

# なぜいま地域包括ケアか——病院医療の歴史的転換

松田純

## はじめに

病院中心の医療から地域包括ケアへと医療はいま大きく転換しつつある。国は高齢者の増加などによる医療費増大に危機感を抱き、それを抑制するために地域包括ケアシステムへの転換を強力に推し進めている。しかしこの転換は「高齢者が増えて医療費が増えたから起こった問題」なのであろうか。

「地域包括ケアシステム」の構築という言葉は、行政の文書としては、2003（平成15）年の「2015年の高齢者介護」で初めて登場する。じつはそれより28年も前から広島県の公立みつぎ総合病院（現在、尾道市）では、この言葉を用いた包括的ケアの取り組みが実践してきた。

まず公立みつぎ総合病院の取り組みを振り返り（1）、次に、包括ケアへの転換の意義を、西洋医学と近代病院の発展の歴史のなかで（2）、さらに、治療医学の限界がもたらす医療の構造的転換のなかで捉え直してみたい（3）。そこから、医療費削減などという理由よりももっと深い歴史的かつ構造的な必然性が見えてくるであろう。最後に再び医療の歴史を振り返り、全人的な包括ケアの歴史的意義を確認したい（4）。

## 1 公立みつぎ総合病院の地域包括ケアの取り組み

現在の地域包括ケアシステムの内容はじつは、1975年ころから広島県の御調<sup>みつぎ</sup>国保病院（1984年より公立みつぎ総合病院）で試行錯誤しながら取り組まれてきた。最初は「包括医療」、のちに「地域包括システム」という名称を用いて、包括的ケアが実践してきた。

御調<sup>みつぎ</sup>国保病院の山口昇院長（当時）が地域包括システムを提唱したのは、「寝たきりの高齢者が増えるのを何とかしたかったから」だった。例えば脳卒中などで入院し治療を受け退院した患者が、家で過ごすうちに寝たきりになり再入院するケースが多かった。当時はまだ3世代同居が多く、高齢者の独居は少なかったため、安心して退院させていたが、実際は若夫婦が共働きのため、日中は独居で、介護力が足りなかった。当時の住環境はバリアもなく、自分で思うように動けないことから、「寝たきり」あるいは「寝かせきり」になる。山口院長はこうした姿を見て、「病気を診て命は助けたが、『人』を診ていなかった、後の生活を考えていなかった」ことに気づき、病院の医療を自宅に持ち込む「医療の出前、看護の出前」を始めた。訪問看護、訪問診療、訪問リハビリテーションという言葉も制度も、介護保険制度もなかった時代に、医療や看護の「出前」を始めたのである。

1984年に公立みつぎ総合病院へと組織改革した機会に、御調<sup>みつぎ</sup>町の保健福祉部門を病院内の健康管理センターに統合し、医療と介護と保健サービスを有機的に結び付けて、「寝たきりゼロ作戦」を展開した<sup>1</sup>。このころから地域包括ケアという言葉を用い始めた。この取り組みの中身は今日の地域包括ケアシステムを先取りするものである。

1994（平成6）年に厚生省が組織した「高齢者介護・自立支援システム研究会」で山口

<sup>1</sup> 山口昇『寝たきり老人ゼロ作戦』家の光協会、1992年、山口昇「地域包括ケアのスタートと展開」高橋宏『地域包括ケアシステム』オーム社、2012年、公立みつぎ総合病院「山口昇名誉院長、相談役・顧問紹介」[http://www.mitsugibyouin.com/info/honorary\\_director/](http://www.mitsugibyouin.com/info/honorary_director/)

院長（当時、全国国民健康保険診療施設協議会会長でもあった）が副座長を務めた。この研究会が同年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」という報告書を取りまとめた。これは介護保険創設へ向けた「闘いの始まりを告げる号砲」、あるいは「革命宣言」<sup>2</sup>と評価される非常に重要な文書で、以後の医療・介護・保健体制の基本骨格を提言している<sup>3</sup>。こうして山口院長らが自身の地域で取り組んできた包括ケアの理念が国の政策のなかに採用されていく。

「地域包括ケアシステム」という言葉が行政の文書のなかで初めて登場するのは、2003（平成15）年の「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」（厚労省老健局が組織した高齢者介護研究会）である。その後、2005（平成17）年の介護保険法改正で「地域包括支援センター」の創設が打ち出され、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な包括的な支援を行うことになった（同法第115条の39）。2011（平成23）年の介護保険法改正では、「高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステム」の構築が目標に掲げられた。

このように数次にわたる介護保険法の改正や、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の制定（1989年）およびその数次にわたる改正を経て、現在の地域包括ケアシステムが練り上げられてきた。

「包括ケア（integrated care, comprehensive care）」や「地域包括ケアシステム（community based integrated care system）」は日本だけのものではなく、各国にあり、地域ごとの特徴をもっている<sup>4</sup>。しかし日本の地域包括ケアシステムは、外国からの受け売りではなく、山口昇院長と公立みつぎ総合病院が地域の実情のなかで、創意工夫を重ねながら手作りで築き上げてきた内容が国の政策として採用されたもので、日本独自のものである。もちろん、さまざまな制度設計時に、各国の制度や施策も参考してきたことは言うまでもない。

ではなぜ、一地域の取り組みが国全体の政策にまで押し上げられたのであろうか。その必然性を理解するため、病院の歴史を振り返ってみよう。

## 2 病院の歴史

これまで、「病気になったら病院に行き、医者に治してもらう」というのが人々の一般的構えであった。その結果、日本では、病院死が死亡者の約8割という状況になった<sup>5</sup>。これは、医療や病院の体制整備を推進してきた国の施策にもよるが、それだけではない。患者や市民の側も、病気になったら医者や病院が治してくれるという認識をもつようになったことによる。なぜ、こうした「病院信仰」とも呼ぶべき観念が強まったのであろうか。その経緯を、医学と病院の歴史、さらに、わが国の近代医学と病院の発展のなかで考察する。

### （1）ヨーロッパ：治療力を發揮する病院への発展

ヨーロッパの病院の歴史は非常に古く、古代ギリシャのコス島で医神アスクレピオスを

<sup>2</sup> 大熊由紀子『物語介護保険』岩波書店、2010年、上161頁

<sup>3</sup> この報告書の意義については、増田雅暢『介護保険の検証—軌跡の考察と今後の課題』法律文化社、2016年、第1章参照。

<sup>4</sup> 简井孝子「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社、2012年、第3章

<sup>5</sup> 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

まつた神域アスクレピエイオンのなかに、紀元前 600 年ころから、治療を行う施設、病院があった<sup>6</sup>。医神アスクレピオスは紀元前 400 年ころアテナイに招きいれられて、各地に同様の施設がつくられたと考えられる。

キリスト教の時代になって、病や貧困に苦しむ者をケアする慈善がキリスト者の重要な務めとなった。ニカイア公会議（325 年）は司教たちに教会堂のあるすべての都市にホスピタルを設立するように指示した。カルタゴ宗教会議（398 年）は司教たちに、教会からほど遠くないところに宿泊所(hospice, hospitiolum)を運営するよう求めた。このキリスト教の制度のモデルはおそらくはユダヤのホスピスであったと推測される。ホスピスはキリスト以前のユダヤ教の時代からすでに存在していた<sup>7</sup>。

中世ヨーロッパでは、教会に付置された収容所(hôtel, hôpital)が各地にみられた。これは。巡礼者や旅行者を宿泊させる施設であり、極貧者、孤児、高齢者（特に寡婦）、障害や慢性疾患を抱えた人々などが滞在する施設であった。収容された者が疾病にかかっていたとしても、その疾病を治療する機能は小さく、介護して生活させることが重要であった。病院に常勤医師が登場するのは、東ローマ帝国やイスラム世界の病院では 10 世紀頃から、中央ヨーロッパの病院では 1500 年前後からである<sup>8</sup>。

修道士や修道女が貧しい病者に、安心して休める場所を提供し、薬効も期待できる食事を与えて飢えを癒し、体力を回復させて、自然治癒力に期待した。ヨーロッパ中世の修道院医学では薬草についての豊富な知識が蓄積され、それらも患者の回復に役立った<sup>9</sup>。病者の身体のケアだけではなく精神のケア、さらには魂のケアをも含む全人的な包括的ケアが行われていた<sup>10</sup>。

19 世紀の初め頃から、近代科学の発展を基盤にして、西洋医学は治療力を發揮し始める。アッカークネヒト (Erwin Heinz Ackerknecht, 1906–1988) は 19 世紀初頭の医学を「病院の医学 hospital medicine」と名付け、それ以前の中世の医学を「書物による医学 library medicine」、19 世紀後半の医学を「研究室（実験室）の医学 laboratory medicine」と名付けた<sup>11</sup>。18 世紀に医学は「書物による医学」から臨床医学へと転換し始め、病院は困窮するものを保護する施設から、治療の施設へと変化する<sup>12</sup>。同時に病院は臨床研修の場としての役割も果たす。遅くとも 19 世紀後半には、新しい自然科学的方法による生理学や臨床

<sup>6</sup> カール・ケレーニイ『医神アスクレピオス一生と死をめぐる神話の旅』岡田素之訳、白水社、2012 年、6, 74–99 頁

<sup>7</sup> George Rosen, *The Hospital: Historical Sociology of a Community Institution*. In Eliot Friedson, *Hospital in modern society*, 1963. P. 3

<sup>8</sup> マイヤー・シュタイネック/カール・ズートホフほか『図説 医学史』小川鼎三監訳、朝倉書店、2001 年、104, 186 頁、児玉善仁『病気の誕生』平凡社、1998 年、226 頁、George Rosen, Eliot Friedson, *Hospital in modern society*, 1963

<sup>9</sup> ジュヌヴィエーヴ・グザイエ、久木田直江監修『ひみつの薬箱—中世装飾写本で巡る薬草の旅』柴田里芽訳、グラフィック社、2019 年

<sup>10</sup> 佐々木巖『サレルノ養生訓—地中海式ダイエットの法則』柴田書店 2001 年、ペーター・ゼーヴァルト編『修道院の医術—心身ともに健やかに生きるための 12 章』島田道子訳、創元社、2011 年

<sup>11</sup> アッckerクネヒト『パリ、病院医学の誕生—革命暦第三年から二月革命へ』館野之男訳、みすず書房、2012 年、12, 35 頁

<sup>12</sup> グンター・B・リサ「病院の歴史（近代）」板井孝亮郎訳、『生命倫理百科事典』丸善、2007 年、IV巻、2550–2555 頁、ヴォルフガング・エッカルト『医学の歴史』今井道夫ほか訳、東信堂、2014 年、217 頁、バイナム『医学の歴史』鈴木晃仁・鈴木美佳訳、丸善出版、2015、25–87 頁

化学、物理学的診断学が、医学の基礎になった<sup>13</sup>。こうして医学は根本的な変貌を遂げ、病院は治療と医学研究・教育の中心的な場となった。

## (2) 日本：西洋近代医学への転換と近代病院の創設

西洋で19世紀に成立した近代的な医学と医学教育および近代的な病院を日本に初めて導入したのは、オランダの軍医、ポンペ・ファン・メールデルフォールト(1829-1908)であった。彼は1857年から62年の5年間長崎に滞在し、1857年から医学伝習所で日本人に西洋近代医学を体系的に教育した。ポンペは医学教育のためには西洋式の近代病院がぜひとも必要であると江戸幕府を説得し、1861年に長崎の小島に養生所を開設した。

小島養生所は純西洋式の病院であり、木造2階建2棟に、疾患別に区分された8病室、病床数120を備え、給食設備、薬品倉庫、医療機器と図書室も兼ね備えていた。長崎奉行所の役人は「ベッドはいらない。日本の風習で床にじかに寝れば良い」と主張したが、ポンペはこれを断固として退け、ベッドを設置した。病院の食事も、患者衣もすべて西洋式にした<sup>14</sup>。小島養生所は患者を収容して集中的に治療を行う施設であり、日本で治療型の医療が力を発揮する時代の幕開けを告げるものである。別棟には臨床講義室と学生宿舎があり、医学生が臨床実習を行なながら医学教育を受ける施設となっていた<sup>15</sup>。これは今日の大学医学部と付属病院にあたる。実際に、小島養生所はのちの長崎大学医学部とその付属病院へと発展する。

ポンペは小島養生所で患者の治療にあたるとともに、医学生の臨床教育を行った。彼は回顧録のなかで小島養生所の開設から1年間の治療結果を下の表のようにまとめている。ちなみに、これは入院患者に限定したものであり、これ以外に多数の外来および往診患者がいたが、ここには含まれていない<sup>16</sup>。

患者数統計(1861.9.21-1862.9.21)

入院患者数	930
回復したもの	740
回復せず退院	94
死亡	13
不治	37
現在治療中	46

この表を見る限り、回復したものは入院患者の80%であり、治癒率80%ということになる。回復した者の実際の状況や予後は定かではないが、日本初の西洋式近代病院が大き

<sup>13</sup> エッカルト『医学の歴史』 271頁

<sup>14</sup> ポンペ『日本滞在見聞記—日本における五年間』沼田次郎・荒瀬進訳、雄松堂書店、1968年、313頁

<sup>15</sup> ポンペ、同書、315-316頁

<sup>16</sup> ポンペ、同書、323頁。このほかにポンペは日本滞在5年間で約1万3600名を診療した。

な治療力を發揮していたことがわかる。

じつは、日本に西洋近代医学をもたらしたのはポンペが初めてではない。鎖国時代の日本で長崎の出島のオランダ商館には、1859（安政6）年の開国まで約100人の医師が赴任した。これらの蘭館医に接した通詞などを通して、西洋近代医学はすでに伝えられていた<sup>17</sup>。ポンペに先立つおよそ40年前には、有名なシーボルト(Philipp Franz Balthasar von Siebold、1796-1866)が蘭館医として6年間(1823-29年)滞在し、医学教育を行い、多くの弟子を育てた<sup>18</sup>。しかしシーボルトの教育は体系的な医学教育ではなかった。治療施設と臨床研修としての病院ももたなかつた。これに対し、ポンペの教育は、物理学、化学、解剖学、生理学、病理学（基礎医学）、内科学、薬理学、外科学理論、外科手術学、眼科学などから構成されており、オランダ軍医学校のカリキュラムに沿つた体系的な講義であった。この医学校で1859年に日本初の解剖実習が行われ、1861年には近代的病院での治療と臨床実習が開始された。したがつて、いまからおよそ160年前に、西洋の近代医学と近代病院は日本に根を下ろし始めた。20世紀に展開する「病院の世紀」の原点はここにある。

ポンペの日本人側の助手として、医学伝習所と病院の設立および運営に尽力したのは、幕府の奥医師、松本良順（1832-1907）であった。松本は、ポンペが5年間の長崎滞在を終えて帰国したのち、ポンペから学んだ西洋式の医学と医学教育を日本全国に広げようとした。「江戸に医学校を設立し、医師従来の悪習を一洗せん」として江戸に戻り<sup>19</sup>、1863年、江戸幕府直轄の医学所第3代頭取となった。松本は前任者、緒方洪庵(1810-1863)の語学中心の教育を徹底的にぶち壊して、ポンペ式の組織だった医学教育を始めた<sup>20</sup>。これが東京帝国大学、現在の東京大学医学部へと引き継がれる。

長崎や江戸・東京以外でも近代的な病院が創設される。例えば静岡では、1869（明治2）年に近代的な病院が開院している。松本良順の甥、林 研海（けんかい、1844-1882）は長崎でポンペからオランダ医学を学んだ後、さらに1862年に幕府派遣のオランダ留学生に随行して、帰国していたポンペから直接オランダ医学を学び、現地の海軍病院で臨床研修も行った。幕府派遣の留学生であったが、1868年に帰国した時、徳川幕府はすでに崩壊していた。徳川家臣とともに駿府へ移り、翌1869（明治2）年、満24歳で藩立駿府病院の病院長に任命された。まもなく藩名が静岡となつたため、病院名も藩立静岡病院となる。藩立静岡病院は患者の診療を行うとともに、医師の養成も行なつた。分院として、現在の掛川市に掛川小病院、現在の磐田市に中泉病院も開院し、無医地帯からの医師の派遣にも応じた。藩立静岡病院は1871（明治4）年、廢藩置県によって廃院となつたが、地域の医療ニーズに応えて1876（明治9）年、公立（県立）静岡病院として復活した。その後、静岡市に移管され、今日の静岡市立静岡病院となる<sup>21</sup>。

<sup>17</sup> 佐賀県医師会『佐賀県医学史』1971年、176-177頁

<sup>18</sup> 『シーボルトの見たニッポン』シーボルト記念館、2005年

<sup>19</sup> 松本順「蘭疇自伝」1906年、松本順・長与専斎『松本順・長与専斎自伝』（東洋文庫386）、平凡社、1995年

<sup>20</sup> 緒方富雄「ポンペと日本の医学」雄松堂書店新異国叢書月報1、1968。先述のアッカーケネヒトの西洋医学の発展段階に当てはめれば、緒方洪庵の医学教育は蘭語の翻訳を中心とした「書物による医学」の段階にあつた。

<sup>21</sup> 静岡市立静岡病院ホームページ「静岡病院150年の歴史」[https://www.shizuokahospital.jp/about/150th\\_anniversary/150years\\_of\\_history-70896/](https://www.shizuokahospital.jp/about/150th_anniversary/150years_of_history-70896/)

樋口雄彦「静岡藩の医療と医学教育」『国立歴史民俗博物館研究報告』第153集、2009年、445-489頁、樋口雄彦『静岡藩ヒストリー』静岡新聞社、2017年、134頁、高橋慎司「林研海の生涯」『早稲田大学大学院教育学研究科紀要』別冊（11-2）、2004年、27-37

また新潟では、1865（慶応元）年に長崎に留学しポンペの後任ボードウイン(Anthonius Franciscus Bauduin、1869-1870)からオランダ医学を学んだ竹山<sup>たむろ</sup>屯(1840-1918)が、1870（明治3）年に新潟仮病院（共立病院）を創設した。その後、数次の組織改編を経て、今日の新潟大学医学部とその付属病院へと発展する<sup>22</sup>。

このように明治の初期から、西洋式の病院が各地に創設された。1875（明治8）年には、病院数63（公立41、私立22）となるが、明治の終わり1912（明治45／大正元）年には、2,656（官立1755、私立809）に増加している<sup>23</sup>。

西洋で医学が治療医学として力を發揮し始めてまもなく、日本にも西洋の医学教育と病院が本格的に導入され、広がっていった。その後、日本の医学の手本はオランダ医学からイギリス医学へ、そしてドイツ医学へと変化する。その過程で、中国から東アジアの医療・衛生上の問題だったペスト、コレラ、マラリアなどの感染症のコントロールに成功する<sup>24</sup>。さらには第二次世界大戦後の医療と公衆衛生の崩壊のなかから、GHQのサムス准将の指導のもと、医療と公衆衛生の再建がなされる<sup>25</sup>。今日の医療体制の骨格はこのなかで構築された。

### 3 治療医学の限界がもたらす医療の構造的転換

猪飼周平は20世紀的医療の時代を「病院の世紀」と呼ぶ<sup>26</sup>。21世紀のいま、医療が病院だけで完結する時代が終わり、地域包括ケアシステムへの移行が促進されている。猪飼はしかし、病院の世紀の終焉は病院の消滅を意味しないという。19世紀後半から20世紀を通じて発展してきた近現代医療と病院はますますその治療力を發揮していくことが求められている。むしろ、病院は包括ケアシステムのなかの一環として位置づけ直されなければならないという。猪飼が述べている構造的転換を本稿での課題意識にそって整理し直してみると、こうなる。

- (1) 医療の目標が変わる：医療観の変化
- (2) 医療者と患者の関係が変化する：患者側（本人および家族）の心構えの変化
- (3) 地域包括ケアシステムのなかで、担い手のあり方が変わる：医師と他の医療職・介護職との関係の変化

以下、この順番に沿って考察する。

#### （1）医療の主な対象が徐々に進行する慢性疾患となったことによって医療の目標が変わる

疾病構造が感染症から「成人病」あるいは生活習慣病へと転換したという把握がされることが多い<sup>27</sup>。しかしこのとらえ方は必ずしも正確ではない。公衆衛生の発展と医学の進歩によって、かつて大量死をもたらした疫病に近現代医療が打ち勝ってきたのは確かである。だが、感染症を完全に克服したとは言い切れない。2020年に世界を震撼させているパ

頁、『静岡県史』通史編5 近現代一、1996年、65-69頁

<sup>22</sup> 新潟市医師会創立100周年記念サイト年表 <https://www.niigatashi-ishikai.or.jp/100th/year.html>、新潟大学医学部ホームページ <https://www.niigata-u.ac.jp/news/2018/43341/> より

<sup>23</sup> 福永肇『日本病院史』ピラールプレス、2014年、159頁

<sup>24</sup> 飯島涉『感染症の中国史—公衆衛生と東アジア』中央公論新社、2009年

<sup>25</sup> クロフォード・F. サムス『GHQ サムス准将の改革—戦後日本の医療福祉政策の原点』竹前栄治訳、桐書房、2007年

<sup>26</sup> 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010年、1-3頁

<sup>27</sup> 例えば『平成26年度厚生労働白書』

ンデミックがそのことを如実に示している。

むしろ次のようにとらえるべきではないだろうか。医療が未発達の時は、いったん発症すると、簡単に命を落とす場合が多い。医学の発展、特に効果の高い治療薬や高度な外科手術などによって病気を食い止めるができるようになった。助からない命が助かるようになつた。しかし、医療の力で病状の悪化を抑え、いったんは落着いた場合でも、問題が全面的に解決するわけではなく、病気がゆっくり進行するケースも多い。仮にその疾患は克服できても、また別の疾患に見舞われることも少なくない。そのような経過をたどりながら、人は最期へと近づいてゆく。最後は、すべての人が致死率100%の病気か老衰によつて命を落とす<sup>28</sup>。猪飼はそうした事態を次のようにとらえている。治療医学の発展によつて「人々は簡単に死ななくなり、その結果、一度罹ると完全に治癒しない生活習慣病や疾病や老化に伴う障害を抱えつつ、長生きするということが一般化した」<sup>29</sup>。つまり、公衆衛生の発展、医学の進歩、長寿化の進展などによつて、人は簡単に死ななくなり、ゆっくり進行する慢性疾患が一般化したのである。

疾患やそれに伴う障害を抱えながら最期へ向かっていくプロセスでは、医師による治療には限界がある。「病院の世紀」では、治療に対する大きな社会的期待に応える形で医療供給システムが編成されてきた。それゆえ、治療という手段の社会的評価が他の手段に比べて低下していくけば、患者を効果的に治療することを目指す診療パターンと、それを中心とする20世紀型医療システムの基礎が揺らぐことになる<sup>30</sup>。

治療医学では、病気を治せるか治せないかが患者のその後の人生を決定する。治療の有用性が他の一切の価値に優先する。これに対して、完全には治癒せずゆっくり進行する慢性疾患や、老化に伴う機能低下や障害を抱えながら長生きするという事態では、治療以外のアプローチの相対的な位置が高まる<sup>31</sup>。治療以外のアプローチとは、治癒はできなくても、高齢者の生活を支え、生活の質（QOL）を向上させることである。QOLの向上と治療という二つがともに慢性疾患の患者や高齢者の生活を支える。治癒を目標とする「治す医療」から「治し支える医療」へと医療の目標が転換する。

### 健康概念のとらえ直しと、医療と介護の連携

医療の目標の転換とあわせて、健康概念も転換を迫られる。世界保健機関（WHO）は健康を「単に疾患がないとか虚弱でない状態ではなく、身体的、精神的、社会的にも完全に良好であること (a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)」と定義している（世界保健機関憲章前文、1946年国連で採択）。この健康定義に対しては、そもそも「完全に良好な **complete well-being** 状態」はありうるのかという疑問が当初から出され、この定義は批判にさらされてきた。医学の主要な対象がゆっくりと進行する慢性疾患、簡単には治らない病気となつたいま、この定義はますます不適切なもの、むしろ有害なものとなってきた。このような問題意識から、オランダの女性医師、マクトルド・ヒューバー（Machteld Huber）らの国際的な研究グループは健康についての新しいとらえ方を提起した。「健康とは、社会的、身体的、感情的な問題に直面した際に適応し自らを管理する能力（the ability to adapt and self manage）」と定式化した<sup>32</sup>。つまり、病気による苦境をさまざまな方法を駆使して乗

<sup>28</sup> 中島孝「尊厳死を超える一緩和ケア、難病ケアの視座」『現代思想』2012年6月号

<sup>29</sup> 猪飼、同書、213頁

<sup>30</sup> 猪飼は治療医学の限界から病院の世紀の終焉をそうした変化としてとらえている。猪飼、同書、206-207頁

<sup>31</sup> 猪飼、同書、218頁

<sup>32</sup> Machteld Huber et al., How should we define health? *BMJ* 2011, 343(4163):235-237  
マクトルド・ヒューバーほか「われわれはどのように健康を定義すべきか？」松田純訳、  
厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「希少性難治性疾患－神経・筋難病疾

り切っていく力・対応力・適応力・復元力を「健康」ととらえた。例えば、疾患があっても、さまざまな薬や補装具や機器、医療や介護の力などを支えにして、症状をやわらげ(緩和)、気落ちすることなく人生を前向きに歩いて行けること、その力こそを「健康」としてとらえ直した。生活支援と治療という二つがともに患者の生活を支える。医療の目標が生活の質の向上、生の内容の充実となつたいま、この健康観でなければ、事柄を整合的にとらえることはできない<sup>33</sup>。

## (2) 医療者と患者の関係の変化

病気を治すという狭い意味での治療であれば、医師が医学的適応を判断し、具体的には関連学会の治療ガイドラインなどに基づいて、治療方針がおのずと導かれる。しかし生活の質の向上や充実というケアの目標が掲げられると、それへの対応は人それぞれ異なる<sup>34</sup>。カスタマイズされたケア、本人らしい生き方を支えるためのケアという視点が重要になる。

けれども「自分らしい生き方」をすべての人が明確に自覚しているとは限らない。具体的な治療に対して望む／望まない、好き／嫌いや、療養生活のスタイルについての自分なりの好みはあっても、全体的に「自分らしい生き方」として統一的・整合的に自覚しているとは限らない。例えば人生の最終段階を迎えた場合、患者本人がどのような生き方を望むのかを自らに問わなければならない。アドバンス・ケア・プランニングなどで医療者からの働きかけをきっかけにして、自問することもある。医療者からの働きかけといつても、医療者は患者に生き方を教えたり人生観を訓示する必要はない。それは患者自らが自分に問いかけ、見出していくものであろう。

「病気になったら病院へ行って治してもらう」という単純な発想をやめることが患者側にも求められる。病気は治らないことも多い。病気を抱えながら今後どうやって生きていいくかを考えなければならない。どのような生活を望むのか？ 良い生活の質とは何か？ 最後の生をどう生きるのか？ 患者自らが問わなければならない。新しい健康概念と医療・ケアの目標を顧慮して、医療者・介護者、家族・支援者などと相談することが必要である。アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）の意義はここにある。ケアする者には、患者本人に寄り添って、本人の思いを聴く姿勢が求められる。

患者本人の意向の尊重は、自律尊重の原則の下に、医療現場ではこれまで重視されてきた。狭い意味での治療方針に関するインフォームド・コンセントの手続きでも、自律の尊重はもちろん重要であるが、治療ガイドラインから導かれた標準的な治療方針に患者も同意する可能性が高い。これに対して、本人の生活の質の向上という目標となると、その内容は患者一人一人異なる。本人の思いや希望、その根底にある価値観の尊重が一層求められる。

## 価値観と向き合う臨床現場

本人の生活の質の向上が包括ケアの目標となつたため、本人の思いや希望、その根底にある価値観の尊重が一層求められるようになった。実際に、アドバンス・ケア・プランニングでは、価値観が重視される。厚生労働省の2007年の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」およびその解説編には、「価値（観）」という言葉はまったくなかったが、アドバンス・ケア・プランニングを組み込んだ2018年の「人生の最終段階における医

---

患の進行抑制治療効果を得るための新たな医療機器、生体電位等で随意コントロールされた下肢装着型補助ロボット（HAL-HN01）に関する医師主導治験の実施研究」研究代表者中島孝平成25年度総括・分担研究報告書、2014年3月、181-185頁

<sup>33</sup> この健康観の意義については、松田純『安楽死・尊厳死の現在—最終段階の医療と自己決定』中公新書、2018年、218-230頁参照。

<sup>34</sup> 猪飼、同書、218頁

療ケアの決定プロセスに関するガイドライン」解説編では「価値観」という語が2箇所で登場する。

「人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です」。

なぜ「これまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むか」を把握する必要があるのであろうか。個々の医療的処置やケアについての希望であれば、具体的な臨床的処置について説明し本人の希望を聞けば済む。だが、人生の最終段階では継続的なケアが求められる。それが長期にわたることもしばしばである。そこで問題になってくるのは、その場その場の具体的な処置だけではなく、継続的な医療やケアのあり方である。さらにはどのような最期を迎えるのかという人生観・死生観に関わることである。

個々の事柄については「いいね」(その人の好み・選好)を求める、「やだね」(不快なこと)を避けねばよい。個々の「いいね」を規定し導くものは価値である。個々の「いいね」が積み重なったものが価値観である。私たちは、自分が高く評価する価値との関連で好ましい結果を約束するような行為を採用する。私たちは私たちの価値を危うくする展開を阻止するよう行為する。価値は意思決定を導き、他の行為ではなくその行為を選ぶように私たちを促す。私たちが自分の意思決定を正当化するのは、その意思決定が促進しようとした価値によってである<sup>35</sup>。しかし、その価値がいつも意識されているとは限らない。なぜそのような選択をしたのか、なぜそれが自分にとって重要なのかを説明したり正当化したりするときに、「価値」という言葉が出てくる。ふだんの自分をふりかえったところに、単に「望むもの」や「必要なもの」ではなく、それらを導いている価値が意識される<sup>36</sup>。

医療の目標は、命を救い、病気を治し、健康を回復することである（であった）。しかし治療医学が限界に直面すると、疾患がもたらす障害や苦難があったとしても、なんとか生活の質を高め、生を充実させることが目標となる。その時、自分が本当に望んでいるものは何かを熟慮せざるをえない。単にその場その場で「望むもの」「必要とされるもの」をあげるだけではなく、継続的な、ある程度統一された内容がテーマとなる。これが、いまあらためて臨床現場で価値観が主題化してきた背景である。

### （3）医師を頂点とする専門職の階層システムから多職種連携へ

治療以外のアプローチの相対的な位置が高まると、医師と他の医療者や介護者との関係の構造が変化する。医師の権威が患者に対して相対化するだけではなく、他の多様な職種に対しても相対化する。一例をあげてみよう。大井玄医師（公衆衛生学、老年医学）は次のような体験を語っている。

「往診のとき、病人〔認知症の女性〕はかならず『だるい』と訴えた。そういうときに訪問マッサージ師がやって来ると、いかにも気持ちよさそうに揉まれている。私は

<sup>35</sup> Bernard Gert, *Value and valuation*、バーナード・ガート「価値と評価」大小田重夫訳、『生命倫理百科事典』一巻 598-603 頁、見田宗介『価値意識の理論——欲望と道徳の社会学』弘文堂、1966 年、見田宗介「価値」、『現代社会学辞典』弘文堂、188-190 頁、John Dewey, *Theory of valuation*, 1939. ジョン・デューイ『価値づけの理論』岩田浩訳、大阪産業大学論集人文・社会科学編 (1)、2007、87-112 頁、2008、(2) 161-187 頁

<sup>36</sup> デューイ『価値づけの理論』

マッサージの鮮やかな手つきを見て、医者の無力を感じるのだった」<sup>37</sup>。

「だるい」と訴える認知症の高齢者に効く特効薬はないであろう。医師がやれることは限られている。ここではマッサージが状況の改善に役立ったが、それ以外にも、リハビリテーションや音楽療法などさまざまな対応が「だるい」という状況や本人の気持ちを改善する可能性がある。看護師やリハビリテーションスタッフ、管理栄養士、ケアマネジャー、介護福祉士などさまざまな職種はそのために働いている。病院の医療自体がすでにかなり前からさまざまな専門職によって分業化されているが、日本の法律では、医師以外の医療職が「医師の指示のもとに」活動するよう義務付けられ、医師を頂点とする階層構造が成立してきた。狭い意味での治療では、医師が大きな責任を負わなければならないが、包括ケアにおいては、介護職も含めてさまざまな専門職による「多職種連携」や地域住民のネットワークが重要である。こうして医師を頂点とする医療職・介護職の階層構造は多職種連携に取って代わらなければならない。

しかしそれは医師の活躍の必要性が減るということではない。これまで見識のある多くのすぐれた医師がフロントランナーとして、狭い意味での治療を超えて、それぞれの地域で多職種連携による包括ケアを主導してきた。それらの医師の活躍が一層求められているであろう。

これまで述べた構造的な転換をまとめると表のようになる。

	19, 20世紀型病院の世紀	21世紀型地域包括ケア
(1)	治療医学	QOLの向上
	健康＝完全に良い状態	健康＝問題に直面したときにやりくりする力
(2)	「完治」という目標→治療方針	本人の意思を尊重した医療・ケアの方針
(3)	医師を頂点とする専門家の階層システム	多様な職種・地域住民のネットワーク

#### 4 全人的包括ケアの復活

ここで再び医学の歴史を振り返ってみる。2 (1)でも触れたように、前近代の医療・ケアは包括ケアであった。前近代の医学は、疾患や患部を特効薬や外科手術によって治すという狭い治療医学ではなく（そもそもその力は弱かった）、自然治癒力を基本に据えた医療であった。医療は生活改善による処置、全人的なケアが基本となっていた<sup>38</sup>。

健康であるとは単に疾患がないことではない。健康・健全である(gesund-und heil-sein)とは、生の意義と調和していること、生きる力とそれを享受できる喜びの最適な状態と理解される。「健康とは、あらゆる労苦にもかかわらず意義深い人生を送る力(die Kraft, ein sinnvolles Leben zu führen)」のことであった<sup>39</sup>。この健康観は先に見たヒューバーの健康概念とまさに一致する。「完全な良い状態」としての「健康」が目標ではなく、病気を

<sup>37</sup> 大井玄『病から詩がうまれる一看取り医がみた幸せと悲哀』朝日新聞出版、2014

<sup>38</sup> Heinrich Schipperges, *Der Garten der Gesundheit. Medizin im Mittelalter.* 1985 ハインリッヒ・シッパーゲス『中世の医学——治療と養生の文化史』大橋博司・浜中淑彦訳、人文書院、1988年、ders., *Die Kranken im Mittelalter.* 1990. シッパーゲス『中世の患者』浜中淑彦訳、人文書院、1993年参照。

<sup>39</sup> Schipperges, *Der Garten der Gesundheit.* S. 63 『中世の医学』67頁

治すことはできなくても、生活の改善に心がけ、なんとかやりくりしていくという心構えが基本であった。

さらに、ヨーロッパの中世医学では、医療や看護は神への奉仕としての聖務であった。根源的治療は神の御業であって、医師の治療はその補助にすぎなかった。病気や死は人間の原罪に由来し、神の秩序のなかに位置づけられていた。

キリスト教の墮罪論、歴史神学によれば、人間はすべて、根源にある最上の状態から墮罪を経て救いの業の完成に至る旅の途上にある。永遠の救済へと至る人間の道程は、さまざまな宿駅をたどる巡礼の旅にも似ている。巡礼者・求道者として旅の途上にある人間 (*homo in statu viatoris*) は生涯にわたっていつも病気と健康の中間にいる。病気は人間の使命達成の契機として位置付けられていた。健康から病気へ、そして再び健康へ。この移行は救済史の動き、または終末論的な動きに結びつけられていた。治療は単に疾患や病変部を治すことになるとまらず、魂を癒すこと、魂を救いへと導くものであり、苦悩する者 (*homo patiens*) への奉仕である<sup>40</sup>。中世の治療的奉仕は、「病める人の身体と魂の全体をケアするホリスティックな医療」<sup>41</sup>、包括的ケアであった。

患者 (patient) の苦悩は単に病気であることより、はるかに包括的に考えられていた。

苦悩する人間<sup>42</sup> は、苦悩のなかから自分を超えて成長していくかなければならない。病苦のなかにある者は自己自身を超越すべく定められていた<sup>43</sup>。

シッパーゲスはヨーロッパ中世医学の特徴として、公衆衛生事業と全般的ヘルスケアと保健教育・保健政策を包括した医療というコンセプトをあげている。中世医学の根底におかれているのは、衛生学と養生法 (Diatetik) を含む生活学で、予防と治療と後養生を包括し、その役に立つすべてである。現代医学が発揮するような治療力がまだ弱かったために、適切な生活スタイルを営むことによる自然治癒力が重視された。魂の救済を含む総合的ケア、生活術としての医学は包括的な生活形式を示すものである<sup>44</sup>。

現在の包括ケアは、近代医学が失ったものを再び取り戻す形になる<sup>45</sup>。それは前近代の医療技術の水準や宗教的世界観に戻ることを意味しない。大きく発展してきた現代医学・医療が治療力を発揮してきたがゆえに、その限界に直面し、古代や中世の医学から続く全人的な包括的なケアの普遍性を評価し直すことになるだろう。患者も自己と向き合い、自らの価値観を問い合わせることを求められる。医療者・支援者も患者のこうした変容に向き合うことが求められるであろう。

<sup>40</sup> Schipperges, *Der Garten der Gesundheit*. S. 26, 8 『中世の医学』 26、28 頁

<sup>41</sup> 久木田直江『医療と身体の図像学—宗教とジェンダーで読み解く西洋中世医学の文化史』知泉書館、2014、x 頁、同「中世末の靈性と病の治療—ランカスター公ヘンリーの『聖なる治癒の書』」『西洋中世研究』No.1、2009、30-41 頁

<sup>42</sup> Schipperges, *Der Garten der Gesundheit*. S. 94 『中世の医学』 99 頁

<sup>43</sup> Schipperges, a, a, 0. S. 225. 前掲訳 259 頁

<sup>44</sup> 松田純「前近代の医療とケアに学ぶ」浜渦辰二編『〈ケアの人間学〉入門』知泉書館、2005、67-83 頁