

## 『病院の世紀の理論』から地域包括ケアの社会理論へ

猪飼周平

本年3月に『病院の世紀の理論』を上梓した。そこで筆者は、同書がヘルスケア政策にもたらす主要な含意として、次のような認識を示した。すなわち、19-20世紀転換期以来、医療供給システムの土台として成立してきた社会構造が、今日、その存在意義を喪失する中で解体の過程に入っている。その意味において、今日という時点は、次代のヘルスケアシステムへ転換する過渡期に位置している。そして次代のヘルスケアは、現在進みつつある旧システムの解体過程からみて、保健・医療・福祉が統合的に作動する包括ケア、およびケアの舞台および資源が主に地域社会となる地域ケア——文字通りの意味における地域包括ケア——としての性格を帯びることになる。

この筆者の認識の妥当性については、読者の批判を仰がなければならないが、刊行から日が浅いせいか（もしくは世間に相手にされていないせいか）、まだ厳しい批判を頂くに至っていない。そこで、この平穩の間に、一歩先の論点を考えておきたいと思う。それは、次代のヘルスケアシステムとなるであろう地域包括ケアシステムとはいかなるものであるか、という論点である。

「地域包括ケア」という言葉自体は、日本の保健・医療・福祉関係者の間では、次代のヘルスケアシステムを指し示すものとして広まっており、行政もそれを後押ししようとしている。その意味では、すでに「地域包括ケアシステム」は次代のヘルスケアシステムの代名詞といってよい。だが、それは同時に、何を意味するのかはっきりしない言葉でもある。これまで数度にわたって「地域包括ケア」に関する報告書が出されてきたが<sup>1</sup>、有り体にいって、それらはいずれも報告書に関わる実践家・官僚・学者の信念や利害関心を落とし込んで作成された提案のパッチワークという性格のものといわざるをえないもので、厳密な検討に堪えるものではない<sup>2</sup>。アカデミックな研究成果も乏しい。総じて、われわれは、いまのところ地域包括ケアシステムの社会理論を持つてはいないといわざるをえない。

### 次代のヘルスケアに求められる包括性と地域性

地域包括ケアシステムの社会理論の構築に際して、前提的な論点は、地域包括ケアシス

---

<sup>1</sup> 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」（2003年）、これからの地域福祉のあり方に関する研究会「報告書」（2008年）、地域包括ケア研究会「中間報告」（2009年）、地域包括ケア研究会「報告書」（2010年）。

<sup>2</sup> 地域包括ケアに関する報告書に限ったことではないが、そこでは、基本的な問い——なぜ次代のヘルスケアが「地域包括ケア」になるのか、報告書が「地域包括ケア」システムに現れるとする特徴の提示にはいかなる根拠があるのか、特徴の提示が網羅的でないとすれば他の特徴に関する記述が排除されているのはなぜか——に対して答えが示されていない。

テムが次代のヘルスケアシステムとなることにどの程度の必然性があるかということである。この点に関して、病院の世紀の理論は、次代のヘルスケアは地域包括ケアになるということを主張している。以下では、概略を示しておきたい。

まず、地域包括ケア化の一面である包括ケア化について。病院の世紀の理論によれば、20世紀的医療の退潮——いいかえれば病院の世紀の終焉——に伴ってはじめて保健・医療・福祉の3つの領域が統合される条件が整ったとみなすことができる。20世紀の医療を特徴づけた最も重要なものは、治療医学に対する大きな社会的期待・承認である。これに対し、今日起きていることは、治療医学の権威の相対的な低下なのである。

治療医学の権威が卓越していた20世紀においては、医師・病院に高い権威が付与されていただけでなく、健康という概念も、治療医学の権威によって強い影響を受け、それはかなりの程度医学的な意味において病気でないことを意味し、それを取り戻す手段も医学的治療であるということが前提されていた。このような健康の守り手としてもっぱら医学的治療が想定されるヘルスケアのあり方は「医学モデル」とよばれる。そしてこのような状況においては、保健・医療・福祉のうち医療の役割が突出し、他は健康にとっては周辺的な領域に位置づけられざるを得なかったのである。これに対し、今日では、高齢化・疾病構造の生活習慣病化が進展する中で、主に治らない病気を抱える高齢者の大集団が形成され、また治療不可能であっても、健康を健やかに生活することであると読み替えれば、病気と付き合いながら生活の質を向上させる様々な手段が残されているという「生活モデル」の考え方が高齢者福祉の領域にも浸透してきている。かくして、今日のヘルスケアにおいて、医療は、生活の質(QOL)に奉仕するサブシステムの1つという新たな位置づけを与えられ、生活を整えることを疾病・障害を予防する保健領域、もとより生活支援分野として存在してきた福祉領域と目標を共有することが可能となりつつあるのである。これが、次代のヘルスケアシステムが包括性によって特徴づけられるという展望の根拠の1つである。

次に、地域包括ケア化のもう一面である地域ケア化について。生活とはすぐれて実践的な概念であり、その良さの究極的な評価基準が存在しないにもかかわらず、それは、日常的に個別の生活要素についてその良さを評価し、選好することによって成立している。この人びとの日常的な生活上の選好を前提にすれば、生活の質を目標概念とするヘルスケアシステムは、当事者の生活環境を舞台とし、地域社会から資源を調達することに一定の望ましさがあることはたしかである。その理由として、第1に、人びとの生活に関する日常的選好によれば、自宅にとどまれない事情がないかぎり、病気でない人びとがあえて病院等に住もうとはしない。これは、人びとが自宅の方を施設的環境よりも自分の生活にふさわしいと評価しているということである<sup>3</sup>。これは、日常的意味における生活の質からヘルスケアを評価するかぎり、在宅療養の方が施設療養よりも相対的に望ましいことを意味している。第2に、人びとの生活に関する日常的選好は多様である。いいかえればよい生活とは人それぞれである。とすれば、生活改善に動員される社会的資源も多様であるべきで

<sup>3</sup> このような選好は、多くの人びとにとって共感できるものである一方で、なぜそのような選択を行うのかを説明することは難しい。その意味では今後解明されるべき論点の1つではある。

あり、それを効果的に調達できる最有力の資源は地域社会である。

また、日常的に評価される生活の質を目標概念とするヘルスケアにおいては、支援者たる医療・介護職種等も地域的に展開することになる。それは当事者が自宅におり、支援に地域資源が利用されるということからだけでなく、情報面からも根拠づけられる。すなわち、健康が治療医学に定義されていた時代においては、医学的に意味のある情報を生み出す場所＝病院／診療所が支援者にとって望ましい居場所であったが、健康を健やかな生活という意味合いで捉えるようになってきている現在、生活の質に関わる情報は当事者およびその生活環境こそが情報の集積する場となってきている。とすれば、支援職種も有効な支援のためには、地域的に展開しなければならないのである。

以上を総ずるに、健康概念が単に病気でないということではなく、健やかに生活することの意味する方向へ転換するかぎり、次代のヘルスケアシステムは、より包括的でより地域的な性格を帯びることが求められるということになる。そして、病院の世紀の理論が射程に収めている展望は、基本的にはここまでである。

## 地域包括ケアシステムの実現可能性

次に問われるべきは、そのような社会的要請に適合する地域包括ケアシステムがいかんして構築可能かという問いであろう。いうまでもなく、地域包括ケアシステムには、それを満たさないかぎり地域包括ケアにならないという意味で、システム的前提を構成する条件が存在している。たとえば、多様な現場に適応した支援職種とくに医師・看護職の専門性の設計およびキャリアパスの構築は、大きな挑戦を必要とする地域包括ケアシステム成立の前提条件の1つである。だが、システム成立の必要条件をクリアし、ヘルスケアシステムが一応の包括性と地域性を獲得して成立したとしても、それで社会的要請に応じたことにはならない。というのも、それを満たすかどうかによって地域包括ケアの性格に違いを生ずるような条件が存在するからである。以下ではこの条件に関して2つの角度から議論しておきたい。

第1に、地域包括ケアシステムは、旧来の医療システムに比べて格段に「高等」な支援主体間の連携があつてはじめて効果的に作動するということである。このシステムの高等さを理解するには、ソーシャルワークが直面する困難を考えてみればよい。ソーシャルワークは、もとより生活支援を目的として発達してきた技法である。したがって、地域包括ケアにおいても、ソーシャルワークは主要な支援技法となる可能性が高い。さて、今日ソーシャルワークの現場においてよく使用されるテクニックに「エコマップ」というものがある。これは、当事者およびその生活支援に関わる多様な主体のネットワークを図で示したものである。ソーシャルワーカーがそれを重用するのは、彼らの主要な仕事の1つがこの支援のネットワークを構築することだからである。エコマップをみると、1) 多様な生活問題の解決に際して、ケースごとに異なる支援者、役割分担の支援ネットワークが構築される、2) 1つのケースについても、支援ネットワークの形は時々刻々変化するといったこ

とが読み取れる。支援者は、それがもつ生活支援上の能力のためにネットワークに組み入れられるが、あらかじめ厳格に受け持つ役割は定められておらず、しかも果たすべき役割は時々刻々変化する。このようなシステム内要素の不定型性・柔軟性が、従来の医療システムにはみられなかった要素であることはいままでもない。

ここで誤解を恐れずに1つのアナロジーを提出しよう。旧来の医療システムと地域包括ケアシステムの違いは、サッカーなどにおけるマンツーマンディフェンスとゾーンディフェンスの違いに似ているといえるのではないか。少し調べてみたところ、マンツーマンディフェンスは、1) 情報節約的、2) 責任が明確であるために初心者でもやりやすいが、3) マークを外されるとバックアップがない、4) カバーされないゾーンができるといった弱点があるとされる。これに対し、ゾーンディフェンスの場合、1) 緊密な連携が必要、2) 責任が不明確になりやすいという難しさがある一方で、3) マークが外されてもバックアップ可能であり、個々のディフェンス力は小さくても守れる、4) 多様な状況に対応でき守備に穴があきにくいなどの利点があるという。そして、興味深いことは、一般に、マンツーマンディフェンスよりもゾーンディフェンスの方が高等な守備戦術であり実施するのは難しいが、実施できればより強力であると考えられているらしいという点である<sup>4</sup>。

生活の多様性に対応する地域包括ケアシステムは、基本的にソーシャルワーク的要素を中核とするシステムとなると考えられる。上のアナロジーが妥当するならば、それは巧妙に実施しなければならぬ高等なシステムであるが、実現すれば大きな効果を生むシステムでもあるということでもあるといえよう。あいにく、ソーシャルワーク論は、今のところ、この実践目標の高等さにふさわしい実践理論を見いだせてはいないが、この理論構築の正否は、地域包括ケアシステムの有効性に大きな影響を与えることになるといえよう。

第2に、地域包括ケアはそれ自体として効率性を追求しようとするものではないということである。それは、われわれがより健やかに暮らすという目標を達成しようとしたときにヘルスケアが採用すべき構造のことである。同じサービスを施設で行うのと地域で行う場合どちらが効率的かといえどももちろん前者である。地域は、施設ではカバーできないニーズに対応することが可能であるので単純に比較できないが、少なくとも、あえて効率性の低い場所でケアが展開されるという側面があることは否定できない。したがって、われわれにとって満足すべき地域包括ケアが構築された暁には、より大きな経済的・社会的コストの負担が発生する可能性も否定できない。もし、十分な財政投入が行われない場合、

---

<sup>4</sup> ここでは、2つの守備戦術を理念的に捉えて述べたが、競技の現場では、守備戦術をマンツーマンかゾーンかという二者択一的認識で捉えられてはいないという。状況に応じて守備戦術を組み合わせる使用するのが普通だからである。このことは、1) 両者の優劣あるいは組み合わせは相手や味方の条件によって変化する、2) 最適な変化のあり方を決定するのは、各守備戦術の一段上位にある戦術であることを意味する。このことから、地域包括ケアに対する示唆を引き出すことができるであろうが、畑違いの筆者が、このアナロジーに立ち入りすぎることは避けることとしたい。もちろん、ゾーンディフェンスと地域包括ケアには明確な違いもある。第1に、ゾーンディフェンスの場合、ゲームに勝利するという明確な最終目標があるが、地域包括ケアの場合は、何が支援の成功を意味するかがケースによって異なる。第2に、ゾーンディフェンスの場合、フィールドには同時に1つのボールしかないが、地域包括ケアの場合、複数の課題を同時に解かなければならない場合がある。つまり、地域包括ケアは、複数の異なる勝利条件・ルールに帰属するボールが同時にフィールドに転がるフットボールにより近いといえる。

地域包括ケアシステムは、地域社会により多くの負担を強いることになるであろう。それが何をもたらすか。おそらく、家族に育児・介護の負担を背負わせることによって深刻な少子化を招いたと同種の経験を、地域社会でもう一度繰り返すことになるであろう<sup>5</sup>。この問題を回避する方法は2つである。1つは、負担に関する社会的合意を形成することであり、もう1つは、地域包括ケアを効率化する工夫を講ずることである。

以上の議論を踏まえて、地域包括ケアとして到達可能性のあるケアを平面上の地点として示すと、図のようになる。

## 地域包括ケアへの挑戦

病院の世紀の理論は、われわれが直面している争点が、地域包括ケアを目指すべきか否かという次元ではないことを示している。筆者の理解では、この点についてはもはや決着がついている。もちろん、今日の論壇においても、地域包括ケア的でない方向で人びとの健康を支えてゆくことを主張する論者はいまだ多い。「医療崩壊」論者はその典型である。筆者も論者たちの主張の背後にある医療問題の深刻さを憂慮する1人である。だが、医療に対する真摯な思いとはあべこべに、彼らは、必要とされるコストの大きさの割に、達成される利益の小さな改革を望んでいる。彼らの望みどおりの改革が行われるとき、到達するのは図における d の地点であり、そこで生ずるのは大きな財政負担と、多様な生活上の要求に対応するための連携を欠いた制度の乱立、もしくは生活要求を無視した治療医学の推進である。それは現状よりはケアの水準は高いかもしれないが、健やかな生活という新しい目標という観点からみて、地域包括ケアの可能性の平面上で目標とすべき地点ではない。

地域包括ケアの社会理論が目指すべき主要な論点は、図における b、c、d に向かうことを避けながら、いかに a の地点に到達することが可能であるかである。すなわち、行政・医療職・介護職・ボランティア・地域住民など多様な支援主体となり得る主体を結びつけ機能させる高度な連携、そのために必要となる資源投入を効率化するためのイノベーション、そして必要ならば一定の社会的・経済的コストを負担することに合意する社会、これらがいかにして可能となるかである。

地域包括ケアシステムの構築は、研究者・実践家・地域住民・行政・政治の幅広い連帯を必要とする大いなる挑戦である。多くの人びとがこの挑戦に加わって下さることを願っている。

---

<sup>5</sup> 地域社会にしかできない貢献を地域社会に委ねることと、地域社会により多く依存することの間には大きな違いがある(図 c 参照)。一般に、地域がより多くを負担可能なのは、基本的には地域の生活がより脅かされるという状況を必要とするかもしれない。この場合、地域が多く負担することと、より良い地域社会を建設することは矛盾する。

図 地域包括ケアシステムのヴァリエーション

