

< 依頼論文 >

地域医療とターミナルケア－ 「介護保険制度」と「地域」¹

Community Medicine and Terminal Care –
Public Nursing Care Insurance and Community

長島 隆 (東洋大学)

Takashi Nagashima (Toyo University)

Abstract

The low birthrate and aged society problem has appeared from the 1970s. As a geriatric hospital problem, its solution was pushed against medical treatment, and elderly people's welfare "became [historically, / put it to sleep]" a problem as an old-man problem. In rapid progress of an aged society, the correspondence to a low birthrate and aged society was decided upon an "Angel Plan" and "Gold Plan" from the second half of the 1980s. It could not catch up with the speed, and reexamination started immediately, the direction of correspondence by social insurance became clear at the second half of the 90s, and "public nursing care insurance" was established.

However, since this system was established considering the "bedridden elderly" as an object model, it aimed at the direction of "home care." And conquest of "confusion of medical treatment and welfare" had taken the direction which converts a responsibility subject into "welfare" for the old man of a terminal state from medical treatment with "Takenaka and the Hiroi report." However, it was based on actual recognition that increase of the medical expenses to the old man of a terminal state will collapse a universal national health insurance system from now on, from a financial viewpoint.

Ishii and Yokouchi and others performed criticism to this, and the dispute "deemed terminal (cure care)" arose. It was shown that the actual recognition shown in the report poses a problem, and elderly people's increase does not turn into increase of medical expenses. Rather, this "elderly people's increase" is strongly connected with collapse of the area fundamentally based on the measure of "overconcentration to Tokyo" since the 60s instead of a health professional's responsibility, and the problem of a decrease in the birthrate, and conversion of the radical policy is called for. The responsibility of a country is large.

"Reexamination of public nursing care insurance" at which it aims now set the object model to the dementia patient, made "home care" and "habitation care" coexist, and has taken the direction where the "area" supports it.

Is this possible in the weakened local self-governing body like Japan or not?

It will be required to convert the state of Japan itself radically rather.

Key Word: Community medicine, Public nursing care insurance, Aged society, Confusion of medical treatment and welfare, Reexamination of nursing care insurance

はじめに一問題の設定、「地域医療」をターミナルケアを焦点として考える。

地域医療の問題は、二重の意味において日本の医療倫理の中心的な課題であるのではないか。

何よりもまず第1に、「地域医療」は国際的に WHO 創設以来の課題である。第2次世界大戦後「世界保健機構 (WHO)」が設立されたときに掲げられた「WHO 憲章」は、第2パラグラフで「医療アクセス権」の問題を高く掲げた。すべての人間がつねに最高水準の医療を享受する権利である²。たとえば、今日的に言えば、「国境なき医師団」の活動、WHO もまた掲げる「遠隔医療」の問題などを事例としては挙げることができる。日本でもこの方向が追求されてきている。この権利を実現するべく、戦後日本においてもまた「国民皆保険制度」を実現してきた。この制度は恒常的な「医療アクセス権」を保証する制度的な問題である。

だが、この「国民皆保険制度」は実現すると同時に切り崩す方向が現れてきたことにも留意しなければならない。とりわけ日本では1970年代からの「老人医療」問題、そして少子高齢社会の急激な進行は、日本における「地域医療」問題を浮かび上がらせてきた。すなわち、本来「老人医療」は「老人福祉」問題を並行して解決しなければならないにもかかわらず、「医療」に福祉が押し付けられるという事態である。そのため「老人病院」問題として「老人の虐待」「寝たきり老人」=「寝かせきり老人」を生み出すことになった。果たして医療者の善意に頼ることによって問題を解決できるのだろうか。

この点で、第2に、日本においてはつねに「福祉」問題と「医療」問題とが混同されてきており、この点から、両者を分離して問題を解決する方向が目指された。90年代には、抜本的解決のために、「エンジェル・プラン」「ゴールドプラン」が提出され、対策が立てられはした。だが、高齢化社会の急激な進展はとどめることができず、「新ゴールドプラン」が策定され、「介護保険」が90年代後半には制度化されることになった³。

だが、第1点での、「医療」と「福祉」の問題が分離され、むしろ「医療」を排除して「福祉」の側に問題の解決を押し付けるような方向が見られた。問題の解決の根本にあるこれらの問題の根底にある歴史的経緯がないがしろにされ、本来の責任を担う戦後政治の、政府の責任があいまいにされたのである。

だから、「介護保険」制度の設立とその後の事態のなかでも、極めて深刻な問題として現れたのは、やはり、政府、行政レベルでの対応の無策であり、本来政府、行政が責任を持たねばならない状況のもとで、「財政問題」の名のもとに、ほぼ国民切り捨ての方向が提起されながら、介護を含めた医療は医療関係者にまる投げされている状況にある。

私はあえて「地域医療」と「ターミナルケア」という題目を掲げたのも、「地域医療」そのものも、本来は戦後日本政府の政策に基づく「過疎地域」の増大にかかわっているにもかかわらず、医療関係者の問題に責任を転嫁されている状況のなかで、医療関係者の自己犠牲的な活動に敬意を表するとともに、むしろそのような責任の所在をあいまいにすること自身にたいして強い批判を持っているからである。

現在の「地域医療」の「崩壊」の基本的な原因は、まさに戦後の国策とでもいうべき、経済政策の中で、高度成長を経て都市への地方の国民を動員する政策を取ったところに基本的な問題があり、この政策を根本的に変えない限りほぼ解決は不可能であると考えている。その結果、都市でも地方から流入した人々は劣悪な住環境をはじめとして衣食住の劣悪な環境のもとで生活することになる一方で、地方の過疎化、そして今問題になっている「地域医療の崩壊」という事態であった。

私は、農業、漁業を経済政策とし位置づけるような段階から国土保全政策として位置づけなおし、国の財政政策を抜本的に変えることに解決策はあるだろうと考えている。「地方の時代」と言われながら、東京一極集中は止まらない。それどころか、地方自治体の合併など、地方活性化に逆行する施策が行われるなかで、「地域医療」は、そして介護保険制度についても、財政問題として、地方に過重な負担を押し付けている現状は、さらに「崩壊」を招かざるを得ないのではないか。

とはいえ、「地域医療の崩壊」と言われるなかで、ターミナルケアに取り組んでいる医療関係者が存在し、家族がいる中で、具体的に何が問題であるかは無視することができないだろうと考える。以上が本稿の基本的なスタンスである。

1. 歴史的回顧－介護保険制度の創設と現状の問題

まず「介護保険制度」問題を歴史的に回顧することから始めよう。

1) 歴史的展開－「新ゴールド・プラン」と介護保険制度

さて、日本において「高齢者問題」が視野に入ってきたのは 1970 年代である。「老人医療」問題として登場した。この過程で、子どもの出生率の低下も問題になり、1990 年代に「少子高齢社会」として、抜本的な政策の必要性が問われ、高齢者対策として「ゴールド・プラン」が、少子化対策としては「エンゼル・プラン」が策定された。だが、少子高齢化の急激な進展のために、このプランは、ただちに 1994 年に「新ゴールド・プラン」として再編されなければならなかった。

この施策において提出された理念は、第 1 に、利用者本位・自立支援を基本とする。第 2 に、支援を必要とする高齢者に対する必要なサービスの提供、第 3 に、在宅ケアを基本に、保健・医療・福祉を通じ高齢者の多様なニーズに的確に答えることのできる効率的・総合的サービスを提供すること。第 4 に、市町村を基本にすること。住民に最も身近な地域において必要なサービスをきめ細かく提供できる体制づくりをめざす。

これを整理して言えば、利用者の必要に応じて、しかも自立支援にするという、当事者および家族が介護の中心になること、すなわち、「在宅ケア」を推進することである⁴。このことを基本にして、行政がそのバックアップを行うという基本的なスタンスを取ったことである。このこと自身は「社会保険制度」の基本的あり方であり、「社会保険制度」として「介護問題」の解決方向を示したと言えるだろう。

問題は、この行政のバックアップを地方自治体を中心になって担い、国の責任を、敢えて言えば当事者と地方自治体に転嫁してしまう政策であったことである。というのも、本来このような方向は、地方自治の充実が前提であり、日本のような「三割自治」と言われるような状態では不可能な課題であるからである。実際、「地方の時代」と言った地方自治の称揚は行われたが、実際に進行したのは、地方自治体の合併に基づく、大型自治体の出現であり、地方自治の切り捨ての方向である。「大型自治体の出現」とは、「住民に身近な地域において必要なサービス」と言っても、住民を「地域」から切り離す方向であると言わねばならないだろう。だから、それなりに、正当性を持つ「新ゴールドプラン」のこのような方向は実現できない方向であったと言えるだろう。

2) 介護保険制度の問題点

介護保険制度として、この財政基盤もまた「社会保険」として展開される方向を取るのもまた当事者の自助を前提とするが、ドイツ等の社会保険制度が明らかにするのはこの自助にたいする行政の徹底したバックアップの問題が問われることである。その限り、日本の議論は一見するとドイツなどと同じ方向を取りながら、国の責任を回避する方向であると言えるだろう。

地方自治体の問題を言及するけれども、財政的に見るならば、当事者と国・地方自治体の比率は 1 : 1 であり、さらに国と地方自治体の比率もまた 1 : 1 である。だから国は 1/4 しか責任を持たない。むしろ、この地方自治体は大きな負担を引き受けることになった。しかもこの中で地方公務員削減という増大する負担を引き受ける公務員にたいする過小評価もある。そしてそれと対応するように、「民間参入」という民間会社にたいする過大評価である。

ちなみに、一つ確認しておけば、2011 年 3 月 11 日の「東日本大震災」が端的に浮かび上がらせたのは、この公務員削減問題である。様々な支援が、復興資源も直接被災者に届かない状況が続いている。

この「新ゴールド・プラン」を受けて、2000年には「介護保険」制度を導入するとともに「ゴールドプラン21」が提案された。このときも、高齢者像を転換し、そのような高齢者の尊厳を確保しながら自立して生きることを支援する方向が提示された。そして、そのような高齢者の「支え合う地域社会の形成」し、そのような高齢者（およびその家族）から信頼される「介護サービル」を確立することを目指すことになった。だが、このプランはすでに述べた「新ゴールド・プラン」の決定的な弱点を継承していると言えるだろう。すなわち、行政の責任問題はほとんどネグレクトされて展開されると言えるだろう。

実際、厚生労働省や国が「活力ある高齢者像の構築」について語ることを私はただちには否定しないが、こういう問題は国が語る必要のないことであると私は考える。むしろ、国及び行政団体の明確な課題と実現可能性について語ることを要求されると考える。そして「民間参入」という方針に基づく「介護会社」などの民間会社と地方自治体の調整こそが重要な課題であるだろうと思われる。

加えて、ここで、二木立の言葉を引用しておこう。これらの施策の展開がまさに日本の現状をほとんど考慮しない形で展開されたことを指摘しているからである。

「高齢者ケア（医療・介護）の対象・モデルは、介護保険制度導入前後で劇的に変わりました。介護保険制度開始前は主な対象は長らく寝たきり老人であり、要介護認定やケアマネジメントの仕組みも、それを前提にして組み立てられました。」

まさに「介護保険」の制度設計は、1970年代に問題になった「寝たきり老人」をその対象として行われたのである。だが、介護保険の実施の中でただちに明るみに出たのは、「高齢者ケア」の深刻化という現実である。すなわち「認知症患者」のケアが「在宅＝自宅」ではほぼ不可能なのが現実であることである。

「厚生労働省は、2005年の介護保険法改正時に、同じく「在宅重視」と言いながらも、実質的には、「自宅重視」から「居住系サービス（自宅以外の多様な居住の場）重視」へと方針転換しました。この居住系サービスには、介護保険制度開始後急増したケアハウスと有料老人ホームに加えて、グループホーム等の地域密着型サービス（既存サービスを含めて6種類）、さらには高齢者専用賃貸住宅が含まれることになりました。」⁵

そして、認知症患者のケアが、施設ケアに任せられるとしても、そこでは「高齢者の尊厳」が「ゴールドプラン21」では掲げられながら、実際には様々な報告で明るみに出てくるのは、次のような現実である。高齢者一人一人がその尊厳を尊重されることなく、ただ生きていることだけが認められ動物のような扱いをされる現実がある。しかも、いかに「認知症患者」の尊厳を尊重したふるまいを行おうと、そのように「認知症患者に」たいしようとしてもできない介護関係者の現実がある。

つねに財政問題として語られるがゆえに、民営化の方向が強調され、国及び行政の責任があいまいにされてしまう。そのために現場での混乱が大きなものとなり、高齢者が犠牲にならざるを得ない事態を生み出している⁶。

2. 介護と財政問題、介護保険制度の問題点

1) いわゆる「キュア・ケア」(みなし末期) 論争と介護保険制度

介護保険制度が2000年に導入される以前に、注目すべき論争が「社会保険旬報」誌を中心としておこなわれた。広井良典氏と石井暎禧氏、横内正利氏らの論争である。この論争は1997年11月に発表された、いわゆる「竹中・広井報告書」すなわち、『「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書』（長寿社会開発センター）にたいする批判から始まった。

この広井氏らの議論は「キュアからケアへ」という構図のもとに、まさに「福祉のターミナルケア」を主張する。すなわち、高齢者の「ターミナル」においては、やはり医療の手を離して福祉の手にゆだねるべきだとする。それにたいして、石井氏や横内氏らは、これは「高齢者」の切り捨てであるとして、デンマークやドイツのターミナルの患者の事例報告を症例として分析することを通じて、「ターミナル」における患者がどのようにまだ生きることができるかを示して論争されたことである。

この議論がまさに高齢者の医療費が増大し、維持しきれない状況にあって財政的な問題にたいする提案を含んでいたがゆえに、その後、「医療経済」的な高齢者問題の追求が生まれてきている⁷。そして、石井暎禧もまた「医療経済」的な論考を発表して総括している。

「キュア」であれ、「ケア」であれ、端的に患者の立場からみれば、「キュア」も「ケア」も必要である。したがって、石井らが具体的に臨床事例を提出してその分析を行って広井を批判したことは正当であると言えるだろう。だが、広井らの報告書は、現実に医療費の増大によって現実に介護保険が早晚破たんするだろうという見通しにたいして提案されたものでもある。現実には、介護保険制度の設立後、2000年代の経緯を見れば、その制度の確立が新自由主義的な「放任」に任せ、民間の参入はむしろ「コムスン」事件（2006年）⁸が端的に示すように、民間の成熟のない現実をあらわにした⁹。財政問題としてこの問題は展開されざるを得ない。

実際、ここでは「ターミナル」にある患者が「自己決定権」に基づいて自らの生を選択することの正当性という倫理的な問題も存在している。いわゆる「リビング・ウィル」に基づいて、自分の「ターミナル」のあり方を選択することを介して、死に向かうことを称揚するかのように見えるがゆえに、医師である石井氏たちが反発したのも当然ではないかとも思われる。臨床事例の分析に基づく反論は、まさにこの「ターミナル」がターミナルではなくとも、「みなし末期」として死を選択させることによって、財政的に社会に負担をかけないようにするという選択にたいする批判となる。この点では、実際患者の側から見れば、「生きる」という選択の可能性もあるのであり、「リビング・ウィル」を持ち出すことそのものは危険であることを示している。

加えて、介護保険制度の発足以後明らかになってきた実態は、まさに「認知症」患者の介護問題である。このような患者が「自己決定」できない状態にあることは我々の共通の認識であるだろう。そうであるとすれば、「リビング・ウィル」に基づいて治療を排除する決定はできないのではないかと思われる。

しかも、「リビング・ウィル」の危うさは、この「生前発効の遺書」が、自己決定権を前提とするならば、つねに「その自己決定を撤回することができる」ことを前提にするのであるが、この「撤回権」の扱いがあいまいであることである。この「撤回権」をどのように保証するのかについての徹底的な議論を必要とするだろうと思われる。この点が意外に無視されてしまっていると思われる¹⁰。私は「撤回権」の尊重こそが「自己決定」及びそれに基づく「インフォームド・コンセント」の前提であると思うのである。

2) 上記論争と財政問題

ここで章を変えて、引き続き上記の論争を検討しておきたい。

さて、財政問題としては、やはり「高齢者」の医療は医療費の破たんを招く危険があるほど増大するという問題がある。広井氏らの現実認識の問題である。この点について石井氏の議論を見てみよう¹¹。

石井氏は、まず「老人医療費の高騰が、医療保険制度の危機の原因として把握されている」ことを指摘し、これが本当かを問題にする。そして「医療費増加を問題にするとき、老人の増加が問題か、老人に無駄な医療が行われているのが問題かは、はっきり分けて考えなければならない」と問題の所在を明らかにする。この問題の解明は至当なものであるだろう。

「老人の増加」問題は人口構成において、医療や福祉の問題ではなく、むしろ国家レベルの施策の問題である。したがって、これは医療や福祉において解決しようとすることは問題の所在をあいまいにすることになり、本来の責任の転嫁に通じる問題である。

医療あるいは介護が引き受けなければならないのは第2の問題、すなわち「老人に無駄な医療が行われているのが問題」という論点である。このような問題の整理は、本稿が冒頭で行った問題の整理と同じ方向を持っており、実際、この問題こそが医療関係者に問われなければならない問題だろうと思う。

石井氏が依拠する府川哲夫論文を参照にしながら、「高齢者の医療費」の増大は存在するかについて見ていくと、次のように言われている。

「終末期医療費が一般の医療費と比較して、さほど高額でなく、また死亡年齢が高くなるにつれ、むしろ減少することは、国立人口問題研究所の府川哲夫氏などのレセプト分析から実証されていることである。またわれわれの病院における生存退院患者と死亡退院患者の医療費分析からも、一件一日あたりの入院費は、いずれの年齢層でも死亡患者の方が低く、また後期高齢者の一件一日あたり入院費は、前期高齢者より低いことが、明らかである。入院から退院までの総額をみると、死亡患者（終末期だけではなく、重症ではあるが救命可能と考えられた患者を含んでの）医療費は生存患者と比較して在院日数が長いことや高くなるが、それほど高額ではない。」¹²

このような分析はすでに先の論文でも指摘されており、石井が指摘する二つの論点を混同しない限り妥当な指摘であると言えるのではないか。府川もまた石井が依拠する論文においてばかりではなく、2009年にも財務総合政策研究所における「持続可能な医療サービスと制度基盤に関する研究会」（平成20年12月～）における報告でもやはり次のように述べている。

「高齢者医療費の伸びが大きい理由は高齢者数の増加による。65歳以上1人当たり医療費の65歳未満1人当たり医療費に対する倍率は人口高齢化にも関わらず低下傾向にある。」¹³

このような研究を積み重ねることは重要であり、今後とも制度設計の前提になるだろうと考える。

加えて、先に述べた介護保険制度の対象の変化、すなわち、「寝たきり老人」から「認知症患者」が中心的な対象となったとき、医療経済的な分析は重要であるが、石井が指摘するように、まさに「医療経済学」は医療費を対象とするばかりではなく、マクロ的分析を前提として政策化に寄与すべきであろう。

「医療経済学が明らかにしなければならない本質な問題は、「すでに起こった未来」（P. ドラッカー）としての人口構造の変化に伴う医療費や社会保障制度の変動であり、数値的に明らかにできるはずである。その上で高齢化社会の在り方全体を検討すべきなのである。」¹⁴

3. 介護保険制度の見直しと「ターミナル・ケア」

問題を含みながら施行された介護保険制度はまさに問題を抱えながら、2006年に改正され、次の改革を2015年に行うことが表明されている。この介護保険制度は二木立が指摘するように、まさに「寝たきり老人」をなくすことが課題として設計されていた¹⁵。もとより、1970年代に顕在化した「寝たきり老人」問題が実は「寝かせきり老人」問題であり、「老人病院」問題の深刻さを解決し、医療と福祉の混同ではなく、福祉と医療を区別しながら連携できるシステムの確立は急眉の課題であった。だからこそ「介護保険」を導入し、福祉を自立化させることは当然の課題であった。

だが、この「寝かせきり老人」という問題は、まさに「認知症患者」もまた対象であったことである。「在宅ケア」を行うために、「地域医療」の問題が浮かび上がってきたのも「介護保険制度」導入以前の時期であった¹⁶。介護保険制度の導入にあっても、問題はまさにその基盤整備の問題が根本的弱点として残されたままである。それが、ただちに改革の必要性を浮かび上がらせてきた。

そして今日主要対象はいわゆる「寝たきり老人」ではなく、「認知症患者」が主要対象になっている。そのため、制度設計当時の「在宅ケア」を中心として展開しようとした介護保険は「在宅ケア」から「居住系サービス（自宅以外の多様な居住の場）重視」へと制度の重心を転換せざるを得なかったのが2006年の改革であった。両者の連携こそが重要な時代に入ってきていることは留意されなければならない。

現在、2015年の改革で目指されているのは、「予防重視型システムの確立」である。その前提は、二つの点が挙げられている。すなわち、第1に、この年に「ベビーブーム世代」が高齢期に到達し、それにその10年後には「後期高齢期」を迎えることである。第2に、「認知症や独り暮らしの高齢者の増加」が見込まれていることである¹⁷。

モデルとしても「身体ケア」モデルから「身体ケア+認知症ケア」モデルへとはっきりと転換することになる。そして、「在宅ケア」のあり方もまた「家族同居」モデルから「同居+独居」モデルへと転換することが改革の中心に置かれることになる。すでに指摘した「予防重視型システムの確立」とは、まさに介護の世話にならないで生活できるあり方を模索する方向であり、くわえて「施設給付の見直し」と「新たなサービス体系の確立」とが掲げられる。

「予防重視型システムの確立」という問題は、「要介護認定」の軽度の患者を介護保険から外す方向である。「自立した生活」への復帰を目指すことになるが、このためにはリハビリテーションや、これまでの介護とは異なったあり方の介護が必要になると思われる。このような状況に対応できる基盤整備は行われているかどうかの問題になる。リハビリテーションを行うことができる介護スタッフはどの程度育成されているのか、あるいは育成する必要があるかが浮かび上がってくる。また精神的なケアが必要になってくるのではないと思われる。高齢者であっても、自宅で「できる限り自分のことは自分で行う」ことが可能である状態にあることは当事者にとっても当然の願いであるだろう。だが、そういう希望を実現するための基盤整備、そういう高齢者の支援を行うことができるスタッフの充実（給与問題を含めて）こそが必要になってくる。

この点で、「新予防給付」が構想されている。そこでは、「新予防給付の介護予防ケアマネジメントは、要支援・要介護になることを防ぐ介護予防事業との一貫性・連続性を重視しつつ、市町村が責任を持って行います」と述べられている。このこともまた現場で「要介護予防者」と向かい合うのは地域であるがゆえに、ある意味で当然であると思われる。

だが、それにたいする国、行政の責務はどうなるのか。市町村の責任だけで果たしてこれが可能であるかどうか。その点が極めてあいまいである印象を受けるのは否めない。「具体的には地域包括支援センターにおいてアセスメントを行い、①利用者の状態に応じた目標を設定、②本人を含め様々な専門家が協力して利用者の自立に資するサービスプランを作成、③サービス利用の効果などを定期的にチェックしていきます」と述べられている。だが、これらの「地域包括支援センター」や「専門家の協力」がうたわれているが、これは市町村が責任を持つのはよいとしても、すでにこの間の「介護保険」発足以後の待機高齢者の問題など、地域によるアンバランスが生じるのは必須である。その点の検証とそのバックアップはまさに国の責任ではないだろうか¹⁸。

「介護予防事業」、「包括的支援事業」、「任意事業」と区分されて支援体制を組むべく構想されている。しかも「包括的支援事業」の中には「権利擁護事業」及び「総合相談支援事業」が組み込まれている。これらは極めて重要な役割を果たすだろうと思われる。だが、これらを担うスタッフの育成そのものもまた重要な課題となるだろうと思われる。

さらに、重要なのは、この「予防」と介護との境界事例の問題も浮かび上がっている。これは、個別事例にたいする「介護マネジメント」の問題であるが、「介護予防マネジメント」と「介護マネジメント」とは机上で考えるほど簡単ではない。財政的な軽減から要介護者が切り捨てられてしまう危険もある。2015年度の改革で出されている案を見ると、たとえば、「施設介護」の場合に、居住費、食費なども介護保険からの給付が抑えられ、年金からの自費負担に変えられるなど自費負担の増大が提起されている。介護保険と医療保険の組み合わせばかりか年金までが動員される形での対策である。

さまざまな意味で「民間参入」の必要性はもはや否定できないが、これらの「民間」への丸投げではどうしようもないことはすでに明らかになってきている。介護保険制度の成立以後の進行は介護師らの処遇そのものの抜本的な向上が必要であることは明らかである。介護士らの善意任せであるがゆえに、辞めていく人たちが多く。「介護現場の崩壊」が言われている現状で、どのようにして「崩壊」をくい止めていくのか。また介護士の「質の向上」もまた課題となっている。

おわりに

医療経済的な分析が極めて重要になってきているが、しかし問題の基本は 70 年代以後の都市中心的政策にあると言わねばならない。だが、この問題は医療者の責任問題ではなくまさに国の基本政策の問題にあると言わねばならないだろう。医療、福祉、それ自身を国の基本政策に据えて、現在の人口構成を前提するならば、ますます高齢者の人口構成に占める割合は高まるだろうという予測に基づいて議論することになるだろう。しかし、「少子高齢社会」という若い世代の問題と並行して抜本的な基盤の見直しこそが必要になっているのではないか。老人医療費だけを取り上げての議論は財政問題として高齢者の切り捨てにつながらざるを得ないだろう。

今後「地域」が医療にとっても福祉にとっても極めて重要な意味を持っている。「地域」の再建は古き良き共同体に戻るのではなく、新しい段階で行われなければならないだろう。「地域医療」もまたそのような「再建」の中で展開されなければならないだろう。

本稿では「公的介護保険制度」の分析は極めて不十分なままであり、とりわけ、現実の進行との関わりで見直しの検討は今後の課題として残してしまった。できるだけ早く検討するつもりである¹⁹。

注

- 1 「地域」は誤植ではないことを断わっておきたい。本文が「地域医療」であるので誤解される危険性はあるが、私は、「地域の再建」こそが課題であると考えている。このとき「地域」は教育と医療が中心に座り、相互に住民の状態を理解できる程度の広さを持つコミュニティの再建が必要だと考えている。
- 2 私は、この点についてはすでに拙稿「遠隔医療の現在」で触れている。この論文は「医学哲学と倫理」(関東医学哲学倫理学会機関誌)に掲載予定である。
- 3 筆者は、当時はあまり視野に入れられていなかった福祉問題を「生命倫理」の枠に入れることを意図して、次の書を編集している。曾我・棚橋・長島編『生命倫理のキーワード』理想社、1998年。
- 4 「在宅ケア」の概念が介護保険制度導入時には、「自宅」を意味し、「寝たきり老人」を想定していたが、2005年には「認知症患者」が主流になっており、「認知症患者」をケアモデルとして組み立て直すことが必要だとされる。二木立「拙論：認知症ケアのビジネスモデルを考える - 「コムスン処分」の意味にも触れながら」(『月刊／保険診療』2007年9月号(62巻9号):97-101頁)
- 5 前掲二木立論文を参照。
- 6 次の書は著者自身が介護士の資格を取り、自ら介護の現場で介護士として従事しその経験を記したものである。介護現場の厳しい現実がよくわかる。介護士の不足、低賃金の中で消耗し尽くしていく姿がリアルに提示されている。本岡類『介護現場は、なぜ辛いのか：特養老人ホームの終わらない日常』新潮文庫、2013年。また介護現場の悲惨な現実については報告されている。中村淳彦『崩壊する介護現場』ベストセラーズ、2013年。佐藤幹夫『ルポ認知症ケア最前線』岩波新書、2011年。さらに次のものは認知症患者を主人公としたフィクションであるが示唆的である。本岡類『明日の記憶』光文社文庫、2007年。
- 7 例えば、次のような論文である。西村周三「21世紀医療保険制度改革の課題」『社会保険旬報』第2001号(1998年11月)
- 8 「コムスン」事件は2006年全国展開を図ってきた大手の介護業者「コムスン」が介護報酬の不正請求や違法な指定申請を行ったことの発覚により、処分された。2007年に介護会社は47都道府県ごとに大手に譲渡され、介護施設はニチイ学館が継承した。
- 9 二木立はこの点で、「厚労省は民間企業に愛想を尽かしたのではないか」という懸念を表明し思われるが、ただちに民間参入を否定しないが、少なくとも参入する民間を厳しく規制するべき

だと考えている。

- 10 むしろ「自己決定」できない状態にある患者にたいして「リヴィング・ウィル」を適用することにたいしては、私は否定的である。実際、以前の自己決定を現実に具体化するときには再度確認されなければならないだろうと思うのである。たとえば、私の経験で言うならば、私が手術を受けたときに、手術に入る前に、私の確認が行われ、私の病名と行われる手術を確認され、さらに麻酔をすればもはや撤回できない状態になることが確認され、次に目を覚ますのは病室であることを告げられ、それに同意して麻酔が行われたのである。

「撤回権」を喪失する際には、やはりそれだけ慎重な扱いが必要なのではないかと私は考えている。だから「リヴィング・ウィル」についても最後に確認されたのがいつであるかは極めて重要なのではないかと思う。今私が「リヴィング・ウィル」を書いたとしても、10年後に「認知症」の状態になったときに、この「リヴィング・ウィル」が有効であるかどうか。ただし、この想定は、現実に「リヴィング・ウィル」の取り扱いを確認しないままでの想定であるが。

- 11 石井暎禧「終末期医療費は医療費危機をもたらすか。『終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書』の正しい読み方」「社会保険旬報」(2086号 2001.1.21)

- 12 石井暎禧「医療保険改革と『老人終末期医療』-事実に基づいた改革を」日本病院会医療経済税制委員会報告書「制度と政策の変革を目指して」(2001.03)

- 13 同研究所における第3回研究会における「報告 高齢化と医療需要の変化」の最初のテーゼとして提出されている。

- 14 前掲「終末期医療費は医療費危機をもたらすか。『終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書』の正しい読み方」「社会保険旬報」(2086号 2001.1.21)。この点はさらに、次の論文も参照せよ。今野広紀「生涯医療費の推計-事後的死亡者の死亡前医療費調整による推計-」『医療経済研究』第16巻、2005年。これは石井の議論を指示する論文ではなく、むしろ逆の結果を出しているが、これらの研究を踏まえて議論が蓄積されていく必要があると考える。議論の前提の相違も浮かび上がってくるように思われる。

- 15 各務勝博「『寝たきり予防』から『介護予防』へ-そこで語られてきたこと」『Core Ethics』Vol.6(2010)も介護保険の制度設計から改正の目的の変化を論じている。

- 16 この点で、1970年代から問題に取り組んできた健和会の理論と実践とは注目すべきものがある。増子忠道『介護保険はどう見直すべきか』大月書店、2002年。

- 17 厚生労働省「介護保険制度改革の概要-介護保険法改正と介護報酬改定-」2004年

- 18 たとえば、この点で「介護保険制度改革の概要」では、次のように述べられている。「新予防給付は原則として平成18年4月から実施されます。地域包括支援センターの体制が整わない市町村においては、最大2年間の施行延期が可能です」。このように述べるのはよいが「最大2年間の施行延期」にたいしてどのような支援が行われることになるのか、これが具体的に述べられる必要があるのではないか。しかも現在の地方自治の弱体化の中で、これはどのように実現可能であるのか。しかもこの点では2011年の3月11日以後の事態は、東北地方は地方自治体の公務員削減の中で起こったために、依然として以前の水準にまで戻っていないのである。こういうところにたいする支援はどうなるのか。

- 19 高齢者問題を財政問題として見ることに危険は、次世代の育成を課題としている子育て世代にとって、自分の親の面倒を財政的にみる必要がないことは極めて重要である。世代間対立を前提とするよりもむしろ、年金制度を含め、高齢者世代の「自立」を家族任せにすることなく、地域がどのようにバックアップするかが重要であると思われる。本稿では「少子」問題は視野に入れないままの議論になっている。だが、この問題を視野に入れて世代間連携を「地域」の再建の中で考える必要があるのではないかと思われる。