

# 1 地域医療の概念

伊藤新一郎

## (1) 地域医療の語源

Community Medicine (地域共同体を基盤とした医療サービス) と言うのが地域医療の原語だと言う<sup>1)</sup>。これは、1920年にイギリスのドーソン卿によって提案され、28年後の1947年 National Health Services (NHS) さらに'74年新NHSへ発展した行政サービスの事である。地域共同体と言うのは、それぞれの国或いは地域の歴史的発展過程において、様々な違いを持っている。当然イギリスの歴史と日本の歴史は異なり、個人主義、家庭や宗教観等の違いにより生活価値観の基盤を異にしているため、医療戦略において違いが出て来るであろう。我々には、日本の歴史を踏まえた日本の「地域医療」を構築することが、必要である。

## (2) 地域医療の視野

日頃我々が接する患者の中には、退院して帰る家族と共に地域の人々の理解と協力があって始めて良好な状態を作り出せることがある。特にリハビリテーションを必要とするような障害を持ったまま退院する場合は一層、家庭や地域の重要性を感じる事が多い。病院に籠もって病院を訪れる患者の病気だけ見つめ治療にあたって、我々は患者を救えない。

「地域医療」の他にも「地域保健」とか「地域精神医療」等「地域」と言う言葉を良く見聴きする。竹内は「地域リハビリテーション」の定義を試み、「地域」とは患者の「生活圏」と考えれば充分であると述べている<sup>2)</sup>。地理的広がりより、人々の生活のありように視点を置いたものである。しかし、「地域」は、ケースバイケースで職場や学校、時にはもっと大きな空間を指して、三次医療機関との連携をも視野に入れた言葉で語られている場合もある。三次医療機関とか大学病院といえども地域医療と無縁ではあり得ず、むしろ医療そのものを地域医療と考えるべきで、医学研究や教育のために独立した医療があると考えべきでない。

また、竹内は、「地域リハ」を障害者を支える「家」の「地域」への開放ととらえ、そのための地域ぐるみの活動であると整理している。「家」の「地域」への開放とは、介護や家事が女性に偏重している現状からの脱却と言う視点も考えておくべきである。

患者の生活圏の観点からでも、「地域医療」の視野は、広範囲な分野にわたることが理解できる。直ちに直面するのが、食料や住宅であるが、教育の重要性にも思い至るであろうし、考えを巡らせると、農業、畜産、漁業、工業、公共事業、通信とその範囲は果てしなく広がって行く。これは、後述するプライマリヘルスケアの中でも述べられている。

## (3) 地域医療の目標

地域医療で扱う「地域」には、集団でなくあくまで個人を中心とした共同体と云う意味があることを忘れてならない。自由な個人が様々な価値観を持つことは、当然であり、尊重されなければならない。一方、集団生活を営む上での工夫

も同時に持ち合わせなければならない。このような自由主義や個人主義が地域医療の根底に流れているというべきであり、適切な情報と情報に基づく個人の正しい決定が、個人の「健康」を左右することになる。例えば、予防接種を考えてみよう。個人の決定を重視した今日、予防接種率は低下し、その結果、集団感染の危険性が再び上昇する結果を招いている。個人の決定の積み重ねが、結局は、地域社会にひいては個人に影響を及ぼすことになるのである。個々の問題に対しての徹底した情報の公開とそれに対する個人の判断力の向上（教育）が、強く求められる由縁である。

従って、地域医療の目標は、個々の住民の「健康維持・増進」にあることは論を待たないが、同時に個人の責任も強く求められている。ここで言う「健康」とは、「単に疾病や虚弱がないだけでなく、身体的、精神的、社会的に極めて良好な状態」であり、「到達しうる最高水準の健康」であり、ノーマライゼーションをも含んでいる。「全ての人に全ての機会は均等に与えられ、個人がその能力の限界一杯努力することができること」は全ての人々の権利であるが、しばしば障害者においてはその権利の行使は困難である。障害者を排除することで出来ている快適さや繁栄は見せかけであり、障害者と全てを共有できることが真の快適性であり社会の繁栄であるとの考え方が、社会の是となるよう努力することが必要である。「健常者」の義務意識の中で「障害者」を救済するのではなく、全ての人が、「ノーマライゼーション」の考え方で、より健康になるための努力をすることがあたりまえとなる社会の構築をも地域医療の目標に含むべきである。

つまり、地域医療の目標は、単に疾病の予防（保健）、治療・リハビリテーション（医療）にとどまらず、全ての個人の良好な生活（福祉）をも視野に入れたものになる。

かつて、若月俊一が「戦争のない社会の構築が医療の究極的目標である」と言ったことは卓越した考えで、「良好な生活」は戦争がある限り真に存在できない。

#### (4) 地域医療の概念

「地域医療」とは、「住民が健康を守り増進することを支援することを含んだ広義の医療で、おのずと診断、治療、看護、介護、予防（リハを含む）を包括したものとなり、個人中心に個人の生活に係わる全ての環境を見据えて展開しなければならない継続的な活動の全て」と言うことができるのではないだろうか。私達の目指す所は、いくら努力してもそれで十分というものではなく、いくら視野を拡げてもこれで十分と云うものでもない。地域社会の発展の度合いに応じ、限りない広さを持つものである。もっと言えば障害者に対する差別のみならず、男女間の差別を含めたあらゆる差別からの開放を目指すことが、地域医療運動を動かす一つのエネルギーとならなければならないはずである。

最後に、いみじくもフライが述べているように<sup>2)</sup>、「我々の要求はニードより常に大きく、我々のニードは常に利用できる資源よりも大きい」と言う解答不可能な公式が存在するため、地域医療は患者を含めた医療関係者の範囲を越え、あらゆる人々の関心と関与が必然的に必要であることを強調したい。

#### (5) 医療史の観点から

##### a. 明治維新から終戦まで（没個人の時代）<sup>3)</sup>

「身体健康ト精神活発トハ邦国富強ノ大基礎ナリ」という考えから、先ずは、伝染病の予防（衛生）が、富国強兵・殖産興業を担う労働力の問題として提起された。

その頃、多くの国民は貧困の中で病に侵されていた。一例を挙げると石原修の「女工と結核」は有名であり、人道主義的発想から当時の女工の悲惨な状況を暴きだした功績は大きく、労働者の保護と開放を説いたものと言われている。

貧困と医療に対して、大正デモクラシーの中で、「医療の社会化」と言う言葉がキーワードとなる。それまでも、1905年（明治38年）の鐘紡等の共済組合の設立や1911年（明治44年）の工場法は、労働者の生活安定を図ることで生産性を向上させるため必要な政策として施行された。第1次世界大戦後のインフレーションによる実質賃金の低下に伴う労働争議の頻発や米騒動の全国的波及等の社会不安は、1921年（大正11年）健康保険法を成立させたもの、その施行は関東大震災のため1927年（昭和2年）まで延期された。国民の大半を占める貧困層に対しては、無産者診療所の設立やセツルメント運動があったが、大半は慈善家や公立の救療機関、実費診療所そして赤十字病院と済生会病院に限られていた。

ここに「医療の社会化」と言う本がある<sup>5)</sup>。著者は、東京帝国大学学友会内社会医学研究会となっている。社会医学研究会は1924年に先のセツルメント運動の中で結成されたもので、思想的影響を及ぼしたのは先の石原修や国崎定洞と言われている。「医療の社会化」が発刊されたのは1926年（大正15年）で、健康保健の施行される前年である。この健康保健に対して、被保険者の範囲や医療給付期間（26週に限定）の拡大等を要求しているが、概ね好意的で、医師会の反対を牽制している。当時診療費は、郡医師会において最低額が決められ上限を定めないのであり、大衆の多くは開業医にかかることができなかったと言う。保険の導入により、それまでの自由に協定して決められて来た診療費が、社会的に統制されるきっかけとなったことを評価したものと言える。

1938年（昭和13年）になって国民健康保険法がようやく制定された。しかし、医療従事者や医療機関の社会的配分については全く手が付けられず、未だ続く医療過疎の問題は、日本の医療史をみる時、当然の帰結とあって良い。

その後、悪夢のような戦争の中で、国民医療法や日本医療団が発足し、医療の国家統制により戦争遂行のための政策が進められ、「地域医療」は一時頓挫してしまう。

#### b. 国民皆保険制の持たらしめたもの<sup>4)</sup>

終戦により全ての価値は崩壊し、新しい体制作りが始まった。アメリカ軍占領下でのワンデル勧告によって促された社会保障制度審議会の答申が1950年、'51年（昭和25、26年）に出されたことや朝鮮戦争特需から復興し始めた日本の経済体制に合わせ、国民年金制度と抱き合わせで国民皆保険制度が可決（国民保健法の全面改正）されたのは1958年（昭和33年）であった。これまでの勤労者中心の健康保険の仕組みが、全ての国民を対象とするものに生まれ代わったものである。ここに、単に生産性向上に視点が置かれ発展して来た医療保険制度が、たとえその意図が変わらない物であっても、国民生活のQOLに係わる問題として登場して来たのである。一方、保険制度による医療費の統制は、医療の科学性と倫理性を強く歪める原因になっているとの批判と共に、国民皆保険制度となった今日、これらの矛盾は尚一層強くなっている。その後の日本医師会と厚生省の対立は、基本的には国の低医療費政策に対する反対運動の形で保険医総辞退まで戦術をエスカレートしたもので、結局国民不在の戦いであり、未だ国民と医師会の間には埋められない溝が存在している。

#### c. 医療法の改正と一連の保健・福祉関連法の改正等<sup>6)</sup>

医療供給体制の基本となる法律は、1948年（昭和23年）に制定された医療法である。最大の問題であった医療施設の偏在に対する対策として必要病床数を規定する第一次医療法改正が1985年（昭和60年）に行われた。1996年現在、全国の2次医療圏の数は344で、内病院の病床過剰圏は131に上り、46,228床が過剰病床と判定されている。しかし、極端な医療資源の偏在は、医療法の改正では解決されず、むしろ自由競争の原理が無くなった分、都会の過剰病床圏のリストラを阻害しており、都会の救急医療は砂漠と化している。

病床過剰地域の「改善」に向け医療施設機能の体系化を目的に、1992年（平成4年）第二次医療法改正が行われた。高度の医療を提供する「特定機能病院」と長期入院患者を収容し、将来、福祉施設に転用しようとの意図が伺われる「療養型病床群」を導入したものであった。前者は80病院、後者は368施設・26,856床あり、過剰病床の約60%を実質

上縮小したことになった。一連の病院病床の縮小は福祉ベッドの肩代わりをしていた長期社会的入院患者をあるべき姿に是正することにはなりそうだが、本質的な医療の質改善にはなっていない。

1963年（昭和38年）施行された老人福祉法は、1973年（昭和48年）の改正により、老人医療費の無料化を実施させ、医療は、国の生産性向上のためでなく、国民の健康増進のためのものとの考えを常識化させた。しかし、1982年（昭和57年）に成立した老人保健法は、'83年（昭和58年）から老人医療費の一部負担金を全額公費負担とすることを止めさせてしまった。これは、老人福祉／医療の明らかな後退であるが、国民の側から見ると、資源は有限であるとの考えや、「あるところは我慢しても高福祉の実現を」と言う考えを大きく前進させた。

1983年（昭和58年）からの10年間は、「国連・障害者の10年」であった<sup>7)</sup>。精神衛生法が精神保健法に改正され、1993年に公布された障害者基本法を背景に1995年に同法は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）へと改正された。1996年（平成8年）には優性保護法が母体保護法に改正され（精神病患者、精神薄弱者に対する優性手術の規定廃止等）、精神障害者の人権擁護が一步前進する等日本でも様々な施策が実施されたが、真の福祉国家になれるかどうかはむしろ今後の国民の決断次第である。

1989（平成元年）には「高齢者保健福祉推進十カ年計画（ゴールドプラン）」が発表され、在宅福祉に必要な量的基準が示された。1993年（平成5年）は、市町村が保健・福祉計画策定を立てる最終年であった。各地で先に述べたゴールドプランをさらに上回る計画が練られ、国にゴールドプランの発展的見直しを迫り新ゴールドプランが発表された。しかしこれでも国民のニーズを満足させるものではなく、さらにスーパーゴールドプランが望まれており、サービス提供者の側ではなく、サービスの受け手の権利意識が重要であることを再度強調したい。

高齢者社会を迎える準備として老人保健法が施行された後他の医療保険制度も、財政的改革と共に高齢者社会に対応した改正を次々に実施し始めた。最も大きな改正は1995年（平成6年）で、在宅医療の法律上の位置付けを明確化したものであった。以後、急速に医療の現場は変化し始め、「地域医療とは老人の在宅医療」とあるとの誤解を招きかねない状況にある。

## (6) WHOの動き

WHOでは、1978年有名なアルマ・アタ宣言「Health of all by the year 2000!」を採択した。

アルマ・アタ宣言は、次のようなプライマリヘルスケア（PHC）を求めている。

「自助と自決の精神に則り、地域社会または国が、開発程度に応じて負担可能な費用の範囲内で、地域社会の個人または家族の十分な参加によって、いつでも利用できる実用的で科学的にも適正で、かつ社会的に受け入れられる手順と技術に基づいた欠くことの出来ないヘルスケア」

もともとアルマ・アタ宣言は、後進地域の保健・医療の引き上げのために宣言されたものであり、日本にそのまま当てはまるものではない。例えば、高齢者の療養支援等といったものは見付けることができない。しかし、保健関係部門以外の広い視野を要求していることは我々の先の考えと一致している。

また、その従事者には、1985年の東京宣言で、次のような態度を要求している。

- ①保健医療ニーズに敏感であること。
- ②複雑な組織体の中でも活動できること。
- ③他の職種と共にチームを構成して、そのリーダーまたはメンバーとして活動できること。
- ④地域社会の指導者、住民及びサービスの受けてと良好な意志疎通ができること。

## I 地域医療と現代医学

- ⑤個人及び集団に対して、健康増進、疾病予防及び健康教育を介して健全なライフスタイルの普及に務められること。
- ⑥最新の医学情報を知り、医療技術の妥当性を評価できること。
- ⑦個人の希望と社会の負担及び倫理のバランスに留意した複雑な意思決定ができること。
- ⑧患者のニーズを配慮した包括的なケアができること。

この8つの態度は極めて当を得たもので、全ての保健・医療従事者に必要なものであろう。

### (7) まとめ

この十数年、貧困対策としての「医療の社会化」と言うスローガンから、個人の基本的人権の問題として「健康」が論じられ、「患者の権利」や「ノーマライゼーション」が医療のスローガンとなっている。

後述されるIL運動や国連の障害者10年の運動を経て、日本においてもノーマライゼーションは大きく前進しているように見受けられる。1992年に開催された第29回日本リハビリテーション医学会総会で地域リハビリテーションが取り上げられ、日本の各地で展開している活動を「白書」として収録した<sup>8)</sup>。世界中でそして日本でもかつてない勢いで障害者に対する認識が社会価値観を変化させており、この中で地域医療は大きく前進している。

営利性を基本とした日本の医療制度の中で、ノーマライゼーションを目指した地域医療運動を成功裏に展開するためには、サービスの受け手の権利意識こそ原動力とならなければならない。今や保健・医療従事者だけでなく、サービスの受け手の意識変革が求められているのである。

### 文 献

- 1) 岩崎 栄；地域医療の基本的視座，ベクトルコア，東京，1990.
- 2) ジョン フライ；プライマリ ケアとは何か。医学書院，東京，1981.
- 3) 川上 武；現代日本医療史，勁草書房，東京，1972.
- 4) 厚生省；厚生省50年史，中央法規出版，東京，1988.
- 5) 東京帝国大学学友会内社会医学研究会；医療の社会化，同人社書店，東京，1926.
- 6) 保健と年金の動向；厚生指針43(14)，1996.
- 7) 小島蓉子；世界各圏域の到達点の評価と国連活動の方向性，ジュリスト，1012，10-20，1992.
- 8) 澤村誠志；地域リハビリテーション 白書'93，三輪書店，東京，1993.