

### 3章 福祉システムと保健・医療のシステムとの連携

竹本泰一郎、永田 耕司

#### 1節 保健・医療・福祉のニーズ

##### (1) 長寿高齢化社会

日本の平均寿命は1998年で男77.2歳、女84.0歳と世界で最も長い。同時に多産多死から多産少死をへて少産少死にいたる人口転換によって人口の高齢化も急速に進展し、1999年の65歳以上の老年人口は2000万人を超え総人口の16.7%を占めるにいたっている。人口転換は先進工業国で共通してみられる経験法則であるが、その速度が極めて急速であったことが日本の特徴である。特に出生率の低下は1947～49年のベビーブームでの人口千対34以後急速に低下し、わずか20年後の1967年には人口千対19.4まで減少した。現在でも出生率は人口千対9.4と低く、2020年には死亡率より低くなり、日本の総人口は減少に向かうと推定されている。こうした平均寿命の延長と少子化によって老年人口割合は今後もますます上昇し2020年に25%を超え2050年には32%となると予想されている(図1)。老年人口が増加する反面、生産年齢人口(15～64歳)は減少するので、老年の従属人口指数(老年人口/生産年齢人口)は1999年の24.4から2050年には59.1へと急上昇していく。急増していく老年人口を減少しつつある生産年齢人口がどのように扶養していくかが21世紀における日本の大きな課題である。

人口の高齢化の進展速度は地域によって大きく異なる。地域の人口高齢化は出生率と死亡率だけでなく、社会変動すなわち人口の流入と流出によって大きな影響を受ける。若年人口が流出する農村部や島嶼地域では高齢化の進展が急速であり、人口が流入する都市部では高齢化の進展は緩やかである。都道府県別にみれば老年人口割合が最も高いのは、島根県の23.8%であり最も低いのは埼玉県11.5%である。全県の老年人口割合が17.7%(1995年)である長崎県で市町村別に比較しても、炭坑の閉山によって人口流出が大きかった旧炭坑島

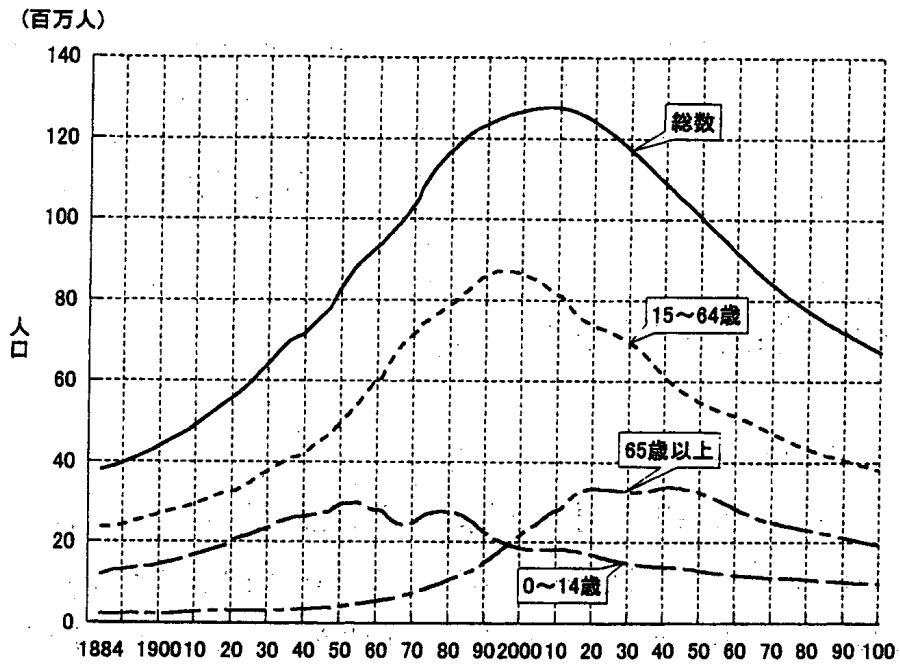


図1. 年齢3区分別人口の推移  
 (国立社会保障、人口問題研究所編、人口の動態2000)

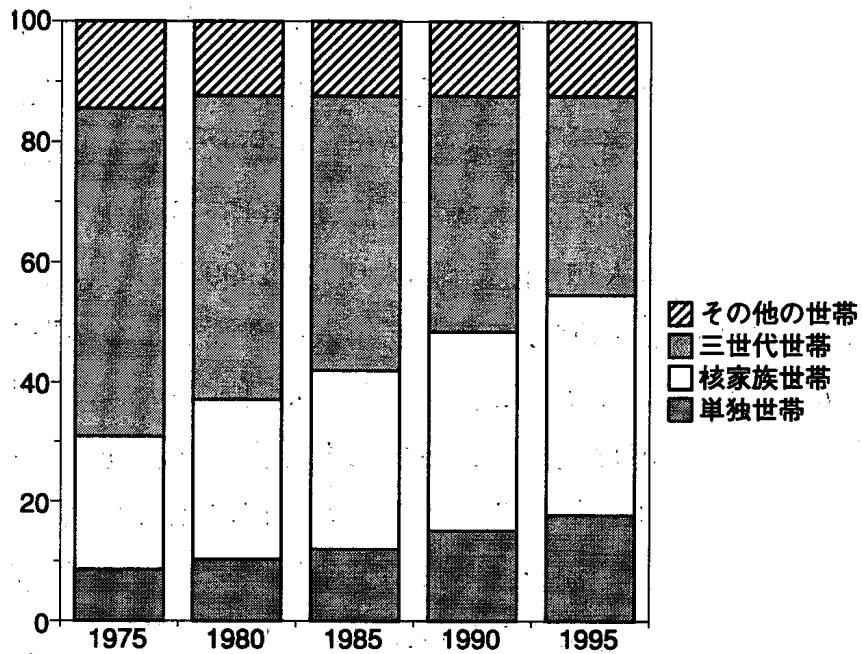


図2. 高齢者の居住世帯類型の変化

嶼では老年人口割合が30%を超え、人口が流入する都市部では14%代である。また、同じ都市の内部でもいわゆるドーナツ現象と呼ばれる人口流出によって都市の中心部に単独世帯割合や老年人口割合が高い地区が出現する。

(2) 世帯構成とライフサイクルの変化

①世帯構成の変化 日本における世帯構成が核世帯や単独世帯の割合が増加し、世帯人数の減少が進んでいることは衆知のことである。特に65歳以上の高齢者の居住世帯では、最近の25年間に3世代世帯の割合が半減し、代わって単独世帯や夫婦のみ世帯の割合が急増している(図2)。人口高齢化と同じように地域差が大きく、若年者が流出し高齢化が進む地域では夫婦のみ世帯や単独世帯の割合が高い。同居家族のいない単独世帯は云うまでもなく、夫婦のみ世帯・核世帯でも老人に対する扶養力や介護力は低下しているので家族外からの、社会的サポートが不可欠である。

②家族のライフサイクル 現在の法律では家族は男女の結婚によって始まり、双方の死亡によって終わると規定されている。現在の人口動態上の出来事の発生する年齢から家族のライフステージをみたのが図3である。現在の平均初婚年齢は男28.7歳、女26.8歳、希望児数2.3からみてほとんどの夫婦が妻の35歳までに1児或いは2児を産み終える。子供と同居する期間は末子が18歳で大学進学・就職のために親元を去れば約20年間、大学を卒業して結婚或いは就職ま

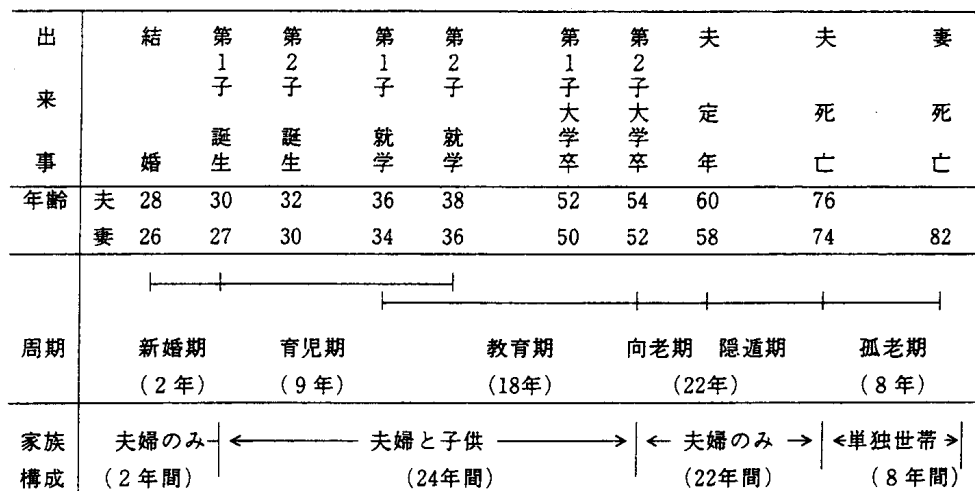


図3. 家族のライフサイクル

で同居するとして22～25年程度である。核世帯化が進み子供との同居することは少なくなっているので多くの場合、夫53～55歳、妻50～53歳のころから夫婦のみ世帯となる。結婚年齢と平均寿命の差異によって、夫が平均寿命77歳で死亡する時に妻は75歳であり女の平均寿命84歳で死亡するまで単独世帯で1人暮らしを約10年間することになる。人口高齢化社会における高齢者の多くが身体的・社会的にも脆弱である寡婦であることに留意が必要である。更に、現代では結婚と出産や育児は必ずしも連動した出来事ではない。世帯構成の変化とともに親の扶養や介護に関する家族機能も変化してきている。日本の伝統的社会が変化することが社会的機能としての保健・医療・福祉へのニーズを大きくしている一因と云えよう。

### (3) 疾病構造の変化と保健医療福祉ニーズ

日本の疾病流行パターンは明治大正時代では胃腸炎や肺炎など急性感染症が主要死因であり、大正後期から昭和にかけては結核など慢性感染症が流行した。第二次大戦後は感染症がコントロールされ脳血管疾患、心疾患、悪性新生物（癌）など非感染性の疾患へと変遷してきている。現在では死因の第1位は癌、第2位心疾患、第3位脳血管疾患である。また、悪性新生物のなかでも胃癌が減少し肺癌が増え、脳血管疾患でも壮年期の脳出血が減り、高齢期の脳梗塞が増えるなど疾患の高齢化とも云うべき現象が進んでいる。

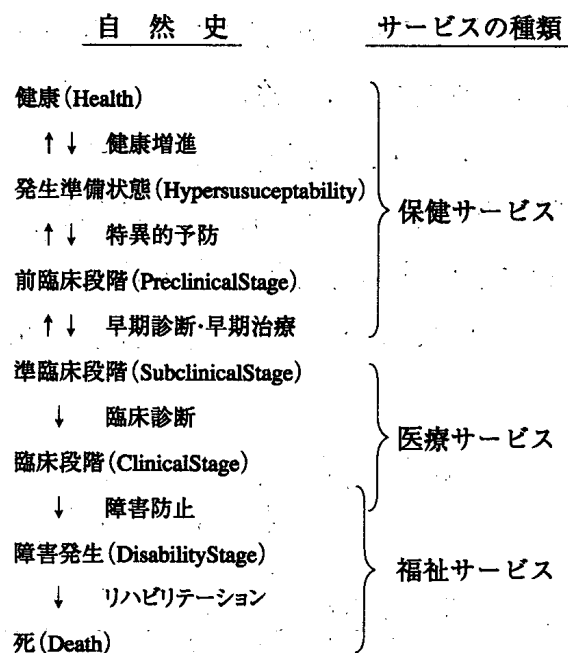


図4. 慢性疾患の自然史における保健・医療・福祉のニーズ

加齢による心身機能の低下は生理的老化として全ての人に不可避免的に生じる。同時に、脳血管疾患や虚血性心疾患、糖尿病などの成人病・老人病に罹患することによって、老化（病的老化）が急速に加速化され、医療・福祉へのニーズを著しく増大させる。図は成人病・老人病の自然史である。加齢や肥満或いは

長年にわたる飲酒・喫煙などにより、病気の発生のリスクが高まる疾病発生準備状態から、軽い症状が出没する前臨床段階をへて生活改善や薬物治療の必要な準臨床段階や臨床段階に進行する。更に、脳卒中による麻痺や糖尿病による失明、骨粗鬆症による腰痛などの生活行動の障害、すなわち ADL (Ability of Daily Living) の低下を起こすこともある。心身機能の障害には医学的・社会的なりハビリテーションによって社会復帰が図られる。この自然史にみるように、高齢者の医療では、機能障害の発生や重篤化防止と生活機能の障害の回復と維持向上に対する福祉サービスとの連携が不可欠である。更に、こうした病的老化の発生や生理的老化の進展を防止する保健対策が必要である。

#### (4) 健康寿命

平成10年の国民生活基礎調査によると6歳以上の対象者（総数）のうち、30.5%が自覚症状をもち、28.5%が病院・診療所や老人保健施設、あんま・はりなどの施術所に通院している。年齢別にみると加齢にしたがって有訴者・通院者とも高率となり65歳以上の有訴者割合は男49.8%、女55.4%である。総数では通院32%、入院1%、1ヶ月以上の就床も2%にすぎないが、65歳以上では64%が通院し、入院3%、1ヶ月以上の就床4%と高率になっている（図5）。健康状態によって日常生活に影響のある者も、総数では8.6%に過ぎない

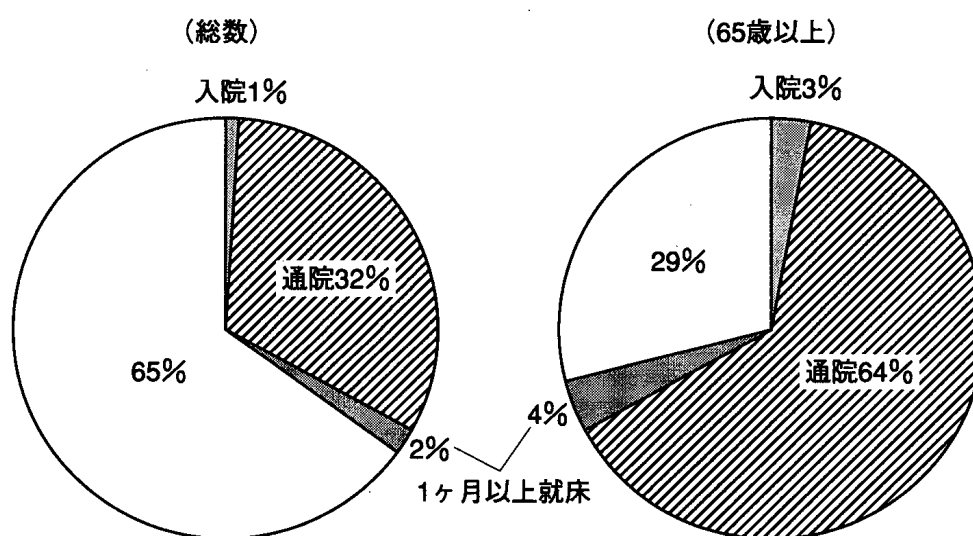


図5. 総数（6歳以上）と65歳以上高齢者での通院・入院・就床（1ヶ月以上）の割合  
(平成10年国民生活基礎調査)

が65歳以上では20.3%、70歳以上では23%と高率となる。影響を受ける日常生活行動としては、外出の11.2%が最も多く、次いで仕事と家事がそれぞれ9.7%、日常生活動作9.2%となっている。平均寿命は延長を続けているが、高齢者の健康状態や生活機能は必ずしも満足出来る状態ではない。高齢者においては単なる生存の延長のみでなく、生活の質(QOL;quality of life)を高めることの重要性が改めて指摘される。

## 2 節 保健医療システムの現状と課題

### (1) 保健システム

① 地域保健のシステム これまで日本の地域保健は地方自治体や保健所による行政サービスとして展開されてきた。コレラや赤痢など急性感染症の流行が激しかった時代では、患者の隔離収容を主とした社会防衛的対策が行われ、結核など慢性感染症の時代では集団健診による早期発見と早期治療による第2次予防が中心であった。現代で流行している生活習慣病或いは成人病・老人病と総称される病気の特徴は発生原因が若年期からの食事・運動や喫煙・飲酒など生活習慣に由来していることが特徴である。従ってこれらに対する予防対策では健康診断による疾病の早期発見・早期治療よりも生活習慣の改善と健康増進のために健康教育・健康相談等による予防活動が重要である。

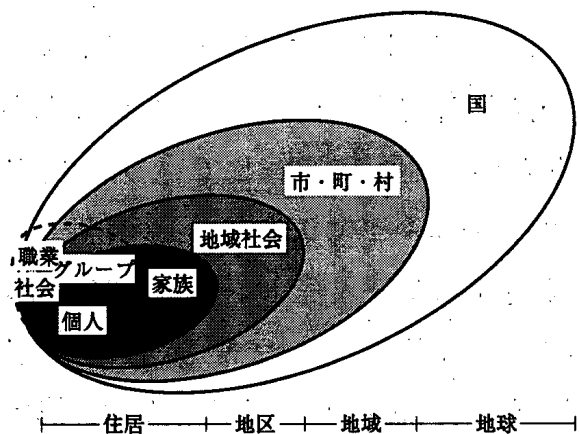


図6. 人間の生活圏

保健活動の圏域は図6に見るように、個人の自己ケアから家族、近隣地区、市町村、都道府県へと拡大していく。地域保健法によって市町村保健センターの充実が図られ、保健所業務であった母子保健法における3歳児健康診査や栄養指導など対人保健サービスの多くが市町村事業となった。従来、市町村業務であった1歳6ヶ月児健康診査や老人保健法による保健事業を加えると保健サービスのほとんどが市町村レベルで行われることとなった。現代における保

健サービスの課題が個々人のライフスタイルの改善や生活機能障害の予防にあることを考えると、保健サービスもなるべく住民の身近なところで供給されるのが望ましい。一方、保健医療に関する資源や財政基盤には市町村間の格差が大きい。また、保健行政サービスに対するニーズには地域人口の高齢化の速度や地理的・社会経済的条件による地域差が大きい。画一的な行政サービスではなく地域特性を生かした保健活動が必要とされる所以である。これまで地域・地区の保健活動として母子保健における愛育班活動や食生活向上のための食生活改善活動、メンタルヘルスとしての断酒会活動等が行政主導型で行われてきている。これらを自主的な住民活動として更に発展させるためには、保健ニーズと保健サービスの両面で地域特性への考慮した活動が必要であろう。また、従来の保健活動の枠を超えた少年非行、薬物中毒などの社会病理現象に対しても活動対象とすべきであるといった提案もある。

## ② 医療・福祉との連携

保健と医療・福祉を連携させた施設としては老人保健法による老人保健施設がある。この施設の目的は病状が急性期を脱して安定状態にあるクライアントに機能回復による家庭復帰を図ることである。そのため常勤の医師とともに作業療法士(OT)又は理学療法士(PT)の配置が定められている。なお、介護保険法の施設としては老人保健施設と呼ばれる。

## (2) 医療システム

### ① 医療費保障

日本の医療システムは国民皆保険として全国民がなんらかの種類医療保険に加入していることが特徴である。しかし、職域保険として政府管掌及び組合管掌の健康保険、船員保険、共済組合など多種類の保険があり、給付水準がそれぞれ異なっている。また、地域保険としての市町村や同業者組合等が保険者である国民健康保険も保険者の財政事情によつての給付格差が存在している。老人保健法による70歳以上の高齢者の医療費は国及び都道府県からの公費と各種社会保険からの加入者按分による拠出金に財源を求めており、所得の再分配機能をもった社会保障的性格を持っている。また、医療給付が現物支給、診療報酬が点数制で出来高払いであることも日本の特徴である。しかし、近年では

老人病床や療養型病床群では従来の出来高点数制から人頭割の定額制が導入されている。

## ② 地域医療システム

医療施設は病院と有床或いは無床診療所に大別される。病院とは病床数20以上の施設であり、有床診療所とは20床未満の病床をもつ診療所であり、無床診療所では入院施設がない。病床の種類では一般病床と結核病床、伝染病床、精神病床の区分がある。プライマリ・ケアは診療所で行われ、急性疾患の入院治療は主として一般病床で行われてきた。近年では病院及び病床の機能分化が進んでいる。老人医療については、高齢者特に老人性疾患による入院の割合が高い病院や病床が特例許可及び特例許可外老人病院・老人病床とされている。更に、慢性期で症状が固定化した患者や終末期の患者等に対して、居住性や快適性を重視した療養型病床群や緩和ケア病棟群が創設されている。また、一般病院及び有床診療所病床の療養型病床への転換も進められている。特に診療所病床の療養型病床としての利用は、在宅医療と組み合わせて、長年慣れ親しんだ地域・地区での長期療養が可能となることから地域の老人医療の在り方の一つとして注目されている。一方、高度先進医療のための大学病院や国立のセンターが特定機能病院として指定されている。

医療の圏域については一般に外来（通院）医療の1次医療圏（プライマリケア医療圏）と入院医療のための2次医療圏、高度医療のための3次医療圏が設定されている。特に、病院病床数については、医療法によって各都道府県が設定する地域保健医療圏（2次医療圏）ごとに必要数が算定され、それを越す病床数がある地域では病院の新規開設や増床が規制されている。しかし、日本の医療制度は「医師はどこでも開院できる」という自由開業制と「患者・クライアントがどこの医療機関でも自由に受診できる」という自由受診性を特徴としてきた。保健医療圏による病床規制や病院の機能分化が自由開業による医師の地域的偏在や自由受診性による患者の特定医療施設への集中をどれだけ適正化できるかは今後の課題である。

## ③ 保健福祉システムとの連携

高齢者の慢性退行性疾患の医療では予防のための保健サービスと障害に対する福祉サービスとの連携が不可欠である。図7は医療と福祉、保健サービスの



### 3章 福祉システムと保健・医療のシステムとの連携

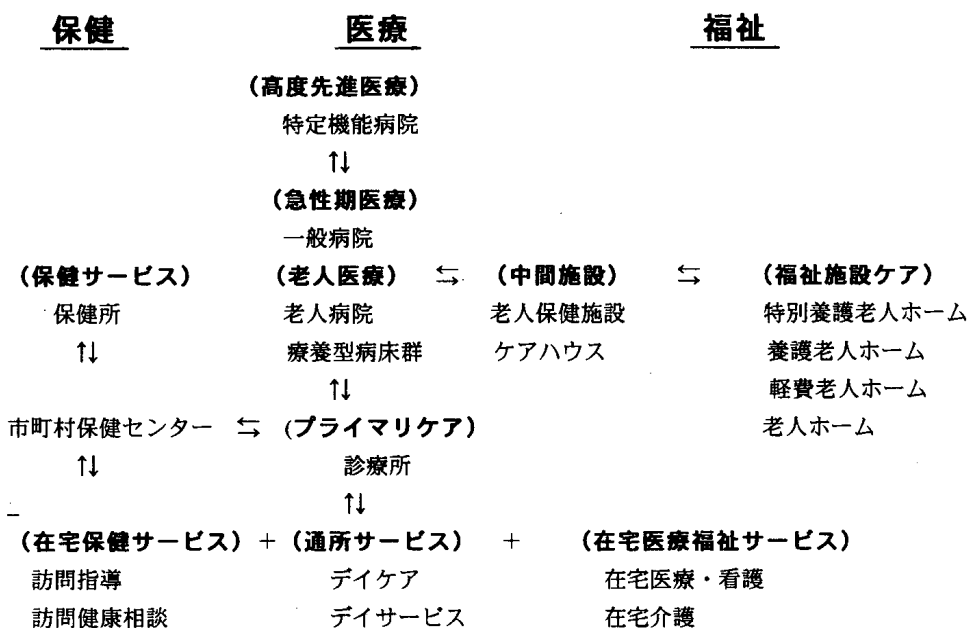


図7. 保健・医療・福祉への連携

連携についての模式図である。今日の日本では一般病床、特に老人病院や老人病床には医療上の必要性よりも家族の事情や経済的理由で入院をつづけているいわゆる社会的入院の患者が多数存在している。最近では入院3ヶ月を限度として老人保健施設や老人福祉施設へ移ることを進めているが、医療上のニーズが解消しても社会的なサポートが必要な高齢者に対しては医療サービスよりも福祉サービスの提供が進められるべきである。

### (3) 福祉システム

① 福祉行政 日本の福祉サービスは表1にみるような第二次大戦後に制定されたいわゆる福祉六法を中心に進められてきた。このうち、生活保護法による公的扶助制度と知的障害者福祉法、母子及び寡婦福祉法、児童福祉法、身体障害者福祉法、老人福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律は貧困以外のハンデキャップをもつ人や

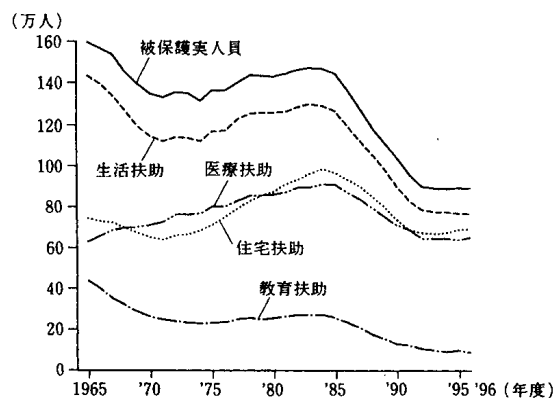


図8. 扶助別保護人員の推移

表1. 社会福祉関連法（社会福祉六法）

法律名	年	概	要
児童福祉法	1947	満18歳に満たないすべての乳幼児および少年、14種類	の施設、療育、育成・医療、健全育成
身体障害者福祉法	1949	人口の高齢化、労働災害・交通災害などによる障害の多発、更生を援助し保護を行う	
生活保護法	1950	生存権保障、無差別平等、個別生活保障、補完性の原理、7種類の扶助	
精神薄弱者福祉法	1960	18歳以上の者を対象、在宅ケアを基本にした更生施設と授産施設活動	
老人福祉法	1963	老人の生きがい対策、居宅老人福祉の重視	
母子及び寡婦福祉法	1964	生活の安定と向上のための福祉的指導、各種資金の貸し付け、母子福祉施設などの福祉政策	

注 1946年に生活保護法（旧法）が施行された。

社会的弱者といった対象への個別福祉と云えよう。図8は生活保護法による各種扶助別の保護人員の推移である。生活扶助や住宅扶助は1985年以後急速に減少しているが、医療扶助や教育扶助では減少傾向が鈍い。医療扶助の対象疾患も従来の結核から老人性痴呆などの精神障害が主体となっている。2000年からは介護保険の施行にともない介護扶助が加えられている。また、これまでの福祉サービスは行政サービスとして行われ、行政処分としてサービス内容が決められ、社会福祉協議会等が事業者としてサービスの提供を行ってきた。現在の社会福祉法の見直しの中で利用者によるサービスを選択や痴呆性老人に対する後見制度の制度化、苦情解決のシステムの導入などクライアントの立場を重視した改革が進められている。

② 老人福祉サービス 1963年の老人福祉法の制定により、これまでの身体障害者等機能不全の明らかな場合とともに加齢に伴う一般的な状態(生理的老化)に対しての介護もサービスの対象となった。

また、病状安定期で障害の残っている高齢者にはリハビリテーションを行うという医療（老人病院）と福祉（各種老人ホーム）、在宅看護・介護を連携する施設として老人保健施設が創設されている。1980年頃からは在宅看護・介護を支援するものとして通所介護（デイサービス）、短期入所生活介護（ショートステイ）などが行われている。また、高齢のクライアントに対する福祉施策とと

もに、1989年のゴールドプランおよび1994年の新ゴールドプランによって市町村における地域福祉システムの計画的整備が急速に進んで来ている。在宅介護支援センターが創設や老人ホームへの入所措置の権限の市町村への移譲等、福祉サービスにおいても市町村の役割は重要なものとなっている。

## 3節 介護保険の創設

### (1) 介護保険の理念

「加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他医療を要する者等について、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス並びに福祉サービスに係わる給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づいて国民の保険医療の向上及び福祉の増進を計ることを目的とする」という介護保険法が制定された。医療サービスと同様に40歳以上の全ての者を加入者とした強制保険のかたちでスタートしたことは、社会保障的性格よりは受益者負担と権利という保険的性格が強いなどの点で理念的には問題点が残っている。

### (2) 介護保険の利点

介護保険では介護サービスが住民に最も身近な市町村を中心的に運営されるという利点を有している。市町村が運営主体となることにより、住民主体の行政が期待できること、市町村の判断でサービス内容を柔軟に組み立てられること、給付上限を上げたり、法定外のサービスを保険給付の対象にすることもできるなど市町村の自主的な福祉行政を展開できるなどの可能性を有している。更に、介護サービス社会福祉法人、医療法人、民間企業、農協、生協、特定非営利活動法人（NPO）などから提供されることが出来るようになったことも福祉サービスにおける利用者の選択性と自由度を大きくすることが期待される。これまでの福祉措置制度は行政サービスとして提供され、利用者が提供者を選択することは制度的には保証されていなかった。しかし介護保険では利用者も事業者を選択し、契約を結ぶ当事者としてサービスを利用することとなった。こうした介護サービス市場の登場により、サービス供給量の増加と質の向上が期待される。また、介護保険によるサービスと保険給付外のサービスを組み合

わせて利用したり事業者によっては割引き価格でサービスを提供することもできるなど自由度が増したことも大きな利点である。

### (3) 介護保険の問題点

①市町村間にサービスや保険料の格差の大きいことが問題点としてまずあげられる。例えばヘルパー数が介護保険スタート時点でも目標に達していない地域や在宅介護センターの設置が進んでいない地域も多かった。保険料も、国が試算した毎月の介護保険料は2500円であったが各自治体が介護サービス費用や老人ホームの措置費、老人保険医療に占める介護的給付などをもとに試算した平均保険料は国の試算より2000円以上も高くなり、なかには8000円を越す地域もある。介護保険によって地域の実情に応じた運営ができる半面、隣の町と「払うお金、受けるサービスが違う」可能性も出てきている。更に、今後受給者数が急増するかもしれないという懸念もみられている。それは介護保険の導入で、「国の措置」だった介護が「保険料を負担した上での権利」に変わり、介護ニーズの掘り起こしが進むことによって受給者が予想を大きく上回る可能性も出てきている。

②介護保険導入後の問題点として介護認定の混乱と介護度が低く認定された高齢者への対応があげられる。介護認定は、まず調査員が個別訪問し、生活動作能力や問題行動など85項目（全国一律）を調査、コンピューター処理する（一次判定）。その後、保健、医療、福祉専門家による認定審査会で、一次判定と訪問調査時の特記事項、かかりつけ医の意見書をもとに「自立（棄却）」から「要支援」「要介護の五段階」までを判断する。この二次判定が最終結果となる。このコンピューター判定には、痴呆などの評価が低く出たり等、医学的に見て疑問を抱かせるケースも指摘されている。また、現状は調査員のレベルはさまざまに二次判定にかけられる時間はわずかで、正確・公平な認定には課題がまだ多い。

③特別養護老人ホームや老人保健施設等の施設も介護保険から支払われる報酬で運営されるので介護ニーズの減少が入所者の要介護度によって報酬減となることがある。例えば、寝たきりの人が介護で歩けるようになった場合、介護度が下がって報酬は減る。スタッフによるケアの“成功”が評価されないということになる。また介護度が低い老人は報酬が低いので在宅サービス中心となり

施設の受入れが減るなどの問題が生じている。

#### (4) 介護保険の将来

介護保険の発足を契機として、地域の中で共に支え合おうとする機運が育まれたり、広域的な介護保険の運営など、地方自治のあり方の上でも大きな影響を与えている。少子高齢社会の介護という大きなテーマを通じて、社会全体のあり方にもいくつかの効果をもたらしている。また介護保険は、「地方自治の試金石」と言われるように保険料の徴収や介護サービスの提供が市町村の裁量に委ねられている。このように介護保険では首長の姿勢、市町村の力量が問われている。多くの国民に関係がある新しい制度であるため、施行はされたものの、課題は残されており、その普及と定着を図るとともに、より良いものに育てていくことが必要である。介護サービスの質の確保等について有識者と率直に意見を交換し、国民からの声も聞きながら、今後の施策及び制度運営に反映させるように図っていくことが大切である。

## 4 節 地域の保健・医療・福祉システムの連携

現代の保健医療の目的は単なる生存期間の延長ではなく、生活機能の保全・向上や生活の質を高めることにある。福祉も生活困窮や障害に対する救済措置のみでなく生活の質を保障する予防福祉の活動が中心となって行くことが期待される。人間の生活は家庭や地域を中心に営まれるので、地域レベルで保健・医療・福祉のシステムの連携をいかにはかるかが住民の健康・生活の保障に不可欠である。

#### (1) 地域活動の圏域

保健活動が住民の生活場所である地域を中心に展開してきたことはいうまでもない。近年では福祉においてもクライアント中心から地域福祉へ、医療においても病院中心から地域医療への発展が進められている。ここでの地域とは単なる地理的範疇ではなく、そこに住む人々が似通った生活様式や価値観をもっている地域社会（コミュニティ）であるとの理解が必要である。人間の生活圏は家族、近隣(地区)、部落、市町村、都道府県、国と拡大していく。患者或いはクライアントに対する私的或いはボランティアなケアはまず家族、近隣といっ

たプライマリ・グループによって提供される。市町村や都道府県と圏域が拡大していくにつれて、行政の行う公的サービスが中心となっていく。前述したように公的な保健サービスや福祉サービスは市町村を中心に展開されている。医療サービスとの連携についても郡市医師会のメンバーによる市町村の保健事業や介護保険への参加も活発化してきている。国民健康保険や介護保険の保険者も市町村であることを考えると、保健・福祉の公的なサービスの連携の中心は市町村であるといえよう。しかし、政令市や中核市を別として、個々の市町村で完結した保健医療福祉サービスのシステムを構築するのはしばしば困難であり、いくつかの市町村にわたる広域的な圏域設定が必要な場合も多い。福祉サービス圏と地域保健医療圏を整合させた地域保健福祉計画を設定している都道府県もある。

## (2) 地域活動の組織づくり

地域での継続的な保健・医療・福祉活動のための組織としては公的病院などの公的機関と専門的民間組織・機関とともに地域の住民組織があげられる。保健、医療、福祉のそれぞれの個別システムでこうした三者の連携システムを点検・整備するとともに、地域レベルで個々人の保健・医療・福祉ニーズが充足されうるような総合システムを作ることが必要である。特に日本では保健サービスについては地域保健は厚生省、産業保健は労働省、学校保健は文部省と対象によって異なる行政システムが存在してきた。生涯にわたる保健医療福祉サービスの充実を図っていくためには保健サービスや医療保険或いは年金等における統合整備が検討されなくてはならない。

## 参考文献

- 1) 日本学術会議第7部地域医学研究連絡委員会報告：我が国の保健医療福祉計画の現状と問題点 日本学術会議第7部地域医学研究連絡委員会 2000年
- 2) 二木 立：介護保険と医療保険改革 頸草書房 2000年
- 3) 竹本泰一郎・齋藤寛編：公衆衛生学第3版 講談社サイエンティフィック 1999年
- 4) 長崎大学生涯学習教育研究センター運営委員会編：地域医療の最前線 1998年

### 3章 福祉システムと保健・医療のシステムとの連携

- 5) 九州家政学総合研究会編：高齢者生活文化の創造 九州大学出版会 1995年
- 6) 広井広典：医療の経済学 日本経済新聞社 1994年
- 7) 医療の充実を目指す山口県連絡会：地域医療への模索 ミネルバ書房 1990年