

## 激動の社会と医療の行方

座長 武南病院 村 越 康 一

社会福祉医療事業団 大 谷 藤 郎

私の話は、一つは、世界の動きがどうなっているか、二つ目は、国内（主に厚生省）の動きがどうなっているか、三つ目は21世紀に向けて私自身がどう考えているか、この三つに分けてお話したいと思います。

私は厚生省に25年、丁度4分の1世紀勤めました。厚生省の中ばかりで過ごしまして、58年に退官致しました。昭和30年代後半に精神衛生の仕事を担当しまして、最近問題になっております精神衛生法改正のその前の改正、つまり昭和40年改正作業に従事致しました。

昭和30年前後から抗精神薬の開発、或いは作業療法という考え方が進みまして、良心的な医師からは精神障害者の開放治療が出来るようにして欲しい、という希望が表明されていましたが、その改正では半分くらいしか実現しませんでした。

私はこの法律の成立後すぐヨーロッパへ行きました。コペンハーゲンに老人の施設があるんです。何十万坪の森の中に病院、福祉施設、作業所、集会所色々なものがあります。これは世界でも有名で、伝統を持っている立派な施設で案内してくれたお医者さんに「私は日本に帰ったら是非、こういう老人病院だけではなしに、あらゆる設備や職種の人が入った施設を造るようにしたい」と言ったんです。そうしましたら、そのお医者さんが、「日本政府から来て見たいって言うから案内したけれど、我々は、大変な過ちを犯している。これでは老人を地域社会の中でその一員として暮していく努力がなされない、こういった大隔離収容所という間違いを犯すべきではない。」と言われた。

それから、スウェーデンや、オランダや、北ヨーロッパの国々を見ただけで、精神障害者は勿論ですが、身体障害者、老人に対しまして出来るだけ地域で開放的に人間として処遇しようという努力がされていました。

日本では、リハビリテーションといえば、でかいセンターを一つだけ造るとか、教条主義的な事が多い訳です。

コミュニティというか、日本の村単位、部落単位で

地道に増やしていくことこそが大事なのです。我が国はそれをやるべきだと主張してきましたが、肝腎の厚生省でそういう補助基準を作らない。丁度昭和40年代で我が国の経済成長が加速している時で、本来ならば、予算が多い時にはもっと努力すれば良かったのかもしれないですね。どうしてそういう時期に実現出来なかったのかなという気がするのです。

1960年代ヨーロッパのもう一つの動きは「医療費のexplosion（医療費爆発）」ともいうべき状態が起こったことです。そしてそれに対して医療費抑制策が講じられることになった。つまり、一方では高齢化社会に向って人間的処遇を間違ってきたという反省と、もう一つは2次医療、3次医療というものの医療費の爆発的な増加に対してどう対処するか、この2つが課題になっていた訳なんです。

我が国は第2次大戦の終わりました時に、新憲法によって、“福祉国家を目指す”ということでも来た訳です。しかし、進歩は少しづつだった。昭和36年には国民皆保険、皆年金ということがありましたけれど、金額が少なかったですね。

やっと昭和48年に、厚生省で“福祉元年”ということを言いまして、遅れている医療保障、所得保障を加速させよう。年金については標準報酬の6割は政府の責任で必ず支給するようにする。物価が5%以上上がった時は必ず政府の責任で年金を上げますよ、医療については家族給付を本人に近づけていきますよ、或いは高額療養費制度を設けて高い自己負担について心配がないようにしますよ、老人の医療費は無料にしますよ、これが福祉元年でした。

世界は病院、診療所の狭義の治療だけではなしに、福祉的、住宅的、教育的、あるいは健康作りの、そういう方向に動いていきました。1982年に例えばスウェーデンでは、単に病院治療だけではなしに、ホーム、或いは在宅に対してお医者さんや看護婦さんや、役場の人達を動員する、こういうことを制度的に整備しまし

たし、英国のようなナショナルヘルスサービスの国も、今まで医療に割いてきた資源をヘルスやリハビリテーション、或いは地域福祉へウェイトを変えていく方向に一斉に動いていった訳です。

しかし一方では、医療費の抑制策というもとられていています。

自由主義の元祖アメリカは一体どうなのか。1960年代になって、ジョン・F・ケネディが出てきまして、medicare, medicade の制度を作った。

ところが、これをアメリカ政府がやりかけましたら、年々物凄いスピードで medicare, medicade の医療費が膨張し出した。たった10年でアメリカの医療費の半分を medicare, medicade の費用で占められるということになってきました。そこでにわかにはさまざまな医療費抑制策をとり始めた。

現在のアメリカの医療の特徴は、D.R.G., H.M.O., ホームケアの三点です。

DRGは、医療費の疾患別の定額料金制のことです。だからどんなに沢山人手がかかり高い医療費がかかっても、定額しか払いません。その代わり早く治れば差額だけ儲かります。

2番目のHMO、或いは管理的医療、つまり、保険料を特定の会社に支払って、日本の保険料より割高ですが、それを払ってそこに雇われているお医者さんの医療を受けるという方法です。第3番目には、これはヨーロッパと多少結果的に似ているんですが、今までのように病院に入院して2次医療、3次医療を完全に受けるというのではなしに、特別な外来ですませ、あとはホームケアだと。例えば、腹膜環流や、中心静脈の栄養とか、ホームケアでやってるんです。

今まで入院医療でやってきたことが、外来的な、施設外ケアで、まるで実験のように新しい試みがなされている。この3つが、アメリカ医療の方向だ。

第2の話は日本の話です。

オイルショック以来の財政赤字を緩和するために、政府は第2臨調、それに伴う行政改革、というものを発動致しました。第2臨調の報告は、国鉄、専売公社などの民営化、医療費の適正化についてなどです。

その流れは例えば、老人保健法の成立、これは昭和48年に老人医療費の無料化をやりましたけれども、これを有料化する、老人の医療費の赤字を保険におんぶするなど。

昭和59年には健康保険法を改正して本人から一割の自己負担を取ることが行われ見直しが行われた。昭和60年には年金法が改正されまして、公務員の年金も引き下げられました。

それから医療費の改正ということで病床規制をやる。61年になりまして、老人保健法をもう一遍再改正して自己負担を引き上げる、健康保険組合からより多く老人医療費の分を取る。さらに、病院診療所の他に老人保健施設を造る、こういうことが行われました。

今年の1月に、厚生省は国民医療総合対策本部を設置して、医療の質を見直すと発表致しました。それが6月22日に発表された“国民医療総合対策中間報告”です。これは4つの部分から成っております。ひとつは、老人医療の見直し、2つ目が長期入院の見直し、3番目が大学病院医療の見直し、4番目が患者サイドに立って諸々の事を考える。例えば informed consent であるとか、給食の問題とか、患者サービスを考え直す、皆さんに関係があるのは、老人医療の長期入院の見直しであろうかと思えます。

そのポイントだけ申しますと、老人医療については老人病院、一般病院、老人保健施設、それから特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、色々な施設があるがそれぞれに見合った医療というものをもう一遍構造的に立て直そう。

現実には区別がはっきりしない状況であります。それぞれの機能に見合った診療報酬も考えようではないか、ということ。次には、在宅ケアをもっと強化していく。

3番目には施設のケアと在宅ケアを地域でコンバインして、地域のネットワーク化する。地域のシステム化、老人に関するシステム化をはかろう。以上の3つが述べられて居ります。

在宅ケアについては、モデル事業を政府の責任で新しい視点からやってみよう、と言っている訳です。

長期入院については省略します。

本来、高齢化社会になっていくなれば、やっぱり病気を直すということよりも病気とか障害を持ったままで、治せないけれども苦痛があるとかで、やむを得ず入院しますね。これには、もっと生活部分というものに着目して考えなきゃいけない。

在宅ケアというのは、その本人の主体性を尊重することですよ。医療や看護の従事者は、2次的な

ものですね。どう自分の最後の人生を生きていくかっていうことが本人が、中心に据えられるべきです。

健康保健法の審議の際に、厚生省に対し、保険の一部自己負担だけでなく、政府は本当に老人の幸せを考えておるのか。案を示せ。そこで中曽根内閣は昨年4月に長寿社会対策大綱を閣議決定致しました。

その内容は、4つの柱がありまして、第1の柱は所得と雇用の保障に重点を置こう。所得というのは、要するに長年働いてきた方は公的年金、または足りない分については私的年金で、老後はそれで最低生活を保障する。しかしその前に、働ける人については、(例えば医学では今75歳位までは働けると言っております。)働いてもらえるような雇用の保障を考えよう。そういうお年寄りを雇った所に対しては政府が税制などで優遇策をはかるというものです。

第2が、これは私共が長年言っております治療から、更に予防、健康作り、リハビリテーション、そういったサービスの大系を確立することです。

3番目の柱は、いわゆる学習に関する柱。これは、お年寄りが自分が若い頃勉強したいと思っていたができなかった学習の機会を与えよう。もうひとつは、お年寄自身が持っている能力、習字の能力、英語の能力、哲学、宗教といったものを地域社会に貢献してもらえるようなことも考えなければいけない。

4番目は、生活環境に関する柱。老人社会にふさわしい生活環境、お年寄りが住み易いものにしようということです。

こういうふうに、4つの柱で長寿社会対策大綱が成っている。

これを受けまして、62年度予算要求は厚生省だけではなしに労働省、それから文部省、その他あらゆる各省がやっている筈なんです。政府はこういった総合的取り組みに力をいれてもらいたい。

さて、実は、私は迷っています。病院診療所よりは在宅ケアが良い。私は、色々な所でそれを強調してきました。人間の本来ということを考えればそうですよ、と言ってきました。

ところが何故、私が迷うか—アルビン・トフラーさんが、「21世紀の家族」で言っていることを読みあげてみますよ。

「先進工業国の家族形態は驚くべき多様性を示している。ホモ同士の結婚、生活共同体、community、

年配者同士の集団による生活費の共有生活、時にはsexの共有生活、契約結婚、連続結婚、分裂家族、その他諸々の形態が共存している。よく私は『家族の未来はどうなるのか』と尋ねられるが、これからは特定の形態が長期間、家族形態の主流にはなり得ない。多数の人間が、一律な家族形態の下に暮らすのではなく、life cycleに従って各人がそれぞれ独自の軌道を描きながら一連の家族形態の中を通過するように過ごしていくだろう。これは核家族の絶滅を意味するものではなく、核家族は多種の家族形態のひとつにすぎなくなるのだ。非mass化していくのである。」

こう彼は結んでいるんです。

もし、この通りであるとすれば、私が儒教的家族観に基づいて在宅ケアなんて呑気に言っているのは大きな誤ちなのかも知れません。

従って私は、政策として考える場合にはもっと冷静でなければならぬ。恐らくみなさん方の、私達の身の周りでも今、日本の家族観も社会観も変わってきてますよ。ですから、私達の子や孫が人間性を失わないで人間本然の姿として、地域社会の中であんまりスリリングな生活ではなしにまともに送って頂きたいというふうに願って居りますけれど、しかし実際に、世界の文明・資本主義社会の爛熟した傾向は一体どういふふうに行くかってことを考えますと、それなりの冷静な受けとめと判断がなければならぬ。従って私は、在宅ケアをものの基本というふうに考えていますけれど、一方それ以上に施設ケア、つまり政府が特別養護老人ホームとか、有料老人ホームなど老人福祉施設、中間施設について、今のようなおそいペースではダメだ。国民に、税金払わなくていいようにしますなんて言ってるのじゃなしに、もっと払いなさい。お金をもっと取って、そして「みなさん、老後は心配いりませんよ、息子や孫がどんなに反逆しても政府は絶対老人のめんどうみてあげますよ、その代わり、今いる弱い人老人の為にみなさんがお金を出して、社会保障を完全にしましょう。」と言う勇気のある人が出ていただきたい、私は思っているのです。私が在宅ケアを主張することと、施設ケアとか社会保障の金をみなさんから取ってやるべきということは、ちっとも矛盾していないんです。しかし、そのバランスをどうするか判断は、国民世論であり、政府がその時々で考えていかなければいけないと思いますが、いずれにしても病

院を減らすというのなら、今のままの施設ケアの用意では足りません。

トフラーがいくぶん無責任に言っているように、これからは、浮気もして離婚もして、ひとりで自由に暮らしたいというのであれば、そういう人は若いうちに税金も保険料もうんと払うから社会保障をもっとやれっというふうに言って頂きたいものです。これで終わりです。