

## 日本病院会雑誌 病院学 2006年4月号

## 目次

巻頭言：療養病床の廃止・再編は地域の医療を混乱させる……………渡部 透 3

グラフ：永寿総合病院…………… 4

## 〔特別座談会〕

平成18年度診療報酬改定をめぐって

——医療保険・介護保険のダブル改定の方向と意味, 病院の対応——

……………山本 修三・池上 直己・邊見 公雄・(司会) 石井 暎禧 12

## 〔病院長・幹部職員セミナー〕

日本の医療改革と統合ヘルスケアネットワーク……………松山 幸弘 22

シンポジウム「地域医療と連携」……………(座長) 大井 利夫 44

(1) 済生会熊本病院の連携医療……………須古 博信 45

(2) 過疎地域の医療連携を考える……………夏川 周介 57

(3) 地方の中小病院からの発言……………松本 文六 76

(4) これまで私たちが行ってきたこと……………吉井 宏 89

(5) 討 論…………… 99

## 〔事務長・看護管理者セミナー〕

マスコミからみた病院の今日的な課題……………渡辺 俊介 106

## 〔資料 保険教室〕

医師のための保険診療手引き(第19版)……………総合病院国保旭中央病院 125

## 〔ようこそ日病へ・新入会員の紹介〕

横田病院(富山県)

「最新の設備と高度な技術で地域に密着した医療を目指す」……………横田 力 154

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報3月号」巻頭言……………関口 久紀 155

〔一番町だより〕平成17年度第3回定例理事会 議事抄録(平成18年1月16日)…………… 164

〔お知らせ〕診療情報管理課程通信教育第69期生の募集について…………… 170



## 療養病床の廃止・再編は地域の医療を混乱させる。

厚労省の医療制度構造改革試案の新たな高齢者医療制度の創設の項をみると財政の観点からの記載が大部分であり、以前にも見たことがある心身の特性にふさわしい体系の構築などとの相変わらずの文言があるのみである。そこには高齢者が最も求めている、生活機能の向上や日常生活における尊厳の保持に応えようとする意欲がみられない。その流れとして厚労省の介護療養病床案があるのではないか。構造改革でなく独断的な財政改革といえる。先ずはもっとも国民の視点に立った議論から開始すべきである。

医療経済研究機構の「療養病床に関する調査」でも、介護療養病床の患者の70%以上が一定の医学的管理を要する状態以上であり、またその半数は容態の急変が起きやすいか、病状が不安定となっている。また平成13年の介護サービス・事業所調査によると実際に医療処置を受けた者の割合は老健と比べても相当な差異があり、介護療養病床の患者の医療依存度は高いことが分かる。一方において今の介護施設では、医療提供は十分に対応できないとの医療側の不満が多くある。日医の調査でも、都道府県医師会担当理事の7割から、特養、老健での医療行為の制限が問題との回答があった。また、介護療養病床の平均介護度が4.2で、要介護度5が52.5%も占めており（新潟県）、老健の平均介護度3.3、要介護5が22.5%であるのと比べて介護サービス提供内容でも大きな差がある。このようなことからしてもどうして老健や特定施設（老人ホーム、ケアハウス）への転換という発想ができるのか。利用者はどこへ行けというのだろうか。当局が実情を知らないわけではないと思うが。「尊厳ある長寿社会を」というかけ声は

どこかに吹っ飛んでしまったようだ。

この問題の解決のためには、介護とか医療とかの縦割り行政のなかでのやりとりでなく、療養病床における介護、医療の提供を一体的に、かつ整合性を持ったものにするにはどうするかとの視点が必要と思う。財源問題はその後でよいのではないか。

一方、病院管理者側から見ると、またもや梯子を外されたかとの思いがある。平成4年の第4次医療法改正で療養病床群の新設以来、報酬等での優遇や、介護保険制度開始からは参酌標準の決定など、政策誘導が行われた経緯がある。厚労省は今になって介護、医療の療養病床の入院患者の状態に変わらないこと、入院医療の必要性が低い患者が相当数入院しているというが、両療養病床の基準等をほとんど変わりなく設定し、そのようになるよう報酬体系も決めたのではないか。そのことは関係者すべての了解事項であったはずだ。まさに信義を軽んずるものだ。国の行政への不信感や重く、長く尾を引き、各所で影響が少なからず出てくるのではないかと思われる。

平成16年以降に食住費の自己負担化への対応から介護療養病床から医療療養病床への転換が急増しているというが、38万床から15万床まで削減となるとこのような病床転換という手法は取り難くなる。

療養病床を有する病院は圧倒的に民間立に多く、しかも200床以下の中小病院が80%も占めている（新潟県）。中小の民間病院にとっては重大な経営危機である。またそれらの病院が支えてきた地域医療の混乱も懸念される。

財団法人ライフ・エクステンション研究所附属  
**寿永寿総合病院**

活動年齢を永らしめ、幸福な長寿に貢献する。それが「ライフ・エクステンション」の理念です。ライフ・エクステンションとは、本来「生命の延長」という意味ですが、単に長生きをするということだけでなく、社会活動に積極的に参加できる年齢をできるだけ延ばそうという思いを込めて名付けられたものです。

永寿総合病院は1956年（昭和31年）の開院以来、上記の理念に基づき、予防・治療・リハビリと一貫した医療活動を展開してきました。

平成14年2月、地域中核病院として、現在の地に新規オープンしました。急性期から、療養型病棟、緩和ケア病棟まで幅広くケアミックス型病院として、今後ともその機能を拡充してまいりたいと考えております。

■病院の全景（北西面）





1、2階吹き抜けの待合ホール／台東区の昼と夜をイメージしたレリーフのかかる待合ホールです。



■健診センター／ロビーラウンジにはリラックスした気持ちで検査ができるような配慮があります。

## 病院の沿革

昭和28年 5月	社団法人ライフ・エクステンション倶楽部として許可される	平成1年 9月	当研究所機関誌「永寿総合病院紀要」を創刊 以降毎年発刊
昭和31年 2月	東京都台東区元浅草に研究所の附属機関として永寿病院を開院する 160床	平成12年 3月	新病院の建築着工
昭和32年 1月	季刊専門誌「高齢医学」を発刊	平成12年 9月	財団法人日本医療機能評価機構の定める認定基準（一般病院種別A）を達成し認定証を受領
昭和40年 11月	附属病院が総合病院として許可され「永寿総合病院」となる。	平成12年 10月	緩和ケア病棟（9床）を開設
昭和42年 2月	法人格を財団法人ライフ・エクステンション研究所と変更する	平成14年 2月	現在地（台東区東上野2-23-16）に新病院を開院する 400床



■手術室（院内感染に配慮した設計）／各病棟に陰圧の病室と陽圧の病室を、手術室にはバイオクリーンルームを設置しました。また、外来には感染症の患者様のためのスペースがあります。

MR I（磁気共鳴装置）は1.5テスラの高磁場現像装置，X線CT（コンピューター断層装置）はマルチスライス機能搭載の高速現像装置を設置いたしました。

■CT装置



■MR I装置



医療設備



■ LDR (4階) / Labor Delivery Recovery = 居室型分娩室という個室で出産できる設備です。



■ 理学療法室 (3階)

災害時後方支援病院として災害時を想定した耐震構造建築、ヘリポートの設置や井戸水の確保などを実現しました。



■ 4床室（個室的多床室）



■ 廊下（8階）



■ 食堂（5階）



## 病棟

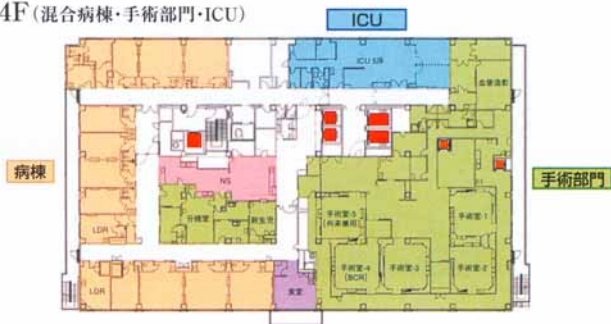
各病棟に食堂を設置し、病棟別のシンボルカラーの色彩や、多くの絵画を飾るなど、癒しの環境を創りました。



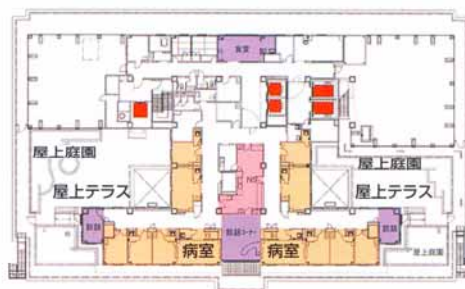
■緩和ケア病棟屋上庭園／平成17年度・日本園芸協会主催全国ガーデニングコンテストに入賞した、四季の花で彩られる素敵な庭園です。

## フロアのご紹介

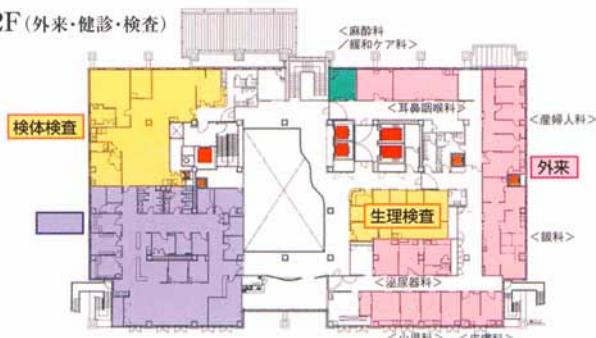
4F (混合病棟・手術部門・ICU)



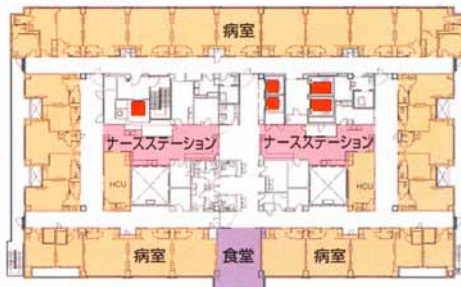
9F (緩和ケア病棟)



2F (外来・健診・検査)



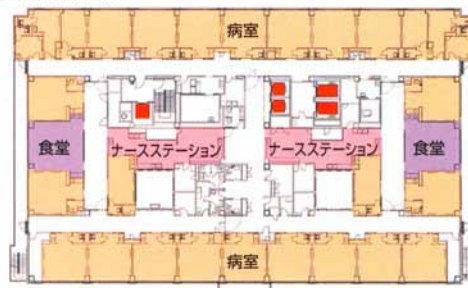
6～8F (一般病棟)



1F (外来・救急・放射線)



5F (療養型病棟)





# 財団法人ライフ・エクステンション研究所 附属 永寿総合病院

## 理 念

活動年齢を永らしめ、幸福な長寿に貢献する。

ライフ・エクステンション (Life Extension) とは、本来「生命の延長」という意味ですが、単に長生きをするということだけでなく、社会活動に積極的に参加できる年齢をできるだけ延ばそうという思いを込めて名付けられたものです。

## 病院の概要

- **名 称** 財団法人ライフ・エクステンション研究所附属 永寿総合病院
- **所 在 地** 〒110-8645 東京都台東区東上野 2 丁目23番16号
- **電 話** TEL 03-3833-8381  
FAX 03-3831-9488
- **ホームページ** <http://www.eijuhp.com/>
- **開 設 者** 財団法人ライフ・エクステンション研究所  
理事長 原田 歳久
- **管 理 者** 病院長 崎原 宏
- **開設年月日** 昭和31年2月11日 (平成14年2月1日に現住所に新築移転)
- **診 療 科 目** 内科・神経内科・消化器科・循環器科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・呼吸器外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・麻酔科・救急部・健診センター
- **許可病床数** 400床 (療養型92床・PCU 18床・ICU 5床含)
- **職 員 数** 医師45名 看護師205名 その他173名 合計423名 (常勤のみ)
- **建 物 概 要** 敷地面積 3,786.76㎡  
建築面積 2,183.84㎡ 延床面積 18,455.40㎡  
地下1階 地上10階 屋上ヘリポート 建造物高さ: 44.6m

# 平成18年度診療報酬改定をめぐって

## ～医療保険・介護保険のダブル改定 の方向と意味、病院の対応～

日本病院会会長

山本 修三

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授

池上 直己

全国公私病院連盟副会長（中医協委員）

邊見 公雄

司会：日本病院会雑誌・ニュース編集委員長（中医協委員）

石井 暎禧

石井 今回の診療報酬改定は、医療保険と介護保険のダブル改定に当たり、医療供給体制及び介護保険システムの大きな変革の時期とみられます。

今日は特に医療用療養病床について、医療と介護の機能のあり方ということで長年この類型に関していろいろ提案されてきた池上先生をお招きしました。その問題が中医協の場で1つの結論を出せる状況にきています。これは医療保険と介護保険の関係に決定的な問題をはらんでいるので、今度の同時改定の意味を確認し、医療のあり方を再度見直すことにします。この問題は急性期病院、療養型病院のいずれにとっても重要です。同時に今回の改定でDPCを拡大する方向も示されています。その辺を中医協委員である邊見先生にもご出席いただき議論したいと思います。

今回中医協に初めて病院代表が加わり、病院医療の諸問題を討議できる状況となりました。1号側（支払い側）から「中医協で病院医療についてきちんと議論したのは初めてだ」との注目すべき発言もあり、我々病院代表の参画は、歴史上の大きな事件だと思えます。

最初に邊見先生から、中医協に出たときの感想をお聞きます。

邊見 このたび日病協から我々2人、石井先生

と出していたんですが、これは実に画期的なことです。なぜならば、日本の医療費の7割近くを病院は使っていますし、170万人の職員をかかえているのに、これまでその代表が出ていなかったからです。中医協の法律では委員は医師の代表とされていますが、病院は30もの職種をかかえています。

本当かどうか分かりませんが、「医」という文字は、矢による傷を癒すため医師、薬剤師、看護師の3つの職種で囲み、一方だけ開いているのは、本人の治る力とか運、家族の看護力などが必要とされるためといいます。ところが矢を囲む職種が増えて、今は検眼紙の横はどっちが開いていますかというくらいです。チーム医療の仲間の代表としての意見を我々なら言えると思います。

もう1つは、今、病死の方の8割は病院で亡くなり、病院は治すだけでなく看取りの場でもある。がんとか脳卒中などいちばん労力が要るところも診ているわけです。私は委員就任の挨拶として、勉強した意見ではなく、週3回外来を受け持っている立場から意見を述べたいと言いました。現場の声を聞いてもらえるので非常に躍る気持ちを持ったことが最初の感想です。



### 療養病床の再編問題

**石井** 今回、診療報酬改定に関しては、非常に総花的で、いろいろな問題が整理されつつあり、改定範囲は広いです。今回の改定の中心は病院の機能ですので、その点を踏まえて、今回の療養病床の再編問題について池上先生からお話いただけますか。

**池上** 普通、制度というのは白地の上を書くわけにいかず、何らかのしがらみを引きずっているわけで、老人医療が無料化された30数年前に遡って考える必要があります。それまで高齢者は5割を負担し、いわゆる社会的入院はおろか、必要な医学的入院も難しい状況でした。これが一挙に無料化されて、慢性不足の特別養護老人ホームに代わって、病院が高齢者ケアの受け皿になっていました。ところが診療報酬は出来高払いのため、老人病院で不適切な医療が行われたために社会的に非難されました。

そのため投薬や検査を包括するいわゆる“マルメ”になり、代わりに人員配置に応じて人件費を保証するかたちが15年前に導入されたわけです。それはそれで薬漬け、検査漬けという非難に対応できたんですが、今度は医療処置が必要な患者がマルメの病棟では入院しにくい状況が生じて、そ

の流れで療養病床は介護保険に移管する方針ができた。しかし、介護保険の保険者は保険料を高くしたくないという思いから、慢性期の患者を介護保険に全部移すのではなく、実際当初の予想の半分以下しか移らず、その後若干増えても療養病床全体では医療保険のほうが多い状況が続いています。

そこで本当に医療が必要な患者が医療療養病床にどのくらいいるか、また介護療養病床との患者の違いはどうかなどを調べても差はほとんどないわけです。そうすると医療保険と介護保険に分ける意味があるか、そもそも病院として存続意義があるのかが問われてきます。まず、医療が提供された場合の費用を保証する制度が必要で、介護保険ではそれはつくれなかったので、医療保険のなかで医療の必要の程度に応じた報酬体系にすることが医療療養病床に対する改革の突破口になればと考えて、私は包括評価分科会の会長として新しい患者の分類に取り組みました。

包括評価とは、患者がどこに分類されたかによって報酬額が決まる方式で、これはDPCも慢性期も全く同じです。慢性期評価に関する今回の案では、医療度に応じた11の患者分類に従い報酬が決まるので、少しはコストに応じた報酬になるのではないのでしょうか。気管切開を受けた患者など

の転院も受け入れやすくなり、医療療養病床は急性期病院の受け皿としてより機能すると期待できます。

**石井** 今度の制度をつくるなかで、どこがいちばんご苦労なさいましたか。

**池上** まず、療養病床はどういう機能を持つべきかという問題です。当初7月の段階の案では、肺炎などは療養病床でなく一般病床で治療すべきとされましたが、現場からは、そうではないというアンケート調査の結果が出て、分科会の病院長の委員も療養病床で対応すべきと判断され、中医協委員の賛同もいただきました。この場合難しいのは、ケアミックスの病院を前提に考えるか、療養病床のみの病院とするかですが、ケアミックスでは転床は可能ですけど、療養病床のみの病院も全体の半数近くある。少し熱が出たからといって転院させるべきかどうか、それは難しいと思うんですね。これは、出来高払いによる入院医療が適切という前提を採るとそういった批判も出てくると思います。

**石井** 山本先生、この問題に関連して、病院全体の現状と今回の改定の意味するものなどを総括的にお話いただけますか。

**山本** 医療保険・介護保険のダブル改定を契機に、医療から介護へという1つの流れを見直すという意味では非常にいいタイミングだと思います。

病院医療で特に問題になっている慢性期医療のあり方が、池上先生のご説明のように整理されたことはよかったですと思います。そして中医協に日病協から石井、邊見両先生が参加された背景には、このままでは介護も含めて医療が立ち行かないという社会的状況があると思います。お2人が現場のことをしっかりと説明され非常に評価が高い。

そのなかで、療養病床と社会復帰との関係にまだに1つの疑問があります。急性期から亜急性期、回復期ときて療養型へという転院の流れのなかで、療養病床から社会復帰できる人とできない人の2種類の流れがある。社会復帰できない人が医療療養病床に残っている現状にあって、療養病床は医療型と介護型の2つに分かれています。実



山本修三会長

際問題として両病床の位置づけと区別が、今までは明確に整理できにくかったわけですが、今回の案で整理していただいた。

そうすると、残りは特別養護老人ホームと老人保健施設で、特養はちょっと別ですが、老健はいわば医療の中間施設、療養の役目をするはずと思っていたが、これが特養化している。これからの老健の位置づけ、老健と療養病床の関係はどう整理されますか。

**池上** 会長の言うとおりに、必ずしも社会復帰しない状況はあります。ベルトコンベアみたいに、急性期から亜急性期、回復期、リハビリ、療養期があって在宅へという定型的パターンを通る患者の割合はむしろ少ない。そのどこか途中で止まるか、地域から療養病床に入ってまた地域に戻るといったパターンなどいろいろな組み合わせがあると考えたほうがいいです。必ずしも川上から川下に流れるだけではないと思います。

老健も施設として二極化するのと同時に、施設ごとにも特養的患者と入退を繰り返す患者に二極化しているのではないかと思います。特養と老健のアイデンティティの違いというと、老健の施設長は医師であるので、特養の患者が仮にかなりの割合を占めていても、本来の任務は社会復帰である。しかし、当初考えていた、病院から老健に行って、そこから在宅という流れは極めて少なく、地域と老健を行き来する割合のほうが多いわけです。

そういったかたちの老健と療養病床とではどこが違うか。人員配置は明らかに違いますが、入所されている患者さんは違うかという点、これも重複があるのは事実だと思います。

**山本** それで整理されたときに初めて慢性期療養ということがきちんと定まるのかなと思っています。ですので。

**池上** 今度、居住費というかたちで徴収するようになりましたので、老健、特養、介護療養病床は費用徴収という観点では限りなく住居に近づいているわけです。いちばん典型的な例は特養で、ユニットケアに入ると11万円くらいかかると、ケアハウスとほとんど変わらない。むしろケアハウスのほうが医療は充実しているかもしれません。ケア付き住宅にすると、訪問看護も来れるし医師も往診できる。対して特養は嘱託医はいるが、夜間は看護師がいない。それがいいかどうかは別問題としても、流れとしては本来の施設の枠組みを変えないといけないうわけです。

**山本** その辺の問題についてはもう1つ先がありますよ、というふうに考えていいですか。

**池上** はい。

**石井** 特に介護療養病床の性格が問われていますね。それを媒介にして、老健、特養を含めた全体のシステムをつじつが合っているかどうか。次の介護保険の問題として残っています。そういうかたちで全体の問題点が浮かび上がったという点では今回の同時改定は意味があります。

**池上** 介護療養病床に入院し、医療が必要な方は医療療養病床に、逆に医療療養病床にいて医療があまり必要でない方は介護療養病床に移すことで、病床の規定を変えるのではなく、患者の一部を交換するわけです。(注：座談会終了後、平成23(2011)年に介護療養病床の全廃が決まったので、こうした前提は根底から崩れた。)

**石井** 現在の制度はそのままにして、診療報酬、介護報酬の棲み分けによって、機能分化は進むということですね。



池上直己氏

### DPCについて

**山本** もう1点、先ほどDPCの話が出ましたが、日本病院会の役員会では、今まではDPCは避けて通れないから研究しようみたいな話でしたが、これはちゃんと対応していきましょうという認識に変わってきている。かつて出来高制が良い医療だと思いついてきたのを、決してそうではないと認識されてきた。手挙げ病院は、DPCによって良い医療が提供できるという考え方で動いたと思うんですね。そういう意味では病院団体にとって、DPCは選択肢の1つとして、きちんと対応していくと同時に、今のような経済情勢のなかで、経営努力のインセンティブが与えられるような方式にしてもらわないといけません。

**石井** 日病協の診療報酬実務者会議に出ているんですが、おのおのの団体はこれまでの経緯や立場があるから、DPCの問題はどうかと思ってたんです。しかし、DPCも療養病床の問題も皆さん大局的にものを見られ、びっくりするくらい意見が一致し、中医協ではやりやすかったですね。

今回、積み残したのは精神病院問題です。老人問題は介護保険で一応対応ができてきたけれど、精神障害への対応については診療報酬で手がつけていない。今後、この分野に対する社会的な支援が問題にされるという気がします。

**池上** 精神病院とか精神医療の場合も基本的に包括評価の考えは導入可能だと思います。つまり、

臨床的にも妥当で、かつコストもほぼ均一であるという分類をつくる。医療的に大変な部分には報酬が約束される体系をつくるのがすべての基本だと思えますね。

**遠見** DPCについては、特定機能病院のいちばん忙しいところの先生方は、何でバリエーションのある我々のところからと疑問視している。むしろ療養病床とか精神病床からやってほしいという意見で、これは正論だし説得力がある。MDCの17番目に精神を入れるかどうかですが、精神病床は3年、4年という長期入院の評価に比べて、急性期は非常に気の毒な点数です。精神科の急性期で患者を抑えついたり、夜暴れたり、ナースもドクターもしんどい目をしているところを、もうちょっと評価するためにはDPCがよいのではと石井先生とも話していたところなんです。

**山本** そうですね。今そこは大きな不合理があって、例えば精神疾患を持った患者さんが身体の合併症を発症したときに、その治療を精神科の病床でやるとすごく評価が低くて、一般病床に行くのと全然違う。こういうギャップはおかしい。特に外科系の合併症にうちの病院はずっと取り組んでいます。精神病床でやったら採算がとれないわけです。その辺はDPCのほうがいいと思います。ただ、精神科の先生は何とおっしゃるか分かりませんけど。

**遠見** DPCで<sup>じくじ</sup>忸怩たる思いというか、出遅れているのは自治体病院で、自治体病院は千もあります。その大部分の病院ではDPCにいちばん必要な事務職が予算上ギリギリの態勢なので手が挙げられない状況にあります。診療情報管理士については私は医療職と判断し雇っていますが、国家試験がありませんから事務職扱いとなり、大部分の病院では雇えない。

**池上** 包括評価導入の分類では、2つの観点から質の担保が必要です。1つは分類に用いるデータの質の担保で、2つ目は提供するサービスの質の担保です。今はDPCの分類名だけをレセプトに付けて、安静と観察をして、何日かして退院していただければ、収益率はいちばん良くなるわけで



遠見公雄氏

す。したがって、正しい分類が付けられることが重要となります。そのことを担保するための条件は何かをこの間のDPC評価分科会で検討した結果、既存のDPCの試行的病院、特定機能病院の全部の病院ともすべてクリアしている項目はどれ1つなかったんですね。これから参入する病院には高いハードルを設けると、早い者勝ちとなったり、特定機能病院のように無条件にDPCの対象病院になった病院においてクリアできていない基準を課すのはフェアとはいえないと申しあげたんです。

**遠見** ダブルスタンダードというか、後から来る者には厳しい条件ということで、早い者勝ちというわけですね。

**山本** しかし、指定された特定機能病院は国で全部レールに乗せてくれたんだから、これからそこはきちんとしたかたちのDPCにしていくべきです。

**池上** もう1つのDPCのアキレス腱は、医療機関調整係数です。なくしたいのはやまやまですが、現実に1日当たりの医療密度は特定機能病院の間でも違いがあるので、1入院当たりにはできなかったわけです。これは特定機能病院の間において医療の標準化はなされていないことの裏返しなんですけど、問題は、新たにDPC対象病院が入れば入るほど、先発の特定機能病院との間の医療密度の差が拡大することです。これでは、医療機関調整係数を終息させるという選択が非常に難しくなります。特定機能病院だけに限って5年くらいやっ

ていれば、医療機関調整係数は縮小して終息できたはずですが、いろいろな病院が試行的に適用され、DPC対象病院の幅が拡大したことで、調整係数の格差も拡大したわけです。調整係数は平成22(2010)年になくすと言っていますが、医療機能を評価する何らかの係数は残るとみられます。

**山本** 普通の疾患については特定機能病院と一般病院とも同じ医療を行っていると思いますが、病院全体で見れば特定機能病院と一般病院の機能は随分違うので、それを1つの係数で全部くくるのは無理です。均質する医療内容ごとにグループ分けされ2つのルートができる方向なのかどうか、池上先生いかがですか。

**池上** 保険者側はまた別の議論があると思えますし、また、教育研修費をどう補填するかという臨床研修指定病院を含めた課題もあるわけです。

**遠見** 私もDPCについては、地方の小さな自治体病院と、特定機能病院とを調整係数によらず別立てし階層化すべきだと思います。区分として、地方ごと、さらに機能ごとに、11段階の医療度と同じく病院の階層化みたいなことが必要になるのではないですか。

**池上** DPCの調整係数がどう変わるかは、病院にとって死活問題です。変えることは原理的には可能で、EFファイルといって、出来高で仮に請求した場合の裏データがあるわけですね。これに基づいて医療機関調整係数を改正するのは合理的といえます。しかし問題もあって、仮に薬剤を後発品にシフトした場合、出来高とした場合の実績がガクッと下がるので、係数も連動して下がるわけです。これは個々の病院の薬価差に応じてその病院の薬価を下げることと同じで、経営努力のインセンティブがなくなり頭が痛い問題です。

**石井** 現状はそうなっているわけですね。

**池上** いえ、今はEFファイルに基づく変更はしていないと言っているんですね。一部の特定機能病院はデータが整備されていないから、整備された病院だけが不利益を被るような改正はできないという意見ですが、逆にそれは薬価差を放置していることと同じにもなるので、これもあまりフ

ェアじゃない。

**石井** その辺の隘路をどうするか。

**山本** 今の1日単価のDPCを標準化した段階で、単価を1DPCに変えると整理できるのでは。

**石井** 疾患ごとのばらつきが縮まってくれば、スタンダードができるので、それで疾患別係数が精密化されると個別の病院係数は言わなくても済むようになると思いますね。

**池上** DPCの分類の作成はそれぞれの専門医会に丸投げしたわけです。MDCは非常にきめこまかいものから、かなり粗いものまでさまざまで、また、合併症のある方が係数が下がっていたり、あるいは違う分類のなかで1日10円とか100円しか変わらないというのもあります。そもそもなぜ1,700分類も必要なのかということです。DRGは500でそこに手術料も入っている。今の未熟なDPCの形式を拡大していかという問題もあります。

**山本** 試行病院のデータを含めて分析し広げると思っていました、外からはその作業があまり進んでいないように見えます。

**池上** DPCの分類の見直しをDPC評価分科会ではやっていません。分科会の最大の仕事は、私の委員としての印象では、包括評価で粗診粗療が起きていないかを検証することであって、それ以上でもそれ以下でもないわけです。

**石井** ある意味、疾患特性によって病院係数はできあがっているのだから、疾患ごとのばらつきが整理されないといけない。そうしないと、病院係数は縮まらずにフェアでない気がします。

**山本** インフラ整備がまだ十分にできていないという考え方をすれば、手挙げ方式でとにかく参加すればいいよというより、もう少し何かそこに参加する条件が必要だと思います。

**石井** 現実的には今はDPCのデータをきちんと出すのが大変で、それが出せれば僕はいいと思います。ほかに余計なものをつけると、今までたいいていそのことで変な方向に行ってますから。

**山本** それは先生、ぜひ言ってほしいと思います。DPCをやる以上、それを出せるか出せない

かで決めるべきだと思います。

**邊見** もう1つのDPCの意義は、IT化促進の側面があるので、このためのインセンティブを付けてほしい。患者に分かりやすい医療になるのに、これになかなか点を付けないというのは何なんでしょうね。

**山本** レセプトIT化ができる仕組みにしたら非常に透明度が高まりますよ。それは医療側が反対しているのではなくて、今の仕組みをどうやってメーカーがIT化するか。これができないだけの話ですから。

**石井** DPCが普及していくうえではIT化を進めざるをえないです。原価分析がDPCできちんとできるという構造がないといけません。ようやく疾患ごとの原価分析ができる方向に来ているので、これが進めば、もう少し診療報酬もフェアになると思います。

**池上** 管理会計を病院として導入する際に、クリニカルパスは患者の原因によるバリエーションなら許容できるけど、医師あるいは病院組織によるバリエーションは許容すべきでないと思います。入院期間やサービスの内容の違いはすべて患者に原因があるというのが出来高払いの建前だったんですが、実態はそうではないんです。

**山本** そこは出来高払いのいちばんの欠点ですよ。

**池上** 包括評価になるとその理由がどっちにあるかが、100%回答は出ないまでも、少しは分かってくる。ただ問題はそれが約子定規の評価で、全部、医師に責任が転嫁されるんじゃないかという危惧があることは事実です。

#### 医師不足問題

**山本** そういなかで、これから日本の病院はどうなっていくんでしょう。例えば、政府与党の医療の大綱が出た。それから診療報酬改定の協議が進んでいる。この両方について、日本病院会の会長の立場で言うと病院の現実はこのものじゃない、もっと厳しいですよ、となるわけです。

特に産婦人科医の不足によって地域医療が窮地

に立たされつつある実態が、方々から耳に入ってきています。例えば、沖縄北部で産科が皆無になり大臣が全国の医師に呼びかけてもいまだ赴任されないことや、埼玉の某市立病院が、ある日「産婦人科はやめました」となり、お産の患者さんが困っているなどです。

こういう現実を見ていると、今の医療政策は何なんだろうって思います。邊見先生がおっしゃるように、現実を見ながら改善につなげることをきちんと考えていかないといけません。

**邊見** 私の地元の兵庫県は、北部が非常に厳しいところですが、3つの町が郡を越えて合併した香美町というところでは、鳥取、京都、神戸の各大学の真ん中に位置するため、いずれの大学も医師を派遣できず、合併後全部引き揚げてしまった。娘や孫がお産をしに帰りたいとしても全然駄目ですね。結局、地域医療はこのままでは持たない。あの辺は豪雪地帯で冬になると交通網は何もないんです。しかし人はいっぱい住んでいるんですよ。

合理化で郵便局の次に病院と学校がなくなったら、日本中で住むところがものすごく減ってきますね。僕は老後は山古志村みたいに雪や錦鯉、闘牛といった生活にあこがれていますが、ああいうメルヘンチックな日本の原点だと思ふ場所の医療はみんな捨てていかれる。世の中が豊かになるにしたがって不便になっているような気がする。

**池上** 医療安全の問題でいえば、産科はいちばん訴訟が多い。元気な妊婦が入って、万が一亡くなったら、原因は患者というより病院に向けられてしまう。安全上、麻酔科医もいなければいけない。例えば飛行機のように安全水準をどこまで設定して整備するかと同様に、医療の場合も透明度が上がるほど安全の水準を高めるといふのなら、医療費をいかに投入して、拠点病院以外にも、それだけの安全水準をクリアする施設を配置できるかという問題が出てきます。すべての部門でクリアするメガセンター的なものではなくて、この病院は例えば婦人科については三次機能まで補完する。分散型の科別ごとの拠点病院が構想できます。

**邊見** 選択と集中みたいな。石井先生は産婦人





石井暎禎氏

科医ですよね。

**石井** とくに現場はやめちゃいましたけど、外国の小説なんか読むと、昔のゼネラルフィジシャンは産科までやったんですね。このレベルの安全度で済む時代とは違い、現在求められる安全水準に対して1人で24時間365日というのは絶対無理です。特にお産の場合は急変するので、しばらく診ていない患者さんが来て5分で生まれると医師はととても駆けつけられません。ここで何か起こったらアウトなので、ある程度複数の医師を集中することはやむをえません。しかし、集中はもう相当進んでいて、個人の産科開業はほとんどなくなっています。問題は、産科医不足が起きているなかで、その集中したところが崩れ始めている、または集中したためプランチ的な分担が全くできなくなった。今度は産科であれ、小児科救急であれ、實際上、逆に機能しないところまで患者の集中化が起ってしまったともいえる。

今回、厚労省の検討委員会が出した公的病院を軸にしてという案では、拠点病院などがパンクしているの、むしろその先が問題と思っているんですがね。

**遠見** 私、10年くらい前に何かの記事で、アメリカの訴訟が非常に多い州では産婦人科医がみなよそへ移り、医師がいなくなったということを知り、こんなことが現実に起こるのかとその頃は思ったんですが、今日本でもそうになってきた。産婦人科は他の科の3.5倍くらいの被訴訟率で、負け

る率がものすごく高く、ハイリスク・ローリターンでしんどいというわけです。診療報酬でインセンティブを付けても、急にその科が増えるとはいえないのではないのでしょうか。

**山本** 世の中の趨勢は、たとえ産科の点数を上げたとしても、改善されるようなインセンティブは持ち得ないと思いますね。

**石井** ないですね。小児救急も同じですね。

**遠見** しかし、小児科医はいるわけでしょう。

**池上** ええ、小児科医は産婦人科の倍以上、3万人くらいいるでしょう。

**石井** ただ、いても開業したら救急はやりません。そこが問題なんです。集中したセンター病院が一次救急までやると、二次、三次ができなくなってしまいます。

**山本** 病院の中で医師が働きやすい環境をいかに整えられるかが、本来の医療制度改革のなかでいちばん大切なことだと思うんです。この間、済生会で経営管理のシンポジウムをやったとき、九州産業大の松田先生は、5年後の病院を予測する指標はアメリカでもほとんどないが、唯一の指標は現在病院で働いている医師の満足度で、これが高い病院は5年後必ず伸びると言われた。とすれば、そういう環境を整えるにはどうしたらいいのだろうか、もっと知恵を出さないといけない。

**遠見** 病院勤務者は、医師、看護師、薬剤師、医の字の矢を囲む3つの職種に限らず、みんなバーンアウト寸前ですね。そして、日進月歩の医療技術への対応も大変です。それから、患者さんの過剰とも思えるような要望。日曜の晩に救急車で来て小児科医を呼べと。内科医がいても小児科を呼べと。

それから、医療安全のためにいろいろな会議があります。また、マニュアル作りとか、これも事務職をあんまり雇えませんから、結局、ドクターやナースが作るわけです。このため、夜、家に帰ってもやらないといけないので心が落ち着く暇がないんですね。

中医協の場でも言いましたが、ナースにとっていちばん楽なのは離職です。ナースもICUとか、

救急部とか、手術室とかへ行ったら24時間オンコール態勢になりますし、いろいろクレームがつく確率も高くて、心身ともにしんどいですね。

ところが、薬剤師の場合、まだ1つも薬を調合したことがない女子薬大を出たてのお嬢さんでも、調剤薬局に雇われると初任給はうちの10年選手より高いです。

**山本** 10年選手よりも高く雇われる？

**邊見** ものすごく景気がいいですから、調剤薬局は。病院も昔は薬剤師のパートを募集したらいっぱい来ましたが、今はだれも来ません。診療報酬を病院につけてくれないからこうなったわけで、僕らはドクター1人ひとりが自分の給料を高くしてくれとは言っていない。人を増やすための原資が欲しい。それをだれも分かってくれない。

**池上** 私は診療報酬という名称はやめるべきだと思います。新聞の解説で診療報酬を医師の技術料と書いてある。医師の年収を極めて高めに2,000万円と設定しても25万人いるからそれは5兆円だけで、医療費30兆円余りの6分の1に過ぎないんですね。しかし、国民の意識、あるいは財務省の意識として、診療報酬が下がるといったら、高額所得の医師の報酬が下がるので良い決断というふうに誤解されるわけです。病院で切実な問題が起きていることがなかなか理解していただけないので、呼び名を改めたほうが良いと思っています。

**邊見** 何がいいですか。

**池上** “医療公定価格”と呼べば、そこには看護師の件費も入る。薬代が診療報酬の中に含まれるということもなかなか理解されていない。医師の所得と医療費が混同され、しかもその医師というのは病院の医師とは見られてません。

まず、ネーミングを変える必要があります。

**山本** ネーミングの問題は、日病でも疑問視されています。名前が悪いと。

**邊見** アメリカのホスピタルフィー、ドクターフィーとは性質が違いますから、改称するとなると難しいところがありますね。

私が中医協委員の就任の挨拶のときに、我々は

EBM（エビデンス・ベイスト・メディシン）をやっている、だからEBR（エビデンス・ベイスト・リオード）が欲しいと。これも報酬なので別の名前に変えるべきかも知れませんが、EBRという言葉を行らそうと思っていつも言っているんです。

**山本** 医療公定価格というのは分かりやすくしていいかもしれないね。

**池上** リオードよりリインバースメント（償還）かも。リオードというとなんか成功報酬という感じがするので。

**山本** 病院とか医療の夢ということでは、こういう環境のなかでも良い医療について真剣に考えている学者さんもあるし、実際良い医者もたくさんいるということが1つありますよね。

もう1つは、医学と医療の進歩によって、過去に我々が思い描いていた医療が現実に行えるようになってきた。再生医療とか、低侵襲で、しかも高い割合で病気が治る医療が出てきている。今やっと新しい医療によって「優しい医療」が提供できるようになった。21世紀に入って、これをどう伸ばしていくかが非常に重要だと思っています。

**石井** 全般的に、いろいろな病気が比較的短期間によく治るようになってきています。その辺はちゃんと評価をして、全体の医療がそれをスムーズにやっていけるようにすると同時に、医者側の側も技量向上のためにかつてよりはるかに勉強することが課されています。医療費コストを下げる発想だけでは困るので、医者も看護師も今は内部教育も必要になっているので、この辺を世間に理解してもらわなくてはなりません。

**邊見** チーム医療の向上のために、5時半の勤務終了を過ぎても7時頃までほとんどの病院職員は帰らず、みんなどこかの部屋で何かやっています。たとえば、NST、ICT、床ずれ防止チームなどの勉強会、接遇研修会など、いつも会議室の取り合いなんです。だから、別館会議室をプレハブでつくってやったりしています。

それからもう1つ、大学の医学部附属病院は経済面で一般医療と一緒にしたらかわいそうですね。

我々以上に精魂尽き果てて疲れていますよ。特に研修医の大学離れで臨床担当医がいなくなり、代わりに講師クラスは臨床に手一杯となり、研究する暇もなく疲れ果てていますね。これでいいのかなあと思ってね。

大学の附属病院については、文部科学省が考えるのか厚生労働省が考えるのか分かりませんが、何か考えないと将来的に困ると思いますね、日本の医療全体を考えたときに。

**池上** 診療報酬という名称を変えればよくなるものでもないんですが、健康保険法において教育研修に対する費用補償をしてはいけないという基本原則がある限り、大学病院を初め、研修病院が整備されても安定的な財政は難しいといえます。この同時改定が終わったら、原則論から変えていかないと問題解決になりません。診療報酬の中は行為ごとの引き上げ、引き下げの仕組みなどを用いて、ある種絶妙なバランスで対応してきたわけですが、この問題はそういう姑息的なことでは対応しきれなくなっているという気がしますね。

**石井** 診療報酬をめぐる諸問題は、医療提供体

制の問題とも絡まりながら改善される必要があるということが今日の座談会で確認できました。最後に山本会長から会員に対するメッセージを頂いて終わりたいと思います。

**山本** 病院にとって大変厳しいという話がメインになりましたが、今の状況を見ていると、何を言ってもしばらくは駄目だろうというような負け犬的な考え方ではなくて、どういう環境になっても、医師は医師として患者さんに対してしっかり取り組んでいきますよ、という姿勢を忘れたくありません。もう1つは、今まで医師はある意味でいい生活をしたり、いい環境の時期もあったかもしれませんが、現在の状況下で、患者さんにとって病院がなくなるとは困るという意味では、世間に対して本音でものを言っているんじゃないかと思います。我々は真剣にこういうふうを考えています、ということ世の中に発信することがとても大事じゃないかということで、今年は元気で頑張りたいと改めて思っています。

**石井** 本日はどうもありがとうございました。  
(平成17年12月7日)

# 人口減社会の到来と病院 日本の医療改革と統合ヘルスケア ネットワーク

医療法人社団誠仁会 専務理事

松山 幸弘

**座長** 松山先生をご紹介します。先生は昭和28(1953)年のお生まれで、東京大学経済学部をご卒業後、保険会社に入社されました。その後、1999年に富士通総研にお入りになり、2005年7月に現在の職務である医療法人社団誠仁会専務理事にご就任されております。レジュメにありますように多くの著書がありますが、今年(2005年)11月に、今日のテーマである『医療改革と統合ヘルスケアネットワーク』というタイトルの本を出版のご予定です。ご講演を「日本の医療改革と統合ヘルスケアネットワーク」というテーマでお話させていただきます。よろしくお願ひします。

**松山** (スライド1) 本日のお話ですが、まず医療市場の競争に内在する矛盾とは何か。つまり他産業とは明らかに違う点があるということについてお話しします。これを理解しないと、経済財政諮問会議のように何でも自由化してしまえば医

療は良くなるという議論に陥ってしまいます。次にその矛盾を解決する仕組みとして、IHN (Integrated Healthcare Network; 統合ヘルスケアネットワーク) が使えるということを解説します。そのマネジメントの構造は何か。例えば長野県くらの広さの医療圏で、関連する医療施設が集まってお互いに人的な求心力を高めながら良い医療をやっていく仕組みとは何なのかという、IHNのメカニズムをご説明したいと思ひます。次に、こういう仕組みはアメリカだからできるのであって日本では無理だと言う方もおられますが、実は日本のほうが先であったということもご説明したいと思ひます。それと、現在話合われている医療保険の都道府県別の再編成、それから平成18年度の医療法改正をにらんでどういう関係があるのかということと、仮に本格的なIHNが日本の風土に合わせてできた場合に、どうしたらグローバルスタンダードの医療にジャンプできるかということをご説明したいと思ひます。

1. 医療市場の競争に内在する矛盾
2. 矛盾を解決する仕組み:IHN
3. IHNの求心力
4. 日本にもIHNに類似した仕組みは存在する
5. 保険者協議会と医療機関の関係
6. 日米IHN業務提携の狙い

スライド1

**座長:** 日本病院会副会長 武田病院グループ会長

武田 隆男

## 医療市場の競争に内在する矛盾

### ■自由競争に任せればミスマッチが拡大する

まず、矛盾は3つあります。1つは「自由競争に任せればミスマッチが拡大する」ということです(スライド2)。

個々の病院が収益向上を図って生き残るためには、経営資源配分の選択と集中が非常に有効です。つまり1つの病院だけを取れば、他産業の企業と同じように経営資源配分の選択と集中をやれば明らかに黒字化できます。しかし、その結果、利益

医療市場の矛盾①

自由競争に任せればミスマッチが拡大する

個々の病院が収益向上を図り生き残るためには、経営資源配分の選択と集中が有効。



●利益率の高い医療サービス分野で過剰投資が起こり結果的に医療費が上昇、利益率の低い医療サービス分野の財源が奪われる。

⇒米国ですら、ブッシュ政権が営利目的の専門病院の事業を制限

●自由競争の下では、その医療圏における需要と供給のミスマッチが拡大、地域住民の多様なニーズに適切に応えることができなくなる。



税金に依存している公的病院は、単に黒字化しただけでは、公益機能という使命を果たしたことになる。⇒重複投資をゼロにしミスマッチ解消を達成したか？⇒地域住民のニーズに応えるためにベストをつくしたか？ が問われる。



講演中の松山幸弘氏

スライド2

率の高い医療サービス分野で過剰投資が起こって、結果的にはその診療分野の医療費が上昇、一方で利益率が低いほかの医療サービス分野の財源が奪われるということが起きます。これは世界共通のテーマで、あの自由主義の米国ですら、現在、ブッシュ政権が営利目的の専門病院の規制をしています。

これは2003年11月から始まった規制ですが、どういうことかということ、あとで説明します非営利目的の統合ヘルスケアネットワークの中核病院のすぐ近くに、例えば心臓手術の専門病院、軽装備のものを営利目的の専門医のグループがつくって、利益率の高い手術だけを奪っていくということ最近始めました。その結果として何が起きたかと申しますと、その医療圏で、例えば心臓の手術の医療費だけ物価が上がっていくということです。結果的に弱者救済財源も奪われていく。これはおかしいということで、アメリカのブッシュ政権がそれに対して規制をやっています。今後どうするかという結論を2005年の12月までに出す見込みですが、ここで大事なことは、資本主義が最も発達しているはずの米国ですら医療は非営利が中心だということです。

もう1つは、自由競争下ではその医療圏における需要と供給のミスマッチが拡大して、地域住民の多様なニーズに応えることができなくなるとい

うことです。他産業であれば、自由競争をしてより良い製品をより安く造っていけば需要と供給のミスマッチがなくなっていった日本国民全体のニーズに応えることができるのですが、医療は違うということです。大事なことは、税金に依存している公的病院は単に黒字化しただけでは公益機能を果たしたことはない。重複投資をゼロにしてミスマッチを解消したのかということが問われる。それが公益機能だということです。要するに地域住民のニーズに対応するためにベストを尽くしたかということが問われるということです。

私の説明に対して、ある自治体病院の院長先生が「要は黒字化すればいいんだろう」とおっしゃったのですが、公的な機能を果たす病院はそれだけでは駄目だということをまず認識する必要があります。

■努力した医療機関にベネフィットが還元されない

矛盾の2は「努力した医療機関にベネフィットが還元されない」ということです（スライド3）。医療以外の一般の産業では、ある企業が経営努力すればほぼ100%その経済的利益を自らが享受できます。ところが医療は違うのです。つまり質向上とコスト節約に努力した医療機関に経済的なベネフィットが100%還元されない。

具体例として2つ挙げておりますが、1つは出

### 医療市場の矛盾②

#### 努力した医療機関にベネフィットが還元されない

他産業と異なり医療では、質向上とコスト節約に努力した医療機関にベネフィットが100%還元されない。

(具体例)

- 出来高払いの診療報酬制度の下では、過剰診療解消に成功しても医療機関側は減収となり、利益を得るのは保険者側。
- 病院が電子カルテなど医療ITに投資しても、その金銭的ベネフィットの多くが情報共有相手先である保険者、検査機関、画像診断センターなどに行ってしまう。



#### <解決方法>

中心的役割を担う医療機関ネットワークと保険者が統合経営する。

スライド 3

### 医療市場の矛盾③

#### 公的病院が公益機能を阻害(日本特有の現象)

- 県庁所在地周辺に県立病院、市立病院、国立大学付属病院、国立病院、労災病院などが乱立、税金に依存した設備投資競争を行っている。職員給与も近隣民間病院より高い。



税金による赤字補填を受けることなく自らの経営努力で健全経営を行っている民間病院の存続を危うくしている。

- 自治体病院の累積赤字は1兆6千億円(2004年3月末)。「赤字は税金で埋めるのが当然であり自治体病院がなくなることは地域住民が納得しない」と主張する自治体病院長が依然として多い。



「自治体病院の赤字の最終負担者は地域住民」という事実を知らせれば、地域住民の態度は一変する。

スライド 4

### 医療市場の矛盾を解決するサプライチェーン改革

(定義)

医療産業のサプライチェーンとは、医薬品・医療材料の購買といった狭義ではなく、医療が患者に提供されるまでの財源、物、情報の流れ全体を包含する広義の概念。



医療サプライチェーンの効率化を推進する医療事業体モデルとして、米国のIHNが注目されている。

IHN = Integrated Healthcare Network 統合ヘルスケアネットワーク

スライド 5

来高払いの診療報酬制度下では、仮にある病院が過剰診療解消に成功してもその医療機関は減収となって、利益を得るのは保険者側だということです。もう1つ、日本でも起きているのは、病院側が電子カルテなど医療ITに投資しても、その金銭的なベネフィットの多くが情報共有相手先である保険者とか検査機関、画像診断センターなどに行ってしまう。これについてはアメリカ政府がかなり緻密に計算した報告書を2004年末に出しております。

この解決のためには、その医療圏で中心的役割を担う医療機関ネットワークと保険者が統合経営することが1つの方法だということです。

#### ■公的病院が公益機能を阻害(日本特有の現象)

医療市場の矛盾の3つ目は日本特有の問題で、「公的病院が公益機能を阻害」しているということです(スライド4)。県庁所在地周辺に県立病院、市立病院、国立大学附属病院、国立病院、労災病院が林立して、税金に依存した設備投資競争をしている。職員給与も近隣民間病院より高い。税金による赤字補填を受けることなく自らの経営努力で健全経営を行っている民間病院の存続を危うくしているということです。

日本全体の自治体病院の累積赤字は、2004年3月末で1兆6,000億円、2005年3月末で1兆7,000億円ありますが、これはすべて地域住民が将来的に税金で負担しないとイケないものです。これに対して「赤字は税金で埋めるのは当然であり、自治体病院がなくなることは地域住民が納得しない」と言われる自治体病院長さんがいまだおられます。しかし、「自治体病院の赤字の最

終負担者は地域住民」という事実を地域住民に知らせれば、地域住民の態度は一変するはずです。

### ■ 医療市場の矛盾を解決するサプライチェーン改革

その医療市場の矛盾を解決するためにはサプライチェーンの改革が必要です（スライド5）。サプライチェーンという言葉はまだ日本の医療界では定着していませんが、医薬品・医療材料の購買といった狭義ではなくて、医療が患者に提供されるまでの財源、物、情報の流れ全体を包含する広義の概念です。

このサプライチェーン全体を効率化するための医療事業体のモデルとして、現在、アメリカのIHNの仕組みが注目されています。

#### 矛盾を解決する仕組み：IHN

IHNのタイプ、仕組みにはいろいろなものがあります。つまり1つではないということです。要するにその地域医療圏で問題になっていることをどうやって解決するというヒントがそこにあるわけです。それを日本でも自らの医療圏に照らし合わせて選んでいけばいいということです。

（スライド6）アメリカの医療提供体制について概観しますと、アメリカの人口は直近の推計で約3億人に達しています。人口が日本の2.5倍であるアメリカの病院数は5,764です。日本は9,000

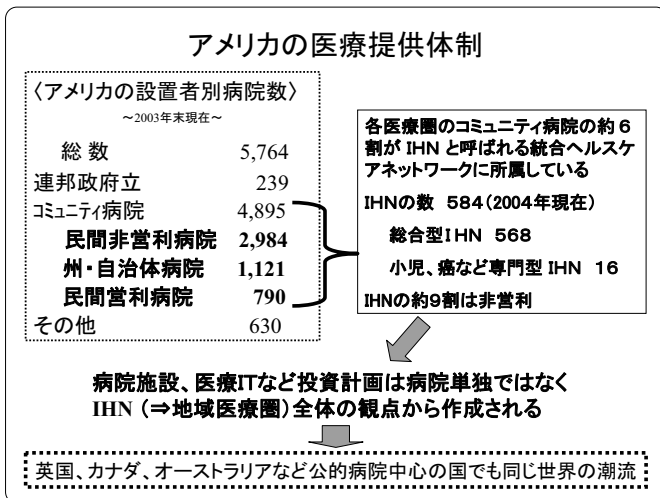
以上ありますのでかなり違いがあることが分かると思うのですが、注目しなければいけないのは5,764のうち、中心的なものはコミュニティ病院でこれは4,895あります。これが民間非営利病院、州・自治体病院、株式会社形態の民間営利病院の3つに分かれます。

2年くらい前、経済財政諮問委員会のメンバーのなかに、アメリカの病院は全部が株式会社病院だと思っている人がいました。2003年に特区担当大臣のスタッフから電話があり、「今から視察に行くんだけど、非営利病院より株式会社病院のほうがマネジメントが優れていると言ってくれる病院経営者を教えてくれ」と言われて、「そんな人はいない」と言った記憶があります。後ほどご説明しますが、営利病院と非営利病院の経営戦略は全く同じです。違いがあるのはその利益がだれに行くかという点です。非営利病院の場合は利益はすべて地域に還元されます。営利病院の場合は株主に行くという違いがあるだけなのです。

アメリカの特徴として、医療提供の中心を担うのは民間非営利病院と州・自治体病院ですが、現在、この約6割がIHNと呼ばれる統合ヘルスケアネットワークに所属しています。それが2004年に584あってその約9割が非営利です。いちばん重要なことは、病院施設、医療ITなどの投資計画は病院単独ではなくて地域医療圏全体の観点から作成される。つまり医療関連の投資

というのは点ではなくて面で決定されるということです。この考え方は実はアメリカだけではなくて、イギリス、カナダ、オーストラリアでも実践されており、これらの国々の医療提供体制は日本以上に公的病院の国ですけれども、ほぼ州単位でそのような投資行動を取っています。

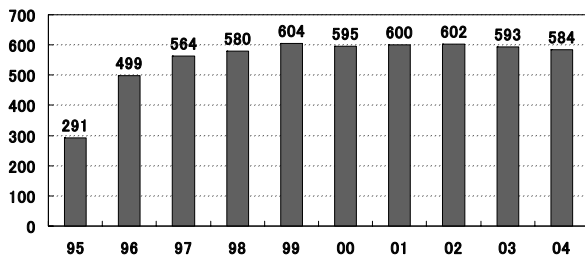
特に医療ITについては日本よりもイギリス、カナダ、オーストラリアがはるかに先を行ってござりまして、ほぼ州単位で投資をして、それを国全体で統合しています。



スライド6

## 1990年代に登場し急成長したIHN

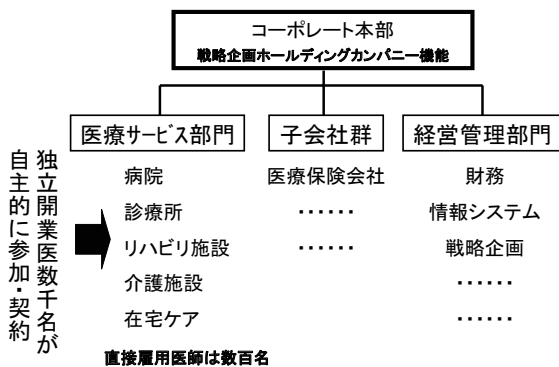
IHNの数の推移



米国内の主要医療圏のすべてをカバー  
各医療圏に複数のIHNがありブランド競争 → IHN間の合併により規模を拡大

スライド7

## 非営利 IHN の基本形



スライド8

## アメリカの IHN 研究の軌跡

- 2000年11月 経団連・米国医療産業集積調査団  
UPMC, Mayo Clinic, Crozer-Keystone Health System
- 2002年3月 アメリカ医療ネットワーク調査団  
UPMC, Sentara Healthcare, Henry Ford Health System  
Trinity Health, Intermountain Healthcare
- 2003年2月 Sentara Healthcare  
臨床プロトコル、医療ベンチマーキング、共同購買
- 2003年4月 Sentara Healthcare の経営陣を日本に招待しセミナー開催
- 2003年11月 Sentara Healthcare  
医療ベンチマーキング、医療サプライチェーン(購買・物流戦略)
- 2004年3月 Sarasota Memorial Health Care System, Sentara Healthcare  
経営戦略、臨床マネジメント、検査、リハビリ、介護、IT投資、人材育成、画像センター
- 2004年11月 Sentara Healthcare, Virtua Health, BJC HealthCare, AmeriNet  
経営戦略、医療保険の商品設計、IT投資、医療サプライチェーン
- 2005年4月 Kaiser Permanente  
完全クロス型 IHN の経営戦略と IT 投資

スライド9

三重県の市長さんにお聞きしたのですが、スウェーデンの自治体病院の視察をしたとき、スウェーデンでは市町村立の自治体病院をすべて県に統合したことで改革に成功したと説明を受けたとのことでした。それはまさにIHNの本質そのものなのです。

(スライド7) アメリカでこのIHNができたのは実は1990年代になってからで、その数は95年時点で291でした。これが一気に拡大して99年に604まで増えましたが、現在、IHN間の合併が始まっていて、今では584ということでした。

(スライド8) IHNのマネジメントの構造にはいくつかタイプがあるのですが、その基本形を解説すると、コーポレート本部、これは戦略企画を担う部門です。ここが中心となって、その下に医療サービス部門と子会社群と経営管理部門がぶら下がっています。大事なことは、この病院や診療所で働く先生方は、ほとんどが独立開業医の方々だということです。医療圏に平均3つから4つIHNがあって、開業医はそこと自由に契約できることになっています。IHN側はより良い先生に自分の施設を使ってもらうために、いろいろな設備投資をして環境を整えている。そうやってブランド競争をしているということです。

後ほど出てくるカイザーパーマネントは例外ですが、IHN自体が直接に雇用している医師は普通数百名程度です。赤字部門であるプライマリケアを担う先生は非営利のIHNが直接雇用して財源を補填しているというのが一般的な姿です。

日本の医療機関と決定的に違うのは情報システム部門のスタッフ数で、私



が訪問したところでは平均200~300名のITの専門家を直接かかえています。そこにはITベンダーとほぼ同じ人材が揃っているということになります。

(スライド9) 私は2000年からこの調査をやっていますが、ここにあるように臨床プロトコル、医療ベンチマーキング、共同購買、サプライチェーン、経営戦略の立て方、検査部門、リハビリ、介護施設などマネジメントのほぼ全体について、非常に詳しいヒアリングをやりました。その結果を11月に出版する本に書いておりますが、何といってもいちばん思い出になるのは、2002年3月に、アメリカに2週間行ったときの事です。こ

の時は経済産業省と厚生労働省の方にも来ていただいて全員で26名の大部隊だったのですが、その際のヒアリング結果がベースになっています。

### IHNの定義とタイプ別分類

(スライド10) IHNの定義はまだ進化を続けていて定まったものではありませんが、あえて言うのであれば、人口が大体200万人くらいの広域医療圏において、急性期ケア病院、亜急性期ケア病院、外来手術センター、クリニック、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所などを網羅的に有する医療事業体ということができます。さらにマネジメントの構造を分析するとこの6つのタイプに分

かれます。それについて簡単にご説明します。

#### ①純民間・1地域密着型

(スライド11) まず、「純民間・1地域密着型」ですが、これは1つの広域医療圏のみで事業展開するIHNのうち、連邦政府や自治体から補助金を一切受けず、財務が純民間で独立しているIHNということです。IHNで最も数が多い。代表例がセントラ・ヘルスケア (Sentara Healthcare) とインターマウンテン・ヘルスケア (Intermountain Health Care) です。特にセントラは、私がこの研究をするにあたって全面的に協力してくれまして、経営の内部資料を全部見せてくれました。私の千葉の自宅から彼らの経営内容が見られるようにデータベースをつないでくれて、ベンチマークを日々見られるようにしてくれました。それだけ協力をしていただいた結果、今回の本ができていくわけです。

(スライド12) セントラの医療圏がどういうところかという、東海岸バージニア州のノーフォークに世界最大の海軍基地がありますが、ここの半径約100kmが医療圏で、人口が約200万人

## IHNの定義とタイプ別分類

### <IHNの定義>

人口数百万人の広域医療圏において、急性期ケア病院、亜急性期ケア病院、外来手術センター、クリニック、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する医療事業体。

### (タイプ別分類)

- |              |                |
|--------------|----------------|
| ①純民間・1地域密着型  | ④純民間・医科大学業務提携型 |
| ②自治体立・1地域密着型 | ⑤医科大学主導型       |
| ③全国展開型       | ⑥完全統合クローズ型     |

スライド10

## ①純民間・1地域密着型

### <特徴>

1つの広域医療圏のみで事業展開するIHNのうち、連邦政府や自治体から補助金を一切受けずガバナンスと財務が純民間で独立しているIHN。IHNの中で最も数が多い。

### (代表例)

**Sentara Healthcare** <[www.sentara.com](http://www.sentara.com)>

本部所在地:バージニア州ノーフォーク

経営統合度評価ランキング開始以来8年連続トップテン。2001年第1位。

**Intermountain Health Care** <[www.ihc.com](http://www.ihc.com)>

本部所在地:ユタ州ソルトレイク

2000年~2005年の6年間で第1位5回。⇒2001年のみ第2位

スライド11

## センタラの医療圏

医療圏人口約200万人



バージニア州ノーフォーク（世界最大の海軍基地）

スライド12

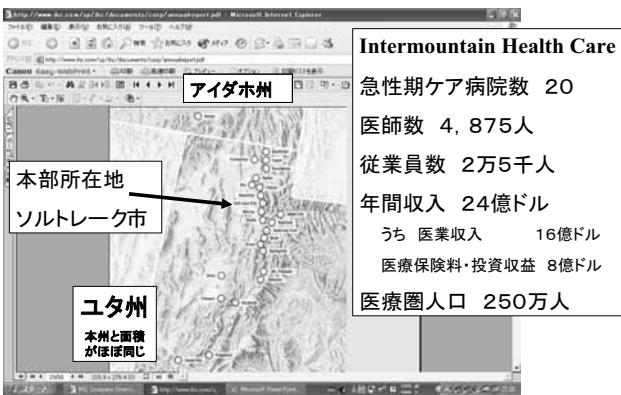
## センタラの収益構造

（単位 百万ドル）

	2000年	2001年	2002年	2003年
医療事業部門収入	696	766	860	1,042
医療保険事業部門収入	438	497	598	640
収入合計	1,135	1,262	1,458	1,682
<部門別利益>				
医療事業部門	28	36	27	43
（同利益率）	(4.0%)	医療部門の目標利益率は3.5% (4.7%)	(3.2%)	(4.1%)
医療保険事業部門	▲0.8	1	18	63
（同利益率）	(▲0.2%)	(0.2%)	(3.1%)	(9.8%)
資産運用部門	36	▲9	▲28	101

スライド13

## 評価ランキング第1位のIHNは砂漠と山の中



スライド14

です。そこに、急性期ケア病院は6つ、介護施設やプライマリケアの施設を含めると約70の拠点が、従業員数は約1万5,000人、これはパートも含んでいますのでパートをフルタイム換算すると確か1万1,500人くらいの事業体です。イメージとしては、日本では長野県か熊本県のような感じです。

（スライド13）収益構造は、2003年の売り上げ合計が16億8,200万ドルですから1,900億円くらいの規模の医療事業体です。

大事なことは、収益部門が医療事業部門、医療保険事業部門、資産運用部門と3つあることです。

資産運用部門というのは、アメリカの非営利のIHNの場合、母体となっているのが100年以上の歴史を持つコミュニティ病院ですので、そこはもともと財産を持っている。したがって、総資産のうちの純資産、自己資本率が6割で、その半分くらいが株や国債に投資されています。それがマーケットの上下によって収益が変わってくるということがあります。

センタラの場合は医療保険を持っていますが、アメリカの医療保険は3年に1回くらい黒字になったり赤字になったりしてかなりリスクのあるビジネスで、したがって584あるIHNのうち、医療保険を持つことができているのは約100で、ほんの2割に過ぎないということです。

いちばん大事な部門は医療事業部門で、医療・介護のサービスを提供している部門です。特徴としては収益の目標が利益の最大化ではなく、拡大再生産をするために必要な適正利潤、具体的には3.5%が標準になっていますので、3.5%の利益を確保できるように

運営しています。もう1つ重要なことはこの3.5%というのは慈善医療をやったあとの利益率だという点です。セントラの場合は医療事業部門が10億ドル(1,100億円)の医療収入を上げるに当たって約100億円の無料医療をやっています。そのあとでこれだけの利益を出しているということです。慈善医療は地域社会に対するミッション、やるべき使命だということです。

(スライド14) もう1つ、マネジメント評価ではセントラのライバルであるユタ州ソルトレークのインターマウンテンですが、評価ランキングでは4年連続第1位になっていたと思います。ユタ州は広さが日本の本州くらいありますが、人間が住めるところはごくわずかで、州全体のほとんどが砂漠と山です。そこにある病院グループがマネジメント力では全米1位とされているのです。ということは、人口過疎地=医療過疎地ではないということです(スライド15)。

人口過疎地、都市部のいずれに住んでいようと、地域住民の医療ニーズの内容は基本的に同じです。医療圏の面積つまり患者からみた医療機関へのアクセス条件の違いはあるものの、人口規模が同じであれば医療ニーズの必要は人口過疎地と都市部では大差がない。したがって、よく日本で叫ばれ

### 「人口過疎地」⇒「医療過疎地」ではない

人口過疎地と都市部のいずれに住んでいようと地域住民の医療ニーズの内容は基本的に同じ。

⇒医療圏の面積(患者から見た医療機関へのアクセス条件)の違いはあるものの、人口規模が同じであれば、医療ニーズの質量は人口過疎地と都市部で大差ない。



医療過疎地の発生は、医療提供側の努力不足に原因がある。

スライド15

る医療過疎地の発生というのは医療提供側の努力不足に原因があるということです。

### ②自治体立・1地域密着型

(スライド16) 次が、「自治体立・1地域密着型」です。特徴としては1つの広域医療圏のみで事業展開するIHNのうち自治体病院を核に設立されたIHNで、純民間のIHNと比較すると規模が小さいものです。代表例はフロリダにあるサラソタ・メモリアル・ヘルスケアシステム(Sarasota Memorial Health Care System)で、医業収入規模は500億円です。これはアメリカのIHNのなかでは最も小さい部類です。大事なことは、いちばん小さなIHNであっても医療の質ではトップ評価だということです。アメリカの場合、診療科別に医療の質のランキングが発表されます。スライド17

はアメリカの連邦立の病院を除く約5,000の病院の診療科別ランキングで、2004年にサラソタグループは、主要な診療科が50位以内にほとんど入っているということです。5,000のうちの50に入るということは相当なものであって、規模がいちばん小さくてもできるということは、医業収入が500億円を超えていれば、経営努力しただけでグローバルスタンダードをいつでもねらえるということです。

(スライド18) 自治体立のIHNのガバナンスの特徴ですが、ボードメンバ

### ②自治体立・1地域密着型

#### <特徴>

1つの広域医療圏のみで事業展開するIHNのうち、自治体病院を核に設立されたIHN。純民間のIHNと比較すると規模が小さい。

#### (代表例)

Sarasota Memorial Health Care System <www.smh.com>

本部所在地 フロリダ州サラソタ

年間医業収入 約500億円(2004年)

電子カルテシステムを自主開発するなどIT活用が進んでいる。

スライド16

## 小規模IHNでも医療はグローバルスタンダード



スライド17

## 自治体系IHNのガバナンスの特徴

～サラソタの場合～

- ボードメンバー9名は、各地区から選挙で選ばれる。
- ボードメンバーの任務は、経営執行幹部職員の監督と、自治体の税収入のうちどのくらいを医療に使うべきかを自治体に意見具申することにある。
- ボードメンバーは全員無報酬。⇒すべての非営利IHNに共通
- 経営執行役員である幹部以下職員全員が民間人。つまり、民間企業と同様にガバナンスと経営執行が分離しており、「ガバナンスは自治体と地域住民、仕事は民間人」という仕組みになっている。
- 役員会の模様はテレビ中継され地域住民に公開される。

スライド18

## ③全国展開型

<特徴>

中小規模の地域密着型IHNを複数束ねたIHN。収入ベースでみた規模は大きい、拠点立地が分散しているため、求心力が弱い。

(代表例)

- Ascension Health <[www.ascensionhealth.org](http://www.ascensionhealth.org)>  
 本部所在地 ミズーリ州セントルイス 病院数 63 総収入 91億ドル
- Catholic Healthcare West <[www.chwhhealth.org](http://www.chwhhealth.org)>  
 本部所在地 カリフォルニア州サンフランシスコ 病院数40 総収入54億ドル
- Trinity Health <[www.trinity-health.org](http://www.trinity-health.org)>  
 本部所在地 ミシガン州ノヴィ 病院数 45 総収入 53億ドル
- Providence Health System <[www.providencehealth.org](http://www.providencehealth.org)>  
 本部所在地 ワシントン州シアトル 病院数18 総収入40億ドル

スライド19

一（役員）は地区から選挙で選ばれます。ボードメンバーの仕事は実際の経営をすることではなく経営を行う専門家を任命するのが責務です。もう1つは自治体の税収入のうちどのくらいを医療に使うべきかを自治体に意見具申することにあるということです。

アメリカで典型的なことは、地域住民が払う固定資産税のうちの何割かが弱者救済のための医療財源に使われます。自治体立病院にそれが行くわけです。アメリカでは地域住民は自分が払った税金のうちいくらが医療に使われているのかがよく分かるようになっていきます。一方、日本の場合は分からないようになっていて、その違いは大きいと思います。

ボードメンバーは全員無報酬です。これは、アメリカの非営利IHNすべてに共通していることです。逆に言うと、この非営利IHNのボードメンバーに選ばれることは地域住民の最高のステータスということで、変な人は選ばれないということです。ちなみにサラソタの場合は役員会の模様がテレビ中継で地域住民に公開されていて、かなり厳しいチェックが入っているということです。

## ③全国展開型

(スライド19) 3つ目が全国展開型で、これは中小規模の地域密着型のIHNを複数束ねたIHNであって、収入ベースからみた規模は大きいのですが、拠点立地が分散しているために求心力は弱いということです。有名なのは、カソリック系のアセンション・ヘルス(Ascension Health)で、売り上げが91億ドル(約1兆円)もあります。次いでカソリック・ヘルスケア・ウェスト(Catholic Healthcare West), そ

れからトリニティ・ヘルス (Trinity Health), プロビデンス・ヘルス・システム (Providence Health System) など続きます。

#### ④純民間・医科大学業務提携型

(スライド20) 私が最も注目しているのは「純民間・医科大学業務提携型」です。特徴としては、純民間・1地域密着型IHN, つまりインターマウンテン・ヘルスケアとか, セントラ・ヘルスケアのような独立系のIHNが地元の医科大学や総合大学医学部と業務提携して, 実質的に一体となった統合経営を行っている。その目的は, グローバルスタンダードのリーダーになるということです。

医科大学は, 地元のIHNを臨床研究・教育のフィールドとして活用して, 自らは病床を持ちません。持つにしても先端医療施設を共同出資で建設することで, 重複投資を回避して, 周りの民間医療機関でできることは自らではやらないということを徹底している。代表例がミズーリ州のセントルイスにあるBJCヘルス・ケア (BJC Health Care) とワシントン大学 (Washington University School of Medicine) との業務提携です。総収入は36億ドル (約4,000億円) です。

#### ⑤医科大学主導型

(スライド21) 5番目が「医科大学主導型」です。特徴としては, その医療圏において医科大学が所有する病院グループの力が強く, それのほかの病院を買収するなどのプロセスを経て大きくなったIHNです。医科大学主導型のIHNというのは臨床のみならず基礎研究能力も高いことから, このタイプのIHNにはその周辺に医療関連企業が多数集まる医療産業集積を形成しているケースが多いのです。代表例で, いちばん伸びているのはUPMC (University of Pittsburgh Medical Cen-

#### ④純民間・医科大学業務提携型

<特徴>

純民間・1地域密着型IHNが医科大学(or 総合大学医学部)と業務提携し, 実質的に一体となった統合経営を行うことでグローバルスタンダードのリーダーになることを目指している医療コングロマリット。

医科大学は地元IHNを臨床研究・教育のフィールドとして活用, 先端医療施設を共同出資で建設することで, 重複投資を回避。

(代表例)

BJC Health Care	業 務 提 携	Washington University School of Medicine
<www.bjc.org>		<medicine.wustl.edu>
26億ドル		10億ドル
本部所在地 ミズーリ州セントルイス		総収入合計36億ドル

スライド20

#### ⑤医科大学主導型

<特徴>

その医療圏において医科大学が所有する病院グループの力が強く, それが他の病院を買収するなどのプロセスを経て大きくなったIHN。

医科大学主導型のIHNは臨床のみでなく基礎研究能力も高いことから, このタイプのIHNの中には, その周辺に医療関連企業が多数集まる医療産業集積を形成しているものがある。

(代表例)

UPMC University of Pittsburgh Medical Center	<www.upmc.com>
本部所在地ペンシルバニア州ピッツバーグ	病院数19 総収入45億ドル
1982年に医療による地域再生計画策定⇒1996年以降の多角化戦略が大成	

スライド21

ter; ピッツバーグ大学医学部の医療事業部門) です。

(スライド22) こちらが2004年現在の状況ですが, 組織図的には, 戦略の企画を担当するコーポレート本部があり, その下に医療サービス部門, 具体的には拠点数が380あります。急性期病院が19で, 医師グループの拠点230とつながっていて, ここは医療保険も持っています。それから多角化子会社群というものを持っており, 売上が45億ドル, 日本円で5,000億円の集団です。重要なことは, 大学の医学部の事業部門が自ら財源が自己増殖する医療事業体を経営して世界に打って出ているということです。参加しているお医者さんは

6,200名, そのうち5,000名が独立開業医です。従業員数は3万9,000名です。これはペンシルバニア州で最大の雇用主になっています。

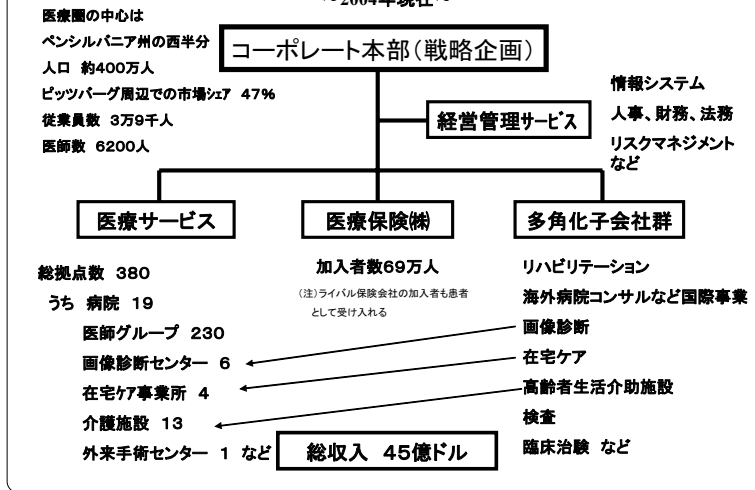
このUPMCが注目されるのは、計画的につくられたものだという事です。実はピッツバーグは1980年にUSスチールが倒産して、公害だけが残ってひどい廃墟の街になってしまったのです。その際、地元の有力者が集まって、「ピッツバーグを将来どうやって再生するか」ということを協議しました。そして医療と環境でいこうということになりました。それから医療施設を集積する努力をしたのですが、1996年にある程度インフラができたので、多角化戦略を明確に打ち出して子会社群をつくり、世界中から人材とお金を集め始めました。それが非常にうまくいって、現在急成長を遂げています。日本の製薬メーカーなどもここへお金を出しています。

もし日本の医科大学がグローバルスタンダードで勝負しようと思ったら、これくらいのはつからないといけないということです。せめて日本に1カ所くらいはこういうものをつくってほしいというのが私の夢です。

(スライド23) どういう概念かという、世界トップクラスの医科大学があって、そこが基礎研究機能を担う。人材を供給するわけです。それと大規模なIHNがあって、連合体をつくって財源が自己増殖する。財源が自己増殖する根源というのは、世界中からお金と人材が集まるわけです。それを地域にあるほかの大学——ピッツバーグの場合は

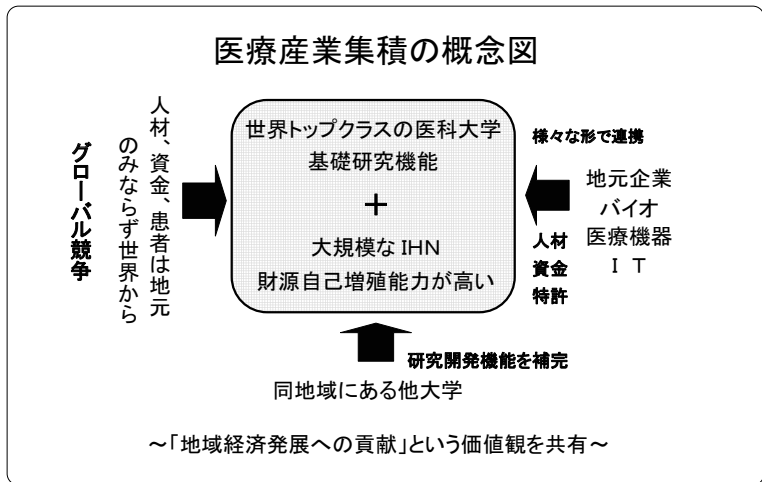
## 急成長を続けるUPMCの事業構造

～2004年現在～



スライド22

## 医療産業集積の概念図



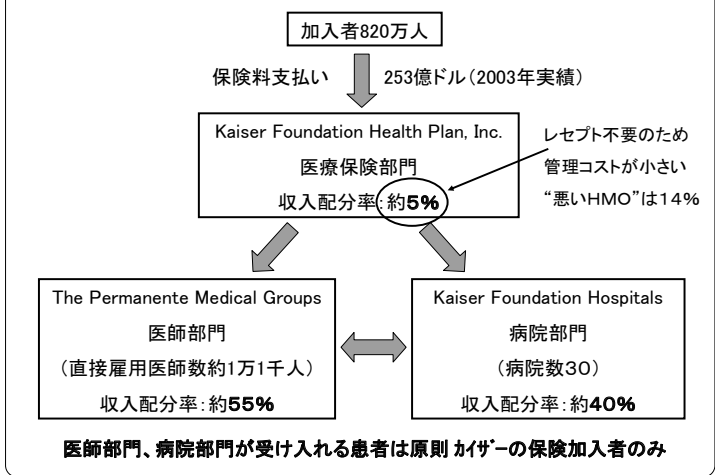
スライド23

カーネギー・メロン大学がピッツバーグ大学のすぐそばにあります。そこが医療機器開発においてはリーダーシップを発揮しているということです。ピッツバーグに行くと、だれに聞いても必ず「地域経済発展への貢献」という言葉を最初に言ってから、説明をしてくれます。

### ⑥完全統合クローズ型

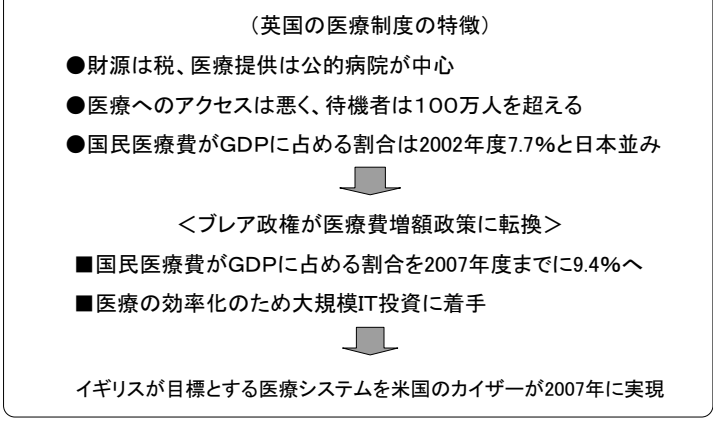
(スライド24) 最後の6番目は、「完全統合クローズ型」です。カリフォルニア州サンフランシスコの近くにオークランドという都市があります。スライドにあるのはそこに本拠のあるカイザー・

## ⑥完全統合クローズ型



スライド24

## イギリス政府がカイザーに注目



スライド25

パーマナントの組織図です。この完全統合クローズ型をつくることができているのは、世界でこのカイザーだけです。

どういう仕組みかと申しますと、カイザーは複数の7つか8つの州にまたがって保険加入者820万人を集めています。そこから253億ドル、約3兆円のお金が入っています。それを保険部門が約5%を運営費として取ります。残りのお金を外来医療を担う医師部門に55%、急性期ケア入院医療を担う病院部門に40%渡します。

特徴としては、保険部門はお金を医療部門に渡

したあとはいっさい口を出しません。つまり、医療の中身は専門家である医師にすべて任せます。ということはレセプト、医療費請求という事務は一切発生しません。医療部門の義務はその時点の医療水準に応じてベストを尽くすということです。そのためにデータベースを揃えて、お互いに議論をやる仕組みになっています。

(スライド25) この仕組みはまさにイギリス政府が目指していることです。イギリス政府はご承知のとおり医療費の財源は約9割が税金で払われています。医療提供は公的病院が中心です。ところがその結果、今までマネジメントが劣悪であり医療へのアクセスも悪く、手術の待機者が約100万人もいるというので政治問題にもなりました。そこでブレア政権は、国民医療費のGDPに占める割合を2002年度は7.7%だったものを2007年度までに9.4%にする。金額的には医療費を約1.5倍にするということを宣言しました。1.5倍にするということは国の負担が増えるということですが、それでもやるということでした、か

つそのために、現在大規模な医療IT投資を国全体のレベルでやっています。そのモデルとして、カイザーがまさにパーフェクトに実現・成功させているということで、イギリス政府は2004年からカイザーの調査を始めています。

カイザーは、3年間で33億ドル(3,600億円ほど)かけて医療IT投資を行っています。その結果、820万人の保険加入者と1万1,000人の直接雇用している自分たちの医師と、医療施設のすべてをインターネットでつないで、リアルタイムで患者1人ひとりの情報を共有できるようになります。そ

これはまさにイギリス政府が自らやろうとしていることですので、その調査を今やっているのです。

ちなみにアメリカでは、医療IT専門の閣僚級ポストに任命されたブレイラー博士 (David Brailer) がカイザーを訪問して、カイザーのやっていることを非常に褒める演説を行っていました。

### IHNの求心力—— 医療の質向上とコスト節約のメカニズム

(スライド26) こういったIHNのマネジメントの構造、求心力は何かということを説明します。

#### ■ IHNのなかでは重複投資がゼロ

1つ目は何といたってもIHNでは重複投資がゼロになるということです。

医療技術の進歩とともに常に機能分化のあるべき姿が変化しているわけですから、それに対応した施設・設備の最適配置を実現しなければならない。そのためには相当な努力が必要なわけですが、最大の努力は重複投資をゼロにして財源を浮かすということです。

例えばバージニア州のセントラ・ヘルスケアが心臓手術センターをつくっております。これは2006年にオープンですので私も見に行こうと思っておりますが、セントラ・ヘルスケアの心臓手術の機能というのは全米でも最大規模です。それをまたこの中核病院の敷地のなかに1カ所に集めることをしております。病床数は112、手術室は5つです。総投資額は日本円で110億円という

ことです。しかしこれはセントラの心臓手術の部門が大きいためから110億円なのであって、少し規模が小さいものであれば同じ機能のものを40~50億円くらいでできるはずですよ。

大事なことは、大型総合病院建設より、機能分担で患者アクセスの観点から投資決定をしている点です。最先端の心臓手術をするセンターは半径100kmの地区で1カ所だけです。ここは地域全体のお医者さんの教育センターでもあるということです。それに付随して、従来から行われている

心臓の手術ですすでに一般化しているものについては、患者の自宅に近い急性期ケア病院で行っています。スライド27が完成予想図です。

#### ■ eCare

(スライド28) 求心力の2つ目は「eCare」。これは広域医療圏単位で病院システムと外来施設システムを統合することによって、医療サービス提供の環境全体において情報の流れを横断的にシームレスにするということです。

要するに医療ITでも重複投資を回避して、投

医療の質向上とコスト節約を同時達成する求心力①  
IHNの中では重複投資がゼロ



医療技術の進歩と共に変化する機能分化のあるべき姿に対応して施設・設備の最適配置を実現

世界最先端施設を建設し、節約で捻出した財源により

Sentara Heart Hospital を2006年にオープン  
病床数112、手術室5、入院前・退院後処置室46  
大型総合病院建設より機能分担・患者アクセスの観点から投資決定

スライド26



スライド27



資の発想が点から面に変化しているのです。

これは今、センタラ・ヘルスケアが2004年11月に企画立案して、実行に移している投資計画ですが、70カ所の施設をすべてつないで、かつ数十万人の保険加入者の自宅と、センタラ・ヘルスケアと特に関係が深い約1,000の独立開業医のオフィス・自宅をインターネットで結び、リアルタイムで情報を共有するために必要なお金が、驚くべきことにただか4,000万ドル、日本円で44億円です。

日本ですと、1つの大病院に電子カルテを導入するのに10億円とか15億円もかかっています。アメリカの医療IT投資が安い1つの理由は、アメリカは病院側にIT人材をかかえていますので、ベンダーに丸投げしません。そのため価格交渉力が違うのだという印象を持っています。

#### ■ 物流の一元管理に基づく共同購買

求心力の3つ目は物流です。物流の一元管理に基づく共同購買ということです。スライド29はニュージャージー州のバーチャヘルスというIHNの地図ですが、急性期病院群のど真ん中にIHNの集中物流センターがあって、午前中に医薬品の会社からどんどん医療材料物資が入って、午後には各施設に配送するという業務を1カ所でやっています。バージニア州のセンタラでも全く同じ仕組みを持っています。

#### ■ IHNの最重要インフラは臨床プロトコル

(スライド30) 求心力の4つ目は臨床プロトコルです。よく、アメリカの医療を批判する人は、マネジメントサイドもしくは保険会社のほうが医師の医療行為について注文をつけて制約

#### 医療の質向上とコスト節約を同時達成する求心力②

### eCare

(定義)

広域医療圏単位で病院システムと外来施設システムを統合することにより、医療サービス提供の環境全体において情報の流れを横断的にシームレスにする。

<センタラの eCare 投資計画>

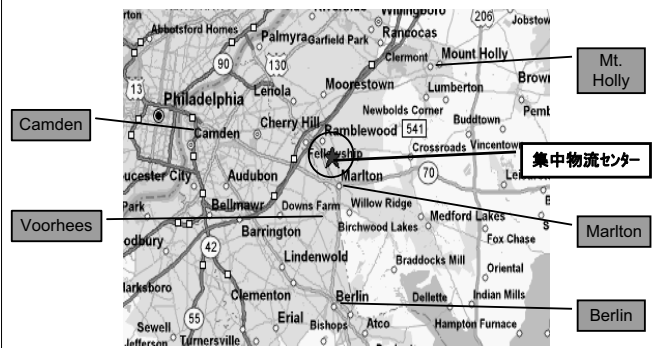
- これまでは医師、スタッフ間の情報共有のアナログ的の仕組み構築に注力、情報技術のレベルアップを待っていた⇒ 今こそその時!
- 理想とする eCare 実現に5年から10年を想定
- 初期投資コスト 約4千万ドル、年間メンテナンスコスト 8百~1千万ドル



医療ITでも重複投資を回避、投資の発想が点から面に進化  
BJC HealthCare など他のIHNでも eCare 投資を既に開始

スライド28

#### 医療の質向上とコスト節約を同時達成する求心力③ 物流の一元管理に基づく共同購買



スライド29

#### 医療の質向上とコスト節約を同時達成する求心力④ IHNの最重要インフラは臨床プロトコル

~数千名の独立開業医が自主参加するIHNの経営の鉄則~

- 臨床はすべて専門家である医師、医療スタッフに任せる
- 医療が科学であることから彼らに臨床プロトコルを作成させる  
⇒ 各疾病の臨床内容の7~8割を標準化する

進化させ続ける仕組み

2002年:センタラは主要疾病30について臨床プロトコルを作成  
<臨床プロトコルの短所> \*しばしばその内容が長すぎる  
\*手術が必要ない症例ではあまり受け入れられない

現在:「プロトコル順守」ではなく「キー臨床ドライバー」による運営

使用する医薬品・医療材料・医療機器の品目絞込み  
⇒ 臨床現場のあり方が収支に直結

スライド30

を課していると批判するのですが、聞きにいったら「そんな時代はとっくに終わっているよ (beyond managed care)」と言っていました。今ではマネジメントサイドは医療に口出ししない、その代わりにもっと厳しい条件をつけている。医師が専門分野別にチームをつくって、今の医療技術から見て最善の医療行為は何かということを徹底的に議論してもらって、診療内容の7割から8割は標準化している。

センタラの場合は自前で約30の疾病について臨床プロトコルを作成しています。それを遵守する

仕組みをつくっていて、結果的に医師集団が臨床現場を進化させる仕組みになっています。

使用する医薬品、医療材料、医療機器の品目の絞り込みがそれによってできますので、結果的に病院の収益が上がります。上がった収益はまた研究費などでお医者さんたちに還元するという仕組みでインセンティブをつけているということです。

### ■ IHN全体が臨床研究・教育機能を果たす医科大学

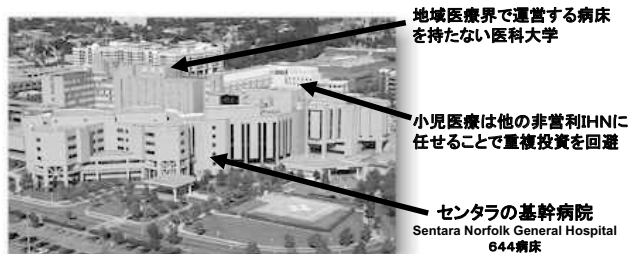
(スライド31) 求心力の5つ目はIHN全体、つまり地域医療圏全体が臨床研究・教育機能を果たす医科大学になっているということです。これもバージニア州のセンタラですが、基幹病院があり、真ん中にあるのが医科大学ですがこの大学は病床を持っておりません。病床を持つ必要がないのですね。ここに世界中から研修医が集まっています。

### ■ 医療ベンチマーキング

(スライド32) 求心力の6つ目は、医療ベンチマーキングです。ベンチマーキングは私がセンタラのものを見せてもらったときは全体で300ページくらいあったと思います。スライドにあるのはその1つに過ぎません。あるDRGの治療を行っている専門医の人たちの治療結果で、横が医療費、右側に行くほど医療費が高い先生、平均入院日数が縦軸で、標準値が矢印のところ。丸の大きさがその先生が1年間に担当した患者の数です。

ここの右上にいる先生は、医療費がたかさんかかったうえに入院日数も長いということでセンタラ・ヘルスケアから見たら赤字要因です。この成績表はこの先生に言われてつけたものです。なぜか

### 医療の質向上とコスト節約を同時達成する求心力⑤ IHN全体が臨床研究・教育機能を果たす医科大学

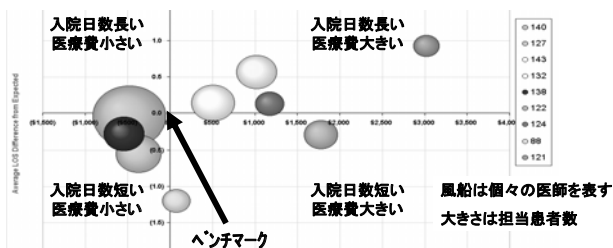


世界中から研修医が集まっている

スライド31

### 医療の質向上とコスト節約を同時達成する求心力⑥ 医療ベンチマーキング

独立開業医からの依頼でIHN側が作成している個別医師評価



- \* 上記比較評価はすべて重症度補正済みデータによる結果を示す
- \* 個別医師の評価目的は課題提起と指導 ⇒ 医師報酬は評価結果と無関係
- \* 評価が低く課題が見つかった医師には無料で指導教官が付く。  
⇒ 専門が同じ同僚医師からの評価を気にする特性を利用し向上心を刺激

スライド32

という、アメリカの医師の報酬は出来高払いで、病院からもらうものではなく保険者からもらうものです。したがって成績が悪くても自分の報酬には関係ありません。

それなのに先生がなぜ成績をつけてくれと頼んでくるかという、自分がもしほかの同僚に比べて劣っているのであればそれを改善するために指導教官を無料でIHNから付けてもらえるのです。そのための成績表で、本人には自分がどこにいるかというのは分かりますが、これがだれかというのはほかの人にはいっさい分からないようになっています。本人のみがフィードバックを受けて改

善点を見つけていくという仕組みです。

日本にもIHNに類似した仕組みは存在する

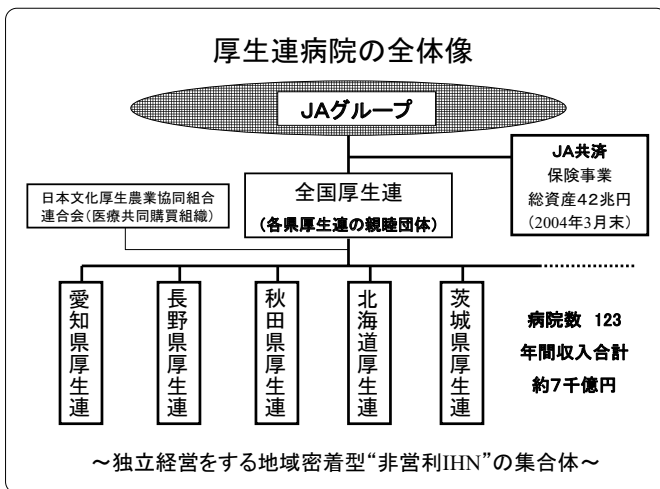
(スライド33) 実は日本にも、巨大なIHNが存在します。それは厚生連病院グループです。ご承知のように日本には愛知県厚生連、長野県厚生連、秋田県厚生連ほかいろいろありますが、病院数で合計すると123、年間収入合計は、非公開ですが2003年の実績値で約7,000億円、診療報酬が引き下げられるなかで増収・増益を続けています。特にマネジメントの仕組みが優れているのは愛知県厚生連だと思えます。2004年3月に長野県厚生連

の先生方をお連れして、センタラ・ヘルスケアなどで議論をしてもらいましたが、その時の厚生連の先生方の印象は、センタラ・ヘルスケアの組織構造と自分たちはほぼ同じ、使っている臨床プロトコルの中身もさほど変わらない、しかしマネジメントの人材はものすごく差があるということでした。

それから、日本の厚生連病院では、各病院の院長先生の権限が非常に強いんですね。センタラの場合は人事権と資金配分の権限は本部に集約されており、厚生連病院も組織上はそうなっておりますが、必ずしもそうっていないと聞いております。注目すべき点は、この厚生連グループというのは実は1980年時点ですでにあったのに対し、当時アメリカにはそういうものが1つもなかったことです。したがって、この厚生連グループというのは、1980年時点ではおそらく世界一のIHNだったと言えます。

■ IHNの求心力の要件

(スライド34) 問題は国立病院です。今149あります。6ブロックに分けましたが、これは私はほとんど機能しないと思います。なぜかと申しますと、病院グループの求心力の要件を満たし



スライド33



スライド34

ていないからです。

(スライド35) 1つは半径100kmの医療圏であること。医療というのはあくまで医師・看護師・コメディカルと、いわゆる医療の専門家たちが集まって切磋琢磨する現場ですので、必要な時にいつでも関係者が顔合わせできる仕組みでないといけません。したがって国立病院の6ブロックというのは大きすぎるといことです。

それから、先ほどご説明した集中物流センターがサプライチェーン効率化に効果を発揮するのは半径100kmの範囲です。実際に倉庫会社の社長に確認しますと日本の倉庫業界では150kmが限界だという概念があるそうです。そういう意味で、半

径100kmというのはほぼ当たっているということです。

それから患者から見た先端医療施設への時間距離というのが2時間以内ということです。プライマリケアが自宅の近くに立地するというのは当然ですが、センタラの心臓手術センターのような世界最先端の医療施設にも日帰りが可能であるということが重要です。それから医療圏の人口が200万人くらいあるほうが経営が安定する。

それからグループの年間医業収入合計が500億円超ということです。これはなぜかと申しますと、仮に減価償却費も含めたキャッシュフローベースの利益率が10%あれば、毎年50億円設備投資がで

きるわけです。ということは、センタラがつくっている心臓施設のような先端医療施設を毎年つくれるということです。重複投資をゼロにした効率経営によって、技術進歩に合わせて中規模高機能施設を数年に1つ、場合によっては毎年つくれることができるということです。これができないとIHNの求心力は高まらないということです。

#### ■ 「IHN」と「保健・医療・福祉複合体」の比較

(スライド36) この1つ前のセッションに出ておられました二本立先生が、「保健・医療・福祉複合体」という概念をつくられました。これとIHNはどう違うのかということをご説明します。経営意志決定の一元化ということは、アメリカのIHNと日本の複合体は同じです。ところが決定的に違うのは、グローバルスタンダードの医療を提供することを目指しているかどうかという点です。アメリカのIHNはグローバルスタンダードの医療を提供することでブランド競争をしています。これに対して、日本の複合体というのは規模が小さいということもあって、そもそもグローバルスタンダードとい

#### IHNの求心力の要件

- ①半径100kmの医療圏  
⇒関係者が必要な時にいつでも顔を合わせることができる  
⇒集中物流センターがサプライチェーン効率化に効果を発揮
- ②患者からみた先端医療施設への時間距離が2時間以内  
⇒プライマリケアは自宅の近くに立地  
⇒先端医療施設にも日帰り可能
- ③医療圏人口が100万人以上 ⇒理想的には約200万人
- ④グループの年間医業収入合計が500億円超  
⇒重複投資をゼロにした効率経営により技術進歩に合わせて中規模高機能施設を数年に1つ建設可能。

スライド35

#### 「IHN」と「保健・医療・福祉複合体」の比較

	IHN (米国)	保健・医療・福祉複合体 (日本)
経営意思決定の一元化	○	○
グローバルスタンダードの医療を提供	◎	▲
地域間競争の担い手	○	×
事業規模	大	小
医療サービスの品揃え	◎	▲
地域住民によるガバナンス	○	×
慈善医療などのセーフティネット機能	◎	▲
利益の地域還元	◎	×

(注)「保健・医療・福祉複合体」は二本立氏の命名による。

スライド36

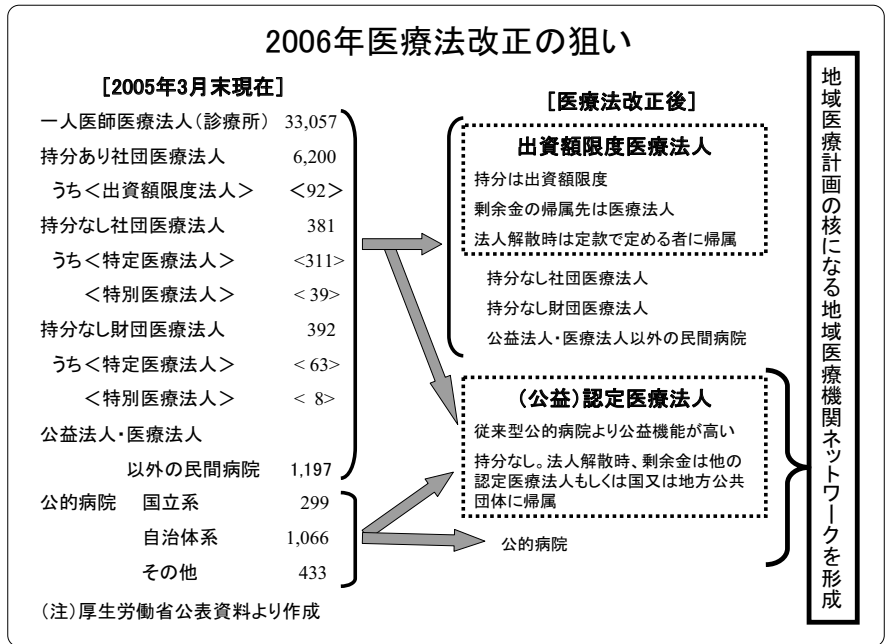
うことを標榜していません。それから地域間競争の担い手になっているかという、日本の複合体は駄目ですけれども、アメリカの場合は地域対地域です。例えば千葉県は医療界対神奈川県は医療界の戦い、もしくは千葉県対茨城県、東京都という発想でやっているわけです。そういう発想自体が日本にはまだありません。

それから事業規模は、日本の場合、最大規模でも愛知県厚生連の700億円ですが、アメリカの場合は500億円が最低規模で、大きいところは5,000億とか3兆円といったところがあります。医療サービスの品揃えについてはIHNはフルサービスですが、日本の場合は必ずしもそうではありません。それから地域住民によるガバナンスは、IHNは地域住民が握っていますが日本では違う。それから慈善医療などのセーフティネット機能はアメリカのIHNはそれそのものが使命ですが日本は違います。それから利益の地域還元はアメリカでは使命ですが日本は違う。こういった違いがあるということをまず理解する必要があります。

### 保険者協議会と医療機関の関係

#### ■ 認定医療法人のねらいは？

(スライド37) この図は3月28日の日経新聞経済教室に出した図です。要は現在議論されている医療法改正で、認定医療法人なるものは何をねら



スライド37

### IHN創造は地方医療圏ほど優位

IHN創造の最重要要件は「経営意思決定権限の一元化」

「一部事務組合+全部適用(職員処遇は民間と同じが必須要件)」方式を活用することで、自治体病院を核に公益機能の高い地域医療機関ネットワーク(IHN)を構築することは今でも可能。

認定医療法人が創設されなくてもIHN創造は可能

- 都市部では医療機関同士の利害関係が錯綜しIHN創造が困難。
- 公的病院に依存した地方医療圏では、IHNが急性期ケアと人材供給機能にシフトすることで、地元開業医との機能分担調整が可能。

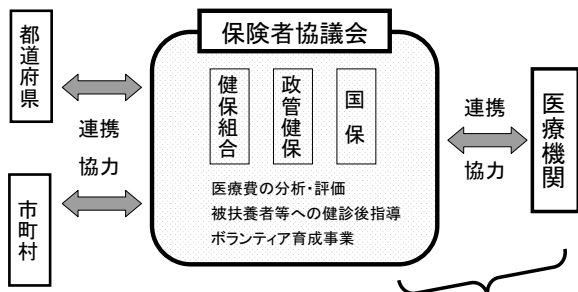
スライド38

っているか。1つは、すでに公益機能を公的病院以上に果たしている民間病院を政策的にサポートする仕組みをつくるということと併せて、現在必ずしも公益機能を果たしていない公的病院の改革の受け皿をつくって、その2つを合わせてIHN的な医療機関ネットワークを構築するねらいがあると私は考えています。

#### ■ IHN創造は地方医療圏ほど優位

(スライド38) IHNの創造は地方医療圏ほど優位

### 保険者協会による地域保険事業運営のイメージ



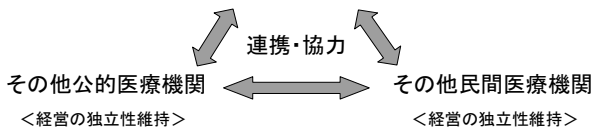
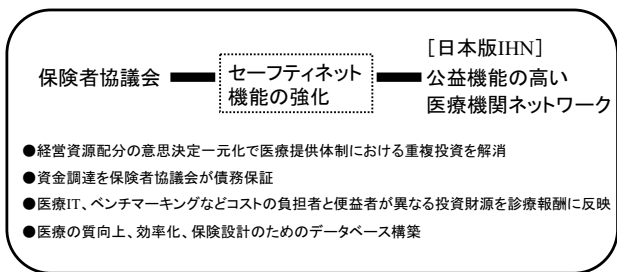
(出所)厚生労働省資料を修正して作成

具体的イメージが？

スライド39

### 保険者協会と医療機関の関係:タイプ①

#### 保険者協会と日本版IHNが協力し医療の矛盾を解決



スライド40

### 保険者協会と医療機関の関係:タイプ②

#### 特定の地域医療圏内における総額予算制

地元医師会から支持を得られることを条件に、保険者協会が特定地域の医療機関グループに対して医療サービスの範囲を明確にしたうえで総額予算を付与する方法。

地域住民の求心力が強い医療圏では、予防、健康管理に予算を重点配分する施策を実行し、急性期ケアのうち大きな設備投資を要する部分は圏外の医療機関に求めることで、地域の医療提供体制の充足と効率化を同時達成することを目指す。

理想型のHMO

Health Maintenance Organization(マネジドケアの代表的仕組み)

スライド41

だということが重要です。なぜならばIHNの創造の最重要要件は経営意思決定権の一元化ですが、これができるのは地方ほど強い。かつ今の制度でも、医療法改正がなくても実はできるということです。この理解が非常に重要です。

(スライド39) 保険者協会というものと医療機関のネットワークの関係が必ずしも具体的に議論されておりません。(スライド40) 1つの案としては、例えば千葉に公的病院を中心に日本版IHNをつくって、それが保険者協会と統合運営することでセーフティネット機能の強化を行う。それにそのほかの公的・民間医療機関が経営の独立性を維持しながら連携していくことだと思います。重要な点は日本版IHNの部分は経営の連携ではなく統合でなければいけないということです。

(スライド41) それから、都道府県の中なかの特定の地域において総額予算制というのを考える必要があるのではないかと思います。と申しますのは、地域によって人口減少がすでに始まったところもありますので、そこで医療機関が将来に必要な設備投資をするためには、ある程度医療財源が安定的に確保される仕組みが必要です。そのための仕組みとして総額予算制というのは私は使えると思っております。

(スライド43) 3つ目はイギリス政府がやっているやり方ですが、イギリス政府は公的病院のマネジメントが劣っているということで、現在世界中から医療機関を集めつつあります。そのやり方としては、ある地域で日帰り手術センターをつくるときに、「5年間の医業収入を保証する代わりに最低限これだけの件数の手術をやってくださ

## 悪いHMOと良いHMO

- “悪いHMO”は、コストをマネジすることのみに注力、患者の受診行動と医師の診療内容を規制する。  
(背景にあるインセンティブの構造)  
コスト節約がHMO(保険会社)側の利益になる  
～映画「ジョンQ」に陥る～



- “良いHMO”はケアをマネジすることに尽力する。診療内容は医療の専門家に任せようでEBMを要求  
(背景にあるインセンティブの構造)  
保険と医療が経営統合されており効率化の成果を共有  
急性期ケアのみでなく予防と疾病管理へのインセンティブ大

スライド42

## 特定の機能に的を絞った総額予算制

保険者協議会と医療機関の関係: タイプ③

イギリス政府が総額予算制で海外医療機関を積極的に受け入れ

(具体例)

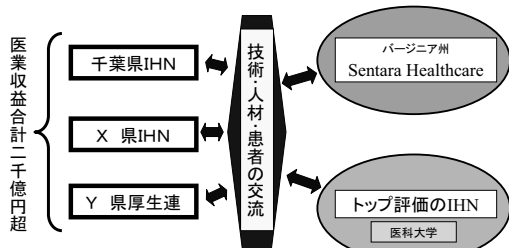
- <契約先> ネーションズ・ヘルスケア社(日帰り手術専門治療センター)
- <業務提携先> ジョンズ・ホプキンス病院、ハーバード大公衆衛生スクールなど
- <売上保証契約>

	想定手術数	売上保証契約
ブラッドフォード・エクルス・ヒル治療センター	6,000件	5年で72億円
バートン治療センター	8,000件	5年で151億円
ノッティンガム・キーンズ医療センター	24,000件	5年で340億円

(出所)野村證券・公益法人レポートシリーズ「日帰り手術専門病院“ネーションズ・ヘルスケア社”の事例紹介」  
2005. 5. 16

スライド43

## 日米IHN間の業務提携イメージ図



スライド44

い」といった契約を結び始めています。

## 日米IHN業務提携のねらい

(スライド44)最後に、日米IHNの業務提携のねらいということについてお話しします。何を考えているかと言いますと、まず私は千葉県にIHNを小規模なものでもいいからつくり、それと他の県のIHN、さらには厚生連病院グループと一緒に、2,000億円くらいの集団をつくります。そしてバージニア州のセントラ・ヘルスケア及びトップ評価のIHNの2つくらいと業務提携をします。技術・人材・患者の交流をやるわけですが、ねらいは3つあります。

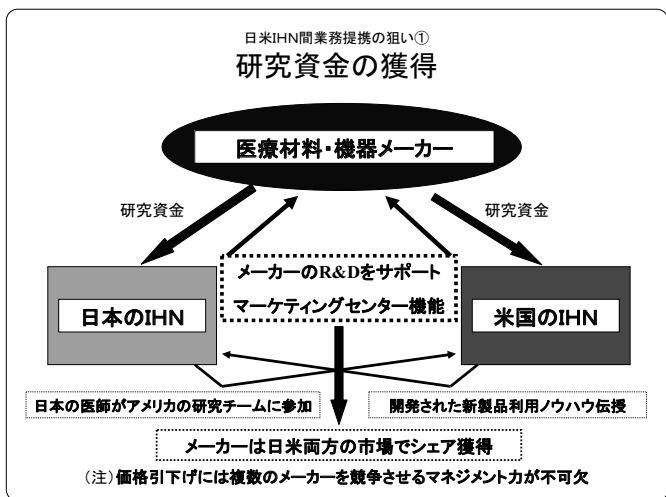
### ■ねらい——研究資金の獲得

(スライド45)1つは、医療材料機器メーカーから研究資金を、日本のIHNと米国のIHNで得るといことです。現在米国のIHNというのはほかのIHNとブランド競争をしています。ブランド競争の目的の1つは、医療材料機器メーカーから研究資金をもらうということです。ほかのIHNよりも有利に取ろうと思った場合、日本と組むというのは彼らにしたらメリットが非

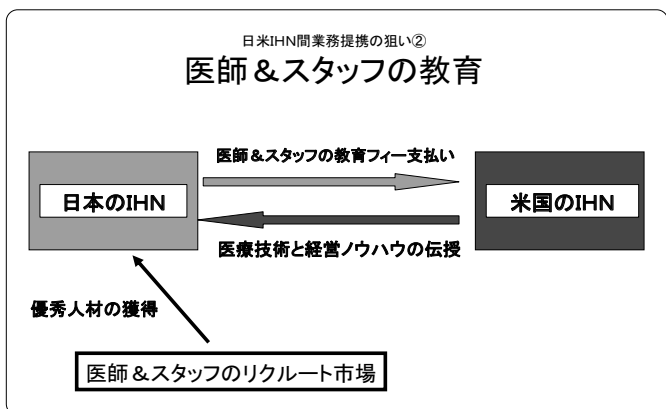
常に大きいのです。これはもうセントラ・ヘルスケアの経営者から確認をとっておりますので、このスキームはうまく機能するというのです。

### ■ねらい——医師&スタッフの教育

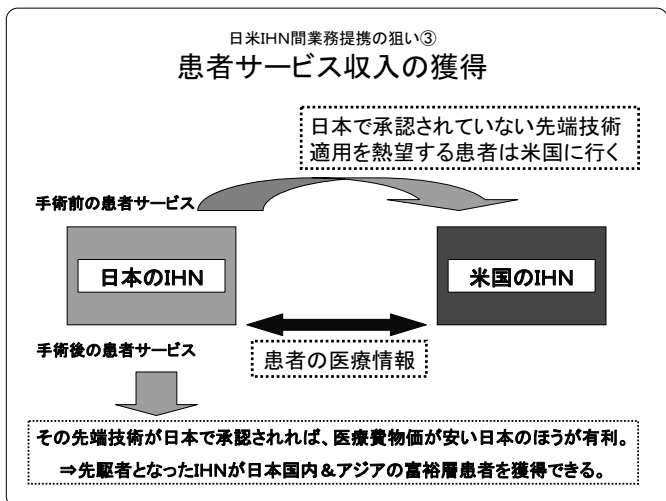
(スライド46)次は、医師・スタッフの教育です。現在、自治体病院を中心に医師が集まらないという話があります。政府に医師を確保してくださいという陳情をやられているというのですが、私はあの方法は疑問です。と言いますのは、全員で医師をくださいと言っても自分の病院に来てくれる保障は全然ないわけです。自分の病院に良い先生が来るようにするには、自分の病院だけほかより魅力的にすればいいのであって、その方法はアメ



スライド45



スライド46



スライド47

リカのIHNと組めばいいのです。そうすれば研修医が例えば3年間、病院グループで訓練を受けた後、最先端の医療機関でいつでも勉強できるという仕組みをつくらなければいいのです。これは、実は大してお金は掛かりません。この仕組みをつくらば若い先生が集まる。

■ねらい——患者サービス収入の獲得  
(スライド47) 最後のスライドになりますが、現在日本で承認されていない先端技術の適用を熱望する患者は米国に行っておりますが、その米国に行く患者というのは、必ず日本で手術前の患者サービスを受ける必要があって、それを日本のIHN、例えば千葉県のIHNがやれば、成田空港から患者を送り出して、そしてアメリカのIHNで手術を受けて戻ってきたら、また手術後のサービスを、千葉県のIHNがやればいいのです。そうすると全国から患者が集まって、ここに収入が入るのです。もっと重要なことは、その技術が日本で承認されたらそれが実践できる最先端の人材はここに集まっているということです。ということは、日本中の患者がさらにここに集まる仕組みができるということで、その結果、日本国内及びアジアの富裕層患者を獲得できるだろうというのが私の考え方です。以上です。

座長 ありがとうございます。ご講演は地域の問題かと思いましたが、何ともスケールの大きいグローバルなお話でした。IHNについていろいろお話がありました。これに対する認定医療法人の問題もありましようし、いろいろ検討していけば良いものができるのではないかと考えております。先生、どうもありがとうございました。



# 日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

## 1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

## 2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

## 3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

## 4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

## 5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

# 病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることにも努めるものとする。

社団法人 日本病院会

—病院経営の創造—

シンポジウム

# 地域医療と連携

済生会熊本病院 院長 須古 博信

佐久総合病院 院長 夏川 周介

医療法人財団天心堂 理事長 松本 文六

済生会神奈川県病院 院長 吉井 宏

座長：日本病院会副会長・上都賀総合病院 名誉院長 大井 利夫

座長 皆さん、おはようございます。平成17年度の病院長・幹部職員セミナー、2日目です。朝早くからお集まりいただきましてありがとうございます。ただいまご紹介がありましたように、本日は午前中にシンポジウム、それから午後に講演3題が予定されていますが、最初のプログラムを見ていただきますとお分りのように、実はこれを企画しました村上信乃先生の肝煎りで、このシンポジウムと講演3題の頭には、すべて「病院経営の創造」という言葉が入っていることをご確認いただきたいと思います。現今の非常に厳しい医療情勢のなかで、新しい病院経営を創造していくために、どういう切り口で、どのような問題を取り上げていくべきかということ踏まえて、村上先生がこの企画を立てられたということです。そのトップバッターとして、今日のシンポジウムが企画されているわけです。

ご案内のように、厚生労働省ではこれからの医療政策を考えていくうえでよく3つのテーマを旗頭として紹介しています。1つはご存じのように「患者中心の医療」、もう1つは「医療の安全と医療者・患者関係の構築」になるわけですが、3つ目が「地域で完結する医療」です。その地域で完結する医療、地域医療ということになると、ど

うしてもそこへ付いてきますのが連携の問題です。すでに皆さま方もご存じのように、2005年6月に日本病院会の地域医療委員会から、『地域医療の実態に関する調査報告書』が出されました。これは大変素晴らしい報告書で、いろいろなマスコミでも取り上げられておりますから、ご覧になったことがおありだと思います。アンケート調査を中心に地域医療の問題点をいろいろと指摘している報告書ですが、そのなかに病病連携や病診連携ができていくかという問いに、特に病病連携に対しては57%、およそ6割が「できていない」と答えています。実際に連携という問題はそれほど簡単な問題ではない、いろいろな問題がたくさん含まれているということはすでにお気づきだと思いますが、今日はそれを4人のシンポジストに鋭くめぐり出して問題点を明確にいただき、お集まりの皆さま方の病院の経営あるいは管理に役立たせていただきたいと思う次第です。

シンポジストは、日病の会長・副会長会議で、今地域医療と連携を語るならこの方々しかいないということで全員一致で4人の先生方に依頼し、快く承諾していただきました。もうすでにお気づきだと思いますが、この4人の先生方は、それぞれの分野で大変立派な活躍をされておられるだけ

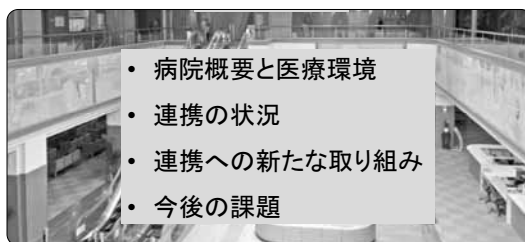
でなく、大変高い見識の持ち主でございまして、特に先ほどの報告書には、夏川先生、松本先生、吉井先生も地域医療委員会の委員として参画されております。そういうわけで、この優れた4人の先生方をお迎えできたことは、座長を務める私としてはもう望外の喜びでありまして、きっと素晴らしい講演が聞けるものと思っております。シンポジウムの進行は、各シンポジストの先生方にご講演をいただき、その後の40～50分のディスカッションで問題点がさらに深まればと期待しておりますので、ご協力のほどよろしく願いたします。

前置きが長くなりましたが、須古先生、夏川先生、松本先生、吉井先生の順番でご講演いただくということにします。お名前は、慣習によって先生づけで呼ばさせていただきます。それぞれの演者のシンポジストの履歴は、それぞれのレジюмеに書かれておりますのでご覧いただきたいと思ます。第1席は、済生会熊本病院の須古博信先生です。須古先生、よろしく願いたします。

## ①済生会熊本病院の連携医療

須古 博信

ご紹介いただきました済生会熊本病院の須古です。私どもの病院の連携医療が、開始からちょうど13年ほど経過しておりますので、この経験のなかから、私どもの事例の報告をさせていただきたいと思ます。(スライド1) 話の内容は、病院概要と地域の医療環境、現在の連携の状況、連携への新たな取り組み、そして最後に今後の課題・問題点を挙げさせていただきます、シンポジウムに寄与できればと考えております。

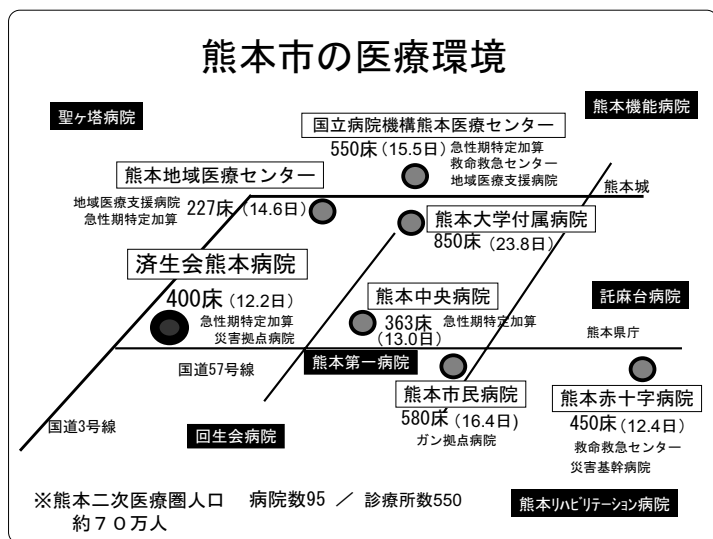


スライド1

### 当院の概要と医療環境

熊本市は、連携医療では全国的に大変有名な地域です。スライド2は熊本二次医療圏を示したのですが、病院数が95、診療所が550、二次医療圏人口は約70万人です。そこに1つの特定機能病院と、地域の中核的医療を担う7つの病院があります。これらがそれぞれ、現在の急性期病院の定義と考えていいのでしょうか、平均在院日数が17日を切っている病院です。その周辺に白抜きで書いてある病院が、リハビリ機能あるいは在宅機能を主体に医療を行っている病院群です。

(スライド3) そのなかにあります。私どもの済生会熊本病院は400床です。特定集中治療室(ICU



スライド2

／CCU)が20床、HCUが28床、開放型病床が10床あります。人間ドックの宿泊用に12床使っておりますので、実際は一般病床として388床運営しているわけです。診療内容については専門特化しています、スライドにあるようなセンターというかたちで呼んでおります。職員数等はスライドに示したとおりです。

(スライド4) 私どもの病院の特徴ですが、急性期に特化したということで、特に急性期特定加算を取得したのが平成12年からです。平均在院日数は2004年度で12.2日、入院・外来比が大体1.2くらいで、入院機能に主体を置いた病院です。それから、救急医療に力を入れております。特に救急車の搬入数6,500台というのは、熊本市の救命

救急センター並みの救急車の受け入れです。それから、臓器別の診療体制を敷いているということ、それをそれぞれセンター方式と称してやっております。地域医療連携は1992(平成4)年から取り組んでおり、現在まで地域完結型の医療を目指してまいりました。紹介率が56.7%、逆紹介率が約90%です。逆紹介率を高めたことによって、入院・外来比が小さくなっているということです。そのほか予防医学部門もやっております。当院の特徴のもう1つは、クリニカルパスを導入したことによって平均在院日数が下がってきたという事情があります。

## 病院概要

- ・敷地面積 : 敷地面積 44,745m<sup>2</sup> 延床面積 50,459m<sup>2</sup>
- ・許可病床数 : 400床 (うち 173床個室)  
特定集中治療室 (ICU / CCU) 20床、HCU 28床 (NCU 10床)、開放型病床10床、人間ドック宿泊用 12床含む
- ・診療内容 : 脳卒中センター、心血管センター、呼吸器センター、腫瘍・糖尿病センター、脊椎・関節外科センター、腎・泌尿器センター、消化器病センター、外科センター、健診センター
- ・職員数 : 1,147名 平成17年7月1日現在  
(正職員 753名、嘱託・臨時職員 164名、委託職員 230名)

医師	124名	看護師	452名
放射線技師	33名	薬剤師	23名
臨床工学技士	31名	臨床検査技師	65名
理学療法士	12名	言語聴覚士	1名
栄養士	9名	事務職	215名
MSW	4名	その他	178名



スライド3

## 済生会熊本病院の特徴

1. 急性期型病院に特化 急性期特定加算取得 (H12年)  
ICU-20床、HCU-28床 平均在院日数12.2日
2. 救急医療に注力  
専門救急 救急車搬入数6,500台 Mobil・CCUの稼働 ヘリポート
3. 専門・高度医療の提供  
臓器別診療体制 センター方式 臨床研修指定病院
4. 地域医療連携の積極的推進 (H4~)  
地域完結型 紹介率 56.7% 逆紹介率 90%
5. 予防医学への努力  
人間ドック・専門ドック
6. 独特の運営体制の保持  
人事・評価制度 クリニカルパス 電子カルテ TQMセンター

スライド4

### 当院の医療連携の状況

実際の連携の状況といったものについてお話しします。

#### ■当院の医療連携の考え方と連携医療の進化

私どもは1992(平成4)年に病診連携室を設置し、連携医療に取り組んでまいりました。そこで、取り組む際の私どもの病院の考え方、当初一緒に連携医療をやりましょうと、周辺の先生方に仲間を募ったときの考え方は、スライド5にあるように「患者主体」に行いましょうということ、それぞれ連携施設同士で「相互補完」をや

るために「パートナーシップ」をしっかりと築いていきたいと思います。そして地域のなかで、お互いに「共生」できるように頑張っていきたいと思いますということに考え方を一致させてスタートしました。

スライド6に「連携医療の進化」と書いてありますが、果たして進化したのかどうか。後ほどご批評いただきたいと思います。1992年に病診連携を開始しまして、開始時から「病診連携会議」というものを開かせていただきました。当初は4病院と私どもの病院で始め、年に2回、今年までに25回の会議を開催しております。この会議には、連携先と私どもの病院との情報交換、あるいはお互いに顔の見える関係、それから大事な情報を共有するという機能を持たせてきております。1995年には、病診連携会議のなかで、相手を知らなければ患者さんにとって本当に良い連携ができていくかどうか分からないのではないかとということで、「連携施設情報共有紙」を作成しました。この「共有紙」は、それぞれの病院が自分たちの病院機能と病院施設でできることとできないことを公開したものです。1995年にできて、その後1997年と2004年に改訂しております。同時に、特に周辺の医療機関でお困りになっているのが高額医療機器の問題です。どこでも入れられるものではありませんので、共同で利用するために、診療所・病院から直接私どもの検査センターへ申し込みができるシステムを構築しました。さらに2000年には開放型病床を10床設置しまして、文字どおりオープン病院になったかなと、私自身そういう感想を持っております。

それから、2003年に「看護連携会議」というものを発足させました。これは、1つには高齢化社会の到来で、私どもの病院にも高齢者が多くなっています。しかも連携先、特に紹介していただけるところが福祉施設や介護施設が非常に多くなっており、逆紹介、これをどうにか解決しないといけないという問題があります。もう1つは、私どもが急性期に特化すればするほど、さらに急性期病院としてキュアのほうに主体を置けば置くほど、

### 医療連携 ～当院の考え方～

- ・ 患者主体に発想
- ・ 相互補完
- ・ パートナーシップ
- ・ 共生

スライド5

### 連携医療の進化

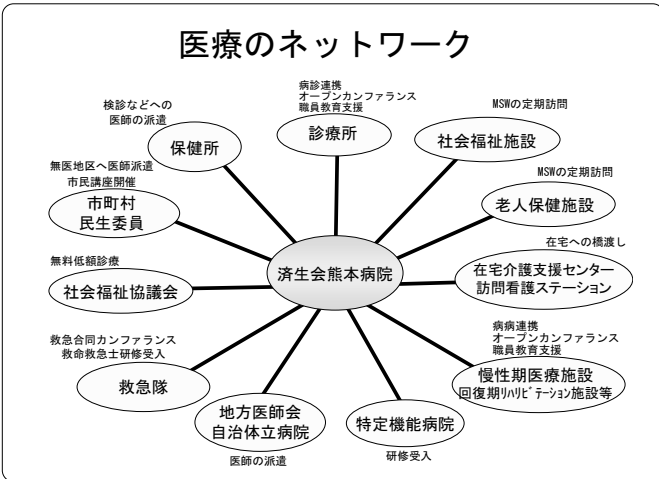
1992年	病診連携開始 連携室の設置、病診連携会議の開催
1995年	「連携施設情報共有誌」の作成 1997年、2004年 改訂 高額医療機器の共同利用
2000年	開放型病床(10)設置
2003年	看護連携会議の発足
2004年	理学療法士病診連携会議の発足 連携パスの作成 院内カンファランス公開

スライド6

ケアの部分が弱くなってきました。ケアの部分を充実させるためと、ケアの継続性・連続性を持たせるために、このような看護師同士の連携を周辺医療機関と始めたわけです。これも現在までに10回の開催を数えております。

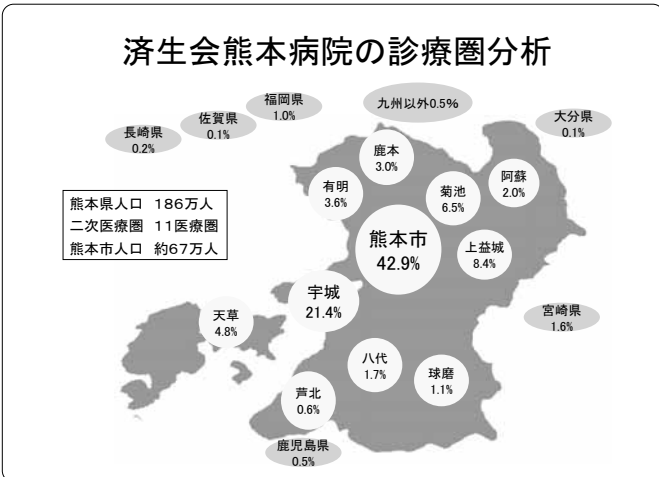
それから2004年には、この看護連携を模倣して、理学療法士同士の連携もやろうということで「理学療法士病診連携会議」が発足しました。これまでの施設連携から、職種間連携という新しい領域に足を踏み入れたところですが、これまでは病院の入院患者を主体に作成していたクリニカルパスを、これからは連携先との間でも使えないかということを考え、シームレス医療を展開するために、また患者さんに安心してもらうために連携パスを作成して使っていこうということで、現在も努力をしているところです。「院内カンファランス公開」と書きましたのは、これまでも科によってはカンファランスを公開していましたが、一応全診療科で院内カンファランスを地

## 医療のネットワーク



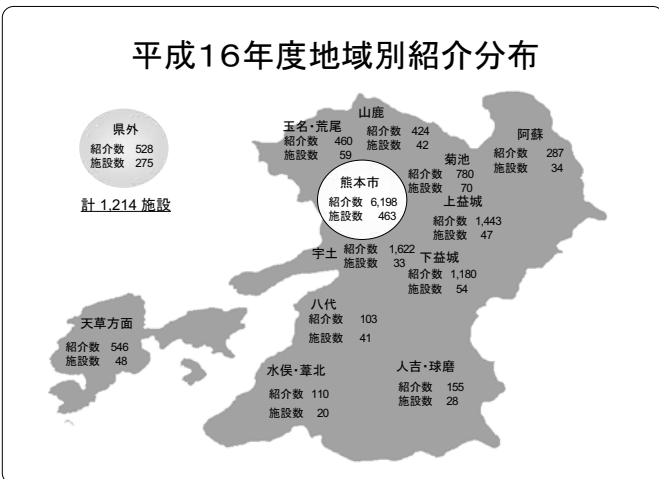
スライド 7

## 済生会熊本病院の診療圏分析



スライド 8

## 平成16年度地域別紹介分布



スライド 9

域に公開できるようになったという意味で書かせていただきました。

### ■当院の連携ネットワークと診療圏

スライド7の図は、現在まで済生会熊本病院が構築してきた医療連携のネットワークです。診療所から、特定機能病院、リハビリ施設、介護関係施設などのほか、行政、救急隊とも連携がとれるようになっております。特に救急隊とは合同カンファランスや救命救急士の研修受け入れなど、積極的な協働体制を敷いています。

(スライド8) 当院利用者の診療圏を調べてみますと、二次医療圏の熊本市から約43%ですので、半分以上が市外・県外からの利用です。ちなみに熊本県の人口は186万人で、11の二次医療圏があります。熊本市の人口は約67万人です。特に熊本市周辺の宇城地区からが21.4%、上益城・菊池地区からが合わせて14.9%と多くなっています。これら医師会病院があるところにはドクターを派遣したり、この地域の医師会での勉強会にドクターを派遣したりといった協力体制を行ってきており、そういった意味で高くなっているということと、もう1つは、国道3号線、国道57号線が通っておりますので、病院の地政学的な位置ということと関係があると思います。

### ■当院の紹介率、患者の特徴

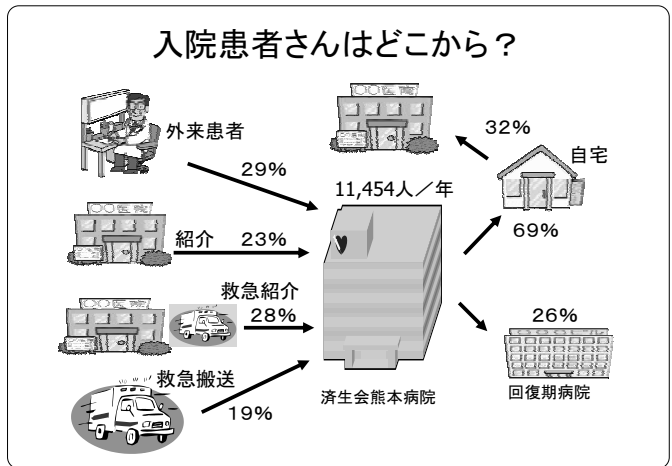
スライド9が平成16年度における紹介患者の地域別分布を示したものです。全体で1,214施設から患者さんを紹介していただきました。熊本市内からが約3分の1強の463施設ですので、残り3分の2が広く県内外から病院を利用していただいているということが分かります。このことも、熊本市内に8つの大規模病院が共存できる1つの大

きな要因かもしれません。ですから、ほかの熊本市内の病院も、地域というものを考えた場合に、二次医療圏の熊本市内だけではなく、熊本県全体を対象に考えて病院運営がなされているといえるかと思えます。

当院の患者さんの疾患の特徴は、私どもが専門特化している脳卒中関係、あるいは心臓関係、あるいは消化器がん関係、それから救急医療、このような疾患でお見えになる患者さんが多いようです。

■ 当院の患者はどこから来るのか

(スライド10) これも昨年の統計ですが、1年間に1万1,454人の患者さんが入院されました。そのうち外来経由で入院された患者さんが約3割、一般の紹介状を持参して見えられた方が23%、救急がらみで入院された方が全体の47%という内訳になっております。で、出口のほうはどうかと申しますと、自宅に帰られた方が約7割です。その7割のうちの3分の1がまた自宅から地域の診療所・病院に通院されております。それから、

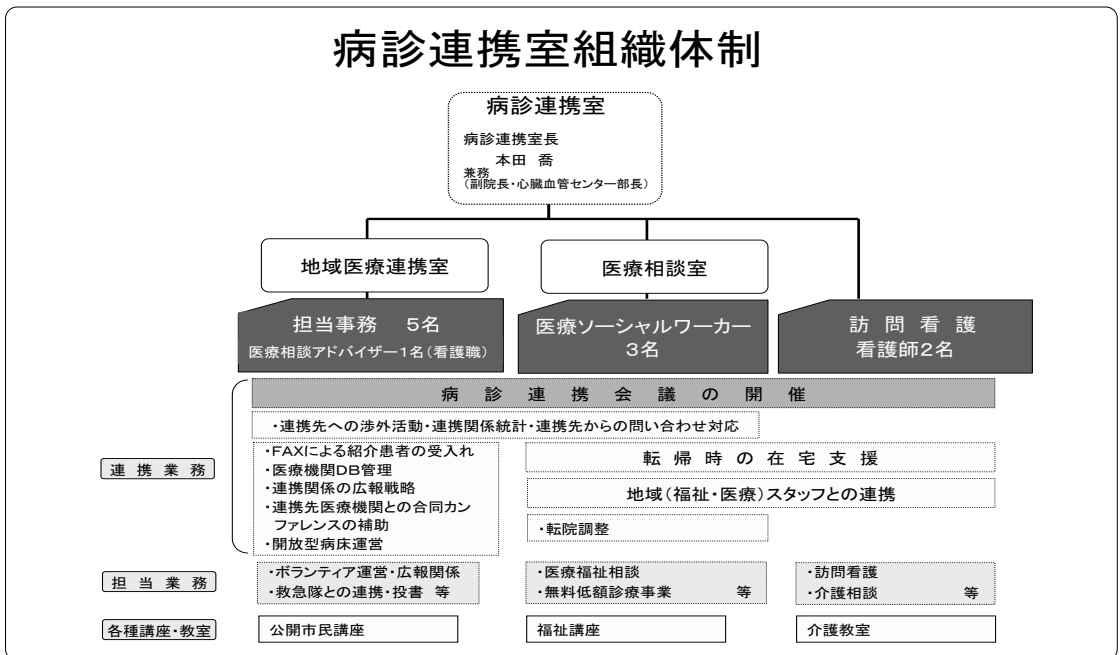


スライド10

私どもの病院から回復期病院のほうに直接、病病連携で移動された方が26%という割合になっております。

■ 当院の病診連携室の組織体制

(スライド11) これが私どもの現在の病診連携室の組織体制を表したものです。当院の連携医療の特徴として、開始時からこのような連携室を設置して、システムとして連携に取り組んできたということがあります。設立時には連携室長の医師



スライド11

は兼任で1名、ソーシャルワーカー1名、MSW1名、訪問看護師2名でスタートしたのですが、現在はスライドのように、事務職5名、医療ソーシャルワーカー3名、訪問看護師2名で運営しています。それぞれの役割・業務は、地域連携にかかわることの担当は主に事務職、医療相談等の担当が医療ソーシャルワーカー、在宅医療部門の担当が訪問看護師です。

特に、私どもでは医療相談アドバイザーを設置しております、これは昨年まで当院の総師長を務めていた方が、退職後、院内の隅々までよく分かっているという理由もあって、アドバイザーと

なり、患者さんのいろいろな質問やどの診療科にかかったらいいかといったことの相談業務を行っています。

実際の業務内容はスライドに示したようなことです。受け入れの部分と転院をどうするかということが主な連携業務になります。特にソーシャルワーカーはこの転院調整に主力を注いでおります。

#### ■病診連携のための具体策の例

(スライド12)これが当院の昨年の連携会議の風景ですが、このようにいろいろな部門のスタッフが参加して、1つのテーマでシンポジウムを行っています。右下の写真は看護連携会議を行っているところです。

(スライド13)これが当院で1995年に作成した情報共有紙で、最新版は2004年版です。当初は情報の提供があったのは80病院からでしたが、2回目の改訂時には180の施設から、この第3版では398の施設から情報を提供していただいています。398施設の内訳は、病院が107施設、医院が261施設、介護・老人施設が29施設、福祉施設が1施設ということです。

情報紙の内容は、左側の部分に、当院からのどのような患者さんを引き受けられますか、あるいは引き受けられませんかということを問うていまして、このなかには人工呼吸器管理の患者さんとか、IVHで栄養管理をやっている方とか、なかにはMRSAを保有しているんですが、というところまで入っております。それぞれの医療機関から返事を頂いて、これは主に私どもの病院で使わせていただきます。それから、右側の上半分の方が自分の病院の機能といったものを、表していただく。そして右下の部分にその病院の地図を表しています。これは、現在は紙ベースで行っておりますが、いずれインターネットを使っての情報の交換につな

### 病診連携会議風景(病院・看護・PT)



スライド12

### 情報共有紙



スライド13



がっていくものです。またそうしないと何年かごとの改訂では情報がやはり遅れてしまいます。ですからデジタル機能を有効に活用できればと思います。

(スライド14) そのほかに、病院の現況をよく分かってもらうことも必要ですので、ドクターが替わる時期などにこのような「診療体制のご案内」というパンフレットを発行して、利用していただいております。

### ■ 診療体制

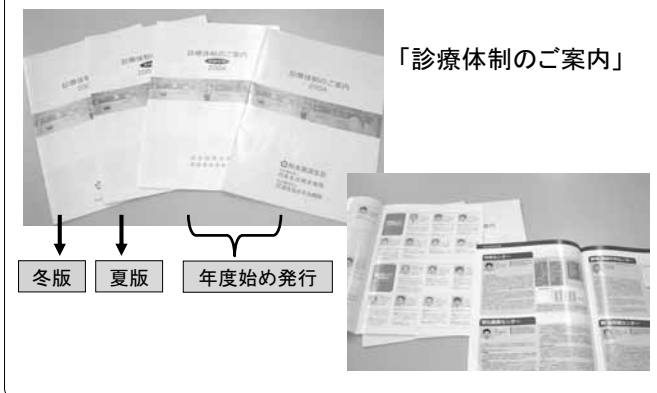
(スライド15) これが脳梗塞患者の診療体制ですが、私どもはこの下のほうの地域完結型です。患者さんをストロークユニットで診て、その後私どもの病院で2～3週間観察・治療して、その後回復リハのためにリハビリ専門病院等に転院するというパターンでやっております。リハビリ専門病院から介護施設、あるいは在宅ということをやっていただけるようなシステムをつくっています。熊本市市民病院の橋本洋一郎先生がこのようなシステムをつくられて、熊本市内ではこういうかたちで大体展開されているようです。

### ■ 連携医療の進化と主要経営指標の推移

(スライド16) これが入院患者の在院日数の推移です。連携を始めた当時、2週間以内の入院患者さんは48%だったんです。今では2週間以内の在院患者さんが約7割、あと3割が14日以上ということ、これは病院経営という観点からしますと、いわゆる入院管理料がいちばん高く設定してあります2週間以内の患者さんが多いということは、急性期病院にとっては大変いい状況になっていると思います。

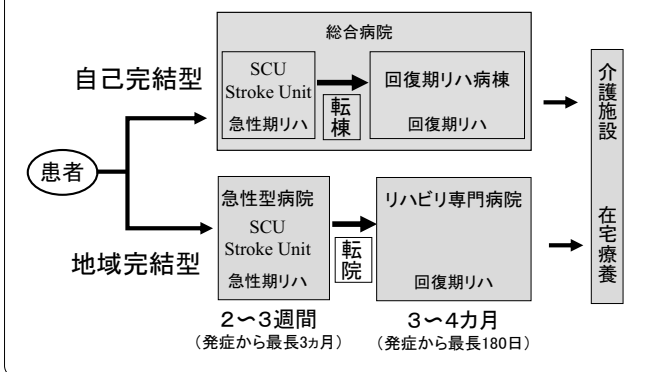
(スライド17) これも経営の問題ですが、在院日数をずっと減らしてき

## 連携広報紙の発行



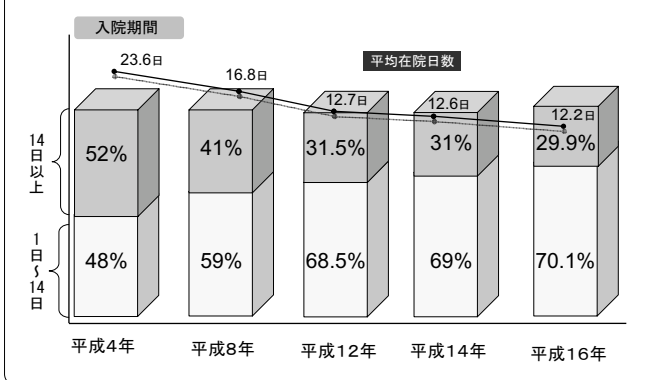
スライド14

## 「脳梗塞」患者の診療体制



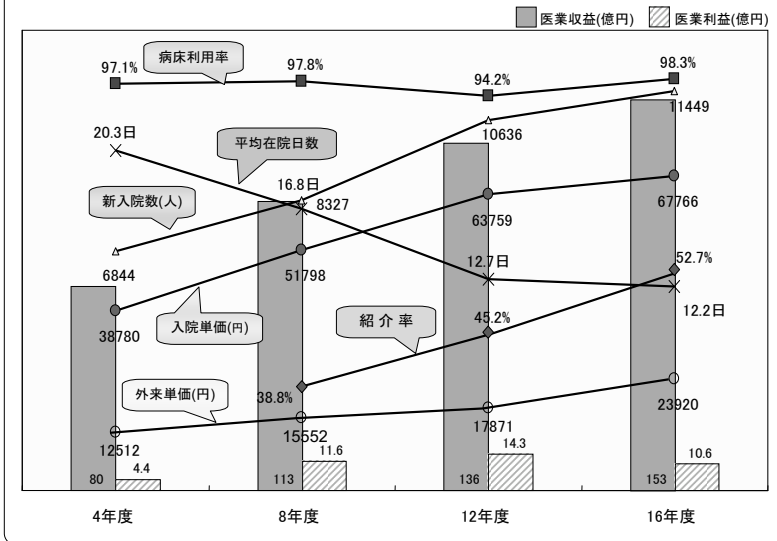
スライド15

## 新入院患者在院日数推移



スライド16

## 主要病院経営指標の推移



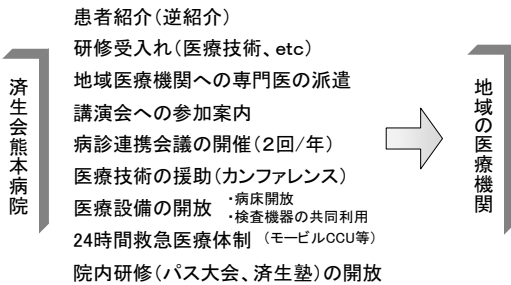
スライド17

ました。連携を始めたのが平成4年で、当時は病院全体が20日くらいの在院日数でしたが、平成8年にクリニカルパスを病院全体に導入して以来、毎年1日ずつ下がってきて、12年度には12.7日でした。それから先、現在までの4年間は12日台。少しずつ減ってはいます。それまでは毎年1年に1日減の状態でしたが、それが少し鈍ってきているということです。これを解決する方法としては、もっとパスで適用できるものを増やすか、あるいは連携のタイミ

ング、当院からもう1つの病院に行くための転院のタイミングをどう考えるかということになります。

(スライド18) こういう連携をやっているためには、中核となる病院が、周辺の医療機関に対していろいろなサービスを行う必要があるだろうと考えております。このスライドにあるようなサービスを行っております。

### 地域医療へのサービス

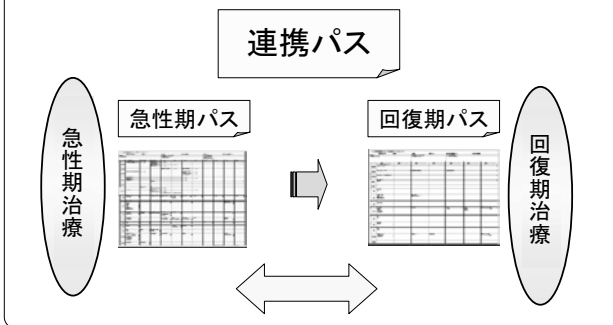


スライド18

### 連携パスへの新たな取り組み

この状況下で、次の新しい連携のやり方としてどういうものがあるかと考えたときに、私どもがやっていることは、クリニカルパスを応用して新たな連携の領域に踏み込んでいくということです。連携パスとなりますと、パスは疾患ごとに作成されますから、言うなればディーズ・マネジメントです。ある疾患を、急性期から慢性期、そして自宅へ日常復帰されるまでのパスを作成できるかということですが、まだ「新たな取り組み」といった段階です。ですから、これが成功したかどうかということとは

### 連携パスとは



スライド19

現在は報告することができません。

(スライド19) このように連携パスというのは、急性期病院に入院している時が急性期のパスで、これは日ごとに表すことができますが、回復期パスになりますと個人差や年齢差もありますし、回復期を担当してくださる病院では、どのような治療を継続していったりどのような間隔で診ていくかということで、急性期の病院ではこれを作成することができません。ここはどうしても「パスで連携をやりたい」と言われるところと共同開発していくしかないと思います。パスのつくり方は私どもはもう慣れておりますから作成自体はできるのですが、その内容については、回復期を担当される病院でどういう治療をやっているんだ、どういう方針でやるんだということを伝えていただかないと難しいと思います。

(スライド20) どのような連携パスがあるか。心臓関係とか整形関係とかですね。慢性腎不全の導入期ですが、これはパスと呼べるかどうか分かりませんが、そういったものが私どもの病院ではつくられ始めております。スライド21は心臓リハビリテーションの連携の型を示したものです。

(スライド22) 連携パスの必要性を申しますと、患者さんへのインフォームド・コンセントが充実して患者・家族の不安が解消するという、治療の一貫性がこれでひと目で分かるということです。それから治療の継続性が確保されるということです。特にクリニカルパスはプロセス管理を行うツールですので、退院基準という目標を立てることによって、あるいは退院までの中間のいわゆるクリニカル・インディケーター（アウトカムと呼んでもいいですね）をいかに早く達成するかということで職員が知恵を絞るわけですから、パスを使いますと早期のアウトカムの達成が可能になるのではないかと期待しております。3番目の相互理解の充実ということでは、各施設が協力し合って1つの疾患について討論をして、どういう治療方針で一貫性を持たせるか、お互いの理解、急性期病院について回復期病院の理解が深まるし、回復期医療について急性期病院のスタッフが理解でき

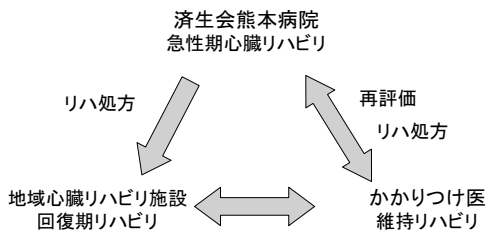
## 連携パスの動向

### 連携パスの例

- ・ 急性心筋梗塞(AMI)  
回復期リハビリテーション
- ・ 人工骨頭置換術  
回復期リハビリテーション
- ・ くも膜下出血  
回復期リハビリテーション
- ・ 慢性腎不全の導入期  
教育シート

スライド20

## 心臓リハビリテーション連携



スライド21

## 連携パスの必要性

1. インフォームドコンセントの充実  
→ 転院に対する患者・家族の不安の解消
2. 治療の継続性の確保  
→ 早期のアウトカム達成
3. 相互理解の充実

スライド22

という利点があります。

### 本院との病診(病)連携に関する意識調査報告

これを出したのは、連携を行ってネットワークを構築することも重要だけれど、それだけではなく、いちばん大切なのは地域の治療の質が上がるかどうかということだと考えましたので、実際にどのような連携を望んでおられるかということで、アンケート調査を行ったわけです。

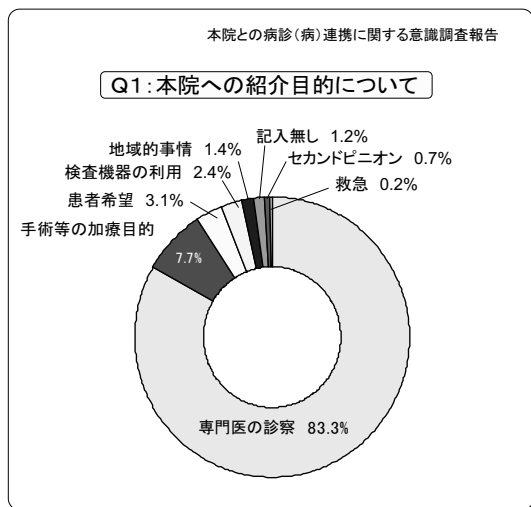
(スライド23)「当院への紹介目的について」。これで見ますと、当院は地域からは専門医療への期待をされているということがよく分かります。スライド24では、紹介元の連携の満足度が分かるかと思えます。9割くらいは私どもの病院を紹介元として納得いただいているのかなという感じを受けております。

(スライド25)「紹介上での問題点」ということでお聞きしたところ、最大の問題点だと指摘されたのは「交通の便」で、これは病院の位置とか、交通機関がどう整備されているか、道路状況はどうかということのようですので、すべてが私ども

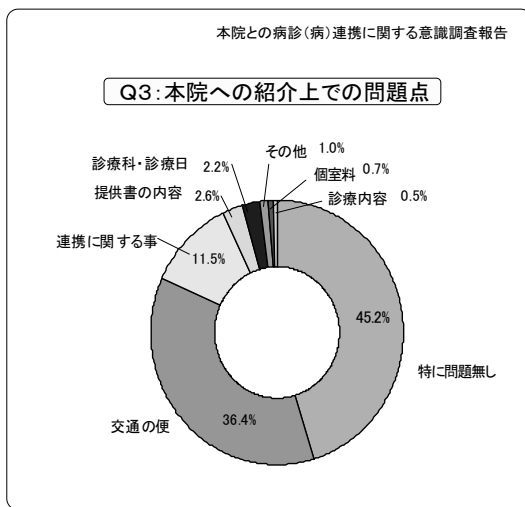
の病院で解決できるわけではないと思いますが、一方では「連携に関する事」が10%以上ありますので、この辺はもっと詳細な分析をしてみる必要があるかと思えます。

(スライド26)「本院からの転医について」ということで、受け入れられた病院先のご意見をうかがったのですが、ほぼ合格点といえると思っております。

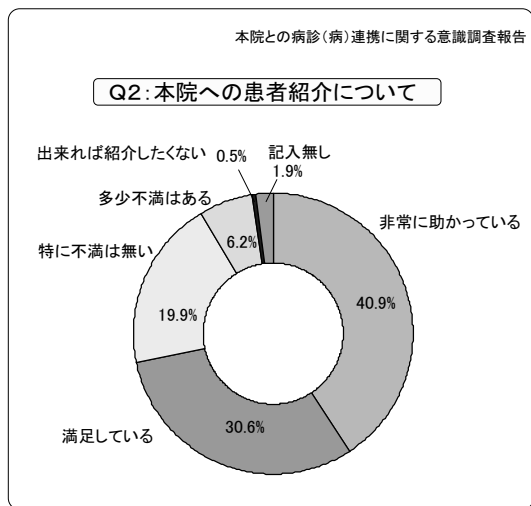
(スライド27) 患者さんが満足しているだろうかということ、あくまでも医療の提供側の判断ですが約9割は連携医療を納得されているようです。患者さんに直接お聞きしますと、もっと悪い



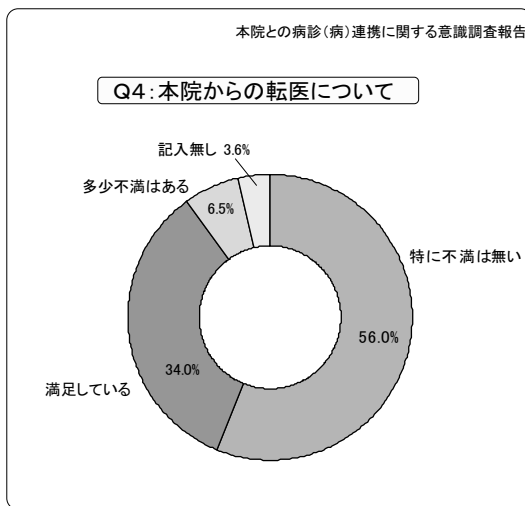
スライド23



スライド25



スライド24



スライド26

評価になると思いますが……。

(スライド28)「本院からの転医上の問題点」。やはり転医のタイミングの問題が1つあります。紹介してもらったけれど、本当にこれが適切だったのかどうかもう少し考えてくれよといった問題もありまして、診療情報の取り方、あり方に、さらに努力が求められていると感じます。

(スライド29) 病院というのは、実際、その地域に存在価値がなければ意味がないと私は思っていますので、当院の地域における存在価値といったものについて問うてみました。そのアンケートによりますと、一応存在価値ありと判断され信頼されているようです。ちょっと安心をしているところです。

**今後の病診・病病連携の課題**

(スライド30) 今後の病診・病病連携の課題としまして、連携ネットワークの構築。今までも構築してまいりましたが、特にこれからは、高齢社会にどんどん進んでいるということを意識して再構築を図らないといけないだろうと思います。特に、患者さんに限らず連携先のドクターも高齢化しておりますので、この辺でも有床診療所がなくなって、これまで入院患者さんを

**今後の病診(病)連携の課題**

連携ネットワークの構築

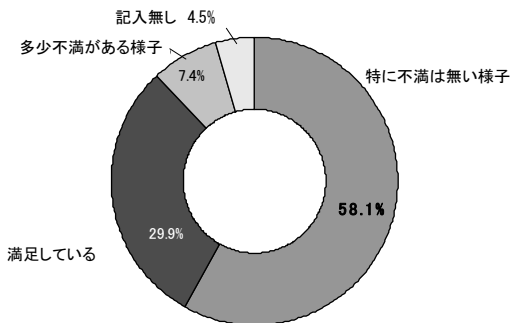


連携ネットワークの質の管理  
(連携のマネージメント)

スライド30

本院との病診(病)連携に関する意識調査報告

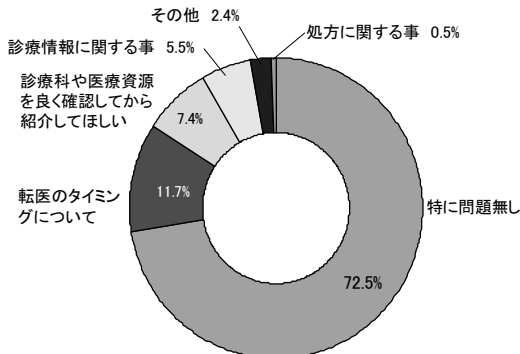
**Q5:本院から転医後の患者さんの様子**



スライド27

本院との病診(病)連携に関する意識調査報告

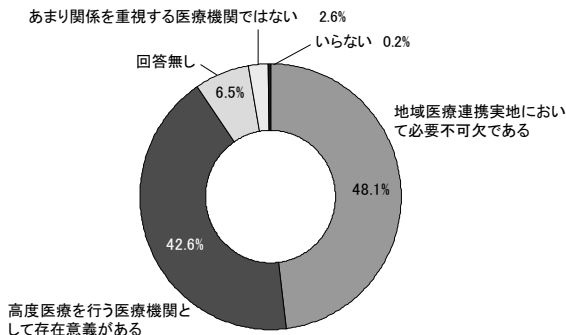
**Q6:本院からの転医上の問題点**



スライド28

本院との病診(病)連携に関する意識調査報告

**Q7:地域医療における本院の位置付け**



スライド29

引き受けてくれていたところがなくなるということもあります。ですからリアルタイムの情報をもっとほしいということと、これからは介護・福祉施設の方面に連携頻度が増していくと思われまので、そちらのほうとの関連づくりを重視しなければいけないと思います。それから医療は量から質の問題に変わったといわれていますが、連携もただやるだけではなくて質といったものを考えていかなければいけない。そのためには連携の状況をどうマネジメントしていくか、いわゆるネットワークの質の管理をこれから進めていく必要があると思います。

(スライド31) 実際に質の管理をどうしていったらいいかを、模索して書き入れたものです。現在私どもの病院の質の管理で最も重要と考えていることは、急性期で治療した患者さんがどのような顛末をたどっているか。病院をいくつたどって、現在はどのような状況になっておられるかということです。そのフォローワーク体制というのがまだ十分ではありません。それからもう1つは、この連携医療をやったことの成果はいったいどうだったんだということを、これからは研究していかなければいけないと思っております。

(スライド32・33) これからの連携医療について特に言っておきたいことですが、連携パスや職種間連携といったものは、非常に労力が必要ですが、これから福祉施設や介護施設と連携していくためには重要なことではないかと思っております。

以上です。どうぞご清聴ありがとうございました。

**座長** ありがとうございます。1つ付け加えさせていただきますと、須古先生は全国クリニカルパス学会の理事長を現在務められています。

続いて第2席は、佐久総合病院院長の夏川周介先生です。ご略歴はレジュメ集の130ページに出ています。皆さまよくご存じのように佐久総

## 連携ネットワークの質の管理

### 情報の共有化・発信

- ・連携パス
- ・診療情報提供書の充実  
(ケア・ケアの連続性を視点に置いたフォーマット開発等)
- ・「情報共有紙」  
(地域内での機能分化された医療機関機能情報の共有化)
- ・「診療体制のご案内」(高度専門医療のブランディング)

### 連携データの細分化・分析

教育・研修の受け入れの促進(地域医療の質の向上)

相互評価・協議をする場の企画・運営

スライド31

## これからの連携医療

1. 患者本位
2. コミュニティの健康を守るという考え方  
保健・医療・福祉・行政のより密接な連携
3. 自己完結から地域完結型へ
  - ① 疾病管理(診療の継続性):連携パス
  - ② 施設間連携から職種間連携の強化へ
  - ③ 共生の思想―価値観の共有、責任の共有―
4. ネットワークによる情報の共有  
(对患者、対関係機関、対医療関連従事者)
  - ITの利用
  - 連携の質の管理



地域医療の質の向上

スライド32

## 地域連携医療を成功させるために

- ・ 連携医療の視点
- ・ リーダーとなる病院の存在(キーステーション)
- ・ 病診連携室の設置  
専任者をおく
- ・ 診療情報の公開と共有  
共有誌、IT利用
- ・ 連携会議の開催  
地域、パートナーとの対話
- ・ 機能分化への努力と役割の明確化
- ・ レームレスCareに利用できるツールの活用

スライド33

合病院は農村医学のメッカです。若月俊一先生をはじめ、農村医学のある意味では最も有名な病院の1つです。それでは、夏川先生よろしくお願いたします。

## ②過疎地域の医療連携を考える

### 夏川 周介

ご紹介ありがとうございます。佐久総合病院の夏川です。「過疎地域の医療連携を考える」というサブタイトルをつけてみました。スライド1の写真に広がりますのは日本一の高原野菜の産地として、このような地域が一次医療圏に存在します。これはレタス畑です。最近では収穫がありすぎて、毎日これがトラクターで潰されているという悲惨な状況にあります。



スライド1

長野県の医療の特徴ですが、現在、男性が平均寿命は全国で1位、女性が3位ということです。40年前には男性が9位、そして女性は26位でしたので、40年間でかなり急速な伸びをしているという特徴があります。全死因年齢調整死亡率は男性が1位、女性3位ですが、これも40年前には全国平均をはるかに下回っているような状況でした。それからがん年齢調整死亡率は、現在、男性が1位、女性が2位。40年前は中くらいの位置で、この40年間で急激な変化を遂げた特徴があります。ご存じのように老人医療費はずっと最下位を走っております。老人医療費が低いと平均在院日数も低い。まあ、どちらが先か分かりませんが、こういう特徴があります。在宅死亡率に関しては、前回までは1位でしたが、現在は新潟県に続いて2位ということで、在宅死亡率も非常に高い地域です。

スライド3は、ご存じのようにわが国の老人医療費の全国の分布を見たところです。ダントツの最下位が長野県でして、福岡・北海道に比べてその差は92万対60万、1.54倍の開きがあります。同じ国民皆保険そして診療報酬の国においてなぜこれほど大きな差があるのか。同じ土俵で戦うのが何となく嫌になってしまう気がしないでもありませんが、現実にはこのような分布になっているのが、日本の医療の特徴ともいえると思います。

### 長野県の地域特性及び医療特性

(スライド2) まず地域にはいろいろな地域特性があるということを少し振り返ってみたいと思います。長野県もいろいろな地域を持っております。人口は220万人ですが、面積は北海道・岩手・福島に次いで4位の広範な面積を持った県です。人口密度は1km<sup>2</sup>当たり162人、全国では38位ということで、人口密度は大変低く、人口集中地区が非常に少ない県であります。当然のことながら高齢化率は23.2%と、これは全国でも高いほうに位置しています。

#### [長野県の地域特性]

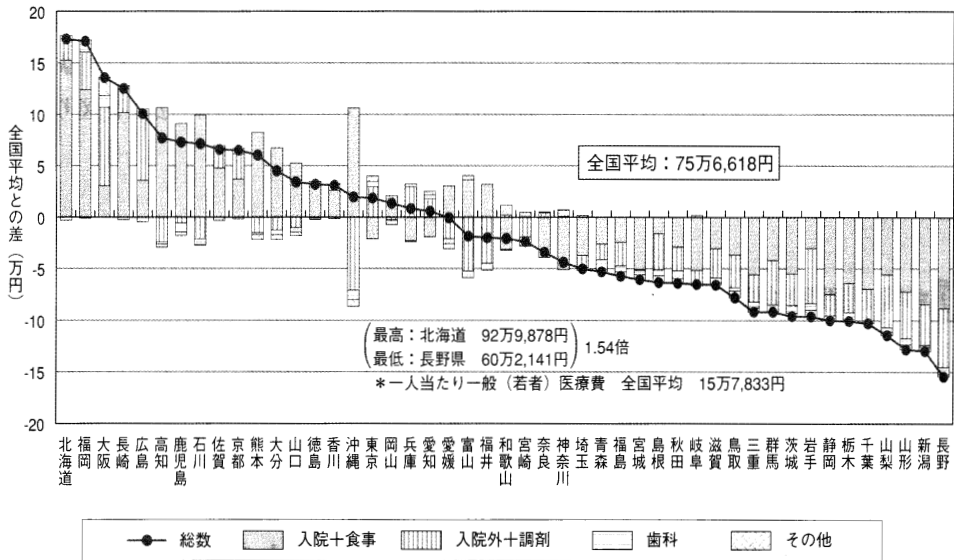
人口:220万人  
面積:13,585km<sup>2</sup> 第4位  
人口密度:162人/km<sup>2</sup> 第38位  
人口集中地区の割合 第39位  
高齢化率23.2% 第10位

#### [長野県の医療特性]

・平均寿命  
男78.90才(1位←9位)  
女85.31才(3位←26位)  
・全死因年齢調整死亡率  
男617.9(1位←28位)  
女340.9(3位←40位)  
・がん年齢調整死亡率  
男182.5(1位←14位)  
女95.6(2位←15位)  
・老人医療費(47位)  
・平均在院日数(47位)  
・在宅死亡率(2位)

スライド2

図表7-1-5 一人当たり老人医療費の診療種別内訳（全国平均との差）



資料：厚生労働省（2001年度）

スライド 3

### 厚生連の病院の概況

（スライド4）私どもの厚生連（厚生農業協同組合連合会）は、JAグループの医療事業を担うものであって、医療に恵まれない農村に暮らす人たちの健康を自ら守るために、それぞれが自ら出資して設立された事業体です。

事業概況については、昨日、松山幸弘先生がいみじくもおっしゃっていただきましたので省かせていただきます（37ページ参照）。若干の訂正をさ

#### 厚生連(厚生農業協同組合連合会)の医療特性

- ・厚生連とはJAグループの医療事業を担う部門であり、医療に恵まれない農村に暮らす人たちの健康を自ら守るために設立された事業体。
- ・事業概況（平成16年4月現在）  
22県に123病院を有する  
職員総数：46,400人（医師数4,006人）  
総病床数：37,734床  
へき地中核病院 21  
臨床研修指定病院 79  
救命救急センター 7  
災害拠点病院 30

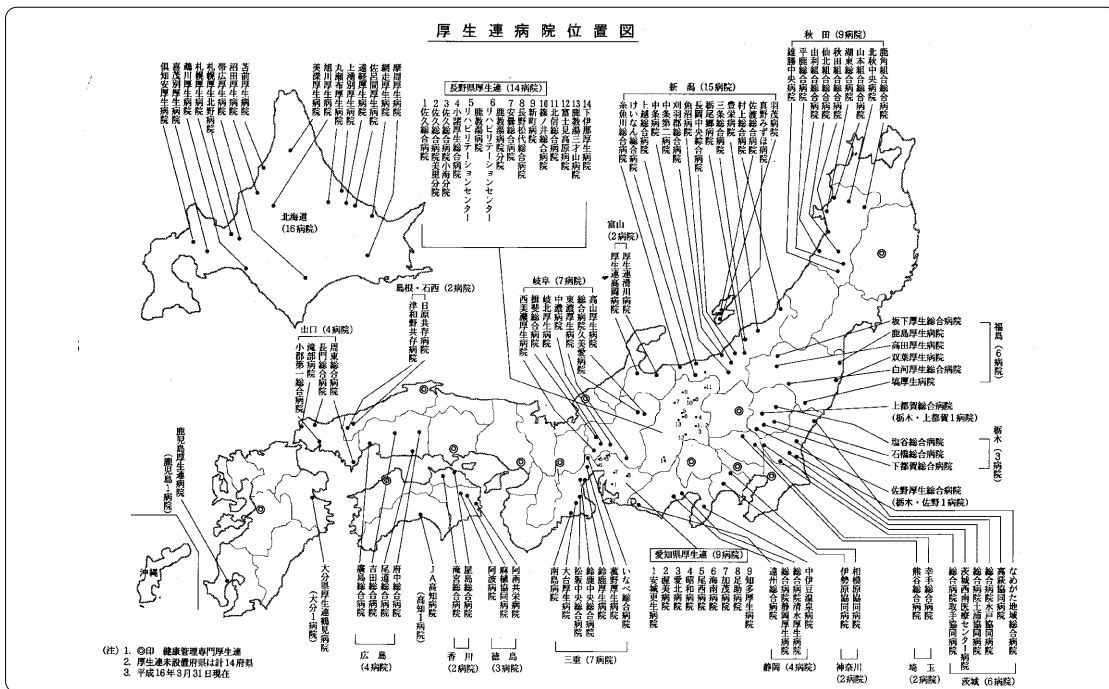
スライド 4

せていただきますが、松山先生は「厚生連は増収増益の大変素晴らしい病院群だ」というふうにおっしゃいました。あれは数字の取り間違いで、実態はその数分の1でしかないということをお断りして、訂正をいただきたいと思ひます。ちょうど会計年度の仕組みが変わったところのデータを読み違えておられたと私は理解しております。

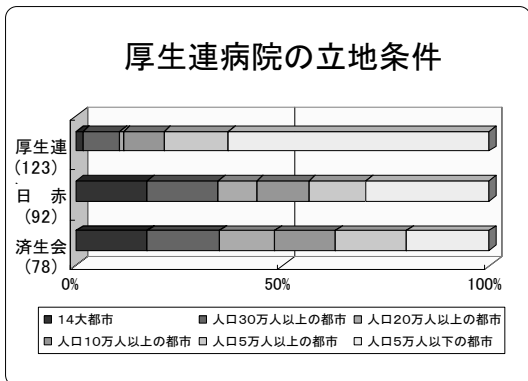
スライド5は、ざっと厚生連病院の分布状態を見たところで、数からいきますと北海道・長野・新潟・秋田、そして愛知・三重、それから茨城、そういったところに多くありまして、かなり地域的な偏りがあり、特に東日本に多く分布しております。これはもともと東北・北海道など東日本のほうの農村地域が貧困な状態であったことに起因している部分が、多分にあります。

（スライド6）もう1つが厚生連病院の立地条件です。これは平成の市町村合併前のデータですが、厚生連というのは人口5万人以下の都市に60%が立地していて、逆に大都市圏、14大都市に存在するのはごくわずかです。日赤や済生会はそのような面では大都市にむしろ多く存在していま

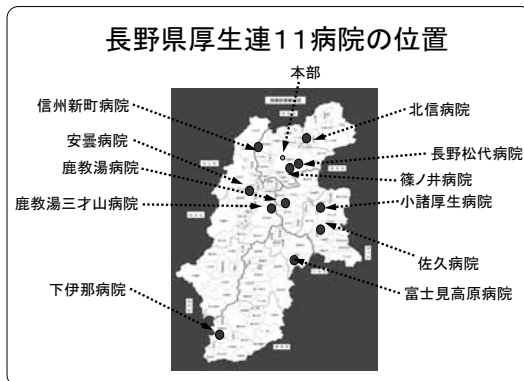




スライド5



スライド6



スライド7

す。このように同じ公的病院でも立地条件に大きな特性の差があるということも念頭に置いていただければと思います。それだけに人口過疎の地域で医療を担う病院が多いわけですから、どうしても包括的な医療で地域のセーフティネットを構築しなければならない、そういった立場にいる病院が多いということです。

(スライド7) 長野県厚生連ですが、こういったかたちで11の病院が点在しています。佐久総合病院は、長野県の東の端のほうに位置しておりま

### 長野厚生連概要(平成16年度)

病院数: 11  
 関連施設: 分院3 診療所4 老人保健施設6  
 訪問看護施設21 看護学校1  
 総職員数: 5,807人(うち医師数489人  
 看護師数2554人)  
 病床数: 4,239床  
 平均在院日数: 24.6日 病床利用率: 92%  
 年間入院患者数: 78,317人  
 外来患者数: 239万人(延べ) 検診者数: 38万7千人

スライド8

す。ちなみにこの我々の病院のあるところは、日本一海から遠い地点です。内陸のどん詰まりの地域です。

(スライド8) 長野厚生連の概要です。この辺のところもざっと見ておいていただきます。約6,000人の職員をかかえておりまして、医師が489人ということです。療養型といえますかりハビリ

テーションの病院のベッドが多いものですから、在院日数はかなり長くなっています。長野県で約20%のシェアを持っているというのが実情です。

### 佐久総合病院の概況

(スライド9) 佐久総合病院の概況に移らせていただきます。

いろいろな関連施設を持っております。2つの分院、2つの老健、それに健康管理センターというのを持っておりますし、在介、訪問看護ステーション、宅老所、研究所、研修センター、特別養護老人ホームの運営も行っております。それから臨床研修指定、救命救急センターをはじめ、さまざまな施設認定を受けています。

(スライド10) 諸々のベッド数を合計しますと、約1,200床になります。このうち小海分院は、療養型と一般病床を半々に持った病院です。美里分院は慢性の精神病患者さんの専用病院で120床。精神科が112床ですので、合計すると232床の精神科病床を持っています。

職員総数が、医療現場で働いている人数が1,654名です。医師数が193名、そこに看護専門学校の職員を入れますと約1,700名の職員をかかえています。田舎においては一大基幹産業で、地域との運命共同体という性格も帯びていると考えております。

#### ■患者利用状況、手術件数

(スライド11) 入院と外来はスライドにあるような感じですが。人間ドックにも力を入れておりまして、日帰りが年間約8,000人、一泊二日が約5,000人です。訪問看護ステーションの件数は約3万2,000人。特徴的なのは、集団健康スクリーニングでして、これが年間10万人を超えています。救命救急センターを認可されておりますので、救急外来からの入院が約1,200人です。時間外の救急外来患者さんが約3万人です。救急車の搬送が約3,200件、ドクターカーも運行しておりますが、広範な地域ですのごく限られたところへしか出勤ができない状況で、年間この程度(41件)です。専用のヘリポートを持っておりますが、へ

### 施設概況(1)

#### 附属および関連施設

美里分院  
小海分院  
小海診療所  
看護専門学校  
長野厚生連 健康管理センター  
佐久東洋医学研究所  
佐久老人保健施設  
老人保健施設 こうみ  
在宅介護支援センター(3)  
訪問看護ステーション(6)  
宅老所(1)  
日本農村医学研究所  
農村保健研修センター  
特別養護老人ホームのべやま

#### 諸指定

臨床研修(医科)指定病院  
臨床研修(歯科)指定病院  
がん診療中核的病院  
へき地中核病院  
心臓疾患基幹病院  
救命救急センター  
地域災害医療センター  
老人性痴呆疾患センター  
エイズ治療拠点病院  
感染症指定医療機関

スライド9

### 施設概況(2)

#### 病床数

一般・療養・ドック	705床
精神科病床	112床
感染症病床	4床
小計	821床
小海分院	99床
美里分院	120床
老健(佐久、こうみ)	149床
小計	369床
合計	1189床

#### 職員数

総数	1654人
医師	193人
看護系	787人
技術系	280人
事務系	135人
その他	259人
看護専門学校(学生 / 259人)	
専任職員	29人
合計	1683人

スライド10

### 施設概況(3)(平成16年度)

#### ●患者利用状況:

入院(延べ数) 341,545人 外来 549,710人  
人間ドック: 日帰り 7,953人 一泊二日: 5,030人  
老健: 51,173人 デイケア: 11,029人  
訪問看護ステーション: 32,336人  
集団健康スクリーニング: 105,716(56,629)人  
救命救急センター: 1,223人(救急外来30,205人)  
救急車3,271件 ドクターカー41件 ヘリ搬送14件

#### ●手術件数: 5,385(日帰り手術1,385)件

#### ●内視鏡検査件数: 25,445件

スライド11

りの搬送は年間10数件ということになります。

手術件数が約5,400件、そのうち日帰り手術が約1,400件です。日帰り手術センターのようなものを田舎の病院がなぜつくったかということですが、田舎のお年寄り、入院するよりもむしろ日帰り手術をしてもらったほうがありがたいということで、日帰り手術をやるセンターを開設したら患者さんが増え、約30%あまりの手術件数の伸びにつながりました。内視鏡検査件数は約2万5,000件でして、おそらく日本有数の件数ではないかと思えます。

### ■ 佐久総合病院の5:3:2方式

(スライド12) 私どもの病院の診療活動の特徴ですが、古くから、5:3:2方式というかたちでやってきています。病院の持つ力を10としたときに、そのうちの5は入院医療に、3は外来医療に、そしてあとの2は公衆衛生活動に、要するに地域に出て行つての医療活動ということで、今日では保健予防のみならず地域ケア・福祉の分野、在宅医療も含んでいます。この基本的な考え方は、

### 佐久総合病院の5:3:2方式

病院の持つ力を10としたとき

- 5 : 入院医療
- 3 : 外来医療
- 2 : 公衆衛生活動(地域医療)

(今日では保健予防のみならず  
地域ケア・福祉の分野も含む)

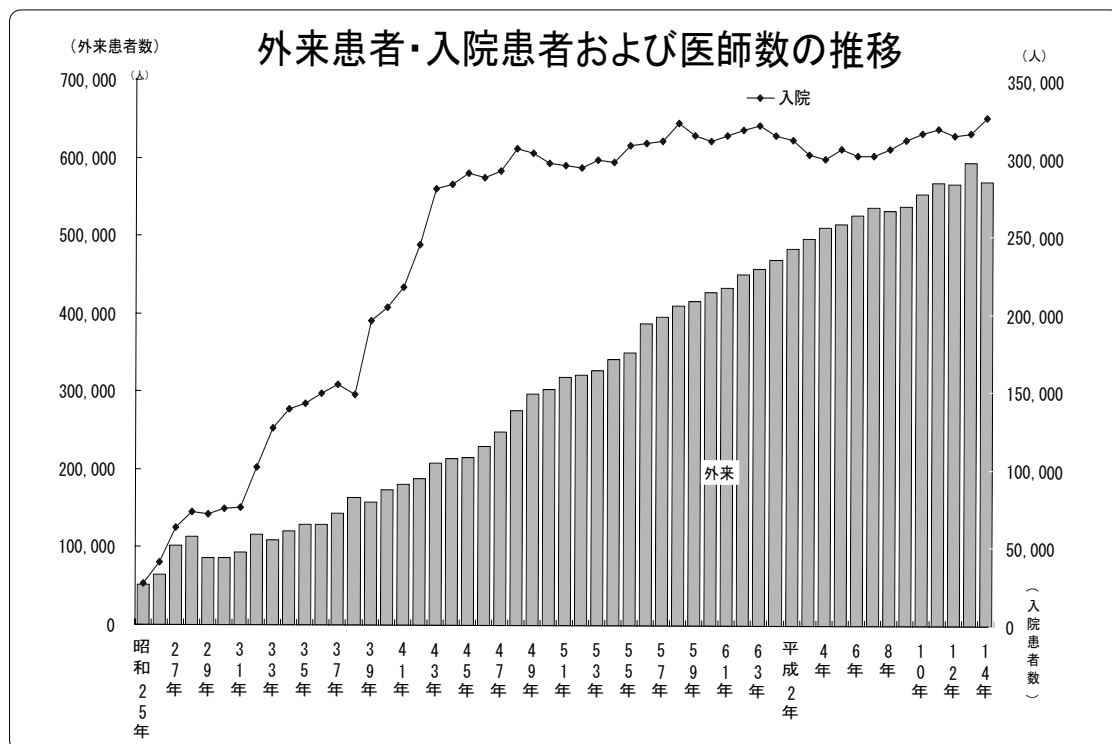
《予防は治療に勝る!》

スライド12

「予防は治療に勝る!」という確固たる信念のもとに、このような医療活動を展開しているという状況です。

### ■ 外来・入院患者及び医師数の推移

(スライド13) 昨年(2004年)で創立60年を迎えましたが、最初は医師2人、20床の病院から始まりまして、今このようになっています。このグラフで特徴的なのは、ここ40年くらい前から入院患者数がほとんど変わっていないということ、それ



スライド13

に対し医師の数だけはどんどん増えていくという、1つの日本の医療形態の典型的なパターンかと思えます。それだけ日本の医療も専門・高度化、ヒト集約型の傾向が進んできているということを表しているものと考えます。

## 医療活動の歴史と特性

### ■ 若月俊一先生と佐久総合病院の歩み

(スライド14) これが若月先生。この佐久総合病院の基礎を築いた方です。現在名誉総長で95歳でお元気でいらっしゃいます。

(スライド15) 病院年譜を簡単に見てみますと、若月先生が昭和20年に赴任されまして、来た途端に何をされたかと申しますと、劇団部を結成しました。普通の発想ではちょっと考えられないことですね。そして同じ年に出張診療活動を開始したということです。昭和22年には病院祭というものを始めています。そして農村医学会も立ち上げて

います。地域で輸血協会を組織し、そして病院給食も開始しました。これは戦後国内で初といわれているようです。

(スライド16) 昭和27年には患者会を発足させております。これが日本で最も古い患者会ではないかといわれております。それから看護学校ができております。昭和34年に八千穂村の全村健康管理——お年寄りだけではありません、子どもからお年寄りまで一村全員の健康管理を始めたのです。これがその後の佐久病院の評価に非常に大きくつながったと考えられております。昭和43年にはインターン制度から臨床研修病院制度へ変更が行われてまして、その時に指定されています。

(スライド17) 昭和48年には、先ほどちょっと触れましたが健康管理センターを開設しまして、全県下にわたる集団健康スクリーニングを始めています。この辺が、昭和57年の老人保健法の制定に大きな影響を及ぼしたということのようです。



### 若月俊一名誉総長

明治43年(1910)  
東京に生まれる  
昭和11年(1936)  
東京大学医学部卒業

スライド14

昭和26年(1951)	9月	第1回長野県厚生連体育大会優勝
昭和27年(1952)	4月	カリエス患者会「白樺会」うまれる
	7月	第1回日本農村医学会総会開催(長野市)
昭和28年(1953)	9月	佐久総合病院看護学院開校
昭和29年(1954)	9月	小海診療所開設
昭和31年(1958)	9月	アイントープ・コバルト60治療開始
昭和34年(1959)	6月	八千穂村全村健康管理はじまる
昭和35年(1960)	4月	小諸分院開設
	9月	佐久総合病院看護学校開校
昭和36年(1961)	8月	第1回農村医学夏季大学講座開校
昭和38年(1963)	1月	日本農村医学研究所開設
昭和42年(1967)	6・10月	ベトナム戦争犯罪調査団派遣
昭和43年(1968)	5月	病院新増築完成
	7月	臨床研修病院に指定される
昭和44年(1968)	5月	農村医学研修センター完成
	10月	第4回国際農村医学会開催(佐久)

スライド16

### 佐久総合病院主要年譜

昭和19年(1944)	1月	病院開設
昭和20年(1945)	3月	若月俊一赴任
	11月	劇団部結成
	12月	出張診療活動開始
昭和21年(1946)	10月	若月俊一院長就任
	12月	クリスマス行事はじまる
昭和22年(1947)	5月	第1回病院祭
	7月	田口村分院開設
	8月	第1回長野県農村医学研究会(佐久)
	9月	輸血協会を組織
	10月	病院患者給食開始(戦後国内初)
昭和23年(1948)	4月	インターン指定病院となる
昭和24年(1949)	12月	第1病棟焼失

スライド15

昭和48年(1973)	10月	健康管理センター開設・・・集団健康スクリーニング始まる
		第1回アジア農村医学会開催(佐久)
昭和51年(1976)	8月	若月院長マグサイサイ賞受賞
昭和57年(1982)	10月	野球部、第37回国体優勝(島根県)老人保健法制定
昭和62年(1987)	7月	老人保健施設開設(モデル事業)
平成11年(1999)	5月	日帰り手術センター設置
	6月	屋上ヘリポート完成
平成13年(2001)	1月	NHKプロジェクト放映
平成15年(2003)	4月	小海分院開設(日赤からの移管)
平成17年(2005)	7月	小海分院新築完成 ドクターヘリ運航開始

スライド17

昭和62年には我が国の老人保健施設のモデル事業として、最初の老健施設が開設されています。平成11年には日帰り手術センターを設置し、その時に救命救急センターの増改築をして、屋上にヘリポートを造設しました。そして平成15年に日赤病院からの移管を受け、小海分院を開設しております。それから2年経ち、本年（平成17年）7月、この小海分院は新築しております。そして同時期にドクターヘリの運航を開始しました。ざっとこのような歩みです。

■馬車に乗って出張診療

（スライド18）ちょっと目で追ってみますと、「馬車に乗って出張診療」ということで、患者さんがいればどこでも青空診療所というふうなこと、これが農民とともにという我々のスローガンで、原点です。（スライド19）農家の方々に難しい理屈をいっても理解してもらえないということで、「出張診療と農村演劇」をやるために劇団部を最



スライド18

初につくったということです。

（スライド20）病院祭というのも昭和22年から始めて現在に至っています。いつも5月にやりますが、今年も2日間で2万2,000人余りの観覧者の方にご来場をいただいております。

■農夫症の研究、脊椎カリエス手術、患者会結成（スライド21）「農夫症」。農業医学の原点がこう



スライド20



スライド21



スライド19



スライド22



スライド23



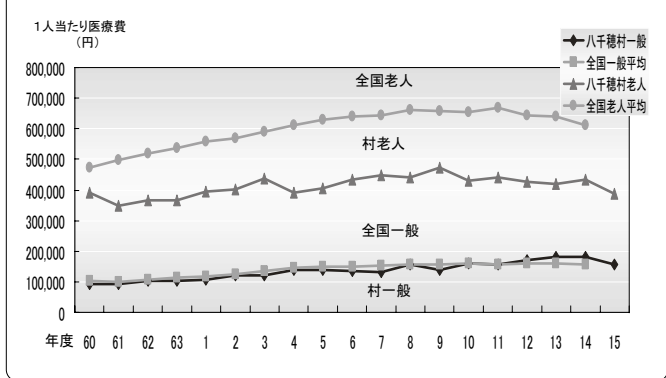
スライド24

いったところがございます。

(スライド22) 若月先生は外科医としても優秀な方でして、それまで日本でだれもやらなかった脊椎カリエスに対して、自らメスをもって切り開

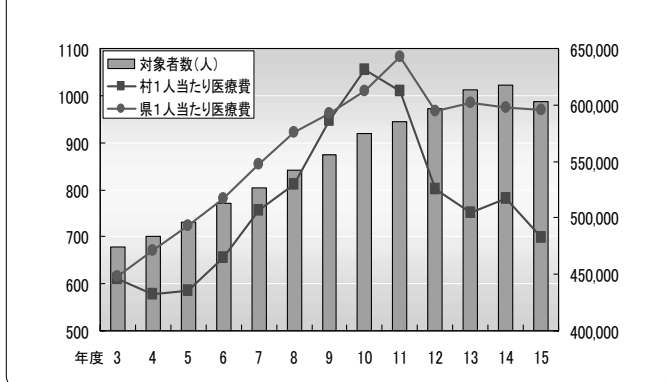
き、「死の門を開く」とありますように非常にセンセーショナルな高度医療を自ら行ったということで、小さな病院に全国から患者さんが集まったということです。

### 八千穂村国民健康保険医療費の推移



スライド25

### 八千穂村老人保健医療費の推移



スライド26

(スライド23) そういう方を集めて「白樺会」という患者会を結成しました。その人たちに対する行政の給付を求めて、患者さんを戸板に乗せて県庁まで談判に行ったといった話も聞いております。

#### ■ 全村健康管理, 医療費低下, 農村医学研究など

(スライド24) 昭和34年の「全村健康管理」です。この当時、すでに健康手帳が使われております。

(スライド25) こういうことをやりますと、村の老人医療費がどんどん下がってきたということです。長野県の老人医療費が低いのも1つにはこのような地道な取り組みが基盤になって現在にも影響しているかとも思います。

(スライド26) 長野県は老人医療費が日本一低いのですが、八千穂村はそれをも下回っているということで、平成15年度は50万円以下でしたから、いちばん高いところの半分くらいの老人医療費かと思えます。

(スライド27) いろいろな農薬中毒、あるいは農業機械災害、ハウス病等の



スライド27



スライド29



スライド28



スライド30

研究にも取り組んでいます。

(スライド28) ベトナムにおける戦争犯罪の調査にも出かけております。

(スライド29) 昭和48年には全県下集団健康スクリーニングが始まっています。大体1日かけて、200～230人の方に対して健診活動を行うかたちです。

#### ■ スポーツ・文化活動も積極的に

(スライド30・31) あまり仕事ばかりやっていると、田舎で燃え尽きてしまうのも面白くありませんし、ほかに楽しみもないということで、スポーツ・文化活動も当初から非常に盛んでして、昭和57年と58年、2年連続国体で優勝したという実績も持っています。女子バレー部も昨年、全国の大大会(レベルは低いのですが)で優勝しています。職員の団結を高め、地域との連携を深める意味からも、こういうスポーツ・文化活動にも積極的に取り組んでいます。

#### 全国社会人9人制女子バレーボール大会優勝



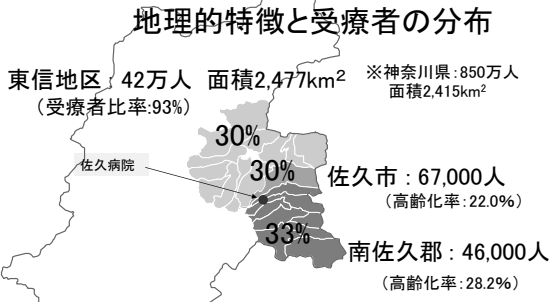
平成16年9月(長野県上田市)

スライド31

#### 地域医療ネットワークの構築

#### ■ 佐久総合病院の地理的特徴と受療者の分布

(スライド32) 佐久総合病院の地理的特性ですが、長野県の東の東信地区というところに存在しています。この4月以降、合併により人口10万都市になってしまいましたが、それまでは1万6,000人の町の病院でした。南佐久郡というこの地域が



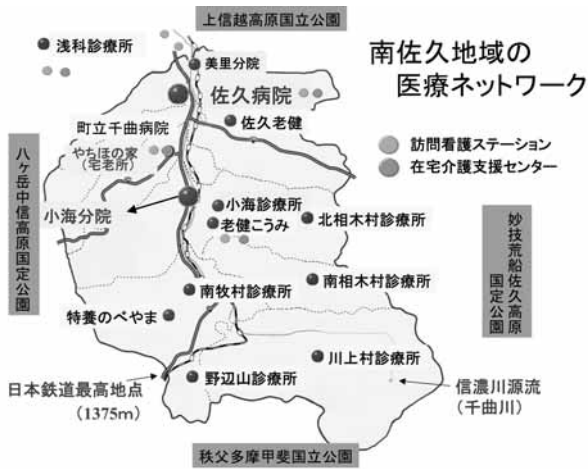
スライド32

一次診療圏ですが、こちらから33%の患者さんがお見えになります。その北側の佐久市から30%、そして上田、小諸、軽井沢そういったところから30%と、大体この範囲内で93%の患者さんの受療分布というかたちになっております。

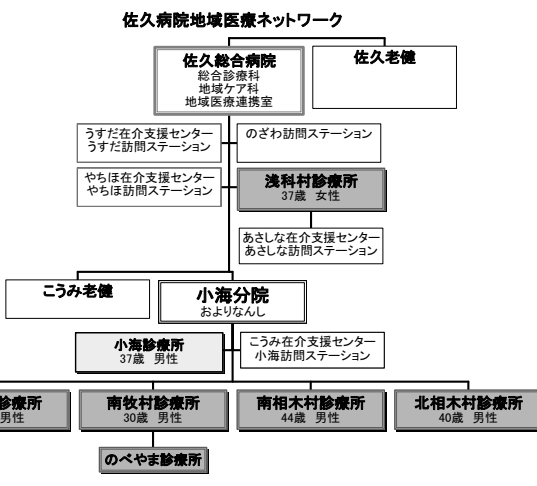
この東信地区は、神奈川県にほぼ匹敵する広大な面積を持った診療圏です。ただし人口は42万、神奈川県の850万に比べますと20分の1以下ということになります。

### ■南佐久地域の医療ネットワーク

(スライド33) 一次診療圏である南佐久郡には開業医の先生は3人しかいらっしゃいません。ほかには100床余りの常勤医5人の町立病院が1つと、先ほど申しました小海分院があります。そして昭和29年には小海診療所を設けて、ここにはずっと常勤医を派遣しておりました。この広大な人口過疎の南佐久郡5カ町村の国保の診療所から医師がいなくなりましたので、すべてに現在常勤医を派遣しています。4月に合併して新しい佐久市になった浅科村の国保診療所にも派遣しております。それ以外にも訪問看護ステーション、在宅介護支援センターを点在させております。それから老健、特養があります。それから最近、宅老所も設けて、そちらの運営もしております。こういった地域を、点や線ではなしに面として、独自の自己完結型の地域医療ネットワークを構成して、地域医療を行っているということです。ちなみにこの地域の特色としては、野辺山の日本鉄道最高地点(1,375m)があります。日本一長い信濃川の源流がここですので、それだけでもこの地域がどのようなところか、雰囲気を感じて



スライド33



スライド34



いただけるかと思えます。周囲は全部国定公園、国立公園で囲まれた地域で、要するにここには連携する相手も病院もほとんどないわけですので、自力で医療ネットワークを構築せざるをえない地域だということです。

### ■ 佐久総合病院の地域医療ネットワーク

(スライド34) このグレーの色の四角で書いてあるのが国保の診療所で、ここに常勤で医師を派遣しております。「最低でも2年以上は行くように」ということで行ってもらっておりますが、年齢は37歳、38歳、30歳、44歳、40歳、そして小海診療所にも37歳と、若手のちょうど脂の乗った医師たちを派遣しております。

これらの診療所に派遣した医師に対しては、必ず週に1回は本院のほうへ戻って専門医療あるいは研究を行うことを義務づけていまして、それに対しては、有給休暇あるいは学会出張などを含め、すべてバックアップ体制を行い、そして2～3年後には交代するかたちを取っております。

### 地域ケア科の活動

(スライド35) これらの地域診療所や在宅医療の活動を円滑に進めるために地域ケア科という独自の科を持っております。この地域ケア科の主たる活動内容は訪問診療、それから往診です。これは医師が出かけるわけです。昨年度実績が5,565件、往診が210件ということです。そして訪問看護サービスに関しては約3万件、在宅介護支援が約9,000件です。そしてそういった施設のマネージメントや在宅介護支援センター、宅老所の運営

### 地域ケア科の活動

活動内容(数字は平成16年度実績)

- ①訪問診療: 5,565件  
往診: 210件
- ②訪問看護サービス  
訪問看護: 32,337件 居宅介護支援: 9,337件
- ③在宅介護支援センターの運営
- ④宅老所の運営

スライド35

### 地域ケア科設立

- ・ 1988年(昭和63年) 在宅ケア実行委員会組織化
- ・ 1992年(平成4年) 訪問看護開始
- ・ 1994年(平成6年) 地域ケア科設立
- ・ 1995年(平成7年) 訪問看護ステーション開設

スライド36

### 地域ケア活動の基本理念

～障害を有しても住み慣れた地域で  
安心して暮らせるために～

- (1)モットー  
「いつでも、誰でも、何処でも、必要な時に  
必要な医療サービスが受けられる」
- (2)ケアの対象  
「介護を必要とする方とその介護者」
- (3)地域ケア科の活動の柱  
「生命を守る援助」=在宅医療  
「生活を守る援助」=在宅福祉

スライド37

### 関係者数の推移

	S63年10月	H16年8月
医師	5	16
看護師	病棟看護師 が兼務	52
PT・OT		18
MSW		4
事務		5
登録患者	31	330

スライド38

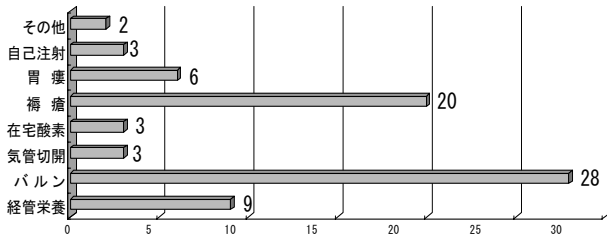
### 在宅医療



- ・ 登録患者の訪問診療
- ・ 歯科医師による訪問歯科診療
- ・ 神経内科医師による神経難病患者的の訪問診療
- ・ 形成外科、皮膚科、眼科医師による訪問診療

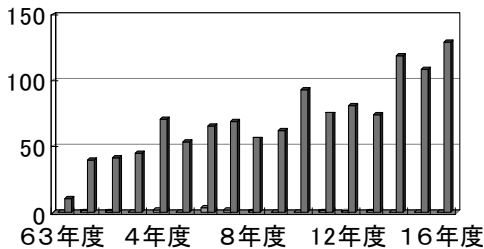
スライド39

### 医療処置必要患者数



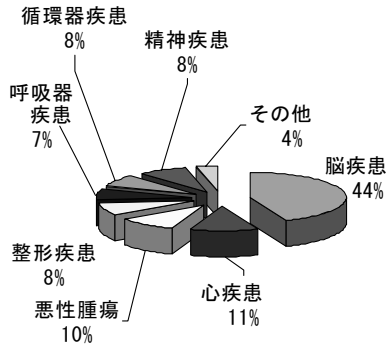
スライド40

### 登録患者死亡数の年次推移



スライド42

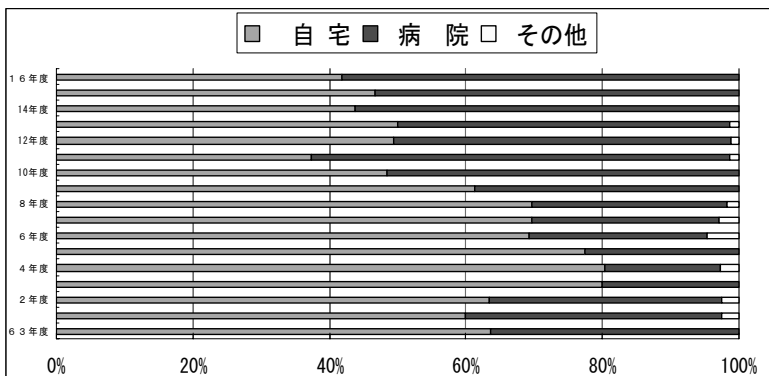
### 訪問患者疾患別統計



スライド41

### 登録患者の在宅死亡率

	自宅	病院	その他	合計
合計(17年間)	668	454	13	1084



スライド43

も、地域のケア科が主体的に行っています。

(スライド36) この活動は1988(昭和63)年に若手医師の自主的な発案から生まれたもので、その活動がだんだん活発化してきて、1994(平成6)年に地域ケア科として正式に独立させて設立した

ものです。

(スライド37) 基本理念は「いつでも、誰でも、何処でも、必要な時に必要な医療サービスが受けられる」ということをモットーにしております、活動の柱としては「生命を守る援助」=在宅医療、

そして「生活を守る援助」=在宅福祉，こういったところを基本的な理念として活動しております。

(スライド38) 発足当時は医師が5名，兼任でしたが，平成16年現在は16名の医師が関与しております。2名が専任で，残りは兼務です。看護師は専任で52名，PT・OT以下，表のような構成でして，現在登録患者さんの数が330名です。

### ■在宅医療，訪問診療の内容

(スライド39) 在宅医療ですが，基本的には登録患者さんの訪問診療ですし，必要に応じて訪問歯科医診療がありますし，神経内科の医師による訪問診療もあります。形成外科，皮膚科，眼科が別個に専門的に訪問診療を行うという活動体制をとっております。

(スライド40) このようなさまざまな処置の必要な患者さんをかかえているということです。

(スライド41) 疾患別の統計ではやはり血管疾患の方がいちばん多いということになります。

(スライド42・43) 登録患者さんの死亡数は年々増えていますが，特徴的なのは在宅死の方が約60%ということです。訪問診療を一所懸命やりますと，在宅死の割合がこの程度になるということです。終末期医療をどうするかといったことに対する参考的なデータかと思えます。

### 地域医療を担う医師の確保

(スライド44) このような地域医療を展開するには，やはりマンパワーが必要で，多くの医師をかかえなくてはなりません，医者はこういった地域には居つかないということで，若月先生はその理由として，「学問，技術の遅れ」と「文化的，教育的環境からの離脱」と「閉鎖的地域性」の3つを挙げておられます。おのおの納得のいくところでは。

### ■自前の医師養成システムの構築

(スライド45) ですからとにかく自前で医師を獲得しよう，という確固たる信念のもとに，かつてのインターン生の受け入れから，昭和43年以降の臨床研修指定病院として臨床研修医の受け入れを行ってまいりました。現在までに全国から296

### 医者が農村病院に居つかない理由

若月俊一著『村で病氣とたたかう』1970



1. 学問、技術のおくれ
2. 文化(都会)的  
教育的環境からの離脱
3. 閉鎖的地域性

スライド44

### 医師の確保

#### 自前の医師養成システムの構築

- ・ 昭和29～42年  
インターン生受け入れ(約100名)
- ・ 昭和43年以降の臨床研修指定病院
- ・ 実習医学生の積極的受け入れ
- ・ 全国公募→学閥の排除  
平成17年度現在まで296名

スライド45

### 医局構成

平成17年7月現在

常勤医師	193名
研修医経	61名(31%)
大学派遣	48名(25%)
中途採用、その他	17名(9%)
研修医	67名(35%)
	(初期:29名 後期:38名)

スライド46

名の研修医が我々の病院で研修を終えております。

(スライド46) 現在193名の医局員のなかで研修医を終わってその後スタッフになった者が31%です。純然たる大学派遣の医師が48名で25%です。中途採用その他が17名。研修医というのが現在67名で，初期研修医が29名，後期研修医が38名で，研修医という名の付く者が最大勢力です。

(スライド47) 研修医296人の出身大学を見ました。これは数を自慢しているわけではありません。実に全国の医育機関のうち80%以上の大学からの出身者を数えております。特徴的なのは

どこにもずば抜けて多い出身大学はないということです。地元の信州大学でも36年間でたった18人。2年に1人ということで、いかに地元の大学に人気のない病院かということにもなるかと思いますが、実は僻地や不便な場所で医療を、研修をや

ろうという人間はまだまだ少ないということを表しているわけです。

■ 研修医採用試験応募者の傾向など

(スライド48) 平成16年にマッチング制度ができてから様変わりしまして、大勢の方に応募をいただき、採用試験を受けてもらっています。昨年度は1位希望者が34名いらっしゃいました。定員15名ですので、すべての希望者の方を採用できないのが非常に残念で、<sup>じくじ</sup> 忸怩たる思いをしておりますが、指導体制もありましてそれ以上採ることはできません。応募者のほぼ90%近い人たちは学生時代に実習に来ていたというのが特徴です。出身地は地元の長野県は12%くらいで、ほかの地域の出身者の方のほうが圧倒的に多いという状況です。

■ 医学生の春・夏季実習

(スライド49) 以前は夏だけしかなかったので

研修医の出身大学(296人)

信州	18人	京都府立	5人	大阪医科	3人	旭川	2人
新潟	13人	山形	5人	長崎	3人	大分	2人
弘前	13人	富山	5人	広島	3人	和歌山	2人
金沢	12人	筑波	5人	岡山	3人	横浜	2人
東京医歯	11人	琉球	4人	大阪	3人	金沢医	1人
群馬	11人	愛知	4人	東京	3人	北里	1人
聖マリ	11人	大阪市立	4人	岐阜	3人	久留米	1人
名古屋	9人	札幌	4人	九州	3人	東京女子	1人
宮崎	8人	秋田	4人	鹿児島	3人	日本医科	1人
京都	8人	東京医科	4人	慈恵	3人	浜松	1人
北海道	8人	三重	4人	山口	2人	山口	1人
徳島	7人	山梨	4人	埼玉	2人	岩手	1人
千葉	7人	産業医科	3人	島根	2人	神戸	1人
鳥取	7人	順天堂	3人	東海	2人	慶応	1人
熊本	7人	滋賀	3人	杏林	2人	ミュンヘン	1人
関西	6人	愛媛	3人	名古屋市	2人	高知	1人
福島	6人	帝京	3人	福井	2人	独協	1人

全国の医育機関82のうち、67(81.7%)

スライド47

平成16年度採用試験受験者の分析

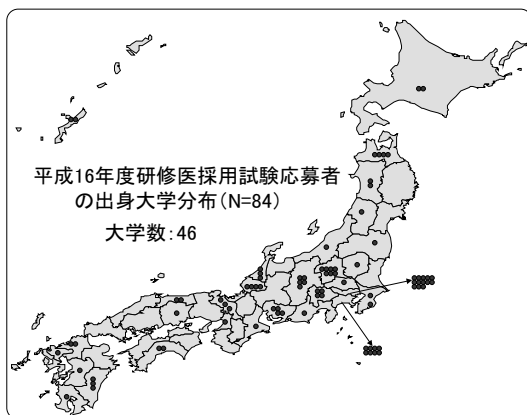
採用試験受験者 84名  
(男性:50名 女性:34名)  
うち一位希望者 34名

学生実習経験者数 74名(88%)

将来の希望  
地域医療・家庭医療志向 49名(58%)  
専門医志向・不明 35名(42%)

出身地  
長野県出身 10名(12%)  
他地域出身 74名(88%)

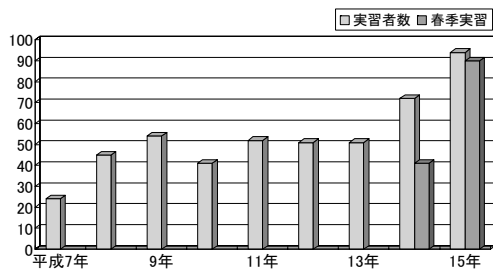
スライド48



スライド50

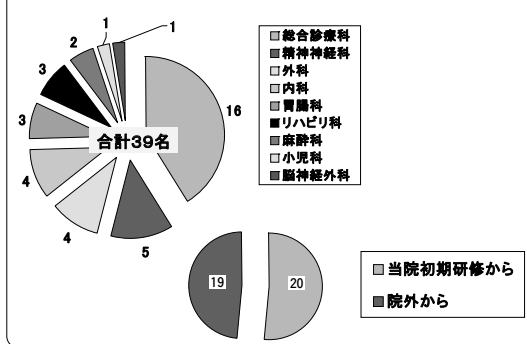
医学生春・夏季実習者数の推移

実習期間:一週間



スライド49

後期研修医の採用科分布



スライド51

すが、春にも受け入れないと間に合わなくなりまして、現在は年間春と夏を合わせて200人くらいの実習生が来ております。

(スライド50) 応募者の出身地は北海道から沖縄まで全国に散らばっています。

■ 後期研修医の採用状況

(スライド51) 後期研修医も39名でしたが、この分布は総合診療科が圧倒的に多く、あとは精神神経科・外科・内科・胃腸科、そして麻酔科も2人おります。小児科1人、脳神経外科1人。そして構成は、当院の初期研修医からのコンバートと外からとが約半々といった状況です。

地域救急医療への取り組み

(スライド52) 早くから救急隊と連携、救急教育・育成に取り組んできました。昭和48年から地域の消防隊の教育を行っております。救急事例検討会も昭和57年から継続してやっております。

(スライド53) 研修医も救急車に乗せて、泊り

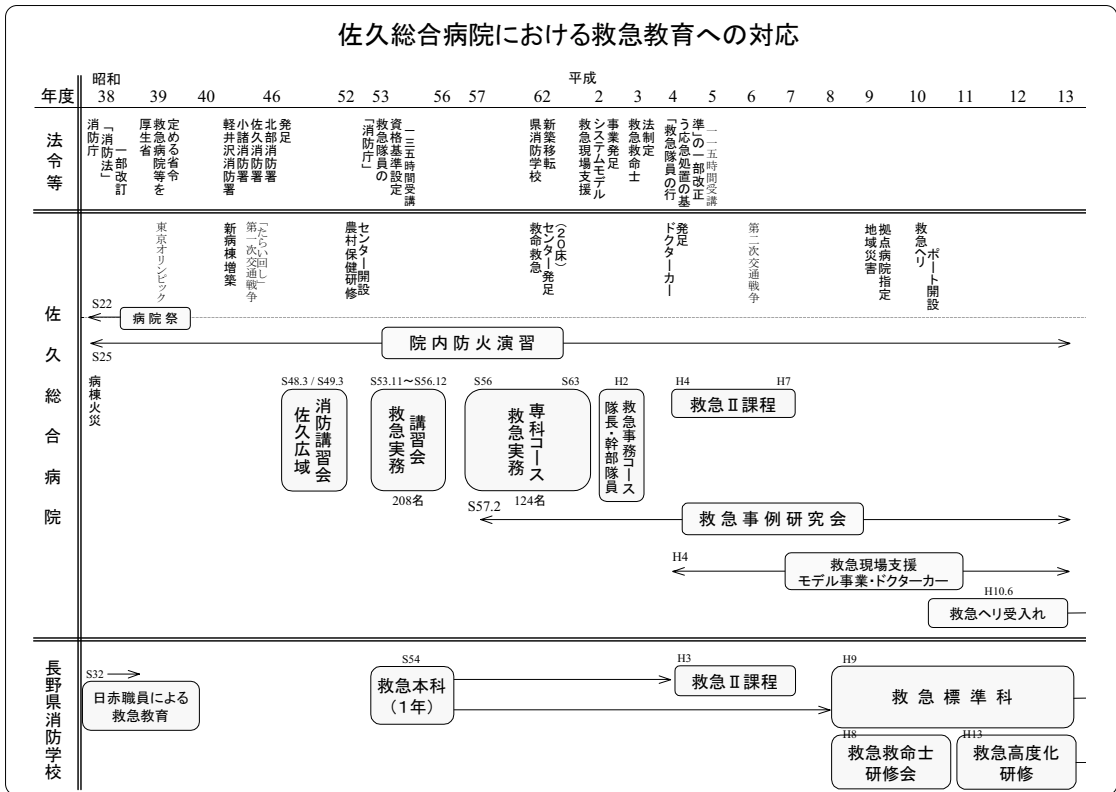


スライド53

がけで救急車同乗実習をやっております。ついでにレンジャーもやりまして、女性といえども容赦はしない研修体制を取っております。

■ ドクターヘリを導入

(スライド54) 我々の地域の特徴は広範でして、どん詰まりの川上村からは平均52分の救急車搬送時間がかかります。これは地形的にもう限界です。



スライド52

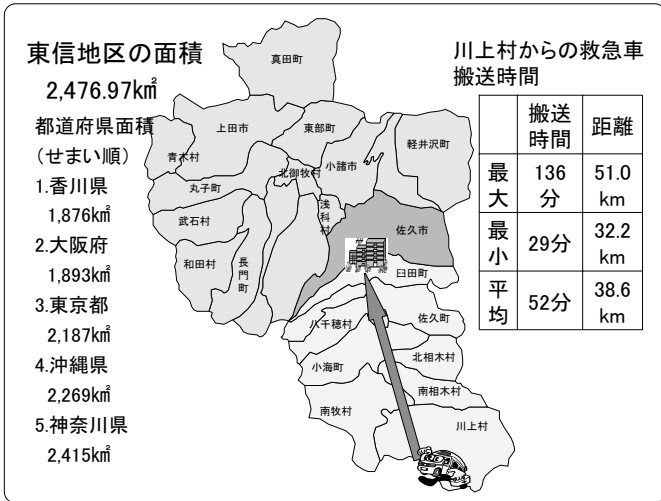
何とかこれをカバーするためにドクターヘリをということを5年前から県に働きかけておりました。それで、5人の救急医と7名のフライトナースを養成して、7月1日からドクターヘリの運航を開始しました(スライド55)。全国で10番目です。

静岡県には2カ所ありますので9道県目です。

(スライド56) 佐久を中心として、運航範囲は半径100kmですと長野県のほぼ全域をカバーすることになりますが、実用的には50kmくらいが最も効率的といわれています。県の端に寄っていますので多くは県外にかかります。軌道に乗りましたら、ゆくゆくは東京都、埼玉、山梨といった県外にも出動を検討しております。

(スライド57) これはヘリの内容です。救急車と大体同じ医療設備を整えております。近々、高速道路にも現場着陸が可能になるということのようです。

(スライド58) ドクターヘリ運航にかかわって、さまざまな機関と連携を取らなければなりません。消防署、基幹病院、県庁……、まだほかにもあります。私も長野県全域の広域消防本部、



スライド54



スライド55



スライド57



スライド56

**ドクターヘリ運航に係わる連携機関**

- 消防署
- 基幹病院
- 県庁
- 市町村
- 医師会
- 警察署
- 教育機関
- 地元地区会 等

※ 診療圏、県境を越えた新たな地域医療連携

スライド58

基幹病院を訪れまして、説明と協力依頼と今後の打ち合わせをやってきました。すると、今まで全然見えなかったところ、医療機関、関係者とも、非常に顔が見えるような仲と申しますか、関係ができるということがありました。ドクターヘリの運航は、これからの診療圏、県境を越えた新たな地域医療連携の大きなキーポイントになるのではないかと考えております。

### 過疎地域の医療危機を促すもの

- ・患者負担の増額
- ・規制緩和の流れ(混合診療や株式会社の参入)
- ・三位一体政策による地方への権限委譲
- ・病院機能分化の推進
- ・急性期病院加算や地域医療支援制度
- ・DPC導入による病院の差別化
- ・臨床研修義務化による医師の地域偏在

スライド59

### 地域医療連携の現状

- ・連携室設置日 平成11年10月
- ・職員構成 専任5名(男1名、女4名)  
兼務3名  
(副院長、診療部長、副診療部長)
- ・平均在院日数(平成16年度) 15.5日
- ・紹介率 14~15%

スライド60

### 地域医療連携室の業務

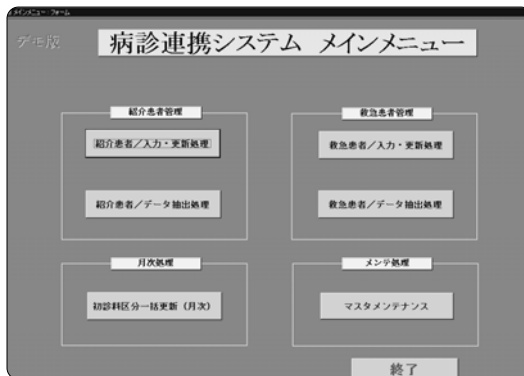
- ・紹介患者様の予約調整
- ・検査依頼(高額医療機器)の予約調整
- ・外来患者情報管理・統計
- ・返書、診療情報提供書の管理
- ・院内・外の情報交換、広報
- ・紹介患者様の専用窓口(平成13年12月)
- ・病床管理(平成14年4月)
- ・後方連携(平成17年4月)

スライド61

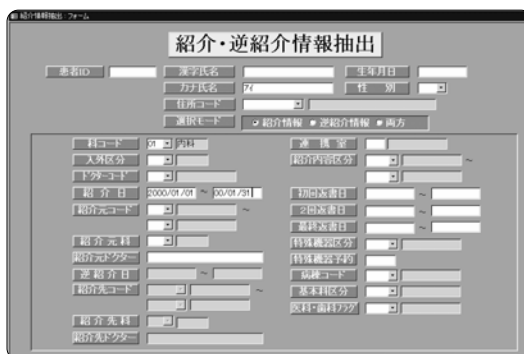
### 地域医療支援のあり方を考える

#### ■ 過疎地域の医療危機、地域医療連携の現状

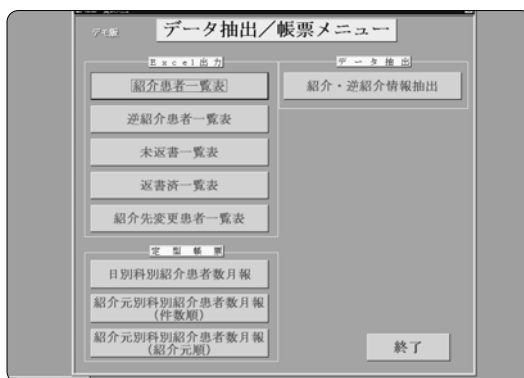
(スライド59) こういった過疎地域での医療は今、危機に瀕しているのではないかと思います。いろいろな医療政策のなかで、患者の医療費負担の増額、規制緩和の流れ、三位一体の地方への権限委譲、病院の機能分化、急性期加算、地域医療



スライド62



スライド63



スライド64

## 紹介率を左右する因子

- 病院機能評価
- 医療機関の数・量と質
- 併科受診率
- 特定療養費
- 人口密度
- 人口集中度
- 高齢化率
- 住民所得
- 車保有・免許取得状況
- 地理的、環境的特性
- 交通アクセス状況

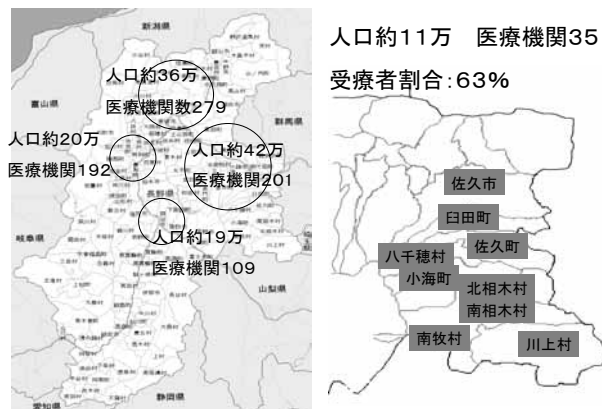
スライド65

支援、こういったさまざまなものが、地域、僻地、あるいは医療過疎の地域にとっては残念ながらマイナス要因に働くのだらうと考えております。

(スライド60) 我々はこれだけ地域医療をやっておりますと自負しておりますが、紹介率は14～15%で、残念ながら急性期加算も取れず、地域医療支援病院にも当分なることができません。在院日数は15.5日にしてクリアしておりますが、紹介率がとてもではなくハードルが高くて取れないということです。しかし、手をこまねいているわけでもありません。

## 当院を取り巻く状況

### 地域別医療機関数と人口



スライド66

(スライド61) 地域医療連携室でもいろいろ業務をやっております。

(スライド62・63・64) これは、自前で開発した登録システムです。

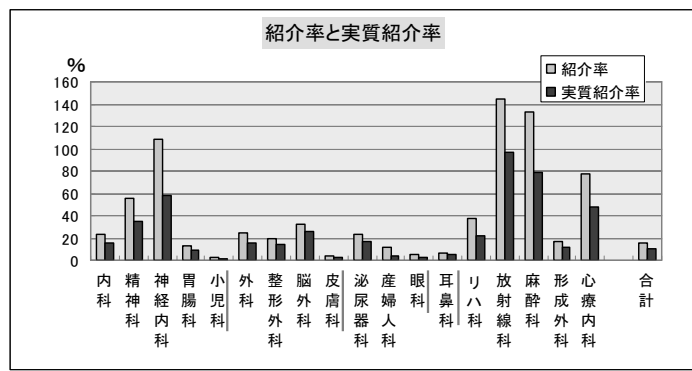
### ■「紹介率」、当院の「紹介に関する」特徴

(スライド65) 紹介率を左右する因子には、その病院そのものの機能評価、あるいは地域の医療機関の数・量と質、併科受診率(実はこれが大きな問題です)、特定療養費、人口密度……。さまざまな因子があります。こういったところが実際にはほとんど考慮されていないのが、現在の紹介率の内容かと思えます。

(スライド66) 実は私どものところは、人口11万の二次医療圏のなかで医療機関数は35にしかすぎません。圧倒的に数が少ないという特徴がありますので、残念ながら紹介率を上げるのは至難の業です。(スライド67) 要するに紹介状を持って来られても併科受診でして、実質紹介率に加算できないというのがこれだけあります。ほとんどすべての科で併科受診率が高いので実際の紹介そのものが計算できない状況でして、これを紹

## 当院の「紹介に関する」特徴

- ① 極端に紹介率の低い診療科の存在
- ② 高い併科受診率



スライド67



介状の数ですと、一気に10ポイント上がってしまうという試算があります。

(スライド68)とにかく初診患者が多いのです。地域に専門医もいない、医療機関もないということで、皆いきなり病院に見えるということから、特に小児科などは初診患者ばかりで、紹介率を下げ大きな要因ですが、切るわけには当然いきません。

■ 地域医療に求められるもの、そして問題と課題

(スライド69) そういった面で地域医療に求められるものは、地域ネットワークの構築ですし、保健予防活動の推進、在宅医療の推進、それから地域医療を担う人材の育成、それから地域特性に配慮した医療行政、こういったものが不可欠と考えます。

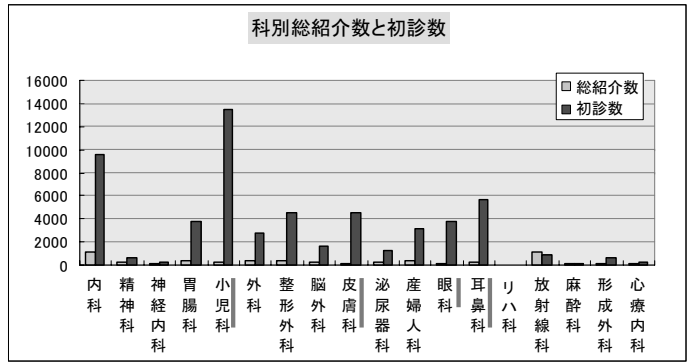
(スライド70) 人口が高齢化とともに減少する地域で、いつまでも同じ医療を、医療活動形態を維持することができるかどうか、非常に深刻な問題にどのように対応していけばよいのか頭を悩ませているのが実情です。

以上で終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

座長 ありがとうございます。日本版のIHN (Integrated Healthcare Network) と申しますか、単に医療や福祉だけでない活動をとおして、地域医療を築いてこられたことがお分かりいただけだと思います。

それでは続いて第3席、「地方の中小病院からの発言」で、松本文六先生にお願いします。医療法人財団天心堂のへつぎ病院の理事長でもいらっしゃいます。ご略歴はレジュメ集の136ページに出ておりますのでご参照ください。それでは、松本先生よろしくお願います。

当院の「紹介に関する」特徴  
...初診料算定件数が多い...



スライド68

地域医療に求められるもの

1. 地域医療ネットワーク  
= 地域完結型包括医療体制の構築
2. 保健予防活動の推進
3. 在宅医療の推進
4. 地域医療を担う人材の育成
5. 地域特性に配慮した医療行政

スライド69

問題と課題

- ① 変革する医療政策への対応  
特に急性期病院、地域医療支援病院資格の取得
- ② 人口密度の低い地域での在宅医療・介護福祉活動の非効率性への対応
- ③ 少子高齢化、人口減少の進む地域における将来への対応
- ④ 自己完結型の地域医療ネットワークの継続的・効率的運用
- ⑤ 専門性の高い診療科医師の確保
- ⑥ 研修医教育の充実と終了後の進路確保
- ⑦ DPC対応の診療体制確立への取り組み
- ⑧ 職員の地域医療に対するモチベーションの維持・高揚

スライド70

### ③地方の中小病院からの発言

松本 文六

ご紹介いただきました松本です。須古先生も夏川先生も大変大きな病院ですが、私どもの病院は、スライド1の写真にあるこういう田舎の風景のなかの病院でして、173床です。そういう意味では、前の先生方とは違ったお話になろうかと思えます。

(スライド2) 本日の話の順番は、まず簡単に病院の紹介。次に最近検討されている医療計画の見直し。それから地方の中小病院が持つ課題とりわけ医師不足や偏在について。それと医療提供体制のあり方。それから今後どうすればいいのかということについて。こういった内容で、地方の中小病院からのお話をさせていただきます。



スライド1

#### 天心堂へつぎ病院の紹介と連携

##### ■特定医療法人財団天心堂の特色

(スライド3) 天心堂は1980年9月1日に開院しましたので今年の9月で25周年を迎えます。キーワードとしては「保健医療福祉複合体」。こういう言葉を使うと大きいように聞こえますが、ミニ保健医療福祉複合体です。次に先ほどの夏川先生のお話は神奈川県に匹敵するような地域完結型医療。同じ単語を使っても随分違って、私どもは非常に狭い地域での地域完結型医療を考えております。それから地域の救急病院ということですが、救命救急ではありません。それと在宅医療・介護を展開している医療組織です。

(スライド4) こちらが組織図ですが、病院は173床、老健が101床です。介護保険領域ではかなり手広くやっています。健診もやっていますが、規模としてはそれほど大きくありません。職員規模はこの程度(総数414名)です。

(スライド5) 私どもが1980年に開院する時に、医療とは一体何なのかということを考えましたが、なかなか本を見ても書いてありません。それで、WHOの「健康とは」というのを参考にしながら、私どもの医療に関する定義といたら変な話ですが、つくりました。「その時点で到達した医学の地平の中で、その生活者の身体的・精神的に許容される範囲内で、その生活者を倫理的・社会的・文化的に最高に幸せな水準に達するよう支援することである」と。あくまでも支援するというこ

#### 本日の話

- 1 へつぎ病院の紹介と連携について
- 2 現在検討されている医療計画の見直しについて
- 3 地方の中小病院の抱える課題
  - ・ 医師不足・偏在
  - ・ “重い” 役割は評価されている?
- 4 医療提供体制の在り方
  - ・ 抜本的な見直しが必要なのではないのか?
- 5 現在とこれからの天心堂医療の位置づけ

スライド2

#### 特定医療法人財団 天心堂の特色

- 1 病院/総合外来センター/サテライト診療所/介護老人保健施設/在宅総合ケアセンター/健診健康増進センター を併せもつ  
保健医療福祉複合体
- 2 自己完結型医療から地域完結型医療を目指す
- 3 病院は24時間365日來られた患者さんは一切断らない地域の第一線救急病院である
- 4 それぞれの事業体は互いに連携・協力しあって病病・病診連携及び在宅医療・介護を展開する

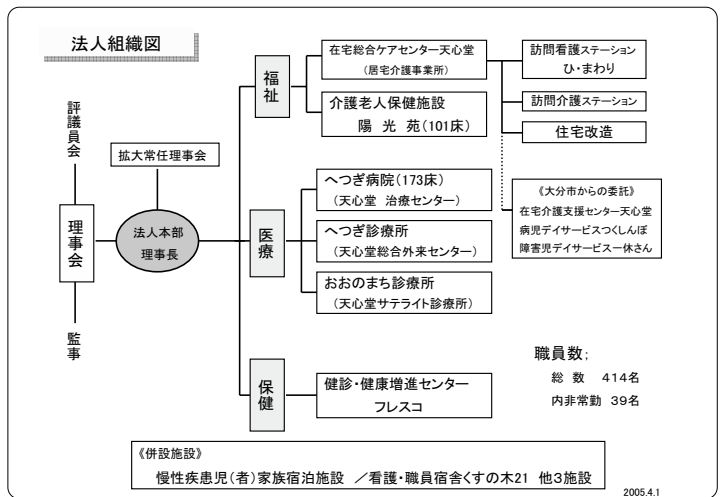
2006.9

スライド3

ろに重点を置いて医療を考えるべきではないかと思っております。

(スライド6)「地域医療」という言葉は使う人によって随分違うわけで、例えば先ほどの夏川先生の佐久総合病院の地域医療と私どもの言っている地域医療というのは、広いか狭いかによっても随分違いますし、地域の概念は時代とともに、あるいは交通事情とかそういうことなかで、また病院によっても地域という言葉は変わると思います。そういう意味では地域医療の議論は難しいところがある

と思いますが、キーワードとしては、「地域を基盤とする」ということと、「継続性」、「全人性」、「包括性」ということになるのではないかと思います。そういう意味で地域医療ということを考えてきております。



スライド 4

■ 医療実践活動の原則, 指針, 医療目標

スライド7は、私どもの医療実践活動の原則です。どういう立場、どういう観点、どういう方法で医療実践するかということを示しております。

スライド8は、私どもの医療実践の指針です。

**医療とは**

その時点で到達した医学の地平の中で、その生活者の身体的・精神的に許容される範囲内で、その生活者を倫理的・社会的・文化的に最高に幸せな水準に達するよう支援することである

1993.8.28

スライド 5

**天心堂の医療実践活動の原則**

- 生活者の医療を受ける権利は基本的人権である (立場)
- 予防を主とする (観点)
- 医療供給体制及び医学の変革は生活者の医療・医学への要求に正しく依拠してなされなければならない (方法)

スライド 7

**地域医療とは**

- 地域を基盤として継続的に展開される全人的かつ包括的な広義の医療
- 人間をトータルにみ、予防を主とする医療
  - ① 広義の医療とは、保健・医療・福祉の統合された活動をいう
  - ② 医学の領域では、保健・医療・福祉はそれぞれ予防医学・治療医学・障害医学に相当する

1993.8.28

スライド 6

**天心堂の医療実践指針**

- 1 見ざる言わざる聞かざる医療はしない
- 2 出かける医療
- 3 何とかする医療

1993.8.28

スライド 8

1980年9月1日に病院を開く時に、私どもは個人的に申しますと、大学との関係ですね、大学で研修ができない、市中病院で研修ができないというなかで、次の自分たちの医療の展望をどうするか、どうも病院をつくらなければいけないということをつくったわけですが、その時に掲げたのがスライド8の上の2つです。「見ざる言わざる聞かざる医療はしない」。これは基本的には、今のICと同じ意味です。ICとはインフォームドコンセント。インフォームは吹き込むという意味があるので私はあまり好きではない言葉ですが、開院当初からこれを使っています。それから「出かける医療」です。出前医療というのがありますが「出前医療」はどうもそぐわないので、私どもは最初から「出かける医療」という言葉を使っています。1993年8月に地域医療研究会の全国大会を別府でやりましたが、この時に3項目目の「何とかする医療」を提唱しました。これが最も分かりやすく、職員にも通ずる言葉と思って医療実践指針として掲げております。

スライド9に「医療提供体制の環境整備指針」とありますが、これは、もともとはアメリカのプライマリケアフィジシャンの素養として必要なものとして挙げられていたものをモデファイして、こういうかたちで医療機関としてあるべき姿勢というふうになりました。「医療」を「看護」や「福祉」や「介護」に置き換えてもいいたろうと思います。受け入れやすさ、包括性、協調性、継続性、責任性。責任性はアカウントビリティということで、説明責任を負うことを重視しております。

(スライド10) 私どもの医療目標です。「良質にして包括的な保健医療福祉を地域に提供」して、「100年を越えて生き続ける医療を実現する」。小さいながらも理想だけは高く掲げているというのが実情です。

#### ■ 当院の医療の特徴

(スライド11) へつぎ病院の特徴ですが、入院機能と外来機能を分離しています。「診療報酬でお前たちがそうしたんだろう」と言われますが、そうではありません。やはり基本的に入院機能と

### 天心堂の 医療提供体制の環境整備指針 — 2A3C —

- |             |                   |
|-------------|-------------------|
| 1 受け入れやすい医療 | Accessibility     |
| 2 包括的な医療    | Comprehensiveness |
| 3 協調性のある医療  | Coordination      |
| 4 継続的な医療    | Continuity        |
| 5 責任ある医療    | Accountability    |

\* 医療を 保健・福祉・看護・介護 etc. に置き換えても可

1993.8.28

#### スライド9

### へつぎ病院の特徴

- 外来機能と入院機能を完全分離した ('00.7.1) 入院・救急を主体とした病院
- 開放型・紹介型・共同利用型施設  
開放型病院 … '02.10 認可  
(病診連携室設置 '00.3.1)
- 日本病院機能評価機構認定施設 ('04.1.26)
- 大分大学臨床研修病院協力施設 ('04.4.1)
- 管理型臨床研修指定病院 ('05.4.1)

2005.4.1

#### スライド11

### 天心堂の医療目標

- 良質にして包括的な保健医療福祉を地域に提供する
- そして100年を越えて生きつづける医療を実現する

1993.8.28

#### スライド10

#### ■ 主な施設基準

- ①内科・外科・小児科・整形外科・麻酔科・眼科・泌尿器科  
一般173床 内 回復期リハビリ病棟25床  
亜急性期病床17床
- ②看護体制 2:1 / 夜勤看護加算2
- ③総合リハビリテーション I A
- ④手術室 … NASAクリーン度100
- ⑤急性期特定入院加算 '02.12取得

2005.4.1

#### スライド12

外来機能は違うと思います。それで設計の段階で、これを別枠にしようということで、古い病院は外来だけを診ることにして、新しい病院は治療センターという位置づけにしています。開放型・紹介型・共同利用型施設というかたちにしています。登録された診療所は60を超えています。後ほど述べますが、あまりうまく機能していません。病院機能評価機構の認定は昨年取得しました。それから大分大学の協力研修病院です。173床と小さいのですが、2005年4月に管理型臨床研修指定病院の認可を得ましたので、2006年に向けて研修医を求めています。

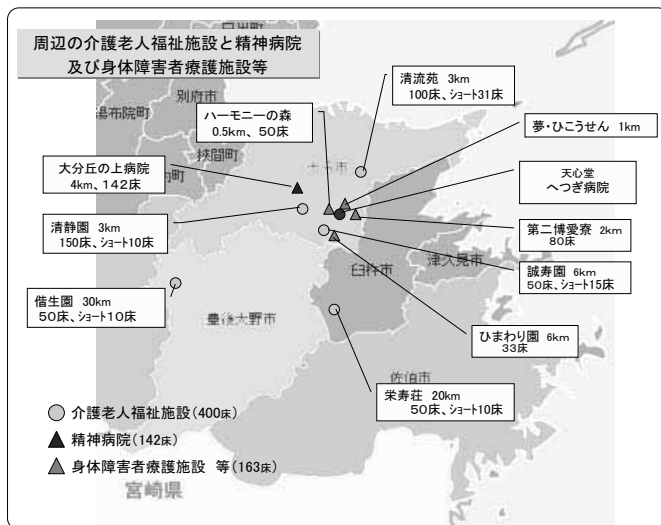
(スライド12) 常勤医は内科，外科，小児科，整形外科，麻酔科，眼科，泌尿器科です。173床で，そのうち回復期リハが25床，亜急性期病床が17床あります。看護体制は2：1で夜勤看護加算2を取っています。総合リハビリはIAです。手術室は無菌手術室を持っています。そして外来と入院を分けたこともあって，急性期特定入院加算を3年前に取得しました。

### 当院の地域環境と医療連携の現状

(スライド13) 周辺にある公的病院です。公的病院というのは税金を払わないで補助金や助成金をたくさんもらえる病院ということです。私どもはここ(右中下)に位置しています。大分県全体で10の医療圏があり、当院は大分市中心街から13kmほど南西にあります。大学病院がありますし、県立病院、それから大分赤十字病院、アルメイダ病院というのは大分市の医師会立病院です。大分医療センターは以前の国立病院です。そういうところに取り囲まれておりますし、周辺には津久見・臼杵・竹田という医師会立病院があります。公立おがた総合病院というのは184床で、60億円もかけたので、



スライド13



スライド14

市町村合併の際に大変問題になった病院です。県立三重病院というのもあります。そういう意味では、公的病院が周辺に3,964床あり、私どもの病院はこの3つの医療圏のなかにあります。

(スライド14) 周辺の介護老人福祉施設，精神病院，身体障害者療護施設などです。どういふわけかこれらが周辺に次々にできました。そういうところから当院に患者さんが送られてきます。いわゆる特養が400床，精神病院142床。統合失調症と称された患者さんは、公的病院ではなかなか

引き受けてもらえないということで、私どもはそういうことを抜きにして引き受けるので逆に頼りにされている。身体障害者療護施設からも送られてきます。かなりの患者が連携のうでというふ

うになっています。

## ■ 当院の連携状況と問題点

(スライド15) 病診連携は69カ所くらいやっていますし、病病連携というのは、患者さんの要望による公的病院からの逆紹介、あるいは例えば当院は脳外科がありませんのででも膜下出血で対応できず、転送した病院から逆紹介を受けるということもあります。それと、今回発表するに当たっているいろいろ調べましたら、精神病院、介護福祉施設、身体障害者療護施設などの後方支援病院的連携が目立ち、1つの小さな地域病院としてはとても大きく大きな役割を担っていると思いました。

これを図式化すればスライド16のようになります。これは当院だけでなく中小病院の宿命だろうと思うのですが、中小病院というのはかかりつけ医の機能を併せ持っているわけです。そういうなかでDPCや平均在院日数中心の医療をする医療機関である大病院からの逆紹介ということがあります。先ほどから述べている精神病院や介護施設などからの紹介というのは、逆に言うと最も厳しい負荷を持った、急性憎悪した合併症のたくさんある患者さんの紹介です。この線は太いのですが病院から戻る線が細いというのは、介護施設などから来る場合は「病院で死を看取ってくれ」というケースが多いようです。

大病院との連携をどうするのかは今後の大きな問題だろうと思います。やはり大病院のなかで、中小病院に対する見下したような姿勢が時々見られる点が少々気になりますし、DPCや平均在院日数が中心の大病院的発想で中小病院を考えているところに、地方では連携がなかなか難しいという側面もあります。また開業医さん、登録医さんとの関係でも「患者さんを戻してくれない」とか、実は患者さんを戻しているのですが患者さんが行かないというようなこともあって、その点も中小病院の連

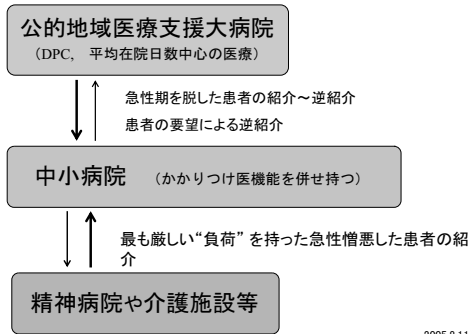
## へつぎ病院の連携

- 1 病診連携 … 登録診療所 69カ所
- 2 病病連携
  - ・ 患者の要望による公的病院からの逆紹介
  - ・ 当院で対応できずに転送した病院からの逆紹介
- 3 精神病院・介護福祉施設(特養)・身体障害者療護施設等の後方支援病院的連携

2005.8.11

スライド15

## § これからのへつぎ病院の連携体制の在り方と展望



2005.8.11

スライド16

## へつぎ病院の年間平均紹介率の変遷

- 2000年度 26.9%
- ・ 7月に入院・外来機能の完全分離
  - ・ 外来センター(旧病院⇒診療所)で夕方及び休日時間外診療開始  
病院は日当直体制
- 2001年度 39.5%
- 2002年度 48.9%
- ・ 4月に急性期の紹介率算定の変更  
休日時間外の6才未満の初診患者を除く
  - ・ 12月1日 急性期特定入院加算を取得
- 2003年度 50.8%
- 2004年度 49.3%(逆紹介率 20.7%)
- ・ 地域医療支援病院の基準から試算すると 107.6%!!

2005.8.11

スライド17

携がかかえる大きな問題だろうと思います。

(スライド17) 紹介率は2000年が26.9%だったのですが、旧病院を移行させた外来センターをうまく活用して今は50%くらいです。この中小病院の紹介率を地域医療支援病院の基準で計算すると、何と100%を越すんですね。いかに紹介率の計算式が普遍的でないかということ逆を意味するのではないかと思います。紹介率を中心にした機能分担というのはおかしいのではないかと、私自身は思っています。

### 医療計画の見直しについて

(スライド18) これは2005年6月に厚労省の検討会が出した、これまでの地域医療計画がどうだったのかという総括です。1つは医療提供サイドの視点で考えられてきたということはおかしいといっていますし、量的な視点、大病院を重視した観点で地域医療計画をつくってきているのはおかしいと、これを反省したうえで新しいものを考えようとはしております。

#### ■「二次医療圏」の問題点

(スライド19) 日本病院会の地域医療委員会から『地域医療の実態に関する調査報告書(中間まとめ)』が6月に発表されました。それを見ますと、二次医療圏の設定の必要性は「ある」という病院が68.8%です。しかしながら、「より広域化した方がよい」、「より狭域化した方がよい」、「見直した方がよい」という意見も約半分あるわけです。それらの点が厚労省にどう伝わっているのかが1つあるだろうと思います。それから「病院機能分担ができていない」、「できていない」という回答が約60%あります。機能分担を「すべきである」というのは77.9%もあるのですが、実態と行き違いが相当多いので、この辺をどうするかが今後の大きな課題ではないかと思います。

(スライド20) 二次医療圏見直しについての問題点です。実態調査報告書によりますと、まず、市町村合併の問題を抜きにしては考えられないと。それから交通網。地域医療計画は1985年の暮れ

### 現在の医療計画制度の問題点

(いわゆる地域医療計画)

- (1) 患者の実際の受療行動に着目するのではなく、医療提供サイドの視点で構想
- (2) 地域の疾病動向を勘案しない量的な視点を中心に構想
- (3) 地域の医療機関が担える機能に関係なく、結果として大病院を重視することとなる階層型構造を念頭に構想

(厚労省/'05.6.20)

スライド18

### 二次診療圏の設定の必要性はあるのか?

■ ある 473 病院 (68.8%)	ない 116 病院	16.9%
・ 現状でよい	239 病院	51.4%
・ より広域化した方がよい	103 病院	22.2%
・ より狭域化した方がよい	46 病院	9.9%
・ 見直した方がよい	65 病院	14.0%

#### § 二次医療圏内で病院機能分担ができていないか?

・ できている	215 病院	30.8%
・ できていない	403 病院	57.7%
・ そもそも機能分担すべきか?		
すべきである	528 病院	77.9%

'05.6. 日本病院会地域医療委員会 『地域医療の実態に関する調査報告書』(中間まとめ)

スライド19

### 二次医療圏見直しについて

～現状に則していないという意見より

- 市町村合併で地域がいびつになっている
- 交通網の変遷と発達著しく現実的でない
- 生活圏を中心にすべし
- 地域の面積、アクセスの利便性も加味し、人口密度等をも考慮すべし
- 小児救急医療支援事業とは別枠で検討すべし
- 診療圏を中心に考えるべきで、県単位では県境・圏境・地域では大きな不合理が生じる
- 基幹病院を中心とした設定を

'05.6. 日本病院会地域医療委員会 『地域医療の実態に関する調査報告書』(中間まとめ)

スライド20

に法ができましたのでもう20年以上前の法律です。やはり交通網の変遷と発達が著しく、現実的ではありませんので基本的にはやはり見直すべきだろうと私自身は考えています。生活圏を中心にすべき

だということ。それから先ほど夏川先生がおっしゃいましたように、地域特性をしっかりと考えなければならないだろうと思います。それから小児救急医療支援事業は、小児科医の絶対的な不足ということを抜きにして二次医療圏ごとに1つずつつくるようにという馬鹿なことを言わせてはいけないのではないかと思います。それから天心堂もそうですが、医療圏の境にある病院について、行政は全く考えていません。大きな不合理がそこに生じます。現実にある基幹病院的な役割を果たす病院を中心にして、地域特性を考えながら連携をやっていく必要がやはりあると思います。

### ■「医療連携体制」構想の問題点

(スライド21) 平成18年度の医療改革を前提とした「医療連携体制」について。6月20日に厚労

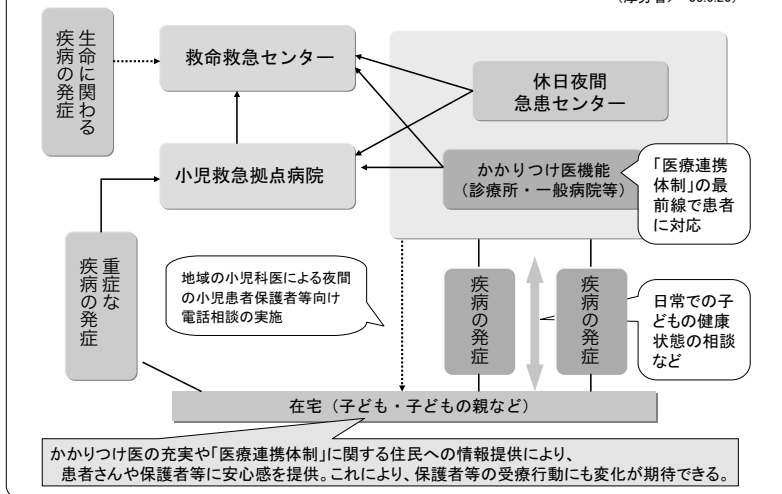
#### 新たな医療計画制度での「医療連携体制」の考え方

- (1) 患者を中心とした「医療連携体制」を構想
- (2) 主要な事業ごとに柔軟な「医療連携体制」を構想
  - ・がん/脳卒中/心筋梗塞/糖尿病/小児医療/周産期医療/救急医療/災害医療/へき地医療 etc.
- (3) 病院の規模でなく医療機能を重視した「医療連携体制」を構想

スライド21

#### 「医療連携体制」のイメージ（「小児救急」の場合）

(厚労省'05.6.20)



スライド22

省の検討会が出しているのはこの3点です。①患者を中心とした医療連携体制構想。②主要な事業ごとに柔軟な医療連携体制構想。③病院の規模でなく医療機能を重視した医療連携体制構想。主眼は②も③に置かれているようです。先ほどのお話の須古先生が展開されているような医療連携体制を全国で一律的に義務化させる検討がなされているようですが、私はそれは難しいと思います。そして①と③は、付け足しじゃないかと。ここでも中小病院は行政の医療政策・計画のなかでは重視されていないとしか考えられないと思います。

(スライド22) 先ほどの厚労省の検討会のなかで、「医療連携体制」の良いイメージとして認識されているものですが、これも地域によって随分違います。そこをどうするのかですが、行政官というのは、医療のことを全然知らない人、とりわけ大分県の場合、病院関係部署には17人いますが、毎年15人が入れ替わるようなところで、医療の話は通じません。ですから、この辺を行政に任せてやってしまったらどうもいけないのではないかと思います。さらに、休日夜間急患センターというのは、本当にできているところと、できていないところがあります。できていないのはなぜかというところを検討せずにこういうイメージを

掲げても、行政官が主導権を持ってやっても十分なことではできないだろうと思います。

### ■「病診連携」の問題点

(スライド23) 病診連携について満足しているか。先ほどの日本病院会の実態調査報告書を見ますと、「不満」が6割強あります。その要因は何なのか。これはアンケートの内容で設定したのですが、大体このアンケートに答えられているのは前向きな病院が多いと思いますので、そういう意



## 病診連携について

- (1) 自院の病診連携に満足しているか？
- ・ 不満である 439 病院 62.5%
- (2) 要因は？
- ・ 診療報酬の評価 121 病院 28.0%
  - ・ 住民の意識の欠如 197 病院 45.6%
  - ・ 病院の姿勢 165 病院 38.1%
  - ・ 診療所の姿勢 181 病院 41.9%

05.6. 日本病院会地域医療委員会 『地域医療の実態に関する調査報告書』(中間まとめ)

### スライド23

味ではこれは大変重い数字かと思えます。今後日医も病院団体も、病診連携をどうやっていくのかということを検討する必要があるかと思えます。

(スライド24) 天心堂の病診連携の問題点というのは、登録医の先生方とのいろいろな接点を設けようとするのですが、まあ私どもの姿勢にも問題があるかもしれませんが、おまかせの姿勢です。なかなか登録医の先生方には来ていただけない。ところが看護師などは何か勉強会を呼びかけますと70~80名は必ず集まります。そのあたりをどうやっていくかが今後の大きな課題だろうと考えております。

### 地方の中小病院の課題

#### ■ 医師確保の難しさ

(スライド25) 地方の民間中小病院がかかえる

## 地方の民間中小病院のかかえる課題

### — 医師確保の恒常的困難性 —

- 大学は公的病院あるいは同門の民間大病院に優先して医師を派遣する
- 若い医師の“寄らば大樹”式の行動様式
- 新卒後臨床研修制度の中での大学からの“医師はがし”と急激な若手医師の都市集中と偏在
- 勤務医は、相対的に開業医より肉体的・精神的負担が大きく疲弊している ⇒ 開業に走りやすい
  - ① 当直業務があり、拘束時間が長い
  - ② 思うように休暇がとれない
  - ③ 患者の人権意識の“向上”に伴い医療訴訟に巻き込まれやすい

### スライド25

## 天心堂の病診連携の問題点

- ・ 開放型にしているが、紹介医が来院し共同診療を行うケースはほぼ皆無（“おまかせ”の姿勢）
- ・ 天心堂臨床懇話会という形で月1回の勉強会・研修会を開催しているが、医師はなかなか来ない。
- ・ 糖尿病療養指導士の資格取得・資格維持のための月1回の“へつぎ糖尿病ネットワーク”の勉強会・講座には周辺の医療機関より看護師等がいつも70~90名集まる。



医師にはあまり期待しない方がいい？  
地域完結型医療は可能か？

### スライド24

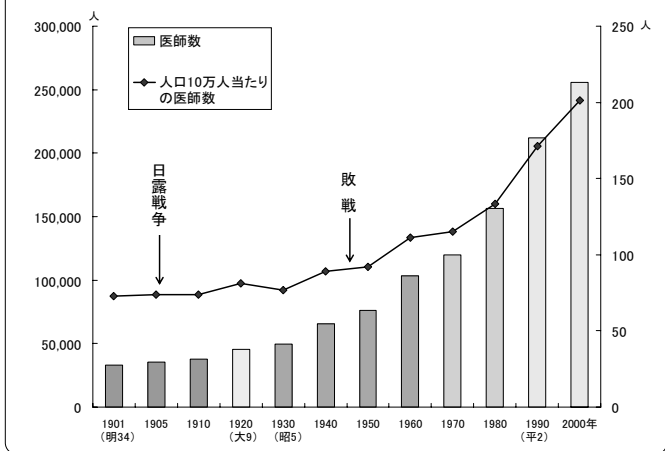
課題というのは、何も私どものところだけではなく全国共通だと思うのですが、医師確保の恒常的困難性です。大学は公的病院や同門の民間大病院に優先して医師を派遣します。それから若い医師はやはり「寄らば大樹」的な行動様式があります。今回の「大学からの医師剥がし」といったことで、若手医師の都市集中と偏在が急激に起こっています。しかしながら、そういうなかで最近とみに感じるのは、勤務医が開業医よりも相対的に精神的・肉体的に大きく負担がかかり、疲弊しているように思えることです。

昨日のお話にもありましたが、開業に走りやすいというのも社会的な背景があるわけです。東北の方の例で、小児科医を求めて病院に患者さんが集中して、そこの小児科医がもうこれ以上はできないということが開業されたということで、病院

としては大変困ったという話も聞きます。やはり当直業務があって拘束時間が長い。思うように休暇が取れない。患者の人権意識の向上に伴って医療訴訟に巻き込まれやすい。こういうことが背景としてあって、勤務医がしだいに疲弊していつている。これは私は大問題だと思います。大都市は医師の確保が相対的に容易であろうと思われませんが、地方の中小病院は特にこの問題は大きいと思います。

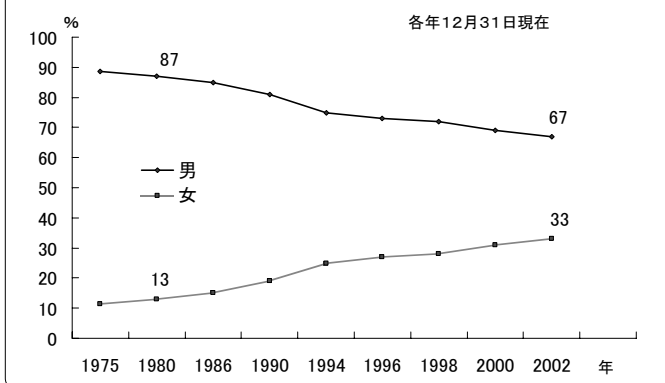
#### ■ 医師の絶対的不足の問題

### 日本の医師及び人口10万人当たりの医師数の推移



スライド26

### 29歳以下の医師についてみた性別構成割合の年次推移



スライド27

### 医師の地域偏在 解消のために行政に期待することは？

- (1) 卒前教育、臨床研修の中で地域医療の重要性を提起する (308 病院、45.1%)
- (2) 地元卒の設置・拡大、臨床と研究職を分離して募集する等、医学部入学の段階で策を講じる (190 病院、27.8%)
- (3) 給与を保障して、僻地勤務を義務づける等 臨床研修の段階で策を講じる (249 病院、36.5%)
- (4) 診療報酬・補助金等で経済誘導を図る (207 病院、30.3%)
- (5) 医療機関の適正配置を図る (127 病院、18.6%)

’05.6. 日本病院会地域医療委員会 『地域医療の実態に関する調査報告書』(中間まとめ)

スライド28

(スライド26) これは、日本の人口10万人当たりの医師数です。2000年には200人を超えました。厚労省は医師は充足したと言っておりますが、2003年に厚労省が出した資料を見ますと、アメリカの病床100床当たりの医師数は日本の5倍です。そういう実態と医学・医療の進歩を抜きにして医師は充足したとはいえないだろうと思います。専門分化が極端に進んできて、プライマリアでも「私はこれは診れない、これはAさんのところで診てもらえ」と次々とたらい回しが起こっている実態があるわけで、そういう点からも医師の絶対的な不足という問題が出てきていると思います。

(スライド27) 医師の男女比ですが、29歳以下では何と67：33です。これが2002年です。大分大学の場合は50：50です。そのように女医さんが増えています。女医さんは結婚・出産という問題があります。そういうことも含めて、今後も増えると思いますので、女医さんの問題は真剣に考えておく必要があるかと思ひます。

#### ■ 医師の地域偏在解消に向けて

(スライド28) 医師の地域偏在解消のために行政に期待すること。これは先ほどの日本病院会地域医療委員会の実態調査報告書に載っておりますが、地域医療の重要性を提起したものと考えることができます。私は卒前教育などは大学の先生ではできないだろうと思います。やはり市中病院でしかできないだろうと。それから臨床と研究職を分離すべきで、研究至上主義のかたちではやはり医師の偏在は起こるだろうと思います。僻地勤務の義務付け。それから医療機関の適正配置。いずれにしても何らかの規制が必要ではない

かということを言われているのだろうと思います。

(スライド29) 医師偏在の解消策についての意見です。就職数を制限せよ。一定の地域医療実践がないと開業資格を与えないとか、病院の管理職にはなれないようにする。それから僻地勤務を義務付ける。

スライド28・29の2つのスライドを見ますと、何らかの規制が必要なのではないかと、私自身もそう思います。

### 医療提供体制のあるべきかたち

#### ■ 地域医療計画見直しへの提言

(スライド30) いわゆる地域医療計画見直しに関して、私がこう考えるべきではないかという点を挙げてみました。大前提は医療は社会的共通資本であるということです。世界的な経済学者の宇沢弘文先生がおっしゃるように、経済によって医療が決まるのではなく医療を基本にすべての経済を考えるべきだと思います。医療は社会的共通資本であるという理念のもとで、今後、いろいろなことを考えておく必要があるのではないかと。そうでないと今の市場原理至上主義者の言うことに対抗することはできないのではないかと思います。

それからもう1つ、官民格差です。中小の民間病院は、同じ土俵で相撲を取らせてほしいと思っています。

医療システムそのものの制度疲労もすでに起っているわけです。診療所・病院の機能と役割分担を改めて見直す必要があると思います。佐久総合病院あたりは、黙っていても地域医療支援病院になっているのだらうと思っていましたが、なれないと聞いてびっくりしました。周辺に診療所などが極めて少ないからだとのことですが、紹介率等を上げさせるなどくだらないところで規定するのではなく、一定の指標を遵守しているのであれば、地域医療支援病院に

### 医師の地域偏在の解消策についての意見

- 地域に必要な診療科別に医師数を決めて就職数を制限する
- 地域医療に数年間実践した者にしか開業資格を与えないとか、病院の管理職にはなれないという制度を設けるべし
- 国策として僻地勤務を義務付ける
- お金に対する欲望がひどすぎる。医師は何のためになるのかの根幹が狂っている
- 社会主義体制でない限り、地域偏在は避けられない

‘05.6. 日本病院会地域医療委員会 『地域医療の実態に関する調査報告書』(中間まとめ)

スライド29

### 医療提供体制(いわゆる地域医療計画)見直しに関する提言

- 大前提 … 医療は社会的共通資本である
- あらゆる面での官民格差を解消する
- 医師不足に象徴されるように医療界全体が医学の進歩によって大きく変容し、時代が変わり、制度疲労に陥っていることに鑑み、改めて診療所・病院の機能と役割分担を見直すこと
- 地域医療支援病院は、紹介率でなく、その圏域・地域の中で一定の指標を実践し(例えば救命救急センターの条件をすべて満たしている等)、その実績に基づいて指定し、義務的役割をきちんと課し、それを実行しない場合には取り消しをすれば良い
- その中で、各種事業の他の医療機関との連携体制の推進を考えるべきである

2005.8.11

スライド30

### 医療提供体制の再生策 — 地方の地域医療崩壊防止策 —

- 1 自由開業医制を廃止し、医療機関(診療所・病院)の適正配置を法制化
- 2 自由標榜制の廃止と標榜科目の制限
- 3 臨床各科の定員を毎年設定し、専門領域の諮意的選択を制限
- 4 専門医の数的規制と適正配置
- 5 官民格差の解消  
～ 非営利と営利病院の役割分担の明確化と峻別条件の設定
- 6 臨床系教授及び病院管理者の資格要件の法制化  
・ 僻地医療あるいは発展途上国の医療に少なくとも3年以上の経験をその資格要件とする。
- 7 女医の子育て支援及び復帰プログラムに基づく就労斡旋対策の実施

2005.8.11

スライド31

すればいいだろうと思います。病院を淘汰するために設けられた1つの指標として紹介率、平均在院日数を出しているのですが、やはりそういう基準は取り払う必要があるという気がします。これらを前提にして、厚労省は、先ほど挙げた医療連

携の各種事業の問題を考えてほしいと思っております。

### ■地方の地域医療崩壊の防止策

(スライド31) 地方の地域医療崩壊防止策です。これは私見ですが、自由開業医制はこれだけ時代が変化したら考え直すべきだと思います。医療機関の適正配置を法制化すべきだと思います。それから自由標榜制も、何でもかんでも標榜できるというのはもう時代にそぐわないと思います。専門医というのは、これからはそれほどたくさんは要らないと思うんですね。人口の割合に何人くらい全国で要るかという設定をすればいいのではないかと思います。それから大学はもう遺伝子レベルの研究段階になってきているので、臨床系教授と研究系教授と二通りにするのがよいと思います。臨床系の教授及び病院経営者の資格要件として、僻地医療とか発展途上国の医療を3年以上経験しないと教授の資格がないとか、そうすればもう少し日本の医療もましになるんじゃないかという気がします。それから女医さんの件。こういうあたりを考えていかないと、地方の地域医療は、変な言い方ですが崩壊することは目に見えています。緊急な課題だろうと思います。

### ■官民格差の解消について

(スライド32) これは日本病院会の医療経済税制委員会が行った『12年度決算分析』です。全施設のうち公的の72%、民間の28.8%が赤字。地域医療をやっている小規模の中小病院では公的の52%が赤字。ところが、3年後は公的病院は赤字病院が減っています(スライド33)が、赤字の民間病院は増えています。100床から199床でも赤字病院は増えています。やはり民間病院は、逆に言うともう診療報酬のなかでこれ以上辛抱できないということで、赤字病院が増えているのだらうと思います。

(スライド34) 大分県に県立病院が2つありますが、小さいほうの病院が165床ですので、天心堂と比較しまし

### '00年度 公的病院と私的病院の経営分析概要 -1-

全施設	黒字		赤字
	公的	私的	
公的	264	74	190(72.0%)
私的	118	84	34(28.8%)
施設数 100~199床	公的	私的	
	25	12	13(52.0%)
私的	42	36	6(14.2%)

公的病院：国・自治体・公的(日赤・済生会・厚生連)、その他公的(全社連、厚生団、健保組合及び連合、共済組合及び連合)

出典：『病院経営分析報告—平成12年度決算分析』

(社)日本病院会 医療経済税制委員会：2002.8.

### スライド32

### '03年度 公的病院と私的病院の経営分析概要 -2-

全施設	黒字		赤字
	公的	私的	
公的	297	101	196(65.9%)
私的	134	86	48(35.8%)
施設数 100~199床	公的	私的	
	39	10	29(74.4%)
私的	38	25	13(34.2%)

公的病院：国・自治体・公的(日赤・済生会・厚生連)、その他公的(全社連、厚生団、健保組合及び連合、共済組合及び連合)

出典：『病院経営分析報告—平成15年度決算分析』

(社)日本病院会 医療経済税制委員会：2002.8.

### スライド33

### 02年度決算官民比較 -1-

(単位：千円/四捨五入)

	県立M病院 (165床)	天心堂へつぎ病院(173床)
医療収益	2,483,844	2,640,514
医療費用	2,840,068	2,435,919
人件費	1,508,368 ( 60.73%)	1,276,276 (48.33%)
医療利益	△ 356,224 (△14.34%)	204,595 ( 7.75%)
医療外収益	252,806	8,000
負担交付金(*1)	243,914	0
他会計補助金(*2)	3,751	0
その他	5,141	8,000
医療外費用	186,313	54,738
経常利益	△ 289,731	157,857
*1,2を除く最終利益	△ 537,396	157,857
摘要		救急を除き100%院外処方

### スライド34

た。天心堂は外来と入院を分離しているために簡単に比較はできないのですが、外来センターの実績を積み上げていった場合に、2002年度に県立病院は何と2億5,000万円ほど補助金をもらっています。うちは救急の関係で800万円もらっています。決算としては、県立は2億8,000万円の赤字、天心堂は黒字ですね。\*1、\*2の補助金を抜くと、県立病院は何と年間5億3,000万円の赤字。私どもはそうではないということです。

(スライド35) その2年後、2004年度を見ますと、ここでも2億3,000万円の補助金があるんですね。経常利益は1億1,000万円で赤字幅こそ改善されていますが、この補助金を抜くとなんと3億4,000万円の赤字です。医業収益の1割に相当する補助金をもらってこれだけの赤字ですから、私どもに任せていただければ、10年間もすればも

う1つ施設をつくれると思います。天心堂も2004年は赤字になっていますが、この年は随分投資をしたためです。このような官民格差は何としても解消させるべきだと思っています。

(スライド36) 病院への補助金・受託金の状況です。これは日本病院会医療経済税制委員会のデータです。公的病院と私的病院の1床当たりの補助金の額、こんなに違います。医療財政が逼迫しているということで患者負担を上げ、公的病院は税金を払いません。私ども民間病院は税金を払わなければいけません。にもかかわらず、公的病院には補助金をたくさん与えています民間には極めて少ない補助金しか与えない。そういう意味では、公的病院の補助金にメスを入れるということも必要ではないでしょうか。三上先生が昨日のシンポジウムで話されておりましたが、2003年度は24万床に対して4,621億円の補助金の額です。その分を患者負担を補填するかたちにすれば、今のような患者さんの不幸が起こらなかつたらうと思います。日本病院会は民間も公的もたくさん入っているわけですが、やはりもう少しそういうことを考える必要が一方であるのではないかと思います。

(スライド37) 認定医療法人という問題が出ていますが、これはどうも最近あやしくなってきた、財務省の横槍で潰れそうです。けれども認定医療法人で無税になるということであれば、

	県立M病院 (165床)	天心堂へつぎ病院(173床)
医業収益	2,033,531	2,559,229
医業費用	2,233,009	2,528,716
人件費	1,357,334 (66.75%)	1,395,971 (54.55%)
医業利益	△ 199,478 (△ 9.81%)	30,513 (0.97%)
医業外収益	232,556	11,416
負担交付金 (*1)	216,751	0
他会計補助金 (*2)	11,256	0
その他	4,549	11,416
医業外費用	150,185	47,427
経常利益	△ 117,107	△ 5,498
*1,2を除く最終利益	△ 345,114	△ 5,498
摘要	救急を除き100%院外処方	救急を除き100%院外処方

スライド35

病院への補助金及び受託金の状況  
— '01年度決算分析から—

■ 1床当たりの平均金額 (有効回答数405病院)

公的病院平均	1,613,090円	} 14.2倍!
私的病院平均	113,332円	

\* 1床当たりの平均金額算出法 =  $\frac{\text{補助金} + \text{負担金}}{\text{稼働病床数}}$

'03.11. 日本病院会・医療経済税制委員会

スライド36

現状案で認定医療法人の指定を受ける意向はあるのか?

\* 私的病院368病院から学校法人8病院を除く

■ ある

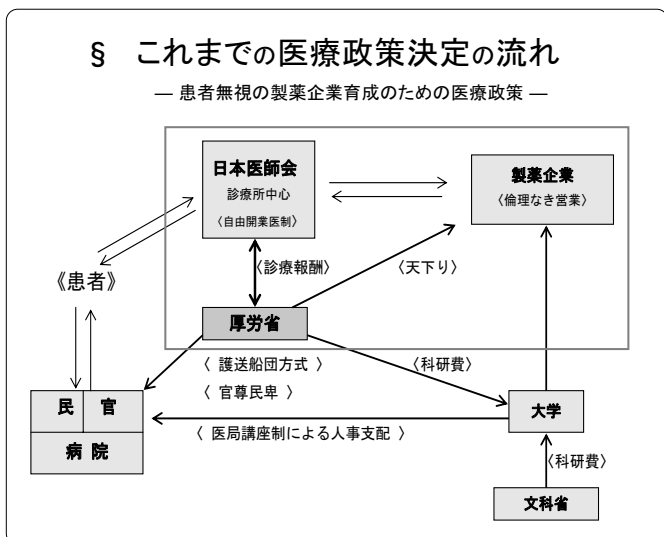
私的	70 病院	21.0%
医療法人	66 病院	26.6%
特定・特別医療法人	25 病院	49.0%

'05.6. 日本病院会地域医療委員会 『地域医療の実態に関する調査報告書』(中間まとめ)

スライド37

## § これまでの医療政策決定の流れ

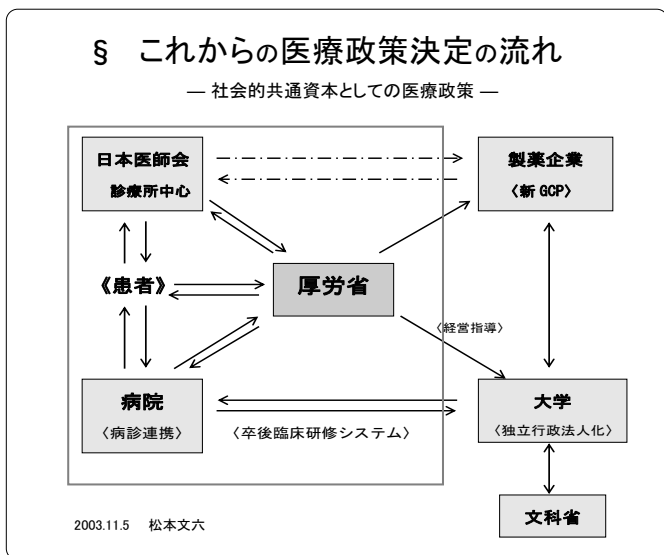
— 患者無視の製薬企業育成のための医療政策 —



スライド38

## § これからの医療政策決定の流れ

— 社会的共通資本としての医療政策 —



スライド39

## これからの天心堂の連携体制

■ 天心堂が提供する広義の医療のキーワード

- 1 患者満足度
- 2 医療の品質保証
- 3 地域包括医療(連携)

(2005.8.11)

スライド40

現在は私ども特定医療法人ですので受ける意向はあります。財務省の横槍で腰砕けになるんじゃないかというのがもっばらのうわさのようです。そうなればなるほど、逆に言うと公的病院の補助金、助成金、税金の問題等々、一挙にすべて整理するというのは難しいでしょうが、助成金、補助金にはメスを入れる必要があると思います。

### ■ これまでの医療政策とこれからの医療政策

(スライド38) これまでの医療政策では、病院は医療政策の枠の外に置かれていました。患者さんもそうです。主として日本医師会と製薬企業向きの医療政策が展開されてきたのだらうと思います。

(スライド39) 2003年の春に厚労省は患者の視点の尊重ということをはじめて表明しました。やっと患者さんが医療政策の枠のなかに入ってきたように思いますし、今回の中医協の問題で病院団体から2名というのが、昨日の山本会長のお話でありましたが、やっと医療政策のなかで病院団体の考え方もちょっと検討しようという段階になったと思います。また製薬企業については天下りの問題も出てきて、新GCP(Good Clinical Practice ; 「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」)

のなかで枠外に出て行ったという意味で、今後の医療政策はこのように展開されるのではないかと思いますし、そうあってほしいと私自身思います。

### これからの天心堂医療

(スライド40) 最後ですが、私どもが提供する広義の医療のキーワードは「患者満足度」、「医療の品質保証」がメインだらうと思います。そういうなかでここを踏まえつつ「地域包括医療」を展開する。周囲の医療機関との連携をもって、地域

というのは佐久総合病院のように非常に広い地域ではないのですが、狭い地域のなかでも包括医療を提供できる連携体制をつくっていきたいと考えています。中小病院はそういうかたちのなかでしか生き残れないのではないかと、一方では考えている次第です。以上で私の話は終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

**座長** ありがとうございます。続きまして済生会神奈川県病院院長、吉井宏先生にご講演をお願いいたします。吉井先生のご略歴はレジュメ集の158ページに書かれておりますが、日本外傷学会の理事、評議員でもいらっしゃいます。救急には非常に精通されている先生です。よろしく願います。

#### ④これまで私たちが行ってきたこと

吉井 宏

最初にこのような発表の機会をいただきまして感謝を申し上げます。私自身は病院経営・運営に関してはあまり造詣深くないのですが、お許しください。発表の内容上、行政の方や医師会、病院団体、自分を含めてですが病院関係者を若干批判するような点があるかと思いますが、これにつきましてもお許しください。

(スライド1) 私どもは済生会神奈川県病院として、地域医療で病診連携をやってきました。1991年、平成6年くらいから「病診連携Wの会」というものを立ち上げまして、それを中心に展開してきました。まずそれについて前半部分でお話しして、そこでやってきて見えてきた限界などの、いろいろなことを踏まえながら、今後の展開についてお話ししたいと思います。

#### 「病診連携Wの会」とその活動

「病診連携Wの会」。これは、横浜市神奈川区を中心とする診療所・医師会の有志の先生方と、病院の方も副院長以下、その時は私は診療部長だったので、現場が見えるということで、自主的につくって行ってきた研究会です。

(スライド2) 理念としては、まず、病診連携

#### 「地域医療と連携」について —これまで私たちが行ってきたこと— (済生会神奈川県病院)

##### 研究会・連絡会

- ①病診連携Wの会・分科会
- ②病診連携定例連絡会  
(神奈川区医師会・済生会神奈川県病院)
- ③胃がん勉強会(神奈川区医師会)
- ④病診医療の会(鶴見区医師会)
- ⑤消化器/循環器/在宅医療勉強会  
(鶴見区医師会学術委員会)

##### 病診連携室の設置

スライド1

#### 「病診連携Wの会」

##### 基本理念

##### 患者中心の連携

病診連携の推進による理想的な地域医療システムの構築のための研究会  
\* シンクタンク⇒地域医師会や病院への提言  
\* 顔のみえる病診連携  
(お互いの力量等を把握すること)

##### 「W」の意味

患者様を、診療所・病院双方の主治医(ダブル・ドクター)が、一致協力して診療する

スライド2

## これまで私たちが行ってきたこと (Wの会)

- 病診連携Wの会 ー提言→ 病診連携室の設置  
→ 紹介・逆紹介システムの整備
- 病診連携Wの会 ー提言→ 病診連携定例連絡会  
→ 在宅診療病診連携ノート(24時間連携)
- 胃がん勉強会(Wの会の前身的勉強会)  
→ 即日内視鏡サービス
- 病診連携Wの会 → 分科会等  
→ 疾患別共通マニュアル作成(進行中)

スライド 3

## 神奈川区医師会・済生会神奈川県病院 病診連携定例連絡会

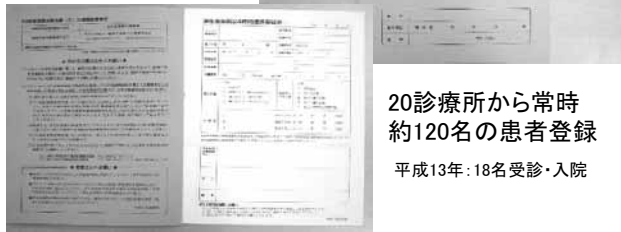
- ・隔月開催
- ・出席者 医師会 執行部2名(地域医療委員会)  
病院 副院長, 病診連携室スタッフ
- ・討議内容  
病診連携の諸問題  
紹介率等の報告  
研究会共催の打ち合わせ

スライド 4

### 在宅医療との連携ー2

#### 在宅診療病診連携ノート

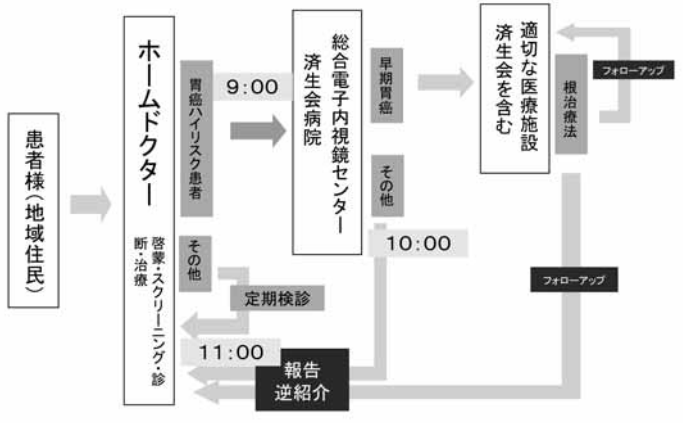
Wの会で検討、試作し  
区医師会地域医療委員会と  
の定例連絡会議で決定



20診療所から常時  
約120名の患者登録  
平成13年: 18名受診・入院

スライド 5

### 即日内視鏡の一例



スライド 6

を推進して理想的な地域医療システムを構築しようということです。そのためのシンクタンクとなって、済生会神奈川県病院、地域の区医師会等に提言をして、いろいろな活動を進めようといったこと。それから同じ研究会をとおして、しっかりと相手の力量を把握しながら機能分担をし連携を取ろうということで、顔の見える病診連携。これを中心にやってきました。もう1つは、患者さんが中心の連携ということで、Wという意味も診療所と病院の両方の医師が主治医として一致協力して、ダブルドクターで診療するといったことも理念としてやってきました。

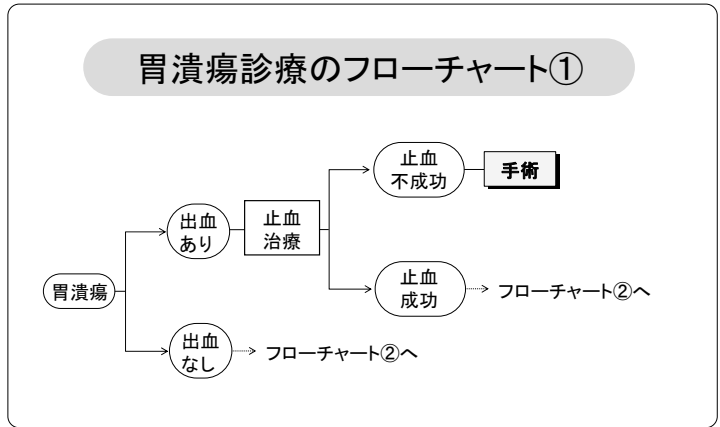
#### ■「Wの会」の主な活動内容

(スライド 3) これまでWの会としてやってきたことを挙げてみます。あまり多くはないのですが、Wの会でいろいろ検討して、病院のほうに「病診連携室」をつくるように提言しました。紹介・逆紹介システムを整備するのが目的です。それから地域の医師会と病院に提言して、「病診連携定例連絡会」というものをつくってききました。

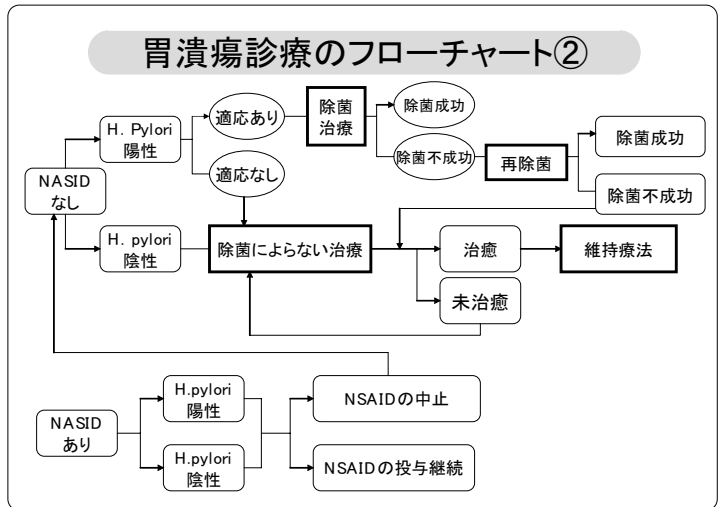


(スライド4) 神奈川区の医師会と済生会神奈川県病院の病診連携定例連絡会の出席メンバーは、医師会からは地域医療委員会の執行部の先生が2人、病院からは副院長と病診連携室のスタッフです。討議内容は、病診連携にかかわる諸問題、「こういった問題がありました」、「患者さんからこういった苦情があります」とお互いに確認したり、紹介率などの報告、それから研究会の共催といったことをWの会で下書きをさせていただきまして、この連絡会を通じて、在宅診療の24時間連携に関して「在宅診療病診連携ノート」といったものを作成しております(スライド5)。

(スライド6)そして「胃がん勉強会」。Wの会と直接は関係ないのですが、もともとWの会のメンバーに胃がん勉強会の先生たちが多かった関係もありまして、このなかでも即日内視鏡サービスというのを始めてきました。これはもう今では当たり前ののですが、かかりつけ医の先生から内視鏡センターに連絡して、患者さんにセンターに直接来てもらいます。そこで胃カメラをやって、その日のうちに、病院で治療する必要がない患者さんについては報告書を持たせてすぐ帰す。患者さんは9時に病院に来て、11時には診療所に行ける。こういったかたちの診療行程の標準化になっております。そういったことを基礎にしながら、Wの会の売りというのは、分科会をつくってそこで疾患別の共通マニュアルを作成しつつあ



スライド7



スライド8

- \* 通常の潰瘍治療
  - PPI, または H2RAの8週投与(スクラルファート)
  - 防御因子増強剤の併用はエビデンスがない
- \* 除菌治療
  1. LAC: 87~89%
    - ランソプラゾール(LPZ) 30mg
    - アモキシシリン(AMPC) 750mg
    - クラリスロマイシン(CAM) 200mg or 400mg
    - “ランサップ”
  2. OAC: 79%
    - オメプラゾール(OPZ) 20mg
    - アモキシシリン(AMPC) 750mg
    - クラリスロマイシン(CAM) 400mg
    - いずれも×2/日, 1週間投与
  3. 副作用: 下痢, 軟便, 味覚異常

スライド9

ることです。これが最大の売りだと思えます。

(スライド7・8・9) 例えば胃潰瘍診療のフローチャートを共通の認識で持ちましょうということで、出血のあり・なしでどういう治療をするか。ピロリ菌の陽性・陰性でどういう治療をするかといったことを、医師会の先生と病院とで共通の認識を持つ。これは熊本の須古先生のところでやっている連携パスに近い考え方だと思います。こういったかたちの標準化を図ろうということで、現在も進行中です。

(スライド10) 共通マニュアルの作成で今やっているのは、「消化性潰瘍治療マニュアル」、「急性腹症診断・治療マニュアル」、「肝炎治療マニュアル」、「糖尿病診療マニュアル」、在宅関係もどうするかとか、そのあたりを検討しております。

■「Wの会」の活動成果は

(スライド11) こういったいろいろな活動しながら、Wの会が直接関係しているかどうか、何とも申しあげられないのですが、ベースは1996年になりますが、このあたりからの紹介率

疾患別共通マニュアル作成  
(分科会にて検討)

医療の標準化

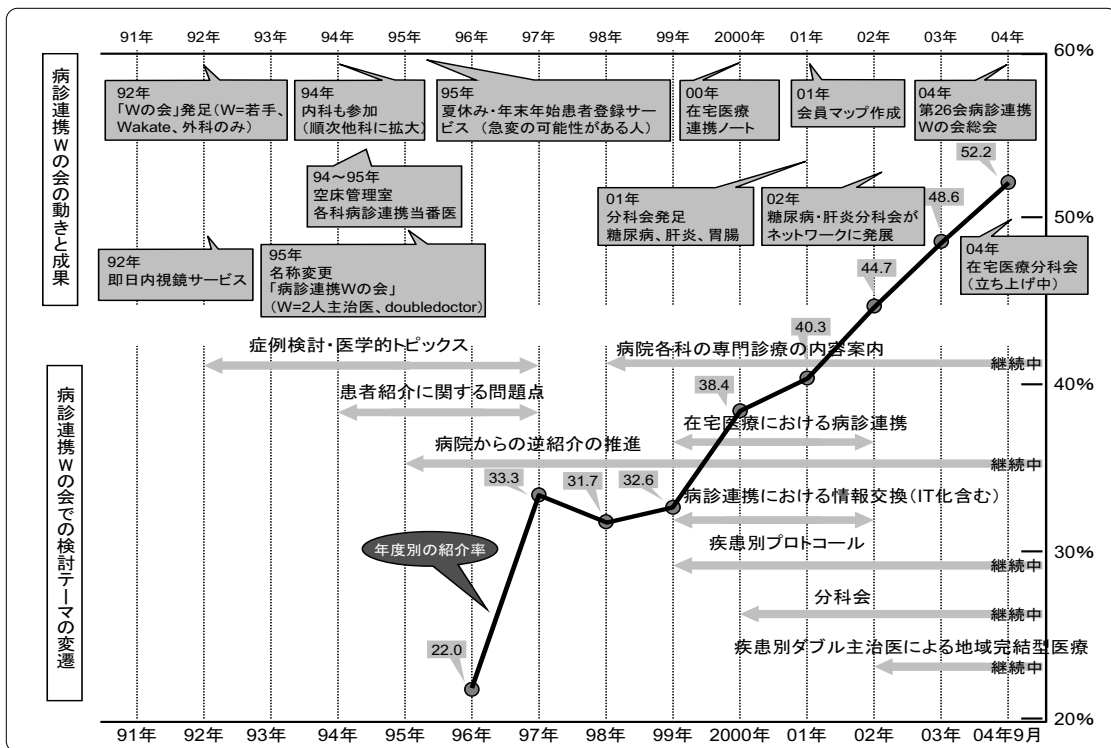
- 消化性潰瘍治療マニュアル  
(出血性、穿孔性を含む)
- 急性腹症診断・治療マニュアル
- 肝炎治療マニュアル
- 糖尿病診療マニュアル

スライド10

の変化を示します。1998年あたりでちょっと頭打ちになってきていますが、その後は再び上昇カーブを示しています。活動成果のエビデンスといえばこれがエビデンスになるかと思えます。

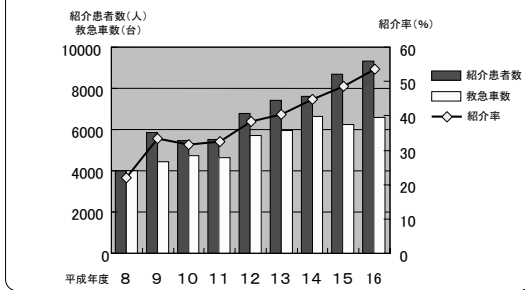
済生会神奈川県病院における平均在院日数の変化も現在では14日前後まで下がってきています。これを受けて収支状況も改善しております。

(スライド12) こういったかたちで、当院はもともと救急の患者が多かったのですが、今では紹介患者のほうが多い。そういうなかで経営・運営



スライド11

## 年度別紹介患者統計(全科)



スライド12

状況の改善は得られたものの、ただこのところ頭打ちになってきているのはやや問題で、それについてこれから検討していきたいと思います。

### 「地域医療と連携」の意義——原点に戻っての考察

(スライド13) 地域医療と連携の意義について、原点から考察する必要があるのではないかと思います。まず、①なぜ医療制度改革が必要なのか、そして②患者の視点の尊重とは何なのか、③医療の質の確保と効率化はどうするのか、それから④地域医療とは、⑤地域医療の直近未来像とは、といったことで考察してみたいと思います。

#### ■日本の医療の課題

(スライド14) 日本の医療は国民皆保険が1960年代初頭から確立して、いわゆる「フリーアクセス」です。高度成長期は保険制度も比較的順調でしたが、バブル崩壊があって社会構造の変化があります。医療費も増えてくる。保険制度が破綻するのではないかと。これが医療制度の改革の最大の問題点だといわれています。しかし実際のところは、医療の進歩と高度化、ここに問題があると思います。日本の医療は、もともと診療所医療から始まり医療の進歩とともに、病院診療主体の医療に転換してきていると思います。今の医療提供システムが社会構造や医療の進歩に明らかにそぐわなくなっている状況、診療所で提供できる医療は少なくなり、病院が中心の医療に移ってきているといえるのではないかと。そのために改革が必要だということは我々の考えているところです。

(スライド15) また、いつもいわれていること

### 「地域医療と連携」の意義——原点に戻っての考察一

1. なぜ、医療(制度)改革は必要か  
医学、医療の進歩に現行システムが適合しなくなった!
2. 患者の視点の尊重とは  
難しいことはわからない;ただ、安心・確実に病気を治して!
3. 医療の質の確保と効率化  
医療の進歩に対応する標準化が前提!
4. 地域医療とは・・・  
そして、連携とは・・・専門分野医療、全人的医療をふまえて!
5. 地域医療の(直)近未来像は・・・

スライド13

## 日本の医療

国民皆保険(S34年より施行、1960年代初頭に確立)  
⇒少ない負担で、どの医療機関にもかかれる  
いわゆる“フリーアクセス”  
⇒高度成長期には保険制度も比較的順調

しかし・・・医療の進歩・高度化とともに・・・

バブル崩壊、社会構造の変化

⇒少子高齢化社会・・・

2000年度国民総医療費30.4兆円⇒約1兆円/年増予測

⇒保険制度破綻の危機

⇒医療制度改革の必要性

スライド14

## 日本の医療の課題

### I 効率的な医療提供システム

- ① 多い病床数、長い入院期間、少ないスタッフ

	日本	OECD平均
人口千人当たり病床数	13.2 床	7.4 床
平均在院日数	33.5 日	12.5 日
1病床当たり看護職員数	0.42 人	0.87 人

- ② 機能分担、医療機関相互の連携不十分?

外来患者の病院集中傾向? 3時間待ち3分診療?

スライド15

ですが、多い病床数、長い入院期間、少ないスタッフ、このことは病院の医療供給体制にも問題を含んでいるということだと思います。

#### ■行政の対応とそれへの疑問

(スライド16) 行政は、病床数の削減の施策として、一般病床を少なくして療養病床を増やそう。在院日数の短縮と医療連携に関する施策としてもこういったことをやってきている。急性期の入院

## 日本の医療の課題 行政等の対応

### 病床数削減の施策：

病床区分：一般病床 ↓ 療養病床 ↑

### 在院日数の短縮と医療連携に関する施策：

診療所 ⇄ 病院の初診料，再診料等の診療費格差

紹介料，診療情報提供料等の設定

急性期入院加算\*，急性期特定入院加算\*\*

\*(紹介率30%，平均在院日数17日以内)

\*\* (上記の条件に加えて，入外比 1.5以内)

地域医療支援病院における高紹介率の設定

紹介状なしの病院初診における特定療養費の設定

スライド16

## 医療提供体制の改革のビジョン案

— 「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめ —

### 【趣旨】

- 国民的な合意を得て改革推進するため，21世紀における医療提供体制の改革の将来像のイメージと当面進めるべき施策を提示
- 国民各層における更に幅広い議論が行われることを期待し，今後も適宜見直す

### 【基本的考え方】

- 患者と医療人との信頼関係の下に，患者が健康に対する自覚を高め，医療への参加意識をもつとともに，予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者主体の医療を確立する

### 【骨子】

- ① 患者の視点の尊重
- ② 質が高く効率的な医療の提供
- ③ 医療の基盤整備

(平成15年4月 医療基本問題調査会・医療提供体制の改革WG合同会議)

スライド17

## 行政の医療改革ビジョンは・・・

改革は医療費削減目的だけではないというもの・・・

### 患者の視点の尊重

医療機関/診療情報の提供や公開  
→ 患者が自己責任で医療を選択

患者は医療の素人！  
与えられた情報を  
どこまで正確に理解し正しい  
選択ができるか？

### 質が高く効率的な医療の提供

EBM, MRM等の推進  
機能分化(特定機能病院・一般病床・療養病床)  
医療連携(病診・病病)

### 医療の基盤整備

医学・医療の進歩・高度化，医学と医療，先進  
医療と地域医療の相違を踏まえた  
機能特化と連携，基盤整備が必要!!

スライド18

加算，紹介の加算といったことで対応してきています。

(スライド17) 21世紀に入ってから改革のビジョンとしては，「患者の視点の尊重」，「質が高く効率的な医療の提供」，「医療の基盤整備」，こういったことを骨子として示しています。

(スライド18) ただ，先ほども打ち合わせのときに問題になったのですが，患者の視点の尊重をどう捉えるかというのは非常に難しいところがあると思います。ビジョンに書いてあることは，医療機関・診療情報の提供や公開→

患者が自己責任で情報を十分に集めて自分の責任で医療を選択するという事です。ただ，もう医者のなかでもかなり専門分化していますから自分の専門以外のところはちょっと分からないような状況が発生している。そのなかでどれだけ情報を提供しても，患者さんはどこまで本当に理解して正しい選択ができるかというのは非常に疑問だと思います。「質が高く効率的な医療の提供」。これも確かにそのとおりでと思いますが，そのなかで疑問に感じるのは医学・医療が進歩して高度化していることへの対応が十分考慮されているのかどうか。こういったことを踏まえた改革が必要ですし，そのためにはどうしても先進医療と地域医療，それから専門特化と連携を踏まえながらやらないといけないのではないかと我々は考えております。なぜ医療(制度)改革が必要か。医学・医療の進歩に現行のシステムが適合しなくなってきた。Wの会でも，診療所の先生の役割は何か，病院の役割は何か，その役割分担を十分に踏まえた連携がなければ改革への対応は

クリアできないと思います。

### 患者の視点の尊重と地域医療

「患者の視点の尊重」、それから「地域医療とは何か」という点についてまず検討してみたいと思います。

(スライド19) 私たちは今、横浜市の東部地域に市の中核病院の開設を進めているところです。そのなかで「患者中心の地域完結型医療」をビジョンとして挙げております。キーワードとして「地域医療、完結型医療」、「患者本位」、「機能分担と連携」、「医療の標準化と進歩への対応」、こういったことを挙げて進めています。

(スライド20) 本日の問題の地域医療ですが、日本の医療の特徴で、最初は診療所が中心に医療が始まった。診療所と患者さんとの間の医療が地域医療だったかもしれません。しかし今、進歩してきているなかでは考え方を改めて、「地域住民がその生活圏において完結する医療を受けられるシステム」。こういうふうに捉えたほうがいいのではないかというのが私どもの見解です。特にいろいろな地方によって地域の特徴がありますから一概にいえないと思うのですが、日病の地域医療委員会でも、東京・横浜は都市型で地方とは全然違うんじゃないかと言われます。仕事をしたり遊ぶことに関しては都会型ですが、実際には横浜に関しては、生活するとある部分は田舎、僻地の要素も部分的には含んでいます。それで、その地域の生活圏のなかで90%以上完結できる医療システムを構築することが大事なのではないかということでお話を進めさせていただきます。

#### ■ 特定機能と地域完結型医療

(スライド21) 特定機能病院の特定機能とは何か。これは大学病院だと思ってください。大学病院でベッドが1,000床あるとする。そうすると、そのなかで特定機能、高度先進医療に関しては100床もあれば十分じゃないか。90%は地域のコミュニティホスピタルといわれる病院とほとんどレベルの変わらない地域医療を担当しなければいけない。そういったことがいえるのではないかと

## 私たちの取り組み

— 済生会横浜市東部病院の開設を通じ —

### 患者中心の地域完結型医療

\* キーワード

地域医療、完結型医療

患者本位(患者の視点の尊重)

機能分担と連携(全ての医療関係事業体による)

医療の標準化と進歩への対応

スライド19

### 診療圏の設定: 地域医療とは?

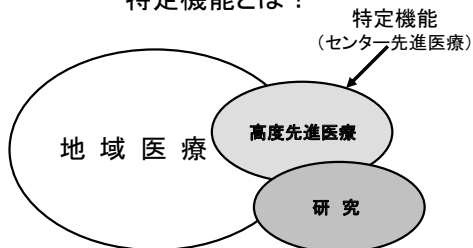
単に「診療所⇄患者」の医療ではない

地域住民がその生活圏において完結する医療を受けられるシステム

大学病院や癌センター等でなくとも一定の中核機能をもつ病院を含む地域医療システムにて90%以上の疾病は治療を完結できる

スライド20

### 特定機能病院における・・・ 特定機能とは?

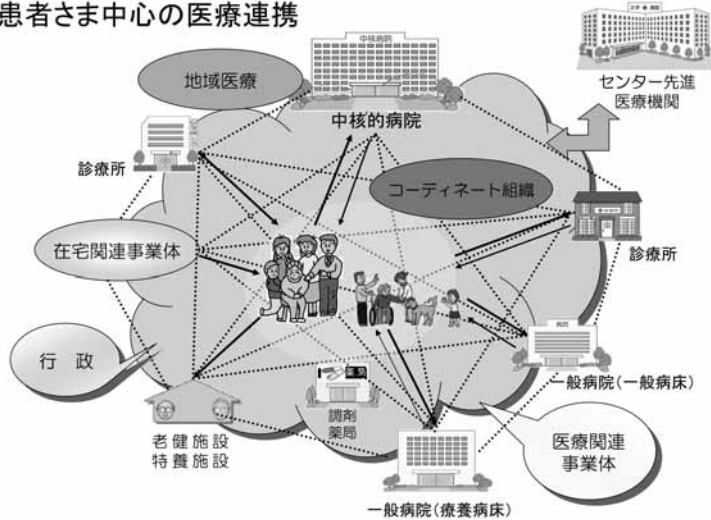


スライド21

ということが1つの提案です。

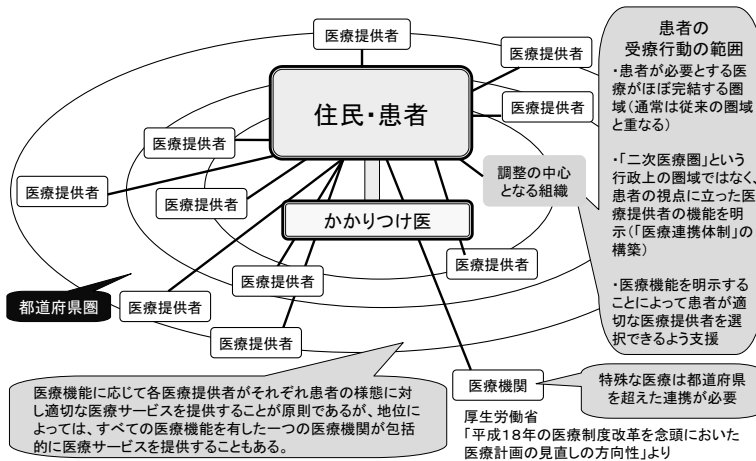
(スライド22) 図にして構成しますと、患者さんが中心の地域医療、地域完結型医療というのは、中核的病院・中小病院・診療所と、行政・コーディネート組織(これは少々曖昧ですが)、こういったものがしっかりと1つに連携して機能分担と連携を90%やる。10%の先進医療を特定機能病院や先進医療のセンター病院が担当する。こういった考え方で進める必要があるでしょう。

## 患者さま中心の医療連携



スライド22

## 地域の「医療連携体制」のイメージ ～「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療」へ～



スライド23

スライド23は、2005年6月に厚労省から出た『医療計画の見直しの方向性』から抜き出した図です。これもスライド22の図とほとんど同じような考え方、「かかりつけ医」を「住民・患者」の近くに抜き出してはあるのですが、私たちとほとんど同じ考え方で進めてきています。その調整の中心となる組織も、行政としてはこういうものを考えているという状況です。これで「医療機関完結型医療から地域完結型医療へ」というテーマで書

いてあります。  
■地域医療における機能分担と連携  
(スライド24) 地域医療における機能分担と連携をどうやってするか。これがいちばん重要だと思いますし、先ほどから何度も申しますように、医療の高度化により専門分化してきている。医師も各領域のスペシャリストが増えてきて、総合的な全人的な医療をどうするかといったことで考えますと、疾患別の病気を治す対応、これは専門医あるいは専門センターでやる。患者さんを癒すトータルの総合的対応、これは総合診療医によると書きましたけれども、少なくとも病院のなかではチーム医療でやらなくては行けないし、これを拡大するのが医療連携ではないかと考えています。

病院内がこういう体制になって地域医療事業者間の分担と連携ということになると、在宅診療、診療所診療、病院診療、病院機能のなかでも病院外来、病院入院と機能別に整理し、また急性期・回復期・療養期といったことをきちんと分けながら、連携して分担していくことがポイントかと思っています。  
(スライド25) もちろん、そこでは診断技術・治療技術・診療工程の標準化と更新が非常に重要だと思います。診断技術、例えば診断のツールがど

## 地域医療における機能分担と連携

- 医療の高度化→専門分化  
医師 → 各専門領域のスペシャリスト
- I. { 疾患別対応…病気を治す(専門医による)  
総合的対応…患者を癒す(総合診療医による)
- 病院内 → チーム医療 / 地域 → 医療連携
- II. 地域医療事業者間における分担と連携
- 在宅診療  
診療所診療  
病院診療

病院外来  
病院入院  
急性期 回復期 療養期

スライド24

## 医療の標準化と進歩への対応

- 共通の医療理念に基づき  
共通の質の高い診療指針をもつ
- 診断技術, 治療技術, 診療工程の標準化と更新
- ☆ 疾患別診療 { マニュアル, プロトコル  
クリティカルパス 等の作成, 利用
- ☆ 共有電子カルテやPACSなどITの利用
- パス → 総合的プロトコル + 時系列化  
⇒ バリエーションを考慮 → 枝パス  
⇒ 入院診療パス + 入院前後の診療パス

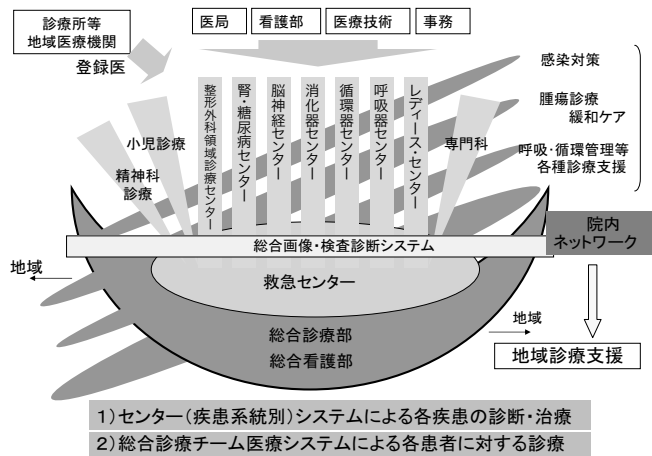
スライド25

どんどん変わっています。治療もどんどん良くなっています。診療工程もどんどん変わってきていますから、これをまず地域でも、あるいは全国的にも標準化して、更新していく作業が、まず連携をやるにしても何をやるにしても必要だと思います。そのツールとしてパスが非常に有用だと思います。今後の展開として重要なのはやはりITになります。

### ■ 地域中核的病院の診療システム

(スライド26・27) こちらは横浜市東部病院を想定してつくったもので、こういうかたちにはなかなかうまくいかないと思いますが、目指すものとしては地域の中核的病院。これはむしろ医療施設完結型に近い考え方もかもしれません。各センター・各専門領域で病気の治療をする。それから総合診療部がこういったものをくくっていくかたちです。主治医がいて、そのなかで各担当の医師がいて、こういったチーム医療で全人的な治療を提供する。そのあと包括的にやるのは、例えば院内では院内のネットワーク, 感染対策, 腫

## 地域中核的病院における診療システム



スライド26

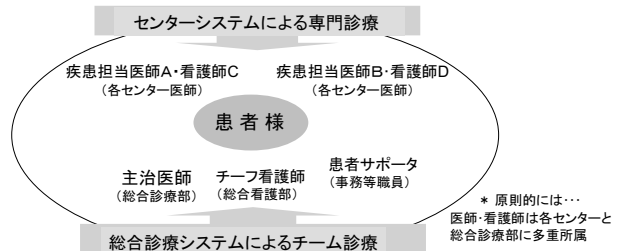
## 地域中核的病院における診療システム

### 1) センター(疾患系統別)システムによる診療

各疾患群に対し、内科・外科系診療部門が共通の診療指針と診療パス、合意に基づく治療法にて良質な診断・治療を行う  
医療の進歩をふまえて疾患別のガイドラインと診療パスを作成・更新し、総合診療部にも提供する

### 2) 総合診療システムによるチーム医療

各患者に、主治医・チーフ看護師のコーディネートを中心に疾患担当医師・看護師、サポートが協同して良質な全人的診療を提供する



スライド27

場診療、循環管理、呼吸管理等のいろいろな診療支援のネットワークを組んで、これを院内から外にはみ出すかたちでやっていくことが地域診療支援です。医師会の側からは登録医として参加してもらう。各センターへ参加してもらうというのもいいし、総合診療部に参加してもらって自分で患者さんを連れてきてまた連れて帰ってもらう。都会型に近いスタイルかもしれませんが、こういったやり方もあるのではないかと考えております。

**運営・経営の課題と未来像**

(スライド28) これまで経営・運営の話題はほとんど出てきませんでした、問題なのは医学・

**地域医療  
運営・経営のためのキーポイント**

医学・医療の進歩に伴い…  
良質な医療を提供するための 相対的人材不足  
絶対的財源不足 が顕在

それに対応するには…  
医療の効率化がキーポイント

- 〔 各施設における相対的少数による医療運営 〕
- 〔 各施設間における連携・支援システムの構築 〕
- \* 総合的医療の診療指針・疾患別診療パスの共有
- \* ITシステム等の利用・汎用

医療の標準化と効率化はMRM、労務管理、経営改善にも通ず

そして、地域格差への対応…ボーダーレスのネットワーク

スライド28

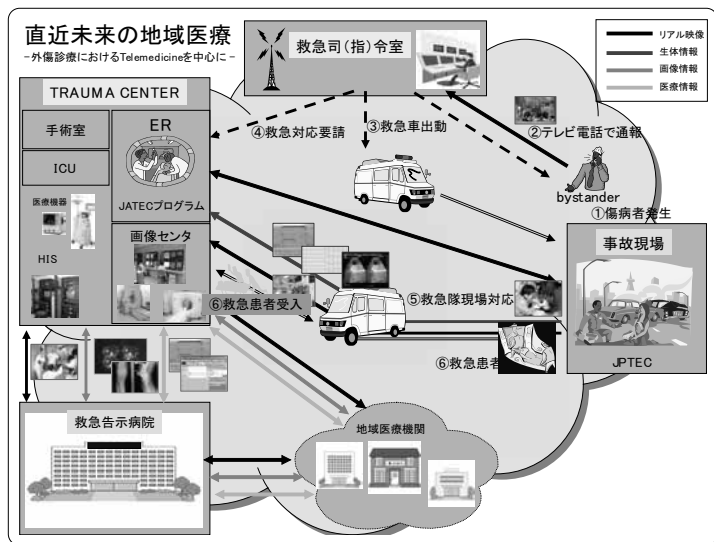
医療の進歩に伴って、良質な医療を提供するための「相対的な人材不足」、「絶対的な財源不足」がもう顕在化してきていると思います。それに対応するためには「効率化」、これは病連連携、病病連携も効率化の1つですが、院内的な効率化、施設においては相対的に少人数による医療運営をどうやっていくか、施設間における連携・支援のシステム、こういったことが大事ではないでしょうか。そのためには何回も申しますように「診療指針・疾患別診療パスの共有」、それからIT等を利用することも重要だと思います。少なくとも医療の標準化と効率化、これは経営だけでなく労務管理、リスクマネジメントなどにも非常に重要な位置を占めると考えております。

そして、地域格差への対応。これはIHN (Integrated Healthcare Network; 統合ヘルスケアネットワーク) がシームレスだとすると、日本の医療はシームレスにするのは難しいと思います。その意味ではつなぎ目はあります。しっかりつなぎ合わされたボーダーレスのネットワークが重要。そして分担と連携。差別と統制ということではなくて、お互いが対等の立場での、区別と統合といった考え方が必要かと思えます。

(スライド29) 今後の展開としてはTelemedicineを利用しない手はないと思います。画像情報、

映像情報、それから診療情報をリアルタイムに共有しながら展開することができるようになるはずで、全国的な展開も必要だと思います。そういったことが、我々の主張です。以上です。

座長 ありがとうございます。続いて討論になります。



スライド29



## ⑤ 討 論

**座長** 4人のシンポジストに壇上に上がっていただきますが、実は今回のテーマである「地域医療と連携」には大変大きな問題点、討論しなければならない事柄がたくさんあります。拾っていきますと、とても全部を討論する時間はありません。しかも「病院経営の創造」というくりもございます。皆さま方の実際の病院経営、病院管理にお役に立てていただくものを探り出していき、問題点を探り出していきという大きな使命がありますので、多少問題を絞らせていただこうと思います。

事前の打ち合わせでは、例えば地域支援病院の問題は地域によってはもうその認知を得ることは全く不可能に近いという問題や、二次医療圏の問題、それから経営に直接響いております地域の医師の偏在の問題、あるいは地域医療の進歩と現行の医療システムの齟齬の問題というように、話し合わなければならない事柄がたくさんありました。

しかし時間が限られていますので、打ち合わせでいちばんの問題であった、地域医療ネットワークの問題。いずれにしても連携となるとネットワークの構築ということになりますので、地域医療ネットワークの構築の問題に的を絞らせていただいて、その後、若干の時間を残してフロアからのディスカッション。それから最後に日本病院会という団体は、これから地域医療と連携、特に病診連携にどのように取り組んだらいいのかということ、シンポジストの方々からディスカッションをいただいてまとめてさせていただこうと思っております。ご協力をよろしくお願いたします。

### 地域医療ネットワークの構築——4つの問題

**座長** それでまず、今お話ししました地域医療ネットワークの構築についてのディスカッションをいただきたい。と申しますのは、4人のシンポジストの方々のお考え、それから地域におけるそれぞれの病院の特徴等によってネットワークとい

うのは別個に考えておられますし、本当を申しますとその前に地域医療をどのように捉えているかを聞かなければいけないんですね。そこまで行くと、もうバラバラになってしまって話がまとまりませんので、ネットワーク構築の問題に絞らせていただきます。そのなかには4つの大きな点があると思います。

1つは、地域医療ネットワークを構築する目的は何か。しかしこれはディスカッションというより、それぞれの意見を聞くだけにすぎないのですが。2つ目は、その目的のためにコーディネーターあるいはコーディネート組織という表現もありましたが、だれがコーディネートするのか、どう動かすのかという問題。3つ目に連携のツールの問題。例えば連携パスとかWの会とかいろいろありましたが非常に有効なツールはあるのだろうかという問題。それから最後に最も重い、質の管理の問題ですね。地域医療ネットワークには、4人の演者の方々がおおむね全員、質の管理が必要だとおっしゃっていましたが、どう質の管理を担保していくのか。

この4つの問題に絞らせていただこうと思います。それぞれの地域医療の目指すものとコーディネーターとが一致していきますので、まずコーディネーター（コーディネート組織）について、須古先生から順番にお聞きしていこうと思います。

### 連携のコーディネーターについて

**須古** 現実的にはそれぞれの中核病院が中心になって周辺機関とのネットワークがつけられているわけですが、今度は地域という問題に触れなければなりません。これを例えば熊本市、熊本県で考えていったときに、ではだれがその旗振り役をしたらいいか。私が今、現実的として考えているのは、私どもの地域ではまだ大学附属病院がかなり地域から頼りにされていますので、大学病院が旗振り役になって、それぞれがやっている地域医療を少しずつ標準化・統合化しながらまとめていくのが最も合理的ではないかと考えます。

**座長** ありがとうございます。夏川先生いかが

でしょうか。

**夏川** 私どもの地域性と申しますか、病院の性格もそうですが、大学との関係が比較的希薄な状況でして、また地理的にもなかなか連携が持ちにくい。診療圏が全く違いますので、具体的な地域医療連携を持っていくことはむしろ困難だろうと思います。では私どもの地域で、質を担保してコーディネートのできる組織なり医療機関があるかと申しますと、残念ながらないということで、お互いに試行錯誤のなかから各医療機関が特色を持った部門に関してはイニシアチブを取っていくとかたちになるかと思っています。そういったなかで、現在生まれておりますのは、地域における個々の疾病管理に関して、それぞれの組織横断的な取り組みができています。それを見てみますと、最初にイニシアチブを取った医療機関の人たちが、それなりの旗振り役、コーディネーターの役割を果たしておりますので、当面はそういった疾患ごとのばらばらな連携から、1つの方向におのずとまとまるのではないかと思います。

**座長** ありがとうございます。松本先生いかがでしょう。

**松本** 私の病院からしますと、急性期の病院とのコーディネーターということになると、やはり受け入れる側である急性期の大病院のほうでコーディネーター役を買って出てほしいなということがあり、そういうかたちでないとなかなか難しいと思います。逆に介護施設や近所の精神病院とかそういう関係からすると、私どものほうで、そういう立場を意識しながらやっていけばそれなりのことはできるかと思っています。そういうことですので、それは中小病院とか急性期大病院というところが本気で連携する気があれば、自分たち自身で役割を買って出るといふことしかないのではないかと思います。

**座長** 先ほど先生が発言された、大病院の見下し姿勢の問題はどう絡むのでしょうか。

**松本** それはもう仕方ないです。やはり現実的な力関係からしたらこちらとしては意識的にそれを無視して、大病院さんと連携することを考える

しかできないんですね。それと患者さんはブランド志向なもので、大病院に行きたがりますから、当然ながら私の病院できちんと対応できる疾患でも大病院に集中していくのは一般的な傾向ですので、中小病院の管理者としてはそこは辛抱して、コーディネートをお願いするしかないかと思います。

**座長** ありがとうございます。吉井先生いかがですか。

**吉井** ひと口にコーディネートといっても2つあると思うんですね。システムをコーディネートするのか、個々の患者さんの診療に関してコーディネートする組織なのか。その2つで随分違うと思いますが、基本的にはやはり両方、例えば病院と診療所、あるいは行政の三者が合わさってシステムのコーディネートをしていく。それから、病院でも外来機能や入院機能といろいろな機能がありますから、そこもどう地域で調整できるか、機能分化できるかがポイントになると思います。私の想定としてはWの会みたいなものが発展したかたちを念頭に置いています。個人に関しては、疾患別診療の、地域内の標準化とレベルアップですね。システムをつくってそのなかでやる。これほどこの病院がいちばん強いことといったことで、例えばその病院の地域連携室や地域医療部といったところにメインの機能が置かれると思います。システムでも個人でも、どちらにせよITをどんどん利用するシステムにならないといけないと思います。

#### 連携相手の選択について

**座長** ありがとうございます。日本病院会の地域医療委員会で行いましたアンケートでは、会員の6割近くの病院が「病診連携が全然できていない」、「ほとんどできていない」という結果でした。これだけ病診連携が叫ばれても、ほとんどできていない。その理由にはいろいろな問題点があって、いちばん大きいのはコーディネーター、コーディネート組織が画一的にできないし、それぞれの病院の規模といったことでなかなかうまくいかない

背景などがあると思います。この問題に限って、どなたかフロアでご意見ありますでしょうか。どうぞ。

**質問** 連携が必要だというのは医療側から起こったことなのか、あるいは制度として政策として起こったのか、私は前者だと思うんですね。そうしますと連携のあり方というのは、私の病院も急性期救急医療ですので、どうしても慢性の患者さんのことで連携できる病院がないと思って、現在20以上と連携しています。そこで心配なことは、連携するからには責任を持たなければならないということで、どんな医療機関でもいいとはいえないと思います。その点、須古先生と吉井先生はどう考えておられますか。

**座長** 須古先生と吉井先生、よろしく申し上げます。

**須古** 私どもは会員制でもありませんし、登録制でもありません。開放型病床を持っている関係で登録医にはなってもらっています。けれどもいわゆる連携活動のなかに特定の相手とというのはあまり今まではやっておりません。ただし、私どもの病院の特性で非常に専門性を強く打ち出しているということ、それから救急をやっているという関係で、どうしても専門領域になるとやはり組む相手もその専門領域を理解されている方が条件に入ると思います。もし内科系診療所の先生でも、例えば消化器が得意な先生に循環器の患者さんを紹介しないでしょうし、患者さんもそれは望まないと思います。

どうしてもみんな平等にやれというのなら一緒に勉強会をやります。例えば私どもの病診連携会議の場合、脳卒中の場合はどうするか、末期がんはどう対応するか、化学療法はどうするか、感染はどうするか、そういうテーマを設けながら全体的に共通の認識を持ちながらやっていこうという取り組みでやってきております。実際それがどれだけの効果があるかということになるとまだ検証できてないというのが現実です。

**吉井** やはり責任という問題は、須古先生のおっしゃるとおりだと思います。ただ、我々 Wの

会は行政が病診連携を強調してくる前から始めたことで、患者さんを中心にどうやって責任を持って一緒に診られるか、Wの会の内部でも、これはオープンにしようかクローズにしようか、ずっともめているんですね。オープンにしても、お互いに他の人に紹介して責任取れますかという問題もあるので、非常に重要な問題だと思います。ただ行政側は病診連携を施策として、在院日数の短縮、ベッドを減らすといったことの一環としてやってきたことですので、必ずしもそれに乗っかる必要はありません。逆に少し見直しておかないと、例えば在院日数の短縮というのはあくまでも結果で必ずしも質の確保には通じないと思います。

**座長** ありがとうございます。そのほかの質問をどうぞ。

#### 連携の話し合いをもっと深化できないか

**質問** 地域医療を行うにあたって、アウトカムに注目してしまいますとでんでんばらばらになりますので、いろいろな方々が話し合うプロセスが必要ではないかと思います。例えば診療圏の連携構想で、官が完全に統制するなら民間は当然はじき出されますね。そして地域医療で民がもっと連携してネットワークを組むときに、どういった構想であるかということとその地域で十分に話し合わなければいけないと思います。特に公立病院で計画性をはっきり打ち出していなかったりということがありますが、結局民間としてはどうやって取り組んでいけばいいのか非常に分かりにくい。ですから要するにそういう話し合う機会をもっとつukれないものかということですね。特に県単位でもいいですが、二次医療圏なりその単位の内部で、開業医も民間病院も公的病院も全部交えて、もっと話し合うことができないのでしょうか。

**座長** 松本先生、いかがですか。

**松本** それは確かに私自身もどうすればいいかと考えています。実際の話、これまで大分では県立病院という600床を越す病院でありながら救急を全然診ていなくてすべて民間に任していたんです。それで民間が四苦八苦しながら二次救急を輪

番制でやっていたところに、2年ほど前から急遽手を挙げて、「県立病院で救急をやる。輪番制に回っている補助金もよこせ」というような感じで、ちょっと一般的な礼儀作法からしても頭に来るようなことを、しかも大分市の救急対策を考えようという医師会主催の会合で言い出してきました。とにかくこれではもう話し合いの余地も何もないですね。その会合では「救急については、県立病院は以前からいろいろな補助金をもらっているから遠慮したらどうか」と、年配の先生の一言でその場は一応落ち着いたのですが、そういった関係での話し合いというのはできていないというのが正直なところですよ。

それからもう1つ行政の問題ですが、小児救急医療支援事業について厚労省が二次医療圏ごとに小児救急ができるような施設をつくれということで、逆に言うと知事のほうから大学に圧力をかけて、高齢化率が40%を超えて小児が年間3、4人しか産まれられないような地域に小児科医を2人配置するとかいう話がありました。まあ大分県の医療行政の内容はとにかく大変恥ずかしくなるのですが、そういうような実情で、話し合いというのは今のところできていません。正直なところ私自身は、大分県病院会——私的病院や民間の病院ばかりの協会ですが、そこでその話を出すということと、もう1つは日赤病院から連携の話が出ていますので、それを手がかりにしてこれからつくり上げていくしかないと思っています。話し合いの場というのは、絶対に必要だと思います。

須古 熊本では、まず県下の公的病院長会というのがありまして、これが年間に原則として2回、重要な問題が発生した場合には臨時でいつでも病院長会を開催できます。その病院長会のリーダーは選挙ですが、メンバーは熊本市の人だけがなるのではなく、県下で病院長歴の長い先生たちが病院長会の会長、委員長として活躍される。それから県の医師会がやはり公的病院との懇話会というのを開催しています。それから熊本市の医師会も市内の公的病院と医師会との話し合いの機会を設けています。これは年に1回ずつです。そういう

場で話すことは、熊本は医療の過密地域ですから、それぞれの中核病院が協力もする一方でものすごい競争もしているわけです。ですから自分たちのアイデアを持ち寄っているいろいろな講演会や会議を開いたりして、医療機関に限定しますと、医療機関の連携だけでは何とかお互いにもっと話し合える風潮ができるようにという努力はされているように思います。

吉井 小泉総理の三位一体がいいかどうかは別として、その影響を受けて、横浜あたりの行政ではそういった調整の会議をどんどん持ち始めています。ただそれが行政主導なのか医師会主導なのかはやはりどうしてもあったり、あるいは国公立が主導したりということではなく、横浜では岩崎榮先生がやろうとなさっておられるように病院団体がしっかり固まって対等な立場でやれるような、病院会のほうでもシステムづくりをぜひお願いしたいと思います。

座長 実はこの問題を煮詰めていきますと、昨日の松山先生のご講演にありましたアメリカのIHNの話になります。IHNがアメリカで成功して大変な利益を上げている理由は、昨日の話のなかにありましたように、IHN自身は3つの部門を統括しているわけですね。医療サービス部門、それからいわゆる保険等の子会社組織、それから経営管理組織の財務などを担当している部門。この3つの組織を束ねているところにIHNの成功の秘密があるわけです。

我々が今回取り上げた病診連携、病病連携のコーディネートというのは医療部門のなかの連携にすぎない。それですら、これほど問題がたくさんあるということをご理解いただけたと思います。日本病院会としてどう取り組むべきかは最後の提言のなかに盛り込んでいただけたらと思います。

#### 連携の質をどう担保するか

座長 時間がなくなってまいりました。次のもう1つの大きなテーマ、病診連携なり医療連携の質の担保をするために、質の向上・管理が必要だと何人かのシンポジストの先生方が発言されてい

ました。これに関して何か付加することがあればお1人ずつお聞きしたいのですが、須古先生いかがでしょうか。

**須古** まだ具体的には動いていませんが、自分たちがやっていることを評価するという考え方を連携先との間に共有できて実践していく。例えば私どもの病院でそういうチームをつくって、それに皆さん参加していただいて、そして自分たちが今やっている連携がどう評価できるのかということが1つ。それともう1つはこれまでもやってまいりましたが、実際に連携という名のもとに転院されていった患者さん、あるいはご家族のアンケート調査の結果を連携先とどう共有して、次の改善に結びつけていくか。そういう地道な努力でやっていくしかないかと思えます。もし「もっと良い評価のツールを持っていますからどうですか」という話があれば、それは皆さん方と話し合っ、ぜひやりたいということであれば、極端に言えば株式会社だって構わないと思えます。株式会社がつくった評価のレジュメに沿って評価をしてもらってどうだったと。これを経年的なり隔年的にやっていくなりして、いつも質は担保できるかと思えます。

**座長** 分かりました。夏川先生いかがでしょう。

**夏川** 実は長野県はここ2、3年、非常に厳しいです。長野県の救急医療体制の見直しが県の特別委員会のもとに行われて、県の救急医療センターが廃止になってしまいました。そして現在、もう1カ所ある救命救急センターの認可取り消しを検討するような非常に厳しい見直しが行われております。これは県が特別委員会で全国から識者を集めての評価でした。逆に、特別委員会の答申によって、私どもにドクターヘリの導入が決まったということで、これは県が独自に第三者評価のかたちで質の評価を行いました。最近の動きとして、やはりまた県主導で長野県の地域医療の検討委員会が設けられました。県の衛生部長が委員長で、それに医師会、大学附属病院、各種公的・私的病院代表、そして民間人、マスコミ等々を委員に加えて、一堂に会して検討をして、質の管理ま

を含めて長野県全体の地域医療を今後どう進めていくかという委員会が立ち上がっています。そこにそういう質を担保する機能まで持たせるのか、持つのであれば、有効な旗振り役、コーディネーターとしてもかなり実効性のあるかたちになるのではないかと期待しております。

**座長** さすがは田中知事だという感じがしますね。松本先生、いかがでしょうか。

**松本** 連携の質は、現実問題として私どものところでは先ほど申しあげた地域特性がありますので、質をだれが管理するのか、相互に質を上げる努力がないといけないだろうと思えます。1つは特養等が嘱託医ということで、週2日2時間ずつということに法的にはなっているんですね。ところが150床の特養に嘱託医1人といたら絶対に管理できないと思うんです。なぜもっと早く送ってこなかったんだというケースがけっこうあるわけです。だからまず、特養のようないわゆる介護福祉施設での医療管理を、最低限、50床も150床も週2日の嘱託医1人でいいという、この辺から直していかないと同じレベルで話ができないと思えます。で、ほかの診療所との関係、やはり顔を見せ合っ、忌憚のない意見交換ができるということまでどうやって持っていくかが最も大事だと思いますので、私どもとしては月1回の臨床懇話会ということで、毎度呼びかけてはいるのですが、集まって来られる先生は4、5人がいいところなんです。なかなか質にまで立ち入っ、話ができるということには今のところなっておりません。

**座長** 吉井先生、何かございますか。

**吉井** 医療の質というのは非常に難しいと思うんですね。いろいろな側面から取らないといけないのですが、少なくとも医療技術、それからサービス、診療材料、機器といったものが挙げられると思うんです。では機器の質はどうか、サービスの質はどうか。それから医療技術——医療技術に関してはどんどん進歩しているわけですね。それから医療製品というか薬にしても機器にしてもどんどん進歩している。そのなかでどう質を保つか。そういった観点で行かないといけない

ので、少なくとも質の管理・確保というのは、進歩する質に対してどう対応して確保していくか、そういう考え方が必要ではないかと思えます。

**座長** ありがとうございます。この問題、実は突っ込んでいくと大きな問題に絡んでまいります。先ほど須古先生がおっしゃいましたが、自己評価なりのツールをつくって評価したものは外に出すのか出さないのか、だれが見て判断するのか。もしそういうことを活用しないのなら、地域のネットワークなどを構築するのはこちら側だけの問題になりはしないかとかいろいろな問題があるわけです。時間の関係で今回はそこまで立ち入りません。ただし、大変大きな問題をはらんでいるということはお分かりいただけたと思えます。

#### 日本病院会は医療連携にどう取り組むべきか

**座長** 時間がほとんどなくなりました。お約束の日本病院会はこの医療連携にどのように取り組むべきかという問題について、お1人お1人簡単にお話しただいてまとめに代えさせていただきます。須古先生からお願いします。

**須古** だれがリーダーシップを取ればいいのか。みんな困っておりますので、やはり病院会などの全国的な組織が音頭を取ってもらうというのも1つの方法ではないかなと思えます。

**座長** 分かりました。夏川先生、どうでしょう。

**夏川** 共通した矛盾点が全国で出ておりますので、その矛盾点を解決する大きな力を発揮していただくのが日本病院会でないかと思えます。その

辺のところを的を絞って、ぜひ一点突破主義で取り組んでいただければと思います。

**座長** ありがとうございます。松本先生いかがでしょうか。

**松本** 地域医療委員会で実態調査をしたわけですが、そのアンケート項目の回答の内容をもう少し詰めて、病診連携について改めてそういった調査をし直して、何らかのかたちの、今夏川先生の言われた矛盾点・問題点・方向性なりを提言できるようなシステムができないものかと思えます。

**座長** ありがとうございます。吉井先生、いかがでしょうか。

**吉井** SeamlessじゃなくてFirmly Seamed Borderless。差別と統制じゃなくて分別と統合。こういったかたちの考え方で、対外的にも内部的にも、日本の病院団体としての改革をぜひ進めてほしいと思えます。日本病院会の今の方向性は決して間違えていないと思えますので、よろしくお願ひします。

**座長** 最後に吉井先生からの的を突いた厳しいご意見がございました。それでは今日のシンポジウムの結果として、松本先生、吉井先生も指摘されておりましたように、地域医療委員会が取り上げてきたこのアンケートをさらに踏み込んで、問題点を明確にして、より一層声を大きくして発言していくことを日本病院会に対する提言と受け止め、これからもこの事業を続けていくことをお約束させていただき、今日のシンポジウムをまとめさせていただきます。ありがとうございます。

# マスコミからみた病院の今日的な課題

日本経済新聞 論説委員・社会保障審議会委員

渡辺 俊介

司会 司会を務めさせていただきます、さいたま市立病院院長の遠藤でございます。よろしくお願いいたします。

最近の日本の医療、特に病院における医療は危機的な状況にあるといわれています。その主な原因は国民の医療に対する期待度と医療側の常識とに大きな乖離が生じていることにあるともいわれています。国民の側からは医療のコンビニ化、いつでもどこでも、常に平等に最高の医療が受けられるべきだという思いが強くなっています。またそれにマスコミが拍車をかけています。一方、病院側は医療というものは非常に不確実なものであって、最高の医療を行っても常に結果が良いとは限らないし、今の日本における医療経済の状況ではこれ以上のサービスはできないと考えています。その結果、病院の医師の間では、自分が納得いく医療を自分の納得できるペースでサービスできる開業医の方向に向かってのシフトが強くなり、病院はますます空洞化していく傾向にあります。ということで、今日は「マスコミからみた病院の今日的な課題」というテーマで、私たちにとって示唆となる、教育的なお話が聞けるものと思います。

まず、渡辺俊介先生をご紹介しますと、1970年に東京大学を卒業され日本経済新聞社に入社。政治部、経済部記者として首相官邸、自民党、自治省などを担当した後に73年3月から厚生省を担当、現在に至るまで年金・医療問題を中心に活躍さ

れております。1985年には編集委員、88年には論説委員になられまして、この間82年から1年間外務省へ出向して、在デンマーク大使館の一等書記官として、北欧諸国の社会保障制度なども調査されております。2004年10月からは東京女子医科大学の教授を兼務され医療政策を担当されております。その他、審議会としては、社会保障審議会委員、同医療部会委員、同年金部会委員としてご活躍されています。著書には『年金と社会保障の話』（新潮選書）、『介護保険の知識』（日本経済新聞社）、『年金危機』（同）など多数出されております。それでは渡辺先生よろしくお願いいたします。

渡辺 皆さんおはようございます。ご紹介いただきました日本経済新聞社論説委員の渡辺と申します。司会の遠藤先生からお話がありましたように、今日は「マスコミからみた病院の今日的な課題」というテーマでお話しさせていただきます。

私自身も、全国の国公立・私立全部合わせて9,000余りの病院が、現在大変危機的な状況だと思っております。病院がどんどん減っている。かつて1万あった日本の病院が、今は9,100を切りまして、ある学者は今年度中に8,000さえ切ってしまうのではないかと、つまりさらに1,000くらい減るのではないかと言っています。それほど病院経営は苦しくなっているわけです。また厚生労働省にも、財務省などにも、「病院はどんどん潰れて構わない」と公言している官僚幹部もいます。

今日は、だから大変だ、病院を潰してはいけない、などという甘いことを申すつもりは全くござ

司会：日本病院会人材育成委員会委員

遠藤 昌夫

いません。私は病院が潰れていいとは思いませんが、確かにこのままだと潰れてしまう。

### 医療制度改革に向けてのせめぎ合い

例えば、厚生労働省とはちょっと違いますが、財務省などの考え方は、まずは今の国民皆保険を守れば当然潰れてやむを得ない、潰れてけっこうとは言わないまでもやむを得ない。だから混合診療をなささい、つまり保険のきかない項目をどんどん増やしなさい。そういった混合診療ですね。自由診療部分をどんどん入れて儲けなさいと。医療費が今の31兆円余りから50兆、60兆になったって構わない。どんどん医療費が増えても、そういうのは民間保険でやりなさい。そうすれば病院も潤うでしょう、潰れなくてすむでしょうと。財務省だけでなく総理大臣官邸、そこの中核を成しているのは経済財政諮問会議ですが、そこもはっきりそういう考え方です。

厚生労働省は国民皆保険を守ろう。こちらは守ったら国家財政も大変だし、病院だってやっていけないでしょう、診療所もやっていけないでしょうといった状態にして、そのせめぎ合いが今まに行われているということです。私個人は、基本的に国民皆保険を守ろうという立場で、いわゆる財務省のいう混合診療には反対ですが、今そういう状況にあります。

私はたまたま一昨日の夜、日本医師会長の植松先生をはじめ、日本の医療界の幹部とお話しました。その前の日は日病の山本会長、副会長ともお話ししました。まさにこれからの診療所や病院はどうなるかという話題でしたが、そのなかで、マスコミがよく病院・医療機関の悪口を書くからおかしくなるんだという説が出ました。とんでもない間違いです。確かにマスコミのなかにも無責任な報道がいくらでもあります。それも認めたいので言うわけですが、マスコミや世間が病院あるいは診療所、医療機関をどう見ているのか。

たまたま今、来年度（2006年度）の医療改革に向かって政府は審議を進めております。私も審議会の医療部会委員の1人としてやっている最中で、

この夏休みも返上でやります。来年度の医療改革、医療保険制度改革と医療提供体制の見直し、第5次医療法改正をやります。そのためには2月に国会に法案を出さなきゃいけない。2月に法案を出すということは年末までに具体案を詰めなければいけない。すると私たち審議会レベルでは、遅くとも10月には答申をしなければいけない。となりますと9月頃には骨格をつくらなければいけない。あと2、3カ月で医療保険制度改革と医療制度改革が決まってしまう。それが未来永劫続くとは思いませんが、それは極めて厳しいものになることは間違いありません。

そして、それがまさに、おそらく国民が見ている今の医療、特に病院・診療所に対する見方を強く反映している、それがせめぎ合っているということをまず申しあげたいのです。

そこで、この辺を皆さま方にご承知いただいて、病院はどうあるべきかといったことにつきまして、短い時間で私なりの意見を申しあげてみたいというのが今日の趣旨です。

### 医療制度改革のテーマは2つ

レジュメに「医療制度改革の動き」と書きました（資料1）。

改革の目的は2つ。まずは何とんでもお金の問題——「医療保険財政の立て直し」、あるいはもっというならば国の財政。国も500兆円の借金をして破綻寸前です。医療保険財政も破綻寸前だけれども、国家財政も破綻寸前。そのなかで、国家財政のうち最も支出が大きいのは医療と年金であるという小泉内閣の捉え方です。これは数字とし

## I. 医療制度改革の動き

「医療保険財政の立て直し」と「患者本位の医療提供体制の実現」。

しかし政府内の意見は対立。

資料1





講演中の渡辺俊介氏

では間違っていない。医療費・年金の支出が毎年45兆円、医療は31兆円、患者負担分が約5兆円ですから、それを除いたとしても保険料と税金で払っている医療費は26兆円です。他の細目に比べて圧倒的に支出が大きい。ですから、国家財政の立て直しつまり財政再建の観点からは医療と年金を徹底的に抑制しなければならない、そういう発想です。

もう1つは、その次に書きました「患者本位の医療提供体制」です。今の日本は確かに医療提供体制としては、北海道から沖縄まで一応整っています。箱物的にも整っているし、人的にも（一部標準病院もありますが）医師・看護師をはじめとした医療職を中心として、まあ大体系人材もほぼ揃っている。一部では過剰だとさえいわれている。そういったことで、医療提供体制は一応ハード面では揃っているのですが、ソフト面が全然患者本位になっていない。極めて患者は不満に思っている。まさに先ほど遠藤先生が言われたようにギャップ、乖離のあることは事実ですが、少なくとも客観的事実を申しますと、政府としては、そうならないから、それを今回の改革で何としてでも実現したい。この2つの命題、つまりお金の問題とそれから医療提供体制の問題です。

#### ■首相官邸・財務省が医療制度改革を主導

そこでずっと審議してきたわけですが、私は1973年3月から新聞記者として厚生省を担当し

ましたので、厚生省、厚生労働省だけで丸32年経ちましたけれども、今回は初めての経験です。何が初めてかと申しますと、今までだったら医療改革をやると思ったら、簡単にいえば所轄官庁である厚生省が案をつくって自民党の厚生族と相談して国会を通せばよかった。

ところが、初めての経験と申ししたのは、まず霞ヶ関内部つまり官僚内部でものすごく対立している。例えばまずお金の面、医療保険財政1つを取りましても、総理大臣官邸サイドと財務省が手を握っているといえますか、完全に意見が一致しています。つまり足並みが揃っている。

総理大臣官邸というのは具体的に何かというと、小泉首相本人ではなくて経済財政諮問会議です。これは皆さま方、言葉はお聞きになったと思いますが、2001年1月にできたのです。つまり厚生省と労働省が一緒になったり国土交通省ができたたりした省庁再編の際に一緒になってできたのが経済財政諮問会議。名前のとおり日本の経済と財政の枠組みをすべて決めるところでして、これは昔であれば大蔵省や経済企画庁がやっていたのを引き剥がして、総理大臣官邸に持ってきたもので、議長は総理大臣です。メンバーはわずか11人です。こまかいことを言いますと、内閣閣僚が6人、民間人が4人、日銀の総裁を入れて11人。ここには厚生労働大臣も入ることができません。閣僚6人というのは、総理大臣、財務大臣、総務大臣、官房長官、それから経済産業大臣と行政改革担当大臣の竹中平蔵氏と、わずか6人です。ここが日本の経済・財政のことをやるということは、社会保障費用がダントツに多いわけですから、これが最大のメインテーマになる。

#### 官邸、財務省サイドの医療保険財政立て直し策

それは置いて、この総理大臣官邸と財務省は医療保険財政の立て直しで何を言っているか。

#### ■まず出てきたのは医療費の伸び率の規制

最初に言っているのが「医療費の伸び率に限度を設ける」（資料2）。

医療費はどんどん伸びてきた。そして3年前に

## 「医療保険財政」

・首相官邸（経済財政諮問会議）、財務省

### 医療費の伸び率に限度

【例】医療費の伸びは「GDPの伸び率」プラス「老人人口の増加率の半分」しか認めず。

#### 資料2

診療報酬をはじめマイナス2.7%に切り込んだ。そして1年前の4月は0%、いっさい上げなかった。これでもまだ医療費が伸びている。今、医療費が大体3%程度伸びています。それ以前、3年前のマイナス2.7%以前だと医療費が大体7~8%伸びていました。老人医療費は10%くらい伸びていた。ようやく診療報酬をマイナス改定、そしてゼロ改定して、そしてまだ3%伸びている。しかし日本の経済成長、つまりGDP（国内総生産）の伸び、つまり国民全体の稼ぎがわずかしこ伸びない。日本の経済成長はかつての高度経済成長とは別に、今は良くてコンマ何%、下手をすればマイナス成長です。今年だって1%くらい伸びればいいほうです。それなのに医療費はまだ3%も伸びている。

要するに結論として、経済財政諮問会議が6月に明確に言いましたが、「医療費の伸び率はGDPの伸び率に合わせる」。つまり、GDPの伸び率が年率0.5%だったら医療費も0.5%しか認めない。最近では構造改革をして良くなりましたが、2、3年前はGDP、経済成長がマイナスでした。マイナスだったら医療費も当然マイナスに合わせると。さすがに尾辻厚生労働大臣をはじめ、自民党の厚生行政に詳しい人は反発する。もちろん日本医師会をはじめ医療団体も反対しました。「なぜ医療費を経済と直に連動させるのか。おかしい。日本は老人人口がどんどん増えていて医療費は当然かかるんだ」ということで、彼ら、つまり総理官邸も財務省も、プラス老人人口の増加率の半分くらいは認めてやろうということ、2、3%の医療費を何とか認めるよと。しかしそれ以上は認めま

せん、限度を設けちゃうということ、6月に明確に打ち出しました。

それは結局、財政再建のうえからは正しいのかもしれませんが、私にはそれは暴論でして、強引に抑え込んで、つまり診療報酬をいくらマイナス改定したって、2年に1度しか診療報酬改定はやりませんのでとても追いつかない。老人人口はどんどん増える。そこで財務省、総理大臣官邸は具体的な手法（これ、彼らは相当しゃべり始めています）、どうやって強引に抑え込んでしまうのか、いくつか私にも話してくれました（資料3）。

## 「医療保険財政」

### その手法

- 保険がきかない診療や薬の拡大（混合診療）  
「かぜ、腹痛や一部の薬は保険から外す」
- 免責制度の導入（1,000円、2,000円）
- 1点単価（10円）の引き下げ

#### 資料3

### ■混合診療の導入

まず、いわゆる“混合診療”。これは去年の暮れに話題になった混合診療とはちょっと違います。2004年の暮れに話題になったのは、「ここまで保険がきく。しかしこの薬は新薬でまだ承認されていないから保険はきかない。これを使っちゃったら、これも保険外になりますよ」という仕組みについてでした。これは日本では混合診療が認められていないからです。あの時マスコミも随分不勉強で、混合診療賛成なんてバカな記事を書きました。「ここまで保険がきく。ここが保険のきかない薬。この併用を認めろ」と。これも混合診療の一部には違いない。これは私も認めること自体は賛成ですが、財務省がねらっているのは保険がきかない診療や薬の拡大です。

かぜ、腹痛や一部の薬は保険から外す。つまり軽い病気は一切保険がきかなくする。重たい病気だけ保険がきく。かぜ、腹痛は全額自己負担。そうするとかぜの患者さんは病院に来なくなるから医療費が節約できるということを言っているわけ

です。つまり保険がきかないものと保険がきくものの併用を認めようじゃないか。そういう混合診療です。薬についてもそうです。財務省の幹部が私に言いました。例えば財務省はどんな薬を考えているのか。「例えばイソジン」だなんてはっきり言いました。薬局でもOTCとして買えるじゃないか。病院でももらえるのはおかしい。こんなもの外してしまえと。ビタミンも外しちゃえ。あるいはガスター10とガスター20も紛らわしい。ガスター10はOTC対象薬、ガスター20は医薬品。同じ効果です。こういうのも外してしまえ。そういう混合診療。財務省の一部の官僚ですがはっきり言っているという。これは暴論です。

我々マスコミ（全部のマスコミかどうか分かりませんが）も、自民党の国会議員の心ある人も、「これはいくら何でもおかしい。かぜや腹痛が軽いかどうかは診断しなきゃ分からないじゃないか」。それから、「かぜや腹痛で保険がきかなかつたら、お金がない人は医療機関に行けなくなってしまふ」、こういう反論が当然出ます。このあいだ、私はもっと別の反論を財務省の幹部にしたのです。「本当にあなた方財務省の官僚は現場を知らないね」と言ったわけです。かぜや腹痛に保険がきかなかつたらどうなるか。「お金ない人は来られなくなっちゃう」。お医者さんはどういう判断をするか。この人はかぜだと診断したら全額自己負担になってしまうから、肺炎と診断するに決まっているよと。保険をきかせるためにもっと重い病気だと診断するしかないじゃないかと。だから「財務省の官僚っていうのは現場を知らない」と私は申しあげたのです。「腹痛って言ったって、みんな胃潰瘍とか何とかって重い病気にするに決まっているじゃないか」と。すべての医者がそこまで悪いとはいわないが、そういう現場を見なさい、とそういったことをはっきり言いました。

### ■もう1つ、免責制度の導入

それからもう1つ真面目に言っているのが、2番目の「免責制度の導入」。つまり1番目が駄目であれば今度は免責制度。免責は文字どおり保険の責任を免れる。保険が関与しない。車の自賠責

と同じですね。例えば自分が酔っ払って事故を起こした場合、これは自動車保険からは出ません。運転者に責任があるから。要するに結論から先と言うと、今、財務省は1,000円とか2,000円とか言っています。例えば2,000円だけ免責制度が導入されたら、医療費が外来で1万円かかったとき、今は原則3割が自己負担ですから3,000円払います。7,000円は保険から払う。ここで2,000円の免責が入ったら、医療費が1万円かかったら患者はとにかく2,000円を払うわけです。それは1万円のうちの2,000円は保険の責任がないわけです。保険の責任がないということは患者の責任なわけですからまず2,000円を患者が払う。それと残り8,000円の3割負担ということになります。では、医療費が3,000円だったら当然患者がまず2,000円を払って、残り1,000円について3割負担ということで300円。医療費が2,000円だったら全額が患者の負担になります。とにかく2,000円までは保険がきかないという2,000円免責。これを大真面目で言っております。

### ■診療報酬1点単価の値下げ

それからまた、もっと真面目に言っているのは、「1点単価10円の引き下げ」です。診療報酬、言うまでもなく1点単価10円です。財務省の幹部はまた私に言いましたが、「なぜ厚生労働省は1点単価10円を前提にもの考えるんだろう。それが不思議でしょうがない」と。「老人が増える。当然医療費は上がる。老人が増える分だけ1点単価を下げていけばいいじゃないか」と。「なぜ10円を前提にするんだ。次は1点単価9.5円、9.0円、8.5円と下げていけばいいじゃないか」と。そうすれば老人が増えても医療費は限度に納まる。

これはかなり真面目です。上の2つ、保険がきかない云々、「かぜや腹痛を外す」とか「免責」については患者さんにダイレクトに影響してしまうけれども、1点単価9.5円にするのは、困るのは医療側だけで患者は別に困らない。これを大真面目に議論しております。

もちろんこれは、何度も申しますが総理大臣官邸と財務省の主張です。それに対して厚生労働省

は「冗談じゃない、そんなことをやったら目茶苦茶になってしまう」と。私は、厚生労働省が、権力の強い総理大臣官邸や財務省に反旗を翻すのを初めて見まして、大変けっこうだと思うのですが。

#### 厚生労働省が推進する医療費適正化対策

厚生労働省は今、本当に真剣に、これをやっています（資料4）。

### 「医療保険財政」

#### ・厚生労働省

#### 医療費の適正化

- ①生活習慣病対策，健康づくり（長期的課題）
- ②在宅の推進（短期的対策）  
入院期間の短縮，かかりつけ医の推進

#### 資料4

確かに医療費を抑えなければいけない、無駄な医療費は使ってはいけないということで、「医療費の適正化」をやります。これは何となく迫力のない言葉ですが、今回は厚生労働省は本気です。

#### ■生活習慣病対策と在宅医療の推進

医療費の適正化。つまり、ただバサバサと一律に削るのではなくて、どうやって適正化をやるのかといいますと2つあります。「①生活習慣病対策，健康づくり」。例えば糖尿病，あるいは高血圧といった生活習慣病は実にお金がかかっている。糖尿病でも放っておくともっと重症になって医療費がかかってしまう。ですから境界域の前に戻す運動をしたり，そういったことによって医療費が随分と節約できますのでそれをやりますと。

すると財務省が何と言ったか。「何を生ぬるいことを言っているんだ，そんなの何年かかるか分からないじゃないか」「今は本当に破綻寸前なんだ」。厚生労働省は「それは分かっています」ということで「②在宅の推進」。簡単にいうと「入院をどんどん短くします」ということ。確かに日本では，皆さま方もご承知のように平均在院日数は欧米に比べて極めて長い。もっと短縮して退院さ

せたい，といっても受け皿がない。介護保険は一応できていてもまだまだ不十分。あるいは介護までいなくても，65歳以上になって要介護でなくても退院させる必要があるとするならば，その受け皿はどうするのか。それは在宅医療である。そうなりますとかかりつけ医といったものを徹底しなければいけない。いわゆる訪問診療，訪問看護をどんどんやる。つまり家にいても病院にいるのと同じような治療が受けられるといったことを推進していく。例えば極端にいうと，来年度から入院をどんどん減らしてくれ，退院させてくれと。そのかわり家で，家にも例えば酸素ボンベもありますよ，お医者さんがちゃんとやってくれますよ，とそういったことでやれば医療費が節約できるのではないのでしょうか，と言っています。

この①，②についても医療側には反対の意見も確かにあるのですが，私はこの点については，厚生労働省をかばってやりたいと思っています。つまりこれは，上の財務省や総理大臣官邸の暴論に対抗する措置ですね。何とかこれを出さなければいけないわけです。

#### ■医療行政の都道府県単位への移譲

厚生労働省はその後，何を言っているか。これは2005年の春頃から言い始めたのですが，原則として「医療行政は都道府県単位で」やってもらおうと（資料5）。簡単にいうと，国が今までずっとやってきました。診療報酬も中医協で決めてきました。医療法も法律ですから国です。地域医療計画も医療法，つまり法律は国でやってきた。しかし今言ったように，生活習慣病対策や在宅の推進をやっていると思ったら国では無理である。やはり住民に身近な市町村，しかし市町村だと格差がありすぎるので都道府県が自らの県内の市町村の状況を見ながらこういったことをやってもらいたい，という方向に変わってきました。

つまり医療行政を，いきなりすぐではありませんが，かなりの部分を都道府県に移す。その背景ですが，国が「医療行政は都道府県で」と言っても都道府県が嫌がるのは当然です。「冗談じゃない，そんな大変な仕事は嫌だ」と。ところが要す

## 「医療行政は都道府県単位で」

### (その背景)

- ・国民健康保険を市町村単位から都道府県単位に。政管健保も社会保険庁から切り離し都道府県単位に。
- ・また昨年末の「三位一体改革」で国保の補助金（これまで国が50%）のうち都道府県が7%（05年度だけは5%）を受け持つことが決まった。

そこで国は都道府県に保険者機能を發揮してもらい、国保など財政基盤強化を求め。それができないと高齢者医療改革につながらない、との考え。

### 資料5

るに2点、簡単にいうと都道府県がやらざるを得ないように追い込んだ。その背景があるわけです。

#### ■都道府県への移譲を進める背景

この2つを簡単に説明します。1つは、国民健康保険と政府管掌健康保険。要するに今、国民健康保険（国保）は市町村が保険者です。一部の組合国保は別として、大半は市町村国保です。市町村でやっているから財政が大変だ、倒産寸前だといっていますので、市町村ではなくて都道府県単位で責任を持ってやってくれと。そうすると例えば神奈川県だったら、横浜市みたいな人口350万の市もあれば、せいぜい3万の市もあれば、数千しかない村もあるわけです。350万の市も1つの国保、村も1つの国保だと確かに格差ができるから、神奈川県が全体をみてやれば調整もできる。そういう発想です。それから、政府管掌健保。中小企業のサラリーマンの方たちが入っているわけですが、政管健保は社会保険庁が保険者です。つまり国が1本でやっています。ところがこれはたまたまですが、社会保険庁がああの評判の悪さ、いい加減さです。それで社会保険庁解体論が出て、社会保険庁の大きな仕事は公的年金の運営と政管健保の運営ですが、結論は、年金だけはやる、政

管健保は離せ、ということで離れることが決まりました。離れたとしても、国が一括でやっても効率が悪く、もう信用がおけないということで、政管健保は逆に分割しろと。どこに分割するかというと、都道府県に分割する。別に国保と政管健保を一緒にするわけではなく、国保は市町村のものを都道府県にまとめる。政管健保は分割する。つまり、これも都道府県が責任を持つというような格好に徐々に流れを持っていったわけです。

それ以上に決定的なのが2つ目、「三位一体改革」です。要するに一言でいいますと、国の補助金を減らす代わりに都道府県が責任を持つ。地方分権するよなんて綺麗ごとで小泉さんが推進した三位一体ですが、これにもいろいろありまして、最も大きかったのはこれまた国保がらみですが、国民健康保険への支払い、つまり医療費です。今、これの半分を国が補助金として出しています。これを去年の話し合いで国が50%から43%に減らす、その代わりにその差額7%を都道府県がみてくれと、都道府県が払うことになってしまったわけです。とりあえず2005年度は5%ですが、来年度からは7%を都道府県が払います。都道府県は自らの県でかかった国保の支払い分の7%を払うわけですから、自らの県内の医療費が増えたら都道府県の支払いも増えるわけです。減れば支払いが減るわけです。

そのように都道府県が医療費抑制に頑張らざるを得ないような仕掛けをつくってしまった。その経緯は詳しく触れませんが、そういうことで国は都道府県に、「保険者機能を發揮してください、一所懸命頑張って医療費を節制してください」。そうやって足腰を鍛えたうえでそれを高齢者医療改革につなげていきたいという発想です。まずそれをやらないと、いきなり老人医療制度を改革しようとしてもなかなかうまくいくわけがありません。この辺の経緯はかなり複雑なので省略します。

#### ■都道府県の保険者機能とは

ではそこで、都道府県は保険者機能として何をやればいいのかということです（資料6）。

国がこの2月、3月頃に提示した、都道府県が

**【具体的な保険者機能】**

- ① 予防段階  
健康増進計画（健康づくり、重症化・合併症予防）
- ② 急性期から慢性期  
医療計画
- ③ 介護段階  
介護保険事業計画

いずれも都道府県が作成主体

**資料6**

やるべき保険者機能には3段階あって、1つがまず予防をきちんとやるようにという「予防段階」。つまり健康増進計画です。しばらく前の「健康日本21」、あれに基づいた病気にならないような予防をまずきちんとやってくれと。保健師さんだけではなくてお医者さんもいろいろ手伝って健康づくりというものをきちんとやってください。特に重症化や合併症予防。糖尿病は重症化したら本人にとっても不幸ですし医療費もかかる。その前の段階で食い止めよう。それを都道府県が責任持って計画をつくってくださいということです。

で、そういう病気になった。急性期でまず診ますが、急性期が終わったらすぐ慢性期に移ります。そして慢性期が終わったらすぐ退院させる。入院が長いと駄目なわけですから。そういった「医療計画」をつくってください。これから医療計画は文字どおり都道府県がつくってけっこうです。そうすると、ちょっと待てよ、医療計画には病床規制があるじゃないか。これをどうするのか。当然そういう問題が起きてきます。病床規制は医療法で決まっていますから、国が決めている。だとしたら、その病床規制すなわちベッド数の問題で、新しい病院をつくろうにも病室ができない。これについては医療提供体制の話ですから、後ほど申しあげます。今はお金のほう——医療保険財政ですね。そういったこと、まず医療計画をつくってくださいと言っています。

それが終わったら介護計画をきちんとつくってくださいということで、この3段階で医療費が無

駄に使われないような計画をきちんと都道府県でつくってくださいねということ、これを都道府県の保険者機能とっています。いずれも都道府県が作成主体になって、つまり責任を持ってつくってくださいと。これは法律ですから。

余談ですが、厚生労働省の人事異動がありましたけれども、つい最近、もう厚労省からの天下りはいられないと言って、埼玉県の上田知事が、医療保険部長だけに厚生労働省の若手のドクターを引き抜きました。つまりもう県が自ら医療計画をつくらなければいけない。医療に関心を持たざるを得ない。自分たちが知らないということは許されないということで、その人事がいいかどうかは別としまして、厚労省の、慶應大学医学部出の医官を引き抜いて部長にしました。そういった動きがすでに出ています。都道府県としても自ら医療計画をつくらなければいけない。予防も含め、あるいは介護も含めて動きがすでに出ています。

ということで、まず医療保険がらみでの医療費適正化をやるというのが厚労省の姿勢です。

**厚労省、財務省いずれの考え方に結着か**

相変わらず総理大臣官邸、財務省は「とんでもない、何生ぬるいことを言っているんだ」とやっていますが、今のところ厚労省が着々とやっています。年末に最終的に決まりますけれども、もう都道府県も人事の面ですばやい反応をしていますので、私は楽観的かもしれませんが、厚労省の考えが通るかなと期待しています。

財務省の考えが通ったら、免責とかかぜ・腹痛を外すなんて大変なことになってしまう。ただ財務省は案を捨てていませんので、年末にどういった巻き返しをしてくるか、あるいは小泉総理はたまたま今、郵政のほうばかり頭がいているものですから、こちらにはあまり関心を持っていないのが幸いかもしれませんが、それは別として、今のところ厚労省の考えが筋が通っていると私は思っております。以上、お金の問題をお話ししました。

次に医療制度改革の2番目の柱、「医療提供体制」。これは今、私どもが審議しております社会保障審議会医療部会、昔の医療審議会ですが、ここでやっています。そこでまた総理大臣官邸や財務省が何と言っているか。

### ■医療機関に株式会社を参入させる

相変わらず言っているのが、「医療機関に株式会社を参入させろ」。なぜかといいますと、私も彼らメンバーに取材しました。「株式会社が参入したら皆が競争してどんどんサービスが良くなる」といった発想なわけです。駄目な病院はどんどん潰れていく。そのほうがよほど患者本位じゃないか。まさに患者が望むことをやるのが株式会社。サービス向上、親切になる、お医者さんも看護師さんもちゃんと説明する、経営も合理化する、いろいろな意味で良いじゃないかと相変わらず言っています。

ですが、株式会社を入れてしまったら病院が利潤本位になってしまいます。とにかく儲からないことは絶対やらなくなる。小児とか救急とか不採算部門をやるところがなくなってしまふ。それはまずいだろうと私は言っているのですが、逆にこの前、あるメンバーに言われました。私事で恐縮ですが、私はたまたま日本医療機能評価機構の研究開発委員をやっております、今バージョン5ができましたが、今度バージョン6をつくるのにどういう項目を入れようかとかそういう委員をやっているのですが、この総理大臣官邸のメンバーに私が言われたのは、「渡辺さん、あんたは医療機能評価機構の委員をやっているけれども、本当の例えば病院の機能評価ってものができると思うのか」と。「バージョン5を見たって人員配置基準とか設備基準とか、タバコは駄目だとか、医療安全対策やっているかとか、そういうことは評価しているけど、本当に患者が何を求めているかってことを何も評価していないじゃないか」。「病院を市場で評価するのがいちばんいいのだ。これが資本主義ではないか。マーケットの評価がいちば

ん正しいんだ」。それが株式会社論ですね。

つまり、例えばマーケットで評価すると、例えばビール会社だっておいしくて安ければ売れます。まずくて高かったら売れないのでそのビール会社は倒産する。デパートもそうです。品揃えがよくて店員さんが親切でもの知り度、良い物がパッと手に入ったらそのデパートは栄える。逆のデパートは市場から撤退つまり潰れる。同じ原理を病院に入れてしまえばいい。それがいちばん分かりやすい評価である。患者が支持した病院は生き残る。駄目な病院はどんどん撤退する。これがいちばんフェアであると彼は真剣に思っているのです。

私は「医療はそうではないだろう」と言いました。「なぜ違うんですか」と言うから「人の命と安全を預かっているからだ」。するとまた反論してきました。「だったら日本航空とか全日空とかは株式会社、でも航空会社は人の命を預かっているんだぜ」。まともに言ってきます。

### ■株式会社参入に賛成か——マスコミ人の本音

あるいは新聞社でも、我が日経新聞でも27~28人の論説委員がいますが、いまだに24~25人は株式会社参入に賛成です。朝日とか読売に聞いても大体多くは賛成です。この辺が今日のテーマになるのですが、なぜ賛成かという、うちの論説委員なんかもそうですし、朝日の仲間にもそうだけれども、「確かにそのほうが良いかもしれない。そうすれば病院も少しは親切になるだろう」。少しはお医者さんも説明してくれるだろうし、看護師さんにもっこり笑ってくれるだろう。こんな発想なんですね。今のままじゃどうしようもない。これが本音です。

そうするとまた、一昨々日も山本会長に、マスコミは悪口を書くって少し怒られましたけれども、悪口は確かに書いていますが、言い訳ではなくて、日経新聞はあまり悪いことは書いておりません。それは別としても、とにかくやはり多くの国民から投書もたくさん来ます。電話も掛かってきます。病院に行ったけれども本当に傷つくようなことを言われたとか。また後ほど申しますが、本当につまらないところで病院は損をしている。それが結

局、株式会社につながっていくわけです。

### ■ 規制改革・民間開放推進会議の第1次答申

だとしたら徹底的に市場でやったほうがよほどいいじゃないか。そこで総理大臣の諮問機関、規制改革・民間開放推進会議。議長はオリックスの宮内会長です。この会長、これまた暴論だと思いますが、しつこく、しつこく2004年12月24日の第1次答申でこう言いだしました。「これからの病院、医療機関は、社会福祉法人等と同様な寄付に基づく非営利法人に転換するか、個々の出資分を……」と（資料7）。

### 「医療提供体制」

・首相官邸、財務省

#### 医療機関に株式会社の参入

「規制改革・民間開放推進会議（首相の諮問会議）」の第1次答申（04年12月24日）

「社会福祉法人等と同様な寄付に基づく非営利法人に転換するか個々の出資分を資本市場で流動性を持つ株式の形態に変えるかという2つの方法が考えられる」

#### 資料7

簡単にいうと、病院は、「私たちは非営利だ」と言っている。診療所もそうですが、「私たちは儲け主義じゃありません、非営利だ」と言っている。厚生労働省も非営利と言っている。しかし多くの国民は信用していない。病院の院長はいい思いをしているじゃないか。大体ベンツとか乗っているじゃないかと。だれもが病院が儲かっていると思っ

ている。これは総理大臣官邸サイドの言い分です。厚生労働省の言うように病院は非営利で、営利ではないとそこまで言うのであれば、非営利法人に徹しと。非営利法人というのは「社会福祉法人等と同様」となっていますが、簡単にいうと要するに持ち物放棄、土地も建物もみんな自分の名義ではなくなって、いわばお上の名義になる。その代わり相続税もなし、原則として非課税。「あなた方、非営利

とおっしゃるなら社福でやりなさい。それがいやなら、個々の出資分を資本市場で流動性を持つ株式の形態に変えなさい」と。つまり株式会社を認めなさいということです。非営利と言っておいて、非営利が嫌だという病院が出てくるでしょう。土地も建物もお上に提供するのが嫌だという病院が多いでしょうが、非営利を拒否するということは営利だと言っているようなものだから、だったら従来の社団医療法人ではなくて株式会社にすればいいじゃないですか。どちらかしかないでしょうということを去年の暮れに言ったわけです。

これは第1次答申で総理大臣に提出された方針ですから、さすがに厚生労働省は「株式会社は絶対に駄目だ」と相変わらず言っております。

### ■ 厚生労働省からは認定医療法人創設案が

そこで結論を先に申しますと、厚生労働省も、確かに医療機関は非営利ですということで、ここに書いてある「認定医療法人」というものを創設しますと（資料8）。認定医療法人とは一言でいうと非営利。もっと大雑把にいうと社会福祉法人と同じような形態です。まさに土地、建物の持ち分放棄。私有ではなくてお上に提供します。その代わり相続税もなし。

ただこれの具体的なことは、実は7月12日に医療部会の下での具体的検討委員会が結論を出す予定だったのですが、もめまして7月20日過ぎになりました。それが決まったら医療部会に上がってきます。そうするとそこでまた議論し、いずれにしても秋までには決まりますが、今のところの流れとして、要するに徹底した非営利、持ち分放棄。そして厚生労働省は特にこれは自治体病院の受け

### 「医療提供体制」

・厚生労働省

株式会社に反対。情報開示、経営の近代化などで対応

「認定医療法人」の創設（案）  
非営利、公益性の徹底

資料8



皿にしたいとはっきり言っています。

ちょっと話が変わりますが、日病はたまたま公的病院が多いわけですが、国立病院は2004年4月に独立行政法人化しました。これは競争にさらされます。問題は県立そのほかの自治体病院です。自治体病院は1,100ありまして、そのうち60%が赤字。ただし一般会計からの繰り入れがあって60%の赤字で済んでいるのですが、繰り入れがなかったら96%が赤字です。そういった病院はもう通用しません。これは所管官庁である総務省もそう思っています。もう自治体病院はこのまま放置するわけにはいかない。不採算部門をやっているかもしれないけれども、看護師さんたちの人件費が高いなどと聞いている。あるいは医者の人件費が高すぎると。もう自治体病院はこのまま持たないし、これから成り立たないから、厚生労働省や総務省としては自治体病院はまあ相続も何も発生しないと思いますので、この認定医療法人に移ってほしいし、多くの民間病院も移ってほしいと。

ところが民間病院が、先ほど申しましたように、いきなり認定医療法人になれといわれても無理ですので、次の策として、こまかい点は私も知りませんが、こまかい点は公認会計士さんや税理士さんのほうが詳しいわけですが、出資額限度医療法人というのを認めよう。これも一定の制約があって、公益性、非営利性を担保する。

それでは今の社団医療法人はどうするんだ。これについては財務省などはもうなくしてしまえと言っています。総理大臣官邸なども「今の社団医療法人はなくせ」。総理大臣官邸や財務省は、これからの医療法人は認定医療法人と出資額限度法人の2階建てにしろと。ところがいくらなんでも、今の社団医療法人を明日から潰してしまうのは無理ですので、これは当分の間残すということで折り合いをつけつつあります。社団医療法人を認めないと言ってきたのですが、とりあえずの経過的措置として、今の民間の社団医療法人は認める。

このあいだも財務省や厚生労働省の幹部に質問されたのですが、医療法人は認定医療法人、出資額限度法人そして今の社団医療法人の3階建てにする

のかと。「違います」と答えたんですね。地上2階、地下1階だと答えると、「それは何だ、どういうやつだ」と聞いてきましたので、「社団医療法人は堂々と言えません。とりあえず経過的に認めるから地下1階です」と。「これから、なるべく医療法人のあり方は出資額限度法人と認定医療法人です」と。

財務省や総理大臣官邸と厚生労働省の折り合いは何とかつきそうできて、とりあえず、社団医療法人は残ります。しかしこれから医療法人、特に病院を中心とした医療法人に対する風当たりはますます強くなります。そういったなかで非営利性というものを貫けるかどうかですね。私は非営利性でなくてもいいと思っています。病院は一所懸命にやったところは儲かって当然。株式会社まで必要とは言わないけれども、駄目な病院と比べて努力したところは儲かって当然だといったことを審議会で言うておりますが、私の個々の意見を言うておきますと長くなりますし、やめておきます。

#### 厚生労働省が打ち出す患者本位の医療提供体制

次に、レジュメにも書きましたように医療提供体制で今考えられているのは、以下のようなものです（資料9）。

##### 他にも

- ・ 広告規制の緩和（ポジティブリストからネガティブリストに）
- ・ 都道府県による医療計画  
「医療ネットワーク」  
病床規制の見直し
- ・ 有床診療所の見直し など。

資料9

#### ■ 病院等の広告規制を緩和

これは厚生労働省の考えですが、「広告規制の緩和」をもっとしよう。つまり患者が病院の情報をつかえな過ぎる。つかえないのはやむを得ませんで、それは医療法で広告が禁止となっているからです。そこで広告規制をもっと緩和して、病院が広告していいことをどんどん増やしましょう。

患者がいろいろな情報を得ることができる、つまり患者が選べる。何も株式会社を参入させなくても、そういった情報公開あるいは広告していいことをどんどん発信する。「うちの病院はこんな実績があります」、「看護師長はこんな実績の人物です」などを広告していいようにする。それによって患者が知りたい情報を取れるようにする。

### ■ 都道府県ごとに診療ネットワークをつくる

その次が先ほど言った都道府県による医療計画で、診療ネットワークをつくらう。都道府県ごとに各都道府県が責任を持って診療ネットワーク、平たくいうと従来の病診連携あるいは診診連携、病病連携みたいなものですが、ネットワークをきちんとつくらうということです。

まず患者は診療所に行く。そこの紹介でこっちの病院に行く。その病院も、例えば従来のような地域の中核病院、そういった位置づけをしていく。

内容はまだ決まっておりませんが、例えば診療科別のネットワーク、これには日本医師会は反対です。都道府県が強引につくるのは反対、それは病院自らつくっていくものであって都道府県が「お前さんの病院はこれ」、「あんたの診療所はこれ」というのは反対であると。今、検討をしている最中ですが、考え方としては、無駄な医療費の抑制のためにも都道府県ごとに診療ネットワークをつくらうということで都道府県が責任を持つ。

### ■ 病床規制を見直す

そのためには病床規制の見直し。今度は都道府県が医療行政の中核を担っていくわけですから、都道府県知事が自分の県内で、ここに人口が増えたから病床を増やすべきだと思ったらそこにつかっていい。こっちを潰して、こっちにまとめたりしなくていい。都道府県の判断で病床を決めている。今は国の医療法でやっていますが、都道府県の判断でやる。そういった意味の病床規制の見直しをやります。

### ■ 有床診療所の見直し

あと有床診療所の見直し。有床診療所つまりベッド数1~19まで。これも見直し。結論は大して見直さないんです。有床診療所というのはベッド

を持っていますが、48時間規制というのがあって、病院は必要があれば何時間でも入院させていいのですが、有床診療所は本来48時間つまり2日間しか入院させてはいけないことになっています。あるいは本来は入院機能を持ったところではない。たまたまそうなってしまっている。日本に有床診療所は16万ベッドありますが、産婦人科がいちばん多い。産婦人科の場合には48時間で退院というわけにはいきません。しかしこれは分娩費が保険外だからまだ目をつぶっている状況です。あと整形外科も多い。結論は48時間規制を撤廃するか黙認するか。そういった議論です。これも詳しく説明するときがないのでこの辺にしておきます。

## マスコミからみた病院の今日的課題

次に、そういった前提で「マスコミからみた病院の今日的課題」というテーマになります（資料10）。

## II. マスコミからみた病院の課題

### ① 年々減少していく病院数

- ・年内には8,000をきる。
- ・競争激化の時代

医療費抑制のなかで国立病院や国立大学附属病院は独立行政法人化

### ② 求められる経営理念

- ・効率化、いかに無駄をなくすか（株式会社の経営）
- ・チーム医療の重要性

### ③ いかにして患者に選ばれるか

- ・気がつかずに患者の反感を買っていること
- ・ちょっとした工夫で患者の満足

「医療の質は職員の質」

患者の不支持や反感が「株式会社論」や「医療費抑制論」を支える。

資料10

## ■ 病院競争の激化、許されぬ赤字の垂れ流し

冒頭に申しあげたように、とにかく病院は年々少なくなっています。確かにそれはいいことではありません。しかし今の状況、診療報酬のあり方あるいは介護保険のあり方。そして忙しい。人は集まらない。ドクターも診療所に行ってしまう。そういったことを考えても病院はどんどん減っていきます。そこへ加えて病院自身の競争激化。先ほど出たように国立病院は独立行政法人になりました。150の国立病院が1つのまとまった独立行政法人国立病院機構になりました。なぜ150まとめたのか。これまた私が評価委員をやっております、この7月末から8月にかけて、缶詰めで150の病院を全部評価しなければいけない。外部評価するということは、今までの国立病院は赤字を出しても補填してもらっていたので困らなかった。それはもう許されません。しかしいきなり150の国立病院や療養所がすべて黒字になるとは限らない、というかあり得ませんので、まずは150全部まとめて黒字を出しなさい。簡単にいえばそういうことです。そうでなければ駄目ですということになりました。

それから国立大学附属病院も2004年の4月に独法になった、ということは独立採算ですから利益を上げなければいけない。例えばですが、今、御茶の水戦争なんていわれるんですね。あそこには私立の順天堂、国立の東京医科歯科大、ちょっと離れて東大、もうちょっと行くと日本医大もありますが、今までは東京医科歯科大病院と東大病院は失礼ながらそれほど儲けを出さなくてもよかったわけですが、独法になった。順天堂もあるわけですから、とにかく患者の奪い合いといいたまうか、稼がなければいけません。

そういう状況にあって、先ほど出ました自治体病院だけがまだ赤字の垂れ流しです。はっきり申しあげてこれはもう放置できない。厚生労働省や総務省としては先ほど申しましたように認定医療法人のほうに移ってもらおう、あるいは独立行政法人になってもらおう、独立採算でやってもらおう。それでは不採算部門はどうするのかという議

論がありますが、それくらいに病院競争激化の時代で、マイナス面も当然あります。私はそれがいいと言っているのではなくて、残念ながらそうなっている。当然不採算部門をやらない病院が出てくる可能性があります。また、僻地や離島の病院はどうするんだという問題が当然出てきますが、とにかく事実の流れとして、そういうことになっているということを申しあげておきます。

## ■ 求められる経営理念

それから、「求められる経営理念」。これも当然ですが、やはり株式会社論が出てくるような背景の1つには、あまりにも日本の病院の経営がずさん、ドンブリ勘定ということがあります。あるいは何と言いましょうか、効率とはほど遠い。例えば私もよく耳にしますが、主治医の判断で患者さんの入院期間が違ってくる。「おれの判断では1週間入院させる」とかです。こういうところが何を根拠にやっているのかと突つかれるわけです。ですからEBMといったことがいわれているわけですが、要するに効率的ではない。医者 の 裁 量 権 と い えば 聞 こ え は い い で す け れ ど も、 医 者 の 判 断 で 勝 手 に や っ て い る。 経 営 も 同 じ、 ド ン ブ リ 勘 定。 特 に 一 部 の 民 間 は そ う か も し れ ま せ ン。 あ る い は 非 効 率、 何 だ か バ ラ バ ラ じ ゃ な い か。 こ こ に も ど ん ど ん メ ス を 入 れ る 余 地 が あ る、 と い っ た こ と で 「 株 式 会 社 的 経 営 」 を 導 入 す る こ と に は 私 は 賛 成 で す。 い ろ ろ な 意 味 で の “ 株 式 会 社 的 ” な 無 駄 を な く す 経 営。 薬 の 在 庫 管 理 し か り、 医 療 機 器 の 購 入 ま た し か り。

それから「チーム医療」でしょうね。チーム医療については私がくどくどいうまでもなく、このセミナーでも随分テーマがあります。やはりチーム医療によって効率性、人材の登用、いかに人材を活かすかといったこともチーム医療の利点ですので、そういったことを病院が出していけば、また違った目でみられてくる。

## ■ いかにして患者に選ばれるか

ただ、私が言いたいのは、「いかにして患者に選ばれるか」。これも私は一昨日はっきりと日医会長、一昨日は日病の会長、副会長に申しまし

たけれども、病院にしても診療所にしても、これだけ逆風が吹いてくる背景は何か。新聞社の論説を見ても「株式会社に賛成、潰れたっていいじゃないか」と。なぜこんなに病院が良いことをやっている、お世辞抜きにして良いことをしているのに逆風が吹くのか。それを私に言わせると、つまらないところで随分と損をしている。確かに病院は忙しいことは忙しいです。外来患者は大勢来る。本当にドクターも看護師さんもみんな忙しい。私も患者としてよく分かります。しかし、あまりにもつまらないところで損をしている。それをまず私は強調したいのです。

つまり、診療報酬が上がらなければ改善できないようなことがいろいろあります。しかしすぐに改善できることも改善しようとしていない。例えば「気がつかずに患者の反感を買う」。いい文句が浮かばないのでこのまま書いてしまったのですが、私は随分とこれを感じます。

#### ■気がつかずに患者の反感を買っている例

例えば、鹿児島県の医師会長で米盛先生という整形外科の院長がいらっしゃるのですが、この方が鹿児島県の会長になったときに、「患者からの苦情110番」というFAXをつくった。私はたまたま米盛先生を昔から知っているのですが、そういったFAXをつくったことを私に教えてくれるんですね。その苦情でいちばん多かったのが、やはり「待ち時間が長い」。待ち時間が長いというこまではだれでも当たり前だと思います。だって患者が病院にいっぱい来るわけだから待ち時間が長いことは分かっています。しかし、散々待たせた挙げ句に「お待たせしました」の一言もない。これが頭にくると。これは実に多いですね。もう待ち時間が長いのが不満だなんてそんな単純なものではないですよ。「散々待たせたのに何で皆知らん顔しているの」と。

私も厚生省の担当を32年もやっていますといういろいろなお医者さん、看護の方も知っていますが、「忙しくてそれどころじゃない」、それはよく分かります。分かるけれども、だれか1人くらいは言っていないんじゃないのか。それは患者の気持ちで

すね。待ち時間が長いことは分かっているのですが、ちょっとした工夫で何とかできないか。

#### 患者の満足を得る工夫——ちょっとした工夫でいい

待ち時間の解消はできません。私はたぶんできないと思います。例えばこれもよく新聞に書いたのですが、いちばんいい例が、これは普通の病院では真似できませんが、本郷の東大附属病院。ここは本当にそういった意味でだれも待ち時間が長いことに文句を言わないですね。なぜ言わないか。まず外来に行く。そうするとボランティアさんがいる。ボランティアの人たちはまあ分かりやすいとおばちゃんです。おばちゃんたちは皆デパートの店員さんです。デパートは土・日営業していますから平日が休み。三越から高島屋から全部の店が揃うと大体月曜日から金曜日まで定休日が揃っちゃうわけです。そこで毎日来られるわけです。すると、私も行きますとパッと「初診ですか?」「はい、初診です」「内科ですか?」「内科です」。ちゃんと手伝ってくれる。そこでまず気持ちいいのですが、そのあとです。ポケベルを渡してくれます。それが東大病院しかできないことだと私は言っているんです。「診察の10分ほど前にお呼びしますから、それまでご自由に」。お茶飲んでいようが散歩していようが10分以内で行けるところにいればいいわけです。1時間待とうが2時間待とうが全然苦でないわけですね。これは確かに東大病院にしかできないかもしれません。このシステムは開原成允さんという当時の教授が開発なさったのですが、それは別として何か工夫がないだろうか。

東京の多摩の方のある民間の小さな病院でこういう工夫をなさっている。朝7時から受け付けをします。7時から7時半に受け付けを済ませた外来の患者さんには赤いワッペン、文房具店で売っているような安いものをパッと渡して付けてもらう。7時半から8時までは黄色、その次は青。そうすると、赤い人が待っていると看護師さんも気がつくわけです。患者さんのほうだって「私は赤だから、最初の組よね」ってだれでも分かる。待ち時

間は長いけれどもその配慮がうれしいわけです。例えばそんなこと金もかからないと思います。つまり待ち時間がいちばん不満が多いけれどもそれを解消しようという、つまり患者のほうを向いてくれているというその配慮です。

### ■たった一言をいうのにお金もかかるまいとの指摘

亡くなった作家の遠藤周作さんはよくおっしゃっていました。だいたい前ですが、遠藤先生ご自身が入院なさって、「確かに医者之苦労も看護師さんの苦労もよく分かったけれども、あまりにも病院は気配りがないところだ」と。本当に気配りがいい。それを自ら執筆して読売新聞に持ち込んで無料でいいから載せてくれということで連載なさいました。つまり本当に気配りがいい。確かに診療報酬が低い、いろいろな問題、医療法がどうしたこうしたといろいろある。しかし、ちょっとした工夫ですぐ変えられることをなぜしようとしないのか。例えば遠藤先生の話ですが、「今から点滴します。点滴するとおしっこしたくなるから、先におトイレ行ったらどうですか」と自分には言った。大作家の遠藤周作だから言ったのであって、なぜほかの患者に言わないのか。皆我慢せざるを得ない。たったその一言をいうのにお金も何もかからないだろう。自分は有名作家だから言ってくれたけれども、ほかの患者には言っていない。なぜそんなことに気づかないんだろうということです。

### ■気づかずに患者の反感を買っていることはないか

例えばまた鹿児島に戻りますが、鹿児島の米盛会長が医師会に行かれて、これには私、なるほどと思いました。その時に「へえー、患者さんがそう思っているのか」と思ったのは、例えば1人の例、患者を見舞いに行ったら、看護師さんたちがナースステーションで大きな声で見舞い客のうわさ話をしている。これが頭にきた。別に悪口を言っているわけじゃないですよ。「あそこ何号室の渡辺さんは背大きいわね」という話です。しかし、患者や家族は病院に1歩入ったら何も言えな

いわけですよ。黙っているしかない。だれが何と言おうと逆らえないです。しかし「大きい声で好き勝手なことを言っている」というふうにするわけです、悪口は一切言っていない。黙って耐えて聞くしかない。それが実に鹿児島県医師会へのFAXで多かった。つまりこれが私の言う、病院側が気づかずに患者の反感を買っていることです。

そのほかにもあります。笑っちゃったのは、「外来で病院の廊下でじっと待っていたら、1人の若い医師が白衣の前を全部ボタン留めずにさっそうと歩いていった」と。これ苦情なんですよ、これ気持ち分かりますね。患者がじっと黙って待たざるを得ない。しかもいつ呼ばれるか分からなくて、トイレも我慢して待っているときに医者が偉そうにさっそうとなぜ通っていくんだ。一体だれが客なんだという反感でしょうね。これまた私、遠藤先生の言葉を思い出して、全く気配りがいい。何もコソコソ歩いてとはいわないけれども、じっともの言わず待ってる患者の前をなぜさっそうと歩いていくんだと。それも気がつかない。つまりそういう意味でちょっとした工夫で患者の満足が得られるはずなのに、逆のことをやっている。

理由は分かりますよ。忙しい、確かに忙しいです。特に外来の病院のお医者さんがお昼も食べられない。患者さんが次から次と来る。今、たまたま私、東京女子医科大で週1回教えています、女子医科大の病院長だって私はなかなか会えないんです。院長自ら外来やっていますから。やっと2時頃になって弁当を食べながら話をするところがあるのですが、そのくらい忙しいことは分かっています。あるいは看護師の方もしかりです。分かっていますけれども、そのうえで言うのですが、やはり患者から見るとそこを何とかしてほしい。そして、もしそれがお金のかかることなら、きちんとマスコミの場で言ってほしい。

### 小さな無配慮が株式会社・医療費抑制論につながる

ちょっとした言葉遣い、気配りのことを挙げると多くのお医者さんや看護師さんも言います。特

にお医者さんは言いますね。「私たちは真面目にやっています。何が悪いんでしょうか」って。真面目にやっているとやうけれども、私、「あなた方は医学を真面目にやっていたって、医療を真面目にやっていないんじゃないか」とはっきり申しあげました。医療は患者を相手にして初めて医療ですよと。そういうことをはっきり言いますけれども、本当につまらないところで、真面目にやっていると損をしている。そうすると株式会社でも入れて、病院潰れてけっこう。サービスが良いところはどんどん栄えてけっこうという暴論になっていきます。それが残念です。

結局、役人がいろいろ考えても、最後に決めるのは立法府である国会です。与党の自民党の国会議員に聞いても、選挙区に戻るとやはり「患者、一般選挙民の方は随分医者に反感持っているよ」と、こうなるわけですね。なぜ反感を持っているんだろう。私に言わせるとほとんどつまらないことです。あるいは看護師さんもしかり。6月に日本看護協会会長になった久常先生にもよくお会いします。久常先生にもそういったことを申しましたが、本当に医師、看護師を中心とした医療職、あるいはコメディカル、もっといえば会計の若い女性1人でも何でもけっこうです。失礼ながらちょっとしたこと随分変わるのに、随分つまらないことをやっていると思わざるを得ないというのはありますね。

だから「マスコミからみた病院の今日的な課題」と書きましたが、別に大げさな課題という意味ではなくても、そういったことでマスコミの一部で、間違った報道も確かにありますが、一方で国民世論というとオーバーかもしれませんが、そういった発想で見ているのだということを知る。改善するためには、まずそういったことが必要なのではないかと考えております。

短い時間内で誤解を招く点もあったかもしれませんが。大変駆け足でしたが私の話を終わりたいと思います。

## 質疑応答

**司会** 渡辺先生、どうもありがとうございます。医療費の決まっていく仕組みについて、ライブ実況の雰囲気です、普段全然分からないこともよく分かるようにお話ししていただけたと思います。非常に厳しいご指摘のなかにも、温かい雰囲気を随所に散りばめていただき、また、病院にとって生きていくためのいくつかのご示唆もいただきました。

どなたかご発言、ご質問ありますでしょうか。どうぞ。

## 日本の医療システムは世界一などもっと報道を

**質問** お願いのかたちになりますが、確かに我々医療人は反省しなければいけないと、今思っているのですが、基本的にそういう患者さんの不満に拍車をかけているという部分が多々あると思うんですね。私、厚労省の役人にもいろいろ質問したことがあるのですが、今後の医療については国民的な議論をしなくてはならない。しかし、基本的に国民的な議論の前に、国民があまりにも日本の医療というものを知らされていない。その1つとして今、国内の話をしましたけれども、では世界的にどうなのかということ全く知らされていないということなんです。非常に大きな問題だと思えます。ご存じのように2002年のWHOの世界の医療システムということにおいて、医療費、公平性、平等性など日本の医療システムが全世界で第1位とされているということは全く知られておりません。

それともう1つ、民間保険の問題点。昨今、明治安田生命の問題も出ましたが、アメリカのHMOでの話みたいなのもあります。このままでは日本の医療制度の3つの柱、自由開業性と自由選択性と国民皆保険、この3つの柱が崩壊する可能性がある。そういうことを含めて国民の議論という部分において、先ほど言った、日本の医療がWHOにおける世界1位であることや、これを失うということは日本の国民にとって将来マイナスである

ということをなぜマスコミが言ってくださらないのか、ということです。確かに厚労省の役人の言っている部分もよく分かるのですけれども、いわゆる民間保険、HMOなんていうのは、ご存じのとおりそれこそ暴挙である。民間保険の暴挙なんてことは、アメリカでは当たり前に行われていますから、そういうことが果たしていいのかと。今は非常に日本の国内から見た日本の医療がいられています。特に日本はサービス過剰民族といわれるくらい非常にサービスに慣れている国民ですから、おっしゃることはよく分かるのですけれども、その辺の議論をしなれば、この国家財政のなか我々もやることには限界がありますので、国民の議論のためにぜひこういうことをマスコミとして言ってくださいようお願いしたいと思います。

**渡辺** はい、結論を先に申しますと、扱いは少ないですがマスコミでも言っているつもりです。今おっしゃいました日本の医療システムが2年連続で世界一。あのスウェーデンでさえ4位、アメリカは15位ですよ。日本は2年連続世界一で、しかもWHOという第三者が評価している。私は新聞にも書きました。書いてはいるのですが、まだまだ、1回じゃ足りない。あるいは2番目におっしゃった、アメリカのHMOシステム、つまりHealth Maintenance Organization。あれはもう目茶苦茶でして、例えば最近、ハーバード大学の助教授をやっていた李啓充さんが書かれました『市場原理が医療を亡ぼす』(医学書院)、あれもすばらしい論文で、私は日経でも書評として取り上げろと言っているくらいで、アメリカの医療は医療を目茶苦茶にしてしまうのだと。その辺はマスコミの連中も日経だけじゃなくて、朝日であれ、NHKであれ、読売であれ、みんな分かっている。分かっているけれども、まさに今おっしゃりたいことは、なぜそれをどんどん出さないんだという点だと思うんです。

実は一昨日も日医の会長や、一昨々日は日病の会長に「何で出さないんだ」と言われました。それは全く同感で、1つは国民が慣れすぎていて当たり前だと思っていること。もう1つあるんで

しょうが、やはり私はそこで、一昨日も、一昨々日も言わざるを得なかったのは、それ以前なんですね。

私は現に2年連続世界一ということを書きました。書いても反応がないんです。結局そのバリエーミたいにあるものは、「確かに日本の医療はよく考えてみれば安い、3割負担になってもまだ安い。しかもこんな病気を治してもらった、家族の病気を治してもらった。しかし感謝できない」というような非常に何かこうバリエーミたいにあるんですね。冷静に考えれば、アメリカのHMOのことを説明しても、「そうだ、そうしてはいけない」。けれども何かその部分を感じるから、さっきああ言わざるを得なくなっているんですね。何かちょっとしたことを変えてください。そうすると日本の医療の良さももっとよく分かるはずなのに、「あのお医者さん不親切」、「言葉で傷ついた」、「看護師さんが冷たかった」みたいなつまらないところで進まなくなってしまっているような気がずっとしているんです。

だから、マスコミが責任を逃がれようとしているつもりはございません。マスコミが「日本の医療は素晴らしいよ」と書いたとしても、あるいは「アメリカみたいにしちゃ駄目だよ」と書いても、それを国民が見ても、何かなかなか進まないんです。おっしゃることは、私自身が言っていないなくても、マスコミ全体でも言っているし、それはよその新聞社も気がついていることは事実なのですが、そういった背景、土壌があるように感じていますので率直に申しあげました。

#### 1人ひとりの患者に満足してもらうことの大切さ

**司会** ありがとうございます。まあ、とにかく、究極的には患者は病院に温めてもらいたくて来ているわけですから、それができていない限り、今どんなことを言っても駄目だと思うんですね。

私が病院の職員に口を酸っぱくして言っている、新しく入職してくる人にも必ず言っていることの1つは、今、渡辺先生がまさに言われたことと全く同じなのですけれども、「ちょっとした工夫で

患者の満足を」ということです。とにかく病床利用率を上げて、回転率も上げて、入院期間を短くしてというふうにやっていくために、どんどんベルトコンベアに乗せて患者を処理しなくちゃいけない。ということで、クリニカルパスをどんどん作って、もう100くらい立ち上げている病院もいくつもあると思いますが、定型的に治療を進めていく。そういうベルトコンベアに乗せても、患者は1人ひとり違うので、ベルトコンベアに乗せながら、1人ひとりの患者にちょっとした工夫をしてあげることが大事ではないかと思っています。これは渡辺先生にすごく共感します。

それと外来での患者への接遇ですが、水商売のNo.1のホステスのところへ1回行ってみると。最近あまり行かなくなったんですけども、新宿のクラブに行ったら5万円払うわけです。5万円払ってNo.1の女性を頼むと、そこにいて1時間半飲んでいても彼女が来るのは5分だけなんですよね。でもまた行くんです。なぜか。彼女は必ず、来た時にすごく嬉しそうににっこり笑う。で、隣に座ったら必ず膝の上に手を乗せる。それで帰り際にまた握手してにっこり笑う。彼女がやっているのはこの3つだけなんです。それで、月に1回くらい5万円払って行くわけです。

外来で患者さんを1時間お待たせしたら、診察室に入ってきたときににっこり笑って「どうでした」と。それから、薬しか出さないということでコンピュータだけ見ている場合でも、コンピュータを見て薬の処方を出している間、患者さんの肩に手を乗っけているだけでいいんですよ。それで、帰るときに「この次までお元気で」って。その3つをやれば、まず院長への手紙なり苦情はこなくなるんですよ。現場としてできるのはそのくらいかなと思うのですが。

### 医療崩壊の前になすべきこと

**司会** 結局、渡辺先生が言っていたように、1つの極はアメリカですよ。民間株式会社が主導権を握っている。もう1つの極はイギリスです。国が統制して医療費を抑えている。GDP

費は日本とほぼ同じです。それでアメリカの医療は今崩壊中。もう世界をリードしているなんてとてもいえなくなっています。イギリスは先進国で最悪の医療といわれています。両方とも極端に走った結果、全部壊れていますね。

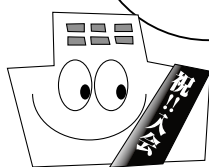
最終的には医者だけではなく、すべての医療従事者が誇りを持って献身的に患者に尽くすことができるという精神的・職場的環境が整えられない限り、どんなことをしても必ず医療は崩壊すると思います。患者に尽くすということはすごく努力を要することですから、それをやって自分も満たされるということが雰囲気としてつくられない限り必ず医療は崩壊します。医療は崩壊するけれど病人は出続けます。そうすると怪しげな呪術に類する医療行為がはびこる。それが将来的に必ず出てくることです。それを防ぐために国民にも議論していただかなくてはいけないし、政府にも議論していただかなくてはいけないし、その間をとりもってマスコミにもうまくリードしてもらわなくてはいけない。

けれども、何よりもこの場で強調したいのは、とりあえず現場が患者さんに満足してもらえるように動くということです。お金をかけなくても、そういう努力をするということは現場としてできる最大のことだと思います。渡辺先生、最後に何か一言ございますか。

**渡辺** いや、本当に遠藤先生のおっしゃるとおりで、また先ほどのご質問のとおりで、日本の医療のありがたさというものを本当に分かっていない国民が多い。だから一度国民がひどい目に合わなきゃ分からないのかなとあきらめがつくこともあります。それは絶対避けなければいけない。結局は何度も言うように本当にちょっとしたことです。病院側が頑張っていたきたい。病院は絶対に必要なのは当たり前で、ますますこれから老人が増え、ますます患者も増える。当然です。そういった状況で、せっかくですから本当につまらないところで損をするのはぜひやめていただきたいということを強調するまでですね。



# ようこそ 日本病院会へ



## 新入会員の紹介

### 最新の設備と高度な技術で 地域に密着した医療を目指す。

#### 1) 概要

- 診療科目：内科・外科・循環器科・消化器科・呼吸器科・放射線科・皮膚科。
- 病床 一般病床34床・療養病床34床（医療保険適用部分）
- 設備 全身用CTスキャン，循環器用X線診断装置，マイクロ波手術器，デジタルX線画像診断システム（FCR），人工腎臓血液透析設備。

#### 2) 特徴

- 当院は，国立大学法人富山大学附属病院とは開学当初より協力関係にあり，特に消化器系及び肝・腎・循環器系疾患の診療に重点をおいています。
- 人工腎臓血液透析は昭和48年以来取り組んできましたが，常に機器設備の更新とスタッフの技術向上をはかり，患者さんの社会復帰に努めています。
- 各種検査機能を有し，他医療機関からの依頼に即応しています。
- 公的な検診のほか企業検診，人間ドック等の公衆衛生活動にも努めています。
- 往診や入院治療・一時療養，介護保険申請

支援，各種地域への療養・介護施設へのご紹介等，高齢社会に合わせたニーズへの対応も誠意を持って行っています。

これからも地域に根ざした診療活動を推進していきたいと考えております。



特定医療法人 財団博仁会

横田病院

理事長・院長

横田 力

(よこた つとむ)

富山市中新野町  
一丁目1番11号  
TEL076-425-2800

(同院は平成18年1月の本会入会)

# 診療報酬改定と病院薬剤師

社団法人日本病院薬剤師会 専務理事  
「薬剤管理」講師

関口 久紀

平成18年度診療報酬改定が決まりました。今回はマイナス3.16%（診療報酬本体でマイナス1.36%）という大幅マイナス改定となりました。今回の改定にいたる中医協の議論をみていますと、今までと大変大きな変革がありました。1つは、2004年4月から5月にかけて新聞紙上をにぎわした贈収賄事件です。収賄側として下村健、加藤勝俊中医協委員が、贈賄側として臼田貞夫日歯会長ほか4名が逮捕されました。これを契機に「中医協の在り方に関する有識者会議」が設置され、2005年7月に報告書が取りまとめられました。このなかで大変大きな意味を持つことは、中医協委員の構成について病院の意見を代表する委員2名を入れるようにとの提言があり、2005年9月から石井暎禧氏（日本病院会常任理事）と邊見公雄氏（全国公私病院連盟副会長）が中医協委員として専任されたことです。

今まで病院薬剤師に関する診療報酬上の要望は、医科点数表のなかでの要望になるにもかかわらず、薬剤師代表の中医協委員から、調剤報酬に関する議論のなかで、同じ薬剤師として病院薬剤師の要望事項について説明していただいております。今回の委員構成の変更は病院薬剤師にとって、要望事項を提出する際の道筋が1本増えたことであり大変歓迎するものです。しかし、2005年12月1日に政府・与党が取りまとめた「医療制度改革大綱」では、有識者会議の結論と多少異なり、委員

の団体推薦制度の廃止や、1号側委員、2号側委員をそれぞれ7名ずつ、公益委員を6名の計20名とする案が盛り込まれています。これに基づき、「社会保険協議会法改正案」が通常国会において可決されれば、委員の選任に行政側の意向が反映されることも予想され、行政主導の中医協に陥る恐れは考えられます。

今回の改定では、大幅なマイナス改定にもかかわらず、病院薬剤師に関する部分についていくつかの評価がありました。1つは無菌製剤処理加算ですが、抗悪性腫瘍剤の無菌調製について40点から50点加算にアップしました。外来化学療法加算も患者に対して注射の必要性と危険性等について文書により説明を行ったうえで化学療法を行った場合に300点加算から400点加算にアップしました。

病院薬剤師の業務は医療の高度化、専門化に伴い年々拡大の一途をたどっています。病院にあるすべての医薬品について、その安全管理、適正使用を進めていくのは薬剤師の使命ですが、残念ながら診療報酬上の評価は決して高くありません。病院における薬剤師の職能を高めていくためにも、現在行っている業務に対する診療報酬上の評価を獲得することが必要であり、日本病院薬剤師会では「薬あるところ常に薬剤師あり」をモットーに「顔の見える薬剤師」を目指して取り組んでいくこととしています。

## 平成17年度 第3回定例理事会 議事抄録

**日時** 平成18年1月16日(月) 午後1時～4時30分  
**場所** 帝国ホテル・本館3F「扇の間」  
**出席者** (会長) 山本 (副会長) 武田, 池澤, 佐藤, 奈良, 大井, 村上  
 (常任理事) 林, 宮崎(瑞), 川城, 石井(暎), 梶原, 近藤, 齊藤(壽), 土屋, 渡部, 福田, 小川, 大道(道), 元原, 土井, 福井  
 (理事) 西村, 樋口, 有我, 石川, 関口, 織本, 荏原, 中, 宮崎(忠), 積, 齊藤(英), 末永, 佐藤, 藤森, 赤松, 齋藤(洋), 南, 中川, 中島, 三浦, 細木, 今泉, 高野, 谷口, 明石, 石井(和)  
 (監事) 星, 柏戸 (代議員会議長) 加藤 (同副議長) 中藤  
 (顧問) 中山, 大道(學) (参与) 松田, 鴨下, 行天, 久常  
 (委員長) 邊見

定刻となり山本会長から開会挨拶が行われ、新年の挨拶のあと、昨年8月に発足した日病から中医協委員に参画した経緯と2月に予定されている診療報酬改定の動向について協議を行いたい。また、国際活動については、WHOがICDに関して当会を高く評価されたこと、昨年11月にAHFの会長に任命されたので諸外国の方々と交流を深め、病院の安全問題やICDの普及などについて取り組みたい。人間ドック学会についても9月に沖縄で開催する「第1回国際人間ドック学会」をきっかけに海外で実施している人間ドックについて学んでいきたいと述べられた。

会議定足数として定数61名に対し出席者49名、委任状12通、合計61名で本会が成立している旨を報告し、議事録署名人に中 佳一、齋藤洋一両理事を選出して、奈良副会長の司会により議事に入った。

### 〔承認事項〕

#### 1. 会員の入退会について

##### A. 正会員の入会1件

1. 医療法人 横田病院 (68床：一般34, 療養34)

会員名 横田 力 (理事長)

〒939-8085 富山県富山市中野新町1-1-11  
tel. 076-425-2800

#### B. 正会員の退会1件

(役員による慰留を実施済み)

1. 北社協 洞爺病院 (295床)

会員名 後藤義朗 (院長)

〒049-5605 北海道虻田郡虻田町字高砂町126

※下記会員より退会届け出があったが役員の慰留により退会を撤回

- ・京都府 医療法人 伊藤病院 (37床)

慰留者 武田隆男副会長

- ・和歌山県 医療法人 田村病院 (238床)

慰留者 成川守弘日本病院会和歌山県支部長

#### C. 賛助会員の入会2件

1. B会員 日本橋ハートクリニック

〒103-0021 東京都中央区日本橋本石町3-2-12 社労士ビル2F  
tel. 03-3244-4810

代表者 松川星四郎 (院長)

2. D会員 吉本千夫

〒573-1191 大阪府枚方市新町2-3-1  
tel. 072-704-0101

#### D. 賛助会員の退会1件

1. B会員 葛谷クリニック

〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄4-17-20

tel. 052-261-3700

代表者 葛谷 元 (理事長)

奈良副会長から、富山県の横田病院 (医療法人) の入会 1 件、正会員の退会 1 件、賛助会員入会 2 件、退会 1 件について報告され、計、正会員数は 2,691 病院 (公的 942・私的 1,749, 総病床数 71 万 711 床)、賛助会員数は 524 会員、そのほか役員の慰留によって退会を撤回した病院 2 件が紹介された。

## 2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について

(1) 「第12回第1種ME技術実力検定試験および講習会」の協賛依頼について

(社団法人日本生体医工学会：会長 堀正二)

(ME技術教育委員会：委員長 稲田紘)

(第1種ME技術実力検定試験実行委員会：委員長 石原謙)

(2) 個人情報保護法セミナー第3弾「市民と医療機関の個人情報保護」の後援名義使用について

(医療ネットワーク支援センター：理事長 人見祐)

(3) 「病院情報システム管理者養成講座」の協賛依頼について

(社団法人日本経営協会：理事長 本松茂敏)

奈良副会長から、社団法人日本生体医工学会から「第12回第1種ME技術実力検定試験および講習会」の協賛依頼等 3 件について諮られ、承認された。

## 3. 人間ドック・健診施設機能評価の認定について

(1) 古賀クリニック健康管理センター (調査日：平成17年11月22日)

福岡県久留米市天神町106-1

(2) 北里研究所病院予防医学センター (調査日：平成17年11月30日)

東京都港区白金5-9-1

(3) NTT東日本関東病院 (調査日：平成17年11月4日)

東京都品川区東五反田5-9-22

(4) 公立藤岡総合病院附属外来センター健康管理センター (調査日：平成17年11月24日)

群馬県藤岡市中栗須813-1

(5) 北九州小倉病院 (調査日：平成17年11月24日)

福岡県北九州市小倉北区上富野3-19-1

(6) ソフィア健康増進センター (調査日：平成17年11月25日)

大阪府大阪市東淀川区菅原6-2-25

(7) 公立みつき総合病院 (調査日：平成17年12月6日)

広島県尾道市御調町市124

奈良副会長から、古賀クリニック健康管理センター (福岡県久留米市) 等 7 件の機能評価認定について、評価判定報告書に基づき諮られ、承認された。

## 4. 診療情報管理士認定試験指定専門学校等の指定について

(1) 日本医療秘書専門学校

大阪府大阪市天王寺区伶人町2-15

(2) 新潟医療技術専門学校

新潟県新潟市上栄町5-13-3

(3) 京都保健衛生専門学校

京都府京都市上京区千本通竹屋町東入主税町910

(4) 東京医療保健大学

東京都世田谷区世田谷3-11-3

大井副会長から、大阪市、日本医療秘書専門学校等 3 件の指定専門学校及び指定大学 1 件について、調査報告書に基づき諮られ、承認された。

## 〔協議事項〕

1. 平成17年度補正予算・編成概要について  
(山本会長、武田副会長)

平成17年度予算の補正について、補正予算の計上については、年度途中に新規事業の実施が確定、大幅に予算額との相違が生じた場合に各事業の最終実施状況、予算の執行状況を踏まえ、年度末の理事会、代議員会・総会に諮るとしている。平成17年度は中医協・日病協関連対策費、AHF会長国及びWHO関連対策費など多項目にわたる新規事業が実施されたため、予算の補正を行うことが了承された。平成18年度収支予算の編成については、事業内容の未確定部分が多く予算額は現在未定。平成17年度補正予算及び平成18年度収支予算については2月の常任理事会において協議・定数整理を行ったあと3月の理事会及び代議員会・総会に諮ることになった。

新規事業の1つとして、WHO・FIC（世界保健機関国際分類ファミリー）に対し支援を行う方針を説明。その骨子として、当会は厚生労働省（統計情報部）の方針を踏まえてWHO・FICのICD活動に関し、▽年間30万ドルの経済的支援及び技術支援を行う、▽2006年度から支援を実施し、ICDの普及支援に5万ドル、ICD改善支援に25万ドルを活用、▽支援を2年間実施し、成果によって継続する。山本会長は、当会が30年間行ってきた診療情報管理士の教育システムとその資格を得た現場のレベルが高く評価された結果と述べた。

## 2. 中医協の開催報告について

中医協に参画している石井常任理事、邊見委員長から、昨年12月末から今年の1月11日までに開催した中医協・診療報酬基本問題小委員会及び総会の協議内容のあらましが報告された。

①DPCの拡大については、1号側（支払い側）は賛成しているが、2号側（診療側）は日本医師

会が再度反対を示した一方で、病院側は医療の標準化による質の担保につながるとして賛成を表明、考え方の差が鮮明となったが、会議全体では拡大の方向が確認された。

- ②医療費の内容のわかる領収証の発行は賛成だが、発行する際の事務経費等のコストを評価すべきである。
- ③手術の施設基準に基づく評価は、1号側の多少の抵抗はあったものの、白紙に戻される方向である。症例数と手術成績との相関に科学的根拠がみられないことから、今後は、医師の経験等の要素も含め継続的に調査を行い、評価指標としての妥当性を検証する方針である。
- ④初・再診に係る評価について、200床以上病院での紹介状がない場合の初診患者に対し、選択に係る受診とみなし初診料を大幅に引き下げる案が出された。実質的な自由診療及び混合診療であり、わが国の医療にとって大きな問題となるため、診療側、支払い側とも反対の考えを伝えている。
- ⑤紹介患者加算については、紹介率に基づいて急性期加算をしてきたことに矛盾があり、紹介率の内容変更を求めてきたが廃止の方向となっている。これまで特定機能病院及び地域医療支援病院については、紹介率に着目してきたことから別途評価を行う方向とするが具体案はまだない。
- ⑥急性期入院医療に係る評価、一般病棟入院基本料等の看護職員配置基準について、区分A～Dの4区分に分けて評価の基本とするが、区分Cの看護職員配置2.5：1については、端数が生まれることから2.6：1にして引き下げてはどうかと要求している。
- ⑦慢性期入院医療に係る評価は、新たに患者の状態像（医療必要性、ADL、認知機能障害加算による区分）による包括評価を行うが、医療度の高い医療機関はプラス、医療度の低い医療機関はマイナスの評価を行う見通し。
- ⑧NST（栄養支援チーム）という言葉がまだ認知されていないので、管理栄養士において栄養指

導を行っている病院は評価をする。

そのほか、医療のIT化、医療安全対策、リハビリテーションに係る評価等については、検討中とのことであった。

## 〔報告事項〕

### 1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

#### (1) 第1回民間病院部会……H17・12/21(加藤代議員会議長)

今回、第1回目の委員会が開催され、各委員の紹介と当委員会の趣旨を話し合った。当会と各病院団体の民間病院に対する考え方などの違いや、公的病院の集まりというイメージもある。今後の検討課題としては、公益法人と医療法人の課税率や付帯業務のあり方、老健、特養などの介護保険関係を視野に入れるかどうか等が持ち上がったほか、当会の民間病院の意識、入会してメリットがあるか否かなどをアンケート調査することになった。

#### (2) 第10回予防医学委員会/人間ドック健診施設機能評価合同委員会……1/12(奈良副会長)

人間ドック・健診施設機能評価の申請状況は、平成18年1月11日現在で164施設、累積認定施設は88施設。訪問調査は1月に3件、2月に6件が組まれたと報告。

### 2. 四病協諸会議の開催報告について

#### (1) 第9回、10回総合部会……H17・12/21(山本会長)

病院建物の耐震化について、四病協と厚生労働科学研究班で9,064病院に対し、地震対策に関する調査を行った結果、回答病院6,843病院(回答率75.5%)のなかで、不明を含む未耐震の病院は1,867病院(27.3%)であった。厚生労働省では医療施設における耐震化整備事業を推進する必要性から平成17年度補正予算として11億

300万円を計上。対象施設は44施設。

厚労省担当官から、鳥からヒトへ感染異変している新型インフルエンザ(鳥インフルエンザ)について対応等の説明があった。流行規模の推計として、ヒトからヒトへ空気感染するウイルスに変異した場合、医療機関を受診する患者数は約1,300万人~2,500万人と推計された。このような事態になったときのシミュレーションを交え、我が国のタミフルの備蓄計画をはじめとする対応状況が説明され、病院側の協力も要請した。

療養病床の将来像を説明。医療必要度の観点から平成23年度までに介護型療養病床の廃止の意向が示され、同病床から老人保健施設あるいは特別養護老人ホームに施設変更を促す方針である。併せて、転換の支援策を講じると同時に、施設設備基準の期間に経過措置を設ける方針も明らかにした。

#### (2) 第10回医療保険・診療報酬委員会/第3回介護保険小委員会合同……1/6(佐藤副会長)

平成18年4月の介護報酬改定について、介護保険施設の基本食費サービス費が廃止され、基準費用額1日1,380円が設定されたことに関して、食事提供が困難視されること、実際委託業者にも1,380円では断られるとの見込みから、要望書を作成し、厚生労働省保険局長へ提出することになった。また、療養病床の将来像について、医療型24万床、介護型14万床を2012年に廃止する方向で議論が進められており、十分な説明もなく再編成されるのは遺憾である。また、「病院用として建築された療養病床は生活の場に適さない。四病協として反対の根拠を明確にすべき」との意見がまとまり、療養病床の問題に関しても要望書を作成し、厚生労働大臣に提出することになった。

### 3. 日病協・第9回診療報酬実務者会議について

齊藤(壽)常任理事から、特定療養費算定状況、同一日における複数科受診状況について報告。特

定療養費算定状況では、調査対象期間を昨年の6、10、11月のいずれか1カ月を対象にアンケート調査を行い、回答数266病院。特定療養費を算定している患者数は延べ22万6,946人、算定していない患者数は延べ32万2,438人、特定療養費を1,000円に設定している病院が61病院と最も多かった。続いて、同一日における複数科受診状況では、調査期間を昨年6月と10月～12月のうち1カ月分を調査し、回答数は153病院。組み合わせは「内科と眼科」、「内科と整形外科」、「内科と皮膚科」の組み合わせが多かった。今回の調査集計表は平成17年12月26日に厚生労働省へ提出している。

#### 4. 総務省・第2回「医療分野におけるICTの利活用に関する検討会」及び経済産業省・平成17年度「医療情報管理者(CIO)育成のためのモデルプログラム開発事業」、同・平成17年度「電源地域サービス産業人材育成事業」について(大井副会長)

大井副会長から、ICTの利活用について、IT新改革戦略案に基づき説明され、レセプトの完全オンライン化、電子カルテの普及について検討している旨が報告された。続いて、経済産業省がモデルプログラムとして進めている医療情報管理者(CIO)育成について、「CIO」を「医療情報管理者」から「医療機関CIO」に名称変更して認証する方向であるとし、医療機関のなかに新たな資格が生まれるのではないかと述べられた。

#### 5. 比国看護師、介護士受け入れについて

末永理事から、フィリピン人の看護師、介護士の受け入れに関する経過報告と現在までの検討状況を説明。フィリピン人看護師としてのキャリアがあり、JICWELS(国際厚生事業団)が受け皿となる。3年間で3回まで国家試験を受験する資格があり、国試は受けやすく、受かりやすくする。6カ月間の日本語の研修を得てから受け入れ医療機関は看護助手として採用しそれに値する給与を支払う。フィリピンではキャリアのある看護師ではあるが、看護補助業務に就いてもらう予定。また、フィリピンでは看護大学(4年生)を卒業す

る学生が年間5万人。看護師資格取得試験に2万人が受験して、約半分が看護師の資格を得るが、フィリピン国内での需要は合格者の20%で、8,000人の看護師資格取得者は海外(アメリカ、中近東)の勤務となる。施設の受け入れに関する負担金は、申し込み手数料3万円、斡旋手数料10万円、POEA(フィリピン海外雇用庁)4万円、AOTS(海外技術者研修協会(日本語の研修))に月額6万円×6カ月、滞在管理費2万円、合計半年で約55万円となる。マッチングで帰属先が決まれば、半年間の研修を経て国内の看護師資格取得試験後、早ければ1年目で日本人と同じ条件で医療機関に勤務できるが、自動車問題でFTAとの交渉が進んでおらず、2007年からの発効となるのではないかと懸念されている。また、研修内容だが、医療制度、社会保障制度、在宅看護に関しては看護導入研修時に42時間を英語で教え、日本語の学習は6カ月間(675時間)で準2級から3級の能力をつけ、日常生活に必要な会話までを想定。資格試験は通常の試験より優しい問題を出題するののかとの質問に対し、あくまでも日本人と同じ試験で内容は日本語とするとされたが、当初の「受けやすく、受かりやすい」というフレーズに疑問。漢字が読めなければ試験に受かるとは思えず、100名くらいのフィリピン人看護師が来て1人も合格しなければ国際問題化しないかと懸念を抱いていた。1月24日までにかたちを決めたいとしている。

久常参与からは、今回のフィリピン人看護師の受け入れは、決して日本の看護職員が不足しているわけではなく、日本の貿易が過剰でその見返りとして諸外国の職員を受け入れているのではないかと懸念されている。また、外国人看護師でも日本語を話せなければ、患者とのコミュニケーションはとれないと述べられた。

#### 6. 第55回日本病院学会収支決算報告について

福田常任理事から、第55回日本病院学会(平成17年7月18日～19日の2日間、名古屋で開催)の収支決算書を監査した星、柏戸両監事が概要報告と監査を受け、報告を行った。また、次期学会長

の土井常任理事から、岡山で開催する第56回日本病院学会の抱負と準備状況が紹介された。日時：平成18年7月7日～8日、テーマ：「新しい病院のあり方をさぐる～コラボレーションによる地域連携～」

#### 7. 新型インフルエンザに係る医療を提供する体制の確保について

山本会長から、ヒトからヒトへ感染する新型インフルエンザの発生の危険性が高まっていることから、国内での新型インフルエンザ発生に備えた医療提供体制の確保に対して厚生労働省より協力依頼の通知が届いたと報告。

#### 8. 全国病院団体連合の解散について

中山顧問から、平成5年9月に創立した全国病

院団体連合（全病団連）について、全病団連の活動に関して、この間に規制改革，制度改革，とりわけ医療制度に関する改革に大きな動きがあった。しかし、今般の全病団連は、現在の周辺状況を鑑みると設立時の目的，活動理念からみて存在意義が薄れ、今後の活動はいかなものかとの意見が寄せられ、協議の結果，解散することになった。また、故諸橋芳夫先生の悲願であった病院団体による中医協委員の参画が、昨年9月に実現したので、平成17年11月30日をもって発展的な解散となった。

定刻となり会議を終了した。

（日本病院会事務局 広報部）



## 診療情報管理課程通信教育第69期生の募集について

1. 開講月日 平成18年4月1日
2. 申込締切 平成18年5月31日(水) (必着)
3. 申込方法 申込用紙, 履歴書(写真貼付)等に必要事項をご記入のうえ, 日本病院会事務局までご送付ください。(※)
4. 修業年限 2年(基礎課程, 専門課程各1年)
5. 受講料 基礎課程及び専門課程とも1年 100,000円
6. 募集定員 1,000名(先着順)

### ① 基礎課程の受講資格について

- ・原則として短期大学または専門学校卒業以上の学歴を有する者。ただし, 現在, 病院に勤務している者は当分の間, 高卒者でもよい。

### ② 専門課程の編入資格について

- ・医師・看護師(准看護師を除く)及び当会が指定する専門学校生のうち基礎課程認定試験合格者。

※申し込み用紙等については, 当会より指定した用紙がありますので, 日本病院会通信教育課までお問い合わせください。履歴書については, 市販のものを使用する。

【連絡先】 〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

日本病院会通信教育課

## 日本病院会雑誌

第53巻第4号 2006年4月1日発行(毎月1日発行)

頒価1,200円(会員の購読料は会費の中に含まれます)

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話: 03-3265-0077(代) FAX: 03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 山本 修三

編集人 石井 暎禧

編集協力 (株)美和企画(東京都渋谷区南平台町12-6 電話: 03-3496-6751(代))

印刷・製本 日本平版印刷(株)(東京都文京区小石川4-3-6)

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。