

# 歴史的必然としての地域包括ケア化

猪飼周平

一橋大学大学院社会学研究科

s.ikai@r.hit-u.ac.jp

## 1. はじめに

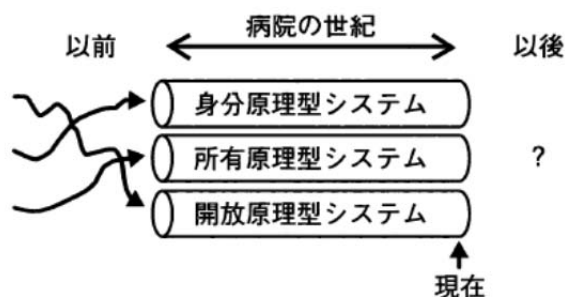
2010年3月に『病院の世紀の理論』(以後「本書」と表記)を上梓した。本書は、その過半が20世紀の医療の再検討に費やされている歴史的な書物で、医学・自然科学を学んでこられた方々にとっては、決して読みやすいものではないと思われる。それにもかかわらず、実践家、とりわけ在宅ケア・地域ケアの最前線に立っておられる医療職の方々が本書を辛抱強く読んで下さったと伺っている。この場を借りて心より御礼申し上げたい。

本書で論じられたことは、煎じ詰めれば次の5点にまとめられるだろう。第1に、20世紀が、治療医学への高い社会的期待によって特徴づけられた世紀であること、第2に、それともなつて、20世紀の医療供給システムのあり方も治療医学からみて合理的なものであることが求められたこと、第3に、20世紀の医療供給システムとして長期的に持続可能な型は3つのみであり、日本の医療システムはその1つ(所有原理型)であること、第4に、このような20世紀的医療のあり方は、19世紀以前の医療のあり方とも、21世紀における医療のあり方とも異なっていること、第5に、現在は、20世紀的医療の終焉の時代に位置しており、その終わり方からみて次代のケアシステムは、一種の地域包括ケアシステム<sup>1</sup>となると考えられること、である。本書では、このような強いシステム上の制約を受けた20世紀を「病院の世紀」と呼んだ(図1)<sup>2</sup>。

図1 病院の世紀概念図

<sup>1</sup> 本書では、従来から特定の地域ケアのあり方に「地域包括ケア」という名称が与えられる傾向があったことから、誤解を避けるために、本稿における「地域包括ケア」と同内容を「包括ケア」と表記している。

<sup>2</sup> 本書においては、イギリスを典型として欧州に広く存在する類型を「身分原理型」、アメリカにみられる類型を「開放原理型」、日本・韓国・台湾にみられる類型を「所有原理型」に分類している。この分類は、プライマリケア/セカンダリケアという2つの性格の異なる機能領域に、医療施設(診療所/病院)、医師(一般医/専門医)を配する方式の差異に基づくものである。詳しくは猪飼周平[2010a]第1章を参照されたい。



これまでに頂いた読者の反応をごく大雑把に総括すると、歴史家や社会学者など人文・社会科学系の研究者は、主に第1～4点までの部分における本書の論証の妥当性に関心を示してきた。実際、本書が提示した20世紀医療観は、従来正統とされてきた「医療の社会化」論や「開業医制度」論を全面的に覆す内容であったことから、本書は、それらの人びとに新たな研究パラダイムの提示したもとして受けとめられているようである。

これに対し、医療現場にかかわる実践家にとっては、上の第5点、すなわち本書が示すヘルスケアの将来展望の部分がもっとも関心のある部分であったようである。当然であろう。実践家は現在の課題と格闘しつつ、未来を作り上げる人びとである。このような人びとにとっては、本書がもたらす将来へ向けての含意こそがもっとも有用な知識であるということはいままでもないことだからである。

ただ、それだけでは本書が実践家から過分の反響を頂く理由を十分に説明したことにはならないであろう。というのも、将来的にヘルスケアが地域包括ケア化するという、第5点で示した展望自体に大して新味があったわけではないからである。このように未来を思い描いている人は、もとより決して少なかったわけではなく、またそのような未来を実現すべきであることを公に主張する論者も少なからず存在してきた。さらに、昨今では厚労省も在宅ケアを後押しするようになったこともあって、上のような展望に同調する人はさらに増加しつつあるように思われる。その点では、本書で述べたことは、それ自体としては意外性のないことであつたに違いない。

それにもかかわらず本書が、実践家から反響を頂く理由があつたとすればそれは何だつたのだろうか。思うに、本書が、ヘルスケアが病院医療中心のあり方から地域包括ケアへ移行すべきだと主張しているのではなく、地域包括ケアへの移行が、ある程度必然的であると主張していることにあつたのではないか。もちろん、そうあるべきだからといって実際にそうなるとはかぎらないから、将来を予測する言説としては前者よりも後者の方が強い言い方であることはたしかである。だが、それだけではない。この言い方の違いの背景には、ヘルスケアやそれに関する政策がいかに形作られるか、またいかに変容してゆくかという政治観・歴史観に関する本質的な相違が付随している。そのことで、本書に当惑された読者もあつたと思われると同時に、この新しいヘルスケア観こそが、現場で奮闘している実践家に、本書が提供したものであつたといえるのではないか。

そこで、以下では、従来の地域（包括）ケアに関する言説と、本書との間にあるヘルスケア観の違いについて、私自身が理解するところについて、述べさせて頂こうと思う<sup>3</sup>。

## 2. 病院の世紀の理論が提示したヘルスケア観

さて、まず考えておきたいのが、従前から行われてきた「地域包括ケアへ移行すべき」という主張が、どのようなヘルスケア観を前提としているかということである。いうまでもなく、このような主張は、社会運動やロビーイングなどを通じて政策を動かすことで、ヘルスケアを地域包括ケアへと近づけて行くことができるという政治観を前提としている。そのような政治観の下では、政策的決定とは、決定にかかわる人びとの利害や理念のぶつかり合いの結果であり、したがって、当事者の政治力のバランスや偶然によって、どのような方向にも向かい得るようなものである。とすれば、私たちは、つねに政策を監視し、それが誤った方向に進もうものなら、声を上げて阻止するように努めなければならないということになる。

私はこのような政治観に異議を唱えようとしているのではない。このような政治観はごく自然なもので、その本質は、ケアに問題があるなら力を合わせて改善しなければならないといっているにすぎない。だが一方で、このような政治観が歴史的時間に拡張適用できると考えるとすればどうか。いいかえると、上のような1つ1つの政治的決定が積み重なることが、ヘルスケアやその政策の時間的変容の決定的な要因であるといつてよいだろうか。実のところ、上のような政治観をもつ人びとは、暗黙にこのような「歴史観」への拡張適用をしがちである。

この「歴史観」はそれ自体として歴史観の1つではあるが、同時にそれは、政策学的には歴史が無意味であるという考え＝歴史に対するニヒリズムでもある。というのも、この「歴史観」によれば、未来を決定する要素は、出発点としての現状とそれを変化させる今後の政治的決定のみであるということになるので、未来を考えるために過去を参照する理由がなくなってしまうからである。実際のところ、このような世界認識のあり方は、ヘルスケア領域においては広くみられるものであるといえる。なんとなれば、すでに数度にわたって「地域包括ケア」に関する報告書が出されてきているが、いずれも、過去を参照するという姿勢が欠落しているという点で共通しているのである<sup>4</sup>。

<sup>3</sup> 本書の刊行に際しては、各所で本書の内容を要約的に説明する機会があった。手軽に「病院の世紀」を理解されたい読者は、次のものをご参照頂ければ幸いである。政策上のインパクトについては猪飼周平[2010b]「海図なき医療政策の終焉」『現代思想』2010年3月号98-113。本書における地域包括ケア化の議論を一步進めて展開したものとしては、猪飼周平[2011]「地域包括ケアの社会理論への課題」『社会政策』第2巻第3号21-38。看護職の将来展望のうち、助産師に関するものについては猪飼周平[2010c]「ヘルスケアの歴史転換と助産師」『助産雑誌』2010年10月号862-866。筆者の運営するウェブサイトにも関連情報がある (<http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/>)。

<sup>4</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

だが、このような「歴史観」は、時間の流れの中に込められた重要な力を見落としている。いいかえると、政治過程の当事者の理念や利害が偶然に支配されているとは限らないということである。第1に、当事者のすべてがある価値観を自明のものとして論争の対象ではなく前提としているような場合、政治的決定はその価値観に反する方向では決定できない。たとえば、「救命第一」の価値観をすべての当事者が前提としているかぎり、どのような論争があろうと、在宅ケアを積極的に推進するタイプの政策は決定できない。第2に、当事者の全員がある政策の実施を望んだとしても、それを実行可能とする条件が揃ってなければ、そのような政策は選択できない。たとえば、1970年代以降、病院による高齢者の受け入れ（いわゆる「社会的入院」）が進展したが、当時のような資本増強を可能とする資金がもっぱら医療法人のみに流れる一方で在宅・施設福祉共に未熟、という条件下では、大部分の医療関係者がそれを望ましいこととは考えていなかったとしても、「社会的入院」を容認する以外に事実上政策的選択肢は存在しなかった。これらは、政治過程の当事者は一見自由に闘争しているようにみえて、その実闘争の場や闘争の仕方を、より大局的な力によって縛られていることを示している。そして、そのような力こそは、比較的長い歴史的時間の中で変化するような力なのである。

本書は、局面における政治的決定の累積過程を超えて、またそこに参加する人びとの信念や利害を超えて、ヘルスケアの行く末を規定する大局的な力が歴史的時間の中にみられるということを示している。これは喩えていえば、列車の運転手と線路の関係のようなものである。すなわち、列車を直接走らせているのは運転手であり、運転を誤ると脱線するなど深刻な事態を招くという意味では、その重要性は大きい（局面における政治的決定に対応）。だがその一方で、列車がどこへ向かうのかについては線路によって決定されている（大局としての歴史）。もちろん、一般に歴史が「単線」的な線路に規定されているとはかぎらず、それは幾多の分岐を含んでいるかもしれない。だがいずれにせよ、この大局としての歴史は、個人や集団の信念や利害、局所における偶発的な政治的決定を超えて、人びとを、時間の経過とともに一定の方向に運んで行くような力として存在する。

地域包括ケアへの移行が必然的な事態であるという私の主張は、大局としての歴史が、ヘルスケアシステムをより地域的かつより包括的な性格を有するタイプのものへと導く方向へ「線路」を敷いていることを主張しているのである。このとき、政治観としては、局面の政治的決定よりも、その決定の可能性の限界を画そうとする力に本質をみることになり、また、歴史観も、人びとの思惑を超えてみられる長期的で大局的な規定力にその本質をみることになる（図2）<sup>5</sup>。

---

「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>5</sup> とはいえ、ここで提示した政治観・歴史観も決して特殊なものというわけではない（たとえばP. ピアソン[2010]『ポリティクス・イン・タイムー歴史・制度・社会分析』勁草書房）。おそらく、本誌の読者の中にも、このような世界観に馴染みのある方はおられるであろう。というのも、このような世界観はマルクス主義に典型的にみられるものだからである。したがって、従来から「医療の社会化」論などに馴染みのある方にとっては、上の議論には既視感であろう。ただし、私の提示した社会理論は、マルクス主義とは

図2 ヘルスケア観の比較

|                 | 政治観                            | 歴史観                                |
|-----------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 実践家に一般的なヘルスケア観  | 当事者の理念・利害のぶつかり合い               | 左のような政策決定過程の累積                     |
| 病院の世紀の理論のヘルスケア観 | ヘルスケアの可能性についての制約条件下での選択（「運転手」） | ヘルスケアの可能性の大枠を決定する大局的力の長期的な変化（「線路」） |

### 3. 病院の世紀から地域包括ケアへ

病院の世紀の理論によると、否応なく人びとは地域包括ケアを模索する方向へ誘導される。これは上の喩えでいえば、21世紀において敷かれた新しい「線路」にあたるものである。では、そのことがどのような実践的な意味をもつであろうか。

地域包括ケア化とは、地域ケアの実践家たちに馴染みのある表現である「キュアからケアへ」や「医学モデルから生活モデルへ」に対応している。これは、患者を医学的観点からみて病気でない状態を達成することから、良好な生活を実現することへと、ヘルスケアの目標＝健康概念の意味合いが転換することを意味する。ここで、地域包括ケア化が必然であるということの意味は、ヘルスケアの目標の転換を前提とすると、それに適合するヘルスケアシステムとして、より地域的（地域社会を舞台およびケア資源とする）性格と包括的（保健・医療・福祉が統合される）性格を強めたシステムが必要となるということである。新しい「線路」が敷かれたというのは、まさにこのような状況を意味している。

このことから導かれる実践的な意義を1点だけ述べておくとすれば、それは、地域包括ケアは決してそれ自体として私たちの目標にはならないということになる。歴史の大局的観点からみて、支援モデルが「生活モデル」へ進んで行く潮流はもはや動かしがたいものである<sup>6</sup>。その意味では、地域包括ケア化するかどうかという点ではすでに決着が着いている（もっとも、そのことを理解しない人は現在でも多いが）。

ここで重要なことは、地域包括ケア化それ自体が、決して私たちのケアがこれまでのものよりも良くなるということの意味しているわけではないという点である。このことは、20世紀の医療を振り返ってみればすぐわかる。実践家たちは、当時の価値観＝「線路」を

土台を共有していない。私の理解では、マルクス主義を含む経済還元論によっては、20世紀の医療のあり方を統制してきた力を説明することはできない。

<sup>6</sup> もちろん、生活モデル化については、まだまだ解明すべき点も多い。この点については猪飼[2011]を参照されたい。

前提として試行錯誤を重ね、結果として、20 世紀的観点に照らして、優れた「キュア」から劣った「キュア」まで様々なヴァリエーションが生まれた。21 世紀的状况も基本的にはこれと同じである。20 世紀と同様に、21 世紀の地域包括ケアにも、このままゆけば地域によって優劣に大きな差が生まれるであろう。とすれば、私たちにとっての実践的な目標は、地域包括ケア化ではなく、多様な地域包括ケアの可能性の中から優れたケアを選び取ることでなければならない。

では、そのとき、実際にケアを選び取るのは誰か。いうまでもなく、医師・看護師をはじめとする実践家こそがその役割を与えられた存在なのである。

---

#### 参考文献

猪飼周平[2010a]『病院の世紀の理論』有斐閣

猪飼周平[2010b]「海図なき医療政策の終焉」『現代思想』青土社（2010年3月号）

猪飼周平[2010c]「ヘルスケアの歴史転換と助産師」『助産雑誌』2010年10月号

猪飼周平[2011]「地域包括ケアの社会理論への課題 —健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』第2巻3号

ピアソン, P. [2010]『ポリティクス・イン・タイムー歴史・制度・社会分析』勁草書房