

高齢者の健康政策に関する研究の系譜と課題

Review of Health Policy Studies for Aged People and Related Research Subjects

平 岩 和 美
Kazumi Hiraiwa

要 約

高齢化を背景として、日本の医療政策は予防の強化に重点を置くことになった。本稿では介護予防事業に焦点を当て、高齢者の健康維持にかかわる医療制度的要因、社会的要因、個人的要因について考察した。これまでの研究では、医療制度的要因では健康維持に関する制度的要因について、社会的要因では社会が自然に及ぼす影響と付随して生じる健康問題、平均寿命の地域差、労働、地域のソーシャルキャピタルについて、個人的要因では遺伝、所得、生活習慣について検討されてきた。医療制度的要因ではハイリスク高齢者を対象にする方法と高齢者全体を対象とする方法をどのように用いるかが課題であると考えられている。社会的要因のソーシャルキャピタルは健康維持の分野で近年注目されている。個人的要因では、有益な自己決定を行えない場合に、行政によるサポートが必要とされている。行政は地域と個人の特徴を把握し、魅力ある事業を提供する役割があると示唆された。

キーワード：高齢化、健康維持、介護予防事業、医療制度的要因、社会的要因、個人的要因

1. はじめに

1-1. 高齢化と政策転換

平成17年版厚生労働白書によれば、日本において、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、2000年に17.3%、2010年に22.5%と増加しており、2020年には27.8%と予想されている。平均寿命は、1955年には女性67.75歳、男性63.60歳であったが、2003年には女性85.33歳、男性78.36歳となった。一方で生産年齢人口（15～64歳）は減少しており、1995年の8,717万人から2030年には7,000万人と見込まれている。高齢化による社会問題には、社会保障給付費、医療費の増加があげられる。経済成長の低迷する中、社会保障給付費の国民所得に占める割合は、1970年の5.8%から2002年の23%へと増加している。高齢者一人当たりの医療費は二木（1995）、吉原（1999）らの研究があるが、若年の4.7倍程度とされており、高齢化の進行と共に、医療費は毎年1兆円増加している。

このような状況のもとで、2000年介護保険制度が創設されたが、介護保険給付費もまた増加の一

途を辿り、全国で2000年に3.2兆円であったが、2005年には6.0兆円となっている。

そこで医療費抑制のため、予防と在宅医療を強化するように政策が転換された。注目されるのは長野県の成果である。長野県は国保保険料が低く、平均寿命が男女とも長い特徴を持つ。川瀨（1999）は理由として、予防と在宅医療に重点を置いていることをあげている。

近年行われた予防の強化には、壮年期のメタボリックシンドロームの健診（将来の高血圧、心疾患の発生を抑える政策）と高齢者の介護予防（虚弱高齢者の機能維持を図り、将来の要介護者を作らないようにする政策）がある。在宅医療の強化としては、クリニカルパス（疾患ごとの治療計画）を利用した入院日数の短縮や、在宅介護サービスの充実があげられる。また、負担と給付の見直しとして、後期高齢者に新たな保険料徴収を課する後期高齢者医療制度（長寿医療制度）が創設された。（図1参照）

本稿ではこのうち虚弱高齢者の介護予防事業に焦点を当てる。介護予防事業は2006年4月介護保

険制度に創設された地域支援事業の一つである。

地域支援事業は、介護予防事業のほか、包括的支援事業、任意事業で構成される。包括的支援事業はケアマネジメント、虐待や認知症の相談サービスである。任意事業は市町村独自の介護保険サービスで、布団洗濯や配食サービスがあげられる。

介護予防事業では、65歳以上の高齢者に対してIADL（Instrumental Activities of Daily Living：金銭管理や外出などの生活関連動作）を問う基本チェックリストや歩行速度・片足立ちの時間を問う体力テストによる健康診査を行い、一般高齢者と特定高齢者に分けている。一般高齢者には、健康維持のパンフレットの配布による啓発や、健康維持活動の支援（資金提供や講習）が行われる。特定高齢者には、ケアマネジメントにより必要に応じて、口腔機能改善、栄養状態改善、運動機能改善の通所サービス、うつ・閉じこもり・認知症改善の訪問サービスが行われる。厚生労働省は高齢者全体の5%に特定高齢者サービスを行い、将来の要介護者の増加を抑えることを目標にしている。（表1参照）

1-2. 本稿の目的と構成

本稿では医療費抑制政策のうち介護予防事業を中心に、個人の健康を左右する要因について、既往の研究を振り返り課題を整理する。高齢者のみならず、個人の健康に影響をおよぼす要因は、主として3つあげられる。医学的要因、社会的要因、個人的要因である。医学的要因には、医療制度的要因、医療の質、アクセスがあるが本稿ではこのうち医療制度的要因について述べる。社会的要因は環境要因でもあり、社会が自然に及ぼす影響と、それに付随して生じる健康問題、労働環境、地域環境がある。地域環境には支援ネットワークがあり、信頼、規範などのソーシャルキャピタルと呼ばれる。個人的要因には、遺伝や所得、生活習慣がある。（図2参照）

WHOは1986年、健康増進とは人々が自らの健康を管理する能力とした。その方法は同じくWHOの1986年オタワ憲章によれば、①個人の技能を開発すること、②地域社会の活動を強化すること、③支持的な環境を創り出すこと、④保健サービスの方向付けをし直すこと、⑤健康に関する公共政策を構築することである。WHOが述べる健康増進の方法④⑤は、医療制度的要因に該当し、②③は社会的要因に、①は個人的要因に対応

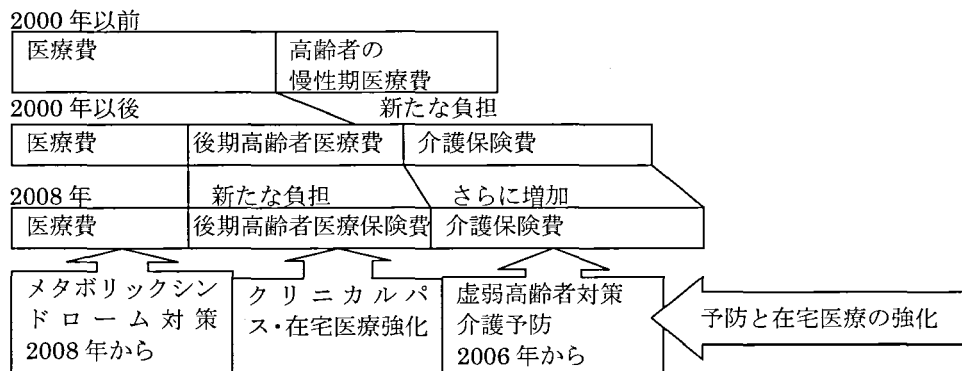


図1. 医療費抑制のための政策転換：予防と在宅医療の強化・新たな負担（筆者作成）

表1. 地域支援事業

地域支援事業			
介護予防事業			包括的支援事業
一般高齢者施策		特定高齢者施策	
介護予防普及啓発事業	地域介護予防活動支援事業	通所型事業	訪問型事業

（筆者作成）

する。

2. 医療制度的要因

本節では医療制度的要因のうち特に政策の方向付け・医療の質・アクセスについて述べる。

2-1. 健康政策の定義と変遷

WHOによれば健康政策とは、公的機関（特に政府機関）内部における、公式な声明や手続きのことであり、健康面でのニーズや利用可能な社会資源、政治力によって、施策の優先順位や条件が定められる。スパソフ（1999）によれば、「広義の健康政策にはオランダ政府による1994年の定義があり、政府（行政）と、住民の健康を維持・増進する政府以外の関係者の活動の双方を意味する。狭義には、ヘルスケアに関する政策、予防に

関する政策、両方にまたがる政策」である。

日本においては、健康政策を定義づける文言は特に無い。旧厚生省に健康政策局という名称があり、保健医療に関する基本的政策の立案を行ってきた。健康政策局は2001年省庁改正により、厚生労働省医政局に組織変更された。これまでの日本において健康政策と呼べるものは、カナダの健康政策をふまえて作られた旧厚生省の国民健康づくり運動と考えられる。

健康政策は、これまで公衆衛生として扱われた予防、医療政策として扱われた医療提供体制、体力政策として行われた体力強化を融合し、予防、医療提供、健康増進を図るものと考えられる。（図3参照）

表2から表4に体力政策と医療政策、健康政策の変遷を示す。以上の変遷を経て、健康政策は個

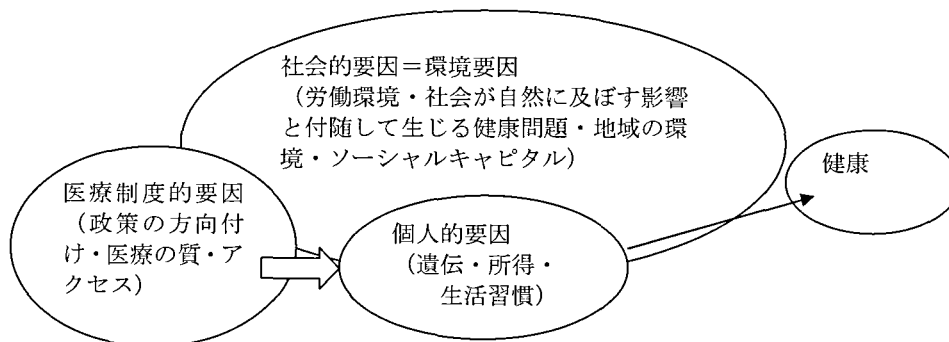


図2. 個人の健康を左右する要因 (筆者作成)

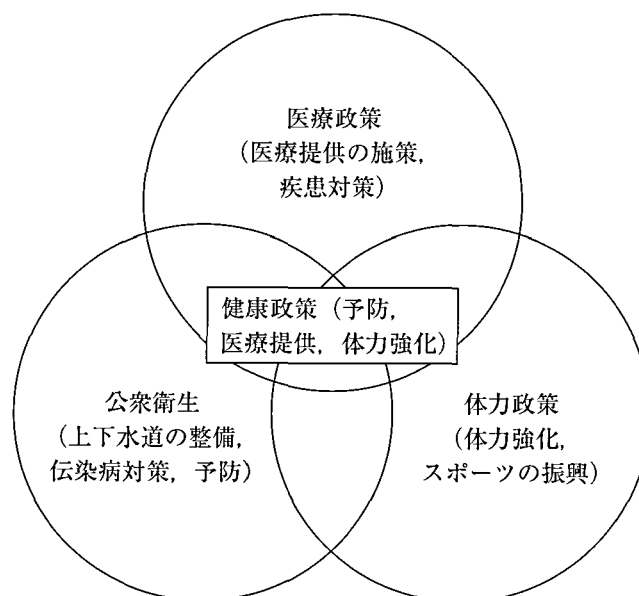


図3. 健康政策の範囲 (筆者作成)

人の健康行動を促すための方策を展開してきた。その目的は健康増進である。高齢者に関して特記すべきことは、1973年の老人医療費無料化、1983年の老人保健法の開始、2000年の介護保険法の施行である。吉原（1999）によれば老人医療費の無料化は高齢者の医療アクセスを高め日本の長寿化に貢献した。老人保健法では、健康診査により予防的な観点が導入された一方で、老人医療費の自

己負担を開始した。介護保険法では40歳以上に保険料徴収を求め、要介護認定とケアマネジメントにより給付制限を行った。

さらに、2006年開始された介護予防事業は、高齢者の健康を維持増進させ、介護保険給付費の増加を抑える一翼を担っている。

表2. 体力政策・医療政策の変遷

年次	体力政策	医療政策	医療政策（高齢者関連）
1922年 戦前	国民体力法など国防力の強化が目的	健保法制定（従業員常時10人以上の事業所）	
1938年 1961年 1964年	東京オリンピック、体力づくり国民運動	厚生省創設、国保法制定、任意加入 国民皆保険達成	
1973年 1978年 1979年	厚生省による国民健康づくり対策 疾病予防対策から健康増進対策への転換 労働省によるシルバーヘルスプラン 中高年労働者の健康づくり、労働衛生管理	高額療養費制度創設 国保組合の国庫補助増加	老人福祉法による老人医療費無料化
1982年 1983年 1985年 1987年 1989年		退職者医療制度創設 都道府県医療計画	老人保健法制定、老人保健事業施行 第1次計画（健康手帳、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導） 高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン） 第2次計画（重点健康教育にがん・寝たきり予防追加、基本健康診査にがん検診の導入、重点教育に骨粗しょう症追加、健康診査に生活習慣改善項目導入）
1992年 1993年 1995年 1997年		訪問看護制度創設 地域医療支援病院制度創設	第3次計画（重点健康教育に大腸がん・糖尿病予防、基本健康診査に血液成分追加、訪問指導に生活習慣改善・認知症追加） 老人保健福祉計画 機能訓練事業B型（地域参加型）追加 介護保険法制定
2000年 2002年 2006年 2008年	健康増進法制定 都道府県健康増進計画		介護保険法施行 第4次計画（健康日本21との統合） 介護保険法改定、介護予防事業開始 老人保健法廃止 後期高齢者医療制度開始

（文献20, 23, 33, 47を参考に筆者作成）

表3. 日本の健康政策（厚生省国民健康づくり対策）の変遷

	年次	内 容
第1次	1978～1988年	成人病予防, 健康づくりの3要素（栄養, 運動, 休養）の健康増進事業の推進（栄養に重点）
第2次	1989～1999年	3要素のうち遅れていた運動習慣に重点, 健康増進事業の推進
第3次	2000～	健康寿命の向上, QOLの向上, 具体的目標の設定, 個人責任の強化 厚生労働省「健康日本21」生活習慣病予防目標値の設定

（文献11, 46, 47を参考に筆者作成）

表4. 国外の健康政策の変遷

年次	国・団体	内 容
1948年	英国	National Health Service 開始。
1974年	カナダ	厚生大臣 Lalonde レポートによる目標達成型の健康政策, Canadian Task Force on Preventive Health Care 開始。
1978年	WHO/UNICEF	アルマ・アタ宣言, Health for All
1979年	米国	Healthy People, 生活習慣の改善により, 心筋梗塞死亡率の低下
1984年	米国	Services Task Force 開始。

（文献11, 44を参考に筆者作成）

2-2. 健康増進の方策

健康増進の方策には「特定集団」という用語がある。同様の因子を持つ人々から同様のリスクが発生するという考えに基づく。例をあげれば、妊婦と妊娠中毒症・高血圧, 高齢者と寝たきり, 解体業者とアスベスト被害などである。このような, 疾患の高リスク集団を「特定集団」とよぶ。保健活動にはこの特定集団を対象とする方法（ハイリスク・ストラテジー）と, 全体を対象とする方法（ポピュレーション・ストラテジー）がある。特定集団を対象とした対策の長所は, 効率的であること, 治療概念に当てはめ易いことがあげられる。短所としてスクリーニングに費用が必要とされること, スクリーニングが適切でない場合は効果が上がらないことがあげられる。

一般集団を対象とした対策の長所は取りこぼしが無くなること, 集団全体が良好な方向へ向かうことがある。短所として, 必要のない人も行動変容を迫られること, 費用がかかることがあげられる。（表5参照）

ローズ（1985, 1992）は361,662人の男性の6年間のコレステロール値と冠動脈疾患による死亡率の関係を見てハイリスク集団における死亡者数より, 平均より高め程度の集団から最も死亡者数が多くなることを指摘した。そして, 「小さなリ

スクを負った大集団から発生する患者数は大きなリスクを負った小集団から発生する患者数より多い」とし, これを予防医学のパラドックスと名付けた。特定集団の抽出が曖昧である場合, 特定集団と疾患の因果関係が決定的でない場合は, よりこの傾向が強くなる。ローズは「集団全体の行動変容を起こす保健活動が重要である」とした。

これに対して, スパソフ（1999）は, 「特定集団と一般の両方に対する政策を補完的に進める方法が効果的である」と述べた。（表6参照）

ただし, スパソフはハイリスク者を選定するスクリーニングの条件として「早期発見により予後が改善されること, 妥当性（選ばれた人が確実に疾患を発症しやすく, 選ばれなかった人が疾患を発症しないこと）, 住民への受け入れやすさ, 実質的なリスクが把握できること, 陽性者のフォローアップが適切になされること, 有効な介入法を提供する資源があること」をあげている。

介護予防事業の特定高齢者施策は特定集団を対象とした方法である。一般高齢者施策は高齢者全体を対象とする方法である。

介護予防事業の特定集団抽出のスクリーニングは適切に虚弱な高齢者を選別しているか現時点ではわからず, 妥当性の点でスパソフの述べるスクリーニングの条件を満たしていない。そこで, 介

表5. 健康増進の方策の特徴

手法	内容	長所	短所
ハイリスク・ストラテジー	ハイリスク者を集団の中で特定しリスク因子を修正する	費用効果, 医療実践パターン	ハイリスク者を明らかにする必要あり, 境界レベルの効果はこのアプローチだけでは得られない
ポピュレーション・ストラテジー	集団全体を標的, リスクが低いほうへ集団全体をシフトさせる	ハイリスク者が減る	リスクの低い者も行動変容を迫られる

(筆者作成)

表6. 健康増進の方策についての研究

年代	1985, 1992年	1999年	2008年
人名	ローズ (Rose, Geoffrey)	スパソフ (Spasoff, Robert A.)	清野論
理論	予防医学のパラドックス	ハイリスク者と一般者の対策	ハイリスク者対象の効果
内容	小さなリスクを負った大集団から発生する患者数は, 大きなリスクを抱えた少数の集団からの患者数よりも多い	住民全体を対象とする対策とハイリスク者への集中介入が補完的に行われるべき	ハイリスク高齢者の運動教室は運動習慣の形成に有効だが, 生活機能には変化なし

(筆者作成)

護予防事業に関して, ローズの述べる全体を対象とした方法が重要であり, その手段として, 介護予防事業一般高齢者施策の活動支援事業が重要であると考えられる。

また, 清野 (2008) は「特定高齢者施策の参加者の運動教室の効果について, 運動習慣形成には有効であるが生活機能の変化が見られなかった」としている。

運動習慣は健康維持活動であるが, 最終的な目標は, 外出をする活動的な生活であり, いかに生活を活性化する運動教室を行うかという課題がある。

2-3. 日本の医療・介護制度の特徴

池上 (1996) は「日本の医療制度の特徴は低コスト・平等なサービスである」としている。これは, 国民皆保険と診療報酬体系による統制の賜物であり, 医療保険は公的に運営されているが, 不足する保険者には公費が投入されている。

二木 (2001) は「日本の医療費がGDP比で先進諸国より低いことを指摘し, 医療費抑制を行えば日本の医療パフォーマンスが低下する」と危惧している。医療パフォーマンスを他国と比較すると, 医療費とGDPの比率が最も高い米国では公的皆保険は存在せず, ドクターフィーやホスピタ

ルフィーが認められているため, 貧困者は医療にかかることが困難である。そのため生活困窮者向けの公的医療保険 (メディケイド), 65歳以上の高齢者向けのメディケアがある。

医療費とGDPの比率が先進国中最も低い英国では, NHS (国営医療) により平等な医療を提供しているが, 近藤 (2005) によれば医療従事者の処遇が悪いため, 海外流出が起き医師不足となっている。そのため, 簡単な感冒でもかかりつけ医の診察は3日以上待たなければならない。日本の社会保障制度は独国を手本としているが, 独国の医療保険は保険料のみで運営されている。そのため, 保険適応の範囲が狭く, 医療アクセスは制限される。

また, 池上 (2006) は, 「医療サービスは提供者と患者の間に情報の非対称があり, 市場経済にはなじまないとし, 医師数や病床数の計画配置が必須」としている。近年は, 国の一律な基準を県レベルで裁量すべきという見解もある。

介護保険制度は日本のほか独国, 韓国で行われている。オランダにも介護保険制度は存在するがサービスの現物給付は無く, 現金給付 (家族介護手当) のみである。日本の介護保険制度は医療保険と同様, 保険料に公費を加え運営されている。先に始まった独国の介護保険は, 独国の医療保険

表7. 介護保険制度の各国比較

	日本	ドイツ	韓国
法制定	1997年	1994年	2007年
法施行	2000年	1995年	2008年
保険者	市町村 (施行時約3千)	介護金庫 (全国に7つ)	健康保険公団 (国に1つ)
被保険者	40歳以上	医療保険加入者	健康保険加入者
給付対象	原則高齢者	全ての年齢	原則高齢者
要介護度	7段階	4段階	3段階
現金給付	なし	あり	島・僻地はあり
利用者負担	10%	なし、定額を超えると自己負担	在宅給付15% 施設給付20%
財源構成	公費：保険料=1：1	保険料のみ	国庫：保険料=1：4

(出典：文献27)

同様に保険料のみで運営されているため、日本ほど保険給付の範囲が手厚くない。日本では要介護3に相当する障害老人でないとサービスが保険給付されない。増田(2007)は「2008年から開始した韓国の介護保険は日独の長所短所をうまくとらえ運営されている」としている。(表7参照)

日本の介護保険制度では介護単価は決められているものの、保険給付の範囲を超えたサービスは実費負担で受けることが可能であり、割増しの単価も認められている。この点は医療保険で差額ベッドなど混合診療が一部しか認められていないことと比べると異なる。介護保険では医療保険と比較し、混合診療ならぬ混合サービスを導入し、サービス参入の配置計画などの規制が存在しないことから、市場を利用した形態となっている。

医療と介護保険制度の方向付けを考える際、市場化は医療費抑制の重要な鍵になってくると考えられる。ただし安易に導入すれば、サービス参入に地域差や、悪質なサービスが参入する危険がある。介護予防事業は急性期医療でないため、高度な医療専門家を必要としない。そこで介護予防事業の民間委託や、事業のリーダーを高齢者に任せられることも可能である。

2-4. 小活

医療制度的要因について、これまでの日本の医療は手厚く、世界一の長寿国という十分な成果を上げてきた。日本の健康政策の変遷から、ことに近年は負担と給付の見直しが図られてきた事がわかる。今後も医療費抑制のため負担と給付が見直

されるなか、予防にシフトする方法は負担を増やす事も、給付を削る事もないため、国民の同意を得られやすく重要な方向付けであると考えられる。また、事業の効率化のために委託を行うことも検討すべきである。

3. 社会的要因

本節では社会的要因と健康の関連を説明する。社会が自然に及ぼす影響に付随する健康問題として公害、国内における平均寿命の地域差と理由、労働環境、地域のソーシャルキャピタルについて概観する。

3-1. 社会が自然に及ぼす影響と、それに付随して生じる健康問題

社会が自然に及ぼす影響に付随する健康問題として、公害があげられる。公害対策基本法2条(1967)によれば、公害とは「事業活動その他の人の活動に伴って生ずる相当範囲にわたる大気の汚染、水質の汚濁、土壌の汚染、騒音、振動、地盤の沈下及び悪臭によって、人の健康または生活環境に係る被害が生ずること」である。

柴田(1989)は、「公害という言葉が辞書に登場するのは1960年代のことであるが、日本における公害の原点といえるのは渡良瀬川下流に1877年から1970年代まで鉛毒が流入した足尾銅山事件である」としている。1950年代からの技術革新によって深刻な健康被害を生じた公害として、熊本と新潟の水俣病、富山のイタイイタイ病、四日市喘息がある。また、1970年に起きた東京都の光化

表8. ソーシャルキャピタルについての見解

年代	1977年	1990年	1993年	2000年
人名	ブルデュー (Bourdieu, Pierre)	コールマン (Coleman, James S.)	バットナム (Putnam, Robert D.)	ウォールコック (Woolcock, M)
見解	人間の資本を文化資本、 経済資本、社会関係資本とする。	社会の成員の相互行為 の密度。	社会の効率性を高める 信頼、規範、ネットワー ク。	結合型と橋渡し方がある。 負の側面として強力な 結合型では排他性がある。

学スモッグがあげられる。

公害は直接目の前で人命が失われる形をとるとは限らず、自然の生態系に影響を与え将来的に人々に健康問題を起こす。ごみ処理によるダイオキシンの発生や、酸性雨、二酸化炭素の発生による地球の温暖化がこれにあたる。長寿のための好ましい自然環境を整えるには人の一生のみならず長期的な観点が必要となる。

その他、自然環境が健康に及ぼす影響としては、傾斜の激しい地形と膝関節疾患、寒冷地と脳血管障害の関連性、災害などがあげられる。

3-2. 国内における平均寿命の地域差と理由

平成17年版厚生労働白書（2005）は、地域差を焦点にまとめられている。これは、2002年の健康増進法により、都道府県、市町村は独自の地方健康増進計画を立てることが定められた事が背景と考える。この白書によると、男性平均寿命の最も長い長野県と最も短い青森県の差は、3.23歳、女性平均寿命の最も長い沖縄県と最も短い青森県の差は2.32歳ある。死亡の三大原因は、全国平均では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順である。同じ長寿県でも死因は異なり、長野県では脳血管障害の割合が全国平均より高く、沖縄県では悪性新生物、心疾患の割合が高い。

平均寿命の地域差は、その地域の気候、風土、食習慣、提供される医療の質、予防事業など複雑な要素が絡み合っている。OECD（2005）によれば日本だけでなく国外でも、気候、人種、職業、教育、所得などの要素により寿命の格差が確認されている。こうした背景から、地域ごとに異なる重点的な健康政策が必要となる。

死因の都道府県別統計が出された頃、長野県は寒冷地であるため脳血管障害の割合が高かったが、水野（1997）は「予防のために1955年ころより保健キャンペーンを盛んに行い、検診をはじめ

ヘルス事業の啓発を盛んに行ったことが長寿の理由となった」としている。川淵（1999）は長野県民が長寿である理由として「1960年代から、脳血管障害の抑制のために『一部屋暖房運動』『減塩運動』を保健師が行い、地区衛生組織がその活動を支えたこと」をあげている。その他の理由として、水野は65歳以上の就業率の高さ、保健師数の多さを、川淵は、持ち家率の高さを挙げている。

同じく長寿の沖縄県では、温かな気候、食塩摂取量の低さ、100歳以上の長寿者が多いことが全体の平均寿命を挙げている原因とされているが、いまだ決定的な要因は明らかでない。水野（1997）は「注目されているのは本土と大きく違う食生活」としている。

3-3. 労働環境

労働環境と健康の関係では、職業病と呼ばれる疾患（粉じん作業とじん肺、保育士と頸腕症候群、運転業と腰痛など）、過労死などがある。

多くの高齢者にとって労働は過去のものになるが、高齢者の雇用が促進されれば所得が向上する、生きがいが増す、活動が活発になるという効果を生む。

先に述べたように長野県では、高齢者医療費が低い傾向があるが、高齢者の就業率が日本一高い。健康維持の観点では、危険のない労働環境によって高齢者の雇用機会を増やすことが重要と言える。

3-4. 地域環境としてのソーシャルキャピタル (Social Capital) (表8参照)

その他に、個人を取り巻く環境の要素として、社会的ネットワークとしてのソーシャルキャピタルが上げられる。一般にソーシャルキャピタルとは社会的結束性、社会関連資本とよばれる。直訳すると社会資本になるが、インフラストラクチュ

表9. ソーシャルキャピタルと健康に関する研究

年代	1979年	1995年	1997年	2002年	2006年	2006年
人名	バークマン (Berkman L. F, Syme S. L.)	スメンザ (Semenza J. C.)	カワチ (Kawachi, Ichiro)	岡戸順一	伊藤勝久	三橋雄
テーマ	ソーシャルネット ワークの量と 死亡リスク	シカゴ熱波の死 亡リスクと社会 的孤立	全米州のソー シャルキャピタ ルと死亡率	社会的ネット ワークと生命予 後	地域住民の生き がいと社会的 ネットワークの 関連	ソーシャルサ ポートと検診受 診行動

アと区別するため、社会関係資本と訳されている。

ブルデュー (1977) は「人間の資本を文化資本、経済資本、社会関係資本」とした。コールマン (1990) はソーシャルキャピタルを「社会の成員の相互行為の密度」とした。パットナム (1993) は、伊・米国で大規模な調査を行い「ソーシャルキャピタルが犯罪防止・教育・健康維持など社会的分野の効率性を高める」とした。ウォールコック (2000) はソーシャルキャピタルを結合型と橋渡し型に分類し、強力な結合型では排他性という負の側面があると述べた。

本庄 (2007) は「ソーシャルサポート、ソーシャルネットワークは個人レベルの変数であるのに対し、ソーシャルキャピタルは社会的特徴を表す集団レベルの変数である」とする。ソーシャルキャピタルを地域で計測する際には、地域のNPOやボランティアの数、寄付の数などの指標がある。個人に焦点を当てて測定する際には、他人を信用できるか、日常的な付き合いの頻度、祭りなどの地縁活動への参加、自治会などの地縁団体への参加の質問項目がある。

ソーシャルキャピタルの地域差として、山内 (2003) により測定された市民活動インデックスは、非営利組織数、寄付指数、ボランティア指数の指標を用いている。山内によれば、「市民活動インデックスが高い地域は、熊本県、沖縄県、宮崎県、山口県、鳥根県、鹿児島県など九州地方や四国地方であり、低い地域は千葉県、愛知県、茨城県、埼玉県」である。稲葉 (2007) は「山内の測定した指数は、都道府県別の失業率、犯罪率と逆相関、女性の平均余命と相関がある」としている。

その他に日本のソーシャルキャピタルの地域差を扱った調査として、稲葉 (2007) は、2003年に

内閣府が日本総研に委託し行ったサンプル数3,878 (インターネットによる回答2,000、その他郵送による) のアンケートをあげている。この調査において内閣府はソーシャルキャピタル指数に、他人への信頼、日常的な付き合い、地域での活動状況をあげている。この上位は、鳥根県、鳥取県、宮崎県、山梨県、長野県、下位は奈良県、東京都、大阪府、神奈川県、高知県であった。稲葉は「内閣府の調査と山内による調査の相関係数は0.52と比較的高い。内閣府のソーシャルキャピタル指数と都道府県別の完全失業率、刑法犯認知件数は逆相関、合計特殊出生率、65歳以上の女性の平均余命とは相関が見られる」としている。

3-5. ソーシャルキャピタルと健康について

パットナム (1993) が述べるようにソーシャルキャピタルが社会の効率性を高めるとすれば、医療費抑制政策を打ち出した日本の健康維持に大きな役割を果たす可能性がある。この10年においてソーシャルキャピタルは公衆衛生・健康政策の分野で関心を持って取り上げられている。カワチ (1997) は全米州のソーシャルキャピタルと死亡率を研究した。カワチ以前はバークマン (1979) がソーシャルネットワークの量と死亡リスクの関係を、スメンザ (1995) はシカゴ熱波の死亡リスクと社会的孤立の関連を述べている。

日本では、岡戸 (2002) が社会的ネットワークと生命予後との関連、伊藤 (2006) が住民の生きがいと社会的ネットワークの関連を述べた。三橋 (2006) はソーシャルサポートと検診受信行動の関連性を述べている。(表9参照) 先行研究ではいずれもソーシャルキャピタル、サポート、ネットワークが健康にプラスの影響を与えるという見解である。ただし、ソーシャルキャピタルに向けての批判として、カワチ (1997) は「行政が住民の

福祉に対する責任を放棄することを正当化する道具としている。とりわけ第3の道を志向する政治家が、ソーシャルキャピタルを貧困や健康格差を解決する安い代替的方法としている傾向がある」と警鐘を鳴らしている。

3-6. 小活

社会的要因の中では、社会が自然に及ぼす影響と付随して生じる健康問題、労働環境と健康の因果関係は明らかとなっている。

また、寿命の地域差やソーシャルキャピタルについて概観した。ソーシャルキャピタルは健康維持の分野では近年注目されている。このような社会環境の差は健康政策の効果と何らかの関係が予想される。

4. 個人的要因

本節では、個人的要因をまとめる。

4-1. 遺伝

現代の医学で、遺伝による原因として明らかな疾患がある。同様の生活習慣を送っても、疾患のリスクは異なる。遺伝による疾患には、血友病や脊髄小脳疾患などがある。また、生活習慣病と呼ばれる高血圧、糖尿病も、血縁者が発症していると発症しやすい。ただし、生活習慣病は、素因を持っていても塩分摂取量を抑え、カロリーを控えた食事や運動をするなどの生活習慣により発生リスクを下げる事が可能である。

4-2. 所得

近藤（2005）は日本、英国において社会的要因と健康格差を調査し、貧困、低学歴、非熟練労働者の有障害率が高いこと、ジニ係数が高い地域に住む人、ソーシャルネットワークが低い地域に有障害率が高いことを指摘した。そこで、近藤（2005）は「個人の意思決定が健康状態を左右するものの、貧困、低学歴、非熟練労働者に関して、また経済格差のある地域、ソーシャルネットワークの低い地域に対して政府の介入が必要である」としている。

しかし因果関係について課題がある。障害を持っているので雇用機会が少なく低所得になるという事もあり得る。

近藤（2004）は日本において人口4万人の自治体で全高齢者について要介護者の出現と所得の関連について調査（回収率96.3%）を行い「男女別、年齢別、4つに分けた所得階層別について調べ、所得が低い階層は要介護高齢者の出現割合が高い」とした。また、日本だけでなく、英国政府統計を用いて65歳以上の高齢者3,236人のデータから「低所得、非熟練労働者に有障害率が高くなる」とした。さらに、「障害があるために所得が減少した対象者を除き調査した結果、やはり低所得が障害を招く」とした。

2000年に始まった介護保険制度では応益負担の原則により要介護者は所得に限らず利用料は1割負担となっている。浅井（2002）は「医療関係振興会の居宅介護支援事業者調査では、『利用者が困っているのは経済的負担』と答えたケアマネジャーが回答者の78.5%、理想のケアプランができない理由は『利用者の経済的理由』と73.5%が回答した」としている。

林（2002）は、「全日本民医連の2000年介護実態調査では要介護認定を受けたが介護サービスを利用しない人の理由として14.7%が利用料負担をあげ、54.6%が家族介護に頼ると答えた。費用負担できない人が家族介護を利用しているのではないかと」している。介護保険では適切なサービス利用が健康状態を維持することにつながるが、経済的理由によりサービス利用を控える傾向がうかがえる。

高齢者の所得は平均的に低い傾向にあり、低所得者が多い。総務庁の2000年国民生活基礎調査において1世帯当たりの平均所得金額が626万円であるのに対して、高齢者世帯は329万円、年間所得が200万円以下の高齢者は高齢者世帯の43.2%、300万円以下は62.1%となっている。

OECD（2005）の報告では「各国で高齢者の低所得と機能障害の関連が明らか」とされている。

所得は個人的要因だけとは言い難い。職業、教育歴等の社会的要因との関連も深く、医療や介護へのアクセスを困難にする大きな理由と考えられる。高齢者の健康維持を考える際、所得保障や自己負担の少ないサービスのあり方は重要な要素になる。

表10. 健康行動に関する内容

年代	2003年	2003年	2006年	2007年	2007年
人名	尾崎章子	宍戸由美子	大久保豪	中野匡子	管真理
内容	百寿者は運動習慣を持つ	運動教室により主観的健康感が向上する	男性は教養健康情報の講義に参加高、転倒予防には参加低	運動習慣指数が高いと生命予後がよい	健診非受診者はIADLが低い、健康自己評価が高い

表11. 健康維持活動の高齢者リーダーに関する研究

年代	2006年	2007年
人名	島貫秀樹	岡本英明
内容	リーダーは高学歴、外出頻度高、自己評価高、QOL高	リーダーは外出がつかない、友人多い、活動の情報が多い、知識、技術がある

4-3. 個人の生活習慣

個人の生活習慣で健康になるための行動に関する研究には、以下があげられる。

尾崎（2003）によれば、「百歳で健康な人は運動習慣を持つ」、中野（2007）は「運動習慣指数が高いと生命予後がよい」としている。宍戸（2003）によれば「運動教室の効果は主観的幸福感の向上」である。大久保（2006）は「健康教室の男性参加者は健康情報の講義に参加率がよく、転倒防止教室には参加率が低い」としている。菅（2007）は健診非受診者を二つのタイプにわけている。一つはIADL（外出、金銭管理などの日常生活関連動作）が低く健診に行けない人々であり、もう一方は健康自己評価が高く健診の必要を感じない人々である。前者は、本来は健康維持サービスを受けるべき対象者であるが、サービス受給から取り残されている。この人々の健康を維持するには集団健診より訪問サービスが必要である。後者は自己評価と客観評価が一致すれば問題ないが、そうでない場合に何らかの呼びかけにより健康行動を開始してもらう必要がある。（表10参照）

健康のための理想的な生活習慣は、適度な運動と休息、バランスのとれた栄養、禁煙である。このほか、定期的な健康診査がある。

介護予防事業では、まず健康診査の受診率をいかに上げるか、次に対象者の選別が適切か、さらに、どうやって、必要な人にサービスを受けてもらうかという多くの問題が残されている。またサービスの内容は妥当かという課題もある。

4-4. 健康維持活動の高齢者リーダーの特徴

次に健康維持活動のリーダーの特徴をみる。島貫（2006）は、高齢者リーダーの特徴として、高学歴、外出頻度高、自己評価高をあげている。岡本（2007）は、リーダーの特徴を外出がつかない、友人が多い、活動の情報を多く持つ、知識技術があるとしている。（表11参照）

高齢化が進む中、高齢者の健康維持を活性化する高齢者の役割もある。そのためには、活動のリーダーが必要であり、その育成は課題とされている。介護予防事業一般高齢者施策の活動支援事業は高齢者グループの自主的活動を支援するため、リーダーの育成を行い、活動の道具や場、資金を提供することが求められている。

4-5. 医療におけるプレーヤーと行動

最後に健康を維持する生活習慣を個人がどう選択できるかを考える。

真野（2006）は「プリンシパル・エージェント理論」を用いて医療従事者と患者関係を説明しようと試みた。プリンシパル（依頼人）・エージェント（代理人）理論では取引される財・サービスに情報の非対称がある場合、プリンシパルがエージェントに権限を委譲し、判断や取引を行わせる。

真野（2006）によれば、「医療は探索財ではないために、医療需要には明示価格に対する需要曲線は存在しない。信頼のような情報を基準に購入判断をすることもあるが、情報の非対称がある限りエージェントである医療従事者に購入判断を委

託する」ことになる。この関係では、プリンシパルがエージェントの行為を評価できる場合とできない場合がある。評価できる場合は、通常取引となりお互いの効用を最大化できる。評価できない場合は、情報の非対称がある場合で、エージェントにモラルハザードを生じる可能性がありパレート効率的な取引にならない。医療提供者側のモラルハザードとして医師需要誘発が起きる危険がある。

真野（2006）によれば、「プリンシパルは患者、エージェントは医療従事者と理解されるが、自己負担が低い医療保険では、国や医療保険組合などの保険者をプリンシパル、医療提供者をエージェントとみなす場合や、プリンシパルを患者、医療保険者をエージェントと見なす」こともできる。

しかしながら、疾病構造の変化と予防医学の発展により情報の非対称性にも変化が見られる。今日では、生活習慣と疾患の関連が明らかになってきた。このような場合は、患者の行動や意思決定によって疾患の経過が異なってくる。その点で、介護予防は医療を必要とする一歩手前の人を対象としており、個人の選択により効用を最大化できる。保険者は効用を最大化した個人の選択により効率的に健康維持サービスを展開できる。個人に購入判断が容易に行え、明示価格に対する需要曲線も存在する可能性がある。

4-6. 小活

個人的要因について、遺伝、所得、生活習慣による健康への影響は明らかになっている。今後は、いかに個人の健康行動を、医学的、社会的にサポートしていくかが課題である。

5. まとめ

ここでは、以上の研究系譜をレビューした結果とそれをふまえた今後の研究課題をまとめる。まず、医療制度的要因について、これまでの日本の健康政策の変遷は、負担と給付を拡大し発展してきた。そして、世界に誇る長寿という成果を挙げた。しかし高齢化による社会保障費の拡大により、負担と給付に見直しを図り、予防に重点を置く政策に転換を行うことになった。本稿では予防の方策として上げられた高齢者の健康維持・介護予防事業に注目しこれまでの研究を概観した。

その結果、事業の施策としてハイリスク高齢者を抽出する方法と高齢者全体を対象とする手法の選択が課題として考えられた。また、今後の研究においては、事業の民間委託について検証されるべきと考えた。

社会的要因（環境要因）について、自然環境は変化させにくい要因であるため長期的な視点で関わるべきである。労働環境は高齢になって障害が発生しないよう安全性を整えるとともに、高齢者の雇用を促進することが課題とされた。地域環境としてのソーシャルキャピタルは健康に影響を与えることが推測される。仮にソーシャルキャピタルの特徴と個人の健康行動が明らかになれば、ソーシャルキャピタルの補完により、行政が個人の健康行動を効率的かつ効果的に促進できると考えられる。

個人的要因について、遺伝的要素は改善できないものの、生活習慣の改善はインテリジェンスの高い個人には自己責任であろう。健康維持に有益な自己決定を行えない個人の場合（低所得や非熟練労働、低学歴）には行政のサポートが必要とされる。

介護予防事業における理想的な個人の健康行動としては、進んで健康診査を受け、サービスを受ける、さらに高齢者グループのリーダーとなり他の高齢者の健康行動を促進するというものである。高齢者の健康維持に貢献するために、いかに地域と個人の特性をふまえ、魅力的な介護予防事業をマネジメントすべきかを、今後の研究の課題として指摘したい。

参考文献

- 浅井春夫（2002）「福祉国家の再編」『現代思想』30(7)pp.119-132
- 池上直己・J. C. キャンベル（1996）『日本の医療統制とバランス感覚』中公新書 pp.115-117
- 伊藤勝久他（2007）「地域住民の生活環境変遷と生き甲斐・意識形成との関連性－集落組織と住民生活の変遷およびソーシャルキャピタル、住民の生活満足度と「生き甲斐」との関連性－」『島根大学プロジェクト研究』p.4
- 稲葉陽二（2007）『ソーシャル・キャピタル 信頼の絆で解く現代経済・社会の諸課題』生産

- 性出版 pp.44-50
- 大久保豪他 (2006) 「介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討」『日本公衛誌』52(12)pp.1050-1057
- 岡戸順一他 (2002) 「社会的ネットワークが高齢者の生命予後に及ぼす影響」『厚生指標』49(10)pp.19-23
- 岡本秀明他 (2007) 「大都市居住高齢者の社会活動に関連する要因」『日本公衛誌』53(7) pp.504-515
- 尾崎章子他 (2003) 「百寿者の Quality of life 維持とその関連要因」『日本公衛誌』50(8) pp.697-711
- 川淵孝一 (1999) 「なぜ長野県民は長寿か医療経済的視点から見た分析」『公衆衛生』63(1) pp.25-29
- 管万理他 (2007) 「縦断的データから見た介護予防健診受診非受診の要因」『日本公衛誌』33(9)pp.688-700
- 木下由美子編 (2004) 『地域看護学』医歯薬 pp.172
- 栗山進一 (2008) 「大崎国保コホート、高齢者と医療費」『日老医誌』45(2)pp.172-174
- 小島真二他 (2007) 「地域高齢者の運動指導における運動定着に寄与する要因の検討」『体育学研究』52 pp.227-235
- 近藤克則 (2005) 『医療費抑制の時代を超えて イギリスの医療福祉改革』医学書院 pp.284-296
- 宍戸由美子他 (2003) 「運動指導教室参加者の運動習慣・医療費などの変化」『日本公衛誌』50(7) pp.571-581
- 柴田得衛 (1989) 「公害」『生活衛生学』光生館 pp.137-154
- 島貫秀樹他 (2006) 「転倒予防活動事業における高齢推進リーダーの特性」『日本公衛誌』52(9)pp.802-807
- 清野諭他 (2008) 「ハイリスク高齢者における運動機能の向上を目的とした介護予防教室の有効性」『厚生指標』55(4)pp.12-19
- 田中滋・二木立 (2006) 『講座 医療経済・政策学 第3巻 保健・医療提供制度』勁草書房 pp.23-36, 119-131
- 内藤久士 (2007) 「健康体力づくりの歴史」『体育の科学』57(6)pp.451-456
- 中野匡子他 (2007) 「地域高齢者の健康習慣指数と生命予後に関するコホート研究」『日本公衛誌』53(5)pp.329-337
- 二木立 (1995) 『日本の医療費』医学書院 pp.23-24
- 西山正徳・笠松淳也 (1999) 「平成12年以降の老人保健事業について」『公衆衛生』63(9) pp.645-649
- 林泰則 (2002) 『介護保険見直しの焦点は何か』あけび書房 pp.48-60
- 福田吉治他 (2007) 「日本における健康格差研究の現状」『J. Natl. Inst. Public Health』56(2)pp.56-62
- 本庄かおり (2007) 「社会疫学的发展」『J. Natl. Inst. Public Health』56(2)pp.99-105
- 増田雅暢 (2007) 「韓国で介護保険制度が成立－老人長期療養保険法の概要と課題」『週刊社会保障』2429 pp.36-43
- 真野俊樹 (2006) 『入門 医療経済学』中公新書 pp.187-191
- 水野肇 (1997) 『医療・保健・福祉改革のヒント』中公新書 pp.166-175
- 三橋雄他 (2006) 「ソーシャルサポートネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性」『日本公衛誌』53(2)pp.92-103
- 山内直人 (2005) 『日本のソーシャルキャピタル』大阪大学大学院国際公共政策研究科 NPO 研究情報センター pp.1-2
- 湯浅資之他 (2007) 「ソーシャルキャピタル概念のヘルスプロモーション活動への導入に関する検討」『日本公衛誌』53(7)pp.3-7
- 吉原健二・和田勝 (1999) 『日本医療保険制度史』東洋経済新報社 pp.44-45
- Berkman L. F, Syme S. L. (1979) *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents.* Am J Epidemiol. 109(2)pp.186-204
- Bourdieu, Pierre (1977) *Algerie 60*, Les Editions de Minuit. (訳 原山哲 (1993) 『資本主義のハビトゥス』藤原書店)
- Coleman, James S. (1990) *Foundations of Social Theory*, Harvard University press, (訳 久慈利武 (2004~6) 『社会理論の基礎』(上,

- 下) 青木書店)
- Kawachi, Ichiro (2008) *Social Capital and Health*, Springer. (監訳 藤澤由和 (2008) 『ソーシャルキャピタルと健康』 日本評論社) pp.36-40
- Kawachi, Ichiro, Subramanian, S. V. and Kim, Daniel (2008) *Social Capital and Health*, Springer.
- OECD 編 (2005) *Extending Opportunities : How Active Social Policy Can Benefit Us All* (訳 井原辰雄 (2005) 『世界の社会政策の動向 能動的な社会政策による機会の拡大に向けて』 明石書店) pp.30-31, 166
- Putnam, Robert D. (1993) *Making Democracy Work, Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press. (訳 河田潤一 (2007) 『哲学する民主主義 伝統と改革の市民構造』NTT 出版)
- Putnam, Robert D. (2000) *Bowling alone: The collapse and revival of American community*, (訳 芝内康文 (2006) 『孤独なボウリング 米国コミュニティの崩壊と再生』 柏書房)
- Rose, Geoffrey (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford University Press. (監訳 曾田研二 (1998) 『予防医学のストラテジー』 医学書院) pp.13-15
- Semenza J. C., Rubin C. H. and Falter K. H et al. (1996) *Heat-related death during the July 1995 heat wave in Chicago*. N Eng J Med. 335pp.84-90
- Spasoff, Robert A. (1999) *Epidemiologic methods for Health policy*, Oxford University Press. (監訳 上畑鉄之丞 (2006) 『根拠に基づく健康政策の進め方』 医学書院) pp.186-192
- Woolcock, M. (2000) *The place of social capital in understanding social and economic outcomes*, The World Bank. p.5
平成17年版介護白書 p.195
平成17年版厚生労働白書 pp.142-147, 181-183, 414