

(3) 評価できる目標による計画へ

数値目標が今までの計画では少なく、また事後的に計画の達成度を評価する体制が脆弱だった。しかし、これからはきちんと評価、フィードバックの過程も計画の過程の一部として繰り返し込み。そのためには、数値化できるものは、数値化し、設定した指標による評価が必要となるだろう。

まとめるとこれまで病床規制が中心であった計画を、「医療の質や安全即ち結果」を重視し、「患者や住民の視点」に立って「情報の整備」によって「連携を推進」してゆくことが必要なのである

さらに、具体的な手法として、患者の立場に立った、「生涯コース」、「疾病シナリオアプローチ」による計画立案が進められている。そして結果として、疾病単位の診療ネットワークが構築されることが期待されている。それを通して、より公平で効率の良い、高質の医療が提供されることが求められ、「糖尿病」「脳卒中」「がん」「急性心疾患」の4つの疾病と、「僻地」「災害」「小児救急」等、行政系の5つが挙げられている。

これらのネットワークのイメージ図を以下に添付するので参照されたい（図10）。

図10

<b>安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤づくり</b>	
<b>(1) 住民・患者に分かりやすい保健医療提供体制の実現</b> <small>(住民や患者の視点を尊重した医療制度改革)</small>	
主要な事業（がん対策、脳卒中对策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策など）について、どのような施策が講じられているか、住民・患者に分かりやすいものとしてその内容を医療計画に明示するとともに、医療サービスの提供者・住民（患者）双方が情報を共有し、客観的に評価できるような方法を検討。あわせて、都道府県が主要な事業ごとに医療連携体制を構築できるように改革。	
<b>(2) 質が高く効率的で検証可能な保健医療提供体制の構築</b> <small>(数値目標と評価の導入による実効性ある医療計画)</small>	
医療計画の作成から実施に至る一連の政策の流れを、主要な事業ごとの医療機能の把握、適切な保健医療提供体制の明示（数値目標の設定）、数値目標を達成するための活動計画としての医療計画の立案とそれに基づく事業の実施及び事業実施後の客観的な政策評価による医療計画の見直しという実効性のあるものに改革。	
<b>(3) 都道府県が自主性・裁量性を発揮することによる地域に適した保健医療提供体制の確立</b>	
患者の受療行動に応じた医療機能の把握や各医療機関の医療機能の内容に関する住民への情報提供など医療計画の作成・実施に当たっての都道府県の役割を強化。国は都道府県の役割を支援するために制度上や財政上の支援を実施。	

図 10 続き

医療計画によって都道府県が推進する質の高い効率的な保健医療提供体制の構築

【 都道府県の役割と責務：質の高い効率的な保健医療提供体制の構築 】

- ◇がん対策（例） → がんの死亡率を〇〇%改善
- ◇脳卒中対策（例） → 脳卒中患者の在宅復帰率を〇〇%増加
- ◇小児救急を含む小児医療対策（例） → 地域で24時間いつでも初期救急医療を含む小児医療を受診できる体制を構築 など

【 都道府県が担うべき事務：主要な事業ごとの医療連携体制を構築し医療計画に明示すること 】

☆都道府県が地域において必要な医療資源を把握し、主要な事業ごとの医療連携体制を構築すること。



- ・都道府県が医療機能、患者の疾病動向等を明確にし、その結果を住民に公表
- ・主要な事業ごとに明確になった結果を踏まえ、あるべき保健医療提供体制の構築について各種支援(中心となって医療連携体制の構築に向け調整する組織の確立・交付金・補助金・政策融資など)を実施
- ・政策評価の実施による翌年度につながる医療計画の見直し

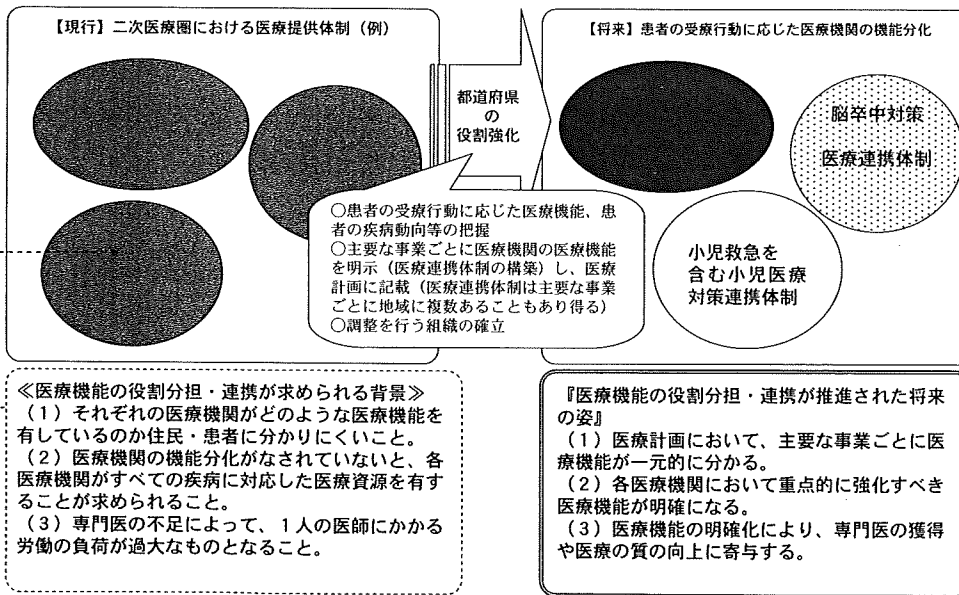
【 都道府県による医療機能調査の実施：主要な事業ごとの医療機能調査の結果を公表すること 】

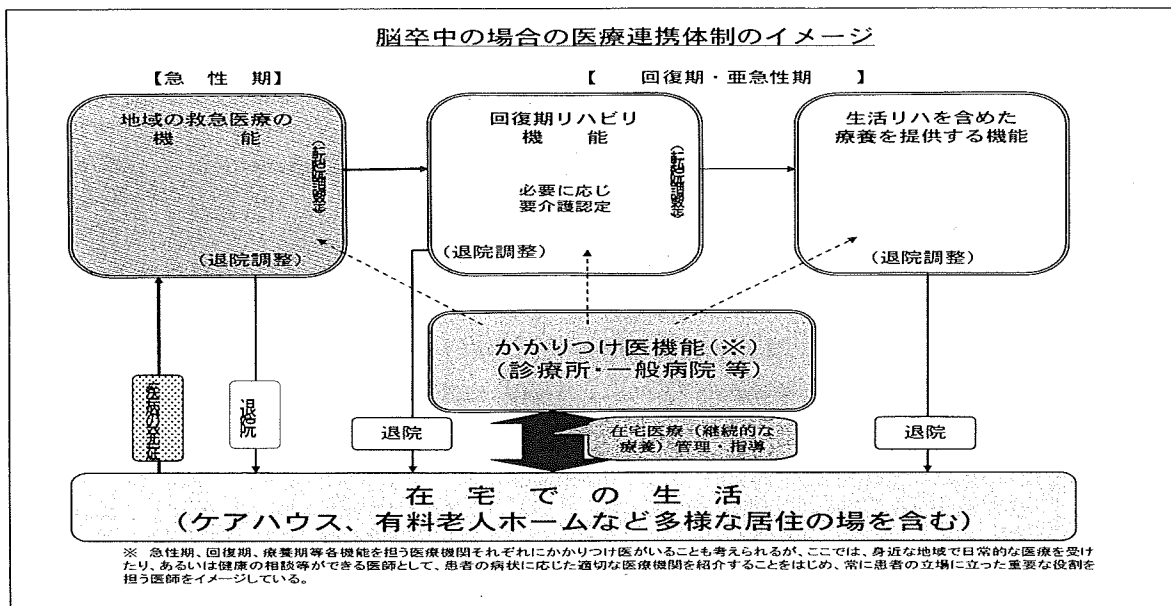
☆国が示す指標に沿って医療機能調査を実施し、主要な事業ごとの適切な医療機能を明らかにする

- ・都道府県の医療機能調査によって把握したデータの公表
- ・すべての住民が当該情報を活用できるような環境の整備

→客観的なデータに基づく保健医療提供体制の構築

国・都道府県が支援する医療連携体制（イメージ）





## 5) 連携のための新概念：クラスターの提案

### (1) 行政と医療現場を貫く「共通言語」

第5次医療法改正法案がこの国会を通過した。目玉となる医療計画制度の抜本的見直しでは、①数値目標の設定とその達成状況に係る政策評価を導入、②がん・脳卒中・小児救急等の地域医療連携体制構築、③地域連携クリティカルパスの普及、④地域の医療機能や連携状況を住民に明示——の4つを基本方針として掲げている。すなわち、地域単位での医療の質向上や効率化の推進、さらにその評価が求められており、自院の経営収支のみを考えてマネジメントをできる時代ではなくなってきた。医療連携は、もはや重要な経営テーマの域を越え、マネジメントの前提要素として地位を築いている。急性期加算が廃止されようが、「医療連携」を盛り込まざるを得ないのである。

しかし、医療連携には病院経営者はもちろん、院内の技術職・事務職、院外では開業医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護事業所など多様な人々がかかわってくる。さらに、地域医療計画との整合性から行政もステークホルダーとして加わってくるとなると、非常につかみどころのない取り組みに映る。地域の医療資源を有効に使い、最良のアウトカムを出していくには、院内外の関連スタッフをまとめ、かつ行政サイドとの調整を図れる、一本筋の通った「共通言語」が不可欠だ。その共通言語となりうる概念が、「クラスター」である。

クラスターとは、疾病名や治療法を基盤に、組織・地域横断的に類似あるいは同様の資源を共有して共通のアウトカムを目指す各医療機関のグループのことを言う。

DRG (Diagnosis Related Group : 疾患別関連群) の地域版を考えていただければイメージしやすい。地域でそれぞれ異なる疾病特性や医療資源を踏まえ、院内組織や連携体制を再構築し、必要なマンパワーやその他の資源を配分・投入していく際の、経営戦略を形づけるうえでの一つのプロセス概念と言える。

医療機関個々の「経営戦略」とは本来、自己の存在を目指すものである。医療連携においても「自院のドクターの負担軽減のために外来患者を減らす」といった程度の動機で行われていることが少なくない。地域の医療資源を有効に活用していくという視点より、まず自院の死活が最優先されるのは医業を生業としている限りは当然であろう。そもそも行政計画である地域医療計画が疾患別のネットワーク構築の推進を方針として掲げること自体、個々の医療機関からしてみれば“大きなお世話”であり、場合によっては自院の経営戦略を立てる際の制約となりかねない。

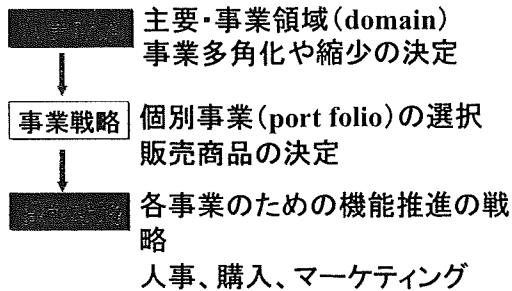
しかし、地域ごとにアウトカムが評価され、それが医療機関の経営収支に直結するようになれば、経営戦略上からも地域医療計画を無視できなくなる。むしろ積極的に経営戦略と地域医療計画の融合を考えざるを得ないであろう。他方、地域医療計画を策定する行政サイドも疾患別のネットワークの構築には、地域の主要医療機関の協力は不可欠である。クラスターは、医療機関と行政サイドがお互いに歩み寄るプラットフォームであり、利害のズレが生じやすい「経営戦略」と「行政計画」をすり合わせ、共通のベクトルを見いだすツールとして有用なのである。例えば、地域で不足している小児科や産婦人科などの機能を特定の病院に集約していこうとする傾向があるが、クラスターはその動きを加速させていくのに打ってつけの概念と言えよう。行政と医療現場のミスマッチを解消しながら、方や地域医療計画、方や経営戦略の観点から、地域医療資源の効率的な運用を図れるわけである。なお、クラスターは医療機関においては技術職と事務職の共通言語として、院内の限られたリソースを適切に配分していくマネジメントツールにもなりうる。

## (2) 病院経営戦略からみたクラスター

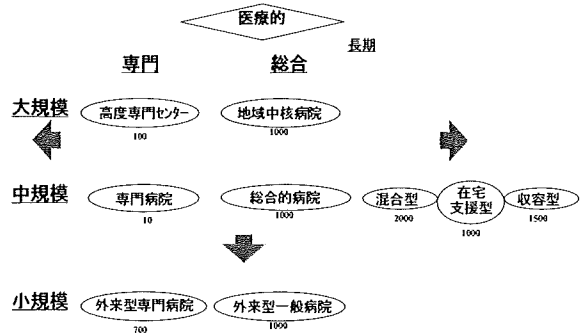
### ① 経営戦略の考え方

一般に組織の経営戦略を考えるに当たっては3つの水準が考えられる。まずその組織の企業戦略、すなわち主要な事業領域を同定し、ついで「事業戦略」、即ち商品のポートフォリオの種類を選択することとなっている。そしてその生産を支えるための「機能戦略」つまりロジスティックの戦略を策定することが求められている(図1)。病院の場合には、急性期ケアや長期ケア等、診療機能の大きなドメインを選択し、具体的な診療行為を選択するステップとなる(図2)。

(図1) 戦略3水準

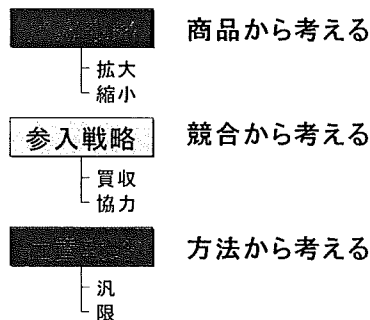


(図2) 企業戦略ドメイン



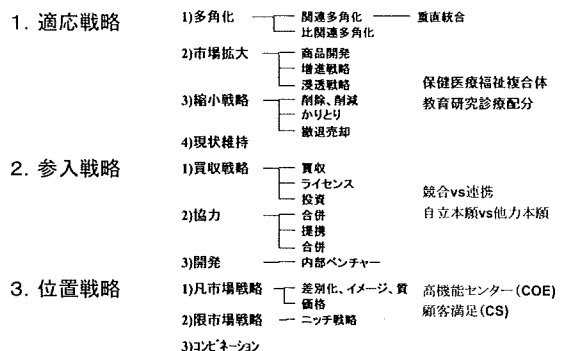
ついで市場との関係で3要素を考える必要があるとされている(図3)。まず「適応戦略」として、事業のドメインを多角化するか拡大するか、すなわち水平や垂直拡張、川下、川上の商品に拡張するかをの課題を考える(図4)。ついで「参入戦略」、他の組織との関係を考え、連携共同するか、買収するか、あるいは自ら機能を拡大するかを選択となる。最後に「位置戦略」、即ち市場での競合方法の検討である価格が質の差別化、ニッチをねらうか、医療の場合は公定価格なので、一般に (Center of Excellence) 顧客満足 (CS) などを選択されることが多い。

(図3) 戦略の3要素



(図4)

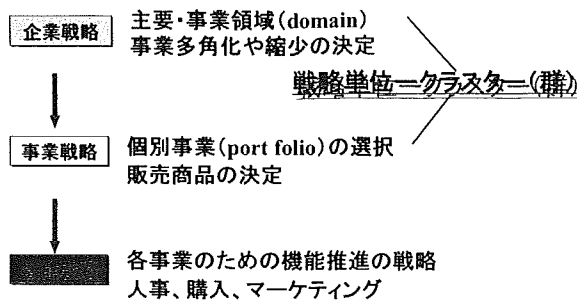
戦略策定の論議



(2) クラスタ概念の提案

医療機能の場合、事業ドメインでは大きすぎ、個別事業では詳細すぎて戦略がたてにくく、一般企業で行われている戦略的経営単位 (Strategic Business Unit) に相当するクラスターを想定する事が有用であると考えられる(図5)。診療科が部門を越えた各患者1人に特異なケア、類似なケアを必要とする場合で、境界が明確でなく、内容を変更しうる東である。例として急性心疾患、脳卒中、がん診療など、DRG(診断関連疾病群)が想定される(図6)。

(図5) 3つの戦略レベル



(図6) クラスター(群)

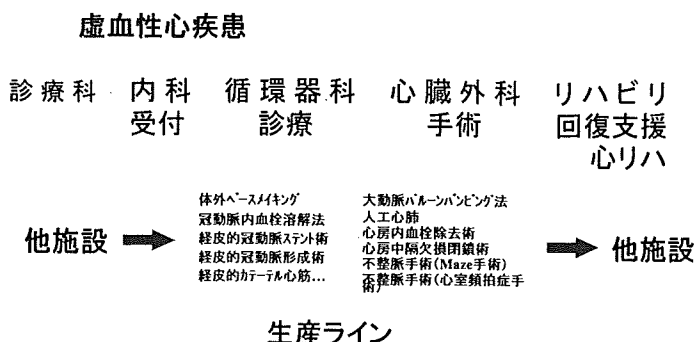
- 疾患例
- ・脳卒中
  - ・虚血性心疾患
  - ・がん
  - ・腎不全
  - ・リウマチ・アレルギー等
- 部門別例
- ・救急
  - ・周産期
  - ・小児等

クラスターは院外からやって来た後、院内で単一の部門や単一の診療科で完結しない場合に有用な概念となる。例えば、医療施設を訪れて、急性心筋梗塞の場合、救急部門を訪れ、必要であればICUに入り、さらに循環器内科でPTCAが試みられて、心臓外科で冠動脈バイパス術が適応となり、術後リハ科で心臓リハを受けて違う施設に紹介される(図7)。患者を中心に考えると、患者ごとに使われた共通の資源グループが同定され、使われた資源とその結果を経営的に把握することが可能となる。ゆるやかな概念なので、クラスター内には、難易度が高く、多くの特殊な資源を要する診療機能、すなわち3次医療から、比較的容易で特殊な資源も要さず、難易度も高くない機能、2次機能などを含む。一般に医療機能は高度医療を支えるにあたっては、裾野が広い2次機能の上に3次が設立されることが原則となっているので、クラスターは裾野を持っていることとなる(図8)。また一般にクラスターごとに類似の地域連携が成立しえ、前方連携の医療施設や後方連携の施設を想定しやすい。

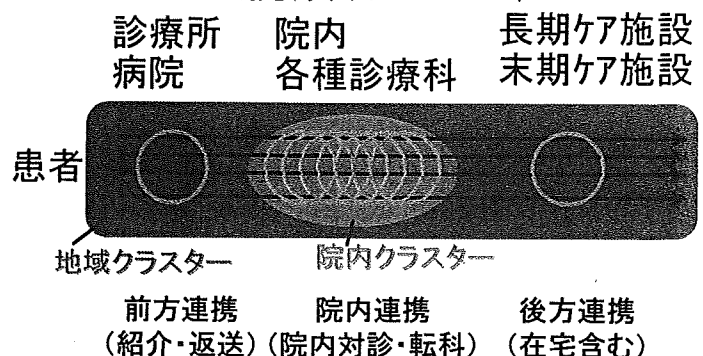
(3) 地域から見たクラスター

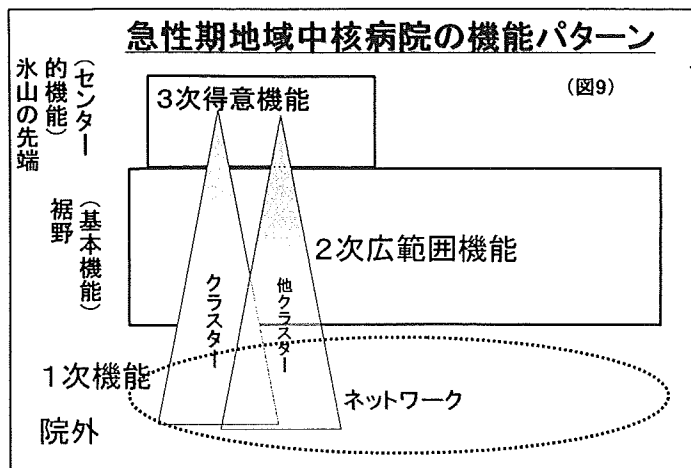
地域全体の医療施設の、先ほどの病院経営の視点から見たクラスターの概念では地域ではそれぞれの役割分担と、連携の形態として浮かびあがる。

(図7) クラスター例



(図8) 連携鎖(チェーン)





### クラスターとその特徴

		前方連携	院内連携			後方連携	
クラスター		診療所	救急	急性期	慢性期	回復期	末期
疾病系	母子	(NICU、他)	○				
	呼吸器	(喘息・COPD)	○	○	△		
	感染症	(消化器・呼吸器)					
	外傷	(頭部・骨折)		○			
	消化器	(内視鏡・潰瘍・肝)			○		
	内分泌	(肥満・糖尿病)	○			○	
	がん	消化器系(食道・胃・肝臓含む)	○				
		呼吸器系	○				
		婦人科系	○				
		泌尿器科系	○				
		脳神経系	○				
	婦人科	(更年期障害中心)	○				
	泌尿器		△		○	○	
	心	(救急・開心・PTCA)	△	○	○		○
	脳卒中						○
	筋骨格	(腰痛・リウマチ)	△		○		
	精神	(うつ・合併症)	○			○	
	感覚器	(目・耳)	○		○	○	
政策系	安全安心	感染(伝染病)		○			○
	災害						
	小児・産科		○				
	僻地		○				
支援公平	難病(神経・自己免疫疾患)					○	○
	精神(救急・療法)		○				

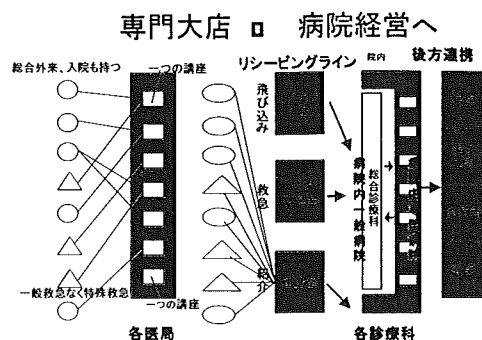
### 年齢階級別クラスター別入院回数(万回)

	0-	15-	45-	65-	75-	85-	全年齢
母子	25.5	136.4	1.0	0.4	0.2	1.3	164.8
婦人科	0.2	7.8	2.2	0.9	0.3	0.1	11.5
感染症	24.9	23.3	16.6	13.7	17.5	13.5	109.6
呼吸器	23.0	12.7	8.3	8.8	10.9	6.3	69.9
外因	8.5	37.3	28.6	19.3	21.6	14.1	129.3
精神	5.1	24.8	23.8	13.3	12.3	6.0	85.3
消化器	8.1	30.5	41.0	27.5	22.7	10.4	140.3
内分泌	2.5	7.7	16.5	12.6	10.2	4.9	54.3
筋骨格	4.4	15.1	20.2	16.1	14.7	6.6	77.0
泌尿器	2.8	10.0	17.5	14.7	12.8	5.7	63.4
感覚器	1.3	3.8	12.8	19.6	20.5	5.0	63.0
がん	2.4	22.4	77.4	66.8	43.5	12.1	224.6
心	1.0	6.7	30.7	31.9	29.5	15.5	115.3
脳卒中	0.2	1.8	15.5	20.0	23.1	14.4	75.1
他	9.5	12.5	19.5	9.5	9.3	5.3	65.7
合計	119.5	352.7	331.4	275.2	249.1	121.1	1449.2





図 7



#### 6) 病院管理から医療マネジメントへ

医療システムマネジメントは、システムのレベルによって医療提供者と患者の「臨床レベル」から医師や看護師など専門職との共同作業、即ち「病棟レベル」、そして「病院レベル」での病院経営や、診療所病院の連経営システムである「地域レベル」、これらを統合して「国レベル」の医療制度となっている。さらに各国のシステムが集合して「地球レベル」の国際保健システムが存在している（図1）。

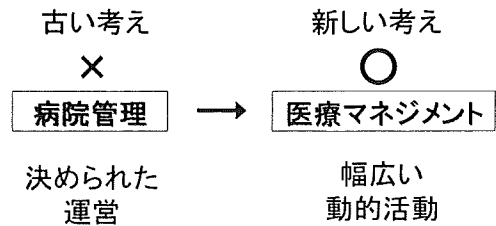
それを病院経営を課題として捉えると、「地域レベル」、町・地域ネットワーク経営では各施設間で連携し、施設の資源を活用せねばならない。また「病棟レベル」では各専門家群間の調整と資源の活用が必要で、これらの病棟や部門間の調整こそ「病院レベル」での病院経営となる。しかし、出発点は患者を専門家との関係、すなわち「臨床レベル」であり、そのひとつひとつの「臨床マネジメント」がうまく積み重なって「病棟経営」となり、「病院経営」となり、「地域ネットワーク経営」となる構造となっている。病院レベルの経営者ももはやこれらの多層構造の医療システム全体のマネジメントを想定した上で、病院経営を考えるという複眼的な視点が必須となる。このような総合的なアプローチこそ、医療マネジメントの考えにほかならない。

これからは決められたルールで、決められた資源を使う病院管理ではなく、限られた資源を動的に変化する主要に効率よく使用するマネジメントが必要となるといえよう（図2）。

図 1

医療マネジメント			
レベル	リンク	システム	マネジメント
地域	施設と施設	地域医療システム	地域医療ネットワーク経営
病院	部門と部門	病院システム	病院経営
病棟	専門家グループと専門家グループ	病棟システム	病棟経営
臨床	提供者と患者	臨床システム (人物金情報技術)	臨床マネジメント

図 2



#### 4. 第3のパラダイムシフト 「匠からシステムへ」

##### 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

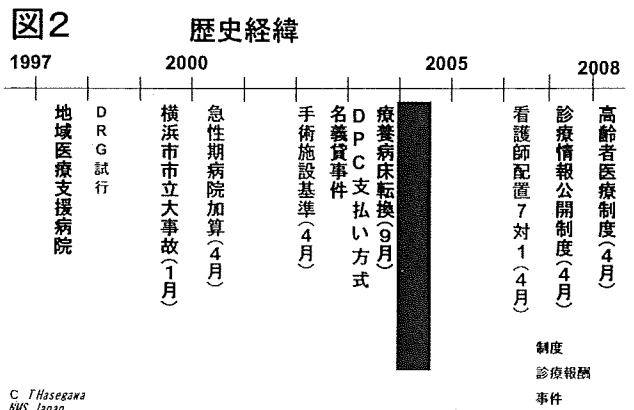
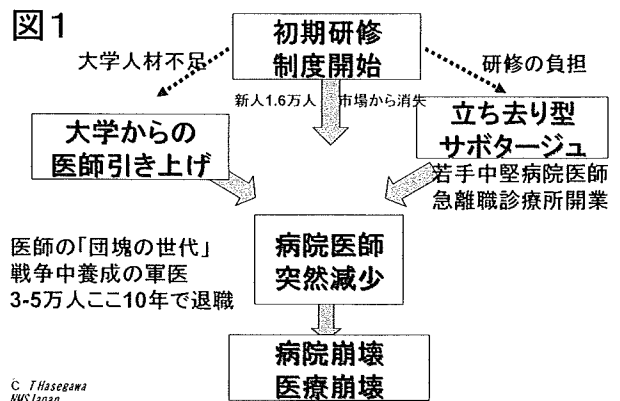
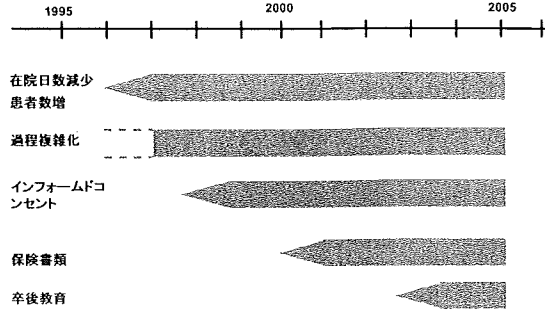


図3 津波 短期



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「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。この減少もこれからは消滅する(図2)。

さらに、「契機の下地」には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、急性期病院では平均在院日数が急速に低下したが、相対的に人的投入は増えず、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煩雑化、医療費逼迫に伴う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(図3、4)。

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。外部環境の変化と共にワークライフバランス、セルフエスティームの変化

図4 背景と引金要因関連図

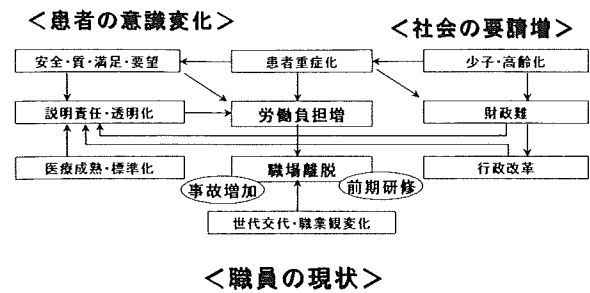


図5 病院医師離職仮説

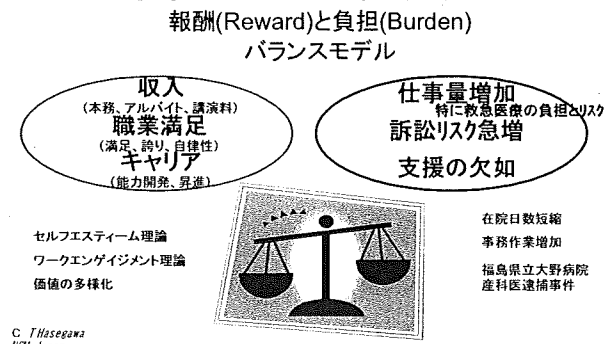


図6 インフラ

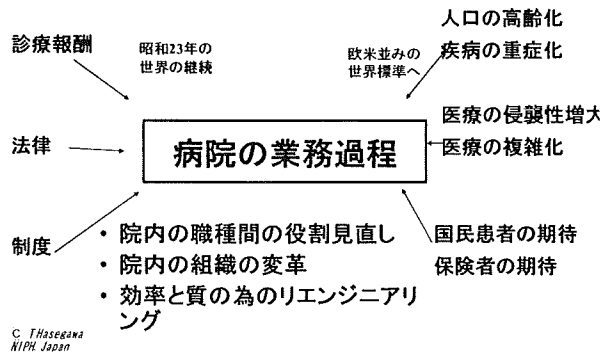
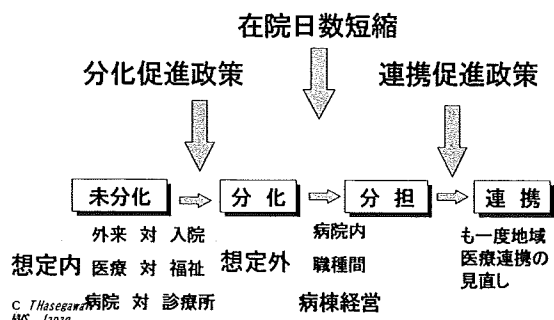


図7 機能「分化・強化」そして「分担・連携」



がある。外部環境の変化と共にワークライフバランス、セルフエスティームの変化

があり、転職ストレスの増大や離職が進んでいる。これは更なる進行化が予想される（図5）。

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言えよう（図6）。これまでの病院システムを支えてきた文化や法律、医療法も還暦を迎え、医療機関間の役割分担等を今、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) 匠の世界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。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7）。実は日本

の場合、急性期病院においても機能は未分化で、一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

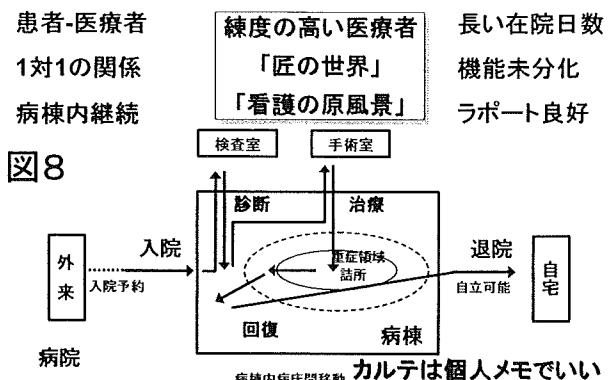


図8 カルテは個人メモでいい 情報は個人の中に内包 物流は病棟に積どきゃいい

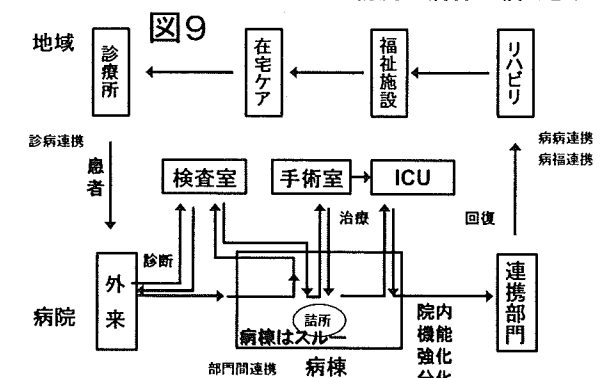
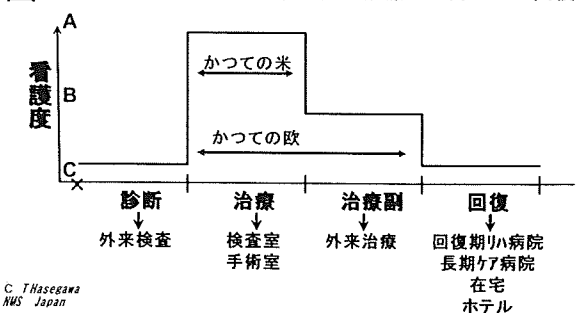


図9 情報は標準化され共有される必要あり 物流・患者流

## 治療の場の転換(例胆嚢摘出術)

図10 各種検査 濃密医療 追加治療 自立への回復



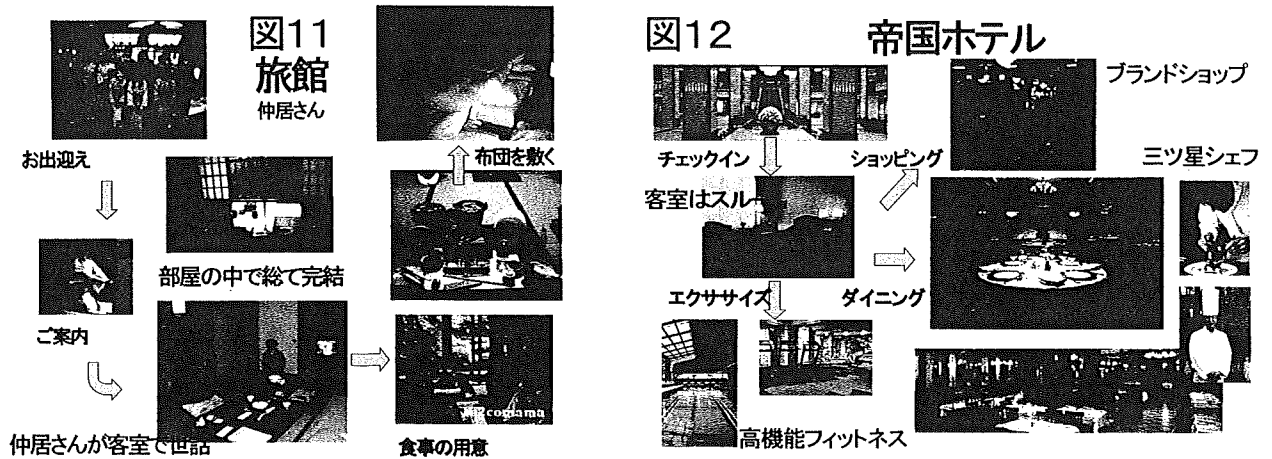
C. J. Hasegawa NUS Japan

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展開され、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しれた看護師とチームを組んで、診断から治療、治療から回復までの過程をすべて行い、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8)。経過が長く、患者とのコンプライアンスや看護師とのコミュニケーションはよく、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エクспロシットではなく、インプレシットで診療録が標準化されず、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たり、極めてインプレシットなものであった。在院日数の短縮と共に病棟は通過するところとなり、診断は外来、治療は処置室・手術室、そして治療が終了すると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明確化と分担が生じた(図9)。近年の医療の発達と共に1医師がカバーできる技術の範囲も限られ、また効率性が求められるところから、一人でこなせる数も増加した。

胆嚢摘出手術を例にとって入院の経過を米・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、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、欧州は米国に、米国はさらに半分の4-5日に平均在院日数が下がったのである(図10)。

この変化はいわば国民や患者、病院経営者や専門家、行政や保険者が期待する病院とは急性期の濃厚な治療を行う場所と認識が変わったと言えるのではないだろうか。患者はいまだにかつての意識から脱却できず、とりわけ治療終了から回復期までの過程をカバーする場所、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。比喻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のに対して、今日はホテルのごとく客室はスルー、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、12)。



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。

かつては相対的に重症者が少なく、指示変更も少なかったものが病棟のほとんどが重症者となって、それに対応したシステムの構築が求められている。例えば、処方の場合、日本では定期処方と臨時処方の二つが使い分けられていたが、元来欧米ではすべてが臨時処方で、患者の状態の変化に指示が変わることが前提となっている。結果、膨大な不使用の定期処方薬剤が病棟に残され、その回収と再利用過程での事故の発生が問題となっている。

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、まず第一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。今、このようなパラダイムシフトが生じ、かつそ

れが可能となる背景として、これらの条件が満たされつつあり、さらにその条件を満たすことが加速されると想定される。病院医療の現場では今、古い病院と新しいシステムの軋轢の中で、病院経営者も専門家ももがきながら解を求め、あるいはその軋轢に疲れて辞めていっているのではないだろうか。

それでは、本研究から明らかとなった今後の方向性を、それぞれのテーマに照らしてまとめたい。

#### (1) 医師の業務並びに他職種との役割の見直し

日本の病院医師の1人当たり年間退院患者数は仏の半分、比較的低い蘭と比較しても約80%に過ぎない。改善のためには、まず外来患者の見直しと逆紹介、そして院内の他職種との役割分担との見直しを行う必要があるだろう。本研究でも社会保険病院医師を対象とした調査によれば、自分の業務の20-40%が医師の仕事ではないと感じている。また労働形態も、例えばタイムシェアリングを導入する、三交代制をしく、研修医から中堅医師、管理職までのキャリアパスを明確にして、研修過程の医師のスーパービジョンを強化することにより上司による支援を強化する。学部教育、卒後教育、病院勤務、診療所の開業といった将来のキャリアパスを見直して、出来る限りパートタイムで病院への参加等のシステム化を図るなどが考えられる。

#### (2) 看護の組織と教育の見直し

看護師は病棟において最も数の多い職種で、活動のコアである。しかし本研究からはもう一度看護組織の役割を見直す必要があることが明らかとなった。例えば、

「ほんとうに看護師長は必要か」

「副看護部長は何をするのか」

「専門看護師と一般看護師の連携は」

「安全質部門での役割」

「入院から退院、在宅までの流れは」

「看護の原風景、やりがいは」

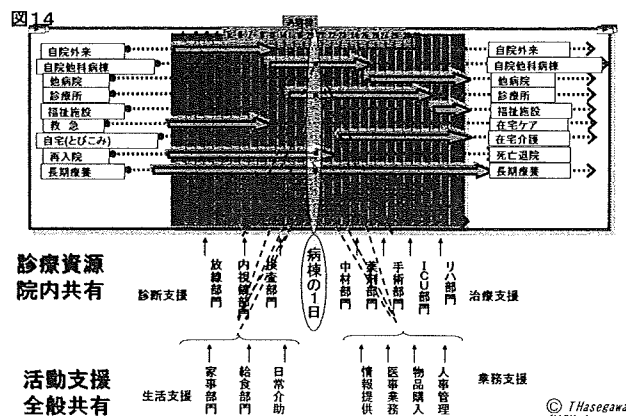
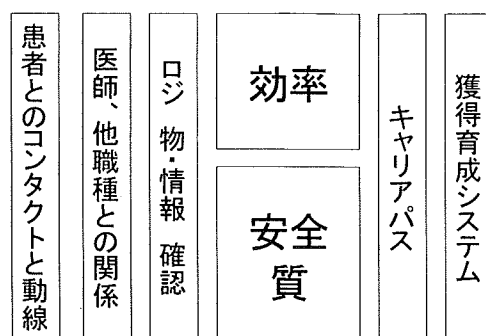
「新ニッポン人の教育は」

情報の共有化が前提とはいえ、看護機能が専門化して、例えば安全管理・感染症対策など組織横断的な機能を有し、疾病応じたがん看護・精神看護・褥創等の特殊な機能を持つ看護師が存在すると、現場の看護師とのリエゾンで、師長を介さずケアチームの形成が可能となる。看護組織は、まず看護師の能力と研修並びにキャリアラダーの構成、第2番目に患者さんとのコンタクト、そして医師や他職種との関係、これらの条件の中で最も有効なものが選択される。従来、1対1のプライマリ看護が見直されてきたが、今日平均在院日数の短縮化と共に物理的に不可能となり

つつある。というのも看護は、これまで医師が入院から退院まで横断的に患者を追跡してきたのに対して、看護は1日1日病棟で発生する仕事を集めて振り分ける業務をこなしてきたのである。今後は患者のケアニーズと看護の組織で、必ずしも病棟や病床の数にこだわる必要はないのではなかろうか（図13）。

最後に、看護とは何かをもう一度問い直すことによって、新たな看護の目標を設定する必要があるのではなかろうか（図14）。

図13 看護を見直す要素



### (3) 安全と質

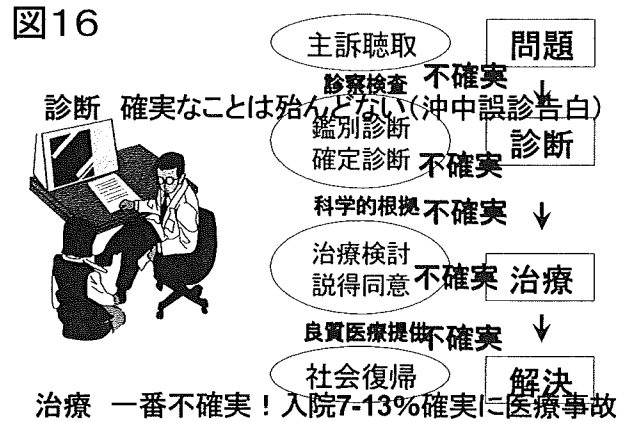
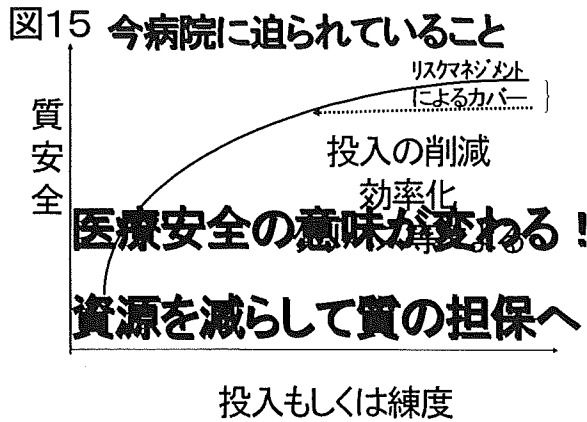
これまで医療安全や質は、資源を投入することによって改善することが想定されてきた。しかし、今日同じ資源の投入でさらに効率化が求められている現状から考えれば、想定的に低下した資源の投入によって、起きるかもしれないリスクをいかにカバーするかと、目的の転換が必要となるのではなかろうか。また、外来と入院で診断の結果の共有化を図らねば、大きな事故につながるといえよう。機能の分化を前提とした新しい病院経営での医療安全を模索する必要があるではなかろうか（図15）。

### (4) 法律とコミュニケーション

職種間の役割分担の転換により、各専門職種は新たな業務が科せられる。しかし、今日の医師法及び補助看護法においては、非医師の医療行為は極めて限られており、建前上医師が責任をとることとなっている。諸外国においては、徐々にこれらの業務独占が他職種に移管されており、その際、単に法律を改正するのみならず、そのサービスの質や安全性を担保するための法律の仕組みや研修が想定されていることが判明した。日本においても今後この課題を詳細に検討する必要があるといえよう。



医師と患者関係においても、まずそのコミュニケーションやインフォームドコンセントの在り方が重要で、今日では1入院過程で40回ものインフォームドコンセントをとるといった異常な事態が生じている。患者への情報提供も疾病や手術等の基



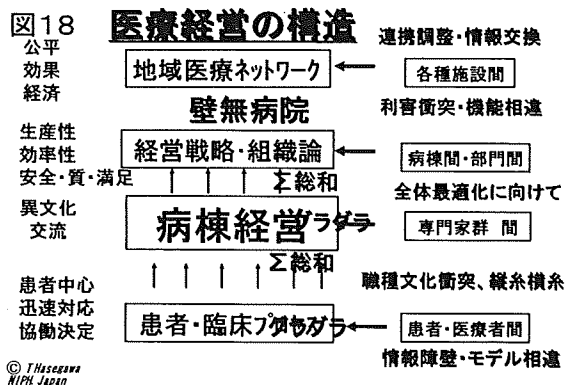
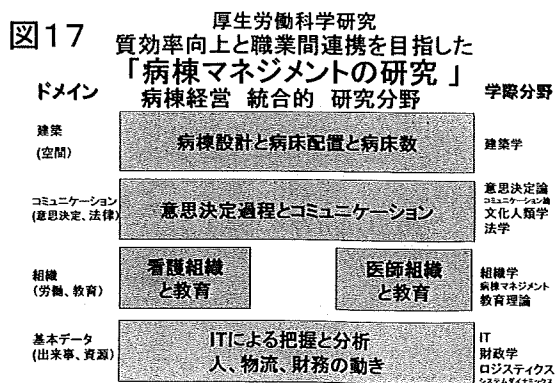
本的な情報から特定の当該疾患に対する情報まで、種々のそれぞれ提供するシステムを考えるべきであるといえよう (図16)。

(5) IT

このような病院経営パラダイムの転換を考えると、ITは必須のツールである。院内はもとより院外との情報共有化を考える段階に入ったといえよう。とりわけ在院日数短縮と患者の重症化と共に指示の量ならびに変更に対応した指示受け・執行確認のシステムを早急に確立する必要があるといえよう。

(6) 建築

従来の病棟50床はあまりにも大きいのではなかろうか。病棟を何床と固定することがかえってマネジメントを硬直化する可能性もあるが、物理的空間と患者のケア必要度、そして看護師の管理体制、この3つを総合的に勘案した病棟設計が求められているのではなかろうか (図17、18)。



© T.Hasegawa NIPPON Japan

---

---

# 医療崩壊と地域医療の課題

---

---

## 1. はじめに

ここ数年日本のマスメディアでは、「医療不信」「モンスターペイシエント」「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、今日本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。日本はそこに 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、そしてまち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。

本章ではまず今短期的に起きている「医療崩壊、病院崩壊」の現状と原因を歴史的に分析し、ついで日本が突入する「超高齢社会の医療」を展望することにより「医療システムの未来の姿」を想定したい。これらの検討を踏まえて、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したい。

## 2. 医療崩壊、病院崩壊とその再構築

### 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。

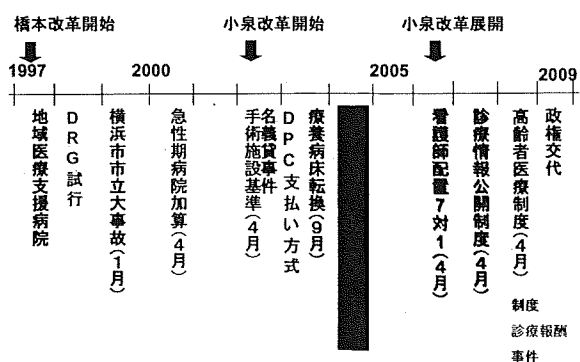
これらの現象の原因は単純ではなく、契機や背景、遠因や直接原因など複雑に絡み合い、理解とその対応には問題を構造的に捉える必要がある。

「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。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。

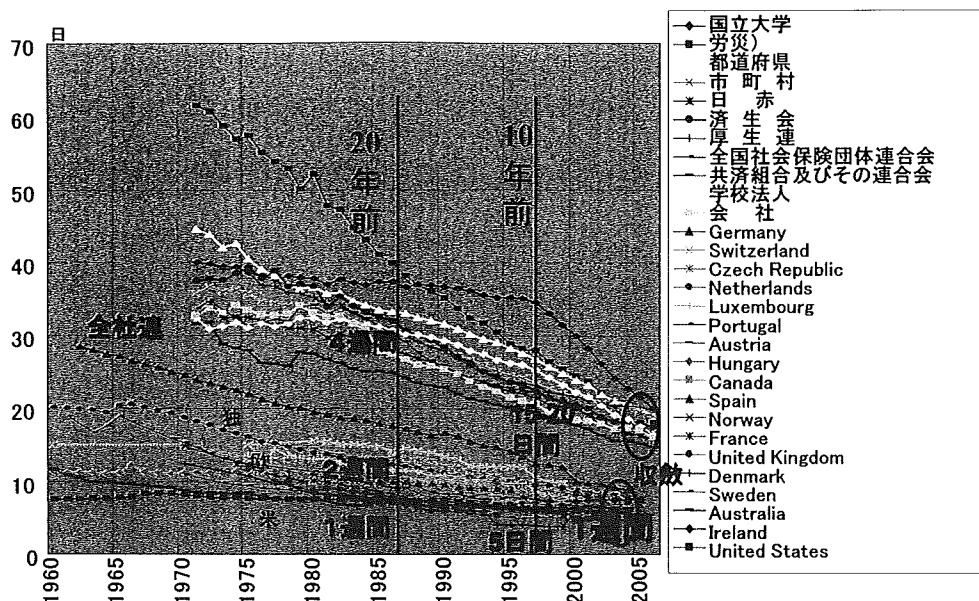
さらに、ここ十数年に渡る病院の経営環境の大きな転換があった。この間、急性期病院では制度改革や診療報酬による政策誘導(図表1)と経営環境の競合に対応した経営効率化のために平均在院日数が急速に低下したが(図表2)、病床当たりの人的投入は諸外国に比してもあまり増えておらず、労働負荷は増加している。加えて、訴訟リスクの増加と共にインフォームドコンセントの複雑化、医療費逼迫に伴い説明を求める保険請求関連書類の増加など非医療労働

図表1 政策と事件の歴史的経緯



(出所) 筆者作成

図表 2 平均在院日数変化 1985-2006 年：日本（急性病院グループ）と日本



(出所) OECD Health Data、厚生労働省「医療施設調査」

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、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。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（図表 2）、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) 匠の個人技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