

ことから、疾病の特殊性による医療モデル重視の情報になりがちである。愛媛県下で進めている脳卒中のパスでは、急性期病院からの一番記載されていない項目が、“患者の希望”欄であることから、その一端がうかがえる。急性期病院の役割として、診断・治療を重視した医療の提供ではあるが、地域連携パスの真意からすれば、急性期医療がいかに、診断・治療を退院後の生活につなげられるかがポイントである。

生活モデルを意識していなければ、地域連携という大義名分で、機能分化・役割分担を推進することは、医療機関の都合を患者や住民に押しつけることになり、理解は得られないだろう。なお、福祉分野の言う生活モデルには医療が包含されていない場合が多い。本来の生活モデルは、医療を生活の資源、地域資源の中に位置づけることだと思う。

6) 地域連携と公衆衛生

“公衆衛生”は憲法第25条に明記された極めて重要な機能・役割である。医師法だけでなく、医療関係職である歯科医師、保健師・助産師・看護師、検査技師、放射線技師を定めた各法の総則第一章に「公衆衛生の向上及び増進」が明記されている。栄養士法では代わりに“健康増進”が、PT・OTでは代わりに“医療”と記載されている。

しかし、その“公衆衛生”が死語に追いやられようとしている。

“公衆衛生”を“疫学”や“統計学”と誤解している医療者や医学生は多く、一般住民となれば、便所かごみ関係と思い込んでいる人も少なくない。公衆衛生を地域保健という言葉に置き換え、公衆衛生＝予防活動と誤って、地域医療や地域福祉と区別したこともその要因になっているかも知れない。この医療崩壊と言われる時代に、保健と医療と福祉を区別するような表現に惑わされることなく、医療者の役割として明記された「公衆衛生」の重みを再認識すべきと思う。

公衆衛生とは「共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、身体的・精神的健康と能率の増進をはかる科学・技術である。(ウインスロウ (C. E. A. Winslow; WHO 1949))」と定義され、具体的には「環境保健, 疾病予防, 健康教育, 健康管理, 衛生行政, 医療制度, 社会保障」があげられている。

Public health は“公衆健康”ではなく“公衆衛生”と訳された。衛生とは「生命や生活をまもる」ということであり、国民の基本的な人権の観点から、このように訳されたのであろう。行政が推進する「地域医療再生」には、へき地医療の確保や個々の患者を対象とした臨床的課題の解決だけでなく、医療を生活資源と位置づけて地域社会の水準向上を進める公衆衛生の取り組みが、両輪と

して充実される必要性が重視されなければならない。

医療崩壊

はじめに

ここ数年日本のマスメディアでは、「医療不信」「モンスターペイシェント」「医師不足」「医師の立去型サボタージュ」「看護師のワークアウト」「患者たらい回し」「病院崩壊、医療崩壊」等、医療をめぐる負のイメージのキーワードが飛び交っている。

これは、日本の医療システムの不全を示す兆候で、不全は「患者と医者レベル」「病院内の専門職間のレベル」「病院間即ち地域のレベル」の各層に及んでおり、それらが積み重なり互いに関係してシステム全体の不全を生み出しているといえよう。言い換えると、今日の医療には大きな転換期を迎えこれらの現象は転換に伴う軋み音なのかも知れない。

これらの兆候の直接の契機としては、この間の「医療制度改革」とりわけ2004年に新たに導入された卒後2年の研修が取り上げられてきた。しかし、背景には患者の在院日数の短縮による労働密度の強化や、職種間や病院間の専門性の曖昧な日本特有の医療システムの特性等、構造的な問題が存在している。

加えて日本は、世界に先駆けて高速で超高齢社会に突入する。超高齢社会の医療負担は、量的にも質的にもこれまでに類を見ない。超高齢社会は、人類が未だ経験したことがない新しい社会である。日本は其処に1番乗りで、結果の如何を問わず新たな社会創りの実験国家としての役割を担っている。欧米が、アジアが、特に東アジア諸国がパイオニアとしての日本の去就を、固唾を飲んで見守っている。医療界は超高齢社会の中核インフラを担う部門となる。医療再構築の成否が社会構築の成否の鍵を握っていると言えよう。

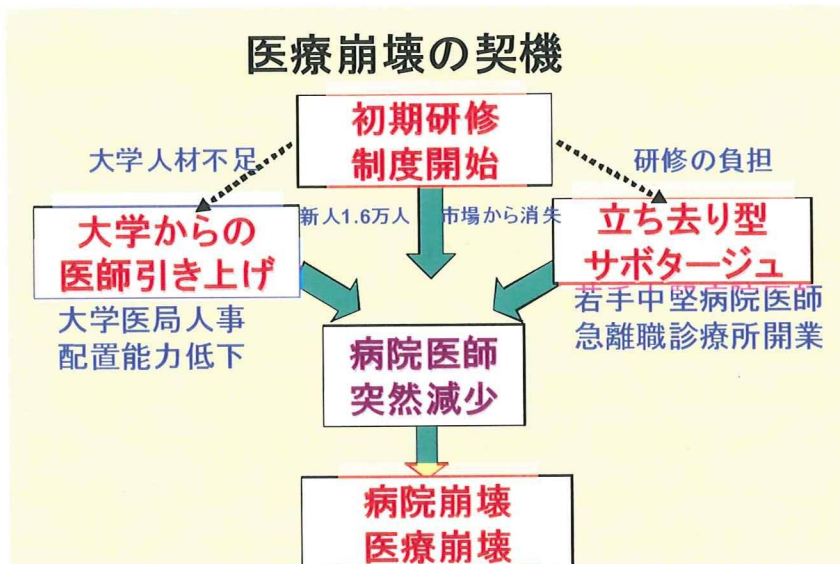
結論を急げば、今医療崩壊、病院崩壊が、そして街そのものの空洞化が進む地方中小都市をもう一度、「病院機能を集約化」し、「医療システムを再構築」することにより再活性化することが新たな社会創造への一歩となりうるのではないだろうか。

本項では、今短期的に起きている「医療崩壊」の現状と原因を歴史的に分析し、「医療システムの未来の姿」を想定したい。新たな医療連携のあり方と地域での具体的な展開について考察する。

1. 医療崩壊とその再構築

(1) 立ち去り型サボタージュと病院崩壊

日本の医師不足は病院を中心に深刻で、30代後半の働き盛りのミドルマネジャーが突然
図表1：医療崩壊の契機



(出所) 筆者作成

立ち去る「立ち去り型サボタージュ」や1人、2人辞めてももっていた診療科が4～5人辞めると、一挙に全員辞めてしまう「ドミノ型崩壊現象」に特異的に現れている。当初、小児科や産科の現象であったのが内科・外科へと移り、とりわけ各専門内科が崩壊すると連鎖で関連外科の仕事がなくなり、院内ドミノの発生をみている。更に1地域内の1病院で院内崩壊がおきると次の病院に患者が殺到し次の病院が崩壊するという地域ドミノ現象さえ巻き起こしている。

これらの現象の原因は単純ではなく、契機や背景、遠因や直接原因など複雑に絡み合い、理解とその対応には問題を構造的に捉える必要がある。

「直接の契機」は2004年に導入された卒後初期研修制度にあるように思われる(図1)。1年で8000人、2年で1万6000人の研修医、すなわち病院医師の約10%の労働力が突然市場から消え、医学部が8年制となったのと同様の結果となり、短期的だが急激な医師不足をきたした。その影響は特に地方の大学に顕著で、多くの病院で各診療科の人事配給能力が失われた。

実はその「背景」に、医師団塊の世代、すなわち戦中前後に卒業した軍医のかたまり、3万～5万人がこの5～10年間に退職しつつあり、医師労働市場に不均衡が生じていたことがある。

さらに、ここ十数年に渡る病院の経営環境の大きな転換があった。この間、急性期病院では制度改革や診療報酬による政策誘導（図 2）と経営環境の競合に対応した経営効率化のために平均在院日数が急速に低下したが（図 3）、病床当たりの人的投入は諸外国に比してもあまり増えておらず（図 4）、労働負荷は増加している。加えて、訴訟リスクの増加と共にインフォームドコンセントの複雑化、医療費逼迫に伴い説明を求める保険請求関連書類の増加など非医療労働の増大があり、実際の雑務や負担感が増えていた。

最後に、行政や院長の「想定外の要因」として、若年世代の労働観の変貌がある。上述の労働環境の変化と共に若年の医師を中心にワークライフバランスの変化があり（図 5）、また負担と報酬のバランスから考えると訴訟リスク等の負担の増大や離職が進んでいる（図 6）。これには更なる進行が予想される。

これらの状況を勘案し、最近の研究成果を踏まえると、病院経営環境の大きな変化と共に急性期病院の機能は大きく分化して変容し、いわゆる「病院経営のパラダイムシフト」が進行している。つまり変化は量的に多く更に負担が増大するだけでなく質的にも大きく転換し変化への適応が求められている。かつて存在した牧歌的病院が崩壊したのである。

実は、平均在院日数減少も諸外国に遅れて同様の減少を示しており（図 3）、インフォームドコンセントも医療保険への対応も、社会の観点からすれば必然で、日本も世界標準に近づいたとも言えよう。医療システムを規定する医療法も 1948 年以降還暦を迎え、これまでの病院システムを支えてきた文化も時代と齟齬を来たしている。今、医療施設間の役割を、根本的に考え直し、迫り来る人類未踏の超高齢社会に対応できる医療システムを設計しなければならない時代に来ているのではなかろうか。

（2）匠のシステムから病院システムへ

急性期ケアと長期ケアの施設の機能分化を目指して、導入されてきた数々の政策、例えば医療法改正による病床の定義、診療報酬による誘導、介護保険の導入は施設間の機能分化のみならず、施設内での機能分化に影響を及ぼした（図 2）。とりわけ平均在院日数の減少は急性期病院が担うべき機能に大きな変化をもたらした（図 3）。実は日本の場合、急性期病院においても機能は未分化で、1 つの病棟内に重症の急性期ケアを要する患者と、術前、末期、場合によっては長期ケアを要する看護度の低い患者が混在していた。従来、日本の病院は病棟を中心に医療が行われ、練度の高い匠、すなわち比較的広範な診療機能を持つ医師が、気心の知れた看護師と阿吽の呼吸でチームを組み、診断から治療、治療から回復までの過程をすべて入院で行い、セルフケアが可能となって退院させるという形態で行われてきた（図 7）。現在と比べると以前は在院経過が長く、患者との信頼関係も築きやすく、看護師等院内のコメディカルとのコミュニケーションをとるゆとりもあり、事故や訴訟も少なく、比較的高い質の医療が提供されてきたのではなかろうか。

一方、機能は極めて未分化で共有する医療情報も診療録が標準化されておらず、個人の

メモに過ぎないとの批判も聞かれた。とりわけ指示から指示受け、執行確認のプロセスも個人個人に負うところが多く、場合によっては看護師の手のひらが用いられ、標準化されておらず点検が出来ないケースも見られ事故に繋がる場合も合った。それを個人の努力や経験でカバーしてきたといえよう。ところがいまや在院日数の短縮により、診断は外来、治療は処置室・手術室、そして必要に応じてICU、ハイケアユニットに治療の場所自身が移動し、病棟は通過するところとなり、治療が終了するとか回復を待たず退院するといった病院そのものの機能に変化が生じ、かつ院内の種々の様々な部署にも機能の分化化と分担が生じた(図8)。

急性期病院の在院日数を米・欧・日本で比較すると、米は既に数十年前からほぼ1週間であり、胆嚢摘出手術を例として想定すると、手術並びに術後の濃厚治療の部分のみ患者を入院させ、手術の前日に抜糸後に退院という経過をとっている。欧州は約2週間である。ところが、日本はかつて2週間前の術前1週間、回復期まで含めて術後3週間と4週間であった。今日、日本は欧州に、欧州はかつて1週間の米国に、米国はさらに半分の4-5日に平均在院日数が半減したのである(図2、図9)。

この変化はこの間に日本の病院経営者や専門家、行政や保険者が期待する病院の認識が、診療から回復期までの全過程を含む場所から、急性期の濃厚な治療を行う場所へと変わったことを意味している。患者はいまだにかつての意識から脱却できず、とりわけ切り離された治療終了から回復期までの過程を代替する場所、例えば回復期リハビリ施設、長期ケア施設、在宅ケアシステム、ホテルなどの施設が充実していないので、いまだにこの転換には戸惑っているのではなかろうか。

比喩を用いて説明すると、かつての病院は旅館のごとく仲居が部屋に案内し、夕食を用意し、布団を敷き見送るといった客室中心にサービスが展開された(図10)のに対して、新たな状況ではホテルのごとく客室はスルーして帰ってくる場となり、ホテル内の主な活動、ショッピングはブランドショップ、夕食は三つ星シェフ、フィットネスはフィットネスクラブといった形態に機能分化していると例えることができるのではないだろうか(図11)。

この病院経営のパラダイムシフトは日本の超高齢化と経済の低成長からすれば必然であるかもしれない。しかし一方、失うものも大きく、ケアの連続性の確保、看護の原風景等、提供側の技術者の意識や思いにも影を落としている。また、機能の分化と強化を推進するためには、連携が必要で、そのための情報と標準化と共有が必須となる。日本の医学教育ではこれらのトレーニングが成されてこず、カルテの質や指示、指示受け・執行プロセスの確認システム等の未発達が大きな問題となっている。

(3) 日本の未分化性と医療システム化の歴史

このパラダイムシフトはいわば19世紀に生じた産業革命に類似しており、例えばマッチ

の製造を1人の職人が全行程行うやり方から、分業分担して生産するやり方に変更すれば、生産性は飛躍的に向上する。医療もかつて能力の高い匠の個人芸の世界であったものが、今日病院において匠そのものが機能分担し、連携してチームとなり、またそれを支える種々のコメディカルの医療チームが存在し、種々の資源を用いながら病院システム全体として医療行為を行っている時代に入ったといえよう。実はこれが可能になるためには、いくつかの条件が必要で、第1にプロセス及びサービスの標準化が必要である。第2に組織・構成員がそれを理解し、システムの中で自らの役割と機能を位置づけることが必要である。第3にそのための共通の情報システムが必須となる。

世界の医療界は第2次世界大戦直後の麻酔や抗生剤等比較的費用対効果の高い第1次技術革新と、1970～80年代にかけて診断技術等、比較的効果の低い第2次技術革新を経験した(図12)。従って、大戦後は医療の充実とそれを支える社会保障制度の構築が政策課題となった。しかし、1970年代以降、石油ショックの影響もあり、技術革新によって膨れ上がる医療費抑制が課題となった。医療計画により機器や病床を規制する政策や診断群別総括払い診療報酬制度(DRG: Diagnosis Related Group)が展開された(図13)。第3期技術革新はバイオテクノロジーを中心に期待されているが、未だ実用化には至っていない。しかしこの間1980年代後半には第2次技術革新に拠る諸技術が成熟化、標準化され、政策の関心は要素技術の研究開発から要素技術の標準化と普及拡散即ち均てん化に移行した(図14)。そして種々の要素技術を効果的、効率的に組み合わせて用いシステム化する様々な政策が進められた。

ニューイングランド医学雑誌編集長のレルマン教授はこの転換を「医療の拡張期」「医療費の抑制期」に続く第3の医療革命と捉え、医療の結果の向上を目指した「結果マネジメント運動」の段階、即ち「評価と説明責任の時期」に入ったと提唱している(図15)。事実、1990年代以降、結果を巡って医療の質や安全が再認識され、質構造評価や臨床指標によるベンチマーキング、日本語表記(EBM:), クリパス、継続的質改善(CQI: Continuous Quality Improvement)や総合的質マネジメント(TQM: Total Quality Management)の手法が医療界に導入された(図16)。これらの活動は世界に拡がり、国際的潮流となっている。日本へはこれらの活動が一呼吸遅れて導入され、本格化したのが2000年代の半ば、新研修医制度創設の前後であった(図6)。

日本が遅れた理由は、医療界の関心が一貫して要素技術、要素知識の開発にあったこと、そして実は日本の医療システムの特徴が種々のレベルで未分化であったからと考えられる。日本では機能未分化で標準化、システム化されていない匠の世界が日本独特の歴史文化要素と組み合わせられ、それなりに機能していたので、新たな国際的な潮流には抵抗があったのかもしれない。しかし2000年代後半から突然その伝統によって形作られた世界が崩壊し、新たなシステムの構築が求められることになったのである。

実は日本の未分化性は「医師の専門性のレベル」、つまり28万人の医師に42万の専門科が存在すること、「職種間のレベル」医師やコメディカルの役割分担の不明確性、前述の「病

棟内の機能分担」、そして病院が外来を持ち、病院が福祉施設の役割も持つという「施設間のレベル」にまで及んでいる。

言い換えてみると、日本の政策は当初社会的入院の減少を目指し、施設間、すなわち病院を福祉施設から機能分化されるために在院日数の短縮化を手法を用いて進められてきた（図 18）。しかしその目的とは別に恐らく想定外に、院内の部署間、職種間、いや医師間の専門分化にまで政策の影響が及び、それなりに機能してきたこれまでの世界が突然はじけて壊れたのが医療崩壊でもあると言えるだろう。

政策的に進められてきた機能の分化は一度始まれば、後戻りはない。しかしそれらをどのような方向で進め、新たに分化した機能を最適な連携に構築し直すことが今後の政策の課題である。

2. 連携による医療システム再構築

（1）医療連携の意味

現在進行中の「医療崩壊、病院崩壊」の過去に遡る分析においても、その再構築の鍵は「連携」であった。そして未来の「超高齢社会での医療システム」の分析においても、その設計の鍵は「連携」であった。

前者は各病院からみた長期経営戦略の課題で、意志決定の主体は公的病院といえども個別の病院のトップディビジョンメーカーにある。確かに、日本の医療界の未分化性という共通の特徴を乗り越えるという意味では、連携は医療界全体の課題ともいえるが、やはり病院の生存をかけた地域の中での各病院の経営理念の選択、そしてマーケティング、ブランディングによる個別経営主体の最適化を目指した、優れて経営的課題である。一方、後者は未来のあるべき姿を目標に社会全体の最適化を目指す課題といえよう。従って、方針や目標は同じでも主導する主体は行政となり、前者と利害が一致するとは限らない。

（2）行政の単位と二次・三次医療圏

日本の場合、行政は国・都道府県・市町村の 3 層構造となっており、一方日常の医療は広域の生活圈、即ち市町村よりは大きい都道府県よりは小さい約 350 ヶ所のいわゆる二次医療圏レベルで提供されている。さらに需要頻度が低く、高度な資源を要する 3 次医療はほぼ都道府県レベルで提供されていると効率がよいとされている。

しかし、実態は二次と三次を明確に区別することは難しい。また県の人口や広さもばらつきがあり、三次医療を、例えば県庁所在地 1 ヶ所でカバーするには広すぎることから、一部の政令指定都市、県庁所在地を三次医療の拠点と想定するのが現実的である。

二次医療圏も広さや人口にばらつきがあり、郡部の数万から大都市の数百万にまで及んでいる。実は急性期病院には規模の経済があり、効率や相乗効果のある診療科のセットを抱え、一定の医療機器を購入して活用するには400床台が最適とされてきた。平均在院日数の低下により、同様の機能がより小規模の病床数で果たせることから、最近では200床台までを想定してよいかもしれない。一定の規模と範囲の経済を満たし、地域の医療のハブとなるうる病院は地域中核病院と呼ばれ、これまで全国に約1200、即ち人口10万対1ヶ所存在するとされていた。というもかつての総合病院数が1163、300床以上の病院が約1200存在したからである。

これらの病院の平均病床規模は400床強であり、病床利用率の0.85で在院日数を30日とすると年間4100人の退院患者が、15日とすると8200人のとなる。医療の需要は外来では軟かいが退院回数は年齢階級別では全国ほぼ一定で、人口10万では1.2万回前後、人口10万での一般診療所や精神療養病床の退院を除くと1万回に過ぎない。一般病院数は6なので地域中核病院が退院患者のシェアの多くを占める。平均在院日数が30日の時代は全体の半分を占めていたものが、15日の時代を迎え、約8割のシェアを占め、残りの病院にとってたいへん厳しい経営環境となっている。2008年の時点で人口10万に存在する病院数の平均は、精神病院1療養型病床のみの病院1、療養型混在の病院3、一般病床のみの病院は2に過ぎない。1万回の残り2000の退院を療養型混在の3、一般病床のみの1、42病院が奪い合うこととなる。1万回の退院患者から在院15日で逆算すると急性期に必要な病床は500程度となる。現在診療所も含め、1380床あることから病院間の競合の厳しさや機能集約化の道のりの長さがみてとれる。

(3) 医療資源からみた4つの地域分類

資源と人口規模によって日本の地域を分類すると、資源が豊かでアクセスも自由な「大都市」、三次医療までの資源をセットで持ちうる「地方中核都市」約100ヶ所、そして二次医療の資源を支えるのでも人口の少ない「地方中小都市」と「郡部地域」の4ヶ所に分類できる。郡部の定義は難しいが、5万人以下の市町村は約1900の全数のうち約1200ヶ所ある。

これらを含む二次医療圏を4分類すると、2009年で「大都市」28ヶ所平均130万人、「地方中核都市」77ヶ所平均60万人、5万人を分割点にした場合、「地方中小都市」110ヶ所平均27万人、「郡部地域」は133ヶ所平均10万人である。「大都市」では地域中核病院も数的に多く、3次医療機能をも担っている(図28)。「地域中核都市」は人口当たりで計算すると平均6ヶ所の地域中核病院を持ちうる人口を有し、従って3次医療機能をカバーする病院の数は十分である(図29)。

「地方中小都市」や「郡部地域」では1~2の地域中核病院を持ちうる需要の人口しかない(図30)。

3次医療機能は1つの病院ですべてを持ちうる時代は終わった。2次医療機能を有する地域中核病院の中でその上に得意な3次機能を有するという構造となっている(図31)。がん、循環器疾患など「疾病別ケア」、救急回復期など「病期別ケア」、小児婦人科など「年齢性別ケア」など分類法によって数も異なるが、「地方中核都市」であれば保有しうる病院数3~8あれば各病院がそれぞれ複数の3次機能を持つことにより、地域に必要なほぼすべての3次機能のパッケージを保有しうる。「地方中小都市」では地域中核病院数が少なく、保有しうる3次機能も限られたものとなる。つまり残りの3次機能は近隣の「地方中核都市」に頼らざるをえないのである。

いや「地方中小都市」では、唯一つの地域中核病院でさえも存続があやういかもしれない。というのも多くの「地方中小都市」では人口に見合ったしっかり資源を投入し、一定の病床を持つ地域中核病院が計画的に設立されているのではない。また私的病院は個人の意志で資本投下されてきたし、自治体間の見栄で中途半端な100~200床の公立病院が建てられ、十分な急性期病院機能を持たない例も多い。「郡部地域」では1つの中核病院も支えられない人口規模の二次医療圏も存在する(図32)。

今、医師の引き上げにより病院崩壊や地域の医療崩壊が起きているのは、この「地方中小都市」が中心である。ここに病院の集約等の手法で十分な資源と一定の規模そして需要に見合った機能の地域中核病院を、構築または再構築あるいは確保することが崩壊を防ぐために必須である。

(4) 地域医療システムとガバナンス

上述のごとく「地方中小都市」は単独ないしは複数の地域中核病院を支える人口しかなく、しかも需要を超え、規模及び範囲の経済を満たさぬ中途半端な中核的病院が存在することも多く、そこが病院崩壊の焦点として地域医療崩壊のトリガーとなっているとすれば、二次医療が完結する圏域全体でもう一度需要と供給を捉え、システムを設計し直す必要がある。その際、規模及び範囲の経済を満たす中核的病院を医療システムのハブとして最低1つ、可能なら複数想定する必要がある。二次医療の圏内での一応の完結を目指すなら、その上でその地域に最低限必要な3次医療機能を地域特性に合わせて選択し、需給が充分でない場合は近隣の「地方中核都市」での確保をアクセスの充実によって担保する必要がある。

この作業には漠然とした2次・3次医療機能を想定するだけでは不十分で、「疾病別」「病期別」「性・年齢別」の医療需要と医療機能を丁寧に分析し、既存ないしは新設の医療施設がそれぞれどのような機能を担うか効率性や技術集積性、つまり採算や医療の質を勘案して選択することになる。この際、効率や質とアクセスはトレードオフの関係にあり、地域住民への公平性、そして住民の理解が必要となろう。実際の作業には、まずその地域の需給のデータが必要であり、その結果を供給側と共有し、1つ1つの機能の分担について納得

してもらおうプロセスである。

しかし日本の病院の設立主体は多岐にわたり、国約 300 自治体、約 1000、公的及び保険関係約 420、他法人約 900、そして医療法人や個人の私的病院が 6200 あり、7 割を占める。しかし急性期の地域中核病院は、国・自治体など公的設立が大半を占め、急性期病院でも多くを占めていた。逆に医療法人等の私的病院では療養型病床を有する病院、即ち福祉施設的機能の病院が多い。人口 10 万にすると、国公立病院が約 1 ヶ所、私的病院が 5 ヶ所あり、前者が急性期中核的病院、後者が長期の福祉的病院である例が多いが、地域によっては私的病院が急性期中核病院の機能を担っている場合もある。

このように地域での役割分担の再配分を行うに当たっては、各種の設立主体間の調整が必要で、前述のごとく複数の市町村調整で主要な役割を果たすべき行政主体にもまたがる例が多い。地域での非効率や質安全の問題がありながら放置されてきたのは、データを集めにくい、分析が難しいという以上に、このような分母（地域の行政主体）、分子（病院の設立主体）の問題が大きいと言えよう。

英国のように地域ベースの国立医療システム（NHS）があり、予算も設立も国で統一されている場合、このような調整は容易かもしれないが、日本の場合は、新たな地域医療システムのガバナンスを確立する必要があるといえよう。ガバナンスの守備範囲は、地域の医療機能の同定と計画と調整、そしてそれを形にするキャピタルインベストメントの計画と実施、そしてその経営、つまり資源、例えば医師等の人的資源や財源の確保さらには算出の質、安全効率の追跡にまず及ぶ。近年、医療費は病院で収支割れを起こしており、何らか補助金を必要としているから財源の負担は大きな課題である。また、施設を超えた地域全体システム経営ノウハウもまた開発途上であるといえよう。これまでに無い行政手法が必要となる。

ないないづくしの中でも、1 課題ずつ知恵を出し押し進めて、医療システムの最も脆弱な部分から再構築していかなければ日本の医療の未来はない。

3. 総括

近年、突然現れたように見える日本医療システムの不全の兆候を短期的及び中長期的に分析し、その原因がここ数十年の世界的な医療の標準化、システム化の流れに対応してこなかった「日本の医療システムの適合不全」によると診断した（図 33）。日本の従来の医療システムは個々の匠の技に、そしてその個人的努力に依拠し、従ってその犠牲の上に見有効な医療を生み出してきた。しかし、これから人類未曾有の超高齢社会に人類史上最初に直面し、短期間で一挙に、「高齢化による需要増、需要の質的变化」「経済の低迷に対応したシステム化」「国民意識の変容、期待増への対応」「従来の機能の未分化性からの脱却」「若年医療労働者の労働観の変容への対応」など、多数の変数を同時に解いていかなければな

らない（図 34）。恐らく医療界の中ではなく、社会全体の観点に立つ新しい叡知が必要で、同時に地方都市での医療を軸としたまちづくりなど具体的で斬新な実験が必要なのではないだろうか。

3. 國際比較

病院の生産性国際比較分析（OECD 諸国と日本）

【目的】

医療費の総額や国民一人当たりの医療費などを用い、マクロレベルでの医療の生産性国際比較が実施されているが、日本の診療報酬体系に代表されるように国民医療費はフィー、つまり支払額であり、医療コストを反映しないことから、生産性を費用対便益で分析することは合理的ではない。

本報告では、マクロレベルの医療の生産性を非金銭指標により国際比較することを試みた。

【方法】

OECD 保健データより 1960 年から 2005 年までの急性期病院の保健指標のうち、投入に関する指標（病床あたり看護師数）ならびに産出に関する指標（病床あたり退院数、平均在院日数）を抽出し、時系列の散布図を作成し、投入―産出の関係を分析した。データの欠損、指標定義の変更等の影響が少なく、時系列データが揃っている 9ヶ国（オーストリア、カナダ、デンマーク、フランス、ドイツ、イタリア、オランダ、ノルウェー、米国）を対象とした。日本に関しては病院報告のデータを下に設立主体別（会社立と医療法人）のデータを抽出し、比較した。

【結果】

一床あたり看護師数は年々増加傾向にあり、特に米国が比較的高く、1980 年代後半には一名／一床を超えている。しかしノルウェー、デンマークが急速に伸びており、特にノルウェーは 1990 年代半ばには米国に並び、2005 年には 1.67 と最も高くなっている。日本の場合、比較的生产性が高いと思われる会社立病院でも下位のフランスと同じレベル、医療法人立にいたっては、0.3 に満たない。

一床あたり退院患者数も年々増加傾向にあるが、日本は圧倒的に低く、2005 年の会社立の値 (16.28) は 1970 年のオーストリアと同等の値である。オーストリアの 2005 年は 47.4 と 35 年で 3 倍以上増加しているが、日本の会社立で約 7 から 2 倍、医療法人立にいたっては約 7 から横ばいの状況である。

平均在位日数は 1960 年代最も高いドイツで 30 日を越えていないが、日本の医療法人立は 2000 年まで 40 日以上であり、2001 年に急激に短縮され 27 日となったが、他国と比較

して圧倒的に長い。日本の会社立はドイツの20年前と同等の値、変化となっている。日本以外の対象国は2000年以降10日未満に突入している。

病床あたり看護師数と退院数を散布図で比較すると、看護師数が多いほうが、退院数が多い傾向が見られた。中でもフランスは日本と同程度の看護師数で会社立の三倍の退院数を出しており、生産性が高いことが伺える。日本の病院は看護師数も退院数も少なく、生産性も低い。

病床あたり看護師数と平均在院日数を散布図で比較すると、看護師数が少ないほうが平均在院日数が低い傾向が見られた。しかしドイツ、オランダと日本の二対象以外は平均在院日数が10日以下となったあたりからそれほど相関が見られなくなっている。日本は看護師の増加と共に平均在院日数が減少しているがドイツを除き、日本よりも平均在院日数が長い年代を経験している国はない。

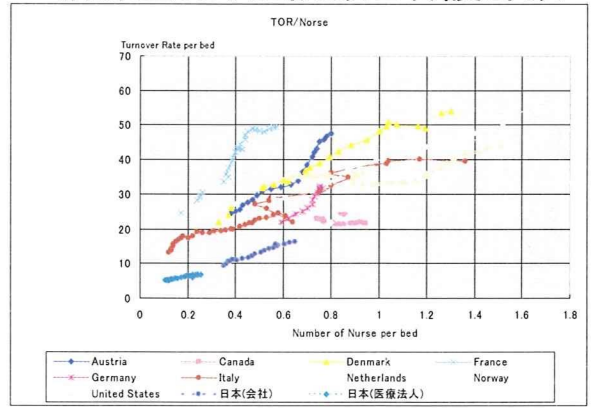
【考察】

日本の病院は他のOECD諸国と比較して看護師の投入量が少なく、病床からの産出も少ないことが確認されると同時にその比、つまり生産性も低いことが確認できた。しかし低生産性であることが必ずしも是正されなければならない事項とは言えない。なぜなら生産性が低いことが支払額（フィー）を押さえている要因となっている可能性もある。また本論では急性期病院のみを対象としていることから、急性期病院の生産性の高さは療養、介護型の施設の生産性とトレードオフとなっている可能性や再入院の頻出なども考えられる。

しかし本論は非金銭指標により、客観的な生産性比較が可能なことを実証しており、診療報酬制度の異なる国間において生産性を比較するための一手法としての有益性を示せたと考えられる。

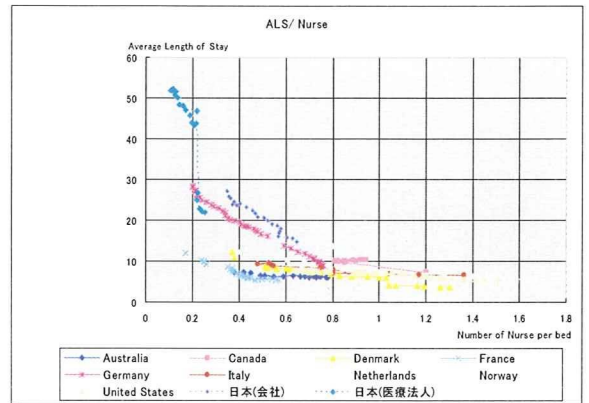
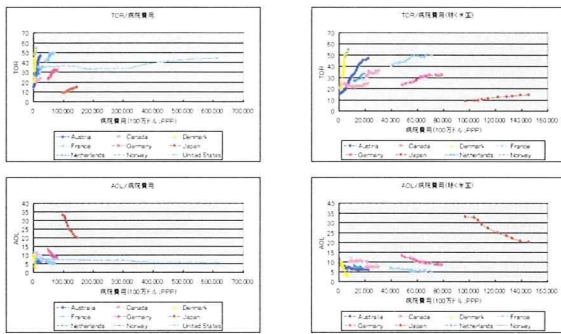
結果：生産性

病床当たり退院数と看護師数

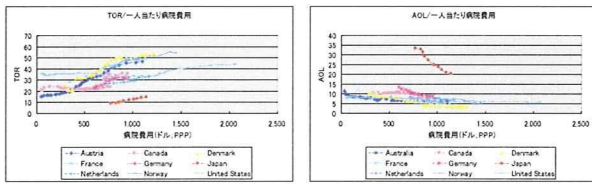


病院費用(総額)とTOR,AOL

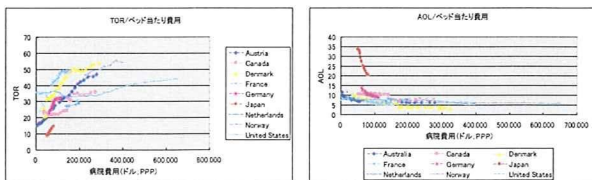
平均在院日数と看護師数



一人当たり病院費用とTOR,AOL



ベッドあたり費用とTOR,AOL



英国の状況を踏まえた我が国の対応への示唆

～看護師不足や在院日数短縮への対応を中心に～

ジェイムス・ブキャン教授 Queen Margaret University

インタビュー者：長谷川敏彦

翻訳・解説：小林美亜

長谷川先生：

世界中のあちこちで看護師不足が起きていると思います。英国では過去に深刻な看護師不足があったと思います。これは、政府が看護師を養成するための教育予算を縮減した影響によるものものだと思いますが、これに対し、どのように対応したのでしょうか？

ブキャン先生：

確かに、英国では15年程前に大変深刻な看護師不足がありました。これは、主に看護師養成への投資不足が招いた結果であると思います¹。そして1997年に発足したブレア政権がこの問題に取り組みました。ブレアは、ヘルスケアシステムを改善し、医療サービスの量と質を向上させることを公約して当選したのです。ブレア政権は、発足時、看護師不足に対して何らかの手立てをとらなければならないということを認識していました。しかし、そもそも需要に十分に対応できるだけの看護師がその時に存在していなかったため、どうにもならなかったのです。

そこで、1997年から2000年のブレア政権のうち、最初の2年間、私たちは労働組合、専門職団体、病院管理者の代表者といった多くの利害関係者と一緒にこの状況について検討し、この問題に取り組みました。そして2000年に「NHS Plan(National Health Service plan)」と呼ばれる医療制度改革案が発表されました。これは、ケアの改善に向けて医療サービスの提供者である看護師を大幅に増加させることを確約したものでした。NHS Planの5つの計画²の中に、看護師の養成数を増加させ、生産性をあげることが規定されたのです。

まず、英国の看護師養成数を増加させるための予算が提供され、それが実行にうつされました。しかし、これが実際的な効果としてあらわれるのには、5年あるいはそれ以上の時

間がかかることは認識していました。というのは、看護師を新たに養成するためには、どうしても時間がかかるからです。このため、NHS Plan が開始された 2 年目には、現在、臨床に従事している看護師が離職しないように定着を図る取り組みを行いました。3 番目の取り組みは、再び仕事に戻る復帰者に焦点をあて、離職者した潜在看護師に対し、復帰を促進しました。そして、4 番目の方策として、海外からの看護師を積極的に雇用しました³。最後に、患者ケアにあたる看護師スタッフのスキルミックスを工夫し、労働生産性をあげるようにしました。例えば、ナースプラクティショナー、専門看護師、ナースコンサルタントといった上級実践看護師や看護師が管理する権限を持つヘルスケアアシスタントを上手く使うようにしました。ヘルスケアアシスタントは従来の補助者とは異なります。教育を受け、認定資格が付与されていますので、補助業務に必要な知識と技術を持って仕事をすることができます。

3 番目にあげた臨床現場から離れた潜在看護師の復帰を促進する取り組みは、とりわけ多くの国で共通にみられることだと思います。実際に、日本でもこのような取り組みを行っていると思います。英国では、具体的に、職場復帰を希望する潜在看護師に対し、再教育を受ける機会を提供することによって職場復帰をサポートする対応を行いました。現場からしばらく離れていたことで、彼女たちが以前取得した知識や技術では対応できなくなっていることもありますし、看護師として働く自信も低下しています。離れていた間の遅れを取り戻し、現在の臨床現場に対応できるように、知識・スキルを向上させ、自信を取り戻させることが必要でしょう。

また、復帰者促進策として、看護師募集の広告やマーケティングにも力を注ぎました。復帰者に対し、キャリアアップを図る機会を提供すること、柔軟な勤務体制で働くことができる権利を保障することを伝えるようにしました。英国では復帰した看護師の多くはフルタイムで働いていないと思います。というのは、彼女たちはパートタイムで勤務が自由になる勤務場所を探して仕事に復帰しているからです。年間 3 千人～4 千人の看護師を現場に復帰させるための方策として、これは非常に成功だったと思います。

長谷川先生：

実際に、英国で看護師不足が起きているときに現場ではどのくらい深刻だったのでしょうか？現場レベルではどのような取り組みが必要だと思われますか？

ブキャン先生：

それは、とにかく非常に深刻でした。看護部長や看護師長は、常に看護師不足への対応を求められました。事実、彼女たちは、新人看護師、非常勤の看護師、欠員を満たすための派遣看護師を探し回ることに奔走し、多くの時間を費やしました。看護師スタッフがいつも不足している部門では、患者の手術が延期になることもあれば、治療やケアがあとまわしにされることもありました。

このような状況から脱却するためには、ただ看護師を探しまわることにより多くの時間と労力を投入するよりも、看護師不足の問題にふりまわされてきたことに対して戦略的な取り組みを持つことが必要でしょう。看護師長の仕事は、ただ単に看護師スタッフの数を増やすということだけではありません。自分の部署の看護師達がスキルアップを図れるようにサポートすることも必要ですし、もちろん、師長と呼ばれるからには、チームマネジメントの実践に責任を持たなくてはなりません。師長として必要な能力を養うためには、研修の機会を提供する等多くの投資が必要になると思いますが、このような投資があつてこそ、成果をより発揮できるようになるのではないのでしょうか。

さらに、英国では現場管理のために必要となる患者の重症度や看護配置状況といった情報を病院全体で共有できるようなITシステムを整備することによりかなりの投資を行いました。このシステムの活用により、看護師間の仕事量にばらつきが生じないように、患者の重症度に応じた仕事量を評価できるデータに基づいて、実際にどの程度の看護人員配置が要求されるのかを検討できます。これは、管理者が適切な看護スタッフ配置を行う際の意思決定に役立っています。このようなシステム整備も必要でしょう。

長谷川先生：

このシステムは、実際に、管理者の日常業務に変化をあたえましたか？

ブキャン先生：

そうですね。現場の第一線で働いているような看護師長は、適切な情報を得ることで、自身の意思決定に確信をもって、労働生産性をあげるための取り組みが実践できますので、自律性の向上に対して非常に影響を与えていると思います。実際に、現場の看護師長はこのシステムの導入によって、ケア提供体制が変わったことを認識していると思います。これは労働力を効率的かつ効果的に活用する上で主要な要素だと思います。

長谷川先生：

日本の看護師はものすごくよく勉強しますが、いつも不安で自信がないように感じます。これについてどう思いますか？

ブキャン先生：

私たちは、英語で“certificate gathering syndrome（資格収集症候群）”という言葉を持っています。資格や免許を取得するためにどんどんのめりこんで勉強することをいいます。おそらく、これと似ているのではないのでしょうか。

長谷川先生：

これは国際的な現象でしょうか？それとも日本だけみられる現象でしょうか？