

【レポート】

医療と福祉の連携について

阪南中央病院内科医長 岡本 祐三

では最初に、第一線の医療にたずさわっている者の立場から、医療と福祉の連携に関して、現在の日本の社会保障制度の現場で、医療と福祉の非常に不合理な食い違いというか、矛盾が露呈している現状を少し話し、中段で医療と福祉における方法論の問題に少し触れ、医学的方法論と福祉の方法論とが矛盾する面が出てくることを申し上げ、最終的にはその矛盾というのは止揚することが可能であるという、そういう筋立てで、お話をしたい。

先ほどの小山先生のお話にもあったが、2つの活動の連携が問題になるときは、たいていは連携がうまくいっていない場合である。社会保障制度の発想の基本は、ご存じのように貧困にあるわけだから、貧困と傷病が不可分の関係にある以上、傷病と貧困への社会政策的な対応として、医療と福祉が本来連携すべきであるという命題に関して、もちろん誰にも異存のあろうはずはない。

では、なぜ医療と福祉の連携が問題になるかという、たとえば「寝たきり老人」——障害老人の長期ケアとか、あるいは生活保護の適用の領域で、双方への財政的な締め付けの中で、医療と福祉が財政的、あるいは理念的に、非常に激しくぶつかり合う局面が、しばしば見られるようになったからである。

たとえば老人の長期ケアの領域でいうと、老人の「社会的入院」というものがある。医学的理由がないのに、世帯の事情のために病院への長期入院をせざるを得ない。それが「劣悪老人病院」問題という形で出ているように、本来福祉がやるべきことに、医療が非常にのさばっている。このためにあるべき老人福祉の姿がゆがめられているのではないかという、批判がある。

一方では、制度的に医療施設ではなくて、福祉施設である特殊養護老人ホーム、「特養」に多数の病弱老人が収容されている。特養の医療能力がきわめて貧弱であることは、しばしば指摘されているが、この施設は入居している老人にとっては、結果的には終末期医療施設ともなっている。これなどは本来、医療が行うべきサービスが、福祉に押し付けられている典型的な例である。

一般的にいうと、福祉財源が先進諸国中では非常に少ない日本では、福祉として対応されるべき問題が、曲がりなりにはあるが、まだ財源的に融通のつきやすい医療に、非常にゆがんだ形でシフトさせられている事例が断然多いと思う。生活保護の領域でも、同じような問題が、大変厳しい形で現実化している。

先に結論をいってしまうようだが、わが国における福祉と医療の問題は、まだまだサービスの供給過少、需要過剰の状態下に深刻化しているのであって、連携を問題にできるような発達段階ではないのではないか。たとえば「寝たきり老人」に対して、現実に社会福祉という領域から提供される福祉メニューを見ると、質量ともにきわめて乏しい。医療と福祉の両者の社会資源の整備が、まだまだ乏しい現状に、基本的な問題があらうと思う。

たとえば、非常に過剰供給されているかのごとき批判のある日本の医療だが、医師数は足りているとしても、病院、病床についていうと、1床当たりの看護婦数は世界でも最低レベルに位置付けられている。これはそのまま、貧困な老人ケアの問題につながり、日本の総医療費がかくも安上がりで済んでいる最大の理由となっている。こういうケアの面での手薄さというものは、全部日本の

場合は家族負担、いわゆる保険外のさまざまな形の負担となり、あるいは入院患者とか、施設入居老人の我慢に転嫁されているわけである。

このように老人の長期ケアの領域において、医療と福祉の極めて不合理な制度矛盾が顕在化しているので、その問題に少し立ち入ってみたい。医療と福祉の関係が問題化する極端な例が、老人の「社会的入院」であるが、この老人の「社会的入院」というものに、今日の医療と福祉の問題が、典型的に濃縮されている。

ご存じのようにわが国の病院には「社会的入院」という形で、欧米の病院への入院という概念をはるかに超えて、年余にわたって、超長期に入院している老人が多数いる。10万人単位でいる。その大半はもはや、濃厚な治療処置という意味での医療はいらない老人達である。そこで、次のような批判が医療に対して浴びせられる。

このような異様な事態の背景には、過剰な医療サービスの供給がある。老人の長期入院は、都道府県別の病床数と、平均在院日数の濃い相関関係を見れば、明らかに供給が需要を喚起している。これは要するに、医療供給側が経営上の立場から、常時ベッドを満床状態にしておくために、不必要に長期入院へと引っ張るために、超長期入院が結果されている。だから、こういう人達を入院させておくのは、無駄な医療支出の最たるものである。また、提供されている医療サービスも程度が悪い。だいたい、日本の社会保障は、あまりにも医療偏重である。医療がのさばり過ぎていて、福祉サービスの在り方をゆがめている。医療と他の社会福祉サービスのバランスをとるべきである。こういう医療費の一部を福祉に回せば、もうちょっとまともな老人福祉ができるのではないか。こういうご意見が、現実の福祉の行政の現場で、まじめに取り組んでおられる方々から、よく出てくる。

そこで、去年ぐらいから、北海道はじめ幾つかの都道府県でモデル的に、社会的入院の是正ということで、厚生省の指導の下に、国保連が指導をして、6ヵ月以上長期入院していて、しかも1ヵ月の医療費が全国平均以下の老人を、治療不要であるということでリストアップし、国保基金と医

師会にさらに該当者を選ばせた上で、医療機関を通じて、退院勧告をさせるということが行われた。ところが結果はどうだったかというと、こういう形で強制的に退院させた老人の多数は、再び何らかの病院に舞い戻っているという現実がある。

一昨年あたり、某有力週刊誌が、実名を挙げて、ある劣悪老人病院の内情告発キャンペーンを展開した。この病院における老人の扱いというのは、まことに人権侵害と虐待のきわみであったわけだが、そのキャンペーン終了後、その病院から退院した老人は、たった2人しかいなかった。つまり、そういうレベルの医療であっても、老人とその家族は、ほかにどこにも代替サービスを見出すことはできないのである。かくして「医療」はもちろん存在しているわけだが、それに対置すべき福祉というものが存在していない状況で、こういう事態が進行している。

医療と福祉のサービス概念が拡大してきたということが、このような事態の重要な背景になっている。もともと生活の危機に対して福祉サービスが対応してきて、基本的には所得保障からはじまるわけだが、これが次第に日常生活の不自由全般に対するサービスが必要であるということに、概念の拡大が必然化してくる。

一方、生命の危機に対応するのが医療サービスで、これは政策的に非常にアピールしやすい性格をもっている。こちらは疾病構造が変化してくると、慢性の傷病状態、つまり障害状態と生活が、分かち難く日常化されているという、そういう状態からくる不自由に対するサービスへと拡大利用されてくる。

また、医療ニーズのほうは、非常に強い、絶対的ニーズがあるので、商品として市場的提供もやりやすい。また、付加価値を付けやすく商品として、売ることが可能なので、営利化しやすいという性格をもっている。

そして、わが国の疾病構造が急性疾患から、次第に慢性疾患に移るとともに、障害状態を有したままで長期にわたって生活していく人が非常に増えてくる。そうすると「医療」と「福祉」が否応なしに接近してくる。ここで両者の関係が問題化

する。こういう疾病構造の変化ということも背景として重要である。

ここで再度指摘しておかないといけないのは、医療における営利性の問題である。どうして医療が、福祉の領域まで一見のさばっているかのどとき感じになるかという、これは先にも触れたように医療が商品サービスとして提供されやすい本質をもっているからである。医療と福祉に対立的局面が生じるようになったのは、医療が政策的に登場してきて、公的な資金の配分にかかわるようになってからであるが、経済規模が拡大するにしたがって、社会保障サービスをどういう形で提供するかという問題が大きく出てくる。一定以上に所得水準が上昇すると、そういうもろもろの「福祉的」というか、そういうサービスを、市場的な方法によって、つまり商品サービスとして提供する割合が増えてくる。そうなると、所得の配分が均等化していないと、不平等問題が同時に拡大してくる。

所得水準の向上とともに、医療や福祉サービスも営利企業にゆだねようとする政策的な動きが強まってくるが、薬剤とか、検査機器などは、商品としての付加価値を付けやすい構造をもっている。したがって他の産業への波及効果も大きい。

この場合、こういうサービスの買い手は市民というか、患者さんだが、その間にサービスの「購買代理人」として、医師とか病院が構造化されてくる。そして一種のクレジットカードとでもいうべき「保険証」を患者さんから預かってこのサービスの「購買代理人」がせっせとサービスを購入する。したがって、その「購買代理人」が非常に大きな力をもっているの、で、「購買代理人」のところに、いろんな福祉関連産業が寄ってくる。こういう構造の中で、こんどはサービスの内容がだんだん問題になってくる。

付加価値の多いサービスを、大量に消費できる医療サービスのほうが、福祉サービスよりもいっそう商品化されやすいわけだが、営利性というのは常に利潤追求とコストの削減を伴ってくる。この場合、真っ先に合理化されるのは「可変コスト」であり、サービスの快適性にかかわる費用で

ある。即ち人件費とか、食費とかで、生活面のところに、大きくシワ寄せがくる。

だから、こういうサービスを十分購入できない階層、可処分所得が少なく高額な商品の購入ができない、低所得階層へのサービス水準の低下が、どうしても起こってくる。これは、たとえばアメリカのナーシングホームなどで、二十数年前から典型的に激烈に起こった。こういう事態が、わが国の場合でも、私的医療機関への依存度が非常に大きい中で、「劣悪老人病院」問題として出てきている。これは、営利的医療の低レベルのサービスの弊害というものが、福祉サービスがひずんだ形で医療へシフトされる中で、大量に顕在化してきているといえるのではなかろうか。

いまひとつ、それは今日の私の役割のひとつだと思うが、論理というか、理念的な問題として、「医療」と「福祉」というものが、ぶつかる局面というのがあるのではないか。つまり極端にいうと、医者とか、医療従事者は、病人をトータルに見難いように教育されている。片寄った側面だけに固着してその対象を見ている。いわゆる「病気を見て、病人を見ない」という立場である。そういう立場と、「福祉」というひとつの個人としての全体的な well-being というか、全体的な happiness, そういうものとかかわっていく立場との相剋である。

「寝たきり老人」の「社会的入院」について、病院と特養とどちらがいいかという議論の中で、特養のほうがいいという主張の中に、特養のほうが「生活」があるからいいんだということは当然だが、それ以外に、病院というのは非常に密室化されやすいという指摘がある。一旦病院に入ってしまうと、医学的論理の専横に対して福祉の論理では対応できない。病院に生命を人質に取られているから、医療と福祉の連携といっても、実態としては、医療側のなすがままである。「特養」であれば、市民的な論理が優位性をもち得るのではないか。少なくとも施設側と入居者とは、対等に論理として対応できるのではないか。あるいは在宅老人を増やすほうが、問題が全市民的に広がる可能性がある。そういうことで、医療というか、病

院の密室性に取り込まれるのは何としてもまずいという、こういう議論がある。

ここで医療の原点に立ち戻って考えると、医療とは何かという問いに対して、かつて武見太郎氏が、「医療とは医学の社会的適用である」という、有名なテーゼをお出しになっているが、実際に医療の歴史を見ると、この定義の誤りは明らかである。なぜなら、科学としての医学などなかった時代から、医療という営みはすでに存在していたからである。「最初に医療ありき」であって、「最初に医学ありき」ではない。病める者のまなざしそのものが、まず医療を求めたわけである。ガリレオは、「科学というのは経験の合理化である」といっているが、医学というのは、医療における経験則の合理化だという考え方が正しいので、最初に医療があったわけである。したがって本来的には医療と福祉というのは、まったく同根であって、対立的要素はないはずだが、現代の医療の科学的方法論の基礎である医学の論理には、たしかに問題が内包されているといえよう。

歴史的にいうと、そもそも福祉から近代医学は発達してきた。なぜなら、近代医学というのは、もっとも古い社会福祉といえるかどうかかわらないが、貧困と病人、そういうものを大量に収容した、ヨーロッパのホスピタルという施設から生まれてきたからである。つまり近代医学は「病院の医学」として発達してきた。

近代医学の方法論というのは病人に対して「診断」という行為を行って、「病名」というものを付ける。いわばその患者さんに、病人にかかわる者全員にとっての、共通認識としての「作業仮説」を立てることから、はじめて治療という働きかけができる構造をもっている。こういう「診断」という考え方は、病気というものは分類し得る、そこから病人という人間も分類が可能である、そもそも働きかける対象を類型化して、分類化されなければ、技術というものは成立しないわけだから、病気は分類し得る、病人も分類可能だという、こういう概念に近代医学は立脚している。これは、近代科学の勃興期に、多数の病人を大規模な施設内に集めて、一定期間観察し得る条件下において、

はじめて生まれ得た方法論である。

それ以前の医学の方法論はどうかというと、たとえば漢方は、個々人の体質、陰陽五行説に基づいた体質というものに理論的根拠を置く。そうするとこれは、病人の数だけ病気があるということになる。逆に裏返すと、それは個別性を最大限尊重しているということにもなる。

あるいはヨーロッパでも、ヒポクラテスの時代から、ガレノスという有名な医学者の中世の時代にいたるまで、病的な状態というのは、黒色胆汁、黄色胆汁など、4種類の体液の混り具合のバランスが崩れて起こるのだ、そこから無数の病的状態が生ずるという、こういう体質論的医学が主流であった。

それが、多数の病人を施設の中に集め、それを観察する中で、疾病概念というものが確立されてきた。これはシデナムという人が、最初に体系化したわけである。

シデナムという人が17世紀に、「自然というのは病気の産出において画一的であり、恒常的である」といっている。つまり、異なった人間であっても同じ病気にかかったならば、症状が大部分同じなんだということである。そして「四日熱という形の熱を伴う現象を考えるなら、その症状を注意深く集め、その規則性に注目するなら、その病気は、1つの植物が、1つの種であると同様に、1つの種である。病気も1つの種であるということ信じることができる。同じ病気にかかったら、ソクラテスでも馬鹿でも、同じ症状を呈するのだ」という有名な言葉を残している。ここからスウェーデンのリンネなどの「博物学」というものも出てきたといわれている。こういう「疾病概念」というものが出来た。

この「疾病概念」から、病人というものは類型化できるのだという、大変重要な原理が生み出されてきたわけである。

こういうような歴史的事実があって、とにかく疾病概念というものは病院から発生してきた。この病院の元は、先にも述べたように「救貧院」である。そこから分離収容によって病院が成立し、「病院の医学」が成立していった。そういったこ

とで疾病概念、疾患単位というものが成立して、そこから病気というものが独立して抽出される。そして次に「病因」の分類が成立して、そこから病理的裏付けを得て、個々の疾患単位の、実体としての裏付けができた。細胞の形の変化、その他のいろんな形で、今日では生理的な数値、機能的な変化で、病気というものが実体的な裏付けをもってきた。

近代医学が非常に強力な影響力をもち得た根源は、病気というものに、そういう目に見える、あるいは数値で測れる、実体的裏付けをもったことにある。漢方医学の決定的な弱点は、漢方の疾病概念に実体的な裏付けがないことにある。漢方も思弁的論理としては、一種の整合性をもっているのだが、病気の実体としての裏付けがない。だから漢方は、公衆衛生的な政策の基盤となり得ないという原理的弱点がある。

近代医学はたしかに「病気しか見ない」という、そういう限界性をもっているが、病気というものをひとつの類型化し、それに実体的裏付けを与え、さらには原因まで同定していったというところに、強力な理論的構造をもっている。

福祉も、医療も、クライアントあるいは患者の何らかのニーズに対応するわけだが、その対応の仕方にたしかに差異がある。福祉の場合は日常生活の総合的な水準というか、全体的な感じ、あくまで人間の全体性を問題にする。人間の生活を全体として調整することによって、その人の well-being を実現していく。こういうことになる。

医療の場合は、相手のニーズを今いったような疾病カテゴリーの範疇でとらえようとする、そのカテゴリーというのは、歴史的に認知された、生物科学的なもので、したがってニーズをとらえるためには、まず相手の個別性、生活、そういうものを捨象することが必要である。そして「一般化された」個々の疾病概念、結核であるとか、肺ガンであるとか、こういうものに当てはめて「診断」し、病理学的な疾病体系に即して、相手を分類していく操作というものを欠くことができない。ここでいう操作とは——「診断」「レッテル張り」——だが、この一般化のプロセスを省略すること

はできない。この操作によって、技術的体系の基礎が成り立っている。ここから医学的な認識の特殊性が、非常にあらわになってくる。このあとのプロセスには、医学的論理が、独り歩きしていくということがたしかに存在する。つまり医学的な「病名」というものに伴った、病気の属性一般にしたがってニーズを判断し、働きかけていくというプロセスである。

「病気ではなくて病人を診よ」ということが、常に指摘されるが、ある意味では個別性を捨象して、病人ではなくて徹底して病気を診るという、個別化から一般化への方法論が確立したからこそ、近代医学というのは科学的な装いをもつ技術的な体系として成立し得たわけである。

図をちょっと見ていただきたい。これは思い付きみたいなものだが、病人というものをどういう尺度で見えていくか。これにはいろんな座標軸がある。そこに挙げているX、Y、Zというのは、座標軸のつもりだが、横軸のXに「病名」というのがある。これは近代医学が開発した、病人のひとつの分類体系である。ただこの病名の同定過程というものもなかなか複雑で、表の1に書いてあるように、いろんな確実度をもった、診断のカテゴリーがある。

肉眼的に診てパッとわかる身体的欠陥、骨折とか、奇形とかは、これは簡単である。第2級の診断は細菌やウイルスによる感染症などで、これは

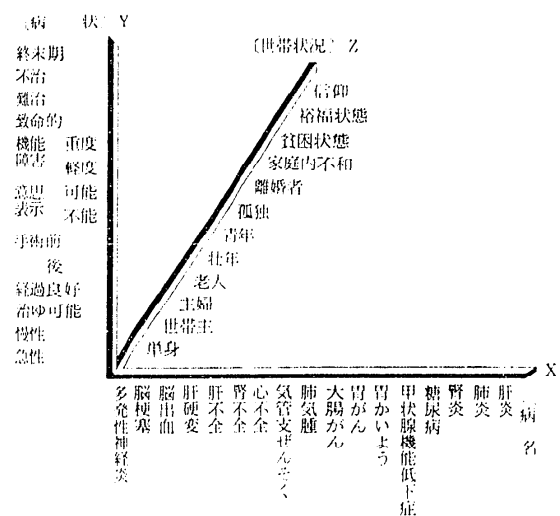


表 1 確実度による病名診断の 5 段階分類

確実度第 1 級の診断
肉眼的にもわかる身体的欠陥——骨折、奇形など
確実度第 2 級の診断
細菌やウイルスによる感染症、栄養不良、化学物質による中毒など
確実度第 3 級の診断
病像については記述も豊富なので、病気の存在はよく認識できるが、病因や発生病理についてはあまり知られていないもの——かいよう、本態性高血圧、肝硬変、腎炎、糖尿病など
確実度第 4 級の診断
病態の全体像は理解できるが、特定の原因は不明で、先天的素因や環境的要因の関与の大きいもの、顕微鏡的細胞像で診断されることが多い——良性及び悪性腫瘍、こう原病など
確実度第 5 級の診断
病像を形成している症状や徴候の集まりを診断の基礎としているが、病因は不明——パーキンソン症候群、アルツハイマー病などの筋肉神経系の変性疾患など

原因によって分類していく。あるいは第 3 級の診断という、いろんな検査をしなくてはわからない。こういういろんな重層的な構造をもった分類の操作をする。

もう 1 つの分類の基準としては、縦軸に Y とあるが、病気の進み具合、治療過程の進行の具合、ということでも病人の分類は可能である。急性、慢性、治癒可能か、経過良好か、機能障害が重度であるか、軽度であるか。この機能障害がさらに重度であると、病名などはどうでもよくて、「寝たきり老人」などというようにカテゴライズされてしまうこともある。あるいは致命的であるか、難治であるか。難治であって、世帯の困窮が甚だしいと、「難病」などという、こういう概念も出てくる。いよいよ病状が進むと、終末期になり、「末期患者」ということになる。こういう「状況優先」のカテゴリー化も可能である。

別の分類としては、Z 軸に示されているような「福祉」に最も関連の深い世帯状況によって、いろんな分類がある。

病人というのは、こういう複雑なベクトルをもった存在であるから、その全部を丸ごと分類しようとする、いろんな判断の軸を総合しなければならない。これは現在のわれわれがもっている「論理」では、ちょっと無理である。

そこで、医学的論理の問題に戻るが、一般的にいうと、たとえば病院の中では、「病名」によって患者さんへの共通認識のすべてが代表される世

界が成立する。たとえば、看護婦さんの会話でも、「11号室の田中さんだけでも」「ああ、あの『胃潰瘍の患者』さんね」というように、『胃潰瘍の患者さん』という形で、田中さんという妻有り、子供有り、会社がクビになりそうになっていて、親が寝たきり老人であるという、そういうことは一切関係ない形でその人の全体が代表される世界がある。

一方では、「15号室の吉田さんだけでも」「ああ、あの『末期の患者さん』」というように、病名より「状況優先」のとらえ方をすることも出てくる。

ここでは分析的な医学の方法論の矛盾が、あまりにも目立つようになると、このように「末期患者」というカテゴリー化が行われるようになって、ターミナルケアであるとか、ホスピスといった、新しい概念による、一種のブレイクスルーのような感じのものが登場してくることもなるわけである。現実の医療の場では個別性抜き、生活状況抜きの、医学的論理に従うほかないという、医療的世界に病人が取り込まれる事態というのは、たしかに起こる。それで、こういう医療の閉鎖性の理論的な基盤に対する、福祉サイドからの批判と反感が出てくることになる。

こういう枠組みの中で、医療政策が社会問題として登場したときから、そして福祉の水準が上がって、差別的な福祉から、全市民対象の社会的サービスへと発展した段階になって、公的負担が大きくなった段階から、医療と福祉の問題が、非常

に顕在化して出てくる。

社会保障の枠組みとして、所得保障に医療保障が、どうして独自の加えられるようになったか。これはご存じの通りで、所得保障の場合だと、最低生活の保障ということがあり得るが、医療については、絶対的ニーズがあるために、最低ということが言えない。望ましいサービスということではなければいけない。それと所得保障だけでは、医療サービスの利用が保障されないということがある。医療というのは、そのサービスが利用できなければ保障にならないし、医療サービスの特殊性から、生命の危機的状態への対応だから、常に最高レベルのサービスへの期待がある。したがって、良質のサービスそのものが、誰にでも平等に利用できるようにしなければ保障とはならない。このへんで、たとえばアメリカのように、医療技術は世界最高のものがありながら、国民の保健水準は芳しくないし、国民の間の医療に対する不満が非常に強いという事態が出てくる。

このような絶対的なニーズに、先に述べたような独自の医学的論理が結合すると、第三者の介入し難い、非常に強固な閉鎖性が生まれる。その上にさらに、営利動機がかぶさってくると、外部からの批判を意識的に拒むようになる。これは現在の「劣悪老人病院」の世界で、典型的に出ている。こうなると福祉と医療の連携どころではなくなってくる。したがって、何よりも医療と福祉から、営利性をまず排除することが、連携を可能にする第一義的な要件となる。

医学の方法論というものが、技術的対象としては、丸ごとの人間を扱いながら、その方法論的特質故に、全体的認識を欠く、あるいは欠きがちなことは明らかなが、この矛盾を止揚するためには、方法論そのものに内包されている矛盾だけに、方法論をいくら精緻に発展させても、一定の限界性がある。そこで方法論的な面からの革新を期待するよりも、福祉原理に立った、制度的なものによってこれを止揚することが現実的には可能ではなかろうかと思う。

ここで1つのモデルとして、終末期医療というものを素材にして考えてみたい。先ほどのような、

医学的論理というものが展開されると、たとえば死期の近い患者に、ひたすら1つ1つ「病氣」を見出して、それぞれに徹底して治療を加えざるを得ないという事態も出てくる。これは分析的な医学の論理が然らしむところとして、必然化する。本人とか、家族の意思に、必ずしも沿わない形で、こういう処置が展開されると、いわゆる「スパゲティ症候群」と称されるような行き過ぎた医学処置が指摘されるケースも出てくる。そこでこういう方法論を徹底することも、時と場合によりけりではないかという批判が出てきた。

医学方法論の矛盾があまりにも目立つようになって、患者の全体的な印象、患者の総体としての well-being の観点から疑問が出てきたわけである。そこで医学的方法論の適用も、時と場合によりけりではないかという立場から、たとえば胃ガンであっても、肺ガンでも、肝臓ガンでもいい、「病名」よりも「末期患者」という患者の全体的な状況のほうが大事だという立場から、末期患者のための医療として「ターミナルケア」「終末期医療」という、新しいカテゴリー化が出てきた。これは論理としては、飛躍を伴っていると思うが、一種の「状況医療」即ち、状況優先医療の主張である。

これを、医学的論理よりも、患者の全体としての well-being の優先という立場の主張としてみると、医療と福祉の論理的あつれきに、少しく近似した側面があるのではないか。そういう意味では非常に面白いアナロジーを提出しているといえよう。

近年になって終末期患者のための全体的な well-being を尊重するということをも全面的に打ち出したホスピスという考え方、これは施設を意味することもあるが、ホスピスムーブメントという、1つの理念の提唱でもあるが、こういうものが出てきた。

ただし、このホスピスというのは、非常に主観的なところに評価の基準が置かれていて、実際に病院医療とホスピス医療を比べて、終末期医療にとって、どちらが優越しているかということは、これはぜんぜん実証されてはおらない。はっきりいうと、ホスピスをやっている方々は大変いいと

おっしゃっているから、いいんだという、こういう段階だと思う。これに関する比較研究もあるが。

ホスピスという名前そのものは、中世のキリスト教の活動に由来している。現在のようなハイテク医療の最盛期の現代に、中世にその起源を発するホスピスという発想が出てきたということは、一種の先祖返り的な現象かと思う。

ところが、このホスピスというものの、その後の世界的な展開を見ると大変示唆的なものがある。現代ホスピスの発祥は1970年代にイギリスでソーnderスという人が最初に提唱して、イギリスのナショナル・ヘルスサービスの医療の下で起こったわけである。現在イギリスでもホスピスは100か所ぐらいだろう。総人口5,000万に対して、総ベッド数でおそらく1,500か2,000を超えてないと思う。ところがこのホスピスが大発展をしたのは実はアメリカである。アメリカの場合、1974年に最初のホスピスができて、それが現在、人口2億2,000万に対して何と2,000か所ある。本家のイギリスをはるかに超えるスピードで発展をした。

アメリカでホスピスが急に増えたことについては、病院病床の転換が非常に大きな背景をなしている。だいたい800か所が病院が経営しているホスピスである。ここではホスピスは、アメリカの現象としては、特にメディケアのDRG制度の影響などもあるが、終末期医療というものが、病院にとって不採算なものになってしまったので、そういう助かる見込みのない老人患者を、ホスピスのほうに移していくという、そういう事情も大きな背景になっている。ご存じのように、社会保障が先進諸国の中で、いちばん原理的に未発達なアメリカで、現代ホスピスが、これほど異常に発展をしたということは、大変興味深い現象だと思う。

これと対極的なのが北欧である。デンマークでも、スウェーデンでも、ホスピスは存在していない。特にデンマークの医学雑誌を読むと、デンマークではホスピスについては、その必要性についての議論さえなかったということが、はっきり書かれている（『*Danish Medical Bulletin*」1982年、3月号）。

スウェーデンでは、ホスピス運動に関心を示し

た人はいるけれど、5、6年前の世界ホスピス大会でもスウェーデン代表は、スウェーデンでは独立したホスピスという建物をつくるのではなくて、ホスピスの理念を、病院の医療のなかに吸収をする形で受け止めたいという発言をしている。これは非常に示唆的だと思う。

終末期医療という医療現場で、医学的論理と福祉論理が、医学の側の非常に分析的な、技術的な論理と、本人の全体的な well-being、全体的なハピネスを尊重するという福祉の論理とが、一見ぶつかっているように見えるわけだが、きわめて高度に社会保障とか、社会福祉が発達した北欧諸国では、ホスピスはいらないということになっている。

つまり、個々の医療とか福祉で用意されているメニューそのものが非常に豊富でレベルが高いという、そういうなかでは、個々のクライアント、患者さんそのもののなかで、その患者さんの自己決定とか、主体性、個別性が高度に尊重されてそれが個人のレベルで現実的に実現されているから、論理としての衝突が起こらないのである。

そして、いちばん、そういう論理的な衝突みたいなのが顕在化しているのがアメリカであり、あるいは日本でもそうかもしれない。

このように考えると、医学的論理と福祉の論理的衝突と見えるのも、実は社会保障というものが非常に未発達な、メニューが乏しいというなかで、見かけ上の衝突現象として起こっているものであって、制度によって十分解決が可能なのではないかと思う。

そこで最後のまとめに移りたい。医療と福祉の対立的局面はなぜ起こるか。やはり「医療」の社会保障制度における特殊性、所得保障一般に解消できない特殊性というものが1つある。それから医療サービスに伴う営利性の問題、政策的な立場から、資本主義経済における経済効果をめぐっての問題、これが大きく衝突局面を増幅させている。

それからもう1つは、医学方法論の特殊性、これは個別性の捨象ということだが、総体としての人間を扱いながら、日常生活感覚というか、福祉感覚からの乖離を必然化するようになる局面もあ

る。

このような政策的な観点、医学方法論の限界性から、こういう問題が出てきているわけだが、この両者の衝突というのは、決して本質的なものではなくて、十分制度的に解決が可能であるという

ことを、私の結論としたい。

(本講演の内容は、加筆のうえ『厚生福祉』第3748～9号に掲載された)

【レポート】

医療と福祉の連携について

東京大学教授 郡 司 篤 晃

きょうは「医療と福祉の連携」というタイトルであるが、施設の間の連携というのもあると思うけれど、今回は在宅ケアというものを中心にして、お話をさせていただきたい。(最初シンポジウムというので、一般の人に対するお話かなと思っていたら、集まってこられる方はみんな大変な専門家で、一種の研究会みたいなもののように思われる。したがって私の話はきわめて初歩的な話であるが、できるだけあとのディスカッションの材料を提供できればと思う。)

きょうの内容は、昨年、東京都の保健・医療計画調査会ができて、このたびの医療法改正に基づく、医療計画の立案のたたき台をつくった。その中が保健部会と医療部会に分かれて、保健のほうを私は取りまとめる機会を得、その中間報告に「保健・医療面から見た、在宅サービスの在り方について」が出された。きょうは主として、それらを材料にしてお話をさせていただきたい。

まず、在宅ケアの基本的な条件というか、中間報告の中では視座という言葉を使っているが、そこからはじめていきたい。

なぜ、在宅ケアかということだが、まことに教科書的だが、在宅ケアに対するニーズが拡大をしている。しかも質的にも、量的にも拡大をしている。そして、その原因が人口の高齢化、疾病構造の変化にあるということは、皆さんご存じのとおり

りである。私はこの質的な拡大というのを、若干ここで強調しておきたい。その背景には最近の生活水準の向上というものがある。

ついこの間、調べものをしていて、偶然気が付いたのだが、イギリスにおいても、第2次大戦後に、いわゆるナショナル・ヘルスサービスが導入されたとき、目的が3つあった。1つは包括的なサービス、2番目には、それを平等に国民に提供する、そして3番目には、保健と経済の問題を切り離すということである。そういうことで NHS が発足したちょうどそのとき、イギリスの老齢人口の割合がほぼ10%を若干超えたところである。

日本も65歳以上の人口が10%を超えたいま、こういった問題を議論しているわけで、時間的には四十数年遅れだが、面白い一致だと思った。

それから、もう1つ問題なのは、家庭の介護力の低下である。これも皆さんよくご存じのとおり核家族化が進行して、女子の労働力化が進むと同時に、家庭の介護力が低下していつている。

次に医療技術、介護器具の進歩であるが、この背景にはさらに大きな医学、医療技術の進歩があることは明らかである。そして、大変重要だと思われることは、この医学、医療技術の進歩によって、治療の選択の幅が非常に大きく広がったということである。

面白い表現があるのだが、公衆衛生を、ウイス