加後の生活変化についての調査をみても、似たような結果が出ている(図4-6参照)。すなわち、同事業への参加によってもっとも変わった点は何かという質問に対して、半数を超える54.5%が「経済的に助けになった」と答えている。それ以外の「健康状態がよくなった」(5.9%)、「人間関係がよくなった」(6.9%)、「働く事によって社会に貢献できた」(6.5%)、「自ら発展する機会となった」(4.2%)等の項目に関しては、その答えの割合が非常に低い。どちらの調査結果においても、経済的側面が事業参加への重要な要因として働いている事といえる。

要するに、年金等の他の生活手段が整っていない状況のなかで、低い賃金水準とはいえ、同事業に参加しながらその低い賃金に頼りつつ生活を送っている高齢者の現状がうかがわれるのである。

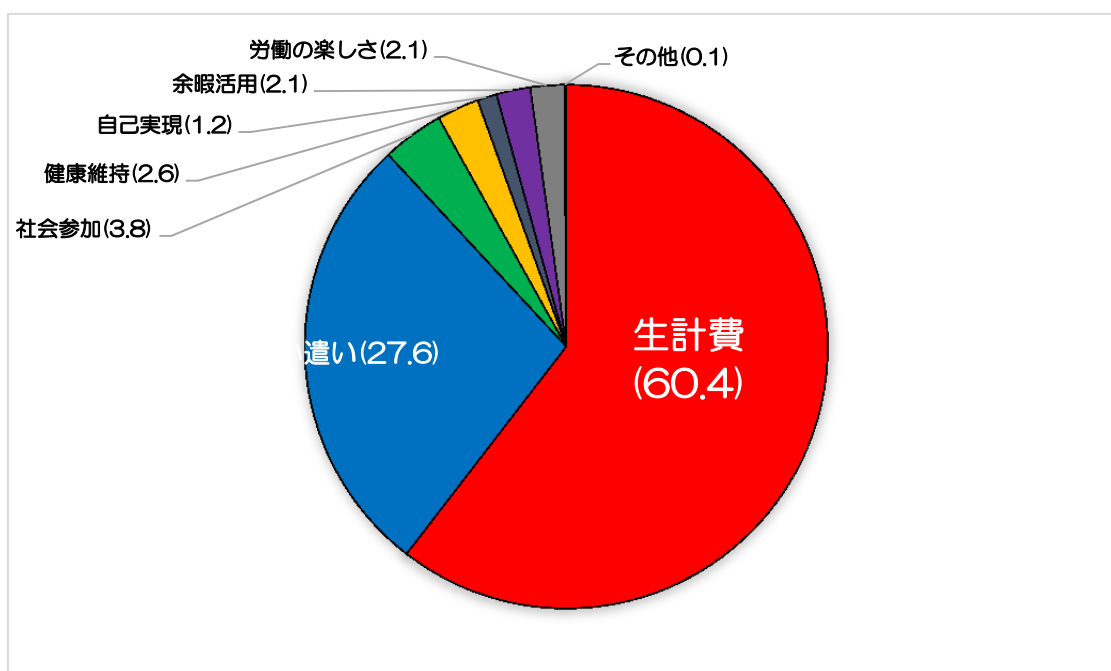


図4-5 「老人就労事業」参加動機(2013年)(単位:%)

(出典) 韓国老人人材開発院『2013老人就労統計動向』

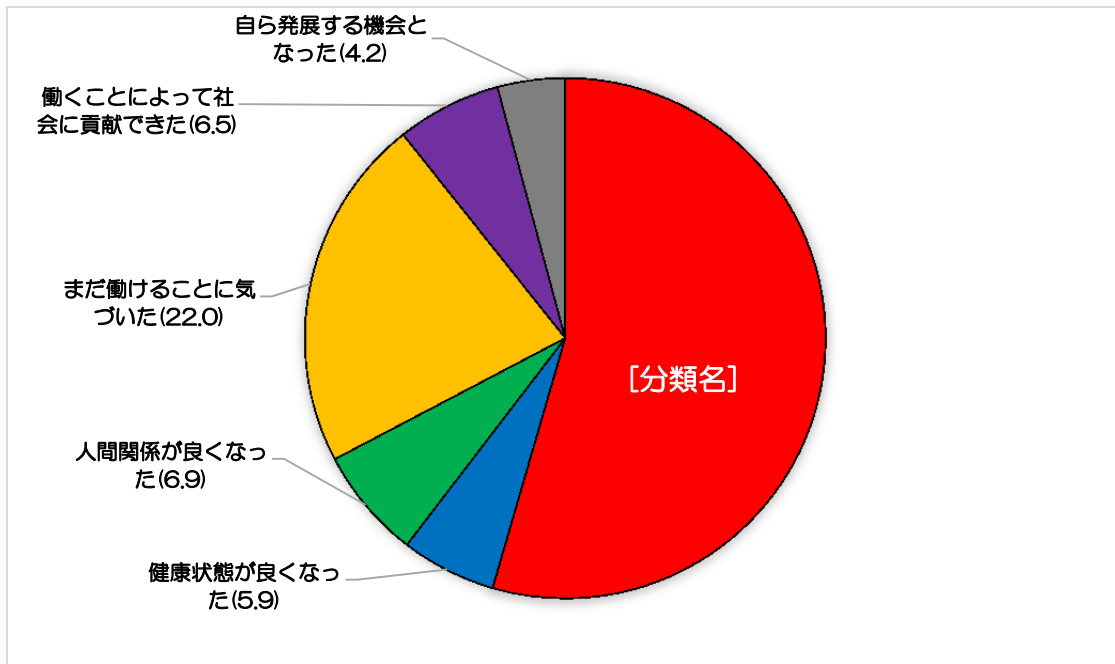


図 4 - 6 「老人就労事業」参加によってもっとも変わった点 (2013 年) (単位: %)

(出典) 韓国老人人材開発院『2013 老人就労統計動向』

(2) 「経済参加」と「社会参加」

そもそも高齢者雇用政策の目的といえは、「経済参加」と「社会参加」という 2 つが考えられる。前者は、働く事によって所得の確保や経済的自立を図る事であり、後者は地域社会や人とのかかわりを重視し生きがいを見つける事であるといえる。

もちろんその 2 つの目的が両立できないわけではない。「経済参加」によって副次的に「社会参加」という目的が達成できる事があるし、その逆もありえる。ただし、韓国における「無年金・年金」問題とそれによる高齢者の深刻な貧困問題を考慮すると、「老人就労事業」に関して、政府側としてもまた参加者側としてももっぱら「経済参加」の目的を重視した事業展開にならざるを得ないのが現状である。そこで「社会参加」の目的は背後に退く事になってしまっているのは、事業参加者へのアンケート調査結果からも明らかになっている事である。高齢者の生活において、「経済参加」だけでなく「社会参加」も重要である事はいままでない。「老人就労事業」の今後の展開において、この点をいかに改善していくかが重要な課題となってくるであ

ろう。

そのさい、単に同事業の低い賃金水準を含む雇用条件や環境の改善を図る事だけでは改善の改善にならない。そのような雇用政策だけでなく、年金や医療・介護等の社会保障政策の充実を合わせて考える事によって、問題の改善への糸口が見つけられると思われる。今後高齢化がさらにすすみ、75歳以上の後期高齢者が増えていくと、その高齢者の生活にといて、雇用政策より社会保障政策の重要性がますます増えていく事になるであろう。

第5章 東アジアにおける持続可能性のある高齢化社会構築 ：台湾調査について

陳 永峰

1. 台湾の現時点

台湾の人口は2300万人（2014年）で、そのなかの50%弱は台北大都市圏に生活基盤を置いていると言われている。すなわち、高度の都市集中が進行している。同時に、台湾は民主主義国家であり、常に選挙の結果による政権交代の可能性が存在する。また、立憲主義国家であり、司法権が独立し、憲法により、行政府の権力が制限されると共に、国民の基本的人権が保護されている。

しかしながら、現在の台湾は、同時に経済の高度成長期を終えた、「ポストモダン期」即ち、単純な近代社会を模倣する時代からその後を見据えた新たな社会的制度を必要とする時代に突入しつつある。事実、2014年の「ひまわり学生運動」に典型的に見られたように、政治の民主化や高度経済成長期に蓄積してきた社会問題が噴出しつつある。このような文脈から考えた時、台湾においてはこのような「ポストモダン期」の典型的な問題の一つだと言う事が出来る。

2. 「中山老人住宅サービスセンター」

さて、この問題を調査する為に本研究会は、2014年11月13日から14日にかけて、老人施設の視察調査及び、社会福祉政策に詳しい元官僚や政治家等を対象としたインタビュー調査を実施した。ここではその調査の内容を具体的に紹介していく事にしよう。

調査対象の第一は、台北市の「中山老人住宅サービスセンター」である。台北市内に存在する比較的裕福な人が利用する施設である。一階の地域向けのコミュニティー施設と教室等、二階のデイケア施設、そして三階以上の老人アパートから構成される、複合老人施設である。元来この建物は、35年ほど前労働者用サービスセンターとして建てられものであるが、改装してこれを老人施設にしたものである、とされている。

台湾においてよく見られるように、この建物自身はパブリックセクターが所有権を保持し、運営はプライベートセクターの養護センターが母体となっ

で行われている。即ち、台北市社会局監督の下、プライベートセクターが委託経営する形であり、建物の修繕等は台北市社会局の補助により行われる。逆に施設の運営そのものに対しては、政府からの資金援助は存在しない。

次にこの施設の実際の運営を見て行こう。まず医療面においては、医師や看護師は常駐しておらず、周囲の病院と契約し、デイケア施設にて、リハビリや診察等を週三回程度で実施する体制になっており、意識面や行動面において障害を抱える 40 名等がこれを利用する事となっている。

施設側の説明によるとここにおいて重視されているのは、極力家庭的な雰囲気を作り出すように事であり、この為に手芸教室を開催し、また、利用者は普段着で生活できるようにする等の工夫をしている。デイケア施設には、音感を刺激する為の楽器や若年時を想起させる為の嫁入り道具、更にはゲーム機器等も置かれ、利用者の交流を図れるように努力している。食堂においては、テーブルに名前を書いて食事のテーブル位置を巡るトラブルを防ぐシステムも実施されている。

利用者の中には、個人的に東南アジアからの出稼ぎ労働者等を雇ってケアに用いる等の工夫もしており、その意味で、個々の利用者に対するケアは個々人の利用の仕方により異なっている。シャワーが設置されており、衛生状態の維持に役立てられている。

次に住居スペースである老人アパート部分について見てみよう。まず、この老人アパートでは、自活可能な人のみ入居可能であり、故に短期間の病気では大きな支障はないものの、長期間の療養が必要になる場合には、退去を要請されるようになってきている。尤も治療終了後は再び住む事が可能であり、現在の居住者は大凡、女性 2 : 男性 1 の比率になっている。→洗濯は自分でする。

自活可能である事を前提とされている関係上、選択洗濯等は入居者が自ら行う事となっている。食事については食堂が設置されているものの、これを利用する入居者は半数程度に留まっている。料金は、8 坪 (約 26 m²) の部屋で、1 カ月 600US\$、同じく食費は 130US\$ ほどが必要となっている。この料金からもわかるように、この施設にはある程度裕福でないと入居事ができる。これより安い国営の施設は存在するが、質は大きく落ちる、とされている。夜間には当直が一人存在し、緊急ベルを鳴らすと駆けつける体制になっている。緊急時には救急車を呼び病院に搬送し、当直は家族の到着と共に

これに引き渡す体制を取っている。逆にいえば、この施設には台北市内に家族が存在しないと入居できない状況になっている。即ち、家族が台北市の戸籍を持ち、実際に一年以上居住している場合に限り入居できる体制になっている。

最後に1階部分には既に述べたように、教室や展示施設、パブリックスペース等が存在する。興味深いのは、昔の駄菓子屋等を復元したスペースが置かれている事かも知れない。高齢者が育ってきた時代を懐古する為であると、されている。清潔な中庭が存在し、教室では、パソコン教室や、写真教室、更には仏教教室等を開講されているが、利用者は老人アパートの住人だけでなく、地域の住民も含まれている。これらの教室にて学習した人々が写真や書を展示するスペースもあり、お互いの交流に役立てている。

3. 「台中市立仁愛の家」

1) 概要

次に台中市内に存在する「台中市立仁愛の家」を見てみよう。この施設は台中市社会局に所属する公的施設である。元来、1973年に総合救済院という名前で設立され、1976年から現在の名称になっている。デイケア施設を併設し、大きな面積を持ち緑に囲まれた美しい施設になっている。

この施設は、65歳以上の台中市民に入所資格があり、低収入者は無料でそれ以外の者は所定の経費を払って入所する事になっている。現在の利用者225人、男性134人、女性91人の割合となっている。利用者は、「安養」、「擁養護」、「デイケア」の3段階に分類され、それぞれ、男性のみ29人、男性96人と女性64人、男性9人と女性27人、の人々が利用する事となっている。利用者の平均年齢は男性76.41歳、女性は80歳以上となっており、75歳から84歳の利用者が一番多くなっている。

他の公的施設と同様に、低所得者が多くの比率を占める関係上、利用者の学歴は相対的に低いものになっている。施設内には図書室、宗教施設(仏教、キリスト教)、リハビリ用施設、~~田~~懐旧室、カウンセリング室等が設置されており、衣食住、レジャー、リサイクル等の社会活動や、医療関係、更には死後の葬儀等の多岐にわたるサービスを提供する事となっている。

次に実際の入居者の生活について具体的に見てみよう。まず、食事は基本

的に共同の食堂で提供されており、特別に自分の要望によって食事の内容を決められる月曜日を除き、全利用者が同じメニューの食事を摂る事となっている。衣料は自分で着替えができるか否かにより、そのサービス内容を変えている。居室は個室から5人部屋まで多様な形態があり、各部屋に風呂、トイレを完備すると共に緊急ボタンを各所に設置している。

利用者に対しては水曜日には施設のマイクロバスで銀行や買い物、病院等に行けるサービスが提供されており、文化講座も定期的で開催されている。誕生日パーティー、春秋の旅行、祭、民俗行事等も開催されており、利用者間の交流に役立てられている。カラオケ、気功、ハイキング、バドミントン、コーヒー・お茶、等のサークル活動があり、近所の里山への山登りも週一回開催されている、という。

医療面では、七カ所の大型病院と提携、定期的に医師が来診し、医療・衛生教育を行うと共に検査や予防接種が実施されている。リハビリについては、理学療法士が来初する場合と、入居者が外部の施設で受ける場合の双方が存在する。入居は死亡時まで可能であり、故に施設側は心のケアに力を入れている、と話している。

この施設の一つの特徴は地域や周辺施設との交流である。地域社会との間には、環境問題、清掃等を巡る取り組みがあり、必要とする器具を施設側が貸し出す等の交流が行われている。他の施設と交流においては、大学或いは大学院生の実習への利用や、元受刑者の為の労役の提供、更にはボランティア団体との提携による、商品開発等も行っている。その一つが地域では知られているパイナップルケーキの開発である。このような活動の為には、職員への職業的訓練や教育・学習プログラムが実施されており、その成果を生かした新しいサービスの開発等も行われている。

2) インタビュー調査

この施設については施設側に対する、インタビューを実施した。その概要は大凡次の表の通りである。

入居者で男性が多い理由	1) 低所得者の利用が多い施設(公費2:私費1)では、結婚しなかった男性が多く入居している。
-------------	--

	<p>公費部分（低所得者）は男性、私費部分は女性が多い。</p> <p>註：家族が市内に存在すると入居できない場合がある。また、嘗ての台湾において結婚できなかった人々は男性の方が多し事にも留意。</p> <p>2) 女性の方が、自活能力が高い。実際、「安養」に分類されている人は全て男性である。また、女性の方が自分の家庭・コミュニティーの中で暮らす意欲が高い事も重要。</p>
死亡時までのケアの問題	<p>病院と提携しており、老人が病院にいるときは一日 750 元を病院に支払っている。ここで生活していない時の予算は病院に払っている形であり、故に大きな財政的欠損は生じない。</p>
施設の空き状況	<p>1) 公費の入居は、条件をクリアしたら概ね可能であるが、私費の入居は待機者（80 数名）が多い。</p> <p>2) 私費で入居する人は、公立だから信頼が厚く、またサービスが良く、料金が安いので、私立よりもこの施設を選んだと答えている。</p>
ボランティアや民間団体との関係	<p>1) ボランティアは定期的に受け入れており、その結果常設的なシステム運営体制ができていいる。企業等から献金、人的資源、物資の受け入れも行っている。</p> <p>2) 大手金融機構、ライオンズクラブ等 NGO、NPO 団体が定期的に活動している。</p>
行政区画変更（県と市の合併）の影響	<p>1) 県と市の合併により、サービスエリアは広がり、増床も行った。</p> <p>2) 農村地域の編入により需要は拡大した。65 歳以上の人口は台中市 9.64%、そのうち農業地域が 15%程度である。</p> <p>註：台湾全体での 65 歳以上人口比率は 11.8%。</p>

<p>予算について</p>	<p>1) 長期介護は中央政府の予算によって賄われている。</p> <p>2) 台中市は地方政府としてはこの方面に積極的で、2010 の県と市の合併から現在まで、予算は 20~30%程度増加している。台中市政府社会局所管の老人関係予算は 13 億台湾元から 27 億台湾元までに増えた。背景には、台湾の平均年 GDP 成長率は 3%以下であるにも拘らず、台中市の同じ数値が 9%を超えている事がある。</p>
<p>中央政府との関係</p>	<p>1) 連携会議を日常的に実施している。具体的には教育・訓練の関係を行っている。中央官庁は地方に外部調査を実施して来年度以降の予算を決定する方式を取っている。</p> <p>2) 地方がもし自前の財源があればやりがいのある事ができるが、中央が財源を持っているので制約がある。</p>
<p>医療関係</p>	<p>1) 高血圧心臓病等の病気を持つ人が多い。入居後痴呆症になったらその対応も必要。</p> <p>2) 食生活は良好。</p> <p>3) 規則によって、医療スタッフの配置が決まっており、医師が常駐しなくても大きな問題は生じていない。看護師は昼夜交代で常駐している。</p> <p>4) 中央・地方政府は共に健康の老人向けのサービスに力を入れている。健康寿命を延ばして生活の質を上げる事が重要だと考えている。</p>
<p>取り組みと課題</p>	<p>1) 地域間の協力拠点を作る事が重要。台中市には 7 つの拠点があり、先日、先住民の拠点を設立したが、山奥にあって遠いので食事を送るのは難しい。拡大したい考えがあるが、いろいろな条件によって難しい部分もある。</p>

	<p>2) 老人が自分の家の外に出たら観察ができるが、家の中にいると様子がわからない。市から資格を持った人を派遣して情報を集める事ができるので、行政としては拠点を作っていきたい。元気な時に拠点に行った事がある事で、後々施設に入る抵抗感を軽減できる事にもなる。</p> <p>3) 公立、私立の各団体を通じて状況を把握し、行政が情報を回収し、政策を還元するという良い循環ができると良い。行政が民間の支援を仲介する役割を担えたら良い。</p> <p>4) 地方自治体には中央政府ができないところを柔軟に対応できるという強みがある。</p>
--	---

4. 識者へのインタビュー調査1：李鴻鈞氏（国会議員）

次に以上のような台湾の実態について、台湾の為政者や有識者がどのような認識を有しているのかについて聞き取り調査を行った。最初に行ったのはこの分野に詳しい国会議員として知られる李鴻鈞への聞き取り調査である。以下、この聞き取り調査の概要について簡単にまとめてみる事としよう。

まず同氏は、少子高齢化が進展する台湾での政策対応について次の点を指摘している。第一は、内政部の対策として、老人の不動産を国が活用し、亡くなるまで資産価値に応じたお金を渡す政策を行っている。即ち、不動産のリモーゲージであり、これについては台湾も韓国と類似した政策を行っている、と言う事になる。第二は、定年の延長のみならず、今後成長が予測される分野に積極的に高齢者の雇用を呼び掛ける政策をとっている。第三に老人施設を提供の為に少子化の為に不要化する学校等を老人施設に転換する試みを行っている。

以上のような政府の施策を前提にして、同氏は台湾の老人ホームについては極めて否定的な認識を披露した。即ち、台湾における老人ホームはビジネスとしては成立しているものの、質が低く、その原因は経営規模の小ささにあると指摘する。これについては老人施設に関わる政府の規制の問題があり、この条件を満たす為に必要な、看護師を始めとするスタッフを揃える事が困難になっている、という問題がある、という。

同氏によれば、だからこそ台湾では老人施設産業において、東南アジアからの未熟練労働者を呼び寄せる事が増えている。これから伸びていきそうな経済分野（観光業等）に重点を絞っていく必要がある。

社会福祉給付について同氏は、台湾において老年年金は日本円にして月1万円程度で機能しておらず、逆に健康保険について高齢者はゼロ負担となっており、これが高齢者向け福祉の大きな部分を占めている、と指摘している。但し、このような制度を今後も維持する事は難しく、病院側のモラルハザードによる医療負担の上昇も招いている。故に今後はこれを如何にして改革するかが大きな課題になっている。

こうして考えれば、今後、台湾において老人施設を民間に全面的に任せて、その拡充を実現する事は難しい。台湾において高齢者施設の管理は主として地方政府が行っているが、これにもまた予算的な限界があり、やがて中央政府からの計画的な予算配分が必要になるだろう、と同氏は指摘している。

最後に同氏によれば、このような老人施設の拡充については、日本の老人ホームが一つのビジネスモデルになるであろうと、という。取り分け、富裕層向けの老人ホームとして日本型の細かいケアを行う形のものには潜在的な需要があり、実際、日本の老人ホームを買収しそのビジネスモデルをコピーする動きもある、という。

4. 識者へのインタビュー調査2：黄松林教授（亜洲大学、元内政部社会局）

続いて、老人問題を中央政府にて担当する内政部社会局にて勤務した経験を持つ黄松林について聞き取り調査を行った。以下、その概要を紹介する。

同氏によれば、台湾の問題の一つは、依然として介護保険が作られておらず、老人介護は健康保険に依っている事である。歴史的には、まず1995年以前には施設の構築を重点に置いた活動が行われており、それ以降は社会福祉のコミュニティー化が重視されている。この制度においては中央政府が実質的に全ての資源を握るシステムとなっているが、これをより地域に密着したものに転換する事が課題であると言う。それ故に、中央政府もまた1995年～2007年までは、「中央から地域へ」の方針転換を目指してきた。加えて2007年以降は長期介護に関わる議論を開始され、現在の馬英九政権（2008～）に至っている。

この聞き取り調査の対象となった黄氏は、2005年から2006年に作られた長期介護10年企画を内政部の社会局で作るのに携わった人物であるが、彼の理解によれば、現在の台湾政府が行っているのは、民進党政権に作られた2007年から2016年までを対象とする10年計画の中の、「家庭と地域密着の長期介護」の充実である。しかしながら、ここにおいては「保険」に関する記述がなく、だからこそ馬英九政権は新たに介護保険の導入を試みている。

しかしながらここでの問題は、仮に保険が設けられてもこのサービスを受ける為の施設が不足している事である。即ち、老人の為の介護施設は都市部でこそ十分に存在しているが、農村部では明らかに不足しており、故に保険を実施しても農村部では実際には施設が利用できない、という問題が起こる可能性がある。重要なのはこのような都市部と農村分の格差を是正する事であり、その為にはまず、インフラ整備が必要となる。

また財政的な問題も重要である。老人施設が永続的に運営されるには、それがビジネスとして成立しなければならず、そこにおいては地方のニーズに見合った体制が必要である。その為には施設が施設を取り巻く状況を熟知する地方政府により支えられる関係が不可欠である。それ故に、中央政府から地方政府に財源を移譲する必要がある。

重要なのは人材育成も同様である。現在構想されているのは、老人福祉サービス提供者の資格やトレーニングを政府が決定・実施しようとするものである。施設に対してもランク付けを行い、サービス提供者の人数に関する規定等を設ける方針になっている。サービス提供者に対する外部評価を行い、より良いサービスを提供する事を目的としている。

現行の介護システムは、各県、各市によって、福祉施設、サービス等の水準が一定していない。台中市の場合は公立施設と私立施設は同じ水準と評価されているが、一般的な事例ではない。逆に49名以下の小型施設は緩める方針になっている。とはいえ地方財政の制約は大きく、現行の制度では行うべき事が十分にできない状況になっている。

日本でも進められている家庭内介護については、台湾でも中央政府が補助金を出している。財政問題があり中央がやりたい事が自由にできないという問題がある。

政府が補助金を出して家庭内で介護をするという事をやっている。90時間のトレーニングを受け認証されると家庭内での介護に対しても補助金が出

る、というサービスだが補助金も限られており、質の向上は難しい。将来的には介護保険の枠内に入れて質を保証していくべきであろう。医療分野においては、長期療養が必要な患者の問題もある。台湾では一般的に老人は一か月入院したら退院すべき事になっている。一度退院しないと保険が適応できないからである。看護師の不足も深刻である。

5. むすびにかえて

それでは以上のような調査を踏まえて台湾についてどのような事が言えるであろうか。

第一に明らかなのは、少子高齢化問題において日本の状況を急速に後追いつる台湾にとって、日本の経験が大きく参考になっている事である。介護保険によせよ、老人施設のあり方にせよ、台湾は政府レベルでも民間レベルでも依然として日本を一つの明確なモデルとしており、それ故に今後、日本に類似した制度が急速に普及する事が予想される。

そしてだからこそ、台湾のシルバー・ビジネスに対して、日本企業が出来る事もまた多い。インタビューの中でも出て来たように、台湾におけるシルバー産業は、裕福層向けの老人住居のデザイン・建設や、老人施設のインフラ整備の在り方、更には、独居老人の支援システムの構築や医療・リハビリ機械、栄養補助食品開発等において、日本に多くを学ぼうと努力している。だからこそそこには必ず日本企業にとってのビジネスチャンスも生まれる事になる。

しかしながら重要なこのような依然として日本を一つの模範とする志向の強い台湾社会もまた、日本のそれとは異なる性格を多々有しており、それ故に日本の経験を適応する為には、現地社会の性格に見合った調整が必要だと言う事である。或いはその為には日本企業と台湾側の「合弁」に似た形態でのビジネスも有用かもしれない。「日本ブランド」が価値を持つ台湾だからこそ、日本企業が出来る事は多く、またそこで学ぶ事も多い、と言っても過言ではないだろう。

第5章 むすびにかえて

木村 幹

さて、それではこれらの一連の調査からどのような事が言えるだろうか。

第一に明らかな事は、世界的な流れの中での人口的危機、取り分け、高齢化現象において先頭を走る日本が、高齢化社会対策については必ずしも先頭を走っている訳ではない、と言う事である。就中、この点が顕著なのは、高齢者の雇用問題への対処である。日本における高齢者の雇用対策は、様々な試行錯誤にも拘らず依然として、市場の動きに依存した状態であり、高齢者の雇用を積極的に促すような政策的努力は顕著に見られない。結果、韓国や台湾と比べて、日本における高齢者の雇用率は極めて低い水準に留まり続けている。

日本における政策的な施策が遅れているのは、高齢者に対する栄養指導についても同様である。日本における高齢者の栄養指導は厚生労働省において「栄養改善マニュアル」こそ設けられているものの³、個別の高齢者に対する積極的な働きかけが行われている訳ではない。全体として、日本における高齢化社会対策は、政府の社会に対する積極的な関与が不足しており、現実的な効果を著しく欠いたものとなっている。

それではそのような観点から見た時、日本が韓国や台湾の事例から学び得るのは何であり、逆に日本の試行錯誤が韓国や台湾に適用しうるのは、どのようなものであろうか。まず、後者について言うなら、日本の試行錯誤が韓国や台湾に比べて進んでいるのは、主として市場における部分である、という事が出来る。その代表的な事例は、2013年度の報告書でも取り上げた栄養供給ビジネスであろう。日本においては外食産業による高齢者向けの英供給ビジネスの模索が進んでおり、同様の需要は今後韓国や台湾にも急速に広まる事が容易に予想できる。高齢者向け老人ホームについても同様である。北東アジアにおいては日本のサービス産業のきめ細やかさは定評があり、とりわけ台湾においては高齢者向けサービスにおいても日本の例を参考にしようと言う傾きが強い。韓国においても、療養病院等で同様の事例が見られ、日本の事例は大きな魅力を有している。

³ 厚生労働省『介護予防マニュアル（改訂版）』『栄養改善マニュアル』（<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>）。

とはいえこれらにおける問題は、これが日本側のビジネスにまで影響を与えていない事であろう。即ち、韓国や台湾における日本の事例の利用は主として、「韓国や台湾の事業者が日本の事例をコピーして持ち込む」形を取る事が通例であり、日本側の業者が直接的に参入する状況にはなっていない。また、当然の事ながら、日本のモデルを他国に持ち込む場合にはその社会の制度等に合致したものにすることが必要であり、その点における精査も重要であろう。

他方、韓国や台湾の事例が我が国に対する示唆にはどのようなものがあるだろうか。この点について、顕著な「モデル」を提供しているのは韓国であろう。韓国において明らかなのは、高齢者の雇用政策においても、療養病院や療養院の整備に関しても、また、コミュニティーにおける高齢者へのケアについても、積極的に競争原理を導入している事である。即ち、韓国ではこれらの整備において、一部の模範的なプロジェクトに対して中央や地方政府が助成金を出し、この助成金の獲得を目指して、企業や病院、更には NGO が競争する、というシステムを取っている。加えてそこにおいては、こうして競争の結果作り上げられた新しいシステムやアイデアを今度は中央或いは地方の政府が拾い上げて必須の事業として設定し、義務付けする事によりサービスの向上を図っている。いわば政府により「上から指導される競争原理の導入」、が韓国型モデルの特徴である、という事が出来る。韓国においては療養病院等の発達の為に、混合医療を容認して「持てる者から積極的に利益を獲得する」事も行われている。これにより依然として、不十分な高齢者に対する福祉を補おうとしている、と言う事になる⁴。

これに対して台湾においては、韓国とは対照的に、政府による高齢化社会に対する積極的な介入は現在の所見られない。高齢者に対する年金も依然として不十分であり、これに代わる役割を果たしているのは、NGO や民間の企業である。その意味で台湾における高齢化社会への対応には依然として不十分な点が多いと言えるが、その事は台湾において、日本や韓国が学ぶべき点が存在しない、という事を意味しない。日韓両国と比べた時の台湾の特徴は、高齢者の就業率が高い事であり、その水準は、日本は勿論、政府による積極

⁴ とはいえ、このシステムには問題も多い。その一つは補助金の獲得を巡って不正が横行している事である。例えば、中央日報【韓国】、2013年6月24日の記事「자기 배만 불린 노인요양원장…정부보조금 수익 빼들려」。

的な高齢者向け雇用開発が行われている韓国をも凌いでいる。

そしてここにおいて注目すべきは、このような高齢者の活発な労働市場での活躍が、必ずしも高齢者が大きな経済的困難に直面している事によるのではない、という事である。例えば、高齢者の半数近くが貧困状態にある韓国と比べた時、台湾の高齢者の経済状態は比較的良好であり、高齢者のジニ係数も日本とほぼ同等になっている⁵。それにも拘らず、台湾において高齢者の雇用率が相対的に高い理由は、日本と韓国とは異なり、そもそもの労働市場における流動性が台湾では高い、という事に求められる⁶。即ち、依然として終身雇用的な「正規雇用」を中心とする日韓両国においては、問題となる「退職後」の「再就職問題」が生じる可能性が少なく、高齢者もよりスムーズに労働市場に参入する事ができる、という事になる。

それでは、今後、わが国はどのようにすれば良いのであろうか。一つは、「高齢化社会の先進事例」であるが故のこれまでの蓄積を用いて、これを積極的にビジネス化していく事が重要だ、という事である。日本社会における試行錯誤はそれ自身が一つの先駆的な事例であり、そこで生かされた成功的な事例はそれ自身が他国において大きな参考となる。とりわけ韓国や台湾、更に中国においては、「日本」そのものが一つのサービス業におけるブランドとして機能しており、これを用いる事のできるメリットは大きい。日本における試行錯誤を基盤にして北東アジアにてアジャスメントを行い、世界的に通用するビジネスモデルを作り上げていく事が重要であろう。

そして、そこにおいてはこの作業に日本企業自身が積極的に取り組む事が重要である。現状においては日本の事例を「学び」ビジネスに「応用」しているのは寧ろ、韓国や台湾側の企業である。自らの試行錯誤をビジネスチャンスとして利用する為には、これら主として国内に目を向けている産業をして、外に目を向けさせる必要がある。

とはいえ、このような状況を単に「民間」にのみ任せるのもまた限界がある。少数の例外を除いて、日本の高齢者向けサービスに従事しているのは中小企業であり、彼等に直接的に異なる文化や制度を持つ国々にてビジネス展

⁵ 白波瀬佐和子（2005）「高齢期をひとりで暮らすということ」『季刊社会保障研究』41(2)：111-121、115 ページ。

⁶ 例えば、*World Economic Forum, The Global Competitiveness Report 2014 - 2015* (<http://www.weforum.org/reports/global-competitiveness-report-2014-2015>)、486 ページ。

開を求めるのはハードルが高い。また、新たなサービスや業種の開発についても、単に市場に任せているだけでは、その速度は必ずしも十分ではなく、実際、高齢者向け市場の開発は日本国内向けにさえ十分進んでいる訳ではない。

加えて、少なくとも韓国や台湾と比べれば高齢者に対する一定の福祉水準を維持している現在の日本では、少なくとも高齢者を巡る危機的な状況は発生しておらず、それ故に市場の動きも韓国や台湾と比べれば緩慢なものとなっている。しかしながら、言うまでもなく、このような日本の状況が長く続かない。そもそも「低負担高福祉」の構造を持つ日本の制度は何れかの段階で韓国や台湾のような「低負担低福祉」の社会か、或いは北欧型の「高負担高福祉」の社会かの選択を迫られる事になる。どちらの道を選ぶにせよ、社会に対する負担が大きくなる事は避けられず、その為の準備が早急に必要である事は火を見るよりも明らかである。

その意味で例えば韓国においてと同様、将来の高齢化社会に備える準備を早める為に政府が一定の補助金等を刺激策として利用するのは一案かも知れない。ここにおいて重要なのは、従来のように補助金を一定の業種の市場における競争からの「補助」として用いるのではなく、寧ろ、競争、とりわけ新しいビジネス開発に成功した企業等に更なる事業の拡大を可能とする事を促進する方向へと用いる事である。重要なのは、如何にして新たなビジネスや社会福祉のアイデアを生み出させるか、という事であり、その意味で研究者向けの「研究開発費」の支給に似たシステムの形成が必要であろう。

また、同様の事は労働市場の開発においても言う事が出来る。高齢者の増加は即ち、高齢者の労働力を如何にして活用するかという問題の発生を意味している。問題はこれをどのようにして用いるかという事であり、その為には嘗ての日韓両国に存在したような、終身雇用的な制度はそぐわない。高齢者に合致して労働強度の低い職種を如何にして開発し、如何にして高齢者をこれに向かわせるか。将来的な年金財政の逼迫を控えて、待ったなしの課題になっている。

重要なのは、現段階では依然として「余裕がある」ように見える状況の中、如何にして、「超高齢化社会」と「人口減少社会」に向けたシステムを作り上げるか、である。ここではビジネスにおいても、福祉分野においても、また、雇用面においても、その為に必要なのは如何にしてそのアイデアを生み

出すか、という事である。当然の事ながら、そこにおいて政府に全面的に頼る事は不可能であり、また、市場からこのアイデアが出てくるのを待つ時間的余裕も存在しない。官民双方の貴重な資源を如何にして活用し、豊富なアイデアを生み出せる社会を作るのか。その点が重要になる時代は既にやって来ている。

研究会記録等

- 2014年7月14日（月） 第1回 研究会『東アジアにおける持続可能性のある高齢化社会構築のための方策』
- ・昨年度の成果報告
 - ・今後の研究の具体的な進め方の話し合い

- 2014年8月28日（木） 第1回 実地調査（日本）
- ・青和病院（金沢市）の見学、院長及び、スタッフへの聞き取り調査

- 2014年9月4日（木）～5日（金）第2回 実地調査（韓国）
- 一日目
- ・幸福創造老人福祉センター（ソウル市）の各老人施設の見学、園長及び関係者への聞き取り調査
 - ・ソウル特別市立中溪老人専門療養院（ソウル市）の見学、園長及び関係者への聞き取り調査
- 二日目
- ・月溪総合社会福祉館（ソウル市）の見学、館長及び関係者への聞き取り調査

- 2014年11月13日（木）～14日（金）第3回 実地調査（台湾）
- 一日目
- ・台北市中山老人住宅サービスセンター（台北市）の見学、館長および住人への聞き取り調査
 - ・国会議員（立法委員）李鴻鈞氏への台湾政府の高齢化対策に関する聞き取り調査（台北市李鴻鈞氏研究室にて）
- 二日目

- ・黄松林教授（亜洲大学・元内政部社会局）への台湾の少子高齢化社会の現状に関する聞き取り調査（台中市、亜洲大学にて）
- ・台中市立仁愛の家（台中市）の見学、主任及び関係者への聞き取り調査

2015年2月6日（金） 第4回 実地調査（日本）

- ・富山病院（富山市）での医療施設の転換、在宅医療に関する聞き取り調査
- ・金沢市医師会（金沢市）での医療 ICT に関する聞き取り調査

2015年3月12日（木） 第5回 実地調査（韓国）

- ・韓国老人人材開発院（ソウル市）での韓国の老人就業支援に関する聞き取り調査
- ・ミソデウル病院（ソウル市）の見学、院長及び関係者への聞き取り調査
- ・ホン・キョンジュン教授（成均館大学校）、ホン・スンクォン教授（カトリック大学校）への韓国の高齢者医療に関する聞き取り調査（ソウル市、大学路付近にて）

2015年3月30日（月） 第2回 研究会『東アジアにおける持続可能性のある高齢化社会構築のための方策』

- ・今年度の成果報告

北東アジア少子高齢化研究会報告書
－東アジアにおける持続可能性のある高齢化社会構築のための方策－

発行日 2015（平成 27）年 3 月
発行所 〒530-0011
大阪市北区大深町 3 番 1 号
グランフロント大阪 ナレッジキャピタル
タワー C 7 階
一般財団法人 アジア太平洋研究所
Asia Pacific Institute of Research (APIR)
TEL (06) 6485-7690（代表）
FAX (06) 6485-7689
発行者 岩城吉信

ISBN 978-4-87769-364-0

ISBN 978-4-87769-364-0