

アジア国会議員人口・開発事情視察

日本の高齢化対策

東京・長野

2015年7月28～31日



公益財団法人 アジア人口・開発協会 (APDA)

目次

プログラム	5
7月28日	9
厚生労働省	9
「少子化対策および健康長寿社会に向けた取り組み」	9
野村普 厚生労働省 政策統括官付 社会保障担当参事官室 室長補佐	9
質疑応答	14
JFPF 国際協力部会	17
「日本の高齢化の経験と国民皆保険」	17
武見敬三 参議院議員／AFPPD 議長／JFPF 国際協力部会長・幹事長	17
質疑応答	23
財務省	25
「日本の社会保障と財政運営」	25
守屋貴之 財務省主計管理補佐官	25
質疑応答	28
日本大学人口研究所（NUPRI）	31
「日本の少子高齢化対策と NTA」	31
小川直宏 日本大学教授／NUPRI 所長	31
質疑応答	40
7月29日	43
須坂市役所	43
中沢正直 須坂副市長	43
「須坂市の母子保健事業と保健指導員活動の連携」	47
浅野章子 須坂市健康福祉部 健康づくり課長	47
7月30日	57
長野県庁	57
阿部守一 知事	57
「長野県の概要」「長野県の健康長寿社会について」	59
山本英紀 長野県健康福祉部衛生技監兼医療推進課長	59
質疑応答	62
総合福祉施設 須坂やすらぎの園	67
神野久雄 社会福祉法人睦会理事長	67
大島順道 須坂やすらぎの園常務理事・総括施設長	67
質疑応答	72
7月31日	75
佐久総合病院	75

伊澤敏 佐久総合病院統括院長	75
質疑応答	76

本報告書について

本議事録は、視察事業の発表内容を要約したものである。発表の内容は報告者に帰属するが、一切の編集の責任および文責は、事業を実施した公益財団法人アジア人口・開発協会（APDA）にある。

アジア国会議員人口・開発事情視察



2015年7月28～31日



東京・長野

プログラム

7月27日(月)		
	参加者到着/グランドプリンスホテル高輪泊	グランドプリンスホテル高輪(港区高輪 3-13-1 Tel. 3447-1123)
7月28日(火)		
09:00	ロビー集合・参加者登録	
09:15 - 09:50	ホテル出発・移動	
10:00 - 11:30	厚生労働省ブリーフィング 野村普 厚生労働省 政策統括官付 社会保障担当参事官室 室長補佐 質疑応答	厚生労働省共用第7会議室(5階 国会側4号室)(千代田区霞が関1-2-2 Tel. 3595-2159, or 5253-111 内線 7692) クロタキ様
11:30 - 11:50	移動	
12:00 - 13:00	JPFP 国際協力部会 武見敬三 AFPPD 議長・JPFP 幹事長・JPFP 国際協力部会長 講演 討議	ザ・キャピトルホテル東急 中宴会場「桐」(千代田区永田町 2-10-3 Tel. 3503-0109)
13:00 - 14:00	財務省ブリーフィング 守屋 貴之 財務省 主計局 主計官補佐 厚生労働係 質疑応答	ザ・キャピトルホテル東急 中宴会場「桐」
14:00 - 14:30	移動	
14:30 - 16:00	日本大学人口研究所(NUPRI)	日本大学経済学部7号館14階(千代田区三崎町 1-3-2 Tel.

	小川直宏 NUPRI 所長 講演 討議	03-3511-5590)
16:00 – 16:30	移動・ホテル到着	
	各自夕食／グランドプリンスホテル高輪泊	グランドプリンスホテル高輪
7月29日(水)		
08:00	各自チェックアウト・ロビー集合	
08:15 – 11:30	ホテル出発・長野県へ移動	
11:30 – 13:00	昼食	信州須坂 田中本家博物館(須坂市 穀町 476 Tel.026-248-8008)
13:00 – 13:30	移動	
13:30 – 16:00	須坂市役所 中沢正直 副市長 挨拶 ブリーフィング「須坂市の母子保健事業と保健補 導員活動の連携」 浅野章子 健康福祉部 健康づくり課長 補導員説明 29 期内山会長／29 期富澤副会長／29 期藤沢理 事 質疑応答	須坂市役所(須坂市須坂 1528-1 Tel. 026-245-1400/ 026-24- 9023) 寺島様
16:00 – 16:30	移動&ホテル到着	
19:00 – 20:00	夕食	ホテルメトロポリタン長野 1 階 「アイリス」
	ホテルメトロポリタン長野泊	ホテルメトロポリタン長野(長野 市南石堂町 1346 Tel. 026-291- 7000)
7月30日(木)		
09:00	ロビー集合	
09:15 – 09:30	ホテル出発・移動	

09:45 - 11:20	<p>長野県庁表敬</p> <p>阿部守一 知事挨拶</p> <p>ブリーフィング「長野県の概要」、「長野県の健康長寿について」山本英紀 健康福祉部衛生技監兼医療推進課長</p> <p>意見交換</p>	<p>長野県庁本館 3階特別会議室（長野市大字南長野字幅下 692-2 Tel. 026-232-0111）佐々木様</p>
11:20 - 11:30	移動	
11:30 - 12:30	昼食	<p>ホテル JAL シティ長野 16階「スカイバンケット白馬」（長野市鶴賀問御所町 1221 Tel. 026-225-1131）</p>
12:30 - 13:30	移動	
13:30 - 16:30	<p>総合福祉施設 須坂やすらぎの園</p> <p>社会福祉法人陸会理事長 神野久雄 挨拶</p> <p>ブリーフィング「施設運営の概要について」大島順道 常務理事・統括施設長</p> <p>施設見学</p>	<p>須坂やすらぎの園（須坂市大字日滝字寺窪 2887-1 Tel. 026-246-4600）山浦様</p>
16:30 - 17:30	移動・ホテル到着	
19:00 - 20:00	夕食	<p>ホテルメトロポリタン長野 1階「アイリス」</p>
	ホテルメトロポリタン長野泊	
7月31日（金）		
08:15	各自チェックアウト・ロビー集合	
08:20 - 10:00	ホテル出発・移動	
10:00 - 12:15	<p>佐久総合病院</p> <p>伊澤敏 統括院長 挨拶</p> <p>ブリーフィング</p>	<p>佐久総合病院（佐久市臼田 197 Tel. 0267-82-3131）中山様</p>

	施設見学	
12:15 - 13:00	移動&アンケート	
13:00 - 14:00	昼食	軽井沢プリンスホテルイースト 「和食信濃」(北佐久郡軽井沢町軽 井沢 1016-75 Tel. 0267-42- 1111)
14:15 - 17:30	東京へ移動・厚労省へ	
17:45 - 18:00	塩崎恭久厚生労働大臣表敬	
18:00-18:30	移動・ホテルチェックイン	
19:00 -	夕食	グランドプリンスホテル新高輪レ ストラン棟 B1「レストラン マ ルモラーダ」
	グランドプリンスホテル高輪泊	
8月1日(土)		
	参加者出発	



主催：
アジア人口・開発協会 (JPFP)・国際人口問題議員懇談会 (JPFP)



後援：
国連人口基金 (UNFPA)・国際家族計画連盟 (IPPF)



参加国：
中国・インドネシア・カンボジア・タイ・マレーシア・ベトナム

7月28日

厚生労働省

「少子化対策および健康長寿社会に向けた取り組み」

野村普 厚生労働省 政策統括官付 社会保障担当参事官室 室長補佐

本日、このような機会をいただき、大変嬉しく思います。

今、日本の一番の課題は、65歳以上の人口の割合が非常に増加しているということです。推計では2060年で39.9%になります。日本がどの国よりも先に高齢化を迎えることから、他の国は、日本がどのようにこの高齢者が非常に多くなる時代を突破していくのか非常に注目をしています。

例えばタイ、マレーシア、インドネシア、中国といった国は、2010年では10%にも満たない高齢化率です。しかし、2025年になると、高齢化率は10%を超え始め、2050年には15%から20%といった水準になっていきます。このような各国の高齢化の傾向を見ますと、現在の日本が抱えている課題に、皆様がこれから直面していくことになるかと想像されます。日本がこれからどういう取り組みをするのかをご説明

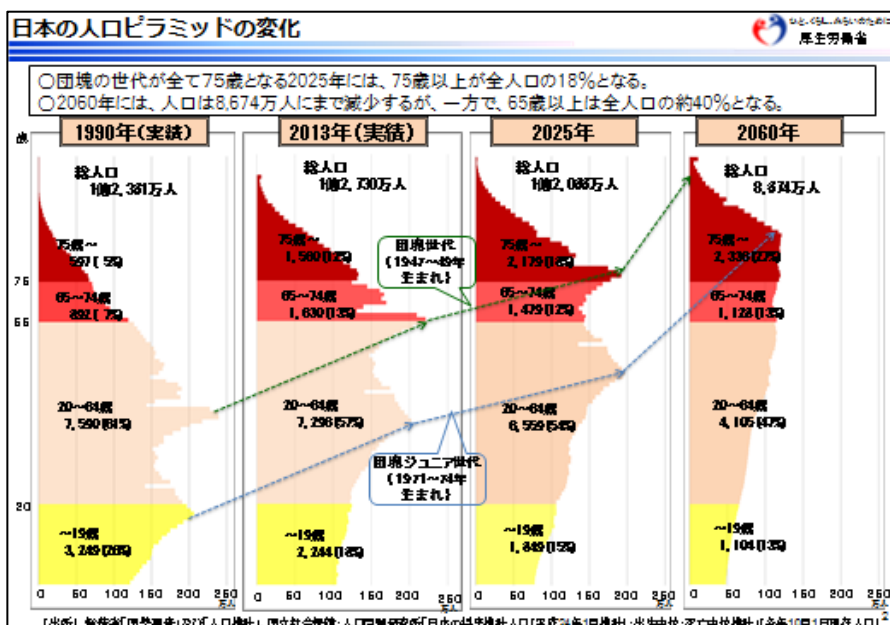
させていただきますので、ぜひ、参考にさせていただければと思います。

この図は、人口構造を表す人口ピラミッドの変化を示したものです。日本の人口構造の大きな特徴は2つの大きな山があることです。緑の矢印、ラインが引かれているのが、団塊の世代です。今では66～68歳の人たちが日本では最も多い年齢層になります。この人たちが75歳以上になる2025年が、我々が今、最も危機意識を持っている年代になります。次にこのブルーのラインは現在41～44歳の方々の年齢階層です。ここがもう1つの山になります。この人たちが次、65歳以上、要は退職をする年齢となる頃も時代の転換期を迎えることになり、それが2035年という時点になっています。

お配りしている緑色の資料は、この2035年に向けた保健医療の基本構想であり、それを主導されたのは塩崎恭久大臣です。今日、後半で

塩崎大臣のまとめたこの提言書についてご説明をさせていただきます。

日本では医療、介護、年金、それから子育ての社会保障の費用を、税金と保険料とで運営をする制度となっています。高齢化の進展に伴い、社会保障制度に関わる費用が増大し、それに伴って税金、保険料の増額が必要になっていきます。この



国民負担の増額を重要な課題として我々は受け止めなければなりません。

これから生じてくる社会保障経費の自然増額分として約 14 兆円が必要で、その確保のために消費税を 5%から段階的に 10%まで引き上げるといふ決断をしなければなりません。これに対して国民はどう思っているでしょうか。このような増税には国民の理解が不可欠です。そこでご理解をいただくために、子育てをしているお母さん方に対して説明する機会を作ったところ、子育て支援の充実に 0.7 兆円動員していくために消費税の増税が必要となることに対して、非常に前向きにご理解下さいました。今後もこのような機会を積極的に作り、多くの方に理解していただけるようにしたいと思っています。

国民としては、要は、この税金を上げたことで、子育てに加え、医療介護などの国民に対するサービスがどのくらい良くなるかに対する期待が非常に高くなっています。そのため厚生労働省としては、この消費税の 5%増税、さらに必要によってもう少し上げていくかもしれませんが、その国民の負担に対して、これから 2025 年までにしっかりと成果を出していく必要があります。

我が国の医療制度については、ご存知かもしれませんが、先程申し上げた通り、保険料で賄われているもの、税金など公費で賄われているもの、受診者の窓口負担で賄われているもので支えられています。現在医療費の総額は約 40 兆円ですが、保険料で約 20 兆円、受診者の窓口負担で約 5 兆円、残りは公費負担 15 兆円、という財源構成となっています。

日本の場合、この保険料を担っている保険者は、大きく 2 種類に分けられます。企業に勤めている方は、この右側の 3 つの区切りの保険者（厚生年金）になります。要は企業のを借りて、国民の費用の負担、それこそ医療にかかった状況を管理するようなシステムになってい

ます。その一方、市町村、基礎自治体と言われるものが管理をしている保険（国民年金）があり、自営業者の方、退職をされた方、そういった方々が加入されています。

上の緑色のゾーンは 75 歳以上の方が対象となる制度です。なぜ 75 歳以上だけ別の制度下に置いているかということ、それには理由があります。多くの方が退職をして所得が下がり、国民健康保険に入るとなると、国民健康保険の財政状況が非常に厳しくなり、制度の維持が困難になります。しかし高齢になると医療がますます必要になっていきます。そのため現役世代から、支援金である程度支えるような制度を作りました。この制度の下で、現役世代から 75 歳を支えるお金をもらい、あとは税金で補填することで 9 割分を賄うという制度にしています。

お気付きかとは思いますが、この制度の中で 1 つ懸念としてあるのは、保険者間で財政状況の差が生まれているということです。その保険者同士の財源の状況を調整するためにこの春に法改正をしました。

先程申し上げたように国民が費用を色々と負担する中で、どういう給付、つまり患者が使う際のお金の支援というものがあるのかを説明したものが、この 11 ページのスライドです。療養の給付＝ヘルスケア・ベネフィットと高額療養費の概要をご確認いただければと思います。医療保険については、日本は国民皆保険で、国民であれば全員入ることができる形になっております。患者は、就学後は 7 割を公費がカバーし、実質患者負担は 3 割で済むという制度になっています。先程ご説明しましたが、75 歳以上は 90%支援がありますので、1 割負担で済むという制度になっています。

次に高額療養費についてですが、3 割であったり 1 割であったりする患者の自己負担も、一定額以上に到達するとそれ以上は支払う必要がないという制度になっています。そのため日本では治療内容が公的な保険の対象になる医

療かどうかが非常に重要な基準となります。日本の医療費は、先程もご紹介しましたが、2025年、さらにその先まで右肩上がりにずっと上がり続けます。その理由は、1つは物価の上昇、1つは高齢化による医療の必要度の高まり、それから3つ目が医療技術の高度化で、これらが医療費上昇の主要な3つの要因となります。

日本は過去に医療費の増額を一定にしようと試みたことがあります。具体的には、医療費の増加を5年間で1.1兆円の範囲に納めるという目標を決めて、コントロールをしようとしてきました。しかしこの方法では、高齢人口の増加による医療費の増加分、物価上昇による医療費の増加分を抑える手段がないために、目標を達成するためには、結局、医療の高度化の部分を下げるを得なくなり、医療の質が急激に劣化することが指摘され、かなり問題になりました。

その反省を活かして、今回の塩崎大臣もその方向ですが、“医療はどうあるべきか”というところから考えなければいけないと思っています。ただお金が無限にあるわけではないため、その費用対効果、医療技術評価をしっかりとしなければならぬ、と考え方を改めました。

現在の日本の医療は、病院中心です。平均在院日数も32.5日と、他のどの国よりも非常に長いものになっています。しかしながら、これからの日本において、この期間の在院日数を担保していたのでは、医療費は上がり続けることになってしまいます。必要な入院期間なのかどうか、そういったものをデータベースで管理するような技術も、実は医療の現場で働いているお医者さんたち自身が学会で提示することをされています。

日本では高齢化の進展に伴い、年ごとに亡くなる方が急速に増加していきます。現在年間120万人ぐらいの死亡者数ですが、2025年になると160万人になります。いま日本は、急性期の治療に対応する病院が多いのですが、どちらかというと、これからはケアの方に力を入れて

いかなければなりません。

一方で病気についても、感染症からガンや生活習慣病などの非感染症対策にシフトしていかなければいけないという時代になってきています。これから2025年、2035年と将来を見たときに、どういう医療機関、どういう機能を持った医療機関が必要なのか。そのためにはどういった医者が必要で、医者の数はどれくらい必要なのか。どういったことに対応していかなければならないか、そういう観点で今の日本の医療制度、医療提供体制を大きく見直していかなければなりません。

それと同時に、いま日本では、地方には医者がいない一方、都市部に医者が非常に多かったり、西日本に非常に医者が多くて東日本は非常に医者が少ないとか、そういった医師の偏在があったりします。あと病床についても、あまり患者のニーズにマッチしていない状況があります。こういったところは、先程も申し上げた費用対効果、医療技術評価を検討して、しっかりと是正をしていくことで、より良い効率的な医療提供体制、医療制度というのを作る必要があると考えています。

続いて、介護保険があります。これも先程の医療保険と同じような制度で、税金・保険料で費用を負担し、実際の利用者は、その利用に当たり、その1割の負担でサービスを受けることができるという制度です。一部公的なお金が入りますので、完全な市場原理ではないと言われればそうですが、ただ一方で、この介護保険制度のおかげで、利用者さんがサービス事業者を選ぶことができる環境ができました。

65歳以上の方は介護保険のサービスを使うことができます。ただ40歳から64歳であっても、一定の病気に罹患している方は、介護保険を使うことができます。そのサービスを使うためには、利用者は町村の窓口で相談をして、要介護認定を受けます。つまり介護を受ける状態にあるかどうかを確認する仕組みになってい

ます。「介護を使う必要のある状態である」と言われた方については、その地域でこういった介護サービスがあるか、それに対して自分はこういったサービスを使いたいかといったものを、民間の事業者とご相談をして、実際の一人ひとりの介護についてプランを作ります。

日本の介護サービスには、施設に入って介護を受ける施設介護と在宅介護があります。施設介護は、かなり状態が重い方、認知症の方、そういった方が主になってきます。そして在宅介護は、自分が暮らしている家で、例えば食事を作ってくれる、掃除をしてくれる、そういった介護を受けるというサービスです。

このようなサービスまで介護保険のサービスになっています。先程の医療保険と同じで、介護保険も高齢者が増えれば、当然、介護にかかる費用が増加することになります。利用者としては、介護保険の対象となると、1割の経費負担でそういうサービスを利用することができます。例えば、歩くために必要な杖も90%オフで買うことができる制度になっています。受けるサービスが保険の対象になるか否かが、非常に重要な点となります。

そうした中で、先程申し上げた、例えば家事を支援する、料理を作ったり、洗濯をしたり、掃除をしたりするのは、果たしてどこまで必要なのか、こういった状態の方に必要なのか、といった議論も行っています。さらに要介護状態の方がリハビリなどを適切に行うことで、要介護度が軽くなるケースが非常に多く見られていますので、リハビリを重視すべきであるという議論が行われており、そういう点から見直しが検討されているところです。

そういう資金に関わる議論の一方で、地域包括ケアシステムとあって、介護・医療を含めて、どのような状態に対して、どのようなサービス提供体制があれば、これからの日本でしっかりと地域で暮らすことができるかという観点でコンセプトを考えています。

実際、日本の65歳以上の方の6割の方が、自分が暮らしてきた町、そして家で暮らし続けたいと思っています。しかし日本の介護制度は、どちらかというと施設中心に制度構築がされてきた経緯があります。これは介護保険ができる前の状況からの傾向です。しかし施設に入ると、地域との接点がなくなり、ずっと施設で暮らし続けると、多くの場合、閉じこもった生活になってしまいます。現在、このような高齢者の孤立を避け、どうすれば地域で暮らし続けることができるかを、このような地域包括ケアという考えかたを含めて、国を挙げて議論しているところです。

実際、私は柏市に赴任し、そこでこの地域包括ケアシステムを実際に立ち上げ、実現するという任務に従事していたことがあります。この地域包括ケアシステムにご興味がある方は、柏市、また実際に一緒にプロジェクトを実施している東京大学の高齢社会総合研究機構にもぜひお問い合わせいただければと思います。

27枚目のスライドが、まさに今までの日本の考え方で非常に混迷を極めてしまったことに対しての1つの回答の方向性なのではないかと考えるものになります。例えば、このパラダイムシフトについて簡単にご説明します。

日本の医療は、看護師さんが何人いると、いくらサービス、という形で決まっており、また薬が多ければ多いほど、その薬に対しての費用が支出されるという形で制度が運用されています。そのため、笑い話にもならないのですが、薬を出しすぎて、薬でお腹が一杯になってしまう高齢者がいるといったような状況も、現実としてはあります。このような部分の見直しをどうするかが課題となっており、薬の効果、医療技術の成果などに対してしっかりと評価をする必要があります。

非常に多く薬を出すから良いというのではなく、治療の効果があるものがどのようなものであるか、といった点をしっかりと評価するよ

うな仕組みに、医療制度を変えていかなければならない。それがインプットからバリューへとというパラダイムシフトになります。早ければ2016年、遅くとも2019年には、制度の見直しの中でそういう技術評価、医療技術評価の考え方を導入したいと議論を進めています。

もう1つ、日本の医療の提供体制は非常にレベルも高く、高難度な手術が実現可能です。しかし専門性の向上にかなり力を注いできたがために、診療が非常に細分化されています。そのため患者さんは午前中に1つの病院へ行って、午後には別の病院といったように、病院のかけもちをしなければならなくなったり、実際自分が病気にかかってしまった時に、どの病院に行ってもいいかわからないような状況が生まれています。またどんどん診察を回されるような現象も、実際には起こってしまっています。

そういった実際の患者さんの困難を解決するために、英国などのように家庭医（General Practitioner）を普及させ、患者が必要とする医療につなげていく「ゲートオープナー」という考え方を導入する形にしています。

また、東京オリンピックが2020年にありますので、日本の「タバコフリー」社会の実現、

あと自ら考えることによって健康になる、ということを目指しています。これは自己責任ということではなく、自分が健康になることを、地域や色々な関係者が支援していく、という考え方です。この緑の冊子『2035』で自然にそういった環境を作り上げていくことができるような議論を行いました。

このように、これまでの厚生労働省にはない提言をまとめたのがこの緑の冊子です。2035年に向けて保健医療について国民的な議論をしなければならないという問題意識で、大変難しい問題も含めた提言にしています。関係者からは非常に難しい、こんなことはできないといった意見も耳に届いています。しかし、“できない”と言っていては何も解決しないので、これからシンポジウムなどで、国民的な議論を広げていこうというのが、塩崎大臣の意向でもあります。日本でこのようなことをしているということを示しでも関心を持っていただいて、引き続き日本の保健医療についても注目をしていただければと思います。

ありがとうございました。

20年後の保健医療システムを構築する3つのビジョンとアクション		
目標	人々が世界最高水準の健康、医療を享受でき、安心、満足、納得を得ることができる持続可能な保健医療システムを構築し、我が国及び世界の繁栄に貢献する。	
基本理念	公平・公正（フェアネス）	自律に基づく連帯 日本と世界の繁栄と共生
2035年に達成すべき3つのビジョンとアクション		
LEAN HEALTHCARE リーン・ヘルスケア 1 保健医療の価値を高める <ul style="list-style-type: none"> 患者にとっての価値を考慮した新たな報酬体系 現場主導による医療の質の向上支援（過剰医療や医療事故の防止など） 「ゲートオープナー」としてのかかりつけ医の育成・全地域への配置 	LIFE DESIGN ライフ・デザイン 2 主体的選択を社会で支える <ul style="list-style-type: none"> 「タバコフリー」オリンピックの実現 効果を実証されている予防（禁煙、ワクチンなど）の積極的推進、特に、重症化予防の徹底による医療費削減 健康の社会的決定要因を考慮したコミュニティやまちづくり 	GLOBAL HEALTH LEADER グローバル・ヘルス・リーダー 3 日本が世界の保健医療を牽引する <ul style="list-style-type: none"> 健康危機管理体制の確立（健康危機管理・疾病対策センターの創設） ユニバーサル・ヘルス・カバレッジや医薬品等承認などのシステム構築の支援 グローバル・ヘルスを担う人材の育成体制の整備

質疑応答

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

ありがとうございました。まず、予算についてですが、お話にあったように、増税と成果を対応させるのは、非常に難しいと思います。消費税増税は、このままでは足りなくなるところを補填するためにほとんどが使われるわけですので、サービス向上に向けてることができる部分はそれほど多くないと理解しています。その部分をもう少し国民に明確に伝えておいた方が、負担に対する実績のところでも現実に対するショックが少なくなるのではないのでしょうか。

もう1つ、これから参加者の方々が日本の経験を利用するときに、いかにコストを減らしながら進めていくかが重要だと思います。人口転換そのものは、これを達成しないと地球の持続可能な開発の前提となる人口の安定化は達成できません。その意味では、人口転換は絶対に通らなければならない道です。このような理念のもと、多くの人々の努力で達成された人口転換の結果としてもたらされた高齢社会が、実りのある社会でなければならないというのが、日本の政治家のお考えです。この実りを作るために、今までの制度を引き継ぎながら、なんとか軟着陸させようという考え方だと思います。

日本のこれまでの社会福祉は、高齢者介護など、これまで家庭の機能として考えられてきたものを、施設介護を含め制度化するという努力の上に成り立っていました。しかし、家庭に内在化されていた機能を制度化すればする程、お金がかかるというのは不可避の現実です。多くの人々の希望に沿う形で、制度化し、お金がかかるようにしていったものを、これからいかに維持するのかを考える必要があります。

一方、社会的な福祉に関わる機能が、全てが

制度化されているかといえば、そうではないと思います。まだまだ主婦に押し付けられている部分もあるでしょう。家庭の負担と社会の負担を考えるためには、これまで制度的に認識されていなかった社会福祉的な機能を制度化したらどうなるかを含めて考えていかなければならないわけです。

現実的に考えると、無限にお金をかけるわけにはいかないわけですので、これからはどのような機能が必要かを明らかにした上で、これまで制度化の方向で進んできた対応の方向性を逆転させ、家族や共同体の機能としていかに内在化するか、それをどう支援するかが重要なポイントになってくると思います。

この点は、政府などの財政負担をいかに減らしながら、本当に必要な福祉や医療を実現するかという問題意識であり、これからアジアで社会保障を構築する際に、非常に重要になると思います。その点についてもう少しご説明いただけますでしょうか。

それにも関連するのですが、医薬だけで高齢化に対処しようとするれば、制度的に非常にお金がかかります。それに対して、食料、食品、特に機能性食品などを使って予防したり、健康維持をしたりする方法が考えられていると思います。例えば、セブンイレブンなどでCSRとして、ほとんどお金をいただかないで配送していますし、そこで販売されているお弁当などは、かなり詳細な栄養表示がされています。そのような企業の取り組みを活用して、例えば骨粗しょう症とまでは言えないけれども、カルシウム量が低位にある高齢者に対して、医師がカルシウムを積極的に摂るように提案し、それを供給するためにコンビニなどの配送網を利用する

ことも、具体的な対処法となると思います。つまり高齢者に多く見られる、病気とまでは言えないけれど、健康でもないという状況に適切に対処するメカニズムを効果的に構築するためには、食品と医療の連携が必要だと思えます。

しかし、それは現時点では容易ではないと思えます。自分の病気に対応するために、医学系の論文や栄養学の論文を細かく見たことがあります。その際気がついたことは、医学の論文の統計と食品や栄養分野の統計の取り方は全く違っており、その関係でお互いに全然話ができない状態にあることが分かりました。

統制実験なども含め、因果律を明確にして行う研究のやり方と、食品などは代謝が関わりますのでもっと経験的に、統計の手法で言えば多変量解析的に分析しなければ、連携が取れない状況になっていると感じました。

国民健康保険費用や医療費を削減しようとする場合、この点は非常に大きな問題で、ここを学会ベースで、厚労省が中心になって、うまく話ができるように進めていかない限り、いつまでも流れが変わらないで、いつまでもバラバラのままということになります。実は私がこの点について、統計分野で日本で最高権威である、竹内啓先生にお伺いしたところ、同じ感想をお持ちでした。

このような学問的な、つまりいわゆるエビデンスの取り方そのものの根幹に関わる統計の取り方が違えば、異なる分野で全く話ができないということになってしまいます。多少技術的な問題になりますが、この点を整合させなければ、医薬と食品を総合的に使って高齢対策をとることはできないと思えます。この点についてどうお考えか、教えてもらえればと思えます。それとは別に、最初の3つの問題について、お答えいただければと思えます。

野村普 室長補佐：

まず1点目の質問ですが、基本的にはご指摘

の通りという部分も少なくはないです。先程の資料にもある通り、消費税の5%増に対して、1%分しか充実に向けては使われていません。5%のうちの1%だけが、医療の制度改革といったものの財源になり、残りの4%は、実は社会保障だけの借金に対しての財源です。

しかしそんな話をしても、夢がないかと思えます。これまで我々は医療費の伸びを大体毎年8000億円から1兆円ぐらいと見込んできましたが、実際には約5000億円程度で収まっています。その理由は、基本的には経済成長だったり、また医療の技術の進展によって健康な方が増えたことによって、予定している増額よりも低い額で収まっています。ここ3年ぐらいはそれが顕著です。

実際に消費税増税分の5%分のできることに確かに限りがあるかもしれませんが、それ以外に、例えば医療の効果にしっかりと着目することで、もっとコストを縮めることができ、その部分でさらに充実を図ることができる、高度な医療を保険の対象にすることができる、そういったようなことを我々は考えなければならぬと思っています。しっかりと国民と議論をして、より良い医療を実現することに対しては、変わらない目標を持って進まなければならないと思っています。

2つ目の質問にも関係しますが、実際、全てを制度化しようとする、費用はかかります。言ってしまうと、必要な税金がもっと必要になってしまうのは確かにご指摘の通りです。共に助け合うという部分に関して、日本には自助、互助、公助の3つがあります。これから国民との議論の中で、どのように分担するかを決めていく必要があると思えます。その中でも、一番に挙げられるのは、ボランティアの方々のご協力です。最近、高齢者や障害の子をお持ちの方でも、地域の皆様が働く、ということをも一つのテーマに地域づくりをするといったような議論もまさに起こってきています。

実は私の母親も専業主婦だったのですが、65歳になって地域で働きたいと言って、今、高齢者が働ける環境を作る1人のスタッフとなって、タブレットの教室など、多くの高齢者が元気で、健康であり続けることを実現するプロジェクトに携わっています。介護の分野でも、元気な高齢者が、介護を必要としている高齢者を支えることも始まっています。我々としても、高齢者の貢献をできる限り活用したいとアイデアを考えています。

最後の質問に関してですが、食品の関係については、まさに厚労省としても医薬改革と一緒に進めていくべきものだと思っています。食品だけでなく、生活習慣の改善というところで、しっかりと国民の生活と医療の関係を把握し、チェックしていくことは、これからのデータヘルスという考え方においては、非常に重要だと考えています。

日本では国民的な関心の高まりに伴い、企業の保健医療分野への参入の意欲が高まっています。民間企業も、例えば富士フィルムはかなり有名ですが、どんどん医療分野に進出しています。またサントリーという飲料会社も、食品から始まり医療分野に参入し、医薬品や、機能性食品を作ったり、コンビニが薬局と提携して、身近にヘルスチェックをできるようなサービスを提供したりしています。先程申し上げたように、企業の戦略も保健医療の分野に入ってきているので、このような分野にも力を入れて一緒に進めていかないと、おそらく公だけでは実際に実現できないと思います。

そういうことも含めて、先程のご質問全てだと思いますが、国民全体でスクラムを組んで、この課題を突破しないとできないと思っています。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議

長／AFPPD 副議長（ベトナム）

ベトナムでは、薬の価格高騰が起こり、それをコントロールすることが難しくなっており、それが大変大きな問題になっています。日本ではどのように医薬品のコストの急上昇を抑えていらっしゃるのでしょうか？ 我が国では、ベトナムの財務省、厚生省が医薬品の価格を低価格で抑えておくことに関心を抱いておらず、むしろ上げていこうとしているのが課題です。

野村普 室長補佐：

薬の費用についても、要は保険で全てカバーするような形になっているので、利用者は薬の価格に対して、先程申しましように3割または1割の費用負担で使うことができるようになっています。その結果、利用者は薬があまり高いという意識を持っていないのが日本の実情です。ご指摘の通り、例えば認知症の薬で、多少の効果の違いしかないにも関わらず、非常に値段の差があることがありますが、それは開発の研究コストが多くかかったためです。このように、薬価が高いという現象は、日本でも全く同じことが起こっています。

解決の方法としては、恐らく2つあり、1つは、今まさに取り組んでいることですが、ブランド薬ではなくてジェネリックの薬を使うような制度設計にし、それで利用者の負担に対しての価格を抑えることです。もう1つは、研究コストをいかに下げることができるかです。この問題に対応するために、薬を開発する上で、最も費用がかかる治験の部分に対して、製薬会社の手間を減らすために国ができることは何かについて、現在検討しているところです。そのような方法で新薬開発にかかる費用をできるだけ抑え、薬に関わる費用を下げる取り組みを行いたいと思っています。

7月28日

JPFP 国際協力部会

「日本の高齢化の経験と国民皆保険」

武見敬三 参議院議員／AFPPD 議長／JPFP 国際協力部会長・幹事長

楠本修 APDA 事務局長・常務理事：

アジア国会議員の日本の高齢化視察に併せ、国際協力部会を開催致します。武見敬三・国際協力部会長に歓迎の挨拶をお願い申し上げます。本日はご多忙の中、基調講演をお引き受けいただき心より感謝いたしております。

歓迎挨拶

武見敬三 AFPPD 議長／JPFP 幹事長：

今回は、日本の高齢化の経験に学ぶという、重要な課題を扱う APDA=JPFP のプログラムにご参加いただき心より感謝致します。日本はこの地球上でもっとも高齢化が進展している国であり、国際的な視点から見ても、日本がこの高齢化問題にいかに取り組んでいるかということを知ることは重要な意味があると考えております。現在、シンガポール、韓国、インドネシアも高齢化が進展しており、近年は地球規模の高齢化ともいえる状況が現出しております。この点から日本の果たすべき役割を考え、その良い経験も悪い経験も学んでいただきたいと思います。

楠本修 APDA 事務局長・常務理事：

続きまして、佐崎淳子 UNFPA 東京事務所長よりご挨拶をいただきます。

挨拶

佐崎淳子 UNFPA 東京事務所長：

2012年 UNFPA は「世界高齢化報告」を発表し、高齢化の問題が先進国だけの問題ではない

ことを示しました。UNFPA はその他の国連機関と共に高齢化の課題に取り組んでいます。また高齢化社会を少ない若者人口でいかに支えるかについても考えております。皆様のご視察が有意義なものとなることを祈念いたしておりますし、このプログラムを主催されております APDA にお慶びを申し上げます。

楠本修 APDA 事務局長・常務理事：

佐崎 UNFPA 東京事務所長ご挨拶ありがとうございました。それでは武見敬三先生にご講演をいただきたいと思います。武見先生、宜しくお願い申し上げます。

武見敬三 AFPPD 議長／JPFP 幹事長：

それでは発表を始めたいと思います。

世界の高齢化の現状

2000年の世界の人口動態を見る限り、南半球の大部分では必ずしも高齢化が始まっているとは言えません。それでも今後いくつかの変化が起きます。2030年までに、若年化が維持されるのはアフリカ大陸と南アジアの一部だけとなり、それ以外では急速に高齢化が進みます。つまり高齢化は地球全体の大きな問題なのです。

アジアにおける高齢化のスピード

1944年、日本人の平均寿命は他の先進国をはるかに下回っていました。しかし1970年代になると先進国に追いつき、それ以後着実に伸び続けています。では、70年代以降、日本は

どのようにして平均寿命を伸ばすことができたのでしょうか。

今日、日本社会はアジア（そして世界）のどの国よりも高齢化が進み、韓国やタイ、中国、ベトナムなどのアジア諸国も日本に追いつつつあります。さらに、アジア諸国の多くでは、日本を上回るスピードで高齢化が進んでいます。これは、人口ボーナスを享受できる年数が短くなるということに他ならず、こうした諸国も人口の高齢化への取り組み方について考えなければなりません。

また、世界には地方から都市へと人口移動する動きもあります。都市部への流入は急速に進み、2050年には世界の人口の3分の2以上が都市部に住むことになると予想されています。同時に中産階級の多くが都市部に集中します。高齢化の結果、疾病の内容にも変化が見られます。日本では、1945年から1970年まで死因の上位は結核などの感染症でした。新生児死亡率もまた高い状況でした。しかし、1970年代以降、死因の上位は徐々に感染症から非感染性疾病へと変わっていき、がんや脳卒中が死因の最上位を占めるようになりました。この推移は世界中のほとんどで共通しています。

途上国では、人口転換の結果、高齢化が進展する中で、完全に感染症を抑制する前に、高齢化に伴う慢性疾患が増加するとともに、感染症への対策を進めなければならないという、二重の負担を背負わざるを得なくなっています。

さらに、グローバリゼーションの中で、新興・再興感染症も大きな問題となってきました。このほとんどは動物が持っていたウイルスが、人間と接触することで人畜共通感染症となり、深刻な影響を与えるようになっています。例えばエイズは、これはチンパンジーなどが持っていたウイルスが、人間に感染したといわれます。ブタから感染したインフルエンザに類した疾患は、世界的大流行が懸念されました。SARSはコウモリやハクビシンを介して感染したと

考えられていますし、西アフリカで深刻な被害を与えたエボラウイルスもコウモリが原因と考えられています。かつて地方の病気であり、人が感染するとしても孤立した集落内で留まっていたものが、グローバル化によって地球上に住む全て者に感染する可能性が出てきたのです。これらが現在、新しい問題として出てきており、国際的協調の中で、それらをきちんと封じ込める体制をいかに構築するかが問われています。

有益な日本の教訓

話を日本の経験に戻します。第二次世界大戦が終了した後、こうした様々なテーマに日本はどう対応したのでしょうか。日本では1950年代後期から1960年代初期にかけて、十分な教育を受けた健康な中産階級社会の構築（中産階級の拡大）を目指した政策パッケージが打ち出され、大成功を収めました。目標の効率的実現に向けてまとめられた政策パッケージは以下の通りです。

- 1) 成長戦略。企業の成長を重視し、後に個人所得増加へと拡大する成長・所得戦略
- 2) 社会保障ネット（年金、雇用保険、生活保障、その他）の構築
- 3) 累進課税（所得の再分配）の導入
- 4) 日本人であれば誰でも医療を受けられるようにする国民皆保険制度の構築（1961年に確立）

これは国の目標とされ、そういう社会を築き上げるために10ヵ年計画を取りまとめました。これを行ったのが安倍晋三総理の祖父である岸信介総理大臣です。経済計画のなかで国民の所得を増加させ、社会保障を確保するために、色々な法的な枠組みが取りまとめられ、国民皆保険制度と年金制度を構築し、税制改革が抜本的に行われたのです。日本は社会主義国家ではありませんでしたが、社会福祉を実現させるために、課税を強化することになりました。

強調させていただきたいのですが、国民皆保険を実現し、誰もが所得に関係なく、適切な医療サービスを手頃な価格で利用できるようにしたことで、中産階級の人口を増加させ、低所得者の層を減らすことにつながりました。これはどういうことかと言うと、国民健康保険の体制が出来上がり、人々が容易に医療を受けられるようにするというシステムが、結果として豊かな者から、貧しい者へと所得の移転機能を果たし、その結果、経済成長が進展している中でありながら、所得格差が拡大するのではなく、国民全体が豊かになることができたのです。

国民皆保険（UHC）

国民皆保険には、誰でも医療を受けられるようにするという面だけでなく、所得の再配分の機能もあります。国民の再配分力を強化する働きがあるのです。日本では、行政による所得の再配分力の70%は国民皆保険によって実現しました。政策パッケージの導入はタイミングが肝心です。政策の再配分機能はまさに高度経済成長期に入った絶好のタイミングで実施されました。当時、人口増加と並行して経済も成長を続けていたのです。政策立案者は、「どのように政策同士の相乗効果を生み出すか」につい

て考えるべきです。

日本におけるジニ係数の推移

国民皆保険の導入によって、日本では高度経済成長時に所得の格差を表すジニ係数は低下しました。政府の介入が効果的に機能した理由としては、国民皆保険を始めとする有効な政策の実施が奏功したと言えます。

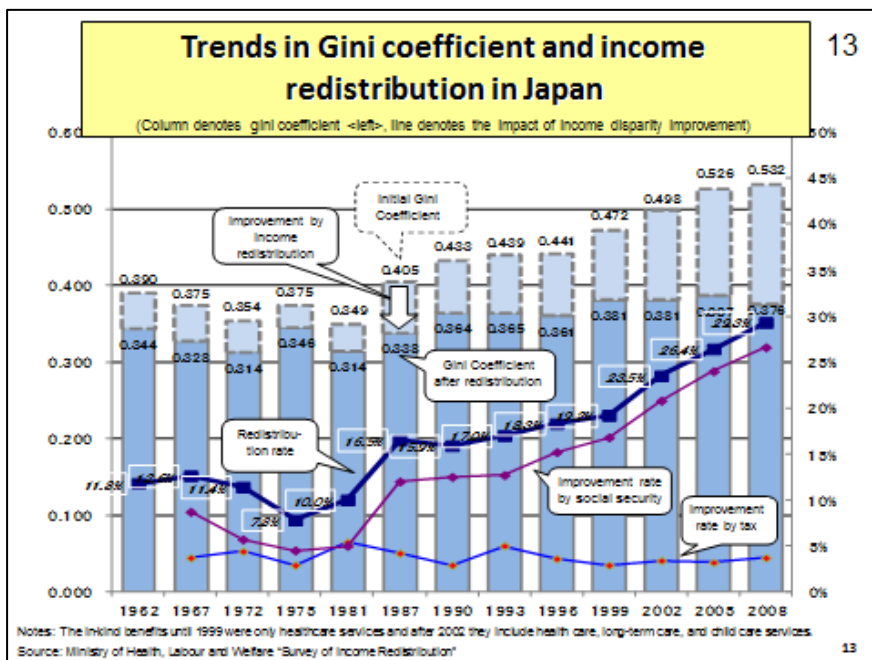
現在、アジアや多くの途上国で、かつて日本が経験したような高度経済成長が進んでいます。しかしながら多くの国では、高度経済成長に伴って所得格差が広がり、社会の安定性が失われています。

日本が国民皆保険を導入した当時、高齢者人口比率はそれほど高くなく、高齢者対策はあまり問題になりませんでした。1961年当時日本の一人当たりGNPは4,290ドルでした。そして極端な富裕層はあまりいませんでした。一人当たり4,290ドルの年間所得は、現在のインドネシアの水準と同じです。

国民皆保険の導入によって、経済的な成長が収入の再配分につながりました。1961年当時、日本の人口は増加していましたが、より若い世代の人口が育っていく中で適切な医療が供給され、健康な国民が増えたこと、所得再配分の

効果として、国民の間の格差がそれほど広がらなかったことによって、政策と政策の相乗効果が生まれていったのです。

これは私が気に入っている図で、経済成長と所得格差を表している図です。急成長を遂げている時代であるにも関わらず、格差はむしろ減っています。富める者と貧しい者がある意味で平等の経済的な恩恵を享受したということ



を示しています。そして社会的にも安定している状況がもたらされました。

これらの政策を実施した自民党は国民に支持され、参議院・衆議院の両方において多数の議席を維持することができました。これが政策パッケージがもたらした効果です。

今なお多くの国々では、5歳未満の子どもたちが命を失っています。特に出産時、新生児期に命を失ってしまうことをいかに防ぐかが大きな課題となっており、そのためには基礎的な医療を国民全体が利用できるようにすることが必要不可欠です。

日本では現在これらの問題はほぼありませんが、大人の人口の病気に対する対応が必要となっています。これに対する対策はかなり成果を挙げており、国民皆保険の初期においては、感染症などへの対応が中心でしたが、1970年代からは高血圧や成人病などの疾患へと、その対策を変化させてきました。それと共に日本の平均寿命が延びていきました。血圧を下げる上で大きく効果があったのが、減塩への取り組みと抗高血圧薬の普及でした。

この国民皆保険の導入によって、日本は感染症を克服し、かつては他の先進国より高かった脳卒中などや非感染症による回避可能な死亡を防止することができました。国民皆保険制度により医療機関の受診や服薬が身近なものになるとともに、健康な食事などの政策や減塩食運動が実施され、高血圧を上手にコントロールできるようになったのです。日本の長寿達成は以上の政策に支えられていました。

日本の国民皆保険（UHC）

日本の国民皆保険（UHC）には次のような特徴があります。

- 1) 自己負担よりも健康保険料に依存している
- 2) 社会的弱者は生活保護の対象となり自己負担の必要がない

- 3) 医療が民間と公立の病院・医院で提供されている
- 4) 保険間格差を調整する医療費助成制度（FEG）がある
- 5) 中産階級を広げるために総合政策パッケージの一環として国民皆保険が導入された
- 6) 国民皆保険が経済成長や人口増加している期間に導入された

国民皆保険の効果としては、（慢性疾患対策などにより）平均寿命が延びたこと、再配分効果、連帯責任精神の育成、社会の安定化などを挙げることができます。ある意味、これは消費ではなく、典型的な人材への投資例となっています。

かつての日本、特に地方では、塩分を多く含む食生活で、それが高血圧の原因になっていました。1961年に国民皆保険が成立し、所得の如何に関わらず、簡単にお医者さんに診てもらえるようになり、薬を利用できるようになったのです。このように多くのメリットを持つ国民皆保険ですが、その負担額は所得に応じて決まっています。各企業や団体が福利厚生として導入した側面もあり、保険の担い手となる団体が業界ごとに数多く存在し、現在3,500ほどの団体が存在しています。患者の受ける医療の水準が入っている団体によって異なるということはありませんが、豊かな団体であれば補助金があるので、保険料の負担が少ないという違いはあります。

しかし現在、多くの団体がその負担に耐え切れなくなってきており、統合の方向に向かっています。非常に成功を収めた制度ではありますが、50年以上の時を経て制度疲労を起こし、その継続性を維持するために新たな挑戦が迫られているというのが日本の現状です。

ここで皆様方に強調したいことがあります。それはこの国民皆保険を導入するなら、まさしく経済成長期に入った今、そして人口が増加を

続けている今こそが好機だということです。それをすることで、所得に適切な再配分が行われ、所得格差の拡大を防ぎ、健全な中産階級を育成し、安定的な社会を作ることができるようになります。そのような積極的な投資がぜひ必要とすることができます。

日本における人口の推移

日本の年齢別人口の推移を見ると、2013 年ごろから人口が減少に転じ、そして高齢化がどんどん進展し、労働年齢人口の層も減ってきています。65 歳以上の人口が増えているのです。現在の出生率だと 2060 年までに日本の人口は 9000 万人に減り、高齢者比率は 40%になると予測されています。これは社会の活力が失われることに他なりません。

この事は、長寿 (LE) (男性 79 歳、女性 86 歳) の問題であるだけでなく、健康寿命 (HALE) の問題でもあり、長寿と健康寿命 (現在、男性 9.13 歳、女性 12.68 歳) の差を縮める取り組みをしなければなりません。長寿と健康寿命の差が大きいほど、高齢者の医療に対する依存度は高く、その重荷を若い世代が負わなければならず、それが高齢化の悪循環と活力低下の原因となります。では、社会の活力を回復するにはどうしたらよいのか。それが、新しい政策パッケージのテーマです。

このような人口動態的の変化において重要なことは、健康長寿をいかに実現するかということです。現在でもほとんどの方は健康体で 70 歳まで生きていらっしゃいます。しかしその後、個人差が非常に大きくなり、亡くなるまでの寿命と、健康でいることができる健康寿命との差がかなり長い期間となり、それが医療費を大幅に増加させています。

健康長寿を実現するための第一歩は、個人が自分自身で生活ができるかということです。日々の生活において自分で服を着たり脱いだりなどの日常動作をきちんとできることが基

本になります。しかし現実には寝たきりになって介護が必要な状態の高齢者が増えています。そして残念なことに、平均寿命と健康寿命の乖離が、この 10 年の間に拡大しています。この期間が長ければ長いほど、高齢者たちは介護サービスや医療サービスに依存しなければならなくなるので、結果としてその負担が若い世代に回ってくるということになります。これが高齢化の悪循環と言われますが、この悪循環を逆転することが必要になってくるのです。

今後の日本の方向性

これらの問題に対応するために、これから日本がどういう方向に向かっていくかということをご説明します。具体的には、

- 1) 健康寿命 (HALE) を伸ばす
 - 2) 定年を引き上げ、高齢者が中産階級に留まれるようにする
- 定年は 2013 年 / 2014 年から 3 年毎に 1 年延長し、2025 年には 65 歳にまで引き上げます。私自身は、将来的にはさらに 70 歳まで延長される可能性があるかと期待しています。
- 3) 若年層の負担を軽減する
 - 4) 健康な高齢者、女性、外国人、その他活かし切れていない生産年齢人口を活用する
 - 5) 健康保険を一元化し保険料を均等化する
- といったことが挙げられます。

具体的な取り組みとして、退職年齢も引き上げており、2013 年の 4 月から原則 65 歳まで雇用するように法改正がなされました。健康な高齢者や女性が生き生きと活躍できる社会を作ること、社会を活性化するというのがこの法律改正の目的です。高齢者が、社会に参画するようになれば、高齢者と社会の連帯感を強めることができます。健康である高齢者女性をもっと労働力として活用し、仕事を続けることで、所得を維持し、経済的にも活性化することで好循環のサイクルを作ることができます。

今後の課題

これまで築き上げてきた日本の制度が持続可能なものとなるために、改革を進めておりますが、現在何干という健康保険の担い手が存在しており、様々な利害関係の調整が困難になっています。制度の間に横たわる不均衡を是正するために保険の一元化などを行うとしても、利益団体が次から次へと抗議の声を上げる、というマイナス面が出ています。

皆様にご提案申し上げたいことは、皆様方の国で政策を形成する際に間違いを起こさないためにも、このような日本の経験を学んでいただければ、制度設計の良くなかった点を未然に防ぐことができると思います。国民皆保険を導入する場合にはその精度設計を慎重に行い、国民が公平に受益できるようにその制度を一元化

することです。

良い点も悪い点も、日本からも学べるものが数多くあると思います。ぜひその経験を各国で活用していただきたいと思います。

今回視察で、長野県を訪問されると伺っていますが、長野県は健康長寿ということで官民の取り組みが成功した非常に良い例となっています。長寿であるにも関わらず 47 都道府県の中でも医療費の支出額が低くなっています。なぜ長寿を実現しながら、医療費支出額を抑えることができたのか、ぜひ調べてきていただきたいと思います。

これで講演を終わりますが、何かご質問がございましたら、お受けしたいと思います。

質疑応答

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

素晴らしいご講演ありがとうございました。

タイと日本を比較しますと、タイでは医療費の負担なく医療を受けることができる制度になっており、医療費の予算が膨らみ、国家財政への大きな圧迫となってきました。日本の国民皆保険は、自己負担額が導入されているということですが、年齢によっても負担が違っていると伺いました。現在日本では3割負担ということですが、もう少し補足して下さいませんか？

武見敬三 AFPPD 議長／JFPF 幹事長：

それぞれの医療費の負担額に関しては、健康保険制度を運営していくためにどれくらいの収入があるかという点が重要になってくると思います。基本的な理念は、できるだけ平等な社会を築くことです。もし仮に地域ベースの保険ということであれば、A市、B市がそれぞれ異なる保険制度を持っていて、そのA市とB市では違った保険料であったとしましょう。この場合は平等性というものが保証されていないことになります。

日本の場合、40年以上かかって健康保険制度ができ上がったため、多様な保険制度の主体が存在しています。その保険主体によって、従業員の自己負担と雇用主の負担割合は違ってきます。現在、多くの健康保険組合では負担しきれなくなり、厚生年金制度などに収斂しつつあります。制度統一にはずいぶん時間がかかりました。保険計画を統一していくことで、保険者の負担を平等にすることが重要だと思います。

ヨス・ファニト保健省副局長（カンボジア）：

カンボジアのような若い国と日本とでは状況が大きく違うわけですが、私たちは、先進国、例えば日本や韓国に追い付き、競争力ある国で、かつ福祉国家になりたいと考えています。かつ内戦が続きましたので、私たちとしては、まず国家をいかに統一し、グローバル化の中で経済的に競争力を持つかが課題となっています。そして財政も十分でないので民間のステークホルダーを取り込み、1つの傘の下に置くためにはもう少し時間が必要と考えています。

武見敬三 AFPPD 議長／JFPF 幹事長：

カンボジアが大変若い国であるのは承知しています。多くの大変な課題はあると思いますが、しかし安定的な社会的安全網を設けないと経済成長から多くの人々が恩恵を受けることができず、豊かな者だけがその恩恵を受けることになります。その結果生じる社会格差の拡大は、政治的に不安定な社会をもたらします。その意味で、安定した社会を構築するためには、社会的な安全網を作り上げることが必要であり、経済的に成長を遂げるためにも重要な意味を持つことになります。

つまり、国民皆保険制度を通じて、成長の果実を国民に分配することと、経済的な成長を果たすことは、相反する考えではないということです。この制度導入にはタイミングが重要です。経済成長が本格化する前に、それを導入することが必要です。そうすることで、カンボジアにおける安定した中産階級を育てることができ、グローバル化にも対応することができるようになると思います。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）

ベトナム国は日本の協力をいただいて健康保険制度を今年から設け、人口の72%は保険によってカバーされています。国会においても特に私たちの委員会でこの内容を協議していますが、まだ国民皆保険（＝ユニバーサルカバレッジ）を達成するには至っておりません。またベトナムの社会保障制度は、日本のように3,000にも分かれておらず、1つの保険制度で実施されています。一つお伺いですが、ベトナムにおいては伝統医療をどのように組み込むかが議論となっています。日本では伝統医療をどのように国民健康保険制度の中に組み込んでいるのか、お教え下さい。

武見敬三 AFPPD 議長／JPFP 幹事長：

伝統医療をどのような種類の健康保険の下でカバーしているかについてですね。

どのような伝統医療が保険収載になるかについては、政府の方で検討し、認められたものを保険適用としています。日本の場合、伝統医療も近代医学も、国家試験に合格した医師によって施療されます。医師は通常の西洋医学の勉強をした後で、伝統医療を学び、伝統医療に基づいた治療をすることになります。

確か中国では、伝統医療の医師と西洋医学の医師では資格が異なっていたと思いますが、日本の場合、伝統医療を施療する場合でも医師の国家資格が必須となります。日本でも、急性期医療では対応しにくい、高齢化に伴う様々な疾病や不調に対応するために、伝統的な医療の人気が高まっています。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員（インドネシア）：

大変重要なお発表ありがとうございました。今朝の厚労省からのご説明と合わせて大変に

勉強になりました。インドネシアにおいては健康保険制度は一つだけです。インドネシアには7,000の島々があり、人口は2億4000万人を超えています。この膨大な人口と幅広い国土全てに制度を導入することは容易ではありません。

政府負担をどうするか、国民負担をどうするか、病院での治療をどこまで保険が負担するか、高齢者への福祉をどのように提供するか、私たちが法案をとりまとめる上で必要となる知識を、色々ご助言いただければありがたいと思います。APDAに対してもそのような情報の提供をお願いしたいと思います。他の国々の方からも色々ご助言いただきたいと思います。

武見敬三 AFPPD 議長／JPFP 幹事長：

どのように高齢者に十分な保険制度を提供していくかは重要な問題です。特にいかに予算を確保するかが課題となっています。必要なサービスを提供するために、私たち国会議員が協議をし、2000年には高齢の方々の日々の生活を支援するために日本政府は後期高齢者保険を制度として設けました。この制度では2つの異なるサービスを受けることができます。在宅サービスと通所サービスです。病院に入院すると大変コストがかかります。そのため、このような医療としてのサービス、長期的な介護サービスに依存しない環境を作ることが重要になります。

地域の中で、高齢者が活力をもって生活できるよう支援していくことが基本的な考え方となっています。多くの高齢者は、少しの支援があれば、自ら日々の生活を送ることができるのです。今はこのような考え方に変わってきています。これは予防できる疾病なども同じで、医療で対処する事態になる前に、適切な予防に力を入れているところです。

7月28日

財務省

「日本の社会保障と財政運営」

守屋貴之 財務省主計管理補佐官

本日はこのような機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

本日は「日本の社会保障と財政運営」と題しまして、日本の財政状況について社会保障関係を中心にご説明したいと思います。

1 ページ目は日本の歳出と年収の関係を示したものです。上の赤い線が歳出になります。それに対して青い線が税収です。日本では歳出が税収を大きく上回る状況が続き、特に 2008 年のリーマンショック以降、景気の悪化に伴い税収が減少し、その差がさらに拡大しています。

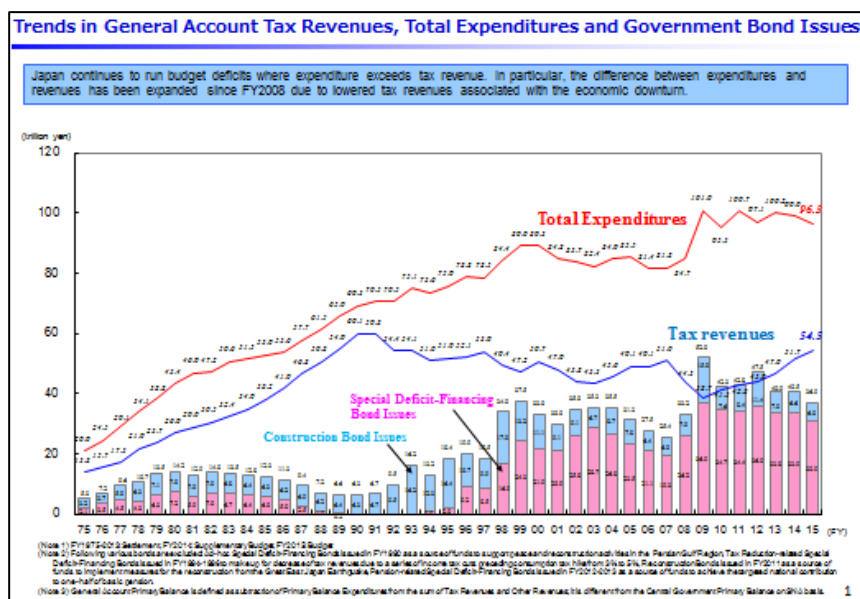
また、下の棒グラフでは、1990 年代中頃から税収と歳出の差を埋めるための赤字国債の発行が増加していることが分かります。日本の国債の残高の推移を見ると、年々増加の一途を辿っています。2015 年度末の国債残高は、807 兆円に上ると見込まれています。これは税収約 15 年分に相当し、こうした状況が今後も続く

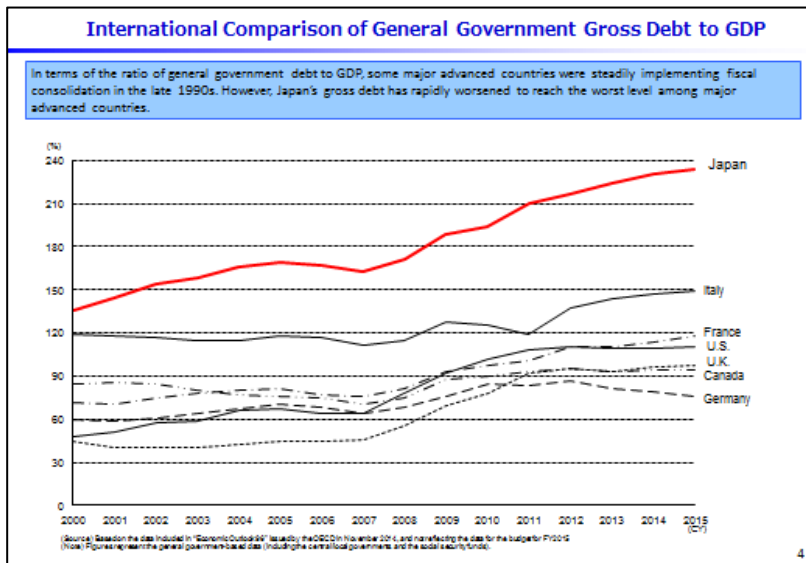
と、将来の世代に大きな負担を残すこととなります。

主要先進国の財政収支、GDP 比を示したのを見ると、1990 年代に主要国のほとんどが財政収支を改善しましたが、日本の財政収支は大幅な赤字が継続しています。2000 年代に入り、日本の財政収支は一旦改善傾向に向かいましたが、2008 年のリーマンショックの影響で、また赤字が拡大しました。2010 年代に入ると他の主要国は再び財政収支を改善させていますが、日本ではまだ大幅な赤字が続いている状態です。4 ページは同じように主要先進国の債務残高の GDP 比を示したものです。財政の健全化を着実に進めた主要国に対し、日本は急速に悪化しており、今は過去最悪の水準になっています。

OECD 諸国における政府の歳出の GDP 比について 1995 年と 2011 年を比べると、総支出の

GDP 比は、日本では 1995 年に比べて 2011 年には総支出の GDP 比が 6.1 ポイント上昇しています。その内、支出内容を分解してみると、社会保障関係の支出が 10.6 ポイント上昇していますが、社会保障関係以外については、そこまで増えていません。日本の財政支出が増加の主な要因が、社会保障にあることがよく分かります。





福祉・高負担から低福祉・低負担まで、様々な国がありますが、多くの国で給付と負担のバランスがとれています。その中で日本は中福祉・低負担ということで、給付と負担のバランスが崩れてしまっています。

日本の人口構造を見ると、50年前は65歳以上の高齢者1人を9人の若者が支える形でした。今はそれが2~3人の若者で1人の高齢者を支える形

OECD 諸国の税収の GDP 比を比べると、税収の低下を示していますが、財政収支の悪化の方が大きく低下しています。

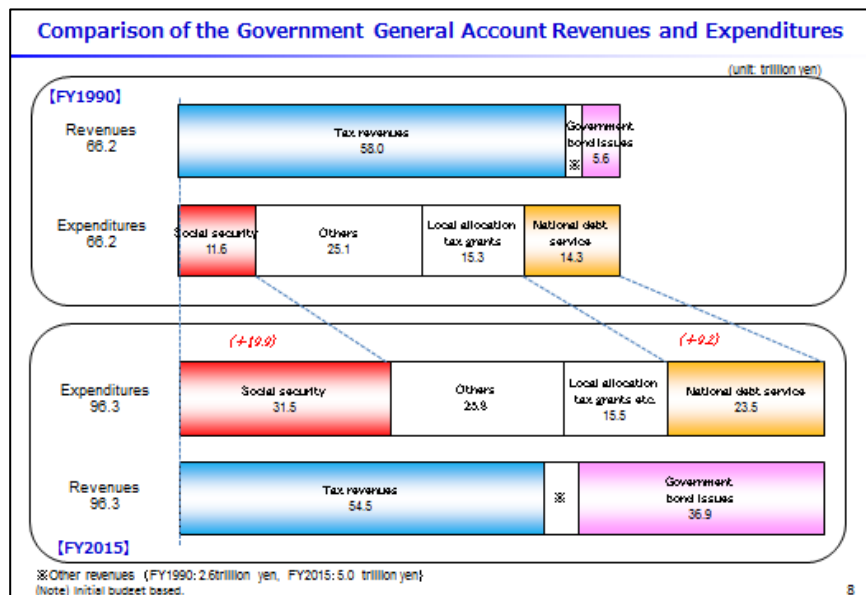
なっています。2050年には高齢者1人を1

税収の低下を上回るペースで収支が悪化しているということです。ここまでが日本の財政状況を、国際比較で見てきましたが、日本の財政事情は大変厳しい状況にあることがご理解いただけると思います。

日本の2015年度の予算の内訳は、歳出では、社会保障関係費は31.5兆円とみえています。予算の約3分の1を占める大きな金額です。

私は財務省に来る前に銀行の監督をする金融庁で働いていましたが、金融庁の年間の予算は230億円程度です。31.5兆円というと、日本の金融庁の1200年程の規模の大きな金額になっています。

8ページ目は1990年度と2015年度の予算を比較したものです。社会保障関係費は赤色の部分で、25年間で約20兆円増加しています。どうしてこれほど増えているのか、その要因を見ていきたいと思います。OECD 諸国の社会保障関係費、支出と国民負担率の関係を見ると、高



人の若者で支える形になると推計されています。日本では高齢化対策に加え、少子化対策も重要になってきています。2025年には第一次ベビーブーム世代が全て75歳以上となり、超高齢化社会を迎えると予想されています。社会保障給付費の見込みとしては、高齢化に伴い、医療・介護費を中心に今後も急激な増加が見込まれています。

高齢化率と国民負担率を国際比較すると、日本の65歳以上の総人口に占める割合は他国に例を見ないスピードで進んでいますが、一方で国民負担率は諸外国に比べて低く、赤字国債の

発行を通じて、将来世代に負担を先送りしていることになっています。

このような厳しい状況を踏まえ、日本において言う社会保障と税の一体改革を進めています。この改革では、2014年に消費税率を5%から8%に引き上げました。そして今年の10月に本来8%から10%に引き上げる予定だったのですが、これは現在の日本経済の状況を勘案し、景気が悪化する恐れがあるということで、安倍晋三総理大臣の判断により、10%の引き上げは2017年から延期されました。いずれにしても、消費税を引き上げた分は、全て社会保障の財源に充てるということになっています。

なぜ消費税かといいますと、消費税には景気や人口の構成の変化に左右されにくく、税収が安定しているという特徴があります。財源が安定して確保されることで社会保障を安定化させて、同時に将来世代の負担の先送りを減らしていく、これが今回の改革の狙いです。この改革前の消費税は全て高齢者向けに当てられていましたが、今回の改革では高齢者に加えて少子化対策にも使っていくということになっています。

私からの説明は以上です。ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

ありがとうございました。まず私から1つ、2つ質問させていただきます。まず最初に、一言でまとめると、負担のわりに給付が多すぎた結果として負債が多くなったということですよ。これは計算上当たり前の話で、ある意味では分かりやす過ぎるくらい分かりやすいのですが、なぜこのようなことが起こったかということに対して、私は1つの解答があると思います。

もちろん一般的には政治家の圧力が強過ぎたという意見が出てくるかとは思いますが、実はその根拠になったのが少子化予測の誤りにあったと思っています。これは子どもが経済学でいうコモンスになってしまっただけで、要するに結果として「コモンスの悲劇」という状態が起ってしまった、想像以上の少子化が進んでしまいました。これは簡単に言えば、1人ひとりの意識としては、年金制度などがある中で、子どもを持つことがメリットではなくなって、子どもを持つことが負担としか受け取られなくなった状況であるにもかかわらず、若い人が結婚をし、子どもを産んでくれるという前提の中で政策を組んでしまった結果であると思います。

実はこのような論点からの少子化議論はほとんどなされていないと思っています。私どもの財団で「人口と開発」という出版物を継続して発行していますが、このような視点から人口問題を扱った連載を掲載し、提言をさせていただいています。

このような視点から見れば、子どもを持つことが「コモンスの悲劇」にならないような社会制度を作らない限り、この問題は解決しないと思います。

その意味で省庁間の連携が必要だと思うのです。財務省としては収支のバランスのところだけを見ていて、各政策は厚生労働省でも他の省庁でも良いので、きちん実施してくれ、というお考えもあるでしょうが、実際に歳入と歳出のこれだけ大きな差を埋めるためには、今後は投資や、そういう政策的な会話が厚生省や財務省の中できつと必要になると思います。そのような機会に今お話ししたような視点をご活用いただければありがたいと思います。そういう意味では、これは質問というよりお願いですが、財務省が財政健全化という大きな使命を果たすためにも、目先の収支均衡の議論ではなく、その背景にあるより本質的な議論の主導をとっていただくことが必要ではないかと感じています。その点で APDA もお手伝いできればと思っています。本当にありがとうございました。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

大変興味深いプレゼンテーションをありがとうございました。税金およびそれを社会保障にいかにかつてているのかについての、大変包括的なお話でした。今、我々は、日本を訪問し色々と学んでいますが、日本においては、例えばタバコやアルコールに対して課税を行っているのか。それは収入源となっているのかということをお伺いしたいと思います。なぜなら国によっては、タバコ税、そしてアルコール税などに関しては導入するべきだ、いやそうではないと、国によっては色々議論が起っていますが、これは収入源としては大変良いものだと思います。日本においてはいかがなものでしょうか。2020年には財政の収支均衡を

目指していらっしゃるようですが、アルコール・タバコ税に関して、いかにお考えでしょうか。

守屋 貴之 主計官補佐：

ご質問ありがとうございます。日本でもタバコ税、酒税は取っています。例えば、タバコの税収で言いますと、タバコを吸わない方のために、タバコを吸う方は喫煙ルームに行きます。タバコ税はそういう喫煙ルームを作ったりするお金の充てたりしています。タバコを吸う人は税金を負担して、吸わない人にデメリットを与えないような仕組みにしています。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

どうもありがとうございました。あと1つだけ。インドネシアの方、どうぞ。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア)：

ご発表大変ありがとうございました。私がお伺いしたいのは、自治体がこの社会保障制度に

どれぐらいの支援をしているのかということです。なぜならば私の国のインドネシアでは、国の支援も大切ですが、各州にはそれぞれ州政府があり、その州政府が重要な役割を果たしています。これは日本の場合には都道府県に相当すると思います。社会保障に関して、日本の場合には国だけがそれを支援しているのでしょうか、それとも都道府県も、それを財政的に支援しているのでしょうか。

守屋 貴之 主計官補佐：

ご質問ありがとうございます。先程消費税が今は8%と申し上げましたが、全部が国の税収ではなく、一部は地方に入るようになっており、国と地方が連携して社会保障に対応しています。地方が多く出す分野もあれば、国が全額出す分野もありますが、地方の方がより身近に市民たちに接しますので、地方と国が連携しながら色々な政策を考えています。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

ありがとうございました。

7月28日

日本大学人口研究所 (NUPRI)

「日本の少子高齢化対策と NTA」

小川直宏 日本大学教授 / NUPRI 所長

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

講師の方をご紹介申し上げます。日本大学の小川直宏先生です。先生は非常に著名な人口学者で、APDA の評議員も務められており、世代間の資産移動と人口問題の分野で世界的な業績を挙げられています。日本の少子化の経済的理由などを考える上で非常に有意義なご研究をされており、先生のご発表を聞いて頂くことは、皆様に大変有益であると考え、ご多忙のところ、講師をお願い致しました。まずお引き受けいただき、心より感謝申し上げます。それでは宜しくお願い致します。

小川直宏 教授：

本日は日本の高齢化問題の視察で訪問されたとのことですので、高齢化の理由についてお話ししたいと思います。人口学的に考えれば、高齢化の原因は非常に明確で、2つしかありません。一つは子どもが少なくなること、もう一つは高齢者の余命が伸びることです。

この2つのうち、少子化の問題ですが、出生力が一貫して下がり続けています。政府も1990年代から平年の出生率が丙午を下回った現実を受けて、出生力を高めるための様々な政策を取り始めました。その方策として保育サービスの拡充や、産休制度などを充実させていきましたが、大きな成果を挙げるまでには至りませんでした。

社会の慣習がまだまだ、現実に対応していないと言えると思います。日本で出産を経験した女性の育児休業取得率は、8割から9割で

すが、男性の育児休業取得率はわずかです。非婚化が進んでいると同時に、若い夫婦が核家族化している中で、子どもを持つことが贅沢な状況になっているのです。

また子どもを持つというのは、単に次世代を作るというだけでなく、情緒的な満足に関わる面を持っていますが、情緒的に人間の赤ちゃんの代わりとなっているものがあります。日本では出生率も子どもの数も低下していますが、逆にペットの数は増えているのです。この傾向はますますはっきりしてきており、2003年から、ペットの数が子どもたちの数をはるかに上回るようになっていました。そして急速にペットの数が増えるのに伴い、ペット用の商品も拡充してきています。

例えば、私たちが自分のために2リットルの水を1本買う場合には約100円ほど支払っています。しかし、ペット用の水では2リットル約900円もするものがあります。私はこのような現実を非常に残念に思っています。ペットのためにパースデーケーキを買うこともあり、ペットのための自販機もあります。そして犬のためのビタミン、サプリメントなども販売されています。私も自分用にサントリー社の出しているサプリメントを使っていますが、私が使っているサプリメントよりもペット用のサプリメントの方が、はるかに高価です。信じられますか。

そして犬用のセラピーもあります。これは本当は人間が必要としているものではないでしょうか。そしてまたキャットカフェも日本

においては 200 力所以上に上ります。ペットが非常に甘やかされているわけです。瀬戸内海にあります小さな島では、200 匹以上のネコがいますが、人間は 24 人しか住んでいないそうです。日本ではペット数が増えるとともに、その高齢化も進んでいます。

これは政府の高齢化に関するペットの統計ですが、1990 年に平均寿命が 5 年だったネコの平均寿命が 9 年に伸びています。イヌもやはり高齢化しています。この高齢化したペットの健康を維持するために、色々なストレッチやエクササイズを実施したり、面倒をみてもらえるようになっていきます。

白内障になっているペットのための、目移植のためのレンズまであります。人間にとって、このような手術を受けるのは簡単なことですが、必ずしもイヌの場合は簡単なことではなく、このようなレンズなども販売されており、それを移植するのだそうです。

そしてまた日本では高齢者がペットを飼うようになり、あるいは動物と触れ合うようになってきています。ペットの姿をしたロボットもあり、老人ホームの高齢者たちは、このようなペットのロボットを可愛がったりしています。

日本の少子化を考える場合、最も深刻な問題ではないかと思われる要因があります。これは直接出生率にも影響しています。調査の結果、20~59 歳の日本人の結婚している夫婦の 25%はセックスレスで、12 カ月以上全く性交渉をしていないのです。

これは私たちが行った全国規模の調査に基づいて分かったことですが、厚労省からはこの数値があまりにも高いのではないかと、言われました。確かに非常に高い数字です。これが意味していることは、日本の若い人たちがいかに疲弊しているかということです。

ここから分かることは、子どもを持たない理由として重要なのは、あまりにも労働時間が

長いことです。その対策として政府も色々努力を行っているようですが、なかなか効果が上がりません。ここで分かることは、夫も妻ももっと時間を必要としているということです。お金というもので片付けられるものではないのです。

少子化に加え、高齢化のもう一つの原因は、言うまでもなく、寿命のさらなる延伸です。平均余命がどんどん伸びています。仮に死亡率が低下しても、生まれてくる赤ちゃんの数が増えれば、出生率がもっと高まれば高齢化は進展しません。しかし、子どもが減って行く中で寿命が伸びれば、高齢化が急速に進展します。高齢化の進展には、少子化に加え、高齢者の死亡年齢が年々伸びていることが輪をかけていくこととなります。100 年ほど前は、出生率は大変高かったわけですが、今はそうではありません。そして現在では、100 歳以上の方々も急速に増えてきています。

55 歳時平均余命がどのように推移したかを示したグラフを見ると、日本の場合は顕著に寿命が伸びています。韓国も中国、台湾などもそうです。日本人の女性と他の国々の女性を 55 歳の時点の平均余命で比較した場合、日本の女性は他の国の女性に比べて、もっと長生きをするということを示しています。

日本では最も多い死亡年齢は何歳ぐらいか想像できますか？ 平均ではなく最もお亡くなりになる方の多い年齢です。お答えを伺うと 85 歳、75 歳、85 歳色々ありますが、平均すると 80 歳ぐらいですかね。どなたも正解ではありません。現在の日本で最も多くの女性が亡くなっている年齢は 93 歳です。それから次が 88 歳です。

皆様方が、いつか機会があってお葬式に行かれることがあって、亡くなられた方はおいくつでしたかと聞いてみた際に、ご家族から 89 歳で亡くなったと聞いたら、若すぎるということになるのです。93 歳で亡くなる方が多

いからです。

皆様方はこの人間の寿命に関して、どこに限界があるかという疑問があると思います。これは2002年に『サイエンス』誌に発表されたデータですが、イギリスの16世紀、17世紀を表しています。それからスウェーデン、オランダ、アイスランド、ニュージーランド。ノルウェー、日本の平均余命の推移を示しています。平均余命の改善だけに注目すると、人間の平均寿命は、このように直線のように改善されてきています。そういう意味では、全く限界はないような気がします。でもひょっとしたら、ある限界に達する時期が来るかもしれませんが、今のところどんどん改善されていますので、どこで頭打ちになるかは予測が付きません。

この傾向は世界的にも同じです。1840年以来、平均寿命は、それぞれの国で着実に延びています。毎年3カ月間くらい平均寿命は延びています。毎日になると、日本の場合、毎日6時間寿命が延びているのです。それだけ大勢の高齢者がいるということになります。

それに伴って超高齢者も増えています。100歳以上人口は、1963年には153人しかいなかったのですが、おそらく今年の終わりまでには6万人に到達するのではないかと推測されています。最近の統計によれば日本の100歳以上人口は5万8,820人に達しています。将来的には、100歳以上人口が200万人ほど日本に存在することになります。私は年金制度の負担に関して大変心配しています。

この女性は世界で最も長生きをされた女性です。フランス人の方で、122歳のときに亡くなりました。122年と164日生きただけです。私の同僚の人口学者3名が、この方に会いに行きました。そのとき女性は存命で、あまりよくは見え、何も聞こえませんでした。3人の学者のうち、その中の大変かっこいい先生が1人入っていくと、その女性はその人口

学者の顔を見て、こっちへいらっしゃいと合図で示したわけです。それでその方がこの写真をお撮りになったわけです。そして話を伺うことができました。

122年も生きられた長寿の秘訣は、人間に対する関心、この方の場合は女性でしたので、男性に関心を抱いているからかもしれません。だからこそ、122年生きたのではないのでしょうか。やはり人生は生き甲斐があることが大切なのだと思います。

現在、そういう意味では寿命も変わってきていますし、出生率も変わってきています。この意味で、社会保障制度の継続性についても、それが設計された時の想定とは大きく変わってきていると言えます。経済発展が遂げられれば遂げられるほど、子どもたちの負担を少なく抑えられるようにはなりますが、しかし、最近のアジアの現状を見てみますと、危険信号が発せられていると言えると思います。

例えば日本においては、1955年以降に生まれ、日本国政府に対して、例えば年金という形でお金を納めたとしても、自分たちが高齢者になったときには、納付した時点で約束されていた給付を受けることができなくなってしまう現実が到来してしまうと不満を抱いている者が大勢います。その結果、現在の日本では、年金加入者年齢人口のうち、年金を納付しない人たちが、4割にまで増えています。その理由は、自分たちが年老いたときに、年金を受給できないと思っているからです。このように年金制度に対する信頼がなくなっている中で、年金制度をこれからも維持することが大変難しくなっています。

中国、インド、タイ、そしてその他の多くのアジアの国々は、社会福祉や社会保障のための計画を策定する上で、色々な課題に直面しています。このようなアジアが直面している問題に関し、1つの対処の仕方をする可能性のある分析手法として、ナショナルトランス

ファアアカウント（NTA）があります。この分析は、アジア各国が直面することになる高齢化の社会の問題に対処するために役立つのではないかと考えています。

この研究プログラムは、世界各地において展開されており、現在、49カ国がこのNTAという仕組みの研究を実施しています。インドネシアもベトナムも研究グループに入っています。マレーシアはまだ意思決定をされていません。カンボジはもうすでにNTA研究に参加しています。タイは発起人国の1国です。このようなNTAの研究マニュアルなども用意され、多くの研究者が参加できるようになっています。

これは消費の特徴と、労働によって得られる収入を比較したものです。消費には自分自身の生活を営むために行う消費という側面もありますが、公的な消費もここに示されています。例えば政府であれば、国の国防予算、あるいは道路整備や橋の整備などのインフラ整備に関わる費用です。例えば高校の教育機関に費やす費用や、あるいは長期の介護保険に支出する予算、その他色々あります。

子どもたちの教育に支出しなければならない費用は多大なものです。そしてまた長期的な介護にかけなければならない費用はさらにそれを上回るものです。アメリカの事例も台湾の事例も入れています。欧州の国々、そしてまた発展途上国に関しましては、これはさらに上回る曲線となっています。こちらの部分は、赤字の部分です。

例えば子どもたちにお金をかけたとしても子どもたちはまだ就労者ではありませんので、そういう意味ではお金を生み出さないで、この時期はマイナスになります。マイナスになる部分に関しては、それは例えば子どもたちにかかる費用であろうと、高齢者にかかる費用であろうと、どこからか持ってくる必要があります。

例えば子どもの場合なら両親が、あるいは高齢者の場合なら国が、お金を支出しなければならないわけです。どこからかお金を持ってきて、マイナスになっている年齢層のサービスに当てなければならないということになります。

これが日本にとっては最も重要な図です。1984年からその後の25年間を表しています。25年ということで、実質の収入がかなり増えていく様子を表しています。そして特にこの長期の介護保険に、かなりの費用がかかることを示しています。最新の推計によりますと、若い世代の日本人は、十分なお金を生み出していないと言えます。パートタイマーで仕事をしている人たち、非正規労働者が大勢おり、若い人たちがなかなか正規労働者になれないという問題も日本には存在しています。

そしてまた1人当たりのライフサイクルの赤字額も変わってきています。これが1984年の状況を表しています。赤字と黒字の部分です。15歳のときには200万円ほどの赤字額があります。この部分は、親によって支出されています。若者はこのように親に支えられているということです。こちらは高齢者の部分で、高齢者は、例えば大人となった子どもたちから、そして政府から支援を受けています。そして濃い青の部分が、自分自身の財産を示しているところです。

次にお見せしたいのは、1989年、1994年、1999年、2004年、2009年の図です。子どもたちは15歳のときに350万円ぐらにかかることになります。そしてまた高齢者に対しては400万円ぐらにかかるとはなりません。そういう意味ではもっとお金がかかるようになります。

このグラフの数字を見て、私は大変ショックを受けました。1984年時点では、64歳時点で、大人になった子どもたちなどの家族から支援を受けていたわけです。そして25年後、2009年においては、この国では、81歳にならない

と大人となった子どもたちは支援をしないという傾向が見られているのです。それだけではなく、64歳から81歳までの間は、逆に子どもたち、そして孫たちにお金を与えています。もちろんこれは、お金の余裕のある高齢者だけの話ですが。

高齢者たちは、かなり公的年金に依存しています。日本の失われた世代といわれる世代が、もう中年になっていますが、なかなかその失われた世代の子から、親御さんが支援を受けることができない状況を示しています。30～44歳の年齢層の人たちは、子どもたちに資金移転をしている（＝お金を与えている）状況ですが、親に向ける余裕はありません。

このグラフにおいては、何が明らかに目立っていますか？こちらの年齢層をご覧ください。この60歳から74歳の世代は、全くお金は入ってこないのですが、どちらかというとお金を与えている世代です。十分にお金があるので、自分たちの面倒を見ることができ、また自分よりも若い世代に与えることができます。もちろんギブアンドテイクの世界ではありますが、しかし全体的に見ますと、傾向としてはそういうことです。

この図は、欧州と日本、台湾、韓国、中国、タイ、フィリピン、ベトナム、インドなどを表しています。消費の詳細を見れば、欧州の場合は消費水準が大変高くなっています。日本もそうです。

しかし、他のアジアの国々では消費水準が横ばい気味です。特に中国において顕著です。なぜなら高齢の親が、自分の大人になった子どもと生活を共にしているという場合があり、実は全く金銭的な余裕がない状況がアジア諸国においても見られるわけです。

そしてこのグラフは、消費の詳細なパターンを表しています。高齢者たちは、政府から年金などが給付され、ある一定の年齢層の間では、かなりお金の余裕があると言えます。

欧州に関しては、自分の財産がないとしても政府の方からの支援がかなりあります。

タイの事例では、高齢者は家族の支援に大きく頼っていると言えます。中国の場合は、横ばいです。中国の高齢者たちはあまり消費せず、どちらかというとお金はとっておくという傾向があります。国によって、支援の傾向に差があり、ずいぶん状況が違って来るわけです。

そしてまた高齢者たち、そしてまた若い世代の人たちにかかる費用というものは、上昇しています。1984年においては、子どもたちのそういう費用をカバーするために赤字状態で10年間ぐらいの収入がなければ、子どもを支えることはできませんでした。そして高齢者の場合は、8年分の収入がなければ、自分たちの公的年金からもらっている金額と財産とを合わせても、まだ不十分な部分の埋め合わせを行うことができませんでした。

しかしそれが2009年になりますと、子どもたちのために14年間ほどの分の収入が必要になり、高齢者の不足を補填するために15年間分の収入が必要になっています。その不足額の赤字の部分の埋めるために、子どもの世代と、そしてまた高齢者の世代が競争しあっているとと言えるわけです。

これは台湾の事例です。退職をした方々にかかる費用、そしてまた子どもたちにかかる費用です。タイ、韓国、日本、フィリピンの事例がこちらです。アジアにおいては両方ともにお金がかかるわけです。ますます子どもたちにもかかる。そして高齢者にもかかるということです。サンドイッチ世代と呼ばれる、すなわち子どもの面倒も見なければならない、そしてまた親の面倒も見なければならない世代にその負担がきます。

これは、子どもの数と子どもにかかる費用を表している図です。子どもたちの生活の質を高めれば高めるほど、子どもの数は減ってしま

す。そしてアジアの場合は、かなり親が子どもたちにお金をかけると言われています。

スウェーデンの場合であれば、教育費としての費用負担のうち、親は3%しか出していません。フランスの場合で5%、オーストリアやその他のヨーロッパの国でも10%未満です。

しかしアジアの場合は、台湾は69%、韓国は50%以上、フィリピンに関しても40%以上で、かなり状況は違います。アジアはずいぶん子どもたちにお金を使うわけです。なぜ親がそれだけお金を出しているのか、お分かりになりますか？ アジアの国々は、自分たちにあまりお金がなくても子どもたちにはかけます。アジアの国々は子どもたちが成功することを強く望んでいます。アジアの各国は、成功志向の社会であるということです。そして子どもたちが成功することができるために必要な投資を行うわけです。日本もかなり子どもたちの教育費にお金をかけています。でも将来的には、子どもたちにどれくらい依存することができるのでしょうか。

日本の学生たちは、例えば世界中の学生と比較しますと、数学が大変得意であることが分かっています。そして一時期はナンバー1でした。でも、ゆとり教育が導入されることで、教育レベルがどんどん下がってきました。そして政府が教育レベルの低下に気づいた後にパニック状態に陥って、「ゆとり教育」はよくないということになり、「ゆとり教育」をやめた結果、また日本の子どもたちの数学の能力というものが高まってきています。でも韓国や台湾、その他の国々にはまだ劣っています。ベトナムはなかなか感心する結果が出ており、トップの中にランクインしています。タイも、レベルがめきめきと上昇してきております。

これは将来的な、経済的な競争力を備えるという観点から考えると、大切なことです。日本は高齢化が進んでいますが、いかにしてそ

の人口動態的な配当を受けることができるかということなのです。

人口構造からいうと、人口構造上の負担といえる従属人口比率が増えれば増えるほど、もちろん働いている労働者の負担は重くなります。この計算式はほとんどの国々で使われていますが、従属人口を算出する上で、子どもと高齢者は同じ比重となっています。

しかし、同じ従属人口といっても、子どもと高齢者は生産性という面からいえば違うわけです。そこでこの問題に対処するために、我々はまた違った方程式を出しました。現実には、怠け者もいますし、生産性は人によって違い、調整を行う必要がありますが、基本的には効果的に就労している人たち、そして効果的に消費を行っている人たちを想定して計算を行います。このような方程式を私たちは打ち出しています。その前提で、経済的にどれくらいの人々が支えられるのかという比率を計算します。そしてこの比率を上げれば上げるほど、さらにその配当を受けることができるということになります。

この点から言えば、1996年が日本においては経済的にベストな時期であったわけです。それからは低下しています。皆様方のお国はどのような状況でしょうか。ここでご覧にいきましょう。

インドネシアですが、なかなかプラスの結果が出ております。これからもずっと続くのではないかと見込まれております。ベトナムもなかなか良いですね。中国はまあまあ良いですね。去年と比べるとこの計算は上がっているのでしょうか。ここで手を打つ必要があると思います。

タイにとっては、今年までは人口動態的な配当を得ることができる年ですが、来年からマイナスの方向に向っていきます。アジア各国は往々にしてこのようになっていきます。

私がここで申し上げたいことは、それぞれ

の国々で人口動態的な配当を得ることができる時期が、一時期はあります。でもその後は下降線を辿っていくわけです。日本においては1996年をピークに、それからマイナスの方向へと転じています。日本の経済は、特に高齢化が進んでいくことで、将来的にさらに下降線を辿ることになります。

しかし、だからといって日本がそれで終わりというわけではありません。高齢化が進んだといっても、まだ望みの兆しはあります。日本では1996年にピークに達しました。そしてこの線は労働によって得られる収入を見た場合です。2009年の統計ですが、ピークに達してから下降線を辿っています。これから30、40年間の間は、どんどん下降線を辿ると思います。私たちとしては、経済をできるだけ、この2009年レベルに維持したいと思うわけです。

では、それを維持するためには何をしなければいけないのでしょうか。就労者として収入のピークは51歳で、それから低下していきま。でもこのように維持できれば、どうなるのでしょうか。2009年から2054年までの間、つまり45年の間、9年間ぐらいさらに延長することができると思うわけです。60歳までの収入の高レベルを維持することができれば、この下降を抑制することができます。

高齢化の問題を回避するためには、何か手を打つ必要がありますが、一つの方法として1人当たりの労働で得る収入を120万~400万円上昇させることができれば、かなり回避できるのではないかと思います。

中国の場合はどうでしょうか。さらに就労することで、より収入をさらに上昇させると思います。2007年の統計では、中国の所得が32歳でピークに達していました。2002年のときは42歳がピークであったのですが5年間で変化しました。なぜ変わったのでしょうか。中国の経済発展が急速に進展する中で、より若い世代の人たちが、より高所得者になった結果

です。中国の傾向はこのような感じ。2055年までずっとそういったピークの状況を続けて維持することができるのであれば、あまり高齢化を心配する必要がないのではないかと思います。

もしこの傾向を向こう8年間維持することを前提として、ここに挙げた全ての国について計算してみました。このような数字を把握することで、どのように労働市場における変化を抑えていくことができるかを考えることができるようになります。

そしてまた収入をさらに増やすことができればできるほど、さらに財産を増やすことができるわけです。

出生率がどんどん下がってきている、高齢化が進んでいる東アジアの国々で、何らかの社会保障の計画を打ち出そうとしています。しかしその前に、まず目標を定めていく必要があると思います。そういう意味では、アジアにおける社会保障制度の理念を理解する必要があります。アジアの経済の場合、いくつもの世代が同じ屋根の下で生活している状況があります。そしてまた家族が大変強力で大切だと受け取られています。社会保障制度を考える場合、それぞれの国のその家族の在り方を考えていかなければならないわけです。

そしてそのような現状把握に基づいて、必要な将来的なモデルを見出していく必要があります。日本においても、社会保障制度を設けたとき、スウェーデン的なモデルにしようとしたのですが、1970年代に石油ショックが起きた結果、そういう社会保障の制度、福祉制度を設けるといっても、もっと就労というのを強調する体制を整えようという考え方に変わっていきました。

日本と韓国を比較すると、両国は少し考え方が違うことが分かります。韓国においては十分な福祉体制が設けられています。それと同時に、労働力をフル活用するという体制も設け

られています。しかしベトナムに関しては、将来どのような体制を築きたいのかに関して、はっきり分らないものがあります。

日本国民は資産を持っていると言われていますが、日本人の大人の71%は、債権などの金融商品に関して十分な知識を有していないという問題があります。日本の高齢者はかなりの財産を持って、貯蓄を行っていますが、80歳以上の高齢者に対しては、金融機関というものは高リスクの商品を勧めないという傾向があります。

そういう金融商品を買うことを検討される時、80歳以上の方の場合は、ご自分より若い年齢層の家族を連れて、そして話を聞きに行かなければ、十分理解しきれないというところもあります。ある主要な銀行は、90歳以上の方々にに対して金融商品を勧めるために3カ月に1度ほど訪問すると言っています。そういう意味では、やはり日本国内においては、もっとそういう財政的な、そしてまた金融関連の教育を行う必要があります。

これは3,300ほどの自治体で、高齢者の面倒を見ている主たる年齢層である40歳から59歳の年齢層の女性がどれぐらいいるかを示したグラフです。高齢者1人に対し1人以上いれば良いのですが、0.5人しかいないということであれば、これは大変深刻な問題になっていきます。

1955年のグラフを見ると、濃い緑色の地域が多く、高齢者の面倒をみる40歳から59歳の年齢層の女性が十分にいることになります。

ところが2000年の統計を見てみますと、ずいぶん赤い部分が増えてきています。2025年、東京オリンピックの後には、非常に不足する状況になります。現在、介護保険制度があり、市町村で運営しています。この介護保険制度を実施するためには、訪問ヘルパーも必要となり、それもやはり市町村が見つかる必要が出てきます。100人ほどの高齢者がいる

として、ケアワーカーはどれぐらいいるでしょうか。現実に100名の高齢者に対して、そのケアを行えるスタッフが4人しかいないこともあります。

この状態で、長期の介護保険の制度に基づき、100名の高齢者の面倒をみることができるのでしょうか。何かやはり手を施す必要があります。ロボットも必要です。そして外国人の介護士も入れる必要があると思います。もっと大々的な措置をとらなければならないわけです。このような市町村は何百とあります。

しかし、いかにケアを提供したら良いか、介護をしたら良いかが十分わからないという問題もありますが、あまりにも高齢化が進んでしまいますと、どう対処していいのか、その方策もなくなってしまいます。

この写真は群馬県にある日本において最も高齢者が多く住む集落です。また、これは新宿のある団地です。ここで生活をしている人の52%が65歳以上です。高齢者ばかりで、75歳以上の人たちの60%以上がここで1人で生活をしています。そして毎日3時にはコーヒールームに来ることで、生きているということを証明しています。

これは笑える問題ではなく、大変深刻な問題です。この写真は京都の事例ですが、「生きてますよ」と証拠を示すために、毎朝このバラをドアの外に飾らなければならない決まりになっています。それだけではありません。価値観も変わってきています。

毎日新聞が収集したデータに基づくこのグラフを見ていただきます。60年間にわたる価値観の変化を示しています。質問としては、「高齢になったときに、子どもたちに頼るか」という質問に対し、1950年では、母親の3分2が「はい、子どもたちに頼ります」と回答していますが、それが時代とともに、どんどん減っていきます。

逆に子どもの世代に、「親の面倒はみませ

か」と質問した時に、1950年時点では、回答者の8割は、「これは子どもとして自分の義務だ」、あるいは「これは習慣としては良い習慣だ」と言っていました。しかし時代とともに、そのような回答はどんどん減ってきています。私はこれを見て、質問の聞き方が間違っているのではないかと思ったわけです。これは本格的な価値観の変化を表しています。

このような変化に政府が注意を払わなかった結果、こうなったと思います。日本は1961年に国民皆保険を導入しました。その結果として、老後を子どもに依存しなければならない率が下がっています。国民皆保険の中身を見ると、あまりにも医療費にお金がかかりすぎていることがわかります。入院した場合、アメリカでは平均9日間入院しますが、日本では49日間ほどの入院となっています。

現在、政府はそんなに十分に支出することはできないので、「在宅で親の面倒を見て下さい」ということになっています。在宅介護を導入しようとしたら、女性たちから反発が出ました。これまで日本の社会福祉は、スウェーデン的な福祉制度に向かっていくのかと思っていたら、全く変わってきたではないかと言ったわけです。そして日本の女性の中で「親の面倒をみるべきだ」、「それは子どもの義務だ」と思っている人たちは50%未満となっています。

この60年間で日本の価値観が劇的に変わってきたと言えるわけです。人口動態的な変化よりも、価値観の変化が大きく影響しています。日本の妻や家族にとって、自分の高齢の親の面倒をみることは、これはもう決まりきったことではなくなってきています。

このように人々の価値観がどうなっているか、皆様方の国でも調査をしていただきたいと思います。その事実認識に基づいて、皆様方の国で、必要な調整や政策を打ち出し、様々な計画をまとめあげていただければと思います。

高齢者が増えると、やはり介護保険などが必要になります。そして自分の成人した子どもと一緒に住んでいる65歳以上の高齢者は、劇的に減ってきているという現実があります。このような問題には、これからも取り組んでいく必要があります。

私も退職に備えて準備をしなければならぬと強く感じている1人です。そして病気にはなりたくないなと思います。将来、このようなロボットが私にサービスを提供してくれるわけです。将来、歩行するためにこんなものを私も着用することになるのでしょうか。

どうもありがとうございました。

質疑応答

ヨス・ファニト保健省副局長（カンボジア）：

カンボジアから見ますと、日本の社会はかなり成功を収めている社会であると思っていますが、発表を伺って大変悲しいシナリオだと思いました。しかし、このシナリオは日本だけではないと思います。社会が進歩を遂げていくにつれ、いつかの時点において、全ての国が同じような人口動態的なパターン、そして高齢化のパターンに直面するのではないかと思います。

哲学的な観点から社会を考えた場合、社会を構築するのは人間です。そして人間がお互いに支えあうことで、コミュニティを築き上げ、コミュニティが社会を作り上げるわけです。グローバル化によって、各国は相互依存を深めていますが、各国においては統治を行うにあたり、政府が数学的な予測を立ててそれを実施し、効果を上げています。

日本がかなり先行していますが、それぞれの社会の出生の状況は異なっています。最後のスライドで見せていただいた通り、誰かが私の面倒見てくれるのであれば、私はその事を心配することはないということになります。それは私たちの行為にも反映しますし、意識下においても感じられることではないかと思うわけです。

社会が持つ自律的な変化、そこにどの程度、政府が介入することで、社会のこれからの成長にいかに関与するのかを考える必要があると思います。私の国を考えた場合、そういう哲学的な課題があるのではないかと思います。

小川直宏 教授：

確かにおっしゃる通りだと思います。同じような思考実験を行う必要があると思います。日本も、ともに問題解決に向かって協力できる仲

間をいかに構築するかを考えなければならぬと思います。重要な点をご指摘いただき、ありがとうございました。

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

大変興味深いプレゼンテーションをありがとうございました。日本では多くの努力がなされているようですが、私が特に知りたいのは低出生率対策についてです。タイにおいても、日本に続いてこの問題に取り組もうとしています。日本ではどのような戦略的・戦術的なアプローチをとっているのでしょうか。女性に対して、家族に対して、できるだけ子どもを持っていただくため、それを奨励・推進するための努力がなされているのであれば教えていただきたいと思います。出生率が低くなりすぎた国はどこでも、できるだけその出生率を高めたいと思っていますので、この点に関してもう少しご説明を賜ればと思います。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）：

素晴らしいプレゼンテーションをありがとうございました。日本において、なぜ少子化が進んでいるのでしょうか。あまり移民を受け入れない政策の結果でしょうか。それとも家族計画の結果でしょうか。それとも産業化が進むことによって、高齢化が進んでいるのでしょうか。そして日本におけるその文化的な価値観が変わってきている主な理由は何でしょうか。

小川直宏 教授：

まず最初に、出生率が低いことに関してです

が、これは大変重要な問題です。日本国政府も1990年から、この問題に取り組んでいます。あまり多くのことは達成できていません。1969年、日本の高度成長期に政府の評議会がその当時の首相に対し、日本の出生率が先進国の中で低い水準にあり、何か手を打たないと高齢化が進んでしまうため、これは問題だと指摘した報告書を政府に提出しました。

その当時は光化学スモッグなどの問題に対処するのが最も重要な政策課題で、人口に関してはあまり関心が集まっていなかった。少子化対策などは20年ぐらいをかけて取り組まないと結果がなかなか得られません。しかし光化学スモッグなどの公害の問題は緊急性が高く、すぐに取り組まないと翌月あたりに亡くなってしまわれた方々もいたわけです。

そういう意味で、少子化対策の優先順位が低く、政府はなかなか真剣には取り組んでできませんでした。もちろん、この高齢化の問題、出生率低下への対策が重要であるのはわかっていますが、なかなか手を付けることはありませんでした。最初に警告が出た1969年にも日本国政府が何か手を打っていたのであれば、今の状況は避けることができたはずで

す。1990年に政府が対策を取り始めたのには理由があります。ここには中国の方もいらっしゃいますね。東洋には十二支十干という暦法があり、人々がその影響を受けます。60年で一巡するようになっていきます。この暦法の中に丙午（大きな火の馬の年）の女性は不幸になるという迷信があり、その年に子どもが生まれないように人々が行動する結果、出生率が下がるという現象があります。1966年がその丙午だったわけです。過去に遡れば、1906年、1846年がそうでした。そしてその年の出生率がその前後と比べて大幅に低下しました。

1966年、日本のGDPは現在の中国と同じように世界第二位で、経済が急成長を遂げている中でしたが、人々はその迷信を信じ、出生率が

低下し、TFRが1.58になりました。これは一過的な現象で、迷信に基づく極端な少子化として知られていました。

ところが1986年に、このような暦法上の理由がないにも関わらず、出生率はそれ以下になってしまいました。政府はそのことに驚き、何か手を打つ必要があるということになったのです。その結果、1990年から日本国政府は色々な計画を打ち出しはじめましたが、どれも上手くいかず、出生率低下の傾向を変えることはできませんでした。結婚する人の割合も下がり、その結果、また出生率が下がっていきました。

社会的に見ると「お見合い」も減っていきました。1964年、東京オリンピックが行われていた頃、3分の2の結婚はお見合い結婚でした。今はたったの3%です。その結果、独身の男性・女性が大勢います。統計においては、男性は相手の女性を見つけるのに苦労し、40歳で独身の男性が大勢います。

私が論文で分析したことですが、2030年になると、東京では5割ほどの男性が一生独身であり続けます。あまりにも独身男性比率が高くなり過ぎるのです。これは都市部だけでなく、農村地域でも生じており、独身の男性が親の面倒をみているという現実があります。その人たちが高齢になったとき、誰が彼らの面倒をみるのでしょうか。彼らは結婚していないので、子どもはいません。

そこで、男性が結婚できるように、日本政府はもっと生活を魅力的なものにしなければならぬと考えました。1997年から男性の労働者の就労率が下がってきているので、女性の労働市場への参画を図ることになったのです。女性が労働市場に参入するのは良いことですが、女性が社会で働き始めてしまうと、色々な問題を抱えることになります。

日本の企業では休暇が十分とれるようにはなっていません。内閣府から、女性の産休を円滑に取得できるようにするための調査をする

ように言われ、どのように労働の状況や条件を改善したらよいかを検討しています。

このようにリプロダクティブ・ヘルスの面でも、もっと法的な整備をしていく必要があります。それを実現するためには、かなり時間がかかると思います。ただ若干成果も上がり始めています。数年前、TFRは1.26でしたが、昨年は1.43に上昇しました。2006年から非正規労働者も産休をとることができるようになったので、若干出生率が上昇したことがあります。このような新しい計画を導入し続ければ、ひょっとしたら出生率は徐々に上がっていくかもしれません。1.5を上回り、1.6~1.7になるかもしれませんが、1.7以上にはならないかと思えます。日本の出生率が1.64や1.7ぐらいにまた戻ればいいと思います。

そしてもう1つ健康に関わる要因があります。欧州の国々でも言えることですが、日本人の男性も同じく生殖の面における健康状態が良好でなく、男性の精子の数がかかなり低下してきています。その傾向は引き続いており、大変危険な領域に入ってきていると言えます。また結婚してもセックスレスのカップルも大勢います。そういう意味では大変大きな二重の問題があるということになります。そして高齢になっても亡くられる数が低下し、出生率もそれほど増えない中で高齢化が進展しているといえます。

堀部伸子 AFPPD 暫定事務局長（タイ）：

都心部への人口移動も影響を与えているのでしょうか。

小川直宏 教授：

国内においては確かに何らかの影響をもたらしているでしょう。1960年代、経済成長に伴い、都市部で労働者需要が上がりました。その結果、例えば農家で多くの子どもがいる場合、

その内の多くが都市に行きました。長男に関しては、やはり親の面倒をみなければならず、それほど移動しませんでした。次男、三男、四男などは東京に移り住んでいきました。

このように都会に出てきた人たちは、高齢になったらどこに行くのでしょうか。自分たちは実家のある田舎に戻るのか、それともそのまま東京に住むのか、それも考えておく必要があります。そして農村でどんどん人口が減っていく中で、もっとより多くの方々が戻って来られる、もしくは新たに定住できるように、農村地域における迎え入れ体制というものが設けられるようになってきています。

なかなか計画としては成功していませんし、まだまだ初期の段階ではありますが、これから何年間もの間、そういうような計画が進められていく中で、農村地域にもより多くの人たちが住むようになるのではないかと思うわけです。

農村から都市に働きに行った人たちが高齢になった時に、都心部の、例えば集合住宅のような所には住みたくなくなるのではないかと思います。元の農村地域に移って、生活をしたいと思うのではないのでしょうか。

その意味では、これからは傾向としても、都心部に出てくるという傾向もあまり見られなくなるのではないかと思います。その意味では、さらに東京の人口が爆発的に増えるということはないかと思います。むしろ、その傾向は変わってくるのではないかと思います。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

素晴らしいプレゼンテーションをありがとうございました。私個人としては、制度と人々の行動の関係を明確に示している最後のスライドが非常に面白かったです。制度構築されてちょうど一世代で意識が変わっていると理解しました。本日はありがとうございました。

7月29日

須坂市役所

中沢正直 須坂副市長

樽井寛美 須坂市健康福祉部長：

アジア人口・開発協会の視察団の皆様、ようこそ須坂市において下さいました。ただ今から、歓迎式を始めたいと思います。進行を務めさせていただきます健康福祉部長の樽井寛美と申します。どうぞ宜しくお願い致します。それでは始めに副市長の中沢正直より歓迎のご挨拶を申し上げます。

中沢正直 須坂副市長：

皆様、こんにちは。市長が他に公務のため、私から歓迎のご挨拶を申し上げさせていただきたいと思います。

今日はアジアの6カ国からようこそ須坂市にお越しをいただきました。毎年須坂には、ジョイセフさんを通じて海外から多くの視察団に来ていただいておりますが、須坂市役所にアジア人口・開発協会様からの視察団をお迎えするのは今回が初めてです。こうして海外から視察にお見えいただくことは、須坂市にとっても須坂市民にとっても大変名誉なことです。心から歓迎を申し上げさせていただきます。

ここ須坂市は、リンゴやブドウを中心に、桃もブルーベリーもありまして、非常に果樹栽培が盛んなフルーツ王国です。また自然が豊かで、空気や飲み物も大変おいしいところです。そして春から秋にかけては、市民の皆様が育てているたくさんの花が、道路や沿道の花壇に咲き乱れまして、花と緑の町でもあります。ぜひ、今日と明日、バスの中からでも、このような須坂市の素晴らしさも見ていただければと思っています。

さて、須坂市では、日本で初めて保健指導員さんの活動が始まり、そして組織されました。この活動は第二次世界大戦後の1945年に、人口約2,500人の小さな農村で始まりました。そして1958年には全市的な制度としてこの保健員制度が始まり、今までに7,000人もの方々が保健指導員を経験されています。また『須坂のかあちゃんがんばる』という本が出ていますが、この中に保健指導員さんの活動が報告されています。当初の活動は、子どもをたくさん産み過ぎないようにするための家族計画や、母子保健の改善が中心でした。そして最近では生活習慣病の予防や健康増進事業などに重点を置き、保健指導員さんに活動いただいています。

また長野県は平均寿命が男女共に、現在全国1位です。世界の中でも日本は有数の長寿国ですので、その中でも男女とも1位ということは、この地域は世界でもトップレベルの長寿国と言えると思います。この要因の1つに保健指導員さんの活動があると言われております。

今日は大変短い時間ではありますが、保健指導員制度や保健指導員さんの活動について何か1つでも参考にさせていただきたいと思っております。そしてぜひそれぞれのお国に帰られて、それぞれの国の健康づくりに役立てていただきますよう、歓迎にあわせてお願いを申し上げます。

今日は須坂市にお越しいただきましたことを改めてご歓迎を申し上げます。私からの挨拶に代えさせていただきます。ありがとうございます。

樽井寛美 須坂市健康福祉部長：

ありがとうございました。続きまして視察団の皆様からご挨拶を頂戴したいと思います。代表者の方お願い致します。

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

日本を含めましてアジアの7カ国から代表として参りました。日本、そして長野県に伺いまして、人口の問題について色々勉強させていただきたいと思っています。出生率の低下と高齢化は、世界中の問題となっています。APDAではこの人口問題の解決に向けて数多くの調査を進めています。今回 APDA のお招きで7カ国の34人の国会議員の代表が、高齢化の問題も含め長野県を視察の対象として訪問させていただくことができ、嬉しく思います。この視察を通じて、長野について多くのことを学べばと思っています。また、長野で多くの事を学び、それぞれの国に戻ってそれを活かしていきたいと思っています。7カ国の国会議員を代表して、感謝の意を表したいと思っています。

須坂市：

まず、これは「おやき」と言いまして、この地域ではどの家庭でも自分の家で作るものです。どうぞお召し上がり下さい。そこにあります水は、須坂市の大変おいしい水ですのであわせてお召し上がり下さい。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

よろしければ、なぜ長野でおやきという小麦粉のものとお野菜を使ったものが一般的に食べられるようになったか少しご説明いただけますか。

中沢正直 副市長：

おやきは、私ども小さい頃から食べていまして、皮に小麦粉を使っています、中は色々な

種類の野菜が餡となっていて、それをくるんでいます。これは中身が「なす」ですね、なすが一番ポピュラーなものであると思います。

この地域は山国ですが、栄養のバランスを考え、野菜をとるようにしました。そして小麦ででんぷん質も摂れるということで、貧しい地域ではありましたが、健康のために体に良い食品を歴史の中で作り上げてきたと思っています。山国なので、昔はお刺身などの魚料理はなかなか出せなかったのですが、お客様にも「おやき」を作っておもてなしをしてきました。

今はこの「おやき」が、野菜も摂れ、栄養のバランスが良い、健康にも良いということで、最近「おやき」ブームが起こっています。このような理由があり、皆様方に食べていただこうと思いました。これは長野県の中でも北信地方のもので、この地域の特産品ですので、お召し上がりいただけたらと思います。

樽井寛美 須坂市健康福祉部長：

本日の「おやき」は、特に「長寿おやき」という名前になっています。その意味は、ふつうは小麦粉だけですが、30%大豆の粉が入ってまして、糖質が抑えられていますので、さらに健康ために良い「おやき」になっています。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

アジアの国から来ている人が多いもので、少し補足的に、説明してもよろしいですか。アジアの多くの国では、おコメが主食です。おコメには必須たんぱくがほとんど含まれていて、大量に食べればなんとかなるのですが、それを摂り過ぎると栄養が偏るという側面もあります。長野県は山がちで昔はお米が取れなかったと言えば取れませんでした。蜂の子や色々なたんぱく質をとるという習慣がありました。それら食のバラエティが長野の健康に貢献しているのです。

中沢正直 副市長：

須坂では、おやき、おそば、それからみそが特産品になります。お酒も特産品ですので、ぜひ観光交流センターにも寄っていただき、お買い求めいただければ、大変ありがたいと思います。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

私どもの来た理由というのをもう少しご説明してよろしいでしょうか。私どもアジア人口・開発協会は、1982年に設立された財団で、人口と開発に関する国会議員活動の支援をするのが主な目的となっています。

人口問題は、意外に意識されないことですが、全ての社会の基礎で、生まれるところから始まって死ぬところまで、人の一生そのものに関わる活動です。

1960年頃、世界中で人口が非常に増加したときに、このままいけば地球が崩壊するという危機感のもとに、日本の国会議員たちがこの問題を解決しようと立ち上がりました。その時にはやはり人口問題というのは、一人ひとりの個人の選択で、一人ひとりの生活そのものですので、行政や国際機関がこのようにしなさい、と強制しては、全然うまくいかないであろうという認識がありました。そういう意味では国民の代表である国会議員が責任を持って、色々な活動をする必要があります。そこで日本の戦後から、まさに須坂市が実現されたわけですが、急速に人口転換、出生転換を成し遂げて、それと同時にこのような経済成長を成し遂げました。このような経験をアジアに移転することで、まず人口を安定させようというのがそもそもの目的でありました。

そのようなことから言って、一人ひとりの理解に基づいた形で人口問題を安定させるためには、家族計画の導入、まさしく須坂の『須坂の母ちゃん頑張る』でもそうですが、一人ひとりの理解、一人ひとりの福利を向上させること

で、この家族計画、人口問題を普及させようというのが本来の目的です。

そこにまさしく国民の代表である国会議員が関わる意義があります。このような考え方に基づき、岸信介元総理のもと、1974年に世界で最初の人口と開発に関する超党派議連として、国際人口問題議員懇談会（JPFP）が制定されました。その後この考え方を、その当時の世界人口の6割を占め、世界人口の成長の中心であったアジアに普及させるという目的のもとに、1982年に人口と開発に関するアジア議員フォーラム（AFPPD）が作られ、その1カ月前にアジア議員フォーラムの設立母体として私どもの財団が作られました。

その後、アジアのネットワーキングを通じて色々な活動をしてきたわけですが、現在、これがある意味うまくいって、人口転換の結果としてアジア各国でも高齢化が非常に進むという状況が生じてきました。この高齢化は実は人口のプログラムがうまくいった成果でもありません。持続可能な開発の条件となる人口の安定化のためには、どうしても避けて通れない道でもあります。

そのような理由から高齢化そのものは避けようがないのですが、高齢者が元気で社会に貢献できる高齢化を実現することで、安定的な社会を作っていくことが、どの国にとっても必要になります。その先駆的な経験を学ぶために、須坂市役所を訪問させていただいています。

樽井寛美 須坂市健康福祉部長：

ありがとうございました。それでは本日のメインの研修に入らせていただきたいと思います。

中沢正直 副市長：

研修では、まず人口が増えているときにどのような対処をとったか、現在のように人口が安定し、さらに人口減少の中で、高齢化をどう支

えていくか、そこで健康をいかに維持するかの問題について、保健指導員さんが全ての問題について関わっていますので、その報告をお聞きいただくことで、長野県の、そして須坂市の取

り組みがご理解いただけるのではないかと考えています。宜しくお願い致します。

「須坂市の母子保健事業と保健補導員活動の連携」

浅野章子 須坂市健康福祉部 健康づくり課長

樽井寛美 須坂市健康福祉部長：

最初に須坂市の母子健康事業の説明を申し上げます。健康づくり課長の浅野章子より説明申し上げますので宜しくお願いします。

浅野章子 須坂市健康福祉部健康づくり課長：

視察団の皆様、須坂市へようこそいらっしゃいました。心より歓迎申し上げます。須坂市は1987年に「自分の健康は自分でつくる」ということを前提とし、健康づくり推進都市宣言をしています。須坂市の母子保健事業は保健補導員会と共に取り組んできています。

初めに須坂市の人口動態をご紹介します。人口は5万1717人です。65歳以上人口の割合は29.7%です。日本の高齢化率は26%ですので、須坂市は少し進んでいると言えます。出生率は7.0で1年間に367人生まれています。30年前は1年間に600人生まれていました。須坂市も少子高齢化という課題が進んでいます。1958年から生涯健康都市を目指し取り組んでいます。家族の健康を守る立場の人に学習をしてもらい、それを町に広める活動をしてもらおうと考えました。

1945年、終戦を迎えた時代は、食料不足や感染症など、劣悪な生活環境でした。その中で住民の健康のために働く保健師の姿を見て、何か手伝わせてくれないかという声から始まりました。保健補導員という名前は、お互いに助け合い、良い方向へ導き合おうという意味が込められています。

保健補導員の任期は2年です。多くの人に学習をってもらうために任期を2年としています。戦後の活動ですが、当時は上下水道がひか

れておりませんでしたので、川の水で洗濯をしている状況でした。寄生虫の保持率も70%を超えていました。今は1%もありません。対策としては、手を使って食べていましたが、手を使わず、楊枝やお皿を使うこと、あと手洗いをきちんとすること、ふとんをしっかりと干すといったことを実践しました。

当時は人工妊娠中絶が多く、妊婦や乳児の死亡も多い状況でした。そこで人生設計をしっかりと立て、産みたいときに産もうということで、まず家族計画の学習をし、避妊の方法を学びました。女性だけの参加では進みませんので、夫婦で参加してもらえるよう声をかけました。

コンドームを手に入れやすいように、箱を用意し、各世帯に順番に回しました。こちらにあります箱が当時使っていたものです。「愛の小箱」と呼んでいました。その成果として、資料に記載してありますが、補導員が中心になって生活改善を行い、予防接種の接種率も上がり、人工妊娠中絶も低くなりました。

次に1970年代の活動をご紹介します。まず乳児死亡を減少させ、第二次ベビーブームが過ぎ、1人の女性が子どもを産む数は平均2人になりました。この当時の課題としてはまだ人工妊娠中絶がありましたので、中絶を減らすこと、そして健康な子を産んで育てることがありました。その他、各年代に応じて家族計画に関する事業を実施しました。青年期の男女を対象にした講座、結婚前後のカップルの学級、既婚者を対象にした家族計画指導、子どもへの性教育をいれたマザーズセミナーも開催しました。

健康な子どもを産み育てる対策としては、乳幼児健診の充実を行いました。日本では乳幼児

健診は国で定めた基準があり、1歳6カ月検診と3歳児検診となっています。これに加え、須崎市では独自に3カ月の検診と1歳、2歳の検診も行っています。

その他に離乳食講座も行い、お母さんたちの高い関心を得ています。最近では核家族化が増えてお母さんが孤立しがちで、そのために母子保健会と共同で子育て広場の開催をしています。写真をご覧くださいますと、小さい子どもたちが広い場所で遊んでいます。お母さんたちもこの場で交流します。赤いジャンパーやエプロンをしているのは保健補導員です。一緒に体操をしているところです。このように指導員は地域でお母さんや子どもたちを支える活動をしています。これは保健補導員活動のイメージ図です。まず健康に関する学習をします。そして自分で体験をします。それで良かったことを家族や友人、地域の人たちに伝えます。こういった経験をされた補導員が地域に数多くいらっしゃいます。保健補導員会の活動の効果ですが、毎月1回は健康に関する学習会をしています。共に学んで活動することで、絆が深まっていきます。健康づくりについて2年間学習し、観光に関する意識も高まっていきます。そして組織活動を通して地域の方々の状況も知って、健康づくりの実践力を高めています。

先程副市長の挨拶にもありましたが、保健補導員体験者は須崎市に7,000人いらっしゃいます。補導員のモチベーションは地域の人との交流を通じて貢献する喜びを得ています。須崎市では、こういった活動が58年間にわたり続いています。まさに市民の皆様で築いた生涯健康都市になっています。

樽井寛美 須崎市健康福祉部長：

ありがとうございました。それではご質問などがございましたらお願い致します。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

単純な質問ですが、一番最初の須坂市の人口動態の単位は、出生7というのは人口1,000人当たりですね。

堀部伸子 AFPPD 暫定事務局長（タイ）：

ご説明ありがとうございました。母子保健に関してよく分かりましたが、高齢者に対しては、この保健補導員は何をするのですか。

樽井寛美 須崎市健康福祉部長：

この後、保健補導員から活動をご紹介いただきますので、その中で具体的に健康づくり、高齢者に対する活動もお話しさせていただきます。

堀部伸子 AFPPD 暫定事務局長（タイ）：

もう1つは、保健補導員はどういう方々ですか。女の人ですか？ 若い方ですか？ 男の人もいるのですか？

樽井寛美 須崎市健康福祉部長：

補導員は、須崎市は女性だけです。平均年齢は現在58歳です。若い方は30代、上は70代までいらっしゃいます。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

須崎市の人々の主な収入源は何でしょうか。そして女性はなぜ1人しか子どもを産まないのでしょうか。また中学校や高校を卒業して、市民の方々はどのような所で働くのでしょうか。

樽井寛美 須崎市健康福祉部長：

保健補導員の活動費ですが、これはまず会員も、補導員も会費を払います。あと市からも研修活動費として交付金が交付されます。

出生数が少ない理由ですが、結婚年齢が高くなったことで産む人数が少ないのと、婚姻率も低いということです。これは須崎市だけでなく、

日本全体の傾向です。

マリアニー・モハマド・イット議員(マレーシア) :

引越しや、亡くなられたりして、保健補導員の人数が足りなくなることはあるのですか。

樽井寛美 須坂市健康福祉部長 :

自治体単位から人数を決めて選出してもらいますので、足りない場合は増やしますし、多いといえますか、各世帯、世帯数よりも補導員が多い場合は減らし、それぞれその時々で人数は調整しています。

マリアニー・モハマド・イット議員(マレーシア) :

世帯に対する比率はどれくらいですか？

樽井寛美 須坂市健康福祉部長 :

目安とすると 50~60 世帯に 1 人ですが、集合住宅などもできてきたので、多い方だと 100 戸持っていらっしゃる方もいます。

樽井寛美 須坂市健康福祉部長 :

それではご質問がたくさんあるかとは思いますが、ここで現在活動中の 29 期保健補導員 3 名の方に、保健補導員として取り組んだ健康づくりの活動についてご紹介していただきます。その後にもまたご質問を伺いたいと思いますのでお願い致します。

内山久美子 29 期補導員会長 :

それでは保健補導員の活動の説明をさせていただきます。私は一般の普通の主婦です。それが 2 年任期という区からの要請で選ばれて、この保健補導員になったわけですが、1 年目は何も分からずに、ここにおいでになる保健師たちの、大変な協力の下に勉強を続けてまいりました。

今年は 2 年目を迎えています。私たちは 1 年の頭に、今年は何をしていけば良いかを決めていきます。2 年目の今年も、学習したことを地域の皆様に広めようと決め、そこから始めました。

もう 1 つは検診を受け、病気の予防と早期発見に努めようとしています。私たち保健補導員も、自分の体のことはなかなか積極的にできなかったのですが、この保健補導員を務めることで、自分たちがまず健康診断を受けて、その結果、地域の方々にも勧めていこうということで始めています。

3 つ目が健康体操を覚えて広めようとしています。後ほど健康体操のことは隣の副会長からまた説明をしていただきますが、この健康体操は地域に根強く広まり始めていますので、ぜひこれを皆様も見てくださいと思います。

1 年目は、自分の健康を知ろうということで、血圧から、次は尿をとりまして、自分たちがどれくらいの塩分を摂取しているのかを学習しました。それで私は血圧が高かったのですが、この尿の測定から自分の家がどれくらい塩分をとっているのかを知ることができまして、意識をして減らすよう努力しましたら、今はかなり下がって来ました。先程は皆様、どれくらいの年齢から務めてますか、というご質問があったのですが、私はおそらく上の方だと思います。

年齢が上の私が、先日測りましたら、血圧は少し高めだったのですが、骨密度を測りましたら上から、2 番目のランクで優秀でした。肌年齢も実年齢より 12 歳若いという結果でした。このような勉強を通じて、自分の健康に気をつけるようになりました。そして私は一般の主婦ですので、家族の健康も意識して考えるようにしています。息子が協力をしてくれないので、これが一番課題だと思っています。先日は歯の健康についても勉強し、歯の不健康は万病の元ということを再認識しました。

今小さな孫の歯が 2 本生え始めていますが、

この小さな歯を、若い母親が一生懸命食事の後に拭いているのを見て、これが一番真っ先から始まる保健指導員の仕事だと感じています。また私は集合住宅に住んでおり、訪問し、ノックをしてもなかなか今は出てきて下さらない方が多いので、独自にその対策を考えました。自分たちは何をして、どのように地域に活動していくのかを、一生懸命考えたのです。

その結果、各地域では体操を教えているところ、老人会の方々と区の方と一緒にになって体操を教えていらっしゃるどころと、手作りの新聞をつくりまして、ノックをしても出てきて下さらないお宅を1軒1軒に配らせていただくように努力をしています。それがこの間、地域の方が心待ちにしている下さることが分かりましたので、今、はりきって作っているところです。次に健康体操について、富沢からお話をさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

富沢とも子 29 期補導員副会長：

先程補導員の平均年齢が 58 才という話がありました。私はプラス 4 です。心も体も元気に見えますか？ 実際、元気です。保健指導員会には、いつまでも活動できるように考えられた健康体操があります。30 年前ほどからだんだん作られてきています。肩こり、腰痛、それから脳にも良い体操です。高齢化が進む中、心身共に健康であることはとても大事です。この体操は無理なく楽しくできることを知り、大好きになりました。じっとしていられなくなった私は、自分の健康はもちろんですが、多くの人に紹介したいと思ひまして、まず自分の町の皆様にお伝えし、一緒に楽しみながら始めることにしました。

お年寄りも子どもを連れてお母さんも、少し杖をつけて足の痛い人も、いすに座って行っています。今私は、誰が来なくても続けよう、休まないでやろうと意気込んでいます。私の大好

きな体操を、後で皆様と一緒に行ってみたいと思います。皆様はまだ高齢化の部類に入らないと思いますが、十分できる体操ですので、楽しみにしてして下さい。

藤沢敏江 29 期補導員理事：

子育て広場についてお話させていただきま。私の町の子育て広場のお話ですが、私の町は少子高齢化に伴い、核家族の数が増えて、周りには子どもが大変少なくなりました。地域の関わりが極端に少なくなった現状の中で、若いお母さんから子どもをのびのびと遊ばせたいという声を聞きました。同じ地域の子どもたちのふれあいの場所をなんとか私たちが作ることはできないのか、そして作ってあげたいとの思いがありました。親の要望に少しでも近づけられるよう、皆で考え、地域に該当する子ども名簿を担当保健師に作っていただき、親子のふれあいの場である「ちびっ子広場」という名で開催することになりました。

各家庭 1 軒 1 軒訪問し、「ちびっ子広場」のチラシを届け、参加の呼びかけをしました。まずはひと足早い特別イベントのクリスマス会を開くことにしました。当日は 10 組の親子の参加でしたが、その時は手作りのおもちゃ、お菓子を作り、区長にはサンタクロースになっていただき、プレゼントをあげました。初対面同士の親子でしたが、皆すぐに打ち解け合い、たくさん遊び、大勢の友だちと広い場所で自由に遊べた子どもたちは、大変嬉しそうでした。またお母さんたちは、日頃の悩みなどを話して、ストレス解消の場にもなったようでした。参加者皆に喜んでもらい、やって良かったと大変嬉しく思いました。

他の地域でも、子育て広場では OB の方が中心になって広場を盛り上げています。また、お年寄りと子どもたちが一緒に「ふれあいサロン」を開催しています。近くの保育園、小学生と一緒に会を開いている地域もあります。皆

色々と工夫を凝らして広場を盛り上げています。まさにそれぞれボランティア精神で子育て広場を開催し、盛り上げています。

子育て広場からは、大勢の仲間の輪も広がっているようです。国はそれぞれ違って、かけがえのない子どもたちに、何かの形でこのようなボランティア活動で見守ることができれば、大勢の子どもたちが元気に健やかに暮らせるのではないのでしょうか。以上です。ありがとうございました。

須坂市：

先程の質問の高齢者に対する活動の追加ですが、補導員の2年間の経験を活かしまして、その後は、高齢者を対象にした介護予防サポーターを市で養成しています。そういった活動に参加する方、食生活を改善する会、団体に加入する方、あとは地域の福祉を幅広く見守る役割の民生員になられる方も多いです。

補導員を終えた方は、健康意識が高まっていますので、こういった活動を積極的に取り組んでいただいています。そのほか補導員会では、地域で高齢者が身近な場所で集まれる「ふれあいサロン」を毎月1回開催している町もあります。2年間活動を共にした仲間と一緒に健康体操の会を継続して集まる集いも実施しています。健康づくりについては以上です。

樽井寛美 須坂市健康福祉部長：

世帯の所得の平均ですが、税務課に確認をしましたが、課税者の状況でしか分からず、収入の方は申し訳ありませんが分かりません。ただ分かりましたことは、給与所得者が約8割ということですが。

須坂市：

保健指導員の発表に対して、また先程申し上げた母子保健事業に対しても、ここで質問をとらせていただきたいと思います。

堀部伸子 AFPPD 暫定事務局長（タイ）：

報奨は受け取られているのでしょうか。それとも完全なボランティアでしょうか。

内山久美子 29 期補導員会長：

ボランティアです。

堀部伸子 AFPPD 暫定事務局長（タイ）：

どのように選ばれるのでしょうか。

内山久美子 29 期補導員会長：

区長からです。自治会から選ばれ、そこから任命されます。

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

ボランティアとして活動されていますが、その補助金は出ているわけですね。

内山久美子 29 期補導員会長：

補助金といいますか、自治会からも依頼がありますので、各町ごとにその金額は違いますが、ある意味での補助はあります。

通訳：

それは報酬ではなく、経費に充てられるのですか？

内山久美子 29 期補導員会長：

経費に対する補助です。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員（インドネシア）：

お母さんたちを集めて色々な催しをされていますが、その催しを行う場所はどのような場所で行われるのでしょうか。どのくらいの頻度で開催されていますか。

内山久美子 29 期補導員会長：

各公民館や公会堂です。地域によってそれぞれですが、だいたい月に 1 度という地域もありますし、月に 2 回、1 年に 2、3 回という所もあり、それぞれ地域で工夫をしています。

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

保健補助員以外に、ボランティアとして活動される方々のシステムはあるのでしょうか。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）：

人口問題に関しては、何かボランティア活動をされている方はいらっしゃるのでしょうか。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員（インドネシア）：

例えばインドネシアでは Condominium の使用は非常にセンシティブな問題ですが、それに関してはコミュニティと何か密接に活動されてきたのでしょうか。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

宗教指導者が関わっているかどうかですね。彼女たちの国はイスラム教徒が多いので、Condominium の使用はセンシティブな問題となりかねません。宗教指導者がダメと言ったらダメになってしまいます。カトリックでも Condominium の使用は宗教上難しいのはご存じだと思います。日本とは事情が違うので、想定されない質問だと思いますが。

樽井寛美 須坂市健康福祉部長：

宗教的な関与はありません。ただ先程の「愛の小箱」の頃は、まだ Condominium がどこにも売られていなかった時代でした。住民の方に、良い Condominium を安く保健補導員会で仕入れて、そしてそれを自分の家族計画のために使って

いただくという活動でした。今はどこでも Condominium が手に入るようになりましたので、現在では保健補導員は、家族計画に関しての Condominium の販売・普及などは行っていません。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）：

喫煙や飲酒に関してアドバイスはしますか。

内山久美子 29 期補導員会長：

公会堂といった所で、区長や自治会の長の方と話し合いをしまして、保健補導員が考案しましたポスターを公会堂の所に貼っていただくなどして、呼びかけはしています。いわゆる禁煙活動です。

須坂市：

まず補導員はタバコの害について学びます。家族にもそういったタバコの害を伝え、その結果、家族がタバコを止めるケースもあります。タバコの副流煙の害も学びますので、町の人が集まる公会堂を禁煙にしようということになり、補導員の働きかけで須坂市の公会堂は禁煙化が進んでいます。

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

健康増進以外の分野のボランティアはいらっしゃるのでしょうか。例えば、リハビリテーションのボランティアはあるのでしょうか。

須坂市：

高齢者に体操を教えるという介護予防サポーターがいます。地域で子どもたちの安全を守る見守り隊もいます。子育て中のお母さんを助けるファミリーサポートというボランティアもあります。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

私から1つお伺いしたいことがあります。戦後日本の新生活運動で、健康改善のための保健婦たちと、農業改良普及員が一緒になって働いて農家の環境改善をしたことがあると思います。あの時は特に卵預金などで、お母さんたちの所得向上、マイクロクレジットの走りみたいなことを行い、底辺から生活水準を上げていったわけですよね。今、そういうことは完全に切り離されていますか。それともまだ何かの連携がありますか。

須坂市：

先程の「愛の小箱」ですが、最初にコンドームを普及したときは、農業共同生活組合がそれを入手してくれました。農協の生活普及員との活動は、保健師が共に活動していたのは昭和60年代です。その後、農協自身の生活普及員がいなくなりました。技術的な指導をされる方はいましたが、生活改善の普及員は、いなくなりましたので、共に活動したのは昭和60年代までです。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア)：

予算のうち、自治会の方から、区の方から出る補助金の割合はどのくらいなのでしょう。

内山久美子 29 期補導員会長：

区によって出る金額が違いますので、一概にいくらとは言えないのですが、そんなに大きな金額ではありません。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

今の質問は、このような活動を実施するのにどれくらいの予算規模があるのかという質問だと思います。要するに、お金がなければできないと思います。実際的にどれくらいの予算規模があるのかという質問だったと思います。

須坂市：

市から補導員会を通して、補導員に研修活動費が出されています。現在、補導員会の会員は271名ですが、1人に対して1万2,000円の研修活動費が出されており、それが合計で約330万円になります。その他、健康診査の呼びかけや、母子保健の活動費が、市から謝礼として出しています。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

質問を補足すると、簡単に言えば、ボランティアで活動しているのは分かるのだが、逆に言えば実際そこに参加されている人たちに実際どういうメリットがあるのか。逆に言えば、お金のメリットがないのに、どうしてここまでやってくれるのか、が大きな疑問なのだと思います。その点を少しお話いただけたら、今の質問が解消していくかと思います。

内山久美子 29 期補導員会長：

私たちも当然そう思いました。なぜこんなに毎日忙しいのに、なぜお金がいただけないのだろうと。お金がいただけたらもっと働くのになって、正直思いました。ですがお金をいただいちゃったら、もっとも責任がかかってくるのではと思いました。1年目は大変わけが分からず保健師の力を借りて、自分たちはなんでこんなことをただ働きしているのだ、という思いの中で活動してきましたが、2年目になりまして自分の意識が変わってきたのです。自分の中で「ああ、これは人様のためでもあるが、結局は自分のためなのだ、自分の家族のためなのだ」ということに気が付き始めました。これから絶対来るであろう自分の老後をどのようにしていったらいいのかを考えさせていただける2年間だと気付きました。

先程見ていただきました新聞も、紙は区からいただいた補助金で買いました。印刷は、こちらの活動費の中から出させていただいて印刷

をして、区に配っています。それも1晩、2晩では書けないような内容でも、とても楽しんで書けるようになりました。その向こうには、ノックをしても出て下さらない集合住宅の人たちが、ポストの中にポストイングをしていくだけで読んでいただける。そしてそれを楽しみに待っていて下さるといふ声が聞こえて来ましたので、これはしばらく続けていこうと思っています。この2年間を通して気付かせていただきましたが、これがボランティアの醍醐味ではないかと思っています。そしてこれは大変感謝するしかないと思えています。

補導員になって、最初に受ける研修会の際に、「今は補導員を引き受けて“バカみたな”と思ってらっしゃるでしょうが、2年たったらやっって良かったと思えますよ」と言われました。今ではその言葉が本当だったのだと思って、感謝しています。こちらの2名もその気持ちで活動をしているのではと思っています。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

もう1つ質問です。おっしゃったように新しい集合住宅ではお会いすることも難しいような状況になっていると思います。昔であれば地縁血縁があり、色々な形で「押し付けられる」と言えば感じが悪いのですが、誰々から「お願いよ」と言われて、義務感を感じて頑張っってやったという背景があったかもしれません。

これが集合住宅などが増えてきて、特に新しい世代の人たちの間で、コミュニティのために具体的に動こうとまで思わない方が増えている中で、後継者をどのように育てていくのか、あるいはどのように地域でノミネートしていくのかは、決して易しい問題ではない気がするのです。そのあたりの課題、今直面されている問題があれば、ぜひ教えて下さいませんか。

内山久美子 29期補導員会長：

私も今の集合住宅へ越してきまして、1年た

ったところでこの大きなお役をいただきました。まず「なぜ」と思いました。集合住宅の防災訓練やお掃除のボランティアがあったときに、たまたま顔を出していたことが、区長の目に留まったのだと思います。それでこのお役をいただきました。須坂市は1期2年やればもうあとは回ってこないというのと、必ず家族に1人の補導員が建前になっていますので、いずれは来るだろうと覚悟しておりました。

私の今の年齢を考えましたら、70歳も超えたらとてもではないけど嫌になるだろう、引き受けるなら今だと思ひ、引き受けました。私ももうこれでそろそろと、次の方を考えなければいけません、区長や民生委員の方あたりはつけています。

須坂市：

少し追加させていただきますと、補導員会の活動は、区にとっても皆様にとっても、とても大切な活動だと認識されています。このようになったのは、補導員が先程言われたような、子どもたちを集める「子育て広場」や高齢者のサロンを身近な地域で開催してまいり、町の人にとって見えるような活動をしていただいています。町の人に理解してもらうために、今日はユニフォームを着ていないのですが、補導員会ではユニフォームを作成して、皆で活動するときは着用しています。課題としましては、高齢化も進んでいますので、選出には困る町も出てはいます。そういった選出が難しい町は、他の町の補導員がサポートするという形で進めています。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

ありがとうございました。この事がなかなかアジアの方々には理解し難い部分だと思ひます。まさしくこれがコミュニティの資産そのものだと思います。今回の高齢化視察の一つの目的が、医療が揃っっていくと、何が揃っていよ

うと、実はコミュニティがしっかりしていて、高齢者を外に連れ出したり、そういう機能がなければ、色々なものを補うことができないという点を見ていただくことにありました。

言い換えれば、赤ちゃん1人にしても、核家族の中で赤ちゃんを育てることは大変です。ほんの瞬間でも誰かが見てくれることがあったら、赤ちゃんを持つことができるという現状もあります。日本の少子化の1つの大きな原因は、そういう部分だと思います。ただコミュニティ活動がうまくいっている須坂市でも、意外にTFR そのものはほかに比べて高いというわけでもないで、今後の分析が必要になるところではないかと思いますが。ここではコミュニティの機能が維持されていることで相互扶助が可能になり、高齢者の健康を支えていると点を、もう少しご説明いただければありがたいと思います。そして、見えないけれどもこのコミュニティの機能が重要な資産だということをご説明いただければ、アジアの国会議員の方々の理解を得ることができると思います。

須坂市：

保健補導員の活動を一言で言いますと、やはり地域づくりです。子育ても、それぞれの家庭に任せるのではなく、地域も家庭の子育てを応援していますよ、ということを補導員は伝えて下さっています。高齢者ですと、高齢になっても、障害があっても、住み続けた地域に住み続けられるように保健補導員が中心となってサポートしています。そこが須坂市の一番の財産なのだと思います。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア)：

青少年のためのプログラムはありますか。

須坂市：

青少年に関する活動は、青少年育成推進員がまた別にいらっしゃいます。例えば、今は夏休みですが、夏休み中はその推進員たちが、駅前や行ったら危険な所でパトロールしています。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長(ベトナム)：

子どもの身体的、精神的な異常の発見に関して、何か役割を果たされているようなことは。

須坂市：

健康づくり課では、先程説明した乳幼児健診で、体と精神発達を確認しています。健診には医師もいますし、保健師、管理栄養士、歯科衛生士が携わっています。健診の後、専門的な相談が必要な場合は、臨床心理士相談員という臨床心理士の相談も行っています。特別にリハビリが必要な子どもたちを集めて、遊びながら学ぶ場もあります。

富沢とも子 29 期補導員副会長：

皆様、お疲れ様でした。ここで体操をして、リフレッシュしたいと思います。遅れても結構ですので、真似しながらついてきて下さい。

須坂市：

それでは皆様と研修、体操も行っていただき楽しい時を過ごさせていただきました。私たちも大変うれしい時間でした。ありがとうございます。それではこれで研修の方は終わりますが、皆様、どうぞこれからお国に帰りましても、健康でご活躍されることをご祈念致しまして、須坂市での研修を閉じさせていただきます。ありがとうございました。

7月30日

長野県県庁

阿部守一 知事

本日はアジア各国の国会議員の皆様を長野県にお迎えでき、大変光栄に思います。皆様の訪問を心から歓迎致します。また、皆様方におかれましては、それぞれの国におきまして、地域の発展のためにご尽力されていますことに心から敬意を表したいと思っております。今回のご来県のご目的は、健康長寿県としての長野県の視察と伺っています。詳しい健康長寿の理由については、また後ほどご説明申し上げますが、私から少し知事の立場で何点かお話をさせていただきます。

私ども長野県は、日本の中で男性も女性も平均寿命が日本一です。そして私も色々な会議でお話をさせていただきますが、その度に、長野県の健康長寿の要因は何だと聞かれます。科学的な分析や指標については後ほど担当よりご説明申し上げますが、私はいつも3つの要因をお話しています。

1つが、やはり医療福祉関係者の皆様方の地道な取り組みです。長野県、特に農村地帯において、かつて非常に環境の悪かった保健・福祉環境を、大勢の関係者の皆様の方で改善していただいたことが大きな要因です。それに関連して、地域の住民もボランティアに参加し、食生活の改善、保健活動の推進など、県民一丸となって取り組んできた人の力というものが影響していると考えています。

2点目が、食べ物です。私ども長野県は、日本の中でも標高が高い所ですが、新鮮な野菜や果物が豊富に生産されている地域です。長野県は、野菜の摂取量が日本の都道府県の中で最も多い地域で、また味噌などをはじめとする発酵

食品が食されてきた地域でもあります。私ども長野県は、ぜひ健康長寿に適した食をアジアの皆様方に提供したいと思っておりますので、輸入をご希望の皆様は、ぜひ後程お申し出をいただければ、早速考えさせていただきたいと思っております。

3点目ですが、これは年をとっても働いている方が大勢いらっしゃるということです。この事は長野県の産業構造とも関係しているかと思っております。まず先程申し上げたように、日本の中で農業の比率が比較的高い県であり、定年制がありません。また中小企業が多くあり、そういう意味で、大企業の組織に必ずしも属していない人たちにとって、特に経営者には定年がなく、年をとっても働き続けていらっしゃる方が大変多くいらっしゃいます。このことも健康長寿に寄与していると考えています。

私ども長野県は、今の時点で日本の中で最も長寿県ですが、こうした状況に甘んずることなく、更に平均寿命、健康寿命を延ばしていくべく、新たな取り組みもスタートしています。それが ACE プロジェクトです。また後ほど説明をさせていただきますと思いますが、ACE、まずは1つは Action（運動）、体を動かす運動。それから Check（検診）で健康診断をしっかり受ける。それから Eat（食）にしっかり気を付ける。この3つを基本に据えて県民運動を展開しているところです。

健康長寿であるということは、一人ひとりの住民の皆様方にとっての幸せであると同時に、地域全体の発展を大きく支える重要な要素だと考えています。

それと同時に、日本は少子高齢化が、アジア

の国々より先に進んでいます。日本では国全体で医療の利用が増え、その経費が非常に増加してきています。これは国全体の観点でも考えて行く必要がある課題ですが、私は制度を変更することで可能ではないかと思えます。それは医療費あるいは介護福祉に要する経費を削減するというアプローチだけではなく、やはり一人ひとりの国民、住民が健康になるというアプローチによって医療費の抑制につなげていくことが、正しい、望ましい選択肢だと考えています。

こうした我々の取り組みを皆様方と共有させていただき、アジアの国々が我々日本と一緒に、大変幸せで長生きできる世界を作っていくことが重要だと考えています。私たちのこれまでの取り組みが、こうした取り組みの一助として、皆様方のお役に立てれば光栄です。

私ども長野県は、健康長寿県であると同時に観光県です。3,000m級の美しい山々、そして多くのスキー場や温泉、更には善光寺、松本城といった歴史や文化にも富んだ県です。

皆様方が長野県に次回お越しいただくときには、ぜひご家族の皆様方と観光にお越しただければと思います。皆様方の今回の日本訪問が、有意義で実り多いものでありますことを心から期待すると同時に、それぞれの皆様方の更なるご活躍、そして各国の発展を心からご祈念申し上げます、私の歓迎の挨拶といたしたいと思えます。

ありがとうございました。

清水剛一長野県健康福祉部健康福祉政策課長：

それでは次にAPDA視察団代表の方からのご

挨拶をお願い致します。

マ・シュウ議員（中国）：

私は北京から参りました。人口と環境は中国においても非常に重要な課題です。貧困に苦しむ地域が多くあります。男女の人口比率の差が大きいことが、中国にとって大きな課題になっており、今後、結婚できない人が増えることが予測されています。これが現在、社会問題となっています。

またそれに加え、中国で課題となっているのが高齢化です。日本とアジアが高齢化する中で、高齢者がきちんと医療を利用できるようにしていくことがこれから非常に大切になってきます。国民全体の健康という意味で、公衆衛生を含め、女性や子ども、お年寄りの健康に注目していかなければなりません。現在、中国では医療制度の質の向上に焦点を置いた医療制度改革を進めています。このような制度改革をする上で、日本の医療は、非常に大きな価値があり、健康増進、医療制度について、これからも注目させていただきたいと思っています。日本には多くの経験があり、特に高齢化への対処については、豊富な経験をお持ちです。ぜひ参考にしていきたいと思っています。

清水剛一長野県健康福祉部健康福祉政策課長：

ありがとうございました。それでは時間も限られていますので、最初に長野県の概要、続いて長野県の健康長寿社会についてご説明を行います。その後、意見交換をさせていただきたいと思えます。

「長野県の概要」「長野県の健康長寿社会について」

山本英紀 長野県健康福祉部衛生技監兼医療推進課長

長野県の健康長寿について分析を行っていますので、概要についてお話をさせていただきます。長野県の日本における地理的条件ですが、日本の中心に位置しています。面積は 47 都道府県の中で 4 位、その中で森林面積は 4 位と、非常に自然環境が豊かな都道府県であると考えています。

交通の状況は、新幹線、幹線道路を含めて東京・名古屋へのアクセスが非常に良くなっています。今年の春には北陸新幹線が開通し、北陸地域へのアクセスも良くなりました。

人口の状況については、後ほど詳細にお話させていただきますが、長野県は日本の中で男女とも平均寿命が一位です。経済産業の状況ですが、現在の県内総生産は約 8 兆円です。製造業が最も多く、その次がサービス業です。製造業が盛んであると申しましたが、その中でも加工組み立て型の製品が多くなっています。具体的にどのような品目を多く生産しているかについては、その下のスライドにございます。

続きまして、現在の製造業と海外との関係、つまり製造業と輸出の状況を次のスライドでご説明します。ご覧の通り、輸出相手国ではアジアが非常に多く、アジアの皆様との関係は長野県にとって非常に重要だと考えています。

次に長野県の観光についてご説明させていただきます。四季それぞれに豊かな自然に恵まれ、様々な景観や自然環境が充実している地域です。特に温泉が大変多い地域で、冬にはオリンピックを開催したこともあり、様々なスポーツを楽しむことができる所です。

長野県としては、このように観光にも力を入れており、アジアの様々な国々から、多くの方に観光に訪れていただいています。今回のよう

な機会を捉え、皆様との友好関係をより効果的なものとして、皆様方の国々からもより多くの方々にお越しいただければと思っています。

教育の面でも、各国と様々な交流をさせていただいていますので、こうした観点でも今後も良い関係を続けさせていただければと思っています。長野県の概要の説明は以上です。

続きまして、健康長寿の要因について、分析結果などを説明致します。

先程触れましたように、長野県は日本の中で男性女性とも平均寿命が 1 位です。昔からこのように全国 1 位の県であったかということ、そうではありません。昭和 40 年代、女性の平均寿命は、全国より短かったのです。脳卒中による死亡が多いことも含めて、様々な健康上の課題がありました。それを行政、住民の方、様々な関係者の努力によって克服し、現在では平均寿命全国 1 位を達成しています。どのような取り組みを行ったかについては、後ほど詳細に説明させていただければと思います。

次のスライドは、世界の国々と日本の平均寿命を比較したものです。日本は世界有数の長寿国で、長野県はその中でも 1 位の平均寿命ですので、世界でもトップレベルであると考えています。こうしたお話をさせていただくと、医療が充実している、医療に非常にお金を掛けているから長寿を達成できたのではないか、というご指摘をよく受けます。しかしながらスライドにありますように、長野県は日本の中では医療費については比較的少ない地域です。

そうすると、医療がまだ十分提供できてないから医療費が少ないのではないか、というご指摘を受けることもあります。そんなことは全くありません。長野県は面積が広い県ではありません

すが、基本的な医療をどこにいても受けられる体制が構築されています。その上でこの比較的低い医療費を達成しているのです。従いまして、その理由としては、やはり予防、病気にならないための取り組みが重要で、役割を果たしていると考えています。長寿の要因については、疾病の予防による効果について分析を行っています。次のスライドで分析結果を説明します。

長寿と関係があると想定される複数の要因について、それらに関係があるかないか、どの程度関係があるかについて分析を行いました。その過程で、いくつか長寿と関係していると考えられる要因が出てきました。その中で主要な4つをお話しさせていただきます。

1つ目が、先程知事からお話がありましたとおり、高齢者の就業率が高いことです。言い換えますと、生き甲斐を持って、高齢になっても体を動かされていることが非常に大きい要因だと思っています。

2点目に、お年寄りの栄養摂取に関してですが、長野県は、日本の中で一番野菜の摂取量が多い県です。長野県は野菜の生産も多く、新鮮でおいしい野菜が摂れますし、それを県民の方が多く摂っているのが非常に大きい要因でないかと思っています。

3つ目の要因が健康ボランティアや、一般の方が、健康に関して積極的に参加をいただいていることがあります。やはり生活習慣を適切なものにしていくには、行政からのアプローチだけでなく、住民の方が自らの自発的な取り組みが非常に重要になります。その意味で、このようなボランティアの方の取り組みは非常に重要であると考えています。

最後に、それでも行政の支援は非常に重要だと思っています。保健行政を支える保健師の数が全国1位というのも、長寿の大きい要因であると考えています。

次のスライドで具体的にどのような取り組みをしてきたのかをご説明致します。

昭和30年代から40年代、脳卒中、脳血管疾患の死亡が非常に多く、それが大きな問題でした。ここで昭和40年代から、先程ありました健康ボランティアである保健補導員制度が整備されました。これまでお話を聞いてこられたと思いますが、保健補導員の方々は、健康に関する知識や、その住民の方への周知、地域の健康づくり活動を推進していただきました。

昭和40年代に入ると、様々な地域福祉や、行政、保健師、栄養士、またもう1つのボランティアである生活改善推進員が連携をして、保健予防活動を展開するようになりました。脳卒中の原因としては、塩分の摂り過ぎが大きかったため、具体的な取り組みとしては、減塩に関する運動、調理実習や、食事の塩分測定を行いました。

また長野県は冬には非常に寒くなる地域です。寒い場所にずっと居ますと、やはり脳卒中の発症が増えてしまいますので、「一部屋温室運動」と呼ばれる、部屋を暖めて、一部屋は暖かい部屋を確保するという運動も展開しています。脳卒中対策に限らず、様々な疾患について、こうした取り組みが関係者によって行われ、その結果、健康長寿が達成できたものと考えています。

先程、医療関係者の参加というお話をさせていただきましたが、皆様が明日訪問される佐久総合病院の事例が有益であると考えています。具体的に佐久総合病院が取り組んだのは、訪問診療です。患者が病院に来るのを待つのではなく、医療関係者が患者のいる家庭に出向いて行くという、農村医療と呼んでいます。積極的な医療を展開したことが非常に重要だと考えています。

高齢化社会に対応していく上で、日本では在宅医療と言って、病院に行って診てもらうのではなく、医療関係者が各自宅に訪問する医療が重要になってきていますが、それを昔から実践してきました。佐久総合病院以外でも、様々な

医療施設と保健師が連携し、機能したことが相乗効果を上げてきたと考えています。

次に、今後、長野県でどのような取り組みをしていくかについて、ご説明をさせていただきます。

まず最初に予防です。予防することが何より重要です。先程知事からお話がありました通り、我々は「ACE プロジェクト」と呼んでいるプロジェクトを推進したいと考えています。具体的に ACE とは、体を動かすアクション (action)、検診を受けるチェック (check)、健康のために食べる (eat)、というそれぞれの頭文字を取って名付けたものです。

具体的な取り組みとしては、先程脳卒中に対する取り組みをお話ししましたが、これらの努力にも関わらず、長野県は脳卒中による死亡がまだ多い状況です。高血圧の方の割合も多い状況ですので、この予防をより一層推進していきたいと考えています。

これらの取り組みをする上で、先程お話させていただいた通り、行政だけではなく、様々な関係者が連携して取り組むことが重要だと考えています。日本では、市町村だけでなく、企業や、いわゆる医療保険者、健康保険組合の方々が、非常に健康増進に重要な役割を担っているため、団体ボランティアの方々とネットワークを作り、一緒に取り組んでいきたいと考えています。

具体的にどのような方針で取り組むのか、具体的に何を行うのか、ご説明致します。

まず4つの取り組み方針のうちの、やはり住民の方の多くは仕事をされており、そういった方々が働いているのは企業の場合が多いので、その企業の取り組みを推進していく、またそれ以外での地域での取り組みを推進していきたいと考えています。企業と地域の両方を推進していきたいと考えています。知識を持っていただくことは重要ですので、教育も推進していきたいと考えています。

最後は住民の方に「健康づくりを行って下さい」と言うだけでなく、県庁職員が率先して取り組めるよう、県庁職員の取り組みも推進していきたいと考えています。具体的な取り組みの内容については資料をご覧くださいと思います。予防に関する取り組みに加えて、医療や介護に関する取り組みも推進していく予定です。

日本では介護保険制度が導入され、医療と介護で高齢者を支えています。現状では今後の高齢者への対応が難しくなるという状況が生じています。その意味で、先程お話しした在宅医療のより一層の推進や、高度医療の提供体制を構築していくという取り組みと、予防に関する取り組みを併せて行っていくことにしています。説明は以上です。

質疑応答

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア) :

質の高いプレゼンテーションをありがとうございました。まずは健康補導員の方と医療施設との関係について質問させていただきたいと思います。これを実施する医療機関はどれくらいの規模なのでしょう？ 人口に対する保健師の数はどれくらいですか？ また、高齢の方が働いていることに関して、県の職員の方々の退職年齢は何歳でしょうか？

山本英紀 健康福祉部衛生技監 :

1つずつお答えさせていただきます。ボランティアの方と医療機関と行政の関係についてですが、地域によって様々で、活動自体はそれぞれ単独で行っていたり、顔の見える関係で連携しながら進めており、全く別々に動いていることではないと思っています。連携は地域によって様々な関係の中で実施されています。ボランティアの方が行政と連携してイベントを実施することもあり、様々な連携があります。

医療機関の規模については、ここに数字を持っておりません。後ほどお伝えできればと思います。制度については、医療を提供する医療機関として診療所があります。それ以外にも市町村や県が持っている保健所があり、それぞれの役割に応じてサービスを提供しています。

保健師の数は、人口10万人当たり69.5人で、長野県の人口が200万人強です。少し古い数字ですが、長野県の病院は132です。看護師の数は、長野県で実際に働いている人の数として1万8,000人です。保健師の数は1,300人です。県庁の定年は、若干職種によって異なりますが、基本的には60歳です。

マリアニー・モハマド・イット議員(マレーシア) :

最後のページですが、ACE プロジェクト5つの行動計画に関連して、検診率を上げるという部分ですが、どういう仕組みになっているのでしょうか。雇用されていない方の健康保険は、どのような形で提供されているのでしょうか。

山本英紀 健康福祉部衛生技監 :

日本は皆保険制度がありますので、基本的には全ての方が何らかの保険に入っています。企業で働いている方や、そのご家族は、企業の被用者保険に入っています。それ以外の方は75歳までは国民健康保険という形で、市町村が管掌する保険に入ります。自由業の方や退職された方は、75歳までは市町村の地域の保険に入ることになっています。75歳を超えると、都道府県単位の広域連合が保険者として保険を提供することになります。健診についても、それぞれの加入している保険によって、保険者が被保険者に健診機会を提供していく形になっています。普通は、40歳以上が基本となっています。

マリアニー・モハマド・イット議員(マレーシア) :

人口は200万人ということですが、そのうち仕事をされていない無職の方に、県としてどれくらいの支出を支払われているのでしょうか。

山本英紀 健康福祉部衛生技監 :

無職の方というのは、定義が非常に難しいと思っています。定年退職をされる方のことを指しているのかどうかでも変わってきます。いずれにしても、その区分けで説明するのは難しい

と言えます。先程お話ししたように、地域の保険には、無職の方も退職された方も入りますし、自営の方も入るので、その区別をすることができません。仕事をされてなくても、所得に応じて窓口や保険料の支払いが異なっています。所得が非常に少なければ、少ない額だったりします。いずれにしても、所得に応じて医療に関する費用を負担していただくシステムになっています。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

2つ質問があります。1つは県内の介護施設の数、それからそこで働く職員の数について教えてください。2点目は、ここではかかりつけ医の制度はあるのでしょうか？

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

かかりつけ医については、制度的なものが必ずしもあるわけではありません。イギリスのように、かかりつけ医を通さなければ病院にかかれなというシステムではありません。しかしながら、診療所と病院の役割分担は重要だと考えています。なるべく住民の方に、まずはかかりつけ医にかかっているようにお願いをしていますし、制度上もそういう形を推進しています。

介護施設の数ですが、定義の仕方で、どこまで数えるのかという問題がありますが、日本で介護保険の対象施設になっている特別養護老人ホームに関して言えば、長野県では約1万2,000床程度あります。特別養護老人ホームの数は208です。介護施設で働いている職員についてですが、これは施設で働いているというよりは、非常勤の職員を含め、介護関係で働いている方は3万4,000人です。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

農村部で活動されている保健師の方の数は分かりますか。

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

農村部の定義によりますので、農村部だけで働いているという区分ができません。

ヨス・ファニト保健省副局長（カンボジア）：

日本に海外から働きに来る方がいると思いますが、長野県にはどのくらいいますか？ また、標高は健康と何か関係性があるのでしょうか。医学的な見地から見ると、海拔に近い方が病気が発生しやすく、高い所は病気が少ないという見方もあります。また病院や診療所の地理的な設置基準はあるのでしょうか？

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

外国人の方々には、これは様々な分野で毎年来ていただいています。少なくとも研修として働いている方がいらっしゃいます。

高地と健康の関係ですが、高地に住んでいることが健康の要因であるということは、証明はまだされていないのではないかと思います。

診療所の設置についてですが、基本的には診療所はどこでも開設することが可能です。ただし、ベッドのある病院については、地域間でベッドの偏りがないようにするために、地域での病床数が過剰な地域では、新たに病院を設立できないようになっています。

楠本修 APDA 常務理事・事務局長：

高度と健康の関係については、カンボジアの方がおっしゃる通りですが、それが起こる理由は明快です。歴史的に見れば、感染症、例えばマラリアなどに関しては、高度が高い地域ほど蚊の生息が少ないため感染が少なく、明らかに乳児死亡率などが低かったようです。

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

タイからきた医師です。ACE に大変興味があります。タイにもこれと非常に似たプロジェクトがあり、DEE と言います。しかし意味合いは同じで D がダイエット（食生活）、E がエクササイズ（運動）、もう 1 つの E がエモーションズ（情緒）という意味です。ACE プログラムにはエモーションが含まれていませんが、どうしてでしょうか。このエモーションの表すストレスは健康にとって非常に重要ではないかと思うのですが。

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

ご指摘の通り、ストレスといった観点での取り組みは重要だと考えています。ACE プロジェクトの中には入っていませんが、我々もストレス対策として、自殺を予防することが重要であると考え、その観点で ACE プロジェクトとは別に取り組んでいます。おそらくタイで取り組まれているものと、我々が行っているものでは方向が少し違うかもしれませんが、トータルで見れば同じ取り組みをしているのではないかと思います。

ジェットン・シラトラノン議員／AFPPD 事務総長（タイ）：

東京で、訪問財団を訪問したことがあるのですが、長野にもこのような組織があるのでしょうか。以前お伺いしたのですが、訪問看護されている方が、普通の看護師よりも高い給与をもらっているのは非常に興味深く思います。

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

正確に把握できていませんが、長野県にも看護協会があり、そうした中で、訪問看護についても、看護協会が訪問看護をされる方の養成も含めて取り組んでいると思います。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）：

長野の出生率の低い原因は何でしょうか。韓国や日本では、結婚したくないのか、それとも競争が激しいから結婚できないのか、どのような理由があるのでしょうか。

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

私の担当ではないので、正確なお答えができないかもしれませんが、その方々それぞれに、様々な要因があるのだらうとは思いますが、今お話のあった内容も要因の 1 つになっている場合もあるかもしれません。社会の変化によって、女性が置かれた状況を含め、様々な要因が関係していると思います。

シエ・シャオピン ESCPH 副局長（中国）：

長野が世界でも有数の長寿県とのお話でしたが、そのために直面している課題はありますか？また高齢化と長寿化の関係について教えてください。

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

長野県では健康で長生きすることが重要で、いかに元気で長生きに暮らしていただくことが重要であると考えています。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）：

県の方から保健補導員に対して補助金が出ているという話を昨日伺ったのですが、どれくらい補助していますか。

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

様々な取り組みで補助が出ています。それに加えて、県として事業をやる上で補助金を出させていただいているものがあると思います。補助員だからといって、ダイレクトにお金を出しているわけではないのですが、事業実施を行う

上で必要な経費に関して、補助金をお出しすることで、参画いただいています。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）：

非常に山が多い所ですが、山岳地域で働きたくないという人がいた場合、どのような対策を取られていますか。

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

基本的には、そこに病院を建て、常駐するという状態にはなっていません。定期的に巡回をし、健康状態を管理し、急病になったときには、病院がヘリコプターなどで救急医療を提供する制度になっています。

グエン・ヴァン・ティエン議員／VAPPD 副議長／AFPPD 副議長（ベトナム）：

どのくらいの頻度で、巡回されるのですか？

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

地域の住民のニーズに応じて、地域の自治体が決定しています。

ヨス・ファニト保健省副局長（カンボジア）：

看護師もしくは介護職員として、外国人を導入した実績や、導入する予定はありますか？また高血圧の理由はなんですか？

山本英紀 健康福祉部衛生技監：

一定の、看護師の受け入れはあったと思います。それは、日本と様々な国の、2 国間の EPA（Economic Partnership Agreement：経済連携協定）の中で行っています。様々な問題が指摘されていますが、そうした取り組みが長野県でもあると思います。

高血圧の理由についてですが、その原因として長野県についてよく言われるのは、漬物や蕎麦の後の蕎麦湯が指摘されています。健康状態を改善する上で、食生活は文化なので、一律に禁止するものではないと思っていますが、知識を普及して、塩分摂取を控えるようお願いをしていくことは重要ではないかと思っています。

清水剛一長野県健康福祉部健康福祉政策課長：

それでは最後に記念品の紹介をさせていただきたいと思います。本日お手元に長野の PR キャラクターであるアルクマのピンバッジをお配りしました。長野県の魅力をくまなく広めるという意味が込められています。ぜひこのピンバッジをして長野県を PR していただければと思います。

本日はありがとうございました。皆様の視察が有意義なものになることをお祈り申し上げます。

7月30日

総合福祉施設 須坂やすらぎの園

神野久雄 社会福祉法人睦会理事長

大島順道 須坂やすらぎの園常務理事・総括施設長

神野久雄 社会福祉法人睦会理事長：

皆様、ようこそいらっしゃいました。今日、アジア人口・開発議員視察団の皆様をお迎えでき光栄です。心から歓迎致します。

さて、この「須坂やすらぎの園」は、20年前に50名の利用者が特別養護老人ホームを開設したのが始まりです。日本国民の高齢化がますます進む時代の中にあり、事業を拡大し、現在は収容人員219名に及び特別養護老人ホーム並びに老人保健施設のほか、90名の高齢者が利用するデイサービス事業など、17の事業を実施しています。

事業の内容については、この後で詳細にご説明申し上げることとなっておりますが、ここまで成長するに至ったのは、長野県及びこの地元の須坂市の行政の多大なご支援によります。それに加え、地元住民の方々のご理解とご協力がその支えとなっております。

この「やすらぎの園」の大きな特色の1つは、いまだ日本の国内でも珍しい保育園を併設していることです。日常生活の中で、園児とお年寄りが接する、このことはお年寄りに潤いを与え、大変重要なことだと考えています。また育児中の女性職員にとっては、職場の中で自分の子どもを世話してもらっているという安心感が持てるのではないかと考えています。それにより、女性職員に仕事に専念していただけるという面もあります。

「やすらぎの園」のサービスを受けたい希望者は非常に多くいらっしゃいますが、職員一同、高齢者の心の内を思い、心のこもったサービス

について今後も追及していきたいと思っています。以上、簡単なお紹介ですが、ご挨拶とさせていただきます。

大島順道 常務理事・総括施設長：

始めに施設の概要について説明を致します。ここは「社団法人睦会」という法人です。長野市と須坂市に拠点を2つ設けていまして、長野において最大の総合介護施設です。こちらの方がやや規模が大きいわけですが、現状と役割について、これからご案内申し上げたいと思います。

私ども「須坂やすらぎの園」の17の事業をご紹介します。ここでは0歳から104歳までの幼児、乳幼児から高齢者を受け入れています。

「特別養護老人ホーム」、「特養のショートステイ」、「ユニット型ショートステイ」、「老人保健施設」、「老健ショートステイ」、さらに「養護老人ホーム」という地域施設、「養護のショートステイ」、「ヘルパーステーション」、通所型の「デイサービスセンター」、「デイケアセンター」、それから「認知症グループホーム」があります。また、「小規模多機能型施設」、「認可保育園」、「居宅介護支援事業所」、「在宅介護支援センター」、養成所である「介護職員の初任者研修事業」、「地域交流事業」と、17の事業を現在実施しています。

これから医療の分野に参入し、「やすらぎクリニック」が建設に入り、来年の4月にオープン予定で、来年は医療、福祉、保健の全てが、この一帯のエリアで包括的にケアできるという形になる予定です。

次に、「須坂やすらぎの園」の理念についてお話しします。創設して22年になりますが、1993年に、大規模多機能構想を掲げ、50名定員の特別養護老人ホームからスタートしました。それから5年後の1998年に、老人保健施設、デイケア、さらには、保育園を併設して合築で創設をしました。それから2006年に、養護老人ホームという措置施設を経営委託しまして、ショートステイも含めて、また大きく拡大しました。そして3年前の2012年、小規模多機能施設、それから昨年2014年、グループホームを移転改築して、地域密着型という施設を整備して現在に至っています。

診療所はこの秋から着工して、来年の4月にオープンする予定です。所得の低い方を主に対象とし、負担は低額または無料という、全国でも珍しい診療所となる予定です。

特色としては、先程理事長からも申し上げました認可保育園があり、また、低額、無料診療所が来年オープンします。これから10年後の2025年にはおよそ40%の高齢化率に向かいつつあるという時期に、それに対処するため、最後まで住み慣れた場所で、その人生をまっとうできるようにする、そんなシステムです。高齢者を介護するには、できるだけ地域で、そして地域のご家庭でケアをするのが一番です。しかしながら、どうしてもそれを支えきれない場合は、医療の分野で、介護の分野で、施設の入所で受け入れたい。時にはご自宅に帰ったり、そして皆で支え合い、その方が長寿をまっとうできるように、地域で支えていくというのが、地域包括ケアシステムの理念です。

昨年発表の高齢化率を見てみますと、皆様の国の中で、日本以外で一番高いのがタイです。日本では65歳以上人口が25.78%です。

ここには高齢者施設がいくつかありますが、まず重度の特別養護老人ホームは4施設。それからリハビリ施設、家庭復帰をめざす老健施設が2施設。それから先程の養護老人ホームがあ

ります。

このホームの基本は、幼老一体型、つまりお年寄りケアと保育園が同じ場所にあることが特色です。全国に福祉施設が1万数千カ所ありますが、認可保育園と一体型になったのはここだけです。

子どもにとってみれば、今は核家族が多く、ご家庭にもお年寄りがほとんどいません。ここにいる保育園児の家庭にも100%いません。そこで、この認可保育園に通っている子どもたちは、ここで高齢者と交流することで情操教育につながっていきます。高齢者にとっては、家でなかなかお孫さんと接する機会がないので、逆に心のケアになるのです。両者にとって大きな効果があります。

リハビリスタッフは7人います。在宅復帰を目指すお年寄りが多くなりましたので、一般の基準より2倍以上配置しています。急性期の治療を終えて、家庭に戻る前にこのリハビリ施設でリハビリを行って、そして麻痺した手足を回復させ自宅に戻る、これが大きな成果、目標でもあります。

この地区には、まだリハビリをできる施設がかなり少ないのですが、それを必要とする患者は毎日増えています。そういう中で、いかに多くの患者に早く回復し、退所してもらうが課題となっています。

産業として、須坂市では稲作はほとんど行われていないのですが、一番は果樹栽培でブドウ、モモ、リンゴが主に生産されています。そういう自然の中に出向いて心のケアを図ることも、お年寄りのリハビリになっています。

次に、私どもの17の事業の詳細について説明します。まず、特別養護老人ホームなどは定員が60名です。要介護認定を受けた人で、要介護3以上の方、かなり重度の方が入れる施設です。地域交流を積極的に行っていますので、閉鎖的な施設ではなく、どちらかと言うと開放的に行っています。日本では介護保険制度がス

スタートしてからかなりの年数が経っていますので、その給付を受けながら、この施設を利用されています。車椅子に乗っている方がほとんどですが、介護保険では車椅子の方は、皆、寝たきりのお年寄りに分類されます。カテゴリーでは重度の方を専門に受け入れています。

次は長期入所の方です。短期入所の方はショートステイとなり、1週間から1カ月未満いらっしゃいます。子どもたちの交流、それから食事介護を受けていらっしゃいます。

次がユニット型、個室型のケアです。4人部屋で共同と個室になっており、部屋の中はテレビ、冷暖房、床暖房が入っています。皆様方の国と違って、私ども冬が長く寒い期間がだいたい6カ月間ありますのでその間は下に温水が流れる床暖房がはいります。そういう設備がないと生活できません。

次は養護老人ホームで定員が50名です。別にショートステイが8名います。これは全室個室になっていて、6ユニットに分かれ各ユニットにトイレ、浴室が完備されています。生活環境または経済上の理由で、地域での生活が困難な人が各市町村で指定され、措置として入所されています。地域交流スペースもあり、居間・食堂兼娯楽室のような共同スペースです。今は夏ですのでテーブルとイスになっています。浴室は、信州は寒いので、タイルの下にお湯がまわって暖房が入るようになっています。

9番目は、老人保健施設で定員が100名です。平成10年、今から17年前にできました。ここにはどちらかと言うと家庭復帰を目指すという目的があります。先程の特別養護老人ホームは、そのままそこが終の棲家となる方がほとんどですが、こちらはどちらかと言うと家庭復帰するために、色々なリハビリを目的としており、自分が今まで持っていた機能をまた取り戻すために努力する施設となっています。そういう意味では、糖尿の方は甘いものを少し制約したりと行動に制約はあります。リハビリ施設であ

るこのような所では、気力、それからやろうという気持ちを起こさせるまでが一番大事で、後は本人次第と考えています。

次はデイケアセンターです。入所施設である老人保健施設で頑張って家庭復帰した方が、そのまま家庭復帰しても、また寝たきり状態に戻ってしまうことが多いので、家庭復帰した時点の機能を維持するために、通所して利用できるこのデイケア施設で、機械を使って筋力トレーニングをしています。これは送り迎え付きで、この施設には家庭から通うという形になりません。もちろんこちらの専用車で送迎します。

次はデイサービスセンターで、通所介護施設で定員30名です。こちら先程のデイケアと似ていますが、こちらはどちらかと言うと専門的にリハビリテーションでプログラムを作って指導するのと違って、家にゴロンとして認知症になるよりも、ここに来て人と会話をすることによって認知症を防ぎ、現状維持させるという予防策として利用していただくというシステムになっています。送迎や昼食サービス、それからレクリエーションについてもプログラムはデイケアと似ているところがあります。

次は地域密着型施設で、近隣の人たちがご利用する施設です。これには2つあり、1つは認知症対応型の共同生活介護で、9名の定員です。それから、通所、訪問など3つのサービスを提供するいわゆる多機能型の施設です。ここで24時間介護していますが、日中は隣の小規模多機能施設と同様に、リハビリを受けながら子どもたちと交流をして、日常生活の中に家庭の延長線のような対応をしている所です。これがグループホームの良さでもあります。これは個室で、現在の居室です。冷暖房当然完備しています。

小規模多機能施設でも、保育園児と交流しています。子どもが来ると、お年寄りもニコニコします。浴室は2箇所あります。ここもやはり床暖房になっています。この「日滝の家」の特

色は、私どもサービスや高齢者の楽しく生きる権利を実現することに、その目的が置かれています。

居宅介護支援事業所では、介護保険のサービスをご家庭で受ける必要が出てきたとき、急性期の治療で病院へ行った場合などの退院後の対応を行っています。

日本の場合、高齢者以外は皆、会社などに勤務していますので、介護を誰がやるか、どうやるのか、どのサービスを使うか、色々家族会議をしながら、議論をすることになります。その中で、自分たちが考えていることを居宅介護支援事業所で相談し、具体的な対処が決まっていきます。

まず要介護認定を受けることから始まります。一般的には65歳から受けられますが、逆に65歳未満でも、特別な病気の場合や、その後遺症の場合には、使えることもあります。しかし、この事はあまり一般に知られていません。介護支援が必要で、どんな施設、通所サービスを使いたいのか、どんなものを使いたいかわからないときに、その橋渡しをするのが居宅介護支援事業所のケアマネージャーになります。

それから先程、地域包括ケアシステムと申しましたが、この施設が須崎市地域包括支援センターの窓口としての役割を担っています。要介護認定、要支援認定を受ける前の高齢者に対し、そういう人たちの予防を行い、例えば転倒予防のための講座を開いたり、それから介護者施設で開催したり、色々なプログラムを実施しています。介護する人、介護される人の立場を十分理解した上で支援する、これが地域包括支援施設の役割です。

次は訪問介護事業ヘルパーステーションです。職員が外へ出て、地域の在宅のお年寄りの訪問介護を行うことも、これからの役割だと思っています。すでに訪問介護ヘルパーステーションで実施していますので、それをだんだん拡大していく予定です。

「やすらぎ保育園」は、今から17年前にできましたが、これは、老人保健施設と一緒に立ち上げ、当初は託児所と言っていました。2003年に保育園の認可を受け、4歳未満の乳幼児を対象に保育をしています。ここでは、休日保育を特色として実施しております。職員のお子さんだけでなく、地域の子どもたちも受け入れる認可保育園です。

私どもではそれから職員の子育てに支援金を助成しています。これも特色です。子育て支援を、政府だけではなく、できるだけこの事業所としても行っています。

次は介護初任者研修の様子です。かつてヘルパー2級という資格がありました。これが介護職員初任者研修という資格になり、継続して私どもでそういう職員を養成しています。今まで300人以上の資格者をここで輩出しており、地域の事業所にそれぞれ皆様就職し、地域貢献を図っています。

現在、医療教育援助事業で、ボランティアの受け入れが年間3,381人、その他実習受け入れが653名、介護初任者研修の実習生が143名、あと福祉系大学、専門学校が270名となっています。

今日も高等学校の教頭が2人受け入れのお願いでいらっしゃっていますが、年間8人受け入れています。それとあと中学校、高校の体験学習が159名です。それから教員免許の取得条件に介護施設での体験学習が入っていますので、教員免許を取るためにここで体験学習して、私どもが証明書を発行するようになっています。現在教員を希望する学生は、体験学習をしたという証明書を取得しなければ、教員の受験資格がありません。そういうことで登竜門ともなっています。また、看護学校が近くにありまますので、看護学生も受け入れています。つまり地域の交流の中で、将来ある人たちの養成も実施しております。一般の福祉事業の他に、このように研修を受け入れています。これにはボ

ランティアさんの支えによって成り立っています。

こんなような施設を運営するために、ここには職員が270名います。通所者は毎日違うメンバーで、収容人員は120名ですが、登録人員は400~500名います。入所者300人に職員を足せば、およそ1,000人近くがこの施設に所属しています。

大規模多機能施設須坂やすらぎの園の管理運営面で、非常にうまくいっているのは、それぞれ別の場所にバラバラに施設があるわけではなく、一体型であるために、各事業所の連携が一極集中できることが挙げられると思います。一か所にあることで、サービスに関わる様々な情報が共有でき、施設面に関する課題に迅速かつ的確に対応できます。また管理部門の統合化が可能になり、事務員や管理職の人件費を合理化できます。その浮いた人件費を、施設各所の職員の増員につなげることができるので、ここでは看護職員や介護職員は、基準の2~3割多く配置できるようになっています。

事業所サービスは、結局、よく利用されることで利用者へ便益が発生し、またサービスを受けに来てくれるようになります。こちらへ来てくれるから施設運営が安定する。安定するから職員処遇が良くなる。職員処遇が良くなるから利用者サービスが良くなる、と良い循環をしています。

現在、人手不足の問題が、どこでも課題となっています。そういう意味では、これからやは

り日本もそうですが、国際的にもやはりアジアの皆様方と手を取り合って、経営を一緒に進めていかなければ、人手不足がさらに人手不足を呼んでしまいます。

現在、私どもでも外国人人材の活用を始めています。まだそれほど国際色豊かではありませんが、海外国籍の人でもここで働いていただくことがこれから大事なことだと思います。

人材不足をどのように補うかについては、先程申しました保育園が大きな意味を持っています。女性の社会進出のための雇用対策として、子育て支援を充実していただければ、この人材も確保できます。

人材を確保するには、まず女性が働きやすくすること、そしてさらに外国の人たちとも交流を図り、日本を理解してもらい、ここを理解してもらい、労働力の支援をしていただき、その方々が自国に帰って私たちのシステムや経験を利用して、各国の問題に対応する。それを私たちも支援する、そんな循環を生む必要があると思いますし、そんな時代が来るのもほど遠くないと思います。

保育園の問題や地域交流に関しては、現在のところうまくいっていますが、今後色々な課題が出てくると思います。これらの問題を解決するために、皆様のご協力もいただきたいと考えております。

私の説明は以上です。

質疑応答

ローク・ケン議員（カンボジア）：

素晴らしいプレゼンテーションをありがとうございました。海外からここで働きたいという人について、どんな条件を満たせばここで働けるのでしょうか。何歳からこの施設に入所することができるのでしょうか。

大島順道 常務理事・総括施設長：

就労ビザがあること。またある程度、日本語の会話ができることです。施設入所は、原則は65歳ですが、特別な病気があれば65歳未満も可能です。

ローク・ケン議員（カンボジア）：

このセンターで一番大きな経費となっているのは、どのようなものですか？ 入所者10人に対してスタッフは何人必要でしょうか？

大島順道 常務理事・総括施設長：

一番は人件費です。原則は入所者10人につき3人のスタッフです。この施設ではそれが基準ですが、現実にはもう少し多くスタッフが入っていますので、2人に1人の割合です。

ローク・ケン議員（カンボジア）：

1人当たりのコストはどのくらいになっていますか。

大島順道 常務理事・総括施設長：

それは施設の形態、種類によって異なります。重度（要介護5）で4人部屋を利用している方の場合は、だいたい1人当たり1カ月40万円近くかかります。現在は、介護保険で実質的には8割ぐらいは負担しています。軽度の人は

25万円程です。それも介護保険で大半が賄われています。これからやはり自己負担がだんだん多くなってくると思います。

ローク・ケン議員（カンボジア）：

この施設の敷地面積はどのくらいですか？ 建設費用と維持費はどれくらいですか？

大島順道 常務理事・総括施設長：

建物が2万3,000㎡です。維持費の概算ですが、総収入がほとんど使われるということを考えれば、1年間で10億円です。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員（インドネシア）：

県からの支援は何かあるのでしょうか？ とても大きな施設なので、どのように自分の国で同じことができるか、ノウハウを知りたいと思います。

大島順道 常務理事・総括施設長：

建物を作るときの補助金があります。また、介護保険の財源分も色々な面で県、国、地元の市町村から、それぞれ3分の1ずつとなっています。

ノウハウとして、一番はその地域でどの程度の必要性があるか、市場調査をまず実施し、どれくらいの要介護状態のお年寄りがいて、どれくらいの人たちがどれくらいの利用料を払えるのか、一方では国からの助成金がどれくらい出るか、といったことを色々総合的に見ていただいて考える必要があると思います。規模の問題もありますし、財源、償還金の問題もあります。最も重要なのは、どの程度、住民が必要と

しているかとだと思えます。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア) :

お金のない人たちは、日本の場合、どこへ行けばいいのですか。

大島順道 常務理事・総括施設長 :

先程お話ししました特別養護老人ホームです。収入が全くない人は、そこに入ることもでき、逆にお小遣いをもらえる場合もあります。財源は 100%国です。

ジェットン・シラトラノン議員/AFPPD 事務総長(タイ) :

民間の養護施設との競合関係はどのようになっていますか。また、民間とはどのような点が違いますか。

大島順道 常務理事・総括施設長 :

日本の場合、ここも民間です。今おっしゃっているのは、民間の企業で経営している介護施設との関係だと思えます。企業でこのような介護施設を運営している所は確かにありますが、やはり料金が安いという問題があります。しかし現在、だんだん安くなってきています。民間の企業で運営している介護付きのサービス施設は、かつて特別養護老人ホームが一番安かったのですが、その費用が上がってきたので、料金の格差が今だんだん縮まってきました。

それはなぜかという、介護保険の負担金がだんだん改正され、利用する人の所得に応じて負担するようになったからです。現在では、この 8 月から個室の特別養護老人ホームを利用すると、最重度の方で一か月 17 万 5,000 円の自己負担となりました。今、企業が経営している有料老人ホームでも、15 万円で入所できるくらいまで安くなっており、競合が厳しくなっています。そういう意味では今、民間の企業も

必死です。このような公に近いところでも、国の政府としても、できるだけ所得のある人は多く負担してもらいたいという方針ですので、その格差が縮まっています。

ジェットン・シラトラノン議員/AFPPD 事務総長(タイ) :

日本の介護費用が高価になってきているので、多くの日本人がタイに行き、このようなサービスを受けるようになってきていると思いますが、それについていかにお考えでしょうか。

大島順道 常務理事・総括施設長 :

10 年前、タイのチェンマイに行きまして、そこに 3,000 人の日本人が生活していました。当時で、生活費でも日本の 3 分が 1 か 4 分の 1 で、コンドミニアムも安くて、1 カ月で 3 万円ぐらいと聞きました。そういう点では、これからそういう交流研修というものがいいと思います。お互いにノウハウを提供し合い、良い部分をお互いに吸収することで、互恵関係も進んでいくかと思えます。これから高齢者はどんどん増えていきますから。これは大事なことだと思います。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長(ベトナム) :

入所者が亡くなった場合、どうするのですか。

大島順道 常務理事・総括施設長 :

お亡くなりになった場合、医師の確認が終わると、ほぼ 100%、ご遺族が引き取って、ご葬儀はご遺族が行うことになっています。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長(ベトナム) :

認知症の方々も同じでしょうか？

大島順道 常務理事・総括施設長：

同じです。万が一、身元引受人がいなかった場合は、私どもに依頼があり、私たちが葬儀をやったことが2回くらいあります。そういう場合は、本人がお元気な頃に遺言を書いていただいて、私たちに委任されます。でもそういうことはほとんどありません。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

アルツハイマーの患者の方もいらっしゃいますか？

大島順道 常務理事・総括施設長：

認知症の方は、およそ半分近くいらっしゃいますが、どんどん増えています。認知症の方が増えるというよりも、老人の人口が増え、従って絶対数が増えています。

堀部伸子 AFPPD 暫定事務局長（タイ）：

外国の方がここで働く要件として、ビザと少しの日本語とおっしゃいましたが、報道によれば看護師などの国家資格を取得できる人が少ないので、日本でトレーニングをしても、結局日本で就職はできず、帰国しなければならないという話を聞きました。介護と看護では違うかもしれませんが、その状況はいくらか改善されたのでしょうか。

大島順道 常務理事・総括施設長：

二国間貿易協定で認められた、インドネシア・フィリピンの方々の事例ですね。政府間協議の結果として、両国から日本に来て勉強し、介護福祉士または看護師の資格を日本で3年以内に取れば、こちらで就職できるが、そのワンチャンスを逃すと本国へ帰らなければいけないという制度になっていて、何も変わっていません。ここにいる私たちの外国籍の職員は、こちらで結婚され、家庭を持っており、就労許

可を持っています。そういう点ではこちらで働いてもらっても問題がありません。

例えば、つい先日こちらで採用したノエルさんは、ニューヨークからこちらへ家族で引っ越して来られました。ここには保育園もありますので、英会話を保育園で教えていただいています。活躍の場は結構あります。中国の方も2人いましたが、1人は大連に帰り、大連で介護専門学校を開設しました。できればその学生さんをこちらで受け入れたり、こちらの職員を大連に派遣したりして、お互いにノウハウを導入しながら、就労の場所を広げていくことも1つの方法ではないかと思えます。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

このようなセンターは長野県にいくつありますか。

大島順道 常務理事・総括施設長：

総合施設では、この須坂管内が最も多く、3つあります。県内全体では10もないと思います。ここはその中で一番大きい施設です。

ヨス・ファニト保健省副局長（カンボジア）：

カンボジアのセンターと協力関係を構築し、カンボジアのスタッフが働けるようにするにはどうしたらよいのでしょうか。

大島順道 常務理事・総括施設長：

政府が福祉の分野でもそういうことをこれからやると表明しております。現在でも、農業分野では研修生という名目で労働力を受け入れ、技能を身につけて各国の発展に寄与するというプログラムを実施しています。福祉の分野でも同様の仕組みを国が認めてくれれば、私ども、率先していくらでも受け入れたいと思います。ありがとうございました。

7月31日

佐久総合病院

伊澤敏 佐久総合病院統括院長

中山顕治 佐久総合病院管理課長：

佐久総合病院にご訪問いただきありがとうございます。今回、長野県の健康長寿の視察先として、佐久総合病院を選んでいただき心から感謝致します。まず当院が今まで行ってきた活動について、伊澤敏統括院長からお話をさせていただき、その後、病院内を視察していただくから、再び意見交換としたいと思います。それでは伊澤院長、お願いします。

伊澤敏 佐久総合病院統括院長：

ようこそ、大変暑い日本にいらっしゃいました。この病院は、1944年1月にこの地に設立されました。その翌年の1945年3月に若槻俊一先生が赴任され、若槻先生が来てから、この病院は目覚しく発展しました。若槻先生がこの病院に来たときは34歳でした。36歳で病院長になられ、48年間病院長を務めました。この病院は若槻先生が作り上げた病院と言っても過言ではありません。病院の概況については、お手元の資料にあります。少し古い資料で数字が若干違ってはいますが、概ねこのような内容で

す。佐久総合病院の精神を一言で言うと、「農民と共に」ということです。

若槻先生の実践は、常に地域の中に私たち自身が入って行って、そこで何が起きているか、地域のニーズが一体何かということをしかりと肌身で感じながら、必要なことを行っていくことでした。上からの健康管理ではなく、住民と共に一緒になって下から健康意識を上げていかなければなりません。それが若槻先生の考え方です。

私たちにとっては当たり前のことですが、平均的な医療機関とは異なっていると思います。地域の中に入っていくという、そういう考え方は一般的にはありません。国民の健康状態が上がっていくためには、やはり住民一人ひとりの意識が向上していくことが必要だと考えています。管理するのではなく、住民一人ひとりの意識が向上することが重要です。この病院の役割は、ひたすら地域のニーズに応えることです。何が必要とされているのか、よく考えてそれに応えていく、そういう実践です。

質疑応答

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア) :

地域密着型の病院ということですのでよろしいですね。

伊澤敏 統括院長 :

そうです。そういうことです。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア) :

どのようにして健康増進を農村で実施されているのでしょうか。また地域の実情を知るために、農村に行かれる際には、どのくらいの方々が行っているのでしょうか。その構成と健康管理センターの規模を教えてください。

伊澤敏 統括院長 :

この病院には健康管理センターがあり、検診活動で巡回します。人間ドックなどです。通常の検診も行っています。訪問看護も熱心に行っています。お年寄り 1,000 人当たりの訪問看護件数は、日本でこの地域が一番多くなっています。

今挙げたのは、病院から外へ出て行くものですが、それ以外に農業災害にも対処しています。小さいですが農業災害の研究所があります。トラクターでは時々死亡事故が起こります。また草刈り機などの機械による怪我や、そういった事故に対して、この地域だけではなく、全国を対象にしています。詳細についてはまだ結果が出ていませんが、いずれは日本の農民の災害、農業機械の死亡を減らしていく実践につなげていこうとしています。

病院の中だけに留まらず、病院の外での活動

を意識的に実施していますが、健康管理部のスタッフの正確な人数についてはメモが届いたらまたお伝えします。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア) :

高齢者の方や農村の人々向けですね。昨日、須坂で視察をしたのですが、ここでは保健指導員の方々が健康の向上に努力されていました。この病院ではどのように、そういった方々と連携しているのでしょうか。

伊澤敏 統括院長 :

この地域にも保健指導員と同じような健康づくり員という方々がいます。日本で一番古い歴史を持っているのは須坂ですが、そのすぐ後でこちらの八千穂村という所で、衛生指導員という制度ができました。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア) :

その指導員の方々は病院で訓練を受けるのでしょうか。

伊澤敏 統括院長 :

そうですね、病院で訓練を受けるというよりも、私たちが出かけていって、その方たちと一緒に話をしながら、一緒に地域にとって何が必要かを考える、そういうようにしています。現在、健康管理センターのスタッフは、ドクター 3 名、ナース 23 名、事務職員が 12 名です。このスタッフが巡回検診に出ます。巡回検診は、1 回当たりドクター 2 名、ナース 3 名、事務職員が 6 名です。

エルマレナ・ムスリム・ハスブラ議員(インドネシア) :

巡回という形で、移動式で機材を運ぶのと、地域に支所のようなものを設置するのとどちらが良いのでしょうか。

伊澤敏 統括院長 :

誰が支所を設置するのかという問題があると思います。長野や日本の各市町村には公民館という場所があり、検診会場として使えます。

ジェットン・シラトラノン議員/AFPPD 事務総長(タイ) :

ここは総合病院ですね。国民皆保険で、この病院に来る人たちの医療費は無料になるのですか。タイとの比較をしてみたいのですが、タイは今までずっと無料でした。

伊澤敏 統括院長 :

日本は無料ではありません。

ジェットン・シラトラノン議員/AFPPD 事務総長(タイ) :

1961年から1983年にかけてはどうでしたか。

伊澤敏 統括院長 :

保険者本人は1983年まで1割負担でした。それ以降については詳しい資料を調べていますので、数字が届きましたらお伝えします。

日本の負担率は低くありませんが、それでも、これから先も国民皆保険制度をきちんと維持していけるか、私たちも非常に心配しているところです。今でもお金のない方、生活保護で生活をされているような方の医療費は無料です。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長(ベトナム) :

ここでは伝統医療を実践されていますか？

伊澤敏 統括院長 :

占める割合はそれほど大きくありませんが、東洋医学研究所があります。鍼治療やお灸などを行っています。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長(ベトナム) :

ドクターヘリの購入などの予算はどのように賄われているのですか。また、精神病床110床は、非常に多いと思いますが。

伊澤敏 統括院長 :

ドクターヘリの予算は、県からきます。運行費は県からの補助金で賄います。ドクターヘリはお借りしている形です。

実質的に稼働しているのは70床です。これからさらに減らしていこうと思っています。精神疾患に関しても、訪問介護もしながら、地域の中で支えていきたいと思っています。

ジェットン・シラトラノン議員/AFPPD 事務総長(タイ) :

この地域では精神病は、大きな問題になっているのでしょうか。また、ここで主要な疾患を挙げるとすると何でしょうか？

伊澤敏 統括院長 :

そうですね。精神病の患者が起こす問題はそれほど多くありませんが、精神医療は、この地域の問題というより、医療の分野として、他の医療と比べて少し遅れているところがあります。これまで精神疾患は収容中心主義で行ってきました。精神病院は、民間の病院が大変多いのですが、かつてはその民間の精神病院に多くの患者が収容されていました。今でも少しそういう傾向が残っています。ただし、佐久地域の精神科病床数は極めて少ないです。人口当たりになると、病床数はおそらく日本で一番少ない

地域だと思えます。それは訪問看護やグループホームなど、できるだけ病院の外で患者を診て、地域の中で暮らしていただくという、そういう方針で行ってきた成果だと思えます。

ここでの主要な疾病は、高血圧、糖尿病、整形外科、あとは数の上からいくと循環器疾患、脳卒中、癌です。

ダムリー・オック CAPPD 事務総長（カンボジア）：

患者の権利と責任について、その患者自身にどのように意識を持ってもらうかについて教えてください。

また、日本の病院を何度か訪れたことがあるのですが、非常に清潔で、秩序正しくて、静かで、とても印象に残りました。ほとんど音がしないのです。そして、医師の数に対して看護師の数が非常に多いように感じます。

伊澤敏 統括院長：

院内に掲示をいくつか出してあります。いつでも患者の目に付く所にあります。ただ、非常に重要なご指摘だと思います。こういった権利と義務の意識がきちんと底辺から育ってくるのが、若槻先生がまさに望んだことです。これを実現するには、私たち一人ひとりの日頃からの姿勢がとても大事だと思います。患者にどんなふうに向き合うのか、地域の皆様とどのように付き合うのか、そのような私たち自身の姿勢が鍵になってきます。

制度上の問題で、日本の病院の場合には、患者1人当たりの看護師の人数は決して多くはありません。比較の対象はアメリカやあるいはヨーロッパです。医師の数も同様です。その結果、1人の医師が診る患者の数は大変多いのが現状です。日本の医師は少な過ぎます。そのため、私たちの仕事も非常に大変です。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議

長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

この病院の所有者は誰ですか。

伊澤敏 統括院長：

佐久総合病院は、厚生農業組合連合会、要するに農協（農業協同組合員）が持っている病院です。全国に農協の病院が111あります。中でも佐久総合病院は最も大きい病院です。ただ佐久総合病院が担っている仕事は幅が広く、佐久総合病院ほど幅広く色々な仕事をしている病院は他にはありません。規模が大きいだけでなく、非常に多様なことを行っています。病院が3つあり、老人保健施設（老健）が2つあります。それから看護学校、研修センターがあります。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

こうした病院に関して、厚生労働省もしくは政府から何か特別な法律といえますか、決まりはあるのでしょうか。

伊澤敏 統括院長：

佐久病院は医療機関なので、厚生労働省の基準に従って運営をしないはいけません。もう1つ農協の病院ということで、農林水産省の基準にも合った運営をする必要があります。1つ重要な問題としてあるのは、ここは協同組合の病院なので、組合員の利用よりも、非組合員の利用が多くなってはいけないということがあります。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

10年ぐらい前までは、ベトナムでも農協が設立した病院がありましたが、制度改革でそれが普通の病院に変わってしまいました。

伊澤敏 統括院長：

日本国内でも、長野県は特に JA 厚生連の病院がたくさんある県です。岩手県には今現在 20 の県立病院があります。かつてはその県立病院は、全て厚生系の病院だったのです。厚生系の病院が県立病院に変わっていきました。そういう県もあります。実は 1950 年頃には、佐久病院も県立病院にならないかという県からの申し入れがあったのです。若槻先生が完全に拒否して協同組合の病院としてやっていく道を選びました。

マリアニー・モハマド・イット議員(マレーシア)：

スタッフ向け、患者向けの心理カウンセリングはどのようにされているのでしょうか。マレーシアでは、病院の患者やスタッフのストレスが非常に問題になっており、それが自殺につながったりという問題が起こっています。

伊澤敏 統括院長：

佐久総合病院には 4 人の臨床心理士がいます。職員のメンタルヘルスケアにも、その臨床心理士が働いています。病院は非常に忙しいので、精神的に疲れます。そういう職員のサポートをしています。日本の病院では、まだ臨床心理士の役割が確立していません。制度的にそれに対する保険点数がほとんどなく、彼らが仕事をしても見返りが無い状態です。ですが、私たちはその重要性を認識して、4 名の臨床心理士を置いています。これは大変珍しいと思います。これほど多くの臨床心理士がいる病院はめったにありません。

参加者：

佐久の人口はどれくらいでしょうか。そして病院の数はどれくらいでしょうか。

伊澤敏 統括院長：

佐久市の人口は 10 万人弱、9 万 9,000 人くらいです。佐久総合病院の他にも、浅間総合病院、千曲病院、雨宮病院、黒沢病院、川西日赤病院があります。

ジェットン・シラトラノン議員/AFPPD 事務総長(タイ)：

農民と一緒に、農民を助けるためにどのようなことをされているのでしょうか。

伊澤敏 統括院長：

これは非常に深い質問です。象徴的な意味で農民と共にという言葉を使っています。農民という言葉の含む意味には、非常に多様なものがあります。農業は非常に基本的な産業です。これなしに人は生きていくことができません。ところが歴史的に見ても、その重要な農業に従事する農民は、そのように大事に扱われていませんでした。今は昔よりもずいぶん良くなりましたが、それでもまだまだ日本は農業を大事にしているとは思えない。農民はまだ過酷な労働条件のもとに置かれています。ただし最近では、工業、ものづくりなどの産業に従事する人たちも、非常に厳しい労働を強いられるようになっていますが。そういう形で都市と農村で、格差があります。そういうギャップがこれ以上広がっていくことは良いことではないと思っています。そのためにも私たちは農民と共に、一緒に声をあげていかなければならないと思っています。

ジェットン・シラトラノン議員/AFPPD 事務総長(タイ)：

研修などにしても、農業に携わる方は優先的に受けているのですか。

伊澤敏 統括院長：

農協に対しては、少し優先されています。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

JA 厚生連と佐久総合病院の関係について教えてください。

伊澤敏 統括院長：

JA 厚生連の病院が県内には 10 あり、この 10 の厚生の病院を束ねているのが JA 厚生連です。従って、所有は JA 厚生連となるのですが、それぞれの病院が独立採算制で行っています。全部の病院を合わせて年間 900 億円の収入があり、その中で佐久病院は毎年 280 億円程度です。

長野県の平均寿命は、実は第二次大戦前から、全国平均に比べて長く、健康長寿県でした。それが 1970 年頃、寿命がよその県よりも短くなってしまいました。大きな原因は、脳梗塞でした。脳梗塞を減らすためには、高血圧を減らすことが重要です。そのためには、塩分制限が重要になります。この対策として、佐久地域から発して、全県的に減塩運動を興しました。それが奏功し、脳梗塞を減らすことができました。

現在、長野県は、男性も女性も日本一の長寿ですが、その背景には、この地から始まった減塩運動が大きな理由になっています。ただし、まだ長野県民の塩分摂取量は多めです。対策が進めば、まだまだ長野県民の寿命は延びるだろうと思います。

堀部伸子 AFPPD 暫定事務局長（タイ）：

冬は 20 度、夏は 28 度と書いてありますが、これは県か国の決まりなのでしょうか。どの病院でもそうなのですか？

中山顕治 佐久総合病院管理課長：

はい、現在、地球温暖化が問題になっています。国から季節によるエアコン温度の設定が推奨されており、私どもの病院もそれに従っております。

グエン・ヴァン・ティエン議員/VAPPD 副議長/AFPPD 副議長（ベトナム）：

病院の病床数に対する入院患者比率はどの程度ですか？ また職員にかかる経費は全体経費の何パーセント程度ですか？ また医薬品の購入に際し、どのような手続きでそれが行われ、まただれが価格を決めますか？

医師：

病床数に対する入院患者比率は 85%程度です。総経費に占める人件費コストの割合は 60%程度です。十年前から全ての治療にどのような経費が掛かっているかを明示するようにしました。しかし患者が入院するとどうしても国で決めた基準を超えて費用が掛かってしまいます。そこで医療費を抑制するために、ジェネリックなどの安価な医薬品を導入しています。毎月、薬剤師が医師に必要な医薬品を確認しており、このような医薬連携によって経費節減を図ることができるようになっていました。

楠本修 APDA 常務理事・常務局長：

国によって薬価の設定や医薬品の入手方法に違いがあるようです。ベトナムのティエン議員は、薬価を抑えるために、どのように薬を選択するのが非常に大きな関心事になっているようです。今回はご多忙中、私たちのためのご説明をいただき、誠にありがとうございました。参加者にとって、大変印象的な勉強になりました。改めて感謝申し上げます。

中山顕治 佐久総合病院管理課長：

これで終了と致します。今回は佐久総合病院をご訪問いただき、どうもありがとうございました。また、こちら、日本にいらっしゃる機会があれば、ぜひお寄りいただきたいと思います。

参加者リスト

国会議員・人口と開発に関する国内委員会			
1	キムソール・ピリット	カンボジア	国会議員
2	ローク・ケン	カンボジア	国会議員
3	ダムリー・オック	カンボジア	カンボジア人口・開発議員連盟 (CAPPD) 事務総長
4	ヨス・ファニト	カンボジア	カンボジア保健省副局長
5	マ・シュウ	中国	国会議員／教育科学文化衛生委員会 (ESCPH) メンバー
6	シエ・シャオピン	中国	ESCPH 副局長
7	ジャン・シュアンシェン	中国	ESCPH 総務課長
8	リュ・シャンハイ	中国	ESCPH 教育課長
9	スン・アイシン	中国	ESCPH 総務課長補佐
10	エルマレナ・ムスリム・ハスブラ	インドネシア	国会議員
11	シャムスル・バップリ	インドネシア	国会議員／国会第9委員会(健康・人口)副委員長
12	ピウス・ルストリラナン	インドネシア	国会議員
13	ネリタ・ムルヤディ・アブドゥラ	インドネシア	インドネシア人口・開発議員連盟 (IFPPD) 職員
14	マリアニー・モハマド・イット	マレーシア	国会議員
15	ワン・ヌールザレハ・ワンハッサン	マレーシア	国会職員
16	ジェットン・シラトラノン	タイ	国会議員／人口と開発に関するアジア議員フォーラム (AFPPD) 事務総長
17	ポドック・ブンナッグ	タイ	国会議員
18	堀部伸子	タイ	AFPPD 暫定事務局長
19	ソア・パイトゥーン・ブンナッグ	タイ	
20	グエン・ヴァン・ティエン	ベトナム	国会議員／ベトナム人口・開発議員連盟 (VAPPD) 副議長／AFPPD 副議長
21	ヒュン・ヴァン・ティン	ベトナム	国会議員
22	グエン・ティ・カ	ベトナム	国会議員
23	ディン・ゴック・クイ	ベトナム	VAPPD 副事務局長
公益財団法人アジア人口・開発協会 (APDA)			
24	楠本 修	日本	常務理事・事務局長
25	恒川 ひとみ	日本	
26	ファルフ・ウスモノフ	日本	
27	セバスチャン・エレディア	日本	

ラポーター			
28	太田美江	日本	ラポーター
撮影スタッフ			
29	榊原 恵次	日本	スチールカメラマン
30	宮川 洋一郎	日本	スチールカメラマン
31	佐々木 孝憲	日本	映像カメラマン
通訳			
32	フランスス・シーズ	日本	
33	宮本貞雄	日本	

