

医療の福祉化=介護医療の抬頭

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2013-08-27 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 原田, 克己 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/222

医療の福祉化＝介護医療の抬頭

原田克己
静岡産業大学 教授
(医療社会学)

New Type of Medical Treatment

— The Rise of Caring Medical Treatment —

Katsumi HARADA
Shizuoka Sangyo University Professor
Medical Sociology

Abstract: It is now claimed more than ever that the relationship between medical treatment and social welfare be more cooperative. Probably there has never been a time in history the mutual relationship between these two areas has been taken as seriously as it is now. An aging society has generated new kinds of diseases to which the traditional treatment of curing can not be given. It requires medical treatment to be changed “from curing to caring”. In order to meet the social demands, medical science has developed a new field which is called “caring medical treatment”. This is a new concept which came after the two traditional fields of medical treatment: preventive medical treatment and rehabilitative treatment.

Although both medical treatment and social welfare are essentially concerned with people's private lives, in order to receive services from these two areas, people should depend heavily on public organizations, especially administrative agencies. In these organizations, which actually conduct duties of both medical treatment and social welfare, conflicts occur from time to time.

I do not think I need to say here that a caring program should not consist solely of assistance for personal needs and daily activities of a patient. It is necessary for a caring program to include a rehabilitative program in it so that caring medical treatment can be established as an independent field of medical treatment. In other words, caring medical treatment needs to be developed to retain a function of rehabilitative medical treatment.

I am sure that what insurance system for the elderly under consideration ought to be will be a conclusive factor when the characteristics of caring medical treatment become

distinct. As long as this system primarily deals with assistance for personal needs and remains in the field of social welfare, it will no longer be able to establish caring medical treatment as the fourth-newly-developed field of medical treatment. The final goal of an assisting program for daily activities of a patient is to help him/her to become independent. In order to achieve this goal, we need to establish and promote an appropriate rehabilitation program which can be provided for a patient as soon as he/she has gone into remission. Therefore, it is necessary to connect caring medical treatment with rehabilitative medical treatment organically.

Key Words: Social welfare, caring medical treatment, remission, rehabilitation program.

一. はじめに

医療と福祉の関係については、最近ではこの両者の緊密な関係を主張する声が高まってきている。逆にいまほど、医療と福祉の相関性を重視する時代はないといっても過言ではない。高齢化社会はこれまでの治療医学の枠ではとらえることのできない新しいタイプの疾病を出現せしめており、医学においても“cureからcareへ”の転換の主張とも相俟って、予防医療、更生医療につづく“介護医療”ともいべき新しいタイプの医療領域を出現せしめている。

ところで医療も福祉も、本来的にはきわめて私的な生活領域に属することがらであるにもかかわらず、そのサービスの享受のためにはきわめて公的領域とりわけ行政に依存する部分が多い。それだけに行政として医療と福祉の錯綜する現場においては、これら両者の相剋する場面が多い。ここで医療と福祉の相剋する行政場面について老人の長期ケアがかかえる問題からふれてみよう。

二. 社会的入院の背景

人生長命80年の長寿時代をむかえ老人の長期ケアの顕在化はすでに多くのレポートによって明らかにされている。行政レベルでは老人の長期ケアに対応するための地域ケアシステムの確立に関する施策対策が花ざかりである。老人で病院があふれかえる実態は介護医療とよばれるものの実態についての再考をせまっている。その一方では老人福祉施設の不足を指摘する声も高い。その第一はもはや濃厚な医学的治療が必ずしも必要でない多数の老人が非常に長期にわたって大病院はともかくとして中小病院に入院し、これら病院の居住施設化が進みつつあることである。本来は家庭においておこなわれることがのぞましいケアやあるいは特別養護老人ホ

ームにおけるケアが病院において代替されている。いわゆる社会的入院の増加である。こうしたことから最近、厚生省は病院についての格付けをおこなうことによって社会的入院が一般患者の受診利用を阻害している状況に対応しつつある。第二にはケアという名において病院としてはありうべからざるほどの劣悪な医療体制が老人病院のなかに顕在化してきていることである。おそらく本来は特別養護老人ホームに入所枠が確保されていれば福祉サービスを受容しえたはずのところ医療が過剰介入し、しかもそれがかなり一般化していることである。第三の問題としては社会的入院の増加と長期にわたって病院ベッドがほとんど固定化してしまっているため、制度的に「医療」施設ではない「福祉」施設に多数の病弱老人が収容されていることである。たとえば特別養護老人ホームにおいては入居老人の高齢化と障害の重複化が進行している。第四には、特別養護老人ホームの退所理由の71%は死亡による退所という数字が示しているごとく、特養ホームがターミナル・ケアの場になりつつあるということである。ターミナル・ケアの基本は本人が望む十分な医療¹⁾という点からすれば福祉施設がターミナル・ケアの場になっていることに対して本来的な医療のあり方からもすくなく問題性のあることが明らかであろう。第五の問題としては生活保護領域における貧困老人の生活保護費の打切りと措置入院への転換である。こうしたことが起きるのも現行生活保護法においては在宅保護のほとんどは市町村の措置費負担となることからこれを回避しようとする傾向が強いことがこれまでの生活保護の実態調査でも明らかである。入院は老人医療費への負担依存によって市町村財政負担が軽減されるからである。こうした事態の進行は社会的入院の変形ともいえる。第六には病弱老人をめぐる医療と福祉のきわめてアンバランスな分担が同時的に進行しつつある状況である。たとえば特養ホームへの入居はおよそ13万人といわれるのに対して、病院への社会的入院は25万人にもものぼると厚生省は推計している。このような事実は明らかに医療と福祉の間にきわめて不適切なシフトが進行しつつあることを示す証拠といってよい。医療の対策となっている25万人のうち、どの程度が福祉施設に措置移行されるべきであるのかには断じがたいところではあるが、シフトの偏在は明らかである。このように行政を基軸とした医療と福祉の相剋はきわめて中広い形で進行しつつあるだけでなく内容もますます深化し、深刻な問題状況を呈示するに至っていることは確かである。

もちろんこうした状況にこれまで厚生省は手をこまねいていたわけではない。医療費の総量抑制をはじめ、すでに若干ふれたところではあるが、病院の格付けによる老人医療に対応する介護力強化病院の指定などを行うことによって医療の福祉化、介護医療の抬頭を確実なものとしつつある。それでもなお、医療をめぐる問題は軽減される方向にあるとはいいたいがたいのが現実である。

現行の補助金システムのもとにおいては、市町村が施設福祉や在宅ケアを積極的に推進しようとするには財政的誘因がきわめて小さい、という点に注意が向けられなければならない。高齢者福祉サービスを充実させようとする政策的意図は、これまでもふれてきたところである

が、医療費の抑制というきわめてシニカルな問題がある。老人にかかる1人あたり医療費は老人以外にかかる1人あたり医療費の5倍にもなる。在宅ケアシステムや特別養護老人ホームが充実していないために、すでに寛解状態の接続的維持が可能になった高齢者が入院を継続しているところに医療費高騰の原因の一端がある。高齢者の入院費用は1ヵ月31～50万円、特別養護老人ホームによる処遇では1ヵ月23万円ほどになる。社会的費用の面から施設福祉に有意性があることは明らかである。

ただ自治体負担に目を転じてみると問題は簡単ではない。市が負担する費用は、高齢者が一般病院に入院している場合は医療費のおよそ40%、同じ人が老人病院に入院する場合は医療費の約33%、施設入所では入所費用の50%になる。そのため施設整備に務め高齢者を病院から施設入所措置に転換したとしても、自治体の負担する費用は社会的コストが削減されるほどには軽減されるところがない。逆に老人病院から特別養護老人ホームへの措置移行によって自治体の負担が増加する場合もありうる。こうした状況が固定化されるなかでゴールドプランによって施設充実への政策的誘導を図ろうとしてもその進展は困難であることを指摘せざるをえない。老人医療における削減努力が施設福祉や在宅ケアシステムの充実に向けられうるような財政的リンケージのシステムが必要となっている。

三. 医療の福祉化と福祉の医療化

これまでの伝統的な医学における医療サービスと、社会福祉におけるソーシャルサービスとはそれぞれ対象と問題の性格を異にするものがあるとみられてきただけに、そのサービス概念についてあまり混乱がもたらされるようなことはなかった。ところが、すでに述べたところでも明らかなように両者のサービスがオーバーラップする場面がきわめて多く見られるようになった。医療の福祉化による介護医療の抬頭、特養ホームのターミナル・ケア施設化など福祉の医療化はそれぞれのサービス概念を拡大させることになる。

さて、福祉は本来的にはきわめて日常的なものであり、福祉サービス発条の基盤は日常生活障害に対してのサービスである。にもかかわらず福祉サービスはこれまでは非日常化領域においてその存在機能を発揮することが多かったことが救貧的イメージを福祉に定着させることになってしまい、たえず福祉はstigma(恥辱)の問題にかかわらざるをえなかった。しかし、特定の生活障害のために、ではなく日常生活障害の克服のための援助手段の体系としての福祉サービスの展開は福祉サービスの内容と対象を拡大深化させることになった。

一方、医療は救命医療に代表されるように、もともとは生命の危機に対するサービスとして生まれたものであり、今日においてもその存在意義は基本的にはなんら変わるところがない。医療は対象を限定するものではなく、もともと普遍的な性格を有するものであり、また、政策的にも訴えるところが大きい。しかも強いニーズがあるために市場システムに医療サービスが

のりやすいものがあるだけに営利のインパクトに傾斜しやすい。

ところが老人の社会的入院の増加による病院ベッドの占拠状態は医療を福祉サービス化させることになり、救命医療の地位を相対的に低下せしめ、遂に慢性的疾病状態からくる身体的不自由のみならずさまざまな不自由に医療サービスの対応が求められるようになる。これまでにふれた介護医療の抬頭などはまさにこうした状況を踏まえたものであることはいうまでもない。

いづれにしても医療はその本質を「救命医療の時代」から「介護医療の時代」への移行によって病気や医療の日常化を契機に大きな転換をみせることになった。ただこれに対してもあるいは反論もあろう。医療は今日においても救命医療にその本質があると。たしかに延命医療、救命医療からの脱皮をめざす末期癌患者のターミナル・ケアにおいても消極的な「看取りの医療」に終始するものではなく、たとえば外科の立場からのターミナル・ケアは患者の症状に寛解をもたらしうると予測される外科手術は、これを積極的におこなう立場を表明している。たとえばターミナル・ケアは医師としての責任を放棄した概念にも通じかねないものであり、緩和の医療(palliative medicine)の立場を表明し、²⁾状況によっては外科的療法を含む集学的療法もおこなわれることを明らかにしている。今日ではホスピスに対する理解は深まってきてはいるものの、まだ誤解もすくなくない。ホスピスは、ジョセフィーナ・マグノ女史が指摘するように、それは場所や建物をいうのではなく、ケアの形態である。したがってケアのコンセプトであることを第一義的に考えるべきであることを彼女は主張している。³⁾

しかし、どのようなものであれそれが社会的に存在することの意味は量的な拡大や後退はその本質を転換することなしには存在しえないのである。介護医療の発展はそのレーゾンデートルにも変換をせまるものである。長寿社会における医療の福祉化は医療の変質なしには進行しえないことはまぎれもない事実であろう。

四. 医療と福祉の社会的整序

高齢化は生活障害にさまざまなタイプの問題を生じさせることになったが、そのことが医療サービスと福祉サービスの概念拡大をもたらし、両者のオーバーラップ化は、逆に医療サービスと福祉サービスの不文明化をもたらした。こうしたサービスの不文明化は当然老人の生活にも混乱をもたらすことになる。つまり、本来福祉サービスを受けるべき老人が社会的入院の途の選択を余儀なくされ、医療サービスの必要な老人が福祉サービスに甘んじなければならないような事態がおびただしくなる。こうした混乱は政府の財政的規制がさらに増幅する。医療費の伸びは財政面からも容認しにくいものであり、医療費抑制の枠は医療現場に医業経営により有利な医療商品の提供にいつそうの経営努力を強いることになる。ウィリアム・ライチエルも指摘するように高齢者医療の特徴は、治療の連続性の欠如と関係がある。⁴⁾患者と治療の断絶、さらには医療費の螺旋的上昇に伴い、治療の連続性に最大の関心を払わざるをえない。

問題はそれのみにとどまるところではない。医療にとって福祉サービスの拡大はますます医療費抑制をすすめさせるカギにもなるとの認識は強い。財政的制約は医療サービスと福祉サービスのシフト関係の調整をもたらすのではなく、反対に、財源をめぐって医療サービスと福祉サービスはますます対立相剋を深刻なものとするようになる。というよりもむしろ医療に福祉が従属する状況はさけがたくなる。ただ医療にとって福祉との関係についての対立を鮮明化させることは、国民の間にある過剰医療意識を発条に反医療キャンペーンの抬頭を医療関係者は恐れるし、また現実に介護医療の発展は福祉との協調的關係の維持を不可避なものとする。たとえば老人保健施設のような存在は、制度発足当初の認識ではおそらくその存在基盤を福祉サービスの延長上、いわば福祉サービス概念の拡大上に置くことにはなっていたが、現実には福祉の医療化ではなく、医療の福祉化による医療領域のウイングの拡大化による医業経営のサブシステムとよんでもいいような領域を形成しつつある。老人保健施設を中心とした介護医療の発展とみた方がよい。ただその実態は、医療サービスの側面にも矛盾と混乱を大きくする要因が確実にその基盤を拡大しつつある。いづれにしても医療のみならず福祉においても今後財政的制約はますます大きなものとなるだけに、さまざまな抑制施策がでてこよう。たとえば策定された新高齢者保健福祉10ヵ年計画、いわゆるゴールドプランは財政的裏付けに困難をきわめている。医療はこれまであまりに市場的秩序のみに依存しすぎたことが医療の商品化を加速させた。したがって社会的医療の名のもとに市場的秩序を制約する方向が顕著になってくるのはさけられないであろう。ただ医療全体が社会的秩序のもとに整序されるとすれば問題は少なくなるのかも知れないが、医療のコストにかかわる部分のみの社会的整序が問題となる。

一方、福祉サービスはこれまで多く公共的秩序のもとにコントロールされてきたが、シルバーサービス産業の抬頭に象徴されるように、既存の福祉サービス体系のなかにも市場的ソーシャル・サービスをオフィシャルな存在として制度枠組みに位置づけるようになった。こうしたことから、医療サービスも福祉サービスも商品としてこれを提供するウエイトはますます増大しよう。とりわけ福祉サービスが福祉産業に依存する割合が大きくなるというだけでなく、公共的福祉サービスのある部分においても市場的秩序の導入が進行せざるをえなくなる。たとえば保育サービスはすでに公的保育サービスの占有から独自のビジネス領域を確立しつつある。昨今保育サービスの全国的フランチャイズシステムの開発などの新しい経営形態が報道されている。

こうした医療と福祉の市場的秩序への依存は必ずしも否定さるべき性格のものではなく、福祉サービスが定性的定量的サービス供給から脱して緊急性に対応しうるフレキシビリティなサービス体制を発揮し、医療の側においても救命医療を基軸にした医療秩序の形成がもめられていることはたしかであろう。それだけに医療秩序や福祉秩序の整序に市場的原理がすくなくからぬ役割を果すことはむしろのぞましいという面も否定できない。

だが、その一方ではとくに老人を中心として公的年金への依存度がたかまることによって、

所得の均等化が実現されることが、市場原理を媒介に医療と福祉の秩序が整序されるとすれば、それなりの合理的な社会システムとなることが可能である。しかるに、高齢者における所得の格差は深刻なものであろう。所得格差が進んでいるにもかかわらず医療サービスの社会的コントロールの進行と、福祉サービスの市場的コントロールの進行は、この両者の不平等化をますますきびしいものとするをさげがたくすることになる。医療における社会的コントロールの進行は社会的入院になんらかの制約が加えられることをやむを得なくとしても、医療サービスが長期にわたって必要な老人を病院から排除することになり、その一方で福祉サービスにおける市場原理の導入は福祉施設からも老人は拒否されることにもなりかねないことになる。所得の配分が均等化していないことによる医療と福祉の不平等問題はさらに同時進行し、問題を深化させることになる。

介護医療の抬頭におけるあたらしい方向は社会保険負担に上積みすることを求めた。社会保障制度審議会の意見具申は第四の医療領域としての介護医療を確定した医療体系として存在せめることを可能にしよう。⁵⁾問題は侵襲状態を脱して寛解状態にある患者を介護医療の対象とするか、あるいは更生医療の対象とするかによって、その医療システムの存在そのものが根本から変わってくるとともに、新設されることになる介護保険そのもののあり方にも大きな影響を与えることになる。「ねたきり老人ゼロ作戦」と名付けた老人医療対策が保健・医療の統合を中心に進められ、スウェーデンなど北欧諸国の諸制度に学ぶべきものが多いことは当然である。

しかし、侵襲から寛解状態に達した患者にとってはcureよりもcareが重要な意味をもってくるとしても、それは単に身近介助的なケアではなく、かなりcure的な要素をもったりハビリテーションの実施であろう。しかしこれはおそらく介護保険のなかでは対象とならないし、現況の医療給付のなかでは集中的におこなうことなどできえない。したがって寛解状態にある患者への集中的かつ効果的なりハビリテーションの実施は患者自身のための社会的なオプションシステムをフリンジ・ベネフィットとしてシステム化することを検討していく必要がある。ここにいうフリンジ・ベネフィットというのはアメリカにおける企業内福祉の付加給付システムと同義である。もともとは、あってもなくてもよいが、ないよりあった方がましというのが、このフリンジ・ベネフィットの意味である。この問題についてはすでに別の機会にふれたところでもあるが、⁶⁾「ねたきり老人ゼロ作戦」を確実なものとしていくためには身近自立のための生活リハビリテーションプログラムの具体化とそのための経費問題を検討することが必要であろう。生命保険の生前給付への転換によるリバースモーゲジ(reverse mortgage)方式も経費負担の有効な方法となりうることはたしかである。リバースモーゲジ方式については自己所有の不動産を証券化することによって介護費用に充当するための方式として、すでに社会保障関係者から制度化を求める声があがっている。しかし武蔵野方式による介護費用の調達が普及しえない状況のなかでは、やはりこの方式もそう簡単な介護費用の拠出方式とはなりえない。

五. おわりに

介護医療は身辺介助を中心としたケアないしは患者の生活行動支援というきわめて限定的なケアプログラムによってのみ成立するものでないことはいままでもない。介護医療が介護医療として独自の医療領域として設定されるためにはケアプログラムにリハビリテーションプログラムが導入されることであり、別の表現を用いれば介護医療の更生医療化を軸として展開されることを必要としよう。

目下検討されている介護保険システムのあり方はこの介護医療の性格を規定する決定的な要因となることはまちがいないが、それがさらに身辺介助を中心とした福祉の医療化の枠にとどまるとすれば、それはもはや第四の新しい医療領域としての介護医療の成立を可能とするものではなくてしまおう。自立のための生活支援行動プログラムの中心となるのは寛解時における早急かつ適切なリハビリテーションプログラムの確立と推進である。介護医療と更生医療の有機的連携が必要となっている。

註

- 1) ターミナルケアおよび care, cure の概念については、
上野郁子・大原健士郎稿「ターミナル・ケアについて－リエゾン・コンサルテーションの立場から－」
『日本医事新報』No.3297 昭和62年7月4日号。
上野郁子・村田桂子・大町彰二郎・大原健士郎稿「癌患者における Terminal care について－家族調査を中心として－」『精神医学』Vol.25 No.11, 1983. 11.
- 2) 西村哲夫・原義雄・金子昌生 他稿「ホスピスケアにおける放射線治療の役割」『癌の治療』Vol.35 No.2, 1989. 1.
- 3) T.B. Magno; The hospice concept of care: facing the 1990,
Death Studies No.14, pp.109～119, 1990.
- 4) W. Reichel; Essential Principle in the care of the Elderly
in Jeffrey C. Delafuente, M.S. & Ronald B. Slewort M.S. Willicins & Wilkins, eds.,
Therapeutics in the Elderly, Baltimore, pp.3～12, 1988.

- 5) たとえば岡田玲一郎氏は看護体系と介護体系の分離を必要なことと主張されているが、介護医療という新しい医療領域を前提にすれば当然であろう。

岡田玲一郎稿「介護科を看護部から独立させよ」『社会保険旬報』No.1846, pp.22～23, 1994. 8. 11.

- 6) 原田克己稿「介護費の社会化—民間保険との関連—」(財)簡易保険文化財団助成研究, 平成6年度報告書(1995. 8)。なお本研究には大和田猛(愛知県立大学教授)および伊東真理子(同朋大学助教授)両氏の参加をえておこなわれたものである。

参考文献

Jeffrey M. Clair & Richard M. Allman eds., Sociomedical Perspectives on Patient Care, Lexington, Kentucky, 1991.

付 記

本稿は浜松医科大学放射線医学講座金子昌生教授のご指導のもとに作成したものである。もちろんことわるまでもないが文責は筆者にある。

Received on December 22, 1995.

Accepted on January 22, 1996.