

高齢化不安の危機管理

一校区コミュニティ形成を促す老人医療費抑制の学習一

後田逸馬

(鹿児島国際大学)

【要旨】

高齢化の進行に対する住民の不安は大きい。不安の背後には、高齢化の進行が医療費を膨張させ福祉社会の根底を揺るがす、という市民の認識がある。鹿児島市は、この不安を「安心して暮せる健康なまち」の危機として捉え、災害と同じく市民の積極的参加を期待しているが、そのためには、関係行政の集中を図るとともに、不安の根底にある認識を問い、問題解決の学習と行動を促さねばならない。

本稿は、鹿児島県 96 市町村の高齢化率と老人医療費、健康診査受診率を分析し、
①高齢化の進行は、市民の認識とは逆に老人医療費の抑制要因にもなること、
②抑制のためには、一般成人の受診率向上と生活習慣病予防活動が必要なこと、
③そのためには、関係行政のネットワーク化と④校区単位の生活習慣病予防の組織化が必要なことを明らかにする。

1. はじめに

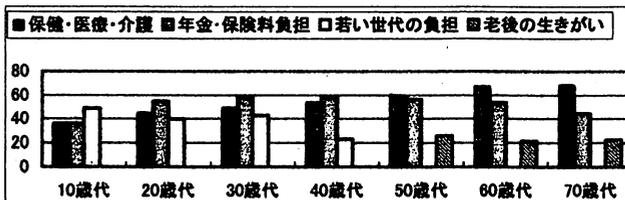
(1) 高齢化問題に対する鹿児島市民の不安

高齢化の進行に対する鹿児島市民の不安は大きい。介護保険導入を前に行われた市民意識調査によると、この不安の中では、「保健・医療・介護」と「年金の給付や保険料負担」が最も大きく（表 1 及び図 1）、高齢層では保健・医療・介護問題が、若年齢層では社会保障費の負担が不安の原因になっている¹⁾。

表 1. 高齢化の進行に対する鹿児島市民の気がかり (%)

気がかり	保健医療介護	年金保険料負担	若い世代の負担	老後の生きがい	高齢者就業
%	56.2	53.5	27.4	20.6	12.8

図 1. 年齢層別鹿児島市民の高齢化の進行への気がかり (%)



老人医療費の膨張は全国的問題でもある。西村周三（京都大学）は、現在の医療費財源調達仕組みが必要以上に世代間の対立を招く、という。「いまの制度では、国民が『広い意味での』コスト意識を持ってない」と指摘し、「自己負担増によってある程度の痛みを感じた患者が、さまざまな自衛策を講じて医療について勉強」すべきだと提案する²⁾。自己負

担が少な過ぎたことが、国民の医療知識の学習を損なってきたというのである。国民皆保険を原則とする医療保険制度の中で、給付額に比べて負担額の少ない老人医療のあり方が、老人医療費の膨張に伴って国民皆保険の基盤を揺るがし、若い世代の不公平感を刺激している。

(2) 危機管理としての健康づくり

鹿児島市は、平成14年度実施の第4次総合計画において、この不安を「安心して暮せる健康なまち」の危機として捉え、災害と同様危機管理の課題にしようとしている。しかし目に見えない危機だけに、問題の正しい認識と解決の学習を伴わない限り、市民による危機管理は困難といわざるを得ない。現在のところ、年金・保険料負担への回答も、「一概に言えない」(27.0%)、「費用負担と福祉サービスの現状維持」(22.3%)、「自己負担による民間サービス充実」(16.8%)、「高負担、高福祉サービス」(15.5%)等と、漠とており、自ら安心して暮せる健康なまちを築こうという段階には遠い³⁾。

平成14年10月の老人医療費及び今年4月からの一般成人の医療費自己負担増は、国民に痛みを与え、医療についての自衛策を促すと思われる。しかし、西村自身も案じるように、学習を伴わない自衛策は日常の予防医療から住民を遠ざけ、最終的には医療費を膨張させる危険をもちあわせている⁴⁾。

鹿児島市は、「健康づくり推進課」を設置して関係行政の連携と集中を図る一方、「健康づくり市民会議」を組織して市民ぐるみの取り組みを図っているが、取り組みの中心となる一般成人の健康づくりへの行政支援には、空白部分がある(表5)。危機管理のためには、厚生労働省鹿児島労働局及び教育行政、さらには地域の住民組織とのネットワーク化によってこの空白部分を埋めなければならない。

地域の老人医療費に関する先行研究は、健康診査とそれに基づく生活習慣病予防が老人医療費抑制に有効であることを示唆している。そこで、本稿においても、鹿児島県編『平成12年度 鹿児島県の生活習慣病』を中心に、「高齢化の進行が老人医療費を膨張させる」という認識の是非、効果的な健康づくりの主役は誰かを分析し⁵⁾、あわせて神戸大震災の際の、地域住民による危機管理を分析した矢守克也(奈良大学)の「避難所運営に関する『10の提言』」を参考に、地域住民による危機管理のあり方を検討する⁶⁾。

2. 予防医療による老人医療費抑制の可能性

(1) 高齢化率と老人医療費の関係

高齢化の進行とともに鹿児島市の老人医療費は、平成2年の283億円が平成12年には562億円へ倍増した。一人当たり老人医療費(以下、平均老人医療費)も、平成12年度の介護保険制の導入時まで増加し続けている。ここから導かれる「高齢化の進行は老人医療費の膨張を招く」という認識は、故なしとしないが、高齢化率に対比して老人医療費の安い地域がある事実を説明できない。福岡や北海道の平均老人医療費は高齢化率の高い山形や長野より高く(表3)⁷⁾、県内で高齢化率最高(45.7%)の上甕村の平均老人医療費は688千円と安いのである(表4)⁸⁾。老人医療費最低(506千円)の下甕村の高齢化率は37.8%である。この理由を解明し、その成果を、高齢化率16.0%であるのに平均老人医療費946千円の鹿児島市に応用すれば、70歳以上の老人医療保健対象者数から推して165

億円から 250 億円の老人医療費節減が可能、と試算されるのである。

表 2. 鹿児島市の老人医療費

年度	平成 2 年	7	11	12
総老人医療費 (千円)	28,365,455	43,405,362	60,693,588	56,233,302
一人当たり (円)	758,326	923,314	1,061,558	946,345*
高齢化率 (%)	11.0	13.4	15.4	16.0

* 12 年度の減少は介護保険の導入による (『鹿児島市の保健と福祉 1002 年』・鹿児島市)

表 3 平均老人医療費 上位 3 県と下位 3 道県の高齢化率 (千円・%)

地域	全国	福岡	北海道	長崎	山梨	山形	長野
平均老人医療費	832	1,078	1,066	986	677	666	643
高齢化率	17.0	18.2	19.4	20.4	19.4	22.7	21.3
高齢化順位		29	24	17	24	4	9

表 4. 鹿児島県の高齢化率上位と下位 3 市町村の平均医療費、健診受診率

地域	全県	上甕村	大浦町	佐多町	伊集院町	鹿児島市	国分市
高齢化率 (%)	21.6	45.7	42.7	42.7	18.2	16	15.4
平均老人医療費 (千円)	831	688	809	755	858	951	847
人口当たり受診率	15.8	27.5	15.0	22.3	11.3	10.4	15.8
対象者当り受診率	37.0	61.1	51.3	31.4	57.9	39.2	32.6

(2) 老人医療費抑制の学習

平均老人医療費の地域差に着目して、老人医療費抑制の要因を探ろうとする試みはすでに行われている。畝博 (福岡大学) は、福岡県の平成 3 年度平均老人医療費 84.1 万円を全国の 66.4 万円と比較し、入院外診療費にはほとんど差がないことから、1.43 倍の開きのある入院診療費 (476 千円 対 333 千円) の規定要因を分析した。その結果、①入院診療率、②長期入院、③人口当たりの病床数、④一世帯あたり人員数、⑤産業構造などの要因の介在を明らかにした。平均老人医療費の地域差に、家庭の介護機能と入院診療の需給関係という要因が介在するほか、健康診査受診率 (以下、健診受診率) については、入院外診療費との相関は認められたものの入院診療費との有意な相関は認めなかった⁹⁾。

澤田賢三と金本恵美子 (滋賀県) による滋賀県 A 町の調査は、地域別の平均老人医療費は、外来、入院、「外来+入院」医療費ともに健診受診者群が有意に低く、医療費階級別には、医療費の高い層に健診未受診者が多い傾向にあることを明らかにした。澤田らは、生活習慣病の予防が医療費の面からますます重要になるだろうと指摘し、健診と予防医療の充実が、外来医療費と入院医療費双方の抑制に役立つと期待するのである¹⁰⁾。

飯島裕一 (信濃毎日新聞) は、平成 8 年度の国民健康保険中央会調査結果に基づき、平均老人医療費最低の長野県の秘密を次のように説明する。①全国最低の平均入院日数 (22.7 日)、②高い在宅死の比率 (32.4%)、③ かかりつけの医者と家庭介護機能、④ 活発な保

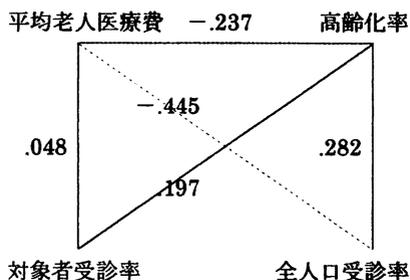
健師と保健補導員の保健活動、⑤高い高齢者就業率、⑥ バランスの良い食生活¹¹⁾。

以上のごく限られた先行研究の概観から、平均老人医療費は、健診受診のほか入院診療の需給関係、家庭介護機能の状況によっても規定されることが明らかだが、ここでは、地域における生涯学習と関係の深い健康診査とそれに基づく生活習慣病予防に限って検討する。

(3) 鹿児島県・市町村別高齢化率と老人医療費

鹿児島県 96 市町村の高齢化率と平均老人医療費及び健康診査受診率との関係を、平成 10 年度と 12 年度について、鹿児島県編『鹿児島県の生活習慣病』を中心に単相関分析を試みた。両年度の差は認められなかったので、ここでは、平成 12 年度分だけを示すことにする。(図 2) (実線は正、破線は負の相関を示す)¹²⁾。

図 2 平成 12 年度 市町村別老人医療費と高齢化率等との相関



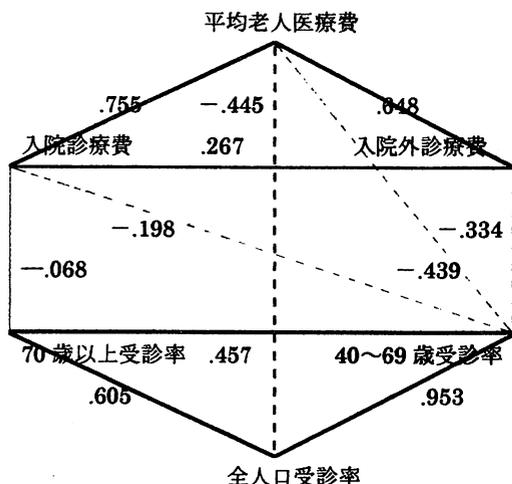
① 高齢化率と平均老人医療費の間には弱い負の相関(相関係数 -0.237 以下同じ)があり、市民の認識とは逆に老人医療費抑制の要因として機能する可能性がある。

② 高齢化率と保健行政が指名して行う対象者健診の受診率との間の相関は認められないが、

40 歳以上の全人口の受診率との間には、弱い正の相関(0.282)があり、高齢化の進行は、健診への関心を高めると推測される。さらに、③ 全人口受診率と平均老人医療費の間には、負の相関(-0.445)があり、健診が平均老人医療費の抑制要因となることを示唆している。

健診は、結果の提示によって予防医療への取り組みを刺激するが、生活習慣病予防の学習と結べば老人医療費抑制に大きく貢献すると推測される。鹿児島市民の主要死因の約 6 割は悪性新生物、脳血管疾患、心疾患等の生活習慣病で占められているのである¹³⁾。

図 3. 平成 12 年度平均老人医療費と全人口受診率の相関



ここで注目すべきは、高齢化率及び老人医療費との相関が、保健行政が指名して行う対象者健診の受診率との間になく、全人口の受診率にある点である。対象者受診率 39.4%の鹿児島市も、全人口当りの受診率は 10.4%に過ぎない(表 4)。老人医療費抑制の指標になるのは、職域検診と住民の申し出による検診を含めた全人口受診率である。

畝が疑った健診受診率と入院診療費との相関は、鹿児島県においても認められなかった。平成 12 年度の平均老人診療費を入院診療費と入院外診療費に、全人口受診率を老人医療費の支給対象となる 70 歳以上と 40~69 歳とに分けて分析した結果、次のことが判明した

(図 3)。①70 歳以上の受診率と入院診療費を含む老人医療費との相関は認められない。②40~69 歳の受診率と入院診療費の相関は認められない(-.198)が、入院外診療費と平均老人医療費総額を規定している(-.334、-.439)。③40~69 歳の受診率と 70 歳以上受診率との間に正の相関(.457)が認められるので、この 40~69 歳の成人層こそは、高齢者を含む地域ぐるみの生活習慣病予防の主役と目される。

3. 危機管理の条件

高齢化不安の危機管理のためには、市民の参加と関係行政の各分野に分散した管理機能の集中が必要だと思われるが、そこには大きな問題が残されている。

(1) 関係行政の集中と行政支援の谷間

鹿児島市 S 校区では、校区内の小学校と中学校が生活習慣病予防に取り組んでいる。平成 14 年 6 月、これに校区の成人を加え、地域ぐるみの活動にできないかという趣旨の検討会が持たれた。健康づくり増進課を中心に、保健センター、保健体育課等が出席したが、そこで児童・生徒と成人の保健指導は保健行政の対象外、ということが明らかになった。このうち児童・生徒の保健指導は教育行政が担当するが、保健行政は乳幼児と妊産婦それに老人を主に担当し、一般成人の保健指導については、対象者健診とお達者クラブの開設、社会教育学級・講座の依頼に基づく指導だけである。どうということか。

分権化時代の関係行政ネットワーク化について調査した鹿児島国際大学の学生、吉村笑美と尾場瀬梨奈は、次のように報告した。〔注()内は、筆者による〕「(成人の予防保健については)保健所ではわからないということで(厚生労働省鹿児島)労働局を紹介された。

(ここでも)健康診断を行うのは、常時 50 人以上の労働者を使用する事業所で、労働者数 50 人未満の事業所の健康診断受診状況は把握されていなかった。…短時間労働者の健康診断の受診については、事業所は健康診断を受診させる義務を負わない¹⁰⁾。鹿児島県情報統計課によると、平成 11 年の中小規模事業所の従業員数は、県内全事業所 86,170 (総従業員数 634,531 人)の 72%、約 45 万 9 千人である。これにパート従業員を加えた相当数の従業員(行政も数の把握はできない)の保健指導が空白、ということになる。保健センター提供の資料および吉村らの調査結果を整理すると表 5 のようになる。危機管理に必要な関係行政、特に健康づくり課と労働局との連携は乏しい。健康づくりの主役と目される一般成人のうち、対象者健診と職域健診からもれた中小企業従業員やパート従業員の健診と学習は、行政支援の谷間に放置されている。鹿児島市の高齢化不安の危機管理は、この谷間を埋めことから始めなければならないが、問い合わせに、市民会議は、「中小企業も構成団体になっている」と胸を張り、労働局は、「50 人以下の事業所も職域健診の義務が

表5. 鹿児島市S中学校区の予防保健活動（鹿児島市東部保健センター）

	乳幼児・妊産婦	児童・生徒	59歳以下の成人	60歳以上の老人
保健センター	○	×	△	○
教育委員会	×	○	△	△
労働局	×	×	△	×

注 ○は主対象、
△は一部対象、×は
対象外を示す。

ある。報告義務がないだけ」と責任を全うしていることを強調した。

この谷間を埋めるには、社会教育行政による「広範な領域で行われる学習活動に対して、さまざまな立場から総合的に支援していく仕組み（ネットワーク型行政）の構築」（平成10年9月・生涯学習審議会答申）が有効なことは言うまでもない。平成14年10月の第2回S小学校区公民館の話し合いに参加した生涯学習課と地域公民館からは、次のような指摘があった。「住民が動いて、後押しが欲しいという要望をしない限り行政は動けない」ネットワーク型行政の構築は求めがあって始動する、という見解である。主役は地域住民、ということだが、地域のリーダーからは、「行政が支援してくれれば住民にも説明しやすいが…」というぼやきももれた。関係行政の機能不全の中で、地域連帯の弱い市民参加の危機管理が可能性なのか、鹿児島市の企画は進退きわまった感じを受ける。そこに貴重な示唆を与えてくれるのが、神戸大震災の際の、神戸市のある地域の危機管理である。

（2）神戸大震災における地域の危機管理

神戸大震災の際、避難者を中心に地域主体の運営が行なわれた神戸市東灘区A小学校避難所について調査した矢守克也（奈良大学）は、調査結果に基づいて平時からの危機への備えについて10の提言をしている¹⁰⁾。その中で市民参加による危機管理の参考になるのは以下の5項目だが、中でも「災害時には行政や学校の機能不全を見越しておくべき」及び「地域社会のセンターとしての学校」という2つの提言は、貴重である。高齢化不安も、関係行政が市民の不安解消の機能を果たせないからこそ危機であり、地域連帯の弱い市民も、学校を中心にした連帯を活かすことによって参加と行動が可能になるという示唆を与えてくれるからである。（注 各項目の数字は矢守の提案の番号、□はその趣旨である）

- ① **避難者中心の避難所運営**：A小学校避難所の運営に当たったのは被災者であった。だから温かい給食などのこまやかな気配りができた。
- ③ **行政や学校の機能不全を見越す**：A地区の危機管理は、行政や学校の機能不全の中で行われた。
- ⑤ **地域社会のリーダーが避難所運営リーダーの候補**：A小学校避難所の運営リーダーは子ども会や学校施設運営委員会、民生委員、自治会の役員など校区コミュニティのリーダーであった。
- ⑥ **地域社会のセンターとしての学校**：A小学校は、行政の機能が回復するまで、地域復興のセンターであった。
- ⑦ **初期対応の鍵は、避難者に関する情報**：A避難所では、在宅被災者に関する情報を入手し、危機管理の幅を地域の救援活動にまで広げた。

小学校を中心とした地域連帯、校区コミュニティに拠って高齢化不安の危機管理を進めようとする場合、次の諸点は特に有益である。

- ① から、対象者健診や職域健診の未受診者の多い一般成人を中心に、受診促進と生活習慣病予防の企画と運営を進めることがきめ細かな実践につながる。
- ③ から、一般成人の成人病予防は、縦割り行政の機能不全を見越して進める覚悟が要る。
- ⑤ A 小学校避難所の中心リーダー、Tさんは、A 小学校や青少年団体、自治会、民生委員など校区の機関・団体と深く関わっていた。高齢化不安の危機管理も、こうした地域ネットワークの中心人物をリーダーにして初めて始動する。
- ⑥ から、すでに生活習慣病予防に取り組んでいる学校との連携は、PTA を介して親の生活習慣病予防活動を促し、養護教諭や校医などの学習資源の活用につながる。
- ⑦ から、町内会など地域の組織や学習グループ等のネットワークを通して健診の未受診者に関する情報を収集して受診を促し、必要な学習機会を提供する。

(3) 鹿児島市の校区コミュニティと関係行政のネットワーク化

鹿児島市の校区コミュニティは、市立小学校すべてに併設された延床面積 100 平米ほどの小さな校区公民館を中心に形成されている。鹿児島国際大学の学生、橋口奈穂美の調査によると、町内会長やあいご会長など 20 人の運営審議会が運営し、教頭を主事とする校区公民館の機能は、次のようなものである¹⁰⁾。

- ① 校区内の学校や町内会、PTA、あいご会（注 こども育成会）等の意見を公民館活動に反映させ、地域公民館（注 市内 8 館のブロック公民館）との緊密な連携のもとに学社融合の生涯学習を展開する。
- ② 校区を構成する関係機関・団体の支援と連絡調整を図り、青少年の健全育成などの校区コミュニティ活動を進める。
- ③ まちづくり推進部、青少年教育部等の専門部を置き、夏祭り、体育祭、文化祭など校区全体の融和と親睦を図る事業を行い、校区住民の主体的な学習の拠点となっている。

この報告に示されたのは、あるべき校区公民館の機能で、実態は既にみたとおりである。あるべき機能が期待どおりに発揮されるには、地域公民館の指導と支援によって運営の改善を図らねばならない。校区公民館が自立し、関係行政による総合的な支援を求めようになると社会教育行政によるネットワーク型行政構築の提案も具体性を帯びる。地域公民館と社会教育行政による校区公民館への指導と支援は、以下のように考えると考えられる。

- ① 地域公民館は、関係行政の支援と協力を得て、校区公民館および校区の各種リーダーに高齢化と老人医療費に関する市民の認識を変え、健診と生活習慣病予防の効果を説く研修の機会と情報の提供に努める。
- ② 校区公民館は、町内会や民生委員など地域の情報ネットワークを活用して健診の実態を調査し、未受診者に受診を勧めるとともに、学校と提携して校区の生活習慣病予防活動を組織し展開する。
- ③ 校区公民館は、町内会やお達者クラブ、食生活改善学習グループ等による自主的な生活習慣病予防の学習を奨励し、支援する。
- ④ 社会教育行政は、校区公民館による受診促進と生活習慣病予防活動を支援するよう、保健行政、学校保健、労働行政等のネットワーク化を促す。

4. 終わりに

以上、高齢化不安の危機管理の可能性について検討し、校区公民館における一般成人を中心とした生活習慣病予防が老人医療費の抑制に有効なことを検討したが、最後に高齢化不安の危機管理に残された課題を指摘して結びに代えたい。その一つは、図1に見る50代からの「生きがい」の問題である。鹿児島市の「高齢者等実態調査集計分析報告書」（平成11年1月）は、自律の喪失を怖れる高齢者の周囲への気兼ねと保健福祉サービスへの拒絶感を示しているが、この遠慮は高齢者の生活の質を低下させ、若い世代の高齢化不安の一因にもなっている。高齢化不安の危機管理には、「生きがい」として表現されている高齢者の生きる力の学習の検討が求められる。その二は、老人医療費と医療の需給関係及び家庭介護機能との関係の検討である。校区の生活習慣病予防に校医の協力は欠かせないが、医療関係者の反応は微妙であった。鹿児島県は、単独高齢者世帯率が全国一高く、他県並みの家庭介護には限界がある。それを補うどのような地域介護と学習が可能かの検討が求められる。

注

- 1) 「鹿児島市市民意識調査報告書」・平成11年12月 鹿児島市
- 2) 西村周三「老人医療費をいかにスリム化するか」『月刊ばんぼう』201 日本医療企画 1998.3 p.39
- 3) 鹿児島市前掲書
- 4) 西村前掲書
- 5) 鹿児島県編「平成12年・度鹿児島県の生活習慣病」第31号
- 6) 矢守克也「阪神大震災における避難所運営」『実験社会心理学研究』Vol.37, No.2, 1997 pp.119-136
- 7) 厚生労働省 H.P.・平成11年度医療マップ
- 8) 鹿児島県編前掲書
- 9) 畝博「福岡県における老人医療費とその地域格差の規定要因に関する研究」『日本公衆衛生雑誌』第43巻第1号・日本公衆衛生協会 1996.1 pp.28-36
- 10) 澤田賢三（滋賀県八幡保健所）・金本恵美子（安土町保健センター）「滋賀県A町における住民健診受診の有無と老人医療費の関係について」『Bulletin of the Institute of Public Health』国立公衆衛生院・46-1、1997 pp.29-35
- 11) 飯島裕一「ピンピン・コロリ 長野の秘密」『国民健康保険』国民健康保険 49-7 1997.7 pp.2-6
- 12) 鹿児島県編「平成12年度鹿児島県の生活習慣病」
- 13) 鹿児島市編「かごしま市民健康55プラン」平成14年 pp.105-109
- 14) 吉村笑美・尾場瀬梨奈（鹿児島国際大学）「地域・行政のネットワークを活かした生活習慣病予防について」（2003未刊）
- 15) 矢守前掲書 pp.133-135
- 16) 橋口奈穂美（鹿児島国際大学）「鹿児島市の公民館体制」（2003未刊）