

北 欧 の 公 衆 衛 生 , 医 療 制 度

吉 田 寿 三 郎

は し が き

北欧諸国、ことにスウェーデンは今日聞きしに優る高水準の生活を平均して確保している国であり、驚嘆させられる。その国土はアラスカ、グリーンランドと同緯度の北辺に位置し、北極圏につながる陽光の淡い酷寒の地である。100 年も前の農業時代がどのように厳しかったかは想像に絶するものである。毎年のように冷害に悩まされ、寒さと飢えに新大陸めざして生活の光を求めて去ったものも多かった。今なお光の神を祭るルシア祭がこの地に残っているのも理由のないことではない。

Ingvar Andersson の『スウェーデン史』には、スウェーデンを去ったけれども一物も失うものはなかった、という移民の母なる国への寂しい回顧の便りがのっている。指導者も薄い天恵の代償を求めて何回か他国を征覇しようと試みた。けれども成功せず、1814 年以来このような野望はすて、逞しいバイキング精神と体力をもっぱら恵まれない国土の開発に打込んだ。

この間大国は富国強兵のために産業開発を行い、お互に武力で破壊しあい、いたずらに国力の浪費と国民の膏血を搾って、ついに国民の反撃にあい、その不満を抑える彌縫策として、最小限の社会開発に及んだ。これに対して、スウェーデンは大国の争いの間隙をむしろ利用して、国民の福祉を築く社会開発のため産業開発に努力していった。このように夙に政策を転向して励んだことが、スウェーデンが酷寒不毛の地に今日世界最高の福祉国を建設できた所以である、と思う。

ことに、敗戦後人口過剰ノイローゼへと仕立てられた日本人はスウェーデンの繁栄は広大な大地にわずかな人口を擁しているからである、と歪んでみやすい。しかし、スカンジナビア半島は氷河

時代の最後に浮上した、古生代のほとんどなかった土地で、したがって一滴の石油も一塊の黒ダイヤもでない、ツンドラ地帯の多い痩せ地である。ただ比較的豊かな木材と良質の鉄鉱をもとでして、長い真摯な努力の積み重ねの後かれらは高水準な生活を享けとることになったのである。

すなわち、努力の次第によってはわたくしたちもまた到達できるはずである豊かな社会として、スウェーデンを初め北欧の国々をみることができるようである。まして、これからはかれらの努力した時代に幾倍かする有力な科学知識と技術を産業開発に駆使できることであり、福祉社会に達しうる可能性はより大きいはずである。

このような含みを前提として、北欧の代表であるスウェーデンを中心に、福祉社会をつくる上で重要な一翼を荷う公衆衛生の問題点を検討していくことにしたい。

I 問題点の整理

述者は 1959 年から 61 年にかけての約 1.5 年を、北欧ことにスウェーデンにあって、老弱を含む慢性退行性疾病対策について研究調査したが、当初の 6 ヶ月は平行して、「公衆衛生と社会福祉に関する管理学」コースを受講した。コースの内容はきわめて豊富で、中道主義の社会保障をバック・ボーンにした福祉国における地・歴、法・経、家庭・社会、風土・風俗、一般教育・専門教育、産業・地域開発など——健康・安全から疾病・犯罪——にいたる広範囲なものであった。教課はそれぞれの機関、施設ないし地域社会に臨んで、問題を眼の前にして討議の形で行われることが多く、内容をよく消化できるように仕組まれていて、管理学コースの名にふさわしく、まことに効率的なものであった。

コースの行われたヨーテボリ市はストックホルム、コペンハーゲンおよびオスローをつないでできる三角形のほぼ重心に位置している。このような総合的なコースを開講したり、公衆衛生や社会福祉の要員を養成したりするには、北欧5国全部をあつめてもわずか2,000万しかないマイノリティの社会では、教える方も教えられる方も合同し協力しなければ充足されないし、効率的でもありえないわけである。

上記コースの受講生は初め4名、のちほど5名になったが、これに対し教授陣はスウェーデンの各地から来講し、他方受講者はボロス、ストックホルム、ウプサラ、キルナ、マルメ、ルンドなど、さらにスウェーデン外のオスロー、ナルビック、コペンハーゲンなどへ赴いて、充実されたものになった。よい意味でのスカンジナビアズムの現代版といえよう。

このコースのお蔭でかなり広い視野で北欧を眺めることになったけれども、主な関心は慢性病対策であり、これを主テーマにコース後はアイスランドを除く北欧諸国を遍歴し、また英、独などいわゆる西欧諸国を訪ねて比較研究を行った。それも今日でははや数年前のことになる。したがって、その後手もとにゆくりなく収集できた新しい数冊の資料で補足しながら問題点を整理したわけで、与えられた課題に対して正鵠をえた答になりうるか、自信がもてない。この点につき予め寛容を乞わなければならないことである。

さて、今日目をみはるような生活の構成のうちに住まうスウェーデン人も、数10年を遡ったときどのような乏しい生活をしていたか、は手とりばやくは北欧各地にコレクトされている往時の家屋や調度品をみればはっきりと想像できるであろう。

すでにかなり日の長くなった1月末、北極圏のラプラントに赴き、地方公医らと雪上車やスキーで旬日酷寒の人口稀薄な地域における保健福祉サービス行をともした。悪条件は日本における無医村の比ではない。そして、ラップ人の粗末な住居を訪ねたときに100年昔の北欧の世界に立戻っ

た思いがした。この一夜、未開地における衛生生活は寒帯と熱帯のいずれがしやすいか、をテーマに討論した。結局、前者に軍配を挙げたが、これはなにもスウェーデンに敬意を表したからではない。

人間社会最大の脅威は人類史初まって以来最近まで、うたがいもなく伝染性疾病であった。いったんコレラやペストの流行をみると、数10万の生命が失われたし、つい最近まで結核は猛威を振って若い将来ある生命を枯らした。そして、ことに未開時代を脅かしていた急性伝染病には酷寒地の方が一般にはるかに対処しやすかったからである。食糧を安全に貯蔵することも、また寒い方が好都合であるし、外的条件に対処する明澄な精神を保つにも都合がよいからである。

しかし、有力な化学療法剤その他のできた今日は、進歩した社会は伝染性、外来性の疾病からはあまり悩まされない新しい時代を迎えた。そして、北欧の社会はもはや伝染性の疾病からは脅威をほとんどうけない社会である、ということができであろう。したがって、北欧では——余燼のくすぶる結核ないし性病、それに外来性急性伝染病の万一の来襲に一応の予防医学的措置を油断なく行わなければならないけれども、実際には、公衆衛生分野の主要な力は環境衛生——上下水道、塵芥屎尿処理、住宅衛生、食品衛生、空気その他の汚染などの公害、職場衛生、その他——とパーソナル・ケア——母子、学童生徒、労働者、成人、老人らの保健や医療——に措かれるようになってきているのは当然である。

換言すれば、一つは、国土計画的な規模からみた地方の計画ならびに人々の生活に直結した都市や農村の設計をどのようにするか、が当面する課題であり、他の重要課題は、ことに増加の一途をたどる慢性病患者や心身障害者に対するケア、わけてメディカル・ケアをどのようにして——高度の民主、産業社会らしく——最善のレベルで賄うか、ということであろう。この2方向が、また公衆衛生上の最重要問題であるように述者は受取っている。

前者は疎散人口をもって能率的な農林漁業を行

う社会と集中人口をもって高度の工商鉅業を行う社会が健康でありうる生活条件を計画的にかつ積極的に整えることになる。この点では、1945 年以來の 16 年間に 35% の住宅を新築し、着々都市を再開発して高層集中化し、他方セミ・デペンデントなニュー・タウンをつくって、これに——ネイション・オン・ウィールスらしい——豊かなリゾートを配しているスウェーデンを訪ねたとき、その合理性と機能性を、また豊かさと健康さを十分理解できるであろう。

昨今では、その昔かれらを苦しめ抜いた寒さを完全に近いまでに征服している。地域中央暖房システムが整備されて、水のとどころはどこでも、また熱湯がでるから、台所仕事などもしごく簡便でかつきわめて衛生的にでき、シャワー浴も入浴も気随にできる。屋内はどこも 1 年中春の終りの暖かさで、戸外は零下 10~20°C 以下のときでも、浴衣がけの軽装で快適な生活を楽しめる。ちなみに、このような生活環境はとくに老人の健康保持に大切な条件である。

なお、ニュー・タウン、フェルスタ市のように原子力で地域暖房を行っているところもある。この街からは鉄道で約 20 分でストックホルムの中心に行けば、豊かな自然のなかにいてストックホルムマアとしての衿持を保つことができる。宗教区、文教区、工場区、商業区など整然としていて、住民の約半数はこの町に勤め先をもっている。というのをみてもわかるように、セミ・デペンデントの格式ある街である。そして、住民はストックホルム在住のものが町の背後にある大自然に素直にとけこめるような重要な仲介役を果たしている。

産業高度化でマイクロな生活単位である家庭に変化が起ると、これを十分意識してマクロの街を対応変化させ、生活の能率のあがる構成を立派につくりあげて行っている。上記地域暖房の源泉である温水工場のほか、中央洗濯所、ショッピング・ビジネス・センター、保育所、幼稚園、ユース・センター、ホビー・ルーム、図書館、地域社会活動用会館、スチーム・バス兼体育館、映画兼劇場など皆が利用したいような、またできる諸施設が街の数カ所に集約設置され、労費の著しい節約と

高い効率を確保している。このような箇所にもまた、メディカル・センターや薬局があるのはもちろん、老人ホームもつくられるのが最近の傾向である。

交通その他事故防止、公害、職業病の予防などが十分に考慮されるために、社会医学、その他の医学者が都市設計、住宅建設さらに生産設備計画に深くタッチしている。このような社会による生活条件の改善とその保証は、いまたえば、英瑞の老人を比較してみた場合、スウェーデンの老人の方が数段恵まれており——老人の生活は十分な年金を支給すればすむというようななまやさしいものではないことを教えらる。

小国でも大国でも、また地域社会でも、その福祉を高める方法や原理は——ことに技術の進んだ今日においては空間的・時間的の差違を克服できるので——大きくは変わらない、と思う。このような見解からみると、環境衛生の上でも北欧に学ぶべき長所は多く、同時に戒められる短所も多いことを発見できるであろう。

生活環境条件は、話題をパーソナル・ケアにしぼるとしても、ケア自身に密接に関連してくるので、さらに具体的に紹介すべき責任と必要性を多分に感じるけれども、環境衛生については以上にとどめ、このたびはパーソナル・ケア問題に——それも優れた化学療法剤その他の出現によって大きく変ってきた病質、ひいては病量に対応するメディカル・ケア問題に話題を限局して——北欧はどのような対処をしているか、またしようとしているか、について 2, 3 考証し、多少考按してゆきたい。

II 医療の有り態と有り方

上記の問題整理を通じ、北欧の公衆衛生という命題をケア、ことにメディカル・ケアに搾ったわけであるが、この医療を中心とする公衆衛生の有り態の例証としては、これをまたスウェーデンの医療施設と医学教育を引用するにとどめる。

まず、考えてみるべきことは、福祉社会の成立は——人口の老化、社会構造の変貌、病質、引いて病量の変化などいろいろな事象が随伴して——当然医療の経済やサービスにも大きな変化を惹起

することである。そして、このような医療内容に対応するため労費を合理化ないし高率化しようとして、医療の中心になる医師を教育する制度の革新になり、また医療施設の改造が影の形に沿うように顕現してくるはずである。

按ずるように、スウェーデンでは 1954 年に医学教育の一大改革が行われた。

今日スウェーデンには Uppsala, Lund, Karolinska, Göteborg および Umeå の五つの医学校がある。医学志望者は高等学校卒でスチューデント・エグサメンをパスしておらなければならないが、さらに 2, 3 倍の入学試験に打克って初めて医学校へ入学できるので、素質はかなり高い。昨今は毎年 560 名が入学し卒業している。

すべての上記医学校は国有国営で、したがって、医育改新の責任は国がもち、関与する。1948 年そのための国家委員会が設置されて新しい案の具体的検討が初まった。医学は幅の広い分野で多様な器量ある人品を必要とするが、スウェーデンでは知性の高い青年であれば、男女ともに立派な医師になれるという見解に立っている。

さて、該委員会は、古い伝統を尊重しながらも、医学教育の内容を大いにモダナイズして、現代社会が医療を含む保健の上で必要とするところに十分答られるように工夫をこらした。

この新しい案は 1954 年政府ならびに議会で採択され、55 年から実施された。大別すると、アンダーグラデュエート (6.5 年)、ポストグラデュエート (5 年) およびレフレシャーの 3 教育コースからなっている。最前者のコースは大学の責任で行われ、後の二者は国家保健委員会が責任をもって行う、ものとされた。以前はアンダーグラデュエート・コースを修業すれば——日本と同様——一人前の医師として、幅広く医療の責務をとるような教育をした。けれども今日では、医学校の教育だけでは一人前の臨床医は育成できない、という見解をとることになった。

すなわち、医科大学を卒業すれば、もちろん若干の臨床訓練は修得していてジュニア・クリニシャンとして病院勤務ができるように仕立てられているけれども、一人前の臨床医として扱うにはこ

れからは、なお数年のポストグラデュエートの教育が不可欠である、ということが新しい医育プランの骨子である。

このアンダーグラデュエートの教育では、最初の 2 年は臨床前の修業期間で、医学理論を学び、これをパスすると医学候補生として臨床医学を学ぶことになる。内科、外科を除く臨床学科ならびに法医学、衛生学、社会医学のような応用臨床学科については随時試験をうけられ、パスするとインターンシップ修練へ入れる。インターン期間は内科 7 ヶ月、外科 3 ヶ月および選択科目 2 ヶ月を専念し修了後、はじめて大学における内科学ならびに外科学の試験を受験できる。

つまり、ここでは内科、外科を単にグロセ・ファッハと見なす従来の独乙式——すなわち日本式な考え方を脱却して、内科、外科に総合科としての役を振付けようとする新しい意図を明らかに汲みとるべきではなかろうか。この内科、外科の試験をパスすると、医師免許試験を受ける資格が生じ、これをパスすると、医師として国家保健委員会に登録され、一応医業にたずさわる権利が法的には今日も生じるが、実際には一人前の医師扱いはされないことは上記した通りである。

この新教育制度でアンダーグラデュエートに加えられた主な学科ないし教育法をつぎに摘記してみると、まず医用物理学、新生物診断学、骨外科学などがあり、また内科・外科共同会議方式の研修——この方式を通じて専門的な造詣を話題にしながら、全人間的アプローチをすることを学ぶ——がある。この間随時内科、外科以外の学科の試験は受けられるが、これら科目は内科、外科に関係づけて研修される。このように、練りあげることによって、内科、外科学そのものがアンダーグラデュエート修業における立派なバックボーンになる、と考えられているようである。

また、臨床科目と同時に、衛生学、法医学、社会医学、戦陣医学などを学ぶ。新たに加えられた社会医学を通じては、臨床医学をどのように実社会の場で役立てるべきか、を知るわけである。すなわち、現代社会における最新医療の需要を満たすに足る方法と実際を教える。

精神医学は現代社会における精神衛生の重要性を反映して、全神経系の疾患を総合してみる眼をもつように、また神経学とも関係づけて、教えられる。なお、小児精神医学の新教課が独立し、これは小児科学とコンビにして教えられる。いわゆる福祉社会の小児の特異な世界を映してのことであろう、と思う。

在来の小さい専門科は普及したので、要すればこれら専門家に委ねればよいので、これらの教課は短縮された。たとえば、スウェーデンでは出産の95%以上が病院で行われるので、産婦人科を志す以外のものはその研修を余り必要としないわけである。

同様な意味で、衛生学や法医学の教課も削減され、代って現代福祉社会で欠くことのできない社会医学という新科目が大幅に起用された。また戦陣医学が必須科目に加えられたのは現代戦、ことに原子力戦あるいは細菌戦においては一般市民を含めた大集団の被災に対応しなければならない特別な事情が生じたからである。これも、また現代社会における最大の恐威に素直に立向う医育態勢といえることができるであろう。

以上のように、いくつもの新しい教課が、修業年限の延長の上に、他の在来の学科を削ってまで加えられたが、そのうちでももっとも重要視されたものは社会医学であることに留意すべきであろう。というのは、同種部門と目される衛生学は塵芥処理、鼠族昆虫駆除、疫学、居住衛生、衣服衛生、食品衛生など人をとりまく人間外の環境条件を扱っていて、すでにかなり定式化し、また医師以外の専門家の手に委ねることのできる面も今日では多くなった。

これに対し、社会医学は人間お互いの、また対社会への関連を扱う新分野で、メディカル・ソーシャル・ワーカー、諸種セラピストなどを協同者として、医師が患者に直接ぶつかっていく過程で、産業が高度化し分業化した社会において、真に臨床効果をあげるためにまったく欠くことのできない大切な事項がその対象である。すなわち、患者の社会・経済的立場、職業関連、社会人としてまた個人、家庭人として、青壮年期、老齢期などに

応じた観方、人口動態からの考察、主要疾病の闘病方法——ことにその予防——、産業医学、リハビリテーション医学、さらに——貧困、浮浪、失業、アルコール中毒、犯罪、売娼など——社会悪、反社会性も社会医学で扱う。また、人工妊娠中絶や人工不妊の問題、そして社会保険や年金に関しても、医師の仕事の規定する諸法規などの法的事項にも社会医学は取組まなければならないわけである。

以上でわかるように、社会医学の真髄はこれからの医師に——臨床医学教育のいろいろなレベルで——協働と統合を修得し実践させることにあり、とみることができよう。なお、ぜひ強調して伝えておかなければならない点は社会医学は、上記した内科、外科以上の総合臨床科であって、その大きな役割は——リハビリテーションを含む第1次から第5次までの予防的な臨床の観点に尽力することである。

したがって、社会医学の教授は固有の調査研究のほかに、内科、小児科、精神科その他の臨床科で立派な科学的な仕事のできる臨床家であることが要求される。ちなみに、ヨーテボリイ大学の社会医学の教授は精神科出身の Dr. Hans Fossman である。しかし、ぜひどの臨床部門出でなければならないということはない。

上記アンダーグラデュエートに加えられた新しい教課は理論上も臨床上也に主に患者に直結するところの実務であるが、これは産業の高度化した現代社会の構成員である患者へ医療を充足するにあたって、緊密な協力と統合が、ことに臨床部門においてどのように緊要不可欠なものであるかを悟らせることである。

現在のところ、専門医——ある臨床部門での上医——と認められるには病院で約5年の臨床経験を積む必要がある。ただし、形式的な試験はしない。また、地方公医になるには政府の定めた3カ年の病院臨床、それに3ヵ月コースの衛生学、社会医学および法医学を受講しなければならない。なお一般医のポストグラデュエート修業は主に内科、外科の臨床に、精神科を加え、爾余は適当な臨床科目を2,3年修めなければならない、とされ

ている。

以上のように、新教育制度になって後は、すべての医師は新しいアンダーグラデュエート教科目によって共通の修業をした上で、ポストグラデュエートの教育を病院で定められたところにそって修業し、また専門医になるには一定の形式による修練を積みなければならない。さらに、日新月异の医学を変転きわまりない現代社会に生じ、先達者として、尊敬をあつめているスウェーデン医師は国家保健委員会のアレンジするレフレッシュ・コースへ進んで参加しなければならないが、これはべつに強制されてはいない。

つぎに、医療施設の実態を紹介するが、これに先立って、スウェーデンの行政における実力がどこに所在しているかについて少々説明しなければならないのではなからうか。

いま、身体上の疾病を扱う病院の計画、組織、経営および経理はすべて地域当局の業務であって、カウンティ・カウンスルがその責任者である。そして、病院その他保健サービスに要する経費はカウンティ経費の 85% にも及んでいる。カウンティは大方プロビンスに相当している。そして、このプロビンスの統治者はキングの代表者であるが、法的にカウンティ・カウンスルに強制を加えるなんらの権限をもっていない。

現在スウェーデンには 25 のカウンティと四つのカウンティ・ボローがある。地域の広さも人口もまちまちで、たとえばノルボッテン・カウンティは全国土の 25% の広域を占めるが、人口は 2.5% にすぎない。最近では、身体上の疾病を扱う病院だけでなく、精神病院もカウンティの業務としてそのカウンスルの責務へ移管されてきている。ところが、このカウンスルは住民によって自由に選出されたものを主要な構成メンバーとする自治機関であって、カウンティは自治体単位であり、いわゆる統治単位のプロビンスとはかならずしも管轄地域が一致しない。そして、地方ならびに中央の統治に対して高度の自治が認められている。

このような自治の優越した有り方は国のレベルにおいても同様であって、医療を含む保健行政に

関しては、国のレベルにおける自治組織である国家保健委員会がもっとも大きな力をもっている。すなわち、医療は内務省の所管事項であるけれども、その主要なサービスは国民によって選出された構成員を主体とする上記委員会の配下におかれ、一般病院を監督し助言を行い、国立精神病院を運営している。また、教育病院は所管的には文部省扱いであるが、実情はこれまた上記とほぼ同様である。

この国民保健委員会が任命した地方公医は 18 世紀末には全国でわずかに 13 名にすぎなかったが、昨今は 700 名を越え、やがて 900 名——スウェーデン総医師数の約 6 分の 1 に相当する数——にもなるとみられている。なお、その任命権が中央からまたカウンティ・カウンスルへ移行されてきている。このように、保健行政の実際が地方自治体の高い自主性によって計画され組織され、また運営もされ管理もされる、ところに全保健サービスの計画化、組織化そして総合化を強力に推進できる原動力を生みだすことができる、とみるべきではなからうか。これは恵まれない自然のうちに生き抜くための強い協力と深い知恵から生じたものであろうか、と思う。

上記の地方公医は公衆衛生医官であると同時に一般臨床医であって、このように複合されている点をぜひ留意しておきたい。各カウンティには少くとも 1 名以上の公医と数名の公的保健婦がおり、また公的助産婦も任命されている。このことはすべてのスウェーデン国民はその居住地方に保健や疾病の問題について責任をとる医師その他をもっていて、貧窮の場合は無料で、さもないときでも定額料金の自己負担分を支払えば、診療介護を必ずうけられることを意味している。

このような病院入院以外の医療サービスは、また一般開業医と病院外来で提供されている。さらに、メディカル・センター、母子福祉センター、結核相談所を拠点とする保健サービス、学校保健サービス、公的歯科サービスが行われている。

Karolinska 研究所の教育病院として使われている Seraphimer 病院は 1752 年開設されたものであり、これに増設された Karolinska 病院を除い

ては、既述のように、身体上の疾病を扱う病院はすべてカウンティないしカウンティ・ボローによって設置され、経営されている。伝統的には精神病院は国のレベルで設営してきたけれども漸次カウンティ・レベルへ移行されていることは上記した通りである。

60年も遡った頃のスウェーデンでは、1名の医師が助手もなく小形の病院を経営するものが多かった。しかし、その後の事情は大いに変化した。最近では各カウンティに少くとも一つは——中央病院と呼ばれる——高度の専門科をもつ一般病院が設営されている。内科、外科、X線科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、小児科、整形外科、精神科および麻酔科それに中央検査部があり、また最近では神経科、老人科、リハビリテーション科が多くは加わり、ハンド・サージャリの準専門科を置いている病院もかなりある——これら専門科には各担当の上医がいる。

カウンティによっては、さらに主要な2,3の専門科をもつ一般病院を若干もっており、人口稀薄な地域には分科のない病院をもっている——いわゆるコテージ・ホスピタルと呼ばれ、きわめてコンパクトなコージーな施設である。20床位であるが、各種のパラメディカルな医療従事者がいて、患者のみたものの多くは地方公医が院長を兼ね、患者の多くは慢性病の老人患者であった——。さらに、五つの大学付属病院とリンシェピングとイエレブロの中央病院は、一段と高度の専門検査機構を設け、またきわめて高度の専門科、準専門科を配して、地方（中央）病院制を敷いている。すなわち、スウェーデンの主要医療施設の実態は小数精鋭主義で、整然と配置され、有機的な簡潔な体系を構成している、というべきであろう。

以上にみられるように、スウェーデンでは病院はほとんど公立であって、米国、フランス、イタリア、日本などにあるような、また以前英国でみられたようなタイプの個人病院は一つもない。2,3の私営病院がストックホルムやヨーテボリにあるが、これらは医師会などの経営である。

ただ一般病院の専門科医長が私用のベッドをもっていて、自由な料金をうけとれるシステムが

——往時よい医師を迎える待遇方法であったしきたりの惰性で——今日も残っている。ただし昨今は一般ベットとの差はまったくないのである。

さて、北欧諸国においては大方共通なことであるが、医師は病院にフル・タイムで勤務し、米国でみかける visiting physician の制度はない。すなわち、医師としては、フル・タイムで病院勤務するか、さもなければ個人で診療所を開業するか、またはサラリーをもらうその他の仕事に就くか、のいずれかにはっきり別れる。そして、いったん患者が入院すると、開業その他病院外勤務の医師はかかりつけの患者でもいっさいを病院医師に一任しなければならないわけである。

このようなことからであろうか、このところ医師は病院をめざし専門科を志すか、地方公医などになる道が多く選んできた。そして、個人開業をしている医師は全医師数の5分の1ぐらいである。他方、最近のことであるが、グループ・プラクティスに関心をよせるものもでてきている。とにかく、上記のような医療施設体系では病院勤務医とその他医師の連繋はかならずしもよいといえない点はウィーク・ポイントであろう。

上述からも明らかなように、病院は保健サービス機構のなかで今はきわめて中心的な地歩を占めていて、日本とも英国とも大いに事情を異にしている。すなわち、日本や米国では大小各種各様の病院が多数あり、多くの私営病院があるが、他方スウェーデンでは各自治体であるカウンティが高度に専門分科した大病院を若干もち、これを補うために小形の病院が周辺部に若干あるといった調子で、病院の数は少くかつ公有公営である。また、英国では伝統的に一般医を重用視しているけれども、スウェーデンでは病院に最大の重点をおいている。

スウェーデンの病院は建築的にもすばらしいし、設備も最高水準であって、その設置費は英国に数倍している、といわれている。いまこの国の地方（中央）病院に匹敵できる病院としては日本国中を探してみても、最近60億(?)も投じて完成を期している天理病院ぐらいしかないのではなかろうか、と思う。

これは長年もっぱら国民一般の福祉を優先に行政を仕切ってきたスウェーデンの既述のような行政者の立場ではじめてできるところの、思い切った公共投資に負うものであろう。とにかく、高度の病院を施設すると、結局医師を初めとする医療従業員の節約のできることをかれらは明らかにしているが、この点は小数国民社会でなくても省みるべきではなかろうか。さらに注目すべきは——病院の経常費が増嵩して財政的な関心を引く位であるが、この高額な経常費の5分の4が人件費であるというほどに——すぐれた人品を圭刀界に迎えようと努力している点であろう。

既述のようなスウェーデンの病院の有り方から当然のことであるが、病院は単に入院患者のケアにあたるだけでなく、外来患者を診療したフィールド・ワークでも大きな役割を果たしている。すなわち、外来は往時の貧困者を取扱う診療所的な性格をすっかり脱皮し、専門の診療相談センターとして困難なケースや慢性病の長期観察を本命としている。また、手広く院外の医師とフィールド・ワークのために精度の高いラボラトリー・サービスを提供している、などを通じ、スウェーデン病院は医療サービスの中軸になり、その統合化に寄与している。まさに、医療の要塞の観があり、各自治体、カウンティを統合の単位として体系化されようとしている保健サービスは、病院を中心として、簡潔にしかも強力に組織されているの概がある。

IV 若干の考察

以上において、スウェーデンの公衆衛生における二つの重要部門の一つであるパーソナル・ヘルス、わけてメディカル・サービスの有り方——すでに現在内在されていますますます顕化されているもの——を多少考証する上で、もっとも重要なものと考えた現在の医療施設の体制と新しい医育制度について若干の資料を提供したわけである。

このような資料から生ずる疑問はいろいろあるであろう。このうち、なぜスウェーデンはカウンティ任命の公医制と公営病院を主に、私的診療所を従として、簡明な保健サービス体系を打立てる

ことになったか、またなぜ新しい医育制度を採用し医師になるものの修業期間を著しく延ばし、ことに社会医学の導入によって代表されるような全人格的アプローチの方法を医学生に修得させようとしているか、というような疑問に対して、述者なりの考察を一応試みることを許されたい。

いま、考察の便宜から、経済社会面、医学面および制度面の三つの観点にわけて記述をすすめる。

経済社会面——スウェーデンは自然条件にまったく恵まれないので、第1次産業時代はきわめて低い経済状態であった。これを克服して、世界最高の福祉国に成長させた大きな支えは積年にわたる鋭意な努力がもたらした産業高度化の成功であることは既述した。それは社会開発を目的とした産業開発ではあったが、この過程では——今日の日本ほど烈しくないけれども——やはり人口の集中、都市化、住宅難、出生率低下、小家族、そして人間関係の疎外、孤立などが多聞にもれず生じ、深刻化して、国民の多くが社会不安に襲われた。このため社会福祉を政策の綱領とする社会民主党に支持があつまり、30年にわたり政権を握る結果にもなっており、英国以上に充実した社会保障制度をスウェーデンはもつことになった。

しかし、産業が高度化すると、この産業の性質から人々は仕事に対する興味を失い、責任感がとかく低下し、社会連帯感も稀薄になりがちである。他方、マスコミの影響が深く普及及んでスター的なきらびやかな生活と役割を明日の自分のことのように錯覚し、ことに機械化できない——苦労や拘束時間の多い割に目立つ速効のない——地味な仕事に従事することを人々は嫌うようになる。しかも産業高度化の歩みは労働時間を短縮し高い収入を保証するので、余暇と財力にまかせて消費力は底知れず上昇していき、物の需要もサービスの需要もかぎりなく拡大してゆく。

このようにして、つつましい時代の切なる1次的要求であった基本的な生活要件が社会保障などの整備によって満たされると、これに続いて2次的な要求として娯楽、リクリエーション、高等教育、さらに文化への物的裏付けとサービスを至烈に求めてくる。ここで高度産業社会は高い税金と

サービスの不足という悪循環にはまり込むことになる。

他面、このような社会は、医学面で述べるような病質の変化を促し、これに伴い慢性病弱者ないし心身障害者が多く生ずるから、切なる医療サービスの需要が増大するが、ほかに2次的要求に属する健康上のサービス需要も急速に高まり広がる。なお、この傾向はこの社会のもつ特有なストレスと社会化医療によって一段と強調される。

スウェーデンでも人はよく positive health —— 老いてますますかくしゃくたる健康とでも訳すべきか——を信じ、またこれが機械的な集団措置で達せられるように思い込みやすいが——病院事務の近代化はできても——医療サービスを機械化ないし合理化できる見透しは実は大きく期待できないとみるのが正しいようである。そして、手間と時間のかかる医療サービスは上記の傾向とはおよそ背馳し、厳しく限定される結果、このサービスにおける需給のアンバランスに福祉社会は大いに悩まされつづけているわけである。

医学面——このあたりで話題を医学面へ転ずると、最近の医学の進歩によって、感染性外来性の疾患をほとんど制圧できるようになったことは上記にもふれた通りで、以前病院の主対象であったこれらの疾病は今日家庭で十分処置できることになった。そして、病院は現代医学の解決できない退行性疾病、老化現象、事故による重傷などに由来する——慢性の病弱者、老弱者ないし心身障害とこれらを基盤として発生するエピソード・ケースで満ちている。この病院の態を見れば一瞥して病質が一変したことを思い知らされることであろう。感染症の制圧できなかったふた昔前はこれらの病弱者ないし障害者は容赦なく淘汰され、病院の裏門から速かに消えていったものであった。

英国のさる医師は人口老齢化は福祉社会の指標である、と誇ったが、肢体不自由、尿尿失禁、精神昏迷、老衰などの患者で充満している慢性病棟はまさに福祉国の悩みの縮図ともいえるべきで、人口老化は賞め讃えてばかりおれない深刻な現代社会の現象である。これらの病質——ひいては病量の変化につれて、これに対応するすぐれた医学的

知識ならびに技能が高度の施設や設備を要求するので、医療費は嵩む一方で、これをとても個人では負担できないから、医療の高次の社会化が切に求められるが、他方保険金や税金でまかなえる範囲は——高収入の社会の構成員にとっても——自ずから限度があるので、勢い医療保障費の支出は厳しい重点主義をとらなければならない。

同様に、ことに高度の医療サービス能力は人的にも物的にも厳しく限定されざるを得ないが、他方、民主社会ではそのサービスを必要とするものに公平に確保しなければならないので、医療サービスもまた厳しい重点主義をとらなければならないことである。そして、このような重点主義の前提として、医療サービスの組織的提供が必須になることを認めなければならないであろう。

病気が急性、慢性の容態を交互して、長期にわたるものが多くなれば、病院その他施設の機能は——急性病院、慢性病院、ナーシング・ホーム、リハビリテーション・センターなどと——分化してはじめて効率的な合理的な対応ができる。他面、分化があれば当然統合が必要不可欠である。というのは、ことに老人や心身障害者は全人格的な措置を加えて始めて効果があがるからである。このような医療サービスの総合化はやはり組織的サービスの提供によってはじめて可能になるであろう。

医学の進歩とその及ばないことによって生じ、かつ速かに死ぬこともならない老病弱者や障害者はこの医学の限界を越えて生きていくために社会福祉サービスの協力が必要になる。ふた昔前までは、医師と看護婦だけでほとんどの患者は社会復帰できた。できないようなものは速かにあの世へ去ったわけであるが、今日では西欧の一般病院——急性病院を意味する——でも25%以上の患者は特別なリハビリテーション措置を必要とする、といわれている。

他方、最近では心身の能力を限定されても、その限界内で日常生活をする知識や技術が長足の進歩をしており、リハビリテーション医学におけるADL——Activity of Daily Living——修練などはまさに好例の例であろう。このような患者側からの修練のみでなく——病弱、障害をもちながら

なお社会に復帰し、自助を中心として社会生活をしていけるための方法として、適応した住宅その他の外的な生活条件をととのえるなどのサービスがまた医学の限界をカバーして大きく寄与することが明らかになってきている。

ここに注目すべきことは、リハビリテーション医学の原理は、心身の病弱ないし障害があっても、できるだけ社会にあって心を使い体を動かすことが生活能力をよく維持し発揮できることを保証していることである。このように、生活力の火を社会復帰によってかきたてることは、患者本人にとっては人間性と社会性を堅持して民主社会の人間としての権威をおのずから保持できる方法であり、他面においては医療その他ケア・サービスを節約し個人ないし社会の労費負担を軽減する、最小経費・最大効率という経済原則を満足させる方法でもあって、一石二鳥の効果をもっている。

そこで従来長く老病弱者や心身障害者の収容ケアを立前としてきた欧州大陸においてすら、今日あちこちでその伝統を排して、家庭のケアを中心とするケア・システムへの一大方向転換が起りつつあることを認めることができるであろう。

とにかく、1814年以来社会開発を目標に真摯な産業開発に打込んできたスウェーデンは、物的な裏打ちができて生活条件の改善ができるようになると、まず効果の挙げやすい——母子問題など人生の初まりの方からのパーソナル・ヘルス・サービスに着実に取組んだ。そして、今日世界最低を誇る乳児死亡率引下げの好成績を納めている。昨今は、漸進してもっとも難しい老人の健康問題にとり組んでいるわけである。

老人は医学のきびしい限界問題を多く含んでおり、率直にいうとスウェーデン当事者もその措置をもてあまし気味である。そして、生活のケアにおいても病気のケアにおいても大に行き悩んでいる。産業高度化などに由来する、数少ないかつ贅沢を覚えた若年人口で、数多い病弱な老人人口をかかえることになった福祉社会の悩みは想像以上に深刻なものである、といわなければならないであろう。

以上、医学的・社会経済的に若干考按してきた

ところでも明らかなように、重度の心身障害者を含む老人患者を主対象とするケア需要に加えて、2次的な需要の激増する、これからの医療サービスなり保健福祉サービスなりは、その困難さを乗り越えてゆくため、家庭を中心とし施設を脇役としながらも、きわめて高度の医療サービスが総合的に効率的に体系ある組織を通じて提供されなければならないということになる。

このケア組織網に、ことに問題のあるケースを捕捉して、不断の広義な治療と予防を可能にする精度の高い検診と周到な手厚いホローが一貫して与えられたとき、難物の老人もその生活力を最大に発揮できることになり、至烈な医療サービス需要によく対応できるほどケア体系はダイナミックなものになりうるはずである。この状態を述者は、地域社会ぐるみの入院状態 Communitally Hospitalizedと表現しておくことにする。

スウェーデンの医療制度が現在ここまで充足しているとはいえないが、このようなことを目途にしていればこそ、新医療において専門度の高い教育をし、同時に総合的なアプローチを練成しようとしている。また臨床医学をさらに広い人間社会の現象と関係づけて処理する社会医学を重くみている、と解釈できるであろう。他方、高度の医療を含む保健サービスを効率的に、民主的に与えるための医療施設の体系ある組織化を容易にする方法として、数少い高度の病院をかなめとし、サービスの諸要素をカウンティ・レベルに集中して、公共の責任において医療サービス網の形成を期していることを諒解できるのではなからうか。

制度面——いま上記社会経済と医療の2方面の考察を、制度的な観点から批判してみると、ホーム・ドクターを中心とする医療の国営にふみきった英国の徹底さに較べて、公立病院の公費による無料入院診療を行いながらも、いまだに社会保障制度を生活費の保証におき、差額徴収の自由な私的診療所制度を大幅に残しているスウェーデンの態勢には大きな違いがあり、その得失は十分検討されなければならないところであろう。

たとえば、スウェーデン方式が英国よりも医師と患者の自由な接触を可能にしながらも、英国の

ように医師が治療と同時に予防の分野へより関心をもち、両面の効果を挙げる、というような上首尾をねらうことはできない。というように、かなりのいろいろな差はあるけれども、とにかく、両国ともに限定されがちな労費をもって——日本が今日目標にかかげる均一3割自己負担というような労働政策的な、医の本質にもとる、社会保険制度を夙に脱却して、さらに福祉社会の執拗な2次的要求に屈せず——医の本来を満足する重点主義をとにかくにも貫こうとしている点は大いに範としなければならない、と思う。

しかし、このようなスウェーデン、さらには英国のような社会においても——心身両面にとにかく慢性病や障害をもちその将来にも期待できるところの薄いまったくの社会的弱者である老病弱者には、若いものの上へようには保健福祉サービスは及んでいないのが事実であるし、はなはだ及ばせにくい事情にあることを痛感する。

英国の社会保障の原案を起草した Beveridge 卿はこの制度の財政的裏付けとして、労資間ないし高額所得者と低額所得者間の所得再分配にもまして、人間一生間における——若く盛んであり、心身の能力が充満し収入も多い優位な時期と幼くまた老いて、心身の能力が劣弱で収入の乏しい劣位な時期という意味での——優劣間における所得の再分配の重要性を強調した。そして、この主張が生きよう社会保険制度を医療の上においても、多少の差はあるけれども上記両国は現に実現している。にもかかわらず、これら民度の高い北欧の福祉国を訪ね住んでみて、上記のように、まだまだ人間がその一生を通じて個人の主体性と尊厳を保つことがどのように難しいかをつくづくと感じさせられたことである。

19世紀から20世紀に入り、人間の個の自覚は一段と高揚され、民主主義社会が統出して、社会は個人の生活に万全の責任すらもつべきである、とされているが、人間も生物である以上、生きものの世界の鉄則である優勝劣敗の厳しい淘汰に抗して、ことに高齢期にいたっても、個体の主体性を保つことは期待する方がむしろ無理なのではなかろうか、とさえ思われる。厳しい北欧福祉国の

事実はこの感を深くすることであるけれども、なおかつ述者はこのように諦めてしまいたくない。

ではどうすれば真の福祉社会に近づきうるであろうか。もちろん、いくつもの条件を挙げなければならない。しかし、就中述者がここで強調しておきたいことは人間一生の間における心身の優劣間の——若く盛んで心身ともに余力をもつ時期のものが、幼くまた老いあるいは病んで心身の力の劣る時期のものに——サービスの再分配という形で、その労力を当然のこととして提供する意志と愛情を育成し確立することがその第一要件である、ということである。

すなわち、真の福祉社会を実現するには、所得の再分配以上に、今後においては、サービスの再分配の確立が必須条件になるが、自然と超自然の間に位する、単なる生物でない人間であるわれわれは、人間らしいサービスの再分配を必ずや近い将来に確立できるものと信じる。発育し、やがては老化する生物としての過程をたどる人間にこのサービス再分配の全く欠くことのできない理は自明のことで、このような観点からも——欧米の過去をまねた核家族などの——家族、さらに隣人の有り方を含む人間関係について根本から再批判されなければならないものと思う。

話の筋を北欧にもどすと、福祉社会における人口老化現象は、社会保障財政の裏付けをする物の生産性の上でも、また上記サービスの再分配の上でも大いに問題である。また、これからは少数国民ということ自体が大変な問題である。というのは、水爆、細菌弾その他の実現は予防戦争以上の武力戦を行うことを実際上不可能にした。そこで今後はスウェーデンなどには前述したような漁夫の利を占めるチャンスはほとんどなく、将来は大国民との経済戦によく抗して、福祉社会に要する物の豊かさすら維持できる保証ははなはだ危ぶまなければならない、とみるべきではなかろうか、と考えるからである。

昨年世話になった老人科医 Dr. Bo Ewert が去る4月停年を迎え、来日した。その際彼は、今日スウェーデン老人が受けている豊かな物的給付を

いつまで保証できるかをしきりに懸念していたが、理解できないことではない。また、スウェーデン、デンマークなど北欧福祉国で男子老人の自殺率の高い有力な原因として、マジョリティーの恐威を挙げており、当初は理解に苦しんだが、マイノリティの社会に生活してみればまもなく十分納得できることである。

その昔、かれらのキングの考えたスカンジナビアズムならざる現代版のそれがマイノリティの弱点を強化する第1段階であることは想像できるであろう。現にこのような動きのみられることは、公衆衛生教育について上記にふれたところである。かくて、北欧諸国の公衆衛生なり医療制度なりが今後ますます類型化していくことは当然であり、現在すでに大同小異というべきであろう。

しかし、いまだにかなりの個性をとどめていることもまた事実である。たとえば、スウェーデンでは30年余にわたる安定政権によって、福祉社会の充実に寄与した反面、ビューオクラティックな色彩が濃い。これに対し、ノルウェーは、ことに地勢関係からと思われるが、わけて保健福祉サービスの分野でボランティア活動が盛んで、政府は大方をこれに委ねて巧みなサービスの運用をしている。また、フィンランドは再度の大戦による傷手がなおぬぐい切れないようすで、保健福祉の点でも深い爪あとを残しているが、国の責任で直截にこの劣位を挽回して行かうとしている、このように述者は受取っている。

お わ り に

以上、スウェーデンを例として、北欧の公衆衛

生、それも医療サービスを中心に若干の資料を紹介して、多少の考按を加えた。小数国民であるが、さらに豊富な資料を収集しより深い解析ができれば、未来の社会計画にさいし、これを保健や医療ないし社会保障や社会福祉の問題に限っても、これらの国はいろいろな面において得失、強弱、長短など、大国に劣らない多くの有益な示唆を与えてくれることを信じて疑わない。

参 考 文 献

- Gunnar Björck, *Trends in Swedish Health and Welfare Policy, Socialized Medicine in Sweden*.
 Per Langenfelt, *Principles for New Division of Sweden's Municipalities*.
 Axel Odelberg M. D., *Surgery in Sweden Today*.
 Bror Rexed M. D., *Medical Education in Sweden*.
 Bertil Baggersjöbäck, *Activities for Young People in Sweden*.
 The Information Centre of Gothenburg Municipal Executive Board, *Social Welfare Policy in Gothenburg*.
 The Swedish Hospital Association, *Public Health Services in Sweden*.
 Ingvar Andersson, *History of Sweden*.
 Ernst Michanek, *Housing Standard and Housing Construction in Sweden*.
 Kungl. Medicinalstyrelsen, *Allmän Hälsö-och Sjukvård 1960*.
 Ernst Michanek, *Social Boken*.
 Lennart Holm, *att bo*.
 Karl Evang, *Health Services in Norway*.