

7. 総括歴史分析

1) 超高齢社会へ

社会と患者と医療のパラダイムシフト

長谷川敏彦

2) 医療と病院のパラダイムシフト

長谷川敏彦

3) 病院経営のパラダイムシフト

長谷川敏彦

4) 医療崩壊と地域医療の課題

長谷川敏彦

超高齢社会へ 社会と患者と医療のパラダイムシフト

1. 超高齢社会の型と日本

1) 文明の限界

18 世紀英国の人口学者マルサスの予言した「人口の限界」が、それ以降の多くの反論にもかかわらず近づいて来ている。国連の推計によると世界人口は 2060 年頃 90 億人をピークに下降するとされ、日本はそれに先駆けて 2005 年から下降を始めた。2105 年、高位の推計では 7700 万人即ち半減、低位の推計では 3300 万人即ち 4 分の 1 になると予測され、江戸時代に回帰する。生態学的人口容量の理論からは、21 世紀の後半には反転増加するとの見方もあるが、いずれにせよルネサンス直前 14 世紀のペストの遷延による下降以来 6 世紀ぶりの減少となる。これはルネサンスによって始まった近代「科学技術体系と地球環境とのバランス」が人口容量に近づいていることを意味し、体系の根本的な見直しが求められているのかもしれない (図 1)。

2) サードエイジ

近代のめざましい到達点はヒトの寿命の延長である。織田信長が敦盛で謡った「人生 50 年」、平均寿命を超えたのは先進国ヨーロッパで 1930 年代、日本では戦後 1947 年頃であ

った。その後 1980 年頃には途上国を含めた世界の殆どの国々で 50 歳を超えるに至っている。50 歳以降の人生は「社会にデビューするまで」の第一期、「社会に貢献し、次世代を育てる」第二期に続く第三期、「サードエイジ」と呼ばれ、外から与えられる社会的役割を持たず、自己の確実な死に向けて自らを自己実現させてゆく可能性に満ちたステージである。2023 年にはその自分中心に生き得る 50 才以上が人口半分を超え社会のマジョリティとなる (図 2)。

3) 進化過程

しかし一方で、平均値としてこのサードエイジが出現したのはたかだか 100 年に満たず、猿人から 700 万年もしくは新人から数十万年の人類史の中では一瞬の誤差範囲といえよう。進化論的身体機能最適化からみれば 50 歳以降の身体状態は想定外の「進化の過誤」によるもので、事実、生活習慣病等老化に伴う退行性病変が始まるのもこの時期である。さすれば近年の医学は集団感染症の克服以後、その過誤の隙間を埋めるための商売といえるかもしれない。

日本の高齢化のピークは意外と早く、2030 年代には絶対数ではそのピークを迎える (図 3)。しかし高齢化率は少子化ゆえに止まらず、ピークは 2060 年頃を待たねばならない。その時点で、高齢者の定義を 75 歳以上に絞っても、約 4 人に 1 人が高齢者という未曾有の超高齢社会を迎える。この推計からすると、量的にはここ 20 年の間は、2030 年を目標に資源確保し、以降はそれを効率的に運用すればいいという戦略が見えてくる。

4) 高齢者の街づくり

一般に、障害や疾病を多く抱える高齢者にとっては、その「予防のためにも、ケアのためにも」街の環境そのもの支えとなる。危険な東京一極集中を脱し、地方都市の独自の文

化やビジネスの再生を目指して新しい公共投資を、「高齢者を支える街づくり」を中心に投下することが有効である。つまり、新しい日本の国の型を創りなおすづくりの戦略が必要とされている。

いや一歩踏み込んで、実は日本よりも速い速度で進行するアジアの国々の高齢化を日本の課題として捉え、お互いに支えあう「大東亜の共老圏」を構想する時期が来ているのではなかろうか。

我々が直面する超高齢社会は、いわば「新たな社会づくり、世界づくり」にほかならないのだ。

2. 超高齢社会の患者と医療

1) 疾病とケアの転換

高齢者の疾病の特徴は、1.「一人が複数の疾病を持つこと」、2.「それぞれの疾病が自然史に応じて病態を変化させる」こと、3.「通常疾病や障害を長期にわたり継続して持つ」こと、4.「究極の結果は死亡である」ことである。従って、必要とされるケアは、疾病の病態に対応して、1.人や技術など短期に資源を集中させて問題解決する「急性期ケア」、2.セルフケア目指して疾病による障害を克服する「回復期ケア」、3.疾病と障害を同時に継続して必要とする「長期ケア」、4.外来で慢性疾患を追跡する「慢性期ケア」、最後に 5.疾病の治癒ではなくよりよき死／生を追求する看取りの「末期ケア」の、目的と方法が異なる5種類となる（図4）。

これらのケアは通常連続し継続が必要であるが故に供給側での調整が不可能で、患者を中心にその需要に対応して調整連携させる必要がある。これは個人のわがままに應えるという意味ではない。システムレベルでの「患者中心の医療」が求められている。

2) 目的とモデルの転換

50 歳までの疾病は通常単独で障害を残さず完治することも多い。「身体の部分病変を手術や投薬によって切除もしくは完治させ、元の理想的状態に戻す」という近代西洋医学のモデルが多くの場合有効となる。そこでは短期に資源を集中し一気に問題解決する「急性期医療」が治療の主要モードとなる。

一方、高齢者の場合は、常に疾病と障害を抱え、挙げ句の果ては死に至る。従って治療の目的は常に「絶対的な疾病の治癒や障害の克服」から、ご本人の求める「社会的役割と身体機能」と「病変のもたらす苦痛や障害」の相対的評価が前提となり、そのギャップを埋めることに転換する。そこでは「現在の病態や障害」と「本人の価値」を常にモニターし、診療の意志決定に資する必要があるといえよう。

3) 新たなスペシャリスト

それを社会的に効率よく有効に行うには、さばいてつなぐ専門家、「総合診療医／老人医」が病院と地域とに必須となる（図5）。専門医が患者に直接対峙するシステムは効率が悪いのみならず危険ですらある。専門医にとっては自分ができることのみが仕事で、結果として不要な診療が行われたり、疾病の治癒に成功しても人間としての機能を失うと言った結果を産むからである。将来予測によると、手術件数は将来急増すると考えられる。しかし、若年者では不変で、増加するのは高齢者に限られ、厳密な手術適応の検討が必須と言えよう。総合診療医／老人医は短期研修で養成可能な一般医なのではなく、瞬間の診断力、価値を加味した判断力など高度の診療技術を必要とし、構造的な長期研修が必須で、「医師の中の医師」いわば「複雑性の専門医」(Specialist on Complexity) である。

4) 新たなケアネットワーク

今、救急で高齢者の数が増加しつつある。しかも福祉施設や家庭において、前後の医療情報なく急変して運び込まれ、蘇生したところ家族が「そのような要望をした覚えはない」と怒鳴り込むと言ったケースも報告されている。多くの貴重な労働や資源が今後浪費されると想定される。これを予防するには前述の地域における総合診療医／老人医が必要であると同時に、譲歩の継続化、即ち一人の患者を追う1患者1生涯1カルテ制度の確立が望まれる。

5) 新たなサイエンスとアート

高齢者医療においては「細胞病理学」を起源とし身体内に「病いの座」を想定する還元主義的病理理論では役に立たない。環境社会家族と高齢者の関係、そして身体的病変をそれぞれのシステムのずれととらえる生態的病理理論が求められている。

以上、述べてきたように超高齢社会では目的、方法、病理大系、医療システムとあらゆる意味で従来の医療とは全く異なるサイエンスとアートの大系、「新たな超高齢社会の医療」が必要とされるといえよう。

3. おわりに

日本は世界に先駆けて超高齢社会に突入する。アジアもヨーロッパも世界の多くの国々が日本の人類史的実験を固唾を飲んで見守っている。近年日本では経済や政治の混迷が進行してはいる。しかし人類史が、基礎体力と創意工夫の能力を持つ日本を、その「実験の場」として選んだのは正しい選択でなかったかと思われる。中でも医療界は超高齢社会の中核となるインフラを担う部門となる。これまで欧米から盗んできた知識や技術のお返し

をする必要があろう。日本の医療界の創造性が問われている。

参考文献

古田隆彦：日本人はどこまで減るか、幻冬舎新書、2008.5.30

図1 世界の人口波動

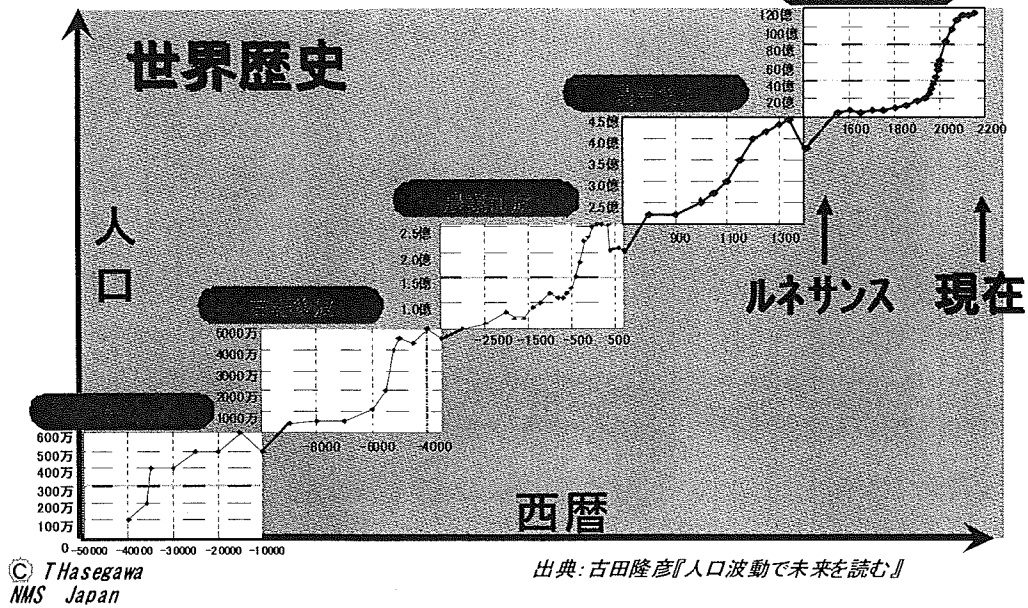


図2 人生段階歴史変遷

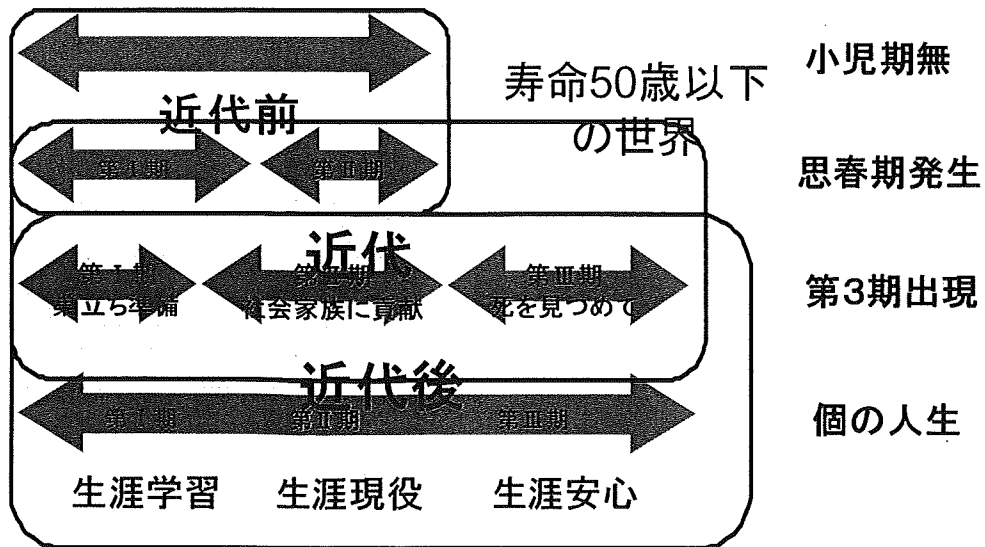
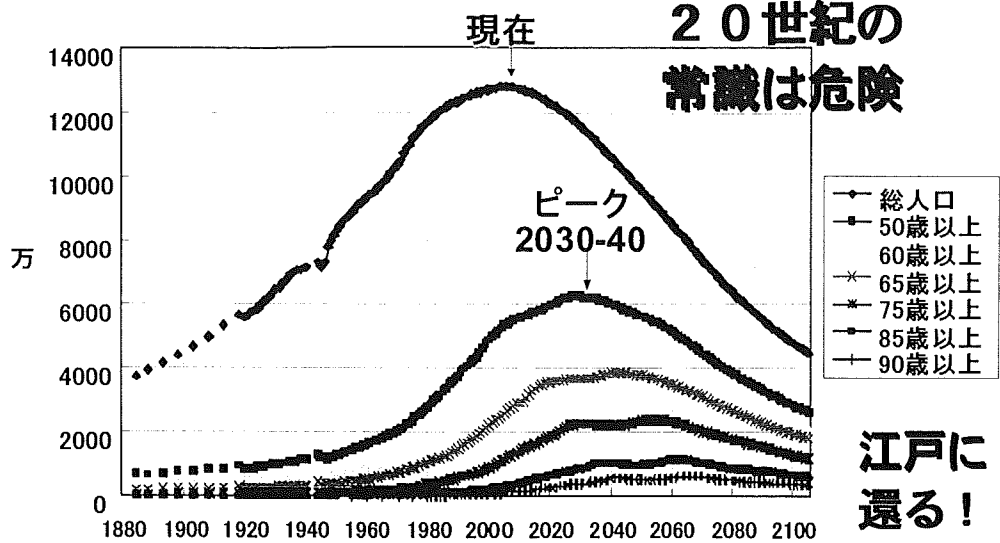


図3 人口将来推計年齢別 1884-2150



江戸に還る!

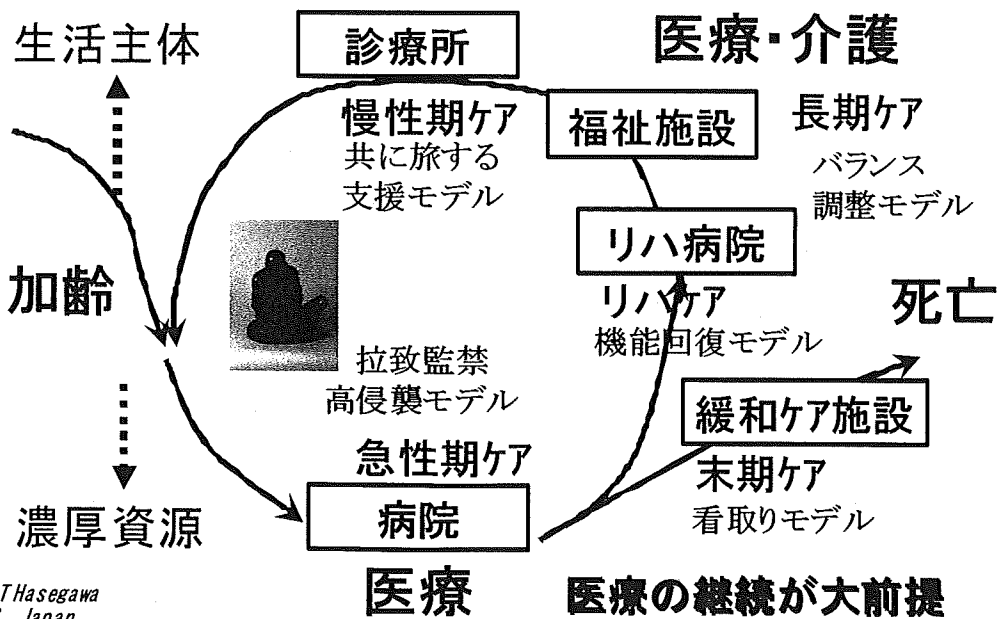
© T Hasegawa
NMS Japan

上り 年間100万

下り 年間100万

男女別、人口問題研究所2006年推計

図4 高齢者に必要な5つのケア



© T Hasegawa
NMS Japan

図5

生涯アプローチ (Life Course Approach)

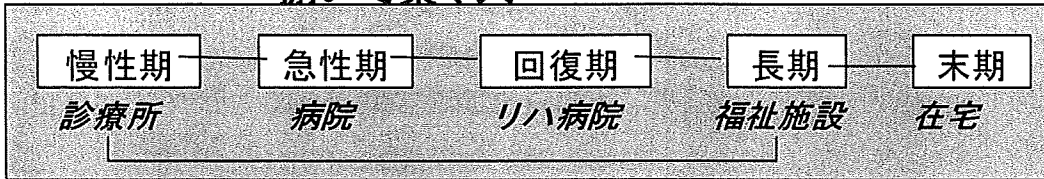


個人として

生涯ケア (Total Life Course Care)

資源として

捌いて繋ぐ人 システムとして医療マネジメント



地域 医療ネットワーク (Area Health Network)

医療と病院のパラダイムシフト

1. 疾病のパラダイムシフト

1) 寿命転換（人口転換）

人類の永い歴史の中で寿命は石器時代 10 代から 20 代で推移し、やっとな中世に 30 代に達したと推定される。乳幼児死亡の想定で石器時代でも 30 代の寿命があったとする学説もあるが、いずれにせよ 50 才を越すのは産業革命後ここ 100 年を満たない。欧米で 1930 年代、日本では 1947 年途上国でも 1980 年代に多くの国が達成し今日では 192 ヶ国中 94%がとなっている。700 万年に及ぶ人類史の 100 年は誤差の範囲内であるが、進化の過程で獲得した形質として人類の身体システムの耐久性については 50 年以上は当初から想定されていない。50 才を越して急増する成人病や障害は、いわば「進化の過誤」(Evolutionary Error) といえる。医療はその過誤をうめる隙間産業である。

2) 疾病転換

元来若年者の疾病は「外的要因」が原因で、外傷や栄養不良によるもの、そして細菌やウイルス等感染症によるもの、最後に「生殖関係」、すなわち出生時の奇形や出産に関連する疾病が中心となっている。

それに対して今日の疾病の中心である、いわゆる慢性疾患・生活習慣病は加齢による退行性病変で、主として 50 歳以降にみられる。細胞の再生不良であるがんや、血管の障害による虚血性心疾患や脳卒中は中年期の初期に多く発生し、いわゆる「早期退行性病変」(early degenerative disease) と言われている。それに比して、パーキンソン、老人性痴呆等神経性の疾患、大腿骨骨折や変形性関節炎等筋骨格系の疾患は、「遅延性退行性病変」(delayed degenerative disease) と呼ばれて、後期高齢者を中心に発症する。

人口の高齢化と共に主要な疾病は 50 歳までの外的な要因の疾病から、寿命の延長によってあらわれた「unmasked degenerative disease」、内的な障害が中心となってくる。「若年者の疾病」は多くの場合、単一でその治癒と共に障害と疾病が消滅するのに比して、「高齢者の疾病」の特徴は、第一に普通の疾病を抱え、疾病のエピソードによって障害から回復することは少なく、疾病の自然史の進行に対応して、異なった種類のケアが次々と連続

して必要となるところにある。そして、最後に疾病が連続した悪循環に入ると、元の生活に復帰することが難しく、いわゆる生活不活病（廃用症候群）に陥り、死ぬまで続くという傾向が存在する（図 1）。

3) ケア転換

①目的の転換

若年者 50 歳までと高齢者 70 歳以上のケアでは、まず目的が大きく異なる（図 2）。前述のごとく若年者の疾病はエピソードが完結し、障害のない回復が期待されるので、目的も絶対的治癒、停滞的救命が求められる。それに対し、高齢者医療では疾病となんらかの障害は前提なので、高齢者一人一人が求める社会的役割に対応した機能と、現存の障害との相対的ギャップを埋めることが医療の目的となっている。

②モデルの転換

その目的を支えるモデルは前者においては環境から比較的独立した機械の一部の故障であり、疾病の性質や治療法とそれは矛盾しない。しかし高齢者にはそのようなモデルは有用でなく、様々な社会システムに支えられた個人と個人が働きかける社会、そのシステムの変異や破綻といったモデルがより有用といえよう。

そこでは治療と介護の目的がまったく一致し、これまで言われてきた連携を超えて、融合せざるをえないと考えられる（図 5）。

③1つのケアから1つのケアへ

若年者に必要なケアは唯一、比較的多量の資源を購入し、比較的短期に問題を解決するようなケア、すなわち「急性期医療」から、高齢者ではそれを含めた5つのケア、すなわち急性期に続く「回復期のケア」、そして疾病と傷害を抱え、長期に続く「長期ケア」、そして最後には避けることが出来ない死に向けて、よりよき死、即ち生を支援する「末期ケア」、さらにはこれらをつなぐ「慢性期ケア」が必要となる（図 3）。

残念ながら疾病モデルも、治療のモデルも、そしてケアのシステムも、従来急性期を中心に構築され、それを他のケアにおいても汎用してきた歴史があり、高齢者には大きな齟齬を来してきた。

④ケアの継続と患者中心の医療

これからは疾病の自然史相に合った5つのケアを峻別し、そしてネットワーク化することによって、継続を保障する新しいケアシステムを構築しなければならない。実は、5つの異なったモードを持つケアは、ケア提供者の側でネットワーク化することは不可能である。むしろ患者の状態に対応し、患者中心に結びつけること以外に有用なケアの提供は不可能で、それが一般に言われる「患者中心」性の中身に他ならない（図 4）。

⑤さばいてつなぐシステムの必要性

一人の患者を継続して追い、そのケアの必要度に応じて、ケアをネットワーク化するに

は実はさばいてつなぐ機構が必要で、従来プライマリケアがその役割を担うことが想定されてきた。今日の情報システムの発達や、各職種の機能の発展を踏まえると、様々なオプションが想定される。診療の意思決定においては総合診療医／老人医のように、「患者の複雑な状態を把握し、患者が必要とする機能や現在の機能のギャップを患者の価値観に立って判断し、さばいてつなぐ」新しい専門医が求められていると言えよう。

2. 医療のパラダイムシフト

1) 近代医療のルネサンス思想と近代産業医術背景

人類 700 万年間の歴史で、近代医療の歴史は極めて短い。15 世紀を起源とするルネサンスの近代的思想を背景に、社会の産業化によって培われた各地の要素技術が次第に開発されてきたのが 19 世紀後半、その発達のアンバランスの故に有効でなかった時期（Therapeutic Nihilism）を経て、統合された技術が何らかの有効性を用い得たのはハーバードの生理学者にして社会学者ヘンダーソン教授の言によると 1912 年頃である（図 5）。

19 世紀前半に開発された麻酔により、より侵襲性の高い手術が可能となった故に、1886 年にリスターによって完成する無菌法の確立までの数十年間は患者にとっての地獄であり、また療養環境の悪化と共にナイチンゲールによるとロンドンの市中病院の退院死亡率は 90%に達したとされている（図 6）。

近代看護の精神は、その時期に医師から患者を守るために成立した。看護の独立性、看護が唯一有効な手法であったという誇りの上に成立したものに他ならない。

20 世紀初頭、化学療法や安全な輸血の方法と近代医学を構成する種々の技術が開発され、それが統合されて有用な技術体系となったと考えられる（図 7、8）。

イギリスの公衆衛生学者・マッキューン教授はこの間の事情についてイギリスの死亡率の低下の原因を結核の例を中心に分析し、医療がほとんど人類の死亡率の低下に貢献しなかったと断言した。今日マッキューン教授の言説をめぐって、種々の論争が展開され、今日にまで尾を引いている（図 9）。

2) 第一次技術革新

しかし戦後、1950 年代、戦前・戦中の科学技術の爆発的な発展により、抗生剤の開発や安全な町、そしてワクチンなど、比較的安価で有効な予防治癒の方法が次々と開発され、世界に広がった。時、折しも「揺りかごから墓場まで」をスローガンに、イギリスの社会保障システムが近代福祉国家のモデルとして、世界に広がり、この技術をより多くの人々が享受できるような社会保険システムを完成した（図 10）。

3) 第二次技術革新

しかし 1970 年代に入り、技術革新は新しい段階へと突入し、主としてレントゲンや化学、生化学の技術と共に診断系を中心とする技術が開発された。治療においてもがんの化学療法や臓器移植等、費用は高いが有効性に乏しい、いわゆる半完成技術 (half-way technology) が次々と臨床化されていった。結果として医療費が押し上げられ、国家や個人の財源が圧迫され、「国民」は医療の有効性に疑問を持ち始め、「行政官」は医療費抑制を主要な目的とし、「公衆衛生学者」は医療技術の技術評価を始めるに至っている。マッキューン教授の言説もこのような時代を背景に分析されたものと考えられる (図 11)。

4) 第三次技術革新

第三次技術革新は、バイオテクノロジーを中心とすると捉えられており、まだ始まったばかりで完全な実用化には至っていない。しかし近年 IPS 細胞などの発明が相次ぎ、実用化の緒についたといえよう。その他、ロボットやナノテク、ITなどが新たな技術革新のシーズと捉えられ、今後展開すると考えられる。

技術革新は一般にパラダイムシフトを伴うので、予め想定される技術革新ではなく、全く新たな未知のエネルギーの使用なども可能性として考えておかなければならないであろう。

バイオテクノロジーは診断系の技術と異なり、その治療の有効性は予見できる。一方、生物学的社会的なインパクトも大きく、その副作用を想定的に評価する新たな医療評価も必要と考えられている。

5) 戦後医療の歴史

(1) レルマン教授「医療 3 段階革命論」

ニューイングランド医学誌編集長、ハーバード大学・レルマン教授によると、IOM 報告書の背景としてこれまで語ってきた現象は、医療界を飲み込む第三次革命の現象にすぎないという (図 12)。レルマン教授は、「1980 年代の終わりから 90 年にかけて、医療界は評価と説明責任 (Assessment & Accountability) の時代に入った」と編集後記で述べている。そこでは投入される資源に対して、保健医療システムが生み出す結果が重要で、公平さ、満足できる医療の質、安全性、適正な価格などが問われているとする。医療界は、戦後すぐの 1950 年代、「第一次医療革命」になり、「拡張の時代」(Expansion) で病院が急増し、医学校が増設され、医師数が増加した。さらに医療保険が拡大し、医療産業の充実がはかられた。これはいわば第一次の技術革新への対応といえる。「第二次医療革命」は 1970 年代に始まり、医療費抑制の時代であった。医療業界の拡大に伴い、医療費は 4% から 11% に急増し、医療計画による規制やマネジドケアによる診療への介入によって医療費を抑制する政策がとられた。これはいわば第二次の医療技術革新に対応したものといえよう。「第三次医療革命」はそれに対抗し、一方的に医療費を抑制するのではなく、いわゆる投入し

た資源だけの価値（Value for Money）を求めたものであるといえよう。

（2）WHOの「医療制度改革三段階論」

WHOは2000年の世界保健報告で国際的にみて、戦後世界各国の医療制度は三段階の改革を経てきたと指摘した。第一段階は、第一次技術革新に対応する医療技術の爆発で、病院医療・治療を中心とする拡大であったとしている。第二段階は1970-80年代にかけて治療技術の偏重への反省からプライマリケアの重要性への転換で、いわゆるアルマアタ宣言、1978年のHealth for all、それに続く健康増進、Health Promotion、1982年のオタワ宣言の潮流への転換としている。

WHOも20世紀の終わりから21世紀にかけて、第三の改革を想定し、相対的な有効性、すなわち効果と効率、公平のバランスを追求する新たな制度改革が進行していると指摘している。

6）もう一つの第三次技術革新「医療のシステム化」

マネジメント革命に至った理由は、その他に医療をめぐる利害関係者（ステークホルダー）の位置づけが大きく変わったことも原因している。かつて医療行為は専門家と患者の1対1の関係で行われることが多かった。しかし今日、診療が複雑化するにつれ、チームでしかも施設でしかも様々な医療機器を使い、場合によっては地域の診療所から病院、そして福祉施設のネットワークの中で行われるに至っている。国民の医療保険に加入し、政府も保険者の一部となって税金を医療界に投入するに連れ、国民と政府の関係も大きく変わりつつある。診療法に関する研究が成熟化し、診療の標準が確立しつつあることも大きな要因である。情報システムが発達し、一般人もその標準を知ることができること、さらには何にもまして情報技術が発達するに連れ、膨大な情報が簡単に収集され、統計的処理が可能になっていることが大きな要因になっていると考えられる。

1970年代半ば、第一次の医療事故危機が発生した当時の事故及び医療の質の管理手法は専門家モデルといわれ、合併症を専門家間で検討し合ったり、術前術後の診断を点検するような1対1の専門家による管理手法であった。しかし第二次の医療事故危機が発生した1980年代には、むしろ政府が介入して専門家グループによる国際ピアレビューが盛んとなったが、1990年代には前述したように医療界を一種の産業として捉え、企業で使われるTQMの手法が用いられるに至った。それは過去の出来事を反省するのではなく、現在の情報から未来を予測し、介入して予防する発想である。システム全体としてその結果を測定し、集団の平均値を考慮し、ばらつきを少なくすることを主眼とし、いわゆる持続的結果改善の方法論といわれている。

結果マネジメント運動の一部として産業界からの技術の応用が盛んとなり、EBM、クリティカルパスはシステムが産出するサービスの尺度となりえ、ばらつきを減少させる手法は経営工学のCQI、TQMとなる。はずれ値を把握し、なくすことが医療事故の予防であ

り、一般的医療界における尺度を患者の満足とキャリブレーションするために顧客満足（CS）が使われる。これらの評価を公表し、説明責任を果たしたり、情報の開示を行うことが第三者評価となるのである（図 13）。

7) 健康変革／医療制度改革ともう一つの第三次医療革命

実は医療制度改革は、近代西洋医学の整理、これを医療の技術革新と連動している。ヨーロッパを中心にアメリカにおいても 1900 年代の初期には社会保障制度が議論され、確立に向かっていった。とりわけ 1950 年代、戦後、イギリスの社会保障制度は“ゆりかごから墓場まで”を合い言葉に有効な診療方法が次々と開発され、それを支える医療保障のシステムが構築されていった。しかし 1970 年代はむしろその拡張の悪影響と費用対効果の低い新たな技術革新を効果的に行うために医療費抑制が働いたといえよう。1990-2000 年にかけて、もう一つの技術革新、すなわち IT 化や技術革新、システム化を医療に取り込むかという制度改革が行われたといえよう。

8) 医学教育

当然のことながら未来の医師に教育すべき内容は革新された技術や、社会医学教育は 1900 年代初頭、フレクスナー・レポートにより医学教育の刷新がはかられ、1960 年代ミルズレポートによって早期曝露や臓器別の知識の再編等をベースとする医学教育が開発され、さらに 1980 年代にはマクマスター大学を中心に問題解決型教育の導入につながっている。

2. 健康転換と医療連携

1) 医療連携の歴史的展開

医療連携はこれまで、第 1 期、第 2 期を経て発展して来た。

(1) 第 1 期：「かかりつけ医」機能強化のための連携

「第 1 期」は医師会主導の動きである（図 14）。診療所がかかりつけ医機能を強化するために、患者を病院に紹介する連携だった。早い地域では 1980 年代半ばから、多くは 1990 年前後に活動が始まった。1993 年度に医師会が提唱し、厚生省の協力の元に行われた「かかりつけ医」推進モデル事業に端を発している地域が多い。その後病診連携モデル事業へと展開した地域もある。かかりつけ医事業では医師会から地域住民への啓発キャンペーンが行われたが、同時に診療所から地域の中核病院への働きかけも始まり、救急時の入院病床確保や検査機器使用の要請などが行われた。診療所から患者を紹介するためには病院の情報を得る必要があり、厚生省（当時）や地域行政の支援を受けて、行政がらみで病院の診療機能リストや情報システムが整備されていった。かかりつけ医事業の終了で補助金が

打ち切られるとともに活動が延滞した地域も多いが、この事業を契機として全国的に、開業医が病院と交渉する動きが広がったことが、第2期の病院主導の連携の基盤となっている。

(2) 第2期：病院経営のための病診連携

「第2期」は、1990年代後半から今日に至るまでの、急性期病院の経営のための連携である。中核病院の中に相次いで地域医療連携室が作られ、ここを中心として病診連携の活動が活発になり、病院の経営トップを巻き込んでの近隣医療施設への「営業」が繰り広げられるようになった。直接的なインセンティブは診療報酬点数の誘導である。医療機能の分化施策のために、90年代には「平均在院日数」の短縮、2000年代に入ってから「紹介率」に加算がつき、強力な誘導の方向付けがなされた。

急性期病院にとっては、平均在院日数を短くするためにはまず、長期入院患者を転院させるための長期ケア病院との後方連携が必要になる。さらに、在宅支援をしてくれる診療所との連携も必要になる。次の段階としては、病院の平均在院日数が下がると空床が発生して赤字になるため、診療所から紹介を受けて入院患者を確保しようとして、前方連携を必要とするに至った。一部の病院では、経営戦略的に診療所の囲い込み現象が起こったところもある。

しかし、2006年の診療報酬改定で紹介率加算がはずされたことで、医療連携のフェイズは名実ともに「第3期」へ突入した。開業医の頭数や票集め的な連携は終わりを告げ、第3期の連携はもっと本質的な医療のあり方をふまえた連携となる。

現在のところは、第2期の病院経営のための連携から第3期の患者中心の連携、つまり地域ネットワーク構築へ移行する過渡期の混乱を呈している。しかし、各施設が自らの経営上の損得で連携している限り、前述した患者中心の連携、多くの医師・医療者が一人の患者を診るという発想に至ることはできない。今度の診療報酬改定で連携パスに加算がついたのはそのような背景を踏まえてのことだ。

(3) 第3期：患者中心の医療のためのシステム連携

第3期の特徴は、次のような点である。

- ①患者中心の連携であること。医療必要度に基づくきめが細かい連携
- ②疾病の自然史に従った連携が必要
- ③前方と後方がつながった連携であること。予防から、救急、急性期、回復期、慢性期、末期まで継続している連携。
- ④病院の外来機能を診療所に移行させる。病院勤務医に過重な負担になっている急性期病院の外来診療を減らして、医師の負担を軽減させる。

現在日本の病院には、医師の過重労働や、医療事故などの理由で若い医師が病院を辞めていくという深刻な問題が生じている。日本の勤務医は長時間労働をしているにもかかわらず、医師1人が退院させる患者の数はヨーロッパの60%である。その理由の1つは外来

患者を多く診ているからだ。ヨーロッパのいくつかの国では、退院後のフォローはすべて開業医が行っている。

逆紹介以外の対策としては、開業医が病院の外来を担当して診療を助けるシステム、夜間休日救急を病院で行うなどのアイデアが想定されている。その時病院は、他の医療機関との間で壁のない病院へと大きく変貌を遂げるのである。

2) 地域医療計画と連携

人口の高齢化、患者中心の医療の必要性から、行政においてもこれまでの上から目線、提供支援の側からのアプローチを改め、患者中心に一人の患者の疾病を自然史に沿って追い、それに必要な資源を整備する新たな医療計画の手法が第五次医療法改正の中で提案された。具体的にはがん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病の4疾患、感染症、乳幼児ケア等5事業を中心にケアの連携を想定し計画を立てるという提案である。ここにおいて疾病の変化、ケアの変化、そして政策の転換が一致したといえよう（図 15）。

3) 病院管理のパラダイムシフト「医療マネジメント」

これまで地域の医療システムは医療管理（medical administration）もしくは病院管理（hospital administration）と呼ばれてきた。しかし、administrationとは限られた資源を限られたルールの中で使って組織を運営することを意味している。今日、需要（demand）が質的にも量的にも大きく変化し、資源（resource）が限られている超高齢社会では需要に対していかに資源を有効に使うかが社会の課題になり、管理（administration）から経営（management）にシフトしていく必要があるといえよう。しかも management は病院単体ではありえず、地域全体の病院・診療所、リハビリ・福祉施設を含むネットワーク全体の経営の必要性が浮かび上がる。患者中心に地域の資源を有効に活用すること、それこそがまさしく医療マネジメントの概念に他ならない。これらには当然古典的な技法も含まれ、また臨床家を介した予防も極めて重要で、治療・リハビリ・介護もその内容を増やすこととなる。このような新たな医療需要の基に、公衆衛生は大きな可能性を有していると考える。すなわち第2世代の関心事であった原因追究から、第3世代の医療の有効性の評価、さらには単体の医療のみならず医療システムの有効性・効率性を評価する学問体系である。これからの公衆衛生はかつてそうであったように疫学や統計学の基本的な方法論に加えて、経済学、場合によっては経営学など新たな分野を加え、新しい学問体系に生まれ変わらなければならないのではなかろうか（図 16）。

図1 先進国の寿命変遷

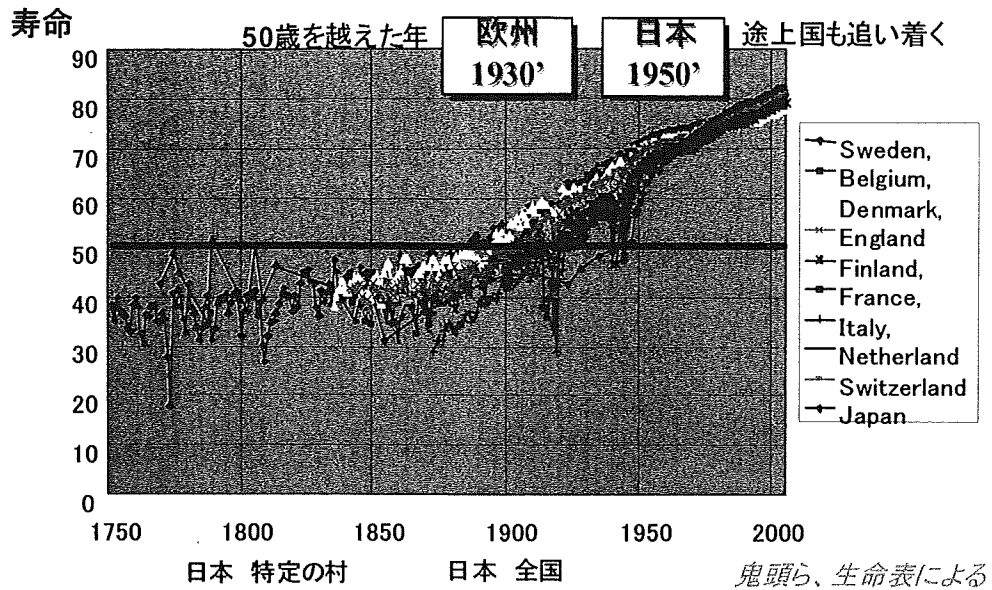


図2 年齢と疾病と人間観

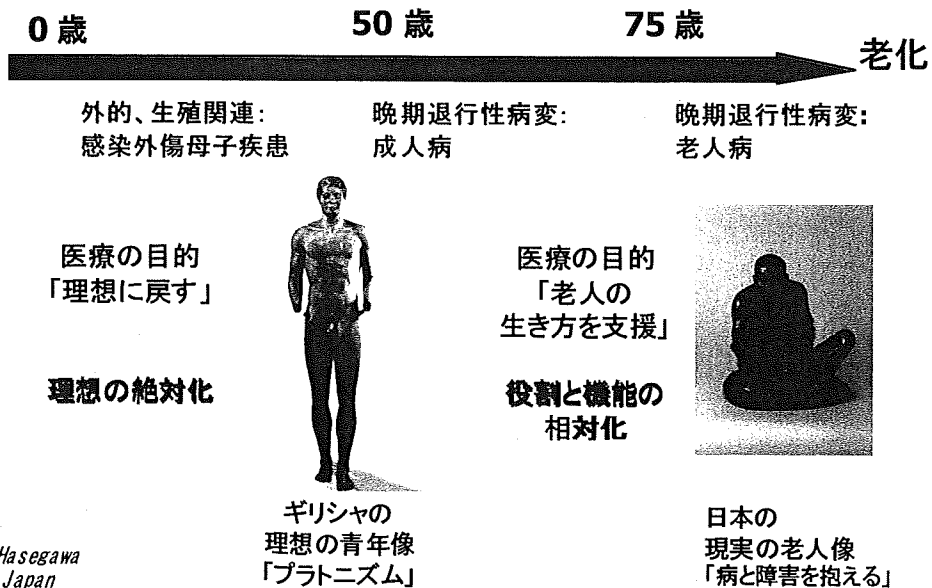


図3 高齢者に必要な5つのケア

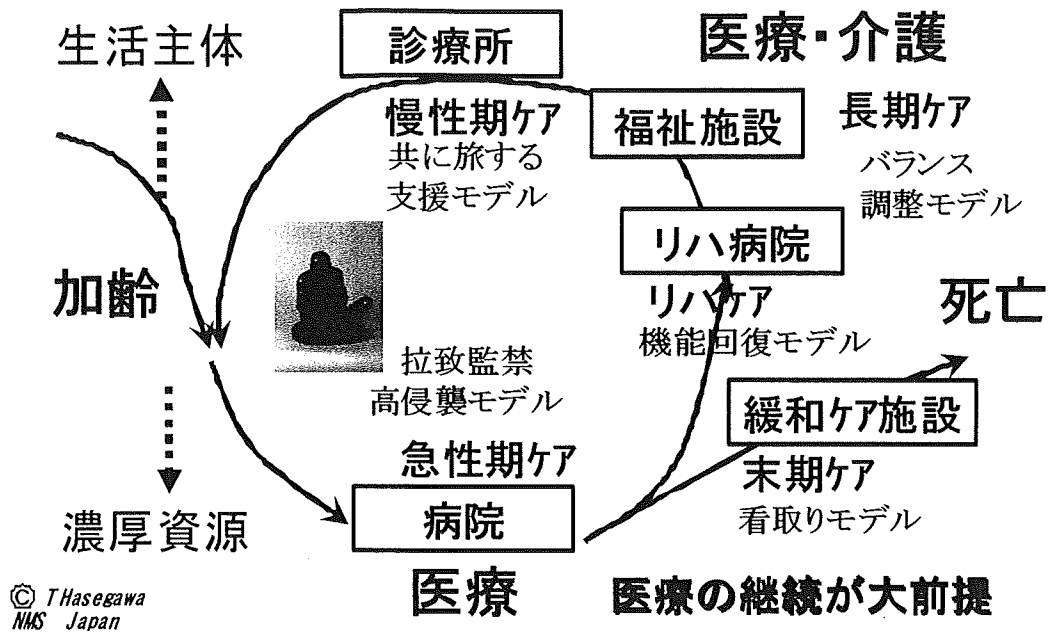


図4
生涯アプローチ (Life Course Approach)

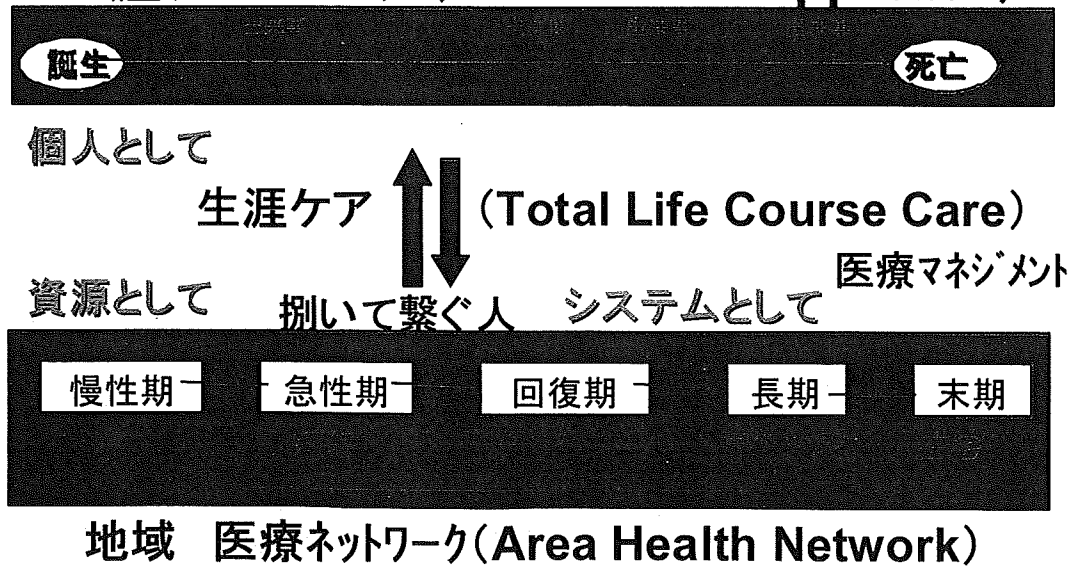


図5



医療社会学者 ハーバード大学
ヘンダーソン教授

「人類が医師と遭遇して出会いが健康に
貢献するようになったのは1912年頃のこ
とである」(それまでは治すより殺したほうが
多かった)

the period 1910-12 as the "Great Divide" when "for the first time in human
history, a random patient with a random disease consulting a doctor
chosen at random stands a better than 50/50 chance of benefiting from
the encounter."

(Harris, Richard. *A Sacred Trust*. New York: New American Library, 1966)

Henderson-Hasselbalch equation

$$pH = pK_a + \log_{10} \frac{[A^-]}{[HA]}$$

acid-base regulation 酸塩基平衡

© T Hasegawa
NMS, Japan

図6 英国病院の退院死亡率

19世紀ナイチンゲールによるベンチマーキング
Table 1.2 Mortality Per Cent. in the Principal Hospitals of England: 1861

	Number of SPECIAL INMATES on the 8th April, 1861.	Average Number of INMATES in each HOSPITAL.	Number of DEATHS registered in the Year 1861.	Mortality per Cent. on INMATES.
IN 106 PRINCIPAL HOSPITALS OF ENGLAND	12709	120	7227	56.87
24 London Hospitals	4214	176	3828	90.84
12 Hospitals in Large Towns	1870	156	1555	83.16
25 County and Important Provincial Hospitals	2248	90	886	39.41
50 Other Hospitals	1135	38	457	40.23
13 Naval and Military Hospitals	3000	231	470	15.67
1 Royal Sea Bathing Infirmary (Margate)	133	133	17	12.78
1 Dane Hill Metropolitan Infirmary (Margate)	108	108	14	12.96



ロンドンでは殆ど人が死んで帰った
地方病院ではその中間
軍病院ではあまり死んでいない

Source: Nightingale 1863.

病院は元気な人がはいつて死んで
出てくる所と定義されていた

© T Hasegawa
NMS, Japan