

# 超高齢社会の基礎問題に関する研究

武村 由美\*

(受領日：2018年5月7日)

高知工科大学 地域連携機構  
〒782-8502 高知県香美市土佐山田町宮ノ口185

\* E-mail: takemura.yumi@kochi-tech.ac.jp

要約：人口転換と近代家族の変動を基礎理論として、超高齢社会の課題を検討した。出生率が人口置換水準を割り込んだ第2次人口転換後、結婚行動は変化し「結婚するかどうかもはや制度ではなくライフスタイルの問題」となった。その結果、少子化が進んだが、生活水準の上昇と医療の進歩により長寿化が達成されたことで、少産少死の安定した社会が成立した。この間、家族の個人化が進んだことや親密性が変容したことに加え、社会の発展とともに家族が広域化したことなどから介護などの役割は家族の手から介護職の手へと移行しつつある。経済成長は鈍化し、高齢者医療・介護費用は増加の一途をたどっているが、まずは介護を必要とする人を増やさない支援が必要である。そして2008年、死亡率が出生率を超え、わが国は多死社会へと移行した。われわれは「死」から目をそらさず向き合うべき時を迎えた。人生100年時代の超高齢社会に対応した社会システムを構築する試みが必要であり、それが「現代」の課題である。

## 1. はじめに

わが国は、世界で最も高齢化が進行した超高齢社会となったが、やがて誰もが100歳くらいまで生きる「人生100年」の時代が到来するともいわれている。そして2008年、わが国は死亡数が出生数を上回る人口自然減へと転じ、人口減少社会へと移行した。さらに2013年に高齢化率は25.2%となり総人口の4人に1人が高齢者の高齢社会を迎えた。

急速に進行する高齢化と人口減少をそのまま放置すると将来的に財政破綻や社会保障制度の行き詰まりなど、わが国の経済状況や国民生活に大きな影響があるという漠然とした不安が存在する。

しかし一方で、人口減少はこれまでの価値観を見直し、経済成長を目標としなくても十分豊かさが実現される社会を構築する良い機会であり、人口の高齢化は個人の豊かな長寿の実現と社会システム全体を見直す良い機会であるとの見方がある。

P.F. ドラッカー(2002)は「日本では誰もが経済の話をする。だが、日本にとっての最大の問題は社会の方である<sup>1)</sup>」と言い、50年に及ぶ経済の成功をもたらした社会的な制度、政策、慣行がもはや満足に機能しなくなっており、「今まさに、再び新たな制

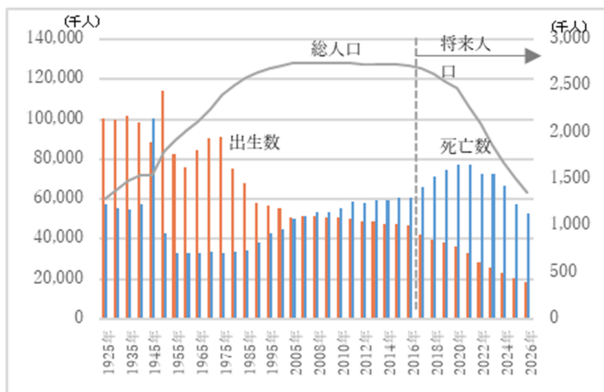
度、政策、慣行が求められている」として、日本には「社会的な革新」が必要だと示唆する。

人口減少や人口の高齢化が要因となって起こる社会現象にはプラス面とマイナス面の両面があるとしても、すでにわが国は少子高齢化の進行した「人口減少社会」に移行しており、これまでの経済成長型社会システムからの転換が必要であることは間違いないだろう。

わが国は今大きな転換期を迎えているが、このような社会変動のなかで、より良い選択をするためには、過去から現在、そして未来へと続く社会の姿を正しく理解する必要がある。本稿では、人口減少と高齢化によって特徴づけられる社会実態を把握し、これからの時代の「新たな社会像」を探ることを目的とする。

## 2. 人口転換と社会変動

「すべての社会現象の基礎に人口現象があることはいまでもなく、明白な事実である。一定の社会関係のなかにある数の人間がいるという事実の上にすべての社会現象は成立し、その数量的な在り方、その構造は、その上に成立する事実と一定の



資料：総務省統計局ホームページ  
「2-1 人口の推移と将来人口」  
<http://www.stat.go.jp/data/nihon/02.html>

図 1. 総人口・出生数・死亡数の推移 (2016 年)

性格、傾向を与え、これに影響する」<sup>2)</sup> と言うように、現在の社会の実態を把握し、将来像を展望するために、まず人口動態とその特徴をみる。

## 2.1 少子高齢化する社会

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（平成 29 年推計）」によれば、総人口は、2015 年国勢調査による 1 億 2709 万人から 2065 年には 8,808 万人（出生中位・死亡中位推計）になるとされている。老年人口割合（高齢化率）は、2015 年の 26.6% から 2065 年には 38.4% へと上昇し、合計特殊出生率（1 人の女性が一生に産む子供の平均数）は 2005 年の 1.26 を底に緩やかな回復傾向にあるというものの依然として低い水準に留まっていることから、当分の間わが国の人口は着実に減少すると考えられる。では、どのくらいの規模で減少するのだろうか。

図 1 は、1925 年から 2016 年現在のわが国の総人口・出生数・死亡数の推移と 2017 年から 2026 年に至る将来推計人口・出生数・死亡数を表したものである。

1925 年以降、第二次世界大戦による戦死者の増加の時期を除けば着実に増加傾向が続き、2008 年には 128,033,000 人に達しピークを迎える。

しかし一方で、出生数は 1975 年以降急減し始めており、人口がピークに達した 2008 年には死亡数が出生数を上回り、人口の自然減が始まったことで長期の人口減少過程に入ったと考えられる。以後、総人口は長寿化に支えられて 2016 年までは一定数を保持するものの、高齢者の死亡数の増加と出生数の減少により 2022 年に総人口は 1 億人を割って、99,744,100 人となると推計されている。2016 年から

2026 年の 10 年間におよそ 638 万人が減少し、平均すれば、年間 60 万人以上が減少していく見通しにある。

過去にも飢饉や戦争などの異常事態による人口減少が起きたことはあったが、それは一時的なものであった。ところが、現在起きている人口減少は当分の間回復する見込みはなく、死亡率の高さに加え出生率の低下が主な原因となっていることに特徴がある<sup>3)</sup>。

## 2.2 人口転換と家族変動

出生数と死亡数の構造変化は、結婚・出産などの家族形成行動を通じて、きょうだい数の減少、核家族化の進行、三世帯世帯の減少、単身世帯の増加など大きな家族変動を引き起こしてきた<sup>4)</sup>。

落合(2013)は、近代の家族変動と社会変動を捉えるための理論的基礎は人口転換（demographic transition）とジェンダーであるべきだとする<sup>5)</sup>。

人口転換とは、社会の近代化にともない多産多死の高出生率・高死亡率から少産少死の低出生率・低死亡率へと人口構造が転換することを言う。死亡率の低下は生活水準の上昇によるところが大きく、特に乳幼児死亡の低下が著しい。一方、出生率の低下は夫婦の意図的産児制限によるものとされる<sup>6)</sup>。

人口転換期について日本では、明治維新（1800 年代半ばころ）以前が第 1 段階、明治から昭和 30 年代半ば（1960 年頃）までが第 2 段階、昭和 30 年代半ば以降が第 3 段階であると考えられている<sup>7)</sup>。

図 2 に、1872 年（第 2 段階）以降のわが国の人口転換の大体の時代区分を整理した。

多産少死から少産少死への人口転換は、戦後のベビーブーム（1947 年～1949 年）が終わった後に始まり 1959 年まで続いた。

この人口転換における出生率低下は、一夫婦あたりの子ども数の減少である。また、死亡率の低下は、大半の人が高齢期まで生きられることを意味する。このことは、「ライフステージを順々に昇ってゆく標準的なライフコースが可能になり、死別が減って結婚のきずなも長続きするようになった。誰もが結婚し、ほぼ一生添い遂げるといった人口学的条件が成立して、近代家族を社会の基礎単位とする社会が可能となった」<sup>8)</sup>。

人口転換の後、出生率は人口置き換え水準程度に保たれ、1966 年の丙午を除けば 1974 年までほぼ一定に保たれた（第 1 次転換）。人口転換は、近代家族の成立を可能にする条件を生み出し、しばらくはほとんどの男女が結婚し、2～3 人の子どもを

もつ安定した「近代家族システム」が続いた。しかし、1974年を境に再び出生率低下が始まった。この低下は人口置き換え水準を割り込む水準への低下であった。この転換を第2次人口転換（the second demographic transition）という。この時出生率の低下と並行して離婚率の上昇や婚姻制度によらない同棲の増加、そして婚外子の割合も上昇した。「結婚するかどうかは制度ではなくライフスタイルの問題」となり、社会の基本単位は家族ではなく個人となった。ここに「近代家族システム」は終焉した。「個人化」と「親密性の変容」という「第2の近代」の特徴は、まさに第2次人口転換の帰結であった<sup>5)</sup>。

丸山(2018)は、家族形成行動と人口移動の関係という枠組みで、少子化を検討している。そして、第2次転換後の少子化の背景には、「女性の高学歴化、職場進出が進むことによって晩婚化が進み、少子化を引き起こしている」という見方が多くの研究に共通しているとし、第2次人口転換後の少子化は、女性の高学歴化、職場進出による晩婚化であると捉えている<sup>4)</sup>。

ここで注意を向けたいのは、晩婚化の背景についてである。女性の社会進出が晩婚化を招き、少子化へとつながったという捉え方は本質を見失う恐れがあり注意しなければならない。

落合(2013)は、「近代家族は作れない人が多くなったので終焉したのであり、女性も就労しなくては生活できなくなったから就業率が上がったという面が大きいのではないだろうか」といい、「家族単位の社会を再建しようとする政策は間違いであり、罪深い。皆が同じような家族を作ることにはできない社会になったことを前提に社会を設計しなければ、多くの人々が制度の網の目から落ちてしまう。家族を作ったとしても家族に多くの責任を負わず社会では、かえって家族というリスクを避けようとする「家族からの逃走」がおきる... 中略... 家族の多様化と個人化という現実を目をつぶるなら、将来予測も対策づくりも見当違いな方向に行ってしまう」<sup>5)</sup>としている。

丸山(2018)は家族の個人化について、これまで(の家族)はほとんどの場合「実家」と表現できる、家族の集まる場所があったが、子どもは進学・就職で都市圏へ流出したまま戻らず、父親が単身赴任、母親は年老いた祖父母の介護で祖父母の家に移り住むということになると、「実家」がなくなり、家族が散り散りに生活する状況が生まれるとし、「家族としての精神的・経済的つながりを持ちつつも、

地理的つながりが希薄化するような新しい家族の形態が生まれてくるのかもしれない」<sup>4)</sup>という。

過疎地域の家族をみた山下(2012)は、地域の家族が世代間で地域社会を住み分けている構図を見出している。戦前生まれ世代は、昔ながらの生活を親から引き継いで、生まれた場所に住み続け、戦後生まれの昭和二けた世代は、成長するとともに多くが都市部へと移動して都市的生業について生計を立てる。その子ども世代は都市部で生まれ、ある世代は残り、別の世代は他の地域へ移動してそこに居住した。その結果、過疎地域の家族は広域拡大化したとする<sup>7)</sup>。

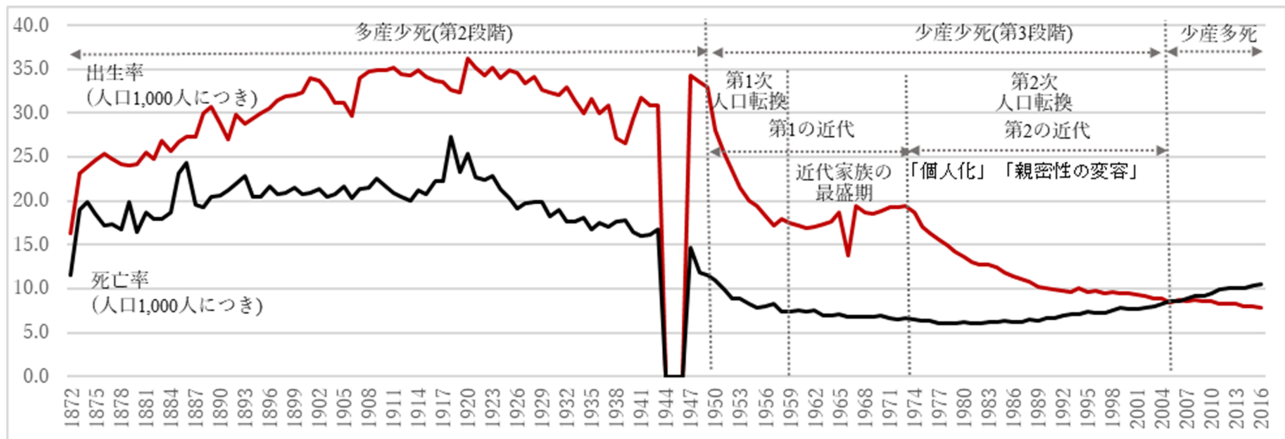
即ち、丸山(2018)が予見する精神的・経済的つながりを持ったまま広域化した家族の形態は、過疎集落において戦前戦後の昭和の大変動期にすでに構成されているように見える。ただ異なるのは家族が集まることができる「実家」の存在である。広域家族にとって「地域」とはどのような意味を持つのか、家族の広域化によって家族と地域社会のつながりが大きく変わろうとしているように見える。

### 3. 高齢化社会から超高齢社会へ

人口転換理論<sup>註1)</sup>では少産少死の段階(第3段階)が最終段階となっており、死亡率が出生率を上回る段階の人口変動については言及されていないが、わが国の人口は2005年に死亡率が出生率を上回り、少産少死の段階から少産多死の段階へと移行した(図2)。少産少死の段階が長く続くと高齢者人口割合が高くなるので、社会は高齢化する。

先進諸国の高齢化率を比較すると、わが国は1980年代までは下位、90年代にはほぼ中位であったが、2005年には最も高い水準になり、世界で最も高齢化した社会となった。また、高齢化率が7%から14%に達するまでの所要年数(倍加年数)によって比較するとフランスが115年、スウェーデンが85年、イギリスが47年、ドイツが40年であるのに対し、わが国は24年である。わが国は世界に例を見ない速度で高齢化が進行している<sup>8)</sup>。さらに、14%から21%への経過年数はわずか13年というさらに短い期間で高齢化が進んだ。今後わが国はますます高齢化が加速し28%(7%の4倍)が達成されるのは2030年頃と推定されている。65歳の前期高齢者が高齢化し、高齢者の大半が75歳以上の後期高齢者となった超高齢社会へと移行するのである。

高齢化社会の問題は、今後のわが国経済に大きな影響を与え、その成否が国民生活のあり方に極めて大きな影響を及ぼすと考えられることから今世紀、



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健社会統計課「人口動態統計」(1872～2004年)  
 : 総務省統計局統計データ第2章人口・世帯「2-14 出生・死亡数と婚姻・離婚件数」(2005～2016年)  
 : 国土交通省『交通白書平成14年版』「部コラム・事例人口転換理論」  
<http://www.mlit.go.jp/hakusyo/mlit/h14/H14/index.html>  
 : 落合恵美子「現代世界の転換と家族変動の論理—アジアとヨーロッパ」, 社会学評論 64(4), pp. 533-552, 2013.

図2. 人口転換とその過程

日本が直面する最も重要な人口問題は高齢化問題であるとされる<sup>9)</sup>。高齢者をめぐる社会問題も種々顕在化している。介護人材の不足や老々介護など介護に纏わる問題、独居老人の増加、孤独死や無縁死など人生最期のあり方など様々な問題が顕在化し、わが国社会の行き先の不透明さも加速しているようにも思える。

しかし、社会現象にはマイナス面ばかりではなくプラス面もある。団塊世代が死亡年齢ピークを迎える2030年から2040年頃を目途に将来の超高齢社会の姿を探る。

#### 4. 将来の超高齢社会（2030年～2040年頃）の姿

先に見てきたようにこれからの日本社会は、単に高齢者が増加するだけでなく、出生率の低さから見て一段と少子高齢化の進行した人口減少社会であることは間違いない。そして、その進展は団塊世代が平均寿命を超える2030～2040年頃にピークに達すると推定される。

高齢者の健康度に注目する鈴木(2012)は、団塊世代の健康度は相対的に高いが、2030年頃をピークとしてその後の高齢者の健康度は徐々に低下することを予測している。それは、健康度が徐々に低下し始める75歳以上の後期高齢者を中心に虚弱高齢者が増加し、それが高齢者全体の健康度を引き下げたためだとみている<sup>10)</sup>。

老化とその先にある死は医療では解決できない不可逆的な課題である。しかし、よりよい環境で満

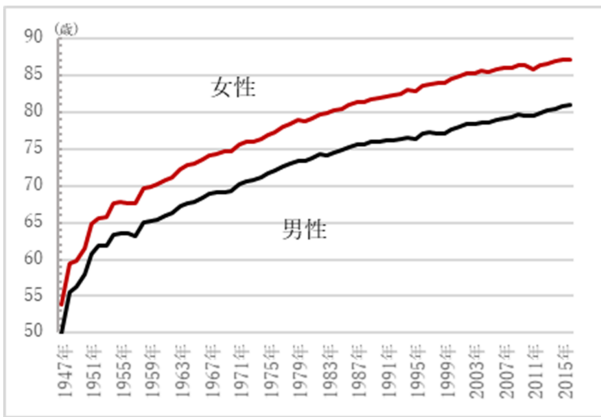
足で快適な最期を過ごすことができる社会の実現は不可能ではないだろう。個人化と多様化が進むなか、超高齢社会に対応した備えを検討する。

#### 4.1 人生100年時代へ

日本人の平均寿命は、男性80.98歳、女性87.14歳（厚生労働省「簡易生命表」平成28年データ）と男女ともに80歳を超えた（図3）。

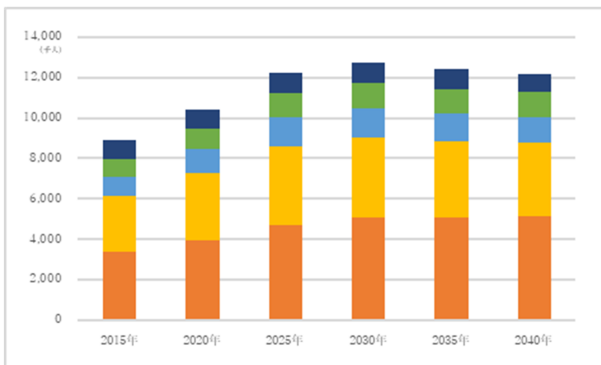
1947年生まれの団塊世代は、0歳時の平均余命が男性50.1歳、女性54歳とまだ人生50年と考えられている時代だった。しかし現在は、人生90年時代といわれおり、2017年には90歳以上の高齢者が200万人を突破している。さらに、100歳を超える百寿者（センチネイリアン）人口も7万人を超え（総務省統計局統計トピックス「1. 高齢者の人口」データ）、今後も寿命は延びることが予測されている。

人生50年時代にはほとんど問題にならなかった介護が、現在は大きな社会問題となっているように、人生50年の時代と人生100年の時代では、その生き方や人生設計はおのずと違ってくる。人生が2倍長くなり、それまでの人生モデルが通用しなくなった。個人化と生き方の多様性が現代社会の特徴である。これからの時代を生きるわれわれは、自ら人生を設計する必要がでてきた。長期化する高齢期をどのように生きるのか、人生100年時代に対応した社会制度や人生設計が必要である。まずは、高齢社会となったわが国の現状について概観する。



資料：厚生労働省ホームページ「平成27年簡易生命表の概況」参考資料2、「主な年齢の平均余命の年次推移」の0歳の平均余命をもとに作成

図3. 平均寿命の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所『日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018（平成30）年推計）表2 家族類型別一般世帯数及び割合と平均世帯人員』データをもとに作成

図4. 世帯主75歳以上の世帯の世帯類型別世帯数推移（2015～2040年）

#### 4.2 核家族の単身高齢者世帯化

社会の変化とともに近代家族システムは終焉し、個人化の進行にともない世帯規模は縮小した。

図4は、75歳以上高齢者が世帯主である世帯について世帯構造の変化を表したものである。

高齢者単身世帯と高齢者夫婦のみ世帯を合わせると2015年度が68.7%、2030年度が70.7%とほぼ7割が後期高齢者のみの世帯である。後期高齢者のみ世帯の割合はほぼ同じであるが、2030年度の単身世帯と夫婦のみ世帯を合わせた後期高齢者のみの世帯数は9,021千世帯と2015年度のおよそ1.5倍となっている。

わが国では従来、高齢者介護は家族が主体となっていたが、家族が広域化している現在、福祉サービスの需要が大きくなることが予想される。

しかし、医療費や介護給付費の膨張から社会保障

制度そのものの維持が危惧されており、その原因として少子高齢化の進展や経済成長の鈍化が安定的な財源確保の妨げになっているということが言われている。しかし、要支援・要介護高齢者は経済成長の度合いに関わらず一定数現れるはずである。介護保険制度や地域の福祉サービスは高齢者や家族にとって不可欠なものであり、経済が停滞することによって高齢者家族の生活基盤が揺らぐことがあってはならない。

#### 4.3 生涯医療費と健康寿命

わが国の高齢者は、総じて健康意識が高く、2013年の健康寿命<sup>註2)</sup>を調べた調査では、男性が71.11歳、女性が75.56歳で、男女とも世界一だという結果が報告されている（日経新聞、2015年8月28日付）。

しかし、このように高い健康度を維持していても75歳頃を境として健康状態の低下、生活機能の衰えなど身体の虚弱化が急速に進行する。

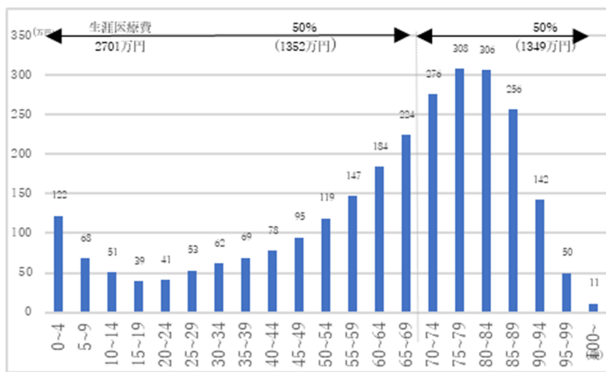
図5は2015年度（平成27年度）の生涯医療費の推計を表したものである。「生涯医療費」とは、仮に年齢階級別1人当たり国民医療費、年齢階級別死亡率が当該年度から変化しないとした場合に、1人が生涯で必要となる医療費がどの程度かを推計したものである。

男女平均の生涯医療費は約2700万円で、その50%を70歳以上で消費している。このように高齢期には健康度が低下し、医療費や介護費の負担が大きくなる。高齢者自身の生活を維持することはもとより、高齢者医療や介護費用を抑制し、社会保障制度の維持を図るためには健康長寿であることが必要である。

図6は平均寿命と健康寿命の推移を表したものである。健康寿命は2015年の時点で男性は72.14年、女性は74.79年となっており、2001年と比較して男女ともに伸びている。しかし、2001年から2015年の15年間で平均寿命は男性が2.91年、女性が2.21年延びたのに対し、健康寿命は男性が2.74年、女性は2.14年と小さくなっており、平均寿命と健康寿命の差は2001年時に比べて大きくなっている。

この差を縮小することが健康長寿を達成するための課題である。

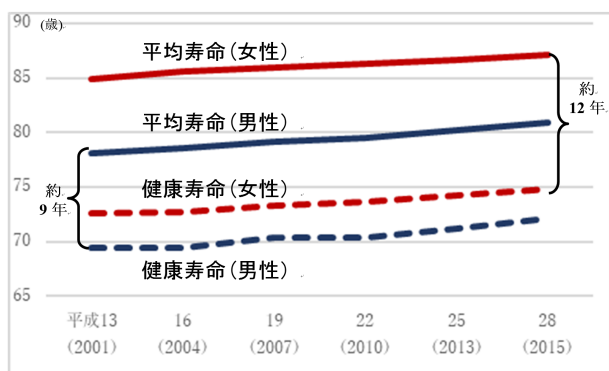
鈴木(2012)は、「今後の超高齢社会において高齢者の健康を維持するためには、病気の予防だけではなく、より重要な健康の要素である生活機能の維持向上と要介護状態となることの予防を、どう保障するかを国民全体が基本的コンセンサスとして受け入れるべき」とし「高齢期の生活のQOL



資料：厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」統計表一覧（生涯医療費）データを基に作成

（注）平成27年度の年齢階級別1人当たり国民医療費をもとに、平成27年完全生命表による定常人口を適用して推計したものの。

図5. 生涯医療費（平成27年度・男女計）



資料：厚生労働省保健局「医療保険制度をめぐる状況」, p. 56をもとに作成

図6. 平均寿命と健康寿命の推移

を考える時に、高齢者の健康の基本である「一病息災」あるいは「多病息災」の理念から見ても、病気の予防と同様に、生活の自立に重点を置く介護予防に効率的・効果的な費用をかけることが理にかなっている<sup>11)</sup>とする。

介護給付は制度導入以来ずっと増加している。しかし、介護保険によって保障される支援や介護は、要支援・要介護高齢者にとって必要不可欠なセーフティネットである。超高齢社会が最後まで安全で安心して暮らせる社会であるためには、介護給付の削減を検討する前に、まずは介護を必要としない自立高齢者を増やすための支援の検討が必要ではないだろうか。

#### 4.4 超高齢社会の課題

最期は「PPK（ピンピンコロリ）」と大往生したいと願う高齢者は少なくない。元気だった人が倒れ、救急車で病院に運ばれて治療の甲斐なく亡くなれ

ばPPKであるが、65歳以上の総死者数に占める急死者の割合は3~4%であり、圧倒的多数の高齢者は80歳を超えた頃から虚弱化し、周囲の人々からの支援を受けながら後期高齢期を過ごすことになる<sup>12)</sup>。

全国の55歳以上の男女を対象に行った平成24年度の内閣府の「高齢者の健康に関する意識調査」の結果によると、自宅で最期を迎えることを希望する人は54.6%（男性62.4%、女性48.2%）と半数以上が自宅を希望するのに対し、現実には1割程度にとどまっている。

今後団塊世代が死亡ピークを迎える頃には年間170万人（うち65歳以上が150万人）が死亡すると推計されている。高騰する医療費の問題や現在の医療機関のシステムを考えると急増する死亡者数に対処するのは相当困難なのではないだろうか。

こうした状況を踏まえて、各自自治体が主体となっ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、地域の包括的な支援・サービス提供することを目的とする「地域包括ケアシステム」の構築が推進されている。しかし、家族や地域を取り巻く環境は変わっている。高齢者の単身世帯が急増する現在、在宅ケアから看取りまで独居老人の終末期をわれわれはどのように支えられるのだろうか。

内閣府が全国の65歳以上の単身世帯の高齢者を対象に行った「平成26年度一人暮らし高齢者に関する意識調査」によると、主たる介護者として、ヘルパー・介護サービスの人と答えた者の割合が51.7%と最も多く、次いで子が31.4%、わからない6.9%と続く。半数以上の人ヘルパー・介護サービスなど介護保険制度を利用するフォーマルサポートを希望しており、介護は家族内で行われることが一般的ではなくなった。近代家族システムが終焉し、個人化が進んだことで、家族の機能は大きく変化している。その為か、世帯主が65歳以上の高齢者世帯では、介護や病気への備えを目的とした貯蓄が全世帯平均の1.4倍で、平均貯蓄高は2,257万円にのぼる。さらに、4,000万円以上の貯蓄を有する世帯も16.1%と全世帯10.2%を大きく上回っている。しかし一方では、男女別・年齢別の相対的貧困率をみると、男女とも高齢期に上昇する傾向があり、特に女性の貧困率が高くなっている（高齢社会白書平成24年版）。

身体的、社会的、経済的に虚弱化する高齢者が、死を間近に控えた超高齢期を安全に、不安なく過ごし、その先にある死をどこで、どのように迎えるの

か。われわれ一人ひとりがいずれ必ず向き合わなければならない問題である。

## 5. 超高齢期と死生観

どんなに病気を予防し、生活自立度を高める努力をしても老いは進行し、やがて死は訪れる。「どこで、どのように死ぬか」というのは、晩年期最大の課題である。

### 5.1 最期を迎えたい場所

かつてわが国では「生老病死」が家の中にあり、1950年代は約8割の人が自宅で亡くなっていた。

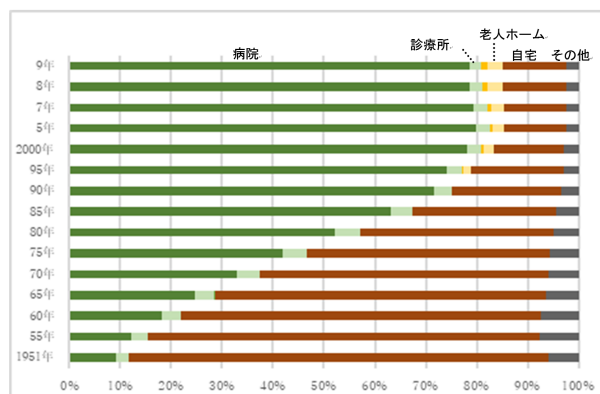
しかし、1970年代半ばに近代家族システムが終焉を迎え、1970年代後半には病院死と自宅死が逆転した。そして、2009年現在では8割近い人が病院で亡くなっている(図7)。

一方、全国の55歳以上の男女に最期を迎えたい場所について尋ねた「高齢者の健康に関する意識調査(平成24年度)」の結果を見ると、自宅が56.4%(男性62.4%、女性48.2)、次いで病院などの医療施設が27.7%(男性23.0%、女性31.6%)となっている。

自宅で最期を迎えたい人は全体の半数を超えているものの、実際に自宅で最期を迎えた人は1割程度しかおらず、大きな開きがある。

自宅で最期まで介護を受け、亡くなっていくことができない理由について「介護してくれる家族に迷惑がかかる」ことを約8割の人が、「症状が急変した時の対応に不安がある」ことを5割以上の人が挙げている。

半世紀以上を家族と共に生きて、最期に「家族に迷惑がかからないように」と遠慮しなければならないほどに家族の親密性は失われたのだろうか。或いは、最期まで自立して暮らすという自尊心の表れだろうか。いずれにしても、この半世紀足らずでわが国の高齢者を取り巻く環境は大きく変わった。できる限り自立して暮らしたいと考える高齢者にとって、人生最晩年期に最も重要な課題は、自立した生活に向けて努力し、自分が納得した介護を受け入れ、障害を持ったとしてもいかに幸福な人生と感じ、満足して死ぬことができるかということであり、超高齢社会においては高齢期の幸せ、QOL、個の尊厳といった視点からどのような選択を、どこまで許容できる社会であるかということがきわめて重要であり、これらの問題を解決するためには、終末期医療の費用と場所を解決することは必要不可欠である<sup>13)</sup>。即ち、高齢者の「死」と「尊厳」に関わる問題である。



資料：厚生労働省ホームページ  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii09/deth5.html>  
 (2018年4月23日現在)

図7. 死亡の場所別にみた構成割合の年次推移

### 5.2 死と向き合う

キューパー・ロスは著書『死の瞬間 死にゆく人々との対話』(1971)の中で、「われわれの科学が進めば進むほど、死の現実を恐れ、否認する傾向が強くなるように見える。どうしてそうなるのであろうか?」と問い、「我々のすべてが、自らの死を見つめ始めれば、多くの事柄に影響を与えることができる。そのうち最も重要なのは、われわれの患者、われわれの家族、そして最終的にはおそらく国民の福祉ということである<sup>14)</sup>と死に向き合うことの必要性を説いている。

多死社会を迎えた現在、われわれ一人ひとりが死と向き合い、それぞれが望む終末期や死をどのように迎え、わが国で起きる多死とどう向き合うのか、国民の合意を形成することがより一層重要になっている。

先に見たように、高齢者の描く「理想の最期」は、家族に迷惑をかけないように PPK(ピンピンコロリ)とある日突然死亡することである。しかし、一方で「死ぬのはとても怖い」と感じる人は少ない。ロスは、死の恐怖について「死そのものは問題ではなく、死にゆくことが、それに伴う絶望感と無援感と隔離感のゆえに恐ろしいのである<sup>15)</sup>」といい、第一生命経済研究所(2004)の調査でも、死そのものよりも痛みや苦しみに対して大きいことが明らかとなっている。そして、家族の死に遭遇した経験のない人の79.7%が、死ぬのが怖いと回答し、家族を亡くして10年未満の人の3割以上が、死が恐くないと答えている<sup>16)</sup>。

「多産多死」の時代や、三世同居が一般的であった時代には、生活の中に「生と死」があり、子

どもの頃から自然なものとして受け入れられていた。しかし、「少産少死」の時代の核家族化によって、「死」は身近なものではなくなった。

そして、かつては家の中で自然とできていた「死」のイメージは、知識として学ばなければならない時代となった。

最期の日々をその人らしく過ごし、本人だけでなく家族や親しい人々が満足して「死」を迎えられるような、そして、多死社会と肯定的に向かい合えるような死の捉え方、いわば「死生学」の一層の充実が求められている。

### 5.3 老衰死という選択

多死社会を迎えたわが国で、「老衰死」の報告が増えているという。経験的には苦しみや痛みを感じず、静かに眠るように死を迎えるとされる「老衰死」は、医療の進歩とともに減少し、長寿化を達成した現在再び増加している。その背景には、「死」に対する価値観の変化があるとされる。

一方で「老衰と診断されて亡くなった人が多い自治体ほど高齢者の人当たり医療費が低くなる傾向がある（日経新聞、2017年12月25日付）」との調査結果も報告されており、高齢者人口が急増するなか、高齢者医療・介護費用の抑制という面からも「老衰死」が増加することが予想される。

「老衰死」とは、一般には加齢による心身の能力が衰え死に至ることとされるが、「老衰死」の概念は曖昧で、統計上の「老衰死」は、厚生労働省が発行した医師向けのマニュアルに沿って診断される。医学的には「非常に高齢になると、生命の維持に不可欠な、生体のホメオスタシスを維持できなくなった結果」<sup>17)</sup>であるが、医学的に認知されているものの死の直接原因となりにくい性質を持っており<sup>18)</sup>、実際には様々な立場により老衰死に対する考えや定義が異なることから、在宅医療において医師が老衰と診断する過程で迷いや葛藤を抱えながら、家族との関係性を重視して老衰”という診断行っているという報告もされている<sup>19)</sup>。つまり、現在においては医師の判断によって「老衰死」するのである。

一人の高齢者の死は、ただ単に高齢者が命を終えるということだけではなく、高齢者を取り巻く家族や周囲の人々との関係性の「死」でもある。医療関係者と家族が継続的に高齢者を支えた結果の「老衰死」であればよいのだが、先に見たように単身高齢者が増加している現在、様々な事情を抱えた高齢者がいる。安直に「老衰死」と診断されることがあってはならない。

とはいえ、「老衰死」による大往生は多くの人の望みであろう。「老衰死」に関する議論はまだ十分とはいえない。どんな状況にあっても、すべての高齢者が穏やかな最期を迎えられるような仕組みづくりが求められる。

## 6. おわりに

本稿では、「すべての社会現象の根底に人口現象がある」ということを前提にして、戦前戦後の人口現象をみてきた。戦後、子どもの死亡リスクが小さくなったことは、親たちを少子化へと向かわせた。このことにより我が国は少産少死の時代を迎え、近代家族成立の条件が整った。また、少死は高齢者になるまで死なないことを意味し、人生の安定性と予測可能性を高めた。学校への入学・卒業、就職、結婚、出産、子どもの教育、退職と順々にライフイベントを経験する同質的な近代家族が成立した。

また、少子化に加えて、多くの高齢者の長寿化によって高齢化率は上昇し、わが国は高齢化社会へと急速に進展していった。この間、晩婚化や非婚化、離婚の増加、子どもを持たない選択、一人暮らし高齢者の増加など、ライフコースの個人化と多様化が進み、自分の人生は自分で主体的に設計していこうとする志向が高まった。

そしてわが国は少産多死の時代を迎えた。人生50年の時代から一気に人生100年の時代へと移行し、わが国の高齢者は退職後、長い高齢期を過ごすこととなった。しかし、高齢社会対策や制度が目まぐるしく変更されてきたことをみてもわかるように、あまりに短期間で長寿化が達成された為、高齢社会のシステムや高齢者の課題への対応や心構えが十分に準備されないまま高齢社会を迎えてしまったように思われる。しかし、近年では、老年学など科学的根拠に基づいた高齢者や高齢社会に関する知識の蓄積もなされてきた。

個人としてどのような高齢期を過ごし、死を迎えたいのか、さらには、今後わが国が迎えるであろう多死社会とどう向き合うのか。われわれ一人ひとりが向き合わなければならない課題である。

高齢期は様々な喪失を経験すると言われる。その一つが役割を喪失し、社会とのつながりを失うことである。しかし、「生」と「死」の問題に直面する後期高齢者は、死にゆく態度や過程を後の世代に伝えるという重要な役割を担っているのではないだろうか。子どもたちの安易な自殺願望や「人が死ぬのを見たかった」というような短絡的な事件を見聞きするにつけ、高齢者と子供たちが日常を共にし、



子どもたちが安らかな死のイメージを自然と持てるような環境が必要であるように思えてならない。

家族の機能が大きく変わっていることはすでに見てきた。高齢者たちは、老後を家族に頼るのではなく、サービスを利用し、生活を補完しながら、一人になっても最期まで自立して暮らしたいという考えが増えている。

米国の高齢者コミュニティをモデルにした日本版 CCRC (Continuing Care Retirement Community) 構想など、高齢社会に対応した社会づくりが進められている。都会の高齢者が健康なうちに地方に移り住み、高齢者同士の共生社会でセカンドライフを医療や介護を受けながら活動的に暮らすというプランである。高齢者同士という同質性の高い社会であるから、高齢者にとっては過ごしやすい社会かもしれない。ただ、そこに子供や子育て中の若い世代、中高年の単身者など多様な人々が加わり、やがては広域化した家族の集まる場所となれば多様な価値が生まれるように思われる。

善く生きるために「メメント・モリ (死を想え)」ということが言われる。多死社会を迎え、われわれは「死」から目をそらさず向き合うべき時を迎えた。今こそ高齢者の智慧を活かし科学的根拠にもとづいた持続可能な長寿社会を目指す時を迎えたのではないだろうか。超高齢社会に対応した社会システムを構築する試みが必要であり、「現代」の課題である。

## 註

1) 人口転換理論は、ノートスタイン (Notestein) らによってヨーロッパの経験に基づいて唱えられた人口変動に関する一般理論で、高出生率・高死亡率均衡から低出生・低死亡率均衡への社会の不可逆的転換のことをいう。転換前と転換後は人口の増減の少ない静止人口常態となる。近年の研究によれば、転換過程には例外が少なからずみられ、産業化との因果関係も含めより綿密な検討が必要であるとされている (社会学事典, 2006 参照)。しかし、落合 (2013) が指摘するように「人の (再生産) 近代」を作り出したのは人口転換であると考えるので、本稿の枠組みとして使用した。

2) 健康寿命とは、2000 年に WHO (世界保健機関) によって提唱された概念で、平均寿命が「あと何年生きられるのか」という生存の長さを問うものであったのに対し、健康寿命は「あと何年自立して健康に暮らせるか」を問うものである (辻, 2013)。厚生労働省「健康寿命の算定方法の指針」では、「あ

る健康状態で生活することが期待される平均期間またはその指標の総称」と定義され、健康寿命の指標として「日常生活に制限のない期間の平均」「自分が健康であると自覚している期間の平均」と「日常生活動作が自立している期間の平均」が取り上げられている。

## 文献

- 1) P.F. ドラッカー, 上田惇生訳, “ネクストソサエティ”, i-, ダイヤモンド社, 2002.
- 2) 富田富士雄, “増補版 人口社会学の基本問題”, 新評論, p. 17, 1977.
- 3) 宮本みち子, “人口減少社会の生活像”, 放送大学教育振興会, p. 18, 2006.
- 4) 丸山洋平, “戦後日本の人口移動と家族変動”, 文真堂, pp. 2-12, 2018.
- 5) 落合恵美子, “近代世界の転換と家族変動の論理—アジアとヨーロッパ—”, 社会学評論 64(4), pp. 533-552, 2013.
- 6) 見田宗輔, 栗原彬, 田中義久編, “縮刷版 社会学事典 (落合恵美子—人口転換)”, 弘文堂, p. 485, 2006.
- 7) 山下祐介, “限界集落の真実—過疎の村は消えるか?—”, ちくま新書, pp. 204-206, 2012.
- 8) 内閣府, “高齢社会白書平成 24 年版” 内閣府ホームページ, URL = [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf_index.html), 2018.5.4 現在.
- 9) 清水浩昭, “日本人口論 高齢化と人口問題”, 放送大学教育振興会, p. 14, 1998.
- 10) 鈴木隆雄, “超高齢社会の基礎知識”, 講談社現代新書, p. 24, 2012.
- 11) 鈴木隆雄, “超高齢社会の基礎知識”, 講談社現代新書, p. 69, 2012.
- 12) 鈴木隆雄, “超高齢社会の基礎知識”, 講談社現代新書, pp. 140-142, 2012.
- 13) 鈴木隆雄, “超高齢社会の基礎知識”, 講談社現代新書, pp. 143-158, 2012.
- 14) E. キュープラー・ロス, 川口正吉訳死ぬ瞬間 死にゆく人々との対話”, 読売新聞社, pp. 20-21, pp. 33-34, 1971.
- 15) E. キュープラー・ロス, 川口正吉訳死ぬ瞬間 死にゆく人々との対話”, 読売新聞社, p. 296, 1971.
- 16) 小谷みどり, “死のイメージと死生観”, 第一生命経済研究所 Life Design Report, pp. 4-15, 2003.

- 17) 那須宗一監修, “老年学事典—村井淳志「老年者の終末期」, ミネルヴァ書房, p. 222, 1989.
- 18) 前原なおみ, “老衰死の看取り体験から老いの課題を考える: ボーヴォワールの『老い』を手掛かりとして”, 臨床哲学 17, pp. 101–117, 2016.
- 19) 今永光彦, “在宅医療において、医師が死因として「老衰」と診断する思考過程に関する探索”, 勇美記念財団による研究助成完了報告書, 2014. URL = [http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1\\_20140912120859.pdf](http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20140912120859.pdf)
- 20) 国土交通省, “国土交通白書平成 14 年度版”, 国土交通省ホームページ, URL = <http://www.mlit.go.jp/hakusyo/mlit/h14/H14/html/E1C01000.html>, 2018.5.4 現在.

# Study on the Basic Issues of a Super-aging Society

**Yumi Takemura\***

(Received: May 7th, 2018)

Center for Local Sustainability, Research Organization for Regional Alliances,  
Kochi University of Technology  
185 Miyanokuchi, Tosayamada, Kami City, Kochi 782–8502, JAPAN

\* E-mail: [takemura.yumi@kochi-tech.ac.jp](mailto:takemura.yumi@kochi-tech.ac.jp)

**Abstract:** This study reviews the pressing issues of the super-aging society in Japan as the theoretical framework combining family changes in demographic transitions. After Japan's second demographic transition, the attitude toward marriage changed resulting in the birthrate declining further. However, owing to the rise in the standard of living and advanced medical care, longevity and a stable low level birth-death rate has taken root in Japanese society. Moreover, there has been a transformation of intimacy and individualization in the modern family structure with family members living in areas far apart from each other. Consequently, the responsibility of nursing care has shifted from family members to nursing care workers. Economic growth is decelerating, but the medical costs and nursing care expenses of the elderly are steadily increasing. Therefore, it is important to support the elderly who need nursing care now without increasing their numbers. In 2008, the mortality rate exceeded the birthrate, and Japan became a multi-death society. Hence, we must construct a social system that corresponds to the 100-year lifespan of our super-aging society.