
シンポジウム

在宅医療は可能か？

Are We Looking for the Further Development of
Home Medical Care in Japan

第472回新潟医学会

日時 平成3年10月19日
会場 新潟大学医学部 第Ⅱ講義室

司会 木村 明副院長（新潟市民病院）

演者 新村 拓（現在 京都府立医科大学）、斎藤芳雄（ゆきぐに大和総合病院）、堀川 楊（信楽園病院）、原口
通比古（新潟市民病院呼吸器科）、酒井靖夫（新潟大学第一外科）、黒岩卓夫（ゆきぐに大和総合病院）

司会 今日、シンポジウムで取り上げますテーマは「在宅医療は可能か？」という問題であります。これまでの医療がどちらかといいますと急性の疾患を中心に据えてきたわけではありますが、近年慢性、退行性疾患をかえた老人患者の問題が大きくなってきました。病院が長期入院をかかえることが、施設の活用の面や医療経済の面で難しい問題をかかえてきております。一方、医療の場で患者の生命の質についての問題や、normalizationの問題がでてまいりました。本日はこの2つの点で在宅医療をとりあげてみたいと考えます。

一般的には、医師は医療を病院の中に限定し、自己完結的なものに考える傾向があります。したがって多くの医師にとって在宅医療の問題はまだ模索の段階であると私は考えてます。そんなことで新潟ではなかなか演者として適当な方を見つけるのが困難でありました。ゆきぐに大和病院、黒岩先生の御示唆をいただき、まずみんなで在宅医療についてきちんとしたコンセプトをもつことが大切と考え、新村先生に遠路お出でを頂きました。在

宅医療の問題は看護者或いは介助者が中心の課題であり、医師はどちらかという補助役ではありますが、新潟医学会の性質上、脇役だけの舞台となります。まず在宅医療の概念のレクチャーを最初にやって頂き、次に在宅医療システムとか広がりや、更にそこで展開される技術の問題を取り上げてみたいと思います。最後に在宅医療の演出、コーディネーターの問題ではありますが、今日は特に独立した演者はございません、みなさんそれぞれの立場で意見を頂ければありがたいと思っております。第一席のスピーカーを御紹介いたします。小田原市からお出で頂きました新村先生です。昭和21年生まれ、早稲田大学院、文学研究科修了の文学博士でおられます。日本の社会史、医療史を専攻しておられます。律令時代から現在に至る日本の医療社会史に取り組んでおられますが、「日本医療社会史の研究」「死と病いと看護の社会史」「法医と見取の社会史」等の著書がございます。新村先生、どうぞ。

1) 在宅医療の捉え方の歴史的変遷について

京都府立医科大学社会科学教室教授

新村 拓

About Historical Change of Understanding
the Home Medical Care

Taku SHINMURA

Department of Social Science
Kyoto Prefectural University of Medicine

Today, in spite of hoping death in home, the total of men who died in the facilities is nearly 80%. According to the increasing of death in hospitalized, Medical cost of whole nations is rising. In 1990, it amounts to twenty trillion yen, and caused a stiffened finance. Home Medical Care is one of the Various reformations to compress it.

Looking back the historical change of medical treatment, hospitals started as the charity and aid institutions of both the poor and the sick. But they gradually changed for the rich as developing of the medical skills. Modern nations push the administrations of hygiene and medical treatment to keep good labors and military power and public peace.

But to avoid the burden of finance, they entrusted medical treatment to private hospitals, make Various systems for proceeding the construction of private hospitals and give up the public obligation to people's medical treatment. As a result, the investment to excess in private hospitals raised Medical cost of whole nations, so nations made polical changes, control the number of pruvate hospitals and proceeding Home Medical Care. At the same time, they are attempts of the lutegration of Medical Care and Welfare to make death in home possible.

Key words: Home Medical Care, Death in Hospitalized, Medical cost of whole nations,
Hospital, Integration of Medical Care and Welfare
在宅医療, 施設内死, 国民医療費, 病院, 医療と福祉の統合

I

在宅という言葉はごく最近において用いられるようになったもので、歴史的な言葉で言えば家内であります。

明治から戦前までの高等女学校で用いられた家政学の教科書には「家内看護」「老幼看護」という項目において家内看護のことが出てきます。戦前までは医療といえば、都市部を除けば在宅が普通のことであり、往診医療が古

Reprint requests to: Taku SHINMURA,
Tujidō 7268-10, Fujisawa City, 251,
JAPAN.

別刷請求先: 〒251 藤沢市辻堂7268-10
新村 拓

代以来、主流をなしておりました。ここで少し往診医療の歴史を振り返ってみますと、まず古代においては医療行政・教育を担当していた典薬寮が医師を患者の家へ派遣しておりましたが、その治療についての実績報告は往診先の患者の家が書くことになっておりました。報告書の方は典薬寮に提出され、年度末になりますと、その累積された報告書をもとに医師の勤務評価がなされ、昇進昇格にかかわる決定がなされておりました。要するに、患者が医師を判定する仕組みとなっていたわけで、上中下の3等級判定で下になりますと、解官すなわちクビとなりました。

平安時代以降にはこの官医のほかには、渡医師という民間の遍歴医も多数登場し、病人を求めて渡り歩いておりました。白内障の外科手術の如きも患者の家で行なわれていたことが絵巻などによって知られております。古代から近世に至る医療において特徴的なことは、患者が臨死の状態に近づいた際には「あとは神仏のご加護を祈りなさい」と言って医師が立去っていることです。死のケガレを避ける意味もあって臨終に医師の立合うことはありません。医師が死に立合うようになるのは死亡診断書の提出を求められるようになった明治以降のことです。

通常、病人が臨死の状態になりますと、家族や知人たちが死を迎えさせる準備をいたしますが、この準備の内容につきましましては平安中期の源信が著わした『往生要集』の中に出ております。鎌倉期の浄土僧良忠が著わした『看病用心鈔』はその当該部分を敷衍したもので、臨死の状態にある病人をどう扱えばよいのか詳細に論じております。この臨死の作法は他宗でも取入れており、類似の著作も近世に至るまで数多く出版されております。また近世の教訓書や明治の家事教科書にも影響が及んでおり、少なくとも前近代社会における在宅医療の定型、従うべき指針となっていたことが知られます。

明治を迎えましても在宅医療が基本であることに変化はありません。健康な医師の方ではなく、病人の方を走り回らせる今日の病院の構造と往診医療とは対極に位置するものでありますが、明治20年代には看護婦養成所を出た看護婦が看護協会より病院や家庭に派遣される体制ができ上がっておりました。中流以上の家庭では病人が出ますと、医師の往診と雇い入れた派出看護婦によって在宅医療が行なわれておりました。抗生物質もなく、医療技術も検査も未熟で対症療法に依存していた時代においては、病院医療は完全な脇役であり、自宅で安静に療養することが最も効果的な医療でありました。

II

そもそも病院というものは貧病人の救済機関、慈善病院として発達してきたものであります。古代の施薬・悲田院では政府が部分的にかかわっておりましたが、中世においては寺院が経営主体となっており、近世の小石川養生所は幕府所轄であり、明治10年代までの病院の多くは官立が主体でありましたが、いずれも病院は社会防衛的な意図をもって設立されたものであります。すなわち、わずかな慈善を施すことによって為政者の徳を高め、支配秩序の安定をはかるとともに、病の伝染から社会を守ったのであります。また同時に大量の病人の集中的な経過観察を可能にさせたわけですから、多くの有益な医学的知識を得ることもできました。そのことは病院を経営する支配層にとって、将来、自分たちが病気になったときに必要な医学知識の獲得にもつながったわけですから、病院への投資効果は大きなものであったといえます。

しかし、病院での院内感染は日常的なことであり、また無料診療の代償として医学の研究材料にされるなど、患者の人権無視が横行していましたから、病院に収容されることはおそれをとまなうものであります。19世紀、麻酔薬の発見は外科手術に長足の進歩をもたらし、金持も病院に入るようになるのですが、しかし敗血症・丹毒による術後死亡も多く、病院はやはり危険なところでありました。それが19世紀の半ばに至ってゼンメルワイスやリスターが登場し、病院に消毒の観念を持ち込んだことによってそれらは改善され、病院が貧民のためだけのものではなくなります。日本での石炭酸による消毒は1877年のコレラ大流行を契機に大いに普及し、大関和が19世紀末に著わした『派出看護婦心得』には、在宅医療における石炭酸消毒の重要性が論じられております。

外科学の発達が病院の存在価値を高め、金持ちも利用するところとなった結果、患者の人権問題を含めて病院内の諸々の改善が徐々にではありますが進行いたします。病院のもつ効率性すなわち往診の時間的ロスがなく、短時間に多くの人の診療が可能なこと、そして患者をとりまく諸々の環境的条件を排除した集中的な治療と併診の可能なことなどが病院数の拡大につながったわけですが、そのことは逆に往診によって得られていた患者の生活状況に関する情報の入手を困難にさせ、病院における集中管理と合理性が患者を画一的で没個性的なものにさせてしまったのであります。

戦前までの病院は規模が小さく、従って病院医療といっ

ても入院ではなく外来診療が中心となっておりました。また一般的にも病気のときは病院へ行くよりも、診療所の医師の往診を得て家庭で療養するのが常態でありました。病院数につきましては1887年に52あった病院が82年には626、1926年には3429を飛躍的にその数を増してゆきました。

それを推進した理由のひとつには明治政府の衛生行政があります。開国とともに国内に猛威をふるったコレラ・ペスト・チフスなどの防疫対策として患者を隔離する避病院がまずつくられますが、医療・衛生は健全な労働力と兵力の確保の観点から殖産興業、富国強兵策の重要な柱と考えられ、地方行政組織の上のつた警察を背景に強制されました。急性伝染病が落ち着きをもてきた明治後半以降になりますと、社会の安寧秩序や国際的な体面を考えた施策すなわち性病・癩病・精神病・肺結核の予防に関する法律が次々に出され、梅毒（娼妓）病院・癩病院・癩狂病院・結核病院などが医療内容は別にしましても数の上では増えてゆきます。

同時に、官公立病院が西南戦争後の政府の財政破綻、松方の緊縮政策によって整理され、私立病院を助成することによる安上りの医療政策、国民の健康に対する公的責任を放棄した政策へと転換いたします。自由診療でありましたから私立病院は運営上、どうしても金持ちを相手にいたします。貧困層に開かれていた官公立病院の衰退を補うかたちで、明治末から大正にかけて恩賜財団済生会や施療病院・組合病院・実費診療所などがつくられます。これは日露戦争後の講話条約反対にはじまる大正デモクラシーのうねりと、第1次大戦後の恐慌、ストライキ、小作争議、米騒動への社会政策的行政の対応として生まれたもので、1922年には健康保険法も公布され、労務災害に限定したものではありましたが医療が保障される体制も部分的に生まれております。

昭和に入りますと、国民の体位向上をはかる健兵健民政策のもとで母子と結核を中心とした公衆衛生事業が進められ、38年には壮丁の体位低下を憂慮した軍の推進によって厚生省が設立され、人的資源確保のための国民衛生の管理が保健所を中心にくり広げられることとなります。しかし、すべての国民の手に届くほどには病院・診療所の数は増えず、医療の社会化といえる状況には至っ

ておりません。それは郡部の貧しさが医師、そして病院・診療所の経済を成り立たせなかったからであります。

病院医療を推進した理由の第二は女性の社会的進出であります。明治30年代以降に成立した都市工場労働者の核家族においては、官吏を中心とした新中間層のそれとは異なって妻の収入がなければ家庭生活を維持することができない状態にありました。その後、上層の工場労働者の家庭では妻が外に働きに行くことを止めて内職をするようになり、大正期には専業主婦化するのでありますが、下層階級においては必ずしもそのようになりません。大正から昭和初期にかけての女性の有業率は37～33%ですが、仕事も家庭も十分にこなさなければならなかった都市における夫婦共稼ぎの家においては、医療・看護は病院に任せざるを得なかったのであります。

理由の第三は国民の生存権・健康権を保障した新憲法の下で医療を受けたいとする国民的要求と、抗生物質の出現および外科技術の向上による病院への信頼があります。その詳細は紙数が尽きておりますので省略いたしますが、病院医療全盛の時代を迎えた今日でも多くの方は、特に男性老人の8～9割は家で死にたいと申しております。医学の目的ができるかぎり自然な死を迎えさせることにあるとするならば、死を迎える場所のことも含めて医療のあり方を考えるべきであり、死の直前までADL・QOLを高める努力があって然るべきだと思います。ここに在宅医療を考える基点があります。

参 考 文 献

- 1) 新村 拓： 死と病と看護の社会史。法政大学出版社，1989。
- 2) 新村 拓： 老いと看取りの社会史。法政大学出版社，1991。

司会 新村先生ありがとうございました。討議の際に追加の御発言をお願いします。続きましてゆきぐに大和病院斎藤芳雄先生をお願いします。先生は昭和41年東大を卒業され、昭和50年以来、現任病院で地域医療の様々な問題に先進的に取り組んでこられました。今日は地域医療システムとしての在宅医療というテーマでお話し頂きます。斎藤先生よろしく。