

nursing facilities と、intermediate care facilities の処遇過程における権利を、つぎの14項目に定式化しているが、さらにその上に適用上のガイドラインを策定しているが、それはそこに掲げているとおりで、1から14までご覧になれば、おわかりいただけると思う。もう少し補足をしたと思ってはいたが、時間がないので、これでとどめます。

こういう処遇過程における権利を見てみると、多くは自由権的な側面の権利である。障害を負っていることによって、あるいは施設に入所していることによって、一般の市民に比して、自由権の行使が制約されやすい。その制約を、緩和、除去することによって、実質的に自由権の回復をはかろうとする。そのためには積極的な処遇が必要になる。その積極的な処遇に対する要求ということになると、それは社会権の側面になってくるわけで、自由権と社会権の両側面がここでは検討されなければならないということになる。

わが国でも人権侵害の実態が、老人ホームについて報告され、新聞報道もされているが、わが国で処遇過程における権利をどういうふうに定式化したらいいだろうか、あるいはどういう場で、どういう機関で審議し、どういう形式で定めるのがいいのだろうかということまで含めて検討の必要があるだろうと思っている。

さて、そのような最低基準なり、あるいは処遇過程の権利を仮に定式化しても、それが何らの強制力ももたない、単なる努力目標にとどまるならば、ほとんど意味はないから、現実になんか貫かれるための、侵害に対する救済方法が、4つの権

利のそれぞれの趣旨にそって、過度のリーガリズムを招かないように工夫される必要がある。

そこで幾つか、イギリスやアメリカで試みられているものを整理すると、処遇過程における権利の救済方法として差し当たり3つのレベルが試みられている。1つは施設内における苦情処理の委員会と、その手続きを整備することであり、それとともに常に入所者に権利を周知させ、職員には入所者の権利を尊重するよう教育訓練を行うということである。それに加えて2つ目に、施設内の苦情処理委員会で解決がつかない場合には、行政庁が苦情を受理し、救済をはかる手続き、権限を整備する。および行政当局が最低基準の遵守状況のみならず、先ほど挙げたような14項目に及ぶ処遇過程の権利の遵守状況も含めて、定期的にインスペクションを行う権限と、その機関を整備すること。そして最後に、民事訴訟または行政訴訟による救済の道を講ずるということである。

おわりに、以上のような社会福祉権の構成を実現するためには、現行法の行政解釈の変更で足りる場合もあるし、法改正を必要とする場合もある。法改正を必要とする場合が多いと思うが、それを具体的に、現行法の基本理念、福祉の措置の規定、施設の基準、報告徴収、改善命令等の規定、そして審査請求の規定に分けて、今後具体的に検討を加えていきたい。幾つかはすでに試論をまとめているものもあるが、時間もきたので、のちほどご質問があったら、そこでもう一度触れさせていたかどうかということで、これで私の報告を終わらせていただきます。

【レポート】

健康問題の変化と保健医療システム

東京大学教授 園 田 恭 一

東京大学の医学部で、保健学を教育、あるいは研究している園田です。私自身は社会学の出身な

ので、本日の報告も保健社会学の観点からということで、お聞きいただきたい。お手元の要旨に沿

って、話をしまいたいが、本日図表を中心とした追加の資料をお配りしているので、それも併せて、ご覧いただきたい。

健康ということは、これまでは寿命や、死との関係でとらえられてきたことが多かった。たとえば国際的にも、また国内での比較などにおいても、今日でも健康水準とか、あるいは健康の尺度、あるいは指標といったことで、いろいろ問題になる場合には、一般に用いられるのは平均寿命とか、乳児死亡率とか、50歳未満の死亡者の割合というように、いずれも寿命や死でもって、健康状態を把握しているというものが多い。たとえば乳児死亡をゼロにした村であるとか、あるいは何県と何県を比べると、平均寿命がどう違うとか、10年間でそれがどう変わってきたかというようなことで、健康の指標といっても、用いられているのは、寿命とか、死というものが、これまでは多かったと思う。

それから健康というものは、これまで長く症状や異常がないこと、あるいは病気でないこととして理解されてきた場合も多かった。一般の人も病気になってはじめて、健康のありがたさを知ることが多い。それから治療医学のほうでも、症状とか異常がないこと、特に身体面、あるいは器官の面に症状とか、異常が見られないことを、健康ととらえていることが多い。

こういう見方からすると、傷病者の割合が多いという、有病率の高さということは、健康度の低さを示すバロメーターともなるといえる。

ところで、いまいったような寿命から健康を見る、あるいは病気から健康を見るということで考えると、近年における日本の特徴は、寿命は延びたが、病人が増えてきているというように、健康の指標としては、一見相反する動きをしているかのように見える。

ご存じのように、日本人女性の平均寿命は昭和59年には諸外国にさきがけて80歳の大台に乗った。文字どおり人生80年時代を迎えた。そういうようなことを1つのきっかけにして、昭和60年代に入ってから政府、あるいは財界、とりわけ厚生省関係のいろんな審議会とかの答申、白書の類では、

一斉に人生80年時代とか、あるいは長寿社会ということが、いわれるようになった。

それから乳児死亡率も、これもご承知のように、欧米先進諸国と比べても、低いほうの数字を示している。これは本日お配りした図をご覧いただくと、平均寿命は欧米諸国と比べても長い、乳児死亡率は逆に低いと、こういうようなことが明らかに出ています。

そういうことで、寿命とか、死亡から見た健康水準ということでは、日本は世界の中でもっとも良い国の部類に入っているといえる。

他方、日本における有病率は、年々増加している。いまから30年ほど前の昭和30年当時は、人口1000対の割合で見ると、傷病者の指数は37.9だった。それが30年後の昭和60年には145.2と、4倍近くに、正確にいうと3.8倍だが、増加している。国民7人に1人が病気であるという数字が示されている。これは厚生省が毎年行っている国民健康調査からの数である。

ちなみに年齢階級別に有病率を見てみると、いちばん傷病者の割合の低いのは15歳から24歳の層で、37.2ぐらいである。逆に高いのは、高齢になるにしたがってということで、65歳から74歳のところだと481.5、75歳以上になると567.8というように、2人に1人以上が病気という数になる。これも統計的な数字を図表のほうに示してある。その年齢階級別の有病率の推移を、表から見ていただくと、高年齢層における上昇が特に著しい。とりわけ75歳以上となると、昭和30年の約8倍という数に及んでいる。

それではこのような急激な傷病者の増大というのは、いったいどういう要因によって生まれたのか。それを検討するに当たって、とりあえず国民健康調査の数字をお示ししているの、国民健康調査では傷病というのは、どういう約束でとらえられているかということを、ちょっと問題にしてみたい。

ご承知のように国民健康調査というのは、全国の世帯から対象世帯を抽出して、そこに調査票を配布して、記入してもらい回収するというやり方でやっている。そこでは調査を行うに当たっての

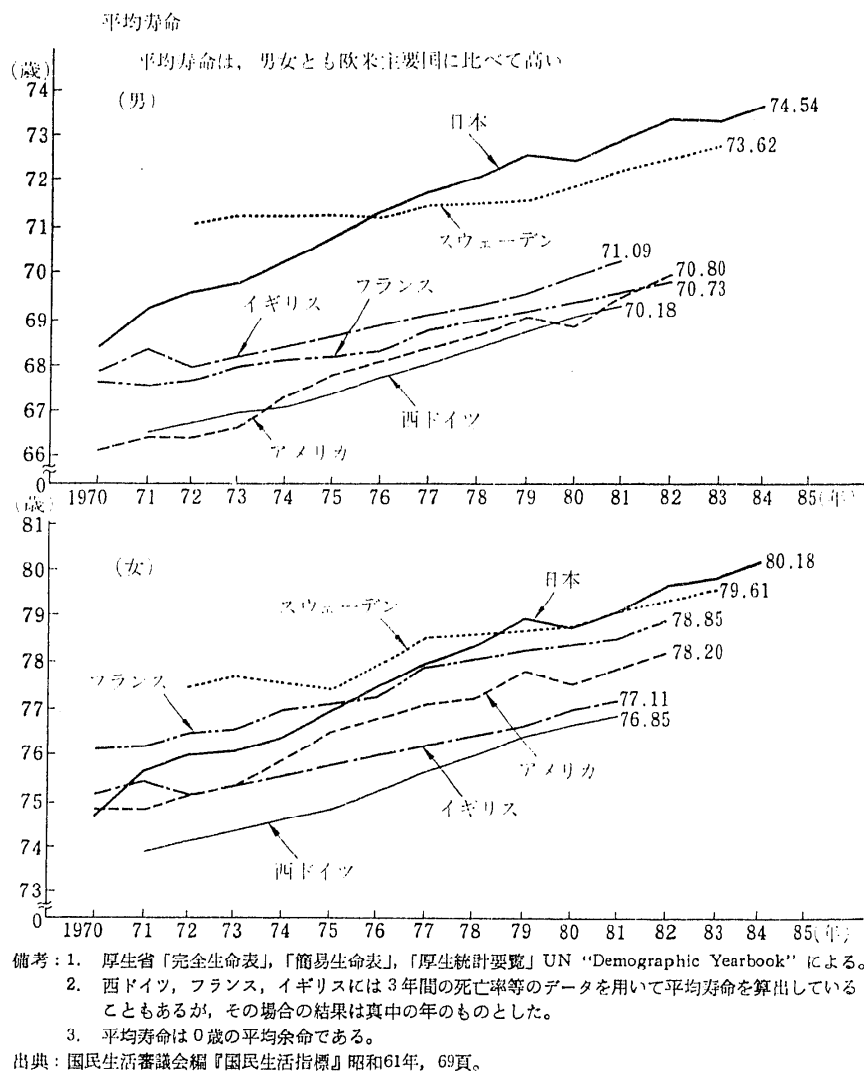


図1 平均寿命の年次別国際比較(男・女別)

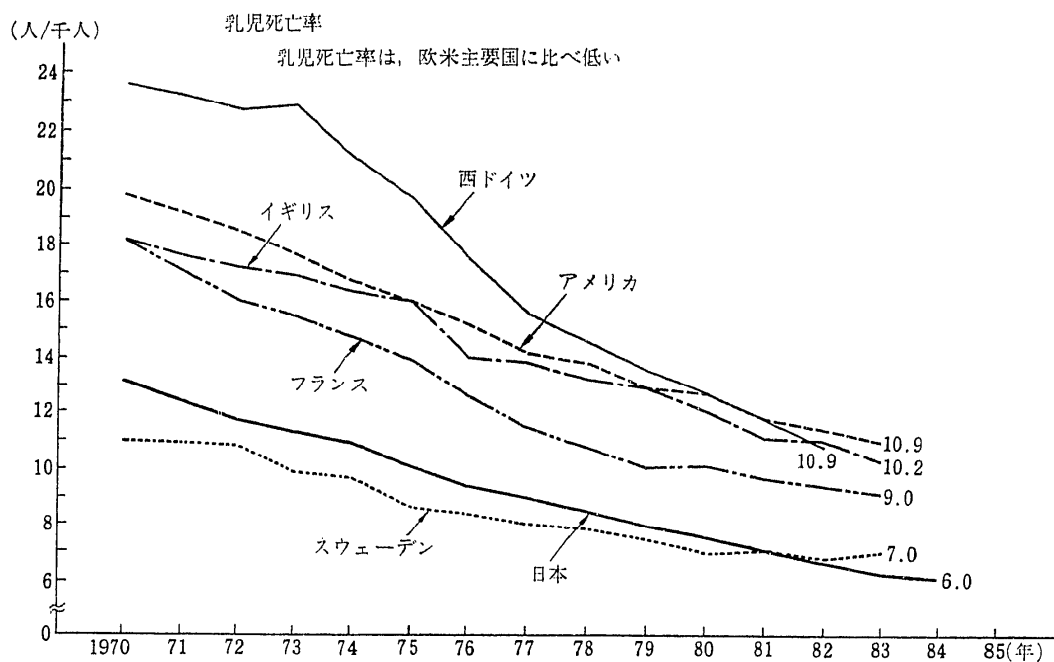
傷病の定義というか, 約束を次のようにしている。

この調査では次のような場合を傷病として取り扱っている。その第1として身体または精神が異常状態になったため, 何らかの治療処置をした場合。第2は, 身体または精神が異常状態になったため, ここまでは第1と同じだが, 治療や処置はしないが, 床につくか, 1日以上日常の業務を中止した場合。これを2つ目の条件として挙げている。それらには但書があって, ただしということで, 次のものは傷病として取り扱わずに除外する。

①正常な妊娠, 分娩, 産褥, 月経, ②症状の固定した身体障害, ③通常の眼鏡で補正し得る近視, 乱視, 遠視, ④人間ドックなども含めた, 単なる健康診断, ⑤治療を目的としないビタミン剤, 睡

眠剤などの服用など。さらに注が付いていて, 日常の業務を中止するというのは, 働いている人が仕事を休む場合, それから家事をしている人が, 家事をやらない場合, 学校に行っている人が, 学校を休む場合を, 日常の業務を中止するというふうにとらえている。それから症状の固定というのは, 一応傷病の状態が固まって, それ以上良くも悪くもならず, 医者などにかかっておらず, 治療もしていない状態をいうと, こういう約束で, 傷病をとらえてきている。

このような国民健康調査での傷病の規定からすると, これにかかわる要因としては, どんなものがあるだろうかということで, 幾つか整理すると, まず最初に身体または精神が異常状態になったた



備考：1. 厚生省「人口動態統計」，「厚生統計要覧」，WHO "World Health Statistics" による。

2. 年間乳児死亡数(人)
年間出生数(千人)により算出。

3. 乳児死亡とは、生後1年未満の死亡をいう。

出典：前図と同じ69頁。

図2 乳児死亡率の年次別国際比較

表1 主要傷病・年次別にみた有病率 (人口千対)

傷病大分類	昭和30年 (1955)	35 ('60)	40 ('65)	45 ('70)	50 ('75)	55 ('80)	59 ('84)	60 ('85)
総数	37.9	46.9	63.6	93.6	109.9	110.4	137.3	145.2
I 感染症及び寄生虫症	7.7	6.6	4.4	3.7	2.5	2.5	3.2	3.4
III 内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	0.7	0.8	1.2	2.0	2.6	5.4	6.9	8.4
IV 尿病(再掲)	0.2	0.4	0.8	1.6	2.0	4.5	5.3	6.1
VI 神経系及び感覚器の疾患	4.8	5.5	7.9	11.2	10.4	5.8	8.9	10.1
VII 循環系の疾患	3.3	6.5	11.9	21.6	23.3	36.6	40.6	44.5
心臓の疾患(再掲)	0.9	1.0	1.7	2.9	3.0	7.2	7.3	7.5
高血圧性疾患(再掲)	1.3	3.9	8.0	14.6	15.6	24.1	27.6	30.7
脳血管疾患(再掲)	0.6	1.0	1.4	2.0	2.6	3.6	3.2	3.5
VIII 呼吸系の疾患	5.5	6.9	8.2	14.4	30.8	15.5	17.2	15.0
急性上気道感染(再掲)	—	—	—	9.6	25.3	9.6	10.1	8.3
喘息(再掲)	1.1	1.1	1.2	1.9	2.1	1.9	3.0	2.9
IX 消化系の疾患	6.5	9.2	13.8	17.9	15.4	1.44	20.7	22.0
菌及び菌の支持組織の疾患(再掲)	1.9	2.7	5.0	6.9	3.8	3.4	4.2	4.4
胃及び十二指腸潰瘍(再掲)	2.6	3.8	5.4	4.8	5.5	4.3	5.0	4.6
肝臓の疾患(再掲)	0.4	0.9	1.0	1.6	2.1	2.4	3.2	3.4
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	2.0	2.4	2.1	3.2	3.5	3.3	4.3	4.7
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	1.5	1.9	3.6	5.6	6.3	10.7	15.9	16.1
XIV 損傷及び中毒	2.3	2.5	4.2	6.2	7.4	8.5	8.1	8.3

注：昭和54年から第9回国際疾病傷害及び死因統計分類を適用しているため、傷病の名称・分類内容が53年までと必ずしも一致しない。

資料：厚生省「国民健康調査」。

表 2 性・年齢階級・年次別にみた有病率(人口千対)

	昭和30年 (1955)	34 ('59)	40 ('65)	45 ('70)	50 ('75)	55 ('80)	59 ('84)	60 ('85)
総 数	37.9	45.9	63.6	93.6	109.9	110.4	137.3	145.2
男	40.4	47.1	63.0	89.5	103.0	102.6	126.2	131.6
女	35.5	44.7	64.2	97.5	116.5	117.8	148.0	158.3
0 歳	28.6	41.0	56.7	87.9	96.5	77.9	82.9	82.1
1 ～ 4	28.7	37.5	36.2	75.2	129.6	89.5	84.7	85.5
5 ～ 14	17.4	25.8	30.2	50.5	70.1	56.0	63.3	66.6
15 ～ 24	25.0	26.7	28.1	33.2	40.4	30.2	35.1	37.2
25 ～ 34	38.5	39.3	43.7	56.8	64.0	43.4	51.9	55.7
35 ～ 44	45.5	57.1	72.5	86.2	85.5	74.3	84.2	83.5
45 ～ 54	61.3	72.7	95.7	126.6	129.3	121.8	155.4	154.6
55 ～ 64	77.5	88.5	143.1	200.8	195.5	229.9	276.8	287.9
65 ～ 74	86.3	97.5	177.8	257.0	312.6	336.0	424.1	481.5
75歳以上	70.8	95.4	177.5	249.5	328.1	437.3	556.8	567.8

注：昭和35年は、性・年齢階級別にみた有病率がないので34年をもちいた。
資料：厚生省「国民健康調査」

めという、これに関連するものは、心身の状態の変化を生む個人の内的な、あるいは環境的な要因ということがある。

それから次には、どういう状態の変化を異常というふうにとらえるかだが、これは2つの観点がある。1つは一般の人自身が、あるいは周囲の人が、異常であると判断をする場合である。それから医師なり保健医療の専門職の人が、判断を下した場合である。

それから2番目のほうの、何らかの治療処置をした場合というのにかかわってくるのは、医療を受けるとか、医療を施すという、こういう治療処置のチャンスが、どのくらい大きいのか、少ないのかとか、あるいはそれにかかわる誘因とかインセンティブみたいなものがからんでくる。

それから第2のほうの条件にからむ、治療処置はしないが、床につくか、1日以上の日常業務を中止した場合にかかわるのは、床につく、あるいは業務を中断するということ、どのくらいしやすいか、ということがあるが、たとえば学校に行っている人が、学校を休むというのは、いまの学生はしょっちゅうやってるし、家事をしている人がいうと、これも比較的手抜きみたいなことで、簡単に中止する場合があると思う。これらに対し、働いている人が仕事をということになると、職場の条件とか、いろんな事情でこれはかなり変

わってくる。ということでそういうことがどのくらい容易であるかは、1人1人違ってくる。それから周囲の人々がどのくらい、そういうことを許容するかということで、それはまた違ってくる。

いまいったことを、もう少し具体的に詰めると、次のようなことが考えられる。

1つは治療までに非常に長い期間を必要とする、慢性疾患とか、精神障害が非常に増えてきている。それから傷病に罹患しやすい高齢者が増大してきているということがある。また医師が増えてくる、あるいは医療技術が進んで、治療可能なものが増えてくるということで、医療の対象になるものが増える、つまり受療、あるいは施療の機会とか、誘因、インセンティブが増えてきているということである。それからやや具体的なことになると、昭和35年以降の、国民健康保険制度の確立、これは何年かにわたって、少しずつ制度が確立してきたわけだが、そういうこととか、あるいは高齢者や難病患者などに対する医療費の公費負担とか、高額医療費を公費で支払うとか、等々ということで医療の自己負担を軽減してきた政策による治療とか、施療の機会、あるいは誘因が非常に増えてきていることもある。

もう1つ考えられなければならないのは、昭和30年以降の生活水準とか、教育水準の上昇とか、また女性の場合だと就業の機会が増えるとか、こ

うというようなこともいろいろ関連をしている。

なお、医療費の自己負担ということに関しては、昭和50年より、老人保健法の施行とともに、老人の医療費が再び一部自己負担になり、そしてその額がことしの1月から引き上げられたということがある。あるいは昭和59年からの、被用者保険本人の1割自己負担という動きがあり、これがどう影響するかということも、1つの検討材料になる。

このように見てくると、今日における病気、あるいはけが、ということには、身体的なことだけではなくて、心理的、文化的、社会的、経済的といったような、さまざまな要因が、そこにかかっているということがいえると思う。

今日における主要な傷病、あるいは健康問題であるとされている、慢性疾患とか、精神障害、あるいは不慮の事故、さらには老人性の疾患といったようなものは、これは1つ1つ発生のメカニズムが違うし、さまざまであるけれども、それらは以前の、たとえば急性の伝染性疾患というようなものに比べると、特定の細菌であるとか、化学物質とか、単一の要因では、なかなか発生の原因が説明しにくい。いずれも健康にとって望ましくない、いろんな労働の条件、生活の条件やあるいは習慣とか、その人の日常の行動、さらに環境といったものが、媒介的に、あるいは直接的に作用していると、指摘がなされているわけである。

たとえば、皆さん方もご承知の、聖路加看護大学の学長をいま務めておられます日野原重明先生は、「誤った食事摂取、たばこやアルコールの摂り方の過度、運動不足、ストレスの多い生活などが、慢性病をひき起こしたことは間違いない事実である」と指摘をされて、「老化だとか、加齢によるという宿命的な響きもちやすい成人病という言葉に代えて、習慣病という名前を用いるべきである」ということを、日野原先生はいろんなところで提唱されている。

これはどういうことかということ、成人病というと、「とうとう成人病になったよ」、「年だな」ということで、年のせいになれたり、自分でもそう思ったりする。それが「とうとう習慣病になったよ」となると、何となくこれまでの悪い習慣のツ

ケが回ってきたような感じになる。そういうようなことを一般の人に意識させやすい。成人病という名前は、何か宿命的な、あるいは生物学的なニュアンスを与えるので、もっと社会的な意味合いを、一般の人に理解してもらう必要もあろう。また事実においても、今日成人病といわれている疾患の多くは、日常の生活の送り方、健康にとって望ましくない生活習慣の積み重ねということによって、非常に大きくそれは左右されるわけなので、成人病に代えて、習慣病という名称を、日野原先生は提唱をされているわけである。

また私どもと同じように、医療社会学の専攻者である宗像恒次さんも、「離婚、退職、転職、結婚、子供の巣立ちといった、社会現象としてのストレスフル・ライフ・イベントが、中枢神経系や、自律神経系や、内分泌系の機能攪乱を媒介に、身体病、精神病を生むことが、医療社会学的、医療心理学的、あるいは精神医学的研究の中で、明らかにされつつある」として、次のようなことをいわれている。

「起床時疲れが残る、食欲があまりない、疲れやすい、イライラしやすい、体がだるい、などの心身状態にあるとき、半健康状態にあるといわれる。そしてこの状態は、風邪を引きやすくなる、口内炎ができる、階段でつまずきやすくなるなど、ウイルス感染や外傷など、疾病につながる準備状態をつくり出す。したがって、半健康状態を長期に持続させることは、肝炎、高血圧症、糖尿病、胃潰瘍、心疾患、腎臓病などの、本格的な罹病へとつながることになる。このことは、疾病が単に細菌やウイルス感染や外傷などによって生じるとしか考えないのは、偏った病因論であることを示している」と。

それから医学や、医療の側でも最近、いろいろ新しい動きが出てきた。たとえばこれまでの西洋医学的な病気への対応というのは、細菌やウイルス、あるいは化学物質など、病気をひき起こすそのエージェント、日本語では作用因という言葉で当てていることが多いが、そういうものに注目することが多かったが、近年では次第に、どのような人がエージェントの影響を受けやすいかという、

ホスト側、宿主側の状態、すなわち回復力とか、免疫力だとか、体力といったものを含めた、いわゆるエージェント、あるいはエンバイラメントと、ホスト側との関係の中でとらえていこうという動きも強くなってきている。

ホストに注目するというのは、1つの新しい動きだが、そのホストというのは社会的な人間というよりも、いぜんとして生物学的なヒトということで考えられていることに、まだ問題があるが、ホスト側の条件を重視するということになってきたのは、1つの大きな変化だろうと思う。

このように見てくると、症状や、異常がなければ健康と見ていた、これまでの医学的な発想では、十分に対応しきれない問題が増えてきているということが、理解していただけるのではないかな。

さらにはまた、症状や、異常ということも、これも現代医学の非常に精緻で、多面的な検査とか、診断技術をもってすると、とりわけ高齢者の場合には、それが見い出せないという状態のほうが少ないのだが、それらをすべて治療の対象にすることではなくて、放置をしておけばこの先、重大な健康障害につながるのかどうかとか、あるいはそれぞれの日常生活に、どの程度支障があるのかという、非常に長期的な、あるいは全体的な、さらには生活の視点を含めたような判断が求められると思う。むしろ昔のように、身近な開業のお医者さんとのつながりがあった時代は、先生が生活的な条件も含めて、いろいろ判断を下しておられたことが多かったと思うけれど、最近のように検査中心とか、あるいはお医者さんとの関係が、一時的な形で、しょっちゅう変わるということになると、どうしても生活の視点とか、長期的、全体的視点を含めた判断というのは、逆に後退するということも、なきにしもあらずということになってきている。

さらにアメリカのメディカル・スクールなどの場合だと、加齢に伴うノーマルなデベロップメントと、アブノーマル・デベロップメントというものを区別して、まずノーマルなデベロップメントについて十分な知識を身につけさせてから、そしてアブノーマルなデベロップメントを学ぶという

ことが行われている。そういうことからしても、正常な心身の働きの低下と異常や問題のある状態との区分けということについても、これからますます正確な知識と認識が、より必要になってくる。

あるいは慢性疾患とか、精神障害の多くは、投薬だとか、注射だとか、手術といった、これまで広く用いられてきた治療方法だけでは、十分な効果を上げることは難しいので、日常生活習慣や、行動を改めるとか、あるいは生活の条件を見直すといった、生活全体との関連が、求められると思う。

さらには、健康が損なわれてからとか、医者依存の疾病の対応ではなくて、あるいは、すべて病気は医者まかせということではなくて、日常の健康管理、あるいは健康増進ということを、一般の人々自身が責任をもつ、あるいは役割を担うということもこれからますます必要になってくる。

だから、今日健康問題の多くは、身体上の症状や、異常の有り無しということだけではなくて、精神や心の健康、あるいは人間関係とか、社会生活上のいろんな問題がからんでくるので、そういう点の配慮がますます必要になってくる。

いま申し上げたようなことに照らし合わせながら、最近の特に健康への取り組みの幾つかの施策の動向を、次に検討したい。

これからの健康への取り組みについては、健康問題の解決というのは、治療とか、医療費の保障ということに片寄るのではなくて、保健、看護、リハビリ、さらには福祉や教育のサービスなどが、総合的に整備され、またそれぞれが、さまざまに必要とされるケースに応じて提供されていくということが、ますます大事になってくる。

日本でのこれまでのような治療中心、医療費保障偏重という仕組みでは、看護面でのニーズがより高い人も、あるいは精神面での悩みをかかえている人も、さらには福祉のサービスが必要とされている人も、すべてが医師や病院のほうに吸収されて、人員や設備の無駄遣い、費用の高騰を招くという結果になってしまっているといえる。

この点で、老人保健法の施行以降の、医療費の一部自己負担の導入とか、その拡大という施策、

あるいは老人用の診療報酬体系の制定という施策は、いわゆる過剰な受療、あるいは施療へのインセンティブを抑制するというねらいもあるとされているわけだが、これらの施策が妥当性をもつためには、包括的な日常の健康管理体制の整備、あるいは人員とか費用の配分が不可欠な前提になると思う。

それで私はこの問題に関連して、このように考えている。一部自己負担の導入とか、それを引き上げる、あるいは老人用の診療報酬体系の導入、まるめだとか、打ち切りだとか、いろいろ手段があるわけだが、こういうものは受療だとか、あるいは施療の抑制には作用する。しかしそれは受療者だとか、施療の増大、受療率の上昇の基盤となっている、傷病者の増大だとか、有病率の上昇への直接の、あるいは正面からの対応ではない。受療者を減らすために、医療費の負担の方式を変えろとか、報酬の仕組みを変えろというのは、傷病者そのものを減らすということに、本格的に取り組むということなくしては、患者のほうにも、あるいは医者の方にも、傷病は増えているのに、医者にかかりにくくなっているとか、あるいは患者を診にくくしているという不満を、引き起こすことになると思う。

そこで、傷病者をどのようにして減らすかということになる。そうするとこれまで見てきたことも含めて、改めて今日における傷病の実態というか、あるいはその増加要因ということを、正面から問題にする必要が出てくる。これは先ほども人口の高齢化だとか、慢性疾患の増大だとか、精神障害の増大ということを挙げたが、たとえば慢性疾患の増大を取り上げて、先ほどの日野原先生のご指摘だけではなく、生活様式とか、人間関係に起因するという問題が非常に多い。それから精神障害の増大もデプレッションとか、ニューロシスとか、抑うつ症とか、神経症とか、いろいろある。そのうち抑うつ症の人がどのくらいいるかということは、数字的にはなかなかとらえにくいけど、だいたい日本、アメリカ、あるいはそのほかの国を通して、65歳以上の人を取ると、20%ぐらい、あるいはそれ以上というデータもある。そのくら

いが抑うつ症の状態にあるといわれている。これにはいろいろの症状がある。頭が痛い、気分が悪い、沈むとかということだけではなくて、夜眠れないとか、食欲がないとか、心臓がドキドキするとか、疲れるとか、落ち着かないとか、イライラするとか、自分はもう必要のない人間だと思うとか、生活が充実していない、死んだほうがましだとか、毎日が楽しくないとか、こういったような状態にある人が、20%、あるいは30%も、あるいはもっと多いというデータもある。

それからアルコール中毒なども多い。これはアルコール中毒患者ということで、実際に医療機関にかかっているとしてとらえられている数は少ないが、厚生省の研究班でのまとめだと、少なく見積もって、医師の治療を必要とする者だけでも、220万人ぐらいいる。18歳ぐらいから上の人の、だいたい2.2%ぐらいの数字をはじき出している。

このような慢性疾患、あるいは精神障害、あるいは高齢者の健康問題というのは、医者にかかるだけでは、いままでのような薬、あるいは注射だけでは、解決のできないものが、非常に多くなってきている。その意味で受療を抑制する、薬や注射の多用を費用負担や、報酬の面からコントロールするという施策は、まったく必要はないとはいわないが、それだけを切り離して行うということは、妥当ではないと思う。やはり医師の目もつと健康のほうに向くような形での教育の在り方、たとえば医師の選抜の仕方、あるいは資格の付与の仕方とか、カリキュラムだとか、さまざまなものの検討が当然必要になる。また医師の報酬とかというものも大事な1つの仕組みである。そしてもっと基本的には、人間関係だとか、いろいろサポートの仕組みをどうつくっていくのかとか、連帯的な本当の意味での社会福祉というものを、どうつくり上げていくかということが、非常に大きくからんでくると思う。

それからこのたびの老人保健法の改定では、いわゆる老人保健施設という名称で、以前からいろいろ議論されていた、中間施設の問題が浮上してきた。時間の関係で、これは省略しますが、こういう議論も、施設の経営権だとか、イニシアティ

づを医療関係者がもつか、福祉関係者がもつか、あるいは行政がどう関与するかという、提供者側の利害関係みたいな議論はいろいろされるが、それを必要とする高齢者なり、障害者の観点から、どういう状態の人を、それは身体的に、経済的に、精神的にいろいろあると思うけれど、そういう人をどういうところでお世話をするのかという、こういう利用者側の観点からの議論というのが、非常に少ないというのがやはり問題だろうと思う。

これらのほか、老人保健法が目玉として打ち出したものの1つに、日常の保健活動の重視という点がある。世間一般では、一部自己負担の復活だとか、保険者間の財政調整みたいなところに、関心が集まっているが、もう1つの柱として打ち出しているのが、名称も老人保健法ということだが、保健事業である。これは世間一般にも好評であるというが、必要な施策を、やっとな法的な裏付けをもたせて行ったとされている。

ただ、1つ問題なのは、保健事業ということで、何をやっているか、あるいはどういうことに、実際にお金を使っているかである。保健事業ということで、財政的に裏付けをしているもののうち90%以上といってもいいと思うが、大多数は検診事業である。私は決して、その検診が意味がないとか、必要がないということをいっているわけではない。これはそれとして、病気の早期発見、早期治療ということで、大事な役割を担っている。

ただ、日本での問題というのは、あまりにもこれが、医療機関主導、あるいは行政主導で行われていること、日常の健康管理とか、保健指導とつながっていないことである。検診を受けるほうも、あるいは実施するほうも、病気の発見、治療ということで、病気のほうにだけ向いている。何か症状とか、異常が見られないと、通知もしない。あるいははがき一枚出して、「あなたは正常です」とだけいってくる。そしてあと保健指導とか、そういうことは何もなされない。

それから受けるほうも、これは健康管理とか、保健指導に熱心な、あるお医者さんがいっていたことだが、肺ガンの検査か何かを受けて、その結果がわかるまでは、非常に青くなって心配をし、

どうしよう、どうしようといっていた人が、検査の結果、あなたは何にも異常はありませんといわれると、ニッコリして、「きょうからまた、たばこがおいしく吸えます」といって帰っていったので、その先生はガックリしたというのです。これほどではなくても、結果がわかるまでは非常に緊張していても、何ともないといわれるとすぐ、暴飲、暴食をはじめるといふひと多い。

日本の検診というのは、いわゆる病気の発見とか、治療というほうにしか連動していない。こんなことまでいうとあれだが、いま医師会、これは地域医師会も含めてですが、検診事業に非常に熱心に取り組むというところが増えてきている。これは良く取ると、日本のお医者さんも治療だけではなくて、予防だとか、健康管理に力を入れるようになったのだという、評価もできないわけではないが、一面では、だんだん医者の数が増えてくる、それから医療費自己負担が増えたりして、患者は減る方向にある、そこで検診ということを通して、患者を掘り起こして、少しでも収益を増やそうという、こういうこともかなりからんでいるのではないか。ということで、あまり治療一点張りで、検診事業がされると、問題が出てくる。

アメリカなどでは、同じ健康づくりということを書いていても、日常の健康とどう取り組んでいくかというほうに、重点が置かれている。禁煙だとか、節酒だとか、運動だとか、ストレスコントロールという面だとか、日常の生活の送り方に注意している。そしてそういうことを一般の人々、あるいは民間主導で進めている。行政、あるいは医者がイニシアティブを取っているという、日本の在り方とは大変違っている。

そこで、これからは個々の症状や、異常の有無しということだけから、健康や病気を見るのではなくて、それぞれの人が、それぞれの日常生活の中で果たしている、担っている役割とか、あるいは占めている地位とのかかわりで、健康を見ていくということも、非常に大事だと思う。先ほどの抑うつ症との関連ではないが、サポートイブな生活というものを、どういうふうにつくり上げていくかということとも関連してくる。通常の役割

を担うのに差しさわりがあるかどうかという観点から、見ていくということも大事である。

さらにこれから1人暮らしの高齢者が増えてくると、健康管理とか、健康増進のゴールというか、目標を、症状とか、異常を取り除くということよりも、それぞれの人が、最大限の自立性、これは身体的な自立性だけではなく、経済的な、あるいは社会的な、心理的な面をも含めてだが、そういうものを回復する、あるいは助長するという、こういう観点が、非常に大事になってくる。

日本でも国民健康会議、これは厚生省の肝煎りでつくられたのだが、これの提言で、これから高齢者の場合は特に、一病息災、あるいは日常生活で病気とうまく付き合っていくことが大切であるといっている。このことは今年度の厚生白書の中でも、改めて取り上げられているが、こういう見方がされるようになったというのは、1つの前進だと私は思うが、まだ日本の場合には、一病息災とか、病気と付き合うというように、病気からの発想であり、健康からの発想ではない。そこにまだ問題があるかと思う。

今日においては、身体的な傷病の多くは、偏った食生活とか、運動不足とか、不規則な生活や過労、あるいは深酒、喫煙、麻薬の愛好、さらには非常にストレスの多い人間関係といった、健康にとって問題のある生活の送り方、あるいは生活習慣というものに、深くかかわっている。あるいは疲労だとか、食欲不振だとか、イライラといった身体的な不調とか、半健康状態というものが、ウイルス感染とか、けがとかいったものの引き金になっている。その準備状態をつくり出している。そしてそういうことについては、かなり一般の人でも最近では、理解が進んできているように思う。そういうことでこれからは、日常の生活とか、行動、さらに人間関係とか、環境というものを、健康にとって望ましいものに変えていくという取り組みが、きわめて重要なことになる。

昨年の11月にカナダで WHO とカナダ政府が

主催をして、ヘルスマローションに関する国際会議というのが開かれた。私も参加させていただいたが、そこには WHO のマラー事務総長も、5日間の会議にずーっと張り付いて、大変に力を入れておられた。そこではこれからの健康問題の取り組みとして、もっとコミュニティを強化しよう、もっとサポートティブな人間関係をつくっていくということをしている。日本でいうと、そんなのは健康に関する会議ではなくて、社会学か、社会福祉の会議でいいようなことなのだが、そういうことが健康に関しての会議での提言として、まとめられたわけである。

日本から見ると、えらい健康から離れた議論と受け取られるようなことだが、これからは身体的な健康を守っていく、あるいはそれを高めるためにも、習慣とか、生活様式を変えていくという、またそれも具体的ないろんなスキルを開発するか、いろんなストラテジを立てていくということは、必要不可欠な要諦になっているのではないか。

きょう話しましたことは、保健社会学的なという観点からなので、決して医者がいらないとか、医療はこれから必要ないとか、治療医学は無用だとか、そういうことを申し上げているのではなくて、薬、あるいは注射とか、医者では治しにくい健康問題というのが、非常に大きくなってきている。そこでそういうものを正當に、よく位置付けて、取り組んでいくということが、これから大変大事なことでないかということなのです。オタワの会議では、いままではメディカルケアの時代であったが、これからはヘルスケアの時代であるということもいわれているが、日本ではメディカルケアというのが、非常に肥大化をして、ヘルスケアのほうが大変弱く、まだ十分正當な位置付けを与えられていない。こういうふうなことも、1つのこれから転換ということで、問題にしていただけだと思う。

どうもありがとうございました。