

海図なき医療政策の終焉

猪飼周平

医療政策の時間尺について

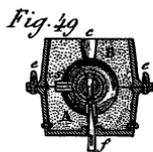
「一世紀ぶり」とは、どのくらい久しいことなのだろうか。大方の人生よりも長い期間であることから、それなりに久しいとみなしてよいだろうか。それとも四六億年もの歳月を刻んできた地球の歴史からみたら一瞬にすぎないというべきだろうか。いうまでもなく、一世紀の与える感覚的長さとは、どのような尺度で時間を捉えるかによって異なってくる。それ次第で、悠久にも等しい時間に感じられることもあれば、瞬きの間に感じられることもある。

それでは、人びとが一世紀という時間を捉えるとき、特定の尺度を選択することになんらかの根拠は存在するだろうか。たとえば、デイトリーダーのような投機家にとっては、一年後の市場の展望すら無限に遠い未来と感じられるだろう。というのも、彼らにとつて一年後の情報など投機にほとんど役立たないからである。彼らにと

って、そのような「遠い」未来を認識の枠内に位置づける時間尺など不要なのである。その意味では、彼らがそのような近視眼的な時間尺をもつことには、明確な根拠がある。そして、このような投機家の時間尺は、彼らのゲームのルールに叶った尺度であり、そのゲームのルールを定義しているのは、市場経済システムであるといつてよいだろう。とするなら、彼ら投機家の時間尺は、経済システムによって根拠づけられているといえる。

ただし、経済システムの変動は、投機家の時間尺で捉えられるような短い時間の刻み方をしていとはかぎらない。経済システムの変動には、数十年単位で捉えるべきものも、世紀単位で捉えるべきものもあるとすれば、経済システムは、その一要素たる投機家に短期的な時間尺を与えることによって、自らの変容を投機家から少なくとも部分的には不可測の位置に隠しているということになる。

このとき、投機家には、ゲームのルールは所与のものであり、ゲームのルールについて、思考するよりも、ルールに基づいて、思考すべき



であると感じられている。もちろん、彼らもゲームのルールが時々変わるということは経験的に知っているかもしれない。その意味では、彼らも自身が思考の対象としない経済システムの変動についてなにがしかのことは知っているといえるかもしれない。ただそのときでも、彼らは、ゲームのルールがいかなる理由で変更されるのかを考える暇があれば、新しいゲームのルールの中でいかにして勝つかを考えるのである。このような投機家たちは、二〇〇八年九月のリーマンショックに際して、「一〇〇年に一度の事態」と騒がれたときも、それがいかなる意味において一〇〇年に一度と言えるのかといった問題に与してはいなかった。むしろ、「一〇〇年に一度の事態」という人びとの認識が、今日明日の市況にどのような影響を与えるかを考えていたのである。そして、そこには、結果として、生き延びてこれからもゲームを続ける人びとと、大損に懲りてゲームから降りた人びとが出ただけであった。

さて、本稿において筆者が議論しようとしているのは、このような投機家と経済システムとの間にみられるのと類似の構図が、日本における医療政策コミュニティ（ここでは医療政策に何らかの関心と影響をもつ人びとの集合という意味で使っておこう）と医療供給システムとの間に成立しつづつあるということについてである⁽¹⁾。

日本の医療供給政策が概して近視眼的性格を強く帯びてきた、とは夙に指摘されてきたことである。もちろん、広範にわたる諸政策を十把一絡げに「近視眼的」と断ずるとすれば、言い過ぎであるということは筆者も承知している。だが、その一方で、戦後日本の医療供給政策を通覧するかぎり、医療供給システムのあり方に対して、基本デザインやそれへ向けての長期戦略が構想されたことがなかつ

たということもたしかなのである。それは、長期的に医療供給システムを展望する思考が、日本の医療政策においては永らく封じられてきたということの意味しているのであり、その意味において、日本の医療供給政策に関わる人びとの思考が短期的視野に偏してきたという認識には、一定の正当性がある。また、近年の日本の医療供給政策において、歴史的知識を参照することがほとんどなくなってきたということもこの点を裏書きしている。長期的未来を展望するために、最も頼りになる知識が歴史的知識であるということは、未来学などの研究方法を考えてみればあきらかだろう。だが、医療供給政策の領域では、そのような知識が価値あるものとはほとんど考えられていない。それは裏を返せば、短中期的視野の政策にしに関心もたれてこなかったということでもある。

このような状況にあつて、もし医療供給システムがおよそ一世紀ぶりの基底的な構造変動に投げ込まれたとすればどうなるだろうか。その変動が基底的であるかぎり、医療供給システムの要素である諸制度の一定部分は新陳代謝し、また存続するものもその機能的意義を変えつつ、システム内に新たな位置づけを見出すことになるだろう。このような変動が生じるとき、短期的な時間尺で医療システムをみる人びとの眼にはそれがどのように映るだろうか。

彼らは、生じつつあることが基底的な変化に由来するということを知覚しないだろう。その代わり、従来特定の領域で比較的穏やかなレベルで生じていた医療問題が、広範にかつ頻々と生ずるという事態に直面していることに気づくだろう。また、従来簡単に対処できた問題がきわめて難しい問題に変質していたり、その反対に、従来手をつけることができずに棚上げにされてきた問題に急に解決の

目処がついたりするという変化に気づくだろう。要するに、ゲームのルールが変更されているという状況に、自覚的でなく直面することになるだろう。

筆者の認識では、今日、日本の医療供給システムは、一世紀ぶりの大規模な変動の最中にある。とすれば、近視眼的医療政策と医療供給システムとの関係は、まさに投機家と経済システムとのそれに類するものとなってしまう。

もともと、投機家であれば、その正否がもたらす社会的影響は、運用額にもよるが全体社会からみれば部分的となることが期待できるかもしれない。その際、そもそも経済システムを監視している人びとが決して投機家だけではない、という点は決定的に重要である。これに対し、医療政策コミュニティが、投機家と同じ位置づけに甘んずるとすれば、彼らは、日本の医療全体を、海図をもたないまま航海させるような危険に曝すことになる。とすれば、われわれは、医療政策コミュニティがいかにして従来のような近視眼的な時間尺から脱出するかを考えねばならない。

だが、実のところ、このような日本の近視眼的医療政策は、従来それなりに有効に機能してきた。問題が生じれば手直しをし、文句をいう者があれば妥協点を探る、諸外国で上手くいっているものがあれば部分的に導入を図り、これらで対応できない問題については棚上げしておく、これで医療システムはそれなりに回ってきたのである。ある著名な医療政策学者が、とある学会の席で「五年より先のことは考えない」と宣言するのを耳にしたとき、筆者が特段驚きを感じなかったのは、日本の近視眼的医療政策の中で現出した成功物語から、彼がそのような教訓を学んだとしても不思議はないと思

われたからである。

このような成功体験を乗り、越えて、医療政策コミュニティが長期の展望の重要性を認識するためには、冒頭の投機家になぞらえていえば、次の二点をあきらかにすることが必要だろう。すなわち、第一に、日本の近視眼的医療供給政策を永らく有効なものとしてきた条件とは何かをあきらかにすることである。そして、第二に、その短期的思考によって、医療供給システムのいかなる変動が不可測なものとして隠されてきたといえるか、ということをあきらかにすることである。これらの作業を通じて、従来の医療政策における短期的な時間尺の有効性が、それを可能とした歴史的に特殊な医療供給システムのあり方によって根拠づけられていたこと、そしてその根拠が今日失われつつあるということを示すことができよう。

治療医学の時代としての二〇世紀

二〇世紀の医療にみられ、それ以前の医療にみられなかったもの。それは、治療医学に対する高い社会的期待であった。今日でもわれわれには、病気の原因を取り除く治療することがもともと根本的な対処法であると考える習慣が色濃く残存しているが、これは、歴史にみれば、すぐれて二〇世紀の思考であるといえる。というのも、一九世紀以前においては、医学および医療技術の力では、大部分の病気を治すことができなかったために、そのように考える前提条件が存在しなかったからである。

医学・医療技術の集積の程度が低ければ、今日われわれが考えるような病院も成立しない。実際、一九世紀までの病院の存在理由は、

治療上の利点にあったのではなく、貧困な病人の保護という福祉的機能にあったのである。医師も、社会の中では概して教養ある人びとではあったが、患者を治す力に欠けているかぎり、高い社会的威信を纏うことはできなかった。また患者の側も、医師の方針に唯々諾々と従う理由を持ち合わせてはいなかった。要するに、二〇世紀的状况とは、一九世紀的状况においては種々の社会サービスの一つにすぎなかった医療が、人びとの病を効果的に治すことを証明し、また社会の側もそれに大いに期待するように転換することがもたらしたものである。

いうまでもなく、一九世紀的状况に変化をもたらした最大の要因は、治療医学・医療技術の進歩であった。そこには、主に一九世紀中葉以降、麻醉法・消毒法という今日の外科手術の基盤技術の発明、聴診器や血圧計に端を発する各種機器の開発、清潔な病棟の重要性の認識の広まり、そしてなにより医学的知識の加速度的な深まりがあった。その結果、二〇世紀初頭には治療医学の有効性が社会的に認知されるまでになったのである。

このような治療医学の進歩の成果を社会に還元することができた地域は、二〇世紀初頭時点においては、ヨーロッパ・北米・日本にほぼかぎられていたが、これらの地域では、以降医療供給をめぐる状況は、大きく変動することとなった。

第一に、医療供給システムが、治療医学的観点からみて合理的なものへと再編されていったことである。第二に、高い権威を帯びた医療専門職とそれを受忍する患者の関係が形成されたことである。第三に、社会全層に医療サービスを行き渡らせることを求める圧力が社会の側に形成されたことである。

医療システム内部には、専門的かつ高度な治療を行う領域としてのセカンダリケアが発達し、残余領域にプライマリケアと機能的分業関係が形成されていった。これに対応して、病院がセカンダリケアを主に担う施設として一九世紀的条件から脱し、文字通り医療の中心としてのメディカルセンターへと変貌していった。そして、主にプライマリケアを担う診療所との間に施設間分業が形成されることとなった。また治療技術の直接の体現者である医師の側でも、セカンダリケアに対応しうる医師（*Specialist*）が出現した。いうまでもなく、このような医療供給システムの再編には、大きな経済的・社会的資源の投入が必要であったことから、それが実際に生ずるためには、社会が治療医学の社会への還元を強く期待することが必要であった。

医師と患者との間に強い権威的な関係が築かれるようになったのもこの時期以降である。今日の医師の助言に常に含まれる「私のいうことを聞かないと、どうなっても知りませんよ」という響きがなんらかの強制力をもつ根拠は、いうまでもなく治療医学の信頼性にほかならない。治療医学が信頼するに足る存在でなければ、医師の助言は、単なる意見にすぎない。聞くも聞かぬも患者次第ということになる。これに対し、治療医学の有効性を信ずるかぎり、患者は、医師の助言を無視すれば重大な結果を招く可能性を覚悟しなければならぬ。われわれは各国の医療史から二〇世紀の早い時期に、このような権威的な医師―患者関係が形成されたことを知っているが、その最大の根拠は、治療医学・技術に対する社会的信頼の形成にあったのである。

また、二〇世紀前半は日本を含む各国において医療の恩恵を資力

に欠ける人びとも行き渡らせることを求める社会的圧力が高まった時期であった。二〇世紀前半という時期は、医療に対する社会的期待が高まっていた一方で、そのニーズを充足することに熱心な国家は福祉国家が確立する二〇世紀後半との隙間の時代でもあった。このため人びとの医療サービスに対する欠乏感が高まった時代であったといえることができる。日本でも、「医療の社会化」運動として知られる医療の社会全層への普及を求めるさまざまな運動が一九一〇年代以降叢生したが、その背景にはこのような治療医学・技術への期待の裏返しとしての欠乏感が存在していたのである。

病院の世紀における医療供給システムの三類型

二〇世紀医療の特徴についても一段掘り下げておこう。すでに述べたように、二〇世紀医療の最も重要な特徴は、治療医学に対する高い社会的期待であった。そしてこのことが、二〇世紀の医療供給システムに対して与えた最も大きな影響の一つは、それが実現可能な医療供給システムの構造に強い制限を課したということである。筆者は、この強い制限が課せられた時代という意味合いを込めて、二〇世紀を「病院の世紀」とよんでいる。以下では、病院の世紀の理論の中核となる三つの基本認識について概略を紹介させていただくこととしたい。

先にみたように、二〇世紀に入ると、医療供給システムはセカンダリケア／プライマリケアという階層的な機能分業構造をもつようになった。これが実際に機能するためには、病院と診療所という二種類の施設を配置する必要がある、またそれらの施設に、その特性

にあった知識・技能を有する医師を配置する必要がある。実は、この機能・施設・医師の三者を組み合わせることで維持可能な医療供給システムとする方法には三通りのヴァリエーションしかない。これが病院の世紀の第一の基本認識である。

可能なシステムの一つはイギリスに典型的にみられてきたものである。イギリスでは、セカンダリケアは病院に専門医、プライマリケアは診療所、一般医という形で、施設・医師ともに各機能領域に棲み分けている。このタイプのシステムにおいて重要な点は、一般医がキャリアの比較的初期から専門医と分離養成されるので、セカンダリケアの担当能力を備えていないということである。診療所がプライマリケアに特化する状況は、一般医の能力要件から必然的に発生する。その意味で、医療領域が二つに明確に分離するシステムのあるという点に求められる。このタイプのシステムは、欧州諸国およびオセアニア、カナダに広がっている。

第二の可能なシステムはアメリカにみられてきたものである。アメリカでは、セカンダリケアだけでなくプライマリケアも専門医が担当する。いいかえれば、アメリカの医師は専門医一本で構成されている。このとき問題となるのが、プライマリケアに従事する専門医のセカンダリケアへのアクセスである。これが可能でなければ、プライマリケアに専門医を張り付けるシステムは長期的には維持できない。というのも、そこには医師養成に関する人的資本投資が過剰となるという問題が発生するからである。とすれば、専門医一本の医師集団が維持されるためには、彼らのセカンダリケアへのアクセスを保証するメカニズムが必要である。アメリカでは、病院が近

在の医師に対して広くその利用機会を開放することによってそれを保証してきた。その結果、アメリカでは医師は、通常自前の診療所と病院との間を往き来しながら診療する、プライマリケア・セカンダリケア兼務医となっているのである。

そして第三の可能なシステムが日本にみられてきたものである。日本では、アメリカ同様医師は専門医一本のシステムとなっている。したがって、アメリカで生ずるのと同じ問題を抱えることとなる。だが、この解決の方法に関して、日本の医療供給システムはアメリカとは異なる道を選択した。すなわち、日本では、原則としてすべての医師が、自前の施設に病床を設けることによってセカンダリケアへのアクセスを可能としたのである。後でもう少し立ち入った議論をするが、日本の医療システムについて従来からいわれてきた「特徴」の多くは、この日本が選択した医療システムの型からほぼ説明できる。

いずれにせよ、病院の世紀においては、この三つの医療供給システムの型は、医師の身分構造と、病床を医師自身が所有するかどうか、という二つのパラメータで分岐する。これが、病院の世紀に関する第一の基本認識の基本的なアイデアである(図1)。

病院の世紀に関する第二の基本認識は、医療供給システムの型がもつ歴史的頑健性に関するものである。二〇世紀初頭において、治療医学・技術の進歩を供給システムに表現することが可能であった日本を含む先進諸国では、国によって多少の遅速の差はあっても概ね二〇世紀の第一四半期の間には、三つの可能な型のうち一つを選択していた。そして、興味深いことに、これらの国々ではその後、二〇世紀を通じてそれぞれ選択したシステム型を途中で別のものに取り替

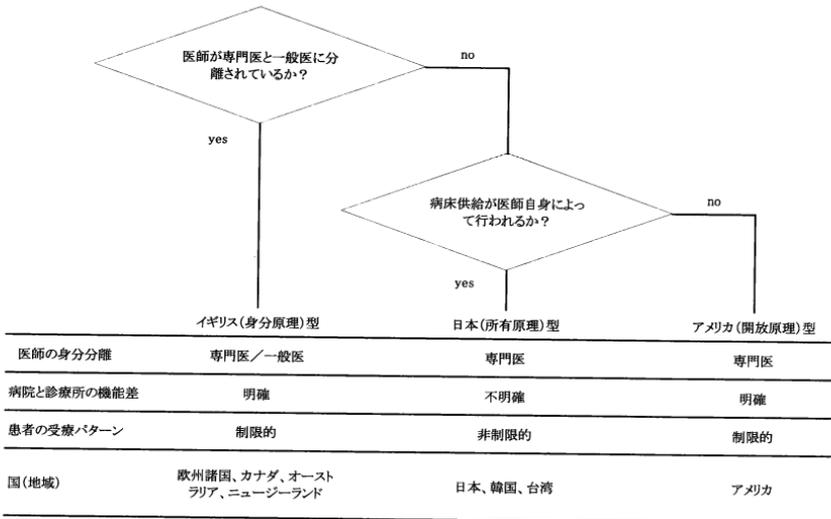


図1 医療供給システム分類のアルゴリズム

えることなく維持してきている。このことは、システム型の選択が、およそ一世紀という長期にわたる医療システムの発展の型ないしそれを規律する制約条件の選択であったということを示している。

そして、病院の世紀に関する第三の基本認識は、このような医療供給システムおよびその発展の型に関する強い制限が、治療医学に對する強い社会的期待の中で生まれた二〇世紀的条件であるということである。病院の世紀において選択可能なシステムは、いずれも二〇世紀に生成した高度な医療領域にセカンダリケアに対応するための形式であり、それを必要とする治療医学・技術とそれを患者に応用することを求める社会の両方を必要とする。その意味では、病院の世紀とは、二〇世紀が治療医学の時代となったことの医療供給システムの表現であるということが出来る。

病院の世紀における日本の医療供給システム

前節の議論を踏まえると、日本の医療供給システムは、病院の世紀に入るに際して、二つの制約条件を選択したことになる。第一の条件は、医師集団が、基本的にすべての医師が実質的に専門医であるような集団として維持されるということである。第二の条件は、専門医のセカンダリケアへのアクセスが、医師自身が病床を所有することによって担保されるということである②。

もっとも、この二つの条件が提示されただけで、医療供給システムがどのような特徴を示すようになるのかについて直ちに想起することは困難かもしれない。そこで、表をみてみよう。ここに挙げた一三項目は、いずれも日本の医療供給システムの特徴として、従来

から指摘されてきたものばかりである。と同時に、従来から指摘されてきたものすべてではなくとも主だったものが含まれているといえよう。実は、これらはいずれも日本の医療供給システムが上の二つの条件を選択したことを主因として説明される特徴のリストなのである。

まず、開業医も病院勤務医と基本的に変わらない専門性を有する点⑩は、第一の条件そのものである。また、病院が原則として医師を直接雇用し病院外の開業医の病院利用を閉ざす慣行⑥の存在は、第二の条件である医師による病床所有慣行の前提を構成する要件である。

医師が自ら病床を開設し所有する慣行が一般化した医療供給システムにおいては、どのような入院施設を開設するかは各医師の裁量に任されることになるので、医師の能力や意欲に応じて、膨大な個人病院・有床診療所を裾野とする大小さまざまの入院施設が成立する。ここでは、病院と診療所の間には明確な境界線が存在せず、両者の差異は機能の差よりも規模の差という側面を強くもつことになる。このため、病院と診療所は多分に競合的な関係に入ることになる④。このとき、病床を備えセカンダリケア機能の一翼を担う有床診療所（病床を有しているのに病院ではなく診療所）が大量に存在する一方で、病院にも比較的大きなプライマリケアを担う外来部門が存在することになる⑤。

病院と診療所が機能的に競合しているということは、ある特定の医療機関だけがプライマリケアを提供するシステムと異なり、さまざまな方法で医療へアクセスすることを許容するシステムとなる①。自由な医療へのアクセスが可能であれば、個々の患者の受療

	日本	英国	米国
医療の利用	① アクセスの自由度の高さ（いわゆる「フリーアクセス」）	×	△
	② 診療時間の長さ（いわゆる「3時間待って3分間診療」）	×	×
	③ 私立病院による高齢者受入れ（いわゆる「社会的入院」）	×	×
医療機関	④ 病院と診療所の競合的關係	×	×
	⑤ 大きな病院外来部門の存在	×	×
	⑥ 病院による医師の直接雇用と外部者への閉鎖性	○	×
	⑦ 私立病院・病床ストックの比率の高さ	×	×
	⑧ 病床の施設間における分散的分布	×	×
	⑨ 高額医療機器の分散的配置および保有台数合計の大きさ	×	×
医療職	⑩ 開業医の高い専門性	×	○
	⑪ かかりつけ医が未確立	×	×
	⑫ 看護職における正/准構造	×	△
	⑬ 医局制度における平等主義的人事（戦後）	×	×

表 20世紀日本における医療供給システムの特徴

パターンも自由度が大きくなり、医師と患者の安定的な関係を維持することも難しくなる(⑩)。また、患者の受診総量も大きくなるので、患者一人あたりの診療時間は短くなる傾向をもつことになる(⑫)。

また、原則としてすべての医師が自ら病床を所有する機会をもつ医療供給システムにおいては、自ずと病院・診療所ストックに占める開業医の開設する私立病院(戦後の行政区分では、医療法人立病院と個人立病院)の比率が高くなる(⑦)とともに、病床が施設間に分散的に分布するシステムとなる(⑧)。すると当然ながら、経営的に可能な限り高度医療機器も分散的に分布するようになり、結果保有台数合計も多くなる(⑨)。

分散的・階層的入院施設構造に対して看護職を充当しようとする、看護職の側も重層的な労働市場を形成しやすい。これにより、より安価な看護力を求める主に開業医によって開設された中小規模の入院施設向けにカスタマイズされた資格準看護師の必要が労働需要側から形成されることになる(⑫)。医師についても、将来開業医になる者と勤務医としてキャリアを歩む者とを差別しないキャリア構造が形成される。医局制度はその戦後版という意味を有してきた(⑬)。いわゆる「社会的入院」(③)については、やや立ち入った解説が必要なのでここで結論だけのべるが、これも20世紀日本の医療供給システムが選択した二つの条件がなければ生じなかった現象であるといえる(3)。

このように、病院の世紀は、日本の医療供給システムについて強い規定力を有してきたといえる。では、このことからわれわれはどのような含意を見出すことができるであろうか。

第一に、病院の世紀が、医療供給システムの広範な領域において規律の網の目を巡らしてきたということである。これは、病院の世紀が、日本の医療供給システムに対して高い説明力を有する概念装置であることを示している。しかも、驚くべきことに、根源をたどれば医療供給システムの実に多様な特徴群が、二値パラメータのスイッチ二つの選択に由来しているのである。

第二に、これは病院の世紀の第二の基本認識と組み合わせることので出てくる含意であるが、およそ一世紀にわたって、日本の医療供給システムは、規律の網の目によってがっちり型にはめ込まれてきたということである。このことは、病院の世紀の規律に抵触する改革が、比較的最近まですべて挫折させられてきたということのみればあきらかである。一九四八年の医療法制定時における小規模医療施設への入院制限策の失敗（四八時間問題）を皮切りに、イギリス的な専門医と一般医を分離することを意図した専門医制度導入の挫折、医師会によるアメリカ的なオープン病院導入策の挫折、家庭医制度導入の失敗など、病院の世紀の規律に抵触する内容を含む改革が、ことごとく挫折に終わっていることを確認することができる。このことは、日本の医療供給システムの進む道が、医療政策の如何にかかわらずあらかじめ定まっていたということを意味している。

第三に、二〇世紀医療政策の近視眼的性格の根柢を医療供給システムのあり方が与えてきたということである。線路の上を走る列車にとつてもっとも大切なことは、目的地が何処にあるかではなく、レールから脱線しないことにはかならない。同様に、病院の世紀によつて強く規律されてきた二〇世紀日本の医療供給政策にとつて最も重要なことは、医療の長期的見通しではなく、目の前の医療問題

を一つ一つ片付けてゆくことにほかならなかった。かくして、二〇世紀は、病院の世紀によつて、長期的な見通しをもった医療政策を必要としない時代となっていたのである。

病院の世紀の終焉と包括ケアシステム

このように二〇世紀の医療供給システムを規律してきた病院の世紀が、今日終焉を迎えつつあるとしたらどうだろうか。あるいは、今日の医療を巡るさまざまな事態が、病院の世紀の終焉の過程で生じているとしたらどうだろうか。

振り返ってみよう。医療供給システムに対して病院の世紀的規律が作用するためには、一つの大前提が存在していた。それは、治療医学に対する大きな社会的期待が存在していることであつた。病院の世紀的規律とは、治療医学に対する大きな社会的期待が医療供給システムに表現される際の条件にほかならない。とすれば、逆に、治療医学に対する社会的期待が減退したり、より有効な健康戦略を社会が見出したりすれば、病院の世紀を成立させる前提が崩れることになる。そして、そのような治療医学に対する社会的期待の絶対的あるいは相対的な減退という事態は、現実に行進している。

この事態が、日本でも高齢者医療の領域からすでに進行しつつあることを確認することは難しくない。というのも、われわれはすでにこの事態について多くのことを知っているからである。知られていないのは、この馴染み深い事態がおよそ一世紀ぶりの医療の基底の変動と結びついているという点だけである。

以下では、高齢者医療・福祉の領域で広く浸透し、すっかり日常

語となつてゐる「生活の質」(quality of life: QOL)からこの点を確認してみよう。実は、この概念が高齢者の間に浸透していること、この点に病院の世紀の終焉が実際に進行しているということが集約的に示されている。

二〇世紀においては、医療の目標は健康とは、病気が除去された状態とみなされてきたといえよう(4)。このような健康概念には、われわれの健康/不健康にとつて、病気を除去する唯一の手段として医学的治療こそが決定的な要因であるという認識が前提として含まれていた。だが、疾病構造が生活習慣病中心へと移行しつつ長寿化した社会においては、治療医学の役割は、自ずと限界に直面することになる。というのも、生活習慣病も老化も現在の治療医学によつては「治療」することはできないために、われわれは病氣・障害が除去されないまま長生きしなければならないからである。このとき、われわれは、病氣・障害を抱えながらいかに良好な生活を再建するかという問題に正面から対峙することになる。

健康を生活の質から評価しようとする思想は、障害者福祉領域で発達してきた「生活モデル」という障害およびその解決法の解釈図式の中核思想となつて、この高齢者の生活再建の問題に解答を与える。脳卒中を事例にとると、その急性期においては、集中的に医学的治療を施さなければ患者は死んでしまうので、医学的治療への依存は大きい。だが、急性期を脱しても、たとえば、手の麻痺(機能障害)が残り、そのために字を書くことができず(能力障害)、結果、人びととのコミュニケーションに困難が生じる(社会的不利)かもしれない。このとき、治療医学にできることは多くの場合限界がある。ここで、目標を、病気を治すことから、病気が完全に治らずと

も、満足のゆく生活状況を作ること(=「生活モデル」)へと切り替えることで、新たな可能性が開けてくる。すなわち、リハビリによつて機能障害が緩和できるかもしれない、また、それが無理でも、代替的な方法(口を使うなど)や他者の助けによつて字を書くことができるようになる(能力障害の除去)かもしれない。また、セルフヘルプグループや他者の支援を受けることによつて麻痺があつても人びととの交流ができる(社会的不利の除去)かもしれない。このように、「生活モデル」を前提とすると、疾病などによつて受けた障害の苦痛や困難を解決したり緩和したりする方法が、治療医学の外側に開かれていくことになるのである(5)。

ここで「生活モデル」は、生活の質に基づく健康概念を、従来のメタレベルの目的概念として措定することで、医学的治療を、目的を達成する手段の一つとして位置づけ直し、医学的治療以外の方法で同じ目標を達成するオルタナティブな手段に対して、治療医学と同等の信認を与えている。もし、この疾病・障害認識の枠組みが社会に広く浸透すれば、病院の世紀はその根底から揺さぶられることになる。とすれば、このような生活の質という概念が人口の二割を構成する高齢者に浸透しつつある、ということとは、現実には、病院の世紀が終焉の過程にすでに入つていくことを意味することになる。

このとき、二〇世紀的医療供給システムは、この新しい健康概念に基づく社会システムとしては十分に機能しない。新しい健康概念に適合する社会システムにおいては、治療医学の特権的地位は剥奪され、われわれの健康に資する多種多様な支援システムがより水平的な連携の下に作動することになる。それは、もはや医療システムではなく、一種の包括ケアシステムである。そこにおいては、二〇

世紀において医療とよばれてきた治療医学の領域は、健康にとつて依然として重要ではあるが、あくまでそれを達成する手段の一つを提供するサブシステムの位置へと後退させられることになる。包括ケアシステムにおいては、その全域に、医学的知識・技能を必要とする領域が拡大する一方で、逆に従来の医療領域にも生活の論理が流れ込んでくるのである。このような新たなシステムにおいては、もはや病院の世紀的規律は機能しない。

では、病院の世紀が終焉を迎えているとして、われわれが次に手にする包括ケアシステムとはどのようなものであろうか。ここでは、健康概念の転換がもたらすインパクトの範囲で述べておきたい。

まず、健康の評価基準が疾病の不在から生活の質へ移行するということは、ある目的を有する社会システムが目標を別のものに変更するということとは全く違っている。

第一に、生活の質とは、究極的にはそれが何を意味するのかについて、当の本人を含め知る者がないために、客観的な目標設定のための準拠点を与えない。従来であれば何をもって疾病が除去された状態とするかについては、医学という、限定的ではあっても一定の客観性を備えた知識体系がその基準を与えてくれた。そして、その基準はそれについてもっともよく知る専門家が参照すればよかった。これに対し、生活の質が目標となる場合、そのような客観的専門性の形成は、原理的に拒否されることになる⁽⁶⁾。

第二に、日常的状况においては、われわれはより便宜的立場から快適さや幸福感といった経験可能な感覚によつてそれを暫定的に判定するが、その場合でも、良好な生活の質に関与する要因に関する情報が、主に本人やその生活環境にあるということである。これは、

生活の質に関する情報を得る上で、病院の医師やその他の医療職は不利な立場にあることを意味する。従来の医学的治療においては、有用な情報がむしろ病院やそこにいる医師に集中してきたことを考えれば、情報の所在の重心が在宅方向に大きく動くことになる。とすれば、本人はもとより、生活の質に関与する社会サービスの提供者の活動の現場も、より在宅方向に移行することは不可避である。

第三に、在宅での療養に際し、本人が必要とする多種多様な支援を可能とする社会資源を調達できるのは、地域社会以外にない。とすれば、本人に対する支援には、本人と地域社会との接続を支援する役割が大きな位置を占めることになる。また支援する側も地域社会の一員であるかそれと密接な関係をもつことが求められることになる。

以上は、健康概念の転換の意義についてのごく粗い素描にすぎないが、それでもきたる包括ケアシステムのあり方についてなにかの方向性を見出すことはできよう。すなわち、包括ケアシステムにおいて、支援の方法も、支援の場所も、支援者の顔ぶれも、支援に際しての専門性のあり方も大きく変化すること、これらはほぼ確実に起きるだろう。そして、なにより、究極的には探索過程の彼岸としてのみ存在する生活の質から具体的目標を生成するための論理をいかにして見出すか、この問いが、新たなケアシステムにおける最も根底的な問いの一つになるだろう。

ところで、健康概念の転換のインパクトに関してもう一点言及しておくべきことがある。それは、このインパクトが、外生ショックとしての性格を強くもっているということである。このことは、病院の世紀における医療供給システムが内的要因によつて破綻したわ

けではないということの意味している。健康概念の転換に伴って、包括ケアシステムの全面的な再編が進行しつつあることと、治療医学が更なる進歩へ向かっていること、この二つが両立する根拠がここにある。いいかえると、きたる包括ケアシステムの中には、二〇世紀的治療医学の伝統を引き継ぎ、それをより進歩・高度化させてゆく領域も含まれることになる。高度な専門的・先端的医療機能に特化を急ぐ先端的な病院群がそれである。これらの病院にとって、治療必要度の低い患者の入院は病院の運営の効率や医療従事者の技能形成を阻害する要因となる。そのような病院にとって望ましいのは、濃厚な治療・管理の必要な重症患者のみ入院させ、急性期を脱した際にはできるだけ早く退院させることである。そして、慢性期患者を病床に留め置くかわりに次の急性期の患者を入院させることである。このとき、病院の中では、診療内容は濃厚な治療・管理の連続となる。

この治療医学の進歩が健康システムに与える影響が、健康概念の転換による影響と干渉し合うというよりは補完的な関係にある、ということとは興味深いことである。というのも、病院がもつばら急性期患者に対応する傾向を強めてゆけば、濃厚な治療サービスを必要としない患者は、急性期病院の外側（在宅方向）に押し出されてゆくことになるが、それは患者・障害者を在宅方面に引つ張ろうとする包括ケアシステムの引力と基本的に同じ方向を向いているからである。もつとも、同時にこれら二つの力の目的が異なっているということには留意しておかなければならない。というのも、一方では生活の質を引き上げるために施設から遠ざかるのに対し、他方では、患者の生活の質がどうであれ、病院の高度化を達成するために

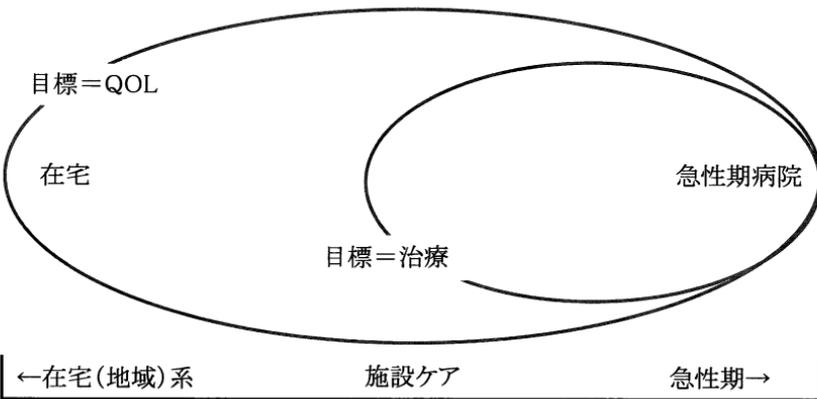


図2 包括ケアにおける二つの目標

患者を施設から遠ざけるからである。いずれにせよ総じていえば、包括ケアシステムの形成は、両極における二つの磁場を軸におこなわれることになる(図2)。それは、人的資源・物的資源が、システムの両端に吸引される一方で、患者・障害者は基本的に在宅方向に継続的に吸引されるシステムである。

本節の最後に、包括ケアシステムの経済性について、病院の世紀の終焉からの含意について論じておこう。これまで厚生労働省は、在宅医療・地域福祉を活性化させることで医療・福祉の社会的コストを抑えようとしてきたし、またそれが可能であることを主張してきた。このため、在宅・地域に大きく展開した包括ケアシステムも割安なケアシステムになると認識する読者があるかもしれない。だが、長期的にみれば包括ケアシステムがより大きな社会的・経済的コストの上に成り立つシステムであることはあきらかである。これは同じサービスを施設ケアとして行うのに比して、在宅ケアとして行うことがはるかに高コストであることを考えてみるだけでもわかる。その意味では、包括ケアシステムとは、人びとが対価を支払って手に入れるべき贅沢品の一種でもある。とすれば、今後われわれは、包括ケアシステムを構築・運用するに際し、従来よりも厳しいレベルで効率性を問われるであろう。このときわれわれは、ここで効率化が、われわれから健やかに生きる可能性を奪い取ろうとするものとは異なるものであるということを認識する必要がある。はつきりしていることは、効率性を主張する議論の向かう側にめざすべき理想が存在しているかを確認し、存在していれば効率化に伴う代償に値するかどうかを秤量する思考習慣が重要になる時代が到来しつつあるということである。

基本デザインを構想する思考

われわれが次に手にすべきケアが包括ケアとしての性格を有している、ということは争う余地がないだろう。というのも、病院の世紀の終わり方が、さしあたり次代のシステムが包括ケアであることを指示しているからである。だが、その一方で、どのような包括ケアシステムが好ましく、また実現可能であるのかについて、われわれが、今のところ確実な知識を形成していないのも事実である。事態はすでに進行しており、日本でも各地で保健・医療・福祉を統合してゆく方法について試行錯誤が始まっている。ただし、これらの個別試行の意義を整理・理解する認識枠組みが存在していないために、目下これらの試行は、事例集を分厚くするに留まっている。いうまでもなく、そこに欠けているのは、包括ケアシステムの基本デザインに関する理解と基本デザインを実現する上で必要となる長期的な時間尺に基づく思考である。

二〇世紀においても、われわれは、医療供給システムに関する基本デザインについて理解していたわけではなかった。だが、われわれが知らずとも、そこには医療のあり方を明確に指示する基本デザインそれ自体は存在していたのである。このとき、われわれが、医療供給システムの基本デザインについてではなく、基本デザインに基づいて思考することは、状況への適応であり得た。その意味では、二〇世紀の医療政策が近視眼的・对症治疗的性格を帯びていたことにも相応の必然性があったといえる。

だが、病院の世紀の幕が引かれた後の時代においても、基本デザ

インについて思考しないとすればどうだろうか。まさに冒頭で述べた、投機家と経済システムの構図がそこに現れることになるのではないか。二一世紀においても、病院の世紀的規律に対応するような、われわれの認識を越えたレベルでの基本デザインが自動生成するという保証はない。とすれば、二〇世紀的医療に適應する思考法が、現状に対して不適応を起こす可能性があるということを理解すること、これが医療政策コミュニティにとって重要なことであるといえる。

その際、従来の制約から離れ、かなりの自由度をもって基本デザインを考えることが可能な状況が生まれているということについては、強調しておくべきであろう。というのも表で示した二〇世紀日本における医療供給システムの特徴は、すでにその存在理由を喪失しているからである。その点からいえば、表に示されているのは、遅かれ早かれ解体してゆく特徴の目録である。包括ケアシステムの構築に際して、われわれは既存の構築物の修復をするのではない。われわれは、あたかも一旦ばらした積み木を別の構造物を作るために積み直す作業のようなものとして、既存の要素を生かしながらも、それらを一つ一つ新たなシステムとして組み直す作業を実行するのである。

だが、翻って論壇を見渡したとき、基本デザインを長期的観点から構想することの重要性についての認識は、いまだ前提されているとはいえない。

二〇〇六年小松秀樹医師が「医療崩壊」という用語で現在の医療がきわめて深刻な危機に瀕しているという告発を行って以降、これに共鳴する声が各所から上がり、結果として、医療の至る所で「崩

壊」が進行しているという常識が形成されているように思われる。そして、これまた多くの論者が、この「崩壊」の原因を医療への資源投入の不足に見出し、その結果、各所で進行している「崩壊」を食い止めるためには、潤沢な財政投入が不可避であるというもう一つの常識が形成されているように思われる。もちろんこれらの常識の背後には、現実が生じている医療現場の困難があり、その重大さには否定し難いものがある。

だが、一方で、「医療崩壊」に関する議論が概して近視眼的性格を有しているということも確認しておかなければならない。それは、医療政策が財政拡張に転じ、大きな資源投入が行われたとしたときに、どのような医療ないしケアを手にするべきであるかについて、「医療崩壊」論ではほとんど議論されていないということである。そこでなされてきたのは、もっぱら目下の医師不足、自治体病院の経営危機、医師患者間の相互不信などに対して、いかなる対症療法を講ずるかについての議論であったのである。

たとえば、「医療崩壊」論議から生まれた政治的圧力が、医学部定員増という政治的決定を導いたことは、論壇の近視眼的視野が政策を危うくする可能性を示す典型例であるといえよう。この政策に短期的効果がないという点は措くとしても、医学部定員増の影響が全面的に現れるのは、一世代後、すなわち四半世紀後である。そのときにわれわれの医療がいかなる状況になっているのかを正しく把握することは困難であるとしても、その未来について考察することなく医学部定員増が決定されるとすれば、それは単なる政治的賭けにすぎない。今後医療を含むケアの世界は大きく変化してゆく。医療を行う場所も、必要な能力も、看護師やその他の医療・介護関連

職種との連携のあり方も、ケアへの地域社会の関わりも、そしてそれを賄う社会保険システムも、すべて長期的には変容せずにはいない。医師数も、これらの諸変数の一つであり、人口モデルをベースとした医療需要予測からそれを直線的に導出することはできない。今次の決定に際して、政策コミュニティがこのような諸変数を考慮していたとはいえないだろう。もつとも医師定員増という政策だけみれば、結果的に正しい政策であるかもしれないし、医師増員があるうとも帳尻が合うように包括ケアシステムを構築することも可能かもしれない。だが、少なくともこのような短期的な視野のままで長期的影響の残る政治的決定を行うということが今後も続けば、われわれのケアシステムが漂流する運命を辿ることは避けられないだろう。

その一方で、「医療崩壊」を論ずる人びとはそのように考えないかもしれないが、基本デザインを長期的に展望する観点からみると、彼らの議論は、包括ケアシステム構築に際して解かなければならない以下の三つの長期的な課題に直結していると評価することもできる。

第一に、医師数に関する議論をより一般化した課題、すなわち行政職・医療職・介護職・ボランティア・近隣住民などの人的資源をどのように組み合わせるかという課題である。包括ケアシステムにおいては、支援の主役はおそらく医師ではない。むしろ主役は、生活の質に直結する人間関係資本をコントロールできる人びとである。そのような人びとを含むネットワークそれ自体であろう。この支援のネットワークのなんたるかに医師数などの変数は規定されると考えるべきだろう。

第二に、支援する者とされる者との信頼をいかにして構築するか

という課題である。「立ち去り型サボタージュ」論などがあきらかにしたように、医師と患者の関係は、前者が後者を収奪する可能性だけを警戒しておけばよかつた二〇世紀の関係から、より水平的で、それゆえに互いに収奪し合う可能性のある関係へ移行した。長期的観点からみれば、このような変化は、治療医学の権威の相対的な衰退の過程で生ずるもので、どのみち避けられないのみならず、それ自体は必ずしも望ましくない変化でもない。むしろ、われわれには、医学的権威に過度に依拠しない信頼関係を構築する方法を模索してゆくことが求められるだろう。なにより、医師と患者が信頼関係を形成することを可能にするだけの時間および期間は必須のものであることから、それを医師―患者関係に保証してゆく手段を模索することが一つの突破口であるといえよう。

そして第三に、先端病院と在宅の中間、すなわち中間的施設ケアの領域に集中する可能性のある困難をいかに除去するかという課題である。包括ケアシステムは、治療医学の先端領域と、生活支援の場たる自宅・地域の両端に明確な存立根拠を与える一方で、地方の自治体病院を含む先端性の低い病院群から老健・特養などの介護施設にいたる中間領域に位置する施設群に対して積極的な位置づけを与えていない。自治体病院に生じている医師不足は、つまるところ若い医師たちにとってそこが魅力のない場所となっているからである。長いウエイティングリストにもかかわらず特養ホームの拡充が抑制されてきたのも、特養ホームがいかなる積極的な存在理由を有しているかが見出されないからである。これらは、生活者にとっての施設ケアとは何かという問いが、包括ケアシステムにとってのアポリアになりつつあることを示唆しているといえよう。

このようにみると、直面する問題の解釈図式を規定する時間尺を、長期的なものを取り替えることで、「医療崩壊」現象として見出されてきた医師不足・医師－患者間の相互不信・自治体病院問題のいずれもが、そのより深い意味内容を露わにするといえるのではないだろうか。そして、これらの課題を長期的な見通しの中で解いたとき、はじめて対症療法的でない解決を見出したことになるのではないだろうか。

さて、本稿を閉じるに際して、一点付言しておきたいことがある。それは、筆者がデザインの重要性について強調してきたことについてである。市場メカニズムの役割を高く評価する読者の中には、本稿での議論に違和感をもった方もあろう。だが、実のところ、筆者が述べているのは、市場か計画かという古典的な二項対立に関しては、折に触れて、「日本の医療は社会主義だ」などと揶揄されてきたように、とくに戦後日本の医療は、公定価格、幾重にもかけられた規制、行政指導によって、強い行政権力からの統制を受けてきた。筆者が強調しているのは、そのような強い行政による統制が行われてきたにもかかわらず、そこにデザインするという思考が含まれてこなかったこと、そしてそのようなあり方は、二〇世紀という歴史的に特殊な時代においてのみ可能な芸当であったということである。そして、そのような時代は、まさに今日終わりを告げようとしているのである。

註

(1) 本稿における議論は、拙著『2010「病院の世紀の理論」有斐閣(近刊)』を土台としている。本稿では紙幅の制約のために実証・論証のほとんどを省

かざるをえなかったが、この点については同書を参照頂けると幸いである。

(2) これは、従来近代日本の医療の特質とされてきた「開業医制度」(「自由開業医制度」とは異なる規定の仕方である。「開業医制度」概念の問題については前掲拙著第4章を参照されたい)。

(3) 前掲拙著第7章を参照。

(4) もちろん、二〇世紀においても多様な健康観が併存していたことをここで否定しようとしているのではない。ここで述べていることは、西洋近代医学を信頼することと病気の不在という健康観を受け入れることが一体であったことを認めるかぎり、二〇世紀の中心的健康観がこのようなものであったことを否定することはできないということである。

(5) この説明は、WHOが一九八〇年に発表した国際障害分類(ICIDH)の考え方に基づいている。

(6) それにもかかわらず、生活の質が目標としての根拠を有するのは、ひとえに、概念の不可知性にもかかわらず、われわれが良好な生活の実現を願い、日々それに向けた実践的活動に携わっていることのためである。

(いかい しゅうへい・医療政策／医療史／社会政策)