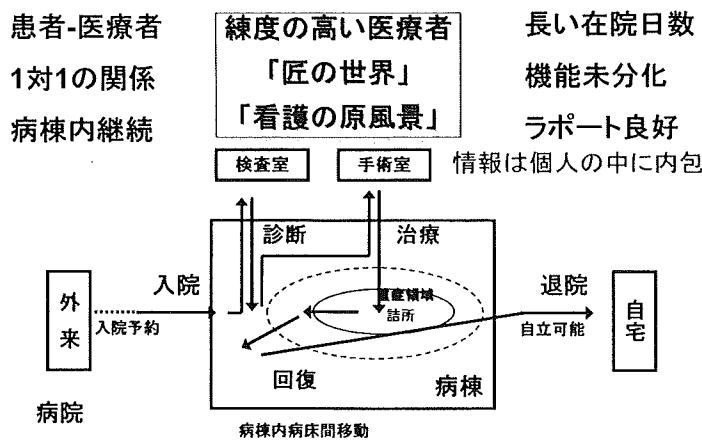
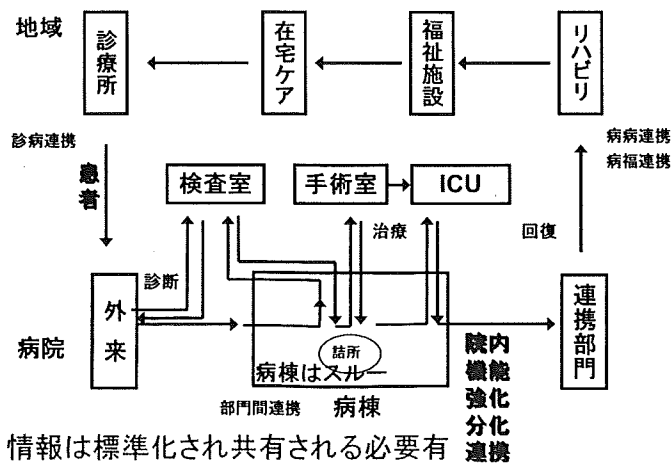


療法改正による病床の定義、診療報酬による誘導、介護保険の導入は施設間の機能分化のみならず、施設内での機能分化に影響を及ぼした(図表1)。とりわけ平均在院日数の減少は急性期病院が担うべき機能に大きな変化をもたらした(図表2)。実は日本の場合、急性期病院においても機能は未分化で、1つの病棟内に重症の急性期ケアを要する患者と、術前、末期、場合によっては長期ケアを要する看護度の低い患者が混在していた。従来、日本の病院は病棟を中心に医療が行われ、練度の高い匠、すなわち比較的広範な診療機能を持つ医師が、気心の知れた看護師と阿吽の呼吸でチームを組み、診断から治療、治療から回復までの過程をすべて入院で行い、セ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(図表3)。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。

図表3 ●



図表4 ●

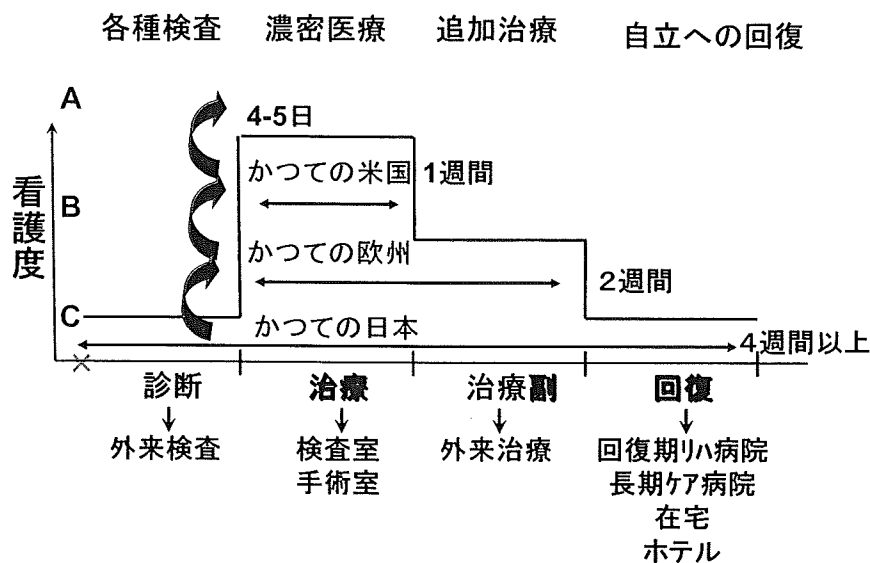


(出所) 筆者作成

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あった。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と分担が生じた（図表4）。

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（図表1、図表5）。

図表5 治療現場の転換と在院日数：急性期病院国際比較過去20年間



（出所）筆者作成

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らうか。

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。

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) 日本の医療の未分化性と医療システム化の歴史

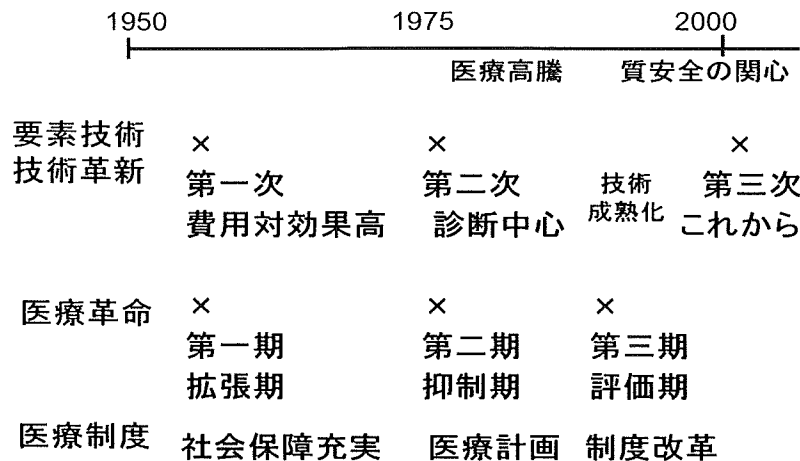
このパラダイムシフトはいわば 19 世紀に生じた産業革命に類似しており、例えばマッチの製造を 1 人の職人が全行程行うやり方から、分業分担して生産するやり方に変更すれば、生産性は飛躍的に向上する。医療もかつて能力の高い匠の個人芸の世界であったものが、今日病院において匠そのものが機能分担し、連携してチームとなり、またそれを支える種々のメディカル医療チームが存在し、種々の資源を用いながら病院システム全体として医療行為を行っている時代に入ったといえよう。実はこれが可能になるためには、いくつかの条件が必要で、第 1 にプロセス及びサービスの標準化が必要である。第 2 に組織・構成員がそれを理解し、シス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。その移行に日本は失敗してきたのではなからうか。

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。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 (図表 6)。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。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。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、科

図表6 医療マネジメントの必要性



(出所) 筆者作成

学的根拠に基づく医療 (EBM : Evidence Based Medicine)、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。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。

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。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。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各レベルを通じて医療の基本モードとなり、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。

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。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。

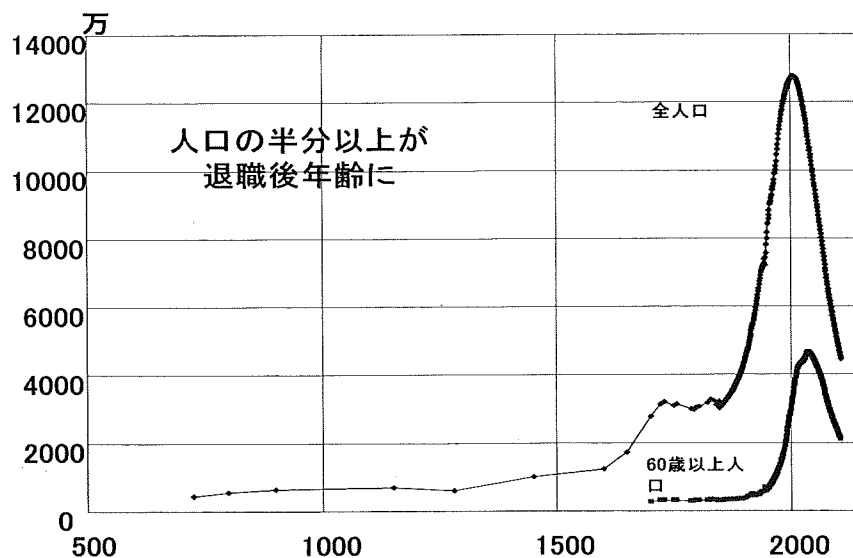
3. 超高齢化社会と医療

1) 人口高齢化と日本

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年から下降を始めている。2105年、国立社会保障人口問題研究所の高位の推計では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(図表7)。

そして2023年には、「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の「サードエイジ」、即ち自己中心に生き得る50才以上が人口半分を超え社会のマジョリティとなる。

図表7 人口将来推計年齢別



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所により作成

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。しかし高齢者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(図21)。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。この推計に基づけば、ここ20年の間、2030年を目途に「量的に資源確保」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。

2) 高齢者を支えるまちづくり

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」まち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、「高齢者を支えるまちづくり」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らうか。

我々が直面する超高齢社会は、いわば「新たな人生作り、社会づくりのみならず、新たな世界づくり」にはかならない。

3) 超高齢化社会の患者と医療

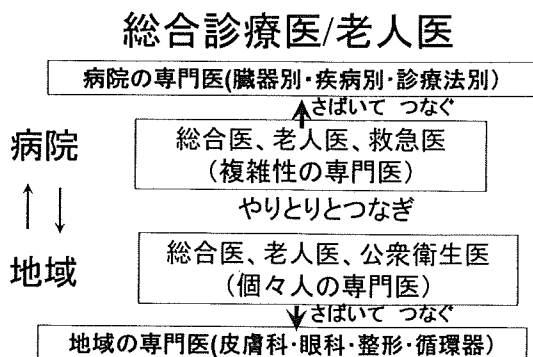
疾病とケアの転換

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(図表8)。従って、必要とされるケアは、疾病の病態に対応して、かつて急性期の中心であったものが以下の目的と方法が異なる5種類となる。

図表8 ●

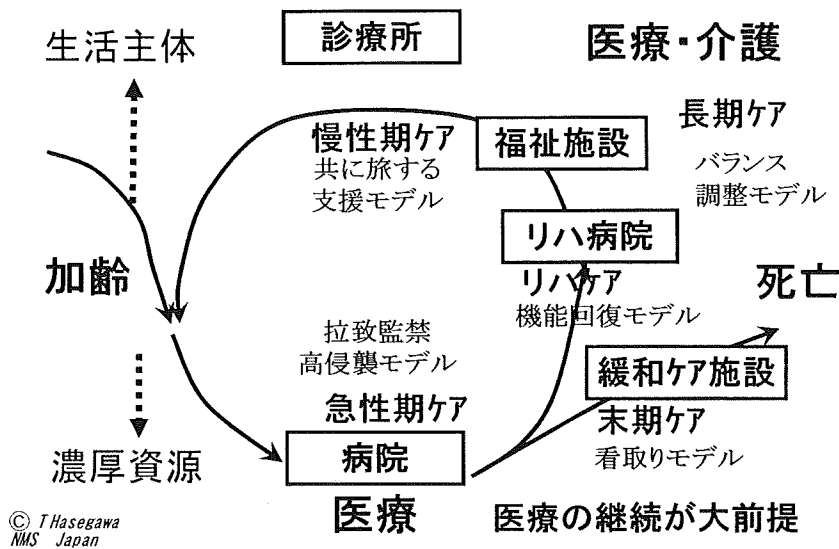


(出所) 筆者作成

- ①「急性期ケア」人や技術など短期に資源を集中させて問題解決する
- ②「回復期ケア」セルフケア目指して疾病による障害を克服する
- ③「長期ケア」疾病と障害を同時に継続して必要とする
- ④「慢性期ケア」外来で慢性疾患を追跡する
- ⑤「末期ケア」疾病の治癒ではなくよりよき死／生を追求する看取り

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依るという意味ではない。システムレベルでの各種ケアをネットワークした「患者中心の医療」が求められることを意味している（図9）。

図表9 高齢者に必要な5つのケア



© T Hasegawa
NHS Japan

(出所) 筆者作成

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（図8）。従って治療の目的は近代科学のモデルに基づいた「絶対的な疾病の治癒や障害の克服」から、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、価値観に基づいて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。また高齢者数

のピーク時には死亡が現在の2倍となる。もう一度人の死を看取ることの意味を社会全体として考え直さなくてはならない。

新たな専門医

それを社会的に効率よく有効に行うには、さばいてつなく専門家、「総合診療医／老人医」が病院と地域とに必須となる。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、逆に治療が疾病や障害を作り出す可能性すらある。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。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要である。例えば、高齢者のがん切除に成功しても、結果、ねたきりとなる可能性があり、疾病は治っても本人は不幸、家族、社会も不幸という結果を生む。

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、瞬時の診断力、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あり、「医師の中の医師」である。「複雑性の専門医」(Specialist on Complexity)であり、また患者一人一人の「個人と地域の専門医」(Specialist on Community)である。病院の「総合診療医／老人医」の場合は更に「1-2次救急医療能力」が、地域の場合は「社会学、公衆衛生の能力」が必要とされる。

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。また孤独死は全国で年間30000に上るとされている。警察ではその死因の同定に人手をさかれ、犯罪捜査に支障を来し、社会問題となっている。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、情報の継続化、即ち一人の患者を追う1患者1生涯1カルテシステムの確立が必須となる。

5. 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ばらつくが、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、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。一般病院数は平均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」、

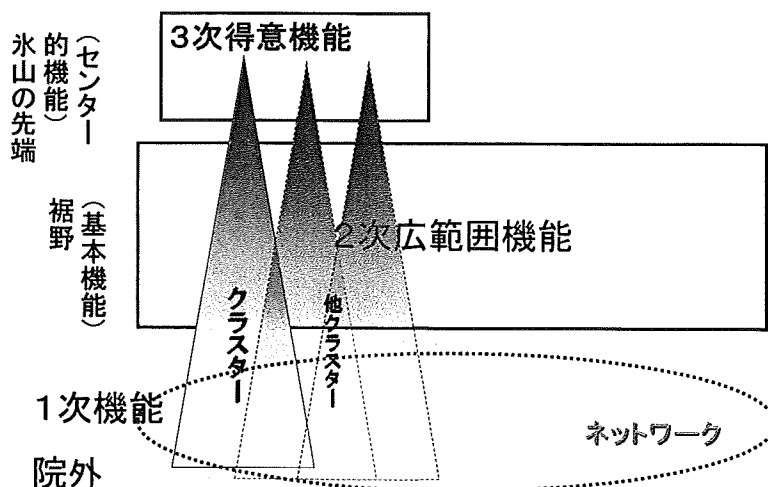
三次医療までの資源をセットで持ちうる「地方中核都市」約 100 ヶ所、そして二次医療の資源を支えるのでも人口の少ない「地方中小都市」と「郡部地域」の 4 ヶ所に分類できる。郡部の定義は難しいが、5 万人以下の市町村は約 1900 の全数のうち約 1200 ヶ所ある。

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 次医療機能は過剰なところさえある。「地方中核都市」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が十分存在する。

「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。

3 次医療機能を 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（図表 10）。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。

図表 10 急性期地域中核病院の機能パターン



(出所) 筆者作成

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資源をしっかりと投入し、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、十分な急性期中核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。

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) 地域医療システムのガバナンスと設立主体

上述のごとく「地方中小都市」には「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「需要とは不適合に、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」、「医療システムを設計」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、住民にも理解してもらうプロセスである。

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。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、即ち福祉施設の機能の病院が多い。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、前述のごとく調整で主要な役割を果たすべき行政主体も複数の市町村にまたがる例が多い。

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産出の質、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ので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。

5. まとめ

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、その遠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。従来の日本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、従って医療者の犠牲の上に一定の成果を生み出してきた。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。恐らく解を出すには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。

C. 領域分析

8. 医療の質、安全、満足、効率

1) 病院における 5S 活動総括

鈴木修一

2) 安全管理の必要性・重要性の理解

長谷川敏彦

3) 患者満足を創造する行為

小高弘子

病院における 5 S 活動を通じた マネジメント能力発現の可能性

1. 背景：保健医療サービス提供者マネジメント能力

現在、病院をはじめとする保健医療サービス提供者は、大変苛酷な環境におかれている。日本で言えば平均在院日数の大幅な短縮により病棟における患者の入退院数が増加し、重病患者が増加している。また臨床研修制度の変更により、大学病院での医師不足の発生、医局から派遣された医師の呼び戻しなどにより、特に地方の自治体立病院は深刻な医師不足にさらされている。更に 2006 年の診療報酬改訂により 7:1 看護が導入されたことにより、看護師の争奪戦が始まり、医師同様、地方において看護師の確保が困難な状況となっている。一方、医療ミスの報道、訴訟が増加するにつれ、患者側からの要求や医療安全を含めた行政からの要求（人員配置や書類作成など）と共に病院のリスク管理の観点から多種の同意書作成など病院内業務を増大かつ複雑化させている。

米国も同様の状況が発生しており、病院マネジメントに産業界の智恵を導入することを目的に 1997 年より「医療の質改善に関する全米実証プロジェクト (NDP : National Demonstration Project)」が実施された。米国での NDP の実施以降、日本でも病院サービスの質向上の一手段として、TQM の実施が見直されつつあり、この病院の活動のみならず「医療の TQM 推進協議会」の発足（1999 年）、日本版 NDC の実施（2000 年）など組織的な取り組みが開始されている。

途上国では、先進国以上に問題は深刻であり、特に病院における人材定着は途上国の大きな課題となっている。

途上国では、先進国以上に問題は深刻であり、WHO は保健システム強化として 6 本の柱の改善を挙げている（図 1）。特に保健マネジメントを統括するべきマネージャーの不足が進行であるとして、その再定義と役割を明確にし、育成を提言している。

このように保健医療サービス提供者は増大する業務量に対して必要な人員を確保することができないという袋小路にはまっている。この状況を打破するには人員を増加せずに増加しつつある業務をこなさなければならない。つまり各人の業務を取捨選択し、本当に必要な業務を効率的に、実施することが望まれているのである。このような状況は経済状況から見れば不況下と同じであり、製造業、特に日本の基幹産業では、時代や産業によって異なるものの5SやQC、TQC、TQMといった改善活動を行い、不況の荒波を乗り越えている。

同様に、病院においても改善は大変重要であり、不況下でこそ、その真価問われる。

5S、QC、TQMの基本的には、組織、構造、システム、プロセスの改善を目的としているが、そのためにはマネジメントの向上が必須と考えられる。実際、マネジメント能力の向上は5S、QC、TQMの手段であるが、それは一般的には管理職のマネジメント能力を意味している。ではそのマネジメント能力は、どこから発現するのであろうか？筆者は日本の製造業に於いてはQCサークル活動などを通じて醸成されてきたと考えているが、その前提として5S活動が習慣として根付いていることが考えられる。

では5S活動が習慣化されていない病院、特に途上国の病院の場合はどうであろうか。本論では5Sとマネジメントの可能性を考察する。

2. 目的：5Sの有効性

筆者は日本の産業界の改善を病院サービスの質向上に適応させて成功したスリランカの事例をベースに、アフリカ諸国の病院に5S、KAIZEN、TQMの導入を試行する、国際協力機構（JICA）のプログラムを支援している。（アジア・アフリカ知識共創プログラム：AAKCP）

本プログラムは2007年3月～2008年11月にかけてアフリカの8カ国を対象に実施され、対象国のパイロット病院に5Sを根付かせることに成功し、現在、仏語圏アフリカ7カ国に対する支援を開始している。また上記AAKCPの協力・支援病院であるスリランカの「キャッスルストリート母性病院」では5S、TQM活動を通じて職員が定着したという事例がある。さらに日本の病院に置いても5Sを導入している例が書籍、WEB等で紹介されている。

これら病院における実践事例より、5Sの有効性、その要因を検証し、病院における5S活動は、職員のマネジメント能力向上に効果があるか、どのようなプロセスで効果があるのか可能性をアフリカの病院改善の事例を下に検証する。おそらく5S活動が、職員にマネジメントへの気づきを促し、病院の全員参加型のマネジメントを導入する素地を構築すると考えられる。

3. 方法：訪問ならびに文献調査

筆者が支援しているプログラムの対象病院ならびに協力病院における5Sの事例（スリランカ、アフリカ8カ国）の検証ならびに日本国内において5Sを導入している病院の文献（竹田総合病院）ならびにその他の日本の病院への訪問調査、そして国内外で出版されている産業界の5Sの文献を参考し、病院の改善と5Sの関係を検証した。

4. 結果

1) マネジメントとは

ISO 9000:2005 の定義では「coordinated activities to direct and control an organization」と記されており、「組織を指揮し、管理するための調整された活動」と約されている。また日科技連の「TQM 宣言」ではマネジメントと「経営」と記している。経営の神様といわれたドラッカーはマネジメントを①組織特有の使命の達成、②業務を通じた職員の活性化、③社会への貢献、という3つの側面が現している。さらにWHOでは保健サービスマネージャーを業務の大半をマネジメントに費やす人と定義し、その業務を「計画、実施、評価」「資源」「渉外」の管理と定義している。日本語ではマネジメント管理が同義と捉えられていることが多いが、「経営」と捉えているものも幾つかある。この違いは、正しい値に制御するという管理のみならず更に最良に向かい変化していく改善、進化を包含するかということであろう。

上記に共通していることは「組織」であり、個人から組織を意識することによりマネジメントが発生している。もちろんセルフ・マネジメントという用語もあるが、それも自己の活動や体組織を集合もしくは組織として定義すれば、同様である。つまりマネジメントとは人が個人行動から個人行動の管理を行い、それが組織行動に変遷することにより発生するものであり、一般職員、病院スタッフがマネジメントを意識し、マネジメントするきっかけは、個別業務から個別業務の管理へ、そして組織運営を意識し、実践することと考えられる。

よって本論では、病院スタッフが、日常の個別業務の実施がどのようなきっかけで個別業務管理に変遷するか、そして個別業務管理がどのように組織運営に転換するか、そのきっかけ（イベント）を考察する。

2) 5Sとは

5Sとは「整理、整頓、清掃、清潔、しつけ」のローマ字読みも頭文字である「S」をとり、語呂を合わせたものである。「整理」とは不用品を選別、廃棄し必要な品を必要なだけ手元に置くようにすることである。「整頓」とは置かれた品がすばやく取り出せるよう、

おき場所を定めたり、マークをつけたりすることであり、「清掃」はごみや埃を排除し、片付けることである。「清潔」は「整理、整頓、清掃」された状態を継続させるために標準化すること（手順書の作成など）であり、「しつけ」とは各職員が「整理、整頓、清掃、清潔」を出来るようにすること（研修や訓練など）である。最初の「3S」がその気になればすぐに実践し、結果を出すことが可能な事項であるのに対し、「清潔、しつけ」は継続性を確保するための活動であることから、中長期的、継続的な取り組みが必要となる。

英語でも5Sという名称であり「Set, Sort, Shine Standardize, Sustain」と訳されている。英語の5Sの方が5Sの本質と捉えているという意見もある。

3) 5S-KAIZEN-TQM アプローチ

5SおよびKAIZEN（QC活動）、TQMは個別の活動、アプローチであり、文献によっては相互補完的に記載されているが、連続性を持つアプローチとしては記載されていない。「5SからCQI、TQMへ段階を踏んで移行することが病院改善には有効である」ことは筆者達がスリランカ、アフリカ15ヶ国での病院改善のアプローチを通じてまとめた考察であり、特に途上国においては有効であると考えられる(図2)。

日本の病院ではQCの導入は1972年に新日鉄八幡製鉄病院から開始され、80年代に多くの病院で導入された。その後、TQMとして実施されている病院もある。5Sに関しては5Sとはいわないまでもそのエッセンスは、昔から実践されているようである。しかし5S-KAIZEN-TQMを一連のアプローチとして捉えた事例はないようである。

このアプローチはまずは職場環境の改善からはじめ、その後、業務改善、生産性の向上、質・安全性の改善へと展開させる。それは個人から部門（小集団）そして病院全体へ対象範囲が広がり、それに伴いマネジメント能力が醸成されていくこととなる。逆に言えば病院全体のマネジメントつまり病院経営の向上へ到達するプロセスとも言え、その根幹としての5Sの効用、中間段階のKAIZENの効用があると言えよう。それでは各段階におけるマネジメントとはなにか。

4) TQMにおけるマネジメント

TQMは全員参加型の運動であり、推進するのは全職員である。TQMが浸透していけば、患者の満足度、医療従事者のチームワークが向上し、職場も明るくなり、経営改善にも繋がるといわれている。

TQMにおいて、経営体制整備に必要な方策として福島（1985）¹では、

¹ 福島（1985）P64

1. 病院の経営方針を明示、徹底する
 2. 経営組織を確立する
 3. 部門長、中間管理職等の管理能力を向上する。
 4. 一般職員の意識革新を推進する
- と示されている。

また麻生(1997)では
TQM 活動は職員レベルの改善活動であり、一般職員の病院経営への参画手段の一つであるといえる。「やらされるから仕方なく」ではなく「“私たちの病院”をどのようにしてよくしていこうか」という気持ちで取り組んでもらいたいと考える。²
と示されている。

一般的に TQM ではトップマネジメントの重要性と、中間管理職の管理能力の強化が焦点であり、一般職員のマネジメント能力を言及することは少ない。麻生 (1997) では TQM を職員の経営参画の手段と捉えているが、その手法としては TQM 大会 (QC サークル活動とその発表) であり、分類としては KAIZEN となるだろう。

筆者は、TQM は、社会的使命の達成を目的とした組織の全体最適のためのトップダウンのマネジメントとボトムアップの活動の融合であり、トップの方針を現場まで展開し、実現する全員参加型の経営と定義している。その融合の鍵となるのがそれまでに培われてきた 5S 活動や KAIZEN 活動である。つまり個人最適から部分最適へそして全体最適へという進化が必要になる (図 3)。つまり重要なのは組織を俯瞰し、セクショナリズムに走らないように監督しながら、組織全体の生産性、質、安全性を向上することにある。

TQM にはトップマネジメントが重要である。しかし組織を俯瞰するためには現場を知る必要がある。つまり現場でのマネジメント能力が問われる。

日本の病院における TQM は、日本で病院が医療の質を検討することが必須となって以降に展開が始まったようである。

日本で医療の質向上が問われるようになった背景として①医療が量的には十分拡充されたこと、②疾病構造の変化及び人口構造の変化などを背景として、国民が保健医療サービスの質を問うようになってきたことが挙げられよう。そのような状況を受け 1995 年、医療機能の第三者評価システムとして (財) 医療機能評価機構が設立され、97 年より評価認定事業を行っている。その評価領域は経営から臨床まで幅広い。評価を受けるかは病院の意思に任されており、認定の公表も自由に行われている。また 2002 年の診療報酬改定においては緩和ケア病棟、入院料・緩和ケア診療加算、外来化学療法加算の算定要件のひとつとして同機構による評価認定が位置づけられている。このように自病院のサービスの質を評

² 麻生 (1997) P179

価値、公表することが経営上のメリットになることから各病院がその恩恵を求めて医療の質向上を目指す土壌が整ったといえよう。また日科技連は2004年5月に日本品質奨励賞の医療版として「医療の質奨励賞」を創設している。

また病院の使命、病院経営者の理念として収益を上げること（安定的な経営）にプラスして安全と言う課題の重要さが認識されるようになったことがあるといえよう。1999年の横浜市立大学病院における患者取り違え事故（医療事故）は医療者への不信を増大させ、医療の質を検証する必要があることを世に知らしめた。医療安全は上記医療事故以降、行政施策としても事例分析、マニュアル・ガイドライン作成などが実施されている。またリスク管理から安全管理へ、つまり事故が起こってからへの対処や事故が起こりやすい状況への対処から、事故が起こりにくい仕組みを作る方向へ変化している。

5) KAIZEN におけるマネジメント

一般的に KAIZEN の中心は、QC サークル活動となる。QC 活動は PDCA サイクルといわれる改善の循環をベースにした QC ストーリーの則り実施され、QC7 つ道具など、統計的な知識が無くとも活用できる測定手法を用い、現状から要因分析、解決手段の選定を行い、実施後の歯止めをして一サイクルを終了する。QC サークルは小集団活動であり、そのリーダーには小集団をまとめるマネジメントが求められる。

リーダーに求められる役割として山田正美(2006)では、サークル活動の円滑な運営のための実施試行が以下のように示されている³。

- ① サークル活動のテーマや目標の設定と周知徹底
- ② 活動推進のリーダーシップの発揮
- ③ 問題解決の手法の習得とサークルメンバーへの伝授
- ④ 後継者の育成

つまり、QC サークル活動の一サイクルの運営をするために必要なマネジメント能力とその後の活動のための布石を打つことが求められている。

筆者は、QC サークルにおけるマネジメントとして特に人材管理に注目している。QC サークルのリーダーは、職場の長や年長者がなるとは限らない。つまり職制を離れた集団の中で組織をまとめるには、組織のヒエラルキーに頼らない管理が重要であり、それが純粹にリーダーのマネジメント能力、特に人材管理能力の向上に直結していると考える。ただし組織掌握はリーダーの自己管理に基づいてなければならず、有限実行できない人間に、従うメンバーはいないであろう。つまり小集団マネジメントに置いて、その根幹は個人管理であり、いかに自分をマネージできるかが問われているのである。

³ 山田正美 (2006) P185