

・特別報告

健康戦略の転換 - 病院からコミュニティへ -

一橋大学大学院社会学研究科准教授 猪飼 周平

はじめに

本日はこのような報告の場を与えて頂き、ありがとうございます。私は、医療政策を社会科学的立場から研究していますが、従来、この分野は医師自身がやってきた領域で、社会学者で医療政策を専門にしている人間は日本ではまだ少ない状況です。そういうこともあって、なぜ医療政策を研究しているのかという、お訊ねがよくあります。そこで、本論に先立って、この領域を研究することになった経緯について簡単に申し上げておきたいと思います。

私は東京大学経済学部を卒業しましたが、在学中、岩井克人ゼミにおりまして、理論経済学の進んだ勉強をしたいという希望をもちながら、学部時代を過ごしていました。ただ、大学院を目指すころから（岩井先生という人がそういう人だったということもありましたが）、クリティカルな立場から、市場メカニズムが機能しない局面をみることに関心を持つようになりました。経済学では、市場は、金融市場・財市場・労働市場に大まかに三分されていますが、このなかで労働市場の分析をしようと思いついた理由は、労働市場こそが、もっとも市場メカニズムがスムーズに機能しない市場であると考えたからでした。労働市場が本当に市場的であるかないかについての論争はともかく、この領域は、大変複雑な制度的構造をしているわけです。そこで、まずは制度の勉強をしなければならぬと思うようになりました。大学院に入ると、主に森建資と佐口和郎という労働問題研究を専門とする先生方の下で、制度の勉強を始め

ました。ところが、私が勉強を始めた時点で、すでに労働組合運動は一時の勢いをすっかり失っていました。このためか、制度的アプローチをとるにしても、労使関係を中心に研究するということが、ピンとこなかったのです。それで、同じ制度化された労働市場でも、非常に性格の異なる医師の労働市場についての研究をやりようと思いついたのです。これが、私が医療研究をやる契機となりました。修士論文では、医師のキャリアの構造について書きました。

ご存知のように、つい最近まで、日本では、医師という職業の構造の中心には、医局制度とよばれる制度が存在していました。この医局制度が、医師のキャリアパスや、能力の構造や、施設間の配置に決定的な役割を果たしていました。新聞等で報じられている通り、それが、今壊れてきているのですが、私が調査を始めた 90 年代半ばごろは、それが壊れる前の時期で、私は、なぜこんなシステムがあるのかということの研究していました。

そのあと、博士課程に進みまして、もう少し、広いパースペクティブからみるようにしないと研究が前に進まないという思いがありまして、どういふ形で研究を広げていくのかと考えていたときにやりだしたのが現在の医師のありようを、近代医療史の延長線上に位置づけようとするところだったのです。

医療史関連の史料を掘っていくうちに、ちょっと不思議なことに出会いました。それは、今日の日本の医師や医療システムの原型が 20 世紀初頭ごろに現れたということでした。問題はタイミン

グでした。このタイミングは、明治維新期の西洋医学導入の時期よりはあとで、戦後改革よりはるか前であり、従来の医療史の文脈からみると何とも中途半端な時期にあたります。なぜこの時期なのか、という問題を考えるうちに、研究は医師の研究から医療システム全体の研究へ、医療システムの現状分析から歴史分析へ、さらに英米両国との比較史分析へと、パースペクティブが拡大してゆくことになりました。

そうこうしているうちに、2001年10月のことです。佐賀大学経済学部へ赴任することになりました。佐賀大学には5年半お世話になっていましたが、その間、基本的に一人でコツコツ研究していました。佐賀は、激しく流動する医療政策形成の場から遠く、身の回りに私の研究に関する議論相手もいませんでしたが、私がすでにはじめていた歴史的な研究アプローチは、この環境に適合していたと思います。佐賀大学に対しては、勉強しやすい環境を与えていただいたことに大変感謝しています。

ともあれ、私の研究歴は、研究に行き詰まってはパースペクティブを広げることの繰り返しでした。そして、その都度、取り扱う問題は医療の全域へ、またディシプリンも経済学・社会学・歴史学を乱暴に組み合わせたものへと移行してゆきました。その意味では、医療政策という看板は、私の専門というには便宜的なものであることを認めざるをえません。

それにもかかわらず、私の専門領域が医療政策であるといい得るとすれば、この間、問題関心中核が現在の医療システムが、経済学的な意味においてであれ、社会的意味においてであれ、またいかなる歴史の延長線上に位置づくものであれ、それがいかなるものであるか、を問うという一点で一貫していたためであったといえるでしょう。すぐあとで述べるように、今日の医療をめぐる状況は大変不安定化しており、未来も不透明となっています。このような時に最も必要な政策的知識は、長期的に私たちがどこへ進みつつあるのか、あるいは進むべきなのかについて「羅針盤」のよ

うな役割を果たす知識です。そして、そのような知識は、現在の医療システムがいかなるものであるのかを、さまざまな角度からよく理解することから得る他ありません。このように考えると、私の研究は、その成否はともかくとして、医療政策を指向しているといえるのではないかと思います。

1

さて、日本の医療の現状については、新聞等々の報道からご存じのことも多いかと思いますが、医療関連のニュースが、トップ記事になるとか日々載るように、これほど注目されるようになったのは比較的最近のことだと思います。とにかくネガティブな印象を与える記事が毎日のように載っていて、どこそこの病院が休止した、たらい回しにあった、医師がいなくなった等、そういうニュースが日々山盛りです。東京ですと、一つの病院が傾いても、ここが駄目ならあっちという別の選択肢があったりするのですが、地方の中核都市あたりでそういうことが起こると大変なことになります。私が今住んでいるのは甲府市ですが、甲府でも市立病院という大きな病院で内科の医師が一斉に辞め大騒ぎになりました。内科診療ができなくなりますと病院が止まってしまいますので、非常に混乱することになりました。

多くの方が、こういうニュースを聞き、実際にそういう状況を目撃することで、非常に不安な状態になっていると思います。

さらに医師と患者の関係にも非常な不信が渦巻いています。訴訟で医師が勝ったりするケースもあれば、逆に医師が負けたりするケースもあって、今両方とも凄いことになっています。

まず、医師の立場から、小松秀樹医師が2006年に『医療崩壊』という本を出したのが「医療崩壊」というタームが流布する発端でした。彼は、「クレマー患者」といいますが、非常にディマディングな患者がいて、そのおかげで医療というものが疲弊して医師が病院を辞めてしまうという状況に、「立ち去り形サボタージュ」という名前

をつけました。非常にキャッチーなネーミングなので、それで人口に膾炙した面もあるのではないかと思います。いずれにせよ、これは医師たちの間で絶大な共感を集めました。

逆に、患者の立場からの主張もされるようになってきました。「M3.com」という医師限定の SNS がインターネット上にあるのですが、ここが今凄惨なことになってしまっていて、患者の個人情報暴露、患者のことボロクソにけなすなど目を覆うばかりの言説が飛び交っているといわれています。それを告発したのが鳥集徹（2009）『ネットで暴走する医師たち』です。

従来、医師というものは新聞・メディアにいじめられる側にあつたといえます。というのも、医師は、もともと高い権威を誇る社会的強者でしたから、多少いじめても大丈夫というような存在だったからです。ところが、徐々に医師の権威が低下してゆくなかで、お互いに傷を負いながらノーガードで殴り合っているような状況、互いに深い不信が渦巻く状況へと移行してきています。

現在日本社会では、医師と患者の相互不信に基づく紛争が裁判に持ち込まれる事例が増えてきていますが、この相互不信を裁判で決着するとどうということになるかということ、裁判の過程で本当に微にいり細にいり、互いに相手の落ち度を突き合うことになり、結果白黒付けることのメリットを係争すること自体のデメリットが上回ってしまうこととなります。そういうことが頻繁に起こるようになってきているのです。

そもそも医師は誤診することから逃れられない存在です。したがって、この人だったら間違っても仕方がない、とりあえず自分が信頼する先生がこういうふうに言うのだから、そういうことにしておこう、その先生にお任せします、というふうになってそこである種真実を争う必要もなく物事が収まる。良くも悪くも、これがかつて安定した医師 - 患者関係が存在していた時代のあり方だったわけです。

現在それがなくなってしまう、両者が信頼関係を作る契機もかなり失われてきている。それで、

患者の側としては、間違いのない診断や治療法を求めて、患者が医師や病院を渡り歩くようになりつつあります。もちろんそのことによって患者の状況が大きく改善できれば、それはそれでよいのですが、他の医師や病院が誤診等から免れているわけではないので、結局落ち着くところは患者本人の「このへんでいいとするか」というところ以外にない。このような社会的・経済的コストは、医師と患者の間の信頼があれば本来不要なコストなのです。そして、先に述べたように裁判で決着をつければ、さらに大きな社会的な損失を生むこととなります。

このように、今日の医療は、医療従事者と患者を含む社会全体に対して不安という社会的コスト、さらに不安を回避しようとする人々の行為に起因する社会的コストを生み出しているといえます。本来医療というのは、「病気になったら医療にかかれますよ」とアナウンスすること、実際に病気になったら治療してあげることで人々に安心を与えているはずの存在なのに、今日の状況は、人々の不安を増大させているという、まことに皮肉な状況です。

それで、次に問題となるのが、この状況をどう理解するかということです。ここで多くの人びとは、医療への財政資源の充当が十分でないとか、医師や患者の態度といったことに原因を見出そうとする傾向があるように思われますが、私が考えているのは、実は、現在医療の世界において非常に大きな構造上の変化が起こりつつあって、その変化の移行期に伴う非常な社会的不安定が、上に述べてきたような社会的コストの発生の基底的原因ではないかということなのです。このような時期には、これまでできたことがどんどんできなくなるし、これまで利益を受けていた人が利益を受けられなくなる。一方では、あたらしい可能性も生まれるのですけれども、少なくとも従来のバランスはどんどん崩れてくる。しかも、先が予測できない変化をしているという感覚から不安が増大するということもあるわけです。このあとご紹介させていただく、私が提唱している 20 世紀医

療を総括する社会理論は、現在医療に生じている不安定性がいかなるものであるかを歴史的に説明するものであるといえます。

私の研究から得られる知見の一つは、20世紀の医療が非常に安定した構造を持ってきたということです。もう少し言えば、20世紀の初頭頃までに、日本を含む先進諸国で、現在に連なる医療システムの基本構造というのが現われてきて、これが医学の進歩、あるいは経済発展にもかかわらず、長い間構造的には大きな変化をしないできたということです。私の考えでは、今日の不安定性とは、この安定的な構造が、およそ1世紀ぶりに別の構造へと変移しつつあることから説明できます。今日が1世紀ぶりの大きな変化の時期にあるということは、今日の医療や医療政策にとって重大な事態で、私もあちこちでそのことを強調してきたのですが、最近サブプライムショックに端を発する金融危機に際して、百年に一度とかいうのが随分安売りされてしまったおかげで、インパクトがなくなっていました。ともあれ、このような知見が、本報告のタイトルの「健康戦略の転換」の部分に反映されています。

そして、前段の状況を踏まえた上で、どのような医療を含む社会システムの設計へ向かえばよいのかについて、私が考えようとしていることを反映しているのが、報告のサブタイトル「病院からコミュニティへ」です。要するに、健康戦略がコミュニティを作ることだというのは、20世紀を通じて影響力のある考え方ではなかったのですが、それがクローズアップされる時代が、今、訪れようとしていると認識しています。私は、主に保健・医療の領域の研究からそのような認識に近づいてきているのですが、興味深いことに、本日お越しになっているスポーツ、教育を含む分野の研究者の間からも同様の認識が示されているように伺っています。この点については、意見交換ができればと思っております。

2

さて、これからしばらく、20世紀の医療とはどんなものであったのかということを経史的に議論しておきたいと思います。

まず、20世紀が何かということを考えるには19世紀の医療が何であったかということを考える必要がありますので、ここから始めましょう。19世紀の医療とは何かというと、誤解をおそれずに申せば、「治らない」ということになります。19世紀を通じて、近代医学の医学史的な知識の蓄積は嘗々と続いていましたが、近代医学は依然として未発達で、治せるところまでいかない状況でした。

当時の治療は、人間の自然治癒力を頼りとしたものでした。19世紀の医学の知識では、たとえば瀉血という、血を抜くという治療法がありますが、あれをやると、大体、身体に良くない。このように間違った治療法が、正しい治療法に混じっていることが往々にしてあったといわれています。だから、やってもやらなくてもその治癒の確率がそんなに変わらないというか、下がる可能性すらあるようなものもあったわけです。

このような状況でしたから、20世紀において一般化した病院と診療所という機能差を伴った階層的秩序も必要ありませんでした。今日の、私たちにとって、風邪のような軽い病気なら診療所に行けば足りる一方で、重篤な病気になったら病院に行って入院しなきゃいけない、というのは常識です。しかし、当時は、文字通りの「メディカルセンター」、すなわち医療の中核施設というものが要請されるような知識的な蓄積がそもそもない時代だったので、そこには20世紀的な意味における病院が成立する条件がありませんでした。だから19世紀以前から病院、つまり「ホスピタル」というのはあったのですが、それは貧しい人、貧困層に対して休息と食事とを与える場所でした（一番貧困な人は、ヨーロッパでは救貧法という別の法体系でカバーしました）。

ヨーロッパにおける19世紀の病院というのは、お金持ち（当時は地主である貴族）の慈善的資金によって建てられました。興味深いことに、その

資金を供出したお金持ち自身は絶対入院しませんでした。彼らは自宅に医師を呼んで治療しました。これが何を意味しているかということ、病院よりも自宅のほうが安全で快適だったということの意味しています。実際、病院の中には病人がいっぱい詰め込まれていると危ないですよ。不潔で、感染の危険も高い。だから、お金のある人はできれば入院したくない。そんな条件でも入院しないよりしたほうがまだいいという貧困な人たちだけが入院した。それが 19 世紀の病院というものの姿でした。したがって当時の医療は、今でいうような病院と診療所という二元的な構造を持つ必要性もなかったわけです。

それが 19 世紀後半ぐらいから順次麻酔法であるとか、消毒法であるとか、細菌学の発達であるとか、衛生的に病棟を保つべきだという考え方が出てきます。これが 20 世紀の初頭ごろから起きた大変化の呼び水になりました。配付資料にある 19 世紀末の 1898 年の写真ですが、これは当時有名な病院の手術場 (operating theatre) です。見学者がいっぱいいて、こんなところで手術していたら大変ですよ。消毒とか殺菌とかの概念がまだそれほど重要だと思われていなかった時代にはこんな感じで手術していたという見本です。

そうした状況から 20 世紀に入るところから、すごく状況が変わります。何がどう変わるかというと、簡単に言えば、多少なりとも「治る」ようになったのです。あるアメリカの医師が述べたところでは、1910 年から 1912 年までにアメリカのどこかである患者がある病気に罹って任意に選んだ医師に診てもらおうと、その医師と出会って得をする見込みが人類史上はじめて五分五分以上になった。もっとも、これはデフォルメされたイメージですし、きちんと実証していくと、このように言えるほど単純ではないはずですが、少なくとも当時の医師たちがそういうふうに思っていたということは伝わってくると思います。

こういう変化のなかで、20 世紀の医療というのは強いバイアスを受けることになりました。というのも、治療に対して非常に強い社会的期待がか

けられるようになったからです。人々が医療に期待しますから、医療システムも治療というものにより合理的に遂行するためのものに変化してゆきます。病院と診療所という二元的な構造もこのなかでできてきます。プライマリケアとは最初に患者が訪れるプライマリーな場所、これは診療所などで、日本の場合は病院の外来の場合も含みます。セカンダリケアというのは、病院で行われるのに適した専門的な治療のことで、入院医療を想像していただければひとまずよいと思います。そして、こうした診療のための医師の専門分化が進化して、逆に治してくれる医師というものに対して非常に高い社会的なステータスが与えられるようになりました。このように、20 世紀の医療は、医師の高いステータス、その専門分化、そしてその治療に非常に合理的な医療供給システム、施設の物的な向上を持つようになるわけです。このような変化がなぜバイアスを受けた状態であるといえるのかについては、あとで議論します。

ところで、私がこれまでやってきた研究からしますと、興味深いことに、治療における合理的な医療システムの型は、実は何パターンもありません。何種類も違う構造が取れないという意味で自由度は高くないものです(ただ、一つに収斂するというほど強いものでもありませんが)。実際に存在していたシステムを比べてみると、私は三つの型に分類できると考えています(図 1)。

一つのタイプはイギリスのタイプです。診療所と病院が完全に機能分離しています。診療所はプライマリケアだけしかやらない。病院は外来を受け入れない。いいかえると、患者は、基本的には、診療所の医師を経由してしか入院できない(救急は別)。イギリスのタイプの医療システムというのは、プライマリケアである診療所に一般医という診療所専用の医師を貼り付け、病院には病院専用の医師を貼り付けます。だから、日本みたいに 40 歳くらいまで病院勤務したあとに開業するパターンはないわけです。キャリアをみても、大学の学部を卒業して予備登録が 1 年あって、その後初期研修がありますが、2、3 年で、専門医になる訓練・

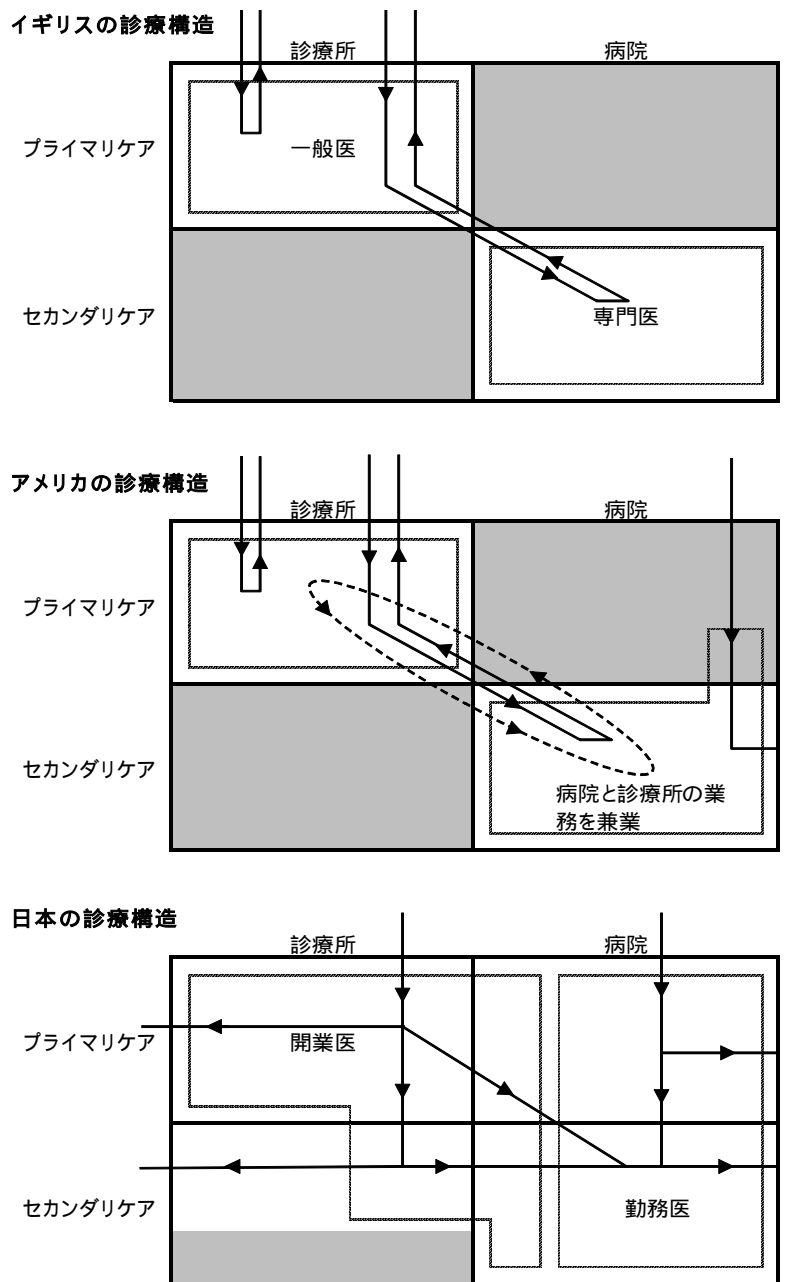
キャリアと診療所で一般医になるキャリアが分離するのです。だからこの人たちは病院での研修の経験というのがトータルで2、3年しかないのですね。

日本では「内科10年、外科15年」といわれてきましたが、ちゃんとした医師をつくるには、卒業したあと、だいたい10年単位の時間がかかります。それは医師という職業が臨床経験といって症例を積み上げるということで初めてスキルがアップするという側面を持っているからです。知識がつけば医師ができるというものではない。医学部を卒業しても手術用の糸もきちんと結べないという状態ですね。そこから一人前の医師になるまでに非常に長い期間があります。

医師の能力形成がこのように経験に強く依存するということを前提とすれば、イギリスでは、経験できる内容が専門医コースと一般医コースで早くから分岐しているので、例えば一般医コースに進んだ医師に対して、ちょっと病院に来て手伝ってということではできない、そういう構造をしている。これは、身分的に二つに分かれていてキャリアも別という構造です。医師が2種類で、診療所と病院が完全に分離しているのがイギリスのタイプ。

もう一つのタイプがアメリカですが、アメリカでは、イギリスのように2種類の医師を分離養成してはいません。全部専門医です。これに対応して、セカンダリケアができる医師を専ら育成するキャリア構造ができています。一方で、医療施設の分業というのはイギリスとだいたい同じで、診療所はプライマリケアしかやらない。他方、病院はセカンダリケアしかやらない。実際にはこの診療所というのは医師が自分でつくって開業したオフィスですけれど、アメリカの医師はだいたい70万人くらいで、そのうち開業診療に関わっている医師が実は51万人(2002年)もいるのですね。そして

図1 20世紀医療システムの3類型



注1) 上図の灰色部分是对应する医療施設が存在しないことを意味し、白色部分が施設間分業のパターンに対応している。
 注2) 波線は、医師の就業パターンに対応している。
 注3) 実線は、患者の受療パターンに対応している。

残りの大部分は研修中か休業中です。つまり、アメリカでは医師というのは病院での訓練が終わったらだいたい開業するのです。

一方で、彼らの勤務のあり方を図式的にいえば、たとえば、午前中に自分の診療所で患者を診て、午後になると自分が契約している病院に入院させ

ている自分の患者を診てまわる、場合によってはそこで手術もする、というものです。アメリカの病院というのは、日本の病院のように医師を直接雇用していません。アメリカの病院は簡単に言えば「ハコ貸し」をしている劇場のようなものです。看護師のようなコメディカルについては病院に雇用されていますので、その意味では病院は、このような補助的スタッフを抱え込んだ「ハコ」ということになりましょうか。それをいろんな開業医たちが利用して、そこで入院医療をやったりする。つまり一人の専門医が、パートタイムにプライマリケアとセカンダリケア両方を行き来するのです。これがアメリカの医療システムです。ここの医師に、一般医が多く含まれているというのではこのシステムは成り立ちません。一般医だとセカンダリケアの方ができませんから。アメリカの医師はみんな専門医で、能力的には上位互換にプライマリケアをやるという構造になっています。

最後に日本のタイプ。これは皆さんご存知だと思います。日本はイギリスのタイプともアメリカのタイプの構造とも違ってきます。診療所と病院の機能分離が最近進んできていますが、伝統的には機能に差がなかったのです。診療所には有床診療所というベッドを持っている診療所はいくらでもあります。そこである程度セカンダリケアをやるというわけですね。病院の数が9千弱で、開業している診療所の数が10万弱ですが、1万以上の診療所は病床を持っています。日本では病床とは、最近まで持とうと思ったら誰でも持てるものでした。一方で、病院は非常に大きな外来部門を持っています。このことは病院勤務医もプライマリケアに関わっていることを意味します。日本の診療所で働いている人はある程度セカンダリケアをやり、病院に勤務している医師も外来を診ますので基本的には同じなのです。つまり、日本では、専門医と一般医の区別はないのです。もちろん微妙な勝ち組負け組というのはあって、病院のキャリアの先が見えなくなったら開業するとかいう人たちはたくさんいますけれど、開業医の場合には基本的にはそんなに変わらない人たちなので

す。それは、病院にいる医師と診療所にいる医師との違いでしかありません。

先進国の医療システムは、私の理解では、実はこの三つしかないのです。タイプとして。この3種類の医療システムが、どのような型の違いを有しているかを説明するために、医療システム分類のアルゴリズムで説明します(図2)。まず、第1段階として、医療システムは、専門医と一般医という2種類の医師を持っているか持っていないかによって分類されます。2種類の医師をもっているのはイギリスと同じタイプになります。そして、1種類の医師で専門医だけつくって上位互換でプライマリケアもやるという場合には、第2段階として、病床を誰が開設するのかによって、さらに日本のタイプとアメリカのタイプに分類されます。

このアルゴリズムでは、まずプライマリケアとセカンダリケアに、それぞれ一般医と専門医という2種類の医師を対応させるシステムとそうでないシステム(専門医のみで対応するシステム)を区別しています。

この分類が何を意味しているかを理解するには、次のように考えてみればよいと思います。もし専門医のみでプライマリケアとセカンダリケアの両方の機能領域をカバーするに際して、イギリスのように、二つの機能領域にそれぞれ専従する専門医を置くとしましょう。このとき、セカンダリケアをやるためのトレーニングを積んでいる医師が診療所で仕事をすると基本的にはプライマリケアしかできない。これは、プライマリケアを担当する医師への過剰な人的投資が発生していることを意味します。このような状況では、専門医を目指す医師は、将来診療所で働くということがわかった時点で、医師は病院でのトレーニングをやめるはずで、そうすると、その医療システムは長期的にはイギリスのタイプに還元されることとなります。ということは、専門医だけを作るタイプの医療システムを維持するためには、専門医がセカンダリケアに関わるチャンスを常に用意しておくということが、論理的に必要なこととなります。それを与える一つの方法が実はアメリカの

タイプで、これは病院を自由に外側の人間が利用できるシステムです。もう一つが日本のシステムで医師自身が病院を作ることができるシステムということになります。分類のアルゴリズムの第2段階は、専門医にセカンダリケアへのアクセスを保証する方法の違いによって分類したものです。

この分類の理論的意味は、医療システム間に存在する多様な差異を、2種類のパラメーターの値の違いに還元したことにあります。

興味深いことに、20世紀の初頭頃に、イギリスにおいてもアメリカにおいても日本においても先ほど述べたような分類の特徴がほぼ同時に現れてくる。そして、現れてきたあとに100年くらい変化しないのです。それまでは、いろいろな医療システムがあったのですが、20世紀において3種類くらいのシステムに収束してくるのです。そして、いったんできあがったものはずっと変化しない。

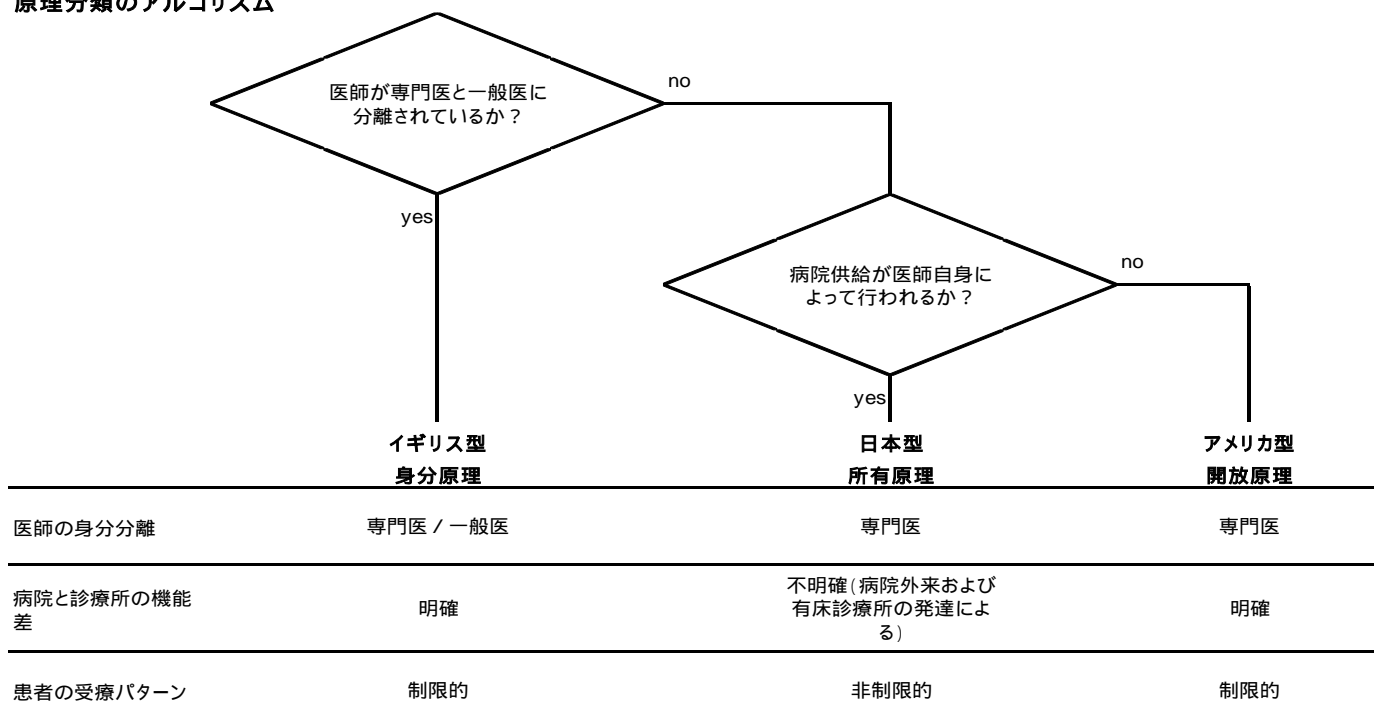
日本の政治や行政にかかわる人々の間では、日本の医療システムは、永らく前近代的な医療システムだという意識が共有されていたので、特に戦

後ですが、アメリカであるとかイギリスのような医療システムの真似をしようとする政策が何度も打ち出されました。ところが、大きな改革で成功したものは一つもありませんでした。アメリカの病院に倣って病院を「ハコ貸し」(日本では「オープン病院」とよばれました)にしようという試みもありましたし、診療所で入院治療しないようにしましよとか、そういう様々な政策誘導があったのですが、少なくとも1980年代までに行われた改革は、ことごとく挫折することになりました。日本のシステムの構造の基本を踏み外すような方向に引っ張る政策は全部失敗したのです。

たとえば、病院を「ハコ貸し」にするという改革は、医師会が熱心にやり、各地にある医師会病院はこの改革の所産なのですが、徳山病院などの少数の例外をのぞけば、それらの病院は短期間で医師を直接雇用する病院へと転換せざるを得ない状況に至りました。日本の中では日本医師会は非常にパワフルな圧力団体というイメージを持っていますけども、この事実は、日本の医療システムの構造は、医師会の力でも変更することができ

図2 原理分類のアルゴリズム

原理分類のアルゴリズム



なかったことを意味しています。20世紀の医療史を振り返ってみると、医師会だけでなく、行政も国民も、かなりの程度敷かれたレールの上を走ったのだというのが私の認識です。

また、日本の医療システムの特徴の一つは、いわゆる「フリーアクセス」、すなわち患者がどの医師にかかってもいいということです。これは、日本で当たり前ですけど、イギリスなどでは決して当たり前ではない。かかりつけ医の事前登録が義務付けられているなどかなり制約がある。また、日本では病院に大きな病院外来部門がある。そのため病院と診療所の機能分離が日本では明確に行われてきませんでした。それは日本のシステムを考えれば当然起こることです。さらに私立病院がやたら多い。だいたい病院数の6~7割、病床数の5割くらいが医師自身によって所有されている病院及び病床ですが、こういう種類の病院というのはヨーロッパやアメリカにはほとんどない。アメリカでは「ハコ貸し」ですから、医師ではない主体が建てています。ヨーロッパではだいたいNPOや公的なセクターが建てています。だからテレビドラマに出てくる、札束を振り回す「院長先生」などというのは、完全に日本的です。さらに、日本には、小さな病院がやたらあります。それは誰でも病院を作れること、自分の実力に応じて、10床でもいいし、500床でもいいわけです。そうすると結果的にはすごくピラミダルな構造になりまして、病床は分散的に分布することになる。病床が施設間に分散するのですね。さらに、高額の医療機器というものも日本に集中している。その理由は簡単で、小規模病院や診療所が持っているからですね。日本は診療所がセカンダリケアに手を染めているので、病床が分散的であるということにリンクして、当然のことながら医療機器も分散的に分布しています。結局日本の医師は、勤務医と開業医という、勤務形態の違いはあっても能力的には同じなのです。主治医が不定というのは、どこにでもいけますから当然のことです。

このような日本の医療の特徴だと言われるもの

は、これまで述べてきた英米両国の医療システムとの比較から抽出される日本の医療システムの特徴から説明できます。そして、それが100年くらい安定していたというのがこれまでの私の議論です。

3

これまで述べてきた20世紀の医療システムのあり方が終焉にさしかかっているというのが次の話になります。ここからやや政策的な話になりますが、それに先立って、その三つのタイプの医療システムってというのはそもそも何のためのシステムだったかについて一言でおさらいしますと、「治療を合理的に行うためのシステム」だったということになります。病気になるまで何もしないで、病気になったら治療して、後遺症があるとなかろうと知りませんというのが治療の論理です。つまり、治療に合理的なシステムとしての医療システムとは、病気に対して他の手段よりも治療による対処を優先するシステムのことなのです。

20世紀の初頭あたりの状況を考えると、病気の中心は圧倒的に感染症でした。感染症は部分的には防げますが、防げないものはいくらでもあって、また感染症の治療の予後は、治るか死ぬかという比較的単純な経過を辿ることが多いことから、後遺症とはあまり関係ないことになります。したがって、感染症の治療を中心とする疾病が中心の世界では、人々の健康を守るもっとも有効な方法が、予防でもなく、リハビリや介護でもなく、治療であると考えられても決して不思議ではありません。たとえば、インフルエンザって一度流行し始めると防げないですよ。みんな今回すごく恐怖しているのですけれども、そういうふうな病気であれば実は治療というものが非常に重視されてもおかしくない部分がある。

けれども今の病気の中心は20世紀の後半ぐらいから大きく変わってきています。生活習慣病とか成人病とかよばれるような、簡単に言えば一度かかると根本的には治らない病気が多くなりまし

た。さらに高齢化というファクターが大きい。というのも、今の医学では老化は治せないからです。要するに、年を取ってくれば病気という名前は付かなくても、あちらこちらガタピシくるわけです。そのガタピシくる部分というのは治せないのですね。たとえばリハビリテーション。医師たちは次のように考えています。若い方がある障害を負ってもリハビリをすることで障害がなくなっていく。強度なりリハビリをしてでも元に戻そうとします。しかし、高齢者に同じことをすると、リハビリの負担の結果として別のところが壊れたりするので、だからあまりやり過ぎてはいけないわけです。ほどほどにリハビリをして全体の機能はちょっと下がるけれどもまあいいか、というあたりで、全体のバランスを考えて収めるというやり方をしなければいけない。

このような状況の中で、健康の目標というものを考えると、治療するだけでは歯が立たない広大な領域が生じてきていることがわかります。

簡単に言えば、治療に対して合理的なシステムである必要がなくなった時点で、目標の変化に応じたシステムに組み変わらなければならないのです。もちろん病院は残りますし、診療所みたいな制度も残りますけれども、全体のシステムにおけるサブシステムとしての役割が変わっていくということになります。今どういう方向に医療が進もうとしているのかというと、一番大きな部分は、その目標の変化です。

私は新しい目標を、広い意味での QOL と理解しているのですが、これは、医学的な意味で治らないという場合にその人が、治らない中でどういうふうこれから生きていくかということが一番大きな問題だということです。本人の生活をどうやってよいものにするか、そのために医療は何をしなければいけないのか、というアプローチに変わらなければいけない。だから当然医療の目標というのは、QOL = 生活の質を土台にしたものになるといえます。

QOL というのは考えてみればわかりますけれども、本人の生活を改善するためには、本人の生

活に関する諸情報を収集することが前提となります。そして、そのような情報は、主に、その人が暮らしてきた生活環境にあります。とすれば、医療をする場というものも病院のようなある種特別な隔離された「ハコ」ではなくて、その人の生活している場、あるいはそれに近いところに徐々に移っていくことになる。今の厚労省も在宅医療を推進する側に回ってきていますけれども、これはある意味必然です。在宅で医療、病院にいる時間をできるだけ短くするという方向というのはある意味目標の転換に伴って当然発生する。

例えば病院の中にいる専門医ではなくて在宅ですと主人公は治療する側、医療側の主人公は医師ではなくて看護師になります。訪問看護師という制度がありますけれども、訪問看護師の役割が圧倒的に大きいです。それから、保健師というのは何しているかわからないと普通思われていますが、実はその役割はすごく大きくなっていくのです。

QOL が医療の目標ということになると、介護その他の生活支援サービスと医療は、究極的に同じ目標を有する社会サービスということになります。このとき、保健を含む医療と社会福祉が、真に人びとの QOL を支える一つの社会システムへと統合される可能性が開かれてきます。近年よく使われるようになってきた用語に「包括ケアシステム」というのがありますが、ここでその意味を、QOL を目的として統合された健康システムのこととして理解すれば、まさにこれが 20 世紀的医療システムの時代が終焉したあとに現われる新たなシステム候補の本命であるといえるでしょう。

保健・医療・福祉が包括ケアシステムの下に統合されてゆくダイナミズムを考える際に、もう一つの医療側の論理に由来するダイナミズムについて考えておく必要があります。それが、病院の高度化です。先端医療にかかわっている病院は、時代が下るにつれ、より高度かつ濃厚な治療を求められるようになってきています。この状況で、治療の必要がないのに患者が残っていると財政的・経済的に大きな損失が発生することになります。経済学の用語を使えば機会費用が非常に大きい状

況ということになります。このため、欧米先進諸国では 60 年代から平均在院日数が徐々に短くなってきています。これに対応して病床数も全体的に減ってきている。要するに、社会が病床というものを利用する時間自体が短くなってきている。これは、人びとの病気の罹患数の変化が相対的に緩やかであるとすれば、まだ病気が治っていないが、先端的な病院にふさわしい濃厚な治療を必要とするわけではない慢性期・維持期の患者が病院から放出されるということの意味をしています。日本の場合、欧米諸国で 1960 年代から進行していたこの波に 90 年代ぐらいまで乗れずにいたので、今日濃縮された形でこの問題が起こっているのです。いわゆる「介護難民」が大量発生するのではないかといった危惧は、このダイナミズムの副作用として生ずる社会的コストが一時期に集中的に現われることに対する危惧であるといえましょう。

この病院の高度化という医療の論理が包括ケアシステムにとって重要なのは、この論理が、QOL とは全く異なった理由で、患者をより在宅へ、また地域へ移動させて行こうとするものであるという意味で、包括ケアシステム化の促進要因の一つとなっているからです。

かくして、今日の健康システムは、患者ないし高齢者を在宅・地域に積極的に引っ張ってゆこうとする力と、その反対の極にある病院が、患者を病院の外、結果的に在宅・地域へと押し出してゆこうとする力の合力によって、包括ケアシステム化の道を歩んでいるとみることができるのです。

今日の話の冒頭に戻りますと、医療にみんな不安を感じるようになってきていると申しましたが、このような大きな変動の中にあっては、不安になるのはある意味当たり前だといえるのではないかと思います。

自治体病院の危機を例に考えてみましょう。これらの病院は、実のところ、本当に先端的な病院ではないのです。自治体病院というのは地域の住民たちにとってはすごく先端のかもかもしれないけれども、本当に難しい症例については扱えません。本当に難しい症例だったら、救急でないかぎり、

別にその地元で受けなくてもいいのです。しかも入院期間は短いですから、ちょっと何日かということでしたら、先端的な病院を全国にいくつか置いておいて、そこで全部やればいい。そういうような構造に変わりつつあります。

この点はすでに医師自身が何となく気が付いていて、ここで仕事をしていても先がないというふうに思いはじめている。すごく先端的な病院で治療するか、在宅の方をやるか、総合医と言いますが、そういうような医師をやるかというなかで就業地の選別を始めています。そうすると自治体病院の役割というのが何だかわからなくなってきます。何でもそうですけども、中間的な存在をどう設計するかというのは、政策上すごく難しい問題です。私が思うに、向こう 10 年くらいは直ちに潰れないようにして、その間にそれぞれの病院が果たしうる役割というものを見つける時間を与えること、そして地域の実情にあわせた多様な着地点へ着地させることが肝要ではないでしょうか。たとえば、多くの地域病院で救急医療は残るでしょう。この救急機能のように地域に置いておかなくてはいけない医療機能はなんしょうか。自治体病院の側としても、それを見定めて、そこに特化して生き残ってゆくことが主要な課題となるのではないのでしょうか。

医師と患者の関係についても、この包括ケアシステム化の流れは、医師の権威は今後とも低下しこそすれ、再び高まってゆくことは困難であるということを示しています。20 世紀の医療において治療が特別の重要性を有していたことに対応して、20 世紀を通じて、治療の中核である医師の権威が凄く高く、「依らしむべし、知らしむべからず」というような側面を持った存在で、医師 - 患者関係と社会学でいいますけど、非常に権威的な関係として成立していました。しかし、健康システムにおける治療の価値自体が、相対化されつつある今日の状況は、医師の存在価値が将来にわたって低下し、また限定的なものとなるということを展開させるものです。

かつては医療政策について医療社会学などが告

発していたのは、医師が「偉そう」にしているということだった。だから、いかに医師から患者が収奪されない仕組みを作るかということが焦点でした。ところが、関係がこういうふうになると、実は医師・患者ともに互いを収奪する可能性があるということを考えるということが必要になってきます。

4

これまで述べてきたことをひとまずまとめると、人々の健康を守るこれからの社会システムは、従来のような治療中心の医療ではなく、保健・医療・福祉が連携しあいながら、人々の生活（QOL）を支えるものにならなければならない、ということになります。

とすれば次の問題は、このようなシステムは誰がどこでどのように担うのかということになるでしょう。基本的な問題意識としては、人々の健康を支えるために地域社会が果たすべき役割は何か、またそのために地域社会をどのように形成すればよいのかということです。

このような問題意識に基づいて、私が少しずつ勉強しているフィールドの一つが、これからご紹介する長野県下伊那郡の^{やすおか}泰阜村です。この村は、田中康夫氏が長野県知事だったときに、一時期、この村の村長宅に住民票を置いたというニュースで話題になりました。ここは1980年代から在宅福祉の村づくりを意欲的に進めてきた村として全国的に知られている村です。すぐあとで述べるように、現在の日本の都市部とは実情がかなり異なっていることもあり、研究を進めてゆくためには、他の様々なタイプの地域社会との比較が必要になってくることとなりますが、いずれにせよ、次の時代の健康戦略、広い意味での医療を含んだ健康システムのヒントを見出そうと考えて掘っているフィールドの一つです。

泰阜村は、人口約2千人。長野県は「平成の大合併」の中で、あまり基礎自治体が合併しなかった県です。当時の田中康夫知事が合併を奨励しな

かったというのもあって、ある程度守られたということもあったようです。泰阜村も隣に飯田市という地域の中核市があるのですが、そこや隣接町村との合併はしませんでした。村の人たちは半ば自虐的に「自分たちの村には三つないものがある」と言っています。国道・信号・コンビニがないと。言われてみると、確かに一つもコンビニや信号がない天竜川沿いの村です。

加えて、同村の特徴として、高い高齢化率（65歳以上人口の割合）があります。同村の高齢化率は、現在38%で、この数字もそれ自体大変なものです。さらに凄いことに、2005年を頂点として、高齢化のピークをもう過ぎているのです。同村の人口ピラミッドをみると、団塊の世代が少ない構造をしています。この世代の多くは都会にゆきました。このため、そこに人口の膨らみがありませんから、高齢化率はこれから上がらないというわけです。このことは、この村が、1970-80年代から過疎の村として存在してきたことと裏腹の関係にあります。そして、この村は、高齢化のピークを過ぎて、今度はさらに急速な人口減へと向かいつつあります。

このような泰阜村ですが、この村において大変ユニークな医療・福祉行政が行われてきました。まず、国の作った制度を独自にカスタマイズしている点です。介護保険制度というのは、保険料で9割負担したあと1割自己負担というしくみになっていますけれど、その1割自己負担の6割を村側が負担することになっているのです。さらに、介護費の介護給付には上限がありますね。たとえば、要介護3で、26万7千円、要介護5で35万8千円とか。そういうように利用限度額があるのですけれど、それを村の判断で撤廃して、それ以上のサービスを受けた人には村が全額負担するという「上乘せ」のサービスをやっています。それ以外に、介護保険でカバーされない様々なサービス（それは「横出し」というんですけど）をやっています。医療の方も、受診1回につき自己負担はどんなに高くても500円で、5回以上受診すると無料になる。村職員の説明では、1980年代から

積み上げてきた高齢者福祉が、介護保険制度が始まる 2000 年の時点ですでに介護保険制度よりも充実した内容のものだったので、介護保険制度の方を、村の水準に引き寄せたとのことでした。

さて、これをやったら財政が瞬時にパンクするだろう、と思われるのではないのでしょうか。ところが、事実としては、長野県は全国で 1 番老人医療費が安い県で、その 1 番安い県の中に約 120(合併前)の市町村がありますが、泰阜村は 115 番目あたりにいる最も医療費が安い村の一つなのです。だから、その医療費の財源の国保税も全国に比べてかなり安いのです。つまり、どんなに使ってもいいよ、といわれて村民が介護サービスをジャブジャブ使っているかというところでもない。実は、村人の振る舞い方がそういうサービスを利用することに対して抑制的なのです。一方で、在宅死亡率が大変高くなっています。全国でいま在宅死亡率の平均は 10%の前半です。泰阜村でも大部分は病院で亡くなりますけど、3 割から 6 割くらいが在宅で亡くなっているのですね。

泰阜村の在宅福祉の村づくりは、1980 年代に、網野皓之医師が村の診療所に赴任したことが契機でした。網野医師は、「風邪は薬では直りません。家で酒飲んで寝ましょう」などと書いたものを玄関にかけたりして、不必要な受診を抑える一方で、地域の各戸を手製の入浴車を仕立てて巡回したりしました。彼が考えていたのは、医療をやるから金がかかるので、医療よりも福祉をやる、ということです。医療費を抑えて福祉に財政資源を移転するようなことをしたのですね。

網野医師が泰阜村に勤務したのは 1984 年から 1996 年の間でしたが、今でも村職員や村民から尊敬を集めています。このことからわかるように、大変カリスマ的な人物でした。彼は、福祉の村づくりを、おそらく職権をはるかに超えて、人物の力で実行したのです。現在、泰阜村では、診療所の所長が社会福祉協議会の副会長で、村長が会長ということになっています。この村では、社会福祉協議会と行政と診療所が一体の組織になっているのです。したがって、この村では保健医

療福祉政策は、村長と診療所所長が合意すればすぐに実行できるのです。このような意思決定の構造は、網野先生による改革の所産であるといえましょう。

また、職員で保健師が保険福祉係長でいるのですけど、この保健師を中心に、同村に勤務する 2 名の保健師が村の 2,000 人の健康状態を都市部に比べるとはるかに正確に把握しているようにみえます。村には 20 くらいの集落があるのですけれど、「このおばあさんはそろそろサービス要るな」とか、「隣のばあさんからまだ飯食わせてもらえな」とかそういうことを具体的に把握しているわけですから、介護保険制度の要介護認定のようなものは必要ないほどです。システムティックなものに依存しない形で、事実上、誰にどのようなサービスをしなければいけないかについて、何となく社会的に了解があるわけですから。その全体を行政保健師がつぶさに把握している状況になっていると福祉サービスは、大変効率的にできるのではないのでしょうか。その人に必要なものやサービスを、必要な量だけ渡すということが正確にできるからです。この点、介護保険制度における要介護認定制度というのは、それができない場合の、次善の策としてのシステムなわけです。

泰阜村は、行ってみると都会的な価値観からみれば本当に何も無い村で、村長がご自分で言っておられました。実際、そこに住みたくないって思った人たちが大量に出て行ったあとの「出涸らし」みたいな村ですけれども、残った方々は自分がどうなっても大丈夫という安心の中で暮らしているように見えるわけです。村長によれば、基礎年金 5 万円で本当に暮らせるとのことです。ほとんどお金要らない、そういう村なのですね。サービスの在り方が、必要なところには使うし、必要ない人には抑制的に振舞ってもらうという形で存在している。その結果として、在宅である程度、安心して暮らせるという状態が実現しているのです。村長によれば「安心して徘徊できる村」という目標があるそうですが、この村だったら実現できるかもしれません。

しかし、この種の山村の人口は、日本の人口全体からみればごくわずかで、大部分の人たちは都会で暮らしているわけです。ですから、泰阜村がどんなに素晴らしくても、都会でできなければその意義は限定的なものにならざるをえないでしょう。ただ、この村の活動には、良い保健・医療・福祉行政をやるうえでの普遍的なエッセンスが含まれているようにも思われます。その農村共同体が活着しているとか、意思決定がすごく速いだけの組織の小ささがあるとか、いろいろな条件に恵まれている要素がありますが、このエッセンスの部分だけを大都市の郊外の地域に埋め込むことができないうだろうか、ということを考えています。

一方、一橋大学のある国立市は、泰阜村で機能しているコミュニティが機能していない街だと私は認識しています。どういうことかと言うと、ボランティアや NPO やりますという手を挙げる人はたくさんいるのですが、その人たちにお隣さんの顔知っていますかって聞いたら「知らない」って言うのです。つまり、国立の人たちは、アソシエーション型の組織を作るのは得意ですが、コミュニティ型の組織は苦手といたしますか、要するに、付き合いたい人とだけ付き合う人たちなのですね。もっとも、南部の谷保の方と中北部の「新住民」ではずいぶん文化的背景が違っているので、十把一絡げにはいえないことですが、

ただ、プライバシーをお互いに権利で守り合っていて、お互いに見せないようにしている状況では、結局、行政がルールを設けて要介護認定をして、やっていかざるを得ない。その仕組みに何とか風穴を開けることができないうだろうか、ということを考えています。

これは高知市の事例ですが、認知症の方の調査ですが、認知症で介護保険制度が認定される前は、ものすごくいろんな人たちが世話を焼いています。家族だけではない。民生委員がいて、床屋のおばちゃんとかがいて、2軒隣り喫茶店の人が、銀行員だとか、商店街の人々とか、そういう人たちが寄ってたかって世話を焼いているのです。

それが、介護認定を受け、そのサービスが入ることで、世話を焼く人たちがさっといなくなって、家族だけになってしまいうんです。介護問題の中で、行政がやるべきか家族がやるべきか、みたいな議論ってすごくあるのですよ。行政がサービスしないと家族の負担が重くなってこれ以上できないというような議論になるのですけれど、実は、それは介護サービスが入って、世話を焼いている人たちがなくなったあとの世界なのです。介護サービスが入る前は、「しょうがねえな、あのおばあちゃんは」とか言いながらやっているのですよね。たとえば、おばあさんとかが外に出てフラフラしながら歩いていると、危なっかしくて見てられないと多くの人は思うでしょう。その中の何割かは「大丈夫？おばあちゃん。」とか、声掛けする。そういうことの延長線上に存在していたわけです。要するに「ほっとけない」わけです。つまり、うまくやれば介護保険というのは家族と行政とコミュニティの三者で分担できるのです。

たとえばこんな手が打てるという一案ですが、原則として要介護2までは介護保険を利用しません、ということにすることが考えられるかもしれない。そうすると大体ですね、介護保険の給付費の3分の1くらいが節約できるのです。これを要介護度4とか5の方に上乘せする。今4とか5の人は、介護サービスの給付限度がありますけれど、24時間ヘルパーをつけると月額100万~120万くらいかかります。その介護サービスを全部ヘルパーで、サービスで代替しようとする、毎月70万くらい出費が要るのです。その差額分を何年にもわたって支払うことができる人はほとんどいませんので、ここは事実上家族が埋めることになる。これが、高齢者や介護する家族の不安の源泉になっています。ここの部分を、上限を撤廃することによって行政でやる。程度の重たい部分に重点化して、その代わり軽い部分についてはコミュニティで何とかやっちゃいましょうということです。ただ、コミュニティの人たちは、自分たちの生活がそれでは成り立たないとなったら撤退する人々でもあります。だから、一人に大きな

負担はかけない。大きな負担の部分は行政でやりながら、それ以外のところをコミュニティが持つスタイル。こういうやり方ができれば相当良好な状況が作れるだろう、と考えています。

しかし、今、国立市でそのシステムを本当に導入するとどうなるかという、悲惨な目に合う要介護2以下の人たちが大量に出てきてしまいますね。コミュニティの支えができていないので、実行できないのです。そのために、コミュニティを作らなきゃいけないというのが、在宅医療を、在宅介護を、広い意味での健康づくりを、効率化する上で非常に大きなポイントになる、というふうに考えているわけです。

このコミュニティの力を最大限に活用する専門職というのが、医療の方にいます。保健師とよばれる人たちです。保健師というのは、元々、こういう仕事をしていたのです。けれども、最近すごく影が薄いのです。今、制度的には地域包括支援センターという制度ができました。こういう様々な健康問題について包括的に相談に乗る窓口として、全国の自治体に作られて、その中に保健師さんもいるのですが、あまり機能していないのが実情です。でも、彼女らがうまく機能すると状況が変わっていくかもしれない、というふうに考えて、国立の保健師さんなんかとは勉強会みたいなものやろうか話をしているところです。

5

やや結論的めいたことを言いますと、次のようになります。1) およそ1世紀におよぶ安定的に医療システムが存在していた時代を終えて、現在、医療は、人々の健康を支える広範な活動の一つの領域へと移行しつつあるということ、2) 現在の医療の世界に充満する不安や不信は、この従来の医療システムの存立基盤が失われたことを背景としているということ、3) 新たに成立する健康システムにおいては、地域社会の果たす役割が重要になるだろうということです。

このような医療あるいは健康をめぐる状況を、

地域社会の側からみてみますと、防災・防犯・教育・スポーツ・その他まちづくりの様々な部面と同じ構図に置かれているということがわかるのではないのでしょうか。すなわち、医療ないし健康の場合、地域社会の支えがあることが、人々の健康を増進してくれます。したがって、人々の健康の増進のために、健康システムは、地域社会を耕す役割を担わなければならないのです。このような健康システムと地域社会システムとの相互依存関係は、防災、防犯、教育、スポーツなどの諸分野と地域社会の間にもみられるものではないかと思えます。そして、多様なチャンネルで地域社会が耕されることによって、それぞれの領域はより大きな恩恵を受けるという構造があるのだと思います。

先ほど少しふれた高知市では、「いきいき100歳体操」という体操の普及運動をやっています。これは、介護予防体操の一種ですが、パワーリハよりも軽い強度の筋トレと考えていただいても結構です。2、3段の段差を上がるのが大変だったおばあさんが、その体操を週2回やることで楽に上れるようになったとか、そういうことが口伝いに広まりまして、現在では非常に浸透して市内200箇所以上でやっています。その結果、何が起きたかということ、体操をするために、公民館とか、どっかの民家とか、学校とか、病院のロビーとか、商店街の空き地とかに集まるのです。そして、集まって体操したあとお茶するのです。適当に楽しく、集まって過ごすのですが、その中で、意見の交換や情報の交流が行われています。そこに防犯協会とかがやってきて、オレオレ詐欺気をつけようね、とか言うわけです。そのような形で、どんどん利用されています。さらに、独居老人みたいな人たちに声掛けをして、「外なんか出たくない」と言うような人に「健康づくり一緒にしましょう」と誘うと外に出てくることのあるのです。そうすると、そのおばあちゃんなりおじいちゃんなりが今どのような暮らしをしているのかということがわかってくる。泰阜村みたいなところだと、プライバシーが元々無くて、隣のおばちゃん

とかがドカドカ入ってきます。だけど、都会では家の中に踏み込めないわけですから、引き出してこなきゃいけないわけです。引き出してくるための一つのツールとして健康づくりが機能しているわけです。その結果として、実は防災だとか防犯だとか、さまざまなことに影響が派生するということが起こってくるわけです。

高知市は、元々そういう気運のある街ではなかったそうなのですが、高知のカリスマ的保健師である吉永智子さんが、一步一步、非常に上手に手順を踏みました。そして、高知市の保健師たちをその目標のために一丸にまとめ上げました。今、高知市だけでなく全国で5、6箇所の自治体にその体操のプログラムが飛び火しました。岡山県の津山市だともう50~60箇所でやっているという話です。そうした体操プログラムみたいなのがあって、そういうようなやり方でもって地域づくりと健康づくりを一体化していく。

さらには、これから高齢化がもっと進む状況で非常に大きな問題は、認知症なのですね。これは泰阜村長の「安心して徘徊できる村」構想ともかかわっています。認知症について、今都会で起きている問題は「隠す」ということなのです。今、地域包括支援センターなどで認知症の相談を受けているのですけれども、みんな相談したがない。「うちにはそんなのいません」みたいな話です。つまり、家族が背負い込んでいるわけです。それを何とかしようとして、今よくやられているアプローチが「プライバシーは完全に守りますから、こっそり相談してきてください」という形のもので、そうするとどうなるかという、やり取りの中で、やっぱり認知症の患者というのを隠さなければいけないのだ、という認識が強化されてしまうわけです。そうすると、認知症じゃない人たちがどう思うか。「認知症になったら大変だ」「自分は絶対に認知症になりたくない」と思うわけです。確かになりたくはない。けども、認知症とは、脳の老化の一部と考えれば、究極的に防げない要素があって、80代くらいになると3割くらいの人認知症抱えるのです。

そうだとすると、「認知症になったら大変だ」と思うこと自体が、解決不能な不安からくる社会的なコストを生む状態だと思うのです。そうならないようにするためには、「認知症になっても安心だ」という状態を作らなければならない、「認知症になりたくないけれど、なったらなったで人のお世話になってもまあいいか」という状態をうまく作らなければいけない。実はこれは地域づくりを通じてしかできないのです。認知症の方々は、体が元気な方は多いので徘徊したりするわけです。それを全部家族でみるということになると、家族がぼろぼろになるわけです。そうすると、結局、どこかの施設に入所させることにならざるを得ない。もちろん、施設が一概に悪いわけではありません。中には、意欲的な介護を実践している施設があり、その中にはそのような挑戦を支えている優れた介護職員たちが存在することはたしかです。ただし、少なくとも多くの老人は、もともとそれを望んでいるのではないということも事実です。清水市で優れた施設介護を実践している理学療法士の高口光子さんが認めているように、「小学校のときの作文で、将来要介護度3位になって老人ホームに入るのが夢です」などと書く人はいないのです。

そうではなくて、街の中で、認知症の方を抱えて、面倒くさいけれども時々、見守りをみんながして、「自分も見守りしているのだから、自分が認知症になったときもよろしく頼むよ」というように、認知症をそのコミュニティの中で消化することができれば、私たちははるかによい暮らしを手に入れたことになるのではないのでしょうか。

実際、この問題は15年くらいかけて、本当に大きな問題として大都市郊外にも波及してきます。団塊の世代の方々を想定して、15年後くらいを目標に、手を打っていかないと、認知症でものすごく不幸な状況が生まれると思います。そうならないような仕組みをどうやったら作れるかというのを考えると、その答えは、おそらくコミュニティの中にある。

私は、地域社会研究会という研究会の世話人を

やっているのですが、この狙いは、地域社会から利益を得、それゆえに地域社会を耕すさまざまな領域にかかわる研究者・実務家が、問題意識を共有することで、部分利益にとどまらない政策の方向性を見出すことです。

このような研究には、実践・学術両面で難しい課題が多くあることも事実ですが、方向としては正しい方向を向いて議論しているのではないかと考えています。いずれにせよ、今日こちらにいらっしゃる皆さんとも連携を深めながら、少しずつ議論を前に進めていきたいと考えております。

私の報告は以上です。ありがとうございました。

【質疑応答】

尾崎：興味深いお話をしていただきました。まず発表に関する質問がありましたら、どうぞ。

上野：21世紀の診療体制で、イギリス型、アメリカ型と、日本が、ドイツとはどう違うんでしょう？

猪飼：ドイツはイギリス型になります。

上野：完全にイギリス型ですか？

猪飼：少し違う部分はありますが、専門医と一般医が分離しているという点で完全にイギリス型と同じです。ただ、専門医の開業が実はあります。そこで少しバリエーションがありますが、一般医がセカンダリケアにアクセスできないところが分類のミソなので、その点からして一応イギリス型に分類できるというふうに認識しています。

上野：韓国やドイツ、オーストリア、それぞれに関わっておられたということで、どちらなのかと思ひまして質問しました。

猪飼：オーストリアもそうです。実は、アメリカに似たタイプのシステムはアメリカにしかありま

せん。日本に似たタイプのシステムというのは、日本と韓国と台湾ですが、20世紀というより、非常に大きなスパンをとって考えられるだけの長い近代医療の歴史を持っているところは日本だけで、残りは全部ヨーロッパと、それは歴史的な経緯もあるのですが、もともと専門医と一般医に対応する医師の身分分離が19世紀からあるのですね。イギリスではそれを専門医に当たるコンサルタントと言っていましたけれど、大卒の医師を中心とするグループです。それに、あと一般医というのは元々、薬の雑貨商のギルドの末裔ですね。その違いがあって、住んでいる場所がすごく違っていました。そのあと20世紀になって、上の方のクラスの医師がその病院が立ち上がって、メディカルセンター化する中で、そこを握り、それで、一緒にテイクオフしたわけです。専門医になった経緯はそういうものです。

高津：福祉国家の形成ってというのは、そういう民主政治形の類型とどう関わってきたのでしょうか。

猪飼：私が考えている医療システムの三つの類型は、医療保険に対して中立的な概念なのです。

ある種医療保険の発達史のような区分ってというのが、実は福祉国家化の大きな要素になっているところでは密接に関わるのです。医療保険が成立して、それがフルカバレッジになっていく過程で、どんどん医療自体のボリュームが大きくなる。パイが大きくなっていって、国民経済に与えるインパクトなんかもどんどん大きくなっていくんですけども、その変化にも関わらず供給システムの構造が変わらなかったということです。私の議論は、その変わらなかった供給システムのところを抽出しているものなのです。

その点からいえば、日本の福祉国家論であるとか、医療保障（社会保障の中の医療部分を指す）は、医療供給の面をほとんど議論してこなかったといえます。

だから、エスピン・アンデルセンの福祉レジーム論が典型ですけども、彼の類型論は基本的に年

金や社会手当でやっているのです。年金や社会手当というのは、医療のように供給システムを必要としないところに特徴があります。ですから、その限りでは供給システムというものを考えなくていい。

他方、福祉国家論の中で、十分に供給システムへの配慮をしようとすると難しいことになります。というのも、供給システムは、人の設計意思を超えたところで存在する歴史的存在だからです。マイケル・モランというイギリスの研究者がいますけども、彼は医療の議論というのは社会保障論の中ではイギリスでも「セミディタッチド」(部分的に切り離されている)だ。だから、扱いにくいものとして、部分的に関係のあるところだけつまみ食いするような形で議論されてきているという認識を示していて、そこは私も賛成なのです。今の医療の変化は、保険の部分で起こっているのではなくて、供給システムの部分で起こっているのです。それに引きずられて保険制度が変わっているのです。だから、今までの我々の医療政策の議論の伝統というのは、保険のことばかり議論する。そうすると、給付の公正な負担とかね、公正な配分とか、そういうことしか議論できなくて、よりよいシステムを考えようとか、別の何かを考えようってことができないんですね。別の何かを考えなきゃいけない時期に今来ている、というのが私の認識なのです。

高津：ドイツの場合には、労働者的な性格の医師の方がかなり目立っていて、例えば医師がストライキするなど、日本とはまったく違うイメージを持ってしまうわけですね。そういう意味で、日本では開業医システムというのがベースになって、社会的に組織された中に医師が入っていくというのではない形になっているように感じますが。

猪飼：ご指摘の点は、私の歴史研究の出発点とも関わっています。そこで、我田引水的なお答えの仕方では恐縮ですが、以下、伝統的な日本の近代医療史と私では、公共的ということの理解が異なっ

ているということを説明させていただくことにします。

私が医療の歴史を分析し始めたのは、1990年代の後半でしたが、そのときでも一番優れていた研究成果といえば、川上武の『現代日本医療史』という1965年に出たものだったのです。彼のスタンスは、「開業医制」というものを軸として日本の医療史を書くというものですけれども、「開業医制」とは何かということが、あの本にはちゃんと書かれていないのです。究極的には、「営利」性だというようなことを言うのだけれども、世界中のプライマリケアをやっている医師の大勢は開業医ですから、日本の開業医だけが「営利」的ということは究極的にはありえないのです。戦前の医療を見ていくと(「医療の社会化」論という議論に包摂されるのですが)川上さん自身は自分の議論は「医療の社会化」論とは違うと言っていますが、広い意味での「医療の社会化」論という言い方をすると、その議論というのは、究極的には開業医というのは非常に営利的で、言ってみれば貪欲でなければならぬような形で存在していて、その結果として、日本の医療というものを反公共的な存在にしてしまっているという論理だったのです。けれども、実際に日本の歴史を見たときに、開業医の対立項として想定される公的医療を考えたときに、公的医療が公共的だったかといえば開業医より公共的だったとはいえなかったのです。たとえば、戦前の公立病院の診療代と開業医の診療代を比べると、公立病院のほうが高いくらいなのです。ヨーロッパやアメリカの病院は、診療代タダという伝統をもっています。これは「施療」といいます。自分では入院しないお金持ちのスポンサーが背後にいるのです。日本の場合は、そのような人がいなかった。にもかかわらず、病院は作らなければいけない。そうするとどうなるかということ、患者から金を取るという話になって、最終的には公立病院は、あまり公共的でない存在になっていった。その結果、どちらかといえば開業医の方が、戦前においては、より公共的な役割を、意図せずに果たしていたことになります。

アクセシビリティからみても、たとえば、山奥なんかには公立病院は建ちません。戦前の公立一般病院の立地を検討するとわかりますが、病床数の87%が市部にあるのです。町村部での病院展開がほとんどやってないのですが、そこに開業医が、診療所や病院を建てていたのです。

そうやって考えてみると、日本の医療のシステム、特に開業医を中心とした医療システムというのが、反公共的な性格を持っていたかという問いに対して、持っていなかったという結論を出すのがいいかどうかは別にして、他の主体と比較してみた場合、開業医は相対的にましな存在として存在していた、ということが言えるのだと考えています。その意味で、川上武さんと私とでは歴史観が違うところがあります。

高津：もう一つ、若干関係する質問ですが、公共的な性格を持つ病院が、ヨーロッパにはできて、日本では展開できなかったというのはどうしてでしょうか。

猪飼：実は、江戸時代にあった小石川養生所というのはかなり慈善的な病院なんですね。それで、「日本の病院の先駆」というふうに従来医療史などで書かれてきたんですけども、本当の日本の医療の歴史の特徴は、そういう種類の病院が広まらなかったことなんですね。戦前の所得のジニ係数なんかを見てみると、やっぱり社会自体は相当不平等ですよ。だから、誰かに富が集中していたと考えなければいけません。それが、フィランソロピックなお金として、何らかの形で還流する仕組みがあれば、そこには施療病院が建つ契機はあったと思います。一方で、人道主義者も日本にはたくさんいたはずですよ。おそらく、重要なことは人道主義者に、富を蓄積していた人々から資金が流れていくチャンネルがなかったということでしょう。それがなぜかというのは、今のところ研究されていないと思います。ただ、結果的に施療病院ができる基盤がまったくなかったのです。1920年代以降に、大都市で割引の医療を市民病院

の事業としてだんだん広がっていくのですが、それが精一杯で、ヨーロッパや、アメリカでみられたようなものまでではできなかったのです。それはなぜかというのはたぶん非常に大きな問題で、究極的にはヨーロッパにおいて、なぜ救貧法が存在したのかという問題を解くのに近い問題のように思っています。今の私にはこの問いに答えを出すことはできません。ただ日本に、慈善病院が広まらなかったという事実を知っているということです。

坂：ヨーロッパでは、教会などとの関係はないですか。

猪飼：ヨーロッパの病院は、基本的にキリスト教的慈善の強い影響下に置かれていました。この点は、日本の寺社が同様の役割を果たせたかということ考えるとより深く理解できると思います。戦前の寺や神社が、精神病院の代替機能を有していたということは知られています。それから、ハンセン病の患者を寺社の境内においておくというのはよくあったことなので、日本においても宗教施設と医療との間には自然な関係が存在していたといえます。ただ、ヨーロッパでは、宗教施設の一部が分派して病院になっていくのですが、日本ではそうはならなかった。そこには、近代医学を、木に竹を接ぐように日本の文化の上にドカンと乗せてしまったことも影響があるかもしれません。ただ、そこは最も根本的な問題なのでなかなか解けないところですね。

坂：階級構造などとの関係はないですか。

猪飼：日本にも支配階級を構成する金持ちはいたはずですよ。「本間様」のような。問題は大地主たちが不特定多数への博愛をやらずに、自分の小作に対する福利厚生へと向かったということなのではないかと想像しています。たとえば、大地主は小作たちと一緒に運動会とかやっているのです。そうした、ある種パターリスティックな構造の中

に慈善的行為が埋没した部分はあるような気はするのです。ただし、一言加えるなら、日本が特殊だと考えるのは間違っていて、ヨーロッパが特殊なのだと思います。ヨーロッパ以外にはそういうものはないのです。例えば、ビル・ゲイツが稼いだお金のかなりの部分はゲイツ夫妻の財団を経由して社会に還流することになっていますが、たとえば、メキシコのだれそれとか、インドのだれそれがお金持ちになったとしても、そのお金は、その人が国を意のままに動かすためのお金になってしまうのではないのでしょうか。いずれにせよ、フィランソロピーが西欧社会に特殊的に成立したのはなぜかというのが正しい問いの立て方のような気がします。

岡本: QOL が医療の中で大切になっているが故に、コミュニティが今後大切になってくるようなお話はすごくよくわかるのですけれども、地域づくりとか、コミュニティ作りとかいわれるのですが、その「できた」ということをどういうところに設定するか、どういうふうに計ったらいいのか。研究の方法論的にどうとらえたらよいのでしょうか。

猪飼: この点は、この場におられる方々と意見交換させていただきたいと思っていることです。私の方からは、私が最近関心をもっている方法がありますので、それをご紹介させていただきます。木原孝久さんという人が「住民流福祉」というのをやっておられるのですけれども、この方が、「助け合いマップ」というのを作るのです。今、自治体あたりでは、マップを作るというのが流行ってやっています。どこに独居老人がいて、火が出たらまずどこそこのおばあさんを助けに行くとかね。そのレベルのものはいくらでもあるのですけれども、木原さんのものは、それよりはるかに詳細なものです。要支援のおばあさんに誰が世話を焼いているかとかそのレベルまで詳細に地図に書き込んでゆくということをやっておられます。ここまで精度が上がってくると、従来見えていなかった地域の姿がかなり見えてくると思います。

もっとも、私は、それをそのまま真に受けるよりも、それを道具として使うことを考えています。例えば、地域で民生委員なら民生委員に、この地域でどんなふうに入付き合いってというのが行われていますか書いてくださいといったら、たとえば国立市なんかで頼んだら、現状ではほとんど書けないと思います。それが、地域の人との交流とかを活性化させていくとします。たとえば、1年でも3年でもいいですけど、たとえば3年やって、また同じ人に書いてもらう。このように、マップを軸に地域における社会関係の構造や濃度をみてゆくことによって、研究へと結びついてゆくのではないかと思います。

おそらく、そのようにしてコミュニティを各地で詳細にみてゆくと、コミュニティが何かという問いに対して、地域によってバラバラの答えが出るような気がします。コミュニティとはこういうものだからこうしろ、みたいな教条的な話をして「学者ごときが何言ってるんだ」みたいになりそうな気がするのですけれども、具体的なコミュニティの像を一つ一つ理解してゆけば、新しい道が開かれるかもしれません。

岡本: そうするとですね、地域によってコミュニティのあり方というか、様々な条件で異なっていてでき上がってくるものも違ってくる。そうすると目指す方向もそれぞれの地域によって違ってくる。そういうようなものを活性化させる、コミュニティ作りを活性化する、それをコントロールするような政策とか制度ってというのは、どうしたらいいとお考えですか。

猪飼: 私もまだわからないのですけれども、かつて、私が今世話人をしている地域社会研究会に行政学者の大森彌さんをお招きしたことがあります。大森さんが言っていたのは、コミュニティというのは、とにかく、プライバシーを乗り越えなきゃいけないってというのが一つ絶対条件としてある。それに、もう一つは共同作業がないとダメ、要するに一緒に何かをやるってというのがないと絶対ダメ

ということでした。農村のコミュニティなんかを見に行くと、今日はやれ側溝掘りだ、寄合いだとかいって、共同作業がもう山のようにあるんですね。しかも半強制的ですから、みんな出て行くわけですよ。コミュニティとはこのようなものが、自然な形で設定されているかどうかということかもしれません。それを手助けするものとして行政とか政策とかがあるような気はするのですが、具体的にどうやれば自然なのかというのが一番難しいですね。

岡本：コミュニティを人工的に作る場合にも、共同作業が重要ということですか。

猪飼：共同作業を必要とする生活課題のみつからないコミュニティはないのではないのでしょうか。その個々別々の問題を、それぞれの地域で片付けていくというアプローチで、まずはいいような気はするのです。人為的に問題を作る必要はないという気がしています。

内海：泰阜村の成功例をお聞きすると、全国の自治体が、国からの押し付けで抱える産業基盤絡みの問題があまりなくて、財政構造的に住民福祉のほうに絞れている、そういう背景を感じるわけですが、その辺りはどうなのでしょう。

猪飼：泰阜村の財政力指数は0.17くらいです。全国の中でも1番最低ランクの財政力の地域で、有力な産業がまったくない。農業と、あとは泰阜ダムが天竜川にかかっている、そこから少し公的なお金が引っ張ってこられるくらいです。国道が走っている、いないで相当違うようです。天竜川の川向こうに国道が走っているのですが、そっこの自治体は道沿いに結構いろいろビジネスがあるようにみえます。泰阜村にはそれがありません。基本的には貧乏だと思います。このような状況で、泰阜村と南に隣接する天竜村でも対照をなしています。天竜村では町おこしとかを一生懸命やろうとして、いろいろフェスティバルとかをや

るけれど、大きな効果を挙げていない。これに対し、泰阜村では、そういう種類のことは熱心にやっていないのは確かでしょう。だからある意味で選択と集中をしているという認識は持っています。ただ、そのおかげで福祉財政が結構豊かかというとか確かそんなことはなくて、民生費もそんなに大きくないと思います。

尾崎：今回の発表は質疑討論を含めて、私たちの領域にとってもたいへん示唆的な内容を多く含んでいたと思います。その意味で、今後ともさまざまな研究交流を図っていただきたいと思います。

猪飼：私の方でも今後とも学ばせていただきたく存じます。ありがとうございました。