

病院の世紀から 地域包括ケアの時代へ

一橋大学大学院社会学研究科准教授

猪飼周平さん

今まさに起つて いる

“変革”を裏付ける
理論と実践



医療法人アスマス理事長

太田秀樹さん

社会科学の立場から日本の医療のあり方を論じた、
猪飼周平さんの『病院の世紀の理論』(有斐閣、2010)が、広く注目されている。
その内容は、学問の枠を越え、現場医療職による実践や、
厚生労働省が構築を急ぐ「地域包括ケアシステム」などの政策論にも影響を及ぼすものだ。
このなかで、猪飼さんは、「病院の世紀」の終焉と、
それと表裏一体である「地域包括ケア」の時代の幕開けを告げている。
その理論的背景は? 今後のヘルスケアシステムのあり方とは?
それを先取りするように、第一線で在宅ケアに取り組んできた太田秀樹さんが、
年頭に当たり、猪飼さんと今後の展望を語り合った。
超高齢社会・多死時代のケア実践の方向性を指し示す。

構成○編集室 撮影○氏家岳寛

太田 今年いよいよ、「団塊の世代」が高齢者の仲間入りをします。第一次ベビーブームの一陣である1947年生まれの方々が、65歳になるわけです。これから数年は、毎年200万人以上も高齢者が増え続けます。さらに2035年前後には、第二次ベビーブームも高齢化する。3人に1人が高齢者となる社会において、いつたい医療や介護はどうあるべきか？それを真剣に考えねばならない、『待ったなし』の状況が今来ていると認識しています。

「地域包括ケア」の時代はもう始まっている

太田 私自身は、1992年から“出前の医者”をやっています。訪問看護を基軸に、今で言う在宅療養支援診療所の役割を当時からすべて担つて、20年が経ちました。しかし、在宅医療をやればやるほど、「病院医療」に対する疑問がわいてくるんですね。そんななか、猪飼さんの『病院の世紀の理論』を読んで、強い衝撃を受けました。私が日頃感じていた“モヤモヤ”への回答が理路整然と書かれていたからです。

この本がすごいのは、第一に「日本の医療100年の歴史」を綿密に振り返っているところです。米英との比較も交えながら歴史を俯瞰することで、日本の医療・介護の今後の方向性を指し示してくれています。これは、私たちが目指すべき方向の

“根拠”になるような仕事だと感じました。同時に、在宅医療といういわばローカル線で今にも行き詰まりそうな状況のなか、私たちがやってきたことの信念が「間違っていなかった」という裏付けもいたいたたようで、元気をもらいました。今日は、その猪飼さんと話ができるというのでワクワクしてやってきたんですよ。

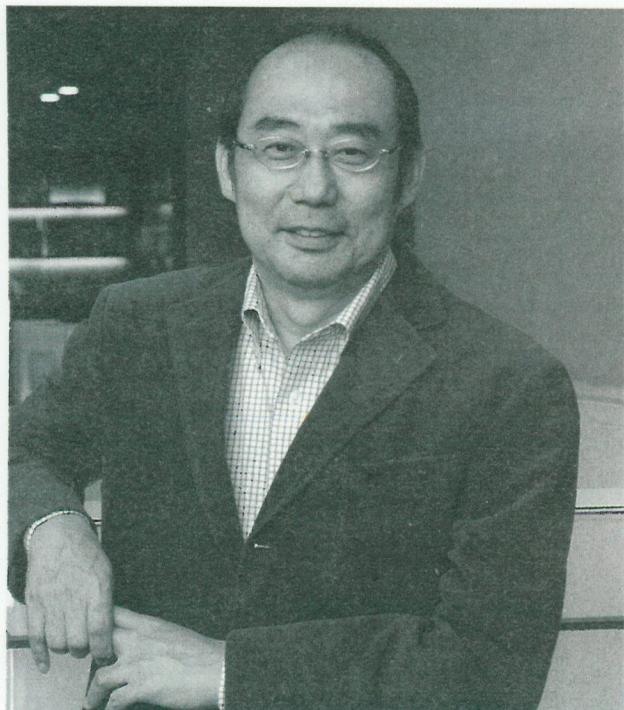
猪飼 ありがたいことに、拙著を読んで「大きなインパクトを受けた」という声をあちこちからいただいている。多くの方が時代の変化を感じておられるのでしょう。昨年9月に日本医学会総会の最終シンポジウム『医の現在』から『医の未来』への登壇者の1人として呼ばれたときのことです。私を含め、同総会の矢崎義雄会頭（国立病院機構理事長）をはじめとする複数の医師、内閣官房社会保障改革担当者や、地域医療に取り組む非医療者ら6名が発言したのですが、みな言っていることが近かったのです。どなたも「ヘルスケアの地域包括ケア化」、あるいは「生活モデル化」の方向を向いた話をされていました。「時代が変わりつつある」という認識が、医師の間でも浸透していると感じました。

太田 日本の医学界も、いよいよその流れのなかにあるわけですね。

猪飼 歴史的に見て、20世紀という時代の産物である『病院の世紀』が終焉を迎え、すでに「地域包括ケア」の時代が始まっていることは間違いないと思います。これは、『病院の世紀の理論』に至る医

1953年、奈良市生まれ。自治医科大学大学院修了。同大学整形外科医局長。ブラックジャックにあこがれてメスを握るが、車椅子障害者海外旅行への添乗をきっかけに、1992年から町医者に転身。医療法人アスマス理事長であり、栃木県小山市の「おやま城北クリニック」院長を務め、“出前医療”を展開する。同法人は、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、介護老人保健施設も擁し、また、在宅療養支援診療所として、栃木市に「蔵の街診療所」、茨城県結城市に、「生きいき診療所」、東京都世田谷区にも「街かどクリニック・世田谷」をもつ。社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長として、在宅医療推進に向けた社会活動に尽力するほか、最近は「コミュニティ」の研究にも取り組む。そもそも交感神経優位な毎日であったが、このところ矢継ぎ早に講演依頼が舞い込み、毎週末地方巡業。郷土料理と地酒を堪能している。もちろん、メタボ対策も忘れていない。ウエスト85cm維持を目標に、筋トレを続けている。社会の評価は大きく変わったが、在宅医療への情熱は20年間何ひとつ変わらない。ただし、ヘアケアをしながらエイジングを噛み締めている。座右の銘は、「意思あるところ、おのずと道通す」。

Hideki Ota



療史研究を通して私が到達した結論の1つです。

日本の医療100年の歴史が指し示すもの

猪飼

「病院の世紀」が今回の対談テーマに含まれていますので、あとで本書の内容についてお話しすることになるかと思いますが、それに先だって、本書と私の立ち位置をご説明しておいたほうがよいと思います。

私は「現場」をもたない社会学者です。勤務する大学には、医学部も福祉学部もない。医療・福祉従事者養成とは縁のない所です。その意味で、私はいわゆる「象牙の塔」の住人だと言えます。ただ、ここで申し上げたいのは、それは必ずしも医療を理解するうえで不利な条件とは言えない、ということです。むしろ「象牙の塔」の住人であることを利用して、私は研究しているのです。

医療の現場では、深刻かつ個別的な問題が毎日のように起こっています。日々、問題を解決するプロセスに否応なく巻き込まれ、また、巻き込まれなければいいケアができないような状況にある。一方で、現場でどんなに力を尽くしても、そこには、「モヤモヤ」や何度となく直面する答えの出ない問い合わせをどう俯瞰して考えたらいいのか、あるいは、自分が毎日やっていることにはどんな意味があるのか、わからないことで不安になる状況があるのもすると思うのです。このような葛藤や不

安を現場の中で解決することは、実は大変難しい。

このような状況で必要なことは、課題の構図の全体像をつかむことです。社会学者の使命は社会理論を構築することであり、社会理論とはそのような全般的構図を説明する「地図」のようなもので、「病院の世紀の理論」はそのような「地図」として構築されたものなのです。そしてこのようない社会理論は、象牙の塔でなくとも、少なくとも現場から少し遠いところで医療を見たほうが作りやすい。喻えて言えば、現場のみなさんは「木を見る」人で、私は「森を見る」人だということになります。その両方が合わせて初めてよい知識を得ることができます。それができると考へています。

これまで、20世紀的な世界においては「森を見る」こと自体の必要性が低かったように思います。医療でいえば治療法の開発など、やらなければならぬことがハッキリしていましたから。でも今日的状況では、「今、何をやらなければならないか」がわかりにくい。そのレールを消失したことで、迷走している。これからどこにどう向かうべきかを、本当に考え直さなければならない時期に来ていると思います。すなわち、「森を見る」重要性 자체が高まってきたいるわけです。

太田

この本は、日本の医療や介護の進むべき方向を示す「羅針盤」ではないかと思いました。

猪飼

たいへん正確に捉えていただき、ありがとうございました。「病院の世紀の理論」は決して、行政が考えるようなレベルの「ヘルスケアを具体的

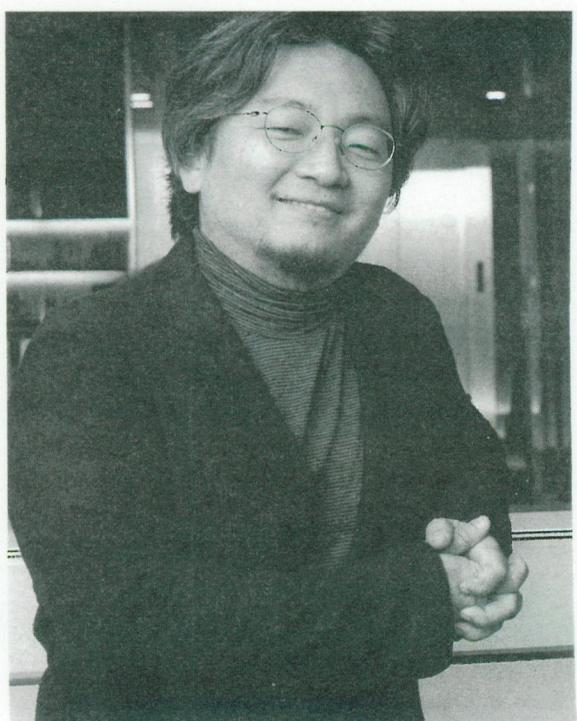
1971年生まれ。社会政策、医療政策、医療史専攻。

東京大学経済学部卒業後、同大学院経済学研究科博士課程修了(経済学博士)。佐賀大学経済学部助教授を経て2007年より現職。

大学院時代、労働市場研究の一環として医師のキャリアパスの研究を始め、以降、医療システムの研究に広く関わる。日本の医療100年の歴史を紐解くなかで、そのシステムの変化のすべてが、治療医学の権威のダイナミズムに連動する現象と捉えられることを発見。また、今後の医療政策を考えるうえでの歴史の意義を確信し、2011年『病院の世紀の理論』(有斐閣)を著す。本書は主にアマリーレストランなどで執筆されたことから、あとがきにはこの店員にも謝辞がある。「本書は、大変文系的な書物で、読みにくく感じる方も多いかと思います。財布を痛めてご購入いただいたにもかかわらず、『なんじやほい?』という方には、硬い枕としてのご活用をお勧めしています」。目下、本書に引き続き、「生活モデル」の歴史を医療・介護・その他社会福祉全般を見渡す形で再構成する研究を進めている。

院生時代には、パンクバンドのリーダーを務め、練習と称してギターで素振りをするなどしていた。ニューヨークにかけて所在したパンクの殿堂CBGBへの出演経験も。いわく「バンドは食えない。研究者になってよかったです」。

Shuhei Ikai



ヘルスケアの地域包括ケア化は、もう止まらない（猪飼）

にどういう制度に落とし込むか」を示した本ではありません。むしろ、どのような制度を整備する方向に向かうことになるのかを示したもので、まさに「羅針盤」的知識を提供しようとしたものと言えます。

太田 今日は、森をみている社会科学者と、1本の木をどうすれば枯らさずにいられるかを考えている医療者の対談ということで、理論と実践とをすり合わせ、日本の医療と介護の問題をあまり出していければと思います。

「病院の世紀」が終わる歴史的必然

太田 少し前まで往診をやっている開業医はすぐマイノリティで、絶滅危惧種も同然という状況でした。最近は、保護政策で少し息を吹き返してきましたが（笑）。とはいえたでも、たとえば看護師約140万人のうち訪問看護師は3万人足らず、というような状況です。変化が進んでいるかいないかは、たぶん現場の者が一番感じていると思うのですが、正直、現実はなかなか厳しい。

猪飼 現場の方の長きにわたる「苦労を私は経験していないので、能天気に言っているところがあるのかもしれません、100年くらいのスパンでみたとき、やはり「ヘルスケアの地域包括ケア化」はもう止まらない、と思います。たとえ厚生

労働省（厚労省）が「もうやめた」と言い出しても、方向は変わらないでしょう。それはすでに、世纪単位の大きな潮流として現われてきている。その意味で必然的な変化だと思います。

この大きな変化を一言でいうならば、ヘルスケアは治療医学（医学的な意味での正常を目指す）の時代から、QOL（健やかな暮らしを目指す）の時代へと移行しつつあるということです。

太田 治療医学は、限界に直面しました。移植医療は実はその最たるもので、もともとの臓器は治せないとあきらめ、取り替えたにすぎません。そうした流れのなかで認知症が問題になってきていますが、まさか脳を取り替えるわけにはいかない。エイジングにはいかんともしがたいものがあつて、受け入れていかねばなりません。

猪飼 そのようなご認識は、まさヘルスケアがQOLの時代へと移行しつつあることを象徴するものであると思います。

これも医学的には正しい。でも、全身がだるくて歩けないのでは、やはり意味がありません。これまでには「科学性」の免罪符のもとそれでしたとされてきましたが、これからはそうはいかない。「病院の世紀」が追い求めてきた医学モデルの、そのモデル自体を変えるべき時期が来た、と今おっしゃったのだと思います。

そうしたなかで、在宅医療が、緩和医療や終末期医療の重要性が際立ってきたのです。私は「がん対策基本法」を高く評価しているんですよ。がんを撲滅しようという一方で、治せないがんについては、国の義務として「痛みのない社会」をつ



くり、「生活の質」を高めよう」ということが明確に書かれているからです。「いのちの量を求めた長寿医療」から、「いのちの質を求める天寿医療」と変わってきたのだと思います。

猪飼 これまで最上の価値とされてきた治療医学であり効率性に、QOLがとつて代わりつつあるということは、国も言い出しています。それは、医療における「ルール」が変わりつつあるということです。

新しい時代のルールは「QOL」

太田 これまでも、QOLという概念がまったく

なかつたわけではありません。でも1990年代ごろまでは、「QOL」とはいつても、医学業界ではたとえば「胃を残したほうがQOLが高い」というようなものでした。

猪飼 「QOL」と称して、別のもの、たとえば利便性とか快適さを測定してきたのです。

太田 今でも「QOLが大事だ」と多くの医師が口にするようになりましたが、個別の人生の本質的価値を理解しているか？。

猪飼 「時には患者の身になつて考え方」とい

つた「心構え」のレベルで理解されているだけで、人が病気を抱えながら生きることを支えるということの意味がまだ理解されていないのかもしれません。だから、てんでバラバラにそれぞれがいいと思うことをやっている。しかもそれは「自分に

とつて都合がいいこと」だつたりすることもあるようになります。

太田 そのとおりで、たとえば、入院患者に「ご飯を食べないおばあさんがいたとしましょう。病院という世界では、『おばあさんのために』という建前のもと、『管理する側の保身のために』無理にでもご飯を食べさせる。そういう文化が横行してきたわけです。だから、食べない人の胃に穴を開けて栄養を送り込むようなことも、当たり前に行われる。認知機能が落ちた高齢者の方には自己決定は難しいですから、それをすべきかすべきでないか検討する機会も医学的根拠もあいまいなまま、胃ろうになる……。

猪飼 胃ろう 자체がいいか悪いかというよりも、それが「『その人にとって』何を意味するか」という観点が重要なんだと思います。胃ろうにするにせよしないにせよ、それがオートマチックに行なわれることが問題です。すべてをルーチン化する流れは、QOL的ではありません。

太田 これまでなんとなく言わってきたQOLと、新しい時代のルールであるところのQOLは違うんだ、ということをハッキリさせておかなくてはいけないよう思います。

「ルール」が変われば、評価基準も変わる。つまり、新たな「モノサシ」が必要になります。それが「QOL」ということですが、しかしこのモノサシをどう作るかがまだ曖昧模糊としています。

猪飼 QOLは測れません。そもそも「わからな

いもの」というのが、QOLの本質なんです。たとえば「あなたにとつて、生活に最低限必要なものは何ですか？」という質問を学生にすると、「衣・食・住」とか「医療」とか、そこはかなり一致するのですね。でも、「あなたの理想の暮らしは何ですか？」と訊くと、てんでバラバラ。学生だと「南仏でクルーザー」なんて言い出す人がいるのですが、「じゃあ、他にもクルーザーが欲しい人は？」と訊くと、半分も手が挙がらない。つまり、生活の「最低限」の要素にはある程度客觀性があり、合意もしやすいのですが、そのレベルを上げるに伴つて合意できなくなつていくのです。しかも、「どういった生活なら幸せか？」は、究極的には本人にもよくわからない。ここにQOLをルールとする難しさがあります。

一般的に「社会保障」は、年金や生活保護や基本的な医療など、「最低限」は保障しましよう、というものです。戦後日本の社会保障の体系も同様

です。あとは各自の幸福追求権（憲法13条）に委ね、
“それ以上”には手を出してこなかつた。でも、
来たる「地域包括ケアの時代」に「QOLを支え
ましょう」と言う場合には、「それ以上」の部分
——“わからないもの”的領域に、かなり手を突
つ込むことになるでしょう。

太田 そのような“わからないもの”にどうアプローチしたらいいのでしょうか。

たとえば、今、介護の現場では「どこで療養するか?」が重要な要素になっています。病院がいいのか、自宅がいいのか。“その人にとって”的「病院での暮らしのQOL」「自宅での暮らしのQOL」というふうに、1人ひとり個別にみていくことですか、その人のQOLは見えてこないだらうと思います。

猪飼 それは普遍性と効率性を求めてきた医学モデルには難しいことであり、だからこそ、本質的に違うタイプのシステム——地域包括ケア——が必要とされているわけです。健全にいけば、ケースワーカー的なヘルスケアシステムしていくだろう、という見通しをもっています。

一方、私が言う「包括ケアシステム」は、まず歴史に基づいた「病院の世紀」という概念があり、それが終わることに付随する現象として何があるかを考えた末に出てきた概念です。その筋道については拙著をご参照いただければありがたく思います、いずれにせよ、その結果として、「病院の世紀の終焉」という現象の一面として、より「地域的」でより「包括的」なヘルスケアシステムになっていくという2つの展望がみえてきています。この2つの展望から、将来的に実現してゆくと考えられるヘルスケアを「地域包括ケアシステム」と言っているのです。すなわち、私のいう「地域包括ケア」は、政策的に推奨されるような

が、いずれにせよ、これは、現在厚労省が推進している「地域包括ケアシステム」とは、スタンスの異なるものです。まず、そこにたどり着いたプロセスが違っています。

厚労省の「地域包括ケアシステム」は、実践家の信念や、利害関係者の利害関心を寄せ集め、いわば“真ん中”に落とし込んだものです。もちろん、そのような形で政策を推進することが駄目だというわけではありません。ただし、そのようにして作られた「モデル」がどの地域でもうまくいかと言えば、その保証はない。もちろん、うまくいくところもあるかもしれません、それでも、そのような「モデル」に、一般性はありません。「地域包括ケア」のすべてが踏まえるべき原則や原理を踏まえてつくられていないからです。

一方、私が言う「包括ケアシステム」は、まず「地域的」で、財政負担の小さなシステムであることは、他方で、財政負担の小さなシステムであることは、決してQOLという観点からみて優れたシステムであることを保証しません。

太田 それは、今後の大きな課題になっていくでしょう。国の政策には、まず財政論があります。すると、猪飼さんが言うところの20世紀的思考の中核である「効率性」をどうしても求めることになる。しかし、まず日本人が幸せに生きて満足して死ぬというシステムがどうあるべきかを考えたうえでなければ、順序が逆になってしまいます。

時代が要請する「地域包括ケア」の方向性とは?

猪飼 本書のなかではそれを「包括ケアシステム」

という言い方をし、最近の論文などでは同じものを「地域包括ケアシステム」と呼んでいるのです

今の「訪問看護」は概念として狭すぎる

ものではなく、世紀単位の歴史的な潮流からいつて、具体的な制度がどうであれ、将来のヘルスケアシステムは、必然的に地域的で包括的な性格を帯びるものとなるということを示したものです。もとも、厚労省のやり方でも、「やってみました」「失敗しました」「もう一度やつてみました」「うまくいきました」と繰り返すなかで、ある程度絞り込まれていくだろうとは思います。しかしここで一点留保をつけておきますと、現実的には、その「うまくいきました」のなかに、「安くなつたかどうか」がケアの評価基準として入つてくることをどう理解するかです。財政的に回らなければ持続可能なシステムにならないので、このような観点からの評価はある意味たいへん重要なのですが、他方で、財政負担の小さなシステムであることは、決してQOLという観点からみて優れたシステムであることを保証しません。

太田 それは、今後の大きな課題になっていくでしょう。国の政策には、まず財政論があります。すると、猪飼さんが言うところの20世紀的思考の中核である「効率性」をどうしても求めることになる。しかし、まず日本人が幸せに生きて満足して死ぬというシステムがどうあるべきかを考えたうえでなければ、順序が逆になってしまいます。



新春対談

太田秀樹さん×猪飼周平さん 「病院の世紀」から「地域包括ケア」の時代へ

猪飼

私のイメージする地域包括ケアは、すごくたくさんの職種が連動しなければ成立しないケアです。なにしろ地域的で包括的なわけですから。「多職種連携」がキーワードになることは間違います。

太田

医師中心のモデルでは見えないものが多くいたという経緯からも、チーム医療や多職種連携という概念がぐっと際立つてきているのだと思います。

猪飼

その場合に、「看護職」をどう位置づけるかがとても難しいと思うのです。というのは、看護師は、このシステムのなかで、医師に近いメディカルな役割から生活の現場ならではの泥臭い部分までを担うことになる。これをひとつの職種として設計することが可能なのかという疑問をもつほどに、広大な領域をカバーする存在になる可能性があると思います。

米国では、医師が面倒くさい部分はどんどんナースに委譲してしまって、看護職の専門分化が強烈に進みました。それに倣った「特定看護師（仮称）」という動きが、日本でも出てきています。その一方で、共通の基盤としての“ナーシング”をもてるのか……。

太田

おっしゃるとおりです。看護職は、養成課程ひとつとっても5種類以上あるわけで、異なる教育背景の人たちが、同じ国家試験を受けて旅立つてくる。それを十把一握に捉えていいのかという問題もあります。

ただ、分けるとすれば、「ロングタームケア（長期的ケア）」と「インテンシブケア（集中的ケア）」に大別できると思うのです。インテンシブケアにおいては、専門性を極めることが効果的に成立するでしょう。だけど、同じ“ライフ”をみるにせよ、命ではなく人生を見るロングタームケアでは通用しない。訪問看護や介護は、まさにロングタームケアとして、非常に重要な存在です。

ナイチンゲールの“看護”は、むしろこちらにあります。しかし、ロングタームケアをちゃんと教えるでしょ。

太田

看護教育の課題の核心を突かれていますね。それは、結局のところ「現場」でしか学べない、というのが現実です。日本訪問看護振興財団などがしっかりととした教育プログラムをつくって育てていますが、それでもナースご自身のセンスは必要です。

猪飼

人生を見るロングタームケアは、誰にでもできるわけではない、ということでしょうか。今のが「訪問看護」は、制度にかなり規定されていて、できる業務が限られています。“人を見る”ということからすれば、非常に狭い領域を指している。これは、訪問看護師の秋山正子さんから学んだことですが、「訪問看護を続けていくと、私に役目として与えられている業務だけではこの人を支え

える教育システムは、そうありません。医師も同様、看護師もインテンシブケアについては、深く勉強するのですが。

猪飼

訪問看護の現場では、インテンシブケアにせよロングタームケアにせよ、自律的に動けるナースが重要になると思います。病院で医師の指示のもと動くのとはぜんぜん違う。だとすれば、どんどん自分で判断できる看護師を育てなければいけない。そういう方は、どういうプロセスで養成していけばいいのでしょうか？

太田

看護教育の課題の核心を突かれていますね。それは、結局のところ「現場」でしか学べない、

**地域の一員として、
総じて“安心して暮らせるまち”を
つくっていくことが大切**（太田）



られない、ということに気づくことになる」というのです。つまり、今の訪問看護は、概念として狭すぎる。少なくとも秋山さんの仕事を拝見するかぎり、彼女の訪問看護は多分に保健師的でもあると言えると思います。

「生活全体を支える 『多職種連携』の課題

太田 昔は、医師と看護師が車の両輪のようにして地域に出かけ、「その人の生活全体を支える」という自負をもつてやつっていました。訪問先のお宅で犬を飼つていれば、時には犬に餌をやつてからケアすることもある。食事をしていなければ、冷蔵庫を開けて卵焼きをつくつて置いてくる。こんなこともやつていたんです。そうしないと元気にならないからね。なかには「金を貸してくれ」と言う人もいる(笑)。おっしゃるとおり、「生活を支える」というのは、ものすごく広い範囲のことなのです。

でも、今は制度化されて、犬の世話はできなくなつた(笑)。

猪飼 そこなのです。ここでまたQOLの話に戻りますが、生活ニーズは本当に多様だから、決

められたサービスのラインナップでは対応しきれない。どうしても、そのラインナップからこぼれ落ちてしまうものがある。それをどう拾い上げるかが課題になります。

たとえば部屋の電球は誰が変えるのか? 電球交換士という職種はないから、1回300円とかでボランティアさんに頼む。で、その人は電球を替えるためだけに来る……。とすれば、非常に硬直的な対応になります。これは生活ニーズという「やわらかいもの」に、行政を中心とする「かたいもの」で対応している状況です。

太田 今年の4月から、これまで看護職の独占業務とされてきた、たんの吸引や胃ろうへの注入などが介護職等にもできるよう制度が改正されました。これはこれで課題はあるのですが、硬直的な状況を開ける糸口の1つになるかもしれません。

とはいって、まだ「かたいもの」すら総動員はされていないのが現実です。たとえば薬剤師。訪問看護の業務の大きな部分を「薬の管理」が占めるのですが、これは本来、薬剤師の仕事です。あと、管理栄養士が出てくれれば、食事の問題はかなり解決しますよね。

最近、歯科医師が積極的に乗り出してきて、在宅医療への関心も深い。外来での治療が中心で、さらに、キュアへもケアへも理解があります。一般的に入院歯科治療は稀ですから、そもそも地域がフィールドだからなのかもしません。

「地域づくり」もケア

太田 多職種連携と並んで「地域連携」という言葉がよく使われるのですが、同じことを言つてい

るようで、いささか違うと私は考えています。というのは、「地域」の社会資源には、専門職に限らず、行政も医師会も、住宅改装をやる工務店の親父さんもタクシーの運ちゃんも入つてくる。すなわち、地域の社会資源を総動員し、地域の皆さんを支えること——地域ケア——を意味します。「地域」というのは、単に「ケアを提供する場所」ではなく、「ケアの主体」になるものだと思うのです。そうなると、医師や看護師の役割は、相対的に小さなものになってしまいますよね。そして、病院は、単に病気を治す機能だけあればよい場所になります。ややもすると、専門職だけで地域ケアを支えているような錯覚にとらわれがちですが、それでは限界は明らかです。

猪飼 しかし、「地域」にそのポテンシャルがあるかどうかは、多分に地域性に左右されるのではないかと思います。たとえば太田さんは、栃木県小山市と、東京の世田谷区にも診療所をおもちです。小山と世田谷では、地域ケアの可能性がずいぶん異なるのではないか?

太田 たしかに、違います。

猪飼 世田谷においても、地域主体のケアが成立すると思われますか?

太田 これは「コミュニティとは何か」という議論になると思うのですが、それは単なる「エリア」とは違う。「コミュニティ」とは、喜怒哀樂を共有するような、絆で結ばれた人々が暮らすエリアのことだと私は考えています。そうなると、世田谷



新春対談

太田秀樹さん×猪飼周平さん 「病院の世紀」から「地域包括ケア」の時代へ

では、コミュニティの存在は怪しい。“大都市”にはコミュニティが成立しないこともあって、地域がケアするというイメージはもちにくいかかもしれません。

猪飼 今は、そういう都市にこそ、人口が集中しています。そして、国がイメージしている地域包括ケアシステムは、おそらくこういった都市を前提としている。「田舎でしか地域ケアはできません」というのでは、非常に限定的です。まず、「地域のつくり方」「コミュニティのつくり方」から議論する必要があると思います。

コミュニティの力が強い、いわゆる農村共同体が生きている地域での人の集まり方には、半強制的な要素が多分にあって、自治会長なり区長なりが号令をかければ、一斉に動くようなところがあります。でも、ちょっと大きい都市になると、それがぜんぜん動かない。隣の人が何をしているのか、家族構成も知らないという状況下では、「地域づくり」とセットでなければ、地域包括ケアは絵に描いた餅になりかねません。

しかし、都市でのコミュニティづくりはなかなか難しい。住民は責任を引き受けることは嫌がりますので、そのような負担を負わせようとする逃避してしまいます。他方、都市の住民が完全に分断されているかといえばそうでもなく、ゆるやかに結びついたり離れたりしている。これをうまく活用できるような、拘束性の低いタイプのコミュニティづくり論が必要です。

実は私は、そのノウハウについては、ヘルスケアの世界のなかに眠っているのではないかと思っています。たとえば保健師さん。集団づくりの名前で、人と人とのどんどんつないでいくつてしまふような方がいらっしゃいますね。訪問看護や介護にも、きっとそのノウハウがあるのでないかと思います。

太田 「在宅ケアを核とした地域再生」ということも言われるようになつてきました。在宅ケアができる地域にはもともとコミュニティが残っているところが多いのですが、在宅ケアを通して、あるいは在宅での看取りを通して、さらにその縛が深まるという具合です。

ヘルスケアに限らず 変わる社会の価値観

猪飼 しかもそれは、ヘルスケアだけでなく、防災、防犯、育児、教育、スポーツといったすべての領域で今求められています。コミュニティといふのは、ヘルスケアだけに役立つわけではなく、すべてに汎用的に有用性があるものです。したがって、さまざまな領域と一緒になつて、コミュニティを構築していくことが大事なのかなと思っています。

太田 総じて“安心して暮らせるまち”をつくつていくことが大切だということですね。安心して

暮らせ、安心して老いることができ、そこで生涯を全うする選択もできるまち——。それをを目指すのであれば、訪問看護も介護も当たり前のソーシャルサービスの1つということになりますね。

猪飼 最近は、少しずつ周産期医療なども変わっていますよね。助産師の仕事も見直されています。

太田 たしかにNICUからの重症小児在宅医療も増えています。

猪飼 これらは、高齢化のファクターだけでは説明できない変化です。私は、「地域包括ケア」というのは、高齢者のためだけのシステムではないのではないかと考えています。地域包括ケアを支える理念である「生活モデル」の出自を考えると、それは障害者福祉をはじめとする社会福祉領域からのものです。その意味で「地域包括ケア」は、高齢化への対応というよりは、社会が全体として「生活モデル」的になつてゆく歴史的流れに医療も巻き込まれてきてることを示すものです。いわば“医療の福祉化現象”であるといつてもよいでしょう。

今、日本の社会全体が、ダイナミックに価値観を転換させようとしているのでしょうか。新たな価値観が根付き、方法論としても確立していくには、まだまだ時間がかかるでしょう。また、時間をかけなければいけないとも思います。しかし、「地域包括ケアの世紀」は、もう始まっているのです。