



Jul. 09. 2013

地域包括ケアにおける保健の意義について

猪飼周平

一橋大学大学院社会学研究科

e-mail: s.ikai@r.hit-u.ac.jp

url: <http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/>

tel: 042-580-8527 (office)

+ 自己紹介

Q. 社会学者が生み出すものとは何か？

A. 社会理論

Q. 社会理論とは何か？

A. 「地図」のようなもの
＝自分が置かれている状況、葛藤を説明してくれるもの

Q. 実践家と社会学者の関係は？

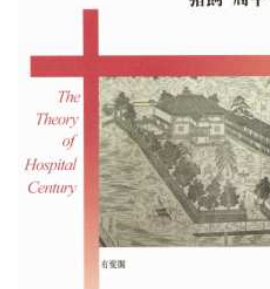
A. 例えていえば「木を見る係」と「森を見る係」による連携

報告者のPROFILE

- 『病院の世紀の理論』(2010)
- 世紀単位のヘルスケアの歴史の変動を理論化した(ことになっている)
- 長期的な歴史の変動としてヘルスケアが地域包括ケア化することを展望したことで、「地域包括ケア」の専門家の1人ということにされている

病院の世紀の理論

猪飼 周平





1. 地域包括ケアを巡る諸論点

+ 地域包括ケアは何のために

3つの説明



① 患者が治らないから（治療医学敗北説 by 医療関係者）

- 長寿化・疾病構造の転換によって治らない病気を抱えながら生きる主として高齢者が増大した→彼らに適合的なケアはQOLを重視した地域包括ケア



② 安上がりだから（医療費抑制説 by 厚労省）

- 医療ニーズの低い人びとが医療機関特に病院を利用すればするほどケアシステムの効率は低下するので、できるだけ多くの人びとを地域でケアするようにした方がよい



③ ケアの質がよいから（支援観の歴史的変化説 by 猪飼）

- 1970年代以降、メインストリームの支援観が、単純な欠乏の充足から、QOLを生活モデル的アプローチによって充足しようとするものへ変化してきている。この新しい支援観に沿ってヘルスケアを実施しようとする、おのずと地域包括ケア的なシステム形態をとる。

+ ケアの質がよいとは何か

■ 20世紀的状况

- 患者を医学的な治癒に導くように最大限の努力をするケアこそがよいケアを意味していた（＝医学モデル）
- このような状況においては、病院ケアよりも地域ケアの方が優れているとは考えられていなかった Cf. 往診の衰退

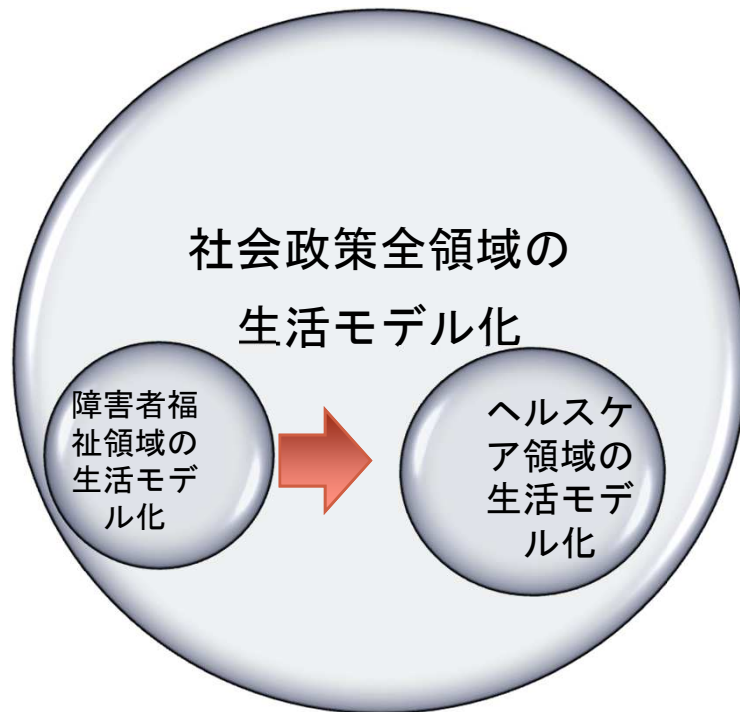
■ 20-21世紀転換期以降の状況

- 当事者の健康状態とその生活への影響を多面的に把握して生活の質を最大限引き上げるケアがよいケアであるとの理解が広まってきている（＝生活モデル）
- 生活モデル的支援を前提とすると、一般に病院ケアよりも地域ケアの方が優れている Cf. 訪問診療の発達

→世紀転換期を超えて起きているのは、よいケアとは何かについての基本的な価値観の転換

ケアの生活モデル化

+ ケアの福祉化の一部としての ケアの生活モデル化



- ケアに見られる支援観の転換は、人が人を支援する領域全体（＝社会政策全領域＝広義の福祉の全領域）で1970年代以降生じてきた現象の一部に対応しているにすぎない。
- 社会的排除／包摂という概念は、生活モデルの別名とあってよい
- 現在起きていることは以下のような20世紀の産物としての生活保障システムの根幹の見直しを要求するような変化
 1. 生存権
 2. 社会保障
 3. 福祉国家

+ 保健師に関する現状の理解

1. かつて保健婦の独壇場であった「生活を見る」ことの重要性が長期的に増大する
 2. 時代の要請に対応する職種として保健師には依然として一日の長がある
 3. 保健師には公衆衛生の専門の深化、行政組織への耐性の欠如などの要因によって次第に生活現場から離れてゆく傾向がみられ、加えて、生活を見る他のSW関係職種の発達もその傾向を加速させている
- 求められる使命から離脱傾向の保健師

+ ケアの生活モデル化にふさわしい 政策思考とは何か

- 生活モデル化は人が人を支援する領域の全体で起きている現象なので、人口高齢化とは直接的関係がない
 - 地域包括ケアを高齢化と結びつける必然性はない（支援を必要とする高齢者が増えることは事実だが）
- 生活モデル化は世紀単位の大きな変化に属しているので、対応する政策も相応しい目標をもたなければならない
 - ＝高齢社会が終わった後の世代に優れたケア文化を遺す
 - ＝政策はグランドデザインを必要とする
- 現在政策推進されている「地域包括ケア」はこの大きな変化の文脈の一部ではあるとしても問題を過小に捉えているとみなさなければならない

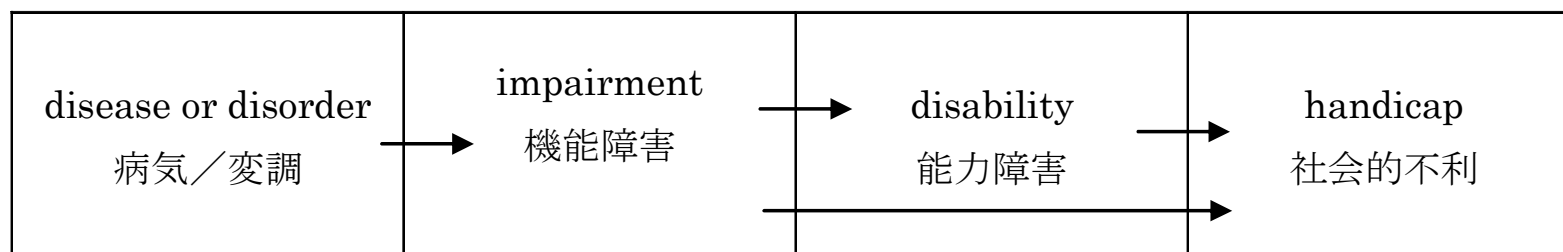
+ 2. 生活モデルと
地域包括ケア化

+ 生活モデル

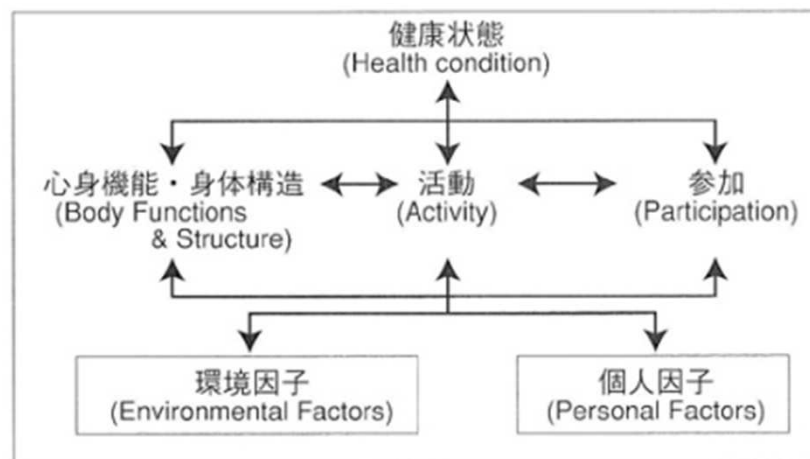
特徴

- 21世紀におけるケアのあり方は20世紀のそれとは違うということを示す言葉
- 目標が生活の質（QOL）の改善に置かれる
- 生活の質が広範な環境的要因の連鎖によって規定されるという因果観

国際障害分類（ICIDH）における障害モデル



国際生活機能分類（ICF）2001



+ 生活モデル化への対応 としての地域包括ケア化

地域包括ケア化

1) ヘルスケアの包括化

システムが統合的に作動すると効率的であるのは自明。だが、20世紀は医療が保健や福祉とは異質の目標を有していたために実現できなかった。ケア目標がおおよそ1世紀ぶりに共有される → 統合されることが自然。

2) ヘルスケアの地域化

1. 生活ニーズの多様性への対応

生活ニーズを充足するケア供給側も多様性を含む必要がある → もっとも遍在している資源が地域社会

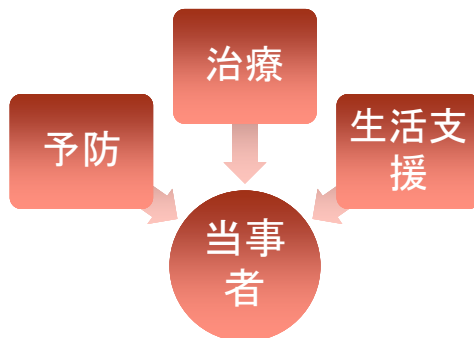
2. 生活ニーズに関する情報の取得

情報は当事者の生活環境に集積 → ケア関係者は地域を舞台にケアをすることが情報的にも合理的

3. 生活の継続性

+ 地域ケア化のコスト

- 在宅の利点（再掲）
 1. 多様性の供給可能性
 2. 情報取得の効率性
 3. 生活の継続性
- 同じ医療サービスを在宅ベースに移すとコストが上昇する可能性高い
- どのようなセッティングであれQOLの増進に必要なケアが供給される



	在宅	病院
生活	機会コスト (家族介護) 生活支援 サービス	生活支援的要素の付加
医療	交通コスト↑ 連携コスト↑	無駄の多い領域としての病院医療

病院ケアから地域ケアに舞台を移すことの意味とは何か？

1. 病院における無駄な医療↓
2. 地域ケアにおける交通コスト・連携コスト↑
3. 家族介護の機会コスト／生活支援コスト↑

+

3. 展望

+ 20世紀的ケアの終焉からみえること

なぜ地域包括ケアでなければならないのか

① 新しいルールで行われるゲーム

- 地域包括ケア化すればよいケアになるという保証は与えられていない

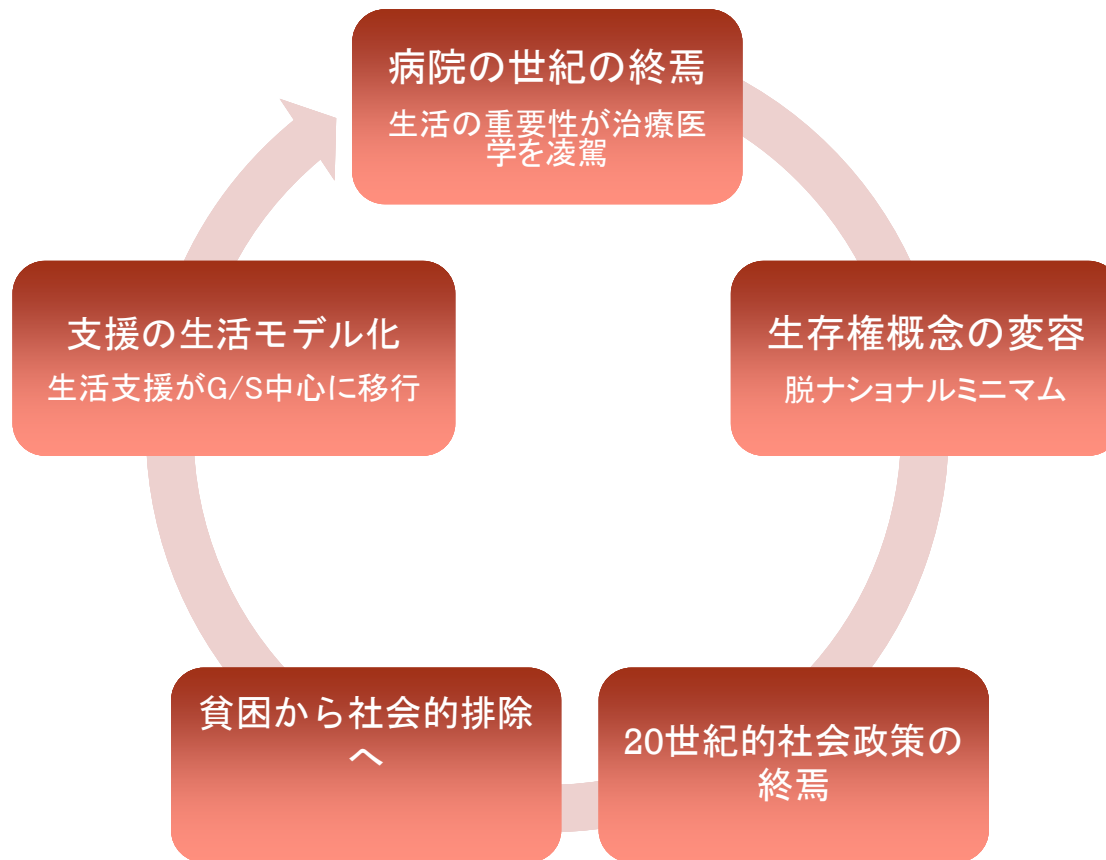
② ヘルスケアは基本構造から変化する

- 政策的にはグランドデザインが必要
- 従来全く可能性がないと考えられていたレベルの法改正も視野に入る
- ヘルスケアの既存の各制度の多くは機能的意義を変えながら存続する（ブリコラージュ）

③ ケアシステムを構築する原則はまだ発見されていない

- 実践家による長期的な試行錯誤が不可避
- 試行錯誤に対する支援こそが社会科学に求められている

+ 大きな社会変動の一部としてのヘルスケアの生活モデル化



- 生活モデル化は、人が人を支援する全領域＝社会政策全領域で起きている
- ヘルスケアは他領域に10年以上遅れて生活モデルに飲み込まれた領域

地域包括ケアシステムの両極性

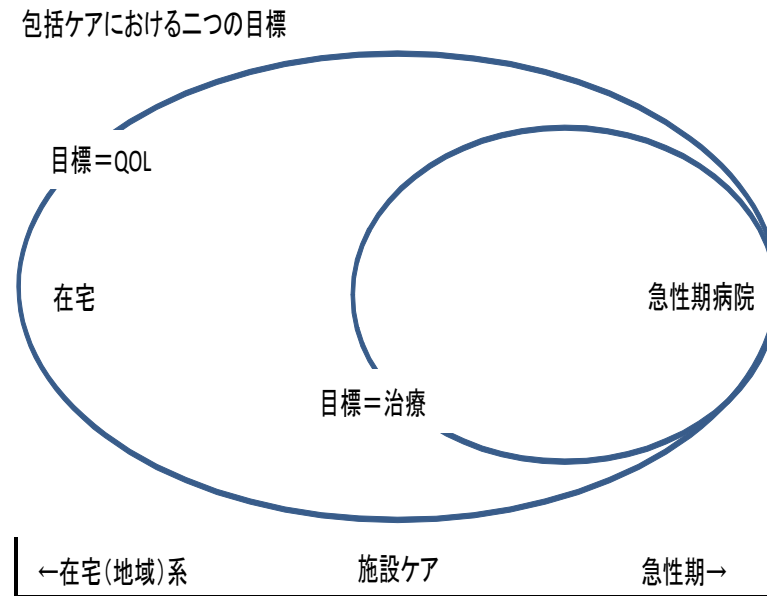
治療医学敗北説が誤っているという認識から見えてくること

＝両極的システムとしての地域包括ケアシステム

- ① 職種間分業をいかに構築するか
- ② 治療と生活支援の混合化

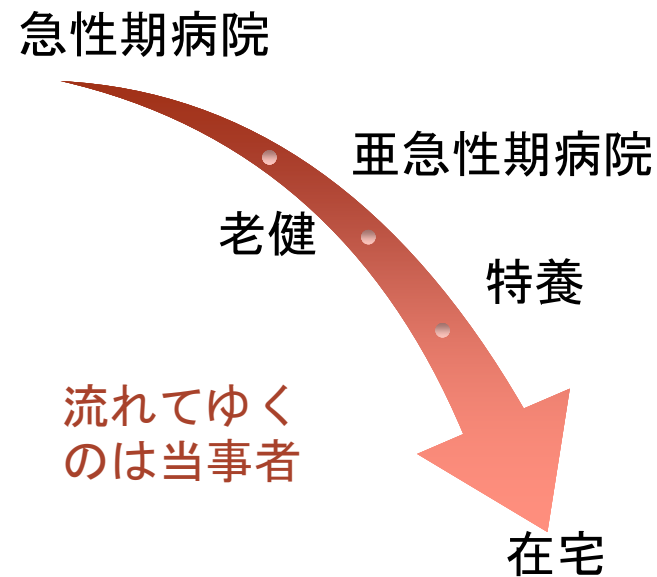
中間施設ケアをどのように考えればよいか

- ① 存在理由の希薄な領域とみなされている
- ② 施設ケアの積極的な利用価値を考える必要

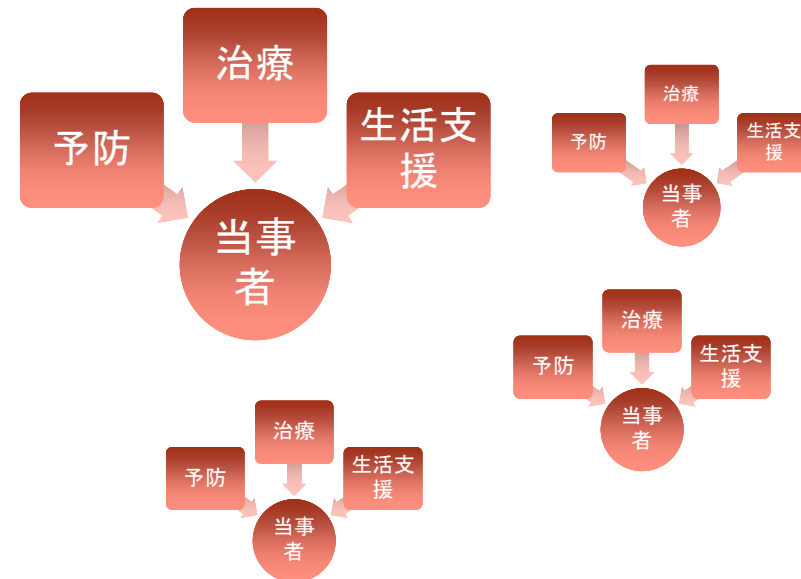


+ 予防・治療・生活の混合化

現在のケアシステムの暗黙の前提



検討するに値する前提の変更



考えるべきは、施設ごとに機能を固定し、当事者が施設間を流れてゆくというシステムが合理的である条件とは何か、という問い。

+ 住民自治の重要性

地域包括ケアを作り上げるとは多様な地域的・包括的なケアの可能性の中から1つを選ぶこと。

では、一体だれがどうやって選ぶのか？

自治の重要性

自分たちの地域住民がどのようなケアを選択するかを主体的に決めることができることが重要

- これができないと、簡単にいえば厚労省の用意した「定食」的ケアのみしか利用できない。多くの場合、それは地域の実情にそのままでは合わない。
- 自分で自分の首を絞めてはいないか

自治の要件としての所有感 (sense of ownership)



人が住み暮らすことを可能にするインフラとしてのヘルスケア

地域包括ケアの持続可能性

ある程度のコストで実現できなければ地域ケアの理想は絵に描いた餅になってしまう

工夫のポイント

1. セルフメディケーションの拡大（診断の自動化などを含む）
2. 移動のコストを小さくする技術
3. 多職種連携のコーディネーションコストを小さくする技術
4. 多少不便になっても健康水準を下げない方法の開発
5. 輸出産業の発展と結びつけることでコスト増をマクロ的に取り返す方法

+ ソーシャルワークの重要性の増大

ソーシャルワークの2つの特徴

1. 不定型なニーズに対応し不平等な公平性を実現する
 - ←→責任と権限を軸とする組織
 - ←→すべての人に同じサービスを提供する組織
2. 職務評価が難しい
 - ←→与えられた仕事をきちんとこなすことを評価する組織

要するに行政が従来最も苦手とするタイプのサービスが主力となるということ・・・試金石としての保健師の処遇



自己決定への過度の依存の危険

自己決定へのシステムの依存

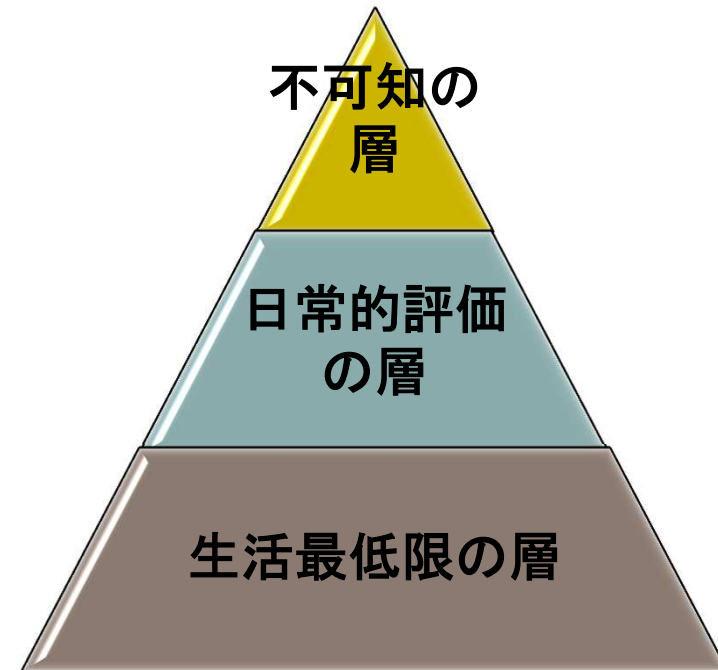
20世紀的医療システム

健康／不健康（病気）は医学によって定義されていたという意味において医療システムの内生変数であった。

地域包括ケアシステム

健康は生活の質によって決まる。生活の質に関する情報は基本的に医療システムの外にある＝ヘルスケアの内的論理によっては、各個人に対してヘルスケアが何をなすべきかが決定できない。

- 自由権の領域
- 自己決定をシステムが要請する
- 自己決定過剰の可能性





参考文献

- 猪飼周平[2010]『病院の世紀の理論』有斐閣
- 猪飼周平[2010]「海図なき医療政策の終焉」『現代思想』2010年3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巻第3号
- 猪飼周平[2012]「地域包括ケアであるべき根拠とは何か」『医療白書』（2012年版）第1章, 日本医療企画
- 太田秀樹×猪飼周平（対談）「「病院の世紀」から「地域包括ケア」の時代へ」『訪問看護と介護』（2012.1）

+ 保健師をとりまく歴史的变化

戦後を通じた変化

- 公衆衛生の複雑化の中で専門分化
- 地域と関わる多様な人びとが主に福祉側に形成される中で地域との関わりが限定的になってゆく

世紀転換期からの変化

QOLを究極的な目標とするヘルスケアの模索

→地域包括ケア化

- 地域のsocial capitalを育て、ケアに動員することの重要性が増大
- 地域ケアへの多職種の参入が加速される

➤ 保健師は、地域との関わりがより重要になってゆく中で地域社会との関係を弱めてゆく職種という性格を帯びてきた

+ 保健師・保健所にとっての未来とは？

■ 保健師の仕事

「見て、聞いて、把握して、繋いで、拡げて、施策にする」と言われてきたもの

=これはソーシャルワークそのもの

業務分担制になぜ移行したのか、なぜ今あらためて地区担当制が見直されているのかについてよく考えてみる必要がある

generalistとspecialistの分業問題は、医師の世界で長く課題としてあった。解決策として存在してきたのは次の二つ。おそらく保健師もどちらかのモデルを採用することになる。

- ① すべての医師をgeneralな課題に対応できるspecialistにする（日本やアメリカ）
- ② generalistとspecialistの分業関係にする（欧州等）

保健師がどちらのモデルを採用するかによって、保健所の存否を含む位置づけが違ってくると思われる

+

追補. 病院の世紀の理論

+ 病院の世紀の理論の構造

(A) 病院の世紀＝治療医学の世紀

- 機能・物的資本（施設）・人的資本（医師）を再生産可能な形で組み合わせる必要
- 可能なシステムは3通りのみ

(B) 日本が選択したシステム

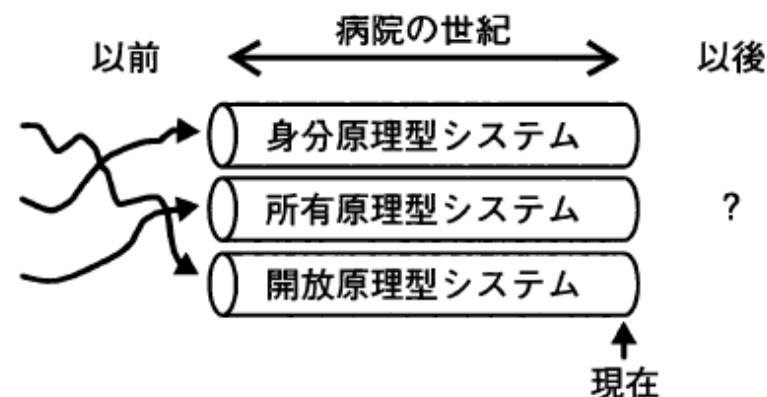
所有原理型システム

- ①一般医／専門医の分離をしない
- ②病床を医師自身で所有する

(C) 派生する特徴

戦後日本の医療システムの特徴として言われてきたものの大部分が日本の医療システムが所有原理型であることから演繹的に説明できる

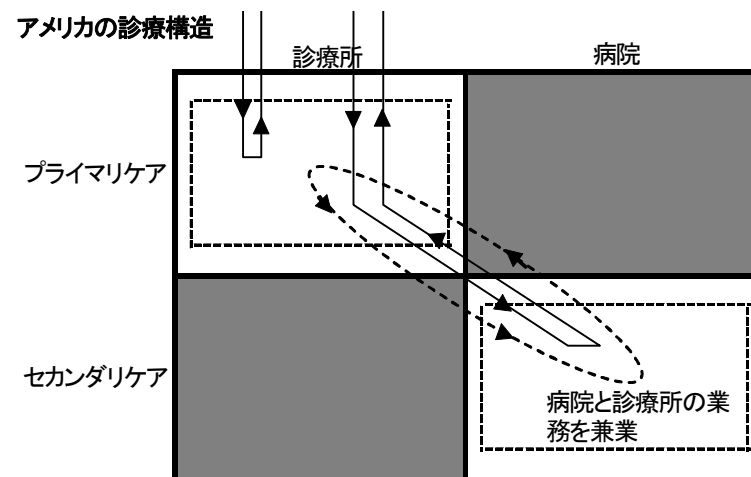
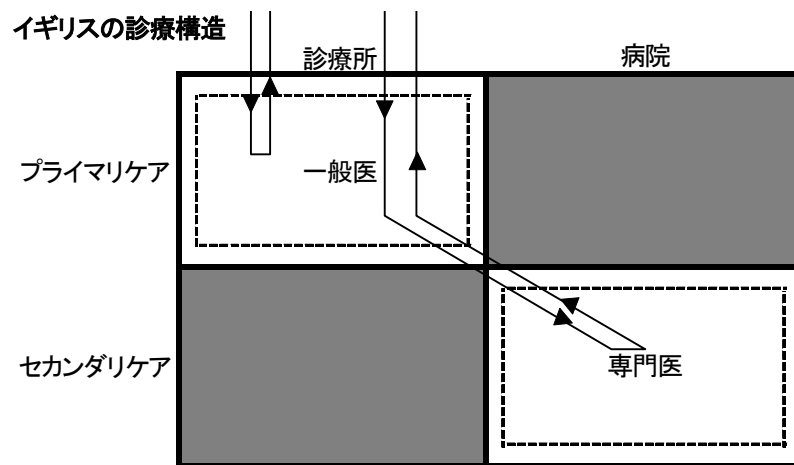
(A) → (B) → (C)



20世紀日本における医療供給システムの特徴

	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 診療時間の短さ（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）	×	×

+ 日米英比較～診療構造

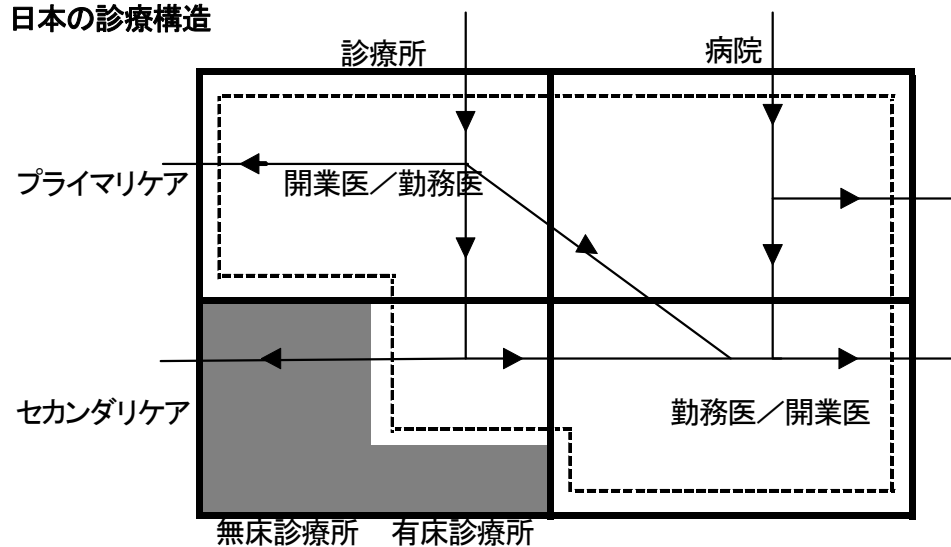


注1) 上図の灰色部分是对应する医療施設が存在しないことを意味し、白色部分が施設間分業のパターンに対応している。

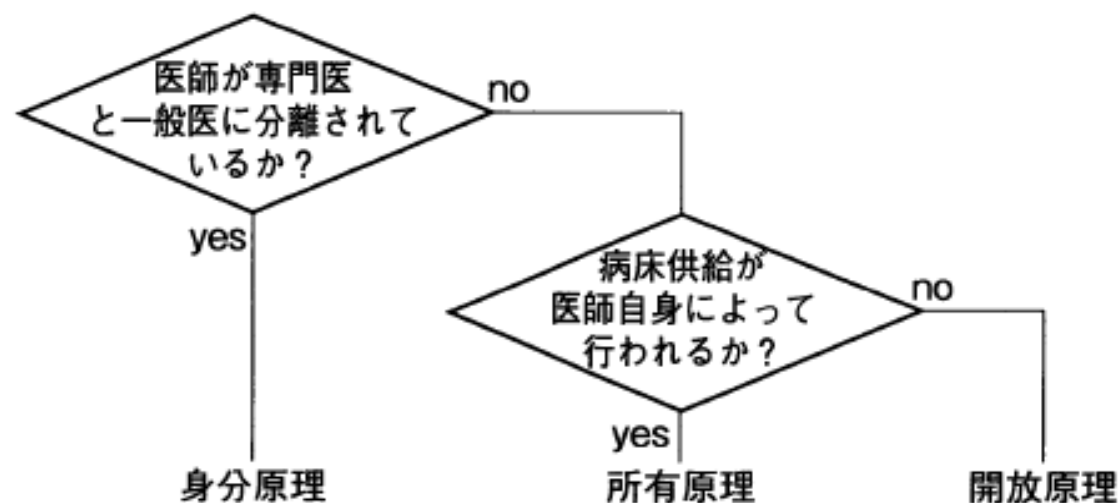
注2) 点線は、医師の就業パターンに対応している。

注3) 実線は、患者の受療パターンに対応している。

日本の診療構造



+ 原理分類のアルゴリズム



	身分原理	所有原理	開放原理
医師の身分分離	専門医／一般医	専門医	専門医
病院からみた 病床開放性	少なくとも一般医に 対しては閉鎖的	閉鎖的	開放的
医師からみた 病床開放性	少なくとも一般医に 対しては閉鎖的	開放的	開放的
病院と診療所の 機能差	明確	不明確（病院外来および 有床診療所の発達による）	明確
患者の受療パターン	制限的	非制限的	制限的



20世紀日本の医療システムの特徴

20世紀日本における医療供給システムの特徴

	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 診療時間の短さ（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）	×	×

+ 20世紀日本における 所有原理型医療システム

Step 1.

専門医と一般医の身分差が形成されず、実質的な専門医一本でカバーする

対応する史実

1920年代までにすべての医師が医師免許取得後一定期間の病院勤務を経験するようになった (see 猪飼[2010]第3章)

東京医学専門学校卒業生の就業形態：1938年

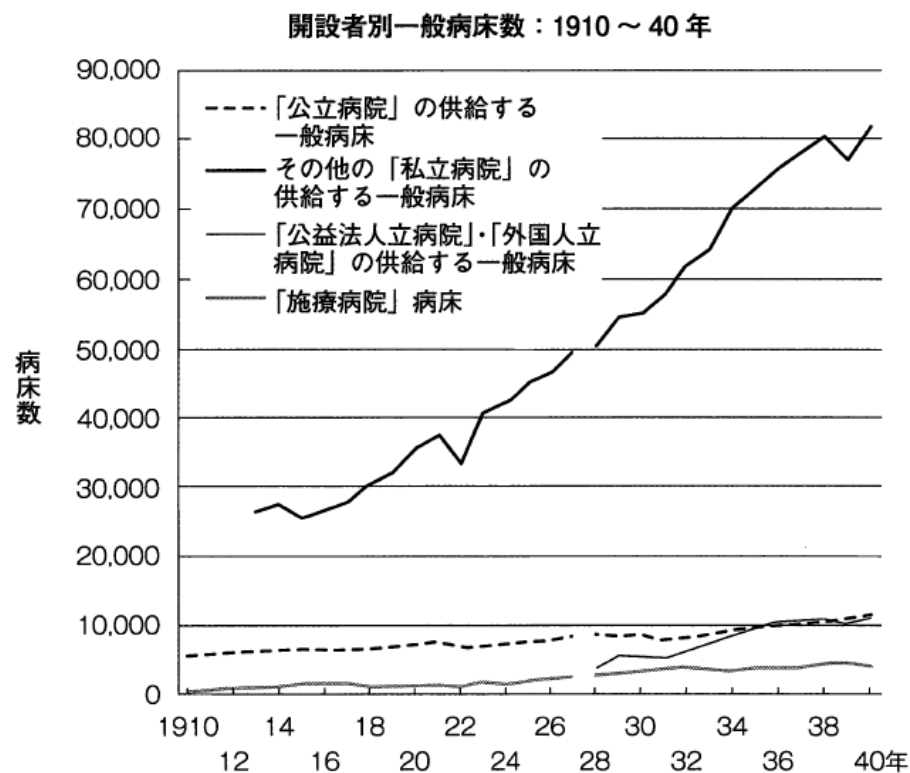
卒業年	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
開業医	20	15	126	69	58	76	76	81	89	104	70	76	72	11	7	25	15	3	2	2	1
勤務医	4	1	11	6	4	12	11	15	13	28	24	32	48	40	43	58	49	65	59	61	86
卒 業 生 全 体																					
軍医/出征				3	4	1	8	7	7	8	8	19	14	13	22	26	41	32	37	51	37
本校勤務	2		4	1	1	5			4	2	1	2	4		4	6	3	5	4	10	16
他大学勤務				1			1	2	2	1	4	4	9	7	4	11	12	9	19	9	3
行政			3	1	2		2	1	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1	2	4	2
非医師														1							
不明				1	10	8	13	7	12	12	26	37	36	66	103	33	38	43	21	35	12
死亡	4	3	28	12	10	9	20	11	10	6	11	15	10	7	9	8	8	6	4	4	1
合計	30	19	172	94	89	111	131	124	140	164	145	188	194	147	193	168	167	164	148	176	158
博士号	5	1	13	2	7	11	6	14	10	17	14	12	8	3	2						



Step 2.

医師が自らの医療施設に病床を設置する 対応する史実

開業医による一般病床設置が普及（see 猪飼[2010]第2章、第5章）



出所：内務省『衛生局年報』各年版より作成。

医師の開設する私立病院・診療所数：1938年

「病院」	100床以上	67
	50床以上	208
	30床以上	412
	10床以上	2,189
	有床診療所（1～9床）	10,689
	無床診療所（0床）	25,550
総計		39,115

注：私立病院については公益法人等を除く私立病院であり、会社立病院など医師以外によって設立された病院が含まれる。病院でない診療所については医師設立のもの。

出所：内務省『衛生局年報』1938年版より作成。