

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

ローという人が定義をして、「公衆衛生とは科学であり、技術である」といつている。何の科学であり、技術であるかという、第1が疾病の予防、2番目に prolonging life と書いてある。これが医療のことである。つまり生命を延長する科学と技術、医療をこう定義したのである。

これまで、呼吸器と循環器の管理が進み、体液濾過の技術ができ、あるいは最近はさらに、栄養の補給という技術が進んできて、いよいよこの医療というものの本質が明らかになってきている。

先ほど岡本先生がふれられた点だが、これからの医療には、いままでの医療と違った倫理性が要求される。つまり、昔は、「できるだけのことをいたしました」ということでよかったが、いま医療ができるだけのことをすると大変なことになる。したがってそこには、特殊で新たな倫理規範というものが必要なことは明らかである。その点で、岡本先生の状況医療という言葉で、非常に興味深くうかがった。それは、患者の側に立った個々のケースごとの判断を重視することだし、これからの諸制度、システムをつくっていく段階で、大事なものは、倫理的に正しい方向に動機付けがなされる医療制度をつくっていくことが重要である。

中間報告には、これから民間サービスの活用が重要だということが書いてある。これも明らかである。即ち、ニーズが拡大していく時それに対するサービスの提供に、人によるサービスが増えていく。それを公的なサービスとしてやるということは難しい。つまり公務員のサービスとしてやることは増員を意味するので難しい。したがって何らかの形で、民間または第3セクターで拡大に対応することが必要なことは明らかである。

さらに最近、福祉の方の概念で重要だと思っているものは、昔の福祉は選別的な福祉だったが、今後は普遍的な福祉が必要だということである。つまりこれまでは貧しい人を本当に貧しいかを調べて、より分けて、その人達に対して、福祉サービスをほどこすという選別的な福祉サービスであった。これから、普遍的な福祉に転換しなければならない。つまり、誰もが福祉の世話になる。別に生活困窮者ではなくても、福祉の世話にならざ

るを得ない。そういう時代になるということである。

また、先ほど生活水準の向上ということをつたが、それに伴って、個人の選好というか、個人の好き、嫌いにもある程度応えていかなければいけない。その場合、行政のサービスは、比較的画一的なサービスをするのが得意であり、個々の好みに応じたサービスができない性格がある。多様な個々のニーズに、きめ細かく対応していくためには、どうしても民間のサービスが必要である。

それから、「保健、医療と福祉の連携」ということであるが、先ほど開会のごあいさつの中で小山所長が、連携ということをついう前に、それぞれがしっかりやらなければいけないというお話でしたが、まさにそのとおりである。そういった個々のサービスが確実になされないことからくる欠けた部分を連携によって補うことはできないと思う。

市民の立場に立って考えるならば、在宅ケアで重要な点は不安を取り除いてくれる、つまり安心を与えるシステムを構築することだと思う。そういう不安に対応するためには、誰かが責任をもって世話をする、それを保障できるようなシステムをつくるのが本質的に重要である。

次に東京都の現在の在宅ケアの問題点に入っていきたい。

昭和60年の東京都の社会福祉基礎調査によると要介護者が東京都には約5万8,000人いる。その人達の介護で、問題に入る前に、若干現状を申し上げると、要介護老人というのは、寝たきりと、比較的重い障害というものに分かれるが、それらの人々はだいたい平均で4、5年療養している。しかし、これはかなり幅があって、5年以上10年未満という人が、約20%近くある。10年以上という人も13%いる。そのなかで問題行動がある、大声をあげたりとかで、介護が非常に難しい症例が27%ある。

そして、それらの人々の介護者だが、男性が被介護者の場合には、介護をする側の70%が配偶者、18%が嫁であり、その70%の配偶者のうち、70歳以上が約54%である。つまり、介護者がきわめて高齢だということである。次に女性の場合は、介

護をしている人の43.3%が嫁で、37.8%が娘で、合わせて81%になる。そして、次第に核家族化し、さらに女性が労働力化しているということである。

さらに住宅環境を調べてみると、東京は1世帯あたり、畳数にして、昭和60年にはだいたい21畳で、全国平均の30畳に比べてきわめて狭い。それから1人の畳数も東京は7.8、全国は9.2であるから、8畳間にならない。しかも借家率が、これは昭和58年とちょっと古いデータだが、55.5%ということなので、東京は在宅ケアに対しては、決していい環境ではない。

いま、「ふるさと」という言葉が流行だが、これまで日本は物をつくるために、人間が都会に集まってきた。そして、その大都会は、次の世代からはふるさとである。いまから第1次産業に従事するために、いなかに帰るということとはあり得ない。

したがって、これからの医療、福祉の連携、あるいは在宅ケアというものを充実させていくためには、どうしてもさらに広い視点で、これまで物の生産のためにつくってきた都会というものを、人間が生まれ、育ち、そしてそこで死んでいく場所として、大きく見直さなければならないと思う。

さて、次の問題だが、どうしても在宅のサービスケアを充実していくためには、医療を確保することが重要である。ところがこの医療が大都会では非常に貧困になりつつある。多くの部分を日本では、開業医と呼ばれる人達の医療サービスに頼っている。ところが、東京のお医者さんは、往診をしないという人が多い。ある地域の調査によると、往診に積極的な人というのは非常に少ない。これから往診を伸ばしていこうと思っている人は18%しかいない。紹介する施設がないと答えた人が50%である。つまり、いま大都会では往診をしない、紹介する施設がないという開業医の方が多い。

それから、その調査では、福祉サービスに対して、開業医の方々がどのくらいの知識を持ち合わせているかということを知っているが、実はあまりご存じない方が多い。たとえば訪問看護あるいは入浴サービスというサービスがあるということ

を実は80%の人しか知らなかった。ショートステイサービスというものを知っていた人は61%、貸しオムツというものになると50%、さらに行政的ないろんな細かい補助になると、ほとんど知らないということである。

そして、ご自身がケアを受ける立場になったら、どこでケアを受けるかと聞くと、半分の人が在宅でケアを受けたいといっている。入院、あるいはホームに入るといふ人はきわめて少ない。

それから、訪問看護だが、これは病院からの訪問看護ということになるが、これも昭和59年の医療施設調査によると、東京に755の病院があるが、そこで訪問看護をやっている施設というのは52施設で、7%弱であった。つまり、病院は相変わらず待っている医療をやっている、決して出て行く医療はしていないという現状である。

つまり、地域の中において、医療と福祉の連携ということを考える場合に、医療の側にも問題があるといえる。

訪問看護についても、いまの健康保険制度ではきわめて細かいというか、奇異な制度がつくられていて、今度の改正までは、退院後1ヵ月までは月4回まで、その後は半年は月2回という決まりになっていた。

東京都は老人保健法の訪問指導というものに、若干上乘せをして、訪問看護指導という形でやっている。そして、ある地域においてはきわめて熱心に、訪問看護をしている。しかし、現在、まだきわめて地域差があるというのが現状であり、またその訪問看護指導をする人材のほうに、いろいろな問題がある。つまり、看護の実際の現場から離れていた者、あるいは臨床の経験のない者が含まれているというのが、現状である。

機能訓練についても、いろいろな問題の指摘もあると思うが、ここでは東京都の公衆衛生部が機能訓練を受けた人に対して行ったアンケート調査の結果の一部を紹介する。

サービスを受ける者の希望の中でもっとも多いのは、回数を増やして欲しいというのが回答者の40%、近い場所でやって欲しい34%、そのほか訓練の時間を延長して欲しい、個別の訓練をして欲

しいという意見が沢山出てきている。

このように医療面からみた在宅ケアというものは、きわめて不十分な現状にあるといわざるを得ない。

ところで、あとの討論を進めるために、私はわが国の医療の特徴というものに、ちょっと触れておきたい。わが国の医療システムは、いろいろなとらえ方があるが、本論との関係において、幾つかの点に絞ってお話をしたい。

日本の医療行政というのは、医療のシステムをつくることに関しては、あまり大したことをこれまでしてこなかった。つまり、かなり自然発生的な医療に頼ってきた、あるいは民間の活力に頼ってきたといえると思う。

そして、アメリカ、ヨーロッパの伝統のなかでは、医療サービスを、比較的公的なサービスとして考えてきたのに対して、日本は医師の業として、あるいはその延長として考えてきた。しかし、それは必ずしも一貫しているわけではなくて、戦後多少その考え方は揺れるわけである。

第2次大戦後アメリカの勧告にしたがって、健康保険制度をつくるという方針を日本はとる。そして皮肉なことに、その勧告をしたアメリカで必ずしも、皆保険が実現をしていないのに、日本はそれを実現したわけである。

開業医制度についても、その勧告を受けて、昭和25年、医療制度審議会が、「開業医制度のその長所を助長して、欠陥を補正して、公的医療機関の及ばない場合、ならびにこれを必要としない対象に対する医療機関として、存置する」という答申をして開業医制度を一時否定し公的な医療機関を中心として、医療をやっていこうという方針を勧告した。しかし、その方針は10年もたたないうちに変わって、医療金融公庫というのをづくり、あるいは医療制度調査会が、新たな民活方針を出して、日本は民間の医療施設でやってきたわけである。そして、むしろ昭和39年には医療法を改正して、公的病院の病床を規制するという方向、つまり医療計画を規制的な方法でやってきた。これはアメリカ、ヨーロッパの病院が公的なサービスとして、そして政府は促進的な医療計画としてや

ってきたのと、きわめて好対照である。

そういうふうに自然に発生というか、民間活力によってやってきたことの1つの結果として、きわめて競争的な医療が実現したという面がある。つまり、病院の隣に診療所があり、それがお互いに競合関係にある。患者を取り合うという関係になったわけである。

したがって、病診連携とか、医療と福祉の連携といっても、これはなかなか難しい。患者さんを近くの病院には紹介しないで遠い病院に紹介する、ということも起こり得る。

公的施設が中心ではなくて、むしろ私立の中小の病院がいまの日本の医療の実質的な部分を支えているという事実がある。プライマリーケアは、そういった状況の中で、1人で開業するという形、ソロプラクティスの医療によって支えられている。

先ほど例に出したイギリスでも、いまのGPの開業の形態のモード値は4人のグループの診療で1人というのはきわめて少ない。

そういうソロプラクティス、いろんな開設主体の中小病院というのが、競合的にこの地域の中に存在する状況が出来上がっている。

次に取り上げてみたい日本の医療の特徴は、出来高払い制度という制度に徹底的に頼っているという点である。出来高払いは必ずしも日本だけではなくて、アメリカも、他の世界の多くの国がやってきた。日本の場合にはこれを、徹底的に使ってきている。この制度はいい面がある。まず合理的である。どういう点で合理的かということ、かかっただけの費用を払うということで、基本的にこれはきわめて合理的である。

しかし、残念ながらこの制度は、欠点ももっている。よくいわれるのだが、まず、インセンティブが逆転している。つまり医療のインセンティブと、経済的なインセンティブが矛盾する。上手に治すと儲からない。それから重症志向になる。重症な患者さんであれば、いろんなサービスが必要である。だからそれだけ病院の収入が増える。こういう形である。つまり、いまの医療制度というのが、どうしてもアキュート・ケアというか、重症の患者の治療に動機付けが偏っている。

また、この出来高払い、どうしてもサービス過剰になり、一般にはインセンティブとしては強すぎる支払制度だといわれている。

アメリカの場合には、この制度がきわめて裏目に出た。というのは、アメリカの出来高払い制度というのは、去年かかったコストを、その次の年の単価にするということがあったために、インセンティブが合理化の方向に働かなかった。つまり、ある年合理化をすると、翌年、収入が少なくなるという構造になっているために、出来高払い制が医療費の高騰に結び付いていった。

幸い日本はそういう形にはななくて、たとえば薬価は現状の市場価格に合わせるということまで市場機構の合理性が、そこに生かされている。

そこで、アメリカはいろんなことをやったのだが、結局いかなる法的規制による医療費の対策も失敗をして、ついに医療費の後払い制度 (retrospective payment system) を見込み払い (prospective payment system) にした。その支払い方法を、DRG というグループに分類をしてやった。つまり、見込み払いだから、平均より下手な診断治療をすればそれだけ損をするという仕掛けを導入した。これはものすごい影響力を与え、いまアメリカの急性病床数は、日本のだいたい半分ぐらいだが、さらにその60%程度しか患者が入っていない。そこでいま、医療の質がこれでいいのか、保たれているのかということが、問題になっている。

つまり、それほど支払い方式というものは、医療システムの動態というものに対して、強力な影響力をもっている。そこで、日本の場合にも、この支払い方式というものを、できるだけ合理的なものにもっていくということが、重要だろうと思う。

その際原則として、待っているだけの医療から出て行く医療へ、急性の医療から慢性の医療へ、あるいはキュアからケアへ、非協調的な動機付けを、協調的な動機付けのほうに向けていく、あるいは過剰なサービスを、適正なサービスにもっていく、あるいは強すぎるインセンティブを若干弱めるという、こういった方向の対策が必要ではないかと思う。

次に在宅ケアの充実の方向だが、まず前提として、マンパワーの確保が必要だと思われる。その際、第1に挙げなければいけないのは医師だと思う。いま東京都の医師は、昭和61年に平均61歳である。そして毎年0.6歳ずつ年を取っている。

そして新たに開業する開業医が少ない。その原因は勤務医志向だとかいわれているが、もっと直接的、具体的に開業をはばんでいるのは、今後開業のための設備投資が、診療報酬によって回収できる見通しが無いということではないかと思われる。したがって、東京のような大都会で医師を確保するためには、何らかの対策が必要であろう。

それから、訪問看護だが、いままでの保健婦では駄目なことは明らかである。これは臨床経験を必要とする。特に今後は、重症患者の看護の経験者を、そういう能力のある人達を地域のなかに確保していくことが必要である。東京都の例でいうと、在宅看護研究センターのような活動が育成されていかなければいけないだろう。

そのほか理学療法士、介護福祉士等も育てられなければならないと思う。

施設についても充実が必要である。これは先ほどいったように、施設をつくっていくということ、民間の活力に期待するということは、きわめてこれから難しいので、何らかの対策が必要である。

結局、医療と福祉の連携で大きな1つの課題であるところの在宅ケアを充実するためには、単なる連携とか、コーディネーションとかというのではなくて、明確な、はっきりしたシステムをつくっていくということが必要だと思う。ボランティアに期待するとかという向きがあるが、ボランティアとボランティアリズムとは区別して考える必要がある。ボランティアの特徴というのは、非専門家であり、必ずしも100%の信頼がおけないという側面もあるので、そういったものではなくて、もっとハードなシステムが必要だと思う。

そういう意味で、1つの参考になるのはやはり、イギリスのナショナルヘルスサービスの形である。これは登録制度というものを基本にしているので、自分のケアについて、少なくとも医療について、

責任をもってくれる人というのが明確になっている。そういう点は大いに参考にすべきである。つまり責任の明確化ということが重要である。

それから、先ほど申し上げたように、経済的なインセンティブというものを合理的なものにして、在宅ケアに向いたものにしていかなければいけない。

特に中小の病院が相変わらず急性期の医療に向いている、そして患者さんを待っているという、そういう状態から、この施設がもっとプライマリケアというものに対して関心をもつ、あるいは積極的になるという方向へいかなければいけないと思う。

次に、在宅看護を業とする人達を民間に、公的セクターではないところに、育成をする必要があると思う。

そして、東京都のような大都会の場合には、医療、福祉が結合したような施設を確保するために、経済的支援の在り方というものを、この際まじめに研究しなければいけないと思う。

過去、わが国では、診療報酬という、フローに頼って、設備投資も全部行ってきたが、これから医療費を削減するとそれが不可能になるのではないかと思う。そこで、東京都の中間報告の中には、「診療所医師の高齢化や、医師の勤務医志向の状況も踏まえて、継続的な地域医療確保のために必要かつ有効な支援の在り方について検討する必要がある」というふうに書かれている。これは東京都のみではなくて、大都会、あるいはその他の場所においても、検討すべき課題ではないかと思われる。

最近新しいいろいろな動きがあって、厚生省においても、いろいろなモデル事業というものがある。また地域においても、具体的な活動が展開されているが、はっきりいえることは、単なるコーディネートとか、連携とかというのではなく、もっとハードな、はっきりしたシステムをつくり上げる必要があるということである。そのことだけはたしかなのではないかと思っている。

以上で、私の問題提起を終わります。

【レポート】

医療と福祉の連携について

——生活者の立場から——

社会保障研究所主任研究員

大 本 圭 野

I はじめに

——医療と福祉の連携論提起の背景——

大本でございます。私は医療と福祉の連携という課題に対して、生活者の立場からどういうふう考えたらいいかということをお話したい。

まず、あえて生活者の立場というのは、現実には医療とか、福祉とか、社会保障というのが、必要

なところに必要な福祉がいき、生活がより良くなないと、どんなに立派な理論があり、制度があっても、意味がないということが、基本にあります。そこで、ここでは現実の生活のなかでどういうふうなものが必要であるのか、そしてそれがいかにして可能であるのかという視点から考えてみたい。

まず、医療と福祉の連携という課題で出てくる背景は、先生方からすでにお話し済みですが、一