

第1章 研究の背景と目的

本章では本研究を行うにあたり、研究の背景、ならびに問題意識を明らかにし、研究の目的や特徴について論及していく。

第1節 研究の背景

高齢化率とは総人口に占める 65 歳以上の割合であり、その割合により高齢化社会、高齢社会、超高齢社会と呼称は異なる。そこで、世界の高齢化について目を向けると、世界の総人口は 2015 年に 73 億 8,301 万人となり、2060 年には 102 億 2,260 万人になると見込まれ、高齢化率については 2015 年の 8.3%から 2060 年には 17.8%に上昇すると見込まれている。高齢化については国際的課題の一つと言えるであろう¹。

国際的課題である高齢化は、欧州では時間をかけて進行した一方、中国、韓国、東南アジアなどでは、今後少子高齢化が急速に進むことが予想されている。さらに日本は 2005 年時点で先進国で最も高水準の高齢化率となった。そのような状況の中で、「高齢化先進国」である日本はこれから急速な少子高齢化を迎える国々に対してモデルを示す役割を担っている²。

高齢化先進国である日本は医療・介護の持続可能性を保持するために地域包括ケアシステムの構築を打ち出した。このことが国際的課題の一つである高齢化への解決策として、注視されている。

日本は長寿を実現したものの、2017 年には人口における 65 歳以上の人口割合である高齢化率が 27.7%を超え、「少子高齢社会」に突入した高齢化先進国である。言い換えると、世界が経験したことのない高齢化を迎えている。政府は少子高齢化により労働生産性人口の減少、2025 年には団塊の世代が 75 歳を迎え、後期高齢者が 3,500 万人となり、総人口の比率にするとおよそ 30%

¹ 内閣府「平成 30 年度版厚生労働白書（全体版）」

https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/sl_1_2.html 令和元年 7 月 30 日アクセス

² 厚生労働省『平成 28 年度版 厚生労働白書-人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える-』日経印刷株式会社（2016）、p. 2

になると予測している。少子高齢化は政府の財政にも大きなインパクトを与え、高齢者医療、介護給付の増大により社会保障費も 2017 年には 120 兆円を超えた。現状のままでは財政破綻につながりかねない。加えて、増加する要介護者を支える介護従事者の需給は追いつかず、政府は医療、介護のあり方を見直ししている。

このように高齢化の進展により、高齢者の慢性期疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、医療においては完治を目指すことが最優先であったが、病気と共存しながら、生活の質（QOL）の維持・向上を図って行く必要がある。加えて、「高齢期になっても意欲のある方々が活躍でき、地域で皆が支え合う社会を作るとともに、何歳になっても健康で過ごせる環境づくりと支援の仕組みが求められている」と厚生労働白書³の冒頭でも述べられている通り、2025 年には団塊の世代が 75 歳以上になり、この状態を乗り切るためには「地域づくり」が必要不可欠とされている。さらに、医療と介護を必要とする重度の要介護者や認知症高齢者の増加により、医療と介護の連携は必要不可欠である。

このように医療や介護需要の増加により社会保障費の増加、医療・介護人材の確保、生産性向上など多くの問題を抱えている。そこで現状を打破すべく国は 2025 年までに地域包括ケアシステム⁴の構築を決め、地域の特性に応じて構築されるものとしている。しかしながら、構築には医療や介護の連携、地域住民、従事者の意識改革など課題は山積している。まさに地域包括ケアシステムを実現するためには我が国の状況、少子高齢化の現状を国民一人ひとりが理解し、我が事と認識し、行動変容が求められている。しかし、その道のりは遠い。なぜならば、地域包括ケアシステムの成功事例は示されているものの、成功要因の特定には至っていない。

そこで、地域包括ケアシステム、地域包括ケアの機能化について探求したいと考えるに至った。

³ 厚生労働省『平成 28 年度版 厚生労働白書—人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える—』日経印刷株式会社(2016)、p. 2

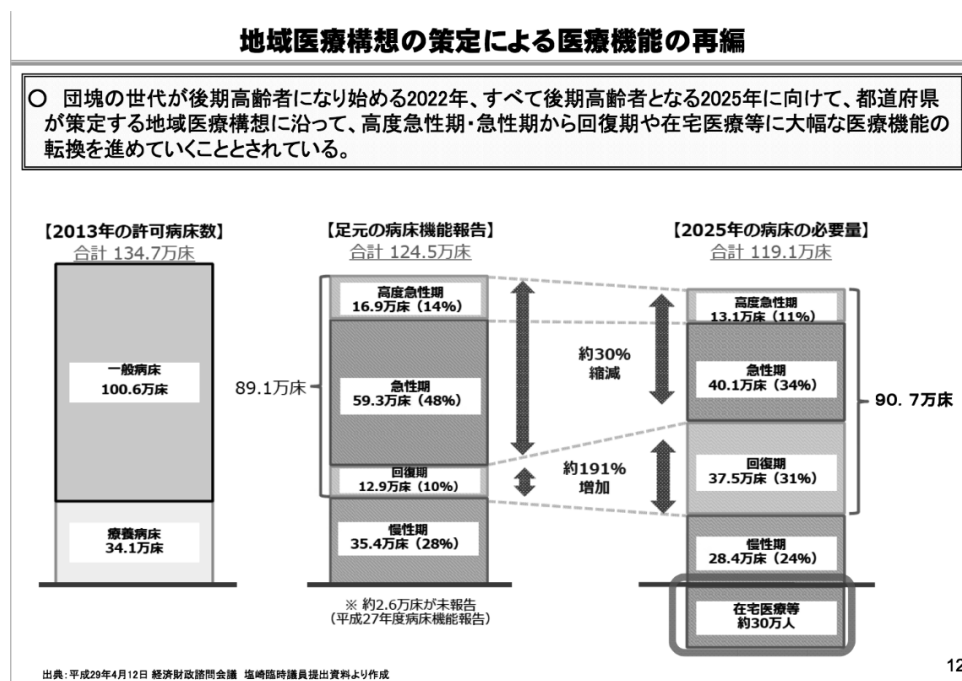
⁴ 地域包括ケアシステムは自助、互助を促進し、社会保障費の抑制を狙う。

第2節 研究の目的

第1節で述べたように高齢化の進展により、社会保障費の抑制を行うなど、日本の医療、介護の持続可能性を保持するためにも病院完結型から在宅へとシフトが求められている。このことはこれまでの医療のあり方を大きく変えることに他ならない。

元厚生労働事務次官である辻氏によると、「平成時代を振り返ると、病院や施設中心だったケアシステムを、約30年かけて在宅ケアシステムへシフトさせてきた⁵⁾」と述べ、医療や介護にとって変革期であることは言うまでもない。国は少子高齢化による社会保障費の増加を抑制し、超高齢社会への対応のために、地域包括ケアシステム構築を掲げた。その中で地域医療構想⁶⁾(図表1⁷⁾)を各都道府県が策定した。

図表1 地域医療構想の策定による医療機能の再編



総務省自治行政局「自治体戦略2040構想研究会(第3回)事務局提出資料」(2017)、p.12より転載

⁵⁾ 辻哲夫「識者インタビュー1「在宅ケア」へのシフトに費やした約30年」『日経ヘルスケア』No. 353 (2019)、pp. 32-49

⁶⁾ 病床機能において医療機関が地域の実情を勘案して自主的に病床機能を選択することを基本とする。

⁷⁾ 総務省自治行政局「自治体戦略2040構想研究会(第3回)事務局提出資料」(2017)、p. 12

http://www.soumu.go.jp/main_content/000517853.pdf 2019年5月9日アクセス

これにより都道府県が推定した必要病床と、病院が報告した病院機能が明らかになり、その結果、これまで病院にゆだねられていた病床機能が必要病床数を調整、加味していくこととなった。

また、医療費の適正化の取り組み⁸を挙げると、

1. 薬価差の是正・医療材料の内外価格差の是正・後発医薬品の使用促進
2. 平均在院日数の短縮・受診日数の縮減

などがある。特に2の平均在院日数の短縮は、診療報酬改定により大きなインパクトを与えた。これまで一般病床と打ち出していたものの、長期的に高齢患者を中心に受け入れてきた病院にとっては病床維持が困難となり、病床機能の転換を迫られる病院も存在している。そこで在院日数短縮に対応するためには、退院後の受け皿である慢性期病院、介護施設、在宅との連携は欠かせない。このように病院が生き残るためには他病院、施設、そして地域との連携について考えていく必要がある。連携について考える上で、重要な点として医療と介護の違いについて理解しておきたい。医療と介護分野は、医療や介護を必要とする人へ密接に専門職が関わることは似ているものの、それぞれ提供内容は異なる。医療においては治療、介護は生活を支援するのである。このような違いがありながらも高齢者を支える上で切り分けることは困難である。しかしながら、医療は治療、完治を目指し発展してきた。これまでの病院完結型であれば従来通りのあり方で通用していたものの、急速に高齢化が進む中で医療提供のあり方は変化し、医療提供者、受療者も価値観の変容が求められている。加えて自立支援、尊厳の保持といった言葉上のものだけではなく、その人（高齢者、その家族）が望む生活ができるよう、個々のニーズに沿った医療面、介護面での配慮が必須となっている。

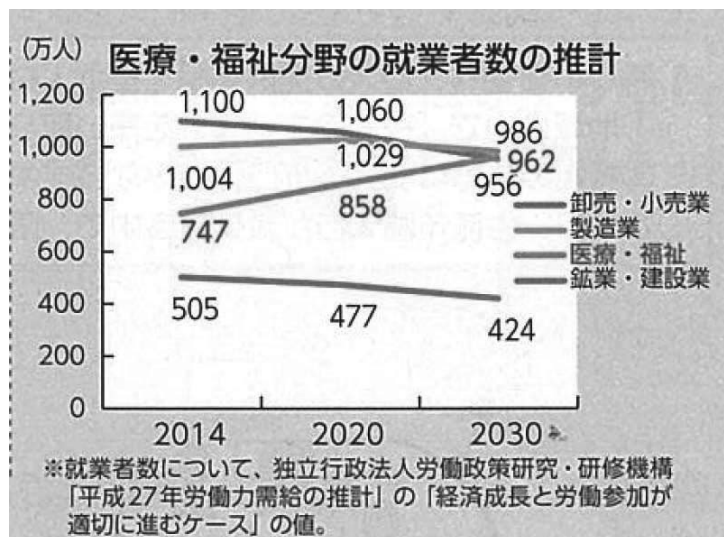
ここまでは、日本の医療における変革について述べてきたが、地域包括ケアの推進にとって従事者確保については避けて通ることはできない重要な課題である。図表2にあるように医療・福祉分野の必要就業者数の予測はどの産業と比較しても右肩上がりである。医療⁹や介護サービスは労

⁸ 厚生労働省「医療・介護を取り巻く現状（参考資料）資料1-2」社会保障改革に関する集中検討会議（第7回）、2011年5月19日開催（2011）、pp. 23-24

⁹ 特に医療においては分業化が進んでいる。

働集約型産業¹⁰かつ、医師、看護師などの有資格者にしかできない業務¹¹が存在するため、育成には専門教育を受け国家試験に合格し、そこから経験を積み、一人前になるには一定年数を要することからすぐに人員を増やすことは容易ではない。人員不足がもたらす悪影響は、サービスの質低下、従事者への負担増だけではない。法律上かつ報酬上の人員配置基準を遵守できなければ受け入れ患者数を制限し、その結果、売上減、場合によってはさらなる離職を招き、経営状態の悪化を招くという悪循環に陥る。このように医療や介護を必要とする高齢者は増加するものの、日本全体において生産労働力人口の減少していることから需給バランスが崩れている。

図表 2 医療・福祉分野の就業者数の推移



出典：厚生労働省『平成28年版厚生労働白書』（2016）、p.221（一部修正）より転載

医療、介護分野において、多くの求人募集がされない日はない。そのため、専門職の転職も容易になり、医師、看護師、介護職なども働きたいと思える組織であることが重要になる。つまり、患者、利用者、家族だけでなく、従事者が集う組織づくりを目指す必要がある。そのためには従事者は燃え尽きず、困難にも強靱に対応できる状態になることも地域包括ケア実現のためには必須である。

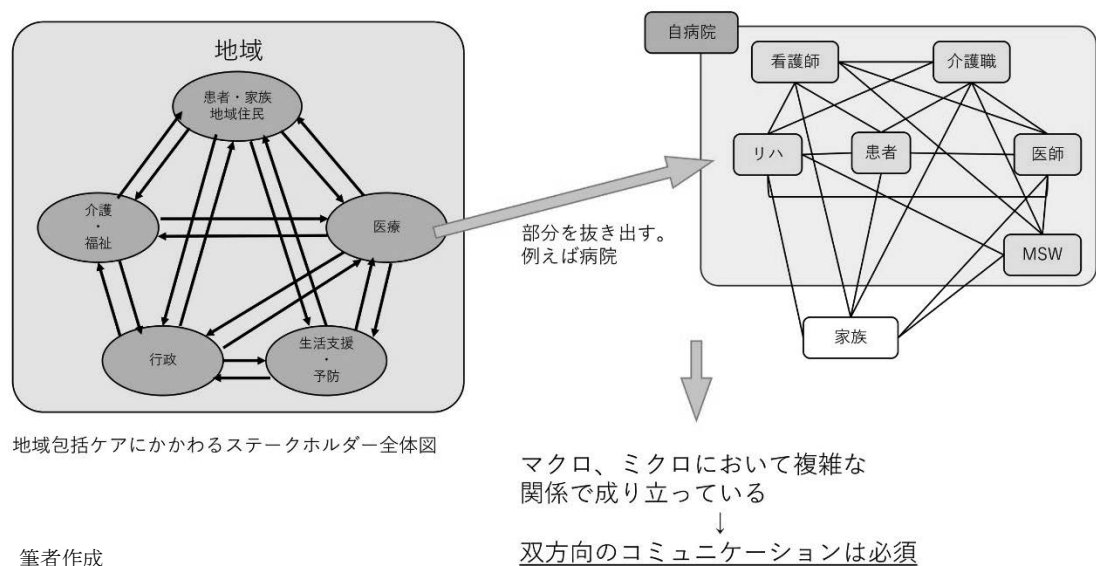
¹⁰ 他産業との違いとして、医師、看護師などの医療専門職は医療法、介護保険法、診療報酬の観点から、人員配置基準が厳密に定められている。

¹¹ 業務独占とは有資格者以外が携わることを禁じられている業務を独占的に行いうることができる資格（医師、薬剤師、看護師など）。名称独占とは有資格者以外はその名称を名乗ることが認められていない資格（社会福祉士、介護福祉士など）。文部科学省ホームページ「国家資格の概要について」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shougai/014/shiryo/07012608/003.htm 2019年5月3日アクセス

その人が最後まで住み慣れた地域で、その人らしい生き方を支えるために地域包括ケア、地域包括ケアシステムの構築が必要なのであるが、そこには多くの関係者が登場し、組織を超えた連携が求められている。図表3は地域包括ケアシステムの関係図である。図表3の左にある地域包括ケアに関わるステークホルダー全体図が示すように複雑な関わりを持っている。例えば、この全体図(マクロ)から医療、とりわけ病院(ミクロ)について考えてみると図表3の右のように専門職が多く関わっていることがわかる。このようにミクロであっても複雑でありながら、マクロにおいてはさらにステークホルダーの関係性が複雑化するため、既存のマネジメント思考ではこの複雑系であるシステムを動かすことは困難であることは想像するに難くない。

図表3 地域包括ケアシステムの関係図

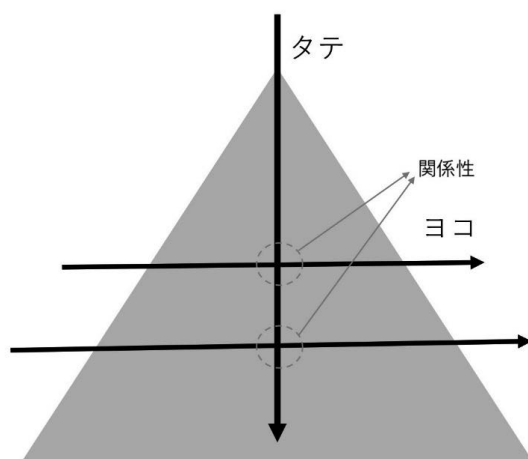


そこで、これまでの对患者(または利用者)、対上司と対部下といったマネジメント構造から、地域包括ケアという名の通り、職種、立場、組織を超えた連携が求められる時代となった。つまり、組織を超えて地域での連携という全体最適¹²が求められる。しかし、医療においては高度化による分業化が進み、専門職ごとの価値観の違い、他病院での経験から様々な価値観が内在している状況

¹²本研究における全体最適は社会システムの立場に立つ。意図、行為、関係というメカニズムで動く。参加者に意図が共有され、一貫性と整合性が確保された各々の行為を果たすことが全体最適化につながる。

である。また、医療法 17 条で定められているように、医師しか医業をすることはできない。近年、多職種連携の重要性が高まる中、職種を超え、関係性(ヨコ)マネジメントが必要不可欠である(図表 4)。診療面においては医師をもとにした指揮命令系統はトップダウン(タテ)が主であるのに対し、例えば看護師であれば所属している部署は看護部である。そのため、二重のマネジメント¹³が存在する。このような二重のマネジメントもあり、医療専門職のマネジメントの特殊性が伺える。

図表 4 タテ・ヨコのマネジメント図



筆者作成

上記のことから、地域包括ケアを機能化させるための課題として 3 点を抽出した。

- ① 日本の医療・介護のあり方の変化にどう対応するか
- ② 従事者が働きたい(働き続けたい)と思える組織づくり
- ③ トップダウン型のリーダーシップ(タテ)から関係性(ヨコ)への転換

¹³ 連携、専門職が有する価値観、二重のマネジメントについては第 2 章第 4 節第 1 項を参照。

地域包括ケアシステムにおいて「公立みつぎ町病院¹⁴」「尾道方式¹⁵」「幸手モデル¹⁶」など地域包括ケアシステムの理念に基づき、実証的に一定の成果を上げていると一般的に言われている事例¹⁷も存在する。しかしながら、病院、行政、ボランティア主導などシステム構築の手段、アプローチは多様であり、一定した成功要因の特定は困難な状況である。また、大多数の地域、病院、診療所、介護サービス事業所にとって、自らが置かれている地域において地域包括ケアを実践し、かつ地域包括ケアシステムが構築されていると実感しながら働いているとは言い難いと筆者は考えている。医療・介護の従事者が自信を持って地域包括ケアを実践し、地域包括ケアシステムの一助を担っていると実感し、その結果さらにいい医療や介護を提供し、高齢者、その家族、地域住民にとって安心して生活ができるという好循環が生まれる。そのために、地域包括ケアシステムは地域によって特性が生じるものでありながらも地域特性や有する資源によって機能化が左右されない、どの地域にも必須になる地域包括ケアの機能化の要因特定が必要であると考えに至った。

高齢化の速度¹⁸について、主要国で比較すると、高齢化率が7%を超えてから14%に到達するまでの期間は、英国46年、ドイツ40年に対し、日本は24年であった。アジア諸国も韓国が18

¹⁴ 御調国保病院（現公立みつぎ総合病院）の院長山口昇氏により、退院した高齢患者の寝たきりを予防するために、訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアを実施した。また、町役場の保健福祉部門を病院内の健康管理センターに統合し、地域の保健・医療（介護）・福祉の包括的な連携や統合を進めた。小林甲一、市川勝「地域包括ケアシステムの理念と仕組み-公立みつぎ総合病院を訪ねて-」『名古屋学院大学論集』第52巻第2号、名古屋学院大学（2015）、pp. 102-105

¹⁵ 尾道市医師会を中心とした「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプトを策定、「尾道方式」と呼ばれる在宅主治医機能を中核とした在宅医療の地域連携、多職種協働をシステム化した一体的な地域のマネジメントシステム構築を推進している。特徴として、①主治医医療機関で行う15分のケアカンファレンスの実施→利用者・家族の意向が共有された上で、適切なケアプランの作成、包括的なサービス提供が可能である。②多職種協働のネットワークを構築→関係職種のスキルアップが図れる。株式会社日本総合研究所「事例を通じてわが町の地域包括ケアを考えよう『地域包括ケアシステム』事例集成～できること探しの素材週～」平成25年度老人保険事業推進費等補助金 老人保健健康推進事業 地域包括ケアの構築に係る自治体の取組状況の整理・分析に関する調査事業報告書、株式会社日本総合研究所（2014）、p. 15

¹⁶ 埼玉県幸手市にある東埼玉総合病院が在宅医療連携拠点事業を受託し、在宅医療連携拠点を運営。当拠点ではさまざまな取組みを通じ、在宅医療の推進、医療・介護連携を進めている。また、住民主催の地域ケア会議を実施するなど、住民主体の地域法ケアシステムを推進している。

¹⁷ 厚生労働省による地域包括ケアシステムのホームページ内にある「地域包括ケアシステム構築に向けた取組事例」において、各自治体における取組事例を全国で共有し、取組みを推進することを目的に、全国の自治体から収集した先駆的な事例（地域包括ケア全般にかかわるもの他、医療・介護・予防・生活支援・住まいなど特色のある分野の取組みを中心とした事例）の中から、他の自治体に参考になると考えられる取組事例をモデル例としてとりまとめている。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ 2019年5月3日アクセス

¹⁸ 内閣府「平成30年度版高齢社会白書（全体版）第1章高齢化の状況 第1節高齢化の状況(2)2 高齢化の国際的動向」（2018）<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> 2019年7月30日アクセス

年、シンガポールが 20 年、中国 24 年¹⁹である。急速な高齢化は短期、長期的にも医療ニーズ、年金制度、労働力不足、インフラの整備など大きな影響を及ぼす。

そこで、地域包括ケアシステムのコア機能の一つであり、筆者のフィールドである病院(ホスピタル)という視点から地域包括ケアを見たときに、地域包括ケア実現、ならびに地域包括ケアシステム構築のために何が必要か病院(ホスピタル)というフィールドで探求していくことを本研究の目的とする。

以上のことから、機能化の要因特定は日本のみならず、今後さらに爆発的に高齢者が増加する中国、アジア圏、そして世界にとって意義のある研究ではないかと思い至った。本論文のテーマである、関係性構築に着目した地域包括ケア機能化モデルの構築は地域包括ケアシステム実現だけでなく、健康的な組織運営という視点でも意義深いと言える。

¹⁹ 中国は 2025 年に高齢化率 14%を迎えるという予測。内閣府「平成 30 年度版高齢社会白書（全体版）第 1 章高齢化の状況 第 1 節高齢化の状況(2)2 高齢化の国際的動向」（2018）、pp. 6-7
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> 2019 年 7 月 30 日アクセス

第3節 研究の範囲と方法

地域包括ケアシステムの中心は病院（ホスピタル）ではない。しかし、高齢者問わず人々の暮らしにおいて医療は必要不可欠な存在である。そこで、地域包括ケアにおいても医療を提供する病院は重要なポジションであるため、本研究の範囲は病院に特化することとした。

地域包括ケアシステムの必然性、重要性は理解されているものの、地域包括ケアの機能化の要因は何かは解明されていない。本研究における特徴は、地域包括ケアシステムの好事例病院の機能化の要因を特定し、因果関係を解明することである。好事例とされる病院²⁰において、成功要因は関係性が構築されていることと仮定した。なぜならば、地域包括ケアシステムは部分最適化では成立せず、全体最適化する必要があるからである。そのために好事例組織においては「自組織さえよければいい」という考え方ではなく、意図された関係性構築が機能しているのではないかとこの臆説を立てた。そこで、全国のホームページ等で地域包括ケアを意識した運営に取り組んでいる病院や、地域包括ケアシステムの好事例として取り上げられている病院を対象に、本研究への協力依頼し、その結果 5 病院を対象に調査を実施した。

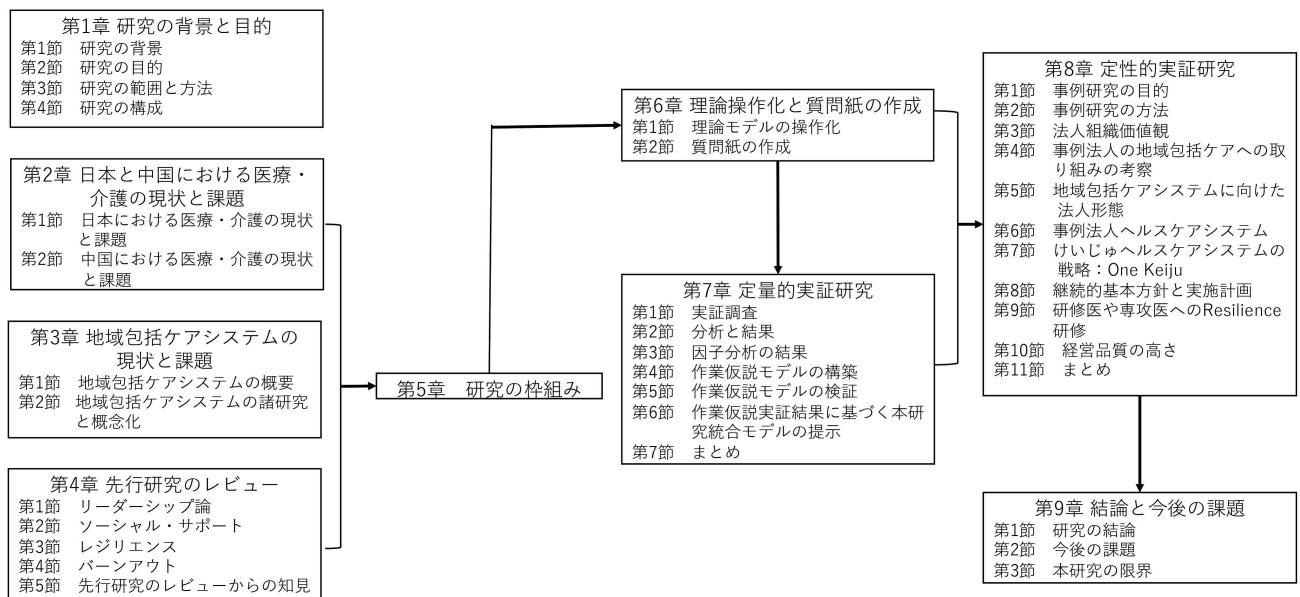
研究の方法において本研究では認識研究（実在研究）の一種であり、仮説検証型研究を採用し、実証調査を定量的分析および定性的実証研究を行った。

²⁰ 地域包括ケアシステムの理念に基づき、実証的に地域包括ケアシステムが実践されているとする組織。

第4節 研究の構成

本研究は9章から構成されている。構成は図表5の通りである

図表 5 論文の構成



第1章において、ここまでは本研究における問題意識を明らかにし、研究の目的、そして本研究の特徴について論及した。

第2章では日本と中国それぞれの医療と介護の現状と課題について整理する。

第3章では地域包括ケアシステムの現状と課題を明確にするために、地域包括ケアシステムの現状と課題の整理、さらに地域包括ケアシステムの諸研究のレビューをし、地域包括ケアシステムの定義を行う。そこから実証研究のフレームワークを抽出する。

第4章では第3章で抽出した実証研究のフレームワークから、先行研究のレビューを行う。一つ目はリーダーシップ論、2つ目はソーシャル・サポート、3つ目はレジリエンス、そして最後にバーンアウトについて先行研究の整理をする。

第5章では、第4章でレビューをした先行研究から理論モデルの構築を行う。

第 6 章では、第 5 章で構築した理論モデルを操作化し、質問紙の作成を行う。

第 7 章では地域包括ケアに取り組んでいる病院を抽出し、アンケート調査を実施し、そのデータを分析する。分析したデータをもとに仮説の実証し、考察を行う。

第 8 章では定性的実証研究を行う。

第 9 章にて、本研究の結論と研究の限界についてまとめ、さらに本研究の課題の提言を行う。