

高齢化社会の多面的検討特別委員会報告

—医療面、福祉面からみた高齢者のQOLと生きがい—

平成9年3月31日

日本学術会議

高齢化社会の多面的検討特別委員会

この報告は、第16期日本学術会議高齢化社会の多面的検討特別委員会の審議結果を取りまとめて発表するものである。

- 委員長 五島雄一郎（社会福祉法人久我山病院名誉院長、東海大学名誉教授）
幹事 仲村 優一（淑徳大学社会学部教授、日本社会事業大学名誉教授）
折茂 肇（大蔵省東京病院院長）
- 委員 上里 一郎（早稲田大学人間科学部教授）
荒木 誠之（熊本学園大学社会福祉学部教授、九州大学名誉教授）
前田 庸（学習院大学法学部教授）
花輪 俊哉（中央大学商学部教授、一橋大学名誉教授）
森本 三男（青山学院大学国際政治経済学部教授）
加納 六郎（国立科学博物館客員研究員、東京医科歯科大学名誉教授）
高橋 泰常（株医学生物学研究所研究所長）
梶谷 尚（熊本工業大学工学部教授、東京大学名誉教授）
斎藤 孟（早稲田大学理工学総合研究センター顧問研究員、早稲田大学名誉教授）
高橋 貢（麻布大学獣医学部教授）
内藤 博（共立女子大学家政学部教授、東京大学名誉教授）
鳥山 貞宜（日本大学名誉教授）

はじめに	1
I 高齢者のQOLと生きがい	2
1 Quality of Life (QOL) とは	2
2 高齢者のQOL	2
3 高齢者の生きがいと精神面のQOL	3
II 医療の観点からの提起	5
1 高齢者のQOLと医療	5
2 高齢者のQOL向上のための医療システム	6
3 老年医学及び予防医学振興の重要性	8
III 福祉の在り方	9
1 新しい福祉のとらえ方	9
2 高齢化に対応する社会サービスについての基本的考え方	10
3 QOLの向上と「生きがい」の実現のための対策—社会諸サービスの 総合化・量的充実・質的向上—	12
4 医療・看護・保健・福祉サービス供給システムの再編成に対応する専 門職に関する対策—医療・保健・福祉専門職と学問的基盤の確立—	13
IV 医療・福祉以外の在り方	15
1 高齢者にやさしい社会の在り方	15
2 高齢者にやさしい教育	15
3 高齢化社会の生きがい対策の例	16
V 結語	17

はじめに

我が国の高齢者人口及び高齢化率（65歳以上の高齢者人口の割合）は、平均寿命の伸びや出生数の減少を反映して今後も上昇を続け、平成32年（2020年）には総人口1億2835万人のうち、高齢者人口は3274万人で高齢化率は25.5%に達し、国民の4人に1人以上が65歳以上の高齢者という本格的高齢社会が到来するものと予測されている。

65歳以上の高齢者を65～74歳の前期高齢者と75歳以上の後期高齢者に分けると、平成6年10月1日現在、前期高齢者人口は1072万人（うち男性472万人、女性601万人）、後期高齢者人口は687万人（うち男性249万人、女性438万人）となっている。「将来推計人口」により今後の推移をみると、前期高齢者人口は平成28年（2016年）の1697万人をピークに、その後は減少し、一方、後期高齢者人口は増加を続け、平成34年（2022年）には前期高齢者人口を上回るものと予測されている。なお、平成9年1月の新しい推計によれば、21世紀に向けて我が国の高齢化の進行は一層加速されることが確実である。

年齢区分で高齢者を前期高齢者と後期高齢者に分ける分け方は、介護との関わりで見るとき重要な意味をもつ。いうまでもなく、後期高齢者になると介護を要する高齢者の数が絶対的にも相対的にも増大するからである。特に、80歳以上になると、寝たきりや痴呆による要介護高齢者の割合が20%を超え、5人に1人が何らかの形で介護が必要となる。また、要介護高齢者数の激増とともに、高齢化が進むほど、介護期間も長期化する。平成5年（1993年）に200万人であった介護を必要とする高齢者（65歳以上）の数は、平成22年（2010年）には390万人、平成37年（2025年）には520万人になるものと予測されている。

我が国の高齢化の特徴の一つにその進行の速さが挙げられる。国連が高齢化した国を目指としている高齢化率7%を超えてからその倍の14%に至るまでの各国の状況は、フランス130年、スウェーデン85年、イギリス50年、ドイツ45年となっているのに対し、我が国では、昭和45年（1970年）に7%、その24年後の平成6年（1994年）に14%を超えており、類をみない速さで高齢化が進んでいる。

我が国では、高齢者対策として、昭和60年7月内閣に長寿社会対策関係閣僚会議が設置され、翌61年7月には同閣僚会議で、長寿社会対策の指針「長寿社会対策大綱」が決定され、平成7年6月には議員立法による「高齢社会対策基本法」が制定された。さらに、同法に基づいて平成8年7月には閣議決定で「高齢社会対策大綱」が定められ、上記の「長寿社会対策大綱」が廃止された。このような国による高齢者対策の他、各分野においても

問題提起や審議会の答申が出されている。かかる状況下で、平成6年（1994年）9月、日本学術会議において「高齢化社会の多面的検討特別委員会」が設置された。高齢者問題を多面的に検討するならば、宗教を含む精神生活、年金問題、雇用問題、産業構造変革問題、世代間負担問題、地域における高齢者対策等関連する諸問題を検討しなければならないが、限られた期間内では十分な検討が困難である。高齢社会を迎えるに当たって、どのような問題提起を行うことが適切かの検討が求められた。その結果、「高齢者の生きがいと生活の質」（Quality of Life ・・ QOL）という観点からみた高齢者の福祉及び医療の在り方につき問題提起を行うことが適切であろうとの意見の一致をみた。

I 高齢者のQOLと生きがい

1 Quality of Life (QOL) とは

QOLという言葉は一見その意味するところが明らかなようであるが、その概念は必ずしも明確ではない。様々な分野でのアプローチの仕方により、いろいろな解釈がなされているが、高齢者においてQOLを問題にする際には、その定義及びその内容を評価するための尺度をまず作る必要があると思われる。

Qualityとは、質とか良質という意味で、Life とは生命、生活、暮らし、人生、寿命という意味であるが、高齢者の生活に対する高齢者自身の主観的な満足度・幸福感によってQOLを評価することが現在のところ妥当と思われる。

いずれにせよ、「主観的幸福感」がQOLの中心課題であり、以上の点を考慮すると高齢者におけるQOLとは、「健康で幸福で自信を持ち、社会に貢献できる質の高い生活」がその定義ということになろう。

2 高齢者のQOL

高齢者がQOLの高い生活を送るために必要な条件にはいくつかの事項がある。まず第一に挙げられるのは健康である。

WHO憲章によれば、「健康とは身体的、精神的かつ社会的に完全に良好な状態にあることであって、単に疾病や病弱の存在しないことではない」とされている。

高齢者の健康については、若壯年者のそれと同一の視点で考えることは適当ではな

い。高齢者に健康診断を行うと何らかの異常あるいは疾病が発見されることが多い。その際の対応は、医学的な治療のみならずライフスタイルを改善し、社会的活動への参加を促進し、病気との共存を目指し、社会に適応できるようにすることが必要である。具体的には、喫煙、飲酒、食生活、運動等の生活習慣を適正にすること、さらに口腔ケアによる正しい摂食・咀嚼・嚥下機能の保持による心身の活力回復によって、いわゆる老年病を防ぐことが老化の予防につながる。さらにセルフケア、セルフヘルプを促進し、機能年齢を若く保つように努力すべきである。そのためには、高齢者自身の意識の変革とそれを取り巻く社会の意識の変革が求められる。高齢者には、「誰かが助けてくれる」とか「やってくれる」といった依存心の強い人もあるが、自ら積極的に行動するようなセルフヘルプが必要であり、これを側面から支えるための相談や指導を適切に受けられる専門家や施設の整備が必要となろう。

第二に必要なことは、経済的基盤である。高齢者では、年金と蓄財の利子等をたよりに生活している人が多いので、適当な額の年金の支給と預金利子収入の確保が必要である。現在の如き世界に例をみない極端に低い預金利子率のもとでは、高齢者の経済的基盤は著しく損なわれ、高齢者に多大の精神的不安を与えるので、高齢者の預金に対する特定利子率の設定、非課税枠の拡大、外貨預金等による利子確保のための特別措置、預金等流動資産の活用以外のストックを有効に運用するための政策等が必要である。

第三に必要なことは、生きがいの問題であろう。高齢者はそれぞれ異なった人生観、人生哲学を持っているので、その人の個性を生かした生きがいを見出すよう一人一人が努力することが必要であろう。具体的には、健康高齢者が自らの趣味に生きがいを見いだすこと、あるいはボランティア活動を通じての社会奉仕や市民農園等に生きがいを見いだすこと、さらに生きがい就労等健康のために働くという様々な生き方があるが、いずれを選択するかは最終的には高齢者個人の問題である。また、高齢者がその意欲と能力に応じて就業し、その残存能力を発揮できる機会を確保するための施策を講ずる必要がある。

3 高齢者の生きがいと精神面のQOL

高齢者の生きがいは、高齢者が人間としての尊厳を守れる生活を現実に営み、かつ、

その可能性の将来展望ができることがある。高齢者にとって尊厳を守れる生活とは、健康で文化的な生活を営むことをいう。そのるべき内容をやや具体的にするため、生きがいが人間の基本的欲求の充足によって得られるとの立場にたち、欲求構造に関連させて高齢社会の諸施策を整理すると、次のようになる。

(ア) 高齢者が必要な医療を受けることができ、かつ、経済的に適切な水準の生活が心配なくできること

(イ) 高齢者に優しいバリア・フリーの物的施設と福祉的環境条件を整備すること

(ウ) 高齢者が若い世代や自然と心の交流を持ち、一体感を抱くことができること

(エ) 高齢者が人間として尊敬され大切にされること

(オ) 高齢者が自己の意思と持てる能力を發揮できること

さらに、心理、社会的要因として重要なことは、高齢者が様々な喪失体験により不安感を慢性的に持続させ、些細なストレスによって心身症としての身体症状が生じやすくなることである。このため高齢者では、基本的に常在する不安感を増強させないように情緒的な安定を目指した支持的な方向づけをすることが望ましい。また、高齢者が経験してきた人生経験や人間性を周囲の人々が尊重し、その高齢者の持っている価値観を認め、共感的態度で接したり活用する方策も重要である。しかし、一方で注意しなければならないことは、高齢者に対する周囲からの「過剰な対応」である。高齢者の気持ちの中には苦しい思いをして自分で行うよりも、また、できるように努力するよりも「誰かにやってもらいたい」「手伝ってもらいたい」という願望が存在する場合もみられる。その際、周囲が支持や援助を行い過ぎると高齢者が周囲に過度に依存してしまい、その結果、高齢者が有する問題解決能力や残存している身体機能を低下させ、かえってQOLにマイナスの影響を与える可能性がある。

社会や家族等高齢者を取り巻く環境が、高齢者の抱える問題に大きく影響している場合が少なくない。この場合には、環境を調整する働きかけを行い、問題の解決を図る。具体的には、地域での高齢者とのつながりを密にしたり、居住環境の整備、趣味やレクリエーションの機会の増加、家族、友人などとの交流の増加を図るようにする。

これらの諸点に留意することにより、精神面から高齢者のQOLを向上させることができるものと考える。

一般に高齢者の精神面で問題となるのは、「存在不安の解消、存在価値の獲得」で

ある。これは自分がここ（家や場所）で安心して生きて行けるのか、ここに安住できるかという人間としての根本的な不安である。高齢者では、この問題が痛切でその破綻をきたすと、うつ病、心気症あるいは被害妄想などが起こりやすくなる。高齢者が存在感を得るようになることが必要となる。

II 医療の観点からの提起

1 高齢者のQOLと医療

高齢化社会では、すべての高齢者にとってQOLの問題を考慮した医療が必要となる。人間はただ生き延びるだけではなく、人間性の尊厳の上に立脚した生き方、つまり、全人的な生き方を全うすべきである。高齢者のQOLについては、身体的、心理的、家族社会的、宗教文化的な総合的な立場からの検討が重要であり、そのためには、哲学、社会学、法律学、経済学等のすべての学問を結集した学際的な生命倫理の探究が必要となる。

高齢者にとっての最大の問題は、心身諸機能の低下である。可能ならば、心身諸機能は長期間にわたりできるだけ正常に維持したいものである。このことがQOLにつながるものとなる。その場合、選択する医療が、高齢者の生活に与える影響を考慮しなければならない。そのためには、選択される医療が、身体的側面や生存期間といった生物学的側面のみならず、高齢者の生活上の行動や心理又は社会的行動に及ぼす影響について知っておくことが大切であり、医療従事者は、これらに必要なすべての情報を収集し、知識として技能として身につけておくべきである。

高齢者では、一人一人、人生観、価値観が異なる。その個人個人が生きてきた文化的背景や生まれ育ってきた環境、宗教、教育の程度、医療への関心度、病気への知識など数多くの要因によって考え方が左右される。これらの要因は、すべて高齢者のQOLの向上に大きな影響を及ぼすことになる。

我が国でもようやく重視されるようになった医師、歯科医師によるインフォームド・コンセント（説明と同意）の概念の導入は、医療における新しい医師、患者関係の構築を促している。（以下、医師、歯科医師は、医師と総称する。）

高齢者に対する医師のあるべき態度として重要なことは、以下のようなものであろ

う。

- (1) 全人的に対応する
- (2) 真実を告知する
- (3) プライバシーを守秘する
- (4) 身体的症状の緩和だけでなく、心理的、家族社会的、倫理的、文化的なケアにより症状をコントロールするように努める
- (5) インフォームド・コンセントにより検査や治療をすすめる
- (6) 不必要な治療や入院を排除し、非薬物的治療をすすめる
- (7) 家族に対して充分な対応を行う

高齢者では、ただ延命を願う生き方を選ぶ人と、延命は望まず一生の間できるだけ質の高い生活を保つ生き方を選ぶ人がいる。その生き方は人様々であり、本人自身の価値判断による。高齢者の生き方を決定づけるのは高齢者自身である。

QOL向上に不可欠なものは、新しい医師対患者関係の確立である。医師と患者との関係ではなく、人間と人間としての対等、平等な関係であり、インフォームド・コンセントを基本とした人間関係を確立しなければならない。かかる新しい医師対患者関係に対応できる医療従事者作りのための医学・歯科医学教育の改革及び医療従事者自らの意識革命が必要となる。このために、面接技術、コミュニケーションやカウンセリングの技術や態度などを卒前、卒後の医学・歯科医学教育に取り入れる必要がある。

2 高齢者のQOL向上のための医療システム

老化には、生理的老化と病的老化とがあると考えられている。これはあくまで概念的なものであるが、生理的老化は遺伝子によって規定されており、病的老化は外因的因子、特に環境因子や疾病によって老化現象が著しく促進されている状態と考えられている。

高齢者では、加齢とともに各臓器の生理的な機能が低下してくる。その結果、一人で多くの疾病を持っており、薬に対する反応、病気の起り方、現れ方が成人と異なるので、高齢者特有のアルツハイマー型痴呆などに対する一層の研究が必要となる。

高齢者の医療の最終的な目標は、単なる臓器の疾患の治療ではなく、高齢者のQO

Lを向上させ、かつ、これを出来るだけ長く維持させることにある。高齢者は、一人で多くの疾患を合わせ持っていることが多いので、専門分化したいわゆる縦割り医療システムでは適切な対応が困難であり、全人的な包括医療システムが必要である。

高齢者では、痴呆、転倒、失禁等のいわゆる老人症候群が多く、医療より看護、介護の果たす役割が大である場合が多くなる。介護保険の必要性が叫ばれるゆえんである。この際重要なことは、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、臨床心理士、社会福祉士、介護福祉士等がお互いに協力し、チーム医療を行うことである。現在の我が国における医療体制の下でチーム医療を行うに際しては、種々の困難があろうがチーム医療体制の確立なくしては心の通った高齢者医療はできない。そのためには、チーム医療を支えるため充分な診療報酬を考慮する必要がある。

現在、公的介護保険制度の導入が大きな社会的問題となっており、その具体的な実施方法については、議論はあるもののその必要性については異論を唱える人は少ないと思われる。しかしながら、この公的介護保険制度を成功させるには、従来の「医療」及び「介護」の概念を大幅に変えた新しい発想が必要である。

従来、「医療」の最終目標は、疾患の完治及び生命の維持にありとされていたが、高齢者では、疾患の完治は望めず、生命の維持よりは死をみるとことに対処せざるを得ない場合が多い。老人医療にかかわる医師の意識改革が要求されるゆえんである。一方、「介護」についてもホームヘルパー等による狭い意味での「介護」ではなく、「長期ケア」と呼ぶべき医療を含んだ社会サービスが必要となる。公的介護保険制度で給付が想定される対象は、従来の狭い意味の「介護」ではなく、「長期ケア」と呼ぶべきものである。長期ケア（long term care）とは、「身体的、精神的障害のために継続的に援助を必要とする人々に対して提供され続けられる様々な医療と社会サービスである。サービスは、施設、在宅、地域のいずれにおいても提供されることができ、家族や友人による私的なサービスも専門職や各種の機関による公的なサービスも含まれる」と定義されている。従って、「長期ケア」とも呼ぶべき広い意味の「介護」では、完治することのない継続的な援助を必要とする人々が対象となり、ホームヘルパーによる介護や家事援助を含む「社会サービス」が医療と同程度の比重を占めている。具体的な介護サービスの内容は、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、理学療

法士、作業療法士、臨床心理士、社会福祉士、介護福祉士等の様々な職種によって構成されるケアチームにより検討され、そこで合意された方針（ケアプラン）に基づいて提供されるべきである。ケアプランを立てるに際しては、まず特定の高齢者が公的介護保険の対象となるか否かの評価（アセスメント）をすることが必要となる。

評価は総合的に行うべきであり、疾患と症状、栄養状態、身体的機能、精神的機能のみならず、日常生活機能、社会的環境についても詳細に検討する必要である。評価を行った後に具体的なケアプランを立てることになる。

ケアチームの構成員である医師は、医療が必要と判断した場合には、医療処置を直接行うとともに、医療面の管理を担当することになる。従来の「医療」は、医師を中心となり、薬剤師、看護婦、検査技師等のいわゆるコメディカルの人々が協力するという縦割り体制の下に行われていたが、「長期ケア」はこの縦割り体制ではなく医師及び前述のごとき様々な職種の人により構成される横並びのチームにより行われるものである。「長期ケア」においては、チームワークが極めて重要であり、かかる意味での医師の意識改革が必要である。また、医師以外の社会福祉士、介護福祉士等も従来の狭い「介護」の概念にとらわれず、医師・歯科医師と協力して医療を含めた広い意味の「介護」を積極的に行うように心掛けることが必要である。高齢者の長期ケアにおいては、医療と介護は互いに独立したものではなく、混然一体となったものである。重要なことは、常に高齢者の立場に立って高齢者のQOLの向上及び維持を第一義的に考え、広い視野に立って包括的で全人的に対応する姿勢である。

3 老年医学及び予防医学振興の重要性

高齢者医療を適切に行なうことは高齢者のQOLを向上させ、かつ、これを維持する上で極めて重要である。そのためには、医療従事者が老年医学を習得し、その結果を高齢者医療に反映させることが必須である。しかしながら、老年医学及び老年学は、未だに未熟な状態で、その発展の障害となる要因が数多く存在している。老年医学は、主として老年者の病態、疾患の予防及び治療につき研究する極めて幅の広い学際的な学問である。その究極の目標は、予防医学であり、老年者のQOLを著しく障害する寝たきり、痴呆、失禁等の病態を予防し、天寿を全うするまでQOLの高い生活を維持させる方策を研究することが、老年医学に課せられた最大課題である。老年医学を

振興し、医学の進歩を医療に反映させることが切に望まれる。そのためには、老年医学を志す優秀な若い人材の確保及び充分な研究費の供給が必須である。このことは、歯科医学においても同様である。

老年医学を習得し、老人医療に熟達した医師（老人科医）のみが適正な老人医療を行えるのであり、老人科の社会的ニーズは現在極めて高くなっている。しかしながら、老人科医に対する政府及び国民の理解度は極めて低く、老人科という診療科を置いているのは、全国大学付属病院のうち20%に過ぎない。一方、地域では、老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム等があり、また、老人の在宅ケアも老人のケアに取り込まれている。しかし、そこで果たして適切な老人医療が行われているか否かは大きな問題である。老人科医の使命は、チーム医療を組織して地域医療にあたり、患者の自立を助け、QOLを改善することにある。「老人科」の標榜が認知され老人科医が普及すれば、高齢者医療は大きな発展を遂げるであろう。また、高齢者に対する歯科医療はこれらをバックアップすることになる。

医学・医療の進歩は目覚ましいものがある。しかし、この進歩がややもすると人間性の喪失をもたらしていることも残念ながら認めざるをえない。CT、エコー、MRI等の医療機器やコンピューターによる種々の装置がより高度になるにつれて、医師と患者の関係が疎遠になりがちである。人間性の回復、全人的な医療、医療への信頼等が高齢者のみならず、すべての人のQOL向上を目指す真の医学・医療を具現化することにつながることになるであろう。

III 福祉の在り方

1 新しい福祉のとらえ方

福祉については、従来、一部の貧しい人を対象とする選択の余地のない、スティグマ（恥辱感）を伴う限られた給付やサービスを提供する公共的な施策としてとらえられることが多かった。しかし、先に述べたような高齢化の著しい進行、特に後期高齢者の急激な増大は、高齢者の介護に対するニーズを高め、その結果、経済的理由を問うことなく利用できる介護のサービスの思い切った充実強化が要求されるようになっ

ている。かくて今日、介護を含む福祉のサービスは、医療・保健のサービスとともに、ニーズを有するすべての高齢者や障害者が、そのニーズに応じて主体的に選択利用することのできる普遍的なサービスとして、充実拡大を図ることが要請されるに至っている。公的介護保険の提案も、その財源面からの対応の手段としてとらえることができよう。

このように、かつての救貧施策とは異なる普遍的なサービスの福祉を、医療・保健サービスとともに、個別の分野にとらわれず、地域における総合的なヒューマンサービスとしてとらえるとき、そこでは幅広く「社会サービス」という概念が使われるようになっている。

ヒューマンサービスとしての社会サービスは、次のような特徴を持っている。それは、

- (Ⅰ) サービス利用者の生命、健康、財産、生活や個人のプライバシーに直接かかわるサービスである。
- (Ⅱ) サービス利用者の個人差が大きく、利用者の個人差に応じたきめ細かなサービスが要求される。
- (Ⅲ) いずれの分野でも、高度な専門的知識、技能に裏付けられたサービスが求められる。

したがって、人を相手とし、人が行うサービスとしての社会サービスに従事する者には「高度の専門性と技術性」、「豊かな人間性」、「強い倫理性」が要求される。

しかしながら、現実の社会サービスは、縦割りの行政やサービス供給の仕組みのために、相互の連携に欠けるところがあり、また、福祉サービスの量的不備と専門的水準の低位性など多くの問題点を抱えている。

2 高齢化に対応する社会サービスについての基本的考え方

- (1) 社会サービスの課題は、サービス利用者のQOLを高め、サービス利用者が、「生きがい」を実感できるようにすることである。この課題の実現のためには、①すべての国民に健康で文化的な生活水準を維持することができるよう諸条件を整えた上で、②個別・具体的なニーズに対応して、専門的諸社会サービスを提供するための条件整備をすることが必要である。③「生きがい」は、①及び②の条件が整い、

それらを適切に活用することによって、個々人が自立して生活し社会的活動に参加し、QOLを向上させ、自己実現を達成した結果として、個々人によって実感されるものである。

(2) すべての国民に健康で文化的な生活を営む権利を保障するための諸条件の整備は、戦後50年にわたって徐々に進められてきたが、現状を見ると、急激な高齢化の進展、虚弱老人、心身障害者の増加や、産業化・都市化・核家族化等の社会構造・生活構造の変化に伴って生じている生活問題・ニーズの多様化・複雑化に対応できるまでに至っていない。むしろ、各分野の社会サービスが地域格差を生ずるなど不統一、かつ、アンバランスに供給されている結果様々な矛盾や非効率等が著しくなり、新しい社会問題・生活問題が深刻化している。例えば、次のような問題が指摘されている。

- ① 戦後50年を経て、我が国の産業・経済は高度に発達し、国民の生活水準は向上し、社会保障制度や保健・医療・福祉サービス供給体制は整備され、長寿化は進んできたが、住宅保障などを含めた総合的社会サービスが整えられていないために、若年世代の晩婚化や少産・少子化が著しくなり、21世紀に向かって、超高齢社会の到来、生産年齢人口の減少、老後生活の不安等が憂慮されている。
- ② 住宅供給は増大しているが、家賃や住宅購入費は依然として高く、低廉な価格で良質な住宅を確保することが困難になっている。また、社会の変化に伴って自由を求める男女の価値観の変化や、さらに、高齢者の間では年金生活者の生活不安定化などの深刻な問題を惹起している。そのため特に、都市再開発・集合住宅再開発・公団住宅再開発等に際して、出産・育児と就労を両立させようとしている若年層のニーズや年金を主な収入源とする高齢者のニーズに対応する配慮が社会サービスに求められている。
- ③ 高齢化に伴って慢性疾患患者が増加しており、病院中心に高齢者医療は拡充されてきたが、その反面で在宅ケアや地域ケアの条件が整えられていないために、「社会的入院」患者が増加し、入院期間が長期化する等非効率化し、虚弱高齢者や慢性疾患高齢者のQOLが低下している。社会的入院が是正されるとともに、それに対応した介護の社会的提供体制の充実が望まれる。また、国家や地方公共団体が必要とする医療費は増大するばかりであるが、財源には限度があるので、

国民としては、公的医療について医療費の限界を考える必要がある。そのためにも医療の合理化を図り経費の節減を図るべきである。介護を必要としない健康高齢者では、疾病予防に留意し長寿を全うするよう自ら努めるべきである。

④ 専門性を要する保健・医療・福祉サービスにおいては、各分野において専門性を向上させるための対策が講じられてきたが、各職種の間に専門性のアンバランスが著しくなり、サービス利用者の多様なニーズに適切に対応するために、チームワークやネットワークを改善する対策を推進する必要性が広く認識されてきている。

以上例示した外にも、多くの社会問題・生活問題や社会福祉・社会保険・保健・医療等の需要・供給に関する多くの課題が指摘されている。それらを解決するためには、進展する高齢化・少子化と、それに伴うニーズの変化に対応するようナショナル・ミニマムを向上させるとともに、質の高い社会サービスを総合的・効果的に供給する諸条件を整備することが必要である。

3 QOLの向上と「生きがい」の実現のための対策－社会諸サービスの総合化・量的充実・質的向上－

社会サービスを広義にとらえると、「福祉国家」「福祉社会」の構成要素すべてのセクターが主体になって行うサービスを包含すると考えることができる。福祉の担い手を国家・自治体・民間団体・企業・地域社会・家族・個人とし、サービスの分野を「所得保障・消費生活」「労働」「保健・医療」「社会福祉」「教育・学習」「社会参加」「住宅」「生活環境」「価値観・福祉文化」に大別し、それらの関連をみてみると、QOLの向上と生きがいの実現のための対策の現状と課題が明らかになる。それぞれのサービス分野について、個別にサービスの量・質両面にわたって点検・評価し、それに基づいて改善対策を講じることが必要であるのはもちろんであるが、その上に次の3つの視点から検討し、改革する必要がある。

- (1) 定年年齢と年金支給開始年齢の連動した引き上げ、あるいは両者の関係の弾力化や、年金受給就労者の賃金・給料と年金額の関係の合理化等をはじめとして、諸分野相互間のサービスの調整と総合化を図ることが必要である。
- (2) 国・都道府県・市町村・民間団体（NPO）・企業・地域社会（コミュニティ）

・家族・個人などを担い手とする公助・共助・自助のネットワークを、社会サービスのすべての分野において構築する必要がある。この場合特に、国・自治体は、民間団体活動のための財源対策などの助成策を講じ、国民の共助・自助活動を支援する責任を有する。

(3) 超高齢社会を乗り切り、ゆとり型社会を21世紀に創造するためには、国民の間に新しいライフスタイルを構築することが求められる。新しいライフスタイルとは、自発的なボランタリズムに支えられた高齢者の自主的社会参加活動を推進することであり、特定のボランティア活動に参加しての労力の提供だけではなく、日常生活の中で高齢者が自主的、主体的に社会に対して寄与する文化を定着させることである。そのためには、あらゆる機会に、あらゆる場所においてボランティア体験活動や福祉教育の機会が豊かに保障される必要がある。さらには、そのような自主的な社会参加活動を推進するために、規制を必要最小限に行う形で、住民のボランティア活動を推進するための市民活動の促進法（いわゆるNPO法）ができるだけ早く制定され、その理念が普及される必要がある。

4 医療・看護・保健・福祉サービス供給システムの再編成に対応する専門職に関する対策－医療・保健・福祉専門職と学問的基盤の確立－

高齢化が進むに伴って、慢性疾患・心身障害をもつ後期高齢者及び近い将来それに加わる前期高齢者が増加するので、その「生活の安定」を基礎としてQOLの向上を図ることが必要である。そのための具体的対策としては、医療・保健・福祉を総合したサービスの供給システムを整備し、その質的向上を目指して各専門職の研究・教育・研修を推進しなければならない。

また、それらの活動は住民の生活に関わりの深いサービスであるだけに、できるだけ身近な地方自治体や地域社会によって提供されるよう、地方分権化と規制緩和を推進する必要がある。

さらに、医療・看護・保健・福祉及び総合相談・福祉機器・住宅・生活環境・消費生活並びに保健福祉行政の各分野について、専門職の現状と課題、学問的基盤・サービスの総合化の課題などを整理し、それぞれのサービス分野について、専門職の現状・課題や学問的基盤を詳細に検討する必要があるが、その際、次の3つの視点から検

討・評価し、その対策を講じる必要があろう。

- (1) 医療・看護・保健・福祉を総合化するためには、医師・歯科医師・薬剤師・看護職員・保健婦・理学療法士・作業療法士・臨床心理士・社会福祉士（ソーシャルワーカー）・介護福祉士（ホームヘルパー・寮母等）等のチームワーク又はコーディネーションが、有効・適切に行われなければならない。現状では医師の基礎資格が高く、かつ、その上に専門分化が進んでいるのに対し、一方、看護職員・理学療法士・作業療法士等「医療補助職」は高卒後3年の専門教育のみで資格が与えられており、医師との格差が大きく、効果的なチームワークを行うことが困難になっている。このため、近年、看護・理学療法・作業療法などの研究・教育を行う4年制大学（その上に大学院修士課程）が増加し、専門性の向上が図られている。社会福祉士・介護福祉士についても、基礎資格の上に専門分化した業務に対応した資格を設けることが必要になっている。社会福祉士を基礎資格とし、その上に例えば医療ソーシャルワーカー、家族ソーシャルワーカー等の専門分化した資格を設けることや、介護福祉士を基礎資格とし、その上に主任介護福祉士を設け、かつ、4年制大学において介護福祉士養成を行い、それにふさわしい資格を設けることなどが要望されている。
- (2) 医療・看護・保健・福祉サービスが、施設入所を中心としたサービスから地域ケア・在宅ケアを中心としたサービスに転換するに伴って、それぞれの専門職の中で入所施設・通所施設・訪問拠点等異なる機関に所属する同一専門職相互間の連携やネットワークづくりが重要な課題になっている。この課題は、それぞれの専門職が専門性を高め、アイデンティティを確立すること、及びそれに基づく専門的サービスを提供するための条件（配置基準・業務基準等）が整備されることによって達成されよう。
- (3) 医療・看護・保健・福祉関係の各専門職は、それぞれ専門性を高めるとともに、各施設内部、各地域社会の内部及び関係施設相互間において、他職種との間の連携・チームワークを適切に行うことができるよう総合知識・技術を豊かにするため、生涯教育・生涯研修を拡充することが必要である。

上記のような高齢化に伴って生ずる福祉の問題状況と国民のニーズに対応しつつ、

量・質ともに十分な各分野の専門的サービスを総合的に供給することを目標として、専門職の養成と生涯教育研修のための基盤が形成され、各分野の研究・教育の条件の改善とその推進が図られることを希望する。

IV 医療・福祉以外の在り方

1 高齢者にやさしい社会の在り方

高齢者特に前期高齢者は、健康を維持しながら仕事を持ち、あるいはボランティア等を通じて社会的活動をしている人も多い。また、高齢者が種々の形で積極的に社会に出ることは、精神的にもまた肉体的にも老化を防ぎ、被介護者になる時期をできるだけ遅らせるために必要と思われる。ところが、現在の社会環境はこうした高齢者の活動に対しては極めて厳しい状況にある。したがって高齢者の活動し得る場を配慮することも必要ではあるが、それと同時に高齢者が安心して働く社会環境を整備することも必要である。高齢者が安心して活動できる街づくり及び高齢者向け住宅の整備等が必要となろう。住宅内のバリアは無くすことができても、一たび外に出ればバリアだらけである。安心して歩ける道路、乗り降りしやすい公共交通機関の整備等は、高齢者だけでなく身体障害者や子供のためにも必要である。また、都市の郊外や農村では、高齢者といえども自動車に頼らなければスーパーにも郵便局にも行けず、生活できない状況になりつつある。高齢者の運転機能低下を補う機能を備えた安全運転車も開発されつつあるので、一概に高齢者の運転を禁止することなく、特定の安全機能車については運転を認めること等の制度も必要であろう。高齢者の自動車事故低減にも役立つ。身体不自由な高齢者の自立を助ける支援器具の活用も必要となる。いずれにしても、医療、介護を受ける高齢者をできるだけ減らすためにも、高齢化社会に対応した街づくりが必要であると考える。物心両面でのバリアを取り除き、高齢者が安心して生活を送ることのできる環境を整えることが、高齢者だけでなく、すべての人にとってやさしい社会の形成につながることを、十分に銘記しなければならない。

2 高齢者にやさしい教育

高齢化社会が進むに伴って、その時代に即応した教育が必要である。

この教育は、幼稚園から大学まで教育課程に取り込み、一貫して教育することが重要であろう。

幼稚園から小学校までの教育では、生き物に対する優しい心や生命の尊厳について、動物を飼育したり生物の自然観察を教育の中に取り入れて体験的な教育を行う。

中学校から高等学校までの教育では、社会科・理科等の中で、高齢化社会の福祉に対する概念やボランティア活動の社会的意義あるいは生命現象を介して、高齢化社会の理解を深める教育を行う。

大学においては、高齢化社会のメカニズムと諸課題に関する専門的研究を深めるとともに、その成果を踏まえて、問題解決に寄与できる人材の育成に努める必要がある。

生涯学習の一環として、大学での公開講座あるいはマスメディアや広報活動によって、社会人に対する高齢化社会の対応策としての情報を提供する。特に、高齢者を抱える家族や高齢者の自己管理、あるいは様々な生きがい対策に対する情報提供が必要である。また、例えば、一部の地域で見られるように、高齢者関連施設を教育施設に隣接して立地させ、高齢者と青少年・児童が自然に交流できる機会を持たせるようになる。それにより、青少年にとって、身をもってする体験と自己啓発につながり、自然な実習教科としてのボランティア活動の場が開かれることになる。そして、高齢者の側からすれば、それが、より良いQOLの形成につながることになるであろう。

このような教育を行うことによって、幼児期から高齢化社会に対する理解と馴染みをもたせることができれば、高齢者と若年層との融和して暮らせる社会の醸成に役立つものと考える。

3 高齢化社会の生きがい対策の例

高齢化社会の生きがい対策の一例として、コンパニオンアニマルを介入させる方法を考えられる。その方法としてのAnimal Assisted Therapy (AAT) は、個々の状況に応じて行うべきであろう。コンパニオンアニマルを伴侶とすることは、優雅に老後の生きがいを保たせる上で極めて有効であると考える。高齢者に提供する動物は、高齢者が自由にコントロールできるように調教した動物でなければならない。病床に臥したり、あるいは寝たきりの状態となる高齢者は、精神的に陥り込むことも多く、また、老人症候群に陥ることも少なくない。このような高齢者に対するAATは極め

て効果的である。しかしながら、AAT活動を行うには介入する動物の選択、訓練、あるいは人獣共通感染病を考慮した衛生面と、AAT活動の組織立った訓練が絶対的に必要である。

このほか、音楽療法による生きがい対策、老人大学の利用等による高齢者自身の生涯学習や市民農園等も生きがい対策として一般に行われているが、その拡充が望ましい。

V 結語

高齢者のQOLを「健康で幸福で自信を持ち、社会に貢献できる質の高い生活」と定義した上で、QOLを高めるための医療面と福祉面からの高齢者対策の必要性を考察した。

それに基づき、実質的な成果が期待できるような高齢者対策を立案するため、各中央省庁が横断的連携を密にして総合的な政策立案ができるような「高齢社会総合対策協議会」を設置することを提案する。これにより、福祉、医療、経済、法律等の各専門家を加えて高齢者問題を検討し、政府の諮問に応えたり、政府に提案するようすべきであると考える。