

これからの保健・医療

二木 立

一 はじめに

一九八〇年代も中葉を迎え、政府厚生省の医療費抑制政策は一段と厳しさを増している。昨年二月に実施された老人医療費の有料化に続いて、先頃確定した一九八四年度厚生省予算案には健康保険本人の一〇割給付の廃止をはじめとした医療保険制度の抜本改革が盛り込まれている。

このような医療費抑制政策は一方で患者・国民の負担増を招くとともに、他方で医療機関の深刻な経営危機をも生み出しており、医療にとって「冬の時代」が到来したという声さえ聞かれる。そのために「これからの保健・医療」をバラ色に描くことはできない。

しかし、今後確実に出現する高齢化社会を考えると、現在の保健・医療制度を患者・国民の立場から改革する必要性も明らかである。

小論では、老人の保健・医療問題に限定して、今後の改革の課題を考えたい。

二 老人福祉法の理念の復活

昨年二月に実施された老人保健法により、七〇歳以上の老人医療は原則無料から原則有料へと転換した。さらに同法によって新たに導入された老人別建て診療報酬と老人病院の規定は、七〇歳以上の老人収容比率が六〇%以上の病院を「老人病院」として他の一般病院から区別

し、そこでの医療費を大幅に切り下げるものであった。このために、老人保健法実施後、全国で老人患者の退院強要・入院拒否、入院雑費の引き上げが行なわれたことは記憶に新しい。

このような事態をもたらした根本的原因は老人保健法によって老人医療の「基本的理念」が根本的に変質したためだと筆者は考えている。

表1は老人福祉法と老人保健法との「基本的理念」を比較したものである。

周知のように老人医療費無料化は一九七三年一月に老人福祉法の一部改正という形で実施された。同法では「基本的理念」として第二条で「老人は多年にわたる社会の進展に寄与してきた者として敬

- 一 はじめに
- 二 老人福祉法の理念の復活
- 三 保健・医療・福祉の連携と住民参加
- 四 医療の質を落とさない医療費削減
- 五 おわりに

愛され、かつ健全で安らかな生活を保障されるものとする」ことと高らかに謳われ、それに続く第四条では「国及び地方公共団体は老人の福祉を増進する責務を有する」ことが明記されている。

このような規定は、憲法二五条に規定された国民の生存権、国の社会保障的義務を発展させた画期的規定である。

ところが老人保健法の「基本的理念」では逆に「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする」と国民の自助・義務が前面に打ち出されている。

しかも、この「基本的理念」その

表一 老人福祉法と老人保健法との基本的理念の比較

老人福祉法	<p>(基本的理念)</p> <p>第二条 老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として敬愛され、かつ、健全で安らかな生活を保障されるものとす。</p> <p>第三条 老人は、老齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して、常に心身の健康を保持し、その知識と経験を社会に役立たせるように努めるものとする。</p> <p>2 老人は、その希望と能力に応じ、適当な仕事に従事する機会その他社会的活動に参加する機会を与えられるものとする。</p> <p>(老人福祉増進の責務)</p> <p>第四条 国及び地方公共団体は、老人の福祉を増進する責務を有する。</p> <p>2 国及び地方公共団体は、老人の福祉に關係のある施策を講ずるに当たっては、その施策を通じて、前二条に規定する基本的理念が具現されるように配慮しなければならぬ。</p> <p>3 老人の生活に直接影響を及ぼす事業を営む者は、その事業の運営に当たっては、老人の福祉が増進されるように努めなければならない。</p>
-------	---

老人保健法	<p>(基本的理念)</p> <p>第二条 国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。</p> <p>2 国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域又は地域において、老後における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。</p> <p>(国の責務)</p> <p>第三条 国は、この法律による保健事業(以下単に「保健事業」という。)を健全かつ円滑に実施されるよう必要な各般の措置を講ずるとともに、第一条に規定する目的の達成に資するため、医療、公衆衛生、社会福祉その他の関連施策を積極的に推進しなければならない。</p> <p>(地方公共団体の責務)</p> <p>第四条 地方公共団体は、この法律の趣旨を尊重し、住民の老後における健康の保持を図るため、保健事業が健全かつ円滑に実施されるよう適切な施策を実施しなければならない。</p>
-------	--

後、老人医療の枠を越えて「社会保障の原則」にまで拡張されようとしている。例えば、昭和五十八年度「厚生白書」では「個人の自助努力を前提とした上で、国民の連帯による相互扶助を組織化して社会の安定を図るといふ社会保障の原則」(一三四ページ)が打ち出されてゐる。

このような「原則」が憲法二五條の生存権規定—権利としての社会保障—の根

本的否定であることは論をまたないであろう。もちろん、国民自身が「自分の健康は自分で守ろう」と言い聞かせ、日頃、禁煙、節酒、バランスのとれた食事、適度な運動等に努めること自体は大切である。しかし、国民が健康を個人だけでは保持したり予防できない場面においてすら「公衆衛生の向上に責任を持つ」国が何でも健康保持の自己責任論だけ唱える

ことはとんでもない筋違いである。合わせて集团的公的責任強化策を具体的に実行しないと片手落ちになってしまう。⁽¹⁾

特に、老人の疾病は自覚症に乏しく、早期発見・早期治療が重要であり、そのためには定期的健康診断の徹底と医療機関へのかかりやすさ(accessibility)の保障が不可欠である。筆者が、老人福祉法の基本的理念と老人医療無料制度の復活を熱望するのはこのためである。

三 保健・医療・福祉の連携と住民参加

このように老人保健法は「基本的理念」に根本的欠陥を持ってはいるが、他面、「保健事業」として狭義の「医療」だけでなく、健康手帳の交付、健康教育、健康診査、機能訓練、訪問指導等を網羅的に規定している。このような「保健事業」の規定は岩手県沢内村をはじめとする全国各地での先進的な保健事業の成果を分析した上で組み立てられたと言われている。⁽¹⁾

また、昭和五十八年度「厚生白書」では「老人保健制度は、……市町村という住民に最も身近な自治体において予防から治療、機能訓練等に至る保健サービスを実施し、さらには福祉施策との有機的な連携を図る」(五七ページ)ことが強

調されている。このような保健・医療・福祉サービスの連携は老人に「健全で安らかな生活を保障」するために極めて重要であると筆者も考えている。

しかし、保健事業の実施を保障する人員の確保は自治体まかせにされ、あまり進展していない。例えば、東京特別区(二三区)中、一九八三年度中に保健婦を中心とした増員計画を持っていたのは一二区にすぎない(東京都職労自治研調査)。今後、よほどの人員増がなされない限り、保健事業は絵に書いた餅に終ってしまう危険が強いと言えよう。

さらに筆者は、今後保健・医療・福祉サービスの連携を強化するだけでなく、それらへの住民参加を制度的に確立することが重要であると考えている。このことは、日本医療の公共性(民主主義)の未確立を克服するという課題である。

よく知られているように、欧米諸国の病院の大半が国・自治体・公的団体立であるのに対して、日本は私立が大半を占めている。表2は欧米諸国と日本との開設者別病院病床数を比較したものであるが、日本のように私立病院病床数が大割を占めている国は、先進資本主義国の中には全く存在しない。このような私立病院への依存は、明治以来の歴代政府の「低医療費政策」——「本来公共投資すべ

表一 開設者別病院病床数の国際比較

調査年	国	自治体 (州、県、市町村)	公的 (公益、民間 非営利)	私立
スウェーデン	1975	4.4%	94.0%	0.8%
デンマーク	1976	4.9	87.7	7.4
オランダ	1973	8.2	10.3	81.6
西ドイツ	1976	52.8	35.3	11.9
フランス	1974	68.1	12.8	19.1
イタリア	1973	84.1		15.9
スイス	1975	0.1	57.2	35.0
カナダ	1974	2.9	32.0	63.0
アメリカ	1976	9.2	33.1	50.8
日本	1975	14.0	18.8	7.4
	1981	12.3	16.9	6.6

注) 日本連立保守党資料(3) 赤含む。P.210 厚生会、北海道社会事業協会、厚生

き医療を営利性というパイプを軸として個人(開業医・患者)に転嫁してゆく政策(川上武氏)⁽²⁾の結果であることは言うまでもない。そして、公立病院の極端な不足が現在緊急に求められている地域医療計画作成の重大な障害の一つになっている。

しかし、筆者は、日本医療の公共性の立ち遅れは、このように公的病院の比重が小さいことだけでなく、医療機関の運営への住民参加が全く行なわれていない点にも現われていると考えている。 それに対して、医療の公共性が古くか

ら確立している西 欧諸国では、住民 参加が制度的に保 障されている。例 えば、スウェーデ ンでは病院を監督 する各県の病院局 は公選によって選 ばれたもので構成 されている。また イタリアでは公立 病院の理事会は該 当する地方議会の 議員数に比例して 各政党から推せん して選ばれている⁽³⁾。

健康・医療を発展させていくための新し い課題と言えよう。

四 医療の質を落さない

医療費削減

はじめに述べたように、今後、厚生 省の医療費抑制政策は益々厳しくなると 予測される。筆者は軍事費突出を続けな がらの医療費抑制には反対であるが、今 後の高齢化社会を考えた場合、医療従事 者みずからが、医療の質を落さないで医

療費を削減する方法を探究することが必 要であるとも考えている。

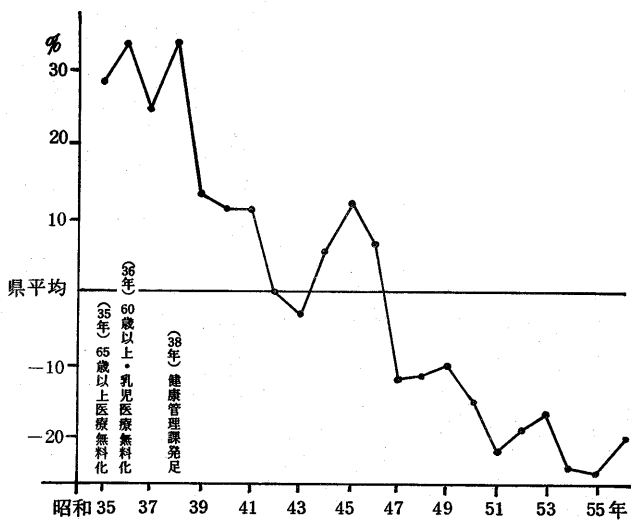
① 予防の重視と医師の医療観の転換

この点でも典型をつくっているのが岩 手県沢内村の医療である⁽¹⁾。

岩手県沢内村は一九六〇年一二月に全 国に先がけて乳児・老人の医療費無料化 を実施し、老人保健法実施後もそれを継 続している自治体として有名である。

しかし沢内村の医療の素晴らしさは無料 化制度だけでなく、予防を重視した総合

図一 沢内村の被保険者一人当たり医療費の推移 (県対百分率)



出典) 太田祖電・増田進他「沢内村奮戦記」あけび書房 1983、P 166

的な保健活動にある。この保健活動により乳児死亡率が早期に克服されただけでなく、脳卒中・癌等の成人病の予防・早期発見も進んでいる。

そのために、図1に示したように、沢内村の国保被保険者一人当り医療費水準（岩手県対百分率）は昭和四〇年代に急速に低下し、昭和五〇年代には岩手県全体の水準よりも二〇%も低くなっている。その結果、昭和五六年度からは国民保険保険税額の値下げすら実施され、沢内村は岩手県下で最も保険料の安い村になっている。

このような医療費節減をもたらした原因には種々のものがあるが、筆者は、予防重視の総合的保健活動だけでなく、沢内病院の医師の姿勢（医療観）——治療中心の技術や薬を濃厚に提供することを質の高い医療だと考えていない——が重要だと考えている。

一般に成人病はある一定年齢をすぎると多くの人が発病するし、精密に検査すればするほど異常値が発見される。この異常値に対して機械的に注射や薬を処置すれば、早期発見は医療費節減ではなくその高騰をまねいてしまう。特に、大学病院での医療が研究目的のためもあり「検査漬け・薬漬け」を積極的に推進している現状の下では、そこで教育を受けた青年医師はできるだけ検査をし、でき

るだけ薬を出すのが正しいという医療観をもつようになってしまう。このような医療観を転換しない限り、予防重視・早期発見は医療費節減にはつながらない。(4)

② 施設間連携による医療費節減——脳卒中医療・リハビリの効率化の経験から——

近年の医療費高騰の主因が病院医療費の急増にあることはよく知られている。我が国より一足先に医療費抑制時代を迎えた欧米諸国では、老人医療の分野でも、ナースングホーム、在宅ケアによる

病院医療の「代替」が図られ、その効果もあり在院日数も近年短縮傾向にある。それに対して我が国では病院の在院日数が伝統的に著しく長いだけでなく、最近もそれは漸増を続けている。厚生省「病院報告」によると一般病床の平均在院日数は一九七〇年の三二・五日から一九八一年の三九・二日へと一年間で六・七日も延長している。

今後病院医療費を節減するためには、この異常に長い在院日数の短縮が不可欠である。そのためには、在宅保健・医療、福祉機関（保健所、福祉事務所等）、福祉施設をも含んだ総合的な施設間連携を促進する必要がある。

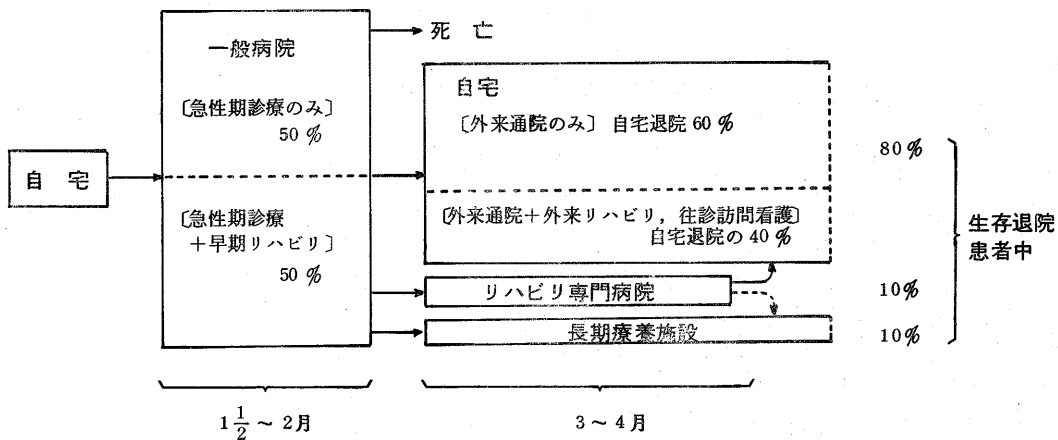
図2は筆者の勤務する代々木病院（東京都心にある二七〇床の中規模民間病

院、救急指定）での経験を基にして作製した「脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携モデル」である。

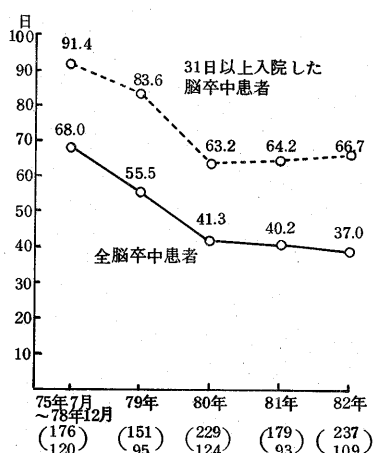
現在でも脳卒中患者の多くは一般病院のみに長期間入院することが多く、厚生省「患者調査」によると脳卒中患者の平均在院日数は二二〇日（昭和五二～五六年平均）に達している。それに対して当院では脳卒中患者の初期診療と平行して「早期リハビリテーション」を開始するとともに、在宅医療、福祉機関、リハビリテーション専門病院、長期療養施設（老人病院、特別養護老人ホーム）との連携を重視し、医学的ゴールに達した患者の早期退院（転院）を徹底している。

そのために、図3に示したように、当院の全脳卒中患者の平均在院日数は約四〇日にまで短縮している。なおこれらのうち一日以上の入院、リハビリテーションを必要とする患者は約半分であり、これらの患者の平均在院日数は約二カ月である。これは英国の一般病院における脳卒中リハビリテーションの平

図-2 脳卒中医療・リハビリテーションの施設間連携モデル



図一 3 代々木病院の脳卒中患者の平均在院日数の推移



注) () 内上段は全脳卒中患者数、下段は31日以上入院した脳卒中患者数
出典) 二木立: 一般病院における在宅患者に対するリハビリテーション、
総合リハ11(12): 949-954, 1983

表一 3 脳卒中医療・リハビリの施設間連携による医療費節減のモデル計算⁵⁾

(患者100人、4か月当たり) (昭和56年度)

	患者数	月間医療費	月数	医療費総額	
一般診療費	100人	36万円 (1.2万円/日×30日)	1.5月	5,400 万円	
一般病院	理学療法	7.5万円 (0.3万円/日×25日)	同	562.5	
	作業療法	同	同	281.25	
	小計	41.6 (1.39万円/日×30日)	同	6,243.75	
施設間連携時の医療費 自宅	一般診療費	1万円	2.5	175	
	外来PT、OT	0.6万円 (0.3万円/回×2回)	同	27	
	往診	0.6万円 (0.3万円/回×2回)	同	15	
	訪問看護	1.2万円 (0.3万円/回×4回)	同	30	
	小計	1.4万円	同	247	
	リハビリ専門病院	8	30万円 (1.0万円/日×30日)	2.5	600
	長期療養施設	8	20万円	同	400
	合計	100	18.7万円 (0.62万円/日×30日)	4.0	7,491
	一般病院でのみ診療	100	36万円 (1.2万円/日×30日)	4.0	14,400
	差額				6,909 (48.0%節減)

表一 4 施設サービス、在宅福祉サービス、リハビリテーション・スタッフの水準の国際比較

調査年	施設サービス		在宅福祉サービス		リハビリテーション・スタッフ		
	病院病床数	老人ホーム定員数	ホーム・ヘルパー数	訪問看護制度	理学療法士数	作業療法士数	
イギリス (イングランド)	1976	844	346	95	あり	10.9 ^㉔	4.2 ^㉔
スウェーデン	"	1,506 ^㉔	730 ^㉔	894	"	49.1 ^㉔	22.1 ^㉔
デンマーク	"	848	919	319	"	51.2 ^㉔	17.7 ^㉔
オランダ	"	1,025 ^㉔	957 ^㉔	535 ^㉔	"	47.3 ^㉔	—
アメリカ	"	644	655	38	"	8.5 ^㉔	3.8 ^㉔
日本	1976	(1,284) 1,048	115	11	なし	1.7	0.6
	1981	(1,397) 1,155	147	11	"	2.6	0.9

注 (1) すべて人口10万対数。

(2) 日本の病院病床数のカッコ内は、有床診療所病床数を加えたもの。
スウェーデンとオランダの病床数にはナース・ホーム病床数も含まれている。

(3) ㉔1975年、㉔1974年、㉔1977年。

出典: 文献⁵⁾ P. 209、218、227、228

均在院日数と同水準である。しかも、このような比較的短期間の入院にもかかわらず患者の八割は直接自宅へ退院し得ている。

表3はこのような施設間連携を行った場合の医療費と全脳卒中患者が一般病院に入院を続けた場合の医療費のモデル計算（患者百人・四カ月当たり）である（紙数の都合により試算のための条件設定とその根拠については省略した。文献(5)を参照されたい）。これにより、施設間連携は四八・〇%もの医療費節減をもたらすという結果が得られた。なお、結論の安定性を検討するために、条件を種々変更して再計算（「感度分析」）を行ってみたが、結論に変化はなかった。ただし、この結果は、東京都心部とい

う医療・福祉水準が比較的高い地域で、しかも施設間連携を徹底して行なって得られたものである。

逆に、このような経済効果（医療費節減）が全国的に実現するためには、各種医療・福祉施設が適正に作られ、合理的に連携することが不可欠である。

しかし、我が国では病院病床数はすでに一九七〇年代に欧米諸国の水準を凌駕している反面、表4に示したように、老人ホーム定員数や在宅サービス、リハビリテーションスタッフ数は欧米諸国に比べてはるかに立ち遅れている。

また、老人保健法により訪問看護はようやく全国的に制度化されたが、それは退院後三月間、月二回を限度とするものにすぎない。

今後、これらの面でのサービス、スタッフの充実をはからない限り、在院日数の短縮と病院医療費の節減を望めないと言えよう。

五——おわりに

以上、政府による医療費抑制政策、社会保障の理念の変質を批判しつつ、今後の老人の保健・医療の改革の課題について私見を述べてきた。

小論で強調した医療への住民参加、医療の質を落さない医療費節減の地域レベルでの実践の積み重ね、普及こそが今求められているのではなからうか。

△参考文献▽

(1)前田信雄「岩手県岩内村の医療」日本

評論社、一九八三

(2)川上武「現代の医療問題」東大出版会一九七二、川上武・二木立編著「日本

医療の経済学」大月書店、一九七八

(3)二木立・土田敏「世界のリハビリテーション」医歯薬出版、一九八〇

(4)川上武「八〇年代の医療問題」勁草書房、一九八一

(5)二木立「施設間連携の経済的効果」

『病院』四二・三七—四二、一九八三、二木立「医療の質を落さない医療費節減から」『社会保険旬報』一四二〇号

一九八三

△代々木病院 理学診療科 医師▽