

[展 望]

高齢社会と地域医療における大学の役割

二塚 信¹

高齢社会の動向

国連の World Population Prospects の定義によれば、65 歳以上の高齢者が総人口の 7 % を超えて高齢化しつつある社会を高齡化社会 aging society といい、高齢化が進行して総人口の 14 % 以上を占め、それを持続している社会を高齡社会 aged society という。2005 年のわが国の 65 歳以上人口割合は 21.0% に達し、世界で最も高率の高齡社会である。7 % から 14% に達するまでの年数を倍加年数というが、わが国は 1970 年に 7 %、1994 年に 14 % になり、わずか 24 年で高齡化社会から高齡社会になっている。先進諸国における倍加年数は、フランスで 115 年、スウェーデンで 85 年、アメリカで 73 年、イギリスで 47 年、ドイツで 40 年であり、日本の高齡化のレベルが高いだけでなく、史上空前のスピードで進んだことがわかる。国立社会保障・人口問題研究所によれば、2050 年には高齡化率が 35% を上回り、これまた、史上例をみない超高齡社会が到来することさえ予測されている。

わが国では、基本的人権の保障を憲法の基本原理としてとらえ、様々な理論化を試みてきたが、高齢者の人権保障については、その重要性を意識しつつも、これまで体系的な検討を行ってこなかったといわれている。人権の主体としての高齢者は、少年や女性と同様に国民の部分集合を意味することから、高齢者の人権という固有の領域を形成することが困難で、権利擁護など個々の問題ご

とに扱うことが一般的であった。

この問題はむしろ国際機関において先駆的に論じられてきた。1982 年にウィーンで開催された高齢者問題世界会議が採択した「高齢者問題国際行動計画」の前文は、世界人権宣言に謳われた基本的で奪うことのできない権利が、高齢者に完全かつ無制限に認められることを述べている。また、1991 年に国連総会は「自立」「参加」「ケア」「自己実現」「尊厳」の 5 項目からなる「国連高齢者原則」を採択して、各国の国内計画に取り入れるべきであるとした。さらに、2002 年 4 月には 20 年ぶり 2 度目の国連主催の「高齡化に関する世界会議」が開かれ、「国際行動計画 2002」を採択して、各国は高齢者に政策決定過程への参画を認め、働く意志と能力のあるものが仕事を続けられる環境を整備すべきであるとした。

先端的な高齡社会であるわが国も、これらの流れを受けて、1995 年に高齡社会対策基本法を制定して、高齢者の就業・所得の確保、健康及び福祉の増進、学習と社会参加の増進、住宅などの生活環境の確保を行うこととしている。さらに、2001 年に採択された高齡社会対策大綱では、高齢者が弱者であるという画一的な高齢者像を見直し、高齢者の社会貢献や権利を積極的に認めようとしている。

従来は高齢者は社会的弱者とみなされて、ただ、保護の対象とされてきた。従って、保護する側に

¹九州看護福祉大学・学長

決定権があるとされて、保護される側の自由がないがしろにされてはならない。高齢者の保護と自律性の確保の調和が課題である。

他方、所得など経済格差が広がり、競争の敗者がそのまま「弱者」として固定化しつつあるといわれている。また、地域や企業といった共同体も崩れ始め、一人ひとりが寄り添う場所を失い、孤立し始めている。そうした人々を支えるセーフティネット、老後の不安を和らげるために支え合うシステムが必要である。年金や医療保険制度は十分に機能せず、むしろ世代間の相互不信を強めている。経済格差を緩和する調整の度合いを測る指標が、所得格差を示す最近話題のジニ係数である。図1のように、この値は1972年の0.353から2002年の0.498と拡大している。これには高齢者間の格差の拡大が相当寄与しているといわれている。

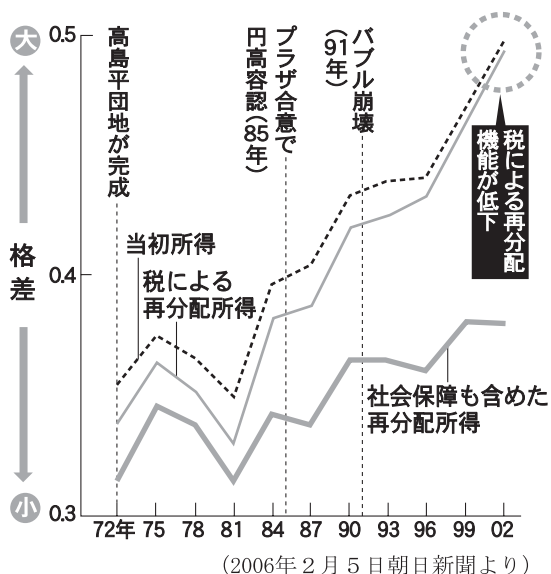


図1. ジニ係数の年次推移

高齢化にはこのような側面があることにも保健・医療・福祉の立場から十分な留意が必要である。

地域医療の方向

世界一の長寿国、世界一の乳児死亡低率国、世界一の医療費低コスト国など、WHOでは日本を保健・医療のサクセス・ストーリーとして賞揚している。他方、それを支える医療インフラをみると、先進国中で突出した病床数の多さ、在院期間の長さ、病床当り医療スタッフの少なさが目立っている。

この矛盾した2つの側面を破綻なくバランスさせているのが、いつでも・どこでも・必要に応じ適切な経費で受療できるというわが国の国民皆保険制度と長期間に亘る医療費抑制策である。しかし、少子高齢化と経済格差・意識の多様化のなかで、国保財政や地域医療に深刻な問題が顕在化しつつある。

わが国の医療は、WHOの「ヘルスシステム達成度」(2002年報告)で世界第1位にランクされているが、一方、OECDの「健康自己評価」(2005年報告)では最下位を低迷している。健康自己評価は、国民の健康意識という文化的な交絡要因が影響するとしても、わが国はいかにも低すぎる。この「なぜ？」を考えるヒントは、各種の世論調査に隠されているように思われる。

多くの世論調査で上位にあげられる、医療に対する国民の不満・不安は、①親切さ、②素早さ、③安全さの3つであり、医療ではサービス業の基本が満たされていないことがわかる。医療に対する評価のベースラインが低いことから、健康調査でも高い評価は得られ難く、事故やニアミスが起これば、これが大きなトラブルとなる可能性も大きい。

国民の3大不満・不安の原因を考えると、これらに共通するのは人手不足であることがわかる。労働集約型産業の典型である医療において、人手不足は致命的な課題であり、医療制度改革の核心はこの人手不足の軽減ないし解消にあるともいえる。この主たる原因は過度の量的拡大(病床数、受診数)にあり、医師・看護師の不足と職員の疲弊という深刻な社会的課題が生じる。そして、上

述のごとく、応需の限界を超える業務は、事故の多発傾向とサービス低下につながり、医療に対する国民の信頼は急速に低下してきているように思われる。

過度に進んだ量的拡大を総括し、質的充実に転換する医療制度改革は、国家レベルの待ったなしの政策課題である。入院医療における人手不足を解消するための限られた選択肢は、病床数の適正化である。これには、スウェーデンのように、政策発動がもっとも迅速かつ効果的である（エーデル改革等で約3分の1に削減）が、民間病院が多いわが国でこれを行うことは難しい。

病床数の適正化を間接的に進めるには、①医療費や在院日数の削減という政策目標の設定、②供給過剰と、EBMに依らない入院適用によって生じる社会的入院の排除、③医療施設間の連携と資源の集約化、④地域における受け皿の整備（入院医療の代替ないし補完機能としての在宅医療の充実等）が重要である。これらを進めるには、病床の抱え込みに通じる法令上の病床数の規定をすべて職員数の規定に置き換える、などの現実的な法令の整備が欠かせない。

人手不足の解消は、医療者の疲弊という国民にとって最悪の事態を改善し、患者満足とともに職員満足に通じる重要な病院戦略といえる。人手で成り立つ医療分野では、職員の満足なくして真の患者満足は得られないであろう。この意味から、人的資源の充実が医療の生命線といえる。そのなかで、厚労省は表1のような医療制度改革法案を用意している。

その要点は医療サービスの計画的な提供による医療機能の分化・連携と在宅医療の充実並びに生活習慣病対策を推進することによる疾病予防重点化へのシフトであり、従来の医療政策のなかに乏しかった視点である。

医療機能の分化・連携では実は熊本がホットスポットになっている。特に脳血管疾患や虚血性心疾患におけるクリティカルパスを活用した急性期医療の効率化とそれにひき続く、回復期・慢性期療養の機能を持つ病病・病診連携は熊本モデルとして、厚労省等が強い関心を示しているところである。

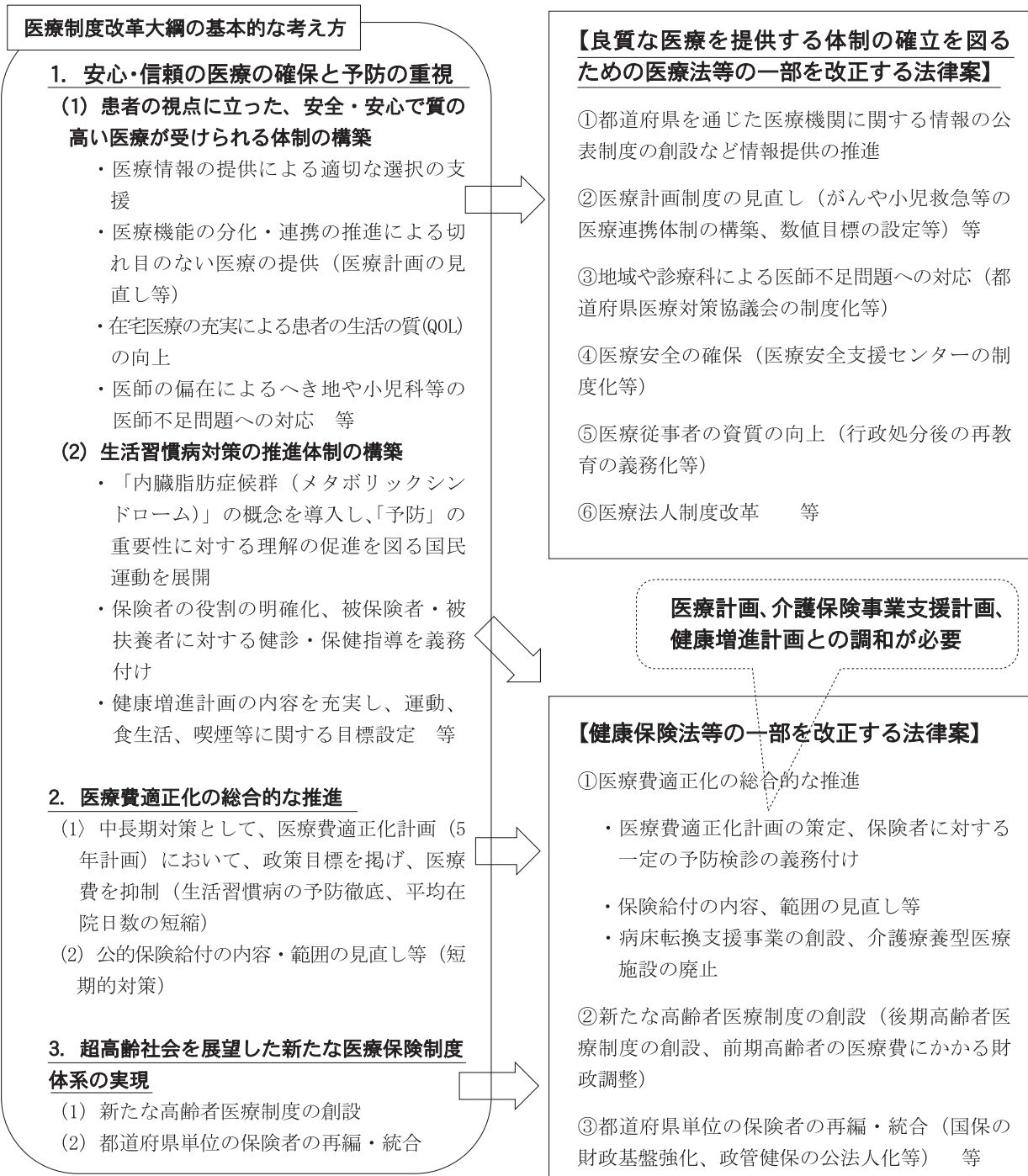
医療機能の分化・連携に関しては医師の偏在による地方の中核都市においてすらみられる医師不足への対応や公的病院の経営問題とも深く関連している。

2次医療圏域における急性期医療中心のセンター的な医療機関への集中と効率化、既存の公的病院の専門分化と回復期・慢性期医療への転換、そしてかかりつけ医による在宅医療の充実というシステム化の動きが当玉名地域を含め各地で見られている。昨今の診療報酬改訂の方向も多分に誘導的である。近年、その典型モデルとして地域リハビリテーションの概念が提唱されているが、図2はその一例である。国は都道府県に対して、地域のなかで保健・医療・福祉サービスが完結できるよう、主要な事業ごとに医療・福祉連携体制を構築することによって、その地域の関係機関相互の連携の下で、適切な医療・福祉サービスが切れ目なく提供されるようにするため、期待される保健医療提供体制の水準の数値目標やその達成のための具体的な方策を、医療計画で明らかにするよう求めている。主要な事業として、がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策を列挙している。

生活習慣病対策の面では、特に内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）や糖尿病に焦点を当て、被保険者に対する健診・保健指導の義務付けや健康日本21に伴う健康増進計画の充実・強化を強く求めている。

この予防政策は従来理念的に語られていた保健と医療の統合を政策的に具現化するもので、従来の地方自治体の保健政策からの一戸の脱皮を迫るものである。

表1. 医療制度改革法案の概要



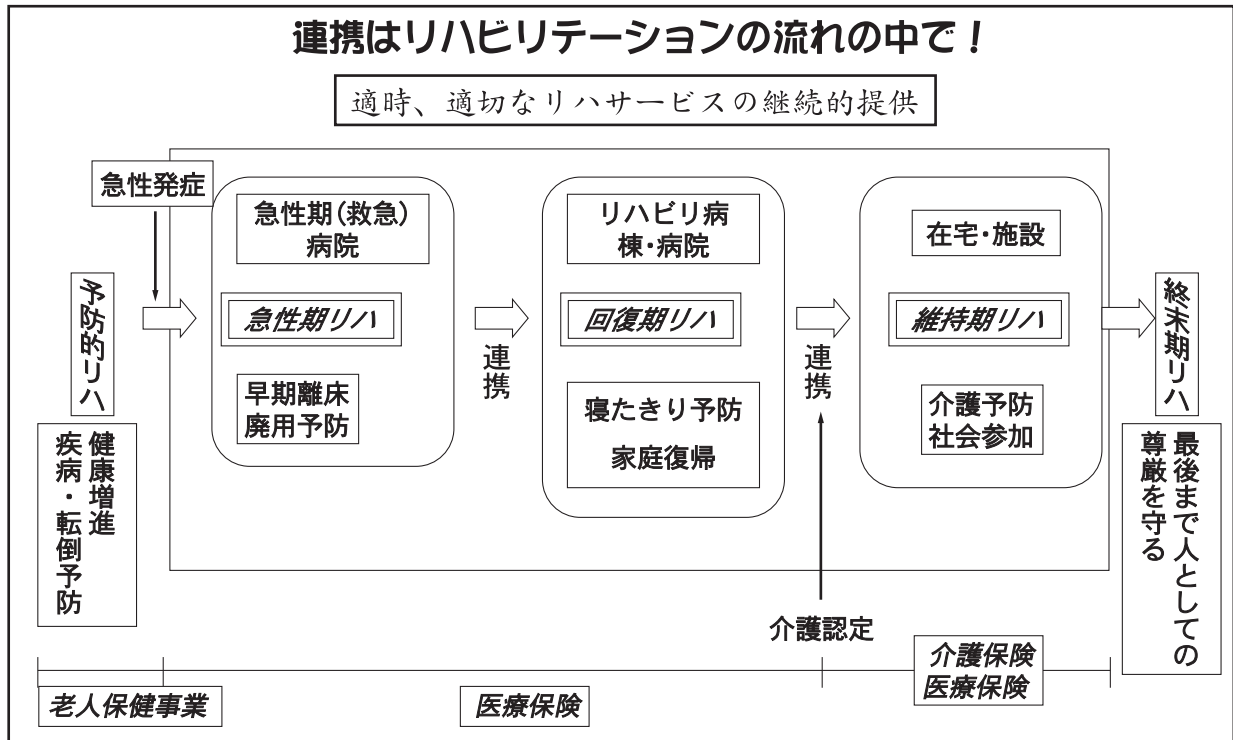


図2. 地域リハビリテーションの流れ

大学の役割

大学は広領域化・多様化かつ専門分化しつつある保健・医療・福祉の人材の供給源として、また、生涯教育・現任教育の拠点としての本来の役割を果たすべきは当然である。

保健・医療・福祉の地方自治体における役割について、都道府県は、健康増進計画、医療計画、地域福祉計画、介護保険事業支援計画の策定など広域規模の圏域におけるサービス量の確保やサービス提供体制に関する業務や市町村間の調整など広域的な観点からの施策が求められる。市町村は、住民に身近な地方自治体として、日常生活に密着した取り組みが必要な高齢者介護、障害者福祉、子育て支援、健康づくりなどにおいて、地域の実情に応じたサービスの実施主体としての役割がある。これらの個別課題に大学の持つ人的資源やインフラを活用しつつ地方自治体・住民との共働作業として組織的に関与すべき点は少なくない。現実に本学は「イコイバ」を始めとする剋目すべき活動を展開している。

併せて、患者・住民の視点に立った安全・安心で質の高い保健・医療・福祉が受けられる体制の

構築のための健康・医療・介護情報の発信源として適切な選択の支援を行なう役割が求められている。世の中に精疎様々な関連情報が氾濫しているなかで、地域に密着した信頼性の高い根拠のある情報の提供は地域における大学の重要な役割である。

保健・医療・福祉サービスの展開に当たっても一つの重要な側面は質の評価である。医療サービスにおいても介護・福祉サービスにおいても永年指摘され続け、一向に進展しない課題である。実学としての看護学、社会福祉学、リハビリテーション学として、サービス評価の方法論の検討と検証はきわめて実践的な研究テーマであり、地域における協働作業によって追究すべき重要な課題だと思われる。

本学は看護、福祉、リハビリテーションの3学科が揃った九州唯一の大学である。この強みを生かして、先にも触れた地域リハビリテーション—これもまた熊本は全国の先進地域である—の理論的・実践的な展開、高齢者や障害者の生活機能の維持を中心とする、介護予防を先取りするWHOの提唱になる全面的な予防学の展開等教職員の知恵と企画力、実践力を結集して地域貢献・社会貢献に尽力することが強く求められている。