

老人の医療ケアについての試考

野川久和（旭区役所福祉部保険年金課国民健康保険係長）

高齢化社会へ向おうとしている現在、ひとりぐらし・ねたきり老人だけでなく

地域には、身体的・精神的にゆっくり衰えていく老人群を生み出している

筆者は、老人医療の現場からレセプト（診療報酬請求明細書）の分析などをつうじて

老人医療ケアの現状と隘路を考え、医療ケアのシステムに対する一つの試案を示す

一 問題の提起

① 老人についての考え方

「人間は、無限性と有限性との、時間的なものと永遠なものとの、自由と必然との総合、要するにひとつの総合である。総合というのは、ふたつのもののあいだの関係である。このように考えたのでは、人間はまだ自己ではない」（キェルケゴール『死にいたる病』中央公論社版 梶田喜三郎訳）。

この、いささか思弁的ではあるが簡潔な言葉の中に、現在の老人、またこれからの老人が対面する問題、つまり、人生の終章において、人間がどうして自己でありうるかという問題が、

一 問題の提起

① 老人についての考え方

② 二人の老人

二 老人医療ケアの現状と隘路

① 老人医療制度の役割

② 老人医療ケアの隘路

三 医療ケアのシステム

① 一つの試考

② 老人を識る心

含まれているように思える。

社会的成熟が、人口の高齢化をもたらすと同時に、わが国でも、ソシアル・ジェロントロジ（老年社会学）とか、ジェリアトリクス（老年病学）といった分野での研究や調査がさかんになってきた。それとともに、地域老人に対するアプローチも、これまでのような、ひとり暮らし老人とか、ねたきり老人といった明らかに社会のサポートを必要とする老人に対しての、予め準備されたものばかりでなく、老人大衆あるいは向老（Aging）の途上にある人々をも考慮にいれたアプローチが求められるようになってきた。

て、私は、このような、いわば「市井人」としての老人を念頭におきたいと思う。すでに老人になっている老人は、「戦争体験者」としての老人である。戦争になんらかの形でかわりをもち、食べるために奔走し子供を育て、夢中になって働きつづけ、気がついてみたら老人になっていた、という老人である。そして、これから老人になっていく人々は、「経済的人間」としての老人である。ひもじさは痛烈に記憶しているが、働き、楽しみながら前方だけを見て生きてきた人々である。

この二つの異なった時間的、かつ内的背組みを持つ老人達が地域に混在し、生活する状況がもうすぐやってくるわけである。ニーズはますます

ます多様化し、国、地方を含めた行政の対応もそれに応じた複雑さ、豊富さを求められることになると思われる。

例えば、次のような指摘がある。

「今日の老人の福祉施策は、社会的に緊急に収容とか介護を必要とする高齢者のための、老人福祉施設の整備拡充と、広義の経済的給付医療対策の前提条件の整備に主力がそがれ、そのための財源確保とマン・パワーの確保が緊急課題となっている。しかしながら、高齢者の九九％は在宅の状態で、地域に居住しているのに、現状の老人福祉サービスは、単に地域のねたきり老人、ひとりぐらし老人対策を中心に、多様化し、高齢化した地域の生活ニーズに十分に機能していない」（昭和五十一年三月、『老人福祉における総合的な福祉サービスに関する研究』——総合研究開発機構助成研究より——）。

つまり、平たくいえば、現在困っている、不自由している老人に対するケア——もちろんこれも大切なことであるが——だけでなく、現在は、平穩に、健康に暮している大部分の老人達が、本当に困った時のケアをどうするかということである。

六十五歳以上の老人人口は、対全人口比で、昭和九十年にはそのピークに達し、一八％、二、五五〇万人になると推計されている。わが国の

高齢社会は確実にやってきている。誰しもがそう感じている。医学の進歩や生活環境の整備等の社会的育・成力[・]によって、高齢で、身体的にはゆっくりと衰え、精神的にも徐々にボケて行く、誰かのケアをうけなければ、日常生活の自立がむづかしい老人が、ますます地域にふえてくることもはつきりしている。

②—二人の老人

身辺のことを述べるのは、いささか不躰なことであるが、私の近くに住む二人の老人のことについて書いてみたい。

私の住む地域——横浜市の中心部からやや西寄りの、旧東海道筋の宿場町の周辺にできた住宅地区——に、私が子供の頃から知っている二人の老人が居る。一人は、今年八十五歳になるおばあさん、もう一人は、七十八歳になるおじいさんである。

おばあさんは、二階建ての、あまり広くはないが、きれいにされている庭のある家に、孫夫婦、ひ孫三人と一緒に住んでいる。時々風邪をひいて寝こむことはあるが、比較的丈夫で、眼が非常によく、今も眼鏡を使わずに針の穴に糸を通し、ひ孫達の衣服のつくりなどを陽の当る縁側などです。耳が遠くなっているので、道で出会っても、顔をのぞきこみながら大声で

話をしなければならぬ。唯、困ったことは、高齢のためか多少ボケが来ていて、通りで私の母親に会ったりすると「奥さん、かずよ（孫のお嫁さんの名）がね。わたしのお金をねらっているんだよ」などと囁いたりするらしい。甘いもの好きなので、どこかへ出かけた折にはまんじゅうなどを土産に持っていくが、食べても食べたことをすぐ忘れてしまって、「あたしには好きなのを一寸も食べさせてくれない」などとグチをこぼす。それでも、お嫁さんは「おばあちゃんには仕様ないわ。食べてもすぐ忘れるんだから」といつて笑う。

このおばあさんの日々の暮しは、内心は不明だがよそ目には平穩無事である。見守っていただける家族があり、わずかながら自分の役割があり、多少ボケてはいるが、「自分」があるからだと思える。にもかかわらず、おばあさんとはきおり「希死体験」に似た言葉を口にするそうである。「早く迎えがこないかねえ」と。

もう一人の老人、七十八歳のおじいさんは近所では資産家を通っている。しかし、俗に「お金と灰皿はたまるほどきたなくなる」というわけだ。一人息子が十数年前に結核で亡くなった折もろくに面倒をみてあげなかったというので、近所の評判はあまりよくない。奥さん（こちらが高齢だが）と二人で広い家に住んでいるが、

二年ほど前に、二回続けて脳卒中に襲われ、その後遺症がひどく、ほとんど痴呆に近い障害をうけてしまった。

まず、忘人症がひどく、子供のころから知っているはずの私などはもとより、奥さんの顔も時々忘れてしまう様で、家に来ているお手伝いさんに、「あそこに坐っているおばあさんはどなたですか」などと聞いたりするという。徘徊癖のため、家の中にじっとしておられず、近所を歩き回るのだが、五百メートルもはなれると、もう自分の家へ帰れなくなるため、幼稚園児のように迷子札をつけている。そうかと思うと、「さあ、そろそろ飯いしにしてもらおうかな」などといって、はしと茶わんを持って手洗いに入りこんだりすることもある。親戚から来ていたお手伝いさんも、あまり奇言、奇行がひどいのであきれて帰ってしまった。

病身の奥さんでは面倒がみきれないので、仕方なく、つい先頃、東京の方の病院へ入院させたそうである。

現在、このはなればなれになった夫婦が、どんな思いで毎日を過しているか。それは解らないことであるが、おそらくおじいさんは、果然たる暗闇の中で、希死体験すら語りえないだろう。お金では決して買えぬものを、このおじいさんは何処かへ落して来てしまったのだ。

この二人の老人の話は、あくまでも、他目に見た感想によるものであるから、この例だけで、地域の老人のステロ・タイプを云々するつもりはない。そうではなく、私の提起したい問題、ごく普通の老人の、有病、老衰でのケアをどうしたらよいかを考える出発点にしたいということである。

以下のべる試考は、右の認識にもとづくといえ、老人ケアのすべてに渉るものではなく医療ケアに限定される。

わかりきったことではあるが、老人ケアは、福祉から出発して福祉に達し、総合性と個別性の両面から考えられ、行われなければならない。この試考は、その僅かな一端に近づくためのものである。

二——老人医療ケアの現状と隘路

①——老人医療制度の役割

老人の医療ケアについて論ずるうえは、現在の医療ケアの中核となっている老人医療制度についてふれなければならない。

この制度を国が本格的に法制化したのは昭和四十八年一月である。横浜市では、すでに昭和四十六年十二月から、独自に老人医療制度を実施に移していた。地域老人の医療ケアについて

のニーズは、まず、ケアをうける際の経済的負担の軽減という形で現われ、多くの地方自治体を動かし、ついには国をも動かして、老人福祉法第十条の二によって、老人医療費の無料化が行われることになった。

この制度の仕組みは、かいつまんでいうと、医療保険制度の中の自己負担相当額を、一定の年齢（満七十歳以上）と、国が政令で定める一定の基準以下の所得の者について、国が肩代りするというものである。だから、老人は、いづれかの医療保険制度にまず入っていないければならず、働いている老人も、被用者保険本人（十割給付をうける）である場合、または所得が国が定めた基準をこえるところの制度に入る必要がないか、もしくは、この制度による援助をうけることができない。（ただし、横浜市においては、所得が国の基準をこえるために、国の制度による医療費の援助をうけられない老人に対しては、本人の所得が五百万円以下であれば、国の制度とほぼ同じ内容の制度による援助を行っている）。この、国と市による老人医療制度の発足により、横浜市に住む七十歳以上の老人は、土地の譲渡等により高額な本人の所得が生じないかぎり、医療保険の枠内での自己負担については、ほぼ完全にカバーされることになった。発足してまだ四年しかたっていないので、傾

表一 横浜市老人医療費の動向

種別	48年度		49年度		50年度	
	老人医療	国民健康保険	老人医療	国民健康保険	老人医療	国民健康保険
(A) 対象者 (被保険者) (人)	47,324	566,170	56,932	581,366	61,500	599,884
(B) 受診件数 注1	446,943	2,911,250	608,502	2,987,754	718,433	3,106,536
(C) 費用額(千円) 注2	1,402,545	14,779,713	1,788,693	20,364,154	2,313,677	24,959,517
(D) 1件当り の援助額(費用額)	3,138	5,077	3,117	6,816	3,220	8,035
(E) 受診率% 注3	944	514	1,068	513	1,168	517
1人当り の費用額 注4	—	14,377	—	21,838	—	28,754
1人当り の援助額 注5	29,717	—	33,289	—	37,609	—

注1—医療機関から提出される請求明細書枚数 注2—老人医療については3割分、国民健康保険については10割分 注3—対象者1人が1年間に受診する回数、注4—D×E、注5—D×E

表二 老人の疾病構成

社会保険表章用疾病分類表 による疾病群	主たる分類 病名	年齢		70歳以上		65歳～69歳	
		対象年月	対象者 有病数	48・11	48・12	49・5	49・6
循環器系の疾患	高血圧・心不全 脳血管障害・動脈硬化	41.1%	42.3%	34.5%	41.2%	—	1146
呼吸器系の疾患	感冒・インフルエンザ 喘息・気管支炎	12.9	15.4	9.1	15.5	—	963
消化器系の疾患	胃潰瘍・十二指腸潰瘍 胃炎	13.0	11.4	11.6	9.0	—	963
神経系・感覚器の疾患	白内障・結膜炎	7.8	7.8	15.9	11.8	—	963
筋骨系・結合織の疾患	関節炎・慢性リウマチ 脊椎症	9.4	9.7	9.8	5.7	—	963
皮膚・皮下組織の疾患	湿疹・皮膚炎	6.0	4.9	2.9	4.6	—	963
内分泌系・栄養代謝の疾患	糖尿病・貧血	2.2	2.1	3.3	1.4	—	963
伝染病及び寄生虫病	結核・梅毒	1.7	1.8	3.7	3.8	—	963
新生物	癌・肉腫	—	—	1.8	1.1	—	963
不慮の事故・中毒 その他(糖尿病など)	骨折・食中毒 精神病	2.9	2.0	1.1	1.1	—	963
		4.5	3.4	1.5	4.2	—	963

老人の病気のうち、通院によって治療を受けている病気を、分類表によってもう少し細かく分類し、調査月ごとに、第一位から十五位まで並べたものが表三である。

これで気がつくことは、高血圧、動脈硬化などが上位にあることはわかるとして、不思議なのは胃炎がなぜ多いのかということである。

この表の示すところは非常に簡潔だと思ふ。「人間は血管と共に老いる」という昔からの言葉どおり、高血圧、動脈硬化などの循環器系の病気が圧倒的に多い。これらの病気群は、直接死へつながるものではないが、日本人の死亡因の一位をいまでも占めている脳卒中の引き金になったり、昨日まで元気だった老人を今日は家族から奪ってしまう心臓血管障害の下地になりたりする。いわば、死に至る病の予備軍ともいえる。

向とかすう勢とかということでも云々できるものではないが、表一は、横浜市国民健康保険との比較において、昭和五十年までの様子をみたものである。

これで見ると、やはり受診率と一人当りの医療費が一般(国民健康保険のみだが)にくらべて非常に高い。五十年程度のみでも、受診率は一、二六八%で、老人医療制度に加入している老人が一年に一・六八回、つまり一か月にほ

ぼ一度近く医療をうけていることになる。また、老人一人にかかる一年間の医療費は、一般の人にくらべて三年間の平均で一・六倍にもなっている。

では、老人はどんな病気に、どんな割合でかかるか。それを昭和四十八年から昭和四十九年にかけて、旭区に住んでいて横浜市国民健康保険に入っている六十五歳以上の老人について、医療機関から横浜市に提出された診療報酬請求

明細書(以下、レセプトと略す)にもとづいて、私達老人医療係が調べたものの一部を次に示すことにする。これもまた、調査とはいいがたい試験的で薄いものであることをおことわりしておかねばならない。

まず、レセプトに記載されている老人の全ての病名を、厚生省が定めた「社会保険表章用八八項目疾病分類」の分類番号に従って分類、整理したものが表二である。

表一 3 老人の疾病順位

— 社会保険表章用88項目疾病分類表による —

年齢	70 歳 以上				65 歳 ~ 69 歳			
	48年11月		48年12月		49年 5 月		49年 6 月	
対象	病 名	数	病 名	数	病 名	数	病 名	数
1	高 血 圧	186	高 血 圧	197	高 血 圧	187	高 血 圧	200
2	胃 炎	56	動 脈 硬 化 脈 症	54	胃 炎	37	胃 炎	60
3	動 脈 硬 化 脈 症	40	胃 炎	29	動 脈 硬 化 脈 症	34	腰 痛	53
4	感 冒	30	湿 疹	28	心 不 全	25	心 不 全	50
5	変 関 節 形 症	27	感 冒	27	感 冒	24	感 冒	47
6	湿 疹	27	変 脊 椎 形 症	24	糖 尿 病	23	動 脈 硬 化 脈 症	42
7	心 不 全	26	急 気 管 支 炎 性 炎	24	座 骨 神 経 痛	21	脳 出 血	33
8	冠 不 全	26	上 気 道 炎	22	白 内 障	19	白 内 障	33
9	上 気 道 炎	19	白 内 障	21	腰 痛	17	変 脊 椎 形 症	33
10	急 気 管 支 炎 性 炎	15	心 不 全	21	皮 膚 炎	16	糖 尿 病	28
11	急 関 節 炎 性 炎	15	脳 動 脈 硬 化 脈 症	19	変 関 節 形 症 性 炎	15	坐 骨 神 経 痛	26
12	脳 出 血	15	急 関 節 炎 性 炎	16	嚔 頭 炎	13	皮 膚 炎	26
13	皮 膚 炎	13	咽 頭 炎	16	結 膜 炎	12	結 膜 炎	18
14	糖 尿 病	12	脳 出 血	15	メニエール病	12	メニエール病	16
15	白 内 障	11	変 関 節 形 症	14	肺 結 核	10	膀 胱 炎	15
	総有病数	831	総有病数	905	総有病数	950	総有病数	963

表一 4 70歳以上老人の診療項目別百分比

年月別	項目	再診	療 養 指 導	投 薬	注 射	そ の 他
		%	%	%	%	%
A	48・11	6.9	4.3	84.3	2.1	2.2
	48・12	7.2	4.8	75.2	3.0	9.8
	49・ 3	13.7	5.7	62.9	3.5	14.2
B	48・11	6.2	2.1	54.6	7.2	29.9
	48・12	6.5	2.7	59.7	8.5	23.5
	49・ 3	16.5	2.1	57.3	7.9	15.6
C	48・11	6.5	3.0	66.4	5.2	18.7
	48・12	6.2	3.6	66.2	6.2	17.8
	49・ 3	15.3	4.0	59.5	6.1	15.1

注) A=高血圧の表示のあるレセプト B=高血圧以外の病名のレセプト C=A+B

医療保険が直面している問題については、けられては、医療保険制度がもつ種々な矛盾をまともにつけつがざるをえず、そのことが、老人の医療ケアについていろいろの影響を与えていることも見逃がすことができない。

独断に近いが、私達は、これを第二次疾病と呼んだ。病気の治療が引きおこす病気である。つまり、高血圧や動脈硬化をなおすために(高血圧はなおらないという人もいるが)医師を訪れ、薬を大量にもらい、薬を飲んで胃を痛め、またそのための薬を飲むという工合である。たとえば、読売新聞が行った医療に関する世論調査の結果が、今年の四月四日の誌上に紹介されているが、六十歳以上の人の内の六一%の人が、もらった薬をほとんど残らず飲むか、全部飲むと答えている。二十歳代の人の二六%にく

らべて対照的である。戦争体験者としての「もったいない」という心理が働くためであろうか。老人に対する医療がかなり薬主体になっていることを示す一例が表4で、これは、レセプトに記されている診療報酬の点数(医療機関に支払われる医療費の基礎数字)を診療の項目別に集計したもののだが、点数分布が均等でないので、断定的なことはいえないまでも、老人の医療に相当の薬がつきこまれていることは解ると思う。その理由については、詳しく述べる余裕は

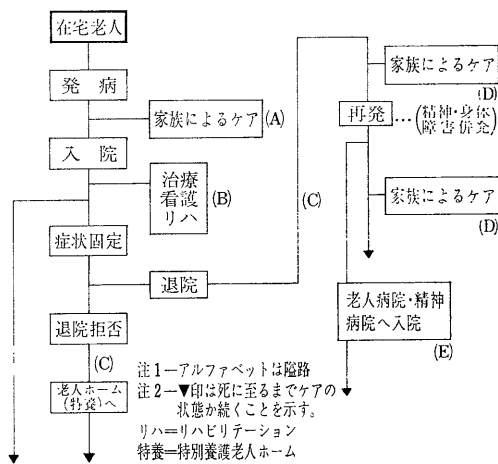
ないが、一つは、老人の疾病が単純疾病ではなく、高血圧を中心とする二、三の疾病の重層という形で、医療のニーズとして現われているために、どうしても、多くの種類の薬を使った治療が行なわれるためと思われる。私達の調査でも、薬の種類を調べたものの一例として、高血圧と関節リウマチの老人に一月に与えられた薬が、「降圧剤」「V_B剤」「複合V剤」「鎮静剤」「血行障害治療剤」「サルファ剤」「抗ヒスタミン剤」「パントテン剤」「生体酸化還元剤」「利尿剤」と十種類にもなっているものがあつた。右に示したことから、老人医療制度が、医療保険体系の中で一定の役割を果していることの一端が理解されたと思う。しかしながら、老人医療制度が、医療保険制度の一環として体系づけられては、医療保険制度がもつ種々な矛盾をまともにつけつがざるをえず、そのことが、老人の医療ケアについていろいろの影響を与えていることも見逃がすことができない。

他の論者にゆずることとして、ここでは、地域医療の理想像を追求する意味を含めて、老人の医療ケアに介入するいくつかの隘路について考えてみたい。

② 老人医療ケアの隘路

総理府が、昭和四十八年三月に行った「老人についての世論調査」によると、調査対象となった五十歳以上二、三九七人のうち、七六％の人が、子供との同居を望んでおり、同居を望む人のうちの三八％が、「身の回りの世話をしてもらいたい」ことを、また、三〇％の人が「淋しくないように」と同居を望む理由を答えている。これと対照的な例がある。古い資料であるが、イギリス、サセックス大学のピーター・タウンゼント教授が一九五七年にロンドン・イースト地域のベサナル・グリーン区（どちらかというと、面接した六十五歳以上二〇〇人余りの老人のうち、子供と同居する状態を「好ましい」と答えたのは二％、「好ましくない」と答えたのは九八％であった。この結果の記述のところで、タウンゼント教授は次のように書いている。「実際はほとんどの老人が、子供と一緒に暮らすことを選んでしたが、それは彼等が、自分の独立を保持でき、子供の結婚生活のプライバシーの侵

図一 地域老人のメディ・ケア



害を避けることができたからである。老人達は大きな条件の一つ持っていた。彼等は子供の近くに住むことができるかぎりでは、子供達と別々に暮らすことを気にはいなかった」（『老人の家庭生活』P・タウンゼント、服部広子・一番ヶ瀬康子共訳）。事実、対象となった老人の子供達のうち六三％が、老人の住む家から歩いて五分以内のところに住んでいた。そして、その五三％の子供が、少くとも週三回は老人を訪問している。

淋しいから子供との同居を望む日本の老人、あるいはこれから老人になろうとする人々と、精神的独立を最大の価値とするイギリスの老人

との良し悪しは別としたこの違いは、私達に多くの問題を投げかけると思う。その最大の問題が、年をとって身体的にも精神的にも弱くなった時のケアをだれがするか、だれからうけるかということである。ごく一般的にいえば、日本人は、家族に依存し、イギリスでは社会が行うということだろうか。現在では少しずつ様子が変わってきていると思われるが、不勉強と資料不足のため、この点の詳しい比較をすることができない。

ともあれ、現在、老人がその終末期において直面する隘路を図式化すると次のようになる。この図式は二年ほど前に、横浜市のK保健所で永らく医療ケース・ワーカーをなさっているSさんにうかがった老人ケースについての話をもとに整理したものである。紙数の都合でそのケースについて述べられないが、この稿を寄せるに先立って、久方ぶりにSさんにおめにかかり、ケースファイルの点検をしていただいたところ、状況は、二年前よりさらに数かふえ、深刻になって来ているということであり、この図式をあえてとりあげることとした。

老人を死に導びく病気の第一位は、肺結核が癌にとつかわられたとはいえ、依然として脳卒中である。在宅老人が、このような遅かれ早かれ死に至る病に襲われた場合の、死をくい

め人間としてふさわしい生をいかに永続させるか。これが医療ケアにおける主要な課題である。そして、この課題の前に立ちふさがる壁が図一による隘路である。

A 脳卒中、痴呆などの発病によって、その老人の家族が、看護又は介護しなければならなくなったとき、その基本的な方法や技術を教える者がいない。したがって、家族は自分の労力に頼ってそれを行うことになり、負担も大きく、老人にも影響がある。(回復が遅れるか、困難になる。)

B 家族がケアしきれない程病状が悪くなれば入院することになるが、老人専門病院が市内に一カ所であるため、普通の内科病院か総合病院に入院する。入院させた場合、付添看護料、差額ベッド料が経済的に大きな負担になる。看護婦の不足から、基準看護を標ぼうしている病院でも付添看護婦をつけないと入院できないし、ベッド代の差額は、健康保険の基準である六人部屋でも払わなければならないのが最近の通例である。老人医療の無料化が機能するのは治療費の部分のみであるから、家族は、老人の入院が永びくほど、この付添看護料とベッド代差額についての負担に耐えなければならない。(横浜市では、付添看護料助成制度を設けて、現実に支払われる看護料と健康保険の基準で償還さ

れる看護料との間にできる差額を助成しているが、これも基準看護を行っている病院で付添看護婦をつけた場合には対象外である)。

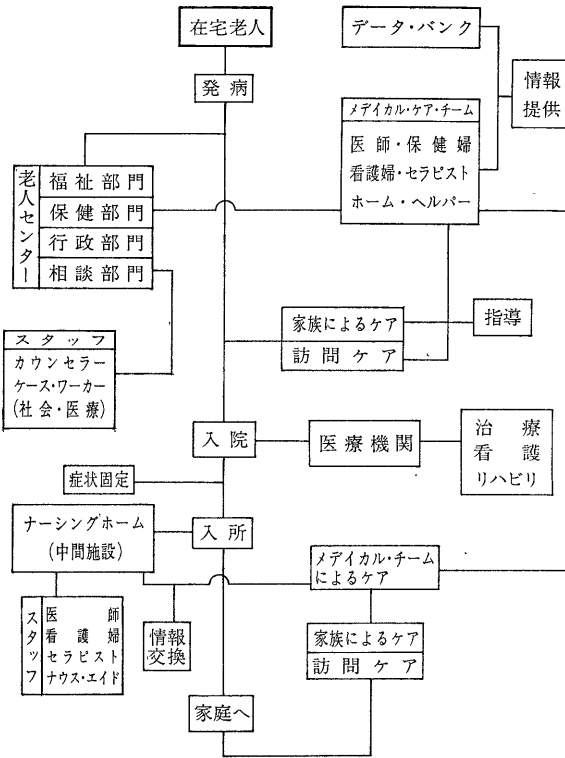
C 一応病状が固定して退院する場合に、老人を受け入れる家族の負担は入院前にもまして大きくなる。わが国には、退院した老人をいったん引き取って、看護やリハビリテーション(この場合は、身体的なものと同心理的なものとの総合的なりハビリテーション)を行い、なるべく健康に近い状態で家庭に帰すための施設——いわゆるナウシング・ホームがないので、老人は、病状固定のみで病院から家庭へと直行することになるが、老人自身の特に精神的なハンデイをいやすクッションがないことが困る。時には、家族が引き取りを拒否したり、老人自身が退院をこぼむことがある。家庭に老人をケアする場がないことも多い。その場合求められるのは、特別養護老人ホームであるが、数が少なく、老人の出入がにぶいため、すぐに入所が出来ない。

D 家庭に帰った老人は、当然、家族のケアを受けることになるが、この場合、**A**でのべた援助に加えるに具体的なケアのサービスがコミュニティ・ケアとして行なわれることが望ましいが、この点で本市でも、現状の体制はまだ端緒についたばかりである。

E ここで「老人病院」といっているのは、県立老人病院や友愛病院のような専門病院のことではない。多くは内科病院や精神病院で、老人用のベッドを持つところであって、老人がそこで、老人にふさわしいケアをうけているかどうかは別の問題である。最初のところで紹介した七十八歳のおじいさんは、このような病院へ入院していったのではないか。

総理府に設置されている「老人問題懇談会」が昭和四十九年十月に行った次のような提言がある。「今後、人口の高齢化によって、老人の医療需要はますます拡大しようが、これに対応するためには、(1)医療供給体制の整備とその機能の充実、(2)保健医療従事者の養成、確保、(3)老人をなるべく家庭において療養することができるようなコミュニティ・ケアの推進が必要である。しかしながら、わが国には、現在、老人のための長期療養施設も、また医療と福祉の機能を合せ持った中間的な施設もなく、さらには在宅ケアの体制も用意されていない。したがってすみやかに、老人のための保健医療供給体制の整備について検討を加えると共に、実行の可能な分野から逐次整備計画を策定し、一貫した保健サービスを提供できる供給体制を確立することが急務である」と。

図一 2 老人の医療ケアのシステム



とが重要である。まず、行政面での対応は、老人専門の組織の確立である。相談部門は、老人及びその家族のいかなるニーズにも明確なオリエンテーションを行いうるスタッフが必要であると思ふ。そして、保健部門には、家庭にある有病老人のケアと家族への指

導を含めたコミュニティ・ケアを行いうるメディカル・ケア・チームを持つ必要がある。このチームは、当該老人の医療及び福祉についての情報を提供するデータ・バンクの活用により、ケアを正しく円滑に行う。このチームはさらに、入院した老人が家庭に帰って療養を続ける場合にも、コミュニティ・ケアを行う。理想的には、医療機関や、ナウシング・ホームにも、この地域ケアを継続できるチームをおくことが必要だが、すぐには困難だろう。老人が医療機関を退いて家庭に帰るとき、また、老人ホームなどに入所するとき、中間施設としてのナウシング・ホームは行政区に二、三カ所はどうしても必要である。ここでは、単に老人の身体的な復帰をケアするだけでなく、精神的復活も図られなければならない。

このようなシステムを実現するためにそろえなければならない条件はいろいろある。スタッフの問題、とくに、リハビリテーションを担当するセラピスト(療法士)は決定的に不足である。行政組織の強化の問題は、ふみ切る決断があれば可能であると思ふ。一番の難関は、スタッフを揃えたり、中間施設を作り運営し、総じて、地域ケアを進めていくための財源の問題である。

多くの老人が家族と共にあることを求め、一

① 一つの試考
さききのべた、老人の医療ケアにおける隘路

は、個人的なもの、家族関係、地域的特性、供給側の制約、法律関係等々枚挙にいとまがないが、これらの隘路の通り口をつくらなければならないことも確かなことである。そこで、全く私的な考えであるが、医療ケアのシステムについての一つの図式を考えてみた。図二がこれである。

前節でもふれたように、わが国の老人の、家族に対する依存度は、身体的な意味でも、精神的な点でも依然大きい。今後老人のニーズは多様化するとはいえ、老人の医療ケアのシステムを考える場合に、家族の把握を中心にするこ

三 医療ケアのシステム

とが重要である。まず、行政面での対応は、老人専門の組織の確立である。相談部門は、老人及びその家族のいかなるニーズにも明確なオリエンテーションを行いうるスタッフが必要であると思ふ。そして、保健部門には、家庭にある有病老人のケアと家族への指

導を含めたコミュニティ・ケアを行いうるメディカル・ケア・チームを持つ必要がある。このチームは、当該老人の医療及び福祉についての情報を提供するデータ・バンクの活用により、ケアを正しく円滑に行う。このチームはさらに、入院した老人が家庭に帰って療養を続ける場合にも、コミュニティ・ケアを行う。理想的には、医療機関や、ナウシング・ホームにも、この地域ケアを継続できるチームをおくことが必要だが、すぐには困難だろう。老人が医療機関を退いて家庭に帰るとき、また、老人ホームなどに入所するとき、中間施設としてのナウシング・ホームは行政区に二、三カ所はどうしても必要である。ここでは、単に老人の身体的な復帰をケアするだけでなく、精神的復活も図られなければならない。

このシステムを実現するためにそろえなければならない条件はいろいろある。スタッフの問題、とくに、リハビリテーションを担当するセラピスト(療法士)は決定的に不足である。行政組織の強化の問題は、ふみ切る決断があれば可能であると思ふ。一番の難関は、スタッフを揃えたり、中間施設を作り運営し、総じて、地域ケアを進めていくための財源の問題である。

多くの老人が家族と共にあることを求め、一

方、子供も老人と共に生活することを望んでいるにも拘らず、いろいろな事情によって核家族化していく傾向はこれからも強まるだろう。

老人の地域ケアにおける財源の問題は、このような人間関係における善意・協力のフアクターを活用することの中に解決の方策が見い出せるかも知れない。

② 老人を識る心

先日、ケース・ワーカーのSさんにお会いした折、Sさんは、次のようなことを言われた。

「昔は福祉は家の中にあっただんですね。家がなくなってしまう今は福祉の行きどころがなくて……」。

Sさんを訪ねる老人ケースのほとんどが、老人と家族の人間関係の資質によって、老人が幸せになったり不幸になったりするといふ。その資質とは、学歴でも、教養程度でもなく、心の暖かさだともSさんはいわれた。

田中多聞氏（老人ホーム悠生園園長・東京都老人問題研究所所長）によれば、老人の特性は、老人一人及び老人をとりまく諸関係の間に通い合う力・関係を分析することに把握されるとしている。田中氏は、この力・関係を分別し

て、(1)表在性パワーII年より老けて見える、若く見るとかいう要素であるが、このパワーIIだけで老人を判断することは危険であるとしている。見せかけということもあるから。(2)潜在的パワーIIこの隠れたものを発見することは非常に重要であるが、また困難であるとしている。失語症や言語障害のため、コミュニケーションに疎通を欠く老人の場合は特にそうである。

(3)自動的パワーII自分で発言したり、行動したりする力、潜在的パワーIIを関係者に認識してもらえない老人は、自動的パワーIIを強くする傾向がある。時とすると異常行動になることすらあるという。(4)他動的パワーIIケアの供給者によって引き出されることの多い力。リハビリテーションを行う際、この力があるかどうかが重要である。

田中氏は、これらの老人特性における力・関係をまとめた上で、老いについての考え方を回復への志向として展開しているが、「向老(Aging)」は、放置すれば、急激に促進するが、自分で努力したり、環境をよくしたり、老人の宿命的な運などによって、向老の急激な進行を緩和することができるとのべている。（『人間回復の老年医学』四五頁）

老人の医療ケアは、少くともわが国では、今のところ、社会主導ではなく、家族主導のようである。それ故に、どぎつい表現をするなら、「密閉されたパニック」が生れ、「消去された老人像」がかもされる。

魯迅の短篇『狂人日記』の中に次のような一節がある。

「自分は人間を食おうとし、しかし、他人からは食われまいとするから、疑心暗鬼で、お互いにジロジロ相手を盗み見あっている……。こんな考えをすてて、安心して仕事をし、往來を歩き、飯を食い、睡ったら、どんなに気持がいいだろう。それはほんのひとまたぎ、一つの関をこえるだけだ。だが、やつらは親子、兄弟、夫婦、友人、師弟、仇敵、それに見も知らぬ他人同士まで、いっしょになってお互いにはげましあい、お互いに牽制し合って、死んでもこの一歩を踏み越そうとはしないのだ」（竹内好訳筑摩書房版『世界文学大系』）。

福祉とは、この一関を踏み越すことではないだろうか、老人の医療ケアが、福祉と結びついた定着を獲得するためには、行政もまた、この一関を踏み越さなければなるまいと思う。