

## CURES Report

## 高齢者医療・福祉の再編と民間活力

横山 寿一

## I 高齢者と「病苦」

今年4月に警察庁がまとめた1987年自殺白書によれば、自殺者の32.5%は60歳以上の高齢者で、しかもその41.5%は「病苦」が原因であった。「病苦」といっても一様ではないが、この数値は、疾病を抱えた高齢者がいかに困難な状況におかれているかを物語っている。7月に公表された「1987年簡易生命表」では日本人の平均寿命の伸びが確認され（男75.61歳、女81.39歳）、世界最高水準の位置をキープし続けているが、こうした現実を前にしては、とても誇らしく思う気持ちにはなれない。

身体的諸機能が低下する高齢期には、疾病と向い合った生活に多かれ少なかれ直面する。しかし、十分な医療と福祉サービスが享受できる体制があり、そのことによって先行きの見通しを持つことができれば、生きる気力まで失うことはない。

だが、わが国の医療・福祉をめぐる状況は、とりわけ高齢者には厳しい。さきの事実はそのことを裏づけている。しかも、施設ケアから在宅ケアへの移行が医療費抑制策の柱として推進されるようになって以降、その厳しさは一段と強まっている。では、そこでどのような事態が生じているか。

## II 在宅ケアへの移行で何が起きているか

施設ケアから在宅ケアへの移行は、早期退院の促進という形で始まった。1982年老人保健法は、老人医療を再び有料化して高齢者の受診抑制を図るとともに、老人患者を60%以上入院させている病院を「老人病院」とし、そこへ別建ての低位の診療報酬を適用する

「差別診療」への道を拓いた。この結果、老人診療が減収を招く可能性が生じ、それを恐れた病院は老人入院患者を60%以内に抑えて老人病院の適用を免れるために、入院拒否、退院の強制という策に出た。また、「お世話料」などの名目で患者に負担を求め低位の診療報酬を補おうとする傾向も生まれ、そのことがまた退院を半ば強制する方向へ作用した。こうして、とても退院できる状態でない高齢者まで病院から追い出される事態が生じた。その後さすがに明らかな「追い出し」は鳴りをひそめたが、より「緻密」な手法を導入することで早期退院を一層徹底させる動きが強まっている。

1987年「国民医療総合対策本部中間報告」は、「長期入院の是正」という項目をたて、そこで、入退院判定委員会の設置、入退院チェックリストの作成、平均入院日数の公表等を打ち出した。その一部は既に実施に移され、各地で新たな「追い出し」が生じつつある。石川県でも、長期入院者のうち退院が可能とみられる者についての調査が行なわれるなど着々と準備が進んでいる。

早期退院の圧力が強まるなかで、特別養護老人ホーム（以下「特養ホーム」）への入所希望者が増大しはじめた。退院しても介護ができない場合、頼れるのはそこしかないからである。しかし、特養ホームをめぐる事態も深刻である。

まず、施設数の絶対的不足である。1984年時点で65歳以上のねたきり者は36.6万人にのぼるが（「厚生行政基礎調査」）、特養ホームの収容定員は、同年で約11万人でしかない。その結果、待機者が多く1～2年の待機が当たり前になっている。政府は、後にみる老人保

健施設との関係で、特養ホームの建設を抑制している。

また、費用負担の高騰も深刻である。1988年には本人負担の上限が14万円になった。また費用徴収制度の改正（1986年）で、扶養義務者負担分が、同一世帯から「同一事務所管内にいる家族のうち最も収入の高い者」に変わったため、結婚して別居している子供に突然高額な徴収通知が行くケースも出ている。その結果、負担に耐えられず退所したり、入所をあきらめる例も増えている。

こうした施設からの「追い出し」に比べ、その受け皿たる在宅ケア体制の整備は大幅に立ち遅れており、そのもとで介護問題が一段と先鋭化してきている。

在宅ケアへの誘導を凶って、今年4月の診療報酬改訂では、退院時指導料、ねたきり老人訪問看護・指導料等の点数引上げが行なわれたが、訪問看護のためのスタッフ配置を可能にするにはほど遠く、現状（訪問看護実施病院は一般病院全体の4.1%）を大きく変えるものではない。老人保健事業による市町村の「訪問指導」も保健婦の増員がままならず、1人当たり年間訪問日数は平均4.2回にとどまっている。

また、自治体による在宅福祉サービス（ホームヘルプサービス、介護機器・用品の貸付・支給、入浴サービス、デイケア・ショートステイ）は徐々に拡大されてはいるが、なお本人・介護者の必要をごく一部満たす水準でしかない。にもかかわらず、ホームヘルプサービスについては、対象の拡大とセットで有料化されたため（1982年）、かえって利用者は頭打ちの傾向にある。また、1週6日間、18時間という上限（1日平均3時間程度）があるため、それほど頼りにはならない。

こうした劣悪な在宅医療・福祉のまま早期退院を強いられれば、本人も家族も先行きの見通しを失うのは無理もない。本人の自殺のみならず介護に疲れて寝たきりの高齢者を

殺したり、無理心中を図る事件が近年目立っているが、その素地は確実に広がっている。寝たきりの高齢者を家族だけで支えるスタイルは、既に限界にきている。

### Ⅲ 受け皿としての民活型医療・「福祉」

このままでは高齢者の増大に対応できないことは政府自身も十分承知している。ではどのような方向で対応しようとしているのか。一言で言えば、民間活力の活用である。

その柱のひとつが、老人保健施設（中間施設）の建設・促進である。1986年の老人保健法改正で創設が決まったこの施設は、医療サービスと福祉サービスをあわせて提供するものとされている。既に全国7ヶ所でのモデル事業を経て施設・運営基準が決められ、今年4月から本格的な実施段階へ移った（石川県では4ヶ所認可）。厚生省は、2000年までに26～30万床を整備し入院6ヶ月以上の高齢者の7割を移す計画といわれる。

この老人保健施設の開設は、開設主体の法的性格を問わない現行医療法の立法例にならったものとなっており（「営利を目的として…開設しようとする者」には「許可を与えないことができる」）、資本の参入に事実上道を拓いている。類似の施設である特養ホーム（設置主体が公共性の高い団体に限定されている）とはこの点で決定的な違いがある。また、医療法にならったことで、病院から老人保健施設への転換も容易にできることになった。

もうひとつの柱は、民間企業による在宅サービス供給システムの確立である。さきの「中間報告」では、在宅ケア促進の方策を提示しているが供給主体については触れていない。だが、『週刊社会保障』誌に掲載された「特別解説」に本音が見え隠れしている。そこでは、在宅サービスでは担い手、その帰属団体が多様なので調整が必要であり現時点では市町村主体のアレンジメントが考えられるが、「看

護婦、介護人を核にした供給主体を新たに創設し、この供給主体が必要に応じたサービスを提供すれば、アレンジメントという複雑な手間を省くことが可能なはず」と指摘している。

新たな供給主体が何であるかは明言こそしていないが、民間企業を念頭に置いていることは厚生省の方針に照らせば容易に察しがつく。これを裏づけているのが、厚生省のバック・アップをうけた「民間活力を活用した健康医療システム等に関する研究会」の報告書である。報告書は、民間主体によるホームケアサービス法人を「新たな供給主体」とする構想を示すとともに、「基本的には、サービスの質さえ確保されれば、株式会社等の営利主体の参入を拒む理由はないと考えられ、供給主体については自由化すべきと考える」と明確に述べている。また、民間介護保険によってこれらのサービスの費用を負担するシステムを提起している。

これらの民間活力を活用した医療・「福祉」供給システムへの転換は、内需拡大策の重要な柱としても位置づけられ急テンポで具体化

されつつある。だが、いずれも高齢者の医療・福祉サービスを担うシステムとしてはあまりにも問題が多い。老人保健施設に関していえば、人的基準が甘く（病院より少ない看護婦、特養ホームより少ない介護職員）、医療・福祉ともサービスが低下する可能性が大きい、措置制度がなく食費その他の生活費を利用者負担で賄う仕組みであるため、負担能力の乏しい者は断念せざるをえない、生活保護受給者ははじめから排除されているなどの構造的な欠陥を有している。民間在宅サービスについても、まともなサービスを供給するためには莫大な人件費を要し、そのため採算可能な利用料は一般の負担限度をはるかに越えてしまうという限界が既に明らかになっている。企業側は、負担能力にあわせた何ランクものサービス・メニューで対応しているが（下の表参照）、生命に直接かかわる基礎的サービスを格差をつけてしか供給できないこと自体、担い手としては失格である。また、サービスの調整・総合化の点でも、負担能力にあわせて選択せざるをえない利用者にとっては全く総合的ではないし、調整はあくまで

(表) 民間在宅ケアサービス料金表の一例〔㈱ヘルシーライフサービス〕

	正 会 員		準 会 員	
	料 金 (円)	内 容	料 金 (円)	内 容
適 用 エ リ ア		東京都 23 区		都内・都下及び近郊都市
入 会 金	30,000	サービス向上のため	30,000	サービス向上のため
預 り 金	70,000	緊急サービス用として	0	
基 本 サ ー ビ ス A	10,000	月 2 回看護婦訪問		
” B	20,000	月 4 回看護婦訪問		
” C			5,000	月 1 回看護婦訪問
緊 急 サ ー ビ ス	1 回 5,000	昼間の訪問	1 回 5,000	要望があれば応じます
”	1 回 7,000	夜の訪問		
”	1 回 10,000	深夜の訪問		
ホ ー ム ヘル プ サ ー ビ ス	1,000 ~ 1,700	ヘルパー派遣	1,000 ~ 1,700	ヘルパー派遣
入 浴 サ ー ビ ス	10,000 ~ 15,000	巡回入浴車派遣	10,000 ~ 15,000	巡回入浴車派遣
看 護 サ ー ビ ス	1 回 2,000	昼間のみ実施	1 回 2,000	昼間のみ実施
物 品 サ ー ビ ス (販 売)	割 安	介護用品その他	割 安	介護用品その他
” (リ ー ス)	指 示 価 格	”	指 示 価 格	”
ソ ー シ ャ ル ワ ー カ ー 相 談	無 料	年金・公的サービス etc	無 料	年金・公的サービス etc

注) ホームヘルプサービスと入浴サービスは、それぞれ A コースから F コースまでの料金別 6 ランク制がとられている。

供給会社単位のものであり、地域全体でみればかえって無政府性が増大することになるのは明らかであろう。

#### IV 施設・在宅の主体的選択への道

本来、施設ケアを利用するか在宅ケアにするかは、高齢者とその家族が主体的に選択すべきものである。にもかかわらず、それが（直接には在宅が）条件を欠いたまま強制されているところに事態の深刻さがある。それは社会的犯罪といっても過言ではない。

施設ケアと在宅ケアの主体的選択は、施設ケアも在宅ケアも充実させてはじめて可能に

なる。そして、両者の充実とは、地域住民全体の健康と生活を支える諸条件をどう整備するかという視点なしには進まない。したがって、自治体、医師会、保健所、福祉事務所、患者団体、住民団体、ボランティア等の地域の健康にかかわる全ての団体・個人の協力・連携を不可欠とする。住民をサービス利用者としかみず、住民参加の健康づくりというスタイルとは相入れない民間企業は、この点でも問題解決の「主体」とはなりえない。「民活」ではなく住民参加型の「官活」が今こそ求められている。

（金沢大学経済学部助教授）

### CURES Salon

## 金沢・浅の川フロントの夢

### 佃 一成

#### I 桜

春であれば、浅野川に沿って天神橋から梅の橋を経て浅野川大橋そして主計町沿いに中の橋まで、花が舞い、人々を誘ってきた。

このそめいよしのの桜並木は、第1次世界大戦の戦勝を記念して、当時の浅野川界限の青年たちの手によって植樹され、その数はおよそ37～38本であったということであるが、現在ではその多くが枯れてしまい、現存しているのは僅か10本あまりとなっている。

桜の寿命は50～60年ということなので、虫喰いの害も加わっており、いずれ浅野川沿いの桜並木は枯れてなくなる運命にある。そう遠くない時間の問題である。

植樹のいわれの如何にかかわらず、悠久の浅野川の流れとともに、春には春の、夏には

夏のと季節毎に姿を変え人々をいざなってきた時間の深さとその豊かさを考える時、何も手を打たないで、ただただ傍らで悲しんでいるだけであるのは、何ともじれったいものである。

先人に対して敬意と感謝を持つと同時に、過去から未来へと、この浅野川界限の豊かさを子供たちに伝えてやりたいと思う。また、そのようなことが可能な町である。

計画的に桜の植樹を実施してゆくことが、この窮地に適う方策であり、どんな時代であっても、いつまでも春になれば花びらを風に乘せて、私たちの心に届けるであろう。ただ、いくつかの困難は何かを行う時には必ず付随するものであって、「浅野川沿いに桜並木を」についても例外ではなく、河川にかかわる法令があって、どこにでも植樹できるわけでは