

所得格差を考察した。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った。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を考察した。

3. 「序言」の要旨

「序言」では研究の目的、すなわち外の医療サービスの地域格差是正の必要性が述べられる。

外は 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から各種社会経済制度を導入し、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。

しかしこの期間では経済成長により国全体の所得水準が上昇していく中で、

- ①首都バングラ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、外では経済・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、バングラのとれた経済政策の検討が必要となって来

る。

その場合の経済政策手段の一つとして、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考えられる。経済政策、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（社会保障費負担問題では論議はされているが）、従来の経済学（経済政策論、経済発展論、経済開発論）では一般的とは言えない。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といえる。

外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、先行した日本で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を分析した。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、所得格差の現状の考察を行った。

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・衛生の項目を検証した。結果、タイはアジ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であると結論される。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、貧富の広がりが大きい。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あると結論付けられる。

4-2. 人口構成

次に人口構成の考察をおこなった。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際しては人口構造を把握しておく必要がある。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を行った。

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

していることを分析結果として示した。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を解明できる。

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（ジニ係数が大きい）。
- 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283,576百万バーツへ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、医療サービスの普及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。外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。効率性の分析手法にはDEA（包絡分析法）が最適と考えられる。

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。

外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。

研究では外の医療保険のうち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した。その後、現タジ政権が着手した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った。

5-3. 医療施設の現況と地域格差

研究では外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両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数の多い地域にはより多くの病床が拡充され、もともと病床数の少ない地域へはそれ相応の数しか割り当てられなかった。そのため絶対数での地域別病床数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年の間の外では結果として施設格差、所得格差、人口増加率への考慮はなされることなく、医療への投資施策がなされたといえ、公平性を期す医療行政の評価が問われる。

6. 「第Ⅲ部 医療政策とその評価、今後の課題」

6-1. 医療政策の評価

列の医療政策を 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、医療政策で 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、この期間の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、列が 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、パソ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医療政策では 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。

列国一国内の医療提供を見た場合には、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想定される。従って医療サービスの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。研究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検討を行なった。

- ・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
- ・医療へのアクセスの容易さでの不平等

以上

ⁱ 貝山道博、長島正治、キティ・リムスク(2000年)「列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。この研究では列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。

Towards a Better Communication with Dementia Patients

John Surya

Tokyo Metropolitan University of
Health Sciences

From around the 1980s, the importance of tackling the problem of Japan's aging society has become prominent. The aging of Japan's population has progressed rapidly due to the following factors: (1) the rapid decrease of the birthrate and (2) the prolongation of the average life span. In 2000, the average life expectancy was 77.72 years for men and 84.60 years for women, remaining the highest in the world. According to the latest estimation, Japan would become a "super-aging society" with one out of four would be aged 65 or older by 2014. (*Japan's Health, Labor and Welfare Ministry*)

The rapid aging of the Japanese society and the downscaling of the family size made people worry

about the long-term care of the elderly as the largest uneasiness in the old age. The number of old people to be cared is expected to increase throughout the country, from about 2 million (1993) to 2.8 million (2000), and to 3.9 million (2010). (*Japan's Health, Labor and Welfare Ministry*) This problem is further compounded by the fact that the number of senior citizens who is bedridden or suffering from dementia and in need of regular care is increasing.

As most of us live longer and want to remain independent in our own home, health providers and family members are likely to be working with increasing numbers of people with memory problems. Statistically, between four and five per cent of people over 65 years old are affected by dementia; this figure increases to 20 per cent of over 80 year olds. There are also senior citizens suffering with normal age related memory loss, who may need an understanding of their difficulties and more sympathetic support. In order to remain safe at home, older people may need a range of supports, from meal-delivery service to advice regarding social and health benefits and entitlements.

The objective of this article is to examine ideas and care interventions which might be useful and helpful to the health care providers and family members in their relationships with people suffering from dementia.

Definition

The clinical definition of dementia is irreversible damage to brain tissue most commonly caused by the lying down of protein plaques and neurofibrillary tangles in the brain cells: (*Alzheimer's Disease, Wilcock, 1998*). *Vascular dementia* occurs when brain cells supplied by broken or blocked arteries die. It is known to be difficult to diagnose early dementia, since the difference between early dementia and age related memory loss is difficult to differentiate. Only time passing will clarify the difference. In practical terms it is sensible to deal with the presenting signs and symptoms. These can be measured by the patient and their carer and many can be managed by commonsense techniques.

The early signs of dementia that give rise to concern are to do with failing memory, difficulties in doing things and confusion. The failing

memory may lead them to forget where things are, forget that they have started to turn on and heat a bath or cook rice, forget something they have just been told, or been unable to find the correct name or word, even fail to recognize someone familiar. They may have spatial awareness problems and be unable to put their clothes on correctly. They may have problems with orientation when out driving or walking, or lose their once familiar way. It is important to recognize these symptoms can also be caused by stress, depression or nutritional deficiencies and therefore are potentially treatable. A full physical and blood examination is pre-requested to making a diagnosis of dementia.

It is not uncommon for people with normal age related memory loss to feel 'stupid' and then be more confused and forgetful through the stress caused by worrying about it. The effects of stress caused by family tension, bereavement or financial worries can have similar effects on memory and behavior to dementia. Depression is more common in elderly people as they become less able to do things and this also has a negative effect on memory. Many elderly people are

also coping with physical illness such as diabetes, failing sight and hearing which can reduce the ability to cope effectively with daily life, and their memory. A formal assessment for dementia can often result in false positive cases because these peripheral issues affect the person's ability to concentrate and answer the questions correctly.

While recognizing that mental faculties can fail, it is also important to remember that emotions are not lost. In fact, emotions may become heightened and more openly expressed because the social control that most of us exert over our feelings and behavior may be lost. People may become less inhibited, and they may express their deepest feelings of sadness, anger or frustration.

Coping Strategies

Old age has often been referred to as a second childhood. Just like a small child, a confused older person cannot make much sense of their surroundings, leading to feelings of insecurity. And when people feel insecure they look for handholds to ground them. This security seeking behavior can be similar too a small

child clutching onto the mother's hand, refusing to be left alone. Similarly, a confused older person can shadow their carer and be frightened to let them out of their sight. The difference is that the child becomes increasingly independent whereas the older person suffers increasing deterioration and regression into further dependence. It follows that sudden and sharp reactions on the part of the carer will only worsen the problem. However, by increasing amounts of reassurance, patience and time may help things stay calm.

The handholds used by people with dementia include early memories. It helps them to reminisce about earlier stages in their life when they felt good about themselves, when they had a significant and meaningful role. Recalling their childhood, school, family and work, their marriages and their children, produces a "feel good" factor which can restore self esteem. And it is always worth remembering that their memories may be further triggered and stimulated by you sharing yours.

The old adage 'use it or lose it' can also be applied to people with

dementia. In the early stages they could practice doing the activities and hobbies they enjoy so as to keep the movement patterns alive. They need encouragement to do jobs in the kitchen and around the house for as long as it is safe to do so. An over protective spouse or carer may do more harm than good by taking over too many tasks themselves, even if it is quicker!

Overcoming Short-Term Memory Loss

We know that short-term memory is the first affected and there are a number of commonsense coping strategies which can help overcome this problem. Writing things down as much as possible: shopping lists that include which items to buy in which shop and detailing the route to be taken. Day/diary planners can include all activities from brushing teeth and taking medication to feeding the pet cat or dog and putting the garbage out. Days that might seem ordinary can look more exciting when all the details are written down in chronological order. Another useful technique is to encourage people to say things out loud. This may be the name of a newly met person: repeated on introduction and

departure; or it may be the answer to a question, and by confirming the answer verbally it is more likely to be retained.

Dealing with Time Warp

There may be occasions when carers and family members find themselves in situations which they don't know how to handle. The confused older person sometimes seems to be in a time warp. They would talk about their parents as if they were still alive, or they behave aggressively towards a visitor for no apparent reason. Using reality orientation and reminding the person that their parents would be over 100 by now and in fact they died several years ago may not produce the desired result. The person may become angry and upset at being criticized. It is suggested here that the best tactic is to encourage them to talk about their parent: 'Tell me about him or her. What did you enjoy doing together?' And other pertinent topics.

Making relationships is not easy for people with dementia. They are driven inwards by their gradual losing touch with the world, and this has to be taken into consideration. We need to make

more of an effort to get closer to them by engaging them ourselves and not expecting a relationship; rather, we should give more than take.

Further reading

Ebersole, P. and Hess, P. (2002) Geriatric Nursing and Health Aging. Mosby, Inc.

Kitwood, T. (1997) Dementia reconsidered, the person comes first. Open University Press, Buckingham.

Meisen, Bere M.L. (1999) Dementia in a close up. Routledge.

Mezey, D. M. et.al (2002) The Encyclopedia of Elder Care: The Comprehensive Resource on Geriatric and Social Care. Springer Publishing Company, Inc.

Wilcock, G. (1998) Living with Alzheimer's Disease and similar conditions. Penguin.

研究報告書

情報化社会における健康増進機能の効率的運営のあり方

研究協力者 矢澤 三千穂 I T マネージ（株） 常勤監査役

研究要旨

I T を中心に著るしい変化をもたらした情報化社会において、より高効率な「健康増進システム」の確立と機能充実について研究した。即ち、地域活性化の柱となる国民的コンセンサスとしての「健康増進」を日常生活における目標設定と位置づけ、その具現化の方法及び機能と役割を模索した。

本研究の主眼点は、「健康増進ネットワークのまちづくり対策と推進・運営の対効果」に集約される。ここで必要とされる「健康増進プログラム」の策定と共に「インターネット」を介しての実践手法の活用を生かすことは、最早必須の段階に至った。問題は、その活用にあたって、運用しやすい“仕組み”が重要であり、その成果によって、運営並びに効果が一段と発揮されることが明確となった。

A. 研究目的

「健康増進」については、個人一人一人が必要とする課題であるとともに、「まち」としても、「国」としても、「世界」にあっても、取り上げねばならない命題である。この中で、目的とした本意は、「健康増進」を1つの「ビジネス」としてとらえてみる手法で、「健康増進」をより普遍化し、具体化するために「マネジメント手法」を用いて取り組んでみることにあった。

具体的な健康増進に関する問題の中で、今後共必要な情報伝達の方法、健康増進に役立つ施設間の情報システム網の運用並びに活用の方法についても研究する必要性が生じた。最も基本的な、国民的コンセンサスである「健康増進」についての認識、推進、活動、効果並びに評価についても研究した。

しかし総じてみた場合、本研究において目的とする課題は、「健康増進ネットワークまちづくり対策」の確立にあった。その機能向上にあたり、社会経済面からの整備並びに科学

的な研究について意識を集中していくべきと認識した。これは、効率の良いネットワーク作りと運営の方法如何で、推進か、停滞かの分岐点となってしまうことも明らかであり、ここが研究目的のポイントとなった。

B. 研究方法

研究対象は、若年・中年・老年を問わず、また身障者であっても、通常の日常生活を営めるレベルであれば、誰もが参加出来ること。「健康増進プログラム」に参加し、建設的な日常生活を営めることが大切であること。この上に立って、はじめて健康増進の諸機能を発揮し、果たすべき役割と、その効率性の追求は要求されてくること。そこで発揮される要素として必要なのが、健康増進に必要な「運動」を通じた、国民のための健康づくりを推進するために、適切な運動指導を行える人材の育成が不可欠となってくること。この人材の育成にあたっては、最早常識の段階に突入した「I T を中心とした健康情報システムの活用」無くしては進まなくな

ってきたことであろう。

国民は、疾病予防や健康増進関連の情報を必要としており、健康に関する情報を幅広く総合的に提供していかねばならない。しかし、これ等の方針は良しとしても、活用についてはまだまだ認識されていないのが実状である。しかしながら、既に、がん診療総合支援システム、結核・感染症発生動向調査システム、難病総合支援システム等、他の関連情報システムとも通信連携を図り、これらの情報を総合的に提供する健康情報拠点施設を「(財)健康・体力づくり事業財団」に設置し、誰もが、どこでも、簡単に、がん、心臓病等の疾患の予防や、健康の保持増進などに役立つ健康情報を手軽に利用できる総合的な「健康情報網システム」が稼働している。

問題は、国民としてみた場合、これらの「健康情報システム網」が使い易いものなのかどうかにある。従って早く、良く、利用出来るところの「国民サービスの普及」がなされているか・・・について研究を進めた。法的な基盤整備としては、「健康増進法案」を国会に提出し、平成14年7月に成立をみた。問題は、これからである。現段階としては、これらのシステムの活用度合、情報網の整備状況を中心に研究のウェイトを置いた。

C. 研究結果

国民が必要とする健康増進施設や健康科学センターは、まだまだ弱体である。その目的・対策・政策並びに機能等には不具合も多く、国民一般にも周知徹底されていないことが判った。また、民間ベースの施設とも殆んど連携されていないことも明らかとなった。平成14年度においては、国民的関心度が極めて高かった「拉致問題」があったが、ここまで社会的にアピールするのはむずかしくとも、“自分の健康”“病気になる対策”に、より以上の強い関心を、国民一人一人が抱き、実践手法をガイドすることが大切となってきた。

また、「まちづくり対策」と併行して全国市町

村においては、具体的に浸透するような「健康づくり対策」を掲げ、市民・町民・村民参加を奨励し、推進する必要がある。この手段として「インターネット」を使えるだけ利用してみてもどうかと云うことになる。最早、国民は、地球的規模でインターネットが普及した現在、地域を越え、日本を超え、世界へと展開し始めている。この情報提供に諸施設は、もっと強い関心を寄せてもさしつかえない。また、ホームページその他でPRも遠慮なくやっていいのではないだろうか。健康増進施設としては、ハードだけにたよって立派な設備を作ってみても、血が通わないのではダメと云われかねない。何より、楽しい健康増進施設にする工夫が大切で、誰もが使えて、運動がし易く、しかも安く、手軽に出来る方法が要求されている。ここらで、もっと大胆に“ボランティア制度”を採用して、コストセーブを計り、自由な民間スタイルの運営にまかせてみるような、いわゆる“発想の転換”をしてみても悪くない筈である。

健康増進の機能充実にあたっては、健康増進プログラムの策定を、キメ細かく実施し、より具体的に実施方法を研究すること。合せてインターネットを介しての地域健康づくり実践者間の情報交換並びに伝達による効果・波及の効率性の研究を致さねばならない。

D. 考察

健康増進に関するユビキタスシステムの導入については、「ユビキタス」そのものがまだ耳慣れない段階であり、ラテン語で「同時にいたるところに存在する」つまり、“遍在(あまねく存在する)”という意味であり、今までのインターネット利用は、パソコン(PC)に偏ったという意味であり、“偏在”利用という初歩的なものであった。これからは、PCに限らず、テレビ、携帯電話など広くあまねく存在する端末を“遍在”利用する本格的な時代に突入し始めた。この中で、健康増進がどうかかわっていけるかが重要なポイントとなる。「健康増進」を「マネジメント手法」でとらえた場合、完全に「健康

増進サービス(=事業=)」として位置づける必要がある。この問題の開発手法は、いちにかかってサービスをより包括的に提供するコンシェルジュ機能をもった「サービス・システム」として運営することとなる。コンシェルジュはホテルにおいて個別の宿泊客向けに特別の手配を行う人という意味になるが、これだけのレベルまで持っていけるかとなると、現状では極めてむずかしい。

ユビキタスでは、まずコミュニケーションが大切であり、例えば、中高年、高齢者層を対象とした場合、コンシェルジュサービスとしては、健康増進の前提条件として「健康状態を知らせる(情報提供)」、次に「健康に関して問題のある点を知らせる(告知)」、そして「健康上の問題の改善策を提示する(提案)」などを行うことが必要となる。このようなステップをふまえないければ、国民一人一人が同じように完全な健康者ではないだけに運用に過ちを生じかねない。

つまるところ、地域に根ざしたキメ細かいデータ(データベース)に基いて、一人の「個」として「情報」が確立されていないと「本当の意味での健康増進機能を充実させる」ことは出来ない。問題としては、試算しなければ何とも言えないことだが、恐らく民間ベースの「高級健康増進クラブ」的存在となり、国民全般にゆきわたらせる「ユビキタス」とは縁遠いものとなりそうである。

結局、公的ベースの「まちづくり健康増進組織」においては、ボランティア制の徹底により、少しでも「ユビキタス健康増進ネットワークシステム」に近づける努力を「まちの人達(=ボランティア)の協力」で実をあげるしか方策はみつからないのが現状である。

E. 参考文献

(1) 国民衛生の動向(2002) (財)厚生統計協会編

(2) 「eヘルス革命」=ITが日本の医療を変える=日本インターネット医療協議会事務局

長 三谷博明 著

(3) 「ユビキタス・ネットワークと新社会システム」 野村総合研究所 著

健康増進事業に関するユニバーサルデザイン応用の基本方針

東京大学大学院工学系研究科建築学専攻
大和田 瑞乃

1. ユニバーサルデザイン(UD)先進自治体の取り組み

近年、ユニバーサルデザイン(以下 UD)を主要な政策の一つとして位置づけている自治体が増加している。

表1はUDについて具体的な指針を定めている自治体とその名称、策定年月、及98年10月における高齢化率である。

いずれも2000年に入ってから、UD指針の策定を始めている。特に、静岡県は日本で最初に行政組織内にUDデザイン室を設け、指針を策定しており、現在も県政の様々な領域で積極的にUD推進の取組みを行なっている。

同様に浜松市、島田市、浜北市、菰山町等、静岡県内の市町村でも独自の取組みがみられる。

また埼玉県は全国の中で最も高齢化率の低い若い県であるが、だからこそ今後大きな変貌を遂げることができるとして、UD推進に力を入れている。

2. ユニバーサルデザイン(UD)指針策定分野の内容について

上記、6自治体のUD指針より、策定対象分野と事例、及びその内容についての関連法・条例等をまとめたものが表2である。

ハートビル法や福祉のまちづくり条例等、90年代に相次いだ関連法・条例の制定に対応してUD事例が整備されていることから、2000年以降に次々とUD指針が策定されていることは、時代の要請に応じた自然な流れである。

UD指針の策定分野を大きく分けると、「

表 1

	指針名	策定年月	高齢化率
岩手県	ひとにやさしいまちづくり推進指針	2002.02	20.1%
福島県	ふくしまUD推進指針	2002.10	19.2%
埼玉県	埼玉県UD推進基本方針	2002.02	11.5%
静岡県	しずおかUD行動計画	2000.02	16.6%
広島県	UDひろしま推進指針	2002.03	17.4%
熊本県	くまもとUD振興指針	2002.02	20.2%

高齢化率は98年10月現在

まちづくり」「ものづくり」「意識づくり」「社会参加」の4分野に大別される。

「まちづくり」には県有施設のバリアフリー化など公共施設に関するもの、タウンモビリティや案内表示を対象とした、交通機関や歩行空間、商空間に関するもの、UD住宅や住宅改修などすまいに関するもの、UD公園や散策マップ、温泉などの公園や観光地に関するものが含まれる。

「ものづくり」には、UD製品開発などの情報伝達、UDホームページなどの利用手続き、分煙機器の導入や社員の健康管理などによる就業環境の改善が含まれる。

「意識づくり」には、UD研究会の開催などによる啓蒙普及、UD推進委員の指名などによる人材育成が含まれる。

最後に高齢者・障害者・男女・子供・外国人など社会的弱者を対象とした、すべての人のためのデザインを「社会参加」として含んでいる。

6自治体それぞれにおけるUD指針の切り口は多少異なっているが、概ね以上の分野が対象となっている。いずれも、すべての人を取り巻くすべての環境、モノが使いやすくやさしいということが基本であり、そのために必要な情報が不足なく提供され、知識の啓蒙が十分に図られているということがUD指針の共通理念となっている。

表 2

対象	事例・キーワード	関連法・条例・事業等
まちづくり		
①公共施設	県有施設のバリアフリー化 基準適合施設に補助金・認定証の交付	ハートビル法(94) 福祉のまちづくり条例
②交通機関	ノンステップバス、タウンモビリティ 駅周辺のバリアフリー化、低公害バス	交通のバリアフリー法(00) タウンモビリティ事業(96)
③歩行空間	歩者分離、ベンチ、案内表示 立体横断施設	タウンモビリティ事業(96) 福祉のまちづくり条例
④すまい	モデル的 UD 住宅、健康住宅 住宅改修相談、バリアフリー住宅補助金	住宅品確法(99) シルバーハウジング事業(87)
⑤商空間	タウンモビリティ、案内表示 バーチャルモール(仮想商店街)	タウンモビリティ事業(96) ハートビル法(94)
⑥公園・観光地	UD 公園、散策マップ、癒しの庭 観光地マップ、温泉のバリアフリー	生活福祉空間づくり大綱(94) 福祉のまちづくり条例
⑦イベント	ユニスポ、バリアフリー国体 パラリンピック、ひがしまつやま宣言	スポーツ振興基本計画 ハートビル法(94)
ものづくり		
①情報伝達	UD 製品開発・情報提供、UD 大賞	障害者・高齢者等情報処理機器アクセスビリティ指針(99) ISO13407 制定(00)
②利用手続	UD ホームページ	
③就業環境	就業環境改善、分煙機器、健康管理体制	
意識づくり		
①啓蒙普及	UD 研究会、UD 講座・シンポジウム	
②人材育成	タウンウォッチング、UD 推進委員	
社会参加		
①高齢者	すべての人のためのデザイン	国際高齢者年(99) ノーマライゼーション7ヵ年戦略(95) 男女共同参画社会基本法(99) 新エンゼルプラン(00) 人種差別撤廃条約(95)
②障害者	心の UD 化	
③男女	ワークシェアリング	
④子供	UD 保育室	
⑤外国人	多文化共生	

3. 健康増進事業へのUD応用分野

健康増進事業に対して、UDが応用されている事例について検討する(表3)。

何が健康増進事業なのか判断は難しいのだが、既存の事例によると、現在の所「観光地形成」「スポーツ」「公園」の3分野が該当するようである。

①UDによる観光地形成

宮井久男氏は著書「UDにおける観光ルネッサンス」*1の中で、UDによる観光地形成の可能性を指摘している。観光は、人の「変化への欲求」*2を満足させるだけではなく、「自然治癒力」*3を引き出す健康増進効果があり、特に2000年に交通バリアフリー法が制定されたことで、すべての人にとっての旅行が実現されつつある、と述べている。すべての人にとっての旅行が実現するためには、移動手段・観光施設・宿泊施設が全てUD化されるような再編成が必要である。しかし宿

泊施設がUD化されていても、付属の浴室が整備されていない場合も多い。さらに温泉に至っては、ほとんど皆無に等しい*4。脱日常化された野趣あふれる温泉であればあるほど、すべての人が入れる環境に。一見、相反するこの課題に取り組むことが、UDによる観光地形成の目的であるという。

②スポーツのUD

近年、すべての人にとってのスポーツ「ユニバーサルスポーツ」(略してユニスポ)と称して、すべての人がスポーツに参加するというだけでなく、その観戦環境の整備も進んできている。

特に2002年に日本と韓国が合同でサッカーW杯の開催国になったことも、整備促進の要因となっている。そのW杯施設のバリアフリー調査では、神戸ウィングスタジアムと埼玉スタジアム2002が共に高評価を獲得している。

表 3

①UDによる観光地形成*1	
コンセプト	<ul style="list-style-type: none"> ・観光がもたらす「変化への欲求*2」と「自然治癒力*3 ・交通バリアフリー法と観光地形成の可能性（すべての人にとっての旅行） ・移手段と観光施設と宿泊施設の再編成 ・宿泊施設に関連した浴室の必要性 ・「シルバースターの宿」の登録制度（全旅連） ・温泉のバリアフリー*4
事例	<ul style="list-style-type: none"> ・岐阜県高山市「生活並存滞在型福祉観光都市」づくり →高山観光におけるバリアチェック、市街地をバリアフリー対策区域に指定。「車椅子おでかけマップ」「おもてなし 365 日」マニュアル等の作成
②スポーツのUD*5	
コンセプト	<ul style="list-style-type: none"> ・「生涯スポーツ」と「障害スポーツ」（すべての人にとってのスポーツ「ユニスポ」） ・観戦環境の整備（事例参照） ・バリアフリー国体（2001 宮城）、エコ国体（2002 高知）、UD国体（2003 静岡） ・スポーツによるまちづくり全国自治体サミット（2002「ひがしまつやま宣言」）
事例	<ul style="list-style-type: none"> ・静岡スタジアムエコパ（2001） ・神戸ウィングスタジアム（サッカーW杯施設のバリアフリー調査で高評価） ・埼玉スタジアム 2002（サッカーW杯施設のバリアフリー調査で高評価）
③公園のUD	
コンセプト	<ul style="list-style-type: none"> ・すべて人にとっての公園（心のUD） ・福祉のまちづくり条例（1992 大阪・神戸）→対象：建築物・公園・道路 ・「生活福祉空間づくり大綱」（1994） ・公園施設のバリアフリー化、福祉施設や健康運動施設と一体化した公園
事例	<ul style="list-style-type: none"> ・小笠山総合運動公園（静岡 2001） ・富士山こどもの国（静岡 1999） ・ふれあいの庭（大阪 1997） ・りんくう公園（大阪 1997） ・藤野むくどり公園（大阪 1996） ・春野総合運動公園（高知 2002） ・甫喜ヶ峰森林公園（高知 2002）

また、2001 年宮城でのバリアフリー国体、2002 年高知でのエコ国体など、近年国体にはテーマが掲げられているが、2003 年の静岡は UD 国体になることが決まっている。

その他、2002 年に東松山市で開かれた「スポーツによるまちづくり全国自治体サミット」は、すべての人にとってのスポーツを掲げた「ひがしまつやま宣言」で締めくくられるなど、スポーツと UD はその理念、及び施設整備において密接なかかわりがあることがわかる。

③公園の UD

92 年に大阪と神戸で制定された福祉のまちづくり条例では、整備対象の中に公園が示されている。また 94 年の生活福祉空間づくり大綱の中でも、公園にかかる項目が盛り込まれている。

それらを受けて 96 年以降、北海道、大阪、静岡、高知県に UD 的な公園が整備されている。単

に公園をバリアフリー化するだけではなく、福祉施設や健康運動施設と一体化して整備された公園など、それぞれ多岐に富んでいる。

大阪府堺市の「ふれあいの庭」は日本で始めて UD を基本コンセプトとして造られた公園である。面積 0.2ha の小さな花園には、五感(音・香り・色・感触・味)を通じて憩いや安らぎを得られる仕掛けが施されている。

一方、静岡県の小笠山総合運動公園は、UD を取り入れた日本初の総合運動公園である。静岡スタジアムエコパ等の施設群と共に、静岡県が誇る UD デザインが設計コンセプトとなっている。

公園内は健康・スポーツゾーン、健康レクリエーションゾーン、健康・自然ゾーン、その他宿泊施設・駐車場に分れ、総面積は 269ha の一大プロジェクトである。現在 I 期工事が終わり一部開園、II 期工事は 2004 年以降の予定となっている。

以上の事例からわかるように、健康増進事業へのUD応用はまだまだ始まったばかりである。しかし健康増進事業とUDには相に共感しやすい要素が多くあり、今後のUD理念の啓蒙普及によって、その応用分野はますます増えていくものと予想される。

4. 民間活力導入の具体的方策

UDの推進については、各部門が縦割のまま取り組むのではなく、全体を統括する組織の中で、教育・福祉・都市計画・交通・建築、そして健康増進事業などの部門が連携し、計画的・体系的な取り組みを進めることが必要である。

前出した先進自治体のように、県自らが率先して実践することの他に、市町村などの県以外の主体活動へ支援を要請したり、国に働きかけることも重要である。

とりわけ、NPOなどの民間団体は、利用者のニーズが多様化・高度化する中で、その役割はますます増大すると考えられる。民間団体には、UDの考え方を普及し、利用者の声を多く伝達する事によって、それぞれの分野を十分に発揮した活動が期待される。

具体的には、企業等で経営理念の中にUDを取入れ、社員の意識啓発を行なうこと。それによって生み出される、新しい提案やサービスを広報誌等に掲載すること、不特定多数が参加するUD的イベント等でPRすること等によって、相乗効果を得ていくことが考えられる。またこうした民間活力によってもたらされた情報を、漏らさず収集していくネットワークづくりも重要であろう。

[引用文献]

- *1 ユニバーサルデザインにおける観光ルネッサンス、宮井 久、2002
- *2 「観光心理学を愉しむ」 ナカニシヤ出版、宮原 英種、2001
- *3 「旅の効用 科学的調査」日本経済新聞、2001.8
- *4 「バリアフリー観光と温泉」温泉、宮井 久男、2001
- *5 スポーツのユニバーサルデザイン、北岡 敏信、2002

[参考文献]

- 雑誌「ユニバーサルデザイン」
- 「日経UD」 2002 年度版、日経事業出版社、2001.11
- ひとにやさしいまちづくり推進指針、岩手県 2002.2
- ふくしまUD推進指針 福島県、2002.10
- 埼玉県UD推進基本方針 埼玉県、2002.2
- しずおかUD行動計画 静岡県、2000.2
- UDひろしま推進指針 広島県 2002.3
- くまもとUD振興指針 熊本県 2002.2
- 大阪府福祉のまちづくり条例見直しの趣旨 大阪府地域保健課 2002
- 富山県民新世紀計画答申 富山県総合開発審議会 2001
- offer 富山県総合デザインセンター 2001

「医療経営コンサルタントにおける健康増進施設計画の実際」

株式会社 病院システム

田中一夫

はじめに

本研究報告では、医療と分離運営されていた既設健康増進施設を医療機関と施設的に統合する計画を民間医療経営コンサルタント主導により実施した計画事例を通じ、医療と健康増進施設の複合施設化の手法、計画上の留意点等を整理することを目的とする。本件事例は計画段階であるため、実際の成果及びその評価については、次稿に委ねたい。

1 健康増進施設と医療機関の複合施設建設の目的とその役割

1-1 民間事業者主導の保健事業の優位性

疾病構造が、急性疾患中心から慢性疾患中心へと変化して久しく、現在も慢性疾患患者の割合は、増加傾向にある。中でも、癌、脳血管疾患、心疾患をはじめとする生活習慣病はその中心を占めており、脳血管疾患、心疾患は、肥満がその誘発原因とされている。疾病の多くを占める生活習慣病は、全体の患者数を押し上げ、医療費高騰の要因となっている。

生活習慣病を誘発する因子の一つとして肥満が考えられるわけだが、この肥満は、生活環境から受ける心理的要因と深く関わる過食などの要因と絡み合いながら、食生活の欧米化や日常生活における運動不足等が主な原因となって引き起こされている。したがって、肥満を抑えることが、生活習慣病の罹患率を抑えることとなり、人々が、健康な状態を高年齢まで持続させることに大きな役割を果たす一方で、医療費抑制に当たっての有効な方法ともなる。

国、地方自治体も政策として、生活習慣病発生を抑えるため、肥満予防を中心とした生活指導や保健活動に力を注ぎ、健康管理策、健康増進プログラムを促進している。

しかしながら、これらの多くが自治体を媒介としており、提供方法が画一的となり、積極的にこれら自治体主体の健康増進及び生活習慣病予防プログラムに参加する気運が必ずしも醸成されているわけではなく、各自治体とも恒常的な参加者を獲得している例は少ない。これは自治体が提供するサービスには、限界があることに起因すると思われる。

具体的な例としては、健康維持活動の場面で、体操・ウォーキングなどのように特別な施設を必要と

しないレベルから、フィットネスジム、プール等一定の施設を必要とする活動まで様々な方法があるが、利用者側のサービスの選択は、それを行う利用者の身体的状況と興味による場合がほとんどで、画一的な自治体組織の提供プログラムでは、広範な参加者を確保できない。

健康維持増進活動の持続性は、参加者個人の強い主体性や自主性が要求される。従って、健康維持増進活動を促し、且つ継続させるためには、健康維持増進サービスは、アクセシビリティが高く、しかも対象者への興味を常に喚起する仕組みがなければならない。民間事業者は、利用者の需要に柔軟であること、潜在需要の掘り起こしを行うという参加者獲得において行政機関よりも優位に立つと考えられる。

1-2 トータルヘルスケアシステムと施設統合の考え方

健康維持・増進の為の生活情報の提供、健康管理指導、医学的診断、治療の医療サービス提供、在宅系後方連携としての介護やリハビリテーションの統合サービスをここではトータルヘルスケアシステムと呼ぶこととする。

身体状況は、加齢によって変化する。その変化に合わせた健康維持サービスを提供するには、人の一生を幾つかのステージに分け、それぞれの世代に見合った世代別のサービスを提供し、併せて、身体状況、嗜好に応じたサブシステムを用意し、受ける側においては、それを取捨選択ができるようすることにより、アクセシビリティを高める。

トータルヘルスケアシステムを実施するには、ハードとしての複合施設が必要で、健康維持・増進、疾病の診断・治療、さらに介護、リハビリまでの包括的な医療サービスを提供することとなる。

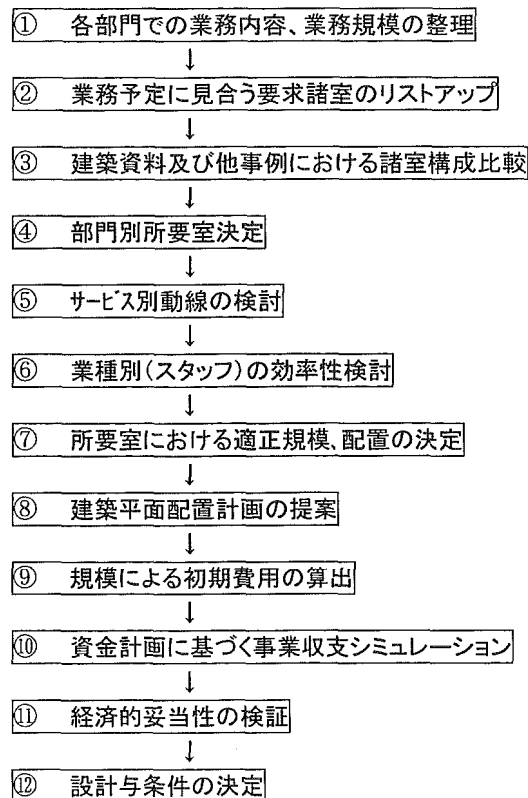
サービス内容を①健康維持・増進部門、②医療・健診、リハビリテーション部門、③介護部門、④ケア付き住宅部門の4つの部門に分類し、各部門が施設、スタッフ及び利用者情報を共有することで、有機的に統合されたシステムを実現させる計画となる。各部門のサービス目的、サービス内容を、表1に示す。

表1 各部門の目的と業務内容

部門	目的	業務内容	経営主体
① 医療・健診部門	疾病予防の為の医療行為	健康診断、診断・治療、リハビリテーション	医療法人
② 健康維持・増進部門	健康維持・増進活動の指導・支援	検査、体力測定、カウンセリング、教室(運動、栄養指導)	株式会社
③ 介護部門	介護サービス	訪問介護、訪問入浴、通所介護	株式会社
④ ケア付き住宅部門	住宅施設の提供	ケアサービスと住宅の提供	株式会社

1-3 複合施設の機能・規模決定手順

本研究では、利用者が求めるサービス内容とそれに見合う機能、規模について、各業務部門が要求事項(機能、規模)、部門間の関連性等から検討し、それら検討結果に基づいた諸室構成及び規模を策定する。更に、策定された計画について事業収支シミュレーションを行い、経営的側面から計画の妥当性を検証し、設計条件を定める。



2 医療情報の一元化と複合施設の課題

2-1 医療情報の一元化

トータルヘルスケアサービスの中では、医療・健診部門が他の部門に対して担う役割は大きい。すなわち健康増進活動における提供サービスを確定するには各利用者の身体的状況に基づく必要があり、健診部門と健康維持・増進部門とが医療情報を媒介としてより密接な結びつきが必要となる。また、介護部門では、患者の様態に応じた適切な介護を行う上において、それぞれの医療情報に基づ

いた医療上の介護指導が必要となる。

医療情報を媒介とした部門間の関連を考えた場合、医療情報は、現在のところデジタル情報とアナログデータ等による情報が混在しているが、近い将来は、電子カルテを利用したデジタル情報に移り、医療情報の一元化が容易となる。

医療健診部門と健康維持増進部門との関係においては、すでに運動療法指導管理料の処方箋情報として、医療法 42 条 5 号に規定する疾病予防施設と医療機関の間においては情報の共有が行われており、生活習慣病の予防についての更なる医療情報の一元化と、医療法の順法化の整理が必要となるがスタッフの共有が可能となれば、複合化施設の効果はさらに大きい。

2-2 施設運営上の課題

本施設を構成する部門は、採算性から見た場合、営利を目的とした部門と非営利の部門の 2 つのグループに分類される。営利を目的とする部門としては、健康維持・増進部門、介護部門(ケア部門)、住宅部門であり、営利を目的としない部門としては、医療法人が運営する医療、健診部門、リハビリテーションとなる。これらは、法的にも同一に扱えないことから、医療機関のリハビリテーション部門の機能回復訓練室等のスペースを効率よく有効に利用する意味からフィットネスの運動室に、使いたいところであるが、現時点では、医療法の制約から使えない。

施設の複合化が持つ施設、設備の共有やスタッフの共有については、規制緩和の傾向があるものの医療分野においての実現には、まだ時間を要するものと考えらるが、冒頭で触れたように、生活習慣病の原因の一つの肥満を改善することが、生活習慣病の罹患率そのものを抑えることとなり、人々が、健康な状態を高年齢まで持続させることに大きな役割を果たす。さらに、医療費抑制に大きな効果をもたらすこととなることから、制度の見直しを進め、医療機関施設のフィットネス事業等への多角的利用が可能なような施策が必要と考える。