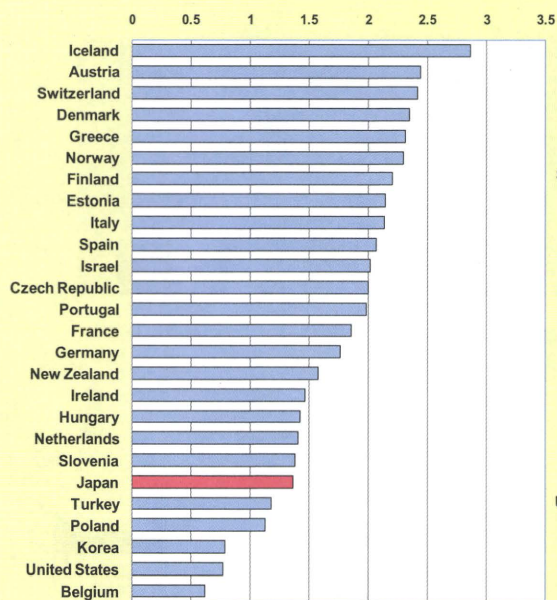


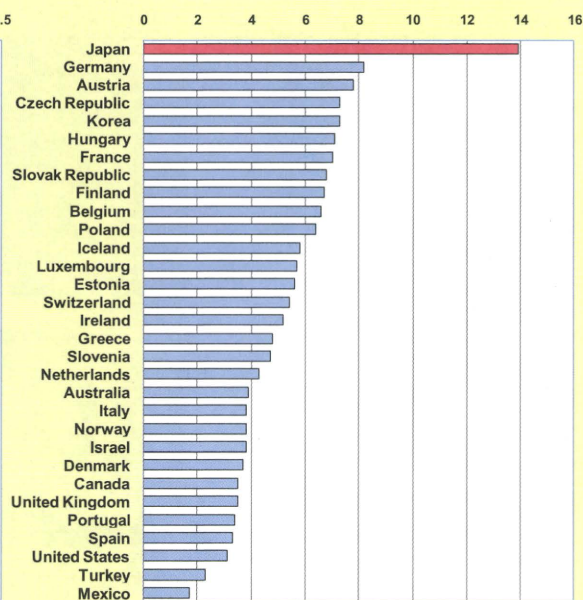
病院医師数 2007



21/26

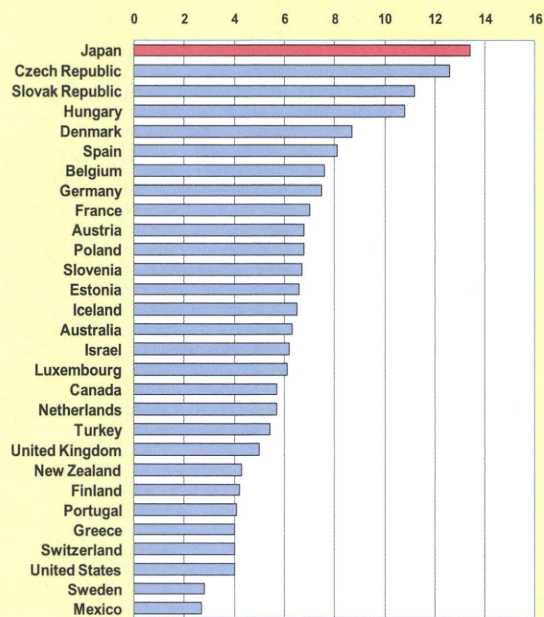
日本のデータは三師調査 2008より

人口当たり病床数 2007



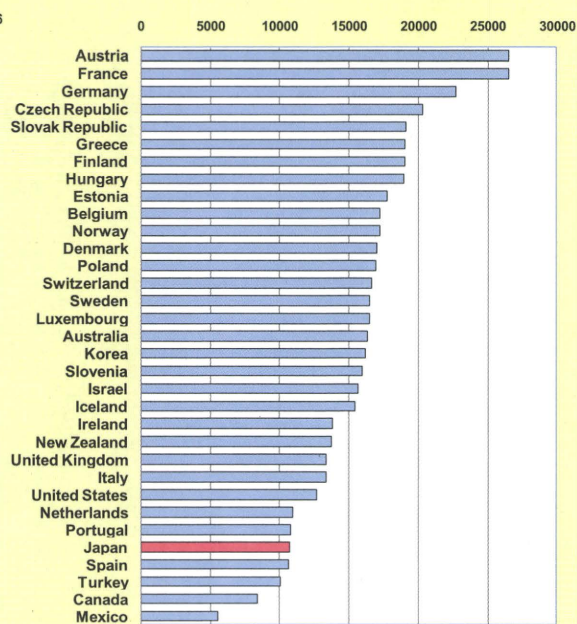
1/33

医師当たり外来回数 2007

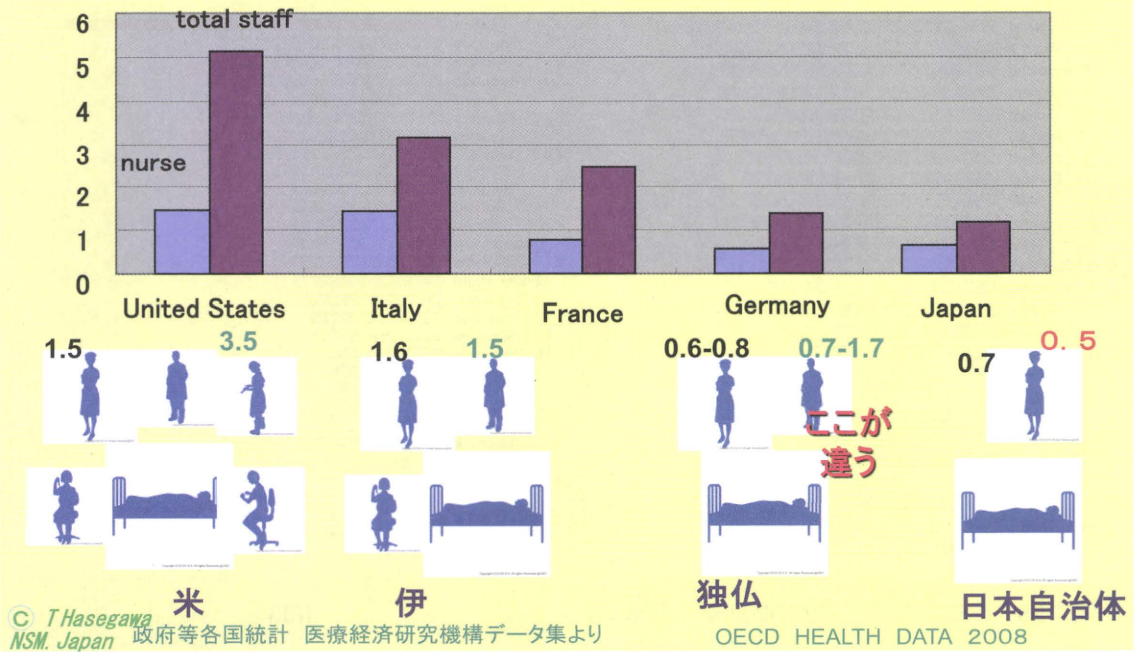


1/29

人口当たり退院患者数 2007



## 病院職員数 5カ国比較 病床当たり



### III 超高齢社会の社会、医療、医療システム

日本がこれから突入しようとしているのは、これまでの常識を破る未知の世界である。未来の設計には予測が必須である。そこで未来予測、特にこの 20 年間で、人口学的な枠組みによって想定し、「未来の社会」、「医療の課題」を浮き彫りにする。そしてその 2 つの関係について分析したい。

#### 1. 3 つの道標

人類未踏の日本の道程には 3 つのランドマーク年が存在している。2004 年、2030 年、2060 年である。これらの歴史的意義と課題解決の方向性について述べたい。

##### 1) 2004 年

日本は 2004 年、イタリアを抜き世界で最も年老いた国となった。それは 1984 年以降男女共に平均寿命が世界一となったこと、そして同年以降の「特殊出生再生率が長期下降」による。加えて先進国では珍しく移民を受け入れてこなかったこともあげられよう。一方欧州の多くの国では過去数 10 年間に亘って高齢化が停滞した。それは「2 つの大戦による人口構造の変化」と、「移民を多く受け入れて来た」からと考えられる。移民も年老い、2005 年頃から欧州も高齢化を再開した。しかし、一位の日本はもはや独走態勢に入っている。高齢化は社会の必然で、欧米先進国が日本に続き、途上国も発展と共にいつかは高齢社会となる。アジアの国々は日本より高速で高齢化し、東アジアでは今世紀後半には日本に追いつき追い越そうとさえしている国さえある。日本は高齢社会への世界の歴史的先案内人である。

2004 年は同時に日本が総人口の減少を始めた年でもあった。江戸時代約 3000 万人であった人口は約 130 年かかって 4 倍の 1 億 2000 万人となったが、これから 100 年かけて 3 分の 1 の約 4000 万人に、つまり江戸時代に帰ってゆくと予測されている。日本では明治維新以来人口が増えることを前提に社会が作られており発想の転換が必要である。東アジアの国も 2030 頃から人口が減り始めるが、欧米ではドイツイタリアを除いて殆どの国で 21 世紀前半には人口減少はない。

##### 2) 2030 年と 2060 年

日本の 50 歳以上人口の絶対数は 2029 年にピークを迎え以降減少に転ずると予測されている。65 歳以上人口は 2030 年頃いったん小ピークを迎えて横ばいとなり 2042 年頃ピークを迎えた後は下降を続ける。(図 1) <sup>1)</sup> 絶対数でみると日本は 2030 年頃、歴史始まって以来の最大の高齢者を抱えることとなる。あと 20 年、あまり時間は残されていない。

高齢者率は、若年者減少により上昇を続け、50 歳以上人口は 2063 年にピークを迎え 60.9%になると予測されている。割合でみると、2060 年以降は想像を絶する超高齢社会となり、次の世紀に向けてその後はゆっくりと下降する。人口学的には「人口慣性 (Population Momentum)」という現象が存在し、人口動態指数に変化があっても全体傾向は数 10 年間変らないとされている。特に大きな変化は認められず、21 世紀の中頃までは、ほぼ予測に近い人口構造と考えてよい。

これらの予測から、まずこの 20 年間で第 1 のランドマーク年に向けて高齢者のための資源を「量的に確保」し、次いで第 2 ランドマーク年に向け数 10 年かけて「効率的運用をはかる」という戦略が浮かびあがる。それにしても、人口の半分近くが 65 歳以上、約 3 割が 75 歳以上というのは凄まじい世界である。持続可能な社会を構築しうる

のか、日本の動向に世界が固唾を飲んで注視している。

### 3) 日本の真の課題

超高齢社会の問題はこれまで増大する医療・介護負担を社会が支えきれんかどうかをめぐって議論されて来た。確かに量の増大は大変である。しかし真の課題は「量的な問題」ではなく、社会のあり方をめぐる「質的な問題」なのである。

日本の50歳以上の人口つまり「生殖期間後人口」は2023年に全人口の50%を超す。実はすでに昨年15-49歳の人口を超え、絶対数のピークを迎える2029年にはその1.5倍となり、人口割合のピークの2062年には約2倍となる。

欧米の割合はすでに第二次大戦後から高くゆっくり上昇し、21世紀前半ではドイツを除いて50%を超さない。東アジアでは日本よりさらに高速に上昇し、台湾が2033年、韓国が2036年には50%に達する。日本に追いつき追い越す勢いとなっている。

ケンブリッジ大学の人口学者ピーターラスレットによると、人生には社会での活躍のための準備期「第1期」、次世代を生み育て社会を支える「第2期」、それに続き子離れし社会から引退して死に向かって自己実現を目指し、第2期とは異なった生き方モードを持つ「第3期」があると定義している。<sup>2)</sup> 第3期は50歳以降に始まるので、「50プラス」あるいは「サードエイジ」とも呼ばれ、ヒンズー教でいう「林住期」、つまり町を離れて林で暮らす時期や、江戸時代の「隠居」もこれに近い。(図2)

50歳までの人生では、「次世代を生み育て、働いて社会を支える。」というふうに生物としての種や社会からの役割が定義されている。我慢してでも頑張るかわりに社会の側からも支えるインフラが整えられて来た。個人と家族と社会のベクトルが一致し組織化されやすい。一方50歳からの人生は、役割が自らの選択に任され、個々人が多様なベクトルをもち社会全体と必ずしも一致しない。いわば社会から浮遊していて、組織化が難しい。<sup>3)</sup>

そんな人々がもうすぐ人口の過半を占めるのである。加えて増大する「高齢者の独居」の問題がある。高齢化のみならず未婚化がそれに拍車をかけ、家族のあり方が大きく転換する。更に日本の「縮む人口」に対応して新しい国の形、社会の形を創り出さねばならない。これら3つの日本が直面する挑戦的課題と解決の方向性について述べる。

## 2. アジアの位置

アジアは今人口数においても、経済、とりわけ生産業において世界で最も成長しており、リードしている。その理由は元来人口が多いことに加えて、水平分業で地域全体としてもものづくりを担っている。この国際サービス産業ネットワークの形成には日本が大きな役割を果たしてきた。

しかし一方で、アジアは急速な高齢化を迎えており、高齢化も世界をリードしている。東アジア、韓国、台湾は日本以上の速いスピードで高齢化しており、結果として伝統的社会を崩壊させつつある。従来、東アジアは儒教・仏教、家族のつながりの強さが共通していると言われてきたが、むしろそれが変貌を遂げ、共通するには「極めて高速の高齢化」といえよう。その中でも日本は抜きんでており、これからの共に老いるアジアを引っ張っていくことになるであろう。

## 3. 日本の超高齢社会「3つの挑戦」

### 1) あり得ない社会へ；生涯転換——新たな人生創り；第一の挑戦

人類の平均寿命はつい最近まで50歳以下で、50歳を超えたのは欧州で1930年代、

日本ではやっと第二次世界大戦後の 1947 年であった。長い人類の歴史からみると、ほんの一瞬の出来事である。おそらく 38 億年の地球生命の歴史で、「生殖期間後人口」が過半数を占めた種はあり得なかったと思われる。

これまで高齢化は、成熟社会という一種の理想形に向かう過程としてとして語られて来た。確かに植民地により富を蓄え、移民により緩やかな高齢化を迎えた欧州では、自立した平等な個人が予定調和的に生活を享受することが想定されて来た。<sup>4)</sup> 日本はそれを一挙に通り越し、あり得ない社会に挑戦することとなる。

それは一体どんな社会であろうか。いわばそれは「絶対的不平等」からスタートする人生から構成される社会ではないだろうか。50 歳までの社会では第 2 の人生のスタートに際して公平を「近代の約束」として目指して来た。社会国家、福祉社会が発展し、義務教育、雇用の機会均等、最低賃金、労働安全衛生が社会原理として掲げられ、完全ではないにせよ約束は果たされて来た。元来若年時の格差は比較的少ない。

しかし 50 歳からの世界は第 2 の人生を経て、その結果、不可避に不公平である。そのばらつきはそれまでの「夫婦の関係」(未婚の人も含む) から始まり、「知識」、「人脈」、「財力」、「体力」そして「意欲」の 5 次元に及ぶ(夫婦は不可変なので除く)。空中に浮遊しているとでも言える 50 歳からの人々を結びつけるものがあるとしたなら、それは自己実現のための「意欲」である。何をしたいのかの意欲を中心に、「私は金はないけど人脈がある」、「私は金はあるけど知識がない」、「私は人脈はないけど知識がある」、といった具合に無いものを補い合うことにより、全体として共に何かを生み出すことである。その際、体力や健康は意欲を支える主要要件となるかも知れない。このような結びつきにより浮遊したバラバラの個人が社会につなが止められる。「意欲を核とするネットワーク化」こそが 50 歳からの社会の組織原理である。

近代の産業革命と資本主義の時代は、50 歳までの人口が中心で、大量に必要とされる資本のリスクを分散するため英国で株式会社が發明された。<sup>5)</sup> 日本の超高齢社会では 50 歳からの人口が中心に必要な意欲をプールするため“意欲銀行”を立ち上げてはと考える。年金支給前に新たに第 2 回目の“義務教育”を始めてはどうだろう。そこで、医療機関、介護保険の使い方、ネットワークの作り方を学んだらと考える。第 3 の人生を支える新たなインフラを構築することにより空中に浮遊する 50 歳以上と次世代を担う 50 歳以下の人口が共生可能となるのではなかろうか。不平等から出発しても、人生の終わりに、あまねく平等に与えられる贈り物「死」にこそ、第 3 の人生の秘密が隠されているように想われる。

## 2) 無縁社会へ；家族転換…新たな支援創り；第二の挑戦

高齢独居者の単独死が社会問題化している。都市部は元来人間関係が薄く、社会の高齢化とともにその無縁化が危惧される。比較的人間関係の濃い郡部でも人口の減少と共に同様の問題に直面している。<sup>6)</sup>

生涯未婚率は、2005 年に生涯未婚率が男性 7%、女性 4%であったものが 2030 年には男性 30%、女性 22%に上昇すると予測されている。生涯未婚率は 50 歳時の未婚率と定義されているので、大きなインパクトは 50 歳のコホートが 75 歳となる 2060 年に向けてではある。結果として第 3 の人生のライフスタイルが第 2 の人生の年代にも拡がり、個人が古典的家族を挟まず直接社会と向き合う形が大きく広がる。<sup>7)</sup> 介護制度・コンビニエンスストア等によりこれまで外化されてきた家族機能以外の家族の役割を担う社会インフラを、古典的ではない、血縁にとらわれない「新しい家族」として構築していくことが求められる。<sup>8)</sup>

それには人的ネットワークのみならず空間的に人が顔を合わす機会、たとえば異なった世代同士に、そして单身や複数世帯が自然に接触できる建物や町づくりの設計が重要

となる。また、重い医療・介護ケアをしばしば必要とする人生最後の5年のみに焦点を合わせるのではなく、第3の人生、いや第2の人生の始めから「継続的に個々人を支援する」インフラを設計する必要がある。

### 3) 縮む日本；列島転換…新たな国造り；第三の挑戦

日本の人口はこれから20年間で約7%減少すると予測されている。2005年現在の1805の市町村を、政令指定都市を「大都市」、県庁所在地や中核市などを「地方中核市」人口5万人以上の都市を「地方中小都市」、残りを「郡部」と4分類すると、2030年の人口は郡部で23%減、75才以上人口25%増と高齢化も人口減も最も激しい。一方大都市では75才以上人口は9.8%から17.8%へと倍増し、これから高齢化は大都市で大きい。

実は地域の課題は郡部では治山治水の環境問題と、地方中核都市では地域の独自文化の喪失と併せて進んでいる。室町時代から江戸初期にかけて形造られた棚田、里山の原風景、食や住などの日本の基本文化は、今大きく音を立てて崩れつつある。医療福祉、教育文化、生活環境を一体的に捉えた総合的政策が求められる。<sup>9)</sup>

医療の課題に関しては、急性期ケアは高価な資源の効率的利用の問題であり、「郡部」では古くて新しい問題、限界集落化と共に進む無医村化の課題がある。「地方中小都市」では中核機能と規模の経済を持ち得ない100床あまりの公的病院を中心とする医師不足が地域医療システムの機能不全を招いている。「地方中核都市」では研修医の県外への流出などが挙げられる。解決の方法は「3種類の地域の医療資源を、地域中核都市を中心に、規模と範囲の経済を勘案して一体として効率よくシステム運営する」ということに尽きる。

「郡部」では救急の場合は、できれば総合診療医もしくはナースプラクティショナーによってトリアージされて地方中核都市にドクターヘリで搬送、日常医療は地方中核都市から必要日常生活物資などと共に定期的に宅配、更に必要に応じて高齢者を地方中核都市で何時間か過ごせるよう公共交通網を整備することで達成されうる。「地方中小都市」では、地域の需要を規模と範囲の経済の観点から診療機能単位毎に再統合する必要がある。その場合医療施設の設立母体が複数あること、地域が複数の自治体にまたがる 경우가多く、統合と運営のガバナンスが問われている。「地方中核都市」はこれまで比較的3次医療資源に恵まれて来たが研修医の県外流出で医師労働力不足が生じている。医師確保政策のみならず地域全体の文化や産業を活性化することにより生活の魅力の底上げを図ることが医療者定着を促すと言えよう。

問題は地域の総合診療機能にある。高齢患者は歩いて行ける範囲以上の受診が難しく、地域の開業医の高齢化や、退職と高齢者の急増により都市周辺を中心に需給のアンバランスが急速に進むと危惧される。高齢者の場合は食料等の日常生活物資、そして介護ケアが同時に満たされることが必要で、スーパーマーケットや集会場、包括介護ケアセンター、診療所を一体的に設立し、歩行距離内即ち小学校区、全国5万ヶ所に配置・活用する必要がある。

これはもう一度日本列島全体を高齢者の生活を支える空間として改造し直すことに外ならない。その中核に医療や介護を軸とする町創り、医療福祉システム創りの課題がある。<sup>10)</sup>

## 4. 超高齢社会の医療「3つの転換」

### 1) 構造転換；19世紀から21世紀の医療へ

現在の医学は、産業革命を終えつつあった19世紀末、平均寿命は50才以下で「単



一疾患の単一エピソード」の治療を基本モデルとして、ドイツ医学が中心となって確立された。「細胞病理学つまり細胞に病気の座を求める」ウィルヒョウの特定病因論も、労働者の互助により「稀で重篤な疾病のリスクをプールする」ビスマルクの社会保険も、19世紀末の基本モデルを支える理論や制度として考案された。そして1980年頃まではこのパッケージを何とか騙し騙し使ってきた。今、これらの前提がすべて変わり、全く異なるパッケージが求められている。まず産業は大工場による少品種多量生産からサービス産業を含め多品種小量生産へと転換、平均寿命は80才以上に伸延、疾病も多疾患で慢性疾患に転換した。もはや全く新しいパッケージが求められている

社会保険は、リスクが質的に均一であり、社会的連帯（Solidarity）が存在して始めて成立する。しかし、高齢者の多くは複数の疾病を継続して持ち、疾病発生リスクをプールすることは難しい。そして生き方モードも異にしている。第二第三の人生のそれぞれの連帯感を基に制度の再設計が必要なのではないだろうか。

特定病因論は近代医学の実践を支える論理的根拠である。しかし高齢化により従来隠されて来た50歳以上の慢性疾患があらわとなった。慢性疾患の原因は特定ではなく複数の病因によりその背後に老化が想定される。元来、疾病は単に身体内の一部の故障なのではなく環境への不適合が身体に影響を及ぼすと捉えるべきで、特に高齢者のケアに当たっては、生活を取り巻く環境との関係を重視すべきである。近年発達して来た「進化生態医学」は人類の長期的な環境応用の歴史を通して疾病を捉えようと試みていることから新たな学問分野として期待される。<sup>11)</sup>

## 2) 目的転換；疾病の絶対治癒救命から機能改善・生き方支援へ

医療の目的は、これまでの理想状態への回復即ち「絶対治癒・絶対救命」から、本人の求める機能に向け「現状とのギャップを改善」に転換する。

確かに若人は身体の一部の病変を治せば正常に復帰する。しかし多くの高齢者は複数の疾病を抱え、それが急性増悪を繰り返し、最後は死に到る。その死から振り返れば、医療の介入は疾病の治療や救命の目的を果さず単に人生のストーリーを変えた様に見える。実は高齢者医療の目的はこのストーリーを患者や家族の希望に従って協力して書き換えることに外ならない。この際医療においても本人の「意欲」が鍵となる。これなくして本人の求める機能を理解することは不可能だからである。50歳までの医療は密なコミュニケーションがなくても正確な身体機械の知識と高度な修理の技術があれば可能かも知れない。しかし高齢者医療では密なコミュニケーションによる意欲の共通理解と患者医療者のチーム化がなければ治療は意味をなさない。

高齢者を支える医療と福祉ケアは高齢者を支えるという目標が同一となり、連携ではなく統合されるべきではなかろうか。残念ながらこれまで医療界と福祉界は文化と言語が異なってきた。統合には、まずケアの基となる「疾病のみならず障害をも統合した状態群分類」を考案し「急性期医療によく見られる軍隊的組織ではなく、患者・家族も含めたネットワーク的な組織」によるシステムを構想する必要がある。

## 3) 供給転換；単体施設からネットワーク供給へ

かつての単一疾患、単一エピソードでは、医療施設で受診する患者を待ち、治療が終了と社会復帰するいわゆる「急性期ケア」が中心であった。しかし高齢者の医療は「急性期」に続き「回復期」、「長期」、「末期」、あるいはその前に「慣性期」と、目的が異なり資源や組織モードの異なる「5つのケア」のつながりとなる。これらは疾病の自然史のサイクルに応じて継続されてケアのネットワークの形で提供されねばならない。(図3)

従って必要なケアは、供給の側では調整出来ない。患者を中心に個々人を継続的に追

跡することにより初めて有効かつ効率的ケアが提供しうる。医療の焦点は病院から「地域で暮らす高齢者」に移行する。患者を追跡しケアサイクルを回す「総合診療医／老人医」の役割が重くなる。急性期病院は重要ではあるがケアサイクルの一部となり「地域の生活資源」として使われることとなる。

院内でのケアもその前後の継目なき継続が必要で、連携部間の充実、インターフェイスとしての病院内での「総合診療医／老人医」も不可欠である。このような総合医は高度で広範な臨床知識や技術を必要とし、いわば複雑性の専門医としての研修が求められる。

これらの総合医と専門医、医療施設と福祉施設、各種職種の連携にどうしても必要とされるのは、情緒の共有で、そのために医療と福祉の情報を蓄積する、「一患者一生涯一カルテシステム」が必須となる。

#### 4) 総括「生存転換」

人類の生存の歴史は 15 歳平均余命 (LE15) によって左右されて来た。LE15 が 15 年以下では次世代への継続が難しく 35 年あれば生殖可能年が最大使用可能となる。社会の近代化は 15 歳から 50 歳までの生存のリスクを産業・貿易や医療・公衆衛生によって軽減させ、マネジメントして来た歴史に外ならない。<sup>12)</sup> その成功により LE15 は倍増し 70 年となり、逆に新たなリスクを呼んでいる。その生存転換の新たな局面に日本が立たされているのだ。<sup>13)</sup>

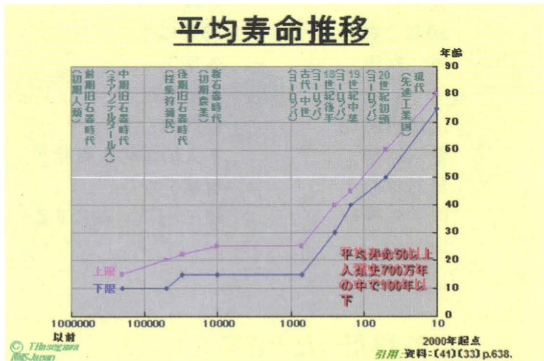
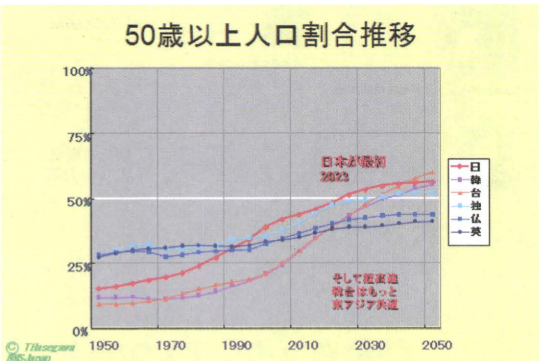
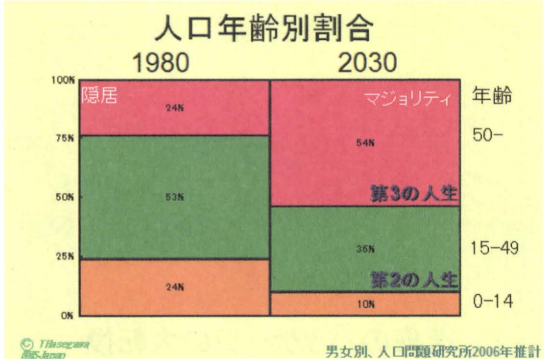
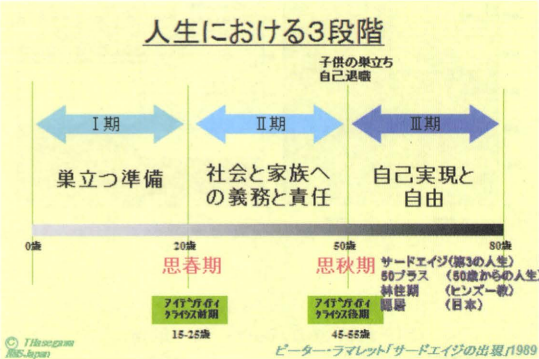
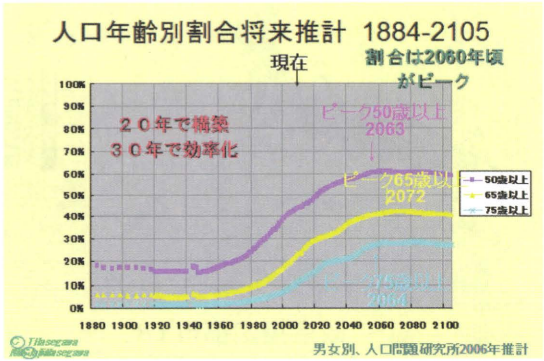
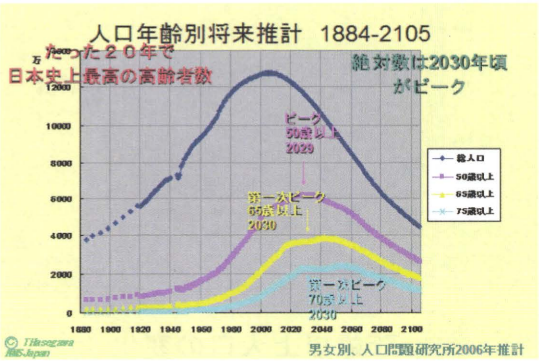
あと 10～20 年で見えない大きな津波、超高齢化の大波が高速で全国を覆うことになる。必要な人にしか真の現実と課題は見えない。日本は今、世界で最初に超高齢化が展望できる戦略的な場に立った。<sup>14)</sup> 人類にとってのこれからの「新しい社会、新しい医療」は日本人の伝統力と創造力によって、日本から世界に発信されると確信する。

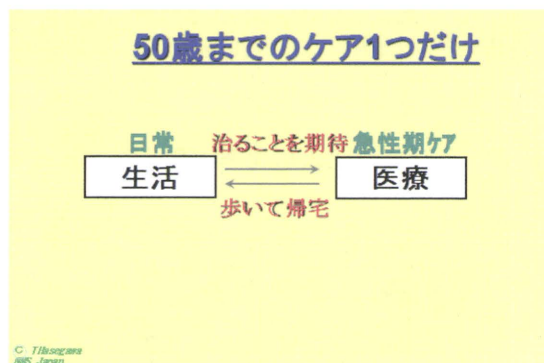
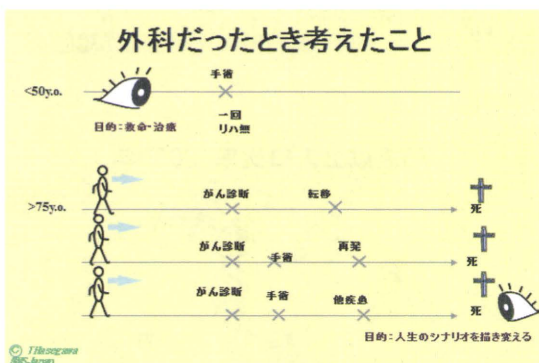
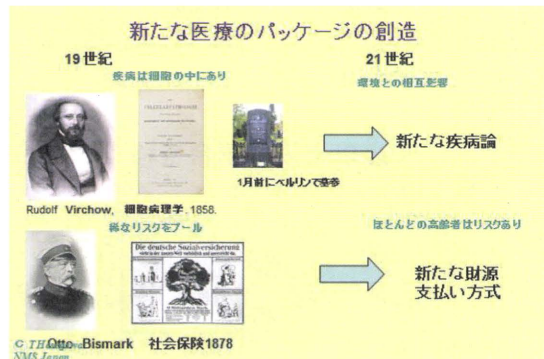
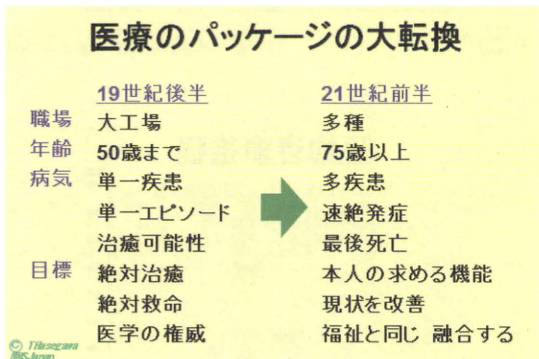
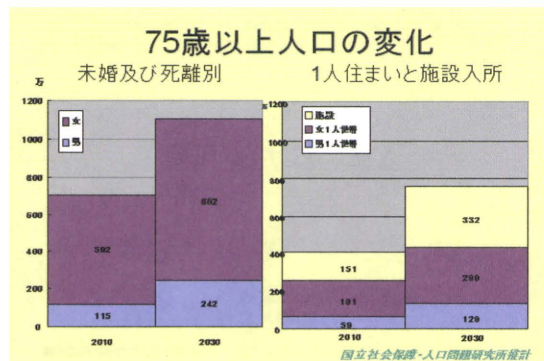
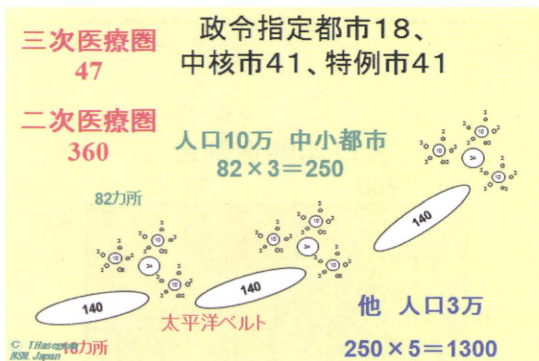
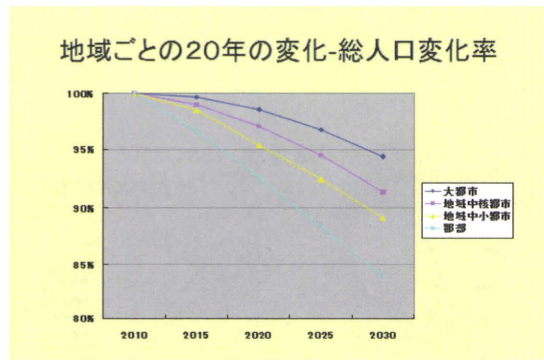
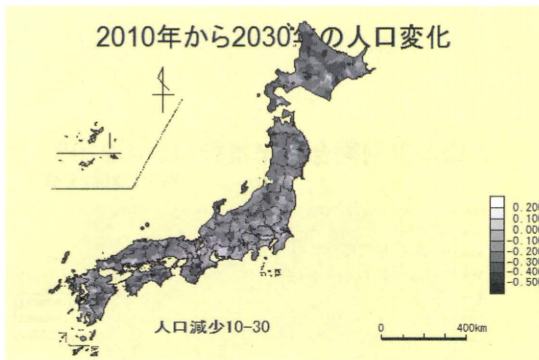
#### 参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計平成 18 年 12 月推計，厚生統計協会，東京，2007.5
- 2) Laslett,P. The University of the Third Age : Objects and Principles., BBC Open University Production Center, 1984.
- 3) 油谷遵，辻中俊樹：50 以上の世界，みき書房，東京，1999
- 4) 坂東慧，小室豊允，井上宏，菊池光造，本山美彦：成熟世界のパラダイムシフト，啓文社，東京，1992.8
- 5) ジョン・ミルトスウェイト，エイドリアン・ウールドリッジ，日置弘一郎，高尾義明（監訳者）鈴木泰雄（訳者）：株式会社，ランダムハウス講談社，東京，2006.10
- 6) NHK「無縁社会プロジェクト」取材班：無縁社会ー“無縁死”三万二千人の衝撃ー，文藝春秋，東京，2010.12
- 7) 伊田広行：シングル化する日本，洋泉社，東京，2003.4
- 8) 森岡清美，望月嵩：新しい家族社会学，培風館，東京，1997.12
- 9) 吉田良生，廣嶋清志：人口現象時代の地域政策，原書房，東京，2011.3
- 10) 長谷川敏彦：各論「まちなか集積医療」の提言ー医療は地域が解決するー，総合研究開発機構，東京，2010.3
- 11) 長谷川敏彦：成人病と生活習慣病，進化医学と疾病構造変化，東京医学社，東京，39(12)，1275-1281，2009.12
- 12) 土方透：リスク，アルミン・ナセヒ，新泉社，東京，2005.6
- 13) 吉田隆彦：日本人はどこまで減るかー人口減少のパラダイム・シフト，幻冬舎，東京，2008.5

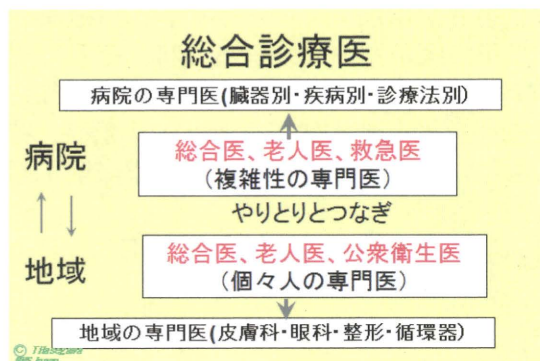
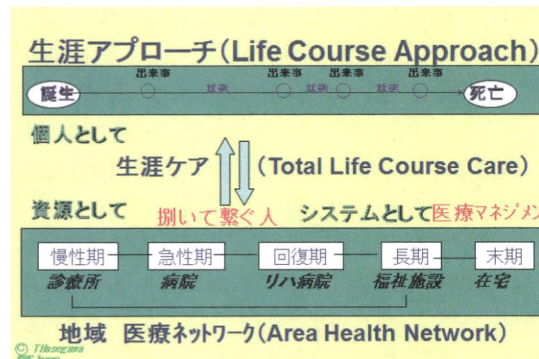
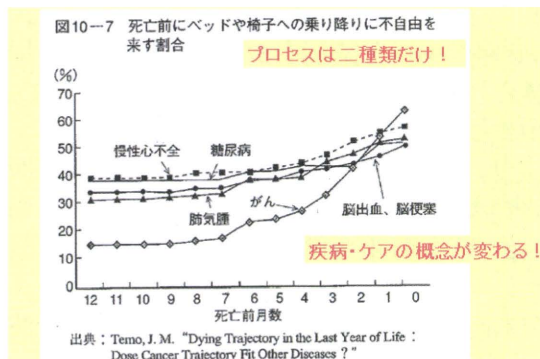
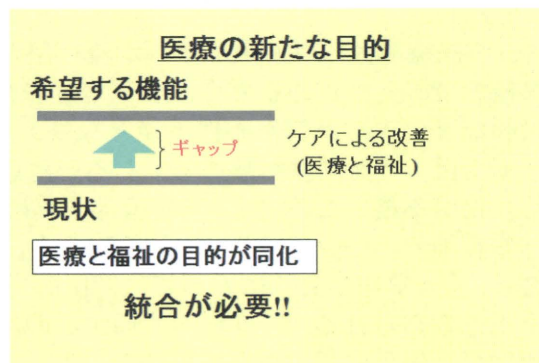
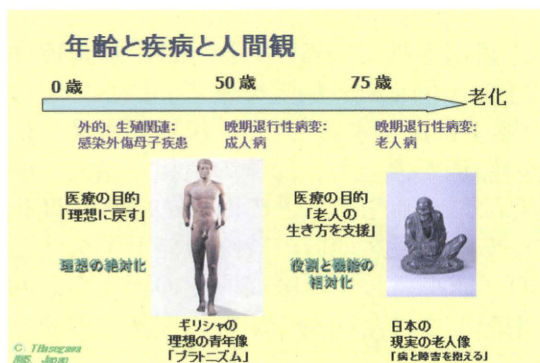
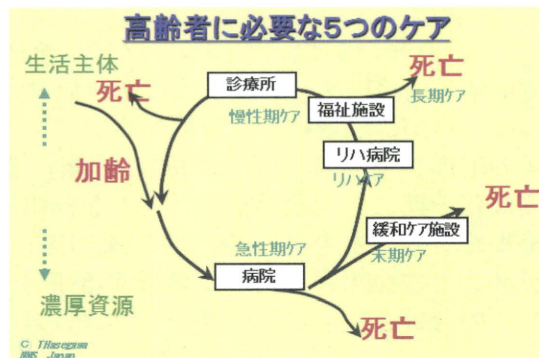
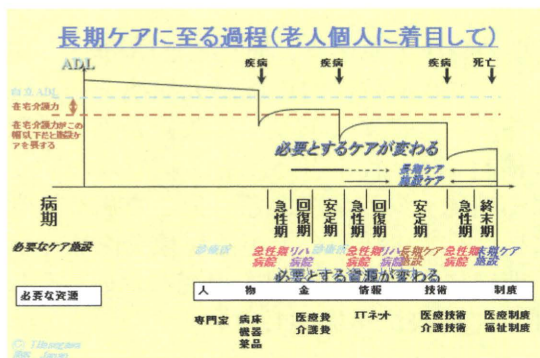


14) エマニュエル・トッド、荻野文隆（訳者）：世界の多様性，藤原書店，東京，2008.9









## IV 医療崩壊と再生

この20年は病院いや医療システム全体の激動の時代であった。特にここ5年は「医療崩壊・病院崩壊」という流行語に象徴されるように、病院経営環境が大転換を迎えている。確かに崩壊は今「医療マネジメント」の各レベルにまで波及し、改善の為の「課題の把握」「原因の分析」「将来の予測」「提案の検討」はどれをとっても単純ではない。実は変革期に有用な手法は「大きな枠組みによる俯瞰」の作業である。そこで病院経営をめぐる過去と未来の20年間を歴史的に俯瞰し、そこに浮かび上がる現象を医療マネジメントの枠組みを用いて分析する事により、背後にある根本原因を追究したい。そしてその分析を基に最新のサービス経営理論を用いて解決法を提案したい。

### 1. 医療崩壊の実情

近年医療界では「医療崩壊」が流行語となり、頻用されている。しかし、それは曖昧な概念で、受け止める立場によって意味を異にする。例えば「病院経営者」にとっては医師などの人材が突然確保不能となり、病院の機能を喪失すること、「現場の医師」にとっては、突然同僚が辞める、あるいは患者との関係が悪化し、診療の負担が増えて日常業務が不能となること、「看護部門」においては、医師や患者との関係の急速な変化と看護師のバーンアウト、「患者や行政」にとっては、突然地域の診療機能が消失すること、「大学や学会」にとっては、医師労働力のプールとしての医局機能の喪失を意味すると考えられる。これらに共通するのは、従来想定された機能や組織の突然の停止や喪失で、それに対する困惑や否定のニュアンスが含まれる。

医療は、人・物・金・技術・情報などの資源を駆使して、必要なケアを提供するシステムである。そして、患者と医療者による「臨床レベル」から、職種間の「病棟レベル」、部門間の「病院レベル」、そして施設間の「地域レベル」と階層を成している。医療崩壊が立場によって異なって見えるのは、言い換えればシステムのそれぞれのレベルで、システム上に何らかの急激な転換が生じていることを意味する（図1）。

2004年に始まった医師の新臨床研修制度により、約8000人×2年分もの労働力が医師マーケットから突然消失し、また、研修医の大学離れにより、従来の医師供給源であった大学医局の人材プールが2年間枯渇した。そして、若年医師の労働観の変化を背景に、急激な負担増に対する「立ち去り型サボタージュ」と呼ばれる離職が進んだことで、負担が残った医師にのしかかり、その診療科が機能停止、さらには関連する診療科に波及し、病院全体の機能停止を引き起こした。こうなれば、患者は別の病院へ行かざるを得ず、その負担が近隣の病院に波及していくという、ドミノ現象が起こる。

診療科レベルで見ると、医療崩壊は当初、救急患者が増加している小児科、医療訴訟で注目を浴びた産科から、3K職場と考えられて研修医が減少している外科、そして専門医志向により専攻者が減少している一般内科へと拡がりつつある。地域レベルでは、地方の中小都市が深刻で、マーケットの規模や効率を勘案せず建てられた中小病院、特に政治的理由で設立された、規模の経済を満たさない自治体病院を中心に医療崩壊が起きている。

このように、新臨床研修制度は大きなシステム崩壊（転換）の契機に過ぎず、背景には複数の中長期的要因が存在するのである。

### 2. 医療転換の現状

#### 1) 患者・医療者関係

臨床レベルで見ると、1999年の横浜市立大学医学部附属病院での患者取り違え以降、医療事故が社会問題化した。患者の関心は、さらに医療安全から質の向上へと移行しつつある。その伏線としては、国内外におけるインフォームド・コンセント促進などの、患者参加・情報提供への世論の高まりがあった。さらに背景として、1970年代の「第2次医療技術革新」が成熟化し、「医療の標準化」が進みつつあったこと、また情報技術の発達と共に医療情報の入手が容易になったことが考えられる。

一方、1970年代からの消費者運動の影響も無視できない。従来、日本の産業界が品質管理において世界一と評されるのは、顧客が世界一厳しいからだと言われてきた。この傾向は当然、医療サービスにも波及し、一部、モンスター・ペイシエントと呼ばれる現象まで生じるに至っている。医療者が患者との関係変化に戸惑い、受け止められないことが逆にそのような現象を生んでいる可能性は否めず、相互の理解と患者の責任が求められる。

医師はこのような新たな患者との関係、そして自らのキャリアパスの不透明性ゆえに、プロフェッショナルとしてのアイデンティティ危機に陥っているのではなかろうか。また、老人と若人の世代間の葛藤は古今東西を問わず、日本ではかつて「新人類」、最近では「新ニッポン人」、そして現在は「ゆとり世代」と、若者は常に、社会の伝統とは異なる価値観や文化を持つと捉えられてきた。医療界も同様に、従来の聖職意識とは異なるワークライフバランス観を持つ若年者の出現に、戸惑っているように思われる。特に女性医師の増加、労働行政からの指導で、従来とは異なる労働形態へと移行せざるをえず、主治医制や雇用制度を根本的に直さざるを得ない状況になっている。

## 2) 大学医局機能

大学の医局制度は、研究・診療・教育の3機能を博士号授与で扇の要のように結合し、全国数千に及ぶ人材、知財の源として、長年にわたり日本の医療界を支えてきた。研究に優先順位が置かれてきたものの、結果として各自の伝統的研修により、一定の質が担保された医師の労働力プールとして機能してきたのである。しかし、若年医師の博士号離れや専門医志向が進み、一方で大学病院の経営改善のため、医局と別に診療部制を敷く大学が増えてきた。扇の要が外れてバラバラになったところに、新臨床研修制度、そして国立大学は独立行政法人化を迎えた形となっている。

今後、大学の医局経営において「3機能と医師プール」という古典的形態の継続は不可能である。長期的には診療を軸とした教育機能の再編成、研究機能の根本的な見直しが必要と考えられる。特に、医師プールに関わる教育機能は、大学としての卒前・卒後研修の一貫性と、臨床経験充実のための市中病院ネットワーク強化、各医局での研修の調整が必要となり、教育理念・教育戦略の確立と組織改革、例えば法人化が必要となるだろう。

初期研修の過半数は市中病院で行われているが、専門医の研修機能を持つ病院は数に限られているので、初期研修後の医師の処遇も大きな課題となっている。大学、市中病院からこぼれた労働力で民間市場が形成されつつあるものの、プロフェッショナルとしての質の担保が問題で、強力な評価機能を持つ専門医制度の確立がない限り、医師個人のキャリアパスは明示されない。

大学には、新たな診療部門単位の組織確立と、市中病院との診療機能の連携はもとより、教育研修機能、臨床研究機能での戦略的連携を図ることが求められている。

## 3) 病棟経営・看護師長機能

病院崩壊の原因としてあまり言及されないが、極めて大きな影響を及ぼした中長期的要因に、病棟機能の転換がある。

1980年代、日本の急性期病院の平均在院日数は1か月を超えており、設立主体によって大きなばらつきがあった。それがここ数年で2週間前後に収斂してきており、1週間のグループも出てきている。在院日数の短縮が業務の負担増につながりバーンアウトや離職を促進するのは容易に想像できる。実はこれが量的のみならず質的にも負荷となり、従来の病棟の構造が崩壊していたのである。1980年代、米国で1週間、欧州では2週間程度であった平均在院日数が、近年それぞれ4～5日と1週間に収斂してきている（図2）。筆者がかつての米国で臨床研修を受けた際、胆嚢摘出術の患者が術前日に入院し、抜糸と共に1週間で退院するのに対し、日本ではまず診断のために入院し、抜糸後もセルフケア可能となるまでほぼ4週間入院しており、その差の大きさに驚いたことがある。

欧米では機能の転換や強化によって在院日数が半減したのに対し、日本では術前診断を外来化し、術後の回復は他病院への転院か在宅、即ち急性期病院の機能を変更してきたと考えられる。事実、かつては50床の病棟で、術前患者は病棟の隅に入院させられ、術後は看護師詰所の周辺に、そして落ち着くとまた病棟の隅に移動して、そこから退院するのが一般的であった。今日、病棟から術前患者はほとんどいなくなり、術後重症者はICUで管理され、回復後も医療ケアの必要がなくなれば退院させる。院内各部署の機能が分化し、病棟における入院患者の重症化が進行したのである。医療者と患者関係、そして医師と看護師のサポート体制の構築に時間をかけられる、かつての牧歌的な状況はなくなった。

つまり、これまでは病棟機能が未分化であり、そこに象徴されるのが、未分化な「看護師長機能」であった。看護師長は病床や看護師のマネジメントに始まり、資源や監視、患者の追跡、時には代弁、そして何よりもエキスパートとして専門的看護技術の提供や教育を行い、いわば“病棟のお母さん”、若い看護師のロールモデルとして機能してきた。旅館で喩えれば、女将である。現在、看護業務の負担増もあり、それら看護師長が担ってきた様々な機能は事務部門や医療安全、教育部門にそれぞれ移行し、分散している。看護師長機能の崩壊である。

しかし、こうした看護師長機能が病棟にあったことで、医師の業務は支えられてきた。その崩壊は医師に大きな負担をもたらし、病院崩壊へとつながったのではなかろうか。少なくとも病院の看護組織は大きな影響を受け、失われた看護師長機能を病院全体のシステムで代替すること、そして新たな看護師・医師の役割分担とチーム化が、これからの病院経営の課題となっている。

#### 4) 施設間の役割分担と連携

1980年代の施設間連携において、焦点は「診療所」であった。診療所医師が高齢化し、その支援策として、診療所から病院への患者紹介の制度化が図られた。それが1990年代には焦点が「病院」へ移行し、社会的入院と呼ばれる現象の解消に、長期入院患者を長期ケア施設へ移す、いわゆる後方連携が推進された。さらに2000年代には急性期病院の機能強化と分化が政策として進められ、入院件数を増やすための他院・他診療所からの紹介、いわゆる前方連携が推進された。最近では前述の病棟経営の転換や、医師労働負担軽減のための外来逆紹介が進められ、再び連携が注目を浴びている。今後はむしろ焦点が「患者」に移行し、超高齢社会において医療を有効かつ効率よく提供するための、患者を中心としたケアネットワークの形成が課題と考えられる。

そこでは医療と福祉の統合が求められ、1患者1生涯1カルテの情報システムや、医療保険・介護保険システムの統合的運営など、インフラ整備が急務となっている。また設立主体や医療福祉の制度を超えた、地域における提供体制のガバナンスも重要である。

過去の政策をレビューすると、1986年「国民医療総合対策本部中間報告」、1997年



「医療制度改革与党協案」、2005 年「医療制度改革大綱」と、ほぼ 10 年ごとに政府によって供給体制や財源に関する総合的な方針が策定され、それに基づいて 5 回に亘る医療法改正などの法律が整備され、卒後研修制度の創設といった新たな制度が確立された。また、並行して診療報酬改定が行われ、在院日数短縮、連携推進のための紹介料など、政策に沿った経済的インセンティブが仕組まれてきた。

結果として過去 20 年間、日本の病院システムの構造は大きく変貌した。まず一般病院数は 1990 年の 9006 をピークに 2009 年には 7655 まで減少し、特に 150 床以下の中小病院に著しく（1409 減）、競合による淘汰が示唆される。というのも、病床規制により 1990 年以降、一般病床数は横ばいとなった一方で、1980 年代から低下し始めた病院医療費は、1990 年代には大幅に落ち込み、2000 年代にはマイナス改定を経験したためである。さらに 2001 年からは療養病床制度が導入され、2009 年には長期ケア機能を有する病院は一般病院の 53%にまで及び、量的のみならず質的な影響により、構造上の変化を引き起こすに至っている。

### 3. 根本原因分析と解決の展望

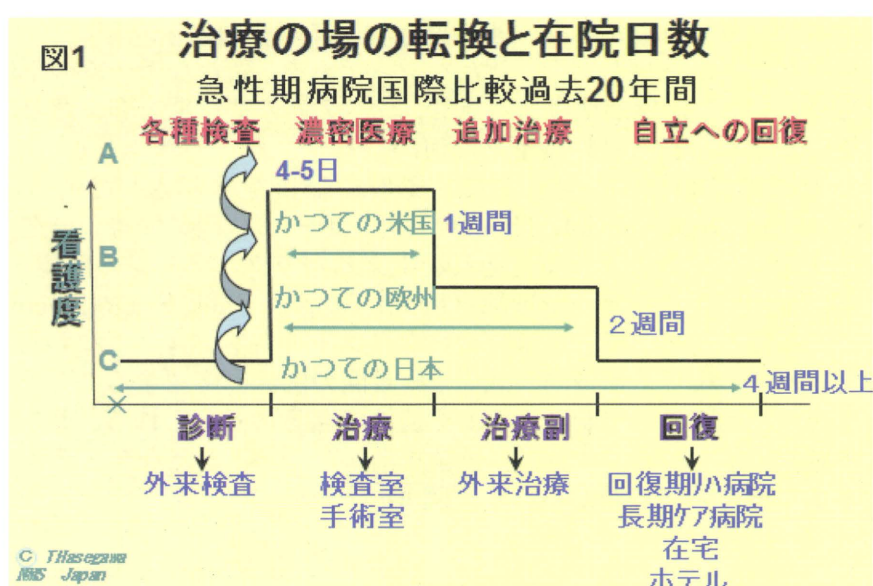
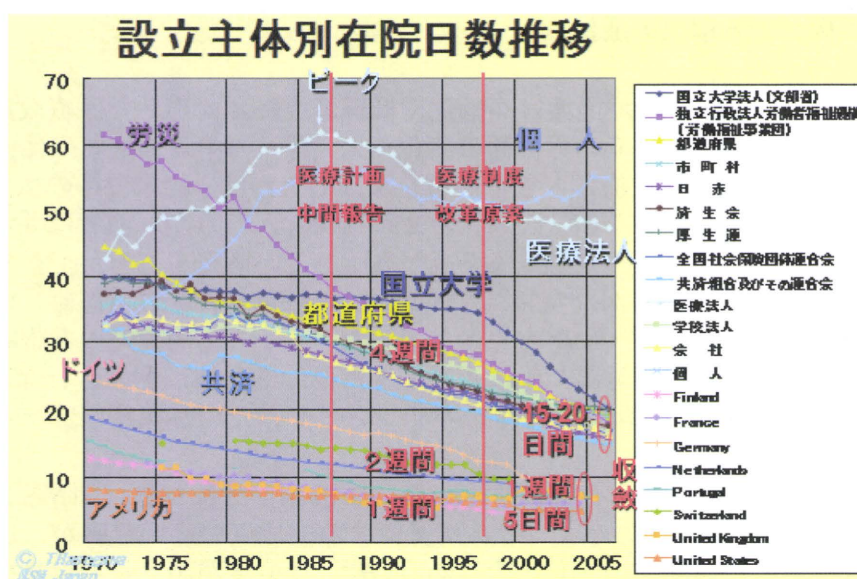
これまで述べたように、医療崩壊は高齢化や低経済成長に対応した医療政策、消費者活動、患者の意識や若年医療者の労働観の変化など、種々の中長期的要因によって引き起こされた。これらが医療現場に大きな影響を及ぼしたのは、臨床現場の核である「病棟」と、人材と知財を提供する核「医局」の 2 つではなかろうか。前者は「女将が差配する場」であり、後者は「匠とその技を生み出す場」と言い換えることができる（図 3）。日本の医療はこれまで、心豊かな女将（看護師長）と練度の高い匠（医師）が阿吽の呼吸で協力し合い、質・安全性・効率を担保してきた。しかし、病棟での看護師長機能が崩壊し、増大する負担を聖職意識で受け止めてきた医師も負担に耐えきれなくなり、そこへ導入された新臨床研修制度を契機に、パチンとはじけたのが医療崩壊だったのではなかろうか。

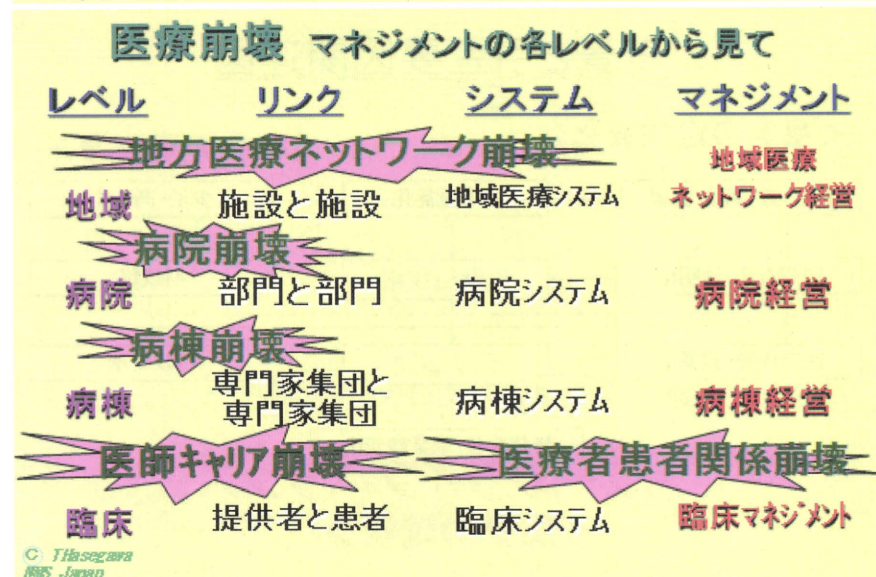
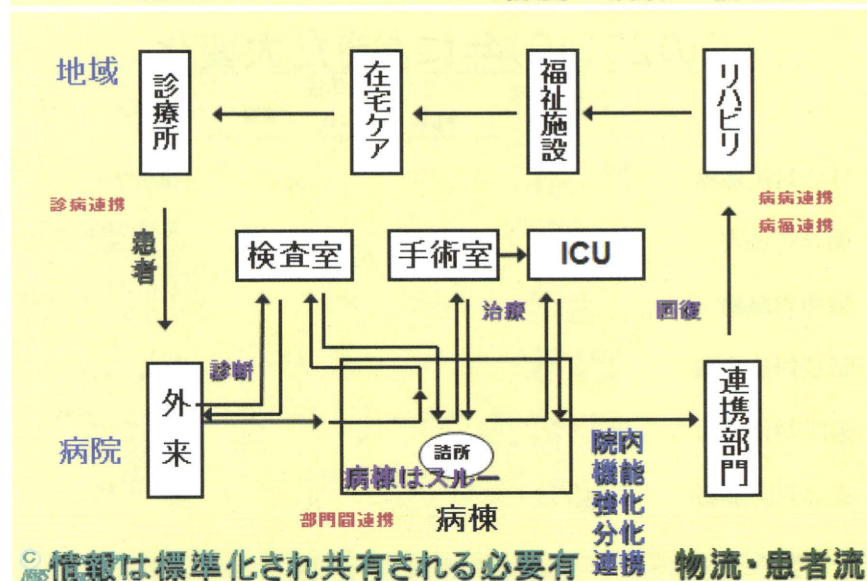
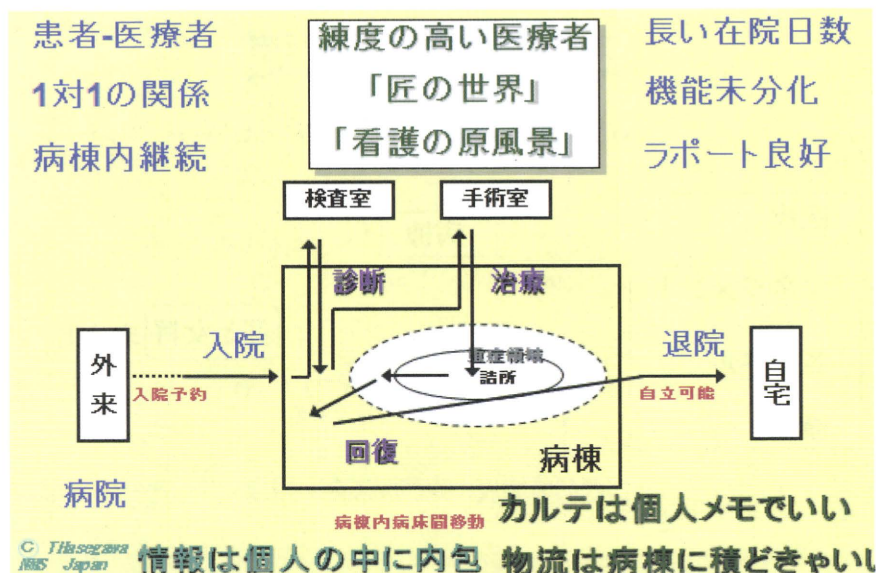
医療における「匠と女将」の世界は日本の伝統に根ざしたもので、素晴らしい文化ではある。しかし、「練度の高いパイロットが操縦する完成度の高い零戦が、次第に米軍機のチーム戦によって撃墜されていった」あるいは「完成度が高く長期無事故を誇る新幹線が、システムのマネジメントや研修システムを欠くがゆえに諸外国で売れない」といった、伝統ばかりでは通用しない事例は、枚挙に暇がない。

伝統の医療システムが崩壊した今、新たなシステムを、新たなチームの下に再構築する必要に迫られている。医療崩壊はある意味、システムの移行期を迎えたとも考えられる。では、そこで求められる長期展望とは何か。

近年、サービス産業の経営理論として、顧客や職員を巻き込んだ価値創造組織論（Value-Cocreating Organization Theory）や、サービス産業独特の構造、すなわち顧客と直接接するフロントステージとそれを支えるバックステージの機能を明確化し、統合するフロント／バックステージ理論（Front Stage／Back Stage Theory）が提案されている。これらの新たな概念を医療マネジメントの各レベル、すなわち、ねじれつつある患者と医療者の関係、職種間の関係、施設間の関係に応用することで、組織を活性化し、より安全で良質のケアを、効率よく提供できると考えられる。そこに日本人の創造力、産業界の実績をもってすれば、伝統を活かしつつ、新たなシステムやチームを構築することが可能なのではなかろうか（図 4）。

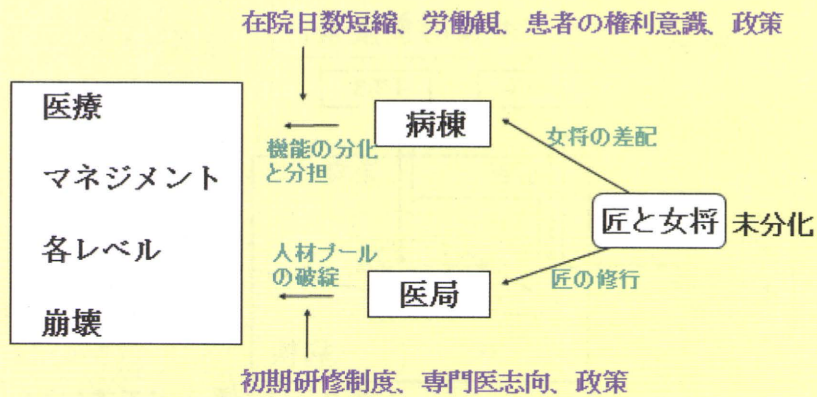
- 1) 長谷川敏彦：病院経営戦略，医学書院，2002
- 2) 長谷川敏彦（編）：病院経営のための在院日数短縮戦略，医学書院，2001
- 3) 長谷川敏彦（監）：クリティカル・パスと病院マネジメントーその理論と実際，薬業時報社，1998
- 4) 長谷川敏彦（編）：医療安全管理事典，朝倉書店，2006
- 5) 長谷川敏彦（研究代表者）：平成 19-21 年度総合報告書 厚生労働科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業 質効率と職業間連携を目指した病棟マネジメントの研究，2010
- 6) Hasegawa T, Karandagoda W(eds) : Change Management For Hospitals, Through Stepwise Approach, 5S-KAIZEN-TQM, First Edition, 2011
- 7) 小松秀樹：医療崩壊―「立ち去り型サボタージュ」とは何か，朝日新聞社，2006
- 8) Teboul J : SERVICE IS FRONT STAGE. INSEAD Business Press.New York, 2006
- 9) Ramaswamy V, Guillardart F : The Power of Co-Creation. Free Press.York, 2010







## 2つの核の崩壊



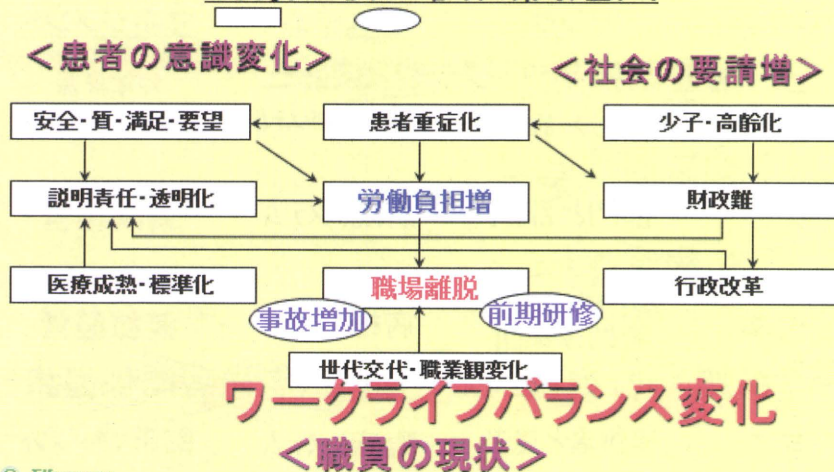
© T.Hasegawa  
RSM Japan

## この20(10)年におきた大変化

	匠と女将	関係性 きしみ ねじれ 断裂	信頼のチーム
社会対医療界	頼り (信頼・尊敬)	×	相互理解
施設対施設	自己完結 (未分化)	×	各施設機能分化 分担と連携
職種対職種	匠を支える (一方的)	×	分化分担チーム化 再構築
師長対病棟職	病棟お母さん (総合機能)	×	総合 分担と連携
医師対他医師	極端な専門分化 (そのくせ未分化)	×	能力ある専門化 分担と連携
患者対医療者	おまかせ (信頼)	×	説明納得 チーム一員

© T.Hasegawa  
RSM Japan

## 背景と引金要因関連図



© T.Hasegawa  
RSM Japan

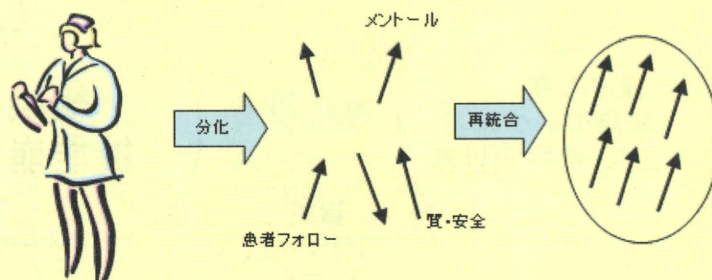
## 師長(病棟)の機能(役割)

ベッドコントロール	} 資源マネジメント	事務部門へ移行
看護師配置、勤務表、労務管理		
専門技術指導、提供	高度技術者	専門看護師へ移行
患者のフォロー	} 過程把握者	無くなった 専門部署へ移動
入院、IC、退院、死亡立会い		
質管理、事故予防		
教育者	厳しいお父さん	専門組織に移行
なぐさめ役	優しいお母さん、お姉さん、友人	ラットな支援
ロールモデル・メンター	専門家としての目標	無くなった??
患者の立場の理解と擁護	患者の代弁者	無くなった

© T. Hasegawa  
NHS, Japan

## 師長の機能

一つの人格の中に統合      バラバラに分散      チーム化



ベクトルの必要なし      ベクトルが不統一      ベクトルを統一  
過去      現在      未来

© T. Hasegawa  
NHS, Japan

## 医療マネジメントの各レベル

レベル      リンク      システム      マネジメント

**医療崩壊**

地域

地方医療ネットワーク崩壊

地域医療  
ネットワーク経営

病院

病棟崩壊

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

**医師キャリア崩壊**

臨床

提供者と患者

**医療者患者関係崩壊**

(人物金情報技術)

臨床ネットワーク

© T. Hasegawa  
NHS, Japan

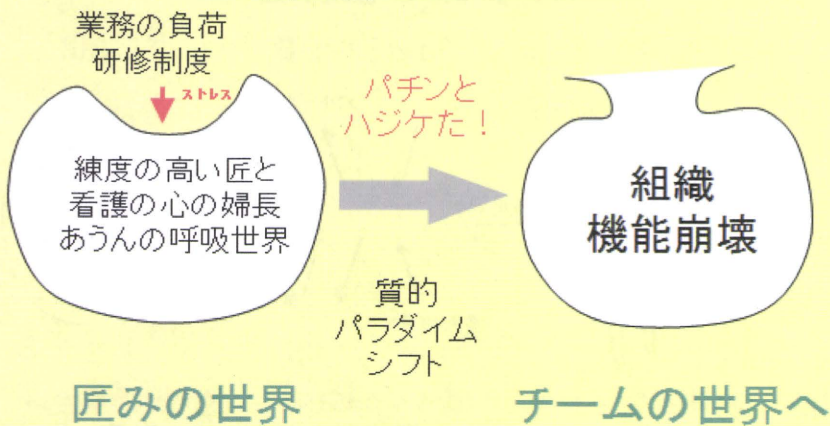


## この20(10)年におきた大変化

	信頼のチーム	関係性			匠と女将
		断絶	ねじれ	きしみ	
社会対医療界	相互理解		×		頼り (信頼・尊敬)
施設対施設	各施設機能分化 分担と連携		×		自己完結 (未分化)
職種対職種	分化分担 チーム化 再構築		×		匠を支える (一方的)
師長対病棟職	総合 分担と連携	×			病棟 お母さん (総合機能)
医師対他医師	能力ある専門化 分担と連携			×	極端な専門分化 (そのくせ未分化)
患者対医療職	説明納得 チーム一員		×		おまかせ (信頼)

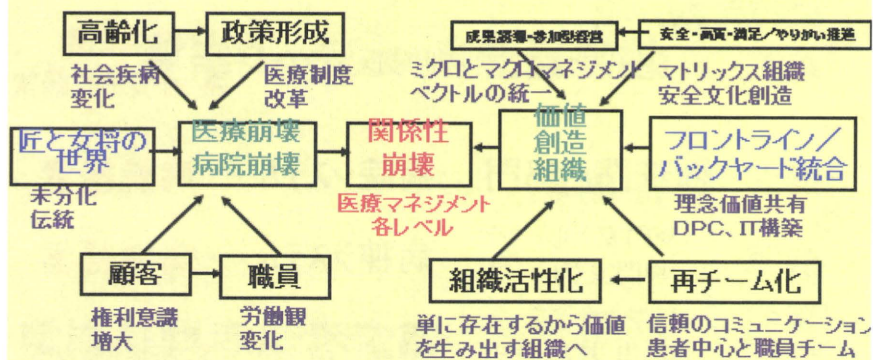
G. Hasegawa  
MBS, Japan

## このたびの医療崩壊



G. Hasegawa  
MBS, Japan

## 崩壊から創造へ



G. Hasegawa  
MBS, Japan