

医療保障とリハビリテーション

栗 原 忠 夫

I 医療保障の現状

1. 概 説

病気は人間にとって運命的なもので、絶対的に避けられないものである。このように非科学的な言い方をするのは、病気になる機転が大変複雑ですべての病気について解明されていないからである。したがって病気はその軽重はともかく、また好むと好まざるとにかかわらず人間とは深い相関をもって結びついていることを良く知るべきである。あわせて病人は、いわゆる単なる患者ではなく、そのすべての者が必ず家庭生活、社会生活をもっていることに十分なる関心をもたなければならない。

社会保障の立場においては病気に対する配慮も当然であるが、病人の生活に対する考慮も重要な問題である。病気が貧富にかかわらず、人の避けられないものであるならば、病気が人の生活にいかなる影響を与えるかを社会的視野でとらえて、平等にその生活に対する影響を誰れでもが克服できる保障を講じて置く必要がある。病気になれば必ず医療が伴う。医療には費用が伴う。ある生活はその費用に耐えても、その後につづく家庭的経費に大きな過剰をのこす場合もある。医療費は生活費の上において必ず失費である。時には家計上収支二重の失費になることもある。さらに病気は人を貧困といわれる状態に陥し入れることすらある。すなわち病気は悪循環の因果関係を持っているのである。なおまた病気によっては病後の心身が家庭・社会生活に耐えられない状態が長く続き、あるいはそのまま生命はあるが社会適応性を失う状態になってしまう場合もある。このように病気は避けることのできないものであり、かつ生活の

崩壊を招く要因にもなるので、社会保障体系を考える場合医療保障はその中の重要な要件として必ず配慮しなければならない。

社会保障なる語は総合的な生活保障を意味するが、所得保障あるいは経済保障が主としてその内容であると考えられている。しかし医療保障は直接その体系に入るものか、あるいは病気という生命に関する特異な事象として別な体系を考える方が至当かは問題である。医療保障を考える場合、医療そのもの、すなわち人の健康そのものを保障するのか、または医療費を保障して間接的に医療を保障するかの二体系が考えられる。前者の場合は本質的な医療保障体系で、全国民すべて無料で平等に必要な時に必要な医療がいつでも受けられ、かつ予防、治療、療後指導およびリハビリテーションを含む総合医療を保障する体系である。この体系は包括的保健サービスと呼称され、多くは公営または国営で英国、ソ連などで行なわれている。後者の場合は医療保険を大宗とする体系で、医療費を保障することによって間接的に医療を保障する考え方で、仏国、スウェーデンなどはこの方法を取り、わが国もこの系列に属する。これは医療費を保障しているので一種の所得保障であるともいえる。社会保障を主として所得を保障する総合的な生活保障であるとするなら、健康そのものを保障する包括的保健サービスの体系をとる医療保障は、これと別個の系列として併存させてもよいのではないかと考えられる。佐口卓¹⁾氏は医療保険の体系をとっているわが国の制度について次のようにいう。「いったい医療保障が生命を守るものだといっても、現実のわが国の制度をみるならば医療そのものを保障するのではなく、医療に

1) 佐口卓：『医療の社会化』、勁草書房、昭和39年。

要する費用を保障するという形になっている。ということは医療を保障するのでなくて、家計において医療費として支出する分を保障するということなのである。だとするならば家計のなかから支出する医療費を保障することは、その支出する部分だけの所得が保障された意味をもつことになる。また、たとえ医療そのものが保障されたとしても労働力の損傷に対しての保障であるというならば、労働力の健全なる確保であり、したがって所得をうる機会が保障されたことになる。そのために、まさに所得保障だということになる」と。

現在のわが国の医療制度の基本法である医師法および医療法においては医師の自由開業性と営利性とが認められている。現在わが国における医療保障は医療担当者である医師のこの立場を是認した立場に立って行なわれており、その大宗をなしている現行の医療保険の制度構成も基盤はここに置いて組立てられているのである。なお保険制度は一定額の保険料を納付することによる社会的相互扶助であるから、保険料を納められない低所得層は当然それからはずれてしまう。したがって、その階層に対しては別の公的扶助制度を考えて、それを救済してゆかなければならない。

わが国の現体制下においては医療の本質的なものからいって、当然とらるべき包括的保健サービスなら保障体系に対して、基本的な点で背反するものをもっているもので、近き将来において理想的な体系がとられることは困難であろう。しかし現行の医療保険制度でもその内容に現在の社会情勢に適應する改善を加え、またはその欠いている点を他の法律、諸種の行政措置によって補って、可及的に理想の体系に近づけてゆくことは可能である。現在わが国における社会情勢は急激な変転の渦中にある。国民の保健福祉に重大な影響をもつ医療保障制度も、けっしてその枠外にあるのではない。医療のもつ本質的な線に添って力強い改善の歩みを要請する声は次第に大きくなりつつある。

2. 医療とはなにか

医療とは医師と患者との間に行なわれる医学的行為で、法律的には民法による委任契約に基づく

医学的行為と解されている。しかしこのように言葉の法的解釈を考えても論義の展開は進まない。近時医療のもつ本来の自然科学性に加えて、社会性という考え方が大きく導入されて幅の広いものになってきている。しかし本来医療は医師と患者の個人的な信頼された人間関係の上に立っている。そしてその医学的行為は生命の安危に関する行為であるため医師に対して強い倫理性が要求されている。また行為に対する責任と最良の治療をするために診療担当の医師の主体性および自由性が尊重されなければならない。上石一男²⁾氏は医師法の第17条の「医師でなければ医業をしてはならない」、第19条の「診療の求めがあったとき正当の理由がなければ拒むことができない」、第20条の「診断をしないで治療したり、診断書を書いたり、処方箋を書いたりしてはならない」という条項をあげて、これらの条項が医師の倫理性、自主性および自由性に関する規定であると述べている。この医療担当者側の問題はこと生命保持および患者の社会有用性という人権の基本に関する問題であるだけに、医療保障の中でも十分に生かされていないければ、患者と医師との間の信頼感がゆらぎ、医療そのものが次第に歪んでゆく。このような傾向がもし生まれるとするならば、これは由々しい重大な問題である。日本医師会発行³⁾の「あなたの健康」の中で医療の概念について次のような記述がある。「古い時代に於ては病気を治すことが医療であると考えられていた。古典的な病理学の概念から発したものであるが、今日に於てはポジティブ・ヘルスを目標として医療の概念が拡大された。肉体的にも精神的にも健康であることは、さらにその健康度を増進することができるという条件を常にもつことである。医療の概念がこのように拡大されてきた今日に於ては医療は包括的医学の概念で表現されるようになった。従ってこの中には医学が社会的に適用されるあらゆる分野を包括することになった」と。

2) 上石一男：「現行医療制度の問題点」、『医学と医療』、第4巻、第1号、昭和45年。

3) 上石一男：『保険医療制度の根本問題』、金剛出版、昭和39年。

4) 上石一男：『医療問題をめぐる書簡集』、金剛出版、昭和41年。

5) 日本医師会編：「あなたの健康一図説」、国民医療誌本、春秋社、昭和40年。

この医師会がいう医療の概念は正しく包括的保健サービスの概念である。現在のわが国の医療制度によってこのことが期待できるであろうか。現行の医療保険によって量的にまた質的に医療の機会均等を全国民が望みえられるであろうか。

3. 医療保障としての健康保険制度

昭和45年版厚生白書⁶⁾によれば、昭和36年に国民皆保険を達成したが、その後、医療給付額の急激な伸展により保険財政は赤字基調を示し、各保険制度間の給付水準の格差、保険料負担の不均衡、診療報酬の適正化等の問題とあいまって制度の抜本的検討が要請されるに至ったと報告している。

大體医療保障体系としての医療保険制度は医療費の保障を主にするもので、本質的に健康を保障する包括的な保健サービスとはその建前を異にするものをもっている。医療保険は制度的にみてどうしてもその経済の枠という制約をまねがれることはできない。したがって保険制度は現時点においては、医療保障として本質的に要求される医療の全面的な機会均等と包括性にすべて対応するものではなく、その一部すなわち狭義の医療に対し、その医療費を保障することによって国民に医療のサービスを行なっているのである。

また医療保険制度はそのもつ経済の枠から必然的に医療そのものにも制約が及び、医療担当者である医師の診療に対して審査とか監査とかの第三者介入の問題が生じてくる。そして医師法の基本的な規定である医師の主体性とか自由性とかの立場に背反する因果関係をもつことになる。この制約を医師が受けなければならなかった法的な規定は、保険制度を運営するために設けられた保険医療機関および保険医療担当規則によってである。この規制は本条の医療制度ではなく、保険制度を運営するための厚生大臣命令によるものである。この二つの法的措置になんらかの異和がなければ問題がないが、医師法規定の本質的なものである医師の自主性、自由性に対する矛盾、また医療保障を目的とする現行の保険制度がかかえる医師の自

由開業性と営利性とが引き起す混乱、しかもこの二の背反は現体制下の本来の姿であるので容易に解決できる問題ではない。

しかし医療保障としての社会の要請は質的にも量的にも医療を受ける機会均等ということにあるので、現在のごとく無医地区という地理的な医師の偏在とか、質的に高い医療機関が医療需要の高い都市に偏在し、診療の質的偏在とかいわれる事象になっていることは医療保障としての大きな矛盾である。医療が他の社会事象と異なるところは、医師の所在するところ、その一定の範囲内において診療圏を構成し、それは無限が限がりをもちえないといふ点にある。このことが無医地区を生む原因になり、その地区の住民は医療において必要な時に機会均等を失うか、それをうるにはなほだ困難な事情に置かれるかの状況になる。したがって医療保障の一つの前提として医師の適正なる配置ということは欠いてはならないことであると思う。また予防からリハビリテーションまでの包括的医療の平等なる享受も、医療保障の質的な問題で、この解決は医療組織の地域化が一つの方法である。診療の都市偏在の現在の傾向を等閑視してはいけな

い。佐口卓氏は健康保険制度について次のごとくいう(前掲注1)。すなわち「健康保険制度は総じて医療保障の如くみえながら本質的には所得保障体系を持っている。これでは医療保障がその固有の体系をもたずに所得保障の中に埋没する危険を持つ。広範な社会保障制度に於て医療保障が独自の体系を要求されなければならないものは、それが持つ本質が貧困にかかわるものではなく、健康にあるからに他ならない。医療保障が医療そのものを保障する公的サービスへと脱皮する必然性を歴史的論理的によみとることが必要である」と。わが国の現行の医療保険を大宗とする医療保障体系は前のごとく、法的にも運営上にも、内容的にも幾多の矛盾撞着がある。しかし医療保障は生命に関する問題で、その整備は貧富にかかわらない強い社会的要請として受取らなければならない。もし保険制度の枠の中で処理できない問題があるとすれば他の法規によって解決し、また行政措置に

6) 厚生省編『厚生白書』、昭和45年版。

よってその欠を補いつつ、漸次制度そのものの内容を改善してゆく努力をなすべきである。そして包括的保健サービスに近い体系を整えて真に医療保障の実をあげるべく配意し、社会の要請に応えなければならないと思う。

現在の健康保険制度の運営上の問題の一つに被保険者に対する医療費給付の仕組みがある。すなわち現行の現物給付—出来高払い方式と規定としてはあるが、ほとんど活用されていない療養費払い方式とがある。世界的にも給付の仕組みにこの二つの流れがあるようである。医療国営的な英国、ソ連は前者を、保険制度によっている仏、ノールウェー、スウェーデンなどは後者をとっている。

現金をもたず医療が受けられるが、わが国では医療担当者に対する診療費の支払いが、患者がこれに関係せず保険者が医師に支払っている、これが現行の現物給付の方式である。また元来医療保険は医療費の保障であるから患者が医師に診療費を支払い、それに対して保険者が患者に対して医療費を償還する形式、すなわち療養費払いの方式が良いといっている人達もある。現行のわが国のとっている現物給付という方式の欠点として、物が多く動くほど、また量的に多く処理するほど、経験、技術の高低なく収入が高くなる点が問題になっている。このような傾向が強まると物がほとんど動かず、技術的に年数のかかる例えばリハビリテーション部門の医療などは低く評価されることになる。現にはなほだその診療の単価は低廉である。このいずれの方式が是かという問題は医療保障の本質とも関連してくる問題で、たんにこの二つの方式の是非を論じては解決にはならない。本流を如何にするかで、支流の流れ方に妥当な線がでてくるものだと思う。

II 医療保障の将来への展開

医療保障は本来国民全部の健康を保障する方途をもつものでなくてはならない。日本医師会がいうごとく「肉体的にも精神的にも健康であることは、さらに健康度を増進することができる条件を常にもつことができる」という言葉は生命に関する医療保障として、第一義的に考えるべきことを

含んでいる。この方向に添って国民が自身の健康を守りうる方途を保障されることによって、すべての国民が初めて病気なる不幸を克服する道が可能になるのだと思う。したがって疾病の予防、疾病の早期発見と早期治療、健康管理方策、病後指導、産業衛生と医療、社会復帰を図るリハビリテーション等たんに疾病を治療することだけでなく、一貫した保健対策を講じ、なお社会人としても十分にその社会生活を保全するに足る力を与える医療保障でなければ、保障というに値いしないと思われる。人間にとって運命的と思われる病気という事象は、それでこそ人に与える不幸の負荷を軽くすることができる。

現在のわが国における医療保険を大宗とし関連保健施策をまじえての医療保障制度は、はたして前述の社会的責務を荷うに足る力をもっているであろうか。一例として老人問題をとりあげただけでも大きな欠陥をもっている。また成人病がわが国の当面の医療の課題になっている今日において、この予防、治療、リハビリテーションの必要なる対策を考えただけでも現行の医療関係制度において、これに対処することはなほだ困難であると考えざるをえない。一例として、老人福祉法の市町村長の責任で施行する年1回の健康診断の受検率は、毎年約20%弱である。この低率は老人の諦観と医療費の負担にその原因があるといわれている。保険が制度的に分れているので納付した保険料が一貫して通用しない。老年になって病弱になった時その医療費に苦しむなどの矛盾が生まれてくる。

大村潤四郎⁷⁾氏は医療保障を計る物差しとして第一に包括的保健サービスか、第二に医療の質が進歩と伴っているか、第三は機会均等か、第四は能率的かという4点をとりあげている。これは医療保障の重要な点を包含しているので、この4点を物指としてわが国の医療保障の内容を検討してみることも一つの方法であろう。ここでその検討について詳細にわたることは避けるが、概観しただけでも前述したことから考えてみて、現在のわが国の制度には医療保障としての本質的なもの

7) 大村潤四郎：『季刊社会保障研究』、第6巻第1号、昭和45年。

と背反する多くの矛盾をもつものであることが推察できる。わが国はその独自の事情から現行の法制があるのであるが、医療保障は生命のことでそれは貧富にかかわらない問題である。この将来への展開は福祉の基盤として徒らにもつことは許せない。その欠けることを正しくして真にその目的に添う医療保障の体系を作り必要な時に必要な医療が、いつでもまた何処でも享受できるよう考究すべきである。

III リハビリテーションの医療上の位置

人にとって病気は避けられないものであり、また罹病者の医療に対する期待がたんなる生命保持だけの問題だけではなく、積極的に活動できる社会人としての生活復帰にありとするならば、医療の本然の質はそれに応えるものでなければならない。

人をして病ましめないために疾病予防の社会的配慮と努力は当然必要であるが、それはさておいて病める人に対する現在の医療の姿は、社会人としての完全な復帰という万人の願によく応えているであろうか。生命保持といういわゆる狭義の医療に停滞しているのではないだろうか。人の生きがいというものはただ生きているということではなく、社会において有用性をもっているという意識があって初めて生きているという実感をもちえるのである。医療上かかる観点に立って考える時にリハビリテーションの意義が明確になり、その位置も判然としてくると思う。近時包括的保健サービスなる医療保障の体系の中においてリハビリテーションが医療の重要な一部門として考えられるようになったのもこの故であろう。

リハビリテーションの定義としては横山巖⁸⁾氏によれば次のごとくである。「リハビリテーションとは身体障害あるいは慢性疾患を有する患者に対して、身体のみならず、精神的、社会的、経済的、職業的な面で可能な限りの回復をはかる過程である」と。また高橋暁正⁹⁾氏は米国においてリハビリテーションの指導的立場にある H. A.

Rusk 氏の言辭として次のように記している。「リハビリテーションとは疾病と職場とを結ぶかけ橋で、身体に障害を有する者に残った力を最大限に發揮させて、健康者に最も近い生活と仕事を与えることである」と。リハビリテーション医療の効果として近時死因別死亡中もっとも高い脳卒中後遺症をその例示として挙げれば、その顕著な症状である片マヒを言語障害について考えてみても、このことが脳卒中後遺症患者の社会生活の保全にいかにか大きな障害となっているかは、いまだ説明を要しないことである。これを放置するか、リハビリテーションの手厚い治療看護の下に置くかで、爾後のその人の社会生活にいかにか大きな開きができるか、七沢病院の退院患者の追跡調査がその事実を物語ってくれる。リハビリテーションは医療の生命保持の措置が終ったところから始まり、主に人間性回復を目途とする医療であるので、質的に特異なものをもち故もあって第三の医療とも呼称されている。

今後ますます複雑化する社会において身体を障害する要因も次第に多岐になり、かつ医療の進歩は複雑長時間の大手術も可能にしつつある。このことは半面において種々な心身障害を残す後遺症を増加させるとともに、医療上リハビリテーションを要求する症状が増大してくることを思わしめる。

IV リハビリテーションの内容

近時、前述のごとく社会は大いに変転し、人の健康問題にも大きな変化が生じつつある。その第一は延命であり、そのために老年期における生命保持と、その人のもつ人間としての機能との調和に新しい多くの問題がでてきた。また産業機構の増大と交通機関の発展は人に多くの文明的手段を与えたが、その反面人の生存に背反する多くの社会事象も現出してきた。また民主主義が生活意識の中に浸透し、いかなる人もかくあるべきことを主張し、社会も当然すべての人にそれぞれところを得しむる努力をしなければならないという考え方が強くなってきた。したがって医療もたんなる生命保持だけでなく、包括的医療の体系が強い社

8) 横山巖:「老年医学とリハビリテーションの考えかた」、『理学療法と作業療法』第3巻,第2号,昭和44年。

9) 高橋暁正・森和:『物理療法の実際』,南山堂,昭和45年。

会的要請となり、社会有用性を失わない社会人としてまでその機能が回復しなければ医療の責任は終らないと考えなくてはならなくなった。したがって当然リハビリテーションの施設の充実強化が強い社会の要求となり、医療上も重要な一部門としてその認識を新たにしなければならない情勢になってきた。高橋光暁⁹⁾氏によればリハビリテーションの対象となる疾患は、かなり広汎で次のごときものがある。

- 1) 外傷
- 2) 骨関節疾患
- 3) 神経系疾患
- 4) 精神障害
- 5) 諸種の慢性疾患
即ち結核、癌、臓器剔除術等
- 6) 先天性奇型
- 7) 聴覚、視覚障害
- 8) 言語障害

普通、リハビリテーション医療の場合、次のようなメンバーがチームをつくって組織的に患者の治療に当たる。すなわち医師が主宰し、理学療法士、作業療法士、言語療法士、看護婦、臨床検査職員、心理判定員、医療社会事業係員等が組織的に活動する。

まずこのチームの成員がそれぞれの立場で患者について所要の事項を調べ、それを持ち寄って評価会議をもち、治療の目標を設定する。そして治療が開始され適当な時期に再評価会議がもたれて転帰設定が行なわれる。

理学療法士の担当する患者の評価は上肢および下肢の機能検査、関節可動域検査、筋力テストなどであり、これに作業療法士が担当する日常を活動動作テストが加わる。なお理学療法士および作業療法士はリハビリテーションのパラメディカルメンバーとして訓練された特殊な技能者であってこの医療には必須なのであるが、わが国ではその養成、法制化が遅れ、現在大きくその需用のバランスを欠く状態である。アメリカでは理学、作業療法士1人当り患者は大体10人程度多くても15人を越えないと考えられているが、わが国ではとてもこの域には及ぶべくもない。また上記の検査

に要する時間は患者1人当り大体2時間くらいである。なおリハビリテーションは、普通の医療において患者がある程度まで受動的であっても、その効果が期待できるに反し、自分でやるという積極的な意欲なくしてはその効果は殆ど期待しえない。したがって患者に対して常に積極的な意欲をもたせるような精神的背景が必須な条件となる。医療上常にその点に留意し、患者をはげまし将来に期待をもたせてゆく配慮が必要である。したがって患者との接触が濃密でなければならないので普通の医療より人手がかかる。

V 医療保障制度内における

リハビリテーションの現状

医療上のリハビリテーションの位置は、前述のごとくはなはだ重要なものであることは、最早、言を要しない。しかしこの医療部門は現行制度間においてまったく寒心に耐えない状態のまま放置されている。第一に完備したリハビリテーションの設備をもった総合病院または専門病院が非常に少ないことである。第二に医療保障の大宗をなしている各種医療保険においてリハビリテーション医療の診療報酬がその範囲も狭くかつ低廉で収支がまったく合わないことである。第三にリハビリテーションに長く関与し習熟した医師が少ないことはいうに及ばず、それに協力する各種療法士の養成が遅れてその数が少なく、需給のバランスをまったくかいていることである。この三つが因となり果となり、リハビリテーションの発展普及を阻害してとるのが現状である。第二の収支の点について七沢病院のリハビリテーションに直接関係する分のみについて少しく分析してみたい。

理学療法士の関与する部分の年総計は1,510万8,240円、それに対し支出の人件費だけでもその97.58%を占める1,474万3,905円で、その他の関係費用を加えると総体で収入に比して支出が108.52%となり赤字である。作業療法士関係は収支とはいえ現行規定ではこの医療費は全然認められていないので、その支出157万4,689円がそのまま赤字、言語療法士関係分では収入総計は108万1,800円で、支出のうち人件費292万3,435

円で、これだけで収入に対して270.23%となり、なお他の費用を加えると281.48%という大きな赤字になる状態である。幸い当センターは県の方針で県民の福祉のために可及的患者本人の個人的負担を少なくするため、この不足している費用を患者に負荷する手段をとらず、病院全体の収支の赤字全額を県費で負担して経営することになっているので、どうやら運営が可能になっている状態である。正常な収入ではリハビリテーションの専門病院の運営などは到底不可能といえよう。運営の中心になる費用の問題がこのようではいかに社会的要請がリハビリテーション部門の充実を希求しても、急速なる普及は望むべくもないと思われる。

VI リハビリテーションの普及について

現在の状況においてはリハビリテーションの普及ははなはだ困難な情勢にあるといえる。しかし近時社会の状況が急速に変転し、医療の概念も変化し単に生命を保持するのみの狭義の展開では国民が満足しなくなったので、リハビリテーション部門は次第にその充実に向って歩み始めたようである。昭和38年頃は国立のもの一つであったこの部門の中心をなすパラメデカル・メンバーである理学療法士、作業療法士の養成所も最近ではその数を増してきた。最初の国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院を第一歩として漸次九州リハビリテーション大学校、東京都立府中リハビリテーション学院、東京教育大学教育学部付属盲学校高等部専攻科、大阪府立盲学校高等部専攻科、徳島県立盲学校高等部専攻科、高知リハビリテーション学院、日本医学技術学校リハビリテーション科の8校に及んでいる。しかし必要数の方が現状ではなおはるかに供給数を上廻る状況を脱してはいない。

またリハビリテーションを専門とする小児あるいは老人のための病院、交通および労災による身体障害者のための病院における結核病床からリハビリテーション科への転用計画、総合病院のリハビリテーション科の設置など、リハビリテーション病床および医療設備は、全国的にその充実強化

に向かってかなり大きく前進して来た。しかし依然としてこの部門の大きな壁になっているのは、この医療費問題である。費用のことは短時に治療する急性的な疾患の場合は患者の負担が多少高くても耐えうる場合も多いが、リハビリテーション科の対象になる疾患についてはその経過がはなはだ長時日にわたるものがほとんどであるので、少しの負担額でも累積して、その患者ならびに家族の大きな重荷になる場合が多い。したがって医療保障のもつ本質的な方向として考えれば、リハビリテーションに対する配慮は必須であるゆえ、これに対する措置は一日も早く完全な姿にして、医療保障の中に具現化しなければならない。別掲の表は米国におけるリハビリテーションの治療費の表で横山巖¹⁰⁾氏が例示にあげたものである。

外来患者の標準料金

個人治療	30分単位	5ドル
グループ治療	1単位	2.5ドル
個人治療、グループ治療を含めての1日		
最高限度額		25ドル
評価		
初回評価		75ドル
(O.T, P.T, S.T, 聴能, 心理, ソシヤルサービスを含む)		
再評価		25ドル
(同上を含む)		

なお、この表の治療料金には主治医への診療料金は含まれず、主治医への診療料金は主治医と患者との間でとり定められる。また入院の場合は入院料と合算されて計算される。

わが国の例示としてあげ、前述の七沢病院の収入の基礎となった診療報酬は、理学療法士関係で筋力テスト単価820円、整形外科機能訓練100円、水治療270円、マッサージ60円、温熱療法100円で、電気その他の理学療法は入院料の中に甲表の場合は含まれることになる。ST（言語療法士）関係ではオーディオメーター単価1,100円、失語症検査270円、知能テスト270円、言語訓練100円、作業療法士関係はいかに費用がかかろうとも治療料金はなしというのが、わが国における現状の評価および治療に関する料金で、いかに米国のそれ

10) 横山巖:「R. Ruskの教室をつらぬく精神」、『リハビリテーション医学』第2巻第2号、医歯薬出版、昭和40年。

と比して大きな差があるかがわかる。これが普及の障害にもなり、また民営が独立採算をとる場合、患者個人の負担を大きくしている一つの原因をなしているのである。この点をぜひ至急抜本的に改善する必要があると思う。

リハビリテーション医学の世界的指導者である Rusk¹¹⁾氏はその著書中リハビリテーションと医師との項で次のごとく述べている。「身体障害者を再訓練して歩行、身体の移動、身の廻りの世話を自分ですること、普通の交通機関を利用すること、普通の便所で用を足すこと、義肢装具を自分で着脱すること、口頭または筆記によって意志の疎通を行なうことなどの能力を獲得するように訓練することは可能であり、また、ぜひそのように訓練しなければならない。こうした能力は甚だ単純であるがために、とかく見過ごされがちであるが、障害者が人間的、職業的、社会的に成功するためには以上の能力がその基礎となるのである。開業医にとっても、またいかなる医師にもせよ、医師の責任は急性疾患の終結または手術の完了をもって終わるのではなく、本人が残存能力をもって生活し仕事をするように訓練されて初めて責任を完了するのである。という観念がリハビリテーションの実践の出発点となるのである。医師の責任であるというこの基本的理念は、リハビリテーションが医療の一環であるという解釈の下にはじめて成立するのである」と。

この考え方から医療保障というならば、その制度の中においてリハビリテーションの普及を図り、社会人として生活に復帰させ、多くの不幸に泣く人達を救う道を確立すべきであることの重要性を知るべきである。そしてまた、この Rusk 氏の一文にさらに贅言を勞することなく、この一文によってリハビリテーションの医療保障としての意義と価値を認識し、その確立に向けて今後多く努力を払うべきであることを誰でもが教えられるであろう。

また Rusk 氏の指導を受けた本センターの横山巖¹²⁾氏は日本のリハビリテーションの将来につい

て次のごとくいう。「リハビリテーション医学の発展は歴史的必然と考られる以上将来我国に於ても、現在の米国のように大病院にはリハビリテーションが設けられ、生きてはいるがただベッドにしばりつけられているだけの病者をなくし、彼等を普通の生活にもどし、さらに彼等に職を与えようという総合的な努力が払われるようになることは、まずまちがいないものと考えてよいであろう。ところで、現在の段階では第一の緊急な問題は療法士の養成である。第二には健康保険の点数に問題がある。日本の健康保険の医療費の低さは何んということであろう。筆者は彼地にいる間逐に日本における超短波などの理学治療、機能訓練の料金を米国人に話す気にならなかった。まさに国辱的な低医療費である。この種の低医療費が改善されなければ、日本におけるリハビリテーション医療の普及は望むべくもない」と。さらに氏は「我国は世界にまれな温泉国であり、豊富な種類の数多くの温泉に恵まれている。しかも近年温泉研究者の努力によって動脈硬化症、高血圧症、リュマチス、外傷などに対する温泉効果が臨床的にも実験的にも明らかにされている。これらの天与の資源で温泉を運動療法、電気療法、光線療法、熱療法、マッサージ、水治療（狭義の）など物理的療法と共に有力な各種療法士をはじめとする各種専門家達によるチームとしての患者への接触を加える時こそ我国のリハビリテーション医学は、現在のアメリカのそれを凌駕する可能性を持ち得るであろう」といっている。

近時、わが国のリハビリテーション医学の必要性の認識は社会各界に浸透し、発展に基盤的なものもわが国においては十分にあり、必要な措置をこれに与えて、その活用を促せばわが国のリハビリテーションの進展は洋々たるものがある。要はその実践にあると思う。

VII リハビリテーションの効果

本七沢病院では、リハビリテーションの効果判定し、かつ治療上の参考に資するため昭和41年12月5日入院取扱いを開始して以来の全退院患者について生活へ復帰した状況を県下保健所

11) Rusk:『リハビリテーション医学』、小池正文監訳、昭和44年。

12) 横山巖:「日本に於けるリハビリテーション医学の将来」、Tokyo, Tanabe, Quarterly: Autumn, 昭和39年。

の協力と本病院の医療社会事業担当者および保健婦とで追跡し、1年後の生活および心身状態を調査してきた。

今ここに昭和42, 43年中に退院し、1年を経過したものを併せた526例について、1年の時点の生活間の状況を集計した結果を例示する。対象はこの期間中に退院した全片マヒ患者で、男子386例、女子140例である。平均年齢60歳、男女比は2.8:1である。平均存院期間は177日、この数字は本病院のような脳卒中後遺症を専門に扱っているところの宿命で、ベッドの回転率の悪さと重ねて入院3カ月以後の最も低い入院料の患者が、比較的多数を占める結果となる。それ故に収入の点において二重のマイナスになる。この調査は訪問と通信とにより奨励訪問を兼ねて行ない、実施率は対象に比しその98.7%、未回答7例(1.3%)、死亡45例(8.5%)、そのうち33例(73.3%)は60歳以上、その他温泉病院や一般病院に入院しているもの、あるいは特別養護老人ホームに入所中の者など家庭復帰できなかったもの41例(7.9%)で、このうち26例(63.4%)は60歳以上のものであった。

社会復帰の状況をみると、発病時に職業を有してもものの職業復帰率は345例中94例(27.2%)で、女子の家事復帰は132例中43例(32.6%)であった。家事を含めての社会復帰率は男子で家事復帰した10例と女子で復職した8例を加えると519例(30.1%)であった。

43年中退院者の特徴としては、平均入院期間が長いこと(43年213日、42年131日、両年平均177日)と重病者の多いことである。退院時に日常生活の独立性を回復しなかったものは42年の12.3%に比し、43年では18.5%となっており、両年を平均して15.6%であった。ねたきりの状態で退院したものは42年では0.4%、43年では4.8%、年齢構成、発病から入院までの期間については著変はなかった。問題はあっても、リハビリテーション医療を受ければ家庭生活動作は好転し、人手の介護が不要となるものが著しく増加することは明白である。

年齢階層別に全男子の職業復帰率をみてみると

49歳以下では44例中17例(平均して38.6%)、50～54歳では54例中19例(35.2%)、55～59歳では59例中19例(32.2%)、60～64歳では87例中18例(20.7%)、65～69歳では76例中16例(21.0%)、70～74歳では37例中4例(10.8%)、80歳以上は復職していない。高年齢層になると復職率が減少してゆくのは当然であるが、70歳を境にして急に減少していることは、70歳を稼働力がなくなるという一般説と一致している。しかし60歳台においてなお21%の職業復帰をみとめることは注目すべきである(表1参照)。

表1 男子年齢と職業復帰(42, 43年)

職業 復職	復	職	新	職	小	計	復 世	職 家	事	死	亡	計	復 帰率 (%)
年齢													
39歳以下		4		4		8		8	1		0	17	47.1
40—44		5		0		5		10	0		3	18	27.8
45—49		4		0		4		2	3		0	9	44.4
50—54		17		2		19		32	1		2	54	35.2
55—59		11		8		19		37	0		3	59	32.2
60—64		15		3		18		57	3		9	87	20.7
65—69		15		1		16		53	1		6	76	21.1
70—74		4		0		4		28	1		4	37	10.8
75—79		0		2		2		10	0		4	16	12.5
80歳以上		0		0		0		5	0		1	6	0
計		75		20		95		242	10		32	379	

次に年齢階層別に男女の復職の必要性をみてみると、60～64歳で109例中63例(57.8%)、また65～69歳で114例中34例(29.8%)が生活を維持してゆくために働く必要性のあるものである。昭和44年の全国老人調査¹³⁾によると就業を希望しながら就業をしえなかったものが、60歳以上で44.1%あるという。本センターの調査の数はこれを裏書きしている。国民平均寿命が70歳に達した現在、60歳台の人のリハビリテーション医療は、たんに家庭復帰を目標とするだけでは、真に老人の救いにはならないのかもしれないということを考えさせられる。定年制の延長、老人の職業再訓練、身体障害のある老人に対する職業補導と職場開拓などをリハビリテーションと併せて社会的に再吟味しなければならないのかもしれない(表2参照)。

なお退院後新しい職についたものは、新聞社モ

13) 厚生省社会局老人福祉課監修『老人福祉の動向』、全国社会福祉協議会、昭和45年。

表2 復職の必要性 (42, 43年退院者)

年齢	性別	復職の必要性あり			全調査対象者数		
		男	女	計(%)	男	女	計
39歳以下		17	2	19(79.2)	20	4	24
40—44		15	0	15(68.2)	18	4	22
45—49		10	1	11(55.0)	10	10	20
50—54		49	2	51(70.8)	54	18	72
55—59		48	4	52(59.1)	61	27	88
60—64		53	10	63(57.8)	87	22	109
65—69		32	2	34(29.8)	77	37	114
70—74		8	1	9(19.1)	37	10	47
75—79		2	0	2(8.3)	16	8	24
80歳以上		0	0	0(0)	6	0	6
計		234	22	256(48.7)	386	140	526

死亡16, 未回答7を除く。

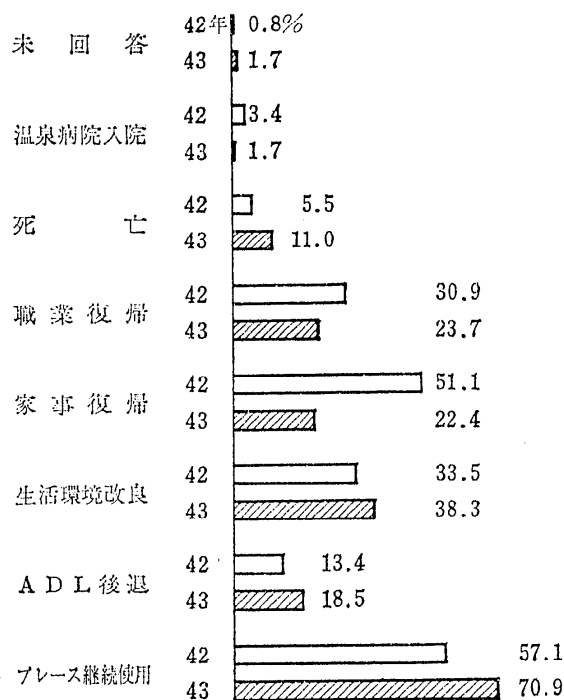
ニター、翻訳、学習塾、ピアノ個人教授、著述業、家庭教師、基会所、自転車配車係、ガソリンスタンド給油係、自家内職の各1例、植木栽培の2例、農業の3例などである。しかし、せっかく身体障害者職業訓練所で1年間勉強した者が、遂に就職できなかったケースもある。片マヒは職業選択の上において上下肢の片側が障害されているので、幅が狭くて困難が多いようである。将来片マヒ専門の職業訓練および職場開拓を考究し充実してゆく必要があろう。

いずれにしてもリハビリテーションは上述のごとく、復帰した家庭・社会の生活の中で有用性を失わず生きがいを感じながら社会人として誇りをもって生きている実態を知ることができる。医療が狭義の生命保持のみのものに終わっていたらということを考えて、リハビリテーションによって、このように多くの人々が救われるという事実が無に帰してしまうという結果になる。医療保障に値するならば医学の名においてたんに生命保持の医療にとどまらず、生きるかゝのある社会人の域まで責任を持つべきである。リハビリテーションは医療保障の画竜点睛のその点であると思う。

今ここに例示としてあげたのは、50歳台から60歳台が入院患者として70%余を占めている七沢病院のものである。小児、青壮年の多い交通、労働災害の場合において、リハビリテーションの効果は老年よりさらに多くの期待が持てることは当然であり、その人達の将来より長いのである。参考

にかかげた表3は表1(男子)と対照の女子のもので、図は昭和42年、43年を分けて各調査項目を図示したもので、図中で知るとおり退院後1カ年を経過して、日常生活動作が退院時より後退したと認められる者が昭和42年で13.4%、43年で18.5%で、一度良くなった状態はたとえ老年でも容易に後退せず、病院で受けた習練が生活に帰ってもなかなかずれないことを示していることを知る(図および表3参照)。

42年、43年退院者の1年後調査の比較



(注) 図中生活環境改善とは家庭の状況を能力に合せて改善をしたこと、ADL は生活日常動作、ブレースは補装具。

表3 女子年齢と職業復帰 (42, 43年)

職業復帰									
年齢	復職	新職	家事	小計	復帰せず	死亡	計	復帰率(%)	
39歳以下	0	0	1	1	2	1	4	} 55.6	
40—44	0	0	2	2	2	1	5		
45—49	1	0	6	7	1	1	9		
50—54	1	0	10	11	6	1	18	61.1	}
55—59	0	0	7	7	20	0	27	25.9	
60—64	4	0	7	11	9	2	22	50.0	
65—69	1	1	7	9	25	3	37	24.3	}
70—74	0	0	3	3	5	2	10	30.0	
75—79	0	0	0	0	66	2	8	0	
80歳以上	0	0	0	0	0	0	0	0	
計	0	7	43	51	76	13	140		
%	5.7	5.7	30.7	36.4	54.3	9.3			

VIII む す び

医療保障の真にあるべき姿は国民全体にあまねく、必要な時に必要な医療が与えられるという機会均等は重要で、しかもその医療の質は、医学の進歩がその内容として生かされていなくてはならない。そして医療がたんに生命保持のことにのみにとどまらず、社会人としての有用性を恢復し、社会生活の中で生きがいのある機能を持つまで医療は責任を免がれない。また健康であることはさらに健康を増す要件であるゆえ疾病の予防とか健康管理とかの医学の社会的努力も忘れてはならないことである。すなわち、予防からリハビリテーションまでの一貫した体系が完備したものであって初めて医療保障といえるのである。概念的にいえば包括的保健サービスの体系が医療保障として望ましいといえるであろう。

近時公衆衛生活動とか、生命保持の医学の進歩には急速な進展があった。したがって乳児死亡率は激減し、また老人の延命も著しいという社会事象が顕著な傾向になった。この意味においては各種医療保険を大宗とする医療保障の現行制度、保健所活動を主体とする公衆衛生の著名な進展は、近來の社会の変転に対応する一応の効果があつたとみるべきであろう。また近來リハビリテーションもようやく展開の歩を示し始め、療法士の養成、リハビリテーションに対する社会的認識の深まりと関係施設の充実強化も次第に前進を始めた。

しかし現行制度の内部に包含せられている前述せる各項目の問題は依然として打開されず、そのために予防からリハビリテーションまで包括医療の体系が充分形成されず、その運営も円滑に運んでゆかない。現行のわが国の医療保険は多大な矛盾が内部にあるが、リハビリテーションの問題点

をとくだけでも、病院はその普及によって、収入に重要な関係を生ずる病床回転の円滑化が促進されるかもしれない。Rusk氏は次のごとくいう。病院内にリハビリテーション・サービスを発展させることを怠っていると、比較的軽度の身体障害者の多数が症状悪化して、重度障害者ないし不治永患者となるのをみすみす傍観するようになる。このように身体障害を見過して放置しておくことは、早期に積極的なリハビリテーションを施して、その患者を身体的、経済的、社会的および情意的に最高度の自立性を達成せしめるのとは比べるのには高価につく」と。まして Rusk氏がいうがごとく日常生活はわれわれ自身の身体的能力の4分の1以上を駆使することはめったにないのというならば、わが国の病院がリハビリテーション施設をもち、正しい医療を行なえば現在の状況よりも病院の運営に利するところはなはだ大なるとともに、患者も生活の中で自立、自由を取り戻せることになるのである。医薬や手術が人を救うるのは一つの限界があり、人をなお社会人として救うためには医学はあらゆる努力を払うべきで、医学も人の生活崩壊にもっと手厚い暖い手をさしのべなければならない。医療保障はその内容として、これらの点を是非とも包含しなければならないもので、今日なお生命保持のみに重点を置く制度を固守している嫌があるが、人々それぞれにところを得しむる医療の配慮が必要である。最後にわが国現下の情勢に対応して、老若男女、都鄙を問わず、医療保障の慈雨が平等にふりそそぎ、尊い生命が保持され、健康が増進するように可及的現行制度の不準を補ない、国民の強い要望に応えられるよう、その完全を一日も早く期すべきであることを国民福祉のために願望しておきたい。