

高齢化時代の社会保障

吉 澤 昌 恭

はじめに

I 社会保障制度の発展

§ 1 戦後復興期—社会保障理念の確立—

§ 2 高度成長期—社会保障制度の拡充—

§ 3 オイル・ショックから平成元年まで

—社会保障制度の見直し—

§ 4 平成元年以降—高齢化対策への本格的取組み—

II 福祉・保健・医療の連携をめざして

—広島市安佐南区の場合—

§ 5 福祉サービス

§ 6 保健サービス

§ 7 医療サービス

§ 8 今後の課題

は じ め に

筆者はこれまで、「戦後日本経済と社会保障」(『広島経済大学経済研究論集』第10巻第3号, 1987年9月)並びに『市場機構と社会保障制度』(法律文化社, 1989年12月)で, 第二次世界大戦後の時期を3つの段階に区分して, 日本の社会保障制度がどのような変遷をたどってきたか, を論じてきた。しかし, 第1の著作の刊行から5年たち, 第2の著作の刊行からも3年が過ぎている。この間, 社会保障制度をめぐる非常に大きな変化が

あった。現在、我が国の社会保障制度は第4の段階に入りつつある、と言っていいだろう。

§1～§3で、第二次世界大戦後の第1段階から第3段階までを簡単に概観した後に、§4以下で今日の状況を論ずることにしよう。

I 社会保障制度の発展

§1 戦後復興期—社会保障理念の確立—

(1) 生活保護法の成立

第二次世界大戦後の社会保障制度の基盤となる幾つかの制度が、既に戦前・戦中に設立されていた。医療部門に於いては、1922（大正11）年に健康保険法が成立し、関東大震災〔1923（大正12）年9月1日〕のためその施行が遅れたとはいえ、1927（昭和2）年に施行されている。そして、1939（昭和14）年には、俸給生活者を対象に職員健康保険法が成立し、翌1940（昭和15）年より施行された。以上の2つの制度は一般被用者を対象にした制度であったのに対し、農山漁村の住民に対しては、1938（昭和13）年に、国民健康保険法が制定・施行されている。

他方、年金部門に於ては、1941（昭和16）年に、労働者年金保険法が成立し、翌1942（昭和17）年に施行されている。その後、この労働者年金保険制度は、1944（昭和19）年の厚生年金保険法の成立と共に、適用対象を職員や女性にも拡張し、名称も厚生年金保険と改められている。また、軍人や官吏に対しては、早くから、恩給制度や共済組合の制度が設けられていたし、1939（昭和14）年の船員保険法の成立によって、船員に対する所得保障と医療保障の道が用意された。

しかし、これらの制度は第二次世界大戦直後の混乱とインフレーションの中で、その機能をほとんど失ってしまい、この時期の生活困窮者の救済に於いては、公的扶助が非常に大きな役割を演ずることとなった。1946（昭和21）年に生活保護法が公布され、ここに、①最低生活の保障、②無差別平等、③国家責任という、公的扶助実施に際しての原則が確立されたのである。

また、翌1947（昭和22）年には、労働者災害補償保険法並びに失業保険法が制定されたことも付け加えておかねばならない。

(2)「社会保障制度に関する勧告」

以上のような制度の整備に劣らぬ重要性を持つのが、社会保障の理念の確立である。1949（昭和24）年に社会保障制度審議会が設置され、翌1950年（昭和25）年10月に、「社会保障制度に関する勧告」が提出されている。この勧告は、その後の社会保障制度のあり方を方向づける上で非常に大きな役割を演ずることとなったものであり、ここに我が国に於ける社会保障の理念と定義が示されたのである。

「社会保障制度に関する勧告」は、総説、第1編・社会保険、第2編・国家扶助〔公的扶助のこと、吉澤註〕、第3編・公衆衛生及び医療、第4編・社会福祉、第5編・運営機構及び財政、の6編構成となっている。

総説に次のような一節がある。

「社会保障制度は、社会保険、国家扶助、公衆衛生及び社会福祉の各行政が、相互の関連を保ちつつ総合一元的に運営されてこそ始めてその究極の目的を達することができるであろう。⁽¹⁾」

これは、今日にもそのまま妥当する主張であろう。

§2 高度成長期—社会保障制度の拡充—

(1)社会保障制度拡充の2側面

生活保護法、労働者災害補償保険法並びに失業保険法が成立し、更に、「社会保障制度に関する勧告」が発表されたことをもって、第二次世界大戦後の我が国の社会保障制度の大枠は確立されたと言えるが、その内容となると十分なものであったとは言い難い。そもそも、戦後の絶対的な物不

(1) 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑・1951年版』東洋経済新報社、40—41頁。

足の下で、大多数の国民がその日暮しに追われているような状況では、社会保障制度の充実には手が回らなかったのは当然のことであった。それでもやがて、経済の復興と経済成長に幾分遅れながらも、社会保障制度も発展・充実し始めた。

さて、社会保障制度の充実という場合、それには、①社会保障制度(特に社会保険)の適用者の拡張と、②社会保障諸給付の給付水準の充実という2つの側面がある。高度経済成長期には、主として、第1の側面での社会保障制度の充実化が図られたのであり、国民皆保険・皆年金体制の実現がそれである。

§1で見たように、戦前・戦中に既に幾つかの社会保険制度が設けられていた。また、1947(昭和22)年には、労働者災害補償保険と失業保険が成立している。4つの社会保険(即ち、①医療保険、②年金保険、③労働者災害補償保険、④失業保険)の内、医療保険と年金保険の対象は全国民に広げるのが望ましい。こうした目標を達成すべく、国民皆保険・皆年金計画が立てられたのである。(図1参照)

図1 国民皆保険・皆年金体制

《医 療》		《年 金》	
健康保険	—— 一般被用者 ——	厚生年金	
船員保険	—— 船 員 ——	船員保険	
共済組合	—— 公務員等 ——	共済組合	
国民健康保険		—— 非被用者 ——	国民年金

(2)国民皆保険

主として農山漁村の住民を対象にして、1938(昭和13)年に設立された国民健康保険制度は、市町村の区域ごとに任意設立される国民健康保険組合を保険者とする組合方式を採っていた。しかし、終戦直後の混乱とインフレーションにより、大半の組合が極度の事業不振に陥り、制度崩壊の危機に直面したため、1948(昭和23)年に、組合方式が改められ、各市町村が制度を運営するという公営主義が採択され、更に、一連の財政強化措置によって制度再建が図られたのである。

この国民健康保険の適用対象を拡張し、全国民を医療保険の対象とすべく立てられたのが、国民皆保険全国普及4ヵ年計画〔1957（昭和32）年4月～1961（昭和36）年3月〕である。1958（昭和33）年に国民健康保険法が全面改正され、1961（昭和36）年3月までの猶予期限つきで、各市町村に国民健康保険制度の実施義務が課せられると共に、事業内容の拡充と統一が図られたのである。

この計画の完結した1961（昭和36）年3月末に於いて、全医療保険の加入者は約9184万人であり、その総人口に対する普及率は97.87%であった。⁽²⁾ ちなみに、医療保険の未適用人口が約200万人いたが、これは、生活保護法の被保護者、国立らい診療所・児童福祉施設その他の施設収容者であって、法律上、国民健康保険の適用を除外されている者であるから、国民皆保険計画は当初の目標を達成した、と言うことができる。

(3)国民皆年金

他方、皆年金体制への歩みは、1957（昭和32）年の厚生省による「国民年金委員会」の設置と共に始まる。そして、1959（昭和34）年4月16日に国民年金法が公布され、同11月1日から施行されている。

国民年金法に基づいて、1959（昭和34）年11月1日から、福祉年金（無拋出制）の支給が開始された。

続いて1961（昭和36）年4月から、国民年金の保険料の納付が始まり、拋出制の国民年金がスタートしたのである。この時点での国民年金の強制適用者数は1502万70人であり、任意適用者数は217万4827人であった。⁽³⁾

§ 3 オイル・ショックから平成元年まで—社会保障制度の見直し—

(1)福祉元年とオイル・ショック

1961（昭和36）年の国民皆保険・皆年金体制の実現は、第1の側面での

(2) 『厚生白書・昭和36年版』、268頁。

(3) 『厚生白書・昭和36年版』、185頁。

社会保障制度の拡充であった。それに対して、1973（昭和48）年に於ける社会保障制度の拡充は第2の側面に関わるもの（即ち、社会保障諸給付の給付水準の充実）であった。そして、この年は、後に、「福祉元年」と呼ばれるようになった。しかし、この年は第一次オイル・ショックの年でもあったのである。

さて、1973（昭和48）年には、医療保険部門に於いても年金保険部門に於いても大幅な給付水準の改善が行われた。まず医療保険から見てゆくと、①老人医療費無料化制度が実施され、②健康保険の家族給付率が5割から7割に引き上げられ、③高額療養費支給制度が新設された。

年金保険に於いては、標準的な年金額が、④5万円年金（厚生年金の場合）・夫婦5万円年金（国民年金の場合）となるよう給付水準の引き上げが行われた。更に、年金給付額を物価上昇に自動的にスライドさせて年金の実質的価値を維持するために、⑤物価スライド制が、厚生年金並びに国民年金に導入された。

以上の①から⑤の制度改革は、当然のことながら、社会保障給付費の急増を招来した。また、社会保障給付費が増加してゆけば、当然、その費用を賄うための負担も増大してゆかざるを得ない。しかも、この傾向は、高齢化の進展によって、更に強化されてゆくに相違ない。

以上のような状況から判断する限り、社会保障制度の見直しは不可避のものであり、1980年代の医療制度や年金制度の改革は、高齢化時代に対応するための必須の措置であった、と言わねばならない。

(2)医療改革

医療部門に於ける最も重要な改革は、①老人保健法の成立、並びに②健康保険法改正、の2つであった。

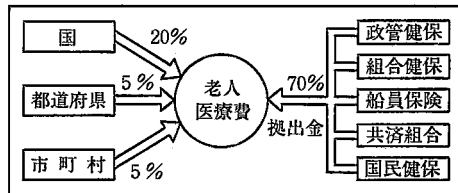
(1)老人保健法—1982（昭和57）年8月10日成立、1983（昭和58）年2月1日施行

老人保健法が成立することによって、次の3つのことが実現された。

1. 老人医療にかかる費用負担原則の確立
2. 老人による医療費一部負担金の導入
3. 医療等以外の保健事業の導入

老人になればなる程、病気にかかり易くなるし、その病気も治りにくくなるから、1人当りの医療費も増加してゆくであろう。従って、老人を多く抱えた国民健康保険は、高齢化の影響をもろに受けていたのであった。こうした状況を解消するために、国、都道府県、市町村、並びに各種医療保険の費用分担の原則が定められたのである（図2参照）。

図2 老人医療費の負担



他方、1973（昭和48）年1月の老人医療費無料化制度の実施以来、70才以上の老人の自己負担金はゼロとされてきたが、新制度の下では、外来で1ヵ月400円、入院で1日300円（2ヵ月を限度とする）の一部負担金が導入された。この一部負担金導入の是非については、§3（4）で論ずることとする。

老人保健法に基づく保健事業は、「医療等」と「医療等以外の保健事業」の2つの部分から成り立っており、先の、老人医療にかかる費用負担原則や一部負担金は「医療等」に関わるものである。老人保健法では、こうしたことの他に、40才以上の人々を対象にした「医療等以外の保健事業」という構想が打ち出された。その内容となるのは、①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導、といったも

のである。これらについては § 6 で更に詳しく論ずることにする。

(Ⅱ)健康保険法改正—1984（昭和59）年8月7日成立，同10月1日施行

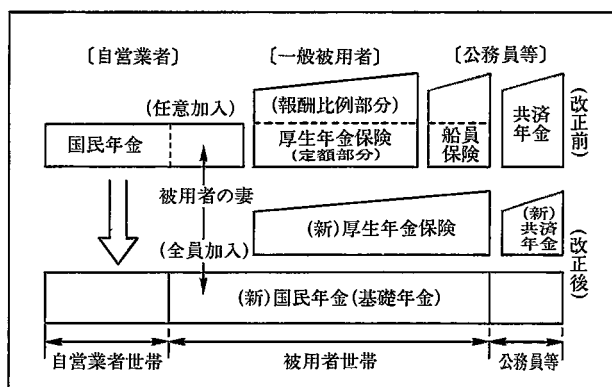
まず第1に，被用者本人の自己負担金が定額制から定率制へと改められ，1割負担とされた。第2に，被用者保険に一定期間加入していた退職者並びにその家族を対象とする，退職者医療制度が創設された。

(3)年金改革

1986（昭和61）年4月1日から，装いを新たにした年金制度がスタートした。この新年金制度の目玉は，①基礎年金，②年金給付水準の伸び率の抑制，の2つであった。

従来の国民年金が国民に共通の基礎年金を支給する制度へと発展させられ，厚生年金や共済年金は，原則として，報酬比例の年金を支給する「上乘せ」の制度として位置づけられることとなった。従って，公的年金制度全体が「2階建て」の制度となったのである（図3参照）。

図3 年金制度の再編成



また，老齢年金の給付水準の伸び率を，今後，徐々に抑制してゆく方向が明確に打ち出された。更に，老齢年金の支給開始年齢引き上げも，将来必要な措置である，という考え方も明らかにされたのである。

(4)医療改革・年金改革の評価

1950年代から1970年代初頭にかけての時期は、世界中が高度経済成長の時代であった。そうした状況の下で、先進諸国に於ける社会保障制度の拡充が可能になったのである。しかし、1973（昭和48）年の第一次オイル・ショックはスタグフレーションという現象をもたらした。更に、この頃から、人口高齡化や社会保障制度拡充による負担が重圧となり始めていた。社会保障制度の見直しは不可避だったのであり、それは日本だけに限られたことではなかった。1980年代に於ける我が国の医療改革・年金改革もそうした文脈の中で把えねばならない。

そうすると、この医療改革・年金改革は次のように評価できる。

まず第1に、医療制度や年金制度のあるべき姿が摸索される中で、医療保険や、とりわけ年金保険には、「現役世代から引退世代への所得移転」の要素が多分に含まれている、ということが明確に意識されるようになっていった（と少なくとも筆者には感じられる）。その結果、現役世代と引退世代の間での GNP の分配に関しても、そこそこ折合いのつく線が求められたのである。70才以上の老人に対する医療費一部負担金の導入や、老齢年金の給付水準の伸び率の抑制は、そうした考え方を象徴するものであり、1980年代の医療改革・年金改革は健全なものであった、と筆者は考える。

第2に、こうした医療改革・年金改革が実施されたことによって初めて、その後の高齡化対策への基盤が確立されたのである。もし、医療制度や年金制度が1970年代以前のような状態のままに放置されていたなら、次節でみる「高齢者保健福祉推進十か年戦略」に資金を投入する余裕は生れなかったであろう。

§ 4 平成元年以降—高齡化対策への本格的取組み—

(1)高齢者保健福祉推進十か年戦略

今日の時点から振り返ってみると、1989（平成元）年12月に発表された

「高齢者保健福祉推進十か年戦略」は、社会保障制度の転機を象徴するものであった、とすることができる。この高齢者保健福祉推進十か年戦略は次の7項目から成り立っている。

1. 市町村における在宅福祉対策の緊急整備—在宅福祉推進十か年事業
2. 「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開
3. 在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設置
4. 施設の緊急整備—施設対策推進十か年事業
5. 高齢者の生きがい対策の推進
6. 長寿科学研究推進十か年事業
7. 高齢者のための総合的な福祉施設の整備

以上のような内容を持つ「高齢者保健福祉推進十か年戦略」やその後の動きを勘案するならば、今日最も焦眉の的になっているのは、①ねたきり老人の削減と、②施設ケアから在宅ケアへの重点移動、であろう。

(2)老人福祉法等福祉関係8法改正と老人保健福祉計画

以上のような流れを受けて、1990（平成2）年6月に、老人福祉法等福祉関係8法が改正された。〔この福祉関係8法とは次の通りである。①老人福祉法、②身体障害者福祉法、③精神薄弱者福祉法、④児童福祉法、⑤母子及び寡婦福祉法、⑥社会福祉事業法、⑦老人保健法、⑧社会福祉・医療事業団法〕

これら8法改正の主たる狙いは、在宅福祉サービスと施設福祉サービスを一元的且つ計画的に提供できる体制を作り上げ、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」の円滑な推進のための基盤整備を行うことにある。

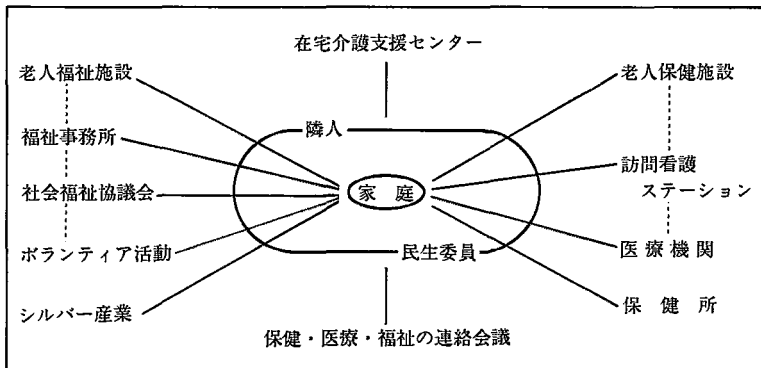
また、ここで注目に値するのは、老人福祉法並びに老人保健法に於いて、市町村と都道府県に対して、それぞれ「老人福祉計画」並びに「老人保健計画」の策定が義務づけられたことである。しかも、これら両計画は一体

のものとして策定されねばならない、ということが明文化されている。今後、どのような都道府県老人「保健」「福祉」計画、市町村「保健」「福祉」計画が策定されるか、注目することにしたい。

(3)地域ケア・システムのモデル

在宅ケアを満足な形で行うためにも、また、ねたきり老人の発生を防止するためにも、それぞれの地域の実情に合ったケア・システムを確立することが必要であろう。これまで存在した制度・施設・施策並びに、今後一層の充実化が望まれる制度・施設・施策等を勘案するならば、地域ケア・システムのひとつのモデルとして、図4に示したようなものが考えられるであろう。図の左側の諸主体（即ち、老人福祉施設、福祉事務所、社会福祉協議会、ボランティア活動組織、シルバー産業）から、在宅老人に様々な福祉サービスが提供される。他方、図の右側の諸主体（即ち、老人保健施設、訪問看護ステーション、医療機関、保健所）からは、医療・保健サービスが提供される。民生委員や隣人はそれぞれの老人の最も身近な位置にあって、ねたきり老人やひとり暮らし老人についての情報を集めることができる。在宅介護支援センターや保健・医療・福祉の連絡会議は、以上のような諸主体のつなぎ環の役割を果たすことになる。

図4 地域ケア・システムのモデル



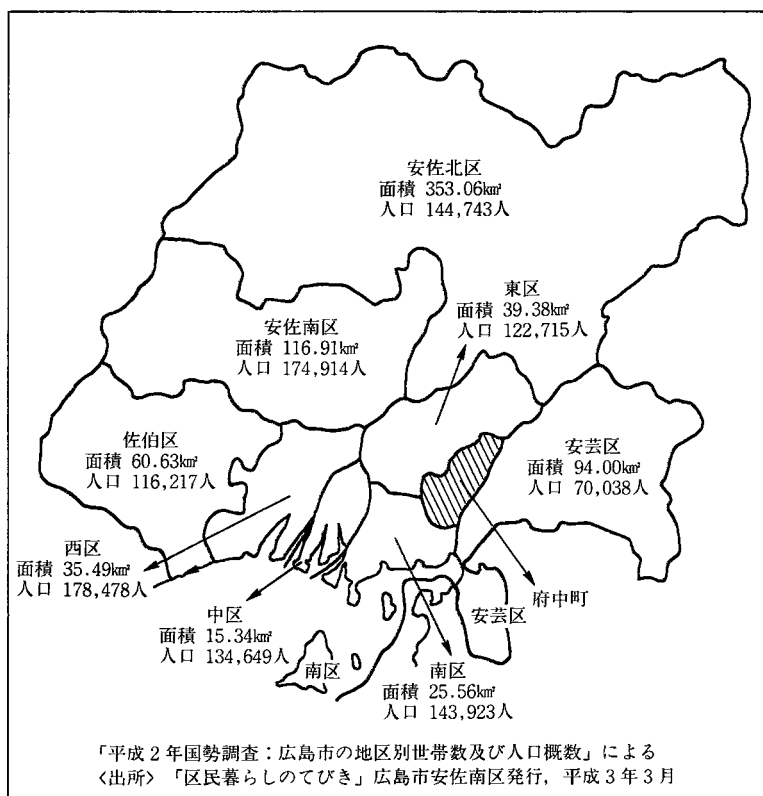
Ⅱ 福祉・保健・医療の連携をめざして

—広島市安佐南区の場合—

図4に示したものはひとつの例であって、実際にそれぞれの地域でのケア・システムがどんな形で展開されてゆくかは一義的に決定し得ないであろう。「地域の実情にあったケア・システムの摸索」というテーマの下、筆者は、筆者自身の居住する広島市安佐南区の実情を調べてみた。

尚、広島市は8つの区によって構成されており、各区の面積と人口は図5に示した通りである。

図5 広島市8区



§ 5 福祉サービス

(1)福祉事務所

広島市では各区ごとに福祉事務所と保健所が設けられている。高齢者福祉に関して、福祉事務所では次のような業務が行われている。

1. 老人ホームへの入所手続き
2. ホーム・ヘルパーの派遣
3. デイ・サービス、ショート・ステイ、ナイト・ケア、入浴サービス等の申請受け付け
4. 日常生活用具の給付・貸与
5. 医療費・入院援護金の支給
6. 老人看護料差額の補助

(2)老人福祉施設

さて、広島市安佐南区で、デイ・サービス、ショート・ステイ、ナイト・ケア、入浴サービス等を実際に行っているのは、①慈光園（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、デイ・サービス・センター）、②友愛園（特別養護老人ホーム、デイ・サービス・センター）、③和楽荘（特別養護老人ホーム）、という3つの老人ホームである。

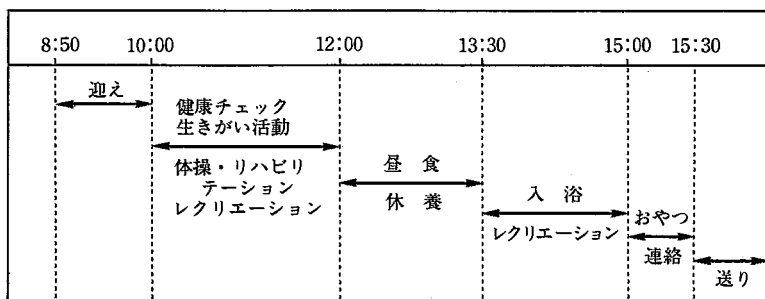
これら3施設の内、慈光園について今少しふれることにしよう。慈光園では、老人の収容の他に、地域サービスとして次のようなことが行われている。

1. デイ・サービス
2. ショート・ステイ
3. ナイト・ケア
4. 入浴サービス
5. 食事サービス

6. 訓練サービス
7. 介護型ホーム・ヘルパーの派遣
8. 在宅介護支援センターの運営

1992（平成4）年6月9日に、筆者は慈光園のデイ・サービスに参加させていただいた。デイ・サービスのスケジュールは図6に示したようなものであった。

図6 デイ・サービスのスケジュール



(3)安佐南区社会福祉協議会

安佐南区社会福祉協議会は19の地区社会福祉協議会によって構成されている。そして、それぞれの地区社会福祉協議会が実施主体となって様々な「福祉のまちづくり事業」が実施されている。そうした「福祉のまちづくり事業」の中で、本稿で取り上げてきた高齢者対策ととりわけ関係の深いものとして、「近隣ミニネットワークづくり事業」というものがある。この事業では次のようなことが狙われている。

1. 要援護者と福祉資源の把握を目的とした「福祉マップ」の作成
2. 要援護者を中心にした、小地域の公私の「見守りグループ」の組織化
3. 見守りグループ相互の連携と調整のための「連絡会議」の開催
4. 見守り台帳の作成と整理

こうした事業によって形成されるネットワークと、そこで収集された情報とは、§ 4(3)で見たような地域ケア・システムを有効に作動させる上で、非常に大きな威力を発揮する可能性を秘めていると思われるが、それらが十分な威力を発揮し得るようになるには今しばらく時間がかかりそうである。

(4) 安佐南区在宅看護職の会

広島市安佐南区・区役所分館で、毎週水曜日に、痴呆性老人のデイ・ケアが行われている。これは、保健婦や看護婦の資格を持つ退職者・離職者によって構成されている「在宅看護職の会」の運営するボランティア活動である。筆者は1992(平成4)年8月12日に、このデイ・ケアを見学させていただいた。この日のデイ・ケアへの参加者は4名であり、「在宅看護職の会」からは6名が出て介護に当たっていた。

普段は、だいたい老人1人に介護者1人の割合だとのことであったが、それにしても、痴呆性老人のケアには人手がかかるものである。この点については、§ 8(1)で再度論ずることにする。

§ 6 保健サービス

§ 3(2)で見たように、1983(昭和58)年2月1日の老人保健法の施行と共に、40才以上の人々を対象にした「医療等以外の保健事業」が開始された。これらの事業は保健所によって実施されており、その内容は、①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤機能訓練、⑥訪問指導、といったものである。②以下のものについて今少しふれておくことにしよう。

②健康教育：安佐南保健所では、1992(平成4)年度に、成人病予防のための4種類の健康講座が行われている。(i)「動脈硬化・高血圧コース」、(ii)肥満と健康についての「スリム・コース」、(iii)「動脈硬化・コレステロー

ル・コース」, (iv)「糖尿病コース」の4つがそれぞれである。それぞれのコースの開催スケジュールは表1に示す通りである。

表1 健康講座日程表

	高血圧コース	スリム・コース	コレステロール・コース	糖尿病コース
1回目	4月16日 4月23日	5月14日 5月21日 5月28日	6月11日 6月18日 6月25日	7月9日 7月16日 7月23日
2回目	8月20日 8月27日	9月10日 9月17日 9月24日	10月15日 10月22日 10月29日	11月12日 11月19日 11月26日
3回目	12月10日 12月17日	1月14日 1月21日 1月28日	2月18日 2月25日 3月4日	3月11日 3月18日 3月25日

③健康相談：これは各地区の公民館や集会所等22の場所で行われている。健康相談が月に1回行われる会場，月に2回行われる会場，月に4回行われる会場と，3種類ある。但し，この健康相談は高齢者のみを対象とするものでなく，相談に訪れる大部分の者が，乳幼児を抱えた母親である。

④健康診査：我が国の医療保険制度は，職域保険（健康保険，船員保険，各種共済組合制度）と地域保険（国民健康保険）の2本立の構成となっている（これについては，§2の図1も参照されたい）。職域保険の被保険者はその大部分が職場での健康診断を受けていると思われるが，こうした職場での健康診断を受けることのない40才以上の人々を対象にしたのが健康診査である。実際には，国民健康保険の被保険者と，職域保険の被保険者の妻とが主要対象ということになる。

この健康診査は公民館や集会所で実施されている他，公民館や集会所での健康診査の受診機会を逸した人には，各医療機関で健康診査を受ける道も開かれている。

⑤機能訓練：現在、安佐南保健所が実施している機能訓練には4種類のものがある。(i)「機能訓練教室」、(ii)「あすなろ会」、(iii)「茜会」、(iv)「ともの会」の4つがそれである。前二者は安佐南保健所で、第3のものは佐東公民館で、そして、第4のものは沼田老人いこいの家でそれぞれ行われている。

これらの内、一例として、第1の「機能訓練教室」の1992（平成4）年度のスケジュールを示すと次の通りである。

- 4月20日 理学療法士による個別相談
- 5月18日 安佐動物公園へのバスハイキング
- 6月15日 作品づくり
- 7月20日 作品づくり
- 8月17日 盆おどり
- 9月21日 日常生活動作訓練
- 10月19日 あすなろ会との合同運動会
- 11月16日 クリスマス会準備
- 12月21日 クリスマス会
- 1月18日 すごろく大会
- 2月15日 体力測定
- 3月15日 体力測定

⑥訪問指導：これは、④の健康診査の受診者の内、特に指導が必要と思われる者並びに、ねたきり者・要介護者に対して行われるものである。保健婦が上記の者の家を訪れて、様々な保健上の指導を行ったり、必要な場合には医療機関へ連絡を取ったりする。

§ 7 医療サービス

在宅老人に医療サービスを提供するのは主として医療機関である、とい

うことは言うまでもないことである。安佐南区内にある医療機関の内いずれを取り上げるべきか、は本稿を作成する上で筆者の最も苦慮した点である。ひとまず、広島医療生活協同組合傘下にある共立病院・協同診療所・沼田診療所の3医療機関並びに日比野病院、及び高橋内科・小児科医院の5つを選んだが、この選択がバランスを欠くものでなかったかどうか、筆者の大いに懸念する所である。関係各位のご叱正を仰ぐ次第である。

(1)共立病院・協同診療所・沼田診療所

①共立病院

共立病院は、(i)外科、(ii)整形外科、(iii)小児科、(iv)眼科、(v)耳鼻咽喉頭科、(vi)婦人科、(vii)泌尿器科、(viii)皮膚科、(ix)神経科、(x)脳外科、(xi)理学療法科、(xii)内科（循環器、呼吸器、消化器、糖尿病、肝臓疾患）の12科を持つ、総合病院にほぼ近い、安佐南区で最も施設・スタッフのそろった病院である。

共立病院では、約30世帯に対して訪問診察・訪問看護が行われている。

また、毎週月曜日と金曜日にデイ・ケアが行われている。このデイ・ケアは、脳血管障害等のため共立病院へ入院していた者が、病状安定後家庭復帰できるようリハビリテーションを行うものであり、このリハビリテーション並びにデイ・ケア参加者の送迎に対して診療報酬が支払われている。共立病院でのデイ・ケアは、個々の患者の病状に合わせた個別プログラムに応じて理学療法・作業療法が行われている、という点に於いて、特別養護老人ホームで行われているデイ・サービスや保健所の行っている機能訓練と、かなり性格の異なったものになっている。

尚、老人医療や在宅ケアに対する共立病院の基本方針がどのようなものであるか、をうかがった所、未だ基本方針は十分に定まっていない、とのことであった。

②協同診療所

協同診療所は、医師2名・看護婦5名を擁する診療所であり、約20世帯への訪問診察・訪問看護が行われている。

ここでもデイ・ケアが行われている。ここでのデイ・ケアは12～13人の参加者をえて週1回行われている。また、デイ・ケア参加者とほぼ同数の人がボランティアとしてデイ・ケアに携わっている。デイ・ケア参加者もボランティアの人も、いずれも医療生活協同組合の組合員である。また、1月に1度共立病院より理学療法士が派遣されている。

ただ、協同診療所でのデイ・ケアは正式認可を受けておらず、診療報酬の対象となっていない。そのため、デイ・ケアとしての正式認可を受けるべく準備が進められている、とのことであった。

尚、ここでのデイ・ケアは、個別プログラムに応じたりハビリテーションというよりも、特別養護老人ホームで行われているデイ・サービスにより近いものである。即ち、その主たる狙いは、老人の家庭への閉じこもり防止と家族の負担軽減にある、と言えそうである。

③沼田診療所

沼田診療所は、医師1名（但し、月曜日と金曜日に、共立病院より応援の医師がそれぞれ1名づつやってくる）と看護婦7名（内、常勤5名）を擁する診療所であり、十数世帯への訪問診察・訪問看護が行われている。

さて、沼田診療所の所在する広島市安佐南区沼田地区には、友愛園と和楽荘という2つの老人ホームがあり、〔§5(2)参照〕、また、同地区の沼田老人いこいの家では保健所主催の機能訓練が行われている〔§6⑤参照〕。沼田診療所の医療活動は、共立病院との十分な連携に基づいて行われているようであるが、沼田診療所と老人ホーム・保健所等との連携は今の所十分なものではない。

(2)日比野病院

日比野病院には、脳神経外科・外科・放射線科・リハビリテーション科

の4科がある。この病院では、その専門科目の性質上、リハビリテーションにかなりの力が注がれているようである。ここでも、共立病院の場合と同様に、入院患者の家庭復帰を促進するための、個別プログラムに応じたリハビリテーションが行われており、3名の理学療法士と2名の作業療法士がこれに当たっている。

また、保健所の行う機能訓練に対しても、理学療法士・作業療法士が、日比野病院から派遣されている。

ただ、主任理学療法士・新居田茂充氏にお話をうかがった所〔1992（平成4）年7月27日〕、訪問診察・訪問看護やデイ・ケアに日比野病院全体として取り組む計画は今の所ない、ということであった。

（3）高橋内科・小児科医院

高橋内科・小児科医院は無床診療所である。

共立病院に於いても日比野病院に於いても、老人医療や在宅ケアについての基本方針は十分定まっていなかったようである。これに対して、高橋内科・小児科医院院長、高橋勲氏の、老人医療・在宅ケアに対する考え方は非常に明確なものであった。今後高齢者が増加してゆき、在宅ケアの重要性が高まってゆくという潮流の中では、医師が病院・診療所に於いて患者の来るのを待っている、というだけでは不十分であり、看護婦・理学療法士・作業療法士等とチームを組んで、老人の家へ訪問することが必要であり、更に、老人の在宅ケアを十分なものにするためには、保健所は言うに及ばず、老人ホームや社会福祉協議会・ボランティアの人々等とも十分な連携をとって行かねばならない—これが高橋氏のお考えであった。

こうした考えを実践すべく、広島県看護協会の行っている1992（平成4）年度訪問看護婦養成講習会（これについては§8(3)で論じる）に、高橋内科・小児科医院より准看護婦が派遣されている。

また、1992（平成4）年10月1日にデイ・ケア・センターを開設すべく準備が進められている。建物の建設が進められると同時に、デイ・ケア・

センターのスタッフ養成のために、慈光園〔§ 5(2)参照〕や共立病院等に人員が派遣されている。

高橋氏がデイ・ケアの対象として狙っているのは、特別養護老人ホームで行われているようなデイ・サービスに参加するには肉体的にやや無理のある、ねたきり老人・準ねたきり老人である、とのことであった。

§ 8 今後の課題

以上、§ 5～§ 7で、広島市安佐南区に於ける福祉サービス・保健サービス・医療サービスについて見てきたが、最後に筆者の若干の見解を述べることによって本稿を終えることにしたい。

(1) デイ・サービス、機能訓練、デイ・ケアの位置づけ

特別養護老人ホームで行われているデイ・サービス、保健所の実施している機能訓練、医療機関で行われているデイ・ケア、そして、安佐南区在宅看護職の会の行っているデイ・ケアは、いずれも、①老人の家庭への閉じこもり防止、②老人を介護する家族の負担軽減、という機能を果している。とはいえ、それらのもの間には微妙な差異もある。筆者は、それらを次の3つに分類して、今後の高齢者対策を進めてゆくのが望ましいのではないか、という考えを持つに至った。

1. 主として、老人の家庭への閉じこもり防止・老人を介護する家族の負担軽減を狙ったもの〔慈光園並びに友愛園で行われているデイ・サービス、保健所の機能訓練、協同診療所のデイ・ケアがこれに入る。〕
2. 脳血管障害者等のリハビリテーション・家庭復帰に焦点を絞ったもの〔共立病院でのデイ・ケア、日比野病院でのリハビリテーションがこれに入る。〕
3. 以上のいずれにも該当しない、ねたきり・準ねたきり老人、痴呆性老人に焦点を絞ったもの〔高橋勲氏の目指しているデイ・ケア、安佐南

区在宅看護職の会が行っているデイ・ケアがこれに入る。]

以上3種類のもは、相互に排斥し合うものではなく、その主たる狙いが明確に意識されている限り、相互に補完し合うものとなるであろう。

(2)福祉と保健

福祉サービスと保健サービスについての基本的枠組は、おおむね定まった、と言っていいだろう。保健サービスについては、老人保健法施行〔1983（昭和58）年2月1日、§3(2)参照〕以来の枠組が踏襲されている。他方、福祉サービスに関しても、高齢者保健福祉推進十か年戦略の発表〔1989（平成元）年12月、§4(1)参照〕、老人福祉法等福祉関係8法改正〔1990（平成2）年6月、§4(2)参照〕によって、その大枠は定まった。

今後は、福祉サービス、保健サービスの供給に際して、社会福祉協議会やボランティアの人々をどれだけ取り込んでゆけるか、が課題となろう。

(3)医療

医療の領域に於いて、今最も大きな変化が起こりつつある。即ち、今後の進路が摸索されつつある、と言っていいだろう。

安佐医師会（安佐医師会のテリトリーは、安佐北区の大部分と安佐南区をカバーしている。図5参照）会長の土井達郎氏のお話によると、①高齢化社会へと向いつつある今の時期は、幕末から明治期の西洋医学台頭期にも匹敵する大激動期であり、②医者が病院や診療所で患者を待っていれば良かった時代が過ぎ去りつつあり、③医者を中心としたチームによる医療サービスの供給が要請されており、④それ故に、医者の大いなる意識変革が必要である、とのことであった。土井氏の見解は、§7(3)で紹介した高橋氏の見解と大いに符合するものである。こうした土井氏や高橋氏の見解を踏まえつつ、現在医療の領域に於いて起りつつある変化に若干のコメントを加えることにしよう。

①高橋内科・小児科医院

現在、高橋氏の推進しつつあるデイ・ケア・センター設立の試みは、時代の潮流の最先端にある、と言っていいのかもしれない。それは、明らかに、医療機関の間に新たな競争原理をもたらしはしないであろう。こうした試みに対して何らかの反動が起ってくるのかどうか、また、起ってくるとすれば、どのような形の反動が起ってくるのか、は予断を許さないもののように思われる。

②広島医療生活協同組合

広島医療生活協同組合の傘下には、共立病院を中心に、協同診療所・沼田診療所・津田診療所（本稿では、触れることができなかったが、この津田診療所は広島市安佐北区にある）がある。広島医療生活協同組合の老人医療や在宅ケアに対する基本方針は、未だ十分に定まっていないうであるが、安佐南区に於いてそれが占めている大きな比重を考えるなら、その基本方針が早急に定められることが望まれる。

例えば、デイ・ケアをとってみるなら、共立病院でのデイ・ケアと協同診療所でのデイ・ケアは相当性格の違ったものとなっている。こうした性格の違いを明確に意識しつつ、スタッフの配置等を考えてゆくなら、それぞれが他を補完し合う、デイ・ケア・システムが形成されるのではないだろうか。

③広島県看護協会

今までは議論の範囲を広島市安佐南区に限定してきたが、ここでは、その限定を取り除くことにする。

在宅ケアが機能し、地域ケア・システムが十全に作動するためには、今後、訪問診察・訪問看護の重要性が益々増大してゆくであろう。こうした要請に応じるべく、広島県看護協会によって、「広島県訪問看護婦養成講習会」が実施されている。これは、「在宅ケアシステムの体制整備に向け

て在宅医療・訪問看護に従事するマンパワーの確保⁽⁴⁾」を目的として行われており、講習期間は、4日間の実習を含めて、21日間となっている。平成4年度の講習会プログラムを見ると、その講習の範囲は相当多岐にわたっている。

また、広島県看護協会の運営する訪問看護ステーションの設立計画が進められている。

こうした動き、即ち、訪問看護婦養成講習会実施や訪問看護ステーション設立準備は、時代の流れに沿うものであり、これらが、今後、地域ケア・システムの充実にどのように貢献してゆくか、期待を持って見守ってゆくことにしたい。

④安佐医師会

既に述べたように、安佐医師会会長の土井氏は、時代の流れは大きく変わりつつあり、医師の意識変革が必要である、との認識を持っておられる。土井氏は、筆者のインタビューに応じて、老人保健施設・訪問看護ステーション・在宅介護支援センター等をも包含した、総合的地域ケア・センターを、安佐医師会主導で設立する構想を開陳された。勿論、資金調達をも含めて、越えねばならぬ障害はまだ多い、とのことであったが、もし、この構想が実現されたなら、それが安佐南区・安佐北区の高齢者対策に与える効果には絶大なものがあると思われる。この構想が一日も早く実現されることを期待する。

本稿を作成するに当たり、以下の各氏・各機関にご協力いただきました。ここに記して感謝の意を表わしたいと思います。

広島県福祉保健部高齢者福祉課・主監 山本 義正氏

(4) 広島県看護協会『平成4年度・広島県訪問看護婦養成講習会テキスト』、平成4年6月、146頁。

広島県福祉保健部高齢者福祉課・老人医療係長 榊井 満氏
 広島市民生局福祉部高齢者福祉課・高齢化社会対策担当主監 皆本也寸志氏
 広島市民生局福祉部高齢者福祉課・計画係長 永谷 尚之氏
 広島市民生局福祉部社会課・課長補佐 湯浅 敏郎氏
 広島市衛生局健康管理課・主査 盛中 博夫氏

* * *

広島市安佐南福祉事務所
 養護老人ホーム・特別養護老人ホーム 慈光園
 特別養護老人ホーム 友愛園
 特別養護老人ホーム 和楽荘
 広島市安佐南区社会福祉協議会・事務局長 住田 哲郎氏
 広島市安佐南区社会福祉協議会・ソーシャルワーカー 薬真寺満里子氏
 安佐南区在宅看護職の会
 民生委員 坂本 華波氏

* * *

広島市安佐南保健所

* * *

安佐医師会・会長 土井 達郎氏
 安佐医師会・副会長 松原 覺氏
 広島県看護協会
 老人保健施設 さんさん高陽
 共立病院
 協同診療所
 沼田診療所
 日比野病院
 高橋内科・小児科医院