

コミュニティと医療

大村 潤四郎

はじめに

昭和30年頃から保健・医療の総合計画、いわゆる Comprehensive Medical Care ということが各方面で盛んに主張されるようになった。公衆衛生、医療制度に関連した学会ではもとより、行政面においても昭和36年度厚生白書では「保健対策の総合性」という表題で取り上げられているし¹⁾、同じ年に公衆衛生局保健所課によって、編集発行された「保健所管理」²⁾では「地区保健計画」という表題で詳説されている。

昭和35年4月に厚生大臣の諮問機関として発足した医療制度調査会は38年3月医療制度全般についての改善の基本方策について答申を行なっているが³⁾、その中でも医療の総合性が強調され、臨床医学的な医師、歯科医師の活動は広く地域社会の保健活動にまで広げなければならないこと、医療施設の配置と体系の整備は地域の医療需要に応じたものとし、計画策定のために地域保健調査会ともいうべき機関を設けることを主張している。

医療の段階についてはかつて、Leavel 等⁴⁾が、人間の健康が損われる過程に対応し、その各段階における進行防止の措置として、1. 健康の増進 (Health promotion), 2. 特殊予防 (Specific prevention), 3. 早期発見・早期治療 (Early recognition and prompt treatment), 4. 治療および重症化防止 (Curative treatment and disability limitation), 5. 社会復帰 (Rehabilitation) の5つの段階に区分した。医療そのものは前記の5段階について連続的

なものであり、治療だけを個別に取り出しうるものではない。医療の総合性はこの理論から出発している。

医療に対するニーズが地域によって異なることは論ずるまでもない。人間の健康は生まれつきの体質によることもあるが、生活環境の影響をうけることが多い。人口構造、気候、風土、食習慣、産業、交通、住宅、その他の社会的要因によって疾病構造は異なる。

近年わが国は急速なる工業化、都市化によって成人病、交通災害、公害病などが増加しつつあることは周知のとおりである。

地域住民の医療ニーズに応じて、必要な時に必要な医療を供与できるのは地域における医療機関であって医学、医術の進歩が急速で専門分化の激しい今日、地域における医療機関が協力してこれに当たらねばならぬことはいうまでもない。交通や情報システムが発達した今日では医療機関の利用範囲は拡大しているといっても限界があり、日常の軽い疾病の場合には特に至近の医師が頼りとなる。

人間の健康について個人を対象とする臨床医学から、集団を対象とする医学に発展したのは公衆衛生学、社会医学等の発達の歴史に示されるところであるが、この“Community as a patient”ともいうべき考えは、今日さらに“Community as a doctor”という考えに発展し、この2つが表裏一体となって初めて地域の健康は保たれるというべきである。

地域における保健活動としては医療の他に環境衛生に関する分野がある。すなわち、総合保健活動は総合医療活動 (Comprehensive personal health service) と総合環境衛生活動 (Comprehensive

1) 『厚生白書』、昭和36年度版、115ページ。

2) 厚生省公衆衛生局保健所課編、『保健所管理』、昭36、283ページ以下。

3) 医療制度調査会、「医療制度全般についての改善の基本方策に関する答申」、昭38。

4) H. R. Leavel & E. G. Clark, *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*, McGraw-Hill, 1958.

environmental health service) に区分される⁵⁾。前者は直接人間が対象であり、後者は食品等も含めて空気、水、住宅、汚物処理など生活環境因子いわば物が対象である。したがって前者は医療機関、医療従事者の協力に負うところが多く、後者は行政機関、住民組織の協力に負うところが多い。

戦後のわが国における地域保健活動の発展の歴史をふりかえってみると総合環境衛生活動については地域活動としてそれなりの成果をあげたと思われるが、総合医療活動についてそれがよく組織化されているとは思えず、医療保障制度の発展に比べて、医療の供給体制の立遅れがしばしば指摘されている。本稿では主としてこの点に焦点をあてて地域と医療の問題を論ずることとしたい。

I 地域保健活動の発展過程

わが国における地域保健活動の発展の歴史については、すでに橋本正巳氏の「公衆衛生と組織活動」⁶⁾「地域保健活動」⁷⁾等に詳しいので、今ここでは簡単に要約するにとどめよう。

戦前わが国は公衆衛生活動についても高度に中央集権的で、とくに明治中期以降第一線の衛生活動は長年の間、警察行政として推移したため地域住民の自主的活動の余地は少く、わずかに衛生組合が伝染病予防の下部組織として活動したがこれも上意下達の封建的な組織であったがため、昭和22年いわゆるポツダム政令によって解散を命ぜられた。

戦後における地区組織活動で注目されるものは母子衛生に関する愛育村の活動と「蚊とハエの撲滅」における地域活動である。母子衛生に関する地域ぐるみの活動は豊中保健所を中心とする母子の会の活発な活動、山梨県源村、神奈川県高部屋村などを先駆とする母子愛育村の運動によって乳児死亡率の低下に著しい貢献をした。「蚊とハエのいない運動」は敗戦直後における発疹チフスその他の伝染病の大流行が契機となって、占領軍当

局の強力な指導援助の下に DDT の大々的な使用、都市における衛生班の活動等を主力とする緊急防疫対策がその後伝染病の流行が下火になるとともに環境衛生対策へと移行したものであった。昭和25年にはモデル地区が指定され、やがてそれが全国に普及することになるが、昭和30年には「蚊とハエのいない生活実践運動」の3ヵ年計画が閣議で承認され、行政面でも強力に推進されることになる。

母子保健においては何よりも母親の育児知識の普及が重要であり、「蚊とハエのいない運動」においては駆除の実践に当たって、婦人会、青年団、子供会、4H クラブなどの地域組織、学校、工場、会社などの集団組織の力を借りなければ効果をあげ得ないという点において、地域住民の計画への参加が絶対に必要であった。これらの計画に当たってその地域におけるモデル保健所が技術的な面においても指導的役割を果たしたことはいうまでもない。

戦後における新しい公衆衛生制度において、保健所の指導による地域保健活動が実績を重ねるにしたがって、その成果についての反省も加えられ、地域保健活動に必要な技術の開発が保健所など地域社会に密着した公衆活動のなかから進められてきたことは重要である。大阪府衛生部が昭和30年初めて試みた業務測定をはじめ地区診断評価の技術など、地域保健計画推進に関する技術が実地に応用され、その結果が公衆衛生学会などに報告され活発に討論されるようになった。埼玉県千代田村⁸⁾、静村などの農村、長野県飯田市⁹⁾、香川県引田町などの地方都市では公衆衛生、衛生教育、社会学、人類学などの研究者たちによって総合調査が行われ、地域社会の保健の問題についてより広範な立場からアプローチを試みる調査研究が盛んとなった。

このような動きにつれて保健所は上意下達の衛生行政機関から、地域の実情を把握し、活動計画を立て、地域における民間組織の協力を得て実行するという自主性をもった機関に脱皮する必要があった。昭和35年の保健所の再編成は、保健所がそれぞれの管轄地域の特性に対応して効果的な公

5) National Commission on Community Health Service, *Health is a Community Affair*, Harvard University Press, 1966, p. 126.

6) 橋本正巳, 『公衆衛生と組織活動』, 誠信書房, 昭30.

7) 橋本正巳, 『地域保健活動』, 医学書院, 昭43.

8) 千代田地区健康農村評価委員会編, 『健康農村活動の評価』, 第一生命保険相互会社公共関係室, 昭38.

9) 山本幹夫編, 『健康管理とその科学的基盤』, 有隣堂出版, 昭35.

衆衛生活動を推進できるよう、従来のもっぱら人口規模による A, B, C 級の設置基準を改め、地域の産業構造、人口密度等の立地条件を考慮して U 型（都市）、R 型（農山漁村）、UR 型（両者の中間）、L 型（人口稀薄な地域の保健所）に大別した。

昭和39年には「保健所において執行される事業に伴う経理事務の合理化に関する特別措置法」が定められ、それまで母子保健、結核、伝染病予防など事業ごとに経理しなければならなかった国の負担金、補助金を地域のニーズに応じて立てられた保健所の計画に従って総合的に使用できる道が開かれた。昭和36年には保健所運営の指針として、「保健所管理」¹⁰⁾が執筆されたが、それには地域保健計画の立て方、地域保健診断、業務測定、行政計画、衛生教育、地区組織活動を促進するための援助のやり方、保健資源の活用法、保健活動の評価などについて詳細な解説が行われている。

昭和34年における財団法人保健福祉地区組織育成協議会の設立はそれまで公衆衛生と社会福祉という住民の福祉にとって基本的に重要な2つの領域において、それぞれ別個の活動として発展してきたものが、地域住民の生活という共通の立場に立って連携すべきであるという認識を強めた点において大きな役割を果たした。これによって地域保健活動の方法論にも新風が吹き込まれた。それまで保健に関する地区組織活動は環境衛生改善の場合に見られるように、比較的小地域において、地区ぐるみの実践活動を進めるというところにあったが、問題解決のための各種社会資源の動員、地域におけるニーズの行政面への反映、行政への市民参加という面では立ち遅れていたのだが、これを契機に社会福祉における Community Organization の理論と技術が大幅に取り入れられて、地域活動における住民の主体性を強めることに役立った。

これら地域保健活動の発展の経過を通じていえることは、初期の段階においてその対象は衛生害虫駆除等の環境衛生改善に関するものが多く、一部に母子衛生、集団検診等が見られる。それが30年代の後半になると次第に総合的な保健衛生活動、さらに医療や社会福祉に関する活動をも進めている事例が増大している。成人病の増加に伴って高

血圧、癌などの健康管理を地域の計画として進める事例も増加している。一方、公害の増大に伴ってこれが防止対策を推進する市民運動も活発になってきた。しかし Comprehensive personal health service の部門についていうならば、その総合 (Integration, Synthesis) はきわめて不十分であり、地域格差もきわめて大きい。この部門においては医師をはじめとする医療従事者、医療機関の協力が最も重要なのであるが、わが国の現状においては総合化をはばむ多くの因子が存在する。それは、1. 医学教育が総合的でない、2. 医療機関の活動が包括的でない、3. 医療保険給付が包括的でなく、制度もばらばらである、4. 国民の側にも総合化の意識がない、5. 多くの医療機関の協力が十分でないということである。このなかでも医学を社会に適用するに当たって中心となる医師の態度は重要であり、地域によっては中心となる医療機関、あるいは医師会の活動によって総合医療の成果をあげている事例も多い。

なかでも、厚生連佐久総合病院¹⁰⁾、一ノ関市磐井病院、岩手県沢内村国保直営沢内病院¹¹⁾、大阪府医師会などの活動はよく知られているが、ここでは鹿児島県の農村における私のささやかな経験を述べることにする。

II 農村における保健・医療 総合活動の経験

終戦後間もなく私は友人と2人で地域医療の経験をした。場所は鹿児島県始良郡霧島村である。この村は霧島山の山麓から国府町（現在は市）にかけて面積約10平方里、人口約22,000の細長い大きな村であった。鹿児島湾に下る県道に「関の坂」と呼ぶ七曲りの長い坂があって、村はこの坂によって通称、上場、下場と呼ぶ2つの地区に分かれていた。私の診療所はこの上場地区にあり、開設当時は無医村であったから、上場人口7,500と隣接する牧園町、清水村、宮崎県西嶽村の一部合わせて人口約10,000がわれわれの診療圏であった。

この地帯は霧島山麓の丘陵地帯で、上場地区は

10) 若月俊一、『村で病氣と戦う』、岩波新書、昭46。

11) 菊地武雄、『自分たちで生命を守った村』、岩波新書、昭43。

18部落に分かれ、その間の交通は中央部の幹線である県道を除いては急な坂道に牛馬を通ずる程度の小径が通じているにすぎず、交通、通信は不便で当時なお電灯を通じない部落が7つを数えた。戸数1,200のうち純粋な非農家は200戸に満たないからほぼ純農村といってよいだろう。血縁、地縁によって結ばれた原始的地域社会であるから、共同意識は強いはずであるのだが、古くからの封建制に慣らされ長いものにはまかれろといった考えがあり共同意識は低調で、農村特有のエゴイスムもまた強かった。

耕地面積は田地557町、畑地700町、山林644町、平均耕作反別は7反3畝でほぼ全国平均値に近いが、その6割が耕作反別5反歩以下の零細農家であった。副業としては、木材、炭、茶、運送業、日雇などの他は見るべきものはなく、終戦後のことで多くの引揚者をかかえ生きるのがやっとという状態は、当時の日本ではどこも同じであったのかもしれない。

衛生状態はまた惨憺たるものであったのはいうまでもない。日本の最も悪い時代の、最も悪い地区を想像していただければ十分である。山村農家の居住は狹隘であり、採光は悪く、水道はないから、食器類は流れ川で直接洗うものが多く、上流でチフス患者が発生したことがあったが、たちまち流水によって下流に伝播した。

衣料不足の農家も多く、一枚の夜具に一家族がもぐり込むという状況は稀ではなく、肺炎の患者が蒲団をしいていないのを見て、医療以前の問題があまりにも多いことに驚き、生活水準と健康との関連を痛切に考えさせられた。

栄養については農村のために終戦の年を除いては都市に比べれば比較的恵まれていたということができようが、蛋白と脂肪の不足は著しく、魚は限られた人の口にしか入らず、卵と鶏、それに豆腐が主な蛋白源であった。

入浴洗濯は不十分、蚤、しらみははなはだ普遍的であり、女兒の頭じらみはほとんど100%、衛生知識の低さは現在の未開発地域を思わせるものがあった。

死亡率は総数、乳児とも高く、成人は結核が多く

乳児は肺炎、消化不良、赤痢、疫痢であったのは当時の農村として普通のこと、生活水準の低さとともに育児常識の欠除は想像以上のものがあつた。

診療所の取り扱った患者統計によると、感冒気管支炎を筆頭に、化膿性皮膚疾患、腸炎、慢性ならびに急性胃炎、胃潰瘍、百日咳、肺結核、寄生虫、神経痛腰痛、疥癬等、いずれも予防可能なる感染性疾患が大部分を占め、疾病は夏期に多く、7月が患者の山であつた。

寄生虫はきわめて普遍的であり、回虫卵保有率はほとんど100%、十二指腸虫卵保有率も40%に及んだ。便所はほとんど屋外式、単純な溜式のものが多く、十分腐熱せぬものを施肥することが普通で、学童は裸足で通学するのが習慣であつたから、十二指腸虫感染者の高率なことは当然である。これらの患者が地元の医者にかかると、心臓が悪いということで放置されていたのだから、何のための医学かと考えさせられたものである。われわれが診療するようになってから十二指腸虫については農閑期を利用して集団駆虫をやったものである。

夜中に起こされる往診患者で最も多いのは胃痙攣であつた。これは胃カタル、胃潰瘍、まれには胆道疾患が、そして寄生虫がその原因をなしていた。

このような地域社会に医師がおかれた場合、医師の社会的使命を自覚するならば、当然総合医療を考える。患者を個別的に処理していたのでは社会の要請に依て、住民の健康を護ることはできない。地域保健活動の主要な構成要素として、プロフェッショナル・リーダーシップ、住民の主体的参加、行政の3つが挙げられているが、プロフェッショナル・リーダーシップは、単に技術的な面ばかりでなく、地域社会への医学の適用という点において発揮されなければならないと考える。

われわれが診療所を開設する以前、この地域には病身の医師1名がいたが、交通が前述のように不便で、往診は限られ、医者にかかるのは死亡診断書をもらう時だけという人々が少くなかつた。したがって配置薬、針灸、べに等が盛んに用いられていた。

保健婦1名がこの広大な地域を受け持っていた

が、よき指導者を欠くために、実際活動にはほど遠く、予防接種の手伝い位がせいぜいであった。村に衛生組合があり、部落には健民部長、衛生代議員という人も委嘱されていたが、上意下達の組織であったから、形式的な清潔検査のあと、酒盛りをする位のもので、地区組織としての積極的活動はなんら見られなかった。

この地域を所管する保健所は村の中心から約25軒離れた準人町にあり、当時は行政の側でも地域保健活動の推進等という意識は全くなかったから、法律で定められた予防接種の計画に連絡がある位で、管内の地域を全体として把握し保健医療計画を立てることなどは思いもおよばなかったであろう。

われわれの活動は文字どおり Comprehensive health service であった。日常の患者の診療もさることながら、山道をリュックを担いでの往診、部落会や学校での衛生教育、保健のためのパンフレットの発行、青年団や婦人会を集めての組織づくり、集団検診はX線がないために結核は保健所に依頼したが、検便、梅毒血清検査、血圧測定等を計画を決めて実施した。このような仕事は1人では不可能であった。医師2人の Group practice がこれを可能にした。患者の発生は時を選ばないから、診療には常に1人は当てなければならない。1人いた保健婦を教育し、訪問看護に巡回させ、やがてこれを3人に増やし地区を分担させた。海軍出身の衛生兵曹を雇い助手とした。これは有能で、これによってヘルス・マンパワーは著しく増大した。簡単な治療はできるし、その他の保健活動においても、困難な条件における男の労働力はやはり頼もしいものである。ソ連におけるフェルシャー、中国の裸足の医者、アメリカにおいても衛生兵あがりの医療助手が制度として考えられていることは了解できる。このような医療チームによるダイナミックな活動が地域医療には欠かせないものである。

一方経済面については前述のごとく60%は零細農家で医療費の負担に耐えられぬものが多く、昔は農家が現金をにぎるのは限られた時期であったから医者への支払は盆、暮の2回であった。この

時期になると医者は集金係を雇って集金するのだが、この薬価が支払えないと山や田畑がとられる。この村にも国民健康保険組合があったが、薬のやみ値に比べて単価が低いうえに、診療報酬の支払遅延で医者は相手にしない。したがって保険料は集まらない。そこで保険給付ができないという悪循環であった。診療所は保険診療をやったから「保険のありがたさは漸次村人に普及したが、診療所の診療圏の外にある下場は、保険料が依然としておさまらなかった。このようなわけでわれわれは国保組合の再建の仕事にも精力を割かねばならなかった。われわれの努力は報いられ昭和23年にはわれわれの診療所は国保直診として10床程度の病床を備えた診療所として完成することになる。ここで将来の活動は一応軌道に乗ったかに見えた。

ところが後年地域医療には、いかに「住民の主體的参加」が重要であるかということをしみじみ反省させることになる。というのはわれわれも地域の組織づくりにはずいぶん力を尽くしたつもりであったが、3ヵ年の短期間ではそれが十分に浸透したとはいえなかった。プロフェッショナル・リーダーシップが強すぎて本来ならば村の当局者、部落の総意の盛り上りを待って進めるべき仕事も、若気の至りというか、牽引これ努めた結果、われわれが去るとともに地域医療もまた衰微し数年後には医師の獲得も困難になってしまった。

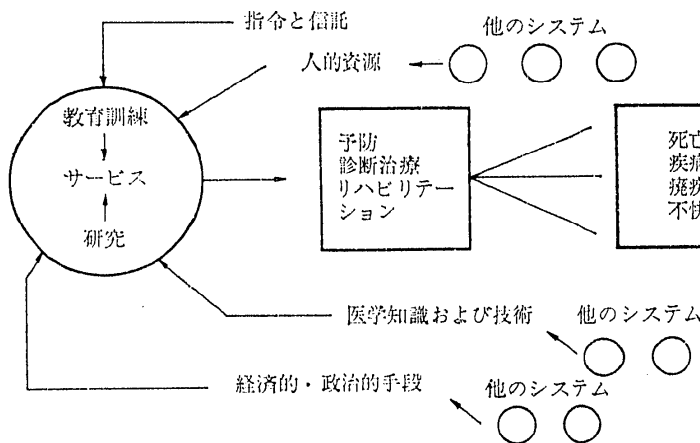
このことはまた行政の面にも責任がある。昭和24年国保直営病院診療所の運営方針として地域総合医療をめざすことが打ち出され、健康管理の面においても市町村診療所は保健所の支所的役割を果たすことが指導されたのであったが、直診も独立採算制を強要され、診療以外の保健活動に十分な予算が組まれなかった等のために単なる疾病の診断治療機関に終わっていることは“仏つくって魂入れず”と非難されてしかるべきであろう。

III 工業化社会における医療システム

霧島村における私の経験は農村という原始的な地域社会において、しかも医療機関は単一であり、その医療機関の医師がプロフェッショナル・リーダーシップを発揮すれば地域総合医療が推進され

るという単純な例であった。ところが都市のように人口が密集し多くの機能社会が複合し産業、文化、交通等あらゆる文明が発達し、人は「個人的な情報コミュニティ」¹²⁾の軌跡にしたがって行動するといわれる工業化社会においては医療機関の分化も著しく、その数も多い。また疾病構造も文明の進化、人口の老年化とともに成人病、精神障害、交通災害などが増加している。このような社会においては、地域における人的、物的医療資源のすべてを動員して住民に健康を目標とした包括的医療サービスを提供するシステムの確立が必要となる。M. G. Field¹³⁾はこのシステムにおいては効率を目的としての分化 (Differentiation) と脱個人 (Depersonalization) が特色であると述べ、その機構を図1のような模型によって説明している。

図1 医療システム (M. G. Field による)



先ず医療という特殊なサービスのアウト・プットのために、医療資源のイン・プットが必要である。このイン・プットはシステムの機能によって制御され、住民個々のニード、社会全体のニードに応じて最も有効適切な方法でアウト・プットされなければならない。医療システムは医療の設備、人的物的素材を合成 (Metabolize) して医療サービスとしてアウト・プットする。

1. 指令と信託

システムには社会自身からの指令で動く。指令を出す脳に相当する部分は国、地方自治体、あるいは関係団体、市民参加の会議体等が考えられる。いずれにしてもシステムは社会全体の信託をうけたものでなければならない。医療システムには運営の根本原則を示した憲章ともいべきものが必要で、これがシステムならびに構成分子の権利と義務を規定する。この憲章は独占的免許状であるが、システムはその全能力を発揮して効率の高い医療を提供する。Kerr, L. Whight の言葉を借りれば「医療システムは社会と医学との間に結ばれた契約である。」

医療資源が医療システムにイン・プットされると、今まで医師個人の自由な医学的判断、倫理などに任されていた医療サービスは、医学自身の正しい眼によって客観的に品質管理が行われることになる。病院における Medical Audit におけるように医師の診療は客観的に評価される。コンピューターによる Automatic Medical Library によって診療記録は集積され、医学文献は整理され、次の診療に有効に利用される。いままでは医師個人によって保管されていた診療の記録は共同体の管理下におかれる。

2. 医学知識と技術

医療システムは医学知識と技術なしには運営できないことはいうまでもない。それは永年にわたって蓄積された研究と経験のたまもので、多分に心理的 (holistic) な面をもち、時には芸術に似た側面をもちている。この知識と技術は代々医学教育制度によって引き継がれ新しい研究や経験は常にフィード・バックされ蓄積される。研究と教育は医療システムの中に組み込まれた重要なサブ・システムである。医学は生物学の一部門で技術的な部分をもっており、同時に、社会科学的側面をもっており、医学の発達には化学、物理学、

12) 柴田徳衛他、『都市と市民』、NHK 市民大学叢書、昭46、217ページ。

13) M. G. Field, *The Medical System and Industrial Society*, (Systems and Medical Care, Edited by A. Sheldon et al. 1970, p. 153).

工学などの自然科学はもとより社会学、心理学、管理学といった社会科学の発達に負うところも多い。

3. 医療従事者

医療システムには特殊技術者である医療従事者のグループが必要である。これら技術者はたえず補充され、教育され、適当なポストに配置され、社会の保健問題を解決するため専門の知識と技術を駆使する。その分野は、予防、診断治療、リハビリテーションすべてに及ぶ。従事者はサービスのシステムと同時に研究、教育のシステムにイン・プットされる。

4. 経済的、政治的手段

指令を実行するために、医療システムは必要な手段を持たねばならない。その手段を大きく分けると、ひとつは政治的手段であり、ひとつは経済的手段である。前者は法の権力を施行する力であり、後者はメディカル・センターの建設、医療従事者への支払いから薬剤の購入まですべてシステムの運営に必要な財源の捻出である。国民経済全体から見れば GNP のうち保健に当てる費用としていくらかを当てるかという問題である。GNP は産業投資、国民消費にどのように振りあてられるのか、生活費のなかでも、住宅、食糧、衣類費への配分、保健とレクリエーション、他の福祉サービスとの競争をいかに調整するかといった問題があるが、これは国民の意志決定の問題である。

医療システムに影響する最も重大な要素は医学の進歩とこれに伴う保健に関する技術革新で、第2は生活水準の向上、都市化、人口の老年化、疾病構造の変化等、社会変動に伴う医療サービスへのニーズの増大である。前者は医療従事者の再教育の必要性を高め、後者は GNP のより多くの%を保健システムにイン・プットすることを要求する。医療事業は他の産業とちがって、設備投資に依存する (Capital intensive) よりは労働に依存する (Labor intensive)。

医療知識や技術の進歩は省力化によって、医療サービスのコストを下げるよりは、一層多くの技

術者を必要とし、その費用を上昇させる。そこで GNP に占める保健医療費の額を増加せざるを得ないと Field は指摘している。

増大した医療費をどのようなシステムで負担するかは重要な問題で保険システムは医療供給システムのサブ・システムといえるだろう。

医療システムに多くの法的規制をイン・プットすれば、そのシステムは単純化し、その意味では効率が増大するかも知れないが、一方において医療従事者の労働意欲を削減しサービスの質は低下することも考えねばなるまい。そこに社会主義と自由主義の見解の相違が表われる。

医療技術が専門分化し、システムの構成要素が複雑化し、その数も増大すると、構成分子間の協力は益々重要となるが、サイバネティックスの発達、MES や ALF の開発は相互の協力を容易にする技術的手段として医療のシステム化に革命的な役割を果たすと思われる。

IV 病院のリージョナリゼーション

医療システムを考える場合、医療サービスは地域住民個々のニーズに応じて供給されることが必要であるが、それには住民が手近い医療をうけ得ること (Accessibility) が確保されねばならない。産業において生産機構が重要であると同時に流通機構が重要であるのと同様である。この意味で医療機関の配置計画は重要である。

医療機関のなかでも病院はあらゆる保健医療活動の中心であり、臨床医学の研究や教育の中心でなければならない。

WHO の医療組織に関する専門委員会¹⁴⁾は病院に次のような定義を与えている。「病院は社会ならびに医療組織に欠くことのできない施設であって、その機能は住民に治療予防を含む完全な保健サービスを提供することであり、その外来患者に対するサービスは患者の家庭に生活する家族にまで及ぶものである。病院はまた保健従事者の訓練と社会医学的研究の中心である。病院は社会に奉仕すべきものであり、健康の増進とすべての疾病の予防と治療のために便宜を提供すべきものである。」

病院が上述のような総合的保健活動を行っている例は、わが国では少いが、少くとも診断、治療の研究、教育の中心でなければならない。医療技術がそれほど発達していなかった時代には、一般病院単独でも大方の医療需要に応じられたのであるが、診断技術、特に ME、放射線医学、外科手術、人工臓器等の発達によって、特殊な疾患については高度に専門化した技術と高価な設備を必要とするようになり、病院の Regionalization が益々必要となった。

Regionalization は WHO の定義によると¹⁴⁾「病院の配置を地域の地理、人口分布、疾病の種類、頻度、など地域の実情に適應させ組織化すること」である。Regionalization は地域医療を分担していた病院がいくつか集まって一層広い地域にわたって、病院の分業化、専門化と協力によって一層質の高い医療を地域住民に組織的に提供しようというものであるから「病院の広域化」と訳するのが適當であると思う。

広域化の考え方にはいろいろあるが、2つの型に分類できると思う。

第1型 人口分布が疎な地域に適する。

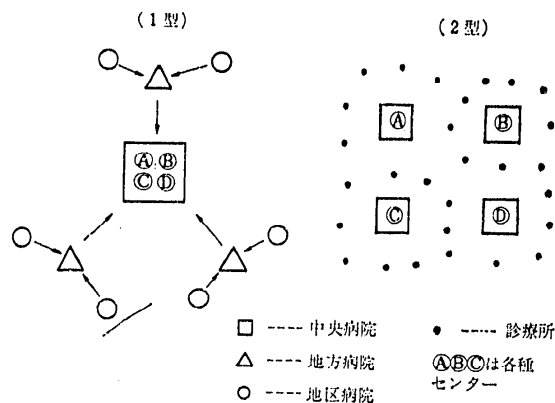
第2型 人口が密集している地域に適する。

1型は R. F. Bridgman¹⁵⁾ などが主として農村地域における医療機関の体系として考えたもので、2型は現在英国で進行中のものである¹⁶⁾。その模型を図2に示す。

1型では病院を中央病院 (Regional hospital)、地方病院 (Subdivisional hospital)、地区病院 (Local hospital) に系列化する。

わが国の場合に於てはそれぞれ施設の対象人口および機能を示すと表1に示すとおりである¹⁷⁾。一つのリージョンを人口200~300万の地域としたのは、癌科、脳神経外科、心臓外科、眼科の角膜移植術、耳鼻科の内耳窓孔設置術等、高度

図2 病院広域化模型



の専門技術を必要とする患者の発生率から算定されたもので、年に数人来るか来ないかの患者のために、特殊な設備を整え、専門家を雇い、技術者のチームを訓練することは能率的でないから、これらの設備はリージョンを単位として行い、そこに行けば、いつでも専門医と訓練された医療チームによって万全の医療が受けられるというシステムである。

2型においてもリージョンの規模は1型とほぼ同様であるが、この型では病院を規模の大なるものから小なるものへ系列化するのではなくて、700~1000床程度の大規模の病院を地域内に適当に配置する。この病院は精神病を含め、あらゆる疾病を取扱い、長期療養者のための慢性病棟なども備え、McKeown のいう Balanced hospital community¹⁸⁾を形成する。

特殊な専門治療については、たとえば、放射線治療センター、胸部疾患センター、腎透析センタ

表1 医療機関の機能上の分類

	対象人口	主たる活動
中央病院 (基幹病院)	150~200万人	広範囲の専門科 神経外科 癌、心臓病、放射線、アイストープ、胸部外科、研究、教育設備、内耳外科を含む
地方病院	30~50万	普通の専門科 内科 小児科 産婦人科 皮膚泌尿器科 耳鼻科 眼科
地区病院	2~6万	内科 外科 伝染病 産婦人科
特殊病院	—	結核 精神
保健所	10~15万	公衆衛生行政機関 予防衛生クリニック 結核、伝染病、性病、母子衛生 その他 保健婦事業
診療所	2000	一般診療 予防衛生クリニック 保健婦との協力

14) Role of Hospitals in Programmes of Community Health Protection, First Report of the Expert Committee on Organization of Medical Care (Yeneva, 1956), WHO, Technical Report Series No. 122, 1957.

15) R. F. Bridgman, The Rural Hospital, WHO, 1955.

16) 大村潤四郎他, 「英国医療制度視察報告書」, 昭45.

17) 大村潤四郎, 「地区医療機関配置計画に関する一考察」, 『厚生指標』7巻9号, 昭35.

18) T. McKeown, An Introduction to Social Medicine, 1966, p 193.

一等はリージョン内の病院に分散して設置する。

救急センター、CCU などは救急患者輸送計画とにらみ合わせて、どこで事故があっても間に合うように分散して配置する。

この型は大都市や東海道メガロポリスのような都市化の進んだベルト地帯に適する。病院は少数の大規模な施設に集約されるから、交通や患者輸送サービスの発達しているということが必要である。

1 型はソ連やフランスの農村に見られる。比較的人口の疎な広いリージョンに中小都市が散在するといった地域に適する。昭和35年から6年計画として厚生省が発表した「医療機関整備計画案」¹⁹⁾は1型でその概要は次のとおりである。1. 都道府県を病院体系整備の単位とする。2. おおむね都道府県中心地に中央病院(300床以上)、3~4保健所地域の中心地に地方病院(200床以上)、各保健所地区の中心に地区病院(100床程度)、を置き有機的な連係をもたせる。3. 既設機関をできるだけ活用する。4. 国立病院は国民医療の最終責任、教育研究を担当する高機能のものとして各ブロックに1カ所程度整備する。

わが国のように病院の経営主体が多様である場合には病院のリージョナリゼーションはきわめて困難な問題である。小さな病院が乱立し医療機関の間の連絡は不十分である。医療法第7条の2は公的医療機関の病床数について地域ごとに規制を行なっているが、これは地域の医療機関全体について考える必要があり、また病床数のみならず病院の機能をも考え地域的な整備を行なうべきものであろう。

V 医療のシステム化を促進する 行政的手段

自由の国、米国においても最近病院費用の高騰、老年者に対する強制疾病保険(Medicare)の創設等を契機として、地域を単位とした医療のシステム化が重要な問題となっており、このための立法措置が行われたが、これはわが国にも参考になる点が多いと思われるので、以下にその概要を紹介

しよう。

米国では1946年 Hill-Burton 法という、連邦政府による病院建設の資金援助法が作られた。それによると人口当りの必要病床数が定められ、州ごとに病院計画を作成する。すなわち、州をいくつかの病院地区に分け、そこに中央病院(Base hospital)を中心に地区病院(District hospital)、地方病院(Rural hospital)の系列で、網の目のような組織をつくらうというもので、そのため必要な公私の病院の建設資金については2/3を連邦政府が補助するというものである。これによって多くの病院が病床不足地域に建設されたが、病床の分数はまた、スタッフの不十分な小病院を多くつくることともなり、その政策に反省が加えられ、1945年以降は慢性病院、ナーシング・ホーム、リハビリテーション施設に補助の重点が移された。

その後地域を単位とした総合医療計画のために2つの法律が制定せられた。1つは Regional Medical Programs Law (公衆衛生法89—239, 1965)であり、1つは Comprehensive Health Planning Law (公衆衛生法89—749, 1966)である。

この2つの主な相違点は次の通りである。

	RMP	CHP
対 象	癌、心臓病、卒中が対象	包括的、あらゆる疾病が対象
管 理	連邦が直接地域を監督	州が監督
主体性	地 域	州
計画の中心	大学等のメジカル・センター 医師等、医療専門職	州の衛生部 衛生教育専門職
財 政	補助金は多い	少い

両者に共通している点といえば、いずれも既存の医業に妨害や干渉を加えないという点では、あくまで医業の自由ということが尊重されている。プログラムの実施に当たっては開業医、メジカル・センターの医師、病院管理者、民間団体の代表者の協力で行なう。医療費の支払方法や疾病管理には干渉しない。

RMP の成立の経過を見ると、ジョンソン大統領が就任直後の保健に関する教書において、「アメリカは癌、心臓病、卒中で年々多くの人命が失われている。連邦政府はもとより個人の寄付等により年間数億ドルの資金がこれら疾病の研究のため

19) 『厚生白書』, 昭和36年度版, 322ページ。

使われているが、これらの成果が効果的に国民に利用されているとはいえない」と述べた。この教書をうけて、大統領諮問委員会が設けられ、1964年報告が提出された。その結論は次の通りであった。

1. これら疾病の診断治療のために、リージョナル・センターの組織網を整備する必要がある。
2. その下に診断治療のステーションを設ける。これは Community hospital に置かれ、これがローカル・センターとなって他の施設を援助する。以上の施設は連邦負担の資金で整備し、成人病についての診断、治療、管理についての新しいシステムを開発する。
3. メディカル・センターに医療複合体 (Medical complexes) をつくる資金を与える。これによって、医科大学を中心に、診断、教育、調整の機能を果させる。
4. いくつかの医大に援助を与えて、教育と研究について最も優れた施設とする。

この勧告は、医療の現状に変化を与え、病院管理にも影響を及ぼすということで、AMA や AHA 等の反対をうけ、最終的には、存在医療施設、医師などの教育、訓練、協調に重点がおかれた。この案は研究の成果を実際の診療に直結し、専門的なサービスが必要な人々にいきわたることを目的にしているので、医師の教育に特に重点がおかれている。したがって財政的援助も施設の新設のためには行われず、診療費についても研究、訓練、デモンストレーションの患者に限って援助される。他の患者は保険や公費負担、自費で賄うわけだが、目下のところ自己負担が大きいのが米国の悩みである。

開業医を通さなければセンターでの治療は受けられない。既存医療機関の協力によって最も効果的なサービスを地域住民に与えることが目的なのである。

この法律は“Regionalization of medical service”なる構想を、成人病を手はじめに取りあげたということができよう。

一方より広い範囲の保健サービスを取りあげたのが Comprehensive Health Planning Law であ

る。これはコミュニティ・レベルのすべてのヘルス・ニードに対応してこれを包括的に処理するための計画である。この2つの法律は究極においては同一の目標をめざしている。

計画に当たっては両者とも地域のニーズを重視することには変りはないが、CHL は計画に当たって、州や地方自治体当局のスタッフが行政機関に対する諮問機関の意見を尊重して、弾力的に立案されるのに対して、RMP の方は技術的な面の計画は専門家グループにまかせ財政と実施は別の委員会に計って実施するというやり方である。

RMP は開発された診断、治療の技術をいかに速かに住民に普及するかが目的であるから、医療機関の Synthesis のためにいかに新しい技術と知識を応用するかが研究グループの仕事であり、したがってスタッフ・ユニットの発言権が大きい。

RMP の Local Advisory Committee, CHP における State Advisory Council, いずれも、開業医、民間団体、衛生部、一般企画部、大学消費者からの代表者で構成されており、CHP では半数以上が住民代表でなければならないが、RMP では過半数である必要はない。CHP における State Advisory Council は計画の進行について州衛生部に助言を与えるだけで実行機関ではない。これに反して RMP の Regional Advisory Council はプログラムの作成に当たって積極的に活動する。計画に関して、補助金の申請を行う場合にも Advisory Council の承認が必要である。

RMP においては患者—医師—施設のレベルにおけるアイデアが総合され、任意の協力によって計画が立てられ、これがリージョンごとに集約される。既存の施設と人的資源、すなわち、地域における大学と関連病院、開業医、地方病院その他の施設が計画に参加する。それらの協力は人事の交流、患者の輸送、診断と治療に関する効果的な情報交換に重点がおかれる。P. D. Ward によれば RMP は開業医、大学、政府すべてを含む医療コミュニティ (Medical Community) のエネルギーを最も効果的に発揮させるための“Synthesizing Force”の働きをする。

最後に RMP におけるリージョンとは何を指す

かということであるが、この法律の指針によると「このプログラムの目的に相当であると連邦衛生局長が判断した州の1つまたはいくつかの部分」である。これは2つ以上の州にまたがってもよいし、行政区画にこだわる必要はない。地域の設定する場合には、経済的社会的に一つのまとまった区域であること、現在および将来の人口増加、交通、輸送、通信のシステム、教育、保健施設の分布、既存の保健計画、現存する患者と医療機関の関係、医療機関相互の関係を考慮する。いずれにしても地域の単位は高価にして複雑な診断、治療の技術を効率的に行える人口規模が必要である。地域計画はとすると机上の計画となることが多いが、既設の医療施設を利用して行う保健医療総合計画においては、一定地域における施設の機能的関係を重要視してリージョンを定めることが实际的である。この機能的関係はしばしば重複し線をひくことが難しい場合も多いが、いろいろな要素を総合すると自ずと一つの区域が浮かび上がるものである。

以上2つの法律による地域総合医療のプログラムの進展は州により、地方により、まちまちであるが、最初は試験的に局地的に実施し、その成果を見てさらに広く実施するというのが米国のやり方である。

このような立法措置によっても、経営主体の異なった医療機関の協力は難しいらしく最近では病院を公社に統合するという Ameriplan という計画が AHA を中心に考えられているという。

む す び

保健・医療総合計画の立場に立って、わが国の戦後における地域保健活動の発展の過程を概観した。農村診療所による包括医療の例として、鹿児島県一農村におけるわれわれの活動例を報告し、地域医療の原型を示した。

医学医術が進歩し、都市化が進み、人口の老年

化に伴って成人病の増加した、高度工業化社会において、質の高い総合医療を地域の住民に提供するためには医療のシステム化が必要である。

M. G. Field の医療システムのモデルによって、総合医療の生産過程を説明した。質の高い医療を提供するためには、教育、研究の成果が、たえずフィード・バックされる必要がある。

医療のシステム化に重要な位置を占める、病院の広域化について、これを1型(Monocentric type)と2型(Multicentric type)とに分けて説明した。実際の計画に当たっては地域の実情に応じて、これら2つの型を適当に組み合わせて考えることが必要であろう。

医療機関の経営主体が多様である国では、医療のシステム化は容易でない。医学の進歩、情報科学の発達を考えると、医療の質の向上と総合化によって医療サービスの効率を高めるためには、適当な規模の地域を単位として医療のシステム化が図られねばならない。

公立ならびに私立の病院、開業医、医科大学と付属病院、国立病院、医師会立共同病院、臨床検査センター等が地域ごとに、いかに協力し地域住民の健康管理体制を確立するかが地域医療今後の課題である。

医療システムの形成のための Synthesizing force として立法化が考えられるが、その例として米国の RMP および CHL を紹介した。このような構想はわが国でも、公衆衛生基本法、医療基本法、国民保健法などの仮称のもとに各種の団体において検討されているが、医療制度の体系化のためには、医療機関の自主的活動を阻害しない限度において立法措置が必要であると痛感される、そのための前提としてモデル地域を設定して「先導的試行」を行う必要があると考えるのであるが、わが国においては、このような実験的プロジェクトに対して財政的援助が得られないということが一つの隘路となっている点、改善を要する。