安田火災記念財団叢書No.34

1990年代の社会福祉の展望について

講 演

厚生省大臣官房

老人保健福祉部長

岡 光 序 治 氏

財団法人 安田火災記念財団

1990年代の社会福祉の展望について

講 演

厚生省大臣官房

老人保健福祉部長

岡 光 序 治 氏

財団法人 安田火災記念財団



本書は，厚生省大臣官房老人保健福祉部長岡光序治氏のご講演（平成２年５月25日安田火災海上本社ビルで当財団主催により開催）を収録したものです。

平成２年９月

財団法人安田火災記念財団

目　次

はじめに …… 1

1. 21世紀までの10年間は高齢化社会の基盤づくりの10年間である …… 1

2. 従属人口は不変だが，高齢者が多くなるので国民負担率は上昇する …… 6

3. 都市部と農村部とでは高齢化の状況が異なる …… 10

4. 公共福祉の方向＝社会保障施策における「福祉」の復権 …… 13

5. 具体的イメージ …… 14

質疑応答 …… 25

資料編

A　レジュメ …… 30

B　統計資料 …… 32

1. 人口構成の変化 …… 32

2. 高齢者の５才年齢階級別にみた生活指標 …… 33

3. 年齢構造指数の推移 …… 34

4. 都道府県別人口，高齢者（65才以上）人口割合および高齢者人口増加率 …… 35

5. 高齢者単身世帯及び高齢夫婦のみ世帯将来推計 …… 36

はじめに

ご紹介を賜りました厚生省の岡光でございます。一時間半ほど時間をいただいておりますが，お付き合いのほどよろしくお願いいたします。レジュメをお渡ししておりますので，これを材料にしながらお話をいたしたいと思います。

いただきましたテーマが「1990年代の社会福祉の展望」ということで，実は何をお話しようかといろいろ考えたのですが，先程ご紹介いただきましたように，私は今老人の分野を担当しておりまして，老人医療費の問題であるとか，老人福祉をどうするんだというので，直接その仕事をしているものですから，そのへんを中心に今日はお話をしてみようかなと思った次第です。

福祉といっても当会社がなさっているような民間サイドでなさる福祉の仕事もあるわけですが，今日はもっぱら公的なサイドと言うんでしょうか，公共福祉サービスと私共は称しておりますが，そういった点を今後どのように考えようとしているのか，そのへんを中心にお話をさせていただきたいと思います。

1. 21世紀までの10年間は高齢化社会の基盤づくりの10年間である

21世紀まであと10年ということですが，一言で申しましてこの10年間でこれから来る高齢化社会に備えて社会基盤を作っていこうではないかということです。なぜこの10年なのかということをお考えいただきたいために資料を持ってきておりますので，資料の１頁（本書30ページ）をご覧いただきたいと思います。

ちょうど2000年のところでどうなるかということですが，65歳以上の人達の全人口に占める割合が16.3％になるだろう。2025年頃にこういった高齢者人口の比率が最も高くなるというふうに予想されていますが，2025年には23％強になる。そのうちで特に75歳以上の人達の全体に占める割合がグッと伸びてくるというこ

とが一つの特色と言えます。

高齢化ということは裏返して言いますと，税金を負担したり社会保障の負担をする働き手というんでしょうか，20歳から64歳までの人口が減るということでありまして，それがどんなふうに減るかというのがこの一番上の表の20～64歳人口というところのウェイトがこんなふうに変わるということです。よく新聞その他で，2000年には４人で１人を支えると言っていますが，この表の2000年のところで，もうすでに65歳以上人口１人あたりの働き手の人口は，3.7人であります。これで４人に１人といっているわけです。ピーク時にはどうも 2.3人に１人ということで，そういう意味で働き手のサイドからすれば大変負担が重くなるということが言われているわけです。うまくしないとこういう働き手，若い人達が反乱をおこして支えてくれないんじゃないかという指摘をするものも時々目にふれたりしますが，そんなことをいう背景はこういう人口異動にあるわけです。

実際にこんなふうになるのかどうかは分かりませんが，今60歳だ70歳だという人は，あの厳しい戦争中も生き延びてきたわけですからそうなるんで，今の趨勢がそのまま今の若い人達に及ぶのかどうかというのは，やや疑問視される話も時々聞かれます。食物を見てごらん，油っこいものをずいぶん食べるじゃないのとか，夜更しばかりして十分な睡眠もとってないじゃないのとか，社会関係がますます複雑化してストレスばっかりたまって，本当にうまく生きられるのかしらという，そんな声がありますが，今の趨勢をもとに推計するとこんなことになるわけです。

それで資料１の真ん中の表（本書32ページ）をご覧いただきたいんですが，65歳以上の人達が全人口の中でどのくらいのウェイトを占めているだろうかというので，その人口比率がどの程度伸びているかというのを10年刻みで見てみました。昭和40年から60年までの20年間に４ポイント伸びたわけですが，この1990年（平成２年）から2000年（平成12年）までの10年間で 4.4ポイントぐらい伸びるだろう。

その後の10年刻みで大体 3.7とか 3.6とか伸びるだろう。こう推計されていま

すが，ここでご覧いただけますように，要するに1990年から2000年までのこの10年間にどうも一番伸びそうだ。ところが全体の中に占める65歳以上人口の比率というのは，日本はまだ比較的低いんです。それがこの資料１の三番目の表（本書32ページ）ですが，1990年というところをアメリカとかイギリスとか西ドイツとかフランス，スウェーデンと比較をしていただきますと，日本は最も若い国ですね。2000年に至って中位ぐらいになっていきまして，2020年にはどうも日本が一番になりそうだということでありまして，急激に65歳以上人口が全人口に占める割合がギュッと伸びている。その伸び方が非常に急激だというのが日本の人口構造変化の特色だというふうに見られています。

というのはアメリカも含めて西欧は徐々に徐々に年をとっているわけですが，徐々に年をとるということは社会経済の仕組みが，こういうお年寄りが多い社会になっても上手に対応できる。これが日本みたいに急激に伸びていくと，うまく対応できるのかしら，という心配があるわけです。そういう心配を頭におきながら，したがって今からグッと伸びる第一歩になるこの10年間で何とか将来ともうまく生きていけるような，そういう社会基盤を作っていこうじゃないかというのが基本的な発想であります。

おおげさな言い方をすれば，この10年間でうまく施策が展開し，そういったものが定着できるかどうか，それが21世紀からの日本の社会生活がうまく送れるかどうかに非常に影響するんじゃないか。そういう意味では若干奮いたっているというところでありまして，熱を入れている状況にあります。

何を目標にしているかということですが，なにしろ健康で生活できるようにしよう，ということです。健康というのも要するにスポーツ選手みたいなことを考えているわけではありませんで，それぞれ年をとれば体の機能はだんだん悪くなるわけですが，その時に自分で自分の生活ができるようにしようじゃないですか。私共はそれを自立というふうに言っております。

その人その人の体の具合に応じていろんな生活があるわけですから，それぞれの人にふさわしい条件を作らなきゃあいけませんが，なにしろ目標は自分で自分

のことができるように，それから生き生きとした生活じゃないと生きていてもあんまり意味がないわけですから，生涯健康・生涯生き生きということをモットーにしているわけです。総理大臣がこの「生涯健康・生涯生き生き」という言葉を使われまして，これはいいやというので実はいただいてまいりましたのですが，それを目標にしています。

年をとるということはどういうふうなことなのかという，若干暗い面のイメージをお話いたします。この資料の２頁（本書33ページ）の表をご覧いただきたいと思いますが，男女比というのが①の欄にありますが，要するに男性を１にして女性が何人いるだろうというのを掲げたものであります。ご覧いただけますように，年齢が高くなれば高くなるほど，男１人に対して女の数の方が増えるということになります。②のところをご覧いただきますと，配偶者があるなしということで見てまいりますと，男の方は年をとっても奥さんと一緒だという比率が相当高いわけです。80歳から84歳のところでも66％の人は奥さんがいるということです。ところが女性の方は，80歳から84歳ですと13.6％ということですから，１割強しか旦那さんはいなくて，あとの８割強はもう旦那さんと死に別れているという恰好になるんです。

特別養護老人ホームという，日常生活を自分で送れないで，いつも介護を必要とするような体の具合の人達が利用する老人ホームがありますが，そこで何と90歳のお母さんと70歳の娘さんが入っているという，そんなケースももう出始めました。どうも女性は長生きで結構な話なんですが，旦那さんと一緒にずうっと年をとっていくというのが非常に難しいという数字がここに出ているわけです。

それから③同居率というのがありまして，これが外国と比べた場合に日本のちょっとした特色と言われてますが，非常に同居率が高い状況になっています。一方では高齢者だけの世帯とか高齢夫婦のみの世帯というのがだんだん増えてきております。やはり全体的には核家族化が進行すると思います。

それともう一つは，今の60歳代，70歳代の人が送っていると同じような生活を，今の50歳代，40歳代の人が20年，あるいは30年先に送るかといったら，実は送ら

ないんですね。やはり若い時の，あるいは中年の時の生活文化というのか，気持ちというものを引きずって年をとっているわけですから，要するに今の60代なり70代の生活パターンを見て，その生活パターンを20年後，30年後そういう階層になるであろう人達も同じように送るかというと，そういうことは無いのじゃないだろうか。

こう見ているわけでありまして，このへんの同居率というのはそういう意味では私は相当動いてくるだろうと思っています。

それから④健康度というのもあって，半分あるいは6割は皆さんどうも健康であるという状況のようであります。⑤有病率とか⑥受療率について，ここで見ていただきたいのは傾向として年をとればとるほど，病気を多く抱え，あるいは医療機関に通って面倒を見てもらうという比率が高くなるという，当たり前の傾向が出ております。

先程ちょっとふれましたように，65歳以上人口の中でも75歳以上の人口が今後比較的に高くなっていくだろう，多くなっていくだろうと言いましたが，ということはそれだけ体の具合の悪い人達が増える可能性がある。お医者さんにかかる率の高い人達が増える可能性があるということを意味するわけです。

そして⑦のところで寝たきり率なり，⑧のところで痴呆性の老人の出現率が示されておりますが，これもご覧いただきますように年齢が高くなれば高くなるほど出現率，発生率は高くなっているという状態にあるわけです。そういうことでありますので，生涯健康生涯生き生きというのはなかなか難しい課題ではありますが，こういう生活指標を頭の隅っこに置きながら，しかしやっぱり健康で生き生きとした生活を送るということを目指さなきゃあいけない。そのためにそのような生活が送れる社会基盤を作っていこうではないか，そんなことを考えているわけです。

2. 従属人口は不変だが，高齢者が多くなるので国民負担率は上昇する

あんまり大変だ大変だと言うものですから，そんなことはない，要するに昔は子供が多くてお年寄りが少なかった。働き手からすれば大体同数の人間を抱えているのじゃないか，要するにこれからはお年寄りが増えて子供が減るわけですから，面倒をみる相手の数はそう変わらないじゃないか。昔は子供が多くて老人が少なかった。今度は子供が少なくて老人が多くなるんだから，面倒を見る相手はトータルで変わらないよ，いわゆる従属人口はあまり変わらないんじゃないかということを言う人もいます。

資料の３頁（本書34ページ）をご覧いただきたいと思います。これは昭和で書いておりますが，この実線で書いているのが従属人口指数で，年少人口というのはこの右の方に書いてありますが，０歳から14歳までのことをいいます。老年人口というのは65歳以上人口をさしておりまして，それを15歳から64歳までの人口，これを生産年齢人口といっておりますが，それで割ったものが従属人口比率であります。傾向はこのカーブのようになります。

つまり，昭和30年代の従属人口比率と，昭和75年というのですから2000年のそれとあまり変わらないじゃないか。傾向的には昭和50年代，60年代と比べますと従属人口が増えていく傾向にはありますが，その程度というのは昭和30年代とか，あるいはもっと昔の大正年代と比べてみた場合と変わらないじゃないか，こういうことを指摘されるわけであります。

これをどんなふうに読むかということになりますが，私共はたしかに従属人口比率は過去の状況と比べてトータルとして考えればそう大きな変化はないのかなという感じもしておりますが，実は子供よりもお年寄りの方が経費がかかるわけです。年金にしても医療費にしても，安心して生活できるような街づくりをするにしても，公共的支出はどうも子供よりも高いんじゃないだろうか。

そうするとお年寄りが増えるということは，それだけ国民の経費負担が増えて

いくということになるんじゃないか。そのへんが臨調行革審というようなところで議論をされているわけでありますが，結局，日本人は汗して働けば，それがやはり自分の懐に入るということを望んでいるんだろう，どうもそういう国民じゃないか。スウェーデンのように働いても所得の７割や８割を税金でとられて，ほんの少ししか懐に残らないが，それでもいいというふうな選択をする国民と比較をした場合に，日本人はどうも違うんじゃないだろうか。

国民の皆さんの合意はそんなところにあるようでありまして，少なくとも半分は自分に残るように，国民負担率は国民所得の50％以下にするようにと言われているわけであります。それではどういうふうに工夫して，国民負担率を50％以下に留まるようにするのかということが課題になってまいります。

お年寄りが増えた場合に，お年寄りにみじめな思いをさせるような，そういう社会では本当に困ってしまいます。そういう社会にはしたくない。しかし負担の方はある一定の限度，50％以下なら50％以下に止めなきゃあいけないわけです。一体どうするんだろう，こういう話になるわけです。結局は付加価値が増大するように，生産性を向上させながら，経済の安定成長をはかっていくということを基本に考えざるを得ないのかなと考えるわけであります。

日本を外国人がどんなふうに見ているかという点で，最近やや日本を賞賛するのではない，日本もいずれはおかしくなるよという「日はまた沈む」という本が出ております。イギリス人が書いた本ですが，どうも今の日本の様子を見ていると，みんな相当の金持ちになってやはり消費に向っている，働くな働くなというから遊びだした。外国に出ていく観光客の数だってどんどん増えているし，まだ増えるだろう。

要するにお金持ちになって生活の余裕が出てきたから，貯蓄しないで消費しようよ，消費して楽しもうよ，こういうふうな民族になりかけているんじゃないか。これは人間の性としては当然のことだろう。日本人も別に変わった人種でも何でもないので，当然，人間の性が働き出す。こうしたことをずうっと続けていけば，いずれ貿易収支も赤字になるだろうし，経常収支も赤字になって，今みたいに黒

字で黒字減らしをどうするかといってウンウン唸らなくても日本も貧乏になるよ，必ず日は沈むんじゃないかという，まあ解釈の仕方が違うかも知れませんが，ややそんなことを指摘している部分もある本が出されてます。ある意味では当たっているんじゃないだろうかと思います。

デカイ話をすれば，かつてエジプトにも古代文明があったわけだし，インドにもあった，中国にもあったし，中東にもあったわけです。古代の四大文化発祥の地がありますが，何が残っているだろうか。結局はものすごくデカイ建築物が残っている，ピラミッドが残ったり，中国の万里の長城がそうなのかどうか知りませんが，インドも仏教寺院が残っているのか，何かしら古代の遺跡が残っている。じゃあギリシャ・ローマは何が残ったんだろう。やはりギリシャの哲学だとかローマの美術だとか建築物だとか，そんなものが残ったのかも知れません。

じゃあこの日本が豊かな時に一体何を残すのか，こういうことが実は言われているんだと思います。この余裕をただ使ってしまっては勿体なすぎる。この景気がいつまでも続くわけはない。おそらくいろんな谷や山があるんだと思いますが，そうした時に本当に何を残すのか，このことを考えなきゃあいけないんじゃないかと思っています。

今はやりの地球環境を考えようよ，あるいは日本も精神面や文化の面で世界に何かを向けて発信しなきゃあいけないんじゃないか，この経済的な余裕をもって世界に向けての文化なり精神面での発信基地になるようにしなくちゃあいかんのじゃないかということをいう人があります。何を発信していいのか仲々よく分かりませんが，私が申し上げたいのは，温かい心というのか，隣人愛というのか，これを作らなきゃあいけないんじゃないかと思います。日本人はどうもお金の話ばっかりしている。

これも何日か前の新聞に出ていましたが，ベルリンの壁が破られて，西ドイツと東ドイツの人達の交流が自由に出来るようになった。高等学校の同級生で西と東に別れていたのが，クラス会を開いた。そうしたら西ドイツの人達はお金の話ばっかりしている。東ドイツの方はやや精神的な話をしている。どうも今のいわ

ゆる自由社会というのか，資本主義社会というのか，そこではお金の話ばっかりしているんじゃないか，こんなことが新聞に出てましたが，ややそんな傾向はあるんじゃないでしょうか。

昔，西ドイツにブラントさんという首相がおりましたが，この人も「下手をすると民主主義はこれから2，30年先に崩壊するんじゃないか」といって心配をしていたとのことであります。精神的なものが何もなくなって，人間が歩いているとしても，下半身人間が歩いていて，上半身はなくなっている，どうもこういう人間のイメージになっているんじゃないか，そこのところを少し考え直さなきゃあいけないよという警告であろうと思います。

そういう意味では，産業面において技術革新とか，独創的な新しい産業を作って，そして世界にどんどん乗り出していかなきゃあいけない。それからもう一面では，あと 100年か 200年か 300年かもっと先かも知れませんが，振り返った時に，21世紀前の日本はこういうものを世界に残したんだなということが分かるようなものを残さなきゃあいけないんじゃないか，こんなことを考えているわけです。

21世紀には技術をお金で買えない時期が来るんじゃないか。私はかつて薬務局というところで薬の仕事を担当しておりました。従来は外国の医薬品メーカーが作った医薬品を日本に持ってきて，それを国内で売れば商売になったんです。ところが医薬品もなかなか新しい薬は見つからない。結核をやっつける抗生物質とか，胃潰瘍になっても，手術しないで注射で治すような，画期的な薬はほんの少ししかないんです。

そのような事情も手伝ってか，最近では，買いにいっても売ってくれない。おまえの方も新しい薬を出せ，相互交換しようと言われ出した。要するに新しい技術の芽とか，独創的な考え方というものをお互いが求めあっているのであって，こちらにそういう新しい芽なり，独創的なものがない限りは，欲しいものをくれない，どうもこういう姿が医薬品産業の世界では出始めたのじゃないかなと見てますが，そのような傾向が全ての産業分野で広がっていくんじゃないか。

要するに，21世紀というのは技術をお金で買えない時代になるんじゃないか。21世紀に生き残るためにも日本は今以上に技術革新をし，独創的な新しい産業を作らなきゃあ駄目だということだろうと思うんですね。

皆さん方それぞれお考えがあろうかと思いますが，世界に出ていってジャンジャン物を売って，ジャンジャン金を稼いでいるといっても，製造業の分野では自動車と家電，半導体とかコンピューターですね。それからサービス業では商業銀行とか投資銀行とか不動産開発ぐらいですね。もっともっといろんな分野がありますが，世界に出ている分野というのは日本の場合に非常に限られている。

じゃあその限られた分野で何かおかしくなった時に，今のように貿易で黒字を稼げるか，どうでしょうかね。そういう意味では日本は不安な国なんじゃないかと思うんです。この10年間で何とか社会基盤を作っていこうやと叫んでいるわけですが，将来に対する不安もあるわけです。

3. 都市部と農村部とでは高齢化の状況が異なる

それではどんなことを進めようとしているかということですが，状況認識としては，このレジュメの３（本書30ページ）のところに書いてありますが，都市部と農村部ではアプローチの仕方を変えなきゃあいけないんじゃないだろうかと考えています。お配りをした資料の４頁（本書35ページ）ですが，都道府県別の高齢者人口の増加率の表を掲げております。左の方が1980年，右の方が2000年の数字でありまして，皆様も御承知の通り，たとえば若い県というのは神奈川県で，1980年には65歳以上人口の全体に占める割合が 6.4％です。最も高い県が島根県で13.7％，それが2000年にどうなるかということですが，神奈川で見ますと12.4％，島根ですと22.9％という具合になるわけです。

要するにもうすでに相当高齢者の割合が高くなっている，そういうところと，これから高齢化が進展していくというところがあるわけです。今日は資料を持ってまいりませんでしたが，都市部に意外とお年寄りがたくさんいるということな

んです。これは当たり前の話ですが，これを忘れてはいけない。この東京圏というんでしょうか，首都圏というんでしょうか，ここに日本人口の１割強が集まっていると思いますが，65歳以上人口の場合には２割集まっていたと思いますね。

都市部の場合には，実は年寄りの住まいがないんです。新聞に時々出ていますが，地上げにあってアパートを追い出されて行くところがない，どうしたらいいんだろうか，こういうお年寄りがずいぶんいます。都内で典型的に言えますが，病院にお年寄りがたくさんいます。様子を見ると元気でして，どうして退院しないのかという話になるわけですが，退院しても行く場所がない。年寄りが時々心配して言いますが，病院に入ったり老人ホームに入るのはいいけれど，入って３ヶ月たつと，自分が今まで住んでいた部屋がなくなっちゃって孫の勉強部屋になっている。どうも３ヶ月が勝負だということだそうです。非常に淋しい一面があります。

この都市部におけるお年寄りの住まいを確保するというのが実は意外と難しい仕事になっています。東京都も施策の方向を住まいの確保ということで考え始めたようですし，それから建設省でもそういう発想で都市部のお年寄りの住まいの確保ということを考えてもらいたい。住まいがないのに在宅福祉サービスは考えられない。実は国会でも在宅福祉サービスと言うけれど，大体宅がないじゃないか，宅がないのに何が在宅サービスかと厳しい指摘を受けたりもしておりますが，この住まいの確保というのが一つの問題になります。

しかもこれからの傾向としては，お年寄り夫婦だけとか，お年寄りの単身の世帯が増えていくわけです。年をとればだんだん体の機能は低下しますので，どうしても他から支えなきゃあいけない，介護しなきゃあいけなくなるわけです。そうすると住まいの確保をした上に，自分で何とか日常生活を送っていけるように介護の手を差し延べなきゃあいけない，それを在宅福祉サービスとしてやろうじゃないか，と考えているわけです。

それから，地域社会を作らなきゃあ駄目です。お年寄りにアンケートしてみますと，今まで生活した場所でこれからもずっと生活をしたいよ，やたらめった老

人ホームに入ったり病院に入ったりはしたくはないんだとの意見です。

すると，自分の家やその地域で生活を続けていくためには，地域連帯というのでしょうか，地域社会づくりをしなきゃあ仕様がないじゃないか。近所の者が声を掛け合う，そして支え合って生活を送れるような，そういう社会づくりをしていかなきゃあいけないんじゃないか。

しかし昔の五人組みではありませんが，強制的にそんな隣組なんかができるわけではない。どうやってこれから都会型の地域社会を作ったらいいのか，いわゆるコミュニティというのをどうやって作ったらいいのか，実はこれはむずかしい。私の説ではなくて，ある本で読んだ説ですが，これからは同好の士が集まってグループを作っていく，そんな形で地域社会ができていくんじゃないだろうか。

つまりフィットネスをするのが好きだというので，フィットネスクラブの集まりがある，いわば都市型の地域社会というのは，そういう同じ好みの者の，同じ気持ちの者が集まって組織を作るという，そんな形でできていくんじゃないのかということです。

他方，農村部ではすでに高齢化が進んでいるわけですが，これからますます高くなっていく。よく言われますが，お年寄りばっかりで消防だって駄目，民生委員に頼んでいろいろお世話をお願いしますが，民生委員そのものが年をとっていて，他の年寄りの面倒はなかなか見られない。来てくれるのは駐在のお巡りさんと郵便配達の人達だけ，こんなことで結局山奥で一人淋しく生活をして，耐えられなくて自殺をしたという，ものすごく可哀そうなケースがあらわれたりします。どうしたらいいんでしょうかね。

せめて冬場，寒いところで一人で生活をするのでは大変だろう，じゃあ村役場があるようなところに集会施設，住宅機能，老人ホームのような機能，そういったものを複合的に持つような建物，施設を作って利用してみたらどうかと提案をしておりますが，そんなことは一時しのぎで，どうしたら社会連帯が保てるのか，非常に難しい問題ですね。

4. 公共福祉の方向＝社会保障施策における「福祉」の復権

申し上げたいことは，都市部も難しいし，農村部も難しい。この難しい中で本当にどうしたらいいんだろうかという，全く悩みばかりという感じですが，そういうことを頭に置きながら，とりあえずこんなことを考えているということを申し上げてみたいと思います。

公共福祉サービスとしてどんなことを狙うかということですが，行政の方向を変えようとしておりますことは，身近な市町村が公共福祉サービスの提供主体になって下さいということです。これはどういうことかというと，老人ホームに入りたいと言った時に，あなたは確かにそういうホームに入る状況にありますねということの判定をして，入って下さいということを決めるわけですが，その仕事を市は自分でやっております。しかし，町村は自分ではやらないで，県の福祉事務所でやってもらっています。この仕事を，町村にも自分でやってもらうようにしよう。

それから在宅福祉サービスにつきましては，今までどうも在宅福祉サービスの位置づけが明確でなかった。在宅福祉サービスもきちんとやるんですよということを明確にして，住民に一番身近な公共団体である市町村で，在宅福祉サービスも施設福祉サービスも一元的にやってもらうようにしようということです。何を考えているかということですが，あるお年寄りがたとえば脳卒中の後遺症で自分では食事をしたりお風呂に入ったり，買い物に行ったりするのが不自由で，誰かの手助けがいる，こういう状態になったとします。そうした時に家族がいるのか，家族がいてもそのお年寄りの面倒が見れるのかどうか，面倒が見れてもどの程度見れるのか，そういうことを判定しまして，じゃあこのお年寄りには，こういうサービスをして，何とか生活ができるように支えてあげようじゃないか。

何とか支えをすれば自分の家で生活出来る状態なのかどうか，老人ホームに入ってもらわなきゃあいけないとか，あるいは老人ホームに入る必要はないけれど，2日に1回とか3日に1回通って食事，入浴，機能訓練などをすれば何とかでき

るじゃないかとか，要するに在宅でいろんな支援をするとか，施設を利用するなり，施設に入るなりということを全体的にミックスして，最もお年寄りのニーズに的確に応えられるような仕組みにしようじゃないかということを考えているわけです。

5. 具体的イメージ

私共イメージとしてこんなことを考えているわけです。在宅で寝たきり状態になっているお年寄りがいるとして，家族と同居しているということを前提にした時に，まず看護婦さんが週2回ぐらい訪問して，看護婦の目から見ていろいろな指導をしたり手助けをする。

また，機能訓練場に週2回ぐらいは通ってもらおうじゃないか。

それから週4回から6回，いわゆる家事援助と言うんでしょうか，ホームヘルパーの人に行ってもらおうじゃないか。ホームヘルパーの人も単に買い物をしてあげたり掃除をしてあげたりという単純な家事援助ということから，むしろ食事を手伝ってあげたり，お風呂に入れてあげたり，日常生活動作を助けてあげる，そういった介護型に切り替えようとしておりますが，いずれにしてもホームヘルパーの人に週に4回ぐらい行ってもらおうじゃないか。

そしてデー・サービスと言って，老人ホームなどに通いまして，お喋りをしたり御飯を食べたり風呂に入ったりというようなことをやっていますが，そういうものも週2回ぐらいは使えるんじゃないか。

それからショート・ステイと言っておりますが，老人ホームに1週間（人によってはもっと長くてもいいんですが）泊まる一時預かりのような制度がありますが，それも年に6回ぐらいは利用してもらおうじゃないかというようなことで，保健と，福祉のサービスを上手にミックスして，適切なサービスで埋まるようにしたいと思っているわけです。

要するに保健と福祉と医療を総合的に，しかも，そのお年寄りの体の状態，あ

るいは家族の状態，そういったものに合わせながら，絶え間なく継続してやっていく。総合的にということと継続して行われるということとを考えなきゃあいかんのじゃないかと思っております。

在宅というと，何か施設から離してお年寄りを家族に押しつけるとイメージされる方が多いんですが，私共はそんなことを考えているわけでは絶対なくて，要するに今までの家で生活をしたいんだという，お年寄りの気持ちをまず尊重しよう，そしてお年寄りの状態，それから家族の状態から在宅での生活が可能であれば，必要なサービスを提供して在宅での生活ができるようにしていこう，それが無理だったら施設に入ってもらいましょうということです。

自分の家と施設とを往復しながら，言葉が悪いかも知れませんが，上手に死んでいくしかないのじゃないだろうか。こんなふうなことをイメージとして描いています。

こういうふうな仕事をする上でネックになっているのは，市町村役場に行って，いろんな手続きをするのが面倒くさくて仕様がない，行ってもあっちに行けそっちに行けとか，住民票を持って来いとか，所得証明を持って来いとか，家族の様子を言えとか，職場から証明書をもらって来いとか，うるさいことを言われて仕様がないということです。

また，ホームヘルパーが一つの例なんですが，所得の低い人達に対するサービスじゃないのという誤解があるんですね。そんなことはないんですが，そういうふうな誤解がある。それから他人に自分の家に入って貰いたくない。他人にジロジロ自分の家を珍しいものを見るような恰好で見られるというのは不愉快で仕様がない，こういうふうなことを言う人もありますし，現にそういうことでホームヘルパーが入っていくのを嫌がる家庭もあります。

こうしたネックは解消しなければなりません。サービスに対する信頼性を高めることと専門性の高いサービスの提供という実績を積み重ねるしか道はないのではないかと考えています。

市町村役場との関係ですが，中学校区に一ヵ所ぐらいを目標にしているんです

が，在宅介護支援センターというものを作って，うちのおじいちゃんおばあちゃんはこんな具合です，どうしたらいいでしょうかという相談とか，たとえば車椅子を使いたいんですが，どういう車椅子が合っているでしょうかとか，どうやったらホームヘルパーに来て貰えるんでしょうかとか，機能訓練会場に行くためにはどうすればいいのでしょうかとか，そういう相談が身近でできるようにしていこうじゃないか。

このセンターは病院とか老人ホームとかになってもらうことにしていますので，保健婦さんとか看護婦さんとか寮母さんとかドクターとかＯＴ，ＰＴ（注）とかいろんな人がいるわけですね。そういった人から専門的な立場からこうしたらどうかという，アドバイスをしてもらえるようにしよう，そして介護機器も展示しておいて，介護機器の使い方なども指導してもらえるようにしよう。

（注）ＯＴ＝作業療法士，ＰＴ＝理学療法士

もう一つは，本人や家族に代って，こういう人がこの地域にいるんだから，これだけのサービスをしてあげなさいといって，市町村と掛け合ってサービスをセットする，そういう役割もしてもらう。

事務上の書類を整えたり，書きものを書いたりという仕事の代行もしてあげようじゃないか。サービスを欲しがっている人と，サービスの提供主体である市町村を結びつける，コーディネーターの役割を果たすところを作っていこうじゃないかと考えています。ぜひともこういう中間的な仲介役をセットして，公的な福祉サービスが円滑かつ適切に提供されるような仕組みにしていこうじゃないか，こんなことを考えています。

福祉の仕事が，言ってみれば新しい姿をとってこれから展開されるんだ，今までの福祉の姿とは違うんだよということを言っています。どうも厚生省の今までの仕事は年金だとか医療保険だとかを一生懸命にやってまいりました。昭和36年に国民皆保険とか国民皆年金だということで，なにしろ年金を充実しようじゃないのとか，お医者さんにかかりやすくしようじゃないのということに相当の重点を置いてまいりました。福祉の方の仕事はある意味では年金なり医療保険に投じ

た力と比較しますと，私は比重としては少し軽くなっていたんじゃないかと思います。

ところがこれからの10年間はまさにこの福祉の部分に重点を置かなきゃあいけない，この部分に重点を置いて初めて21世紀の高齢社会の基盤整備ということにつながっていくんじゃないだろうかと考えているわけです。日米構造協議で公共事業10ヶ年計画を作りましょうというようなことを約束をしてますが，あの公共事業の中には，この社会福祉施設，今申し上げた施設福祉サービスが提供できるようにするための施設整備も公共事業の中に入れてもらっています。そういうことで事業の上でも位置づけをしまして，体制を整えたいと考えています。

これを進めるに当って，建物は実はお金で解決がつくんですが，一番解決がつかないのは人の問題です。マンパワーの問題です。マンパワーをどうやって確保するのかというのは本当に頭が痛い話です。マンパワー対策としては実は三つ掲げております。一つは処遇を改善しましょうということですが，もう一つはたとえばホームヘルパーを考えた場合にも，常勤の職員ばかりでなくてもいいんじゃないか，非常勤でもいいんじゃないか。例えば伊勢丹では，フレックスタイムで，かつて伊勢丹の従業員であった人で家庭に入った人が，子供から手が離れた，何時から何時までの間は時間ができるから，勤めましょうというふうに，時間を設定した就労形態があるそうですが，そんなのでもいいんじゃないか。就労形態をいろいろ工夫する必要がある。

それからもう一つは，ここいらですと世田谷とか武蔵野市でやっていますが，福祉公社というのがあって，そこにボランティアに集まってもらっていて，登録された人のところに，たとえば介護サービスに行ったりしているわけですが，そういうふうなスタイルのものもあっていいんじゃないか，そういうことでいろんなタイプのマンパワーの確保の道を作っていこうじゃないか。

もう一つの柱は社会的な評価を高めなきゃあいけない。どうも介護の仕事というのは３Ｋと言われまして，危険，汚い，きついといって，まことにイメージが悪い。考えてみると孤独なお年寄りからまず言葉を引き出す，対話がない限り何

かを世話しようといっても進みませんね。黙っている年寄りから言葉を引き出すというのはものすごいテクニックがいる仕事だと思います。それからちょっとしたお世話をする，たとえば寝返りをうたせるというのも，これは簡単なようでそんな簡単な仕事ではないんだそうでして，私はそういう意味ではこの仕事は知的な仕事ではないのかなと，こう思っておりますが，それを分かってもらわなきゃあいけない。

そして心と心のつながりができていくということは，世界が広がるということであって，お世話をするサイドにとっても生き甲斐につながることでもありますし，また新しい知的な興味をよびおこす話にもなるんで，すごく豊富な中身をもった仕事ではないのかなと思っています。

皆さんに考えていただきたいんですが，明治以降日本の社会は富国強兵ということで頑張ったわけです。戦争に負けてからは強兵がなくなって富国をめざしたわけですが，経済的な豊かさは相当なレベルに達した。おそらく次に何をやったらいいのかということを探しているんだと思うんです。私はさっきもちょっと触れましたが，精神とか文化とか，温かい心と言いましたが，やっぱり生活していて良かったなという生き甲斐探しではないのかなという気がして仕様がありません。生き甲斐というのは他の人と何かの関わりをもって，関わりをもった中で何か新しいものをなし遂げたとか，新しいものを作り上げたとか，そういう何かやったなという達成感というんでしょうか，高揚感というんでしょうか，そういうことを味わうことから生き甲斐というものが感じられるんじゃないのかなと思ってます。

アメリカでは弁護士だとか，銀行マンだとか，わりと恰好いい生活を送っている連中が，実は余暇時間をボランティア活動に当てているんだそうです。非常に組織力のある優れた人がいる教会なんかではボランティア活動が非常に成功しているそうです。たとえば黒人街に行って黒人の子供を集めて，そこで英語を教えるというプロジェクトを組むんだそうです。そのボランティアに参加した人で，この地域に行ってあの子供達に英語を教えたいという人は手を上げてというわけ

です。何人かに応募させて，競争させて，どのくらいできたかというのを段階的にチェックして，できなかった人はやめさせて出来る人には続けてやらせるとか，ものすごいことをやっている教会があるそうです。見て来たようなことを言っているわけですが，実はアメリカではボランティア活動が知的階級のライフスタイルになりつつある。私はここに何か示唆するものがあるんじゃないかと思っています。

日本でもだんだん余暇時間が増えてきているわけですが，余暇時間にボランティアをやってみたらというふうに誘導していく必要があるんじゃないのかなと考えています。なぜそんなことを言うかというと，そういう体験から福祉を知ってもらうという必要があると思うからです。現実にぶちあたってみて初めていいか悪いかということが体で分かるわけであって，体で分からないで評価するということは，私は危険だと思うわけです。

レジュメのマンパワーというところに書いてますが（本書30ページ），医師とか看護婦とか介護福祉士とかいう専門職の他に，これから“いきがい創造士”というのを作ろうと思って今いろいろ画策をしておりますが，その人達にリーダーになってもらう。それから“一芸老人”というのを作ろうと思っていますが，これは要するに一芸に秀でた人がいるはずだ，安田火災でお勤めになれば，財務諸表を見るのに優れているとか，ワープロがうまいとか，あるいはセールスの経験から人を組織するのがうまいとか，何かそういう優れた経験，能力というのをお持ちの方がたくさんいらっしゃる。現役を退かれた後に，どうやって生き甲斐を感じるか，やはり社会に出て社会と関わるということで感じるんじゃないか。そうするとその経験とか技術とか知識とかを発揮していただいて，地域で活躍してもらう。こうした“一芸老人”づくりをしようとしています。

図書館に子供達を集めて昔話を読んでやるという，読書会みたいなことだって大いにやってもらいたいし，書道に優れていればそこで子供に書道を教えるとか，何かそういうことで私は都市部の地域社会づくりにもつながっていくんじゃないかと思います。

そして企業においても従業員とか家族が地域活動に参加することを企業としての仕組みとして工夫していただけないかなということをあっちこっちで申し上げています。たとえば年間の総労働時間の１割を地域活動に提供することを認める，つまり有給休暇制度を活用するなどして地域社会で活動してよろしいというようなことが出来ないのかな，それからどんな地域活動をしたらいいかという情報を提供するということができないのかなと思っています。

今までの企業と地域との関わりというのは，企業に余力があるときにその余力の一部を地域に還元するという発想であったと推測しますが，これからは地域との共存を考えない限りは企業だってやっていけないはずです。それと２，３の企業に聞いてみますと，人手不足になって，企業イメージをあげるということと，地域活動をやることによって，地域と共存する，そうしなければ自分のところに若い人は来てくれない，こういう話になっているようでありまして，要するに企業が行う福祉活動は，社員に対する福利厚生もそうかも知れませんが，余力を当てるというのではなくて，企業が当然それをしなきゃあいけないという，そういう位置づけに転換をしてきたんじゃないか。企業存立のための必須条件という発想が必要になってきていると思います。

アメリカでの話ということで，トヨタの人から伺ったのですが，企業のクラブに入って下さいということをいわれる。メセナクラブと言うんだそうですが，メセナというのは，古代ローマの大臣でそういう名前の人がいて，文学とか美術をよく保護したんだそうですが，その名前をとって，企業のクラブを作っているそうです。企業利益の５％を寄付しましょう，アメリカの場合には税制控除の対象になるんだそうですが，寄付をいろんな文化活動に当ててもらおうじゃないかということなんだそうです。そして，メセナクラブに参加している企業は一流企業だと，社会から評価されるんだそうです。

ところが日本から進出していった現地法人が，入りませんかと誘われて，日本本社の方に照会したら，冗談じゃない，なんのために寄付するんだとか，どういうことをやろうとしているんだとか言って，大変グジャグジャ言われる。次第に，

本社内でも理解が得られるようになりましたと話をされてました。最近では文部省か文化庁かのお声がかりで，文化活動を支援しようじゃないのということで，こうした類いのクラブを作ろうじゃないかという動きがあるようですが，歓迎すべき動きだと思います。

ただし，発想転換してもらいたいのは，まあ仕様がないから付き合おうよとか，余力があるからちょっとあげるわという発想は切り替えなきゃあ駄目だということを申し上げたいわけです。

それから私は教育の現場で福祉を実践しなければ福祉は定着しないんじゃないかと思っています。今でも高等学校の中にはボランティア協力校というのがあります。ところが，まず先生方が悲鳴をあげるのは，父兄から文句が来るんだそうです。あんなことをさせないで受験勉強をさせてくれと。そんなことから，ヒントを得たんですが，全部の高校生にある一定時間ボランティアさせる，カリキュラムに強制的に入れるというぐらいに考えないと駄目かなということです。

スイスでは牧場を非常に大事にしているんだそうですが，牧場で働くことが高校生には義務づけられているそうです。スイスにおける牧場のように，日本においてボランティア活動が位置づけられるのかどうかは知りませんが，温かい心を作り上げるということであれば，スイスで牧場で働くということを義務づけていると同じように，日本でも高校生にボランティア活動の実践を義務づけることは私は可能なんじゃないかと思っています。

大学に進む時に，推薦入学の基準にボランティア活動を何時間かやって，すばらしい結果を上げていたら，優先的に入学させるという学校がでてきていいんじゃないか。

学問の世界で，ソーシャルポリシーと言うんでしょうか，昔流の社会政策とは意味が違いますが，福祉の仕事の理論づけをキチッと大学教育のレベルでセットしなきゃあいけないんじゃないかと思っています。

そして地域社会で先程ちょっと例にひきましたが，世田谷区とか武蔵野市の福祉公社のようなものをどんどん作って，拠点をどんどん作って，ボランティアの

育成をしていくということを考えようとしています。これも半分夢みたいな話なんですが，ボランティアでお年寄りのお世話をした時には，その時間を，たとえば何点と評価しまして，それを蓄積して，何点以上になったら，仮に自分が具合が悪くなった時にただで面倒を見てもらうとか，優先的にいいところに入れてもらうとか，献血をした時に献血手帳を貰って，自分が血を貰わなきゃあいけない時には貰えるような仕組みになっていますが，それと同じような介護バンクというのを作っていく必要があるんじゃないか。

この介護バンク的な発想を実施している市町村が少しはあるんですが，実は全国に通用しないんです。だから介護の仕事に携わったその市町村で具合が悪くなれば面倒を見てもらえるのですが，そういうものをやっていないところでは何の効力もなくなるものですからそれでは困る。全国通用させなきゃあいかんじゃないかと思ってます。

あともう一点申し上げたいのは，要するに保健と福祉と医療とを総合的にと言ってますが，その場合の医療ということについてです。これは内田百閒さんというユニークな随筆なんかを書いた人がいますが，中年とはガソリン切れの飛行機みたいなものだと言っておられます。だんだん体の具合が悪くなって，不時着してということですね。要するに50になってあっちこっちが痛いとか，胃腸の具合が悪いとか，肩がよく張るよというのは，つまりあちこちに故障が出ているわけで当たり前の話なんですが，それを実は病気だと思ってしまうんです。

まあ病気かも知れないけれど，病気と思うということの裏返しは，そこを直せばまた若い頃のような元気に戻ると思っていること，そこが基本的に間違いなんです。具合が悪くなっているというのは，要するに50年も60年も使ってきているんだから，どこか具合が悪くなるのは当たり前なんです，ガソリン切れの飛行機なんで，だんだん不時着の地点に近づくのは当たり前なんです。具合が悪くなったところをちょっとチューニングして，毎日毎日何とか自分なりに生活が送れればいいのです。

つまり老人というのは壮年者とは違うわけです。ところが皆さん方もお気付き

だと思いますが，街で風邪薬を買いますね。そうすると風邪薬のラベルには，たとえば５歳未満の人は三分の一，５歳から15歳までは二分の一，それ以上は一回１錠飲んで下さいと書いてありますね。つまり子供の分の使用量は書いているんですが，年寄りの使用量は書いてないんですね。それで私は薬屋にけしからんではないかと言ったら，いやそれはそうなんだけれど，しかし一口に年寄りと言っても千差万別だからねと，ずるいことを言うんですよね。子供だってそうですね。この頃は特に成長が進んでいるから，子供だって大人と同じくらい飲まさなきゃあ効かないことだってある可能性もあるわけで，本当にずるいと思うんですが，要するに年寄りと壮年者とは違うことを表向き認めようとしない。

こういうこともお医者さんから聞いています。自分の家で具合が悪くなって寝たきり状態になって，ほとんど何も食わないで，脱水状態になってから病院に運ばれることがあるそうです。そこで脱水状態を考えて，壮年者と同じだけの点滴をバッと入れたら，それだけでお年寄りはおかしくなるそうです。つまり脱水だから水を与えなきゃあいけない，こういうことで壮年者と同じ量を，しかも同じスピードでだあっと入れると，体には水が行き渡るかも知れないけれど，腎臓がやられちゃうとか，それだけ入ってくるわけですから，心臓がやられちゃう。

ということで要するにお年寄りにはお年寄り向きの治療方法，あるいは治療方針があっていいではないか。しかもある特定の部分を直すという発想では駄目なんじゃないか。要するに体全体の機能を何とかかんとか保持して，その人なりに日常生活が送れるというふうにもっていかなきゃあいかんのじゃないか。日常起居動作というものが可能になるようなふうに治療すべきではないか。しかも全人格を考えてもらって医療をやってもらいたい。

年寄りに聞くと，入院して，「はい，おじいちゃんこれを食べなさい」とか言われるのが非常に屈辱だそうですね。会社では立派な立場にあった人が，「ねえ，おじいちゃん」と言われて，幼稚園の子供じゃあるまいし，こんなことを言われてとカッとなるんだそうですが，まさにそうですね。人格を一つも考えてないんですね。

おじいちゃんとかおばあちゃんと言った一つのタイプをこしらえて，そこで何か医療をしてあげているという感じですが，冗談じゃない。要するに年をとればだんだん身体機能が悪くなるんですから，それを騙し騙し，本人と医者なり，医療をやる人がチームワークを組んで，体を騙し騙し何しろ日常生活が送れるようにもっていく，維持する。水野肇先生が一病息災とおっしゃってますが，どこかに病気はあるんですね，それを暴れさせないように騙しておとなしくさせて，何しろ毎日毎日の生活が送れるようにしよう，こういう発想でありますが，なかなかこれは分かってくれない。

また，お年寄りの場合には，あまり言いたくはありませんが，いずれは死が来るんですから，死とどう関わっていくかということを医療の現場で考えてもらわなきゃあいかんのじゃないか。

ところが今までの日本のお医者さんは死という問題は考えてない。いかに生かすかということばかり考えているわけです。ここがこれから老年医学ということを考えた場合には，頭の中に入れておかなきゃあいけない問題じゃないか。嫌な，あまりそういうことは考えたくない話ですが，避けて通れない問題として，正面から取り組んでみる必要があるんじゃないか。

これも聞いた話ですが，社会的に活躍しているある女性のお父さんが倒れた。急いで病院に行ってみたらチューブだらけになっている。しかもベッドにくくられている。なぜだと尋ねたら，チューブをつけたり点滴したりするのを嫌がってはずしてしまうので，手を縛っているんだと言うんだそうです。見たらぐったりして元気がない。頼むから，ベッドに縛ってある手をはなしてくれと頼んで，縛ってある手を離してもらったところまるっきり動かなかった。チューブだらけで死んでいきましたと話していました。

非常に残念がっていたのは，元気な時のお父さんのイメージというものと，ベッドでチューブだらけになって，しかも縛りつけられている時の姿にあまりにも距離があった。あまりにも情け無い姿だったというわけです。この話は個人的な話かも知れないし，その人の感情が入っているかも知れませんが，考えねばなら

ない点を含んでいるのじゃないかと思う。尊厳をもって死んでいきたいという気持ちが本人にもあるはずだし，かつてのその人の姿を知っている回りの人間とか家族にとっても，そういうことはやっぱり望まれるんだと思うんですね。

1分でも1秒でもいのちを伸ばそうとして，無理してチューブだらけにするというのはいいのかどうか。ここは非常に難しい論点で，そう単純には割り切れない話だと十分わかっていますが，正面から考えてみる必要があるんじゃないか。

もう一つ考えておかなければいけないのは痴呆です。痴呆というのは，実は痴呆になったお年寄りは全然不幸ではない。しかしその痴呆のお年寄りを抱える家族は大変悲惨です。この痴呆の悲惨から家族を救わなきゃあいけないと思っています。ひどい状態になったら結局は専門の施設に，あるいは専門の病院に入れなきゃあいけないんだろうと思います。

以上申し上げましたように，これからの10年というのは大変な10年でありまして，皆様方もいろんな民間の分野でご活躍をいただきたいですし，またご協力もいただきたい，そのことをお願い申し上げてとりあえずはお話を終わらせていただきます。ありがとうございました。

―― どうもありがとうございました。それでは折角の機会ですので質問をお受けします。

質問――福祉でも先程岡光先生がふれられたように，福祉施設，それも民間と官立のものが考えられる。官立のものとしては特別養護老人施設，老人福祉施設というようなものがあるんですが，それと民間との間というのはどのようにお考えなんでしょうか。まあ自ずから税金を使う官立の特養とか，それから最近の老人福祉施設というのは限られていた。そうすると民間は有料老人ホームを中心として使っていく，そういう面について行政サイドはどのようにお考えなんでしょうか。

回答―― 一応，公共福祉サービスの世界では，そういう施設を利用しなきゃあ

いけないと考えられる人が一応全部入られるようなキャパシティの特別養護老人ホームであるとか，老人保健施設であるとか，しかるべき老人病院であるとか，そういったものを整えたいと思っています。

どういうことかと言いますと，特にこれは寝たきり状態になるであろうという人を想定しまして，さっき見ていただきましたように，65歳以上人口ですと大体５％ぐらいの人が経験的にはそういう状態に陥るであろうと考えられます。その中でたとえば自分の家にいて何とか生活ができそうだというのが半分ぐらい，どうしても施設に入らなきゃあならない人が半分ぐらいいるとします。そうするとその施設に入らなきゃあいけないだろうという人を今度は特養だとか，老人保健施設だとか，病院とかに区分けをしまして，施設に入らなきゃあいけないだろうと考えられる人は，待機をしないで，待つことなくしかるべき施設に入れるような，そのキャパシティをこの10年間で整えようじゃないかということを考えています。

そういう意味では公共福祉サービスを求めている人に対しては，いわば公共福祉サービスの世界で自己完結的に対応できるように一応計画は作っているつもりです。それでは有料老人ホームとの関係はどうするんだという話になりますが，それは先程ちょっと申し上げましたが，お年寄りの住まいというものを確保しなきゃあいけない。

それを考えた場合，公営住宅を作って下さい，公営住宅もお年寄りにふさわしい住宅にしてもらうということで，たとえば有料老人ホームなんかでもありますが，24時間お風呂の水を使わないとかトイレの水を使わないと警報が鳴るとか，それから何か不幸にして倒れた時に，ボタンを押せるようにあちこちに非常ボタンをセットしておくとか，それから場合によっては車椅子を使わなきゃあいけなくなった場合にも車椅子が使えるような広さを確保しておくとか，そういうお年寄り向けの公営住宅を作って下さい，しかもそこへ緊急の時にはパッと駆けつけるような老人ホームの寮母さんのような人を置いておきまして，その警報が鳴ったらパッとそこへ駆けつける，そういうケアをする人付きの公営住宅をこれから

作っていきたい。

他方では毎日毎日の生活はまあ何とか自分でできる，そしていわゆる厚生年金を貰っていて，７万円から10万円ぐらいは払えそうだという人に個室を提供しまして，そこにはケアがちゃんと行えるような人も配置して（私共はケアハウスと称しています）７～８万円払うというので軽費老人ホームと言ってますが，そのくらいの支払い能力のある人向けのやつを作っていく。それからもう一つ上の所得クラスは，有料老人ホームが可能なんじゃないか。という位置づけにしていく。

有料老人ホームはそういう意味で要するにケア付きの住まいの確保ということになるんですが，そこで寝たきり状態になったらどうするか，痴呆になったらどうするかという問題があるんです。それまでカバーしてもらうんだったら，いわゆる一時金が少し高くなるとか，こんなことでお年寄りの住まいの確保という位置づけの中に，つまりケア付きの住まいの確保という位置づけの中に有料老人ホームを一応位置づけていくつもりです。

老人福祉法等の一部改正法というのを今国会に出していますが，そこで有料老人ホームの規制を少し強化しようとしていますが，それは3000万だ4000万だという一時金を有料老人ホームの運営以外に，自分の別の仕事に使っちゃっている人が実は現れたんです。それはひどいじゃないかというので，先ずそういうまともな運営をしてくれるかどうかというのを事前にチェックするような仕組みにしようというので，今は有料老人ホームを開設した後届け出をする事後届け出だったのですが，これを改めて事前届け出にしよう。やりたいと前に言ってもらう，ちょっとチェックして良さそうであればそれをお受けしよう，それから動きだしておかしいということであれば，今まではここを改めたらどうですかという勧告にしていたんですが，今度は罰則づきの命令にしよう。

それから全国有料老人ホーム協会という法人が今もありますが，そこで一時金の再保険に加入して，ある有料老人ホームで変な経営者がいたとして，その一時金を持って逃げたというようなことがあった場合に，そのお年寄りにはちゃんとそれで返してあげるように，3000万だ4000万だという一時金を保証する再保険の

ようなものを考えてあげる。いずれにしても利用契約を結ぶ際にチェックをする必要があるということをまず教えてあげる必要があるだろう。そういうことも有料老人ホーム協会で利用者に事前にインフォメーションを与えるようにして下さいとお願いする。

それからもう一つは毎年度毎年度の財務諸表を出してもらって，ちゃんとした経営ができているんだなというチェックをしてもらおうという，そういうことを考えているんですが，そういうことでかなり民間の活力も生かしつつということが一つの命題ですし，他方では入居者のお年寄りを保護するというのが命題ですから，その両者をマッチできるような仕組みにしようということです。

―― どうもありがとうございました。

資　　料

資　料

A　レジュメ …… 30

B　統計資料 …… 32

1. 人口構成の変化 …… 32

2. 高齢者の５歳年齢階級別にみた生活指標 …… 33

3. 年齢構造指数の推移 …… 34

4. 都道府県別人口，高齢者（65歳以上）人口割合および
高齢者人口増加率 …… 35

5. 高齢者単身世帯および高齢夫婦のみ世帯将来推計 …… 36

A　レジュメ

１９９０年代の社会福祉の展望

'90. 5. 25

1．21世紀までの10年間＝高齢社会に備える社会基盤づくりの10年間

目標・・・生涯健康，生涯生き生き

2．「従属人口」は不変（資料１）。しかし，児童より高齢者のほうが経費大。したがって，国民負担率は増大。一定限度にとどめるためには，生産性向上を伴う経済の安定成長不可欠。技術革新，独創的な新しい産業の創設と世界経済の調和ある発展が必要。

3．都市部と農村部の高齢化状況は異なる（資料２）。それぞれにふさわしい対応を必要とする。

都市部・・・高齢化の進展……「すまい」の確保＋地域社会づくり

農村部・・・既高齢……社会連帯の復活

4．公的福祉の方向＝社会保障施策における福祉の復権

あたたかい心（恕）・社会連帯・世代間扶養

市町村主義・「計画」にもとずくサービスの総合的，継続的提供

5．具体的イメージ

○街づくり＋介護＝自立・・・いきがい

○MAN POWER　専門職（医師，看護婦，介護福祉士，いきがい創造士）＝リーダー　“一芸老人”　ボランティア

○福祉マインドの育成

(1) 教育　・高校教育にボランティアーの実践義務づけ・大学の教育体制整備

(2) 企業　・ボランティア活動の時間買い上げ・“パーセントクラブ”の結成

(3) 地域社会　　福祉公社，社会福祉協議会を拠点にボランティアーの育成と組織化・・・介護バンク

B　統計資料

1．人口構成の変化

平均寿命の伸長（昭和63年で男75.5歳，女81.3歳）により，65歳以上の高齢人口が急増し，なかでも，介護の必要度の高い75歳以上の後期高齢人口の増加が著しい。他方，20～64歳の生産年齢人口は，21世紀に入ると減少に転じる。

区　　分	1985年	2000年	2025年
	万人　（%）	万人　（%）	万人　（%）
総　人　口	12,100　（100.0）	13,120　（100.0）	13,460　（100.0）
65歳以上人口	1,250　（ 10.3）	2,130　（ 16.3）	3,150　（ 23.4）
（うち75歳以上人口）	（470）（ 3.9）	（850）（ 6.4）	（1,740）（ 12.9）
20～64歳人口	7,350　（ 60.7）	7,880　（ 60.1）	7,320　（ 54.4）
（65歳以上人口１人当たり）	（5.9人）	（3.7人）	（2.3人）

期　　間	65歳以上人口比率の伸び
1965年（昭40）～1985年（昭60）の20年間	4.0%
1990年（平２）～2000年（平12）の10年間	4.4%
2000年（平12）～2010年（平22）の10年間	3.7%
2010年（平22）～2020年（平32）の10年間	3.6%

資料：総務庁統計局「国勢調査」，「推計人口」（昭和61年以前）
厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口（昭和61年12月推計）」
（平成２年以降）

・老年人口割合（65歳以上）の国際比較

年　次	日　　本	アメリカ	イギリス	西ドイツ	フランス	スウェーデン
1986	10.6%	12.1%	15.3%	15.2%	13.1%	17.4%
1990	11.9	12.6	15.5	15.4	13.8	18.3
2000	16.3	12.8	15.4	16.8	15.3	17.6
2020	23.6	17.3	18.7	22.3	19.1	22.8

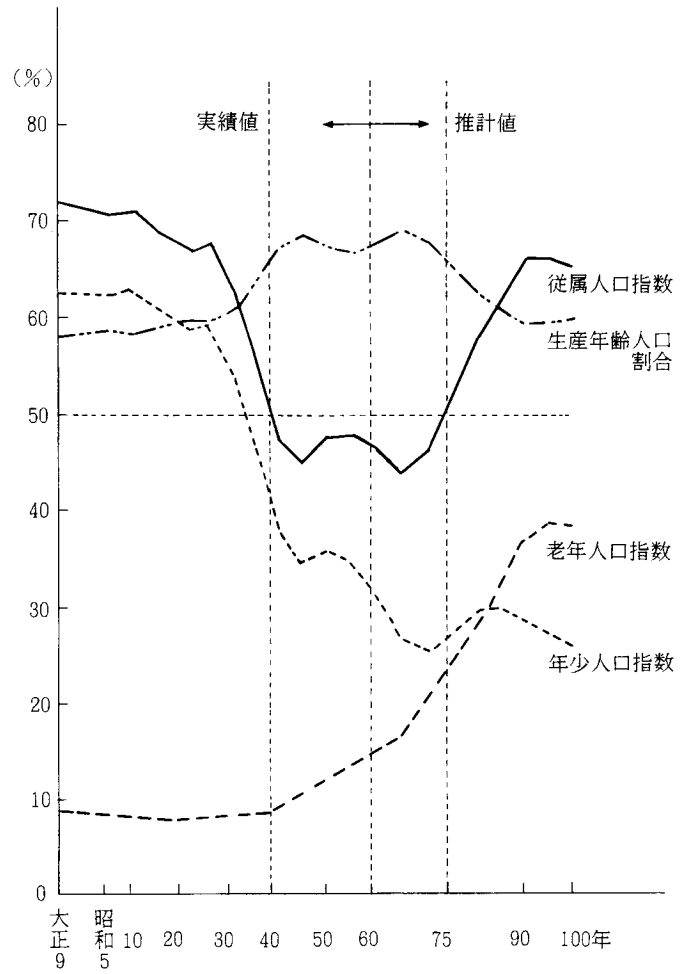
資料：日本は厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口」（昭和61年12月推計），諸外国は国連「World Population Prospects:1988 」による各年度推計人口に基づく算定

2．高齢者の5歳年齢階級別にみた生活指標

項目 / 年齢	①	②		③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	男女比	配偶者の有無		同居率	健康度	有病率	受療率	ねたきり率	痴呆性老人出現率
		男	女						
60～64	1.27	92.4	68.8	55.7	78.9	341.5*	107.08	0.95	−
65～69	1.35	90.4	54.4	57.4	69.0	434.6	134.56	1.74	1.2
70～74	1.37	85.4	40.1	61.9	64.0	537.6	183.44	2.93	3.1
75～79	1.45	78.3	26.1	68.2	59.4	566.8	211.06	4.81	4.7
80～84	1.64	66.5	13.6	77.7	54.1**	569.0**	214.36	8.74	13.1
85歳以上	2.07	46.8	5.2	83.0			209.68	15.58	23.4
平均（65歳以上）	1.44	81.8	36.2	64.6	63.2	512.4	177.50	4.22	4.6

（注）①「昭和60年国勢調査」より男性を1とした。②「昭和60年国勢調査」より。単位％。③「昭和60年厚生行政基礎調査」より。単位％。④「昭和59年老人実態調査」より。「健康」又は「普通」と答えた者の割合。単位％。⑤「昭和60年国民健康調査」より。人口千対。⑥「昭和59年患者調査」より。人口千対。⑦「昭和59年厚生行政基礎調査」より。単位％。⑧「老人の生活実態及び健康に関する調査報告書」（昭和55年，東京都福祉局）より。痴呆の程度が軽度の者を含む。単位％。なお，＊は55～64歳，＊＊は80歳以上を示す。

3．年齢構造指数の推移（中位推計の結果）



（注）
年齢構造指数の定義は以下のとおり。
年少人口＝０～14歳人口
生産年齢人口
＝15～64歳人口
老年人口＝65歳以上人口

従属人口指数
$= \frac{\text{年少人口}+\text{老年人口}}{\text{生産年齢人口}}$

年少人口指数
$= \frac{\text{年少人口}}{\text{生産年齢人口}}$

老年人口指数
$= \frac{\text{老年人口}}{\text{生産年齢人口}}$

生産年齢人口割合
$= \frac{\text{生産年齢人口}}{\text{総人口}}$

資料：昭和60年以前は総務庁統計局「国勢調整」，推計値は，厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口（昭和61年12月推計）」の中位推計による。

4．都道府県別人口，高齢者（65歳以上）人口割合および高齢者人口増加率

	1980年 ①				2000年 ②				高齢者人口増加率
	総人口	高齢者 ③	前期高齢者 ④	後期高齢者 ⑤	総人口	高齢者 ③	前期高齢者 ④	後期高齢者 ⑤	
北海道	5,575,989	8.10	5.47	2.63	6,049,582	15.33	9.68	5.65	0.03598
青森県	1,523,907	8.83	5.95	2.88	1,588,419	16.73	10.73	5.99	0.03404
岩手県	1,421,927	10.08	6.69	3.39	1,387,083	19.72	12.29	7.43	0.03228
宮城県	2,082,320	8.68	5.77	2.90	2,379,887	15.36	9.73	5.36	0.03524
秋田県	1,256,745	10.51	7.09	3.42	1,212,495	20.65	13.00	7.65	0.03197
山形県	1,251,917	11.71	7.75	3.96	1,222,042	20.86	12.75	8.11	0.02765
福島県	2,035,272	10.45	6.84	3.61	2,025,582	19.20	11.83	7.37	0.03017
茨城県	2,558,007	9.24	6.13	3.12	3,121,273	14.27	8.90	5.37	0.03167
栃木県	1,792,201	9.34	6.18	3.17	1,933,148	16.02	9.96	6.06	0.03074
群馬県	1,848,532	9.96	6.54	3.42	1,986,584	16.61	10.22	6.39	0.02917
埼玉県	5,420,480	6.16	4.24	1.92	7,591,120	10.99	7.40	3.60	0.04580
千葉県	4,735,424	6.97	4.63	2.35	6,923,790	11.27	7.48	3.79	0.04298
東京都	11,618,281	7.70	5.14	2.56	11,250,697	15.01	9.39	5.62	0.03174
神奈川県	6,924,348	6.40	4.36	2.04	8,787,052	12.47	8.19	4.28	0.04527
新潟県	2,451,357	11.15	7.50	3.66	2,363,351	19.68	11.94	7.74	0.02657
富山県	1,103,459	11.18	7.54	3.64	1,100,829	18.77	11.39	7.38	0.02578
石川県	1,119,304	10.50	7.03	3.48	1,192,550	16.40	9.90	6.50	0.02545
福井県	794,354	11.53	7.47	4.06	783,909	19.18	11.58	7.60	0.02477
山梨県	804,256	11.61	7.48	4.12	801,010	19.14	11.34	7.80	0.02483
長野県	2,083,934	12.15	7.84	4.31	2,073,352	20.10	11.87	8.23	0.02492
岐阜県	1,960,107	9.69	6.33	3.36	2,113,551	16.58	10.38	6.20	0.03064
静岡県	3,446,804	9.07	5.88	3.19	3,603,829	16.68	10.44	6.24	0.03271
愛知県	6,221,638	7.43	5.02	2.41	6,949,220	13.44	8.73	4.70	0.03516
三重県	1,686,936	11.09	7.10	3.99	1,753,777	17.99	11.17	6.83	0.02615
滋賀県	1,079,898	10.02	6.56	3.46	1,333,439	14.34	9.02	5.32	0.02845
京都府	2,527,330	10.20	6.67	3.53	2,812,170	14.82	9.04	5.78	0.02401
大阪府	8,473,446	7.24	4.95	2.29	8,848,171	13.54	8.86	4.68	0.03348
兵庫県	5,144,892	9.23	6.06	3.16	5,331,359	16.03	10.01	6.02	0.02939
奈良県	1,209,365	9.32	6.12	3.20	1,674,768	13.25	8.42	4.83	0.03384
和歌山県	1,087,012	11.77	7.54	4.23	1,051,756	19.46	11.77	7.68	0.02348
鳥取県	604,221	12.30	7.76	4.55	617,973	19.82	11.71	8.10	0.02495
島根県	784,795	13.70	8.38	5.32	741,786	22.94	13.44	9.50	0.02298
岡山県	1,871,023	11.93	7.44	4.49	1,899,668	18.67	11.23	7.44	0.02313
広島県	2,739,161	10.19	6.49	3.70	2,847,696	17.06	10.22	6.84	0.02770
山口県	1,587,079	11.60	7.40	4.20	1,542,409	19.99	12.01	7.98	0.02576
徳島県	825,261	11.98	7.62	4.37	824,237	19.76	12.09	7.67	0.02495
香川県	999,864	11.90	7.56	4.35	1,033,193	18.93	11.31	7.62	0.02484
愛媛県	1,506,637	11.60	7.25	4.35	1,505,966	19.50	11.65	7.85	0.02597
高知県	831,275	13.13	7.84	5.29	839,013	20.43	12.06	8.38	0.02259
福岡県	4,553,461	9.37	6.07	3.29	5,202,541	15.23	9.34	5.89	0.03095
佐賀県	865,574	11.83	7.44	4.39	881,924	18.50	11.09	7.40	0.02329
長崎県	1,590,561	10.67	6.80	3.87	1,497,204	19.12	11.54	7.58	0.02612
熊本県	1,790,327	11.73	7.30	4.43	1,907,000	18.65	11.10	7.55	0.02634
大分県	1,228,913	11.74	7.42	4.32	1,237,776	19.44	11.72	7.72	0.02559
宮崎県	1,151,587	10.48	6.64	3.84	1,264,286	17.41	10.69	6.72	0.03006
鹿児島県	1,784,623	12.71	8.00	4.71	1,846,696	19.83	11.69	8.14	0.02394
沖縄県	1,106,559	7.75	4.59	3.16	1,184,331	14.23	8.64	5.59	0.03376

① 総務庁「国勢調査報告」による。

② 河邊宏，山本千鶴子，稲葉寿「地域人口推計の仮説設定と人口増減との関係について」（「人口問題研究」第 171号，昭和59年７月）による。

③ 65歳以上人口割合

④ 65～74歳人口割合

⑤ 75歳以上人口割合

5．高齢者単身世帯及び高齢夫婦のみ世帯の将来推計（単位：万世帯）

	昭和50年	昭和62年	昭和75年	昭和95年
高齢者単身	60	130	240	380
高齢夫婦のみ	90	180	310	480
総世帯数に	%	%	%	%
占める割合	4.5	8.1	11.7	17.2