

高齢社会をよくする女性の会報

No.133 2002年1月発行

高齢社会をよくする女性の会
東京都新宿区新宿2-9-1
第31宮庭マンション802号室
TEL.03-3356-3564
FAX.03-3355-6427
郵便振替 00100-0-79477



— 目 次 —

女たちの打ち入りシンポ	1
本の自己紹介	5
事務局だより	6
男・老いを語る⑩橘木俊詔	7
11月例会・介護保険給付分析ソフトからみた 介護保険の実績（於・名古屋）	8
リレー・エッセイ⑦大迫五十鈴	12
医療保険制度に関する意見書	13

二〇〇一年十二月八日(土)

於・日本青年館

東京歳末名物／女たちの打ち入りシンポ

「女性の健康が未来を変える」

司会・高見澤 たか子（当会理事）

兵 藤 智 佳（WHJ会員）

主催・女性と健康ネットワーク（WHJ）
高齢社会をよくする女性の会

開会あいさつ

樋口恵子（当会代表）

これらを通じ女性がイニシアティブをとっていくことを目指す。

南野知恵子（厚生労働副大臣）

メッセージ代読

原ひろ子（WHJ副代表）

本日の会の趣旨は女性の健康を丸ごと考えることである。
第一に女性自身が主体性をもって女性の健康の問題を心身丸ごと女の視点で考えること（横の丸ごと）。

第二に従来の妊娠・出産に偏った見方をやめ、出生から死まで生涯にわたる女性の健康をみていくこと（縦の丸ごと）。

第三に性別役割分担中心から外で働くようになった女性のライフスタイルの変化を踏まえて女性の健康を考えること（変化の丸ごと）。

リプロダクティブ・ヘルス／ライツ（性と生殖に関する健康／権利）（RHR）は、広く女性の生涯にわたる健康の確立を目指すもので、平成六年のカイロ国際人口・開発会議において提唱されて以来、継承されてきている概念である。日本の国レベルでもRHRに基づく女性の健康支援のための各種施策の推進がうたわれている。

第一部「働く女性と健康」

海原純子(海原メンタルクリニック所長)

劔 陽子(産業医科大学公衆衛生学教室助手)

司会・迫田朋子(NHK解説委員)

海原 一九八三年心療のクリニックを始めた当時は暇であったが、半年後、均等法の影響で女性が体調を崩し始めると女性のストレス性疾患、心身症が増え、患者が増加した。症状自体は多岐にわたっていたが、共通点は適応障害、過剰適応。典型は、スーパーウーマン症候群。最近 は女性の生き方の選択肢が急速に広がったことにより自分の今の生き方を疑問視する専業主婦の相談が増えた。自分の生き方を明確に持つことが重要。ストレスの三要因は①環境、②サポートシステムの有無、③パーソナリティー(A型タイプ、「いい人」に多い)。

劔 産業医科大学は働く人の健康を扱っている。職場の集団検診に行つて分かったのは職場により症状にそれぞれ特徴があることである。ストレスの原因が仕事にあることに気づいている人は少ない。

この他RHRにも携わる中、若い女性で自分の体について分かっている人は驚くほど少ないと痛感する。自分の体にもつと責任を持つて仕事をしてほしい。

迫田 女性であるがゆえの病について。

海原 女性は家事に対する義務感、分担に対する罪悪感を持つており、これは社会的刷り込みと育つてきた環境が主因である。しかし、これはいつか無理がくる。

劔 避妊のコントロールをしない女性が多く、子どもを産むと女性により負担がかかりやすい。日本では男性が避妊をコントロールしたがりがり男性主導型が多い。女性も積極的に女性主導型を採ろうとしない。男女対等の関係であるべきだ。

迫田 海原氏自身の経験談について。

海原 過去十余年の昼食抜きの生活から体調を崩し一九九五年クリニックを一時休んだ。以前は各患者をゆつくり診察できなかつたが、今はカウンセリングに絞り納得できる仕事をしている。「いい人」はストレスを言葉で表さないため体に症状が出るが、症状を薬で紛らわさないでほしい。根本原因を取り除くことが重要

だ。医者にも診察を断れないという罪悪感がある。医療の場でも分担体制のネットワーク作りをしたい。

迫田 心の健康を保ちつつ働き続けるヒントは？

劔 自分の考えていることを出せる場作り。男性も取り込む必要がある。

海原 ①健康についての正確な知識の普及。②自分の生き方の明確化。人の評価を気にせず自分が納得する生き方を見つめる。③サポートシステム。自分の感情を素直に表現できる場所を作る。

それからあまりいい人になろうとしないこと。たまには波風を立ててもよい。四十歳代の拒食症がクリニックに増えている。彼女たちは内心仕事を評価してほしいと強く思っている。若さを過剰に求める現在の風潮はおかしい。年齢と共に自分の体の変化を受け入れていくことが大切だ。

更年期女性に対してアドバイス。評価を気にせず熱中できる世界を持つこと。これにより人生が豊かになる。年をとらなくてはできないことを見つめることだ。

第二部「更年期前後の女性と健康」

天野恵子(東京水産大学保健管理センター教授 所長)

袖井孝子(お茶の水女子大学教授)

司会・原ひろ子

となる大きな研究)は皆無である。ただ喫煙はいつやめてもメリットが確実にあるので是非やめてほしい。

原 男女別の統計に基づき、生物としての男女の差ばかりでなく、女性の置かれている状況を考慮している点で天野氏の功績は大きい。しかし、GSMについて分かっている医者は少ないのが現状。そこで患者は薬の使い方など医者、薬剤師などに質問していくこと、また医者自体を患者自らが選ぶことが大事である。

袖井 (配布物『平成十二年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書「抜粋版」参照])更年期女性が直面する問題を社会的側面から日中韓の国際比較研究の結果に基づいて話す。①更年期の受け入れ度は閉経が終わった人ほど高い。②身体的には三カ国でそれほど違いはないが、精神症状は相違がみられる。③ホルモン補充療法(HRT)は国により理解にばらつきがあった。日本は「受けられない」、韓国は「受けたい」、中国は「知らなかった」が多い。④親身に相談に応じた人は、日本と韓国では女の友人が多

いのに対し、中国では夫の割合が非常に高く、またサポートしてくれる人の幅が広い。⑤夫の理解度は中国が最も高く、日本、韓国と続く。⑥更年期に抱える問題は女性のあらゆる問題を含んでおり、子どもに関連する問題が圧倒的に多い。⑦更年期を乗り越える上で良かったのは明るく生き、自分自身の生活を充実させることと、ストレスを発散できるサポートシステムがあることである。⑧更年期対策として三国とも更年期の正確な知識と冷静な対応、更年期をプラスイメージで捉える社会意識作りを挙げた。

要は女性自身が更年期、ひいては自身について知ることだ。

第三部「高齢期の女性と健康」

村井 歌(内科医師/高知県在住)

吉沢久子(著述業)

司会・樋口恵子

村井 高齢者の多い高知で日常診察していて出会った問題点を紹介したい。第一に健康寿命に関して、高齢者の場合、全く病気がない状態は不可能であって、自

天野 過去十年の日本人の人口推移をみると女性の人口が二・三の割合で増えている。女性は平均寿命が延びているが、閉経年齢は変わらない。従って、更年期以降の女性の健康は高齢社会の重要な課題だ。日米の女性の死因の割合の違いを見ても分かるようにカルチャーを背負ったジェンダーの違い抜きには医療は語れない。(Gender-Specific Medicine)。

最近やっとな変わってきたが、日本では更年期に関する知識が普及していなかった。閉経とは女性ホルモンの分泌の変動を意味し、更年期障害には早い時期に現れる症状と遅い時期に現れる症状がある。エストロゲンは今では全身に作用するところが分かっていて、全ての疾患には性差があるということを訴えたい。男性の病因と治療法についてはかなりの研究成果があるが、女性の場合エビデンス(証拠

分が満足する生き方ができるといふQOLを中心に健康を考えるべきである。延命治療よりもQOLを重視し一次予防に取り組むことが大切だ。具体的には骨への負担軽減のために、重いものを持ちすぎないことだ。怪我の予防のために夏も靴下を履くことを薦める。第二に実に様々な種類の病気が高齢者を襲う。しかしこれに対応できる医療保健はまだ確立されていない。一般市民のみならず医学の世界でも高齢者の医療について十分理解していないことが問題だ。これには専門教育も重要である。

樋口 日常生活で心がけていることは？
吉沢 今まで病気をしたことがないのは体質もあるだろうが、若い頃栄養学を勉強し、しっかり食べてきたことが一番の理由だろう。

今朝、「意地と度胸の男の花道」と書かれたトラックを見たが、年取ってから自分らしくゆったりとあまり気張らないで生きてきたことが老いの花道と言えるのではないかと思ひ当たった。これが幸いしてストレスも感じることなく暮らして

いる。意地も度胸も不要と思う一方で、意地でも呆けまいと何でも前向きに考えて生きていることもプラスに働いている。

他方、いくつか度胸も必要だ。第一に義理を欠く度胸である。その理由をきちんとと言える体制であることも重要だ。第二に自分の言いたいことを発言する度胸、第三に自分らしさを保つ度胸だ。

自分は更年期を意識せず過ごしてきたが、更年期は個人差があり、それを当然視することによって精神的に解放されると思う。その間、自分の生き方の目的をきちんと持つていけば周囲に惑わされず克服することができるのではないか。

また、人は便利なものにある程度頼らないと生きていけないが、それから離れても生きていけるように自分を訓練することも年をとるほどに重要。

樋口 更年期・老年期を通じ女性自身一本筋の通る自らの生きるライフプランをしっかりとどの時期にも持っていることがキーワードではないか。当会では八〇代以上の元気女性の健康というテーマで聞き取り調査を行ったが、その報告を是

非お読みいただきたい。人口比率、平均寿命を考えると高齢女性は社会的資源だ。年をとることの醍醐味は何か？

吉沢 欲望の整理が上手になったこと。
樋口 八〇代元気女性は実に上手に食べている。これは男性との決定的な違いだ。羨の国際比較で日本は食事の支度を男子には望まない傾向が先進国の中でも多い。そのことが平均寿命の男女差となっているのでは。

食生活で気を付けていることは何か？
吉沢 バランスよく食べることに、自分で作って納得のいくものを食べることに。

村井 偏らずフレッシュなものを食べることに尽きる。健康食品には注意したい。その他、医療関係者以外、高齢者自身も賢くなること。自分の考えを明確に持っていること。社会保障を大切にすること。そのためにも幼少から社会福祉の勉強が必要だ。

吉沢 前向きに明るく考えて生きること。
樋口 高齢者虐待問題に対応するために周囲の人々に当事者として言うことが言える高齢者になりたい。

「自治体における女性と健康を めぐる施策の展開」

堂本暁子(千葉県知事)

国会議員の多忙な生活で膝を悪くし整形外科に行き、患者の四分の三が女性であることを初めて知った。今まで出産する女性を中心に活動してきたが、男女で違う医療のあり方がある(GSM)という視点も重要だと気づき、女性健康福祉法、女性基本福祉法の実現を目指したが、果たせなかった。

千葉県知事就任後はDVについての知識普及、女性専用外来の設立を行った。そこで多くの女性が健康について悩んでいるにもかかわらず国としてのサービ



がないことを目の当たりにした。

米国のNational Institute for Women's HealthはGSMを徹底している。これは「医学革命」だ。

自然な生物体として生きられる五十年以降の三十年間を男女とも豊かに生きられるような形の医療、福祉サービ

スには日本は豊かな経済大国になりえない。さらに、女性の相談を受ける保健所の保健婦がいかに多くの相談を受けながら今まで対応できずにいた実態も見えてきた。これに対しても国の政策はない。

大事なものは六十代の女性が知事になったのだから、都道府県で徹底して女性の視点を導入すれば、国のレベルでも変えることができるのではということだ。

最後まで自分の足で歩くためにも五十歳を過ぎたら筋肉トレーニングで予防をすることが大事。

今までで最も忙しく、責任の重い人生をこれからの七十代で送ることになるが、このことで多くの女性がこういう生き方もできるのだという可能性に希望を見出してほしい。

事務局だより

明けましておめでとうございます。

本年もどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

★十一月例会は「愛知高齢社会をよくする会」「ウイン女性企画」をはじめ愛知県、岐阜県、三重県の皆様に多大のご協力をいただき、大盛況でした。

★医療改革について寄せられた皆様のご意見を読み取りながら「安心の国づくり」その基礎としての「医療改革」を十一月二十六日に提出しました。全文を掲載しましたのでご覧ください。

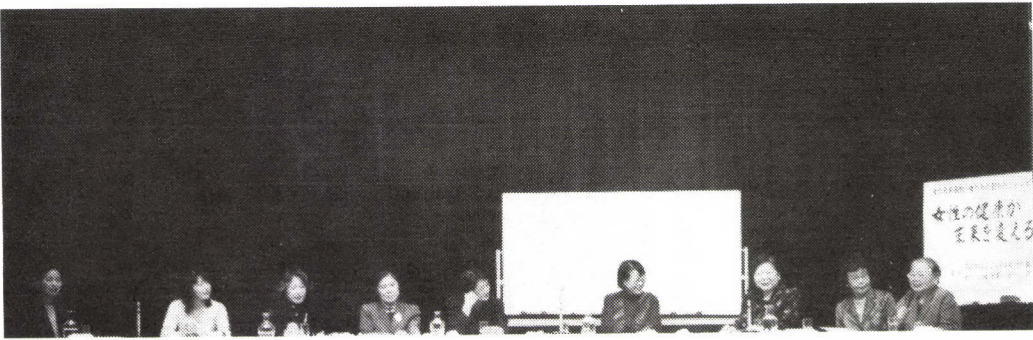
★新春例会のお申し込みは大至急で!

★二〇〇一年度の会費が未納になっておられる方に再請求の用紙を同封いたしました。おついでのお折にお振込みいただけますよう(入れ違いにご送金くださった方にはお詫びします)お願ひ申し上げます。ご不明、ご不審の点はご遠慮なく事務局までお寄せください。

★オープンハウスは一月二十八日(月)十一時～四時までです。

(長井照子)

第四部「会場丸ごと健康大相談室」



天野 更年期の急性

の症状についてはH
R Tを薦める。後期
の症状については研
究が確立していない。
ただ、骨粗鬆症には
H R Tに代わる薬が
出てきている。

堂本 J Jネットの
千葉県版として暁子
知事ネットワーク
〇四三二二〇二一七
三二〇 (F A X)。
governor @ pref.
chiba.jpがある。

迫田 女性の生き方
を男性に見せること
が男性を自由にする。

天野 病気は自分で
体験して初めてよく
分かる。従って行き
届いた説明のできる

医者は更年期障害を自ら経験した医者。
なお、G S Mの観点からの研究は日本でも
これから始まる。

袖井 精神的ケア、国際的な連携の大切
さ。

富安兆子 (北九州大学非常勤講師) 八

〇代元気女性の共通項。①自己認識がで
きている。②社会的事象に常に関心を持っ
ている。③何らかの組織に属して自分を
他者との関わりで見ると客観的視点を持っ
ている。④生活的な自立が可能。⑤しつ
かりした死生観を持っている。五点の実
現のためには経済的な自立のための条件
作り、高齢者の知恵を統合させる仕組み
作り、医療・福祉情報へのアクセス向上、
ジェンダーの視点を持つ医療専門家の増
加、平和の維持、連帯が必要。

中村道子 (UNIFEM Japan代表) 健康

教育のあり方、総合的な医療制度につい
て考え、医療的革新、世界レベルの運動
に取り組む。

樋口 国際的に地球丸ごと女性の問題を
考えるためにもまず女性の経済的自立が
必要だ。
(W H J・島津美和子・記)

本の自己紹介

自立する後半生のために
「定年後世代の生き方暮らし方」

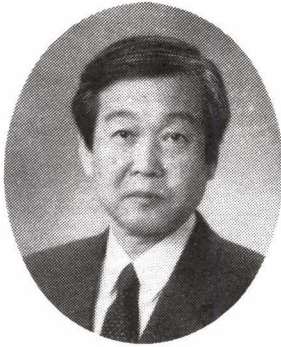
村上義雄編著

(平凡社刊 一八〇〇円十税)

元気な中高年、残念ながら元気でなくな
ったシニア。そのどちらにも役立てて
いたideきたい。そんな願いをこめてこの
本を編みました。本の「あとがき」に書
いた文章を要約して「紹介のことば」と
する非礼をお許しください。

《私はある時期、特別養護老人ホーム
や老人病院に頻繁に足を運んだ。母を見
舞うためだった。ホームに入った当日、
突然、美容学校の生徒たちがやってきて、
母の髪をばっさり刈り上げた。洗髪がし
やすいという理由だった。母は鏡にうつ
るざんばら髪の自分を悲しそうに見つめ
ていた。食べ物や口を押し込まれる姿も
無残だった。その後、老人病院に引越
してから急速に衰えた。顔をのぞき込む
と、目から涙があふれていた。「別れを告
げている」と察した。苦労続きの母に悲
惨な最期を過ごさせてしまった。

同じ思いのお年寄りが無数に存在して
いる。大事な人に手を差し出せない肉親
も膨大な数にのぼる。母の悔しさを胸に
収めつつ、本書を世の中に送り出す》



「平均寿命の男女差」

たちばな き とし あき
橋 木 俊 詔

(京都大学教授)

1943年兵庫県生まれ。アメリカのジョンズ・ホプキンス大学で経済学博士号取得。その後、米仏英独で研究・教育職を歴任。著書に、「日本の経済格差」「セーフティ・ネットの経済学」など多数がある。英語の著作も数多い。内閣府男女共同参画会議の数少ない男性議員の一人。

一九九九年における平均寿命は、女性が八十四歳、男性が七十七歳である。戦後五十年の間に二十年前後平均寿命が伸びたことは驚異的なことであるが、ここでは女性が男性よりも七年長生きすることを考えてみたい。

戦前の統計をみると、私も知らなかったことであるが、女性の方が男性よりも早死にしていた時期がある。これには二つの理由がある。一つは、出産に伴う死亡率が高かったこと、二つは、男尊女卑の時代だったので、女性に十分の栄養が与えられなかった。

現今では幸いにもこれらの理由は消え去り、逆に男性の過労と暴飲暴食によって、男女の平均寿命は逆転したのである。これをどう評価すればよいだろうか。

私のようにまだ現役の男性は、働けなくなったり、あるいは足腰が立たなくなったり寝たきりになるのであれば、早死にした方がよい、などとノンキなことを考えるので、女性の長寿は不幸なことかもしれないと想像してしまう。しかも年金や

医療、あるいは介護で次の世代に迷惑を掛ける程度も男性より高いのである。

でもこう考えるのは不遜なことである。人間の生命は地球より重いのであり、長生きする女性は男性よりも幸いといえる。長生きする女性に対して、社会全体で経済的、そして精神的な支援をすることは、尊いことなのである。

では早死にする男性はどうか。酒やたばこを楽しむ男性は、自分の好みでそうしているのであるから、人生を楽しんだといえるので、それはそれでかまわないのである。

最近では若い女性も酒やタバコを楽しむ人が増加しているので、将来は女性の平均寿命も短くなるかもしれない。これも本人の選択である。

問題は過労死と自殺である。これは男性の方に圧倒的に多い。もう日本も豊かになったのであるから、過労死するまで重労働の必要性はないのではないか。男女が共に働く社会になれば、経済責任の半減する男性の自殺も減少しそうだ。

二十一世紀の社会保障のための勉強会 13

「介護保険給付分析ソフトからみた介護保険の実績」

講師・平野隆之 (日本福祉大学社会学部教授)

司会・渋谷典子 (ウイン女性企画)

できるだけ家族の負担を軽くし、介護の問題を社会全体で支え合おうとする介護保険制度が平成十二年四月にスタートしてから早くも一年半有余が過ぎた。

この間、制度の是非から始まって、サービスコスト、サービス水準、サービスの提供の仕方、サービス利用の在り方に至るまで様々な問題点が指摘され、議論されてきた。

立場によって意見が分かれるのは当然のことであり、仕様のないことと思われるが、介護の在り方そのものを、あるいは介護制度そのものを、より良いものに進化させていくためには、現状を客観的に評価する「物差し」(基準)が是非とも

必要である。

平野教授は、こうした観点からいち早く介護の問題を客観的に評価するための「物差し」を考案された介護問題の第一人者である。

すでに多くの自治体(保険者)を対象に活用されている「介護保険給付分析ソフト」は教授が自ら開発され、実用化されたものである。講演は、このソフトが開発された経緯、無料で公開されるに至った経緯―裏話をイントロに置いて進められた。

ソフト開発の意義は、介護保険制度の実態を客観的に明らかにすることができるところにあり、その効用は制度の運用水準

をこれまた客観的に自己評価することを可能とした点にある。評価が可能ということは現状の問題点と今後の改革の方向を明らかにすることができるということの意味する。

このソフトを活用して蓄積される膨大なデータは、介護保険制度をまるごと素裸にしてしまうのではないかと思われるが、ほどに多様な分析を可能にしているが、教授は講演の中でその一端を見事に実証される。

教授はレジュメの冒頭に次の五項目にわたる問いを掲げ、「介護保険給付分析ソフト」でどのようなデータが蓄積されているか、そのデータを如何に分析したか、その結果どのような結果(答)が得られたかを解き明かす形で明快にお話を進められる。

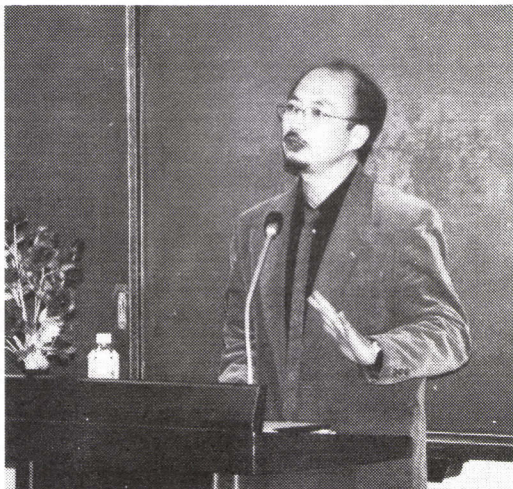
一、介護保険事業の総費用は何によって決まるか?

二、介護保険の目標で在宅介護の社会化はどこまで進んだか?

三、介護保険事業に実績による地域較差はどの程度のものか?

表13 実績5タイプ別の比較

		全体	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ	Dタイプ	Eタイプ		
保 険 者 数	合計	278	79	94	62	20	23		
	市部		32	51	14	6	2		
	市部一大		8	19	6	3	1		
	市部一小		24	32	8	3	1		
	郡部		46	38	44	14	21		
	町村部一大		31	27	29	11	15		
	町村部一小		15	11	15	3	6		
	広域		1	5	4	0	0		
基 本 指 標	人 数 指 標	認定者数	1,850	1,127	2,710	2,122	1,473	418	
		受給実人員	1,418	890	2,055	1,627	1,153	324	
		受給率	78.4%	80.1%	77.9%	76.0%	78.7%	80.6%	
		重度者率	47.3%	48.2%	47.2%	46.1%	50.7%	44.6%	
	施 設	在宅重度率	35.5%	38.9%	35.8%	30.8%	36.0%	34.9%	
		人数施設率	32.8%	28.3%	32.4%	39.2%	41.7%	24.3%	
		重度施設率	48.9%	42.2%	48.5%	59.2%	58.2%	40.8%	
		軽度施設率	18.0%	15.4%	17.6%	22.3%	25.2%	11.0%	
		在 宅	人数在宅率	67.2%	71.7%	67.6%	60.8%	58.3%	76.7%
			重度在宅率	51.1%	57.8%	51.5%	40.8%	41.8%	59.2%
	費 用 指 標	軽度在宅率	82.0%	84.6%	82.4%	77.7%	74.8%	89.0%	
		費用施設率	費用施設率	64.5%	56.5%	64.7%	74.8%	71.7%	57.2%
			費用在宅率	35.5%	43.5%	35.3%	26.2%	28.3%	42.8%
		1人あたり施設費用額	1人あたり施設費用額	¥334,802	¥330,869	¥334,002	¥338,943	¥345,649	¥330,986
1人あたり在宅費用額			¥87,457	¥100,012	¥87,207	¥71,887	¥97,226	¥78,830	
1人あたり総費用額			¥168,907	¥165,220	¥167,095	¥176,813	¥200,742	¥139,966	
対 支 給 限 度 額 比 率	対 支 給 限 度 額 比 率	平均	38.4%	42.9%	38.4%	32.3%	42.5%	34.9%	
		要支援	49.9%	54.0%	49.1%	45.2%	56.1%	46.4%	
		要介護1	35.1%	39.0%	34.6%	30.9%	40.3%	30.1%	
		要介護2	38.7%	42.7%	39.5%	32.9%	43.4%	33.8%	
		要介護3	40.0%	45.7%	38.7%	33.7%	45.9%	37.9%	
		要介護4	38.6%	43.2%	39.7%	31.9%	42.0%	34.0%	
	分 布	要介護5	39.6%	45.0%	39.7%	33.0%	42.0%	36.3%	
		3割未満	43.7%	37.6%	44.6%	50.6%	37.0%	48.2%	
		3～6割	34.0%	35.1%	33.9%	32.5%	33.5%	35.6%	
		6割以上	22.3%	27.2%	21.6%	17.0%	29.5%	16.1%	
サ ー ビ ス 利 用 率 と 水 準	施設サービス 利用率	介護老人福祉施設	47.3%	50.3%	45.9%	45.8%	42.4%	51.4%	
		介護老人保健施設	37.6%	38.7%	39.6%	34.0%	36.6%	34.5%	
		介護療養型医療施設	15.2%	11.0%	14.5%	20.2%	21.0%	14.1%	
	在宅サービス 利用率	通所介護	50.8%	50.8%	48.8%	52.3%	44.5%	61.0%	
		訪問介護	34.4%	34.1%	36.1%	33.4%	33.3%	32.2%	
		通所リハ	20.4%	21.9%	21.4%	17.1%	27.7%	13.4%	
		訪問看護	13.9%	15.8%	14.3%	11.0%	13.7%	12.6%	
	要介護5の 在宅サービス 利用率	通所介護	39.7%	41.2%	39.6%	37.2%	35.3%	45.8%	
		訪問介護	39.2%	42.1%	39.9%	36.0%	36.2%	36.5%	
		通所リハ	14.6%	15.4%	14.6%	13.7%	17.7%	10.5%	
利 用 水 準 (平均費用額) 当該サービス分	訪問看護	43.8%	49.2%	43.2%	37.4%	46.1%	40.9%		
	通所介護	¥63,714	¥61,576	¥52,156	¥43,527	¥65,324	¥49,513		
	訪問介護	¥46,093	¥51,380	¥45,349	¥40,646	¥47,601	¥44,351		
	通所リハ	¥67,164	¥72,696	¥66,535	¥61,342	¥83,158	¥32,397		
ケ ア プ ラ ン	複数ケアプラン率 (介護度別)	訪問看護	¥42,057	¥44,296	¥44,119	¥37,945	¥41,961	¥37,233	
		要介護1	31.5%	33.5%	32.0%	28.0%	32.0%	31.7%	
		要介護3	54.3%	56.8%	55.0%	48.0%	56.6%	58.2%	
	複数ケアプラン率 (サービス別)	要介護5	77.9%	81.7%	78.9%	71.3%	77.4%	78.1%	
		通所介護	50.6%	54.8%	52.8%	42.1%	50.8%	49.1%	
		訪問介護	61.7%	66.3%	61.1%	54.9%	61.3%	66.7%	
通所リハ	通所リハ	57.2%	61.5%	58.6%	49.0%	51.6%	61.8%		
	訪問看護	91.3%	92.6%	91.2%	88.7%	92.5%	92.6%		



明快に進める平野隆之先生

四、地域較差を生み出す基盤整備や利用意識はどのようになっていくか？
 五、住んでいる保険者の実績をどう評価するか？
 サンプルは全国二七八の保険者（自治体）から得られたデータである。
 教授は、このデータを表13の左欄に記載されているように、保険者の大小や人数・費用に係る事項を指標とする項目、対支給限度額までサービスを利用した比率、サービス利用率と利用の水準、ケアプランの内容別に、細目にわたって分類される。

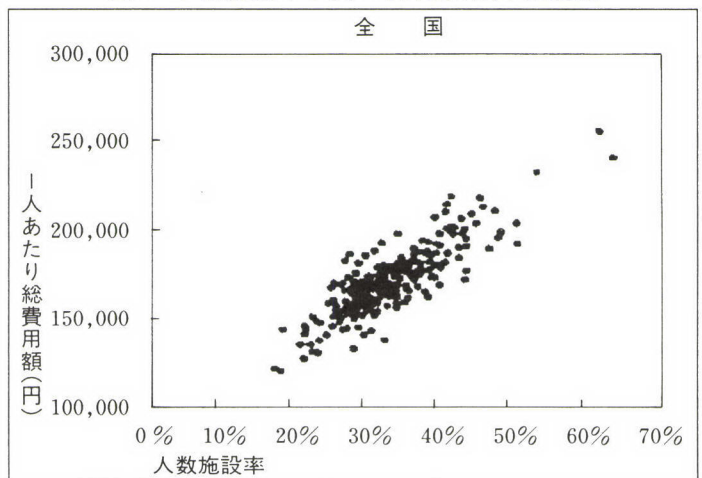
保険料は何によって決まるか？

介護サービスを受けた人一人あたりの月額総費用額は全国平均で約一七万円。この費用を在宅サービス者に限って見ると八万七千円、施設サービス者に限って見ると三三万五千円。実に四倍の開きがある。

この関係を図3で別の角度から見る。図3は縦軸に一人あたりの総費用額、横軸に施設利用率を置いて、その分布状況を示したものであるが、施設利用率が高まるほど一人あたりの総費用額も高まるといった、綺麗な右肩上がりの分布となっている。

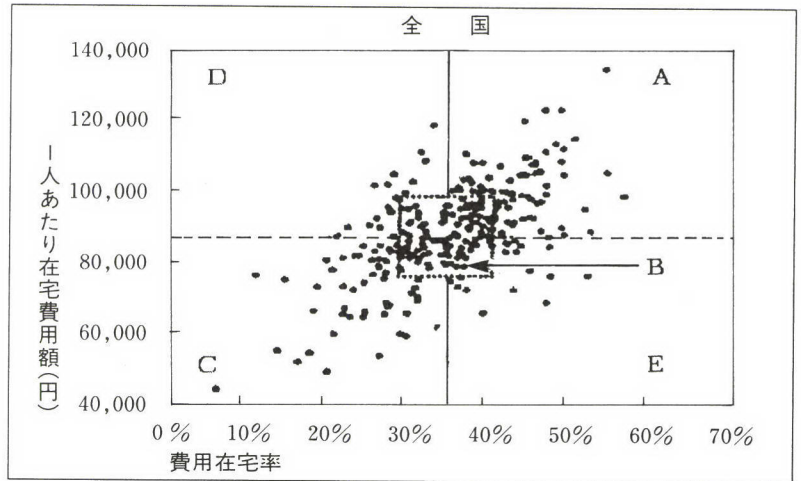
こうしたことから、教授は、保険料（費用）を決定する要因はたった一つ「何割の人が施設に入っているか」にあると極めて明快に断定され、コストを下げるためには在宅サービスの利用率を高める工夫が必要と説く。では、在宅サービスの利用率を高めるにはどうすればよいか。この問いに答えるためには先ず在宅サービスの利用率を高める要因を探る必要がある。

図3 人数施設率が決める介護保険事業規模



五タイプ分けによる在宅費用の分散図
 この図は、縦軸に一人あたりの在宅費用額、横軸に費用在宅率を置いて、その相関関係及び分布状況を示したものである。縦軸、横軸の中ほどにそれぞれ点線があるが、これは一人あたり在宅費用の平均額（八万七千円）及び費用指標からみた在宅サービスの平均利用率（三五・五％）を示している。

図12 5タイプ分けによる在宅費用の分散図



教授は、図3の場合とは異なり図12では分布が分散していることに着目し、在宅サービスの在り方としてこれをABCDE、五つのタイプに分類する。

Aタイプは在宅サービスの利用率が高く、かつ在宅利用に対する一人あたりの費用も高額なグループ。Dタイプは一人

あたりの費用は高額であるが、利用率が低いグループを示す。Bタイプは平均的なグループ、Cタイプは利用率も費用も低いグループ、Eタイプは利用率は高いが費用は低いグループである。

Aタイプには一人あたりの在宅費用が一三万円を超える自治体もある。Eタイプは過疎地に多く見られるタイプであり、Bタイプは都市部に多く見られるタイプである、といったように種々のデータを重ね合わせて見ていくと各タイプの特徴が極めて明快にクローズアップされてくる。教授は表13の各タイプ別に整理した諸指標や、この稿では一々の紹介を省略した多くの図表を駆使して更にいろいろな角度から各タイプの特徴と評価を示され、冒頭に掲げた五つの問いに対する答えや課題を示された。そして、どのタイプに属するのが良いかは各地域の選択の問題であるが、地域の文化や利用者の意識、施設の充実度、利用水準、複数サービスの利用度、ケアプランの在り方などに左右される面もあり、一概には決めつけられないとされた。

結論として、教授は、氏の開発したソフトによって得られたデータを適切に分析活用すれば、地域の介護が現在どの水準にあるか、地域として今後どの方向を目指すべきか、時点間比較でどの水準からどの水準に進化移行したかなど、各自自治体の介護に対する取り組み状況等が総て判明すると言う。例えば、国ではこれまで金額だけのデータでことの是非を判断していたそうであるが、これだけでは改善要因が解らないとし、分析を深める努力、丁寧な見方の必要性を力説されて講演を終えられた。

講演後、フロアとの間で、認定の在り方に対する問題、医療保険との整合性の問題、在宅介護者に対する休憩所の問題、所得に応じたサービスの導入の是非の問題などに関し、多くの質疑応答がなされたこと、また、最後に挨拶に立った樋口恵子高齢社会をよくする女性の会代表から、冷徹とも思える見事な分析を披露された平野教授に対し賞賛の声が贈られたことを付記しておく。

(愛知高齢社会をよくする会・浅井節子・記)

おほ
大 道 五十鈴
さき
いすず

「凡夫のなせる事」



市役所ロビーで「○○タクシーは何番
ですか」と通りかかった市職員に尋ねる
女性の声に「○○タクシーは分からない
けれど、××タクシーなら知っています」
とつい振り向いて言ってしまった。その
女性と目と目が合つて、ニッコリ。「あな
た、私を知っているの?」と言う女性。
人口三万三千人余りの市、名前は分か
らなくてもきつとどこかで会った人、と
いつものクセで話しかけてしまった私。
何と答えようかと迷っていると「ひよっ
として同級生?」「?」、透かさず彼女は
「何年生まれ?」「二十八年」「あら!私
も。じゃあ、大田一中?」「そう」「旧姓

は?」「ウリサカ」「あら!じゃあいすず
ちゃん!」と意外な展開に感動し、握手
までしてしまった。
彼女は、私に手している車のキーを
見て言った。「あなた車で来たの?じゃあ
○○まで連れて行ってよ」の言葉に、結
局私は彼女を目的地まで乗せて行ったの
である。

その帰り道、東京に住む長男にまだ仕
送りをしていた頃のことを思い出してい
た。ある日、長男の住むアパートに行く
と部屋中新聞の山、よく見ると三社分の
新聞である。「どうして読まもない新聞
を三社も取るの?」「だって、新聞のなか

ら『ノルマがあるんだよ。お願い!』と
何度も頼まれるとことわれないんだよ。
おばあちゃん(私の母)に似てすぐ同情
しちゃうんだよね」と宣った長男。

私が小学生の頃の母のこと。母の知人
がお金を借りに来られた時、自由に出来
るお金など持っていなかった母は「人に
お金を借りに行くのは、よほどの事がな
いかぎり出来ないこと」と友人の所へ借
りに行き、知人に渡した。返済しない知
人に代わって、友人の所へ何度もあやま
りに行っていた母の姿を思い出した。

「イヤ」とはつきり言えないことは、
いつもいい人と思われたい自分であり、
凡夫故のなせる事である。

「善人なほもって往生をとぐ、いはん
や悪人をや」(歎異抄第三章より)の言葉
に救われながら、凡夫の私がここに生か
されている。

プロフィール

大田市働く婦人の家指導員。夫と四男(社会
人・大学四年・大学一年・中学三年) 家族。

(次回は交渉中です)

2001年11月26日

厚生労働大臣
坂口 力 様

高齢社会をよくする女性の会
代表 樋口 恵子

安心の国づくり・その基礎としての医療改革へ (医療保険制度に関する意見書)

私ども「高齢社会をよくする女性の会」では、今回の「医療制度改革試案」(厚生労働省)について、会員内部での意見募集を行ったところ、全国から84通の詳細な回答が寄せられました。それらの意見および運営委員会で討論した内容を踏まえ、ここに以下のように要望いたします。

I 今回の「改革」について

財政上の問題が起こるたびの手直しでは、改革の名に値しません。このたびの「改革」は、取りやすいところから取るという、患者・高齢者の「一方三両損」の感があります。

もちろん少子高齢化という人口構造の大変化に対応した制度改革をすすめ、高齢者を含めた自己負担や保険範囲を見直すことは必要です。それは、医療サービスの価格と質、提供側の体制などを問い直すことと同時に行われる必要があります。また、国民の生命と健康を守る政府・行政が、どのような公的責任を果たすかも問われます。

今回の「改革」が医療サービスの質の向上や情報公開を具体的に約束していないこと、過剰な投薬、重複検査など医療のムダづかいを是正する抜本的な改革に直接結びつかないことを残念に思います。そしてこの不況期に、若いサラリーマンや高齢者、慢性病患者などの窓口負担増を思うとき、「持続可能」の意味を、せめて10年単位で捉え、今後引き続き少子高齢社会の実態に見あった根本的な制度改革に向けて、安心の国づくりの基礎としての医療制度改革にただちに着手することを要望します。

医療は国民の生命の安全保障であり、適切な医療は年齢にかかわらず、すべての国民の人権であり、基本的なセーフティネットです。医療制度の歪みは、国民の貧富の格差を拡大し、貧困層の増大につながりかねません。

今回の「改革」論議には、前回(97年)以上に国民が不安と共に関心を高めています。

それは、日本の国民皆保険制度への支持と期待に裏付けられています。会員の中には「負担増やむなし」という意見もかなりありました。これも「皆保険」維持という願いのあらわれであり、国民皆保険という誇るべき制度を前提に真の「改革」に取り組むことを要望します。

II 制度改革に向けて論点と要望

1. 政府に望むこと

・保険制度の整理と統合

一本化に向けてせめて高齢者と一般の二本建てに。被用者保険の使用者負担分の徴収方法は別に考えられないか。

- ・高齢者は多病で当然。子どもは病気をしながら育つ。若人世代からの「拠出金」のあり方を再検討。
- ・人口予測に基づいた長期的制度の試案を複数提示し、国民に論議と選択を求める。
- ・サービス内容と支払基金に関する第三者審査機関設置と審査専門家の養成。
- ・高齢者医療制度を創設するならば「高齢者総合診療科」の設置を。

高齢者の同時多病という特徴に即した真の「老人医療」を。あらゆる大学医学部に「高齢医療」講座と開業医研修など、医師養成制度の改革を。

- ・病院はじめ医療施設を選ぶ第三者情報提供機関の創設。
- ・医療の質を監視するオンブズマン制度の支援。
- ・レセプトのIT化の実現。
- ・保険手続きの省力化・合理化。
- ・予防のため高齢者が集う場所、とくに運動やスポーツをすすめる場所と方法の提供。
- ・低所得者対策として、現行制度と別立ての医療費単独補助制度。
- ・高齢者の中でも、男女の所得（年金）格差に留意。一人暮らし高齢者の八割は女性。

2. 医療提供側に望むこと

・医療過誤を防ぐ実効ある措置。

- ・カルテ開示はもちろん、個人情報として医療データの一本化により、医療にムダを省く。医療データは本人のものではないか。
- ・過剰な投薬と重複検査は再三指摘されながら顕著な改善が見られない。
- ・診療報酬の適正化。引き下げを望む声は多い。
- ・患者とくに高齢者とコミュニケーションのできる医師の養成、ジェンダーに配慮した対応。
- ・適正医療の自己評価システムの確立と第三者評価の導入。
- ・地域医療を担う家庭医の確保と質の向上、ネットワークの整備、往診の充実。
- ・医療施設の地域適正配置。
- ・高齢者医療の研究開発・実践の推進・ホスピス医療のさらなる普及、終末期医療への対応。

3. 高齢者自身について

- ・すぐに医療に頼らず、自分の健康は自分で守る自立の精神を養うために、高齢者も健康に関する学習と実践を（ほとんど全員が指摘）。
- ・薬好き・検査好きの傾向を改める。公的保険の仕組みを知り、負担と給付の関係を自覚する。
- ・中・高所得の高齢者負担増は受け入れざるを得ない。
- ・高齢者の予防対策はよいが、あまり「健康寿命」を強調することは優生思想につながるか。要介護者・障害者がのびやかに自分自身として生きられるように。