

## 5. 病院のエンドユーザーは患者

### —そこにはいつも満足した患者さんが—

ものをつくるということは、そのものを使うエンドユーザーに満足を与えることが目的である。病院が世の中に存在することの前提は、病院のエンドユーザーである患者の満足のためである。病院建築に際し、使用者側の要望を具体的な形へ、運営システムや医療技術への対応、コンピュータシステムへの対応など病院建築はその複雑さを増してきたが、病院を設計する行為は最終的には、全てこの「患者の満足」の実現に向けて収束することが必要である。

最近の目を見張るほどの空間を持つ病院建築を見ると、病院建築がその建築物としての評価が高くなることに異論はないが、建築の奇抜さで患者を振り向かせようという傾向があることは否めないのではないかと。当然、施設面での環境の充実、変わらぬテーマではあるが、患者の求めるものは、その病院での治療上の成果や効果である。病院の設計に当たっては、この患者にとって最大の満足をもたらすための空間はいかにあるべきかを病院設計者は常に認識しなければならない。

設計業務量の変化に関する比較 (某大手設計事務所業務管理統計資料より)

項目	A: 昭和52年設計 自治体立病院 (11,000㎡・200床)		B: 平成7年設計 自治体立病院 (12,400㎡・200床)		C: 設計工数の差 (AとB)		D: 平成7年設計 マンション (12,000㎡)		E: 設計工数の差 (BとD)
	工数 (人日)	割合 (%)	工数 (人日)	割合 (%)	工数 (人日)	金額(万円)	割合(%)	金額(万円)	工数 (人日)
1.調査・条件把握	50	2.16	231	5.58	181		70	2,58	-161
2.基本設計	170	7.36	550	13.3	380		75	1.81	-475
3.実施設計	720	31.2	1,747	42.2	1,027		645	1.35	-1,102
4.許認可申請	50	2.16	176	4.25	126		70	1.96	-106
5.工事監理	1,320	57.1	1,436	34.7	116		185	0.61	-1,251
合計	2,310	100	4,140	100	1,830		1,045	1.8	-3,095
	金額(万円)	割合(%)	金額(万円)	割合(%)	金額(万円)	変化率	金額(万円)	割合(%)	設計監理料の比率(D/B)
設計料	6,400	65.3	19,800	73.3	13,400	3.09	10,800	78.8	0.55
監理料	3,400	34.7	7,200	26.7	3,800	2.12	2,900	21.2	0.40
合計	9,800	100	27,000	100	17,200	2.76	13,700	100	0.51
1人日あたりの 設計監理料	42,424		65,217		22,793	1.54	131,100		2.01

図1

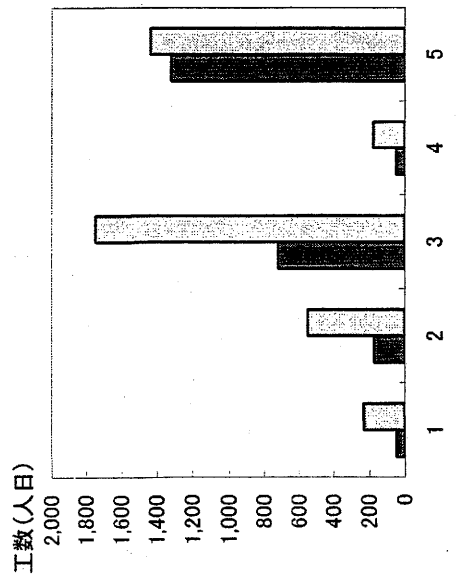
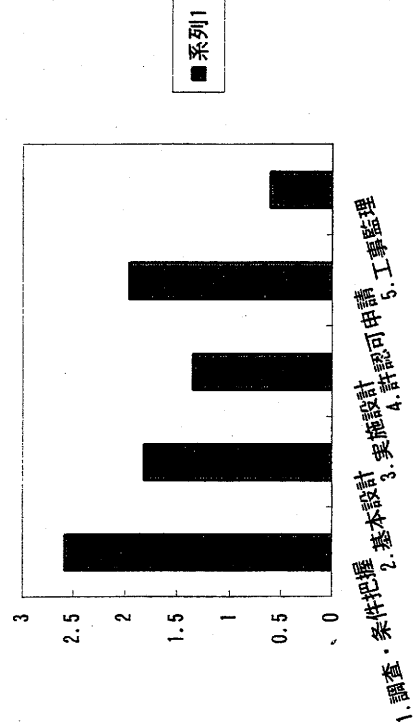


図2



1.調査・条件把握 2.基本設計 3.実施設計 4.許認可申請 5.工事監理

平成 13 年度厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究）  
Health Science Research Grants(Research on Health Services)  
「健康増進の人材育成並びに民間活力導入に関する政策科学研究」  
Policy Science Research for Human Resources Development and Private Initiative  
on Health Promotion Activities.

協力研究課題名：「IT 発展社会における健康増進関連機関の情報ネットワークシステムの開発、  
人材育成に関する研究」

Cooperative Research Subject : Research for Information Network System Development of Health  
Services related to Organization on IT Development Society and Human Resources Development.

研究協力者 矢澤 三千穂（株式会社 東京メカトロニクス 専務取締役）

研究要旨

健康増進関連機関の情報ネットワークシステムは時短を要求しなければ必ず完成するものであり、問題は、その効果的利用方法、推進並びに啓蒙が大切であり、そのことについて研究を進めた。この活動を推進させるための「健康づくり支援者（＝ヘルスサポーター）」に焦点をあて、健康の背景要因分析、実態調査について研究を試みた。これと併行して「ボランティア活動」「IT 社会へのシフト化」についても考察し、「新しい健康社会の目標」として「ユビキタス コンピューティング健康社会」の実現についても研究を行った。

A. 研究目的

少子高齢化時代を迎えて、生涯を通じての健康増進システムにおける介護予防、予防医学の応用、ボランティア活動のあり方が重要な視点となっている。

これらの問題解決にあたって、本研究では「健康増進についての生涯を通じた自助努力、意識改革、高齢者の自立期間の延長等に必要とされる人材育成、更には民間活力の導入並びに推進を計り、これによる活力ある健康社会の実現を成就させる」ことが主目的である。

これを受けて、かかる問題解決の中において「健康増進関連機関における IT 活用型情報ネットワークシステムの開発、合せてこれに係る“人材育成”即ち健康増進システムの開発に寄与出来ると共に、IT 活用にも対応出来る人材の育成についての研究」をステップアップさせることが本年度の研究テーマである。

このテーマの中においては、地域密着型健康

増進プログラムの確立及び具現化、更には人材確保の過不足是正、包括的機能の充実、公共関与の適正化等も思考した。また合せて、保健医療福祉機能の改革及び推進についても指向し、研究にあたった。

B. 研究方法

健康日本 21 の基本理念の主眼とするところは、生命の延長だけでなく、生命の質を重視すること、生涯にわたる健康づくりの視点を取り入れること、目標による管理を徹底すること等経営管理手法の導入や環境づくりの重視などをポイントとしている。この健康日本 21 の健康に関する重要課題の一つが、身体活動並びに運動と身体健康増進である。この問題は、個人個人によっても著しく異なる問題ではあるが、総じて言えることは、成人として「日頃から日常生活の中で健康増進のために意識的に体を動かす運動をしている人の増加」を目標としている。

そのための方法として、「1日当たりの平均歩数の増加」「運動習慣者の増加」を具体的に実行することである。

これは、一般には云えない問題でもあり、年齢、体力、気力、その他の環境等諸々の条件を解決しサポートしていく方法がないとなかなか実現しにくい問題でもある。その為のサポートをする一つの方策として「健康運動指導士」や「健康運動実践指導者」の実現を計っている。更には環境整備と云う観点から健康増進施設認定制度を実施している。現段階では、運動型健康増進施設(303ヶ所)、温泉利用型健康増進施設(27ヶ所)(=いずれも平成13年4月1日現在)では未だ充分とは云えず、国民の大多数の健常者がこれをくまなく利用するには、いささか数量的にも少ないと云える。こうした状況から、どうしても内容・目的は異質であっても民間フィットネスクラブを利用せざるを得ないのが地域的格差問題と相まって排出されている課題である。

申すに及ばず、現在は健康増進施設の拡充に重点を置くとしても、健康増進施設間の情報ネットワークについては、現実には稼働し、かつ充分利用されている段階には到達していない。がしかし、「健康科学センター」の整備・推進(平成12年12月現在12ヶ所)に努力を傾注し続けて健康情報網システムの整備へと展開している状況下とその方向にあり、具体的な支援システムの充実を計り、既に平成8年度から整備を開始している。この運用についても平成9年度から一部開始され、具体的に運用されている。これについての拡充は、このまま継続展開することが大切であり、やがて充実されてくることは確実であろう。

そこで、これからの方策としてみた場合、その大きな課題は、これらの「器」「仕組み」「健康情報網システム」を活用する中で、人が人に対して行う「健康づくり支援者(=ヘルス サポーター)にポイントを置き、その人材育成にウエイトをかけていく必要がある、ここに研究のフォーカスをあてた。勿論、「健康づくり支援者

(=ヘルス サポーター)の育成のみを行えば事足りると云うものではなく、幅広く健康増進にたずさわる人材の育成についても具体的に研究調査を行った。

### C. 研究結果

少子・高齢化社会において健康でかつ活力ある生活を送るためには、単に病気の早期発見や治療にとどまらず、常に健康増進を計り、発病予防の対策に重点を置いた取り組みが必要である。

また健康づくりは、「活力ある地域づくり」の基本であり、地域における健康づくりを支援するためにも、市町村保健センター、保健所、健康科学センター等々の整備を計ること、合せて国民の健康に対する多様なニーズに適合した健康情報を提供出来る「健康情報ネットワーク」の整備等、総合的な「健康づくりのシステム化」を進めていかなければならない。こうした健康増進地域化推進システムの確立が必要となってくると共に「健康増進ネットワークの公開化」「ネットワークのあり方」「民間分野とのネットワークの一体化」更には、情報交換並びに健康情報システムの活用と運用が重要となってくる。

こうした課題において本年度計画では、地域化健康増進プログラムの策定を実施した。合せてこれらプログラムの公開実施、加えて市民参加シンポジウムの促進並びに啓蒙に重点を置いた。具体的には、健康の背景要因となっている健康行動、運動、食事・栄養、睡眠、マイナス要因であるストレスおよび情報について体系的な実態調査の実施を行うと共に健康づくり施策および活動の指針についても研究を試みた。この健康増進プログラムには、健康状況満足度・不満足度、生活習慣全般満足度、健康行動チャート、高齢者健康ポイント、ストレス度、睡眠、飲酒並びに喫煙度量と考え方・個人方針と取り組み、運動量、休養時間、栄養指針とバランス栄養、健康情報に関する市民広報の役割、健康情報支援ネットワークのあり方等が含まれており、その調査を具体的に実施した。

問題は、地域化特性を有するこれら「健康増

進プログラム」の策定を具体的に実証し、実施するにあたっての役割としてのヘルスボランティア活動が極めて重要となってきた。一般的に、ボランティア活動に対する国民の受けとめ方は、「機会があればボランティア活動に参加してみたい」とする考え方が、国民全体の約6割との調査もある。がしかし、具体的にボランティア活動に参加している人は、5~10%程度で、参加意向と実際の参加には可成りのギャップがみられている。こうしてみるとギャップを埋めるための方策、参加出来る環境・支援策の整備がまず必要と認識した。従って、ボランティア活動は、そのとらえ方により範囲は可成り異なる。

国民の健康増進を目的とした場合、ボランティア活動ともタイアップさせた幅広い年齢層から参加願うことが必要である。国民の健康面の水準をレベルアップさせる施策としては、「食生活改善推進員(=ヘルスメイト)が全国レベルで現在約22万人登録されている。これに対して「健康づくり支援者(=ヘルスサポーター)」は、100人に1人を養成する大がかりな計画で、実に向う3ヶ年でこれを実施する計画である。これは、人数からみても、誰れでも身近にヘルスサポーターがいるという環境を意味しており、健康管理にさほど感心が無かった人でも、「健康づくり」に励むきっかけとなる効果は充分予測出来る。こうした登録者(名簿)を地方自治体などが居住地や得意な分野別に検索出来るような「ヘルスサポーターネットワークデータベースの作成」を具体的に計画し、実施する必要がある。勿論ここでITを存分に活用することは申す迄もない。これにより、地域で健康に関するイベントや教室を開く場合、地元のヘルスサポーターに依頼して、講師やリーダーとして活動してもらうことに「地域健康づくりの実践者」として得がたい効果がある。

#### D. 考察

ITや情報システムそのものを保健・医療・福祉にあてはめた場合「医療システム」が過去からの蓄積としてどうしても頭に残る。しかし、

総じて云えることは、ITや情報システムからファインダーを当てると、保健と福祉分野はまだまだ弱い面を持っており、これらを強化する必要がある。では、健康増進に絞ってみた場合どうかと云えば、これはまさしく未完の段階にあり必要にせまられないが為あとまわしになり易い。これからは、分野を細かく分けずに「トータルヘルスケア」と云う大きな器としてとらえる視点が要求される。そうすれば、全体的な視野の中でバランスよくITや情報システムとも融合を持たせ、より以上の推進が計れることとなる。

保健・医療・福祉の連携あるいは統合が呼ばれる背景には、「人口の高齢化や都市化の進展」といった社会的環境の変化、あるいは経済環境の変化もその一因と考えられている。ITや情報システムと云うとらえ方も悪いとは断言出来ないが、要は「ネットワーキング」の充実により「インターネット」がより身近になり、すべてが変化した。その結果、「トータルヘルスケア」の分野へ幅広く、いや応なく侵透してしまっていることを注視する必要がある。即ち、インターネットと云う新しいITの出現で、例えば自分の病気をよく理解したり、最新の治療法を「情報」として収集したり、より効果的な治療を受けたり、願わくば自分の健康は自分で守ると云う積極的な行動から、インターネット上の医療分野などの情報サイトの急激な伸展をもたらし、e-healthにも弾みをつけ、かつ現在も突き進んでいるし、これからも、とどまるところを知らない程展開されていく筈である。

「IT革命」と云う形で、政府・マスコミが大きく取り上げ巷ではeビジネス、eコマースなどeがつく言葉が話題となっている。しかし、「ITは本当に革命に値するものか」と云うと、ITの価値は確実に「生産性の向上」であって、必ずしも「革命」と云い切る必要もない。平成13年度の研究考察が、IT問題にややウエイトを置き過ぎたきらいはあるが、これを研究せずには研究課題を咀嚼出来ない「錨」ともなった。むしろこれからの世界は、「ユビキタスコンピュー

ティング社会の実現」にあると明言したい。即ちユビキタスは「ゆきわたる」ことであり、健康増進の仕組みも、人材育成も、これ無くしてすべては語れない。人材の育成は、短時日でこれを成し就げることがむずかしい。キメ細かく、育成には手間暇かけて実施しなければ成功しない。結局は「人間」そのものの「可能性」「価値の充実」が命題となる。

#### E. 結論

少子高齢化と共に、「一生涯」がより長くなり、国民ひとりひとりの命題は、「健康」のための努力や方策に意識を変えねばならなくなった。そのためには、高齢者サポートに係る人材育成や民間活力と云う名のヘルス ボランティアの活動、総じては「活力ある健康社会の実現」のために人材が必要であり、その人材育成が究極の目標となっている。

現代は、まさしく IT 発展社会に突入し、健康増進に係る人材の育成、更には健常者がいつでも利用出来る健康増進関連施設の充実、加えてその情報ネットワーク システムの充実、市民参加型「健康づくり」のモチベーション アップ、「健康づくり支援者 (=ヘルス サポーター) の拡充に期待がかかる。これからの健康増進に際しては、限り無く可能性を秘めた「モバイル型インターネット」に期するところが大きい。それは、国民の大多数の人達が「携帯電話」を存分に取り扱えるレベルに到達したためである。更には、新しい「健康社会」は「ユビキタス コンピューティング健康社会の実現」へと展開されていくためにも、しっかり方向性を見定めた舵取りをしていかねばならない。

#### F. 参考文献

- (1) WIBA 2001 年版 保健+医療+福祉の現代用語 総監修 幸田正孝 高久史磨 坪井栄孝 三浦文夫
- (2) 国民衛生の動向(2001) (財) 厚生統計協会編
- (3) 情報化白書(2001) (財) 日本情報処理開発協会編

# IT時代の地域コミュニティと健康増進 (その2)

インタック・ウェブ・アンド・ゲーム・インフォマティクス(株) 末岡宗広

## (1) 目的

高齢少子化が進む中、インターネットを基調とした IT 革命が確実に進み、個人ベースの情報化は一段と重要性を増し、もはや一般化しつつさえある。

IT時代に相応しい地域コミュニティの在り方を検討し、元気で多様化する高齢者時代に対応した生きがいのある心身の健康づくりに取り組まなければならない。

本研究は「次世代を創造する新たなライフスタイルの場としての地域コミュニティのあり方」について、ボランティア、マネー、情報システム、文化活動等のあり方について検討する。

## (2) 方法

本研究は富山県で産官学一体で実施されている「インターネット市民塾」の実施経過について考察する。「インターネット市民塾」は地域における参加型の学びの場として提案されたものである。平成11年度から実施され、今年度で3年目になる。初年度は市民全般を、2年度は高齢者の育成を対象に実験を行い、そして今年度は地域運営団体を発足させ実用運用を開始した。

「インターネット市民塾」は情報時代においてパソコンやインターネットを道具として市民を育成し、市民特に高齢者が教え・学ぶことにより、生きがいと収入の確保を支援する事業である。市民がパソコンとインターネットを活用して交流をお互いに活発化させるだけでなく、インターネット在宅学習講座の講師やコンテンツ制作を行うことにより収入を確保し、より一層社会参加と社会貢献での自己実現を図る事業である。

健康は個人については勿論ですが、地域の健康についても考えなければならない。

地域コミュニティの一例として教育だけを考察するが、医療、福祉、介護、保険や行政サービスにおいてもインターネットを通じて同様に解決されねばならない。

## (3) 結果

### ① 市民が創る学びの場として成長

講座提供者も年々増加しており、『学びのフリーマーケット』としての賑わいをみせている。今年度の講座数は25講座、提携先は2団体12講座であるが最終的には50講座の開設を見込んでいる。講師は会社員、自営業、NPO活動に参加する市民や民間団体が多く、公的機関も着実に増えている。大学関係者は積極的な先生もおられるが、なかなか増えないのが残念である。

コンテンツにいたってはユニークな自主講座が開催され、講座開設の申し込みも自発的なものが大幅に増えた。フリーマーケットの「自己増殖」のしくみが着実に

機能し始めている。

② 『24時間学ぶ場』の実現による新しい学習者層の参加

従来の教室開催型の一般講座では50代以上（ピークは60代）の高齢者層の参加希望者が非常に多かった。一方、インターネット市民塾では20代から40代の働き盛り世代（とくに40代が多い）の参加希望が非常に多い。実用運用でもその傾向は変わらず、ますます顕著になってきた。

これは、インターネットを利用すると、時間帯と場所に制限されず自由に参加できることから多忙を極めている世代の参加希望が増えたものと考えられる。『24時間学ぶ場』が実現されたといえる。最近の経済不況によるリストラの嵐のためか、特に40代の参加が多いのも特徴である。従来、生涯学習は自己の時間に余裕のある高齢者の特権のように考えられていたが、働き盛りの多忙な世代の生涯学習の参加意欲は非常に強い。企業や行政自治体においても従業員の生涯学習に理解を示し、支援しなければならない。

③ 地域に根ざしたコンテンツ『知の特産』の発掘

市民の自主企画講座には、市民の視点ならでの、地域性豊かなものが見られる。特に今年9月から市町村が参加して始まった『ふるさと塾』は地域の自然や文化を伝え残そうとする『ふるさと伝承人』の参加を促進すると共に、地域コンテンツとしてデジタル化され、市民のふるさと学習や地域情報の発信に役立っている。富山の『知の特産品』として全世界に発信され、活用するファンも世界的に増え始めた。

④ インターネット市民塾の利用者数は毎年鰻上りの増加

市民の参加意識は強く、利用者総数と登録者数は2年度は約3倍に、3年度は約7倍（7万人、25百人見込）の増加である。講師にいたっては富山県で働いたことがあるということで米国からの申し込みがあり、海外からの講義も実現された。また県外受講者も着実に増え、約200人（海外9人含む）になる。19県から参加者があり、特に神奈川県(46人)、東京都(29人)、兵庫県(23人)、千葉県(15人)が多い。

⑤ シニアの活動の場として活発化

豊富な経験やノウハウを持つシニアの人達の参加も増加している。『知の社会還元』として学習講座を開設したり、昨年の受講者が今年は講師として講座を開設するケースがでてきている。

⑥ 学習ボランティア

豊富な経験をもつシニアが、インターネット市民塾を利用して講座を開設する時、ITボランティアが参加してWebテキストの作成や受講者のコミュニケーションを支援し、ITボランティアも講師から直接学ぶ機会を得る、Give and Takeの関係が見られるケースが多くなってきている。この学習ボランティア活動をもっと進めようと『エコマネー制度』を推進する動きも出ている。

講座を開設するにはその準備にかなりの費用と時間がかかる。低額の会費や事務局からの補助金では賄えるものではない。サービスの付加価値を単に経済的価値だけで評価するのではなく、社会的・文化的価値をもバランスさせる新しい価値体系と枠組みが必要である。サービスも貯蓄できるようにするとか、サービスの物々交換のようなことができるようにするとか、自然やコミュニティの価値も認める必要があ



る。地域の活性化も豊かさの追求から幸せの追求に変えなければならない。

#### (4) 考察

21世紀は「生命の世紀」「人間の世紀」といわれてきた。それが今まさに始まった。輝かしい、澁刺とした生命が躍動する時代、一人一人が生きることの実感をかみしめられる社会にしていかなければならない。

インターネット市民塾の課題として以下のものが考えられる。

##### (1) 運営体制の確立

現在、運営主体は富山県・県民カレッジ・富山大学とインテック社によるものである。今後は、市町村、他の民間企業、各種の団体等の運営参加を計り、新しくNPO組織を発足させ、参加者をもっと多くし、豊か財源を基に、より活発で広範囲な活動を目指す。

##### (2) ブロードバンド化への対応

家庭では、CATVインターネット、ADSL等が普及しはじめ、いよいよブロードバンド化が進み、コンテンツは動画像を含むマルチメディア時代に入ってきた。これに合わせて、リアルタイム・双方向学習のグループ活動の中に動画像や音声の活用を進め、より臨場感のある内容に高めていく。

##### (3) 各地への普及と交流

これまでのさまざまな試行錯誤や実践の経験を活かして、構築モデルとして各地の生涯学習の取り組みに役立て、全国の普及を図る。幸い、このモデルは全国から注目されており、各地に普及していくものと考えられる。今年、日本経済新聞社が優れたインターネット活用例を表彰する『日経インターネットアワード2001』で『地域活性化センター賞』を受賞したり、7月には文部科学省の国立教育政策研究所の中に『インターネット市民塾研究会』が発足したのその一つの流れである。

高齢化は進み、現代病は蔓延り、医療制度や介護福祉制度が悪いと言っているだけではよくならない。自ら一人一人が体内から溢れてくる健康の元を思い出し、活性化させ、健康であるための適応力、創造力を発現させなくてはならない。自らが創めなくては何もならない。そして、一人一人の健康なライフスタイルを創造していかなければならない。そうすることが、自ら生活している地域の健康にも反映させることになるのである。

#### 参考文献

##### (1) 【インターネット市民塾】IT時代と生きがい造り

(株)インテック行政事業本部事業開発部 担当部長 柵富男

##### (2) IT時代の地域コミュニティと健康増進(その1)

(株)インテック・ウェブ・アンド・ゲノム・インフォマティクス 末岡宗広

平成 13 年度厚生科学（健康科学総合研究事業）

「健康増進の人材育成並びに民間活力導入に関する政策科学研究」

「健康増進施設の実態分析並びに地域健康増進計画に関する研究」

研究協力者

米山 隆

一級建築士事務所ヨネヤマ エ アソシエ主宰

1 研究課題キーワード

- 1) 健康福祉ネットワーク
- 2) 社会参加の促進
- 3) 生涯健康学習指導者
- 4) ボランティアの活用

2 研究目的

地域における健康増進計画および地方自治体と民間健康施設をプログラム。

心身の健康増進をテーマとして心の健康増進、身体健康増進、生活習慣に関する健康増進、居住立地環境に関する健康増進について現状、課題点、創造的施策等の総合的な検討を目的とする

3 研究方法

地域健康福祉プランに基づく心身の健康活動の事例分析をおこなった。事例として鎌倉市の現状の創造的施策等のあり方についてその実態と将来像についての研究を行う。鎌倉市は豊かな歴史的遺産のある地域特性をもち、その特徴を生かした健康福祉社会の事業化に取り組んでいる。

市は新たに平成 13 年 17 年の 5 年間の鎌倉市健康福祉プランの推進計画を策定し市民の参加と協働による健康福祉社会を目指している。

この地域健康福祉プランに基づく健康増進活動の分析をおこない特に地域保健福祉の関係者に重点をおき、それらの実務者、管理運営群のそれぞれの役割、職責を考慮した人材育成手法、並びに民間活力導入に関して実態の調査、研究を行う。

4 研究経過及び結果

鎌倉市には地域固有の学習資源が存在し民度も高く特徴的には心身の生涯学習に特に力を入れた都市特性に配慮し推進している。

- 1) 貴重な歴史的遺産を持つ都市
- 2) 豊かな緑、明るい海に恵まれた都市
- 3) 地域に根ざした文化が生きている都市
- 4) 海外に紹介し得る個性豊かな観光資源を持つ都市
- 5) 市の周辺部まで市街地の形成された都市

歴史と伝統をふまえキーワードをもとに検討をする。心身の生涯学習プランを健康増進計画の上位計画と位置づけ自治体主体の生涯学習推進協議会での個別プログラムをもつ

自治体において健康増進の人材育成及び民間活力導入に関する活動は種々の試みの中で創造的施策を進めている。

- 1 生きがいと健康づくり推進会議を市を実施主体として 116 のシニアクラブがあり、地域年齢の結びつき、行政責任としてリターンの育成指導助成支援。
- 2 生涯学習プラン 生涯学習を推進計画の上位計画と位置づけし市が主体となって生涯学習推進協議会が行う個別計画とする。市は生涯学習プログラム作成、生涯学習指導者の登録を行いプログラムを実施する。
- 3 シニアクラブが地域、年齢でくくられた結びつきとし生涯学習は文化、教養、スポーツ健康についての年齢、地域を越えた活動である。両者について世代間、地域間交流をオーバーラップしたシステムを展開してゆく。

今後は世代交代が進み生き方、好みに変化が生じる。少子高齢化において費用負担も重く地域全体にボランティア的活動が中心となる行政と住民の意識の変化が問われつつ、ますます行政と市民の協働がテーマとなる。

鎌倉市では生涯学習ガイドブックに様々な分野の講座、催し物、自主学習グループ、サークル、生涯学習指導者を紹介している。講座、催し物約 400、登録されている鎌倉市生涯学習の登録者は各分野で 270 名に及ぶ。また自主学習グループは 600 を超える。

生涯学習指導者の育成では 1) 指導員、各種団体指導者の研修機会の充実 2) 指導者の発掘養成 3) 学習ボランティアの養成活用。

健康、生涯スポーツの推進のため 1) 健康な生活を営むための啓発活動、学習の充実、2) 健康問題に関する相談活動の充実。 3) 生涯スポーツ事業の充実 4) 生涯スポーツの普及進行活動の充実 5) 生涯スポーツ支援体制の充実をはかる。

そのため生涯スポーツ事業の普及を図るためスポーツ指導者の育成を図るとともに体育、スポーツ指導者派遣制度を活用する。

スポーツ、レクリエーション団体の育成支援に努めるとともに団体相互の連携協力を促進する。

地元企業などに対して生涯スポーツの支援を要請し多様な市民ニーズへの対応をはかる。

今後は地域全体にボランティア的な動きとともに行政と住民の意識改革が問われてくる時代である。金の代わりに知恵を求められる傾向のなか行政と市民の協働が求められる。

表 1 表 2 に健康増進について各分野の分析。

- 資料
- 1 鎌倉市生涯学習プラン
  - 2 鎌倉市健康福祉プラン推進計画
  - 3 鎌倉市高齢者保健福祉計画

# 『タイにおける医療の地域格差と

## 政策課題』

埼玉大学経済学部経済学科

助教授 長島 正治

国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所

研究主幹 福永 肇

### 1. はじめに

健康であることは人間の基本的権利であって、豊かな国の豊かな人々のみの特権ではない。発展途上国にとっても医療保健は大切なものである。しかし発展途上国では先進国との医療水準格差のみならず国内の都市と地方との医療地域格差もまた大きな課題となっている。埼玉大学に修士論文として提出した本研究では発展途上国の例としてタイを取り上げ、発展途上国に於ける医療地域間格差と医療政策の考察を行った。

タイは最近の経済成長により、所得水準及び医療水準は格段に上昇している。しかしタイは実に多様な経済発展段階の地域を一国内に抱えており、所得水準及び医療サービスは首都バンコクと地方との間に大きな格差が存在し、しかもその格差は経済成長に伴って拡大していくという課題がある。発展途上国に於ける医療政策を研究するにあたってタイを分析対象に選んだ理由はここにある。

タイの医療制度に関する邦文先行研究は埼玉大学とチュロンコン大学との共同研究<sup>1)</sup>が一件検出で

きたのみで、その他は調べる限りでは発見出来なかった。また外国語文献も多くはなく研究は難航した。以上の事由からタイの医療制度、医療政策の研究を進めるにあたってはまずもってタイの医療事情を理解する基礎研究の必要があった。本研究は小冊子ながらタイ医療制度に関する邦文での最初の基礎研究に位置付けられる。

論文表題に「序説」と付したのは今後の研究展開に於いて本論分はタイの医療経済のベシックスステイとして位置付けられるためである。

研究手法は保健統計の解析を主としている。タイの公的機関発表の医療保健統計は経済分析に活用したい金額ベースでの統計は多くないものの、死亡率や病院数、医師数などの指標、数量ベースの資料は入手可能で、これらのデータ分析によりタイの医療の現状把握を試みた。また2000年に *Thailand Health Profile 1997-1998* が公衆保健省により刊行され、タイの医療行政の歴史、システムについての概要を知ることが出来た。本論分でも事実面の知識はこの書物に拠る処が大きい。しかし最終的な視点座標軸の設定は現地タイの病院のレポートでの観察を元としている。

### 2. 論文の構成

本論文は、序言と三部構成の本文、それに図表集で構成されている。

序言では研究目的がタイの医療サービス水準格差の是正を基本視座とすることが述べられる。

本文の構成は次のようになっている。まず第I部では近隣アジア諸国との比較によりタイの社

会・生活水準を検証、理解した後、人口構造、所得格差を考察する。第Ⅱ部で医療費、医療保険等の医療制度を整理した後、医療施設と医療人材の地域別医療格差の現状把握を行う。以上の外医療経済の基礎研究を基にして第Ⅲ部では過去の医療政策の評価と今後の課題の考察がおこなわれる。

### 3. 「序言」

「序言」では研究の目的、すなわちタイの医療サービス格差是正の必要性が述べられる。

タイは80年代以降1997年7月発生の通貨・金融危機で軌道調整を迫られるまでは順調な経済成長をし、その成長過程の中で先進国より各種社会制度を導入し、近代化を推進して来た。医療サービス部門に於いても同期間に設備拡充と人材育成がなされ、1990年には初めての社会保障法も成立している。社会資本の拡充と医療の普及は、貧困層人口の減少、平均寿命の延長、乳児死亡率の減少という社会厚生上の望ましい結果を齎している。

しかしこの期間は経済成長に伴って国全体では所得水準の上昇がなされていく中で、

①バンコクと地方との所得格差拡大。

②同地域内での都市と農村間の所得格差拡大。

が見られ、しかも経済成長に伴って貧富の格差が拡大していくという現象が現れた。今後、タイでは経済・社会の発展に伴って発生した所得格差の是正が重要な政策課題

となり、バランスのとれた経済政策への検討が必要となって来る。

その場合の経済政策手段として医療政策が21世紀の発展途上国では重要になってくると筆者は考える。経済成長政策、特に所得格差是正政策に於いては医療を経済政策手法として検討する視点は従来の経済学（経済政策論、経済発展論、経済開発論）では多くない。しかし医療は国民の基本的権利であり、特に発展途上国に於いて医療は何にもまして重要な国の政策課題である。すなわち経済発展に於いて教育と共に医療は重要な経済投入要素である「人」そのものの問題といえる。国民が健康で生産性が上昇しなければ経済発展は望めないが、逆にそもそも経済成長政策の目的自身が国民の健康を含む生活水準向上にある。とりわけ貧困問題や医療問題は限られた資源の効率的分配という経済学本来の課題である。

タイをはじめアジア諸国は日本に遅れること数十年で少子高齢社会に移行するが、先行した日本の経験はアジアの国民の厚生向上に貢献できると考えられる。そのためには日本の少子高齢社会の分析、及び知識整備、人材育成も必要であるが、一方で経済開発の観点での発展途上国の医療経済研究も重要と言える。アジア諸国は人口構成がまだ若く、少子高齢社会に対する医療体制、制度整備対策を早期の時点から立案、実行できる時間的余裕はあるといえる。

#### 4. 「第Ⅰ部 タイの社会生活の現況」

第Ⅰ部ではタイの社会基盤が分析される。すなわち近隣アジア諸国との社会水準の比較、人口構成の特徴、所得格差の現状が考察される。

##### 4-1. 近隣アジア諸国との比較

世界銀行の世界開発指標を利用した近隣アジア諸国との比較では経済規模、生活の質、貧困、所得分配、保健・衛生の項目の検証が行なわれる。結果、タイはマレーシアとともにアジア諸国(除くNICs)の中では社会厚生や生活の質は高水準にあると判断される。しかし所得格差についてみると国民の半分が第4五分位以下に所属しており、貧富の差の広がり大きい。保健関連への公的支出はGDPの2%水準でアジア諸国の中では高水準である。今後は所得格差是正の観点からも経済政策に於いて、医療保健関連支出を効果的に国民に配分する課題が残っていると結論付けられる。

##### 4-2. 人口構成

次に人口構成の考察がなされる。人口は医療・保健に大きな影響を与える要素の一つであり、タイの医療格差の分析を行うには人口構造を把握しておく必要がある。すなわち医療需要の変化は人口変化分と受療率変化分とに分解される。研究ではタイの人口を変化させる要因として出生と死亡の分析が行なわれる。

タイの人口は一貫して増加して来ているが、人

口構成ではすでに少子高齢化の傾向が現出していることが分析結果として示される。また出生や死亡関係の統計分析からは国内の地域別医療保健水準の格差が判明する。

##### 4-3. 所得格差

医療経済政策の最終目的であるタイの所得格差問題を研究では次の5点に要約した。

- ①地域間所得格差が存在すること。
- ②地域間所得格差は経済発展につれて拡大する傾向があること。
- ③地域間所得格差はバンコクと東北部との間に典型的に見られるように都市と農村との生産性格差の鏡像であること。
- ④地域内所得格差は低所得地域の方が大きいこと(シニ係数が大きい)。
- ⑤各地区とも金額ベースでの所得水準の低下は見られないこと。従って格差は相対所得での問題になること。

#### 5. 「第Ⅱ部 タイの医療の現状と問題点」

##### 5-1. 医療費構造

タイの医療支出は1980年の25,315百万バーツが1998年には11倍の283,576百万バーツに顕著に増加している。同期間に1人当たり医療費は545バーツが4,663バーツへと現行価格で約9倍に増加、実質増加率は平均年9.1%であった。二桁台の増

加をした年は8年あり、医療普及の速度は急速であったと言える。

地域別に一人当たり医療費に格差が生ずる主な原因としては、①人口年齢構成、②病院数・診療所数、④病床数、⑤医師数、⑥医療機関の診療行動パターン、⑦住民の受診行動があげられる。タイの医療政策における医療資源効率活用を考察するには地域別のこれらのデータ収集と分析が必要となる。

### 5-2. 医療保険制度

医療保険制度は一国の医療費規模を決定する支配的要因であり、医療費、医療資源の配分を通じて分配の公正を目標とする所得再配分政策の重要な手段である。

タイでは医療保険制度は1990年に成立し、その歴史は浅い。しかし医療保険加入者は90年代に急速に増加し、普及率は91年に32.9%であったものが、98年には80.3%にまで拡大している。

研究ではタイの医療保険のうち①無料診療制度(FC)、②強制保険、③民間医療保険、④医療保険カード制度の4制度を取り上げ、概要と整備の歴史を概観する。その後、現タシ政権が着手した⑤エバーサル保険制度を検証した後、⑥保険未加入者についての考察を行う。

### 5-3. 医療施設の現況と地域格差

研究ではタイの医療設備として病床数に着目し、地域別病床数と地域別一病床当たり人口を分析した。

病床数分析からは、各地域とも積極的な設備投資がなされたが、それは従来の各地区の病床数シェアを変えない施策であり、結果絶対数での医療資源格差は縮小するどころか拡大している事が判明した。1990年と1995年と比較した場合、病院数で24.3%、病床数で35.1%もの急増加をさせていながら、地域別分布シェアでは两年間に殆ど変化が見られない。すなわち予算・資源が従来の地域別シェアを変化させないように配分されたため、絶対数比較では元々病床の多い地域にはより多くの病床が拡充され、もともと病床の少ない地域へはそれ相応の数の割当にしか過ぎなかった。そのため絶対数での地域別病床格差は拡大したといえる。

病床数に限らず他の医療施設、医療人材、医療技術に於いても地域間格差は大きい。特に首都バンコクと最も貧しい東北部との格差は著しく今後の医療政策の最大の課題と言える。

以上から1990-1995年の間のタイでは結果として施設格差、所得格差、人口増加率への考慮がなされることなく、医療への投資行政がなされたといえ、公平性を期す医療行政の評価が問われる。

## 6. 「第三部 医療政策とその評価、

今後の課題」

### 6-1. 医療政策の評価

タイの医療政策を1978-87年と1988-97年の

各々10年に二分して各々の政策評価を行った。

結果、医療政策 1978-87年の10年間は good health at low cost の時代と評価される。

1978-87年の10年間の経済状況は良好とはいえなかったが医療施設や医療人材の充足、疾病予防の普及、乳幼児死亡率の改善等、国民の健康水準は効率的な医療供給により改善を示している。そもそも1979年の時点では医療・保健に対しては設備も人材も政策体制も全てが未整備の状況であり、この時期は医療投資効果は大きかったといえる。

1988-97年の10年間は二桁台の経済成長率を記録し、タイが NICs 第5の虎を目指した時期である。政府は積極財政方針をとり、医療支出はGDP増加率と同程度あるいはそれ以上に増加している。しかしこの10年間は医療費の非効率消費など多くの問題が発生した。また医療人材の地域別分布では格差が拡大した10年間と評価される。例えば医師数対人口比率を見た場合、バシクと東北部の格差は1987年に9倍であったものが1997年には14倍に拡大している。この10年間は経済成長はしたが high cost but less health の時代であったと評価される。

## 6-2. 医療制度の問題点と医療政策の課題

90年代の高度経済成長は1997年7月の通貨・金融危機発生で調整を強要された。医療行政においても予算削減の状況下での政策変更を余儀なくされる。従来の拡張路線から一度立ち

止まり、現状の医療行政・医療制度での問題点の分析と今後の課題と政策方針を静考する段階といえる。

外国一国内で見た場合には、医療技術水準や医療制度自体には地域により大きな格差はないと仮定する。従って医療サービス格差の問題は医療サービス提供での課題、すなわち医療設備とマンパワーに絞られる。論文では現在の医療格差の問題点と今後の医療政策の課題として下記項目があげられ検討が行なわれる。

- ・地域別医療資源配分の不平等
- ・医療費負担での問題
- ・医師地域別分布での格差
- ・医療資源の効率性問題
- ・医療へのアクセス容易さでの不平等

以上

---

<sup>i</sup> 貝山道博、長島正治、キティ・リスカ(2000年)「タイにおける保健医療サービス供給の社会経済効果」(未発表)。筆者が調べた限りではこの論文が経済発展の視点から医療政策を分析した最初の研究といえる。この研究ではタイに於ける各種社会経済指標についての8地域・4年間の時系列からなるパネルデータを用い、保健医療サービス供給の社会経済効果を計測するための地域計量モデルの政策シミュレーションを実行することにより、バランスある経済発展のための保健医療サービス供給の地域間配分政策が検討されている。



## チェコ共和国における保健政策上の主要な課題—変革期にある共和国の歴史的背景と現状

アントン・マリナ チェコ共和国保健省次官  
飯田恭子 都立保健科学大学  
小野寺伸夫 聖徳大学

### ① チェコ国の概要は以下のとおりである。

〈国土〉	79,000 km <sup>2</sup>	14 行政区分
〈隣接国〉	ドイツ、オーストリア スロバキア、ポーランド	
〈人口統計〉	人口	1,030 万人
	年齢構造	15 歳未満 19%
	生殖年齢以上	21%
〈経済活動人口〉	全国民の	50%
	産業、建設業	44%
	商業、銀行、サービス業	31%
	官公庁	19%
〈教育〉	小学校のみ	9%
	各種専門学校	46%
	中等学校	32%
	大学	12%

### ② 変革の歴史は以下に要約される。

現チェコ国領土はもとオーストリア・ハンガリー君主国の一部である。1918年、第一次大戦後オーストリア・ハンガリー帝国が崩壊しチェコスロバキア共和国として独立した。第二次大戦時にチェコはドイツ支配下におかれた。大戦後の1945年、チェコとスロバキアが再統合された。1948年にチェコ・スロバキア共和国はソ連の衛星国となり、共産主義陣営に組み込まれた。1989年、ソ連邦衛星国システムの崩壊と同時に民主主義複数政党制が復活し市場経済への参入を果たした。1993

年、平和的、合憲的にチェコ共和国、スロバキア共和国の2国に分離。1993年1月にチェコ共和国が誕生した。元共産国としては政治・経済面での模範国との評価が高く、1995年中東欧諸国ではじめてOECDへの加盟を果たした。

### ③ チェコ共和国における保健医療システムの変遷。

1948年に健康保険と社会保険は単一の国民皆保険制度に統合された。国立の中央保健基金が唯一の機関として設立され、ヘルスケア、医療給付金等を管轄。全保険料(賃金の6.8%)は雇用者が一括納入することとなった。1951年ソビエト方式の確立により、国が全保険料を税金でまかない、医療はすべて無料で提供された。このシステムは1980年まで維持された。

### ④ チェコ共和国のヘルスケアシステムと諸問題

自由主義経済への転換後、新しいヘルスケアシステムは様々な問題を抱えながらも、急速に展開しつつある。新しいシステムのもと総合健康保険基金が設立され、それに加え、26の他の健康保険基金が出来た。しかしながら財政面等の問題などから現在活動しているのは其のうち6基金のみである。医学会議、口腔医学会議、薬学会議等、専門会議も設立された。地区衛星局を通じた保健サービスの提供、歩行可能者治療センターの非独占化の推進、行政機能の地方への分散、保健サービス提供の民営化も進められた。

ヘルスケアの提供と資金供給は分離されることになり、1997年半ば以降、歩行

可能者治療についてはサービス提供者は一括払いと個別支払い方式の混合型で、入院患者については予算方式で払い戻しされることになった。衛生行政、救急医療サービスは国家予算でカバーされることになった。病院、その他多くの保健/医療施設は自律性を確保し、市民は医師、病院、また健康保険基金を選択する自由を得た。すべての市民は比較的広範な保健医療サービスへのアクセスが保証された。

### 変革のマイナス面

こうしたヘルスケアの変革には圧倒的にプラス面が多いなかで、以下のマイナス面も指摘されている。

- ・ 複数財源システム展開が遅れている。医療支出の大部分は特別税の形をとる義務保健基金でカバーしていること。
- ・ 特にプライマリーヘルスケアの領域で市町村の果たす役割が小さいこと。
- ・ 患者側のコストシェアリングが少なく、負担額の増加は微妙な政治的問題がからんで難しいこと。
- ・ ヨーロッパ先進国諸国と比べ、プライマリーヘルスケアに対する評価が低いこと
- ・ 90年代初期に廃止された行政による保健医療システムの専門指導機関に代わる有効な機関が確立されていないこと。
- ・ ヘルスケアの民営化に伴って多くの困難があること。92年以降、病院等の民営化を最大限進めるよう努力されてきたが、上手くいっていない。社会民主主義政権は今後の民営化の推進を支持していないという現状があること。

- ・ ベッドファンドの統制の遅れから、長期入院用ベッド数不足、急性疾患用ベッド数が不十分であること
- ・ 現在ある27の保健基金の多くは(93年、94年に設立)、財政破綻をきたし廃止されていること。
- ・ 共同保険で賄うヘルスケア保障の定義が不適切であり、再定義、減額は現社会民主党が容認しておらず、解決には社会的要求、期待がかかっていること。

### チェコ国民の健康の現状

90年代以降国民の健康状態はかなり改善したが、依然として平均余命、乳児死亡率などの指標をもとに算出した年齢調整死亡率(SMR;年齢調整死亡率)は高い。主要な死亡原因としては、心臓血管系疾患(全死亡の50%)、悪性新生物(25%)、怪我など外的要因(8%)が挙げられている。

心臓血管系疾患、悪性新生物による死亡率の高さが目立つが、これらの原因としては、チェコ国民の栄養習慣(高脂肪食)、ライフスタイル(過度の喫煙、飲酒、運動不足)が指摘されている。WHOのモニカスタデイの結果によると、チェコ国民のコレステロール値はヨーロッパ一高く、野菜の摂取量の不足が目立ち、喫煙者率の高さ(37%)が問題である。1980年代後半には初めて特に心臓血管系による死亡率の低下が認められており、1990年以降の死亡率の激減は主として心臓血管系疾患による死亡の低下によると報告されている。悪性新生物に関しての死亡率は継続して不変である。

## 出生時および45歳平均余命

平均余命は1990年に画期的な延び(出生時、45歳時、65歳以上余命などすべての年齢層において)を示し、1990年以降、45歳時の平均余命は出生時余命と平行に延長している(全年齢層、特に高齢者の死亡率の低下、ヘルスケアの向上)

## 80年代半ばに始まった平均余命の向上

80年代半ばから、心臓血管系疾患(特に虚血性心疾患)の死亡率は急激な低下を示し、呼吸器疾患も減少、また特に一歳未満の乳児死亡率の低下が顕著である。これらの原因として、新しいテクノロジーの導入に伴う最新式の診断法、治療技術の開発や、新薬導入などが挙げられている。伝統的に高いチェコ国の医療水準は先進国の最新技術、ノウハウの吸収によって急速に進展した。

## 死亡率に関する近年の傾向

近年の傾向としては、軽症ではあるが、長引く疾患が増加し、性病の罹患率の高さも指摘されている。一方、外国人観光者は住民の8倍という事情にもかかわらずエイズ罹患率は低いと報告されている。(97年までHIV陽性361名、うちエイズ発症110名、死亡者67名)、糖尿病(毎年5%増加)、肥満症など代謝障害の増加、年齢層の免疫力の低下、アレルギー疾患の増加、薬物乱用の問題については管理、登録不能の実態もあるとされている。その他、悪性新生物の増加(男子:2.0%、女子:2.9%/年)、治療対象となる精神疾患の増加(10~15%/年)、眼疾患(男子12%、女子19%)、難聴(7%)なども社会的に問題となっており、

就労不能原因としては、漸増中の筋骨格系疾患や怪我が第一位と報告されている。呼吸器疾患の罹患率も高く、就労不能原因の50%を占めている。消化器系疾患は第4位、皮膚疾患は就労不能原因第6位である。

小児期、思春期の12~13%が泌尿器系疾患を有し、小児では1000例中40例がアレルギーに罹患している。

人口高齢化の進展に伴うヘルスケアニーズ、消費、費用は拡大しつつあり、出生率の低下と相まって60歳以上高齢者の割合は2020年には46%になると予測されている。人口あたり1%の高齢層の増加は2~3%の医療サービス、費用の増加につながるため今後の医療政策の大きな課題である。

## ヘルスケア財源—ヘルスケアコストの不均衡

ヘルスケア財源とコストの不均衡の現状に関して以下の事が指摘されている。

- ・ 現知識水準のケアは提供できないという事を表明し、容認を得ることが出来ない。
- ・ 1989年以降における保健・医療セクターの「イデオロギー化」
- ・ 政策決定関係機関が許容できる長期的コンセプトの不在
- ・ チェコ国の『遺産』—国民の健康状態。保健医療システムの構造。歴史的、文化的、社会的影響。市民および保健・医療専門家たちの大きな期待。
- ・ 保健・医療システムが目指すところのものは国民の健康状態の改善にほかならないという基本的目標が忘れられがちである。

## 今後の方向性

今後の方向としては、入院期間の短縮化、専門ケアの集約化、非侵襲性の技術の普及、病院ベッド数の段階的削減、デイケアの展開、専門ケアからプライマリケアへの移行、開業医の役割の拡大、外来部門の治療ケアの拡大、ケアの質のモニタリング、患者側の負担の漸次的（発展的）増大が指摘されている。財源—コスト不均衡は解消可能だという基本的姿勢のもとに財源の増加、コストの削減を目的として以下の方法が検討されている。

### ① 財源を増やす

保険料を上げる。保険料集金の徹底。  
国民保険対象者への支払額を増やす。国家予算を増やす。患者負担を増やす。

### ② コストを削減する

支払い（報酬）の規制。有効な行動を促すための動機づけ。管理の徹底。標準化／規格化。『慎重な』新技術導入。

## 供給の規制と需要の規制

### ① 供給の規制

医療関連施設ネットワークを減らす。  
医師数を減らす(多くの条項、年齢制限、専門医数の計画化)

### ② 需要の規制

患者負担の社会格差を検討。予防、健康と自己治療の保護支援。

## 患者負担について

患者負担については賛成論と反対論がある。賛成論としては、「需要が減らせる」「個人責任を高めることができる」があるが、反対論としては、「利用しづらくなる」「治療の遅延や手遅れ」「症状の見落とし」「有

給規制の問題」などが指摘されている。

## チェコ保健医療の将来に求められること

将来的には市場と国家システムの歩み寄りの必要性。イデオロギーの欠如に対する対応。開放性、透明性、実際性が課題である。