

研究の窓

医療と福祉

医療と福祉、この二本柱は、いろいろの生活条件下で生活する国民すべてにとっての大黒柱である。しかし、それが二本の柱ということのために、医療と福祉とは別々の窓口として住民に接触するために、その二本立てのシステムがバランスをとって住民の生活を保障することが困難になってくる。

健康な若い人や比較的健康である中年の人では、両者が別々になってもさほどの不便はないが、重い病人や健康者ではあり得ない高齢者では、医療と福祉の供給源は一体化されなければ極めて不便である。

日本では1989年（平成元年）から、厚生省の「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（ゴールドプラン）が発足して、やっと文化国家としての体面を保つ老人対策が立てられ、医療と福祉の接点が見られるようになったが、北欧の老人施設や老人への地域サービスのレベルに、日本が10年先に達する目やすはなかなかつきにくい。

最近建てられる特養老人ホームや老人保健施設の内容は確かに充実し、ハードの面ではひどく前進したことは疑いないが、ソフトの面からみると、日本はまだ欧米の一流のレベルに比べると遥かに見劣りがする。

日本の医療と福祉が欧米先進国に比べて一番見劣りがするのは、医療においても福祉においても人手が少ないことである。これはわが国の政府機関の定員法とも関係がある。

医療における看護婦の数というと、昭和23年に決められた保助看法が抜本的に変更されずに40年以上も経ってきたのである。

日本の病院は一般にレベルが高いと日本人は思っているが、それはCT スキャンやMRIなどの高度の先進医療機器の数が、英米より多いということであり、医療や看護や教育のレベルを示す専門職の数からいえばそうはいえない。医師数に比べて看護婦の数は特に少ない。その少ない看護婦の業務としては、欧米では看護助手や非専門職がやっている業務までもさせられているというのが実情である。

今日、日本では総医師数は約23万人、それに対して正看護婦数は約42万人、准看護婦数は約36万人で、医師1人に対する看護婦の倍率は、准看護婦を含めて1対4である。

日本では、病院の入院病床1に対して看護婦数は0.5であるが、米国などでは1病床に対する看護婦の比率は2名である。これは日本では米国のその4分の1という数に当たる。

この人員不足は、特別老人ホームや老人保健施設でも同様で、老人介護者の数は、北欧や英米

に比し、2分の1から4分の1という数である。

このことを考えると、定員法に左右されている公的病院での最低水準の定員数が、日本全体の医療施設や福祉施設の定員数となってしまうことが大問題なのである。

日本の医療や福祉が世界をリードする文化国として保たなければならない水準は、日本自体が決めなくてはならない問題である。

日本の病院や老人施設が世界の文化国のレベルに達していないもう1つの欠陥は、日本のそのような施設にはプライバシーがなく、患者や入居者に対して割り当てられるインタビューや診察や指導に費やされる時間があまりにも短いことである。老人患者に対しては医師はもっと時間を提供しなければならない。病院も福祉施設も、もっと個人のプライバシーが保障されなくてはならない。平成4年5月には富山県庄川町に全室個室の老人保健施設が作られたが、この「ケアポート庄川」は日本船舶振興会の社会福祉施設モデルタイプを目指しての試みであり、私はその提唱者としてこの設立に関係した。しかし、ここでのソフトの面での介護者の数はまだまだ不足している。国家も社会も、もっと人手を供給するために予算をとり、働く人材を養成し、補給することが急務であると思う。

日野原 重 明

(ひのはら・しげあき 聖路加看護大学学長)
聖路加国際病院院長)