

シンポジウム

諸外国の福祉行政施策からみた高齢者支援

Social policies for aging in Western nations: From a social welfare perspective

陳 礼美

Li-Mei Chen

1. はじめに

社会福祉学研究は根底にソーシャルジャスティスという価値観が伴っているのが特徴である。本講演は、高齢化に伴う環境の変化に高齢者の福祉施策がどのように対応し、どうするべきかについて社会福祉学からのアプローチで紹介する。

2. 諸外国の福祉行政施策から見た高齢者支援

日本は平均寿命、健康寿命が長い国である。2010年の厚生労働省調査結果によると、平均寿命は男性79.64年、女性86.39年で、特に女性は26年連続して長寿世界の座を維持している。また、2011年のOECDの発表によれば、65歳日本人の平均余命は男性が18.9年、女性が24年で、OECD諸国の中で最長であり、1960年から2009年の推移を見ても男性で7.3年、女性で9.9年伸びており、伸び率も最高となっている。世界の研究者はその長寿国の日本に目を向けて「なぜ、日本の高齢者は長生きするのか？」というように日本から学びたいという声大きい。マレーシア開催されたWHO主催の第一回ヘルシーエイジング世界会議（World Congress on Healthy Aging）では日本の高齢者と健康をテーマにした例えば日本人の食事やライフスタイルについての研究発表などが注目されていた。

さらに、日本は平均寿命が世界一ということだけではなく、健康寿命や健康余命と呼ばれている指標も高い。「なぜ日本人は長生きで、な

おかつ余生を健康的に過ごしているのか」というところにも世界の研究者は着目されている。健康に過ごす期間の延伸にも関心を寄せる近年の研究では、自立した日常生活を送ることが可能な期間について活動的平均余命、いわゆる健康寿命を算出している。図1は、世界の平均寿命と健康余命を示したものである（WHO、2004）。内閣府による2004年のデータでは、65歳の日本人健康寿命は男性12.64年、女性15.63年となっている。一方、異なる計算方法で出されたヨーロッパ諸国の健康寿命の指標では、OECD（2008）のデータにある23カ国中、最長のスウェーデンで男性が13.5年、女性が14年である。故中嶋宏氏（元第4代世界保健機関：WHO事務局長）は、“Increased longevity without quality of life is an empty prize. Health expectancy is more important than life expectancy”（WHO、1997）「生活の質が伴わない平均寿命の増加は意味がない賞金のようなもので、健康余命は平均寿命より重要である」と述べているように、寿命が延びていても得た年数の分、健康的に元気に過ごしたいわけで、高齢者がどれだけ自立した日常生活を過ごすことができるか健康寿命を算出してみることが今後の重要な健康指標になっている。2000年に始まった健康政策「健康日本21」でも、壮年期死亡の減少や健康寿命の延伸の実現を目標に、疾病治療負担や介護負担を減らすため、生活習慣病を初めとする疾病予防・治療、身体機能の増進・維持などに対する

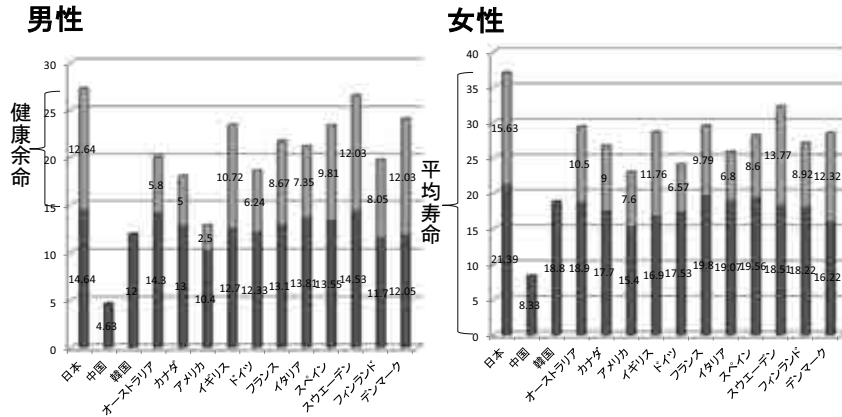


図1 平均寿命と健康余命
資料：2008OECDデータ、EUROHEX2008、WHO2004

対策が行われてきているが、こうした日本の医療・福祉制度が各寿命の長さに大きく貢献していることは間違いない。

3. 欧米における健康余命の格差

しかしながら、注意すべきことは、健康寿命においても不平等が発生するという点である。社会福祉学の基礎的な価値観である社会正義を踏まえて考えると、政策的な介入が必要となる。ここでは1) 健康余命の格差に焦点をあてた政策づくり、2) 高齢者の社会参加や生産性に関

わる政策づくり、について紹介する。

先ず、欧米における健康余命の格差を表1に示した。海外のデータでは、性別 (Jagger et al., 2008; McLaughlin et al., 2012)、所得 (Hank, 2011; Wilkinson & Pickett, 2006)、学歴 (Mladovsky et al., 2009) などにより健康寿命に格差 (disparity) が出ている。例えば、男性より女性の寿命が長い北欧では、女性のほうが社会的、経済的障害を抱えて生きる期間が長いという結果 (ヨーロッパ25か国でも研究によって確認済み) があり、生物学的要因もさることな

表1 欧米：健康余命の格差

- 男女差
 - ヨーロッパ25カ国の研究でも男女差が確認され、国によって健康余命が異なる (Jagger et al., 2008)
 - アメリカの研究では、人口要因をコントロールしても男性は女性より健康余命のオッズが低い。 (McLaughlin et al., 2012)
- 社会・経済的地位の差
 - ヨーロッパ諸国の研究では、所得格差が少ない国のほうが健康余命が高い高齢者の比率が多い。 (Hank, 2011; Wilkinson & Pickett, 2006)
 - ヨーロッパ諸国の研究では、貧困層の学歴の低い人々は、富裕層の高学歴の人々に比べて健康余命が短く、フランスでも学歴により健康寿命が異なる (Mladovsky, 2009)
 - イギリスの研究では、低所得層地域に住む女性が最も健康余命が低い (Wood, et al., 2006)
 - アメリカの研究では、教育レベルが高い、所得が高い、資産が多いほど健康余命のオッズが高い (McLaughlin et al., 2012)
- 人種・民族
 - アメリカの研究では、マイノリティーは白人より健康余命のオッズが低い。しかし、SESがコントロールされると人種の効果が消える (McLaughlin et al., 2012; Molla & Madans, 2011)
- 医療や予防サービスの利用率の差
- ヨーロッパ諸国の健康余命の比較をすると、福祉国家の比較と関連する。例えば医療や予防サービスの利用率や社会的に生産性がある活動への参加と関わっていることがわかった。 (Hank, 2011)

がら、医療サービスの利用状況や生活習慣、社会的役割の違いが大きく起因している。たとえば、ベルギー、カナダ、フィンランド、オランダ、スウェーデンなどの欧米諸国における調査では、貧困層の学歴の低い人は、富裕層の高学歴の人に比べて寿命が短く、障害を抱えて高齢期を過ごす傾向にあると報告されている。フランスでも同じように学歴によって健康寿命が異なるという報告がされている。すなわち、所得や学歴は寿命との関連性が高い。

また、寿命は住んでいる地域との関連性があるとも示されている。イギリスの研究であるが、低所得者層地域に居住していて、女性である場合は、健康余命が短いという結果が出ている。これは地域レベルで犯罪機会や近所住民の信頼度など地域安全性が関係していると考えられる。地域安全性を含む社会資本 (social capital) の有無が、そういう意味での地域ごとの格差を生む。同じような研究結果もアメリカでも見られており、教育、施策、資産が多いほど健康余命のオッズが高いという発表が出ている。

医療サービスへのアクセスや利用にみる福祉国家としての制度的要因と健康余命が関係している。ヨーロッパ諸国の健康余命を比較すると医療サービスの利用率が高いほど高齢者が生産的な社会活動に参加している傾向にあった。この結果を踏まえて、ヨーロッパでは、健康余命を伸ばそうという取り組みをしている。European Innovation Partnership Active and Healthy Agingという政策 (EU諸国が一緒になってやっている政策) は、長期ビジョンを持って2050年まで健康余命の指標を維持していきながら健康への投資をする分野を養おうということに焦点を当てている。とくに、国家間の格差、国内間の平等のもとに解消していこうという意味でこのような政策を推している。Health is Wealth (健康は資産) というスローガンをモットーに、EUが行っている健康余命を増やす3つの項目として、1) 予防や健康推進ケア、2) 治療、3) 高齢者の活動で活動的で自立した生活の支援、を挙げられている。

以上のように、EU加盟各国やアメリカでは、

健康寿命における不平等解消が各国民全体の健康状態の改善に繋がるという見地から、不平等の原因となる諸問題に関する施策を行っている。経済危機や社会保障への将来的不安がある日本でも、健康寿命が均一的ではないことを理解しておく必要があるだろう。

4. 高齢者の社会参加や生産性に関わる政策

次に重要な焦点となるのが、高齢者の社会参加や生産性に関わる政策である。80年代後半以降、幸福な老いを追求するサクセスフル・エイジング (Successful Aging) という概念が大きな影響力を持ってきた。これは「疾病と障害の回避、高度な身体・認知機能の維持、社会と生産的活動への持続的関与」を前提に高齢者福祉政策を考えるもので、健康的な高齢者像を見出すためには、高齢者の社会活動と生産性を実現する社会づくりを政策課題にすべきであると主張する観点である。

図2は、高齢者の社会活動への参加状況を示した (内閣府)。60歳以上の人による社会活動参加の割合は、スウェーデンで54%、アメリカで47.1%、ドイツで34.2%、日本で31.3%、そして韓国で17.6%となっている。日本人は社会活動に関心はあるものの、「時間的・精神的ゆとりがない」(32.2%)、「健康上の問題があり、体力に自信がない」(31.5%)などの理由から、さらにはエイジズム (Ageism) と呼ばれる高齢者差別も障壁となり、社会での活動に参加しない高

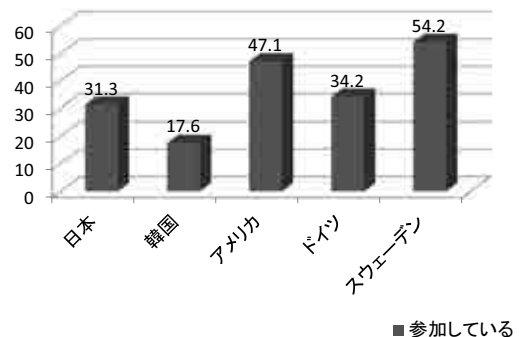


図2 社会活動への参加状況
高齢者の生活と意識に関する国際比較調査 (平成22年)

齢者の割合が高くなっている。

5. プロダクティブ・エイジングと高齢者の健康促進の関係

海外では、プロダクティブ・エイジング (Productive Aging) という啓発的な提唱の拡大により、ボランティア、就労、介護、家族の世話、政治活動などで、高齢者の活動と生産性を促進するようになった。例えば、イギリスでは2011年6月以降、12歳以下の孫の世話をする祖父母家族への支援の一環として「祖父母加算」(Grandparents' Credit) を設け、高齢者が家族を支える重要な役割を担うことが承認された。また、デンマークでは、高齢者ボランティアの推進施策に予算を計上した結果、66歳以上の高齢者の26%もの人々が社会福祉セクターで活動に参加することとなった。日本がこうした海外の政策に目を向けることは今後、ますます必要となってくるだろう。

プロダクティブ・エイジングと高齢者の健康促進の関係については、Rowe and Kahn (1998) によれば、罹患率が低く、高度な身体機能を保持しつつ人生に積極的に関わっていれば、健康的な加齢 (サクセスフル・エイジング) が可能だと述べている。また、Brown et al. (2003) は、わずかな身体機能の強化しか伴わない場合でも、或いは全く強化ができない場合でも、一般的なフィットネス活動と同様の効果が期待でき、あらゆる死亡原因にわたってリスクを低下させる、と報告している。プロダクティブ・エイジングによる高齢者の健康促進については、自身の有用性、生産性、従事への可能性、独立心といった感情が養われる (Berkman, 1995; Turner and Turner, 1999)、ボランティアをしたり有給の仕事を持つ中高年男性がうつ発症低下につながっている (Sugihara, et al., 2008)、という有用な研究結果もある。

6. まとめ

本講演では、健康寿命における不平等性の解消策、高齢者の社会参加と生産性の発揮へ繋がる政策という以上の2点をめぐり、諸外国の福

祉行政政策における高齢者支援体制に言及しながら今後の日本の高齢者福祉政策の在り方を探ることにした。福祉行政施策からみた高齢者支援は、1) 多様化する高齢者人口に生じる健康余命の格差を解決する政策づくり、2) プロダクティブ・エイジングの概念とその効果を踏まえ、高齢者の社会参加を広義に捉える政策づくり、が必要といえる。

社会保障をアメリカですすめた政治家のクロード・ペッパー (1900-1989) が、「人生は自転車に乗るみたいなものだ。ペダル漕ぎを止めない限り転げたりはしない」と言及したように、高齢者支援においては、より良い施策が必要であり、しかも恒久的でなければならない。

文献

1. Berkman, L. F. (1995) The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine* 57: 245-254.
2. Brown, S. L., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., and Smith, D. M. (2003) Providing support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological Science* 14: 320-327.
3. Hank, K. (2011) How "successful" do older Europeans age? Findings from SHARE. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 66B (2) : 230-236.
4. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, Robine J-M & EHLEIS Team (2008) Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet* 372 (9656) : 2124-2131.
5. McLaughlin S, Connell, C. M., Heeringa, S. G., Li, L. W., & Roberts, J. S. (2012) Successful aging in the United States: Prevalence estimates from a national sample of older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 65B (2) : 216-226.
6. Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C.,

- Hernandez-Quevedo, C., McDaid, D., and Mossialos, E. (2009) Health in the European Union: Trends and analysis. UK: World Health Organization.
7. Molla, M. T., and Madans, J. H. (2011) Life expectancy, free of chronic condition-induced activity limitations among white and black Americans, 2000-2006. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
8. Wilkinson, R. G., and Pickett, K. E. (2006) Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62: 1768-1784.
9. Wood, R., Sutton, M., Clark, D., McKeon, A., and Bain, M. (2006) Measuring inequalities in health: The case for healthy life expectancy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (12) , 1089-1092.
10. Rowe and Kahn, (1998) *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
11. Sugihara, Y., Sugisawa, H., Shibata, H., and Harada, K. (2008) Productive roles, gender, and depressive symptoms: Evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese. *Journal of Gerontology: Social Science* 63 (4) : 227-234.
12. Turner, R. J. and Turner, J. B. (1999) "Social integration and social support." Pp. 301-321 in *Handbook of the Sociology of Mental health*, edited by Aneshensel and Phelan. New York: Plenum.
13. World Health Organization (1997) Press release "World Health Organization warns of growing " crisis of suffering" from http://www.who.int/whr/1997/media_centre/press_release/en/index.html

プロフィール 陳 礼美 (Chen Li-Mei)
現在：関西学院大学大学院人間福祉研究科 准教授
コロンビア大学大学院修了 PhD, MSW