

第一章 人口的老龄化、少子化与社会保障

现今，日本进入了世界少有的老龄化、少子化社会。在老龄化方面，日本处于世界上最快的老龄化速度和世界第二位的老龄化率的状态下。在不同的市町村，老龄化率的地区差别巨大，因此，支撑已经超过 17%老龄化率“老龄社会”的社会保障经费不可避免地进一步增多。但是，这并不能成为随意地让国民、让高龄者自己来负担这些经费的借口。费用如何筹措，这需要诚恳地听取国民的意见，必须实施国民认可的政策办法。同时，适应因人口老龄化产生出来的老后生活期的延长，家庭结构、区域社会等的变化，必须有高龄者生活保障的新的社会性对策，称为“高龄者社会政策”的领域必须受到应有的重视。

另一方面，日本的少子化现象也十分严重。孩子数量的减少在进一步提高了老龄化率的同时，成为不仅使得一个个家庭老人赡养力降低，也使得全社会的老人赡养力进一步降低的原因。现在，高龄者护理问题特别严重。“少子化”与劳动力不足相关联，它的对策是作为“生育援助”政策的儿童辅助制度的补充，生育休假制度的扩充和对应多样化需求的幼儿园政策等紧急对策，这些都亟待完善。本章是从社会政策的角度讨论与上述人口老龄、少子化现象相关的社会保障问题。

相关年表

- 1963 年 制定《老人福祉法》
- 1970 年 社会福祉设施紧急完善 5 年计划出台
- 1973 年 老人医疗费自己负担部分由公费支付制度确立
- 1978 年 老人医疗费事业开始
- 1982 年 收费家庭援助制度建立，《老人保健法》制定
- 1985 年 医疗计划制度建立(《医疗法》修订)
- 1986 年 《长寿社会对策大纲》确定(内阁会议通过)，老人保健设施引人

(《老人保健法》修订)。社会福祉设施的入所措施权限分权化(《整理合法化法》)

- 1987年 《社会福祉及护理福祉士法》制定
- 1988年 厚生省、劳动省《为实现长寿、福祉社会的政策基本考虑与目标》
- 1990年 与福祉相关的八项法律修订
- 1991年 保健医疗、福祉人力对策中心阶段报告《为确保护理劳动力综合对策的推进》(劳动省),老人访问看护制度建立(《老人保健法》修订),《生育休假法》制度建立
- 1992年 医疗设施功能分解的强化(《医疗法》修订)
- 1993年 区域老人保健福祉计划的制定
- 1994年 访问、看护、疗养费、住院餐费等的引入(《健康保险法》修订)
《保健所法》改为《区域保健法》
《高龄者保健福祉推进10年战略》修订(《新金色计划》)
《今后育儿援助政策的基本方向》制定
《紧急抚育对策等5年事业》制定
- 1995年 护理休假制度的建立(《生育休假法》修订)
《老龄社会对策基本法》制定
- 1996年 《老龄社会对策大纲》(内阁会议决定)
- 1997年 《护理保险法》颁布,《儿童福祉法》修订,第三次《医疗法》修订
- 1999年 《新天使计划》制定
- 2000年 《护理保险法》实施
第四次《医疗法》修订(疗养病床与一般病床分离)
《健康保险法》等部分修订(建立老人医疗患者定率负担制)
《社会福祉事业法》全面修订为《社会福祉法》

日本老龄化、少子化的特征与成因

日本发展中的老龄化 根据总务省发布的资料,2000年10月1日(国情调查的结果)日本人口总数是1.2692亿人,仅比前一年增加23.4万人,增长率为0.18%。总人口中,男性6193.3万人(占总人口的48.8%,比前一年减少

0.06%，3.9万人），女性6498.7万人（占总人口的51.2%，比前一年增加0.42%，27.3万人），女性比男性多305.4万人。按年龄将人口分为3段，婴幼儿年龄人口（0~14岁）1844.9万人，占总人口的14.5%（比前一年减少了29.3万人）生产年龄人口（15~64岁）8599.7万人，占总人口的67.8%（比前一年减少了76.1万人）。两类人口均处于长期以来不断减少的趋势之中。

与此相反，1997年首次超过婴幼儿年龄人口39.2万人的65岁以上高龄者人口一直在增加。2000年10月1日，高龄者人口已达到2227.1万人，比前一年增加108.5万人，占总人口的比例创出新高，达到17.5%。从第二次世界大战后50年代的4.9%（410.9万人），50年间上升了12.6个百分点（1816.2万人）（见表1—1）。

另外，总务省根据《国情调查》的结果发表了《男女各年龄段全国推算人口》。2001年9月1日估算值为：65岁以上的高龄者有2269万人，高龄者人口比率达到17.85%（国民的每5.6人中有1位高龄者）。其中，男性有950万人（男性高龄者人口的比率为15.3%），女性有1319万人（女性高龄者人口的比率为20.3%），性别比（对女性为100的男性人口比）为72.0，女性高龄者比男性多369万人。特别是被称为“后期高龄者”的75岁以上的老人中，男性有335万人（5.4%），女性有608万人（9.4%，性别比为55.1），与男性的数量差进一步扩大。因此可以说，很多高龄者的问题就是女性问题。按照联合国的标准，高龄者人口比率（老龄化率）超过7%即进入“老龄化社会”，超过14%便是“老龄社会”现在，日本已经进入了“老龄社会”。

快速老龄化与地区差别 根据总务省《平成12年国势调查抽样速报汇总》所示的各国未来推算人口，日本的老龄化率已经紧随意大利（18.2%）之后，位列世界第二。日本老龄化的第一个特征是老龄化的速度与欧美各发达国家相比极其迅速，并且预计会很快追上各发达国家，达到很高的老龄化水平。根据国立社会保障、人口问题研究所对老龄化率从7%到14%所需时间的推测，法国是115年（1864—1979年），挪威是92年（1885—1977年），瑞典是85年（1887—1972年），预计澳大利亚是73年（1939—2012年），美国是71年（1942—2013年），加拿大是64年（1945—2009年），荷兰是62年（1940—2002年），意大利是61年（1927—1988年）而日本仅仅是24年（1970—1994年）。

日本的老龄化率在2006年（平成18年）即可超越欧美各老龄化发达国家，成为世界上第一个“超老龄社会”。那时的老龄化比率将超过20%，预计2013年

表 1—1

日本人口与出生数以及年龄别人口、比例的变化

年份	人口的变动（前年 10 月至当年 9 月）										
	总人口 ¹⁾			出生 ²⁾		年龄 ³⁾					
						0~14 岁		15~64 岁		65 岁以上	
(千人)	比前年 增加数 (千人)	比前年 增加比例 (%)	出生 人数 (千人)	合计特殊 出生率 (%)	童幼 人口 (千人)	童幼人 口比例 (%)	生产年 龄人口 (千人)	生产年 龄人口 比例 (%)	老年 人口 (千人)	老年人 口比例 (%)	
1950	84 115	1 419	1.74	2 338	3.65	29 428	35.4	49 658	59.7	4 109	4.9
1955	90 077	1 036	1.17	1 731	2.37	29 798	33.4	54 729	61.3	4 747	5.3
1960	94 302	777	0.84	1 606	2.00	28 067	30.0	60 002	64.2	5 350	5.7
1965	99 209	1 093	1.13	1 824	2.14	25 166	25.6	66 928	68.1	6 181	6.3
1970	104 665	1 184	1.15	1 934	2.13	24 823	23.9	71 566	69.0	7 331	7.1
1975	111 940	1 367	1.24	1 901	1.91	27 221	24.3	75 807	67.7	8 865	7.9
1980	117 060	906	0.78	1 577	1.75	27 507	23.5	78 835	67.3	10 647	9.1
1981	117 902	842	0.72	1 529	1.74	27 603	23.4	79 272	67.2	11 009	9.3
1982	118 728	826	0.70	1 515	1.77	27 254	23.0	80 089	67.5	11 350	9.6
1983	119 536	808	0.68	1 509	1.80	26 907	22.5	80 904	67.7	11 672	9.8
1984	120 305	769	0.64	1 490	1.81	26 504	22.0	81 776	68.0	11 956	9.9
1985	121 094	744	0.62	1 432	1.76	26 033	21.5	82 506	68.2	12 468	10.3
1986	121 660	611	0.50	1 383	1.72	25 434	20.9	83 368	68.5	12 870	10.6
1987	122 239	579	0.48	1 347	1.69	24 753	20.2	84 189	68.9	13 322	10.9
1988	122 745	507	0.41	1 314	1.66	23 985	19.5	85 013	69.2	13 785	11.2
1989	123 205	459	0.37	1 247	1.57	23 203	18.8	85 745	69.6	14 309	11.6
1990	123 611	406	0.33	1 222	1.54	22 486	18.2	85 904	69.5	14 895	12.0
1991	124 101	490	0.40	1 223	1.53	21 904	17.7	86 557	69.8	15 582	12.6
1992	124 567	446	0.38	1 209	1.50	21 364	17.2	86 845	69.8	16 242	13.1
1993	124 938	370	0.30	1 188	1.46	20 841	16.7	87 023	69.8	16 900	13.5
1994	125 265	327	0.26	1 238	1.50	20 415	16.3	87 034	69.6	17 585	14.1
1995	125 570	305	0.24	1 187	1.42	20 014	15.9	87 165	69.4	18 261	14.5
1996	125 864	294	0.23	1 207	1.43	19 686	15.6	87 161	69.3	19 017	15.1
1997	126 166	302	0.24	1 190	1.39	19 366	15.3	87 042	69.0	19 758	15.7
1998	126 486	320	0.25	1 203	1.38	19 059	15.1	86 920	68.7	20 508	16.2
1999	126 686	200	0.16	1 178	1.34	18 742	14.8	86 758	68.5	21 186	16.7
2000 ⁴⁾	126 920	234	0.18	1 196	1.35	18 449	14.5	85 997	67.8	22 271	17.5

资料来源：1) 厚生統計協会「厚生の指標」第 42 卷 5 号，1995 年，31 頁 および第 47 卷 6 号，2000 年，37 頁。

2) 同「厚生の指標」第 47 卷 1 号，2000 年，55~56 頁 および第 47 卷 8 号，2000 年，46~48 頁。

3) 総務庁統計局「日本の統計 1995」1995 年，8~9 頁，総務省統計局「日本の統計 2001」2001 年，8~9 頁 および「厚生の指標」第 47 卷 6 号，39，47 頁より作成。

4) 2000 年については，総務省「平成 12 年国勢調査結果」 および厚生労働省「平成 12 年国民生活基礎調査の概況」より作成。

将达到 23%，2038 年将达到 30%（三浦文夫編『図説高齢者白書 2000』全国社会福祉協議会，2000年，38 頁）。预计 2015 年，65 岁以上的老人将达到 3 188 万人，老龄化率达到 25.2%，每 4 人中便有一位高龄者。2020 年，65 岁以上的老人将达到 3 334 万人，老龄化率预计为 26.9%（厚生省監修『厚生白書 平成 12 年版』ぎょうせい，2000 年，8 頁）。

如上所述，日本的老龄化正以比其他老龄化发达国家快的速度发展着，其结果将是在世界上最早成为超过 20% 的“超老龄社会”。这是必须紧急实施充分老龄化对策的理由之一。的确，经过了漫长的岁月渐渐进入老龄化的各国，可以说是有充足的时间一步一步实行老龄化对策的（里見賢治『日本の社会保障をどう読むか』労働旬報社，1990 年，113 頁）。但是，在过于短暂时间里急速老龄化的日本，确实需要尽快完善社会保障、社会福祉，给高龄者提供适宜的生活环境，这包括向老龄化发达国家学习经验。然而“把日本的老龄化作为‘世界独一无二的问题，强调日本的特殊性’，并不是要宣扬危机感，诱导舆论偏向抑制社会福祉的方向，而是应关注各发达国家共同的现象，一方面学习各国的经验，一方面要冷静地研究对应方法”（前掲『日本の社会保障をどう読むか』109，112 頁）。

日本老龄化的第二个特征是虽然都道府县之间老龄化的差距最近在不断变小，市町村间却存在着巨大的地区差别。总务省公布的 2001 年 3 月 31 日都道府县的老龄化比率中，45 个都道府县已经接近或超过 14%。老龄化比率接近或超过 14% 的县从 1985 年的 3 个到 1990 年一举超过 24 个，1995 年再大幅增至 40 个。现在，老龄化率已经超过 20% 的有岛根县 25.2%（192 087 人）、高知县 23.63%（193 269 人）、秋田县 23.83%（285 375 人）、山形县 23.34%（289 708 人）、鹿儿岛县 22.97%（409 529 人）等 23 个县。低于 16% 的是埼玉县 13.15%（907 120 人）（最低）、冲绳县 13.88%（185 186 人）、神奈川県 14.22%（1 198 202 人）、千叶县 14.39%（852 033 人）、爱知县 14.98%（1 038 695 人）、大阪府 15.04%（1 328 725 人）这 6 府县（市町村自治研究会編『住民基本台帳人口要覧』財団法人国土地理協会，2001 年，25 頁）。

都道府县的老龄化状态中，岛根县和埼玉县之间相差 12.5 个百分点。《住民基本台帳人口要覧》显示，2001 年 3 月 31 日全国市町村老龄化率存在巨大差距，老龄化率的高端排序是山口县东和町 50.22%（2 721 人）、三重县纪和町 50.11%（912 人）、岐阜县坂内村 49.16%（322 人）、广岛县丰滨町 48.73%（1 096 人）、广岛县丰町 48.46%（1 511 人）。老龄化率已经超过 45% 的有 18 个

町村，超过 40% 的已经达到 72 个。

相反，老龄化率在 11% 以下的全国仍有 30 个市町村。从老龄化率的低端排序，最低的千叶县浦安市仅为 7.76% (10 232 人)，爱知县三好町为 9.02% (4 153 人) 宫城县富谷町为 9.22% (3 375 人) 爱知县藤冈市为 9.82% (1 710 人) 爱知县长久手町为 9.53% (3 807 人)。老龄化率最高的东和町与最低的浦安市之差达 42.46 个百分点。

面对这样大的老龄化地区差别，希望国家和自治体的高龄者福祉政策要对应各地的实际状况。其中，对老龄化率高且人口稀少的地方，远离陆地的岛屿，偏僻的村落等财力、行政力薄弱地区必须尽快实行重点支援政策。同时，虽然老龄化率还不算高，但是对高龄者数量较多的都市高龄者福祉政策也十分重要。

不远的将来，几乎所有的都道府县老龄化率均将超过 16%。针对这种情况，国家的社会保障、社会福祉政策需要强化，特别是应像各地方自治体所实施的全面的高龄者福祉服务那样，调整财政支出的内容和财政分配的结构，进而改变不公平税制，以此为本尽早确立地方财政的基础。

世界第一长寿与平均寿命延长 日本急速老龄化的一个重要的直接原因是世界第一的长寿。据厚生劳动省统计情报部每年公布的《简易生命表》，2000 年日本人的平均寿命男性是 77.64 岁，女性是 84.62 岁，男女的平均寿命差为 6.98 年。与前一年相比扩大了 0.09 年。男性比前一年寿命提高 0.54 岁，女性提高 0.63 岁，再创历史新高。1955 年时，男性平均寿命是 63.60 岁，女性是 67.75 岁，45 年间男性平均寿命增加了 14.04 岁，女性增加了 16.87 岁。

2000 年，65 岁的男性平均预期可存活 17.43 年，女性为 22.44 年。

另外，据厚生劳动省于 2001 年 9 月 11 日公布的全国高龄者名单，到 9 月末，百岁以上的老人达到空前的 15 475 人，比前一年增加 2 439 人，约是该项调查开始时 (1963 年) 的 100 倍。其中，女性比前一年增加 2 056 人，达到 12 934 人，男性增加 383 人，达到 2 541 人，女性占此类人口的 83.6%，女性的长寿是显而易见的。在地区差别上，百岁以上老人数目前 10 位全部为西日本地区。10 万人中百岁以上老人数目前居第 1 位的是冲绳县 (34.37 人)，第 2 位是岛根县 (30.18 人)，第 3 位是高知县 (28.62 人)，以下依次是熊本县 (24.31 人)，鹿儿岛县 (23.01 人)，山口县 (22.25 人)，爱原县 (20.90 人)，冈山县 (19.32 人)，佐贺县 (19.16 人)，鸟取县 (18.11 人)。

虽然不能做精确的比较 (数据采集时间和方法不同)，但据厚生劳动省公布，

日本女性从 1985 年起的 16 年间，男性从 1994 年起的 7 年间，各自连续为世界平均寿命第一。继日本之后，女性的寿命第二为瑞士（82.5 岁，1998 年），中国香港第三（82.4 岁，1999 年），男性的寿命第二是冰岛（77.5 岁，1998—1999 年），第三是瑞典 77.38 岁，2000 年）。

平均寿命的延长表明“年龄调整死亡率”^①下降。据厚生劳动省的《人口动态统计》，日本年龄调整死亡率从 1955 年的男性 14.8，女性 11，大幅度下降为 1999 年的男性 6.7，女性 3.4。即使进行“50 岁以上死亡人数与死亡总数的比例”的国际比较，日本也以 93.3% 居世界第一（厚生統計協会『国民衛生の動向』，前掲『厚生の指標』臨時増刊 48 卷 9 号，2001 年，48～49 頁参照）。

关于日本能够成为世界第一的长寿之国的原因，现在并无定说。目前列入考虑的几个原因并非只有日本存在。不过，可以认为 20 世纪 50 年代后期开始的经济高速增长带来的国民生活水平的提高，特别是饮食条件的改善，医疗事业的发展，保健卫生措施的完善，社会保障、社会福祉一定程度的发展等复合原因使日本平均寿命成为世界第一。但是，长寿这种人们所期望的状态如何与社会保障、社会福祉的诸多问题及困难相协调，是我们今天必须研究的重要而紧迫的课题。

少子化的发展及其成因 日本迅速老龄化的间接性原因是不满 15 岁的童幼人口数量急剧减少。孩子数量的减少和日本老龄化率的上升同时成为与老龄社会有密切关系的重要现象。总务省发表的数据称 2001 年 4 月 1 日日本儿童的数量为 1 834 万人，比前一年减少 24 万人，是 1982 年以来连续 20 年的减少之最，创出 1920 年国情调查开始以来的最低纪录。童幼人口比率比最低的 2000 年又下降了 0.3 个百分点，为 14.4%。比 1950 年的 2 979 万人（35.4%）下降约 1 145 万人，51 年中减少了 21 个百分点。特别需要关注的是 1997 年以后，日本不满 15 岁的人口数量已经少于 65 岁以上的人口数量〔総理府統計局「わが国のこどもの数（15 歳未満人口）—平成 13 年 4 月 1 日現在—」，前掲『厚生の指標』48 卷 6 号，2001 年，48 頁 および表 1—1 参照〕。还有，2001 年 4 月 1 日盘点的童幼各年龄段中，5 岁以下（学龄前）有 712 万人（5.6%），6～11 岁（小学生时代）有 723 万人（5.7%），12～14 岁（初中生时代）399 万人（3.1%）。如果按每 3 年一段进行年龄分段，9～11 岁有 366 万人（2.9%），6～8 岁 357 万人

^① 每 5 年为 1 个年龄段，算出基于基准人口的死亡率（千分比），修正年龄结构误差后算出的全部死亡率。

(2.8%)，3~5岁 355万人(2.8%)，0~2岁 358万人(2.8%)，低龄层的人数几乎相同，童幼的数量在低水平上变动。

看一下日本各都道府县童幼人口在2001年3月31日的比率。比率最高的是冲绳县，为19.88%^①，十分突出；之后依次是滋贺县16.3%、佐贺县16.15%、福岛县15.84%、长崎县15.71%。九州、冲绳地区的8个县有5个县进入了比率最高的前10位。比率最低的是东京都，为12.05%，此后依次是秋田县13.47%、高知县13.57%、山口县13.78%、北海道13.79%。都道府县童幼数量的比率全部在下降（前掲『住民基本台帳人口要覧』24頁）

日本童幼数量的比率在发达国家中低于意大利的14.5%（1999年1月），处于低水平。德国是15.8%（1998年12月）、瑞典是18.5%（1999年12月）、法国是19.0%（1998年1月）（前掲『厚生の指標』48卷6号，50頁）

毋庸置疑，日本童幼人口比率急剧下降的原因是每年新生儿数量减少。

原厚生省发表的《平成11年人口动态统计概况》表明，1999年出生的婴儿为1 177 669人，比前一年减少了25 478人，创下最低纪录。此后，厚生劳动省的调查表明2001年的新生儿为1 190 560人，比前一年增加了12 891人。但是，少子化的趋势并未停滞。第二次世界大战后第一次生育高峰前期的1949年有新生儿269.7万人，第二次生育高峰期的1973年新生儿209.2万人，而1980年为157.7万人，1989年为124.7万人，1993年为118.8万人，此20年中婴儿出生率连续不断地迅速减少。这种减少意味着“总合生育率”（将15~49岁女性分年龄生育率合计，所表示的女性一生生育子女的平均试算率）也在减少，1999年为1.34，低于前一年的1.38，刷新了最低纪录。2000年虽然新生儿数量增加了，但也仅是1.35，从1950年的3.65，降为1970年的2.13，再到1980年的1.75，此后“总合生育率”只能徘徊于2以下，即使偶尔出现比上一年增长的情况，也从未再次回到2以上，迄今为止长期化的下降倾向一直未能改变（『平成11年人口動態統計月報年計（概数）の概況』，同『平成12年』（前掲『厚生の指標』47卷8号，2000年，46~48頁，『同』48卷8号，2001年，39~41頁および表1—1）。因此，生育休假制度的改善充实、幼儿园的增加、儿童津贴水平的提高等“生育奖励”问题是当前必须尽快解决的课题。

① 冲绳县是日本童幼人口比率最高的，高龄化发展迟缓（13.88%，排序为低于16%的市町村中的第2），而百岁以上高龄者数量也是日本最多的，形成了平衡的人口结构。

日本少子化的原因直接源于避孕和随意的人工流产增多，间接的原因是女性经济上的、社会上的、精神上的自主（高学历化、就业率上升、晚婚化、独身化），育儿费用的增加，狭小的住宅等。从总体来说，少子化是因为经济高速增长以来，希望以少养育孩子来维持富裕的生活，提高生活水准的人大大增多了。童幼数量减少，老龄人口比率提高，使老龄化现象进一步发展。这就是说，不能指望未来生产年龄人口（15~64岁）能够增加，这样不仅家庭的老人赡养能力下降，整个社会的高龄者抚养力也要下降。这对于老龄社会来说是十分严重的问题。确实，今后高龄者的雇用不得不增加，女性的雇用也会比现在多，但是，老龄化率已经超过17%的老龄社会，特别是支持高龄者能够作为人的尊严与生活价值所需的社会保障经费，例如医疗费、年金、老人福祉费等也必须增加。而这些需增加的费用不应通过提高保险费、增加负担比例的方式转嫁给国民和受益者。基于社会保障、社会福祉的公共责任原则，必须通过改变国家和地方自治体的财政支出和修正不公平税制来解决费用增加的问题。为此，社会保障、社会福祉制度变革的处理方法必须以主人公——国民赞同的方式进行充分的讨论。

产业结构的“高度化”与老龄化、少子化 一方面，日本以及美国、英国、意大利、德国等产业结构“高度化”、经济上富有的发达国家中的许多国家人口构成呈少子、长寿（少生少死）型，其中一些国家已经进入“老龄社会”，雇用高龄者和其社会保障面临许多困难。另一方面，例如孟加拉国、印度尼西亚、巴基斯坦等发展中国家，有很多依然处于多子、早死（多生多死）的人口形态（见表1—2）。

表 1—2 发达国家与发展中国家总人口、青年人口的比率，
劳动年龄人口、高龄者人口、产业别就业人口比率

发达国家	总人口（千人， 1997）	青年人口 比率	劳动年龄 人口比率	高龄者人口 比率（%） 2000年	第一 第二 第三 产业 产业 产业		
					（%）		
日本	125 638	14.5	67.8	17.5	5.1	30.7	63.7 (2000年)
美国	267 901	21.6	66.0	12.5	2.6	22.1	75.3 (1999年)
德国	82 071	15.5	68.1	16.4	2.8	32.4	64.7 (1999年)
英国	58 200	18.8	65.2	16.0	1.5	25.2	73.0 (1999年)
意大利	57 523	14.3	67.6	18.2	5.4	31.4	62.9 (1999年)

续表

发展中国家	总人口(千人, 1997)	青年人口 比率	劳动年龄 人口比率	高龄者人口 比率(%) 2000年	第一 第二 第三 (%) 产业 产业 产业		
孟加拉国	122 013	35.1	61.7	3.2	63.2	9.4	25.2 (1996年)
巴基斯坦	138 150	41.8	55.0	3.2	44.2	17.9	37.9 (1997年)
印度尼西亚	199 867	30.6	64.7	4.7	45.0	16.1	38.9 (1998年)
菲律宾	73 527	36.7	59.7	3.6	39.9	15.2	44.9 (1998年)

资料来源：財団法人矢野恒太記念会編『世界国勢図会 2000/2001』国勢社，2000年，71~74，106頁および同編『日本国勢図会 2001/2002』2001年，73頁。総務省統計局・統計研究所編『世界の統計 2001』2001年，9~14頁。総務省統計局「平成12年国勢調査結果」2001年および「諸外国の人口の年齢構造(2000年)」2001年より作成。

一些发展中国家的青年人口与高龄者人口占总人口的比例协调，如土耳其31.2%、5.0%（1997年），埃及38.7%、3.7%（1996年），泰国26.9%、5.3%（1997年）。前掲『世界国勢図会 2000/2001』71頁），这些国家一方面充满了人的活力和社会活力，另一方面依然处于贫困状态，医疗、保健、教育等十分落后，因而仍旧远离长寿社会。日本过去也如此，在以农业为中心的时代，农村地区人口众多，孩子成群，也是多子、早死（多生多死）的形态。

“经济高速增长”以后日本的产业结构明显“高度化”。例如在三个产业中就业者的比例变化较大，第一产业（农、林、渔业）急剧减少，第二产业（矿业、建筑业、制造业），特别是第三产业（运输通信、商业、金融、保健、其他服务业）的就业人口急剧增加（见表1—3）。随之而来的是，人口呈现长寿化、少子化。产业结构的“高度化”意味着许多农民连同他们的子女离开农村，成为都市雇用劳动者。产业结构的“高度化”使许多家庭的成员成为工薪阶层的一员，家庭的消费水平基本上只能适应其收入的状态。一方面，如今的工业化社会与以农业为中心的社会时代相比，生活的确富裕了，而且饮食的改善、医疗卫生的发展、福祉和社会保险等社会保障的充实，造就了世界第一的长寿之国。另一方面，家庭的重要功能——经济性功能发生了很大变化，以农业社会为特征的家庭生产功能极度衰退，如今的家庭变成仅仅是消费的单位。这样，孩子对家庭来说，不再像过去那样是期望将来成为收入的来源，而是仅仅作为消费者。所以孩子数量少，可以维持或提高家庭的生活水平。以教育费为首的消费使所需的生活费大大提高，培养多个孩子成为相当困难的事情，于是父母们采取了少生优育，过富裕生活的家庭发展策略。

这不仅是日本，而且几乎是发达国家共有的现象。

表 1—3 三个产业就业者人数比率的变化

	1950	1960	1970	1980	1990	1993	1995	1997	1999	2000
第一产业	50.7	30.2	17.4	10.4	7.2	5.9	5.7	5.3	5.2	5.1
第二产业	22.2	28.0	35.1	34.8	33.6	33.7	32.9	32.5	31.1	30.7
第三产业	26.6	41.8	47.3	54.6	58.7	59.9	61.0	61.6	63.1	63.7

资料来源：総務省統計局「労働力調査」。

高龄者生活的现状与护理问题

老人家庭增加和与子女同住率下降 厚生劳动省于 2001 年 5 月发布的《平成 12 年（2000 年）国民生活基础调查概况》^① 称：日本的家庭总数为 4 554.5 万户（2000 年 6 月）与前一年比减少了 62.2 万户。由于孩子数量的减少，一个家庭的平均人数比前一年减少 0.03 人，为 2.76 人，是 1953 年该项调查开始以来最低的一年。1955 年是 4.68 人，1961 年降至 4 人以下，为 3.97 人，以后长期维持在 3 人多的水平，1992 年第一次降至 3 人以下，为 2.99 人，以后仍在不断地减少。

1992 年以来，两人家庭已经成为增长最多的家庭。本次调查的结果表明，两人家庭达到 1 196.8 万户，占家庭总数的 26.28%，其次是独身家庭，为 1 098.8 万户，占家庭总数的 24.1%，3 人之家有 876.7 万户，占家庭总数的 19.2%。4 人之家的排序急剧下降，1992 年跌到第 3 位后，1998 年又跌至第 4 位（厚生統計協会『国民の福祉の動向』，前掲『厚生の指標』臨時増刊 37 卷 12 号，1990 年，250 頁および同『国民の福祉の動向』1999 年，272 頁参照）。伴随每户人口的减少，在全部家庭中“夫妻两人家庭”“独身家庭”急速增加。也就是说，从家庭结构来看，“核心家庭”（夫妻两人，或夫妻与未婚子女，或单亲与未婚子女）最多，该类家庭达到 2 693.8 万户（59.1%）。其中，“夫妻两人家庭”数量在上升，达到 942.2 万户（20.7%），其次是“独身家庭”在增加，达到 1 098.8 万户（24.1%）。在这种情况下，有 65 岁以上老人的家庭，为 564.7 万户，是全部家庭的 34.4%。其中，“夫妻两人家庭”为 423.4 万户（27.1%）。

^① 《厚生福祉指标》第 48 卷 7 号，2001 年，34~47 页。

独身户为 307.9 万户（19.7%）。老龄化在家庭结构中迅速发展。

如果进一步考察家庭结构，“高龄者家庭”^①有 626.1 万户，占全部家庭的 13.7%，比前一年增加 47 万户，即每 7.3 个家庭中就有一个高龄者家庭。而且，其中“夫妻两人家庭”为 298.2 万户（占高龄者家庭的 47.6%），独身家庭 307.9 万户（占高龄者家庭的 49.2%）。在独身家庭中，与男性独身户的 68.2 万（10.9%）相比，女性独身户多达 239.8 万户（38.3%）因此，老龄化问题可以说主要是女性问题。在高龄者家庭中，65 岁以上独自一人生活的 207.9 万人中，80 岁以上独自一个人生活者为 66.7 万人，占 21.7%，其中女性 52.7 万人，占 79%。80 岁以上的女性占 65 岁以上独自一人生活女性的 22%（见表 1—4）。

表 1—4 不同类型高龄者家庭

年份	总数	独身家庭			夫妻两人家庭	其他家庭
		总数	男	女		
估计数（单位：千户）						
1975	1 089	611	138	473	443	36
1980	1 684	910	192	718	722	52
1985	2 192	1 131	218	913	996	65
1990	3 113	1 613	295	1 318	1 400	100
1996	4 866	2 360	484	1 876	2 332	174
1997	5 159	2 478	556	1 922	2 522	159
1998	5 614	2 724	555	2 169	2 712	178
1999	5 791	2 703	569	2 134	2 883	205
2000	6 261	3 079	682	2 398	2 982	199
构成比率（单位：%）						
1975	100.0	56.0	12.6	43.4	40.7	3.3
1980	100.0	54.0	11.4	42.7	42.9	3.1
1985	100.0	51.6	9.9	41.7	45.4	3.0
1990	100.0	51.8	9.5	42.3	45.0	3.2
1996	100.0	48.5	9.9	38.6	47.9	3.6
1997	100.0	48.0	10.8	37.3	48.9	3.1
1998	100.0	48.5	9.9	38.6	48.3	3.2
1999	100.0	46.7	9.8	36.9	49.8	3.5
2000	100.0	49.2	10.9	38.3	47.6	3.2

资料来源：前掲「平成 12 年国民生活基礎調査の概況」より。

对于老人的生活和生活价值来说，不可忽视的问题是与子女共同生活的比率

① 由男 65 岁以上、女 60 岁以上高龄者构成的家庭，以及高龄者和 18 岁以下未婚者构成的家庭。

很低。老人的“独自生活”及“老年夫妻家庭”的日益增加源自于与子女共同生活的家庭不断减少。2000年6月,在2182.7万名65岁以上老人中,独身生活的有307.9万人(占65岁以上人口14.1%)夫妻两人生活的有721.6万人(占65岁以上人口的33.1%),两项合计1029.5万人,达到65岁以上人口的47.2%。此项统计数据在1980年是28.1%、301万人,20年间增加了728.5万人,上升了19.1%。

与子女共同生活的65岁以上老人为1071.8万人,占65岁以上老人总数的49.1%。与1980年的739.8万人相比,人数虽然增加但比例却从69.0%不断下降。到2000年,65~69岁老人与子女同住的比率男性为41.9%,女性为41.3%;70~74岁此比率的男性为41.7%,女性为46.2%;75~79岁此比率的男性为46.9%,女性为55%;80岁以上此比率的男性为55.1%,女性为72%(见表1—5)。

伴随与子女同居率的不断下降,家庭养老功能衰退,造成了许多“老老护理”和“独居老人”现象。

表1—5 65岁以上老人与子女的同居率估计值(2000年)

性别、年龄段	总数	有配偶				无配偶				与子女同居率
		总数	夫妻二人	与子女同居	其他	总数	独身生活	与子女同居	其他	
估计数(单位:千户)										(%)
总数	21 827	13 825	7 216	6 126	407	8 002	3 005	4 592	406	49.1
男	9 291	7 899	4 105	3 489	255	1 392	631	672	88	44.8
65~69岁	3 485	3 111	1 596	1 343	148	374	214	116	43	41.9
70~74岁	2 728	2 398	1 316	999	68	331	174	138	19	41.7
75~79岁	1 599	1 339	704	609	22	259	111	141	7	46.9
80岁以上	1 479	1 051	489	538	17	428	132	277	19	55.1
女	12 536	5 926	3 111	2 637	153	6 610	2 373	3 920	317	52.3
65~69岁	3 876	2 639	1 460	1 079	93	1 237	620	521	96	41.3
70~74岁	3 315	1 893	1 012	832	39	1 423	652	701	69	46.2
75~79岁	2 491	971	464	486	16	1 520	576	885	59	55.0
80岁以上	2 853	422	175	241	5	2 430	525	1 812	93	72.0

资料来源:前掲「平成12年国民生活基础调查の概況」より。

① 根据《国民生活基础调查》与子女同居定义为:同一住宅、同一生活计划。包括同一住宅别居或同一宅基地别居。

子女一旦从农村或偏远地方进入都市，由于工作与生活的原因，再返回故里将十分困难。因此，1998年6月，鹿儿岛县的老人与子女共同生活的比率是26.9%，北海道是35.8%，宫崎县是37.3%，均是低水平^①。在年轻时即使考虑过年老后不需要得到子女的照顾，但真正老了以后，特别是当一个人独自生活面临各种各样的问题（如寂寞、易患病的身体状况等）时，很多人最终还是想依赖子女，这是理所当然的事。为实现老人们的愿望，三代同堂住宅建设的普及，本地就业活动的推进，特别是对住宅福利的社会援助政策等，这些能使老人与子女同居成为可能的社会环境亟待完善。

需要护理的老人和护理问题增多 在有老人的家庭增加的同时，有需要护理的、卧床不起的、痴呆的老人家庭也在急速增加。基于“地方老人保健福利计划的调查”原厚生省估计2000年需要护理的老人达到280万人，其中，虚弱老人130万人，卧床不起的老人120万人（前掲『国民の福祉の動向』1999年，217頁），原厚生省《平成10年国民生活基础调查》表明，家中65岁以上“需要护理者”约100.4万人。按卧床程度划分，全卧床者31.6万人，半卧床者44万人；其他”24.9万人（前掲『厚生の指標』46卷10号，1999年，54頁参照）。

2000年4月开始实施的公共护理保险制度所要求的需要护理度认定工作结果表明，至2001年5月末，“认定需要护理者”（需要援助+需要护理1~5级）为2 627 675人（65岁以上的1号被保险人2 533 692人，40~64岁的2号被保险人92 983人），其中护理服务的接受者人数是在家接受护理服务的1 381 974人，老人福祉设施（养老院）中的301 695人，老人保健设施中的235 859人和医疗设施中的107 663人。在家接受护理服务的人数达到52.6%（厚生労働省『介護保険事業状況報告（暫定）平成13年5月分』より），可以说，虽然公共护理保险制度于2000年4月开始实行，但家庭护理人员在精神上、身体上的负担还没有真正减轻。在公共护理保险制度开始前的1998年，65岁以上在家“卧床者”的被护理者中，与护理者同住（86.1%）的情况下，护理者中子女的配偶

^① 据前面的《调查》表明，即使在大城市东京的同住率也只有36.4%。这是因为，东京高昂的地价使获取两代同住的住宅变得十分困难。另外，同住率高的山形县（70.4%）、福岛县（65.1%）、青森县（63.4%）等东北日本型被西南日本型类型化的例子，其原因可用家庭规范的不同加以说明（例如，可参照三浦文夫《图说高龄者白皮书2000》，全国社会福利协会，2000年，54页）。但是，农村地区同住率的不同基本上由农业生产，特别是水稻耕作面积和产量来决定。经营耕地规模大、盛产大米的东北地方，农家人口多，三代同堂家庭多，因此同住率也高（参见《日本统计2001》2001年90、94、100页）。

占 32.5%，配偶占 28.5%，子女占 22.5%，其中女性护理者占 85.21%。护理者的年龄 65 岁者达到 40.5%，其中护理者为配偶的占 29.6%，即所谓“老老护理”。特别是偏远地区，这种状况更为严重。全部“卧床者的主要护理人”中，感到“烦躁、疲劳”的达到 70.0%。其原因（多项选答）是“亲属护理”“同住亲属的健康、疾病”“自己的健康、疾病”“失去自由时间”“自己老后的护理”“与亲属的人际关系”等（前掲『厚生の指標』46 卷 10 号，54~57 頁参照）

然而，厚生劳动省为了把家庭成员从护理工作的劳苦中解放出来建立的护理保险制度于 2000 年 6 月 1 日实行后，该省的调查《平成 12 年护理服务家庭调查概况》（前掲『厚生の指標』48 卷 8 号，2001 年，48~57 頁参照）表明，护理者中女性占 72.2% 按年龄排序，40~49 岁的占 12.3%，50~59 岁的占 28.9%，60~69 岁的占 23.6%，70~79 岁的占 17.1%，80 岁以上的还有 5.8%。50~69 岁年龄段的护理者占到 52.5%，其中女性护理女性的比例是 42.9%，50~59 岁女性护理 80~89 岁需要护理的男性的比例达到 31.4%。与此相对，女性护理男性的比例占 29.2%。另外，70~79 岁的护理者护理 70 岁以上需要护理的老人的情况中女性护理男性的比例是 34.4%，而男性护理女性的只有 23.5%。

对亲属护理时间的提问中回答“几乎是整天”的人，在需要护理度最高的“要护理 5 级”中占 58.9%，“要护理 4 级”中占 51.4%，“要护理 3 级”中占 39.4%，这些比例都十分高。这个事实说明建立公共护理制度，并没有把家庭成员从繁重的护理活动中解放出来，企图将护理工作社会化是不现实的，甚至是不负责任的。

护理保险制度的主要内容与特征 对需要护理老人的护理，国家废止了在行政责任下实行的不充分的措施制度，引入了新的公共护理保险制度。1996 年 11 月第 139 次临时国会提出《护理保险关联三法案》后，经过各种各样的讨论和部分修改，于 1997 年 12 月第 141 次通常国会通过，2000 年 4 月带着诸多的问题该法案开始施行。

公共护理保险制度以市、町、村为事业主体，享用者个人负担护理费用的 10%，其余的部分 50% 由 40 岁以上的投保者保费支付，另 50% 由国家（25%）和地方公共团体（都道府县和市町村各负担 12.5%）分别支付。结果国家当初计划从一直作为社会福祉的措施费中的高龄者护理费中节约 3 700 亿日元，然而由于事务费等新开支的增加，国家的节约额只达到 1 500 亿日元（『2001 年春闘デー夕白書』新日本出版社，1999 年，66 頁，『労働運動』臨時増刊、No. 421

参照)。在 2000 年 4 月该制度开始实行时，政府和执政党根据政治上的考虑，65 岁以上的老人从 4 月至 9 月免除半年的保险费，其后的一年只缴费 50%。从平成 13 年起，相当于“要护理 4 级”及“要护理 5 级”的被护理者若同时是市町村税非课税家庭的高龄者，如果不享用护理服务，其亲属可由市町村选择支付年仅 10 万日元的家庭护理辅助金或家庭护理用品。为此，政府发行了 1 兆日元赤字国债用以筹集费用。

对 65 岁以上全体老人保费的征缴首次采取了从每个市、町、村以及按不同收入的等级从年金中扣除不同保费的方法。被保险人是 40 岁以上的全体国民，实际上能够享受作为保险给付的护理给付和预防给付以及市、町、村的特别给付的人，只有支付了保费的 65 岁以上的需要护理援助的老人。作为例外，即使是对 65 岁以下随年龄增长，病情发展的“特定疾病”患者也适用。但是需要护理的老人并不是马上能够享受护理服务的，在需要护理认定审查委员会认定了被护理者在要援助和需要护理 5 等级范围内，才可在规定的时间和内容里享用预防给付（要援助）、护理给付（要护理 1~5 级）。但是，因为要缴纳 10% 的服务费（对低收入者有减少措施），例如在家护理的“要护理 4 级”，如果在规定的范围内享受全部护理服务，每个月需负担 30 600 日元，加上从年金中强制扣除的保费和享受追加服务时增加的费用（全额自费），合计起来需要护理的老人负担是相当大的。因此，2000 年 4 月开始实行的护理保险给付内容的使用率，按厚生劳动省的计算结果（2000 年 7 月在家服务利用率）来看，平均仅为 43.2%。

引入护理保险制度的意图与问题 关于引入公共护理保险制度，政府和厚生劳动省对其意义和必要性作了如下强调：“迄今措施制度下的高龄者福祉政策是行政用公费提供服务的制度。享受者需要提供家庭状况、经济状况等资料，人们存在着对来自行政的恩惠式的政策的心理抵触。……护理保险制度是根据护理需求普遍增加，有护理活动的家庭状况正在变化的情况设计出来的，与过去的措施制度相比理念迥然不同。本制度只是根据加入本制度的高龄者由于身体和精神上的障碍是否进入必须给予护理状态的护理需求，并由此决定是否提供服务。加入了本制度的人，有权选择享受适当的护理服务。”（厚生省監修『厚生白書 平成 12 年版』ぎょうせい、2000 年，130 頁）果真是这样吗？笔者认为将“措施制度”的社会福祉认为对于国民来说是无权的、不能选择的服务，这是国家与政府没有正确地把社会福祉当作国民的权利加以认识。因此预算和服务都十分不足，

对此不进行反省，反而批判社会福祉制度是错误的。

原本，如政府所认同的那样，高龄者护理是高龄者福祉的一环，高龄者福祉是社会福祉的重要组成部分。将高龄者护理用社会保险方式加以运作，使日本的社会保障制度发生了本质性的变化。社会福祉原本不是“受益者负担”、个人责任、相应的费用自己承担的制度。把作为社会福祉的对需要护理老人的护理服务搞成公共护理保险制度，用社会保险的方式加以运作，结果是其费用向40岁以上的全体国民征缴，即使对于增加经费也要基于依赖国民负担这种意图。

假定高龄者护理以社会保险方式运作是适宜的，那么被保险人应是最初方案所认定的20岁以上国民。将40岁以上国民作为被保险人说明显然国家也认为难以认同许多被保险人会成为需要护理者享受护理保险。实际上如前所述，2001年9月相对于65岁以上的2269万高龄者，其中被认定为需要护理的人是2533692人，约11.7%。由此可见只有少数人能享受的护理保险制度，与几乎所有国民都能享受的医疗保险、年金保险等的性质迥然不同。

如上所述，公共护理保险制度强调了回避公共责任和减轻公费负担，强调居家护理与社会的关联，强调了享用护理服务，需要建立加入保险的被护理人与服务机构间的契约等内容，引导高龄者护理朝着发挥市场机制的基础作用，多主体进入护理工作的领域，开展竞争的方向发展，并要研讨进一步利用营利法人作为提供服务的主体。不过，这种市场原理的引入将来必然会引起保险费、使用费的上涨。维护护理服务的内容，提高服务水平所需的费用将会转嫁给被保险人和使用服务者。与现在持续增加的“无年金者”相同；“无护理者”将可能大量产生出来。

建立这种无道理的“公共护理保险”制度，是最近政府和厚生劳动省正在推进的称之为社会保障创编“改革”的象征对国民生活保障义务、责任逃避的政策。也就是说，这项制度让社会福祉从“措施制度”转为契约制，扩大受益者和使用服务者的负担，强力鼓励利用民间福祉服务，以此作为脱离社会保障原则的政策先锋。实际上这就为此后的社会福祉事业法改为社会福祉法奠定了基础。2003年起除了一部分内容之外，契约制的社会福祉开始施行。新的医疗保险制度模仿护理保险制度，规定从2001年1月起，70岁以上高龄者医疗费费的10%，由自己负担。经团联以及日经联还提出，对70岁以上的老人设立的医疗保险，保险费要切实地从老人们那里加以征收。现在正把实现这一提案作为目标。最近，厚生劳动省进一步提出将工薪阶层医疗费的个人负担率提升到30%，高龄者医疗费优待适用对象从70岁以上提高到75岁以上，并且个人负担率提高到20%。