

# 高齢化社会への急速な移行に対応した 総合的で適切な方策についての第一次中間報告

昭和57年11月

岡山県高齢者問題研究会

はじめに（略）

## 第1章 社会経済の変容の下での 高齢化社会の到来とその及ぼす影響

### 第1節 人口高齢化の進行

#### 1 世界に例のないわが国の高齢化の 現状と見通し

わが国においては、生活環境及び栄養事情の大幅な改善、急速な医学の進歩等に伴って、平均寿命は近年大幅に伸びている。

昭和22年の男性50.06歳、女性53.96歳から昭和30年の男性63.60歳、女性67.75歳、さらに、昭和56年では、男性73.79歳、女性79.13歳というように、世界有数の長寿国となってきた。

しかし、一方では、出生率（人口1,000人あたりの出生数）は、昭和30年の19.4から昭和56年の13.0と著しく低下している。

この結果、わが国の人口構成は、極端にアンパランスになっている。

厚生省人口問題研究所の推計によると、今後、さらに、層の厚い現在の中老年層が高齢化していくこと、及び、30年後には、いわゆる戦後のベビーブーム世代が高齢者となることから、人口構成は急速に

高齢化していき、昭和56年（1981年）における高齢化率（65歳以上の人口の全人口に占める比率）は、9.3%であったものが、昭和75年（2000年）には15.57%、さらに、昭和90年（2015年）には21.12%に達すると予測している。

しかも、わが国の高齢化は、諸外国と比べて著しい特色があるとされている。

第一に、高齢化の速度が極めて速いことである。高齢化率が5%から12%に達する年数をみると、フランス170年、スウェーデン105年、西ドイツ75年であるのに対し、わが国は、わずか43年の短期間と予測されている。

第二の特色としては、高齢化率が極めて高く、しかも、そのピークの状態が継続すると考えられている。

欧米諸国のうち、最も高齢化が進んでいるといわれているスウェーデンは、1990年の17.2%をピークに下降すると予測されているが、わが国は、昭和90年の21.12%からさらに、22～23%程度まで上昇し、この状態が、25～30年間続くと見込まれている。

## 2 岡山県における高齢化の現状と見通し

昭和56年の本県平均寿命は、男性74.21歳、女性79.78歳というように、全国平均（男性73.79歳、女性79.13歳）を上回っている。

一方、出生率は、昭和56年12.5と全国平均（13.0）を下回り、これによって、一層高齢化が進んでいる。

また、高齢化率は、昭和50年が10.7%、昭和56年12.2%と、ずっと全国平均を上回って推移しており、今後もこの傾向は続き、21世紀当初には、20%台（全国15%台）という本格的高齢社会が到来すると予測されている。高齢化率を市町村別にみた場合、県平均（12.2%）を上回るのは、78市町村のうち69市町村、15%を超えるのは、54市町村である。

20%を超える最も高い地域は、農山村部の過疎地で、加茂川町、川上町、備中町、富村、奥津町、勝田町、作東町、英田町、旭町の9町村となっている。

逆に、10%未満の地域は、岡山市、倉敷市、山陽町、真備町などの、都市部及びその近郊地域である。

このように、すでに、地域ごとの著しい高齢化格差をかかえており、今後においても、過疎地域では、依然として、高い水準で推移すると見込まれている。

## 3 経済・社会環境と住民意識の変化

経済環境は、高度成長時代から低成長時代への移行と、昨今の厳しい国際情勢の下にあって、極めて流動的で不安定な状態におかれ、これが、今後とも継続すると予測されている。

さらに、高齢化の進行により、生産年齢人口（15歳～64歳人口）に対する高齢者人口（65歳以上人口）の割合が高まることに伴って、地域経済活動が次第に活性を失うことも予想され、経済環境は、一段と厳しくなると考えられる。

社会環境については、都市化の進展に伴い、都市及びその近郊地域に人口が集中し、過密化が進行している。反面、農山村地域は、ひきつづき過疎化が進んでいる。また、住民の生活様式は都市化され、しかも、画一的で、個人生活中心の考え方が一般的となり、このために相互扶助やコミュニティ形成ができにくくなっている。

また、住民の意識は、経済発展がもたらした物質中心の消費型生活様式の反省と、資源有限の国民的

認識の深まりともあいまって、ある程度の耐乏生活の中でも、自然や人間生活における心の絆を重視するというように、量から質、物から心へと変化しつつある。

また、核家族化の進展や、就業構造の変化に伴う若者のふるさと離れが依然として進行している。しかし、一部では、Uターン現象や多世代同居志向、地域コミュニティの形成のめばえをはじめ、家庭、地域社会のつながりの中で、人間性豊かな心のゆとりのある生活を求める新しい気運も高まりつつある。

## 第2節 高齢化社会への移行に伴う諸問題

このような社会経済環境の変容の下で、急速に、人口の高齢化が進行することに伴う諸問題のいくつかを例示すると、次のとおりである。

### 1 労働力率の低下

わが国の労働力率（15歳以上の人口に占める労働力人口の比率）は、昭和30年に70.8%であったものが、昭和56年には63.3%と大幅に低下し、さらに、労働人口そのもの中高年齢化が進行している。

このような、労働力供給構造の変化は、労働市場、企業活動にさまざまな影響を与える。

一方、高齢者に適した就労場の確保、高齢者の労働力の活用が重要な課題となってくる。

### 2 ねたきり、ひとりぐらし老人等の増加

高齢化の進行に伴い、昭和70年には、ねたきり老人、痴呆性老人が倍増するともいわれている。

一方、農山村部における若年者の流出や全般の核家族化の傾向の中で、肉親の扶養意識の低下も加わって、ひとりぐらし老人も増加している。

従って、今後、ねたきり老人、ひとりぐらし老人、痴呆性老人の介護・援護などその対策が急務となる。

### 3 婦人問題

女性の社会進出は、職業をはじめ、さまざまな社会的活動に従事するという形で進められているが、一方では、ねたきり老人等を介護する者のはほとんどが女性という実態がある。

また、女性の平均寿命が男性よりも長いこと、及び夫婦に結婚年齢差があることから、老後において、夫の介護にあたる事例も一般的である。また、ひとり暮らし老人のほとんどが女性であるという実態から、老後における婦人問題が重要な課題となる。

#### 4 社会保障費の増加と負担問題

今後、高齢者人口の増加に伴い、現行の社会保障制度をそのまま継続するとすれば、これに要する経費は当然増大することとなる。

例えば、年金についてみると、厚生年金、国民年金ともに、その制度は成熟化し、20年後には、年金受給者は2.4倍となるが、一方、加入者は、現状とほぼ変わらず1.02倍と見込まれている。

従って、この制度を運営するためには、加入者の負担の増額が必要となる。

一方、医療費についてみると、国民総医療費は、ここ10年間で、3.51倍の伸びをしめしており、13兆8千億円余に達している。

このうち、高齢者に係る医療費は、6.27倍の伸びをしめし、医療費の増大の大きな要因となっている。今後、高齢者人口の増加、疾病構造の変化、医学の進歩により、さらに増大することは避けられない。

さらに、その他の社会保障費及び税の負担増と併せ、だれが、どのように負担するかが、深刻な問題となってくる。

もし、減少しつつある若い世代がこれを支えたとすれば、勤労意欲の低下、貯蓄の減少をはじめ、私経済を圧迫することになり、ひいては、経済活動の停滞、さらには、出年率の減少にも拍車をかけるこ

とになり、悪循環となることが予測される。

この高負担の問題は、福祉先進国スウェーデンにおいては、既に、深刻な問題となっており、税及び社会保障費の対国民所得比が70.8%という状況の中で、従来の高福祉・高負担路線が破綻をきたしているともいわれている。

従って、わが国が、今後、福祉先進国と同じ道を歩むのではなく、わが国独自の道を切り開いていくことが強く求められる。

#### 5 老後のライフステージの大幅な伸長

平均寿命の伸びにより、人生80年時代が到来しており、また、子育て終了後のライフステージも大幅に伸びている。

従って、人生の3分の1にもあたる長い老後を有意義に過ごすことは、余暇時間の増大傾向と併せ、今後、ますます重要視されてくる。

このような高齢化に伴う諸問題を克服するため、長期的展望に立った総合的で抜本的な対策を講ずることが、現下の緊要な課題とされているところである。

一方、本県の将来を展望するとき、瀬戸大橋の建設と、これに関連する広域交通網の整備により、飛躍的な発展が期待されているが、この地理的優位な条件を生かし、西日本の新しい社会経済圏をリードする雄県となるためにも、全国の範たる高齢化社会への的確な対応の下に、新たな時代に即応できる体制づくりが求められている。

## 第2章 高齢化社会への対応の基本的理念とその方向

以上のような、社会経済の変容の下での、人口高齢化によって生ずる社会的諸問題を直視し、社会を構成するすべての人々が、より豊かで生きがいのある生活ができるように、新たな時代にふさわしい、明るく活力のある高齢化社会を創造するためには、次の基本的理念及び基本的方向の下に、適切な対策を積極的に推進する必要がある。

### 第1節 高齢化社会への対応の基本的理念

#### 1 長期的展望に立った総合的な対策の確立

本県においては、高齢化の進度が速いと考えられるので、21世紀当初に到来する本格的高齢社会に備

えて、従来の対症療法的な進め方を改め、長期的展望に立った対策が必要である。

また、高齢者人口の急増の中で、老後の対策は、現在の高齢者世代の問題だけではなく、やがて高齢者となるすべての県民の重要な課題である。

従って、老後が、心身ともに健康で、精神的・文化的に豊かなものとなるようにするためには、活力ある地域社会をつくりあげていくことが基本であり、従来の年金、医療、福祉サービスなどの社会保障を中心とした、狭義の福祉対策にとどまらず、広く社会経済全般にわたり見直しを行い、総合的対策を確立していくことが必要である。

そのためには、高齢者も社会の主要な構成員として、正確に位置づけることが必要である。

## 2 自立自助と社会連帯の確立

高齢化社会への対応は、広範多岐にわたっている。

新しい時代にふさわしい、より質の高い、しかも、効率的な福祉サービスを実現するに当たって、国及び地方公共団体が行う公的サービスと、住民、家庭、地域社会、企業等が行う私的サービスを緊密な連携の下に、一体となって進めることが極めて重要である。

そのためには、自立自助と社会連帯の確立を基本に、住民、家庭、地域社会、企業等のそれぞれの適正な役割分担を明確にしたうえで、それを果していくことが極めて重要であると考ええる。

このために、次のことが必要である。

第一に、健康で豊かな老後を送るための自助努力と、高齢者世代としての社会的役割の確立が必要である。

高齢者に対する住民の意識は、これまで「高齢者即、社会的に弱い立場にある人・援助が必要な人」という画一的で消極的な考え方が一般的であるが、65歳以上を高齢者としているのは、一つの統計的な目安であって、高齢者すべてが、社会的援助を要する者ではないと考える。

また、高齢者のほとんどが、社会のために活躍したい意欲、あるいは、その能力を持っていることから、高齢者は働くことのできる間は可能なかぎり就労すること、地域のリーダーとして、その知識・能力を生かし若い世代を指導すること、ボランティアとして他の高齢者を援助することなどを基本に、高

齢者を、「より円熟した世代」として、積極的にとらえる発想の転換が必要である。

さらに、高齢者自身も、充実した豊かな老後を送るため、自助努力を行うべきであり、特に、健康管理については、「自分の健康は自分で守る」という基本的考え方に立脚して、運動、休養、栄養のバランスを考え、心の健康にも留意し、積極的に健康の維持増進に努め、そして、医療については自分の健康について正しく理解し、適切な医療を受けるように努める必要がある。

高齢者自身、多世代同居のための自助努力を積極的に行う必要もあろう。

また、平均寿命の伸びにより、人生80年時代が到来しており、今後、高齢化の中で、老後を有意義に過ごすためには、若い時代から、各人が、人生80年ライフサイクルにふさわしい生涯設計を確立し、これに基づいて、一貫した自助努力を行うことが極めて重要であると考ええる。

その内容としては、健やかな老後を迎えるための、若い時代からの健康づくり、老後に備えた貯蓄などの財産設計、老後における社会参加を、より容易にするための技能・資格・知識の習得、多世代同居のための家族設計や住宅計画、老後の豊かな生活のための趣味の充実・教養の高揚などがあげられる。

第二に、家庭は、高齢者を扶養する当然の責務をもつものであり、家庭の相互扶助機能の強化が急務である。

近年、親と子の同居率は減少傾向にあり、家族の絆や家庭の相互扶助機能が著しく低下しており、望ましい姿とはいえないと考える。

家庭は、高齢者をはじめすべての人々にとって、生活の原点であり、精神的な支えの場でもあるが、同時に、21世紀の担い手ともいべき青少年が、他世代への理解や、連帯感等の健全な考え方を身につけるための、教育の場としての機能を果すもので、親が子を、子が親を養うことを通じて、家庭を正しく位置づけることは、望ましい社会の創造のための不可欠な条件でもある。

第三に、地域社会の相互連帯の強化が必要と考えられる。

高齢者は、住みなれた地域で、家族・友人・知人に囲まれて暮らすことが最も望ましいことであるので、家族関係の見直しを行うと同時に、コミュニティ・

ボランティア活動の一層の促進を図り、地域社会の相互連帯を高めることが必要である。

第四に、企業においては、高齢化社会にふさわしい役割の確立も必要と考えられる。

企業においては、高齢化社会に即応できる新たな雇用慣行を樹立すべきである。

今後、一層の定年延長に努力するとともに、高齢者の活躍しうる場を積極的に提供し、能力や体力に応じた職場の検討が望まれる。

また、退職後に備えた職業訓練、個人の希望により定年や再就職が選択できるような総合的選択定年制の採用、さらに、企業としても、公的年金のみにたよらず、従業員の老後が経済的に安定するように、例えば、企業年金のような制度の創設について検討することが望ましい。

第五に、行政は自立自助と社会連帯を土台に、それぞれの役割分担が十分発揮できるよう条件整備に重点をおくべきである。

行政としては、新たな時代にふさわしい自助努力や社会連帯を確立しつつ、これらと一体となって、対策を進めることが極めて重要である。

このためには、若い時代からの健康づくりのための体制整備、多世代同居が容易となるような社会制度の見直し、ねたきり老人・痴呆性老人をかかえる家族に対する支援体制づくり、高齢者に適した就労の場の確保対策、地域の特色を生かした生きがい対策などを行い、より質の高い福祉サービスにつながるよう条件整備に重点をおくべきであろう。

### 3 「与えられる福祉」から「自ら つくりだす福祉」への転換

従来の福祉対策は、経済的支援を主体として、一律・画一的基準の下に行われてきたため、県民の多くは、「与えられる福祉」としてこれをうけとめ、それが当然であるという意識をもつ傾向もでてきた。

また、このことが、県民の自立自助及び社会連帯の正常な発展に支障をきたしているとも考えられる。

現在の状態が、将来まで継続すれば、欧米の先進国のような無気力な高齢化社会を迎えてしまうとも考えられる。そこで、わが国としては、活力ある高齢化社会をつくりだすために、今後は、個人の自立自助や社会連帯を基盤として、「自らつくりだす福祉」に転換していかなければならない。

## 第2節 高齢化社会への対応の 基本的方向

### 1 「画一的福祉」から 「重点的福祉」への転換

本県における、高齢者人口の生産年齢人口に対する比率（高齢者人口指数）は、昭和56年10月時点で18.7%である。このことは、働き手5.3人で1人の高齢者を支えていることを意味するもので、昭和75年には働き手3人で1人の高齢者を支えなければならないことになる。そして、高齢者の急増に伴って、年金、医療等の社会保障に要する経費が急増するため、青・壮年層の負担も当然増してくる。

例えば、国民所得に対する税・社会保険料の合計額の比率は、昭和40年の22.8%から昭和56年の34.3%と大きく上昇しており、昭和75年の時点では、その比率は50～60%になるだろうと予測されている。

このことは、購買力や貯蓄を減少させ、私経済におけるゆとりをなくすること、ひいては、労働意欲を低下させるなど、社会経済の活力を阻害することとなると考えられる。

今後、活力ある高齢化社会をつくりだすためには、次のような観点から見直し、「画一的福祉」から「重点的福祉」へ転換する必要がある。

第一に、公的サービスとして行う福祉施策は、おのずから限界がある。

真に援助を行わなければならないものは、何かという観点から見直しを行い、対象者及び施策を限定すべきであろう。

第二に、受益者にも、その能力に応じ、適正な負担を求める等の受益者負担の原則を導入すべきであろう。

第三に、青・壮年の負担を少しでも軽減するためには、効率的な施策を進める必要があるため、住民の理解と協力の下に、自助努力・ボランティア活動や地域組織を土台とした福祉施策を進める必要がある。

第四に、従来の福祉対策は、経済的支援を主体に行われてきたが、物から心への変化の中で、高齢者は、特に、精神的な満足感もあわせ求めている。

このような精神的支援については、家庭、地域社

会の中で支えていかなければならない。例えば、高齢者に対する敬愛精神の高揚等、精神的な充実を図る対策を確立するなど、経済的支援と精神的支援のバランスのとれた福祉へ転換することが重要である。

## 2 地域の時代にふさわしい

### 魅力あるまちづくり

高齢者は、物質的豊かさの中で、身体的、機能的な年齢は、かつてに比べて若返っているが、核家族化と親子関係をはじめとする家族関係の変化に伴い、高齢者が孤立する傾向にあり、精神的には極めて不安定な状態にある。そこで、温かく包む豊かな環境づくりが極めて重要であると考えられる。

第一に、人間的ふれあいのある地域の伝統や生活と結びついた個性豊かな地域社会を創造することが必要である。

そのため、高齢者がもつ豊富な知識・経験・技術等を生かすことを基本に、高齢者が手軽に参加できる場を確保しながら、世代をこえて地域住民が参加することにより、人と人とのふれあい、地域連帯感を醸成することが必要である。

第二に、県内の特に過疎化、高齢化が進んでいる地域においては、青・壮年層が地域に定着するための、例えば、企業誘致など青・壮年層にとって魅力ある職場で、かつ、中高年層も参加できる場の確保を図る対策に積極的にとりくまなければならないと考える。

## 3 総合的で一貫した

### 保健医療システムの確立

高齢者が何らかの形で社会に貢献できるようにするためには、心身ともに健康でなければならない。

第一に、若い時代から健康に老いていくための総合的で一貫した保健医療システムを確立することが必要である。

第二に、高齢者自身が、老化していくことについての正しい理解のもとに、自ら進んで健康管理することが必要であり、このため、健康相談・健康教育・健康診査が受けられる体制整備を図ることが必要である。

第三に、一般的に高齢者の病気は、ゆるやかで慢性化しやすい傾向にあり、それだけに初期の段階でみのがされやすいとも考えられる。一方では、急性

期の病気もあり、従って、特性に応じたきめ細かな対応が必要であり、ホームケア、医療機関等、それぞれの機能と高齢者の病気の特性が的確に結びつくような、総合保健医療体制や研究体制について、今後検討する必要がある。

第四に、適切な受診について、高齢者に対する健康教育の充実と啓発が必要である。

## 4 高齢者の生きがい、働く場の確保

活力ある地域社会をつくりあげていくためには、高齢者がその能力や体力に応じて活躍できるような働く場の確保が極めて重要である。

第一に、高齢者の生きがいにも通ずる新しい職場の開発については、企業自身における努力が必要であるが、同時に、行政もそれを助長する施策について、今後充実強化していかなければならないと考える。

第二に、高齢者の知識・経験・技術などの能力を活用することを基本に、生きがいにも通ずる場づくりとして、若い世代と一緒に、地域の特色を生かした伝統芸能や地域文化の継承の場など、高齢者にとっての総合的な生きがい対策を検討する必要がある。

## 5 在宅福祉の重視

いままでの高齢者対策が施設整備を中心とし、そこにおいて、やすらかな老後を楽しむという方向に進められてきたが、高齢者の多くは、住みなれてきた地域で、家族・友人・知人に囲まれて暮らすことを望んでおり、今後、そのような環境づくりが、特に重要であるという時代の要請もある。

従って、今後の高齢者対策は、家族、地域社会に支えられた心のふれあいの中で、多世代同居等の家庭を中心とした在宅福祉の一層の充実を図るべきと考える。

一方、これに関連して施設の短期保護、デイケア、機能回復訓練等について、地域開放を積極的に推進する必要がある。

## 第3節 国の高齢化対策に対する要請

高齢化対策は、国、地方を通ずる最大の課題であり、新たな時代にふさわしい抜本的な対策の確立は

現下の急務である。

政府としては、活力ある高齢化社会を確立するために、従来の施策についての抜本的な見直し、地域の実態に即して行う施策のための財源確保の検討等、地方公共団体の努力のみでは、抜本的な方策が講じられない分野について、地方公共団体の率直な意向を反映し、勇断をもって取り組むよう期待したい。

なお、当面、緊急を要する次の事項について、国へ要請する必要がある。

高齢者の就労対策の確立

多世代同居を促進するための対策の確立

在宅ねたきり老人及び痴呆性老人対策の確立

高齢化社会に即応できる社会保障制度の確立

## 第3章 総合的な 保健医療対策の確立

急速に迫りつつある高齢化社会において、高齢者自身が、明るく活力ある幸せな生活を営み、社会の構成員として社会参加するには、心身ともに健やかでなければならない。

県民の健康水準を昭和56年の死亡原因からみると、第1位 脳血管疾患、第2位 悪性新生物、第3位 心臓病で、成人病による死亡が、全死亡の61.0%（8,327人）を占めており、死亡率はいずれも全国平均を上回っている。

また、成人病のうち最も多くて、ねたきり老人、痴呆性老人の原因となる循環器系疾患の有病率（人口1,000人あたりの有病者数）は、昭和55年9月に実施した県民健康調査によると、35歳～44歳では17.8であるが、加齢とともに増加し、70歳以上では、210.8となっている。これは70歳以上の全疾病の有病率413.1の実に半数を占めている。

一方、同調査によると、健康づくりに何らかの配慮をしている者は、全体の90%を占めているが、そのうち、「食事に気を配っている」者は、60.3%と高いものの、「スポーツや運動をしている」者は、33.3%と低く、また、「保健薬にたよっている」者が21.5%もあるなど、問題も多い。

また、「心身の不調について」の有訴者は、85.7%にのぼり、このうち、有訴項目が2つ以上の者は、79.3%いるにもかかわらず、昭和56年度の健康診査の受診率では、循環器系疾患18.8%、胃がん10.8%、子宮がん12.6%といずれも低く、県民の健康づくりへの取り組みが不十分であることがうかがえる。

これらのことから、高齢者のみならず、すべての県民が、健やかに老いることのできるよう、成人病予防を中心として、日常生活の中での積極的な健康

づくりを、実践していくことが極めて重要である。

従って、壮年期からの健康教育、健康増進、健康診査、治療並びにリハビリテーションに至る保健医療事業を総合的に実施していくことが、当面の緊急な課題であり、今後、行政、医療機関、地域社会が一体となった推進体制の整備が望まれる。

### 第1節 健康管理への自助努力と 保健サービスの充実

健康は自分で守るという自覚の下に、壮年期から、日常生活における食事・運動・休養のバランスを考え、積極的な健康づくりに努めるべきである。

さらに、高齢者の老化とともにあらわれる身体的機能低下はさげがたいことから、これを正しく認識したうえで、自助努力による健康生活への実践行動が大切である。

このためには、次のようなことが必要である。

第一に、健康教育としては、単なる知識の普及にとどまることなく、実践行動に結びつくような教育を、公衆衛生活動のあらゆる機会に行う必要がある。

第二に、自らが健康を維持増進していくためには、健康増進車等、健康増進事業を積極的に活用して、自らの健康度や、体力を点検し、その結果に基づく健康づくりが必要である。

また、肥満、高血圧、糖尿病、動脈硬化等の傾向のあるものに対しては、医学的管理を考慮した健康づくり体制を強化すべきである。

さらに、高齢者の取り組みやすい体操や新しいタイプのスポーツの研究開発をしていくことも急務である。

第三に、健康診査は、成人病の早期発見、早期治療のために極めて重要な方法であるので、壮年期から進んで定期受診し、自ら健康管理に努める必要がある。

また、事後指導の一環として、一人一人に健康手帳を配布し、受診結果や治療の記録を行い、生活の中での効果的な健康づくりの実践に結びつくような展開方法の確立が望まれる。

## 第2節 保健サービス 基盤の整備

健康教育、健康増進、健康診査等の保健サービス事業を円滑に進めるには、これらの拠点となる「場」、  
「人材」、「器材」の確保が特に重要である。

このため、「場」としては、現在設置されているコミュニティハウス、公会堂をはじめとして市町村保健センター（11か所）、老人福祉センター（22か所）、保健所などの施設を十分活用するとともに、今後、市町村保健センター等の未設置市町村については、その実態に応じた整備を促進することも必要である。

さらに、戸外の「場」として、いつでも利用できる運動広場等の確保も必要である。

健康診査については、今後、受診者の量的拡大に対応して、検診精度のおちることのないよう、保健所における検診機能の充実強化、検診車及び検診体制の整備、医師・歯科医師・保健婦・検査技師等の人材確保、並びに、養成・研修とともに、検査技法の改善等の検討が必要である。

また、健康増進事業を拡充強化していくためには、現状では市町村が直接実施する面で困難な点も多いので、次のような課題の解決を図っていく必要がある。

第一に、総合的な健康づくり指導を行うためには、多くの専門職種で、チーム編成をする必要があるが、「人材」が不足している。そのうち、特に、新しい分野の専門家として運動指導員の確保が必要である。

第二に、高齢者等に対する医学的管理の下における健康づくりの指導技術の研究開発が必要である。

第三に、健康増進指導の地域における効果的で、普遍的な展開方法の検討が必要である。

## 第3節 医療対策の確立

### 1 ねたきり老人等に対する 医療対策の確立

従来、施設収容に偏りがちであった、ねたきり老人等の対策を、在宅福祉医療の方向へ転換させていくためには、家庭介護者を、側面から支える援助システムを中心に、地域社会の共同意識に基づく相互扶助活動が必要である。

このためには、当面、次の体制を充実していくことが必要である。

#### （1）家庭訪問指導の充実

ねたきり、あるいは、ねたきりになるおそれのある在宅高齢者、並びに、痴呆性老人に対して、保健婦等による継続的な療養指導をはじめ、家庭介護者に対する看護方法の指導や精神的な援助が望まれる。

今後、医療機関、ホームヘルパー、介護者ボランティア等と密接な連携を図り、市町村で、計画的に訪問指導をさらに進めていく必要がある。

県としては、保健婦の確保対策や、潜在保健婦等の活用対策を樹立するとともに、訪問従事者の研修等を実施し、市町村の実施体制を援助していくことが特に重要である。

#### （2）機能回復訓練の充実

身体の機能低下を防止し、また機能の回復を図るための訓練は、老化を遅らせるとともに、日常生活能力を維持する面から極めて重要である。

特に、ねたきり老人となる原因の多くは、脳卒中後遺症等による機能障害であり、これは、継続して適切な機能回復訓練を行うことによって、相当程度の機能回復が図られると考える。

現在、この訓練事業は、保健と福祉の両面から、県・市町村あわせて27市町村で、家庭訪問あるいは集団指導の形で実施されているが、保健婦、理学療法士等の確保難から十分な活動がなされているとはいえない。

今後、各地域の対象とするものの実態を明らかにし、この事業を拡充強化していくことが必要であり、このため県としては、市町村の円滑な事業の実施を図るため、人材の確保と、地域での集団指導施設の整備の援助努力をしていかなければならない。



### (3) 介護者ボランティアの育成

ねたきり老人等を、家庭内で介護するための援助システムとして、専門的ヘルパーの活用のみならず、介護者ボランティアの育成が特に重要であると考えられる。

昭和56年度県において実施した、「ヘルスボランティア活動の育成とその役割に関する調査研究」結果によれば、愛育委員、栄養委員の経験者2,341人のうち38.2%は、既に、高齢者へ何らかの奉仕活動をしており、奉仕活動していない者でも、その62%が、今後高齢者に役立つことをしたい意欲をもっている。

このような背景をふまえて、健康時にねたきり老人をみることにより、自らがねたきりになったとき、家庭介護の援助が受けられるような善意銀行的発想についても、十分検討することが望まれる。

## 2 高齢者福祉医療制度のあり方

高齢者は、疾病にかかりやすいし、経済的負担能力も低いことから、国においては、昭和48年1月、70歳以上の低所得老人を対象に、老人医療費支給制度を発足し、同年10月には、65歳以上の低所得ねたきり老人等に拡大して今日に及んでいる。

しかし、この間における高齢者の増加、医学及び医術の進歩、医療機関の整備、診療報酬の引上げ等に伴い、国民総医療費は、昭和48年度の3兆9千億円余から、昭和57年度には13兆8千億円余（3.51倍）に増加し、特に、老人医療費は6.27倍へと急増した。この医療費の伸びは、その間における国民所得の伸び（2.37倍）を大きく上回っている。

また、従来、高齢者の健康維持増進が医療に偏り、保健サービスとの一貫性に欠けていることから、総合的な保健医療対策を確立することをねらいとして、

老人保健法が成立した。

老人保健法では、保健サービスと医療の連携によって健康維持増進を図ることとし、必要な医療費については、国、県、市町村及び各医療保険者が分担するとともに、高齢者への応分の負担を求めるとして、一部負担金制度が導入された。

一方、県においては、昭和47年4月、国に先がけて、独自に単県制度として、老人医療費公費負担補助制度を市町村及び関係機関の協力を得て創設し、その後、国制度の発足に伴い、これに上乘せして、その充実が図られてきた。

その結果、高齢者の受診、受療が容易となり、健康の維持増進と医療確保に大きな役割を果たしてきた。

しかし、今回、老人保健法の施行に伴い、国は、この単県上乘せ制度の廃止を強く迫っている。

このため、当研究会としては、福祉医療が、県民とりわけ高齢者対策における極めて重要な問題であるとの認識に立って、単県上乘せ制度のあり方について、慎重に検討してきた。

その結果、福祉医療制度については、国の責任において、全ての国民が一律に受益されるのが本旨であって、地方公共団体が、独自に上乘せ制度を実施することは、公平性の原則を欠くという批判もある。従って、原則的には廃止すべきであるが、本県において、この単県制度の現在までに果してきた実績を考えれば、ただちに廃止することは混乱をまねくおそれがあるので、当面は継続実施することとし、国制度と同様の、一部負担金制度を導入するのが適当であると考えられる。

また、この際、継続する単県上乘せ制度について、所得制限を導入することも検討する必要がある。