

////////////////////////////////////
 特別シンポジウム
 //////////////////////////////////////

社会的共通資本としての看護の役割と責務

基調講演：Well-being（幸福・健康）と社会的共通資本

—— イギリスからの示唆 ——

第 48 回日本医療・病院管理学会
 学術総会 特別シンポジウム
 平成 22 年 10 月 15 日（金）
 広島国際会議場

座長 聖路加看護大学学長 井部 俊子
 講師 日本福祉大学社会福祉学部教授 近藤 克則

座長：お待たせ致しました。それでは次の特別シンポジウムをはじめたいと思います。これは学術総会企画Ⅲということになっております。私、井部が担当しております。テーマは『社会的共通資本としての看護の役割と責務』です。この抄録集の 38 ページにこの企画の趣旨を書きましたのでご覧いただきたいと思います。

2009（平成 21）年の第 47 回日本医療・病院管理学会学術総会では、宇沢弘文先生（東京大学名誉教授）による特別講演「社会的共通資本としての医療」がありました。その講演で講師の宇沢弘文先生は、アダム・スミスやジョン・スチュアート・ミルといった 18～19 世紀の経済学者の考え方を紹介されたあと、理想的な社会を実現するための中心は、「社会あるいは個人にとって大切なものを、社会の共通の財産として、みんなで大切に守っていくこと」であり、それを「社会的共通資本（Social Common Capital）」と定義されました。

社会的共通資本には、自然環境、ソーシャル・インフラストラクチャー（社会資本）、そして制度資本が含まれています。そして社会的共通資本のなかで最も大切なものは、「医療」と「教育」であると指摘されています。

なかでも医療においては「病気になったりけがをしたときに、そのときどきに提供できる最高の医療を、すべての人たちが享受することができるという

社会をつくる必要がある」と述べ、「医に経済を合わせる」という医療の原点を忘れ、“経済に医を合わせる”という市場原理主義的な政策への転換を批判しています。

そして、医療は「社会的共通資本」の重要な構成要因であり、すべての国民にとって共通の財産として大切に守り、次の世代に引き継いでいかなければならないものである」と結んでいます。

そこで、本セッションでは社会的共通資本としての看護という役割に焦点を当ててみたいと思います。看護は広義の医療では下位概念ではありますが、狭義に医療をとらえますと医療の上位概念というふうに私は考えているわけです。さらに、看護は介護をも包括する広い概念を持つケアの本質を有していると思います。それは私が看護職であるからということもあると思います。少子高齢社会の我が国はこれまでになく看護への期待とニーズが高まっています。社会的共通資本としての医療の構成要因として看護は不可欠な要素であります。高齢社会は多死時代を迎えることでもあります。看護の機能の一つでもある“安らかな死への援助”が必要とされます。こうしたなかで少子高齢社会の共通の財産としての看護をどのように構築し提供すべきかを提案し、議論したいと考えております。

セッションではまず基調講演として、これは演者の近藤先生が「社会的共通資本としての医療」とい

う本の中で担当されていたテーマであるのですが、『Well-being（幸福・健康）と社会的共通資本 — イギリスからの示唆』ということです。なお、講師の略歴は下にご覧いただけますので、省略させていただきます。では先生、お願い致します。

近藤：『Well-being（幸福・健康）と社会的共通資本』と題してお話しする機会をいただきました。そのきっかけは、企画趣旨でお名前が上がった宇沢弘文先生編集の『社会的共通資本としての医療』という本です。この本の中で、「イギリスの医療荒廃と労働党政権による改革—成果と課題、日本への示唆」¹⁾という章を書かせていただきましたので「イギリスの話を中心に」と、ご依頼をいただきました。

一方、私以外の3人の抄録を拝見しますと、日本の医療・看護・福祉現場や終末期ケアのお話を中心であることがわかりました。そこで今回は、イギリスの経験に学びながら、日本の医療崩壊や終末期ケアを題材に、社会的共通資本としての医療や看護そしてwell-being（幸福・健康）についてお話したいと思います。まず最初に「社会的共通資本とは何か」を確認し、その後、日本における「社会的共通資本としての医療・看護」の現状がどうなっているのか、3つの視点から考えます。

社会的共通資本とは何か

社会的共通資本とは何か、先ほどの本¹⁾のはしがきに「ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境や社会的装置である」と書かれています。具体的には、① 自然環境、② 社会的インフラストラクチャー、そして③ 医療・教育などの制度資本の3つあり、中でも医療と教育、この2つが特に重要だと強調されています。そこで特に大事と言われている医療の持続性や安定性が担保できているのか、を第1の視点として取り上げたいと思います。

また宇沢先生は「社会的共通資本としての医療」の要件として「社会を構成する全ての人々が、老若、男女を問わず、また、それぞれの置かれている経済的、社会的条件に関わらず、そのとき社会が提供できる最高の医療を受けることができるような制度的、社会的、財政的条件が用意されている」こと、これが大事な視点だということも書かれています。

そこで、第2の視点として、その人の経済的、社会的条件に関わらず医療を受けられているのかを検討します。その中では、低所得層で受診抑制が起きていることをお示しします。そして、第3の視点では、受診抑制などによってもたらされている健康格差への総合対策について考えます。そこでは、医療の枠を超える、まさに社会的共通資本の整備が必要であることを述べたいと思います。

イギリスの経験に学ぶ

なぜイギリスに学ぶのか。1つには、菅直人首相や民主党が使うスローガン「第3の道」のモデルがイギリスにあるからです。

もう1つは、医療とか看護に限定しても社会的共通資本に関わって学べるのが2つあるからです。今の日本は「医療クライシス」あるいは「医療崩壊」の瀬戸際にあると言われています。地方によっては病院が閉鎖されたとか、車で2時間も行かないと出産できる所がないなどと報じられています。

イギリスは日本よりも十年前に、同じような状況を経験しています。そこからどうやって脱出するかと論議した結果、イギリス政府は「第3の道」をキーワードにして医療改革のプランを練り、「医療クライシス」からの脱出を図ってきました。それへの評価は人によって「成功した」から「まだまだ」まで分かれてはおりますが、かつてに比べれば、状況が改善してきたことは多くの人々が認めています。一体どのような改革が論議され実行に移されてきたのか。これが学ぶべきことの1点目です。

2つめに学ぶべきは、先ほど紹介した「すべての人々が社会的、経済的な条件にかかわらず」という社会的共通資本の要件に関わることです。イギリスにおいては「健康格差」、あるいは「健康の不平等」が以前から社会的に注目を集めてきました。豊かな社会になったのに、未だに貧しい人たちの間に病気が多い実態が解明されるにつれて「これを放っておけない」と、医療関係者だけではなく政府も対策を発表しています^{2,3)}。では日本においては健康格差はないのでしょうか。それを検証した私どもの研究結果もご紹介しながら考えたいと思います。

1. 「医療クライシス」の原因と対策

まず1つ目の視点, 「社会的共通資本としての医療」の持続性と安定性が損なわれ「医療クライシス」の兆しがもたらされた原因と対策についてです。私は2000年から2001年にかけて、イギリスのケント大学に滞在しました。イギリス医療の荒廃ぶりを知り、ブレア首相らの医療改革が本格化する時期にちょうど立ち会いました。ぜひ日本の多くの関係者に知っていただきたいと、『『医療費抑制の時代』を越えて—イギリスの医療・福祉改革』⁴⁾ という本で紹介しました。

荒廃したイギリス医療と医療費抑制

「救急患者の待ち時間」を調査してみたら、病棟にたどり着くまでに平均で3時間32分待っていたという報告があります。待ち時間調査には、どの時点から時間を計り始めるかという基準があります。この調査では、受付けしてからでなく救急担当医が入院の必要があると判断してからとの時間でした。別の調査では、救急車が病院のゲートに入ってから、待ち時間を測り始めるという基準が使われている。すると病院は待機時間を少しでも短くしたいので、救急隊から「今から行きます」と連絡が入ると、「病院のゲートに入らないで、前の道路で待ってくれ」と言うのだそうです。当時のイギリス人にとって、病院の前で救急車が行列を作っているのは珍しい風景ではなかったと聞きました。

入院待機している患者数を見ると、130万人もいました。この中には癌患者も入っています。実際に手術を5回も延期されて、ようやく手術台に乗ったときには、もうまわりに浸潤していて「手術不可能です」と言われ、手術台から下ろされた人も出て、スキャンダルとして報じられました。

その他にも、患者による暴力事件がなんと9万5千件。イギリスではこんな数字まで、10年以上も前から毎年報告されていました。日本でも調べてみると、3割もの看護師さんたちが被害に遭ったことがあるという報告もあります。日本でも長時間労働が話題になっていますが、イギリスの研修医は半数が労働基準法違反だったそうです。イギリスの医師や看護師の自殺率は、他の職業に比べ2倍以上で、英国医師会雑誌(BMJ)の巻頭言に『医師はなぜこれほど不幸なのか』という巻頭言が載るほど当時は

医療が荒廃した状況になっていました。

経済開発協力機構(OECD)が加盟諸国の医療制度改革の経験をまとめたレポート⁵⁾を出しています。その中でイギリスを例として取り上げながら、医療費を抑えすぎると、①医療の質が低下する、②人材が流出する、そして③サービスの供給不足という弊害が出ることを指摘しています。今の日本の状況をみると、まさにこれらが起きています。例えば医療事故など医療の質の低下、病院から医師が流出し、そして産科医不足や病棟・病院閉鎖など医療サービスの供給不足が生まれています。これら日本の医療クライシスの兆しは、医療費を抑えすぎればどの国であっても起きるものという見方ができます。

「社会的共通資本としての医療」を持続的、安定的に維持するためには、ある程度の医療費は必要です。GDP(国内総生産)比で見た日本の医療費水準は8.1%(2007年)で先進7カ国の平均9.7%に対し16.5%も低く最下位です。宇沢先生が言うように経済や財源に医療を合わせるのではなくて、人々が安心して暮らせる医療を保障する水準に経済・財源を合わせるという発想も必要です。

イギリスの医療制度改革

イギリスは、荒廃した医療をどうやって立て直そうとしたか。まず、ブレアは基本理念とそれを表す「第3の道」というスローガンをつくりました。「第1の道」は、かつての労働党の「効率」よりも「公正」を重視していた路線です。その後イギリスの元気がなくなって「先進国病」などと不名誉な表現もされました。そこに登場したサッチャー率いる保守党が選んだ道が「第2の道」です。いわゆる「小さな政府」路線で、「公正」よりも「効率」が重視されました。その具体例の1つが、医療費を抑えることでした。先進7カ国の最低水準にまで抑えられた結果、医療の荒廃を招いた、とブレアたちは批判しました。そして、「われわれは『第2の道』とは一線を画す。しかし、『第1の道』には戻らない。いまや労働党は生まれ変わった『新しい労働党(New Labor)』だ。我々は『第3の道』を選ぶ」と宣言しました。日本も同じですが財源は限られている。だから効率も考えること必要だ。だから「効率」と同時に「公正」も、そして医療の「質」も重視する。バランスよくやるのが「第3の道」だと提言したわ

けです。

医療の質を良くするためには、サービスの質評価が必要です。イギリスでは政府が情報化に多額の投資をしました。新しい組織も作って医療サービスの多面的なモニタリングを始めました。その中には、後ほどお話しする公正や健康の不平等の評価も含まれています。

日本の民主党は、イギリスのやり方を意識していて、後追いをしています。例えば、医学部の定員を1.5倍にすると選挙前に言いました。実は、これはイギリスがしたことなのです。イギリスでは、医学部の定員を4,000人から6,300人と6割近くも増やしました。それからブレア首相は医療費を1.5倍にするとやった。大盤振る舞いに感じますが、OECDの平均レベルにしようと思うと1.5倍は必要だというのが論拠でした。日本の民主党も同じことを言ったんですが、財源がないので2010年の診療報酬改定では、わずか0.38%の増加にとどまりました。

ブレアは、医師をはじめとする医療従事者を増やす、医療費を増やすと言った。ただし量を増やすだけではなく、その使い方、改革の戦略と仕組みまでつくった。イギリス政府がつくった改革の全体像がNHS (National Health Service, 国民保健サービス) プランであり、疾患・領域別の目標と戦略がNational service frameworks (NSF) です。これを10の疾患や領域につくりました。例えば癌とか循環器、糖尿病、脳卒中あるいは高齢者、精神保健などです。これらの主要な疾患・領域において、投入した医療費とか人手で、どのように「あるべき医療」に近づけていくのか、その戦略を描き出しました。このNSFについても日本は学ぶべきだと思います。医療クライシスから立ち直るためには、むやみに人手とお金をつぎ込めばいいのではなく、医療提供の仕組み、構造も変えないといけません。では、どう構造を変えていくのかという見取り図、そこに至る道筋、戦略を練って示したのがNSFです。まず現状を評価して、ここに課題があるということを抽出し、5年後10年後の数値目標も掲げてました。例えば、脳卒中病棟は一般病棟に比べ治療成績が良いというエビデンスが確立しています。しかし脳卒中病棟で治療を受けられる患者の割合が少ない状況がある。それを課題として指摘し、5年後、10年後に達成されるべき数値目標を示しました。そして、その目標に至るための戦略とそれに必要な医療費や人

手、設備などの資源投入計画を示したのです。

日本も今、医療クライシスの瀬戸際で、このままではいけないと、国民の多くが感じ医療現場からも声があげられました。その結果、医学部の定員については、増やす方向へと転換しました。医療費についても、もっと増やすことが必要だという意見が医療界では多いと思います。しかし、もし医療費を増やせるとして、そのお金をどこにどのように使うのかということについては、日本ではまだ論議が熟していないのではないのでしょうか。

日本における高齢者用 NSF 策定に向けて

私は厚生労働省の高齢者医療制度改革会議に委員として参加しています。今後10年から20年の間に、高齢者の医療・介護ニーズは構造的な変化をすることが予測されています。それに備えて構造改革を進めるため、日本版NSF作成に向けての論議をはじめべきだと考え、私は高齢者用NSFのイメージを試案として示しました⁶⁾。

ニーズの変化の例をあげます。後期高齢者が増えていくのに加えて、一人暮らしの高齢者が急増します。「単身急増社会の衝撃」⁷⁾という本を見ると、そのインパクトがまさに衝撃的だとわかります。1990年に6%であった男性の生涯未婚率—50歳までに結婚をしたことがない方の割合—が、今から20年後の2030年には、男性で29%、女性でも23%になると推計されています。結婚しないという方たちが珍しくなるわけです。今は、親が倒れたときに、仕事をもつ女性が仕事を辞めて介護するかどうかを悩んだりするわけですが、その前提は結婚していてご主人がいて、生活費のメドが立っていることです。もし単身者となれば、自分の生活、老後のことを考えると、仕事を辞めて介護に専念するという選択は考えられません。さらに将来、単身の方が倒れた時、面倒を見る配偶者も子どももいないわけです。そういう単身の人たちが増えるのに備えなければなりません。

また終末期ケアや緩和ケアのニーズも大きく増えます。本日の演者3人の抄録の内容を拝見しても、これらに関わるものが多いのがそれを象徴しています。今は年間で約115万人の方が亡くなっていますが、30年先になると年間で約170万人の方が亡くなる時代が来ます(図1)。終末期ケアや緩和ケアのニーズがおよそ1.5倍になるわけです。この変化

に、今ある医療・福祉サービスの構造をそのままに量的に増やすだけでは対応できるでしょうか。医療の目標を、いつまで“延命”に置くのか。延命よりQOL (quality of life) とか well-being (幸福・健康) を高める方向にシフトすべきではないか。そんな論議がなされる機会が増えるでしょう。「食べられなくなったら経管栄養」という前に、そもそも経管栄養をご本人が望んでいるのかどうか。そこから問い直す必要があるのではないのでしょうか。単身急増社会になれば、終末期ケアでも家族介護者に依拠して在宅で支えることが困難になるでしょう。終末期に至る前の虚弱な高齢者でも健康な高齢者でも、人々との繋がり、社会参加できる場を増やすことの重要性が増すのではないのでしょうか。

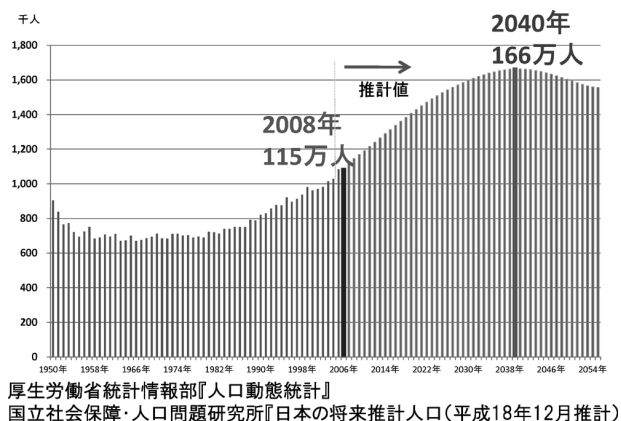


図1 死亡者数及び死亡者推計

このように人類が見たことがない超高齢社会に備えるには、対処すべき多くの課題が予見されます。今あるサービスを増やすだけではなく、新しく必要となるサービス領域に資源をシフトしないと行けない。量的なシフトだけではなく、今はないけれど新しいニーズに対応するために、必要となる新しいサービスをつくり出さないと、日本社会のこれからの変化には耐えられないと思われます。

以上、1つ目の視点として取り上げた「医療クライシス」の原因と対策についてまとめます。医療費抑制が行き過ぎれば、医療クライシスを招きます。対策を考える上で1つのモデルとなるイギリスでは、医療費を10年間で2倍に増やしてきました。日本の現状をみますと、「社会的共通資本としての医療」は、医療クライシスの瀬戸際にあると思います。持続性や安定性を担保していくためには、適度

な費用の投入が必要です。そして超高齢社会では、ニーズの構造が変わってきますので、それに備えて提供体制や内容についても構造改革が必要です。イギリスのNSFを参考に、日本でも改革のための戦略とか見取り図となる日本版NSFを急いでつくる必要があるのではないかと。この点については、近著⁸⁾に書いていますので、ぜひご覧いただきたいと思います。

2. 「健康格差」への着目と原因説明

2つめにイギリスから学ぶべきは、「すべての人々が社会的、経済的な条件にかかわらず」という社会的共通資本の要件に関わることです。

イギリスにおける健康格差

イギリスは昔から階級社会だと言われ国民の関心も高い。政府統計の中にも、社会階層別のいろんなデータが詰まっています。例えば、職業で社会階層を非熟練労働者から専門職まで分けて、死亡率を比べたものがあります(図2)。1930年代には、社会階層が高い専門職・管理職に比べると、非熟練労働者の死亡率は1.2倍と2割高かった。いのちにも格差があったわけです。その後、受診時原則無料の医療保障制度NHSを導入したので、健康格差は小さくなるだろうと期待されていました。ところが1990年代になって調べてみたら、むしろ格差は拡大していた。全体の死亡率をみると下がっているのですが、社会階層が高い人たちが下がり方が大きくて、社会階層が低い人たちでは下がり方が小さい。



図2 拡大する健康格差

Tackling Health Inequalities 2003, p 37

Group V (非熟練労働者) と I (専門職・管理職) との死亡率格差は、60年間で1.2倍から2.9倍へ

そのために、格差は2.9倍と、むしろ拡大しているという実態が明らかになりました。

これを放置しておいてよいのかと論議になりました。日本だと、政府がこのようなデータを発表することなど、いまだかつてありません。しかし、イギリスは当時 New Labor（労働党）の政府だったということもあって、政府が出したレポートで、このような健康の格差、健康の不平等の実態を示しただけでなく、政府の責任問題だと明記されました。そしていろんな指標を使って健康格差もモニタリングし、是正するための対策をはじめました。

日本における健康格差

欧米諸国で健康格差が広がっていること、それを是正しようとしているイギリス政府の対応に私には驚きました。日本における研究を探したのですが、地域間格差の研究以外にはあまりありませんでした。そこで、日本に帰ってきてから高齢者約3万3千人にご協力をいただいて調査をしました。その結果をまとめたのが「検証『健康格差社会』—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査」⁹⁾です。その中からごく一部をご紹介します。

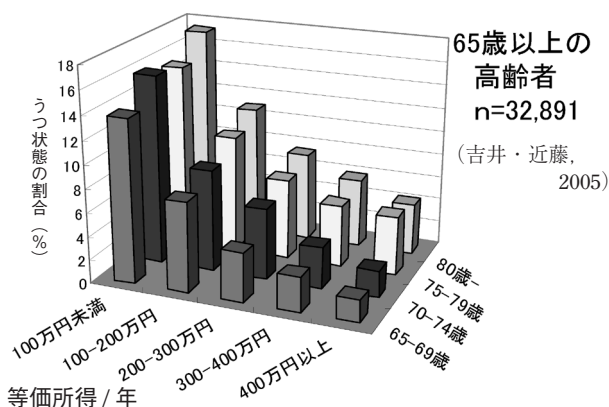


図3 所得とうつ状態の関係

図3は、所得水準（等価所得/年）を横にとって、GDS（高齢者うつ尺度）を使ってうつ状態と判定された人の割合を縦軸に示したものです。

年齢の影響がありますので、5歳ごとに分けて示しました。どの年齢層を見ても、高所得者に比べると低所得の方で多く平均でおおよそ5倍、最も格差が大きいところでは実に6.9倍もの格差があることがわかりました。こんなに豊かになった現在の日本においても、疾患は低所得層に多いのです。このよ

うな格差は、不眠、歯、転倒、閉じこもりなど、いろいろなところに見られました。

宇沢先生が医療と並んで特に重要だと言っている社会的共通資本=教育の重要性も確認できました。調査対象の高齢者が教育を受けたのは約50年前の話です。その時代には、当時の国民学校も卒業させてもらえなかった人達が少数ながらいました。「勉強する暇があったら、田畑を手伝え」などと言われた人たちです。一方で、当時既に高校を出た後さらに大学に進むなど13年以上教育を受けられた人たちもいます。この人達の間で閉じこもりの率を比べますと、教育を受ける機会を得られなかった人たちでおよそ4倍も多いのです。

日本における受診格差

「経済的、社会的条件に関わらず、そのとき社会が提供できる最高の医療を受けることができる」のが、社会的共通資本としての医療の要件です。では実態はどうかといいますと、この要件を満たしていません。

まず予防につながる健診では、教育年数や所得で見た階層が低い人ほど、健診を受けていません。言い方を変えると健診というのは健康な人ほど受診している。もっとも健診に来て欲しいリスクの高い人ほど健診にも来ていないという実態があります。

また日本では、医療機関での高齢者の窓口負担が1997年以降引き上げられてきました。2006年調査では、約2万6千人の高齢者に、必要な医療の受診を控えたことがありますかと尋ねてみました。受診を控えた人の割合は、高所得の方の9.3%に比べ、低所得の人手は13.3%で、4%ポイントあるいは約

村田・尾島・近藤ほか 2008

n=25788人

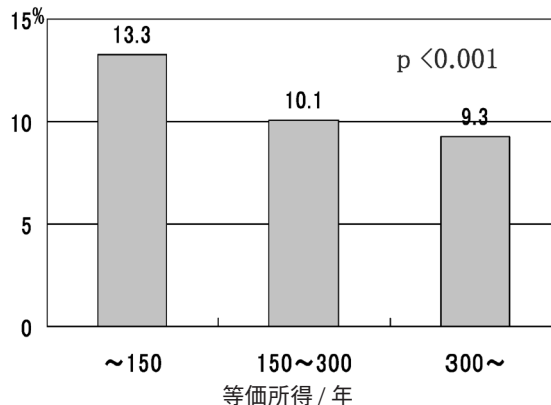


図4 過去1年に必要な受診を控えた高齢者の割合

1.5 倍多いという実態がありました (図 4)¹⁰⁾。理由を尋ね、待ち時間が長い、医者は嫌い、費用が心配、近くにない、の中から選んでもらいました。所得階層間でもっとも差が目立ったのは、窓口の費用負担でした。いま高齢者医療制度の改革案が論議されていますが、そこでは、こういう実態があるというデータも示して、窓口負担を引き上げるべきではないと私は発言しています。が、残念ながら窓口負担をさらに引き上げていく方向の案が示されています。

健康格差が生まれる原因

病気になった後の受診抑制は、健康格差の一因ですが、それがすべてではありません。社会階層の低い人たちほど、病気にかかりやすいことがわかっているからです。

成人病とか、生活習慣病と呼ばれる疾患では、成人期の生活習慣だけが原因のように思われがちです。確かに社会経済的に苦しい立場におかれた人たちほど、喫煙など健康に望ましくない生活習慣が多く見られます。しかし成人期の生活習慣だけでは健康格差のすべてを説明できないことがわかっています。

出生時から小児期、青年期、成人期にいたる間に、リスクが蓄積して、成人期の不健康を招くことがライフコース疫学で解明されてきています。例えば、出生時の体重が記録された人たちを 64 年間追跡した研究などもあります。出生児体重が大きかった人に比べ、小さかった人が糖尿病になる率は、なんと 5 倍以上多ったそうです。このようなライフコース疫学の知見が示唆するのは、成人期になってから「生活習慣を変えなさい」と指導しても間に合わないということです。子どもの頃に身についた生活習慣は、成人期に持ち越されます。つまり、成人期になってからでなく、もっとさかのぼって子ども時代に健康的な生活を保障することが、国民の健康水準を上げるのに大事ではないか。出生児体重が小さい人は、親御さんの社会階層が低い方に多いので、親世代の貧困対策も必要ではないか。そのような論議がイギリスあるいは WHO では既にされています。

先ほど医療と教育が、社会的共通資本の中でも特に大事だと宇沢先生が書かれていると紹介がありましたが、親の社会経済的な条件にかかわらず、子どもの環境を良くすること、教育を受けられるようにすることが、成人期あるいは高齢期の健康にも重要

であることを知っておく必要があります。受けた教育によって職業も違ってくるし、同じ会社の中での階層も違ってくる。給与も違えば、年金額も違ってきます。これらが積もり積もってどうなるのか、男性高齢者 12,599 人、女性高齢者 15,563 人を 4 年間追跡して、所得別に死亡率と要介護認定率を見てみました (図 5)。所得の変数として介護保険料区分を使いました。第 1 段階は生活保護を受けているような低所得の方、第 5 段階ですと課税所得が 200 万を超える豊かな方です。すると男女とも要介護認定を新たに受ける方は低所得層で約 2 倍多く、男性の死亡率では 3 倍もの違いがありました。

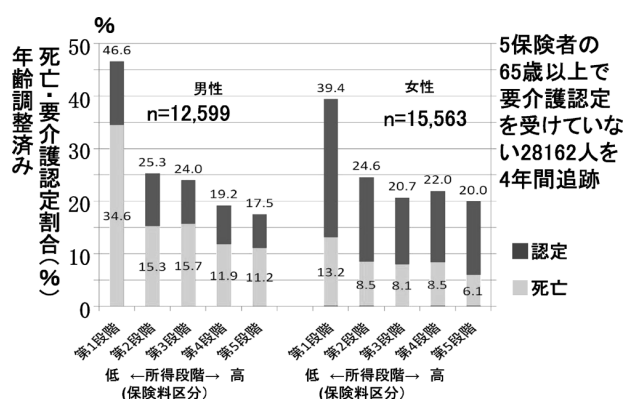


図 5 所得段階別死亡・要介護認定割合 (年齢調整済) 近藤・平井・他 2008

「健康の社会的決定要因」(WHO)

海外では、このような「健康格差」や「健康の社会的決定要因」に関するレポートが相次いで出ております。WHO も、「健康の社会的決定要因」報告書の初版を 1998 年に、改訂版を 2003 年に出しています。その表紙には大きく“The Solid Facts (確固たる事実)”と書かれています。「健康の社会的決定要因」を踏まえて、健康政策、医療政策を練り直す段階にあると、WHO は専門委員会を設置しただけではなく、2009 年の WHO 総会で決議をあげております。WHO 及びその加盟諸国 (だから日本も含まれる) の政府は、公共政策にこの視点を入れるべきであるとの勧告も出ています。

終末期ケアにおける格差

私のあとに終末期ケアに関わる報告をされる演者が複数おられるというので、終末期ケアにおける格差についてのデータも持ってきました。これは介護保険導入直前に、当時日本にあったすべての訪問看

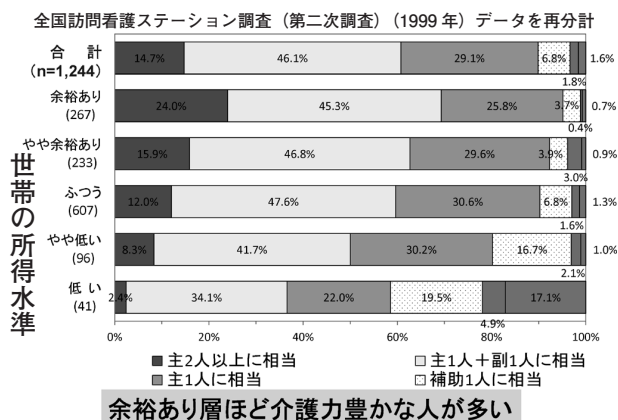


図6 世帯の所得水準別介護力

訪問看護ステーションに調査への協力をお願いして、訪問看護ステーションのサービスを使った後に亡くなった約1,300人の事例を分析したものです。既に書籍¹¹⁾の形で報告していますが、その中では分析していなかった社会階層や格差の視点を入れ再分析をしてみました¹²⁾。すると、予想以上に、強い関連が見られて驚きました。

世帯の所得水準については、訪問看護師さんに「余裕がある」から「低い」までの5段階で評価してもらいました。一見、客観性に劣る評価に見えますが、訪問看護師は訪問して家の中を見ているので、所得を尋ねただけではわからない、お住まいや車の有無、消費水準なども見た上で評価した総合的なものと言えます。例えば、図6は、世帯の所得水準と介護力の関連を示したものです。経済的に余裕のある世帯ほど、介護力もあることがわかります。貧しい方たちほど介護力は乏しく、介護者に息子が増えてきます。

在宅療養を開始した理由をみても、世帯の所得水準によって違いました。例えば“家族と過ごす時間を大切にしたい”は、経済的に余裕のある人たちの間では6割もあるのですが、余裕のない世帯においては24%まで減ってしまいます。逆の傾向があったのは、病院から「退院してくれ」とか言われたので“やむを得ず”が、実は社会階層が低い人たちほど多い実態が見えてきました。

さらにどこで亡くなっているかを全体で見ると、病院と自宅でだいたい半々です。これを所得水準で分けてみると、図7のように、経済的に余裕のある方では6割弱の方が家で最期を迎えられていましたが、余裕のない方たちでは32.5%にまで下がり、7割近い方が病院施設で亡くされていました。

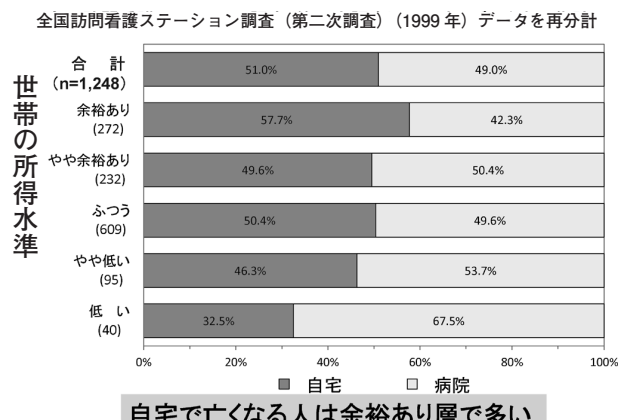


図7 世帯の所得水準別死亡場所

さらに、在宅療養を開始した時点で上げていた在宅療養開始理由がどれくらい実現できたかを、担当していた訪問看護師に評価してもらいました（図8）。やはり経済的に余裕がある人たちでは「実現できた」という人たちが多くて、余裕がなくなるほど減ってしまうという実態がありました。

担当の看護師さんに、「ご家族がどのような言葉を発していましたか」と尋ねその言葉を控えて頂きながら5段階で「家族の満足度」を評価してもらいました。やはり、「満足だった」という主旨の発言をされたご家族は、経済的に余裕のある方に多くて、経済的に厳しくなるほどそういう方たちが減っていった「悔いが残る」ような発言をされた方が多くみられました。

最後に、担当の看護師さん自身に、あなたが担当したそのケースの“死に至る過程の質は高いと思いましたか”を聞いてみると（図9）、余裕のある層では「良いケアができた」人が多いのですが、経済的に厳しい世帯ほど質が高かったとは思われていないのです。

ここまで、第2の視点、すべての人々が社会的、経済的な条件にかかわらず最高の医療・看護をという「社会的共通資本としての医療」の要件が、日本でどの程度満たされているのかを見てきました。健診でも医療でも受診抑制の実態があること。それだけではなく、終末期ケアでご紹介したように訪問看護やケアの質にも差があること。さらに、保健・医療サービスを受ける前の時点で、経済的、社会的条件によって、うつで約7倍もの健康格差があること。それらが相まって、男性の死亡率では3倍という格差がみられること。つまり「生きる」という基本的人権が、すべての人々に保障されていない実態があ

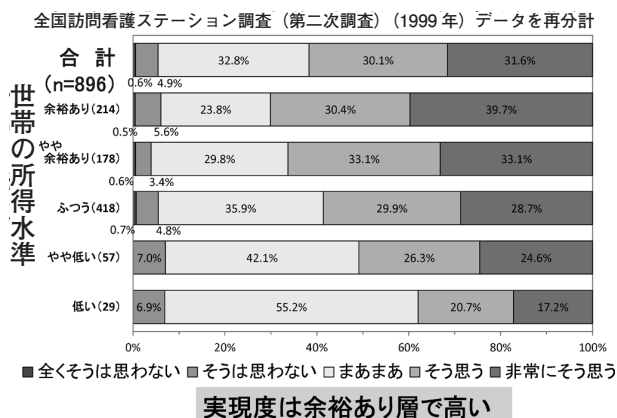


図 8 在宅療養開始理由の実現度

るのです。

このことを踏まえて私たち医療関係者は、自分たちが提供する医療サービスのあり方、あるいはそれを提供する医療制度、政策、そういうものを改めて見直す必要があるのではないかと考えます。

海外に見る「健康格差」への総合的対策

日本ではまだ、健康格差の実態すら十分に研究されておらず、国民にも十分知られていません。加えて、健康格差を是正すべきだという主張に対して「格差はなくせない」という消極的な声があります。そこで第3の視点では、健康観にさかのぼりつつ、海外での健康格差への総合対策について考えます。

問い直される健康観・疾病観・健康政策

多くの社会経済的な要因が、健康状態に、あるいは提供・利用されている医療や看護、ケアに強く影響しているとすれば、「健康や疾患をどうとらえるのか」という健康観・疾病観、そして健康政策も問い直す必要があるのではないのでしょうか。

感染症に代わって増えたのは生活習慣病であり、それは生活習慣が悪いから起きる。だから生活習慣を直せば良いという健康観・疾病観が主流になってきました。しかし、ご紹介してきたように、心理的社会的な要因が、おそらく多くの方が予想されている以上に大きなインパクトを持っている。であれば、これらを取り入れた健康観や疾病観、それを元にした研究や臨床、そして政策へと舵を切り直す必要があるのではないかと考えます。

これは新しい話ではありません。1948 年の WHO 憲章の前文に「健康とは」というくだりがあります。そこには「健康とは身体的な健康のことである」と

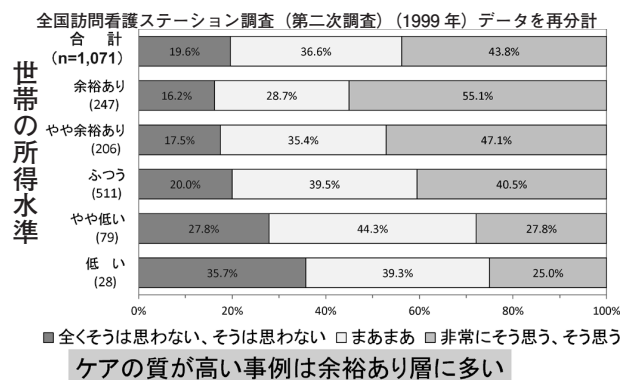


図 9 担当看護師評価：死に至る過程は質が高かったか

は書いてないのです。「身体的・精神的及び社会的に良好な状態。well-being がすべて揃うことであって、単に疾患や病弱でないことではない」と明記されています。この原点に戻って、人々の心理的な面、あるいは社会的な面も評価する、あるいは支援する。そのことの重要性に改めて注目すべきではないでしょうか。

狭い意味での生物・医学モデル、ヒトの生物学的な側面に光を当てた健康や疾患のとらえ方ではなく、再び WHO 憲章前文にある健康の定義に戻って、人間の精神的な側面や社会的側面、それらも取り込んだ健康観・疾病観、ケアの戦略を再構築していく必要があります。政策で言えば、国民の健康水準を上げるためには、保健・医療政策だけでなく、福祉による支援や教育、社会保障による格差の是正などの制度資本、つまり社会的共通資本の拡充が必要なのです。

海外に見る健康格差対策

話が拡張しすぎて「医療職の枠を超える話だ」「そんなのは不可能だ」という反応が予想されます。では、どんな対策が海外では模索されているのか、最後に紹介したいと思います。

その面でも、取り組みがもっとも進んでいる国の一つがイギリスです。イギリスでは、まず研究レベルで健康格差に関わるエビデンスが膨大に蓄積されています。政府統計においても社会階層に関するデータが収集されています。それらをまとめた健康の不平等に関する報告書が、政府が設置した委員会から出され、政府が対策を講じるべきとされました¹³⁾。それを受けて、保健省から『Tackling Health Inequalities（健康の格差を阻止）』と題する政府文

書^{2,3)}も出されています。2003年の文書の序文には当時のブレア首相が顔写真入りで出ています。ここでは、健康格差の実態に対し、もはや無視できない。健康格差をなくすために行動を起こすと書いています。2010年の数値目標をかかげ、その後の変化をモニタリングするとしました。実際に2009年には、その後の変化をモニタリングしまとめた文書が出されています³⁾。

2003年の報告書の中では、健康格差は、その背景にある因子まで立ち向かわないと解決しないとして、医療政策以外にも多くの政策があげられています。例えば、緑豊かなコミュニティ、交通政策、住宅政策、地域のボランティア、社会的ネットワーク、さらには貧困児童の抑制や教育政策、失業対策、社会保障などです。これらを、そう思って見てみますと、社会的共通資本そのものです。宇沢先生が社会的共通資本の3つの構成要素とする自然環境も、社会的インフラも、さらに制度的資本も入っています。それらを総合的に豊かにしてすべての人々に保障することが、健康格差対策にもなるわけです。

WHOも、「健康の社会的決定要因」に関する委員会を2005年に設置し、その最終報告書が2008年に出て、2009年には総会で決議をあげています。その中では3つ勧告(図10)—第1に、すべての人々の日常生活の環境条件を改善すること。第2に、そもそもの社会経済格差、不平等の是正を進めること。そして、第3に、研究を進めて、その実態や原因、プロセスなど解明し、諸政策や対策のインパクトを評価すること—が示されています。日本もWHO加盟国です。まずは基本的人権に敏感な医療関係者の中で、第3の勧告に応じて研究・実践する人が増え、その成果を社会にフィードバックすることによって、第1、第2の勧告を実現する条件が整えられていって欲しいと願っています。



図10 「健康の社会的決定要因」に関する専門委員会(WHO)の勧告

ま と め

日本における「社会的共通資本としての医療」を3つの視点から見てきました。第1の視点「持続性・安定性」から、イギリスと対比してみると、日本の医療費水準はかつて医療クライシスを経験した当時のイギリス並です。先進7カ国で最低水準の医療費水準によって、日本医療には多くの問題が吹き出していると考えられます。持続性を確保するためには医療費の拡充が必要です。また、日本が経験する超高齢社会は、人類が未経験の水準です。これに対応し安定した制度とするには、今までの医療・看護・介護サービス、あるいはケア・システムだけでは対応できません。新しいタイプのサービスやシステムを開発することが必要です。それを構想する上で、目標と戦略を示したイギリスのNational service frameworks (NSF)の考え方も学ぶべきだと思います。

第2の視点では、いかなる社会的経済的条件であるのかにかかわらず、医療・看護や健康が保障されているのかを検討しました。健診や医療における受診抑制が見られること、終末ケアにおいて訪問看護を利用している人たちの状況にも格差があること、それらが一因になって健康格差がもたらされているという実態が分かりました。このことを踏まえて、私たちは「社会的共通資本としての医療」の要件を満たすために、そのあり方を見直す必要があるのではないのでしょうか。

第3の視点「健康格差に対する総合的な対策」を練るためには、生物医学モデルではなく、心理社会的なものも取り込んだ健康観、あるいは医療・看護観、そしてWell-being観が必要です。さらに健康格差は、医療とか看護だけでは解決しない根深い問題であることを知ることも重要です。その是正には、多くの社会政策を動員して、社会的共通資本全体を豊かにする、そういう考え方が求められています。

「そんなことできるのかしら…」と思われた方には、ナイチンゲールの言葉を贈ります。「天使とは、美しい花をまき散らす者ではなく、苦悩する者のために戦う者である」

座長

ここでのナイチンゲールは『闘うナイチンゲール』ですね。ありがとうございました。

文 献

- 1) 近藤克則：イギリスの医療荒廃と労働党政権による改革—成果と課題，日本への示唆，宇沢弘文，鴨下重彦：社会的共通資本としての医療，147-165，東京大学出版会，2010
- 2) Department of Health：Tackling health inequalities：a programme for action. <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf>, 2003
- 3) Department of Health：Tackling Health Inequalities：10 Years On - A review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_098936, 2009
- 4) 近藤克則：「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革，医学書院，1-319，2004
- 5) The OECD Health project：Towards High-performing Health Systems（阿万哲也訳：世界の医療制度改革—質の良い効率的な医療システムに向けて，明石書店，2005），OECD, Paris, 2004
- 6) 近藤克則：高齢者医療制度改革の課題と戦略—日本版 NSF 策定に向けて，社会保険旬報 2433（2010 年 8 月 21 日）号：10-16，2010
- 7) 藤森克彦：単身急増社会の衝撃，日本経済新聞出版社，2010
- 8) 近藤克則：「医療クライシス」を超えて—イギリスの医療制度改革と日本の行方（仮題），医学書院，近刊
- 9) 近藤克則，編，検証『健康格差社会』—介護予防に向けた社会疫学的大規模調査，医学書院，2007
- 10) Murata C, Yamada T, Chen C-C, et al.：Barriers to Health Care among the Elderly in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 7：1330-1341, 2010
- 11) 宮田和明，近藤克則，樋口京子，編：在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ，中央法規，2004
- 12) 杉本浩章，近藤克則，樋口京子：世帯の経済水準による終末期ケア格差—在宅療養高齢者を対象とした全国調査から，社会福祉学 印刷中
- 13) Department of Health：Independent inquiry into inequalities in health：Report（Chairman：Sir Donald Acheson），The Stationary Office, London, 10-16, 17, 32-119. 1998