

病院のあり方に関する報告書

2021年版



ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

公益社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会 編

はじめに

公益社団法人全日本病院協会（以下：全日病）は、「関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質の向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする」という理念を達成するため活動を重ねてきた。

会員病院 2546（2021年5月現在）を有する団体として、客観的な現状分析を行い、医療、病院、全日病のあり方、医療提供体制等の今後進むべき方向について議論を重ね、できるだけ具体的に内外に示すことがその責務であると考え、行動してきた。

これらの議論は、「病院のあり方に関する報告書」としてまとめられ、1998年以来ほぼ隔年で発刊され、8度目となる2015-16年版では、「高齢社会がピークに達する2025年の医療・介護提供体制のあり方の検討と提言」を行った。

2025年に向けて、国は医療・介護の提供体制を「地域医療構想」、「地域包括ケアシステム」等にて集約化や連携推進をすすめているが、団塊世代が後期高齢者になり、さらに高齢者人口がピークアウトする2040年に向かって確実視される人口減少・高齢化の加速は、他産業も含む各医療圏そのものの既存体制さえも大きく変える可能性がある。

加えて、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）で明らかとなった医療・介護分野における諸課題は、国や各自治体、提供体制側それぞれにあり方の再考を迫るものである。

今回の報告書では、20年前に全日病が主張した内容に関する結果を振り返り、20年先の日本についての国や専門家の予測をみつつ、改めて理想的な医療・介護提供体制の再構築を提言した。関係者各位に報告書の理解と実践を強く求めるものである。

本報告書は、これまでと同様、全日病の具体的な活動の基本と位置づけられ、各種委員会を中心に種々の取り組みがなされる予定である。

公益社団法人全日本病院協会
会長 猪口 雄二

目次

はじめに

第1章 病院のあり方に関する報告書2000年版を振り返る	1
第2章 「想定される2040年の世界」	4
1) 人口・社会構造	4
2) 経済・財政	7
3) 環境問題	9
4) 医療イノベーション	11
5) 就業・住まい・経済力	15
<コラム テレワークを利用した業務改革>	17
6) 社会保障制度	29
<コラム 価値観の転換-変革・価値観の転換が 当たり前の時代である>	34
第3章 2040年における理想的な医療介護提供体制	38
1 医療・都道府県主導の地域包括ヘルスケアシステム	38
<コラム 全日病の考える「地域包括ヘルスケアシステム」>	39
2 主な医療介護提供体制について	41
1) 健診・疾病予防	41
2) 急性期から慢性期医療	42
<コラム 提供体制再整備基準(集約化・連携)の 提示と圏域別見直し>	43
3) 在宅医療と居宅介護	44
4) 医師の需給	44
5) 医療・介護従事者としての外国人の受け入れ	45
6) 懸案事項と対策	45
(1)人口減少:高齢・超高齢人口の増加、生産人口減少	45
(2)社会保障財源不足	45
(3)混合診療	46
7) 医療・介護需要の変化に対応した官民協調体制の構築	46
8) コストを適切に反映していない診療報酬体系	46
9) 災害時を想定した事業継続計画	49

第 4 章 会員へのメッセージ	50
1) 地域の将来像の確認	50
2) 2040 年の当該地域における医療・介護提供の必要性と各施設の理念、 運営方針の整合性の確認	50
3) 普遍的な組織運営の留意点と質管理	50
4) 情報技術の積極的活用による組織運営・診療体制の構築	50
<コラム 情報技術を活用した組織運営・診療体制の再構築>	52
5) 震災・新型コロナウイルス感染症（COVID-19）から学ぶ BCP	60
<コラム 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が もたらしたもの>	61
<コラム 提供体制と BCP >	65
6) 医療機関間経営統合（地域医療・介護・福祉連携推進法人への参加等）	78
おわりに	79



第1章 病院のあり方に関する報告書 2000年版を振り返る

未来を語るためには、過去に行われた未来予測がどの程度正確であったかを、他の分野も含めて概観する必要がある。「病院のあり方に関する報告書 2000年版」では、予測される社会・人口・疾病の状況に照らして、医療に期待される役割を果たすために解決すべき課題を明らかにし、その解決に向けて、国、自治体、会員病院など、関係者の行うべき事項をあわせて示した。単なる未来予測とは区別される。「病院のあり方に関する報告書 2000年版」に示された事項が未達成であるならば、課題として認識したことが誤っていたのか、あるいは、引き続き重要な課題ではあるものの別の理由で未達成なのかを検討されるべきである。後者には、関係者の活動が不十分であったことも含まれる。本報告書で2040年の医療を検討するにあたって、まずは20年前に予測された2020年がどのようなものであったかを検討する。

1. 20年前の2020年未来予測

予測通りとなった事項の多くは、人口推移（少子高齢化・生産人口減少）と社会保障の限界（特に年金）に関連する事項で、統計的な考察から可能であった内容と、すでに始まりつつあったICTを利用した種々の取り組み、特にネット社会の実現等であった。

一方、外れた事項は、経済・財政・国際競争に関するものが多く、ドラスティックに変わると予測されたものの多くは実現されなかった。（なお、章末に未来予測についての代表的な資料を示す。）

2. 病院のあり方に関する報告書 2000年版¹の評価

社会・人口・疾病の状況が変化すると、医療に期待される役割もそれに応じて変化する。「病院のあり方に関する報告書 2000年版」では、医療提供にあたって重要な責務を全日病が社会に対して担っているとの認識のもと、これに対

応する理想的な医療提供体制を、解決すべき課題とあわせて示すものであった。

「全日病は、護送船団の取り組みから決別する」、「病院団体自らが、医療提供体制見直しを提言し、その実現に努力する」、「会員が医療の質の向上のために理論構築から実践まで取り組む」等の大命題は、ほぼ実現した。

重要提言で実現できなかった事項は、「診療報酬包括払いの導入（ただしDRG/PPSを提言したがDPC/PDPSが導入された）」、「公私格差（補助金・賃金水準・投資費用）の是正、地域別格差（人件費・物品費・投資費用）の是正」、「アウトカム評価の確立と診療報酬等への反映」、「頻回な制度改定による運営体制への影響の排除」等である。

当時、医療提供体制のあり方、医療の質や安全に関するまとまった主張は存在せず、医療関係者や会員に与えた影響は大きかった。医療安全に関する取り組みはほぼ全病院で実施されるようになり、現在も継続されている。しかし、医療の質に関する取り組みは、未だ十分に各病院に浸透しているとは言い難く、特に治療結果に関する評価の実践は一部病院に限られており、今後の課題である。

機能分化の推進、ケースミックス概念の推進（患者のリスク、重症度を考慮した病院機能の評価）、介護との連携、診療報酬包括払いの導入は、理想的な提供体制の構築につながっている。しかし、民間病院の運営に関して「医療分野を重要なサービス産業と位置付け、投資を促進するための環境整備を行い、公的資金、病院債等の資金調達を検討する」ことは未だ不十分であり、今後とも継続して取り組む必要がある。

¹公益社団法人 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書（2000年版）」<https://www.ajha.or.jp/voice/arikata.html>（2000.1.20 参照）

(資料) 2000年頃前後に公表された 20年後の予測と、その評価

(太字が実現 細字が実現されていない内容。
あくまで、病院のあり方委員会委員による評価
である)

①『平成三十年』、堺屋太一、朝日文庫、2004 「少子高齢化」と「交通網の発達」の2大テーマ

- ・平成28年に出生数が遂に100万人を割る
- ・郊外のニュータウンは高齢化でゴーストタウン化
- ・農村部も過疎化進行
- ・情報次第で呼び出し音が変わる携帯
- ・「ニックス・カフェ」と呼ばれる個人オフィスができる。電子機器を並べたデスクが並び、コーヒーも飲める。個人事業者などが利用
- ・ネットで選挙結果を予想
- ・若者がテレビ電話を楽しむ
- ・介護にシェアリングエコノミーのような仕組みを導入

遠く離れた親を介護するため「遠くの隣人」というシステムができる。要介護者が離れている家族同士で、「介護する側」、「される側」を交換するシステムで、自宅近くにいる相手の親を介護する代わりに、遠く離れた親を介護してもらう。

- ・「パソエン (パーソナルエンターテインメント)」と呼ばれる遊びが大人気
カメラとセンサーを使って、リアルタイムの顔ハメ映像を自分で演じて披露する。映像はプロ野球選手やフラメンコダンサーなど、3万種類以上あり、宴会芸の定番で、政治家の接待にも主にこれが使われる。

②『極秘資料が証す 新・変貌する東京圏 最後はこうなる』、矢田晶紀、経済界、1996

- ・六本木が再開発されて、ナイトスポットからビジネス街になる
- ・品川駅に新幹線が止まり、ターミナルとして発達する

③『これから5年10年驚くべき超未来図』、新ライフ・スタイル総研、青春出版社、1997

- ・自動車電話が軽量化し、将来大きく発展する。
- ・ポケットベルに数字や英字が表示されるようになり、人々の行動が一変する。
- ・パソコン通信の発達で長距離出張の必要がなくなる
- ・新幹線も飛行機もビジネスで使わなくなる
- ・電車や飛行機は「観光」がメインになり、ゆったり移動するようになる

④『ビル・ゲイツ 未来を語る』、ビル・ゲイツ (西和彦翻訳)、アスキー、1995

- ・ノートパソコンはますます小型化して、ポケットサイズのコンピューターになる
- ・スケジュールや天気予報をチェック、ゲームもブラウザも可能。子供の写真を表示、デジタルマネーで支払、GPS、生体認証
- ・全ての情報は「情報ハイウェイ」(ネット)を通じてやりとり
- ・音楽のダウンロード販売

⑤『ジョブズの未来予測、Computerworld Information Technology Awards Foundation、1995

- ・デバイスの軽量化とEコマースの到来
- ・インターネット上の流通チャンネルの構築
- ・中間業者の排除—巨大IT企業
- ・車の販売網—代理店なし—店舗で試乗車のみ展示、注文すれば後日現物が届く
- ・クラウドサービス
- ・Webは極めて重要な存在になりつつあるが、何百万人もの人生を変えるような出来事とは恐らくはならない

⑥『次の20年』 討論会 第4回サンフランシスコ 2000年7月6日—来たるべき2020年のテクノワールドに関するビジョン

自家発電装置が支える脱都会：『未来研究所』代表ポール・サッフオ

- ・洗濯機程度の大きさの発電装置 (装置には石油化学製品が入っており、副産物は真水だけ)：脱都会を進める大きな推進力
- ・大型トレーラーと衛星受信アンテナでネバダ砂漠のまん中でコンピューターを動かす電力を確保可能

遠隔体験：米ヒューレット・パッカード社研究所量子構造研究計画主任、スタンリー・ウィリアムズ

- ・精度の高い感覚と大量の情報伝達力を備えた装置開発
- ・『ミクロの決死圏』を実現：体中を遠隔操作で移動していくセンサーが集めた情報を受け取ることで、生体の血管の中を旅する体験ができる。

デスクトップによる経済への参加：米ベンチマーク・キャピタル社共同経営者、ビル・ガーリー

- ・すべてのコンピューターがナップスター方式で接続
- ・人々はインターネットにログオンし、経済活動を「実践」できるようになる

—20年以内にニール・スティーブンスンのSF『スノウ・クラッシュ』（アスキー出版局刊）そっくりの世界になっていくだろう

- ・電子メールに音楽を添付できる巨大な添付ファイルが登場

⑦「未来のオフィス 2020」管理職クラス紹介派遣会社 OfficeTeam、「Office of the Future: 2020」、2005年7月

- ・モバイル化がますます進み、柔軟な運用：パソコン、電話、ファックス、スキャナー、電子手帳、カメラなどの複数のハードウェア機能が、1つの便利なデバイスに統合
- ・組織の中核となるチームが、ホームオフィスや臨時の事務所、カフェなど、各地に散らばる従業員を管理：事務所には「mote」という大変小さなセンサーが組み込まれ、温度や湿度、照明などを監視して、オフィス環境を最適な状態にする（椅子に組み込まれた mote は、ユーザーの筋肉緊張を感知すると、背中をマッサージするように椅子に信号を送る。従業員の血圧や心拍数などに変化が起こった場合に適切な薬と栄養補給剤を注入。）

第2章 「想定される2040年の世界」

本報告書は、主に政府・公的機関や研究者ならびに信頼性の高いシンクタンクなどから出されている情報をもとに、2040年の世界を以下のように想定し、これを前提として医療・介護・福祉の提供がどうあるべきか議論した結果をまとめている。

1) 人口・社会構造

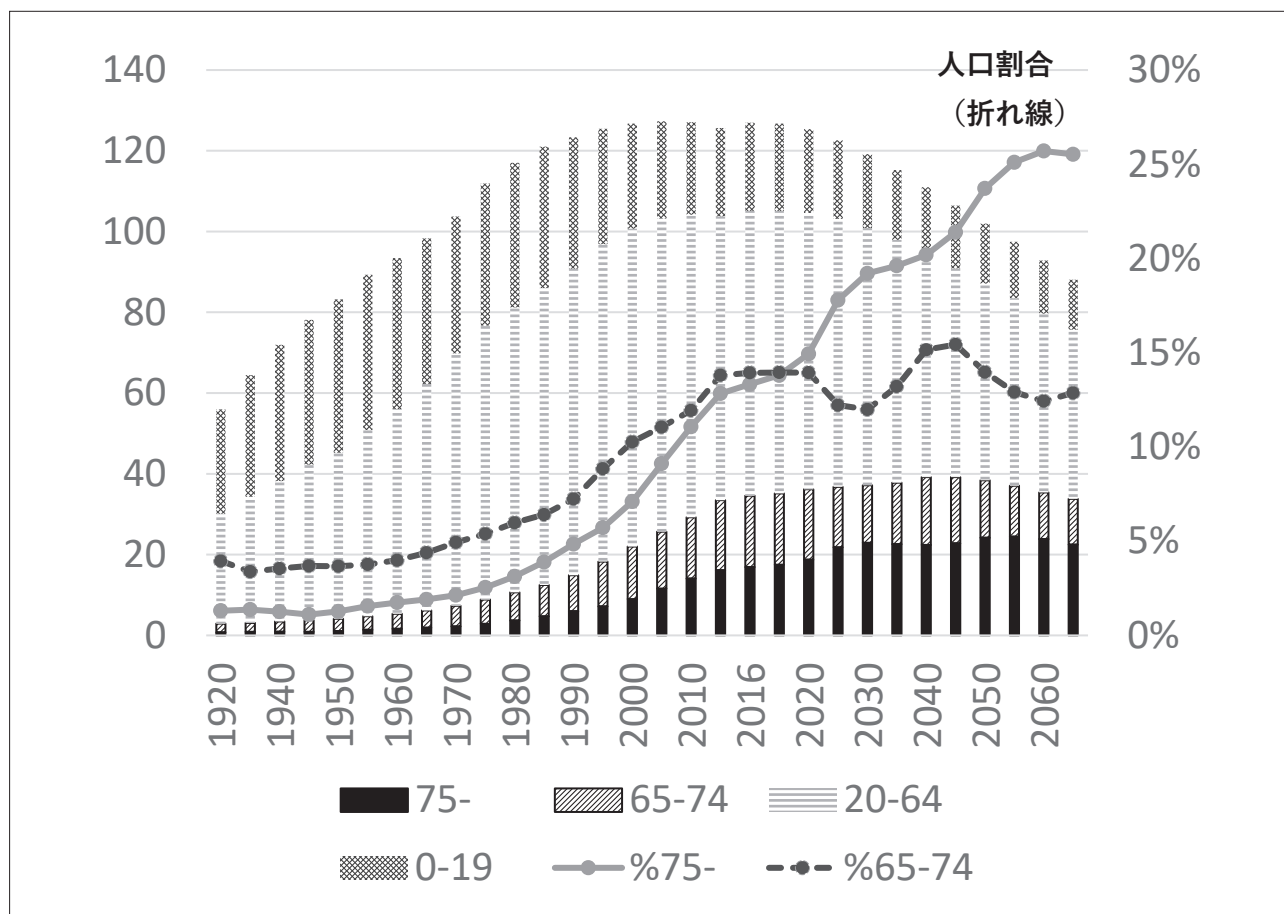
1. 人口

人口統計は比較的信頼性が高いとされる。不確定要素としては外国人の受け入れに対する政

策、体制の整備により、外国人の流入が影響を受ける。外国人は若年者の割合が多いこと、また定住した場合には出生率が高いことが想定されることから人数に比較して、社会に与える影響が大きい。

2040年まで総人口は減少傾向が続く。年少人口、生産年齢人口は減少する(図2-1)。老年人口は全体とすると増加するが、これは後期高齢者(75歳以上)の増加によるものであり、前期高齢者(65~74歳)はむしろ減少する。年少人口は、これまでも減少傾向が続いていたが、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)世界的大流行により出生が大きく落ち込み、日

図2-1 日本の人口の将来推計



(総務省統計局『国勢調査報告』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』より作成。将来推計は中位推計を用いた)

2015年以降、前期高齢者(65-74歳)の割合はほぼ一定であり、後期高齢者(75歳-)の増加が顕著である。

本を含めて各国が少子化対策のために社会保障費の配分の見直しを行う可能性が高い。その効果については、現時点では予測が困難であるが、少子化対策の結果生じる年少人口増加は2040年においては医療・介護・福祉の主要な利用者ではないため、医療・介護・福祉提供のあり方を議論する際には大きな影響をもたらさないと考えられる。

世界人口も高齢化が進むが、特に東アジア（台湾、韓国）において顕著である。かつて日本は高齢化において世界のトップといわれたが、現在では高齢化は東アジア諸国に共通した問題となっており、東アジア諸国がむしろ1つのトップグループを形成していると考えた方がよい。トップグループ諸国は世界に向けた情報発信の役割が期待されており、相互の情報共有の必要性が増している。また、東南アジアにおいて、フィリピン、インドネシア、ベトナムなど、外国に労働力を供給する余力を有する国も限られてきている。

2. 高齢者の雇用継続

教育期間の長期化、栄養状態の向上、体力的な負担の軽いサービス産業の占める割合の増加により、かつての15-64歳を生産年齢人口とする人口統計の意味は薄れてきている。むしろ20-74歳、あるいは、多様な働き方の選択肢が

増えることを考慮して65-74歳においては20-64歳の1/2として生産年齢人口を推計することが实际的であろう（表2-1）。

65-74歳の就業を可能とすることは、（1）熟練労働力の絶対数の確保、（2）年金受給年齢の繰り下げ、の観点から重要である。そのため、同一労働同一賃金の推進、多様な働き方を可能とする働き方改革、テレワークの推進が必要である。

医療・介護の現場では、専門家によるコンサルテーションなどの遠隔診療、患者の居宅における生体機能のモニタリング、画像診断におけるAI（Artificial Intelligence, 人工知能）の導入などが推進されると予想されるが、これらは、医療・介護人材の効率的な配置の観点からも必要である。

3. 経済成長率と経済規模

OECDの推計では2040年の日本のGDPは2020年に比較して24.7%増加にとどまり、低成長が続く見通しである。一般に、国の成熟化とともに経済成長率は低下することが多い。1人当たりGDPでは、OECD諸国の中での中位を維持する見込みである。人口規模の大きな中国、インドなどのLMIC（Low and Middle Income Countries）では日本に比較して経済成長率は高いことから、日本の相対的な経済規模は低下し、

表2-1 20-74歳を生産年齢人口としたときの生産年齢人口の年次推移

	15-64歳 (%) (現在の生産年齢人口)	20-74歳 (%)	20-64歳 + 65-74歳 × 1/2 (%)
2020	54.6	68.5	61.6
2025	54.1	66.3	60.2
2030	53.5	65.5	59.5
2035	52.2	65.4	58.8
2040	50.0	65.2	57.6
2045	48.6	64.0	56.3
2050	47.8	61.8	54.8
2055	47.7	60.6	54.2
2060	47.7	60.1	53.9
2065	47.6	60.5	54.1

(総務省統計局『国勢調査報告』、国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』より作成。)

これは国際的な発言力にマイナスの影響を与えることが危惧される。従来、日本のプレゼンスが大きかった、国際連合（UN）、世界保健機関（WHO）、アジア開発銀行（ADB）などの国際機関、ISOなどの標準化・認証において、発言力を維持するためにこれまでに増して大きな努力を強いられるようになる。

4. 医療・介護従事者の確保

医療・介護は労働集約的な面があり、業務量の増加は必要人員数の増加に直結する。全産業労働人口は減少するにもかかわらず、医療・介護に従事する者は増加する。また、医療・介護従事者においても専門分化の進展、高学歴化、高齢化が見られる。医療・介護に必要な人員をいかに確保するかは重要な課題である。働き方改革により過重な業務負荷を避け、多様な働き

方を可能にすることが推進される必要がある。地域によっては、特定の職種を確保することが困難になることも予想される。医療・介護職従事者の需要にあわせた配置の工夫、遠隔診療の推進、医療施設などにおける人員基準の弾力的な運用などが検討される必要がある。

以下は、主要な検討課題である。

- ・医療・介護従事者の教育研修、専門資格の取得にあたって、不足地域での一定期間以上の経験を要件とすること
- ・医療・介護従事者に地域毎に（何らかの形で）定員を設け、あるいは報酬を増やすなど経済的誘導を図ること
- ・遠隔診療、人員基準について地域ごとに運用ルールを設定すること

2) 経済・財政

1. 経済成長を規定する3要素

長期的な経済成長率を規定する3要素は(1)労働力(人口増加)(2)資本(機会・工場等)ストック(3)全要素生産性(TFP、Total Factor Productivity)一主に技術進歩である。2040年に向け、労働力は若年者減少のため大きく低下し、思い切った移民政策でも取らない限り諸施策を行っても現状維持が達成できれば大成功と言われている。また、資本の面でも、最近日本の設備投資はほぼ減価償却に見合った規模であり資本の寄与はなしと考えるのが妥当で、主に技術進歩による全要素生産性の向上が、1%台の成長率を維持できるかの鍵とされている²。

2. 経済見通し

国立社会保障・人口問題研究所の推計(平成29年推計)の中位推計では、2040年生産年齢人口は約7600万人から約6000万人に減少する。生産年齢人口(15-64歳)は、年平均0.5%減少のペースを速め、2030年代半ばには年平均1%前後、2040年代半ばには同1%台前半のペースで減少する。

人口減少を補うだけの労働生産性の伸びが確保できれば経済成長は可能だが、現状程度にとどまった場合は、労働力人口減少ペースが0%台後半にとどまる2020年代はプラス成長を維持することができても、2030年代以降はマイナス成長が常態化する恐れが懸念されている。但し、労働力人口減少ペースが2040年代半ばに1%台前半でピークアウトした後は、これまでの生産性の伸びを前提にした場合では、マイナス成長常態化を回避可能とも指摘されていて³、技術進歩に大きな期待がもたれている。

3. 財政見通し

人口減少・高齢化の影響は、経済よりも財政に重くのしかかることは、有識者の共通認識である。

年金をはじめ次世代の負担を前提に成立している社会システムや巨額の公的債務がある場合、人口減少・高齢化は致命的であり、社会保障関連費への影響は大きく大幅な負担増は避け

られない。

2019年10月の消費税10%増税にて一服感はあるが、年々増加しつつある国家予算の引き締めがない限り基礎的財政収支(プライマリーバランス、PB)黒字化は不可能とされていた³。

消費税の2%引き上げで対GDP比約0.5%の税収増となるが、社会保障給付費(対GDP比)が2018年から2040年に6.5%増加するので、消費税率換算で約13%の増税に相当する財源が必要と想定されている。給付費増大の主な理由が医療・介護分野であることから、財政再建の「本丸」は社会保障改革とも言われている^{4,5}。

このように、2040年時の経済財政に対する楽観論がない中で新型コロナウイルス感染症(COVID-19)世界的大流行が発生し、この対策のための歳出膨張により、さらなる財政悪化が急激に進んでいる。2020年度は、第1次~3次の補正予算策定で当初予算とあわせ175.7兆円に拡大し、過去最大だった2019年度(104.7兆円)の約1.7倍にのぼった。補正の財源は全て国債発行で賄われ、2020年度の国債発行額は90.2兆円となる一方、コロナ禍の企業業績悪化などで税収の下方修正は避けられず、さらなる財政指標の悪化は必至となった。

政府は国・地方のPBを2025年度に先送りしたばかりであったが、2020年度当初の予定9.6兆円の赤字から20兆円と増大し、目標達成は全く不可能になったと言わざるを得ない。東日本大震災後の復興税(所得税2.1%上乘せ25年間の臨時増税)同様の償還財源の確保が必要であるため、金融所得課税強化、高所得層増税等に加え環境税創設も選択肢とされ⁶、国民生活

²野口悠紀雄、「経済最前線の先を見る」、東洋経済ONLINE、(2020.1.19参照)

³牧田健、「2020年代入り後のわが国経済—展望と課題」、JRIレビュー、日本総研、2017

⁴「【数字は語る】甘い政府見通しは危険 膨張する社会保障費にどう立ち向かうか」週刊ダイヤモンド(2019.11.30)、キャノングローバル戦略研究所

⁵各種改革(働き方改革、最適な社会政策としてのベーシック・インカム導入等、外国人労働者の受け入れ拡大、年金支給開始年齢の67~68歳まで引き上げ、非製造業の生産性向上、中小企業対策の見直し等)への取り組みで、「2020年代で実質1%、名目2%程度の成長ははたして実現可能で、将来の消費税率引き上げ幅は最終的に10%台後半までに抑制可能であろう」とする意見もある。牧田健、「2020年代入り後のわが国経済—展望と課題」、JRIレビュー、日本総研、2017

⁶佐藤主光、「コロナ緊急対策と日本の財政状況について」月刊資本市場、No426、2021

そのものへの影響も甚大になりかねない。

このように財政見通しが厳しい中では、社会保障費の中で年金と共に最大の歳出である医療費に対する削減圧力は必至である。過去にみら

れた診療報酬の大幅引き上げは常識的にみて望み薄であることから、医療提供者も確固たる連携推進や統合などによる経営の大規模化や徹底した効率化を真剣に考える必要がある。

3) 環境問題

近年、環境問題は経済活動の発展と地球温暖化防止の両立をどのように図るべきかという観点から各国の重要な政策にあげられている。2040年にかけて地球温暖化防止は各国において重要な政策課題であり続け、医療提供、病院経営にも影響を与えることが予想される。

2040年に向けて、数多くの研究者が地球温暖化による大きな影響（異常気候—熱波、超大型台風、豪雨・豪雪、極端な干ばつ等、陸地の後退、海や湖の有毒プランクトンによる貝毒等）を警告しており、2億人の気候難民の出現を予測する報告すらある。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による経済活動が停滞した2020年は減少を示したが、最近のCO₂排出量は下げ止まり、削減目標の未達成への懸念（国際エネルギー機関（IEA）、2021）、達成しても気温2度以上上昇を抑制しきれないとする報告（OECD iLibrary、2015）もあり、迅速な対応が求められている。最大の課題は地球温暖化の推移とその防止策の成否である。

1. 温暖化対策に向けた世界的な取り組み

国際的に気候変動に対応するための交渉の場が国連気候変動枠組み条約の締結国会議（COP、Conference Of the Parties）であり、COPに科学的な根拠となる情報を収集したり提供する役割を担うのが、気候変動に関する政府間パネル（IPCC、Intergovernmental Panel on Climate Change）で、6年毎に科学的背景、適応、緩和など気候変動にかかわる最新の知見をまとめた報告書を公表している。

1997年、COP3では世界初の温室効果ガス削減枠組みである京都議定書が採択され、先進国全体の排出量を1990年比で5%削減する目標を設定した。2015年、COP21では新たな枠組みとして「パリ協定」が採択され、21世紀末の気温上昇を1.5℃未満に抑える目標が設定された。EU主要国を中心に種々の対策が打ち出されているものの、温室効果ガス排出量の50%以上を占める中国、米国が不参加、2017年にはトランプ前政権が協定から離脱するなど、各国の足並みはそろっていなかった。しかし、バイデ

ン新政権はバーチャル気候変動サミット（2021年4月22日）で、今が気候変動問題への取り組みにおける「勝負の10年」とし、2030年までの排出量を2005年比で50～52%削減するとこれまでの目標を2倍近くに引き上げ、世界最大のCO₂排出国の中国とインドからの新しい取り組み・提示はなかったものの、中国が協力を表明しており、期待感が高まっている。

残念ながら日本の取り組みは遅れていると言わざるをえず⁷、2014年、IPCC第5次報告書では、極めて高い確率で人間活動が地球温暖化の原因であるとし、このまま温暖化が進行すると気温が最大4℃以上上昇する可能性が予測されているが、いまだにCO₂排出の多い石炭火力発電所設置計画を有し、しかも途上国へノウハウを輸出しようとして他国の脱炭素化を妨害している現実を、我々医療提供者も真剣にとらえなければいけない。

2030年に向けた温室効果ガスの削減目標について、政府の地球温暖化対策推進本部の会合（2021年4月22日）で2013年度に比べて46%削減することを目指しさらに、50%の高みに向けて挑戦を続けていくとした菅政権の表明が、今後とも継続されることに期待したい。

2. 健康被害

地球温暖化の進行によって熱波、異常気象、気温、降雨量等が変化し、それらの直接・間接的影響の結果、さまざまな健康影響が生じる可能性がある。健康に影響する直接的要因群には、

- (1) 気温の変化
- (2) 異常気象の増加
- (3) 大気汚染の悪化
- (4) 動物媒介性感染症の拡大
- (5) 水 - および食物 - 由来の感染症の増加
- (6) 食料や水供給の不足拡大 等

があげられる。これらによる健康影響の主要な

⁷ COP25 開会式で国連グテーレス事務総長が「世界のいくつかの地域では、石炭火力発電所が今でも多く計画、建設されている。この炭素中毒をやめなければ、私たちの気候変動対策は間違いなく無駄になる」と指摘も、小泉環境大臣が「石炭火力発電に関する新たな政策をこの場で共有することは残念ながらできない」と演説。会期中にNGOから日本に皮肉を込めて「化石賞」を2回も与えられた。

ものとして、

- (a) 熱ストレスによる死亡や熱中症など
- (b) 洪水と旱魃を介する影響
- (c) エルニーニョ現象との関連で発生する影響
- (d) 悪化する大気汚染による影響
- (e) アレルギー疾患
- (f) 感染性疾患
- (g) デング熱やその他アルボウイルス疾患
- (h) リーシュマニア症
- (i) ダニ媒介性疾患
- (j) げっ歯類によって媒介される感染症
- (k) 飲料水に関連する疾患
- (l) 低栄養等

があげられる。これらの多くは、従来は公衆衛生の対象とされており、招来するであろう健康リスクに対して、政府はもとよりこれを取り上げ注意喚起、啓発を行ってきた医療団体や医療提供者はほとんどない。2040年に向けて全日病は早急に検討し、医療計画、地域医療構想などに反映させるべき内容、会員病院が取り組むべき事項を明らかにすべきである。現状において、会員病院は医療提供者として、省エネの取り組み、化石燃料から再生エネルギーへの変換などに取り組むべきである。

3. 模範となる医療機関等の活動

医療機関等でも環境問題の重要性に鑑み組織の経営方針に明確に位置づけ、実際に活動に取り組んでいる事例がある。代表的なものを以下に紹介する。

河北医療財団は、1990年、経営方針の重要項目に「地球環境保全」を位置づけ、1997年に環境活動を始め、1998年には病院として初めてISO14001環境マネジメントシステム認証を取得した。2012年、医療業界では初めて「DBJ ビジナリーホスピタル」の評価認定をうけ、2015年、環境省主催の「環境人づくり企業大賞2015」において、環境大臣賞（大企業の部）を受賞するなど先駆的活動をすすめている。2008年よりKES環境マネジメントシステムの認証を取得し、医療サービスにおける環境影響の低減及び環境保護のために、環境マネジメント活

動の継続的改善を図り、法的及びその他の要求事項を順守するとし、2007年より以下の環境管理重点テーマをあげて取り組みを行っている⁸。

- ①環境意識の高揚・教育
- ②社会貢献
- ③省エネルギー
- ④リサイクル
- ⑤廃棄物の適正処理及び減量

具体的活動としては、廃棄物、エネルギー、排水処理についてのデータを蓄積し、廃棄物・エネルギーデータは、環境マネジメントシステム委員会と環境プロモーターに毎月報告し、恒常的なごみ分別・減量、省エネに活かしている。

その他の例として、

- ・ 京都私立病院協会：2009年環境宣言、資源エネルギーの節約、廃棄物の減量と再資源化、地球環境問題に関する地域社会との連携推進、社会啓発
- ・ 武田病院グループ：省資源・省エネルギーの推進、廃棄物の3R推進、安全性・快適性の推進、環境広報活動の推進
- ・ 高松赤十字病院：香川県「地球温暖化対策計画書制度」参加、前年比エネルギー1%減活動（照明・空調・省エネスローガン等）
- ・ 東部地域病院：照明・空調による省エネ
- ・ 行岡病院：廃棄物削減3R（リユース、リサイクル、リデュース）活動
- ・ 十全総合病院：電気、灯油等エネルギー資源適切使用、水の無駄な使用や流出回避、廃棄物削減と適正分別、薬品・医療材料等無駄の排除、リサイクルの徹底

などがある。環境問題に関しても、トップマネジャーが「医療の質向上」、「医療安全」同様、基本方針・実行計画を作成させ、全職員が参加する組織をあげた取り組みとして実践すべきである。

⁸ 社会医療法人河北医療財団、「環境への思いやり」、https://kawakita.or.jp/kmf/content_effort/sympathy/ (2020.3.18 参照)

4) 医療イノベーション

官・民を含めて多くの組織が将来予測を行っている。2020年2月、(公)未来工学研究所は「国・機関が実施している科学技術による将来予測に関する報告書」で、各分野の将来予測について紹介しているが⁹、このうち医療イノベーションに焦点を当てたものとして「未来イノベーションワーキンググループ」報告がある(図2-2)。

未来投資会議において厚労大臣から「2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指し、①雇用・年金制度改革等、②健康寿命の延伸プラン、③医療・福祉サービス改革プラン(生産性向上に向けて、ロボット・AI・ICT等の実用化推進)」が提示されたが、③に関して2040年頃における人と先端技術が共生する未来の医療福祉分野の在り方の検討内容を中間報告として示している¹⁰。

中間報告では、2040年にかけて見込まれる基盤技術の個々の進化、ならびにその組み合わせにより以下の変化が社会にもたらされると想定している。

- ①通信技術向上によるデータ収集の粒度、解析ロジック(AI等)、マシンパワーが向上し、シミュレーションおよび最適化が加速して、需給の最適化など、社会現象のコントロールが一定程度可能になる。
- ②個々のデータが大量に取得可能になり、ニーズへのマッチングが進み、新たな製品・サー

⁹以下、主要な活動として紹介されたものをあげる。

- ・科学技術・学術研究所：科学技術予備調査
- ・総務省：未来をつかむTech戦略
- ・経済産業省・厚生労働省：未来イノベーションワーキンググループ
- ・国土交通省：国土の長期展望
- ・科学技術振興機構：俯瞰報告書
- ・国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構(NEDO/TSC)：社会課題起点の技術ツリー
- ・内閣府：ムーンショット型研究開発制度に係るビジョナリー会議
- ・経済産業省：2050 経済社会部会検討
- ・内閣官房：まち・ひと・しごと創生
- ・経済産業省：不安な個人、立ちすくむ国家
- ・国土交通省・政策ベンチャー2030：日本を進化させる生存戦略
- ・農林水産省：この国の食と私たちの仕事の未来地図

¹⁰経済産業省「未来イノベーションワーキンググループ：中間とりまとめ(全体版)」https://www.meti.go.jp/shingikai/mono_info_service/mirai_innovation/pdf/ct_gaiyo_201903.pdf(2019.3.18参照)

図2-2 未来イノベーションワーキンググループによる検討の背景

- 団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見通すと、現役世代(担い手)の減少が最大の課題。一方、近年、高齢者の「若返り」が見られ、就業率が上昇するなど高齢者像が大きく変化。
- 国民誰もがより長く元気に活躍できるよう、全世代型社会保障の構築に向けて、引き続き給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を進めるとともに、以下の取組を推進。
 - ① **雇用・年金制度改革等**
 - ② **健康寿命延伸プラン**
 - ③ **医療・福祉サービス改革プラン**

多様な就労・社会参加	健康寿命の延伸	医療・福祉サービス改革
<p>【雇用・年金制度改革】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備 ○ 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化 ○ 中途採用の拡大 ○ 年金受給開始年齢の柔軟化、被用者保険の適用拡大、私的年金(iDeCo(イデコ)等)の拡充 <p>※あわせて、地域共生・地域の支え合い等を推進</p>	<p>【健康寿命延伸プラン】 ※来夏を目途に策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2040年の健康寿命延伸に向けた目標と2025年までの工程表 ○ ①健康無関心層へのアプローチの強化、②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進 <ul style="list-style-type: none"> ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等 ・疾病予防・重症化予防 ・介護予防・フレイル対策、認知症予防 	<p>【医療・福祉サービス改革プラン】 ※来夏を目途に策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2040年の生産性向上に向けた目標と2025年までの工程表 ○ 以下の4つのアプローチにより、取組を推進 <ul style="list-style-type: none"> ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革 ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進 ・組織マネジメント改革 ・経営の大規模化・協働化

(厚生労働省・経済産業省「未来イノベーションワーキンググループ中間とりまとめ(全体版)」、2019)

ビスの創出が可能になる。

③ロボット技術が進化し、自動化・省力化が進む。
とし、

- ・交通渋滞の解消や自動運転の普及により移動が容易となり、自由に使える時間が増加し、虚弱な身体でも移動が比較的容易になる。
 - ・個々人の行動やタイミングに特化した広告がうまれる。
 - ・ロボットが人間の行動範囲をほとんどカバーするようになり、多くの業務を代替し、効率的業務分担が可能となる。
 - ・超大容量の情報伝達が双方向で可能になり、高精細画像伝送の時間ずれがなくなり、多くの端末との接続も可能となる。
- 等の具体例も示されている。

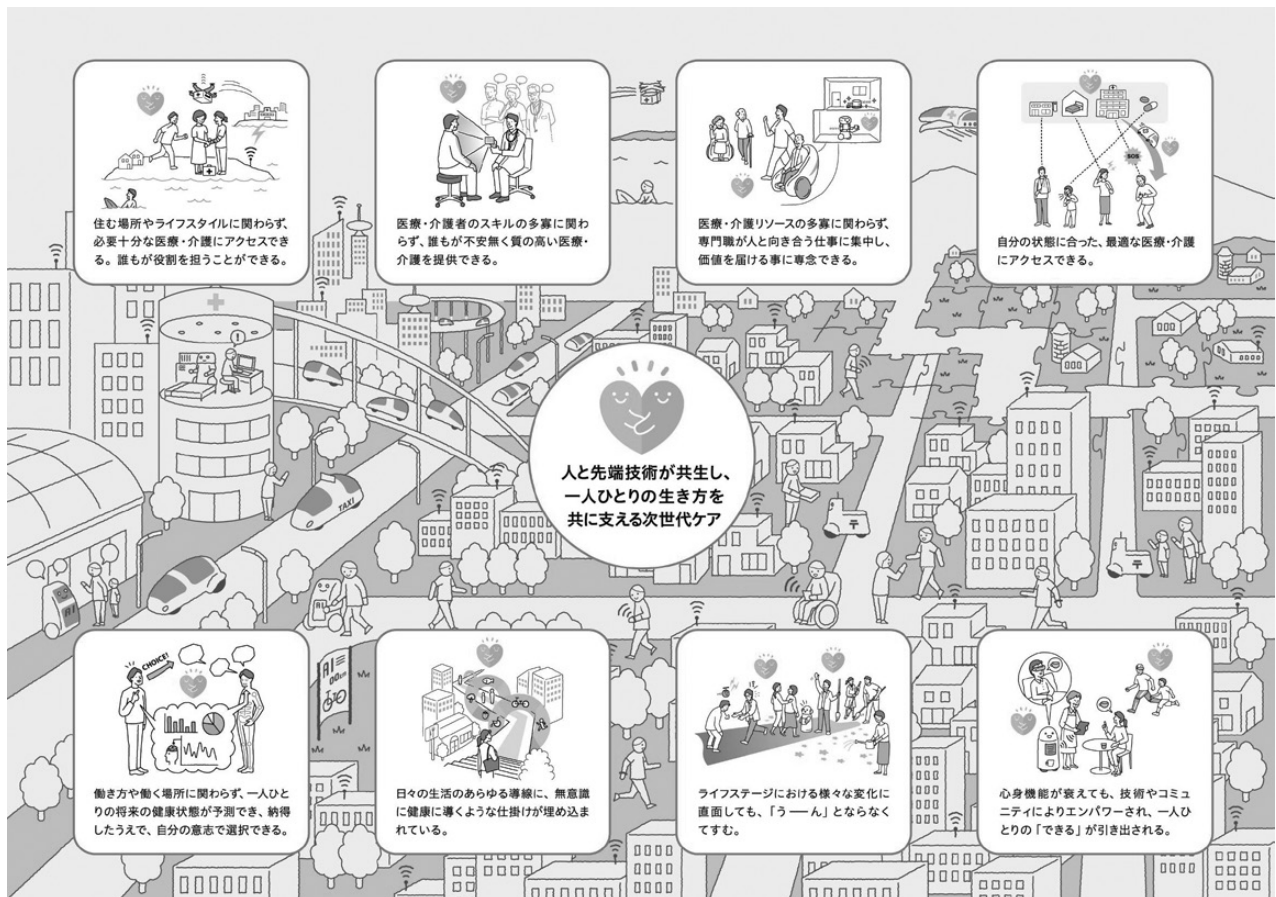
健康・医療・介護に関しては、技術の拡がりから、これまでのイノベーションでは医師の診断・治療をより行いやすくするものが主であつ

たが、今後は予兆の検知や予防など、介入の場所やタイミングを広げるものが増加すると変化を指摘している。現在のイノベーションは、医師の診療行為をより見えやすく、行いやすくするもの（Angio-CT、SPECT-CT、da Vinciなど）であるが、医師が従来の診療プロセスでは気づかない兆候を把握しアラートを与える（センサーからの生体情報を基にしたリアルタイム予知など）、患者自身の行動変容、社会生活の質の向上を支援する（持続血糖測定を通じた行動変容支援など）システム導入を予測している。

また、「人と先端技術が共生し、一人ひとりの生き方を共に支える次世代ケア」として以下の8つの視点での取り組みが示されており（図2-3）、医療提供者としても前向きにとらえて具現化できるよう努力すべきであろう。

- ・住む場所やライフスタイルに関わらず、必要十分な医療・介護にアクセスできる。誰もが役割を担うことができる。

図2-3 先端技術が溶け込んだ2040年の社会における健康・医療・介護のイメージ



(厚生労働省・経済産業省「未来イノベーションワーキンググループ中間とりまとめ（全体版）」、2019)

- ・医療・介護者のスキルの多寡に関わらず、誰もが不安無く質の高い医療・介護を提供できる。
- ・医療・介護リソースの多寡に関わらず、専門職が人と向き合う仕事に集中し、価値を届ける事に専念できる。
- ・自分の状態に合った、最適な医療・介護にアクセスできる。
- ・働き方や働く場所に関わらず、一人ひとりの将来の健康状態が予測でき、納得したうえで、自分の意志で選択できる。
- ・日々の生活のあらゆる導線に、無意識に健康に導くような仕掛けが埋め込まれている。
- ・ライフステージにおける様々な変化に直面しても、「うーん」とならなくてすむ。
- ・心身機能が衰えても、技術やコミュニティによりエンパワーされ、一人ひとりの「できる」が引き出される。

医学研究に関しては、文部科学省科学技術・学術政策研究所（NISTEP）は、第11回科学技術予測調査S&T Foresight 2019総合報告書において将来見通しを示している¹¹。専門家を対象にしたDelphi法による調査では、健康・医療・生命科学分野、ICT・アナリティクス・サービス分野は重要度が高いにもかかわらず、我が国の国際競争力は低いと評価された。個別には、分野横断・融合によるポテンシャルが高い領域の一つとして、「プレジジョン医療¹²をめざした次世代バイオモニタリングとバイオエンジニアリング」¹³があげられている。特定分野に軸足を置く領域として、ライフコース・ヘルスケアに向けた疾病予防・治療法をあげられている。人の胎児期から高齢期までを連続的にとらえた生涯保健に関する科学技術トピックとして、

- ①血液による、がんや認知症の早期診断・病態モニタリング。
- ②がん、自己免疫疾患、アレルギー疾患に対する免疫系を基盤とした治療およびその効果予測。
- ③非感染性疾患に対する、統合的オミックス解析による病因・病態分類に基づく治療法。
- ④老化に伴う運動機能低下の予防・治療法。
- ⑤元気な高齢者の遺伝子解析と環境要因の分析による、疾患抑制機構・老化機構の解明。
- ⑥代謝臓器連関を標的とした、生活習慣病、神経変性疾患の予防・治療法。
- ⑦自閉スペクトラム症の脳病態に基づく、自律

的な社会生活を可能とする治療・介入法。

- ⑧アルツハイマー病等の神経変性疾患の発症前バイオマーカーに基づく、発症予防および治療に有効な疾患修飾療法。
- ⑨Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD)の解明などに基づく、ライフコース・ヘルスケアの視点からの各年齢ステージでの適切な予防・治療。
- ⑩予防医療・先制医療に資する、動的ネットワークバイオマーカーを用いた疾病発症・病態悪化の予兆検出技術。

をあげ、さらにより具体的な想定される取り組みにも触れている。

臨床現場にいるものとして実現を望むのは、安全かつ遅滞のない救急搬送システムの構築、手術や画像診断・在宅医療などの遠隔診療システム、AIによる個別性の高い予防・診断・治療方針の決定と住民・患者の行動変容への応用、ロボットによる手術支援・患者見守り／搬送などである。

既に、スマホ利用による業務改革（石川記念会HITO病院）や要介護者の健康状態を可視化し（介護天気予報図）、関係者間での共同利用をすすめている医療機関（東京さくら病院）、「MBC（Medical Base Camp）¹⁴」の活用（織田病院）、「電子カルテクラウド化¹⁵」（恵寿総合病院）などの実践があるが、同様な取り組みの実態を広く把握しそれぞれの長所を確認し、統一したシステムを構築し、効率化やデータの利活用ができるよう、国はこの分野において先頭に立った取り組みをすべきである。

¹¹ 科学技術・学術政策研究所「第11回科学技術予測調査S&T Foresight 2019総合報告書[NISTEP REPORT No.183]の公表について」<https://www.nistep.go.jp/archives/42863>（2019.11.1参照）

¹² プレジジョン医療：遺伝子、環境、ライフスタイルに関する個人ごとの違いを考慮した疾病の予防・治療。

¹³ 完全非侵襲・高感度・高精細・リアルタイムモニタリングにより、人の個体から組織・臓器、細胞、分子レベルにわたり生命現象を捉えることで、バイオエンジニアリングによる再生・細胞医療や次世代ゲノム編集技術による遺伝子治療のような高度医療の技術開発につなぐ科学技術領域。

¹⁴ MBC（Medical Base Camp）：情報通信技術であるICTやIoTによる在宅見守りシステムを活用すると共に、退院直後の在宅患者を訪問して継続ケアを行う院内多職種チーム

¹⁵ 法人内各種情報をクラウドで一元管理し、24施設約800の端末からインターネット経由で活用する仕組み

医学の進歩は確実に、患者のみならず医療提供者へも利益をもたらすものとなるがゆえに、全日病は、イノベーションの医療現場への速やかな導入を推進させるべく「ICT 担当委員会」

を設置し、国への働きかけを行うとともに会員自らの実践支援のための活動を開始すべきである。

5) 就業・住まい・経済力

高度成長期時代の日本では、農村から都市への人口大移動を促すような工業化を始めとした都市化政策が行われてきた。現在に至る地方都市の空洞化は、国の政策が描いていた都市像が実現したとも言える。

その時代に大都市に移り住んだ当時の若年層が高齢者となった結果、大量の退職者の発生とともに大規模な人手不足が生じ、地方の若者をさらに呼び寄せる状況を生んだ。また、大都市における医療・介護のニーズが急速に高まり、その人材確保のため若年層を始めとした地方からの人材流入がますます増える結果となった。

世界最大級の都市東京を始めとし、大都市では地域のつながりが薄く、家族や住民、地域がセーフティネットとして機能しにくい状況となっている。若者中心に街づくりをしてきた大都市や、若者が高度成長期に大都市に移り住んだ地方自治体では、2040年には多くの医療・介護難民が出現すると予想される。

就職氷河期と重なった団塊ジュニア世代が全て65歳以上となる2040年は、医療費・生活費などの支払いに窮する貧しい「高齢者の高齢化」時代になるとも予想されている。

出生数激減、高齢者割合激増、生産年齢人口激減の3重苦がのしかかる2040年の「就業・住まい・経済力」の予測は、社会環境を考える上で大変重要である。

1. 就業

令和2年版厚生労働白書によると、医療・福祉に携わる就業者数は1989年221万人（全就業者の約28人に1人）から、2019年843万人（約8人に1人）、2040年には1070万人（約5人に1人）と増大が予測されている。

産業別就業者数の推移と見通しをみると、2040年に向けて増加するのは「医療・福祉」のみで（2017年比103万人増）、その他の産業は減少すると見込まれているが、医療・介護分野における就労の機会は他産業に比べ需要が多いものの、業務内容と賃金に課題があると言われる業態だけに、求人に応じた応募につながるかどうかは不明である¹⁶。

(1) 高齢者の就業

少子化で働き手が減少する中、政府は「1億総活躍」「人生100年時代」などの看板を掲げて、高齢者の就労支援を強化している。65歳以上のものが就業者総数に占める割合は年々増加しており、2019年には13.3%まで上昇している¹⁷。

就業機会の確保を企業の努力義務とすることを柱とした70歳就業法案が2020年2月に閣議決定された（2021年4月施行）。70歳までの就業機会の確保を図りつつ、高齢者特性に応じた選択肢が広げられ、従来の、①定年延長、②定年廃止、③継続雇用制度の導入、に加え、④起業やフリーランスを希望する人への業務委託、⑤自社が関わる社会貢献事業に従事させること、が追加された。

企業は、いずれかの方法で希望者の就業に努めることになるわけで、医療・介護業界としても十分認識しておくべきである。

60歳以上の男女を対象にした調査によると、8割は70歳以降まで働くことを希望している。また、65歳以上の歩行速度が2006年までの10年間で約10歳若返っていたが、最近でも体力・運動能力がさらに約5歳若返っていることから、高齢者は十分就業可能な状態にあると考えられる¹⁸。

また、65歳以上の就業率が高い都道府県ほど、1人当たりの医療・介護費は低い傾向にあり、高齢者就労は日常生活活動度（ADL）の障害リスクを減少させるなど、高齢者の体力や運動能力の若返りに寄与していることを周知し、積極的に奨励すべきである。

ライフスタイルにあった働き方の観点からは、65歳以上の就労者の多くは「自分の都合の良い時間に働きたい」という理由で非正規を選択している。特に女性は男性と比べて、「家事・育児・介護などと両立しやすい」という理由が多く、十分な配慮が必要である。

働き方にあった就労を選択する中で、現在大きな社会問題となっているのが「介護離職」であり、その数は年間約10万人で推移し経済損失は約6500億円と見込まれている上に、当事者に月額平均6万9千円の在宅介護費用がかか

¹⁶ 厚生労働省「雇用政策研究会報告書」（2019.7）

¹⁷ 総務省「統計からみた我が国の高齢者－「敬老の日」にちなんで－」（2020.9.20）

¹⁸ 経済産業省「2050年までの経済社会の構造変化と政策課題についてのアンケート調査」（2018.9）

るといふ問題もある。介護従事者の9割は雇用形態を問わず介護休業等制度を利用しておらず、制度の周知不徹底に加え、職場での人員不足のため取得しにくいことも要因となっている。

両親や配偶者の介護について、「介護あり」11.6%、「将来可能性あり」29.8%である一方、介護と仕事との両立「可能」は1/4にとどまっておき、介護と仕事の両立が可能となるようより一層の制度整備、改善が必要である^{19,20}。

高齢者が定年後も自由に働ける新しい日本社会のロールモデルを世界に向けて発信することが求められる。65～69歳の就業率は1989年37.3%、2019年48.4%と増加し、2040年には61.7%との想定をみても、「高齢者」の定義を65歳とすることは現実にあわなくなっている²¹。

2014年時「高齢者の定義」の質問に対して「65歳以上」は1割に満たず、「70歳以上」と「75歳以上」がそれぞれ約3割、「80歳以上」が約2割であったことや、2019年度の内閣府「令和元年度高齢者経済生活に関する調査」でも、収入を伴う就業希望年齢として約2割が「働けるうちにはいつまでも」、約4割が70歳以降まで就労希望がある。日本老年学会・日本老年医学会は「高齢者」の定義を75歳以上に変更することを提唱したが²²、全日病でもかねてから同意見を持っており、国による早急な対応を望むところである。65～74歳は「准高齢者」として引き続き社会の支え手として見直すと、2040年時、生産年齢1.5人で高齢者1人を支える厳しさから、3.3人で1人を支えることとなり、生産年齢層の負担軽減となり現実的であろう。国民の意識を変えるためにも、発想の転換が必要である。

(2)女性の就業

従来の世帯主雇用モデルにおいては、世帯主たる男性が給与を得る一方で、主婦となる女性は結婚や出産を機に退職するのが一般的であった。

2019年度内閣府の男女共同参画白書によると、6歳未満の子供を持つ夫婦の場合、女性は男性の5倍以上の時間を家事・育児にとられて

いる一方、男性が家事・育児にかかる時間は、欧州諸国や米国と比べて半分から3分の1程度に過ぎない。

世界経済フォーラムが男女間格差を測定、公表した「ジェンダー・ギャップ指数2020」では、日本は153カ国中121位、中国(106位)や韓国(108位)などほかのアジアの国と比べても順位が低い。

なお残る男女間の格差解消と、女性の就労率向上のためにも、安定的な就労環境とワークライフバランスの実現、男女ともに働くモデルへ転換する必要がある。ダブルケア(育児と介護を同時に行う)を女性に押し付けては今後の日本の成長に何ら有益とはならない。

(3)テレワークが変える就業形態

テレワークに代表されるように、働き方改革にあった発想の転換も求められている。2019年9月末時点での企業におけるテレワーク導入率は20.2%であったが²³、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)拡大の対策において改めてその有用性と必要性が見直されている。

テレワークは、時間や空間の制約にとらわれることなく働くことができるため、子育て、介護と仕事の両立の手段となり、多様な人材の能力発揮が可能となる。総務省統計局「社会生活基本調査」(2016年9月)によると、2016年における通勤・通学時間(往復)は全国平均1時間19分で、通勤コストと就業時間損失ととらえるべきである。仮想職住近接を可能とするテレワークによって、働き手世代が自宅や地域にとどまる時間が長くなることにより、家族や地域との関わり方も含め大きく変わってくると思われる。

¹⁹ 大和総研「介護離職の現状と課題」<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/meeting/wg/hoiku/20190109/190109hoikukoyo01.pdf> (2019.1.9)

²⁰ 公益財団法人 介護労働安定センター「平成30年度 介護労働実態調査」http://www.kaigo-center.or.jp/report/2019_chousa_01.html (2019.8.9 参照)

²¹ 厚生労働省「令和2年度版厚生労働白書」(2020)

²² 日本老年学会・日本老年医学会「高齢者に関する定義検討ワーキンググループ報告書」(2017.3.31)

²³ 総務省「令和2年度版 情報通信白書」(2020)

コラム：テレワークを利用した業務改革

社会医療法人高橋病院 理事長 高橋 肇

1. テレワークとは

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は日本の働き方にかつてない変化を追っている。ウィズコロナ時代に対応するには、「テレワーク」を始めとしたデジタル技術による「密」から「疎」への転換が求められている。

2020年7月、閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020」には、デジタルニューディールとして「新たな日常」の実現、すなわち新しい働き方・暮らし方としてテレワークの推進を盛り込んでいる²⁴。

厚労省雇用環境・均等局が2021年3月に作成した「テレワークの適切な導入及び実施の推進のためのガイドライン」²⁵によると、テレワークを「労働者が情報通信技術を利用して行う事業場外勤務」と定義しているが、非対面・非接触を可能にするテレワークは物理的な「距離」を縮めることにほかならない。近い、遠いに関わらず、同じ情報・サービスの共有が可能となり、拠点を構える地域を限定しないことで、広く良い人材を採用できるメリットもある。

これまでの社会活動は、密閉されたオフィスに密集し、密接に対話しながら行われることが多かった。距離にほぼ無関係に活用できるICTが発展した現在でも、対面でのコミュニケーション、すなわち意思疎通ができるオフィスワークを常態としてきたが、ウィズコロナ時代では、face to face（オフィスワーク）とICT（テレワーク）が「相補的」に機能するように社会システムを変革することが求められている。

働き方の観点から注意すべき点は、テレワークが広まることにより、これまで以上に成果主義になることである。今までは、成果の有無にかかわらず机上で業務をこなしているとそれなりに評価されたが、テレワークではプロセスを見ないため、業務量・内容によっては長時間労働となる危険性がある。

それを防ぐ制度として、職務内容を定義して仕事に人を割り当てる「ジョブ型」雇用制度が

あげられる。従来の、人に仕事を割り当てる「メンバーシップ型」雇用ではなく、職務内容を明確にした上で最適な人材を充てる欧米型雇用形態であり、求められる役割・成果・スキルなどを具体的に記載した「職務定義書」（ジョブスクリプション）を示してその成果を評価する制度である。スペシャリストを育てるのがジョブ型、多様な経験と視野をもった経営人材を育てていくのがメンバーシップ型とも言えるだろう。

日本でも、コロナ禍による職場環境の変化、DX（デジタル・トランスフォーメーション）²⁶に代表されるデジタル化への対応、同一労働・同一賃金対策など、様々な課題に対応する手段としてジョブ型雇用を採用する企業が増えている。また、テレワーク主体の在宅勤務では、仕事の進捗やプロセスが見えないなどの課題に対する解決策としてもジョブ型雇用が注目されている。

テレワークの推進は、時間管理をベースとする日本の労務管理のあり方を大きく変えることが期待される^{27,28,29}。

ジョブ型雇用を導入する利点は以下の通りである。

²⁴ 内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2020～危機の克服、そして新しい未来へ～」(2020.7.17)

²⁵ 厚生労働省雇用環境・均等局「テレワークの適切な導入及び実施の推進のためのガイドライン」(2021.3)

²⁶ デジタルトランスフォーメーション：2004年スウェーデン、ウメオ大学教授エリック・ストルターマンが「Information Technology and the Good Life」の中で提唱。「ITの浸透が、人々の生活をあらゆる面でより良い方向に変化させる」と定義し、下記の特徴を提示している（Eric Stolterman, Anna Croon Fors. "Information Technology and The Good Life". Umeo University.）

- ・デジタルトランスフォーメーションにより、情報技術と現実が徐々に融合して結びついていく変化が起こる。
- ・デジタルオブジェクトが物理的現実の基本的な素材になる。例えば、設計されたオブジェクトが、人間が自分の環境や行動の変化についてネットワークを介して知らせる能力を持つ。

〈企業側のメリット〉

- ①専門分野に長けた人材を効率よく採用できる。
- ②業務内容、勤務時間、勤務地、報酬等を明確に定めておくため、雇用時のミスマッチを防ぐことができる。
- ③順送り人事や年功賃金を改めることができる。
- ④業務によって、「社内で仕事を行う」、「自宅で仕事を行う」、「アウトソーシングする」など選択の幅が広がる。

〈従業員側のメリット〉

- ①スキルを活かすことができる。
- ②入社後のミスマッチが生じにくい。
- ③決まった業務以外を行わない。
- ④高いスキルや能力があれば高収入を得ることができる。

固有の課題として、今日の情報システム研究者が、より本質的な情報技術研究のためのアプローチ、方法、技術を開発する必要がある。

ジョブ型雇用は従業員自らの能力を示して働くことになり、給与を上げようとするれば職務レベルを高める自助努力が必要になる。逆に、職務の成果によっては降格し、給与減が発生する場合も起きうる。

「採用と大学教育の未来に関する産学協議会」によると、大学生、帰国子女、外国人留学生など、一定数の割合で就職時にジョブ型雇用があり、企業側にジョブ型とメンバーシップ型の両方を備えることが提言されている³⁰。

なお、テレワークではOJTが難しいため教育方法が課題となる。新入職員、中途採用や異動直後の従業員は、仕事の進め方など不安を感じる要素も多いため、入社との組み合わせなどの工夫等が必要である³¹。個々の能力の特性を把握し、キャリア形成意欲を高めるためには、どのような教育方法が相応しいのか今後の大きな課題となっている。

機微な情報に囲まれ、対面での業務を余儀なくされる医療・介護分野では、どのような形ならテレワークの恩恵を受けられるだろうか。内閣府や国土交通省が行った調査では、人間の生命や暮らしを守る仕事に従事している人々、いわゆる「エッセンシャルワーカー」に対してテレワーク導入率が低いとされるが、その中でも「医療・福祉」の分野は約8%と目立って低

い^{32,33}。しかし、特定の業務に特化した専門職に対し、テレワークを導入することは十分可能と思われる。また、導入が難しいと考えられる職種であっても、ICT等の活用によってテレワーク可能となる場合もある。コロナ禍の経験から、職員自身の罹患や家族の事情で職場を休まざるを得ない場合も想定され、業務のあり方を見直す大きな機会と捉えるべきであろう。

エッセンシャルワーカーの多い医療機関においてテレワークを導入しやすい職種としては、人との接点の少ない事務系（経理、総務等）や情報システム系などがあげられる。また、医師にもテレワークの一型であるオンライン診療のみならず、健診・画像診断・手術支援等、診療科やその内容によって働く時間と場所を選べる環境作りも検討可能となるだろう。

テレワーク勤務においては労働条件の変更が生じるため、労働基準法、最低賃金法、労働安全衛生法などの労働関係法令が適用されることに十分留意することが必要である³⁴。

全日本病院協会は、会員病院のために率先してテレワーク導入による業務改革、インフラ環境の構築、個人情報管理やセキュリティ対策、テレワークガイドラインの作成や好事例の紹介など、教育、研修の場を設定すべきである。

2. テレワークを活用した新しい働き方の模索－高橋病院の事例紹介－

当法人の雇用形態は表2-2に示す通りである。法人職員数は、正職員410人前後、パート職員50人前後、嘱託職員30人前後である。「パート職員」とは常勤換算1.0未満に該当、

²⁷ 厚生労働省労働基準局「テレワークモデル就業規則～作成の手引き～」(2020.10)

²⁸ 総務省「テレワークセキュリティガイドライン（第5版）（案）」(2021.4)

²⁹ 西尾 太「超ジョブ型人事革命」フォー・ノーツ株式会社(2021)

³⁰ 一般社団法人日本経済団体連合会「採用と大学教育の未来に関する産学協議会」日本私立大学団体連合会(2020.3)

³¹ 厚生労働省雇用環境・均等局「雇用型テレワークの現状と課題」<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11201000-Roudoukijunkyo-Soumuka/0000179560.pdf> (2020)

³² 内閣府「新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査」(2020.6)

³³ 国土交通省都市局「平成31年度（令和元年度）テレワーク人口実態調査」(2020.3)

³⁴ 厚生労働省雇用環境・均等局「これからのテレワークでの働き方に関する検討会」報告書(2020.12)

表2-2 高橋病院の雇用形態

雇用形態（名称）	正規・非正規の区分	勤務形態と業務形態	キャリアパスの適用
正職員	正規	フルタイム / 非定型業務	あり（2等級～9等級）
（旧）準正職員⇒正職員	非正規⇒正規	フルタイム / 定型業務	あり（1等級）
パートタイマー（A）	非正規	パートタイム / 非定型業務	なし
パートタイマー（B）	非正規	パートタイム / 定型業務	なし

表2-3 キャリアパス概念図：エキスパートコースとマネジメントコース

			エキスパートコース			マネジメントコース	
			看護	診療技術・リハ	介護	役職者共通・事務系	
職層	等級	モデル年数 (通算年数)				職位	等級
M (管理職層)		- (20年目～)				部長	M-9
		4年 (16年目～)				部長補佐	M-8
S (中間指導職層)	E-7	3年 (13年目～)				課長(級)	M-7
	E-6	3年 (10年目～)				課長補佐(級) 主任係長(級)	M-6
	E-5	3年 (7年目～)				主任係長(級) 係長(級)	M-5
J (一般職層)	E-4	2年 (5年目～)				主任(級)	M-4
	3	2年 (3年目～)					3
	2	2年					2
	1	2年					1

「嘱託職員」は医師、理事を除いた60歳以上のフルタイム勤務者、短時間正職員、育児短時間勤務者はいずれも正職員）2021年に創業128年を迎えた当法人には、1965年に設置された労働組合があり労務に関する新しい仕組みを導入する際には労使協調をベースとしている。

ジョブ型雇用とテレワーク導入に向け、検討された事項は以下の通りである。

- ①キャリアパス（職群別人事等級）の構築
- ②給与体系の見直し
- ③職種別課業から導き出したテレワークの可能性
- ④業務環境の整備
- ⑤リモート会議、テレワーク活用による行動変容

(1)キャリアパス（職群別人事等級）の構築

医療系でテレワークを遂行するには、選択可能な複線型の働き方を用意する必要がある。従来、医療現場におけるキャリアパスは、医師をピラミッドの頂点として看護師等の各専門職がそれに準ずる職位を担う形態が一般的であったが、当法人では2004年より徐々に複線型の等級フレーム（1～9等級）に切り替えていった。

従来は役職に就かなければ一定の等級以上に昇格できない仕組みであったが、専門職群別に等級基準を設定し、専門職としてキャリアアップしていくエキスパートコースと、マネージャー職（役職者）として昇格していくマネジメントコースに分けている（表2-3）。

等級フレームには上位等級への昇格要件として「年数」、「求められる役割」、「求められる能力（コンセプチュアスキル、ヒューマンスキル、

テクニカルスキル)」、「課業」、「直近の人事評価結果」が定められており、要件すべてを満たすことにより上位等級へ昇格できる仕組みとなっている。人事等級は前年度の能力開発シートの結果も踏まえて毎年見直しが行われ、各個人に通知される。フルタイムの非正規職員（従来の「準正職員」）も正職員へ雇用転換し、キャリアパスの適用対象としている。

(2)給与体系の見直し

当法人では従来、昇給や賞与などの処遇に大きな個人差を設けてこなかった。キャリアパスの見直しに伴い、給与等の処遇上のルールも整理し、より高い職位でマネジメントや専門性を発揮する職員、一般職であっても一定期間のパフォーマンスが高い（評価が高い）職員に対してインセンティブを持たせる仕組みとし、人事考課結果をキャリアパス要件の一部および昇給査定に判定材料とした。職員のモチベーションを維持・向上させること、限られた原資を適正・公平に分配することを狙いとしている。

給与制度のポイントは以下の通りである。

- ①キャリアパスの職群別の賃金表へ改変（キャリアパスと賃金表の等級が一致）
キャリアパス概念図（表2-3）の通り、職群を看護、診療技術・リハビリ、介護、役職者・事務に区分、賃金表も同職群別に改変し、キャリアパス等級と賃金表の給与等級が一致するよう制度設計を行った。
- ②昇格（職責）によるインセンティブ（上位等級はベースアップ）
賃金表の給与等級は上位等級ほど昇給率が高くなる設計となっている。そのため、キャリアパス要件を満たして昇格することにより、昇格前より高いインセンティブ（昇給率）を受けられることができる。
- ③人事考課（仕事の成果）を昇給査定に判定材料へ
2004年より行っていた能力開発制度（人事考課）を見直し、キャリアパス要件の一部および昇給査定に判定材料とし、評価期間内に高いパフォーマンスを発揮した職員については、昇給額のインセンティブ（標準昇給より高い昇給）を持たせる仕組みとしている。

(3)職種別課業から導き出したテレワークの可能性

各部署の職務内容は、本来業務と付帯業務から構成されており、業務内容は課業として最小単位の職務内容の積み上げにより成り立っている。当法人では各個人の担う職責や役割により担当する課業の振り分けを行っており、職責が高い、または役割が拡大するとより難易度が高く、より重要な課業が振り分けられている。

2000年当初に看護部門から始まった課業の作成は、年俸制の医師を除き（人事考課は施行）、法人内全職種で行われ、法人業務管理室、質向上推進室が中心となって、STEPS（中期事業計画）や、病院の方針、戦略などにより各部署は毎年課業の見直しを行っている。

法人内で実施した「テレワーク導入に関する調査」はほぼ予想通りで、テレワークへ移行することの可能な課業は、患者との対面が少ない事務系が上位を占め、特に経理課、情報システム室、質向上推進室が高率であった。

1位：経理課	98.3%
2位：情報システム室	90.0%
3位：総務管理課（人事・労務）	82.1%
4位：質向上推進室	80.0%
5位：診療情報管理士	77.3%
6位：総務管理課（総務）	60.2%
7位：医事課	28.8%

（テレワークに移行することが可能な課業の割合）

同じ総務管理課でも、総務系と人事・労務系では20%もの差が出ており、テレワーク導入時には別部署にすべきかもしれない（表2-4）。医事課は、患者との直接業務が多いため28.8%にとどまり、医師、看護、ほかコメディカルは1割内外であり、現在の業務形態の変更は困難と判断された。事務系でも100%移行はできない結果なので、各施設が導入検討時には課業内容との対比も必要であろう。

課業シートに加え、人事評価シート、能力開発シートの3点が個人評価の基本構成となっているが、実際にテレワークが行えるかどうかの判断は総合的に判断すべきものであろう。特に人事考課シート内の日頃の勤務態度等の評価が、当該職員の在宅テレワークの適否判断につながるか検証の予定である。

現時点で、課業の大部分をテレワークの定例

表2-4 経理・総務・人事 課業一覧表およびテレワークへの移行可能性

経理

1 出納業務		評価		目標レベル									
中項目	小項目	自己評価	評価者評価	正職員(決算年度)									
				1年以内	1年超	10年以内	10年超	5年以内	5年超	10年以内	10年超		
1 現金事務	1 ① 現金出納帳作成(収納、小口支払、両替準備、入金など)			○									
	2 ② 預金出納(残高確認、入金連絡、資金移動など)			○									
	3 ③ 入出金明細書の作成			○									
	4 ④ 日計表の作成、現金照会			○									
	5 ⑤ 日計表のファイル			○									
2 支払申請、支払事務	1 ① 支払申請書の受理、内容確認			○									
	2 ② 支払内容、証書の確認			○									
	3 ③ 支払処理(CMS入力、支払書類のファイルなど)			○									

総務

1 庶務		評価		目標レベル									
中項目	小項目	自己評価	評価者評価	正職員(決算年度)									
				1年以内	1年超	10年以内	10年超	5年以内	5年超	10年以内	10年超		
1 一般庶務	1 ① 郵便物受領、郵便物受付簿に記入、各部へ配布、郵便物発信			○									
	2 ② 顧客リストの作成、更新(年賀状、お中元など)			○									
	3 ③ 会議室の予約、会場準備、資料準備、配布議事録作成、配布			○									
	4 ④ 職員寮の維持、管理(部屋の清掃、補修、入室状況の現場確認、鍵の保管等)			○									
	5 ⑤ 病院施設の鍵の保管、管理			○									
	6 ⑥ 産業廃棄物のマニフェストの受領、廃棄現場確認書類保管			○									
2 来客対応	1 ① 関係部署へ連絡			○									
	2 ② 湯茶接待			○									
	3 ③ 施設案内、見学対応			○									
	4 ④ 応接室、会議室、後片付け			○									
3 環境整備・清掃	1 ① 事務室、ホール、玄関などの整理整頓			○									
	2 ② 施設内室温、湿度、照明の調整			○									
4 事務機器の取り扱い	1 ① コピー、ファックスの維持管理(トナー、用紙)			○									
	2 ② パソコンの維持管理			○									

人事

1 採用		評価		目標レベル									
中項目	小項目	自己評価	評価者評価	正職員(決算年度)									
				1年以内	1年超	10年以内	10年超	5年以内	5年超	10年以内	10年超		
1 人事計画の立案	1 ① 職員配置の状況把握			○									
	2 ② 各部署からの必要人員数の聴取と調整			○									
	3 ③ 退職・産休・育児等予定の把握			○									
	4 ④ 市場動向の調査、分析			○									
	5 ⑤ 採用人員計画の立案			○									
	6 ⑥ 採用募集媒体の検討、立案			○									
2 新卒採用事務	1 ① 過年度実施採用広告の分析			○									
	2 ② 募集案内の企画、立案(求人媒体の選択と実績の分析)			○									
	3 ③ 求人票作成(リクルート用病院パンフレットの作成)			○									
	4 ④ 求人広告の取りまとめ			○									
	5 ⑤ 実績校の一覧表作成と確認			○									
	6 ⑥ 看護学校説明会の参加			○									
	7 ⑦ 学校訪問実施			○									
	8 ⑧ 院内見学希望者へのスケジュール調整、見学、説明会の実施			○									
	9 ⑨ 採用試験場所の手配			○									
	10 ⑩ 採用試験問題の作成			○									
	11 ⑪ 採用試験の立ち合いと答案採点			○									
	12 ⑫ 採用試験資料(筆記、面接)の作成			○									
	13 ⑬ 採用結果の確認、採用決裁起案			○									
	14 ⑭ 合否結果通知の作成			○									
3 中途採用事務	1 ① 求人票作成、ハローワーク等へ提出(採用条件の確認調整後求人票持参依頼)			○									
	2 ② 応募者リストの作成			○									
	3 ③ 応募者への連絡(問い合わせ・応募要項確認)			○									
	4 ④ 面接準備、実施(面接担当者のスケジュール調整、部屋予約)			○									
	5 ⑤ 面接結果の確認、採用決裁起案			○									
	6 ⑥ 合否結果通知の作成、採否結果の連絡、不採用時の履歴書等の返却			○									

◎：テレワーク可能とされた課業

○：各業務に対してクリアすべき等級フレーム

業務は大・中・小項目の3分類

課業数：経理課 各々 10、15、59、総務系 7、21、84、人事・労務系 3、18、112

業務としたものは法人情報システム室1人、法人メンタルヘルス室1人³⁵、経理2人（税理士、公認会計士）となっている。まだ少ない理由として、モデルがなく試行錯誤であること、新たな就業規則の作成、給与体系の適用などに時間がかかっていることにある。

face to faceを基本とする看護業務（表2-5）はテレワークに向かないとされているが、人員不足の中、どの業務であれば外部委託も含め可能か、課業内容より検討してみた。フレーム等級が高いほどデスクワークが多くなり患者と接する時間が少ないため、役職上位のものほどテレワークが可能と考えられた。管理業務がテレワークで達成できるかどうか、今後ICT機器を院内に装備し、管理者用モニターTVの病棟設置、ローカル5Gなどのインフラ構築、ロボット、インカムの活用、職員用のウェアラブル装着などにより、随時のリモートチェックが効くようにし、適用を検討している。

(4)業務環境の整備

当法人では職員の業務負担の軽減策として以下の取組に着手している。人事制度の見直しと業務環境の整備はセットで行うことが効果的と思われる。

- ・タスクシェアリング、タスクシフティングとアウトソーシングの拡大
→病棟アシスタントや介護助手の活用、認定看護師等による業務分担の推進、モバイルデバイスやインカムを始めとしたICTの活用
- ・ワークライフバランスの推進
→短時間正職員制度、夜勤専従者の採用、テレワーク活用など多様な勤務形態の導入
- ・採用活動の強化と離職率低減に向けた取り組み
→奨学金制度、派遣および法人内人材紹介制度の活用、メンタルヘルス室の活用や職員満足度調査の実施、人事異動希望調査（年2回）、オンライン面談の活用

コロナ禍において、対面面接の場合、マスク着用により顔全体の印象が把握しづらいため、現在採用時にオンライン面接を取り入れている。上司による年2回の能力開発面談時（職員全員必須）に取り入れることも検討している。

(5)リモート会議、テレワーク活用による行動変容

法人内では情報システム室の管理下³⁶にてZOOMを自由に使わせているが、リモート会議の実践やテレワーク活用によって行動変容がなされている。

法人内で行う会議、委員会、研修会などは、数多く存在する（院内で大小含め68）が、事業所間の移動に10～30分かかっていたものが大幅な時間削減につながり、最近の職員満足度調査では「残業や夜勤などを含めた勤務時間は無理のない範囲内ですか」、「休暇が取りやすいですか」には、「はい」、「ある程度」が80%前後と向上している。

朝礼・講演・研修会はWEB開催を基本とし、録画撮りをし、当法人専用のYou Tubeアドレスから「いつでも」、「どこでも」、「誰でも」閲覧可となっていて、これまで見られた各部門に同一内容の複数回講義を行うことによるムダ、ムラ、ムリがなくなっている。

残業代、移動交通費（ガソリン代）などのコスト削減、出張、研修費等の著明な減少（コロナ禍により年間約2000万円支出減）となったが、その財源を別のオンライン研修に回すことで、職員の学ぶ機会が全体として増加している。

患者・家族へのサービスとしての画面越し面会やリハビリのリアルタイム配信に加え、家族や他施設・介護サービス事業所（特にケアマネージャーなど）とのWEB面談での時間調整など大きな効率化につながっている。

(6)終わりに

今後、既存の労働時間に縛られることのない、テレワーク対応可能な新たな職務制度を作りたいが、ジョブ型雇用を始めとした働き方改革やデジタル関連は未知の分野が多い。「やり方」にこだわるあまりに「考え方」を見失うことがないように腰を据えていきたい。

³⁵ コロナ禍を受け、永年勤務の常勤担当者から、娘の妊娠・出産を機に退職の申し出があった。iPadを用いて自宅からの職員との面談を可能とした結果、退職取り消しとなり、現在直接面談とiPadのハイブリッドにて勤務継続中である。

³⁶ 独自にインターネットVPN回線を引いており、一般事業所のものよりセキュリティ上格段に強固なものとしている。個人情報を含むUSBでは、指紋認証型を採用し、約80名のリハビリ職員が法人内研修に利用している。各種オンラインストレージサービス、チャットワークなどを使用の際にも、ウイルス対策を実施している。

表2-5 看護業務課業一覧の一部

4 日常生活援助に関する業務			評価												
中項目	小項目	評価	評価												
			自己評価	評価者評価	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年			
1 身体の清潔援助	1 清拭(全身、部分、足浴、手浴)を行う		△	△											
	2 入浴援助を行う(自立、介助浴、昇降浴、器械浴)		△	△											
	3 口腔ケアを行う		△	△											
	4 洗髪、髪型ケアを行う		△	△											
	5 爪きり、髪剃り、耳掃除、陰部洗浄を行う		△	△											
	6 寝衣、寝具交換を行う		△	△											
	7 ケーシングケア、イブニングケアを行う		△	△											
2 排泄援助 ①	1 おむつ交換を行う		△	△											
	2 便、尿器介助を行う		△	△											
	3 ポータブルトイレ、車椅子トイレでの介助を行う		△	△											
	4 排泄物の処理を行う		△	△											
	5 1日尿量、尿便回数を確認、インアウトチェックを行う		△	△											
3 排泄援助 ②	1 漏尿を行う		△	△											
	2 留置カテーテルの管理を行う		△	△											
	3 洗滌、産業挿入、通尿、を行う		△	△											
	4 人工肛門のケアを行う		△	△											
	5 排便のコントロール、排便指導を行う		△	△											
	6 個々にあった排便方法を判断する		△	△											
	7 1日尿量、尿便回数を確認、インアウトチェックを行う		△	△											
4 食事介助 ①	1 食前準備(ギャジアップ、セッティング)を行う		△	△											
	2 食事介助を行う		△	△											
	3 摂取量の観察、記録を行う		△	△											
	4 配膳、下膳を行う配膳を行う		△	△											
	5 食後の口腔ケアを行う		△	△											
5 食事介助 ②	1 経管栄養(経鼻、胃像)を注入する		△	△											
	2 水分摂取の必要性を判断する		△	△											
	3 個々の状態にあった食事の選択		△	△											
	4 適切な器具、の選択を行う		△	△											
	5 食前薬、食後薬の配薬を行う		△	△											

12 職員の指導・援助に関する業務			評価												
中項目	小項目	評価	評価												
			自己評価	評価者評価	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年			
1 プリセプター業務	1 プリセプターの役割と任務を理解する														
	2 新入社員や特性に配慮した育成プログラムを計画する														
	3 プリセプター検討会での指導内容の確認														
	4 プリセプターの性格と任務を理解する														
	5 プリセプターに応じたプログラムに変更する														
	6 プリセプターと研修の到達度を共有する														
	7 スタッフに研修の経過を伝え、必要な協力を指示する														
	8 プリセプターの復職導入時期を適切に判断し上司に報告する														
	9 プログラム運営企画委員会での問題点、疑問点、改善要求等の発言														
	10 プリセプターの悩みや不安を受け止め対応する														
	11 プリセプターの心理状況を留意把握する														
	12 プリセプターの心理状況に応じ、組織的対応を上司に提案する														
	13 新入社員を育成状況を総合的に把握する														
	14 メンタルヘルス担当者との連携														
2 プリセプターの悩みに応じた指導・助言を行う															
3 中途入社者の指導・助言	1 部署の機能と患者紹介等のオリエンテーションを行う														
	2 基準や手順の説明・指導を実施														
	3 経験に応じた指導プログラムを計画・実施														
	4 到達度に応じて、随時プログラムの変更実施														
	5 復職導入・自立時期を上明に報告														
4 日常業務におけるスタッフ指導・援助	1 スタッフの技能レベル、意識状況を把握する														
	2 スタッフの経験や状況に応じた指導を実施する														
	3 接遇や身だしなみに関する指導を行う														
	4 マニュアルの徹底に関する指導を行う														
5 リーダー育成	1 リーダー業務を理解し、オリエンテーションを行う														
	2 リーダーの指導・援助を行う														
6 部署内の学習会の組織化と実行	1 部署の機能に合わせた学習会のテーマを設定														
	2 学習係と連携し学習会の計画を立案														
	3 学習会の講師の依頼														
	4 学習会の効果について評価を行う														
	5 研修会・学習会参加のスタッフの動機付けを行う														
	6 看護部教育委員会との連携														
7 看護過程に関する業務	1 患者の病状等の把握を行い、病室調整を行う														
	2 看護計画の立案状況の把握・指導を行う														
	3 看護実践の評価に基づき指導を行う														
	4 遠隔調整が適切に行われているか点検し指導する														

20 看護職員の人事・育成に関する業務			評価												
中項目	小項目	評価	評価												
			自己評価	評価者評価	1年	2年	3年	4年	5年	6年	7年	8年			
1 看護職員の採用計画	1 入職・退職者の把握を行い、採用方針をもつ														
	2 1次面接を行い、書面面接実行の判断を行う														
2 看護職員の配置計画	1 入職者の希望・キャリアを考慮し適切な配置部署を判断する														
	2 配置先の責任者への報告、育成方針を指導する														
3 人事異動の計画と実施	1 職員の異動・退職・キャリア開発の意向を把握し方針を持つ														
	2 部内の異動・昇進・降格に関する計画を立案する														
	3 異動計画を部門内で一致させ院長に提案する														
	4 職員の異動・降職任命等の内帛を行う														
4 退職希望者への対応	1 退職希望者の対応方針を持つ														
	2 指導部長と役割分担を明確にし、対象者に必要な対応を行う														
	3 退職決定者の面接を行い、今後の制度改善に活かす														
5 職員の育成方針の策定と実施	1 看護部全体の教育方針を策定し周知する														
	2 年度の重点課題を明確にし、年間計画を立案する														
	3 部内の検討会の運営を通じて教育計画の実施を指導する														
	4 教育計画の実施を評価し、次年度の方針につなげる														

課業：大項目 24、中項目 111、小項目 305
 △：各業務に対してクリアすべき等級フレーム

3. 住まい

2040年時の人口予測は1.1億人で、うち65歳以上は4000万人(独居896万世帯)であるが、問題は減少する生産年齢人口が6000万人となり、この年齢層1.5人で高齢者1人を支援するという状況となることである。また、要介護者数957万人(高齢者の24.4%)、認知症者数802万人(高齢者の21.4%)と予測されているが、在宅での対応は介護度が低いか軽症～中等症認知症に限られるため、相当数の高齢者の住まいは入所で対応しなければならないことを想定すべきである。

更には、2040年に向け全世帯数は2025年以降は減少が見込まれる一方、高齢者単身世帯が2040年896万世帯(18%)と大きく増加する上、必要な場面で支援が必要な独居・同居高齢者が増え、要介護者認知症高齢者とあわせ今後地域社会がどう対応していくのかが問われてくる。居宅介護を中心とした施策は物理的に不可能となるので、より質の高い施設介護の在り方を検討し早急に実践に移すべきである³⁷。

急速な人口減少により、空き家・空き地がランダムに発生する「都市のスポンジ化」が顕在化しているが、相続等に伴う所有者不明の不動産も増加しており、2030年以降空き家率が30%を超えると予測されている。首都圏大都市も例外ではなく、高齢者対策において住まいの問題は重要である³⁸。

2014年には都市再生措置法の改正が行われ、生活サービスと居住を集約したコンパクトシティーを形成し、その拠点間を交通・情報ネットワークで結ぶことにより、行政、医療、介護、買い物などの生活支援を効率的に提供する施策が一部試みられてきており、今後を期待したい。

日本人、特に高齢者は土地に対する愛着心が強く思い入れやライフスタイルを変えることは困難とされるが、65歳以上の事故発生場所の分析では「住宅」が77.1%と突出し交通事故死者数を上回っていることから³⁹、長年住み慣れた住宅でも独居、老々同居者には大きな危険性を孕んでいることも認識すべきである。

高齢者が人口の50%を超えた「限界集落」は、過疎地域を中心に増加の一途であり消滅を指摘

される地域もある⁴⁰。まず地域の存続のために何が必要かを考え、その中で住民の住まいをどう考えるべきなのか、更には高齢者の場合はどうすべきかを検討すべきである。

首都圏一極集中の弊害と過疎化問題双方の対策として有望とされる施策に、中高年齢者が大都市圏から地方や「まちなか」にUターンし、地域住民と交流しながら、健康でアクティブな暮らしを送り、必要に応じて医療・介護を受けることができる「生涯活躍のまち(日本版CCRC)」構想がある。テレワークの定着により、自然豊かな地方において仕事を行い、時々大都市に出向く、という2地域居住が一定程度普及する可能性があり、コンパクトシティーの取り組みとあわせながら、積極的に推し進めるべきである。

2020年版厚生労働白書では、地域において暮らしていくために必要なことがどのような担い手や事業によって対応され得るかを整理し(図2-4)、一人ひとりの暮らしを支えていくためには、地域事情を踏まえつつ、様々な主体や関連分野と連携し、つながり・支え合いのあり方を考えていくことが必要としているが、先に示した住まいをどうするのかという視点も入れて考えるべきである。後述する全日病が提唱する「地域包括ヘルスケアシステム」構築でもこの点に留意し提言を行った。

4. 経済力

60歳の4人に1人は95歳まで、1割近くは100歳まで生きるとされている。今後、基本的な生活費に加え医療や介護などに要する費用、余暇を楽しむ費用などから、老後資産はどのくらい必要なのか、年金収入だけで老後を賄えるのかなど、預貯金に対する不安は尽きない。「人生100年時代」に向かい、年代を問わず経済力が大変重要である。

³⁷ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口・世帯数将来推計(平成29年推計)」(2017)

³⁸ 総務省「自治体戦略2040構想研究会 第一次報告」(2018.4)

³⁹ 内閣府「平成30年度版 高齢社会白書」(2018)

内訳は、①不慮の溺死及び溺水、②その他の不慮の窒息、③転倒・転落の順

⁴⁰ 総務省「過疎地域における集落の状況に関する現況把握調査最終報告」(2020.3)

図2-4 今後の対応の方向性 新たなつながり・支え合いに向けて

一人ひとりの暮らしを支えていくために、それぞれの地域事情を踏まえつつ、様々な主体や関連分野と連携し、つながり・支え合いのあり方を考えていくことが必要。

住み慣れた地域で暮らしていくために必要なことへの対応 ※簡略版、詳細は本文を参照

対応の 類型 (担い手・事業主体)	ニーズ類型	突然の困りごと (例) ・具合が悪くなった	日常生活に 必要なこと (例) ・掃除、食事、買い物、 子どもの世話 ・外出の手助け	人・社会との つながり (例) ・サロン、コミュニ ティカフェ ・子ども食堂、子ど も学習支援	暮らしに必要な 特別な助け (例) ・相談、就労 ・契約・財産管理、住 まいの確保、当座の 現金
	自助・ 互助的 対応	家族・親族	家族・親族による扶助(三世同居、親きょうだいや子どもの近居等)		
民間企業等		見守り機器・システム、 訪問・配達サービス等	フードバンク等への食材提供等		介護予防 中間的就労の場
住民団体、民生委員、 NPO法人等		(住民団体、民生委員) 互助による助け合い、サークル活動等 (NPO法人等) 自主事業			
社会福祉法人、 生活協同組合等 (自主事業)		社会福祉法人の地域における公益的活動		生協の地域福祉活動	中間的 就労の 場 居住 支援
共助・ 公助的 対応	住民団体、NPO法人、 社会福祉法人、 生活協同組合等	介護保険の総合事業、子ども・子育て支援制度の地域子育て支援事業等			
	医療福祉事業体	介護保険、障害者総合支援、子ども・子育て支援等の各制度における個別給付や事業			福祉等の 各種相談
	自治体その他	福祉等の各種 ネットワーク	市町村運営の 有償運送	就労 支援 居住 支援	

(厚生労働省「令和2年度厚生労働白書」、2020)

(1)若年者・女性の経済力

平成30年国民生活基礎調査によると、平均所得552万円・中央値423万円より低い400万円以下が60%（内200万円以下20%）に及んでいる（図2-5）。一般正規職員の所定内賃金は平均約23.5万円で徐々に増加とはしているが、正規職員では定期的な賞与が70%に支給されている一方、非正規職員では約40%にしか支給されないこともその差に寄与していると思われる。

民間給与実態調査（国税庁「平成30年分民間給料実態統計調査」）による年齢別年収をみると、男性は定年まで経年的に上昇するが、女性は非正規雇用が多いためと思われるが、25歳から59歳まで一貫して300万円台であり、男女間に大きな格差がある（図2-6）。

非正規雇用は男女ともに増加傾向にある。男性では、1988年～2018年で非正規雇用が8.1%から22.4%と3倍になり、特にバブル崩壊後25～34歳層で増加し、低所得層が拡大している

ことがうかがえる。女性では1988年時既に35.1%であり、特に25～34歳層では25.9%から38.8%へとさらに増加しており、上記の結果を裏付けている⁴¹。非正規雇用者が男性より多いという問題はあるものの、労働力調査をみると女性の就業率が右肩上がりとなってきており、結婚や出産後も就業を続けたり一度退職後復職したりする女性も増えてきた⁴²。一方、未婚化・晩婚化も進み「生涯シングル」、「共働きで子供をもたない」という選択も増え、ライフスタイルの多様化が進んでいる。働く女性が増加する中で、単に年代や世代による分析だけでなく、個人の生涯にわたるライフコースを尊重する姿勢も求められる。

これまでは、就業形態の多様化が提唱されてきたが、実態としては非正規雇用の増加、低賃金労働者の増加をもたらしてきた。就業形態の多様化という観点からは非正規雇用は依然とし

⁴¹ 総務省「労働力調査 長期時系列データ」(2019)

⁴² 総務省「労働力調査」(2020)

て有力な選択肢であり続けるが、正規雇用と比較して不利にならないような仕組み作りが重要である。生産年齢人口減少時代においては、女性の就業増加をいかに図るかは大きな命題であり、多様な就業形態を示し、正規雇用と比較して不利にならないようワークシェアを全業種で実践できるよう全日病も働きかける必要がある。

医療も介護も女性が圧倒的に多い業種であるが、業種別平均給与をみると、介護系の低賃金の影響で医療・福祉系は依然下位（医療・福祉 397.2 万円、前年度比 0.6% マイナス、全業種平均 440.7 万円、前年度比 2.0% プラス）（表 2-6）であり前年比の伸びもマイナスである。2040 年に向け需要が明らかに伸びる両分野の重要性の再認識を促すとともに、給与面での厚遇が必要であることを訴え、報酬見直しを国へ強く迫るべきである。

(2) 高齢者の経済力

高齢者世帯所得でも 400 万以下が 77%（うち 200 万円以下が 33%）と、所得のみでみると日本ではどの年代でも豊かな層は少ないと言わざるを得ない（図 2-7）。

総所得の 80% 以上が年金恩給のみの高齢者世帯が 62% に及んでいる一方、生活が苦しいと答えたのが 54% にとどまったのは、平均貯蓄額や、高い年金を受給するものが多いこと、副収入のある世帯がそれなり多いことによるものと推測される。加えて、世帯主 60～69 歳世帯で約 29 万円/月、同 70 歳以上でも約 24 万円/月の平均消費支出を明らかに賄えない年間所得 200 万円以下層が 20% にとどまっていることもその理由であろう⁴³。

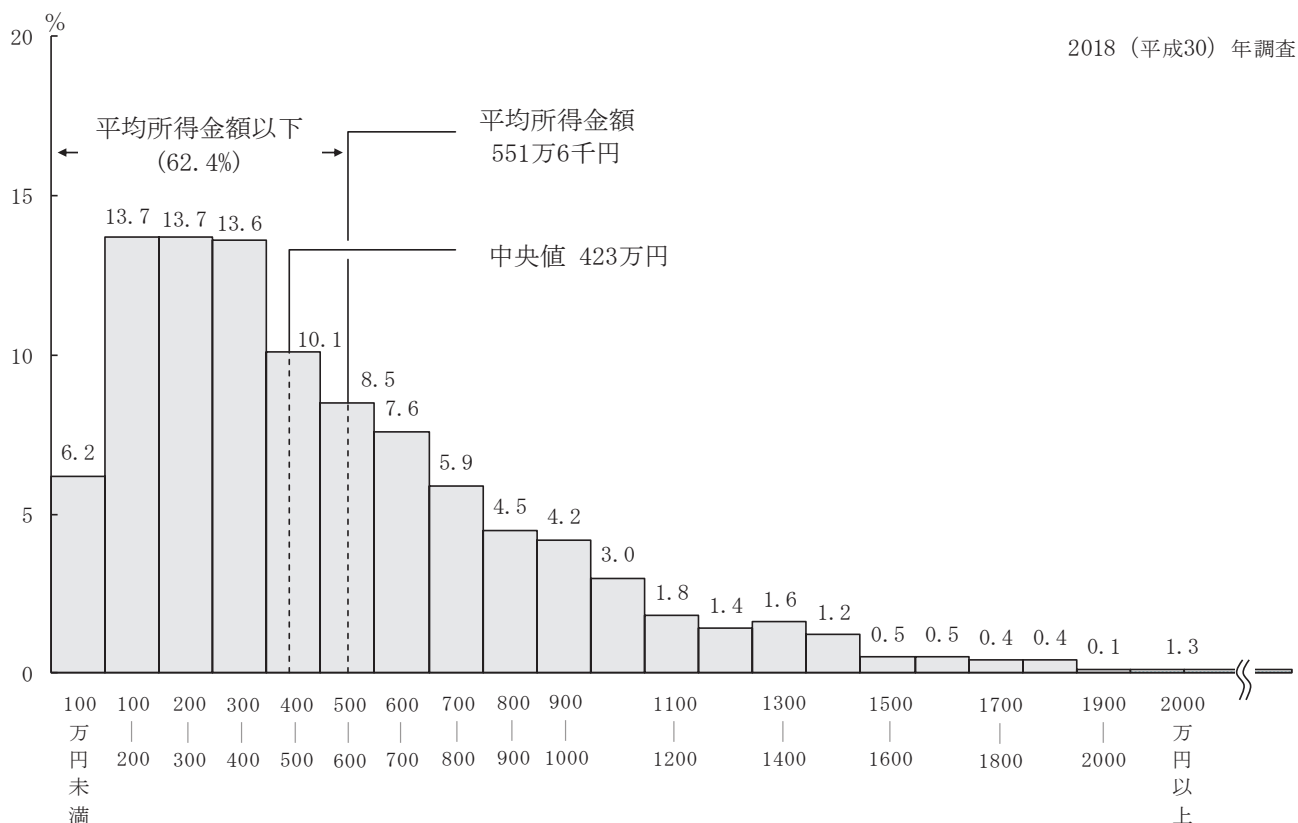
現在多くの世代が生活はなり立っているものの将来への不安は少なくないはずで、2040 年時高齢に達した者の充実した老後の確保を意識した施策が必要であろう。

重要なのは、より安心をもたらす収入確保のために就業を守る制度であり、2021 年 4 月施行の高年齢者雇用安定法改正で示された 70 歳までの就業機会の確保がこの実践である。

年金を中心として老後生活を送ることを想定した場合、現時点では自己責任となるが資産運

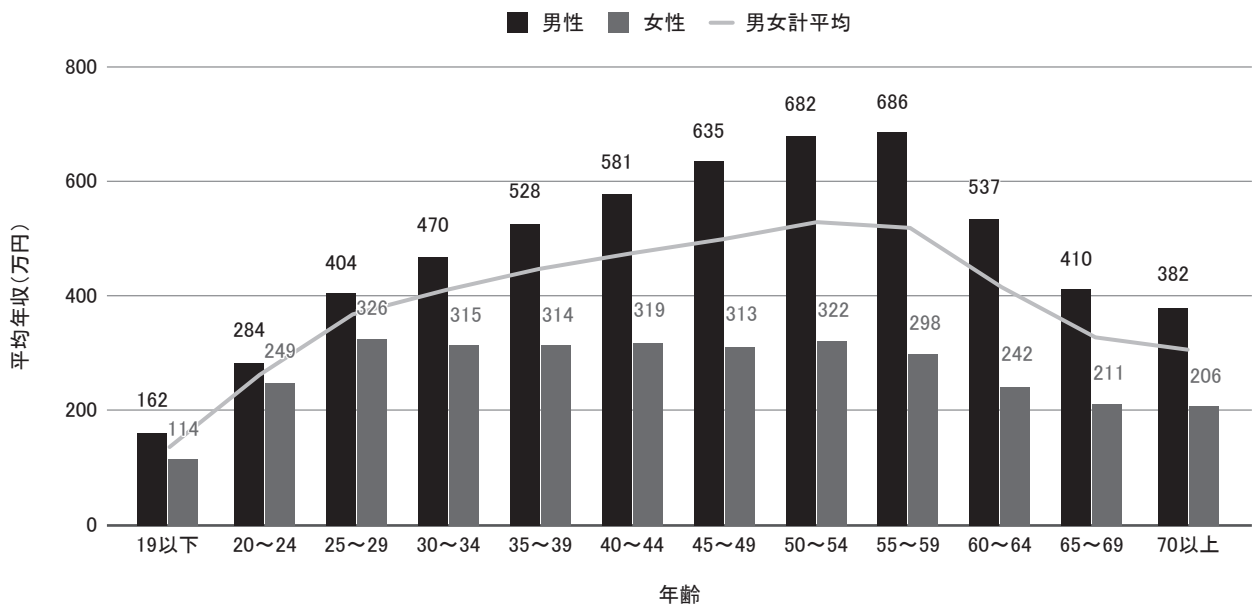
⁴³ 総務省統計局「家計調査報告」<https://www.stat.go.jp/data/kakei/index.html>（2021.3 参照）

図 2-5 所得の分布



（厚生労働省「平成 30 年国民生活基礎調査」、2018）

図2-6 性別、年齢別の年収



(国税庁「平成30年民間給料実態統計調査」(2018) データより作成)

表2-6 業種別の平均給与

業種区分	平均給与	対前年伸び率
建設業	千円 5,015	% 1.5
製造業	5,195	2.4
卸売業,小売業	3,830	2.6
宿泊業,飲食サービス業	2,506	▲0.9
金融業・保険業	6,313	2.7
不動産業,物品賃貸業	4,459	6.7
電気・ガス・熱供給・水道業	7,590	1.6
運輸業,郵便業	4,446	3.0
情報通信業	6,224	4.0
医療, 福祉	3,972	▲0.6
学術研究,専門・技術サービス業, 教育,学習支援業	4,979	▲2.4
複合サービス事業	4,370	0.1
サービス業	3,633	4.5
農林水産・鉱業	3,116	▲4.4
(業種平均)	4,407	2.0

(国税庁「平成30年民間給料実態統計調査」、2018)

用を学び実践することと、可能な限り就業を続けることによる年金の増額の仕組み（70歳から受給開始で42%増）を利用することが推奨される。

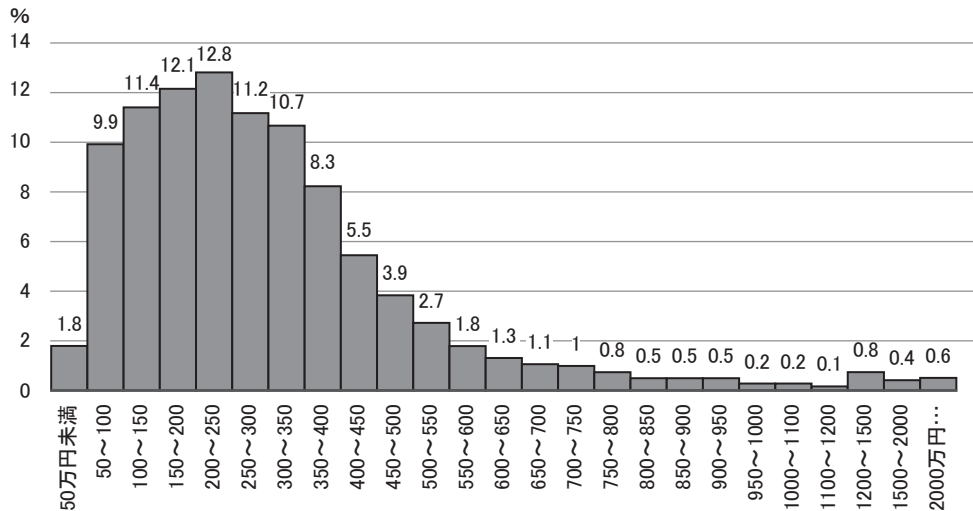
「高齢者の高齢化時代（親100歳、子ども70歳）」は2040年には当たり前になるであろうが、現状分析から高齢親子が満足した生活を維持出来るかが問われている。日本の家計金融資産の多くは高齢者が保有している。高齢化の進展で最も注意すべきは、認知症高齢者の増加と保有

金融資産の扱いである。成年後見制度等によって、認知症高齢者の金融資産をどう管理し、守っていくのかが、相続問題も含め今後重要課題の一つとなる。

(3)低所得者対策

経済的な安定により生活を保障する仕組みは多くの国で実践検討がなされている。昨今の類を見ない新興感染症の流行などにより社会情勢が不安定な状況となる中、日本においても低所

図2-7 高齢者世帯の所得金額の分布



高齢者世帯：65歳以上の単独世帯 + 夫65歳以上、妻60歳以上
 (厚生労働省「平成30年国民生活基礎調査」(2018)データより作成)

得者対策の検討を急ぐべきである。

①ベーシックインカム

ベーシックインカムは、「定期的な現金での給付で、資産調査や労働要件なしにすべての個人に無条件に提供されるもの」と定義され⁴⁴、いくつかの国でその実現に向けた研究や試行がされてきている。勤労意欲に与える影響はフィンランドにおける2017～18年の試行実験では影響は少なかったと報告されているが⁴⁵、巨額の必要財源確保(毎月10万円配布すると年間約150兆円)は大きな課題であろう。

医療・介護機関の運営の立場からは、最低限の生活が保障されることにより、より楽と感じる職場で働く労働者が増加し、この業態の人員確保のための賃金高騰の懸念もあり、慎重な検討が望まれる。

②給付付き税額控除

2007年11月税制調査会答申「抜本的な税制改革に向けた基本的考え方」に、「議論が進められていく必要がある」と記され、2009年の所得税改正法附則第104条に「検討」と明記されたのが「給付付き税額控除」である。

「税よりも税額控除が大きい場合に差額を給付する」ものだが⁴⁶、就労の推進、所得再分配の強化等が目的とされ、既に米国、イギリス、ドイツ、フランスなどに加え韓国などでも、勤労税額控除・児童税額控除・消費税逆進性対策税額控除の形で導入されている⁴⁷。

今回米国やイギリスのコロナ対策の現金給付が、本人の口座に直接給付する形で迅速に行われたのは、給付付き税額控除により、番号で国民全員の税情報(課税所得)と社会保障給付を一体的に運営する制度が導入されていたからとされている⁴⁸。日本においても改めてこの制度について早急に議論すべきである。

(4)おわりに

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対し、世界は大きな恐怖と不安を味わい、その終焉が見えない状態に置かれている。日本では、「就業・住まい・経済力」に関してその危機管理対策が後手に終始した感は否めない。3密により成長してきた大都市が、感染症リスクに対応して進化するために3密を避けなければならないというパラドックスに直面している。

全日病会員も、社会環境の変化によりもたらされる住民の生活への影響を十分認識して相対するべきである。

⁴⁴ ベーシックインカム推進の国際機関ベーシックインカムアースネットワーク(BIEN)

⁴⁵ 『NewsWeek 日本版』(2020.5.11)

⁴⁶ 埋橋孝文「給付付き税額控除制度とは?」『学術の動向』、pp72-76 (2010.10)

⁴⁷ 国立国会図書館『ISSUE BRIEF』No678 (2010)

⁴⁸ 森信 茂樹「ポスト・コロナ、定額給付金を給付付き税額控除につなげ、デジタル・セーフティーネット構築を - 連載コラム「税の交差点」第76回」東京財団政策研究所 <https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=3403> (2020.5.12 参照)

6) 社会保障制度

1. 年金

社会保障制度には、社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生の4本柱⁴⁹があるが、普段、我々が最も馴染んでいるのが社会保険、年金、医療・介護保険等である。社会保険には、年金、医療保険、介護保険、労働保険（労災保険、失業保険）等がある。年金は、「世代間での支え合い」の原則にのっとり、現役世代が保険料を納め、高齢者の年金給付財源にあてられている。

公的年金制度は、20歳以上で国民年金に加入義務があるが、2階建てと言われ、1階が国民全員が加入する「国民年金」、2階が会社員や公務員の加入する「厚生年金」である。厚生年金加入者は、国民年金と厚生年金の保険料を支払っているため、給付もその分多くなる。さらに、3階に任意加入の国民年金基金や確定拠出年金があり、納めた分本人に還元されるが、掛け金や運用によって大きく結果が変わるのが特徴である。給付は原則65歳からで、開始を遅らせることで受取金額を増やすことも可能である。

各国の年金制度のベンチマークとして使われるグローバル年金指数⁵⁰で3年連続1位となったオランダは、日本（32位/39か国）と同様に3階建ての制度⁵¹である。オランダは総合指数値82.6、日本は48.5という評価で、日本は、3つの大きな指標のうち特に低評価だったが、「持続性」で35.9であった。「持続性」では2004年導入のマクロ経済スライド制の導入と支給開始年齢引き上げで年金財政に関しては一定程度将来見通しが立ったと言われている一方、かねてから指摘されている制度設計の問題、すなわち、自営業者とサラリーマン、正規労働者と非正規労働者、専業主婦と働く女性、単身世帯と夫婦世帯など、同じ世代内での公平感の問題や、少子高齢化で現在と将来の年金受給者とで給付額に差が出る世代間バランスの問題は残ったままである。

2040年には日本の高齢者人口（65歳以上）がピークとなる。団塊ジュニア世代（1971～74年生まれ）が高齢者となり、65歳以上が約4000万人となる一方、現役世代は約6000万人と推定され、現役世代の負担が大きくなる。世

代間のバランスが大きく崩れることによって招来する主要な課題は、医療提供者にとっては医療・介護の働き手不足だが、高齢者にとっては年金が最大の問題となる。

これまでの少子高齢化問題の中心だった団塊の世代は日本の高度成長期を支えた豊かな世代で、正規雇用者が多く、したがって年金受給額も高く、貯蓄額も比較的多いが、団塊ジュニア世代は、就職氷河期世代やロスジェネといわれる世代で、非正規雇用者が多いため貯蓄額も少なく、年金受給額も低いことが想定され、貧しい高齢者の比率が増えることが危惧される。

2015年懸案だった厚生年金と共済年金の統合が図られた現状では、年金制度に手を加えることは適当ではないと考える。当面は、支払った分が戻る仕組みでないことに不満を持つ者もいるので、基本となる国民保険は全員加入とし、その他は確定拠出年金のような自己責任で老後を考える仕組みも選択できるような改変にとどめるべきである。

⁴⁹ 年金などの「社会保険」、高齢者や障害のある人などの支援を行う「社会福祉」、生活に困って人々を助ける「公的扶助」、人々の健康を維持するための予防や衛生環境を整える「保健医療・公衆衛生」がある。

⁵⁰ 総合指数は、「十分性」、「持続性」、「健全性」に大別される50以上の項目から構成されている。

⁵¹ オランダの年金制度 佐々木一成 年金と経済 2018
オランダの年金制度において特筆すべき点は以下の3点である。

1) 資産が圧倒的に潤沢である。2階部分職域年金資産残高は1兆2476億ユーロ（149.2兆円）、オランダGDP比190%。日本の1～2階部分である国民年金・厚生年金の運用機関であるGPIF（年金積立金管理運用独立行政法人）の総資産は1.49兆ドル（約161.8兆円）でGDP比30%。

2) 所得代替率（現役時代比）が高い。オランダ70%に対して日本62%（2019年）。日本では低成長持続により2050年40%台まで低下の見通し（厚労省）。但し、オランダでは年金保険料が高い（月収42万円単身モデル：日本月額3万7500円、オランダ約10万円）。また、オランダでは年金保険料のみならず、日本の消費税に当たる付加価値税も21%である。

3) 日本の2階部分、厚生年金に当たる職域年金のカバー範囲が大きい。オランダでは1階部分だけでも、最大年1万5459ユーロ（185万円）受取り可能であり、自営業者も含め労働者の95%が職域年金に加入している。オランダは国と企業が主体で多くの負担をする一方、労働者にも一定程度の負担と長期の勤続により、老後の準備をするという考え方をしている。

2. 医療制度（医療提供体制は別議論）

世界保健機関（WHO）の“World Health Report 2000”では、医療制度の目標は「高い健康水準」、「市民の期待への対応」、「公平な財政負担」の3つであり、その評価には「達成度」と「達成に要した医療資源の効率性」が必要とされている。日本においてもこれらについての定期的な検証を行うべきである。

日本の医療制度の特徴は、①国民皆保険、②フリーアクセス、③開業の自由、④民間中心の提供体制、であるとされる。医療費の増大に歯止めがかからず、②③に関して、種々の見直しの議論が始まってきているものの、全日病としては、現時点でこれらの維持に賛成である。

3. 医療保険

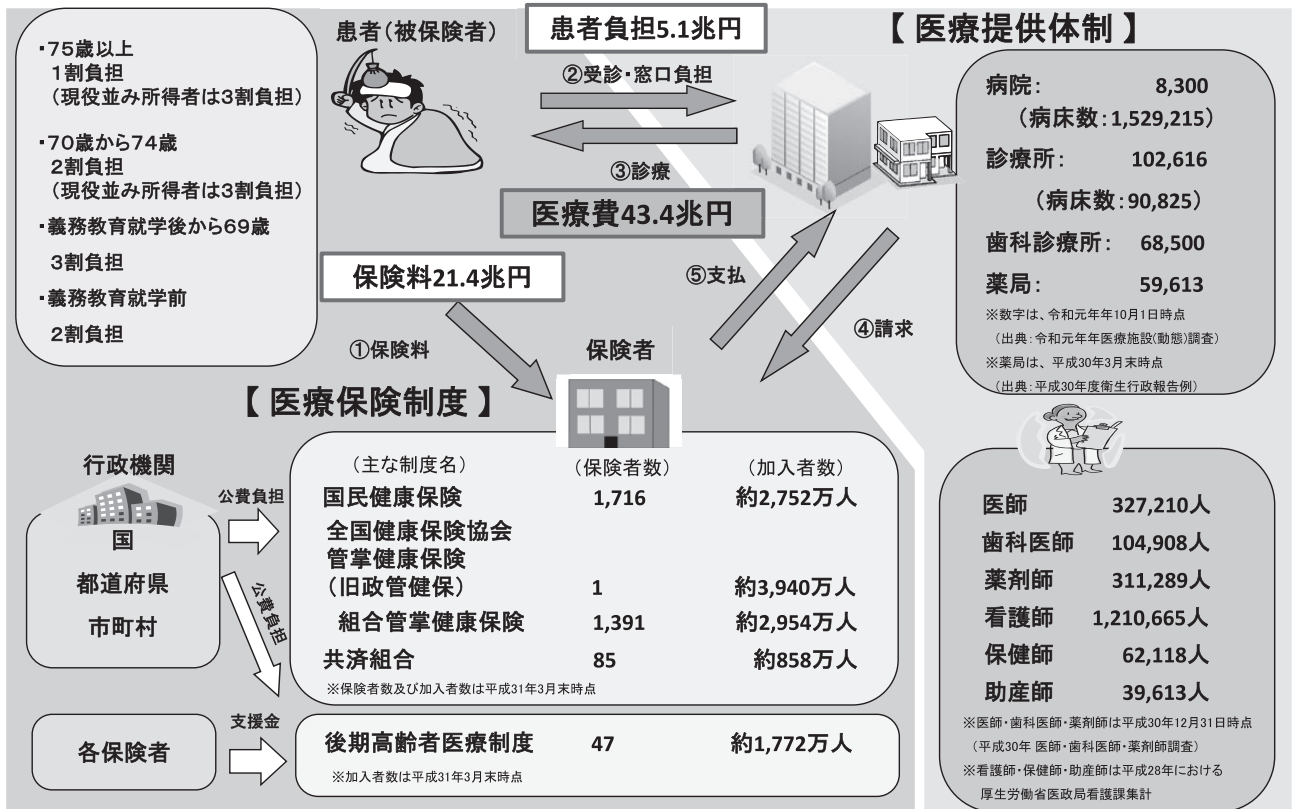
医療保険には、被用者保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度があるが、簡素化、一本化すべきである。2018年財政基盤の安定化を最大の売りにして国民健康保険の都道府県移管が行われたが、市町村別保険料の統一化が容易では

ないことや医療費が増大した際の保険料への影響の問題などに関して、十分な対応はなされていない。目的が果たされているのかどうかを検証し、成果が上がっていない場合は早急に対策を打つなどの取り組みが必要である。

後期高齢者医療制度については、増大する医療費に伴う国・自治体の財政負担増、現役世代からの支援金の増加の一方で、自己負担率の低さの問題が指摘され続けてきた。このような状況下、高齢者の自己負担料率に変更されたが、レセプト審査の自動化、ポリファーマシーの改善、品質管理の厳重化を条件にしたジェネリック薬品使用の義務化、超高額薬剤の保険収載への対応の見直し等による財源確保を常に考え、今後の高齢者の自己負担増は最小限とすべきである。

各国の医療保険制度の概略を以下に示すが、夫々に成立までの歴史背景があり、日本の国民皆保険制度は維持されるべきである。現役世代と高齢者の人口比率問題が解消される2040年以降には現在抱えている格差は縮小することが期待される。

図2-8 我が国の医療制度の概要



(厚生労働省「我が国の医療保険について」、2019)

4. 海外の医療保険制度の概要

(1) 社会保険システム（ビスマルク・モデル）

ドイツ・フランス・オランダなどヨーロッパ諸国の多くは、日本と同じ社会保険方式である国民皆保険制度が基本である。

ドイツ：世界で最も早く公的医療保険制度を導入。現在国民の約9割が公的医療保険に加入。「地区疾病金庫」と「企業疾病金庫」が加入先。基本的に税金での補填なし。医療費の自己負担率は、医療形態により異なる。かかりつけ医の紹介状なしで大学病院などの専門医を受診した場合、10ユーロを負担。ほとんどの国民はかかりつけ医を持ち、事実上のホームドクター制である。

フランス：100%に近い公的医療保険加入率。日本と同じサラリーマン・公務員・自営業で区別される3種類の加入団体。ドイツと同様、医療費の自己負担率は医療形態により異なり、フランスでは基本的に自己負担なしで外来診療受診が可能。ホームドクター制は義務ではないが、かかりつけ医紹介なしだと二次診療5割負担として、実質的なかかりつけ医制度を確立している。

(2) 国営システム（ビバレッジ・モデル）

イギリス、スウェーデン、カナダ、ニュージーランドなどでは、国民から徴収した税を財源として、国が全面的に医療サービスを提供する保険制度となっており、全ての国民が基本的に無料で診療を受けられる。

イギリス：国営のNHSが多くの病院を運営し、病院で働く専門医も全て公務員。外来/入院診療、調剤・歯科診療・予防医療・リハビリ・地域保健などが保健サービスの対象。ホームドクター制がしっかりと運営され、かかりつけ医の紹介がなければ二次診療を受けられない。

スウェーデン：自己負担があるものの、年間一人あたり約1万円強の上限額があり、それ以外は原則として公費でまかなわれる。医薬品の上限もあり。病気や怪我で仕事を休む場合は、会社員・自営業者などにかかわらず、国や会社から手厚い補償もある。

(3) 民間保険が主体のシステム

米国は、医療費が高く保険未加入者も多い。高齢者を対象とするメディケアと低所得者が加入できるメディケイドなど、公的医療制度は限られ、その他の現役世代は対象外である。原則として全額自己負担。多くの現役世代は民間の医療保険に加入する以外には、医療保障を受ける手段なし。約5000万人は保険未加入者、他国と比べ医療費が飛び抜けて高額であり、レベルの高いサービスを高額で提供するシステム。世界トップレベルの医学や医療現場を実現しているものの、独特の保険制度や高額な医療費により、満足な医療サービスを受けられない国民が一定数存在することは、長い間米国にとっての課題である。オバマケアは、民間保険プランへ強制加入させるものだが、保険会社の負担増、保険料上昇、個人情報流出の可能性、年一回検診義務の受診期間が短い等の問題点があげられている。

5. 介護保険

欧州各国に続いて2000年に成立した介護保険⁵²は、高齢化の進展に伴う要介護者への対応に保険制度を導入したもので、20年を経て、介護費用の増大とその負担、深刻な人手不足への対応、増える介護離職に対して介護と仕事の両立について検討すべき時期に来ている。

制度開始当時、政策の立案者が最も懸念していたのが「保険あってサービスなし」の状態だったため、民間事業者に広く門戸を開き、介護の必要度が比較的軽い人もサービスが使える仕組みにした。

この結果、介護費用は増え続け11兆円と当初の3倍以上になり、2040年には25兆円を超えると推計されている。当面、医療よりも介護費用の伸びが大きいので、費用増加にあわせ保険料も上昇する。65歳以上保険料の全国平均は約5800円/月と開始時の2倍に上り、2040年には9200円に達すると推計されている。

⁵² 介護保険の概要

財源は税金と保険料半々。65歳以上の保険料は年金から天引きされ、40歳から64歳までの現役世代も保険料を負担する。運営は市区町村であり保険料は地域ごとに異なる。加入は40歳以上全員であり、第2号被保険者（40-64歳）は加齢に伴う疾病による要介護・要支援、第1号被保険者（65歳以上）は原因を問わず要介護・要支援で介護サービスを受けることができる。

高齢者であっても負担能力に応じた負担を導入すべしとの議論があって、2015年より一定以上の収入で自己負担割合は2割になり、2018年からさらに高収入では3割になった。負担増によるサービス利用の減少・中止は、いずれも1%余りにとどまり対象者拡大の議論もある。今後も、サービス利用控えによる身体機能悪化や、家族の介護負担増を注意深く見守る必要がある。

深刻な人員不足が続く中、団塊世代が75歳以上になる2025年にはさらに55万人の介護職員が必要となる。消費税引き上げ後、介護職員の処遇改善が行われたが、他産業の人手不足もあり人員確保の競合状態が持続している。急速に高齢者が増える首都圏大都市での懸念は大きく、東南アジアを中心とした外国人に期待が集まるものの自国の高齢化の進展もあるため、先の見通しは不安定である。

介護現場では、センサーやリフトの使用、介護ロボットの利用など新しい技術の導入による職場環境の改善が行われつつあるが、国はより積極的な支援を行うべきである。また、成功先行事例としての健康高齢者の介護助手としての登用も、拡大の望まれる施策である。

介護離職が拡大している問題も大変重要な課題である。介護と仕事の両立をいかに図るかが議論されてきたが、コロナ禍におけるテレワークの推進の経験から、新たな展開がうまれる可能性が高いので、よりフレキシブルな仕事ができるよう政府のみならず官民が広く知恵を出し合う必要がある。

6. 生活保護

日本国憲法第25条の「全ての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」という精神に基づいた社会のセーフティネットとしての公的扶助制度である。必要最低限の生活費を保障し、自立の助けをするもので、8つの扶助⁵³よりなり、資産調査や能力等の要件に応じ支給額は地域や世帯状況によって決められている。

最低賃金層よりも高い給付が行われているとの指摘や、労働力不足の現状から基準を厳しくすべき、アルバイトなどを認めて総給付額の削減を図るべきという点に関しても議論が進められるべきである。

7. 保健医療・公衆衛生

各地域の保健所⁵⁴や保健センターが中心となり、健康診断の実施や感染症の予防、対策等を行う。1994年に保健所法が改正され地域保健法になるとともに、対人サービスが市町村の設置する保健センターに移行し、保健所の現在の役割は、地域の医療機関や保健センター等の活動の調整や、健康危機管理⁵⁵の拠点となることとされている。保健所においては近年人員削減が行われてきたことが今回のコロナ禍での不十分な対応につながったので、早急に事業内容の総点検と組織の再構築が行われるべきである。

8. 規制改革

2020年7月17日、規制改革実施計画が閣議決定された。医療・介護分野の重点項目として、医療・介護関連職のタスクシフト、介護サービスの生産性向上（①介護事業者の行政対応・間接業務に係る負担軽減、②ICT・ロボット・AI等の導入推進、③介護アウトカムを活用した科学的介護の推進、④介護事業経営の効率化に向けた大規模化・効率化、一般用医薬品（スイッチOTC））選択肢の拡大、医療等分野におけるデータ利活用の促進、社会保険診療報酬支払基金に関する見直し⁵⁶があげられた。

限られた人材で介護サービス提供を維持するには、事業所や施設の集約化・大規模化を図って生産性を向上させる必要がある。地域に点在

⁵³ 日常生活にかかる費用の「生活扶助」、家賃等の「住宅扶助」、子どもの教育費等の「教育扶助」、医療機関受診等の「医療扶助」、分娩介助など安心して出産をするための「出産扶助」、介護サービス費等の「介護扶助」、仕事に就く上での「生業扶助」、葬式費用等の「葬祭扶助」

⁵⁴ 保健所
地域保健法第5条をもとに都道府県、指定都市、中核市、その他の政令で定める市、特別区が設置する保険衛生行政機関である。1994年に保健所法が改正され、地域保健法となり保健サービスの権限が市町村へと委譲された。保健所469、支所120が設置されている（2018年）。感染症等対策、エイズ・難病対策、精神保健対策、母子保健対策、食品衛生関係、生活衛生関係、医療監視等関係、統計・健康相談といった企画調整、薬局開設の許可、狂犬病まん延防止のための犬の拘留、あん摩・マッサージ業等の施術所開設届の受理などの業務を行っている。

⁵⁵ 健康危機管理とは、医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等をいう。

する様々な介護事業所を集約化することにより（大規模多機能施設）、介護人材の有効活用が可能となり、利用者は複数サービスの利用が可能となる。地域密着型サービス等は小規模で家庭的な介護を目指して創設されたが、介護保険開始から20年が経ち、その制度の安定性・持続可能性を維持するには発想の転換を図る時期に来ている。

行政関連の業務負担軽減については、書類自体の簡素化や標準化等すぐにできることに取り組むとともに、ICT化を進めることが重要である。ICT化で半歩先を行く医療分野で、電子カルテのベンダー各社がそれぞれ独自規格で開発を行った結果、異なるシステム間の連携が困難になるという状況が発生した。介護分野のICT化では、国の強い指導のもと規格の標準化が必須であり、その際あわせて医療・介護情報の共有化のために電子カルテ側の見直しを図るよう全日病は強く主張すべきである。

医療・介護分野におけるデータ利活用の促進全般に関しても、医療・介護提供者が常に感じている問題点に関して経産省からの強いメッセージ⁵⁶が出されており、全日病も共に行動すべきである。

現在、内閣府規制改革推進会議を中心に広範な分野で検討が行われている。6つのWGに分かれて（成長戦略、雇用・人づくり、投資等、医療・介護、農林水産、デジタルガバメント）さらに細分化された議題について検討されているが、以下医療・介護WGにおける議題を列挙する。

- 第1回：医療・介護ワーキング・グループの当
面の審議事項について／新規領域にお
ける医療機器・医薬品の開発・導入の
促進
- 第2回：オンライン診療・オンライン服薬指導
の普及促進／医薬品提供方法の柔軟
化・多様化
- 第3回：専属産業医の常駐及び兼務要件の緩和
／一般用医薬品（スイッチ OTC）選
択肢の拡大／規制改革ホットライン処
理方針
- 第4回：医薬品提供方法の柔軟化・多様化／最
先端の医療機器の開発・導入の促進
- 第5回：最先端の医療機器の開発・導入の促進

- 第6回：歯科技工所の共同利用・リモートワー
クの解禁／介護サービスの生産性向上
- 第7回：中古医療機器売買の円滑化／単回医療
機器再製造品の普及／一般用医薬品
（スイッチ OTC）選択肢の拡大
- 第8回：医療分野における電子認証手段の見直
し、治験の仕組みの円滑化、外部ネッ
トワーク利用
- 第9回：患者の医療情報アクセス円滑化／医療
分野における電子認証手段の見直し

第9回規制改革推進会議では、医療・介護関連事項に関して、行政書類の提出見直しとオンライン化、テレワーク普及促進、産業医常駐見直し、最新医療機器開発導入促進が議論となっている。

前規制改革推進会議議長の大田弘子氏（政策研究大学院大学特別教授）は、「官製市場とデジタル化：2つの課題」にて、個々の規制改革に時間がかかり過ぎること、いったん得た既得権を守る習慣があることを問題点としてあげている。官製市場と呼ばれる「医療、介護サービス、保育サービス等」の分野では、高齢化や共働き世帯の増加で今後さらに需要が拡大すると予想され、適切な規制改革がなされれば、成長産業にもなり得ることを鑑みて、経営の自由度を高めることで経営体質を強化し、従業員の待遇を改善していく方向性をとるよう提言している。

全日病は、後述するように「地域包括ヘルスケアシステム」の必要性を提言しているが、その際に株式会社の参加も可能な「地域医療・介護・福祉連携推進法人」の創設や、広範に進むデジタル化に対しても速やかな推進を妨げるあらゆる規制撤廃の必要性も主張している。オンライン診療に関して首相が推進を約束しても関係官庁が後ろ向きという例にみるように、種々の許認可に関してある意味規制をかけることで仕事をしてきた官僚の文化を変えるべく、新しい仕組みの構築が検討されるべきである。

⁵⁶ 「医療介護に関するIT化の実情」：長年にわたる標準化やシステム接続の努力にもかかわらず、目指した成果は何一つ実現していないレガシーシステムである。経産省平成31年商務サービスG「健康医療分野におけるデータ活用の在り方」

コラム：価値観の転換—変革・価値観の転換が当たり前の時代である

公益財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院 理事長 飯田 修平

1. 変革・価値観の転換

二十世紀末から現在に至るまでは、「今まさに、変革の時代である」、「意識改革しなければならない」時期にあり、2040年までこの状況は続くものと認識している⁵⁷。環境（生態系・社会情勢）の変化に適応できなければ、生存できないのはイキモノの宿命であるが、組織も同様である。急速に変化する環境への適応は困難であり、変革が必要とされる。その前提として、変化を察知する感覚器官（情報システム）の質向上が必須である⁵⁸。

科学技術、応用技術、情報技術の急速な進歩・発展により、環境の変化が急速・広範かつ大きくなり、従来の考え方や方法では適応困難になった。意識改革・価値観の転換をしなければ変革は不可能であり、世界・国・地域・各組織・個人のすべての段階で対応が必要である。個人の価値観の多様性と社会の価値観とを混同する人が多いが、議論の対象を明確にしないと混乱することとなる。本項では、主に社会・組織に関して論じるが、それに応じた個人の価値観の転換は必要である。

2. 変革は好機である

変革の捉え方によって、取るべき行動とその結果が大きく異なる。受け身で対応するか、変化や流れを改善・質向上に利用するか、さらに、積極的に流れをつくるのかが問われる。激動の時代には、変化を嫌い、現状維持・安定を求めることは、後退を意味する。

社会の急激な変化に伴い、国民の価値観が大きく変化し、多様化している。これは、変革ともいえるもので、従来の学習、成功体験、模倣では対応困難である。過去の成功体験を捨て、新たな発想で、再構築し直すという意識改革すなわち価値観の転換、パラダイム・シフトが求められている。

3. 成長神話の破綻

古代から現在まで、成長神話が継続している。技術革新に続いて、クーンのいうパラダイム・シフトが起き⁵⁹、食料増産と人口増を達成し、経済も急速に成長・拡大した。しかし、成長に関する思想および技術（エンジン・アクセル）の進展に、制御に関する思想および技術（ハンドル・ブレーキ）が伴わず、破綻の危機に瀕している。

ローマ・クラブが『成長の限界』（1972年）で「人口増加や環境汚染などの現在の傾向が続けば、100年以内に地球上の成長は限界に達する」と警鐘を鳴らしてから約半世紀が経過した⁶⁰。SDGs（Sustainable Development Goals：持続可能な開発目標）や国連気候変動枠組条約締結国会議（COP：Conference of Parties）は、“会議は踊る”と表現したくなる状況である。

4. 社会情勢の変化

社会情勢の変化の特徴は、グローバル化、不連続、高齢化、少子化、高速化、情報化、高度技術化、知化、開示等と表現されよう。すなわち、時間・空間の境界の撤廃である。

しかし、世界各地でテロ頻発、中国の東シナ海・南沙諸島海域への進出、北朝鮮のミサイル連続発射、米中貿易戦争、英国EU（欧州連合）離脱等々の問題が発生した。これらを契機に社会、人々の思考と行動が変化し、COVID-19によってさらに促進された。時代の流れは、これらの大事件などを契機に、一方向ではなく、大

⁵⁷ 病院職員のための病院早わかり読本、1995年、日本医療企画

病院早わかり読本、1999年（初版）-2021年（第6版）、医学書院

⁵⁸ 本報告書、4章「コラム：情報技術を活用した組織運営・診療体制の再構築」参照

⁵⁹ トーマス・クーン（著）、中山 茂（翻訳）：科学革命の構造 単行本、1971年、みすず書房

⁶⁰ 成長の限界—ローマ・クラブ「人類の危機」レポート、1972年、ダイヤモンド社

大きく揺れているようにも見える。

わが国では、東日本大震災、原発事故、異常気象災害等が頻発した。また、少子高齢化は、発展途上国を含む世界共通の問題であるが、わが国はその最先端を走っており、最重要かつ喫緊の問題である。

5. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) への対応からの教訓

COVID-19 蔓延が全世界を震撼させた。COVID-19 は、不確定要素、未知の部分が多く、不確実な情報で決断し対応せざるを得ない状態が続いた。

いかなる状況でも有用な考え方は、5W1H (Why、What、Who、When、Where、How) である。順番が重要であり、最初は Why (目的思考) で、次に What (重点思考) である。立場により、目的、目標が異なるが、均衡点をどこにとるかは政治判断であり、短期・中期・長期のいずれで考えるかの時間軸が重要である。

COVID-19 への対応を契機に、すでに進行中の価値観の転換が促進している。これまで推進してきた、拡大、成長、壁の撤廃、グローバル、連携、自由、個の (人権) 尊重等の価値観が転換を迫られている。すなわち、縮小、維持、境界 (壁) 設定、閉鎖、ローカル (地域限定)、区別、識別、孤立、自組織・自己の成果追及、自由制限、人権制約等々への転換である。

組織と個、孤立と連帯、公益と人権との均衡をいかにとるかは、重要な政策課題であるが、COVID-19 の影響下では、前者を優先し後者を抑制する傾向にあり、これらの均衡が著しく崩れることを危惧する。あれかこれか、All or None という両極端ではなく、均衡が重要である。

COVID-19 流行以前から、経済成長や公益目的との拡大解釈により、人権侵害、個人情報の目的外使用の傾向があった。公益のためには、ある程度の一時的な権利の制約はやむを得ないが、COVID-19 対応を口実に、人権侵害、個人情報の目的外使用、社会監視への利用、検閲、弾圧に利用する例 (国・地域・団体) がある。携帯端末の GPS 機能を利用して、個人の行動を追跡し、感染者と一定の基準 (COCOA では 1 メートル以内に 15 分以上) で接触した場合には、本人に通知する仕組みはその一例である。

同様の仕組みにより強制監視する国もあるが、わが国では幸い任意である。しかし、濃厚接触者を補足するためには、対面・マスク・防護措置の有無を確認する仕組みが必須であり、COVID-19 対策を名目にするならば、少なくとも実効性についてのさらなる検討が必要であろう。

従来は、ヒト・モノ・情報の移動が境界 (国・地域・分野) を意識せず、大量、高速、かつ、自由にできた。しかし、COVID-19 により、突如、移動・集合・活動を制限する必要に迫られた。国境閉鎖・出入国規制、都市封鎖、自宅待機、在宅勤務等の人の移動制限が典型である。全体主義国家のみならず、自由、権利 (人権) を強く主張する諸外国でも、法的規制・命令を発している。しかし、我が国においては、緊急事態宣言、東京アラートも法的根拠が不明瞭でかつ規制としては弱く、自粛 (自主規制) が主体である。一方では、“自粛警察”と呼ばれる暴力的集団の跋扈がある。2021 年 2 月、特措法改正があったが、強制力は軽微である。また、活動を強制するならば、補償制度が必須である。法的にせよ自主規制にせよ、経済活動を停滞させ、組織の運営困難・破綻・倒産 (組織崩壊)、失業、家庭崩壊、自殺が増加している。

防疫、治療薬開発、医療提供体制再構築等により、COVID-19 が季節性インフルエンザと同様になったとしても、価値観の転換・社会体制の変革は一時的ではなく、中長期、永続的にならざるを得ない。コロナ下 (With Corona)、コロナ後 (Post Corona)、ニューノーマル (New Normal) という語が頻用されている。しかし、前述の通り、全く別の方向ではなく、コロナ前から進んでいる時代の流れ・変革が促進されただけと考えた方がよい。時は流れ、時代は推移し、状況は常に変化するので、同じではありえない。超コロナ (Beyond Corona, Super Corona) を提唱したい。未だ、具体的な絵は描けないが、衆知を結集すれば可能と期待する。

常に新た (Always New) なので、変えなければならないのは、人々の考え方であり、意識改革が必要である。ニューノーマル (New Normal) を好意的に解釈し定義すれば、価値観を転換し、新しい環境に適応し、それを当たり前 (Normal) と考えることである。

自国優先で、医療機器・材料・医薬品の輸出

制限や、独占的輸入を企図する動きもある。また、これらの物品を政治的・戦略的に利用し、勢力を伸ばそうとする動きもみられる。個別の組織においても、同様の傾向がみられる。短期的には、自国優先、自組織優先も可能であるが、影響が極めて広範囲、甚大かつ長期であり、協調・連帯しなければ自国も自組織も維持、継続できない。

COVID-19 がもたらした最大の教訓は、国、都道府県、市区町村、地域医療のいずれの段階にも、協調と連帯が必須であることを関係者全てが共有したことであり、一部では実践された。実際、地域の大病院あるいは中小病院において、クラスターを発生させて新規患者受け入れを停止せざるを得ない状況では、クラスターを発生させていない病院が、COVID-19 患者、疑い患者を受け入れるなど、地域内の協調・連帯がみられた。しかし、感染者数が急増すると、地域では連帯も機能しがたくなり、重症患者の受け入れ先確保が困難となった。国および都道府県単位の協調・連帯、調整が必須である。

6. 経済効率性重視から、持続可能な社会構築へ

持続可能な社会構築に関しては、国内外で長年に亘り議論・検討している。しかし、経済効率性重視の傾向が強く、あるいは、反対に、極端な制限を主張する人々・団体がおり、実現には至っていない。しかし、COVID-19 を契機に、持続可能な社会構築の必要性が再認識された。

目指すべき指標として、経済効率（GDP 等）以外の環境効率・社会貢献等を併用する必要がある。また、公平性や幸福度等、数値化が困難な指標も重要である。短期成果重視から中長期成果も重視すべきであり、短期・中期・長期の均衡が必要である。すなわち、長期も含めた経済効率性を考慮する必要がある。

BCP（Business Continuity Plan：事業継続計画）、BCM（Business Continuity Management：事業継続管理）の考え方も様変わりし、想定外という言葉は許されなくなった。COVID-19 の規模、影響、期間が極めて大きいので、あらゆる国・組織において、BCP・BCM の根本的な変革が必須となった。

求められるのは、理想や理論だけではなく、短・中・長期にわたる実効性のある具体的な運

用を考慮した提案である。また、大規模災害・事件への対応は、一組織では不可能であり、地域内、地域間の協調、連帯が必須である。

7. 医療に対する考え方 医療は健康投資である

医療提供体制への負担の軽減あるいは解消における最重要事項は、医療を健康投資・健康資本への投資と認識することである。社員の健康管理は組織の健康投資であるという観点で、2014年に経産省は“健康経営”を打ち出したが、経営者や一組織ではなく、社会全体、国家、組織全体に関しての健康投資が重要である。

COVID-19 対策に関連して、「エッセンシャルワーカー」、「医療従事者に感謝しよう」、「ブルーライトを灯す」、「医療崩壊・病院崩壊を防止しよう」という言葉を政府が発する。これまでの医師数削減、病床数削減、医療費削減、医療バッシングの政策とは逆の対応である。臨床現場を守る全日病としては今後の推移を注意深く見守る必要がある。他方、政策とは関係なく、医療従事者への感謝の手紙など、一般の方々が医療の重要性を再認識する契機にもなっており、医療者が誇りをもって業務を遂行でき、また優秀な次世代が医療に関心を持つことも期待できる。

COVID-19 は、効率性・生産性を再検討する契機となった。経済効率性を考えると、医療費削減、予期した事態に対応しなかった（不作為の）結果が、COVID-19 への初期対応の遅れ、感染者数、死亡者数だけではなく、経済停滞、莫大な経済的損失として露呈した。

得られた収益や経費は計算が容易であるが、重大事の発生防止の評価基準は比較対象がないので設定困難であり、特に、社会現象は再現不可能である。先例がない場合・予測困難な場合には、作為と不作為の比較が困難である。しかし、意思決定権者には、どの状況においても最善策の実施義務がある。政策担当者、医療団体、医療機関経営者・管理者においても同様である。

8. 再び協調、連帯へ

設立主体、規模、機能の違いはあるが、地域毎にそれぞれの役割を認識して、平時および非常時（有事）の役割分担を改めて再構築する必

要がある。

自院、地域内の医療機関、諸団体、行政のこれまで以上の連携が必須である⁶¹。さらに、病院経営者、病院団体、医療関係機関は、医療提供側の責任として、内向きの議論ではなく、原理・原則に基づいた天下国家の議論も必要である。目先の得失にとらわれず、中長期の展望で、協調・連帯し、積極的に流れをつくる必要がある。

⁶¹ 練馬総合病院では、2020年4-5月頃、受け入れ体制に関する行政の意向調査に対して、「設立主体毎の役割分担が重要である。国公立・公的病院こそ、政策医療として、COVID-19対応を担う必要がある。不顕性感染が多いので、中小規模一般病院においても発熱外来、軽症患者の受け入れが必要である。」と回答した際「参考にする」との返答があった。病院団体として積極的に同様の趣旨の見解を行政に強く示すべきである。

第3章 2040年における理想的な医療介護提供体制

1. 医療・都道府県主導の 地域包括ヘルスケアシステム

医療介護提供に関する行政管轄区分は、医療が都道府県2次医療圏、介護が市町村単位となっている。現在国がすすめている「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」も、前者が都道府県、後者が市町村の責任で推進という構造となっているがゆえに、整合性や連携についての議論に欠けており、理想的な医療・介護提供体制構築を困難なものとしている。

医療・介護保険制度の一本化ないし柔軟な運用を含む医療・介護制度そのものの根本的な改革を前提とし、2040年に向けての理想的な医療・介護提供体制を全日病として以下のように提言する。

現在の2次医療圏は日常生活圏と乖離しており、地域の主要医療機関を中心にアクセス状況を踏まえ提供体制を考える必要がある。人口推移や高齢化率に加え地域の産業構造などから一定の生活圏で地域特性に合致した医療・介護・高齢者の住まい・生活支援等を一体的に検討する「地域包括ヘルスケアシステム」として再構築すべきである。

現在進行中の「地域医療構想」、「地域包括ケアシステム」構築は、2025年の地域別医療・高齢者向けの介護提供・日常生活支援体制を考えるものであるが、2040年時の人口変動も明らかとなっていることから、年齢別人口と高齢化の推移およびこれから想定される疾病・要介護需要推計等に基づき、提供体制モデルを示す必要がある。

地域特性を踏まえた医療の集約化・機能分化連携を考える「地域医療構想」は、医療需要の推移を根拠に検討が可能で、それなりの方向性を示すことはできるが、「地域包括ケアシステム」構築実現においては高齢者の自助互助が求められているものの住民の意向調査⁶²からは難航が予想されるので、全日病は医療を中心に介護福祉等の提供を一体的に考える「地域包括ヘルスケアシステム」として事業モデルを作成し、

関連事業所間での協議のもとに各圏域の制度設計をし直すことを提案する。運用に関して、医療保険・介護保険の同時利用や報酬改定時期の統一などがなされるべきであり、制度の大きな変更を要するが、整合性が取れ効率性も担保されるので、医療・介護現場のみならず国民の理解も得られるはずである。また、現在医療・介護関連の政府調査で実施時期が統一されていないものも多いが、より正確な比較検討のために見直すべきである。

都道府県は、新しい圏域ごとに既存の医療・介護・福祉機能の十分な再調査を行い、必要な財政支援による医療・介護・福祉提供者の統廃合・集約化・連携などを主導し、医療計画・介護保険事業計画作成時に各自治体を指導するなど全体の統括を行うべきである。圏域内各自治体においては具体的な行動計画を作成し、確実な実践に取り組みPDCAサイクルを回し、住民目線での変更を行政、医療・介護・福祉提供者、住民が一体となって取り続ける必要がある。

市区町村将来人口増減表に示されるように、大都市部の人口推移・高齢化率とその他の市区町村の推移とは大きく異なる。「未来カルテ」⁶³、「地域経済分析システム」⁶⁴等から、65歳以上・75歳以上人口・生産年齢人口（第2章の新たな定義も参考に）、産業、保育、教育、医療、介護等の将来像について、それぞれの市区町村がシミュレーションを行い未来の姿を見える化し、各圏域における提供体制の再構築を今から始めるべきである。

⁶² 厚生労働省「人口減少社会における医療福祉の利用に関する意識調査」<https://www.mhlw.go.jp/content/12605000/000684405.pdf> (2020.10.23 参照)

日常生活の困りごとについて、友人知人同士で助け合う(18-44歳 33.5% 45-64歳 35.2%、以下同様)：近隣住民で助け合う(23.1%、27.3%) 医療福祉サービスへのボランティア(9.5%、10.7%)・・・自分が関われる事はないので何もしない(49.0%、46.0%)。

⁶³ 未来カルテ <https://opossum.jpn.org/simulator/>

⁶⁴ 地域経済分析システム (RESAS) <https://www.chisou.go.jp/sousei/analysis.html>

コラム：全日病の考える「地域包括ヘルスケアシステム」

健康管理・医療・介護・福祉サービスが一体となった「地域包括ヘルスケアシステム」は、医療提供者が行う諸検査を基にした身体精神機能の客観的な情報と介護・福祉提供者からの日常生活に関する情報を加え、介入条件を設定して必要に応じ最適な支援を行うシステムである。

高齢者にも健康維持のための予防投資や「未病対策」が重要であり、これに対して自助を促す取り組みは欠かせない。その上で、本システムの実践では共助公助を中心とし可能な限り互助を加える体制とする。

支援を要することの多い65歳を契機に諸情報を提供することを義務付ける制度の導入が必要であり、行政（ないし医療・介護・福祉提供者）による定型調査票による訪問情報収集と指定関係者限定の自動更新システムを構築する。半年毎に定期的な各項目のチェックを行い、一定条件以上の問題発生時には支援者会議を開催し対応を図るシステムである。

都道府県が医療提供体制のみを考える「地域医療構想」、市町村が介護を中心に高齢者の生活を考える「地域包括ケアシステム」、さらには「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（2021年4月1日施行）の内容を統合し、市町村の責任で地域単位に医療機関を中心に関係者が住民を守る体制の再構築を目指すものである。いまだにある医療・介護・福祉提供者、行政間の不十分な意思疎通の解消にもつなげられるはずである。

診療所や中小病院が一定地域の住民の健康管理を担う仕組みを導入する際、種々の情報を把握しこのシステム実践に応用するものであり、「確実な情報を関係者で共有し、的確な総合的ケアを行うシステム」でもある。

1) 情報収集／整理／保管する専門部署の設置

前提	○一定条件以上の問題発生時の自動通報—支援者会議開催のルールとする。 ○住民情報の一本化が必須であり、健康診断時に行政の持つ情報も集約する ⇒行政と医療・介護・福祉提供者は十分なセキュリティー確保の上での情報検閲可能なシステムを構築する	
収集する情報	基本情報	生年月日、住所等
	住まいの情報	自宅／借家／入所（老人ホーム／サ高住／特養／老健施設グループホーム等）
	生活に関する情報	正規雇用／非正規雇用／年金／生保、独居／同居（夫婦・家族）、子供の有無（男・女）、キーパーソン（同居・近隣・遠隔地）等
	健康に関する情報	健康診断受診歴、既往歴、現病歴、かかりつけ医等
	身体精神機能に関する情報	ADL、自立、半自立、要支援、要介護（介護度）、認知機能（HDSR/MMSE）
	移動手段に関する情報	歩行、公共交通機関、自転車、自家用車

2) 支援会議と支援者の規定

支援会議	行政、支援センター担当者、医療機関関係者、介護施設関係者、家族、本人・家族の同意を得た近隣者等地域のサポーター等
必要な支援の決定	体力増強、食事支援、日常生活、通所／通院、買い物、対行政用行動等
支援者	かかりつけ医、訪問看護師、リハビリ専門職、介護提供者、家族、地域のサポーター等

3) 介入の条件－認知症の有無、要支援内容に応じ3段階に区分

段階分けの例	①支援があれば可能 ②遠隔指導にて可能／対面指導にて可能 ③支援があっても不可能 等
認知症	CDR 1, 2, 3
衣食住に関する課題	健康管理につながる衣服交換 洗濯 必要に応じた衣服の購入 食事の用意／片付け／整理整頓 食材の購入／保管 家の戸締り 必要な排雪 電気器具の扱い 電話応対 金銭管理
健康維持に関する課題	洗面歯磨き 排尿排便 服薬管理

4) AIによる経過評価・支援内容自動更新システムの導入

全日病では、過去のあり方報告書において、「病院と地域連携（ネットワーク）」の章で「医療と介護をあわせ含めてヘルスケアという概念を持ち、どのような地域社会でネットワークを構築するのが課題」とし、2000年から議論・提言をしてきた。

その提言を実現すべく活動した結果が、全日病を中心とした四病協提言の「地域一般病棟⁶⁵」（2001）、「地域医療・介護支援病院⁶⁶」（2013）、となり、「地域包括ケア病棟」、「在宅療養支援病院」の実現につながってきた。

「地域包括ヘルスケアシステム」は、これまでの活動の発展形の提言であり、この実現に取り組んでいく。

⁶⁵ 地域一般病棟：地域（主として一次医療圏・生活圏）の医療を支える地域密着型病棟（病院）であり、地域住民、在宅療養中の患者、介護施設入居者等を対象として、連携を中心とした地域包括ケアを推進する病棟（病院）である。

⁶⁶ 地域医療・介護支援病院：高齢者に対する医療・介護の提供が深刻な課題となる2025年に向け、医療の提供と在宅復帰を担うとともに退院後の在宅療養を支え、さらに介護を後方支援する医療機関として、急性期と回復期の機能をあわせ持つ“多機能病院”を地域包括ケアシステムの医療の側の中核に位置づけ、高度急性期から在宅・介護にいたる提供体制の連鎖の環とすべく、医療法等の法的枠組みと補助金そして診療報酬による評価を行なうべきである。

2. 主な医療介護提供体制について

圏域ごとに救命救急・2次救急・急性期医療に迅速に対応する施設と集中治療後の亜急性期から回復期・慢性期まで一貫した医療を行う後方連携施設、治療後の種々の後遺症や高齢化等により日常生活機能低下症例に対する介護提供体制が必要であり、更なる集約化・連携を推し進めるべきであるが、「地域包括ヘルスケアシステム」として再構築する際には、健康診断や疾病予防の体制作りもあわせて行う必要がある。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）発生事例の教訓から、介護施設における感染症予防や感染発生時の協働体制を近隣連携医療機関と共に構築すべきことも忘れてはならない。

1) 健診・疾病予防

疾病予防に関しては、従来の1次予防（健康増進）、2次予防（早期発見・早期治療）、3次予防（再発・悪化防止）から、最近では生活している環境改善を考える0次予防、副作用・合併症予防の4次予防、認知症の発症を遅らせる予防や社会的要因である経済的格差や社会状況の差に起因する疾患の予防を考える5次予防へと概念は拡大している。

乳幼児健診、学童期から大学生までの健診内容の見直しに加え、母親、保護者へ受診啓発、および特定健診、企業健診内容の統一化と義務化、がん・骨粗鬆症・歯周疾患検診、更にはストレスチェックなどによる「心の健康」についての健診方法の確立まで、整合性のとれたシステムとして構築し直す必要がある。

かつては世界的にも優れた日本の健診制度は、OECD諸国水準からの遅れが指摘され⁶⁷、日本の制度疲労の象徴的な事例ともなっており、抜本的に見直す必要がある。エビデンスに基づいた検査内容の見直し、精度管理、どの分野を強化するかの優先順位の決定、個人レベルでの継続的な管理、集団としての情報の利活用が課題である。

成人以降の健康診断はより一層強化すべきであり、前時代的検査内容（現在の胸部エックス線、安静時心電図、血液・尿検査）を見直すとともに、現在の医療水準、疾病構造を反映した胸腹部CT、脳・心臓MRI/MRA、腫瘍マーカー等の主に日本人の3大疾病と寝たきりの原因と

なる骨粗鬆症等に対応する内容とする必要がある。今後は、自動観察システム情報（表情や視線、姿勢、言動、運動、食事、睡眠等）に加え、健診情報や生体センサーや排尿・排便自動モニターなどから得られる日常の生体活動に関する情報などから、心身の健康状態を評価する指標が確立されるはずであるが、10年毎に医学の進歩に即し内容を見直すことを規定すべきである。

健診結果判定にAIを利用することが普及するが、AIについての認証制度を導入するとともに、AIに加えて最終判断を専門医が行うなどの信頼される制度設計も必要である。

今後は保険者の一本化をはかりつつ、健診は各保険者の責任で現在の健診センターからかかりつけ医（診療所と中小病院）の受診に変更し、異常があれば双方が連携して即指導・診療につながる仕組みに改変すべきである。

健康増進法に示される、「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯および口腔内の健康に関する生活習慣および社会環境の改善」に加え、「心の健康」の維持に関して、ライフステージに応じてどのような具体的な行動をとるべきかの指針を作成し、保険者が国民全体にも啓発すべきである。「心の健康」については産業医や保健師等の参加のもとに企業と一体となった取り組みにすべきであり、各企業が健康経営の意識を高めるよう医療提供者側の協力も必要である。

PHR（Personal Health Record）の導入の際には、各ライフステージにおける健診結果やワクチン接種歴、診療歴に加え、改善目標・行動などが網羅される設計にしなければならない。各ライフステージに必要な健診内容の整合を図り、あわせて標準的な「医療・介護情報の記録

⁶⁷OECD Reviews of Public Health: Japan 第1章 日本の公衆衛生行政システムは、国、都道府県、保健所、市町村の4層構造の下で直接の実施主体は市町村とされ分散化されている。第2章 国レベルで定められた「健康日本21戦略」では、多くの分野の予防戦略が羅列されていて焦点が絞られていない。第3章 多くの種類の検診・健診がエビデンスの裏付けのないまま実施されている。第4章 自然災害や新興感染症などの公衆衛生分野の緊急事態への対応における問題点が指摘されていて、無駄のない予防パッケージに焦点を当て、国民全体を対象としたより強い政策で後押しするべきこと、現在提供されている検診・健診を合理化して項目の削減を優先し、がん検診はエビデンスに基づくものに限るべき（Medical Tribune 寄稿 大阪国際がんセンターがん対策センター特別研究員 大島明氏 2019年3月9日）

方法」を決定する必要がある。電子カルテと介護記録が相互利用可能なように標準化・整合を図り、これらの情報の柔軟な利用に関する規定を作るとともに、個人情報保護の観点から情報閲覧については十分議論する必要がある。

健診・医療・介護・福祉情報の相互利用による健診体制、地域内病診・病病、医療・介護連携を構築し、情報の定期的分析を行うべきである。

十分な準備の下、2040年には「国民皆健診制度」となるように各方面の協調が必要であり、かかりつけ医機能の一環として制度上に明確に規定し、各保険者と人頭払いかつ成果報酬も加味されるよう交渉可能な仕組みが構築されるべきである。

2) 急性期から慢性期医療

2025年に向けて地域医療計画の見直しの中で機能別病床数の整理を行う「地域医療構想」が議論されている。「地域医療構想」は、当初、疾病別医療需要も考慮して提供体制を再構築するはずであったが、具現化が大幅に遅れることが明らかになるにつれて現状の提供体制の修正にとどまっている。全日病がかねてから主張してきた提供体制の再構築は、年齢別人口推移、各疾病数予測、地域経済の盛衰予測に基づく地域特性を踏まえた検討に基づく抜本的な変革⁶⁸であり、現状がこれとかけ離れたものとなっていることは残念なことである。

最近10年間の都道府県別外来・入院数変化をみると、外来患者数増加は14都県（15%以上増加は7都県）であり、他は減少（15%以上減少12道府県）、入院患者数は、増加が5県で、10%以上減少が17道県（20%以上減少が10県）と減少の一途をたどっている⁶⁹。外来・入院受療率は、患者数が増えるはずの高齢化の進展にもかかわらず、共にほぼ人口の増減に一致している。

2040年時の市町村別人口変動に示されるように人口増加自治体はわずか112/1682団体で、現在10万人以下の市町村では、1082/1404団体、64.3%が20%以上の減少となると想定され

ており（人口1万人以下では441/479団体92.1%）⁷⁰、人口の少ない自治体においては医療需要の減少は顕著であるので、医療提供体制の再構築は急務である。

より具体的な医療提供体制再構築には、人口推移とDPCデータを基にした2次医療圏別主要疾患患者数推移を参考にし、必要な診療科別医師数も検討すべきである。

若年者の人口増加が明らかでどの圏域においても外来・入院共に需要が伸びる沖縄県を除くと、全国平均で示される変化がほとんどの都道府県の傾向に合致し、外来患者数は2020～25年にかけて、入院患者でも2030～35年にピークアウトする圏域が圧倒的に多い。外来は既にピークを越え、入院もほぼピークに達した2次医療圏では、再構築は待ったなしであろう。救命救急体制は、救急搬送時間60分程度⁷¹の範囲で脳卒中／虚血性心疾患を中心に対応できる体制が理想であるが、日頃から地域住民全体のこれらの疾患発症リスク管理を徹底し、住民への十分な医療情報提供と可能な限り遠隔住民へのアクセスの確保を行うべきである。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の教訓から、一定圏域ごとに必要に応じて転換可能で患者搬入から検査、入院まで別導線の感染症専門病棟設置を行い、その際の救急対応施設、回復後の後方支援施設の指定と準備体制維持の財政支援を官民間問わず行うべきである。

⁶⁸ 公益社団法人 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書 2015-2016年版」（2016）

医療提供体制は、疾患のそれぞれの発生頻度により整備目標が変化し、医療圏の設定によりそのあり方は大きく左右される。また、地域の事情（人口密度、交通システム等）や時代の変化により、医療圏における医療必要性は変化していくので、これらを念頭に構築する必要がある。

⁶⁹ 日本投資銀行・日本経済研究所「ヘルスケア業界ミニブック－患者構造の変化と医療費動向－」<https://www.dbj.jp/upload/investigate/docs/5cf5b914e48319d5a96128e6d95631ce.pdf>（2020.3）

⁷⁰ 総務省「自治体戦略2040構想研究会」第1回資料（2017.12）

⁷¹ 「カーラー救命曲線」＝心停止3分、呼吸停止10分、大量出血30分で致死率50%

「ゴールデンアワー」＝重症外傷後の手術等の根治治療開始まで1時間

コラム：提供体制再整備基準（集約化・連携）の提示と圏域別見直し

下に示したのは、圏域内人口が5万人前後で現状では医師・看護師・薬剤師等の専門職数が全国最低位の2次医療圏に関して、「病院のあり方委員会」メンバーが想定した理想的モデルである。

実際にこのモデルに相当する体制構築には時間を要するか不可能な圏域もあるはずなので、各医療圏において地域の全日病会員が、医療計画見直しの際に人口推移や医療提供資源を確認し、実態に沿う提言をすべきである。

前提	○人口5万人当たりに必要な体制を想定
高齢化 30% 要介護 10-12% 要介護度 3-5 40%	○人口30万人毎に3次要介護可能な地域医療支援病院300-500床が存在することを想定
必要ベッド数の概要	医療系 500~700床 介護系 500床
200-300床レベルのセンター病院／中核病院—総合的複数診療科目	医師数 50-70 看護師数 150-230
100-200床レベル（亜急性期型）一般病院、地域包括ケア病棟中心	医師数 10-20 看護師数 60-150 ・軽症急性疾患に対応 ・中核病院から転院リハビリテーション・亜急性期対応 ・在宅医療の後方支援を行う地域密着型病棟
200床レベルの療養型病院	医師数 10 看護師数 50
100床レベル老健又は特養（4）、グループホーム（5）	医師数 4 看護師数 12-44
1次医療を担う診療所（15）	かかりつけ機能・健康管理
訪問看護ステーション（5）	リハビリ職配備

現在医療提供資源が乏しい圏域の場合は、理想的体制構築まで時限的に以下の特別措置を導入し、サービスを受ける国民間に格差が生まれない工夫が必要である。

- ・専門職数等人員基準の一定程度の緩和
一病棟毎看護師配置から施設全体での基準（3段階）

（100床、2病棟当たり）

医師 3人 看護師 急性期 10-20人
亜急性期—慢性期 40-50人
介護療養 30-50人
ケアスタッフ 30-50人

- ・ケアミックス施設（急性期～介護療養）
認可と病態別特別診療報酬（患者毎に急性／亜急性・回復／慢性／介護療養の病期に区分して現在の包括払い×上記3区分別基礎係数相当を支払う）の導入
- ・専門診療科の診察が必要な症例等に関しては、適時都市部専門医のオンライン診療を認め、読影料も含めた診療報酬設定を行う
- ・特定看護師⁷²の積極的利用
現在は、急性期医療現場で就業する者が多いが、医療資源の少ない圏域におけるオンライン診療などでの活躍も望まれる
また、将来居宅・入所介護の現場で指導者としての役割付与も検討すべきである

⁷²2014年6月「特定行為に係る看護師の研修制度」創設。特定行為研修終了後、医師から示された手順書に従い以下の条件のもとに急性期から訪問看護等まで幅広い業務（特定行為38と特定行為区分21）が可能である。

3) 在宅医療と居宅介護

最も改めるべき施策は、「在宅医療・居宅介護の全国一律の推進」である。在宅医療・居宅介護成立の前提には、対象者がある程度の身体機能を有する独居者か、支援する家族の同居・存在が必須である。同居家族は、各圏域の産業構造維持のために必要な人材である可能性が高く、特に人口減少地域や産業衰退地域においては、介護者としての役割を期待することには慎重であるべきである。地方都市郡部等では、医療・介護提供に重点を置いたコンパクトシティー化による効率的ケア提供を図るか、在宅医療・居宅介護から施設での医療・介護に転換すべきである。最近の高齢者の診療実態をみると、都市部においては2040年時に想定される疾病構造（嚥下性肺炎、虚血性心疾患、脳卒中、骨粗鬆症に伴う骨折等が中心）に近づき、一般病院での加療終了後在宅医療となることが多くなっていることから、病院が主体となり在宅医療まで担う「地域循環型」医療を推進することが望まれる。

4) 医師の需給

近年、医師は毎年約9400名誕生しているが、2018年4月医師需給分科会では2028年頃医師総数が約35万人となり需給のバランスが取れるため入学定数削減を打ち出し、現在もその推計⁷³のもとに議論がすすめられている。しかしながら、医師の需給均衡は現場の感覚とは乖離している。最近では新卒医師の約30-35%を女性が占めている。現在勤務環境が十分整備されていないことを考慮する必要はあるが、女性医師は、当直業務への関与が少ない、地方勤務者が少ない、選択診療科の偏重もあり、現状では医師不足解消への寄与度は低い。

75歳以上では現役は約50%と推計されるように医師自体の高齢化の影響も懸念されている。若手医師においても、週4日就業、週1回当直などを要求するなど、働き方そのものも変化してきていること、更には、働き方改革を厳密に履行するならば、2交代制3交代制の導入も必然となることなどから、臨床現場でのより詳細な実態を再調査すべきである。

2040年時予想される医療需要の減少を考えると医師総数では充足される可能性はあるが、診療科自由選択制が続く限り医師不足診療科の改善は望めず、診療科内専門分化も大きく影響し

うることから、2040年時医師配備の充足に関して再検討が必要である。

先に示した人口や高齢化率推移からみた各圏域における医療需要調査に基づき、関連診療科・専門医数（老年科医・総合診療医も含める）の適正配備計画を作成しなければならない。この場合、多くの医師が慢性疾患管理を中心に外来診療を行うことが求められ、その意味で老年科医、総合診療医の大幅な養成が必要となる可能性が大きいことに留意すべきである。現在は、急性期医療現場で就業する者が多いが、医療資源の少ない圏域におけるオンライン診療などでの活躍も望まれる。また、将来居宅・入所介護の現場で指導者としての役割付与も検討すべきである。不足診療科医や不足地域就業医師／指導医への報酬補填などの必要なインセンティブを与え該当地域での勤務を誘導する必要がある。

全日病は、「超高齢社会で認知症を含む複数疾患を持つ高齢者が増加している中で、多くの医療機関で専門性を有した医師が専門領域以外で活動する機会が増えている実態を鑑み総合医の育成が必要不可欠である。日本専門医機構「総合診療専門医」の育成には時間がかかる」との認識のもとに、2018年から医師偏在対策の一環として総合医育成事業⁷⁴を開始した。本事業の成果に大きな期待がかけられている。

地域枠医師の就業義務規定の厳格化が検討されているが、一定期間経過後も効果をあげない場合には、医育機関における診療科別医師養成

⁷³ 「女性医師は出産や子育てがあることを勘案して仕事量を30-50歳代男性医師の80%」、「60歳以上医師の仕事量を80%」、「初期臨床研修医1年目は30%、2年目は50%」として推計。

⁷⁴ 総合医育成事業の研修概要

対象者：おおむね医師経験6年目以上で、研修を希望する会員施設の全ての診療科の医師。

研修期間：標準研修期間は2年間、個々の状況を考え3年を上限目安に柔軟に運用。

認定要件：

- ・スクーリングについては概ね6割以上の参加を認定要件とする（医療運営2回必須、ノンテク10回中6回以上、診療実践22回中12回以上、計全20単位以上）。AHA ACLS プロバイダーコース（日本内科学会内科救急・ICLS 講習会（JMECC）もこれに準じる）および厚労省の定めるプログラムに基づく緩和ケア研修会の参加はそれぞれ「診療実践コース」1単位参加とみなす。

- ・総合診療実践レポートの提出（終了時）。

- ・総合診療eラーニング（4件以上）の視聴。

上記の要件を満たした場合にプログラム受講者が認定申請を行い、全日病の審査委員会が審査。

義務制度の導入や、地域別保険医数の上限設定、専門医数配備計画に従うような一定の強制も必要である。現在、各地域へ配備されつつある地域枠医師の専門医取得のための研修施設が限られるため、指導医不在の施設に十分派遣ができていない実情がある。カリキュラムを見直し、オンライン研修を導入するなどの取り組みを行えば、指導医不在の小規模施設での勤務も可能となるので、地域枠医師養成計画の再考が必要である。義務年限終了後も医師不足地域に留まることができるよう、オンラインを利用した生涯研修制度や都市部専門医との連携などの医療レベル維持のための環境を整備し、子弟の教育への配慮や十分な有給休暇取得が可能となる補填医師確保の制度など、働きやすい環境づくりを考慮すべきである。時代によって医学生・医師の価値観が変化することを考え、地方勤務に関する定期的な意識調査のもとに、実践的かつ柔軟な対応を続ける必要がある。

全日病をはじめ医療提供者側は、今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）臨床現場における専門医不足の教訓並びに働き方改革推進により間違いなく招来するであろう医師不足問題を強く国に訴え、現在の医師養成計画の再考を迫るべきである。

5) 医療・介護従事者としての外国人の受け入れ

専門職の支援、要介護者のケア等に関する人材不足は深刻であり、今後も確実に解消される見通しはない。

2040年時には技術革新により人材不足の一部を補うことは可能であろうが、完全に置き換えることは不可能と考えられる。2019年10月末時点で外国人労働者雇用事業所数/労働者数は約24.3万か所（対前年12.1%増）、約166万人（同13.6%増）で過去最高を更新し、サービス業の分野（41.4%）では外国人労働者の存在が必須となりつつある。しかし、長期間にわたる就労を目的としている専門職より、資格外活動や技能実習のような短期間の在留資格で働く割合が全体の43.4%と高く、現状の制度では労働力不足の解消に期待が持てない。

全日病も技能実習（介護）制度の監理団体として指定され、外国人技能実習生の受入れ事業を積極的に行っており、その成果に期待するところが大きい。技能資格試験の際の日本語以外の外国語での対応、差別のない給与体系、滞

在実績や本人の希望により2重国籍を認めるなど、長期間就労が可能な制度へ改変しなければならない。

現在、主に東南アジアからの人材受け入れがなされているが、当該国の高齢化進展から今後安定した労働力の確保は困難と想定される中では、大胆な発想の転換が重要であり、移民（難民）の受け入れも医療・介護提供者間で協議したうえで、国民に問う必要がある。

6) 懸案事項と対策

(1)人口減少：高齢・超高齢人口の増加、生産人口減少

生産力低下、消費の落ち込み、社会保障制度の持続可能性低下、さらには地域社会の衰退・消滅の可能性まで大きな懸念が指摘されており、確実な労働力確保がその唯一の解決策である。

いかに高齢者の就労や女性の社会進出の推進を図るかが問われている。高齢者雇用にはまず定年制を廃止すべきであり、女性の雇用では官民間問わずすべての企業において欧米並みの管理職への登用を図るべく具体的な数値目標を設定し、国の政策として推進しなければならない。また、それぞれのライフスタイルにあわせた就労が可能なように非正規雇用やワークシェアなど多様な就労形態の選択肢を提示すべきである。

出生率からみて人口減少と生産年齢人口の減少は確実なので、先にあげたように日本人と同等の待遇と長期滞在や国籍取得が可能な制度変更を行って、外国人労働者の招聘をすすめるべきであり、移民政策の導入に加え、難民の積極的受け入れも行うべきである。

非対面・非接触を可能にするテレワークは、同じ情報・サービスを共有でき、拠点を構える場所を限定しないことで、高齢者や女性の就労促進に寄与し、広く優秀な人材を採用できる可能性が高い。各職場で業務のデジタル化に対応できるよう、国はICT活用の支援策を積極的に進めるべきである。

(2)社会保障財源不足

平均寿命の延伸に伴う年金給付費の増大も否めないが、社会保障費の増大は主に医療費・介護療養費の増大によるものと想定されている。「人口減少がもたらす社会保障への影響」⁷⁵によ

ると、2025年3.5兆円、2040年12.4兆円の財源不足が考えられるため、社会保障給付費を抑制するか、更なる負担を求めることが必要となるとされている。考えうる主な財源は、消費税増税・総所得に対する税や財産税の導入などであるが、今後国民の多くの理解が得られるよう、社会保障給付費の使用目的、優先順位をつける検討もあわせ十分な議論が必要である。

(3)混合診療

混合診療（公的医療保険と自由診療の併用）については、金持ちだけが受けられる医療となり、社会の分断をもたらす懸念もあり、慎重な議論をすべきである。しかし、次々に開発され一部の患者にのみ使用される超高額医薬品の保険適用には限界もあるので、セーフティーネットとしての公的医療保険適用基準を設定した上で、民間保険を利用する形での導入は必要であろう。

7) 医療・介護需要の変化に対応した官民協調体制の構築

沖縄県、首都圏大都市を除き、医療需要は減少し、介護需要も大中都市部では増加するが小都市、町村では減少する。従って、日常生活圏を基本に見直した各圏域において需要に応じた医療・介護提供体制見直しは必然である。医療は都道府県が、介護は市町村が管轄するという現状における実践時の不整合や非効率性を改める必要性を章のはじめに記したが、その際積極的な医療圏・介護圏の統合と圏域内医療・介護提供者（病院・診療所・介護系施設）の連携システム構築も必要である。医療・介護需要、医療・介護従事者数の見通しを踏まえ、医療圏／自治体ごとの特異性の確認した上で、行政、医療・介護提供者、住民間での将来構想立案と実現へ向けて「地域包括ヘルスケアシステム」を構築すべきである。確実な集約化・連携の実現推進のためには、業種間の垣根を超えた株式会社も含めた統合が必要であり、資本の共用が可能な「地域医療・介護・福祉連携推進法人」設立が認められるべきである。株式会社の参入に関しては議論の多いところであるが、地域において一定の責任を担い、営利追求のみとならないような条項の設定があわせて検討される必要がある。

地域特性を踏まえた官民協調体制構築が求め

られるので、設立母体にかかわらず提供内容に応じた補助金制度を導入することにより、長年の懸案だった官民のイコールフットイングの実現も果たされることが期待される。

8) コストを適切に反映していない診療報酬体系

診療報酬体系は、①医療の質を高めることに寄与する、②医療を担うものの努力を正当に評価する、③医療の過剰・過小を排し、効率的な医療・介護の提供に寄与する、④疾病と状態像の特性を十分加味し、重症度、医療必要度、看護必要度を反映する、⑤診療に係る技術料、材料費、薬剤費等のランニングコストと、建物の初期投資、維持管理に要するキャピタルコストを各々反映する、⑥事務処理が比較的容易であるべき、と前回報告書で示したが、その後3回にわたる改定においても「コストの反映が乏しい」という問題は未解決である。改定の度に一貫性のない加算の新設と廃止が繰り返されており、事務処理について難解・複雑な体系で事務作業の煩雑さは、より増大している。また、「医療技術の相対評価」と「物価上昇」をそれぞれ評価する体系が理想であるが、前者は内科系・外科系それぞれに適時評価のシステムがあるものの、後者は現在未対応である。

診療報酬体系は、提供体制のあり方の変革にあわせ適時必要な見直しを行うべきである。従って、先に述べたような「地域包括ヘルスケアシステム」へ一本化することを前提に、これにも沿う報酬体系を提言したい。

欧米では、救急診療・専門医診療以外通常の外来診療を診療所が担い、入院が必要な場合病院を紹介というシステムが多く導入されている。日本では歴史的に診療所が規模を拡大する形で病院となった経緯や、近年通常の診療は「かかりつけ医」にて行い、病院外来は紹介制により専門科に移行しつつあることから、これを推し進める中で諸外国に近い機能分化が進むこと

⁷⁵ 「人口減少と経済成長に関する研究会」報告書、財務総合政策研究所、2020年6月（土居 丈朗 慶応大学経済学部教授）

⁷⁶ かかりつけ医機能：日常診療において患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保険指導を行い、専門性を超える場合、診療時間外、休日夜間も地域の医師医療機関等と協力して解決する。健診等の地域の保健等の社会的活動、行政の活動にも協力し、在宅診療も行う。医療に関するわかりやすい情報提供を行う。「医療提供体制のあり方」、2013年8月、日医・四病協共同提言

が適当と考える。「かかりつけ医機能」⁷⁶の中には休日・夜間の患者対応や在宅医療も含まれるので、一診療所では対応困難であることから、地域の中小病院が中心となり診療所のグループ化・連携なども念頭にした体制作りが求められ、制度上も確定させるべきである。

医療過疎の地域においては、オンラインによる都市部の大規模医療機関等からの診療応援体制の構築を同時に考えなければならないが、感染症対応に関して非接触診療の必要性も浮上したので、全日病は、色々な想定のもとに役割や機能を明確にしたうえでオンライン診療の確実な早期の実践が可能ないように行動すべきである。

診療所医師が担当患者の入院治療を病院医師と共に担う「開放病床」の報酬を引き上げ積極的な利用促進を図るとともに、診療所専門医が手術のために契約病院を利用する仕組みの導入も必要である。

先にも触れたように、健康管理は一定の地域に存在する診療所や中小病院を中心に国民皆健診制度として構築すべきであるが、順次統一化された保険者の義務として啓発に努めるべきである。

これらの外来機能を踏まえ、必要な報酬体系は、外来においては、

- ・新患／救急
出来高（DPC対象施設入院の場合救急部分は出来高）
- ・再診
包括払い（疾患別対応 複合病変評価）
- ・健康管理／健診並びに教育
保険者からの人頭払い
（脳／心臓疾患・がん：早期発見システム導入）

が考えられる。再診時の包括払いでは過去に導入され粗診粗療の批判を浴びた「外来総合診察料」の反省を踏まえ、疾患別（特に慢性疾患）、複合病変の有無にあわせた標準診療内容を規定すべきである。健康管理・健診・教育に対する成果報酬の導入も考慮すべきであるが、成果は住民患者の協力次第で変化しうることから、住民患者への健診ポイント制による還元等をあわせて検討すべきである。

入院機能に関する診療報酬体系は、それぞれ

の各病期でほぼ包括払いで統一されている。

急性期医療にはDPC/PDPSが採用されている。DPCそのものは診断群分類で4557分類と諸外国のDRGに比し各段に多く臨床実態に即しており、また、日々の診療内容がデータとして提出されることから、この情報を利用して疾病管理に応用できる点は評価される。但し、支払いに関係ない診療内容の提出義務がないことから、完全に患者の病態が把握されているとは言い難く改善が必要である。

支払い方法としてのDPC/PDPSの最大の問題は、病院機能の区分に従う基礎係数（特定機能病院Ⅰ群1.1327 Ⅱ群1.0708 Ⅲ群1.0404）の差異である。Ⅱ群、Ⅲ群は臨床実績の要件に差異があり診療報酬の差は理解できるが、Ⅰ群において評価されている教育研修費用は本来文科省から支払われるべき内容である。また、高度医療に関しては定型的治療がない分野であり症例数も少ないことから出来高払いとすべきものであり、Ⅰ群でのその他症例の診療内容がⅡ群施設と異なるものではないことから、Ⅱ群係数と同等とすべきである。

支払い方式としてのもう一つの課題は、PDPS（1日定額払い）であることから損益分岐点が在院日数として明確となり、それ以上の在院日数短縮努力につながらない場合が多々ある点である。DRG/PPSについても在院日数と損益は密接な関係があるが、DRGの施設係数（Casemix Index）が難易度の高い患者をどの程度診ているかの指標になること、支払いが1入院当たりでDPC/PDPSより病院の在院日数短縮やその他のコスト削減努力が反映されるので、DRG/PPSの優れた点も考慮して修正すべきである。

諸外国におけるDRGは支払制度の視点から導入されており、政府の医療提供の考え方や保険制度にそれぞれに特徴があるが、報酬そのものの不公平感の排除に配慮されているところなど学ぶべき点も多い⁷⁷。現状のDPCに重症度難易度指標を入れ、これに見あう1入院当たり包括払いとし、年間総重症度係数から次年度加算する仕組みとすると臨床現場に沿ったより良い支払制度となるはずである。

諸外国同様、質の評価が報酬上考慮されるべきである。質の評価に関しては臨床指標を基本に考えるのは当然であるが、治療成績のみを評価した場合、軽症症例に偏った入院となるとい

うような弊害もありうるので、評価項目の決定、数値化は十分議論すべきである。質管理を行っている事を含め病院全体としてのパフォーマンスを評価すべきであろう。イギリス、米国等で実践されている P4P (Pay for Performance、質に基づく支払い) については、有効であるとする報告はあるものの、総体としてみれば P4P が医療の質を向上させるという十分なエビデンスは得られていない⁷⁸。今後の推移を見守り日本でも導入の可能性を検討すべきである。

かねてから、現在の診療報酬は原価に基づくものではないという批判があり、DPC/PDPS 導入後も原価計算に関する研究はあるが、制度導入と運用にかかるコストが大きな課題となって停滞してきた。しかし、海外での研究の進展や ICT の急速な普及から、実践的ノウハウの蓄積や段階的運用にて実現化の道筋が見えていたとする報告もあり⁷⁹、今後の進展に期待する。

昨今の入院患者の年齢層は高齢化し続けており、認知症や身体機能低下による要介護状態の患者が入院した場合の負担は大きい。介護に関する診療報酬上の評価がほとんどないのは大きな問題であり、介護保険の同時適用か相当の加算措置がなされなくてはならない。

「地域包括ヘルスケアシステム」では、当該患者の退院時残存機能評価に基づき、亜急性期・回復期・慢性期での獲得目標とその後のケアまでの長期支援体制を本人・家族に提示することを規定し、これについても報酬を設定すべきである。

入院に係る診療報酬体系に関する提言は、原則は前回報告書の内容と同様であり⁸⁰、日額定額の修正や要介護患者の評価などその後の変化への対応を加味したものである。

各病期すべて包括払いを原則

- ・高度急性期・急性期
DPC に基づく 1 入院当たり定額
- ・亜急性期／回復期
状態別包括 PDPS (1 日定額払い)
- ・リハビリ
客観的 FIM 評価を加味した包括 PDPS
+ 具体的な長期支援計画に対する定額報酬
- ・慢性期
状態別包括 PDPS

上記に加えて

* 要介護度にあわせた加算

* 質評価に基づく加算

* 新規入院時並びに老人保健施設入所中の既存疾患用薬剤は、かかりつけ医から持ち込みか、出来高とする

今後、過疎地における医療・介護提供の持続可能性には大きな課題がある。当該地域においては医療・介護施設の経営は成立しなくなることが危惧される。その場合、診療・介護報酬以外の補填で事業が成立するよう予算制導入も考えなければならない。当該医療・介護圏の自治体からの拠出による運営支援が必要である。人口 1 万人以下で 2040 年時 30% 以上減少するような圏域では、各自治体が周辺自治体と共同で、健診・医療・介護・福祉まで包括的に対応する仕組みを今から策定しておくべきであり、国からの何らかの財源で賄える方策を議論すべきである。

現在、保険診療は消費税非課税となっているため、医療機関が物品購入等の際の消費税は患者・保険者負担に転嫁できず、最終的に医療機関の負担となり (控除対象外消費税)、いわゆる損税となっている。消費税引き上げ時に診療報酬改定により補填されてきたが、各医療機関でコストの構造、報酬の算定内容が異なり平等とはいいがたく過不足が生じてきた。「原則課

⁷⁷ ドイツ：病院予算制、精神科病院以外すべて、看護介護士人件費除外、診療費用調査により決定、1319 分類 (2019 年)

フランス：民間営利・医師人件費出来高別建て、ICU/救急/放射線は加算、「高額材料/医療」はポジティブリストで出来高、大学病院の先進医療・研究機能は公共事業として補助金特別枠あり (実際には公的病院の赤字補填との批判あり)、2291 分類 (2019 年)

米国 MS (メディケア)-DRG：医療の質・患者満足・安全/効率性等評価で±2%、救急入院時は出来高、入院医療の外来シフトやポストアキュートまで整合性のある制度構築、大幅にコストかかった症例 = アウトライヤー加算あり、760 分類 (2020 年)

⁷⁸ 田辺智子：医療の質と「実績に基づく支払 (P4P)」— 諸外国の事例を中心に—。レファレンス、国立国会図書館調査及び立法考査局、2019 https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11275351_po_081905.pdf?contentNo=1&alternativeNo=

⁷⁹ 坂口博政、荒井耕：診療報酬制度における原価計算の位置づけ。Discussion Paper Series No 049, 29 Oct, 2019, Kanazawa University Faculty of Economics and Management

⁸⁰ 病棟種別と望ましい診療報酬支払い方式「病院のあり方に関する報告書」2015-16 年版

税」として抜本的解決を図るべきであり、全日病は他病院団体と共に強く国に働き掛けるべきである。

9) 災害時を想定した事業継続計画

東日本大震災以降も相当規模の地震や地球温暖化が関係するとされる大規模な風水害が発生し、医療・介護施設への影響が報道されてきたが、今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）世界的大流行では医療崩壊寸前の事態ともなり、各医療・介護提供機関をはじめ行政・医師会における危機管理とBCP（Business Continuity Plan、事業継続計画）の現状に大きな課題があることが浮き彫りとなった。

大震災被災の経験や新型インフルエンザ等対策特別措置法施行から、医療界でBCPの理解が深まってきていたが、病院のBCP作成率は25%に過ぎない。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）世界的大流行では、急性期から回復後の後方施設不足などが大きな問題となったように、個々の病院を超えて地域としてのBCPの不備が明らかとなった。大災害であればあるほど、1病院単独のBCPでは実際に意味をなさないことが多い。BCPの有効な実践のためには日頃からの十分な信頼関係を基本とした密な医療連携体制構築が必要であり、近隣医療機関ならびに行政、医師会とも共同で作成した実効性のあるBCPが重要となる。

第4章 会員へのメッセージ

第2、3章で示したように、2040年における医療・介護分野をとりまく環境は、相当様変わりすると想定される。このことを踏まえ、各施設においては地域における医療・介護提供者としてどのように貢献すべきかを再確認し、今から準備することを薦める。

1) 地域の将来像の確認

社会保障人口問題研究所資料、「未来カルテ」、「地域経済分析システム」等による地域全体の2040年像を把握し、「地域の医療提供体制の現状と将来 - 都道府県別・二次医療圏別データ集(日医総研)」および「人口・患者数推計/簡易版」により医療需要を、介護保険事業計画により介護需要を確認することが重要である。

2) 2040年の当該地域における医療・介護提供の必要性と各施設の理念、運営方針の整合性の確認

病院のあり方に関する報告書2015-16年版に示したように、内部要因・外部要因それぞれの再確認を行うとともに、特に、疾病構造の変化と自院の提供する医療との整合性を図るべく行動する必要がある。

内部要因：自院ケースミックスの経年変化
各職種マンパワーと質の評価
一職員満足度による確認
施設・設備の現状確認

外部要因：顧客(患者等)満足度
人口動態と疾病調査予測による地域の医療・介護ニーズの把握
他の医療機関や施設とのベンチマーク・競合状況の把握
+ 人口構成および異なる生活観をもつ団塊世代への調査による医療・介護ニーズの把握

3) 普遍的な組織運営の留意点と質管理

病院は、多職種協働で行なう労働集約性の高い組織であり、患者の高い要求水準に応えるには、建築・設備・医療機器等を整備し、医師・看護師・薬剤師等専門職種による高水準の固有技術を維持させる診療管理と、複雑な組織運営を継続する管理技術、およびそれを推進する指導・調整技術が必要である。

社会情勢の変化、医療制度改革の中、病床削減、医師数削減、医療費抑制が進む中、年中無休で、救急も含めて病態が異なり常に変化する患者への診療は、効率化が難しい分野であるにもかかわらず、良質かつ最善の医療提供を求められるという矛盾を抱えながら組織運営をしなければならない。

医療の質向上は、いかなる環境においても組織運営の必須事項と認識しなければならない。全日病では1998年「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」を皮切りに、全ての報告書にその重要性を提示してきた。

医療の質向上のためには経営管理の質向上が重要であり、1) 診療(経過・結果)、2) 組織管理(人事労務・労働安全衛生・施設設備・安全・環境)、3) 経営指標(財務)、4) 職員(能力・態度・成果)、5) 患者満足(苦痛軽減・診療成績・受診機会・経済性)と医療機関全体の質が問われる。

医療経営の構造⁸¹は図4-1のように複雑であり、すべての関係者の満足(顧客満足)への要求が上昇し続けることを念頭に、継続的な質向上(MQI: Medical Quality Improvement)活動を行い、総合的質経営(TQM: Total Quality Management)の実践が必要である。

4) 情報技術の積極的活用による組織運営・診療体制の構築

2040年に向けて、生産年齢人口の著しい減少

⁸¹ 「病院のあり方に関する報告書」2011年版「医療経営の質」

図4-1 医療経営の構造



((公社) 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書」2011年版「医療経営の質」より)

が想定されるため、業務の効率化ならびに患者要求に対応するためには情報技術の利用は必須となる。

2025年の日本を想定した「病院のあり方に関する報告書」(2015-2016年版)第8章「病院における情報化の意義と業務革新」を振り返り、2040年までに想定される新たな課題を検討するとともに、現在情報技術の積極的活用を行っている会員病院での取り組みを紹介する。(コラム「情報技術を活用した組織運営・診療体制の再構築」)

以下、現在でも導入可能または実現が確実にされている情報技術と必要な取り組みを列挙した。会員病院の積極的な取り組みを望む。

- ・スマートフォン等オンラインを利用した新患・再来予約／事前受診目的連絡／医療相談システムの導入
- ・電子カルテ連動自動受付—案内—事前情報受付システム音声入力・動画による、必要かつ十分な情報の取り込み、共有化
- ・自動支払い／処方箋発行・送付システム

- ・オンライン診療／ドローンによる薬剤配送システムの導入(慢性疾患管理、医師不足地域と都市部医師間連携による在宅医療の維持・推進)
- ・クラウド型電子カルテの導入
- ・ITを利用した入院患者に対する新しいチーム看護体制/E-ナースステーション⁸²の構築
- ・AIを利用した診断治療の導入
- ・効率的な事務系業務を中心としたテレワークの導入
- ・位置情報を利用した業務の見える化・効率化

⁸²重症度の異なる患者数名を指導者・中堅・新人4-5名でケアするシステム
患者識別・ウェアラブル生体モニター情報と治療指示・チェックリスト情報をナースステーション内大型画面に表示し、常駐の医師・看護師の責任者の判断とハンズフリー携帯電話ないしタブレットによる適時カンファレンスから、タイムリーにケア内容の検討・変更を行うシステム—重症度の異なる患者を同時に看ること、常時指導者が帯同することで教育効率向上を図る体制

コラム：情報技術を活用した組織運営・診療体制の再構築

公益財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院 理事長 飯田 修平

1. 「病院のあり方に関する報告書」における情報技術の考え方

本報告書が設定した2040年の日本を想定して「情報技術を活用した組織運営・診療体制」を考えるにあたり、2025年の日本を想定した「病院のあり方に関する報告書」（2015-2016年版）第8章「病院における情報化の意義と業務革新」⁸³を振り返る必要がある。

(1) 病院における情報化の意義と業務革新（2025年の日本を想定）

2015-2016年版第8章では、用語の定義、病院情報システム（HIS）の要件、情報活用のための組織構築、情報化の経営への貢献、組織の再構築と情報システムの発展等を解説した。

期待を込めて、解決すべき「今後の課題」と「2025年における情報活用」を記述してから5年経過した。2025年まではあと4年あるが、その多くは解決途上にある。

近年の情報技術（ICT：Information and Communication Technology）の目覚ましい進歩と社会構造・組織構造の変化を考慮すれば、課題解決は困難であるが、不可能ではない。

「病院における情報化の意義と業務革新」の今後の課題（2025年を想定）

- ①マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスを改良し、負荷を感じることなく利用可能とする。
- ②いつでも、どこでも、だれでも、容易に利用できる、スマートプラチナ社会とする。
- ③柔軟なデータベースを構築する。
- ④過去のデータを蓄積し、利活用可能とする。
- ⑤相互運用性を推進する。
- ⑥国家的プロジェクトとして、以上を継続的に推進する。

(2) 病院における情報化の意義と業務革新（2025年の日本を想定）を評価する

- ①ありとあらゆるものがインターネットに繋がられる（IoT：Internet of Things）⁸⁴途上である。2025年には、多くのモノに情報端末が組み込まれ、接続される。繋げる・繋がることを意識する必要がなくなり、負荷なく利用できる。
- ②2020年達成を目指したスマートプラチナ社会推進会議 報告書概要（2014年7月）の多くは試行にとどまっている。①の課題達成が十分ではないため、特に、高齢者のICT利活用に関しては、やや向上した程度である。2025年には、IoTやアプリケーションの向上により、一部は実現する可能性がある。
- ③2025年には、①②により現在よりも柔軟なデータベースが構築されるであろう。しかし、構造化されないデータは利活用が困難である。非構造化データを活用するというDWH（Data Warehouse）⁸⁵はあるが、実際には、タグをつけた（構造化）ものが多い。
- ④現在、医療機能情報提供制度（医療情報ネット）⁸⁶、NDB（National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan）⁸⁷、DPCデータ、NCD（National Clinical Database）⁸⁸、病院情報の公表⁸⁹、等により

⁸³ 公益社団法人 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書（2015-2016年版）」<https://www.ajha.or.jp/voice/arikata.html>（2016.8.1 参照）

⁸⁴ IoT：モノのインターネットとは、モノがインターネット経由で通信することを意味する。モノにインターネット接続（通信）機能が付加される。それ以前は、インターネットとは、PCとPCを通信網（net）を介して繋げることであった。

⁸⁵ DWH：複数のシステムからデータを抽出・変換・書き出して、一元管理できるように最適な形式で集約・集積したものの。

⁸⁶ 医療機能情報提供制度（医療情報ネット）：住民・患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的として、2006年の第五次医療法改正により導入された。病院等に対し、医療機能に関する情報について都道府県知事への報告を義務づけるとともに、報告を受けた都道府県知事はその情報を住民・患者に対して提供する制度として運用している。

病院情報が公開されている。過去のデータを蓄積し、利活用可能とする範囲が拡大しているが、詳細な情報が蓄積されていても、利活用に関する大きな制約がある。研究者ですら、レセプトデータの開示請求が煩雑であるだけでなく、1-2年前のレセプトデータを開示されるだけである。リアルタイムの検討には使えない。2025年には、データ蓄積と利活用可能な範囲が拡大し、迅速かつ簡便に利活用できるように、全日病も強く要望する必要がある。

- ⑤ハードウェアおよびアプリケーションに関する相互運用性は検討され、統一する動きが主流である。これに対して、全日病をはじめとする団体が、「重要なのは、蓄積したデータをいかに利活用するかである。ハードウェアおよびアプリケーションの統一ではなく、データ様式とデータ交換の手順の標準化が必要である」と主張しているが、2025年までに解決することは困難であろう。
- ⑥国家的プロジェクトとして、②、④に示したごとく継続的に推進しているが、一時的、即応的である。戦略的、統合的、継続的、挙国一致体制を執っているようには見えない。2025年には、進捗することを期待する。

前回報告書に記載した「病院における情報化の意義と潮流」の以下の内容は現時点でも変わらない。すなわち、

- ・医療機関内における情報化
医療情報を国民の健康に資するものにするためには、仕様をオープンにした安価な標準電子カルテを国として設定すべきである。
- ・地域内連携
域内の医療連携システムの相互運用性に障壁がある。国による統一規格化が求められる。
- ・介護情報との統合
医療と介護との情報の共有が求められる。生活情報を集積し、患者・利用者を診療する時に、情報を閲覧し、必要な情報を抽出することが必要である。患者本人がPHR (Personal Health Record) を管理することが重要となる。
- ・生活情報
医療情報、介護情報を経時的に集積し生活情報に取り込み、予防医学に利用すべきである。

- ・既存の枠組みの中のビッグデータ
ビッグデータを匿名化して、公衆衛生や医療費適正化のみならず、医療機関同士でベンチマークし、病院運営と質の向上に利用すべきである。
- ・IoTとビッグデータ
人間生活のあらゆる情報がインターネットに接続され、集積した情報をデータマイニングすることで新知見を得ることが可能となるだろうが、機微な個人情報の利活用には一定の制限を設けるべきである。

(3)病院における情報化の意義と業務革新 (2040年の日本を想定)

2025年の課題を達成後は、2040年に向けてより高次の課題が検討される必要がある(表4-1)。2040年には、情報化は組織生存・存続の必須条件であり、その意義を考えるまでもないが、むしろ、次節で述べるように、扱い方を慎重に考える必要がある。

2040年には、

- ①あらゆる物事(モノ・アプリケーション・物・者・行為・事)が繋がる(IoT)。多くの行為(事)が時空を超えて繋がる。IoT、AI(Artificial Intelligence)⁹⁰、RPA(Robotic Process Automation)⁹¹による人の負荷軽減と判断・創造力発揮、個人および組織の意識改革、業務革新に繋がる。すでに、遠隔情報収集、遠隔操作、さらには、遠隔体験[拡張

⁸⁷NDB: レセプト情報・特定健診等情報データベースの通称である。「高齢者の医療の確保に関する法律」を根拠として、2009年から、特定健診および特定保健指導情報、ならびにレセプト情報を保険者より集め、厚生労働省保険局において管理されるデータベースである。

⁸⁸NCD: 2010年、専門医制度を支える手術症例データベースとして外科系臨床学会が設立し、該当領域手術の95%以上が登録され、かつ信頼性が極めて高い。

⁸⁹病院情報の公表: 2016年度診療報酬改定において、機能評価係数Ⅱの保険診療指数の新たな項目として「病院情報の公表」を追加し、2017年度から導入された。

⁹⁰AI: 人の論理思考をコンピュータ上に再現するプログラム。IoTでネットワークに接続された末端装置(エッジデバイス)に搭載されているAIをエッジAI(Edge AI)という。

⁹¹RPA: 手作業の業務やパソコン操作を自動化し、業務効率を向上させる仕組み。定型業務に向いているが、AIを用いた非定型業務への応用も検討されている。さらにはプロセスの分析や改善、意思決定までを自ら自動化する高度な自律型のRPAの開発を目指している。

表4-1 「病院における情報化の意義と業務革新」の今後の課題（2025年・2040年を想定）

	2025年の日本を想定	2040年の日本を想定
①	マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスを改良し、負荷を感じることなく利用可能とする。	人とモノ（IT組み込み）・アプリケーションとの協調（競合しない）・人に危害を与えない。IoT、RPA、AIによる人の負荷軽減と判断・創造力発揮、個人および組織の意識改革、業務革新に繋がる。
②	いつでも、どこでも、だれでも、容易に利用できる、スマートプラチナ社会とする。	いつでも、どこでも、だれでも、なんでも、意識せず利用できる社会とする。 資源は有限であり、可及的に占有ではなく共有により活用可能とする。 ①を社会に拡張して社会変革に繋がる。いわゆるDXである。
③	柔軟なデータベースを構築する。	非構造化データを活用する仕組みを構築する。
④	過去のデータを蓄積し、利活用可能とする。	過去のデータをDHWに蓄積し、利用者の思考に沿って、負荷なく利活用可能とする。院内システム間のデータの相互運用性が確保される。
⑤	相互運用性を推進する。	共有するデータ項目と通信手段を標準化する。ハードウェアおよびアプリケーションに依存しない、データの相互運用性確保。
⑥	国家的プロジェクトとして、以上を継続的に推進する。	組織間で調整した、目的思考で整合ある施策を推進する。 国家としてDXを実現する。 人権保護、安全（safety、security）確保、公益と個人の関係に留意する。

現実（AR：Augmented Reality）⁹²や仮想現実（VR：Virtual Reality）⁹³が実現しつつある。

- ②いわゆるDX（Digital Transformation）⁹⁴が社会に拡張して社会変革に繋がり、スマートプラチナ社会が実現する。高齢者でも、周囲の環境・状況を意識せずモノゴトを利用できる社会となっていよう。また、多くのモノゴトに関して、所有や占有の概念が少なくなり、共有資産となろう。ただし、個人的あるいは特別なモノゴトに関しては個人の権利の保護が必要である。
- ③非構造化データの相互運用性を担保することはかなり困難であるが、非構造化データを活用する仕組の構築を期待したい。
- ④過去のデータをDHWに蓄積し、利用者の思考に沿って、負荷なく利活用可能とする。院内システム間のデータの相互運用性が確保される。

- ⑤（相互運用性に関して）共通の規格制定あるいはデータ構造およびインターフェイスの開示等の基盤を整備し、共有するデータ項目と通信手段を標準化して、ハードウェアおよびアプリケーションに依存しない、データの相互運用性を確保している。
- ⑥情報セキュリティ担保、データの利活用、工

⁹² 拡張現実（AR）：現実世界に視覚情報を重複表示させるもの。

⁹³ 仮想現実（VR）：クローズドな世界（スクリーン）にリアリティを高めた視覚映像を投影し、非現実の世界をあたかも現実のように感じさせるもの。

⁹⁴ DX：経済産業省の狭義の定義では、企業がビジネス環境の激しい変化に対応し、データとデジタル技術を活用して、顧客や社会のニーズを基に、製品やサービス、ビジネスモデルを変革するとともに、業務そのものや、組織、プロセス、企業文化・風土を変革し、競争上の優位性を確立すること。エリック・ストルターマン教授の広義の定義（2004）では、デジタル技術が全ての人々の生活を、あらゆる面により良い方向に変化させること。すなわち、情報技術による社会変革である。

程表作成、PDCAを回す等と喧伝し、「デジタル庁」が設置されるが、このままでは、9月に2040年までの実現は期待できない。官産学が協力、連携した国家的プロジェクトとして、戦略的、統合的、継続的、有機的、実効性ある挙国一致体制をとるべきである。組織間で調整がなされ、目的思考で整合性のある施策が推進され、国として情報技術を活用した変革（DX）を実現することを期待する。

(4)工学技術の進歩に応じた制御技術（社会技術）

社会構造は大きく変わりつつある。医療においても、ICTを活用し、適切な病院情報システム HIS：(Hospital Information System) を構築することにより、医療情報の電子化、医療の成果測定、医療の質確保、経営の効率化を行うことが期待される。

ICTが急速な進歩を遂げることは利便性の観点からは極めて望ましいが、工学技術の進歩に応じた制御技術が必須である。航空機事故や原子力事故など、多くの技術が制御困難あるいは不能に陥った例は枚挙にいとまがない。反省を込めて、医療事故もこの範疇と考えるべきであろう。

制御技術は、工学技術も必要であるが、むしろ、社会・組織の意思決定・組織運営の考え方（社会技術）が重要で、使い方次第である。社会的負の影響（危害）を最小化することが求められる。特に、留意すべきは、人権保護、安全（safety、security）確保、公益と個人の関係である。

2. 情報技術を活用した病院の組織運営－練馬総合病院での経験

(1)組織とは

組織とは、同じ目的を達成するために協働する集団を言う（図4-2）。組織が機能する要件は、理念・方針（目的）を共有し、職員の一人一人が、それぞれの役割（責任・権限）を認識し、同じ方向に向かって力を結集（業務を遂行）することである（図4-3）。組織および環境の状況・変化を把握し、目的を達成するために最適の方策を検討し、実践することが必要である。職員の力が結集できなければ、目的を達成することは困難である。

社会の仕組みが複雑で、変化が頻繁かつ著し

くなり、組織運営は極めて困難になっている。イキモノである組織は、環境の変化に適切に対応しない限り、存続できなくなる。

(2)組織運営における情報の意義

組織運営には、自組織の理念、方針、諸規定、業務内容、構成員に関する情報、顧客情報、業務に関連する学術・業界情報、関連法規、他組織、社会情勢等の状況・変化を把握（情報収集）する（Plan）必要がある。次に、組織の目的にあわせて、業務を計画し（Plan）、遂行し（Do）、経過および結果を検証し（Check）、不具合や問題があれば改善し（Act）、問題がなければ標準化する（Act）という、管理（PDCA）サイクルを回すことが重要である。

PDCAのすべての段階で、情報技術を活用することが組織運営の要諦である。情報は、経営資源の中で大変重要な要素である。

図4-4の○で囲った要素は無形性・蓄積可能性が低いという共通性があり、これらは、直接人・組織に付随する。また、金・ものも流通（等価交換）には情報が必須であり、時間も情報と緊密な関係にある。すべての要素が情報に関連しており、その重要性が明確になる。勿論、すべてを制御するのは人である。情報・情報技術に使われないようにしなければならない。

(3)情報技術の活用

組織運営とは、総合的質経営（TQM：Total Quality Management）の実践である。その考え方は、情報技術を活用して情報システムを構築し（図4-5）、情報を活用し、医療の質向上（MQI）活動、教育研修等により継続的質向上を図り、業務を改善し、効率性・信頼性を向上させ、経営効率を向上させることである。安全が確保され、教育・研修とあわせて組織改革につながり、経営の質が向上する（図4-6）。

前節で述べたように、情報技術を活用して情報を活用することが目的であるので、情報こそが最大の資産である。DWHを構築して、データ移行、変更・改訂に開発会社の制約がほとんどないようにしている。ハードウェア・アプリケーションは情報活用の道具であり、情報システムの開発・導入と、その後の機能追加（改訂・修正）・更新を如何にするかが重要である。

図4-2 組織とはなにか

*** 組織とは何か**

**同じ目的を達成するために、
協力して活動する集団(チーム)をいう。**

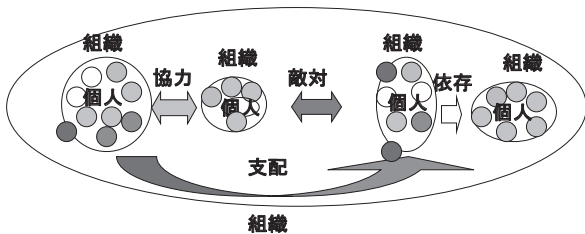


図4-3 扇の理論

**リーダー・管理職の役割
扇の理論(飯田)**

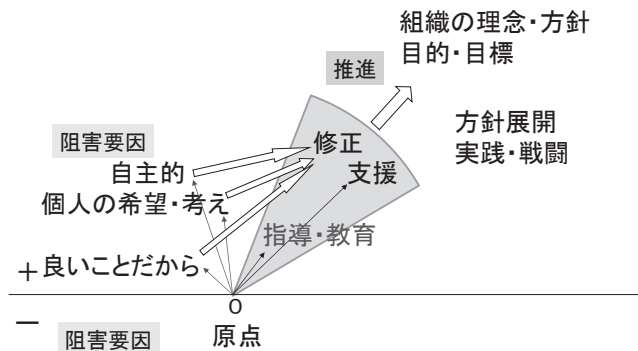
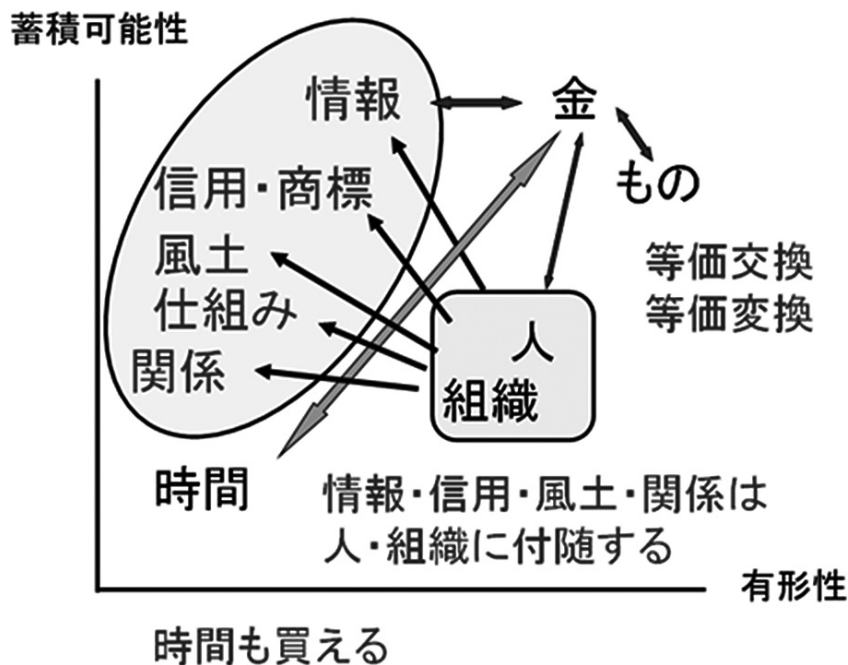


図4-4 経営資源



自院の理念・方針を達成するために必要な機能・運用を明確にしなければならない。そのために、図4-5に示す如く、経営方針に沿った情報システムを構築することが肝要であり、自院に適したシステムがなければ、協働あるいは独自に新規開発しなければならない。

(4) 情報活用に適した組織体制構築

組織図とは、経営の基本的考え方を表すものであり、練馬総合病院では情報活用を重視している。情報・質・安全に関連する部署を理事長直轄部門(情報・質・安全管理部)とし、企画情報推進室、質保証室、医療の質管理室を設置し、4名のSEを配置しているが、事務局・経

営企画会議と共にスタッフ部門として位置づけている(図4-7)。企画情報推進室と質保証室は緊密に連携して、情報システム構築、維持、情報収集、職員への情報教育、データマネジメントを担当している。

(5) 診療への貢献

情報技術を活用して診療に貢献した例を以下に紹介する。

- ①電子カルテ導入当初、最も良かったことは、看護師の申し送り時等における診療記録の取り合い、待ちがなくなったことである。
- ②研修医が症例検討会に診療記録、画像、その

図4-5 情報システム構築

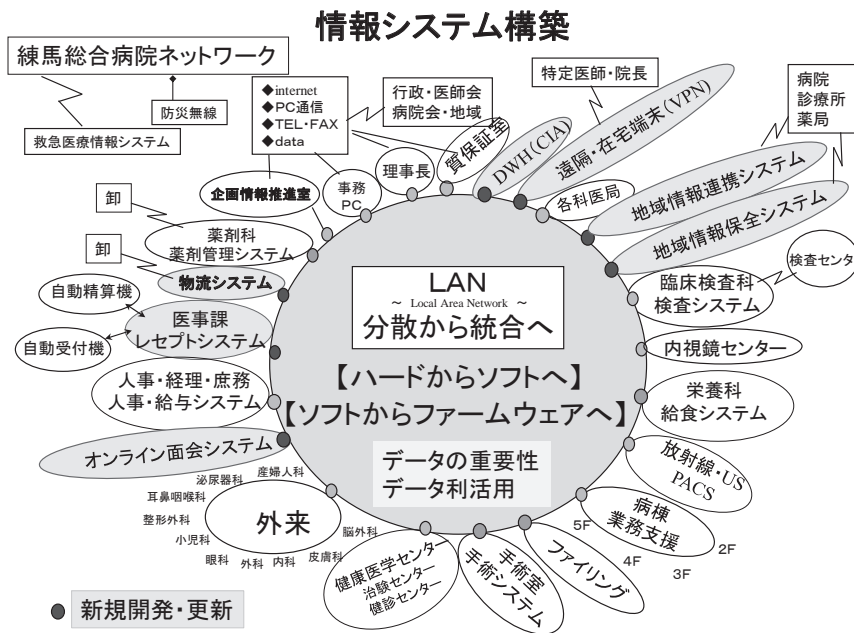
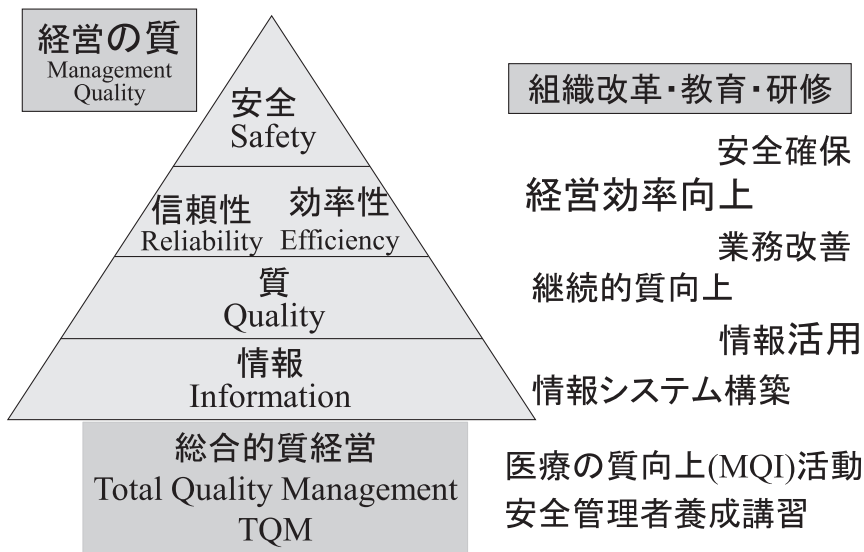


図4-6 質経営の考え方

練馬総合病院における質経営の考え方

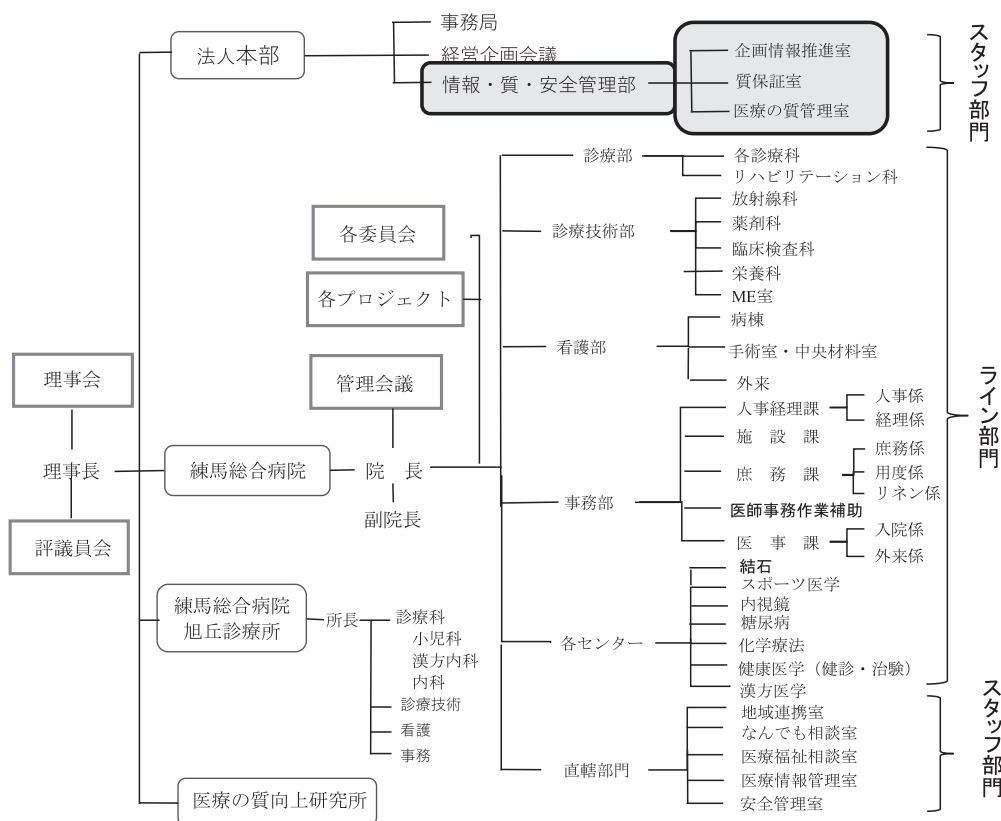


他書類を持ち出す必要がなくなり、ファイルメーカーで症例一覧を作成し、電子カルテ、各部門システムと連携させ、PCとプロジェクターを準備するだけとなった。

- ③電子カルテの指示支援によって、指定あるいは共通のテンプレートのほか、各科・各医師独自テンプレート作成が可能となった。
- ④各科・各医師が診察予約枠を柔軟に設定できるので、検査毎に枠が決まっているものの緊急時にも融通がつくようになった。

- ⑤調剤薬局からの院外処方に関する疑義照会をFAXで受け、処方医に直接連絡するが、連絡が取れない場合には、当該科科長に照会したうえで、薬剤師が電子カルテ上に疑義を記載する。
- ⑥権限とセキュリティのもとに、院内各部署は勿論、VPN (Virtual Private Network) により、自宅あるいはどこからでも常に診療情報を閲覧、入力が可能となった。理事長、内科、循環器内科、外科、脳外科には専用タブレッ

図4-7 公益財団法人東京都医療保健協会 組織図



トが支給され、外国出張中も、ホテル・空港からでも閲覧が可能である。

- ⑦薬剤の副反応報告時や特定薬剤を使用中の患者検査データや症状に関する調査をする場合、質保証室職員によるデータ抽出が可能となった。
- ⑧定期的な診療記録監査時に、所定の監査項目の他に、目的に応じた臨時項目の監査も可能となった。特定の疾患診療における実施すべき検査の抜けや、診療報酬上の実施項目の抜け等の発見につながり、当該診療科、医師への注意喚起につながっている。
- ⑨データを科別、医師別に分析し、統計データを医局会報告、医師毎データを科長に提示している。医師本人の自己評価もあわせて実施しており、診療記録の質向上につながっている。
- ⑩データ分析により、新知見が得られ、学会報告、論文発表した例も多い。
- ⑪イントラネットを構築し、諸規定、業務規程、手順、パス、薬剤等を閲覧可能となった。
- ⑫地域医療情報連携システムを構築し、患者が承諾すれば、地域の診療所医師が直接、診察予約、検査予約（US、CT、MRI、内視鏡等）

ができ、診療結果をいつでも閲覧可能となった。

- ⑬報告書は、FAX やメールの誤送信を避けるため、結果が出たことのみメール送信する。結果については連携ネットによる閲覧が可能となった。
- ⑭地域診療情報保全システムを構築し、患者が承諾すれば、地域の診療所医師が自院の診療データを当院のシステムに保管し、平時は自院のデータのみ閲覧でき、大災害時には理事長の承認のもと、仕切りを外して相互に閲覧可能となった。

当院での情報技術を活用した組織運営に関する今後の課題は、テレワークと診療への応用である。前者に関しては、当分事務関連の一部業務に限定する。後者に関しては、対診にとってもかわるものではないが、以下のような遠隔診断、遠隔診療の一部は可能となると考えて、導入を検討中である。

- ・AI 診断の積極的使用が推進されており、放射線診断医、病理医、その他の専門医が常駐しない病院においては、CT、MRI、病理診断、

その他専門領域の診断・治療に有用である。

- ・上記とあわせて、ZOOMを用いた対診、症例検討が可能となる。
- ・オンライン面会の仕組みを用いて、事前に資料を送り、患者、家族への説明、問診と共に、他の医療機関・施設職員との打合せ、協議が可能となる。
- ・通信規格と画像解像度の向上で、AR・VRによる遠隔処置・遠隔手術の補助が可能となる。

(6)新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に伴う情報技術の活用

情報技術を活用して、想定外の混乱を惹起した COVID-19 に対応した例を以下に紹介する。前述の通り、COVID-19 によって急速に進んだ技術は、終息後も活用できる内容である。

- ①オンライン面会システムを内製し利用していたが、開発会社に機能向上を依頼し、患者（病棟）と家族（自宅・あるいは病院設置 PC）間のみならず、外国の家族も含めて、5 元中継したこともあり、関係者から高く評価された。
- ②COVID-19 蔓延を契機に、オンライン診療を開始した。まだ、一部の患者に対応するのみであり、今後の課題である。
- ③ZOOM による、学会、研究会、会議が多く、当初は不具合が多かったが、半年以降は慣れて、多様な使い方をした。自院あるいは自宅から参加可能で、遠方の多数の者との開催も容易で、COVID-19 終息後も ZOOM 開催が拡大するであろう。
単なる会議や講演会は特に問題がなく利用でき、研修会も人数が多いだけの講義形式では受講者の指導に工夫が必要なだけだが、演習形式の研修会では開催側の情報技術と講習の技術の両方が必要となる。また、Hybrid 形式の研修会が多くなり、開催側の負荷が大きくなっているが、今後は、ほとんどが Hybrid 形式になるであろう。
- ④地域における医療安全管理体制相互評価を実施しているが、2020 年度は、COVID-19 蔓延により訪問調査ができなくなった。前年度までの訪問調査に代わり ZOOM 会議、標準的相互評価点検表の使用下に、メールで実施できた。

5) 震災・新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) から学ぶ BCP

想定外の大地震・新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) には、ほぼすべての医療機関が対応困難であった。とくに、COVID-19 世界的大流行では医療崩壊あるいは危機的状態となり、行政・医療団体 (職能・病院・学術)・医療機関・介護施設における危機管理と BCP (Business

Continuity Plan : 事業継続計画) の大きな問題が露呈した。

COVID-19 への対応と、模範的な会員病院における BCP の全般的取り組みを紹介したが (コラム「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) がもたらしたもの」、「提供体制と BCP」)、会員病院の早急な対応を期待する。

コラム：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）がもたらしたものの

東邦大学 社会医学講座 教授 長谷川 友紀
公益財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院 理事長 飯田 修平

1. 公衆衛生と感染症

2020-2021年の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的大流行が、医療のあり方の再検討を課している。いまだ、収束していないが、世界的大流行が2040年の社会と医療に与える影響を検討する。

公衆衛生の起源は、人が集まって住むことにより派生する健康問題への対応であり、衛生的な環境の確保と感染症対策は、常に最大の関心事であった。COVID-19の世界的大流行（パンデミック）は、公衆衛生学的なアプローチが問題解決にどこまで寄与できるかを改めて問うものである。

COVID-19世界的大流行対策の目標は、(1)重症患者の急増、超過死亡の増加を避けながら、(2)集団免疫の確立を図り、(3)経済への影響を最小限にとどめることである。

中国、西ヨーロッパ諸国、米国においては、重症患者の急増にあわててロックダウンで対応したために、これが一般的な方策のように認識されている。しかし、本来は上記政策目標に対する影響を比較検討し、どのような方策が妥当かを検討する必要がある。

2. COVID-19の特徴と医療現場の状況

(1)経緯の概要

2019年12月に中国・武漢市で原因不明の肺炎が確認され、2020年1月5日に発表された。厚生労働省（厚労省）は2021年1月6日「中華人民共和国湖北省武漢市における原因不明肺炎の発生について」コメントし、1月10日の第3報では、世界保健機関（WHO）が声明を発表したことを踏まえ、「原因病原体が新種のコロナウイルスである可能性が高まったが、感染経路、患者の発生状況等について新たな情報はなく、対応に変更はない。当該病原体の情報等について引き続き更に情報収集を進めていく」と報じた。

世界的大流行（パンデミック）という見解が一般的であったが、WHOは、2020年1月30日、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC：Public Health Emergency of International Concern）」を宣言したが、当初否定していた。2月11日、新型コロナウイルスによる疾患名を「COVID-19」と発表した後、3月11日、世界的な感染拡大の状況、重症度等から世界的大流行とみなすと表明した。

1月26日に日本人初の感染者（武漢からの客を乗せたタクシー運転手）が発表された。当初、COVID-19を季節性インフルエンザより少し厄介な疾患と考える感染症専門家もいたが、中国を含む全世界の情報が集積され、3月初めに深刻な事態と判明した。

2月5日から、ダイヤモンドプリンセス号が横浜港で2週間、船上隔離された。船員1068人、乗客2645人、計3713人中、確定症例712人、不顕性感染331人（船乗員の8.9%、PCR検査陽性者の46.5%）、死亡14例（致命率2.0%）、その他に検疫官や船会社の医師ら9人の感染が確認された。隔離前の船内パーティで接触飛沫感染したと考えられている。

武漢からのANAチャータ便で帰国した、第1便206人、第2便210人中の陽性者はそれぞれ、5人（2.5%）、4人（1.9%）、計9人（2.2%）であった。

北海道におけるアウトブレイクをはじめ、都市部にクラスターが発生した。3月からの第1波では、多くの病院でクラスターが発生し、外来、救急等の診療制限が行われた。3月13日、緊急事態宣言を可能にする新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）が改正され、4月から1か月間の緊急事態宣言・東京アラートが発令された。一時、感染者数が減少したものの、7月から急増し（第2波）、11月からの第3波では年明けに感染者数が7500人を超え、2021年1月7日、2回目の緊急事態宣言が発令された。1月30日英国型とされる変異株感染者5例が発表されて以降、感染力が強いことも指摘

され、徐々にその割合が増加し、2月まで減少していた感染者数が3月下旬から再増大し、4月には急増し、第4波と指摘され、今後の短期間での制圧が危ぶまれている。

(2) COVID-19の特徴と医療現場への影響

COVID-19は新興感染症でありRNAウイルスであるコロナウイルスの一種(SARS-CoV-2)の感染により生じる。未だに未知の部分もあるが、突然変異を起こしやすく、実際に英国株、南ア株、ブラジル株に加えインド株も出現しており、感染者が再拡大している。

感染者に接触後、発症までの潜伏期(不顕性感染期間)は比較的長く数日~2週間であるが、インフルエンザの発症直後の感染力とは異なり、発症前2日間と発症後2日間の感染力が強く感染拡大の要因である。この傾向は変異株で大きい。

不顕性感染または症状があっても軽微なものに留まる者が大部分であるが、発症後1週間程度経過した後に、急速に病状が悪化することがあり、いくつかの危険因子(循環器系の疾病、糖尿病など)は知られているものの、発症早期に重症化の危険性を評価することは困難である。致死率(死亡者/発症者:Case Fatality Rate)は高齢者に高く、特に70歳以上で高い。若年者においては脳梗塞、川崎病様症状の合併が報告されているが詳細は不明である。

感染経路は、咳嗽による飛沫・エアロゾルの吸入と、目への侵入であり、周囲に付着したウイルスに接触した手で顔を触ることである。感染予防には、マスク着用(サージカル、N95)、眼球保護(ゴーグル、フェイスシールド)、手洗い、手指消毒が重要であり、患者対応にはマスク、手袋、ガウン等のPPEが必要であり、十分な換気が重要である。

PCR検体採取、気管内挿管、内視鏡検査、手術、診察、処置、介護等で、接触し飛沫を浴びる機会がある医療従事者は、防護を厳重にしても感染リスクが高く、不特定多数が来院する医療機関での院内感染発生のリスクが高い。医療従事者が患者に感染させるリスクもあり、外来者の病棟への出入制限に伴いオンライン面会が導入されている。

医療提供側(人員、施設・設備、診療材料、資金等)の負荷が大変大きく、変異株による再拡大がある中で、今後の負担軽減あるいは解消

は全世界的課題である。

患者にも医療提供者にも最も厳しいことは、リムデシベル、デキサメタゾン、バリシチニブなどが注目されているものの、現時点で確実に有効とされる治療薬がないことである。

ワクチン接種については、諸外国における効果・副反応情報に加え、国内での先行接種が始まり検証中である。免疫獲得力と抗体価持続期間はいまだ不明であり、定期接種の必要性も検討されている。

3. COVID-19への対応に関する問題点

新興感染症で、不確定要素、未知の部分が多い中で、これまで、関係者が個々に情報を集積、修正し、不確実情報を基に即決即断せざるを得なかった。

感染力の強さ増大に応じ、医療関係者はこのCOVID-19にどう対応するか決断を求められたが、その根拠となったPCR検査結果にいくつかの問題があった。

PCR検査の感度・特異度が、感染後の経過日数、検体採取部位により異なり、偽陽性、偽陰性があるので複数回の検査が推奨されたが、感染者増大に伴う検査件数増加のため非現実的であった。感染力は低いものの陰性化後に再度、再々度陽性化する事例もあったが、拡大するにつれて新規患者発生数(正しくはPCR陽性者)の発表のみとなり、全体像の把握は不十分である。

保健所能力の限界と医療崩壊回避を意図した検査実施抑制がその原因とされたが、当初我が国のPCR検査実施能力が諸外国に比して極めて低く、各報道機関に出演する専門家からの指摘が続いた後に体制強化が図られるなど、初動の遅れは明白であった。台湾・韓国での初動との対比で、SARSの経験を踏まえた準備の欠如、政策の不作為が問われた。

感染者数の増減が実効再生産数と共に示されるが、正確にはPCR検査陽性者数であり検査数が多いければ陽性数は増加するので、陽性率と無症状・中等症・重症者数というようにより正確な実態を示して議論すべきである。2021年1月22日厚労省から各保健所へ発せられたPCR検査Ct値の変更(それまでの35-40から30-35)により、陽性者数が大きく減少したはずだが、何故専門家も報道機関も指摘しなかったの

か疑問である。

また、基礎疾病による死亡でも、PCR陽性であった場合コロナ感染症での死亡と分類されている点も問題である。

意図的な誤情報も多く、感染者や医療従事者および家族への非難中傷、排除という事態も発生したことに、関係者は真摯に反省すべきである。

4. 医療崩壊について

医療崩壊について確立した定義はない。狭義には、(COVID-19の急速な流行拡大など)医療需要の急速な増大に対して、医療提供が追いつかず、通常ならば避けられたであろう死亡の増大(超過死亡)を生じる状況をいい、比較的短期の状況が想定される。広義には、当該医療の提供のみならず、通常の医療提供にも影響を生じ、医療提供能力が広範、かつ長期間にわたり障害され、原因を問わず超過死亡に加え他の健康障害を生じる状況をいう。

COVID-19流行では、当初、救急外来での診察待ち、ICUでの重症患者の治療など狭義の医療崩壊が社会的関心を集めたが、遷延化とともに広義の医療崩壊に関心が移行しつつある。

日本では、狭義の医療崩壊は一部を除き幸い生じていないが、その対応に関して、以下のような重大な問題点が明らかになった。すなわち、

直接新型コロナウイルス流行に関連する事項として、

- ・新型コロナウイルス感染者の病期・病状に応じた振り分けと軽症者用病床の確保
- ・新型コロナウイルス感染者対応病院への支援
- ・不要不急—通常医療の一時的な縮小

医療全般に関する事項として

- ・公衆衛生上の課題に応じた対応体制の不在
- ・高齢者、透析患者など脆弱な集団の存在
- ・医療・介護のオンライン化の遅れ
- ・自治体の権限強化と整合性の確保

従前の医療・介護制度についての議論では、介護の重要性が増すにつれて、「地域包括ケアシステム」に示されるように、より小さな地域

を対象とした医療・介護のシステム構築が重視され、感染症等、広域を想定した公衆衛生上の課題は想定していなかった。

現在、高齢化の進展と医療の発達によって延命できた透析患者、がん生存者など抵抗力の減弱したものが増加している。介護施設などで感染が発生した場合には、多くの死亡を生じる危険性が高いが、クラスターを生じた介護系施設にみるように、感染制御の能力は医療施設に比べ明らかに低いので、医療施設からの支援が不可欠である。今後の医療施設との連携は、感染制御を含めたものが求められる。

医療・介護においては、労働集約型の対人サービスが主体であることは明らかであるが、情報共有の仕組み、オンライン化の努力が十分に行われてこなかったことで、人の移動、接触を減らしながらサービス提供を行い、情報共有(感染症など危険情報を含む)を図る仕組みの構築が必要である。

COVID-19流行への対応では、国の判断に先立って、自治体の首長が率先して独自の施策を実施する事例が見受けられた。高齢化に伴う問題は地域により状況が異なり、自治体のリーダーシップが問われるので、これを機に権限強化を検討する必要があると同時に、隣接する自治体との整合性のとれた連携を図ることができるよう検討するべきである。

今回の流行では、医療用消耗品の一時的不足を生じ、医療機器・消耗品、ワクチン、薬剤を含めて戦略物資として取り扱い、政府の規制を強化し、国内での供給網を確保すべきとの議論がなされた。経済性、効率性を重視して、供給元を一国あるいは特定地域に集中したことの付けである。複数の供給元を確保するべきである。また、有事には、迅速に国内で供給できる体制の構築が必要である。

5. 今後の展望

新型コロナウイルスの世界的な流行拡大に対して、幸いに日本では、これまでは比較的よく制御している。しかし、日本の医療の特徴とともに、種々の問題点が明らかになった。これらを教訓として改善を図ることは、今後の新型コロナウイルス流行、他の病原体による流行対応にも有効であろう。緊急事態宣言に伴う経済活

動の制限により、経済的には不況、失業の増加、健康影響（生活習慣病の増悪、家庭内暴力、精神的影響、出生率への影響など）、死亡率（新型コロナウイルス以外の死因を含めて）の上昇が危惧され、これらの総合的な検証が必要である。

いつ襲来するか不明の公衆衛生上の危機に備えて、空床を確保し、医療機器・消耗品を備蓄することは、個々の医療機関の能力を超える。一義的には都道府県の責務として、国が支援することが適切と考える。医療計画その他でも適切に評価する必要がある。

今後、各医療機関が新築改築を企画する場合は、医療計画における地域の感染症制御との関

係も踏まえた感染症対策を十分組み込んだ設計が必要であり、これに対する財政的支援を受けられる仕組みについて全日病は積極的に発言すべきである。

故事「轉禍爲福・災いを転じて福となす」に倣い、COVID-19の経験を今後の諸対応に活かさなければならない。各関係者は各々にBCP（Business Continuity Plan：事業継続計画）、BCM（Business Continuity Management：事業継続管理）改訂を早急に行うとともに、地域内の医療・介護機関、関係諸団体、行政のこれまで以上の連携が必須であり、中長期的展望で、協調・連帯し、積極的に流れをつくらなければならない。

コラム：提供体制とBCP

公益財団法人 東京都医療保健協会 練馬総合病院 理事長 飯田 修平

1) 事業継続計画（BCP：Business Continuity Plan）策定の勧め

1. BCP 策定の必要性

東日本大震災、熊本地震や大規模な風水害が発生し、多くの医療機関・介護施設が甚大な被害を受け、診療・介護の提供を継続できなくなった。また、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）世界的大流行では医療崩壊あるいはその危機となり、行政・医療団体（職能・病院・学術）・医療機関・介護施設における危機管理とBCP（Business Continuity Plan：事業継続計画）の大きな問題が露呈した。

厚生労働省の「病院の業務継続計画（BCP）策定状況調査の結果」⁹⁵によれば、BCPを策定していたのは25%の病院であった（2018年12月1日時点）。予測できない事態への対応は困難であるとして、BCPを策定していない、あるいは、形式的に他組織のBCPを転用して用いている病院が多い。

BCPとは、地震・暴風雨・火山噴火等の自然災害、大火災、感染症蔓延、テロ・暴動等の組織の存亡に係るあらゆる緊急事態への対応計画を言う。事業資産の損害を最小限にとどめ、中核事業の継続あるいは早期復旧を可能とすることが目的である。また、BCPを確実に実施するBCM（Business Continuity Management、事業継続マネジメント）が重要である。BCP策定における最重要事項は、どの種類のどの程度の事象発生を想定し、どこまで、どのように対応するかを決めることである。想定しないことには対応できないし、想定しても対応しない、あるいは、できないと決めた事象には、なにもできない。

2. 組織管理と事業継続計画（BCP）

組織とは、共通の目的を達成するために協働する集団である。共通の目的とは、組織の理念であり、存在理由である。組織の存在理由を脅

かす事態への対応がBCPである。BCPは組織管理の一環であり、安全管理、リスク管理、質管理と一体である（図4-8）。

本稿では、個人や任意団体ではなく、法人や公共団体としての組織、とくに病院に関して述べる。個人や任意団体と法人や公共団体とでは、BCPの意義が異なるからである。差異の第一は、法人や公共団体としての組織は、営利、非営利に係わらず、継続性が求められていることである。すなわち、大震災、風水害、感染症等で大きな被害を受けた場合においても、事業を継続できるように、準備する必要がある。特に、病院においてはより一層、継続性が重要である。

3. BCMの運用

BCMとは、事業継続及び組織の存亡に係る事象の発生（リスク）を予測し、評価し、対策を策定（BCP）（Plan）し、迅速に対応できる体制を構築（Do）し、事象発生時に被害を最小限にするよう行動（Do）し、結果を評価（Check）し、事後あるいは経過中に計画（BCP）を改訂する（Act）ことである。経過中に臨機応変に対応できる体制を構築することがBCMの重要な事項である。特に、想定外の事象では、PDCAの各段階、特にPlan、次いでDoの段階で回す必要がある。管理サイクル（PDCA）を入れ子で回すことが肝要である（図4-9）。BCPを独自に策定して自己評価することも可能であるが、外部組織の標準的な指針・点検表等を参照してBCPを策定し、外部組織の評価を受けることが望ましい。BCMの外部認証には、ISO22301⁹⁶に基づくBCMS（事業継続マネジメントシステム）審査登録（認証）、中小企業庁

⁹⁵ 病院の業務継続計画（BCP）策定状況調査の結果

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000533729.pdf>

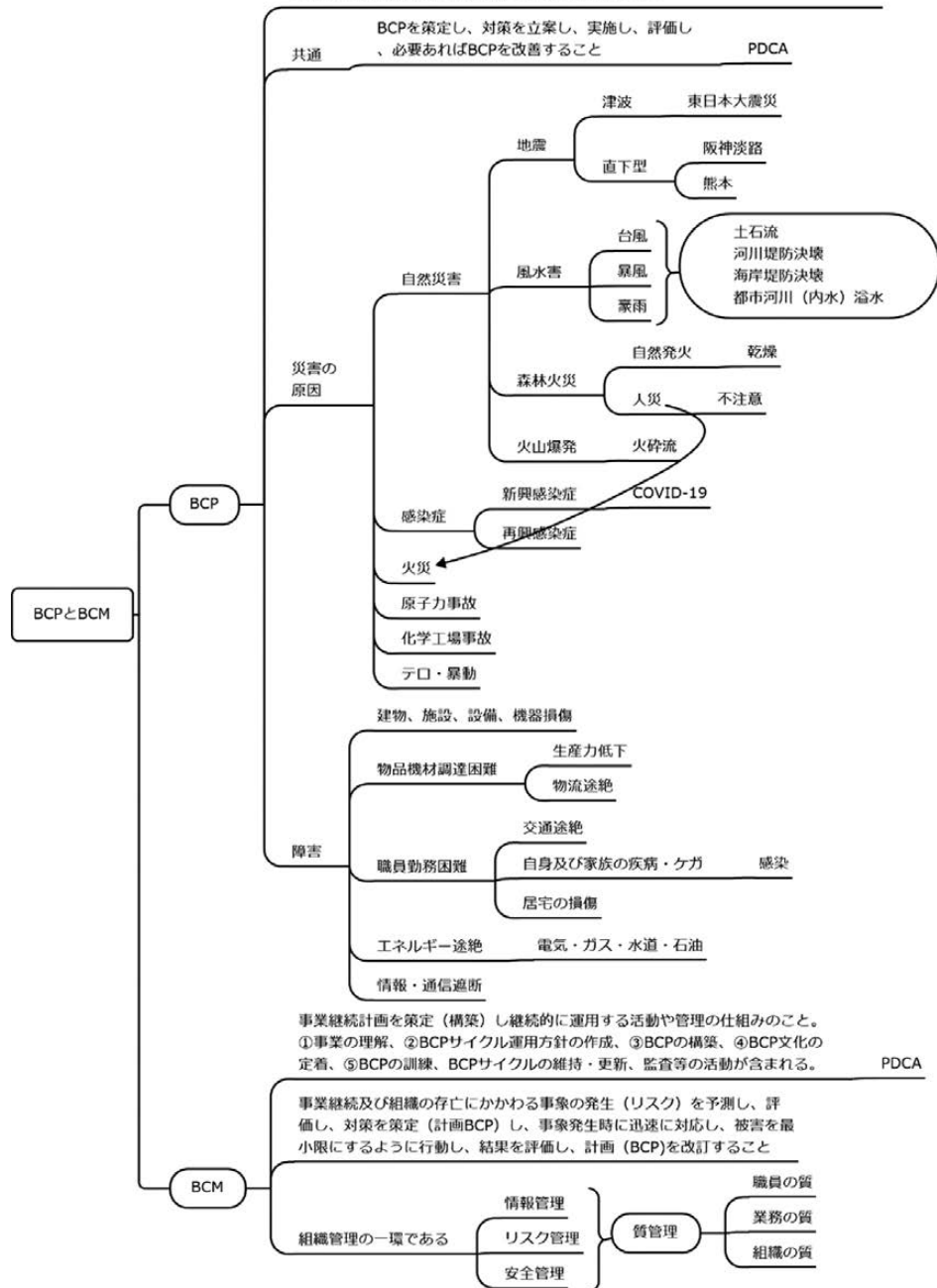
⁹⁶ ISO 22301:2019：セキュリティ及びレジリエンス—事業継続マネジメントシステム—要求事項（Security and resilience - Business continuity management systems Requirements）

⁹⁷ 中小企業庁 「事業継続力強化計画」の認定制度

<https://www.chusho.meti.go.jp/keiei/antei/bousai/keizokuryoku.htm#seido>

図4-8 BCPとBCMの概要図

組織が自然災害、大火災、テロ攻撃などの緊急事態に遭遇した場合に、事業資産の損害を最小限にとどめ、中核事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平常時に行うべき活動や緊急時の対応方法、手段等の計画のこと。



の「事業継続力強化計画」の認定制度⁹⁷、内閣官房国土強靱化推進室「国土強靱化貢献団体の認証に関するガイドライン」に基づくレジリエンス認証⁹⁸と、日本政策投資銀行（DBJ）のBCM格付^{99, 100}がある。「DBJ BCM格付」融資は、DBJが独自に開発した評価システムにより防災及び事業継続対策への取り組みの優れた企業を評価・選定し、評価に応じて融資条件を設定する、「BCM格付」の専門手法を導入した世界初の制度である。

4. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に対するBCP

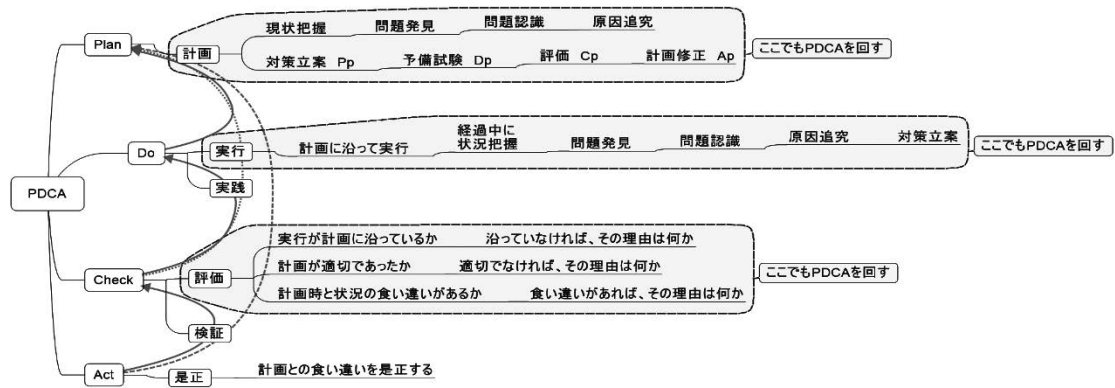
大地震、風水害、感染症（新型インフルエンザ）

⁹⁸ 内閣官房国土強靱化推進室「国土強靱化貢献団体の認証に関するガイドライン」に基づくレジリエンス認証：<http://www.resilience-jp.biz/certification/about/>

⁹⁹ DBJ BCM格付：<https://www.dbj-sustainability-rating.jp/bcm/overview.html>

¹⁰⁰ 日本政策投資銀行環境・CSR部：責任ある金融 - 評価認証型融資を活用した社会的課題の解決、金融財政事情研究会（KINZAIバリュー叢書）、2012

図4-9 PDCA は入れ子で回す



ザ) を想定した BCP を策定していた病院でも、特異の新興感染症である新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に対応する BCP は策定していなかった。BCP は「あらゆる緊急事態への対応計画」である。したがって、想定外の事態には対応が困難である。

従って、COVID-19 へは、図4-9に示したように、新型インフルエンザ対応 BCP を基本とし、時々刻々得られる情報 (外部および自組織の経験) を収集、吟味し、COVID-19 の特性 (図4-8) にあわせて BCP・BCM を改訂し続けるしかなかった。これは、国・自治体・職能団体・病院団体・病院のそれぞれの組織で同様である。

結果から、BCP に不備があると批判することは容易である。重要なことは、どこまで想定し準備し、適切に対応するかであるが、適切に PDCA を回せた組織はほとんどなかった。

「想定外」には2つの意味がある。1つは、過去にその事象が発生したことがないこと、あるいは、理論上ありえないことである。2つは、過去にその事実はあるが、極めて稀な事象であるである。

東日本大震災も熊本大地震も、歴史的な前歴がある。それにもかかわらず、対応しなかったのは、稀な事象であり、対応には莫大な資金が必要だからである。

COVID-19 における諸問題も同様である。SARS 等の経験があるにもかかわらず、マスク等の医療器材の製造費用を軽減するために輸入に頼り、病床・医師・医療費・研究開発費を削減したことの付けが、医療崩壊の危機と言われる事態を招来したのである。

5. 大災害時の対応

大災害であればあるほど、自治体、病院単独の BCP では対応困難である。BCP を効果あらしめるには、日頃から十分な信頼関係を基本とした密な医療連携体制構築が必要である。近隣医療機関および行政、医師会との連携を前提とした BCP が望ましい。広範囲の大災害では、自治体、病院単位ではなく、国の強力かつ効果的な政策、指導体制構築と実施が必須である。全日本病院協会をはじめとする全国規模の医療団体にも該当する。COVID-19 はそれを実証している。

2) 事業継続計画 (BCP) 策定は総合的質経営 (TQM) の一環である — 練馬総合病院の経験に基づく考察 —

公益財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院 (以下、練馬総合病院) は、BCP (Business Continuity Plan)・BCM (Business Continuity Management) を総合的質経営 (Total Quality Management: TQM)^{101, 102} の一環としてとらえ、運用している。練馬総合病院における経験に基づいて、BCP・BCM 策定の意義と方法を考察する。

¹⁰¹ 飯田修平：医療から学ぶ総合的質経営 - 医療の質向上 (MQI) 活動の実践 -、日本科学技術連盟、2002

¹⁰² 飯田修平：医療の TQM ハンドブック 運用・推進編・質重視の病院経営の実践、日本規格協会、2012

1. なぜ、病院で総合的質経営が必要か

医療法第1条では、「病院とは、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設をいう。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることが出来る便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない」と規定している。これは、科学的、組織的、適切に医療を提供する目的で運営し、すなわち、TQMをしなければ病院とはいわないことを意味する。

医療を提供するだけでは公益とはいわないが、公益性が強い。病院は、地域医療の中核的役割を果たすことを期待されている。BCP策定が義務づけられている災害拠点病院のみならず、すべての病院がBCPを策定することが社会的要請である。

2. 練馬総合病院におけるBCPの考え方と概要

練馬総合病院は「事業継続への取り組み」をホームページに公開している¹⁰³。以下の資料に

¹⁰³https://nerima-hosp.or.jp/about_us/houjin_syoukai/jigyoukeizoku/

詳細を提示している。

- ・当院の事業継続に関する基本方針
- ・事業継続の取り組み概要
- ・事業継続の取り組み年表

3. 練馬総合病院におけるBCPの枠組み

練馬総合病院におけるBCPの枠組みを図4-10に示す。

4. 練馬総合病院におけるBCP策定の経緯

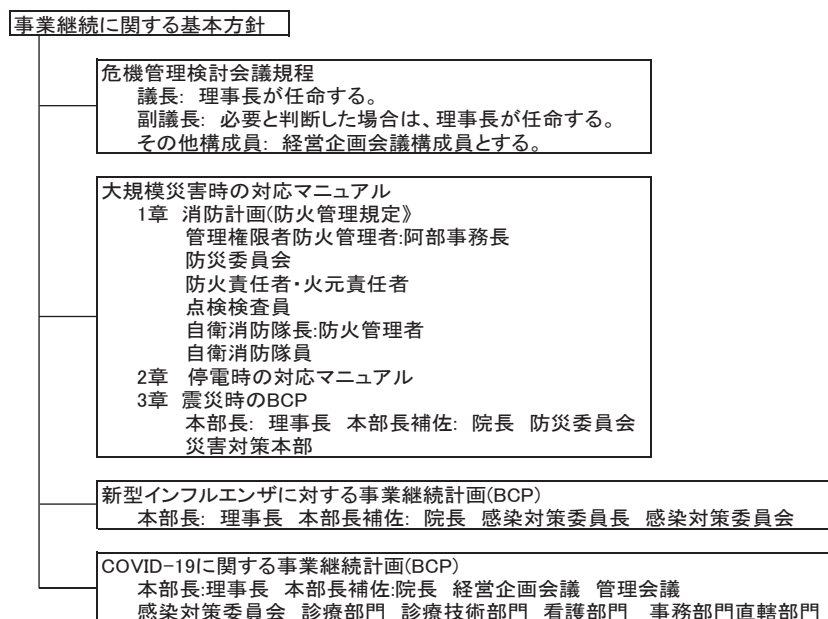
(1)大震災を想定したBCP策定の必要性を実感

阪神淡路大震災（1995年1月17日）の2カ月後、当院の事務職員と病院協会理事の計3名で、現地を視察した。その結果、従来の防災計画では対応できないことが分かり、防災計画を改訂した。当院の建物は築後25年であったが、耐震検査では震度5強と診断された。対応は、柱に鉄板を巻き、窓に筋交いを入れることであり、監獄と変わりなくなることが分かった。しかも、3期工事になるという。紆余曲折の後、2006年12月に新築移転した。

新築を契機に2系統電力供給とし、電力途絶に備えてガスは中圧管とし、GHP（ガスヒート

図4-10 事業継続関連規程と指揮命令系統一覧

公益財団法人東京都医療保健協会 事業継続関連規程と指揮命令系統一覧



ポンプ)、コージェネレーションとし、非常発電機で対応可能とした。

練馬区および区医師会と共同で、震災時の訓練を繰り返した。また、練馬区と共同で、新型インフルエンザ対応の訓練、消防署と共同で大規模交通事故発生時の対応訓練や一日消防署長の訓練も実施した。

東日本大震災（2011年3月11日）発生時は、区医師会館で消防署との合同会議で、当院の外科医師が震災訓練報告の最中であった。東京は震度5強であったが、新築移転後であったのでホッとした。手術中の患者がいたが、無事終了したとのことであった。

これらの経験に基づいて、2012年11月、防災計画をBCPとして策定した。

(2)日本政策投資銀行「DBJ BCM 格付」受審

第三者の視点・評価を取り入れる目的で、日本政策投資銀行（DBJ）の事業継続対策への取り組みを評価する「DBJ BCM 格付」^{104, 105}を受審した（2016年2月）。準備段階で、当院のBCPの現状と課題を把握でき、既存のBCPの見直しに取りかかる契機にもなった。

例えば、事務部では、委託業者（物流・食事・清掃等）の事業継続に関する対策状況を把握し、取引銀行の有事借入に関する契約を確認した。施設課では、非常用電源稼働用の軽油備蓄量や各種機器点検・災害時の無線使用訓練記録を再確認した。企画情報推進室では、職員安否確認システムを構築し、訓練を実施した。質保証室では、リスク洗い出しと評価、事業影響度分析

と目標復旧時間設定、大規模地震発生時に対応する患者数を想定した。

見直し前のBCPの対象リスクである地震・火災・新型インフルエンザの3項目に加えて、水害・落雷等の自然災害や感染症、ハラスメント・労働争議等の労務、テロ・財政危機等の政治経済、医療事故・個人情報漏洩・医療機器の停止・医療法規改正等を追加した。

故障モード影響解析（FMEA）に基づいて、発生頻度、事業への影響度、予見可能性、影響緩和困難度の観点で評価し、影響緩和不可（影響緩和困難度4）は除外し、リスクマップを作成した（図4-11）。その結果、影響が最も大きいリスクは「地震」であった。

中断を回避し、また、中断した場合に速やかに復旧すべき重要業務を特定した。業務が停止した場合の、顧客影響度、収益・資産影響度、社会的影響度の観点で評価し、「患者受付」、「入院診療」、「救急診療」、「手術」を重要業務とし、目標復旧時間を設定した。さらに、災害発生時の対応患者数を想定して、物資の備蓄量や人員体制を検討した。「公共交通機関はすべて停止」という被害状況では、患者は歩いて来院できる範囲で、近くの大きな病院を選ぶことを前提とした。東京都が公開している被害想定を用いて、

¹⁰⁴DBJ BCM 格付：https://www.dbj-sustainability-rating.jp/bcm/overview.html

¹⁰⁵日本政策投資銀行環境・CSR部：『責任ある金融 - 評価認証型融資を活用した社会的課題の解決』、金融財政事情研究会（KINZAI バリューストリー）、2012

図4-11 リスクマップ（影響緩和困難度3以下）

公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院
事業継続を阻害する原因事象とその評価 リスクマップ

「原因事象と評価一覧」の中、影響緩和不可（影響緩和困難度4）は除外し、発生頻度と事業への影響度でリスクマップを作成した。

事業への影響度	4	地震				
	3	大学病院等派遣元からの医師の引き上げ	個人情報漏洩 火災 感染症・伝染病 食中毒	医療事故 情報システム停止 医療機器停止		
	2	火山の噴火	風害・水害 落雷 虫害 ハラスメント	医療関連法規改正	診療報酬改定	
	1					
			1	2	3	4
発生頻度						

練馬区の1kmあたりの負傷者数を割り出した。1kmあたりの負傷者数を近隣病院が各病床数と同じ割合で受け入れることを前提に検討した。

審査の評価項目は、特定の業界を想定したものでなく、病院では検討しにくい部分もあった。しかし、事業影響度分析や目標復旧時間設定等の共通の手法を用い、想定数値に基づいて物資の備蓄量や災害時の人員配置等を検討した。

(3)「DBJ BCM 格付」受審結果

審査結果は、練馬総合病院に対し「DBJ ビジヨナリーホスピタル」に基づく融資を実施－最高ランクのBCM格付を取得・・・高度な医療機能の提供と防災および事業継続への取り組みを評価－防災および事業継続への取り組みが特に優れている、と評価しました」とされ、病院としては初めてのA評価格付と、ビジヨナリーホスピタルに認定された(図4-12)。日本政策投資銀行の評価受審後に、重要業務継続の手順を確認する訓練の実施と、事業継続計画の財務面の検証ができることよと講評をいただいた。また、日本経済新聞東京版にも掲載された(2016年4月1日)。

(4)受審後の経過

2016年10月12日に発生した東電関連施設の火災の影響で、約15分間の停電が発生した。事後に各部署に具体的対応に関してアンケート調査した結果、新たな課題が見つかった。非常用電源は速やかに稼働したが、一部情報システムでエラーが発生し、CT・MRIが停止したが、目標復旧時間である2時間以内に業務を再開できた。

短時間停電であり、手術室の数人を除き侵襲性の高い処置をしている患者がいなかったこと、外来診療の終了間際の時間帯であったこと、研修中で管理会議構成員と役職者の多くが講堂に集合していたことに助けられた部分があった。

毎年、GHP、非常発電機の定期点検は、停電時の情報システム、医療機器、照明等の稼働訓練としている。点検停電時に、緊急手術があったが、非常用電源で問題なく終了した。

(5)MQI活動でBCPを改訂

審査結果が「A評価でよかった」ではなく、次の改善につなげる活動を継続している。BCP(大規模災害発生時の対応マニュアル)には、入院患者対応の具体的な手順がなかった。

図4-12 日本政策投資銀行のホームページ掲載記事 (<http://www.dbj.jp/>)

**(公財) 東京都医療保健協会に対し、
「DBJ ビジヨナリーホスピタル」に基づく融資を実施
－最高ランクのBCM格付を取得、
高度な医療機能の提供と防災および事業継続への取り組みを評価－**

株式会社日本政策投資銀行(代表取締役社長:柳正憲、以下「DBJ」という。)は、公益財団法人東京都医療保健協会(所在地:東京都練馬区、理事長:飯田修平、以下「当法人」という。)に対し、「DBJ ビジヨナリーホスピタル」に基づく融資を実施しました。

「DBJ ビジヨナリーホスピタル」は、公益財団法人日本医療機能評価機構(所在地:東京都千代田区、理事長:井原哲夫、以下「JCQHC」という。)による「病院機能評価」の認定(注1)を受けた病院を対象に、DBJが開発した独自の環境評価・BCM評価システムにより、環境配慮、または防災および事業継続対策に優れた病院を「DBJ ビジヨナリーホスピタル」として評価・認定し、その評価に応じて融資条件を設定する融資メニューです。

当法人は、「職員が働きたい、働いてよかった、患者さんがかかりたい、かかってよかった、地域が在ってほしい、あるので安心、といえる医療を行う」ことを経営理念とし、地域医療の中核的な役割を担う練馬総合病院(以下「当院」という。)を運営する公益財団法人です。当院は、地域における信頼関係を軸に、質の高い医療を提供しており、有事における診療機能の継続・早期再開を目指し、防災および事業継続対策にも積極的に取り組んでおります。

今回の評価では、以下の点を高く評価しました。

- (1) 事業インパクト分析により、必要な経営資源を踏まえて、顧客、収益・資産および社会的影響度の視点で病院業務全体から重要業務を選定し、業務の優先順位に応じた目標復旧時間および復旧業務水準を見直すことで事業継続体制の高度化を進めている点
- (2) 医療資源を確保するために東京都の薬品供給体制を継続的に確認している他、医薬品取引業者等のBCPを確認し、BCP作成を実買取引要件化する等、サプライチェーン上のリスク低減に努めている点
- (3) EMIS(注2)への登録や自治体および他の地域医療機関と協働した合同訓練に参加していることに加えて、周辺の診療所や薬局と災害時に医療情報を共有する仕組みとして独自の情報システムネットワークを構築し、円滑な医療連携体制の整備を推進している点

その結果、「防災および事業継続への取り組みが特に優れている」と評価しました。

(日本政策投資銀行ホームページ https://www.dbj.jp/topics/dbj_news/2016/html/0000022149.html (2016.4.1 参照))

2017年度、看護部主体の医療の質向上（MQI: Medical Quality Improvement）活動で、「入院患者への災害時初動対応の体制を構築する」として、入院患者安否確認や、各部署からの応援体制の構築に取り組んだ。

業務フロー図を用いた現状把握で認識した以下の問題を検討し、対策を立案し（表4-2）、実施した。図4-13のハッチングが改善した部分である。

(6) 合同訓練

BCP訓練の一環として、2017年10月、練馬区と共同で、練馬消防署、練馬区医師会、近隣病院、地域住民（自衛消防団）等も参加して、新型インフルエンザ合同訓練を当院で実施した。準備段階および訓練実施中に、BCP策定時および訓練打ち合わせ時には想定しなかった問題が発生したが、柔軟に対応できた。講評で、地域の他団体との連携に関して、状況の変化に対応してBCPを改訂する必要性が指摘された。机上だけではなく、実際の状況に近い形の訓練の重要性を改めて認識した。

(7) COVID-19に対応したBCP策定

2020年度はCOVID-19蔓延に対応したが、まさに、想定外の非常事態発生であり、新型インフルエンザを想定したBCP/BCMはそのままでは有効ではなかった。したがって、情報収集に努め、臨機応変に対応せざるをえなかった。

「DBJ BCM 格付」受審後、5年経過したので、2020年秋、再受審を決めて準備した。2020年12月に、COVID-19対応の経験を生かして、COVID-19対応のBCPを策定した。「DBJ BCM 格付」審査日が2021年2月に決定していた。しかし、2021年2月に職員のクラスター発生があり、審査は延期となった。クラスター対応の経験を反映して、策定したばかりのBCPを改訂した。詳細は、「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）と事業継続計画（BCP）—練馬総合病院の経験に基づく考察—」を参照いただきたい。「DBJ BCM 格付」は連休明けの2021年5月に受審した。

5. 今後の課題

BCP/BCMは、一度策定したら終わりではなく、始まりである。環境の変化および自組織の

変化にあわせて、柔軟に対応できるように、定期的な訓練に基づいて、業務改善・業務改革し、BCP/BCMを継続的に見直すことが必要である。すなわち、BCP/BCMそれ自体にも改善サイクル・PDCAサイクルを回す必要がある。

不測の事態による影響が持続する場合で、夜間・休日等、管理会議構成員や役職者が不在の場合は、事業継続に懸念がある。また、交通が途絶した場合には、幹部職員をはじめ、勤務可能な職員の確保が困難である。指示命令システムの確保も重要な課題である。これには、社会基盤の確保が前提となる。

また、病院団体が北朝鮮のミサイルへの対応を議論したことがあるが、病院のBCP項目に入れる必要はない。一病院では、回避あるいは影響緩和対策が不可能だからである。

3) 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)と事業継続計画(BCP)—練馬総合病院の経験に基づく考察—

1. COVID-19は想定外であった

練馬総合病院（以下、当院）は、自然災害、人災等と、新型インフルエンザの事業継続計画（BCP: Business Continuity Plan）を策定していた。しかし、想定外の新興感染症であるCOVID-19世界的大流行に対応するBCPは策定しておらず、対応は試行錯誤、手探り状態であった。

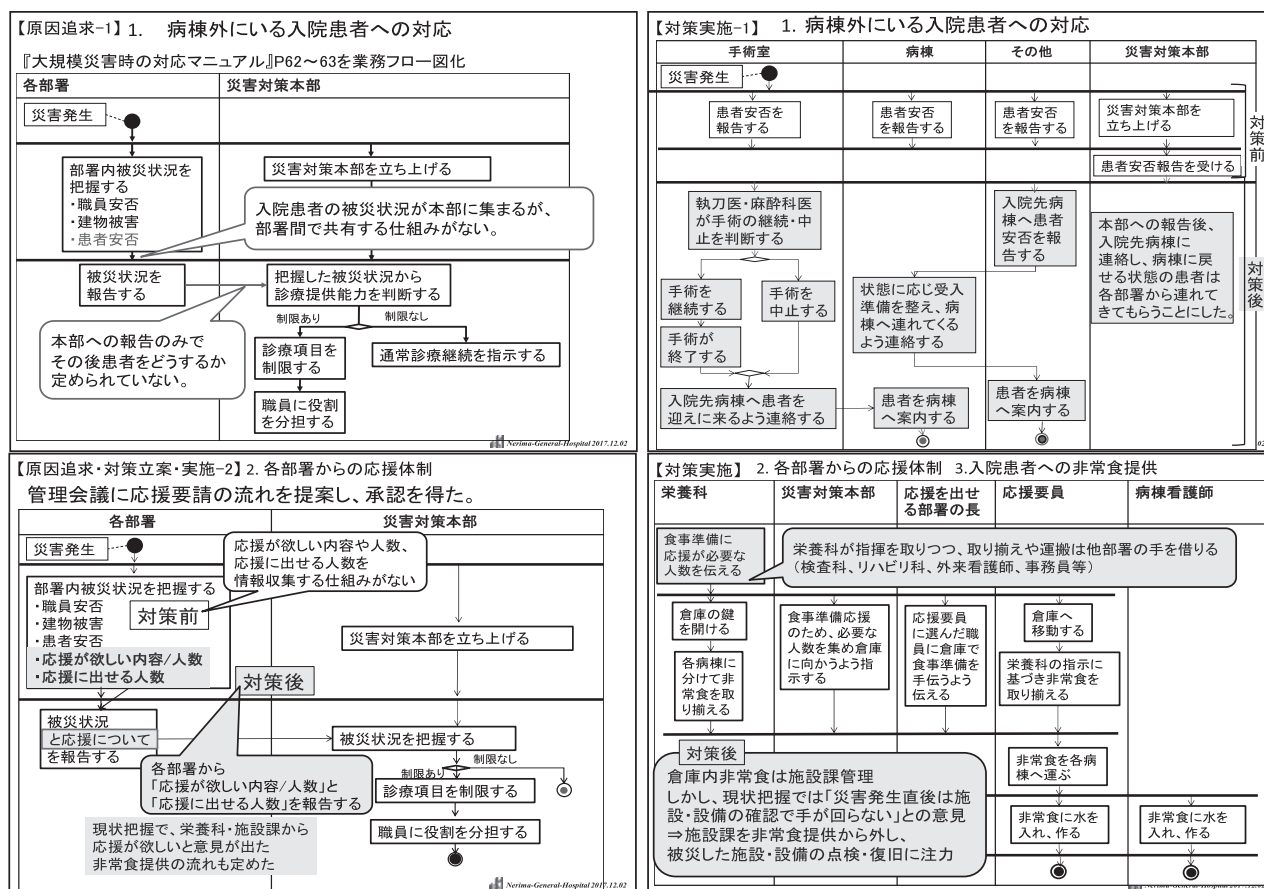
参考文献

- ・飯田修平編著：医療信頼性工学、日本規格協会、2013
- ・飯田修平：医療の安全確保—医療安全工学概論として—、安全工学 56（2） 2-11、2017
- ・梅澤創一・三原廷嗣：非常用発電機運用検証の一例、第53回全日本病院学会、2011.10
- ・野村繁之：災害時の電子カルテ・調剤システムデータの保全事業について、第33回医療情報学連合大会（第14回日本医療情報学会学術大会）、2013、11
- ・飯田修平：防災対策 災害時のBCPで最高ランクの格付け 地元を巻き込みながら対策を進化させる 練馬総合病院、医療タイムス、2016.5
- ・小林裕子：当院の事業継続計画（BCP）見直し、第58回全日本病院学会、2016.10
- ・飯田修平：事業継続計画（BCP）策定は総合的質経営（TQM）の一環である —練馬総合病院の経験に基づく考察—、病院羅針盤、2018.7

表4-2 入院患者への災害時初動対応の問題点と対策

項目	問題点	対策
病棟外にいる入院患者への対応	検査や処置で各部署に患者を移動中の場合、 ①誰が安否確認し、どこに報告するか不明。 ②病棟に患者を戻すか、各部署に待機させるか不明。	①検査科、リハビリテーション科等患者の行先の部署から病棟へ安否を報告する。 ②病棟で受け入れ準備ができれば、病棟へ連れて行く。
各部署からの応援体制	BCP発動後外来を縮小した場合、応援人員を出せるが、何をすればいいか不明。 応援が欲しい。	災害対策本部への被災報告時に、建物被害や患者・職員安否だけでなく、応援が欲しい/応援に出せる人数も伝える流れを構築。
入院患者への食事提供体制	誰が、何を、どのように食事提供するか不明。	食事形態ごとに何を提供するか決め、非常食の場所もわかりやすく掲示。また、提供時に応援要員も含め他職種で協力して準備する体制を構築。

図4-13 業務フロー図を用いたBCP見直しに関するMQI活動事例



2. 情報の錯綜

COVID-19の性状および知見が判明する度に、行政、研究者、学術団体、医療団体が発する情報が錯綜した。文字通り、時々刻々と変遷した。前提条件を明らかにしない、また、前提条件が変わっても発言を変えない、あるいは、反対に根拠が乏しい基準の変更を多発する行政官、専門家と称する人々が多数存在した。それは、目的外れの政策、自組織の都合、面子等を護持するためと思わざるをえなかった。

世界保健機関（WHO）が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC：Public Health Emergency of International Concern）」を宣言したが世界的大流行（パンデミック）を否定し（2020年1月30日）、疾患名を「COVID-19」に決定した（2月11日）。WHOが世界的大流行と認めたのは3月11日である。政治的操作による遅れと言われた。

これらの矛盾を“問題点”¹⁰⁶、“違和感”^{107, 108}と表現して発信した。

3. COVID-19に対する方針

(1) 方針

当院は、2020年2月前半までは、季節型インフルエンザより感染力がやや強い疾患程度に考えたが、2月後半以降は明らかに世界的大流行であると認識して対応した。

しかし、情報に乏しく、何が正しいかを判断する根拠がないので、自組織、自身の方針がぶれないように留意した。COVID-19の特性が判明するまでは、試行錯誤しつつ、臨機応変に対応した(図4-14)。内外の知見の集積を待って、COVID-19に対するBCPを策定することとした。考え方の基本は、中核事業の中断あるいは途絶を最小限に維持することである。すなわち、COVID-19に対応しつつ、一般・通常医療を可及的に継続することである。

(2) 職員への方針明示と周知徹底

社会的使命を果たすために、事業を継続するという目的を達成するために、全職員に規則・規定の遵守、情報共有と連携を求めた。

当初は、“想定外”の状況とその影響を体験したが、徐々に想定外ではなくなった。クラスターが発生すれば、新規入院、外来閉鎖等診療

を縮小せざるを得ない。事業の縮小あるいは停止に陥れば、社会的使命を果たせない。また、職員の生活を守れない。

感染しない、感染させないために、濃厚接触者になる可能性を排除することを基本方針とした。また、クラスターを発生させないように繰り返し注意した。そのために、以下の事項を明示し、遵守するように周知徹底した。

- ①感染予防策：マスク、手指衛生、フェイスシールド、ガウン、換気、PCキーボード、机、ドアノブ等周囲のアルコール清拭等
- ②職員および家族の健康管理
- ③毎週の感染対策会議や日々の巡視による状況把握と対応
- ④外来者の健康状態把握
- ⑤発熱患者およびCOVID-19患者あるいは疑い患者への対応

4. 対策

方針に沿った対策は、以下の通りである。

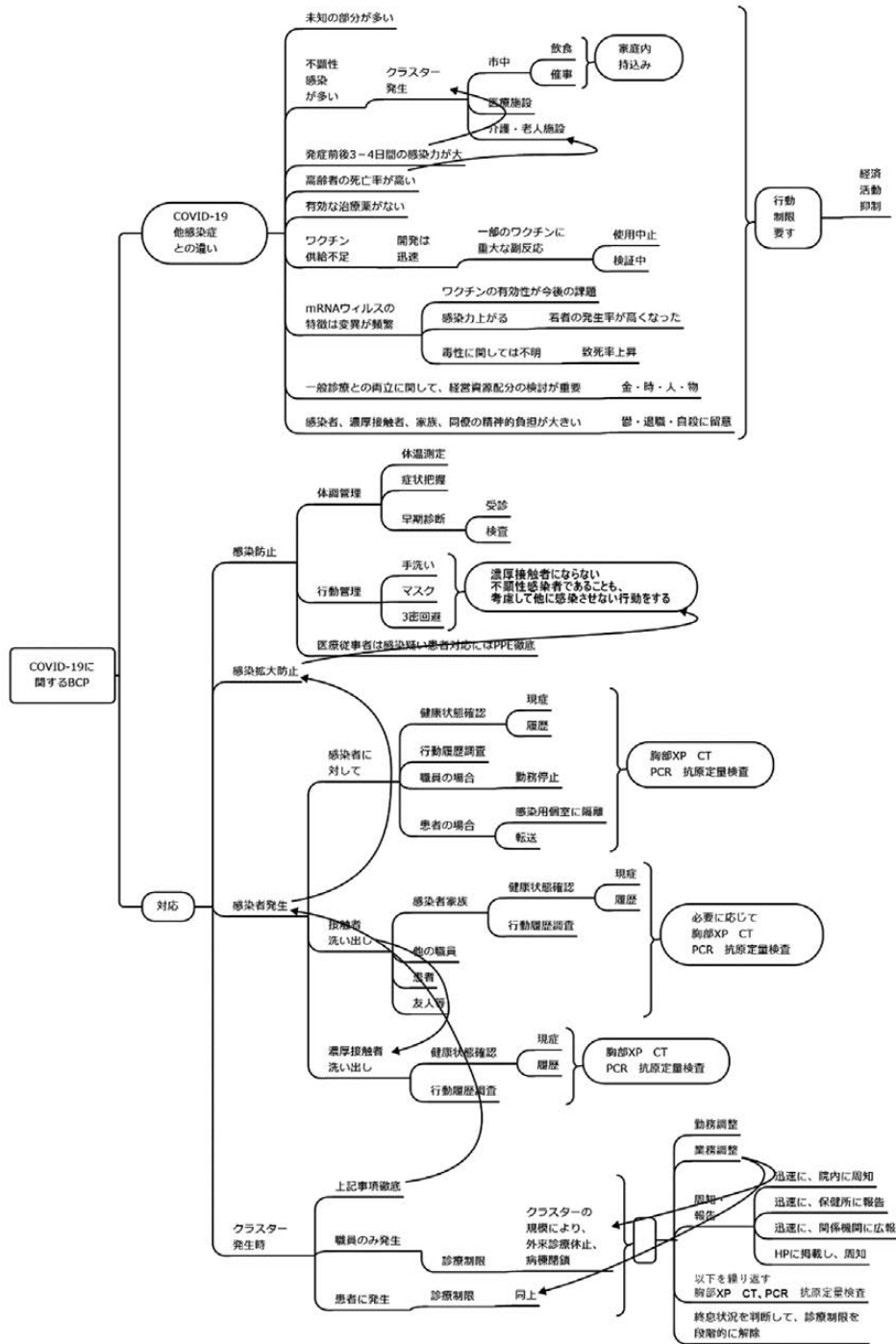
- ①手洗い・手指消毒、院内マスク着用遵守、処置や介助で直接患者に接する場合に手袋・ガウン・ゴーグル着用、飛沫を浴びる可能性がある処置ではN95マスク・フェイスシールド・ガウン等PPE着用の遵守を徹底した。
- ②職員および家族の健康状態を毎日報告させ、職員のみならず、家族に発熱（年齢に応じて基準を設定した）があれば、自宅待機あるいはPCR、抗原定量検査を推奨した。また、外国から帰国した家族との隔離または自宅待機を求めた。
- ③感染対策委員会と別にCOVID-19対応チームを設置して迅速かつ柔軟に対応した。感染対策委員会、医療安全推進委員会との連携を図った。重複して併任するものを多くした。
- ④外来者の体温測定、マスク着用確認、アルコールによる手指消毒を徹底した。患者、家族、

¹⁰⁶ 飯田修平：新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の問題を考える、練馬区医師会、2020.8

¹⁰⁷ 飯田修平：違和感ある表現 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関連して、日本品質管理学会医療経営の総合的質研究会、2021.4

¹⁰⁸ 飯田修平：違和感ある表現 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）に関連して、練馬区医師会雑誌、2021.5

図4-14 COVID-19に関するBCP



付き添い者、業者もすべて同様である。

- ⑤発熱外来を設置し、また、COVID-19患者あるいは疑い患者を受け入れる病棟・病室を設定した。

5. COVID-19 に対する具体的活動

(1) 規程・規則・方針・計画の遵守状況確認

- ①対策①に関して、当初は、職員の中にもマスク非着用、鼻だしマスクがみられた。繰り返

し、イントラネット、会議、個別に注意し指導せざるをえなかった。また、更衣室・執務室や食堂でマスク非着用で対面会話する職員もいた。強く叱責したことも度々あった。自分自身のアルコール清拭だけではなく、職場周囲のアルコール清拭は、各部署職員が交代で、毎日複数回実施し、現在も継続している。

外来患者が、各種書類を入れて持ち歩くクリアファイルを都度、清拭していた。短時間

かつ処理能力の高い、UV 照射装置を購入した。デモの時、ファイル容器の改善を提案し、試作して使いやすいものにした。職員の負担軽減と共に、患者の安心につながった。

②対策②に関して、毎日、体温を測定し、記録をつけること、上司に報告することとした。家族に関しても同様である。発熱者がいる場合には、勤務せず、内科感染管理担当医師数名のいずれかに相談することとした。場合により、発熱外来を受診させた。当初は、PCR 検査が保健所の指示がなければできなかったので、勤務の可否の判断に時間がかかった。外国の流行地から帰国する同居家族がいるので、職員本人が実家から通勤した例もある。

③対策③に関しては、半年間は、毎日、感染対策会議を開催し、前日までの情報を共有し、方針・対策の変更の必要性を検討した。その後も必要に応じて、随時、検討を重ねた。検査実施数、陽性者数の推移を入・外来別に表示、グラフ化して見える化した。

質・安全管理室室長（薬剤師）と医療安全管理室室長（看護師）の2名を専従で対応させた。現場を持たない複数の医療職が専従でいることは極めて有効である。前者は、1年で専従を解く予定であったが、第四波、3回目の緊急事態宣言が発令され、当分継続せざるを得ない。

新型インフルエンザ対応 BCP の業務フロー図等を全面的に改訂して、COVID-19 にあわせて見える化した。業務の変更が頻回になるので、業務フロー図を改訂することで、情報共有を徹底し齟齬が少なかったと考える。

④対策④に関しては、看護部、診療技術部、事務部の職員が、交代で対応した。後述するように、外来者との間にストレスが多く生ずるので、長時間勤務は負担が大きい。まさに、全員参加で対応せざるを得ない。

アルコールアレルギーの人には、洗面所にいっしょに行き、手洗いを励行していただく。院内は手袋非着用を求めている。拒否する人には、手袋であちこちを触ると、感染を広げる可能性が高くなると説明し、外していただいた。2020年4月頃、救急外来待合で、マスク着用を求めたら、「こんな時に、そんなことを言うのか」と叱られた。「こんな時だからお願いします。あなたが感染しても、他の人に感染させても困ります」と言って、渋々

着用していただいた。また、着用していても、見ていないと、マスクを外したり、鼻を出す人が後を絶たず、その都度注意を繰り返した。職員には、言っても着用しない人には、威力業務妨害になるので、警察を呼ぶように指示している。実際、騒ぐので、警察を呼んだことがある。

⑤対策⑤に関しては、当初、フィルター付きブースで発熱患者を診察していた。その後、健診とドックを休止して、発熱外来を別棟で動線を分けられる健康医学センターに設置した。しかし、数か月すると、健診とドック再開の要望が強く、駐車場にテントを設置して発熱外来を移転した。2020年7月には、猛暑が続く、クーラー、換気扇、空気清浄機等を設置した。

テントでの発熱外来や待合室は、冬季には寒いので対策を検討していたところ、至近距離の診療所が閉院したので、跡を改修してサテライト診療所として、本院の2診療科を移転させ、その診察室を発熱外来とした。一般外来と動線を明確に区分でき、また、空調も十分なので快適に診療を行えるようになった。

入院を要する COVID-19 患者あるいは疑い患者の受け入れ病棟・病室を設定した。COVID-19 患者あるいは疑い患者数が多くなると、病室の確保が困難になった。COVID-19 に対応する予定の病棟で個室がなくなると、各病棟の個室を準備せざるを得なくなった。COVID-19 対応に習熟していない看護師や医師に対する教育訓練も実施した。

手術や処置の予定入院患者は、2日前には PCR 検査で陰性を確認すること、緊急入院の場合には、抗原定量検査を実施した。抗原定量検査機器の導入後は、判断が迅速にできるようになり、時間の余裕だけでなく、職員の精神的負担が大きく軽減した。

6. 必要物品の確保

(1)医療材料の確保

経営資源（人・もの・金・情報・時間）のうち、どの要素が、どの程度ひっ迫するかは、新型インフルエンザでは想定したもの、COVID-19 の特性により、全く参考にならなかった。世界的大流行と認識した前後も、院内物流管理（SPD：Supply Processing and Distribution）代

事業者と毎月緊密にデータ分析と物品の供給予定を打ち合わせて確保した。しかし、結果は、マスク、フェイスシールド、ガウン、手袋等が入手困難になった。

一時は、外科的手術・処置、COVID-19感染者および疑い患者の対応職員を優先して、外科マスク・N95マスク、ガウンを使用させた。少ないN95マスクは、CDC等の情報を参考にし、一人当たり5枚配布し、毎日、使用後に紙袋に入れて干し、翌週使用した。その他の場合には、自製した、あるいは、医療用でないマスク、フェイスシールド、ガウンを使わざるをえなかった。さらに、これらをアルコール噴霧して干し、再使用した。

当院は、COVID-19感染者を受け入れているが、上記のような状態であった。その後、逐次、都から備品および医療材料が搬送されたので、欠品はなくなった。

(2)その他物品の確保

医療材料以外にも、患者や外来者と飛沫感染防止のための、遮蔽用アクリル板、ビニールシート等が入手困難になった。また、外来患者間を1.5-2m取ることが困難なので、待合の椅子の間に、針金と塩ビシートで遮蔽を150-200個作成して設置した。近隣のみならず、遠隔地の文具店、ホームセンター、薬店や100円ショップ等を日参して、部材を調達した。この部材確保も容易ではなかった。

(3)ワクチン確保

菅首相は2021年2月中旬から医療従事者にワクチンを接種すると発言した。これは、接種開始時期であり、2カ月以上経過した現時点でも、接種したのは一部でしかない。COVID-19感染者を受け入れ、ワクチン接種の基幹病院である当院でも、遅れに遅れて、4月19日から第1回目の接種が始まった。

入荷日の通知があり、職員の接種日程を決めて準備したが、直前に、予定の入荷日にはシリンジと針のみで、ワクチンの入荷日が5日遅れると通知があった。たかが5日ではない。副反応が出た場合に備えて、各部署の勤務予定・接種予定を計画していたので、ドミノ倒しの状況となり、急な変更は極めて困難であった。しかも、ワクチンを無駄なく使うという制約条件が重なった。

自分が感染するかもしれないし、患者に感染させるかもしれない。これでは、安心して医療を提供することはできない。職員も家族にも、健康管理を勧めている。医療従事者が医療を継続するためにも、ワクチン接種に関しても家族を優先的に接種することが必要である。医療従事者の中に、薬局、訪問看護ステーションも入るといふ。しかし、救急搬送を担う消防隊員の接種は未定であると聞いた。救急搬送する人も医療従事者であり、早急に接種すべきである。地元消防署長に、この旨を申し入れたところ、その日に都から、医療従事者として、地元の医療機関で接種してよいと連絡があったという。報道にあるように、地域による差が大きいことも問題である。

7. 事業継続の危機

新型インフルエンザに対する事業継続計画(BCP)策定と訓練が有用であるが、COVID-19の特性が分かるまでは、具体的対応は五里霧中であった。同じウイルス感染症でも、全く別の疾患であり、診断・治療の概念を根本的に変えなければならなかった。

第1波の緊急事態宣言(2020年4月7日)の時は、情報がなかったために、国民の不安が増殖し、“不要不急”の合言葉の意味も分からぬまま(行政、医療関係者を含めて真剣に考えた人は、ほとんどいない)、“不要不急”として、全国の医療機関において受診抑制が著明であった。緊急事態宣言解除後には、再び感染者が増加した。

4月は、外来、入院患者数が激減し、収支が最悪の状態となった。これが、数か月、半年続くと資金繰りの不安がでて組織存亡の危機と言えた。

3月の時点では、4月の状況は想定できなかったが、福祉医療機構から借入金を準備した。これが結果として、リスクヘッジとなった。資金繰りが悪化しては、職員が安心して働くことができなくなる。資金繰りは経営者の最重要の責務であることを再認識した。

5月、6月も4月ほどではないが収支が良くなかった。7月には第2波を迎えたが、7月、8月は、やっと上向き、9月から急速に改善した。

第3波の2021年1月には第2回の緊急事態宣言が発令された。上半期の収支マイナスを下

半期で改善できると期待した。最大の要因は、近隣のほとんどの病院が複数回のクラスターを発生させたこと、当院ではクラスターを発生させなかったことである。

しかし、2021年2月、腹痛で来院した呼吸器症状がない救急外来患者から感染した職員を介して、職員のクラスターを発生させた。後日、ゲノム解析を依頼して、変異株と判明した。COVID-19陽性患者を受け入れていたが、他の入院患者に感染者を出さずに最悪の事態を免れた。入院患者に拡散させなかった職員に感謝した。不幸中の幸いである。

この間、特に、クラスター発生から、終息するまでの2月からの1か月は、職員の健康管理に最大の配慮をした。濃厚接触者以外の接触者も含めて、多くの患者と職員にPCRおよび抗原定量検査を繰り返した。筆者も両方の検査を受けた。

この間は経営企画会議を週に1-2回開催して、方針、対応を検討した。経営企画会議は、法人の最高機関であり、毎月1回の開催予定であったが、COVID-19を受けて、この1年間は毎週1回開催している。会議の他に、昼夜を問わずメールが飛び交っている。

第4波を受けて、連休前の4月25日に第3回の緊急事態宣言が発令された。効果は疑問視されている。

8. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対する事業継続計画 (BCP)

COVID-19の知見を集積し、新型インフルエンザに対するBCPを基本として、2020年12月にCOVID-19に対するBCPを策定した。

BCP策定後、世界的に変異株が蔓延し、当院でも変異株による職員のクラスターを発生させた。変異株は感染力が高く、重症化率も高いという。N501YとE484Kの両方の変異をもつ変異株もあるという。ワクチンの効果も低下する可能性が指摘されている。BCP改訂は、これらの推移を見極める必要がある。

9. 今後の課題

これまでの経験を生かして、COVID-19に対するBCPを再検討する必要がある。とくに、変異による感染力、免疫、重症化等への影響を明らかにする必要がある。

対応困難の要因は、不顕性感染が多いことと、RNAウイルスの特性である変異しやすいことである。

緊急事態宣言は必要かもしれないが、最優先事項は、有効なワクチンと薬剤の開発とその確保である。また、周到的準備と的確な広報が必須である。国民の生命を守るためにも、経済活動を維持するためにも、ワクチン接種を円滑に進める必要がある。日本のワクチン接種割合は、OECDで断トツの最下位である。種々の理由があろうが、最重点政策として実施すべきである。他でも述べたが、意識改革、価値観の転換¹⁰⁹をしない限り、同じことを繰り返すだろう。

¹⁰⁹ 飯田修平：新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と価値観の転換、全日本病院協会雑誌、2021.5

6) 医療機関間経営統合（地域医療・介護・福祉連携推進法人への参加等）

2040年時には、人口減少に加え生産年齢人口の減少から、医療需要の減少と従事者不足が想定される上に、財政・経済状態も楽観視できないことを示してきた。地域によっては、存亡の危機に遭遇する可能性のある施設もあろうとみるので、今から冷静な判断をしておくべきと考える。

第3章で、地域における医療・介護・福祉提供に関する集約化・連携の実現推進のためには、業種間の垣根を超えた株式会社も含めた統合が必要であり、資本の共用が可能な「地域医療・介護・福祉連携推進法人」設立が認可されるべきと提言した。

施設経営者としては、今から地域特性を踏まえた将来の自院の立ち位置を把握し、他施設と

の関係をいかにすべきかを検討しておく必要がある。選択肢は、閉院・売却・独立独歩・競合・協調ないし連携・統合が考えられるが、「地域包括ヘルスケアシステム」の構築に資する対応が求められるであろうことから、賢明なものが協調・連携・統合と考える。この場合、地域特性も鑑み、可能な限り医療機関間のみならず介護・福祉提供者も含めた対応を考え、相当規模の共同運営を企画することが適切であろう。

各組織の理念・基本方針や歴史などが異なる場合がほとんどであることから、各地域の医療・介護・福祉機関の運営の実態確認を開始し、可能なら同じ視点を持つ施設同士の話し合いが開始されると理想的である。その場合、規模や目的に差異があるが、全国で開設されている「地域医療連携推進法人」の運営状態の経緯を調査分析することが有用となるであろう。

おわりに

「病院のあり方に関する報告書」2015-16年版発刊から5年が経過した。

この間、2025年に向けた「地域医療構想」、「地域包括ケアシステム」への方向性がみえてきたとし、医療・介護分野に関する政府の関心は、団塊世代ジュニアが高齢者となるとともに生産年齢人口減少が続き人口がピーク時比4000万人減となる2040年に向けての社会保障改革に移ってきた。

財政難の中で、我々を取り巻く環境は一層厳しくなると想定される中、会長を含めた委員会メンバーから、全日病も2040年をどう意識し行動していくべきか検討すべきとの指摘があり、約2年にわたっての作業をまとめて報告書として発刊するものである。

ほぼ1年検討が進んでいる中で新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大がおき、日本の医療介護提供体制の弱点を露呈させることとなったが、我々は将来なすべき課題解決を迅速化させる出来事ととらえ、これを教訓にした理想的な提供体制構築が必要として議論を進めた。

最初の報告書発刊から20年が経過し、その実現内容を振り返った上で、はじめて20年後の世界を予測しながら、我々自身が望む体制を提言し、会員にはどう行動をとってもらいたいかをメッセージとして発信したつもりである。

項目ごとに担当者を決め、提出されたたたき台を全員で協議する手順を踏んだが、最終段階では今回初めて常任理事の査読を受け手直しをして、これまで以上に全日病の行動指針と位置付けられるよう工夫もした。

本報告書の提言が少しでも実現するように、組織や会員一人一人の積極的な行動を強く祈念する次第である。

病院のあり方委員会
委員長 徳田 禎久

(公社) 全日本病院協会 病院のあり方委員会 委員名簿

委員長	徳田 禎久 (社会医療法人禎心会 理事長 札幌禎心会病院 院長)
副委員長	木下 毅 (医療法人愛の会 理事長)
委員	飯田 修平 (公益財団法人東京都医療保健協会 理事長)
委員	川畷 眞之 (社会医療法人玄真堂 川畷整形外科病院 院長)
委員	木村 厚 (社会医療法人一成会 理事長 木村病院 院長)
委員	高橋 肇 (社会医療法人高橋病院 理事長)
特別委員	長谷川友紀 (東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 教授)
特別委員	松田 晋哉 (産業医科大学医学部公衆衛生学 教授)
会長	猪口 雄二 (医療法人財団寿康会 理事長)
担当副会長	安藤 高夫 (医療法人社団永生会 理事長)
担当副会長	織田 正道 (社会医療法人祐愛会 理事長)
担当副会長	神野 正博 (社会医療法人財団董仙会 理事長)
担当副会長	美原 盤 (公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 院長)
名誉会長	西澤 寛俊 (社会医療法人恵和会 理事長)

公益社団法人 全日本病院協会

〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F

TEL : 03-5283-7441 FAX : 03-5283-7444

URL : <https://www.ajha.or.jp/>

