

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り止められる。「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発明された。⁵⁾ 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。⁶⁾

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。⁷⁾ 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。⁸⁾

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、そして単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「継続的に個人々人を支援する」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、これからの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。⁹⁾

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定母体が複数あること、地域が複数の自治体にまたがるが多く、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。¹⁰⁾

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少量生産へと転換、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。(図5)

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しうる。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。(図6)

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。(図7)¹¹⁾

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しうる。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。(図8)

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の組織ではなく、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、治療が終る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。患者を中心に個人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。¹²⁾ 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。¹³⁾

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。¹⁴⁾ 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・ミルトスウエイト, エイドリアン・ワールドリッジ, 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

図 1

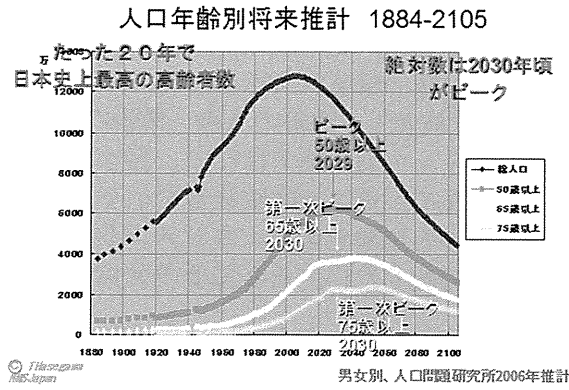


図 2

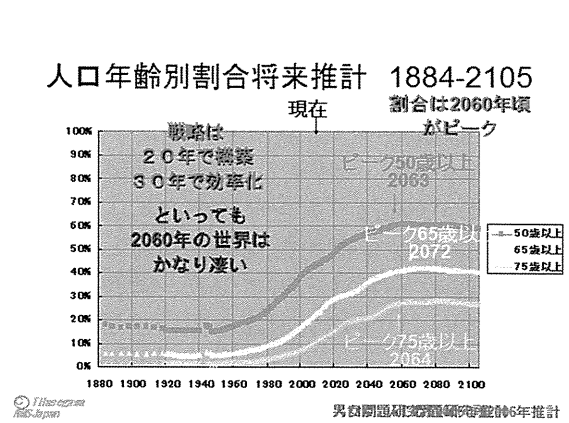


図 3

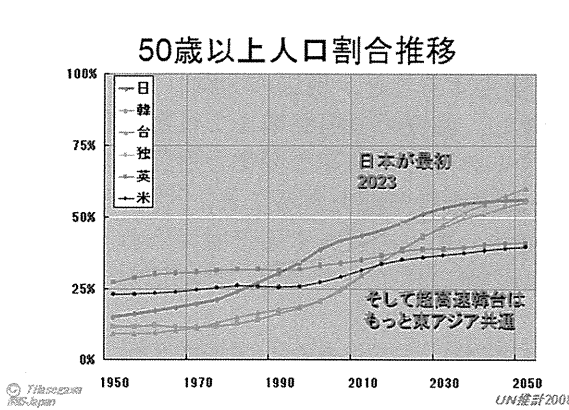


図 4

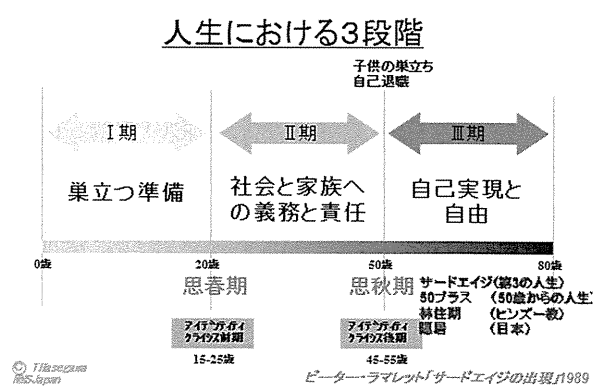


図 5

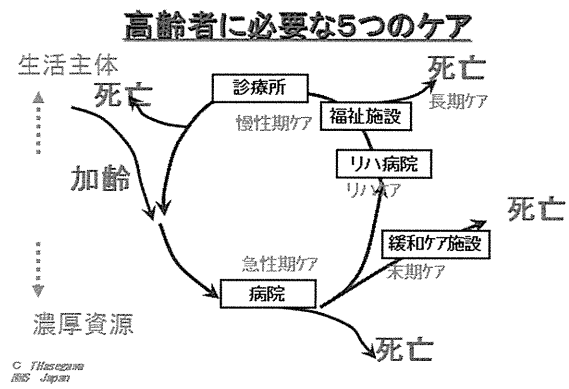


図 6

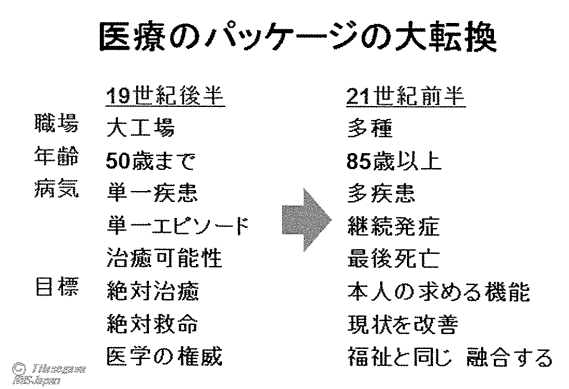


図 7

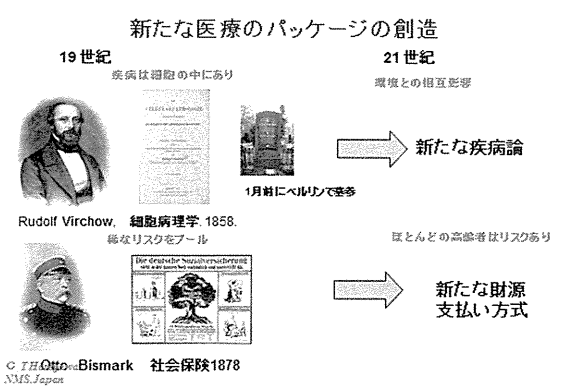
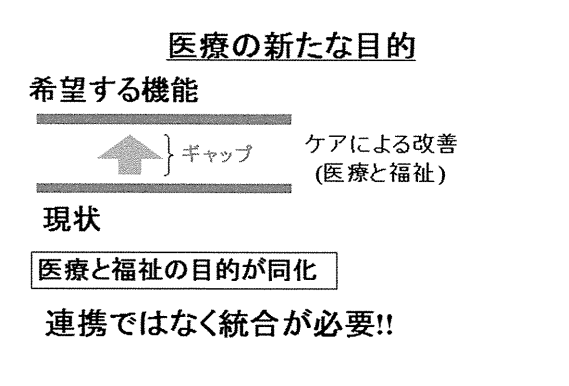


図 8



Ⅲ 医療崩壊と再生「匠と女将の世界から『チームとシステム』へ」

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。(図 2)

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らうか。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が限られているので、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週間前後に収敛してきており、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週間に収敛してきている(図3)。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(図4)

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つではなからうか。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5)。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らうか。(図6)

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、システム的な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。

(図7) 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、職種間関係、施設間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らうか(図8)。

文献

- 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—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, Guillard F: The Power of Co-Creation. Free Press. York, 2010

図 1

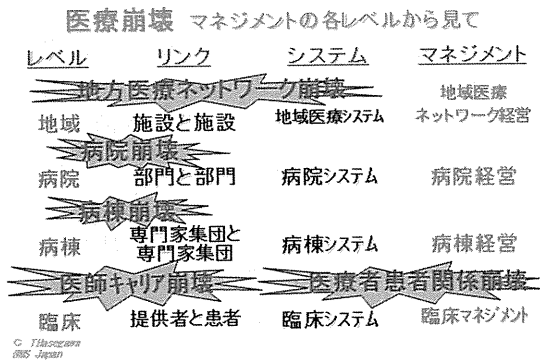


図 2

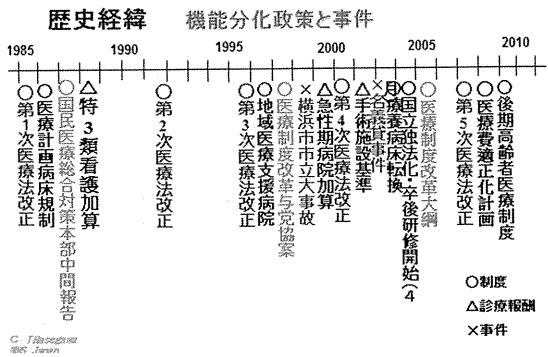


図 3

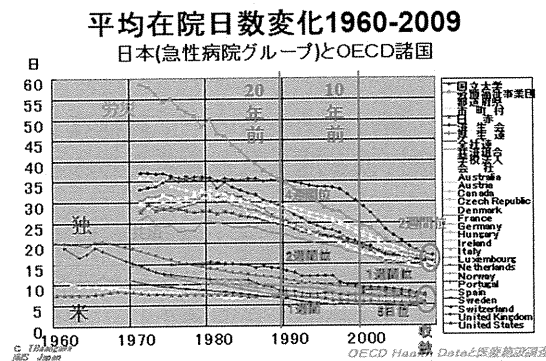


図 4

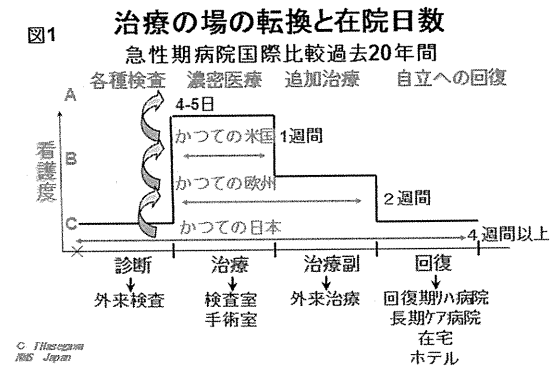


図 5

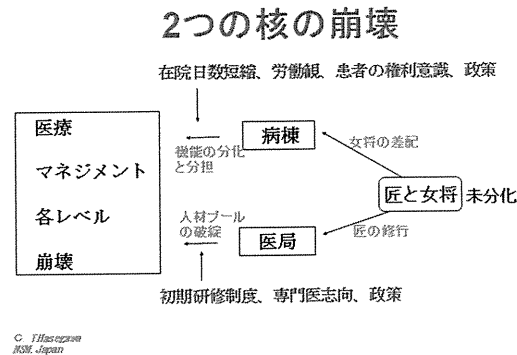


図 6

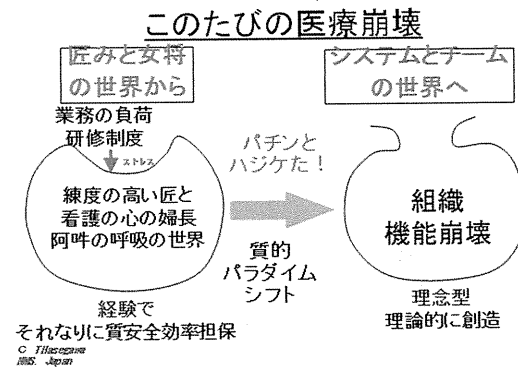


図 7

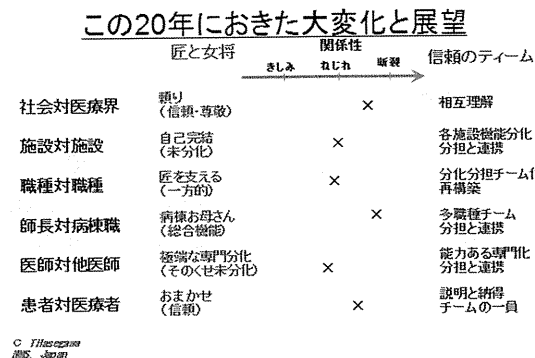
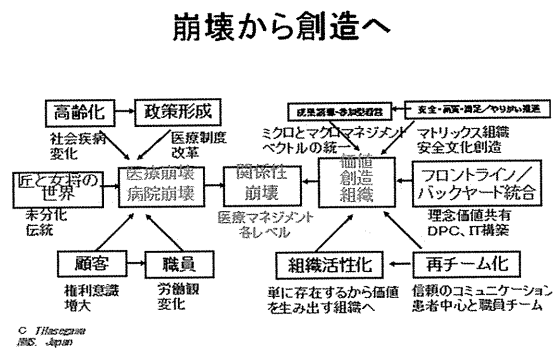


図 8



IV 価値創造組織への戦略的前衛 「医療安全」

1. はじめに

あれから10年あまり、日本の医療安全は本当に確保されたのであろうか。

1999年に大学病院で起きた患者取り違い手術、そしてそれに続く数々の不祥事をきっかけに医療事故がメディアを賑わせ、社会問題とさえなった。それまで個々の医療者や病院に任されていた医療事故防止は一挙に医療界全体の課題となったのである。厚労省からは次々と患者安全政策が打ち出され、2002年には制度として全国の全ての病院、有床診療所に院内医療安全体制が整備されるに至った。

偶然か必然か1999年には米国医学院（IOM）から国際的影響を及ぼした報告書「人は間違うもの」が出版され、2004年にはWHOによって世界患者安全連盟（World Alliance for Patient Safety）が結成されて医療事故の予防は、もはや人類的課題となった。その新たに提唱された活動は、従来の医療事故の事後の対応つまりリスクマネジメント「訴訟対策」から大きく転換し、病院システムとして組織的に予防に取り組むセフティマネジメント「医療安全」の考え方に基いている。

しかし医療事故は果たして減ったのであろうか。病院幹部は「増々厳しい患者の目、文化の違う新入職員、資源に見合って事故は減っているか、訴訟対策に役立っているのか？」と、職員も「手間のかかる事故報告、これがどう役立つのか？気をつけてもついでにミス、患者と接する日々、訴えられるのが心配」との嘆きも聞こえる。実務上の責任者、安全管理者も「分析提言をしても幹部は聞いてくれない。リスクマネジメントに引き込まれて、一体医療安全管理者の仕事は？」と一種のアイデンティティクライシスも見受けられる。

世論と政策に押されて導入され構築期を終えた医療安全もここに来て、ほぼ同時期に進行した病院経営の大転換とあわせてもう一度根本から捉え直してみる必要があると言えよう。本章では院内3つの階層の疑問に応え、医療安全の前進のために全く新たな提案を試みたい。

2. 医療安全の課題

1) 医療安全の過程

医療安全とは一言で言うと「病院内にフルプルーフ・フェイルセーフシステムを構築する」ことである。「人は間違うもの」である以上なるべく間違いを減らし、間違っても患者への損害をシステムで防止することが必要である。そのためのこのシステムは5つのステップからなっている。問題の起こりうる「過程を排除」するか、作業を「容易化」、「負担減」して起きそうな場合を「検出」し、起きた場合は「影響緩和」する5段階である。このシステムを立ち上げるに際しても、その脆弱性を検出するにも現場職員からの「過誤や事故」の報告が必須である。そのためには自己の不利の可能性があってもシステム改善のためには報告する安全意識、安全に留意して対策の推進に協力する安全文化の醸成が安全管理の前提となる。

安全管理者は職員や他部門からの報告、患者からの苦情、あるいは院内回診等の積極的な調査を用いて安全上の問題点を「把握」し根本原因分析（RCA）や故障モード影響解析（FMEA）等の手法を用いて改善課題を「分析」し、フルプルーフ・フェイルセーフシステム原理を用いて「解決」法を考案し、適当な部署にそれを提案「介入」というサイクルを回すこととなる。（図1）個人に事故の責任を押し付けるのではなく、その経験から学んでシステムレベルで解決してゆく思想である。（図2）

2) 医療安全の歴史

実はリスクマネジメント「危険管理」が比較的早くに病院経営に受け入れられたのに比して、このセフティマネジメント「安全管理」が提唱されたのはつい最近、米国においてである。

病院のリスクマネジメントは1975年米国で起きた医療訴訟多発クライシスに対抗してハーバード大学病院グループが、当時企業で使われていたリスクマネジメントの手法を導

入したのが始まりとされる。セフティマネジメントは前述の報告書「人は間違えるもの」の中で大々的にその考えが提唱された。報告書作成委員の一人であったハーバード大学のパーウィック教授は 1990 年代からの医療の質改善運動のリーダーで、リスクマネジメントとクオリティマネジメントをつないだ概念を「医療安全」として委員会に提案した。確かに質と安全はコインの裏表である。統計的に見ると、分布のはずれ値の部分となる事故が減少すると全体の品質平均値である質は上がり、質が上がれば事故が減少する。事実、医療事故は一般産業における不良品と考えることが出来、産業界では不良品を減らすこそが品質管理の第一歩とされている。

3. 医療安全の問題

実は医療安全システムには構造的な問題が存在し、医療安全管理者の悩みを生んでいると思われる。

医療安全のサイクルは現状の把握、分析即ち求心性(Afferent)回路は強力だが、解決を提案、介入する遠心性(Efferent)回路が弱い。(図1) 介入すべき安全課題の解決の主体が安全部門内に存在しないことが多いためである。安全管理者にとっては解決が判っても執行できず欲求不満が募る。そこでその問題点をマネジメントの3つのレベルで詳しくみてみよう。(図3)

1) 病院幹部

医療安全は定義の上からも多くの解決法がシステムレベルで執行されず、病院幹部の意志決定に委ねられる。せっかく良い提案が出来ても院長が理解がない、事務部長が技術分野に疎いとかで採用されないこともある。逆に院長が熱心でも提案が現実的でないケースもある。

トップマネジメントと安全部門は文化が異なり、経営の全体像や資源情報が乏しく、いきおい提言に限界もある。相互の理解なくして提言は生きない。

2) 既存組織

医療安全は院内の全ての組織に関わる課題である。権限の割り振りが不明確で新参者の安全管理者を悩ませることとなる。しかし安全に関係する院内感染や労働衛生など部署が既に存在している。既存組織からすれば新参者が何をいうかという雰囲気もあり、権限の割り振りが不明確で安全管理者を悩ませることとなる。

3) 現場

個別の課題はそれぞれ関係する現場に直接下ろせば改善する。課題が一巡すると横断的取り組みが必要となる。おそらく安全の活動が成果を上げれば上げるほど活動は改善一般にシフトし、改善そのもののシステムと部門の確立即ち広義のクオリティマネジメントをシステムの構築が必要となる。

4. 医療安全の組織

1) ラインかスタッフかマトリックスか、それともメタマネジメントシステム

「医療安全部門はラインかスタッフか」はよく議論される。ラインでないことは明らかで病院幹部に提案することからスタッフ的組織にみえる。しかし全組織に横断的に関わることからマトリックス的組織ともいえる。しかも院内のマトリックス的組織を更に横に串刺しにしたいわばメタマトリックス組織ということになる。しかも新たな組織で定着してゆく過程で病院の文化や活動を変えてゆく前衛的組織といえる。

医療安全管理者の悩みは自らの組織がラインとして完結すると錯覚することからきている。メタマトリックスをマネジメントとするメタマネジメントと割り切れば展望が開ける。この分野はこれまで研究されて来なかった。安全管理者間で蓄積した経験からメタマネジメントのノウハウを集め学合い収集することが必要である。

2) リスクマネジメント(危険管理)クライシスマネジメント(危機管理)との関係

安全管理は危機管理や危険管理とは異なる活動で、異なる組織で担われるべきである。医療事故分野に留まらず盗難等の総合的対応部署でもある。危機管理は危険管理のうち重篤で緊急に対応が必要な場合で、問題毎に手順を作成し、あらかじめ訓練しておくことが必要である。

医療事故に関しては、医療安全管理者も積極的に支援すべきである。小さな組織では特

にその必要がある。しかし、組織と活動を区別しないと安全管理者の力を充分引き出す事が出来ず疲労感と混乱が残る。

3) クオリティマネジメント (質管理) との関係

安全管理で解決すべき課題は質管理にシフトしつつある。しかしその受け皿がない質管理も日本は未発達だからである。更に安全の課題は効率の課題ともつながっている。

実は一般産業でのクオリティマネジメント (質管理) は質に留まらず業務改善、生産性の向上を含む幅広い概念で統合的推進されることが多い。現場も安全とか質とかから入るのではなく働きやすさ、仕事のやりがいから出発した方が全社的取り組みになじみやすく長続きする。事実スリランカで開発されアフリカ 15ヶ国で現在進行中の統合的質管理活動(TQM)は、5S/KAIZEN/TQMと3段階で推進し、当初は質安全より働きやすさの改善に重点を置き成功している。少なくとも5Sはすべての側面を改善する可能性があり、日本での応用が望まれる。

5. 医療安全の戦略

以上から、医療安全は「大きな理念を掲げ、病院の経営戦略全体の中に位置づけて戦略的に推進すべき課題である」ことが見えてくる。

医療の安全管理は院内の全組織に働きかけて新たな安全のシステムを構築すること、そして院内の文化を変えていくことである。連載第一回で提案した価値共創型組織に変えていく前衛部隊といえよう。そのためには長期的ビジョンを持ち、戦略に基づいて一つ一つの階段を進めていくことが必要である。これまでは事故の報告を受けて介入することが多く反応型の活動に陥りやすかった。また達成度合いを測る良い指標がないことから計画が立てにくかった。しかしであるが故に逆に戦略的計画が必要ではなからうか。導入過程が明確な技術的課題や根回し雰囲気づくりが必要な総合的課題などメタマネジメントのパターン毎の戦略も想定しモジュール化すると有用である。今後の安全管理者は分析などの技術的な能力よりシステムのメタマネジメントの能力が要求されるといえよう。

6. 関係のリスクマネジメント

1). 臨床マネジメントとは

職員の患者との関係づくりの不安は確かに故あることだ。実は臨床のマネジメント過程は3つの側面を有しており医学校や専門教育では第一の側面のみしか教えない。ここでその3つを解説する。より現場の臨床レベルでのリスクマネジメントの提案をしたい。(図4)

① 疾病リスクマネジメント

医療行為は実は疾病・診療・関係の3つのリスクマネジメントを同時に推進する過程である。実は医療行為の本質は「疾病によるリスクをいかにマネジメントするか」に外ならない。(図5) 患者が提起した問題を予後変数を持つ疾病として診断し予後可変なの介入をEBMに基づいて選択し説得して執行する過程なのである。(図6) 近代西洋医学は特定の病因に有効的な治療によって予後リスクに介入する。その結果としてターゲット以外に影響を及ぼし副作用を生じる可能性が高い。近代医学の発達はその副作用を少なくすること、そして副作用の少ない診療を選択することの歴史であった。

② 診療リスクマネジメント

その歴史過程を後戻りすると理想の診療結果と現実の間にギャップが生じる。たとえば未熟な診療あるいは過誤そして不可避な副作用によってそのギャップが生じると考えられる。(図6) そのギャップは医療者の臨床的努力および病院のシステムの支援によっていかに少なくしていくかが診療リスクマネジメントである。医療の安全管理や質管理こそこの診療マネジメントに相当する。

③ 関係リスクマネジメント

しかし医療行為は太古の昔からまずは医療者の信頼関係がチームとなり目的を共有して信頼関係を築くことから出発する。最初の関係の構築がなければ効果がそこなわれ、誤解を生じて不信感を呼ぶ。良い関係は医療の全ての基礎だといえよう。(図7)

2) 関係のリスクマネジメントの3段階と信頼のコミュニケーション

ミスや事故を起こしていないにも拘わらず訴えられるケースもあれば、ミスが明確な場合でも訴えられないことがある。その謎を解く鍵が「信頼のコミュニケーション」である。

古来、医療行為は人類誕生から今日まで「治す人」と「治される人」の信頼関係、つまり目的を共有するチームの上に成り立ってきた。つまりコミュニケーションは単なる「情報の受け渡し」ではなく、互いの応答を前提とした情報を共有するための「関係作り、チーム作り」に他ならない。(図8)

まず、形成されたチーム「価値共創組織」の上に、医療の不確実性を「リスクコミュニケーション」により共有すること、そして事故により損なわれそうになった関係には「真実告知」により確保し、壊れた関係を「メディエーション」によって修復する、3段階のアプローチが必要とされている。(図6)

7. 統括

以上の分析により、院内の3つの階層にそれぞれ以下の提言をまとめた。

1. 病院幹部
リスクマネジメント部門の確立により、危険、危機管理に対応
クオリティマネジメント部門により、質安全効率を総合的に管理
セイフティマネジメント部門の役割を理解し、関連部門への連携を支援
2. 安全管理者
セイフティマネジメントシステムの構造的問題点を理解
病院幹部へのプレゼンテーションに経営的観点を加えて工夫する
メタマネジメントのパターンとスキルを学ぶ
安全戦略を策定し、進行管理する
研修等により現場の臨床リスクマネジメントを支援する
3. 現場
臨床リスクマネジメントの3つの側面の全体像を理解する
関係リスクマネジメントのスキル、特に患者や職種間の信頼のコミュニケーションを学び、進める
総合的クオリティマネジメントを理解し、推進する

参考文献

1. World Alliance for Patient Safety WHO 2004
2. 米国医療の質委員会/医学研究所著 (医学ジャーナリスト協会訳) (1999) : 人は誰でも間違える より安全な医療システムを目指して、日本評論社
3. 米国医療の質委員会/医学研究所著 (医学ジャーナリスト協会訳) (2002) 医療の質一谷間を越えて 21世紀システムへ、日本評論社
4. 長谷川敏彦(2002): 医療安全政策の国際動向とその方向性(総論)、病院 61(5)、402-406
5. 長谷川敏彦 (2002) : 医療安全の基本概念、保健医療 51 (3)、108-113
6. ジェームズ・リーズン著 (塩見弘監訳) (1999) : 組織事故、日科技連
7. AS Relman (1988) : *Assesment and acoutability. The third revolution in medical care*, N Engl J Med;31
8. 長谷川敏彦企画監修 (1998) : クリティカル・パスと病院マネジメント、じほう
9. 長谷川敏彦編 (2002) : 病院経営戦略、医学書院
10. 長谷川敏彦編 (2006) : 医療安全管理事典、朝倉書店
11. 長谷川敏彦 (2010) : 医療安全の基盤、信頼のコミュニケーション、医療安全 7 (1)、10-13
12. 平成 21 年度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「医療安全推進に必須の組織文化(安全文化)の測定および簡便な有害事象把握手法の開発と活用」報告書
13. 米国医療研究品質局編 (長谷川敏彦監訳) (2003) : 医療安全ハンドブック③より安全な医療を求めて、メヂカルフレンド社
14. WHO Guidelines for Safe Surgery World Alliance for Patient Safety 2008
15. John Reiling (2007) : *Safe By Design*, Joint Commission on Accreditation of

Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace

16. Hasegawa T, Karandagoda W(eds) : Change Management For Hospitals, Through Stepwise Approach, 5S-KAIZEN-TQM, First Edition, 2011
17. 長谷川敏彦(2011):病院崩壊からの再生－「匠と女将の世界」から「価値共創組織」へ
一、病院、医学書院、70(4)、296-299

図 1

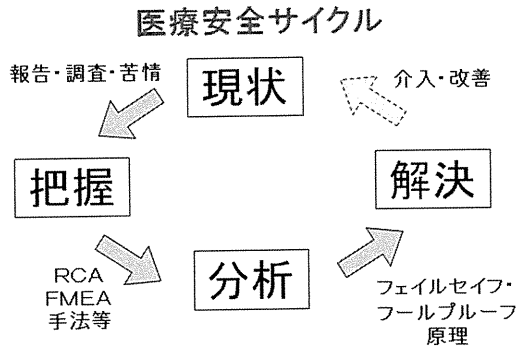


図 3

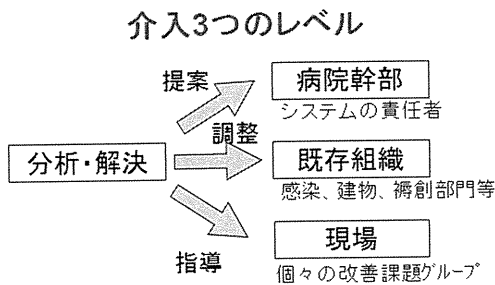


図 5

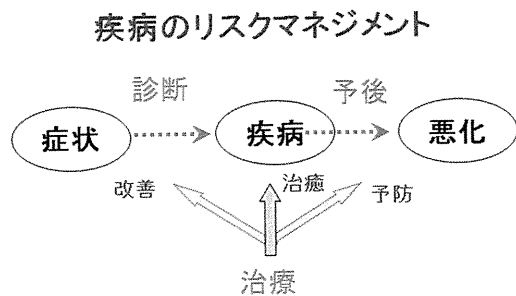


図 7

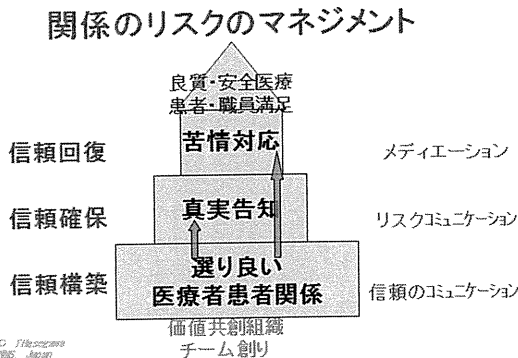


図 2

図2-4

Foolproof化Failsafe化の原理

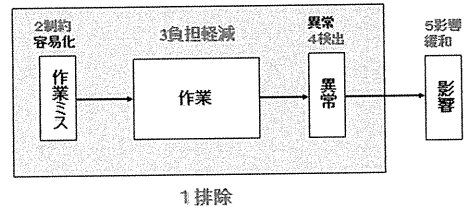


図 4

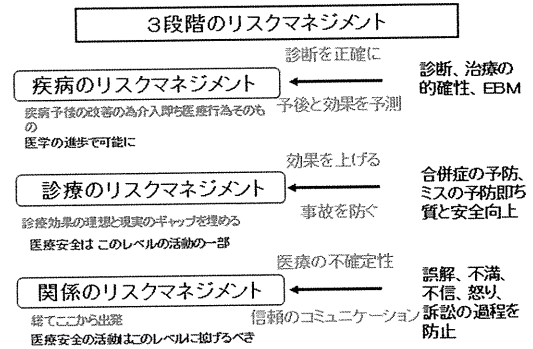


図 6

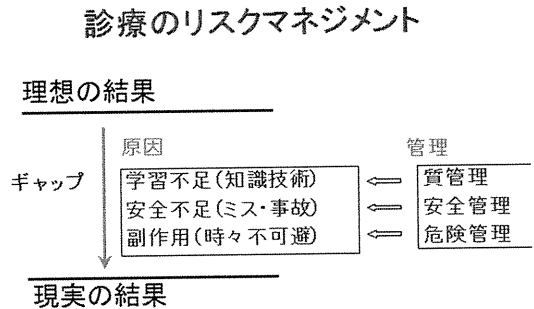
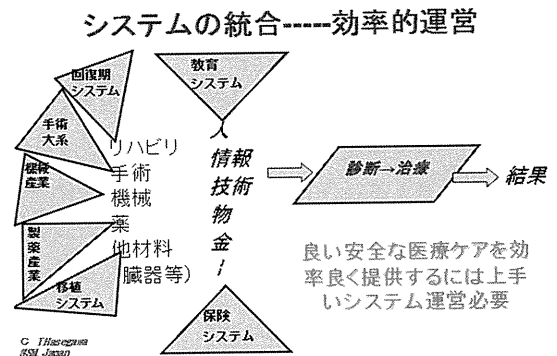


図 8



V 構造転換する連携—医師による「施設間」から個人の「ケア」の連携へ

1. はじめに

本章では大きなパラダイムシフトを起こしつつある連携について、その「医療政策の歴史と連携」を3期に亘って「連携概念のパラダイム転換」を3つの視点から「地域医療システムと連携」からまとめ、今後の在り方を提言したい。

2. 医療政策の歴史と連携：3つの焦点

このような大転換期、これまで医療界も行政も対応してこなかったわけではなく、むしろ積極的に取り組んできたようにみえる。1980年代から今日までの数十年は活動の焦点がほぼ10年毎に3つの段階に移行した。第1期「かかりつけ医」機能強化のための連携、第2期「病院経営」のための病診連携、第3期「患者中心」の医療のためのシステム連携である(図1)³。

1) 第1期；1980年代中頃から1990年代中頃

まず連携の始まりは「診療所」が焦点で、診療所の「かかりつけ医」機能強化のために、患者を病院に紹介する連携だった。1980年代半ば頃から、医師会が主導で行政がそれを支援する形で活動が始まった。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」推進モデル事業がその集大成であった。この事業の背景として当時の診療所医師の中核をなす「医師の団塊の世代、軍医層」が高齢化し、進行しつつあった第二次技術革新に対応困難となっており、病院の診断機器や診療機能を利用できるよう支援し、連携を進める意図があったと考えられる。

実はこの事業の背景には、1986年厚生省に「家庭医に関する懇談会」が設置され、今後の開業医のあり方が議論されたが不調に終わった事件がある。そのあと両者の共通課題がかかりつけ医の推進だったのである。結果としてこの事業をきっかけに開業医と病院との結びつきが強まったことは、第2期の病院主導の連携の基盤となっている。

しかしこのような事件が、実は今日の日本のプライマリ・ケア未発達の問題に尾を引くことになった。

2) 第2期；1990年代中頃から2000年代中頃まで

第2期の焦点は「病院」に移動した。

1987年に出された厚生省の医療政策案「国民医療総合対策本部中間報告」の中で日本の在院日数が世界の中で異様に長いことが指摘され、病院と福祉施設の機能分化政策が打ち出された。診療報酬や医療法の改正により、経済的と法律のインセンティブが導入された。

2000年の介護保険制度の成立で病院機能も大きく見直され、2001年第4次医療法改正により療養病床の創設、2003年老人病院廃止、2006年医療制度改革で療養病床削減・福祉施設への転換と次々打ち出され、急性期と長期ケア施設機能分化と連携の政策が出そろったといえよう。

行政、病院幹部共に想定外だったのは医師の反乱である。2000年代中頃、若年医師の立去型サボタージュや初期研修開始に伴う大学からの医師の引き上げで、医師業務改善、負担軽減が経営の大きな課題となった。外来患者の返送、逆紹介による患者減のためが目的で復び病診連携の重要性が見直された⁴。

この期は「病院経営冬の時代」と言われ、病院の経営戦略の重点も順次移行した。まず1990年代には経営の効率化による「収支の改善」が、2000年代からは当時社会問題となった「安全・質の向上」、そして2000年代中頃からは「医師確保と業務改善」にシフトしていった。しかし、在院日数の低下、機能の分化と強化、そして連携の課題はこの間経営戦略の基調として続いていた⁵。

3) 第3期；2000年代中頃から

第3期の焦点は「患者」である。

1期、2期が提供側の論理で進められたのに比して、ここ数年間は大きく変わる患者側の需要への対応が連携推進の理由がなりつつある。

例えば2007年の第5次医療法改正では医療計画の中で4疾患に関して、その自然史にそった施設の連携を図るとし、2008年の診療報酬改定でも地域連携クリティカル・パス評価が始められ、大腿骨頸部骨折、脳卒中、がんと2年毎に順次導入されるに至っている。2006年に成立したがん対策基本法でも各県で地域連携クリティカル・パスを策定することとなっており、切れ目のない医療の提供が政策目標となっている⁵。

しかし、これらの政策はまだ焦点が患者というより個別の疾患にとどまっている。日本の医療はここ5-10年で様変わりする。いや中核都市の近郊ではすでに始まっている。高齢者では多くの場合、疾病が単一でなく、ケアの需要が継続して変化するいわゆるケアサイクルに入って最後死亡する。焦点は個々の患者に移らなくてはならない。加えて第2期をとうして入院患者のケアプロセスが分断されてきている。今こそ日本は、個別のケアのレベルで、院内外をつなぎ患者を支える医療システムの構築を始める歴史的な時点に立ったといえよう。(図2)

3. 連携のパラダイム転換：3つの視点

新たな連携の構築は実とはとてつもない課題である。患者本人にも真の需要が理解できない場合もあり、常に動く個人の需要をタイミングよく的確かつ効率的に供給と結びつける社会システムの創造を意味するからである。

そこで「課題の構造」「目標」「概念」について考察してみたい

1) 連携の新たな構造

従来の医療の需給マッチングは患者が医療者（施設）を選択することから始まる形をとる。日本の場合、患者の自由選択に任せられ、1対1の関係で成立してきた（図3）。選択だけを見れば限界はあるが市場型で、医療機関もそれに合わせたブランディング・マーケティング経営を進めてきた。ただ医療は患者と提供者間で情報が非対称で、市場はうまく機能しないとも言われている。一方、市場は神の手により個々の自由な選択が社会全体の厚生（ウエルフェア）を高め、競争により効率と質が担保されるとも言われる⁴。

いずれにせよ日本は市場型だが、消費者の民度が高く患者によって診療所や病院が比較的うまく使い分けられてきたようにみえる。そして的確な情報が提供されていることを前提に、法的にも最終的に選択は自己責任ということになる。

しかし高齢者がケアサイクルに入れば1回1回個別の選択ではなく、過去の診療歴を共有し、患者本人の価値を引き出し、時には本人に変わって意志決定することが必要となる。連携されたケアネットワークによる継続したケアを実現するにはケアサイクルを回すシステム、つまり市場外の要素が必須となるのである。しかも個々の「患者のレベル」での判断と調整、そして「集団のレベル」で資源の調整の2つのレベルが必要となる。誰がその判断や調整を行うのか。確かにそれぞれ候補はある。患者レベルではかかりつけ医、ケアマネジャー、保健師、連携専門の看護師など。社会レベルでは保険者、行政、NPO、あるいは地域の行政、提供者、市民、ビジネス界などが関係する特別な法人などである。しかしそれぞれに新たなコンピテンシイが問われ、その質や効率を担保するシステムが必須である。またそれぞれのケアの責任はどこにあるか。近代の約束「診療の自己決定権」は担保されるのか。法的責任の所在が問題となる

日本ではもうすぐこのようなケアが大半を占めることになる²。そこではこのような社会的意志決定メカニズムとでもいえるシステムの創設が求められるのである。このシステムを構成統制する「ガバナンス」、それを正当化する「レジミダシイ」、活動のための「権限や財源」、経営のための人材「ボードやマネジャー」、「情報」の収集と蓄積、「法的整備」これらの各要素の設計と構築を図らねばならない。

こうなると19世紀末、産業革命終了時、平均寿命50歳以下のドイツでビスマルクによ

って創り出された「社会保険」にも匹敵する新しい社会制度を今度は超高齢社会の先端を走る日本が創り出すことになり、モデルとして世界に発信することとなる。これができなければ日本の医療システムは崩壊する。今、日本人の創造力が問われている。

2) 分断されたケアの連結

連載第1回で病院機能の崩壊は、実は病棟の看護師長機能の崩壊であることと指摘した。未分化な機能の病棟をマネジメントしていた病棟の看護師長機能もまた未分化で、総合的で多様な役割を演じてきた(図4)。しかし他部署に多くの機能が移行すると師長機能はバラバラに分解し、病院として必要な機能も消失した。中でも患者の一貫した追跡が、病棟外へのケアのハンドオーバーでケア自身が分断されたことや、在院日数短縮による患者数の急増から師長の処理能力を超え不可能となったことは大きな問題である¹。主治医は存在するものの検査費、手術場での治療に忙しく、病棟にいる時間は減少し、看護師はシフトで交代、クリティカル・パスやITは導入されつつあるものの人間系には及ばず、ケアの連携調整システムが弱体化したのである。

さらに在院日数短縮によって病院は入院資源を必要とする治療に特化し、他のケアを院外に押し出す型になっている。したがって連携が、従来の施設単位から、今や患者1人1人のケアプロセス単位になる必要がある。そのために連携過程で密な情報的、人的接触が必要となる。言わば「病院が地域全体に拡がった壁のないシステム(ウォールレスホスピタル)」として機能せねばならなくなったのである。地域の診療所や他の病院を自らの外来部門と捉える戦略も必要となっている。

一方、地域から見ると、高齢者の医療では病院は重要ではあるがケアのサイクルの中の一部に登場するに過ぎず「地域の生活資源の一部」とならねばならない。

院内外のケアのインターフェイスの場は、国際的には伝統によって異なる。「イギリス」の場合、診療所である。オフィスはグループプラクティスでリーズ市郊外の診療所の例では8人のプライマリケア医に1人の連携看護師がおり、患者が急性増悪すると連携看護師が病院に照会し、退院に当たっては地域の福祉事務所につないで介護ケアの準備をすることになっている。昨年の夏に始まった制度で政府は看護師1人で40人以上の患者の調整を望んでいるようだが、20人以上は難しそうである。「フランス」の場合は病院とは独立した組織だが、地理的には隣接した「入院在宅ケア」センターがその役割を果たしている。病院から退院した患者を追跡し、医療的ケアも含めた在宅ケアを提供しており、在院日数の低下に貢献している。「ドイツ」の場合はあまり有効なインターフェイスがなく、政策課題となっている。「日本」の場合は病院内が中心となっている。開業のグループプラクティスはあまり発達せず、規模の経済から現時点では診療所は機能しにくく、訪問看護センターや介護センターは一般的に医療へのリンクが弱い。今後外来を持たない在宅ケア診療所が増えると核となり得るかもしれない。

外来をもう一度、病院に掛っている患者の診療の場としてではなく、「ケアの連結のためのインターフェイス」として捉え直す必要がある。例えば看護の人事のローテーションを病棟と外来を一体化するとか、患者の退院前後の情報を共有化するとかの工夫である。看護部門の組織化の類型としては、「選別した患者を入院から退院まで追う院内連携看護師システム」「病棟から降りてくるか専属か、入院予約時にオリエンテーションを行う外来看護師が入院後もフォローする」といった形である⁶。(図5)

しかし連携のインターフェイスは病院全体の組織戦略の中に位置付けることが重要である。病院への患者のルートは「紹介」「飛び込み」「救急」の3つしかない。従来のインターフェイスはこれらが渾然一体となり、各診療科がそれを引き受けていた。総合診療部門も一診療科に過ぎず、1患者あるいは1医療施設が直に診療科につながり、それが入院場合直に病棟つながる「専門大店」の形が一般的であった。今後は3つのルート毎に「病院として受け入れ」、連携の部門を通して退院させるシステムを構築する必要がある(図3)。すでに一部の病院では飛び込みも救急も総合診療部門が扱い、外来や入院は各診療科に振り分け自科も含めた病棟につながるシステムを導入している。いわば院内に総合病院と専門病院を配し、互いに競争を促し、活性化を図る方式である。総合診療医が地域の総合診療

医と連鎖して必要なケアをつなぐためにもこの方式がさらに有用となろう。紹介については、連携室が置かれ、主として外来事務部門の一部として他施設との接触の事務作業に当たってきた。しかし、施設の連携からケアの連携に移行するにつれ、看護師や場合によっては医師が必要となってきた。

したがって新たな動きは医療連携部門である。一部の大学病院では 30 人もの人材を擁し、全紹介患者のファーストコンタクトのみならず、必要に応じて入院前後の追跡、退院の意志決定や退院準備に参画し、必要に応じて退院後の在宅フォローまで行っている。技術系の人材がおり、地域に軸足を置いた連携部門がケアの連続性を担保している。

高齢化が進み、飛び込みが減り紹介がふえてケアの中身が複雑化すると連携室の役割が重くなる。連携部門の医師の存在は新しく、キャリアパス、コンピテンシイも定まっていない。地域資源に明るい、ネットワークがある、さらには患者を取り巻く環境や本人の価値観を理解することが望ましい。だとすると新たな医師像で、ケアの技術より、マネジメント能力が求められる。恐らく総合診療医のキャリアの一類型として院内外とのコーディネート能力を学び、最後に病院の幹部に移行するトラックを考えるべきかもしれない。

ケア結合の為に組織と合わせて人材が、つまり 5・10 年後には地域の総合診療医のみならず病院の総合診療医が万人単位、そして連携の総合診療医が 3 次病院を中心に千人単位で必要となるのではなかろうか。

3) 医療と福祉の統合

連携 3 つめの大きな挑戦は医療と福祉の統合である。高齢者医療は「治す医療」から「支える医療」へ目標が転換する。目標が同化し必要ケア境目がなくなる。

一般にプロフェッショナルによる産業商品は「問題解決」型が多い。「課題の提示」「問題の同定」「解決法の探索」「資源の確保」「介入法の探索」「介入と評価」の過程が需給マッチング過程そのものでもある。医療界の場合は問題空間が予後予測を持ち介入法を示唆しうる「疾患の診断」、に設定される。ところが福祉の場合は介護需要を予測する「障害」となる。言語、文化が異なるのである⁷。コミュニケーションのための共通言語、ケアのパッケージを想定して共同診断のための状態分類をまず理念的に開発し、実行するチームの形態を決める必要がある⁸。(図 6) そのうえでもう一度プロフェッショナルなアイデンティティを確認することにより統合が可能となる。(図 7)

4. 地域の連携

医療は地場産業である。日本の地域はこれから人口が大きく減少する。実際の連携は縮んでゆく地域で展開される。連載 2 回目では「大都市」「地方中核市」「地方中小都市」「郡部」の 4 つの地域分類を提案した。

「地方中核市」「地方中小都市」「郡部」3 地域について急性期医療の連携方法は「3 種類の地域の医療資源を、地方中核都市を中心に、規模と範囲の経済を勘案して一つのシステムとして効率よく一体経営する」ということに尽きる。(図 8)

「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が多く、統合と運営のガバナンスが問われている。必要なら病院を核に新たな町興しの有効かもしれない⁹。「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。

問題は地域で医療と福祉の連携を図ることである。高齢者の場合は医療福祉に加えて食