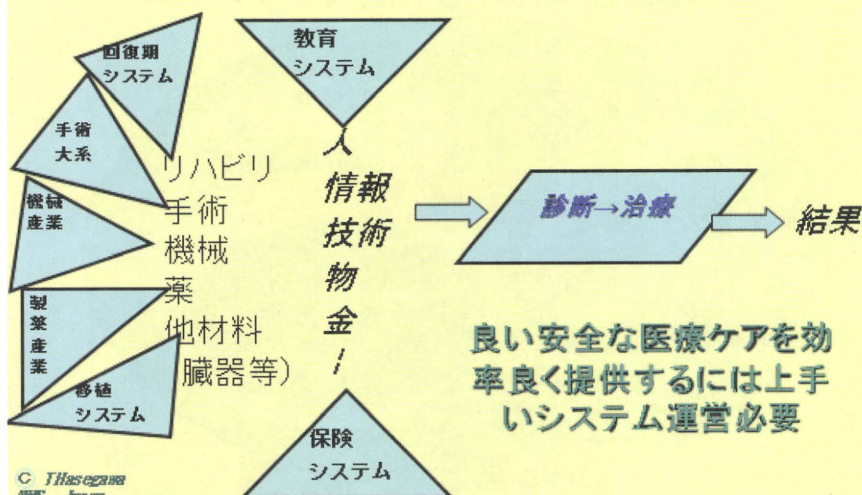


スキルミックスとチーム型

ケア	スキルミックス	チーム類型	医師の役割
生活習慣病管理	個人パターン (開業医中心) 疾病管理 (保険者中心)	運動、栄養 専門家	
在宅ケア	コーディネーター中心 介護、リハ 家族、地域重要	患者中心	
末期ケア	精神、スピリチュアル必要 家族、地域重要	みとり	?
救急ケア リハ 急性期ケア	救命士、看護 OT、PT、リハ医 多種多量 病院崩壊と共に 新しい組織構想必須	タイト	大

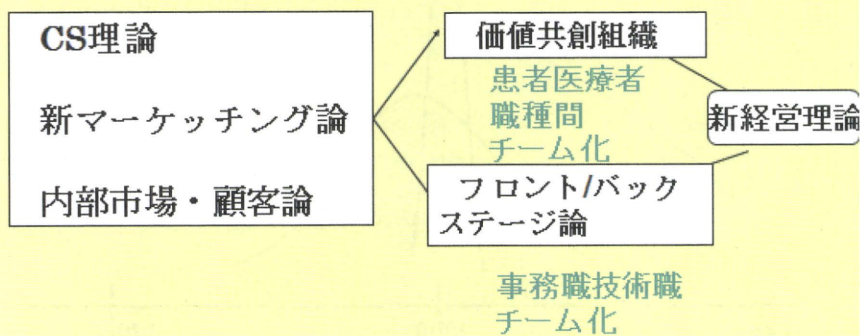
© T.Hasegawa
RSM, Japan

システムの統合-----効率的運営



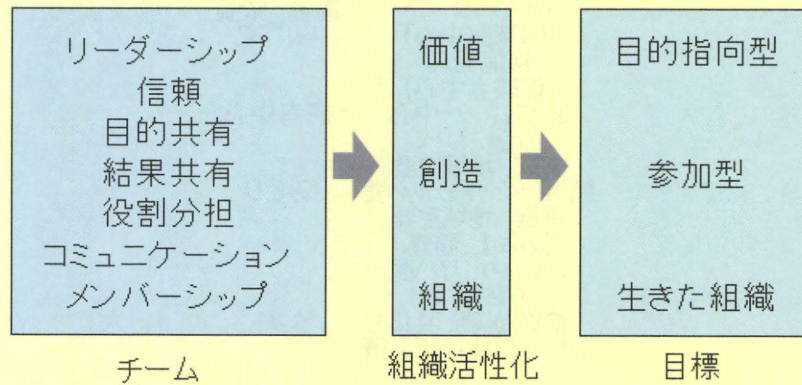
© T.Hasegawa
RSM, Japan

2つの新理論



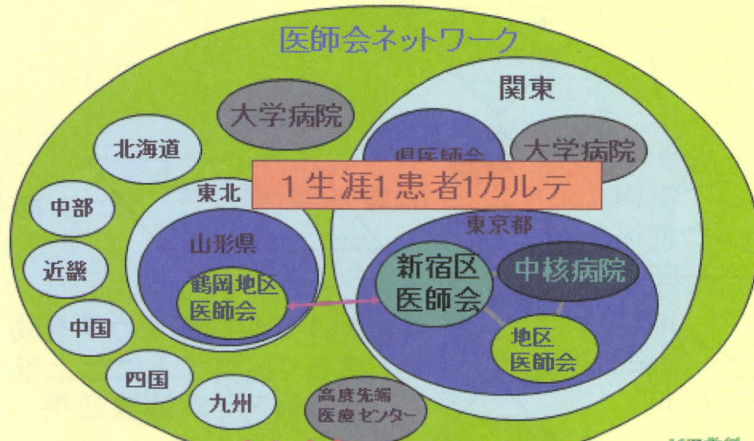
© T.Hasegawa
RSM, Japan

病院経営の言語では



© T.Hasegawa
NIPS, Japan

地域医療における病院情報システム

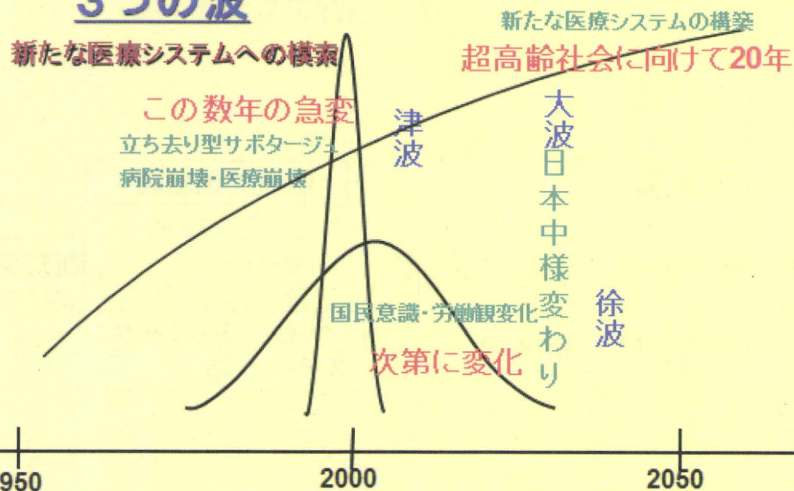


© T.Hasegawa
NIPH, Japan

MIT教授
秋山昌範より引用

継続には必須

3つの波



© T.Hasegawa
NIPH, Japan

V 総括

1. 基本的視点

業界の4分の3の人材は専門技術職で、免許職種だけでも二十数種にのぼるという業界は、他の産業界には稀で、世界にとっても各個人にとっても、社会からみた効率、個人からみた満足、両方の観点からプロフェッショナルなキャリアを支えるという視点が重要と思われる。確かに4分の1は非専門職で、恐らく事務職がその多くを占めると想定されるが、マネジメントの専門家として期待されるところが大きく、キャリア支援という観点からは同様の視点が重要である。

2. キャリアの視点

キャリア開発の過程を社会の側からみると、選抜育成、認定、質の担保・確保となり、個人の視点からみると、選択、学習、免許、就職、労働、退職となり、そこに職業人ではないプロセス、すなわち結婚、出産、育児、あるいは趣味、娯楽等の生活要素が加わることとなる。医療人材の場合、特に急性期病院での労働は厳しく、50歳過ぎの徹夜等を要する仕事の継続は難しく、一般には病棟業務を離れて管理職への道か、急性期以外の施設への転職が想定される。

キャリアパスの視点から捉えると、育成期、労働期、転職期、あるいは復帰期などそれぞれの期間と移行の課題が存在している。

元来、専門家は自己実現のために職種を選んだ人も多く、第2の人生から第3の人生の特徴を併せ持ち、特に物理的に50歳前後から明確に第3の人生の設計を必要とする。従って医療界は、女性が多いことも合わせて、女性の育児支援や第3の人生の組織化のパイロット分野でもあるともいえよう。

3. 社会の視点

大きな社会の視点からみると、日本の社会は大きく転換し、医療需要もこれからとは大きく異なると考えられる。日本は西洋近代医学をもとにする医政を確立してから約140年、19世紀に開発された西洋近代医学の医療とその医療制度をうまく有し、日本の文化と伝統に合わせて運営してきた。ものづくりを尊ぶ伝統の上に、匠を中心に、それを支えるお上がマネージしてきたと言い換えることもできる。しかし、国民意識の変化、低経済成長による財源の枯渇、高齢化による量的負担増、質的転換によって従来のシステムが崩壊し、新しい需要に摘要したチームとシステムによる医療が求められている。それにも増して、個々の専門家の労働観の変化により、新たなワークライフバランス、プロフェッショナリズムが求められているともいえよう。

4. 職種の視点

これから5年、10年をかけ、超高齢社会に必要なケアを担えるシステムの形成と人材の育成、そして従来の職種間の役割分担の再整備が必要で、それには従来の専門家の意識改革と、新たな教育が必要といえよう。次いでそれを担保する組織、意思命令系統、法的整備が必須である。当然、それには責任と労働に対応した給与体系の見直しも必要である。

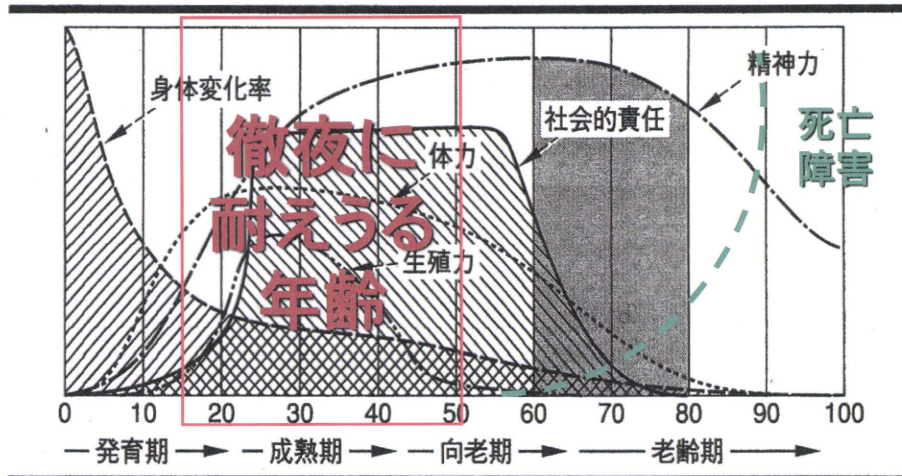
5. 地域の視点

今後の急性期医療は地方中核都市を中心に、地方中小都市や郡部をカバーするシステム整備がなされねばならず、全国およそ 100 存在すると推定される地方中核都市ごとに教育研修システムを想定する必要がある。専門家確保のためには、地域ごとの必要に応じた教育システムの設立と同時に、キャリアを積むための地方の魅力など地域全体の文化の独自性やレベルの高さが求められる。

6. 国際的視点

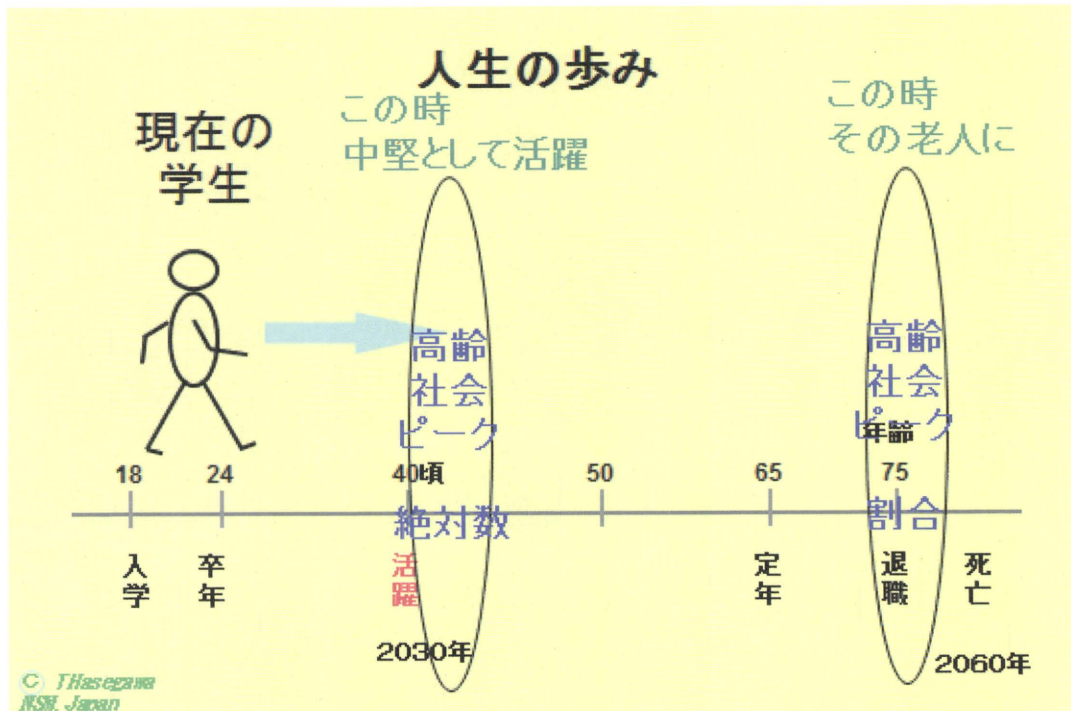
最後に、選抜と専門家の確保について、他産業とのバランス、あるいは外国からの導入に関する早急なる意志決定が必要である。東アジアは中国の高齢化と共に地域全体として医療保健福祉の人材が不足すると考えられるからである。

図 99 生涯における体力, 生理機能および精神力の変化と社会的責任



(吉田寿三郎：1981. を一部改変)

© T.Hasegawa
NMS, Japan



© T.Hasegawa
NMS, Japan

医療需要将来推計

A. 供給推計

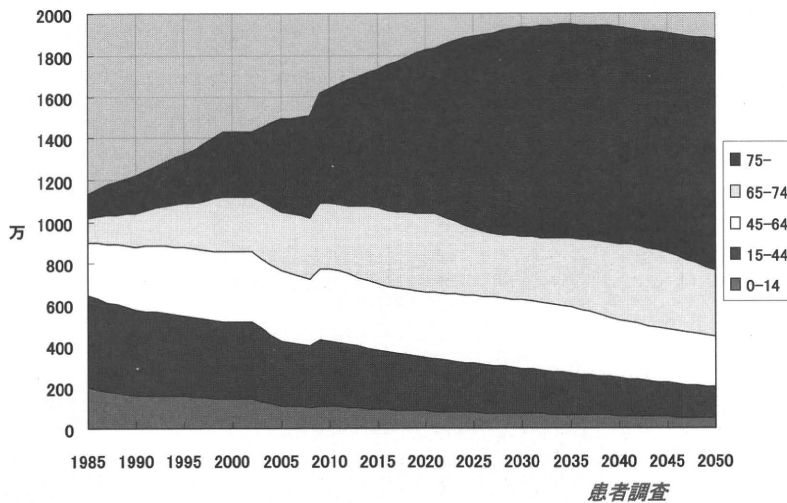
1. 退院患者数

データ：1983～2008 年患者調査のデータから性年齢階級別退院回数と人口推計より、人口当たり性・5歳階級別の年間退院数を算出。

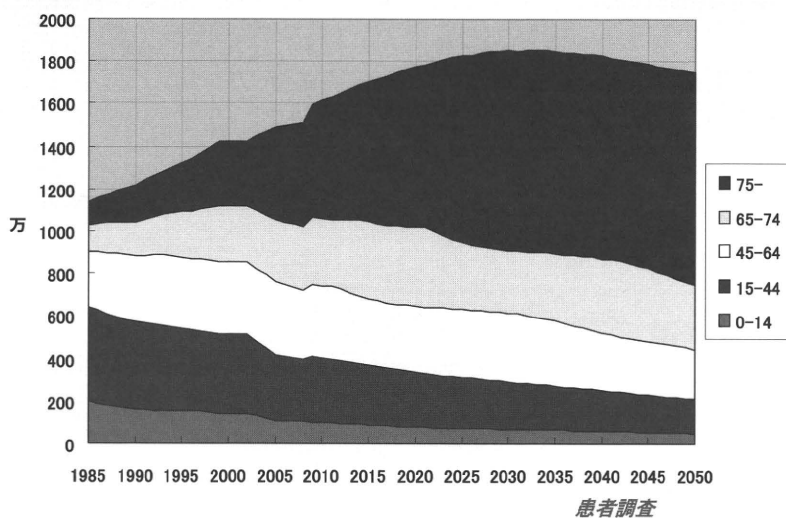
方法：一人当たり年間退院数を 2008 年度データによって固定したもの（固定法）と 1983 年～2008 年のデータを対数回帰し、2050 年までの変化を将来推計するもの（回帰法）の 2 法を用いて、それと社会保障人口問題研究所による性年齢階級別推計人口を掛け合わせて、推計。

結果：2010 年比で、2030 年の退院回数は、17%増（回帰法）15%増（固定法）

退院患者数推計(回帰法) 年齢階級別



退院患者数推計(固定法) 年齢階級別



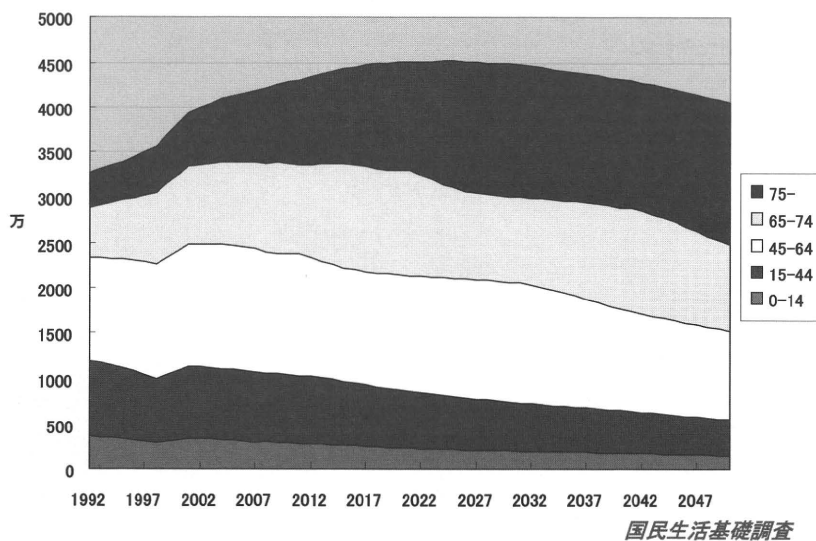
2. 有病者数

データ：1992～2007年国民生活基礎調査の患者の過去1カ月の通院状況を有病者としてもち、性・5歳階級別の有病者率を算出。

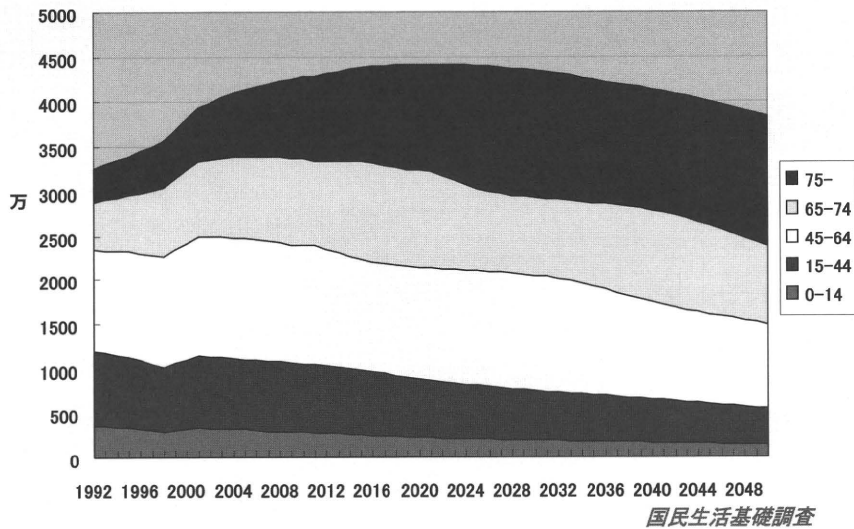
方法：有病率を2007年データによって固定したもの（固定法）と1992～2007年のデータを対数回帰し、2050年までの変化を将来推計するもの（回帰法）の2法を用い、それと社会保障人口問題研究所による性年齢階級別推計人口を掛け合わせて、推計。

結果：2010年比で、2030年の有病者数は、5%増（回帰法）2%増（固定法）

有病者数推計(回帰法) 年齢階級別



有病者推計(固定法) 年齢階級別



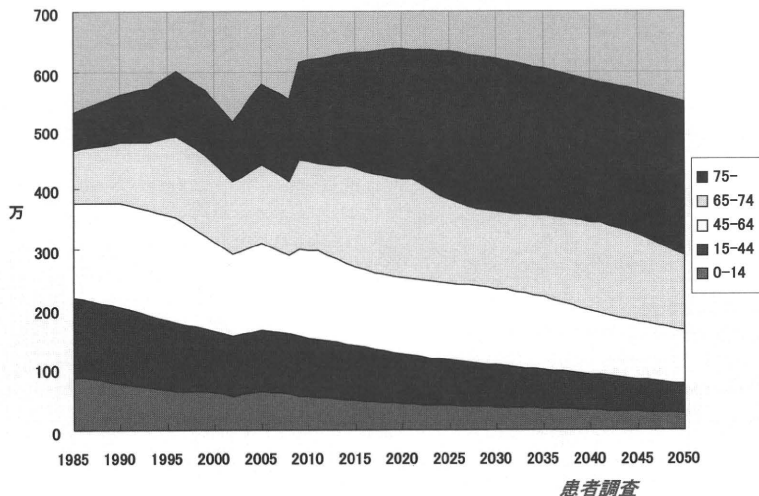
3. 外来患者数

データ：1983～2008 年患者調査のデータから性年齢階級別外来回数と人口推計より、性・5歳階級別の人口当たり年間外来数を算出。

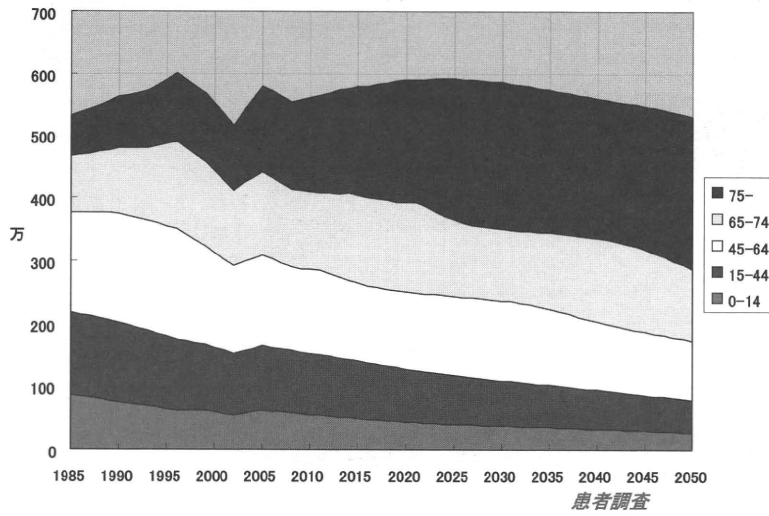
方法：一人当たり年間外来数を 2008 年度データによって固定したもの（固定法）と 1983 年～2008 年のデータを対数回帰し、2050 年までの変化を将来推計するもの（回帰法）の 2 法を用いて、それと社会保障人口問題研究所による性年齢階級別推計人口を掛け合わせて、推計。

結果：2010 年比で、2030 年の外来件数は、増減なし（回帰法）4%増（固定法）

外来患者数推計(回帰法) 年齢階級別



外来患者数推計(固定法) 年齢階級別



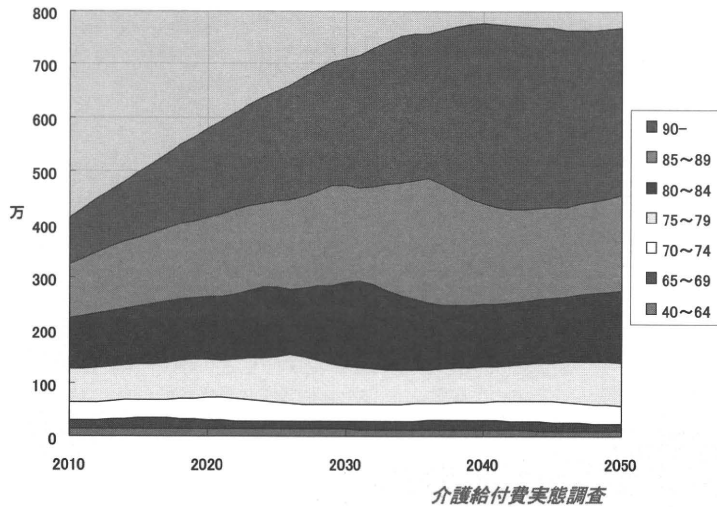
4. 障害者数

データ：介護給付費実態調査の2009年10月月報の要支援・要介護者を障害者として用い、性・5歳階級別の障害率を算出。

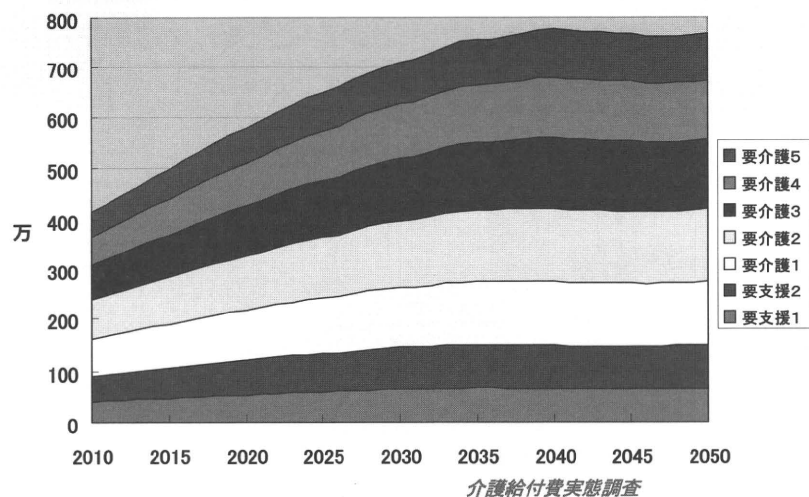
方法：2009年時点での性年齢階級別障害率に、社会保障人口問題研究所による性年齢階級別推計人口を掛け合わせて、推計（固定法）。

結果：2010年比で、2030年の障害者数は、72%増（固定）

要介護・支援者数推計(固定法) 年齢階級別



要介護・支援者数推計(固定法) 年齢階級別

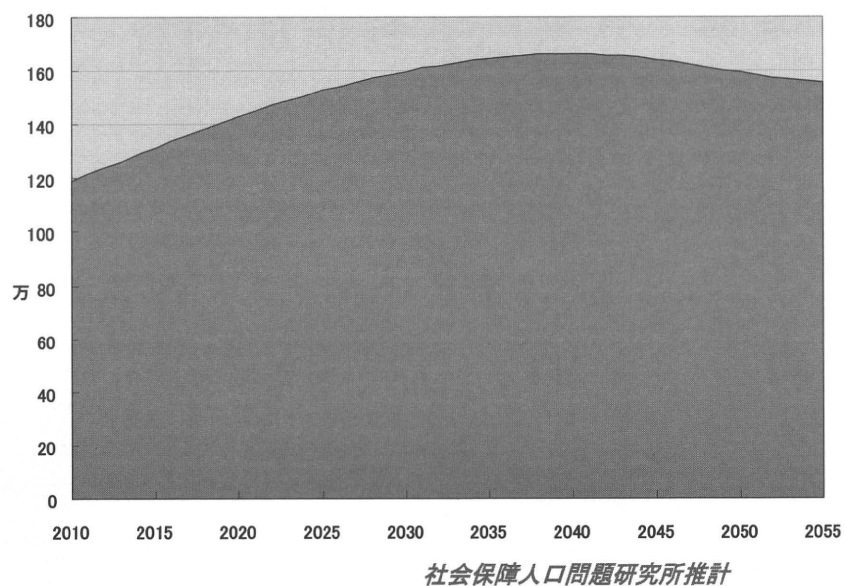


5. 死亡

出所：社会保障人口問題研究所による、中位推計

結果：2010年比で、2030年の死亡者数は、34%増

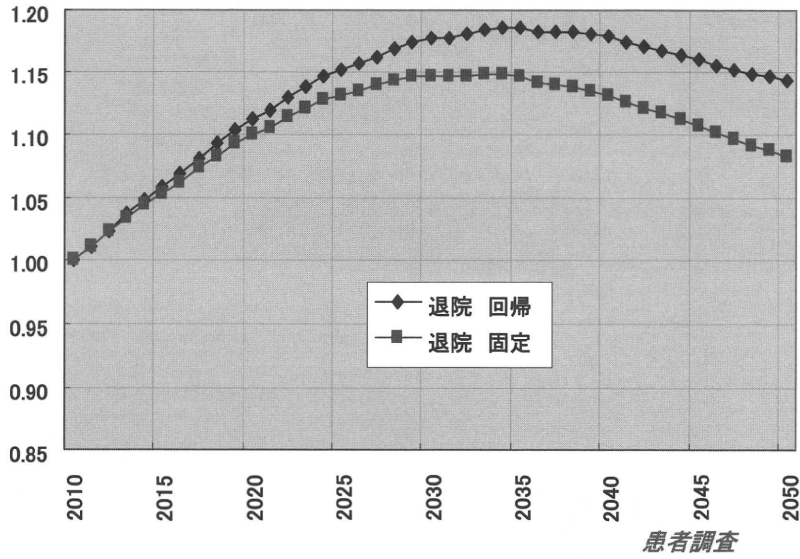
死亡者数



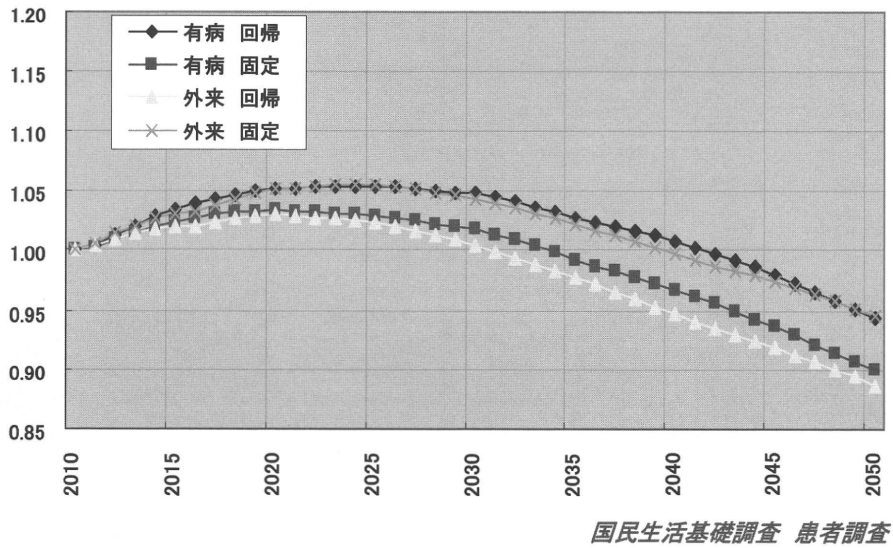
6. 総括

1) 退院、有病、外来患者数变化割合

退院患者数増加割合

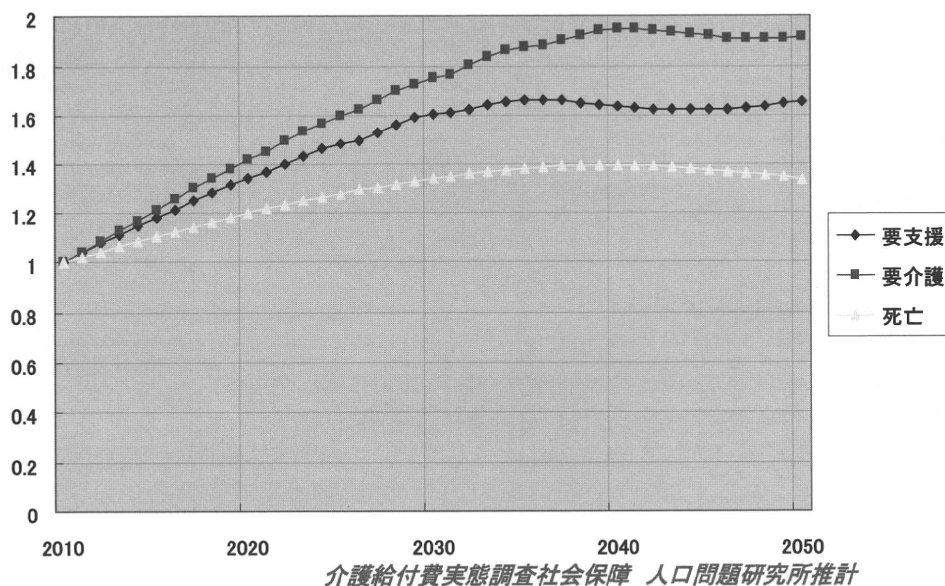


有病、外来患者数増加割合



2) 要支援・要介護・死亡数変化割合

要支援・要介護・死亡者数増加割合



3) 2030年増加率と推計値総括表

	2030年の2010年比 (増加率)	2030年の推計値 (上限)
退院	15~17%増	約1950万件(年)
有病	2~5%増	約4500万人
外来	0~4%増	約585万件(日)
障害	72%増	約710万人(要支援含)
死亡	34%増	約160万件(年)

B. 供給推計

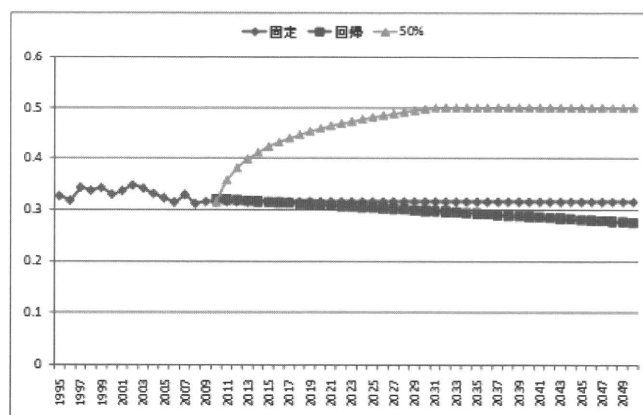
供給の推計に関しては、単純に総医師数の推計に限定した。実際には、男女の労働時間の相違やフリーター医師の増加などの現象を組み込んで、医療供給を出来る実数を検証する必要があるが、今回はそこを考慮せずに、医学部定員の増加や男女比の変化が医師数、構成状況にどのような変化を与えるかを検討した。

1. 女性医師割合の推計

女性医師割合の将来推計を行うにあたって、3シナリオを想定した。

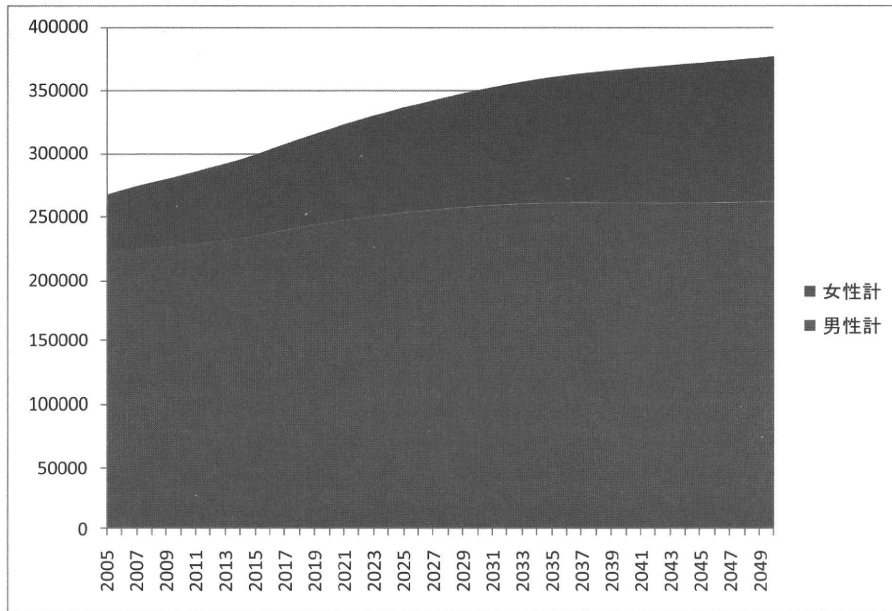
- ① 新年度の医学部入学者の男女比を固定（固定）
- ② 1995～2008年のデータを用いて回帰式を作り、その回帰式で将来の入学者の男女比を推計（回帰）
- ③ 2030年に男女比が50%になると想定し、現在との間を対数関数で結び、推計（50%）

男女比 3シナリオ

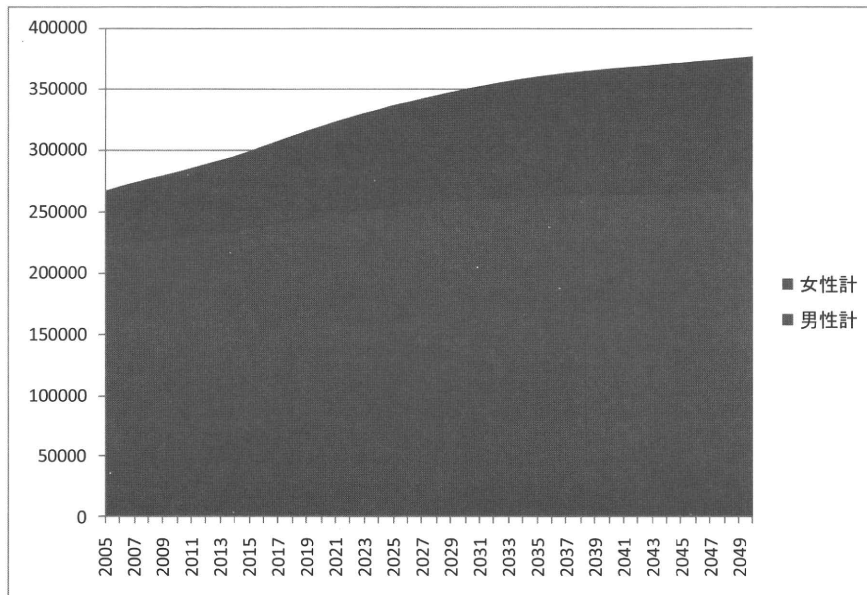


結果

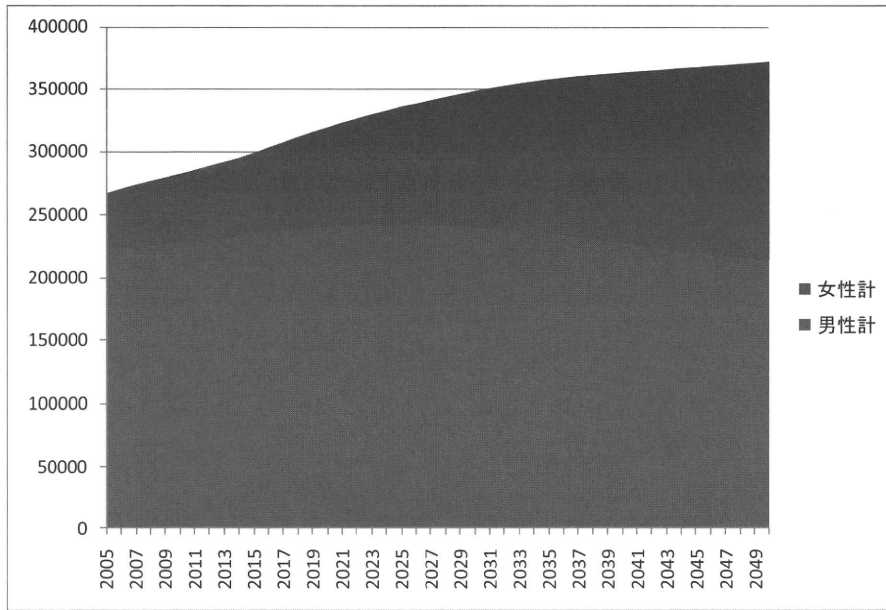
① 固定



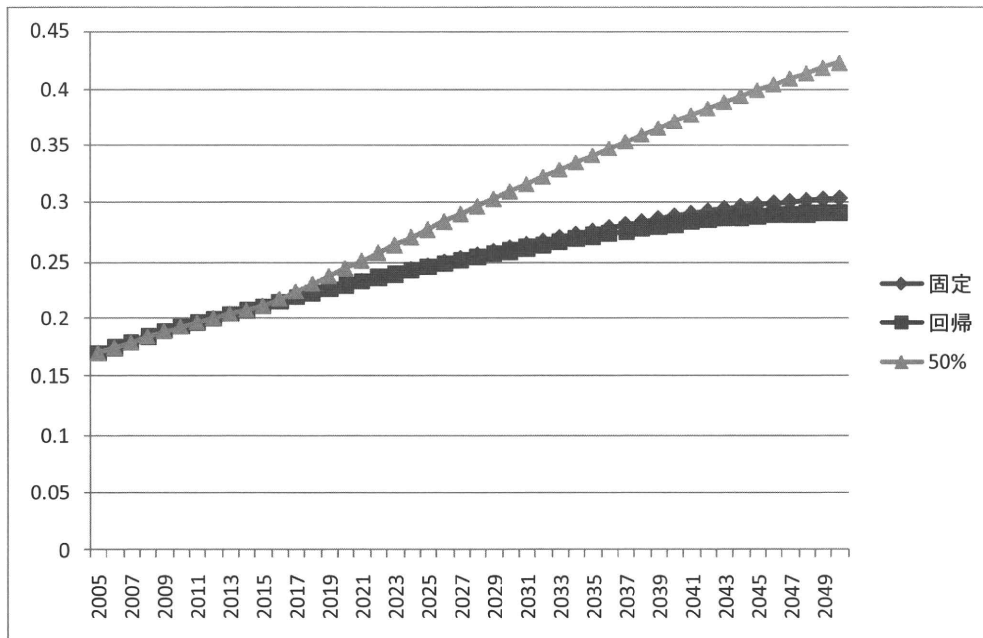
② 回帰



③ 50%



3 シナリオにおける女性割合を比較したものが下図である。



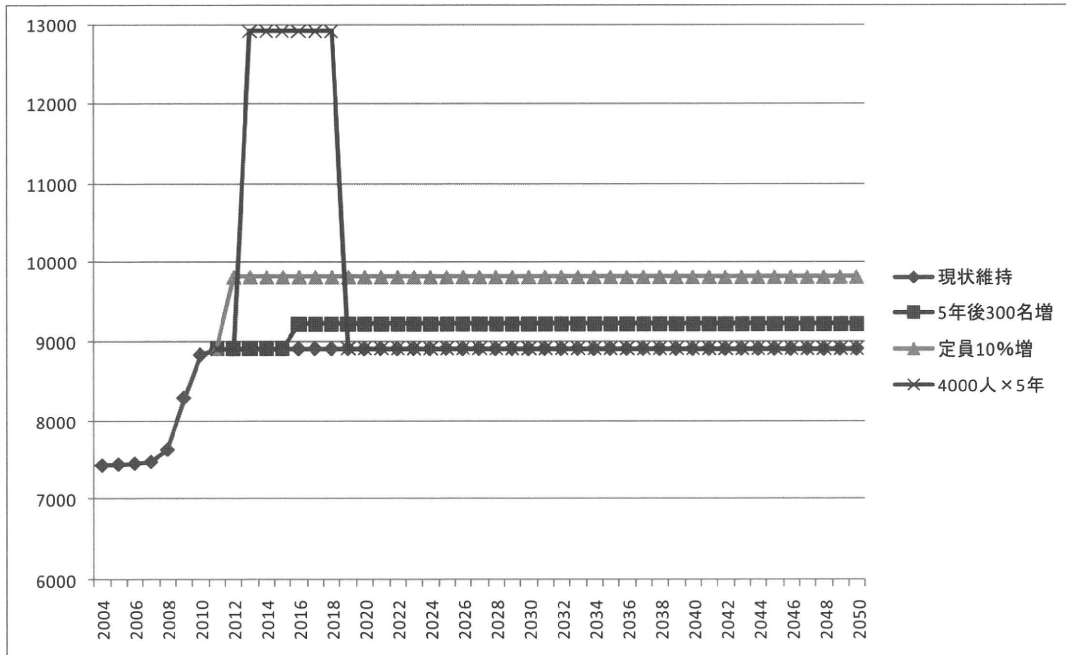
固定・回帰には大きな結果の差異はなく、2050年ごろに30%程度に到達する水準である。一方、50%にした場合は、増加を続け、2030年に30%を超え、2045年頃には40%を超える。

2. 医学部定員増の影響

医学部定員数に関しても、4つのシナリオを構築した。

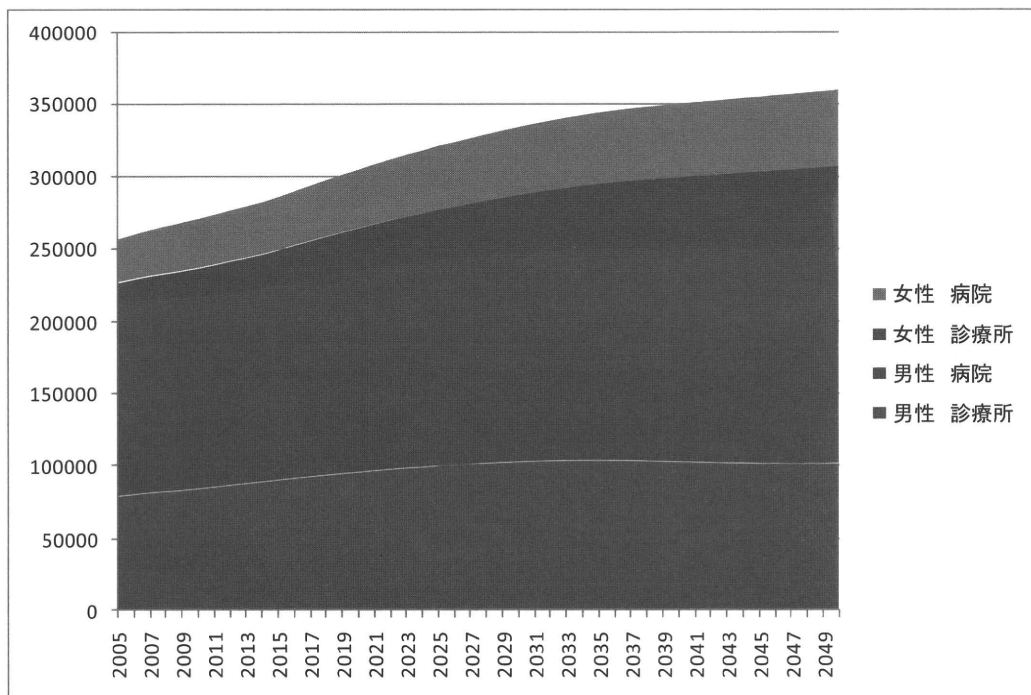
① 現在の医学部定員を維持

- ② 5年後に300名増加
- ③ 翌年より定員を10%増加
- ④ 2年後より定員を4000名増加させて、5年後に元に戻す。

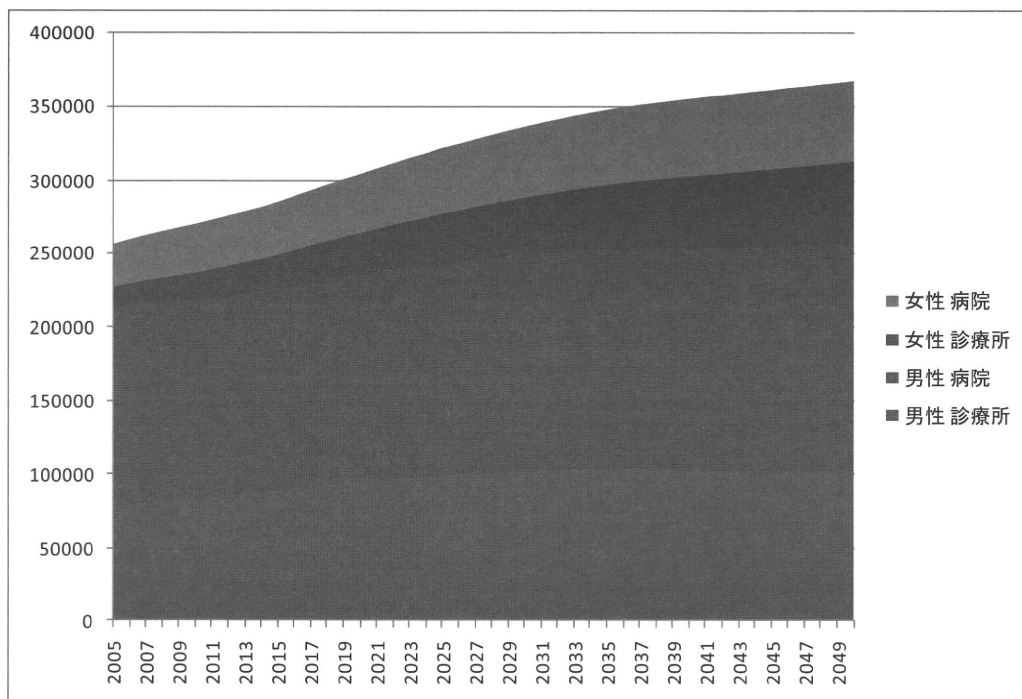


結果

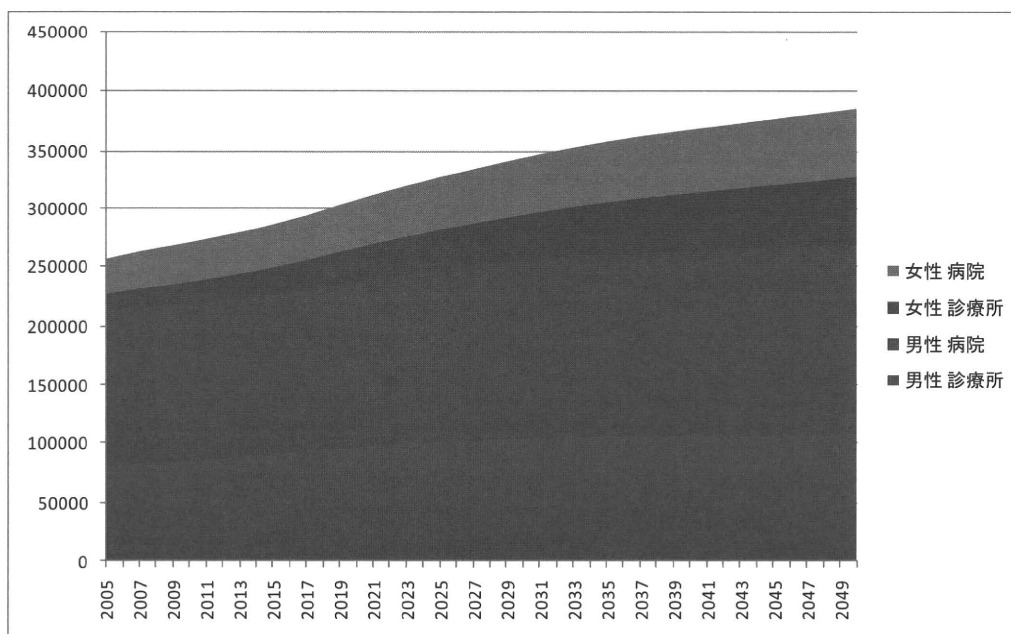
- ① 現在の医学部定員を維持



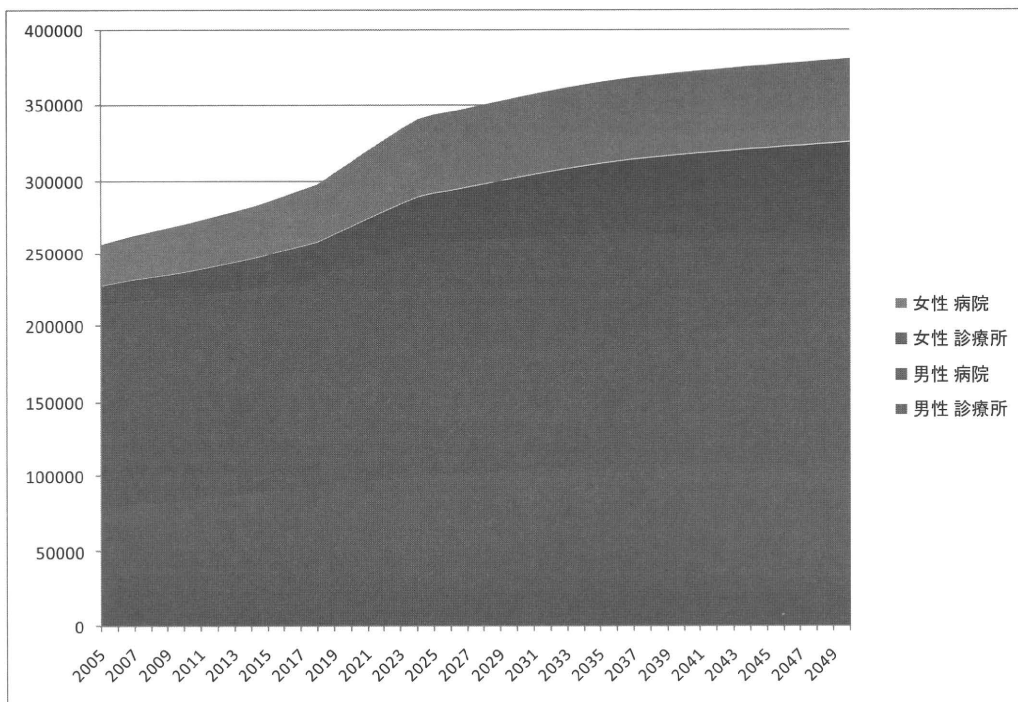
② 5年後に300名増加



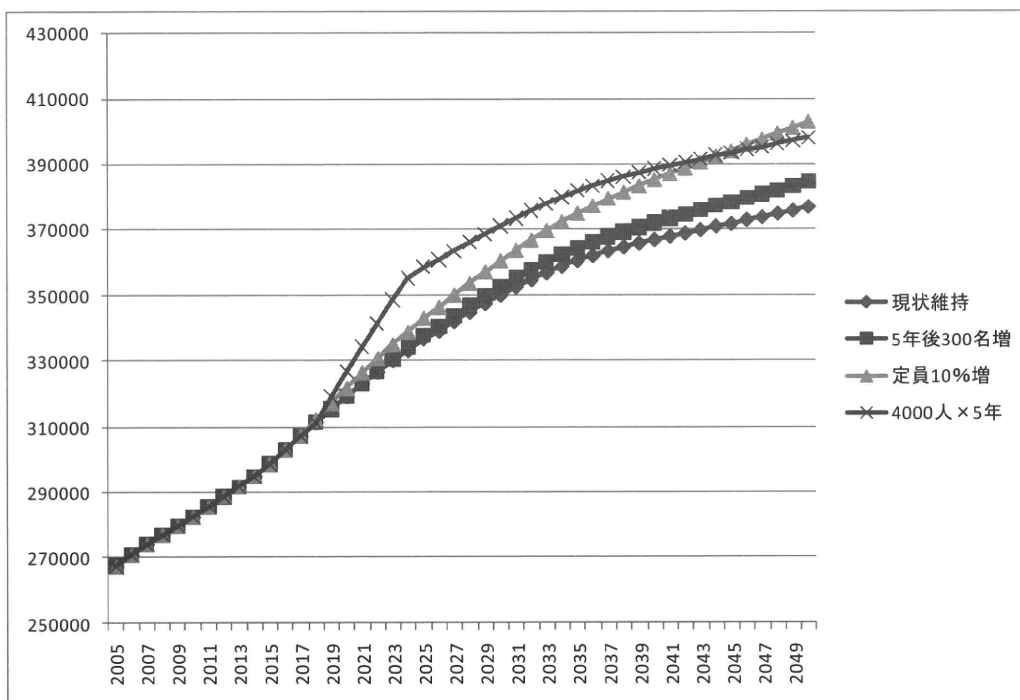
③ 翌年より定員を10%増加



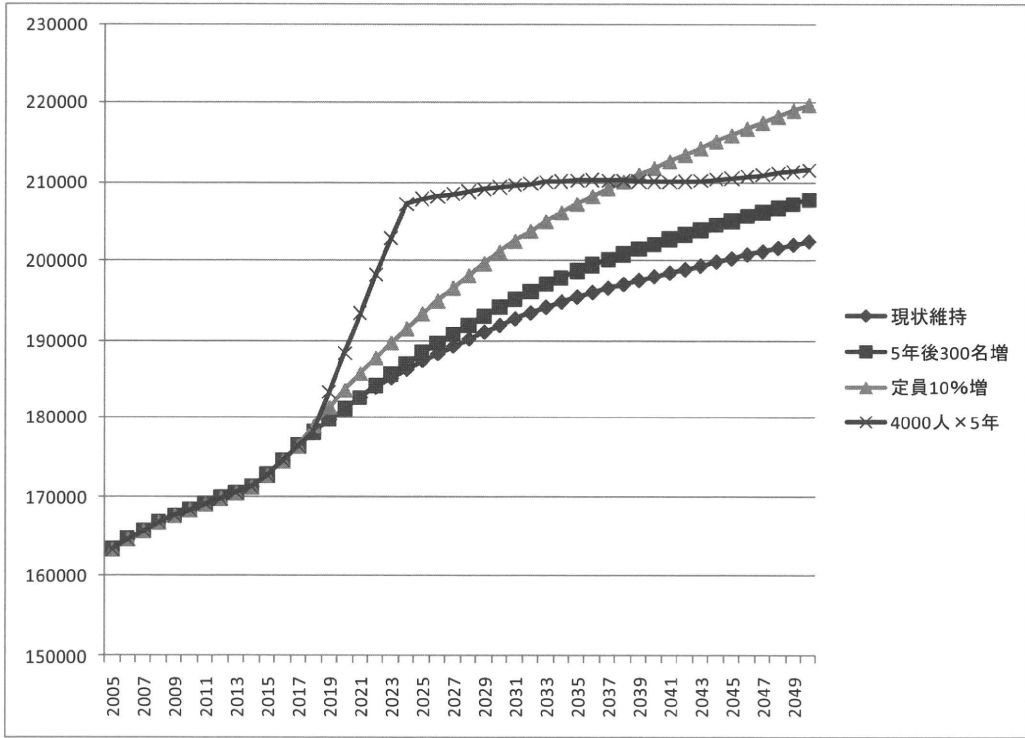
④ 2年後より定員を4000名増加させて、5年後に元に戻す。



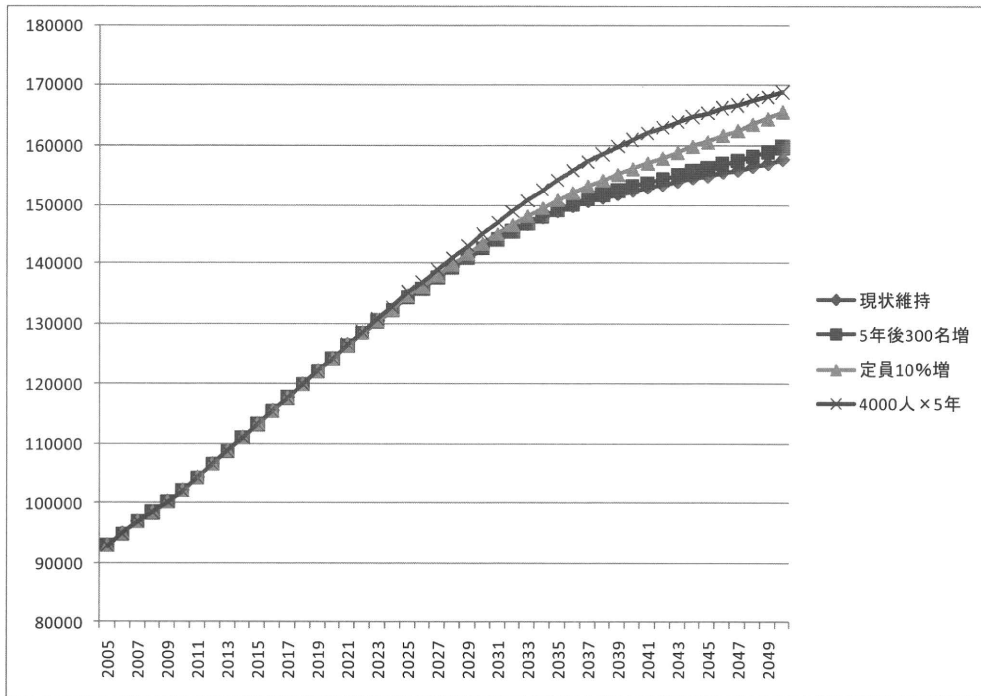
4 シナリオの比較 医師総数



4 シナリオの比較 病院医師数



4 シナリオの比較 診療所医師数



各国推計モデルの比較



米・豪・加の医師需給 バランスの歴史的経緯

- ~1980年代 医師数増加政策
- 1980年代~ 医師過剰への懸念
- 1990年代~ 医師不足？
- 2000年~ 医師不足を見込んだ定員増加や医学校新設