■第53回 健康管理研究協議会 総会 基調講演1

複雑適応システムの視点から

−未踏高齢社会の病気と人の行動−

松下 博宣

まつした・ひろのぶ

東京農業大学戦略室(東京情報大学看護学部設置準備室)教授



はじめに

本日は「複雑適応システムの視点から一未踏高齢社会の病気と人の行動―」という難題を議論させていただきますが、こういったテーマは決まりきった100%あるいは100点満点の解決策というのはありようもございません。むしろ、この議論をきっかけにいろいろな問題の見方、あるいはやや違った視点から見るということを共有できればよいのではと考えております。

実は現代という時代は、保健、医療、福祉の大転換(トランジッション)の時期にあります。いわゆる人口、産業構造、それから医療産業(システム)のトランジッション、こういった中から話題を提供したいと考えております。

複雑なトランジッション

人口、産業、それから広い意味での保健・医療・ 福祉システムの大転換といった中で、我々人間の 行動は非常に大きく転換しているというのが私の 見方です。患者さんあるいはその家族の行動と医 療サービスや看護サービスを提供する組織の行動 とが非常に大きく転換している、という見方です。

私は社会科学分野を渉猟してきて、長年やってきた専門分野は経営学でした。医療の分野に入ったのは、80年代後半、アメリカのコーネル大学で医療経営管理学(Health Administration)を専

攻したあたりでした。近年は医療管理学のアプロー チにサービス科学やシステム思考を取り入れて「医 療サービスシステム学」の構築を企んでいるとこ ろです。アメリカのHealth Administrationとい うのは、行ってみて非常にびっくりしたのは、か なり嘘っぽいところがあったことでした。当時で も4000万人くらいの方々が一切保険に入ってお られなかった。現在では6000万~6800万人くら いの方々が無保険という、医療システムから排除 された方々が多い国ですね。しかしながら、日本 に伝わってくる情報というのは、アメリカの医療 は素晴らしい、特にメイヨー・クリニックや主だっ た大学病院等は素晴らしい、ということがほとん ど。確かに医学的なレベルは素晴らしいのですが、 とにかく費用が高いですね。したがって、富裕層 は良質な医療、保健福祉サービスにアクセスでき るけれど、そうでない方々はかなり悲惨であると いう大きなギャップを見なければアメリカ礼賛に 終わってしまう。TPPが議論されていますが、結 論から言うと、医療分野におけるTPPというのは、 儲かるのは医療産業複合体の保険会社が中心なの です。したがって、鵜の目鷹の目で日本の国民皆 保険制度になんとかして換骨奪胎して、医療保険 分野にも英米の保険会社が入りやすいような環境 づくりをしていこうというのがTPPの隠れたミッ ションであり、こういうミッションに関してはな かなか日本のマスコミは正確に伝えていないので、 要注意です。

さて、「複雑」というのは、ものを見るひとつ

健康管理:2016.1 3

のレンズのようなものです。「複雑」という見方 が出てくるまでは、一神教が支配的な地域では神 という存在がいて、それがすべてを造ったという 一元主義が中心でした。科学が台頭するまでは非 常にこれが人心をコントロールしてきたわけです。 いわゆる科学革命が訪れてから要素還元主義、す べての事象は事細かな要素に分解できて、その事 細かな要素の中に様々な原因があり、それを解明 していけば非常に有効な発見がある、あるいは客 観的な原則を打ち立ててそれを応用することによっ て様々なソリューションができるといったような 方向に、一気に反対命題として浮上してきまし た。複雑系というのは、ちょうど中間にいると言 いましょうか、アウフへーベン(aufheben:止揚) して、複雑に見ていくという視点なのですね。シ ステムが複雑になってくると、内部要素間の相互 関連性が高まってきて、システム内部にループが 形成される。近年の学術的な用語だとループのこ とを自己組織化、あるいは創発、エコシステム、 生態系の形成ですとか、相互進化という学術用語 で説明されています。今日はこういった考え方を 伏線において、議論をしていきたいと思います。 (1)

人口のトランジッション

まず初めに世界人口です。図1の縦軸は指数関 数ですので本当はもっとグーンと急激に上がって いるイメージですが、今現在70億人突破という

ことで世界人口は激増中の激増。この激増する世 界人口をどうやら人類は賄いきれないだろうとい う。この人口の急増は非常に大きな問題を我々人 類に提起しています。イギリスの経済学者マルサ スが唱えた理論に、人口というのは指数関数的に グーンと伸びるが、食料はそんなに伸びないとい うものがあります。飢餓という問題を人類は避け て通れないということをずいぶん前に提唱してい たわけです。こういった現実が、特に発展途上国 に表れています。翻って日本の人口ですが、概ね 平安時代が終わって江戸時代が始まる頃までは微 増の状況でした。これが1600年の関ヶ原の合戦 が終わったあたりから江戸幕藩体制が成立して人 口急増が起こるわけです。すると、人の口、胃袋 を賄う食料を作らなければということで、全国各 地に○○新田と名付けられた農地が非常に増えま した。そうこうしているうちに、欧米列強がアジ アに対して侵略を開始しました。イギリス、オラ ンダ、フランス、北の方からはロシア、東のほう からはアメリカ。やがて侵略と搾取が始まって、 植民地化されたのがインド、それから中国。そう いった植民地化された国の悲惨な状況を、特に日 本の下級武士の方々が非常に真剣に考えて、どう やら徳川嘉藩体制は維持できないのではないか等、 いろいろなことがありましたけれども、徳川幕藩 体制は終焉し、明治維新が成立しました。その過 程で、戊辰戦争という内戦があったので、厳密に は無血革命とは呼べないものの、限定されたダメー

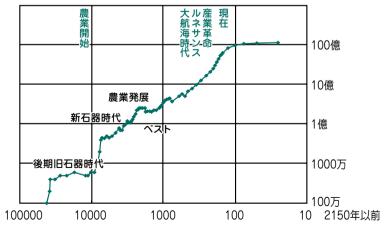


図1 世界人口の変化(出典:長谷川俊彦資料2014年より引用)

ジで明治政府へと体制が転換されました。人口学 的には増えもせず減りもしないようなフラットな 状況(図2)というのは、今振り返ると非常に興 味深いことです。関西では上方文化、江戸では元 禄文化等が勃興、爛熟して現代にも脈々と生きて いる様々な日本ならではの文化が発達しましたね。 当時の江戸は世界を代表するメトロポリタンだっ たわけで、当時のパリとかロンドン、ニューヨー クに比べて下水道の普及率はダントツNo.1。い ろいろなコミュニティの中には寺子屋というシス テムがあって、識字率も日本人はNo.1。こういっ た、人口が減りも増えもしないとき、文化的には 非常に安定した爛熟期を迎えるという特性がある。 そして明治維新のあと、日清・日露・大東亜戦争 という3つの戦争を経ながら、人口は激増してい きます。日本の歴史から見れば人口激増です。そ して今から10年ほど前の2005年から2006年あ たりにピークを過ぎました。おおかたの人口学者 というのは、すでに80年代あたりから「いずれ 日本の人口といったものはピークを過ぎる。そこ から先は増えもしない、減りもしないような平ら な時代を作っていかないと、とんでもないことに なる」と警鐘を鳴らしていました。しかし結局実 効性のある政策がとれず、2005、6年をピーク につるべ落としのように人口は激減の状態にあり

ます。だいたい1年間に24万~28万人、神奈川 県でいうと藤沢市の人口くらいの規模の減少が見 られます。

人口というのは、いろいろな経済指標の中でも最も当たる確率が高く、最も信頼に足りうる指標だと言われています。すなわち、GDPに代表されるようなひとつの国の富というのは何かというと、人口×一人あたりの生産性。非常に簡単な掛け算です。多くのヨーロッパの国々は、人口が減り始めると必ず移民政策を発動して人口減少に歯止めをかけます。さもなくば、一人あたりの生産性を高めざるを得ない状況になります。あとでお話しますが、日本では一人あたりの生産性というのはあまり増えません。特にサービス化がどんどん進行している経済において生産性はあまり増えない。基本的に、これからの日本経済のパイはあまり拡大しない、むしろ縮小するというふうに考えて良いと思います。

図3は、おなじみの日本のここ前後数十年、百年間の人口の変化ですが、生まれてくる赤ちゃんの数がこれからどんどん減少していって、逆に亡くなる人はどんどん増えるわけですね。今現在から、あと30年、40年後くらいが一番死亡者の数が増えると推計されています。赤ちゃんが生まれると妙にやる気になりますよね、これからがんば

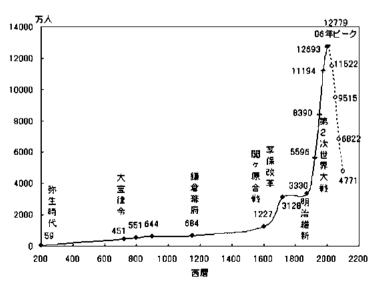
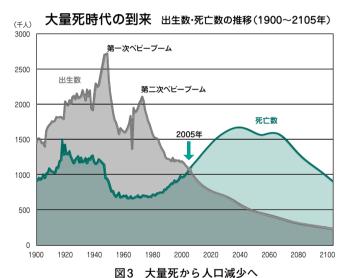


図2 人口の歴史的変遷 (出典:社会実情データ図録.鬼頭宏.日本の人口の超長期推移より引用改変)

ろうと。おじいちゃん、おばあちゃんも近所の方々も笑顔になって非常に明るくなる。コミュニティ全体が、新しく生まれる赤ちゃんの産声によって元気になる。しかしこれからは「ああ、今日はAさんが亡くなった」と、死ぬというストーリーの方がコミュニティに増えてくるので、あまり明るくない風景になる。こういった変化を通して、いずれはだんだんと死亡数も出生数も減ってくるといったような、いわゆる大量死を迎えてから本格的な人口減少に移っていくという時代にならざるを得ないということです。

さて、**図4**は産業人口の推移ですが、ご覧のと おり、農林水産業を中心とした第1次産業はかな り長期的にどんどん減り、その代わりに高度成長時代の後期くらいまでは製造業を中心とするような第2次産業が勢いよく増えてきた。今はむしろ、サービス産業のほうが増えている。人口ボーナスと書いてあるのはご存じのとおり、ピラミッド型の人口構造をベースにして、ふんだんにいる若年の方々が一生懸命働いて納税し資本主義を支えている状態。逆に人口オーナスというのはビア樽とか逆ピラミッドになってしまって、人口構造自体が経済活動の足かせになるような状態のことをいいます。ご覧のように、第3次産業、つまりサービス産業は急速に拡大してきています。もちろん我々が活動しているような、保健、医療、福祉サー



(出典:国立社会保障·人口問題研究所資料 厚生労働省 平成18年人口動態調査資料)

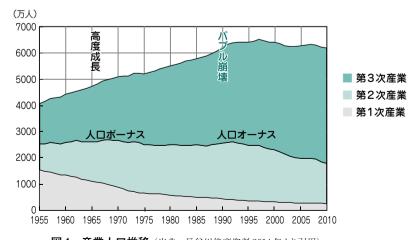


図4 産業人口推移 (出典:長谷川俊彦資料2014年より引用)

ビスももちろん重要なサービス産業ですが、美容院やネイルサロン、外食産業等のサービスも存在し、ITを基盤としたデータ情報の処理、ビッグデータの活用等、広い意味での情報通信産業は、モノづくりの基盤はあるにせよ無形のソリューションを提供する点においては典型的なサービス業ですね。したがって、今日の日本ではサービス化がどんどん進行していくということです。

図5は、世界の主だった国々におけるサービス 産業の比率といったものを概観したチャートです。 特にアメリカにおいては、サービス産業化が進展している。同様にドイツやフランス、日本も含め、先進国は軒なみ産業のサービス化を経験している最中です。ヘルスケア部門もサービス産業のひとつなのですが、付加価値は低い状態です。サービス産業の中でも付加価値が比較的高いのはご覧のとおり(図6)情報通信とか学術、専門的なコンサルティング等々なのですが、医療、保健衛生、社会福祉・介護事業というのは、今の時点では付加価値は低い。ところがこういう領域は、日本に

労働人口から見た上位 10カ国 (世界の約50%の労働者が10カ国に存在) A = # B = B B = B B = B B = B

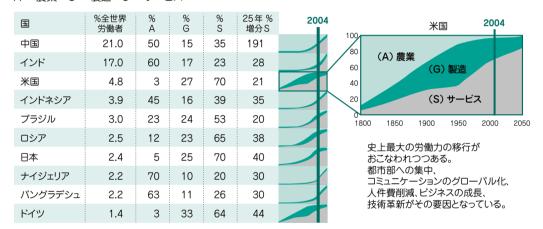


図5 農業、工業、サービス業の国際比較(出典: http://www.nationmaster.com)

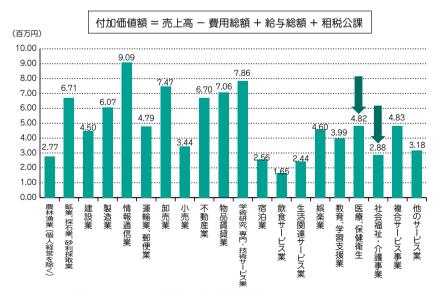


図6 ヘルスケア部門の低い付加価値(出典:総務省統計局2015)

健康管理:2016.1■7(

おいてもどんどん拡大しています。何もやり方を変えずに拡大だけしていくと、全体的に生産性が低くなるというジレンマを我々は持っている。このことが、イノベーションが必要になってくるというひとつの根拠です。

イノベーション構造のトランジッション

イノベーションの構造自体も今現在、大変革し ている状況です。図7は、横軸に時間、縦軸が付 加価値です。どういったイノベーションが過去に 起きたかというと、製造業が中心の時代にはモノ づくりのイノベーション。つまり、どういうモノ を作るのかというイノベーション(プロダクト・ イノベーション)が一世を風靡しました。これが、 時を経てプロセス・イノベーションに変わってく る。モノの作り方のイノベーションです。日本は 戦争に負けてから、アメリカからいろいろなモノ の作り方を安く学んできました。当時は知的財産 という概念がなかったので、ほぼ無制限に我々は いろいろなことを学べ、得をしました。ところが 近年は知的財産の保護という概念が広まったので、 おいそれと先進国の優れたモノづくりのノウハウ が吸収できなくなった。

さて、サービス産業が発展してくると、サービス自体のイノベーションといったようなテーマになりつつあります。ここにお集まりの皆さんがまさに日々行っている産業保健活動等々の中においても様々なイノベーションが生まれているでしょ

うし、イノベーションに上手く対応できるかどうかによってずいぶん姿が変わってくると思われます。図8は、モノづくりのイノベーションの簡単なモデルです。医薬品についてはこのような関係で、研究、開発、治験、薬事申請、製造、そして市販と、ひとつの医薬品を作るために長い時間と、1800億~2000億円くらいの投資をして、やっとリターンがあるという状況です。

人間はイノベーションによって進化してきまし た。同じ行動の反復だとどうしても退屈を感じて しまってよろしくない。そこに何かしらのブレイ クスルーや改善を加えざるを得ないといった本能 のようなものがある。そういった、イノベーショ ン本能といったものが減殺されるとイノベーショ ンは起こってきませんし、マンネリに陥ってしま います。したがって簡単に言えば、マンネリを打 破するためにはイノベーションが必要です。イノ ベーションを行うためには、昨日までの行動とは 別の行動をする必要がある。組織は、生き物のよ うにイノベーションによって進化していかないと 衰退する。イノベーションは多様なアイディアの あらゆる部分で起きる。イノベーションというと、 何となく大きな会社の研究開発部門の中で行われ ているというイメージが強いのですが、そうでは ない。道端でもおこりうる。もしかしたら、こう いう講義を聴きながらひらめいて、そこから起こ ることも期待できるし、いろいろな業界の狭間と か、異業種の間でいろいろなイノベーションの萌 芽が生まれ得るわけです。

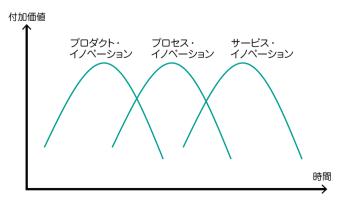


図7 イノベーションの場の変化

(Michael Cusumano, Product, Process. and Service: A New Industry Lofecycle Model, 2006)

ヘルスケアサービスのトランジッション

以上のことを踏まえたうえで、保健、医療、福祉、総じて申し上げてみればヘルスケアサービスの大転換といったものが今、我々の眼前で展開しているわけです。その前に、医療サービスの特性ですが、宇沢弘文さんという経済学者が社会的共通資本という概念を提唱しています。何かというと、社会が社会として成立するために絶対不可欠な資本を言います。市場原理の効かせ方により、国により大きな違いがある。特にアメリカは医療サービスでさえも市場原理のもとに許してしまった国なので、ああいう国の医療システムというのはあまり参考にはならないですね。むしろ反面教師です。

医療サービスというのは「公共」の側面と「私」の側面が複合していて、かつ非常に地域密着性が高い。医療サービスの受益者であるステークホルダー・患者もしくは地域の方々と、サービスを提供する側は密接な相互作用の中で共に創られるといった特異性があります。サービスの特徴としては形がない、標準化することは難しい、生産と消費が同時に発生する、在庫できない、といったような一般的な特徴があります。ここをいかにブレイクスルーするのかがひとつの大きな着目点です。保健師や看護師の方々は記録をいっぱいとりますよね。なぜ記録したがるかと言うと、サービスと

いうのはパッと消えて形がないし、標準化することが難しいので、記録を取らざるを得ないわけですね。ところが近年、テレナーシングという遠隔看護、遠隔から瞬時にして人間が書き込む、動作として記録してしまう。これをクラウドの中にぶち込んで、一気に人間の手を介さずにビッグデータがたまっていく仕組みです。これは大きなイノベーションになりうると思います。このように、着々とイノベーションが進行しています。

視点を若干変えますが、今現在、日本人はどん どん長生きになっています。平均寿命は男性で 80歳を超え、女性は86歳を超えました。生命の 歴史が始まって短く言って約38億年。微生物に 始まり、植物、動物、大概の生物は生殖の時期を 終わると基本、死んでしまいます。生殖の時期が 終わってもこんなに長く生きながらえているのは、 人間だけなのです。これは簡単なモデルですが、 事実婚を含めた結婚をするまでの第1の人生があ れば、結婚してからの第2の人生がありますね。 20歳前後で学校を卒業して働き始めて結婚し一 生懸命働いて、55歳か60歳、最近は65歳あたり で定年を迎えるわけです。そこまでを仮に第2の 人生と言うと、概ね65歳以降の人生が今現在非 常に伸びているわけです。この伸びきってしまっ た65歳から85歳までの間は人類が未経験の境地 です。この層の方々が圧倒的な勢いで増えている から、保健・医療・福祉サービスのシステムはも う右往左往している。なぜならば、人類の歴史、 いや、生命の歴史が始まって初めての現象が日本

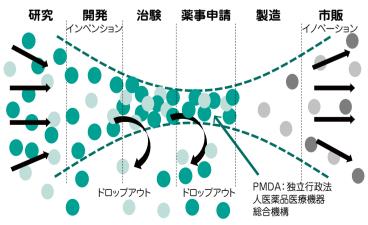


図8 医薬品のイノベーションパイプライン

健康管理:2016.1**■9**

で起きているからです。だんだん年を取るにした がって、ときどき医療サービスを受け、ときどき 介護サービスを受け、そして最後は看取りサービ スを受ける。そういう恩恵を受けられる方は良い のですが、そういうサービスから排除されてしまっ た層が今増えて無縁化社会となっています。誰か らもケアされずに亡くなっていく方が、少なく見 積もっても3万人います。日本の社会というのは どちらかというと、第1の人生、第2の人生を中 心にして設計されてきたけれど、これからは第3 の人生に配慮しなければならないことがあまりに も多すぎる。第3の人生を中心に、社会を設計し ていかなければ立ち行かない。その事例は世界を 見渡してもどこにもないので、日本という国は実 験国家なのでしょうね。私はこういう話をヨーロッ パの国でもしますが、ヨーロッパの医療システム 学者、研究者は日本の高齢社会への対応を鵜の目 鷹の目で観察していますね。日本がどういう政策 を実施し、どう成功・失敗するのかを分析して、 自分たちの国に活かそうとしている。そういった 意味で、日本は大変注目されています。

それから、学校を出てから定年まで、通勤時間 も含めた労働時間は約10万時間。一生懸命働き、 収入を得て、そのお金を消費して車や家を買い、 投資活動をしてだんだんと定年を迎えていく。定 年以降の自由時間、すなわち平均的な睡眠時間を 除いた自由時間というのも概ね男性で8万時間、 女性で11万時間、女性のほうが自由時間が多い ですね。おしなべて言えば男女平均10万時間です。 一生懸命働く10万時間と、それと同じくらいの 自由な10万時間が65歳以降にあるということで す。かつては子どもたちが遊んでいた公園がご老 人ばかりになってしまい、日がな一日日向ぼっこ をしている、あるいはゲートボールをしていると いった風景。後半の10万時間をいかに過ごすか というテーマに、今のところ答えはないですね。 一人ひとりがまさに生活をイノベートしていって、 何かしらの生きがいを持たなければいけないのだ けれども、残念ながら今までの産業社会というの は前半が中心で、ほとんどの人が後半の人生のこ とを考えてこなかった、さあどうしようと。こう

いう局面に我々はいるのではないでしょうか。

また、産業保健というのも前半の10万時間が 中心で、そこにいる労働人口というのは減少して いる。産業社会だけにフォーカスしていくとだん だん先細りになる可能性がもちろんあります。か つ、サービス化が今どんどん進行しているので、 産業といってもサービス産業のほうに着目する必 要がある。そのサービス産業のほうには複合的精 神疾患が非常に増えていますから、因果関係の「因」 にあたる単一の病因がなかなか確定できず、なか なか標準的な治療というのが展開できないといっ たことがあるのではないでしょうか。

さて、先ほど言及したように、人はいずれ日常 生活行動が低下していって亡くなるわけです。と ころが亡くなる前に、健康寿命が潰えて急速にア クティビティが低下してきて、元気活発期を過ぎ て病気障害期を迎え、エンディング期を迎えて亡 くなっていく(図9)。日本社会には、これから こういう方が急増、死に直面する方が激増します。 認知症やアルツハイマーにならなければ、物事を きちんと認識する力を保ちながらこういう時期を 迎えていくので、日本人の死生観も相当変わって くるはずです。例えば、科学では検証も反証もで きないような死後の世界、これはいったいどうなっ ているのかという議論を、我々は狭義のサイエン ス世界ではなかなかしないものですが、日常の生 活人としてみれば、死後の世界というのは非常に 重要なテーマを惹起しているわけです。人間は死 んだらどうなるのかというのが非常に大きなテー マとしてクローズアップされている。日本人は輪 廻転性とか死後の世界に、大きな関心を寄せる人々 が今後増えてゆくことでしょう。

長野県にはピンピンコロリ地蔵というものがあ ります。ピンピン活動してコロリと亡くなりたい と思っていても、そうは問屋が卸しません。非常 に長期間、男性だと約8.8年、女性だと約10.8年、 まさに義務教育の期間くらいを不健康に過ごさな くてはいけないわけです。元気なのは若いうちで あって、だんだんと年老いてきて健康寿命の終わ りに近づくにつれ、だんだん不健康になっていき、 長期間を不健康な状態で過ごさなくてはいけない。

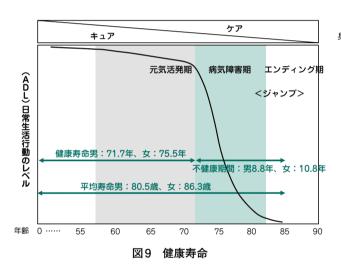
死に至る病の軌道(図10)ですが、がんのよ うに非常になだらかな曲線を描きながら死ぬとい うのもあれば、内臓疾患によってでこぼこを経な がら徐々に生命活動が低下してくるのもあれば、 細かく繰り返しながら漸進的に死に至るような疾 患もあるわけです。

さて、だんだん医療機関の数は減ってきていま す。ご覧のとおり、縦割りのバラバラな機能で過 当競争が繰り広げられてきました(表1)。国・ 厚生労働省(以下、厚労省)、独立行政法人国立 病院機構、大学病院、あるいは市町村、地方独立 行政法人、日赤、済生会、その他諸々の経営主体 が非常に似たような役割の病院を全国に作ってし まったため、役割分担をやり直そうとして、厚労

省が政策誘導で病院数、病床数を減らしてきてい ます。

図11に示されているように日本は病院のベッ ド数が多く介護施設のベッドが少ない。そして人 □1000人あたりの医師数も国際的に比較すると 少ない (表2)。

100床あたりの医師数、看護師数を比較しても、 日本は非常に少ない。逆にアメリカは非常に多い のです。特に看護師の数がとても多い。しかも、 それぞれにいろいろな専門領域をもったスペシャ リティの高い看護師さんが多い。したがって、ア メリカの医療というのは高い人件費を患者さんに 請求するわけなので、必然的に高い医療になって しまっているのです。看護師さんが多い、だから



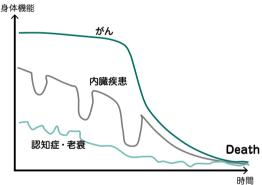


図10 死にいたる病の軌道

(出典:川越正平「いのちと生活を支える在宅医療」 長寿時代の死生学、2012年10月21日)

表1 タテ割バラバラの機能=過当競争、弱い連携

					2010年現在
開設者	病院数	病床数	開設者	病院数	病床数
総数	8,665	1,592,527			
国 厚生労働省	14	6,516	国民健康保険団体連合会	-	_
独立行政法人国立病院機構	144	56,136	全国社会保険協会連合会	51	14,082
国立大学法人	48	32,813	厚生年金事業振興団	7	2,800
独立行政法人労働者健康福祉機構	34	13,225	船員保険会	3	786
国立高度専門医療研究センター	8	4,903	健康保険組合及びその連合会	13	2,713
その他	26	3,926	共済組合及びその連合会	46	14,927
都道府県	234	61,808	国民健康保険組合	1	320
市町村	701	151,602	公益法人	390	93,767
地方独立行政法人	54	23,370	医療法人	5,725	852,887
日赤	92	37,273	私立学校法人	108	54,725
済生会	80	22,214	社会福祉法人	185	33,058
北海道社会事業協会	7	1,871	医療生協	83	14,142
厚生連	112	35,923	会社	64	13,168
その他の法人	36	6,264	個人	399	37,308

健康管理:2016.1 11

素晴らしい、というのでは決してありません。高い費用を払っている、あるいは高い費用を払える人だけが良質の医療サービスを受けることができるという構図がある。

国際比較をした結果、日本は役割分担が非常に 曖昧ながらも数だけは多い従来型の病院。そして、 他の先進国に比べて少ない医師と看護師による「疎 診疎看」体質。従来型ヘルスケアシステムの疲労、 つまり非常に疲弊してきていて、システム的にも 対応できません。そこで、「疎診疎看」を是正し 代替的なキュア&ケアシステムへの転換、私はケ アシフトと言っていますが、こういったものが要 請されているわけですね。日本の医療というのは 施設中心のキュア、治療に力点があったのですが、 今やだんだんとキュアというよりもケアのほうに シフトしていって、かつ施設中心だったものがだ んだんと在宅の方に変容しています。これは、へ ルスケアサービスを提供する側のシステム的な構 造の大きな変化です(図12)。例えば、回復期リ ハビリ病棟ですと、ケアミックス病院、あるいは 特養、老健、ホスピス緩和ケアもあるし、これら をもっともっとケアのほうに引っ張っていくと、

人口1000人当たり病床数及び 介護施設等の状況 (床) 19.6 20.0 i ■ 病院等の病床 17.9 介護施設等の 5.7 病床(定員) 15.0 13.6 9.7 6.4 10.0 8.5 7.4 6.6 13.9 3.5 5.4 2.9 5.0 8.2 3.9 3.7 3.1 0.0 日本 フランス ドイツ イタリア イギリス アメリカ 2007年 | 2006年 | 2007年 | 2007年 | 2005年 | 2007年

OECD Health Data 2009 Version: November 09

図11 病床数、介護施設ベッド数 (医療関連データの 国際比較 一「OECD Health Data 2009」より一 日本医師会総合政策研究機構 前田由美子、 http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=442 より引用)

介護老人保健施設、療養型医療施設、介護老人福祉施設と、いろいろなものがある。また「無届け介護ハウス」といった施設も増えている。その他、最近ですと「サ高住」ってありますね、サービス付き高齢者専用住宅が雨後のタケノコのようにたくさんできつつある。医療、介護、福祉等とは全く無関係の業者さん、あるいは不動産屋さん等が大挙して箱モノをいっぱい作っていますね。でも肝心要のサービスは玉石混交、酷いところは本当に酷いです。ですので、ようやく全国サ高住協会という団体が立ち上がって、建物のみではなく中のサービスを標準化して質を高めていきましょうという運動がようやくできたばかりです。

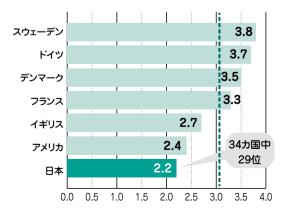
もう少し地域のほうに目を転じると、訪問看護、あるいは訪問介護、訪問リハビリテーション、訪問理容、訪問入浴といったサービスもあれば在宅療養診療所や訪問診療、通いではデイサービスやデイケアといったものも生まれてきている。かつては施設中心だったのが一気に地域とか在宅、多方向に細かく分散化し(図13)、かつ、キュアからケアに変化していく。このような大きなシフトが見受けられるわけです。私はいろいろなところで講演を行っているのですが、在宅系の団体とか、近年ですと地域包括ケア等では、こういった議論が非常に盛んになってきています。

さて、キュアとケアというのを正確に捉えてみ

表2 医師数の国際比較

(OECD Health Data 2012より作成)

医師数 人口1000人当たり 2010年 OECD平均3.1人



たいと思います。キュアとケアは、黒か白か、というような単純素朴な対立構造ではもちろんありません。キュアの中にケアが入り込み、またそれの逆もあるといったような入れ子構造を成しています。そこを踏まえつつ、あえて議論しやすいようにシンプル化したものが表3です。今まで病院が主に担ってきたキュアというものが、どちらかといえば急性期、若年や成人が中心だった。なぜ

かというと、ドイツの医学者のウイルヒョーという人が病因論を唱えましたね。原因を究明してそれをつぶすような標準的な治療を実行することによって、病院で患者さんをまさにキュア(治療)して、患者さんは病院から歩いて帰ることを理想とする、と。

また、伝統的な医療の世界では、「死」は決して喜ばしくない。むしろ死ぬことを否定して、死

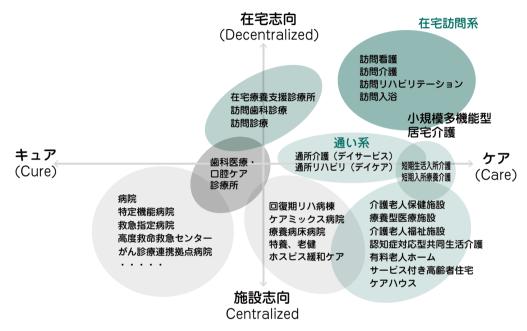


図12 ヘルスケア事業者の変化

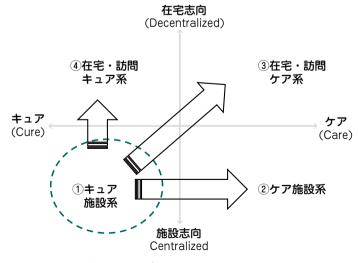


図13 サービスシステムのケアシフト

(1)

表3 キュアとケアの連続線

	Cure			Care
対象人 (People)	若年(Young)	+		老人 (Old)
疾患(Disease)	急性期 (Acute)	+		慢性期(Chronic)
死とのかかわり (Coping with death)	拒否 (Rejection)	+		受容 (Acceptance)
接近(Approach)	对部分反応的 (Reductive)	+		全体的 (Holistic)
場 (Place)	病院中心 (Centralized Hospital - based)	+	·→ (Decent	非中心·地域在宅 cralized Community & home based)

ぬことを先伸ばしにしていこうという方向性が歴 然とある。それから、伝統的なキュアというのは、 かなり要素還元的ですよね。そもそも近代科学の 根っこにあるのは要素環元主義です。いろいろな 現象を分解して見ていけば、因果関係が発見でき て科学的なアプローチができると。したがって医 療の世界では診療科目別という区分がある。それ から臓器別という区分もある。近年に至っては分 子標的医療というものもある。最近では遺伝子レ ベルのDNAまで細分化していって、検査、治療 を行いましょうと。キュアというのが非常に細か に対象を切り刻んでアプローチしていくという方 向性が非常に強い。そういうことを行うためには、 人、もの、金、情報等の医療資源を集約すること があるので、必然的に病院といったような場が生 まれてきました。

さて、ケアはどちらかといえば慢性期のご老人が中心です。慢性期の老人であっても当然急性増悪というのがあるので、キュアの中にケアも入り込み、逆もまたあるということを前提にしながらも、近年、緩和ケアやエンド・オブ・ライフ・ケアの領域では、死を拒否したり延長するのではなくて、死は避けられないと受け入れてゆくという方向性が明確ですね。キュアが要素還元的であることに対して、ケアはかなり全体論的です。例えば看護師、保健師の方々は患者さんの社会的背景やその人の生活シーンを全体的に見て、その人の価値観、あるいは信条といったものをもトータルにとらえようというアプローチもかなり取られております。

WHOの「健康とは」という定義に、「スピリチュアル」という言葉が使われて久しくなりました。 昔「霊的」と訳されて、関係者の中でずいぶん議 論がありました。近年はスピリチュアルというカタカナ英語が普及しているので、関係者もこの言葉を使ってきているわけです。というような観点で、健康とは「単に病的あるいは虚弱が存在しないことではない」とされています。

寝たきり患者も非常に増えていますね。私はUnhealthy cycle と呼んでいるのですが、あまりにも疎診疎看なゆえに、褥瘡が非常に大きな日本の特徴とされてきました。2000年に厚労省が「褥瘡を発生させた病院にはペナルティを課す」と発表した瞬間、日本中の病院はパニックになって褥瘡委員会を相次いで院内に作らざるを得なかった。しかしながら、個別の医療現場での対応というよりは、役割分担が曖昧で、病院の数やベッドの数は多いけれど医師、看護師は非常に少ないというところが根本にあると言ってよいでしょう。よって疎診疎看が増えるにしたがって、寝たきり患者も増えざるを得なかったサイクルが、日本の医療の一つの負の側面を端的に語るものです。

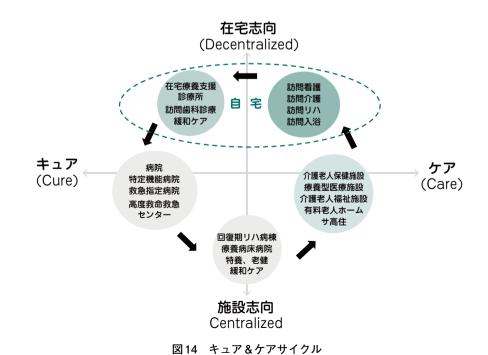
雨後のタケノコのように、病院以外にいろいろな施設ができていますが、どういったシステムを使ったらいいか、患者さんの視点でははっきり分からない、ということが多分現実でしょうね。いろいろなシステムがどんどん出来てきているものの、施設間の連携もあまりよくない、それらをつなぐナショナルに統一的な電子カルテさえもないような状態において、いろいろな施設で同じような検査を行う。共有できないので、やればやるほど効率化が阻害されてしまう。

そういった中で今現在、この状態を解消しよう ということで地域包括ケアシステムが盛んに喧伝 されています。これは単なるイデアル・タイプ(理 念型)ですね。こういう方向でやっていきましょ うといったような考え方、アイディアだけはあるけれども、現実的にはかなり後手後手に回っています。したがって患者さんの行動という意味では、どこに行ったらいいのかよく分かりません。さあ、どうしましょう、ということですね。なので、特殊なコネを持っているとか、知識を持っている。保健医療福祉サービスリテラシーが高い患者さんはそれなりの行動がとれるのでしょうけれど、そうでない大方の患者さんというのは満足な行動がとれないような状態にいるわけです。

これから患者さんの行動としてはケア・キュア・サイクル(図14)をグルグルと巡ることになります。例えば、診療所からあるとき急性期ケアを受けるために医療サービスを病院で受ける、それからリハビリ病院に行く、福祉施設に行く、在宅に帰る、といったようなことをグルグルと繰り返しながらだんだんとエンド・オブ・ライフ・ケアに入っていくというようなパターンです。急性期、回復期、慢性期、そして終末期といったサイクルをシームレスに廻してゆくシステムづくりが求められています。近い将来はマイナンバーを利用してトラッキングしていくと、こういったサイクルが一人の患者さんに対してひとつのデータ

として入手できるので、このようなヘルスリサーチはこれから非常に有用な分野になってくると思います。こういうサイクルに沿った患者の行動、どういう行動をとっているのか、どういう施設にどういう病名で入り、どういうサービスを受け、どのようなコストで予後がどうなったのか、といったデータが今後できあがってくる。私はこういったところに注目していきたいと思います。

裾野の広いサービス産業の中でも、保健医療、福祉介護は、残念ながら非常に付加価値が低い。多くのヒューマンリソース、看護師、保健師、介護職、福祉職を養成し、定着させる必要がある。非常に労働集約的で、ITもあまり活用しない、プラットフォームもないような状態ですと、こういったヒューマンサービスはパイは広がっても経済成長を牽引するようなことはないと私は考えている長を牽引するようなことはないと私は考えていましたがって保健、医療、福祉サービスの高付加価値化のためにはイノベーションが必要ということです。ですから、看護師や保健師の方々の活動をイノベーションするという要請は非常に高いものがあります。システムが複雑になると、内部にのがあります。システムが複雑になると、内部に循環構造(ループ)が形成されると言いましたけ



れども、まさにこれからループが形成されるちょうど黎明期に我々はいるわけです。

8つのケアシフト

■ケアシフト1:

キュア&ケアサイクル循環構造の創発

さて、8つのケアシフトが今日本では進行して いる。それを一つひとつお話してみようと思いま す。まず一つは、キュア・ケア・サイクルに沿っ て徐々に循環構造といったものができつつありま す。これは何かというと、我々が診る患者予備軍、 あるいは将来の人ないしは患者は、こういったよ うなシステムをうまく使わなければなかなか良い キュアやケアが受けられないということですね。 かつ、こういったプレイヤー、あるいは個々の施 設の側でもそれなりに循環構造を作りつつあるわ けです。医療の世界ではまさに連携というキーワー ドで呼ばれていますが、実は連携は連携では終わ りません。その先にあるのは連合であり、統合で す。統合とはネットワークが面で包摂されるよう なこういう状態のことです。サービス提供者の側 の行動もこれからはかなり変わってきます。

例えば、今、アメリカやオーストラリアでは一 般的なのですが、Integrated Health Network (IHN) といったシステムが立ち上がってきています。もっ とも医療の世界はいろいろな専門分野が入ってき ているので、Integratedという言葉に対してもい ろいろな定義があります。私は経営学の方向から 入ってきているので、「経営的な統合」という意 味で使っています。ショーテルという学者は「IHN とは、あらかじめ定められた人々に対して継ぎ目 のない医療サービスを提供し、調整機能を担い、 財務的に継続可能な経営を行い、人々の健康状態 に関する臨床上のアカウンタビリティを果たす組 織のネットワーク」と言っています。例えば長野 厚生連は、病院グループを中心にいろいろなシス テムを統合してグループ化、地域のセーフティー ネットとしてカバーしていきましょうという組織 構造を作っています。民間では聖隷福祉事業団等 が着々と統合戦略を進めています。そのような中、

統合戦略を可能たらしめる法的な改正がすでに行われています。それがホールディングカンパニーを作っておいて、その傘下にいろいろな組織をぶら下げて一括して経営できるといった、非営利ホールディングカンパニー型法人制度です。厚労省と経産省がアメリカに学んで、アメリカにおける非営利の持ち株会社、非営利のホールディングカンパニーを研究して日本に導入。保健医療福祉サービスと、今申し上げたようなビジネスという観点で統合しようという企業家精神の旺盛な方々は、必ずこういう統合を目指しますね。

これまでは日本の医療におけるシステム提供者の行動というのは水平統合でした。水平統合というのは、似たような機能の医療機関を多地域に展開するだけです。かつての日赤病院等は、同じような機能の病院をいろいろな町に作っていますよね。地域における差別化も十分できていないし困ったと、今結構苦しんでいます。これは済生会も全社連も同じような問題を抱えています。なぜかというと、人口が急激に伸び、高度成長のタイミングで戦略をとったためで、当時は水平統合戦略は合理的だったのですが、今やその合理性といったものはほぼ失われています。このような動きも大きなケアシフトです。

■ケアシフト2:政策制度イノベーション

それから、制度のイノベーションということもこれから期待されます。医療サービスは**図15**のような階層構造をなしています。一番上に患者さん、そして医療保健福祉サービスを提供する組織がある。1枚のレイヤーですが、今やこのレイヤーがバラバラと崩れていろいろなプレイヤーが立ち上がり、健康増進、予防、アセスメント、診断、計画、治療ケア、慢性期支援と、別々にいろいるなサービスをインタラクション(相互作用)として行っているわけです。我々はその一つ深いところにはプラットフォームの存在を見るわけです。日本の医療保健福祉サービスのプラットフォームはかなり遅れています。先進国の標準的なプラットフォームはかなり遅れています。先進国の標準的なプラットフォームにかなり遅れています。先進国の標準的なプラットフォームはかなり遅れています。先進国の標準的なプラットフォームは電子カルテ、あるいは電子カルテに

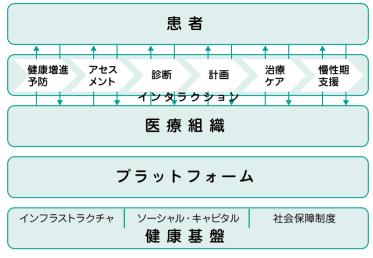


図15 ケアシフトその2、政策制度イノベーション

歴といったものがすべてリンクしていますが、日 本はバラバラです。これには理由があって、いろ いろなベンダーさんが自分たちの標準を前面に打 ち出して、マーケットシェアを取るためにその権 利を専有化するといったことをやらざるを得なかっ たわけです。結局、相互乗り入れがなかなかでき なかった。日本医師会もそういう限界をよく分かっ ていたので、専有されていないソフトウェアつま りオープンソースを活用して電子カルテを作りま しょうと動いていましたが、うまくいきませんで した。その結果、残念ながら標準化されずに、い ろいろなプラットフォーム的なものはありながら も、ナショナルレベルでは一貫性に欠けるといっ た、非常に頭の痛い問題がある。健康基盤には、 様々なインフラストラクチャ、人の信頼関係とか 絆といったような、目には見えないけれど重要な ソーシャル・キャピタルがあるということですね。 例えば先ほど申し上げた褥瘡ケアにおけるイノベー ションというのは、社会保険医療制度において減 算のみならず、いろいろなものが加算もされていっ た。したがって、プラットフォームでは日本褥瘡 学会が立ち上がって、様々な先進的なリスクアセ スメントツールを研究しながら、日本褥瘡学会独 自の褥瘡ケアシステムを構築し、一気に全国の医 療組織に広まった。その結果、患者さんと臨床イ ンタラクションはかなり劇的に変わりました。こ

のイノベーションが起こる30年くらい前は、パタパタと褥瘡を乾かしていた。今は逆ですよね。湿潤環境を作って、体位交換も頻繁に行い、2層式以上の良質な除圧分散マットレスを活用してまずは褥瘡を作らないというリスクマネジメントから始まって、できてしまったら近代被覆材を活用してケアする。褥瘡イノベーションというのは、これらすべての領域をクロスオーバー(融合)して起こったイノベーションです。大事なことは、制度から変わったということですね。ケアシフトにとっては、政策制度イノベーションが非常に要請されてくるわけです。

■ケアシフト3:ケア諸学の台頭

それから、先ほどから申し上げているヘルスケアシフトが始まってくると、だんだんとキュアからケアのほうに変わってきますね。もちろんキュアというのは近代科学をベースにしているので非常に物質的な現象に注目をする。普遍性、一般性、因果律、効果、効率、根拠、論理を重視するのですが、ケアはこういったものだけではなく、スピリチュアルなもの、あるいは精神的なものに対する対応もしなくてはいけない。科学的なキュアのほうは普遍性、一般性を求めているのだけれども、ケアのほうは個別的、あるいは特殊ですね。その場にいる患者さんという個別の事象に対してアプ

健康管理:2016.1 17

ローチするという意味で、非常に個別性の強い世 界が広がっています。それから、キュアのほうが 効率とか効果を重視するのですが、ケアの方は意 味といったことを重視する傾向が近年台頭してき た。キュアは非常に論理を重視するけれど、ケア のほうは情緒、情念、ナラティブ、そしてその延 長線上に哲学といったものをも対象にしてゆきま す。今日、ご参加の看護師、保健師の皆さんはも ちろん科学的なキュアを行うと思いますが、ケア シフトがどんどん進んでいけば、キュアだけの対 応ではなかなか支えきれない。支えるためにはケ アの方向に拡大して見ていかなければならないと いったような大きなシフトがあるのではないでしょ うか。すると、ケアの対象は人間にとどまらず、 自然環境、地球環境というように鳥瞰していかな ければなりません。このような事柄を押さえたケ ア諸学が今後現れてくる必然性があります。これ は学問上のケアシフトですね。

■ケアシフト4:キュア&ケアサイクルをカバー するヘルスケア情報学

それから、キュア&ケアサイクルをカバーする ICTプラットフォーム・イノベーション。これらの基盤となるヘルスケア情報学の確立。いかに計測され得るあらゆる情報をビックデータ化し有用なものとして活用してゆくのか?サービスとしてのヘスルケアはインフォマティクス(情報科学と情報処理を包括した概念)によって効果的にサポートされる必要がある。図16のプラットフォーム階

層にキュア&ケアサイクルをカバーするICTプラットフォーム・イノベーションが起こりつつあります。さらに、医療組織、医療専門職と患者のインタラクションのあり方を劇的に変えてゆきます。これはもう待ったなしです。

いつでも(おおむね30分以内、できれば10分以内に)、どこにでも(中学校の校区内で)、誰にでも(全支援、要介護者にも)、需要に対応するといったようなユビキタスなケアシステムが、例えば地域包括ケアという理念で叫ばれるのみならず、具体的な場面で様々な組織資源群をまとめるような行動を誰かがとらなければならない。誰が回す?誰が調整するのか?これらの問いにこたえるためには、情報そして、情報を体系的にマネジメントするインフォマティクスが必要です。

筑波大学の川口孝泰先生が、Telenursingという本を英文で発表し、世界中で読まれています。 看護でも今後、バイタルサインに埋め込まれている感性的情報をテレナーシングに結び付けて活用するICTプラットフォームといったものが待ったなしですね。これもひとつ大きなイノベーションになることでしょう。ビッグデータ・プラットフォームというのは図17のイメージですね。スマートにマネジメント、スマートにライフサイエンスを構築していく。そして健康診断、人間ドック、保健指導、母子手帳、フィットネス、健康食品等、こういったプレメディカルな領域をリンクさせていって、かつ、電子カルテ、医事会計、処方箋、検査、予約、ホームドクター、訪問介護、

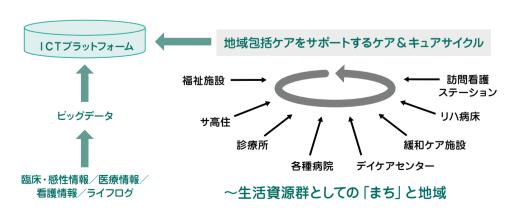


図16 キュア&ケアサイクルをカバーするICTプラットフォーム・イノベーション

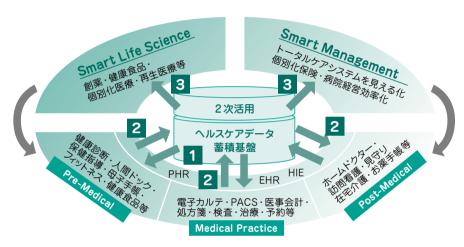
見守り、在宅介護、お薬手帳等といったようなも のが、いずれ統合されてゆくでしょう。

こう考えてきますと、ビッグデータによって地 域包括ケアシステムが再構築されると、例えばプ レメディカルな領域もガラッと変わらざるを得ま せん。

図18は遠隔看護のシステムの事例です。保健 師的な活動でも十分に活用できるので、これは非 常にインパクトの大きな社会イノベーションにな ることでしょう。

■ケアシフト5:ヘルスケアリテラシーと哲学

かくもいろいろなシステムができあがってしま うと、どこにどう行ったらいいのか、迷ってしま いますね。地域包括ケアシステムもまだまだはっ きりソリューションの体を成していません。こう いうときに、やはり我々は一人ひとりの患者もし くは患者予備軍として、知恵をつけていかないと システムに飲み込まれてしまいます。そういった 意味合いのヘルスケアリテラシーが大切になって くる。私の知人で順天堂大学の樋野興夫先生とい



- (1) 堅ろうなセキュリティ・プライバシー制御で保護された高信頼・高可用なクラウド上にヘルスケアデータを蓄積し、一元的に管理
- (2) 各ステージにおける各種データの検索・分析・見える化によるPDCA実現
- (3) ビッグデータ2次活用によるSmart Life Science · Smart Managementの実現

図 17 ビッグデータ・プラットフォーム

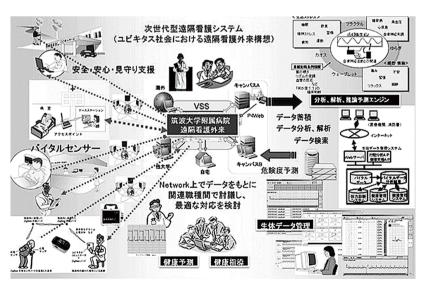


図18 遠隔看護システム(出典: 筑波大学川口孝泰研究室資料)

う方がいます。がんを抱えて暮らす人は全国でおよそ533万人にのぼると言われています。この方は、がん哲学外来というイノベーティブな活動をされています。手術、抗癌剤、放射線治療といったれています。手術、抗癌剤、放射線治療といったれています。手術、抗癌剤、放射線治療といったの苦しみをケアすることはできません。そこで、実存的に生きること、死ぬことに対する意味づけ、つまり哲学を医療者、患者、健常者を含めてカフェのような場で問い、医療の隙間を埋めるような場を全国の町に創っています。先ほどヘルスケア諸学の台頭ということをお話ししましたが、本質的なケアの一つの方向は、人間の実存を対話や「言葉の処方」によって深く問いなおしてゆく哲学を深めることだと思います。

キュアの臨床の現場も、このように、要素還元 的なキュアから全体論的なケアへシフトしてきて います。

■ケアシフト6:非営利サービスエコシステム

さて、非営利サービスエコシステムというのも、 大きなシフトですね。近代資本主義の精神という のは、簡単に言えば「より遠くへ、速く、効率的に、 貪欲に己の利潤を求め、成長する」ことです。そ れを刷り込みすぎた日本人は成長神話の信者です。 ケアシフトとはこの反対です。つまり「よりロー カルに、ゆっくりと急がずに、意味を紡ぎ、他者 の利益を満たしながら、身の丈にあったスタイル で持続してゆく」というスタイルです。

私はこのスタイルが、東京のどこにあるのかな、と長年見てきました。近代資本主義からポロリとこぼれてしまった地域、一生懸命働いて、良い給料を取って、良い食生活をし、良いところに住むことができる、それができないような方、ホームレスの方。そういう方々が多い地域が、山谷です。さて山谷には、非営利自立分散型サービスエコシステムというのができつつあります。怖いところというイメージがあるためか、特に妙齢の女性の間では人気のある街ではありませが、実はある

例えば山谷マックという NPO は、住所不定の アルコール依存症の方々のための回復サービスを 行っています。それから NPO きぼうのいえとい うところでは、身寄りのない人向けのホスピスケ アを行っています。コスモスハウス「おはな」と いうところは、生保受給者向けの良質な無料低額 簡易宿泊施設を運営しています。NPO山友会は、 ホームレス向けの無料診療所や無縁者の埋葬、死 んでからのケアといったものを行っています。あ るいは自立支援ホームとかいろいろなサービスが 立ち上がって、それらが相互に連携して活動して いるという意味では非常に先進的な地域だと思い ます。むしろ、資本主義の枠組み内の産業をター ゲットにした保健活動もさることながら、産業と か市場から排除されてしまった方々に対するケア が非常に重要な意味をもつと私は思います。皆さ んもこのことを気持ちのどこかに入れておいてい ただければよろしいのかなと思います。

■ケアシフト7:国家構造の転換

図19に4すくみの資本主義体制とあります。 この資本主義体制での優等生的な生き方を紹介し ましょう。一生懸命勉強して学校に入り、きちん と就職、まじめに三十数年間働く中で、できれば 結婚をして子どもを作って親になり、借金して家 を買って、といったような第1、第2の人生中心 の生き方が核家族を形成。この核家族が産業資本 主義にまじめな労働力を提供して賃金を遣って大 量の消費をし、豊かな生活を送る。これによって 勤労者や法人は国家に納税し、国の方はきちんと 納税すれば国はまじめに働く人や企業を守ってく れるような幻想を与えて、産業資本主義は法人税 等で政府に協力して、産業政策等で資本主義を拡 大してゆきます。かたや医療の役割と言えば、今 言ったような人生前半の10万時間、特に第1の 人生、第2の人生、資本主義を一生懸命支える人 に対して、そういう人が病気になった、怪我をし たというと、きちんと治して歩いて家まで帰って もらいましょう、その代わり保険料を払ってくだ さい、という大きな合意があったわけです。

ところがこの物語、あるいは資本主義の暗黙的 合意にスポッとはまる労働人口が今現在どんどん 減っている。そこからはみ出したり排除される人々

意味で山谷は先進的です。

も増えている。65歳以上、この物語を卒業して しまって、さあこれからどうしたものかといった 人が増え続ける。日本という国が延々と作り上げ てきた大きな絵物語、つまり資本主義の4すくみ の体制が今だんだんと壊れつつあるのです。

したがって近代とは、第1の人生の延長線上にある第2の人生を真ん中に置き、第2の人生の価値を最大化する社会でした。近代化によって、人類史上初めて15歳から50歳くらいまでの生殖可能窓が最大限に開き、第2の人生を有効に利用する条件が整いました。「家族」のあり方では、優良な労働力を生み出し支えるために、生殖の主人公(妻)、そして経済活動の主人公(夫)からなる「核家族」が主流化してきた。「経済」のあり方では、産業社会が効率的なモノづくりと市場による交換で利潤を生みだす資本主義が主流化。「家族」「経済」ともに第2の人生を中心に展開させる構造となりました。

近代的医療というのは、第1、2の人生に罹患する感染症、急性期疾患、怪我のキュアが中心でした。これは前に述べたウイルヒョーの「単一病因論」。標準治療。患者は治ったら歩いて家に帰る。医療システムは病院にいろいろな資源を集めたキュア施設だった。近代国家は15歳から50歳までの生殖可能窓人口を重点的にキュアする仕組みを一生懸命作ってきた。これ自体、一つのキュアシフトを経てできあがったわけですが、今現在はキュ

アシフトをほぼ完了し、ケアシフトに行かざるを得ないということです。ドイツの宰相ビスマルク式の社会保障——リスクのプールと社会保険による現物支給を、日本は手本とした。古い時代の影響をかなり強く受けているのです。アメリカ型の新自由主義、市場原理医療ではなく、公助、共済、互助といった、まだまだ誇るべきソーシャル・キャピタル、人と人との絆、あるいは信頼関係、こういったものが介在する国民皆保険制度を日本は選択したわけです。

したがって、現在の日本は近代の前提条件、つ まり4すくみの資本主義体制から逸脱しつつあり ます。なので、保健医療福祉サービス関係の方々 が五里霧中であるのも無理もないことです。近代 化により平均寿命をどんどん伸ばしていって、生 殖可能窓が最大限利用された結果、日本や欧州で は人口が4~5倍に増加した。1947年には日本 の平均寿命が50歳を超えた。今後10年で人類史 上初めて日本を先頭にして生殖後人口、つまり赤 ちゃんを産み育て、働き、消費し、投資するとい う資本主義を現役として支えるといったフェーズ を卒業した人口がなんと過半数を超えてしまうと いう、生命の歴史始まって以来、人間という種の 中でも日本人に現れてしまった、極めて特異な現 象と言わざるを得ません。生殖後の期間、第3の 人生が中心となるような時代において、一人ひと りの生き方、あるいは国家の保障のあり方、ある

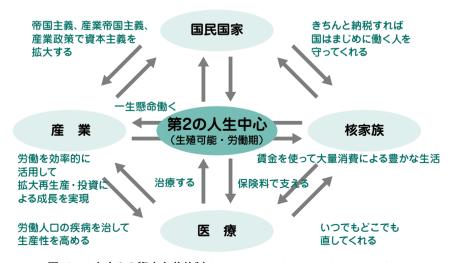


図19 4すくみの資本主義体制(出典:長谷川俊彦資料2014年を修正加筆)

いは老後の過ごし方、老後の自分へのケアの仕方、 コミュニティでのケアの仕方、すべての局面でま さに大実験中なのです。

どこにも答えはない。日本が38億年の生命史の中で生殖後人口の価値観を基本とする社会を、初めて創造しなければいけなくなってしまった。こういう難しい時代に我々はおかれてしまったのです。未踏高齢化社会、ケアシフト社会の日本は人類にとっての実験国家であると。日本は近代、キュア全盛時代に適応させようとした複雑なシステムを現在、まさに転換している過程にある。すなわち国家構造もケアシフトの真ん中にあるという状況です。

■ケアシフト8:働き方、生き方の転換

我々日本人は、生命の歴史、人類の歴史を振り 返っても、きわめて稀有な状況に現在いるわけで す。古代インドの人生観として、人間の人生は4 つに区分できるという発想があります。四住期と いって、学生期(ものを学ぶ時期)、家長期、林 **棲期**(一人になって森の中で静かに隠棲する、林 の中に棲む時期)、最後に遊行期、ちゃらちゃら 遊びまわるのではなく諸国を放浪しながら思索す る時というような人生の過ごし方を、古代インド の方々は理想としたわけです。なぜかというと、 古代インドでは寿命が短く、林棲期や遊行期を迎 えるくらいに長生きできる人はあまりいなかった からです。ところが現代日本人は平均寿命が、女 性86歳、男性80歳。ランセットという医学雑誌 が発表した日本人の健康寿命もNo.1と出ていま した。平均寿命も1番、健康寿命も1番。こんな に恵まれた国民は歴史上いませんでした。長生き して、しかも健康寿命も長い。人類の夢が日本で 実現されているのです。

しかし、主観的幸福度ランキングでは日本は下位の方ですね。客観的幸福度ランキングも、主観的ランキングよりは高めですが、先進国の中ではかなり低い方です。いったいなぜだろうと私は思いますね。

3年前、アフリカのコンゴ民主共和国という国 に出張で行きました。コンゴ民主共和国の厚生大

臣や官房スタッフの方たちとディスカッションし ました。すると、コンゴ民主共和国という国は 平均寿命が45歳くらい。健康統計さえないので、 あくまで「くらい」といことです。GDPは1ケ タで日本の300分の1。お金もない、すぐに死ぬ。 でも人々の笑顔は屈託がない。日本は、お金は結 構ある、不況といえども、失った20年間といえ どもお金はまだまだあって、経済も多少は成長し ていて、平均寿命も健康寿命も長いのに、電車の 中の人を見るとみんな暗い顔をしてスマホ等をい じっている人が多いですね。今後は日本人の一つ のテーマとして、いかに幸せなるかということを そろそろ考えなくてはいけないし、単にこういっ た医学、医療の客観的なインデックスで得られる ような、死亡率とか罹病率、平均寿命、健康寿命 といったようなものの延長線上に、我々は一人ひ とりの幸福とはいったい何であるべきなのか、こ ういったことを展望する働き方、生き方の変換と いったものを、求められていると思います。働き 方、生き方にもケアシフトが求められています。

最後に

今、人類始まって以来の大きな変化が起こっている。そういった中で、目の前のできごとに右往左往するのではなくて、大局的に、今日お話したような歴史的な変化の中で、自分はこれからどういう役割を取りうるのか。そして、8つのケアシフトのどれでもいいので、具体的なムーブメントのどこかに関与してイノベーターになりうるのかを考え、そして行動していきましょう。イノベーターにとって自律と共創がキーワードになりますね。純度の高い専門性を確立してまずは自律し、他の方々、様々な組織と一緒になって新しいものごとを創造してゆく。これを共創といいます。

つたない講演でしたが、このようなことを構想 するうえで、皆様方にとって何らかのご参考にな ればと思う次第です。ご清聴ありがとうございま した。