

4. サービスの質の確保と向上

(高齢者による選択)

- 介護保険の施行で介護サービスの利用が「措置」から「契約」になった。このことは、高齢者が自分自身の生活を自ら組み立てていく一環として、介護サービスについても、自分自身に適したものを自ら選択・決定することを意味する。

今後高齢期を迎えるいわゆる団塊の世代以降の高齢者にとっては、このような仕組みは自然なものであり、むしろ当然のものとして受け止められるであろう。
- 措置から契約への転換に合わせて、介護保険制度ではサービス提供主体のあり方についても大きな変化があった。特に在宅サービスについては原則として主体規制が撤廃され、人員要件等一定の基準をクリアすれば民間事業者やNPO法人でも介護サービスを行うことが出来ることとし、市場における公正な競争の下、利用者の選択によってサービスが提供される仕組みとした。
- このような仕組みの下では、事業者間の競争を通じてより良いサービスが選択され、全体として介護サービスの質が高まることが期待されるが、このような「サービスの質による競争」が正常に機能するためには、何よりもまず利用者において適切な選択が行われることが前提であり、そのためには、利用者が適切な選択・決定をする際に必要かつ十分な情報がなければならない。
- 「自分自身の状態に関する客観的な情報」を利用者本人が把握できるようにするとともに、地域における介護サービスの内容に関する客観的で適切な情報が利用者本人に提供されることが必要である。

(サービスに関する情報と評価)

- しかしながら、現在、介護サービスの質を示す「自立支援の効果」については、未だ評価を行う具体的な尺度は研究段階にあることから、サービスの

質に関する客観的な情報は十分提供されているとは言い難い状況にある。

- 質に関する情報が不足している状況では、利用者が適切な選択を行うことは難しい。また事業者にとっても自らのサービスの質の水準が認識できないこととなり、利用者の選択による質の競争や事業者自身の質の向上のための自己努力が十分になされないのではないかと考えられる。
- このような状況を踏まえれば、介護サービスによる自立支援の効果の評価（アウトカム評価）の手法の確立等を行い、評価結果を利用者に開示することにより、質の高いサービスを提供する事業者が選択され、事業者自身にも質の改善を促していく仕組みの構築が求められる。具体的には、現在、痴呆性高齢者グループホームについて実施しているような外部評価の仕組みを他のサービスにも早期に導入することが必要である。なお、評価を受けたかどうか、また、評価結果を公表するかどうかは利用者がサービスを選択する際の判断材料になるものである。

（サービスの選択等の支援）

- 介護保険制度においては、利用者が自らサービスやその内容を選択することが前提となっているが、現状では、これらの選択に際して、高齢者本人ではなく、同居の家族が相当の支援、代行をしているケースが少なくない。サービスやその内容の選択と決定に当たって、利用者の意思が正確に反映されることが必要であるが、今後は、高齢者のみの世帯、独居の高齢者が増えていくことが考えられ、近親者等による選択・決定の支援すら受けられないケースが増えることに対応していく必要がある。
- 利用者のサービスの選択を支え、適切なサービス利用を確保するため、介護保険制度ではケアマネジメントが導入された。ケアマネジメントは、専門的な見地からサービスの調整を行うものであるが、そのサービス選択の支援に当たっては、利用者の立場に立って公正に行われることが必要である。
- また、サービスやその内容に関する意見については、利用者自らが表明す

ることが必要であるが、その個性や周辺の人との関係から表明しにくい状況にある者も少なくないのではないかと考えられる。現在、利用者と事業者の間をつなぐ「介護相談員の派遣」が市町村において実施されているが、特に、今後は、このような利用者の意思・意見を上手に引き出したり、その表明を支援するといった機能につき、地域住民（ボランティア、NPO等）も活用しながら、充実していくことが望まれる。

※ これらの取組のほか、自治体等における苦情処理なども重要な役割を果たすこととなる。利用者はサービスの「消費者」でもあることから、自治体等での対応においては、必要に応じてその消費者行政担当部門とも連携を図り、消費者保護制度の活用を含めた適切な対応をとることが重要である。

- さらに、痴呆等により意思決定能力自体が不足する場合が問題となる。現在、成年後見制度など本人の意思決定を補完する仕組みが設けられているが、これらをさらに利用しやすくすることが求められる。特に、これらの仕組みを必要とする高齢者を把握しやすい市町村の取組を充実していくことが重要である。また、成年後見人が手術等の医的侵襲行為について同意ができないことなど制度的な課題についても、さらなる議論が必要とされる。

（ケアの標準化）

- また、現在の介護サービスの内容については、現場の経験等のみに基づいて提供されているものが少なくなく、「ケアの標準化」が十分なされていない。「ケアの標準化」は、個々の要介護高齢者の状況に的確に応じた効果的なケア（根拠に基づくケア）の提供・選択を可能とするなど、個別ケアを推進していく上で必要なものであり、サービスの全体的な水準の確保・向上に寄与するものである。このような「ケアの標準化」のためにも、高齢者ケアを科学的アプローチにも耐えうる専門領域として確立していくことが求められる。

※ 例えば、利用者の状態像の評価を適切に行うためのアセスメント手法の開発や、サービス行為の違いによる自立支援の効果の違いを分析・評価していく研究

等が求められる。

(介護サービス事業者の守るべき行動規範)

- 前述のように、介護保険制度は、多様な事業者の参入を認め、通常私たちが利用する様々なサービス同様、利用者が介護サービスを選択し、市場（における契約）を通じて購入（利用）することとしている。

- しかしながら、同時に、介護サービスは人間の尊厳や人権に関わるサービスであり、かつ介護保険は高齢者・現役世代・事業主・国・地方公共団体など、様々な主体が保険料や税という形でその財源を重層的に支えている公的社会保障制度である。
とすれば、このような制度の下で事業活動を行う事業者には、営利・非営利を問わず、自らが参入している介護サービス市場が公的な財源によって賄われる共助のしくみであることから要請される、公益性の高い行動規範の遵守が求められるべきであり、自由の中にも公益性の高い仕組みの一翼を担っているという自覚が求められる。

- 要介護高齢者の増大によって、介護サービス市場は今後とも拡大し、民間事業者の果たす役割も増大していく。「公的制度と公的財源によって支えられた市場」である介護サービス市場の特性にふさわしい事業者の行動規範、適切な事業経営のあり方、経営モデルの確立が強く求められる。

※ 例えば、通常の民間市場であれば、企業の市場への参入・退出は自由であり、より収益性の高い分野を求めて資本を移動させ、非効率な事業部門を廃止したり売却したりすることは企業として当然の行動である。また、事業の一部を分離して分社化・子会社化したり、持ち株会社を設立したり、事業部門全体を売買することもできる。しかしながら、介護サービスの場合、利用者にとっては一定の質の下にサービスが安定的・継続的に提供されることは極めて重要なことであり、事業者側の都合で事業が廃止されたり経営主体が交代すれば、利用者に大きな不利益をもたらす危険がある。例えば、有料老人ホームの入居者にとって、経営主体の交代は、経営方針の変更や事業内容の変更につながる可能性が大きく、ホー

ムでの生活に大きな影響が生じる可能性があるが、現実には利用者の意向とはかわりなく、ホームの売買が行われている。

(劣悪なサービスを排除する仕組みの必要性)

- 市場における競争が適正に行われ、利用者による選択が十分に機能していれば、利用者が良い事業者を選択し、劣悪な事業者はおのずから淘汰されていく。しかしながら、利用者側にサービスに関する適切な情報がないこと(情報の非対称性)やサービスの提供量の不足などにより、現状では競争による淘汰が十分に行われているとは言い難く、事実、最近の取消事例の増加に見られるように劣悪な事業者による問題事例は跡を絶たない。

- また、そもそも高齢者介護サービスの世界では、利用者は要介護高齢者であり、情報の非対称性、身体的精神的な要因などから、サービス提供者と常に対等な立場で対峙し、サービスを選択していくことが難しい。そのような中で問題のある事業者を放置することは、利用者である高齢者に回復不能のダメージを与えることとなりかねない。

利用者保護の観点から、このような事業者については、市場の競争による淘汰を待つまでもなく、迅速に市場から排除することが必要である。

- 現在は、都道府県による指定取消処分があるが、指定取消は介護保険事業に関する処分であって事業の実施それ自体を規制するものではなく(任意(保険外)の事業として実施することは可能であり、そもそも任意で行っている事業については処分の効果は及ばない)、法人そのものや法人の経営者に対する処分ではない。また、保険者である市町村には不正請求の返還命令権限があるが、事業者指定の権限が都道府県にあることから、事業者に対してサービス面に関する関与(規制)を行うことは予定されていない。

- 良い事業者を適切に評価しつつ、劣悪なサービス提供を改善させ、問題のある事業者を迅速に市場から排除できるよう、効果的な査察の仕組みを開発するなど、制度的な対応を用意する必要がある。

(介護サービスを支える人材)

- 介護サービスは、基本的には人が人に対して提供するサービスである。従って、介護サービスを支える人材が介護サービスの質を左右する鍵であると言って過言ではない。介護保険施行後、サービスの提供量が増加し、また、ユニットケアの普及などにより介護サービスを担う人材に求められる質の水準も高度化していく傾向にあり、これまで以上に、介護サービスを支える人材の資質の確保・向上は重要な課題である。

※ 介護サービスの提供に当たる従業者の要件等については、現在、各サービスの指定基準において定められている。しかしながら、その内容は、ほぼ制度施行前のものを引き継いでおり、基本的には最低基準が定められているに過ぎない。また、医療関係職種を除けば、介護サービスの従事者には特段の資格要件や義務的研修は求められていない場合がほとんどで、現任者に対しても任用資格と連動するような体系的研修の仕組みも用意されておらず、総じて任用後の継続的な資質向上の道筋や仕組みは構築されていないのが現状である。

- このような状況の下、在宅サービス・施設サービスを問わず、介護サービスの提供に当たる職員については、優秀な人材を確保し、また育成していくことが求められる。このためには、介護現場に高い魅力を持たせること、適時適切な教育研修の体系化とそれを受ける機会の確保、スキル向上の仕組み、従業者としての要件化などを図るべきである。例えば、現場で介護に従事する者が、教育研修の場で学んだ知識を現場での実践に生かし、かつ、現場の実践を理論の発展に生かすことができるような環境の整備も重要である。
- また、人材の育成に当たっては、単に知識が豊富なだけではなく、介護が高齢者を対象とする対人サービスであることから、人と共感できる豊かな人間性を備え、介護の本質的な理念を体得できるような人材を育てていくように配慮しなければならない。

(保険の機能と多様なサービス提供)

- 介護保険は、高齢者の自立支援のための「ニーズ」に対して標準的な水準

のサービスを保障するものであり、介護保険で給付されるサービスがカバーする「高齢者の介護ニーズ」とは、「利用者が主観的に求めるもの」ではなく、要介護認定やケアマネジメントを通じた利用者の状況等に関する専門的評価に基づいた「自立支援に必要なもの」でなければならない。

- 他方、今後、個々の高齢者の生活様式や嗜好の多様化などにより、「より手厚い介護」や「より良い居住環境」が希望されたり、「より多様な生活支援サービス」が求められることも多いと考えられる。

現在でも、特定施設では、利用者の負担により手厚い介護の利用が可能であり、また、手厚い対応を求める利用者に対して保険給付を上回る水準のサービスを提供する事業者も現れている。利用者保護の観点からは、介護保険の対象となるサービスと対象外のサービスとの区分を明確にし、保険外部分についての費用負担等について適切な情報提供がなされることが必要であるが、サービス市場や、ボランティアの助け合いの場の形成など、個人の様々な要求に応えられる環境の整備を進めていくことが求められる。

Ⅳ. おわりに

(持続可能な制度の確立)

- わが国の高齢化は、本報告書が実施期間とした2015年を越えても進展し、これに伴って介護サービスに要する費用も増大していく。

介護保険制度施行後の3年間で、介護給付費は高齢化の進展を上回る伸び率で急激に増大しており、この傾向が続くならば、将来、国民の保険料負担は、相当程度高い水準になることが避けられない。また、現行の仕組みを前提とすれば、国・地方を通じた厳しい財政状況が続く中で、急増する介護サービスに要する費用が、財政上極めて重い負担となっていくことが強く懸念される。(図表20)
- 高齢者の尊厳を支える介護を具現化していくためには、介護保険制度を中心とする高齢者介護の仕組みを、給付と負担のバランスが確保された、将来にわたって持続可能なものとしていくことが不可欠である。
- 本報告書では、様々な新しい提案を行っているが、もとより、このために介護に係る費用を増大させることを意図するものではない。より高いサービス水準を目指す以上、国民の側に応分の負担が生じることは避けられないが、研究会としては、本報告書の諸提案を実効あるものとし、将来においても若い世代を含めた社会全体が活力あるものとなるよう、介護保険制度により提供されるサービスメニューの見直し・保険給付の重点化等をあわせて検討しつつ、限りある財源・社会資源の最適な配分を行っていくことを強く望むものである。
- また、その際には、介護保険制度が指向する地方分権の考えをさらに進め、全国的な公平性の確保にも配慮しつつ、より効率的な保険運営が行えるよう、地域の実情に応じて保険者が独自性を発揮できる、より柔軟な仕組みを検討することも必要であると考えます。

- 国においては介護保険制度施行後5年を目途とする制度見直しに向けて検討が開始されたところであり、本研究会としては制度の持続可能性に関わる部分については問題提起にとどめた。将来にわたって持続可能な制度の確立に向け、関係者による検討の場で今後議論が深められ、制度改正の機会において具体化されることを期待したい。

(あるべき高齢者介護の実現のために)

- 本報告書では、2015年までにあるべき高齢者介護を実現することを高い目標として掲げたが、本論で指摘したように、高齢者の自立の支援、尊厳を保持しつつ最期まで暮らしていける社会の構築に向けて、課題は山積している。
- あるべき高齢者介護の実現に向けてケアの在り方の転換等を図っていくために、2015年までに残された時間は少なく、直ちに取り組まなければならない課題も多い。とりわけ、サービスの提供に関わる事項については、ハード面の整備、人材の育成など、早急に着手し、将来を見据えて計画的に取り組んでいくことを求めたい。ゴールドプラン21の終了後の新たなプランの策定に当たっても、本報告書の示すビジョンの趣旨を体して取組を進めていくべきである。
- 2015年、さらにはそれ以降を見通した時、わが国の高齢化の進展は、人類社会が初めて経験する未知の領域である。このような超高齢社会における介護の問題は、私たち一人一人にとって人生の最期をどのように迎えるかという生き方に関わる問題であると同時に、福祉、医療、住宅等広範な分野を包摂した社会そのものを私たちがどのように築いていくかという問題でもある。
- それゆえに、あるべき高齢者介護の実現のため、研究会が目指したところは、最終的には、社会全体が、この報告書で示した理念を共有し、そこに暮らす個々人が尊厳を持ってその人らしい生活を送ることができる社会の実現にある。

- 本報告書を契機として高齢者介護に関する議論が専門家のみならず国民の間で幅広く進められることを期待するとともに、高齢者介護という社会全体の課題に私たちすべてが当事者として参加していかなければならないことを強調したい。

補論1 わが国の高齢者介護における2015年の位置付け

研究会報告書本文においては、2015（平成27）年までをあるべき高齢者介護を実現するための実施期間として位置づけた。ここでは、2015年という目標設定がわが国の高齢者介護にとってどのような意味を有するのか、また、その際に念頭に置かれるべき点について補足する。

1. 2015年を論ずる意義

戦後生まれのいわゆる「団塊の世代（1947（昭和22）年～1949（昭和24）年生まれ）」が65歳以上となる2015年は、65歳以上人口が3,277万人、高齢化率は26.0%、75歳以上人口が1,574万人、後期高齢化率は12.5%となる見通しである。

次表及び別添グラフ1に見られるように、2002（平成14）年から2015年の13年間の65歳以上人口、高齢化率の伸びは、2015年以降の伸びと比較して際だっている。他方、75歳以上人口及び後期高齢化率の伸びは、2015年以降も同様のペースで継続する。また、65歳以上の者の年間死亡数も2002年から2015年にかけて急激に増加する。

高齢者人口とその割合の年次比較（65歳以上、75歳以上）

	2002（平成14）年	2015（平成27）年	2025（平成37）年
65歳以上人口 （増加数） （伸び率）	23,628千人	32,772千人 （+9,144千人） （+38.7%）	34,726千人 （+1,954千人） （+6.0%）
高齢化率 （上昇%）	18.5%	26.0% （+7.4%）	28.7% （+2.7%）
75歳以上人口 （増加数） （伸び率）	10,043千人	15,735千人 （+5,692千人） （+56.7%）	20,260千人 （+4,525千人） （+28.8%）
後期高齢化率 （上昇%）	7.9%	12.5% （+4.6%）	16.7% （+4.3%）
65歳以上死亡数 （増加数） （伸び率）	78.7万人	120.9万人 （+42.2万人） （+53.6%）	143.3万人 （+22.5万人） （+18.6%）

資料：総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」、厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年人口動態統計月報年計（概数）」より算出

高齢者数全体の伸びの著しい2015年までの間に、あるべき高齢者介護を実現することは、わが国の高齢化の最も急な登りの部分を越えるということである。また、2015年の前期高齢者（65～74歳）は、その後続く10年間に後期高齢者となる人々である。前期高齢者について、実効性のある介護予防の取組が2015年までの間に確立できるかどうか、その後の時代の高齢者介護にとっても決定的な意味を持つことになる。加えて、高齢者の死亡数が今後急増することから、ターミナルケアまでを含めた高齢者介護のあり方を検討する必要性が高まっている。

一方、高齢化の進展は、全国一律ではないことにも十分留意する必要がある。次表及び別表1にあるように、2002年から2015年までの65歳以上人口の増加率には、大きな地域格差がある。

従って、都市部においては、前述した日本全体を通じた高齢化をさらに大幅に上回るインパクトの急激な高齢化が起こることになる。また、高齢者介護のあり方について、先に高齢化が進み、今後の増加は比較的緩やかな地域において従来取られてきたものとは異なる発想と対応が求められるということでもある。

高齢者人口、高齢化率及び高齢者人口の増加数（増加率の上位下位5府県等）

都道府県	2002（平成14）年 65歳以上人口（高齢化率）	2015（平成27）年 65歳以上人口（高齢化率）	増加数（増加率）	増加率 順位
埼玉県	996千人（14.2%）	1,767千人（24.5%）	771千人（77.4%）	1
千葉県	932千人（15.6%）	1,569千人（25.7%）	637千人（68.3%）	2
神奈川県	1,299千人（15.1%）	2,088千人（23.6%）	789千人（60.7%）	3
愛知県	1,117千人（15.7%）	1,720千人（23.9%）	603千人（54.0%）	4
大阪府	1,442千人（16.4%）	2,187千人（25.7%）	745千人（51.7%）	5
（東京都）	2,085千人（17.1%）	2,974千人（23.8%）	889千人（42.6%）	9
佐賀県	188千人（21.4%）	220千人（26.5%）	32千人（17.0%）	43
秋田県	295千人（25.0%）	336千人（31.2%）	41千人（13.9%）	44
鹿児島県	419千人（23.6%）	471千人（27.2%）	52千人（12.4%）	45
山形県	297千人（24.1%）	333千人（28.6%）	36千人（12.1%）	46
島根県	198千人（26.0%）	218千人（30.5%）	20千人（10.1%）	47
全国	23,628千人（18.5%）	32,772千人（26.0%）	9,144千人（38.7%）	

資料：総務省統計局「平成14年10月1日現在推計人口」、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口（平成14年3月推計）」より算出

2. 2015年の高齢者像

現在でも高齢者には明治生まれから昭和生まれまで様々な世代が存在しているが、2015年には、高度経済成長期に青年期を過ごすなど、さらに新しく、異なる時代を経験してきた世代が加わり（別添グラフ2参照）、高齢者の生活様式、考え方、価値観は、一層多様化すると考えられる。また、世帯構成など介護にとっての基本的環境も変化していくことが予想される。

このため、2015年の高齢者像は必ずしも現在の高齢者像の延長上ではないことを認識した上で、新たな高齢者介護を構築していく必要がある。

全ての要素を書き記すことは困難であるが、高齢者介護に関連して重要と考える点を何点か取り上げる。

（1）引退した雇用者の増加

世代に占める雇用者割合は、新しい世代ほど高くなる傾向にある。1935年（昭和10）以前に生まれた世代が働いていた時期に雇用者であった割合は、50～65％程度であるが、1946年（昭和21）から1950（昭和25）年生まれの世代では80％程度が雇用者である（別添グラフ3参照）。

職住が離れていた引退した雇用者が多いことから、地域とのつながりが希薄な者が多いとの指摘もある一方で、近年の高齢者に見られる傾向を引き継いで、ボランティア活動など地域社会への関わりに対する意欲を持つ者が今後増えていくとも考えられる（別添グラフ4参照）。

また、年金受給に関しては厚生年金受給者が増加し、基礎年金のみの受給者の割合は減少していく（別表2参照）。

（2）高齢単独世帯の増加

2005（平成17）年から2015年にかけて、高齢世帯（世帯主が65歳以上の世帯）数は、1,289万世帯から1,659万世帯へと、28.7％増加する。そのうち、高齢単独世帯は、366万世帯から497万世帯へと35.9％増加する見通しであり、高齢世帯全体における高齢単独世帯の割合が高まることになる。

特に埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県、茨城県では高齢単独世帯の伸びが著しい（次表及び別表3参照）。

また、2005年時点で一人暮らし高齢者の4人に3人が女性である。今後は男性の一人暮らし高齢者の伸びが、女性の一人暮らし高齢者の伸びよりも高い見通しであるが、2015年時点でも3人に2人が女性と見込まれる（別添グラフ5参照）。

高齢単独世帯数及び増加数（増加率の上位下位5県等）

都道府県	2005年 (平成17)	2015年 (平成27)	増加数（増加率）	増加率 順位
埼玉県	126千世帯	220千世帯	94千世帯（74.9%）	1
千葉県	123千世帯	203千世帯	80千世帯（65.0%）	2
神奈川県	209千世帯	323千世帯	114千世帯（54.9%）	3
愛知県	152千世帯	228千世帯	76千世帯（50.2%）	4
茨城県	55千世帯	83千世帯	28千世帯（50.0%）	5
（東京都）	443千世帯	593千世帯	151千世帯（34.1%）	19
鳥取県	18千世帯	21千世帯	3千世帯（18.1%）	43
長崎県	60千世帯	69千世帯	9千世帯（15.4%）	44
高知県	41千世帯	47千世帯	6千世帯（13.4%）	45
島根県	26千世帯	29千世帯	3千世帯（13.3%）	46
鹿児島県	109千世帯	116千世帯	7千世帯（6.6%）	47
全国	3,657千世帯	4,969千世帯	1,312千世帯（35.9%）	

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 都道府県別推計（2002（平成12）年3月推計）」より算出

（3）在宅での介護者（意識の変化の可能性）

要介護者からみた同居の主な介護者は、現在、息子の妻32.3%、妻25.8%、娘18.0%、夫12.1%、息子11.1%、娘の夫0.7%となっている（別添グラフ6参照）。

高齢者に対して行われた意識調査において、在宅での介護を希望する高齢者が「介護を頼む相手」として回答した内容を見ると、2002（平成14）年度の調査では1996（平成8）年度の調査と比較して、「子供」、「子供の配偶者」が減少し、「ホームヘルパー」が増加を見せている（別添グラフ7参照）。

介護保険制度の実施等を通じて、高齢者の意識も変化してきている可能性がある。

(4) 居住環境の重視

新設される住宅の居住面積は、持家住宅については、戦後の期間を通じ一貫して拡大してきている。賃貸住宅についても、1980年代に一時縮小したものの、その後は再び拡大している（別添グラフ8参照）。

また、40歳～64歳の約6割は、高齢期にも改築を行うなどして現在の住宅に住み続ける意向であるが、その一方で、他の住宅に住み替える意向を持っている者も約3割にのぼっている（別添グラフ9参照）。また、リフォーム関連の耐久消費財、インテリア商品等を含めると、住宅リフォーム市場は2000（平成12）年に7.45兆円もの規模に拡大している。

これからの高齢者は現在の住宅に住み続けたいとする者が多いが、住み替えの希望も少なからずあり、衣食同様居住に関しても、考え方、価値観の多様性が発揮されるものと考えられる。

（参考：国土交通省「高齢者の在宅居住を支援する環境整備のあり方に関する調査報告書」、「平成14年度 国土交通白書」、経済企画庁（現 内閣府）「平成10年 国民生活白書」）

(5) 消費と流行を牽引してきた世代が高齢者に

戦後のわが国では、「団塊の世代」の成長とともに、欧米風のファッションの定着、インスタント食品、外食産業への需要拡大、レンタルやローンの普及など、数多くの流行商品、文化・社会現象が生まれた。

「団塊の世代」が小学校高学年～中学生となっていた1961（昭和36）年にはテレビの普及率が6割を越えた。また、30代半ばとなった1982（昭和57）年には乗用車の普及率が6割を越えたが、このような普及を背景として1965（昭和40）年～1982年の間に乗用車関連の余暇市場は1,152億円から2兆148億円へと17倍に拡大した。

子供時代のテレビを通じた全国共通の体験や30代半ば以降の乗用車保有によるレジャー体験、近年のインターネットの利用拡大等は、今後の高齢者としての消費生活にも大きな影響を与えられられる。

これからの高齢者は、従来の高齢者以上に各々の価値基準に応じて、多様な選択肢の中から主体的に消費を選択していくようになり、多様なニーズに応じたサービス等への欲求が高まると考えられる。あわせて、消費者と事業者の間のトラ

ブル防止や円滑な処理への取組の必要性が高まることが予想される。

さらに介護保険については、第2号被保険者の時期と合わせた保険料の納付期間が長くなることも加わり、介護サービスの質などに対する要求が厳しくなることも考えられる。

(参考：経済企画庁(現 内閣府)「平成10年 国民生活白書」)