

# 人口と高齢化に関する国際国会議員会議（IPCA）

- 経済的に活力のある健康長寿社会の実現を目指して -

2013年11月18～19日

日本・東京



公益財団法人 アジア人口・開発協会（APDA）



## 目次

開 会 式.....	11
モデレーター：阿部俊子 JFPF 女性問題部会長	
開会挨拶.....	15
「高齢化と人口問題 私たちの未来へのパースペクティブ」	
福田康夫 元内閣総理大臣/JFPF 名誉会長/APDA 理事長.....	15
来賓挨拶.....	17
「グローバル・ヘルスへの日本の貢献」	
岸田文雄 外務大臣	
代読：相星孝一 国際協力局兼アフリカ部審議官 .....	17
来賓挨拶.....	19
「食料安全保障 日本農業の未来と高齢化 活力ある農村社会の復活」	
林芳正 農林水産大臣.....	19
来賓挨拶.....	21
「健康長寿社会に向けた挑戦」	
田村憲久 厚生労働大臣.....	21
挨 拶.....	23
谷垣禎一 JFPF 会長.....	23
基調講演.....	25
「若者の未来と高齢化—私たちが直面する人口問題」	
ババトウンデ・オシヨティメイン UNFPA 事務局長.....	25
基調講演.....	29
「人間の安全保障としての高齢化対策 -ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと日本の ODA」	
武見敬三 AFPPD 議長.....	29
セッション1 世界の高齢化の諸相—人口動態とその意義— .....	35
モデレーター：アンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン UNFPA 事務局次長	
「人口転換と高齢化—日本の特色と意義」	
阿藤 誠 国立社会保障・人口問題研究所 (IPSS) 名誉所長.....	39
アルフルレッド・チャン 嶺南大学 香港.....	45
林 玲子 国立社会保障・人口問題研究所 (IPSS) 国際関係部長.....	49
討 議.....	55
セッション2 人口の高齢化と健康寿命.....	63
モデレーター兼セッション議長：ポール・チビング議員 保健・人口委員長 マラウイ	
橋本英樹 東京大学大学院医学系研究科教授.....	67
森臨太郎 国立成育医療研究センター研究所成育政策科学研究部長.....	71
アレックス・ロス WHO 健康開発総合研究センター (WHO 神戸センター) 所長.....	75
討 議.....	81
セッション3 経済的に活力のある健康長寿社会 .....	89
モデレーター兼セッション議長：フロリアン・ポドック議員 ルーマニア	
「千葉県柏市産学協同プロジェクト 柏からの Aging in Place 宣言」	
秋山弘子 東京大学高齢社会総合研究機構特任教授.....	93
「世代間所得移転から見た高齢化の経済的意義」	
小川直宏 日本大学大学院総合科学研究科教授.....	99
「高齢者への対応 社会保障制度改革」	
清家 篤 慶応義塾長.....	105

討 議.....	111
<b>セッション4 グローバル企業の将来戦略としての高齢化対策と役割 .....</b>	<b>113</b>
セッション議長：アルカ・バララマ・クシャトリア議員 インド	
モデレーター：石田寛 経済人コー円卓会議日本委員会理事兼事務局長／関西学院大学専門職大学院経営戦略研究科准教授	
木村毅 味の素株式会社取締役／常務執行役員 .....	119
「人口高齢化の解決法ー栄養を通じた健康長寿社会の実現ー」	
佐次本英行 DSM ニュートリションジャパン株式会社本部取締役部長.....	125
討 議.....	131
<b>セッション5 高齢化社会におけるシナジー効果 .....</b>	<b>139</b>
モデレーター兼セッション議長：ヴァレンティナ・レスカイ議員 アルバニア	
加藤久和 明治大学政治経済学部教授 .....	143
ダンカン・C・キャンベル ILO 雇用政策部長.....	151
「タイ高齢化対策プロジェクトからの経験」	
中村信太郎 独立行政法人国際協力機構（JICA）国際協力専門員（社会保障） .....	155
討 議.....	159
<b>セッション6 パネルディスカッション 地域における高齢化の現状と影響.....</b>	<b>167</b>
議長：フランシス・マルーズ議員 パプアニューギニア	
モデレーター：渋谷健司 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策教室教授	
アルパイン・ホヴァンニシャン議員 アルメニア .....	173
ヘティファ・スジャイフディアン議員 インドネシア .....	175
ボニフェス・ムタレ議員 ザンビア.....	177
リノ・ウォルター・アギエイラ議員 アルゼンチン.....	179
討 議.....	185
<b>セッション7 宣言文採択に向けた討議.....</b>	<b>191</b>
議長：フレドリック・オウタ議員 ケニア	
<b>閉 会 式.....</b>	<b>195</b>
モデレーター：熊谷大 参議院議員	
<b>挨 拶.....</b>	<b>199</b>
アンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン UNFPA 事務局次長 .....	199
P.J. クリエン AFPPD 副議長	
代読：パルチャンドラ・ムンゲカー議員 .....	201
クリス・バリヨムンシ UPFFSP&D 議長/APF 議長 ウガンダ.....	203
フェルナンド・アンドレード・カモナ議員 ペルー .....	205
マラハト・イブライムキジ EPF 役員 アゼルバイジャン .....	207
テウォドロス・メレッセ 国際家族計画連盟（IPPF）事務局長	
代読：サム・テラモ アフリカ連合（AU）・アフリカ経済委員会（ECA）本部 IPPF 代表.....	209
閉会挨拶.....	211
増子輝彦 JFPF 幹事長.....	211
<b>人口と高齢化に関する国際国会議員会議 宣言 .....</b>	<b>213</b>
<b>参加者リスト.....</b>	<b>215</b>

## 本報告書について

「本議事録は、会議の発表内容を要約したものである。発表の内容は報告者に帰属するが、一切の編集の責任および文責は、会議を開催した公益財団法人 アジア人口・開発協会（APDA）にある。」



**人口と高齢化に関する国際国会議員会議 (IPCA)**  
 一経済的に活力のある健康長寿社会の実現を目指して一  
 2013年11月18-19日 東京 日本  
**プログラム**

<b>1日目：2013年11月18日</b> <b>会場：衆議院第一議員会館国際会議室</b>	
<b>08:30-09:00</b>	参加者登録 (場所：衆議院第一議員会館 国際会議室前)
<b>開会式</b>	
<b>09:00-10:30</b>	<p style="text-align: right;">MC：阿部俊子 JFPF 女性問題部会長</p> <p><b>開会挨拶</b>  <b>福田康夫</b> 元内閣総理大臣/APDA 理事長/JFPF 名誉会長                  「高齢化と人口問題 私たちの未来へのパースペクティブ」</p> <p><b>来賓挨拶</b>  <b>岸田文雄</b> 外務大臣                  「グローバル・ヘルスへの日本の貢献」                  代読：相星 孝一 国際協局兼アフリカ部審議官</p> <p><b>田村憲久</b> 厚生労働大臣                  「健康長寿社会に向けた挑戦」</p> <p><b>林 芳正</b> 農林水産大臣                  「食料安全保障 日本農業の未来と高齢化 活力ある農村社会の復活」</p> <p><b>挨拶</b>  <b>谷垣禎一</b> JFPF 会長</p> <p><b>基調講演</b>  <b>ババトゥンデ・オショティメイン</b> UNFPA 事務局長 [20分]                  「若者の未来と高齢化 ー私たちが直面する人口問題」</p> <p><b>武見敬三</b> AFPPD 議長[20分]                  「人間の安全保障としての高齢化対策 ーユニバーサル・ヘルス・カバレッジと日本のODA」</p>
<b>10:30-11:00</b>	集合写真 & コーヒーブレイク (場所：衆議院第一議員会館 多目的ルーム)

### セッション 1: 世界の高齢化の諸相—人口動態とその意義—

11:00-12:10	<p>阿藤 誠 国立社会保障・人口問題研究所名誉所長 [20 分] 「人口転換と高齢化—日本の特色と意義」</p> <p>アルフレッド・チャン (香港) 嶺南大学 [20 分]</p> <p>林 玲子 国立社会保障・人口問題研究所国際関係部長 [20 分]</p> <p>モデレーター： アンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン UNFPA 事務局次長</p>
12:10-12:40	<p>ディスカッション [30 分] 議長： マリアニー・モハammad・イット議員 (マレーシア)</p>
12:40-14:00	<p>昼食 (場所：衆議院第一議員会館 多目的ルーム)</p>

### セッション 2: 人口の高齢化と健康寿命

14:00-15:10	<p>橋本英樹 東京大学大学院医学系研究科教授 [20 分]</p> <p>森臨太郎 国立成育医療研究センター成育政策科学研究部長 [20 分]</p> <p>アレックス・ロス WHO 健康開発総合研究センター (WHO 神戸センター) 所長 [20 分]</p> <p>モデレーター兼セッション議長： ポール・チピング議員/保健・人口委員長 (マラウイ)</p>
15:10-15:40	<p>ディスカッション [30 分]</p>
15:40-16:00	<p>コーヒーブレイク (場所：衆議院第一議員会館 多目的ルーム)</p>

### セッション 3: 経済的に活力のある健康長寿社会

16:00-17:10	<p>秋山弘子 東京大学高齢社会総合研究機構特任教授 [20 分] 「千葉県柏市産学共同プロジェクト 柏からの Aging in Place 宣言」</p> <p>小川直宏 日本大学大学院総合科学研究科教授 [20 分] 「世代間所得移転から見た高齢化の経済的意義」</p> <p>清家 篤 慶應義塾長 [20 分] 「高齢社会への対応 社会保障制度改革」</p> <p>モデレーター兼セッション議長： フロリアン・ボドック議員 (ルーマニア)</p>
17:10-17:40	<p>ディスカッション [30 分]</p>
19:00-	<p>歓迎レセプション (会場：ホテルニューオータニ宴会場階 シリウスの間)</p>



**2日目：2013年11月19日**  
**会場：衆議院第一議員会館国際会議室**

<b>09:00-09:30</b>	参加者登録 (場所：衆議院第一議員会館国際会議室前)
--------------------	-------------------------------

**セッション4：グローバル企業の将来戦略としての高齢化対策と役割**

<b>09:30-10:40</b>	<p><b>木村 毅</b> 味の素株式会社取締役／常務執行役員 [20分]  「高齢者への栄養と健康長寿—栄養を通じた健康長寿社会の実現」</p> <p><b>佐次本英行</b> DSM ニュートリションジャパン株式会社 本部取締役本部長 [20分]  「人口高齢化の解決法—栄養を通じた健康長寿社会の実現」</p> <p><b>モデレーター：</b>  <b>石田 寛</b> 経済人コー円卓会議日本委員会専務理事 事務局長；関西学院大学大学院 経営戦略研究科教授</p>
--------------------	--

<b>10:40-11:10</b>	<b>ディスカッション [30分]</b> 議長：アルカ・バララマ・クシャトリア議員（インド）
--------------------	--

<b>11:10-11:30</b>	コーヒーブレイク (場所：衆議院第一議員会館 多目的ルーム)
--------------------	-----------------------------------

**セッション5：高齢化社会におけるシナジー効果**

<b>11:30-12:40</b>	<p><b>加藤久和</b> 明治大学政治経済学部教授 [20分]  「日本の高齢化と社会保障制度改革への提言」</p> <p><b>ダンカン・c・キャンベル</b> ILO 雇用政策部長 [20分]  「世界の高齢化と労働問題」</p> <p><b>中村信太郎</b> 独立行政法人国際協力機構（JICA）国際協力専門員（社会保障） [20分]  「タイ高齢化対策プロジェクトからの経験」</p> <p><b>モデレーター兼セッション議長：</b>  <b>ヴァレンティナ・レスカイ</b> 議員（アルバニア）</p>
--------------------	--

<b>12:40-13:10</b>	<b>ディスカッション [30分]</b>
--------------------	-----------------------

<b>13:10-14:00</b>	昼食 (場所：衆議院第一議員会館 多目的ルーム)
--------------------	-----------------------------

**セッション6：パネルディスカッション 地域における高齢化の現状と影響**

<b>14:00-15:00</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アルパイン・ホヴァンニシャン議員（アルメニア） [各10分]</li> <li>・ ヘティファ・スジャイフディアン議員（インドネシア）</li> <li>・ ボニフェス・ムタレ議員（ザンビア）</li> <li>・ リノ・ウォルター・アギウイラ議員（アルゼンチン）</li> </ul> <p><b>モデレーター：</b>  <b>渋谷健司</b> 東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策学教室 教授</p>
--------------------	--

<b>15:00-15:30</b>	<b>ディスカッション [30分]</b> 議長：フランシス・マルーズ議員（パプア・ニューギニア）
--------------------	--

セッション7：宣言文採択に向けたディスカッション	
15:30-16:30	宣言文採択に向けたディスカッション [60分] 議長：フレドリック・オウタ議員（ケニア）
16:30-16:45	会議アンケート
16:45-17:15	コーヒープレーク および宣言文最終稿作成（場所：衆議院第一議員会館 多目的ルーム）
閉会式	
17:15-17:45	<p style="text-align: right;">MC：熊谷大 参議院議員</p> <p><u>挨拶</u> アンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン UNFPA 事務局次長</p> <p><u>挨拶</u> P.J. クリエン AFPPD 副議長 代読：パルチャンドラ・ムンゲカー議員</p> <p><u>挨拶</u> クリス・バリヨムンシ UPFFSP&amp;D 議長/APF 議長（ウガンダ）</p> <p><u>挨拶</u> フェルナンド・アンドレード・カモナ議員（ペルー）</p> <p><u>挨拶</u> マラハト・イブライムキジ EPF 役員（アゼルバイジャン）</p> <p><u>挨拶</u> テウオドロス・メレッセ 国際家族計画連盟（IPPF）事務局長 代読：サム・テラモ アフリカ連合（AU）・アフリカ経済委員会（ECA）本部 IPPF 代表</p> <p><u>閉会挨拶</u> 増子輝彦 JFPF 幹事長</p>

主催：  
国際人口問題議員懇談会（JFPF）  
公益財団法人アジア人口・開発協会（APDA）

共催：  
国連人口基金（UNFPA）

後援：  
外務省  
人口と開発に関するアジア議員フォーラム（AFPPD）  
ヨーロッパ人口・開発議員フォーラム（EPF）  
アフリカ人口・開発議員フォーラム（APFPD）  
アメリカ地域人口・開発議員グループ（IAPG）  
国際家族計画連盟（IPPF）

# 開 会 式



## 開会式

モデレーター：阿部俊子  
JFPF 女性問題部会長

---

皆様おはようございます。開会式の司会を務めさせていただきます、国際人口問題議員懇談会（JFPF）女性問題部会長の阿部俊子でございます。

このたび、人口と高齢化に関する国際国会議員会議にご参集賜り、心より感謝申し上げます。この

開会式でファシリテーターを務めさせて頂き、大変嬉しく思っております。

まず、元内閣総理大臣／JFPF 名誉会長、福田康夫より、歓迎のご挨拶を申し上げます。福田名誉会長、よろしくお願いいたします。



## 開会挨拶

### 「高齢化と人口問題 私たちの未来へのパースペクティブ」

福田康夫

元内閣総理大臣／JFPF 名誉会長／APDA 理事長

おはようございます。本日は、私どもが主催いたしました「人口と高齢化に関する国際国会議員会議（IPCA）」に、世界各国から大勢の国会議員にご参集いただき、心から感謝申し上げます、歓迎いたします。

挨拶に先立ち、ご紹介申し上げたい方々がいらっしゃいます。

まず、皆様よくご存知のババトゥンデ・オショティメイン UNFPA 事務局長。

続きまして、谷垣禎一議員です。私は、昨年末に国会議員を引退し、国会議員会議にメンバーとして参加する権利を有しておりません。このたび谷垣禎一議員が、私の後任の国際人口問題議員懇談会（JFPF）の会長に就任され、ご参加いただいています。

さらに、アジア地域の議連であります「人口と開発に関するアジア国会議員フォーラム（AFPPD）」議長には、私の後任として、武見敬三議員が就任されました。お二人を皆様方にまずご紹介申し上げます。どうぞよろしく願います。

そして今日は、田村憲久厚生労働大臣と林芳正農林水産大臣にもご参加いただいています。

以上、挨拶に先立ち皆様にご紹介を申し上げました上で、私から一言だけご挨拶申し上げます。

本日の会議は、「人口と高齢化に関する国際国会議員会議（IPCA）」ですが、私どもの議員活動は、30年以上も前に世界の人口が増加し過ぎるのではないかということに危惧を懐く有志の国会議員たち

が、その問題を解決するためには議員が連携して活動することが必要だ、という問題意識から始まりました。30 数年前の当時は、21 世紀中には地球人口は間違いなく 100 億を超えると、予想していました。

しかし、時間が経過し、人口問題への取り組みが進捗したこともあり、人口増加率の抑制効果も進展し、特に先進国では、今や人口が増加するというよりは、停滞し、減少を始めるという状況にある国が増えてきました。しかも、今まで途上国と言われていた国々においても、そのような傾向がしばしば見られるようになってきています。そのことで国によっては、いろいろな経済、社会上の問題が生じてきています。

本日の会議は、その人口増加が止まり、そして高齢化し始めた国々が、対応を迫られている課題について、今後どのように、その対応策を実施することができるかについて具体的な議論をしていただく場になると思っています。

いまでも人口増加に対応することが必要な地域があります。アフリカ地域はこれからもさらに増加が予想されていますし、アジアでも一部の地域では未だに人口増が急速に進んでいます。それはそれで対応を迫られているということもありますが、同時に我々、先進国や経済の発展している国々において、高齢化が進展し、それにともなう経済・社会的な問題が生じてきており、この問題を解決していかなければ、これから続いてくる途上国の皆様も、将来に対する心配を持つ可能性があると思います。

将来を考えるためにも今、この先進国がどのよう

なことを考え、それを実施していくことができるか。これが世界の経済発展の安定に極めて重要な問題を提起している、そういう時期になっていると思います。

従いまして、皆様が、そういう両面の問題を併せ考えながら、将来に少しでも希望が多く持てるようにするためにはどうしたらよいか、という方向で議論がなされることが重要ではないかと考えています。そしてその議論は人類社会のために大きな貢献を成すと思っています。どうぞよろしくお願ひしたいと思います。

最後になりましたが、改めまして UNFPA には、会議開催について大変なご協力をいただいたことを

感謝申し上げます。また同時にご参加をいただいた各国の代表の皆様方にも、ご参加くださいましたことに心から感謝を述べさせていただき、開会の挨拶といたします。ありがとうございました。

モデレーター：

ありがとうございました。残念ながら福田元内閣総理大臣/JFPF 名誉会長はここで退席されます。

次に、岸田外務大臣よりご挨拶をいただく予定をしておりましたが、公務のため、相星国際協力局兼アフリカ部審議官より大臣のご挨拶を代読していただきます。



## 来賓挨拶

### 「グローバル・ヘルスへの日本の貢献」

岸田文雄 外務大臣

代読：相星孝一 国際協力局兼アフリカ部審議官

このたびは、我が国にとっても非常に重要な問題である高齢化をテーマとした「人口と高齢化に関する国際国会議員会議」の開催を心よりお慶び申し上げます。

我が国は、「人間の安全保障」を外交の基本理念の一つとして掲げています。これは、人間一人ひとりの生存・生活・尊厳を脅かす深刻な脅威から人びとを守り、個人の持つ豊かな可能性を実現するために、保護と能力強化を通じて持続可能な個人の自立と社会づくりを促すというものです。新生児から思春期の若者、高齢者に至るまで健康な人生を送るためには、人間の安全保障を実現することが必要であり、特に今後、世界の高齢化が急速に進展することが予想されている中で、高齢者が長寿を喜びの中で迎え、安心して暮らすことのできる社会を構築するためには、人間の安全保障を実践していくことが重要であると考えています。

人間の安全保障に直結する問題として、保健があります。我が国は、グローバル・ヘルス、国際保健を国際協力の重点分野として掲げ、特に、全ての人々が基礎的保健サービスにアクセスできることを目指す、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を「ジャパン・ブランド」として重視しています。UHCは、個別疾病重視の従来型の保健政策から、各人のニーズに応じた人間個人を中心に据える保健政策への転換を求めるものであり、UHCの推進により、高齢者を含む国民全体の健康改善が実現されると考えています。

持続可能な開発と世界経済の成長のために、高齢化社会への対応が鍵を握っています。我が国は、国民の5人に1人が高齢者であり、世界に先駆けてこの問題に直面してきています。本会合を通じまして、高齢化社会の様々な側面に関する我が国の知見、経験を共有し、各国における健康長寿社会の実現に役立てていただければ幸甚と考えています。

改めまして、世界各地から御列席くださいました皆様を歓迎申し上げますとともに、より良い高齢化社会の構築に向けて、本会議で活発な議論が行われることを心より祈念して私の挨拶と代えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

モデレーター：

ありがとうございました。福田 JPPF 名誉会長のご挨拶にもございましたが、人口安定化の過程で必ず通る高齢化への対処を見過ごすことはできません。家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスを推進することで、人口の安定化を実現することは重要な課題です。そうした中で、日本 ODA の基本方針として、人間の安全保障、その柱としてのグローバル・ヘルスを掲げていることを私どもは誇りに思っています。

続きまして、JPPF 幹事、林芳正農林水産大臣にご挨拶をいただきます。よろしくお願いたします。



## 来賓挨拶

### 「食料安全保障 日本農業の未来と高齢化 活力ある農村社会の復活」

林 芳正

農林水産大臣

<APDA 仮訳>

本日は、多数の国内外の国会議員ご参加の下、我が国にとっても非常に重要なテーマである高齢化をテーマといたしました国際会議が、このように盛大に開催される運びになりましたことを心からお慶び申し上げますとともに、ご挨拶の機会をいただきましたことに感謝申し上げます。

本会議の主催者であり、私も幹事を務めています「国際人口問題議員懇談会」は、国連人口基金および国際家族計画連盟の基本主旨に賛同し、人口問題とこれに関連する資源・食料・環境並びに国際協力等の諸問題を研究し、かつその対策を建議することを目的に設立されました。

私は先月、イタリアで行われました「FAO 国際食料価格に関する閣僚級会合」に出席しました。その中で、今後着実に増加すると予想される世界の食料需要に対応するため、世界の各地域において持続可能な形で農業生産の増大と生産性の向上を図るべきであり、各国の多様な農業の共存が重要であると訴えました。

また食料安全保障強化のためには、農業インフラ整備への投資促進や、女性の参画促進等の取り組みが極めて重要であり、日本として積極的に世界の食料安全保障の強化に貢献していく所存であることを述べました。

日本の農業は、農業人口の縮小と高齢化をはじめ、様々な課題に直面しています。私は 2012 年末に農林水産大臣に就任して以来、「攻めの農林水産業」を新しい戦略として展開してきました。この新たな戦略は、「農林水産業を産業として強くしていく取り組み」と「多面的機能の発揮を図る取り組み」の両者を一体的に推進していくことを目指すものです。この取り組みにおいて、高齢化に対する施策も積極的に推進していく所存です。高齢化問題に対処することによって、農林水産業の活性化を図り、より良い農村づくりを推進することは、日本のみならず国際社会にとっても極めて重要なことであると考えます。

最後になりましたが、世界各地から御列席くださいました国会議員の皆様を心より歓迎申し上げますとともに、この会合で活発に議論が行われ、高齢化対策のさまざまな政策選択に新しいアイデアが生まれることを期待し、私からのご挨拶を締めくくりたいと思います。ありがとうございました。

モデレーター：

林大臣ありがとうございました。人口問題と農業の問題は切り離せないものであり、大変ご示唆に富んだお話をいただきました。続きまして、田村憲久厚生労働大臣、よろしくお願いたします。



## 来賓挨拶

### 「健康長寿社会に向けた挑戦」

田村憲久  
厚生労働大臣

私は日本の厚生労働大臣の田村憲久です。当該会合に厚生労働省を代表いたしまして出席し、世界各地における人口・開発分野でご活躍されている国会議員の皆様にご挨拶できることを大変光栄に思っています。

今回の会合では、「健康長寿社会の達成に向けた挑戦」がテーマとされています。我が国は本年9月に人口の4分の1が65歳以上の高齢者であることを公表いたしました。平均寿命も男性79歳、女性86歳と、世界最高齢の国となっています。

そのため、高齢者が活発に生きがいを持って活動できる健康長寿社会の実現は、達成すべき大きな課題です。そのような背景から、我が国では、健康上の問題で日常生活が制限されることなく暮らすことができる期間、「健康寿命」の延伸に向けた取り組みを実施しています。

例えば、予防サービスの充実等により、国民の医療・介護需要の増大をできる限り抑えつつ、より質の高い医療・介護を提供する必要がある等、厚生労働省全体が一丸となった取り組みが求められることから、「健康づくり推進本部」を本年9月に設置し、健康づくり全般を総合的に推進することとしています。

さらに、高齢者が尊厳を保持しつつ自立生活の支援を得て、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが一体的に提供される「地域包括ケア」の構築を進めています。

国内での取り組みのみならず、厚生労働省では、本年6月から名誉世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局長の尾身茂先生を座長として「国際的な Active Aging における日本の貢献に関する検討会」を実施し、ASEAN 各国を中心とした国々との高齢者保健・福祉分野における効果的な国際協力のあり方の検討を行っています。

その成果は12月、「ASEAN・日本社会保障ハイレベル会合」において報告し、この分野における国際的な政策対話の促進及び ASEAN 諸国の協力関係の強化を図って参ります。また、JICA プロジェクトの案件形成を通じ、日本の経験、技術を伝えるとともに、日本も ASEAN 各国のコミュニティの強さを学ぶ等、互いに学び合えば有益と考えています。

結びに、日本の長寿社会を支える大切な基盤は、1961年以來の国民皆保険、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）です。UHCは医療格差を減らし、医療費抑制を実現したこと、国の発展段階に応じた国民所得の再配分を促し、社会の安定に大きく寄与してきたことについて、本年9月に安倍総理が英国の医療雑誌ランセットに寄稿し、強調しているところです。

このように厚生労働省では健康長寿社会の達成のために様々な施策を実施し、その経験の国際社会との共有を図るべく様々な試みを行っているところです。2日間にわたる会合が実り多きものになりますように祈念をし、私からのご挨拶を結ばさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

モデレーター：

田村大臣ありがとうございました。国際人口問題  
議員懇談会（JFPF）といたしましても厚生労働省  
との一層の連携を図って参りたいと思います。

続きまして、JFPF の新会長である谷垣禎一先生、  
よろしくお願いいたします。

## 挨拶

谷垣禎一  
JPFP 会長

先程、福田康夫名誉会長からご紹介いただきましたように、福田康夫名誉会長の後継として国際人口問題議員懇談会会長に、就任させていただきました谷垣禎一です。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。開会に当たりまして、一言ご挨拶申し上げたいと存じます。

人口の安定がなければ、地球規模の諸課題を解決することができない、これは明白です。この問題への対応方法は、すでに極めて明確になっています。ICPD 行動計画で定められましたように、女性の選択権を拡大して、さらにグローバル・ヘルスの一部である家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスを全ての人ができるようにすることで、「望まない妊娠」を防ぎさえすれば良いのです。

これは貧困の、そしてつらい環境に置かれている女性や子ども達の悲劇を減らすことにもつながり、また健康な次世代を育てることにもつながり、そしてそのことがさらには健康な未来を創るのだと確信しています。

そして、地球規模的な問題に根本的に対処するためには、これが最も重要な対策であろうと考えています。この人口安定化への努力は、同時に人口構造の変化を生み出して、高齢社会を招来します。しかし、この努力がなければ、人類の未来はあり得ないと考えます。その意味では、これから高齢社会に直面する国々は、人類史的な観点からいえば、革命的ともいえる大きな貢献を人類社会になし、責任を果たしてきたといえると思います。私たちが問われていることは、この高齢化を実りとして人びとが受け止めることのできる社会を構築していくことです。

今回の会議では、高齢社会を「実り」として受け止めることのできる社会を作っていくために、国会議員として何をなすべきか、ということが議論されます。そのためには、この会議のテーマにございますように、社会のパラダイム転換を必要とすると考えます。パラダイム転換とは、「私たちの目線の変化や見方の変化」といえるもので、全ての変革を迫るものとなるでしょう。そして様々な分野におきまして、知恵を集め対策を考えていく必要が出てくると思います。その意味で、今回の会議は、その最初の試みといえるかもしれません。

歴史的に見て、人類は地球規模でのこのような高齢化を経験したことはありません。その意味ではかつてない挑戦を私たちは続けていかなければなりません。

しかしこれは本当に、まったく新しい挑戦でしょうか。わずか 60 年ぐらい前の日本では、農村社会が一般的でした。そこでは、高齢者は、働ける限りその能力や体力に応じて仕事をしていました。そして、その体力に応じて社会的役割も与えられておりました。

そして、子どもたちは、両親の働いている足元で遊び学んでいました。制度的な社会保障制度のない中で、まさしく全ての年齢層の、そして男女を問わない社会参画であり、相互扶助であったわけです。

もちろん、過去の社会が理想であると言うつもりはありません。個人が抑圧され、女性の選択権も制限されていました。しかし時間を決めて、ある年齢層の人だけが生活から切り離されて働くよう

な姿で、高齢社会を克服できるかどうか、疑問があることは間違いありません。そして、制度化が進んだ結果、社会的紐帯が脆弱になり、社会的な災害への対応能力が弱くなってしまったことも事実です。共同体の非制度的な紐帯が残っている社会は、災害に強いということはよく知られています。

新潟に中山隧道というのがございますが、雪閉ざされた冬になると全くの陸の孤島になってしまう集落が、緊急医療等の必要性から、922m に及ぶトンネルを自分たちの力で掘り抜きました。そこには、公的支援は原則なく、人びとの努力で公共の機能が維持されたわけです。

今、日本が直面しています高齢社会の課題のほとんどが、あまりにも制度的なものに頼りすぎた結果ということもいえるのかもしれませんが、実りのある高齢社会を構築するためには、その前提としての健康寿命の延びと、基礎的な社会保険制度を制度的に確保することの重要性とともに、過去の知恵を活かし、非制度的機能を充実させ、そして全ての年齢層の方が、男女を問わず社会参画を果たすことが重要だと考えます。そうすることで、実りある高齢社会を構築できる可能性があるのではないのでしょうか。

今もなおサブ・サハラ・アフリカを中心に、人口増加が続いている国も多く、その一部の指導者の中には、人口規模の大きさこそが国力であると考えている人びともいます。そして若年労働力の大きさこそが経済的な発展の原動力だという、古典

的な観念も未だに広く流布しています。しかしながらグローバル化の中で、若年労働力の多さが経済的活力の唯一の源泉であるというのは、適切な概念ではなくなってきています。そして人口が増えれば増えるほど、将来において非常に大きな負担を強いることになるのだ、という事実を直視すべきだと考えます。私たちが高齢社会への処方箋を示すことで、この問題が解決可能なのだ、ということを示していこうではございませんか。

会議が終わりましたあと、日本の対策の視察として江戸川区を訪問され、幼老一体施設等への取り組みを視察していただきます。ぜひ、お国の政策形成へのご参考にしていただければ、ありがたいと思っています。

改めまして、世界各地からのご参集に感謝申し上げますとともに、実り豊かなプログラムとなることを心より念願しています。ご清聴ありがとうございました。

モデレーター：

谷垣会長、ありがとうございました。谷垣 JFPF 会長は現在法務大臣でいらっしゃいます。公務の多忙な中、会議にご出席をいただきましてありがとうございました。

続きまして、今回の会議の協賛団体であり、世界の人口問題において中心的な活動を行う国連人口基金（UNFPA）のババトウンデ・オショティメイン事務局長より歓迎のご挨拶と基調講演を賜りたいと思います。よろしくお願いたします。



## 基調講演

### 「若者の未来と高齢化—私たちが直面する人口問題」

ババトウンデ・オショティメイン

UNFPA 事務局長

はじめに、福田康夫元内閣総理大臣/APDA 理事長/JPPF 名誉会長に、感謝申し上げたいと思います。福田先生は、これまで世界の人口問題への取り組みにおいて大なる指導力を発揮され、人口に関する各国の見方を大きく変えてこられました。後進にそのお役割を譲られましたが、必要な時にはいつでも相談に乗っていただき、先生の英知に預かることができることと信じています。

岸田外務大臣にもお礼を申し上げます。国連総会中にニューヨークでお目にかかり、日本がグローバル・ヘルス外交を進める、という新しい方向付けについてお話を伺いました。

田村大臣のご発言にも感謝いたします。林農水大臣は私の友人でもあります。この問題に関する洞察をいただき感謝いたします。

そして、新しく会長になられた谷垣先生、ご発言ありがとうございました。

最後に、専門分野における先輩の武見教授もおられますが、武見先生はグローバル・ヘルスに関して多くの経験をお持ちです。

35 カ国から参集された 71 名の議員の先生方を歓迎いたします。これだけ多くの方が集まれたということは、これから私が取り上げるポピュレーション・ダイナミクス（人口動態）に皆様が関心をお持ちだからではないか、と思います。人口動態学は、高齢人口の増加と若年層に関する諸問題をとともに取り上げていますが、これが日本で取り上げられることは適切だと思います。なぜなら日本は私たちがなすべきことについて多くの見識を

持っておられ、多くの大臣のご発言にありましたように、すでにそれらを実行しているからです。

社会保障制度および国民皆保険制度の導入は、まさに国際保健外交政策（グローバル・ヘルス外交）の基盤になっています。人間の安全保障に関連して、ごく最近、安倍首相が「ウーマノミクス」という新しい外交用語が使われましたが、私たちが手がけている世界中の、特に女子児童へのリプロダクティブ・ヘルス及び諸権利を進める作業に共鳴するものです。その意味でも日本は、この問題を幅広い視点からとらえる基盤を提供しておられると思います。

今まではどうであった、という視点から離れ、高齢化の問題と、開発途上国における若年層の課題の両面を補完的に見て、両者にとって良い成果が生まれるようにしていかなければならないと思います。

私は、今日の講演の論題として、「高齢化社会における若者」を取り上げます。一見矛盾しているように聞こえますが、これが現実なのです。世界的には、人口はますます若くなり、同時に高齢化しています。出生率が高い途上国では若年人口が増え、他方、豊かな先進国においてはその逆で、少子化により高齢者が増えていることを意味します。

若年者が多い国においても高齢化が進行しています。世界の人口を考えるに当たって、この両者を認識して行く必要があります。というのも、若年層が 67% を占める地域においてもまた、高齢人口が増えています。生活様式が変わり、医療が利用できるようになり、実際に寿命が延びているので

す。このことを認識し、各国は高齢化を耐えるのではなく、(その活用を図るような)意味ある計画を用意していくことが必要です。今回の会議はまさにそのためにある、と認識しています。

ここで、9月の国連総会で安倍首相が言及されたウーマノミクスについて触れたいと思います。この問題においても、日本政府と協働して、2015年以降の開発アジェンダの目標の一つとして、とりわけ思春期の女子への対策、そして女性のエンパワーメント、議会における議員構成の男女平等をはかっていかなければなりません。高齢人口の課題を考慮するに当たり、忘れてはならないのは、高齢者の多数を占める高齢女性の特殊なニーズを踏まえ、それに応えることです。

ほとんどの社会とその現状において、最も重要なのは、彼女らが直面している貧困、差別そして健康問題です。このことは、ICPD 行動計画を20年間にわたって世界中でグローバルに実践した結果として得られた報告によるものです。明らかに社会サービスを利用できない高齢女性が、最も脆弱になっています。この問題は今後の公共政策で取り上げて行かなければならない課題です。

次に若者の話をします。15歳から24歳で、その数12億人にのぼる若年人口は、世界人口の18%を占めています。25歳未満の人口は、世界の40パーセントを占めます。そのほとんどが開発途上国にいます。この若者人口を上手にコントロールすれば、地域や国の経済発展に良い機会が生まれます。また、意思決定に携わることを含め、若者のニーズに応えることができれば、彼らを変革の理想的な担い手としてエンパワーメントすることにつながります。そのためには、包括的な性教育を含む、質の高い医療への多くの投資が必須です。さらに、イノベーションや起業家を育み、人間として尊厳ある生活ができる雇用の機会を若者に提供するため、正しい政策を実行することです。これらが実行されてのみ、各国は現在の人口動態の配当に預かり、国の繁栄をもたらすことができる

のです。

よって、各国が要求し、同時に各国にとって必要な人口転換を実現するための努力をしていく必要があります。これは、最も大切なことだと思いません。また、ここではっきりしておかなければならないのは、人口動態による配当が得られて初めて、世界中の緊張を減らし、人間の安全保障を促進することができるようになります。さもなければ、人口増加が経済成長を凌ぐことになり、社会に不安定と不安がもたらされることとなります。そのために、全ての若者、とりわけ女性や女兒に公平で質の高い教育と家族計画を含むサービスを提供する必要があります。

また、正しい情報と選択の機会を提供し、自由な選択を徹底することが必要です。それを確実に行えば、世界のほとんどの地域で成長が達成されるはずですが、また、今日の若者は、今までになくインターネット等を通じて相互に話し合える世代でもあります。よって正しい政策や投資を実行すれば、途上国での政治や社会、文化を変えることができます。持続可能な開発のため、2015年以降の開発アジェンダにおいて、長期にわたる思春期の子どもたちや若者の能力への投資を願い、皆様に支援をお願いいたします。

以上の点と高齢化にどのような関係があるのか、と思われるかもしれませんが、しかし高齢化は皆様が生を受ける以前から始まっています。生まれた子どもが育つ環境や、受ける刺激がその子の身体、精神、情緒に影響していくのです。とはいえ、国会議員、あるいは政府として若者を守り、健康的なライフスタイルを身につけ、健全な成人、そして高齢者になれるよう、例えば、糖質・脂肪の摂取や、タバコ・飲酒を控え、適度な運動を推奨する等、具体的な施策ができるはずですが、健康障害を予防することで、今日の慢性病の問題を軽減できるはずですが、そしてそのことが、社会保障制度づくりに関わり、非感染症予防のために多額の資金を投じなくても済む、といった具合に必要な資

金にも影響を及ぼします。よって、教育、子どもや若者が健全に成長するための資金投入が必要です。それができて初めて、若者が、高齢者支援を今後も維持することができるのです。

さて、人口高齢化の問題を取り上げます。高齢化は、どの地域、どの国でもみられ、2050年には、世界の高齢者の80%が途上国に暮らすと予測されています。この由々しき事態がどこまで認識されているのか心配です。何の対策もなされなければ、人口高齢化は、私たちの社会全てを機能不全に陥れる可能性があります。政府として、このことを踏まえて、今から投資をしなければなりません。高齢者人口は、10年を待たずして10億人になり、2050年には20億人になると予想されています。その時点で高齢者は世界人口の22%を占め、史上初めて15歳未満の者より数が多くなります。

この人口構造上の変化を受け、私たちが取り組むべき課題は、全ての若者、高齢者の声や願いが吸い上げられ、実際に行動がとられる社会をいかにつくるか、ということになります。求められるのは、若者も高齢者もそれぞれの権利を主張でき、各国の発展に寄与し、その恩恵に携わることができる社会づくりです。その意味で、若年者の能力構築の必要性を取り上げました。

私の父は55歳で引退しなければならなかったが、今日では55歳で引退することは考えられません。世の中は常に動いており、私は64歳ですが引退は考えておりません。70歳代の方々も大いに社会貢献しておられるのを拝見します。つまり、生活様式が改善された今、能力のある人が社会発展のために貢献できる機会を提供するべきなのです。

高齢者にはお引き取り願う、といった状況があってはなりません。これは大切な点であり、日本の制度に感銘を受けています。韓国や中国でも同様の取り組みが始まっています。その意味で引き続き高齢者の技能を改善していくことが必要だと思います。

います。これは、今の時代において極めて重要です。また、人は加齢により、ニーズが変わり、食物、住居、移動手段等が変わることも忘れてはなりません。これらに対処し、また、必要な時に必ず何らかのケアを利用できるようにしておくことも大切です。社会が平等に、弱者と高齢者をみていくことが必要なのです。

高齢者を脆弱で、能力がなく、他人依存の負担と見ることをやめるべきです。今日、そのような見方は当てはまりません。今後の高齢者像には、現在の自立した高齢者の姿を思い浮かべるべきです。また、多くの高齢者が、金銭を受けることなく孫たちの面倒を見ていますが、これは公平だとは思えません。高齢者による寄与をしっかりと認識して、尊厳ある生活ができるよう、生活の糧が提供されるべきです。この点を社会保障、年金制度や退職金に組み入れることにより、高齢者が経済や社会に貢献し続けていることを、周囲が理解することが大切だと思います。それにより世代間の連帯を維持することは、社会が全ての年齢の人たちのものであることを理解する上で極めて重要であると思うのです。

また、同時に人びとの福祉や介護システムの基盤になると思います。若者、高齢者双方が恩恵を受けるような世代間の絆づくりは、今日のモバイルテクノロジーを持ってすれば容易であるはずですが、

世界の多くで老人ホームが作られています。これには反対です。社会とつながっていることが、高齢者の生活に大きく影響しますし、高齢者を家から追い出すことがあってはなりません。私たちはきちんと面倒を見るべきです。

最後に UNFPA は、引き続き、人口転換により生じる高齢者と若年層を支援していくことをお約束します。また、特定の場所、条件を考慮した人口転換（動態）に関する必要な情報を各国政府に提供します。さらにこの問題に関する優良事例のデータを提供するなど、意見や対話を取り扱う情報セン

ターとしても機能していきと思っています。

日本は社会保障に取り組んでこられ、今日、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）という概念を取り上げておられます。私は、これは極めて重要だと思っています。その文脈の中で、若者のセクシュアル・リプロダクティブ・ライツに関わる問題を取り上げることが大切だと思っています。同時に高齢者が尊厳を持って暮ることができるような生活様式を考えるべきです。

また日本は、人間の安全保障という概念を提供されましたが、その概念を人口分野でもぜひ進めてほしいと思います。UNFPAは、国連関連機関のみならず外部組織とも協力し、全ての国において若者世代とともに高齢者が尊厳を持って暮らすことができるよう、国境を越えて経験を共有し、より良い世の中の実現に努力いたします。

ご清聴ありがとうございました。

## 基調講演

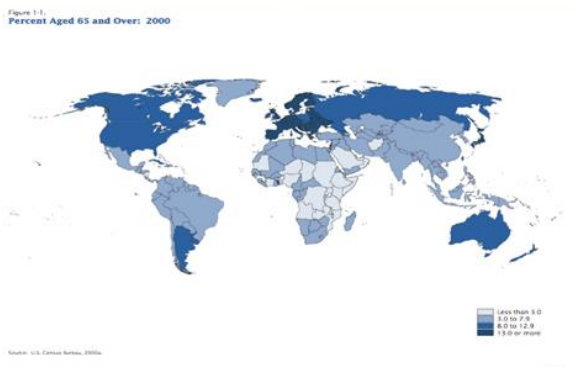
### 「人間の安全保障としての高齢化対策 -ユニバーサル・ヘルス・カバレッジと日本の ODA」

武見敬三  
AFPPD 議長

本日は、多くの国から議会を代表する方々をお招きし、この極めて重要な課題である人口の高齢化に関する会議を開けたことは、誠に光栄なことと存じます。

私はこの基調報告の骨格として、高齢化とグローバル・ヘルスとのかかわりを特に日本の経験から説明し、日本が ODA を通じてどのような取り組みもうとしているのかお話ししたいと思います。

#### World Population 65+ yrs, 2000

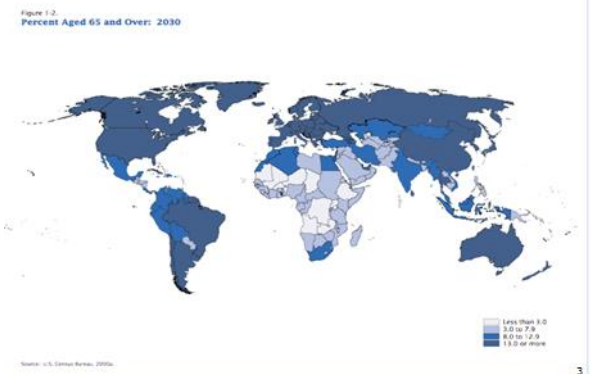


皆様方はすでにご存じだと思いますが、これは世界の人口の高齢化を示したマッピングです。濃い青色の部分、人口の13%以上がすでに65歳以上である地域を示しています。

この地図は、2030年になると世界の高齢化が一気に進むことを示しています。アフリカと中央アジアの一部を除いたほとんどの地域が高齢化社会に入っていくと予測されています。

特にアジア太平洋地域ではこれから高齢化が

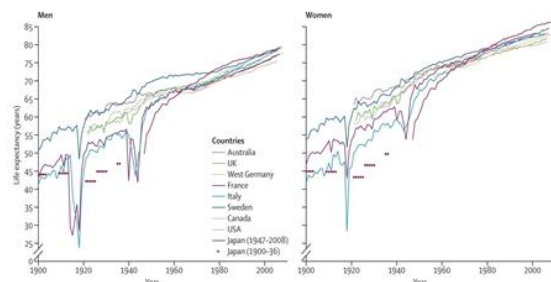
#### World Population 65+ yrs, 2030: Aging society



急速に進むことが予見されています。日本はその中で最も高齢化が進んでいる国ですが、日本以外にも、シンガポールや中国、そして韓国やタイといった国々も今後、確実に高齢化が進んでいくと予見されています。

これは日本がどのように高齢化社会に入っていくか、日本の平均寿命の伸び方を示したグラフです。1945年頃の日本人の平均寿命は男が50歳、女が54歳でした。それが1970年前後には、先進国の仲間入りをして、平均寿命が急速に伸びます。1970年以降も日本の

#### Japan's trends in life expectancy at birth, 1900—2008



Source: Figure 1. What has made the population of Japan healthy?, Lancet Special Series on Japan

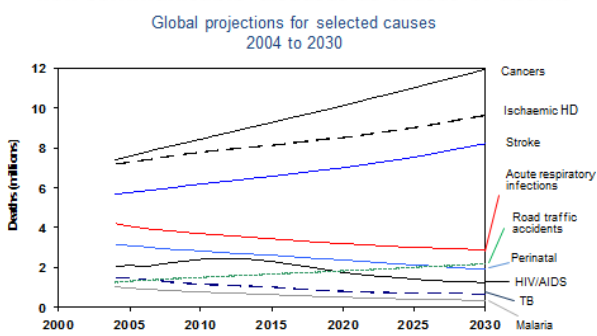
平均寿命は延び続け、一時は男女ともに世界一の平均寿命までなり、そして女性については過去 26 年間、世界一の平均寿命を維持してきました。このように日本は、平均寿命の上昇傾向をずっと維持してきたわけです。

1945 年から 70 年ぐらいまでの初期は、まさにいま途上国の皆様が実施されているように、乳幼児死亡率を抑え込み、結核等の感染症の死亡率を抑え込み、そして衛生環境の改善を図ることによって、急速に平均寿命を延ばすことに日本は成功しました。日本は、1950 年頃から 1965 年頃までの約 15 年間で、MDGs の中で示されている目標をすでに達成していたわけです。

しかしここで強調したいのは、日本が、急速に平均寿命を延ばした後も引き続き、寿命を延ばし続けることができたのはなぜかということです。それはとりもなおさず、成人の死亡率の抑制に成功したからです。すなわち大人が死ななくなったからです。

このような大人、つまり成人の死亡率の確実な低下は、今度はその社会における疾病構造の変化、即ち非感染症の脅威の増大に対応できたことを意味しています。初期の、結核等の感染症が深刻な死をもたらしていた時代が

### Growing number of cases of non-communicable diseases as causes of deaths

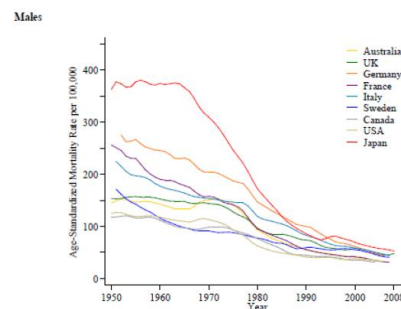


Updated from Mathers and Loncar, PLoS Medicine, 2006

終わると、今度は非感染症の慢性疾患による死亡数が確実に増えていくわけです。世界の高齢化の中で、日本のみならず、全ての国々で今日このような疾病構造の変化が起きていることは、皆様方ご存じのとおりです。このグラフにあるとおり、癌や虚血性心疾患、脳卒中といった疾患、さらには呼吸器系の疾患で亡くなる方が、確実に増えていきます。

そのような中で日本はどのように対処してきたのでしょうか。これは脳卒中で死ぬ人の率を示したグラフです。赤い折れ線グラフが日本ですが、1950 年頃の日本では、脳卒中で亡くなる人の数が極めて高くなっています。しかし、1970 年前後から、日本では脳卒中で亡くなる人の数を急速に抑え込むことに成功しました。非感染症の中でも、特に脳卒中で亡くなる人の数を急速に抑制することができた原因はいったいどこにあったのでしょうか。

### Trends in men's mortality due to stroke in Japan and selected countries



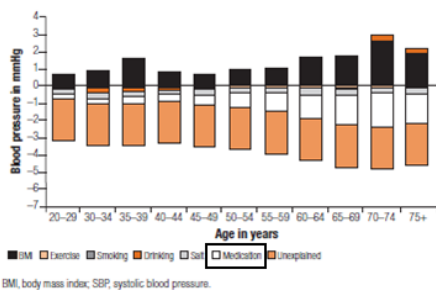
Source: Webfigure 4, What has made the population of Japan healthy?, Lancet Special Series on Japan

これは血圧に影響を及ぼす要因を示す棒グラフです。脳卒中で亡くなる方のおよそ 8 割は高血圧症の患者です。すなわち、高血圧をどのように日常管理できるかによって、脳卒中で亡くなる確率を下げるのが可能なのです。公衆衛生的な方法としては、皆様もよくご存じのように、減塩運動、つまり 1 日あたり塩分摂取量を抑制する運動を政府が積極的に行いました。確かにその効果は大きなものでし



た。しかし、それと同時にこのグラフが示しているのは、この白い部分です。ゼロから下は実際に血圧を下げる要因ですが、その中で最も大きな効果を持っていたのは、実は薬剤治療です。降圧剤によって血圧の上昇を抑え、血圧の高い人たちも日常的に、普通の人と同じレベルの血圧で生活が送れるようになったのです。

**Estimated contributions of explanatory variables to changes in mean predicted SBP in men between 1986 and 2002**  
based on data from the National Nutrition Survey, Japan, 1986–2002



Source: Bulletin of the WHO 2003;86:978-983.

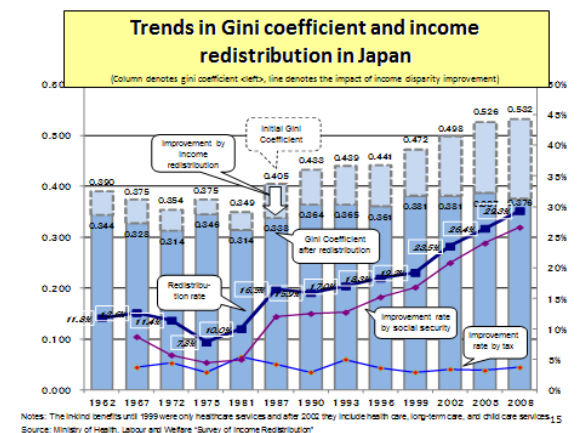
なぜこのように、降圧剤の治療で血圧の管理をし、結果として脳卒中による死亡率を下げるができるようになったのでしょうか。それは日本が 1961 年の段階で国民皆保険制度を実現し、地域医療、プライマリー・ヘルスケアを通じて高血圧症の患者の初期診断と初期治療サービスの提供を確実にして、薬剤治療を通じた血圧の管理を可能にし、それによって脳卒中による死亡率を大きく抑え込んだからです。このことは、高齢化社会を迎えるに当たって、国民皆保険制度を中心としたユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の実現が非常に重要な要素となってくることを示しています。

このことは今、世界各国で認識されるようになりましたが、その象徴となった UHC については、2005 年のワールド・ヘルス・アセンブリーでその定義がなされました。ここに書き

てありますように、全ての人びとが負担可能なコストで、予防を含む適切な医療にアクセスできるというのがその定義です。

そして同時に、世界中でこうした非感染症の脅威が拡大していることへの認識が確認されました。2008 年および 2011 年の 9 月のことです。この非感染症に関わるハイレベルミーティングが国連総会のサイドイベントとして開催され、世界で毎年 5700 万人の人びとが亡くなる中、3600 万人の人びとがこの非感染症で亡くなっていることが確認されました。実際に、糖尿病のような病気さえ、すでにその死亡の 80%は途上国でおきていることも確認されており、こうした非感染症の脅威が、先進国だけでなく途上国においても深刻な死をもたらすものであることが、今広く認識されるようになってきました。

そこで日本がこうした問題にどのように対処してきたのか、お話ししたいと思います。日本は 1961 年に、おおよそユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現しましたが、これは日本の国の大きな政策パッケージの中の 1 つとして位置づけられていました。日本が掲げた大きな国家目標とは何か、どのような政策パッケージを作り上げていたのでしょうか。日本は 1960 年に、経済の 10 力年計画目標を、



単なる経済成長から所得の倍増にまで広げました。また 1961 年には、皆保険制度と国民皆年金制度を同時に実現いたしました。そしてこの時期にまた日本の所得税の累進課税率を 75%まで引き上げたのです。こうした政策は全体として、戦後の日本社会の基盤をつくるために、健康で教育レベルの高い中産階級の社会の実現を大きな国家目標として政策パッケージが組み立てられ、その中の 1 つの重要な柱が、この UHC の実現であったわけです。

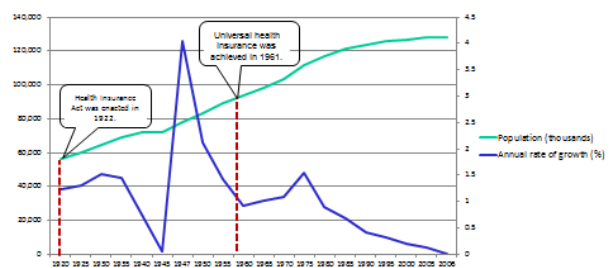
日本が UHC を実現した時期は、まさに日本の人口が引き続き増加を続け、そしてまだまだ若年人口が全人口の大部分を占めていた時期です。そして同時に日本では、GDP が急速に成長した高度経済成長期が始まる前の段階で、こうしたポリシー・パッケージを作り上げていたわけです。このように健康で教育レベルの高い中産階級社会を作るための政策パッケージは、実際極めて効果的に、金持ちと貧乏人の間の所得格差を減らす効果をもたらすことに成功いたしました。

これは、人口増加の過程のどの時点で日本が UHC を実現したかを示したグラフですが、このようにまだまだ人口ボーナスを日本が十分に享受できる、その前の段階で、ユニバーサル・ヘルス・パッケージ（UHC）を実現し、ポリシー・パッケージを作り上げていたことによって、日本は極めて効果的に、安定した所得格差のない社会を作り上げることに成功しました。

私はこのグラフが大好きなのですが、これは日本の高度経済成長期である 1960 年代後半から 1970 年にかけて、日本で所得の格差が現実には縮小していることを示しています。今世界の多くの国々が、経済成長を謳歌し、そし

て経済的に発展していますが、残念なことにむしろ貧富の格差が拡大し、それが社会の不安要因となり、国によっては政治体制を揺るがしかねない大きなものになってきています。しかし日本は、この経済成長の前にこのような政策パッケージを作っておいたことによって、効果的に貧富の格差を縮小し、高度経済成長期にむしろ所得格差を抑制することに成功したことが、実は日本の社会を長期にわたって社会的に安定化させることに成功した理由です。

Population and population growth in Japan (1920-2006)



Source: Statistics Bureau, Ministry of Public Management, Home Affairs, Posts and Telecommunications

14

この社会的な長期安定の上に自由民主党の長期政権が半世紀にもわたって可能となったということが言えるわけで、このような社会の安定と政治の安定というものは、確実に日本国民の平均寿命のみならず、実は健康寿命を増進する上においても重要な役割を果たしました。そして日本の国民は世論調査をいたしますと 9 割方、自分は中産階級に属しているという認識を持つようになりました。

こうしたことを改めてより幅広く世界のひとにご理解をいただくために、日本のユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現するそのプロセスを総括する特集号を「ランセット」誌に、ちょうど日本が皆保険制度を実現した 50 周年を記念して 2011 年に発刊されました。



これを受けて、安倍内閣の下においては、積極的に日本のこの経験を多くの国々に対していい意味でも悪い意味でも、日本がどのような経験をしたか正直にその政策として提示することによって、これから高齢化社会を迎え、これから疾病構造が大きく変わり非感染症の脅威が増大する国々の人びとに対して、日本国としても大きく貢献するために新しく国際保健外交戦略（ジャパン・ストラテジー・オン・グローバル・ヘルス・ディプロマシー）という新しい政策方針を今年の5月17日に閣議決定し、これを日本国の新しい政策方針としました。その考えた方の基本は、健康というものは、人間の安全保障を実現する上において、その最も重要な核となるものだという認識に基づいています。

すなわち人間の人生にとって、より良い人生を歩もうという努力をしようとするときに、健康だけではそれを全て実現することはできないということは当然です。しかしながら、ひとたび健康を損なうということになってしまいますと、あらゆる意味でより良い人生を歩もうとするその前提条件が壊れてしまいます。従って、私たちはこの健康というものを人間の安全保障の骨格として位置づけ、それにまさに真正面から取り組み、世界の人びとの健康の改善のために貢献しようということを我が国は政策として決定をしました。そしてその中でも特に重要になってくることは、明らかにユニバーサル・ヘルス・カバレッジを多くの国々が実現することであり、そのために日本は自らの経験を踏まえて、大きくこのユニバーサル・ヘルス・カバレッジに貢献しようという意思を固めました。

そのため ODA 政策として、改めて様々な方針を打ち出しています。まず我が国は、このユ

ニバーサル・ヘルス・カバレッジというキーコンセプトを、2015 年以降の新しい MDGs のアジェンダのキーコンセプトとするための努力を進めているところです。2 つ目に、我が国自身が 2 国間関係で日本の ODA を実行し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現する上で、最も効果的に 2 国間 ODA 政策を実現するための方針を固めました。そして 3 つ目は、ババトウンデ・オショティメイン事務局長もいらっしゃいますが、こうした UNFPA や WHO あるいは世界銀行といった多くの国際機関組織とマルチの枠組みの中で連携をしながら、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現するための方針を策定したところです。

そしてこのことを明確に宣言したのが 9 月 14 日号の「ランセット」誌に掲載された安倍内閣総理大臣の論文です。この論文の中で、改めて安倍総理はユニバーサル・ヘルス・カバレッジを、ポスト MDGs を考える上でのキーコンセプトとすることを強く提唱し、日本がそのために大きく貢献する用意があることを示しました。そしてこの考え方に基づき我が国は ODA の 3 つのツール、すなわち円借款と技術協力とそして無償資金協力を上手く組み合わせ、各国のオーナーシップを基本として、そのパートナーと連携をしながら、それぞれの国がそれぞれの国の実情に応じてユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現するための支援体制を組んでいるところです。そのために日本の円借款についても、保健医療分野については、改めてその利子を極めて柔軟に適応させることで、より効果的に多くの財政資源を、保健医療、特にユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現しようとする国々に対して支援する財源として活用するツールを作り上げたところです。こうしたことを通じて日本国は人口の高齢化の中で、多くの国々が抱え

る疾病構造の変化、そして非感染症による新たな死の脅威というものに対処するためにもこのユニバーサル・ヘルス・カバレッジを通じた貢献を明確にしているところです。

最後に我が国についてお話します。わが国にとって問題はこれからさらに深刻になります。日本では、健康で教育レベルの高い中産階級社会を作ろうとした政策パッケージは大きな効果を上げ、極めて安定的な経済発展を実現することに貢献しました。これらの政策により確立された制度は、いずれも歴史的な耐用年数を終え、持続可能性を今まさに失ってきています。これから高齢化を迎える国々にとっては、日本の経験は大いに役に立つところですが、日本自身にとっては、もはやこうした政策や制度というものはその役割を終えて持続可能性を失い、新しくその国家目標を設定して、そしてその制度及び政策を大きく転換しなければならない重要な時期に入っています。そのために新しい国家目標として考えなければならないのは、先程ババトウンデ事務局長もご指摘されたように、いかにこの高齢化社会において健康寿命を延伸し、そして今広がろうとしている健康寿命と平均寿命の格差をいかにして抑制するかということになってきたわけです。残念ながらこの10年間日本では健康寿命と平均寿命の格差が拡大し、平均寿命は1.5歳延びたにも関わらず、健康寿命は1歳も延びていません。この格差の拡

大は、これからますます医療を必要とする高齢者が増え、介護を必要とする高齢者が増え、そして寝たきりとなってしまうような高齢者が増えることを意味します。いずれも高齢者にとって嬉しいことではないだけではなく、また同時に国にとっても経済的社会的コストが増え続けていくことを意味しています。

従って、いかにして健康寿命を延ばし、健康寿命と平均寿命の格差拡大を抑制するかが、これからの日本の国策として極めて重要なテーマとなってきています。これらを日本が実現することで、これから高齢化が始まる多くの国々にとっても、さらに役に立つ教訓が、これからの日本の経験も含めて大いに出てくると思われます。従ってあらゆる意味において、日本は成熟した責任ある国家として、こうした人口の高齢化、そして疾病構造の変化や、そしてそれに伴う新たな政策として、健康寿命の延伸、平均寿命との格差抑制を行い、65歳どころではなく75歳になっても元気な人は元気に仕事を続け、年齢がより高くなったとしても、高い労働生産性が維持できるような雇用政策、経済政策を実現していくことが求められるようになってきました。

このように日本では、改めて経済的に活力のある健康長寿社会の実現が21世紀の新しい国家目標となってきたところです。以上、私の基調報告とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

## セッション1

世界の高齢化の諸相—人口動態とその意義—



## セッション1

モデレーター：アンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン  
UNFPA 事務局次長

---

### 略歴：

UNFPA で 20 年に及ぶ開発・経営管理の経験を持ち、デンマーク政府、さらに UNDP、UNFPA で指導的ポジションを歴任する。UNDP では、UNDP インドネシア事務所常駐副代表、次いで 1997 年から 2004 年まで UNDP 本部の総裁室室長・マネジメント・アドバイザーに従事した。2004 年から UNFPA に移り、トルコ事務所代表、アルメニア、グルジア、アゼルバイジャン事務所で所長を経て、現在 UNFPA 事務局次長。UNFPA の事業内容、活動領域に関する直接の責任者である。

---

ご列席の皆様、議員の先生方、専門家の皆様、おはようございます。議長のマリアニー・モハマド・イット議員とともに、皆様を歓迎いたします。

このセッションでは、世界の人口の概況を見てみたいと思います。その後地域的な側面を見た後、基礎的な、技術的側面から出生率、

健康、社会保障制度等を、世界、地域、そして各国の経験にリンクしながら見ていきたいと思えます。

それでは最初に阿藤先生、お願いします。人口転換や高齢化について、そして日本の経験についてお願いします。



# 「人口転換と高齢化—日本の特色と意義」

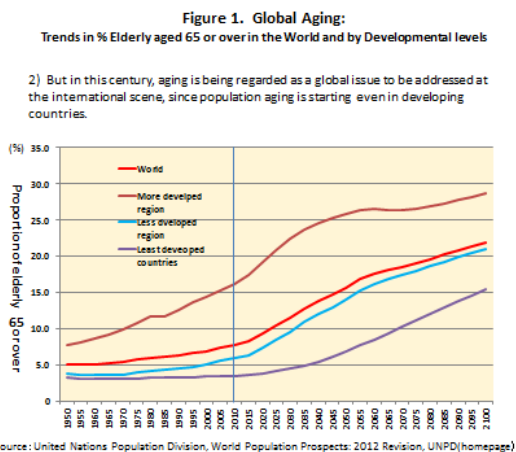
阿藤 誠

国立社会保障・人口問題研究所 (IPSS) 名誉所長

略歴：

東京大学文学部社会学科卒・同大学院修士課程修了・ミシガン大学博士課程修了 (Ph.D. in Sociology 取得)。1971 年厚生省人口問題研究所奉職、1993 年同所長に就任。1996 年国立社会保障人口問題研究所の発足に伴い副所長、2000 年所長に就任。2005 年より早稲田大学人間科学学術院特任教授。国連人口開発委員会議長、日本人口学会会長、社会保障審議会委員、内閣府統計委員会委員等を歴任。著書：『現代人口学：少子高齢社会の基礎知識』、『先進諸国の人口問題』（編著）、『人口減少時代の日本社会』（共編著）、『少子化時代の家族変容』（共編著）等。

人口転換と高齢化について、私たち日本の体験に基づいた様々な教訓も含めお話ししたいと思います。



進んできています。ここで、人口の高齢化とは、社会にとっていつも負担となるものなのでしょうか。これは本当でしょうか。社会における高齢化の影響をきちんと評価するためには、私たちは、人口動態と人口転換を考える必要があります。

まず、日本に焦点を当てて考えたいと思います。日本は世界で最も高齢化が進んでいる国です。おそらく 21 世紀にもこの状況が続くでしょう。これを踏まえて、高齢化が持つ暗い側面と明るい側面についてお話しさせていただきたいと思います。

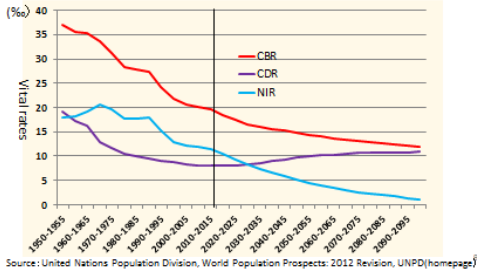
最初にお話しさせていただきたいのは、世界における高齢化です。20 世紀には、先進国のみ、高齢化が進んでいました。そして高齢化に関するほとんどの議論は、先進国のみを対象に行われていました。これは世界の高齢化の状況を表すスライドです。

現在では、高齢化は地球的規模の問題であり、国際的な取り組みの必要性が痛感されています。開発途上国においてもどんどん高齢化が

古典的な人口転換モデルでは、死亡率がどんどん低下し、近代化の進行中の社会では、出生率と死亡率の格差がさらに拡大します。そしてまた一方で人口が大変急速に増大しています。先進国、途上国を問わず、全ての国がこのような人口転換を終えるか、転換期に差し掛かっており、近代化のプロセスの中で人口が急速に増加しました。

Figure 4. Demographic Transition of the World: Trends and Prospects of Crude Birth Rate(CBR), Crude Death Rate(CDR) and Natural Increase Rate(NIR) of the World

(2) All the countries, either developed or developing, have experienced or are experiencing demographic transition and rapid population growth in their respective modernizing process. Thus, the world as a whole is now in the midst of grand demographic transition.



世界は大きな人口転換の真っ只中にあります。このスライドは、世界の人口転換のプロセスを示したもので、こちらが出生率、これが死亡率、この部分が自然増加率です。自然増加率は次第に低下していますが、それでもまだ世界の人口の 1%以上に留まっています。日本では、19 世紀末にこのような人口の転換が始まり、普通出生率と普通死亡率の差は戦前に広がり、自然増加率も次第に上がり、その結果急速な人口増大に至りました。周知のことですが、急速な人口増加は経済発展を阻害し、貧困を拡大し、環境、資源に多大な負荷が課せられることとなります。

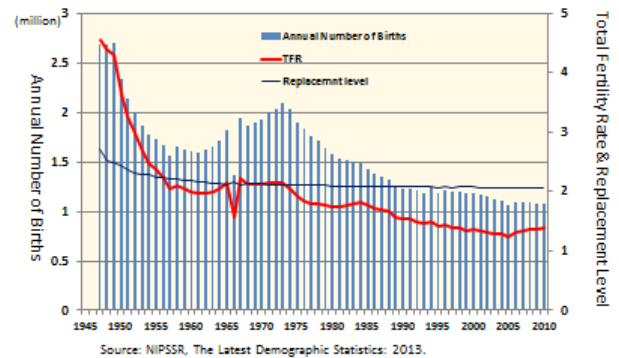
そしたまた、最近の UNFPA の世界人口白書に報告されていたように、いわゆる「ユース・バルジ」、若年層が大きく膨らんできています。こうした状況の中で、雇用の機会に乏しい若者が増え、政治・社会不安につながっていきます。日本では、戦争前に 15 歳から 24 歳の若者人口が急増し、その割合は 20%ほどでした。1960 年代から 1970 年代以降これが減ってきています。開発途上国では、現在でも若者人口割合がかなり高く、第二次世界大戦前の日本と同じように全人口のおよそ 20%を占めています。

近代化が進行中の国々においては、出生力転換を通じて出生率と死亡率の差を縮め、急速

な人口増加を食い止めることが政治的に重要な課題となりました。出生力転換とは、合計特殊出生率 (TFR)、すなわち女性 1 人当たりの平均の子どもの数が低下していくことで、女性 1 人当たり平均 4 人、5 人の子どもの数が、およそ 2 人まで低下するという事です。この図は TFR の戦後における傾向です。途上国でも、戦争直後は女性 1 人当たりの子どもの数はおよそ 6 人だったのですが、今は 2 人~3 人に減ってきています。TFR は今後も低下し、置き換え水準にまで至ると思います。また多くの国々が、経済社会開発計画に加えて、出生率と人口増加を抑えるため、家族計画を導入しています。

Figure 8. Trends in Annual Number of Births and TFR in Japan

(3) Japan completed fertility transition in a short period between the end of 1940s and the end of 50s: The total fertility rate declined from more than 4 to around 2. With this, annual population growth rate declined to around 1% in the 1960s.



日本はこの出生力転換を、1940 年代末から 1950 年代末までの大変短い期間で達成しました。この短期間に TFR は 4 人以上からおよそ 2 人に低下しています。それによって、1960 年代には人口増加率が 1%程度に低下しました。そして出生力転換を完了し、人口転換に成功した国々においては、人口増加が緩やかになり、人口ピラミッドの底辺が縮小するに伴い、必然的に高齢化が始まるのです。日本の場合、出生力転換が完了した 1960 年代から高齢化が始まりまっています。これは主に、

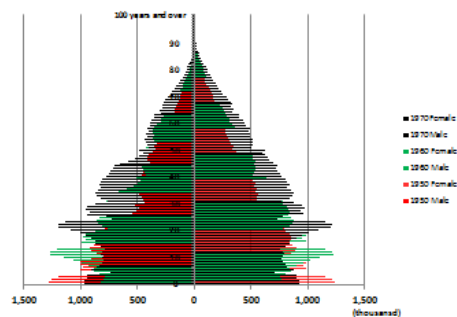


子どもの人口が急激に減少したためです。

赤いものが 50 年代の人口ピラミッド、緑色が 60 年代、黒が 70 年代を表していますが、この 20 年で人口ピラミッドの底辺が縮小してきています。高齢化は一般的に、このような過程が始まります。

Figure 9. Population Aging started with Fertility Transition in Japan: Japanese Population Pyramids of 1950, 1960 and 1970

(2) As for Japan, population aging started in around 1960 when fertility transition completed. This is mainly because young child population decreased dramatically.



Source: Statistics Bureau, Ministry of General Affairs, Japan, Population Census: 1950, 1960 and 1970.

加えて、人口高齢化の速度は出生力転換の速度に大きく左右されます。一般的に、出生力転換は、先進国より開発途上国で早く進む傾向にあり、先進国よりもさらに急速に高齢化が進む傾向にあります。TFR が人口の置き換え水準である 2.1 を維持する限り、65 歳以上の高齢者人口の割合が総人口の 25% 以上を超えることは滅多にありません。これは図 1 にあるとおりです。米国は、置き換え水準となる出生率をほぼ維持しており、先進国の中で最も高齢化率の低い国の一つです。

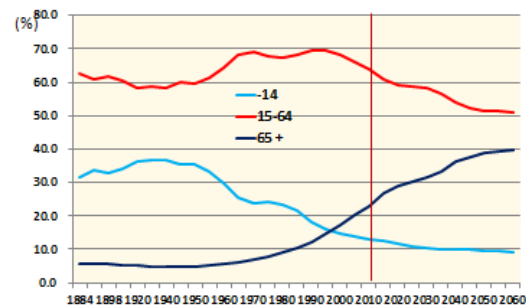
先進国においては、近年、経済学者による人口ボーナスに関する議論が進み、その中で人口転換、少なくとも人口高齢化の初期段階における人口転換の成功が経済にもたらすメリットが浮き彫りにされています。出生力転換を達成することによって、生産年齢人口の割合が増大し、経済生産性が高まり、貯蓄と投

資が拡大して、全てが経済発展に有利に働きます。経済発展によって年金、医療制度、介護サービス等、高齢者のための公的社会保障システムの構築も可能になります。

日本では、子どもの人口に占める割合が 1950 年代に減少し始め、1960 年代にさらに減少しました。生産年齢人口は 1950 年の 60% から 1965 年に約 70% に増加し、2000 年までその水準が維持されました。

Figure 10. Population Bonus fro Japan: Trends and Prospects in the Age Composition of Japanese Population

(4) As for Japan, owing to the decline of the % of child population through fertility transition in the 1950s, the proportion of working-age population rose from around 60% in 1950 to around 70% in 1965 and maintained that level up to 2000.

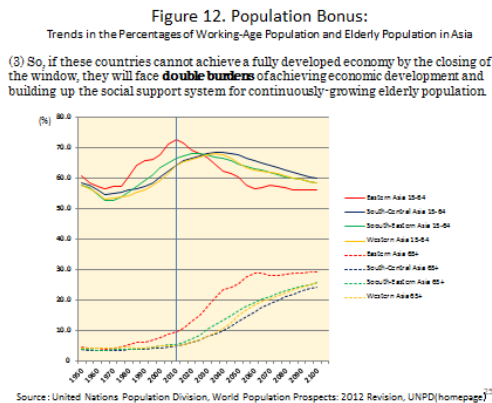


Source: Bureau of Statistics, Population Census ; NIPSSR, Population Projections of Japan(2012 Revision).<sup>22</sup>

この人口ボーナスあるいは人口の配当によって、日本は経済先進国となり、この時期に、全ての高齢者のための社会支援体制が確立されました。50 年代と 60 年代、そして 70 年代初めは、先程の演者の方もおっしゃりましたが、高度経済成長期に当たり、この時期に、社会保障制度も、国民所得の増大と同じ速度で拡大しました。しかし 1970 年に入ると、経済成長率が低下する一方で、社会保障制度は経済成長率を上回って拡大し続けました。

どの国も、人口ボーナスのチャンスは 1 回限りです。日本の場合は、50 年代、60 年代、そして 70 年代ということになります。機会の窓と言える人口ボーナスの期間は、人口転換

期の後に1回だけやってきます。開発途上国においては、急速な出生力転換が起きているため、高齢化が先進国よりも急速に進んでいくでしょう。よって、もしこれらの国々が機会の窓という好機を逃せば、十分な経済発展を実現することはできないでしょう。



これは生産年齢人口の割合を表しているグラフです。東アジア、南アジア、中央アジアで、ほとんど同じなのですが、いずれにしても、その機会の窓が2040年、2050年に閉ざされてしまうと、これらの国々は、経済発展を実現し、そして増大し続ける高齢者人口のために社会支援制度を構築するという2つの負担を背負わなければならなくなるでしょう。高齢者人口の割合は、アジア全域で今世紀増大していきます。

ほぼ全ての先進国において、出生率は、女性1人当たり2.1人未満と、置き換え水準を下回るレベルまで減少しました。日本を含めた一部の国では、30年以上にわたって置き換え水準を大きく下回り、1人当たり1.5人未満にまでなっています。イタリア、ドイツ、日本等です。その他の南欧の国々、ドイツ語圏も同様です。

今世紀に入って、東アジアで最低出生率が記

録されています。韓国、台湾、シンガポール、香港等です。これらの国のTFRは、日本を下回り、1.0、1.3あたりです。このように、日本も含め一部先進国で、置き換え水準を大幅に下回るレベルでの出生率が続くことにより、さらに人口が減少する結果となり、超高齢化が進むこととなります。日本の人口は、2010年にピークに達した後に減少を始めています。この100年間の間にどんどん低下していくでしょう。

この図の点線は、65歳以上の高齢者の割合を示していますが、現在すでに25%に達しています。つまり65歳以上の高齢者が人口の4人に1人の割合となっています。日本の将来人口推計によると、これが4割に達する見込みです。人口は減っていくにも関わらず、高齢化はどんどん進んでいきます。そして寿命がさらに延びることによっても高齢化が進みます。先程も武見先生からお話がありましたが、日本は、出生時平均余命が最も長い国の一つです。近年の女性の出生時平均余命は85歳以上、男性は80歳以上となっています。

このような超高齢化は、高齢者支援のために大きな負担が課せられることにつながり、特に高齢者の年金や医療、介護等の社会保険をはじめとする社会支援制度の持続可能性を脅かすものです。

この図は、国民所得に対する社会保障費の割合を示したものです。1970年代から上昇し、現在は国民所得の約3割を占めています。高齢者のための社会支援制度をこれからも維持していくためには、給付金の額を減らし、社会保険料を引き上げて両方のバランスを取る等、高齢者のための社会支援制度の抜本的な改革が不可欠です。加えて、女性や高齢者の

雇用を増やし、外国人労働者を受け入れる等、労働力人口を拡大することによって、生産年齢人口の減少を補っていくことが必要です。日本のように、人口が減少しつつ、さらに超高齢化が進む社会の将来は、出生率の回復力にかかっていると言えるでしょう。出生率を回復する簡単な方策はありません。しかし、国際比較から見れば、ジェンダーの平等、そして仕事と家庭生活の両立が、回復の鍵を握る要素だと思います。ありがとうございました。

モデレーター：

阿藤先生から、今後、世界中の国々が人口転換を経験していくに当たり、これまでの経験

を共有していくことの必要をご指摘いただきました。特に、開発途上国は人口ボーナスを享受しています。最初の転換から第二の人口転換、つまり人口の置き換え水準を下回るまで出生率の低下が起きることについてもお話しいただきました。また、プレゼンテーションの最後にいくつかの解決策の可能性を強調していただきました。これも、我々が皆で検証しなくてはならないと思います。社会保障制度の実現、女性の就労の促進、さらにワーク・ライフ・バランスを改善するような政策によって、出生率が置き換え水準を超えるような適切なバランスが必要だということでした。



アルフルレッド・チャン  
嶺南大学  
香港

---

略歴：

高齢者向け福祉サービスのプラクティショナー、社会老齡学者。看護師として従事した後、高齢者のソーシャルワーカーとして働き、社会・医療サービス、政策策定における幅広い知識と技術を持つ。世代間関係、アジア太平洋地域における高齢化と長期介護保険制度、社会・医療サービス指標の開発、QOL、介護インデックス等、高齢化に関する分野に深く関連し、その研究は各種ジャーナル、書籍に広く紹介されている。現在、2006年に“serving to learn, learning to serve”を通じた大学生への総合教育の促進として設立したアジア太平洋高齢化研究所、サービス・ラーニング事務所長。

---

ありがとうございます。阿藤先生にすでにお話しいただいたので、私のプレゼンテーションもだいぶ手短かにできるかなと思います。いくつか今おっしゃった点を私も強調したいと思います。

まず発表に入る前に、3つの原則についてお話ししたいと思います。繰り返しになりますが、まず第1に、高齢化は政府や国の負担ではなく、どのようにきちんと高齢化社会に備えるかという問題である、という点です。それぞれ個人が高齢化に備えるということです。これは必然ではなく、やはり準備が必要です。

2つ目は、自己責任の原則です。今朝、UNFPAの10番目の優先領域について議論がなされましたが、新しい権利に基づいた文化が必要であるという点です。権利に基づいた新しい文化というのは、結局、個人の責任とも関わるものです。例えば、長年タバコを吸っている人が、永続的に病気になって権利を主張しても、これはどうかなというわけです。つまり、新しい権利に基づいた文化というものには必ず責任がつきまとうということです。

3つ目は、様々な助力についてです。今は政

府だけには頼りません。政府だけが個人、高齢者一人ひとりを助けるわけにはいきません。今、阿藤先生もおっしゃいましたように、高齢化は、数の問題だけではありません。就業者数の減少、長寿社会を意味するものでもあります。今後は、より多くのリソースを政府だけが与えるのではなく、家族も近隣の者も含んだ皆が提供する、色々な人が助けるということが重要だと思います。

世界の人口は今70億人ですが、今後100億人になる予定です。この多くがアジア太平洋地域に住んでいます。人口増加の多くは、途上国において起き、その国々は、まさに本日いらしている方々の国だと思っています。そして、これだけの人口、そして高齢化社会に対応するだけのリソースが今ないことが、アジア太平洋にとって大きな課題になっています。この点が、産業化、都市化を経て、リソースに恵まれた中で高齢化を経験したヨーロッパの国とは違う点です。今アジアはこの課題に直面しています。

この図は、人口分布を地域別にみたものです。インド、中国に世界の人口が多く集中しており、それに比例して高齢化もこの地域で多く

起こります。

21世紀の終わりにになると、ほとんどの国で高齢化率が20%ぐらいになると思います。これらは世界の人口トップ10の国々ですが、こういった国々で最も高齢化が進むわけです。アジア太平洋の国々もこの中に入っています。また20年先を見ると、地域よりも特定の国における変化が見られます。インドが中国を追い抜いて、世界で一番人口が多い国となります。

阿藤先生からすでにお話がありましたが、アジアにおいて日本は、出生率、平均寿命という点で最初に高齢化時代に突入した国です。ここで強調したい点なのですが、フランスやイギリス等のヨーロッパ諸国は、高齢化に対応するために、より長い期間がありました。高齢化率が7%から14%へと倍増するのに、約60年以上、100年ぐらい、それに備える期間があったのです。しかしアジア太平洋地域では60年しかありません。中国、インド、インドネシア、韓国等では30年ぐらいしか高齢化に備える期間はありませんでした。阿藤先生が先程、制度作りのことを話されました。例えば介護制度、そして年金制度、医療制度、社会介護制度ですが、これには時間がかかります。30年の準備期間は十分とは言えないでしょう。10、20の病院を建てるだけでは十分ではありません。代替策を考えなくてはならないのです。

西洋諸国に比べると、アジアにはより大きな課題があります。数字で見るとおおよそ分かりますが、まず高齢化が一番早く進んでいます。65歳以上であるだけでなく、我々が直面しているのは長寿の問題でもあるわけです。これは大変興味深いのですが、アジアはそれ

ほど豊かな状況ではなかったにも関わらず、日本同様、インドネシア、香港、シンガポール等で、世界の中で最も長寿な国となり、平均寿命は80歳を超えています。我々は豊かになる前に高齢化に直面しているので、これに備える資源・資金（リソース）が少ないということになります。

このように、我々はヨーロッパの国々のような良い状況にはありません。ヨーロッパには高齢化に備えるリソースがあったのですが、我々は高齢化しながらリソースを備えていかなくはなりません。また、長寿化は世界でも直面していますが、特にアジアにとっては問題です。アジアでは家事や家族の世話を女性に頼っており、こうした女性の労働が就労として適切に認識されていないため、男性のように年金ももらえません。こういった女性が男性よりも長寿なので、女性の老後の世話をするのは誰か、ということになります。これはアジアにとってもう一つの問題となります。

政策立案という面で、高齢化に備えられているのでしょうか。ヨーロッパではどのようにこれに準備をしたのでしょうか。まず一つの可能性として、定年退職年齢の引き下げがあります。しかし、退職年齢を引き下げるということは、定年に近づいている人びとが数年待たないと年金を得られないということになり、ヨーロッパでは多くの反対がありました。ギリシャ、フランス、スカンジナビア諸国でもそうです。特に若い世代が反対しました。ババトゥンデ事務局長が先程、世代間の関係について述べられましたが、これも重要な問題です。ヨーロッパでは若い世代が怒っています。そして定年退職年齢の引き上げに反対しています。税金をより多く払いたくない、他

人の親を支えたくないというわけです。アジアの若者にそのように感じてほしくはないので、手遅れになる前にこれに対処しておかなくてはなりません。個人貯蓄を推進し、なるべく若いうちから生涯コストの観点で貯蓄を勧めることです。いったん働き出したら、一生涯に備えて最初の仕事のとときにきちんと貯蓄してもらうことです。そして出生率を引き上げることです。これについてはかなり議論されました。次に移民の自由化です。これにはプラスとマイナスがあると思います。移民の自由化とともに、違う文化を持った新しい人たちにどのように対応していくかについても、政策立案が重要となります。

ヨーロッパ諸国ではこのような対策をとってきました。成果を挙げたものもありますが、うまくいかなかったものもあります。ヨーロッパの経験を全体としてみると、十分に満足のものではありません。しかし、国連が全ての国を取りまとめ、高齢化に関するマドリッド国際行動計画（MIPAA）を策定しました。これは政策立案の3つの優先分野を定めています。1つ目は高齢化と開発、つまり高齢者の生活を守るための基本的ニーズを提供することです。そして尊厳ある生き方を促し、高齢者に対してプラスのイメージを作っていくというものです。2つ目の柱は、健康と福祉です。たとえ最低限なものであっても、健康を、必要不可欠な条項として取り入れていくことです。日本がこれまでに、そして現在も行っている様にです。高齢者の生活の質（QoL）を確保する上で基本的な医療はとても重要です。3つ目の柱は、支援的環境の整備です。つまり、高齢者を自助できるようにしていくことです。個人は、なるべくアクティブに生きていけるよう、個人の責任を果たし、一方で政府がその支援的環境を整備す

るといふものです。また4番目の柱として、実施とモニタリングが加えられています。これは、MIPAAの国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）版である上海実施戦略（S.I.S）から追加されたものです。アジアの国々においては、このような評価メカニズムを入れておくのが良いということになりました。よって政策的な指令も、具体的なものもあります。

またWHOのアクティブ・エイジングの政策的枠組みがあります。これは、アクティブ・エイジングの枠組みの修正版です。少し見てみましょう。

MIPAA & S.I.S. in 2002: addressing diversities in Asia Pacific (4 priority areas & 16 domains+4 policy appraisals)			
Ageing & Development	Health & Well-being	Enabling supportive Environments	Implementation & Monitoring (National Capacity)
1. The challenges & mainstreaming ageing 2. Protection & security against Poverty 3. Integration & participation 4. Positive image 5. Employability & workability 6. The concerns of older women	1. Life course perspective on ageing 2. Quality of life at all ages 3. Quality health & Long-term Care 4. Health care financing	1. Older Persons & the families 2. Social services & communities support 3. Housing & Living environment 4. Non-discrimination 5. caregivers 6. Older consumers	1. National Mechanisms 2. Cooperation: Gov't, NGOS' & other sectors 3. Regional & inter-gov't cooperation 4. Research

まず安全ということ。2つの側面を考えなければなりません。1つは、政府の視点から見て、高齢者にとって安全な環境を整備すること。また、生涯コストの観点から金銭的にも安全な環境を提供することです。それと同時に重要なことは、個人の視点です。若いときから自分たちの安全に留意することが大切です。健康の維持は、生まれた時から個人の責任でもあります。そして、コミュニティに活発に参加することです。この3つが重要な要素です。そして金銭を得られる就業、ボランティア、そして生涯学習等、色々学んで、人のためになることをすることです。阿



藤先生がおっしゃったことが、書いてあります。働ける限り、定年退職年齢は問わず、高齢になっても働いていくということです。

世界は高齢化しています。我々は高齢者をサポートしていかななくてはなりません。社会に貢献する存在として、彼らが受けるに値する積極的な支援を行わなければなりません。高齢者をただ他の人に頼る存在として見るのではなく、プラスのイメージを作っていく必要があります。また高齢者が継続就労できる機会を拡大し、自分から進んで訓練・再訓練を受けられるような環境を整備することです。そして健康でいてもらうのです。皆様は政策立案者ですから、このような説明は不要と思いますが。

我々が取り組まなくてはならないことは、大変シンプルなメッセージを出していくことです。それは、小学校に行くようになった時から、3つのものを蓄えていき、なくさないようにしよう、ということです。まずできるだけ若い時からお金をきちんと貯金すること、そして健康を損ねないことです。生涯コストの観点からも、これは全ての年齢でいえることです。そして一番重要なのは、友人を大切にしようということです。

私くらいの年になると、隣にいる友人が1人ずつ亡くなってしまい、やはり寂しいものです。もっと友人が必要なのです。若い友人を作るのも重要です。若い人より自分は早く死ぬわけですから。またの女性と友達になるの

は重要だと思います。アジアの女性はとてもやさしく、色々世話をしてくれます。

また女性の寿命の方が5、6年長いわけですから、最後になると女性の世話にならざるを得ないので、女性には良くしましょう。ありがとうございました。

モデレーター：

チャン先生、ありがとうございました。この10年間に鍵となる原理原則を雄弁に示していただきました。また重要なメッセージについて、お聞きの皆様も、私同様、共感できたものがあるのではないかと思います。高齢化が必然的に負担をもたらすことは皆が承知しています。そして権利には自己責任が付きものであり、政府任せにはできないこと。貯金をする、健康を守る、友達を守ることが大事だということもご指摘いただきました。そして最も弱い立場にある高齢者、特に年金もなければ、社会保障もない女性に目を向ける必要があります。とりわけアジアをはじめ、途上国においては、高齢化に備える機会の窓が、ヨーロッパ、少なくとも西ヨーロッパと比べて短いため、政策決定者、議員の皆様、まさに今準備が必要だということをお話しいただきました。

続いて、林先生から世界の高齢化について、いったい世界で何が起きているのか、ご参加の政策決定者にとってどのようなことが関連するかお話ししたいと思っています。



林 玲子  
国立社会保障・人口問題研究所（IPSS）国際関係部長

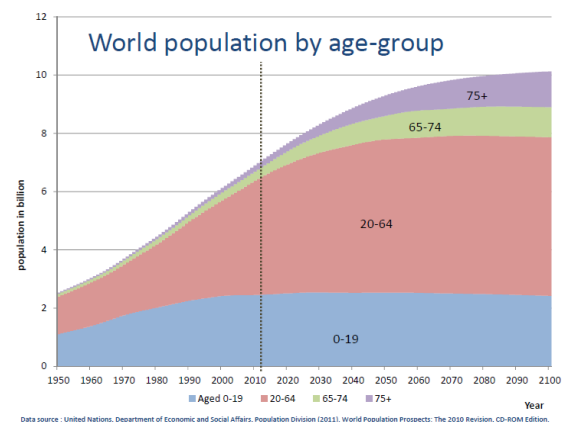
略歴：

東京大学工学士（建築）、東京大学保健学修士、パリ大学修士、政策研究大学院大学博士（政策研究）。セネガル保健省大臣官房技術顧問、東京大学 GCOE「都市空間の持続再生学の展開」特任講師等を経て 2012 年より現職。都市化と人口移動、人口と開発に関する研究に従事。主要論文” Long term world population history – A reconstruction from the urban evidence” により 2009 年度日本人口学会・優秀論文賞受賞。

ありがとうございます。林玲子と申します。阿藤先生が以前所長を務めていらしゃった国立社会保障・人口問題研究所（社人研）の国際関係部長をしています。今は社人研にありますが、その前は、セネガルに合計 4 年在任し、2011 年までセネガルの保健大臣の顧問を務めておりました。日本人の顔をしていますが、世界の高齢化問題について、アフリカの視点からお話したいと思っています。

すでに多くの方々がプレゼンテーションを通して言われたことですが、人口の高齢化は今やグローバルな問題です。例えば、国連では色々な活動が始まっています。チャン先生からご紹介がありましたが、2002 年には高齢化に関するマドリッド国際行動計画が、全ての加盟国によって採択されました。また昨年には、UNFPA が、このセミナーのモデレーター、共催者の方々とともに、世界で最も高齢化率が高い日本、東京で、世界の高齢化に関する報告書を発表しました。ミレニアム開発目標に続く 2015 年以降の開発アジェンダについても、人口変動の中に人口高齢化を含め、議論を進めています。人口変動がこの 2015 年以降の開発アジェンダの柱の一つになるかまだ分かりませんが、高齢化は、人口変動において取り組むべきとても重要な問題の一つです。人口の高齢化は、健康、雇用、環境そし

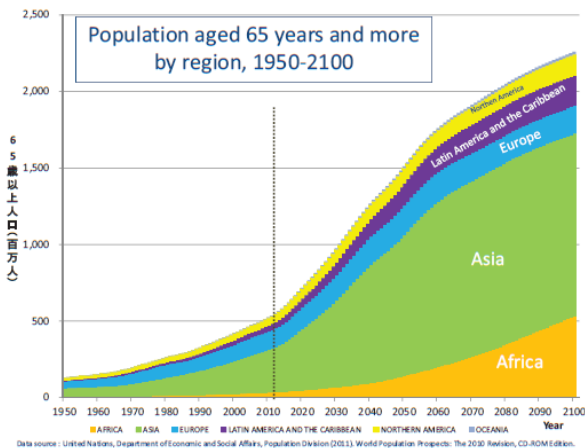
て都市計画等に至るまで、数多くの分野に関連するものです。UNAIDS や UN Women 等が新たに設立されているように、UNAGE と呼ばれる組織を設置して、色々な分野間での協力が必要ではないかという主張もあります。現在は各国連加盟国が国連を通じてグローバルエイジングに関する活動が行われ始めています。



すでに同様の内容が皆様から発表されていますが、年齢別に見た世界の人口趨勢をご紹介します。ご覧いただきますように、年齢層で見ると、2013 年は 0 歳から 19 歳までの若年人口は横ばいです。これは世界の人口分布ですが、若い人たちが増えていないことが明らかです。20 歳から 64 歳までの生産年齢人口が増えており、そして高齢者が急速に増えています。

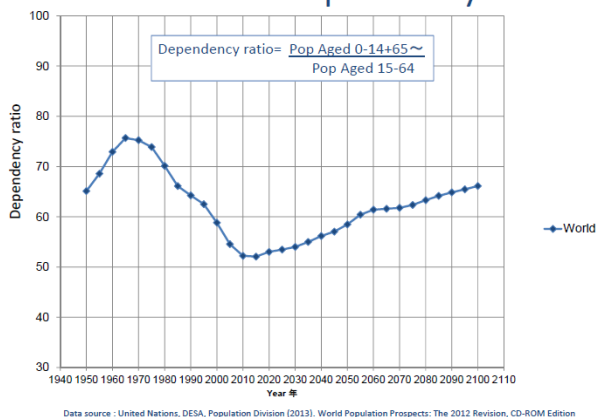
世界の地域ごとにこれを見ていきたいと思い

ます。この図は 65 歳以上の高齢者の人口に占める割合ですが、アジアで増加していることが明らかです。アジアには、人口の多い中国とインドがありますが、その高齢者人口の伸びは地域の中でも特に著しいものです。



次に、ある種単純なグラフですが、今まさに転換点にあることを示すデータをご覧くださいと思います。世界の従属人口指数を表したものです。この従属人口指数とは、生産年齢人口に対する若年人口と高齢者の人口の比率です。従属人口指数が高いところでは、経済的依存者が多いということになります。

### Transition of dependency ratio

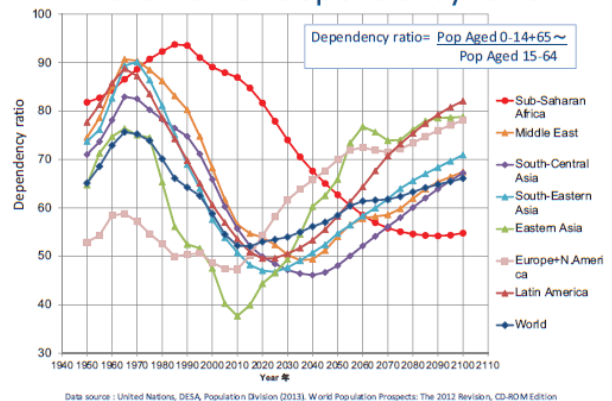


高齢者が扶養されているか否かを問わず、アクティブ・エイジングについて議論していく必要がありますが、議論に際し、この指数が

使われています。1950 年以降、従属人口指数が急速に伸びています。これは出生率が上がり、人口が爆発的に増えたからに他なりません。ところが 60 年代以降、従属人口指数が 2010 年、2015 年まで落ちていきます。今ちょうどこの 2010 年と 2015 年の真ん中にあり、従属人口指数が一番低いところにいます。阿藤先生がお話になった人口ボーナス期を享受すべき時期にあるのです。今後、従属人口指数は増える一方です。今は世界的にも一番良い状況にあるわけですが、今後の高齢従属人口の増加に備えて、対策が必要です。

このグラフは同じく従属人口指数を世界の地

### Transition of dependency ratio



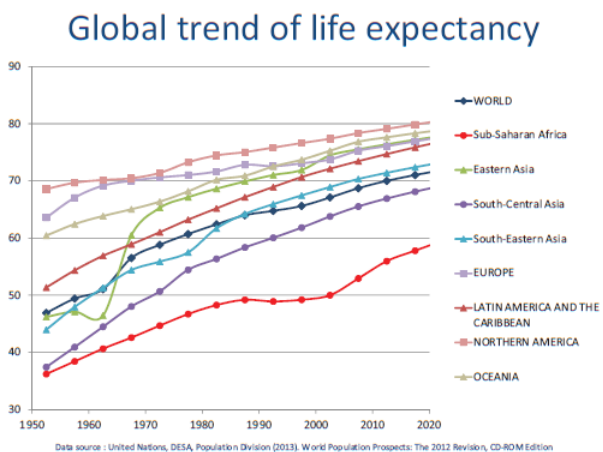
域別に示したものです。グリーンが日本、中国、韓国、日本、モンゴル等の東アジアですが、この地域は、すでに底を打っています。ヨーロッパ、北米も同じです。東南アジアとラテンアメリカの 2 つの地域は、人口動向がよく似ていますが、10 年後の 2020 年ぐらいに底を打つと予想されています。その後、中央アジア、インド、バングラデシュ、ネパールを含む南・中央アジア諸国が、中近東とともに 20 年後、2040 年ぐらいに従属人口指数が底を打つでしょう。

よって遅かれ早かれ、世界人口は、従属人口指数が底を打つことになります。但し、サハ

ラ砂漠以南の国々は別で、現在も依然として従属人口指数は高く、なだらかな低下傾向が今後も続きます。

次に人口動態的な側面についてです。人口動態の面から問題となるのは、出生率、死亡率、人口移動、家族構造です。各ポイントの特性についてお話ししたいと思います。

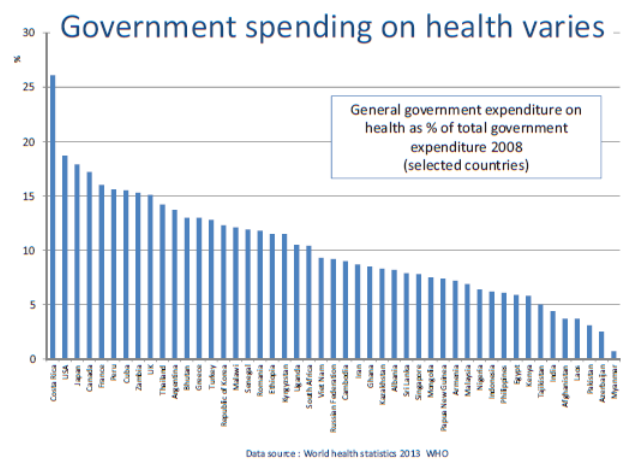
すでにご存じのように、合計特殊出生率(TFR)は、世界の全ての地域で下がってきています。出生率と高齢化問題に関して、高齢化の原因としては平均寿命の伸びが挙げられますが、それ以上に重要な要因は出生率の低下で高齢化に寄与するのは出生率の低下なのです。これは1950年から2000年までの日本の高齢者人口割合の変動です。合計で12.4%の増加が認められますが、低出生率による寄与割合が5%で平均寿命の伸びによる3%よりも上回っています。高齢化と低出生率、このバランスをどう取っていくのかが大きな課題になります。



次の図は、死亡率、反対に言えば平均寿命ですが、この平均寿命の推移を地域ごとに見たものです。この70年間の傾向として、世界のどの地域においても平均寿命が伸びています。

ところが平均寿命が延びるに従って色々な疾病が増えます。これを疾病の二重負担と呼んでいます。新興・再興感染症、例えばエイズ、マラリア、結核、さらに「顧みられない熱帯病」等の感染症と、非感染症である癌、心臓発作、脳卒中、糖尿病等の慢性疾患の両方共が問題となっている状況が途上国において顕著です。例えば北側諸国よりも途上国において糖尿病による死亡率が顕著で、深刻な問題になっています。

また保健医療関係の政府支出に大きな格差が見られます。このグラフは、政府総支出に占める保健分野への支出割合を示したものです。今日はコスタリカの代表の方はおみえではないようですが、この国では政府支出の4分の1が保健医療向けです。保健医療にどれだけの予算を割くかは、国によって異なり、各国の意向次第となります。



世界の高齢化を考える時、もう一つ重要なのが人口登録です。例えば、どれだけの人たちが何の原因で死亡しているのかを把握するためには、死因を含めた死亡届が必要です。この図は、死亡登録がどれだけなされているかを国別に見たものですが、普遍的な登録制度を持っていない国がまだ多いことが分かり

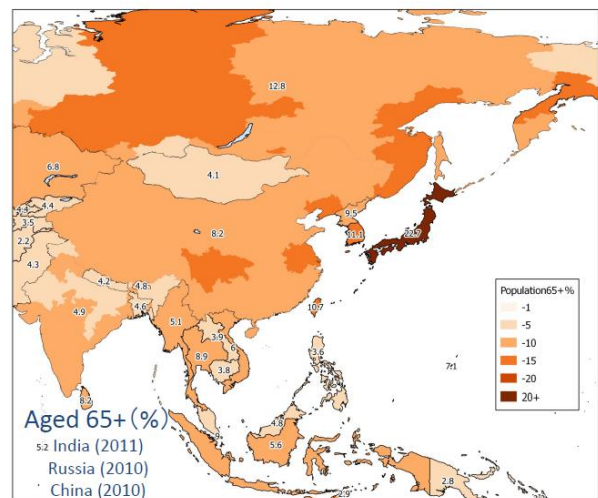
ます。出生届も重要で、子どもの就学に必要ですし、住民登録も重要です。それから国民皆保険ということになると、保険に加入するには一定の登録制度が必要です。こうした基本的なガバナンスにおいて、やるべきことは、まだ多くあります。

人口移動に関してです。国際人口移動は、1990年から2010年へ増加が見られます。世界の高齢化に伴い、若く優秀な人材を求めて一種の国際競争が起きています。高齢人口の多い国は、熟練した人材を海外に求めます。送り出し国にとってみれば競争による頭脳流出が予期されるわけです。この問題の解決にはどうしたらよいのでしょうか。国際移動を阻止し、制限したりしても解決策にはなりません。グローバル化に伴って、コミュニケーションも、交通手段も安くなった現在、人の移動を止めるのは容易なことではありません。帰還移動や還流移動を推進すべきでしょう。海外に行って高等教育を受け、経験を積んだ若者が後に国に戻り貢献するということもあると思います。また例えば、海外に出稼ぎに行った労働者の本国送金額は、今では国際援助額を上回っています。これは大変重要な点です。また海外出稼ぎ労働者が習得した技術が本国に導入されていることも分かっており、地域や国の発展に大きく寄与しています。若者に雇用の機会を与えると同時に、彼らのニーズを満たすことも、各国にとって重要なことです。

2つ目は、国内の移動です。都市化ということかもしれませんが、今では世界人口の半数以上が都市部に住んでいます。これは、農村部から都市部への国内移動、とりわけ若者が、高等教育や雇用を求めて都市部に移動することが背景となっています。どの国においても、

若い人たちが都市に住んで、高齢者が農村に取り残されるという構図が見えます。

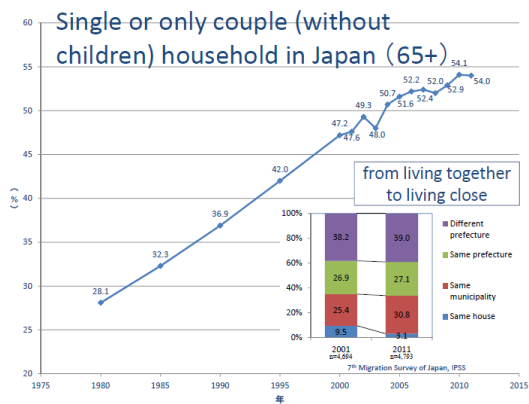
この図は高齢人口比率を国別に見たものですが、これをさらに州や省、県に落とし込むと、州や省、県の間で違いが出てきます。このような国内での格差、というより差異を見て、正しい政策を打つことが大事です。



最後になりますが、家族の問題についてお話ししたいと思います。これはセネガルで撮った写真です。真ん中にいるのがおばあさん、息子が今家長です。奥さんと子どもたち、兄弟姉妹です。大家族のハッピーな写真ですが、この地球規模の中でこの大家族システムをどこまで続けられるのでしょうか。この表は、60歳以上の高齢者のうち、単身で暮らす人たちの割合です。1人暮らし、または子どもなしに夫婦だけで暮らしている高齢者です。割合の少ないアフリカでも20%がそのような暮らしをしています。アジア、ラテンアメリカは30%近くを占め、高齢者の3分の1が単身または子どもなしの夫婦で暮らしています。ヨーロッパ、北米ではさらにその割合が高く、世界全体のおよそ40%の高齢者が単身で生活していることとなります。家族構造が



急速に変化しており、この新しい状況にも応えていかなければなりません。



このグラフは、独居暮らしまたは子どもなしで暮らす高齢者の、日本での割合の推移です。30年前には28%でしたが、今は高齢者の半分以上が1人または子どもと別々に暮らしているということになります。ここで是非見ていただきたいのですが、2001年には9%だった親子同居の割合が、2011年になると大幅に落ち込んでいます。一方、同期間に子どもたちが近所に暮らす傾向は25%から30%に増えているのです。同じ屋根の下に暮らさなくても、そばに暮らしていれば孫にも会えるし、

また高齢の親をみることができる点でも安心だということになります。高齢化に伴って日本人の暮らし方が変わってきているというわけです。こうした動向を常にモニターして、より良い政策を提案することが超高齢社会の課題であると思います。ありがとうございました。

モデレーター：

林先生ありがとうございました。3つのプレゼンテーションを行っていただきましたが、数多くの政策上のご提言、また国際的、地域的な枠組みについてもお話がありました。高齢化が国際開発アジェンダのトップに、また、2015年開発アジェンダの一つにも据えられるよう図ることが必要です。高齢化は、単なる出生率や保健制度の問題でなく、学術的な取り組みがまさに必要であるというメッセージをいただいたと思います。医療保険制度、データ、登録の問題、人口移動、都市化、教育、労働、そして家族支援制度についても考えていくことが必要です。高齢化問題に取り組むためには、包括的な政策アプローチが必要です。



## 討 議

議長：

アルブレクトセンさん、ありがとうございます。3人のスピーカーの方々にもお礼を申し上げます。私が思うにこのトピックは、季節で言えば秋、冬に当たるようなものであった気がします。今朝のお話は大変興味深く、そして我々全員にとって大変意味のあるものであったと思います。これから討議を始めさせていただきます。色々なご質問、ご見解もお待ちしておりますので、皆様からお聞かせいただきたいと思います。

パルチャンドラ・ムンゲカー議員（インド）：インド国会議員のムンゲカーと申します。演者の皆様、素晴らしい発表をありがとうございます。高齢化人口にどのように対処していくか、その様々な課題について伺いました。ここで、我々の意図に制約を課すもの、目標の実現を困難にしている重大な問題をいくつか指摘したいと思います。これまで議論されてきた問題は、理論的、実際の、経験的な問題であり、それに関するいくつかの対処法が議論されていますが、私たちが導入すべきと提案した政策への制約についてお話しさせていただきます。

例えば、ポスト・ワシントン・コンセンサスです。ワシントン・コンセンサスは、全ての国々にとって義務的なものです。これによって国の経済的な役割を縮小し、例えば財政赤字を是正しようというものです。1つ前に出てきたグラフでは、多くの国でこの支出が5%から10%に増えています。インドは、独立後65年を経て大国となりましたが、医療費支出は4%を超えていません。よって、世

銀やIMFが途上国の政府支出政策に課している制約をどのように排除するかということに合わせて、これらの問題に対処していかなければなりません。

2つ目に、高齢化の進んでいる国や、1人当たりの収入が少ない国の従属人口指数です。例えば欧米では夫婦だけの世帯が大体75%ぐらいですが、アジアではわずか25%ぐらいです。従って、大きな問題は、世界の所得が不平等に分配されていることです。最新のIMFの報告によれば、世界人口の10%が豊かな国に暮らし、世界の富の60%をコントロールしています。そして最も裕福な1%の人が世界の富の25%を支配しています。こうした状況は、高齢化の問題に対処する上で、途上国の制約となっています。

3つ目ですが、この開発プロセスは、女性に対して偏見的なものになっています。高齢化の問題を話す時には、ジェンダーに中立的な議論はあり得ません。世界を見ていて、一国の例外もなく、内在的あるいは暗黙の偏見があります。意図的でないにしても、女性に対する潜在的な偏見があり、この問題に取り組む必要があると思います。

4つ目に、この世界の多くの支出は、軍拡や鉱物等の資源に対して向けられています。たとえ0.5%や1%であろうと、この目的に世界の所得が充たされているのだとすれば、先進国や国連は、高齢化の問題に対処する貧しい国々に大きな支援の手を差し伸べるべきであると思います。

議長：

どうもありがとうございました。グローバルな影響に関するインドの方のご指摘に関して、コメントをされたい方はいらっしゃいますか。ではチャン先生お願いします。

アルフレッド・チャン教授：

私から少しコメントさせていただきたいと思います。確かにおっしゃるとおりだと思います。インドの議員の方がおっしゃった大変重要な問題点に関しては、私たちのような小さなパネルで提言できるというより、やはり国連全体が、これから吟味していかなければならないトピックだと思います。

所得分配に関してですが、各国が、それぞれ国連の指示に従って、どんな小規模なものであっても、生活に必要な生活の糧を全て提供していく必要があります。国の資源が不均衡に所有されている場合もあるでしょうが、そうした資源をより公平に再分配する方法を見つける必要があります。簡単な答えはありませんが、確かにそれぞれの国の政府が、国情に応じて政策を考えていかなければいけない点です。

また、高齢化問題におけるジェンダー・バイアスへの取り組みの必要性についても、おっしゃるとおりだと思います。ただ、私の発表の中で申し上げましたように、アジア太平洋地域は、女性問題、また高齢者の女性の問題に関して特に注意の目を向けています。家庭内においても女性がその役割を果たしていますが、家庭に縛られて、十分就業の機会が得られず、福利厚生が得られていない状況もあります。アジアの大半の国では、最終的にはやはり男性よりも女性の高齢者が増えていきますので、私たちは、本格的に女性そして母

親を大切にしていける必要があるわけです。女性のおかげで男性も誕生しています。高齢者の女性が質の高い生活を送れるようにしていかなければならないと思います。

阿藤誠 IPSS 名誉所長：

西洋社会、そして日本を含む伝統的な社会では、ジェンダー、いわゆる性別による差別というものがありました。西側諸国においても、このような文化的な価値観をジェンダー平等なものに変えるのに数年かかりました。日本もまだ、性差別のない平等な社会にしようと取り組んでいます。この問題は特に出生率の問題ともかかわります。インドの場合は特にそうです。性差別というものがあって、女性が出生や結婚について自分の意思を持つことができません。日本でもそれとは問題が違いますが、女性が仕事と結婚・出生を両立していくのは難しいことです。一方で一般に男性は、妻の行動や意見に左右されることなく、1人で自分の人生を決められます。これが日本では低い出生率へと繋がってしまっているのです。我々は政策の中で、よりジェンダー平等な社会を築くことをうたっており、出生率を変えようと取り組んでいます。

議長：

ありがとうございました。先程質問なさった方から、質問の内容について再度コメントがあります。

パルチャンドラ・ムンゲカー議員（インド）：  
私たち抱えている問題は、色々な意味合いを持っており、必ずしも答えを得ることは容易なことではありません。しかし、やはり世界的に考えていかなければならない問題です。私が問題点を指摘させていただきたいと思うのは、欧州の国々においては、北欧の国を含



め、社会福祉分野の支出削減をせざるを得ない状況になっているからです。人びとの不安も大きくなっています。格付けの機関も、財政赤字が0.1%を超えると格下げを行い、IMFや世銀は融資をしにくくなるからです。そこには、サイズ、年齢、身長、あらゆる点が違うにも関わらず、一つのジャケットしか用意されていません。どのような問題があっても、世界規模での制約がかけられてしまっているのです。全てがあまりにもひとまとめで対処されているのです。ありがとうございました。

議長：

世界はワンサイズではないということですね。それぞれの国が色々な制約を課せられています。各国がそれぞれ人口動態において独自の体験をしている中で、全てに適応する解決策はありません。世界の国々の様々な違いに留意してほしいとおっしゃっているのも、そのためであると思います。欧州の事例をアジア諸国と比較することはできません。今後プレゼンテーションやご発言を行われるときに、そのような点も踏まえて是非お話しいただければと思います。では、次にカザフスタンの方どうぞ。

サマコバ・アイトクル議員（カザフスタン）：今日のアジェンダは、全ての国が懸念を持っている大変重要な課題を取り扱っています。高齢化が進んでおり、高齢者の役割を変えていかななくてはなりません。人は単に長生きするだけではなく、より良い人生を歩み、満足できるような人生を歩むべきです。先程、林玲子先生からお話がありましたように、マドリッド国際行動計画というものがあり、高齢化に伴う色々な問題に対処していこうとしています。今回この会議が日本で開かれている

ことは、大変素晴らしいことです。というのも日本の平均寿命は世界で最も高く、83歳に達しようとしているからです。

カザフスタンの高齢化についてお話ししたいと思います。カザフスタンもまた、現在高齢化社会をむかえつつあり、65歳以上の人びとの割合が人口の7%になろうとしています。7%というのは、若い人よりも高齢者が増えてくるということを意味します。カザフスタンの平均寿命は、現在69.6歳です。しかし、2020年にはこれが75歳になると思われます。今日は色々な視点からお話を伺いましたが、カザフスタンにとって大変有意義で参考になるお話でした。

議長：

カザフスタンの経験をお話しいただきありがとうございました。このセッションはディスカッション・セッションです。どなたでも参加していただけますので、是非ご見解を述べていただきたいと思います。今回の発表者のご指摘に関してでも結構ですし、講演をされた方々からも何かありましたらお願いしたいと思います。

アンディ・デウィ・ヤンティ議員（インドネシア）：

私はインドネシアの国会議員でIFPPDのメンバーでもあります。同じアジア太平洋地域から参加されたチャン教授のお話に大変関心を持ちました。発表の中で世界の人口についてのお話がありましたが、現在インドネシアの人口は中国、インド、アメリカに次いで世界第4位です。2050年には、インドネシアの人口は世界第7位になると予想されています。その意味では、インドネシアで産児制限が成功し、人口抑制ができているのはとても良い

ことだと思えます。しかしマイナス面もあります。それは平均寿命が短く、多くの高齢者が亡くなっていることです。産児制限が成功して、実際に総人口で7位になることを願っています。人口推計では、来年2014年に、我々の平均寿命が72歳になると考えられています。3年前の2010年には平均寿命は70歳でしたので、予測では少し延びています。

チャン教授はアジア太平洋高齢化研究所というところにいらっしゃるようですが、アジア太平洋における人口増加指数についてお話ししていただけますか。また、2050年にアメリカとアフリカの人口が急増すると言われていますが、この点についても先生の予測をお聞かせいただけますか。

2つ目の質問として、チャン先生は女性の平均寿命が上がるとおっしゃっていますが、このような状況での提言をお聞かせください。つまり、女性のほうが長寿ということですが、我々は国会議員として、どのような法律や政策を作って対処していけば良いのでしょうか。

議長：

チャン先生お願いします。

アルフレッド・チャン教授：

議長、そしてインドネシアの先生、ありがとうございました。まず、米国とそしてサハラ砂漠以南の人口の増加に関してお答えします。国連と米国の国勢調査をダウンロードしましたが、今手元にありませんので、詳しく申し上げることはできません。ただ将来的に興味深い点がありますので、それを皆様にご紹介したいと思います。2015年頃から、世界中で寿命が低下していきます。なぜなら、現在児童の肥満の問題が大きくなっているからです。

過食によって、寿命が短くなっていきます。肥満が非感染性疾患（NCD）の最大要因の一つとなると見込まれます。WHOのデータをご覧になっていただければ、より詳しく分かりますが、大雑把な予測を言えば、2050年頃から、若い頃からの肥満が原因で、死亡年齢が早まるでしょう。米国も、他の地域も同様で、人口の減少が見られるようになるでしょう。これが最初の点です。

次に2つ目のご質問に関してです。私たちはどうやって女性の高齢者を守ることができるかということですが、アジア太平洋諸国の政府は、家内労働とパートタイムを労働として認めるようにできるのではないのでしょうか。そうすれば、そうした労働も年金に加味されるようになり、女性にも保障がもたらされることとなります。また女性には遺族年金制度がありますが、アジアの多くの国でこれがまだ導入されておりません。夫が亡くなった後、遺族年金制度がないために、年金を受けることができないのです。よってこの遺族年金のような制度を設けるのも良い考えだと思います。国によってはもうすでに導入している国もありますが、このようにして女性の高齢者を守ることができると思います。

議長：

チャン先生、ありがとうございました。年金に関して私から少し申し上げたいと思います。マレーシアでは、夫が亡くなった後には遺族年金制度がありますので、妻に年金が支払われるようになっています。そして未成年の子どもたちにも遺族年金が渡されます。では次の方どうぞ。

アンディ・デウィ・ヤンティ議員（インドネシア）：

インドネシアでは、夫が死亡すると年金は妻に移行します。両方が死亡した場合、21歳以下の子どもがいる場合は、年金が子どもに移行されます。

議長：

ありがとうございました。ザンビアの方お願いいたします。

ボニフェス・ムタレ議員（ザンビア）：

ザンビアの国会議員で、ザンビア人口開発議員連盟（ZAPPD）の副議長をしています。発表者の皆様ありがとうございました。大変参考になりました。この会議に参加するのは初めてですが、これまでの発表から色々なことを学びました。ここでザンビアに関係する点を少しお話ししたいと思います。

ザンビアの人口は増え続けています。1980年には560万でしたが、2010年には1300万人になりました。2000年から2010年の10年で32.4%の人口増加となっています。年齢構成、つまり高齢化しているか、若年化しているかといえば、国勢調査ではザンビアの人口はまだ若いです。人口ピラミッドの中で、若者が増え、高齢者の人口が減っています。人口の大半は若い人たちですので、65歳以上の高齢者は5%未満と推定されています。2000年には65歳以上の高齢者の割合は2.7%でしたが、2010年に2.6%に下がりました。農村地域の65歳以上の高齢者の比率は、2000年の3.5%から、2010年には3.2%に下がっています。一方都市部では、2000年に1.3%、2010年に1.8%となっています。

我々の課題として、ザンビアでは大体55歳

で退職します。現在は65歳まで定年退職年齢を引き上げようとする提案がありますが、若い人にとっては、高齢者が仕事を手放さないことが問題となっており、混乱が起きています。若い人は、自分たちが雇用の機会を失っているのは、高齢者のせいだと言っているのです。一方高齢者には、HIV/エイズの問題が負担になっています。HIV/エイズで両親を亡くした若者たちの面倒をみなくてはならないのです。これらをどうバランスをとっていくかということが課題です。アフリカ、特にザンビアでは家族の絆がまだ大切にされていますので、自分たちの親戚の子どもの面倒もみなくてはなりません。このような中で若い人は高齢者と職を争っています。こうした問題に、どのように対処していけば良いのでしょうか。

議長：

ザンビアの先生ありがとうございました。今の件に関してコメントいかがでしょうか。

林玲子 IPSS 国際関係部長：

コメントをお聞きして思い出したのですが、人口問題においては、まだまだ色々な問題が混同されているのではないのでしょうか。私は疾病の二重負担の話をしました。人口に関しても、サハラ砂漠以南地域では、アジアやラテンアメリカと比べて異なる、特別な文脈があります。例えば出生率が下がってきているといっても、全体的に見ると出生率はまだずいぶん高く、統計ではTFRが5です。よって家族計画のニーズがまだあります。それと同時に、二重の負担があります。高齢者の介護の問題に加えて、休職中の若者も増えており、世代間の対立、世代間の競争があります。

ザンビアの方から HIV/エイズについてのお

話がありました。議長からもありましたとおり、今日は約 40 カ国の議員の先生方がお集まりになっていますが、それぞれの国がそれぞれ特有の問題を抱えているのです。今日こうしてお互いの見解を分かち合うことは大変価値のあることではないかと思えます。同時に、解決策を見出すということはいつも大変難しいことですが、私が申し上げたいことは、まず状況を把握することの必要性です。それには、先程申しましたように登録が必要であり、統計が必要であり、あらゆる種類のガバナンスのシステムを整備することが必要です。そうしてこそ、それぞれの問題を明らかにし、解決策を見出すことにも取り組めます。私から申し上げることができるのは以上です。

アルフレッド・チャン教授：

若者と高齢者の労働構成についてです。皆様に申し上げたいのですが、今では、EU の指導的研究者であるコーラン・ワーカー（Koelner Walker）教授が率いた研究結果が明確な指針を示しています。教授は、この 15 年間にわたり欧州連合で高齢者の就労について研究を進めてきました。あらゆる研究成果から明らかになっているのは、やはり政策によって、若者と高齢間の対立が起きているということです。対立の原因は、雇用自体にあるのではなく、雇用のされ方にあります。教授は高齢者の志向という点を取り上げています。フルタイムではなく、元の職をパートタイムで、例えば週に 2、3 回だけ続けたいというのが高齢者の志向です。つまり収入を得るためというより、若い見習いの人たちをサポートするために働きたいということなのです。多くの高齢労働者が、若い労働者のトレーニングのために職に留まっていることが、ヨーロッパの研究で明らかとなっています。政府の政策次第で、こういったパートタイムの仕

事の有益性が、フルタイム雇用よりも下がってしまうのです。色々な手当てや給付は、フルタイムに関連するものについており、パートタイムにはつきません。よって、雇用政策をきちんとみて、高齢者の就職も奨励し、世代間の就労の問題に対処することが重要だと思います。

議長：

ウガンダの方お願いいたします。

マチアス・カサンバ議員（ウガンダ）：

パネリストの方々にまずお礼を申し上げます。多くのことが勉強になりました。一番の課題としては、高齢化に伴い社会の人口再生産能力が低下していくことだと思います。生産年齢人口の高齢化が進む中で、生産水準をどのように維持するか、主要製造セクターを維持するために必要な労働力をどのように埋めていくかについて、人口移動の動向や、具体的な国の政策、法制度に関心を持っています。

議長：

どなたか、端的にお答えいただけますか。

阿藤誠 IPSS 名誉所長：

高齢化社会においては、若い労働者、特に男性労働者が減っていく中で、女性、高齢者、そして移民労働者が必要となってきます。同時に、当然のことながら国際人口移動政策を変えていくことは大変難しいことです。政策変更には色々な障壁があります。しかし、高齢化が非常に進んでいる社会においては、若年の労働層が必要です。そしてこのような若者を国内で確保するのが難しい場合は、海外からの協力を必要としています。

林玲子 IPSS 国際関係部長：

人口移動の問題については、先程手短に述べましたが、例えば国連が 2000 年頃に、人口の減少を海外からの移民で補充するという補充移民（replacement migration）を取り上げたことがあります。当時日本でも議論しましたが、社会的状況を考えると日本の場合には現実的ではありません。しかし最近、国際人口移動に関する会議を開いたところ、私自身大変驚いたのですが、日本の世論はこの移民を基本的な政策として考えるようになっているのです。移民については、社会的な統合も考えていかなくてはなりません。例えば昨日、安倍首相がラオス、ASEAN 諸国の人びとのビザに関して新しい政策措置を発表しました。

しかし、国際移民の促進と言っても、若年層の数には限りがあり、競争もあります。先進国は、単純労働者ではなく、熟練労働者を求めているのです。このようにより良い社会的な統合の必要性もあります。人口減少を補うために、国際移民を十分雇用するだけでなく、減少する人口に対応しながら、移民の統合も考えていかなくてはなりません。これが、日本の試みていることですが、他の国も状況は同じだと思います。

議長：

スピーカーの方々、ありがとうございました。モデレーターの方にもお礼を申し上げます。そしてご参加の皆様ありがとうございました。



## セッション2

### 人口の高齢化と健康寿命





## セッション2

モデレーター兼セッション議長：ポール・チビング議員  
保健・人口委員長 マラウイ

---

### 略歴：

1987年マラウイ・カレッジ・オブ・ヘルスサイエンスにて臨床医学分野の高度専門士学位取得。臨床医として公立病院に12年勤務した後、2009年国会議員に当選。保健・人口委員長および法務委員会メンバー。保健に関するアフリカ国会議員委員会のネットワーク理事、人口と開発に関するアフリカ議員フォーラム創設メンバー

---

マラウイの国会議員ポール・チビングです。マラウイにいらっしゃったことがない方も多いかと思いますが、我が国はアフリカの南部にあり、西側をザンビア、東側をタンザニア、南東側をモザンビークと国境を接し、そのちょうど真ん中にあります。人口は1500万人です。

このセッションは、「人口の高齢化と健康寿命」という題で3人の発表者がいらっしゃいます。

それでは、橋本英樹先生から、最初の発表をお願いします。



略歴：

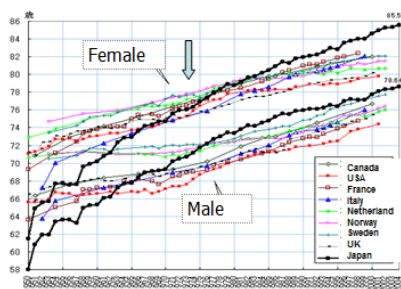
東京大学医学部医学科卒、内科研修・勤務を経て 1999 年 Harvard School of Public Health にて公衆衛生学博士号取得、同年より帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講師。2004 年東京大学医学部附属病院医療経営政策学講座客員教授、2007 年より同大学院公共健康医学専攻教授。専門は公衆衛生学・医療サービス研究

ありがとうございます。皆様日本へようこそいらっしゃいました。今回発表の機会をいただきましたことを、大変光栄に思います。そして我々の経験、日本の経験を皆様と共有することは、我々の責務だと思っています。人口の高齢化、それが日本の将来にどういう影響を与えるのかということは、皆様にとってもご参考になると思います。そして皆様から色々なご経験もぜひお聞かせいただき、勉強させていただければと思います。

衆衛生教育と検診が普及したことです。第三に、国民皆保険制度が達成された結果、効果的な薬物治療が行き渡ったことです。これが日本からの一つ目の教訓です。

長寿は、高度医療というより、経済、公衆衛生、社会保障制度等のプライマリー・ケア・システムに関わることです。これは、『ランセット』の Research Team により 2011 年に発表された 2007 年の推定に基づくものです。日本では今も非感染性疾患の原因として、男性の場合は喫煙が、女性の場合は高血圧が最大の要因となっています。つまり、日本においては、こうした生活習慣に関連するリスク要因を管理できれば、さらに状況を改善していくことができるでしょう。ここでもまた、先進医学ではなく、予防介入が実現のカギを握るということです。

Life expectancy in Japan and Western countries



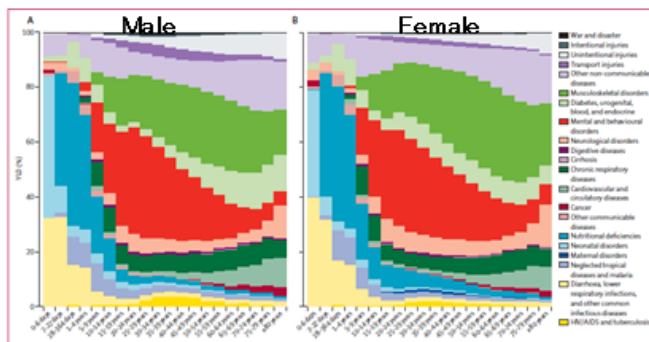
こちらのスライドをご覧ください。日本は世界の中でも、最も長寿命であり、約 40 年前の 1970 年代にこの状況に達しました。その 1 つの要因は、脳血管疾患で亡くなる人の数を大幅に減らすことができたことです。その時代は脳血管疾患で亡くなる方が多かったのです。これは先進医療を取り入れたというよりも、他の 3 つの要因が挙げられます。第一に、経済成長による住宅と栄養の改善です。第二に、公衆衛生制度が更に充実し、公

そしてこのような奇跡と言える状況を実現することができますが、他方で、長寿に関連する他の問題、例えば障害を持って生活をする期間が長くなる、という問題が出てきます。疫学をご専門とされる橋本修二先生が、このような研究結果を出しています。寿命のうちどれくらいの年数を、障害を負って生活するか、そしてどれくらいの年数を健常者として生活できるのかということです。寿命が延びれば、それだけ障害を抱えて生活する年数も

延びます。特に女性について言えます。どうやって健康体で長寿を迎えることができるのか、特に女性の場合考えていかなければならないのです。

## Cause of disability;

### musculo-skeletal conditions among the elderly



Vos, et al. *Lancet* 2012; 380: 2163–96 Fig. 2

このような問題がなぜ生じているのか、これもやはり昨年『ランセット』チームによって出されたデータですが、後期高齢段階においては、緑色で示されている筋骨系の疾患が高齢者の障害の主要因となります。また機能障害の原因としては、日本もそうですが、脳血管疾患、心疾患、神経疾患があり、一過性のものを含め、これらが機能低下を引き起こします。神経疾患については、認知症が高齢化の新たな問題となってきており、進行性の機能低下を引き起こします。また、骨格筋の状態も大変緩やかにではありますが、進行性の低下が見られます。こうした機能低下の種類に応じて、適正な選択を行い、あるいは予防策を講じて、これからの高齢者の自立を保障していく必要があります。

機能低下の予知因子についてはすでにメタ分析が行われています。それは多岐にわたっており、認知機能障害、鬱、失明、その他身体的状態、さらには、生活習慣に関連するもの

として、身体活動、栄養状態、喫煙があります。3 つ目のグループは環境的な因子で、歩行支援環境、安全性、社会的排除や孤立、公共交通機関や公共施設へのアクセシビリティです。よって医療分野だけに関係しているものではありません。機能低下は、保健医療の分野、教育、土木工学、その他の政府の各部門も協力をしていかなければならない問題なのです。共同作業を通じて、環境上、生活上、そして臨床上的状況を解決していくことができるのです。

もう 1 つ重要な要素は家庭の経済状態です。これは、近藤先生が日本の農村部について行った調査結果です。縦軸が要介護率を表していますが、どの年齢層でも、収入水準が低いと、要介護率が高くなっています。機能低下は、経済による影響を受けることがわかっています。

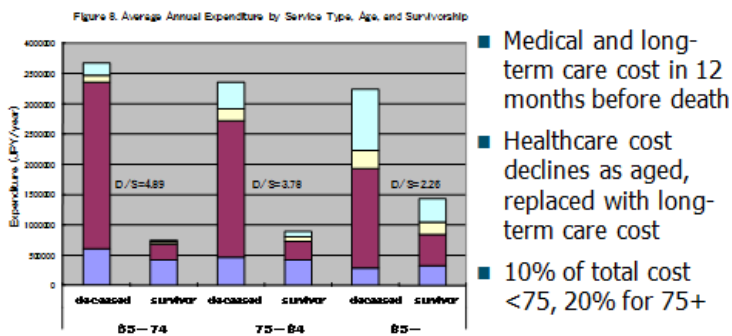
日本では、1961 年に国民皆保険制度が設けられ、社会保障制度の中で特に高齢者のヘルスケアの不平等に注意が払われています。75 歳以上の高齢者の医療費は、半分が税金によって、1 割が自分たちの払う保険料、そして 4 割がその他の健康保険で賄われています。また低所得の高齢者の医療費の自己負担額は 1 割にまで引き下げられています。

最近の調査によれば、自己負担 1 割の対象である 70 歳代の世帯には、この自己負担制度が健康状態に好影響を与えていることが明らかとなっています。

2000 年に設置された介護保険制度は、社会的に連帯を図ることによって高齢者の介護負担を背負い、慢性医療サービスの一部に取って代わるものです。これは税金と保険料の支払

いによってカバーされています。この介護保険制度は現在、高齢者の公的介護の利用の点でとてもよく機能しています。

Cost to die



Hashimoto, Horiguchi, Matsuda. 2010 Int J Environment Res Public Health

14

最後に私から高齢化に関してご覧に入りたいもう1つの要素は、亡くなるに当たっても費用がかかるということです。これは、亡くなる前1年間に使われた総額を試算したものです。日本円でおおよそ400万円、米ドルで4万ドルくらいの金額になっていますが、各年齢層ともほとんど同じです。

しかし高齢化には、いくつか明るい部分もあ

ります。すでに清家先生からお話があったかと思いますが、あるいはこれからあるかと思いますが、まず日本では、就労している高齢者がかなり多いという事実です。そして高齢者が働くことによって、健康も影響を受けます。

我々の研究チームによる最近の調査では、就労による健康へのプラスの影響と、退職によるマイナスの影響が明らかになっています。退職後の認知能力に大幅な低下が認められません。定年退職後の社会活動グループへの参加等の積極的な社会参加が、機能維持に有効です。

このように、私たちが学べる1つの教訓は、ハイテク医療ではなく、公衆衛生や経済社会政策面における努力が、人びとの健康を支えるということです。

高齢化には、障害を抱えて生活する年数が長期になる等、新たな問題が生じるため、こうした機能低下を予防して高齢者の自立した生活を支えるために、さらなる評価や政策介入が必要となるのです。どうもありがとうございました。



森臨太郎  
国立成育医療研究センター研究所成育政策科学研究部長

略歴：

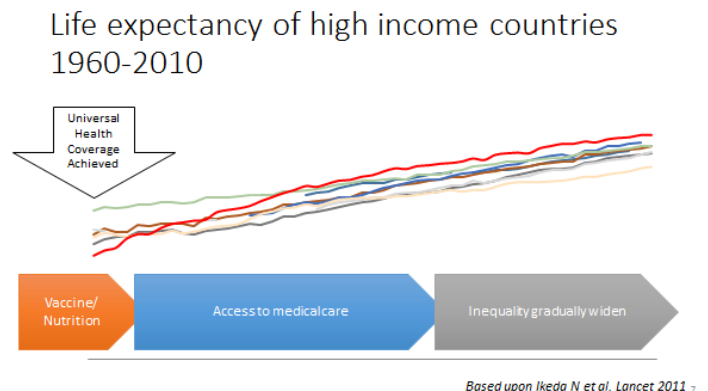
1995年岡山大医学部卒、同大学院博士課程修了。03年ロンドン大学熱帯医学・公衆衛生学大学院で疫学修士を取得。07年に英国小児科学会フェローに選出。07年に帰国し、大阪府立母子保健総合医療センター（大阪府和泉市）企画調査室長に就任。世界保健機関に出向して、北海道洞爺湖サミットやアフリカ開発会議において、グローバル・ヘルスの政策策定に携わる。10年4月東大医学系研究科国際保健政策学准教授、一般社団法人国際母子保健研究所・所長を経て、12年4月より現職。日英両国の小児科学会専門医。

小児科医の私が高齢化についてお話するのは少し変な感じがしますが、健康寿命について、そして健康寿命を考慮した持続可能な医療の実現についてお話させていただきます。

今までにまだ取り上げられていない点を中心に話したいと思います。今日、私が皆様にお伝えしたいメッセージは2つあります。1つはグローバルな連携という観点で、皆様の国だけでなく、日本のためにも必要だということです。武見先生、そして橋本先生もおっしゃっていたように、日本は国民皆保険をかなり早い段階で導入し、この政策によって皆が医療を受けることができるようになりました。この政策はとても成功しています。しかし現在の問題は、医療の質です。診療の質のためにはグローバルな連携が必要です。これについては後程理由を述べます。2つ目は、世代を超えた観点です。今は健康寿命について話していますが、強調したいのは、健康寿命に関しては、女性と子どもについても考えなくてはならないということです。この理由についても後で述べます。

健康寿命については、この2つの点を考慮しなければなりません。グローバルな観点と世代間の観点、これが健康寿命に絶対必要です。

高齢化は財政的問題でもあります。これは他のセッションでもすでに話がありましたので、詳しくは述べませんが、これも大きな問題です。社会保障費は、最近大きく伸びています。今までのセッションでも取り上げられましたが、これは日本における1964年から2010年までの社会保障費を示しています。



これは、高所得国における寿命を表したものです。赤が日本です。1960年から2010年までにかかなり寿命が延びています。今朝武見先生や橋本先生がおっしゃったように、なぜ日本の寿命が延びたのかということについては、詳細な分析が行われており、3つの分野に分けて考えることができます。

まず第二次世界大戦以降、1960年代初頭までの平均寿命改善の最大要因は、子どもの死亡率の低下です。特に公衆衛生への介入、感染

症、栄養の改善によるものです。先程述べたように、1961年に国民皆保険が実現されました。これによって臨床医療を含め基本的なケアを日本中に普及することができました。今朝、武見先生のお話にもありましたように、これにより大人の死亡率も大幅に改善されました。その背景に社会の平等があることは、武見先生がすでにご指摘のとおりで、これが平均寿命を延伸させたもう一つの要因です。しかし近年、他の多くの国と比べるとまだまだ高いものの、日本の平均寿命の伸びは鈍化しています。なぜでしょうか。徐々にではあるにせよ特に医療の質という面で不平等が広がっているのです。これが日本の保健医療政策において大きな問題になっています。

3つの矢印で示されている日本の経験について皆様と共有したいと思います。まず、戦後の感染症対策や栄養の改善等によって日本の健康指標が改善したのが1つ目の矢印です。2つ目はこれも良いことで、国民皆保険制度を背景に一定以上の医療があまねく国中に提供されました。これはとても良い兆候ですが、3つ目の矢印は日本社会、政府にとって大きな課題で、格差の是正、医療の質といった問題があります。

この医療の質に関して、コクラン共同計画について話したいと思います。どのように医療の質を改善するのか、色々な方法があると思いますが、今コンセンサスがあるのは、エビデンスベース・メディスン（根拠に基づいた医療）です。これはイギリスでは診療ガバナンスとも呼ばれており、ベスト・プラクティスを目指すことです。色々な方法で達成し、それをモニタリングする、これが診療ガバナンスのサイクルです。質を改善するためには、まず良いプラクティスを示すことから始めな

くてはなりません。そしてベスト・プラクティス（最良事例）を開発し、共有し、示すことです。これは手に入る一番良いエビデンスから始まります。コクラン共同計画は、国際的な組織で昨年設立20周年を迎えました。ご存知の方もいらっしゃるかと思いますが、これがエビデンスベース・メディスンの推進役を果たしています。同共同計画については、医療だけでなく、保健医療制度全体、つまりどのように効果的な政策を作っていくかということについても貢献しています。

この共同計画の特徴は、まず国際的なものである点です。最良事例はエビデンスに基づいたものですが、そのエビデンスは、状況やその適応を考えなければいけません。しかし時として、あるいはしばしば、他の国のエビデンスを使うこともできます。直接そのまま適応することはできませんが、最初のステップとしては、まず世界からベスト・プラクティスをまとめるということにあります。コクラン共同計画では、過去20年の間に、120カ国以上3万1000人による5000の最良事例要旨集（ベスト・プラクティス・サマリー）を発表しています。WHOとも公式な関係を結びました。医療だけに留まらず、姉妹組織によるキャンベル共同計画というものがあります。これは福祉、教育、国際開発、そして犯罪学等、より社会的分野におけるベスト・プラクティス・サマリーを作っている所です。こうした取り組みがケアの質に関した良い例になると思われれます。

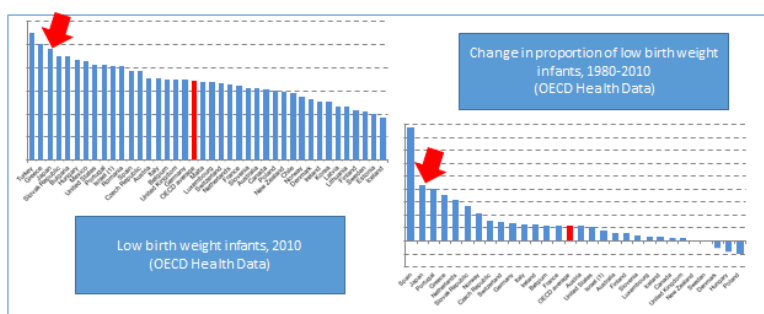
2つ目のメッセージである世代間の観点についてお話します。私は小児科医です。胎児起源仮説をいうものをご存知の方もいるかと思いますが、この仮説はきわめて古く、1985年にイギリスのパーカー教授らが研究を行いま



した。低出生体重で生まれた子が壮年期を越えて後に冠動脈性心疾患のリスクが高くなることがわかったわけです。つまり晩年期の疾患が出生時の体重と関わっていることがわかったわけです。

今日ではこの仮説について数多くの研究が行われています。2 型糖尿病について、大変質の高い論文が 14 点あります。低体重で生まれた子は 2 型糖尿病になるリスクが高いというものです。また心血管疾患の原因となるメタボリック症候群についても、やはり低体重で生まれた場合に 2.5% リスクが高くなります。健康寿命の点で大きな問題となる肥満もそうです。こちらは低体重もしくは高体重で生まれると、肥満になる確率が高くなるというのです。他にも乳がんや精神疾患等にも出生時の体重が関係しているそうです。胎児・新生児期の要因が、壮年期以降の健康寿命にも影響することが、このような新しい科学的実証研究で始めて証明されています。

### National impact of low birth weight



では日本の話に戻しましょう。これは低体重で生まれた人の影響を表しています。出生時低体重の人が肥満になる率です。実は日本は

低体重で生まれる子どもが多いため、あまり良い例にはならないかもしれません。これは、1980 年から 2010 年までの低体重で生まれた子どもの割合の変化を表しています。日本では低体重の子を減らすことが、国として大きな課題です。50 年後に、このような乳児が、非感染症で大きな病気を抱えるといった影響があるのです。

そのような意味でもう 1 つ大切なのは母親の年齢です。母親の年齢は、低出生体重の要因となる早産の決定要因となります。これは、早産で生まれる子どもの割合と母親の年齢の関係を表した最新のデータです。晩産化は大きな問題であり、高齢出産が増えている今、懸念が大きくなっています。

以上のまとめです。まずグローバルな連携の観点から診療の質を向上させることが我々にとって大きな課題です。質を考えるに当たっては、グローバルな連携が重要です。それぞれの国、地域の状況は異なるため、全てで連携できるわけではありませんが、共有できる部分はあると思います。

2 つ目として、長期的な持続可能性を考えていく必要があります。つまり、次の世代、その世代の健康寿命を考えていくことが重要だと思います。

以上、他の方がまだお話されていない部分として、グローバルな視点と世代を超えた捉え方が必要とされている、という点につきお話ししました。ご清聴ありがとうございました。



アレックス・ロス  
WHO 健康開発総合研究センター（WHO 神戸センター）所長

---

略歴：

米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校で公衆衛生政策を学ぶ。特に保健制度の専門家。これまで、WHO 本部（ジュネーブ）にてパートナーシップ部長、感染症担当事務局長補付部長、エイズ・結核・マラリア担当事務局長補付首席補佐官等の管理職を歴任。この間 WHO パートナーシップ政策を構築し、国際保健の取り組み、国連機関、NGO、民間部門との関係をはぐくむ。また、国際連帯税（たばこ税）等の革新的な保健融資制度にも取り組み、エイズ・結核・マラリア対策グローバル基金や国際医療品購入ファシリティー（UNITAID：ユニットエイド）の創設にも尽力する。WHO 勤務に先立ち、英国国際開発省にて国内外担当上級保健顧問（2001～2003 年）、米国国際開発庁、米国保健社会福祉省、米国下院議会等数々の米国政府機関で上級職員として勤務（1987～2001 年）。

---

ありがとうございます。今パンフレットをお配りしていますが、情報が多く掲載されていますので、詳細は後程読んでいただければと思います。部分的にはここで議論することもできます。

私は、健康に関する委員会であるエネルギー商業委員会専門スタッフとして仕事をしました。皆様方が、それぞれの国でこの問題を進めるに当たってどのような情報や課題を必要とされているのか考えました。高齢化の扱いは各国で多様であると思うのですが、ただ、世界史上初めて、高齢者、60 歳以上の割合が 5 歳未満の子どもたちより多いという、今までにない新しい状況を迎えていることへの共通の認識はあると思います。元へ戻ることはできないのです。

エコノミスト誌にもビジネス関連の新聞にも盛んに取り上げられていますが、このデータは、その国にとって何を意味するのでしょうか。どのような情報が、政治のみならず、予算、資源の分配、世代を超えた国の開発への貢献に必要なかを考えることだと思います。WHO（国際保健機関）の視点でいえば、健康

な高齢化をどのように可能にしていくかを考えることです。高齢化は胎児から始まる一生の課題であるという良いお話がありました。高齢化は人口全体に関わることであり、ポジティブな現象であるという見識です。繰り返しいわれていることですが、高齢者は面倒をみなければならない社会のお荷物、社会保障の負担ではありません。高齢者の自立、尊厳、健康、QOL、そして最終的には社会の一員として接するといった、基本的な原則や価値を最高に高めていくことでもあります。

社会からの除外が大きなリスク要因であり、それが急速な認知力低下、体力減少につながります。健全な世の中とは何かを考えると、仮に長い病に冒されても、それをできる限り短く押え、個人の機能性を高める工夫をすることです。高齢者については、障害を持った人たちへの対応とも関連しますが、社会がどれだけその人たちを支援するツールを用意しているかということです。もう一つは慢性病をかかえている人たちです。しかし社会制度にとってもう一つ大事なことは、制度化を減らすことです。病院や老人ホームを増やすという発想ではなく、家で、その地域社会で暮

らせるようにすることです。そして最終的には、高齢化によって個人の生産性と自立、独立を助けることです。更に、日本のセンターを含め WHO が取り上げることにしたのは、公平性についてです。アラブの春であれ、ブラジルでの問題であれ、いずれも社会の結束に関わることでありますが、それを、女性、民族、居住地域の問題として整理する必要があります。また、私たちのセンターでは、都市環境、所得等を取り上げています。

もう一つのメッセージは、高齢者に対するスティグマ（汚名）をなくすことです。そして最終的にいわゆる統合された老人センターをなくすことです。医療ばかりではなく、社会システムにおいてもです。私たちは、技術の発展した社会に住んでいます。低所得者でも使えるような安価な技術が、社会的なイノベーションとの組み合わせでより創造的な新しい解決法を考えることで、地域社会を支えていくことができるのです。これは、健康を決定づける要因を見ていくことでもあります。また、病気ばかりではなく、貧困、教育、居住地域にも関わる問題です。

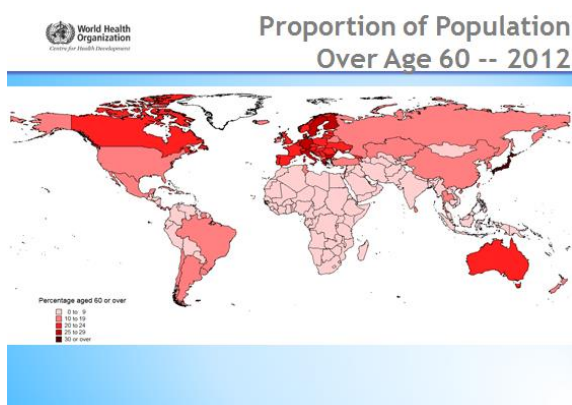
都市化は世界的に大きな動向であるため、私たちも関心を持っています。社会的な包含性と公正さの双方を達成する都市環境の創造と、機会を提供することに加え、歩道や交通システムの整備等の基本的なインフラ整備ですが、そのための新しい政策の策定や生涯教育の奨励を行っています。WHO の高齢化に対するアプローチは、一生を通じた自己啓発の奨励、プライマリー・ヘルスケア、長期医療システム、年齢に適した環境等です。都市であれ、農村であれ、高齢化について抜本的に考え直すことです。皆様は、資源配分、高齢人口の

ための政策形成する際の知識や理解の不足に懸念をもたれていると思われます。人は病気にかかりますし、それが重度になることもあるでしょう。社会構造が変わって来ているとの報告もありました。家族の形態、介護を提供している人、年金の問題です。その制度がない国も多いのが現状であり、課題となっています。

問題は、社会的な孤立にどのように対処するかに尽きるわけですが、一方で良い機会もあることに気づく必要があります。人口転換に伴う配当がある、という話がありました。経済的な議論は抜きにして、これは政策的に利用できる考え方です。また生涯学習や新技術、ユニバーサル・ヘルスや都市計画についてもお話ししたいと思います。

政治的には、国際条約をはじめ、WHO の決議文、その他、加盟国がすでに署名した文書もありますので、皆様が法律を制定し、政策や計画を立てられる際にお役に立つと思います。MDGs や G8 が問題にしているタバコ管理等とは違い、責任が要求されることとはありません。

それに関連して、2011 年には各国が多部門を対象とした国家計画を創ることの必要について言及されたこともありました。例えば、疾病のリスク要素について議論するにとどまらず、同時に高齢人口についても取り上げることとしています。よって、タバコの問題であれ、健康への影響を考えた食事や運動であれ、それらのプログラムをどのように作るか、どのような学習事項があったか、各国が互いに共有できることは何かについて話し合われたのです。



30 年間に人口の高齢化がどのように進んだのかを色で示してあります。濃色のところは、60 歳以上が人口の 30%以上を占める部分です。世界的な高齢化の傾向がよくわかりますが、開発途上国と新興諸国も全て含まれており、変色が実に早い速度で進行していることがよく分ります。現在、の寿命は公平ではありません。欧米に暮らす 60 歳の男性は、その後 20 年生きることが期待されますが、アフリカでは、寿命はわずか 40 年です。これも大きく公平性欠く問題です。

各国がしなければならないのは、疾病による負担の大小を分析することです。死亡率の最も高い疾病は、心臓疾患なのか、循環器系の病気なのか、また死亡率は低所得国の方が高所得国より高いのか、といったことです。スライドを見ることにより、どこに良い機会があるのかが分りますが、その前に病気、最終的に障害にいたる原因を理解する必要があります。ここで見えて来るのは、視力と聴力が開発途上諸国の問題であることです。虚血性心臓病は、多少減少してきていますが、他の心疾患はあまり変化がみられないことが分ります。これらを各国別に見ていくことに意味があります。

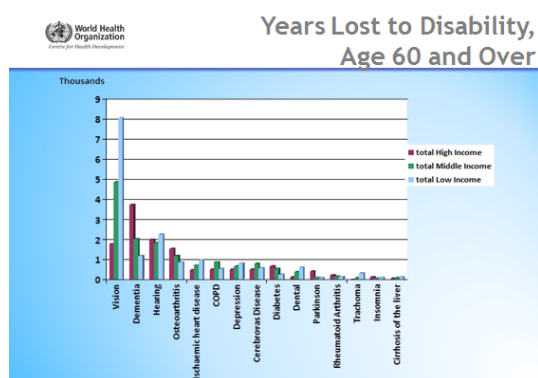
次に、所得について見てみます。英国が国民

健康サービスを始めたのは 1945 年、日本は 1960 年に国民皆保険を導入しています。いずれも、GDP が現在のように高いレベルに達する以前の導入です。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）導入についての重要なメッセージと言えます。すなわち、低所得国であっても中所得国であっても、国民医療保険を導入するのは、まさに今です。このことは、後代の人たちに過大な負担を残すことになり

ます。退職希望労働者数については多くの議論がなされました。健康システムと健康をどう促進していくのかということです。武見教授が国民皆保険について言及されましたが、これを 3 点にまとめることができます。幅広いサービスを長きにわたり提供することがリハビリ、介護サービスの提供等、高齢者支援にとって重要なことです。これはまた、家族を金銭的な負担から守ることもなり、最終的に社会の全ての人を対象としたユニバーサル・ヘルスの提供を意味します。これをどのように高齢者に適用するかは、各国のニーズに合わせられなければなりません。

健康問題について理解することの重要性に関する事例をあげます。今朝もその話が出ましたが、南アフリカを見ても、成人人口の多数が高血圧症です。しかしほとんどの人がそれに気づいておらず、治療を受けている人に至っては更に少ないことが分っています。英語では、『手の届くところになっている果物を最初にとる』と言う言い回しがあります。政治的な意志があれば、高血圧はモニターによって治療が容易な病気ですが、世界的な傾向として、報告も治療もあまりされていないのが現状です。

これらのスライドは前にお見せしたのですが、各国での主な死因が、視力、聴力喪失によるものか、心臓疾患、あるいは痴呆症によるものか、それぞれが対応すべき疾患への潜在的機会を提供しています。以前にも貧困の女性化についてはお話しました。喫煙については、慢性病をはじめとする全てのリスク要因に関わっています。これは、予防と禁煙により、大きな配当を高齢者の機能促進、国の医療費にもたらします。低所得国における医療費は、高所得国よりずっと高くなっています。



身体的に活発かどうかについて、このパターンは全ての年齢グループにみられ、また各国において同様のパターンがみられます。慢性疾患等です。以前にお見せしたスライドでは、独居者数の比率は各国に差が出ています。このことは、住居計画立案の上で、共同住居を考慮することができるかどうか、そのリスク要因に影響します。また各人が社会参加できるか否かが、機能低下が悪化するか否かの主要なリスク要因の一つです。

現代の生活には技術が大いに関わっていますが、WHOは、医療機器、システム、情報、コミュニケーションの技術に期待しています。皆が携帯電話を持っている時代です。薬品等も低所得国、新興経済国において高齢人口を支える手段とすることができます。

夏には、神戸で、政府、産業界、NGOや学会の方々と、この問題についてWHOがどのように各国を支援したら良いか、掘り下げた議論をするために会合を持ちます。前にも申しましたが、障害者の支援については、車いすをはじめ、各種の障害を和らげる機材があります。これは、援助計画の中に入れることができるのでは、と思います。日本では、介護擁護と言う予防サービスがあり、市民の転倒予防や機能や病気の悪化を予防するための健康に関する重点的な取り組みを行う都道府県に中央政府から資金が付与されています。

社会イノベーションは重要です。これはソーシャルメディアの活用、人が自宅で暮せるようにすること、都市計画、そして公正さの測定に関わることです。

活力ある高齢化についての言及が今朝ありました。WHOとしては、高齢者にやさしい都市と言う構想を掲げています。これは、課題解決に向けた思考の基準となるものですが、高齢者が社会の一員であり続けられるために、戸外でのスペースを設ける、交通やコミュニケーション、住居のあり方が含まれています。単に健康問題ではなく、高齢者に優しい環境作りにおける多くの決定要素をみていくことです。現在、このネットワークには18国、130都市がメンバーとなり、情報を共有しています。日本では今のところ、1都市だけですが、今後この運動は広がると思います。神戸の私たちのセンターでは、高齢者に対するやさしさの有無をモニターする重要な指標を作っているところですが、私たちの観点からは、意思決定者や財源を提供する議員の場合、とった行動の結果に対するアカウンタビリティ（説明責任）を問うことを意味します。



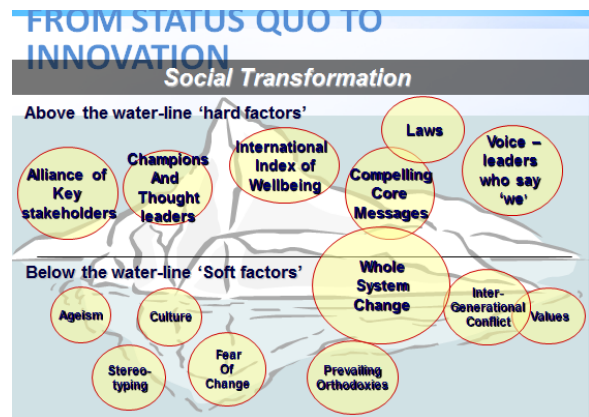
現在検討中ですが、来年には検討作業を終えて、数カ国においてパイロット事業を行う予定です。これは、私たちの作業の基となっている健康決定要素（身体環境、社会環境等）ですが、スライドでは見にくいのでご関心があれば後で議論しましょう。すでに各レベルでの指標を見ていますが、都市レベルで容易に得られる要素を基本となる指標としてまとめる作業です、2015年には終える予定です。

考え方として、近藤教授の高齢化に関する研究がありますが、ここでは地図や地理を基盤とした情報システムを利用することの強みが見えてきます。隣近所の小地域のレベルにおける人口調査を通じて、誰が健康診断を受けているか、スポーツへの参加の呼びかけが行われているか、転倒することがあるか、隣近所での生活の様子から所得に関する公正さの有無も見えて来ます。これは、企画に必要な各種情報をパッケージすることの一例です。各政府担当部所にこの課題を取り上げてもらうためには、民間の各部門が関わりツールを作る必要があると言われてきました。

決して安易ではありませんが、データ解析から行動計画を生み出すためには、議論が必要です。そして政府各部署が関わる必要がありますが、皆様はこの点を見ていただけるユニークな立場におられます。

最後に、この問題は、高齢化についてどのように考えるかにかかってきます。2年ほど前に、高齢化のポジティブな面についての気づきキャンペーンを行いました。高齢になるということは、人生で楽しい時を迎え、家族が一つにまとまり、情報が世代から次に引き継

がれることを可能にします。バンジージャンプをする80歳の高齢者といったように、非常に活動的な高齢者もいます。元気がなくなる、避けたいものでは決してないのです。忘



れてはならないのは、彼らが活動を続けられなくなる根本的な要因を考えることです。

これが最後のスライドで、議員の方々が出てきた様々な行動が事例として挙げられています。差別の撤廃に関する立法やコミュニティ、自宅ベースのセンターサービス提供の奨励、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジをはじめ、健康増進、予防に関連するアジェンダが多々あります。健康医療分野以外の分野も含まれていますが、これは、政府の重要な機能である公正さを守っていくことであり、分野横断的な行動をとることにもつながります。医療健康システムの中にも、例えば、必須の医薬品等の購買力、イノベーションへのインセンティブ等、多々あります。

各種ツールや情報が色々ありますので、詳細については、ジュネーブ本部、あるいは、神戸センターにご連絡ください。ここでご紹介したツールについては、全てお出しできますし、ご質問があれば、サポートさせていただきます。ありがとうございました。





## 討 議

議長：

ありがとうございました。橋本英樹先生、森臨太郎先生、アレックス・ロス先生の3人の方々に発表していただきました。ご質問がありましたら、ご発言ください。

インドの方どうぞ。

パルチャンドラ・ムンゲカー議員（インド）：3人のリソースパーソンの方々に敬意を表明します。ユニバーサル・ヘルス・システムの議論をする際の主たる問題は、先進、開発途上諸国を問わず、資源提供（確保）です。例えば、最近の例では、オバマ・ヘルス・ケア・システムを米議会が受け入れを拒否、米国経済がシャットダウンする結果を生み、一部世界経済が影響を受けました。今朝、グローバルイゼーションの話をしました。各国では経済力が少しずつ落ち込み、社会部門への投資に対してある意味消極的になってきています。インドでは1996年時点でGDPの6%を教育にあてることにしましたが、過去63年にわたり議会と政府の多大な努力に関わらず、6%を超えることはできず、現在4%となっています。問題は、民間ヘルスケア部門では、料金が払えない貧しい人に手が届かないことです。そのため、3つの基本的モデルがあります。

一つは、国家によるユニバーサル・ヘルス・システムです。しかし現在の国家資源は不十分です。そのため、官民両部門のパートナーシップ、PPPモデルに頼らざるを得ません。国家が責任を取るか、又は、国と、医療を必要とする個人が何らかの寄付を行う、それにマッチした金額を政府が提供することにより必要な資源（資金）をつくるかです。ただし、

インドのような国は、12.5億の人口を抱え、その30%にあたる人びとが1日1.25ドルの貧困線以下の生活をしているため、極めて難しいと言わねばなりません。ステークホルダーからの寄与も限られています。

第三オプションは官民パートナーシップです。このモデルについては、インドはすでに試行しており、全てのインフラ施設が民間ヘルス部門の発起人に提供されました。問題は、最も高度で近代的な25の病院は貧しい人たちに医療費25%分を引いて医療を行うはずでしたが、1%たりとも無料にする病院はありませんでした。つまり、インフラや色々な恩恵を受けたにも関わらず、こういったものを提供していません。このような状況では、ユニバーサル・ヘルス・システムに反対する人はありません。なぜなら、貧しい人、低所得者、退職者全ての人何らかの補助を受けることになるからです。

ただし、最大の課題は、アメリカのような国でも、ワシントンで政策決定者がヘルスケア・システムについて議論をしたのですが、最近の状況では民主・共和両党の政治取引にとどまらず、基本的な問題として、ヘルスケア・システムがアメリカの経済活動を停止する結果になりかねない、ということでした。そのようなことが米国で起こるのなら、開発途上国、ラテンアメリカ諸国、アジア、アフリカの人びとはただ死ぬだけになります。ユニバーサル・ヘルス・システムの議論をする際に、同時に最も良い形で所用資源をいかに確保するかを高名な先生方に注目していただきたいのです。ありがとうございました。

アナーベック・カルマトヴ議員（キルギスタン）：

ご報告ありがとうございました。まず人口動態の改善についてですが、一国にとどまらず、これを全体的に対処する具体的なプログラムをお持ちでしょうか。2点目に、高齢化に関するマドリッド行動計画に署名されましたが、同計画の加盟国は、マドリッド行動計画にもられた実行項目を国内法に盛り込まれたのでしょうか。テーマは具体的ですが、盛り込まれていなければ紙上の議論に終わってしまいます。

議長：

ありがとうございました。次は後ろの方お願いします。

アンディ・デウィ・ヤンティ議員（インドネシア）：

ありがとうございます。とても良い発表をを橋本氏、森氏、ロス氏にさせていただきました。インドネシアは2014年1月からユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（国民皆保険）を、次年の2015年には、高齢者に対する年金、死亡見舞金、事故補償金制度を復活させます。3人の発表者の方々に対する質問は、認知症に関するものです。精神衛生、脳科学からのデータでは、2010年にアルツハイマー症状を持つ人は3,600万人でしたが、その数は急増しており、2050年には世界で1億5,000万人になるとしています。また、認知症を煩う人たちの58%は、インドネシアを含む開発途上国に広がっているとしています。また、女性の方がアルツハイマーになりやすいとしています。この会議において、グローバル・ヘルスに関する課題を共に解決していきたいと思えます。そこで私から2つのお願いがあります。まず、認知症が開発途上国の静かな死因

にならないためにも、インドネシアを含む途上国の認知症のため、日本や他の先進国に財政援助をお願いしたいと思います。二つ目は、WHOに対して、欧米等の先進国の保険会社が健康保険に認知症を含めるよう、対象の幅を広げるよう働きかけていただきたいのです。インドネシアでは、保険に入っても認知症には適用されません。もし保険政策をグローバルに扱うことができれば高齢者にとっても良いことだと思います。ありがとうございます。

議長：

最後にザンビアの方コメントをお願いいたします。

ボニフェス・ムタレ議員（ザンビア）：

発表された3人の方々に感謝いたします。私たちの国には、ほとんどの国と同様にUNFPAのカントリー代表がいます。各国の方々がより積極的に参加すれば、情報をより良く生かすことができると思います。参加型の役割を地元レベルで果たせば、知識や情報が人びとに届きます。現状では、情報はあまり多くの人に届いていません。UNFPAに確固とした政策（方針）をとっていただくよう強く要請します。

同僚議員が言われたことですが、時には情報が人びとに届かないことがあります。質問されたときに、もし議員がきちんと知識を持ち合わせていれば、問題を議会においても十分に議論することができます。もし議員が、グローバルに起こっていることを全て知ることができれば、それぞれが準備をすることができ、その時点で起こっている事態に対応できます。よってUNFPAには、祖国ザンビアへの情報提供政策について取り上げていただき、

議員間でもっと多くの会合がもてるように図っていただきたいと思います。知識でしっかり力づけをして、将来の計画をたて始めたいと思うからです。理想を追求することでは、状況に振り回されてしまい、事態を整理することが難しくなります。私たちが取り組むべき分野において、いくつかの課題を解決して来たるべき未来のために計画を始めたいと思います。ありがとうございます。

議長：

ありがとうございました。ただ今のご質問やコメントにお答えいただけるでしょうか？コメントだけのものもありましたが、質問への回答をお願いいたします。

アレックス・ロス WHO 神戸センター所長：ありがとうございます。手短にお答えします。まず、インドからのコメントについてですが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）のみに対してコメントします。これは、サービスのレベル、どれだけのサービスを提供するか、制度の財源や実施速度を含め、各国の状況に応じて企画されています。根本原則は、何らかの進展を図ることにあります。企画されているシステムの各部分で技術にまつわる課題がありますので、それは議論させていただきます。政治体制に関しては、官民を問わず各国の事情が異なりますが、この2、30年間に企画について、多くの学習がなされています。

例えば、キルギスタンでは、人口状況を改善しようと2002年に拘束力のない数カ国が批准する条約に加盟し、最初の計画は国際行動計画として出発しました。それにより、各国が人口について更に考えるきっかけとなったのです。

インドネシアについてですが、仰るとおり、昨年、WHOが認知症報告を初めて発表し、世界中で認知症が潜在的に増加すると記載しました。

日本と英国がG8サミットの中で、これをG8サミットのアジェンダの重要事項に掲げたのです。ただ、認知症には、現在その治療薬といえるものがないことを知っておく必要があります。それは、非医療的な認知力維持の戦略として非医療的な戦略があり、家族の負担に対し地域ケアを提供することに注目しているところです。保険については、とても良い点を指摘されたと思います。認知症をどのように扱うかについては、色々のことが言われて、同僚の中でもこれに取り組んでいる者がいます。相対的に新しい課題ですが加速度的に関心もたれています。WHOは、多くの国に事務所があり、共に何ができるかについて指導を仰ぎたい、と思っています。WHO、UNFPAその他の機関が各国レベルで知識を集めきめ細やかに接して行ければと思います。ありがとうございます。

橋本英樹教授：

ありがとうございます。インド代表への回答ですが、ロス先生が言われたように、日本は中所得国であった時に国民皆保険を導入しましたが、これには、2つの点で幸運があったのです。ずば抜けて良い薬がなかったため、選べるものを選ぶ以外に選択肢はなかったのです。プライマリーケアの一環として投薬されたものはありましたが、これらが功を奏したのです。費用対効果の点からは、プライマリーケアと容易に提供できた薬品が人びとの健康に良い影響を与えたのです。もう一つ幸運だったのは、高齢化が進む前に経済成長路線にのることができたことです。この点は、

日本の過去の状況とインドの今日的な状況の違いです。多くの課題の中から、最も急を要することを手がけることが大切です。すでにインド人口は構造的に高齢化が進んでいます。選択も必要です。今のリソースでどうするかという問題です。日本にはさらに、低コストで寿命を延ばすことができたトリックがあったのです。それは政府による厳しい物価統制でした。低コストでできたことを説明する要点です。同時に、日本のシステムは公的資金でカバーされながら、民間部門が実物提供を行ったことです。民間部門は厳しい物価統制の下で、全ての実物を提供したのですが、民間としても、そのなかで事業持続を求めました。事業継続と言う目標の下、民間は起業家精神を活かし、経済資源を厳しく制御したのです。これらが、日本が成し遂げたことです。

また、ザンビアやインドネシアの代表議員が情報はパワーであると言われましたが、認知症に関しては、現在提供されている薬品が認知症による障害を管理することにつながるのかもしれませんが、それにも関わらず、認知症に対しては社会的なコントロールが働いています。あえて、認知症とは何かと問いますが、具体的にこの患者さんの行動は何なのか、何が社会問題なのか、認知症に冒されていても高齢者に高齢に適した対応ができるのではないのでしょうか。また、キルギスタンの代表がいわれた、特定の情報に関しては WHO と日本政府に引き続き、将来に向けて情報と知識を持って支援していただくことを願うことができるかもしれません。ありがとうございます。

森臨太郎 研究部長：

インドのグローバルな経済資源と民・官パー

トナーシップに関する質問とコメントにつけ加えますと、すでにほとんどお答えいただいたと思います。すでに指摘されているように民間部門が国の経済成長に関連しています。とりわけ、高所得国の米国等では、GDPの20%近くが医療システムからの貢献です。と言うことは、経済成長全体の重要な役割を占めていることとなります。しかし、同時に、公正さと平等について考える必要があります。この問題はかなり難しいです。どの比率でバランスをとるか、だけではなく、どのようにバランスをとるのか、と言うことに関して、日本が官民パートナーシップをどのようにバランスをとったのか歴史的な例をご説明しました。これがコスト効果よくなされた訳ですが、他国に適用できるかどうかは分かりませんが、一つの教訓であると思います。

2 つ目の質問はキルギスタンからですが、あまりよく分りませんでした。人口転換のことでしょうか。今日、明日、一国の人口動態を変えるための介入について取り上げることはなっていない、と思います。出生率と家族計画のことをお考えかもしれませんが、このセッションは高齢化に焦点を当てていると思います。2 点目に関してはすでにお答えがありましたので、私からは取り上げません。

インドネシアから二つのコメントがありました。私が認知症についてお答えするのに適任かどうか分かりませんが、二つの問題があると思います。一つは、認知症の予防と治療については技術革新（イノベーション）を待たなければなりません。現在、かなり有望な科学的データが出てきています。それらを増強して行くことと費用対効果の高い長期的な介護を考えて行く必要があります。それを医療の中で考えることもできますが、日本でのよ

うに、医療とは別に介護制度を考えることもできます。私は、日本政府を代表していないため、財政的なサポートの話はいたしません。

ザンビアからの質問は UNFPA にお答えいただくものだと思いますが、良いアイデアだと思います。ありがとうございます。

議長：

それでは、まだ 25 分ありますので、何問か質問をお受けします。フィリピン、ガーナ、インドネシアの順にどうぞ。

ルスボミンダ・c・イアガン議員（フィリピン）：

ルスビスタ・イラガンと申します。国会議員で、ガブリエラ女性党の代表です。リソースパーソンの話を伺い啓蒙されました。高齢化の女性化と言うこと、高齢に優しい都市という発想を興味深く聞きました。今朝からのお話で、女性の寿命が延びたことがハイライトされ、データでは高齢女性の数が多い、であるが故に彼女たちの特異なニーズに対応しなければならない、と言うことでした。国会議員である私たちが、高齢女性のニーズに対応するため、戦略を立て、法律や政策でニーズを満たし、高齢者に優しい都市を促進しその都市づくりをすることを WHO をはじめ、その他の国連機関に手伝っていただくようお願いすることを提案します。それにより、人口の大きな部門を占める高齢者のニーズに応えるためより多くのプログラムや戦略をたてたいからです。言うまでもなく、女性たちのことです。ありがとうございます。

テッテ・シャイエ議員（ガーナ）：

ありがとうございます。私はテッテ・チェーイと申しまして、ガーナ議会のジェンダー

委員会議長をしています。私の質問は、日本の高齢者に対する予算支援についてです。予算の何パーセントか、どれだけジェンダー問題に割り当てておられるか、特に高齢者に対して伺います。予算をお持ちでしょうか、教えていただきたいです。

アンディ・デウィ・ヤンティ議員（インドネシア）：

ありがとうございます。私たちも高齢者に優しい街を、途上国を含め、世界中に創る考えを支持します。でも、保険省ばかりではなく、例えば交通省や住宅省等、全ての省庁がその構想を支援しなければなりません。是非、日本の経験に基づいて障がい者や高齢者のための良いサービスを提供するためにどのようにすれば他者の良いスタンダードを考慮し調整できるか教えていただきたいと思います。

アナーベック・カルマトヴ議員（キルギスタン）：

先生、私の質問へのお答えをいただけてないようです。理由を教えてくださいたいのです。

アレックス・ロス WHO 神戸センター所長：質問を繰り返していただけますか？通訳の過程で失われてしまったのかもしれませんが。

アナーベック・カルマトヴ議員（キルギスタン）：

2 つ伺いました。まず今回のトピックスである高齢化について、各国が国内法を制定し、高齢化問題を改善するために、一国だけではなく全般的に実行するための具体的な計画あるいは提案をお持ちかどうかということ。二問目は、マドリッド行動計画に各国が署名したのですが、何カ国が本件に関し実行しているかでした。ありがとうございます。

アレックス・ロス WHO 神戸センター所長：  
お答えできるよう努力いたしますが、まず、  
一問目の具体的な計画や提案があるかどうか  
については、例えば、来年 1 月 1 日の WHO  
大会及び執行役員会において、高齢化に関す  
る議論がなされます。高齢化に関する地域委  
員会、欧州、アジアを含み、高齢化問題を議  
論してきており、各国の考慮案件として、異  
なる勧告をしています。指示するのではなく、  
各国が考慮します。具体的な勧告は、高齢に  
優しい都市、医療制度や国民皆保険における  
環状動脈疾患問題、女性の RH 問題、人生を  
どう生きるか（ライフ・イシュー）といっ  
たように、全ての問題に対する指針として各  
国がそれぞれ考慮するために提供しています。  
WHO および UNFPA 作業の仕方は、拘束力は  
ありませんが、勧告として具体的に特異的に、  
キルギスタンのお役にも立つように出してい  
ます。

2 問目について、マドリード行動計画は、  
2002 年に採択されましたが、加盟国の数は記  
憶しておりませんが、私の記憶では、国連総  
会で加盟国会議がありまして、行動計画、指  
針が作成されたのです。スライドを前に見ま  
したが、指針も各種のものがあります。WHO  
決議又は国連総会決議に参考として出ていま  
す。が、拘束力は持たない、各国に対し具  
体的な勧告です。このような会議では、少な  
くとも 80 カ国がかかわりますが、探してお  
知らせします。

議長：

これでお答えになったでしょうか。それでは、  
各国からの三問にお答えくださいますか。

アレックス・ロス WHO 神戸センター所長：  
フィリピンからは、高齢化の女性化について  
良い質問をいただきました。まず最初のステ  
ップはデータを取り、実際に起こっている自  
国の現状を知ることです。高齢者にやさしい  
都市づくりとは、まず状況を理解して解決策  
をとることですが、それぞれ異なると思いま  
す。高齢女性に優しい都市と言うのは、まだ  
ないと思います、なぜなら社会全体を考えて  
しまうからです。しかし公正さを理解し、高  
齢女性への影響を理解することはとても重要  
です。それは、家族への影響も含むからです。  
エジプトの方と話をしたのですが、そこでは、  
家族の面倒を見るためにまず、女性が労働力  
から外されるそうです。そのことの家族への  
経済的な影響、国への経済的影響は何でしょ  
うか。WHO がこの点を明らかにするための手  
段をて依拠することができると思います。ま  
ず、事実（エビデンス）を知ることです、そ  
して文化や立法制度、どのような介入の方法  
がその国にあるかを踏まえながら各種の戦略  
を考えたら良いのです。その前に、すでに直  
面している課題やその事実（エビデンス）が  
あると思います。公正さを追求することだけ  
ではなく、行動をどう起こすかです。ガーナ  
の日本への質問ですが、これは他の方にお願  
いします。

インドネシアからの質問は、分野横断的な対  
応についてですが、心臓（冠状動脈）病等、  
多くの病態で行われています。障害者につ  
いて言われたこと、現在重要な機会が急上昇  
しています。各国、各都市での異なる戦術等  
の事例が挙がっています。健康に関する決定要  
素における議論や具体的に実践的な作業も進  
んでいます。スライドで色々な事例をお見せ  
できます。日本での未来都市プロジェクトか  
ら、ニューヨーク市でも注目すべきことが行

われています。これは、多額の資金が必要と  
言うことではありません。例えば、ベンチに  
照明灯をつけるとか、それだけでも高齢者が  
外出しやすくなります。これは簡単な予防の  
例ですが、このようなことが集まれば良い結  
果が得られます。私たちにとり、議員の皆様にと  
のような支援をしたら良いか、と言う課題が  
あります。これまで学んだことをパッケージ  
にしてお渡しする事が皆様の状況においてお  
役に立つのであれば、支援させていただきま  
すし、皆様にとり一番お役に立てるものをお  
送りできる、と思います。

森臨太郎 研究部長：

フィリピンとガーナからの質問とコメントに  
対しては、ジェンダーの問題を取り上げられ  
たのですが、ジェンダーは重要な問題ですが、  
バリエーションが色々あり、その度合いも幅  
広いと思いますので、高齢者へのケアは、個  
人のニーズでみるのが重要です。このこと  
が、ジェンダーに特化した政策よりも重要な  
部分だと思います。日本の政策と言う点では、  
ジェンダーや高齢化に特化した政策はないと  
思います。インドネシアの質問は、分野横断  
的アプローチについてでしたが、これは、日  
本においては地方レベルで行われています。  
地方のレベルでは、顔見知りの関係なので、  
それぞれの自治体が国の政策および地方税を  
個別のニーズに合わせて使っています。そん  
なところでしょうか。

橋本英樹 教授：

フィリピンとガーナからのジェンダー問題に  
だけお答えします。これは、性別のことでは  
なく、ジェンダー問題とは、社会的な文脈に  
おいての男女の問題です。日本では、他の多  
くのアジア諸国でも同じだと思いますが、ジ  
ェンダー問題と言うのは家族問題です。つま  
り、伝統的な大家族制があり、女性は、家族  
の世話をするというジェンダーバリアがあり  
ます。ところが、家族の面倒を見ていた女性  
が年をとり弱者になったとき、誰が彼女の面  
倒を見るのか、これが一つの問題です。もう  
一つは、これらの女性は、ほとんど所得がな  
く、男性の世帯主に頼っています。また、女  
性の年金との大きなかわりもあります。10  
年ほど前でしたか、日本政府は、年金制度を  
改正して世帯ではなく、主婦の年金口座を設  
けました。このことが、労働政策、年金政策  
その他の社会政策に影響し、ジェンダーと高  
齢問題が目立って取り上げられることになり  
ました。これは医療部門だけの問題ではなく、  
生活全体、高齢期の女性をどのように支えて  
いくかの問題だと思います。ありがとうございます。

議長：

ありがとうございました。これで全ての質問  
に答えが得られたのでしょうか。このセッシ  
ョンは余すところ 5 分となりました。皆様に、  
色々質問をしていただき、多くの問題に参加  
していただきました。それでは、発表者の方  
々に大きな拍手をお願いします。





## セッション3

### 経済的に活力のある健康長寿社会



### セッション3

モデレーター兼セッション議長：フロリアン・ボドック議員  
ルーマニア

---

略歴：

医学と経済学（医療管理）にて博士号（PhD）取得。2012年より上院議員。公衆衛生に関する上院常任委員会の委員長、人口と開発に関する小委員会のメンバー。

---

皆様お疲れだと思いますので、このセッションは、  
インタラクティブな面白いセッションにしたいと

思います。それでは早速、秋山弘子先生お願いいたします。



# 「千葉県柏市産学協同プロジェクト 柏からの Aging in Place 宣言」

秋山弘子

東京大学高齢社会総合研究機構特任教授

## 略歴：

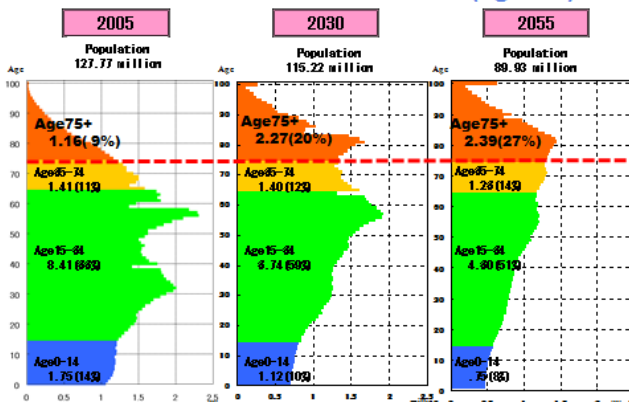
イリノイ大学で Ph.D. (心理学) 取得、米国の国立老化研究機構 (National Institute on Aging) フェロー、ミシガン大学社会科学総合研究所研究教授、東京大学大学院人文社会系研究科教授 (社会心理学)、日本学術会議副会長等を経て、現在、東京大学高齢社会総合研究機構特任教授。専門 = ジェロントロジー (老年学)。高齢者の心身の健康や経済、人間関係の加齢に伴う変化を 20 年にわたる全国高齢者調査で追跡研究。近年は超高齢社会のニーズに対応するまちづくりにも取り組む。超高齢社会におけるより良い生のあり方を追求。

ありがとうございます。この度、世界 30 力国以上の議員の方々の前でお話をさせていただけることを、喜ばしく思います。高齢化社会におけるいくつかの課題についてお話をさせていただきます。また、私たちが様々なコミュニティで取り組んでいる社会実験についてお話をいたします。

私たちは今、超高齢化社会に対応するため、様々なコミュニティの再設計を行っています。人口の高齢化が進んでいく中、既存の社会インフラを変えていく必要があります。そして技術的、社会的革新を図っていく必要があります。

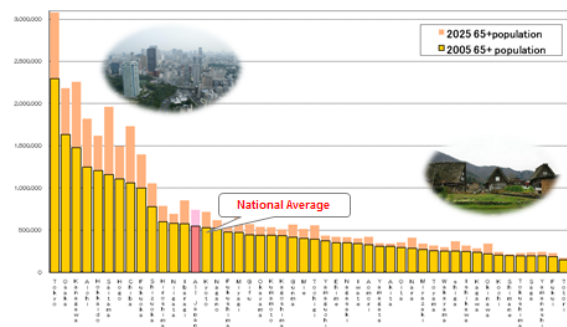
歳以上の高齢者が、これから 20 年の間に倍増し、2030 年には人口の 2 割を占めると見込まれています。平均寿命ですが、日本の女性は 86 歳で、世界で最も長寿命です。私の母は 92 歳、義理の母は 93 歳、そして叔母は 100 歳です。

## Drastic Increase of Older-olds (age75+)



このグラフは、2005 年、2030 年、2050 年における日本の人口構成を表したものです。75

## Population Aging: Issue in Urban Areas



こちらのスライドは、地域別の高齢者人口の伸びを表しています。とりわけ農村地域においては、長年にわたって大きな問題となっています。特に 1960 年代~70 年代に経済が急成長をした結果、農村地域から都心部に若者が職を求めて移って来ました。そして高齢者が農村地域にそのまま残ったのです。

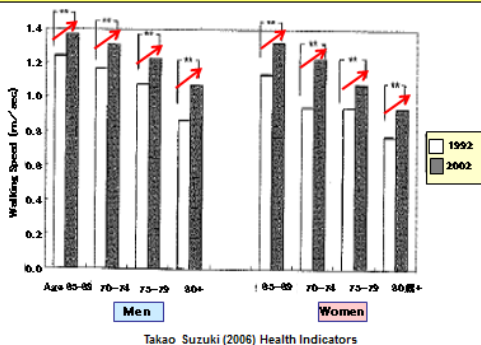
そして 40 年、50 年前に都市に移った人びとが定年に達してきています。日本において今

高齢化は都市の問題でもあるわけですが。2030年には65歳以上の年齢層の13%が痴呆症になると予想されています。そして45%が一人暮らしになると思われます。80歳代、90歳代の方々が1人で生活をするようになるのです。日本、そしてアジア全体における新しい現象です。高齢者は伝統的には子どもの家族と同居しておりました。

次のスライドは、高齢者の従属人口指数を表しています。50年前の1965年には、高齢者1人に対して9.1人で支えていました。現在は、比率として高齢者1人に対して2.4人です。おそらく2050年にはその比率は高齢者1人に対して1.2人に達するでしょう。社会保障制度、また国の経済をこれからも同じような形で維持していくことは明らかに不可能です。

### We are Living Longer and Healthier!

11 years younger in usual walking speed between 1992 & 2002

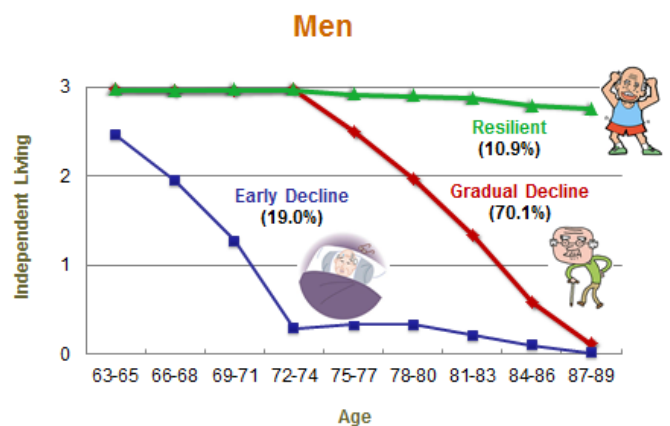


喜ばしい話としては、大規模な疫学調査によると、高齢者が長寿命になってきただけでなくより健康体になってきています。このスライドは、年齢別の歩く速度を1992年～2002年まで比較したものです。ここから明らかなのは、2002年の高齢者は、1992年頃の高齢者に比べて、11歳も若いということです。そして2002年における75歳の歩く速度は、1992年の64歳の歩く速度に相当します。もう一つの良いニュースは、日本人の高齢者の

働く意欲です。内閣府による調査によると60歳以上の方の7割が、70歳まで仕事を続けたいと考えています。そして4割近くが、元気な間は仕事を続けたいと答えています。

1987年から、60歳以上の日本人約6000人を対象にして3年に1度、調査を行っています。

### Trajectories of Independent Living



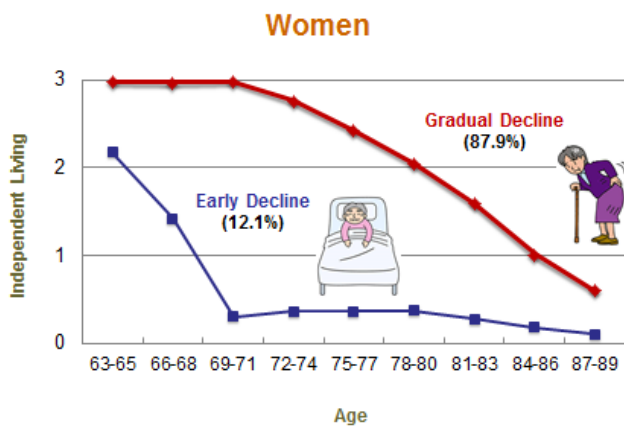
そして健康状態、経済状況、社会における人間関係等、生活における重要な領域に関し、高齢化に伴う変化を調べてきました。25年間に同じ調査対象者に対して8回調査を実施しています。「手段的日常生活動作<sup>1</sup>能力」という機能的健康度のデータを、クラス分析を用いて解析した結果、男性の健康状態に関しては3通りの変化の軌道が認められました。男性の20%は70歳より前に健康が衰え始めます。対照的に10%は大変高齢になるまで健康で自立した生活を送ることができます。しかし過半数である70%は、70歳代の半ばまでは

<sup>1</sup>手段的日常生活動作とは、電話の使い方、買い物、家事、移動、外出、服薬の管理、金銭の管理など、日常生活動作 (ADL: activity of daily living) ではとらえられない高次の生活機能の水準を測定するものである。IADL (instrumental activities of daily living) と呼ばれる。出所: ウィキペディア

自立した生活を送れますが、その後次第に健康状態が悪化してある程度の介護を必要とするようになります。

女性の場合も似たようなグラフになります。男性の7割、女性の9割、合わせると日本人の8割が自立を失っていくわけですが、その原因は主に、筋肉の衰えや骨密度の低下による衰えにあります。日本における75歳以上の人口は、今後20年間で倍増、2030年には人口の20%に到達するため、大きな問題です。

## Trajectories of Independent Living



11

統計から、取り組むべき優先課題が3つあると言えるでしょう。まず、第1に、健康が衰え始める赤線の、このポイントを2、3年先に延ばすために、私たち一人ひとりが、また共同で、努力することが必要です。今のところ、日本人の高齢者の80%が、70歳代の半ばまで健康でいますが、これを80歳まで健康体でいられるようにしていきたいと思います。それが達成したい目標です。

第2の点として、何ら障害もなく生活できる年数を数年延ばすことができるとしても、大半の人はある程度の介護が必要になってくる

と思われます。よってこのような方々が快適で活動的な生活が送れるような環境を整備する必要があります。

第3に、人の絆を育て維持するための戦略が必要です。全国統計を見ると、人と人とのつながりが日本ではだいぶ弱くなってきています。

こうした優先課題に対処していくために、地域社会で社会的な実験を行っています。既存のインフラは、まだ人口の若者層が多かった時代に作られたものです。よって、高齢化社会のニーズに答えていくことができるように、コミュニティのハード面、ソフト面のインフラを再設計していく必要があります。それに取り組んでいます。人びとが安心して、健康で活動的な生活が送れるようなコミュニティを実現したいと考えています。これが私たちのプロジェクトの全体的な、重要な考え方です。

システム、そしてICTと、いくつかのプロジェクトが同時に実施されています。これは、社会的実験で、実際に直接地域社会に介入し、その成果と費用を評価しています。実験プロジェクトは2カ所で行っており、一つは東京から、これらの分野に特に着目をして様々な事業を展開しています。実験を行っているのは、ここから30キロ離れた首都圏で、もう一つは農村地域です。これらの写真から都心部の地域がどういうものかおわかりいただけるとと思います。これは2030年頃のコミュニティのイメージです。超高齢化社会のニーズに答えることができるように、様々なコンポーネントを整備しています。





私たちが取り組んでいる主なプロジェクトをご説明させていただきたいと思います。団塊の世代が現在東京の都市部で働いていますが、まもなく定年を迎え、コミュニティに戻ってきます。私たちは、こうした定年退職する人びとを迎えるため、高齢者に適した働く場と、フレキシビリティに富んだ雇用制度の整備を進めています。

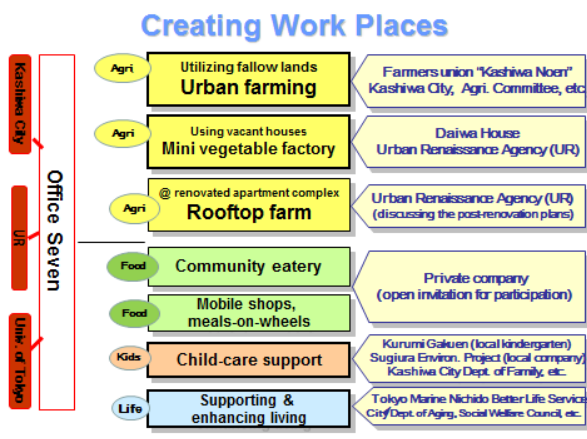
スライドには、7種類の仕事の場が描かれています。今は9つあります。農業関係、食品関係、保育および高齢者ケアにそれぞれ3つです。事業主がこうした職場を運営します。これは様々な職場で働く高齢者の様子を撮ったものです。仕事のマッチングやスケジューリングが行われており、ICT やクラウドシステムを導入する予定です。IBM の協力をいた

だいて様々なソフトウェアを開発している他、iPad 等も活用して高齢労働者の訓練も行っています。

私たちは、第2の人生における就労の効果が個人レベル、社会レベルでどのような影響をもたらしているか、様々な評価を行っています。例えば、採血、骨密度、筋力、認知能力、さらには社会交流について調べています。データの解析はまだ予備段階ですが、定年後も就労は肯定的な影響をもたらすことが明らかです。私たちは、仕事をする前、そして6カ月後、12カ月後、18カ月後に健康状態と社会生活能力の評価を行っています。

コミュニティが、人生の段階に応じて住宅を提供します。いわば、コミュニティのリモデリング、再構成です。人びとは、生涯を通じて自分のニーズが一番合った所に引っ越してきます。自分のふさわしい所で年を重ねることが可能になるというわけです。

高齢者にとって最大の関心事はヘルスケアです。私たちは、1日24時間体制でヘルスケアを提供する在宅ベースのヘルスケア・システムの構築を進めています。この建物は現在建設中で、2014年3月から受け入れが開始される予定です。1階では、様々なサービスが提供され、医師、24時間体制でのホームヘルパー、歯科医、理学療法士、その他数多くのデイケアサービス等も配備されます。これらのサービスは、入居者だけでなく、コミュニティ全体に提供されます。交通手段も、高齢者ができるだけ活発に安全に暮らす上で重要な問題ですので、コミュニティでの代替的な交通手段にも取り組んでいます。また、ICTを最大限活用して安全を保障し、そしてつながりを維持することができるようにしています。





技術的な革新を追求して、コミュニティで新しい技術を試験しています。

2011年には、研究に対し資金的な支援を行う組織である科学技術振興機構（JST）が設立され、高齢化社会における問題解決のための社会実験を支援する2つのプログラムが実施されています。この種の社会実験においては、様々な学問領域の研究者の共同活動だけでなく、地方自治体や産業界との十分な協力が必要とされます。私たちは2009年に産学コンソーシアム「ジェロントロジー」事業を開始しました。コンソーシアムは、産学がアイデアを寄せ合い、今後20年間に直面する大きな課題に、新たな価値観と解決策を生み出すためのプラットフォームを提供するものです。現在国内外の企業65社がこのコンソーシアムに参画しています。このリストに書かれている企業です。究極的には、長寿と健康、そして富をつなげていくために貢献できるように目指していきたいと思っています。これが、急速に高齢化が進む世界において、最も大きな

課題ではないでしょうか。ご清聴ありがとうございました。

議長：

次に小川先生お願いします。日本大学経済学部人口経済学の教授、同大学人口研究所所長でいらっしゃいます。30年以上にわたって、日本とASEAN諸国における人口と開発についての広範な著作があります。特に少子高齢化の社会経済的影響、人口統計学的変数や社会保障に関する変数のモデリング、さらには出生率、雇用、結婚、育児、定年退職、高齢者介護に関する政策を中心に研究なさっています。最近では世代間移転の研究もされています。また、*American Economics Review*, *Journal of Labor Economics*, *Demography*, *Population and Development Review*といった国際的に著名なジャーナルに数多くの学術論文を発表していらっしゃいます。また日本政府やアジア人口学会、WHO等の国際機関の協議会、委員会、審議会等にも属しています。



## 「世代間所得移転から見た高齢化の経済的意義」

小川直宏

日本大学大学院総合科学研究科教授

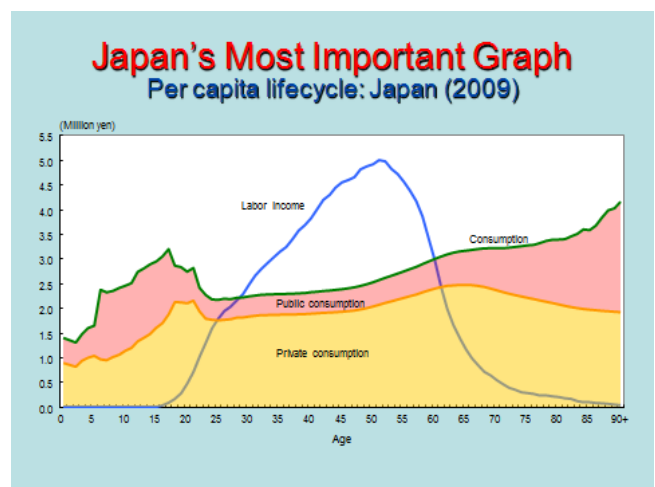
### 略歴：

政府各省における様々な審議会委員および検討委員会委員に加え、日本人口学会理事、日本医師会地域医療対策委員会委員、アジア人口学会理事、国際人口学会（IUSSP）での低出生・家族政策に関する研究委員会委員等を歴任し、現在は総務省統計研修所客員教授、日本統計協会評議員、日本学術会議連携会員、統計情報研究開発センター監事、世界保健機関（WHO）のアドバイザー等を兼任。国連、国際労働機関（ILO）、アジア開発銀行のコンサルタントとして数多くの開発途上国政府の長期開発計画の援助にも参加。

ありがとうございます。この数十年で人口高齢化は世界的に主要な動向になったと言えますが、その問題を含め、日本がその動向の先端を行っていると思います。問題の一つは、課税によって公的年金制度が脅かされていることです。数年前に経済学者が日本の年金給付状況を調べましたが、1955年以降に生まれた世代の給付はマイナスになるという結果がでました。この結果は言わずと知れたもので、特に若い層を中心に、給付があてにならないから支払いを拒むようになったということです。給付状況が悪化するなかで、若年世代を中心に公的年金制度に支払をする人の数が減少してきています。これが、日本の年金制度の状況の一つです。国民年金に加入するものの、支払をやめた人の数は少なくありません。これは大きな問題です。

更にアジアの多くの国は高齢化問題を抱えています。中国、インド、タイをはじめ、多くの国で人口高齢化を踏まえた社会保障制度を検討中ですが、決して簡単ではありません。韓国や台湾でも大勢の高齢者が在宅での集中介護を必要としているため多くの介護者が必要になっています。

近年の人口高齢化に対応するため、国民移転勘定（NTA）と呼ばれる革新的なアプローチが開発されました。2003年にはカリフォルニア大学バークレー校が、7人の国際人口経済学者を招いて会議を開催し、人口高齢化の課題を解決する創造的なアプローチを検討するための新しい課題を手がけることを決定しました。南米諸国では10年後の現在、44カ国がこのグローバル・プロジェクトに参加しています。ヨーロッパでは未来研究所が指導し、アフリカには各国の研究活動を調整するECLEADという地元機関があります。アジアでは東西センターがリードして国民移転勘定の研究活動のコーディネーションをしています。



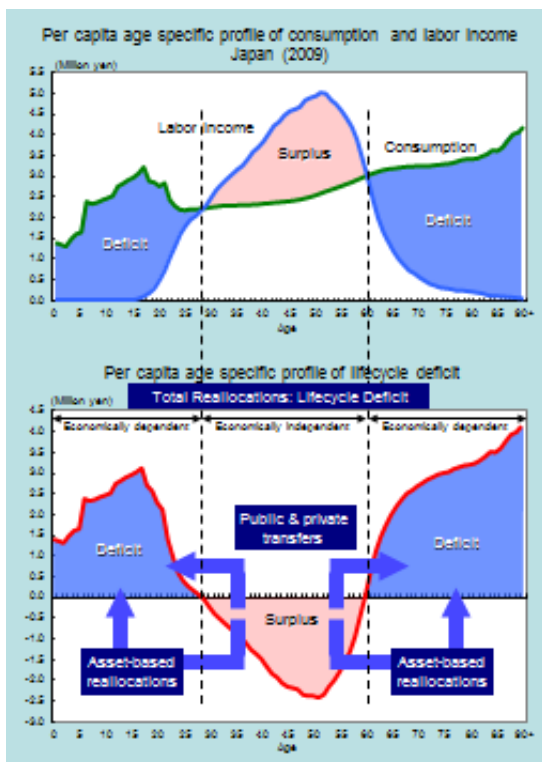
ほぼ全ての参加国が、自国で最も重要なグラ

フを作成することになっています。これが日本で最も重要なグラフです。最も重要と呼ぶのは、簡単なグラフから多大の情報が得られるからです。ミクロのデータと国民経済データを用いて労働所得と消費を組み合わせ、横軸に年齢、縦軸に金額を取っています。消費については、世帯を基本とする私的消費、政府による公的消費を組み合わせています。

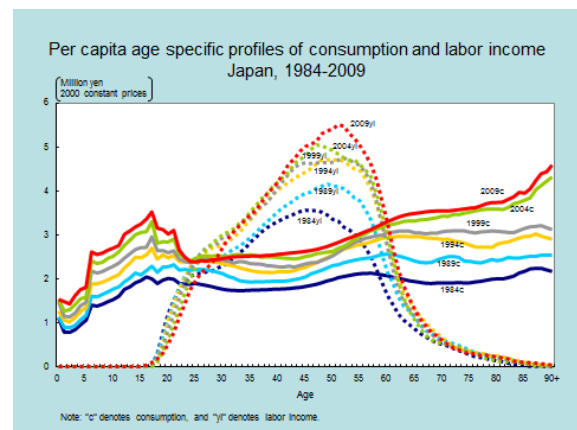
これが公共教育、そして私的教育的、公的医療プログラム、私的な医療費部分、介護保険です。このシンプルなグラフには多数のアイデアがあり、役に立つので日本の最も重要なグラフと呼んでいるのです。年齢ごとに見て行くと全てが分ってきます。年齢構造を変えれば、それぞれの割合の変化を見ることができます。これがこのアプローチ（NTA）の良さですが、今まで誰もこれを行っていませんでした。

サイクル上での不足と相互関係が見えてきます。ここが不足になるのは、子どもには消費をカバーするだけの所得がないからですが、高齢者も同じ状況です。生産者年齢の部分が余剰です。下図はライフサイクル上での不足です。不足を補うためには、公共の移転又は私的な移転によるか、家族や両親が支援して補うことになり、移転が十分でなければ、各個人の持っている資産の再分配により補うしかありません。

日本のケースを 25 年余にわたり見てきていますが、興味深い事にこの 25 年で労働所得及び消費が著しく変わってきています。実際の計測年は、1984、1989、1994、1999、2004、2009 の各年です。このグラフを見てショックを受けました。注目していただきたいのは、赤線です。20-30 歳代の若年者の労働所得は下降しており、若年者の労働所得問題が起っています。これは定職につく事ができず、不定期職に就いているためです。この所得の低下が日本の大きな問題となっています。



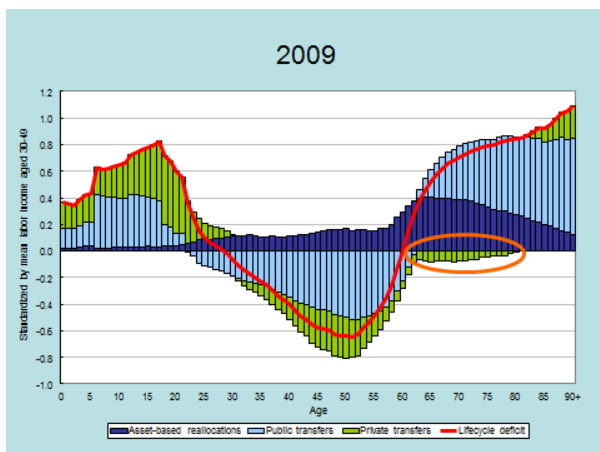
この日本で最も重要なグラフさえあれば、これを下図のように置き換えることで、ライフ



1984、1989、1994、1999、2004、2009 各年に見たライフサイクル上での不足は、この 25 年間で増加してきていますが、余剰も大きくなっています。問題は、このライフサイクル上の不足をどのように補って行くかです。こ

のグラフで、不足分をどのように賄って行ったのかが分ります。この赤線は、ライフサイクル上の不足で、緑の線は家族、親のもです。親が子の不足を補っていますが、15歳ともなると年間200万円が必要となります。それが、年間費用です。青色は政府が支払っている分です。また、高齢者は濃紺になっていますが、日本の高齢者はかなり豊かで、資産も所有しており、政府からの移転、家族からの移転もありますが、それでも十分でなければ貯金を使うこととなります。この曲線が1984、1989、1994、1999、2004、2009の各年には驚くことに、高齢者、児童ともに不足が増えています。個人一人当たりで見ているのですが、家族からの移転は、高齢者が80歳になって始めて少ないながらみられ、それ以前は、逆なのです。日本では、70歳代、80歳前半の高齢者は、子どもたちや孫たちの面倒を見ている。日本の場合、高齢者は不足していないのです。所有している資産を必要に応じて現金化することができます。

その意味で日本では、高齢者が社会のセーフティネットの役を担っています。理由は、公共年金が高齢者のしっかりした所得になっているからです。高齢になった子女の雇用は、失われた数十年で不安定になってしまいました



たが、ご覧のように年金移転は増えています。赤い線が各年の年金制度ですが、25年前と比較して増えているのです。個人ベースでみる限り、高齢者はかなり裕福です。国民レベルで見ると、1994年の児童と高齢人口ですが、当時の高齢者数は少なかったため、高齢者グループとして費用はさほど大きくなかったのですが、それが、1984、1989、1994、1999、2004、2009年と急速に増えています。

初めてご覧になる方も多いと思いますが、人口高齢化の影響はこれほど大きく、コスト増強が反映されています。

子どもたちは、親からの移転をうけますが、22歳までは、政府からの移転もあります。23歳で大学を卒業して納税を始め、64歳になると政府と家族からの支援を再び受けることとなります。ところが、60歳から年金受給者という仕組みは変わってきています。かつて64歳の高齢者には、家族からの支援もあった訳ですが、2009年に81歳になっています。日本では、65歳で高齢者と呼んでいますが、かなり裕福で、自立しています。この変化に気づいていない、特に高齢者の定義が変わって来ていることに気づいていないのです。高齢者の定義等は経済状況等を踏まえて変えるべきだと思います。60歳や65歳はまだ若いのです。65歳を高齢者年齢とすることはそれなりに有効かもしれませんが、一考の余地があると思います。

それから、国民移転についてです。22歳で国民移転から独立しますが、60歳、64歳頃から政府依存になります、受給年齢の差は退職年齢を映しています。しかし、政府は日本の急速に変わってきているインフラや社会ニーズへの対応が遅いらいがあります。民間部

門の方が急速にニーズに答えてきています。

日本の子どもは、27歳で親離れをしていましたが、昨今ではそれが31歳になっています。高齢人口についてみれば、家族からの扶助に頼る年齢が以前は64歳でしたが、いまでは81歳になっています。ところが、公的移転の方は変わっていません。私的移転は画期的に変化してきています。言い換えれば、人口高齢化に関しては、民間の方が公共部門より家族構成への対応が柔軟、すなわち、ミクロの対応がマクロの対応より柔軟なのです。

これは1994年時点での児童と高齢者のコストです。この不足分は、育児のコストとなり、高齢者のコストです。言うまでもなく、亡くなる児童もいれば、長生きされる高齢者もいらっしゃる訳です。その長寿要因を考慮して換算すると、日本で子どもの誕生から金銭的に独立するまでの費用には、10年分の生産労働平均所得が必要です。子供一人当たり。高齢者の退職後の生活支援には、8年分相当の所得が必要です。大金ですが、それは1984年時点での試算です。25年後には、育児費は10年分ではなく14年分、高齢者は8年分の生産労働所得ではなく15年分のコストになっています。

この育児、高齢者費用は、日本の経済システムの大きな負担となっています。それは、政府予算にも、家計にも制約があるからです。ということは、育児にも高齢者にもより多くの財源が必要になるということになると、家計の面で子どもと高齢者は競争関係にあるのでしょうか。政府ではどうでしょうか？両者がより多くの資源を手にする、お互いに競争しあう。双方が資源をより多く手に入れば、財政政策の拡大により民需を抑制するクラウ

ディング・アウト効果につながらないでしょうか。

アジア諸国について試算をしましたが、欧州、日本、その他のアジア諸国の最も重要なグラフを創りました。ご覧になるように、ヨーロッパと日本では、高齢者コストが他と比べてなっていますが、日本を除く他のアジア諸国では、一貫して高齢者コストは横ばいです。アジアではいままで高齢者コストが上がらないのは、大家族の中で孫、子と暮しているからであり、高齢者コストが家族の中で内部化されているのです。ヨーロッパのケースとは全く違います。

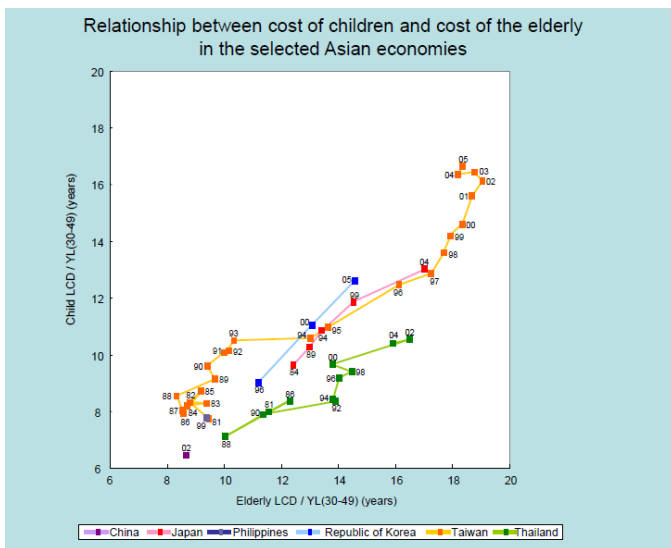
この点からこれらの国々をその財政の面から、つまり生涯、公的移転、私的移転という点から見てみましょう。ヨーロッパでは大きく公的移転に依存していることが分ります。タイ国では、緑になっていますが、社会保障制度が未完成なため、ほとんどの資源は家族持ちです。国により、育児や退職者費用源は異なります。

問題は、子どもの費用、高齢者のコストに何が起きているのでしょうか。この軸では、退職者コストを見ており、こちらは、誕生から経済的に独立するまでの育児費用を見ています。

台湾、タイ、日本、韓国、フィリピン、中国の事情が描かれていますが、コストの急増が見られます。言い換えれば、育児コストも高齢者コストも急増していますが、クラウディング効果は見られません。両者のコストがますます上昇していますがそのしわ寄せを受けるのは、働き盛りの世代で、彼らが両親の面倒をみることとなります。このため、アジア



の両親は、パニーニ世代と呼ばれているのです。



ヨーロッパの一部諸国では、ショックでしたが、興味深いことが起きています。アジアでは育児費、高齢者コスト双方が上がっていますが、ヨーロッパでは全く事情が違います。育児費も上昇しているけれど、高齢者の退職年齢が上昇しています。業務評価システムや社会保障制度がアジアとヨーロッパでは異なるからかもしれません。

時間がなくなってきましたが、もう一つだけ言わせてください。それは、高齢化の話をする際に思わぬ価値観の変化があるということです。皆様がお国に帰られて社会保障制度を創られる、と言うのは大変良いことですが、社会保障制度を変える、プログラムは政策を変えることにより問題が起こるかも知れない

ということです。1950年～2000年間に50歳未満の生殖年齢の女性を対象に毎日新聞がアンケート調査を行い、『貴女は退職後、子どもの世話になるつもりですか』と聞いたところ、1950年には、多くの母親たちが『ええ、子どもの世話になるつもりです』と答えました。次に同じ回答者に対して『ご自分の両親の面倒を見ますか』と言う質問に対し、80%の生殖年齢の日本女性が『ええ。良い慣習ですから、当然の義務ですから』と前向きに答えました。しかし年を追うごとに、その数も減少しています。このことをしっかり学習して欲しいのです。この頃に日本は国民年金制度を導入したのですが、1986年になり、政府は、財政事情が悪いため、政府資金援助を期待しないで欲しい、と告げたのです。それにより高齢者に対する責任を政府から家族に移転しました。その時点までは、日本女性をはじめ、私までが、親の面倒は政府が見てくれると思っていたのですが、主たる介護者は家族であることが判明したのです。財政事情を理由に変更。まさに、社会保障制度の財政的な仕組みが極めて重要であることを指摘したいのです。社会保障制度を導入するに辺り、大事なことは、良い介護、注意深い介護が、特に高齢化が早急に起こっている時には、大切であることをお伝えしたかったのです。この結果、自分の子たちと暮らす高齢者の数は比例的に減少してきていること、全てが変化していることをお伝えしたかったのです。ありがとうございました。





## 「高齢者への対応 社会保障制度改革」

清家 篤  
慶應義塾長

略歴：

慶應義塾大学商学部教授、慶應義塾長。博士（商学）。専攻は労働経済学。1978年、慶應義塾大学経済学部卒業、1980年大学商学部助手、1985年同助教授を経て、1992年より同教授。2007年より商学部長、2009年より慶應義塾長。この間、カリフォルニア大学客員研究員、ランド研究所研究員、日本労働研究機構特別研究員、経済企画庁経済研究所客員主任研究官等、新成長戦略実現会議委員（内閣官房）、社会保障のあり方に関する集中検討会議委員（内閣官房）、東日本大震災復興構想会議委員（内閣官房）、労働政策審議会委員・同雇用保険部会長・同若年労働者部会長・同点検評価部会長（厚生労働省）、等を歴任。現在、日本私立大学連盟会長、経済社会総合研究所名誉所長（内閣府）等を兼務。この8月まで社会保障制度改革国民会議会長（内閣）を務める。

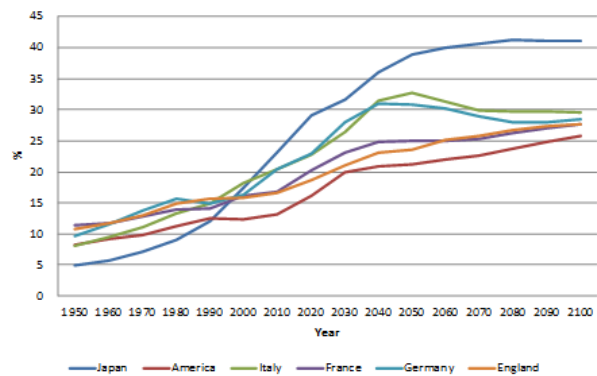
このような素晴らしい会議にご招待いただきありがとうございます。心からお礼申し上げます。小川先生は、昔からの友人です。小川先生のインパクトのあるお話の後ということで多少気後れいたしますが、始めさせていただきますと思います。

ボドク先生からご紹介いただきましたとおり、今は慶應義塾長ですが、もともとは労働経済学が専門で、人口の高齢化が労働市場に与える影響について実証的分析を行ってきました。そうしたこともあり、2012年の11月から2013年8月まで社会保障制度改革国民会議の会長を務めました。よって、高齢化が労働市場に及ぼす影響と、社会保障制度改革について少しお話ししたいと思います。小川先生がどの程度高齢化の影響についてお話をされたのか、もしかすると重複する部分があると思いますが、始めさせていただきます。

日本の高齢化に関する資料図1をご覧ください。日本の高齢化は、そのスピード、大きさにおいて世界で例のないものです。65歳以上人口は、現在日本の総人口の4分の1を占めてお

り、高齢化率は世界一です。今生まれた子どもたちが大学を卒業する2035年頃には、65歳以上人口は総人口の3分の1程になる見込みです。また高齢化の速さは、すでに高齢化社会として知られるフランスの4倍、ドイツの2倍です。

[Figure 1] Proportion of older population aged 65 and over in major developed countries<sup>4)</sup>

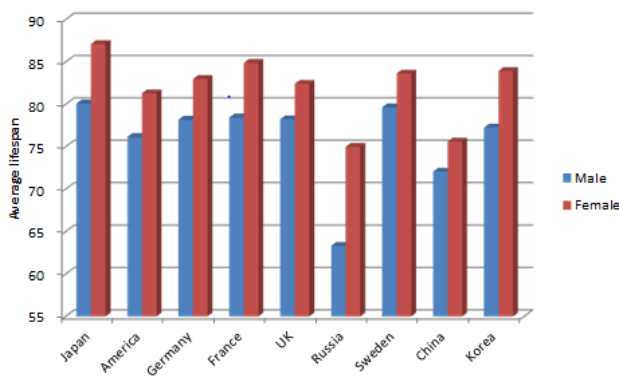


(Source) Based on data from the *Demographic Statistics Data Book* (2013), National Institute of Population and Social Security Research<sup>4)</sup>

日本の高齢化は、「深く」もあります。つまり、大変高齢な75歳以上の方々が急速に増えているのです。75歳以上の人口は、総人口の13%近くになっています。2035年には25%ぐらいになる見込みです。人口は社会経済変数の中で、最も予測可能なものの一つです。よ

って十分な対策をとることが可能です。それは、我々の世代の責任です。事態を食い止める、あるいは少なくとも緩和することが必要です。

[Figure 2] Average lifespans in the major developed countries, by gender<sup>4)</sup>



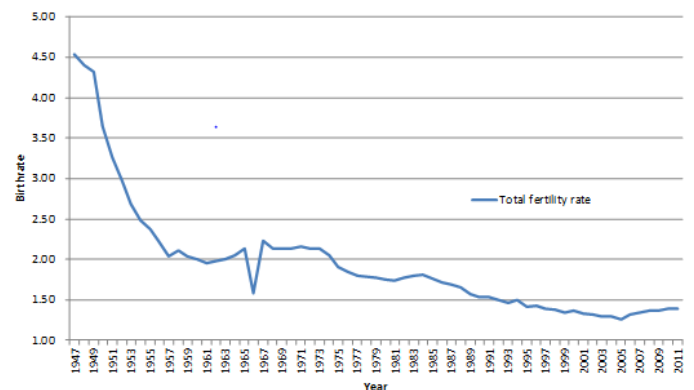
(Source) Based on data from the *Demographic Statistics Data Book* (2013), National Institute of Population and Social Security Research<sup>4)</sup>

高齢化には2つの原因があります。1つは平均寿命の伸びです。図2を見てお分かりのように、日本の寿命は世界一です。もう1つの高齢化の原因は出生率の低下です。これが図3で示されています。平均寿命の上昇傾向を止めることは、もちろんすべきではありませんので、出生率の減少傾向を上昇に転じる対策が必要だということになります。高齢化に対してできるもう1つのことは、高齢化のマイナス面を最小化することです。まずは、特に女性や高齢者の労働力率を上げることによって、人口が減少しても、労働力を維持していくことです。また、高齢化社会の中にあっても、社会保障制度を抜本的に改革することによって、社会保障制度の持続可能性、財政状況の持続可能性を維持していくことです。これらの2つの対策について話したいと思います。

図を見てください。1970年代後半、出生率(TFR)が2から2以下に減少し始めました。

その時日本政府は、1世代先、つまり20-30年先には人口が減るという事実を認識すべきでした。TFRが1.57にまで下がった1990年になってようやく日本政府も真剣に考え始めました。これは過去最低の水準でした。いわゆる「丙午」にあたる1966年の1.58を切りました。皆様がこの丙午という迷信についてご存知かどうかわかりませんが、これはもともと中国の迷信です。丙午の年に女の子が生まれると、その女の子は結婚し、その夫を搾取する、夫が苦勞するという言い伝えがあるので、夫婦は、女の子が生まれるとなかなか結婚できなくて苦勞するのではないかと心配しました。

[Figure 3] Trends in the fertility (birth) rate in postwar Japan (1947-2011)<sup>4)</sup>



(Source) Based on data from the *Demographic Statistics Data Book* (2013), National Institute of Population and Social Security Research<sup>4)</sup>

そういうわけで、驚くことにこの迷信はその年、親たちにかかなりのマイナスの影響を及ぼしました。そういうわけで、丙午でもない普通の年であるのに、1990年に出生率が1.57にまで下がってしまったことに国民は大変なショックを受けました。これを「1.57ショック」と呼んでいます。1.57ショックにより日本国民は出生率が低下していることを認識し始めました。そして日本政府はエンゼルプランというものを導入しました。これは包括的な育児支援を推進するための一連の政策のことを言います。しかし、その当時の対策は、

あまり大々的なものではなかったわけです。というのは、1945年以降、出生率を上げるための政策がとられたことはありませんでした。その理由の一つは、人口拡大の政策には、ある種の烙印というか、戦争中の政策、産めよ増やせよを想起させる悪いイメージがあったからです。もう1つこの育児支援策にとって不運だったのは、恒常的な財源がなかった点です。この点が、社会保険制度により歳入が保障されていた年金や医療給付とは違うところではあります。1990年代初頭からの深刻な経済危機と予算の削減により、育児支援政策の改善はいっこうに進みませんでした。

今が、出生率を回復させる最後のチャンスではないかと思えます。もしかすると遅すぎるかもしれませんが、とにかく何らかの重要な行動をとらなくてはなりません。私が会長を務めた社会保障制度改革国民会議の報告書で私たちが提言したのは、育児サービスの向上を含め、社会保障制度の資金をもっと若い人に向けてのことでした。現在、いわゆる「待機児童なし」の実現のために育児支援政策の恒常的歳入として、消費税歳入のうち7000億円を確保しています。

高齢化対策として極めて重要なのは、高齢者の人びとの雇用を促進することです。より多くの高齢者が現在の定年退職年齢を超えて勤め続けるならば、1人当たりの社会保障費負担がかなり減らせます。高齢者の中で現役の就労者そして消費者が増えれば、マクロ経済の供給サイドと需要サイドの両方で、経済成長の原動力となるのです。この点については、日本はEU諸国に比べて一貫した政策を取り、高齢者の雇用を促進してきています。表1を見ると分かるように、他の先進国と比べて日本の高齢者の労働力率はかなり高くなって

います。

働き続けたいという高齢者の強い意欲を活か

[Table 1] The labor force participation rate of older people in major countries (2009)

	Japan	U.S.	Germany	France	Korea
Males aged 60-64	76.3	60.9	50.8	20.3	68.8
Females aged 60-64	44.6	49.9	32.9	15.9	42.0
Males aged 65 and above	29.4	21.9	5.9	2.7	41.5
Females aged 65 and above	13.1	13.6	2.7	1.0	22.2

(Source) Based on data from the *Ageing Society Statistics Data Book* (2011), Japan Organization for Employment of the Elderly, Persons with Disabilities and Job Seekers

すことができれば、日本は生涯にわたって活力ある人生を送れる社会、高齢者の役割と能力が十分に活用される社会になるでしょう。日本は、こうした社会を目指して正しい政策を取ってきたと言えます。もし日本がこのような社会を作ることができれば、同様の高齢化問題に直面する国々にとって、良い参考となるでしょう。

ただ、一方で残念なこともあります。女性の雇用促進はまだ成功していません。その結果、女性の労働力率は、まだM字カーブを描いており、女性の労働力率は30歳代になると大きく落ちこみます。女性の労働力率を上げる対策は、出生率の低下を食い止めるのと同じ対策です。働く母親を支援する策は、30代の女性が働き続けられるようにすることに役立つでしょう。

我々は、出生率と労働力率の向上にあらゆる努力を費やしていかなくてはなりません。しかし、高齢化と労働力の減少は当面の間避けられない問題ですので、高齢化に対処するための社会保障制度改革が喫緊の課題です。

育児政策については先程お話ししましたので、今度は、年金制度、医療制度そして介護制度

の改革についてお話ししたいと思います。表 2 にありますように、社会保障費の支出は 2012 年度におよそ 110 兆円で、GDP の 23% に当たります。そしてその半分が公的年金制度、3 分の 1 が介護保険および医療保険です。こういった年金制度や介護制度、医療制度の改革をする場合に重要となってくるのは、この 3 つの改革は、問題の性質が異なっているという点を認識することです。公的年金の問題は比較的単純で、直線的な問題ですが、医療制度と介護制度の問題は、非線形であり、より複雑な問題です。

ービスプロバイダーの協力がなければ、効果的な政策は達成できないでしょう。

社会保障の給付は急激に増えています。その 60% は社会保障の保険料によって、40% は税金で賄われています。現在は十分な税収がなく、社会保障の支出が伸びています。よってこの数十年の間に、政府支出と税収とのギャップがどんどん開いているのです。これは図 4 で明らかですが、ワニの口がますます開いているような図式になっています。ほとんどの支出は、国債の形であり、将来世代への負担として先延ばしになっています。社会保障制度改革は、喫緊の課題です。公的年金制度は単純な問題ですが、財政の持続可能性に関して言えば、必要な改革は、2004 年に完了していると思います。この改革は、将来の年金の払い込みに上限を設け、負担を減らすこと、そしてマクロ経済のインデックス化を導入して、実際の年金給付が払い込んだ額よりも高くないようにするシステムに関するものでした。

さらに難しいのが、医療制度と介護制度の改革です。医療の供給システムを効率化して、増加する高齢の患者にサービスが行き渡るよ

〔Table 2〕 Prospect for the Social Security Benefit Expenditure<sup>4)</sup>

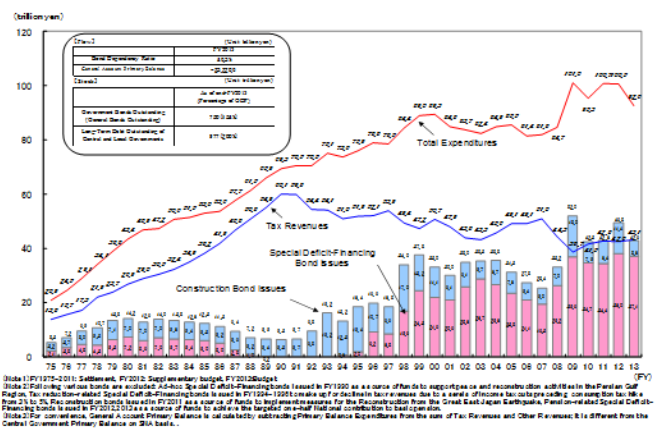
Unit: trillion yen<sup>4)</sup>  
(% to GDP)<sup>4)</sup>

	FY2012 <sup>4)</sup>	FY2025 <sup>4)</sup>	FY2025/FY2012 <sup>4)</sup>
Social Security Benefit Expenditure <sup>4)</sup>	109.5 (22.8%)	148.9 (24.4%)	1.36 <sup>4)</sup>
Public Pension <sup>4)</sup>	53.8 (11.2%)	60.4 (9.9%)	1.12 <sup>4)</sup>
Medical Care <sup>4)</sup>	35.1 (7.3%)	54.0 (8.9%)	1.54 <sup>4)</sup>
Long-term Care <sup>4)</sup>	8.4 (1.8%)	19.8 (3.2%)	2.34 <sup>4)</sup>
Child and Child-Raising <sup>4)</sup>	4.8 (1.0%)	5.6 (0.9%)	1.17 <sup>4)</sup>
Others <sup>4)</sup>	7.4 (1.5%)	9.0 (1.5%)	1.22 <sup>4)</sup>
GDP <sup>4)</sup>	479.6 (100%)	610.6 (100%)	1.27 <sup>4)</sup>

Source: Ministry of Health, Labour, and Welfare<sup>4)</sup>

表 2 にあるように、年金給付は年金人口の増加とともに増加し、2025 年には 2012 年の 1.12 倍となります。公的年金はお金という単純な問題です。よって技術的には、歳入と歳出の体系を変えるだけで、公的年金制度を改革できます。一方医療制度と介護制度の支出は、高齢化のスピードを超えて伸びると見込まれます 75 歳以上の人たちの高齢者人口に占める割合が増加し、医療の質とコストの上昇とともに、これらの支出が増えるからです。表 2 から分かるように、2050 年度は 2012 年度に比べて、医療制度支出は 1.54 倍、介護保険は 2.34 倍に増えます。医療制度と介護制度の改革はただお金の問題だけではないのです。もっと実際のサービスを提供するサービスプロバイダーに注目しなくてはなりません。サ

〔Figure 4〕 Trends in General Account Tax Revenues, Total Expenditures and Government Bond Issues<sup>4)</sup>



うにしないではいけません。また医療制度は、

病院での治療から病院と自宅での治療へと変えていかなければなりません。つまりコミュニティも一緒になって高齢の患者をサポートしていくということです。これによって、高齢者は治療を受けながらも、地域で、自宅で暮らし続けることができます。

そして医療リソースを、より若い人の緊急医療に使えるようにすることです。これを実現するためには、総合的な地域医療制度を作り、高齢者に対して在宅でのケアとサポートを提供していく必要があります。このような改革は、受益者とサービスプロバイダーの間に政治的な対立を引き起こす可能性があります。ぜひ達成しなければなりません。そうでなければ、日本を世界で最長寿の国にしたこの社

会保障制度を、将来の世代に手渡すことができないでしょう。社会保障制度改革国民会議の提言の中には、慶應義塾大学創設者の福沢諭吉の言葉を引用した私から国民の皆様へのメッセージも入っています。福沢は次のように述べました。

「雁の群れが一心に餌をついばんでいる時に、一羽首を高く揚げて難に備えるものを奴雁という。学者もまた、ひとり遠くを見据え、現状を冷静に分析し、将来のためになにが最も良いかを考える者でなければならない。」この言葉を政治指導者の皆様にお伝えして、私の発表を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。





## 討 議

---

議長：

どうもありがとうございました。では早速、ご質問、コメントがありましたらお願いいたします。まずインドネシアの方からどうぞ。

アンディ・デウィ・ヤンティ議員（インドネシア）：

1984年には高齢者よりも児童の数が多かったのに対して、2009年には高齢者が児童の人口を上回ったということでした。この点に関連して、国の予算はどんな影響を受けたのでしょうか。そしてどのようにすれば、高齢者が日本も含む色々な国々で経済の原動力になれるのでしょうか、ご意見をいただきたいと思えます。

清家先生の資料のうち、日本における高齢者の就労率に関してですが、65歳以上の男性が29.9%であるのに対して、女性は13.1%と大変低くなっています。なぜこんなに大きな差があるのでしょうか。日本では、女性、特に65歳以上の女性というのは、家にいることを望むのでしょうか、それとも何か他の理由があるのでしょうか。

清家篤 慶応義塾長：

どうもありがとうございました。ご質問に大変刺激を受けました。高齢の女性があまり仕事をしていない理由は2つあります。1つは歴史的な背景です。彼女たちの世代においては、多くの女性は外で働かず、通常女性は家

を守っていました。なぜならその時代には、まだ伝統的な男女それぞれの役割があり、男性は外で働き、女性は家で子どもの面倒や家事をするのが役割でした。そのために、多くの高齢者の女性に就労経験がありません。そのような意味で就労率が大変低くなっています。また統計学的な点もあります。女性の方が男性よりも長生きです。よって、65歳以上の方を見た時には、女性の方が男性よりも多いのです。そういった技術的な、統計学的な理由で女性の高齢者の就労率が低いとも言えます。

小川直宏 教授：

子どものコストと高齢者のコストは、25年間で上がってきました。政府移転支出を見ると高齢者の方が多いのですが、政府支出の主要部分は、子どもの教育に支出されています。これは大変強力な制度ですから、大きく変えることはできません。25年前の社会保障制度はそれほどしっかりした、成熟したものではなかったので、高齢者のコストはそれほどでもありませんでした。しかし、私の発表からお分かりいただけますように、公的移転は、子どもよりも高齢者に対する方が多くなっています。但し、1人当たりで見ると、両方とも上がっているのです。政府にとっては、子どもだけではなく、高齢者への移転も増えている。しかし、高齢者の人口増加の方が顕著なので、全体的な政府財源は、高齢者のほうにより多く使われています。





## セッション4

### グローバル企業の将来戦略としての高齢化対策と役割



## セッション4

セッション議長：アルカ・バララーマ・クシャトリア議員  
インド

---

略歴：

企業金融で博士号取得。女性の企業金融専門。国会議員。議会の金融・技術委員会のメンバー

---



## セッション4

モデレーター：石田寛

経済人コー円卓会議日本委員会理事兼事務局長／関西学院大学専門職大学院経営戦略研究科  
准教授

---

略歴：

1990年日本興業銀行に入行、2000年に退職後、経済人コー円卓会議（CRT）日本委員会で活動、  
現在、同委員会理事兼事務局長。2005年より関西学院大学専門職大学院経営戦略研究科准教授も  
務める。「CSR イノベーション」の共著者。企業倫理とコンプライアンスが専門。

---



## 「高齢者への栄養と健康長寿—栄養を通じた健康長寿社会の実現—」

木村毅

味の素株式会社取締役／常務執行役員

---

### 略歴：

1984年（昭和59年）ロンドン大学キングスカレッジ博士課程修了  
1984年（昭和59年）7月 米国国立衛生研究所入所  
1989年（平成元年）4月 味の素株式会社入社  
2005年（平成17年）7月 品質保証部長  
2009年（平成21年）6月 執行役員  
2010年（平成22年）10月 研究開発企画部長  
2013年（平成25年）6月 取締役 常務執行役員（現任）

---

ご紹介ありがとうございました。このような大変著名な議員の先生方が集まる重要な会議において、発表の機会をいただき、誠にありがとうございました。

まず、民間部門の我が社が、どのような形で高齢者の栄養と健康長寿に貢献させていたっているか、お話をさせていただきたいと思います。そして我が社に関してあまりご存じでない方々もいらっしゃるかと思いますので、本日は会社についても少しお話をさせていただきたいと思います。

次に、高齢者にとってのタンパク質とアミノ酸の関係について話し、最後にバイオマーカーと個人の栄養に関してお話をさせていただきます。

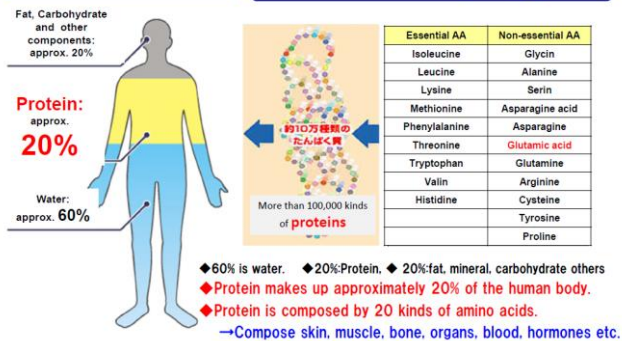
味の素は1909年に創業され、100年以上の歴史を有します。味の素の原点は、東京大学の教授で、当時ドイツの客員研究員でいらした池田菊苗博士との産学連携にあります。日本は当時大変貧しく、今よりも平均身長が10cm低い時代でした。池田先生は、ドイツで化学に大変感銘を受け、同時に日本人と比べてあまりに大きいドイツ人にびっくりしたそうです。帰国した池田先生は、日本人の栄養状態を改善し、また味の良いものを開発しようと考えました。そこで日本の昆布だしに目を付け、グルタミン酸に味の由来があることを発見し、このプロセスに、特に着目しました。当時、味の

素創業者の鈴木氏は、海藻から製薬目的のためにヨウ素を抽出していました。池田先生が海藻から別のものを発見したと知った鈴木氏は、池田先生を訪ね、話を進めて、このビジネスを始めることになりました。

このグルタミン酸から得られる「うまみ」というものが5つ目の味覚として認められるようになり、私たちは世界各地に事業を展開していったのです。米ドルで約100億ドル級のビジネスです。調味料も出していますし、日本においては、冷凍食品その他の製品も出しています。皆様の多くの国々でも味の素社の製品を販売させていただいています。そして私たち味の素のグループビジョンとして、アミノ酸からスタートして、食品事業、バイオ技術、精製化学製品、さらに製薬・ヘルス事業に入っていました。アミノ酸に関しては、医薬品用および食品用高品質アミノ酸では40%のシェアを誇っています。特に食品および飼料部門用に数百万トンのアミノ酸を生産しています。私たちは世界の食料資源の持続可能性や健康的な生き方等、21世紀の人間社会が抱える問題解決に貢献することを使命としています。

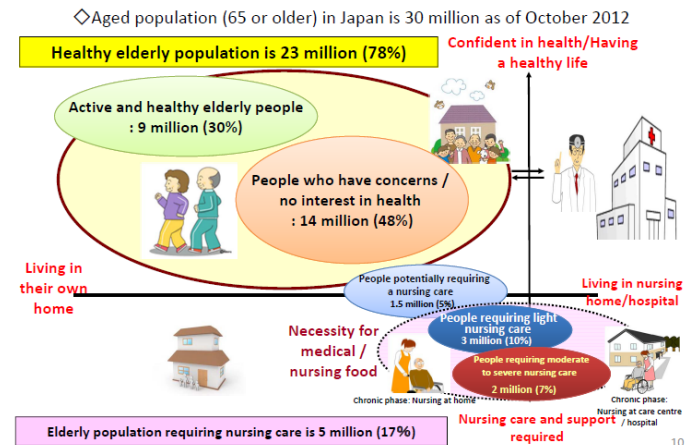
アミノ酸とはどんなものなのでしょうか。ご存知かと思いますが、人の体内には色々なものが含まれ、主成分はタンパク質です。このタンパク質を構成しているのがアミノ酸で、その意味ではアミノ酸

Composition of Human Body 20 Amino acids composing protein



は、生命にとって大切なものであるといえます。左手をご覧くださいと分るように、人間の身体は水分60%、タンパク質20%でできており、筋肉や脳、心臓といった身体を構成しているのがタンパク質です。残りの20%は炭水化物等です。味の素では主に食品ビジネスとして、人生の様々な段階に応じたアミノ酸製品を生産しています。これに関しては後程お話いたしますが、女性や乳幼児用のサプリメントを始め、スポーツサプリメントも出しています。日本のオリンピック選手も、使用しています。また低カロリーの甘味料もあります。最近では、高齢者の健康維持用のサプリメントも出しています。また、アミノ酸の栄養については、ガーナでアミノ酸やビタミン等微量栄養素で補強した乳児食の事業を展開しています。これはニュースでも取り上げられましたが、例えば、次のスピーカーでもあるDSMとも協力させていただいています。そしてガーナ政府、国際NGO、日本国政府、USAID等とも協力させていただいています。安倍首相からも、6月に開かれた第5回アフリカ開発会議において、これが子どもたちの食べる食事に加えられるということで紹介いただきました。

さて、主題である高齢者向けのタンパク質とアミノ酸に関して話をさせていただきたいと思えます。私たち日本は、超高齢化社会にあります。日本の高齢者人口は世界の中でも最も早く急増しています。しかし数字を見ると、他の国々も追いつ



いてきていることがわかります。よって私たちは、これらの日本国内の問題に取り組むことによって、グローバルな高齢化の問題に寄与できるものと確信しています。ご存知かと思いますが、世界全体で寿命が延びてきています。それによって医療費そして年金の負担がのしかかってきています。しかし重要なのは寿命だけではなく、障害を持たないで健康に生きていくということです。基本的に、病院に入院したり、寝たきりになってしまったりすると、介護が必要になり、お金が必要になります。日本も公的資金が多く介護に投じられているため、非常に苦しい状況にさらされています。よって、健康な形でその長寿命を楽しむことができれば、これら医療費の問題にも対処できると確信しています。

これは日本の状況ですが、65歳以上の高齢者の78%は健康に生活している高齢者です。しかし、介護施設や病院で生活をされている方々も大勢いらっしゃいます。重要なことは、健康な高齢者がいつまでも健康でいられるよう、病院に入院する必要がないようにすることです。従来の医療は、入院後に患者を治療することに重点が置かれていました。しかし私たちはやはり、健康な状態をいかに保てるかに着目する必要があります。そのためには栄養が重要な役割を果たします。



最近のデータによれば、タンパク質、そしてアミノ酸が高齢者にとって大変重要なことが分かってきました。東京都健康長寿医療センター研究所が行った疫学調査で明らかになったものです。例えば、血液に含まれている血漿アルブミンやヘモグロビンは、いずれもタンパク質です。アルブミンは血液中のタンパク質の多くを占めています。ヘモグロビンは、血液細胞の中であって、細胞に酸素を運搬しています。これらは基本的にタンパク質からできあがっているものなのです。アルブミンやヘモグロビンの量が少ない人は、あまり長生きしないことがその調査で明らかになりました。タンパク質レベルの高い高齢者に比べて、寿命が短いということです。すなわち、タンパク質の栄養状態が、人びとの寿命に大きな影響を与えていると言えるのです。

日本では、大変残念なことに、タンパク源の摂取が減少しています。これは全ての年齢層について言えることです。それによって、さらに老化が進むのではないかと懸念されています。タンパク質の1日当たり栄養所要量については、実際の摂取量は所要量を上回っていますが、新しいデータを見ると、高齢者は吸収が悪いので、もっとタンパク質が必要ではないかと考えられます。80歳以上の高齢者を対象に行ったカナダの最近の調査データによると、高齢者が必要とするタンパク質量は、これまで考えられてきたよりもかなり多いことが分かってきました。高齢者のデータを見ると、ほとんどが60歳未満のデータで、80歳代の方々のデータはあまり集められておりません。よって70歳代、80歳代の高齢者が、それ以下の年齢層と同じ栄養所要量なのかはまだよく分かっていません。しかし先程申し上げたように、タンパク質不足の人がいるのは確かです。高齢者の所要量についてさらに調査を行っていく必要があります。

ではなぜタンパク質から栄養を得ることが大切なのでしょう。まず、タンパク質は筋肉を作るからです。要介護、要支援の状況を見ると、ほとんどの場合は移動器官、つまり手足が自由に動かな

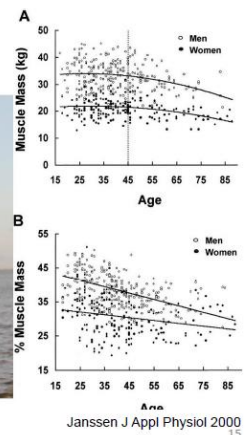
いことに問題があります。転んで骨折をすると、入院になってしてしまいますが、高齢者の場合なかなか回復できないのです。これには基本的に筋肉不足が関係し、介護が必要になったり、介護施設に入らなければならなくなったりする主な原因となっています。骨粗鬆症の話はよくご存じだと思います。骨折しやすくなるというのは事実ですが、骨は筋肉に支えられており、関節も同様です。転倒して怪我しないためには、健康な骨、関節、筋肉が必要なのです。これはあまりよく知られていないことですが、カルシウムと思われがちな骨は、実際は、その50%がタンパク質で構成されているのです。

## Protein and Amino Acid Deficiencies

Eat Well, Live Well.  
AJINOMOTO.

Elderly Nutrition in Japan

Muscle loss with aging = "sarcopenia"  
(1989 Rosenberg)



こちらのデータは、加齢に伴ってどれだけ筋肉が失われていくか、衰弱していくかを表したものです。男女共に、年を取るに従って筋肉が衰えていきます。ここで図をご覧に入れたと思います。20歳代の若い女性と、64歳の女性の脚の断面図を比較したものです。白い部分は脂肪です。筋肉量がだいぶ減っていることがわかります。それによって大変衰弱した状態になり、転倒して怪我をしやすくなるのです。サルコペニアと呼ばれる加齢に伴う骨格筋の減少が知られています。筋肉量も減少します。これによって、身体障害が起こり、介護依存の問題が生じるのです。米国では、この問題に対処する費用は186億ドルと試算されています。

高齢者の筋肉の減少は、筋肉のタンパク質代謝に関わるものです。体内のタンパク質は分解と合成を繰り返しており、合成が、分解に追いつくことができない場合に筋肉が失われていってしまいます。そこで私たちは、タンパク質合成を刺激する方法を研究しています。これは75歳以上の女性を対象に行った調査の一例ですが、タンパク質合成を刺激するとして知られるアミノ酸混合物を摂取してもらいました。その結果、アミノ酸を摂取した方々には、3カ月後にボディマス、つまり筋肉量の増加が見られました。歩行速度も速くなり、より健康体になったのです。

これらが、私たちが今行っている研究プロジェクトです。それと同時に、大変重要なことは、色々な高齢者の方がいらっしゃるという点です。高齢者の多くは何らかの疾病を抱えています。全員が糖尿病を患っているわけではありません。糖尿病を患っている方々、別の疾患を患っている方々、それぞれいらっしゃいます。そのような意味で、1つの解決策が、全ての高齢者に有効だとはなかなか言えないのです。私たちは、それぞれの高齢者のニーズを把握できるバイオマーカーの開発が重要だと考えています。

これまでアミノ酸のパターン解析に取り組んできました。その複雑なパターンを解析することによって、身体の状態に関する情報を得られることが分かっています。例えば、動物を用いたモデルでは、低タンパク摂取と高タンパク摂取の群を見分けることができたそうです。この概念をさらに開発し、癌のリスクの識別に使っています。これをちょうど事業化したところです。例えば、ある種の癌があるとしましょう。癌は代謝全体に影響することから、血中のアミノ酸を測定することによって、その癌によって、どのような変化が起きているか分かるわけです。灰色の部分が通常のアミノ酸の分布ですが、癌によって、たとえ早期でも、アミノ酸の血中濃度が違ってきます。よってこれは、健康状態を把握する大変興味深い、画期的な方法といえます。これは日本全国700以上の医療

機関で、選択的な診断検査の1つとして提供されています。例えば、ある癌に罹患する確率が10倍あるかどうか、調べることができます。

このような技術を使って、色々な方の栄養的についてのニーズを把握することができると思っています。この技術を癌のスクリーニングやメタボリック症候群にも活用していますが、老化診断のためのバイオマーカーの開発も行いたいと考えています。すなわち、どのようなタイプの高齢者が、どのような栄養面での対処法を必要としているかということ把握することです。いずれは薬効の予測にも活用できるのではないかと思います。最終的には、個別のケア対策、個別の栄養対策を考えて高齢者たちが健康な生活を送れるように支援していくことが必要だと思っています。

最後に、日本は最も高齢化が進んでいる国ですが、データが示すとおり、他の国々でも高齢化が進んでいます。高齢者にとって、タンパク質・アミノ酸摂取を増やすことが必要である点についてはデータが揃ってきていますが、高齢者の栄養所要量に関してさらに研究を行う必要があります。政府もこの分野で主導的役割を果たす必要があります。私たちは企業としてできる限りのことを行いますが、政府からの資金供与も必要とされる大きな問題です。そして高齢者のそれぞれのニーズに対応した個別の栄養、個別の医療が、今後とても重要になってくると思います。

高齢者の健康状態をさらに改善していくために、栄養学的な解決策を見いだすことは、日本における医療コストの削減につながり、また、世界的に高齢者人口が増大する中、新しい事業の機会を創出することになるでしょう。そしてまた、病気を治すための医療だけでなく、予防するための栄養療法という面で規則が必要となるでしょうから、官民連携が必要です。さらに、高齢者のための新しい栄養製品を生み出していく上でも支援が必要となります。ありがとうございました。

モデレーター:

木村先生、ありがとうございました。私がまとめる必要ないかと思います。一言コメントを申し上げますとすれば、企業ビジネスが、どのように社会問題を解決していくか、という点です。この点は重要性が増しています。と言うのもそれによって事業の成長も持続可能になるからです。社会の需要、高齢化にともなう需要に見合う味の素のイート・ウェル、リヴ・ウェルという理念、健康に生きようという理念、そしてこのホリスティックなアプローチは、非常にユニークで、比類ないものであり、後程ディスカッションを通してまた色々学びたいと思っています。

木村毅 氏:

社会的価値に関しましては、我々は100年の歴史を持っています。よって、企業として社会と関わっていくことが、事業を長く続ける秘訣であると考えています。営利目的だけではなく、長期的な会社の持続可能性、生存性といったものは、社会と同じ方向を向くことが必要であると思っています。企業にはそのような考え方が必要であると思

っています。長きにわたる歴史を通してそれを学びました。多くの企業もこのように考えるようになってきています。

モデレーター

企業も社会と同じ方向を向かなくてはならないということですね。ありがとうございました。

では次のスピーカーをご紹介します。佐次本英行さんです。佐次本さんは、2011年からDSM、ニュートリションジャパン、ヒューマンニュートリション本部の取締役本部長をつとめられています。静岡大学工学部を卒業後、ダウケミカルを経て、1995年にDSM ジャパンに入社されました。そして2000年にオランダのDSM 本社のグローバル・パーチェスティング部を担当され、2003年に帰国後はDSM ジャパンエンジニアリング・プラスチック事業部長、2011年より現職です。高機能樹脂部門での自動車、電機分野から医薬、食品分野まで、DSM 製品が使用される分野を広く経験されています。それでは佐次本さん、お願いします。



## 「人口高齢化の解決法—栄養を通じた健康長寿社会の実現—」

佐次本英行

DSM ニュートリションジャパン株式会社本部取締役部長

### 略歴：

静岡大学工学部卒。ダウケミカル日本（株）を経て、1995年 DSM ジャパン（株）に入社。2000年 DSM 本社（オランダ）にてグローバルパーチェシング部門担当、2003年帰国後 DSM ジャパンエンジニアリングプラスチック事業部長、2011年より現職。

ご紹介ありがとうございます。「人口高齢化の解決法、栄養を通じた健康長寿社会の実現」というタイトルでプレゼンテーションさせていただき大変良い機会をいただき、ありがとうございました。DSM とは何なのか、人口動態、栄養そして日本政府、世界に対する提言という点からお話をさせていただきます。

DSM は民間企業です。我々のミッションは、今日生きる人びと、そして未来の世代の明るい生活を作ることです。グローバルな社会の傾向を見ると、人口増加、エネルギー、食の安全保障、高齢化といった懸念や課題が多くあります。こういった問題は1社で解決できるものではありません。他の民間部門、例えば、先程の味の素のような企業と、あるいは NGO、NPO、世界食糧計画、ワールドビジョンといった組織とパートナーシップを組むことが必要です。DSM はそういった機関、組織とのパートナーシップを通して、こういった問題を解決したいと思っています。世界 55 力国で事業を展開している DSM ですが、アプリケーションセンター、ビタミンセンター、工場、研究所等世界に 200 以上の拠点があります。従業員数は 2 万 3500 人。全世界で 90 億ユーロの売上があります。

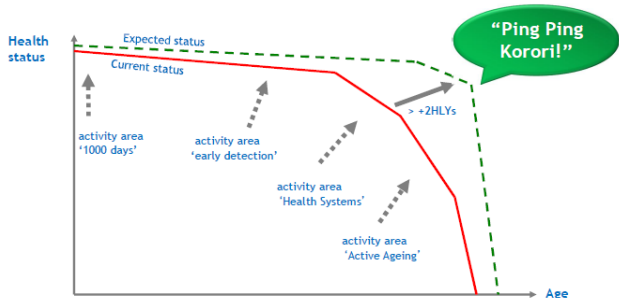
木村さんからすでに詳細な話をいただきましたが、高齢化の津波がどのようにアジアに押

し寄せてきているのか、現状をお話いたします。日本の人口における 65 歳以上の人口比率は 25%です。総人口の 4 分 1 近くが 65 歳以上ということです。中国も急速にあとを追ってきています。最近の予想では、2035 年に中国で 3 億人の方が 65 歳以上になります。そして、高齢化に伴い、健康医療に関する様々な問題が生じており、それにどのように対処していくかが大きな課題となっています。また木村さんがおっしゃいましたが、平均寿命、そして健康寿命が大切です。先進国においては、平均寿命が 70 歳を超えており、日本では 80 歳を超えています。しかしながらこの平均寿命と健康寿命の間には 10 歳ぐらいの差があります。医療機関にかかる高齢者数は、2050 年には 2010 年の 3 倍に増えると考えられおり、医療費の大幅な増額を示唆しています。

こちらのグラフは、寿命と健康寿命の関係を示しています。赤い線が非常に現実的なものです。40 歳、50 歳で病気になって病院の世話になり始めるわけですが、年をとるに従い、その傾向が大きくなります。そして次第にこのような状態になるわけです。しかし理想としては、緑の点線が良いと思っています。これが健康寿命です。日本語で言うと「ピンピンコロリ」の状態ですが、ずっと健康で活動的に最後まで生きることを意味しています。

EU では、この健康寿命を 2 年延ばすことを、2020 年に向けけた目標に掲げ、それに対する多大なコミットメントをしています。

**Healthy aging is high on the EU agenda: ambition is to add two healthy years till 2020**



... and this requires focus on healthy nutrition from conception throughout the life cycle!



健康寿命というものは、50 歳、60 歳を過ぎてから食事や栄養をどのように摂るかに関わるだけではありません。受胎時から始まっています。シンガポールでは、ちょうど今、DSM とワールドビジョンの共催で、女性と子どもの健康について話し合う国際会議が開催されています。こうした健康な高齢化の問題は、受胎時から始まっているという同じコンセプトです。私たちはこれを 1000 日原則と呼んでいます。母親の胎内で 1 年、そして生後 2 年が、人生を通じた健康状態に大きな意味を持っているという理論です。

**Healthy aging is a life-long process and starts even before conception!**



**1000 days principle: "early programming of infants"**

• Maternal nutrition may have a long-term influence on the risk of chronic diseases in later life.

**Triage theory by Bruce Ames**

• Even modest micronutrient inadequacies have long-term effects on health!

Micronutrient intake	3rd priority	Long term healthy aging
	2nd priority	Fitness
	1st priority Urgent	Severe deficiency symptoms



こちらは、どのようにして非伝染性疾患、癌、高血圧等のリスクを減らし、防止するかを示しています。例えば、定期的な運動やストレスの少ない社会も必要ですが、非常に重要なのは、マイクロニュートリエントと呼ばれる微量栄養素、ビタミンです。それにより疾患のリスクを低減することが可能になります。

次に、ビタミン D の毎日の摂取基準についての提言です。ご存じのように、ビタミン D は骨の健康に有効です。カルシウムはビタミン D がなくては作ることができません。よってビタミン D は、骨にとって必要不可欠な栄養素なのです。骨の健康に加えて、高齢者の筋肉そして免疫システムについて、最近では 2 万点以上の研究論文が発表されています。ビタミン D の摂取量は、800IU から 1000IU が基準ですが、この 800IU 国際単位は、20 マイクログラムに相当します。これで筋力、骨の健康を維持することができます。60 歳以上の高齢者がビタミン D を毎日 800IU 以上摂取することで、転倒、そして骨折のリスクが低減されるという証拠があります。DSM はこの点に関して 2012 年に欧州食品安全機関により認証を受けております。

これは少し科学的なデータになりますが、ビタミン D を 1 日に 700IU から 1000IU 摂取することで、骨折のリスクが 20% 低減されることを示しています。こちらも同じ内容を異なった形で示したものです。血中のビタミン D のレベルです。それがリッター当たり 60 ナノモル以上ある場合、転倒、骨折のリスクが低減されることを示しています。こちらも大変興味深いデータです。血中ビタミン D がリッター当たり 75 ナノモルの場合、結腸、直腸癌、高血圧、その他の疾患のリスクが有意に低減されることを示しています。

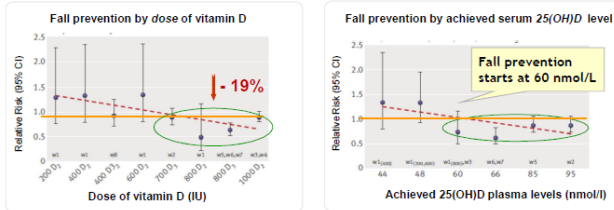


## Vitamin D: Effect on falls

Fewer falls = fewer fractures



Meta-analysis: 8 double-blind randomized controlled trials (RCTs) (n = 2376 individuals): significant heterogeneity by dose and achieved serum 25(OH)D



Reduction of falls by 19% with dose of vitamin D above 700 - 1000 IU or higher achieved plasma 25-hydroxyvitamin D levels

Bischoff-Ferrari, BMJ, 2009



ではビタミン D、またはビタミン D3 はどのように摂取できるのでしょうか。建物の外に出ると、例えば夏であれば、日光暴露を 15 分から 30 分受けることで、ビタミン D3 は 1 万 IU となります。しかし、我々の現在のライフスタイルではこのような日光暴露を受けることは難しいことです。オフィスで働いている方、または高緯度の場所に住んでいる方、また冬場は雪が降り、あまり日光を得ることができません。科学者たちは少なくとも 1 日あたり 1000IU のビタミン D3 を摂取することを推奨していますが、例えば日本の推奨量はたった 220IU です。

## Recommended D<sub>3</sub> intake levels are too low!



RDA	
Japan	5.5 µg
EU	5 µg
Canada	5 µg

**200 IU**

Facts: nature intended to provide us with lots of D<sub>3</sub>!

The human body is designed to produce 10'000-20'000 IU Vitamin D<sub>3</sub> daily....  
IF the correct UVB light hits the skin for ~15 minutes...  
**BUT...**

- Sun filters SPF>8 = no D<sub>3</sub>!
- Indoors work and leisure
- High latitude > poor UVB
- Lack of sun in winter
- Religious factors
- Less fatty fish in diets

- Scientists recommend daily D<sub>3</sub> intakes of **1'000 - 2'000 IU!**
- Even with a balanced diet you will not achieve these levels

There is widespread Vitamin D<sub>3</sub> deficiency

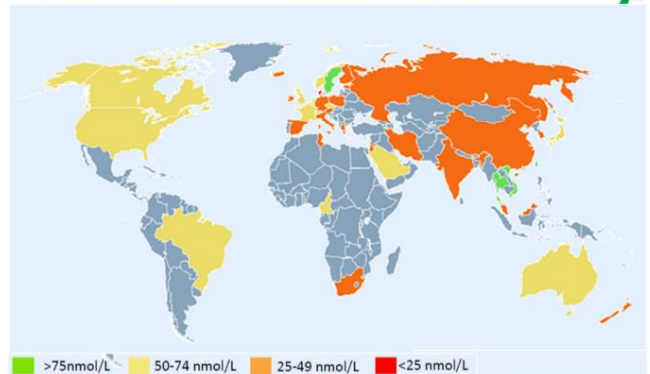


こちらは 2012 年の骨粗鬆症財団のデータです。ビタミン D の血中レベルが 1 リッター当

たり 75 ナノモルリッターと謳っていますが、ほとんどの国でそのレベルに達していません。グレーの国に関しては、データがありませんが、データのある国の 3 分の 1 でビタミン D 摂取量が非常に低い状況になっています。日本の骨粗鬆症財団理事長の折茂教授は、昨年の老化に関する会議で、日本の人口の 80% で血中ビタミン D の基準が低いと指摘しています。こちらは他国の数字です。アメリカ合衆国は、2 年前にすでに 600 IU に変更しています。ヨーロッパの欧州食品安全機関エフサは、転倒や骨折のおそれのある高齢者に対して 800IU を推奨していますが、日本は 220IU のままです。この基準を是非、すぐにでも引き上げていきたいというのが我々の願いです。

## Global Vitamin D status in adults

<http://www.iofbonehealth.org/facts-and-statistics/vitamin-d-studies-map>



Ref: Wahl DA et al, Archives of Osteoporosis 2012



これは米国の医学研究所からのエビデンスです。そしてこちらは中国の例です。ここまで高齢者の生活の質 QOL について話をしてきましたが、もう一つ重要な問題として、医療費削減の問題があります。こちらのデータは、欧州の科学者による 2009 年の調査結果ですが、欧州 17 カ国 3 億 6300 万人の人びとが 1 日に 2000~3000IU のビタミン D を摂取すると、医療費が年 1870 億ユーロ節約されるそうです。この節約を達成するためのコストが

100 億ユーロですので、実際にコストの 18 倍の節約効果が達成できます。

こちら昨年の非常に興味深いデータです。縦軸は、病院に入院して治療を受ける場合の入院コストです。ビタミン D を体内に蓄えている人は、ほとんど病院の世話になる必要がない一方、ビタミン D 蓄積量が非常に低い人は ICU のコストが 5 万ドルもかかっています。そしてある程度ビタミン D を蓄えている人は約 2 万ドルのコストとなっています。私たちと関係する 6 つの組織が、ビタミン D の摂取量を上げるように推奨しています。

歳以上です。今後調査結果が明らかになりますが、ビタミン D、オメガ 3、そして運動が健康寿命に良い影響を与えることが証明できるよう願っています。

**DO-HEALTH: Europe starts largest healthy aging study**  
EU partners with Nestle, DSM and Roche Diagnostics



**EU research project will provide 'definitive' evidence on healthy aging: Bischoff-Ferrari**

By Nathan Gray, 08-Feb-2012

Related topics: Research

A new international study hopes to provide definitive evidence that vitamin D, omega-3, and exercise can reduce the burden of chronic diseases in the elderly.

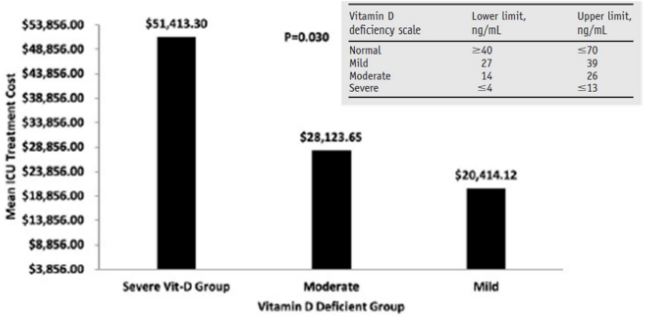
The European Commission backed DO-HEALTH study (VitaminD3-Omega3-Home Exercise-Healthy Ageing and Longevity Trial) will be Europe's largest healthy ageing study, and is expected to provide solid evidence for the efficacy and safety of three simple preventive interventions: vitamin D, omega-3 fatty acids and a simple home exercise programme, says the project's principle investigator Professor Heike Bischoff-Ferrari.

Vitamin D expert Bischoff-Ferrari, who is director of the Centre on Aging and Mobility at Zurich University, told NutraIngredients that the new 12.8 million Euro research project "is an attempt to create evidence for three simple strategies to improve health at older age."

She explained that there is a wealth of information in the scientific literature that suggests vitamin D, omega-3 fatty acids, and exercise can all help to improve health endpoints. However, the evidence for

- DO-HEALTH will study impact of Vitamin D3, Omega3 and exercise on aging
- 12.8 mio Euro
- > 2100 participants in 5 countries and 8 centers, during 3 years
- Focus on prevention!

**Eradication of Vitamin D deficiency could slash half of hospital intensive care (ICU) costs!**



The added time spent in the surgical intensive care unit doubles the cost of hospital stay due to high cost per day



最後に、重要な点として、ビタミン D の 1 日当たり摂取推奨量を 220IU から 800IU に上げるべきであると再度提言したいと思います。これによって、明るい高齢者世代、明るい生活、そして医療費の節約につながると考えています。以上です。ありがとうございました。

モデレーター：  
どうもありがとうございました。ただ今のプレゼンテーションを聞かせていただいて、日本だけでなく、欧州でも協力がなされていること、EU でも同じコンセプトが提言されており、高齢者の問題があるということがよく分かりました。味の素と DSM の 2 社は、手術や薬を使うのではなく、それぞれのビジネススキルとして、味の素はアミノ酸を、DSM はビタミン D を活用されています。様々な課題を将来的に解決していくことができるのではないかと思います。これは私たちだけが抱えている問題ではなく、次世代に及ぶ問題です。

これは、ネスレ、DSM、ロシュ・ダイアグノスティックが EU のパートナーのサポートのもとで実施した欧州の大規模な臨床研究の例です。「Do Health Study」と呼んでいます。ビタミン D とオメガ 3 の摂取だけでなく、そこに十分な運動を加えたりサーチプロジェクトです。つまり、ビタミン D3 そしてオメガ 3 の多価飽和脂肪酸そして運動の 3 つが、どのような影響を与えるのかを研究しています。この 3 年に、1300 万ユーロの費用をかけて、ヨーロッパ 5 カ国、8 つのセンターで 2100 人の治療対象者を調査しています。対象者は 70



日本では 2050 年までには 70 歳以上人口が総人口の 35%を占めます。そのとき私は 79 歳になります。

私としても、早速この情報を分かち合いたいと思います。ありがとうございました。



## 討 議

議長：

石田先生からそれぞれのプレゼンテーションに関するコメントをしていただきました。これからディスカッション・セッションを始めさせていただきます。ご質問がありますか。ではキルギスタンの方、どうぞ。

アナーベック・カルマトヴ議員（キルギスタン）：

参加者の皆様方、そしてリソースパーソンの皆様方、おはようございます。木村先生への質問です。栄養改善についてですが、健康と長寿の重要な要素はバランスのとれた食品の摂取です。特にタンパク質とアミノ酸の摂取です。これはよく知られたことですが、しかし先進国、豊かな国、日本のような国だけがこのような栄養摂取が可能だと思います。マドリッド行動計画の中には、先進国や国際機関がこういったビタミンや栄養の摂取について開発途上国を支援するような具体的なプログラムはあるのでしょうか。

木村毅氏：

それは今日のトピックに大変関連した質問ですね。先程ご説明しましたように、私たちは、ガーナで女性と児童のための栄養改善プログラムを行っています。皆が買えるような価格で、という点が重要です。このため、流通・配給面で多くのNGOとの協力を要し、異なるビジネスモデルが必要でした。このような新しいビジネスモデルを作れば、こういった廉価な栄養摂取の方法が可能になると思います。私たちの事業が、児童を対象とする分野での初めての試みだと思います。いずれこのよう

なビジネスモデルができれば、高齢者に対する栄養摂取にも適用できると思います。

議長：

他に何か質問ありますか。

キリナ・スマワン議員（タイ）：

タイのキリナと申します。木村先生に、味の素についてお聞きしたいのですが、味の素はタイでもとても人気があるブランドです。色々な種類の食品も扱っているということですが、私たちはこの調味料しか知りませんが、私たちは味の素を食べ物やインスタントヌードルにたくさんかけてしまいます。しかし気を悪くなさらないでいただきたいのですが、多くの医者から、腎臓、あるいは疾病によって味の素は良くないと聞いています。タイでは糖尿病の人が多いのですが、インスタントヌードル内の味の素は、腎臓に何か影響を与えるのでしょうか。いったん味の素を入れると、スープの味が甘くなります。皆すごく好きなのです。でも、もし体にとって悪いのであれば、心配ですので、説明していただけますか。

パルチャンドラ・ムンゲカー議員（インド）：  
タイの今の方がおっしゃった質問に関連して、食品デリバリーシステムに関して質問なのですが、今、生活習慣が変わってきており、ファストフードへの依存度が深まっていると思います。これは高齢者も同じです。独居世帯であったり、あるいは女性が働いていたりして、なかなか夕食作りに時間をかけられません。そうすると代謝システム等に影響を与えます。木村先生は食品会社にお勤めですので、

ファストフード症候群をご存じかもしれませんが、人びとの、特に高齢者の代謝システムに影響を与える今の状況についてどうお考えでしょうか。

木村毅氏：

ありがとうございます。誤解が多いと思うので、まず安全性の問題について答えたいと思います。1960年代後半から70年代にかけて、グルタミン酸の安全性を疑う論文が書かれました。例えば、WHO/FAOの合同食品添加物専門家委員会等で、3回ほど問題になったと思います。しかし、1987年に安全性に関する数多くのデータが集められた結果、ADI（一日摂取許容量）は特定されない、つまり数値的には制限しなくて良いということが分かりました。アメリカでも、草の根でレビューが行われましたが、基本的に一般的消費は安全とされています。多くの方がこれを心配していましたので、まずそういったイメージを払拭したいと思います。

次に成分についてです。グルタミン酸は、人の身体を構成する成分である天然アミノ酸であり、栄養素として使用されています。シーズニングというのは、ナトリウムが入っているので、ナトリウムの問題がありますが、グラムで見ると塩よりも塩分は少なくなっています。実際、料理にグルタミン酸を使うことで塩分をカットすることができます。これは実際の物質の問題よりも、使い方の問題です。

ファストフードの高齢者に対するの影響は、データが十分でないと思います。高齢者の栄養に関するデータがあまりありません。60歳、70歳の人びとの良いデータを得るのは難しいのです。とくに日本ではそうです。やはり信頼性のあるデータをもっと集めるべきです。

そうすれば長期的な影響がわかると思います。ファストフードに関しては、高脂肪、あるいは食べ過ぎによる問題があると思います。これは深刻な問題です。食品会社として、質的、量的な満足についての研究を進めていますが、質の改善をして、あまり食べなくても満足できるようにしていかなければならないと思います。商品を安く売ることよりも、このような研究に関心を持っています。過食が問題です。アメリカでは、低脂肪の食べ物が好まれます。なぜなら、2倍多く食べられるからです。これは本当の対処の仕方ではないと思います。あまりたくさん食べなくてもハッピーになって、かつ満足できる方法が重要です。

ルスボミンダ・c・イアガン議員（フィリピン）：

味の素様にはお礼を申し上げたいと思います。どの家庭に行っても、必ず味の素のインスタントヌードルがありますが、ビタミン類をより多く添加しておられます。もちろんビジネス上の技術戦略もありますが、腎臓に良くない、健康に悪い、たくさん食べ過ぎるのは良くないといった医学的な意見もある中で、この問題に取り組んでらっしゃるそのやり方は、大変素晴らしいものではないでしょうか。皆が好きなコーラも同じでしょうか。どうもありがとうございました。

議長：

ではウガンダの方どうぞ。

マチアス・カサンバ議員（ウガンダ）：

そして2人のプレゼンターの方々にもお礼を申し上げたいと思います。色々と大変勉強になりました。ガーナを含むアフリカの他、色々な国で活動していらっしゃいますが、その国々の科学者とどの程度協力をされて、彼ら

のキャパシティビルディングを行い、重要な栄養素についての理解を深めていらっしゃるかについてお尋ねします。現地でリサーチをたくさんされているのでしょうか？そうした情報が食品関係の科学者や栄養士のカリキュラムに活かされるよう、大学との協力も行われているのでしょうか。ビジネスの話だけではなく、キャパシティビルディングにどのように貢献されているのか教えてください。

木村毅氏：

素晴らしいご質問ありがとうございました。最初に私のほうからお答えしたいと思います。ガーナの事業では、是非成果を挙げたいと思っています。これはガーナ大学との共同プロジェクトです。実際にはまずこのブランドの販売を進め、流通販売する一方で、子どもたちの成長に関するデータも集めています。これにはガーナ保健省やいくつかの大学とも協力をさせていただき、子どもたちの採血を行ったりしています。アミノ酸レベルの測定を行える機械も導入しました。

また調達に関して、安価にという話がありましたが、全てを輸入しなければならないとなれば大変高くなります。現在 DSM さんのビタミン D と我々のアミノ酸を使っており、これらは輸入です。しかし製品の成分の大半は大豆粉です。これを基本的にはガーナで生産しています。よって、大豆粉を造れる工場を持つガーナの小さな会社とタイアップしています。満足のいく品質レベルが必要なので、数々の品質保証の技術や概念を現地の工場にも導入させていただいています。流通に関しては、我が社の人間が作業を行うと非常にコストがかさむため、NGO や女性団体のご協力もいただきながら、行っています。また、このようなモデルをさらに広範囲に展開していくため

には、創造力を持って、そしてまた現地のステークホルダーにも参加をしていただく必要があります。よってそのような意味ではおっしゃったとおり、地元の科学者、医師、そしてまたビジネスマンにも参加をしていただくことが大変重要になります。

佐次本英行氏：

特にケニアでのプロジェクトについてお話をさせていただきます。木村さんはガーナの話を読まれましたが、ケニア・デアリ・プロジェクトは NGO のサポートを得て昨年始まりました。まず行ったのが、どのような栄養素が欠けているか、補えていないビタミンは何か、どのようなセグメントが足りていないのかについての調査です。この調査は、科学的というよりマーケティング、商業的な観点からのものですが、これによりどのようなビタミンその他の栄養素のプレミックスをパッケージにして牛乳やヨーグルトの中に入れて摂取すれば良いかのヒントをもらうことができました。持続可能なものでなければならぬため、供給・生産は地元企業を使っています。味の素さんと同じく、DSM でも現地の技術向上にもコミットし、ガーナプロジェクトと同じくケニアプロジェクトがあります。

議長：

アルゼンチンの方、どうぞ。

リノ・ウォルター・アギエイラ議員（アルゼンチン）：

おはようございます。アルゼンチンの議員で、議会の保健医療部門を代表して参りました。アルゼンチン議会の中に委員会があり、私はこの問題に 20 年携わり、アルゼンチンの 700 万人以上の方々がこの問題に関わってきました。アルゼンチンの保健医療制度にはまだ不

備が多く、高齢者問題を懸念しています。私も健康問題に関して、タンパク質やビタミン等の提言を行ったばかりです。私が提言したのはラベル表示義務づけというもので、食品には脂肪分等の情報をラベルできちんと表示することが大事であると提言しました。アルゼンチン国会で、是非この提案を採択してほしいのですが、皆様の経験をお聞きできればと思います。また、日本以外の国の経験についてもご存知でしょうか。

木村毅氏：

我々は、小売食品に携わっていますので、色々なラベリングに関する規則を遵守しています。例えば、栄養素含有量の表示等、今ご質問いただいた規則です。我々は会社としてはこれを歓迎しています。多くの情報が提供されれば、消費者はより良い選択ができるからです。例えば、カロリーや脂肪等の表示が義務付けられていますが、我々の会社ではアレルギーの表示もしています。これもやはり消費者が関心を持っているからです。しかし、パッケージに表示できるスペースには制約があるので、どの位の情報を記載できるかが常に問題となります。

ドゥップソブ議員（ブータン）：

お話を伺って大分はっきりしてきたのですが、もし可能であればもう少し具体的にお話をさせていただければと思います。お2人の会社は、食品、サプリメントに関してビタミンD、そしてアミノ酸に焦点を当てていらっしゃるのですが、一方ではビジネスを展開しながら、他方でCSRを展開するときに、どのような形でこの社会的貢献とビジネスのバランスをとっていくのでしょうか。比率はどれくらいでしょうか。大変競争の激しい世界です。持続可能性を保障していくことも当然大

切です。でも企業として、どうやってこの2つのバランスをとっていくか、という点について教えてください。

木村毅氏：

私たちは小売業の世界で事業を展開していますので、まず私からお答えいたします。我が社は今、分かち合える価値のあるもの、という概念を創出しようとしています。これはCSR以上の考えです。例えば、何かに貢献するだけでは持続可能なものにはなりません。ビジネスモデルとして役立つもので、かつ持続可能性があり、そしてまた、お金を儲けることにもつながるものを検討しています。これは大変難しい課題なのですが、それに取り組むだけの価値はあると思うのです。

低塩分や低脂肪の食品はありますが味はよくありません。味がよくなければ人びとは購入しません。このバランスをとっていく必要があるのです。味もよく、栄養素も十分含まれていて、そしてまた、経済性の高いものを提供しなければならないのです。そのような方程式のための解決策を見出すことは決して容易なことではありません。しかしそれを見出すことができれば、多くの方々がその商品を歓迎するようになります。消費者ニーズの把握が必要です。例えば、高齢者のためには、十分栄養素を補うということが大切です。しかし若者や、普通の成人の方にとっては、これは大きな懸念点ではないと思います。でも早いうちに加齢のプロセスをゆっくりとしたものにさせていくには、やはり栄養学的な技術を我々もしっかりと考え、体に良いものを提供していく必要があります。そして体に良いだけでなく、味も良いものでなければならない、この両方をうまく提供できると思います。

佐次本英行氏：

BOP (Base of Pyramid) ビジネスという簡単な考えがあります。1 日当たり 1 ドルくらいの収入しかない方々に栄養を届ける必要がありますが、彼らがどうやったら生存していけるのか、考えていく必要があります。我が社の使命は、今の人たち、これからの世代の人たちのために、より明るい未来を築き上げていくことです。例えば、アフリカの諸国は、20 年後には中国、インドネシアに続く大きな市場になっていくということですが、会社はすでに BOP ビジネスにコミットメントし始めています。そしてそれが我が社の事業の柱の 1 つになるわけです。

BOP への貢献は、今はまだ大変少額です。しかし、会社には多くの有能な方々、良い人材が加わってきています。DSM ではこの BOP ビジネスを、ワールドビジョンといった団体と協力して行っています。DSM は BOP ビジネスに熱心だということから、シンガポールでも協力者を得て、現在、女性と乳幼児の問題に関する会議を開催中です。

議長：

ありがとうございました。ガーナの方どうぞ。

テッテ・シャイエ議員（ガーナ）：

私はシャイエと申します。国会で、ジェンダーと児童問題委員会の議長を務めています。まず皆様がガーナで大変素晴らしい仕事をしてくださったことに感謝申し上げます。乳幼児については、食料不足の問題があり、心臓病や胃病が見られます。味の素のサプリメントでこのような問題が大変改善しました、本当にありがとうございます。それから調味料もとても人気があります。しかし、マイナスな見方もあるのですね。副作用があるという

ように言われていますが、味の素としては絶対これに対処しないと今までのプラスの面が失われてしまうと思います。

ハリメ・アリ議員（イラン）：

イランの者です。木村さんと佐次本さん両名に質問があります。木村さん、アミノ酸の摂取と癌との関係について少し説明していただけますか。もう 1 つは佐次本さんに質問ですが、ビタミン D を使って脳卒中を予防できるのでしょうか。または患者の回復に有用ということでしょうか。骨粗しょう症治療薬であるアレンドロネート (Alendronate) と一緒に使う方が良いのでしょうか。

バアサンクフー・オクヤブリ議員（モンゴル）：

私も関連した質問があります。モンゴルの者です。がんと糖尿病についてもご説明いただければと思います。癌と糖尿病のステージ 2、ステージ 3 は、アミノ酸が失われると言われています。モンゴルでは塩をたくさん摂るのですが、アミノ酸との関係も聞かせていただきたいと思います。また、ビタミン D に関してですが、モンゴルでの研究は何かありますか。モンゴルは世界で最も太陽光がある国だと思います。太陽が出ている日が年間 272 日もあるのです。

木村毅氏：

アミノ酸に関する質問から答えていきたいと思います。先程の説明が少し不十分だったかもしれませんが、アミノ酸で癌を治療しているわけではなく、血中のアミノ酸レベルを見て、癌を検知しているのです。つまり、アミノ酸が癌の治療に効くと言っているのではなく、癌が代謝に影響すると、血中アミノ酸の変化が現れます。診断ツールと呼んだ方が良いで

しょうか。実際、アミノ酸が癌に効くかどうかという研究は十分なされていません。

次に塩についてです。シーズニングにも塩が多く入っていたりするのですが、これについてももう少し説明しましょう。アミノ酸、グルタミン酸は、「うまみ」と呼ばれる第5の味覚で、甘いとか辛いとか酸っぱいというのと同じような味覚です。おいしさを生み出しているのがこの「うま味」成分だと言われています。例えば「うま味」を増やして塩を減らすことができます。食品はおいしいままで、塩分は減らせません。このように我々は、塩分を減らそうという研究を多く行っているのです。

佐次本英行氏：

先程の質問です。ビタミンによって癌を完治できるかについて、私はこれについては完全に否定します。今日申しましたのは、ビタミンDが、運動とストレスの軽減と共に病気の予防に効くということです。完治はできません。ヨーロッパの科学者の研究はまだ途中で、完治については研究で何も触れられていません。予防ということです。

モンゴルの方の質問ですが、ビタミンDの摂取に関してモンゴルにおける研究があるかということですが、残念ながら、地図上で見せられるようなデータはまだありません。モンゴルが黄色ではなくて緑であることを願います。最近のライフスタイルでは、十分な太陽を浴びることができないので、ビタミンDのサプリメントが必要とされています。

議長：

ありがとうございます。では次の方どうぞ。

ジェイムス・マーガー議員（ケニア）：

コストに関して質問します。ビタミンDに関しては、食生活だけでは十分に補えませんが、食事を通じて必要なタンパク質を得る場合と、アミノ酸やビタミンのサプリメントを与える場合で、コスト面での比較はどうでしょうか。もう1つは、ケニアのプロジェクトに関する質問です。ヨーグルトプロジェクトは、どの層を対象に行っておられるのでしょうか。ケニアではどれくらいの割合の人たちがヨーグルトを摂取しているのでしょうか。

木村毅氏：

ではまず、費用の面に関してお話ししたいと思います。これはタンパク質の質によって変わってくると思います。まず、卵のタンパク質はとても良質で、アミノ酸を加える必要はありません。しかしトウモロコシの場合は、アミノ酸の構成が優秀ではなく必須アミノ酸が十分に含まれていません。よってトウモロコシを使う場合には、タンパク質が欠乏することになります。そこでガーナのプロジェクトにおいては、必須アミノ酸のリジンを取り入れています。

コストに関しては、卵のほうがトウモロコシのタンパク質よりも高いです。アミノ酸を加えてトウモロコシのタンパク質を使うということであれば、卵よりも安くなります。ただし他にも大豆、その他のタンパク源がありますので、それを組み合わせて使うことができます。ガーナでは、大豆少しリジンを加えているのです。このようにタンパク源が何なのか、そしてどれだけ質の高いものなのかに依存していきます。ありがとうございました。

佐次本英行氏：

ビタミンDのコスト、そしてどれくらいのメ



リットがあるかというご質問ですが、ビタミンDの効果をはっきり発揮させるため(体重)1kg あたりどれくらいのコストが必要になるでしょうか。必要量は5 マイクログラムなので0.000005 グラム、0.0005 セントとなり、ほとんどタダに等しいということになります。費用対効果については、欧州で様々な研究が行われています。次にケニアのヨーグルト事業の対象グループに関してですが、これはキナンコープという現地企業が行っている事業で、この会社の販売ターゲットになります。DSMとしては、できれば女性と子どもを対象にしてほしいとお願いしています。

議長：

最後にスリランカの方どうぞ。

ウペクシャ・スワーナマリニ議員（スリランカ）：

ガーナの方の質問に関連して、プラス面についてはお答えいただきましたが、マイナス面についてはいかがでしょうか。例えば、骨が

弱くなる等、アレルギーの方もいます。

木村毅氏：

良い機会なのでそのような誤解を払拭したいと思います。科学の分野で多くの実証が行われています。60年代には、例えば、脳に影響があるとか、アレルギーを引き起こす等言われた時期もありましたが、過去30年間、色々な研究が行われてきています。例えば、MSGに敏感だと思っている人を集めて、UCLA、ハーバード大学、ノースウエスタン大学の医学部で行われた共同研究があります。そこでは再現可能な反応は見られませんでした。このように本当に様々な誤解があるのだと思います。安全性の噂が出ると、色々なストーリーが行き交います。ポップサイエンスの書き手はこの類いの話が好きなのですが、WHO や色々な政府機関が基礎科学の分野で調査を行い、そのデータに私たちは大変自信を持っています。イメージの問題はあると思います。我々は、正しい情報を普及する努力をもっと行っていかなければならないと思います。



## セッション5

### 高齢化社会におけるシナジー効果



## セッション5

モデレーター兼セッション議長：ヴァレンティナ・レスカイ議員  
アルバニア

---

略歴：

2002年より国会議員。労働社会福祉前大臣。経済学前教授。人口開発センター事務局長。  
バルカン地域の女性と平和のためのユネスコセンター副会長

---



# 「日本の高齢化と社会保障制度改革への提言」

加藤久和

明治大学政治経済学部教授

略歴：

障論、マクロ経済・財政学、人口経済学、計量経済学、公共経済学専門

1981年：慶應義塾大学経済学部卒業

1988年：筑波大学大学院経営・政策科学研究科修了

1993年：財団法人電力中央研究所主任研究員

1995年：ハーバード大学ケネディスクール客員研究員

2000年：国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第一室長

2005年：明治大学政治経済学部助教授

2006年：明治大学政治経済学部教授

ありがとうございます。この度、このようにお話をさせていただきますことを大変光栄に存じます。これから日本における高齢化と社会保障改革に関して、提案をさせていただきたいと思います。

まず、大変ショッキングな数値をご覧に入りたいと思います。最初はそれぞれの年齢層が総人口のどれくらいを占めているかを示した表です。日本の65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は1970年に7%でしたが、その後の25年間に非常に急激に高齢化が進み、14%に達しました。日本ほど高齢者の占める割合が短期間で急速に増えた先進国は他に

りません。2010年現在、65歳以上人口は全体の23%を占めています。そして日本の平均年齢は45歳になっています。

こちらは、高齢者が占める割合の国際比較です。世界的に見ると、日本は最も高齢化が進んだ国です。そしてまた、高齢化の速度も他の国が体験していないほどのめまぐるしいペースで進んでいます。歴史上初めてのことで

これは1950年の人口ピラミッドです。約60年前の状況ですが、若い世代の人たちのほうが高齢者より多くなっています。2010年現在では日本の人口ピラミッドはこのように変化しています。ご覧のように若い人口が減って高齢者が増えています。近年、出生率も低下しているため、大変いびつなピラミッドになっています。おそらく将来的にはもっといびつなピラミッドになっていくでしょう。

出生率が低くなり、寿命も延びて、高齢化が進んでいる、そして私たち人口も減ってきています。これは2012年の政府の予測です。2010年、1億2800万人であった人口は、2030年には1億1700万人になるということです。

## Indicators on Age Structures of Total Population

- The ratio of elderly (proportion of people over 65 years old to total population) reached 7% in 1970.
- In the following 25 years, Japan's rate of aging accelerated sharply to 14%. No other developed country has experienced such a rapid increase.
- In the present, the ratio of elder was 23.0% in 2010 and 24.1% in 2012.

year	0-14 years old	15-64 years old	over 65 years old	Mean age (years old)
1950	35.4%	59.7%	4.9%	26.6
1960	30.0%	64.2%	5.7%	29.1
1970	24.0%	68.9%	7.1%	31.5
1980	23.5%	67.3%	9.1%	33.9
1990	18.2%	69.5%	12.0%	37.6
2000	14.6%	67.9%	17.3%	41.4
2005	13.8%	66.1%	20.2%	43.3
2010	13.1%	63.8%	23.0%	45.0

そして 2060 年には 8700 万人になることが予想されています。子どもの人口も減っていきます。2010 年には 1700 万人ですが、2046 年には 1000 万人を下回り、2060 年までには 800 万人に減ります。高齢者は 2010 年には 2900 万人でしたが、2030 年に 3700 万人となり、その後も増え続けて、2042 年にピークに達して 3900 万人になります。

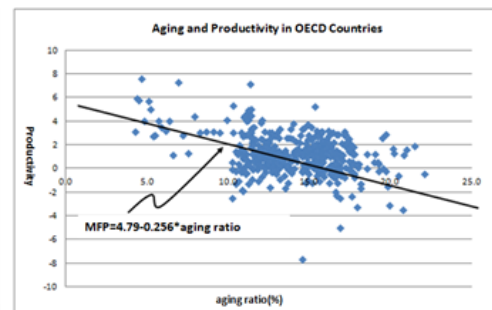
これは大変ショッキングな数字ですが、高齢者が総人口に占める割合は 2010 年の 23% から 2024 年には 30% に達します。そして 2060 年には約 40% を占めることとなります。すなわち、2.5 人に 1 人は高齢者の部類に入ります。これが 2060 年の人口ピラミッドです。今から約 50 年後の話ですが、逆ピラミッド型となります。日本は大変深刻な高齢化問題に直面し続けることとなります。

高齢者の占める割合が 41.2% というのは、出生率が引き続き大変低いと想定した場合です。将来的にも約 40% が見込まれています。しかし、出生率が 2.0、2.1 になると、状況が改善され、高齢者の占める割合が 26% あるいは 30% に低下します。よって、私たちは出生率を高める必要があります。そうすることによって、日本の高齢化問題に対処することができるのです。

我々の人口減少、そして高齢化社会に関してあげられる問題点としては、まず経済成長です。また労働市場の側面から見ると労働力が減っていき、貯蓄額が減り、技術的進歩のペースもより緩やかになります。これは様々な経済学的評価によってわかっています。第二に、社会保障制度の持続可能性、これは今回の会議のテーマです。給付額も増えていかなければなりません、そのために必要な財源

が確保できるか、そして世代間の公正性を保障できるか、ということです。第三に、社会の多様性を維持できるかという問題です。地域社会を維持するための社会の活力も減退していくでしょう。第四に、地域そのものの構造が変わり続けるということです。農村地域においては、高齢化、そして経済的な孤立が進むでしょう。第五に、家族構造の変化です。

これは、人口の減少と経済成長の要因を大まかにまとめたものです。15 歳から 64 歳の人口の減少は、就労人口が減っていくことを意味します。これは貯蓄行動にも影響し、貯蓄率も減っていきます。貯蓄率の低下は資本蓄積に影響を及ぼします。また、人口の減少と高齢化に伴い、創造性が失われていきます。技術的な進歩がなされていかななくなるということです。



- This figure shows that there is negative relation between productivity (multifactor productivity published by OECD) and aging. This statistical result was tested by fixed effect analysis using OECD panel data about 20 countries, from 1980 to 2010 year.
- X axis means the aging ratio (proportion of people over 65 years old to total population) and Y axis means productivity.
- If this relation between aging and productivity is robust, we are very pessimistic about the future productivity in Japan.

この図表は、高齢化が生産性に与える影響を示したもので、生産性と高齢化の間には負の関係が見られます。1980 年から 2010 年までの 20 カ国の OECD のパネルデータを用いて、固定効果解析が行われています。X 軸は 65 歳以上の全人口に占める割合を示しています。Y 軸は生産性を示しています。高齢化と生産性のこの関係が、もしこれからも顕著なもので

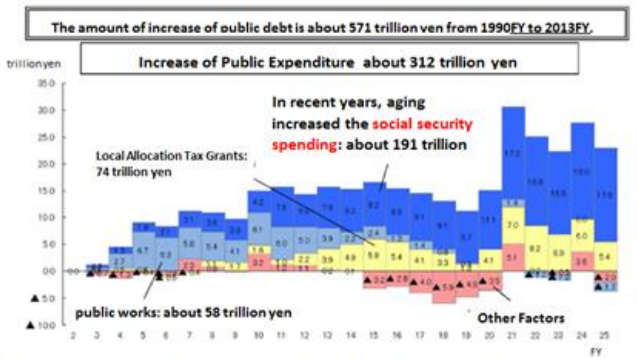


あり続ける場合には、私たちは将来日本における生産性に関して悲観的にならざるを得ないのです。

国の財政赤字の主因となっています。

これは政府債務の増加を表したものです。債務は、1990 会計年度から 2013 年会計年度までに約 571 兆円増加しました。財政赤字の主な原因は公共支出の増加にあります。公共支出の増加は、社会保障費と公共事業費によるものです。近年は、高齢化に伴い社会保障支出が増えています。

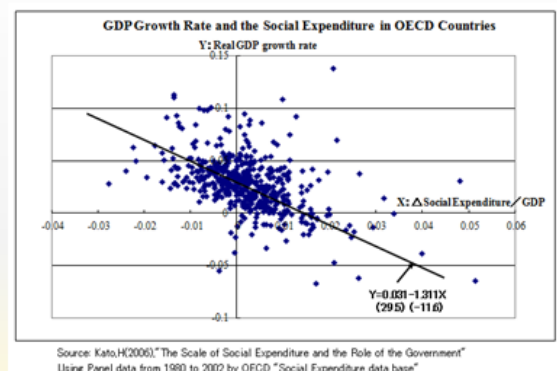
これは一般政府債務総額を国際比較したものです。赤い線は、日本の政府債務の対 GDP 比を示したものです。他の OECD 加盟諸国と比較して高いことがおわかりになるかと思えます。



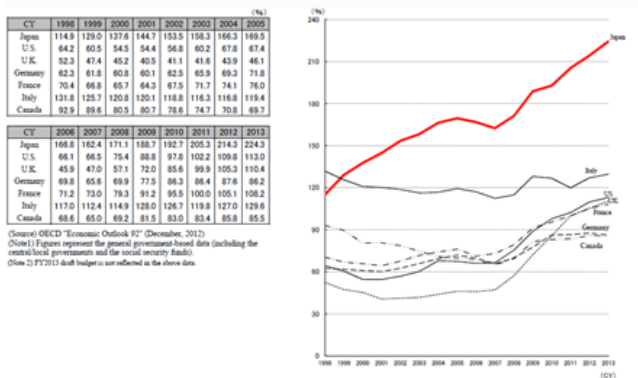
- The amount of increase of public debt is about 571 trillion yen from 1990FY to 2013FY.
- The increase deficit is mainly due to increase of expenditure, and the amounts of increase of expenditure are decomposed to social security expenditure and public works. In recent years, aging increased the social security spending.

次に社会保障の給付と負担の予測についてです。これは、経済モデルを用いて 2010 年から 2050 年の間の社会保障給付金の支出を予測したものです。2050 年になると、165.2 兆円が社会保障給付として支出されます。しかし、所得税や消費税といった税による収入(社会保障負担分)は 2050 年において 74.2 兆円不足です。この給付額と負担額の差額は、政府によって埋められなければなりません。従って、近年、社会保障に対する支出が我が

### GDP Growth Rate and the Social Expenditure in OECD Countries



### General Government Gross Debt (International Comparison)



そしてもう一つ、OECD 諸国の経済成長率と社会保障支出に関するスライドです。ここにも負の関係があることがわかります。OECD20 力国の 1980 年から 2002 年の間のパネルデータを用いて計量経済分析を行ったものです。

経済成長率と社会保障支出との間に負の相関関係があるのは何故でしょうか。一つは、社会保険料の引き上げで、消費が減少しているためです。第二に、企業の社会保険料の負担

の増加によって、投資が減少していること  
です。第三に、社会保障給付を受けること  
により労働市場参加率が減ってきている  
こと、第四に、公的年金の代替効果によ  
り貯蓄額も減ってきており、これが資本  
蓄積にも影響を及ぼしていること、第  
五に、社会保障は、所得再分配を促進  
するものですが、もし、政府が効率的で  
経済的な主体として行動をとることが  
できなければ、経済そのものがより非  
効率になっていくということです。そし  
て最後に、社会保障の支出額が増えるに  
つれ、財政赤字がさらに増えていくと  
いうことです。長期金利もこの影響を  
受けます。

また、社会保障改革の基本的な概念につ  
いて確認されていることは、高齢化が  
将来さらに社会保障支出額を上昇させ  
る結果となることです。これによって  
経済成長にマイナスの影響が及びま  
す。そしてこれが財政赤字の大きな  
要因となり続けるということです。他  
方、社会保障制度は我々の日々の生活  
において大変重要ですので、それを一  
方的に削減することは賢明な解決策  
ではありません。よって我々は、よ  
り的を絞った形で対応し、ターゲッ  
ティングを重視する必要があります。

そこで、社会保障改革の基本的な概念  
について提言を行いたいと思います。  
まず年金に関してですが、第一に基  
礎年金は、消費税を財源とする必要  
があるということです。第二に、対象  
受益者として、高収入、高資産の高  
齢者たちは除外すべきです。第三に  
、日本は世界最長寿国ですので、年  
金給付開始年齢を65歳から67歳、  
68歳に引き上げるべきです。

次に医療と長期介護保険に関しまして  
は、もっと高リスクの方々に対して  
保障を行う必要があります。低リスク  
の方々には、もっと負

担を背負っていただく必要があります。  
そして保険の控除免責制を導入しま  
す。そして、受診する病院を自由に  
選べるという医療機関へのフリーア  
クセスを制限して、家庭医制度を  
導入する必要があります。

公的な支援に関しましては、ワーク  
フェア(就労促進)、そしてパウチャ  
ー制度の導入です。ユニバーサリ  
ズムとは、国民全てが人権として、  
この社会保障を受ける資格を有する  
という考えです。一方ターゲッティ  
ングとは、本当にもらべき者が社会  
保障を受けるということです。ター  
ゲティングは資産審査や収入審査  
をそのまま意味するものではありません。

最後に、福祉国家の終焉を訴えたオ  
ランダのウィリアム・アレクサン  
ダー国王の発言についてご紹介し  
たいと思います。参加型の社会とい  
うものが台頭してきている。その  
社会において人びとは自分の未来に  
責任を担う必要があり、必ずしも  
国家の、政府からの支援を得ず  
に、独自の社会的な、財政的な安  
全網を築き上げる必要がある。20  
世紀後半の福祉国家が構築したと  
りわけこの分野の体制は今の形  
では持続不可能となっています。  
ご清聴ありがとうございました。

議長：

加藤先生、ありがとうございました。  
急速な高齢化とそれへの対応とい  
う日本のユニークな経験について  
興味深く重要なお話をいただきました。  
高齢化が生産性や経済成長にどう  
影響するのか、社会保障にどう影  
響するのか、伺いました。まず、  
加藤先生に対する質問を10分間  
とりたいと思います。

キリナ・スマワン議員(タイ)：

基本的な社会保障制度改革には賛  
成します。

しかし年金のところ、高所得、高資産の高齢者を排除するということが、誰が高所得か、どのように見つけるのでしょうか。その基準がおありになるのでしょうか。

加藤久和 明治大学大学政治経済学部教授：  
ご質問ありがとうございました。そうですね。日本の年金制度では今は所得によって年金を払う、払わないということはできません。しかし、財政が非常に厳しくなっていく中で、やはり高い所得の人、あるいは多くの資産を持っている人は、除外していくべきだろうと思います。例えば、カナダの年金制度では、高い所得者は、後で年金を返してもらう仕組みがあります。そういった制度も踏まえていけば、やはり高い所得の人に対しては年金を返してもらうような仕組みも必要かと思えます。

どうやって探すのかということですが、例えば、日本ではマイナンバー制度という形での所得の捕捉が徐々に進められています。そのような制度を利用しながら、個人の所得や資産をきちんと把握し、捕捉をして、そのうえで様々な形で高所得者を把握していくというのが必要だと思います。どうも質問ありがとうございました。

パルチャンドラ・ムンゲカー議員（インド）：  
加藤先生、経済モデルについての説明ありがとうございました。ただ、ものすごく技術的なので、皆様が理解できたかどうか分かりませんので質問させていただきます。

経済成長と社会保障支出の負の関係というお話がありました。計量経済学モデルをお使いでしたが、これらは加藤先生の計量経済学モデルの結論ですか、あるいは一般理論でしよ

うか。厳密に言うと、計量経済学モデルの場合、結論の有意性を示さなければなりません。これらは一般理論ですね。

それから2つ目ですが、オランダのウィリアム・アレクサンダー国王の福祉国家の終焉についての発言を引用されました。皆ここにいる人たちは、アダム・スミスやリカードの時代には、こういった計量経済学モデルは作っていなかったことは承知しています。しかし、人間社会はこれまでの歴史を経て、福祉国家の発展に向かっていきます。貧困、飢餓、栄養不足、失業等で自分たちだけでは生活できない人びとを世話するのが国の責任であるとする福祉国家です。

3つ目ですが、資産のある人たちの世話はしなくていい、面倒はみなくていいということは理解できます。しかしどの国も、国内で経済的な格差が広がっています。10%、15%、20%の人びとが、富の50%、60%、70%を独占しています。この25年から30年の間に、格差が広まりつつあります。『世界の99%を貧困にする経済（The Price of Inequality 不平等のコスト）』という本も出ています。ジャパントイムズやニューヨーク・トリビューン等で、オバマ大統領の法案が否決され、オバマ政権の支持率も下がっているというニュースを目にされていると思います。EUでも不安が広がっています。アフリカやアジアも、こういった貧困に直面しています。

世界の貧困層の半数がアジアとアフリカに集中しています。こうした状況の中で、国家に、社会福祉制度を通じて少なくとも高齢者の面倒を見る義務はないというのであれば、計量経済学モデルの条件下で解決策は考えられません。とりわけ福祉の終焉と言ったら、最悪

の事態になるでしょう。実際、UNDP、世界銀行、IMF、いずれの報告書も、グローバル化と民営化の結果不平等が生じており、過去 25 年から 30 年間のグローバル化は、社会の最富裕層だけがその恩恵を受けていることを指摘しています。このような状況の中で、福祉国家の重要性をどのように正当化なさいますか。

加藤久和 明治大学大学政治経済学部教授：最初のご質問ですが、このモデルはあくまでも過去の経験です。将来においてこれが成立するかどうかはわかりません。少なくとも過去の先進国における経験はこういった形でも負の関係があるということです。将来続くかどうかはわかりませんが、現状として、我々はこういった問題に直面しているというのが第 1 点目だと思います。

それから福祉国家の終焉というのは、非常に誤解を受ける言い方かな、と思っています。必要な人には当然のように支援をしていく、最低生活水準に満たないような人たちには様々な支援をしていくというのは必要だと思います。ただし、日本のような、財政的に非常に厳しい国の場合には、全ての人に寛大な給付をするわけにはいかない、ということを理解していただければと思います。もちろん、日本でも貧富の格差、所得の格差、貧困の問題はあります。そういった問題は当然のように解決していかなければいけないし、政府が行うべき役割はたくさんあると思いますが、誰を助けるかということ、もう少し選別していく必要があるという意味で申し上げたということです。それが私の回答です。ありがとうございました。

議長：  
ウガンダの方どうぞ。

マチアス・カサンバ議員（ウガンダ）：  
加藤先生、ご提案ありがとうございました。このプレゼンテーションの中で、1950 年代、70 年代に非常に急速に高齢化が進んだということですが、どうしてこの時期に、高齢化が急速に進んだのかその理由を教えてください。そして 2060 年までに人口が現在の 1 億 2800 万人から 8700 万人に大きく減少するというので、経済と福祉国家の持続可能性に大変深刻な影響があるとのことなのですが、出生率を引き上げる上でどのような問題があるのでしょうか。置き換え水準を回復して、バランスの取れた人口構造となるよう、日本の若い世代に対して、子どもの数を増やすように説得するために、どのようなプログラムやキャンペーン、あるいは政策が実施されているのでしょうか。

加藤久和 明治大学大学政治経済学部教授：ありがとうございました。最初の質問ですが、1950 年代から 70 年代まで高齢化が進んだ一番大きな理由は、やはり出生率の低下です。多くの先進国で、経済成長すると出生率が低下する、ということがよく見られます。いわゆる人口転換が、日本の場合には非常に強く出ているというのが理由ではないかと思います。

2 つ目の質問ですが、ご提案いただいたように確かに出生率を引き上げていかなければなりません。日本では、過去 20 年から 30 年にわたって出生率を引き上げるための様々な政策として家族手当、子どもの教育環境を良くする、女性が働きやすい社会を作る等の政策をとってきました。しかしうまくいきません。

もし、これをやれば出生率が上がる、という政策があれば私もぜひ知りたいと思っておりますが、なかなか見つけられないのが現在の状況ではないかと思えます。

議長：

加藤先生、ありがとうございました。それでは次のパネリストのプレゼンテーションに移りたいと思います。ILO の雇用政策部長のキャンベル氏、お願いします。



「世界の高齢化と労働問題」  
ダンカン・C・キャンベル  
ILO 雇用政策部長

---

略歴：

ボードインカレッジで文学士号、ペンシルベニア大学ウォートンスクール応用経済学研究科で文学修士号、経済学修士号、博士号（PhD with distinction）を取得。

ペンシルベニア大学ウォートンスクールの経営学科で教授。人的資源センターの副所長を経て1990年よりILO勤務。産業組織論、労働市場、雇用、労働基準の経済学、主要マクロ経済変数としての生産的雇用に関連する政策の一貫性と政策選択等が研究対象。ILOのバンコク事務所に4年間勤務。ILO本部では、2001年の世界雇用報告書のIC技術に関して、2004-05年の世界雇用報告書：雇用、生産性および貧困削減を担当。

---

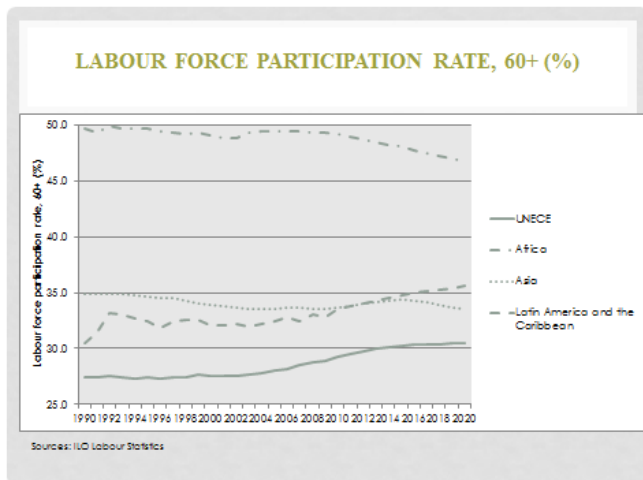
おはようございます。この会議に参加できたことを大変嬉しく思っています。まず、皆様はすでにスライドをご覧になり、世界の人口動態の状況をお分かりだと思います。また確かに日本は特異な状況にあり、人口ピラミッドが他の国ではないような形をしています。一方、昨日世界の人口が今後37年で96億人になるという話を聞きました。今日より26億人増えるということで、人類史上、最大の人口増加です。高齢化社会を論じる時、このことを相対化して考える必要があると思います。

昨日はビタミンDの話もありました。私はビタミンEの話をししましょう。ただしEはエンプロイメントのEです。これは高齢化に伴う問題としてこれまでも議論されてきました。まさに加藤先生からご指摘があったとおり、老年従属人口指数が問題となっています。老年従属人口指数が上がると、自動的に経済成長が下がります。労働市場で高齢者を支える人が少なくなるからです。インドの議員の方が先程おっしゃった点に私も同感なのですが、社会保障と経済成長の関係は、あまり明らかになっていません。インドの場合、この大不況の時期にさらに不況にならなくてすんだの

は、国の農村雇用保障政策があったからです。これが自動的な安定化要因になりました。もう1つは社会保障です。社会保障の給付と経済成長の低下の相関関係は当然のものでしょうか。福祉国家は豊かな国だから可能なのです。豊かな国は、技術的にも最先端です。そういった国は、途上国よりも人口成長率が低い傾向にあります。

それからウガンダの議員から質問がありましたが、日本は人口増加率を上げるのにどんなことをしているのか、という点です。今週報じられた中国共産党の一人っ子政策緩和のニュースをご存知でしょうか。できることは色々あります。私はアメリカ人ですが、25年間ヨーロッパに住んでいますので、様々な国の事情に通じることができました。出生率を上げる政策で優れたものを探してみますと、例えば保険による妊娠出産費用の保障、託児所等、女性向けの政策です。働く女性がますます増えているからです。このスライドから明らかなように、労働力率は、いくつかの国では下がっているけれども、全ての国ではありません。問題は、この一番下のところで、これをもう少し上げなくてははいけません。それから社会保障の弊害についてですが、例え

ば世界で失業給付を受けているのは世界人口の20%です。一方老齢年金を受けている人は、世界人口からみればほんのわずかです。年金という点ではまだまだなすべきことがあるのです。高齢化が進むなかではとりわけ重要となってきます。



ここでいくつかの点について論じたいと思います。まず、最初に行うべきなのは、雇用の促進です。ここで言っているのは、高齢者ではない人の労働力率の向上を促進することです。労働力率を上げる上で、ヨーロッパも、インドも、日本も、女性の労働力率が大変低いことが問題です。まず、私を含めたあらゆる人たちの従属人口指数の問題に取り組むことです。そうすれば、私のような年寄りも退職できるというわけです。それで若い人の労働力率を上げていけば良いのです。

2つ目に、これは大変議論を呼ぶところですが、日本、あるいはイタリアでは労働力が不足しています。ところがアフリカをはじめ、世界の他の地域では労働力が余っているという現状です。労働力の移動は増えているとは言え、生産要素の中でまだグローバル化されていないのは、労働力のみです。移民に対して門戸を開くことには、政治的な抵抗があり

ます。イギリスの著名なジョン・ウィリアムソン教授がこの研究をなさっていますが、教授は、もし労働力の移動が自由化されれば世界の成長はさらに促進されるとおっしゃっています。加藤先生が先程おっしゃったように、ILOでは世代間の観点からこの問題に対処しています。ILOとしては、若い人が職を得ることで、高齢者が社会から排除されるべきではないと考えています。

昨日、秋山先生が、高齢者との絆を強化すべきだとおっしゃっていましたが、大賛成です。簡潔なご意見ですが、これは行動経済学の重要な研究結果です。人びとは、社会参加している方が長生きできるのです。世の中の半分の人が失業していれば別ですが、皆が働いている中で自分だけ失業していれば、みじめに思い、精神的、生理的な痛みを感じるでしょう。高齢者の社会参加も同じことです。若い人たちの労働力率を高めるだけでなく、高齢者の労働力率を高めることも重要です。これは私にとっても大事なことです。

私は来月61歳になりますが、ILOは62歳が定年です。私が住むジュネーブは素晴らしいところですが、現地事務所に戻りたいと思います。でもILOの人事局長は、いやだめだ、おまえはもう年寄りだということです。もし、定年が62歳で、私がどこかの各国事務所の所長となったとしたら、私はゼロから始めなくてはいいけません。人や地域を十分知るのに1年はかかるでしょう。だから彼は正しいのですが、それは、以前の世代に比べて健康で、より長寿となり、働き続けたいと思っている全ての労働者の参加が増えることを阻んでいる規則の上での話です。

私はエコノミストですが、ILOの職員の半数



がエコノミスト、半数が弁護士です。よって人権や労働者の権利を重視しています。ILOの重要な任務は国際労働基準の制定です。我々が心配しているのは高齢者への差別です。高齢者に対する差別は、世界的なものではありませんが、ヨーロッパではあらゆる差別の中でも最も広く見られます。企業では、年齢の多様性を含む、労働力の多様性が広まってきました。社内に指導教育プログラムを設けている企業もあります。入社した若い人に高齢の労働者がひとり指導者としてついて、仕事のこつを学ぶという制度です。オーストリアやフランスでは、全ての労働者を労働市場に取り込もうという取り組みを行っています。

その他の差別に対する政策としては、差別に関する労働基準の規定があります。賃金差別、ジェンダーに基づく差別、性的志向に基づく差別、年齢差別に関する労働基準を設けています。高齢者への差別に対する具体的な基準もあります。しかし、こういった労働基準が本当に実施されなければ、何の意味もありません。私はもうすぐ62になったら、ILOを退職しなければなりません。しかしアメリカではこれを訴訟に訴えることもできるのです。

実はアメリカでは退職年齢というものはありません。私の姉は70歳ですが、まだ高校で教えています。これは別に変わったことではないのです。ただし、アメリカでは退職も増えています。退職を強制されるわけではないのですが、年金があれば退職すると思います。このように法的な枠組みは、基礎的な役割を持っています。また、技能訓練も絶対に必要であると言われています。私の技能は時代遅れですが、職を通じて得た技能はあります。もしかすると、もし私が再就職したけ

れば、再トレーニングが必要かもしれません。こういった労働市場における高齢者の活用が取り上げられています。高齢者向けに、仕事をなくした人を再度活用化しようというものです。色々な例がでていますが、世界で最も豊かな国の一つであるデンマークは、労働力参加率を高める素晴らしい政策を実施しています。失業手当はきわめて高いのですが、期限を定めた条件付きです。つまり、失業しても収入はありますが、早く次の職を探し始めた方が良く、そのための訓練を受けたほうが良い仕組みになっています。こうした政策は、労働市場への再参入が難しい高齢者にとってきわめて重要です。

これらのデータを見ると、技能訓練のための資金供与、そして高齢労働者を対象にした訓練自体も行うよう、さらなる努力が必要であることが分かります。これはここにあるほとんどの国について言えることです。ここに10カ国が挙げられていますが、これが現状です。

私たちが重視したいのは、インセンティブです。私個人の例を考えてみましょう。私はあと1年したら退職します。私のトレーニングにILOはお金を使ってくれるでしょうか。そんなことはしてくれません。辞める私に投資しても仕様がなからず。私たちは、全ての労働者を労働市場に取り込むことができるよう、労働時間、賃金、あるいは高齢労働者に対する個別支援の点から労働市場制度を再考する必要があります。以上です。ありがとうございました。

議長：

非常に興味深い社会保障と高齢化の話から始まり、人権、特に年齢差別やジェンダー差別の問題を適切にご指摘いただきました。考え

るべきことだけでなく、行動すべきことについて  
いても大変示唆に富むお話をいただいたと思

います。ありがとうございました。

## 「タイ高齢化対策プロジェクトからの経験」

中村信太郎

独立行政法人国際協力機構（JICA）国際協力専門員（社会保障）

### 略歴：

1987年東京大学法学部卒業。1993年米国コロンビア大学より経営学修士号取得。  
2010年よりJICAの国際協力専門員として、開発途上国との間での社会保障分野の国際協力に従事している。2008年からの2010年までの間は、JICA長期専門家としてシリア社会労働省においてCBR（Community-based Rehabilitation、地域に根差したリハビリテーション）を推進した。  
1987年から2008年まで厚生省、厚生労働省に勤務。その間大臣官房、社会・援護局、障害保健福祉部等の各部局で社会保障行政の企画立案・実施を担当するとともに、京都府保健福祉部高齢化対策課、国家公務員共済組合連合会病院部において、高齢化対策や病院経営を担当。また、2004年から2007年までラオスに派遣され、労働社会福祉省政策アドバイザーとしてラオスの労働行政、社会福祉行政の企画立案を支援。

このような素晴らしい場で、高齢化という重要な問題に関する私たちの経験を皆様にお話する機会をいただきましたことは、国際協力機構（JICA）にとって、また私にとっても大変光栄なことです。今日は私たちJICAがタイで行っている高齢者に関わるプロジェクトについてご説明いたします。

まずJICAについてお話いたします。JICAは、ジャパン・インターナショナル・コーポレーション・エージェンシーの略で、ジャイカと読みます。JICAは日本の政府開発援助（ODA）の実施機関で、皆様の国でも仕事をさせていただいている地域がおそらくたくさんあると思います。全ての人びとが恩恵を受けられるダイナミックな開発、というビジョンを掲げて、開発途上国が抱える課題の解決を支援しています。世界各地に約100の事務所を持ち、150以上の国と地域で仕事をしています。

事業のボリュームから言えば、実は、例えば

農業インフラ、産業インフラ、道路や橋といった大きなインフラストラクチャーを作るための資金貸付、無償資金の提供といった協力、あるいは保健分野の人材養成、教育分野の人材養成等の事業が多くなっていますが、高齢化問題も、最近JICAが新たな協力分野として注目しつつある分野です。その背景として、1つに、途上国においても高齢化率が上昇してきている現状があります。また近い将来急速な高齢化が予測されているという事実があります。また、高齢者人口の数という点では、すでに高齢者の80%が開発途上国に住んでおり、高齢化は先進国だけの問題ではなく、途上国でも非常に重要な政策課題となっています。私たちは途上国の要請を受けて協力していますが、すでにご存知のように、途上国政府でも、高齢化が大変重要な政策課題として認識されつつあります。

現在日本は世界で最も高齢化が進んだ国ですが、日本の経験は、途上国の皆様にとって非

常に関心が高いものであるということ、私たちも肌で感じています。例えば、先週マレーシアの保健省が、高齢者へのケアサービスについてのワークショップをするということで、私もリソースパーソンとして行って参りました。また、9月には、ベトナムで年金の話をしています。途上国で、高齢化が大変重要な政策課題となっていることがよく分かります。

高齢化という政策課題は、日本で現在進行形の大変重要な課題です。後程お話いたしますが、できるだけコミュニティをベースにして、包括的なサービスを提供していこうという政策が、実は日本においても、多くの途上国においても、現在の方向性として進められていると理解しています。日本と途上国の方々は同じ方向を向いており、途上国での経験は私たち日本にとっても大変参考になるのです。そこに政策的な示唆があると確信しています。

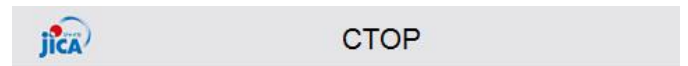
ここで、タイにおける協力につき簡単にご説明いたします。私たちは、タイ保健省、社会開発・人間安全保障省を主なパートナーとして、高齢化に対する技術協力プロジェクトを行っています。具体的には、日本から専門家を派遣し、現地でタイの人たちに研修をする、あるいは日本に招いて研修をしています。タイにおいては、保健省、社会開発・人間安全保障省が、それぞれの事業の中で、私たちと一緒に仕事をするプロジェクトです。

2007年からほぼ連続する2つのプロジェクトを実施しました。最初が、シートップ(CTOP: Community Healthcare and social welfare service model for Thai order persons)として2007年~2011年の4年間のプロジェクトです。その次に、エルトップ(LTOP: Project of

Long-term Care Service Development for the Frail Elderly and other Vulnerable People))ということで、今年から2017年までが期間です。

前回のプロジェクトはシートップです。cという文字からコミュニティを想像しますが、実は色々な意味を込めており、コーディネートのc、あるいはコーオペレーションのcでもあります。このプロジェクトには以下のような問題意識が背景にあるからです。

現在、また当時も、タイでは高齢者向けの色々なサービスがすでに行われていました。例えば、保健省は高齢者に対する健康チェックを行い、あるいはヘルスポランティアという形で、全国で100万人ものヘルスポランティアの方を養成していました。一方福祉関係でも、例えば、高齢者手当等の施策を実施していました。そしてそれらの施策が、地域に住む高齢者によりよく役立つためにはどうしたらいいのか、タイ政府が検討し、それができるだけコーディネートされた形で提供されれば、地域の高齢者の方々が、より暮らしやすくなるのではないかという結論に至りました。そこでタイ政府からの要請により、私たちはタイ政府と一緒にプロジェクトを行ったのです。ここで写真をご覧くださいと思います。

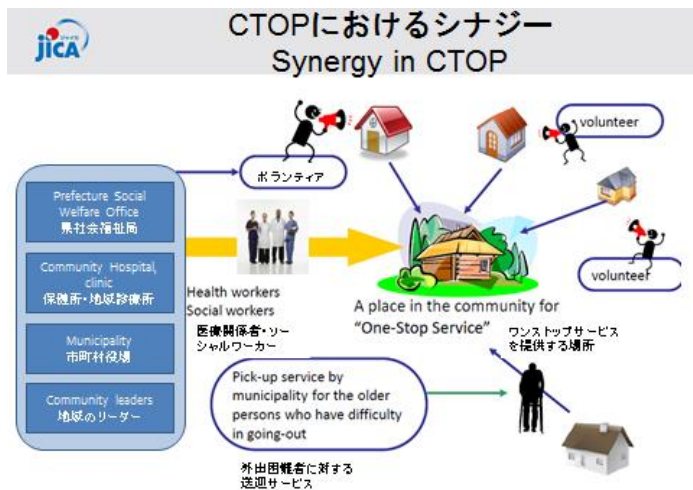


タイ南部にスラタニという地域がございます。ここでは地元の保健関係の行政当局と、福祉関係の当局が、市町村にワンストップサービスの場所を指定し、保健、福祉関係の行政官が一緒に行くことで、そこで健康チェックもすれば、高齢者手当に関する手続き、あるいは相談も受けられ、高齢者の方々に非常に利用しやすい、サービスが提供できるようにした取り組みです。この取り組みにおいては、先程お話ししたヘルスボランティアの方が非常に大きな力を発揮されました。

が、この日にこんなサービスがあるよ、と事前にお知らせをします。中には体が不自由でその場所までいけない方もいらっしゃいますが、その場合には、市町村が送迎のサービスを行っています。このようなサービスモデルにより、高齢者サービスを、よりコーディネートされたやり方で地元の高齢者の方に届けていくことができます。以上がシートップの説明です。

次にエルトップです。シートップを実施する過程で、市町村には長期の介護を必要とする方がかなりいらっしゃるようになってきました。先程申し上げたように、保健所による健康チェックのサービス、またヘルスボランティアによる見守り、声掛けといったサービスはありますが、真ん中にいらっしゃるおばあちゃんのように常に介護を必要する方に対して、状態をアセスメントし、どのようなサービスが必要かを考えてそれをコーディネートされたやり方で届けていくという仕組みはまだないということに気がきました。日本は介護保険という仕組みで高齢者の状況を評価し、必要なサービスを組み合わせ提供しています。もちろん、介護保険の仕組みをそのまま外国に持って行くのは不可能ですが、そこで培われたケア・マネジメント等のノウハウは、タイでもひょっとしたら有効かもしれないと考え、新たなプロジェクト、エルトップを始めました。

写真の左端でパソコンを膝に置いている日本人がケア・マネジャーです。中心に座っているお年寄りの状況を評価して、必要なサービスを考えている場面です。タイの全国6カ所をモデルサイトとして、このような取り組みをしていくことにしています。



これが取り組みの概念図です。まず、村の中にワンストップサービスを提供する場所を指定してもらいます。このために新たに建物を作る必要は全くありません。例えば、タイでは、仏教徒の方が多くいらっしゃるのので、お寺がコミュニティの中心になります。お寺の一角を提供場所として指定し、決められた日にワンストップサービスを行うよう決めていただくのです。その日に県の社会福祉局、保健所、地域の診療所、市町村の役場、それから大変重要な人たちとして、コミュニティのリーダーが来て、健康に関するチェックや福祉に関する相談を受けるといった仕組みです。高齢者の方々には、ヘルスボランティアの人



これは私たちが考えている1つのモデルですが、例えば、市町村の中にモデルサービスセンターのようなところを指定していただき、そこに高齢者の方々が通ったり、センターのスタッフが高齢者のお宅を訪問することによって必要なサービスを提供したりする、そしてそれらができるだけコーディネートされた

形で届けられることを目指しています。ここでは地域の保健所あるいは病院の医療職の方々の協力も欠かせない要素の1つです。

こういった取り組みを通じて、私たちは、このプロジェクトの費用、効果についてできるだけエビデンスを積み重ねていきたいと考えています。そして、タイ政府の政策形成、さらにはASEAN各国との情報共有を通じた地域の高齢化課題への対応にお役に立つことができると考えています。

以上、大変簡単ではございますが、私たちの取り組みをご紹介させていただきました。ありがとうございました。



## 討 議

議長：

中村先生のお話について3点ほど申し上げたいと思います。1点目は、より多くの方を巻き込み、大変ダイナミックなやり方ではないかという点です。2点目は、その地域に参画を促す参加型のアプローチと言える点です。そして、長期的にサービスを展開していくという点です。事業ベースの活動は、多くの場合、大変短期間になりますが、人びとにサービスを提供する上でのみならず、費用対効果の点でも、持続可能性の問題は大変重要です。

では、3人のスピーカーの方々に拍手をお送りいただき、ご質問、コメントをお願いしたいと思います。

キリナ・スマワン議員（タイ）：

JICAの中村先生、ありがとうございました。タイの上院議員でキリナと申します。私たちもこの事業に協力をさせていただいています。国王と王妃が集落を訪れるというプロジェクトもあります。赤十字からその情報を得ることができるかと思います。そしてパラメディカルボランティアといわれるボランティアが、集落で活動して障害を持っている方々のところにまで行くことができます。

高齢者のための保険はタイにでも必要であると思います。すでにタイの保険会社を買取られた日本人がいて、タイに保険を導入しようとしているようです。私たちにとってはこれが良いスタートになるのではないかと思います。我々は仏教徒ですので、皆ボランティア精神、親切心に満ち溢れています。よって

政府が負担と感じているわけでもありません。このような技術的な支援に本当に感謝しています。質問ではありませんが、コメントをさせていただきました。ありがとうございました。

議長：

マレーシアの方どうぞ。

マリアニー・モハマド・イット議員（マレーシア）：

高齢者の医療保険に関して質問があります。高齢者や一人親家庭の保険はどのようにカバーされるのでしょうか。就労できなくなった人たちの保険をカバーするのでしょうか。年金もないような状況ではどうなってしまうのでしょうか。

中村信太郎 JICA 国際協力専門員：

日本についてでしょうか、それとも一般的な状況についてのご質問でしょうか。

マリアニー・モハマド・イット議員（マレーシア）：

日本の状況が大分進んでいるのは分かりますが、例えば、マレーシアやインドネシアといった東南アジアにおいては、どうしたらよいのか、という質問です。私たちは60歳、65歳には退職しなければならないので、そこまでは仕事はできます。判事等は75歳まで働けますが、判事を除き、退職年齢は早いです。特に女性はもっと早く、例えば、出産後に離職する場合があります。家族や義理の両親の面倒をみななければならないからです。

議長：

国の政策にもよるかと思いますが日本の経験にもご関心をお持ちではないでしょうか。

マリアニー・モハマド・イット議員（マレーシア）：

そうですね、日本の経験からも学ばせていただければ、参考になると思います。

中村信太郎 JICA 国際協力専門員：

ご質問ありがとうございました。日本の状況を申し上げますと、基本的に日本の医療は、社会保険によってカバーされているというものはご承知のとおりです。ただ、低所得者については、生活保護という仕組みがあります。これは国による現金給付です。収入がない方々はそういうプログラムに加わることができ、カバーされるわけです。マレーシアでは公費で国民の医療をカバーするシステムがあると思いますが、タイもそうだと思います。

議長：

では、そちらの方をお願いします。

フェイ・ティ・ファ議員（インドネシア）：

スピーカーの皆様に感謝申し上げます。大変興味深いプレゼンテーションでした。まずILOのキャンベル部長に対して質問です。ILOが高齢者の雇用を推進していることには感謝しています。しかしながらインドネシアのような途上国においては、地域に特異な状況があります。多くの高齢者が現役ですが、その大半はインフォーマル部門で働いています。あるいは、孫の世話をしたり、無給の家内労働者として何の保護もなく、時に劣悪な環境で働いていたりします。このような雇用形態に関してILOはどのように対処されるのでしょうか。インドネシアでは多くの若者が失業を

しており、高齢者と競合しています。もし、高齢者がフォーマル部門で働くことになると、生産性が低いため給与は低くなると思いますが、ILOの考え方としてはその場合でもやはり差別ということになるのでしょうか。

次にJICAに関する質問です。タイでプロジェクトを行っていらっしゃるということでしたが、タイの経験に基づいて、同じようなモデルを他の国に展開することをお考えでしょうか。またはシートップ、エルトップの地域での経験を全国レベルで展開するということは考えていらっしゃいますでしょうか。

そしてこれは、提言になりますが、インドネシアのような国へのサポートとして、高齢者、または非常に周辺化された人びとが適切な価格で利用できる交通機関の整備をお願いしたいと思っています。是非、ジャカルタに来ていただければと思います。ジャカルタは、高齢者の割合が一番高く、また、コミュニティベースのサービスを高齢者に向けて提供する革新的な取り組みを行っています。ありがとうございました。

議長：

インドの方、続いてフィリピンの方をお願いします。

パルチャンドラ・ムンゲカー議員（インド）：  
キャンベル氏への質問です。キャンベルさんがおっしゃった見解については合意できるものもありますが、グローバリゼーションの起源を考えたとき、やはり世界は何らかの理由で保護主義的になっていると思います。資本のグローバリゼーションは起こっていますが、労働人口には制限がかかっている。特に先進国においては、人びとが自国で作ったものを



使うように保護主義的な政策をとっています。グローバリゼーションと言っていますが、同時に保護主義が台頭しているということであると思います。

2 つ目に、キャンベル氏からインドのマハトマ・ガンジー全国農村雇用保障スキームについての言及があり、これが自動的な安定化装置の役割を果たしたというお話がありました。2008 年の 9 月 11 日に金融危機があり、世界経済は低迷し、0.1%の経済成長も達成できませんでした。アメリカ経済の成長は停滞し、ヨーロッパのどの国も 0.1、0.2 何%といった成長しか遂げられませんでした。ただし、インド、中国は例外です。インドは、世界金融危機にも関わらず 2008 年、2009 年に 6.7%の成長率を記録しています。

そして統計を見ると、雇用保障スキームによって、4 億 2000 万近い雇用が創出されています。もちろん、抜け穴や制限といったものがスキームの実行には伴っていますが、これなしには 6.7%の経済成長は達成しえなかったと思います。そして 400 億ルピー近い予算をこのスキームスキームのために費やしています。経済成長の確保のためには市場のサポートが必要です。ただし、市場に持続可能性がない場合、国の介入が求められ、市場そして司法上での政府の役割が問われます。ILO というのはこの労働問題の中心的存在で、25 年間そのような形で活動してきています。

3 つ目のポイントですが、こういった労働への参加というのは非常に複雑な問題をはらんでいます。単に経済的な問題だけではありません。インドでは、イスラム教徒の方が労働参加率は高くなっていますが、だからといって経済的に地位が上がっているわけではあり

ません。彼らの大半はインフォーマル部門で働いており、18 歳、10 歳、12 歳ぐらいの子どもが就労しているのが現状です。イスラム教徒は、労働参加率は高くても、経済状態が良いわけではないのです。

最後になりますが、正当な労働への ILO の貢献については私も評価しています。アメリカは現在、オバマのヘルスケア改革を巡り危機に直面していますが、どのようにお考えでしょうか。アメリカ社会では、この 2 年で初めてオバマの支持率が下がってきています。市場主導経済そして不平等社会において、この種の施策は、制約にかかわらず、正当化されるかどうかについてお話しいただけますか。

ダンカン・C・キャンベル ILO 雇用政策部長：色々な質問が出ましたが、まずインドネシアの議員の方からの質問にお答えします。

インドネシアには、他の途上国同様、年金や定年といった制度がありませんので、それが労働参画率影響を与えていると思います。その意味では、労働参加率についてインドの方が質問されましたが、これに経済的な要因は文化的な、社会学的な要因があるといえます。高齢者の労働参画が若者の就業を奪っているという論文がありますが、私はそれを信じません。もっと研究する必要があります。なぜなら EU 諸国では、そのような問題がないからです。例えば、労働市場への新規参入者の雇用確保の手段として早期退職を考えると、これは、合理的な論理ではありません。インドネシアを含めどの国でも、分業というものがあるのではないのでしょうか。この点については調査が必要だと思います。

もう 1 つのポイントとして、グローバルな労

働市場への大きな参入があるのが、インフォーマル経済と呼ばれる分野です。フォーマル部門の経済は成長していませんが、途上国においては、一般にインフォーマル経済で働く労働者の割合が非常に大きいわけです。従って、インフォーマル経済で働く高齢者も珍しいことではありません。正規の雇用を退職してから、インフォーマル経済で働く高齢者は多いわけです。両方で働いている人もいるでしょう。ILO が魔法の杖をひとつ振りして、こうしたインフォーマル・経済といったものはなくしましょう、あるいは全部社会保障で保障しましょうと言えれば良いのかというと、それは無理です。我々ILO は必ずしも現物支給に反対するものではありません。例えば、現物支給であっても、支給されている家庭、世帯に1ルピーさえ払われていなくても、現物支給であれば、雇用されているとみなされます。それは食料かもしれません。そういった形態の支払いがILO の賃金の方針に違反するということではありません。

ILO の国際的定義によれば、無給の家内労働は雇用とみなされます。賃金は生産性に関して考えられるべきという点については、そのとおりだと思いますが、高齢者の方が、生産性が低いと証明できるでしょうか。私には分かりません。年齢と経験、そして生産性に正の相関関係があることを示すデータがあるかはよくわかりません。それは個人個人で違ってくるのではないのでしょうか。しかし、原則として、生産性に従った形で賃金が支払われるべきというのは、そのとおりではないのでしょうか。年齢給に関しては、生産性とは特に関係ありません。年何%といった形で上がっていくわけなのです。

インドの方の保護主義とグローバリゼーシ

ンについてのコメントはそのとおりだと思います。グローバリゼーションという考え方があり、対極に保護主義という考え方があります。金融市場は考え方もグローバリゼーションに従っています。例えば、ICT 通信技術が使われて、考え方にもグローバリゼーションが起っています。しかし人のグローバリゼーションは起きていません。世界の多くの国で経済が減速した 2008 年以降、保護主義の台頭を見てきました。中国とインドがこれらの景気後退を経験していないのはそのとおりです。

NREGA（全国農村雇用保障スキーム）のシステムには漏れがあることは私も承知しています。しかし、考え方によっては次善策であるという人もいます。またこのコンセプトが最高であると思っている機関もあります。その特性は何でしょうか。賃金の上昇があり、スキームの対象でない人の賃金も一緒に上がっていることです。ビハールの雇用によって、収穫時期のビハールからラジャスタンへの移民の数が減っている、またはこのスキームを利用しているのは女性だと聞いています。よって、NREGA は女性の雇用を促進しています。

国家というのは、大不況の影響を受けた場合に市場をサポートすることが必要だと、私も思います。25 年経って、ジョン・メイナード・ケインズの見方が戻ってきたわけです。世界銀行とともに、77 カ国が危機に対してどのような対応をするか見てきました。政府が介入して、インフラ整備への資金投入が見られました。その結果は国によって違いますが、雇用が生まれたわけです。エンデガプログラム、NREGA プログラムは、インドの GDP の 1%未満のコストで行われているという驚くべき状況があります。従って、行政上の難点

はありますが、他の国にとっても妥当なスキームであると思います。インドネシアの方のコメントに関して申しましたとおり、労働参加というのは経済的な要素もありますが、文化的な要素もあるのです。インドのケースで最近の労働人口調査の結果に言及しました。特に労働人口調査において女性の労働人口の参加率が下がっており、ILO もその点を調査することになっています。世界銀行の中には、女性の参画率が下がっているのは、裕福になってきているからだという声もあります。しかしそれが全ての答えなのか、分かりません。

最後に、私はオバマケアに賛成しています。大統領に非があるのではなく、政府が開設したウェブサイトの障害がそれを台無しにしているのです。オバマケアは歴史的な一歩であり、ルーズベルトが社会保障スキームを導入して以来の画期的な一歩だと思います。

マレーシアの方からのご質問について、アメリカには社会保障制度としてメディケアがありますが、その一部が高齢者向けの内容となっています。ありがとうございました。

議長：  
時間がありませんので、あと2つだけ質問を聞いていただきたいと思います。フィリピンの方どうぞ。

ルスボミンダ・c・イアガン議員（フィリピン）：  
そしてスピーカーの皆様、大変啓発されるお話でした。ありがとうございました。キャンベル氏がおっしゃったとおり、私たちも高齢者が働き続けることは価値のあることだと思っています。回答の中でまだお答えいただいている点もありましたのでお願いいたしま

す。フィリピンのような途上国においては失業率が高くなっています。そして若者も職に就くために激しい競争が存在しています。このような状況で、どうやって、高齢者にも元気に働き続けてもらいながら、若者の雇用とのバランスをとることができるのでしょうか。退職後にライフスタイルが変わって、急に体の具合が悪くなるという話も聞きます。こういう高齢者に対して、若者からも、あまりにも長居しすぎているのではないかと嫌な目を向ける人たちもいます。

私たちの失業問題については、労働力の移動も1つの解決策かもしれません。しかし、フィリピンのようにすでに海外に多くの労働者を送り出している国にはジレンマもあります。出稼ぎ労働者は、契約違反やジェンダー差別の労働問題に関わる差別を受けていることが多いのです。ありがとうございます。

ダンカン・c・キャンベル ILO 雇用政策部長：  
ご質問、ありがとうございました。大変興味深い点をご指摘いただきました。最初の点に関して、はたして高齢者たちが若い人たちの職を奪っているというのは本当でしょうか。EUにおいては、そのようなことがないのは確かです。それについてはデータもあります。フィリピンの状況は調査してみないと分かりませんが、私が思うに、やはり適切な分業というものがあるのではないかと思います。おそらく年齢ベースの分業もあるかと思うのです。また若者が高齢者の面倒をみるという点については、実際多くの若者は高齢者の面倒をみていませんよね。

またフィリピンの問題は、他の国々がかかえている問題でもあるわけですが、新規参入者を労働市場へ吸収するに足る需要が国内にな

い点が問題だと思えます。その解決策として2つの選択肢があるでしょう。一つは、フォーマル部門の経済を十分に成長させること、もう一つは海外への出稼ぎです。フィリピンがこれに当たることはよく知られています。フィリピンの労働者の方々は教育水準も高く、どこでも職に就くことができるからです。

先日の災害については心よりご冥福をお祈り申し上げます。私の国も含め多くの国々が手を差し伸べようとしています。我々は空母ジョージ・ワシントンに被災地に向けて出航させました。5000人の兵士たちが乗っていますがそのうち1割がフィリピン系の方々です。このように、フィリピンの方々は、例えば船員としても数多くを輩出しており、ジョージ・ワシントンのような空母においても色々な活動を行っているのです。国に送金をしているフィリピンの労働者もたくさんいます。これは最高のことだと思えます。政府から、どうやって国民がもっと海外で労働するために送り出すことができるのか、相談を受けるのですが、これは答えるのが大変難しい問題です。本当は自分の国で仕事ができればと思えます。移民労働というものは価値のあるものですが、議員の方がおっしゃったとおり、移民労働者たちは、大変脆弱な立場におかれていると思えます。フィリピンの方は世界各地にいます。これは良いことだと思えます。送金額も大きくなっています。ILOは、社会的な保護の側面に特に注意の目をむけています。

議長：

最後になりますが、ケニアの方お願いいたします。

フレデリック・オウタ議員（ケニア）：  
就労に関する高齢者と若者間の競争について、発表者の方に少し明確にさせていただきたい点があります。アフリカの若者は、政府は就労年数を縮小する政策を考え出す必要があると思っています。ケニアでは、55歳でまだ仕事に就いていると、若者からの圧力を感じるでしょう。その年齢になっても退職しないのは困るというのが、若者たちの考えです。若者がなかなか職の機会にありつけていないからです。どうすればバランスをとっていくことができるのか、十分なりサーチがなされているのでしょうか。労働力の問題に関しては、フィリピンもアフリカも似たような状況にあります。これらの国では、若者が雇用機会を得ることが大きな問題になってきています。そして高齢者にとっても、問題になりつつあります。各国の政府はこの問題に対処するために何ができるのでしょうか。

ダンカン・C・キャンベル ILO 雇用政策部長：  
簡単にお答えさせていただきますと、まだ十分なりサーチはなされていません。ケニアからも、そしてインドネシア、フィリピンからも、同じ質問がありました。これはきっと大きな問題なのでしょう。EUではこれは問題になっておらず、それよりも賃金引き下げが問題となっています。最低賃金未満で働く若者の問題がある一方で、より収入を得て働いている労働者についてもその保護の問題があります。つまり、最低限度未満の賃金の存在が、高い賃金を得ている人たちを解雇するインセンティブになってしまうのです。これはあくまで私の仮説なのですが、ケニアのような経済においては、大規模なインフォーマル経済があり、労働力を吸収するに足る需要が不足しています。そしてインフォーマル経済ばかりが成長しているというのが現状だと思いま

す。サハラ砂漠以南の国々では、労働市場の新規参入者のうち9割がインフォーマル経済での雇用についています。私たちは、現状をもっと知る必要があるのです。実証的な回答ができずに申し訳ありません。ありがとうございました。

議長：

先生、ありがとうございました。皆様方を代表いたしまして、大変素晴らしいプレゼンテーションをしてくださったスピーカーの方に感謝申し上げ、拍手を送りたいと思います。色々なことを考えさせられたセッションでした。そして我々はまたこれから行動をとらなければならないのだと、改めて思いました。ありがとうございました。



## セッション6

### パネルディスカッション 地域における高齢化の現状と影響





## セッション6

議長：フランシス・マルーズ議員  
パプアニューギニア

---

略歴：

1997年国会議員当選。2007－12年国内議会議長代理。2012年より国会議員再選。

---



## セッション 6

モデレーター：渋谷健司  
東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策教室教授

---

### 略歴：

東京大学医学部医学科卒、同年に医師免許取得後、帝京大学付属市原病院麻酔科医員（研修医）として勤務。1993年、東京大学医学部付属病院医師（産婦人科）を経て、ハーバード大学公衆衛生大学院公衆衛生学博士号取得。同年、帝京大学医学部産婦人科助手、2000年衛生学公衆衛生学講師。帝京大学医学部助手、帝京大学医学部講師を経て、2008年より東京大学大学院医学系研究科 国際保健政策教室教授。2012年からは一般社団法人JIGH代表理事も務める。

---

では、午後のセッションを始めさせていただきます。ラップアップということで、最後のまとめになります。パネリストの方々からそれぞれの地域における高齢化の現状と、社会および経済への影響についてお話をさせていただきたいと思います。

これまで1日半の間に、健康な高齢化、高齢者の労働市場への参画、その他高齢化に関する大きな課題について、色々なお話をいただきました。できるだけインタラクティブな形で、エキサイティングでダイナミックなパネルディスカッションが

できればと思います。

それぞれのパネリストの方々にそれぞれ10分間ほどお話をさせていただきます。地域的な要素に焦点を合わせていきたいと思います。最後に、人口に関する3つの重要な問題に関しまして、特にまとめていただければと思います。そして国会議員として、この人口問題にどのように対応できるのか、一言で簡単にまとめていただければと思います。



アルパイン・ホヴァンニシャン議員  
アルメニア

この度、このような会議を開催していただきましたことにお礼を申し上げたいと思います。これによって私たちは、世界中の問題に対し、より知識を深めることができます。私たちは共通の課題を抱えています。その課題に対する解決策を模索することにより、この会議は成功裡に行われていると思います。この2日間に、高齢化、出生率、その他私たちが直面する課題の様々な要素についてお話を伺うことができました。あまり長くはお話いたしません、皆様にも2点程申し上げたいことがあります。

まずアルメニアは欧州の一角にある国ですが、欧州においては、高齢化および出生率については、国によってその状況が異なるということです。類似している課題もたくさんありますが、数値は大きく違ってきています。そのような意味で、欧州諸国全てを代表したお話をすることはできません。ただ当然ですが、類似の課題が欧州の国々に存在しています。

現在、アルメニアにおける65歳以上の高齢者人口は総人口の約11%を占めています。寿命は女性が74歳、男性も大きな違いはありません。国連の分類によりますと、65歳以上の高齢者人口が7%を超えているアルメニアは高齢化社会であるということになります。しかし、高齢化は私たちの唯一の人口問題ではありません。多くの欧州の国と同様に、アルメニアにおいても、出生率の低さが問題になっています。人口・保健調査によれば、アルメニアの出生率は女性1人当たり1.7人です。人口再生産率で言えば、2.1かそれ以上でな

ければなりません。これにはいくつかの理由があります。1つは、我が国の不妊率の高さです。これは大変驚くべきデータであり、何らかの行動をとらなければなりません。そのために私も含めた国会議員は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する新しい法律改正案を提出しました。モデレーターの方からも国会議員の果たすべき役割についてお話がありましたが、どの国においても国会議員の役割は同じだと思います。私たちは、法律を承認することによって、少なくとも状況を是正する試みをするべきです。

すでに述べたとおり、私たち議員グループは、高い不妊率の現状を改善するため、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する新たな法律改正を提案しました。現在アルメニアでは、人工授精、体外受精、代理母出産等の補助的生殖技術が利用できます。様々な種類の不妊症に関わる問題を抱える数多くのカップルがそうした医療手段に申し込みをしています。しかし、多額のコストがかかり、全ての夫婦が必ずしもこのようなサービスを受けることができるわけではありません。私たちが提出した新しい改正案においては、政府が、低所得の家族を対象に、補助的生殖技術の利用に財政的な支援を行うというものです。あまりにもコストがかかる代理母出産に関しては除外されていますが、人工授精や体外受精等は、低所得層の夫婦にも提供されるということです。これによって、この分野の医療がさらに利用しやすくなり、我が国の人口動態が改善されることを期待しています。2013年の11月にこの改正案は通過しました。まだまだ導

入されたばかりですが、これから新たな機会が我々に与えられ、状況が改善されることを願っています。ここで得た経験をそれぞれの

国で活かすことができると確信しています。ご清聴ありがとうございました。

## ヘティファ・スジャイフディアン議員 インドネシア

---

ご紹介ありがとうございました。ご出席の皆様、議員の先生方、このような時間を共有できましたことを大変喜ばしく思います。インドネシアについて説明をしたいと思います。

インドネシアの総人口は 2 億 5000 万人近くに達しており、世界第 4 位です。高齢者人口は 1 割未満で、2010 年には 1810 万人で人口の 9.6%でした。しかしこの数字は、2025 年に 3600 万人、2050 年には 8000 万人に増えると予想されています。またインドネシア保健省の推定では、健康な高齢者は全体の 1.8%にすぎません。すなわち、1770 万人の高齢者がヘルスケアを必要としているのです。よってインドネシア政府は議会と協力して、「高齢者社会保障」法をとりまとめました。来年から国民皆保険を導入いたします。2 年後の 2015 年には、高齢者のための保険と年金を導入いたします。

2010 年に 70.6 歳であった平均寿命は、2014 年には 72 歳になると見込まれています。インドネシアの高齢者が抱える健康問題は主に、視力や聴力の衰え、あるいは歩行能力の衰え、そして臓器障害です。インドネシアではすでに、1998 年に高齢者の福祉についての法律第 13 号が定められています。

インドネシアの人口構造を見ると、現在は生産年齢人口が最大部分を占めており、高齢者の占める割合は 10%未満にすぎません。しかし、高齢者の社会保障についての法整備を進めていきたいと願っています。今回この会議に参加し、日本や他の国々の経験から学ばせていただきました。インドネシアに戻って新たな政策や法律を策定していきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

モデレーター：

ヘティファ・スジャイフディアン先生、ありがとうございました。国民皆保険制度や高齢者のための長期保険・年金制度の 2015 年導入を目指しておられるインドネシアの積極的な取り組みについてお話してくださいました。大いに期待できる計画であると思います。しかし同時にこれで目的が達成されたのではなく、新しい挑戦の始まりであり、これは日本も直面しているのと同じ課題です。これからも共に学ぶべきことがさらに多くあると思います。ありがとうございました。

次はザンビアのポニフェス・ムタレ議員です。よろしく願いいたします。





## ボニフェス・ムタシ議員 ザンビア

ありがとうございます。まずは会議主催者に対し、このような会を開催していただき、様々な経験を共有する機会を与えてくださったことに御礼申し上げます。

アフリカはまだ開発途上にあります。そしてこのような場で、他国で起きていることについて洞察力に溢れたご意見を聞かせていただくことは、アフリカの国々、特にザンビアにとって大変有益なことです。

ザンビアに関する話に限定し、短くお話しさせていただきます。ザンビアは、国土面積752,612平方キロメートル、人口はおよそ1310万人です。1980年、1990年、2000年、そして2010年の何十年にもわたる国勢調査を通して、我が国の人口が増え続けていることが確認されています。1982年の560万人から、2010年には1396万6千人に増えました。ザンビアの人口増加率は、1980年から1990年までは30.4%、1990年から2000年までは30.9%、2000年から2010年までは32.4%でした。私たちの国の年齢構成についての関心は、若年層が多いか、高齢層が多いかということですが、ザンビアの年齢構成の説明には様々な評価尺度が用いられます。国勢調査を見ると、若い世代が多いことがわかります。人口ピラミッドで言えば、若年層が多く、年齢が増すに従って人口の割合が減少する形になっています。若年層が過半数です。このような状況にあるため、65歳以上の人口が総人口に占める割合は5%未満となっています。このことからザンビアの人口が若いことが

わかります。2000年には、65歳以上の高齢者の割合は総人口の2.7%でした。これが2010年になると2.6%とやや下がっています。また、農村地域における65歳以上の割合は、2000年に3.5%、2010年に3.2%になっています。しかしこれは、都市部に比べれば高く、都市部では2000年に1.3%、2010年に1.8%でした。すなわち高齢者の割合は都市部より農村部で高いことがわかります。

出生率の高さから若年層が多くなっているのがザンビアの現在の状況です。ここにグラフがあります。TFRが7.2から6に下がっています。農村部では7.2から6.2に、都市部では7.6から2.9にまで下がりました。とはいっても依然として出生率は高いままです。しかし出生率の低下は、人口のわずかな高齢化を示しています。そしてこれは乳幼児死亡率が高いこととも関係しています。若い人口のほうが高齢層より多いのは、日本と逆の状況です。

高齢者人口が非常に多くなってくると、昨日からずっと話し合われてきたような様々な問題が生じます。すなわち、高齢者が仕事を手放さず、例えば経験を買われて働き続けるということがあります。55歳の定年を過ぎて働くことを禁止するような法律はありませんが、我が国には最長4年の契約を結んで就労を延長できるという規則があります。これによって高齢層が退職しないため、若者が問題を抱えていることも事実です。

一方で、ザンビアでは、大企業に勤める人び

とに関連した問題も起きています。大企業に勤める方々が退職すると、村落に帰って、生活スタイルが変わります。すると彼らはあまり長生きをしない、という傾向があります。都市の生活から農村部での生活に生活様式が変わることが一因です。よって村落に戻らず、都市部にそのまま残って生活する人が増えています。しかし都市部での生活はコストがかかり、自活できない状況に陥ります。働いている間は会社から病院代、薬代、その他諸々を支給してもらえましたが、退職してしまうと、人生が非常にみじめになってしまいます。退職金はありますが、一部の人の場合は、退職後に生活を支える保険もなく、非常に生活が苦しくなります。また、退職後に長期的な投資をする人もいますが、事業が失敗して非常に惨めな状況に陥る方もいらっしゃいます。このように生活が成り立たないことで、とても不健康な生活になる人もいます。

農村部、都市部を比べると、農村部の高齢者はより健康な生活を送っていることがわかります。化学添加物の入っていない食品を食べ、菜食主義の人びとが多くいます。都市部では、例えば6週間ブロイラーとして育てた鶏等を食べている人が多いのですが、村落での生活は、地元のフルーツや野菜を中心に、より健康に良い食生活をしているという状況があります。また薬も、生薬等を使うので長生きをする傾向があります。都市部と農村部の高齢者を比較すると、都市部の高齢者の方が問題は大きいのです。それはある意味産業化による後遺症ともいえます。例えば地下経済で働いている人は、様々な病気にかかる可能性が

あります。健康保険や医療保険に加入したこともないので、退職後は医療費を賄えない人も多いわけです。

そのような状況の中で、多くの課題が生じていますが、今回の会議での話し合いから学ぶことができると思います。退職後には様々な問題が生じますが、途上国はそれぞれに政策を策定して、高齢者を支援していかなければならないと思います。

地元の格言で、「高齢者を追い払うことはできない、高齢者の問題は、いずれ自分の問題とあるため、若者は親からアドバイスをもらって対応するのだ」というものがあります。高齢者の世話をすることは、我々の国でも重要であるとみられているのです。高齢者は社会の一員であり、そして我々を産み育ててくれた世代ですので、尊厳を持って対応することが必要です。彼らを尊敬することで、退職後も、高齢者から多くのことを学ぶことができる機会があると思っています。

モデレーター：

ボニフェス・ムタレ議員、素晴らしいお話をありがとうございました。ムタレ議員は、ザンビア・ラグビーユニオンの終身会長であり、著名なラグビーの選手でもあった方です。

最後ですが、アルゼンチンのリノ・ウォルター・アギエイラ議員です。州の副知事、労働大臣等として活躍されました。現在アルゼンチン議会の副議長をお務めです。

リノ・ウォルター・アギユイラ議員  
アルゼンチン

---

主催者の皆様、このような会議を開催してくださりありがとうございます。また皆様にもご挨拶申し上げます。

ラテンアメリカは、経済成長という点では国によって状況は違いますが、全体としては豊かな社会であると思います。私たちは、ラテンアメリカに存在する、社会的な、様々な状況を改善したいと思っています。

私は 1945 年に結成されたペロン党の党员です。社会正義を理念に掲げた政党で、アルゼンチンの労働者階級を代表した政党です。皆様からお聞きしたいのですが、労働者を代表する政党に所属する方、いらっしゃいますか。

この 10 年、アルゼンチンでは多くの重要な変化がありました。その 1 つは、一人っ子に対する補助金です。また、失業すると、生活を扶助するために失業手当を政府からもらえるようになりました。

アルゼンチンでは、地方レベル、州レベルでも社会的政策に取り組んでいます。私の出身地であるサンルイ州でも、社会問題に取り組んでいます。例えば、労働者は世帯を持つだけで 70 ドル受給することができ、国民が家庭を築くことを重視しています。また、年齢を問わず、国民がスポーツに参加するよう促す政策も行われています。

社会保障・保健制度については、公正なシステムになっています。払い込み額に関わらず、同じレベルの保障、同じレベルの医療を受け

ることができます。アルゼンチンの国土は広いのですが、人口は少ないのです。国民に対する給付という点では、高齢者もきちんとした給付を受けることができることを原則にしています。

この会議に参加でき、多くのことを学ぶことができました。アルゼンチンに帰りましたら、国レベルだけでなく、州レベルでも様々な提案をしていきたいと思っています。

私は国会議員として、これまで 3 件の法案を提出しました。1 つはすでに法制化されたアルツハイマーに関する法律です。アルゼンチンのアルツハイマー患者は 4000 人を数えています。予防的治療を施し、十分なケアが受けられるようにし、アルツハイマー患者を対象とする特別センターを数多く設置する計画です。もう一つは中毒防止に関するものです。タバコ等の一部製品のラベル表示について提案しました。いわゆる防止策です。タバコはソーシャルステータスであるかのように思わせるコマーシャルが流されていますが、これは事実と反する内容であり、タバコの中毒を防止することが重要な問題となっています。

アルゼンチンのもう 1 つの問題は肥満です。これについても、私は、ラベル表示に関する法案を出しました。パッケージにカロリーや健康に影響を及ぼしうる事項を詳細に表示すべきというものです。皆様、この会議に参加させていただき本当にありがとうございました。

モデレーター：

リノ・ウォルター・アギユイラ議員ありがとうございました。それではコメントをいただきたいと思います。多様な問題がございますが、共通している問題も多いわけですが、高齢化は、発展や人としての問題だけでなく、安全保障の問題であり、社会保障はもちろん、人間の安全保障または国レベルの安全保障の問題でもあると思っています。インドネシア、そしてザンビアの議員の皆様からこの問題についてお話を伺いましたが、高齢化を安全保障の問題、社会保障に限らず、個人の安全保障、世帯の安全保障、人間の安全保障といった問題と捉えたときにどのように対応いたしますか。具体的に国会議員として、どのようにこういった安全保障の問題としての高齢化に取り組むおつもりでしょうか。

ヘティファ・スジャイフディアン議員（インドネシア）：

ありがとうございます。インドネシアにおきまして、社会保障や保健医療だけでなく、ベーシック・ニーズの問題にも取り組んでいます。中学校、高校は無償教育になっています。現政権の下、議会も一緒に、基本的な人間ニーズに取り組んでいます。

モデレーター：

同じ質問ですが、ザンビアのムタレ議員、この高齢化や高齢者の問題について、どのようにして安全保障の問題として取り組むかということにコメントありますか。

ボニフェス・ムタレ議員（ザンビア）：

ありがとうございます、渋谷先生。高齢者のケアというのは、全員の総意が必要な問題だと思います。高齢者を遺棄するというのは人道的なことではありません。しかし、まず取

り組むべきは、どのような計画を実施するのかということです。議員としては円卓会議を行い、当局と話をし、退職後の高齢者に対する待遇をどのように始めることができるかを話し合わなければなりません。日本の経験についてはすでに学ばせていただいています。高齢者向けのプログラムを始めました。特に日々の生活において活発に活動している高齢者のプログラムというのは非常に素晴らしいと思うので、ここで学んでいき、そして私たちの同僚議員で共有し、どのような介入をすれば、高齢者に対してどのような対応ができるのか話し合いたいと思います。

引退された高齢者の中には、家族と一緒に住んでいる方もいます。子どもがいる人もいれば、いない人もいます。アフリカで大家族という概念がありますが、両親だけではなく、その叔父、叔母についても、例えば父親の男兄弟であるとか、女兄弟であるとか、そういった大家族に対しても世話をするというのは、アフリカの我々の国の伝統です。大家族といった枠組みの中で、世話をするという、絆を大切にしているといった概念は、アフリカでは大きなものがあります。他の親族に関しても、見捨てておくことはないということです。

勤労者については、フルタイムで働いていて、保険に加入して方々がいますが、保険の問題というのは、軽視されがちです。ただザンビアでは勤労者を対象とした年金システムがあり、それは任意のシステムです。こういった年金制度に加入しますと、一時金が出ます。また、毎月いくばくかのお金が給与のような形で支払われます。本人が亡くなった場合には、正確には記憶していませんが、子どもが18歳か21歳になるまで給付が支給されます。

重要なことは、我々議員として、高齢者層について、引退後、退職後、どのように生活するかということを真剣に考えるという態度を持つよう国民に働きかけていくことが必要だということです。

私たちはそれほど真剣に考えていないようで、例えば、私の出身地であれば、退職してから初めて今後どうするかを考え始めまる人が多いようです。例えば、農業を始めるにしても、まだ元気で力があるうちに、土地を買ったり、そこに引っ越して定住する等、農業に投資するのではなくて、退職する直前まで働いて、そして年金を全て投資につき込み、お金がなくなってなにも身動きがとれなくなるということがあります。退職後の人生のどのように備えるか、というそういった計画を立てるということを教育しなくてはいけないと思います。

基本的な医療保険もまだ存在していません。高所得者層のものだけです。低所得者はこういった保険、保障がありません。農村部も懸念される一つです。農村部の方々は、例えば、生命保険の保障を受ける機会すら与えられていないのです。政策決定者、議員は頭をつき合わせて、こういった村落に住む、農村部の方々に対してどうするのか、自分たち自身では、人生を管理する経済的余裕のない人に対してどうするのかということ話す必要があります。そして高齢者の医療制度も考えなくてはなりません。ザンビアの医療サービスは、特別な治療を希望する人以外は、全ての国民に対し無料です。そして 65 歳以上は無料です。

モデレーター：  
ザンビアの高齢化問題に対するアプローチに

ついて包括的なお返事、ありがとうございました。ではそちらの方、コメントがおありでしょうか。

ヘティファ・スジャイフディアン議員（インドネシア）：

私たちインドネシアに関して情報を提供したいと思います。まず議員として、法律制定における 3 つの職務があります。第一は高齢者のため、そしてまた社会保障のための法律を定めること。第二は、予算の承認です。インドネシアにおいては政府と議会が話し合っ、徐々に高齢者向けの政府支出を増やすわけです。途上国であるインドネシアは、予算が限られています。高齢者問題については関心も高く、政府支出を増やします。第三は、予算執行に関する監督です。

インドネシアにおいては、高齢者のための社会サービスもあります。高齢者のためのヘルスセンターと呼んでおり、ワンストップサービスのようなプログラムを提供しており、高齢者はケアを受けている時に移動の必要がありません。全国 231 の地域に 528 の高齢者向けヘルスセンターがあります。ジョグジャカルタには高齢者にやさしい町というのがあります。そしてまた、ソーシャルハウス、在宅ケアサービス、個別の社会経済サービス、さらに、高齢者の経済的な状況を改善するサービスもあります。以上、情報までです。ありがとうございました。

モデレーター：  
ありがとうございました。これまでシステムの持続可能性について一貫してお話を聞いてきましたが、高齢者に焦点をあてがちですが、おっしゃったとおり、やはり広範囲な政策観点から、この出生率問題、若い世代にも目を

向けるということが大切なことです。

日本においてはとりわけ、多くの国会議員が高齢者を重視します。高齢者にはお金もありますし、そして発言権も、投票権もありますから。投票される過半数は高齢者ですので、そういう意味で私たちはこれをシルバー民主主義と呼んでいます。社会を変えるというのは大変難しいことです。どうやって持続可能性を確保するかが課題です。

お金を生み出し、持続可能性を維持するためには若い世代も必要です。しかし、持続可能性の問題として、高齢者の切迫する問題にも対処していかなければなりません。どのようにバランスをとっていったら良いのでしょうか。アルメニアの議員のほうから何かコメントはおありでしょうか。

アルパイン・ホヴァンニシャン議員（アルメニア）：

おっしゃるとおりです。私は若い世代の問題に焦点をあわせましたが、申しあげましたとおり、我々の人口の11%近くが高齢者ということですので、私たちの国でも、高齢化が進んでいるということです。

毎日政府は高齢者を対象とした色々な計画を設けようとしています。例えば、日本に来る前に国会で予算審議があり、2014年の1月から高齢者への財的支援を15%増やすということになりました。インドネシアの方がおっしゃったとおり、アルメニアも開発途上国ですので、それほど大きな予算はありませんが、良い条件を整えようとベストを尽くしています。

そして特に1つ わがアルメニア人のコミュ

ニティ、メンタリティの特徴についてお話をさせていただきますと、アルメニアでは、高齢者の多くは、若い家族と一緒に生活をしていて、これが我々のメンタリティの特徴となっています。例えば、高齢者のための施設はあまりありません。だからといって、全くそういう施設がないわけでもないですし、施設の状況も改善しようとしています。高齢者は傾向として、若い世代と同じ屋根の下で生活をしているので、私たちの社会においてはそれほど目立った問題ではありません。

モデレーター：

アルゼンチンの場合はどうでしょうか。持続可能性という観点で、高齢化と若い世代の問題について公的政策の中でどのようにバランスをとって対処していますでしょうか。

リノ・ウォルター・アギユイラ議員（アルゼンチン）：

まず、申し上げたいことは、日本から多くのことを学ばせていただいております。これを是非アルゼンチンに持ち帰らせていただきたいと思います。アルゼンチンにおいては、医療、年金はもとより様々な手当を支給する組織化された社会保障制度があります。

また、退職者には社会保障がありますし、退職しておらず、特別年金も少ない方々は、特別な政策の下で健康保険の手当てが得られますが、大変コストがかかる疾病についての改善努力も行っています。アルゼンチンに戻りましたら、高齢者と若者が共存するための政策を構築できるよう、国レベルそしてまた自治体レベルにおいて分野横断的な視点を導入していかなければならないと考えています。

モデレーター：

どうもありがとうございました。ではこのセッションをそろそろ終了させていただきますが、私たちがここで認識しなければならないことは、共同学習というものをこれからもプロセスとして続けていく必要があるということです。それは、相互尊重の精神と、経験と知識を出し合っていくことがとても重要だと思うからです。そして最後に私のとなりいらっしゃる同僚が発言されたいということです。お願いします。

ヘティファ・スジャイフディアン議員（インドネシア）：

私がまとめるということではないのですが、若者について一言申し上げたいと思います。現在我が国の人口構成は、若い生産年齢人口が多くを占めています。若い方々がお金を稼ぎ、そして先進国からの投資をひきつけるの

も若者です。世界第2位の経済成長率6.5%を達成できているのもそうした理由からであると思います。

モデレーター：

パネリストの皆様、素晴らしいお話をありがとうございました。フランス・マルーズ議員に次のインタラクティブなセッションの議長をお願いしたいと思います。マルーズ議員は、パプアニューギニアの議員です。2007年から2012年まで、国会の副議長を務めていらっしゃいました。パプアニューギニア大学で公共政策を専攻され、経営管理学士号を取得されています。ヘリコプターも操縦できる、素晴らしいスポーツマンでもありまして、政界に入られる前はビジネスマンとしても成功を収めていらっしゃいました。もちろん素晴らしい政治家です。





## 討 議

議長：

渋谷先生、素晴らしい暖かい歓迎の言葉ありがとうございます。また、4人のプレゼンターの方、ありがとうございます。

そしてリソースパーソンの皆様、昨日は国会議員である我々が話を聞いて消化し自国に持ち帰る価値のある洞察に満ちたお話を伺うことができ、ありがとうございました。

また、わたくしは今日のこの4名のスピーカーの皆様の素晴らしいお話に感銘を受けました。大変有意義なお話でした。今回のプログラムからの知識として、有効なアミノ酸、そして最新のアミノ酸の関する知識を活用してお話をいただきたいというのが議長から皆様へのお願いです。是非教育的な活動といたしまして、我々がそれぞれ学びあって自国にも持って帰れるようにお願いします。そして我々自身がアミノ酸となれるようにしたいと思います。

早速ディスカッションを始めたいと思います。昨日、今日とリソースパーソンからプレゼンテーションがあり、今回は4名のスピーカーからスピーチがありましたので、有意義な最新の話をごここから進めていきたいと思います。

クリス・バリヨムンシ議員（ウガンダ）：  
ありがとうございます、議長。まず4人のパネリストの方々にお礼申し上げたいと思います。まず、このアフリカの議連を代表して、先程のザンビアの同僚のプレゼンテーションにさらにアフリカ地域の観点から付け加えて少しお話をさせていただきたいと思います。

アフリカは人口という面では一番若い大陸です。現在の推定人口は12億。2050年にはこれが2倍になると予測されています。他の大陸ではなぜ人口の増加傾向から減少へと逆転するのでしょうか。アフリカも増加が逆転することになるのかどうか、私は分かりませんが、しかしそれは、私たちがアフリカの大陸の指導者として、人口増加の問題に対処するためのどのような決断をするかにかかっています。

アフリカの国のほとんどは、まだ人口転換の初期段階にあることから、人口の年齢構造で一番多いのは若者と児童です。分析によりますと、特にアフリカ南部では出生率の転換が見られます。また、アフリカの北部、例えばチュニジア等では人口転換が完了しています。従って、今アフリカで私たちの関心事は、どのようにしたら、人口ボーナスを享受できるよう適切な意思決定を行うことによって、各国が人口の配当を得る手助けできるかということです。

国によっては出生率が低下しています。また医療の改善によって、寿命も長くなっています。つまり、人口の高齢化ということがすでに見られます。30年、40年前に比べて、現在、寿命は67歳となっています。HIV/AIDSの影響もあり、ここ20年ほどの間、40歳、50歳へと寿命が短くなりましたが、医療サービスへの公平なアクセスやHIVの感染率の低下によって、出生時平均寿命が上がり始めました。高齢化の要素がすでに見られています。そういうわけで、若者人口が大きいという現

象と、高齢化がすでにアフリカでも見られ始めているという2つの現象があるということです。

では何をすれば良いのかということですが、この人口の配当という課題に備えることです。私たちは、アフリカの指導者として、政策立案者として、高齢化に備えるための計画立案を始めるべきです。もし今やらなければ、日本や西洋のような事態になってしまいます。そのため今、計画しなくてはならないのです。

高齢化は、日本や他の地域よりももっと急速にやってくると思います。そういうわけで、私たちは人口と開発に関する議員フォーラムを結成し、数々の介入を行っています。その一つは、法律モデルの開発で、これを各国議会に提供するつもりです。例えば、法制面でどうやってこの人口高齢化に対応するのかということです。それから国会議員が、日本等のアフリカ以外の国を訪れて、各国の状況を学ぶ交流事業をすべきであり、そうすればこうした課題に向けて早くから計画を立てることができると考えています。

最も重要なこととして、とりわけ高齢化をはじめ、これらの課題に対応できるよう、政府レベルで政策や介入の改革を行うよう各国政府に関与を促すことです。以上、参加者の皆様に、私たちアフリカの議員がなぜこの会議に参加し、皆様のプレゼンテーションを熱心に聞き、アフリカにとって大問題になる前に人口の高齢化問題にどのように取り組むべきかを知りたいと思っているかをお知らせしたいと思った次第です。プレゼンテーションを大変面白く聞きました。人口の高齢化にどう対処したらいいか、参考になりました。ありがとうございました。

議長：

ウガンダの議員の方、ありがとうございます。インドの方どうぞ。その後でフィリピンの方、お願いします。

パルチャンドラ・ムンゲカー議員（インド）：このように何回も発言するのは、ちょっと罪悪感がありますが、ご辛抱ください。3点ほどお話ししたいことがございます。まずは、開発の持続可能性とは何かを定義することなく、何百回も持続可能な開発という言葉を使っています。持続可能な開発とは、天然資源や物的資源が近い将来枯渇しないような形で、将来の世代が自活していけるような思慮分別のある形で、その資源を活用していけるようにするということであると思います。それが消費主義、富裕層による消費主義によって脅かされています。例えば、アメリカでは毎日淡水資源が350億リットル消費されています。また、アメリカで、祝日、土曜日、日曜日に使われているガソリンとディーゼルの消費量は、人口1億3000万人のマハラシュトラ州の全産業の消費量に相当します。第1点の開発の持続可能性とは、現世代はこういった消費主義を制御して、天然資源を将来の世代も十分使えるような形で使っていかなければなりません。これが1つ目の提案です。

2つ目の提案ですが、こういった高齢化、高齢人口、そして人口転換に関して何をなすべきかという話をしてはいますが、それは国家の政策によるものです。開発のモデルについて議論することなしには、高齢化の問題というのは、解決できません。ここで指摘したいのは、様々な国で行われている緊縮政策です。例えば、アジア諸国のことはさておき、ヨーロッパ諸国にとって最も重要な問題ですが、ヨーロッパの国々は、福祉国家から離脱し、

貧困層への住宅手当や様々な手当、失業給付等を取りやめて、差し迫った状況に陥っています。そのことによって開発の既存モデルへの影響がどうなるのかということも議論しないまま、私たちは高齢者のためになにをすべきかを提言しているのではないのでしょうか。

最後のポイントですが、例えば、社会の弱者のケア、従属人口に対する責任はやはり国家にあると思います。市場経済であれ、社会主義経済であれ、それには変わりません。世界のどこであっても、社会的弱者の利益や福祉に影響を及ぼすような緊縮政策は容認できないものであり、緊縮政策によって社会の弱者の福祉が犠牲にされることがあってはならないと思います。ありがとうございました。

議長：

インドでのご経験についてご意見どうもありがとうございました。では、フィリピンの方。

ルスボミンダ・c・イアガン議員（フィリピン）：

どうもありがとうございます、議長。そしてプレゼンターの方々、各地域を代表してお話をしていただきありがとうございました。フィリピンの状況について簡単に紹介させていただいてから、質問をさせていただきたいと思います。

フィリピンにおいては、高齢者が約1億200万人で、総人口の5.97%に過ぎず、若い人が人口の多くを占めています。高齢者はフィリピンではシニア・シチズンと呼んでいます。シニア・シチズン法というものがありまして、60歳に到達いたしましたら、高齢者カードというものを申請できます。このカードで高齢者は割引を得ることができます。例えば、薬

を購入するときに2割の割引です。また、社会福祉省指定の食料品は2割です。そして、国営航空を利用する限りは国内線も国際線も航空賃は2割引、レストランで飲食をするときも2割引です。

医療サービスにおいて他の国々が提供しているものについてもっと伺いたいと思いました。いくつかの国からワンストップサービスセンターについて何度もお話がありましたが、ですがワンストップサービスセンターでどのような医療サービスが提供されているのかお教えいただきたく思います。私たちもその手順をよく調べて、政府がそのようなサービスを提供できるように法案を起草したいと思います。高齢者の面倒をみるのは政府にも大きな責任であるという点については私も全く同感であり、従って、議員として既存の政策に目を向ける必要があります。高齢者が享受できる便益を提供することは、国全体の責務です。ワンストップサービスセンターにおいてはどのようなサービスが提供されているのか、お話いただけますでしょうか。多くの議員の先生方がワンストップサービスセンターの話をされたのでお願いします。

議長：

では、プレゼンターの方々に、ご発言された点に配慮していただき、ご質問に後程答えさせていただきたいと思います。アルバニアからお願いいたします。

ヴァレンティナ・レスカイ議員（アルバニア）：

欧州の国々でも違いはありますが、私の同僚がプレゼンテーションでおっしゃったとおり、大体同じようだと思います。わが国アルバニアにとって重要なことは、私たちセルビアで

も、モンテネグロでも、他の国でも、少なくとも同じ地域では、同じように重要で、私たちは同じような問題を抱えていると思います。大変残念なことに、高齢化というのは我々が優先している課題の1つではありません。しかしこれは大変重要な問題なので、いかにしたら私たちこれを優先課題にすることができるかが、私たち議員の職務であると思います。第一は、法的・政策的枠組みということですが、これはカイロ行動計画に基づくものです。我々は批准していますので、何を成し遂げたのかということをやはり吟味する必要があります。政府は説明しなければなりません。では、法的・政策的な枠組みだけで十分でしょうか。そうではありません。我が国は移行期ある国ですが、多くの国と同じように、良い法律・政策が設けられるわけですが、現実とそういう仕組みとの間の溝というものが大きく存在しています。それをどうやって埋めていくことができるか、ということ。机上では大変よく見えるわけですが、その実践が人びとの生活にどのように影響しているかの問題です。議員として、良い法律・政策を策定することに加えて、行政府がどのようなことをやっているかを厳しく監視・監督する必要があります。

そしてもう1つ、私たちがやらなければならないことは、こういう問題に関しましては、地域的に、そして地球的規模で検討を行っていく必要があります。グローバル化が進んでいますので、地域的な問題のみならず、国際的な問題になってきています。アラブの春においても、東欧で共産主義が崩壊したときにも、どのような変化が訪れたか。多くの人が国外に移住しましたが、どのような問題が生じているのでしょうか。今、私たちの国ではどのような高齢者問題が存在しているでし

うか。

ギリシャ、イタリアで20年以上仕事をしてきた高齢者がいますが、母国に戻ろうと決意しても、社会保険もなく、年金もない生活となるので退職できないままとなっています。これは、地域的、国際的な取り組みなくして、国レベルでは解決できない問題です。都市化も進んでおり、それによって色々な問題も浮上してきています。

もう1つ、私が強調させていただきたいのは、人権に配慮したアプローチ、人権的視点をとっていく必要があると思います。私は議会でも訴えています。例えば、高齢者の問題に関しても、サービスを提供するにしろ、薬を提供するにせよ、それだけは不十分で、人権的配慮が必要になってきます。そしてまた年齢差別も、ジェンダー差別も、今もなお存在しており、年齢やジェンダーの政策を主流化する必要があるわけです。

そして最後の点として指摘したいのは、もっともっと官民の連携というものを図っていく必要があるということです。私たちにはパートナーが必要であり、力を合わせる必要があります。私もこのグループの創立者の1人として国会でこの活動に当たっています。

ありがとうございました。

議長：

ありがとうございました。次にルーマニアの方、お願いします。

フロリアン・ボドグ議員（ルーマニア）：  
議長からアミノ酸のコメントがございましたので、一言申し上げますが、私は形成外科医です。そして手術によってアンチエイジング

を行っています。こういった医療スタッフによって、例えばアミノ酸とかプロテインとかビタミンDとか、その他化学物質を活用したプログラムを提供できます。このようにですが医療従事者は、寿命を延ばす手助けもできますが、しかしもっと重要なことは、活力ある人生を実現することだと思います。そうした活力ある生活の実現のために法律を制定していくことが国会議員としての私たちに役割であると思います。ありがとうございました。

議長：

ありがとうございました。では最後に、ケニアの方、お願いします。

フレデリック・オウタ議員（ケニア）：

2つ質問があります。一つは、ザンビアのプレゼンターの方への質問です。植民地独立後人口が増え、1300万人に達したというお話でしたが、現在どのような状況にあるかを伺いたいと思いました。

もう一つはアルメニアのプレゼンターの方への質問です。アルメニアについては、不妊の話がありましたが、不妊によって例えば閉経前の不妊ということ、人口にどのような影響をあたえるのかということについてお聞きしたいです。ケニアについて言いますと政府は高齢化人口の現状把握を毎月行っています。

もう1点として、医療保険への加入を高齢者に推奨すべきです。ケニアにおいては、一部の領域で若者と高齢者の間に厳しい競争が生じています。高齢者が退職しなくては若者の雇用の機会というのが非常に限られてきます。高齢者が退職する時には、医療保険に加入するよう奨励することが大切で、健康問題が生じた時には、この保険が面倒見てくれる

ようにしなくてははいけません。もう1つは、被雇用者を対象とした退職金制度について、政府は、高齢者対策の新しいより良い政策を導入すべきであると考えます。しかし、全ての高齢者が雇用されているわけではなく、農業従事者、または畜産業等に就いていらっしゃる方もいますので、全ての人が退職金制度の対象ではありません。退職金制度の対象ではない人びとに対する対策をどうするかは、政府の政策次第です。国会議員は、自国の全ての地域においてこうした忘れられた人びと、退職金制度の枠外にいる人びとにどのように対応するかということを考える必要があります。ありがとうございました。

議長：

ケニアの方、ありがとうございました。時間が来ましたので、これで終わりにしたいと思います。

ご質問、特にプレゼンテーションを行われた方々に対してご質問がおありでしたら、会議が終わってからでもご自由にアプローチをしていただきたいと思います。

我々は議員ですので、時間厳守でいきたいと思えます。日本ではちゃんと時間を守りますので会議は時間厳守で行きましょう。

最後のまとめですが、私の国パプアニューギニアはアジアにあるアフリカ(起源)の国で、オーストラリアの上に位置し、インドネシアと国境を接しています。私たちの国においては、若い世代が年上の世代の面倒をみるシステムが残っています。しかしこれも、残念ながら、開発が進むにつれて、海外からの影響もあり、徐々に変わってきています。国は、資源開発のため、投資家誘致を決めました。開発業者に色々なインセンティブが提供され

ると同時に、地元社会や先住民が忘れられつつあります。最近になって、これに対する非難や不支持が出てきました。住民は社会的に無視されている、周縁化されているように感じ、国会議員に急速あるいは漸進的な変更を求めています。若い世代はより急進的です。私は、国民にとってなにがベストなのかを知りたいと思っています。

このような会議に来ることで、どのように近代的なアミノ酸を摂取し、有機的にアミノ酸と融合できるか洞察を得ることができます。

政策立案者として、自国のために何がベストなのかということを見極めていかなければなりません。自国に貢献すべく、ここで得た素晴らしい考え方を自分の国、議会に持ち帰り、深刻な事態に陥る前に、パプアニューギニアの高齢者の問題にも対処しながら、若者のことにも対応していきたいと思います。

プレゼンター、モデレーターの方々ありがとうございました。皆様、このパネルディスカッションにご参加をいただきありがとうございました。

## セッション7

### 宣言文採択に向けた討議





## セッション7

議長：フレドリック・オウタ議員  
ケニア

---

略歴：

2007年より国家議員。ニューヨーク市立大学で保健マネージメントの学士号取得。バイオラ大学にて国際文化研究の修士号取得。

---

フレドリック・オウタ議員の議事の下、人口と高齢化に関する様々な視点から討議が行われ、満場一致で「人口と高齢化に関する国際国会議員会議宣言」が採択されました。



# 閉 会 式



## 閉会式

モデレーター：熊谷大 参議院議員

---

皆様お疲れさまでした。最後となりましたが、閉会式を始めさせていただきます。2日間の熱心な討議に感謝いたします。特に最後のセッションは大変熱のこもったものになりました。

私は熊谷大と申します。日本の国会の中でも最も若い議員の一人として、本日の閉会式の司会を務めさせていただきます。

2日間の会議を終えて、多くの優れた提案が皆

様から出されました。明日、皆様は実際に視察という形でこの問題への日本の政策をご覧になるかと思います。実りある視察となるようお祈り申し上げます。

それでは、会議が閉会となるのは寂しいですが、早速始めさせていただきます。まず、この会議の共催者である UNFPA のアンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン事務局次長よりご挨拶をいただきます。



## 挨拶

アンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン

UNFPA 事務局次長

---

### 略歴：

デンマーク政府および国連機関等の開発や経営管理分野において 20 年ほど実務経験を経たのち、1997 年から 2004 年まで UNDP のインドネシア事務所副常駐代表や UNDP 本部のマネジメント・アドバイザーとして勤務。その後 2004 年から 2006 年まで UNFPA のトルコ事務所代表、およびアルメニア事務所、グルジア事務所、アゼルバイジャン事務所に所長として歴任

---

国連の UNFPA を代表し、皆様がこの会議に大変活発に、そして積極的に参加され、2 日間にわたって高齢化社会、経済、人口転換に関してご議論いただきましたことに感謝の意を表明いたします。これら的大変重要な議題の様々な側面に光を照らし、ご検討いただきました。これから 3 分間お時間をいただきまして、皆様が先程決定された内容の中心的要素であるパラダイムシフトについてお話をさせていただきますしたいと思います。

パラダイムシフトが世界のあらゆる社会で起きています。その中で重点が置かれているのは、人間の権利、年齢を問わず、安全な社会で、尊厳を持って生きていける権利です。そしてまた男女を問わず、若者であれ、高齢者であれ、人間としての貢献と可能性が、我々の政策議題において大変重要な部分を占めるということです。

今回の会議の他にも、このような国会議員の集まりが行われており、今後 24 カ月間に、世界のための新しい開発パラダイムをまとめ上げます。

MDGs（ミレニアム開発目標）が終了となり、

2000 年に掲げた目標が達成されて、大きな成果が得られたものと願っていますが、今後、新しい開発パラダイムが設定されることとなります。高齢化は、そのパラダイムの重要な部分を占めています。国民皆保険制度（UHC）もそうです。日本国政府もその開発議題において、UHC を課題の 1 つとして掲げており、開発のパラダイムに盛り込まれることを皆が願っています。人権も大切です。個人が差別されずに、全ての社会的なサービスを利用できるように保障していくことです。

UNFPA において私たちが願っていることがあります。それは、皆様が国際人口開発会議（ICPD）における残された議題を、これからも取り上げていかれることです。皆様もご存じのとおり、2014 年にはその開発アジェンダを取りまとめるに当たり、ICPD 行動計画採択後 20 年の検証が行われます。ここで皆様に確信を持ってお伝えできるのは、たくさんの、大変チャレンジングな議題が協議されることになるということです。高齢化もその一つです。それから若い女性の問題、また全ての市民が差別されることなく生きていける社会、性と生殖の権利そしてまた健康問題も 2014 年の議題に盛り込んでいく考えです。そして

人口や開発問題に関心を持って取り上げてこられた全ての議員の方々がさらに力を入れ、政府と市民社会と協働して、ICPD 行動計画から 20 年後の人口と開発のための新たな議題を定めるために協力して下さいようお願い申し上げます。2015 年以降の開発アジェンダをともに考えていきましょう。

パラダイムシフトが重要です。高齢化、人権、

人口、そして開発、どの問題も同じです。こうした皆様の努力が成果を挙げていくことをお祈りしています。

日本国政府に対し、この議題に対するご支援のみならず、UNFPA ならびに世界で人口と開発問題に取り組む全ての方々への支援に感謝申し上げます。パートナーの皆様にも、お礼申し上げます。ありがとうございました。



## 挨拶

P. J. クリエン

AFPPD 副議長

代読：パルチャンドラ・ムンゲカー議員

議長、ご列席の皆様、議員の皆様、議員フォーラム代表の皆様、インドから、心よりご挨拶申し上げます。

このような歴史的会議に参加させていただき、主催者の皆様へ感謝申し上げます。また閉会式におきまして私の考えをお話する機会を頂戴し光栄に思っています。

最初に取り上げたいのは、人口問題のとりえ方についてです。これを、国の発展のどの段階においても問題として捉えるのは間違った考え方であると思います。

経済成長は歴史적으로見ても、人びとの積極的な参画なしには、成し遂げることができませんでした。その参画は、生産性の向上、そして労働力を節約する技術的な発展に深く関わっています。しかし、発展の過程において人が関わらないということは、想像できません。教育を受けた生産的労働力が、経済発展の重要な基礎となります。現代の先進国は、この過程で成功しました。

さて高齢化の問題ですが、まずその捉え方を考え直さなくてはなりません。つまりどの時点においても高齢者が社会の負担であるという捉え方は変えなければなりません。平均寿命の伸びは、経済発展の一番の基準の一つであると同時に目的でもあります。こうした理由から、識字率と所得の他に、平均寿命を尺度とする健康が、人間開発指数になっていま

す。これはすなわち、高齢者人口が多いということは、経済発展がもたらした所産であるということです。

日本は高齢化先進国ですが、それは日本だけではありません。明治時代から日本は経済発展を重ねてきた国です。高齢者を大きな課題としてとらえるべきではないと思います。

多くの高齢者を抱えた国では、高齢者が平和に生きていけるように、社会経済的、文化的な様々なサービス、サポートの提供が、それぞれの国で必要であると思います。

社会プロセスに高齢者を参画させ、その好み、適性、そして能力に応じて高齢者を国づくりに巻き込んでいく、そのことによって彼らを国家の大きな資産に変えることができると思っています。

農業は、何千年もの間主要な産業でした。農業従事者は、特に経済モデルには興味を持っていません。また識字率も低く、年金もありませんでした。しかし彼らの知識、知恵、経験といったものは、非常に大きく、明るく、そして教育的な性格を持っていたのだと思います。今日の我々と比べても、素晴らしいものを持っていたと思います。

こういった背景のもとで、インドの高齢者についてお話しします。インドは、社会指標において、識字率や保健面では大きな進展を見せ

てきました。1951年の平均寿命は35歳足らずで、男性35、36歳、女性32歳でした。今は70歳まで平均寿命が延びています。人口動態を見ると、インドは世界でも最も若い国であるといえます。人口の45%が20歳から35歳の年齢層に入ります。そして人口の65%が15歳から59歳の現役世代です。インドは今、出生率と死亡率の両方が大幅に低下しており、人口転換論で言う第3段階にあるわけです。従ってインドは、国内の増大する現役労働力に、適正で有給の雇用機会を持続的に提供することを目指しています。アメリカのシリコンバレーのエンジニアのうち50%はインド出身です。

ある時期、インドはいくつかのプログラムを高齢者のために実施しました。いくつかお話ししたいと思います。1つは65歳以上の税制優遇、2つ目が、貧困ラインの下にある方々、つまり1日1ドル25セント以下で暮している方々への年金スキーム、3つ目が60歳以上を越えた市民に対するスキーム、4つ目として、インドは政府が国家の安全保障を確保するためにセキュリティアクターとして、国民に対して穀物を提供しています。これが農村部への栄養対策です。話し合いの中で、お話しする機会がありませんでしたので、共有させていただきます。

物質的な需要は人類の存在に必要です。しかし必要ではありませんが、それでは十分ではあ

りません。心理的な、どこかに帰属できているという意識が、高齢者にとって大変重要なものです。私の観点から言うと、物質的な要件に加えて、高齢者にとって必要なのは帰属意識です。孤独感から解放され、社会に帰属している、家族がそこにいてくれるということが必要です。そして彼女または彼が、誰かに必要とされているということを感じるということが必要なのです。もしそういった気持ちが無ければ、物質的な豊かさも無意味になります。よって、物質的な要件とともに、社会的な観点から見て、心理的な面を考えることが必要です。

私はこの世界のどこであってても人類の一員として誇りを持って死ぬ存在でありたいと思っています。高齢者の大きな問題の1つは心理的な孤独感であり、帰属意識です。我々はそれぞれの社会生活においてこれらの側面に対応し、ときに心理的ニーズの充足が物質的な豊かさよりも重要な場合があることに留意する必要があると思います。

最後に、国連人口基金ならびに日本信託基金に対し、高齢化を問題としてではなく、活力ある社会経済発展の望ましい所産として捉えるため、加盟国間の一層の協力を図っていくよう強く訴えたいと思います。物質的かつ精神的に豊かな長寿こそが経済発展の目的であると思います。ありがとうございました。

## 挨拶

クリス・バリヨムンシ  
UPFFSP&D 議長/APF 議長  
ウガンダ

アフリカ地域の議員を代表いたしまして、ご挨拶申し上げます。アフリカにまだいらしたことがない方が多いと思いますが、アフリカにもたくさん良い点があります。暖かい大陸であり、未来の大陸と呼ばれています。是非アフリカにいらしてください。

皆様、2日間積極的に、かつ粘り強く会議にご参加くださりまして、ありがとうございました。また、ファシリテーターの皆様、素晴らしい専門知識をありがとうございました。

いま議員の皆様が人口や高齢化に関するテストを受けたら、全員が合格すると思います。たくさんの有益な情報を得ることができ、帰国後それぞれの国の状況を改善するのに役立てられると思います。

人口問題に関しては、実は今、アフリカが一番深刻な問題を抱えていると思います。アフリカの現状を見てみると、高い出生率に伴い高い人口増加率が見られる一方で、死亡率も高いままです。HIV や他の疾病の蔓延も深刻です。こうした問題を抱えるコミュニティの政治家、また国会議員にとっては大きな挑戦です。しかし、アフリカでは大きな進展も見られています。ここで得られた知識、情報、そして意見の交換を通じて、多くを学べたことを嬉しく思っています。会議を通じて得た全ての教訓と新しい知識を活用して、状況の改善に取り組みたいと思います。

アフリカの国会議員による新しいフォーラムが結成されました。アフリカ人口・開発議員フォーラムです。設立からまだ1年にもなりません。是非、皆様からご支援、ご協力をいただき、高い乳幼児死亡率を下げたいと思います。アフリカの人口問題、その他開発課題に全力で取り組んでいく決意です。

是非、議員の声を社会に届け、アフリカにおける議員活動を活発にしていきたいと思えます。政府やNSAと協働して、人口増加の問題に取り組んでいきたいと思えます。

これまでの功績や進展について日本政府にお礼申し上げます。日本は人口転換を完了させ、高齢化の課題に取り組んでおられますが、この2日間、我々は多くのものを学びました。アフリカでは高い出生率、とりわけ若年層を中心とする人口の負担の問題と闘っていますが、人口の配当を受けるためには、高齢化にも備え始めなければならない、高齢化に対して計画作りを始めなければならないと思っています。日本をはじめ、一部の国のように、高齢化がかなり進み、人口の減少が始める前に問題の解決を図りたいと思えます。

またUNFPAにも、とりわけ議員との協力の必要性を認めていただいていることに、お礼を申し上げます。我々の国の機関の中には、政治家と一緒にやると計画が政治化されてしまうとおそれて、議員との協力が消

極的な機関もあります。しかし選ばれた政治的リーダーとしての我々国会議員の思いは、そして我々が議員になった理由は、選出してくれた国民の生活をよりよくしたいということです。

UNFPA は一貫して、議員との協力を重視してきました。日本の国際人口問題議員懇談会（JPFP）、アジア人口・開発協会（APDA）に対してもお礼を申し上げたいと思います。このような会議を主催して我々を招請ください、こうした議論への参加を手助けくださいました。大変ありがとうございました。ケニアの議員から話がありましたとおり、私

たちは 2 月初旬に APDA とともにカンパラで会議を開催いたします。アジアからも議員が参加くださり、我々アフリカの国々と意見の交換がなされる予定です。どうぞ皆様も是非ご参加いただき、アフリカの暖かさを感じてください。どのようにして国民の QOL を上げられるかについて議論したいと思います。

我々政治家は、3 時間でも話すことができますが、一言挨拶をということですので、発言の機会をいただきましたことに感謝して終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

## 挨拶

フェルナンド・アンドレード・カモナ議員

ペルー

JFPF、APDA、そして UNFPA の皆様、今回はありがとうございました。ラテンアメリカは今、大変複雑な問題を抱えています。ブラジルの人口は2億人以上、メキシコが1億8000万、アルゼンチンが4000万、ペルーが3000万、他に人口300万以上の国が数カ国あります。ペルーは60歳以上の高齢者が9%、平均年齢は27歳なので、割と若い国です。

27歳の頃のことを考えてみてください。独身で好きなことやるさ、という感じですね。38歳で退職したとすれば、どの程度のお金を退職後の生活のために持っているでしょうか。

政府には2つの制度があります。一つは、均一のレートで年金を出し。民間のそれは、給料の10%を出し、最後に毎月年金が支払われるという仕組みになっています。

隣国のチリは、ほとんどが民間の年金制度です。政府の年金制度の対象は4万人だそうです。いつ政府が制度を廃止してしまうかという状況にあるようです。国によって政府の年金制度は違っており、本当に様々な方式があるわけです。

日本政府の国民皆保険制度の達成は素晴らしいことだと思います。この2日間、新しい視点、新しいアイデアに触れることができ、たくさんのお話を学ぶことができました。皆様それぞれに国内で取り組むべき変革の課題を抱えていらっしゃると思いますが、皆様の努力のご成功をお祈り申し上げます。ありがとうございました。お気をつけてご帰国ください。



## 挨拶

### マラハト・イブライムキジ EPF 役員 アゼルバイジャン

友人の方々、議員の皆様、EPF の運営委員会を代表し、また、人口と開発に関するアゼルバイジャン大統領超党派議員連盟を代表して、主催者の皆様にご挨拶申し上げます。特に APDA の皆様、ご招待いただきありがとうございました。東京のような素晴らしい都市で開催された会議に参加させていただき、経験を共有することができ、大変有意義でした。大きな成果を上げられた会議であったと思います。

人口の高齢化は、21 世紀の重要な課題であり、非常に幅広く社会へ影響を及ぼす問題です。世界では急速に高齢化が進んでいます。2000 年に、歴史上初めて、60 歳以上の人口が 5 歳未満の子どもの人口を上回りました。栄養、衛生、医療、ヘルスケア、教育、経済的福祉の向上に伴い、平均寿命が伸びています。平均寿命が 80 歳を超える国は、5 年前にはわずか 19 カ国でしたが、今では 33 カ国となっています。高齢者人口が他のどの年齢層よりも急速に増加しています。ますます多くの国で、人口転換に伴う様々な課題に社会が対応できるか、という懸念が生まれています。これらの課題に立ち向かい、高齢化がもたらす様々

な機会を活用することが、高齢化社会において成功を収める最善の策であると思います。

この 2 日間にわたる会議で新しいアイデアが交換され、非常に情報の多いスピーチ、プレゼンテーションがありました。我々の懸念についてもお話をする機会がありました。会議で強調されたのは、国際的義務とコミットメントを実現する上で国会議員と政策立案者の果たす役割がますます大きくなっているということです。我々がどこにいて、どこに向かおうとしているのか、そして何ができるのかということも議論しました。そしてこの会議で採択した非常に有益な宣言文の中に、我々の懸念と提言を盛り込むことができました。この宣言文は、この分野において長年にわたってアドボカシー活動をしてきた全ての議員連盟に送付されることと思います。

最後に日本の友人の方々、日本政府、そして APDA のスタッフの皆様、素晴らしい会議と東アジアの温かいおもてなしをありがとうございました。皆様長生きをして、実りある人生を送りましょう。ありがとうございました。





## 挨拶

テウオドロス・メレッセ

国際家族計画連盟 (IPPF) 事務局長

代読：サム・テラモ アフリカ連合 (AU)・アフリカ経済委員会 (ECA) 本部 IPPF 代表

議員の皆様、参加者の方々、残念ながら今回この重要な会議に参加できませんでしたが、IPPF のテウオドロス・メレッセ事務局長の挨拶を代読させていただきます。事務局長から皆様によりしくお伝えするよう申しついています。

この2日間、人口と高齢化について新しい知識を得ることができたと思います。世界の高齢化は、この21世紀における、人類の最も重要な課題の一つです。人口推計によれば、世界の60歳以上の人口は2000年から2050年の間に倍増します。先進国の人口の3分の1が、2050年には60歳以上となるのです。

ヨーロッパやアジアの国々においては、60歳以上の人口が、子どもの数を上回っています。2050年には、これらの国の一部は、子どもの2倍の数の高齢者を抱えることとなります。国連の2002年に開催された「第二回高齢化に関する世界会議報告書」でも指摘されていますが、この高齢化に関する世界的動向は、人類史上初めてのことです。その影響は社会全体に及び、人類に大きな影響を与えます。人口の高齢化は世界的な社会プロセスであり、アジアだけでなく、他の地域でも影響が出ています。これに対処するためには、バランスの取れた人口の発展と、より質の高い人材の育成を目指す長期的な政治戦略づくりが必要です。高齢化は、社会の主要なセクター、例えば、労働力、教育、医療、社会福祉等の分野に影響を及ぼします。

私たちは、政府が家族を支援し、子どもや親の世話に男性の参画を促し、公的な社会的保護システムを通じて、全ての国民をサポートすることが、高齢化の利点を活かし、持続可能な人口増加の維持につながると信じています。人びとや制度が高齢化に対応できるよう、十分な準備期間を持って、適切な政策が実施されれば、高齢化は乗り越えられる課題です。

国会議員として、若者と高齢者両方に資するような環境づくりを促進することが重要です。こうした高齢化対策に政治的な影響力を最大限発揮するとともに、高齢化問題に前向きに取り組むために、リプロダクティブ・ヘルス／ライツや家族計画への適切な資源の配分がなされるよう、訴えてくださることを皆様にお願ひする次第です。

IPPF は、世界の国会議員の皆様ならびに我々のパートナーと力を合わせて、現在の人口と開発の課題に立ち向かっていくことを改めてお約束します。

この会議をご支援下さいました UNFPA に対し感謝申し上げます。UNFPA は IPPF の戦略的パートナーです。リプロダクティブ・ヘルス／ライツの分野で一層の進展が見られるよう UNFPA と共に努力していきたいと思います。ご協力いただきました APDA、AFPPD、日本政府、JPFP、ジョイセフに感謝申し上げます。どうもありがとうございました。



## 閉会挨拶

増子輝彦  
JFPF 幹事長

---

2 日間にわたる会議大変お疲れ様でした。高齢化は人口転換の結果として生じる問題であり、私たちが必ず解決しなければならない課題です。

谷垣会長が開会挨拶で述べられたとおり、高齢化問題に対処するためには、パラダイム転換を必要とします。これはまさしく見方や考え方の変化と言えるもので、全ての変化を迫るものとなるでしょう。

具体的にはピラミッド型の人口構造を前提として形成されていた社会制度を、高齢社会を前提として構築し直す必要があるということです。ここには、第二次世界大戦後の日本の発展の基盤ともなった国民皆保険制度の確保とともに、予防的医療の拡充、さらに高齢者への栄養の確保といった、非医療的な対処を組み合わせ、高齢者の健康を確保することと、高齢者の社会参画を促し、高齢者に社会から必要とされているという実感を持ってもらうことで、高齢者にも社会発展の原動力の部分を持ってもらうことが重要になってくると思います。

同時に、社会の革新を促し、より一層の発展を実現するためには、若者の積極的な登用も

必要になってきます。女性の活用は言うまでもありません。つまり社会の様々な年齢層の人びとが、男女の別なく、それぞれの特性に合わせて、その能力を発揮していくことが重要になると思います。

高齢化は、平均余命の伸びがなければ生じません。その意味ではこれまでの多くの努力の結果です。私たちはこの成果を豊かな実りとするよう、衆知を集める必要があります。

そして、政治家として、この新しい事実に適合した政策を形成し、それを実施することで、これからの社会を希望の持てるものとする責任があります。皆様、手を携えながら、努力していこうではありませんか。私たちの努力が未来を拓くものであると信じています。

改めまして、皆様方の熱心なご討議に感謝申し上げますとともに、明日の視察が有益なものとなるようお祈りいたしています。

また、皆様の無事のご帰国をお祈り申し上げますとともに、この会議と視察の成果が各国の政策に貢献できますことを念願いたします。



# 人口と高齢化に関する国際国会議員会議

## 宣言

2013年11月19日

日本国・東京

### 1. 前文

人口政策と人口プログラムを通して人口問題の解決に向けた大きな進捗がなされ、多くの国では人口および疫学的転換の進展によって急速な高齢化が進んでいる。持続可能な開発を実現するために、人類史上かつて経験したことのない、これらの問題に対処するために必要となる知識や知恵を涵養し、健康的で、生産的で、豊かな社会を構築しなければならない。この目的のために、31カ国<sup>2</sup>から参集した各地域議連の代表者は以下の宣言を行う。

### 2. 事実

- (1) 人口プログラムに対する努力は持続可能な開発の基礎を形作るものであり、この努力なくして持続可能な開発を達成することはできない。
- (2) この人口の高齢化は社会経済開発と人口問題を解決するための私たちの努力にともなって生じるものであり、持続可能な開発を達成するための重要なステップ（一段階）である。
- (3) 世界各地で人口転換の過程にある多くの国々は人口構造の急速な変化と高齢人口の急速な増加に直面することになる。これらの問題に対処するための政策や対策の形成が喫緊に求められている。
- (4) 高齢者の社会参画を推進するためには、寿命と健康寿命の乖離を埋めることが非常に重要となる。これはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を通し、様々な対策をとることで促進することができる。
- (5) 包括的な社会保障を促進することは、社会の安定性と開発への投資である。

### 3. 政策提言

高齢人口の規模の増大に対応するために以下の政策提言を行う。

- (1) 国家が積極的な役割を果たし、保険制度には含まれない家族機能、地域共同体の扶助および組織の促進および健康的な生活スタイルと栄養の改善を含む制度的および非制度的な機能を強化することで、さまざまな変化に対応できる社会を構築する。
- (2) 高齢化人口を活用するために、新しいアイデア、概念、社会システムの構築を含む“パラダイム・シフト”を通し、経済的に活力のある安全で安定的な社会を構築する必要がある。社会の活力や重要な資産として、高齢者の積極的な社会参画を促進するための政策や方法が必要とされる。
- (3) ワーク・ライフ・バランスを促進し、高齢者がその持てる技能、能力や資質を発揮でき、そして若者が積極的に参画できるような雇用システムを開発する。

---

<sup>2</sup> アルバニア、アルゼンチン、アルメニア、アゼルバイジャン、ブータン、エチオピア、カンボジア、ガーナ、香港、インド、インドネシア、イラン、日本、カザフスタン、ケニア、キルギス、ラオス、マラウイ、マレーシア、ミャンマー、モンゴル、ネパール、バプアニューギニア、ペルー、フィリピン、ルーマニア、スリランカ、タジキスタン、タイ、ウガンダ、ザンビア

- (4) 若者の活力や創造力を社会に活かせるような社会システムを構築する。
- (5) 社会的安定性を達成するために、安定的で持続的な社会保障や年金システムを開発する。
- (6) 全ての国、特に人口増加を続けている国々は、人口転換の遅れがもたらす長期的な影響を認識し、国際人口開発会議行動計画（ICPD PoA）の実施をそれらの国の優先的な開発計画や戦略とすべきである。
- (7) グローバリゼーション、都市化、そして経済および健康格差などの広範な見地から高齢化問題に対する政策形成を行う。
- (8) 地球規模での高齢化に対処するために、経験や知識を共有し、先進国と途上国が相互交流を行う、本質的な相互パートナーシップを促進する。
- (9) 南南協力や南北協力を通じ、先進国と途上国が優良事例や教訓から学び、包括的な政策パッケージを採択する。
- (10) 健康な高齢化の基礎となる UHC を促進する政策や手段を国家開発計画に統合する。
- (11) 健康で教育を受けた人口を拡大する政策を実施することで、社会的な負担を減らし、人びとを経済的な活力や社会資産として活用することができる。従って、保健や教育など社会開発を強化するための投資は各国の優先事項となるべきである。

## 参加者リスト

国会議員・地域議連・国内委員会・国会職員			
1	ヴァレンティナ・レスカイ	アルバニア	国会議員
2	ブレンディ・クロシ	アルバニア	国会議員
3	リノ・ウォルター・アギユイラ	アルゼンチン	国会議員
4	アルパイン・ホヴァンニシャン	アルメニア	国会議員
5	マラハト・イブライムキジ	アゼルバイジャン	国会議員；超党派議員連盟議長；EPF 役員
6	セヴィンチ・フセイノヴァ	アゼルバイジャン	国会議員
7	ドゥブソブ	ブータン	国会議員
8	ダムリー・オック	カンボジア	CAPPD 事務総長
9	エング・ヴァナック	カンボジア	CAPPD オフィサー
10	テッテ・シャイエ	ガーナ	国会議員
11	パルチャンドラ・ムンゲカー	インド	国会議員
12	アルカ・バララマ・クシャトリア	インド	国会議員
13	マンモハン・シャルマ	インド	IAPPD 事務局長
14	パティニアラ・アニリ・パンジェラン	インドネシア	国会議員
15	ヘティファ・スジャイフディアン	インドネシア	国会議員
16	グスティ・カンジェン・ラトゥ・ヘマス	インドネシア	地方議会議員
17	ヌマルワティ・デウィ・バンティラン	インドネシア	地方議会議員
18	アンディ・デウィ・ヤンティ	インドネシア	
19	ロリー・スヘンティ	インドネシア	国会議員アシスタント
20	フェリー・ロザック	インドネシア	国会議員アシスタント
21	シスワンダ・ハリソ・スマルト	インドネシア	
22	ハリメ・アリ	イラン	国会議員
23	福田 康夫	日本	元内閣総理大臣；APDA 理事長；JFPF 名誉会長
24	谷垣 禎一	日本	JFPF 会長
25	武見 敬三	日本	AFPPD 議長
26	田村 憲久	日本	厚生労働大臣
27	林 芳正	日本	農林水産大臣
28	岸 信夫	日本	外務副大臣
29	逢沢 一郎	日本	JFPF 副会長
30	吉野 正芳	日本	JFPF 副会長
31	竹本 直一	日本	JFPF 副会長
32	長浜 博行	日本	JFPF 副会長・地球規模問題部会長
33	生方 幸夫	日本	JFPF 副会長・国際協力部会長

34	増子 輝彦	日本	JFPF 幹事長・国内対策部会長
35	島尻 安伊子	日本	JFPF 副事務総長
36	阿部 俊子	日本	JFPF 女性問題部会長
37	小池 百合子	日本	国会議員; JFPF メンバー
38	北村 誠吾	日本	国会議員; JFPF メンバー
39	黄川田 仁志	日本	国会議員; JFPF メンバー
40	牧島 かれん	日本	国会議員; JFPF メンバー
41	三原 朝彦	日本	国会議員; JFPF メンバー
42	熊谷 大	日本	国会議員; JFPF メンバー
43	左藤 章	日本	国会議員; JFPF メンバー
44	石田 昌弘	日本	国会議員; JFPF メンバー
45	桜井 宏	日本	国会議員; JFPF メンバー
46	務台 俊介	日本	国会議員
47	サマコバ・アイトクル	カザフスタン	国会議員; AFPPD 副議長
48	ウラン・カセインベコヴ	カザフスタン	国会委員会職員
49	ジェイムス・マーガー	ケニア	国会議員
50	ジェイムス・ガクヤ	ケニア	国会議員
51	フレドリック・オウタ	ケニア	国会議員
52	アナーベック・カルマトヴ	キルギスタン	国会議員
53	ダニエル・コチコロヴ	キルギスタン	国会委員会職員
54	ソンボウ・ドウアンサヴァン	ラオス	LAPPD 副議長
55	ブンラート・ロンドゥアンチャン	ラオス	LAPPD 事務局長
56	ポール・チビング	マラウイ	国会議員; 保健・人口委員長
57	マリアニー・モハマド・イット	マレーシア	国会議員
58	ティン・モウ・チャイン	ミャンマー	国会議員; 人口問題委員会委員
59	ダウ・レイレイ・ウイン・スー	ミャンマー	国会議員; 人口問題検討委員会委員
60	バアサンクフー・オクヤブリ	モンゴル	国会議員; MPCPD 議長
61	インクツヴシン・ウツナサン	モンゴル	国会委員会アドバイザー
62	マノハール・プラサード・パタライ	ネパール	国会事務局長
63	フランシス・マルーズ	パプアニュー ギニア	国会議員
64	フェルナンド・アンドレード・カモナ	ペルー	国会議員
65	ルスボミンダ・c・イアガン	フィリピン	国会議員
66	フロリアン・ボドッグ	ルーマニア	上院議員
67	ウベクシャ・スワーナマリニ	スリランカ	国会議員
68	クホオヴ・アブドゥラモン	タジキスタン	国会議員
69	ズフィア・バラトヴァ	タジキスタン	国会委員会アドバイザー
70	キリナ・スマワン	タイ	国会議員
71	ラモン・サン・パスカル	タイ	AFPPD 事務局長



72	クリス・バリヨムシ	ウガンダ	国会議員；APFPD 議長; UPFFSP&D 議長
73	マチアス・カサンバ	ウガンダ	国会議員
74	ムサ・ワマラ・ブユンゴ	ウガンダ	UPFFSP&D コーディネーター
75	ボニフェス・ムタレ	ザンビア	国会議員； ZAPPD 副議長
<b>省庁</b>			
76	飯田慎一	日本	外務省国際協力局地球規模課題総括課長
77	小沼 士郎	日本	外務省国際協力局国際保健政策室長
78	相星 孝一	日本	外務省国際協力局兼アフリカ部審議官
79	堀江 裕	日本	厚生労働省大臣官房国際課長
80	服部 孝郎	日本	農林水産省大臣官房国際部国際協力課企画班海外技術協力官
81	木下 博晶	日本	農林水産省大臣官房国際部国際協力課企画班課長補佐
<b>国連人口基金（UNFPA）</b>			
82	ババトウンデ・オショティメイン	米国	事務局長
83	アンネ・ビルギッテ・アルブレクトセン	米国	事務局次長
84	堀部 伸子	タイ	アジア・太平洋地域事務所長
85	佐崎 淳子	日本	東京事務所長
86	上野 ふよう	日本	東京事務所長補佐
87	大村 麻優子	日本	東京事務所
88	エリザベス・オノグーウガ	日本	東京事務所
89	金子 祐介	日本	東京事務所
90	櫛引 友里香	日本	東京事務所
91	藤澤 綾子	日本	東京事務所
92	山本 紗衣	日本	東京事務所
93	中村 信之	日本	東京事務所
<b>国際家族計画連盟（IPPF）／公益財団法人ジョイセフ</b>			
94	サム・テラモ	エチオピア	IPPF アディスアベバ連絡事務所代表； APFPD 事務局
95	鈴木 良一	日本	ジョイセフ常務理事・事務局長
96	石川真穂	日本	ジョイセフ
97	斎藤 文栄	日本	ジョイセフ
<b>リソースパーソン</b>			
98	阿藤 誠	日本	国立社会保障・人口問題研究所名誉所長
99	アルフレッド・チャン	香港	嶺南大学
100	林 玲子	日本	国立社会保障・人口問題研究所 国際関係 部長
101	橋本 英樹	日本	東京大学大学院医学系研究科教授
102	森 臨太郎	日本	国立成育医療研究センター成育政策科学

			研究部長
103	アレックス・ロス	日本	WHO 健康開発総合研究センター(WHO 神戸センター) 所長
104	清家 篤	日本	慶應義塾長
105	秋山 弘子	日本	東京大学高齢社会総合研究機構特任教授
106	小川 直宏	日本	日本大学経済学部教授・同大学大学院総合科学研究科教授・同大学人口研究所所長
107	木村 毅	日本	味の素株式会社取締役 常務執行役員 研究開発統括
108	佐次本 英行	日本	DSM ニュートリションジャパン株式会社 ヒューマンニュートリション本部取締役 本部長
109	石田 寛	日本	経済人コー円卓会議 (Caux Round Table) 日本委員会事務局長； 関西学院大学大学院 経営戦略研究科准教授
110	加藤 久和	日本	明治大学政治経済学部教授
111	ダンカン・C・キャンベル		ILO 雇用政策部長
112	中村 信太郎	日本	独立行政法人 国際協力機構 (JICA) 国際 協力専門員 (社会保障担当)
113	渋谷 健司	日本	東京大学大学院医学系研究科国際保健政策 学教室教授
<b>大使館</b>			
114	ハッサン・ポウハディム	日本	イラン・イスラム共和国大使館
115	サリエフ・マクサット	日本	在日カザフスタン共和国大使館一等書記 官
116	サユ・オカ・ウィダニ	日本	在日インドネシア共和国大使館一等書記 官
117	田中 正臣	日本	在日インドネシア共和国大使館
<b>協力団体・関係者</b>			
118	西内 正彦	日本	NPO2050
119	アクマッド・ウバイディラ	日本	
120	コヌスパエフ・ジャニベック	日本	筑波大学大学院人文社会科学系研究科国際 地域研究専攻
121	永野 りさ	日本	独立行政法人国際協力機構青年海外協力 隊事務局募集課 調査役
122	尾崎 正輝	日本	江戸川区役所福祉部福祉推進課生きがい 係主査
123	渡邊 良光	日本	江戸川区生活振興部産業振興課計画係長
124	草野 智子	日本	江戸川区役所福祉部福祉推進課生きがい

			係
125	佐下橋 良宜	日本	株式会社じほう報道局報道2部次長 MEDIFAX 副編集長
126	高橋 健次郎	日本	朝日新聞社
127	山田 徹也	日本	株式会社東洋経済新報社編集局『週刊東洋 経済』編集部 副編集長
128	菅野 有花	日本	日本農業新聞編集局営農生活部
<b>公益財団法人アジア人口・開発協会 (APDA) 理事・評議員</b>			
129	広中 和歌子	日本	副理事長
130	清水 嘉与子	日本	理事
131	谷津 義男	日本	評議員
132	荻田 吉夫	日本	評議員
<b>公益財団法人 アジア人口・開発協会 (APDA)</b>			
133	楠本 修	日本	常務理事・事務局長
134	大澤 晴美	日本	APDA
135	恒川 ひとみ	日本	APDA
136	ファルフ・ウスモノフ	日本	APDA
137	今村 朋	日本	APDA
138	藤井 有希	日本	APDA
139	キムサン・テン	日本	APDA
140	フェデリコ・セバスチャン・エレディア・エスピノサ	日本	APDA
<b>会議サポーター</b>			
141	柳澤 綾乃	日本	
142	及川 晴佳	日本	
143	佐久間 香里	日本	
144	西村 俊則	日本	
145	工藤 実和子	日本	
146	官野 貴	日本	写真家
<b>通訳</b>			
147	原 不二子	日本	
148	小寺 裕子	日本	
149	太田 晴子	日本	
150	フランセス・シーズ	日本	