

地域の高齢者に開放するなど可能にすべきである。

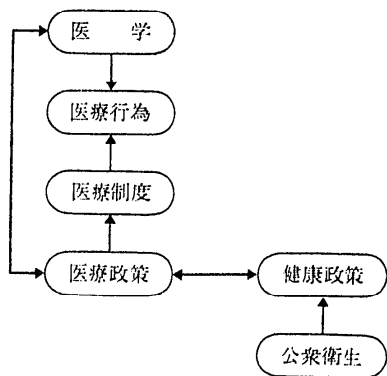
このように考えると、従来の第1種社会福祉事業、第2種社会福祉事業の区別も無用の区別であり、それを撤廃し、併せて、社会福祉事業の経営主体も社会福祉法人への限定から開放することが望ましい。社会福祉事業の担い手の資格要件を制約する方向が示されていることを考慮すれば、経営主体は少なくとも公益法人まで広げてよいであ

ろうし、本年度の厚生白書が、意図的にかそうでないかはともかくとして、「民間サービス」という用語をいわゆる企業サービスに使ってしまったとすれば、もはや経営主体の制約を取りはらってもよいであろう。そこまで考えれば、長期的には、サービス利用者の自由な選択を保障し、利用者自体のチェックを期待する意味からも、措置費制度は廃止し、サービス利用者への社会手当に転換する方向で抜本的な改革を図ることが望まれる。

コメント

東京都立大学教授 西 三郎

都立大学の西です。私は園田先生のご報告を中心にコメントをさせていただきたい。園田先生のご報告に対して、基本的にはご主張なさることについてとくに異論はありませんが、報告の中身と、それから少し議論の発展のために、多少のコメントをさせていただければありがたいと思う。黒板を使わせていただきたい。



園田先生のご報告のなかで医学、医療、医療政策の区分が明確でないままのコメントでどこを対象にしているか多少判然としない。私は医師として、医療は、医学の社会的適用であるという、武見太郎の定義に必ずしも賛成する者ではないが、多少順序としては、このように書いておきたい。

先ほど園田先生のご指摘になった、いわゆる病因論、病気の原因の議論として、細菌とか、化学

物質というお話があったが、19世紀に近代医学が発足をしたとき、皆さん方によく知られているのはパスツールとか、コッホだと思う。しかし、私達医学を学んでいる者には、いちばん大きいのはウィルヒョーの細胞病理学である。医学の基本としては、人間の病気とは細胞の変化によるという受け止め方をしている。そしてコッホの細菌学が生まれたそのすぐあとにクロード・ベルナールが出て、ホメオスタシスという概念がつくられ、最近ではご承知のように、セリエのストレス説が出てきた。そういう点で私は、病気というのは細胞の変化としてとらえ、それをホメオスタシスというバランスものとしてとらえ、そこにコッホの学説が加わるというのが、医学の考え方である。

医学をそういうふうにご理解いただくと、先ほどのご批判というのは実は、医療制度ないしは医療政策に対する批判だと思う。私は公衆衛生に席を置いていたが、疫学という概念は公衆衛生から生まれたもので、そこでエージェントという概念が提唱され、伝染病対策をすすめるにあたり、エージェントを撲滅しようという、対策が立てられてきた。それは医学への批判のみではなくて、公衆衛生、健康政策さらにそれに関連して医学、医療行為、医療制度がかかわっていることから、それらの関連をふまえた批判を期待したいことが1つである。

もう1つご批判のあった、疾病と健康の概念の違いについて、これからは健康を志向していかなければいけないというお話ですが、もともと医学は、先ほど言った歴史的な発展の経過の中では、新しいいろんな考えが生じてきており、人間を全体的に見るという形が、最近ようやく言われているが、西洋医学の基盤的な学問の構造の中に、トータルにものを見るというのは含まれていない。

ご承知のように、皆さん方が医者に行けば、必ず裸になる。着衣をぬいで全部除いてはじめて診察する。そこでの検査の多くが細胞とか、血液の検査である。そういう疾病を分析的な方法を用いているときに、健康ということを主張しても指導する理論がいまだ確立していない。先ほど開業医が非常に親切でよく診てくれるというのは、歴史的な経過の中で事実だが、そこで行われていることは、医科大学で習ったことではない、街の中の生活の経験で指導している。このように学問的背景のないことを用いることは、もちろん許されることもあるが、医師として健康を指導する時に学問や、理論がない限りにおいては、どうしても狭い医学、医療行為のほうに興味がもたれる傾向は避けられない。

そういうことを基本にしている医学の問題点というものを、もう少し強くご指摘いただいて、それを変えるにはどうしたらいいかという論点がないと、先ほどの結論に、私ども医師を仲間に入れることは、なかなか難しいのではないかと。なお、ここには私と違って、臨床医がいらっしゃるので、これについてはまた違うコメントが出るかもしれません。

もう1つは、健康政策の問題である。飯田先生のご意見に賛成の立場で、いろんな場で述べている。豊かな時代になって、いつまでもけちなことを考えるなということを言っている。

ここには厚生省の元の偉い方がいらっしゃるのですが、多少言いにくいのですが、先ほど星野教授からもご指摘があったが、民間保険という形が提唱

されている。しかし、自賠責がどういう状態になっているか、たとえば、ムチ打ち症というのが日本では数も多く長期間にわたり治療が続けている。これは長くかかって、重い病気だというと、慰謝料が高くなるという仕組みが組み込まれていることもその理由とされている。誰も好き好んで病気になりたい人はいないはずなのに、そういう事実がある。

それからもう1つ、自賠責がなぜあんなに高くなってきたのであろうか。自賠責がスタートしたとき、保険の第一線で働いている人達が、「先生、高く請求してくださいと、うちの事業が評価されるから」というので、自賠責の事業が拡大されたという経緯があるやに聞いている。公的な医療保険とまったく切り離して、民間だけで行なうならいいですが、公的保険と抱き合わせすると、あと1日入院したら、民間保険から入院料が10日分出るとなれば、医師のほうも、あと1日ぐらいどうということはない、先ほどのただ乗り現象があることだから、いいよというので入院を延ばして、公的保険の医療費が高くなる、ということが目に見えている。それにもかかわらず、こういう政策をとっているのは、健保政策が、その日その日の政策に追われているからである。その日その日に追われざるを得ないということもよくわかるのであるが、長期的な、飯田先生のご指摘のようなことを踏まえて、具体的にどう進めていくかについて、これは飯田先生に雲の上からお下りになっていただかないと、もう間に合わないのではないかと思います。政策提言がいま求められているのではないかと。

医療制度、医療行為についての批判は、時間の関係で省略させていただきますが、こういう段階をもう少しクリアにさせていただいたら、先生のご主張も裏付けが出てくるのではないかと思います。

私の担当という形で、ほかの先生方へのコメントは能力を超えますので、ここだけにさせていただきます。以上です。