

特集

病院図書室に求められる新たな機能

医療をめぐる変化

野口貞夫

1. 高齢化社会の到来
2. ニーズの多様化
3. 保健・医療・福祉の一体化
4. 医療費の膨張
5. 医療の進歩と情報化社会の到来

21世紀まであと5年あまりを残すのみとなった今日、すべてに大きな変革が求められている。医療もその一つである。わが国の医療の歩みを振り返ると、戦後の混乱と貧困からようやく立ち直った1961年国民皆保険制が発足した。この制度の果たした役割が極めて大きかったことはだれしもが認めるところであろう。すべての国民が貧富の差や社会的地位に関係なく医療を受けられることになり医療の普及は目覚ましく拡大した。これは同時に医療の供給側にも経営の安定と質の向上をはかる余裕をもたらした。さらに、欧米諸国を範とした国民の努力により、わが国の経済的發展は生活の安定と社会の成熟を招来し、医療の面でも欧米諸国のレベルに追いついたと言える。

しかし、この経済發展と生活の安定は人々の価値観や要求に多様性を生み出し、また、医療の進歩とあいまって高齢化社会をもたらした。その結果、現在の医療制度の見直しと再構築が求められるようになってきた。その理由は 1) 高齢化社会の到来、2) ニーズの多

様化、3) 保健・医療・福祉の一体化、4) 医療費の膨張、5) 情報化社会などが考えられる。これらはそれぞれが独立した問題ではなく、経済状況を含めてすべてが複雑に絡み合っており一朝一夕に解決できるものとは思えないし、また予測される超高齢化社会は範とするべき国は無く、我々自身で解決していかなければならぬ問題である。

1. 高齢化社会の到来

1994年3月31日現在の日本人の人口は1億2432万2801人と発表されている。そのうち65才以上の老年人口は1723万9327人、総人口の13.8%であり、島根県では20.77%、高知県では19.46%に達している。さらに2030年にはわが国の老年人口は25~26%になると試算されている。つまり4人に1人は老人ということになる。高齢化に伴い疾病構造が変わってくるのは当然である。慢性疾患・寝たきり老人・老人性痴呆などが増加する。日本医師会の医療システム研究会の推計では、1990年に約80万人であった寝たきり老人が2025年には234万人と約3倍になり、痴呆性老人は98万人から331万人と3倍強になるだろうとしている。寝たきりや痴呆のみならず、医療を必要とする老人の数も当然増加する。この人たちにかかる医療費は膨張する一方であり、それを負担する生産年齢人口は減少していく。そのみならず、この生産年齢層が中心となって看護・介護にあたらなければならないのであるから問題は深刻である。厚生

のぐち さだお：西宮市立中央病院院長

省の発表では、1993年度の老人保険医療費は7兆1000億円、一人当たり65万円で前年度に対する伸び率は6.7%であり、このまま推移すれば医療財政の破綻は目にみえている。一方、核家族化・少子化が進み一世帯当たりの人数は1994年3月で2.85人、家庭で老人の介護を担当するのはその伴侶の老人しかないという事態がすでに起こっている。看護のほうでも若年人口の減少は看護婦の不足を招いている。先に引用した日本医師会の推計では20～24才女子人口は1990年の87万5000人から2025年には71万人になり、このうち15%近くの人が看護婦になってもらわなければ日本の医療は回っていかないとっている。現在、在宅医療・在宅介護の推進が叫ばれているが、住居の質や介護にあたる人の問題を考えると、在宅でやっていける幸いな人の割合はそれほど多くはないのではないかとと思われる。

2. ニーズの多様化

わが国が経済的に発展し国民も一応生活が安定するとともに、多様な価値観とそれに伴ういろいろな要求が生じてきた。医療の面でも例えば、保険証さえあれば「いつでも」「だれでも」「どこでも」医療をうけることができるようになったが、次は「すぐに」という要求が生じる。百貨店と同じように自分の希望するものはすぐに手に入らなければという要求であり、病院の待時間の短縮が要求される。患者や住民から医療機関やその従事者に対する不満や要求は絶えることなく、要求は増えただけではなく非常に多様化してきている。

最近よく言われるのはアメニティーという言葉である。快適さという意味で、療養の環境を気持ち良く楽しく過ごせるようにしようとの考えである。待合室は広くゆったりと、病室も一人当たりの面積を十分にとる。各部屋にトイレを設ける。病棟に食堂を設けて動ける患者さんはそこで食事をする。観葉植物や花を置き壁面には絵画を飾るなどである。

非常に結構なことであるがこのようにするにはお金がかかる。診療報酬制度では日常のランニング・コストはまかなえても建物の建て替えや設備の更新に要するいわゆるキャピタル・コストは考慮されていない。そこで言われたしたのは受益者負担ということで、アメニティーの分は自己負担にしようとの考えである。

1994年10月から入院患者の給食費の一部自己負担が制度化された。食費は入院、在宅に共通する費用であるのに、入院の場合のみ保険給付がされるのはおかしいのではないかとこの考えと、食事の質の向上や選択の幅の拡大といったニーズに対応するためという理由であるが、病院にとっては保険からではなく自分の財布から金を払うのだからと言って、それぞれの患者さんが自分の嗜好を主張されると、それにすべて対応する事は不可能でありかえって患者さんの不満を助長するのではないかという心配がある。ましてや、これで浮いたお金は付き添い看護の廃止とそれに代わる介護体制の充実にあまされるという事を多くの人達は知らないであろう。高齢者の医療においても、一般病院への入院、老人病院、老健施設、ディケアー、在宅看護などニーズに応じた選択が可能になってきた。しかしこのことから医療と福祉の境界が画然としたものではなくなり、その連携が望まれるようになってきた。

3. 保健・医療・福祉の一体化

わが国において亡国病といわれた結核が激減したのは（最近ふたたび増加しつつあると言われているが）栄養状態の改善と抗結核剤、保健の知識の普及による。同様に急性伝染性疾患もほとんどなくなったがHIVという新たな病気が問題となっている。航空機の発達により外国と身近になればなるほど新しい病気や、在留外国人の保健・医療の問題も考えていかねばならなくなってきた。

さきほどから述べてきたように医療と福祉

の連携・一体化は高齢化社会においては当然求められることである。長期療養型病床、老健施設、在宅看護・介護など国は次々と新しい施策を打ち出してきた。1963年老人福祉法、1982年老人保健法、1986年長寿社会対策要項、1989年ゴールドプランなど高齢化に対応する施策である。更に1990年には関連法律が改正整備され（地域保健法）自治体の責務が拡大された。それに伴って各自治体では老人保健福祉計画が策定されている。この推進に関する基本方針は、生活者主体のサービス、多様なニーズに対応したきめ細かなサービス、地域の特性を生かした保健と福祉の街づくりである。このため市町村の保健センターと地域医師会との連携、保健・医療・福祉の連携の中心的役割をだれが担うかを明確にする、市町村センターと福祉施設の合築の推進、相談体制の整備が必要とされている。もちろん財政的基盤の確立がなされなければならないのは当然としても、最も重要な鍵を握っているのはマンパワーでありその確保と地域差の解消、質の向上のための研修が大切であろう。

4. 医療費の膨張

1993年度の医療保険医療費は21兆5000万円、一人当たり17万3000円と発表されている。老人保険医療費は先にも述べたように7兆1000億円、一人当たり65万円である。診療費の伸び率は3.3%と過去最低ではあるがそれでも人口増加、高齢化、医療の高度化、高額薬剤の使用などで医療費は膨張しつづけている。社会保険は黒字であっても国民保険や老人保険は赤字であり、国は医療費の抑制策をとるとともに保険の国庫負担分の財源をどのように捻出するかに苦慮している。各種保険の一本化も言われだして久しいがなかなか実現しない。国は福祉・年金にも高額な予算を必要とする。従来年金5：医療4：福祉1であった社会保障給付費を5：3：2に転換するという方針を打ち出している。高齢化社会における医療と福祉の一体化の推進のなかではこ

の配分も無理からぬことであろう。ただ、医療はいくら医学が進歩しても労働集約的な事業である。看護や介護は人手無くしてはなりたたない。高齢化はますます看護・介護に人手を必要とする。一方、若年労働人口は少子化のため減少していく。現在でも看護婦不足がいわれ、待遇や労働条件の改善、潜在看護婦の掘り起こしなどがおこなわれている。さらに看護婦養成のため看護大学をはじめ各種の学校が設立されつつあるが、看護婦をはじめ医療従事者の待遇改善は医療機関の人件費率を高め、経営を圧迫していることも事実である。

医療技術の進歩により高価な医療機器が開発され、高度先進医療は高額な医療費を必要とする。新薬の開発も薬品費を引き上げる。これら多くの因子が医療費の膨張を招いている。診療報酬の改訂のみでは医療機関の経営はなりたなくなりつつある。このことは医療機関の機能分化と連携の推進の理由でもある。すべての医療機関が高額な医療機器を備えることは無駄であり、大学病院や国立のセンター病院を中心にした高度先端医療、地域中核病院や各種専門病院、診療所（開業医）という機能的な分化とその連携により、医療費の無駄使いを止めた配分が計られるようになりつつある（1992年第2次医療法改正）。

ここで国民全体が考えねばならぬことは、医療・福祉に費やす金はどれぐらいが適切であるか、またそれは誰がどのように負担するべきかということである。わが国の総医療費は1990年では国民総生産の6.5%で世界では16番目である。1番高いのはアメリカの12.1%で日本の医療費は欧米諸国と比べるとけっして高いとはいえない。経済大国と言われながらも国は医療費の伸びを国民所得の伸び以下に抑制することを基本方針にしている。国民の健康を守り、老後を安心して暮らせるためには医療費を含めた社会保障費のもう少しの増額と、それを負担していくことに対する国民の同意が必要ではなからうか。

5. 医療の進歩と情報化社会の到来

超音波診断装置、X線CT、MRI等の画像診断技術の開発、あるいはこれらの機器を利用した治療技術の進歩は目覚ましい。更に臓器移植やこれを補う人工臓器の開発、また遺伝子工学の進歩によりその知識と技術の利用が病気の本体の解明・治療に利用されつつある。なるべく苦痛や危険を伴わない検査や治療（ミニマム・インベンシブ・セラピー）や薬剤の開発と共に、外科的疾患と言われていた病気も切らずに治せる時代が遠からず来るのではなかろうか。しかし、高度先端医療になればなるほど機械を含めたトータル・コストは高くなり、医療機関の機能分化が必要になる。今までのように多くの大学が、また同じ大学の中でも複数の講座が同じ研究に取り組み、同じ機器を購入するような無駄は省き、大学間の共同研究や集学的研究を推進し、難病や高度特殊な治療を必要とする病気にたいしてはセンター病院を作っていくことが望まれる。

技術の進歩と共にもう一つ忘れてならないのは、情報化社会がますます発展するであろうということである。情報化社会と言われてすでに久しく世の中には情報が溢れている。医療においても膨大な情報が蓄積されてきた。基礎研究、臨床研究をはじめ患者さん個々の医療情報、医療機関の薬品や物品管理等の情報などなど、更には、医療に関連したあらゆる分野の情報。これを整理し迅速かつ有効に利用するためにはコンピューターの導入とシステム化が必須であることはいうまでもない。

文献や図書の検索のための情報のディスク化はすでに行われている。医療機関の図書室は全国的にネットを組み必要な文献情報は相互に迅速に提供できるようになってきている。膨大な情報が容易に引き出せ、取捨選択できることは医学・医療の発展に大きく貢献している。病院においてもインテリジェント化が進められ、処方や検査のオーダーと記録、レセプト作成、物品管理、画像のデジタル化な

どが行われ、これらの情報を記録するのもフロッピーディスクから光ディスク、光カードと大容量でかつコンパクト化されてきているし、必要な情報を選択して読み取るのも高速で行えるようになってきている。診察の結果や検査結果、画像診断、処方、薬剤の効果や副作用、手術記録等個々の患者の医療情報が総合的に記録され利用される。このような情報システムの全国的なネットが作られれば、山間僻地でも患者の医療情報が得られ無駄な検査や治療を行うことが無くなるであろう。この場合個人情報（プライバシー）の保護が求められることはいうまでもない。

以上、わが国の医療の現状と問題点を簡単に述べたが、医療は現在21世紀を目指して変化の渦中にあると思われる。それでは21世紀の医療はどうなるであろうか。どうあらねばならないか。超高齢化社会は未だ世界のどの国も経験していないので、我々自身が考え作り出していかねばならない。医療・福祉の理想を描くのは比較的簡単であろうが、その実現にかかる費用は誰がどのように負担するのか、マンパワーの確保はどうするのかなど国民全体が考えていかねばならぬ問題が山積している。