

入りになっているかどうかということでした、それなしに、この計画の正当性は担保されないわけです。狭い範囲の担当者だけでつくってはいけないということも、ここに大きな理由があるのだと私どもは考えました。

それから、私が計画づくりと申し上げたことは、同時に4番目の計画実施体制の問題と連動することになります。これもご報告のなかでご指摘があったように、従来は計画をつくると、そのあとこれをどういうふうに進捗管理していくかという、その進捗管理の体制が比較的ずさんなのです。私の関与しているところでは、計画をつくった職員、および計画に参加した参加者グループというのが、同時にこの計画の実施過程の一種のモニターになって、少なくとも第1回目のローリングまでは付き合っ、実際にこの計画が当初見積もったように動くのか、どこに難点があるのか、どこが問題、どこが弱点で、どこを間違ったかということについて、つぶさに検討していくという、そういう計画の進捗管理の体制というのが、かなり重要だと思います。

計画づくりにタッチした担当者は、計画ができた、はいこれで終わりというのではなくて、計画をつくった人は、少なくとも数年間責任を取るような形で実施も担当していただいたらどうかと思います。これは役所の人事のあり方に関与することになるので難しいかもしれませんが、小さい町村にいくと、調査と計画を独自に行うような余力がないということがあります。ある程度自治体の規模が大きくなると、専門にこれを担当する人を

少なくとも1人2人は置けるので、結構、計画は充実した内容になりうるのですが、日常業務をやりながら計画をつくるということになると大変だと思います。それでもなお、私は次のように申し上げています。どんなに小さい町村でも、この計画の行方は地域のあり方と、その自治体の自治行政の質というものを決めていくのだから、日曜、祭日、夜もなく、役場全体をあげてこの計画づくりを行うかどうか、いちばん大事ではないか、この点についていえば職員組合とも折り合えるのだ、と。

そういうときに私が申し上げたのはこういうことです。市町村長さんは口を開けば人材が欲しいとおっしゃっている。市町村でどうやったら人材が育てられるか。人材は職場や仕事を通じてしか育たない。その場合どういうふう育てればいいのか。それは調査と企画をさせることである。そして現行法上のさまざまな壁を乗り越えて、自分たちで地域をつくっていくための計画ができるかどうか、自治体職員の質を決めていくのではないか。そのために首長さんが激励していただいたらどうですか、と。

ある町長さんがこういっているそうです。「自分はきみたちがやらなかったことには責任は取らないけれども、やりすぎたことには責任を取るから頑張ってもらいたい」と。私どもが願っているのはこのタイプの首長さんです。

あまり学問的な議論でなくて恐縮でしたが、1、2付け加えさせていただいて、私の感想とさせていただきます。

コメント

私は社会学の出身ですが、昨年3月まで25年間医学部の保健学科というところにおりまして、4月から今度は社会学部の社会福祉学科のほうに

移りました。そんなことで、今日は全体としては保健福祉における計画ということですが、若干どうしても保健のほうに偏った形でのコメントにな

東洋大学教授 園田 恭一

るということをちょっとお断りさせていただきたい。

保健福祉計画、あるいはそれに医療が加わって、保健医療計画ということがいま進んでいるわけですが、これは本来的にいうと、対象としている人々、たとえば老人とか、あるいはある一定の地域に住んでいる方々の健康とか、あるいは福祉の状態や、水準の改善とか向上を目指すというのが、本来の計画のあり方だと思われるのだが、なかには計画の目標がはっきりしていない、あるいは明確でないものも少なくない。いま策定されている保健医療計画であるとか、あるいは保健福祉計画の場合に、それが明確になっているのかどうかということになると、後に申し上げるように、いくつかの問題点があると思う。

もちろんこれまでの報告者が指摘されたように、保健医療福祉計画といっても、何もニーズをもっている人々というか、需要者側の健康の状態や福祉の水準をどうするということが自体が計画の直接的な目標ではなくて、そのための手段というか、提供者側あるいは供給者側のあり方を目的とした計画ということももちろんあるわけである。先ほど濃沼先生がいわれていたことだが、たとえば保健医療計画の場合だと、病床数をどうするか、あるいは医師数をどうするかとか、あるいは医療の費用をどうするかとか、ということが直接の目標になっている計画もある。ただ、そういう行政計画というか、サービスや施策をどうするかというものであったとしても、究極的にはやはり行政が目指すべき課題としての、住民なり、対象者の健康の状態や福祉の水準にどのような変化を与えたかという基準から評価し直すということが大事だと思う。

端的にいうと医者を増やしたから健康状態が良くなったのか、良くならなかったのか、ベッド数を増やしたから、あるいは減らしたからどうなったのか。そのほかケースワーカー、保健婦といったマンパワーの問題、あるいは施設の問題、費用の問題といろいろあるわけだが、やはり最終的にはその判断や評価の基準というのは、対象としている人々の状態、保健福祉計画などの場合だと、

健康水準とか福祉の水準ということになるかと思う。

私がこういうことを申し上げたのは、どうもそのへんのところがあまりはっきりしないで、いわゆる手段のほうで、それだけ先行していろいろ議論されることが、とくに行政計画といわれるもののなかに多かったのではないかという気がするからである。

そのことは今回の保健福祉計画、あるいは保健医療計画においてもそれほど大きく変わっていない。今日のお話のなかで澤井先生は、いまいろいろ行政が進めているのは事業目標であって、もっと政策目標というものははっきりさせなければいけない、地域社会がどういうことを目指していくのかとか、あるいは地域のニーズというものをもう1回とらえ直すというような、政策目標というものははっきりさせなければいけないということをいわれたわけである。

あるいは小林先生は、今回の保健福祉計画というのは、どちらかというとサービスの目標値や、どういうサービスをどういうふう提供するかということで、詳しく評価の基準というものをを出されたわけであるが、同時にサービスの目標をどう設定するか、あるいはそれをどう評価するかということも、サービスの需要者のニーズとの関係でというか、あるいはそういうサービスが提供された結果、状態がどうなったのかということとの関連で検討される必要があるかと思う。

それで、第2次大戦後のといったら、非常に話が大きくなってしまいが、日本の健康の水準とか、福祉の水準が問題になる場合、日本は平均寿命が延びている、あるいは乳児の死亡が急速に減っている。これは健康の状態なり、あるいは福祉の水準が良くなっているということを表しているといわれるわけだが、同時に厚生省が毎年、昭和60年まで行っていた国民健康調査だと、これはセルフレポートというか、一般の人々自身が報告をする形の調査だが、国民のなかで自分が病気だという人たちがだんだん増えてきている。国民健康調査としての最後の年の昭和60年のときには、国民7人に1人が病気だという数字が出ている。

その後昭和 61 年から国民健康調査は国民生活基礎調査に組み入れられたというが、健康状態の把握も少し違って、有病の状態をとらえるというのから、自覚症状を含めた有訴の状態をとらえるということになって、そして 3 年おきということになったわけである。それで見ると、病気の人とそれなりに違うわけだが、現在は 4 人に 1 人以上がいろんな訴えをもっているという、調査結果になっている。

こういうように病気だという人が、あるいは訴えをもっている人が年々増えてきているというのは、はたして国民の健康水準が良くなったということなのか、あるいは悪くなってきていることなのか、これはいろいろ議論のあるところだと思う。

なお、手段のほうからいうと日本はだいたい昭和 30 年から 60 年に至る 30 年の間に、医師の数は 2 倍ぐらいに、ベッドの数は 3 倍ぐらいになった。医療費は計算の仕方にもよるが、60 倍とか 70 倍ぐらいに増やしたわけである。そういうことをした結果、国民の健康状態はどうなったか。あるいは皆保険をすすめたり公費で診る医療を増やした結果どうなったか。さらには逆に、昭和 50 年代の後半以降保険の給付の割合を下げるとか、あるいは自己負担を増やすということに転じたあと、国民の健康状態や福祉の状態にどういう影響が出てきたか、こういうこともいろいろ問題があるところだと思う。

ひとつここで申し上げたいのは、どうも日本の計画、あるいは施策というのは、目標がはっきりしないというか、あるいは目標の設定に妥当性に欠けるものがあつたのではないかということである。たとえば厚生省は昭和 53 年にいわゆる第 1 次健康づくりというのをスタートさせた。健康づくりといっても、健康というものがどういうものなのか、どういう状態を健康と考えるのか、健康をつくるとか、健康を増進するという場合に、どういう状態からどういう状態に変わったときに増進したと考えるのかというようなことについての明確な理解や議論なしに推し進めたものだから、結局第 1 次の健康づくりでなされたことは、予算の使い方とか、人手の使い方からみていくと、そ

の大半は健診事業になっている。保健婦さんの仕事、あるいは市町村がやった仕事を見ていると健診中心である。健診を意味がないとは私は申し上げないが、いま健診については、効果の点で問題があるようなこともいくつか指摘されているが、あまりそういう点は議論されない。

それから病気とか異常を早く見つけて、早く処置や対策をとるということの有効性はもちろんあるけれども、しかしその反面でただ単に病気や症状を早く見つけるということから出発すると、とくに高齢者などの場合に、健診の検査項目を多くして、あるいは結果の解析の装置を向上させて行くと、結果的には、たとえばある市で、検査項目を老人保健法で決められている倍以上の項目でやって、また精密な検診を行った結果、健診を受けた高齢者の 90 何 % が要医療ということになってしまったということがある。項目さえ増やしていけばいいんだ、精密にやりさえすればいいということでは、非常に問題がある。

それから、第 2 次健康づくりというのが、それから 10 年後ぐらいの昭和 63 年からスタートするわけだが、今度は病気、あるいは症状の早期発見、早期治療ということから、病気とか、症状を発生させないというか、発生予防というものに重点が移った。具体的には癌にならないためにたばこをやめるとか、脳卒中にならないために塩分を抑えるとか、心臓病にならないために脂肪を減らす、糖尿病にならないために糖分の摂り方をどうするかとか、病気から発想する健康づくりというのをやった。この病気からの発想の健康の取り組みということは、行き着く先は、結果的にはますます病気とか、症状とか、異常への関心を高めるということになっている。先ほどの 4 人に 1 人がいろんな訴えをもっているということも、ある部分はこの種の健康への取り組みということとも、関連していると思う。

今日、健康ということを考えたり、守ったり、伸ばしていくにあたって、もちろん症状とか異常をどう軽減するかとか、除いていくかということとは大事だけれど、大切なのは、どういう生き方をするかとか、生活をするかとか、あるいはそれぞ

れの人なりに満足できる人生を送るとか、そういうこととの関連で、病気とか症状というものを位置づけて、そして対策をとっていく、あるいはもっと積極的な生き方というものを励ましていくということだと思う。

こういうことをいうとえらく乱暴な、抽象的な議論のように聞こえるかもしれないが、たとえばアメリカなどではすでに、高齢者の健康づくりの目標というのを、病気をなくすということよりも、むしろどのくらい最後まで自分で自立できるかというところに置きかえてきている。そこにはインディペンデントという意味の自立、あるいはオートノミーという意味の自律もある。そこには身体的な面も、精神的な面も、あるいは経済的な自立とか、人間関係の面の自立とかあるけれども、そういう形でかなり目標の設定の仕方が変わってきている。

日本の場合は厚生白書などでも「一病息災」を見直すという、やや消極的な形で、単に病気を取り除くという目標設定ではない、生活の送り方の大切さがいわれたりしているけれども、目標の設定の仕方の妥当性ということも考えてみる必要があるのではないか。

先ほど澤井先生が市町村や地域を基盤とした身近なところの計画というようなことがいわれているわりには、住民はなかなかそういうことに強い関心をもっていないとか、そんな計画があったのかとかというような発言があるのだということを一われたが、地域住民の側からすれば、手段のほうに重点を置いた計画から、どういうふうな状態を実現するのかというほうを表に出した計画というものも大事なのではないか。

たとえば、アメリカなどだと、10年なら10年の間に交通事故による死傷者を1割減らそうということを目標にする。そうすると、そのためにはどういう手段が必要かということで、たとえば車の構造とか、道路のつくり方を見直す必要もあるかもしれないし、あるいは運転者のマナーとか、歩行者のルールとか、信号機の増設とか、いろいろあるでしょうが、端的に交通事故なら交通事故による死傷者を10年なら10年で1割減らすという

目標を立てて、いろいろ手段の検討をする。

あるいは寝たきりの老人や、あるいは痴呆状態の人を増やさないとか、どのくらい減らすとかということになれば、発生要因の分析から、対策のあり方も変わってくるのではないか。

それから、脳卒中なら脳卒中に対する取り組みのときも、もう少し多くの人にアピールするような、たとえば50歳未満の、働き盛りの人の脳血管疾患の発症をどのくらい減らすとかということに的をしぼった対策も必要である。あるいはたばこへの取り組みというときにも、ただ一様にやめろやめろというのではなく、それはお年寄りにはたばこを吸って早く死んでもいいということではもちろんないけれど、お酒を飲むとか、たばこを吸うのが楽しみで生きている方に、できもしないようなことをいったって有効性はないので、むしろこれから出産を迎える女性だとか、あるいは一度吸いだすと喫煙習慣が変えにくいティーンエージャーなど若い人たちの喫煙の防止に重点を置くとかというふうに、目標の設定というのは、もっときめ細かくされる必要があるのではないか。

そういうふうなことになってくれば、一般の人たちも自分たちとして果たす役割というものも非常に明確になると思う。そしてどういう面は行政の施策としてそれを進めてもらうとかということも、ある程度ははっきりしてくるし、一般の人々がもっと意欲的に加わってくるとということにもなろうかと思う。

それから、これからの目標や、あるいは課題などを進めていく場合、とくに保健、福祉などの領域になると、最近、クオリティ・オブ・ライフ（生活の質）ということが、ちょっとはやり言葉みたいになっているが、これまでのような形ではなかなか計量しにくい、あるいは指標などがつくりにくい、たとえば生き甲斐などもそうだし、人間関係をどういうふうにしていくとか、心豊かな生活を送るとか、所得だとか、何歳まで生きるとかということに比べると、評価しにくいことが、保健とか福祉の目標になって出てきていると思う。

改めていうまでもなく、数量的にとらえにくいということと、とらえることができないというこ

とは違う。このへんになると心理学とか、社会学だとか、こういう領域を扱う学問の役割とか責任ということになってくると思うけれども、政策の、あるいは計画の目標ということになると、やはり具体的にとらえられる指標なり、尺度なり、評価の基準をどうやってつくっていくのか、あるいはそれを広げていくのかということがこれから先、大事な課題になってくると思う。

先ほど自立度を維持するといったが、いま多くのお年寄りの人は、少しでも長く生きていたいという人ももちろんおられるわけだが、90, 100 まで生きるというよりも、生きているうちは自分で自分の身の回りのことはしたいとか、あるいはぼけないでいろんなことが自分で決められたりということを目当てにしている方が多い。そういう人が多くなると、行政もそれを目標にして進めというわけではないが、多くの人の願いと違う、単に寿命を延ばすという目標設定をしても、それはあまり有効ではない。

こうなると、やはり自立のとらえ方や評価の仕方というの、これまではわりあい ADL という、身体面の、自分で歩行ができるかとか、排泄ができるかとか、食事ができるかとか、そういう日常生活の動作みたいな面のいろんな評価基準が中心

であったけれども、もう少しそれを社会的に広げる必要がある。すでに進められているものでいうと、自分で電話がかけられるとか、自分で金銭の出納ができるかとか、あるいは買い物ができるかとか、薬を自分で飲めるかといったようなものがあるかと思う。独り暮らしの方が増えてくると、それらがさらに大変大事なことになる。

その場合、どういう項目をとって、どういう評価の基準をつくるか、たとえば高齢者の自立度を測るためには何に着目し、評価の基準はどうしたらいいかということについて、多くの人の考え方を積み上げていくということが必要になると思う。そういう新しい目標の設定とか、評価の基準にはさまざまなものがあってもいいのではないかな。

保健福祉計画や保健医療計画というものが、いままでのような、国が中心でというよりも、身近なところでのいうようになってきたのは、ひとつの大きな前進だと思うけれど、今後においてはさらに、保健医療や福祉のニーズをもっている人々や対象となる人々の状態とか、水準をどうするかということとのかかわりで、もう一度計画というものをつくり直す、あるいは見直すということが進められてもいいのではないかと考えている。

以上です。

討 論

宮澤(司会) 大変有益な報告とコメントをいただきました。これからディスカッションに入りますが、フロアからいろいろご意見をいただく前に、いまのおふた方のコメントについて、まず報告者から要点をつかんだお答えをいただきたい。

なお、澤井先生が所用ができて、少し先にお立ちになるということなので、澤井先生からお願いをしたい。

澤井 大森先生のほうから球を投げられたと思うが、今度の老人保健福祉計画の特色は、大森先

生のご指摘にあったように、財政面で一般財源でやってくれということだと思う。もちろん個々の補助金、ホームヘルパーさんの補助とかは、単価が上がっているが、基本は一般財源でやってくれということになっている。そこで、どこの計画づくりの話聞いても、そのところで最大のネックになっていて、結局画餅に帰するのではないかという議論がしょっちゅう出てくる。

ただ、計画のなかで財政フレームを曲がりなりにも出しているところがポツポツある。だいたい