

資料

日本の高齢化と地域の先進的取り組み

久繁智子*1 清水昌美*2 荒谷眞由美*2 平田智子*2

はじめに

日本が「高齢化社会」^{†1)}を迎えたのは、1970（昭和45）年のことである。その後、2007（平成19）年には「超高齢社会」^{†2)}に突入した。このように、わずか37年という短い期間で、高齢化率は、7%から21%と3倍に跳ね上がり、今後も高齢化は進行することが見込まれている。そのため、高齢者支援対策は急務とされているが、必ずしも元気な高齢者から要介護状態の高齢者まで、すべての高齢者を網羅した総合的な支援施策が行われているとは言えない。

そもそも、日本の高齢者支援施策^{†3)}は1963（昭和38）年の「老人福祉法」が始まりであった。その後、1973（昭和48）年の「老人医療費支給制度」により老人医療費の無料化が実施されたが、急増する老人医療費に対処するため、自己負担を再び課す目的で1983（昭和58）年に「老人保健法」が実施された。加えて、1989（平成元）年に「ゴールドプラン」、1994（平成6）年に「新ゴールドプラン」、そして、1999（平成11）年に「ゴールドプラン21」が矢継ぎ早に策定された。それに対応して、2000（平成12）年には「介護保険法」、2008（平成20）年には「後期高齢者医療制度」が実施された。これら一連の計画や施策は、加速する高齢化に対応して、特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設福祉サービスの充実や、ホームヘルパーの増員といった在宅福祉サービスなど、要介護高齢者に焦点を当てたものがほとんどであり、元気な高齢者や閉じこもり高齢者に対する生きがいづくりや健康維持、それに伴う介護予防といった取り組みは後回しにされてきたことは否めない。

一方、高齢化とともに老人医療費が増加し、1992（平成4）年以降、国民医療費に対する老人医療費の割合は30%を超え、その後も30%から40%の間で推移しており、今後、高齢化が進行することにより、老人医療費の高騰が一層懸念されている¹⁾。そ

もそも、この老人医療費増加の要因は、要介護高齢者の増加や後期高齢者^{†4)}の増加、あるいは、在宅療養率の低下による社会的入院等が挙げられる。これらの問題点を回避するためには、寝たきりになることを未然に防ぐ1次予防が重要であるとされている²⁾。

現状を見ても、近年、元気な高齢者が増加し、老人クラブやボランティア活動などの社会参加や趣味活動といった生きがいづくりをする高齢者が増加している。すなわち、従来は、「高齢者=弱者」というマイナスのイメージが先行しがちであったが、さまざまな活動に参加する活発な高齢者が増え、高齢者に対する世間のイメージもプラスの方向へ変化してきた。このように、元気な高齢者の増加によって、高齢者の受療率増加を回避することができれば、老人医療費の適正化を図ることができるのではなかろうか。

そこで、本稿では、元気な高齢者に対する生きがいづくり、社会参加に焦点を当て、日本の高齢化の歴史的背景を振り返り、高齢化の要因や問題点と、それに対応した高齢者支援施策について概観する。同時に、高齢者支援施策の先進的取り組みの具体例として、北九州市（福岡県）、^{やすおか}泰阜村（長野県）、^{みつぎ}旧御調町^{†5)}（広島県）を取り上げ、元気な高齢者が増加する手段として重要視されてきた生きがい施策のあり方について検証することにする。

1. 日本の高齢化の背景

まず、ここでは、日本の高齢化の推移と現在の高齢化社会が抱える問題点、あるいは、高齢化における施策を見ていくことにする。

1.1. 高齢化の推移

日本は、1970（昭和45）年に総人口の7%が高齢者になり、「高齢化社会」を迎えた。その後も、急速に高齢化が進み、1994（平成6）年に「高齢社会」へ、2007（平成19）年に「超高齢社会」へ突入

*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉マネジメント学研究院 医療福祉経営学専攻

*2 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学科

(連絡先) 久繁智子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-Mail: w5609001@kwmw.jp

した。平成21年版の高齢社会白書³⁾によると、今後、団塊の世代^{†6)}が高齢者になる2013(平成25)年には4人に1人が高齢者になり、2035(平成47)年には3人に1人が高齢者になることが見込まれている。

1.2. 高齢化の要因と問題点

高齢化の要因は、①医療技術の発展による死亡率の低下、②平均寿命の伸長、③女性の社会進出に伴う晩婚化・晩産化による子どもの出生率の低下、の3点が挙げられる⁵⁾。また、高齢化における問題点は、①後期高齢者の増加、②要介護高齢者の増加、③社会的入院、の3点が挙げられる⁶⁾。ここでは、高齢化の問題点を詳しく見ていくことにする。

まず、後期高齢者の増加について見てみる。平成21年版高齢社会白書⁷⁾によると、図1に示す通り、後期高齢者は年々増え続け、団塊の世代が後期高齢者になる2025(平成37)年には、後期高齢者が前期高齢者を上回り、2,000万人に達する見込みである。後期高齢者はその性質上、前期高齢者よりも疾病に対するリスクが高くなるとともに、複数疾患の罹患により、治療には長期療養を要する。そのため、このことが医療費増加の1要因となり得ることが考えられる。

次に、要介護高齢者の増加について見てみる。平成19年度老人医療事業年報⁸⁾によると、図2に示す通り、「介護保険法」が施行された2000(平成12)年では、要介護者が約256万人であったのに対し、2007(平成19)年には要介護者は約453万人に達し、わずか7年間で約1.8倍の増加となった。そのため、老人保健施設や特別養護老人ホームにおける入所の順番待ちに見られるように、施設福祉サービスを十分に受けられない利用者が増加している。

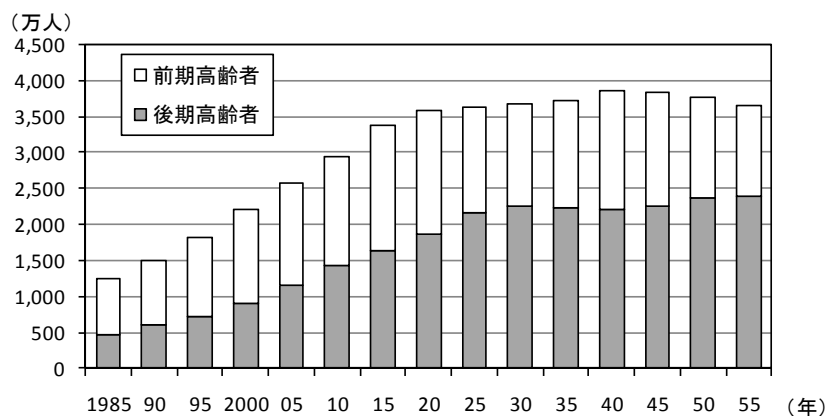
また、近年、核家族世帯が増え、高齢者のみの世帯、1人暮らしの高齢者が増え、自宅療養が困難になり、社会的入院となるケースが後を絶たない。図

3は、慢性期入院医療における「医師による直接医療提供頻度」を示しているが、これによると、直接医療提供頻度が「週1回程度」と「ほとんど必要なし」を合わせると、約8割を占める。このことから、特殊疾患療養病棟や医療療養病棟、あるいは介護療養病棟といった長期療養を要する慢性期入院医療において、医師の治療を必要としない社会的入院を目的としたケースが大部分を占めることが分かる。それにもかかわらず、入院せざるを得ない原因としては、前述の核家族化や女性の社会進出による家族の介護力の低下、あるいは、家族の希望で社会的入院を強いられるケース等が挙げられる。これらの社会的入院により、高齢者は廃用症候群^{†7)}を引き起こし、「つくられた寝たきり」^{†8)}の増加を助長させる要因ともなり得る。

1.3. 老人医療費適正化に向けた対策

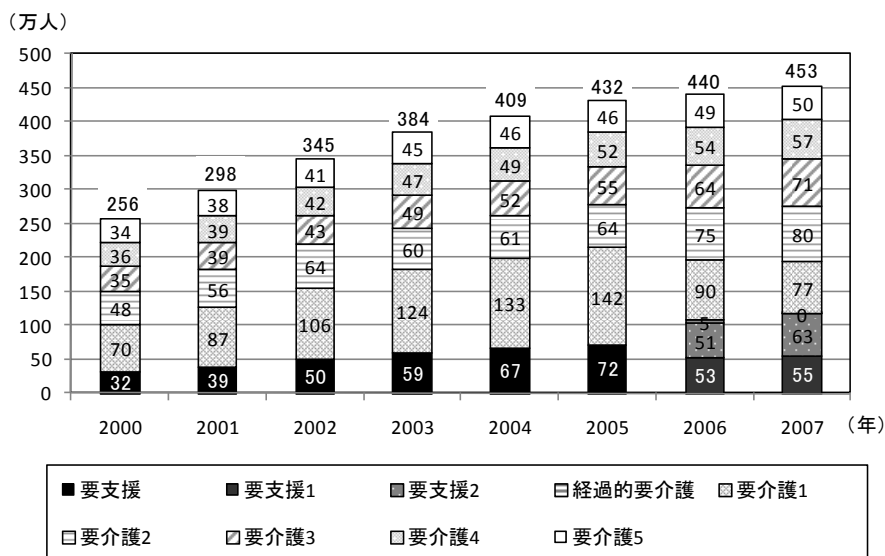
上記の問題を勘案すると、今後、高齢化が進むにつれて、国民医療費に占める老人医療費の割合はさらに増えることが懸念される。そこで、老人医療費適正化に向けた対策が必要となる。その対策として、疾病の発生を未然に防ぐ1次予防、早期発見により、疾病の重度化を防ぐ2次予防、リハビリテーションにより疾病の再発を防ぐ3次予防がある¹⁰⁾。本稿では、1次予防に重点を置くことが、老人医療費適正化への本来の近道という立場から、高齢者の健康増進に向けた取り組みを具体的に述べることにする。

まず、高齢者の健康増進に向けた取り組みは、2000(平成12)年に策定された「健康日本21」において具現化された。「健康日本21」では、「21世紀の日本を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延命及び生活の質の向上を実現すること」¹¹⁾を目的としている。また、2003(平成15)年には、健康づくり施策を推進する法的基盤として、「健康増



出所：平成21年版高齢社会白書より作成

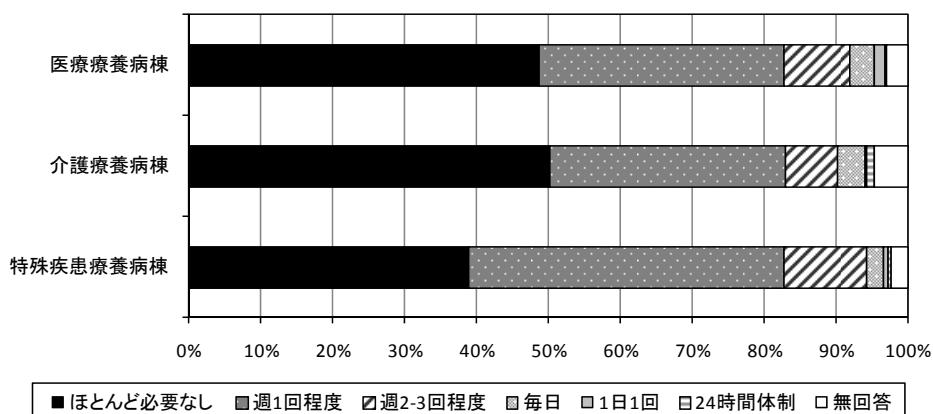
図1 前期高齢者と後期高齢者の推移



注：経過的要介護とは、2006（平成18）年3月31日までに要支援の認定を受けていた要介護者が、2006（平成18）年の介護保険改定以降も引き続き、従来の要支援サービスを受けることができる区分のことである。

出所：厚生労働省：平成19年度介護保険事業状況報告書より作成

図2 要介護（要支援）認定者数の推移



出所：中央社会保険医療協議会：慢性期入院医療実態調査結果概要⁹⁾より作成

図3 医師による直接医療提供頻度

進法」が施行された。これにより、1次予防のさらなる促進と、国民一人ひとりの健康意識の向上が期待される。近年、健康ブームも相まって、栄養改善や健康維持のための老人クラブ活動、あるいは、生け花、陶芸などの趣味活動といった生きがいがづくりに積極的に参加している高齢者が増えている。このように、高齢者の健康意識も高揚していることから、今後、こうした高齢者の健康促進・維持活動のさらなる推進を図る必要がある。

2. 日本の高齢者支援施策の歴史的背景と先進的取り組み

ここでは、日本の高齢者支援施策の歴史的背景を振り返り、1960年代から2000年代の高齢者支援施策の整理をする。そして、北九州市、泰阜村、旧御調

町の高齢者福祉の先進的取り組みについて紹介し、その問題点や課題について指摘する。

2.1. 日本の高齢者支援施策の歴史的背景

日本の高齢者支援施策を見る場合、脚注3で述べたように、高齢者に対する総合的なサービス提供の必要性に鑑み、その内容は、大きく医療サービス制度と福祉サービス制度の2つに分けられる。そして、医療サービス制度を「医療」の1分野とし^{†9)}、福祉サービス制度を「施設」、「在宅」、「地域」、「生きがい」の4分野に分類して、それぞれの施策がどの分野に重きを置いて制度設計がなされたかを時系列で整理した。結果は、表1に示してある。この表では、各施策について、力を入れて取り組んだ分野には「○」、取り組んだ分野には「△」、取り組まなかった分野には「×」をつけ、各施策で重点

表1 高齢者支援施策の変遷

	法律・施策	分野				
		医療	福祉			
			施設	在宅	地域	生きがい
1948年	民生委員法	×	×	×	○	×
1951年	旧社会福祉事業法（現社会福祉法）	×	×	×	○	×
1958年	国民健康保険法	○	×	×	×	×
1963年	老人福祉法	×	○	△	×	△
1969年	老人福祉法改正	×	×	○	×	×
1971年	中高年齢者層の雇用の促進に関する特別措置法	×	×	×	×	○
1973年	老人医療費支給制度	○	×	×	×	×
1978年	老人福祉法改正	×	×	○	×	×
1979年	老人福祉法改正	×	×	○	×	×
1983年	老人保健法	○	×	×	×	×
1986年	長寿社会対策大綱	×	×	×	△	△
	老人保健法改正	×	○	△	×	×
1989年	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）	×	○	○	○	△
1990年	老人福祉法等の一部を改正する法律（福祉関係八法の改正）	×	△	○	○	△
1991年	老人保健法改正	○	×	×	×	×
1994年	21世紀福祉ビジョン	×	○	○	○	×
	新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）	○	△	○	○	△
1995年	高齢社会対策基本法	×	×	×	○	○
1996年	高齢社会対策大綱	△	×	△	○	○
1998年	特定非営利活動促進法（NPO法）	×	×	×	○	○
1999年	今後5か年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）	×	×	○	○	○
2000年	社会福祉法改正	×	○	○	○	×
	介護保険法	×	○	○	×	×
2002年	老人保健法改正	○	×	×	×	×
2006年	介護保険法改正	×	×	○	○	×
	高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律	×	×	×	○	×
2008年	高齢者の医療の確保に関する法律	○	×	×	△	×

注：力を入れて取り組んだ分野は○，取り組んだ分野は△，取り組まなかった分野は×でそれぞれ表している。

出所：社会福祉養成講座編集委員会：現代社会と福祉—社会福祉原論，

社会福祉士養成講座編集委員会：高齢者に対する支援と介護保険制度より作成

的に行われた分野を把握するとともに、各施策において、欠落している部分を明確にした。また、はじめに述べたように、本稿の目的として、生きがい施策に着目することから、生きがい施策を実施した場合は、表中ではグレーの網掛けを施している。さらに、1960年代から2000年代までの総合的な高齢者支援施策の代表とされる、「老人福祉法」、「ゴールドプラン」、「新ゴールドプラン」、「ゴールドプラン21」、「介護保険法」は太枠で囲んだ。以上のことを踏まえ、各分野別に時系列で詳細を見ていくことにする。

2.1.1. 医療施策

まず、医療施策について見てみる。日本の高齢者

に対する医療施策は、1958（昭和33）年の「国民健康保険法」が最初であった。この制度により、市町村に国民健康保険事業の運営が義務づけられ、すべての国民が医療サービスを受けられる環境が整ったと考えられる。そして、1961（昭和36）年に全国の市町村で国民健康保険事業が開始され、「国民皆保険制度」が達成された。その後、「老人医療費支給制度」が施行され、70歳以上^{†10)}の高齢者に対し、医療費の無料化が行われた^{†11)}。これにより、病院のサロン化が進み、老人医療費が急速に増加したこと^{†12)}、「老人保健法」が制定され、再び高齢者の自己負担が義務化された^{†13)}。その後、1991（平成3）年の「老人保健法改正」では老人訪問看

護の制度が創設されるとともに、老人保健計画の作成が市町村に義務化され、先に義務化された市町村老人福祉計画と老人保健計画が一体化され、市町村老人保健福祉計画として策定されることになった。そして、1994（平成6）年には、「新ゴールドプラン」のサービスの整備目標に老人訪問看護が新たなサービスとして加えられ、1996（平成8）年の「高齢社会対策大綱」では、高齢者医療制度の改革として、高齢者医療の対象年齢や公費負担の見直し、患者負担の見直し、医療費適正化についての検討が行われた。これを受けて、2002（平成14）年の「老人保健法改正」により、老人保健制度の対象年齢は75歳以上に段階的に引き上げられた。さらに、老人医療費の増加に対応するため、2008（平成20）年から「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行され、「老人保健制度」から「後期高齢者医療制度」へ名称が変わり、75歳以上の高齢者すべてが被保険者となる新たな保険制度が創設され、保険料は年金から天引きされる仕組みをとった。以上が、高齢者支援施策における医療施策の歴史的背景である。

2.1.2. 施設福祉施策

次に、福祉サービスを各領域別に見ていくことにする。まず、施設福祉施策は、「老人福祉法」（1963年）により制度化された。この法律は、「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ること」を目的としている。この目的を実現すべく、主に特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム等施設福祉サービスが制度化された。その後、1986（昭和61）年の「老人保健法改正」により、老人保健施設の創設が掲げられた。そして、「ゴールドプラン」（1989年）、「老人福祉法等の一部を改正する法律」（1990年）、「新ゴールドプラン」（1994年）では、施設福祉サービスが整備された。さらに、同年の「21世紀福祉ビジョン」により、ゴールドプランの見直しとともに、介護基盤の緊急整備の必要性についての提言がなされ、それを受け「新ゴールドプラン」では、特別養護老人ホーム29万人分、老人保健施設28万人分の確保等の目標設定といった施設福祉サービスの充実が図られた。その後、2000（平成12）年の「社会福祉法改正」では、従来の「措置制度」が廃止され、利用者と提供者との対等な関係を図るための「契約利用制度」が導入された。また、同年の「介護保険法」では、要介護認定で要介護1から要介護5と認定された要介護者は、自らの意思によりサービスを選択して施設福祉サービスが受けられるようになった。

2.1.3. 在宅福祉施策

次に、在宅福祉施策は、「老人福祉法」の制定により、老人家庭奉仕員（現ホームヘルパー）派遣制度が認められたのをはじめ、3度の「老人福祉法改正」（1969年、1978年、1979年）により、日常生活用具の給付、ショートステイの創設、デイサービスの創設が徐々になされていった。また、「老人保健法改正」（1986年）により、老人保健施設を制度化し、高齢者の在宅復帰を目指す中間施設として、在宅福祉サービスに施策の重点が置かれることになった。そして、「ゴールドプラン」（1989年）の作成、「老人福祉法等の一部を改正する法律」（1990年）では、施設福祉サービス（保護収容）から在宅福祉サービス（自立支援）中心への施策の方向性と、市町村を中核とする高齢者福祉体制という方針が明確にされた。また、「新ゴールドプラン」（1994年）では「21世紀福祉ビジョン」での提言を受け、ホームヘルパーの増員や在宅福祉サービスの総合的整備が行われた。そして、「ゴールドプラン21」（1999年）では、在宅福祉サービスの基盤整備に加え、認知症高齢者に対するグループホームの整備等が掲げられた。続いて、「高齢社会対策大綱」（1996年）の基本的施策の健康・福祉分野には、介護サービスの充実が掲げられるとともに、「介護保険法」（2000年）では、要介護高齢者は、訪問介護やデイサービスなどの在宅福祉サービスが受けられるようになった。さらに、2006（平成18）年の「介護保険法改正」では、要介護者とは別に、要支援1、2という区分を新設するとともに、要介護状態に陥ることを未然に防ぐ目的で、新予防給付と呼ばれる介護予防サービスが受けられるようになり、そのための在宅福祉サービスが新設された。

2.1.4. 地域福祉施策

地域福祉施策は、1948（昭和23）年に「民生委員法」により、市町村の区域に民生委員の配置が義務づけられることに始まる。その後、1951（昭和26）年に「旧社会福祉事業法」により地域福祉の推進が図られたが、具体的な施策は1980（昭和55）年以降に策定された。1980（昭和55）年以降の施策としては、「長寿社会対策大綱」では、①雇用・所得保障システム、②健康・福祉システム、③学習・社会参加システム、④住宅・生活環境システムの総合的推進を行った。また、「ゴールドプラン」（1989年）においては、「寝たきり老人ゼロ作戦」として機能訓練や健康教育等の整備がなされた。そして、「老人福祉法等の一部を改正する法律」（1990年）では、市町村を中核とする高齢者福祉体制の方針が明確にされ、市町村に対して、市町村老人保健福祉計

画の策定が義務づけられた。

さらに、「21世紀福祉ビジョン」（1994年）で、「ゴールドプラン」の見直しが行われ、その後の「新ゴールドプラン」において市町村中心の体制が整えられた。そして、1995（平成7）年の「高齢社会対策基本法」の制定により、「高齢社会対策大綱」の策定が義務づけられ、地域社会の機能の活性化がその基本姿勢として掲げられた。その後、1998（平成10）年の「特定非営利活動促進法」では、地域の活性化が図られるとともに、「ゴールドプラン21」（1999年）においても地域機能の活性化や支え合う地域社会の形成が施策に盛り込まれた。そして、「社会福祉法改正」（2000年）では、地域福祉の推進として、地域福祉計画の策定、社会福祉協議会の役割の明確化などが示された。

また、「介護保険法の改正」（2006年）では、新たな取り組みとして、小規模多機能型居宅介護や小規模特別養護老人ホームなど市町村の裁量により、サービスの設定が行える地域密着型サービスを取り入れ、地域福祉サービスの提供を促進させた。そして、昨今の高齢者虐待に対応すべく、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行され、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の施策の促進が図られ、地域ぐるみでの高齢者虐待防止を目指すことが打ち出された。さらに、「高齢者の医療の確保に関する法律」（2008年）は、その制度を運営する保険者を都道府県単位とする広域連合にするとともに、40歳から74歳の保険者を対象とした特定検診・保健指導の実施が義務化された。

2.1.5. 生きがい施策

最後に、生きがい施策について概観する。生きがい施策としては、「老人福祉法」（1963年）において、老人クラブを創設することが最初であった。しかし、当初は施設福祉サービスが中心であったため、生きがい施策にあまり重点が置かれていなかった。その後、1971（昭和46）年の「中高年齢者層の雇用の促進に関する特別措置法」により、中高年齢失業者の再就職を促進するための雇用対策が打ち出され、高齢者（とりわけ高齢者になる前の中高年齢者層）に対する生きがい施策として本格的に実施された。

続いて、「長寿社会対策大綱」（1986年）では、分野別の施策の1つに学習・社会参加システムが盛り込まれ、社会参加の促進が図られた。そして、「ゴールドプラン」（1989年）において、高齢者の生きがいと健康づくり推進事業が創設され、高齢者の豊富な人生経験や知識、技能を生かし、社会に貢

献できるように環境が整備された。さらに、全国レベルとしては、長寿社会開発センターが、都道府県レベルとしては、明るい長寿社会づくり推進機構が設立された。加えて、「老人福祉法改正」（1990年）により、高齢者の生きがいや社会参加が目的や理念に掲げられるとともに、「新ゴールドプラン」（1994年）においても生きがい施策が取り入れられたが、プランの中心は、主に在宅福祉サービスであった。その後、「高齢社会対策基本法」制定に伴う「高齢社会対策大綱」の策定により、高齢者の基本的施策を、①就業・所得、②健康・福祉、③学習・社会参加、④生活環境、⑤調査研究等の推進の5分野に分け、施策の指針が示されている。そして、「特定非営利活動促進法」（1998年）では、ボランティア活動などの社会貢献活動として、特定非営利活動が促進され、「ゴールドプラン21」（1999年）で、活力ある高齢者像の構築が基本的目標の1つ目に掲げられていることから、ようやく生きがい施策が重要視されてきたと言える。

ここまで、分野別に制度と施策の内容を見てきたが、第1章で述べた高齢化の問題点からも分かるように、本来であれば、高齢者支援施策とは、元気な高齢者から寝たきりの高齢者までのすべてを対象とした医療・福祉サービス制度を包含した施策でなければならないことは言うまでもない。しかし、表1を見ても分かるように、実際の施策は決して包括的施策とは言えない。なぜならば、高齢化に対して制度が後追いであるため、高齢者のニーズにそぐわない制度や施策になっていることも懸念されているからである。また、どの制度や施策においても、将来の高齢化を見据えた対策ができていたとは言いがたい。そのことは、各分野で重点的に取り組んだことを表している○印に注目すると分かるが、医療施策から生きがい施策までのどの分野においても時系列で見た際、1980年代までは、「老人医療費支給制度」や「老人保健法」の例に見られるように、その内容に整合性が持たれておらず、短期的に施策が実行されている。その後、1990年代では、網掛けで示した通り、各分野のサービス内容の充実が図られたが、「介護保険法」や「後期高齢者医療制度」の例に見られるように、2000年代において力を入れて取り組んだサービスは、再び短期的な実施となっている^{†14)}。また、要介護・要支援者へのサービスの充実を図ることは重要であるが、元気な高齢者が高齢者全体の7割^{†15)}を占めていることから、今後、さらなる生きがい施策の充実が必要であると言える。

2.2. 高齢者支援施策の先進的な取り組み

ここでは、高齢者支援施策の先進的な取り組みとして、北九州市（福岡県）と泰阜村（長野県）、旧御調町（広島県）の高齢者支援施策を取り上げることにする。この3地域の高齢者支援施策を取り上げた理由は、3地域とも、他地域に比べ、早くから高齢化問題に直面しており、今後、高齢化問題に直面する地域の先行例として参考になること、また、大規模地域としての北九州市、中規模地域としての旧御調町、小規模地域としての泰阜村というように、規模別に高齢者支援施策が比較できるため、よりよい高齢者支援施策の検討が可能となるからである。

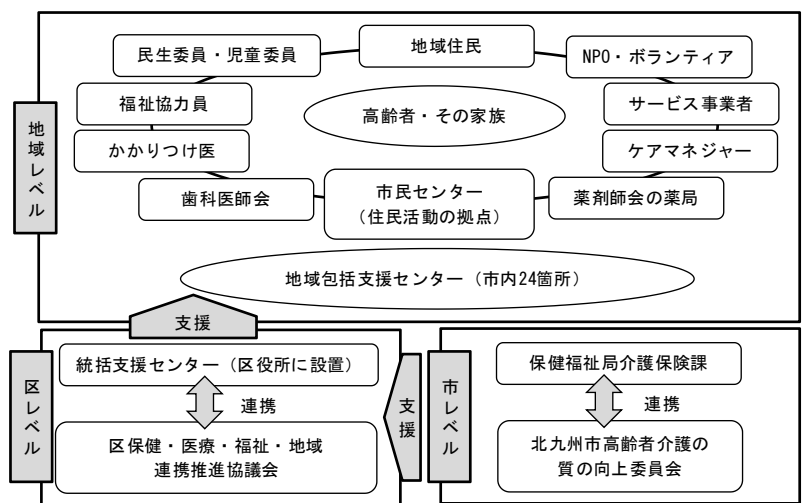
2.2.1. 北九州市（福岡県）

北九州市は、福岡県の北東部に位置し、人口が約98.2万人の政令指定都市である。高齢化の推移を見ると、北九州市は1985（昭和60）年に高齢化率が全国平均と並び、10.3%になった。その後、高齢化率は全国平均を上回り、2005（平成17）年に22.2%になり、超高齢社会に突入した。また、2008（平成20）年には高齢者人口が約23.3万人、高齢化率23.8%、後期高齢者人口約10.9万人、後期高齢者率11.2%であり、政令指定都市の中でも最も高齢化が進んでいる。さらに、2000年以降、高齢者世帯が全世帯の半数を占めており、早急な高齢者支援施策が必要とされている¹⁵⁾。北九州市が抱えている高齢化の問題点として、①介護が必要な高齢者や認知症高齢者の増加、②介護者の負担の増加、③介護者の精神的・身体的ストレスによる高齢者虐待への対応、④1人暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯の増加、⑤後期高齢者の増加、⑥高齢者の家族や地域からの孤立の6つが挙げられる¹⁶⁾。このような問題を回避するために、1993（平成5）年から「北九州方式」¹⁷⁾と呼ばれる独自のシステムが導入され

ている。

そもそも、「北九州方式」とは、図4に示す通り、三層構造の「地域福祉のネットワークづくり」^{†16)}のことで、支援の必要な人を地域全体で支え合う仕組みである。また、市全体を小学校区を単位とする地域レベル、行政区レベル、市レベルの三層に再構築し、小学校区を1単位として住民活動の促進を図る構造になっている。そして、小学校区レベルで解決できない問題は区レベルで支援し、区レベルでも解決できない問題は市レベルで支援をするといった体制をとっている。この三層構造の「北九州方式」を導入することによって、閉じこもりによる地域からの孤立や孤独死といった高齢者が抱えているさまざまな不安や生活問題が把握され、地域全体で支えることによって、総合的な支援をすることができる。また、「第2次北九州市高齢者支援計画」^{†17)}では、「いのちをつなぐネットワーク」^{†17)}づくりに重点が置かれ、支援を必要とする人が埋もれていないか見つけ、支援が必要な高齢者に提供できる制度やサービスがないか、区役所全体で検討し、支援方法の決定を行っている。さらに、見守りが必要な人には、本人を中心とした「見守り隊」^{†18)}を立ち上げるといった仕組みもとっている。

ところで、北九州市は7区^{†19)}から成り立っているが、特に「北九州方式」が浸透している若松区では、1988（昭和63）年頃から当時存命していた大庭氏が中心となって、「若松大庭方式」^{†20)}と呼ばれる本人本位に基づいたサービス提供が行われている。また、「若松大庭方式」では、「若松あんしんネットワーク」^{†21)}との連携により、高齢者支援施策に取り組んでいる。



出所：第2次北九州市高齢者支援計画より抜粋

図4 北九州方式による三層構造の「地域福祉のネットワークづくり」

2.2.2. 泰阜村（長野県）

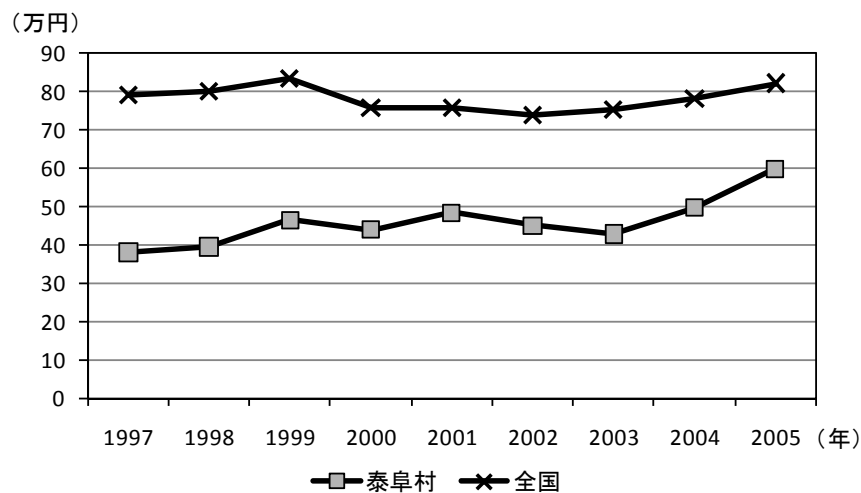
泰阜村は長野県下伊那郡の南東部に位置し、人口1,951人、世帯数755世帯（うち高齢者のみの世帯165世帯）の村である。また、高齢者数は704人であり、高齢化率36.1%と全国平均に比べ、約14%も高く、高齢化が進行している。

そもそも、泰阜村が高齢化に直面したのは、1960（昭和35）年のことであった。その後、高齢化が加速し、2005（平成17）年に高齢化率38.4%でピークになり、その後は徐々に低下してきている。また、後期高齢者数は、1995年から2005（平成17）年にかけて、急速に増加し、2005（平成17）年以降は前期高齢者よりも上回っている¹⁹⁾。それに伴い、泰阜村の1人当たりの老人医療費は、図5に示した通りである。それによると、2004（平成16）年までは、40万円代の水準で推移していたが、その後、高齢化のピークを迎えた2005（平成17）年には59.7万円と急速に老人医療費が上昇し、直前の2004（平成16）年

の49.6万円と比較すると、約10万円の開きが見られる。ところが、このように、急速に泰阜村の老人医療費が上昇したとはいえ、2005（平成17）年の1人当たり老人医療費^{20,21)}は、全国平均の82.1万円に対して、約30万円安くなっている。

このように、泰阜村の老人医療費が全国平均に比べ、低水準に収まっている背景は、1984（昭和59）年から力を入れてきた在宅福祉中心の村づくりにあると考えられる。具体的には、松島村長と当時医師として村民の医療を担っていた網野氏が、老人の貧困問題に直面し、表2に示す通り、1980年代から在宅福祉サービスの充実や、老人医療費無料化^{†22)}を行い、高齢者が在宅福祉サービスや医療を安心して受けられる環境づくりを行ったことが挙げられる。このように、泰阜村では在宅福祉を中心とした施策を、国よりも約10年も前から実施しており、今もなお継続している。

また、「介護保険制度」導入後の村独自の対策と



出所：泰阜村役場資料より作成
図5 泰阜村の1人当たり老人医療費の推移

表2 泰阜村の保健・医療・福祉の変遷

年	具体的な施策
1984	・ 村の老人の貧困問題に直面 ・ 自宅に風呂がない老人のために在宅入浴サービスの開始
1986	・ 患者送迎の無料化
1988	・ 保健・医療・福祉の統合 ・ 給食サービスの開始 ・ 地域デイサービスの開始 ・ 老人医療費無料化（診療所窓口の自己負担：村負担）
1989	・ 集団検診の廃止（個人の希望により無料で施設検診を実施）
1995	・ 福祉バス運行の開始（無料）
1997	・ 24時間ホームヘルプサービスの開始
2000	・ 介護保険制度の開始 ・ 泰阜村保健福祉支援センターと泰阜村国保診療所完成
2002	・ 老人医療費無料化全額村負担から、診療所の診療1回500円（どんな検査、治療を受けても定額）に変更 ※月最高4回まで（ただし、上限2,000円を超えた場合は村負担）

出所：社団法人国民健康保険中央会：要介護高齢者発生要因に関する調査研究及び泰阜村資料より作成

して、「介護保険制度」では原則、利用したサービスの1割を自己負担するのに対して、泰阜村では、自己負担分のうち6割を村で負担するといった方針がとられた。そのことで、高齢者の貧困問題を抱える泰阜村は、高齢者が安心して介護サービスを提供することが可能になった。さらに、「介護保険制度」の「上乘せサービス分」^{†23)}は、通常、全額自己負担になるのに対し、泰阜村では全額を村が負担している²²⁾。これにより、以前と変更することなく、「介護保険制度」が規定したサービスの枠を超えて、従来通り必要なだけ介護サービスを受けられるようになった。このような村独自の施策が実現できた背景には、①医療費にかかる財源を在宅福祉サービス提供の原資として利用したこと、②役場職員の人件費を削減して、支出の無駄を省いていること、③建物・道路整備などよりも在宅福祉を最優先課題に掲げていることが挙げられる^{†24)}。

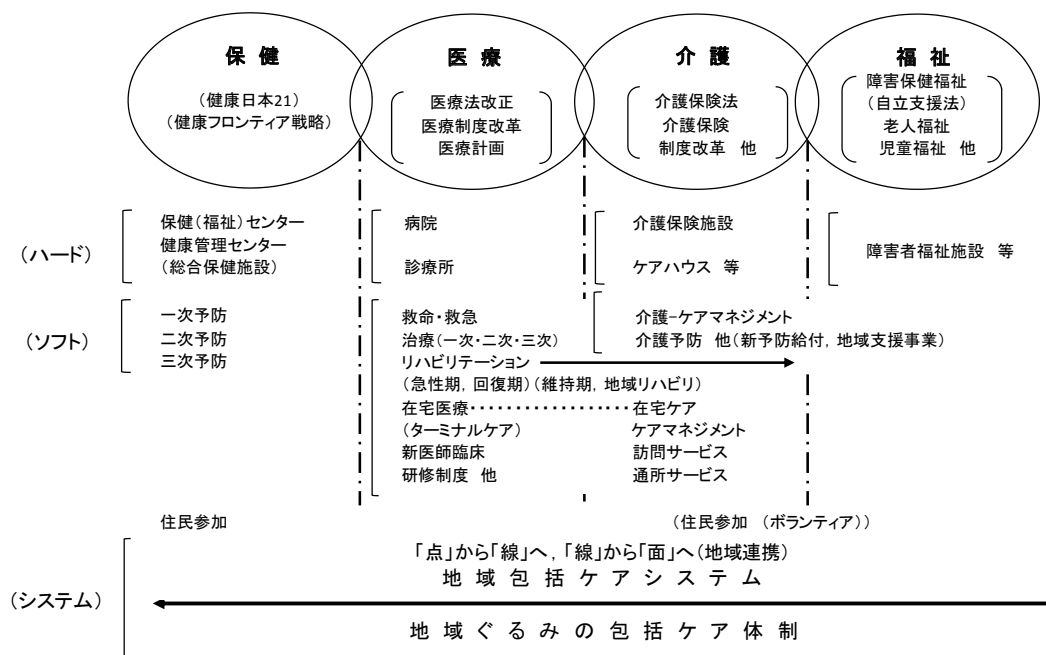
2.2.3. 旧御調町（広島県）

旧御調町は、広島県尾道市の北部に位置し、2000（平成12）年当時、人口は8,111人であり、高齢者数2,451人、高齢化率30.2%で、前述の2地域と同様に高齢化が進んでいた。この町は、脚注8で示した通り、早くから在宅医療に積極的に取り組み、「寝たきりゼロ作戦」を実施することにより、寝たきり高齢者を減少させた町として注目されていた。

そもそも、旧御調町が「寝たきりゼロ作戦」を実施したのは1974（昭和49）年のことであった。当

時、町が直面していた問題の1つに寝たきり高齢者の増加が挙げられるが、その中でも「つくられた寝たきり」をどのようになくしていくのかということが主要課題となっていた。この「つくられた寝たきり」の増加の背景には、①夫婦共働きによる介護力の不足、②不適切な介護、③退院後の医療・リハビリテーションの中断、④閉じこもり生活、⑤不適切な住環境などの問題が挙げられた²³⁾。そのため、これらの問題を解決することで、寝たきりを減らすという改革が、旧公立みつぎ総合病院^{†25)}の山口医師を中心に進められた。

具体的には、1974（昭和49）年に訪問看護、1981（昭和56）年に訪問リハビリの導入など、「医療の出前」に着手した。また、病院内に健康管理センターを併設し、保健・医療・福祉の連携・統合を行うことにより、在宅福祉サービスの提供も可能となった。このような「寝たきりゼロ作戦」を始めた当初、50～60人いた寝たきり高齢者は、10年後の1985（昭和60）年には17人に減少し、それによって、老人医療費を減少するという一定の成果を上げることになった^{†26)}。このように、町の高齢化の問題に対して、町独自の在宅医療・介護サービスの充実が図られたことによって、高齢者に必要なサービスを提供してきたことが、寝たきり高齢者の減少に結びついたのではないかと考えられる。また、旧公立みつぎ総合病院の山口医師を中心に行われた高齢者福祉改革は、2006（平成18）年の「介護保険法



出所：尾道市御調町における地域包括ケアシステム—寝たきりゼロ作戦（介護予防）と保健・医療・福祉の連携—より抜粋

図6 旧御調町の地域包括ケアシステムの概念

改正」により導入された地域包括支援センターの土台ともなっている²⁵⁾。このような旧御調町の地域包括ケアシステムの特徴は、図6に示す通り、保健福祉センターや病院、介護保険施設といったハード面と、1次予防や救命・救急、介護ケアマネジメントといったソフト面を総合的に含んだ連携システムであると同時に、施設（医療・介護・福祉）ケアと在宅ケアとの連携システムでもあったと言える。さらに、旧御調町では、今後、行政や住民参加のネットワークによる「線」から「面」への地域連携を図り、地域ぐるみの包括ケア体制が目標とされている²⁶⁾。

3. 高齢者支援施策の先進地域の取り組みの展望と課題

ここまで、北九州市（福岡県）、泰阜村（長野県）、旧御調町（広島県）の3地域の特色を念頭に高齢者福祉の先進地域の取り組みについて見てきたが、ここでは、3地域を比較し、共通点・相違点及び課題を述べることにする。さらに、これらの先進地域の取り組みを踏まえ、今後の高齢者支援施策の課題について考察する。

3.1. 3地域の比較

まず、3地域の共通点・相違点を表3にまとめた。これによると、共通点①に挙げているように、3地域とも早くから高齢化に直面したことにより、高齢化における問題の対処法を見出すことができ、それぞれにおいて、地域の特性を生かした取り組みが実施されていることが分かる。また、共通点②に挙げているように、すべての地域において、強力なリーダーシップをとる人物が存在していることも共通している。そして、共通点③、④から、高齢者の孤立を防ぐ対策として、地域住民やボランティアによる声掛けや見守り等を行うことで、地域から高齢者が孤立しないよう、地域全体の支援体制が整ってい

る。さらに、共通点⑤、⑥から、医師が地域の現状を認識しており、他機関や他施設間、あるいは、他職種間で地域連携を図り、高齢者支援を積極的に行っていることが分かる。

一方、地域独自の最重要課題や地域が抱えている問題に応じた対策が取られているため、当然ながらいくつか相違点が見られる。例えば、北九州市では、地域一丸となって高齢者を守る「見守り隊」により、高齢者が支えられている。そして、泰阜村では、相違点①、②から、在宅福祉に力を入れ、必要な在宅サービスを必要なだけ利用できるよう、村の独自施策が行われていると言える。同様に、医療においても高齢者の負担を軽減するための独自施策が取られている。その上、相違点③、④から、可能な限り高齢者の残存能力を生かすことができるようなサポートが行われていることが分かる。さらに、相違点⑤から、村の独自施策により老人医療費適正化に成功した。また、旧御調町では、旧公立みつぎ総合病院の山口医師が主体となって、「寝たきりゼロ作戦」を掲げ、対策が講じられた。それとともに、相違点⑤、⑥に挙げているように、保健・医療・介護・福祉の連携により、「医療の出前」のみならず、訪問リハビリや訪問介護といった在宅福祉サービスの提供に見られるように、切れ目のない高齢者支援サービスが提供されることにより、寝たきり高齢者の抑制に成功し、これが老人医療費削減にもつながったと言えよう。

次に、3地域の概要と課題を表4に示している。これによると、3地域とも高齢化が進んでおり、後期高齢者率も高いことが分かる。また、高齢化は北九州市よりも旧御調町、旧御調町よりも泰阜村の方が進んでおり、山村部ほど深刻な状況にある。一方、3地域の課題では、泰阜村と旧御調町において、①、②、④の3項目が共通している。そして、北九州市と旧御調町の⑤はどちらも高齢者のニーズに対

表3 3地域の共通点・相違点

共通点	相違点
① 高齢化の問題に早くから直面している	① 医療・介護サービスの自己負担分を村で負担している
② 強力なリーダーシップをとる人がいる	② 介護保険の枠にとらわれない介護サービスを提供している
③ 高齢者を孤立させないよう声掛けをする	③ 老人医療費の適正化が図られている
④ 地域の強い結束力がある	④ 高齢者の自主性を尊重している
⑤ 医師が協力的である	⑤ 高齢者一人ひとりの希望に添った環境づくりを行っている
⑥ 保健・医療・福祉の連携をスムーズに行っている	⑥ 寝たきり者数が減少している

出所：筆者作成

表4 3地域の概要と課題

	北九州市（福岡県）	泰阜村（長野県）	旧御調町（広島県）
概要	総人口：981,539人 高齢者数：233,314人 後期高齢者数：109,496人 高齢化率：23.8% 後期高齢者率：11.2%	総人口：1,951人 高齢者数：704人 後期高齢者数：440人 高齢化率：36.1% 後期高齢者率：22.5%	総人口：8,111人 高齢者数：2,451人 後期高齢者数：1,213人 高齢化率：30.2% 後期高齢者率：15.0%
課題	① 地域包括ケアシステムの機能低下 ② 医療費の増加 ③ 地域力の低下 ④ 北九州市全体における北九州方式の徹底 ⑤ 高齢者のニーズ把握が困難 ⑥ 価値観の多様化やオートロック式集合住宅の普及に伴う高齢者の家族や地域からの孤立	① 村の高齢化による将来を担う若者の不足 ② 交通手段が未発達 ③ リハビリスタッフの不足 ④ 坂道や段差が多く、高齢者の身体的負担の懸念 ⑤ 村の政策づくりの中心となっているキーパーソンの高齢化 ⑥ 独自施策の継続	① 町の高齢化による将来を担う若者の不足 ② 交通手段が未発達 ③ 町を支える財源の低下 ④ 坂道や段差が多く、高齢者の身体的負担の懸念 ⑤ 高齢者のニーズや変化する高齢者支援施策への柔軟な対応 ⑥ 合併による従来の町の取り組みの一部縮小

出所：筆者作成

表5 3地域の高齢者支援施策

	医療	福祉		
		施設	在宅	地域 生活
北九州市				・三層構造の北九州方式の導入 ・他職種間で高齢者の見守り ・いのちをつなぐネットワーク事業の強化 ・市直営の地域包括支援センターの創設（24時間体制） ・市直営事業の実施⇒高齢者を孤立させないサービス提供の実現
泰阜村	・老人医療費の自己負担の減免 1回500円 (上限月2,000円の特別措置)	・介護サービスの自己負担1割のうち、6割分は村負担 ・上乗せサービスの全額村負担	・要介護認定で自立と判定された人に対する、必要に応じた在宅サービスの実施	・健康マイレージ事業 ・年長者研修大学校 ・高齢者のニーズに合わせた生きがい対策の実施
旧御調町	・医療の出席	・切れ目のないサービスの提供	・介護保険制度導入以前は、全額病院負担により在宅サービスの実施	・ボランティア活動の推進 ・ボランティア活動の推進（高齢者も地域を支える担い手に）
・旧立みつき総合病院を主体とした保健・医療・介護・福祉の連携				

出所：筆者作成

することであり、類似した課題を抱えている。同様に、泰阜村と旧御調町の⑥は独自の高齢者支援施策に関することであり、類似した課題と言えよう。

さらに、3地域の高齢者支援施策を表1の分類に即して、表5に示している。これによると、各市町村において、高齢者支援施策への取り組みが異なっている。北九州市では、他の2地域とは異なり、医療・施設・在宅施策を除き、在宅高齢者や元気な高齢者の支援が行われているものの、3地域とも、共通して地域・生きがい施策に重点を置いた高齢者支援施策が行われていることが分かる。

今後、これらの3市町村においては、加速する高齢化や地域の過疎化、今後の国の高齢者施策によって変化する高齢者のニーズをどのように把握していくかが重要となると同時に、医療や福祉に直接関係のない道路や施設などの整備と、在宅福祉サービスの充実や1次予防対策といった医療・福祉のどちらに力点を置いた施策を行うかが鍵を握るのではなかろうか。

3.2. 今後の課題

以上、日本の高齢者支援施策の変遷と地域の先進的取り組みで見てきたように、高齢化の進行に伴い、1次予防対策が重要視されつつある。そもそも、日本の高齢者福祉に生きがい施策が盛り込ま

れ、重点課題となったのは1990年代以降である。これは、老人医療費の高騰による医療費の適正化を図ることを目的に、1次予防に力が注がれたためであるが、近年の高齢者の健康志向もその背景として影響を及ぼしている。

また、1次予防の促進には、元気な高齢者の増加や要介護状態に陥らないような健康維持・促進が大切である。例に挙げた3市町村の高齢者支援施策でも分かるように、地域特性を踏まえた1次予防対策においても高齢者のニーズ把握が重要となる。そのためには、高齢者の生きがいを構成する要素とその発生要因を分析し、理解するとともに、地域の規模（人口や財政等）やその特性に基づいた支援施策を講じる必要があろう。

本稿執筆にあたり、ご指導や有益な示唆と助言を賜りました川崎医療福祉大学教授斎藤観之助先生をはじめとする諸先生方に心より感謝申し上げます。また、インタビュー調査に多大なるご理解とご協力を賜りました産業医科大学医学部教授舟谷文男先生、北九州市役所保健福祉局総務部の倉知宏様、江淵和隆様、大田育絵様、泰阜村役場住民福祉課の池田真理子様、尾道市御調町の尾道市公立みつき総合病院の院長山口昇先生に、心より感謝申し上げます。なお、残存するであろう誤解や誤りは、もちろん筆者の責任である。

注

- †1) 「高齢化社会」とは、総人口のうち、65歳以上の高齢者の割合が7%以上を占める人口構造を持つ社会を指す。また、「高齢社会」とは、総人口のうち、65歳以上の高齢者の割合が14%以上を占める人口構造を持つ社会を指す。
- †2) 「超高齢社会」とは、総人口のうち、高齢者の割合が21%以上を占める人口構造を持つ社会を指す。
- †3) ここでいう高齢者支援施策とは、高齢者に対する医療サービス制度、福祉サービス制度を含めた総合的な対策のことである。そもそも、高齢者が抱える老後の不安には、①疾病、②介護、③健康維持等、その生活問題は多岐にわたる。したがって、高齢者が安心して老後の生活を送るための高齢者支援施策としては、医療、施設、在宅、地域、生きがい等を含めた総合的なサービスの提供を図らなければならない。そのため、後述する表1では、高齢者に関する法律・施策を時系列に整理するために、「医療」と「福祉」（施設、在宅、地域、生きがい）の5分野に分類した。
- †4) 後期高齢者とは、75歳以上の高齢者のことを指す。また、65歳から74歳までの高齢者は、前期高齢者と呼ばれている。
- †5) 旧御調町は、2005（平成17）年3月に尾道市に合併され、尾道市御調町となった。
- †6) 堺屋⁴⁾ は、団塊の世代とは、1947（昭和22）年から1949（昭和24）年の第1次ベビーブームの時に生まれた世代であると定義している。
- †7) 「廃用症候群」とは、長期安静により生じる身体的・精神的衰えである。また、身体の機能が衰退し、思うように身体が動かなくなり、意識減退により寝たきりを引き起こす病気である。
- †8) ちなみに、この「つくられた寝たきり」という言葉の根拠となるものとして、ゴールドプランの政策の1つである「寝たきり老人ゼロ作戦」がある。厚生労働省は、この政策を受け、1991（平成3）年に、寝たきりゼロへの10カ条を掲げた。その中の第2条には、「寝たきりは寝かせきりから作られる」とある。ところで、この「寝たきり老人ゼロ作戦」は、旧御調町がモデルとなっている。旧御調町では、1975（昭和50）年に「つくられた寝たきり」を減らすために、旧公立みつき総合病院の山口医師が主体となって「寝たきりゼロ作戦」に力を注いでいた。したがって、「つくられた寝たきり」という概念は、旧公立みつき総合病院の中核的指導者となっている山口医師によって提唱されたものであると考えられる。詳細については、第2章第2節第3項を参照されたい。
- †9) 医療サービス制度1つを取っても、その分野は、「公衆衛生」や「感染症」等と複数に分類されるが、本稿の目的から便宜上、「医療」の1分野とした。
- †10) 老人医療費無料化の対象年齢は70歳以上であるが、65歳以上の者であって寝たきりの者も含まれる。
- †11) 斎藤¹²⁾ は、本来ならば、老人医療費の無料化の公的負担は医療保険の財源で賄われるべきであったが、該当項目がないため、社会福祉費で賄われたことについての矛盾を考察した。その上で、これらの公的負担は社会福祉サービスの充実のために、本来、特別養護老人ホームの施設整備に向けられるべきであったと指摘している。
- †12) 老人医療費の増加に関する詳細な分析は、斎藤¹³⁾ を参照のこと。
- †13) 具体的には、老人医療費の無料化を廃止し、70歳以上の医療サービスは「老人保健法」によって運営されるとともに、外来における自己負担（400円）の導入、費用の負担は公費とともに各医療保険者からの拠出金によって支える仕組みが導入された。
- †14) このような施策の実施の背景には、昨今の医療・福祉を含めた財政状況の急速な悪化があると推察される。
- †15) 2008（平成20）年に内閣府政策統括官が全国の55歳以上の男女を対象にした「高齢者の健康に関する意識調査」によると、65歳以上の高齢者の「現在の健康状態」は「良い」、「まあ良い」、「普通」を合わせると、76.8%であった¹⁴⁾。
- †16) 地域ケアネットワークでは、地域レベル（小学校区レベル）のサポートは市民センターをはじめ、医師、薬剤師、ケアマネージャー、民生委員・児童委員、NPO・ボランティア、地域住民が行っている。また、区レベルのサポートは統括支援センターが、市レベルのサポートは市役所の保健福祉局が行っている。
- †17) 「第2次北九州市高齢者支援計画」は、2009（平成21）年に策定された。この計画では、高齢社会対策のさらなる推進を図るため、「高齢者がいつまでもいきいきとその人らしく、安心して暮らしていける“まちづくり”」を基本理念に掲げている。
- †18) 「見守り隊」は、高齢者と少しでも交流のある人（例えば、近所の人や友人、馴染みの店等）を中心に、民生委員や福祉協力員などで構成されている。
- †19) 北九州市は、小倉北区、小倉南区、戸畑区、門司区、八幡西区、八幡東区、若松区の7区から成り立っている。
- †20) 若松区で八百屋を営んでいた故大庭氏は、普段何気ない顧客との会話を通じて、高齢者の顧客が店に姿を見せなくなることや、高齢者世帯により食事の支度をすることが困難であること、栄養に関する意識が低い高齢者が存在することなどの潜在的な問題があることを近所の住人から知り、この問題を解決するために、配食サービスを開始した。そして、この配食サービスを行うことにより、高齢者が買い物に行くことが困難であったり、掃除ができないことや、家具の移動ができないといった問題を自らが発見し、ボランティアを募るとともに、大庭氏は、配食サービス以外の高齢者のニーズに応えたり、あるいは、問題を持ち帰り、対処法を検討している¹⁸⁾。現在、本人亡き後、NPO法人が中心と

なって、ボランティアのみならず医師会、弁護士会といった他分野の団体を巻き込み、さまざまな支援サービスが提供されている。これを、「若松大庭方式」と呼んでいる。

- †21) 「若松あんしんネットワーク」は、医師会、薬剤師会、民生委員・児童委員、警察署、消防署等、17団体から構成されており、他職種間の連携により、高齢者を総合的にサポートしている。
- †22) 老人医療費無料化の具体的内容は表2を参照のこと。
- †23) 「介護保険法」では、要支援1から要介護5ごとに受けられるサービスの限度額が決められており、この限度を超えてサービスを受けた場合、超えた部分は全額自己負担になる。このことを「上乗せサービス分」と呼ぶ。
- †24) 筆者は、担当者にインタビュー調査をするために、実際に泰阜村を訪れたが、その際、主要道路以外の道路は舗装されておらず、交通手段も未発達で、移動には車が欠かせない状況であることを確認した。
- †25) 旧公立みつぎ総合病院は、2005（平成17）年に尾道市公立みつぎ総合病院に名称を変更した。
- †26) 1985（昭和60）年、旧御調町の老人医療費は広島県の県平均老人医療費^{†27)} 約52万円を約4万円上回っていたが、1988（昭和63）年以降は県平均を下回り、2004（平成16）年までの間、50万円から70万円の間で推移している²⁴⁾。
- †27) ここで示している老人医療費とは、国民健康保険分のみである。

文 献

- 1) 厚生労働省：我が国の保健医療の現状と課題。平成19年版厚生労働白書，28，2007。
- 2) 厚生労働省：我が国の保健医療の現状と課題。平成19年版厚生労働白書，29-32，2007。
- 3) 内閣府：高齢化の状況。平成21年版高齢社会白書，3，4，2009。
- 4) 堺屋太一：団塊の世代新版。株式会社文藝春秋，東京，38，2005。
- 5) 内閣府：高齢化の状況。平成21年版高齢社会白書，7-9，2009。
- 6) 厚生労働省：我が国の保健医療の現状と課題。平成19年版厚生労働白書，28-34，2007。
- 7) 内閣府：高齢化の状況。平成21年版高齢社会白書，4，2009。
- 8) 厚生労働省保険局：平成19年度老人医療事業年報，
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/seido/d1/roujin_houkoku19.pdf 参照年月日2009/12/19
- 9) 中央社会保険協議会：慢性期入院医療実態調査結果概要，
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/86ff47e5ca7c3b65492570c4002539ee/\\$FILE/2-3,4.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/86ff47e5ca7c3b65492570c4002539ee/$FILE/2-3,4.pdf) 参照年月日2010/03/20
- 10) 厚生労働省老研局老人保健課：4 見直しの基本的方向性。生活習慣病予防と介護予防の新たな展開に向けて（老人保健事業の見直しに関する検討会中間報告），13-16，2004。
- 11) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会：「健康日本21」中間評価報告書，
http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/pdf/0704hyouka_tyukan.pdf 参照年月日2009/12/21
- 12) 斎藤観之助：老人医療費の無料化を支えた福祉財政—老人医療費無料化の教訓（2）—。月刊マーク，15(1)，33，2004。
- 13) 斎藤観之助：現代老人福祉再考。ケアサイエンスリサーチ，3，1-15，1997。
- 14) 共生社会政策統括官：高齢者の健康に関する意識調査結果（全体版），
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h19/kenko/zentai/pdf/2-1.pdf> 参照年月日2010/03/29
- 15) 北九州市：計画を取り巻く状況と課題。第二次北九州市高齢者支援計画，5，6，2009。
- 16) 北九州市：計画の策定にあたって。第二次北九州市高齢者支援計画，1，2009。
- 17) 北九州市：健康福祉北九州総合計画[改訂版]，
<http://www.city.kitakyushu.jp/file/23010200/master/fkaiteiban.pdf> 参照年月日2010/03/13
- 18) 総合政策学ワーキングペーパーシリーズNo.90：北九州市若松大庭方式にみる本人本位に基づくサービス提供，
<http://coe21-policy.sfc.keio.ac.jp/ja/wp/WP90.pdf> 参照年月日2010/03/14
- 19) 泰阜村：高齢者を取り巻く状況。第IV期泰阜村老人保健福祉計画・介護保険計画，8，9，2008。
- 20) 泰阜村役場：老人保健一人当たり医療費の動向。
- 21) 厚生労働省保険局：平成19年度老人医療事業年報，
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/seido/d1/roujin_houkoku19_20-26.pdf 参照年月日2010/02/06
- 22) 泰阜村：保健福祉サービスの現状。第IV期泰阜村老人保健福祉計画・介護保険計画，18，2008。

- 23) 山口昇, 林拓男: 尾道市御調町における地域包括ケアシステム—寝たきりゼロ作戦(介護予防)と保健・医療・福祉の連携—, 公立みつぎ総合病院, 1-3, 2007.
- 24) 山口昇, 佐藤智, 大島伸一, 高久史磨, 島崎謙治, 和田忠志: 明日の在宅医療第1巻在宅医療の展望 在宅医療と地域包括ケアの展開—公立みつぎ総合病院の実践—, 中央法規, 174, 175, 2008.
- 25) 山口昇, 林拓男: 尾道市御調町における地域包括ケアシステム—寝たきりゼロ作戦(介護予防)と保健・医療・福祉の連携—, 公立みつぎ総合病院, 21, 22, 2007.
- 26) 山口昇, 林拓男: 尾道市御調町における地域包括ケアシステム—寝たきりゼロ作戦(介護予防)と保健・医療・福祉の連携—, 公立みつぎ総合病院, 6, 7, 2007.

(平成22年5月10日受理)

Aging in Japan - Advanced Approaches in Regional Initiatives

Tomoko HISASHIGE, Masami SHIMIZU, Mayumi ARATANI and Tomoko HIRATA

(Accepted May 10, 2010)

Key words : life worth living, social participation, social welfare policies for the elderly

Correspondence to : Tomoko HISASHIGE

Master's Program in Health and Welfare Services Management
Graduate School of Health and Welfare Services Administration
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-Mail : w5609001@kwmw.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.20, No.1, 2010 267-280)