

# 季刊 社会保障研究

Vol. 26

Summer 1990

No. 1

## 研究の窓

- 21 世紀福祉ビジョンへの期待 ..... 丸尾直美 2

## 第 24 回社会保障研究所シンポジウム

### テーマ「介護システムの構築」

- レポート：介護システムの構築—社会的ケア・システムから考える—..... 松原一郎 4  
レポート：老人と家族のための介護システム..... 袖井孝子 14  
レポート：老人介護政策の課題..... 古瀬 徹 22  
コメント..... 栃本一三郎 32  
コメント..... 前田大作 35  
討 論..... (司会) 小山路男 38

## 平成元年度研究プロジェクト報告

### 研究課題IV 21 世紀の社会保障に関する研究

#### 『健康と社会保障分科会』

- 健康づくり政策研究の出発点—序に代えて—..... 三上美美子 47  
健康増進政策の成果と問題点..... 漆 博雄・知野哲朗 49  
健康づくりにおける公私の役割分担とマンパワー..... 池上直己 64  
橘湾沿岸圏域における住民の健康意識及び要介護老人等の実態について... 福田政弘 73  
健康づくりの政策的妥当性..... 高原亮治 85

## 動 向

- 社会保障法判例 (岡田訴訟第 1 審判決) ..... 堀 勝洋 99  
—国民年金制度が憲法 29 条等に違反しないとされ、納付した  
保険料等に係る損害賠償請求が認められなかった事例—

- 平成 2 年度研究プロジェクトについて ..... 社会保障研究所 106

- 社会保障研究所日誌 ..... 110

社会保障研究所

## 研究の窓

## 21世紀福祉ビジョンへの期待

丸 尾 直 美

21世紀を展望する福祉ビジョンづくりがさかんである。政府は先に「長寿社会を実現するための施策の基本的考え方」(1988年10月)、「21世紀初頭における高齢化状況等および社会保障の給付と負担の展望」(1989年3月)、「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略」(1990年)等で社会保障のビジョンを示した。昨年の11月には日本民間労働組合連合が「21世紀高齢社会への総合福祉ビジョン」を発表し、今年の5月には、日本経営者団体連盟が「活力ある豊かな高齢化社会の構築をめざして——生涯福祉社会実現への挑戦——」と題する報告を発表した。社会保障研究所も1985年に発足した5ヵ年プロジェクト「21世紀の社会保障に関する研究」をまとめつつあり、本誌の本年春季号にその中間報告の一部が発表されている。社会保障研究所が本格的なビジョンづくりを早くからはじめた先見の明は高く評価さるべきだろう。

これらの社会保障ビジョンは、21世紀の社会保障および関連政策の予測と在り方を示すとともに、ビジョン実現に必要とされる支出とその費用負担を予測しているところに共通の特色がある。また、21世紀の人口高齢化ピーク期の税金と社会保険料の国民負担率(税金+社会保障負担を国民所得で除した値)を40%台にとどめるべきであるとする点でも意見が一致している。しかし、そうするために——とくにその最大の支出項目である公的年金を——どうすべきかについては意見が分かれる。日経連は国民負担率を40%台にとどめるためには社会保障制度の大幅見直しが必要であるとして、健康保険の本人の医療給付率の引き下げ、既裁定年金給付を含む年金給付率の一層の引き下げが必要であるとみる。連合のほうは逆に楽観的であり、就業構造の変化、将来の国債費の縮小等、若年層への公的

支出比の低下を考慮し、完全雇用と安定成長を維持すれば、社会保障の下方見直しをしなくても国民負担率を50%以下に抑え、勤労世代の税引き後の実質所得の増加と社会保障の充実を両立できるという。

社会保障研究所の予測は、より詳細であり、それだけに信頼度も高いはずであるが、それでも不整合な点がまだまだ残されている。たとえば将来の被用者比率を1987年頃とほとんど変わらないと想定している点で政府の先の予測と同様の問題を残している。社会保障研究所の計量モデルによれば、全就業者数に占める被用者の被保険者数は、1987年の56.5%が2020~2025年になっても57%とほとんど同じである。一方、老齢年金受給者のほうをみると、全国民に共通する基礎年金受給者数にたいする被用者年金（いわゆる二階部分）の受給者数の比率は90.56%になるとの予測である。被用者年金の被保険者の就業者数にたいする比率が固定的で受給者の比率を大幅に下回るとの規定は整合的でないように思われる。この問題は先の連合のビジョンが批判した点であるが、こうした批判を無視すべきではない。また、年金分科会では被用者年金の保険料率が1988年の12.4%（男子）から2020年頃には27.2%へと比率で2.19倍になると予測しているのにたいして、計量モデル分析分科会の予測では、国全体の社会保険負担の対国民所得比は1987年の11%が2020~2025年に13.1%へとわずかに上昇するだけであるという。

他の部分が精緻ですぐれているだけにこうした点の不整合が惜しまれる。もっとも中間報告であるからより整合化するのはこれからの課題であろう。社会保障研究所が総力を挙げて、国民一般も労、使、政府も納得するような客観的で整合的な福祉ビジョンを完成することを期待したい。（まるお・なおみ 慶應大学教授）

## テーマ「介護システムの構築」

レポート：介護システムの構築——社会的ケア・システムから考える——

……………（関西大学助教授）松 原 一 郎

レポート：老人と家族のための介護システム

……………（お茶の水女子大学助教授）袖 井 孝 子

レポート：老人介護政策の課題

……………（日本社会事業大学社会事業研究所教授）古 瀬 徹

コメント：……………（社会保障研究所研究員）枡 本 一三郎

コメント：……………（日本社会事業大学教授）前 田 大 作

討 論（司会）……………（社会保障研究所長）小 山 路 男

### あいさつ

社会保障研究所長 小山 路男

高齢社会に向けて、介護問題が重要な中心になるということは、申すまでもございません。昨年12月に介護検討会の報告が出ました。またことしの予算では、高齢者の福祉の10ヵ年戦略というので、予算を付けて、これから介護の問題に真剣に

取り組もうとしているところであります。ただ、そうは申しましても、なにぶんにも未経験の領域であります。今後介護、保健、福祉というものを統合したような介護システムを、どう仕組んでいくかという問題は、非常に大事な問題であります。

そこで、きょう各先生からご報告を願ひまして、お互いにこの問題を考えてみたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

これをもって開会のあいさつに代えさせていただきます。

.....



## 【レポート】

## 介護システムの構築

——社会的ケア・システムから考える——

関西大学助教授 松 原 一 郎

この伝統のある社会保障研究所のシンポジウムにお招きいただき、大変感謝しております。小山先生、堀先生、どうもありがとうございます。さっそくですけど、時間が45分ということで限られているので本題に入りたいと思います。

介護システムの構築というテーマであるが、ゴルゾム・ソーシャル・ポリシーという、マーチン・バルマーが編者で LLC の皆さんが書かれた本のいちばん結びのところに、LSE のブライアン・エイベル・スミス教授が、「イギリスが大変ソーシャル・ポリシー研究において優れている、しかしながら、研究は優れているのに比べて、ソーシャル・ポリシーの実践に関しては後れをとっている」ということを述べている。具体的にいうと児童福祉はフランスに、年金制度は西ドイツに、保健医療サービスではデンマークに、そしてオランダには障害者福祉の分野で、その実践に後れをとっているということである。そういう意味では、すべてのソーシャル・ポリシーの面で、イギリス以外のよその国のほうが、より良いシステムを有していると、エイベル・スミス教授は言っているわけである。ただし彼は、「日本を除く」というふうに付け加えるのではないか。

そういう意味ではインフレ、物価高とはいえ、おしなべて日本経済のパフォーマンスは諸外国に比べて良いが、それにもかかわらず、パーソナル・ソーシャル・サービスを中心とする在宅福祉サービスの、その体系化というものがまだまだ未発達である。とりわけ高齢者、身体障害者、精神障害者、精神発達遅滞者等の人々のためのケア体制の発展というものは、これは私の価値観も含めてだが、「日本型福祉社会」のスローガンのもと

に10年間の回り道をしたという感さえある。

そこで、広くケアと言っているが、介護システムの構築に向けての問題提起なり、あるいは具体的な、政策的な幾つかの提起、提案というものを当報告でしてみたいと思う。

マーチン・バルマーが幾つかのケアに関する著というものをまとめて、そのなかに認められるケアというものの特質というか、要件というものを3つの要素でとらえている。これは『ザ・ソーシャルベース・オブ・コミュニティ・ケア』という本のなかでであるが、3点あって、「第1点は、ケアというのは具体的な、身体的な接触を通しての介抱をすること、あるいはお世話をすることである、第2点は、物質的な援助や、心理的な援助である、第3点は、他者に対する一般的な関心である」とこう言っている。

今回の介護ということを考える際には、このケアというマーチン・バルマーの言葉と同じようにとらえたうえで、そしてこの大きく3つをとらえておくというふうに一応してみたいのだが、とりわけ1番、2番の要素というものを具体的に考えてみたい。つまりそれは、具体的なサービスであり、金銭や物品の給付という形で政策的にとらえることができる。

その際、その給付、あるいは供給のあり方（または供給主体のあり方）はどうなるかということを考えてみると、同じくロンドン大学の LSE のロバート・ピンカー教授が、公、民、そして私等のセクターによる供給主体間の配置に関して、4つの政策の選択肢が用意されると述べている。彼自身この政策のオプションというものを、社会サービス一般について考えているわけだが、これ

をより具体的にパーソナル・ソーシャル・サービスを基幹とした介護システムというふうに置き換えても、この図式は妥当するように思われる。

これが図1だが、この4つのオプションの1番目が、ほかのすべての供給を排して、すべての市民に公的サービスの拠出と使用を強制することができるという選択肢である。第2番目は、拠出は普遍的、強制的にするが、余裕のある市民には他の制度に加入する自由を認めるということである。第3番目は、公的でない制度に全面的に、あるいは部分的に加入しようとする市民には拠出および税において控除する。第4番目は、公的制度はほんの最低限にとどめて、市民が代わりの制度をつくらざるをえないようにするか、それをするとも市民が決めるにまかせる。この4つである。

この4つの類型、政策的オプションと、そしてよくいわれているインスティテューショナルな制度モデルと、レディデュアルな残余モデル、この2つのモデルが対応関係として組み合わせられるわけだが、それを図示したのが図1である。

ただ、ここで注意すべきことは、公的セクターといっても、日本においては中央政府、都道府県、市町村と細分化される。また、非公的セクターもより細かな分化が今日存在しているという事実である。そういう意味では、こういうセクター間の組み合わせ、これが具体的なケア体制なり、社会福祉サービスの供給における連携というものを形づくっていることは見逃せない。その意味では、各セクターが財源、事業、組織等の各領域において役割分担と連携をはかりながら、社会的なサー

ビスというものの供給をはかっているという実態がどんどん生まれつつあるように見受けられる。

先ほど、日本型福祉社会という言葉を出したが、この図1のオプションでいうと、それは2から3への動きというふうにとらえることができるのではないか。そういう意味では、福祉国家への歩みとしての制度モデルから、残余モデルへの、いわば福祉国家への道に対する逆行が、少なくともイデオロギーとして唱道されてきたということが指摘されるかと思う。

とはいえ、地方公共団体レベルの供給に最近では重点が置かれはじめ、ご存じのように機関委任事務から団体委任事務化への動きをはじめとして、入所措置事務の市町村自身に見る国から地方公共団体への権限の一部委譲ということにも、その流れは典型として見られる。

また、民間活力の活用として、とりわけシルバービジネスの振興が政策目標として設定されたことは記憶に新しいわけだが、いわゆる企業型の単独方式だけではなくて、企業と社会福祉法人のタイアップという形も本格的なスタートをすでに昨年切っている。

また、民間部門で提供されるサービスのうち、地方自治体が積極的に関与して設立されたサービス供給主体によるという、たとえば福祉公社だが、これを積極的に法人化していく流れ、あるいは生活協同組合組織の福祉サービスの担い手化の促進という形も、サービス供給形態の多様化というものにいつかの拍車をかけているかと思う。

先進諸国が打ち出しているノーマライゼーションや、生活の質の原則、クオリティ・オブ・ライフという原則をわが国も高齢者福祉政策の理念として、あるいは障害者福祉政策の理念として据えようとするならば、この図1にあるような、いわゆる残余モデルからの完全な脱却ということが望ましいことはいうまでもない。

また残余モデルは、いうまでもなく、家族と市場メカニズムというものを立脚点としているが、その片方の家族に着目すると、その家族の介護機能というものが大変低下しているという現実に照らしてみても、この残余モデルからの脱却が望ま

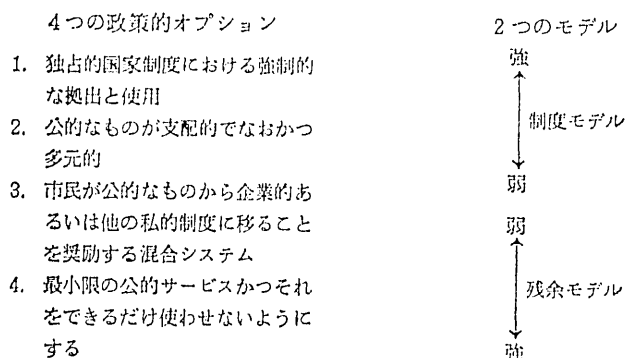


図 1

しい、あるいは急を要することであるということはいうまでもない。

ちなみに図2だが、これはいわゆる私的なインフォーマルセクターによるケアの能力の低下を示した図である。きょうは細かい数字は提示しないが、この3つのマス目は、たとえばいちばん上のマス目はケア要員、介護要員に着目したものであって、とりわけ具体的には家族成員ということの意味するマスである。家族規模の縮小、とりわけ世帯人員という形での3.1人という平均的な世帯人員、これが今世紀末には欧米並みの2.6人になるという家族規模の縮小、あるいはケア要員の就労、ケアを担っていた専業主婦層の就労化という事態、こういうふうなことがケア要員の量の縮小を物語るものである。

これに対して真ん中のマス目は、高齢者本人に着目した動向である。つまり人生80年というなかにおける、いわゆる老齢期の長期化、それから要介護状態の深刻化、重度化ということである。

こういうふうに家族に着目しても、私的ケア能力を相対的に低下させる要因というものは枚挙にいとまはない。加えて、もちろん民法では老親扶養というものがうたわれているが、社会全体としての扶養意識の低下は認めざるをえないと思う。

図1に戻っていただくと、図1の4に近いところの3のシステムが標榜されてきたというのがここ数年の動きではないか。しかしながら、昭和63年版の厚生白書等からもそうだし、今回の高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略等でもそうだが、むしろ反対に少し2のほうに傾斜した方向での3というものが最近では、介護施策を通して認められるようになってきたといえるのではないか。その意味では、生活関連の社会資本整備の遅れ、これから「生活小国」という不満さえ聞こえる今日、財政の好転期こそ、介護システムの構築を社会資本の充実の一環として、いまこそはかるべきだと思う。

そういう意味では、図1の2のところ、つまり「公的なものが支配的で、なおかつ多元的なものが用意されている」という形で、介護ケア・システムを構想すべきだというのが私の見解である。そういう意味では、脆弱化している家族の介護機

能にいちろの望みを託したり、あるいはシルバービジネスに救世主の役どころを期待するのは無理であろうという理由で、第4番目の「最小限の公的サービス、かつそれをできるだけ使わせないようにする」という選択肢は唾棄される。また、選択肢1、「独占的国家制度における強制的な拠出と使用」という形も、ニーズが高度化し、多様化し、そしてニーズが充足されればその段階でまた新しくニーズが生まれるという、ニーズのいわばいたちごっここの性質を考えると、1番の公的セクターのみで対応していくということは現実的ではないと思う。とりわけ中央集権化、あるいは官僚化、非専門化の弊害ゆえに、むしろこれは棄却されるべきではないか。

介護システムを構成するものは、パーソナル・ソーシャル・サービスにとどまるわけではない。とりわけ看護を含めての医療サービスというものの占める比重は大変大きい。わが国においてはご承知のように、医療保険方式と、自由医業制というシステムが、医療サービスに関してはできている。それはいいかえると、この選択オプションにおいては、第3番目に位置するものである。そういう意味では医療制度というものは3に位置し、そして片方で高齢者の介護、とりわけ在宅介護については、2を主張するというのは何か無理があるような気がするかもしれないが、しかしなおかつ2を望ましいものだと考えるのは、むしろまだまだ在宅介護についての法制化というものが大変未整備である、だから法制化というのを急ぐ必要があるのではないかということで、あえて2を主張したい。

それは、法制化といっても中央政府レベルでの社会サービス法のようなものが、たとえば外国では考えられているが、それも一例であるし、今日のように地方自治体に、こういうサービスの供給というものをゆだねていこうという動きがあるにもかかわらず、まだまだ条例設置という形がなされていない。いわんや国もそういうふうな方向を進めているわけではないという現実を見ると、風向きでいまのところ少し3の動き、特に2に少し寄ったような3の動きが出ているものの、これか

ら財政事情と、政党政治のダイナミックス、これにより絶えず2と4のいわば振り子のように揺れ動くなかで模索をしていくという現実が予想に難くない。そういう意味ではいつ4に座標がなびいてもおかしくないという、そういう政治状況を考えると、やはり法制化による2という位置づけが望ましいのではないかと、当報告者は考えるわけである。

この2の選択肢に位座して、パーソナル・ソーシャル・サービスを中心にしつつ、ほかの社会サービスをも提供するシステムとして、当報告者は社会的ケア・システムというものを提唱してきた。介護システムも当然、この社会的ケア・システムのサブシステムとしてとらえるものであって、社会的ケア・システムの準拠枠を適用しうるものだと考えている。その準拠枠というのは、社会的ケア・システム構成要件というものを意味しているが、それは機能性と社会共同性の2つからなると私は考えている。

社会政策、ソーシャル・ポリシーのレベルで、日常生活の継続を困難にする特定の事態、これが発生した場合、パーソナル・ソーシャル・サービスを中心に据えながら、社会サービスを提供していくというのがこのシステムであるが、その構成要件としては機能性というものが挙げられる。これもシステムの果たす目標達成のパフォーマンスにかかわる側面というものを意味し、具体的には次の3つである。1つ目は包括性ということである。すべての必要とされる資源と、サービスが現にシステムのなかに存在しているということ、またクライアントがそれを利用しうるということ、これが包括性の意味である。2番目が適合性である。システムを構成する要素の間に、適切な結びつきと、順序立てがあるということである。3番目が協力性である。サービス供給システム内の人間関係の質に着目したもので、社会福祉機関、施設、専門職、クライアント、あるいはその集団、資源管理者等の間での協同とまとまりというものを示している。

スウェーデンの元の福祉大臣で、アンデルセンという方がおられて、このたび日本を訪問された

その印象記などをこの1月14日の『厚生福祉』に出されていた。日本のねたきり老人の家族、家庭を訪れられての印象なり、あるいは日本の福祉政策、とりわけ介護システムに対するアドバイスを、自らの国での経験を踏まえての発言がそこでなされている。そしてこういう介護システムを考える際には、アンデルセン教授が指摘されているのには、包括性と継続性が重要であると、こういういい方をしている。

「各種のサービスの隅々に配慮を加え、サービス総体で個人のニーズに合わせて、包み込んでいくというのが、『包括性』の中身である。それから病院入院から家庭への復帰まで、またそのちに緊急事態が発生した場合も想定して、各種サービスが必要時にタイミングよく集中して提供され、サービスが一貫したスムーズな流れとなるように関連職種の連携を可能ならしむる、そういう継続性を重視する」という発想である。そういう意味で片方は「包括性」、コムプリヘンシブネスというのが元々の言葉のようだが、もう1つは「継続性」、コヒーレントという言葉を使っている。このコヒーレントというのには継続的などという意味もあるが、こういう脈絡でコヒーレントを使っているのを見ると、首尾一貫したとか、あるいは整合性があるということで、むしろ私がケア・システムのなかで取り上げている「適合性」という言葉が該当するのではないか。そういう意味では大変偶然であったのだが、コムプリヘンシブネス、「包括性」と、それから「適合性」、整合性、こういうものがケア・システムを考えていく際には必要不可欠の要素であるということが、デンマークの経験からもいえるのではないかとすることをアンデルセン教授は指摘しているわけである。

そういう意味では、サービス資源の不十分さ、社会福祉サービスの不足というもの、これが全体としてシステムに包括性が欠如しているということの結果しているわけである。アンデルセン教授がいうにはたとえば、デンマークでは脳卒中のような障害状態に陥る人々の割合は、他の工業化諸国と比べて特に少ないわけではないのに、ねたきり老人が日本と比べて格段に少ないのは、このよ

うな包括的なサービスシステムがデンマークに用意されているからだといっている。

日本でねたきり老人が特に多い理由の1つは、家族の自己犠牲の精神にあまりにも依存しすぎているからであり、包括性と適合性を備えた援助システムが長い間欠如していた結果だと思う。この状態を放置すれば事態はさらに困難性を増し、もっと経費のかかる対応を迫られようという指摘をアンデルセン教授はしているわけである。

そういう意味では、医療や保健サービスにおいて、こういう「包括性」と「適合性」というものに関心を向けざるをえないというのが私達ソーシャル・ポリシーに関心をもつ、あるいは現場の政策立案者のオリエンテーションではないか。

アンデルセン教授による問題点の指摘が大変興味深いので、ここで2点付け加えたいと思う。

第1点は、「民間保険や営利動機に依存したシステムは、サービス全体の構造を総合化するよりは、むしろバラバラに分断しがちだ。保健や福祉政策の中心を、私保険や私企業にゆだねる方針は、このような危険性をはらんでいる」ということである。

第2点は、『包括性』と『適合性』がきわめて大切だということは、間近に老人達や、その家族の願いに日々接して、医療や福祉サービスに携わる現場の人々はよく認識している、しかし潤沢な経験を積んでいるにもかかわらず、彼らは全体システムをうまくオーガナイズするための方策を提案できない。そして現場の人々は、包括性の重要性をさておいて、彼らの役割を、もっと社会資源を増やせと要求する役割に限定してしまう。もっと人手を、もっと建物を、もっとお金を」ということである。

政策立案の際のこういうジレンマを看過することはできないであろう。

高齢化社会の到来のなかで、在宅ケアが強調されてはいるものの、要介護老人のケア・システムは、病院や、老人福祉施設等の、いわゆる施設ケアというものが中心であって、在宅というか、居宅ケアとの両輪体制にはまだまだなっていない。また、保健、医療、福祉、さらには住宅のような、

そういう分野が縦割りの、いわゆるビューロクラシーのなかでサービスが供給をされてきた。このような弊害というものは、高齢者のみならず、心身障害者対策にも見受けられる。もちろんその際には教育とか、雇用というサービス分野が入ってくることはいうまでもない。そこで少なくとも、保健、医療、福祉が一体となって、総合的なサービスの供給を行えるシステムづくりというものが昨今模索されてきた。厚生省が行っているモデル事業としての、たとえば訪問看護等の在宅ケア総合推進事業というものも、保健、医療、福祉という分野別の、縦割りサービスの壁をどこまで打ち破れるのかという、そういう試行的な事業にほかならないと思う。

サービスを供給する側にとっての、効率の追求、効果の追求という側面、そしてサービスを利用する側にとっての在宅生活の継続、あるいは生活の質の向上、こういう側面、この両者の側面が互いに合致する施策レベルでの連携なり、統合化というものが望まれている。それには在宅福祉サービスに向けてのニーズがどのような構造を有しているのか、それについての認識と、そのニーズ充足に適合したサービス供給の新たな機構、その創設という、2段階の作業が必要かと思う。

きょうは時間の関係で、それについて詳しくお話しすることはできない。しかしながら現実には、たとえば医療やリハビリテーションサービスはAという医療機関から、特に介護を中心としたサービスはBという民間機関から、ケースワークはCという福祉事務所から、家事援助はDという社会福祉協議会からということで、サービス供給の単形というか、単形対応の配列というのは、これはまことに不都合である。

また実際にこういう生活者のニーズというものは、そういう単形の構造をもっているものではないと私は考えて、図3、4に見られるように、セミラティスとか、ツリーという、こういうモデルを用いて、ニーズ構造を説明し、そのニーズ構造の認識論というものを仮説として提示してきた。

セミラティス・モデルの構造というものが、ニーズ認識の図式として位置づけられるならば、



供給システムもこれに適合した供給体制をもつべきだという論を展開してきた。いうまでもなく従来は、図4に見られるように、ツリーの適合でサービスの供給というものが考えられてきたわけである。どうも私達のニーズ構造の認識というものを改めて考える必要があるのではないか。そしてそれに応じたサービス供給主体の組織論というものを、打ち立てる必要があるのではないかということを申し上げたわけである。

これは別の機会にすでに論じているので、きょうはこれ以上の議論を省略させていただきたい。

ただ図5について説明すると、セミラティスの構造に即してサービス供給を考えるべきだということで、事実さまざまなネットワーク会議であるとか、あるいは庁内の連絡調整機構であるとかというものが最近は多く生まれてきているが、いうまでもなくそれらは第1象限、あるいは第2象限という段階で、そういうネットワークをはかろうとする試みであろうと思う。

そういう意味では、サービス・エレメントがここではわずか7つぐらいしか、基本的なものを挙げていないが（もちろんこのなかにケア・サービスというものが、エレメントとして入ってくるわけだが）、このエレメントが増えれば増えるほど、この複雑な体系を具体的な供給体制として、具現化できるという、そういうシステムを構築する必要がある。具体的には先ほどいったネットワークであるとか、あるいは組織においてはマトリックスの開発であるとか、少なくとも最近では、兼務辞令の発令という形で、2つの部局に属するという体制が役所のなかでもかなり見受けられるようになってきた。こういう複雑な体系であるが、組織なり、その供給体制をいかに複合、コンプレックスな組織にしていくかという、そういう知恵が問われている時ではないか。

さて、社会的ケア・システムということをいったが、この社会的というものの意味するところを触れておきたい。私達は、特に三浦先生等の考え方に大変触発されるところが多いが、個人のニーズ、それに対していかに対応していくか、その際社会的ニーズとして認識されるのは、その個人の

ニーズの累積的なものであると、一応操作的に考えておこうということを三浦先生はおっしゃった。たしかにそういう個人のニーズの発生に対して、集合的なというか、累積的なニーズをさまざまな社会的チャンネルによって充足していくというのが社会的という、あるいは社会福祉という「社会」の1つの側面だと思う。

さらに加えて、もう一方では、社会全体が介護という問題を通して、社会の機能要件充足の達成という目標を抱えているのだと考えれば、介護システムというものが、その目標達成の手段となるということになる。そういう意味ではニーズというものは、単に個人的な、属人的な発生だけではなくて、むしろそれ自身がすでに社会という大きなシステムの存続ということに対して、社会的という言葉が必要とするゆえんであるということである。この考え方はむしろ、社会学者の富永先生に触発されたものである。そういう意味では、社会的ケア・システムの2つ目の要件である社会共同性というものは、まさしく社会的なニーズというものの存在を前提としているといえるかと思う。

アメリカの社会学者のピーター・バーガーがこんなふうにいっている。「老齢、病氣、死は日常生活の〈中〉での経験である。その性格上、日常生活の限界へと向かう経験でもある」と。哲学者のヤスパースの造語でいえば、この経験は境界線上の経験である。つまり、日常生活のなかに対して、境界線上の経験である。そして彼はさらに続けて、「そのため、特別の制度を用意して、そのなかにどうにかしてこれらの経験を包み込み、社会生活の基本的な構造が崩壊するのを防ぐことが、人間社会にとっては常に大切である。これはいつの時代でも同じだった。しかし、いかに制度のなかに包み込むかという問題は、現代社会では特に難しい」ということをいっている。さらに彼は、「特に近代の家族には、昔の親族組織に比べて、老人のいる場所がない。重病人は死の経験を病院ですが、病院は社会生活の他の部分からはっきりと隔離されている。そしてまた病院は、社会的な規制を受けた死に場所でもある」という指摘をしている。

そういう意味では介護、とりわけ終末期に近い、あるいは終末期における介護というものは、私達はこういう老齢期、そして死というものを社会としてどのように定義するかという、古くて新しい問題を抱えているのではないか。それはとりもおさず、介護というものを、どんなふうに社会が相対的に位置づけるかという、そういうテーマでもあるかと思う。

特別な制度を用意してきたと、バーガーは指摘をしているが、その具体的なものとして、その典型がさっきもいったように病院である。最近よくいわれていることは、在宅死に比べて病院死が圧倒的に多いということである。6割以上、あるいは7割に近い数字だともいわれている。それにもかかわらず、病院における死というものはいまや、老いとか、死というものに、親和性をもって立ち向かえなくなってきたということがある。

ちょっと話を横道にそらしてみたい。この問題を考える際に大きな示唆を与えてくれるのは、フィリップ・アリエスの『死と歴史』という本である。彼は社会が死をどのようなまなざしでとらえ、取り扱ってきたか、これをヨーロッパの中世以降に照準を合わせて、検証、分析を行っているわけである。そして、アリエスは死というものは大変濃密な、そして大変親和性をもった、そういう受け入れられた形のなかで、それは迎えたということを、ヨーロッパの中世以降の検証、分析から明らかにしている。ところが18世紀の終わりぐらいから、感情面での変化が起きて、主導権が死にいく本人から家族へと移った。そして今日のように、その主導権が家族から病院、とりわけ医師と看護スタッフへと移ってきた。その結果死は、一連の小刻みの段階に解体、細分され、医療サービス制度の手による、いわゆる技術上の現象というものに矮小化されてしまった。そういう意味では、アリエスが中世のヨーロッパの人達に見た、単純な人々が死にいくときに示した、運命への素朴な信頼、これを再び今日において見出すことは、われわれの技術的な文化のなかでは不可能であると、死を遠くへ押しやった現代社会の心性というものを鋭く批判している。

アリエスはこういう身近で、穏やかで、大して重要でないものとする、このなじみ深い死を、「飼いなされた死」と呼び、反対に今日のひどく恐ろしく、恥すべきもの、タブーの対象となった死を、「野性化した死」というふうに位置づけた。その結果、死はいちばんなじみ深い物事の世界から、ひそかに離れていったとアリエスはいうわけである。

死が家族から、現代社会ではますます遠ざかっていくという、こういう過程、あるいは構造原理を芹沢俊介が説明している。そして、死だけではなくて老いというもの、死に隣接する老いも家族からはじき出され、ひいては社会からも忌避されてきているという分析を行っている。そこで芹沢はアリエスにならって、老いも野性化してきていると断じている。

彼はこういうふうにいっている。「老いを恐れ、畏怖している社会では、老いは飼いなされている。反対に老の価値が低く、老いを忌避し、嫌う社会においては、老いは野性化する。現代日本の社会は、老いを自己イメージから追放し、自ら老いを野性化することに手を貸したのだが、いまその野性化した老いに手を焼いている」と。

「寝たきりや、痴呆症などの重介護状態が、老いの野性化した結果だとするならば、野性化した老いを前に、老いを飼いなす社会、それから老いを解体した社会、この2つの対応がある」と、芹沢は続けるわけだが、さて、私達はどちらを選択するのか。

「老いを飼いなした社会」というのは、病人が、あるいは介護を受ける者が肯定される社会、扶養されることが恥ずかしいことではない社会、社会から撤退することが非難されることがない、そういう社会だという位置づけを芹沢はしている。一方、「老いを解体した社会」は、常に健康であることが求められ、いつまでも経済的、社会的な自立が要求され、いつまでも社会に貢献することが課せられる社会だと、彼は規定している。

たしかにいつまでも健康であるように支えるというのが医療であり、あるいは看護であり、きょうの主題である介護の中身であることは、もちろ

ん否定しないが、しかし場合によっては老いを局所化する、密封化する、解体化するという社会は、芹沢の言葉を借りれば、「高齢者はいるかもしれないが、老人のいない社会」になりかねない。

ちょうど児童の分野でマリー・ウインという人が「チルドレン・ウイズアウト・チャイルドフッド（子供時代を失った子供達）」という現代アメリカ社会の子供像を表現したのと同様に、日本の老人も、老年期を奪われた老人、これにつくられ、老いはますます野性化していくという可能性すらある。

機能主義的な社会学ではなくて、むしろそれは異なった社会学のアプローチにも踏み入れたために、少し混同することになるかもしれないが、こういうふうに老年期をどうとらえるか、そして看護をどういうふうに社会として定義し直すかという問題の中身に触れたかったので、あえて間主観的なアプローチを紹介した。

そういう意味では、私自身「社会的ケア・システム」ということを、機能性と社会共同性という、2面でとらえるべきだといっているけれど、機能重視という従来の狭い意味のシステム観だけでは、この介護システムというものはどうしても限界がある。そこでその限界を超えるものとして社会共同性なりを選択しなければ、あるいはそれらを十分に踏まえたうえでのシステム構築ということを考えなければいけないのではないかとということを強調したかったわけである。

ちなみに、社会共同性の構成要素としては、選別主義ではなく、全国民を対象として、特定の事態を予防し、またその事態を迎えたときにケアが利用できるという普遍主義、それからサービス利用者が主体性を保ち、情報を与えられたうえで自ら取捨選択できるという参加性、それから社会システムのサブシステムとして、恒常的かつフォーマルな位置づけをされているという、いわゆるインスティテューショナルな社会福祉、自己利益を自らの目標とするのではなく、他者のそれを重要関心事とし、かつその方向に沿って、のっとって行為を営む道徳的な価値を含んだところの概念、いわゆるアルトゥルイズム、愛他主義、この4つ

が当面は挙げられるかと思う。

そういう意味で、私が社会的ケア・システムということ強調しているのは、先進諸国の医療や福祉の制度の鍵となっている概念が生活の質であり、ノーマライゼーションであるということを考え合わせれば、日本においても、一般市民の生活のなかで、障害や高齢などを契機として引き起こされた生活困難を招来する特定の事態に対して、あるいは近い将来にそれが起こらぬよう予防策を講ずることも含めて、社会全体として対応策を仕組みとしてつくっていくこと、この必要性をいっているわけである。

社会サービスの展開というものは、ことに家族機能の大いなる変容のもとでは、日常生活に必要不可欠な社会的な生活基盤、いわば社会資本であり、インフラストラクチャとして充実させるべき政策だということがいえるのではないか。

そもそも先進諸国は、資源の配分と分配とを公共団体の計画と政策にゆだねる方法、そしてもう一方では市場機構にゆだねる方法、この両者を同時に社会経済政策的に選択してきた。いわゆる混合経済体制である。わが国も混合経済体制を取る国家の1つであるが、ケア・システムの構築においても、計画と政策、そして市場、この最適のバランスを求めていく必要があると思う。そういう意味では、このケア・システムというのは、公的セクターで行うのか、民間セクターで行うのかという、二分論で考えることはむしろ建設的ではないのではないかと考える。

それから、繰り返しになるが、他者との共同性そのものを価値として位置づけて、そして相互作用と共感の世界の構成ではじめて社会の存立が可能になるという見方をとるならば、社会的ケア・システムというものが社会共同性をもう1つの構成要素として挙げていくことを強調しておきたい。

結論的にいうと、在宅生活を目指した諸サービスを体系化したものとして、社会サービスシステムの構築というものが肝要である。とりわけ在宅ケアのシステムについては、総合性と地域性を兼ね備えたサービス供給体制、これが志向されることになる。

もともと社会自体が、人間1人1人では達成できないことを実現するための仕組みとして、合目的に形成発展してきたものである。それならば、個人のニーズはいうに及ばず、社会全体のニーズの充足にも、社会がその充足メカニズムを用意することは何ら不思議ではない。社会制度であり、社会集団である家族も充足メカニズムの1つであるし、官庁その他の仕組み、あるいは市場というメカニズムも、これら充足メカニズムを構成する集団である。産業社会はこれらの集団の分化というものをうながしてきたが、同時にそれらの統合へのベクトルも強く働いてきた。生活者の社会関係の障害や、あるいは個人や、特定集団の社会的孤立という事態の深刻化を前にして、その克服のためにはこれらの専門分化と総合の希求というものが、むしろ社会レベルで働くというのは、社会存続の目的のためには当然すぎるほどのことである。

そういう意味で、こういうシステムのサブシステムとして、介護システムというものを考えていくべきだということを申し上げたかったわけである。

最後に3つのポイントを、これから考えていく課題として一応列記だけさせていただく。いちばんはじめは財源論である。介護サービスの供給、狭くは費用負担であるけれども、大きくは財源をどうするかという問題である。

それから介護サービス自身は、あるいは介護という行為自身はサービス・テクノロジーだけではなくて、時間という要素が大きくかかわっている

ので、その時間、とりわけライフステージにおける系列での時間と、国民の間での時間の配分という、この時間の問題がある程度踏まえたうえで、あるいは場合によっては、政策的に経済社会的なシステムをある種の変更（具体的には労働時間の短縮等の方策を意味する）せずして介護にかかる時間というものを捻出することができないのではないかと思う。人生80年、70万時間の配分と分配、時によっては政策的な時間の再分配ということも、これからの課題として考えられるのではないかということをお願いしたい。

それから3番目は、介護されるという立場であるが、老齢期というものを、役割縮小であるという、そういうライフステージでとらえていく考え方が何人かの社会学者のなかでされているが、役割縮小でもあり、同時に介護されるという役割の獲得でもある。この被介護者役割の遂行に伴うアノミー状態、この場合のアノミーというのは社会的なきずなとか、連帯から孤立しているという、そういう使い方でいっているわけだが、こういう人達の地位と役割をどんなふうにとらえるか。そして介護が生き甲斐を与える介護であると同時に、さっきのアリエスの言葉に従っていえば、いかに死に甲斐の与えられる介護をするかという、こういうことを含めて、被介護者の位座と役割ということも今後検討していく課題ではないか。

ということで以上3つを課題として、列記させていただいた。

では、これで第1回目の発言を終わらせていただきます。ありがとうございました。

~~~~~

## 【レポート】

## 老人と家族のための介護システム

お茶の水女子大学助教授 袖井孝子

大変まとまりのいい松原先生のご報告のあとで、私のは何かまとまりのない報告になりそうなので、ちょっと心配です。

最初に私の立場といいますか、研究の姿勢というものを申し上げますと、私は福祉が専門ではなく、もっぱら家族の研究をやっています。そういう研究のなかから得てきたことに基づいて、今回のテーマにアプローチしてみたい。ですから、介護システムということがテーマですが、システムとしての家族の均衡を保つために、どういうサービスの在り方が望ましいかということをお話したい。松原先生の場合はどちらかというと、供給の側にかなりウェイトがありましたけれど、私はどちらかというと、サービスの受け手、あるいは需要の側から見た、望ましい介護システムはどういうものかということを考えてみたい。

まず最初にシステムという考え方だが、特に最近、保健、医療とか、福祉の領域において、システムということが非常によくいわれている。今回このテーマを与えられて、いろんな本とか、地方自治体が出している報告書などを見ると、何やらシステムという本がやたらに出ている。タイトルにシステムとある本や報告書をよく読みますと、あまり深い意味では使われていないような感じで、何となく使っているというのが普通ではないかという気がする。

システムという言葉は抽象的に表すと、諸要素間に一定の秩序ある相互依存関係が成立し、あたかも1個の有機体のように、一定の作用を生じさせるということになる。これはシステム論的な考え方だが、抽象的な概念としては、いろんな要素が相互にバランスをとってある一定の作用をするということで、非常に価値中立的な概念といっているかと思う。

保健、医療、福祉において、システム化ということがいわれるようになったのは、現実にはそれらを構成する諸要素間にバランスが存在していないということ、そしてうまく均衡状態が保たれていないために、いろいろな意味でのロスが生じている。時間的、金銭的にも非常に大きなロスが生じているし、それから諸要素間に不要のコンフリクトが生じているということもあるかと思う。

たとえば、具体的にいえば、保健・医療サービスと福祉サービスの連携がうまくいっていない。これはいろいろなところでそういう話を聞いているし、実際に幾つかの自治体においては、それを統合しようという試みも行われているかと思う。それから、中央政府と地方自治体レベルでの齟齬という問題もあるし、いろんなサービス、たとえば公的サービス、市場サービス、あるいはインフォーマルサービスの間のズレや重複も非常に多い。

もうひとつ最近よく、システム化ということで耳にするのは、情報システム化ということで、たとえば東京都とか横浜市などもいろいろやっているけれども、福祉、医療に関する情報がバラバラの形で与えられていて、需要者側にまとまりのない情報として個別に入ってきている。そこで、それを何とかひとつに束ねようという、そういうシステム化という考え方が取られているかと思う。

そういうことで、近年いわれているのは、どちらかというと供給の側におけるシステム化ということで、それによってできるだけ早く、敏速に、金銭的なロスも少なく、マンパワーにおけるロスも少なく、需要側にそのサービスが届くという、そういうことがねらいかと思う。

それから、需要者の側から見ると、やはり無駄



なくそのサービスが利用できるということで、需要者の間におけるシステム化ということが求められる。そういうサービスが迅速に届くことによって、需要側における時間、金銭、あるいはマンパワーのロスを防ぐ、あるいはそれによってサービスを必要としている人の症状の悪化を防ぐことが可能になる。

先ほど申しましたように私は、需要の側から、あるいはサービスの受け手の側から見て、介護者と家族にとってのよりよい介護システムは何かということを考えていきたい。

まず、介護ということだが、実は私は介護という言葉について、辞書を引いてみました。そうすると、1960年代に出ました広辞苑の第2版には入っておりません。そして、1970年代に出ました広辞苑の第3版には入ってきております。だから介護という言葉は、非常に新しい言葉です。これはどなたがおつくりになったのかよくわからない。おそらく厚生省の頭のいいお役人がおつくりになったのではないかと思います。老人福祉法とか、身障者福祉法とか、そのへんあたりから出てくる。要するに自力で生活が営めないような人に対する援助という意味で、介護という言葉が使われた。これはたぶん介助という言葉と看護という言葉をつくったのだと思います。介助という言葉は前からありました。体の不自由な人に対する手助けという意味です。そして看護という言葉も以前からありました。そこで介護という言葉によって、ある程度の医療的な、あるいは看護的なサービスと、それから身体的に不自由な人に対する援助という意味を表す介助と合わせて介護という言葉をつくったのだと思う。

介護というのは、英語でいえばケアという言葉に当たるのだと思うけれど、ケアというのはもともと自力で生活できない人に対する援助ということで、これは子供の世話から病人、老人、身障者等すべてを含んでいる。このケアという言葉について、キャサリン・グラハムというイギリスの女性がレーバー・オブ・ラブという言葉、すなわち「愛の苦役」という言葉を使っている。要するに愛情を伴う苦しい作業であるということである。

ケアという言葉のなかにそれらを全部含めて、彼女は知っているわけである。

私が考えるのに、老人の世話というのと、子供、乳幼児の世話というのは、基本的に違うと思う。子供はかわいいけれど、老人の場合はかわいくないとか、重いとか、いろいろなことがあるけれど、ひとつには将来の見通しがつかないということがあげられる。子供の世話であれば、いつになればそれが終わる、いつになれば歩くということが予測がつくけれど、老人の場合には、いつそれが終わるという見通しがまったく立たない。数ヵ月で終わるかもしれないけれど、何年も続くということもある。最近私がお話をしたノンフィクション・ライターの方は、介護生活25年といていた。そういうふうに非常に長くなるか、そのへんの見通しがつかない。それから、肉体的にも、精神的にも介護者、つまりケアをする人に対する拘束力が非常に強い。赤ん坊よりももっと強い。意思表示をするし、重いし、大きいし……。

レーバー・オブ・ラブには、愛情とともに義務感とか、責任感とか、献身とか、そういうものを全部含んでいる。赤ん坊の世話には愛情の部分が非常に多いけれども、お年寄りの世話にはそれよりもかなり義務感というものが大きくなっているということがいえるのではないかと思います。

私は最近、デイケアを利用している家族の調査をしたが、お年寄りを介護している人に対して、あなたがお年寄りを介護しているうえで支えになっているもの、つまり何があなたをして介護せしめているのかということを20項目くらい挙げて選んでもらいました。そうするといちばん多く挙げられたのは義務感でした。これは誰が見ている場合でも同じです。配偶者間であっても、嫁であっても、娘であっても、トップには義務があって、愛情というのはあとのほうに出てくる。そういう意味で介護とは非常にオグリゲーションの強いものであるということがわかる。いいかえれば老人の介護というのは、精神的負担が非常に重いものであるということを確認しておきたい。

先ほど松原先生は、老人の生活の質ということをおっしゃっていましたが、私は老人と家族双方の生活の

質ということを考えたい。お年寄りの生活の質、お年寄りの自己決定権、あるいはお年寄りの自由裁量権というものも非常に重要だが、介護する側の生活の質とか、そういうことも非常に重要ではないかという気がする。

これはちょっと横にずれるかもしれないが、先ごろ長野県で、奥さんがアルツハイマーになったご主人が離婚訴訟したという事件があった。裁判離婚の理由のなかに、回復の見込みのない精神病の場合には離婚を認めるというのがあるので、これが適用できるかどうかということになった。いままで分裂病の場合はそれが適用されたケースもあるが、老化性痴呆についてはいままで認められた例がないので、これからどうなるかよくわからないけれど、この奥さんの場合はアルツハイマー、プラス、パーキンソンで、相手の顔もぜんぜんわからない。そしてご主人は7年間介護をしてきた。この件について私はある新聞からコメントを求められたのです。ご主人はまだ40代で、非常に年上の奥さんがアルツハイマーになってしまった。40代というと、人生80年時代では人生のまだ半ばですから、私は介護者の福祉というか、介護者のその先の人生ということも考えるべきではないかと、これは非常に苦しい選択ですが、そういうようなコメントを申し上げました。

老人介護というものは非常に重いものであり、かつ非常に長いものであって、あまりきれいごとではいけない面が非常に多い。そこで非常にコンフリクトとか、それからケース・バイ・ケースというか、個別事例でしかいえないようなものが非常にたくさん含まれている。だからきれいに図式化したり、割り切れない部分があるということはいうまでもない。

とはいっても、それでは何のことはない、「人生いろいろ」ということになってしまっていて、お話にならないので、一応モデル的なものを私も一応ここで提示させていただきたい。

次にご紹介するのは、私が関係していた労働省の婦人局の婦人福祉課でやった、長寿社会における女子労働者等福祉に関する調査研究会という、長たらしい名前の研究会でつくったひとつのモデ

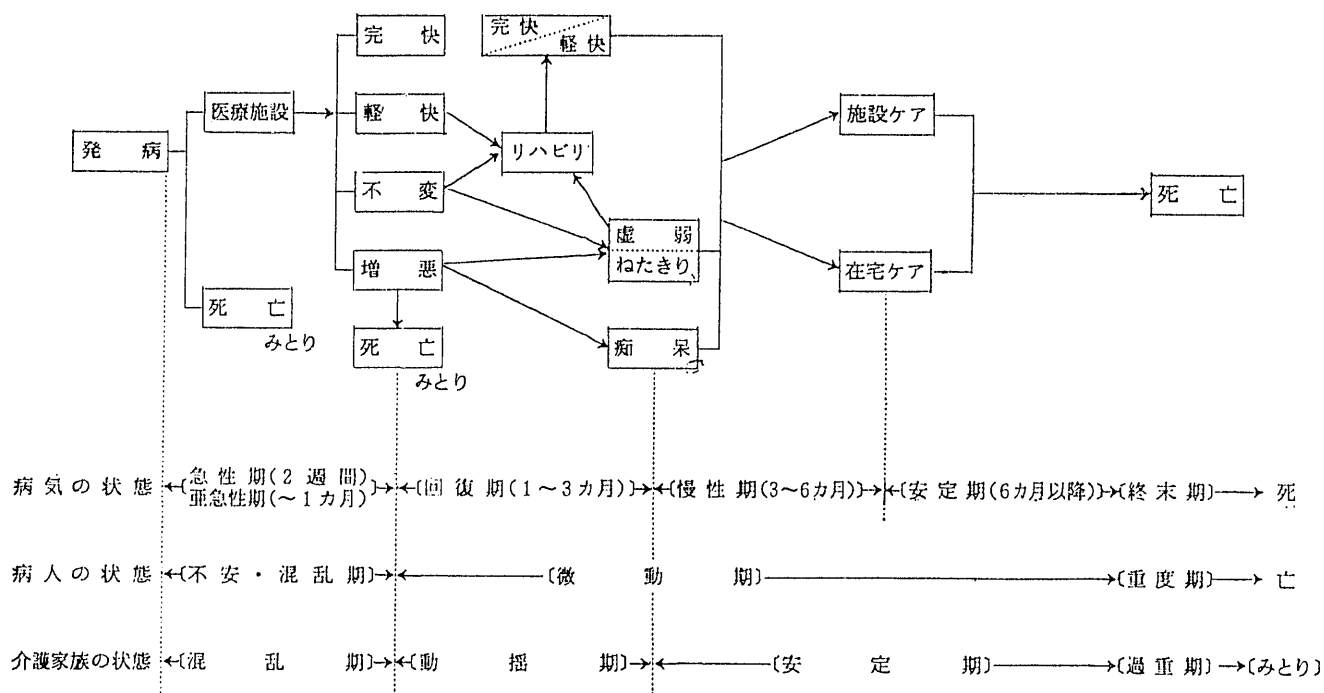
ルです。それを図1に基づいて説明したい。

介護というと、われわれが考える場合すぐ寝たきり老人とか、痴呆老人とか、ボケ老人とかいうけれど、何か非常に固定した、ステロタイプのイメージでとらえているのではないか。しかし、実際に皆さんもお年寄りに接しておわかりと思うけれど、人はある日突然寝たきりになるわけではない。ある日突然ボケるわけではない。もちろん突然倒れて、意識不明になって、片マヒという方もいますが、わりに長い時間をかけて、段階的に弱っていく。それから症状の現れ方も非常に多様で、ボケなどもいろいろなタイプで出てくる。だから本当は、そういうものをひとつのモデルで考えるということには、かなり無理があることはたしかです。

一応、図1で考えたのは、脳血管疾患の場合である。なぜ脳血管疾患かということ、寝たきりの原因には脳血管疾患が非常に多いということと、65歳以上の入院患者のかかなりの多くが脳血管疾患であるとか、現在死因のベストスリーに入っている。1番が癌で、2番が心疾患、3番が脳血管疾患です。もちろん本当はこれだけでは駄目で、パーキンソンとか癌とかいろんな病気についてモデル化を試みないといけないのだが、一応もっともポピュラーな病気ということから脳血管疾患を取り上げて、そういう図を考えました。私は医学の専門ではないので、緑風会の大友先生とか、社会事業大学の中島先生とか、その道の専門家の助言を得て、その研究会でまとめたわけである。

図1の上にあるように、発病をした場合に、まず医療施設に行く。その後死んでしまう方もいるし、完全に治る方もいる。また軽快とか、その症状が続く方、悪くなって亡くなるという方もある。そして不変とか、軽快の方はリハビリをすることによって良くなるという方もいる。また、そのまま虚弱、寝たきりになるという方もいる。あるいは痴呆になるという方もいる。それから施設か在宅ケアに行って死亡する。そういうようないろいろなプロセスを経て、寝たきり老人につくられていくというか、なっていくわけである。

そこで、いろいろな症状別に一応段階を区切っ



出典：長寿社会における女子労働者等福祉に関する調査研究会中間報告，1989年 10月。

図 1 脳血管疾患に関する必要とされる介護の概要図

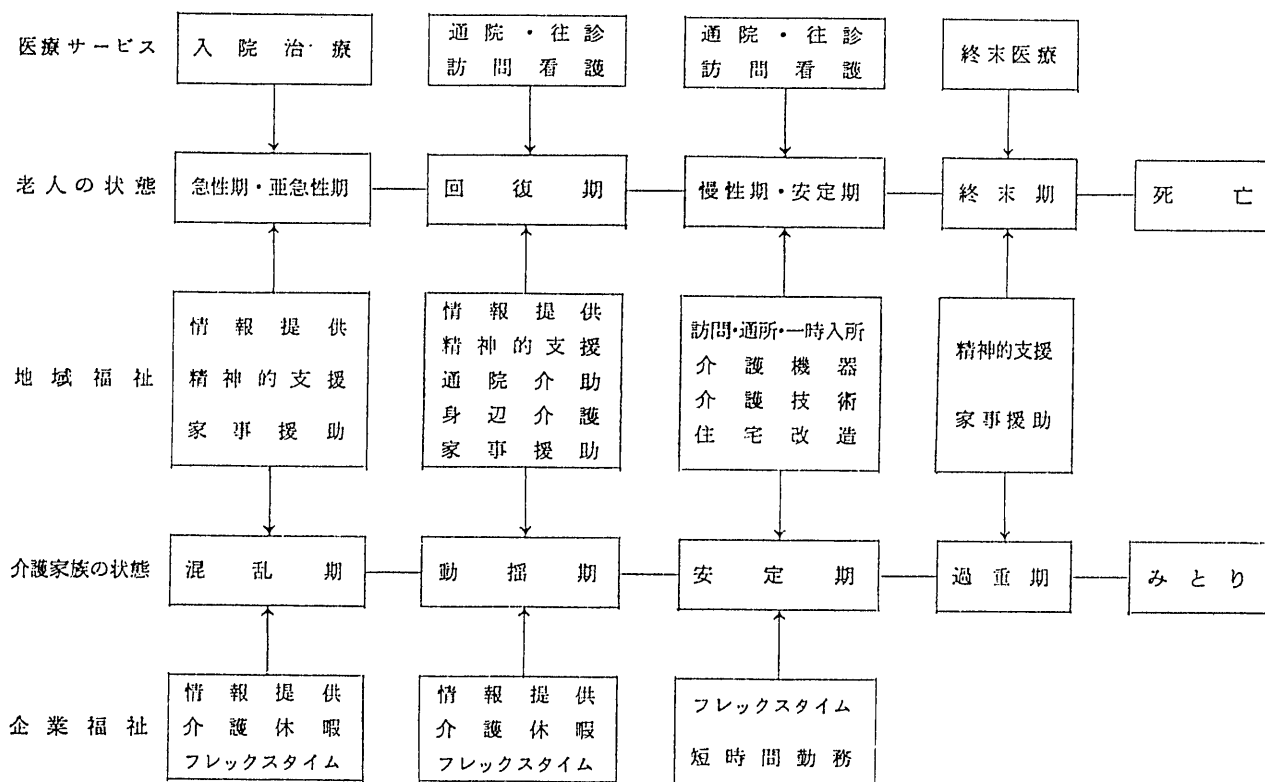


図 2 脳血管疾患の在宅介護

てみた。これはあくまでも便宜的なものです。たとえば、1つは急性期、および亜急性期で、だいたい発病後1ヵ月ぐらいで、この期間は患者、家族とも混乱期で、家族以外による代替は難しい。必要とされる援助は、入退院のための手続き、付き添い等の手続き、入院中の付き添いおよび情緒的な支え、入院中の身の回りの世話、退院後の介護者探し、在宅で介護を行うに当たっての受け入れ体制の整備、それから亡くなった場合のみとりということである。

発病後2、3週間、あるいは1ヵ月ぐらいの間というのはほぼ全面的に家族がやらなくてはいけなくて、外部サービスは利用しにくい。利用したとしても、非常に緊急的なものだから、公的なサービスはあまり利用できない。どういうサービスを利用しているかという点、親戚や友人のようなインフォーマル・サービスまたは民間の有料サービスを利用している方が多い。

回復期というのは、だいたい3ヵ月ぐらいで、病状が回復または安定しつつあるということで、家族の状態は混乱から脱するものの、動揺状態にある。そして必要とされる援助としては、安定するまでの世話とか、付き添いおよび情緒的な支え。2番目にリハビリのための施設探し、3番目に退院後介護者が決まるまでの家庭環境の調整、および情緒的な支え。それから通院、通所介助、家庭でのリハビリ介助、それからみとりということになる。

2、3、6というのは、家族以外の者では代替が難しいが、その他では外部サービスが利用できるということで、1ヵ月過ぎぐらいから外部サービスがかなり導入できる。

それから、慢性期が3ヵ月から6ヵ月、安定期が6ヵ月以降ということだが、この6ヵ月ぐらいまでにかなりの方が亡くなる。倒れるとみんな寝たきり、長期介護というイメージが強いけれど、お医者さんなどの話によると、6ヵ月以内に亡くなるというケースもかなり多いということである。

6ヵ月以上になってくると、本当の寝たきり老人、お世話ということになってくるのでしょうが、患者の病状も安定して、介護を行う体制もほぼ整

うため、家族の状態も安定期に入る。この時期になると、寝たきり、痴呆になったものについては、その状態も固定してくるため、施設で介護を受けるものと、在宅とに分かれる。

在宅で必要とされるものは、身の回りの世話、医療、療養上の世話、通院介助、デイケアセンターへの通所など、福祉サービスの導入とその調整、そして亡くなった場合にはみとりということになる。

4番目が終末期ということで、みとりということになる。

いまお話ししたのは、長寿社会における女子労働者等福祉に関する調査研究会でつくったモデルだが、これを手がかりにもう少し広げて私が考えたのが図2です。症状の変化は図1と同じだが、もう少し広げて医療サービス、福祉サービス、それから企業福祉という3つのサービス源というか、3種のサービスを考えてみたものである。

レジュメにも書いてあるように、一般には介護システムとか、介護サービスという場合によく図が書いてある。モデル図みたいな、要因関連図みたいなのがあって、その場合よく見かけるのは真ん中に丸か四角かで患者＝家族と書いてあって、外側に福祉事務所とか、保健所とか、病院とか書いてあって矢印が付いている。私も昔はよくそんな図を書いたことがあるけれど、何かおかしいなと思って最近はやめてしまった。というのは、患者と家族はイコールではない。患者と家族の間には相違がある。そこには相互関係もあるし、コンフリクトもある。そこで老人と介護者、家族というのを別に出した。一般に出ている図では、患者と家族を丸で囲んであるのですが、丸で囲むことに対して非常に抵抗がある。これは私の個人的な立場かもしれませんが、1つにまるめられないだろうということで、別に取り出して考えているわけである。

それから、一般に介護者という場合には、直接介護に当たる人を考えていることが多い。そしてどの調査を見ても、その8割から9割が女性だけれど、本当にそうかなという気がする。つまり、介護実施者と介護の方針決定者とは違うのではな

いかということ、この数年感じている。

その典型的な例は、お嫁さんが介護している場合で、介護をしているのは嫁だけれど、方針を決定しているのは夫である。私はだいぶ前に、横浜のほうで、これは少数事例でしたが、特別養護老人ホームに入所した老人の入所について誰が決定したかということ調べたことがある。いまいったように数が少ないから一般化は無理かもしれないが、お嫁さんが決めたというのは1つもなかった。それまでお嫁さんが介護をしていたが、入所を決めたのは夫、あるいは夫がその兄弟と相談して決めている。ところが娘介護の場合は娘が決定している。だから方針決定者と介護実施者は重なる場合もあるけれど、重ならない場合もあるということで、このへんのところもこれからの介護システムとか、介護サービスを考えていく場合にはもうちょっと精密に分けて考えたほうがいいのではないかということを感じている。

時期については、先ほどの図1の分け方と同じだが、急性期および亜急性期はだいたい発病してから1ヵ月ぐらいたが、老人の発病という突発事態に直面して家族は混乱状態に陥る。家族社会学に家族危機という理論があるが、老人の発病というのはひとつの家族危機を発生させるイベントとしてとらえていいかと思う。こういう家族危機を発生させる状況が生じたとき、必ずしもどの家族もが危機に陥って解体するというわけではない。その家族がその状況をどう認知するか、あるいは資源をどう有効に使っていくかということによって、危機の回避ということが行われる。

状況の認知ということについていえば、これは過去の経験とか、過去の家族関係、つまり家族の人間関係の良否とか、そういうものが状況を危機として受け止めるか、大したことはないじゃないかと冷静に受け止めるかという違いになって現れてくる。

その危機を回避するうえでは、家族資源と外部資源の両方があるが、家族資源には経済力や家族員数と家族構成などがあるが、その家族のもっているマンパワーがかなり重要である。介護要員といってもいい。その人数がたくさんいるというこ

と、介護の助けになる人がいるということは突然的な事態への対処を容易にする。

外部資源としては、まず何よりも情報ということだと思う。情報についていちばん困るのは、正しい情報が得られなくて、どこに行ってもいいかわからないということで、実際にあっちに行ったり、こっちに行ったりして、タライ回しということがかなりある。情報伝達の方法は、面接でもいいし、電話でも、文書でも、情報機器でも、何でもいいと思うけれど、適切な情報を手に入れられるということが何よりも必要である。

情報の供給源としては、自治体とか、社会福祉協議会とか、情報公社とか、民間サービス機関とか、あるいは企業とか、労働組合というものも有効かと思われる。なお、相談機関の多くは平日の9時～17時で、土、日曜はやらないし、祝日にもやらない。これが非常に問題かと思う。お年寄りとは別に9時～17時に倒れるわけではない。いちばん多く倒れるのは明け方といわれている。これは寝ているうちに発汗作用とか、あるいはトイレに行くことによって、水分が少なくなって、血液が濃くなり、それが心臓に回ると心筋梗塞、頭にいくと脳梗塞ということで、明け方によく倒れるということなので、そういうときの緊急事態には現在の相談機関は応じられないということになる。

それからもうひとつは、救急医療の問題である。119番をすると救急車がやってくるのですが、救急車のなかでも、日本のいまの医療制度では応急処置ができない。そういうことがあって間に合わない。あるいは病院に運んだけれども受け入れてもらえないということもある。そういう救急の医療体制の不備ということも、これから直していかなければならない問題だと思う。

それから、24時間体制ということについていえば、今度つくられるという在宅介護支援センターというのは24時間体制ということですから、これは大変望ましいというか、心強いと思う。

それから企業についていうと、IBMが最近はじめたそうですけれど、近年アメリカの企業ではエルダーケアといって、従業員の親が倒れた場合の福祉に力を入れている。内容はもっぱら相談、



情報提供で、直接何かサービスを提供するという  
ことではないのですが。今後は情報提供というこ  
とを、それこそシステム化して、効率的に、能率  
的にするということが必要かと思う。

それから入院のための手続きや、在宅介護のた  
めの受け入れ体制の整備をするために、介護方針  
決定者はあちこち回らなければならないし、病院  
も訪ねたりしなければならないので、休みを取ら  
なければいけない。多くの人は有給休暇を充てて  
いるけれど、介護休暇とか、フレックスタイム制  
が確立していれば、職業生活の継続がより容易に  
なる。

なお、この研究会で調査をしたところ、介護の  
ための休業制度のあるところは14.8%でしたが、  
そういう制度はなくても、配慮をしているという  
企業を入れると4分の1ということで、意外に多  
いという感じがしました。ですから、制度として  
介護のためにやっているというのは少ないけれど  
も、いろいろな情報を提供をしたり、仕事のうえ  
での配慮をしたり、あるいは介護休暇を与えたり  
ということをやっている企業が思ったより多かつ  
たという感じがした。

この発病直後の時期は、家族も年寄りも混乱し  
ている状態なので、ひとつの家族システムとして  
のバランスを保っていくためには、いろいろな外  
部サービスや家族内の資源を利用することによっ  
て、均衡を保っていく。そのためにはある程度家  
族員の欲求レベルの抑制、あるいは家族員間相互  
間での欲求の調整ということによって、内部に生  
ずるコンフリクトを避けるということがシステム  
としての家族の安定性を保つひとつの方策かと思  
われる。

それから、回復期は3ヵ月ぐらいだが、症状が  
一定の安定を見ると患者は退院させられる。最近  
厚生省では入院期間を少なくさせようというこ  
とで、退院の方向を取っており、いまはかなり重症  
の人も出されてしまうという状況がある。

家族は状況を認知し、一応の安定を取り戻すが、  
今後の介護方針の確立や、介護体制の整備につ  
いて悩んだり、介護の継続ができるかどうかと非常  
に迷ったり、不安に思う時期なので、ここでも専

門家のアドバイスが必要であるし、企業のいろい  
ろな配慮、フレックスタイムとか、そういうもの  
が必要かと思う。そして、この時期に長期戦に備  
えての、老人、介護者、家族間でのいろいろな適  
応ということが必要になる。また精神的な支援と  
か、家事援助ということも必要になる。

3番目は慢性期・安定期だが、これが寝たきり  
老人になってしまうときだと思う。症状もほぼ安  
定化し、介護体制も確立する。普通介護システム  
というと、このへんのところから取り上げていて、  
一般には安定期になる前は医療の分野というよう  
に考えられているのではないかと思う。しかし私  
は、医療も福祉もすべてのプロセスにかかわるべ  
きだと思っている。

この安定期というのは6ヵ月以上ということに  
なる。一応寝たきり老人ということになるけれど、  
これも時期によっていろいろ動揺がある。先ほどい  
ったように、介護というのは期間が本当にわからない。  
あした亡くなり介護が終わるかもしれないし、3ヵ  
月先かもわからないし、6年先かもわからない。だ  
から、理論と現実とがうまく一致しない。

そこに住宅改造と書いているけれど、実際には  
皆さんはなかなか改造をしない。それは、せっか  
く何百万円もかけて直しても、すぐ死なれたら損  
だということもある。それから介護機器にしても、  
これも実際に介護している人に聞いてみると、  
ベッドも十何万円から、五十何万円まであるわけ  
で、これもどのくらい生きるかの兼ね合いで計算  
をする。だいたい多くの人は真ん中ぐらいでいい  
だろうということになるけれど、それが十何年、  
二十何年ということになると、あのときもうワン  
ランク上げてあげればよかったということになる。

介護期間がわからないということで、なかなか  
理論どおりにいかない面がある。供給の側は住宅  
を直したらいいじゃないか、こうしたらもっと良  
くなると思っても、介護している側、あるいは介  
護の方針決定者は家計とにらみ合わせてとか、ほ  
かの家族に使う家計支出とをにらみ合わせて、ど  
こまで介護に使うかということで、計算が働くの  
で、なかなかうまくいかないという問題がある。

それから、通所サービス、つまりデイケア、デイホスピタルですが、最近私はデイケアサービスを利用している家族の調査をしました。それは特養併設のデイケアでしたけれど、いまはほとんどそういうところが引き受けている。なかには医療サービスを必要としている方までがそういうところにきている。非常に雑多な方がきている。非常に症状の重い方もいるし、あまり重くない方もいる。

通所サービスについては、欧米の場合は、といっても私はイギリスとアメリカしか知りませんが、イギリスやアメリカの場合は老人の症状によって、あるいは機能障害の程度によって分けている。非常に重い人はデイホスピタルというか、病院併設のデイケアということで、医者、看護婦、PT、OT、STとか、そういう専門のスタッフがいて、リハビリ的な訓練をしたり、医療的なサービスを受けている。そして、あまり重くない人、また孤独解消というか、社会的なニーズを満たすというか、人間関係をもちたいという人のためのサービスというのは、コミュニティーセンターとか、教会とかで食事サービスとか、レクリエーションをやっている。そういうところには専門のスタッフはあまりいなくて、せいぜい看護婦さんぐらいで、あとはもっぱらボランティアがやっている。

ところが日本のいまのデイケアというのは、いろいろな人がきていて、サービス提供者は困っているし、受ける側にも不満が多い。重い人に合わせると軽い人には面白くない。そこで本当はもっと機能分化したほうがいいと思うけれど、残念ながら、東京のようなところでは地価が高く老健施設ができない。本当は老健施設がかなりの威力を発揮するはずで、法律を読むとそうなっているが、それがいないために現在は福祉施設において医療施設が引き受けるべき人までも引き受けているという矛盾がある。

それから、企業側の福祉としては、フレックスタイムとか、短時間勤務とか、そういうことによって就業と介護の両立ということが可能になるのではないか。短時間勤務ということについていうと、これはNTTが非常にいいシステムをもっ

ている。NTTは女性がもともと多い働き場だったということでそういう制度があるわけだけれど、短時間勤務というのはパートではなくて、正規従業員の身分のまま働く時間を短くする。だからボーナスとか、年金とか、社会保険とか、そういう面で損をすることはない。こういうようなシステムであれば、働きつつ介護をするということも可能になるのではないかな。

最後は終末期だけれど、これは先ほどいったように、必ずしも安定期のあとにくるのではなくて、あらゆる段階において突如訪れる。ここでは家族の精神的、肉体的負担が大きい。ホスピスケアというものは、日本ではもっぱら癌の患者さんに対する援助だけれど、高齢者の介護に対するホスピス的な、終末的なケアというものも必要ではないかと思う。

特に私が感ずるのは、高齢になって配偶者が亡くなるということのも大変だけれど、母子家庭とか、1人で親を見ている場合、非常に外部サービスが届きにくいという問題がある。特に息子が親を見ているという場合には、サービスが届きにくいので、そういう介護者に対する具体的なサービスに加えて精神的な援助というものも必要ではないかと思う。

全体的にいうと、在宅福祉重視ということで、厚生省も最近そういうことに力を入れているけれど、在宅医療ということも非常に重要だと思う。もちろん、そちらのほうも最近いわれてはいますが、医師会の問題とかいろいろあって、なかなか進まない。後期高齢層が増えてきた現状では、在宅医療がこれから重要視されなければいけない。いろんな調査を見ても、医師や看護婦にきて欲しいという要望が非常に高い。しかし、残念ながらいまは開業医が高齢化していて、往診を断られてしまう。厚生省は家庭医制度を確立するとかいっていますけれど、そのへんはどうなっているのかわかりませんし、古瀬先生などに教えていただきたい。

いまは医療というと、病院と考えていますが、本当は家へきてくれるお医者さんが必要なのです。ところがその開業医が高齢化している。私は新宿

区に住んでいます。新宿区の開業医の平均年齢は七十何歳です。たとえば慶応大学の小此木先生のお父さんがお医者さんで91歳ですが、90歳まで開業していた。さすが91歳になって今年はやめたそうですけれど、開業医をやめたという届はまだ出してないといっておられました。そういうように80とか90とかいう方がやっていたらいいので、注射を打って、お薬を出すぐらいしかできない。

そういうことで、往診というか、在宅医療ということ考えた場合、開業医制度、家庭医制度というものももうちょっと充実しないといけない。これは緊急な問題だと思う。

最後にいいますと、いままでお話ししたのはいわゆる事後的対応策ですが、予備的、予防的な対応策も欠かせないわけで、学校教育、社会教育、退職準備教育というものに、老化とか、老人介護とか、死の問題を入れるということが必要ではないかと思う。

現在ライフサイクルにおいて、介護期というのが出てきたといっているのではないかな。いろいろな調査を見ると、50歳以上の人は何らかの形で、直接手をくださるか、くたさないかにかかわりなく、親とか祖父母の介護に一度は直面している。ゼロという人はいまは皆無に近い。親が子供のときに

亡くなるという方はほとんどいないと思うので、ライフサイクルにおける介護期の出現というふうと考えて、それを組み込んだ生涯設計とか、人生設計をする必要があると思う。

それから、介護はどうしても女性ということになる。世界中どこでも介護の主力は女性だが、いまその女性の職場進出が非常に進んでいる。就業年数も年々延びてきている。専門職、管理職に就く女性も増えてきている。いまのところは介護のために職を辞めるという女性がたくさんいるけれど、これも辞めない人がだんだん増えてくるだろうと思う。そういうことを考えると、いままでは地域を中心に医療、福祉サービスが考えられていたが、これからは企業福祉というものも組み込んで、そのへんでどういう図式を考えるか、まだ具体的な案はありませんが、何か地域と企業がうまくつながるようにできないものだろうかと思っています。

ひとつの考え方として、在職中企業の医療サービスは進んでいて、診療とか、人間ドックとかをやられているので、そういうデータをそのまま地域医療につなげられないかということを考えていますが、これもまた医師会などの関係で難しいようだけれど、何とかしたいなあと思っています。

私の話はこれで終わらせていただきます。

## 【レポート】

# 老人介護政策の課題

日本社会事業大学社会事業研究所教授 古 瀬 徹

昔、厚生省にいて、全国の介護サービスの現場の方にお会いすることが多かった。その場合よくお聞きした話だが、老人ホームにお客さんが見えると、最初お茶を出す、ところが飲まない人がいる。寮母が出したお茶は飲まないといって飲まない。それから、老人クラブなどの元気な老人のグ

ループ、元学校の校長先生であったり、しかるべき社会的地位の方々がそこにはおられますが、そのグループが老人ホームのなかをドヤドヤと歩いて、「われわれはあんなふうにならなくてよかった。あんなったのは入った人が悪いのだ」という、こういう議論を声高々として歩いている。そうい

う似たような話をよく聞きました。あるいは、ホームヘルパーの方々から聞いた話です。これはいまではだいぶ良くなったと思うけれど、ホームヘルパーの方々が市役所にいる、これは在宅だから外に出る仕事なので机もろくに用意をされない。ロッカーなどもあまりなかったということがよくありました。

介護サービスに関する国の政策としては、昭和38年にできました老人福祉法が中心的役割を今日までもってきた。この法律では特別養護老人ホームの入所などを中心にして規定がある。その後、日本の介護サービスを実質的に支えてきたのは、私は特別養護老人ホームのスタッフであり、ホームヘルパーの皆さんだと思うので、本来ならこのような研究会なども、そのような現場のなかからの発言をもって、問題提起とするのがふさわしい

と思います。本日は、便宜私がお話をするようにということで、ここ数年介護政策をめぐる動きは大変大きいものがあるので、それを垣間見たことをご報告して、とりあえずの責をふさぎたいと思います。

老人政策に関する厚生省の政策体系はしばしば厚生白書なり、あるいは多くの研究書でも引用されているように、施設と在宅という2つの大きな柱に分けて、施設のなかを通所と入所、在宅のほうを在宅サービスと社会参加という、こういう4つの柱で説明するのがならわしである。しかし、このような問題の立て方はそろそろ現実の政策においても崩れてきていて、それらを全体に見渡したシステムが必要になってきているかと思う。松原先生なり、袖井先生なりからご報告があった、介護サービスの受け止め方についての問題提起は、

表 1 A Classification of Services for Older Persons

| Degree of impairment | Community-based<br>(地域ケア)                                                                                                                                                                                       | Home-based<br>(在宅ケア)                                                                                                                                                     | Congregate residential and<br>institutional-based                                                                                                                    |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I Minimal            | Adult Education<br>(成人教育/老人大学)<br>Senior Centers<br>(老人福祉センター)<br>Voluntary Organizations<br><br>Congregate Dining Programs<br><br>Individual and Family<br>Information and Referral,<br>Advice, and Counseling | Home Repair Services<br><br>Home Equity Conversion<br><br>Share-A-Home<br><br>Transportation<br>(移送サービス)<br>Telephone Reassurance                                        | Retirement Communities<br>(Sun-City など)<br>Senior Housing<br><br>Congregate Residential<br>Housing with Meals                                                        |
| II Moderate          | Multipurpose Senior Centers<br><br>Community Mental Health<br>Centers<br>Outpatient Health Services<br><br>Case Management Systems<br>(Social/Health Maintenance<br>Organizations, etc.)                        | Foster Family Care<br>(養護委託)<br>Homemaker<br>(家事援助サービス)<br>Meals-on-Wheels<br>(給食宅配サービス)<br><br>Case Management for<br>Family Caregivers and<br>Elderly Impaired Members | Group Homes<br><br>Sheltered Residential<br>Facilities<br>Board and Care<br>(Domiciliary Care)<br>Facilities<br>Respite Care<br>(ショート・ステイ, ナイト・<br>ステイ)<br>(デイ・サービス) |
| III Severe           | Medical Day Care<br><br>Psychiatric Day Care<br>Alzheimer Family Groups<br>(ぼけ老人を守る家族の会)                                                                                                                        | Home Health Care<br>(訪問看護)<br>Protective Services<br>Hospital Care at Home                                                                                               | Acute Hospitals<br><br>Mental Hospitals<br>Intermediate<br>(Health Related)<br>Nursing Facilities<br>Skilled Nursing Facilities<br>Hospice Care in a Facility        |

出典: Models of Services for the Elderly, S.S. Tobin & R. Tosend (ニューヨーク州立大学) p. 551.

Monk, Abraham (コロンビア大学) 編 "Handbook of Gerontological Services" Van Nostrand Reinhold, New York, 1985, 所収.

".....there is no absolute way to classify the geography of services.....The boundaries between classes of services, ....., are obviously quite permeable." (p. 550)

そういった点についての基礎的な素材を提起されたものと思う。

資料のなかに幾つか表を付けているが、25頁の表1をご覧ください。これはアメリカの老年学の教科書によく使われているということで、勉強をしてみました。マトリックスがあって、左側のほうは程度の軽いものから、中くらい、それから重いものにいく。右側のほうは地域をベースにしたサービス、それからホームベース、それから施設と、こうなっている。

日本ではまだ概念が十分整理しきっていないと思われるのは、先ほどの厚生省の施設、在宅という二分論の影響も大変大きいのだが、しばしば在宅と地域ケアというものの概念の整理が十分でないように見受けられる。

アメリカで一般的に使われている教科書によると、在宅ケアというのは自分の家で、あるいは借りているところでもいいが、サービスを受けるというやや物理的な意味で用いられることが多いのだが、それと施設的なサービスを含めて、第1の地域ケアという概念で包括をして、そこにあるようにこれはアメリカは連邦政府なので州政府によってさまざまに違うけれど、このような形でマトリックスが埋めてある。日本で介護サービスが論じられるときには、この最後のほうのシビアというところに該当するものが多いと思うけれど、先ほど袖井先生のお話にもあったように、これは連続した概念として、把握をすべきかと思う。モンク先生の注にもあるように、これは便宜なものであって、固くそれぞれの概念を論ずることはないということをいっておられる。

日本の介護サービスの質を議論するときに、これは大変不思議なことだが、何をもって介護サービスが充足されたか否かということについては、まだ基本的な了解がないように思う。しばしば用いられる数字は、特別養護老人ホームの整備率である。今日予算定員では16万人ぐらいのベッド数になっているけれど、65歳以上人口に対する比率でいくと、大雑把にいった1%ということになる。

表の2に、これはスウェーデンの1985年の数字だが、ホームヘルプと施設ケアの利用率の推移と

いうデータがある。これは65歳以上人口の比率に対して在宅サービスの中心である、ホームヘルプを受けている人と、施設ケアを受けている人ほどのくらいかという、非常に基礎的な数字だが、日本のいまいった1%に相当する数字はほぼ1985年では6.7%に相当すると思う。

これは大変に注意を要する。日本でもそうだが、スウェーデンの場合も概念に入り組みがあるので、大雑把にそのような数字かという程度でとらえていただくほうがいい。なお、ご覧のように1975年に8%の人が施設ケアを受けているわけで、これが6.7%に下がっている。下がっているけれど、それに対して日本の1%という数字は、圧倒的に不足しているということになると思う。

しばしば日本においてはホームヘルプの数の議論がよく行われているが、このホームヘルプについては表の左をご覧くださいと、1985年にスウェーデンでは18.9%となっている。65歳以上人口の18%がホームヘルプサービスを受けている。そこで6.7%と18.9%を合計した25.6%が公的サービスを受けているということになる。

そうすると、ホームヘルプ、スウェーデンでいう18.9%に相当する数字は幾つだということだが、私は不勉強でよく文献その他を見ていないが、これに相当する数字は、行政側からも、研究者からも、まだ出ていないのではないか。

しばしばホームヘルプの数が新聞などで報道されるが、これは厚生省が国庫予算を組むときの予算上の定数である。したがって何人増えたとか、増やしたとかいう議論をしているけれど、いま日本にホームヘルパーが何人いるかという数字は実は出ていない。

表2 ホームヘルプと施設ケアの利用率の推移（スウェーデン）

|      | ホームヘルプ | 施設ケア | 合計   |
|------|--------|------|------|
| 1965 | 12.8%  | 7.2% | 20 % |
| 1975 | 22.8   | 8.0  | 30.8 |
| 1985 | 18.9   | 6.7  | 25.6 |

\* 施設ケアには、サービスハウスは含まれない。

資料: A. Doyle: The Myth of Homogeneity/Variations in Availability and Financing of Swedish Home Help and Institutionalization. Institutet för gerontologi, Jönköping. May, 1987.



なお、厚生省報告例というのがあって、そのなかで数字が出ている。それによると61年の報告では6万3,000人ぐらいの数字がリストアップされている。61年の段階では65歳以上人口が1,200万ちょっとだから、大変大雑把にいうと0.5%ぐらいになる。しかし、この厚生省報告例の数字は常勤、非常勤といった換算をしていないから、スウェーデンのこの数字に見合うのかどうかかわからない。

いずれにしても、もしその数字を使うとすると、ホームヘルプサービスが0.5%、特養、ナーシングケアのサービスが1%、合わせて1.5%ということになる。1.5%とスウェーデンの25%という数字を比べると、圧倒的に差があるということとはどなたの目にもはっきりする。

日本における介護問題の難しさは、よく指摘をされているとおり、このような状態に立ちいたるのには、非常に時間が少ないということである。スウェーデンはずいぶん時間がかかっていて、この数字でご覧のとおり1965年にはスウェーデンにおいてもホームヘルパーは12%だった。そうしてスウェーデンにおいてもある時期急に在宅サービスが展開されたかのように受け取られることが多いが、施設ケアが8%というレベルまでいくと、さすがに空きが出てくることが出てくる。あるいは施設ケアの質についての論議が高まってくる。これはデンマークなども同じであるが、長い時間かかって、施設ケアというものをやってきて、7%とか、8%にきたところで反省が起きて、在宅サービスというものになった国に対して、日本の場合には特養もこの20年ちょっとです。法律は38年だが、全国各地で特養が建設されたのは50年代の後半からである。そしていま65歳以上人口に対してやっと1%である。89年12月に厚生省が発表した、いわゆるゴールドプランというものを見ると、特養は1999年度の末において24万床という計画が公にされている。24万床という大変多いようだが、その時期における65歳以上人口に対する比率としてはやはり1%である。ですからこの程度増やしても、20世紀末にはいまと同じ状態の施設ケアである。スウェーデンの状態で考える

と、圧倒的に不足という事態は変わらない。

老人保健施設が登場をしたもっとも大きな要因は、その点を特養だけのスピードでは追いつかないということがある。当時すでに議論になっていたように、ここにご専門の二木先生がいらっしゃるのですが、日本でナーシングケアの供給量が少ないのを補っていたのは医療ケアの過剰である。これは地域によって違うが、ある地域においてはすでに過剰状態になっている。そして老人保健施設も厚生省の計画だと28万床ということになっているので、これを合計しても2コンマ何%ということで、圧倒的な不足である。

きのうの新聞に日本社会党が、重介護保障政策大綱というものを発表している。多くの新聞が取り上げたわけではないので、私はきのう社会党に行き資料をもらってきました。行って大変良かったと思うのは、社会党本部は選挙中でしたが、私は選挙にはあまり関心はありませんが、闘争本部のなかにあるというので、4階のど真ん中に行ってもらってきましたが、ほとんどの人はそれが新聞に出ているということを知らなかった。

しかし、内容を拝見すると大変良くできている。日本社会党がこのような介護問題について一応選挙の間にまとめたものを出すということは、時代の推移を感じたし、介護問題もあるところまできたと思いました。

それを見ると、ホームヘルパーの数を2000年までに19万人に常勤換算ですということなので、その算式もいろいろついていました。この社会党案で決定的に問題だと思うのは、施設処遇が基礎的なケアとしていかに重要であり、いかに不足をしているのか、そこに勤務する人の待遇はどうなっているのか、そしてそこでサービスを受ける老人の人権をどう確保するかというレベルの問題にはまったく触れていないことである。在宅を中心としてはいるようだが、「重介護保障政策大綱」というわりには非常に基礎的な認識が足りないと思う。

それから、ホームヘルパーの数を計算する算式だが、65歳以上人口の2.18%という数字をもって。これはいろいろ意見が分かれると思うが、もし本気に2%という数字で社会党が良しとすれ

ば、大変に認識は甘い。北欧の現状を考えると、まったく甘い。それにはそれなりの計算の根拠があったでしょうけれど。そして、制度として1987年に発足をしている介護福祉士の制度については、まったく触れていない。介護サービスについて、何が重要かという観点からは、社会党の目ではいまはホームヘルプの数を増やせば何とかかなるという、そういう論拠だと思う。おそらくこれは、玄人筋からはほとんど評価されないと思う。

新聞などはよく国の責任ということを書くのが好きだが、スウェーデンやデンマークにおいてなぜこのような高い社会的なケア率をもつことができるようになったかというところが重要である。それはスウェーデンやデンマークの官僚機構が良かったからではない。これは政治学の初歩的なことだが、社会全体として介護サービスのようなものに、どのような優先度を置くかという問題かと思う。

年金の制度を考えると、年金のように国のなかを移動するという場合、あるいは非常に長期にわたって、財政の計算をするという制度を構築、運営する場合には、国の運営責任は非常に重要になる。

しかし、いずれの国においても、医療サービスや福祉サービスのように、ふだんの日常生活のなかで起きてくるものに対する取り組みは市町村レベルである。そのことが徹底していないということで、北欧においても、イギリスにおいても、フランスにおいても、この数年行われているのはそのサービスの法的な主体を市町村に徹底をすることである。

さる1月22日に厚生省で行われた全国民生部長会議において、岡光老人保健福祉部長は老人福祉法の改正について指示をしております。専門紙の伝えるところによると、そのなかで老人福祉法改正の中心として、いま県が行っていますが、町村にも措置権を下ろす、それからすべての市町村が在宅ケアをするということを法律上義務づけるということを、いま検討作業中であるということを公にしている。その点について、松原先生がご指摘になったが、すでに厚生省はすべての市町村の

当然の仕事として、介護サービスを受け止めるという時期にきていると思う。

私は多くの市町村におじゃまをする機会がありましたが、非常に熱心な担当の方がよくおっしゃっておられましたが、普通の市町村長には介護サービスを推進するという、基礎的な認識はまったくない。ここが北欧型のスタイルの介護サービスとまったく違うところだと思う。

日本での公私の役割分担の議論は大変観念的な議論もあって、それなりの概念の議論は意味があるのですが、介護サービスだけを取り上げて議論をするのは意味がないと思う。

ヨーロッパに多少お住みになるか、あるいは旅をされるとすぐわかることだが、ヨーロッパにおいては医療サービス、それから教育、テレビなどもその代表だが、テレビはイギリスはBBC放送、西ドイツもZDF（ゼット・デー・エフ）というのともう1本ありますが、公共放送です。フランスもそうです。デンマーク、スウェーデンもそうです。日本においてすべての局がNHKということが想定できないと同じように、ヨーロッパのこれらの国においては商業放送が中心となるということは考えられない。医療サービスにおいても同様である。

介護サービスは医療サービスと非常に関連が深い、この医療サービスの現状は、北欧においては、その費用負担においては社会保険方式を導入しているけれど、基本的には非常に強い公的サービスとして運用されている。

昨年6月にスウェーデンに、4度目ぐらいになりますが、おじゃましたときに、一緒の班で行きました人達は、お医者さんなり、看護婦さんなり、ソーシャルワーカーという方々でしたが、その結論は、これは看護婦さんがいっておられたけれど、日本はデンマークのまねはできないということです。たとえば往診の話をすると、向こうは家庭医が非常によく機能していますから、お医者さんがまず基本的に地域の老人のケアというものを支えている。それがあって、その上に乗って、福祉サービスが展開しているので、その医療のところを学ばずにホームヘルプの数と仕組みだけを

学ぶということは、介護サービスのように大変幅の広いものを評価するには致命的に認識に不足があると思う。

いずれにしても白紙に、白い紙の上に、これが日本の理想だということを書くわけにはいかない。すでに一部の地域においては、供給過剰となった病院があり、あるいは特養においても油断はできない。地域によっては完全に供給過剰である。夏の間は空いているとかいろいろある。きわめて狭いところに数ヵ所の特養があるといったところもある。もちろん他方では、東京都の内部の区部のように、まったく足りないというところもある。

そういう地域差については、同じスウェーデンの表で28頁に表10というのがある。先ほどの表2と出典は同じだが、ちょっと概念の相違かと思うけれど、合わない点がある。先ほど平均値の話をしたが、85年の数字を見ると、スウェーデンにも市町村がたくさんあって、市町村で展開をすることになっているけれど、65歳以上で、先ほどいった20%近くのホームヘルプの受給率は8%から33%だが、これを年齢を80歳まで引き上げると、低いところでは6%、上のほうでは80%になっている。施設ケアはこれより多少幅は小さいが、いずれにしても市町村によって大変幅がある。

昨年スウェーデンに行きましたとき、厚生大臣にもお会いする機会があって、お聞きしましたが、

表 9 高齢者世帯の入院・入所比率の県別格差

|         |       |      |
|---------|-------|------|
| 高 い 県   | 高 知 県 | 8.7% |
|         | 北 海 道 | 8.2  |
|         | 熊 本 県 | 7.5  |
| 全 国 平 均 |       | 4.2  |
| 低 い 県   | 滋 賀 県 | 2.3  |
|         | 茨 城 県 | 2.4  |
|         | 栃 木 県 | 2.4  |

資料：鈴木 昇「高齢者の生活と住宅」『年金と雇用』8巻1号）  
p. 24, 1985年国勢調査による。入院は3ヵ月以上のもの。

表 10 ホームヘルプサービスと施設ケアの利用率の市町村別格差（1985年）（スウェーデン）

|     | ホームヘルプ |       |       | 施設ケア |       |       |
|-----|--------|-------|-------|------|-------|-------|
|     | 最低値    | 中位値   | 最高値   | 最低値  | 中位値   | 最高値   |
| 80+ | 6.0%   | 42.7% | 80.0% | 9.0% | 23.6% | 37.0% |
| 65+ | 8.0    | 19.3  | 33.0  | 3.0  | 7.3   | 12.0  |

資料：表2に同じ。

地域において自分達の問題として、これは6%あたりのことを指していると思うけれど、それは事情によってそう高いサービスをする必要のない地域もある。要因はさまざまだが、スウェーデンにおいても、地域差は大変大きいということを示す意味でこの表を挙げました。

上の表9は日本のことだが、都老研の鈴木さんの積算だが、細かな幾つか定義の約束事があるが、65歳以上の人を含む、いわゆる高齢者世帯と、特養、病院、あるいは障害者の施設といったものを全部拾い上げて、比率で比べたらどうなるかということに公にされているが、そこに挙げたもので見ると、全国平均では4%ぐらいになっているが、低いほうの2%台と、高いほうの8%台とでは大変大きな差がある。

スウェーデンやデンマークの実態を知っている者には、北海道などの数字は高いようには見受けられないが、実は北欧と日本のものを比べる際には、基礎的な条件の違いがある。1つは先ほどいった医療、教育の問題である。これはどちらがよいという議論ではない。いまアメリカに行くと、チャンネルが200も300もある。ニューヨークの友達の家に行くと、日本映画だけをやるチャンネルまである。東京あたりでもいまは20ぐらいのチャンネルを見ることができる。しかし、そのどっちがいいかという、そういう問題ではない。日常生活に関連する、文化的価値に関連のある医療や、教育、テレビについては、アメリカ型のタイプと北欧型のタイプがある。これは大変大雑把な議論だが、そしてそのなかには幾つもの中間項があるということである。

もう1つ同居率だが、日本でも統計で高いように見えても、若夫婦が外に働きに出ていくために、老人は残されて、日中は独居であるということが、実践家の間から指摘をされているとおり、家庭介護にすべてを頼るという現状ではなくなっている。なくなっているけれども、統計の取り方でいろいろだが、相当数の人は家庭で3世代の同居ということが期待できる。特に地方においてはそういう現実がある。

スウェーデンにはそれに見合う概念がない。ど

うしても教えろということで、この間行ったときもしつこく聞くと、同居率は5%とっていました。しかしこの5%は日本の皆さんが考える数字と違う。つまり、障害者などを抱えているうちにお母さんのほうがずいぶん年をとって、その子のためにと思っているという数字が5%程度であって、一般に老人が3世代で住むという概念はない。イギリスは10%ぐらいだが、この10%や5%という数字と、日本における現状は質的に違うと思う。いまイタリア、西ドイツが3割ぐらいになっていると思うけれど、日本がそのようになる可能性はもちろんあるけれど、なぜ北欧でそのような公的サービスが高く出てきたかということについては、そのような背景があると思う。

それから日本で見逃されているのは、家政婦の存在である。これは歴史はホームヘルパーより古い、この家政婦がどのような形で入っているのか、そういう実態については残念ながらいい文献、調査結果はほとんど出ていない。

それから、90年度予算案で厚生省が要求しているもののうちで、量的なものではなくて、サービスをできるだけどこかで、早い段階で相談をする拠点が欲しいという思想で要求しているものに、在宅介護支援センターというものがある。これは今世紀末に1万ヵ所ということで、10ヵ年計画に出ているけれど、今年は300ヵ所入っている。

先ほど袖井先生のお話にもあったように、介護を必要とする時間帯がまず朝であったり、深夜であったり、曜日は関係なしということで、いずれにしても24時間のサービスが必要である。日本でも医療や消防はこれをとっているけれど、そのようなことを市町村のサービスを基礎として、市町村の業務としながらも、市町村の職員に、あるいは市町村のサービスのなかで、朝早く、あるいは日曜日まで行うということは非現実的である。

したがって、何らかの意味のそういう拠点が必要であるということになる。これは厚生省が直接ヒントにしたかどうかかわからないが、西ドイツなどではゾチアルスタチオーネンという制度があって、社会のセンターみたいなものだが、これは州によってそれぞれ名前も機能も違うけれど、どこ

かの地域で中心になって介護サービスをしているところに施設と人間を集めるという考えがある。

厚生省の在宅介護支援センターというものも、特養などに委託をすることを当面念頭に置いておられるようだが、もちろん老人保健施設であってもいい。地域によってさまざまなものがあるから、その地域においてすでに介護サービスの拠点となって、ある程度の専門家、ある程度のボランティアの集積をしつつあるところ、しそうなところ、そういったところに置く。そういう意味では西ドイツ型を採用している点があると思う。

そうすると、24時間のサービスを、制度を工夫して、全国に1万ヵ所もって、それが特養の制度の上に乗っかることになれば、サービスの基本は出来上がる。しかし、東京都区部のように非常に特養の少ないところは、いぜんとして問題は残るでしょう。

先ほどもちょっと触れたように、社会党案の問題というか、よく議論が出ているホームヘルパーが足りないという論議の盲点は、いま日本でホームヘルプが予算定員上3万5,000ぐらい入っているが、市町村ではこれを消化しきっていないという点である。それにはいろいろな理由があるが、それを単価が低いとか、サービスのPRが足りないという理由で説明する論者がいるが、これは非常に表面的な議論だと思う。

これは市町村によって違うけれど、単価も全国平均で、東京の感覚では高いとはいえないが、地域の実態によってはいまの単価でもやっていけるところがある。問題は公的なサービスとして、ホームヘルプサービスを受けることを、社会的な日常生活のなかで普遍化しているかどうかという点である。これはやはり時間がかかると思う。

もう1つ労働市場の問題である。ホームヘルパーを社会党は10年で19万人とっているが、それはさっきちょっといったように、北欧型のものを目指すとすれば、それでも足りないかもわからないのだが、ちょうどその時期というのは人口構成からいくと、40歳から45歳代、つまり介護をする側の人数がどんどん減って、介護をされる側の人数が高くなる。

昨年のいまごろだったと思うけれど、デンマークの現役の厚生大臣がお見えになって、東京で講演をされたが、あるいはご縁があった方もおられると思うが、大臣は非常に皮肉っぽくいっておられたが、日本のデパートに行ってみると、エレベーターに乗ると各階にお嬢さんがいていねいに案内をしてくれる。新幹線に乗ると売り場で売り子達がていねいにあいさつをしてくれる。大変日本というのはサービスがゆき届いた国だと感心をして、その足で老人ホームにいった話を聞くと、スタッフの数が足りずぜんぜん数の計算が合わない、というそういう話をしておられました。

私もヨーロッパの生活との対比でいちばん感じるのは、そのところである。労働市場が非常にタイトになっていて、すでに日常生活のなかで不法就労と思われるような外国人労働者が就業をしているという実態がある。そのような時期にあって、デンマークの大臣がいおうとしているのは、これは選択の問題だということだと思う。

ヨーロッパでゴルフをするとキャディーはいない。ですから私らが自分でキャディーをしなければいけない。有料老人ホームは風光明媚のところにある関係か、ゴルフ場と大変競合しているので、見た目がよくて、楽しくて、月給がいいということ、みんなゴルフ場のほうにいてしまうということである。もちろんゴルフに適した人達というのもおもしろいでしょうけれど、社会的なマーケットとして、人間の使い方として、そういうことを誘導できないということをしている限りは、介護マンパワーについての決定的な方策は出ないと思う。

もう1つ、日本と向こうの違いは、鉄道の切符です。日本のようにこれだけロボットなどの技術が進んだ国で、各駅で細かく、120円か、140円かというのを、いい年をした人が見張っている国はない。ヨーロッパはご案内のように、ずいぶん前から鉄道の改札はフリーです。時折検札官がきて、見つかったときは罰金は40倍とか取られるが、これはほとんどこない。それは鉄道を使う人は金を払う、それを信用している。それが社会だということである。

鉄道の方には申し訳ないが、限られた労働市場

であるときに、その社会はどこに労働市場として傾斜をするかというのは、これは政策の問題も大きく寄与するが、世の中の考え方も大きく関係すると思う。

介護サービスについては、いろんな議論の仕方があるが、その議論が混乱しがちなのは、日本では1つのタイプのサービスに、1つのタイプの専門職というように頭から考えてしまうからで、それで介護か看護かといった議論をやっている。

たとえば、アメリカの看護職のサービスの人は、どういう仕事をしている人が何万人いて、その人達はどのような専門職としてのトレーニングを受けているかというデータを見ると、それぞれ幾つかの階層がある。老年医学を専門とする看護職、ドクターを取っている看護職、これは40人ぐらいいるが、これを頂点として、日本でいうとホームヘルパーに相当する、6ヵ月ぐらいの訓練で従事している人達が120万~130万人いる。それから大学を出た看護婦さん、2年から3年の看護婦さんと、それはさまざまである。それは当然のことであって、専門が分化をしてくるとそれに応じた看護婦が必要になってくる。

日本の場合、介護問題を非常に難しくしたのはこの専門職の考え方である。家庭の延長でいいという議論をしている限りは、議論は前進をしないのだが、幸いこのことについては、介護福祉士という国の制度ができた。すでに2回目の国家試験が進行中で、昨年度には3,000人弱の介護福祉士が誕生している。そのなかにはホームヘルパーも含まれています。

国の資格を取ってみても、専門性があるとはいえない、あるいは資格があるからといってケアの心が失われるという、こういう反論がある。これはもっともなようだが、日本のような資格でもって物事を決めていくという社会においては、その資格の世界からは縁がないとされた人達の、社会全体のなかでの位置づけは大変低いものになる。

医師の例を見てもわかるように、国家試験によって能力、知力を試されたからといって、その方に倫理観が十分と国がOKしたわけではないので、それは職業倫理によって、おのずから自律的

に決せられるものだと思う。

この介護福祉士という制度は、できたのは結構だけれど、先ほど19万人という数字があったが、どういう形でこれを生きた制度として、介護の専門職の地位の向上につなげるかという点については、残念ながら実証的な研究は大変足りないと思う。

私は昨年、ある地方の介護福祉士の学校で6時間教えたときに意見を聞き、昨年の暮れに東京都下の介護福祉士の養成校で講義をしたときにもアンケートを取ったのだが、長く実務を経験している人達が国家資格を取れなくて、2年制の養成課程を出た者が取れるという、その矛盾に養成校の学生自身が悩んでいるわけである。

白紙に書いて、立派な制度をつくろうと思うのは、それはそれでいいのだが、この制度のねらいは急速に専門職が必要になるという事態を迎えて、いまいる現有勢力で、ある程度のレベルにあると考えられる人達に、国家的な支援をしようということだと思う。

そういうスタンスを取ると、レジュメに幾つか書いているけれども、いちばん大きいのは、いまいったように実務経験の評価である。それから医療施設のようなところに勤務する者も受験資格に入れるということもある。

それから国家試験の技術的な方法だが、これは1つのヒントになった、西ドイツのアルペンフレーガーという老人介護士という制度があるけれど、私は87年の3月に厚生省の担当官と西ドイツの介護福祉士の学校を見、いろいろ聞いてきた。日本のほうでは、いま伝えられるところによると、公にされてはいないけれど、試験の方法は知力を試すものである。単答式の試験である。

介護職のようなものについては、むしろビデオを見て、そのなかで判断を求めるとか、あるいは面接の評価は難しい点があるが、西ドイツでは面接を取り入れている。これは評価の方法である。制度がけしかる、けしからんという議論をしている暇はないと思うので、試験の方法について、介護の現場にいる人がどのような形で、その能力を試すことが可能であるかという議論が行われるべ

きである。

それからカリキュラムだが、これはたまたま私は老人福祉論というのをやりましたが、多くの学生達は、学生といっても、これは40歳以降の主婦の方も多いわけで、一般的な学校というのを想定するのはまずいが、やはり実習とか、歌をうたうようなことも必要でしょうが、いずれにしても机上で考えられたような、大学における福祉系のカリキュラムをそのまま2年間当てはめるといふ色彩がある。

それからこれは、いわゆる名称独占といわれて名称だけを名乗ることができるということなので、医師や看護婦の業務独占とは違う。それにしても、たとえば施設長となるためには社会福祉士でなければいけない、あるいは介護福祉士を何年した者でなければいけないといった実定法からの縛りが無い資格法というのは非常に珍しいと思う。

ソーシャルワーカーとして想定している社会福祉士という制度があるが、これは第1回は180人の合格者で大変厳しいものがある。私はその養成校の教務を担当しているのでよくわかりますが、大変に厳しい。それから実務経験の評価も大変に狭い。

ちなみに、社会福祉士という制度は韓国にもあって（韓国のほうが古い）、ここでは社会福祉事業法の6条というところで、「施設長たる者は社会福祉士たるべし」という規定を置いている。こういうものでセットをしている。

人数を増やせばいい、何万人いる、計算すると3,000億円になると社会党案ではいっているが、お金の問題については別途財政の議論があるとして、どういう形で介護マンパワーの中核となる専門職を育成するのか。それはもちろん処遇の問題でもあるけれど、専門職としての中心的な成果を社会全体が見えるようにするという努力がされる必要があると思う。

それから、中期的な課題としては、そこに挙げたように、まず財政的な問題がある。たとえば西ドイツにおいては、先般12月に通った年金の改正法によって、92年から介護に従事していた期間は仕事をする事ができないわけだが、その期間は

保険料を納入した期間という計算をフィクションとしてするというを決めている。さらに、これも西ドイツの例だが、在宅給付でホームヘルプをしたようなものを健康保険のなかで給付として認めている。これは89年、昨年1月から動いている。従来のような社会福祉とか、社会保険という概念だけでこの介護サービスの財源問題を考えるというのには限界があるということを、こういうヨーロッパの例は示していると思う。

それから研究だが、たとえば今年度の厚生省の予算では、在宅介護給付の基金が昨年分と合わせ700億円、補正予算でついている。700億円の利子を回して、在宅介護の研究に回すということである。また、長寿開発研究センター、国立の老人研究所をつくる準備費が700万円入っているし、長寿開発研究費が10億円入っている。さらにこれは経過的なことだが、老人保健法の改正との関連で150億円の臨時的な経費があって、そのうちの81億円は研究費であるといわれている。

このように、在宅介護を中心に介護サービスに関する研究をする費用は大幅に国庫予算のなかで認められているが、問題はそれを研究する人がいないということである。あるいはそれを研究するための調整機関がない。

これはヨーロッパの経験を見るとわかるが、アメリカでもそうだが、介護サービスについては当然大学を中心に、現場の介護経験のある人達が研究をしている。研究とは日常の介護実践を集積をして、ひとつの体系とすることであり、またそのことをもって介護福祉士の養成施設などの教壇に立つということが要請をされていると思う。

アメリカの例などを見ると、国立の老人研究所ができると、そのネットワークということで各

地に大学を中心に研究のネットワークが出てきて、これがサービスの標準化をするということに大きく寄与することになると思う。

あと数字は最近のものを幾つか載せているが、介護サービスについての中心の問題は、袖井先生の引用にあったが、老人に対する社会のスタンスである。日本でいま行われているような、言葉は悪いが、切り捨て的な発想をもっている国では、経済問題、相続の問題、住宅の問題、いずれもサービスを受ける老人側の利益となるという体系にはなっていないと思う。

しかし、幸いなことに、たとえば私達は明治の半ばにおいて穂積陳重先生が『隠居論』という本を出している。穂積先生はすでに明治の半ばにヨーロッパを旅行されて、ヨーロッパでは年金という制度があり、それを見ると20世紀の発明として、飛行機があり、ラジウムがあると、日本ではいっているが、年金というふうな社会的な制度として、老人が老人であるからということで当然に、社会からサービスを受ける権利があるということ、これが20世紀の一大発明であるということをおられるわけで、すでにそういう先覚者がおられたのである。

私は日本における大学の研究というものが、それは法律学であれ、経済学であれ、同様だと思うが、もっとも緊急の課題となっている介護サービスのようなものについて、どのようなことをこれからしていくのかということを大きく問われているような気がいたします。

まとめませんでした。斜から見た政策論ということでお許しをいただきたいと思います。どうもありがとうございました。

## コメント

社会保障研究所研究員 梶本 一三郎

社会保障研究所の梶本です。20分ほど使ってコメントをさせていただきます。まず最初に介護をめぐる問題についての基本認識についてお話ししたい。それぞれのお話のコメントを行う前に、私の基本的スタンスというか、それについてお話をしておいたほうがよいと思うからです。

3点あって、その第1点は、介護の問題というのは、現行の福祉制度であるとか、社会保険制度であるとか、また社会保障制度全体の矛盾点が集約されて露顕しているということです。介護の問題や、その解決策を考える際に、必ず直面する問題やのりこえなければいけない壁が数多くあるということである。

先ほど古瀬先生からご指摘があったけれど、予算人員を満たすことができないような在宅福祉であるとか、またそういうことを実践できないような地方自治の在り方であるとか、中央政府と地方政府との関係であるとか、基礎的な自治体の権限の問題であるとか、さらには特養の在り方とか、また法律的に言えば現行医療法であるとか、現行社会事業法であるとか、それから措置の問題とか、そういうことがすべて、介護の問題を考える場合に、矛盾点として現れてくるわけである。

第2点は、これからの社会保障とか福祉政策、あえていえばソーシャルポリシー、社会政策だが、そういうものの在り方がいま介護というリトマス試験紙を通して問われるだろう、またそういうような社会政策の原理自身が試される、よい機会となるであろうということです。その結果、別のいい方をすれば、時代が新しい社会政策を求めている表れとして、介護の問題をとらえるべきだろうということである。

これはわが国の生活のシステムを考えるということにつながると思う。すでに袖井先生のご発表で指摘されているが、生活のシステム全体にかかわる問題として介護の問題をとらえるべきである。

ここでは触れないけれど、たとえば育児の問題も同様である。児童手当、養育手当、保育サービス等を含めて、児童家庭政策を考える場合にもこういう問題が生活システムのなか、また生活のライフステージのなかでの雇用であるとか、労働条件を考え、高齢化社会に対応したものに、児童家庭の福祉を増進するための条件を変えていくという観点が必要になるだろう。社会制度自身を変えていくこと、つまり介護政策というのは社会システム全体にかかわることなのである。そういう視点が必要だと思う。そのような社会政策の視点を抜きにした場合には、21世紀の福祉社会の展望は開けないだろうということである。

たとえば、国民の生活の質を高める、クオリティ・オブ・ライフを高める、さらに自己実現をはかるとか、自立性を高めるような、安心して生活していけるような社会に全体社会が変化していくという社会の流れ、そういうものに現行の社会保障制度であるとか、社会福祉政策、社会福祉制度が取り残されないためにも、そしてさらにそのような社会実現の阻害要因となるような社会保障制度、福祉政策を変えていかなければいけないということである。

そういうことであるのだったら、より柔軟で、創造性あふれる政策が、厚生行政の枠のなかでも必要である。つまり福祉であれば福祉、児童であつたら児童という、狭義の、狭い領域に問題をとどめておかないで、視野狭窄症にならない政策展開が必要になる。従来のように措置であつたら措置、児童であつたら児童、福祉であつたら福祉という枠組みのなかだけでとらえるのではなくて、たとえば先ほど古瀬先生からご指摘があつたように、所得保障制度であるとか、医療保険制度からも、介護であるとか、児童の問題解決をバックアップするというような政策のシステムを考えなければいけないということである。



先ほど介護の期間を年金の払い込み期間にするというお話がありましたが、西ドイツでのそういう年金改革の政府提案については、さらに育児についても、今度の改正では3年間（従来1年間）を年金の払い込みをした期間とみなすということを考えているようである。これを称して家族政策の観点に立った年金改革、年金政策と西ドイツでは呼ぶわけです。

さらに介護費用の社会保険化という問題がある。つまり在宅要介護老人であるとか、また入所した施設においても、より豊かな社会サービスを提供して、かつ処遇の質を高めるという、そういう仕組みを、社会保険の仕組みを使うことによって実現していくということを指摘したい。

また、そうすることが、介護を含めのちの社会保障を担うような児童であるとか、子供を増やす、また将来の年金制度を安定することに貢献するんだという意味で、児童関連施策であるとか、サービスとか、またそういう費用負担を考えるということもこのなかに含まれているだろうということである。

たとえば、西ドイツの議論だと、これから年金制度を支えなければいけない、しかし若い人は減る。もしそうであるのだったら、児童のためのサービスの費用、児童手当だとか、養育手当の財源を年金保険に求めているのではないかという議論さえもある。

そこで、このようなことを視野に入れたダイナミックな政策を構想しなければいけないのではないか。構想力のない個別制度ごとの政策では、今後駄目になるだろうと思う。

いま2点を挙げたが、第1点は介護の問題を検討すると、現行の福祉制度であるとか、社会保障制度であるとか、そういうものの矛盾点が明らかになってしまうということである。

第2点は、これからの社会システムであるとか、そういうものに適応した社会政策が必要とされる1つの表れだということである。たとえば女性の就労と介護の問題であるとか、また介護期間の有給化であるとか、そういう全体的な社会政策という構想が必要になるということである。

最後に第3点として、これは古瀬先生もご指摘になったが、福祉の学問の質が変化するであろうということを指摘したい。たとえば京極先生は福祉臨床学といういい方をされている。このような形の領域がこれから欠くことができなくなる。ケアサービスの理論化というべきようなミクロの意味での介護のケアシステム化、ないしはそのシステム研究とか、そういうものが今後非常に重視されるのではないか。

たとえていうと、従来の福祉におけるケースワーク的な事例研究というものから、ある意味で科学的、客観的といいますか、そういうものになっていく、そういうものに研究の比重を移していかなければいけないのではないかと思う。

医療の世界だと、医療と医学という関係がある。そういう関係を介護というフィールドに移して考えてみる必要があるのではないか。医療と医学の、医学のほうが、ここでいう科学ということだけれど、この医療の療というパートと、医学の学というパートの、良い相互関係が今後必要になるだろう。またそのような研究体制が望まれるということである。

もちろん療のほうも軽視できないし、医学が医療に奉仕するというのは当然で、どちらがより高度であるとか、いいとか、重要だということはいえない。ただ、医療と医学という場合の医学の部分が、これから介護の領域で研究開発されていくだろうということを指摘したい。

また、昨年12月に出された介護対策検討委員会報告の最後の部分に、「介護技術と評価方法、介護需要の客観化のための手法、地域サービス供給体制の評価分析法等の確立が必要である」ということが書かれている。私どもの研究所でも厚生省であるとか、統計情報部であるとか、またさまざまな研究所との協力のもとに、最近こういう研究に着手をしているわけである。

以上分けた3点をまず指摘をしておきたい。また、このような3点から考えた場合に、当然の論理的な帰結というか、構想として、結論だけいうと、介護費用の社会保険化が非常にフィットするのではないか。そしてそれが先ほど挙げた3点を

実現するための大きな手段になる。これは冒頭松原先生が社会的なケアシステムを実現するということをいわれたが、松原先生の指摘された社会的ケアシステムを実現するために、介護の社会保険化というのは有力な手段となると思う。

そもそも、医療保険であるとか、年金保険制度というものは、ソーシャルポリシーの歴史のなかでも画期的な試みであった。現在では制度として確立しているし、常識的なものになっているが、当時としては非常にクリエイティブな政策であったと思う。それは生活リスクというものを、社会的リスクとして発想した。従来単なる個人内の生活リスクという考えだったものを、社会的リスクなんだという形に、社会保険という形で発想を転換した。

きょう3人の先生のお話を承っても、さまざまな介護に関する実情、また在宅で介護をされる方方のいろんな話をお聞きしても、今日介護というものも社会的リスクとしてみなすことが必要であろうと思う。

ソーシャルポリシーのなかで、非常にクリエイティブであった社会保険制度を、今日こういうような、国民にとって非常に重要な問題になっている介護の問題に使わない手はないのではないか。

以上、個々のコメントに先立って3点、私の基本的なスタンスというか、介護に関する認識についてお話ししたので、次にそれぞれの先生のご発表についてコメントをしたい。

まず松原先生の発表をされた部分だが、1つは、多少細かいことになるかもしれないが、4頁目のロバート・ピンカーの4つの政策的オプションというところで、「供給主体の在り方から考えた」というただし書きがあるけれど、ピンカーの供給政策的オプションを見て、わが国の医療制度が、6頁の上のほうにあるように、医療サービスについては3に位置する、残余モデルの、レディデュアルなモデルの非常に弱い部分という位置づけがなされているという部分だが、はたしてわが国の医療保険制度がこの1から4のうちの3に当たるかどうかということである。私はどうもそうではないのではないかとと思っている。むしろ、先ほど松原先生

が指摘された、社会共同化の部分にいちばん沿った制度になっているのではないか。つまり、供給サイドは非常に自由な形になっているけれど、その供給を支えるための財源については、社会共同の原則に立って確保されている。それは社会的に相互に負担していくのだというものが入っている。

先ほどからいっているように、供給システムの議論などで重要になるのは、その構築のためにどのような財源をもっていくかということであって、その財源論を欠くと、介護の需要の側から見た適正な構図を描くのは難しいのではないかという気がする。

あとは、松原先生のいちばん最後のところで、「介護システムの構想について、次の3点を検討をしていくことが、実現に向けての条件づくりになるだろう」という指摘をされているけれど、1については、先ほどお話ししたようなことを私は考えるわけだが、3に書かれたようなことを考えながら、そのシステムを構想するというのは、それは具体的にどういうことを指すのか。それについて松原先生にお聞きしたい。

次の袖井先生がお話くださったことについては、前田先生からコメントがあると思うので私は控えさせていただきたい。いずれにせよ、袖井先生がご指摘されたように、ライフステージの観点から介護を考えるという場合に、どうしてもほかのいろんな社会システム、雇用の形態だとか、就労の形態だとか、さまざまな問題が関係してくるということである。

それと古瀬先生のご指摘の特養の役割だが、その特養の役割を重視して、従来からもっている生活援助技術であるとか、24時間体制で行っているリソースとしての資源、そういうものをよりいい意味で生かしていくためにも、現行制度の問題というのは、解決しなければいけない、さまざまな問題があるだろうし、その解決のための手段として、先ほどいったように、社会保険ということが非常に意味があるのではないかと思う。

その点の議論についてはのちほど、皆さんとの討論のときに補足をしたい。

以上がコメントです。

## コメント

きょうの3人の方々のペーパーには、どれもクリティカルなコメントの対象とすべき点を見つけることができませんでした。特に古瀬先生については元高級官僚だから、クリティカルにやれるようなことをおっしゃるのではないかと期待していたのですが、ぜんぜんそういう点が見つからないので失業したような気がしております。

ところで、きょう取り上げられた介護システムですが、本来的にいうと、障害者の問題をどうするかということも考えておくべきであると思います。しかし、きょうの3人の方々はどなたも障害者問題については触れられませんでした。もっとも財政的にはアメリカの例で見ると、障害者関係は大きくみても2割ぐらいのものですから、社会経済的な視点からは高齢者問題のほうがはるかに重要なことはたしかです。また高齢者問題だけに視点を絞ったほうが討論をしやすいということもあります。そこで私も、きょうは高齢者の問題に焦点を絞らせていただきたいと思います。

なお、介護システムという用語ですが、特に障害者のことを考えますと、介護とか、介護システムという表現はあまりピンときません。介護システムという言葉は、高齢者についてだけ考えてみても、すでに他の方々がご指摘になったように、狭すぎる概念だと思います。しかしそうかといってかわりに使うべきうまい言葉はありません。英語のケアという言葉を使ってみたいところですが、これもかなり狭い概念で、実際の状況には合致しません。そうかといってイギリスでいわれているパーソナル・ソーシャル・サービスとすると、今度は広すぎます。というようなことで、適当な言葉がないので、やむを得ず私も他の先生方と同じに、介護システムという用語を用いながら、内容としては少し広げて討論をさせていただきたいと思います。

なお最初に申しましたように、クリティカルコ

日本社会事業大学教授 前田大作

メントをすべき論点がないので、追加的コメントをやらせていただきます。

(1) ケースマネジメントの提案

1つは、介護システムということを論ずる場合、これは当然システムですから、システムに対してサービスをして欲しいという要請があれば、すぐに対応できるような仕組みになっているべきなのですが、これは古瀬先生が厳しくご指摘になったように、現状では何よりも資源不足で、設計図としてはできているけれど、現実にはそういうシステムにはなっておりません。資源不足の現状ではこれは仕方のないことだ、ということもできるのですが、しかし現在の資源の状況においてですら実はニーズと資源の結びつきがうまくいっていないと思われます。これはシステムの設計図そのものに欠陥がある、あるいはシステムの構造が単純すぎるためではないでしょうか。要するに、現在の設計図が予測しているほど事態は単純でないということだと思います。

もっと具体的に申しますと、人間というのはニーズがあればすぐサービスを要請してくるものだという前提が、現在のシステムの設計者にはあるのだと思われますが、どうも現実はそうではないようです。高齢者は、まず第1に資源について無知であります。多くのサービスについてそういうことがあることすら知らないという人がたくさんあります。最近の介護システムはメニュー的にはほとんど揃っているのだけれど、そういうことを知らない人が非常に多いのであります。

2番目には、これは世界中でいわれているのですが、高齢者は弱みを見せたがりません。特にきちんとした社会生活を送ってきた人ほど、年をとってもその姿勢を崩そうとしません。他者には、もう公的サービスを要請してもいい時期だと思えても、自分からはそれを要請しようとしません。

要するに、頭を下げて頼みにいくということがなかなかできない人が多いのであります。

そうすると、システムのほうは、申請主義が原則ですから、いってこないのは、その人の勝手ということで何の働きかけもしない。現実には皆さま方の多くがそういう方を身の回りに抱えていると思いますが、私の場合も知りあいにそういう方がいて、福祉事務所にいってくればいいのに、私のところばかりくるので往生しているという例があります。

社会サービスをすでに利用している場合でも、高齢者はニーズがだんだん大きくなり、深刻になってくる場合が多いのですが、そういうようになった場合でも、サービスを知らない、知っていてもまた頼みたくないということから、せっかく用意されているサービスが利用されていないという場合がたくさん出てきております。そういうものも含めて、現在のような複雑な専門分化した社会のなかで、高齢者に十分なサービスがゆき届くようにしようとするとしても、最近いわれているケースマネジメントの仕組みを取り入れざるを得ないと、私は思っております。

もっとも最近、厚生省の老人保健部の動きを見ると、このことについてかなりお考えになっているようで心強く思います。ただしケースマネジメントという用語を用いてはおられません、そういう動きはだいぶあるようなので、ぜひ早く実現するように進めていただきたいと願っております。

ケースマネジメントとはどういうことかについては、きょうは私はスピーカーではないので、必要性の指摘だけにとどめさせていただきますが、一言だけふれさせていただくと、一般にケースマネジメントは、1人の利用者と資源との間の最適な調整をはかることとされていますが、これだけ高齢者が増えてくると、ある地域において同様のニーズをもつ人達の間のサービス利用状況を最適にするという側面も非常に重要だと思います。要するに、大して必要のないような人がたくさんサービスを受けているのに、あとから申し込んだために必要なサービスが受けられないという不適切な状態が起きないようにしていくということも、

最近ではケースマネジメントの大きな役割と考えられております。

現在の日本では、ご承知のとおり、ホームヘルパーは数が少ないためもあって、軽い人が申し込んで利用していると、あとから重大な理由をもつ人が申請してもサービスを受けられないという状態が生じています。あんなに軽い人が受けているのに、どうして私のところに回してくれないのかということが各地でたくさん起きております。

そういうことも含めて、ケースマネジメントの仕組みを早急に取り入れるべきであります。むしろ資源が不十分であるからこそ、取り入れるべきであるという議論さえなりたつと思います。

## (2) マンパワー問題

追加的コメントの2点目は、マンパワー問題であります。このことについても申し上げたいことを、実はあらかじめ用意してきたのですが、先ほど古瀬先生が大変詳しく強調されたことにまったく同感ですので、この点についてのコメントは省略させていただきます。

## (3) 大都市地域の介護システムについて

3点目の追加的コメントは、これも古瀬先生がご指摘になったことですが、現在日本では資源がずいぶん不足しているにもかかわらず、さらにそのうえに地域格差があるということでもあります。

たとえば一部の地域では、老人ホーム、特別養護老人ホームのベッドが空くと、それをふさぐのに職員が苦勞するところが出てきています。ただこれは全体的に言えば、一時的な現象であって、2年なり3年なり増設を止めれば解決する問題であります。しかし一方の極の、大都市における資源不足問題というのは、逆に2、3年必死に頑張っても、あるいは10年頑張ってもはたして解消できるかどうかかわからないという、非常に重大な問題であります。私はこの地域格差問題については、そろそろ大都市地域の介護システムのあり方について考え直すべき時期ではなかろうかと思っております。

より具体的に申しますと、お年寄りは住み慣れた地域で世話をするという現在の考え方を大都市については一部見直してはどうかということです。

一般論としては、私は住み慣れた地域という原則に大賛成ですが、今日の大都市地域において、お年寄りのすべてを住み慣れた地域でお世話をしていくということが不可能なことはそろそろはっきりさせたほうがよいと思います。いつまでも幻想をもっていて、どうにもならないようにしてしまわないほうがいいのではないのでしょうか。世界の大都市で、自分の地域のなかで、自分のところの高齢者をすべてケアできているというところはないし、別に恥ずかしがることはないのです、日本でも思い切って方向転換をすべき時期ではなかろうかと思います。

そうでないならば、自衛手段を講じて、大都市地域のお年寄りはお早めに地方へ脱出されることをおすすめるよりしょうがないということになります。そこで逆手に出て、資源のほうも地方へ脱出するような仕組みをつくるべきだというのが私の提案であります。

#### (4) 財源問題

追加的コメントの第4点は、財源問題であります。

介護システムを構築する財源について、マクロ経済的には私はまったく問題はないと思っております。もっとも10年ぐらい前には、厚生省の方々も問題はないなんておっしゃってくれませんでした、お前のいうことは夢物語だみたいなことをいわれました。しかし、マクロ経済的には問題はないと思うのだけれど、個々の財源問題では非常に難しい問題があると思います。

ご承知のとおり、病院にもたくさんの社会的入院があるので、それを含めると日本の介護システムは現在では老人保健財政と、医療保険財政と、一般財政の3つで支えられていることになります。その場合、それぞれが非常にはっきりとした機能を分担しているのならばよいのですが、よく指摘をされているように、境界線があいまいだ、などというところではなく、カバーする領域がお互いにかなり重なり合っております。

厚生省は入院の部分については、これをできるだけ早く解決したいといっておられます。それは私も大賛成なので、残るところは老人保健財政の

領域のシステムと、一般財源の領域のシステムとの関係をどうしてゆくのかということになります。

先ほどからお話に出ているように、1999年で特養24万床、老健施設28万床というときに、なおかつ、老健施設はコンバレンストケアであって、特養はロングタームケアであるということをいってられるとはとうてい思えません。おそらくゴチャゴチャになってしまうでしょう。そういうときにどうなるのか。それはそのときになって解決をすればいいのかもしれないが、現場の人達とか、現場に近いわれわれとしては、現時点からどうするのだろうか、かなり危惧しているわけであります。

ご承知のとおりヨーロッパでは介護システムをかなりの程度医療保険財政で支えておりますが、日本の場合には医療保険財源から老人保健財源への組み入れを大きくしようと思うと、健保組合からワットとやられるし、一般財源を拡大しようと思うと、消費税反対でワットとやられるし、前門の虎、後門の狼で、いったいどこにいくのかということ非常に心配です。

しかし、何をいってもやられちゃうから、何にもいわないでジッとがまんしていよう、そのうちに何とかなるだろうということで間に合うのでしょうか。高齢化のスピードはまことに速く、われわれの持ち時間は少ないのです。将来の介護システムのあるべき姿を財源問題も含めてきちんと提示をして、少なくとも社会の識者の理解を深めるような努力をなすべきだと思いますが、いまのところ厚生省の方々は、あまりそういう努力をなさっているように見えないのは残念です。

こんなことをしていると、ズルズル、ズルズルといつまでたっても無理解のうえの反対に押されて、またまた日本の社会福祉制度体系の確立が遅れるということになりかねないので、この点ぜひお願いをしたいと思います。

本当はクリティカルコメントをしなければいけなかったのですが、あまりきょうのスピーカーが良すぎたので、追加的コメントで時間を過ぎさせていただきました。ご静聴ありがとうございました。

## 討 論

司会（小山所長） それでは総合討論に入りたいと思いますが、その前に、いまのコメントに対して何かご発言があればおうかがいしたい。

松原 柄本先生からのご指摘が2点ほどあったと思う。第1点は、ピンカーの図式によれば、日本の医療制度を3にとらえているけれども、それは間違いではないかということである。私がここに書いたように、医療保険方式と自由医業制を取るわが国、というとならば、どちらかという自由医業制ということが頭にあったものだから3というふうにしましたが、財源、あるいは社会保険としての確立ということを考えると、残余モデルというとならばでは不十分だと思うので非を改めたい。どうもご指摘ありがとうございました。

それから3についてだが、私はこれは実は課題として提起したことで、ディスカッションのトピックスとして提示したかったことで、私自身はこれという大きな解決策をもって臨んだわけではない。とりわけ、おっしゃったように3番目の介護される人の地位と役割ということに関しては、供給組織論という立場で、サービスを供給する側としてシステム論を構築していく際にどうも機能本位の考え方になってしまっていて、その結果、される側というものの位置づけ、あるいは特にこれが社会的ケアシステムという意味で、そういう社会的リスクということを考えている際に、その人のもつ社会的役割とか、地位という視点を欠落したままにシステムを構築していくという危惧を感じたので、むしろ自制ということを考えて、介護される人の地位と役割をどういうふうにとらえて、それをサービスのなかに組み入れていくかということの問題提起したかったわけである。

なお、本題でのお話のときに触れられなかったことなので、この点についてもう少し敷衍したい。

たとえば、ケアの場面でも、先ほどの袖井先生のご指摘にあったように、終末期には特に顕著だが、終末期には苦痛の軽減状況とか、死の恐怖、

不安からの解放というような生理、心理レベルのニーズだけでなく、それは意識がどれだけはっきりしているかということにもよるわけだが、より高度な価値欲求というものの、これがあるということがいわれている。

具体的にいうと、その人がその人らしく生き得たという満足感に溢れた生き甲斐、そして尊厳のある、かつ自らの死後というものを手応えにつかんでいるというような死に甲斐、こういうような大きな、それは広がりをもっている。そのことはたとえば、井上俊という社会学者が、死に甲斐の喪失の時代ということで、そういうメンタリティをとらえている著書もあるし、それだけではなくて、多くのターミナルケアの書がそれをやはり明らかにしている。

そういう意味では、先ほどいった「飼いならされた死」ということ、これは原語はフランス語だと思うので、日本語にはちょっとなじまない表現だが、その「飼いならされた死」というものを迎えるためには、尊厳に溢れて、そして死にいく人人の自律性、これが支えられるようなケアというものが用意されるべきだと思う。

そのケアは何も専門サービスだけではなくて、非専門、素人サービスをも意味すると考えるわけである。しかし、とりわけ今日においては専門サービス、そのなかでも医療サービスが生物学的延命のテクノロジーとしてのみその機能が發揮されたときには、この高度な価値欲求充足にはむしろ逆機能に作用するということが明らかになってきた。

こう考えると、医療サービスの在り方なり、保健、福祉の専門サービスの在り方なりを根本から問い直す時代にきているのではないか。そして少なくとも医療の側は、そういう反省をかなりの人達はしはじめている。たとえばキュアからケアへとか、あるいは全人的ケアへというキャッチフレーズで代表されているような文言は、その方向

転換を示しているのではないか。

その人がその人らしく生きて、そしてその生を全うすることを援助するはずの専門サービスが、むしろ本人をサービスの管理下に置き、本人のもっている本来の力を無力化する方向で働くときに、イバン・イリイチはこれを無力化させる専門職、ディスエイブリング・プロフェッションズと呼んでいる。

老いとか、死というものを解体化するのではなくて、逆に価値欲求充足を援助していく方向での専門サービス、これを考えていく際には、まさしく介護される人の社会的な位座と役割というものをどんな形で位置づけるのか。たとえばデイサービスセンターというものは、そういう意味では、そういう人達に、集団のなかでその人達の位座を与えるということで、単に介護のコミュニティにおける拠点という意味合いだけではなくて、社会的な集団をそういうところで提供し、その集団のなかを通して、位座というもの、あるいは関係というものを提供するという、こういう機能がデイサービスセンターなどにはあると思う。

では、そのあとにくるような終末期の人達の、サービスを受けるだけの役割、ケアを受けるだけの屈辱感とか、無為感とか、そういう心理的な要因に対して、介護をするケアの担い手の個人的努力だけではなくて、もう少し何か知恵が働かないかなということであって、先ほどいったように決して答えをもっているわけでは、残念ながらない。

そういうふうな問題意識をご理解していただくことによって、先ほど申し上げた終末期を、飼いならしていくということに結びつくのではないかと、ということで、いちばん最後に触れさせていただいたわけである。

**司会** それでは、これからフロアに移しますのでご質問のある方はどうぞ。ご意見でも結構です。手を挙げてご発言ください。

**宮澤（一橋大学）** きょうのお話をいろいろお聞きしていて、理念論、社会システム論、それから制度比較論、これはいずれも重要ですけど、もうひとつ、具体的な実践レベルで、個々の政策としてどういうものが必要であるかという側面が

ある。そこで、きょうお触れにならなかったことで、最近動き出している2つの例を申し上げて、そういうものをお三方がそれぞれの立場で、どのように位置づけられ、評価されるかということをお聞きしたい。

1つは民間側の例で、もう1つは政府側の例だが、民間側の例では介護保険が最近売り出された。これは簡易保険が最初だと思うけれど、生命保険会社も売り出し、最近は損保まで売り出している。先ほど栃本さんのコメントにもあったが、介護というものを社会保険化する必要があるだろう。その社会保険化という場合、どの程度民間の保険商品にゆだねていいのか。また公的な介入が必要であるのか。とくに損保の場合には、単に保険商品売り出すだけではなく、いろいろな介護サービスを他業種と提携して連結して売り出している。そのような業際化を進めている。

松原先生の4頁にある、4つの政策オプションについて、先ほど2と3の関係のお話がいろいろあったが、こういう政策オプションのなかで、いまのような問題は、公私分担の問題になると思うけれど、そのへんはどう位置づけたらいいのか。これが1つです。

もう1つの例は、1週間ぐらい前の新聞で見ただけで、私も詳しいことは知らないのですが、厚生省が介護機器のレンタル業に融資制度を創設したというのが出ていた。これは社会福祉医療事業団を通じて融資をする。なぜ介護機器を買わないで、レンタルのほうがいいのかというと、介護機器は非常に高いということ、それから人によっては機器を変えていかなければいけないので、レンタルのほうが適応しやすいということで、その融資制度が創設されたということだけれど、こういうレベルの問題はどのように評価をしたらいいか。

たとえば、11頁の袖井先生のご報告に、保健、医療、福祉サービスにシステム化が必要である、なぜかということ、秩序ある依存関係が欠けているのを補うためだといわれている。このシステム化には一般論的なレベルのほかに、いまのような個個具体的なレベルのものもある。そこで、そういうレベルの仕分けをどのように考えたらよいか

ということに関連づけて、何かいまの例についての位置づけ、評価をお聞かせいただきたい。

それから、古瀬先生の場合には、23頁の中長期的課題で、介護費用の社会的負担をどうするかということが①に書かれており、いま前田先生からコメントがあったが、この介護費用の社会的負担でも、自己負担の分と、保険料負担の分と、公費負担の分を、どういうレベルに即して考えなければいけないのか。一般的に費用負担といっても、公費負担と、保険料負担と、自己負担とのバランスということと同時に、どういう具体的なレベルで負担を考えるのか。それにはいまのような保険システムのレベルとか、融資制度のレベルとか、そういう実際上の制度が入ってくると思うので、そのへんのレベルをどのように仕分けをして考えると費用負担の社会的な負担の問題の位置づけができるのか。これは未知の領域だけれど、セッションをいただければ大変ありがたい。

松原 個々の2つの例を挙げられてそれに対するレスポンスということだけれど、政府のレンタル業への融資ということは、袖井先生のご指摘もからめて、袖井先生ということのご指名がありましたので、民間部門の介護保険等に関することへのレスポンスということを申し上げたい。

私は、ケアというものは先ほどもいったように、公的な責任を中枢にしながらも民間、それも非営利と私的な部分、私企業の部分ということをしているので、基本的にはこういうものがあって当然だろうと思っている。ただ、いえることは、そういう保険に入れる階層は限られているし、その給付を受ける階層も拠出した人達のみなので、かなり限定されるだろうということがある。

それから、生保、損保の業界の流れを見ると、たとえば生保というのは本当に大きな企業になっている。私達はいまの社会保障制度では安心できないからいろんな保険に入っていくわけだが、結果として、それによって保険会社は大変大きな資金をもつことになり、それで土地を買い占めたりということで、かえってインフレを高めている。そのインフレが大変悪化してきているので、年金だけでは不十分だからまた生保を買うという、そ

ういう悪循環がはじまっている。

こういう現況を見ると、条件つきでのそういうものの活用というか、とりわけ介護の分野に対する活用ということを考えると限界があるのではないか。私は残念ながらマクロの経済も含めて、あるいは土地税制ということも含めての分析力がないので、印象的なことしか申し上げられないが、こういうような悪循環というものがすでに生まれていることを考えると、シルバービジネスのようなものの役どころというのは、かなり限定的にとらえざるを得ないという印象をもっている。

袖井 私も専門家でないので、よくわからないところがあるのですが、まず介護保険の問題ですけど、これはリスクが高いというか、先ほどもいったように、すべての人が要介護状態になるわけではない。ならないで亡くなる方も非常に多い。けれど、なったら大変だということで、そして保険会社はそこに非常にウェイトを置いて保険料を高く設定している。だから当たりはずれがある。そして、まだその該当者は出ていませんが、条件が厳しいために使えなかったという人も出てきてしまうと思う。それで、こういうものがどこまで社会的に受け入れられるかというのは非常に問題だと思う。

アメリカでもロングタームケアの保険をやっていますが、それは企業とタイアップして、団体保険という形で保険料を企業がある程度カバーすることによってやっているところもあるようです。そうなれば、そんなに高い費用でなくてもやれると思うけれど、個人で入るととても高いことになって、いま松原先生のいわれたように、掛けられる人と、掛けられない人が出てくる。またその掛金を生命保険会社が不動産投資するという問題もある。私自身は、いまの国家財政などを考えると、こうした保険も必要かもしれないと思うけれど、いまのままのやり方では非常に不公平を生ずるし、何十年か先に損したという気持ちになる人が出てくるのではないか。そのときに保険会社に文句をいったら、それを補償してくれるかということで、そのへんのところが問題だと思う。

それから介護機器のレンタルですが、介護機器



は多品種少量生産ということで、どうしても高いものになる。ですからレンタルというのはいいと思う。そして融資をするのもいいのですが、そのレンタル費を医療保険でカバーするようにすべきで、業者だけに融資して、利用する側は自分のお金でやれということはあまり公平とは思われない。

それから、システム化ということですが、いろいろなレベルがあるということですが、いまのところ私は整理しきれていないけれど、やはり両方の側から接近していく必要があると思う。供給の側からの公的なもの、市場的なもの、つまり供給源におけるシステム化、そして需要の側においてまずどういうレベルで何が必要かということで積み上げていって、どこかで双方を結びつけるということが必要だと思う。いまのところはそのへんがどうもうまく整理しきれていないけれど、両者の側からの歩み寄りによって、ひとつのモデルみたいなものができるのではないかな。これはちょっと思いつきですが、そういう気がしています。

古瀬 最初の介護保険ですが、日本でこれが出てきた背景は、宮澤先生が「東洋経済」にお書きのとおり、大きい潮流があらうかと思う。日本で議論になったひとつのヒントは、アメリカの生命保険、損害保険だが、私は29頁の表11で、社会保障、生命保険の国際比較というのをつくっておきました。

これは松原先生もちょっとお触れになったが、日本の生命保険の保有金の国民所得対比の数字が出てますが、日本は4倍ぐらいあって、西ドイツ、スウェーデンに比べても大変高くなっている。アメリカはよく誤解されているようだが、健康保険制度は一般の人にはない、メディケアなどはあるが。現在でも民間の保険会社のお金で健康保険をやっている。この民間の保険会社にも入っていない人が、3,600万人から3,700万人、16%くらいいるといわれている。そして、このアメリカ流の生命保険、損害保険のシステムが、日本でうまくいきそうだったところに少し問題があったかと思う。

もうひとつの問題点は、これは少し話が飛躍するようだが、生命保険会社のお金がどこに回って

いるかということである。昨年の経済白書が冒頭に指摘をしているとおり、この資金が世界市場に還流をしていて、いわゆるトピック的に、アメリカにおいても議論になっている。日本のなかで介護費用の公的な安心感がないために、たとえば介護保険は営業的には大変伸びていて、20歳代の方もボケ保険にどんどん入っているわけで、それが回り回って世界経済にも資金の還流として影響を与えはじめているということになっているのではないかな。

介護保険については、大蔵省が保険審議会で大いなる方向を認めて、多様な保険が出ることは意味があると思う。しかし、1つはいまの世界経済への影響、それから公的システムのベーシックな部分を崩す効果があるという点がある。なお、介護保険の問題点はお金ではない。最近ちょっとサービスを加えたものが出てきているが、問題はお金ではない、建物ではない、専門的にサービスのできる人間をどの程度この社会はもち得るかという問題であるのだが、介護保険の問題はこのことを少し忘れさせるようなところがある。

そういう意味で、大きい流れについては、多様なさまざまなものについては、かつての貧困の時代の社会保障とは違うので、意味があるだろうと思うけれど、介護制度を公的にするという意味では、さまざまな問題点をもっていると思う。

それからレンタルのことだが、これはご指摘のとおり、具体的に公民の役割というのとは、一般論ではなくなっている。たとえば、私はデンマークの県立の補助機具のサービスセンターにまいりましたが、これは県立だが、そこにいる職員はリハビリの専門職だが、そこでその方の体に合う車椅子を注文するところには企業の人がいる。そして、私は赤のこの色がいい、この色を付けて欲しいというと、企業の人在那里でつくってしまう。そういう仕組みになっている。福祉機器のように非常に小さい数のものについては、ある程度のサポートは必要だけれど、その人に合うように靴をつくるようにやるという意味においては、企業は非常に優れていると思う。

スウェーデンでは、輸送の問題は会社でやって

いる。全体の輸送システムが非常に込み合っているときに、そこに介護システムだけの輸送システムが入るとするのは大変非効率だが、スウェーデンの場合には誰かをどこかへ運ばなければいけないという判断は公がするけれど、判断があると、そこへ株式会社が、輸送会社が出てくる。その地域について、そこを取り仕切っている会社があるので、むしろそのほうがうまくいく。

日本においても、たとえば入浴サービスについては、幾つかの株式会社による入浴サービスが大変大きな効果を上げているということは知られているとおりでである。最近では少し弊害のほうが大きいかもわかりませんが。

そういうことで、入浴はどうする、輸送はどうする、機器のうちでもどの程度のものはレンタルでいく、どのようなベーシックのものは公的にするという議論をすべき時期に、私はきていると思っている。

星野（都立大学） 古瀬先生の表についてちょっとかがいたい。介護という言葉が先ほどちょっと問題になっておりましたので、疑問に思ったのですが、表3と表8で、ドイツの場合について、

表3 年齢階層別入院患者（1984，西ドイツ）

| 年齢階層  | 人口比   | 入院患者  | 平均入院日数 | 介護日数  |
|-------|-------|-------|--------|-------|
| ～6歳   | 5.8%  | 7.6%  | 9.08日  | 5.1%  |
| 6～18  | 14.2  | 10.8  | 9.87   | 7.9   |
| 18～45 | 40.1  | 33.0  | 11.30  | 23.8  |
| 45～60 | 19.6  | 17.1  | 14.79  | 18.8  |
| 60～65 | 5.6   | 6.5   | 17.62  | 8.5   |
| 65～   | 14.7  | 24.2  | 19.58  | 35.2  |
| 合計    | 100.0 | 100.0 | 13.91  | 100.0 |

資料：Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Jahresgutachten 1987, S. 110.

表8 老人ホーム職員の増加（ヘッセン州，常勤および非常勤）

|       | 1975年  | 1984年   | 増加率    |
|-------|--------|---------|--------|
| 職員総数  | 9,558人 | 14,340人 | +50.0% |
| 介護担当  | 4,209  | 8,064   | +91.6  |
| 看護婦   | 1,037  | 1,238   | +19.4  |
| 老人介護士 | 904    | 1,760   | +94.7  |
| 介護助手  | 1,499  | 1,261   | -15.9  |
| その他   | 698    | 3,539   | +407.0 |
| リハビリ  | 71     | 266     | +274.6 |

資料：ヘッセン州，Jahresbericht 1985/86, S. 72.

介護という言葉が出てきていますが、これは元の言葉はどういう言葉であったか、ちょっとご紹介いただきたい。

もう1つは、表の8でその他というのが大変大きく伸びている。元が小さいから、増加率が高いといえそれまでだけれど、1984年ではその他がいちばん大きな数になっているので、その他で切ってしまうとよくわかりかねますので、その中身がもしおわかりでしたら少しご紹介をいただきたい。

古瀬 介護についてはいろいろな概念を日本ではまだ整理中だと思うけれど、いまお尋ねのドイツの点については、表3はプフレーゲであるので、日本で考える介護よりは少し広いかわかりません。いずれにしても入院をしていた人の総日数を表す概念で、プフレーゲという概念の介護です。表8についても、介護はいずれもプフレーゲである。日本の介護より少し広いのではないかと思うけれど、そうはいっても日本の看護ズバリではない。ちなみに老人介護士がアルテンプフレーガーということになっていて、これが介護福祉士に類似した制度だと思う。

それから、ご指摘の「その他」だが、これはヘッセン州のベリストを見ても如実にはっきり書いてあって、老人介護士という制度を70年代の半ばにつくって、これを大いに増やしているけれども、実情としてはその他無資格者に大幅に頼らざるを得ないということになっている。そのその他の内訳は詳細にはそこには出ていないけれど、これはこのままの数字として、資格者も増えているが、無資格の各層の人が出てきているというふうにお読み取りいただくのがよろしいかと思う。

真屋（日本大学） 先ほど介護保険の問題が出ておりましたので、それに関連して、私見になるかと思うけれど述べさせていただきたい。

枋本さんのコメントに、介護の社会保険化といったご提案をなさったように思うけれど、私など保険のほうを中心に勉強をしている者の立場からすると、医療保険の場合もそうだが、現物給付とか、サービス給付を中心にした保険システムは、基本的に機能にくいという側面をもっているの

ではないか。そういう意味で、介護にかかる費用を中心にした保険ということであれば、可能性として十分なりたち得ると思うが、サービスそのものを提供するということになる、少し問題が違って来るのではないか。

それから、民間の介護保険についての、宮澤先生のご質問に対する、きょうの報告者の皆さんのお答えについての、若干の感想だが、民間の現在の介護保険の保険料が高いか、安いかについては、これはまた別の議論があるかと思うけれど、わが国の生命保険においては、養老保険ということで、生きていても、死んでも、どちらでも保険金がもらえる、俗にいう掛け捨てにならない保険が従来の主流だったのだが、保険のそもそものシステムというのは掛け捨てを中心に行っている。それで、結果的に寝たきりの状態とか、痴呆の状態にならずに、掛けた保険料に相当するものが戻ってこないという状況があったにしても、これは決して損になったわけでも何でもなし。そうした状況に備えて負担した保険料は、危険を処理するためのコストと考えるべきで、お名前を出してはどうかと思うけれど、袖井先生のおっしゃった、保険についての理解の仕方というのは少し保険学を勉強している者の立場からすれば異論を差しはさまざるを得ない。また、ほかの方々にもいろいろお話しされる機会もあると思うので、いま少し改めて、正しい保険についての認識をもていただくようなご発言をお願いしたい。

ただ、いまの民間の保険会社の在り方がすべて正しいと私は思っているわけではない。むしろそれに対しては、批判的な考え方をもっている。

なおその点で、古瀬先生のご指摘に対して1つ付け加えさせていただくと、生命保険会社もっている膨大な資金が世界経済に資金として還流され、影響を及ぼしているとおっしゃった。これを否定する者ではないが、たとえば、これはご覧になった方もいらっしゃると思うけれど、先日NHKでマレーシアの化学工場の放射能汚染の問題をやっていた。あそこの大きな株主というか、事実上の株主は日本の三菱化成で、その三菱化成の大株主というのは、日本の大手生保会社5社、

それから損保会社1社である。つまり日本の生命保険会社は、一方において福祉を標榜しながら、他方においては公害会社に融資をしている。そういう現実も、これは否定できない。

そういう面では、松原先生のご指摘になったように、生保会社が地価高騰の元凶であったかどうかはわからないが、ややそれに近いような状況で、場合によっては世界的規模でもやっているのではないか。ただ、それがわれわれの目には、あるいは一般の人達の目には触れにくい面があるということとは否定できないのではないか。

これは、介護保険に関連して、保険学を中心に勉強をしている者の立場からの感想である。

なお1点、古瀬先生にちょっとお尋ねしたいのだが、私はヨーロッパのことはあまり詳しくないので不正確な認識かと思うけれど、古瀬先生はテレビとか、医療の問題を例としてお挙げになって、イギリス、フランス、ドイツ、デンマークなどは、国営というか、公共放送とか、あるいは公営医療という形で運営されているのが、日本との大きな違いだと総括をされたと思う。これらの国をひっくめて総括なさったわけで、細かい点については省略をされたと思うが、私が若干知っている、たとえばイギリスについて申し上げると、テレビについては民間のものもある。これは日本とは比べものにならないし、もちろんアメリカとは比較にならないが、たとえばチャンネル4とか、ITVといった民放が2つ存在している。医療については、NHS体制の下での国営、あるいは公営の病院が中心になっているが、最近ではアメリカ資本を中心にした病院のチェーンの展開もかなり急速に進んでいるということも聞いている。また、いわゆる非営利の形のボランティア・ホスピタルとか、そういったものもずいぶんあるように聞いている。それから、何よりも大きな、とくに最近における特徴の1つは、イギリスにおいても民間の医療保険に加入する比率が急速に伸びてきていることである。はっきりとした数字は記憶していないが、4、5年前で8%、約10%近くの国民が何らかの形で、団体保険なども含めてであるが、医療保険に加入しているという資料を目にしたこ

とがある。

そんなことを考え併せると、ヨーロッパ諸国においても、ベースとしての公的な保障だけでなく、さまざまな形で、イギリスのほか、ドイツ、フランス、デンマーク、スウェーデンというところでも、民間の活動がかなり大きな比重を占めているのではないかという気がする。

そこで、そのあたりについて何か適切な事例とか、情報をおもちゃであればお教えいただきたい。

**栃本** それでは私のほうから最初に申し上げたい。先ほどのちょっとエンジンのかかりが悪かったので、あまりうまい説明ではありませんでしたが、私が申し上げたかったのは、介護サービスの費用を見るための保険ということである。たとえば、医療保険制度であれば社会保険診療報酬制度という制度があって、それに基づいて医療サービスとか、そういうものは、自由開業制の下で提供される。だけど、そのサービスであるとか、現物給付であるとか、手術であるとか、そういうものの費用を社会保険的に見る。それと同じことを介護についても入れられるのではないかということである。

そして、これは先ほどの宮澤先生のお話とも関係があると思うけれど、たとえば年金であれば、国民年金の基礎的部分、公費部分、国が見る部分があり、それから社会保険で見る部分があり、さらに所得比例部分というのがあって、この両者は社会保険でやっている。そしてさらに、企業年金であるとか、生命保険がやっている個人年金がある。そういう組み立てに年金制度でいえはなっている。

そしてわが国の場合、その公費部分というのは、私自身は十分ではないと思っているけれど、一応はある。ただし肝心の本体、中核に当たる社会保険部分が、介護についてはできていない。それができていないところに、たとえば、年金でいえば個人年金に相当する部分であるとか、企業年金に相当する部分だけをつくっても、これは商品としてもそれほど売れないだろうし、またいま損保の売り出している介護保険では、サービスというものをつなげる努力はされているようだけれど、

なにせ供給体制が整っていないわけなので、供給体制を整えるためにはやはり社会保険財源を使わざるを得ないのではないかと。

それから、生命保険によって集めたお金が海外でいろんな使われ方をしているというお話があったが、要するに、社会保険財源でそれを見るということは、きょうの議論でもあったわけだが、ヨーロッパの社会サービス、福祉サービスを必要とするような社会に、日本が急激に突入するということである。そこで、そのための基盤整備をしなければいけない。社会保険財源を使って、その基盤整備に充てる。ケアのための基盤整備に充てる。実際はどうかかわからないけれど、海外の経済摩擦とか、そういうほうにお金が行くのではなくて、国内の社会サービスの基盤整備に充てること、社会保険財源化によってできるのだということである。

それから、レンタルによってやるものについてだが、たとえば、いま民間企業でやっているものを見ても、実際に借りている期間は、3分の1は3ヵ月程度で、平均すると9ヵ月程度で戻ってしまう。つまり、買い取りよりはレンタルでやったほうが、利用者にとっても都合がいい。そこで民間企業が入ってくるのは当然ではないかということである。

また、介護機器とかそういうものは技術的に日進月歩だし、そして利用者づくり手とのコミュニケーションというか、連絡が密であればあるほどいいわけなので、そういう意味で民間企業の利点を生かして、レンタル会社に利用料の補助を公的にするということがいっこうに差しつかえないと思う。

**古瀬** ヨーロッパの話だが、きょう詳しくそういうことを議論する場ではないと思うけれど、いずれにしても、公私の役割を議論するときには、最近経済学でスティグリッツなども実証研究をしているように、従来のパターンで公私というものを議論するのはいかがかなと思う。

たとえば、日本の民間放送において、受験産業の広告があってもみんなが驚かないとか、あるいはカプセルホテルというのがあって、これが非常

にはやっているとか、名古屋のほうで1日1,000円出せばヘルスセンターでお年寄りが泊まれるとか、だから月に3万円ですか、そういうことがあってもあまり議論にならずに、やむを得ないなということで流れているというようなことは、ヨーロッパではない。

テレビはイタリアなどは民間があるし、民間のものが少しずつ出てきているけれど、私のいいたいのは、全世界的に見た場合、日本のように、そこまで企業に頼るというようなやり方をしているのは珍しいのではないかということである。ものによっては企業ズバリのものもあるけれど、介護サービスのようものの基礎的なものについては、ある程度ベーシックなものを公共的に提供すべきではないかという意見の1つとして、対比をさせる意味でお話をしたわけである。

袖井 ちょっと先ほどしゃべり忘れたことだが、レンタルの問題についていえば、これもレンタルか買い取りかのジレンマがあると思う。介護期間がどのくらいになるかわからないのだけれど、レンタルと買い取りでどちらがお得かという分岐点がある。私は個人的には全部レンタルにしたほうが良いと思っていますが、そのへんが介護者としてのジレンマで、ずうっと長くなってしまって、「ああ、あのとき買っておけばよかった」ということも起こってくる。

それから、介護保険について、いちばん問題なのはボケで、これは生命保険会社自体が非常に危機の念をもっている。ボケの判定については長谷川式スケールとか、いろいろあるけれど、いまひとつはっきりしない。もちろん医者がいって診るということになっているが、ボケはじめのころは知らない人に対してはかなりまともな対応をするから、そういう場合に払うか、払わないかというトラブルが起こり得る。保険は掛け捨てで、そうならなければならないことだけれど、それでも払った側としては、うちのほうとしてはボケだと思いのに、向こうの基準ではそうではないといわれたということでトラブルが起こるのではないか。これは保険会社自体が、非常に危機の念をもっているところですよ。

堀（社会保障研究所） いまの掛け捨ての問題についてだけコメントをさせていただきたい。日本人というのは、保険料の掛け捨てというのは嫌うということがあるようで、掛け捨てでない商品を選ぶ。それで介護保険にしても、掛け捨てを防ぐために幾つかの仕組みが設けられていることは真屋先生もご承知だと思う。たとえば、65歳までに介護を要するような状態にならない場合、あるいは75歳、80歳と、そういう節目、節目ごとに健康長寿祝い金を出している。

そうすることで、保険の理論からいって、一般的には掛け捨ては当然だという議論のほかに、日本の国民性として、掛け捨ては嫌うということやちゃんと保険会社は知っていて、そうしないような仕組みがあるということや、ちょっとコメントしておきます。

市川（筑波大学） 小山先生にご要望申し上げます。きょうは介護システムということで、介護を要する状態になってしまったからの話のことで、すからこれでいいわけですけど、本当は介護を要するような状態にならない方策を講ずることも非常に大事だと思う。いま脳卒中で死ぬ人は減っています、病院で寝ている人は増えているが。おそらく、高齢化社会で恐怖感をもって語られる病気の1つは痴呆だと思う。この痴呆の研究が、その予防がどれだけ進んでいるかということとはよく知らないけれど、癌の研究費と比べたらこれは1桁以上少ないと思う。そしてお医者さんの立場からいったら、免疫のメカニズムとか、DNAの研究のほうが面白いから、どうしてもそちらのほうに研究費がたくさん出ることになるのでしょうけれども、老人ボケの防止とか、アルツハイマーの原因の研究のほうにも大いに研究費を回すように、声を大きくしてひとつ小山先生におっしゃっていただきたい。

それから、薬屋さんの医薬品関係の人に聞くと、マウスはなかなか老齢痴呆になってくれないからやりにくいとか、ワン公はなかなかアルツハイマーにならないので駄目だということやうのですが、そういうことがあるかもしれませんが、脳神経疾患関係の防止の薬としては、脳の血のめぐ

りをよくするというような薬しかないということ  
を聞きましたが、もう少し全世界の医学界がしっ  
かりいっしょになって頑張れば、いずれ何とかな  
るのではないかという気もするので、そこで小山  
先生に声を大きくしていただきたいということを

お願いしたい。

司会 いや、どうも。

ほかにご質問がありますか。なければ時間もま  
いりましたので、これできょうのシンポジウムを  
閉じさせていただきます。

## 健康と社会保障

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| プロローグ：健康づくり政策研究の出発点                 | 三 上 芙美子 |
| 論文：健康増進政策の成果と問題点                    | 漆 博 雄   |
|                                     | 知 野 哲 朗 |
| 論文：健康づくりにおける公私の役割分担とマンパワー           | 池 上 直 己 |
| 論文：橘湾沿岸圏域における住民の健康意識及び要介護老人等の実態について | 福 田 政 弘 |
| 論文：健康づくりの政策的妥当性                     | 高 原 亮 治 |
| 研究会の構成・実施経過                         |         |

### 健康づくり政策研究の出発点

——序に代えて——

三 上 芙美子

現代社会において、人々の間に成人病が広がり、国民医療費が増大するなかで、市民の健康に対する関心はきわめて高くなっている。人口の高齢化にともない、今後も人々の健康志向はますます高まるであろう。21世紀の社会が健康長寿の市民社会となり得るかどうかは、広範囲にわたる生活習慣および生活環境の改善による健康づくりへの努力にかかっているといっても過言ではない。

「健康と社会保障」の研究会では、このような認識にたって、新しい健康づくり政策の位置づけと問題提起を行うことを目的に、自由活発な討議と研究交流を進めてきた。私たちの研究会は、小規模にもかかわらず、経済、保健、および行政の各専門家が集うワークショップとして機能し、有意義かつ生産的なひろばとなった。本報告は、その研究成果として上記4つのテーマのもとに各委員が執筆分担した論文集である。ここで序に代えて、

研究会の経過状況等について簡単に記しておきたい。

これまでわが国における医療政策に関する社会科学の研究は、そのほとんどが治療中心の医療モデルに向けられていたため、保健（ヘルス・ケア）や健康増進（ヘルス・プロモーション）といった健康づくりに関する研究の蓄積はきわめて少ないのが実情である。そこで私たちはまず、数回にわたるフリーディスカッションを通じて、現状の問題点と新しい健康づくり政策のとらえ方について理解を深めることから出発した。つぎに、主として現行の健康づくり施策および民間の健康づくり活動に関して研究発表、ヒヤリング、施設見学等を行うことにより、実態把握を試みた。その結果、市民、健康保険組合、民間医療機関、その他の民間団体のそれぞれの保健活動には制度的な障壁も多く、健康づくり促進のために公的政策が即応し

なければならない問題も少なくないことが明らかにされた。

研究会の討論から、新しい健康づくり政策の方向について導かれる暫定的な結論をあえて提示するならば、以下になるであろう。すなわち、公的政策の基本は、社会的ニーズをふまえ、消費者主権の立場から、主としてつぎの3点にしぼられる。

- ① 情報提供（食品成分表示、運動所要量指示など）
- ② 消費者保護（安全かつ有効な財貨・サービスの供給体制づくり）
- ③ 消費者選択の機会均等保障（保健のための財貨・サービスのメニューを消費者が主体的かつ公平に選択できる均等な機会の保障）

政策の方向としては、第1に社会の資源を治療中心型から健康づくりへシフトするように、経済的誘因をつくることである。たとえばつぎのようなオプションが考えられる。

- a. 公的医療給付のメニューを拡大する（資源配分のバイヤス是正）。
- b. 健康づくりに努力している市民（ローリスクの人々）の公的医療負担（保険料）を軽減する。
- c. 「予防接種」や「検診」などにおいて公的介入・負担をやめて減税し、より有効な健康

投資の自由を、消費者に保障する。

第2に、健康づくり政策の推進は民間部門が主体となるが、財貨・サービスの安全性については公的規制強化を、マンパワーや施設運営の効率性・イノベーション促進については規制緩和を、それぞれ行う必要がある。

健康づくり政策について議論の分かれるところは、健康づくり施策を公的にはどこまで行うべきかという点である。この問題に対しては、まだ一般に広く議論されていないため、コンセンサスも得られていない。研究上の困難な問題としては、健康づくりの費用（投資）と効果の測定方法、医療と健康づくり資源の最適配分を求めるための理論構築などが挙げられる。また今後、健康づくりの促進を社会保障の立場から考えるならば、現行の医療制度を問い直さなければならない。これらの諸問題は、いずれも今後に託された研究課題である。

健康づくりに関する学際的研究は、最近始まったばかりである。本報告書は、この新しいヘルスポリシー研究の第一歩を踏み出そうとしたものである。ここに、本研究会へ参加・ご協力いただいた委員の諸先生をはじめ、ご教示くださった講師の方々へ記して感謝の意を表したい。

（みかみ・ふみこ 社会保障研究所研究員）



## 健康増進政策の成果と問題点

漆 博 雄  
知 野 哲 朗

### I はじめに

日本の平均寿命は昭和63年において男76歳，女81歳であり，日本は世界有数の長寿国である。また，人口構成は今後急速に高齢化していくことが予想されている。このような長寿化，人口の高齢化を背景にして，健康増進に力点を置いた政策の展開の必要性が指摘されるようになり，厚生省は昭和63年度から10年計画で第2次国民健康づくり対策を実施することになった。この第2次国民健康づくり対策は，80歳になっても身のまわりのことができ社会的参加もできるアクティブな老人をつくっていくための政策という意味で，「アクティブ80ヘルスプラン」と呼ばれている。

人生80年時代の健康問題の中心は，成人病対策である。「アクティブ80ヘルスプラン」には，成人病の予防という観点から運動を中心とした健康づくりに力点を置いているという特徴がある。本稿は，運動習慣の普及による健康増進政策を従来の予防対策と比較し，「アクティブ80ヘルスプラン」の成果と問題点について検討することを目的としている。この目的のために，Ⅱ節では，予防対策の推移を主に疾病構造との関係で概観し，「アクティブ80ヘルスプラン」の具体的な内容について説明する。Ⅲ節では，予防対策の効果を評価するためのフレームワークを提示し，このフレームワークにしたがって結核対策，がん対策，アクティブ80ヘルスプランの効果がどのような要因に依存するかを明らかにする。Ⅳ節では，予防サービスにたいして政策的に介入する根拠につい

て検討し，アクティブ80ヘルスプランの問題点を指摘する。

### Ⅱ 予防対策の推移

#### 1. 疾病構造の変化

ある特定の病態による死亡の危険を示す指標に死因別死亡率がある。死因別死亡率は，1年間の当該疾患による死亡数を人口で割ったものと定義される。死因別死亡率には，死亡原因の決定が困難であることなどの理由によっていろいろな誤差や限界があるといわれている。しかしながら，死因別死亡率によって明らかになる死因構造は，保健対策——特に予防対策の優先順位を決定する際の貴重な情報となると考えられる。

表1は，死因群別の人口10万対死亡率とその構成割合(%)の年次推移を示している。表1は死因を5つの死因群に分類しているが，5つの死因群は以下の通りである。すなわち，A群は細菌感染によるもの，B群は成人病，C群は妊産婦および乳児期の疾患，D群は外因死，E群はその他である。表1から，以下のことがわかる。第1に，総死亡率は昭和25年の1,087.6人から昭和62年の618.1人へと一貫して減少してきていることである。第2に，死因群別の死亡率をみると，B群成人病以外の死因群の死亡率は一貫して減少してきているのにたいして，B群成人病の死亡率は昭和25年から昭和40年代の中頃までは増加しその後横ばいで推移していることである。第3に，以上のことの結果として細菌感染による(A群)死亡率が総死亡率に占める割合は昭和25年の35.6%から

表 1 死因群別死亡率と構成割合の推移

|       | 総 数              | A群              | B群              | C群            | D群            | E群              |
|-------|------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|
| 昭和25年 | 1,087.6<br>(100) | 387.0<br>(35.6) | 356.1<br>(32.7) | 79.2<br>(7.3) | 61.4<br>(5.6) | 203.9<br>(18.7) |
| 30年   | 776.8<br>(100)   | 158.1<br>(20.4) | 367.0<br>(47.2) | 42.8<br>(5.5) | 64.8<br>(8.3) | 144.1<br>(18.5) |
| 35年   | 756.4<br>(100)   | 121.9<br>(16.1) | 413.5<br>(54.7) | 28.3<br>(3.7) | 65.2<br>(8.6) | 127.6<br>(16.9) |
| 40年   | 712.7<br>(100)   | 84.7<br>(11.9)  | 435.9<br>(61.2) | 23.2<br>(3.3) | 57.0<br>(8.0) | 111.9<br>(15.7) |
| 45年   | 694.0<br>(100)   | 66.0<br>(9.5)   | 442.0<br>(63.7) | 19.0<br>(2.7) | 60.4<br>(8.7) | 106.6<br>(15.4) |
| 50年   | 631.1<br>(100)   | 53.7<br>(8.5)   | 419.0<br>(66.4) | 14.4<br>(2.3) | 50.7<br>(8.0) | 93.4<br>(14.8)  |
| 55年   | 621.4<br>(100)   | 47.1<br>(7.6)   | 431.3<br>(69.4) | 9.5<br>(1.5)  | 45.4<br>(7.3) | 88.1<br>(14.2)  |
| 60年   | 625.5<br>(100)   | 54.4<br>(8.7)   | 424.8<br>(67.9) | 6.3<br>(1.0)  | 46.9<br>(7.5) | 93.2<br>(14.9)  |
| 62年   | 618.1<br>(100)   | 55.4<br>(9.0)   | 419.4<br>(67.9) | 5.3<br>(0.9)  | 45.8<br>(7.4) | 92.2<br>(14.9)  |

資料：厚生省「人口動態統計」。  
出典：1989年「国民衛生の動向」。

62年の9.0%へと一貫して減少してきているのにたいして、成人病（B群）については昭和25年の32.7%から62年の67.9%へと増加してきていることがわかる。死因となる疾病のこのような変化は、一般に「感染症から成人病へ」と表現されている。

ところで、死因群A（細菌感染によるもの）と死因群B（成人病）は、以下のような具体的な疾病からなっている。すなわち、A群細菌感染による疾病は感染症および寄生虫症・髄膜炎・インフルエンザ・肺炎および気管支炎・胃腸炎からなり、B群成人病は悪性新生物・良性および性質不詳の新生物・心疾患・高血圧性疾患・脳血管疾患・精神病の記載のない老衰からなっている。表2は、死因群A群とB群に分類される疾病のうち死亡率が高いものについて死亡率（対人口10万人）がど

のように推移してきたかを示している。

昭和20年代において最も深刻な疾病は結核であった。結核が最も深刻な疾病であったというのは以下の2つの理由による。第1に、結核による死亡率が高かったことである。表2の疾病別死亡率をみると、昭和20年代においてA群細菌感染による疾病のなかで結核が最も死亡率の高い疾病であったことがわかる。また、結核の死因順位は、すべての疾病のなかで昭和25年には1位であり、昭和30年には5位であった。第2に、結核による死亡率の年齢別分布が他の疾病と異なっていたことである。A群（細菌感染による疾病）に分類される肺炎・胃腸炎の年齢別死亡率は、昭和25年において0～4歳の乳幼児と60歳以上の高齢者が高くなっている。これにたいして、結核の年齢別死亡率は20～60歳が高かった。ただし、結核の死亡率は昭和30年代以降急速に低下していくが、これに伴って年齢別にみると高齢者の死亡率が高くなっていく。死亡率が高かったことと若年および中年層の死亡率が高かったことの2つの理由により、昭和20年代から30年代にかけての保健衛生上最も重要な課題は、結核対策であったことがわかる。

昭和30年の死因順位は、第1位が脳血管疾患、第2位が悪性新生物、第3位が精神病の記載のない老衰、第4位が心疾患、第5位が結核であった。すなわち、死因順位の第1位から第4位までがB群成人病に分類される疾病であった。昭和30年以降の成人病の疾病別死亡率の推移をみると、悪性新生物と心疾患の死亡率が一貫して増加してきたことがわかる。昭和30年に死亡順位第1位であった脳血管疾患の死亡率は、昭和40年代の前半まで増加し、その後減少してきている。その結果、精

表 2 死亡率の推移

|    |           | 昭和25年 | 30年   | 40年   | 50年   | 60年   | 62年   |
|----|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| A群 | 結 核       | 146.2 | 52.3  | 22.8  | 9.5   | 3.9   | 3.3   |
|    | 肺 炎       | 65.1  | 38.4  | 30.4  | 27.4  | 37.5  | 40.3  |
|    | 胃 腸 炎     | 82.4  | 31.7  | 12.9  | 5.6   | 1.9   | 1.4   |
| B群 | 悪 性 新 生 物 | 77.4  | 87.1  | 108.4 | 122.6 | 156.1 | 164.2 |
|    | 心 疾 患     | 64.2  | 60.9  | 77.0  | 89.2  | 117.3 | 118.4 |
|    | 高血圧性疾患    | 11.9  | 10.2  | 19.3  | 17.8  | 10.6  | 8.8   |
|    | 脳 血 管 疾 患 | 127.1 | 136.1 | 175.8 | 156.4 | 112.2 | 101.7 |

資料：厚生省「人口動態統計」。

神病の記載のない老衰を除いた死因順位は、昭和30年から昭和50年代半ばまでは脳血管疾患・悪性新生物・心疾患の順、昭和50年代半ばから昭和60年までは悪性新生物・脳血管疾患・心疾患の順、昭和60年代に入ってから悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の順となっている。このように昭和30年代以降一貫して悪性新生物・心疾患・脳血管疾患が死因順位の上位を占めてきたのである。この死因となる疾病構造の変化に伴って、保健対策の重点は昭和20年代から30年代にかけての結核対策から、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患のいわゆる成人病対策へと移行してきたのである。

## 2. 予防対策の推移

ある疾患は固有の自然史 (natural life history) をもつが、疾患の自然史を一般化すると疾患は以下のような段階を経て進展すると考えられる。すなわち、感受期・発症前期・発病期・障害期の4つの段階である<sup>1)</sup>。

感受期は、まだ発病していないが発生要因さえあれば発病する素地はすべてできあがっている状態にある期間のことである。発症前期は、ある疾患の兆候または症状はまだ発現していないが体内ではすでに異常が起きている時期である。発病期には、形態的にも機能的にも十分な変化が起こり疾患特有の兆候または症状を認めることになる。疾患はある時点で自然にあるいは治療によって完全に治癒することがあるが、多くの疾患は短期間あるいは長期間にわたって障害を残すことになる。このような障害を残す期間が障害期である。

ところで、先に死亡率が高い疾病がどのように推移してきたかを概観したが、ある疾病の死亡率が高いということは、そのときの医療技術ではその疾病が完治しないことを意味する。したがって、死亡率の高い疾病については、予防が重要な課題となる。予防は狭義には単に発症の防止を意味するが、現在では疾患の進展を止めたり遅らせたりすることも予防に含める。このことは疾患の進展に伴って数段階の予防が考えられることを意味する。予防は疾患の自然史におけるどの段階での予防かによって、第1次予防、第2次予防、第3次

表 3 疾患の自然史と予防段階

| 病 期   | 感 受 期         | 発症前期         | 発病期                  | 障害期・回復期 |
|-------|---------------|--------------|----------------------|---------|
| 予防段階  | 第 1 次         | 第 2 次        | 第 3 次                |         |
| 予 防 法 | 健康増進<br>特異的防御 | 早期発見<br>早期治療 | 治療とリハビリテーショ<br>ン悪化防止 |         |

出典：『疫学 テキスト』<sup>2)</sup>。

予防に分類することができる。

第1次予防は、感受期における予防である。ある因子があるために後にある疾病が発生する危険性があるとき、この因子をリスクファクターという。第1次予防は、感受期におけるリスクファクターを除去することによって疾病の発生を予防しようとするものである。第1次予防は、一般的な健康増進と特殊な予防処置の2つに大別することができる。健康増進としては、家庭・職場・学校などにおいて健康的な生活を送る機会を整えることや健康教育などがある。特殊な予防処置としては、免疫処置・環境整備（上下水道の整備など）などがある。第2次予防は、発症前期あるいは発病期など疾患の進展の初期段階での予防であり、早期発見・早期治療によって疾患を初期の段階で治したり、その進行を防止したりすることを目的とする。第2次予防の典型としては、自覚症状のない住民を対象にした健康診断がある。第3次予防は、疾患の結果生じる障害を軽減し機能を保持することを目的とする、疾患後期あるいは障害発生後における予防である。第3次予防の典型として、リハビリテーションがある。疾患の自然史と予防段階との関係を示したのが、表3である。

先に述べたように、昭和20年代から30年代にかけての保健衛生上の重要な課題は結核対策であった。政府は、昭和26年に本格的な結核対策として「新結核予防法」を制定した。「新結核予防法」は、(1)健康診断の対象者の範囲を拡大し、対象者に毎年定期的健康診断を行うこと、(2)30歳未満の国民および集団生活者に結核予防接種を毎年定期的に行うこと、(3)結核患者の登録制度を設け必要に応じて家庭訪問指導を行うこと、(4)結核医療費の一部を公費負担すること、(5)結核療養所の設置・運営にたいする国庫の補助などを内容としていた。したがって、「新結核予防法」は、第2次予防である

健康診断と第1次予防の特異的予防に分類される予防接種を主な内容としていたといえる。

昭和30年代以降の保健衛生上の課題は成人病対策であったが、成人病対策の重点は主にかん対策であった。昭和40年代から現在までのがん対策を方向づけたのは、昭和40年に政務次官会議がん対策小委員会が決議した「がん対策の推進について」であった。「がん対策の推進について」は、(1)がんに関する正しい知識の普及啓蒙、(2)健康診断の実施、(3)医療施設の整備、(4)専門技術者の養成訓練、(5)がん研究の推進、の5つを柱としていた。がんはいまだにそのメカニズムが十分に解明されておらず、早期発見・早期治療が最も有効な治療法であるといわれている。したがって、がんの予防対策はがん検診、すなわち第2次予防が中心となっているのである。

心疾患・脳血管疾患というがん以外の成人病は、がんとは性質が異なりその結果予防対策も異なったものとなる。がんは、早期に発見し外科的な手術によってがん細胞を除去することによって完治することが可能である。したがって、早期発見・早期治療によってがんの障害期を比較的短い期間にすることが可能である。これにたいして、心疾患・脳血管疾患のような成人病は、慢性的な疾患であるから早期に発見しても完治することは困難である。すなわち、心疾患・脳血管疾患は早期発見・早期治療によって障害期を短縮することが困難であると考えられるのである。また、これらの疾患の重要なリスクファクターとして高血圧が指摘されているが、食塩の摂取量や運動不足が高血圧の原因であることが知られている。したがって、心疾患・脳血管疾患を予防するには、食生活の改善や運動不足の解消などの生活習慣の変更が必要となる。このような生活習慣の変更という第1次予防の健康増進が、心疾患・脳血管疾患という成人病の予防の中心となるのである。

### 3. 健康増進対策の内容

国民の健康増進を目的とした政策は、「国民健康づくり運動」として昭和53年から展開されてきた。以下では、「国民健康づくり運動」がどのよ

うに推移してきたかを概観し、「アクティブ80ヘルスプラン」の内容について説明する。

昭和62年版の『厚生白書』によると、「本格的な高齢社会の到来に備え、健康で活力のある社会を構築していくために、昭和53年度から①乳幼児から老人に至るまでの健康審査・保健指導体系の確立（生涯を通じる健康管理）②健康増進センター、保健所及び市町村保健センターの整備並びに保健婦、栄養士などマンパワーの確保による健康づくりを具体的に推進する体制の整備（健康づくりの基盤整備）③健康・体力づくり事業財団、食生活改善推進員などによる啓発普及活動の推進（健康づくりの啓発普及）を健康づくり体制の3本柱とし、検診の徹底による疾病の早期発見、早期治療に努めるとともに栄養・運動・休養が健康増進の3要素であるという観点に立った『国民健康づくり運動』を展開してきた。……

『国民健康づくり運動』は、従来ともすれば『治療』にのみ力点が置かれるきらいがあった医療行政に、一次予防（健康増進、疾病の発生予防）および二次予防（早期発見、早期治療）をより重視し、自分の健康は自分で守るという自覚を国民ひとりひとりに促し、行政はそれをサポートすべきであるとの新たな視点を導入したところに意義があった。」とされている。この昭和53年度から展開されてきた「国民健康づくり運動」が、第1次国民健康づくり対策である。

『厚生白書』によれば、第1次国民健康づくり対策の意義は医療行政に新たな視点を導入したことである。この第1次国民健康づくり対策で導入された新しい視点に沿った本格的な健康増進対策が、昭和63年度から10年計画で実施されることになった第2次国民健康づくり対策——すなわち、アクティブ80ヘルスプランである。

アクティブ80ヘルスプランは、以下の3つの特徴をもっている。第1に、疾病の早期発見・早期治療という「第2次予防」から、疾病の発生予防、健康増進という「第1次予防」に重点がおかれていることである。第2に、栄養・運動・休養という健康づくりの3要素のバランスのとれた生活スタイルの確立に重点がおかれていることである。

アクティブ80ヘルスプランは、栄養・運動・休養という健康づくりの3つの要素のうち特に運動を重視し、運動習慣の普及による健康増進を目的としている。第3に、公的セクターによる健康づくり対策に加え、民間活力の積極的な導入を図っていることである。

このような特徴をもつアクティブ80ヘルスプランの運動習慣の普及に関連する具体的な政策は、(1)マンパワーの養成、(2)優良施設の整備促進、(3)社会保険との連携など、(4)運動を通じた健康づくり意識の啓発普及、に大別できる。(1)マンパワーの養成としては、健康運動指導員の認定制度の創設、健康運動指導員の養成および地方公共団体・アスレヘルスクラブ・社会保険関連施設における健康運動指導員の配置、運動普及推進員（ボランティア）の育成がある。(2)優良施設の整備促進としては、健康増進施設の認定および表示制度の創設、健康増進施設に対する税制上の優遇および政策金融の実施、健康増進モデルセンターの整備促進・機能強化ならびに保健所・保健センターの機能強化、健康増進モデルセンターなどと民間健康増進施設との連携強化などがある。(3)社会保険との連携などとしては、健康増進施設と社会保険との連携強化、クアハウス利用料の医療費控除がある。(4)運動を通じた健康づくり意識の啓発普及としては、運動所要量の策定、全国健康福祉祭の開催などがある。

### Ⅲ 予防対策のフレームワーク

前節で述べたように、戦後の保健対策は、結核対策から成人病対策へと推移してきた。成人病対策は、がん対策を中心に展開されてきたが、昭和63年から実施されたアクティブ80ヘルスプランは、心疾患や脳血管疾患というがん以外の成人病を対象としている。アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及や食生活の改善など個人の生活習慣を変化させることによって成人病を予防しようとしている点で、従来の結核対策、がん対策とは異なっている。この節では、保健対策の効果を評価するためのフレームワークを提示し、このフレー

ムワークに沿って結核対策、がん対策、アクティブ80ヘルスプランの効果がどのような要因に依存するかを明らかにする。

#### 1. 分析のフレームワーク

結核対策および成人病対策は、予防を主な目的とする保健対策である。予防を目的とする保健対策の効果は、2つの不確実性に依存すると考えられる。

第1の不確実性は、保健対策が人々の行動に与える影響に関連するものである。予防を目的とする保健対策の対象者は、異常を自覚症状としてみない健康と思われる人々である。一般に、ある疾病を予防するためには、人々が予防処置を受け入れる必要がある。たとえば、ある疾病を予防するのに健康診断による早期発見、早期治療が有効であることが医学的に明らかであったとしても、人々が健康診断を受診しなければ健康診断の効果は期待できないことになる。また、アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及や食生活の改善によって成人病を予防することを目的としているから、人々の行動が政策の効果に大きな影響を与えることになる。一般に、予防を目的とした保健対策が、人々の行動にどのような影響を与えるかは不確実であると考えられる。したがって、保健対策の効果は、人々が保健対策によってある疾病の予防に有効な行動をとるかどうかという不確実性に依存することになる。

第2の不確実性は、予防接種・健康診断・運動習慣の普及といった保健対策の手段の最終目的にたいする有効性に関する不確実性である。予防を目的とする保健対策は、特定の疾患の罹患率あるいは死亡率を減少することを最終目的としている。この目的のために、いろいろな具体的な対策が実施されるのである。結核対策は、予防接種と健康診断によって結核の罹患率あるいは死亡率を減少させることを目的とした政策であり、がん対策は健康診断による早期発見・早期治療によってがんの死亡率を減少させることを目的とした政策である。また、アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及および食生活の改善によって心疾患・脳

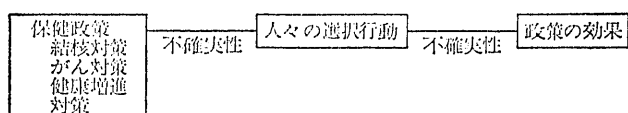


図 1

血管疾患の罹患率を減少させることを目的としている。しかしながら、それぞれの手段が最終目的にたいする有効性は、必ずしも自明とはいえないのである。

図1は、保健政策の効果と上述の2つの不確実性の関係を図示したものである。図1において、保健政策とは結核対策、がん対策、健康増進対策の諸政策を示し、人々の選択行動は予防接種や健康診断を受けることや生活スタイルの変化を意味する。政策の効果は、それぞれの保健政策が対象とする疾病の罹患率や死亡率の低下を意味する。

それでは、上述の2つの不確実性はどのような要因に依存するのであろうか。

保健政策が個人の行動にどのような影響を与えるかに関する第1の不確実性は、以下のような要因に依存すると考えられる。第1に、個人が保健政策が期待するように行動したときに、個人が負担するコストである。この個人が負担するコストとしては、個人の金銭的な負担、時間費用、予防対策の副作用による身体機能の喪失の危険などが考えられる。これらのコストが高い場合には、第1の不確実性は大きくなると考えられる。第2に、予防の対象となる疾病に罹患した場合に個人が負担しなければならないコストである。このコストは、予防の対象となる疾患の自然史と関連している。たとえば、がんのように発病期および障害期が短く、早期発見・早期治療をしなければ短期間のうちに死亡するような疾病は、疾病によって個人が負担しなければならないコストが無限大となる疾病であると考えられる。一般に、ある疾患の自然史は医学および医療技術の水準に依存する。臨床医学および医療技術の進歩は、発病期における治療によって疾病を完治することによって疾患の自然史における障害期をなくすことを目的とし

ているといっただいである。したがって、医学や医療技術の進歩は、疾病に罹患した場合の患者の負担するコストを減少させることを意味する。予防対策が有効であるとしよう。このとき、ある疾病に罹患したときに個人が負担するコストは、逆にいえば予防対策の便益である。この便益（コスト）が大きければ第1の不確実性は、小さくなると考えられる。

保健対策の諸手段の最終目的にたいする有効性に関する第2の不確実性は、以下の要因に依存すると考えられる。第1に、医学や医療技術の進歩である。本稿で問題にしている保健対策は、予防医学における第1次予防と第2次予防の領域に属する予防対策である。第1次予防は、疾患の自然史における感受期に疾患のリスクファクターを取り除くことによって疾患を予防する。したがって、第1次予防の効果は、ある疾患のリスクファクターを発見しそのリスクファクターを除去する方法について十分な知識がなければ、不確実なものとなる。たとえば、後述するように、運動習慣の普及など生活習慣の変更が成人病の罹患率にどのような効果をもつかは不確実である可能性がある。第2次予防は、早期発見、早期治療によって疾病を予防する。第2次予防の典型である健康診断の効果は、健康診断の精度が不十分で発見したときには手遅れの場合や疾病を早期発見しても治療方法が開発されていない場合には不確実となる。

第2に、予防対策へ配分される予算である。予防対策は、異常を自覚していない人々を対象としている。したがって、対象者の多くは健康な人々である。もちろん年齢や性別のようにコントロールが不可能な要因がある疾病のリスクファクターであることが知られている場合には、年齢や性別によって予防対策の対象をあらかじめしぼっておくことが可能である。しかしながら、このようにコントロール不可能なリスクファクターによって対象者をしぼったとしても、予防対策の対象者は多数となると考えられる。予防対策へ配分される予算が事前に決められているとすると、予防対策は予算制約に直面することになる。このように予算に制約があり、多数の人々を対象とする場合に

は、実行される予防対策は対象者1人当たりのコストが低い手段とならざるを得ない。一般に、コストの低い手段の効果は、不確実性が高いと考えられる。

ところで、第1の不確実性と第2の不確実性は、互いに独立ではなく相互に依存すると考えられる。医学的な見地からある予防対策の有効性に関して疑問が呈され、人々はこのことを知っているとしよう。すなわち、人々がある予防対策に関して第2の不確実性が高いことを情報として得ていたとするのである。このとき、人々はこの予防対策を積極的に受け入れようとはしないであろう。したがって、人々が予防対策にたいしてどのような行動をとるかは第2の不確実性の大きさに依存することになる。

## 2. 予防対策の効果

先に示した予防対策の効果を評価するためのフレームワークに沿って、具体的な予防対策について分析してみよう。ここで取り上げる具体的な予防対策は、結核対策・がん対策・健康増進対策の3つである。Ⅱ節で述べたようにこれら3つの予防対策は、戦後日本の保健対策の中核をなすものである。したがって、これらの3つの予防対策の効果について考察することによって、予防対策が質的にどのように変化してきたか、昭和63年度から本格的に実施されることになった健康増進対策——アクティブ80ヘルスプランが従来の結核対策、がん対策とどのような点で異なるかが明らかになると考えられるのである。

### (a) 結核対策

Ⅱ節で述べたように、結核対策の内容や方法は昭和26年に制定された「結核予防法」によって定められている。「結核予防法」が規定する結核予防対策は、健康診断と予防接種を主な内容としている。以下では、「結核予防法」に沿って結核対策の具体的な内容を説明し、結核対策がどのような特徴をもつかを明らかにする。

「結核予防法」が規定する健康診断・予防接種には、定期に行われるものと不定期に行われるものがある。定期の健康診断・予防接種は、事業

所、学校、および施設においてはその長が、それ以外の一般住民については市町村長が、実施義務者となり実施されている（「結核予防法」第4条および第13条）。ここで、健康診断とはツベルクリン反応検査とX線検査などのことであり、予防接種とはBCG接種のことである。

「結核予防法」第7条第1項によれば、「第4条第1項又は第3項の健康診断の対象者は、それぞれ指定された期日又は期間内に、事業者、学校若しくは施設の長又は市町村長の行う健康診断を受けなければならない」とされている。また、第16条第1項では、「予防接種の対象者は、それぞれ指定された期日に、事業者、学校若しくは施設の長又は市町村長の行う予防接種を受けなければならない」としている。すなわち、「結核予防法」は、健康診断の受診と予防接種を受けることを義務としているのである。このことは、結核予防対策が行政的な強制力をもつことを意味する。

ところで、「結核予防法」における健康診断の受診と予防接種を受ける義務には罰則規定があるわけではない。したがって、結核予防対策の行政的な強制力は限られたものである。しかしながら、学校あるいは職場で実施される健康診断や予防接種は、ほとんどの人々に受け入れられてきたし、現在も受け入れられている。すなわち、先のフレームワークでいえば、結核予防については予防対策を人々が受け入れるかどうかに関する第1の不確実性が小さいと考えることができるのである。それでは、結核予防対策が行政的な強制力をもち、多くの人々が予防対策を受け入れてきた理由は何に求められるのであろうか。

第1に、結核が感染性の疾病であることがあげられる。感染性の疾患は、他の人々に伝染するという外部不経済を伴う。個人が、このような外部不経済を伴う疾患の予防サービスの消費量を自由に選択すると、社会的に望ましい予防サービスの消費水準が達成できない。ある個人が予防サービスを消費することは、自分にとって便益があるとともに他の人々にも便益を与えることになる。しかしながら、個人が自分の便益だけを考慮して決定する予防サービスの消費量は、社会的に望まし

い予防サービスの消費水準よりも過小になる。たとえば、無知あるいは自分は結核にはかからないという信念などの理由で、予防サービスをまったく消費しない人が結核に罹患したとすると、その人と接触のある人々は結核に伝染する危険にさらされることになるのである。したがって、伝染性の疾患の予防サービスの消費量を個人の自由な選択に任せることは、資源配分の観点から望ましいとはいえないのである。このことが、結核予防対策が行政的な強制力をもつ理由である。

第2に、結核の医学生物学的研究が発展し、医学的に有効な予防手段が開発されたことがあげられる<sup>3)</sup>。「結核予防法」に規定されている結核予防対策は、ツベルクリン反応・胸部X線間接撮影による結核の早期発見とBCGワクチンの予防接種を主な内容としている。この背景には、1930年代後半から1940年代における、ツベルクリン反応の判定基準の設定、間接撮影法の開発とX線フィルムの読影方法の開発、BCGワクチンの発病防止効果の確認と保存可能な乾燥BCGワクチンの開発など結核の医学生物学的研究の進展がある。さらに、1950年には結核の治療方法として、ストレプトマイシン・パラアミノサリチル酸塩・イソニコチン酸ヒドラジドの三者を併用する化学療法が開発され、結核は化学療法で完治することが可能となった。このような診断技術の進歩、予防ワクチンの開発、治療方法の確立など、結核の有効な予防手段と治療方法が確立して本格的な結核予防対策が展開されたのである。人々が結核予防対策を受け入れてきたのは、実施される予防対策の医学的な有効性にたいする信頼があったからである。

結核と同じように感染性の疾患にインフルエンザがある。インフルエンザは「予防接種法」の対象となっており、インフルエンザ予防接種は義務接種となっている。すなわち、学童は年2回のインフルエンザ予防接種を義務づけられているのである。なお、「予防接種法」における接種義務は、「結核予防法」と同様に罰則規定はない。インフルエンザ予防接種の実施率は、昭和62年度が42%、63年度が35.3%と年々低下してきている。この背景には、インフルエンザワクチンの有効性が疑問

視されるようになったことがあげられる。このインフルエンザの例が示すように、感染性の疾患で予防手段に行政的な強制力がある場合でも、その有効性が疑問視される場合には、人々が予防対策を受け入れなくなる可能性があるのである<sup>4)</sup>。

#### (b) がん対策

がん対策は、成人病のなかでも比較的早い時期から保健衛生上の課題となった。がん対策の具体的な方向は、昭和40年に決議された「がん対策の推進について」で示されたが、そこでのがん対策の中心はがん検診であった。がん検診を中心とする具体的ながん対策は以下のように推移してきた。国は、昭和41年度から都道府県に対して胃集団検診車の整備とその運営費用を補助することになり、42年度からは子宮がん検診事業を補助の対象に加えた。45年度からは民間の集団検診車にも運営費用を補助することになり、さらに53年度からは医療機関における子宮がん検診も補助の対象に加えられた。

近年、外科的手術・放射線療法・化学療法・生物療法などがんの治療技術の進歩は著しく、治療の効果も向上している。その結果、がんは早期に発見されれば外科的手術や放射線療法などによって完治することが可能となった。一方、がんは、発見が遅れれば死にいたるという意味で無限大のコストを負担しなければならない疾病でもある。したがって、個人にとってがん検診の便益はきわめて高いと考えられる。がん検診の便益が高いと考えられるにもかかわらず、現在がんの集団検診の対象となっているのは胃がん、子宮がん、乳がんなどに限られている。このことはどのように解釈したらよいのであろうか。

がん検診は、がんの早期発見・早期治療によってがんの死亡率を減少させることを目的とする第2次予防である。したがって、がん検診は自覚症状をもたない初期段階のがん患者を発見し、その患者を早期治療することによって効果をもつことになる。この診断・治療という一連の過程からがん検診の最終的な効果が実現するということは、がん検診の効果によって治療技術の水準が重要であることを意味している。



一般に、健康診断によって特定の疾患が早期に発見されたとしても、治療方法が確立されていなければ第2次予防としての健康診断の効果は期待できない。したがって、検診の対象となる疾病は、治療方法が確立されていて高い治癒率が期待できる疾病ということになる。先に述べたように、近年のがんの治療技術の進歩は著しく、早期に発見されればがんは完治することが可能である。しかしながら、臓器別のがんの治癒率には明らかに差異が認められる。胃がん・子宮頸がん・乳がんは、早期発見・早期治療によって完治する可能性が高く、5年生存率も高い。これに対して、肺がんは、がん細胞が容易に周囲に侵食したり、遠くに転移・増殖している可能性が高いために5年生存率は低くなっている。このような臓器別のがんの治癒率の差異は、集団検診の診断精度の違いによって生じていると考えられるのである。

近年、X線CT・超音波診断装置・核磁気共鳴装置など診断技術の進歩は著しく、その操作や読影も容易となり診断の精度は向上しているといわれている<sup>5)</sup>。しかしながら、集団検診の役割は、自覚症状のない人々のなかからがんの疑いのある人々を発見することであり、集団検診によってがんの疑いがあるとされた人々は、ほんとうにがんであるかどうかを精密検査によって調べられることになる。したがって、集団検診の検査項目や内容は、自覚症状のない人々が対象であるための技術的な制約を受けることになる<sup>6)</sup>。

第1の制約は、集団検診で利用される診断技術は、高度に専門的な知識や技能を必要としない技術であることである。集団検診は自覚症状のない人々を対象としているから、対象者は多数となる。年齢はがんのリスクファクターであることが知られているから、がん検診の対象を40歳あるいは50歳以上というように年齢によってしぼることが考えられる。しかしながら、このように年齢で対象者をしぼるとしても自覚症状がない人々を対象とする以上、集団検診の対象者は多数となる。したがって、集団検診が普及するためには、集団検診で利用される診断技術は、標準化しており多くの医師が利用可能で診断精度が高いことが必要とな

る。

第2の制約は、集団検診で利用される診断技術が、早期発見を可能にする精度をもっていることである。一般に、高度な診断技術などより多くの医療資源を投入すれば診断の精度は高まると考えられる。すなわち、診断技術のコストと診断の精度とはトレード・オフの関係があると考えられる。しかしながら、予防対策としての集団検診は、一定の予算という制約のもとで多数の人々を対象にしている。したがって、集団検診で利用される診断技術は、一定の予算で早期発見を可能にする精度をもっていることが必要となるのである。

日本のがん検診の歴史をみると、はじめてがんの集団検診の対象となったのは胃がんであった。この背景には、昭和39年にX線間接撮影の標準術式が作成されたことがある。このX線間接撮影の標準術式は、X線二重造影法と呼ばれ今日でも胃がん集団検診の基本といわれている。X線二重造影法は、以下の2つの理由により画期的な診断技術であるといわれている。第1に、胃がんの早期発見が従来X線間接撮影ではできなかったのが、X線二重造影法によって可能となったことである。すなわち、X線二重造影法が胃がんの診断精度を画期的に高くしたことである。第2に、X線二重造影法が、標準術式が作成されることによって、多くの医師にとって利用可能となったことである。すなわち、X線二重造影法は、診断の精度を向上させるとともにその操作や読影を容易にしたのである。さらに、X線二重造影法は、X線間接撮影であるから検診のコストもそれほど高くはない。したがって、胃がんの集団検診が普及した背景には、上述の制約を満たす診断技術が開発されたことがあげられるのである。

現在、肺がん検診として胸部X線撮影を利用している。胸部X線撮影による集団検診は、結核の早期発見を目的として早い時期から普及していたが、疾病構造の変化に伴い結核の早期発見から肺がんの早期発見へとその目的も変化してきている。しかしながら、諸外国では胸部X線撮影による肺がん検診の効果は疑問視されている。その理由は、胸部X線撮影による肺がんの早期発見の精度が十

分でないことにある。肺がんは、がん細胞が周囲に浸潤したり遠くに転移、増殖する可能性が高いという特徴をもっている。したがって、胸部X線撮影で肺がんが発見されたときには、すでに他の器官に転移しており手遅れである可能性が高いといわれている。このことは、胸部X線撮影の精度では、肺がんは早期発見することが困難であることを意味している。すなわち、肺がんの診断については、先に述べた技術的な条件を満たしている診断技術が開発されていないのである。このように、診断の精度と治療技術とが調和していない場合には、がんの集団検診の効果は疑問視されることになるのである。

### (c) 健康増進対策

現在、疾病構造のなかで重要な位置を占めている疾病は、脳卒中や心疾患などの成人病である。これらの成人病は習慣病といわれており、個人の生活スタイルや習慣が疾病の発病と関連していることが指摘されている。たとえば、高血圧は成人病のリスクファクターの1つであるとされているが、高血圧は食塩摂取量や運動不足と有意な関係があることが明らかにされている。人口の高齢化に伴う成人病の増大によって、生活スタイルの変更による第1次予防を目的とした健康増進政策が立案され、本格的に実施されるようになった。このような健康増進政策にアクティブ80ヘルスプランがある。

II節で述べたように、アクティブ80ヘルスプランは、運動習慣の普及による健康増進を主要な目的としている。したがって、アクティブ80ヘルスプランの効果は、人々がアクティブ80ヘルスプランを受け入れ運動習慣を身につけるかどうか大きく依存することになる。すなわち、先のフレームワークにしたがえば、アクティブ80ヘルスプランの効果は、人々が政策にたいしてどのように反応するかという第1の不確実性に大きく依存するのである。

以下では、アクティブ80ヘルスプランが目的とする運動習慣の普及が、成人病の予防にたいしてどのような効果をもつかを検討する。

成人病のリスクファクターである高血圧は、運

動不足と関連していることが知られている。また、高血圧者にたいして定期的な好氣的運動をさせることには、降圧効果があることが明らかにされている。したがって、高血圧者の運動不足を解消することは、成人病を予防する効果があることになる。しかしながら、これらのことから健康な人々にとって運動習慣の普及が、成人病の予防に効果があるのかないのかは明らかではない。健康な人が習慣的に運動することが、成人病の予防にどのような効果をもつかについての実証的な研究は必ずしも十分でないといわれている。この理由としては、脳卒中や心疾患などの成人病は、いろいろなリスクファクターと複雑に関連しているために、運動が成人病の予防に与える効果を明らかにすることが困難なことがあげられる<sup>7)</sup>。このことは、運動習慣の普及が成人病の予防効果をもつということが医学的に保証されていないことを意味する。

脳卒中、心疾患という成人病は、疾病の自然史でいうと障害期が長期にわたるという特徴をもつ。また、成人病はねたきりなどの要介護状態になる確率を高める可能性もある。したがって、成人病は長期にわたるコストの負担を伴う疾病である。このことは、成人病の予防は、個人にとって便益が大きいことを意味する。しかしながら、運動が成人病の予防に有効であるかどうか不確実であるとする、人々が運動の便益（成人病の予防）を評価することは困難となる。

運動が成人病を予防する効果があるとしても、運動は継続されなければ成人病の予防にならない。運動するためには、一定の時間や運動施設が必要である。経済学の言葉でいえば、運動という財を生産するためには、時間や運動施設などの生産要素を投入しなければならないのである。運動のために投入される時間や運動施設の利用料などは、運動のために個人が負担するコストである。アクティブ80ヘルスプランは、これらの個人が負担するコストを軽減することによって運動習慣を普及させることを意図した政策であると解釈することができる。たとえば、マンパワーの養成や優良施設の整備促進は、ある一定以上の質のサービスを

提供している健康増進施設を探すという個人にとっての取引費用を軽減する効果をもつ。また、個人が健康増進施設を利用したとき、その利用料の一部が社会保険によって補助されることは、個人が負担するコストを軽減することになる。しかしながら、運動を成人病の予防対策とする場合には、先に述べたように運動は継続される必要がある。したがって、アクティブ80ヘルスプランによる個人が負担するコストの軽減は、部分的であり個人はコストの大部分を負担しなければならない。

健康増進政策は、個人の生活スタイルを変更することによって成人病を予防しようとする政策である。したがって、個人が政策が意図するように行動するかどうかは政策の効果にとって決定的に重要になる。すなわち、先のフレームワークでいえば第1の不確実性が重要となるのである。しかしながら、アクティブ80ヘルスプランは、運動が成人病の予防に有効であるかどうかは不確実であり、個人が負担するコストが大きいという特徴をもつ。これらのことから、個人がアクティブ80ヘルスプランを受け入れて、運動習慣を身につける可能性は低いことを意味する。したがって、成人病の予防対策としてのアクティブ80ヘルスプランの効果は、あまり期待できないと思われるのである。

#### IV 健康増進政策の問題点

前節では、結核対策、がん対策、健康増進対策といった予防対策の効果が、どのような要因に依存するかを検討した。そこでの議論は、結核、がん、成人病といった疾病の予防にたいして政策的に介入することを前提としていた。しかしながら、予防対策について考えるとき、ある疾病の予防にたいして政策的に介入することが社会的に望ましいことなのかという問題を検討する必要がある。この節では、ある特定の疾病の予防にたいして公的に介入する根拠について検討し、アクティブ80ヘルスプランの問題点について触れることにする。

##### 1. 公的介入の根拠

日本では、資源配分と所得分配の問題を主に市場メカニズムによって解決している。ここで、資源配分の問題とは、希少な資源を利用して何をどれだけどのようにして生産するかという問題であり、所得分配の問題とは、生産された財・サービスを誰に分配するかという問題である。しかしながら、日本では同時に政府が資源配分と所得分配にたいして大きな役割を果たしている。すなわち、政府は市場の資源配分や所得分配を変えるために市場にいろいろな形で介入しているのである。

予防対策は、健康診断や予防接種の消費にたいして補助を与えることによって市場に介入し、市場の資源配分と所得分配を変える政策である。政府が、予防サービスに関する市場に介入する根拠はどのような点に求められるのであろうか。

政府が市場に介入する根拠は2つに大別することができる。第1に、市場メカニズムが最適な資源配分に失敗する場合である。市場が最適な資源配分に失敗する場合には、市場に公的に介入することによって資源配分を改善することが可能となる。第2に、市場で決定される所得分配が、社会で合意されている平等あるいは公平という価値判断から修正されるべきであると判断される場合である。このような資源配分の効率性と所得分配の公平性の観点から、結核およびがんの予防サービスにたいして公的に介入する根拠について検討しよう。

結核は感染性の疾患であり、結核には他の人々に感染するという外部不経済がある。Ⅲ節で述べたように、外部不経済がある場合には、市場は最適な資源配分に失敗することになる。すなわち、市場では結核の予防サービスは最適な水準よりも過小に消費される可能性があるのである。したがって、結核の予防サービスにたいして公的に介入することは、資源配分の効率性という観点から望ましいことになる。

がん対策の中心は、健康診断であった。がん検診は、がんを早期発見し早期治療することによってがんの死亡率を減少させることを目的としている。すなわち、がん検診の便益は、早期発見と早期

治療という過程を通じて発生するのである。このことは、がん検診の便益は医療サービスの受診を前提としてはじめて発生することを意味している。

現在、日本に限らず先進諸国は、医療サービスの分野でなんらかの形で公的に介入している。たとえば、日本では所得の制約によって医療サービスを消費できないということがないように、国民皆保険制度が達成されていたり高額療養費制度が創設されている。また、採算をとることが困難な僻地や離島に公的な医療機関を設立している。このような医療サービスにたいする公的な介入の背景には、経済的あるいは地理的な条件にかかわらず、すべての人々にある一定の医療サービスが提供されるべきであるという、受診機会の公平性という所得分配に関する価値判断があると考えられる。

現在、医療技術は急速に進歩している。受診機会の公平性は、医療技術の進歩の恩恵は平等に分配されることが望ましいといえることができる。医療技術の進歩によって、がんは早期発見によって完治することが可能となった。一方、がんは発見が遅れば患者に高いコストを課す疾病でもある。このことは、がん患者は早期発見されることによって医療技術の進歩の恩恵を受けることができることを意味している。したがって、がんについては、医療技術の進歩の恩恵を受ける機会が平等に分配されるためには、早期発見の機会が公平に分配される必要がある。このように考えると、がん検診にたいして公的に補助することは、受診機会の公平性という所得分配の観点から、望ましいといえるであろう。

## 2. アクティブ80ヘルスプランの問題点

アクティブ80ヘルスプランは、3つの特徴を持っている。すなわち、疾病の発生予後、健康増進という第1次予防に重点がおかれていること、運動習慣の普及による健康増進を目的としていること、民間活力の積極的な導入を図っていることの3つである。

民間活力の積極的な導入に関連する具体的な政策としては、優良な民間の健康増進施設を整備促

進するために健康運動指導員の認定制度を創設し、健康運動指導員を配置している健康増進施設を優良施設と認定しこれを表示する制度を創設することを内容としている。さらに、優良な施設にたいしては税制上で優遇したり、政策金融を実施することを計画している。これらの優良な民間の健康増進施設を整備促進する政策は、予防対策というよりも産業政策として位置づけるべき政策である。すなわち、アクティブ80ヘルスプランは、成人病の予防対策であるとともに産業政策であるという特徴をもっているのである。

運動は、個人の年齢や体力によって適切な運動量は異なり、無理な運動はかえって健康を害するという危険がある。したがって、個人にとって適切な運動量についての情報は、重要なサービスとなる。個人の適切な運動量についての正確な情報を提供し、この情報に基づいて運動プログラムを作成する健康増進施設は、良質のサービスを供給しているといえるであろう。しかしながら、消費者がどの健康増進施設が良質のサービスを供給しているかを事前に知ることは困難である。すなわち、健康増進施設については、供給されるサービスの質について売り手と買い手の間に情報の非対称性があると考えられるのである。

健康増進施設が良質のサービスを供給するには、専門のスタッフが必要になる。したがって、良質のサービスを供給する健康増進施設の利用料は、悪質のサービスを供給する健康増進施設よりも高くなる。この結果、良質のサービスを供給する施設が、悪質なサービスを供給する施設によって市場から排除されてしまう可能性が生じる。すなわち、市場は良質なサービスの供給に失敗する可能性があるのである。

先に述べたように、運動は適切に行われないと健康を害するという危険がある。したがって、情報の非対称性による市場の失敗は深刻な問題となる可能性がある。このような市場の失敗を避けるために、政府が供給されるサービスの質を維持することが必要となる。アクティブ80ヘルスプランの産業政策としての側面は、情報の非対称性による市場の失敗を避け消費者を保護するという意味

で望ましいと考えられるのである。

成人病の予防対策としてのアクティブ80ヘルスプランは、健康増進施設の利用にたいして補助を与えることにより運動習慣を普及させ、成人病を予防することを目的としている。以下では、このような予防対策が資源配分の効率性と所得分配の公平性の観点から望ましいといえるかどうかを検討する。

まず、アクティブ80ヘルスプランの合理的な根拠を資源配分の効率性にもとめるのは以下の理由から困難であると思われる。第1に、Ⅲ節で述べたように、運動と成人病の予防との関係に関する研究の蓄積が不十分であり、運動習慣の成人病予防にたいする有効性が保証されていないからである。このことは、アクティブ80ヘルスプランが実施される以前の社会全体での運動量が、成人病の予防という観点から過小であるかどうかを判断できないことを意味する。したがって、運動習慣を普及させることが資源配分を改善することになるとはいえないのである。

第2に、運動が成人病の予防に有効であるとしても、アクティブ80ヘルスプランによって運動習慣が普及するとは思えないからである。運動にとって最も重要な資源は時間である。アクティブ80ヘルスプランは、時間という資源の配分を政策的に変えることによって成人病を予防する政策であるといっていよいであろう。したがって、アクティブ80ヘルスプランが成人病の予防に効果をもつためには、運動不足の人々の運動に配分する時間がアクティブ80ヘルスプランによって増加する必要がある。したがって、アクティブ80ヘルスプランは、健康増進施設の利用者に補助を与える政策であるから、対象者は運動不足の人々に限られるわけではない。ところで、個人の運動するという選択には、運動の機会費用や嗜好が大きく影響すると考えられる。すなわち、運動不足には、運動の機会費用が高い(忙しい)、あるいは運動が嫌いといった理由があると考えられる。そうだとすると、健康増進施設の利用にたいして補助を与えることが、運動不足の人々がより多くの時間を運動に配分する効果をもつとは思われない。したがっ

て、アクティブ80ヘルスプランが、資源配分に与える効果は期待できないと考えられる。

ところで、公的な介入によって運動習慣を普及させなければ、社会の運動量が成人病の予防という観点から過小になると考えられるのはなぜであろうか。運動に成人病を予防する効果があるとしよう。しかしながら、運動の予防効果は、長期間運動を継続してはじめて発生する。このことは、個人は運動が成人病の予防にたいしてどのような効果をもつかを正確に知ることが困難であることを意味する。一般に、個人は、運動の成人病予防効果についての正確な情報を得ることは困難である。個人が、間違った情報に基づいて運動量を選択する場合には、選択された運動量は過大にも過小にもなる可能性がある。したがって、資源配分の効率性の観点からは、運動の成人病予防効果に関する正確な情報を提供することが望ましいことになる。このような正確な情報は、政府が提供する必要がある。

アクティブ80ヘルスプランは、健康増進施設の利用に補助を与える政策である。したがって、アクティブ80ヘルスプランは、健康で運動習慣が身についている人々の健康増進施設の利用に補助を与えるという効果をもつ可能性がある。このような所得分配に与える効果は、分配の公平性の観点から望ましいといえるであろうか。

成人病の予防は、医療サービスと密接に関連している。したがって、成人病の予防と医療サービスの分配についての価値判断も密接に関連していると考えてよいであろう。医療サービスの分野では、社会保険制度が採用されているが、社会保険は「健康な人々」から「疾病に陥った人々」への所得再分配という機能を果たしている。この背景には、当然のことだがこのような所得再分配は、所得分配の公平性から望ましいことであるという社会的な合意がある。ところで、アクティブ80ヘルスプランは、運動不足の人々から健康で運動習慣が身についている人々への所得再分配という効果をもつ可能性があった。アクティブ80ヘルスプランが所得分配に与える効果は、医療サービスの分野で合意されている価値判断によると望ましい

ものとはいえないのである。したがって、アクティブ80ヘルスプランは、所得分配の公平性という観点からも望ましいとはいえないことになる。

## V おわりに

運動習慣の普及による成人病の予防あるいは健康増進を目的とした、アクティブ80ヘルスプランの成果と問題点について検討した。アクティブ80ヘルスプランは、いくつかの点で結核対策やがん対策などの従来の予防対策とは異なっている。第1に、運動習慣の普及という予防手段は、個人の生活スタイルの変更をもとめることである。このことは、政策の効果は、政策によって個人の行動がどのように変化するかに大きく依存することを意味している。第2に、アクティブ80ヘルスプランは、医師が提供する医療サービスを必ずしも必要としない予防対策であることである。この結果、アクティブ80ヘルスプランは、疾病の自然史でいえば成人病の感受期以前の状態にある健康な人々を対象とすることになる。

一般に、人々が予防対策を受け入れるためには、予防対策の効果が医学的に保証されていることが必要である。すなわち、個人は予防対策の便益を評価できることが必要である。さらに、予防対策のために個人が負担するコストは、小さいほど個人はその予防対策を受け入れると考えられる。しかしながら、アクティブ80ヘルスプランは、この2つの条件を満たしているとは思えない。したがって、アクティブ80ヘルスプランが、運動習慣を普及させる効果は限られていると考えられる。

予防対策は、予防サービスの分野に公的に介入する政策である。公的に介入するには、資源配分の効率性あるいは所得分配の公平性という根拠が必要である。結核予防は資源配分の効率性が、がん対策は所得分配の公平性が公的介入の根拠となると考えられる。しかしながら、成人病の予防対策としてのアクティブ80ヘルスプランには、公的介入の合理的な根拠が希薄であると思われる。

人口が高齢化長寿化するにしたがって、疾病構造の中心は成人病などの慢性疾患へと確実に移行

していくことが予想されている。慢性疾患は、治療では完治することが困難な疾患である。したがって、成人病対策の中心が成人病の予防におかれることは自然なことである。しかしながら、どのような予防手段が成人病の予防に有効であるかは必ずしも十分に分析されていないなど、治療の分野に比べると予防の分野での研究は不十分である。また、生活習慣の変更によって成人病を予防する場合には、政策によって個人の行動がどのように変化するかという視点が不可欠となる。したがって、成人病の予防対策のあり方を考える場合、成人病の予防の医学的・生物学的な研究の蓄積と、政策が個人の行動に与える効果という視点が重要になる。

## 注

- 1) 以下の議論は、参考文献[5]による。
- 2) 参考文献[5]。
- 3) 結核対策を医学生物学的な研究の進歩と並行させて論じたものに参考文献[11]がある。
- 4) インフルエンザの予防接種率が低下した理由には、この他にインフルエンザが危険の少ない病気であること、深刻な副作用があることなどがある。詳しくは、参考文献[6]を参照。
- 5) 参考文献[1]を参照。
- 6) 診断の進め方に関する基準や制約については、参考文献[2]の第4章を参照。
- 7) 参考文献[9]を参照。

## 参考文献

- [1] 渥美和彦編『明日の医療5 技術革新』, 中央法規出版, 1984年。
- [2] Fletcher, R. H., Fletcher, S. W. and Wagner, E. H. [1982], *Clinical Epidemiology-The Essentials*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1982 (久道 茂, 清水弘之, 深尾 彰訳『臨床のための疫学』, 医学書院, 1986年)。
- [3] Fuchs, V. R. [1986], *The Health Economy*, Harvard University Press.
- [4] 堀部 博, 青木伸雄, 笠置文善 [1984], 「虚血性心疾患の疫学と予防」『公衆衛生』Vol. 48, No. 3.
- [5] Mausner, J. S. and Kramer, S. [1985], *Epidemiology-An Introductory Text*, Second Edition, W. B. Saunders Company (近藤東男, 糸川喜則, 山本正治監訳 [1986]『疫学 テキスト』, 西村書店)。
- [6] 長戸かおる [1989], 「インフルエンザ予防接種と市民自治」『自治の原点』自治体学会編。
- [7] 西村周三 [1987], 『医学の経済分析』, 東洋経済出版社。

- [8] 大井 玄, 武長脩行, 甲斐一郎 [1984], 「費用便益, 費用効果分析と保健事業(その2)——特に, 子宮がん, 胃がん検診をめぐって」『公衆衛生』Vol. 48, No. 1.
- [9] Russell, L.B. [1986], *Is Prevention Better Than Cure?*, The Brookings Institution.
- [10] 佐々木直亮 [1984], 「脳卒中・高血圧の疫学と最近の動向」『公衆衛生』Vol. 48, No. 3.
- [11] 島尾忠男 [1987], 「結核対策」『21世紀へ向けての医学と医療3 医療の将来像』吉利 和編, 日本評論社。
- (うるし・ひろお 上智大学助教授)  
(ちの・てつろう 東京学芸大学専任講師)

## 健康づくりにおける公私の役割分担とマンパワー

池 上 直 己

### はじめに

本稿で取り上げる健康づくりの対象は positive health を目指した健康増進活動であり、その3要素である運動、休養、栄養のなかで特に運動に照準を置いている。健康増進の政策上の問題点を分析した後、負担面と運営面における公私の役割分担、およびマンパワーのあり方を検討するための基本的フレームワークを提示する。そのうえで、日本の健康増進政策の現状と問題点について述べる。

### I 政策としての問題点

疾病構造の中心を占めるようになった成人病の特徴は、個人のライフスタイルが発症のプロセスに密接に関連している点である。また病気と健康との境界は必ずしも明らかでなく、一旦発症すると完全に治癒するとは限らないことが病気の性質として挙げられる。そこで、このような変化に対応するためには治療医学の枠を出て健康増進からリハビリテーションまでの包括医療の体制にする必要がある。ところが、変革の必要性については合意はあるが、全体の医療支出のなかで健康増進に対してどの程度配分するのが適当であるのか、あるいは健康増進を行うための最適な方法についてはいまだ結論が出ていない<sup>1)</sup>。

さて、健康増進に政策として関与する場合に最初に直面するのは、何をもって健康増進活動とするか、というきわめて基本的な問題である。図1

に示すように、健康増進はスポーツ、レクリエーション、リハビリテーションとかなりオーバーラップしている部分がある。健康増進のひとつの大きな柱は運動であるが、たとえば同じ歩行を競技として行えばスポーツ（競歩）であり、心を楽しませ、慰めるために行えばレクリエーション（ハイキング、散歩）であり、障害の予防や回復のために行えばリハビリテーション（機能訓練）である。もちろん主目的を健康増進に置くならば、それに応じた合目的的手段が選ばれることになるが、それでも競技的、余暇的、機能訓練的要素が程度の差こそあれ、そのなかに存在することには変わらない。また逆に、スポーツ、レクリエーション、リハビリテーションを通じて結果的に（ときにはより効果的に）健康増進がなされることにも留意

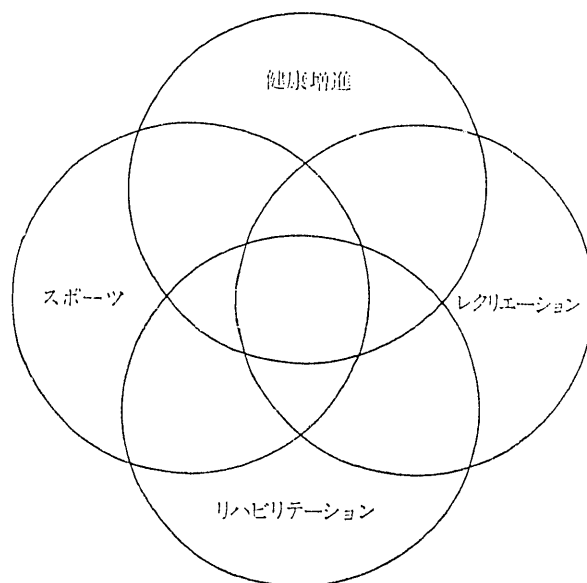


図1 健康増進の概念



すべきである。

いずれにせよ、健康増進であるか否かは、究極的には行為自体よりも活動する者が何を主眼に置いているかによって決まることに着目する必要がある。それゆえ、健康増進を第1の目的として行った場合が健康増進である、というような tautological な定義のみが概念を規定するうえで可能である。したがって、費用便益分析を行う際には、運動を健康増進と認識するならば、それに費やされる時間等はコストであり、投資とみなすことができる。一方、運動を余暇活動として認識するならば、それに費やす時間コスト等は考慮する必要はなく、消費として扱えばよい。

次に直面するのが健康増進の効果の問題である。実は効果を厳密に検証できないことが経済分析を行ううえでの障壁となっており、それが健康増進として正当な地位を確保することが困難な理由にもつながっている。まず、健康増進によって得られる positive health を直接的に測定することは難しく、一般には有病率や医療費の低下としてしか把握できない。さらに Russell は、分析上の問題点として運動する者としなない者を無作為化比較対照試験で分けて厳密に比較することは事実上不可能であるので、運動した者は当初から運動できるような健康な状態であった可能性を否定することが困難である点を挙げている。そして、こうした難点のある程度克服した中年男性の追跡研究を提示し、運動する者はしなかった者に比べて心臓病に罹患したり、死亡する割合は低かったことを紹介している。だが、その因果関係を病態生理のレベルで証明するのは困難であり、さらに女性や老人を対象とした研究は発見できなかったことを指摘している<sup>2)</sup>。同様な分析上の問題点が Rogersら<sup>3)</sup> および Sofaer ら<sup>4)</sup> によっても挙げられている。

最後に、個人の責任で行う健康増進に対して政府が関与することに反対する以下のような意見についても留意する必要がある。第1は、自由主義の立場から、目的の如何によらず個人のライフスタイルに政府が介入することに反対する意見である。第2は、社会政策の目的は公平性の追求に置くべきであるという立場から、低所得者や社会的

弱者の医療システムがまだ十分整備されていない状況下で健康増進を政策として推進することに反対する意見である。第3は、健康増進政策の必要性については賛成しても、その照準を個人ではなく、地域や職場単位における生活環境の改善や禁煙権の確立等に置くべきである、という意見である<sup>5)</sup>。このうち、第1と第2の問題は価値観の相違が基底にあるため、コンセンサスに達することは容易でない。また第3の問題についても、健康増進の有効性を検証することは難しいので個人と集団のいずれに照準を置いたほうがよいか結論を出すことも困難である。

以上のように、比較的合意が得られやすい総論の段階でも、健康増進政策は種々の問題を内包しているといえよう。だが、一方において冒頭で述べたように、治療医学はもちろんのこと、検診による早期発見、早期治療についても有効性の問題をはじめひとつの限界に直面していることにも留意すべきである。すなわち、現状では成人病に対する抜本対策を欠いているので、残された手段である健康増進の可能性に着目する必要性に迫られているといえよう。以下、このような政策上の意思決定が困難な状況のもとで、健康増進政策を推進するうえで基本となるフレームワークを提示する。

## II 基本的フレームワーク

### 1. 負担面における公私分担

健康増進を従来の医療保障の一環として捉えるならば、公的責任において、普遍平等の原則に従って全国民に参加の機会が与えられるような体制を構築する必要がある。すなわち、公的財源で地理的なアクセシビリティを高めるために健康増進施設の整備を助成し、経済的障壁を低くするために利用料を補助する必要がある。しかしながら、健康増進には前述したような問題があるほか、特に負担面からすれば健康増進に参加できるのは健康で比較的経済的に余裕がある人々に限られるので逆進性の傾向が強いことを念頭に置かねばならない。したがって、健康増進を医療保障の枠内で

捉えることは適当でなく、必需性は低いと判断するべきであろう。

それゆえ、健康増進に対して公的財源を用いることを正当化するためには、公園、博物館、体育館等の整備、運営費に対する助成と同じ次元に捉える必要があるように思われる。すなわち、政府はこれまでも国民生活を豊かにするために規範的判断に基づいて価値財を提供しており、健康増進についてはこうした行政機能の延長線上に位置づけるべきであるといえよう。それゆえ、健康増進に公的財源を配分する際は、「より健全な余暇の提供」という次元でその機会費用を算定する必要がある。さらに健康増進の場合は逆進性の傾向が強く、またサービスの対象が特定の個人に限定されるため、助成の形式も直接の財源付与ではなく、間接的な税制上の減免や融資における利子補給等にしたほうがよく、かつ各施設の運営面における自由度を確保するうえで適当といえよう。ただし、ノーマライゼーションを推進する目的で障害者に運動の機会を与えるような事業については直接助成の対象とするべきであろう。

## 2. 運営面における公私分担

医療サービスにおいて公的な関与を必要とする最大の理由は需要側と供給側における情報の不平等である<sup>6)</sup>。そこで、個人を対象とした健康増進の分野において両者に存在する情報の不平等の程度が問題となる。たしかに健康増進は、診断治療の分野と比べれば情報の不平等の程度は小さく、また利用者の主体性が大きな役割を果たしている。したがって、診断治療の領域に見られるように医師の業務独占や医療機関に対する指導、監査といった制度上の対応によって質の保証をし、消費者としての患者の利益を保護する必要性は低い。だが、他方、一般の遊興娯楽と同次元に規定することも適当でないように思われる。というのは、遊興娯楽の場合はその場限りの快楽的効用が取引の対象となるが、健康増進の場合は長期的な合目的性を満足させる必要があるからである。

したがって、健康増進の欲求を適切に満たすことができるよう、運動量や方法に関する情報を提

供できるような体制を公的な責任で保証する必要がある。具体的には、消費者保護の立場から適切な指導に基づいて安全かつ効果的に運動が行えるよう、施設、マンパワーの認定制度が求められる。ただし、認定制度を導入する以上は、認定を受けている場合のほうが、受けていない場合と比べて、より効果的にかつ安全に健康増進が達成されているかどうかを評価し、消費者に理解されやすい形で広報する責任が認定機関にあるといえよう。

運営面における公的な関与は以上のような範囲に留めるべきであり、サービスを提供する機関の所有形態に対しては制限を設ける必要はないように思われる。すなわち、健康増進事業を公営の機関で行う必要性は乏しく、むしろX非効率を招くだけである。したがって、消費者の多様なニーズに迅速に対応するためには基本は市場原理に従って営利組織を含めた民営の機関に委ねるべきである。なお、医療機関が健康増進事業を行うことに対しても原則的には制限を設ける必要はないが、営利行為が禁止されている現状からして慎重に対応するべきである。

## 3. マンパワー対策

運営面における公的関与のなかでマンパワー対策は非常に大きな比重を占めているので、以下、この問題に焦点を当てることにする。資格は一般に知識、技能についての最低基準が満足されるときに交付される認定証明であるが、医療分野の場合はこれ以上の要素が求められている。すなわち、資格を付与された者はこうした技術的な側面のみならず、clientの福祉に対して守秘義務等の包括的な責任を担う倫理性が必要であるとされている。そのため、特別の養成校において職業倫理の教育を含めた規定の課程を修了した者にのみ資格試験の受験を認めている。したがって、現場においていかに実務的能力を有するようになっても、養成校を卒業しない限り資格を得る機会とは与えられていない。以上のような状況から、筆者は医療分野における有資格者を「専門職」と規定し、資格試験受験に際して特別の制限を一般に設けない他の分野における「資格職」と区別した。

ところが、現状の日本のヘルスマンパワーを分析すると、いずれの職種とも「専門職」としての閉鎖的な養成体系をとっているにもかかわらず、それにふさわしい質的レベルは必ずしも確保されておらず、また職能分野への定着も一律に高いわけではなかった。一方、硬直的な労働市場、非効率な業務形態、および大病院へのマンパワーの集中が弊害として表れていた。そのうえ日本では、一般に技術習得の方法として現場の経験が重視され、人材の確保も内部労働市場に頼る傾向が強いので、マンパワーを外部の養成校で「専門職」として養成することにはいっそう無理があるように思われる<sup>7)</sup>。

さて、健康増進においては、従来の医療サービスに比べて消費者主権が確立しているので、職能として求められる倫理性は必ずしも高くないといえよう。さらに、供給形態として消費者の選択に任された市場システムが中心となっているので、父権主義的な立場をとりやすい「専門職」とすることは整合性の点で問題である。したがって、健康増進のマンパワーは「資格職」とするべきであり、研修課程の履修を資格取得の条件とするべきではないように思われる。資格の目的は消費者に対して提供されるサービスの質のイメージ化にあり、サービスの質を確保する責任は従事者個人よりも、雇用している組織が担うのが適当といえよう。

### III 日本の現状

#### 1. 各省の対応

各省とも健康増進分野に対する関心は高く、それぞれ独自の立場からその推進にあたっている。厚生省は80歳になっても身のまわりの世話が自分でできるアクティブな老人をつくっていくことを目標として、昭和63年から10年計画で健康増進に照準を置いた「アクティブ・エイティ・ヘルスプラン」(第2次国民健康づくり対策)を提示している。そのなかで最も注目されるのが、運動による健康づくりを民間活力で推進しようとしている点である。一方、労働省も昭和63年の労働安全衛

生法の改正で、労働者の心身両面の健康保持増進措置の実施が、事業者および労働者の努力義務規定として法制化されたことに伴って、「トータル・ヘルス・プロモーション・プラン」(THP)として事業所の健康づくりを行うことになった。このほか、自治省は地方自治体の事業助成、文部省はスポーツ、通産省は余暇開発という形でそれぞれ健康増進分野における指導性を確保しようとしているが、以下、中心的役割を演じている厚生、労働両省について、それぞれが提示した施設とマンパワーの基準について、その相違を比較しながら分析する<sup>8)</sup>。

#### 2. 施設基準の相違

厚生、労働の両省が提示した健康増進のための施設を比較すると表1のようになる。厚生省の健康増進施設は個人を対象としており、利用料については健康保険組合からの補助等は可能だが原則的には本人負担である。運動型施設は1989年末現在、株式会社のフィットネスクラブを中心に21認定されている。認定要件は最低限必要な基礎的なものに絞られ、設備については運動、体力測定、応急措置等ができるような配置、医療機関については適切な提携関係、マンパワーについては健康運動指導士およびその他運動指導者等の配置である(温泉利用型についてはまだ認定されていないが、認定要件と対応した設備、人員の配置がすでに提示されている)。助成措置としては現在のところ、社会福祉・医療事業団の融資と健保組合の事業としての認可にすぎないが、事業税の免除、医療費控除の適用、健康機器特別償却の採用等が検討されている。また営利企業の参入に対して障壁を設けていない<sup>9)</sup>。

これに対して労働省は、事業場は単独で健康づくりのすべてに対応することは通常できないので、外部の労働者健康保持増進機関として、健康指導のすべてが行えるサービス機関と、運動指導等が行える指導機関をそれぞれ設置している。労働安全衛生法の努力義務規定に従って実施されるので本人からの利用料の徴収は原則的にない。1989年末現在で認定されたサービス機関は労働衛生団体

表 1 厚生、労働両省が提示した施設形態の比較

|                                            | 厚 生 省                                                                                       | 労 働 省                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施 設 名                                      | 健康増進施設                                                                                      | 労働者健康保持増進機関                                                                                                                                                                                |
| 目 的                                        | 運動等を通じて健康増進<br>アクティブ80ヘルスプラン                                                                | 企業の健康管理の代行<br>トータル・ヘルス・プロモーション<br>(THP)                                                                                                                                                    |
| 支 払 い                                      | 個人が利用料を支払う<br>健康保険組合からの補助可<br>生保加入者の割引制度検討中                                                 | 企業が福利厚生費として支払う<br>健康保険組合と連携                                                                                                                                                                |
| 認 定 団 体                                    | 運動型健康増進施設：<br>(財)日本健康スポーツ連盟<br>温泉利用型健康増進施設：<br>(財)日本健康開発財団                                  | 労働者健康保持増進サービス機関、<br>労働者健康保持増進指導機関：<br>(特)中央労働災害防止協会                                                                                                                                        |
| 施 設 数<br>1989年末                            | 運動型 : 21<br>温泉利用型 : 0                                                                       | サービス機関 : 42<br>指導機関 : 17                                                                                                                                                                   |
| 認 定 要 件<br>設 備<br>人 員<br>医 療<br>その他<br>備 考 | 運動型健康増進施設<br>運動施設、体力測定、応急設備<br>健康運動指導士およびその他<br><br>適切な提携関係<br>運動プログラムの提供<br><br>温泉利用型の追加要件 | 労働者健康保持増進指導機関<br>ほぼ同じ<br>ヘルスケア・トレーナーまたはヘル<br>スケア・リーダー<br>特に規定ない<br>経理的基礎、記録、統計の整理<br>機密保護、スタッフの資質向上<br>サービス機関として必要な条件：<br>人員(非常勤可)：健康測定研修修了<br>医師、心理相談員、産業栄養指導者、<br>産業保健指導者<br>設備として：診療所付置 |
| 助 成 制 度                                    | 社会福祉・医療事業団の融資<br>健保組合の事業としての認可<br>(事業税免除、医療費控除、健康機<br>器特別償却等を検討)                            | 健康測定、健康指導に対する助成<br>経費の3分の1、年間1,500万円<br>健康測定用機器に対する助成<br>経費の3分の1、年間2,000万円                                                                                                                 |
| 営 利 参 入                                    | 障壁なし                                                                                        | サービス機関については認めない<br>指導機関については認める                                                                                                                                                            |

を中心に42、指導機関は株式会社のアスレティッククラブを中心に17である。ただし、実際の稼働はTHP体制の整備が前提となっているので、いずれも認定だけの段階に留まっている。指導機関としての名簿登録基準は厚生省の運動型施設とほぼ同じであり、異なる点は人員として健康運動指導士の代わりにヘルスケア・トレーナーまたはヘルスケア・リーダーとなっている点、事業場として実施されることから利用者の機密保護に関する要項がある点等である。一方、サービス機関については産業医の指導下で栄養指導やメンタルヘルス等の健康づくり全体にも力点が置かれていることもあって、認定基準として健康測定研修修了医師、心理相談員、産業栄養指導者、産業保健指導者

(いずれも非常勤が可能)が加わり、さらに組織的、機能的に連携した診療所の付置が必要となっている。助成措置としては健康測定、健康指導、および健康測定用機器に対する経費の3分の1補助があり、平成元年度の予算として10億円が計上されている。また、営利企業の参入は指導機関についてのみ認められている<sup>10)</sup>。

このほかに、厚生省には国庫補助の対象となっている公立の健康増進モデルセンターが全国に17ヵ所ある。個人の健康・生活診断、生活プログラムの作成、実地指導の3つの機能をもち、医師、保健婦、栄養士、運動指導員、臨床検査技師等が協力して業務を遂行することになっている。

表 2 健康運動指導士(厚生省)とヘルスケア・トレーナー(労働省)の比較

|                | 健康運動指導士                                                                                                                    | ヘルスケア・トレーナー                                                                   |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 認定団体<br>講習委託   | (財)健康・体力づくり事業財団<br>(財)日本健康スポーツ連盟<br>*公務員は厚生省が直接実施                                                                          | (特)中央労働災害防止協会                                                                 |
| 人数<br>(1989年末) | 934人                                                                                                                       | 304人                                                                          |
| 講習期間           | 21日                                                                                                                        | 21日                                                                           |
| 受講料            | 187,500円<br>(公務員は無料)                                                                                                       | 177,000円                                                                      |
| 受講対象者<br>無条件   | 保健婦, 管理栄養士<br>4年制体育大学卒業者                                                                                                   | 保健婦<br>4年制体育大学卒業者                                                             |
| 要実務経験          | 看護婦, 理学療法士<br>作業療法士, 臨床検査理技師<br>栄養士, 准看護婦<br>按摩マッサージ師, はり師<br>きゅう師, 柔道整復師<br>2年制体育短大卒業者<br>(上記以外の5年以上実務経験者)                | 看護婦, 管理栄養士, 栄養士<br>衛生管理者<br>ヘルスケア・リーダー<br>(その他同等の資格有する者)                      |
| 講習内容           | 講義: 114時間<br>実習: 30時間<br><br>* 個人の身体面に重点                                                                                   | 講義 : 64.5時間<br>実技, 演習 : 61時間<br>施設見学 : 3.5時間<br>事例研究, 意見交換: 4時間<br>* 集団力道にも配慮 |
| 試験制度           | 約90%が合格<br>取得後5年に更新                                                                                                        | 試験なく, 受講完了者全員取得                                                               |
| 資格取得者          | 4年制体育大学卒業者 : 46%<br>保健医療関係有資格者 : 23%<br>その他 : 30%                                                                          | 体育系・保健系大学卒業者: 70%<br>保健医療関係有資格者 : 4%<br>その他 : 26%                             |
| 従事職場           | アスレティック・クラブ: 49%<br>診療所・病院 : 19%<br>健保組合・厚生部関係 : 12%<br>公務員(公立体育館等) : 5%<br>学生(在学中) : 6%<br>その他 : 14%<br>第7回までの講習者 698人の平均 | スポーツ施設: 22%<br>病院・健診 : 31%<br>企業 : 40%<br><br>第2回研修者93人のアンケート                 |
| 任意団体           | 健康運動指導士会                                                                                                                   | ヘルスケア・トレーナー会                                                                  |

### 3. マンパワーの相違

1988年に新たに誕生した健康増進のためのマンパワーとして厚生省の健康運動指導士と労働省のヘルスケア・トレーナーがある。両者を比較すると表2のようになる。1989年末までに養成した人員は健康運動指導士が934人、ヘルスケア・トレーナーが304人である。講習期間、受講料ともほぼ同じであるが、健康運動指導士の場合は公務

員であれば無料で厚生省が直接講習を行っている。受講対象者の条件もほぼ同じであり、無条件で受講できるのは保健婦と4年制体育大学卒業者であるが、厚生省の場合はさらに管理栄養士も加わる。保持している資格がそのまま実務経験年数に換算される職種は厚生省のほうが多い(必要とされる経験年数は資格により異なる)。また両省とも一定の実務経験年数があれば、特別の資格、課程を

経ていなくても受講できる道を設けている。

講習内容は厚生省が個人の身体面に重点を置いた講義が中心であるのに対して労働省の講義内容はメンタルヘルスの比重が高いほか、産業集団におけるリーダーシップ等が加わり、また実習時間が倍以上多い。講習終了後の試験制度は健康運動指導士にのみあり、その合格率は9割程度である(不合格者は再試験を受ける必要)。さらに資格を取得した5年後には、詳細はまだ決まっていないが更新手続きが必要である。

資格取得者の構成を見ると、両者とも4年制の体育大学卒業者が最も多く、健康運動指導士は46%、ヘルスケア・トレーナーは70%である。保健医療関係有資格者の占める割合は大きく異なり、厚生省は23%に達しているのに対して、労働省は4%にすぎない。「その他」の構成は、厚生省では2年制の体育系短大卒業者がそのほとんどを占めるのに対して、労働省はヘルスケア・リーダーとしての3年以上の実務経験者が最も多い(22%)。資格取得後の従事先は、健康運動指導士でアスレチック・クラブ49%、診療所・病院19%、健保組合・厚生部関係12%となっているのに対してヘルスケア・トレーナーの場合は最も多いのが企業の40%、ついで病院・健診の31%、スポーツ施設の22%である。両職種ともすでに任意団体としての職能団体が設立されている。

上記のほか、より実践的に健康増進に関与する職種として表3に示すように厚生省の健康運動実践指導者と、労働省のヘルスケア・リーダーがある。発足時期が異なったため、認定された人数は労働省のほうに圧倒的に多く、689人に達し、厚生省のほうは81人に留まっている。受講期間と受講料については、健康運動実践指導者のほうが長く、高額である。受講対象者を限定しているのは厚生省のみであるが、この場合も「同等以上の資格」ということで一応は門戸は開かれている。講習内容はほぼ同じであるが、厚生省のほうに講義、実習ともに長い。

このほか、厚生省としてはボランティアとしての運動普及推進員の養成が平成元年度より開始されており、地域において運動普及を行う用意があ

表3 健康運動実践指導者(厚生省)とヘルスケア・リーダー(労働省)の比較

|                 | 健康運動実践指導者                                                         | ヘルスケア・リーダー                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 認定団体<br>講習委託    | (財)健康・体力づくり<br>事業財団<br>日本エアロビック・フ<br>ィットネス協会<br>*公務員は厚生省が直<br>接実施 | (特)中央労働災害防止<br>協会                                 |
| 人 数<br>(1989年末) | 81人                                                               | 689人                                              |
| 講習期間            | 9日                                                                | 通所: 5日, 合宿: 4日                                    |
| 受講料             | 125,000円<br>(公務員は無料)                                              | 通所: 36,000円,<br>合宿: 53,000円                       |
| 受講対象者           | 体育系短大卒業者<br>3年以上の実務経験者<br>その他同等以上の者                               | 18歳以上, 健康な者                                       |
| 講習内容            | 講義: 25.5時間<br>実習: 24時間                                            | 講義 : 14時間<br>実技, 演習: 9.5時間<br>事例研究, : 4時間<br>意見交換 |

る者を対象に32時間の講習が設けられている<sup>8)</sup>。なお、温泉利用指導者については平成元年11月より講習が開始され、講習内容には温泉医学、温泉生理治療学等が含まれている。

一方、労働省は、THPを実施するマンパワーとして、健康測定(産業医)、心理相談員、産業栄養指導者、産業保健指導者を養成する研修制度を設け、修了証を交付している。いずれも中央労働災害防止協会により実施され、研修期間は3日間である。

#### 4. 今後の問題

健康増進を行ううえでの最適な方法論について結論を出すことは容易でないので、各省がそれぞれの立場から施策を進め、国民に選択の機会を与えるのはそれなりの意義があろう。しかしながら、いずれの場合であっても、政策としての整合性は必要である。そこで、上述した厚生、労働両省の取り組みについて、先に挙げた政策上のフレームワークに基づいて分析することにする。

第1の財源面の公私分担については私的負担の原則を両省とも基本的には守っているといえよう。問題としては、厚生省については国庫補助で整備

されている公立の健康増進モデルセンターであり、対象が一般健康人であるだけに公平性の観点からも、また民間の健康増進施設と不公正な競争関係に立つ観点からも検討すべき存在である。一方、労働省については、努力義務規定としての健康保持増進措置を実践できるのは一般に大企業に限られるので、直接助成の対象とすることには多少の疑問が残ろう。さらに両省とも障害者の健康増進活動を支援するような事業に対して助成を行っていないことが問題である。

第2の運営面の公私分担の問題であるが、特に厚生省については当初より民間活力に期待しているので、健康増進施設に参入制限を設けていない。労働省については、健康保持増進サービス機関については営利企業の参入に歯止めをかけている点に問題を残している。一方、認定基準については以下述べるマンパワーの問題が最大の焦点となる。

第3のマンパワーについては、講習の対象をいずれも実務経験者に開放している点、あるいは健康運動指導士に対しては5年ごとの更新制度を設けている点がそれぞれ評価できる。しかしながら、「資格職」としての位置づけからすると、講習受講を資格取得の条件とすることには問題がある。すでに両職種とも任意団体としての職能団体を形成して、「専門職」としての基盤が芽ばえている点に着目する必要がある。次に、健康運動指導士の資格を得るための受講料を公務員には免除している点が問題である（そもそも公務員に資格を与えること自体が問題である）。さらに厚生省がボランティアとして運動普及推進員の養成を行っていることが問題であり、健康運動指導士と業務が重複するだけにその調整が今後の課題として残る。

最後に厚生、労働両省が競合する領域について検討する必要がある。たしかに厚生省の健康増進施設は個人の責任において運動に焦点を絞って行われるのに反して、労働省の健康保持増進機関は事業所の責任において健康づくり全体を行おうとしているので、基本的な発想は異なる。だが、実際には健康増進を行う主体性が個人にあるのか、事業所にあるのかを区別するのは困難である。特

に民間のフィットネスクラブのなかには健康増進施設としての認定と、健康保持増進指導機関としての認定を同時に受けている場合もあり、事態をいっそう複雑にしている。したがって、今後は健保組合の保健施設費から投入される財源を巡って両省の激しい攻防が予想される。

以上の問題に対する解答としては、まず第1に公的財源を健康増進分野にあてる場合は、いずれの省においてもその範囲を間接的な措置に留めることを原則にすべきであろう。その一方で、健康増進に位置づけることが可能なスポーツ、レクリエーション活動のなかには現在遊興飲食税の対象となっている場合もあるので、政策上の整合性を図るために課税体制を見直す必要がある。第2に、運営面の公的な関与についても最小限の認定措置に留め、基本は市場原理に委ねるべきであろう。第3に、マンパワーの資格取得については、筆記試験については無条件に受験できるようにし、その合格者に対して必要に応じてごく短期間の技能研修を義務づけたほうが合理的であるように思われる。このように改めれば、厚生、労働の両省がそれぞれ別な資格制度を設けても弊害は少なく、両省が目指すマンパワーの業務内容が異なる限りにおいてはむしろ合理的である。最後に、厚生、労働両省の分野調整については、利用者の参加の自主性と、料金の負担程度の関係等でそれぞれの所管を決めるルールを確立する必要がある。

## ま と め

健康増進のうちで特に運動に照準を置いて政策的に検討すべき課題を分析した。健康増進はスポーツ、レクリエーション、リハビリテーションとそれぞれオーバーラップしている部分が多く、ある活動をいずれの範疇に分類するかは各個人がそれぞれ主眼に置いている目的によって究極的に決まっている。また健康増進活動の効果は必ずしも十分検証されておらず、また個人の責任で行う運動に対して政府が関与することに反対する意見もある。しかしながら、成人病に対する抜本対策を欠いている現状では、残された手段である健康

増進の可能性に着目する必要がある。

その際の政策的フレームワークとして財源面については、医療保障の枠内ではなく、公園、博物館、体育館等の整備、運営費に対する助成と同じ次元の価値財としてその機会費用を算定する必要があるように思われる。さらに逆進性の傾向が強くなり、またサービスの対象が特定の個人に限定されるため、助成の形式も直接の財源付与ではなく、間接的な税制上の減免や融資における利子補給等としたほうが適当といえよう。運営面については、消費者に対する情報の提供という立場で施設、マンパワーについての公的な認定制度を設けることには一定の意義はあるが、基本は市場原理に委ねるべきである。またマンパワーについては、資格試験を受験する際に制限を設けない「資格職」とするのが適当といえよう。

日本では各省がそれぞれの立場から健康増進に関与しているが、中心的な役割を演じている厚生、労働両省の取り組みを比較すると、厚生省の健康増進施設は個人の責任において行われる運動に焦点があるのに対して、労働省の健康保持増進機関は事業所の責任において実施される健康づくり全体を対象としている。このような目的に沿って厚生省は健康運動指導士、労働省はヘルスケア・トレーナー等をそれぞれ独自に養成している。しかしながら、サービス内容には重複している部分があり、また両省とも産業政策として民間活力によ

る育成を図っている点でも競合している。今後は、負担面と運営面における公私分担の原則を確立し、より整合性のある健康増進政策を推進する必要がある。

#### 参考文献

- 1) 池上直己『成熟社会の医療政策——イギリスの「選択」と日本』、保健同人社、162-176頁、1987年。
- 2) Russell, L. B., *Is Prevention Better than Care*, The Brookings Institution, Washington, D. C., pp. 80-108, 1986.
- 3) Milo, N., "The profitization of health promotion," *International Journal of Health Services*, 18(4), pp. 573-585, 1988.
- 4) Rogers, P. J., et al., "Is health promotion cost effective?" *Preventive Health*, 10(3), pp. 324-339, 1981.
- 5) Sofaer, S., Kenney, E., "The effect of changes in the financing and organization of health services on health promotion and disease prevention," *Medical Care Review*, 46(3), pp. 313-342, 1989.
- 6) 池上直己「医療における公的負担と私的負担」『季刊・社会保障研究』第22巻第3号、209-221頁、1986年。
- 7) 池上直己『「専門職」と「資格職」——日本における社会保障マンパワーのあり方』『季刊・社会保障研究』第24巻第2号、138-151頁、1988年。
- 8) 厚生統計協会「国民衛生の動向」『厚生指標』第36巻第9号、95-97、358頁、1989年。
- 9) 厚生省資料。
- 10) 中央労働災害防止協会資料。

(いけがみ・なおき)

慶應義塾大学総合政策学部教授)



## 橘湾沿岸圏域における住民の健康意識 及び要介護老人等の実態について

福 田 政 弘

### I はじめに

長崎県橘湾沿岸圏域の1市7町（諫早市、飯盛町、森山町、吾妻町、愛野町、千々石町、小浜町、南串山町）は連合して地域開発を進めるため、橘湾沿岸開発連合会議を結成し、平成元年度に厚生省が創設した「ふるさと21健康長寿のまちづくり事業」をその最初の事業として取り組んだところである。連合会議は、平成元年度において厚生省の指定を受け「橘湾沿岸圏域健康長寿のまちづくり基本計画」を策定したが、この過程において、住民健康、就業、同居等に関する意識や要介護老人及びその介護者の実態をアンケートによって調査したので、その一部を分析し、本圏域における健康づくり施策、要介護老人対策について考察してみたい。

### II 調査の客体及び調査方法並びに回収率

調査は、3種類の客体を抽出して実施した。

第1は、「健康と生活に関するアンケート調査」である。これは、橘湾沿岸圏域1市7町に居住する40歳代から60歳代までの世代を住民基本台帳から無作為に50分の1抽出を行い、これらを客体として郵送法で実施した。1市7町の人口は約14万人、40歳から69歳までの人口は約4万8,000人であり、アンケート対象者は955人に上り、このうち594人から回答を得た（回収率62.2%）。

第2及び第3は、「高齢者の介護問題に関するアンケート調査」である。これは、1市7町にお

いて、いわゆる在宅のねたきり老人として把握されている者（202人）及び6ヵ月以上長期入院（一般病院）を行っている者の2分の1（296人）、並びにこれらの者の介護者を対象として面接法で実施した。回答数はそれぞれ198, 285を得、回収率はそれぞれ98.0%, 96.3%に上った。

### III 健康と生活に関するアンケート調査結果の概要について

#### 1. アンケート対象者及び世帯の概要

回収したアンケートは、対象とした年齢階層、性別にはほぼ均等に配分されており（表1）、この点において1市7町の40歳代から60歳代までの縮図が標本として取れたものと考えている。

世帯人員をみると、4分の1が1人または2人であり、年齢のクロスをかけると高齢者ほど1人または2人暮らしの割合が高くなる（60歳代で4割以上）一方、7人以上の大家族となる割合も高くなっている（表2）。このような結果が得られた背景として、両親及び子供との同居状況をみると、両親（配偶者の両親を含む）との同居率は、

表1 回答者の属性

| 質問項目 | 回答項目 | 割合 (%) | 実 数 |
|------|------|--------|-----|
| 性 別  | 男    | 46.29  | 275 |
|      | 女    | 52.86  | 314 |
|      | 無 答  | 0.84   | 5   |
| 年 齢  | 40 代 | 31.48  | 187 |
|      | 50 代 | 32.32  | 192 |
|      | 60 代 | 28.45  | 169 |
|      | 無 答  | 7.74   | 46  |

表 2 同居家族数

上段：回答数  
下段：割合(%)

| 年代別   |   | 40歳代       | 50歳代       | 60歳代       | 全 体         |
|-------|---|------------|------------|------------|-------------|
| 同居家族数 |   |            |            |            |             |
| 1     | 人 | 4<br>2.1   | 6<br>3.1   | 10<br>5.9  | 22<br>3.7   |
| 2     | 人 | 13<br>7.0  | 41<br>21.4 | 64<br>37.9 | 127<br>21.4 |
| 3     | 人 | 20<br>10.7 | 60<br>31.3 | 28<br>16.6 | 118<br>19.9 |
| 4     | 人 | 55<br>29.4 | 40<br>20.8 | 15<br>8.9  | 117<br>19.7 |
| 5     | 人 | 41<br>21.9 | 19<br>9.9  | 10<br>5.9  | 76<br>12.8  |
| 6     | 人 | 34<br>18.2 | 12<br>6.3  | 16<br>9.5  | 66<br>11.1  |
| 7     | 人 | 15<br>8.0  | 8<br>6.3   | 22<br>13.0 | 49<br>8.2   |
| 8人以上  |   | 4<br>2.1   | 4<br>2.1   | 4<br>2.4   | 14<br>2.4   |
| 無     | 答 | 1<br>0.5   | 2<br>1.0   | 0<br>0     | 5<br>0.8    |

年齢が高くなるほど低下傾向にあり、平均で約3割となっている（表3）。高齢者となるに従い、両親が他界する割合も増え、これが同居率低下の原因と考えられるが、両親が存命のケースでは、高齢者になるほど両親との同居傾向が高い（本人の両親の場合、40歳代同居率39%、50歳代同居率48%、60歳代同居率47%）。

一方、子供との同居状況等をみると、40歳以上は、一般的に子供を産み終えた後の世代であり、まず増えないものであるが、40歳代と60歳代を比較すると60歳代の集団のほうが概ね子供が1人多いことがうかがえる（表4）。諫早市のような地方都市および周辺の町村部においても確実に少子化が進行している。

子供を有する世帯に限って同居状況を問うたところ、その3分の2が同居している。しかしながら、既婚の子供を含めた固い同居は18%にとどまり、残りの50%近くの同居は、未婚の子との柔らかな同居である。柔らかな同居は世帯の分化が生じやすく、40歳代では84%あったものが、60歳代になると16%まで減少している（表5）。今後、柔らかな同居から固い同居への転換は、少子化の進行、サラリーマン化の進行に伴い一層困難になるものと考えられる。

さらに同居に対する意識を比較すると、60歳代

表 3 両親との同、別居状況

上段：回答数  
下段：割合(%)

| 年 代 別             |                   | 40歳代       | 50歳代       | 60歳代        | 全 体         |
|-------------------|-------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| ①本人の両親            | 同一家屋に居住           | 54<br>28.9 | 43<br>22.4 | 14<br>8.3   | 119<br>20.0 |
|                   | 同一敷地内の別家屋         | 6<br>3.2   | 2<br>1.0   | 1<br>0.6    | 9<br>1.5    |
|                   | 近隣に居住             | 11<br>5.9  | 9<br>4.7   | 2<br>1.2    | 23<br>3.9   |
|                   | 同一市町内に居住          | 21<br>11.2 | 13<br>6.8  | 4<br>2.4    | 40<br>6.7   |
|                   | 同一県内に居住           | 29<br>15.5 | 15<br>7.8  | 7<br>4.1    | 56<br>9.4   |
|                   | 九州内の他県に居住         | 9<br>4.8   | 6<br>3.1   | 1<br>0.6    | 18<br>3.0   |
|                   | 九州以外に居住           | 7<br>3.7   | 1<br>0.5   | 1<br>0.6    | 9<br>1.5    |
|                   | 両親とも既に他界          | 46<br>24.6 | 92<br>47.9 | 119<br>70.4 | 275<br>46.3 |
|                   | 無 答               | 4<br>2.1   | 11<br>5.7  | 20<br>11.8  | 45<br>7.6   |
|                   | 別居している場合の今後の同居見通し |            |            |             |             |
| ②配偶者の両親           | 将来は同居             | 12<br>14.5 | 3<br>6.5   | 1<br>6.3    | 18<br>11.6  |
|                   | 別居だがより近所に         | 7<br>8.4   | 2<br>4.3   | 0<br>0      | 9<br>5.8    |
|                   | これまで通り            | 62<br>74.7 | 37<br>80.4 | 14<br>87.5  | 121<br>78.1 |
|                   | 無 答               | 2<br>2.4   | 4<br>8.7   | 1<br>6.3    | 7<br>4.5    |
|                   | 同一家屋に居住           | 29<br>15.5 | 22<br>11.5 | 6<br>3.6    | 66<br>11.1  |
|                   | 同一敷地内の別家屋         | 2<br>1.1   | 5<br>2.6   | 1<br>0.6    | 8<br>1.3    |
|                   | 近隣に居住             | 9<br>4.8   | 9<br>4.7   | 4<br>2.4    | 22<br>3.7   |
|                   | 同一市町内に居住          | 18<br>9.6  | 18<br>9.4  | 5<br>3.0    | 45<br>7.6   |
|                   | 同一県内に居住           | 46<br>24.6 | 14<br>7.3  | 10<br>5.9   | 76<br>12.8  |
|                   | 九州内の他県に居住         | 5<br>2.7   | 3<br>1.6   | 0<br>0      | 8<br>1.3    |
| 別居している場合の今後の同居見通し | 九州以外に居住           | 3<br>1.6   | 4<br>2.1   | 1<br>0.6    | 8<br>1.3    |
|                   | 両親とも既に他界          | 44<br>23.5 | 75<br>39.1 | 109<br>64.5 | 244<br>41.1 |
|                   | 無 答               | 31<br>16.6 | 42<br>21.9 | 33<br>19.5  | 117<br>19.7 |
|                   | 将来は同居             | 14<br>16.9 | 2<br>3.8   | 0<br>0      | 17<br>10.2  |
|                   | 別居だがより近所に         | 7<br>8.4   | 2<br>3.8   | 0<br>0      | 10<br>6.0   |
|                   | これまで通り            | 57<br>68.7 | 47<br>88.7 | 20<br>95.2  | 132<br>79.0 |
|                   | 無 答               | 5<br>6.0   | 2<br>3.8   | 1<br>4.8    | 8<br>4.8    |

の子供と別居している親の56%は、無条件または条件付きでの同居を望んでいる（表5）が、40歳代の両親と別居している子供は、15%程度しか同

表 4 子 の 数

上段: 回 答 数  
下段: 割合 (%)

| 年代別  |   | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代 | 全 体  |
|------|---|------|------|------|------|
| 子の数  |   |      |      |      |      |
| 無    | し | 14   | 8    | 3    | 26   |
|      |   | 7.5  | 4.2  | 1.8  | 4.4  |
| 1    | 人 | 16   | 19   | 16   | 57   |
|      |   | 8.6  | 9.9  | 9.5  | 9.6  |
| 2    | 人 | 66   | 61   | 30   | 173  |
|      |   | 35.3 | 31.8 | 17.7 | 29.1 |
| 3    | 人 | 65   | 55   | 48   | 180  |
|      |   | 34.7 | 28.6 | 28.4 | 30.3 |
| 4    | 人 | 20   | 19   | 36   | 78   |
|      |   | 10.7 | 9.9  | 21.3 | 13.1 |
| 5    | 人 | 2    | 8    | 9    | 21   |
|      |   | 1.1  | 4.2  | 5.3  | 3.5  |
| 6    | 人 | 0    | 0    | 9    | 9    |
|      |   | 0    | 0    | 5.3  | 1.5  |
| 7    | 人 | 0    | 0    | 2    | 2    |
|      |   | 0    | 0    | 1.2  | 0.3  |
| 8    | 人 | 0    | 1    | 2    | 3    |
|      |   | 0    | 0.5  | 1.2  | 0.5  |
| 9人以上 |   | 0    | 0    | 0    | 0    |
|      |   | 0    | 0    | 0    | 0    |
| 無    | 答 | 4    | 21   | 14   | 45   |
|      |   | 2.1  | 10.9 | 8.3  | 7.6  |

表 5 子との同居意識

上段: 回 答 数  
下段: 割合 (%)

| 年代別                                     |                   | 40歳代 | 50歳代  | 60歳代 | 全 体  |
|-----------------------------------------|-------------------|------|-------|------|------|
| 子との同居意識                                 |                   |      |       |      |      |
| 子 と の<br>同・別居<br>状況                     | 1. 未婚の子<br>供だけ同居  | 143  | 79    | 25   | 263  |
|                                         |                   | 83.6 | 44.9  | 15.8 | 48.2 |
|                                         | 2. 既婚の子<br>供だけ同居  | 5    | 20    | 40   | 70   |
|                                         |                   | 2.9  | 11.4  | 25.3 | 12.8 |
|                                         | 3. 未婚, 既<br>婚とも同居 | 2    | 9     | 14   | 26   |
|                                         |                   | 1.2  | 5.1   | 8.9  | 4.8  |
| 2., 3. を<br>選 択 し た<br>既 婚 の 子<br>の 同 居 | 4. 同居して<br>いない    | 9    | 54    | 72   | 150  |
|                                         |                   | 5.3  | 30.7  | 45.6 | 27.5 |
|                                         | 無                 | 12   | 14    | 7    | 37   |
|                                         | 答                 | 7.0  | 8.0   | 4.4  | 6.8  |
|                                         | 今後継続希<br>望        | 5    | 29    | 50   | 89   |
|                                         |                   | 71.4 | 100.0 | 92.6 | 92.7 |
| 4. 別居し<br>てい る 子<br>供 と の<br>同 居 意 向    | 継続したくな<br>い       | 1    | 0     | 2    | 4    |
|                                         |                   | 14.3 | 0     | 3.7  | 4.2  |
|                                         | 無                 | 1    | 0     | 2    | 3    |
|                                         | 答                 | 14.3 | 0     | 3.7  | 3.1  |
|                                         | 早く同居を希<br>望       | 1    | 7     | 10   | 19   |
|                                         |                   | 11.1 | 13.0  | 13.9 | 12.7 |
| 生活に助けが<br>必要な場合                         | 1人暮らしの<br>場合      | 1    | 7     | 16   | 25   |
|                                         |                   | 11.1 | 13.0  | 22.2 | 16.7 |
|                                         | 同居せず、よ<br>り近所に    | 0    | 4     | 14   | 18   |
|                                         |                   | 0    | 7.4   | 19.4 | 12.0 |
|                                         | 現 状 維 持           | 3    | 17    | 6    | 32   |
|                                         |                   | 33.3 | 31.5  | 8.3  | 21.3 |
| 無                                       | 無                 | 2    | 17    | 19   | 44   |
|                                         |                   | 22.2 | 31.5  | 26.4 | 29.3 |
|                                         | 無                 | 2    | 2     | 7    | 12   |
|                                         | 答                 | 22.2 | 3.7   | 9.7  | 8.0  |

居を考えていないという結果がみられ、同居意識のミスマッチが生じていると考えられる。

このため、1市7町においても同居を果たせない、または子供が抜け出た高齢者小人数世帯の一層の増大が生ずることが予想される。

## 2. 健康状態

健康状態の評価はきわめて主観が入りやすいものであり、また健康・不健康の基準も明確なものがないため、アンケートでこれを調査するに当たっては、不健康の概念として疾病の治療、健康診査の結果を問い、より客観的な答えが得られるように工夫を行った。

結果は、表6で示すように40歳代では8割近くが健康であり、成人病の治療も受けておらず、健康診査結果も問題はないが、60歳代になると健康な状態であるとの回答が2分の1を割り、また3分の1以上が成人病の治療を受けていると回答するなど、やはり高齢化していくほど健康状態が悪化している。高齢化の進行に伴い、健康問題はさらに重要となり、予防対策を拡充していくことが求められるものと考えられる。病気を得ることについては、それなりの原因があり、健康づくりを進めていくためには、要注意状態や治療中の状態を健康な状態に戻すだけでなく、健康な状態を維持することにより多くの努力を今後払っていく必要がある。

また、アンケート調査においては、回答者の身長と体重を問うたので、次の算式によりそのやせ肥満度を算定した。

表 6 本人の健康状態

上段: 回 答 数  
下段: 割合 (%)

| 年代別         |   | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代 | 全 体  |
|-------------|---|------|------|------|------|
| 健康状況        |   |      |      |      |      |
| 良           | 好 | 84   | 79   | 41   | 218  |
|             |   | 44.9 | 41.1 | 24.3 | 36.7 |
| 時 々 不 調     |   | 64   | 47   | 38   | 161  |
|             |   | 34.2 | 24.5 | 22.5 | 27.1 |
| 検診結果要注意状況   |   | 22   | 32   | 31   | 89   |
|             |   | 11.8 | 16.7 | 18.3 | 15.0 |
| 成 人 病 治 療 中 |   | 16   | 32   | 59   | 118  |
|             |   | 8.6  | 16.7 | 34.9 | 19.9 |
| 無           | 答 | 1    | 2    | 0    | 8    |
|             |   | 0.5  | 1.0  | 0    | 1.3  |

表 7 やせ肥満度

上段: 回答数  
下段: 割合(%)

| やせ<br>肥満度 | 年代別 | 40歳代       | 50歳代       | 60歳代       | 全 体         |
|-----------|-----|------------|------------|------------|-------------|
| 0.75以下    |     | 0<br>0.0   | 2<br>1.0   | 0<br>0.0   | 2<br>0.3    |
| 0.76~0.85 |     | 11<br>5.9  | 5<br>2.6   | 9<br>5.3   | 26<br>4.4   |
| 0.86~0.95 |     | 40<br>21.4 | 20<br>10.4 | 27<br>16.0 | 96<br>16.2  |
| 0.96~1.05 |     | 57<br>30.5 | 69<br>35.9 | 48<br>28.4 | 185<br>31.1 |
| 1.06~1.15 |     | 45<br>24.1 | 60<br>31.3 | 35<br>20.7 | 147<br>24.7 |
| 1.16~1.25 |     | 26<br>13.9 | 18<br>9.4  | 24<br>14.2 | 76<br>12.8  |
| 1.26以上    |     | 8<br>4.3   | 16<br>8.3  | 22<br>13.0 | 51<br>8.6   |
| 無 答       |     | 0<br>0.0   | 2<br>1.0   | 4<br>2.4   | 11<br>1.9   |

男 体重/(身長-100)×0.9

女 体重/(身長-100)×0.95

結果は表7に示すように60歳代の者が標準体重からのばらつきが最も大きくなっており、26%以上オーバーウエイトしている割合が13%に上っている。これはいわゆる中高年太りの傾向を示すものであり、中高年齢期における生活改善の余地が大きく残っていることを示すと考えられる。

### 3. 健康づくり活動への取り組みと意欲

健康づくり活動と一言で表現しても各人各様の受け止め方があり、そのための活動は多様なものがあると考えられる。このため、本アンケート調査において、健康づくりのための活動を睡眠、食生活、飲酒、喫煙、運動、休養、人間ドック、健康教育等に分けてその取り組みを調査した。結果は、表8に示すとおりであり、高齢者や女性により積極的に取り組んでいる傾向がうかがわれる。

また、各項目別に見ると、食生活や睡眠に関しては相当の取り組みが示されているものの、運動や休養など身体活動を通じたより積極的な健康づくり活動が比較的進んでいないことがうかがわれる。さらに、健康教育など健康づくりに関する情報を公正かつ体系的に提供を受ける機会にもあまり恵まれていないことも示されている。

次に、健康づくりのために行いたいことを問う

たところ、表9の結果が得られた。表9の結果中の「実践中」の割合と表8の結果の「はい」の割合に乖離があるのは、現在行っている活動では不十分であり、より力を入れたいと考えている場合に「今後希望」等を選択したためであろう。この結果を見ると、食生活改善、運動、休養充実、健康教育の受講については、若い世代のほうが現状に満足せずより意欲的に取り組む傾向にある。また、健康づくりにとって最も効果のある運動の実践については、高齢者になるほど意欲が低下し、実現困難または行わないと回答した割合が60歳代では3分の2近くに達していることが判明した。運動の実践に対する理解不足は、健康づくり活動を推進していくうえで大きな問題であり、住民の健康増進を実現させていくためには、この解決を併せて図っていく必要がある。

なお、アンケート調査のなかで、健康づくり活動を行うための最大の障害は何かを問うてみたところ、表10の結果が得られた。予想していたことであるが、「費用がかさむ」との経済的な問題をあげた割合はわずかであり、8割近くが「時間がない」「根気がない」「特になし」など内在的な要因が最大の障害とされており、要は健康づくりのための活動意欲を他の活動に対する意欲より高めていくことが、健康づくり活動の振興を図る最も大きな動機付けになるものと考えられる。

## IV 高齢者の介護問題に関するアンケート調査結果の概要について

### 1. アンケート対象者および世帯の概要

#### ① 年齢・性

在宅ねたきり者、長期入院者の年齢構成、及び性別は表11で示すとおりであり、年齢構成についてはほとんど差がないが、性別については長期入院者は女性が圧倒的に多くなっている。この傾向は、1人暮らしの女性のみならず多人数世帯の女性にもみられ、現実には女性のほうが入院しやすい、またはさせやすい状況にある。

#### ② 世帯類型

世帯類型をみると、表12に示すように在宅ねた

表 8 健康づくりの取り組み

上段: 回 答 数  
下段: 割合 (%)

| 年 齢 構 成 別    | 40歳代              | 50歳代              | 60歳代              | 全 体               | 男 女 別 | 男           | 女           |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------|-------------|-------------|
| ①午後12時前に就寝   | はい<br>139<br>74.3 | はい<br>171<br>89.1 | はい<br>154<br>91.1 | はい<br>502<br>84.5 | はい    | 232<br>84.4 | 269<br>85.7 |
| いいえ          | 47<br>25.1        | 21<br>10.9        | 15<br>8.9         | 89<br>15.0        | いいえ   | 42<br>15.3  | 45<br>14.3  |
| 無 答          | 1<br>0.5          | 0<br>0            | 0<br>0            | 3<br>0.5          | 無 答   | 1<br>0.4    | 0<br>0      |
| ②8時間以上の睡眠    | はい<br>61<br>32.6  | はい<br>105<br>54.7 | はい<br>112<br>66.3 | はい<br>305<br>51.3 | はい    | 165<br>60.0 | 139<br>44.3 |
| いいえ          | 125<br>66.8       | 87<br>45.3        | 57<br>33.7        | 286<br>48.1       | いいえ   | 109<br>39.6 | 175<br>55.7 |
| 無 答          | 1<br>0.5          | 0<br>0            | 0<br>0            | 3<br>0.5          | 無 答   | 1<br>0.4    | 0<br>0      |
| ③食べ過ぎに注意     | はい<br>146<br>78.1 | はい<br>162<br>84.4 | はい<br>160<br>94.7 | はい<br>504<br>84.8 | はい    | 232<br>84.4 | 270<br>86.0 |
| いいえ          | 41<br>21.9        | 30<br>15.6        | 7<br>4.1          | 86<br>14.5        | いいえ   | 42<br>15.3  | 43<br>13.7  |
| 無 答          | 0<br>0            | 0<br>0            | 2<br>1.2          | 4<br>0.7          | 無 答   | 1<br>0.4    | 1<br>0.3    |
| ④塩分の取りすぎに注意  | はい<br>127<br>67.9 | はい<br>134<br>69.8 | はい<br>140<br>82.8 | はい<br>432<br>72.7 | はい    | 168<br>61.1 | 262<br>83.4 |
| いいえ          | 60<br>32.1        | 58<br>30.2        | 29<br>17.2        | 160<br>26.9       | いいえ   | 107<br>38.9 | 52<br>16.6  |
| 無 答          | 0<br>0            | 0<br>0            | 0<br>0            | 2<br>0.3          | 無 答   | 0<br>0      | 0<br>0      |
| ⑤脂肪分の取りすぎに注意 | はい<br>100<br>53.5 | はい<br>121<br>63.0 | はい<br>140<br>82.8 | はい<br>390<br>65.7 | はい    | 150<br>54.5 | 238<br>75.8 |
| いいえ          | 85<br>45.5        | 69<br>35.9        | 28<br>16.6        | 197<br>33.2       | いいえ   | 122<br>44.4 | 74<br>23.6  |
| 無 答          | 2<br>1.1          | 2<br>1.0          | 1<br>0.6          | 7<br>1.2          | 無 答   | 3<br>1.1    | 2<br>0.6    |
| ⑥自然食品を毎日摂取   | はい<br>85<br>45.5  | はい<br>109<br>56.8 | はい<br>129<br>76.3 | はい<br>354<br>59.6 | はい    | 153<br>55.6 | 199<br>63.4 |
| いいえ          | 102<br>54.5       | 83<br>43.2        | 37<br>21.9        | 235<br>39.6       | いいえ   | 121<br>44.0 | 113<br>36.0 |
| 無 答          | 0<br>0            | 0<br>0            | 3<br>1.8          | 5<br>0.8          | 無 答   | 1<br>0.4    | 2<br>0.6    |
| ⑦健康食品を毎日摂取   | はい<br>39<br>20.9  | はい<br>65<br>33.9  | はい<br>80<br>47.3  | はい<br>203<br>34.2 | はい    | 74<br>26.9  | 128<br>40.8 |
| いいえ          | 146<br>78.1       | 127<br>66.1       | 83<br>49.1        | 381<br>64.1       | いいえ   | 199<br>72.4 | 180<br>57.3 |
| 無 答          | 2<br>1.1          | 0<br>0            | 6<br>3.6          | 10<br>1.7         | 無 答   | 2<br>0.7    | 6<br>1.9    |
| ⑧野菜を十分摂取     | はい<br>158<br>84.5 | はい<br>168<br>87.5 | はい<br>156<br>92.3 | はい<br>521<br>87.7 | はい    | 226<br>82.2 | 292<br>93.0 |
| いいえ          | 28<br>15.0        | 24<br>12.5        | 12<br>7.1         | 69<br>11.6        | いいえ   | 48<br>17.5  | 21<br>6.7   |
| 無 答          | 1<br>0.5          | 0<br>0            | 1<br>0.6          | 4<br>0.7          | 無 答   | 1<br>0.4    | 1<br>0.3    |
| ⑨漢方薬等の保険薬を服用 | はい<br>29<br>15.5  | はい<br>40<br>20.8  | はい<br>64<br>37.9  | はい<br>145<br>24.4 | はい    | 59<br>21.5  | 85<br>27.1  |
| いいえ          | 157<br>84.0       | 152<br>79.2       | 104<br>61.5       | 445<br>74.9       | いいえ   | 214<br>77.8 | 229<br>72.9 |
| 無 答          | 1<br>0.5          | 0<br>0            | 1<br>0.6          | 4<br>0.7          | 無 答   | 2<br>0.7    | 0<br>0      |

表 8 つづき

上段: 回答数  
下段: 割合(%)

| 年 齢 構 成 別               |     | 40歳代        | 50歳代        | 60歳代        | 全 体         | 男 女 別                   |     | 男           | 女           |
|-------------------------|-----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------------|-----|-------------|-------------|
| ⑩禁酒, または飲みすぎの注意         | は い | 142<br>75.9 | 148<br>77.1 | 143<br>84.6 | 463<br>77.9 | ⑩禁酒, または飲みすぎの注意         | は い | 176<br>64.0 | 284<br>90.4 |
|                         | いいえ | 42<br>22.5  | 39<br>20.3  | 22<br>13.0  | 114<br>19.2 |                         | いいえ | 98<br>35.6  | 16<br>5.1   |
|                         | 無 答 | 3<br>1.6    | 5<br>2.6    | 4<br>2.4    | 17<br>2.9   |                         | 無 答 | 1<br>0.4    | 14<br>4.5   |
| ⑪禁煙                     | は い | 138<br>73.8 | 127<br>66.1 | 117<br>69.2 | 412<br>69.4 | ⑪禁煙                     | は い | 135<br>49.1 | 275<br>87.6 |
|                         | いいえ | 42<br>22.5  | 59<br>30.7  | 47<br>27.8  | 158<br>26.6 |                         | いいえ | 138<br>50.2 | 19<br>6.1   |
|                         | 無 答 | 7<br>3.7    | 6<br>3.1    | 5<br>3.0    | 24<br>4.0   |                         | 無 答 | 2<br>0.7    | 20<br>6.4   |
| ⑫定期的なスポーツの実践            | は い | 38<br>20.3  | 29<br>15.1  | 18<br>10.7  | 90<br>15.2  | ⑫定期的なスポーツの実践            | は い | 52<br>18.9  | 37<br>11.8  |
|                         | いいえ | 146<br>78.1 | 161<br>83.9 | 150<br>88.8 | 495<br>83.3 |                         | いいえ | 217<br>78.9 | 275<br>87.6 |
|                         | 無 答 | 3<br>1.6    | 2<br>1.0    | 1<br>0.6    | 9<br>1.5    |                         | 無 答 | 6<br>2.2    | 2<br>0.6    |
| ⑬外出時は歩くことを心がける          | は い | 65<br>34.8  | 100<br>52.1 | 101<br>59.8 | 280<br>47.1 | ⑬外出時は歩くことを心がける          | は い | 97<br>35.3  | 179<br>57.0 |
|                         | いいえ | 119<br>63.6 | 91<br>47.4  | 67<br>39.6  | 306<br>51.5 |                         | いいえ | 173<br>62.9 | 133<br>42.4 |
|                         | 無 答 | 3<br>1.6    | 1<br>0.5    | 1<br>0.6    | 8<br>1.3    |                         | 無 答 | 5<br>1.8    | 2<br>0.6    |
| ⑭休養のための休日を定期的に取る        | は い | 47<br>25.1  | 47<br>24.5  | 48<br>28.4  | 160<br>26.9 | ⑭休養のための休日を定期的に取る        | は い | 65<br>23.6  | 93<br>29.6  |
|                         | いいえ | 138<br>73.8 | 143<br>74.5 | 111<br>65.7 | 416<br>70.0 |                         | いいえ | 202<br>73.5 | 212<br>67.5 |
|                         | 無 答 | 2<br>1.1    | 2<br>1.0    | 10<br>5.9   | 18<br>3.0   |                         | 無 答 | 8<br>2.9    | 9<br>2.9    |
| ⑮定期的に泊まりがけの旅行をする        | は い | 7<br>3.7    | 12<br>6.3   | 17<br>10.1  | 39<br>6.6   | ⑮定期的に泊まりがけの旅行をする        | は い | 19<br>6.9   | 20<br>6.4   |
|                         | いいえ | 178<br>95.2 | 179<br>93.2 | 149<br>88.2 | 546<br>91.9 |                         | いいえ | 251<br>91.3 | 291<br>92.7 |
|                         | 無 答 | 2<br>1.1    | 1<br>0.5    | 3<br>1.2    | 9<br>1.5    |                         | 無 答 | 5<br>1.8    | 3<br>1.0    |
| ⑯定期的に人間ドックを受診           | は い | 29<br>15.5  | 37<br>19.3  | 25<br>14.8  | 99<br>16.7  | ⑯定期的に人間ドックを受診           | は い | 63<br>22.9  | 36<br>11.5  |
|                         | いいえ | 156<br>83.4 | 153<br>79.7 | 142<br>84.0 | 486<br>81.8 |                         | いいえ | 208<br>75.6 | 274<br>87.3 |
|                         | 無 答 | 2<br>1.1    | 2<br>1.0    | 2<br>1.2    | 9<br>1.5    |                         | 無 答 | 4<br>1.5    | 4<br>1.3    |
| ⑰健康機器の利用                | は い | 18<br>9.6   | 37<br>19.3  | 49<br>29.0  | 116<br>19.5 | ⑰健康機器の利用                | は い | 57<br>20.7  | 58<br>18.5  |
|                         | いいえ | 167<br>89.3 | 154<br>80.2 | 118<br>69.8 | 410<br>79.1 |                         | いいえ | 213<br>77.5 | 254<br>80.9 |
|                         | 無 答 | 2<br>1.1    | 1<br>0.5    | 2<br>1.2    | 8<br>1.3    |                         | 無 答 | 5<br>1.8    | 2<br>0.6    |
| ⑱行政, 職場等の健康教育・保健指導などを受講 | は い | 39<br>20.9  | 59<br>30.7  | 48<br>28.4  | 157<br>26.4 | ⑱行政, 職場等の健康教育・保健指導などを受講 | は い | 66<br>24.0  | 91<br>29.0  |
|                         | いいえ | 145<br>77.5 | 130<br>67.7 | 119<br>70.4 | 426<br>71.7 |                         | いいえ | 203<br>73.8 | 219<br>69.7 |
|                         | 無 答 | 3<br>1.6    | 3<br>1.6    | 2<br>1.2    | 11<br>1.8   |                         | 無 答 | 6<br>2.2    | 4<br>1.3    |

表 9 健康づくりのために行いたいこと

上段: 回答数, 下段: 割合 (%)

| 年 代 別          |       | 40歳代       | 50歳代       | 60歳代        | 全 体         | 男 女 別          |       | 男           | 女           |
|----------------|-------|------------|------------|-------------|-------------|----------------|-------|-------------|-------------|
| ①腹 八 分 目 の 励 行 | 実 践 中 | 59<br>31.6 | 93<br>48.4 | 102<br>60.4 | 274<br>46.1 | ①腹 八 分 目 の 励 行 | 実 践 中 | 116<br>42.2 | 158<br>50.3 |
|                | 今後希望  | 58<br>31.0 | 37<br>19.3 | 25<br>14.8  | 129<br>21.7 |                | 今後希望  | 58<br>21.1  | 70<br>22.3  |
|                | 実現困難  | 40<br>21.4 | 43<br>22.4 | 25<br>14.8  | 119<br>20.0 |                | 実現困難  | 58<br>21.1  | 61<br>19.4  |
|                | 行わない  | 23<br>12.3 | 14<br>7.3  | 13<br>7.7   | 51<br>8.6   |                | 行わない  | 35<br>12.7  | 15<br>4.8   |
|                | 無 答   | 7<br>3.7   | 5<br>2.6   | 4<br>2.4    | 21<br>3.5   |                | 無 答   | 8<br>2.9    | 10<br>3.2   |
| ②食 事 の 減 塩 化   | 実 践 中 | 80<br>42.8 | 88<br>45.8 | 109<br>64.5 | 299<br>50.3 | ②食 事 の 減 塩 化   | 実 践 中 | 112<br>40.7 | 187<br>59.6 |
|                | 今後希望  | 38<br>20.3 | 46<br>24.0 | 18<br>10.7  | 109<br>18.4 |                | 今後希望  | 54<br>19.6  | 55<br>17.5  |
|                | 実現困難  | 45<br>24.1 | 34<br>17.7 | 26<br>15.4  | 115<br>19.4 |                | 実現困難  | 65<br>23.6  | 50<br>15.9  |
|                | 行わない  | 19<br>10.2 | 20<br>10.4 | 12<br>7.1   | 52<br>8.8   |                | 行わない  | 37<br>13.5  | 14<br>4.5   |
|                | 無 答   | 5<br>2.7   | 4<br>2.1   | 4<br>2.4    | 19<br>3.2   |                | 無 答   | 7<br>2.5    | 8<br>2.5    |
| ③食 事 の 低 脂 肪 化 | 実 践 中 | 65<br>34.8 | 79<br>41.1 | 100<br>59.2 | 262<br>44.1 | ③食 事 の 低 脂 肪 化 | 実 践 中 | 91<br>33.1  | 171<br>54.5 |
|                | 今後希望  | 53<br>28.3 | 41<br>21.4 | 19<br>11.2  | 121<br>20.4 |                | 今後希望  | 62<br>22.5  | 59<br>18.8  |
|                | 実現困難  | 34<br>18.2 | 38<br>19.8 | 16<br>9.5   | 95<br>16.0  |                | 実現困難  | 57<br>20.7  | 38<br>12.1  |
|                | 行わない  | 21<br>11.2 | 17<br>8.9  | 23<br>13.6  | 66<br>11.1  |                | 行わない  | 45<br>16.4  | 20<br>6.4   |
|                | 無 答   | 14<br>7.5  | 17<br>8.9  | 11<br>6.5   | 50<br>8.4   |                | 無 答   | 20<br>7.3   | 26<br>8.3   |
| ④健 康 食 品 の 摂 取 | 実 践 中 | 28<br>15.0 | 37<br>19.3 | 59<br>34.9  | 138<br>23.2 | ④健 康 食 品 の 摂 取 | 実 践 中 | 47<br>17.1  | 90<br>28.7  |
|                | 今後希望  | 51<br>27.3 | 59<br>30.7 | 39<br>23.1  | 159<br>26.8 |                | 今後希望  | 74<br>26.9  | 85<br>27.1  |
|                | 実現困難  | 38<br>20.3 | 38<br>19.8 | 22<br>13.0  | 106<br>17.8 |                | 実現困難  | 53<br>19.3  | 53<br>16.9  |
|                | 行わない  | 56<br>29.9 | 42<br>21.9 | 38<br>22.5  | 142<br>23.9 |                | 行わない  | 82<br>29.8  | 60<br>19.1  |
|                | 無 答   | 14<br>7.5  | 16<br>8.3  | 11<br>6.5   | 49<br>8.2   |                | 無 答   | 19<br>6.9   | 26<br>8.3   |
| ⑤漢 方 薬 の 服 用   | 実 践 中 | 25<br>13.4 | 32<br>16.7 | 49<br>29.0  | 116<br>19.5 | ⑤漢 方 薬 の 服 用   | 実 践 中 | 46<br>16.7  | 70<br>22.3  |
|                | 今後希望  | 35<br>18.7 | 41<br>21.4 | 36<br>21.3  | 118<br>19.9 |                | 今後希望  | 49<br>17.8  | 68<br>21.7  |
|                | 実現困難  | 28<br>15.0 | 22<br>11.5 | 16<br>9.5   | 75<br>12.6  |                | 実現困難  | 37<br>13.5  | 38<br>12.1  |
|                | 行わない  | 84<br>44.9 | 78<br>40.6 | 57<br>33.7  | 231<br>38.9 |                | 行わない  | 123<br>44.7 | 107<br>34.1 |
|                | 無 答   | 15<br>8.0  | 19<br>9.9  | 11<br>6.5   | 54<br>9.1   |                | 無 答   | 20<br>7.3   | 31<br>9.9   |
| ⑥禁 酒           | 実 践 中 | 72<br>38.5 | 77<br>40.1 | 81<br>47.9  | 245<br>41.2 | ⑥禁 酒           | 実 践 中 | 63<br>22.9  | 181<br>57.6 |
|                | 今後希望  | 8<br>4.3   | 7<br>3.6   | 6<br>3.6    | 27<br>4.5   |                | 今後希望  | 24<br>8.7   | 3<br>1.0    |
|                | 実現困難  | 21<br>11.2 | 22<br>11.5 | 25<br>14.8  | 77<br>13.0  |                | 実現困難  | 65<br>23.6  | 12<br>3.8   |
|                | 行わない  | 55<br>29.4 | 53<br>27.6 | 29<br>17.2  | 141<br>23.7 |                | 行わない  | 101<br>36.7 | 40<br>12.7  |
|                | 無 答   | 31<br>16.6 | 33<br>17.2 | 28<br>16.6  | 104<br>17.5 |                | 無 答   | 22<br>8.0   | 78<br>24.8  |

表 9 つづき

上段：回答数，下段：割合(%)

| 年 代 別                | 40歳代   | 50歳代        | 60歳代       | 全 体        | 男 女 別       | 男      | 女           |             |
|----------------------|--------|-------------|------------|------------|-------------|--------|-------------|-------------|
| ⑦禁煙                  | 実 践 中  | 107<br>57.2 | 95<br>49.5 | 88<br>52.1 | 314<br>52.9 | 実 践 中  | 121<br>44.0 | 193<br>61.5 |
|                      | 今後希望   | 4<br>2.1    | 13<br>6.8  | 9<br>5.3   | 28<br>4.7   | 今後希望   | 27<br>9.8   | 1<br>0.3    |
|                      | 煙 実現困難 | 21<br>11.2  | 19<br>9.9  | 18<br>10.7 | 65<br>10.9  | 煙 実現困難 | 59<br>21.5  | 6<br>1.9    |
|                      | 行わない   | 26<br>13.9  | 29<br>15.1 | 26<br>15.4 | 81<br>13.6  | 行わない   | 47<br>17.1  | 33<br>10.5  |
|                      | 無 答    | 29<br>15.5  | 36<br>18.8 | 28<br>16.6 | 106<br>17.8 | 無 答    | 21<br>7.6   | 81<br>25.8  |
| ⑧定期的なスポーツの実践         | 実 践 中  | 32<br>17.1  | 29<br>15.1 | 15<br>8.9  | 79<br>13.3  | 実 践 中  | 49<br>17.8  | 30<br>9.6   |
|                      | 今後希望   | 50<br>26.7  | 39<br>20.3 | 30<br>17.8 | 131<br>22.1 | 今後希望   | 54<br>19.6  | 77<br>24.5  |
|                      | 実現困難   | 68<br>36.4  | 58<br>30.2 | 61<br>36.1 | 204<br>34.3 | 実現困難   | 85<br>30.9  | 119<br>37.9 |
|                      | 行わない   | 26<br>13.9  | 52<br>27.1 | 53<br>31.4 | 137<br>23.1 | 行わない   | 74<br>26.9  | 62<br>19.7  |
|                      | 無 答    | 11<br>5.9   | 14<br>7.3  | 10<br>5.9  | 43<br>7.2   | 無 答    | 13<br>4.7   | 26<br>8.3   |
| ⑨レクリエーション・保養の充実      | 実 践 中  | 16<br>8.6   | 25<br>13.0 | 18<br>10.7 | 63<br>10.6  | 実 践 中  | 30<br>10.9  | 33<br>10.5  |
|                      | 今後希望   | 75<br>40.1  | 61<br>31.8 | 47<br>27.8 | 196<br>33.0 | 今後希望   | 89<br>32.4  | 107<br>34.1 |
|                      | 実現困難   | 68<br>36.4  | 58<br>30.2 | 63<br>37.3 | 205<br>34.5 | 実現困難   | 95<br>34.5  | 110<br>35.0 |
|                      | 行わない   | 16<br>8.6   | 33<br>17.2 | 33<br>19.5 | 87<br>14.6  | 行わない   | 48<br>17.5  | 37<br>11.8  |
|                      | 無 答    | 12<br>6.4   | 15<br>7.8  | 8<br>4.7   | 43<br>7.2   | 無 答    | 13<br>4.7   | 27<br>8.6   |
| ⑩人間ドックの受診            | 実 践 中  | 24<br>12.8  | 30<br>15.6 | 20<br>11.8 | 76<br>12.8  | 実 践 中  | 50<br>18.2  | 26<br>8.3   |
|                      | 今後希望   | 98<br>52.4  | 96<br>50.0 | 86<br>50.9 | 302<br>50.8 | 今後希望   | 130<br>47.3 | 170<br>54.1 |
|                      | 実現困難   | 33<br>17.6  | 30<br>15.6 | 27<br>16.0 | 97<br>16.3  | 実現困難   | 45<br>16.4  | 52<br>16.6  |
|                      | 行わない   | 20<br>10.7  | 23<br>12.0 | 24<br>14.2 | 74<br>12.5  | 行わない   | 36<br>13.1  | 38<br>12.1  |
|                      | 無 答    | 12<br>6.4   | 13<br>6.8  | 12<br>7.1  | 45<br>7.6   | 無 答    | 14<br>5.1   | 28<br>8.9   |
| ⑪健康づくりのための教育，保健指導の受講 | 実 践 中  | 19<br>10.2  | 22<br>11.5 | 27<br>16.0 | 71<br>12.0  | 実 践 中  | 22<br>8.0   | 49<br>15.6  |
|                      | 今後希望   | 92<br>49.2  | 88<br>45.8 | 68<br>40.2 | 263<br>44.3 | 今後希望   | 102<br>37.1 | 160<br>51.0 |
|                      | 実現困難   | 38<br>20.3  | 46<br>24.0 | 47<br>27.8 | 143<br>24.1 | 実現困難   | 84<br>30.5  | 58<br>18.5  |
|                      | 行わない   | 27<br>14.4  | 24<br>12.5 | 18<br>10.7 | 77<br>13.0  | 行わない   | 52<br>18.9  | 24<br>7.6   |
|                      | 無 答    | 11<br>5.9   | 12<br>6.3  | 9<br>5.3   | 40<br>6.7   | 無 答    | 15<br>5.5   | 23<br>7.3   |

きりを抱える世帯は，長期入院世帯と比較して単身世帯が少なく夫婦のみ世帯が多くなっており，多世代世帯の割合は大体同じとなっている。これから，夫婦のみ世帯が要介護老人をかかえるようになった場合，居宅生活を選択し，その後単身と

なったときに入院させる傾向がうかがえる。この傾向は，女性のほうが長命であり，夫より年下の場合が多いことから，女性に長期入院者の多い理由のひとつとなると考えられる。

また，多世代世帯であっても長期入院者の属す



表 10 健康づくりの活動の最大の障害

上段: 回答数  
下段: 割合(%)

| 年 代 別       | 40歳代        | 50歳代       | 60歳代       | 全 体         |
|-------------|-------------|------------|------------|-------------|
| 時 間 が な い   | 102<br>54.5 | 87<br>45.3 | 43<br>25.4 | 247<br>41.6 |
| 方法が分からない    | 14<br>7.5   | 23<br>12.0 | 23<br>13.6 | 63<br>10.6  |
| 費 用 が か さ む | 12<br>6.4   | 8<br>4.2   | 6<br>3.5   | 28<br>4.7   |
| 根 気 が な い   | 36<br>19.3  | 26<br>13.5 | 29<br>17.2 | 102<br>17.2 |
| 特 に な し     | 19<br>10.2  | 38<br>19.8 | 53<br>31.4 | 118<br>19.9 |
| そ の 他       | 3<br>1.6    | 6<br>3.1   | 15<br>8.9  | 28<br>4.7   |
| 無 答         | 1<br>0.5    | 4<br>2.1   | 0<br>0     | 8<br>1.3    |

る割合があまり変わらないということは、同居が高齢者の居宅生活の維持に必ずしも役に立っていないのではないかとの見方もでき、高齢者の居宅での生活支援の在り方について見直しが迫られるものと考えられる。

### ③ 日常生活における介護の必要程度

意外なことに、在宅ねたきり者と長期入院者の介護の必要程度を比較すると、表13に示すように、在宅のほうが高く出る傾向にある。また、年齢別にみると在宅者は、高齢になるほど介助の必要性が高まるのに対して、長期入院者は65～69歳の層に介助の必要性が最も高く出ている。さらに、表14で示すように、介助の必要性を問うた7種類の日常生活動作すべてに対し長期入院者の4分の1が介助不要と回答しており、70歳以上の長期入院者の相当割合が特別養護老人ホーム代わりのみならず、養護老人ホーム、軽費老人ホーム代わりに医療機関を利用しているのではないかとの疑念が生ずるものである。

## 2. 介護者の状況

### ① 主な介護者

在宅ねたきり者に対する主な介護者を問うてみたところ、表15で示すように、そのほとんどが世帯員であり、女性であり、40歳代から70歳代であった。本人との関係は配偶者または子の配偶者であり、ほとんどの場合が妻または子の嫁である。女性の社会進出が進むなかで、在宅ねたきり者の

表 11 要介護老人の性・年齢

| 質問項目   | 回答項目  | ①在宅ねたきり |     | ②6ヵ月以上入院 |     |
|--------|-------|---------|-----|----------|-----|
|        |       | 割合(%)   | 実数  | 割合(%)    | 実数  |
| 回答者の性別 | 男     | 41.41   | 82  | 25.61    | 73  |
|        | 女     | 58.58   | 116 | 74.38    | 212 |
| 年 齢    | 65～69 | 9.59    | 19  | 4.56     | 13  |
|        | 70～74 | 15.65   | 34  | 13.33    | 38  |
|        | 75～79 | 19.19   | 38  | 21.40    | 61  |
|        | 80～84 | 24.74   | 49  | 31.22    | 89  |
|        | 85～89 | 18.68   | 37  | 20.70    | 59  |
|        | 90歳以上 | 12.12   | 24  | 8.77     | 25  |

表 12 要介護老人の世帯類型

| 質問項目 | 回答項目         | ①在宅ねたきり |     | ②6ヵ月以上入院 |     |
|------|--------------|---------|-----|----------|-----|
|      |              | 割合(%)   | 実数  | 割合(%)    | 実数  |
| 世帯類型 | 単身世帯         | 3.53    | 7   | 14.03    | 40  |
|      | 夫婦のみ         | 14.14   | 28  | 7.36     | 21  |
|      | 親子(孫)        | 14.64   | 29  | 12.28    | 35  |
|      | 多世代          | 66.16   | 131 | 62.80    | 179 |
|      | その他          | 1.51    | 3   | 2.80     | 9   |
| 世帯種  | 65歳以上のみ      | 19.69   | 39  | 21.75    | 62  |
|      | 65歳以上18歳未満のみ | 0.00    | 0   | 0.00     | 0   |
|      | その他          | 80.30   | 159 | 78.24    | 223 |

介護の負担を女性に寄せている状況がどこまで続けられるものかきわめて心配である。

### ② 介護の交代状況

主な介護者が介護から解放される状況を次に問うたところ、表16で示すように、約半数が他者と介護を交代する日を有していた。この介護代替者の内容は同居または別居の親族であり、家政婦等の市場メカニズムによって得られるサービスや家庭奉仕員、デイ・サービス等の公的サービスの利用はきわめて少ない状況である。

## 3. 在宅介護サービス等の利用状況

在宅ねたきり者支援等のための公的なサービス利用について問うたところ、きわめてショッキングな結果が現れた。表17で示すように、公的な介護サービス利用率がきわめて低く出ており、在宅ねたきり者の支援に既存のサービスがあまり役立っていない状況が目にとまっている。ここまで利用率が低く出るとは予想しておらず、筆者



表 14 介護不要日常生活動作個数

| 質問項目                    | 回答項目 | ①在宅ねたきり |     | ②6ヵ月以上入院 |    |
|-------------------------|------|---------|-----|----------|----|
|                         |      | 割合(%)   | 実数  | 割合(%)    | 実数 |
| 7種の日常生活動作のなかで介助不要と回答した数 | 0個   | 59.09   | 117 | 30.17    | 86 |
|                         | 1個   | 12.62   | 25  | 9.12     | 55 |
|                         | 2個   | 10.10   | 20  | 5.96     | 17 |
|                         | 3個   | 4.04    | 8   | 6.31     | 18 |
|                         | 4個   | 4.54    | 9   | 5.96     | 17 |
|                         | 5個   | 4.04    | 8   | 7.36     | 21 |
|                         | 6個   | 1.51    | 3   | 10.52    | 30 |
|                         | 7個   | 4.04    | 8   | 24.56    | 70 |

の立場としては、正直なところ困ったなあという気がしている。要するに、国の施策においても高齢者福祉10ヵ年ゴールドプランが策定されたように、在宅支援サービスの拡充が推進されようとしているが、肝心の在宅ねたきり者の世帯がサービスの利用について消極的であっては、いかに供給体制を整備しても役に立たない。さらに、利用しない理由について問うたところ、表18で示されるように、他に預けることに抵抗があること以外あまりはっきりとした理由が現れてこない。いわゆる福祉サービスの利用に対する抵抗感ではないかと考察するが、このような状況のなかでいわゆる要介護老人の在宅生活の充実及び支援を進め、その普及を図っていくためには、需要喚起も併せて進めていかなければならないようである。

## V おわりに

筆者は、現在厚生省から出向して諫早市という住民に最も身近な地方公共団体で住民の健康づくり、社会福祉等の施策の責任者となっているものであり、この小論も学問的関心に基づくものというよりは、諫早市を含めた橘湾沿岸圏域における新たな施策企画及び実施のための実務的必要性から派生したものである。このため、小論ではこれまでの分析を通じた、この地域における健康づくり、要介護老人在宅生活支援、施策の在り方についての次のまとめをもってその結びとしたい。

### 〔健康づくり施策〕

- ① 成人病の増大に対応していくためには、疾病の早期発見以上に、ライフスタイルをより健康

表 15 主な介護者の属性

| 質問項目     | 回答項目  | 在宅ねたきり |     |
|----------|-------|--------|-----|
|          |       | 割合(%)  | 実数  |
| 主な介護者    | 世帯員   | 90.40  | 179 |
|          | その他   | 8.58   | 17  |
|          | 無答    | 1.01   | 2   |
| 介護者の性別   | 男     | 10.05  | 18  |
|          | 女     | 89.94  | 161 |
|          | 無答    | 0.00   | 0   |
| 介護者の年齢   | 10代未満 | 0.00   | 0   |
|          | 10代   | 0.00   | 0   |
|          | 20代   | 1.11   | 2   |
|          | 30代   | 7.26   | 13  |
|          | 40代   | 17.31  | 31  |
|          | 50代   | 24.58  | 44  |
|          | 60代   | 25.13  | 45  |
|          | 70代   | 20.11  | 36  |
|          | 80代   | 3.91   | 7   |
|          | 90代   | 0.35   | 1   |
| 回答者属性一統柄 | 配偶者   | 32.32  | 64  |
|          | 子     | 18.18  | 36  |
|          | 子の配偶者 | 36.86  | 73  |
|          | 親     | 1.51   | 3   |
|          | 兄弟姉妹  | 2.02   | 4   |
|          | その他   | 2.02   | 4   |
|          | 無答    | 7.07   | 14  |

表 16 介護の交代者

| 質問項目        | 回答項目     | 在宅ねたきり |    |
|-------------|----------|--------|----|
|             |          | 割合(%)  | 実数 |
| 介護を交代してもらう人 | 同居親族     | 53.16  | 42 |
|             | 別居親族     | 45.56  | 36 |
|             | 家政婦      | 7.59   | 6  |
|             | 家庭奉仕員    | 7.59   | 6  |
|             | デイ・サービス等 | 6.32   | 5  |
|             | その他      | 2.53   | 2  |
|             | 無答       | 1.26   | 1  |

的なものに改善し、高齢期になっても発症しない身体をつくるための第1次予防対策を充実すること。

② このための食生活の改善については、意識の普及が相当進んでいる状況を踏まえ、集団に対する指導から個人指導へとウェイトを移しより細かく具体的な情報の提供を図る。特に高齢者のウェイトコントロールに重点を置き、給食サービスの創設についても検討する。

表 17 在宅支援サービス等の利用状況

| 質問項目                      | 回答項目     | 在宅ねたきり |     |
|---------------------------|----------|--------|-----|
|                           |          | 割合(%)  | 実数  |
| 公的サービス利用状況——家庭<br>奉仕員利用有無 | 利用している   | 6.06   | 12  |
|                           | 利用していない  | 78.78  | 156 |
|                           | 無 答      | 15.15  | 30  |
| デイ・サービス<br>利用有無           | 利用している   | 7.07   | 14  |
|                           | 利用していない  | 75.75  | 150 |
|                           | 無 答      | 17.17  | 34  |
| ショートステイ<br>利用有無           | 利用したことあり | 3.53   | 7   |
|                           | 利用したことなし | 75.75  | 150 |
|                           | 無 答      | 20.70  | 41  |

③ 運動普及については、意識の啓発普及が十分ではなく、取り組みに大きなばらつきが見られる。このため、最も基礎的な健康づくりのための運動である、歩くことの普及から始めて運動の重要性を認識させることを第1とする。さらに、多様な運動の実践を進めていくため、各種の運動施設の整備、運動指導者の育成、運動実践機会の整備を図る。

④ 休養については、特に働き盛り世代の問題として意識の啓発普及に努める。この際、休養することの積極的な意義を広め、休むことに対する抵抗感の解消に努める。

⑤ 健康診査については、単に病気であるかどうかのチェックだけではなくライフスタイルに内在するリスクファクターの評価も併せて行えるようその改善を図る。また、これを健康教育、保健指導へのアクセスを高めるための機会としての活用を図る。

#### 〔要介護老人在宅生活支援施策〕

① 居宅における生活の長所は、施設や病院では制約を受けがちな生活行動が自由に、自らの選択によって行え、かつ、地域社会との緊密な交流が可能であることがその第1である。これらは、個人の生活の質を高める大きな要素であり、要介護老人に在宅生活を積極的に選択させるためには、多少の不自由以上に生きがいのある生活を楽しむという意欲をもたせることがまず必要である。このため、在宅要介護老人であってもできるかぎり社会参加機会等の整備を図り、生きがいの開発

表 18 在宅支援サービス等を利用しない理由

| 質問項目                         | 回答項目        | 在宅ねたきり |     |
|------------------------------|-------------|--------|-----|
|                              |             | 割合(%)  | 実数  |
| 在宅支援サービス等を利用しない理由——家庭<br>奉仕員 | 他人である抵抗感    | 11.53  | 18  |
|                              | 料 金 が 高 い   | 1.28   | 2   |
|                              | 制度を知らなかった   | 5.76   | 9   |
|                              | 申し込み方法を知らない | 0.64   | 1   |
|                              | 利用要件を満たさない  | 12.17  | 19  |
|                              | 断 ら れ た た め | 0.64   | 1   |
|                              | そ の 他       | 67.94  | 106 |
|                              | 無 答         | 0.00   | 0   |
| デイ・サービス                      | 他人である抵抗感    | 31.33  | 47  |
|                              | 料 金 が 高 い   | 0.00   | 0   |
|                              | 制度を知らなかった   | 8.00   | 12  |
|                              | 申し込み方法を知らない | 0.00   | 0   |
|                              | 利用要件を満たさない  | 6.66   | 10  |
|                              | 断 ら れ た た め | 0.00   | 0   |
|                              | 本人を運べないため   | 12.00  | 18  |
|                              | そ の 他       | 42.00  | 63  |
|                              | 無 答         | 0.00   | 0   |
| ショートステイ                      | 他人である抵抗感    | 39.33  | 59  |
|                              | 料 金 が 高 い   | 1.33   | 2   |
|                              | 制度を知らなかった   | 9.33   | 14  |
|                              | 申し込み方法を知らない | 0.66   | 1   |
|                              | 利用要件を満たさない  | 6.00   | 9   |
|                              | 断 ら れ た た め | 0.00   | 0   |
|                              | 本人を運べないため   | 12.00  | 18  |
|                              | そ の 他       | 42.00  | 63  |
|                              | 無 答         | 0.00   | 0   |

及び向上に努める。

② 日常生活動作ができるかぎり自力で、または一部分の介助を受けることのみで行えるよう配慮し、その自立心を培養するとともに周囲の負担を軽減するため、住宅設備・構造の改善を進める。

③ 要介護老人に対する介護負担が過重とならないように、外部の生活支援サービスに対するアクセスの向上を図る。このため、その量的、質的整備を進めるとともに合理的料金で利用可能なように公的な関与を行う。また、利用に当たって心理的障害が生じないよう選択可能な民間によるサービス供給を基本とする。

(ふくだ・まさひろ 諫早市理事兼福祉部長、  
橘湾沿岸開発連合会議事務局長)

## 健康づくりの政策的妥当性

高 原 亮 治

### I はじめに

健康づくり，つまり疾患にかかっているからの治療的なアプローチ（治療医学）よりも，疾患にかかるとを防止し，可能な限り「体力」を高め寿命を延ばすことに重点をおくべきであるという考え方は必ずしも新しいものではない。洋の東西を問わず，古代の医学医術，例えばヒポクラテス医学やインド，中国医学においてもこういった理想は追求されてきた<sup>1)</sup>。

本稿の目的はこのように古くからある健康づくり，健康増進への需要が今後どう変化することが見込まれるか，そしてそれに対応すべき公的セクターの対応はいかにあるべきかを検討することである。これにつづくⅡ節では，健康づくり政策を含む保健医療需要の特質が，治療サービスと比較して概念的に検討される。Ⅲ節では，現在供給されている健康づくりサービスについて紹介するとともに，その問題点を検討する。Ⅳ節では，今後見込まれる社会変化がどのように健康づくりサービスの需要に影響するかの予測が述べられる。Ⅴ節においては需要予測に対応する政策オプションが提示され，Ⅵ節において，提示された政策オプションの政策的妥当性が検討されるという構成になっている。

健康づくり，もしくは健康増進の概念について本稿では明確な定義づけはなされないまま用いられている。これは，これらの概念を定義づけようとするならば，「健康」という概念自体に明確な定義を与えざるをえなくなるからであり，おそら

くは本稿の目的以外であろう議論に深入りすることは避けなければならないからである<sup>2)</sup>。また同様な理由で，いわゆる社会経済的諸条件や環境衛生学として取り扱われている領域にも立ち入っていない。したがって，本稿で検討の対象とした「健康づくり」は，予防医学とか，行政的には対人保健サービスとされている領域にほかならない。また同様の理由で，労働衛生，学校保健，ないし防衛衛生として扱われている特定の人口集団に対する保健医療上のアプローチも除外した。その結果，本稿で検討の対象としたものは比較的狭い領域における「健康づくり」に関するものとならざるをえなかった。これは，除外した領域が広義の「健康づくり」上重要ではない，という理由によるものではなく，分析の方法論として本稿で用いたものとは異質のものが必要となってくる事態を避け，比較的単純なモデルで現在問題となっている問題を議論するためである。

なおいうまでもなく，本稿は排他的に筆者の私見であり，所属する組織等の見解を代表するものでも，反映するものでもない。

### Ⅱ 概念的接近——健康づくりの特質

本節では健康づくりサービスを検討するに当たって，第1にこの種のサービスの需要と供給，特に需要の決定因子について検討される。第2にこれらのサービスの生産，第3にこれら過程に対する公共関与の諸相が検討される。本節の目的は健康づくりサービスの需要，供給，生産とこれらに対する公共関与の相互関連について次項以降で

具体的に分析を行うためのフレームワークの提示を行うことである。

## 1. 需要と供給に関与する因子

### (ア) サービスの価格および所得

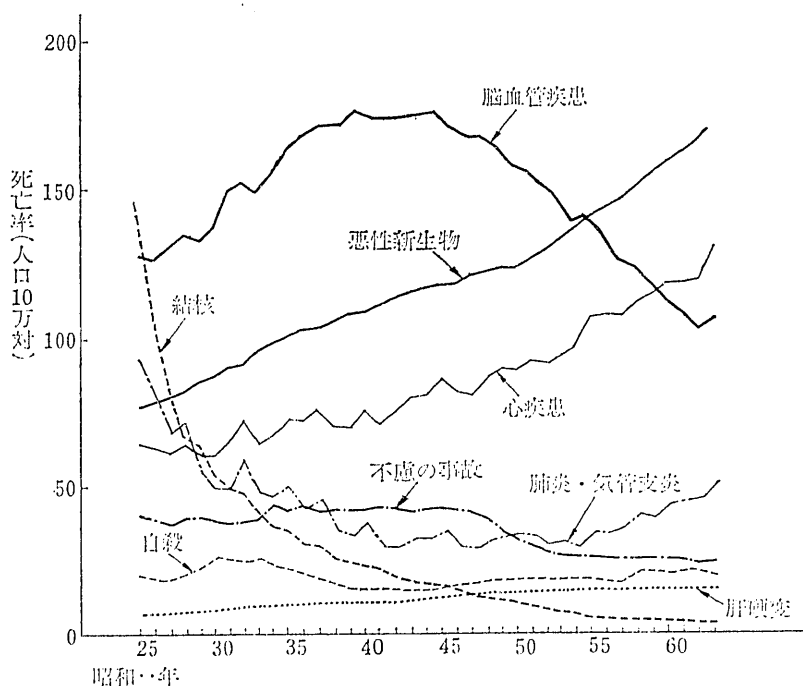
健康づくりサービスの価格ないし相対価格が需要の大きな決定要因であることはいうまでもない。特に健康づくりサービスと疾患が発生した後に消費する治療サービスとは相互に、代替財的性格を有しているところから、この2つのサービスの相互関係については、多少検討しておく必要がある。

治療サービスは発病後いわば緊急時に希求されるサービスである一方、健康づくりサービスは発病する相当以前に、いわば健康問題が必ずしも切実でない時期に費消されるものである。このことから、概念的には治療サービスに比し、健康づくりサービスの価格弾力性は大きいであろうことが予想される。つまり価格弾性値の小さい治療サービスと価格弾性値の大きい健康づくりサービスが通時的に代替財として存在していると考えられる。さらに現在みられるように社会保険や公費負担が治療サービスの価格を低下させるように働いたら

ば、治療サービスへの著しい資源の不均衡な配分という結果になりがちである<sup>3)</sup>。

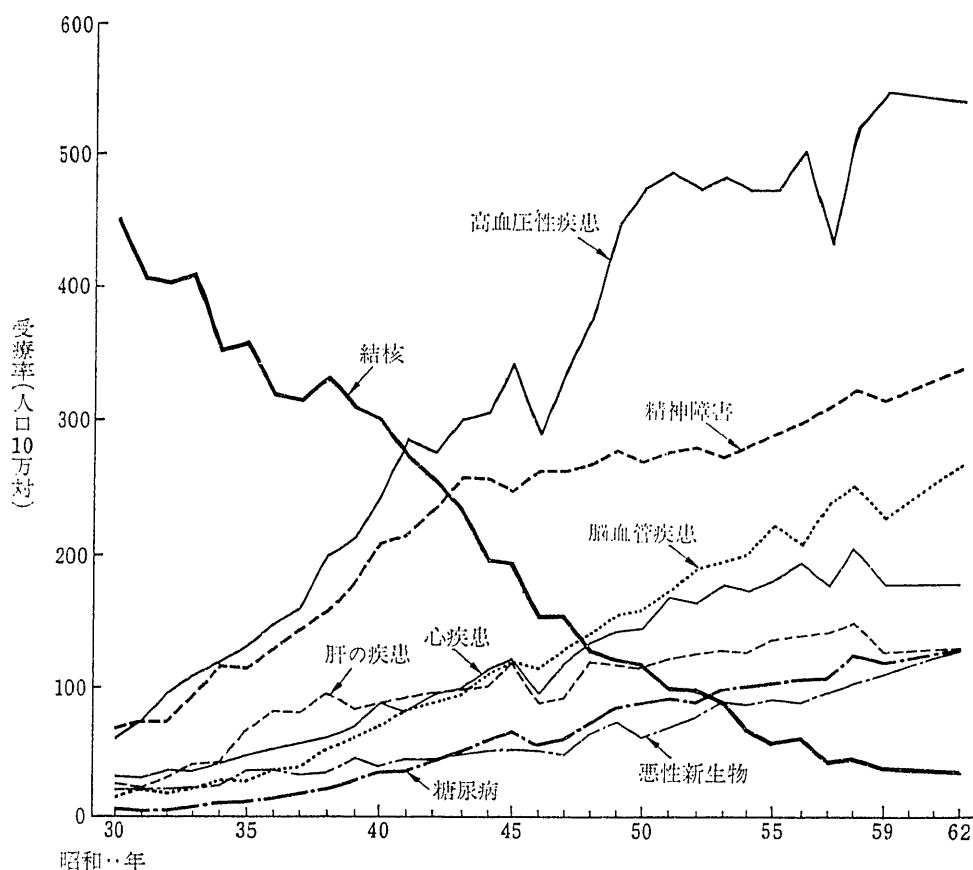
### (イ) 健康水準

健康づくりサービスについて人々が効用を感じるのには、人々が疾患にかかる可能性を有し、それを信じているか、ないしはもっと高いレベルの健康に到達できる可能性を感じているからと考えられる。したがって人々の健康水準、特に自覚的な健康水準は健康づくりサービスの需要に大きな影響をもっていると思われる。すなわち、到達可能と考えられる健康水準（参照健康水準）と現段階における自覚健康水準との差が大きくなればなるほど、健康づくりサービスの効用は増加するものと考えられ、このことは参照健康水準が上昇するか、自覚健康水準が低下することによって、サービスの需要が増加することを予測させる。例えば年をとるにつれて、寝たきりになることはやむをえないという考えと、活動的な老年を迎えることは可能だという考えでは、人々が後者の考えになじむにつれて、参照健康水準の上昇がみられ、サービスの消費水準が上昇することになる。また高齢者の増加は、加齢現象による疾病量の増大を



資料：厚生省人口動態調査。

図1 主要死因別にみた死亡率の年次推移



注：調査月は、30～58年は各年7月、59・62年は10月である。

資料：厚生省患者調査。

図2 主要傷病別受療率(人口10万対)の年次推移

もたらし、自覚健康水準の低下に結びつき、需要増を招くことが予想される<sup>4)</sup>。

#### (ウ) 疾病構造

これまでに論じた点が主として、サービスの量に関与すると考えられるのに対し、疾病構造はサービスの種類や質——いかなる種類のサービスが求められるかに関するものである。疾病構造は近代に入ってから、その重点をコレラやペストなどの急性感染症から、結核などの慢性感染症に、さらには癌、脳卒中、心疾患、高血圧、糖尿病、動脈硬化症、高脂血症などのいわゆる成人病に移行し現在に至っている。当然のことであるが、疾患の種類によって有効な予防手段は異なる。疾病構造の変化がみられるにもかかわらず、供給されるサービスが変化しないならば、すなわち古い疾病構造に対応するサービスのみが供給されるならば、需給のミスマッチを生むことになる(図1、

図2)。

#### (エ) 嗜好

各種の健康づくりサービスや、これと代替的な関係をもつ治療サービスには非金銭的な精神的費用を伴う場合が多い。例えば運動を考えるならば、同じ内容であっても、これを好む者にとっては喜びであり(費用は負)、好まない者にとっては著しい苦痛(大きな費用の発生)である。治療における入院をとっても監禁されているように感じる者もいれば、生活と医療が保障されて安心であると認識する者もいる。したがって、社会的な好みの変化や生活条件が、健康づくりサービスの需要に影響を与えることともなる<sup>5)</sup>。

## 2. 生産に関連する因子

### (ア) 人的資源

健康づくりサービスを生産するための人的資源

は、生産するサービスの種類によって、最適な組み合わせが存在する。つまり、予防接種というサービスを行うために至適な組み合わせが医師と看護婦であったとしても、同一のチームが循環器疾患の予防のための、運動カウンセリングを実施するための至適なチームとはいいたくことを意味する。このことは旧来の身分法的業務独占の妥当性を再検討する必要があることを示している<sup>6)</sup>。

#### (イ) 技 術

健康づくりサービスの技術に関しては、サービス自体が健康水準を向上させるひとつの保健医療技術であるという側面と、具体的なサービスを生産するという生産技術であるとの側面の2つがある。健康づくりサービスの健康づくり技術としての有効性の検討は、医療技術評価として、急速に普及がみられる分野である<sup>7)</sup>。また効率的に有効なサービスをどう供給すればよいのかという問題は、もうひとつの別の話である。

### 3. 公共関与の方法

#### (ア) 公的主体によるサービスの直接供給

多くの健康づくりサービスは公的主体により供給されている。水、大気、食品の衛生警察的監視、多くの予防接種の実施、健康診断やスクリーニングの実施、保健相談等は市町村、都道府県により供給されているところである。この場合、費用は公費によりほとんど全額が負担されており、費用が利用者から徴収される場合にあっては、その金額は名目的な額にとどまっていることが多い。

#### (イ) 規 制

健康増進サービスのうち、医療に属する行為（例えば診断）を行うことができるのは、医師が医療施設（病院、診療所）で実施する場合のみである。また保健指導は保健婦の独占的業務とされている。健康運動指導士等新しい資格は業務独占ではなく、名称独占である。

#### (ウ) 情報の公開と品質の管理

機能性食品、特殊栄養食品には一定の基準にもとづき、基準適合性や成分の表示がなされている。前項で言及した、名称独占も従事者の資質に関する情報公開もしくは品質管理の側面を有する。

## III 現在実施されている健康づくり政策とその問題点

### 1. 感染症対策

感染症対策は、①原因であるウイルス、細菌、リケッチア、寄生虫対策、②伝播体たる蚊や食品の管理などの伝播（感染）経路の対策、③ヒト自体への対策に区分される<sup>8)</sup>。感染経路対策としては、経口感染防止の観点からは、手洗いの習慣や水、食品の衛生管理が重視される。また、そ族昆虫対策も感染経路対策上重要である。ヒト自体への対策としては、感染しても発病しないために、一般的な体力の強化や免疫が受動的もしくは他動的に与えられる（ワクチン、抗毒素）。感染症対策は古くから公的関与のもとに実施された歴史をもっている。例えば伝染病予防法や結核予防法、性病予防法等の防疫法規はいずれも強力な公権力の発動を想定しており、例えば伝染病予防法には、届出の義務、強制的な診断、患家の消毒、患者の強制収容等が定められている。また予防接種法は予防接種を受ける義務を定めているとともに、公費負担や予防接種事故に対する救済制度が定められている<sup>9)</sup>。

これは感染症、特に急性伝染病の外部（不）経済効果が著しいことによるものであるが、古典的な防疫諸法に定められた措置が現在においても国民感情に適合するか否かは疑問のあるところである。現代において、伝染病予防法に定められた多くの疾患より重大であると考えられる後天性免疫不全症候群の対策について、昭和63年に成立した後天性免疫不全症候群の予防に関する法律が必ずしも強力な公権力の関与を想定していないことは、国民の意識の変化として今後重視すべきことであろう。

### 2. 健康診断

感染症疾患の対策においては、早期発見は重要な手段であった。感染症にかかっている患者は病原体を排出している場合も多く、たとえ治療の手段がなくとも、早期発見を行い、隔離すること



よって他への感染を防止しえたからである。この手法は、適切な治療手段がない場合であっても社会防衛上有効なことから、古くから——紀元前から——とられている手法である。その後近代医学の進展に伴って、感染症やその他の疾患の治療に有効な方法が発見されるに至って、疾患を早期に発見し、早期に治療を開始したならば、それだけ治療成績（死亡や身体障害の防止）も良くなるはずだという「早期発見早期治療」の神話はその考え方があまりにも常識的なところから疑われることなく、予防医学の唯一無二の原則としてこれまで信じられてきた。特にわが国においては、漢方医学において成立していた「手おくれ」の概念とあいまって、この考えは広く受け入れられることとなった<sup>10)</sup>。特に集団検診方式が結核対策に有効であったとする評価から、有効性の必ずしも十分な実証のないまま母子保健や成人病対策など、疾患対策が急性感染症と同一のパラダイムの上に成立しているとはいえない領域においてまで汎用されるに至っている。特に、結核検診、労働基準法、後に労働安全衛生法による検診、学校保健法による検診、最近では老人保健法による検診を通じてわが国独特の「検診業界」が成立し、ある種の利害団体が形成されている。

### 3. 教 育

疾病構造をとわず、教育は健康増進の重要な手段であった。健康増進や疾患予防は、感染症に対する隔離等を除けば、ほとんどが健康に過ごす——病気を避ける知識や知恵と同義であった。したがって知識や知恵の伝達が教育の目的である以上、古代イスラエルにおいてもギリシャにおいても、中国、インドにおいても、またわが国の養生訓に至るまで教育は予防医学の主要な手段として認識されていた。戦後の日本においても、公衆衛生行政や保健所の再出発にあたって、衛生教育は極めて重要な役割が期待されたのも当然であった。しかしながら、家庭教育においても、学校教育においても、職業教育においても、社会教育においても現在のところ健康づくりの教育は、例えば喫煙率が十分な低下を示さないことにみられるよう、

必ずしも成果をあげているとはいえない。

### 4. 現在の健康づくり対策の問題点

現在の健康づくり対策が十分な成果をあげていないとするならば、現在の健康づくり対策で、最大の資源配分がなされている、早期発見早期治療というパラダイムにもとづいた検診中心の対策を吟味することから始めなければならない。前項において述べたように、最低限、排菌者を隔離すればそれなりに目的を達成する感染症を目的とした検診は別として、早期治療を行って、治療成績を向上させるための健康診断については、成果をあげうるために満たさなければならぬいくつかの前提条件があるにもかかわらず、それらの条件が満たされぬまま実施されているといわざるをえない状況がみられる<sup>11)</sup>。第1に対象とする疾患に適切な治療手段が存在しており、さらに早期に治療を開始すればそれだけ良い治療成績を得ることが実証されていなければならない。常識的に考えて、この条件はほとんどの疾患について満足するものと考えて施策が開始されるわけだが、実際には根拠がうすく、疾患や治療についての疫学的検討が進むにつれて、むしろ否定的な結論が明らかになりつつある。したがって早期発見が効果不明な長期治療に結びつくばかりではなく、治療の副作用によって目的と正反対の結果を招くこともあることが指摘されている。例えば高脂血症は虚血性心疾患の発生率を高めることによって心疾患による死亡率を増すことが知られている。また一方ある薬剤（クロフィブレート）は高脂血症を改善することもよく知られている。したがって、高脂血症患者を検査により発見し（早期発見）、クロフィブレートにより治療（早期治療）を行うことにより、心疾患による死亡を防止しようという試みは極めて科学的に妥当であるように思われる。ところが、このプログラムを実施した群における死亡率はクロフィブレートの肝毒性により、プログラムを実施しなかった群より高いということが判明したという有名な事実がある。現在実施されている検診の多くは、上記の高脂血症ほどの治療効果における実証性すらないまま実施されている

ことを考えれば、現在の検診万能のアプローチは健康面についても益よりも害を生み出していると想像される。このような状況が一向に改善されないのは、①前項で述べたような利害集団の形成、②検診が医療の入り口になっており、医療需要の増高につながることから、医療産業側の利益に合致していること、③わが国においては冷静な技術評価を行う学問領域が未発達であること。なかでも、その基礎である臨床疫学の研究者が少ないこと、④検診の推進は予防医学であり社会保障の一環であって、たとえ効果が疑わしくても推進することが善であると主張する特定政治グループの存在と、このグループと医療産業の癒着が考えられる。

検診を実施することが合理的であるとする第2の条件は、対象とする疾患が自覚症状がない時期に発見することが治療上、最適であることであり、第3の条件は検診に用いる手段の適切性であり、疑陽性、疑陰性が少ないこと、費用や受検者の苦痛が比較的少ないことなどの条件を満たすことである<sup>12)</sup>。

ちなみに現在諸外国においては、検診について否定的な考えが拡大しつつあることも無視できない状況である。現在日本で広く受け入れられている多項目検診は1949年カリフォルニアに始まり、1960年を通じて全米に拡大した。70年代に入ってから健康改善への有効性が極めて低いことから、限定的、否定的な考え方が拡大した。特に米国予防医学の集大成である89年刊行の臨床予防医学ガイド——米国予防医学サービスタスクフォース報告書は60にものぼる疾患の100以上の予防手段を逐一詳細に評価を行っているが、特に検診については極めて厳しい評価を行っている<sup>13)</sup>。検診とは逆に、高い評価が示されているものは教育であり、医師に期待される役割として教育者や栄養士であることをあげている。また検診重視の副作用のひとつとして、健康管理担当者の時間配分が検診中心となり、教育的役割を果たすに果たせなくなっているという現象もみられている。このことは老人検診の項目増に伴い保健婦から、また労働安全衛生法の改正に伴って産業医から聴取するところ

である。

#### IV 21世紀に向かっての健康づくり

##### 1. 対象疾患

健康づくりとは、概念的には単に疾患の予防に限定されるものではないが、健康ないし健康度を測定することは不可能である。生体の機能にしても肺活量とか筋力、運動時の心拍数等により表示される心機能といった臓器レベルについては評価可能なものもあるが、全人的な機能の評価は不可能である。したがって臓器レベルの機能や全人的機能を障害する要因をわれわれは疾患と呼ぶわけであるから、さしあたっての健康づくりとは、疾患の予防、つまり予防医学と考えてよい。疾患を予防することをさしあたっての健康づくりの目的と考えるなら、いかなる疾患を想定するかが、健康づくりの手段を規定することとなる。21世紀に向かってのわが国では、高齢者人口の急増が見込まれること、後天性免疫不全症候群等のウイルス感染症を除き、感染症はほぼ制圧状況にあることを考えるなら、死亡率、有病率、受療率、医療費のどの観点からみても癌、脳血管疾患、心疾患の3大疾患に対する対策が重要となってくる。これらの3大疾患、特に脳血管疾患と心疾患はその発症の基礎に、高血圧、糖尿病、高脂血症などのいわゆる成人病が存在している。これら成人病の特徴は遺伝的因子もあるが、いずれも喫煙、ストレス、飲酒、食生活、運動などの生活様式（ライフスタイル）が深い関係をもっていることである<sup>14)</sup>。

##### (ア) 循環器疾患

循環器疾患では、脳血管疾患、虚血性心疾患が主なものである。これらは、それぞれ脳の動脈と心臓の冠状動脈の動脈硬化症によるものである。動脈硬化の進展には、血圧、コレステロールなどの血中の脂質、血栓の形成されやすさが関与している。したがって血圧に關与する塩分摂取、ストレスの存在、脂質に關与する飽和脂肪酸やカロリーの摂取等は動脈硬化に影響する。喫煙は血圧の上昇、血栓形成に關与すると考えられる。また糖尿病は動脈硬化促進の大きな原因である。適切

な運動は血中の脂質の上昇を低下させたり、血圧を降下させる等の働きをもっている<sup>15)</sup>。

#### (イ) 癌

癌の発現には、遺伝子、ウイルス、環境等が関与しているが、癌への寄与の最大は食物で35%、次いでタバコの30%とライフスタイルの変更により予防できることは広く専門家の間に受け入れられている。ビタミンの適切な摂取やファイバーの摂取に癌の予防効果を期待している人々もある。子宮癌、乳癌、胃癌では検診の有効性も想定される<sup>16)</sup>。

#### (ウ) 骨折

骨折は、老人の寝たきりの大きな原因となっている。骨折の原因としては、骨粗鬆症が内的原因としてあげられる。骨粗鬆症は加齢に伴って代謝性に骨成分が減少する症状であり、若いときからの適度の運動により軽症化が可能であるほか、カルシウムの摂取も重要であるとされている<sup>17)</sup>。

### 2. 対応手段

米国政府人事院のガイドラインでは、健康づくりの手段として、評価および介入をあげている。評価には、CDC等の開発したヘルスリスク評価、大統領委員会による運動負荷試験を含む健康づくり基準、国立心肺血液研究所による知識テストの活用が示唆され、介入プログラムとしては禁煙教室、ウォーキング、フィットネスクラス、ストレス管理、体重管理、栄養教室、腰痛教室があげられている<sup>18)</sup>。

#### (ア) 健康リスク評価 (HRA)

健康リスク評価は疫学的知見を用いて、個人のライフスタイルがどのように疾患や寿命に影響を与えるか予測するものである。問診表をコンピュータで分析することにより、個々人のライフスタイルの問題点を示し、アルコール、タバコ、運動量、睡眠時間等につき生活処方を行うものである。米国ではCDCで開発されたものが有名であり、日本でも予測医学の一部として開発が進行中である。しかしながら、HRAの予測の正確さには種々の問題が指摘されており、予測の目的よりも健康教育のための利用が重視されている<sup>19)</sup>。

#### (イ) 運動負荷試験

適切な運動負荷を決定し運動処方を行うためには、運動負荷試験が必要である。運動負荷試験は12分間走等を集団で行い脈拍で評価するフィールドテスト、最大負荷の85%までで主として脈拍で評価する最大閾値下テスト、最大負荷をかけ通常は心電図等でモニターする最大負荷テストがある。米国スポーツ医学会の勧告によると、年齢と虚血性心疾患の危険因子の有無により6グループに分け、検査の種類とグループの組み合わせにより、医師の立ち会いの要不要について判断している<sup>20)</sup>。

#### (ウ) 禁煙指導

喫煙に関連する死亡は、全死亡の6分の1にあたるといわれており、最大の健康改善の可能な要因である。喫煙は、肺、気管および気管支、口腔、咽頭、食道の癌の明白な原因であり膵、腎、膀胱、胃の癌を増加させる。また動脈硬化を促進させ心発作の30%は喫煙起因性である。気管支喘息、慢性気管支炎、肺気腫などの閉塞性肺疾患の原因のひとつは喫煙であり、肺炎やインフルエンザを悪化させる。さらに住居の火災、受動喫煙により他人の健康をも害している。こういった喫煙の害の多くは中止により少なくとも低減することができる。禁煙のカウンセリングは、したがって健康増進プログラムが提供する最も有効な手段である。米国人事院では、①教育資料の配布、②職員が禁煙プログラムに参加するための休暇、③禁煙プログラムに関する情報の提供等を行うこととしている。臨床予防医学ガイドによれば、医師の直接のカウンセリングが最も有効であるとしており、禁煙に関して再診を定期的に行うことも有効としている<sup>21)</sup>。

#### (エ) 運動

近代社会では多くの人が運動不足であり、虚血性心疾患、高血圧、糖尿病（インシュリン非依存性）、骨粗鬆症の発症因子となっている。疫学調査によれば、定期的に運動する者は非活発な者に比べ死亡率が明らかに低いことが認められている。不活発なグループが虚血性心疾患に罹患する率は、定期的に運動する者の2倍である。また高血圧を発症する率は35～52%高い。運動はまた精神保健

とも深い関連を有しており、自尊心の維持に有効である。運動カウンセリングの有効性については禁煙カウンセリングと同程度である。運動処方 FIT すなわち F (Frequency) 頻度, I (Intensity) 強度, T (Time) 時間の処方であるといわれており、頻度は週当たりの回数、強度は最大心拍数の%, 時間は1回の運動当たりの時間で表示される<sup>22)</sup>。

#### (オ) 肥 満

肥満は15~20%の成人にみられるといわれ、高血圧や非インシュリン依存性糖尿病、高脂血症および全般的に死亡率の増大と関連している。また社会的精神的な問題を引き起こしている。肥満は素因、環境、生活習慣が複合している。肥満に対処するためには、医学的、行動科学的、栄養学的、運動科学的な総合的なアプローチが必要であるとされている<sup>23)</sup>。

#### (カ) 食事指導

食習慣が関与する疾患は、虚血性心疾患、ある種の癌、脳卒中のほか、高血圧、糖尿病、肥満があげられる。糖尿病は動脈硬化を促進するとともに、神経障害、末梢血管疾患、それに腎不全や失明の大きな原因となっている。また骨粗鬆症、便秘、虫歯なども不適正な食習慣に起因する。前掲臨床予防医学ガイドによる栄養指導の主要事項は、①脂肪特に飽和脂肪酸の摂取を減少させること、②ファイバーの摂取を増加させること、③塩分の摂取を減少させることなどとされている。また医師は、定期的に栄養カウンセリングを実施すべきであるとされている<sup>24)</sup>。

### 3. パラダイムの変化

これまでわれわれは、これまで用いられてきた主として急性感染症や結核を念頭において形成されてきた早期発見一早期治療型のパラダイムが、循環器疾患や他の成人病が対策の主要な目標となる現代には適応できないことを述べ、検診よりもライフスタイルの改善に目標をおいた教育的一カウンセリング的接近が重要であり、かつ有効であることを述べた。このことは、予防医学の用語でいえば、二次予防から一次予防への重点の移行の

必要性である。また別の表現をするならば、医療モデルから生活モデルへの健康増進のパラダイムの変化が求められるということである<sup>25)</sup>。

#### (ア) 二次予防から一次予防へ

成人病対策において、第二次予防、すなわち検診を重点的な政策として考えるのは次の理由から誤りである。第1に、検診により異常が発見されなかった場合、受検者に「根拠のない安心」を与えうることである。一方、禁煙、運動、栄養指導は検診のデータいかんにかかわらず重要なことであり、検診データは必ずしも意味のあるものとはいえない。第2に、早期治療の効果は、一部の癌等を除き確立していないということである。第3に、往々にして、検診は多量の疑陽性 (false positive) を生み、精密検査や必ずしも有効性が確立していない治療により膨大な医療費や薬害による人命が無駄に費消されるということである。

#### (イ) 個人責任の重視

ここで述べたように、現代の主要疾患は深く個人の生活習慣に根ざしており、例えば急性伝染病や公害病のように環境起因性ではない。国民1人1人が改善する気にならなければ改善できないという性質のものであり、医師や行政に盲目的に従うことによって改善は不可能な性質のものである。個人が能動的に健康を追求することの保障を今後は、あるとするならば、健康権と解すべきであり、サービスの公的供給を中心とした旧来の行政介入は見なおされるべきである<sup>26)</sup>。

#### (ウ) 医師等医療従事者の立場の変化

個人責任の増大に伴い、医師等の立場はそれを援助支援する立場に変化することになる。また医師の役割も旧来の診断者一治療者という立場から、教育者、カウンセラーとしての役割が大きくなる。しかしこのことは、医師の役割が低下することではなく、新しい事態に適合した場合には、最も強力な教育者たりうる。看護婦も教育者、行動変容者として重要な役割を担うこととなる。しかしながら、教育等の領域は基本的に身分法的独占業務は存在せず、供給市場の競争化は促進される<sup>27)</sup>。

## V 健康づくり政策のオプション

### 1. 情報伝達の強化

個人が自己責任にもとづき、理性的な選択を生活全般に対して行うことを期待することによって、健康増進を達成しようという場合にあっては、個人が判断の根拠とする情報が、的確に行われることが必須である。情報化社会の進展はこの点にとって有利である<sup>28)</sup>。

#### 〔学校教育の強化〕

一生のライフスタイルが形成される青少年期に、適切な健康教育がなされる必要がある。そのためには学校保健領域への地域保健の協力が検討されるべきであろう。

#### 〔食品の成分表示〕

現在の栄養指導はいまだ栄養不足恐怖時代のバランス論を中心に成立している。したがって、成人病時代、栄養過剰時代に適応した栄養指導とそれが可能になるような食品表示が必要である。例えば、コレステロール値等の表示が検討されなければならない<sup>29)</sup>。

### 2. 健康増進施設の設置促進

栄養、運動、禁煙等包括的な健康増進プログラムへのアクセスは必ずしも十分ではない。需要に見合ったプログラムを提供するためには、病床過剰地域の病院、健保組合の所有する保養所等の転用も考えられる。また村おこし等と提携して、滞在型（リゾート型）のプログラムも考えられる。

### 3. 人材の確保

健康運動指導士等健康増進プログラムを適切に指導する人材の養成が必要である。また医師、栄養士、保健婦等の既存の職場に再教育を行い、この分野に活用することも必要である。しかし業務独占的色彩は排除すべきで、あくまでも消費者選択の手段に止めることが望ましいだろう。

### 4. 健康増進プログラムへの資源配分

ヘルスセクターのなかで重点的に資源が配分さ

れているのは治療医学部門であり、次に二次予防を中心とした検診プログラムである。しかしながらこれまで述べたように、今後の避けえない疾病構造の変化から上記のような重点のおき方は不効率といわざるをえない。

さらにまた、前に述べた健康増進プログラムの需要が価格弾力的であり、治療と検診が公的に助成されている現状では本来の健康増進サービスの過小消費が現象せざるをえない構造となっている。さらに、ライフスタイルに起因する疾患に関してモラルハザードも惹起していると考えられる。したがって健康増進プログラムと既存のプログラムの間で公的ファイナンスのあり方を見なおす必要がある。論理的には健康増進プログラム参加者と非参加者について、保険料や一部負担金等の医療費負担を変える方法がある。

## VI 健康づくりへの公的関与

健康づくりを政策として推進する場合、公的に関与すべきか否かが政策の1つ1つについて吟味される必要がある。単に必要であるとか望ましいという理由からでは、政策目的を達成しないばかりか、妨害することにもなる<sup>29)</sup>。一般には、公的関与が許されるのは、①外部（不）経済が存在すること、または②公共財の生産の場合であろう<sup>30)</sup>。以下、これまでに述べた健康づくりの諸政策を外部経済と公共財の観点から分析する。

#### （ア）感染症対策——検診、予防接種等

感染の結果が重大であり、人から人への感染がみられ、発見することにより隔離できるか、ほかに適切な他への感染防止の手段があるときは、外部性の観点から公共介入を行うことが合理的であろう。しかしプライバシーやその他人権の観点からは別の見方もある。早期治療の有効性の有無は別に問題ではない<sup>31)</sup>。

#### （イ）検診——早期治療が有益な疾患

早期治療が有効である場合にあっては、早期診断を目的とした検診は一般的に合理的である場合が多い。しかしながら、そのことは検診を公に行う合理的理由であるとみなすことはできず、理

性的な各個人の消費者はそういったサービスを購入するだろう、というだけのことである。しかし代替財たる治療サービスに、おそらくは福祉損失が見込まれるまでの過剰な公的給付を行っていることを、それなりに前提とするならば治療サービスへの支出が減少するであろうことを期待して、「有効性」のある検診が公的に給付されることは理解しえないことではない。しかし問題は治療サービスへの過剰な公的コミットメントの修正策であり、それ自体の政策的合理性が存在するわけではない。

(ウ) 検診——早期治療の有効性がないもの

どのような観点からも合理化は困難である。例えば乳幼児検診や成人病検診、老人検診の多くの項目。しかしいったん開始されるならば、廃止する場合「無効性」の立証が必要となる場合も多く、なかなか廃止できないことが問題である。

(エ) 禁煙対策

喫煙は有害性が明白であり、受動喫煙を通じ他人にも害を及ぼす。したがって外部不経済は明白である。方策としては課税の強化、禁煙区域の拡大等の規制、教育や広報啓発、禁煙クリニック等がある。いずれも政策としての合理性を有しよう。ただし禁煙クリニックについては、利用者負担制度も考えられよう。

(オ) 運動施設の設置

運動施設は形態にもよるが、弱い非排除性と、利用者が少ない場合には非競合性を有している。また運動の健康への影響は前述のとおり明白である。ひとつの政策的なオプションは、発病しやすいリスクファクターを有する者や病弱者、障害者のために設置することである。

(カ) 食品の成分や効果の表示

非排除性と非競合性を満足している。しかし、事実と反する表示をどうやって防止するかが、消費者保護の観点から重要になる。

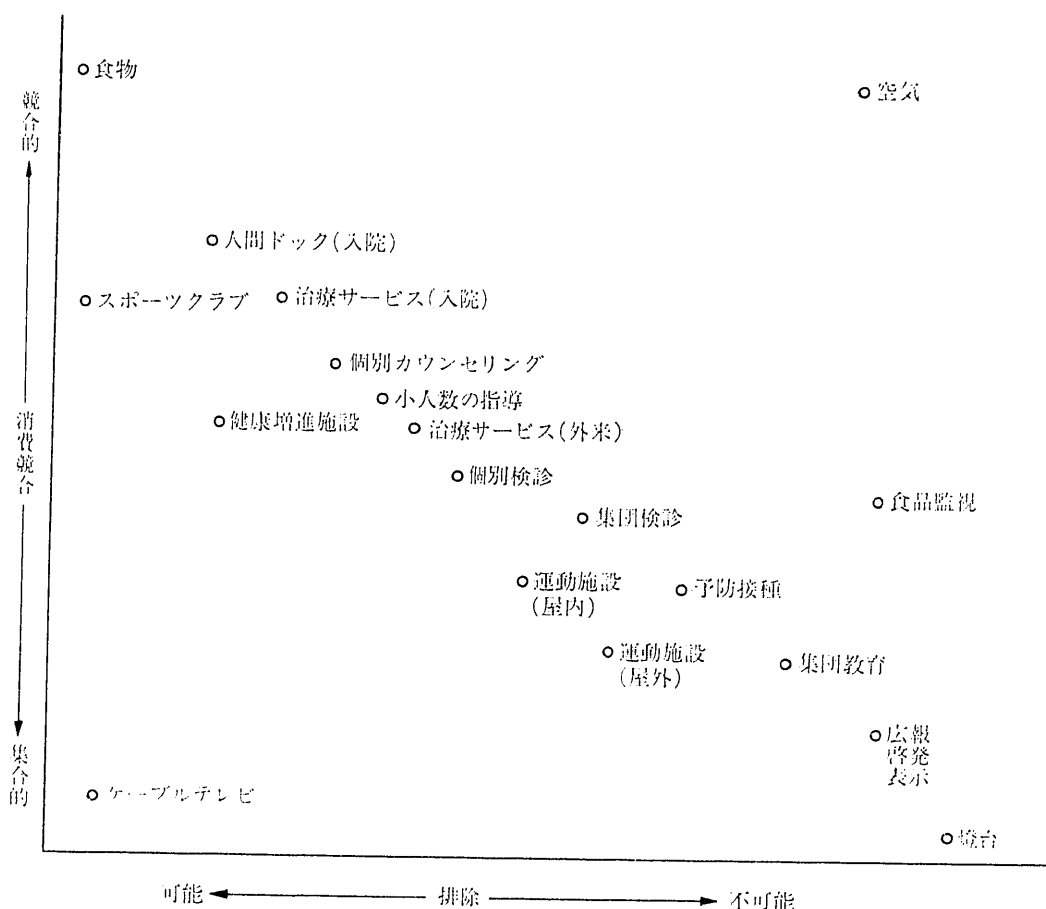


図3 健康づくりサービスの排除性と競合性

## (キ) 資格制度

業務独占でないかぎり、一種の情報公開と解される。各省庁で多様な健康づくり資格がみられるが、それほど害を流しているとはいえない。

## (ク) カウンセリング

有効性は確立している。しかし、排除性、競合性は相当なものであり、論理的には公的関与は正当化できない。治療サービスとのバランスで検討されるべきであるのは、有効な手段のある検診と同様である。

## (ケ) 集団的指導、啓発活動

有効性はある、相当程度の非排除性、非競合性を満足している。

## VII 結 論

以上われわれは、現在問題となっており、今後増加する疾患に対応しているかどうかという必要性の観点、医学的に有効か否かの有効性の観点、公的介入が合理的かどうかを外部経済、排除性、競合性から検討した妥当性の観点から、健康づくりの諸方策を検討した。その結果、必要性において今後低下するだろうと考えられるものとしての感染症対策、医学的に有効性が疑わしいものとして多くの検診を政策的対象から除外した。また外部性、競合性、排除性からみて、必要性、有効性を満たすもののうち、おおむね次の2群が区別されることが明らかになった。第1は、有効性と政策妥当性をともに満足するグループであって、禁煙対策、運動施設の設置、食品の成分や効果の表示、集団的指導啓発活動が含まれ、今後政策的推進が望まれる分野である。第2は、有効性の明白な検診と個別カウンセリングであって、有効性の評価は満足するが政策的妥当性は必ずしも合理化できないが、おそらく公的にファイナンスされている治療サービスより費用効果が良いことが推定される分野である。この分野については、個別に有効性と費用対効果の分析がなされたうえで政策的に実施されるべきであろう<sup>32)</sup>。

## 注

- 1) Douglas Guthrie, *A History of Medicine*, pp. 51-62, Thomas Nelson and Sons, London, 1946.
- 2) たしかに WHO や ILO は健康の定義らしきものをもっている。しかし、例えば WHO のよく知られた定義にせよ、健康の社会的な面や精神的な面を無視してはいけませんよ、といているにすぎない。健康度の測定については Donald L. Patrik and Marilyn Bergner, "Measurement of Health Status in the 1990s," *Ann. Rev. Public Health*, 1990 11: 165-83.
- 3) なぜに予防サービスの価値ないし所得弾性が大きいか、の理由のひとつは、本特集の別稿において漆知野らが分析しているように、治療サービスに比べ「不確実性」が大きい（と一般に思われている）ことであろう。不確実性の表現の時間的分析については、例えば、Victor R. Fuchs, "Time Preference and Health: An Exploratory Study," in V.R. Fuchs ed., *Economic Aspect of Health*, pp. 93-120, Univ. of Chicago Press, Chicago, 1982. 高原亮治「臨床判断分析と臨床経済学（中）」『Medical Way』Vol. 4, No. 2, 168-171頁, 1987年。また健康行動へのインセンティヴの経済モデルについては、S. Birch and G.L. Stoddart, "Incentives to be Healthy: An Economic Model of Health-related Behavior," CHEPA paper #24, McMaster Univ.
- 4) 予防サービスの消費量を実証的に分析した作業としては、Lee A. Lillard et al., "Preventive Medical Care," *Standards, Usage and Efficacy*, R-3266-HCFA Rand, Santa Monica, 1986. 需要について総説的には、Paul. J. Feldstein, *Health Care Economics* (3rd ed.), pp. 81-93, N.Y., 1988 を見よ。また L.G. Cherkin et al., "The Effects of Office Visit Copayments on Preventive Care Services in an HMO," *Inquiry* 27, 24-38, 1990.
- 5) 現在健康的であるということは、ひとつの流行となっている。こういった風潮について、例えば、Ellen Goodman, "Consumers Consumed by Nutrition Labels," *Opinion Week*, March 19 (Washington Post Writers Group), 1990.
- 6) 途上国を例にとってヘルスマンパワーの至適ミクスを検討したものに、WHO, *Financing Human Resources for Health*, WHO/EPUC/89, 199, WHO Geneva, 1989. Ryoji Takahara, *Human Resources for Health—Illustrative issues and approaches—*unpublished technical memo, WHO/HMD, 1988. は上記 WHO のための準備作業のひとつである。

また資格制度の問題点については、別稿池上論文のほか、S. D. Young, *The Role of Experts*, Cato Institute, D. C., 1987 がある。

- 7) 予防サービスの効果を冷酷に否定したものとしては、L. B. Russell, *Is Prevention Better than Cure?*, Brookings Institute, D. C., 1986 がある。もっともこの調子は後多少修正されて、L. B. Russell et al., *Evaluating Preventive Care*, Brookings Institute, D. C., 1987 となった。

医学サイドから予防医学の評価を冷静に行ったものとしては、なんといっても金字塔ともいえるべき、U. S. Preventive Services Task Force, *Guide to Clinical Preventive Services*, 1989 であろう。このタスクフォースの作業はまだ続いており、逐次 *Journal of American Medical Association* に公表されている。テクノロジーアセスメント一般については、とりあえず、高原亮治「21世紀に向けての医療の課題」『日本臨床皮膚科医学会会報』, Vol. 13, 2-8頁, 1987年。

もっとも、個別の臨床や予防の場面で有効であっても、マクロでは有効性は限られたものですよ、という人口学上の一連の業績のうち有名なものは、Thomas McKeoun, *The Role of Medicine*, Princeton University Press, Princeton, 1979. また、J. B. McKinlay et al., "The Questionable Contribution of Medical Measures," *MMFQ*, Vol. 55, pp. 405-428, 1977.

- 8) 感染症対策については、標準的なものとして、A. S. Beneson ed., *Control of Communicable Diseases in Man*, APHA, D. C., 1985.

わが国の感染症対策等の諸政策に関しては、例えば著者も編者である、公衆衛生協会『衛生行政大要』(改訂第14版), 1989年。

- 9) いくつかの例をあげれば、立川昭二『病気の社会史』, 日本放送出版協会, 1971年。Wilhelm Ebstein, *Die Medizin im Alten Testament 1901* (梶田昭訳『旧約聖書の医学』, 時空出版, 1989年)。
- 10) 東洋医学では、病邪が体表から深部臓器に徐々に侵淫することが想定されている。「病育盲に入る」とか、「三陽病」とかという病理観がみられる。
- 11) 慢性疾患のスクリーニングを実施するに当たって満足しなければならない条件について、例えば、A. S. Morrison, *Screening in Chronic Disease*, Oxford, 1985. その他前掲、U. S. Preventive Services Task Force, 1989, 参照。
- 12) 一般に検診により発見した疾患(例えば癌)は、後に自覚症が出てから受診してみつかった癌より治療成績が良い、ということは証明されており、これを根拠に検診を推進する向きが多い。しかし、これはデータ解析上のバイアスのためであることが多い。バイアスについては、富永祐民・大野良之『臨床のための疫学入門』, 日本医事新報社, 1989年。David L. Sackett, "Bias in Analytic Research," *Journal of Chronic Disease*, Vol. 32, pp. 51-63.

- 13) その他検診については、高原亮治「検診至上主義からの脱却」『月刊健康保健』43巻11号, 26-31頁, 1989年。座談会: 北沢幸夫, 高原亮治, 長谷川敏彦「これでいいのか健康診断」『総合社会保障』26巻4号, 4-29頁, 1988年。

理学的診断(身体検査)のような基本的な検査も定期的に行う合理性に乏しいという研究もある。Sylvia K. Oboler et al., "The Periodic Physical Examination in Asymptomatic Adults," *Annals of Internal Medicine*, Vol. 110, pp. 214-226, 1989.

ただこれらの科学的な研究と区別されるべきは、検診は国民の国家管理につながるから反対であるというイデオロギッシュな反対運動である。そもそも現在の国家が国民の健康管理を個々人のレベルでやろうと考えているわけもない(考えるとするなら自治体職員の失業対策ほどの値打ちしかない)し、またおそらくは現在の健診データごときは「国家管理」を万一考えようとしても何かの役にまるで役に立つ代物ではない。極端に言えば、現在の検診は関連ギョーカイのためだけに役立っているということだろう。

- 14) 予防医学の標準的教科書、例えば、J. M. Last ed., *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, 12版, Norwalk, 1986.

- 15) 冠疾患に関しては、M. W. Higgins, R. V. Luepker ed., *Trends in Coronary Heart Disease Mortality*, Oxford, 1988.

また全般的に、富永・大野, 前掲書, 1989年。

- 16) 癌の予防について、M. P. Vessey and Muir Gray ed., *Cancer Risks and Prevention*, Oxford, 1985. Richard Doll and Richard Peto, *The Causes of Cancer*, Oxford, 1981.

- 17) R. G. McCulloch et al., "Effects of physical activity, dietary calcium in take and selected lifestyle factors on bone density in young women," *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 142, pp. 221-226, 1990.

- 18) 米国人事院 (US Office of Personnel Management) は連邦職員の健康づくりの立案や技術指導を行っており、The Federal Fitkit は、そのマニュアルである。The Federal Fitkit, US Office of Personnel Management (OPM Doc., No. 148-66-0, 1977)。

- 19) HRA の評価については、Kevin W. Smith et al., "The Reliability of Health Risk Appraisals," A Field Trial of Four Instruments, *American Journal of Public Health*, Vol. 79, pp. 1603-1607, 1989.

成書としては、Marilyn M. Faber, Adina M. Reinhardt ed., *Promoting Health Through Risk Reduction*, N. Y., 1982. また Society of Prospective Medicine の毎年の学術大会報告書も参考になる。

- 20) American College of Sports Medicine, *Guide-*



- lines for Exercise Testing and Prescription* (3rd ed.), Philadelphia, 1986. David Richard, Richard Birrer, "Exercise Testing," *The Journal of Family Practice*, Vol. 26, pp. 425-435, 1988.
- 21) 例えば、禁煙指導を日常の診療に取り込むべきことを重視したものとしては、U. S. Public Health Service, "Clinical Opportunities for Smoking Intervention", *A guide for the busy physician*, 1986 がある。
- 臨床予防医学ガイドについては、U. S. Preventive Service Task Force, 1989, 前掲参照。
- なお喫煙の健康影響については富永ら前掲書。
- 22) 運動の健康影響については、S. N. Blair et al., "Physical Fitness and All Cause Mortality," *JAMA*, Vol. 262, pp. 2395-2401. 運動処方については、Handout by M. B. Johnson, "Chronic Disease Epidemiology," *Preventive Medicine Review Core*, August 19-22, Chicago, 1989.
- 23) Handout by M. B. Johnson, "New Understanding and hope for the obese," *Preventive Medicine Review Core*, Aug. 19-22, Chicago, 1989.
- 24) "The Surgeon Generals Report on Nutrition and Health," *USDHHS Pub.*, No. 88-50211, 1988.
- 特にファイバーについては、Council on Scientific Affairs, "Dietary Fiber and Health," *JAMA*, Vol. 262, pp. 542-546, 1989.
- 25) Council on Scientific Affairs, "Education for Health," *JAMA*, Vol. 263, pp. 1816-1922, 1990.
- 26) 健康問題の個人性については、次の2つの論文がよくまとまっている。著者はいずれも医師。John H. Knowels, "The Responsibility of the Individual (in, J. H. Knowels ed., *Doing better, Feeling worse*, N. Y., 1977), Thomas Szasz, *The Theology of Medicine*, Syracuse, 1979.
- 27) 看護の立場からの行動変容のアプローチについては、例えば、R. Borni and W. E. Fordyce, *Behavior Modification and the Nursing Prospect*, 2nd ed., St. Louice, 1977.
- 28) 食品にはある種の健康障害を促進したり、改善したりする働きをもっており、これを古代中国人は医食同源と表現した。例えば、水溶性ファイバーであるペクチンを多く含むゼリー等はコレステロールを下げるだろうし、非溶性ファイバーを多く含む「ふすまパン」や「玄米食」は便秘を改善する。しかしながら、現在のところ、こういった利用法はよほど知識がないかぎり不可能になっている。それは薬事法によって食品は効能効果が表示できないことになっているからである。効能効果の表示は消費者のための情報伝達の手段であるはずが、産業政策の手段化しているためにこういうことが起こるのである。表示についての問題は虚偽の表示か否か、ということで、何をもって虚偽とするかは単純ではないが、効能効果の表示が消費者保護以外の目的で用いられるのは誤りである。また心拍計や心電計について、
- 一般市販が禁止されていることも奇妙な話である。機能性食品や栄養等の表示をめぐる米国の状況については、D. A. Kessler, "The Federal Regulation of Food Labeling," *The New England Journal of Medicine*, Vol. 321, pp. 717-725, 1989. ただしいくら天然に存在する成分だといってもむやみに摂取すれば障害も発生しよう。例えば、"Clinical Spectrum of Eosinophilia-Myalgia Syndrome," *MMWR*, Feb. 16, 1990, Vol. 39, No. 6.
- 29) 古典的な福祉政策幻想は、Charles Murray, *Losing Ground*, N. Y., 1984, Charles Murray, *In Pursuit of Happiness*, N. Y., 1988. などの実証的研究により明らかとなった。不適当な福祉介入は、対象者にとって役に立たないばかりか、有害であるということである。医療保険の給付によって、全社会的には福祉損失が発生していることは、M. Feldstein, "The Welfare Loss of Excess Health Insurance," in M. Feldstein, *Hospital Costs and Health Insurance*, pp. 175-204, Cambridge, 1981.
- 30) 野口悠紀雄『公共政策』、岩波書店、1984年、柴田弘文・柴田愛子『公共経済学』、東洋経済新報社、1988年、山田太門『公共経済学』、日経文庫、1987年、が示すように、単に外部経済が存在する、ということだけでは公共介入の対象としては問題である。
- 31) 注13で述べた検診への反発は、実は感染症の問題については妥当するだろう。
- 32) 非排除性、非競合性と公共関与の関連については、Tyler Cowen ed., *The Theory of Market Failure*, Fairfax, 1988, に興味ぶかい多くの論稿が収められている。

#### 補論

本文および注13に言及したスクリーニングについて補完的な言及を2つの方面から行っておきたい。第1は、第一次スクリーニングで例えば癌の疑いがあると判断され、精密検診を受けて正常と判断された場合、このプロセスを無駄とみる必要は必ずしもない、という考え方である。つまり“疑い”というプロセスを経過することによって、最終的な“正常”という判断の値打ち＝効用は極めて大きくなる。したがって疫学的な効用ではマイナスであっても経済学的な効用はプラスではないかという議論である（例えば第1回臨床経済学研究会東京部会における西村周三氏の発言、河合忠氏らの検査におけるnegative efficacy 重視も類似した文脈だろうか）。しかしこれは、選ないし至効用の interdependency に関する理論をスクリーニングに単純に当てはめた、“場外乱闘”的な議論というべきであろう。簡単な例でいうと、乗った飛行機がエンジントラブルに遭い、それにもかかわらず無事に目的地に到着するのは極めて乗客を満足させるものである。だからといって、毎回エンジントラブルに遭いたいかどうか。しかも多くは公費または保険者負担でスクリーニングや人間ドックが行われている現在の日本で、他人のこの類の“効用”や“negative efficacy”のために喜んで納税したり、保険料を支払う気に多くの人がなるかどうか疑問とせざるをえない。(W. Kip Viscosi

and William Evans, Utility Functions That Depend on Health Status **A, E, R**, Vol. 80, 353~374, 1990).

第2は、検査、特に遺伝子等の検査によって、今後深刻な人権問題が発生する可能性があることに留意しなければならない状況にあることである。ハンチントン舞踏病等をはじめ20ばかりの発病遺伝子が現在すでに発見されている。この種の遺伝子検査は、後天性免疫不全症の検査についてもそうであるが、早期発見どころか、発病するよりはるかに早い時期にある種の人々が将来然るべき確率で治療方法のない疾患に罹患するであろうことを予知する技術である。このような技術や情報をどのよう

に扱うべきか、社会的倫理的検討が必要となっている。

- The Genetic Age: International Business Week, May 28, 1990.
- N. A. Holtzman, Proceed with Caution, Predicting Genetic Risks in the Recombinant DNA Era, Baltimore, 1989.
- Dorothy Nelkin and Laurence Tancredi; Dangerous Diagnostics, N. Y., 1989.

(たかはら・りょうじ

厚生省児童家庭局母子衛生課長)

#### <研究会の構成> (1988~1989年度)——敬称略——

池 上 直 己 (慶応義塾大学)  
 漆 博 雄 (上智大学)  
 荻 島 國 男 (厚生省)  
 高 原 亮 治 (厚生省)  
 知 野 哲 朗 (東京学芸大学)  
 福 田 政 弘 (長崎県諫早市)  
 幹事 三 上 芙美子 (社会保障研究所)  
 武 智 秀 之 (社会保障研究所)

#### <研究会の実施経過>

1988. 4. 21 討論「研究のすすめ方について」  
 5. 23 報告・討論「新しいヘルスポリシーの理念について」  
 報告者: 福田政弘 (委員)  
 6. 23 報告・討論「健康増進の評価について」  
 報告者: 高原亮治 (委員)  
 7. 21 報告「専門職と資格職」  
 報告者: 池上直己 (委員)  
 11. 26 報告「健康問題の経済学的位置付け」  
 報告者: 漆 博雄・知野哲朗 (委員)  
 1989. 1. 31 報告「健康増進施設に関する調査結果と認定制度」

報告者: 福田政弘 (委員)

3. 18~19 施設見学 ①石和温泉病院・ケアハウス ②諏訪中央病院

7. 31 報告「欧米の老人保健福祉の動向」

報告者: 三上芙美子 (委員)

9. 28 報告「健康保険組合における保健活動の現況」

報告者: 小畑和雄 (出版健康保険組合保健施設部部长)

11. 6 報告「インフルエンザ予防接種問題と市民自治」

報告者: 長戸かおる (練馬インフルエンザ予防接種を考える会代表)

1990. 1. 26 打ち合わせ「研究報告の執筆分担について」

2. 8 報告「健康づくり施策の現状と課題」

報告者: 武井伸次 (厚生省保健医療局健康増進栄養課課長補佐)

3. 1 報告「橘湾沿岸圏域における健康長寿の町づくりについて」

報告者: 福田政弘 (委員)

## 社会保険法判例

堀 勝 洋

国民年金制度が憲法29条等に違反しないとされ、納付した保険料等に係る損害賠償請求が認められなかった事例  
(岡田訴訟第1審判決)

京都地方裁判所平成元年6月23日第3民事部判決(昭和63年(ワ)第1132号年金掛金返還請求事件)『判例タイムズ』第710号,平成元年12月15日,140頁

### I 事実の概要

1 原告Xは、昭和36年4月以降国民年金法7条1項に該当する被保険者であり、昭和62年11月まで同法87条以下に規定する保険料合計71万1,520円を被告Y(国)に納付した。

2 Xは、国民年金制度は憲法11条、13条、14条、18条、29条、97条等に違反すると考え、同制度から解約・脱退することとした。そこで、Xは昭和63年5月10日京都南社会保険事務所長に対しその旨の意思を表示するとともに、納付済みの保険料等の返還を請求したが、拒絶された。

3 そこで、Xは納付済みの保険料をその後の物価変動により換算した金額に金利を合計した総額540万円の損害を受けたとして、民法709条の不法行為による損害賠償の支払いを求めて、国を相手に京都地方裁判所に出訴した。

4 これに対して、同裁判所第3民事部は、平成元年6月23日、以下の判旨に引用したように、国民年金制度は憲法に違反しないと、Xの請求を棄却する判決を下した。Xは控訴しなかったのでこの判決は確定した。

### II 判 旨

1 「原告は、国民年金制度の解約、脱退による保険料返還請求とその拒絶の違法性を主張するが、……原告は、……国民年金法七条一項一号に該当する国民年金の被保険者であって、被保険者の資格を喪失した者でないことが明らかであり、国民年金法には原告の主張するような解約ないし脱退を認める規定はなく、原告は依然として国民年金法の被保険者であり、したがって、国民年金制度から原告が解約、脱退したことを前提とする原告の保険料等返還請求を拒絶した右保険事務所長の行為に何ら違法性がない。」

2 「国民年金制度は、老齢、障害、又は死亡によって国民生活の安定が損なわれることを国民の共同連帯によって防止し、もって健全な国民生活の維持及び向上に寄与することを目的とし、この目的を達成するために拠出制の社会保険による強制加入の公的年金制度を採用したのであって、このような社会保険制度においては、制度の財政的基盤確保のため、年金を支給すべき年齢に達する以前に被保険者が死亡するようなことがあっても既に拠出された保険料を払い戻さず、また、死亡するまでの期間に応じて支給される年金の総額

が変化することは、保険制度の性質から当然に予定されていることが認められ、特にこれが不合理なものとは認められない。」

3 「国民年金法の規定には、具体的、個別的救済施策の定めはなく、受給資格及び給付内容は、保険事故の種別に応じて一般的に定型化された保険事故により、被保険者に生ずる生活需要の有無及びその具体的な程度いかんにかかわりなく、平均的需要に着目して画一的な給付を行う仕組みとする社会保険方式となっていることや、国民年金法一、二条及びその立法の沿革に照らすと、国民年金制度は、憲法二五条二項の積極的な施策としての防貧制度であるといえる。この憲法二五条二項の規定の趣旨に答えて具体的にどのような内容・方式をもつ年金制度を採用し、その立法措置を講ずるかの選択決定は、立法府の広い裁量に委ねられた高度の専門技術的考察と政策的判断に基づくものであり、それが著しく合理性を欠き、明らかに裁量の逸脱、濫用といえる場合を除きこれを憲法に適合しないものとはいえない。」

4 「国民年金法の採る強制加入の社会保険方式の年金制度は、被保険者の納付する保険料と国庫負担を財源として実質的にいわゆる積立方式と賦課方式の混合方式をもって運用され、個々の被保険者の損得は別として、年金制度全体としてはその収支がほぼ相償う保険制度として運営されていることが認められるのであって、これが著しく合理性を欠く制度であるとはいえない。もっとも、このように憲法二五条二項の要請に答えて制定された国民年金法に基づく国民年金制度において、受給者の範囲、支給要件、支給額等につきなんら合理的理由のない不当な差別的取扱をしたり、あるいは個人の尊厳を毀損するような内容の定めを設けているときは、同条項とは別に憲法一四条及び一三条違反などの問題が生じ得るけれども、前示のとおり現行の国民年金法ないし国民年金制度が原告主張のような内容をもつものとは認められず、したがって、また、これが憲法二九条一項所定の財産権を故なく侵害するものということとはできないし、原告の主張のその余の憲法違反に当たるものともいえない。よって、本件において、原

告の主張するような憲法に違反する点はいずれもこれを認めることができず、国民年金制度そのものにも違法性が認められない。」

### III 解 説

#### 1. はじめに

本件訴訟は、国民年金の保険料を納付してきたXがその返還を請求して認められなかったために提起されたものである。本件訴訟の請求の趣旨は金540万円の支払いを求めるというものであるが、その理由はおおむね次のようなものである。

(1) 国民年金制度においては、保険料はそれを納付した被保険者の資産と同様なものであるのに、単身者であるXが65歳以前に死亡すれば保険料は返還されないし、また保険料の額とその納付期間に得られるべき利子の合計額に比べて受給できる年金の額が著しく低いなどにより、国民年金制度は憲法11条、13条、14条、18条、29条、97条等に違反する。

(2) 被告国は、故意過失により、右のような違法な国民年金制度を設けて、Xの納付済みの保険料の返還を拒絶し、Xに、この納付済み保険料をその後の物価変動により換算した金額に利子を合計した総額金540万円相当の損害を加えた。

(3) よって、被告国は原告Xに対し、民法709条の不法行為による損害賠償金として金540万円を支払え。

以上のような主張は、必ずしも趣旨が明瞭ではないが、国民年金制度は憲法29条1項が規定する財産権の不可侵原則に反すること、及び単身者の死亡と妻帯者の死亡とでは遺族年金の支給について不公平があり憲法14条に違反することを主張しているものと考えられる。この問題については本稿の第3節と第4節で検討することとし、まず次の第2節では、Xの主張した国民年金制度からの解約・脱退と保険料の返還の問題を扱う。最後の第5節では、本判決が展開している憲法25条の法的性質の問題について論ずる。

## 2. 国民年金制度からの解約・脱退と保険料の返還

国民年金法（以下「法」という。）は、厚生年金保険法や各種共済組合法など被用者に対する公的年金制度の適用を受けていなかったすべての国民に年金的保護を及ぼすものとして、すなわち国民皆年金を推進するものとして、昭和34年に制定された（小山〔5〕13頁）。国民年金制度は、一部の福祉年金を除き、社会保険方式を採ることとし、保険料を一定の期間拠出した者に年金の受給権を与えることとした。

ところで、Xは国民年金制度からの解約・脱退と保険料の返還を主張したが、それに係る法令の規定についてまず考察したい。

国民年金の被保険者資格は、法7条に定める一定の事実が発生したことにより、法律上当然に発生する（有泉・中野〔1〕29頁）。法12条の被保険者資格取得の届出は効力発生要件ではなく、事務処理上の便宜のためのものである。すなわち、国民年金への加入は原則として強制的なものであり、法附則5条により一部の者に任意加入が認められているにすぎない。Xの場合は、法7条1項1号に該当し、法附則5条に該当しないため、強制加入被保険者に該当する。

また、被保険者資格の喪失も法9条に定める一定の事実の発生によって、当然に発生する（有泉・中野〔1〕30頁）。ただし、法10条により一部の者に任意脱退が認められるが、Xの場合はこの要件に該当しない。

国民年金の被保険者には保険料の納付義務が課され（法88条1項）、国税徴収の例によって徴収され、督促及び滞納処分され（法96条）、延滞金が徴収されたりする（法97条）。ただし、法89条（法定免除）又は法90条（申請免除）により保険料を免除される場合があるとともに、第2号被保険者（被用者保険の被保険者等、法7条1項2号）及び第3号被保険者（第2号被保険者の配偶者で一定の要件に該当する者、法7条1項3号）は保険料を納付することを要しない（法94条の6）。Xは保険料の免除の規定にも該当せず、また第2号被保険者又は第3号被保険者でもない。なお、納付した保険料を返還する規定はない。

以上のことから、Xが行った国民年金からの解約・脱退及び保険料の返還の意思表示は、法律上の根拠をもたないものであり、これを拒絶した京都南社会保険事務所長の処分は違法なものではなかった。本判決も、II判旨の1に引用したように、当該所長の処分に違法性はなかったと判示している。

## 3. 国民年金制度と憲法29条

前節で検討したように、国民年金法上保険料を返還する規定はないため、原告は国民年金制度自体が憲法に違反すると主張してその返還を求めた。原告の主張した憲法違反の理由は第1節の(1)で述べたとおりであり、要するに納付した保険料は資産と同様のものであるのに、年金が受給できなかったり年金額が低いと、国民年金制度は財産権を侵害し憲法29条1項の「財産権は、これを侵してはならない。」に違反するというものである。国民年金制度が憲法29条に違反するかどうかについて、以下原告の主張に沿いながら検討する。

まず、原告は、国民年金制度においては、単身者である原告が65歳以前に死亡すれば保険料は還元されない旨主張した。確かに、老齢基礎年金は65歳から支給され<sup>1)</sup>（法26条）、65歳前に死亡すれば老齢基礎年金は支給されない。また、国民年金の遺族基礎年金は原則として18歳未満の子又はその子と生計を同じくする妻にしか支給されず（法37条の2）、寡婦年金も妻にしか支給されないため（法49条）、単身者である原告が死亡してもこれらの遺族給付は支給されない。少額の死亡一時金が一定の遺族に支給されるだけである（法52条の2以下）。この意味で、納付した保険料が還元されないという原告の主張には理由がある。

しかし、国民年金制度は「老齢、障害又は死亡によつて国民生活の定安がそこなわれることを国民の共同連帯によつて防止」（法1条）する制度であり、以上のような取扱いには合理的理由がある。まず、老齢基礎年金は、定年や健康の衰えなどにより職業から引退したために喪失した収入を補填するためのものであり、したがって、そのような老年に達しないで死亡した者に年金を支給し

ないとしても、それには合理的理由がある。また、遺族給付は、主たる稼得者の死亡によって収入を喪失した家族に対する給付であり、そのような扶養家族がいない者に遺族給付を支給しないとしても、それには合理的理由がある。

次に、憲法29条違反に係る原告の第2の理由は、国民年金の保険料の額とその納付期間に得られるべき利子の合計額に比べて受給できる年金の額が著しく低いため、財産権を侵害するというものである。この納付した保険料（プラス利子）の額と受給する年金額の比較については、近年経済学・財政学の分野で好んで取り上げられるテーマである（例えば、村上〔12〕75頁等参照）。また、マスコミもこの問題をセンセーショナルに取り上げ、公的年金が貯蓄よりも不利であることを報じている<sup>2)</sup>。筆者はかつて、公的年金を損得で論じることの問題点を政策的に論じたが（堀〔9〕）、本稿では法学的観点から検討する。

国民年金法においては、個々人の納付した保険料の総額と受給することができる年金の総額についての対応関係については、全く規定されていない。ただ、次の3点において、保険料の納付と年金の受給に緩やかな対応関係がみられるにすぎない。

- (1) 保険料を原則25年以上納付した者のみに老齢基礎年金の受給資格が与えられる（法26条）。ただし、25年の全期間保険料が免除されていてもよい（同条）。障害基礎年金と遺族基礎年金については、障害又は死亡という保険事故が起きたときに、被保険者期間の3分の2以上の期間保険料を納付したか免除されていなければならない（法30条、37条等）。
- (2) 老齢基礎年金の額は定額であるが、保険料の納付期間が原則として480ヵ月（40年）に満たないときには、比例的に減額される（法27条）。障害基礎年金及び遺族基礎年金の額は、保険料納付期間と無関係の定額である（法33条及び38条）。
- (3) 年金財政全体の収支が長期的に均衡を保つように、すなわち年金給付額と納付保険料額が全体としてバランスが保たれるように、保

険料の額が設定されなければならない（法87条3項）。

また、現在の国民年金の財政方式（＝財源調達方式）はほとんど賦課方式<sup>3)</sup>化し、積立方式<sup>3)</sup>のように過去に納付した保険料が積み立てられているわけではなく、現在の保険料で現在の年金給付費が賄われている。したがって、納付した保険料が資産として保有されてそれが年金として戻ってくるという原告の主張は、国民年金法の規定や財政の現状からみて疑問があり、法に定められた者が法に定められた保険料を納付し、年金は法に定められた者に法に定められた額が支給されるものとして国民年金制度をとらえるべきである。国民年金法には個々人が納付した保険料総額と受給する年金総額が等しくなければならないことは全く規定されておらず<sup>4)</sup>、この意味で保険学でいう給付反対給付均等の原則<sup>5)</sup>は適用されていないのである。ただ、収支相等の原則<sup>6)</sup>のみ適用され<sup>7)</sup>、したがって、この2つの原則が不可欠とされる私的保険・私的年金とは国民年金制度は原理を異にする。

私的年金は自分の掛金が年金として戻ってくるのであり、まさに掛金と年金は対価関係にあり、年金は資産としてとらえることができる。しかし、公的年金は、老齢、障害又は死亡という稼得能力を喪失・減退せしめる事故に遭った者に年金という形で収入を保障するものであり、保険料はその仕組みを支える財源ととらえるべきものである。したがって、たとえ原告の主張するように、一定の場合に年金が受給できなかったり、納付した保険料と比べて受給する年金額が低い<sup>8)</sup>としても、このような公的年金制度が国民の生活を保障し国民の生活の安定を図っている以上合理性を欠くとはいえず、憲法29条1項が保障する財産権を侵害するとはいえない。本判決も、Ⅱ判旨の2～4に引用したように、このことを肯定している。

最後に、本判決では論じられていない問題であるが、憲法29条と公的年金制度の関係に関する興味ある問題を3点ほど、簡単に論じておきたい。

第1は、公的年金の受給権が、憲法29条1項という財産権にあたるかどうかという問題である。小林〔4〕523頁によれば、憲法29条1項の財産権

は「私法上の財産」であるとする説（佐々木惣一『憲法論』419頁）があり、これによれば公的年金の受給権は公法上の権利であるため、その受給権は憲法29条1項の保障がなされないことになる。しかし、通説は憲法29条1項の財産権は「すべての財産的権利」とし、「水利権・河川利用権のような公法的権利も、財産的権利を有するかぎりにおいてこれに含まれる。」としている（宮澤・芦部〔11〕286頁、小林〔4〕523頁等）。この通説が妥当であり、したがって公的年金の受給権についても憲法29条1項の規定が適用されると解すべきである。

第2の問題は、保険料の強制徴収が財産権を侵害し、憲法29条1項に違反しないかという問題である。租税を課すことについては憲法30条及び84条に根拠規定があり、憲法29条1項に違反しないことは明白である。判例もこのことを認めている（最高裁昭和37年2月21日判決・刑集16巻2号107頁、最高裁昭和37年2月28日第1小法廷判決・刑集16巻2号212頁）。

しかし、保険料の徴収については租税のように憲法に根拠規定がないため、財産権の保障との関係でひとつの争点になり得る。この問題が強制加入の国民健康保険について争われた事例があり、最高裁大法廷は、保険料を強制的に納付させることとした町の条例は憲法29条1項の財産権を侵害するものではないと判示した（昭和30年（オ）第478号昭和33年2月12日判決・民集12巻2号190頁。この評釈として佐藤〔7〕62～63頁（上村政彦稿）、佐藤・西原〔8〕70～71頁（宮崎定美稿）等がある。）。この判決は多くの評者によって支持され、また極めて重要であると考えられるので、少々長くなるがその関係部分を以下に引用する。

「国民健康保険は、相扶共済の精神に則り国民の疾病、負傷分娩又は死亡に関し保険給付をすることを目的とするものであって、その目的とするところは、国民の健康を保持、増進しその生活を安定せしめて以て公共の福祉に資せんとするものであること明白であるから、その保険給付を受ける被保険者は、なるべく保険事故を生ずべき者の全部とすべきことむしろ当然であり、また相互共

済の保険の性質上保険事故により生ずる個人の経済的損害を加入者相互において分担すべきものであることも論を待たない。されば、……町国民健康保険条例五条が、この町は、この町内の世帯主及びその世帯に属する者を以て被保険者とする……と規定し原則として住民全部を被保険者として国民健康保険にいわゆる強制加入せしめることとし、また同条例三一条が世帯主である被保険者は、町民税の賦課等級により保険料を納付しなければならないと規定して、被保険者中保険料支払の能力ありと認められる世帯主だけを町民税の賦課等級により保険料支払義務ある旨規定したからといって、憲法一九条に何等かかわりないのは勿論、その他の憲法上の自由権および同法二九条一項所定の財産権を故なく侵害するものということとはできない。」

公的年金の保険料の徴収についても、この判決が判示する理念が妥当し、憲法29条1項に違反するものとはいえないと考えられる。

公的年金と憲法29条1項の関係に関する第3の問題として、いわゆる併給調整規定により拠出制の年金を支給停止することが財産権の侵害にあたるかどうかという問題がある。この問題が争われたのが、本村訴訟である。この訴訟は、無拠出制の障害福祉年金を受給していたことを理由に、拠出制の国民年金老齢年金が支給停止されたため、未支給の老齢年金の支払いを求めて提起したものである。しかし、訴訟継続中に原告が死亡したため、原告の養女に訴訟の継続が認められず、「本件訴訟は、昭和六三年四月二七日原告の死亡によって終了した。」という判決が下された（札幌地裁昭和58年（ワ）第98号平成元年5月31日民事第5部判決・判タ708号161頁）。

この問題について本稿で詳しく述べる余裕はないが、公的年金の併給調整の考え自体は合理的であり、憲法29条1項に違反しないと考えられるべきである。なお、公的年金の併給調整に係る判例の評釈は堀〔10〕86頁以下で行っているので参照されたい。

#### 4. 国民年金制度と憲法14条1項

原告Xは国民年金制度が憲法14条に違反するこ

とを主張しているが、本判決ではその具体的な主張は明確には述べられていない。筆者が推測するに、妻帯者が死亡した場合は遺族給付がなされるのに、原告のような単身者が死亡してもこのような遺族給付がなされず保険料は返還されないため、平等権を保障した憲法14条1項に違反するというものである。

ところで、憲法14条1項は、「すべて国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。」と規定する。そして、「憲法第一四条第一項は、国民に対し絶対的な平等を保障したのではなく、差別すべき合理的な理由なくして差別することを禁止している趣旨と解すべきであるから、事柄の性質に即応して合理的と認められる差別的取扱をすることは何ら右法条の否定するところではない（最高裁大法廷判昭和45・6・10民集24巻6号499頁、同昭和39・5・27民集18巻4号676頁）」（堀木訴訟控訴審判決（大阪高裁昭和50年11月10日判決・判時795号3頁）からの引用）というのが確立した判例となっている。

遺族給付は主たる稼得者の死亡によって収入を喪失した家族に対する給付であり、そのような扶養家族がいない単身者に遺族給付を行わないとしても、それは合理性を欠くとはいえない。したがって、たとえ妻帯者と単身者の死亡の場合の遺族給付に差別が生ずるとしても、それは憲法14条1項に違反するものとはいえないと考えるべきである。

## 5. 国民年金制度と憲法25条

本判決は、Ⅱ判旨の3に引用したように、憲法25条の法的性質と国民年金制度の憲法25条上の位置づけについて判示している。しかし、この判旨は、朝日訴訟上告審判決（最高裁昭和39年（行ツ）第14号昭和42年5月24日大法廷判決・民集21巻5号1043頁）及び堀木訴訟上告審判決（最高裁昭和51年（行ツ）第30号昭和57年7月7日大法廷判決・民集36巻7号1235頁）で確立された憲法25条の解釈とややニュアンスを異にしている部分があり、

この点について以下論ずることとしたい。

本判決は、国民年金制度は救貧施策ではなく、憲法25条2項に基づく防貧施策であるとし、憲法25条2項について立法府の広い裁量を認めるいわゆる立法裁量論を述べている。憲法25条1項を救貧施策、同条2項を防貧施策として、後者に立法府の広い裁量権を認める考えは、堀木訴訟控訴審判決や松本訴訟（大阪高裁昭和49年（ネ）第2240号昭和51年12月17日判決・判時841号11頁）などで展開され、いわゆる憲法25条1項2項の分離論・分立論として、学説上批判が強かったものである。憲法25条解釈のリーディングケースである堀木訴訟上告審判決はこのような分離論に立つものではなかったにもかかわらず、本判決がこの立場を採ったのは興味深い。国民年金法1条で「国民年金制度は、日本国憲法第二十五条第二項に規定する理念に基き」と規定されているため、本判決はこのような解釈を採ったのであろうか。なお、筆者は憲法25条の1項と2項に基づく施策には裁量に差があるとする二重基準論を採るべきであると考えている（堀〔10〕92頁以下参照）。

次に、本判決は憲法25条2項について立法裁量論を述べている。しかし、堀木訴訟上告審判決では、憲法25条1項にいう「健康で文化的な最低限度の生活」が極めて抽象的・相対的概念であることなどを理由として憲法25条全体に基づく立法措置について立法府の広い裁量を認めているのに対し、本判決は憲法25条2項に基づく立法措置について立法府の広い裁量を認めているという違いがみられる。

なお、本判決は、堀木訴訟上告審判決と同じく、立法措置が明らかに裁量の逸脱・濫用といえる場合を除き憲法に適合しないものとはいえないとするいわゆる明白の原理を採っている。また朝日訴訟や堀木訴訟で争われた憲法25条のプログラム規定性の問題については、本判決では触れられていない。

## 注

- 1) ただし、60～64歳までの間のいつからでも繰上げ受給できる特例が設けられており、その場合には年金額は減額される（法附則9条の2）。



- 2)『朝日新聞』の昭和63年12月11日朝刊のウィークエンド経済第143号「年金崩壊?! 若者たちよ怒れ」、『プレジデント』の平成元年2月号の今井森男による「『厚生年金』にはもう頼れない!」、『宝石』の平成元年6月号の島田隆司による「怒れサラリーマン! 厚生年金が奪われる」、『産経新聞』平成元年8月23日朝刊の「厚生年金は掛け損か」などを参照。
- 3)厚生省保険局企画課・年金局企画課監修の『保険年金辞典』、ぎょうせい、昭和55年、342頁によれば、賦課方式とは「通常1年間程度の期間を単位として、その期間内に支払うべき給付費を、同じその期間内の拠出により賄うように計画する財政方式である。」とされる。また、同書274頁によれば、積立方式とは「将来支給されることになる年金の原資を、制度に加入している間に保険料等により積み立てるよう計画する財政方式である。」とされる。
- 4)なお、誤って国民年金制度に加入し、老齢年金の受給資格期間を満たした後に外国人であることが判明したため、老齢年金の裁定請求が却下されたことを不服として、その取消しを求めたいわゆる金訴訟の控訴審判決(東京高裁昭和57年(行コ)第242号昭和58年10月20日第8民事部判決・判時1092号31頁)は、信義誠実の原則により却下処分を取り消す理由の1つに、保険料負担と年金給付に対価関係があることを挙げている(堀[10]53頁の本判決の評釈参照)。すなわち、同判決は「拠出制の国民年金制度においては、被保険者の保険料負担と老齢年金等の給付はある程度対価関係にある」と判示している。しかし、それが完全に等価であることまで判示しているわけではない。
- 5)印南[2]67頁によれば、給付反対給付均等の原則とは「加入者の給付する保険料はその偶然に受取ることあるべき保険金の数学的期望値に等しいこと、換言すれば加入者の払い込む保険料は、その受け取ることあるべき保険金の正当な対価に該当する」とことであるとされる(近藤[6]69頁による引用)。
- 6)近藤[6]70頁によれば、収支相等の原則とは、「一危険集団における収入保険料の総額が、支払保険金の総額に等しいことを意味する。」とされる。
- 7)ただし、国民年金制度には原則3分の1の国庫負担がなされ(法85条)、保険料だけで収支相償うとする収支相等の原則の修正がなされている。
- 8)経済学者や財政学者の推計には、納付した保険料プラス利子の方が受給する年金額よりも多いとするものがみられるが、推計に用いた仮定によってどの

表 厚生年金の拠出と給付の関係

| 平成元年<br>の年齢 | 保 険 料<br>(本人負担分)<br>① | 給 付<br>② | 給 付<br>保険料<br>③/① |
|-------------|-----------------------|----------|-------------------|
| 40歳         | 1,120万円               | 3,680万円  | 3.3倍              |
| 30          | 1,450                 | 3,900    | 2.7               |
| 20          | 1,750                 | 4,040    | 2.3               |

- (注) 1. 保険料は、老齢給付相当分である。  
 2. 保険料率は、平成元年10月から14.6%とし、以後5年毎に2.2%ずつ引き上げ、平成32年より26.1%と仮定した。  
 3. 利回り5.5%、年金改定率4%と仮定した。  
 4. 平均標準報酬月額288,000円と仮定した。

ようにでも結果は変わり得るものである。例えば、政府の推計(厚生省年金局[3]37頁)は、上の表のように、厚生年金では納付した保険料の2.3~3.3倍の年金が受給できるとしている。

## 引用文献

- [1] 有泉 享・中野徹雄編『国民年金法 全訂社会保障関係法2』, 日本評論社, 昭和58年。  
 [2] 印南博吉『保険論』, 三笠書房, 昭和27年。  
 [3] 厚生省年金局『年金制度の課題と改正の視点』, 平成元年。  
 [4] 小林直樹『[新版] 憲法講義 上』, 東京大学出版会, 昭和55年。  
 [5] 小山進次郎『国民年金法の解説』, 時事通信社, 昭和34年。  
 [6] 近藤文二『社会保険』, 岩波書店, 昭和38年。  
 [7] 佐藤 進編『社会保障法判例』, 有斐閣双書, 昭和49年。  
 [8] 佐藤 進・西原道雄編『社会保障判例百選 別冊ジュリスト No. 56』, 昭和52年12月。  
 [9] 堀 勝洋「公的年金と損得」『週刊社会保障』No. 1536, 平成元年5月22日。  
 [10] 堀 勝洋『社会保障法判例 近年の動向と解説』, 中央法規出版, 平成2年。  
 [11] 宮澤俊義著・芦部信喜補訂『全訂日本国憲法』, 日本評論社, 昭和53年。  
 [12] 村上 清「根本から見直す必要のある矛盾だらけの公的年金制度」『週刊東洋経済 臨時増刊近代経済学シリーズ No. 80』, 平成元年12月22日。

(ほり・かつひろ 社会保障研究所調査部長)

## 平成2年度研究プロジェクトについて

### 社会保障研究所

#### 研究課題Ⅰ 福祉国家の政府間関係——社会保障の役割分担——(新規)

##### (研究目的)

経済社会の変動に対して連続的に対応することにより、西欧諸国は1945年以降、政治的正統性を維持してきた。この適応の過程は、制度上のアレンジメントでの変化で顕著にあらわれており、大部分の国は地方政府や政府間関係のシステムを再編成している。各国とも、より良き政府体系を模索し、自治体の再編成、法的権限の再配分、負担金・補助金の財政調整、税体系の区分などが検討されている。

サブナショナルレベルでの再編成は、第2次世界大戦後で如実にあらわれており、公的部門の大幅な拡大が行われた時期と一致している。各国の歴史をみても、福祉国家の発展と地方自治の展開とは密接な関係にあり、大きく重複していた。福祉国家の展開に伴い、地方の財政規模と人員数はいずれの国も膨張しているからである。

しかしながら、なぜ廃置分合を行っているのか、どのように自治体の合併や改革を試みているのかについては、ほとんど知られていない。福祉国家と地方自治の関係をリンクさせて体系的に検討したものは少なく、福祉国家における政府間関係・地方自治の変容は十分解明されていないのである。そのため本プロジェクトでは、前述した現状認識にもとづき、福祉国家における政府体系のあり方を検討する。国際比較の判定軸を開発し、この各国共通の枠組みで政府間関係の比較研究を行う。

##### (研究項目)

##### 1. 西欧諸国の政府間関係

イギリス、北欧諸国、ドイツ、フランス、アメリカ、カナダなどの国を対象にし、経済社会の変動に対してどのような政府体系の調整を試みてきたのか、具体的に検討する。

##### 2. 日本の政府間関係

機関委任事務制度や地方財政の変容を把握したうえで、国民健康保険、老人福祉、措置行政、地域保健など社会保障政策の実施構造を検討する。

##### (研究会の構成員)

- |    |       |                  |
|----|-------|------------------|
| 主査 | 新藤 宗幸 | (立教大学教授)         |
| 幹事 | 武智 秀之 | (社会保障研究所研究員)     |
| 委員 | 今村都南雄 | (中央大学教授)         |
|    | 岩崎美紀子 | (筑波大学助教授)        |
|    | 岡澤 憲英 | (早稲田大学教授)        |
|    | 唐澤 剛  | (厚生省社会局庶務課課長補佐)  |
|    | 篠原 正博 | (横浜市立大学非常勤講師)    |
|    | 武川 正吾 | (中央大学助教授)        |
|    | 辻山 幸宣 | (地方自治総合研究所常任研究員) |
|    | 藤村 正之 | (武蔵大学専任講師)       |
|    | 御船 洋  | (中央大学教授)         |
|    | 塚原 康博 | (社会保障研究所研究員)     |

##### (研究計画)

1. 2ヵ年とする。
2. 初年度は中央省庁や地方自治体からのヒヤリングを交え、政府間関係の変容について総合的な把握と論点の整理を行う。
3. 次年度は各委員の執筆分担を議論し、それにそって政府間関係の理論と実際についての研究を行う。

4. 本研究会の成果は、「福祉国家の政府間関係」として刊行する。

## 研究課題Ⅱ ヴィネット方式のアンケート調査による適正な年金給付額の推計(新規)

### (研究目的)

近年、アメリカでは、ヴィネット方式のアンケート調査を使って、社会的に公正な所得分配を数量的に計測するという研究が行われている。

本プロジェクトでは、最新の分析方法である、このヴィネット方式のアンケート調査を使い、社会的に公正な年金給付額を推計することを目的にしている。

本研究の意義は以下の二つである。

第一に、まだ日本に紹介されていないヴィネット方式のアンケート調査を最初に行い、その方法を紹介することによって、この方法を今後利用するであろう研究者たちの参考とすることができる。

第二に、これまで十分に把握されてこなかった社会保障政策に関する国民一般の意見について、ヴィネット方式のアンケート調査を行うことによって、どのような政策を公正と考えているかを直接聞き出すことができる。さらに、数量的に結果が出るため、社会保障政策をすすめるうえでの参考にすることができ、とりわけ年金に関しては今後高齢化社会をむかえる日本でのありうべき社会保障政策をデザインするうえで参考にすることが可能である。

※ ヴィネットとは、本来輪郭をぼかした写真などを指す言葉だが、ここでいうヴィネット方式とは、ある架空の個人・世帯等についての諸特性(性別・子供の数・所得・職業など)について記されたカード(ヴィネット)を用いて、回答者に、例えばその所得が公正かどうか、などについて判定させ、これをデータとして分析する手法である。

### (研究項目)

1. ヴィネット方式のアンケート調査について
2. アンケート表の作成

### 3. 調査結果の分析

- (1) 適正な年金給付額の推計
- (2) 適正な年金給付額の決定要因の分析
- (3) 推計値のサブグループ間比較
- (4) 現実値との比較
- (5) シミュレーションによる将来予測

### (研究会の構成員)

- 主 査 宮澤 健一(社会保障研究所所長)  
幹 事 塚原 康博(社会保障研究所研究員)  
織田 輝哉(社会保障研究所研究員)  
委 員 野呂 芳明(東京学芸大学講師)  
曾原 利満(社会保障研究所主任研究員)  
武智 秀之(社会保障研究所研究員)

### (研究計画)

1. 2ヵ年とする。
2. 初年度は、ヴィネット方式のアンケート調査を使った研究のサーベイを行い、その方法を習得し、次年度で使用するアンケート表の作成を行う。
3. 次年度は、実際にアンケート調査を行い、そこから得られた結果を分析し、推計値と現実値の比較や、推計値を使った適正な年金給付額のシミュレーションを行う。研究成果は出版物として公表する。

## 研究課題Ⅲ 女性の経済的自立と社会保障(新規)

### (研究目的)

近年、就労をはじめ、あらゆる分野において女性の社会参加が進行している。それは、女性の経済的社会的自立志向を示すものであり、この傾向は今後一層拡大していくと考えられる。わが国においても、国連女子差別撤廃条約に基づき、各方面で男女平等に向けての改善がなされているが、依然として、女性は社会のさまざまな分野で不利な立場におかれている。

本研究は、これらの状況をふまえて実態分析を行い、今後、女性が経済的に自立していくための諸条件を社会保障の観点から検討していく。

## (研究項目)

## 1. 総論

- (1) 女性の自立と社会保障
- (2) 福祉国家と女性の経済的自立
- (3) 女性の社会参加と生活の変容
- (4) 女性の経済的自立を阻む社会的要因

ア 税制

イ 家族法

## 2. 女性の労働と社会保障

- (1) 女性の経済的自立と労働
  - ア 女性の労働の現状と将来
  - イ 家事労働の経済的評価
- (2) 女性の労働形態・労働条件と社会保障
- (3) 家族による育児・介護に対する社会的保障
- (4) 女性の労働と健康

## 3. 女性の経済的自立と社会保障・福祉サービス

- (1) 社会保障法と女性の経済的自立
- (2) 母子世帯の経済的自立と社会保障
  - ア 母親の経済的自立への援助
  - イ 母子世帯への経済的保障
    - (ア) 父親の養育費負担
    - (イ) 社会的手当と公的扶助
- (3) 高齢女性の経済的自立と社会保障
  - ア 女性の年金
  - イ 世代間扶養と女性の地位
  - ウ 高齢期の生活と社会サービス

## (研究会の構成員)

- 主査 一番ヶ瀬康子 (日本女子大学教授)
- 幹事 大本 圭野 (社会保障研究所主任研究員)
- 委員 浅倉 むつ子 (東京都立大学助教授)
- 飯野 靖四 (慶応大学教授)
- 大沢 真理 (東京大学助教授)
- 北井 暁子 (厚生省児童家庭局母子衛生課課長補佐)
- 城戸 喜子 (聖学院大学教授)
- 久場 嬉子 (東京学芸大学教授)
- 田端 光美 (日本女子大学教授)
- 橋本 宏子 (神奈川大学助教授)

藤井 良治 (千葉大学教授)

古郡 頼子 (明海大学教授)

古橋エツ子 (花園大学助教授)

星野 澄子 (東洋女子短期大学講師)

三木 妙子 (早稲田大学教授)

宮本みち子 (千葉大学助教授)

三上芙美子 (社会保障研究所研究員)

下夷 美幸 (社会保障研究所研究員)

## (研究計画)

- 1. 2ヵ年とする。
- 2. 初年度は、これまでに蓄積された諸外国・国内の研究をサーベイし、問題の整理を行う。
- 3. 次年度は、わが国を中心に現状の実態分析を行い、今後の政策課題を提示する。
- 4. 研究成果は、社会保障研究所編研究叢書として刊行する。

## 研究課題IV 外国人労働者と社会保障 (平成元年度より継続)

## (研究目的)

近年、わが国で働く外国人労働者の数は不法就労者も含めて著しく増加している。これはアジア太平洋地域での経済活動が活発化するとともに、急激な円高によって日本での就労メリットが高まったことによるものである。ところで、わが国と比べていち早く外国人労働者を導入した欧米諸国では、外国人労働者の規模はすでに労働力の5%から30%にも達し、その影響は賃金・雇用等の経済問題にとどまらず、広く住宅・教育・家族・社会保障の分野にまで及んでいる。また、いったん受け入れた外国人労働者は帰国せずに定住する傾向があり、外国人労働者とその家族に対する社会的統合政策が問題の焦点となっている。したがって、わが国でも外国人労働者の導入の是非をめぐってまず検討されなければならないことは、欧米諸国の経験を参考にしながら、雇用・住宅・教育・家族・社会保障の各分野にいかなる影響が現れるかを明らかにし、またこれらの各分野で行われている社会的統合政策が各国でどの程度の成功を収めているかを具体的に検証することである。

とりわけ欧米諸国では、外国人労働者問題を契機に、国際間社会保障制度の枠組みの整備が早い時期から始められている。そこで、本プロジェクトでは、「外国人労働者と社会保障」を主題に据えて、外国人労働者を受け入れる際に生じる社会・経済的影響をさまざまな角度から検討する。

(研究項目)

1. わが国における外国人労働者の実態
2. 欧米諸国での外国人労働者問題に関する理論研究の整理
3. ILO, EC 等の国際機関における社会保障の内外人平等待遇に関する国際規範の形成
4. 欧米諸国での社会的統合政策の動向
  - (1) 社会的統合政策の基本理念
  - (2) 雇用・住宅・教育・家族問題への対応策
  - (3) 外国人労働者（あるいは移民労働者）に対する社会保障制度
    - ① EC 域内における対応
    - ② EC 域外における対応
5. わが国で外国人労働者を受け入れる際の社会保障制度のあり方
  - (1) 外国人労働者に対する現行法制とその問題点
    - (a) 公的年金, (b) 健康保険, (c) 失業保険, (d) 児童手当, (e) 労災保険, (f) 生活保護, (g) 社会福祉
  - (2) 欧米諸国との調整・通算制度の可能性
  - (3) アジア諸国との調整・通算制度の可能性

(研究会の構成員)

- 主 査 高藤 昭 (法政大学教授)  
幹 事 下平 好博 (社会保障研究所研究員)  
委 員 伊予谷登士翁 (東京外国語大学教授)  
岡澤 憲英 (早稲田大学教授)  
大泉 博子 (医薬品基金研究振興部管理課長)  
梶田 孝道 (津田塾大学教授)  
鴨沢 厳 (法政大学教授)  
木村 陽子 (奈良女子大学助教授)  
武川 正吾 (中央大学助教授)  
栃本一三郎 (厚生省社会局庶務課社会福祉専門官)  
平石 長久 (岐阜経済大学教授)  
山崎喜比古 (東京大学助手)  
堀 勝洋 (社会保障研究所調査部長)  
栗沢 尚志 (社会保障研究所研究員)

(研究計画)

1. 2ヵ年とする。
2. 初年度は、外国人労働者問題に関する資料・文献の収集・整理と各国の外国人労働者問題の専門委員からヒヤリングを中心に研究を進め、問題の所在を明らかにする。
3. 次年度は国際間社会保障制度の現状と動向を子細に調査し、この点についてわが国の現行制度が抱える問題点を整理するとともに、今後のあり方を検討する。なお、研究成果は「外国人労働者と社会保障」として刊行する。

## 社会保障研究所日誌（平成 1.4～平成 2.3）

### 平成 1. 4.11 定例役員会（第 250 回）

#### 4.27 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障（第 1 回）

報告内容と報告者「日本における外国人労働者の就労実態」社会保障研究所研究員 下平好博

#### 5. 9 研究課題Ⅲ 社会保障計量モデル分析分科会（第 1 回）打ち合わせ会

#### 5.11 政策研究会（第 1 回）

報告内容と報告者「厚生白書について」厚生省大臣官房政策課調査室長 小島比登志

#### 5.16 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画（第 1 回）

報告内容と報告者「地域計画と福祉計画」東京立大学教授 西 三郎

#### 同 定例役員会（第 251 回）

#### 5.25 政策研究会（第 2 回）

報告内容と報告者「福祉関係審議会合同委員会報告について」厚生省社会局庶務課補佐 小林和弘

#### 5.30 研究課題Ⅲ 家族の変容と社会保障分科会（第 1 回）

報告内容と報告者「離婚と子供の養育費」社会保障研究所研究員 下夷美幸

#### 6. 1 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障（第 2 回）

報告内容と報告者「スウェーデンにおける外国人受け入れ政策」早稲田大学教授 岡澤憲英

#### 6. 6 研究課題Ⅲ 社会保障計量モデル分析分科会（第 2 回）打ち合わせ会

#### 6.13 定例役員会（第 252 回）

#### 6.15 研究課題Ⅲ 家族の変容と社会保障分科会（第 2 回）

報告内容と報告者「スウェーデンの家族政策」ストックホルム大学客員研究員 竹崎 孜

#### 同 政策研究会（第 3 回）

報告内容と報告者「スウェーデンの社会保障の動向について」ストックホルム大学客員研究員 竹崎 孜

#### 6.20 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画（第 2 回）

報告内容と報告者「高齢者福祉ニーズの推計について」中央大学助教授 武川正吾

#### 7.11 定例合同役員会（第 253 回）

#### 同 政策研究会（第 4 回）

報告内容と報告者「児童手当制度基本問題研究会報告について——今後の児童手当制度のあり方について」厚生省児童家庭局児童手当課長 荻島國男

#### 7.13 政策研究会（第 5 回）

報告内容と報告者「福祉保健情報システムと今後の厚生情報政策について」コモン計画研究所長 高萩盾男

#### 7.18 研究課題Ⅲ 労働の変容と社会保障分科会（第 1 回）

報告内容と報告者「男女雇用機会均等法制定以降の女子労働の動向」上智大学大学院博士課程 田辺忠史

#### 7.20 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障（第 3 回）

報告内容と報告者「外国人労働者と我が国の社会保障法制」法政大学教授 高藤 昭、「アメリカにおける移民労働者の受け入れ政策」東京外国語大学助教授 伊豫谷登士翁

#### 7.25 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画（第 3 回）

報告内容と報告者「高齢化地域福祉の生活構造」北海道大学助教授 金子 勇

#### 7.27 研究課題Ⅲ 社会保障計量モデル分析分科会（第 3 回）打ち合わせ会

#### 7.31 研究課題Ⅲ 健康と社会保障分科会（第 1 回）

報告内容と報告者「欧米の老人保健福祉の動向——スウェーデンとアメリカの事例を中心として」社会保障研究所研究員 三上英美子

#### 9.7～8 社会保障トップセミナー（第 2 回）＜全社協ホール＞

テーマ「21世紀長寿・福祉社会の創造」

講演「社会保障21世紀への課題」厚生大臣官房総務審議官 加藤栄一、「福祉ネットワークと情報システム」日本社会事業大学教授 京極高宣、「有料老人ホームからみた老後の住まいの問題」聖隷福祉事業団理事長 長谷川 力、「老テクノロジーの未来」国立大阪病院院長 古川俊之  
シンポジウム「長寿社会の地域システム」大森 彌・新井宏明・神谷 尚・久戸瀬渉・緒方英雄・

田中耕太郎

9.12 定例役員会 (第254回)

9.26 研究課題Ⅲ 家族の変容と社会保障分科会 (第3回)

報告内容と報告者「西ドイツの家族と家族政策」

厚生省大臣官房政策課調査室長 田中耕太郎

同 機関誌編集委員会<東海大学校友会館>

9.28 研究課題Ⅲ 健康と社会保障分科会(第2回)

報告内容と報告者「健康保険組合における保健活動の現況」出版健康保険組合保健施設部長 小畑和雄

10.12 研究課題Ⅲ 労働の変容と社会保障分科会 (第2回)

報告内容と報告者「最終報告の打ち合わせについて」東京都労働研究所研究員 佐藤 厚, 上智大学大学院博士課程 田辺忠史

10.17 定例役員会 (第255回)

10.19 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障 (第4回)

報告内容と報告者「西ドイツにおけるトルコ人労働者の現状」法政大学教授 鴨沢 敏

10.24~27 社会保障研究所基礎講座 (第25回) <こまばエミナース>

講座「日本の社会保障」社会保障研究所長 小山路男, 「人口家族」人口問題研究所人口動向研究部長 清水浩昭, 「年金改革」慶応義塾大学教授 庭田範秋, 「社会福祉の展望と課題」社会保障研究所調査部長 堀 勝洋, 「日本経済の展望」一橋大学名誉教授 宮澤 健一, 「医療と健康」厚生省児童家庭局母子衛生課長 高原亮治, 「シルバービジネスの動向」(株)グリーン東京社長 滝上宗次郎, 「外国人労働者問題への対応」社会保障研究所研究員 下平好博, 「長寿社会のまちづくり」厚生省大臣官房老人福祉課長 辻 哲夫, 「社会保障の国際的動向」聖学院大学教授 城戸喜子

10.31 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画 (第4回)

報告内容と報告者「高齢者就労」早稲田大学助教授 和田 修一, 「経済福祉指標と地域特性のあらわし方」東京大学助教授 廣松 毅

11. 6 研究課題Ⅲ 健康と社会保障分科会(第3回)

報告内容と報告者「インフルエンザ予防接種問題と市民自治」練馬・インフルエンザ予防接種を考

える会 長戸かおる

11.13 研究課題Ⅲ 社会保障計量モデル分析分科会 (第4回) 打ち合わせ会

11.14 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障 (第5回)

報告内容と報告者「外国人処遇の国際的水準——イギリスを中心に」法政大学教授 江橋 崇

11.17 研究課題Ⅲ 労働の変容と社会保障分科会 (第3回)

報告内容と報告者「社会サービスと福祉マンパワー」聖学院大学教授 城戸喜子

12. 1 公開研究会 (第28回) <健康保険組合連合会>

テーマ「アメリカ・カナダの福祉と医療は、今」報告内容と報告者「アメリカの福祉」社会保障研究所研究員 三上美美子, 「アメリカの医療」北海道生活福祉部生涯福祉課長 皆川尚史, 「カナダの福祉」同志社大学教授 岡本民夫, 「カナダの医療」日本大学助教授 石本忠義  
司会 東京都立大学教授 星野信也

12.12 定例合同役員会 (第256回)

12.15 政策研究会施設見学 (弘済ケア・センター社会保険庁, 高井戸庁舎訪問)

12.18 研究課題Ⅲ 社会保障計量モデル分析分科会 (第5回) 打ち合わせ会

12.19 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画 (第5回)

報告内容と報告者「都市政策と地域集団——神戸調査の結果」東京学芸大学助教授 田貝香門, 「都市地域の福祉環境」日本社会事業大学専任講師 安立清史

12.25 研究課題Ⅲ 社会保障計量モデル分析分科会 (第6回) 打ち合わせ会

平成 2. 1. 9 研究課題Ⅲ 家族の変容と社会保障分科会 (第4回)

報告内容と報告者「フランスの家族の変容——福祉国家との関係を意識して」東京大学社会科学研究所助教授 原田純孝

1.23 政策研究会 (第6回)

報告内容と報告者「平成2年度厚生省予算の概要」厚生省大臣官房会計課課長補佐 福井和夫

1.25 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障 (第6回)

報告内容と報告者「出入国管理及び難民認定法の

改正について」法務省入管局総務課課長補佐 片山義隆

同 定例役員会 (第 257 回)

同 合同 (専門・編集) 委員会開催<ホテル東急観光>

1.29 研究課題Ⅲ 健康と社会保障分科会 (第 4 回)  
報告内容と報告者「研究報告の執筆分担について」打ち合わせ会

1.30 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画 (第 6 回)  
報告内容と報告者「東京都における老人福祉水準の推計」東京学芸大学助手 野呂芳明

2. 1 政策研究会 (第 7 回)  
報告内容と報告者「介護対策検討会の報告について」厚生省大臣官房企画官 柴田雅人

2. 8 研究課題Ⅲ 健康と社会保障分科会 (第 5 回)  
報告内容と報告者「健康づくり施策の現状と課題」厚生省保健医療局健康増進栄養課課長補佐 武井伸次

2. 9 社会保障研究所シンポジウム (第 24 回) <健康保険組合連合会>

テーマ「介護システムの構築」

レポート 関西大学助教授 松原一郎, お茶の水女子大学助教授 袖井孝子, 日本社会事業大学教授 古瀬 徹

コメント 社会保障研究所研究員 栃本一三郎, 日本社会事業大学教授 前田大作

2.20 定例役員会 (第 258 回)

2.22 研究課題Ⅲ 家族の変容と社会保障分科会 (第 5 回)

報告内容と報告者「主婦・パートタイマーの年

金・税金」奈良女子大学助教授 木村陽子

同 研究課題Ⅲ 家族の変容と社会保障分科会 (第 6 回)

「研究報告のまとめについて」(討論)

2.28 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画 (第 7 回)  
報告内容と報告者「行政の計画と調整」専修大学助教授 小林和弘, 「コミュニティと行政」社会保障研究所研究員 武智秀之

3. 1 研究課題Ⅲ 健康と社会保障分科会 (第 6 回)  
報告内容と報告者「橘湾沿岸圏における健康長寿の町づくりについて」諫早市理事 福田政弘

3. 3 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障 (第 7 回)  
報告内容と報告者「南西アジア地域の移民の実態について——インド移民を中心に——」医薬品基金研究振興部管理課長 大泉博子, 元デリー大学助教授 S. K. Chaudhry

3.20 研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画 (第 8 回)  
報告内容と報告者「地域福祉と住宅まちづくり」社会保障研究所主任研究員 大本圭野, 「地域福祉と医療計画」東京大学教授 郡司篤晃

同 研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障 (第 8 回)

報告内容と報告者「イギリスの移民労働者対策—移民労働者と社会サービス」中央大学助教授 武川正吾, 「イギリスの移民労働者対策—移民労働者第二世代の失業問題」社会保障研究所研究員 下平好博

3.23 定例役員会 (第 259 回)



**編集後記**

本号は、社会保障研究所が毎年2月の創立記念日に行っているシンポジウムをまず掲載しました。今年のテーマは、「介護システムの構築」でありました。厚生省では既に21世紀の福祉戦略として、在宅ケアのための福祉・保健・医療のシステムの整備をにかけているように、現時点では、諸制度をシステムとして総合的にとらえていくことが時代の要請のように思われます。研究所においても時代に即して、介護の施策をシステムとしてどのように仕組んでいくかということを課題として取り組んだものです。

それから、研究所の1989年度のプロジェク報告「健康と社会保障」を掲載しました。これは、過去5ヵ年間にわたって進められてきたプロジェクト「21世紀の社会保障に関する研究」の健康に関する分科会の報告であります。近年、高齢化、そして成人病など他人ごとでなく自分の問題として、人々の間に日常の食生活をはじめ健康づくりに関心が高まってるなかで、新しい健康づくり政策を取り上げたものです。読者の皆様に参考になれば幸いです。

(大本)

**編集委員長** 宮澤 健一 (社会保障研究所長)

**編集委員** 郡司 篤晃 (東京大学教授)  
 小山路 男 (社会保障研究所顧問)  
 地主 重美 (千葉大学教授)  
 島田 晴雄 (慶応義塾大学教授)  
 袖井 孝子 (御茶の水女子大学助教授)  
 高藤 昭 (法政大学教授)  
 野口悠紀雄 (一橋大学教授)  
 保坂 哲哉 (上智大学教授)

三浦 文夫 (日本社会事業大学教授)  
 村上 雅子 (国際基督教大学教授)  
 庭田 範秋 (慶応義塾大学教授)  
 堀 勝洋 (社会保障研究所調査部長)  
**編集幹事** 大本 圭野 (社会保障研究所主任研究員)  
 栗沢 尚志 (社会保障研究所研究員)  
 武智 秀之 (社会保障研究所研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 26, No. 1, Summer 1990

(通巻 108号)

平成2年6月25日 発行

定価 2,060 円 (本体 2,000 円)

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号  
 赤坂2丁目アネックスビル内  
 電話 (589) 1381

製作・発売

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷7丁目3番1号  
 電話 (811) 8814 振替東京 6-59964

印刷・製本 三美印刷株式会社