

Sep.26, 2013

東京大学医学教育セミナー

ヘルスケアの歴史変動と医師の未来

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)

Contents

1

病院の世紀の理論

2

医学モデルから生活モデルへ

3

地域包括ケアとは何か

4

医師の未来

1

病院の世紀の理論

自己紹介

Q1. 社会学者が生み出すものとは何か？

A. 社会理論

Q2. 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、進むべき方向などを説明してくれるもの

Q3. 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

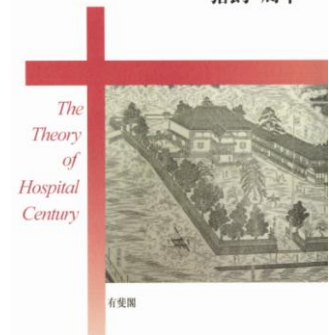
2010年に『病院の世紀の理論』を上梓して以来、医療業界、行政、医療経済学とも異なるアプローチをとる医療政策学者として少しずつ認知されつつあるといったところ(?)。

Q4. 歴史的知識の重要性とは？

A. 現在の社会構造を理解する上で、また社会構造がなぜ存在しているのかを説明する上で大変効果的

病院の世紀の理論

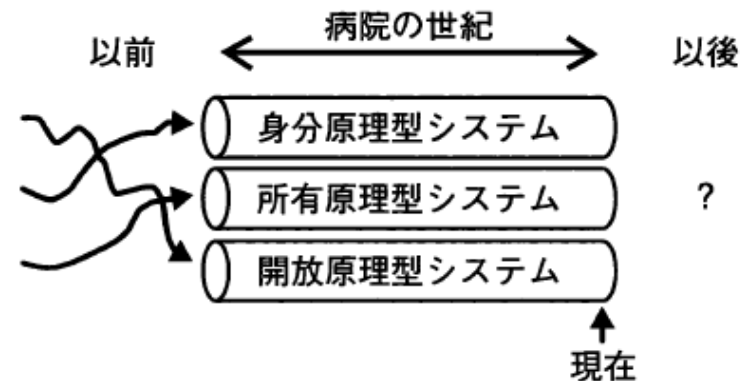
猪飼 周平



病院の世紀の理論

基本的論点

1. 20世紀が治療医学の世紀であったこと＝病院の世紀
2. 20世紀の医療供給システムは治療医学的にみた合理性を追求したものであるということ
3. 20世紀の医療供給システムとして先進国で採用可能であったものは3タイプのみであり、日本の医療システムはその1つであること
4. ある医療システムが1つの型を選択すると病院の世紀を通じて型の変更ができなくなること



病院の世紀の理論

(A) 病院の世紀＝治療医学の世紀

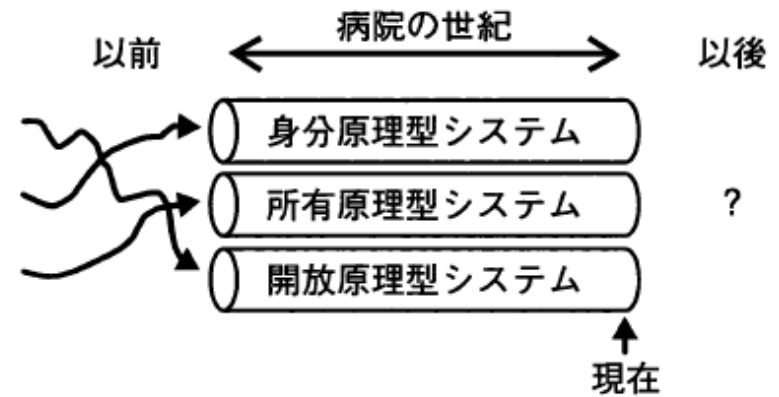
→機能・物的資本(施設)・人的資本(医師)を再生産可能な形で組み合わせる必要

→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) 派生する制度的特徴

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

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)	×	×

(A) → (B) → (C)

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）	×	×

病院の世紀の理論の含意

1. 20世紀を通じて医療政策が漸進主義的(対症療法的)性格を帯びてきた理由が分かる。
2. 患者を医学的な意味での治癒させることが医療にとっての最上位の目標でなくなったとき、医療システムは基礎構造からの大変動を経験することになる。
3. 2. のような変化が現在進行中であるとすると次のことがいえる
 1. 医療は全体としておよそ1世紀ぶりの、したがって直接的にはだれも経験したことのない大変動を経験しつつある(経験主義では対応できない)
 2. 医療政策は従来の漸進主義を脱してグランドデザインを模索するものへと変化する必要がある

2

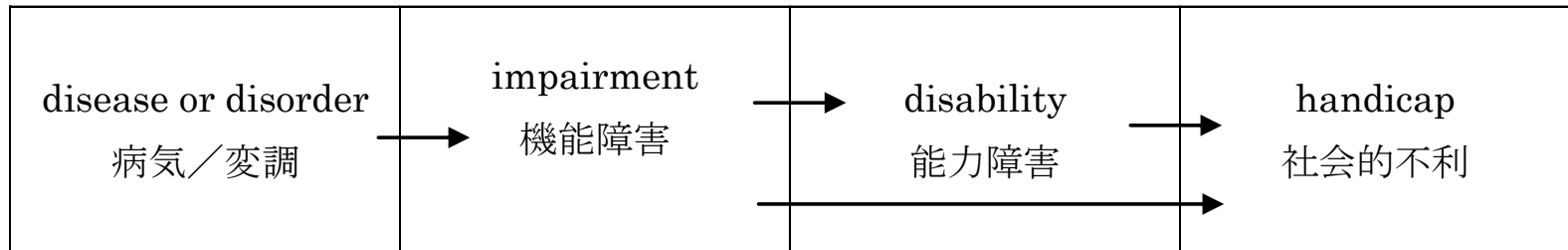
医学モデルから生活モデルへ

医学モデルから生活モデルへ

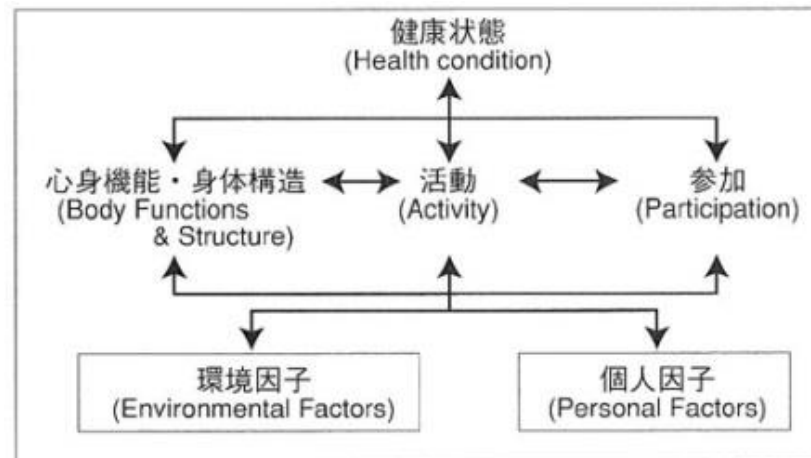
特徴

- 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

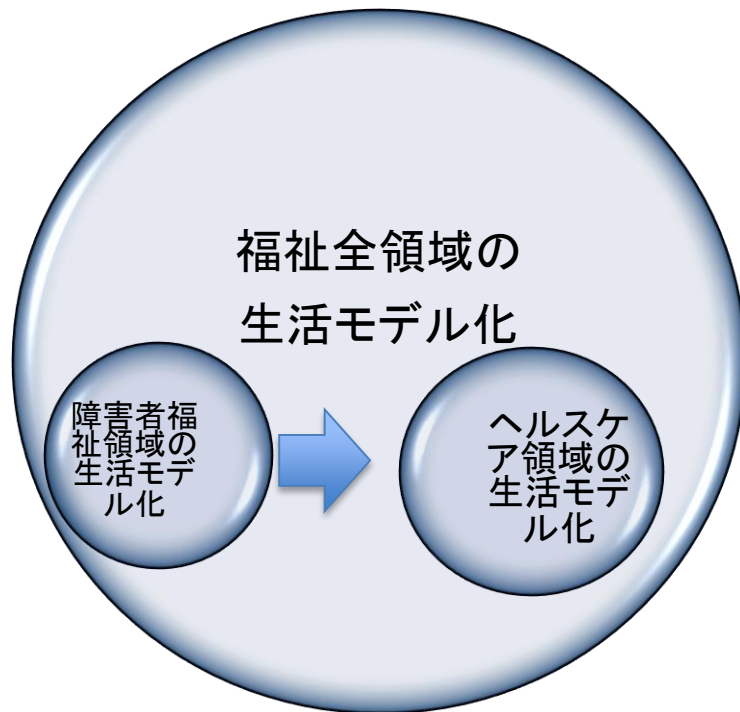


国際生活機能分類(ICF)2001



福祉全領域の生活モデル化と 福祉に飲み込まれる医療

1. 人が人を支援するというもっとも広い意味における福祉の領域で大きな変化が起きている。それが生活モデル化。「キュアからケアへ」「ケア目標のQOL化」などは、医療が生活モデル化の波に飲み込まれてつつあることを意味している。
2. このことは、現在の変化が医療関係者の間で常識的に語られているような内生的な変化（長寿化・疾病構造の転換）ではなく、福祉領域からの外生ショックであることを意味している。



3

地域包括ケアとはなにか

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)

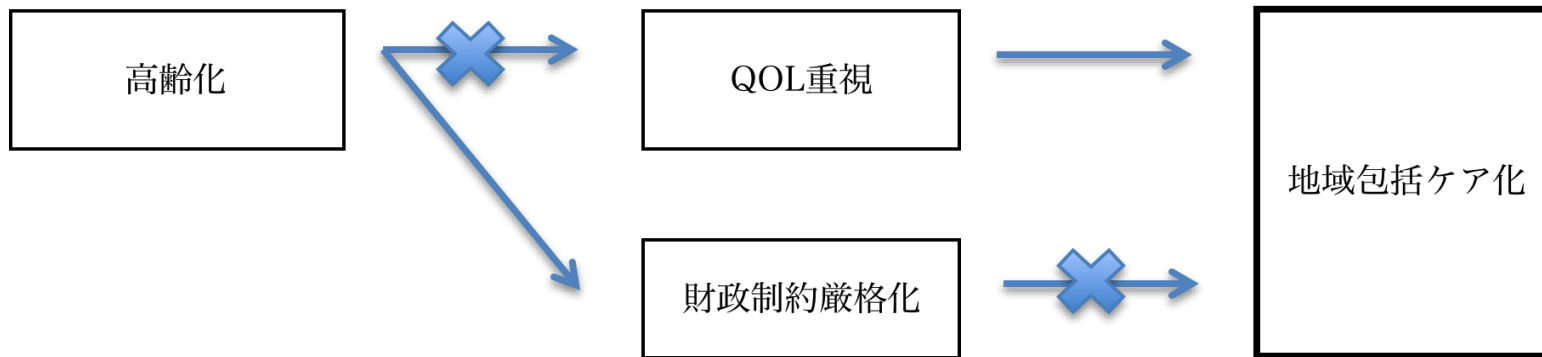
- 医療ニーズの低い人びとが医療機関特に病院を利用すればするほどケアシステムの効率は低下するので、できるだけ多くの人びとを地域でケアするようにした方がよい

③ ケアの質がよいから(支援観の歴史的変化説 by 猪飼)

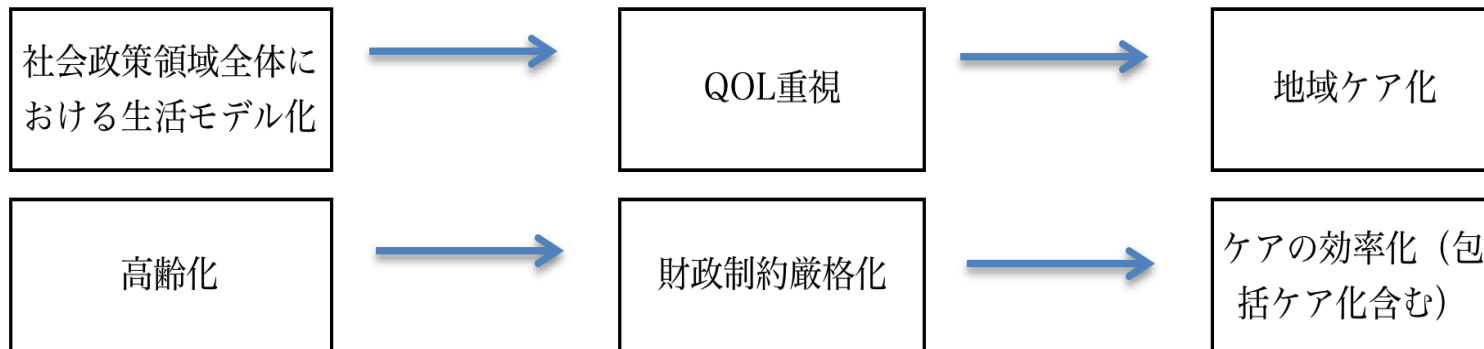
- 1970年代以降、メインストリームの支援観が、単純な欠乏の充足から、QOLを生活モデル的アプローチによって充足しようとするものへ変化してきている。この新しい支援観に沿ってヘルスケアを実施しようとする、おのずと地域包括ケア的なシステム形態をとる。

生活モデル化への対応 としての地域包括ケア化

高齢化と地域包括ケアの関係(通説)



生活モデルに基づく理解(猪飼)



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

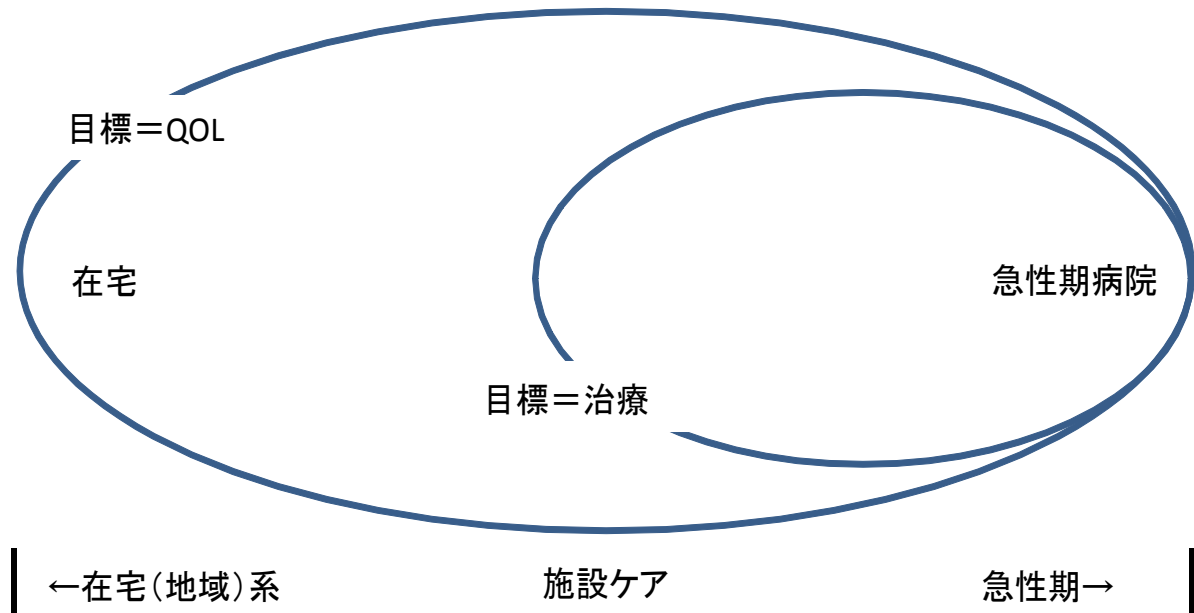
2)ヘルスケアの包括化

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。ケア目標がおよそ1世紀ぶりに共有される → 統合されることが自然。

地域包括ケアの両極性

1. 治療医学自体は敗北しておらず今後とも進歩する
2. 一方で在宅を極とする地域ケアが発達

包括ケアにおける二つの目標



4

医師の未来

医師の権威の由来

医療専門職(医療社会学的概念としての医師)

- その公共的価値を社会に不断に認めさせることによって、その権威を保つ存在
- その集団的に確立した権威によって、個々の医師の社会的・経済的医師が保証される(聖職と高所得が両立する矛盾を説明するもの)
- 医療供給システム、保険、医学教育、医学研究、医師会、免許、倫理綱領などはすべてこのような職業構造の一部

日本の医師の公共性

1) 地域社会に幅広く医療機関を分布させる機能



2) 医業資本の急速な蓄積

病床数変化の日英比較(1891-1938年)

		A	B	C	D	E	F	1911-1921年			1928-1938年		
		1891年	1911年	1913年	1921年	1928年	1938年	増加率	増加率(年率)	増加数	増加率	増加率(年率)	増加数
								(D/C)		(D-C)	(F/E)		(F-E)
日本	計			36,699	59,920	68,087	102,690	1.63	6.3%	23,221	1.51	4.2%	34,603
	私立病院病床			28,395	46,522	55,045	89,412	1.64	6.4%	18,127	1.62	5.0%	34,367
				77%	78%	81%	87%						
									1913-1921年			1921-1938	
								(D/B)		(D-B)	(F/D)		(F-D)
イギリス	計	101,993	165,548		186,963		223,652	1.13	1.2%	21,415	1.20	1.1%	36,689

source:

内務省『衛生局年報』(日本)。

R. Pinker, *English Hospital Statistics, London (1966)* (イギリス)。

注1) 両国の統計には精神病床および伝染病院の供給する病床は含まれていない

注2) 日本の病床統計には一般病床・伝染病院以外の病院が供給する伝染病床・結核病床・療養病床が含まれる

注3) 1913、21両年における私立病床は、『衛生局年報』における「私立病院」病床から精神病床を除いたものである。また、1928、38両年における私立病床は、「公益法人」および「外国人」立「私立病院」以外の「私立病院」病床、および私立の「結核病院」が供給する病床の合計である。

注4) 『衛生局年報』の病床分類は1928年版から組換えられた。1927年までの統計における一般病床数には私立結核病院病床・精神病院病床などが含まれていると考えられ、数字がやや過大であると考えられる。他方、1928年以降の私立病院病床には、当時増加しつつあった公益法人立病床が数千から1万床程度ふくまれている。

医師による公共的貢献の領域

医師が果たすべき3つの公共的役割

1. 生活モデルに基づく地域ケアの構築
2. 人口高齢化・少子化によって高まる効率化圧力への対応
3. 医学・医療技術の高度化への対応

医業資本の所有者からケアシステム構築者へ

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)