

巻頭言

魅力ある医療を求めて 末永 裕之 3

グラフ 国際モダンホスピタルショー2008 4

●国際モダンホスピタルショー2008・カンファレンス

オープニングセッション

「病院経営と医療の質 ～医療再生への課題～」

●山本 修三 8

ランチョンシンポジウム

「病院医療の再生をめざして

～これ以上つぶすな!～」 ●座長：池澤 康郎 28

①医療崩壊はこうすれば防げる ●本田 宏 29

②生命輝かそう日本のホスピタリスト―防げ, 医療崩壊 ●邊見 公雄 42

③医療制度改革と病院―制度疲労からの復活は ●石井 暎禧 59

④討論 ● 70

【資料】「調査報告 DPCについてのアンケート」 ●統計情報委員会 82

【資料】「DPCレセプト提出時における包括部分に係る診療行為内容の添付について(案)」 ●厚生労働省保険局医療課 138

連載・医学史の旅 **ギリシャ⑥ [ティリンス・エピダウロス]** ●星 和夫 143

ようこそ日病へ・新入会員の紹介

医療法人 成春会 北習志野花輪病院 (千葉県) ●伴野 昌厚 147

塩竈市立病院 (宮城県) ●伊藤 喜和 148

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報9月号」巻頭言 ●大久保 一郎 149

一番町だより 平成20年度 第5回定期常任理事会 議事抄録 (平成20年8月30日) ● 150

お知らせ 『Japan Hospitals No.28』 (July 2009) の原稿募集 ● 159

日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ● 160

本誌へのご寄稿のお願い ● 162



魅力ある医療を求めて

医療は教育とともに社会的共通資本のひとつと考えられており、また社会の安定化装置、命の安全保障に欠くべからざるものと思われてきた。

今、その双方に翳りが見られ、かつてあったと思われる「尊敬の念」「信頼感」ではなく「不信感」という魔物に取り付かれているようにさえ感じられる。

今から20年以上も前からであろうか「教育の崩壊」が言われ始め、「デモ・シカ先生」と揶揄されていた頃、それでもすばらしい教師がたくさんいたはずで、部外者である私には、もっと教育にお金をかけ、教師の待遇を良くすれば教えることに情熱を傾ける若者が教育をめざし、育っていくのではないかと、またそうなることが将来の日本には極めて重要なことではないかと考えていた。

その頃には、まさか医療界がその轍を踏むことになるろうとは思ってもみなかった。いうまでもなく長期に続く低医療費政策のなか、現場ではそれぞれがそれこそ「聖職者」さながらに医療を支えてきた。確かに医療の「閉鎖性」「密室性」等の批判に関しては、医療行為だけで手一杯の医療者のなかから、社会一般の常識から外れる部分に対し内部から気付き、変革することに関しては遅れていた。また「聖職者」さながらに働いてきた層には、その頃はまだ「医療不信」は乏しく、次の世代も自分たちと同じように働いてくれるはずとの思い違いもあったようにも思う。時代は変わりつつある。私たちも時代にあった意識の変革とと

もに大分県の教員採用に見られる不祥事のように先の見えなくなってしまう教育界の後追いをすることにならないよう心すべきである。

医療崩壊を押しとどめるためには低医療費政策に甘んじるのではなく、医療界から、あるべき医療、国民から納得の得られる医療を提供するのにかかる費用に関しては、正当な医療コストとして求めていくことが必要であり、次世代を担う若い医師たちが安心して働ける環境の整備を整えていくことが私たちの使命でもある。

最近の若者にとってまだ医師という職業はなりたいたい職種になっているようで、偏差値で優秀な学生がまず医学部を目指しているという。その選抜方法に関しては変更されるべき点もあるが、いわゆる優秀な人材が医学部に入学している現状は、「デモ・シカ」とは異なる。まだまだ医学部における学生教育、研修病院での教育等のなかで本来あるべき医師像を教えることで、次世代の意識の変革をはかる余地はあるように思われる。

一方で、医師・患者間の「不信感」を払拭していくことも重要である。福島県立大野病院事件の無罪判決後、単に安堵しただけではなく、医療界からも医療界自身の「自律性」を求めるような主張が出てきている。

いつの日か、医療に従事する人たちが安心して、信頼感のあるなかで遣り甲斐を感じながら働ける日の来ることを待ち望んでいる。

国際モダンホスピタルショー2008



主催者と来賓による開会式でのテープカット

7月16, 17, 18日の3日間にわたって、日本病院会・日本経営協会の主催による、国際モダンホスピタルショー2008が東京・有明の東京ビッグサイトにおいて開催された。国際モダンホスピタルショーは、保健・医療・福祉に関わる国内最大規模の総合展示会であり、「健康増進で築く豊かな医療と福祉——新しい地域ケアの姿をめざして」をテーマに、講演やシンポジウムが持たれ、出展数は375に及んだ。3日間の延べ入場者は約7万7,800人であった。



開会式で挨拶する里村洋一ホスピタルショー委員会委員長



本松茂敏日本経営協会理事長の挨拶



来賓の宝住与一日本医師会副会長の挨拶



来賓の井部淑子日本看護協会副会長の挨拶

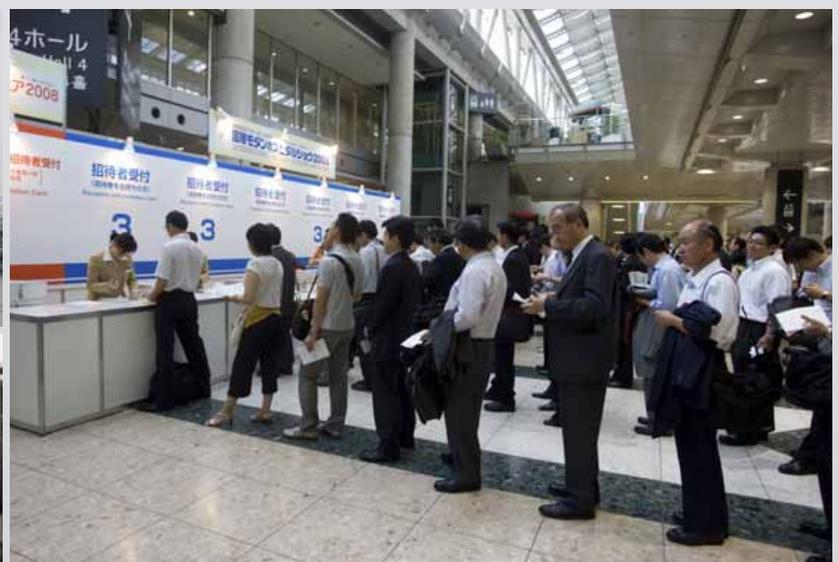
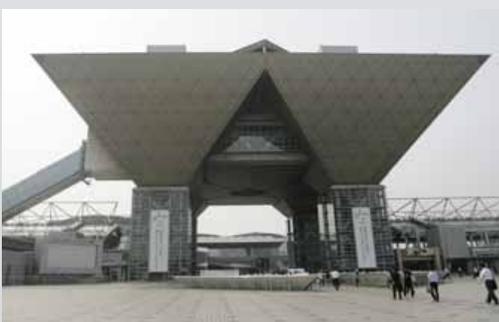


オープニングセッションとして、山本会長の講演が「病院経営と医療の質」と題して行われた。

介護フェア2008が同時開催され、「こんなものを作ってみました！ 看護のアイデア de 賞」で選ばれたグランプリ、準グランプリへの授賞式も行われた。グランプリの香川小児病院には里村委員長から表彰状が贈られた。



会場の東京ビッグサイト



会場の東京ビッグサイトは、連日多勢の参加者でにぎわった。



座長は日本病院会副会長、池澤康郎氏



シンポジストの石井暎禧氏、邊見公雄氏、本田宏氏（左から）

日本病院会ランチョンシンポジウム「『病院医療の再生をめざして』～これ以上つぶすな！～」



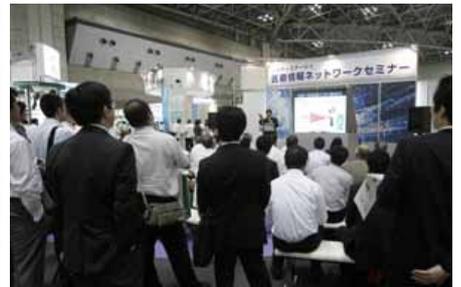
病院経営フォーラム「DPC拡大のその先に～対象病院が進む道すじと課題」が開催された会場。松田晋哉氏、秦温信氏、伏見清秀氏の講演が行われた。



日本病院会のブース

展示会場の様子

会場は、「医療機器、環境設備」「医療情報システム」「病院経営サポート・サービス」「看護」「健診・ヘルスケア」の5つのゾーンに分かれ、参加企業・団体による展示と実演が行われた。



オープニングセッション

病院経営と医療の質

～医療再生への課題～

社団法人日本病院会
会長

山本 修三

日本病院会の山本です。オープニングセッションで、こんなにたくさんの方にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

私に与えられたテーマは、ここに書いてありますように「病院経営と医療の質——医療再生への課題」ということで、大変大きなものです。これを全部お話しすることはもちろんできませんし、いろいろな考え方がありますが、今日は医療提供者、特に医師のサイドから、どういうことを考え、何をしなくてはいけないか、そのようなことを中心にお話ししていきたいと思います。

■日本病院会について

(スライド1) 日本病院会についてご存じない方もいらっしゃるかもしれませんが、少しご紹介します。

日本病院会は1951年にできまして、50年以上の

歴史があり、会員数は約2,700です。公的病院、民間病院がそれぞれほぼ35万床、トータル70万床をカバーしています。大きな急性期の病院が中心になっていますが、中小の病院、慢性療養をやっている病院もお入りいただいております。

主な事業活動としては、日本病院学会などの学会運営、それから人材育成事業（安全管理者、感染管理者、臨床研修指導医等々の育成）、さらに各種セミナーも行っております。また、病院概況調査なども毎年実施しています。国際活動もいくつかやっております。今日の国際モダンホスピタルショウもその一環です。また、WHOのICD（国際疾病分類）のICD-10から11へのバージョンアップで、WHOの動きが悪かったのですが、日本病院会が寄付金と人を出して、ぜひやりましょうということで今進み始めております。そのほかここに書いたようなことをやっている団体です。

(スライド2) 大きな病院団体として、日本病院団体協議会というのがあります。これは比較的新しい、できて4年目の団体ですが、国立大学附属病院長会議、国立病院機構すべて、全国公私病院連盟、全国自治体病院協議会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本私立医科大学協会、日本精神科病院協会、日本病院会、日本慢性期医療協会（日本療養病床協会がこういう名前に変わりました）、それから労働者健康福祉協会、以上の11団体が入った大きな協議会です。

平成18年に大きなマイナス改定があったときに、病院団体として1つにまとまって意思をはっきりさせようということでできた団体ですが、主に診療報酬プラス関連課題について

日本病院会と主な事業活動

1951年創立、会員数：約2700病院（70万床）
（民間病院・国公立・公的病院・大学病院等）

- ・ 学会運営：日本病院学会・日本診療録管理学会
- ・ 人材育成事業：安全管理者・感染管理者・臨床研修指導医
診療情報管理士・病院経営管理者等の養成
- ・ 各種セミナー・研究会開催
- ・ 各種調査事業：病院概況調査・医療保険制度改革の影響度調査等
- ・ 国際活動：国際病院連盟理事国・アジア病院連盟理事国
WHO-ICD改定事業支援
国際モダンホスピタルショウ主催
- ・ 厚労省・その他各種団体への委員派遣
- ・ 各種提言・要望の発信等

スライド1

て一致するような方向を検討し、しっかりアピールしていこうということで動いています。

■医療費をめぐる問題

●国民皆保険制度と医療費

(スライド3) 国民皆保険制度は、ご存じのように1961年から始まって、ここに示したような形で行われています。

基本的に医療機関の収入とは、人数×単価+補助金+寄付金ですが、補助金は民間にはほとんど出ませんし、寄付もわずかなものです。アメリカの医療制度は、高齢者の制度や収入の非常に低い人の制度もありますが、それ以外は民間保険でやっていて、あまりよくないと言われています。しかし、そのなかで、寄付の額が全然違います。私が聞いた話では、病院に対する寄付はアメリカ全体で毎年約20兆円あるそうです。日本は兆どころか億の単位で、それも非常に低い数字です。こうしたこともあって、「アメリカでは、カウンティホスピタルなどでお金のない人もちゃんと診ています」と胸を張って言っている人もいらっしゃいます。

日本の医療は国民皆保険制度ですから、「医療費は公定価格」ということで、大変厳しい。そして、保険のなかでやっている診療と、それ以外の自由診療とは一緒にできない、混合診療は禁止というかたちです。

●医療費の決まり方

(スライド4) 医療費の決め方ですが、政府・与党の方針がまずあります。そして、医療制度改革大綱が平成18年に出て、いろいろな法律ができました。

診療報酬改定率はかつては中医協で決めていたのですが、国家予算の問題だから国で決めるということが小泉内閣のときに決まりまして、改定率は国の予算のなかで決まるようになりました。それを受けて——というのはトータルが大体決まっているわけですから——社会保障審議会で基本方針を決め、中央医療協議会でその中身を検討する。こういう流れのなかで個々の医療費が決まってきます。

社会保障審議会のなかには大きくは医療部会(医政局マター)と、医療保険部会(保険局マター)があって、こちらが診療報酬の大本ですから、医療保険部会、医療部会で医療の方向を決めて、それについて中医協で中身を検討するという方向が出てきたわけですね。

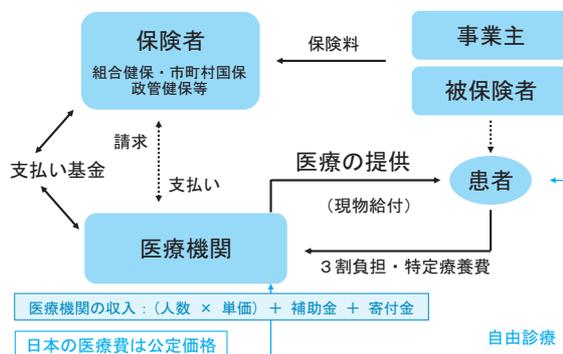
日本病院団体協議会

国立大学附属病院長会議	(社)日本私立医科大学協会
独立行政法人 国立病院機構	(社)日本精神科病院協会
全国公私病院連盟	(社)日本病院会
(社)全国自治体病院協議会	日本慢性期医療協会
(社)全日本病院協会	独立行政法人 労働者健康福祉協会
(社)日本医療法人協会	

課題：診療報酬 + 関連課題

スライド2

国民皆保険制度 (1961年より)



スライド3

医療費の決め方

- 政府・与党の方針 → 医療費抑制政策
医療制度改革大綱・法律改正等
国家予算 → 診療報酬改定率
- 厚労省
社会保障審議会 ⇒ 基本方針
(医療部会・医療保険部会)
中央医療協議会 ⇒ 内容・点数配分
(中医協：保険者・医療提供者・有識者)

スライド4

しかし、この医療保険部会には残念ながら病院団体の代表は、1961年に皆保険制度が始まって、こういう審議会ができて以来、いまだに1人も参加しておりません。再三申しあげているのですが、どういうわけか、今日まで参加できていないですね。それが1つの大きな問題点でもあります。

●低医療費政策

(スライド5) 医療費抑制政策を国が今やっています。これは経済を担当しているほうからすれば当然という話です。

しかし、例えば過去10年間のGDPと医療費の伸びを外国と比較してみるとどうなるか。まず、日本のGDPは過去10年間、バブルがはじけて非常に悪い時期ですから、0.52%とほとんど伸びていない。それに対して医療費は2.87%伸びている。この差のあまりの大きさにびっくりして、医療費で日本が潰れてしまうという話になるのですが、医療費自体の伸びは、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツに比べてずっと低いですね。ですから、日本はまさに低医療費政策でやってきているわけです。

今、国の借金が、地方と国と合わせて1,000兆円あると言われていますが、財政のプライマリーバランスを合わせようということで、どうしても社会保障費、医療費等を抑制しなければならないというのが国の立場です。

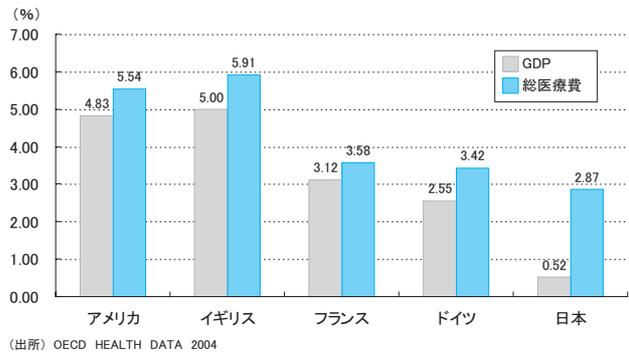
●高齢者問題

スライド6に示すように、それに加えて高齢者問題があります。1965年には75歳以上の人はこれしかいなかったのに、2008年にはこれだけ増えていて、2030年にはこんなに増えてしまうのです。予想では、2030年になると、高齢者のトータルの医療費が若い人の医療費と大体1対1になると言われています。2055年にはさらに増えるということで、これがいちばん大きな問題です。

今、日本では、65歳未満の人たちに比べて、65歳

主要先進国におけるGDPと総医療費の伸び
(1992年～2001年の平均値)

- 主要先進国の総医療費は、GDPを上回る伸びを示している。
- 診療報酬改定や患者負担引き上げ等の累次の改革を行ってきた我が国の医療費の伸びは、総枠管理を行っている英、独、仏よりも低く、主要先進国の中で最も低い。



スライド5

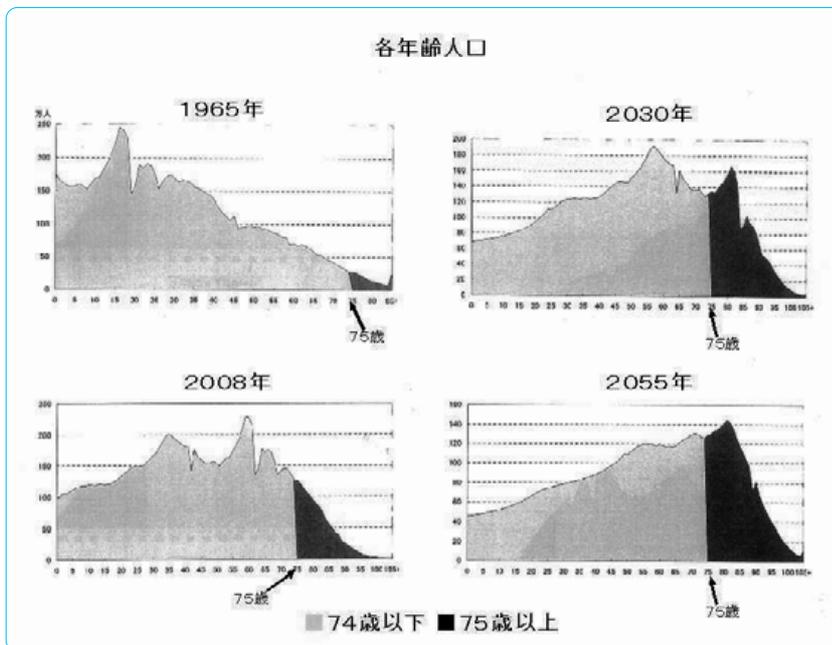
以上の高齢者では4.5倍医療費がかかっていますから、その人数が増えると、やはり医療費は増えるでしょう。学者のなかには、高齢化で医療費は増えない、と言う人もいますが、日本の場合には、実際、かなり増えると思います。そういう時代を迎えるに当たって、今、そんなに医療費を上げられないという話になっているのだと思います。

●社会的入院

(スライド7) もう1つは終末期医療における問題です。日本の文化的背景もありますが、今はほとんどの人が病院に入って亡くなる。日本では亡くなる人の81%が病院で亡くなります。フランスでは58%、スウェーデンでは42%、オランダでは35%です。ですから日本では、国、厚生労働省も、在宅介護、在宅医療でこれを減らそうとしている。そうすれば医療費が少しは減るのではないかとということで、この一部をもって、社会的入院という言葉が使われているわけです。

なぜ社会的入院があるかということになると、見方は非常にさまざまです。病院の収入になるから病院がなかなか患者を出さない、だから社会的入院だ、という見方をする学者もいますが、現場にいる人たちはそうは考えていません。社会的入院と言われるような人

スライド6



私たちは、なぜ病院から出られないか。1つには、その受け口がないからです。それともう1つは、患者さん・家族にとって病院にいたほうが安いということがあります。自宅に帰って、ヘルパーさんを頼み、いろいろ見てもらったりすればお金がかかる。あるいは有料老人ホームに入るには非常に高額のお金が必要です。それならば病院にいたほうがいい。病院にいれば、普通の収入で3割負担、収入が少なければ1割の負担で面倒を見てもらえる。だから病院から出られない。

こうした実態を、現場の認識として我々はしっかり言わなければいけません。社会的入院はいかにも医者が悪いというようなことがよく言われますが、そうではない、と。

●患者負担と医療費

(スライド8) 医療費が安いというのは皆さんよくご存じのことですからあらためて申しませんが、急性虫垂炎の手術の費用を比較してみますと、ここに示したようになります。ニューヨークでは約243万円、1日の入院です。民間保険に入っていれば自己負担なしで保険で全部できますが、保険がなければ全部自己負担です。ロンドンでは約114万円、フランクフルトでは約42万円。香港では約152万円です。台北でも5日間で約64万円。日本では約34万円と安いです。入院日数は7日と

でていますが、今、7日入院する人はまずいません。日本は34万円という非常に安いなかで3割負担ですから10万4,000円を自己負担しなければいけない。ほかの国の自己負担は、例えばパリでは2万8,600円、フランクフルトでは1万円です。香港は1日1,600円ですが、香港の場合はちょっと特殊で、国で全部面倒を見ていますから、肝移植を受けてもアップを受けても、1日1,600円を払えばいいのです。

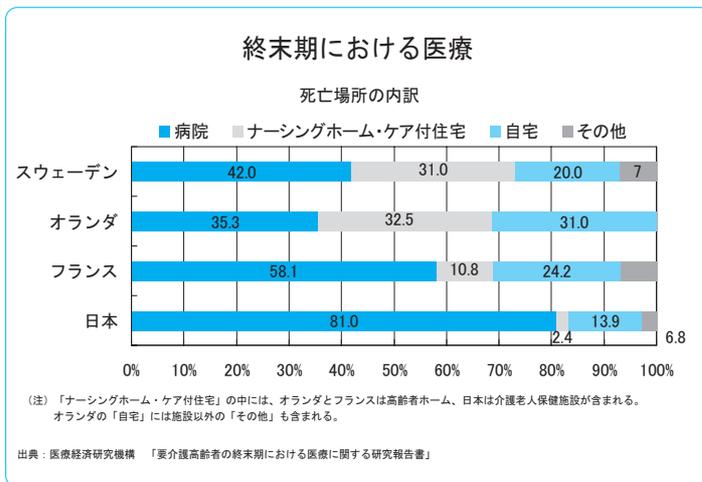
つまり日本では、患者さんが払うお金が非常に高いので医療費は高いと錯覚されていますが、実はそうではないということです。

■低医療費政策がもたらしたもの

●収益を上回る費用

(スライド9) その低医療費政策の結果として、何が起きてきているのか。

平成18年6月はマイナス3.14%の改定をした年で



スライド7

	手術費用(万円)	入院日数	自己負担
ニューヨーク	243.9	(1日)	保険・自己負担
ロスアンゼルス	193.7	(1日)	同上
ロンドン	114.2	(5日)	無し
パリ	47.7	(2日)	28,600円
フランクフルト	42.5	(7日)	10,000円
香港	152.6	(4日)	一日1,600円
日本	34.6	(7日)	10.4万円
台北	64.2	(5日)	
北京	47.8	(4日)	
バンコク	20.7	(3日)	

(AIU保険会社2000年資料より 一部改変)

日本の手術料は安い、しかも、患者負担は最も高い!

スライド8

す。その次の平成19年には、改定はありませんでした。このときの医業収益と医業費用を見てみますと、医業収益に対する医業費用は平成18年が107.4%です。これは単純に言えば、1万円を医療費で稼ぐには1万740円の費用がかかるということです。翌年は106.8%。そしてその結果、70%以上の病院が赤字になっている。これは大変な状況です。

●医師の標準数をクリアできない病院

(スライド10) それからもう1つは、皆さんご存じの医師が足りないという問題で、これはあらためて申しあげることもありませんが、平成16年度の医療監視結果で、医師の標準数をクリアしている病院は全国で83.5%。残り16.5%はクリアしていない。医療法に規定された医師数というのは最低の基準で、これでは急性期はできないような少ない数ですが、その数さえも16.5%の病院では確保できない。北海道・東北ではクリアしている病院は61.6%で、大変

厳しい状況があります。

(スライド11) 都道府県単位でもかなり差があります。特に北海道は、人口10万人当たりの医師数が

216.2人で非常に多い。人口10万対の病床数も一般病床で962.3。これもほかの都道府県に比べて多いです。高知そして北海道がいちばん多いのですが、

しかし、その北海道の100床当たりの医師数は7.9人できわめて少ない。同じ傾向は高知にも見られます。

東京、神奈川などは、100床当たりの医師数は多い。しかし神奈川は、人口10万対の医師数は非常に少ないですね。人口10万対の病床数も少ないです。

こういうふうには、地域間に格差が出てきていますので、地域ごとに考えていかなければいけない状況にあるわけです。

●各国の医療供給体制と比較すると

(スライド12) これはちょっと古い2004年のデータですが、各国の医療供給体制を比較したものです。これを見ますと、100床当たりの医師数は、日本が14.3、フランスが44.9、アメリカが73.3となっています。

この数字を示すと必ず出てくる反論は「いや、日本は人口1,000人当たりの病床数が多すぎるのだ。病床数が多いから、100床当たりの医師数が少なくなるのだ」とおっしゃる人がいます。確かにそれも一部は真実ですが、では、それを比較してみるとどうなるか。

日本の人口1,000人当たりの病床数は14.2です。アメリカは3.3で、圧倒的に違います。フランスは7.5です。そこで、日本とフランスを比較しますと、日本の病床数はフランスのほぼ倍です。仮に日本がフランス並みに病床を半分減らすということを考えたときに、その減らす病院の先生全員に、残った病院

100床当たり収支金額、科目、年次別 (金額単位千円)

科 目	平成18年 6月		平成19年 6月	
総費用	151,024		151,350	
1 医業費用	146,618	100%	146,904	100%
1) 給与費	75,516	51.5	76,924	52.4
2) 材料費	38,701	26.4	37,149	25.3
3) 経費	21,693	14.8	22,119	15.1
4) 減価償却ほか	10,704	7.3	10,712	7.3
2 その他の費用	4,406		4,445	
総収益	139,270		140,439	
1 医業収益	136,515	100%	137,561	100%
1) 入院収入	89,050	65.2	90,496	65.8
2) 外来収入	42,058	30.8	41,449	30.1
3) その他の収入	5,407	4.0	5,616	4.1
2 医業外収益等	2,755		2,879	
総収益 - 総費用	△11,754		△10,911	
医業収益 - 医業費用	△10,103		△9,343	
総費用/総収益 × 100	108.4%		107.8%	
医業費用/医業収益 × 100	107.4%		106.8%	
病院数	1,145		1,167	
平均病床数	282		280	

スライド9

医療法に規定する病院の医師、看護師の標準数の充足状況 (平成16年度医療監視結果)

○ 地域別充足状況

地域 職種	全 国	北海道 東 北	関 東	北 陸 甲信越	東 海	近 畿	中 国	四 国	九 州
	医 師	83.5	61.6	89.7	78.2	87.4	93.4	84.6	80.2
看護師	99.1	99.4	98.0	99.2	98.3	99.5	99.6	99.2	99.8

スライド10

都道府県別医師数及び病床数

	100床当 たり医師数	人口10万 対医師数	人口10万 対病床数 (一般病床)		100床当 たり医師数	人口10万 対医師数	人口10万 対病床数 (一般病床)
北海道	7.9	216.2	962.3	長野	10.7	190.9	725.7
山形	10.3	198.8	790.6	岐阜	11.0	171.3	613.5
埼玉	11.1	134.2	483.4	愛知	12.3	184.9	588.3
千葉	11.2	152.0	539.9	大阪	12.5	244.6	747.6
東京	17.6	278.4	671.4	和歌山	10.4	247.8	858.0
神奈川	13.5	174.2	553.0	山口	7.8	237.9	756.6
福井	11.8	212.4	843.4	高知	8.9	273.6	989.2
山梨	10.9	193.0	748.6	沖縄	9.8	204.9	708.1

※ 100床当たりの医師数 全国平均 10.9人
 ※ 人口10万対医師数 全国平均 211.7人

スライド11

で働いてもらうと、病床当たりの医師数は倍になるわけですね。それでも100床当たり28.6人。フランスは44.9人です。そして、このフランスの数でも、アメリカに比べればずっと少ないのです。こういうふうに比べますと、日本の病院で働く医師はまだまだ少ないということが、はっきり言えるわけです。

●病院の機能不全

(スライド13) 低医療費政策、医師が足りない云々、ということで、今、病院の機能不全が起きています。

赤字の病院が増え、医療提供の地域格差が拡大して、一時なくなっていた患者のたらい回しもまた出てきました。その結果、病院医療の質の向上を図ることが本当にできるのかという大きな問題が出てきています。いろいろあって、医療の信頼も低下する。病院経営も非常に危機的状況にあります。

スライドの下の表にあるように、診療報酬は平成14年から3期続けて大きなマイナスです。平成20年の改定で、病院団体は、せめてこのマイナス1.36%、あるいはマイナス3.16%を元へ戻すように要求したのですが、結果的には本体で0.38%、全体ではマイナス0.82%という改定しか行われませんでした。

●医療提供側と患者さん側とのギャップ

(スライド14) 最近、医療に関する本がいろいろ出ています。小松先生の『医療崩壊』に始まって、『瀕死の医療』『崩壊する日本の医療』『医療危機』『医療崩壊か再生か』、さらには『大学病院が倒産す

医療供給体制の各国比較(2004)

国名	人口千人 当り 病床数	病床百床 当りの 医師数	人口千人 当り 医師数	病床百床 当りの 看護職員数	人口千人 当り 看護職員数
日本	14.2	14.3	2.0	63.2	9.0
ドイツ	8.6	39.5	3.4	112.5	9.7
フランス	7.5	44.9	3.4	100.0	7.5
イギリス	4.0	57.0	2.3	226.8	9.2
アメリカ	3.3	73.3	2.4	233.0	7.9

日本は厚生労働省調べ、諸外国はOECD Health Data 2002, 2004

平成18年6月：一般病院16人/100床、大学病院26人/100床(最大75人以上/100床)
(日本病院会調査および大学資料より)

スライド12

病院機能不全の現状

- 病院勤務の医師・看護師絶対数の不足
地域別・科別偏在・機能別偏在
- 赤字病院の増加(70%以上)
- 医療提供の地域格差拡大
- 患者たらい回しの復活
- 病院医療の質の向上困難

医療の信頼の低下
病院経営の危機

医療費抑制政策

	診療報酬	薬価基準	計
平成14年	△1.3	△1.4	△2.7
平成16年	△±0	△1.0	△1.0
平成18年	△1.36	△1.8	△3.16
平成20年	+0.38	△1.2	△0.82

スライド13

る日』などという本まで出ています。

一方で、患者さん側の本としては、『医療が病をつくる』『医療から命を守る』『白衣を脱いだらみな奇人』、それから外国でもこの種の本が出ていて『医者が患者をだますとき』『患者は何でも知っている』、こうした本が出ています。

やはり医療というものについて、提供する側とそれを受ける患者さん側との間にまだまだギャップがあるわけで、やはりきちんとして情報提供をしながらこのギャップをどうやって埋め、医療の信頼性を高めていくかが非常に重要なことです。

●国民は適切な医療を受けているのか

(スライド15) そうしたなかでありながら、我々も含めて一部では、

最近発刊された本のタイトル

- | | | | |
|---------------|------|----------------|-------------------|
| ●『医療崩壊』 | 小松秀樹 | ●『医療が病をつくる』 | 安保 徹 |
| ●『瀕死の医療』 | 大津秀一 | ●『医療から命を守る』 | 岡田正彦 |
| ●『崩壊する日本の医療』 | 鈴木 厚 | ●『医者が患者をだますとき』 | ロバート・メンデルソン(弓場隆訳) |
| ●『医療危機』 | 田辺 功 | ●『白衣を脱いだらみな奇人』 | 平盛勝彦 |
| ●『医療崩壊か再生か』 | 小川道雄 | ●『患者は何でも知っている』 | J A ミュアグレイ |
| ●『大学病院が倒産する日』 | 照屋 純 | | |

スライド14

「いや、日本の医療制度はいちばん良い。国民皆保険制度はWHOの総合評価で世界一なのだ。医療の効率、すなわち医療費に対する医療の質ということになるとWHOでいちばんなのだから」と言っているわけです。しかし、医療費はGDP比で先進諸国のなかの17位ですし、これで本当に日本の医療はいいのだろうかということなのです。

(スライド16) スライド15の下に示すこういう指標によって、日本の医療は良いということにはなっています。しかし、国民は本当に適切な医療を受けているのか。必要な医療が本当に提供されているのか。我々が提供できる医療が本当に提供されているのか。適切な医療体制が構築されているのか。患者さんが安心できる医療が提供されているのか。こうしたことはすべて疑問です。これらが大きな課題になると考えています。

■地域における医療

●地域医療計画が示す方向

(スライド17) 国は第五次の地域医療計画として、医療法30条の4ということで法改正をして、このようなものを掲げました。「医療圏の設定」、「基準病床数の算定」の見直し、「地域医療支援病院の整備目標」。

このなかで大きなことが次の2つです。1つは、「4疾病5事業の目標・医療連携体制」をつくっていく。地域単位で医療を提供しましょうということ

これからの地域医療計画 (医療法30条の4)

- 医療圏の設定
- 基準病床数の算定
- 地域医療支援病院の整備目標
- 4疾病及び5事業の目標・医療連携体制
- 医療連携における医療機能に関する情報提供の推進
- 居宅における医療の確保
- 医療安全の確保
- 医師等の医療従事者の確保
- その他の医療を提供する体制の確保

- 3つの課題
- 1 量的管理から質の評価へ
 - 2 住民・患者にわかりやすい医療計画へ
 - 3 数値目標を示して評価できる医療計画へ

スライド17

医療制度(国民皆保険制度)の評価は、 WHOの総合評価で世界一

$$\text{医療(制度)の効率} = \frac{\text{医療(制度)の質(WHO評価)}}{\text{医療費(対GDP比17位)}}$$

主要先進国の健康指標 (WHO)

		米国	イギリス	フランス	ドイツ	日本
平均寿命	男	73.9	74.6	74.6	74.5	77.2
	女	79.4	79.7	82.2	80.5	84.0
健康寿命	男	67.5	69.7	69.3	67.4	71.9
	女	72.6	73.7	76.9	73.5	77.2
乳児死亡率		7.2	5.7	4.7	4.7	3.6

スライド15

国民は適切な医療を受けているか

- 必要な医療が提供されているか
- 適切な地域医療体制が構築されているか
- 患者が安心できる医療が提供されているか

↓
すべて? → 課題

スライド16

です。もう1つは、「医療連携における医療機能に関する情報提供の推進」。これは現実に今年4月から始まっていて、日本のあらゆる医療機関が、自分のところの定められた医療情報を、都道府県に報告しなければいけません。これが始まると、患者さん・市民がこの医療情報を見て病院を選択するような時代が来るということになります。

さらに、「居宅における医療確保」、「医療安全の確保」などをやっていこうということで地域医療計画が変わりました。

こうしたことで基本的に何が大きく変わったかという、1つは量から質への転換です。戦後間もない頃は医療機関がまったくなかったの、とにかく医療機関をつくって医師を育ててというところから始まって、まず量を確保する。そしてそれはほぼ十分になりましたから、これからは質の評価に変えていきたいと思いますというのが、今度の医療計画で非常に大きく変わった点です。

それから、住民・患者にわかりやすい医療計画。

すなわち情報をちゃんとディスクロージャーしてくださいということですね。なおかつ、地域として数値目標を示して、評価できる医療計画をすすめていく。以上のような方向を国が示したわけです。

●医療機関の機能区分と連携

(スライド18) 地域における医療機関の機能区分と連携ということが言われています。急性期、亜急性期、回復期、そして慢性期の医療と、それぞれいろいろなかたちで行われています。医療の内容でいうと、高度先進医療とか先進・専門医療、あるいは日常的な医療というものがあります。そして、これらに対応するものとして入院機能と外来機能がある。さらに外来のほうは、病院外来と診療所の外来があります。これらをどう切り分けて、機能区分をしていくのか。そしてそのなかでどういう連携をやっていくのか。

患者さんについては、病院から社会復帰する、あるいは在宅医療、在宅介護（在宅には集合住宅も入ります）、それから介護施設。こうした全体に対して、地域でどのようなネットワークをつくり、地域の患者さんのために機能する仕組みをつくっていくかということです。

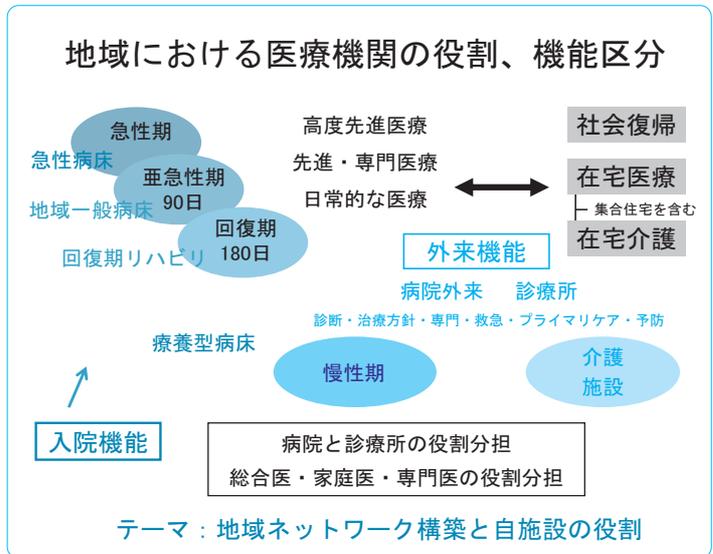
これは、日本全国一律の同じ仕組みでいけばいいかということ、そうはいかないと思います。すでにモデルはいくつかあり、例えば尾道モデル、熊本モデルなど、いろいろな地域で頑張っていてやっています。地域で医師のカバーまで含めて考えている所も出てきています。

(スライド19) いずれにしても、地域で、中核病院と一般病院、その他の病院があり、さらにいろいろな施設があり、地方行政が絡む、あるいは医療関連事業者も絡み、在宅関連も絡む。もちろん医師会が中心になってコーディネート組織をつかって、その地域の医療をどうやって守っていくか。それを地域ごとに考えなければいけない時期が来たと思います。

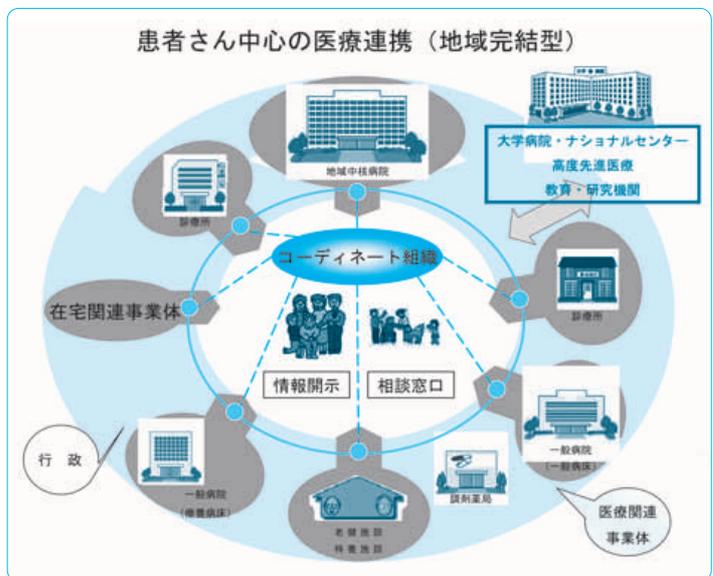
■医療の質と病院経営

●経営指標と臨床指標、医療の品質管理

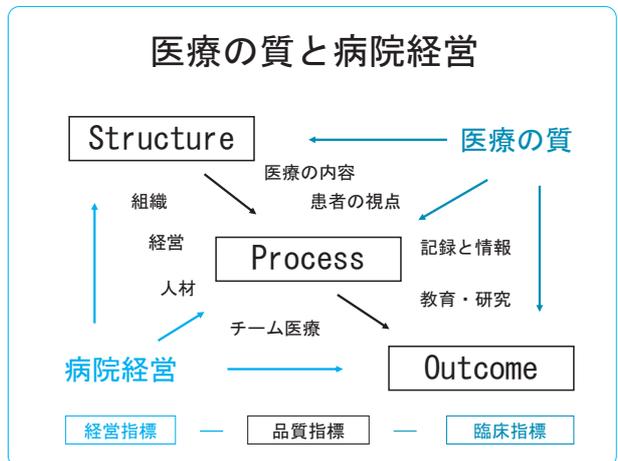
(スライド20) 個々の病院が地域で生きていくためにはどうするか、ということになりますが、これ



スライド18



スライド19



スライド20

はやはり医療の質と病院の経営を安定したものにしなければいけません。日本病院機能評価機構でよく言われるものに、Structure, Process, Outcomeの

3つの要素がありますが、病院経営という側面、医療の質という側面からストラクチャーをしっかりとつって、患者さんに医療を提供するプロセスをしっかりと行い、結果を出していく。これがいちばん大事だろうと思います。

そのためには、経営指標、臨床指標というものをきちんと整理して、医療全体の品質管理ということをやっていかなければいけない。そんなふうを考えているわけです。

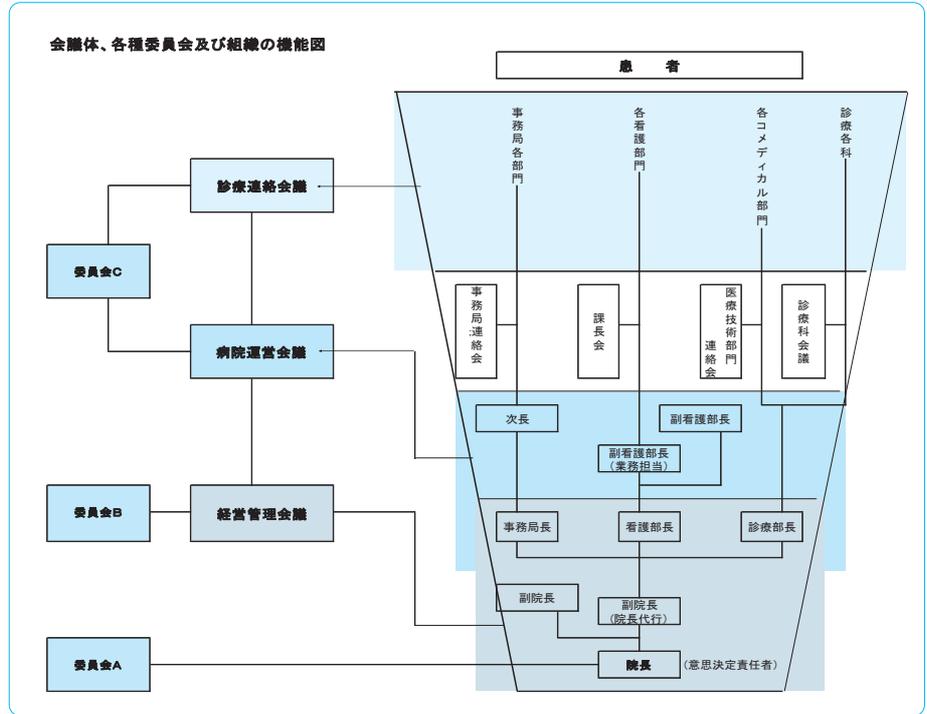
(スライド21) これは組織図です。院長をやっていたときに、院長がピラミッドのトップにいるのはやめようということで、私が考えたのは逆ピラミッドでした。院長は下のここにいます。現場の職員は、医師もコメディカルも看護師さんも、すべて職能、資格を持って、何をやるかはみんなわかっていますから、「患者さんに対していちばん良いことをみんなやってください。何かあったら全部こっちで引き受けるから」というような逆の仕組みをつくり、それに見合った管理会議などをつくって試みたことがあります。

(スライド22) 地域で生きていくためには、病院として、やはり経営のなかでしっかりした理念を持ってやっていかなければいけない。このスライドは後で見えておいていただきたいと思っています。

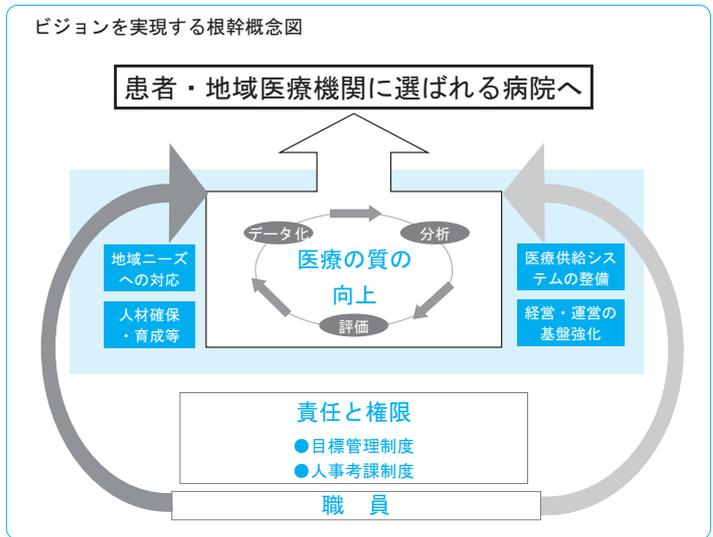
(スライド23) その1つのモデルとして、今よく言われているバランスト・スコアカード(BSC)を導入し、財務の視点だけでなく、患者の視点、業務プロセスの視点、そして自分たちが学習・成長していく視点。これをトータルで見えていく道具としてクリニカルパスは非常にいいと思っています。

●人事管理

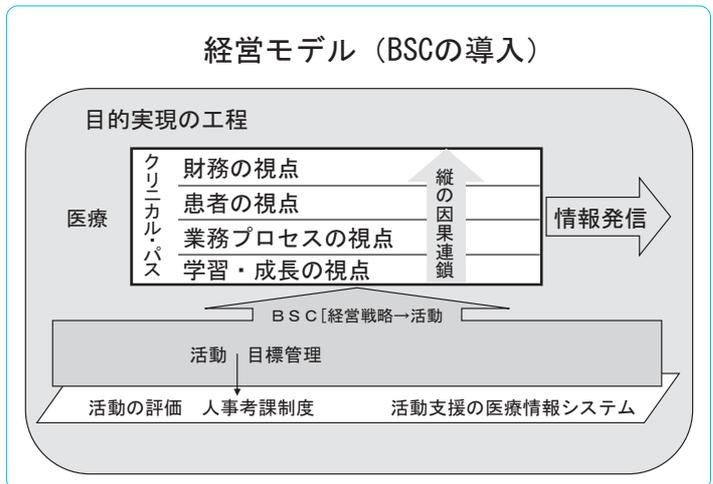
(スライド24) もう1つ大事なことは人事管理です。今まで病院では人事管理というも



スライド21



スライド22



スライド23

のはなかなか難しい状況にありました。しかし、やはりこれからは、しっかり対処していかなければいけないでしょう。これは1つのモデルですが、オペレーション機能とマネジメント機能に分けています。

例えば診療なら、アソシエイトからだんだんとプロに育ち、さらに部長になったら、「自分の科のマネージャーくらいやってください」。副院長，院長になったら、「しっかりマネジメントしてください」と。しかし「そんなの嫌だ。一生，外科の現場で手術をやりたい」という人がいたら，そういう人には，それならこっちへ来て，こっちで診療のプロとしてやってください，ということに。この診療プロの階層としては，「日本全国から患者さんを集められるレベルで医療をやってください」とか，『あの先生のところに行こう』と言って，世界から患者さんが来るような専門性を持ってください。そうしたら，このマネージャーに相当する給料を払います」というような階層がある。こんな仕組みが1つのモデルとしてあります。参考になればと思います。

●情報システム

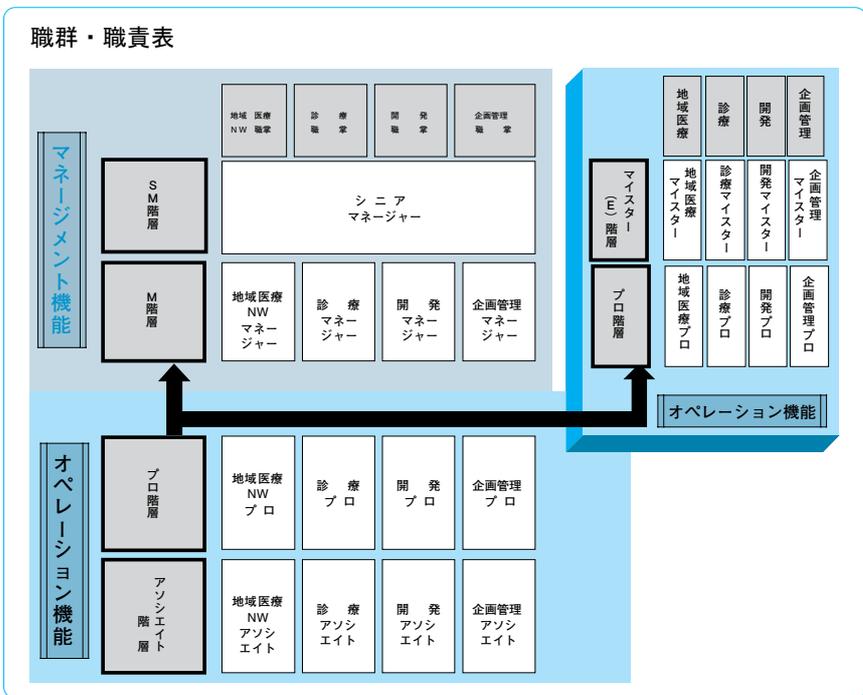
(スライド25) 情報システム

についてですが，電子カルテが本当にいいかどうかの疑問はあります。しかし現場の話として言いますと，私どもが考えている電子カルテは，基本的に，まず，カルテから医療の分析・評価ができる，そういうデータベースになるようなものであること。もう1つは，病院の経営管理に役立つような，データを分析できる仕組みがあること。この2つが一緒になって，さらにTQMでどうやって良い医療を提供していくかを考え，それを現場に戻していく。このようにしてPDCAサイクルで回す。こうしたことが

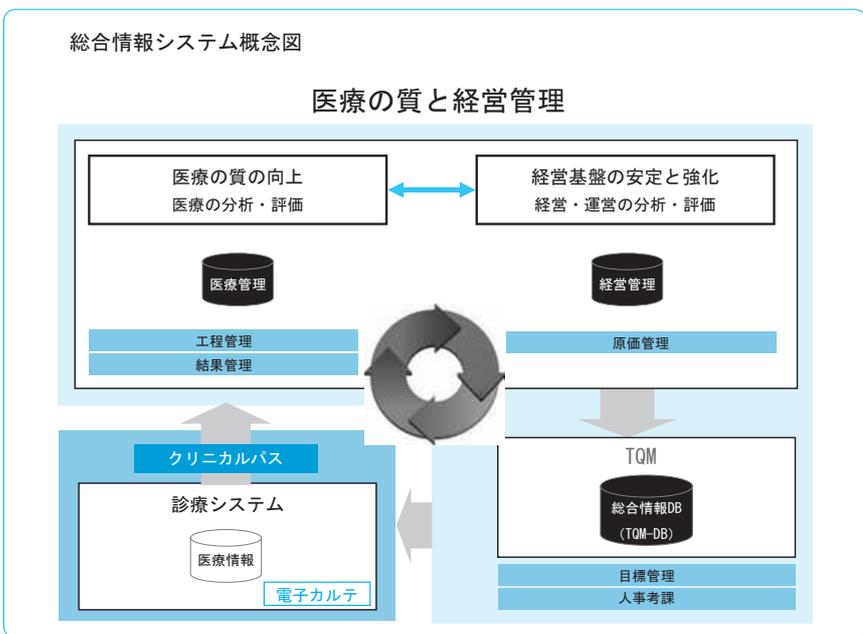
できる情報システムが必要ではないかと考えています。

●病院経営者の責任

(スライド26) 病院経営者の責任は，もちろん患者さんに対する責任がいちばんです。それから職員家族に対する責任もありますし，地域社会に対する責任もある。その基盤となるのは，健全経営，そして医療の質をキープすることです。株式会社の場合の責任は，いちばんに来るのは株主に対するものですよね。そこが医療はまったく違うところです。



スライド24



スライド25

病院経営者の責任

- 患者に対する責任
- 職員・家族に対する責任
- 地域・社会に対する責任

基盤：健全経営 + 医療の質

スライド26

●好きな言葉、よく使う話

(スライド27) 院長だった時には、いろいろみんなの前でしゃべりましたが、そうした時によく使った言葉があります。

この山本五十六の言葉、「してみせて、言ってみせて、させてみて、ほめてやらねば人は動かぬ」はいいですね。これは大事なことだと思います。

「百聞は一見にしかず」。ふつうはここまでですが、そのあとに「百見は一考にしかず。百考は一行にしかず」と続きます。いくら見ても考えなければ駄目だし、さらにいくら考えても、行動しなければ駄目ですよ、ということ。

好きな言葉、よく使う言葉

- 目標は行動を促し、成果は行動を持続させる
- してみせて、言ってみせて、させてみて、
ほめてやらねば人は動かぬ (山本五十六)
- 百聞は一見にしかず、百見は一考にしかず、百考は一行にしかず
- 行くに徑(こみち)に由らず 随所に主と作る (臨濟)
- どんな人間でも、何かの点で、私より優れている (エマーソン)
- 琴柱に膠す
- 会社、病院の成績に、3～6倍の差があっても、
職員の能力に3～6倍の差はない
- There is no "I" in TEAM. (Yogi Berra)

スライド27

経営音痴の院長が読んだ本

- 経営・財務、経済学入門書等
- 一分間マネジャーシリーズ
- 80対20の法則
- 6シグマ
- MBA関連
- BSC関連
- エンパワメント関連
- その他医療統計、病院経営等に関するもの

これからの病院経営管理は
経営の専門家・医療の質管理者が必要

スライド28

「^{ことじ}琴柱^{にかわ}に膠す」。琴の駒、琴柱がありますね、その位置がずれて音が狂わないように、決まった所に膠で貼りつけてしまう。しかしそうすると逆に良い音が出ない。やはり、微妙にずらす、フレキシビリティが大事だということです。仕事をするなかでのフレキシビリティは非常に重要です。

次は「会社、病院の成績に3～6倍の差があっても、職員の能力に3～6倍の差はない」。うちの病院は常にマイナスでしたからもう大きな差がありましたが、職員の能力にそんな差があるはずはない、だから頑張ろうよ、ということよく話したものです。

「There is no "I" in TEAM」。これを言ったヨギ・ベラという人は、ベースボールの時代のニューヨークヤンキースのキャッチャーです。非常に素晴らしいキャッチャーだったのですが、人間的にはかなり厳しい人で、その人が言った言葉というので私は選んでいるのです。チームに「おれ」という存在はない。チームで、みんなで、やらなければいけないのだということ。

●病院経営管理に必要なもの

(スライド28) 私は、院長になったときは経営音痴でしたから、ここにあげたような本を読んで勉強させていただきました。

そしてたどり着いたのは、これからの病院経営管理には、経営の専門家と医療の質管理者が必要だということです。こうした人々をしっかりと育てて一緒にやっていく。自分がやるのもいいですが、医者が経営の専門家となるのはなかなか難しいですから、やはりこれからの時代、こういう人々を育てていかなければいけません。

■安全な医療の提供

●ヒューマンエラーとソーシャルエラー (スライド29, 30) ちょっと安全のことについて触れます。この2枚の写真は月面のクレーターです。この2つ、どこが違うか。一方はへこんでいて、もう一方は膨らんでいますね。しかし、実はこれは同じ1枚の写真です。スライド29を逆にして見るとスライド30なのです。



月面のクレーター

(芳賀繁 失敗のメカニズム —忘れ物から巨大大事故まで—)

スライド29

誤認；ヒューマンエラーの形態

認知 —— 判断 —— 行動

この過程で生じる間違い

人間情報処理能力には限界がある

この限界を超えるとエラーが発生する

スライド31



(芳賀繁 失敗のメカニズム —忘れ物から巨大大事故まで—)

スライド30

ヒューマンエラー：2つの考え方

1. エラー行動の原因を設備、システム、環境の
人間工学的欠陥として捉える。
2. システムの潜在要因に人間がはまり込んで起こす
ソーシャルエラーとして捉える。(認知科学的)

スライド32

このことは、例えば申し継ぎをするときのカルテにも言えることです。1枚のカルテをこちらからも向こうからも見っていますが、実は違うものとして見ているのではないかと。そういう感覚を持つことが大事です。

(スライド31, 32) 誤認、ヒューマンエラーは、認知—判断—行動の過程で生じますが、ヒューマンエラーの考え方には2つあります。

1つは、エラー行動の原因を設備、システム、環境の人間工学的欠陥としてとらえるものです。つまり単なる個人のミスではないということです。ただ、

この考え方では十分に説明がつかないということで、比較的最近になって言われてきたのが、もう1つの考え方、システムの潜在要因に人間がはまり込んで起こすソーシャルエラーとしてとらえる、認知科学的な観点です。やはり、この両方の考え方でとらえていかなければいけないだろうと思います。

●複雑な作業環境

(スライド33) 医療における作業環境は大変厳しいですね。高度な技術・行為の対象が人間ですから、結果の不確実性というのがあります。また、病院は国家資格保有職種の集まりで、20種類以上もの国家資格を持つ人たちが働いている。ですから自分のやることはみんなよくわかっているが、そのすき間をだれもやらないのが病院の組織ということになります。そういう意味では、情報の共有と連携が非常に大きな課題です。

1人の患者に複数の人間が関与するのですから、機能区分と分担が必要です。さらに、患者の特性による複雑な作業形態。作業が不定型で、錯綜し、割り込みがあって、緊急性がある。そうすると、相互支援、チーム医療の推進が非常に重要になります。また、製品や機器が機能的で、量的に多彩ですから、正

医療における作業環境

- ・ 高度な技術・行為の対象が人間……結果の不確実性
- ・ 国家資格保有職種の集まり……情報の共有と連携の課題
- ・ 一人の患者に複数の人が関与……作業の機能区分、分担・
- ・ 患者の特性による複雑な作業形態
作業が不定形、錯綜、割り込み、緊急性など
……………相互支援、チーム医療の推進
- ・ 製品、機器が機能的、量的に多彩……正確な知識と技術が求められる

スライド33

確な知識と技術が求められます。

●医療に求められる精度

(スライド34) こういう複雑な作業環境のなかでどうやって安全な医療を提供していくか。

これはシックスシグマの図です。確かに航空機事

故は、もうシックスシグマを超えて100万分の1以下になりましたから、かなり安全なところまで来ています。その航空会社でも、荷物の扱いはまだまだレベルが低くて、医師の処方箋と同じくらいのレベルにあると聞いています。

(スライド35) 我々は99%大丈夫だと聞けば、「それなら大丈夫」と思います。

しかし実は、医療の世界における99%の信頼性というのは、これはアメリカの人が出した数字ですが、1週間当たり手術ミスがアメリカで5,000件起きることになるそうです。そんなに手術ミスは起きていないのですから、医療には99.999%というような精度が求められていることになる。そのことをしっかりと認識しないといけないと思っています。

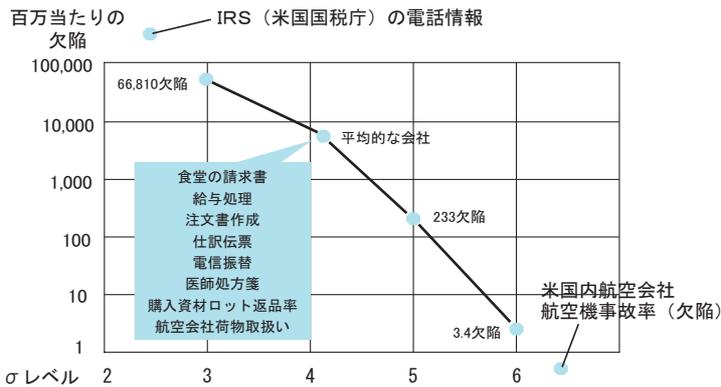
(スライド36) では、医療安全への行動の基本とは何でしょうか。まずシステムエラーとヒューマンエラーの関係を視野に入れ、ルールをシンプルなものにする。そして成果につながる回避可能なエラーの防止から始めようということです。

●医療安全全国共同行動

(スライド37) 今まで、ヒヤリハットとかいろいろなことをやってきました。それなりに成果も挙がっていますが、やはり、これをすればエラーは回避できるというものをあらためてやりましょうということで、今回、キャンペーンをやりまます。それが、この医療安全全国共同行動、「いのちを護るパートナーシップ」です。

(スライド38, 39) この100Kキャンベ

シックスシグマの位置づけ



出展：Charles A. Sengstock, Jr., Quality in the Communications Process, Motorola University Press. (Copyright 1988 Motorola, Inc. Used with Permission of Motorola University Press, USA (847)576-3142)

スライド34

「99%の信頼性」

99%の信頼度であるあるということは……

- ・ 1時間あたりの郵便物紛失が2万件
- ・ 危険なレベルにまで汚染が進んだ水を毎日ほぼ15分間飲むこと
- ・ 1週間当たりの手術ミスが5000件
- ・ 1日当たりの大手航空会社が起こす着陸ミスが2回
- ・ 1年当たりの薬の処方ミスが20万件
- ・ ひと月当たりの停電時間がほぼ7時間

出典：Mikel J. Harry, Ph. D., The Nature of Six Sigma Quality, Motorola University Press. (Copyright 1988 Motorola, Inc. Used with permission of Motorola University Press, USA(847)576-3142)

スライド35

医療安全への行動の基本

- ・ 医療に係るすべての関係者による医療安全の構築
- ・ 作業環境の改善
- ・ システムエラーとヒューマンエラーの関係を視野に
- ・ ルールはシンプルなほど良い
- ・ 成果につながる回避可能なエラーの防止から始める

目標は行動を促し、成果は行動を持続させる

スライド36

医療安全全国共同行動

(日本版100Kキャンペーン)



“いのちを護るパートナーシップ”

Partners to Protect Patients : PPP 08 - 09

スライド37

100,000 Lives Campaign Scorecard

5 Million
LIVES

- ・ An estimated 122,300 lives saved by participating hospitals
- ・ Over 3,100 hospitals enrolled
 - Over 78% of all discharges
 - Over 78% of all acute-care beds
 - Over 85% of participating hospitals sending IHI mortality data
- ・ Participation in Campaign interventions:

- Rapid Response Teams:	60%
- AMI Care Reliability:	77%
- Medication Reconciliation:	73%
- Surgical Site Infection Bundles:	72%
- Ventilator Bundles:	67%
- Central Venous Line Bundles:	65%
- All six:	42%

いのちを守るパートナーシップ

スライド 38

ーンというのは、アメリカでクリントン大統領の時に、9万8,000人から4万8,000人くらいが有害事象で亡くなるというデータが出て、なんとかしようというので、10万人の命を救おうという10万人キャンペーンをやったのです。その後、今度は5 Million livesというキャンペーンをやり、これが成功しました。一部にはうまくいっていないのではないかという声もあったようですが、アメリカの3,000以上の病院が参加して、安全活動をやったわけです。

(スライド40) それを日本でもやろうということで、先日キックオフをやりました。呼びかけ団体としては、医療の質・安全学会、日本病院団体協議会、日本医師会、日本歯科医師会、日本看護協会、日本臨床工学技士会。こういう人たちが集まって、これをやれば医療事故を防止できますよというものを、目に見えるかたちにして取り組んでいきます。

医療安全 病院8つの目標

有害事象に関する行動目標

- 1 危険薬の誤投与防止
- 2 周術期肺塞栓症の防止
- 3 危険手技の安全な実施
 - a 経鼻栄養チューブ挿入手技の安全な実施
 - b 中心静脈カテーテル挿入手技の安全な実施
- 4 医療関連感染症の防止
- 5 医療機器の安全な操作と管理
 - a 輸液ポンプの安全管理
 - b 人工呼吸器の安全管理

医療安全の組織基盤強化に関する行動目標

- 6 急変時の迅速対応
- 7 事例要因分析から改善へ
- 8 患者・市民の医療参加

スライド 41



いのちを守るパートナーシップ

スライド 39



スライド 40

(スライド41) 医療安全のための目標は、有害事象に関する行動目標として1～5、医療安全の組織基盤強化に関する行動目標として6～8、この8つの項目をやりましょうということです。

危険薬の誤投与防止、周術期肺塞栓症の防止などの1つ1つの項目ごとに、推奨する対策、これをベストプラクティスとしてこうやってください、ということが示されています。それが全部できている病院はその項目はやらなくていいわけですが、できていない場合は取り組んでください、ということです。

この8つの目標全部に参加する必要はありません。

自分のところはやはりこれは必要だ、という項目を1つ以上選んで参加していただくかたちです。ぜひ皆さんもこのキャンペーンに参加していただきたいと思います。

(スライド42) 指標は簡単です。必須なのは、こういうことをやっていますという実施確認指標と、月別死亡数・死亡率だけです。毎月、年間を通して、実施前、実施後それぞれの死亡がどのくらいあったか、そういうデータを出すだけです。それによって、医療安全への取り組みが有効かどうかが目に見えるかたちになります。

指 標

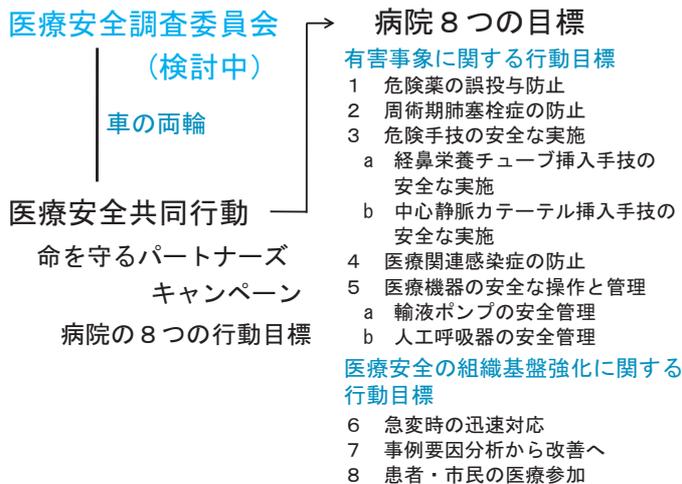
1. 実施確認指標（必須）
2. 死亡率の推移と前後変化（必須）
 - * 月別死亡数(年齢、性別)と死亡率、入退院数
 - * モニター病院のデータに基づいてリスク補正
3. 活動ごとの成果指標（任意）
 - * モニター病院は必須

スライド42

●ミス回避と再発防止

(スライド43) 医療安全でもう1つ、今、大変話題になっている医療安全調査委員会。厚生労働省の第三次試案、法律にするならばというので大綱案が出ましたが、これが検討されています。これは原因を追究して再発防止につなげようということで、不幸にして亡くなった人のケースが対象になります。一方、先ほどの医療安全全国共同行動は、ミスを起こ

医療安全



スライド43

これ以上医療を壊さないために必要なこと(課題)



医療費財源の確保・医療の品質管理の仕組み

スライド44

さないようにしよう、必要なことをちゃんとやればミスは起きませんよというキャンペーンです。

この両方をいわば車の両輪として、病院団体、医療界はやっていかなければいけないだろうと思っています。今年度はこういうことに力を入れていきたいということです。

■これ以上医療を壊さないための課題

(スライド44) これ以上医療を壊さないためには何が必要かということですが、これは各分野でいろいろな課題があると思います。医療政策の課題、地域医療の課題、医療団体あるいは医師の課題、各医療機関の課題、国民の課題があります。

そして、大きく言えば、負担と給付の問題、医療費の財源の問題、医療提供者の数と質の問題、医療の質の問題、医療安全の問題などがあります。

●医療を壊さないために

例えば7対1の看護単位ができたときに病院団体が主張したのは、重篤な病棟で今の10対1では駄目だ、そういう病棟については7対1にしてほしい、ということをも日本病院団体協議会がアピールしたわけですね。厚労省は、「じゃあ、やりましょう」と。ところが、ふたを開けてみたら、病棟単位ではなくて病院単位になっていたのです。病院単位になったとたんに看護師さんの引き抜き合いが起き、せっかく良いと思ってやったことがおかしなことになってしまいました。

こういうことは、俗に複雑系科学と言われているなかでよく起きることです。1つの要素をいじると、全体が違った方向へ行ってしまう。ここが悪いから、ここを直そう。あそこが悪いから、あそこを直そう。そういうやり方は、結果的に本当に良い方向へ進むのかどうかということです。臨床研修医もそうですね。あれも、非常に良いことだと思ってやったところが、大学に研修医が行かなくなってしまった。地域から都会に来てしまうということが起こりました。こうしたことでいちいち動いていて、そのために医療が壊れつつあるとすれば、では壊さないためには何が必要かということになり

ます。

●医療の質を担保する

オーダーパラメータと言いますが、こことここだけは押さえておこうというもの、非常に大切なものは何かということです。

今、医療をこれ以上壊さないために押さえておくべきものは、まず医療費財源です。もう1つは、我々ができること、すなわち医療の質です。

アメリカは、あんなに悪い医療制度の国はないと言われています。しかし、アメリカで提供されている医療はどうかと言えば、世界一を保ち、みんな臨床を勉強しに行っていますよね。これは、やはり先進国ではすべて、医療の質を管理する仕組みを医師側が持っているということです。それが無いのは、残念ですが日本だけです。

ですから、我々が医療提供側としてすべきこと、非常に重要なことは、やはり医療の品質管理です。医療の質を、我々自身がしっかりと担保していかなければいけないということです。

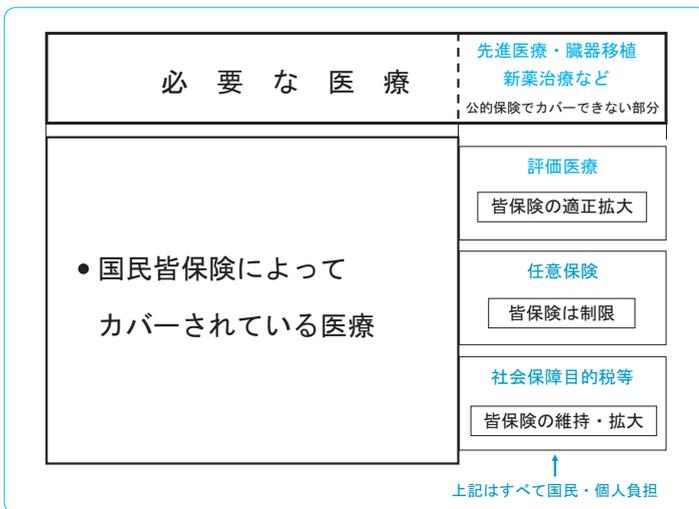
●医療費財源

(スライド45) 医療費財源の問題については、保険でカバーできる部分もできない部分も、評価医療にしても任意保険にしても社会保障目的税にしても、すべて最終的には国民個人負担の話ですから、これは国民がどう判断するかという話です。

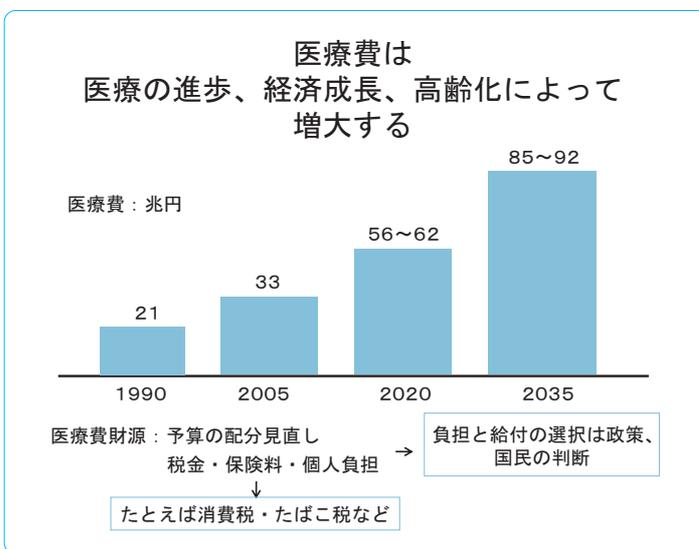
(スライド46) 医療費が伸びていくと言われますね。2020年には56~62兆円になり、これは大変だから、やはり医療費財源をなんとかしなければということで、1つは予算の配分の見直し。どうも埋蔵金があるらしいというので、少し配分したらどうだろうか。しかしそれでもまだ足りないというので、税金、保険料、個人負担をやはり考えていこうと。

ただ大事なものは、お金が医療に回らなければ意味がないということです。社会保障費が足りないから上げようと言っても、それが全部年金にいつてしまっただけで医療に来なかったら、医療は良くなりません。ですから、そういうところを踏まえて我々はどういう主張をしていくのかということです。

しかし我々が、医療費を上げると主張すればするほど、一般の国民はどんどん冷めていきます。「そ



スライド45



スライド46

んなこと言っても医者はみんな相変わらず外車に乗って、良い生活しているじゃないか」とか「いつも木曜日は休んでゴルフに行っているじゃないか」とか。要するに国民は、「医療費を上げる=医者への懐に入る」と思っているのです。したがって、こういう言い方をしている限り、絶対に国民には受け入れられません。そうではなく、我々は、「これだけの医療をやるには、やはりこれだけのお金が必要なんだ」という主張をしなければいけないだろうと思っています。

●消費税の問題

(スライド47) もし消費税等を上げる時が来たら—今、そういうところに来ていますが—、これは医療界にとって大変なことです。

消費税(付加価値税)が5%という国は、121カ国中わずか5つしかありません。ほとんどは10%以上です。

(スライド48) 日本の場合、平成5年には3%で、この時に医療界では約2,500億円の損税が出ました。5%になった平成7年には約4,600億円の損税になっています。もし、今の仕組みのままで10%に上がると、医療界でなんと9,200億円以上の損税が出ることになります。そうしたら、日本の病院はもうみんな駄目になりますから、ぜひこれは何とかしてもらわなければいけないということになります。

(スライド49) 医療に関わる消費税はやはり基本

	20% ≤	10% < ~ 20% >	5% < ~ 10% ≥	5% ≥	国数
アジア・中東諸国	5	9	7	3	24
ヨーロッパ諸国	19	19	1	—	39
北・中アメリカ諸国	—	8	3	1	12
南アメリカ諸国	2	7	1	—	10
アフリカ諸国	6	22	1	1	30
オセアニア諸国	—	2	4	—	6
	32	67	17	5	121

スライド47

【医療界の「損税」議論と影響試算】
過去の病院団体作成資料から計算

	平成5年度	平成7年度	平成?年度
	医療費24兆円 税率3%	医療費27兆円 税率5%	医療費30兆円以上 税率10%
病院	約1,800億円	約3,300億円	約6,600億円以上
診療所	約700億円	約1,300億円	約2,600億円以上
損税・合計	約2,500億円	約4,600億円	約9,200億円以上

※平成7年数値：医療費の1%当り「損税」増加額…920億円
※平成7年数値：医療費1兆円当り「損税」増加額…170億円

スライド48

医療に関わる消費税は課税

- ・ 消費税は上げ(10%以上)で、**複数税率**とする
- ・ 消費税は医療福祉目的税とする
- ・ **生活必需品・医療は低減税率**とする
- ・ そのためにインボイス方式を導入する
- ・ 消費税導入時診療報酬に乗せた数字(平成元年0.76%、平成9年0.77%、計1.53%)は、その後の改定で評価不能

スライド49

的には課税すべきであって、税率は上げて、複数税率にする。消費税は医療福祉目的税とする。生活必需品とか医療は低減税率とする。そのために、インボイス方式を導入する。

以上が病院団体の主張の基本ですが、そうすると必ず「いや、そんなこと言っても診療報酬にちゃんと乗せましたよ」という声が出てきます。確かにそうなんです。消費税導入時、診療報酬に乗せた数字があって、平成元年には0.76%、平成9年には

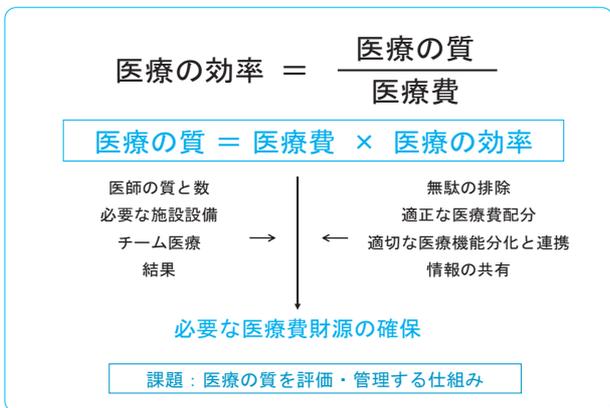
0.77%で乗せています。しかしその後、どんどん下がってしまい、この数字はどこに行ってしまったのだろうかということで、厚労省の人に聞いてみたのです。 「診療報酬に乗せたと言うけれど、今、診療報酬のなかで消費税の率はどう考えているのですか」と。答えは「わかりません。どっかへ行ってしまっているから、もう入っていないのも同じです」ということでした。ここは、ちゃんとやってほしいところになります。

●医療の質と医療費

(スライド50) 先ほども挙げた医療の効率の式では、医療費に対する医療の質が良ければ医療の効率がよいということになります。この式を書き換えれば、医療の質 = 医療費 × 医療の効率となるわけですから、医療費を上げなければ医療の質は上がるはずがないのです。ですから、このために必要な医療費財源の確保は絶対やってもらわなければいけない。そのかわり、医療の効率に関することは我々が自分の仕事としてやりましょうということになります。

●医師の育成、病院医療の再生

(スライド51) 医師の育成の問題もあります。時間がないので少し飛ばしますが、医療の質の管理において、卒前、卒後、そして専門医へとつながる教育が非常に重要だと思います。それから、資格についてはその更新制度も導入しなくてはいいけません。先進国で資格の更新制度がないのは日本だけだと思います。そういうことも真剣に考えてやっていかなければいけないと思います。



スライド50

医師の育成

- 1 医師の数と質の確保
- 2 前期・後期研修医制度の充実
- 3 総合医と専門医の育成と専門医制度
- 4 病院における教育・労働環境の整備
- 5 臨床研究に関するプログラム
- 6 医学部は6年制か、メディカルスクールか

病院で働く医師に夢と希望を！

スライド51

しかし、今の病院は大変ですから、せめて病院で働く医師に夢と希望を持たせたい。それにはどうしたらいいだろうと今、悩んでいるところです。

(スライド52) 病院医療の再生の課題としては、まず、先ほどの医療費財源の問題。それから、病院で働く医師の数・質の問題があります。

また、日本の今の医療機関の評価は、これとこれとこれをやっているところでというような施設評価になっています。これが本当に良い方法なのかどうかという問題があります。むしろ、例えば医師の教育ということを考えると、1つの病院で教育するのではなく、1つの病院プラスアルファの病院で大きなプログラムをつくって、医師が全部参加して、そこに若い人が行って勉強したり、専門家が勉強したり教えたりする。そういうプログラム対応で評価していかなければいけないのではないかな。そんなことも視野に入れて、働く場、教育の場というものを日頃から考えていかななくてはいけないと思います。

●**地域再生と医療提供体制**

地域再生と医療提供体制の問題もあります。今、地域が非常に厳しい。そして、地域に医師が行けと言われます。しかし、医師が行けばそれで解決するという話でもありません。やはり、地域の生活、文化、教育、医療といったものがある程度満足できるような、そういう環境を地域がつくっていくことも必要ですし、医師に関しては、その地域に必要な医療を担える人をちゃんと配分できるような専門医制度もつくらなければいけないかもしれません。そして、総合政策のなかで考えるべきだろうと考えてい

病院医療の再生の課題

- 1 医療費財源の確保
診療報酬制度の見直し
- 2 病院で働く医師の数・質の確保と医療の効率化
医学教育、研修医・専門医制度の見直し
医師雇用のあり方、医療提供・教育プログラム等
- 3 地域再生と医療提供体制
地域(生活・文化・教育・医療等)ニーズに対応した総合的な施策
医療機関の機能集中と分散・連携等

必須要件：医療費財源を確保(政府、国民)
医療の質を管理する仕組み(医療側)

課題：病院団体・日本医師会・医学会が政策を共有できるか
国民の理解が得られるか

スライド52

ます。
こうしたことを言うのは簡単ですが、それに必要な医療費財源は、結局のところ、政府が考え、国民がどう判断するかという問題であって、我々がいくら上げろと言っても、これは話です。しかし医療の質を管理する仕組みは、医療側の問題ですから、これに我々はしっかり取り組まなくてははいけません。

ただ、取り組むにしても、病院団体、日本医師会、医学界など、どの問題1つとっても、共通に「これで行こう」というものができる環境はまだ整っていない。医療界はこれからしっかりまとまっていかなければいけません。そうしないと、やはり国民の理解が得られません。もし医療の質を管理する仕組みを医療側がつくってそれが評価されれば、おそらく国民の信頼は大きく変わってくると考えています。

●**医療は社会的共通資本**

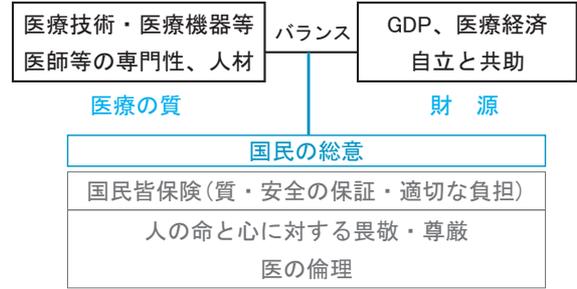
(スライド53) 日本病院会としては、「医療は社会的共通資本である」と位置づけております。そのなかで、病院経営と医療の質・安全を考える場合に、

一方には、医療技術とか医療機器、医師等の専門性、人材、こうした医療の質に関わる部分があり、もう一方には、日本の経済、医療経済そして日本の国が目指す自立と共助の社会がある。この2つのバランスをどうとっていくかということになります。少なくとも、小泉内閣以後は、財政が重要視されて医療の質はどこかへ飛ばされてしまい、そして医療は完全に壊れました。

ですから、このバランスを考えていかなければいけません。その芯になるのは1つは国民の総意だと思います。もう1つは国民皆保険制度です。これは確かに良い制度ですから、これをしっかりと軸にしていく。

そして医療側は、人の命と心に対する畏敬、尊厳、医の倫理をベースに持ち、情報を公開して理解を求めつつ、本当の意味での質の良い医療を提供する。

医療は社会的共通資本 病院経営と医療の質・安全



スライド53

こういう我々自身ができることを、あらためてやっていかなければならないと考えております。私の話はこの辺で一応終わらせていただきたいと思います。ご清聴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

ランチョンシンポジウム

病院医療の再生をめざして ～これ以上つぶすな!～

ホスピタルショウ

〈ランチョンシンポジウム〉病院医療の再生をめざして—これ以上つぶすな!

埼玉県済生会栗橋病院
副院長

本田 宏

中医協委員
赤穂市民病院 病院長

邊見 公雄

医療法人財団石心会
理事長

石井 暎禧

(座長) 社団法人日本病院会
副会長

池澤 康郎

座長(池澤) 皆さん、おはようございます。東京において開かれるこの国際モダンホスピタルショウは、日本経営協会と日本病院会とが主催するものです。しかし、我々はこういう事業にあまり慣れていないこともあって、これまでは専門にやってくれる方々にお任せしていましたが、やはり主催団体である以上はいろいろな集まりを企画していこうということで、今年はこのランチョンシンポジウムを開催いたしました。

病院医療がいよいよ押し詰まってきて崩れるかどうかという段階にまで来て、マスコミなども動きだした現在、日本の病院団体としては最大で、しかも多様な設立母体の病院が入っている日本病院会としましては、この状況に対して適切な発信をしていかなければならないと思います。したがって、今日はぜひとも皆さん方にお知恵を絞り出させていただいて、我々の方針を見いだしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

それでは、お手元にあります資料のように、まず3人の先生方に問題提起をしていただきます。

最初は、埼玉県済生会栗橋病院副院長の本田宏先生です。本田先生の略歴を簡単に申し上げますと、

昭和29年に福島県でお生まれになり、昭和54年に弘前大学医学部を卒業され、現在は埼玉県済生会栗橋病院の副院長をなさっております。また、NPO法人医療制度研究会の副理事長として、日本の医療はどう変わっていかなければならないかということについて訴え続けておられます。ご著書には『誰が日本の医療を殺すのか——「医療崩壊」の知られざる真実』『医療崩壊はこうすれば防げる!』などがあり、非常に多方面にわたって精力的な活動をなさっております。では、本田先生、よろしくお祈いします。

1 医療崩壊はこうすれば防げる

本田 宏

池澤先生、ご丁寧なご紹介をありがとうございます。皆さん、よろしくお願ひします。ランチョンセミナーということですが、もうすでにサンドイッチを食べてしまった本田です。今朝、朝ご飯を食べてくる時間がなかったものですから、これがあって良かったです。食べて少しパワーが回復しました。では早速ですが始めたいと思います。

■情報戦——医療崩壊の現実を正しく情報公開する

(スライド1)「医療崩壊はこうすれば防げる!」、防がなくてはいけないのですが、そのためにはやは

医療崩壊はこうすれば防げる!

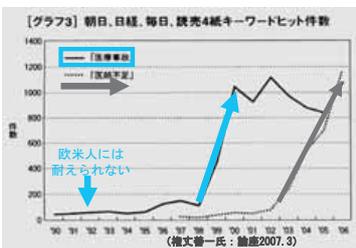
・1; 情報戦!

医療崩壊の現実を正しく情報公開せよ!
○ 医師不足、低医療費、医療事故調問題等

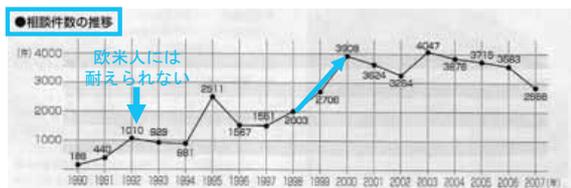
・2; 医療者は「国を医す」気概で大同団結し 国民と共闘せよ!

スライド1

患者さんの意識はメディア報道の内容に影響される?



日経テレコンの調査で、日経・朝日・毎日・読売の4紙で「医療事故」をキーワードに検索した記事件数とCOMLの相談件数の推移は見事なまでに一致するのです。



スライド2

り何と云っても情報戦だと私は思っております。まず「医療崩壊の現実を正しく情報公開せよ!」ということで、医師不足、低医療費、医療事故調問題等々についてお話しします。そして後段は「医療者は『国を医す』気概で大同団結し国民と共闘せよ!」。

私は特別な政治団体に入っているわけではありませぬし、「せよ」とか書くと誤解されてしまいそうですが、このような話を進めていきたいと思ひます。私は所々冗談も交えますが、手術は基本的にはまじめにやっております。ただ、話はやはり明るくしないと。これは大事ですね。問題は、明るく話さないとだれも聞いてくれませぬ。できるだけ明るくいきたいと思ひますので、よろしくお願ひします。

●なぜ情報公開が必要か——メディアによる医療事故報道の先行

(スライド2) まず、なぜ情報公開が必要か。これは大手新聞4社に載った医療事故報道件数ですが、1998年から2000年の頃に、ご存じのとおり医療事故報道がドカンと増えているのですね。都立広尾病院、横浜市立大学病院の患者さんの取り違え、東京女子医大など、どんと増えています。その後しばらくして、残念ながら医師不足報道が増えています。ですからこの間に、「ああ医療事故が多いんだ。何やってんだ、病院は」と「医者は何やってんだ」とか、患者さん、メディア、行政すべてに完全に擦り込まれてしまいました。

実は私はこの当時から、医療事故の背景には医師不足などがあるということはずっと訴えていたのですが、その頃はほとんど振り返りもされませんでした。

アメリカのクリントン前大統領の奥さん、ヒラリーさんがサリバン厚生長官に日本の国立がんセンターを視察に来させ、日本の医療があまりにも貧しくて「欧米人には耐えられない」と言われたのが1992年でした。つまり、その時点ですでに日本の医療は欧米から大きく遅れていたのですが、そのことはほとんど報道されずにきて、そして、医療事故だけが報道されてしまった。これは非常に痛かったですね。

その証拠に、大阪の患者さん団体でCOMLという団体があります。医療にも不確実性と限界があるという小冊子をつくってくれた、非常に素晴らしい団体で

す。そのCOMLに患者さんからのクレームというか相談がいっぱい来たのは、下のグラフの緑色の時期で、上のグラフの報道件数の増えた時期と一致しています。つまり、いかに患者さんに不安感を与えるような状況だったかということです。

●医療現場からの情報発信の不足

これはただ報道が悪いというわけではなく、私が言いたいのは、このCOMLの相談件数でも証明されているように、我々が情報を出す努力をしていなか

ったということで、それが私はすごく悔やまれてならないのです。先ほどの、日本の病院は欧米に比べて駄目だと言われた後に、こういうことが現実起きてしまいました。いかに情報を出すか、まさにそれを情報戦と私は言っているわけです。

ですから、医療崩壊阻止には、まず医療現場からあきらめずに情報を出すこと。

私はこうした活動をするようになってよく、メディアの方から、こういう取材をしたいという相談を受け、間に入って一所懸命あちこちの病院、医師を紹介したりしているのですが、忙しい病院やドクターによっては、「取材を受けても変えてもらえないから受けません」ということがあります。こういう非常に悩ましい現状が続いているわけですね。

●正しい情報をきちんと出すこと

(スライド3) しかし、情報がきちんと伝わると、どうなるか。皆さんご存じだと思いますが、今年3月にあった日本医師会の医療政策シンポジウム、「脱『格差社会』と医療のあり方」で、立花隆さんのような方に、「日本の医療の問題は例の医療費亡国ではなく土建屋政治亡国だ」ということをおっしゃっていただける。もちろん立花隆さんが私の話を聞いて、話されたわけではないですよ。こういう方がそう言うくださるといえるのですが、ちょっと遅かった。

ここでキーポイントなのは、立花さんもお自分が膀胱がんの手術をされてから、日本の医療の問題にすごく関心を持たれているということです。自分が病気になると、病院のありがたみ、必要性が皆さん

おわかりになる。私は櫻井よしこさんとも対談させていただきましたが、櫻井さんも、ご自分のお母さんが脳溢血か脳梗塞で入院されたのを契機に、非常に医療問題に関心が深まっておられる。ただし、その後、「後期高齢者医療制度が必要だ」みたいなことになってしまいますから、やはり、関心がある方にきちんと正しい情報を出しておくことが大事です。

一方、経済界や政治家には健康な方が多いです。特に政治家は、健康だから政治家をやっているようなところもありますので、そういう方は医療に対して関心もないばかりか、医療が崩壊してもあまり構わないと思っているような人も多い

現在進行中なのは「土建屋政治亡国」で「医療費亡国」ではない

- 「生活習慣病」治療に見つかった膀胱癌
- 医師との会話から知る医療の現状
- 日本医師会のイメージが変わった
- 総合評価では世界一の水準を誇る日本の医療が抱える問題点とは
- 医療費圧縮に強烈な影響を及ぼした「医療費亡国論」
- 国策としての医療費圧縮が「医療崩壊」の現状を引き起こした
- 歪曲して伝わる医療事故の実態
- 医療崩壊の根本原因「医師不足」をもたらした研修医制度の改変
- 医療事故への警察介入が紛争の増加につながった
- 医局支配体制の中での病院勤務医の過重労働
- 紛争解決の新しい手段ADR
- このままでは、日本は医療破綻国家になる



スライド3

小児医療崩壊の丹波地区で



2007.3.18 丹波新聞 足立智和記者

兵庫県立柏原病院 小児科 和久祥三医師提供

記者ノート

先日、ある病院の時間外救急受診に患者の母親が来た。た人が、ひどく怒っているのを聞いた。「あんなにひどいとは思わなかった」「こんな医者がない」と言っている。近隣市も含めて、ここにこんな医者があるかを知りたい。病院の体力低下を認め、以前は丹波地区で完結できていたことが、次第々々という事実を打ち入れている。

「二言は、がんばっている医師の気持ちも絶対ない」と。診察の後には不平でなく感謝の言葉をかけよう、ひと言「先生ありがとうございます」と、そういう地域にならないと、勤務医は定年せず、今いる医師にも愛想を尽かされる(足立智和)

2つの提案

「一は、近隣市も含めてここにこんな医者があるかを知りたい。病院の体力低下を認め、以前は丹波地区で完結できていたことが、次第々々という事実を打ち入れている。」

「二言は、がんばっている医師の気持ちも絶対ない」と。診察の後には不平でなく感謝の言葉をかけよう、ひと言「先生ありがとうございます」と、そういう地域にならないと、勤務医は定年せず、今いる医師にも愛想を尽かされる(足立智和)」

http://tanba.jp

スライド4

のが現実ですね。これがつらいところです。

(スライド4) これはメディアが良い影響を与えた、例の柏原病院小児科^{かいばら}についての報道です。ここは、丹波新聞の足立記者という方が、医療に対する大変ポジティブな記事をちゃんと書いてくれる。つまりメディアが医療の現状をきちんと報道して下さると、皆さんおわかりのように、子どもを守ろう、お医者さんを守ろう、コンビニ受診を控えよう、となるわけです。ですからいかに気合いを入れてメディアに情報を出すか、これが大事なことになります。

この記事には、「がんばっている医者^{いしや}の気持ちを断たないこと。診察の後には不平でなく感謝の言葉をかけよう。ひと言『先生、ありがとう』と。そういう地域にならないと、勤務医は定着せず、今いる医師にも愛想を尽かされる」とあります。これと言ったのが医療者ではないということが素晴らしいわけで、こういう情報の出し方をよほど頑張っていかなければいけない。そうしないと、どんどん、どんどん誤解されることになるわけです。

■我々が主張すべきこと、医療現場の現状

●高齢化にもかかわらず安い医療費

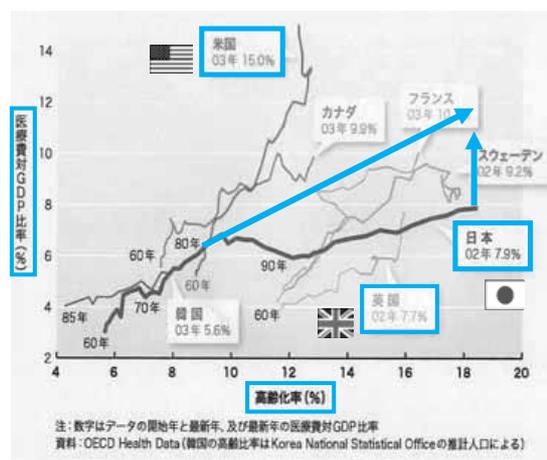
(スライド5) ポイントとして我々がやはり主張すべきなのは、日本の医療費が高齢化にもかかわらず世界一と言っていいほど安いということです。世界一の高齢化社会なのにGDP当たりの医療費が低い。これはきちんと何回も繰り返して言わなくては いけません。もちろん国民1人当たりの医療費も先進国中、最低です。

イギリスは日本より高齢化が遅れていますが、政権交代——これもキーワード——をして、ブレア前首相がGDP当たり10%を目標にあげた。簡単なんです。日本も高齢化にきちんと見合うように医療費を上げればいい。しかし、まだ世論はなかなかそう言わない。“骨太の方針”なんて言っています。

また、アメリカについて見てみると、高齢化は進んでいないが、医療費が高過ぎるのが問題ということですね。

ですから日本も財政赤字とか言っていないで——後ほど話しますが、財政赤字の原因は医療ではなく、野放図な公共事業だったわけです——、医療にきちんとお金を出す。お金を出すことによって、例えば介護福祉士も働けるし、若い人にも雇用が生まれる。そのどこが悪いんだ、ということを正々堂々と私

高齢化とともに高まる世界の医療費



団塊世代高齢化による爆発的医療需要増大目前
日本は医療費をGDP11~12%まで増加すべき!

スライド5

は主張していくべきだと思うわけですね。これが、繰り返し主張していくべきことのまず第1点です。

こういうことがわからず、ガソリン税で道路を造りたいなんて言う人がいますね。そういう知事さんを見かけたら、皆さんも言ってください、「あなたの知識がない。あなたをどげんかせんといかんよ」と。本田がしゃべるから大丈夫では駄目なんです。皆さんも言ってくださらないと。

●医師不足——OECD加盟国中で下から3番目

(スライド6) もう1つは、やはり医師不足です。先ほど言ったように、日本は世界一の高齢化社会なのに、人口当たり医師数がOECD加盟国の中で、びりから3番目です。日本より少ないのは韓国とメキシコだけ。日本はこんな少ない医師数で、世界一の高齢化社会なんです。医師不足は、“当たり前田のクラッカー”でしょ、ちょっと古かったですが。「韓国とメキシコより上で、びりから3番目」とあるところで話したら、言われました、「韓国とかメキシコより上なら、ワールドカップのサッカーの順位よりいいね」と。そういう問題じゃないんです。

その結果どういうことになるかというと、日本の医師が過重労働になっている。右側のグラフのとおり、日本の医師は、なんと59歳まで週60時間以上労働している。私は54歳、副院長、だから忙しいんだと納得する自分が寂しいですが、59歳まで週60時間以上働いているんですよ。それから、ほかの国は大

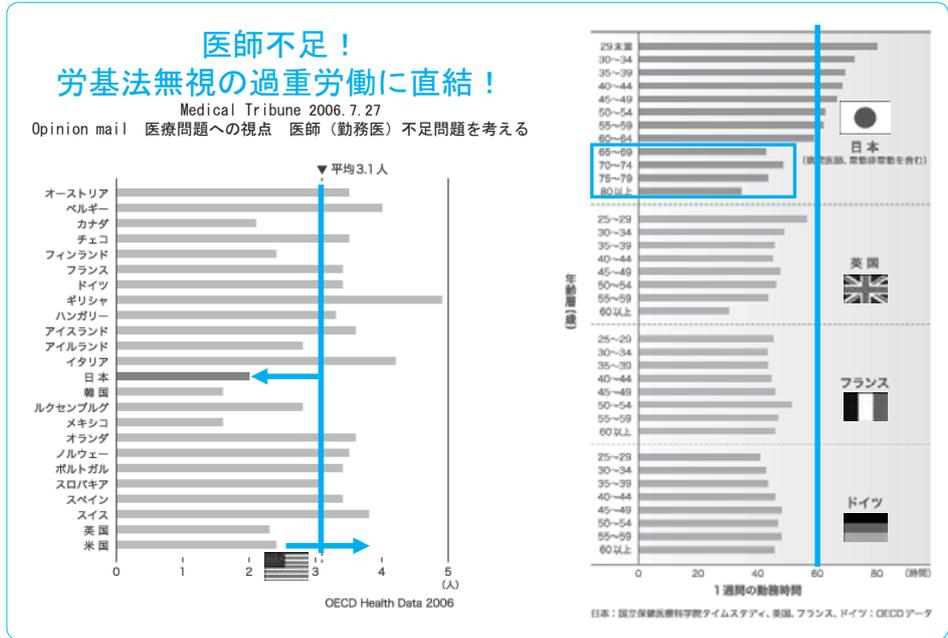
体60歳以上でデータは
終わりなのに、日本だけ
80歳以上のデータがある。
80歳以上の医師がなんと
週30時間働いているん
ですよ。

岩手県立中央病院の元
院長先生が教えてくれま
した。「本田君な、日本
の医師の数というのは、
医師免許を持っていて、
死んでいないやつの数だ
ぞ」と。笑いごとじゃな
いですよ。2カ月後、仙
台で講演したときにその
話をしたら、座長の外科
系の先生がおっしゃいま
した。「そんなことない。
うちのおやじなんか、死
んでから10年間医籍登
録されていた」と。本
当ですよ。私が適当なこ
とを言っているわけでは
なく、本当にそうおっし
ゃった。日本の医師数
というのは幽霊の数まで
入っている。そう言う
と、皆さん「えーっ」と
思うかもしれないけれ
ど、社会保険庁のあのデ
ータを見れば、厚労省が
いかにデータを把握して
いないかがわかるでしょ
う。それでいながら厚
労省は、将来過剰だと言
っている。横につなげて
測れば全然おかしくない
でよ、幼稚園ちえいでも
わかるよって言ってる
んですよ。そういうこと
をわからないわけね。

●アメリカでは医学部の定員を増加

(スライド7) 日本より高
齢化が遅れていて、日本
よりすでに医師が多いア
メリカが、今、なんと医
学部を増設して医学部の
定員を増やそうとして
います。目標は3割増。
なぜかといえば、アメ
リカは医師の数をカウ
ントするとき、実働数
で数えているからです。
実働数ですから、研究
だけしている人は医
者の数に入っていない。
産休で休んでいる人も
入っていません。確か
にそうであるべきです
よね。日本のように療
養病床に行くと、ど
っちが医者か患者さん
かわからないような状
況とか——ちょっと口
が滑ってますが——と
もかく、いろいろな人
を全部ひくくめて、死
んだ人まで含めて数
えて、将来医師が余
るなんてばかなこと
を、アメリカはやって
いない。

そういうことをやっ
ていたら駄目なんです
。ちゃんと医師を増
やさなければ。イギ
リスは5割増やし



スライド6

1000人当たりの医師数2020年に
OECDで最下位に！

毎日新聞社【2007年5月28日】近藤克則・日本福祉大学教授（社会疫学）が試算

米国は医師数をFTE Full-Time-Equivalent
(フルタイム勤務の医師1人として換算)で計算

以下Medical Tribune 07.12.27 44pより：AAMC（米国医科大学協会）直場環境センターのEdward Salsberg所長は「将来医師が不足することが予測されており、これを避けるためにAAMCでは2002-15年に医学部入学者を30%増員する計画を立てている」と
以下医学会ニュース：フランスでは医師増員を実施中

スライド7

ている。アメリカは3割増やそうとしている。それなのに今の日本は、増やそうとしているのはせいぜい数%。8,300人くらいで止めようと思っている。打ち止め。パチンコ屋じゃないんだぞ、という話ですよ。こんな数字で許してはいけません。やはり日本は数%ではなく、5割増やさなければ間に合わない。団塊の世代がこれから高齢化しますから、医療需要は爆発的に増えます。

●勤務医に求められる「1人何役」

そういうことで結果的に、日本の医師は過重労働。当直明けもなく、それ以外に、今現在でOECD加盟国人口当たり医師数からすると10数万人足りないですから、そのため、いろいろな問題が特に勤務医に圧縮されてくるんですね。

(スライド8) つまり、勤務医が1人何役もしなくてはならない。まず、知識をちゃんと持てと言われ

る。外科系であれば、腕もちゃんと持てと言われる。しかも日本の場合、必ず「心もね」と言われる。そしてインフォームドコンセントだから、説明もうまくなければいけない。それから、例えば私が外科で手術をしますと、日本には緩和ケアの専門医もない、抗がん剤の専門医もいません、私のまわりには。特殊なところにはいますけれど。ですから、お亡くなりになるまで私が診なくてははいけませんから、「手術だけではなく、必ず精神性もね」と言われる。

それで終わりではない。今度、電子カルテなんかを入れて、それでなくても余裕のない医者が電子カルテをパチパチ入力していると、「少しはお医者さんもユーモアがなくちゃ」なんて言われる。皆さん、この1から6まで満たしている人なんか、普通の業界にはいないですよ。それに、いくら私にユーモアが多少あっても、手術すると半分失敗するというのはまずいでしょ。まずいですよね。この1から6まで満たすなんて無理だし、これだけでも勤務医はもう疲れてしまっている。ところがまだまだ終わりではないんですね。

●**疲れきっている勤務医**

リーダーでなくちゃいけない。パターンリズムはいけない。しかも、そこに卒後臨床研修生が運良く来てしまったりすると——来なければ来ないで大変ですから、運良く来ると——教えなければいけない。金八先生みたいに「君たちは」と。

しかも医師の数は少ないから、看護師さんみたいに交代勤務ができない。365日、24時間。私も今週、月曜日と火曜日に緊急手術をやってきました、若手を指導して。月曜日は十二指腸潰瘍穿孔、火曜日は93歳のおばあちゃんの大腿ヘルニア嵌頓腸切除術をやってきました。それでこうしてお話ししているわけですよ。その患者さんの具合が悪くなったら、私がまたちゃんと言って診ないと、医療事故で逮捕されちゃう。「それでいいんでちゅか」ということです。

しかも我々勤務医は、生涯賃金が大手企業のサラリーマンより安い。勤務医は転勤するから退職金がほとんど付かないんですよ、皆さん。だから今日も私はちゃんとユニクロでばっちり決めてきました。着るのはユニクロ、飲むのは発泡酒ですから。

余分な話になりましたが、つまり勤務医はこれだ

勤務医は1人何役を余儀なくされる

スライド8



**労基法無視の過重労働、さらに一人何役
これが立ち去り型サボタージュの真因！**

スライド9

けもう疲れてしまっている。しかも過重労働なんです。そして、私の話を聞かない勤務医は、年取とかバイト代がちょっとばかり高いからと油断して、ぜいたくする。油断してぜいたくしてしまうと、退職金があまりに少ないので、あとは死ぬまで働くしかない。こういう状況になっているわけですよ。これが日本の医療崩壊の原因。

労働基準法無視の過重労働、さらに1人何役。これが立ち去り型サボタージュの原因です、という話です (スライド9)。

●**長時間勤務と医療ミス、医療事故調**

栃木県医師会では勤務医部会が立ち上がりました。光栄なことに私はそのいちばん初めの基調講演にお呼びいただいたのですが、栃木県医師会では、こういうデータ (スライド10) を整理して発表してくれました。時間の関係で詳細には触れませんが、このデータはこちらに置いていきますので、20数枚のスライドだけです。もしよかったですら皆さん、コピーしていただいて、あとでゆっくりご覧ください。

このデータによると、長時間勤務による悪影響として「医療ミスを誘引」が63.9%。これがいちばん

常勤勤務医の3人に1人が過労死に認定される月100時間の時間外労働 長時間勤務による悪影響として「医療ミス誘因」が63.9%

栃木県医師会 月100時間の「時間外」 勤務医は3人に1人 栃木県医、就労実態調査
記事：Japan Medicine 提供：じほう【2008年7月4日】 Copyright (C) 2008 株式会社じほう

常勤勤務医の3人に1人が過労死に認定される月100時間の時間外労働を行っている。病院勤務医の過酷な就労の実態が、栃木県医師会が行った調査結果から浮き彫りとなった。「休日は週1回または1回未満」との回答も4分の1を占めており、栃木県医は「勤務医の人数を増やさない限り、問題の解決策は見当たらない」と指摘している。調査結果をまとめた報告書は、日本医師会や地元選出の国会議員、栃木県知事に送付し、現状に対する理解と労働環境改善に向けた協力を訴えている。調査は、栃木県医の勤務医部会内に設置された特別委員会が実施した。2007年7月-8月に県内の115病院へ計4070部（うち常勤医向けは2500部）の調査票を配布し、1445部（35.5%）を回収した。このうち常勤医からは1306部（52.2%）の回答を得た。

調査結果によると常勤医の週平均実労働時間は、「48-59時間」が20.9%、「59-64時間」が17.1%で、「64-79時間」が最も多く22.9%だった。これに「80時間超」と回答した10.5%を加えると、週実労働時間が「64時間以上」は33.4%だった。1週間で64時間以上の実労働は、1カ月の「時間外労働」に換算すると約100時間となる。常勤医の3人に1人が月100時間の時間外労働をしている計算だ。

長時間労働の要因（複数回答）では「患者数、診療内容の増加」が58.3%と最多、次いで「会議・書類作成など診療外業務」の42.3%、「自己研修、研究、教育」の24.9%などとなっており、特別委員会は、医師数の増加や患者の大病院志向の是正、病診連携による1次救急からの解放、医師以外でもできる仕事からの解放が望まれるとしている。

長時間勤務による悪影響としては、「肉体的、精神的な健康不安」が78.3%と最多で、「医療ミス誘因」の63.9%、「家族関係の崩壊」の24.4%、「医師患者関係の悪化」の8.1%が続いた。超過勤務に対する処遇は「ない」との回答が64.5%を占め、処遇がある場合でも「代休」を取得できるのは3.7%にとどまっている。当直明けは「通常勤務」が93%。さらに、当直時の仮眠が「十分とれる」はわずか11.1%だったにもかかわらず、当直明けの勤務体制について「通常勤務」との回答が93.3%にも上っており、特別委員会は「労働基準法は医療現場にはないに等しい現状」と指摘している。

栃木県医は、産科、小児科、救急医療など診療科に焦点を当てた現状分析や、同様の調査を数年後に行い、経時変動を把握することなどを検討するとしている。女性勤務医、労働環境は男性と同じ。栃木県医は、県内の女性医師を対象に行った就労環境に関する実態調査の報告書もまとめた。勤務医のうち常勤医は83.7%、当直業務に従事しているのは66.0%、1カ月の当直回数は2-3回、週平均労働時間で最も多いのが「64-79時間」との調査結果から、報告書は「男性医師の労働環境と変わらない」と指摘。「この環境の中で、仕事と家庭、子育てができるとしたら、その女性医師はたぐいまれな能力の持ち主だ」として、女性医師の働きやすい環境を整備する必要性を訴えている。

調査は、女性医師の労働・家庭環境の実態把握を通じて、県内への定着促進につなげることを目的に実施した。栃木県内115病院の女性医師に752部、栃木県医師会女性会員（勤務医除く）に188部の計940部の調査票を配布し、351部（37.3%）の回答を得た。

調査結果によると、回答を寄せた女性医師の約6割が20-30代で、病院勤務医では未婚者が多数だったことなどから、報告書は「女性医師が結婚後も仕事と家庭を両立し、勤務を継続できることが医師不足を解決する1つの手だてとなる」と推察している。また、「労働基準法を順守した交代勤務が可能になれば、女性医師も十分能力を発揮できる」と指摘している。

スライド10

心配なことで、こういう状況で働かせておいて、今、例の医療事故調、第三次試案とか大綱とかやっているんですね。まずいですよ。こういう状況を放置しながら、医療事故調第三次試案なんていうのはまずい。私、「よく思案しないと、医療界が大惨事になるよ」と言ったんですがね。

（スライド11）一方、アメリカではどうか。この上野直人氏は、ヒューストンにあるM. D. アンダーソンがんセンターで働いている有名な方で、抗がん剤の専門医です。アメリカには潤沢に人がいますから、私みたいに外科をやっているわけではない、救急もやっていない、緩和ケアもやっていない。やっているかもしれませんが、基本的には日本に比べて専門にやっていると

処方箋、医者には書かせない 忙しい医者が書くと必ず間違えるから



上野直人氏
Assistant Professor
M. D. Anderson Cancer
Center Houston,
Texas, USA
和歌山医大1989年卒

外来化学療法を安全に行うために 7th Breast Cancer UP-TO-DATE Meeting 2004.3.13

「求められる医療の実践にむけて」
米国では安全な外来化学療法を行うために「チーム医療」と「患者の権利」を医療スタッフが熟知しておくことさらに「患者教育」を重視している。
外来化学療法の場でも医師の仕事を担当できる薬剤師、看護師を養成して、医師の仕事を軽減、結果的に安全向上につなげている。抗がん剤投与も薬剤師が処方箋に記入し、医師が確認、投与前に再び看護師が確認と何重にもチェックを重ねるシステムで行っている。

スライド11

ということですね。
この方が、アメリカでは外来化学療法を安全に行うために、チーム医療を重視していると言っている。

みんなで手分けしてやると。外来抗がん剤治療です。

でも、ご存じのように、チーム医療というのは、人が潤沢にいるからできる。アメリカの病院へ行った方はおわかりでしょうが、非常にいっぱい人がいる。日本みたいに1人の外科医が救急も緩和ケアも、なんてやっていません。日本だと下手すると麻酔までやっている。「あんたが麻酔したら、ますいんじゃないの」ですね。皆さんもこんな話をここで聞くとは思っていなかったので、ちょっとびっくりされた方もいるみたいですが、そういうことです。

つまり、チーム医療といっても、日本では人がいないから、できない。人がいないでチーム医療をすると、赤影・青影状態、分身の術。子どものとき、赤影、青影とやっていたのは、このためだったのかと妙に納得する自分が寂しいですね。

●人は誰でも間違える——真の安全向上を

しかも、人が潤沢なアメリカで働いているこの方が、日本に来て講演でおっしゃいました。安全に行うためにアメリカでは処方箋を医者には書かせない、忙しい医者が書くと必ず間違えるからだ、と。このことを四国で話したとき、四国がんセンターの先生が、「それはうらやましいを通り過ぎて、うらやまピーだね」と言ったのが、今でも忘れられません。

日本には専門医が大体いないんですよ。当直明けもない。勉強する時間もない。そして抗がん剤治療をやらなきゃいけない。だって紹介したくても、紹介する人がいないのだから。だけど患者さんは抗がん剤治療をしたいと言う。本当はそこで断ってしまえばいいのですが、今、それでなくてもいろいろあるでしょう。推奨するレジメンなんて、そんなことを下手に決めてくれるな、やめてくれよ、と。薬屋さんのために働いているんじゃないんだから、という感じです。

(スライド12, 13) アメリカが多くの医療事故を分析して、こういう体制をつくったのは、なぜか。それは、「人は誰でも間違える」からです。専門でもなく、寝る時間もなければ、間違えるのは“当たり前前のクラッカー”でしょう。それなのに日本では、福島県の大野病院の医師が逮捕されたんです。

そして今、これだけきつい状況を放って置いて、刑事罰を加えるような法律を決めようとしているんですよ。おかしくない？ 幼稚園ちえいでもわかるよ、っていうの。KY——空気読めないってやつですよ。そんなことをしたら、若手の医者が厳しい



スライド12

医療事故に関与した現場の人間に
いくら刑事罰を与えても
医療安全は向上しないことは世界の常識
医療事故安全委員会設置は慎重に
医師大幅増！ コメディカル増！ が
真の安全向上と医療崩壊阻止の処方箋

スライド13



203高地、ガダルカナル島、女工哀史
蟹工船、おしん、硫黄島からの手紙
兵站(弾・食料)もないままの精神論
安全な医療体制(人・経済)なしの精神論
同じ徹を繰り返す日本

スライド14

ところで働くと思いますか、皆さん。“The KY”という感じです。

●精神論ではなく、人と経済の裏づけが必要

(スライド14) だから日本はまさに、二百三高地、ガダルカナル島、女工哀史、蟹工船、おしん、硫黄島からの手紙です。つまり、精神論。戦争中はこれで失敗した。兵站、弾も食べ物もないまま、精神論だけで勝て、と。トカゲを捕まえて食いながら、弾もないのに、勝てるわけないですよ。

今も同じです。安全な医療体制を、人・経済の裏

づけもないまま精神論でやれ、と。やめてくれよっていうんですよ。医療が崩壊してしまっているの？ 本当に崩壊してしまっているから「ほうかい」なんて言うのはやめてよ、と。

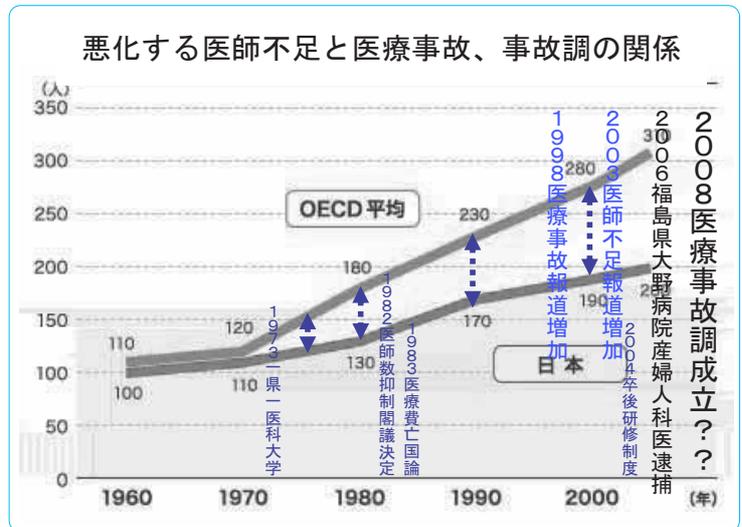
●日本と世界の医師数の乖離

(スライド15) これは日本と世界の医師数がどんどん乖離しているというデータですが、これを医療事故調と関連して見みると面白いのです。

1973年、1県1医科大学ができたけれど、OECD平均医師数と日本の医師数がどんどん乖離しています。この乖離しているときに、医師数を抑制しようと閣議決定した。

この背景にあるのは医療費抑制ということは皆さんご存じのとおりです。医療費亡国論、それでまたどんどん乖離して行って、乖離がこれだけ大きくなったときに、医療事故報道が増加したわけで、これは痛かった。その後さらに乖離が進んでいったところで、やっと医師不足報道が増えてきた。医師不足報道が増加した頃に卒後研修制度が導入された。遅いんですよ。

それで福島県の大野病院産婦人科のことが起きて、そして今、医療事故調成立かどうかって、おかしくない？ 優先順位が違うんじゃないの？ 見直すところが違うんじゃないの？ 本当に日本の医療を崩壊させちゃうつもり？ 日本の医療が崩壊すると喜ぶところもいっぱいあるんですよ。医療費抑制したところもあるでしょ。あえてどこだと言いません



スライド15

けれど、それに医療者が加担しては駄目ですよ、本当に。

●現状のまま医療事故調導入では、医療崩壊必至

“医師絶対数不足による過重労働，低医療費による劣悪待遇を放置して，事故調導入賛成では医療崩壊は必至”。だから私も、必死なんです。

(スライド16) 例えば、m3.comというところでアンケートを取ると、厚労省案ではなくて、民主党案支持派が多数、厚労省案の3倍です。こういう若手の現役の話聞いてもらいたい。私も昨日、日本医師会の勤務医委員会に呼ばれて話してきたのですが、私を呼ぶ以上は忌憚ないことを言っていだらうと思ったので、もう捕まらない立場の人がこれに賛成するのはやめて、と言ってきました。やはり現場の話聞いて導入しないとまずい。崩壊してしまっ

混迷する”医療事故調”の行方◆Vol. 14
1万人アンケート！

「民主党案」支持派が多数
m3.com会員への調査で明らかに、
「民主党案」支持が「厚労省案」の3倍

橋本佳子 (m3.com編集長)
08. 7. 14 http://www.m3.com/tools/iryolshin/080714_2.html

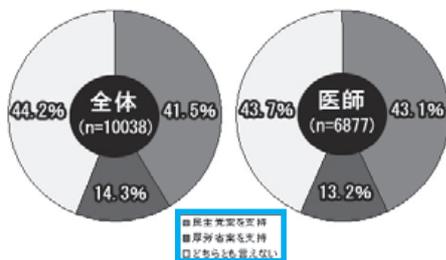


図1 “医療事故調”、“厚労省案”と「民主党案」、どちらを支持するか

ソネット・エムスリーが、m3.comの会員を対象に、“医療事故調”の試案について調査したところ、「民主党案」の支持が41.5%で、「厚労省案」支持の14.3%を大きく上回ることが明らかになった(図1)。もっとも、「どちらとも言えない」も44.2%で、さらなる検討が必要なことも浮き彫りになった。

「民主党案」支持の理由としては、(1)厚労省案は、一定の基準に該当した医療事故死の届け出を義務化し、違反した場合にペナルティーを科すことが問題。これに対して民主党案は、当事者間で問題が解決できない場合に“医療事故調”を利用するとし、紛争解決に主眼を置いている、(2)厚労省案と異なり、医療事故と刑事訴追との関係を切り離して考えている——などの意見が上がった。

また、「どちらとも言えない」の理由としては、(1)それぞれに一長一短があり、どちらがいいか決めにくい、(2)制度の詳細が分からないと、何とも言えない——という趣旨の意見が多かった。

さらに自由意見としては、「悪意がないにもかかわらず、医療事故で業務上過失致死罪を問われるなら、誰も医療をやらなくなる」「医師側の責任にウエイトを置いた議論は、医師を萎縮させ、危険な診療科の回避につながり、現在の医療崩壊を招いている」など、医療事故が刑事事件化することを問題視し、それが“医療崩壊”の一因であるとの指摘が寄せられた。

スライド16

からどうするんだ、という話をしてきました。

(スライド17) これはWHOのガイドラインですが、そこには、Non-punitive (報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべき) とある。要は、日本の今の医療事故調みたいなのは駄目ですよということを、WHOのガイドラインでも訴えている。これは世界の常識なんですよ、人は間違えるのだから。だから、間違えないように、ちゃんと余裕を持って働かせなさい、勉強させなさいというのが世界の常識。日本のような医療事故調をやっているところはない。このことだけは、ぜひここで強調しておきたいと思います。

そうしないと病院が潰れてしまう。病院を潰すなど言うけれど、内側から潰れるということもある。外からの圧力もあるけど、医者がいなくなったら潰れますからね。

■医療者が「国を医す」気概で国民と共闘し、マニフェスト選挙を

情報戦の話が調子に乗って、ちょっと長くなってしまいましたが、次に、「医療崩壊はこうすれば防げる」の後段、「医療者が『国を医す』気概で国民と共闘しマニフェスト選挙を推進せよ！」に行きます。

●自殺大国、幸福度は世界で88位の日本

(スライド18) 以前、医療制度研究会で、作家の五木寛之さんをお呼びしました。五木寛之さんは非常に嘆いておられました、自殺大国だ、と。日本は年間もう3万人以上の自殺が10年続いているんですね。世界の自殺大国、日本。

(スライド19) これは李啓充先生が週刊医学界新聞に載せたもので、OECD諸国の中で経済成長率が日本は最低になってしまっている。貧困度はびりから第3位。しかも日本の場合につらいのは、共稼ぎでも貧困度が高いということ。これは問題ですよ。

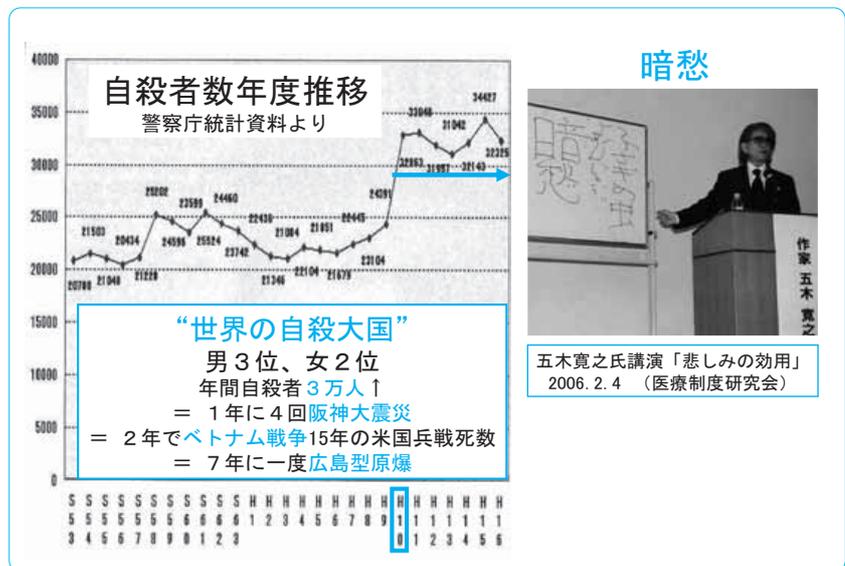
World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems 患者安全のための世界協調有害事象の報告とそれに学ぶシステムについて WHOガイドライン草案 2005年

<7つの条件>

- (1) **Non-punitive** : 報告者や関係者が報告の結果処罰を受ける恐れを持たないようにすべき
- (2) **Confidential** : 患者、報告者、病院の個別情報は決して明かされてはならない
- (3) **Independent** : 報告制度は処罰権限を持つ当局から独立していなければならない
- (4) **Expert analysis** : 報告は医療がおかれた環境を熟知し、背後にあるシステムの問題を理解できるように訓練された専門家によって分析されなければならない
- (5) **Timely** : 報告は即座に分析され、勧告は迅速に関係機関に周知されなければならない。特に重大なリスクが発見されたときは迅速性が重要
- (6) **Systems-oriented** : 勧告は個人の能力ではなく、システム、プロセス、最終結果がどのように変えられるかに焦点をあてるべき
- (7) **Responsive** : 報告を受けた機関は勧告を周知させる能力がないといけない。周知された関係機関は勧告の実現を責務としなければならない

「人は誰でも間違える」以後の考え方：医療安全に関わる専門家の常識

スライド17



スライド18

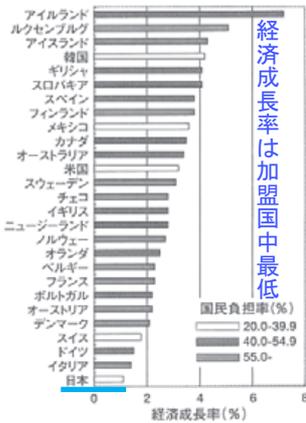
小さな政府、つまり国民にきちんとお金を出さなければこうなってしまう。

(スライド20) これも李先生が書かれたものです。アメリカではどんなに所得が低くても、日本の国保と同等の民間保険を購入しようと思ったら、年額240万円の保険料負担が必要。対して日本では、所得が10億円を超えるような大金持でも、上限60万円。

あと、英国レスター大学の幸福度調査で、日本は世界88位です。幸福度1位のデンマークは、国民負担率72.5%で、これはOECD加盟国中1位。ちなみに国民負担率を声高に大問題にしているのは、日本だけだそうです。世界の国では、お互いのために出すのは当たり前。国民負担率を言っているのは日本の財務省ですから、皆さん、だまされないよう

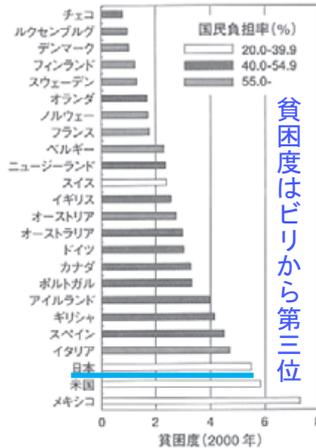
「小さな政府」が亡ぼす日本の医療⑥

李 啓充 週刊医学界新聞 08.4.14より



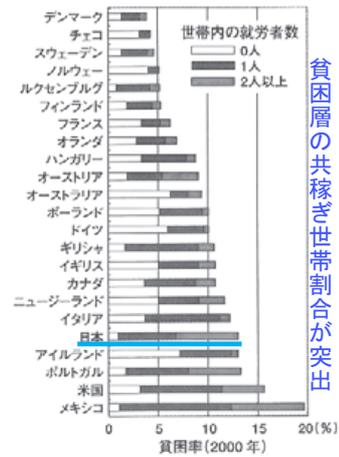
●図1 OECD諸国の経済成長率と国民負担率

- 1) 経済成長率は1996—2006年における各国GDPの年平均成長率（データはOECD in Figures 2007より）。
- 2) 国民負担率は、財務省「各種税金の資料：国際比較に関する資料；OECD諸国の国民負担率」に基づいた。
- 3) ハンガリー、ポーランド、トルコについては国民負担率の数字が明らかでないため示していないが、年平均経済成長率はそれぞれ、4.4%、4.2%、4.0%である。



●図2 OECD諸国の貧困率と国民負担率

貧困率は、貧困率と収入格差の積として求められるが、ここで、貧困率：人口中、可処分所得が貧困閾値（可処分所得中央値の50%）に満たない人の割合
収入格差：(貧困閾値と貧困層平均可処分所得との差)÷(貧困閾値)



●図3 OECD諸国における貧困層の世帯構造

世帯主が現役年齢の世帯（貧困率の定義については図2を参照）。

スライド19

- 米国ではどんなに所得が低い人でも、日本の国保と同等の民間保険を購入しようと思ったら年額約240万円の保険料負担が必要。対して日本では所得が10億円を超えるような大金持ちでも、国保保険料負担は上限60万円。応能負担の原則適応の余地あり。
- 英国レスター大学の幸福度調査（日本は世界88位）を報道した当地のテレビ番組で、1位のデンマーク（国民負担率72.5%；OECD加盟国1位）の若者が「税金は少し高いけれども、医療費も大学の授業料も無料だし、有給休暇も最低年5週。何も不満はない」と証言。「大きな政府」の西欧諸国ではこれが「当たり前」

緊急論考「小さな政府」が亡ぼす日本の医療⑧
李 啓充氏 週刊医学界新聞 08.5.19より抜粋

スライド20

税金を無駄遣いしない！

デンマークで日本のような税の無駄遣いがあったら国民は黙っていない！！



「デンマーク医療介護制度の実態について」小島ブロード孝子氏 08.7.12医療制度研究会講演にて

デンマークモデル 財源はどこから得るか

高度な公共サービス = 高負担 = ソリダリティーの精神

所得税：国税 + 地方税 平均50%

法人税：28%

付加価値税：25% ≒ 日本の消費税に当たり教育のみかかっていない

消費税：タバコ、アルコール、自動車等への特別税

教育：基本的に無料

医療：基本的に無料 薬代の一部が個人負担

福祉：大半の経費を国と市が負担

国民年金：現在は65歳以上、今後徐々に年齢を引き上げ

公共サービスの質向上 + 合理化・効率化 = 税金を無駄遣いしない！

デンマークで日本のような税の無駄遣いがあったら国民は黙っていない！！

スライド21

に。だまされるのは一生に1回でいいですよ、結婚のときだけで。

●幸福度1位のデンマーク

この幸福度調査を報道したテレビ番組で、デンマークの若者が、税金は少し高いけれど医療費も大学の授業料も無料だし、有給休暇も最低年5週間、何も不満はない、とっている。こういう国を目指さないと駄目ですよ、日本は。

（スライド21）たまたまタイミング良く、先週の土曜日、デンマークに住んでいる小島ブロード孝子さんの話を聞きました。簡単に言うと、デンマークは確かに税金は非常に高い。ただし、高いけれど、ちゃんと戻ってくるという話です。税金は高いが、教育は基本的に無料。医療も基本的に無料。福祉は大半の経費を国と市が負担。国民年金は現在、65歳以上。

税金を多めに取られても安心して住める国と、一応ちょっとは少なめだと言われながらも、将来どうなるかわからない国と、皆さん、どっちがいいですか。だから秋葉原の事件みたいなことが起きるんじゃないですか。ウナギ偽装よりも秋葉原のほうが問題なんですよ。それを考えないと日本は潰れますよ。

●税金の無駄遣い

しかもデンマークでは、日本のような税の無駄遣いがあったら国民は黙っていない、と。ところが日本人は黙っているんですね。ここでデモしようと言っても「でも……」なんて、それが日本人ですね。もしこれが韓国フランスだったら、後期高齢者、年金、その他、もう政府は転覆していますよ。みんな黙っていて、我々医者だけが文句言っても意味がないですよ。そうでしょ、

もっと根本を見定めないと。ちょっとお断りしておきますが、私が幼児言葉を使うのは、怒りを少しは和らげるためであって、特殊な趣味があるわけではないんですよ。先ほどから「あの、アブナイかも」という視線を感じていますので、お断りしておきます。

●医者にはばかにされている

(スライド22) 朝日新聞の田辺功さんが言っています。診療報酬点数はぎりぎり改定されますが、こういうことは日本のほかの業界では一切ないそうです。準備が必要だから最低でも半年前だ、と。それを我々は黙って受け入れている。

それから、医者はいちいち都道府県の知事に命令され、指導され、おかしいと疑われたら知事や厚生大臣の命令で書類を提出し、検査される立場。医者は働きなんですよ、と。

あと、例えばダム工事をちょっと削ったら、もう財務省は仕事にならないそうです。次から次と文句を言う人が来て。ところが医療費は1兆円削っても、だれも文句を言いに来ない。今まで、私みたいなタイプがいなかったんですよ。みんな黙っているから、いちばん削りやすい。ダム工事より医療費を削ったほうが財務省は楽なんです。医者にはばかにされているんですよ、皆さん。このことを忘れては駄目です。

そういう目で見ると、医療事故調はとんでもないということがわかるでしょ。これほど最低の待遇で、

医者は馬鹿にされている



神奈川県保険医協会第52回定時総会
「マスメディアから見た医療～医療崩壊をどう防ぐか」朝日新聞編集委員、田辺功氏

医者は馬鹿にされている

(前略)

1994年に日本福祉大学教授の二木立先生が『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』という本を書きました。医療費の半分は人件費、2割は材料費が占めるが、物価は3割も4割も上がっているのに医療費を増額しないのはどういうことか、ということが書かれています。また、著書の中で、ロサンゼルスに留学中、日本の現状を話すといつも聞かれたのは「それで日本の医者はどういうストライキをしたんだ？」ということだった、と書かれています。医師は本当にバカにされていると思う。

朝日新聞で私が連載した「医療の周辺」をまとめた書籍『医療の周辺その周辺』で書いた部分ですが、4月に行う診療報酬改定について厚生省は、一番ひどい時は3月20日ごろ発表した。良くても3月初め。通常、法律の改定には3～6カ月の告知期間があります。ではなぜ診療報酬改定について、ぎりぎりに発表するのか。先生方が考え、「おかしい」と言わないようにするためです。

また、医療保険法第43条の6には、「保険医は命令の定めるところにより健康保険の診療にあたるべし」、同条の7には「保険医は健康保険の診療に関し厚生大臣又は都道府県知事の指導を受くべし」と書かれている。保険医というのは、常に命令され指導され、おかしいと疑われたら知事や厚生大臣の命令で書類を提出し、検査される立場。医師は働きなんですよ。

大蔵省主計官にこういう話を聞きました。今から12～13年前、ダムの建設予算3000億円のうち、400億円を削った。すると翌朝から電話が鳴りっぱなし。国会議員や各都道府県の人間が何人も面会を求め、仕事にならず、大臣折衝で撤回してしまっただけ。一方、医療費はどうか。1000億円、1兆円削っても、医者も患者も文句を言って来ない。だから医療費を削った方が楽なんです、と。

スライド22

国民の命を守るプロとして 今こそ大同団結すべき！



大和成和病院院長：南淵明宏氏提供

スライド23

その上に刑事罰。やめてくれよ、です。この構図がわからないと、なぜ私が医療事故調に反対しているかがわかってもらえない。日本の医者が最高の待遇で、給料も良くて、ゆっくり休めて、それで医療事故調だったら、まだ納得できる。だけど、世界最低の待遇で働いていて、給料も安くて、医療事故調っておかしいでしょ、医療がなくなったら患者さんが困るのよ。そういう話です。

●今こそ医療界は大同団結を

(スライド23) これは南淵先生という有名な先生からいただいたものです。ここに描かれているように、別に医師会が悪いというわけではないけれど、医師会は雰囲気的に別な存在になっているし、医局とか大学とも別な存在になっている。勤務医はこん

な感じ、矢引き弓折れという感じですよ。ここでマイクではなく杖にすがっているのは私です、眼鏡をかけているけれど。

私が心配なのは、こっちのほうにいる学生と研修医です。我々が立ち上がらなければ。みんな、びびってますよ。医学界に入って失敗した、と。こんなことを放っておいて、日本の医療が良くなると思えますか、皆さん。今、立ち上がらないと。

つまり、国民の命を守るプロとして、今こそ大同団結すべきです。だけど日本は大同団結しにくいんですね。自分だけ良ければ、ということ。そのいちばん良い例が今回の大分の教員採用で、あれは、まさに“the日本”という感じですね。一所懸命勉強させておいて、最後にあんなことをしたんじゃ勉強する意味ないです。自分だけ良ければというのは駄目ですよ。

●医師がすべきこと

(スライド24) 欧米ではミレニアムのときに、すでにこういう医師憲章が出ています。アメリカはちょっと微妙ですが、ヨーロッパは日本よりまだましです。まず、患者の利益追求——医師は患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない。次に、患者の自律性。そして社会正義——医師には医療における不平等や差別を排除するために、積極的に活動する社会的責任がある、と。

我々もこういうことをきちんと考えて、今こそ訴えていくべきです。こういう行動を起こさなければ、だれも我々を支持してくれません。私も、日本病院会を含め、医師会すべてで、こうした主張で行動していけば、国民は必ず理解してくれると思います。

(スライド25) マーティン・ルーサー・キングさんがおっしゃった。「人は兄弟姉妹として共に生き

ていく術を学ばなければならない。さもなければ私たちは愚か者として滅びるだろう」「後世に残るこの世界最大の悲劇は、悪しき人の暴言や暴力ではなく、善意の人の沈黙と無関心だ。後世に恥ずべきは『暗闇の子供達』の言動ではなく、『光の子供達』の弱さと無気力である」と。

世界最大の悲劇、善意の人の沈黙と無関心、まさに日本ですよ。韓国とかフランスだったら絶対あり得ない。日本では、自分が害を受けなければ、黙って見ている。これじゃ国は良くなりませんよ。人を助けておかないと、自分のときに人は助けてくれないよ、ということです。

●医療崩壊阻止は超党派で

(スライド26) 今、まさに超党派議連が立ち上がったんです。「真の公聴会！ 医療現場の生の声を直接国会議論へ！」ということで、自民党から共産党まで超党派の議員による、医療現場の危機打開と再建を目指す国会議員連盟が立ち上がりました。我々医療界が立ち上がらなくて、どうするんですか。

ここに書いたように、「医療崩壊



新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章 (アメリカ・ヨーロッパの内科4学会が共同で作成：李 啓充訳) 市場原理が医療を滅ぼす アメリカの失敗 医学書院 2004.10 P. 266-268

<3つの根本原則>

- 1) **患者の利益追求**：医師は、患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない
- 2) **患者の自律性**：医師は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・ディシジョン」が下せるように、患者をempowerしなければならない。
- 3) **社会正義**：医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある。

<プロフェッショナルとしての10の責務>

- (1) プロとしての**能力**についての責務
- (2) 患者に対して**正直**である責務
- (3) 患者の**秘密**を守る責任
- (4) 患者との**適切な関係**を維持する責務
- (5) **医療の質**を向上させる義務
- (6) 医療への**アクセス**を向上させる責務
- (7) **医療資源の適正配置**についての責務
- (8) **科学的知識**への責務
- (9) 「**利害衝突**」に**適正に対処し信頼を維持**する責務
- (10) **専門職**に伴う責任を果たす責務



スライド24

世界最大の悲劇 善意の人の沈黙と無関心

人は兄弟姉妹として共に生きていく術を学ばなければならない。さもなければ私たちは愚か者として滅びるだろう。

後世に残るこの**世界最大の悲劇**は、**悪しき人の暴言や暴力**ではなく、**善意の人の沈黙と無関心**だ。

後世に**恥ずべき**は「**暗闇の子供達**」の言動ではなく、「**光の子供達**」の**弱さと無気力**である。



マーティン・ルーサー・キング (Martin Luther King, Jr.)
1929年1月15日 - 1968年4月4日
は、アメリカ合衆国のアフリカ系アメリカ人公民権運動の指導者でプロテスタントの牧師。キング牧師として知られる。1964年ノーベル平和賞受賞者。

スライド25

阻止は超党派で！ サイは投げられた！ マニフェスト選挙を推進せよ！」です。マニフェスト選挙でなければ駄目です。医系議員だから応援しようとかでは駄目。医系議員でも、医者を増やす必要がないとか医療費はもう十分だと言っている人はいくらでもいますから、だまされてはいけません。

●日本の医療を良くするために

(スライド27) 昨年9月、この本、『誰が日本の医療を殺すのか』を出しました。今話したようなことや感じたことなどを書いてあります。皆さん、まだこの本をお読みでなかったら、ぜひお買い求めになって、お読みいただけないでしょうか。800円ちょっとです。安心してください、この本の印税は私には1円も入ってきません。慢性赤字の医療制度研究会に全部つぎ込んでおりますので、いくら売れても私がもうかる心配はありませんので、ぜひ、この本をお買い求めいただけないでしょうか。

もし買えない方は、この本を本屋さんで見たら、目立つ所に置き換えてほしい。それだけでもいいです。もう無理に買えとは言いません。

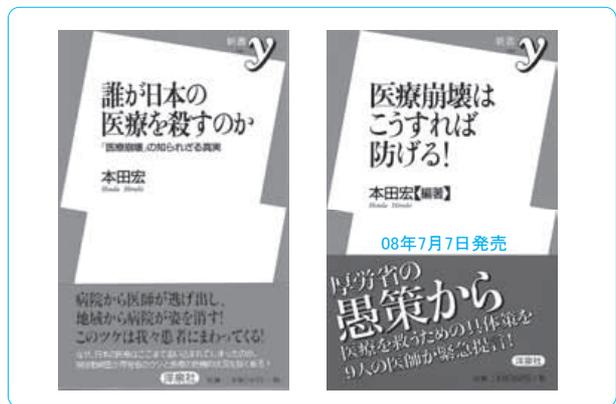
なぜかという、こういう本が目ざされると、こういうことが起きるんです (スライド28)。NHKに呼ばれました。

テーマは「深刻化する院内暴力」。これ、先ほど言った情報戦なんですね。つまり、メディアの人を、医療に関して興味を常に持っているハイテンションの状態しておかなければ、日本の医療は良くなりませんよ。次の総選挙の争点を医療にしなければ。そういう意味でこの本を買ってほしいんです。駄目だったら、置き換えてもらう。もし可能であれば、病院の売店で売ってもらう。お願いします。

そして調子に乗って、もう1冊書きました。編著ですが『医療崩壊はこうすれば防げる!』。ちょっと帯がきつかったですね、大きな文字で。私がこうしてくれと言ったんじゃないですが、出版社が勝手に大きくしてくれました。これで厚労省とか財務省の人の私を見る目が決定的になったと思いますが、この際、日本のためですから、私もそういうことを一切気にしないで頑張っているわけです。皆さん、買っていただけませんか。買えない方は……もうおわかりですね。ご協力をお願いして、私の講演を終



スライド26



スライド27



スライド28

わります。ご清聴ありがとうございました。

座長(池澤) 本田先生、どうもありがとうございました。大変たくさんのデータを駆使しながら、非常にユニークな提言を行っていただきました。本田先生が勤めておられる病院はいわゆる公的医療機関ですが、多様な設立母体の病院が入っていることが日本病院会の特徴です。次の問題提起は自治体病院、公立の病院にお勤めで、中医協の委員もなさ

っておられる邊見公雄先生にお願いしたいと思いません。

簡単にご紹介しますと、邊見先生は1944年、旧満州国三江省ジャムスの陸軍病院でお生まれになりました。徳島に帰ってこられ、1968年に京都大学医学部を卒業されました。1978年に赤穂市赤穂市民病院に外科医長として赴任なさいまして、現在、同病院の病院長を務めておられます。現在、全国公立病院連盟会長、全国自治体病院協議会会長、中央社会保険医療協議会（中医協）の委員をなさっておられ、また、中間法人京都大学外科交流センター理事長も務めておられる、大変お忙しい方です。今日は、中医協の委員、また自治体病院の院長として地域医療に専念しておられるお立場から、問題提起していただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

2 生命輝かそう 日本のホスピタリスト —防げ、医療崩壊—

邊見 公雄

皆さん、おはようございます。このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。また、池澤先生、丁寧なご紹介をありがとうございます。今、本田先生の非常にユーモアに富む、また核心を突いたお話の後で、ちょっとやりにくいのですが、2番バッターですのでバントでもいいかなと、クリーンアップの石井先生につなぎたいと思っております。

今、ご紹介いただきましたように、私は田舎の外科医です。ある意味では本田先生と同じような立場の外科医です。最近、手術をやらせてもらえる機会と時間がちょっとなくなりまして、現場からは少し離れつつありますが、手術がいちばん好きな人間で、できるだけchange, challenge, createの3cはしないということで、赤穂の街で30年暮らしております。

■はじめに

今日お話しすることのいちばん初めは、私がどのような気持ちで地域医療にかかわっているかということ。2つ目は、日本病院団体協議会として中医協で、どのような立場で、医療費を上げていただく、適正な分配をしていただくということをやっているかということ。

3つ目に、ちょっと違うのですが、先日、長崎で日本外科学会が、外科医の将来に対して特別企画を行いました。私は実は、平成16年の手術の施設基準で、手術数が少ないところは手術料金を3割カットするというのに怒りまして、外科学会を脱退しております。だから、外科学会の会員ではないけれども特別企画に入っているか。会長のほうから「入ってくれ」ということでしたので、会費は納めないという条件で、発表させていただきました。

これはどういうことかといいますと、今、小児科、産科が問題になっていますが、外科は崩壊がもう目の前まで来ています。この10年間で、多い統計では12%、少ない統計でも7%外科医が減っています。

このことは厚労省の幹部もよくわかっていまして、もうすぐ——言っていないかどうかわかりませんが、この週末か来週末に——研修制度の、初めに内科系を回るといふのを外科系を回ってもいいというコースをつくろうという考えも、出るのではないかと思います。そういう外科のことを、ちょっと特殊ですが、お話しします。手術難民が出てしまいますと、これも医療崩壊の大きなものです。昔、明治維新前、手術は江戸へ行け、浪華^{なにかわ}へ行け、京へ行けということで、ほとんど地元では受けられなかったのと同じようになってしまうのは、ちょっとまずいのではないかと思いますので。

情報戦というのは大変大事で、私は「医療安全いろはカルタ」というのをつくりました。「医療ミス一件一瞬 二億円」で始まりますが、これは、職員が下向きになっている、もう下ばかり見て、これでは患者さんは全然元気が出ないだろう、元気が出る医療安全運動をということ、で、つくりました。

今度は、国民にわかってもらうように「医療崩壊いろはカルタ」というのをつくっています。これは「医療費とどっちが高い パチンコ代」で始まり、「希少種に登録されそう 日本の産科」「クレマー増えて どんどん医療は縮む」等々あります。今、絵描きが——男の看護師ですが——育休を取って休んでいるので描いてもらえず、ちょっと頓挫していますが、もし出ました場合には、本屋には出ないと思いますから、直接申し込んでいただけたらと思います。

■地域医療のなかで

それでは本題に入りたいと思います。「^{いのち}生命輝かそう 日本のホスピタリスト」という題にさせていただきました。私はどこへ行きましても、生命輝かそう、です。近くの赤穂高校へ行きますと「生命輝かそう 赤穂高校18歳——禁煙とエイズ教育」とか、近くの老人ホームへ行きますと「生命輝かそう つつじ荘80歳——がんと寝たきりにならないために」とか。決まっていますので、楽なんですね。

ところが本当は、これはパラドキシカルです。生命輝けないのです。今、本田先生が、おしんとか硫黄島からの手紙とか、いっぱい出されましたが、本当にあのおりですね。

●日本のホスピタリストの状況

私は兵庫県の医療審議会の委員を長くやっ

す。これは開業時の保険医認定審査ですね。昭和何年神戸大学卒業、県立西宮病院何年勤務、神戸製鋼病院何年勤務、その間、保険医の不正請求ありませんとか、そういうのがずっとあるわけです。年齢を見ますと、昔は50代、60代でした。お父さんが弱ってきたから、そろそろかな。お兄ちゃんが急病だから手伝ってやろうか。あるいは、この病院でやっても院長や副院長は無理だから、そろそろ潮時かな、と。これは新陳代謝で悪いことはない。

ところが今は30代の人があんまりやめていく。いわゆる立ち去り型サボタージュですね。しんどい、うまくいって当たり前、ちょっとミスとクレーム、訴訟、逮捕、送検まである。賢い人は残らないですよ。

それからナースは、私が言う「5ない」です。夜勤がないか少ない。呼び出しがない。手術がない。エンゼルがない——ご存じですね、森永キャラメルのエンゼル、昇天です。院内死、死亡退院、そういうのがないということですね。あと、救急車が来ない。この5つのリスクがあるところを避けて、9時～5時のビル診療所や老健、老健にはたまにエンゼルがありますが、そういうところに行ってしまう。それから薬剤師は初任給が高くて、時給も我々の病院よりずっと高い調剤薬局へ行ってしまうわけです。

だから今、病院にいる人は、ばかかロマンチストということになっております。「院長はどっちですか」と尋ねられたら、私は「アンドだ。ばかでロマンチストだ」と答えておりますね。そういう状況です、今の日本のホスピタリストは。

●院長としての思い

しかし、我々が下を向いていたら、病んだ人、傷ついた人、ハンディキャップのある人が病院を利用するわけですから、治る気がしないと思うのです。だから、パフォーマンスでもいい、輝いたふりをしてくれ、というのが院長としての願いなんですね。

それともう1つ、私は中国残留孤児の出来損ないなんです。おふくろが自分の頭を丸めて、リュックサックに入れて、釜山から関釜汽船に乗って下関まで連れて帰ってくれた。だから生かしてもらっていると思いますし、軍医だったおやじは26歳でフィリピンのルソン島のカガヤン峠というところで死にましたので、その分も頑張らないといけな。もう2倍以上生きていまして、頑張らせていただいております。

それからもう1つ。女の方もおられるので、セクハラにならないように聞いてほしいのですが、1回の射精で3億の精子が出ます。1回の性交で数個の卵子が出ます。このことを何回も繰り返してできたのが1人の優秀な個体です。だから、皆さんエリートなんですよ。東大入試なんかと全然違うエリート。何億×X×Yですからね。そういう人たちですから、必ず生命輝かして生きて、地球に迷惑をかけないように去っていくのが正しい人生だろうと——大きなことを言いまして、すみません——そういう感じで私は病院で勤めております。だから、患者さんでもできるだけ、そのようにしてあげたいなと思って頑張っております。

●医療と教育は2大基幹産業

なんといっても、医療と教育は日本の2大基幹産業だと思っております。

中医協で最後に舛添さんに答申を出すとき、ちょっと時間があつたので、私は、この10年間で日本ではいちばん悪くなったのは医療と教育と治安である、と申しました。これは本来ならジャパニーズスタンダードが優れていたのだ、それをグローバルスタンダードという名の下にアメリカンスタンダードを入れてから悪くなっている、と。

その2つに関係している大学病院がいちばん悪くなっている。診療に追われて研究も教育もできない。欧米の背中はどうどん遠くなり、アジアの足音がひたひたと迫ってくる。こんなことでは日本の医療は困りますよ、これは経済財政至上主義、タリバンの

本日のメニュー

- 私の考え
- 経済財政諮問会議的考え
- 何が、崩壊しているか
- なぜ、崩壊しているか
- 20年度診療報酬改定（目指したもの、実現したもの）
- 公立病院改革ガイドラインへの対応
- 外科医不足を防げ（外科学会特別企画に参加して）
- 医療崩壊いろはカルタ

スライド1

ような人たちの……と言いかけたら、なにかザワザワしたので、議事録削除かなと思いましたが、土田会長が、舛添さんが来るので邊見委員の発言はそろそろやめてください、と。これは土田先生、人が良い方で、発言を止めて私の切腹を防いでくれたのだと思ったのですが、私としては、「止めてくれるな梶川殿」で、「止めてくれるな土田殿、いま一太刀」、という感じだったので。

（スライド1）今日お話しすることをまとめてみました。まず、私の考えをある程度言います。経済財政諮問会議的考えとはどういうことか。何が崩壊するのか。なぜ崩壊しているのか。そういうことでお話ししたいと思います。

●いちばんの問題は少子化

（スライド2）少子化がいちばん問題ですね。高齢化だけだったら問題ないのですが。

少子が高齢化の枕詞か、と書きましたが、「少子」

が枕詞的に使われるのが困るわけです。
ひさかた
久方の光とか、ぬばたまの闇とか、たらちねの母とか、枕詞ですから意味がない。私は、高齢少子化というくらいに「少子」に力を入れていたら、2,200億円削減などなかったのではないかと思います。枕詞的ではなく、少なくともイコールくらいにしてほしい。

私はこういう会ではいつでも、女の方には、だれの子でもいいから2人以上産んでほしいと申しあげ、男の方には、男女共同参画ですから、だれにでもいいから2人以上産ませてほしいということを申しあげているわけですが、そうしないと、この国は駄目です。だんだん減びていくわけです。こんなこ

私の考え

- * お医者様はいらっしゃいますか …………… 医師はどこでも医師であれ
- * 下り線にも乗りましょう …………… 高取峠を越えさせない
- * 貸し借りのない人生 …………… 取り引きしない
- * エバー・チャレンジャー …………… 少しでも多く、少しでも早く
- * ネガティブヒーローはもう作らない …………… 医療安全いろはカルタ
- * 少子が高齢化の枕詞か
- * 死んでも満足していただける病院づくり … ディズニーとトヨタに学ぼう
- * 「人を見る (Nomo, Ichiro)」
- * 「人を動かす (金、イデオロギー、情)」
- * 「院長の孤独」…………… 支えは職員と患者様
- * 医療は大学病院レベル、人間関係は診療所の様に
- * 3H + α
- * 1円の黒字
- * 山古志村を減ぼすな
- * 医療と教育は日本の2大基幹産業
- * 病院こそ地域のコミュニティーセンター
- * 病院と学校は昼ご飯が食べれる距離に
- * 患者のQOL、スタッフのQOL、立ち去り型サボタージュ防止
- * 開かれた病院づくり…………… 住民（患者、ボランティア等）参加

スライド2

とを言うと昔の大臣みたいにクビになるかもわかりませんが。

● 良い教育と良い医療を

もう1つは山古志村を滅ぼすなということです。ああいう雪と米と錦鯉と牛しかない村の、被災住宅のNHK特集を見たら、おじいちゃん、おばあちゃんがものすごく良い顔しているのですね。そこには良いドクターと良いティーチャーがいるのです。どんな限界集落でも、良い教育と良い医療があれば生き残れるのです。

美しい国というのは、銀座、六本木、霞ヶ関、大手町、永田町だけでいいのでしょうか。私はものすごくおかしいと思います。そうであったら、皆さんが嫌いな、名前を言ったらいけません、近くの独裁国家の首都もきれいです。同じことになりますね。

● 経済財政諮問会議的考えの誤り

(スライド3) それでは、経済財政諮問会議の人はどう言っているかという、医療と農業は非効率で遅れた分野であると言っているわけです。昨年でしたかNHKの日曜討論の正月版があり、そのなかで大田経済財政政策担当大臣が言いました、「医療と農業は非効率で遅れた分野だ」と。私は、唐澤さんがマイクをパッと取って反論すると思ったのですが、あの方はお行儀が良くて、自分の番が来るのを待っておられ、そうしたら時間切れで終わってしまいました。だから、視聴者は皆、医療と農業は遅れた分野であると思ってしまったのです。私はもうがっかりしました。だから、情報戦はものすごく大事です。浜幸だったら絶対マイクを取っていたと思います、あれもちょっと困るんですが。

食料は100%外国から輸入したらいいと思っている人が、経済界にはいっぱいいるわけです。そのほうが無駄が省けると。私は田舎のほうに住んでいますから、食料安保ということ、あるいは環境問題、いろいろな面で農業はいちばん大事な、セーフティネットみたいなものだと思っています。

対立する考え

- 医療と農業は非効率で遅れた分野
- レガシーコスト
- グローバルスタンダード

スライド3

医療についても、同じような考え方をする人たちがいます。集約化して、絶対たらい回しにしないような大きな病院をとんとんと二次医療圏に1個か2個ずつ置いたら、ほかは要らない。それが経済財政諮問会議の人たちの底流にある。そこまでは言いませんが、そういう考え方です。経済中心にすれば、そうになってしまうわけです。

● グローバルスタンダードのまやかし

資本の原理というのは、そういうものです。そうしないと、ニューヨークに本社があるやつに負けると。例えば、レガシーコストを言うわけですね。GMがトヨタに負けたのは、社会保障費とか保険料をたくさん払い過ぎて、研究開発費や営業費に回せなかったからだ。同じことをトヨタが、今度はNIESの韓国や、BRICsの中国にやられてしまう。これはある意味で非常に正しい。だから、それをやられると、こうしたものは要らないということになってしまう。

それから、そういう人たちは、英語を国語にしようとか本気で言うわけです。特許の申請で、日本語から英語に直している間に特許を取られてしまった。英語が国語で、初めから英語でやっていたら特許は取れたはずだとかね。そうすると、中国が覇権を取ったら中国語が国語になるのか。韓国が経済大国になったらハングルが国語になるのか。私はもう、その人たちのレベルがわかりました。こんなばかな人たちに對抗しているのかと。ただ、我々は言わないから、そういう人たちに負けているわけです。グローバルスタンダードというのは、まやかしであることは間違いありません。

● イギリス医療政策の失敗

(スライド4) サッチャーさんが鉄の女で、イギリス病ともいべき非生産的、低効率な経済を立て直しましたが、揺りかごから墓場までというイギリスの社会保障はどんと落ちてしまいました。GDP比12%くらいあったのを7%近くにまでしたわけですから。そうすると、入院3カ月待ち、手術3年待ちというのが常態化しました。

このイギリス医療界の姿が典型的に表れたのが、前のサミットのときに起きたグラスゴー空港での爆破テロです。捕まっている10人の犯人のうち、4人は外科医です。医療崩壊でイギリス人の外科医は、アメリカ、カナダ、ニュージーランド、オーストラリア、南ア、EU諸国のほうへ行ってしまった。です

からイギリス外科医療は、パキスタンなど、宗主国であったときの旧植民地から来た人たちが担っていて、そのなかにあの犯人たちもいたわけですね。

日本外科学会も外国へ、と思うけれど、みんな英語がちょっとできないとか、そこまでの勇氣はないのですね。だから私は、外科学会をハワイでやって、1週間くらい日本に戻らないようにしよう、と外科学会の人たちをアジっているのですけれど、なかなかそこまでの勇氣もないわけです。

「サッチャーのツケをブレア返せず」というのが、医療崩壊いろはカルタの「さ」の札です。いったん医療が崩壊したら、10年くらいでは変わらないのですね。

● 北欧型しなやかな社会を

今の経済財政諮問会議などをずっと貫いている考えは吉村次官の医療費亡国論ですから、ここで、北欧型しなやかな社会と言うと、福祉亡国論だという声が出ます。女子大生亡国論と同じで、何か新しいことはみな亡国だ、亡国だと言うのですが、そんなことはないのです。

今いちばん元気なのは北欧型のしなやかな社会ですね。男性型社会というのは、軍事費にたくさん使う。道路にたくさん使うのは中性型社会。教育や医

療や文化などにいっぱい使うのが、女性型のしなやかな社会で、これが人類としていちばん良い社会であろうと私は思っています。

(スライド5) 日本の今の状況は、ここにまとめたようなことですね。

■ 医療費増加の3つの要因

(スライド6) 医療費増加の3つの要因ですが、まず、高齢化。平均寿命が1歳延びれば何百万というボリュームが増えますし、病気になりやすい、治りにくい、合併症が起きやすいという年齢層ですから、当然、医療費は増えます。

それから、医学の進歩です。移植とか人工関節とかペースメーカーとかで、昔であったら寿命がなかった人が生きています。例えば、私は卒業したてに奈良県の吉野熊野の近くにある自治体病院に行きました。その院長先生は小児科医で、奈良県の未熟児の新記録を持っていました。1,900何グラムで、ゴルフのエイジシュートみたいに、その年が1970何年だったので70gを割ったと喜んでいました。今、『Nature』か何かを見たら、500gくらいで生きていますね。そういう新生児を20歳まで生かすわけですから、当然、医療費が要りますね。

その頃、透析が始まりました。「何年くらい生きるんですか」と内科部長に聞きますと、「平均3年かな。長くて7年かな」とおっしゃっていました。今はもう、がんになるか心不全にでもならない限り永遠に生きますね。だからlimiting factorさえなければ、いくらでも生きるわけです。ただ、そういう人は26万人おられます。

平成18年改定で、石井先生とも一緒に仕事させていただいたときですが、夜間・休日・祭日の透析加算を全廃しようという動きがありました。私たちは、連合の方とも協力して反対しました。今、団塊の世代が大量に退職して労働力のことが言われていますが、夜間や休日に透析してもらいながら昼間働いている人たちはたくさんいるのです。FTAで外国から労働者を入れようかと言っているときに、なぜこういう人たちを見捨てるのか、というのが我々の論点です。そういうことも少し効きまして、ちょっと下げられるだけで止まりまし

世界は今

- グローバリゼーション
- アメリカンスタンダード（市場主義）
- 医療と教育はジャパニーズスタンダードで
- 先進国における医療費爆発
- 英国医療政策の失敗
- 北欧型しなやかな社会（高福祉、高負担）
- 医の倫理

スライド4

日本は今

- 少子高齢化社会
- 米国の独走と中国の猛迫
- 財政危機
- 医療と教育のビックバン
- 情報開示と個人情報保護
- 自己責任

スライド5

医療費増加の三要因

- ① 高齢化
- ② 医学の進歩（高度、先進科学）
- ③ 利用者の期待膨張



過度の抑制は
医療の質の低下を招く恐れ

スライド6

た。これは26万人で1兆円の医療費だそうです。医療費増加とはちょっと違う意味の、これは労働力安保みたいなのです。

3つ目は、利用者の期待膨張。コンビニ感覚で、傘なんか差して、たばこ吸いながら救急車から出てくる人がおりますよ。ついでに帰りには、目薬もくれんかとか言って、わけわからないです。そういう人もおりますから、もうめちゃくちゃですね。

■日本の医療は今

●医療は消費産業か生産業か

(スライド7) 医療は消費産業か生産業かということですが、私は「医療は生産業だ」と経済界の人にはいつも言っています。相手は「何をつくっているんだ」と聞きますから、「あなたのような優秀な日本人です」と答えたら、にこっとするんですね。だまされているのね。すぐまた食ってかかってくるのですが、時々、おちよくなってやるのです。

●国民皆保険制度は世界文化遺産

いつでも、どこでも、だれでも、平等で正確な医療。この国民皆保険制度は1号側も、2号側も、3号側も、みんな守ろうということによって一致しているのですが、時々これに穴を開けるような混合診療論とか株式会社の参入とか、そういうのが出てきて、ちょっと危険です。

それは『SICKO』という映画を見ていただくとすぐわかりますし、ハリケーン・カトリーナでもわかったとおりです。『ER緊急救命室』を見ると、アメリカの医療はものすごく良いと皆さん思います。あれは、アメリカ医療の光の部分ですね。救急隊との緊密な連携、患者さんとのフランクなやりとり。うちの病院の手術室にもないような良い機械が外来にいっぱい置いてある。なんといっても美しいナース。でもこれは光の部分であって、陰の部分がハリケーン・カトリーナですね。本当であったら助かった人、メディケイド、メディケアから抜けていた人が、2,000何人死んでいる。それがアメリカ全体では、4,700万人。ヒラリー・クリントンは、勝ったら国民皆保険制度を入れようとしていたのですけどね。

日本の国民皆保険制度はもう世界文化遺産に登録してはどうか、と私はずっと20世紀のときから言っております。

●何が崩壊しているか

(スライド8) 日本の病院の問題点をまとめると、

日本の医療は今

- 機能分担（病診、急慢、官民など）
- 費用対効果
- 低医療費政策（三期連続のマイナス改定）
- 消費産業か生産業か？
- 医療と教育は日本の二大基幹産業
- 世界文化遺産としての国民皆保険制度

スライド7

日本の病院は今

- ◆ 病床削減
(平均在院日数短縮、医師不足、看護師不足)
- ◆ 都市集中
- ◆ 小児科、産婦人科の閉鎖
- ◆ 手術からの撤退
- ◆ 増える訴訟と未集金
- ◆ 救急医療と外国人医療
- ◆ 増加一方の診療材料費
- ◆ 高額医療機器の氾濫

スライド8

何が、崩壊しているか

1. 急性期病院医療
2. 救急医療
3. 地域医療
4. 大学の機能
5. 手術関連
6. ハイリスク関連
(産科、小児科、脳外科、外科 等)
7. 慢性期医療も玉突き的に

スライド9

このようになりますが、この訴訟と未収金とか、外国人医療などは、公立病院では非常に多いです。民間病院も、当然同じ問題を抱えていると思います。

(スライド9) 何が崩壊しているかといえば、まず、急性期の病院医療です。診療所が潰れたという話はあまり聞きません。救急医療のたらい回しとか、救命医の疲弊。

それから、地域医療。やはり田舎の人口が減って効率が悪いですから。大学も危ないです。手術関連も危ない。また、ハイリスク関連も、当然ながらローリスク・ハイリターンに移ろうとしますから危ない。慢性期医療も、救急などからの玉突きで、悪く

なぜ、崩壊しているか

1. マンパワー不足（絶対数、地域偏在、診療科偏在 等）
2. ハイリスク、ローリターン（不適正な診療報酬）
3. 政策ミス（制度改悪、激変）
4. 増える訴訟
5. マスコミのミスリード
6. 医療提供側のQOL（QOML）
7. 士気低下
（立ち去り型・立ち入り拒否型サボタージュ）

スライド10

なっています。全部悪いと言えいいんですけどね。
（スライド10）なぜ崩壊しているのか。これは先ほど本田先生が、マスコミのミスリードとか、マンパワーが初めから不足しているとか、いっぱい言うていただきました。同じですから、省きます。

■平成20年度改定での提言，要望

●病院医療の危機

（スライド11）平成20年度改定の際の日病協の提言はここに書いたとおりで、まず、病院医療が危機であるということ。

次に、公的医療費の拡大。もう私的医療費は3割負担とか何とかで、田舎のおじいちゃん、おばあちゃんも「先生、もうあまり来れないので、薬、よけいください。息子もなかなか休みが取れんので、タクシーで来ると、もうお金ないんです」と言われ

日本病院団体協議会 平成20年度診療報酬改定要望事項

総括的提言

- ◆病院医療の危機
- ◆公的医療費の拡大
- ◆診療報酬制度の激変の回避
- ◆地域医療連携を踏まえた診療報酬体系
- ◆医療技術の適正な評価

スライド11

ます。だから、もう公的医療費でないと無理だと思います。

それから診療報酬制度の激変回避。これは後期高齢者医療制度でも言われたことですが、74歳11カ月29日の人が誕生日から急に薬が変わる。これはちょっとまずいと。そして、やはり診療報酬に紹介率は戻してほしい。地域連携というのは、やはり急にはしごが外れてはまずいのではないかと。それから医療技術をもっと認めてほしいということ。

●病院にかかわる診療報酬の大幅引き上げ

（スライド12）長く書いてありますが、病院医療のこの危機的な状況を打開するためには、診療報酬の大幅な引き上げ以外は不可能である、ということです。

（スライド13）全日病の猪口先生中心に、日病協の診療報酬実務者会議が現状調査をしたところ、赤字の病院が43%。医師を募集しても来ない、採用ゼロが25.6%。診療科閉鎖、救急返上、病床削減、廃院、こんな病院がいっぱいあります。

●入院基本料の見直し

（スライド14）ですから、まず入院基本料を見直してほしいと。結局、入院がしんどいと。患者さんが廊下を歩いていて転んでも病院の責任だとか、入院するとすべて病院の責任になる。もうこれはかなわないと。変なたとえですが、犬を3匹飼っていたら盆も正月も

病院にかかわる診療報酬について （病院代表意見）

病院医療の崩壊は現在進行中で、そのスピードと範囲はますます増大している。この原因は低医療費政策という誤った政策に起因している事は言うまでもない。

日進月歩の医学進歩、高齢者の増加、国民意識の変化によるニーズ増加など、すべて医療の質と量の増大に結びつく。これを圧縮する事により、我々病院は大きなダメージを受けてきた。これに止めを刺したのが平成18年度診療報酬改定 -3.16%である。

日本病院団体協議会が、平成19年10月に加盟11病院団体を対象に実施した「病院経営の現状」調査によれば、平成18年度の病院収支は平成17年度に比してさらに悪化し、調査対象2,778病院中1,195病院（43.0%）が赤字決算となった。勤務医については、医師募集を行った1,991病院のうち全く医師を採用できなかった病院が505施設（25.6%）に達し、連鎖的に産科や小児科をはじめとする診療科の閉鎖も相次いでいる。国民の健康を支える病院医療は地域における妊婦への救急対応の遅れで象徴されるように、その崩壊スパイラルが平成18年度の診療報酬引き下げを発端として確実に進行しつつある。病院医療のこの危機的な状況を打開するためには、診療報酬の大幅な引き上げ以外は不可能である。

関係各位におかれては、壊滅の危機に瀕している地域の病院医療の実態を直視され、平成20年度診療報酬改定率を決定されることを強く要望する。

スライド12

病院団体：日病協の要望

病院経営の現状調査

経営 2,778病院中、1,195病院(43%)赤字
 医師募集し、1,195病院中、505病院(25.6%)は採用ゼロ
 診療科閉鎖、救急返上、病床削減、廃院増加



病院医療の崩壊を防ぐには
 3.2%の医療費アップ、それを全部病院へ

スライド13

日本病院団体協議会 平成20年度診療報酬改定要望事項

重点要望事項

- ◆入院基本料の見直し
- ◆手術技術（料）の適正評価
- ◆後期高齢者医療のあり方

スライド14

ない、どこへも行けません。入院患者が100人いたら、どこへも行けませんよ。だから、みんな開業する。9時～5時で終わりたいんです。QOLは、今はQOMLと言いますね、Quality of My Lifeです。若い人たちは、自分の生活が大事だと言うのですね。

（スライド15）ここに挙げたように細かい要望事項も入れました。

■平成20年度改定で実現したもの

●10対1の入院基本料

（スライド16）まず、10対1の入院基本料が上がりました。7対1ばかり言われていたので、7対1を取っているところは割といいし、小さい療養病床も、病床数をカットして分母を減らして7対1を取っているんですね。10対1が、病院の地域医療の本体であるにもかかわらず、大赤字になる。ここを上げてほしいと要望したのが、うまくいきました。厚労省もちょっとわかったんですね。これは精神病院も結核病床も付いています。ただ、本当は50点くらい上げてほしかったですね。

●チーム医療の評価、コメディカルの評価、その他

それからチーム医療の評価。コメディカルの評価。ハイリスク薬管理の評価。臨床工学技士は医療機器の共同管理、MSWは退院時カンファレンス等々で付きました。

この平成20年度改定するとき、石井先生と一緒に行って、最初にこう言いました。「私たちは医師ですが、医師の代表ではありません。30以上の職種が働く病院の代表です。今までも1行も議事録に載っていない、医療安全に大きな役割を果たす臨床工学技士の意見、あるいは、どこにも議論されていない、病病連携、病診連携、急慢連携のキーパーソンであ

日本病院団体協議会 平成20年度診療報酬改定要望事項

一般要望事項

- ① 一般病棟入院基本料1（7対1）の見直し
- ② 医療機関間の連携に対する評価について
- ③ IT化に対する評価
- ④ 外来看護加算の新設
- ⑤ 時間外・休日・深夜加算の評価の見直し
- ⑥ 患者が複数の診療科を受診した場合の初診料および再診料・外来診療料の見直し
- ⑦ 再診料及び外来診療料の格差是正
- ⑧ 精神病棟入院基本料の是正、精神科重症合併症治療病棟の新設
- ⑨ NST（栄養サポート）に対する評価
- ⑩ 医療安全への点数評価
- ⑪ 亜急性期入院医療管理料の見直し
- ⑫ 在宅療養支援機能
- ⑬ リハビリテーション
- ⑭ 小児科・産科連携診療の評価
- ⑮ DPC関連要望事項

スライド15

20年度改定、実現したもの

1. 10対1 入院基本料 31点アップ
2. コメディカルの評価（薬剤師、CE、MSW等）
3. 地域クリニカルパスの拡大
4. 専門医の評価（放射線科、病理科等）
5. チーム医療の評価（退院カンファレンス、ICT、緩和医療等）

スライド16

るMSWの意見も代表します」と。そういうことで、今までは「2号側委員イコール日本医師会」というのがメディアあるいは1号側委員、3号側の見方でしたが、それがだんだんと変わったということでは、我々、石井先生と2人、今は西澤先生とで行っている成果はあったかと思っています。地域クリニカルパスの拡大、専門医の評価とか、そういうことをやっています。そのほか実現したのは、地域クリニカルパスの拡大、専門医の評価などです。

■公立病院について

私のポジショントークになるかもしれませんが、公立病院のお話をちょっとさせていただきます。

(スライド17) 菅総務大臣が3つの視点というのを出し、長隆^{おさ}さんの言った公立病院改革懇談会のまとめが出て、昨年12月に総務省の公立病院改革ガイドラインが出ました。

●公立病院改革ガイドラインに欠けている視点

(スライド18) この公立病院改革ガイドラインが挙げている3つの視点は、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直し。

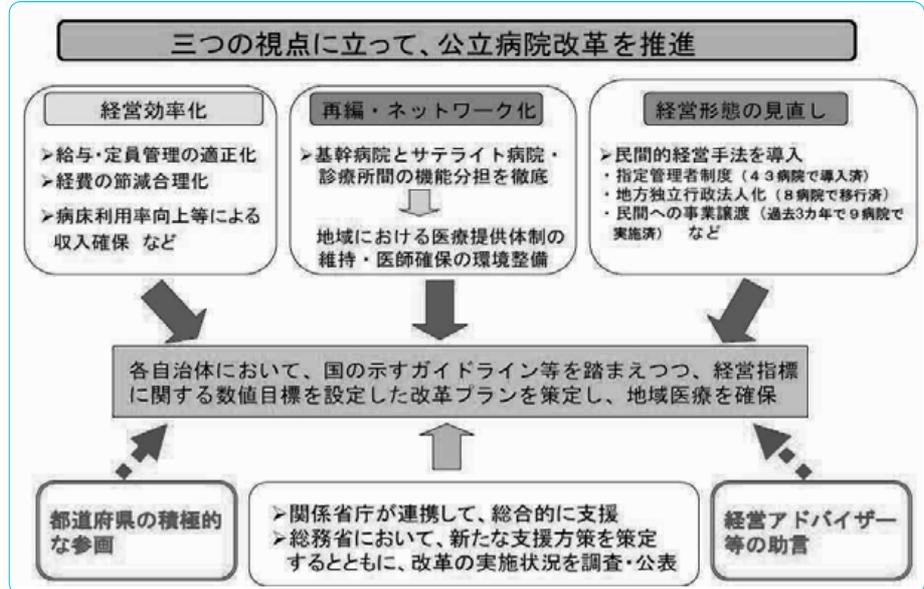
私は、これが出た瞬間、私たち自治体病院は赤ちゃんポストの赤ちゃんだと思いました。親に、つまり、総務省に見放された。なぜかといいますと、これは3つの視点ではありません。全部、財政の視点です。地域住民の視点はどこにあるのか。職員はどこに立っているのか。その2つがあってこそ、3つの視点です。これは1つの視点としか言いようがありません。

公立病院があまり役に立ってないようなところもあるかもしれませんが、田舎へ行きますと、公立病院の果たす役割は、公的病院もそうですが、ものすごく大きいです。だから、公立病院を潰すということは、ある程度、その地域の医療を崩壊させることになる。私がそう言いますと、総務省の方々は「先

公立病院改革の動向

- 菅総務大臣の3つの視点
 - 経済財政諮問会議への提案
 - 規制改革・民間開放推進への提案
- 公立病院改革懇談会のまとめ
- 総務省の公立病院改革ガイドライン

スライド17



スライド18

生、違うよ」と言うのですが、私は「あなた方が違うんじゃないですか」と言っています。

公立病院に関する財政措置のあり方委員会というのができましたが、昨日も増田総務大臣にお会いしたところ、これは公立病院を潰さないようにするための改革だと言ってくれていますので、それを信用して、私たちも汗を流すか、血を流すか、涙を流すか、と職員に言っております。どこへ行っても、汗

公立病院改革プランの策定

- 平成20年度内に公立病院改革プランを策定
 - 経営効率化は3年
 - 再編・ネットワーク化、経営形態見直しは5年程度
- 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方を明記
- 経営の効率化
- 再編・ネットワーク化
- 経営形態の見直し

スライド19

自治体病院の欠点

1. 理事者（首長）や院長がよく代わる
⇒ 経営責任の不明瞭
2. 事務職（事務長以下）が医療の素人
⇒ 職員の士気低下、事なかれ主義に陥りやすい
3. 目まぐるしい医療政策変化への対応の遅れ
⇒ 年度主義、定員厳守・公務員制度、各種条例
4. 融通の利かない入札制度
⇒ 単品主義、総山買いできず
5. 年功主義
⇒ インセンティブ働きにくい

スライド22

か血か涙は流してほしいと。そうしないと本当に潰れてしまう。あなた方はどこへでも移れるけれど、つぶれて困るのは地域の住民だ、と私は言っています。

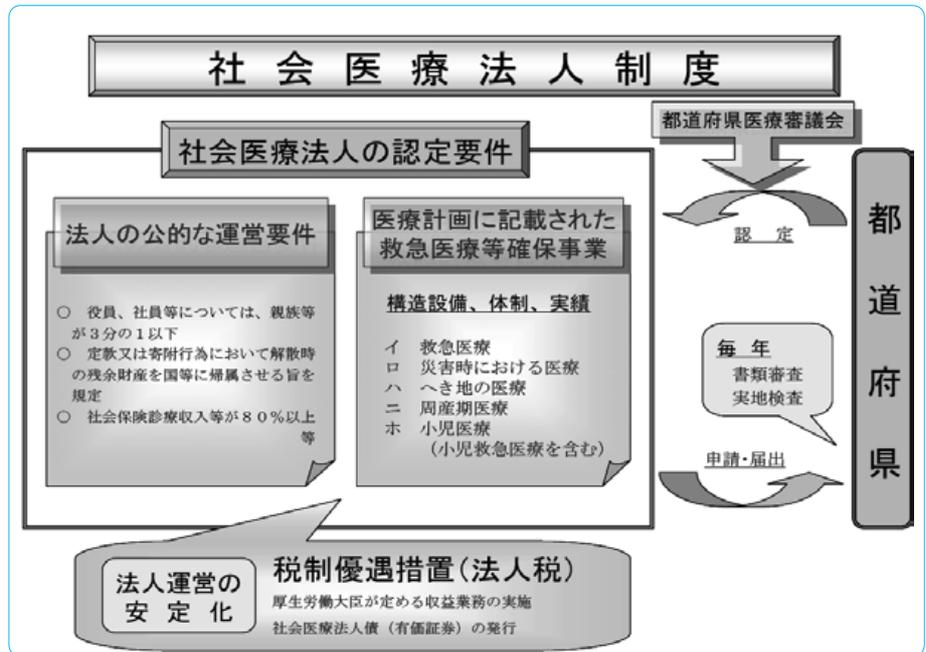
(スライド19) 公立病院改革については、こういうスケジュールが出ています。

●社会医療法人制度

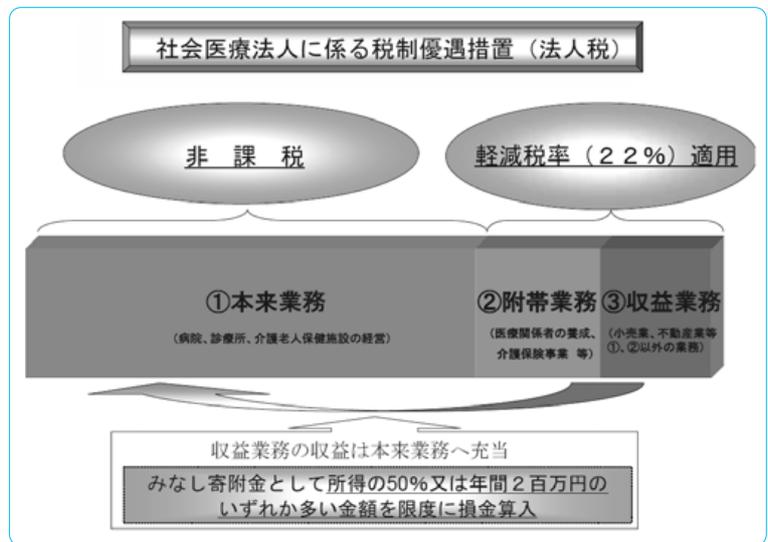
(スライド20) 社会医療法人制度というご丁寧な受け皿までつくってくれました。これはヘルパーになるかキラーになるか、わかりません。私はちょっと心配なんです。税制優遇措置で、本体業務の部分は非課税になるわけです(スライド21)。その浮いた税金分で、うちの部長級のドクターを引き抜きにくるかもしれない。そうすると、潰れるかもしれません。ですから、この法律は殺し屋かもわかりません。

●自治体病院の欠点

(スライド22) 自治体病院にも欠点があることは否めません。私は、ここに挙げたようなことをできるだけ直してほしいと思っています。事務長の平均在院日数は2年半ですが、これはまずいです。患者の平均在院日数は減ったほうがいいですし、ばかな事務長も早くやめたほうがいいですが、それ以外は長くないければいけません。



スライド20



スライド21

当院での経営努力

- 病院のランクアップ……がん拠点病院、災害拠点病院、病院機能評価認定
- 病院機能の拡充……歯科口腔外科、形成外科、血液内科、リウマチ膠原病科、心療内科
- 患者獲得……病診連携(合同カンファレンス、公開講演会)
- 開かれた病院作り……病院学会、病院祭、患者教室
- 職員教育……病院学会、研修会、年報、チーム医療、カンファレンス
- アウトソーシング……医療事務、物品購入管理
- 新システム導入……オーダーリング、電子カルテ、DPC
- 医師確保……研修指定病院、シニアレジデント

スライド24

優良経営病院の共通点

1. 外来患者が多い
2. 入院単価が高い
(難しい病気を扱っている証拠)
3. 看護師の平均年齢が低い
4. 医師の平均年齢が30代
5. 給与が職種毎にバランスが良い
6. 制度改革への適応力が高い

スライド23

経営がうまくいっている病院に共通しているのは、こうした点です（スライド23）。私のところでも、いろいろやっています（スライド24）。

●コミュニティセンターとしての病院

（スライド25）大事なのは、開かれた病院づくりですね。私は、18世紀までは大学やチャーチがコミュニティセンターであって、19世紀と20世紀はメセナの生命保険会社やシティホールなどがコミュニテ

開かれた病院作り

- ◆患者参加（患者会、患者教室）
- ◆多勢のボランティア
- ◆病院祭り
- ◆病院学会
- ◆開放病床
- ◆学生実習、見学視察
- ◆公開学術講演会

スライド25

病院と地域の関わり

患者の流れ(Seamless Flow)

Pre Hospital Care (救急(消防)) → Hospital Care (リハビリ) → Post Hospital Care

家庭
健康福祉事務所
医院、診療所
病院

病院

介護施設
家庭
医院、診療所
病院

大腿骨頸部骨折 → 地域連携パスへ
* 今後は脳卒中、癌も

スライド26

病院とコラボレーション

福祉部門

(難 病)
(障 害 者)
(生 保 医 療)
(独 居)

NPO
ボランティア
外国人医療
ホスピス
訪問診療
訪問看護

急慢連携……病病、病診、医歯薬

医療機関

(病院 診療所 3師会)

血液……日赤
教育……大学、専門学校、
医療者養成校

病 院

市民 家庭 工場

(利用者)

健康福祉事務所
……感染症、食中毒、公害
警察……犯罪、交通事故
自殺、麻薬、司法解剖
消防……救急医療

行政機関

(国 自治体 健診、埋葬)

スライド27

ィセンターだったと思います。そして21世紀は、病院こそがコミュニティセンターだと思っています。できるだけ多くの一般の人が病院の中へ出入りするということですね。先日、6月最後の土曜日に病院祭をやらせていただきました。地元の新聞によりますと3,500人来たそうです。主催者発表は4,000人なのですが。

（スライド26）病院はどこもそうですが、特に公立病院は、プレホスピタルケアとポストホスピタルケアの循環型の地域社会におけるセンターになるべきだと思っています。

（スライド27）私は、公立病院には3つの顧客があると言っています。患者さん、行政機関、他の医療機関ですね。それからほかに福祉など、力を借りたいと言っているところ、役に立つところには出て行け、と言っております。

●開かれた病院づくりへの取り組み

（スライド28）私どもでは、五感にやさしい病院、病院らしくない病院——自宅のような病院、そういう病院を目指して、ここに挙げたような取り組みをしています。

（スライド29）だから、いっぱい来ていますよ。下手くそですけど、ギーコ、ギーコと演奏もしてくれる。来るという者は拒めません。患者も受診拒否をしてはいけないですが、ボランティアというのも、来るのは拒めないですね。困るんですけどね、かなり体に悪いような音で。

（スライド30）これは研修医です。この犬はネロといって、この間死んだのですが、ドクタードッグ、癒やし犬です。アラレちゃんという犬もいるのですが、まだ試験を通過していないので、研修犬。研修犬と研修医、この2つが院長泣かせです。こっちはかみつく、

当院での取り組み

- 五感にやさしい病院
- 病院らしくない病院（自宅のように）
- 住民参加の病院、開かれた病院
- 次世代を育てる病院
- 安全な医療を提供する病院

スライド28



スライド29



スライド30

あっちは医療事故（……!?!), ああ怖い。患者会もいっぱいいます。

（スライド31）これは糖尿病患者のバイキング教室です。どれだけ食べてもいいと言っておきながら、食べられない。こういういじめ的な行事を、私も糖尿病患者ですから非常に不愉快なのですが（冗談）、栄養士がやっています。

●大勢の「人質」をとる

いろいろなことをやっていますが、こういう人たちがたぶん、うちの病院が潰れるとなったら、人垣になって、人は城ということで、助けてくれるだろうと思っています。とにかく大勢の人質をとるのが、私の院長としての方針です。

災害医療にも行きます（スライド32）。メディカルミッションにも行きます（スライド33）。この方はポリオです。地主階級以外で初めて州知事になったフィリピンのイラガン州の州知事さんです。こち



スライド31

らは竹内正也先生、日病協をつくった立役者の1人ですが、公私病連の会長ですね。カトリック医療団の団長。これはみんなうちの人、ほとんど信徒なんですけどね。

●次世代を育てる

（スライド34）これが私のいちばん好きなスライドです。「トライやるウィーク」といまして、中学2年生が10月の第4週に教室を離れ、テキストブックを離れ、ホワイトボードを離れて、お父さんやお母さんの職場へ行く体験学習です。兵庫県というのは、甲陽学院や灘高校などがあって、教育先進県と

台風23号 災害医療派遣チーム



2004. 10. 22 - 24 但馬 養父市にて

スライド32

フィリピン・メディカルミッション



2004. 7. 17 - 22

スライド33

トライやるウィーク



スライド34

思われていますが、酒鬼薔薇聖斗^{さかきばらせいと}さんも兵庫県人ですし、校門圧死事件も兵庫県です。陰と光が両方ある県なのですね。私は前の貝原知事に、「教育という言葉が悪い。育教にしましょう。教え育てるといいのはいかん。育て教えるのだ」と言っていたのですが、それを聞き届けてくれまして、こうなりました。

このトライやるウィークの金曜日夕方、別れしな

診断と治療

- S：日本の外科医に未来はない
- O：外科離れ
(新人減少、立ち去り型サボタージュ)
- A：大学からの報告、病院からの報告
(入局者激減) (外科医減少)
- P：魅力ある外科の再構築

スライド35

外科志望者の減少、昔のメジャーは今いずこ
(今や外科はメジャーでない)

ある若手形成外科医との対話

- ハイリスクローリターン
(5K：キツイ、危険、汚い、経済性が悪い、気が休まらない)
- 修業の長さ
- QOL (医療側) の低さ
- 自由度が低い
- 家族や遺族との関係
- 開業困難
- トラバーク困難

スライド36

何故、外科医が足りなくなったか?!

- 全医師数が少ない
 - H10年 閣議決定
- 女性医師の増加
 - 女性関連科 (小児科、産婦人科、乳腺科)
 - 画像関連科 (放射線科、病理科、検診センター)
 - ピル診関連科 (皮膚科、眼科、心療内科)
- 開業志向
 - 立ち去り型サボタージュ
- 立ち入り拒否型サボタージュ
 - ローリスクハイリターン志向
 - フリーター志向 (麻酔科、放射線科、病理科)
 - 民間医局
- 早期引退
 - 療養型病床、老健、人間ドック、産業医、行政、教育

スライド37

に中学生に赤ちゃんを抱かせますと、こんなに良い顔になります。初日、月曜の朝に抱かせようとする、みんな逃げますが。こういう子どもたちの中から、医療界へ入ってくれる人が出てくれば、FTAでフィリピンからナースやヘルパーを呼ばなくてもいいのではないかと私は思います。私はフィリピンへ行っていますから、フィリピンの看護師さんが優しくて能力があるというのはわかります。でも、皆さん、死ぬときに、フィリピンのナースに脈をとってもらいながら「ご臨終です」とか言われたいですか。私は日本の、できればきれいなナースに「ご臨終です」と言われたら、ちゃんと死ぬような気がします。So longとかAdiosとか言われて、死ぬますか。もう1回出てきそうな感じがするでしょう。私は必ずもう1回出てきますね。

■外科医不足を防げ

(スライド35) 外科医不足の問題ですが、現状を診断すれば、ここに書いたように日本の外科医に未来はない。外科離れ、新人減少、大学からは入局者減少の報告、病院からは外科医減少の報告。どうするか。治療としては、魅力ある外科の再構築ですね。

●ハイリスク・ローリターンの外科医

(スライド36) ある若手の形成外科医と話しました。この人は、運動部の私の後輩で、「必ず外科へ行きます」と学生時代から言っていたので、来てくれるものと思っていたら、突然、形成外科に行った。どうして外科に来てくれなかったのかと聞いてみたところ、次のような答えが返ってきました。

まず、ハイリスク・ローリターンだと。きつい、危険、汚い、経済性が悪い、気が休まらないという5K。さらに、修業が長い。QOL, QOMLが低い。自由度が低い。家族や遺族との関係がうっとうしい。死亡診断書を書く科は行きたくない。開業しにくい、つぶしが利かない。

●なぜ外科医が足りなくなったのか

(スライド37) なぜ外科医が足りなくなったか。まず、先ほど本田先生もおっしゃったように、全医師数が少ない。

それから、女性医師の増加。女性医師は小児科、産婦人科、乳腺科の女性関連科へ行く人や、あまり患者を診なくていい画像関連科 (放射線科、病理科、検診センター) へ行く人が多い。この間、うちへ来た女医さんは、「当直はしません。外来はしません。

写真だけ見ます。レントゲンは撮れるのが10時頃ですから、出勤は10時にしてください」と。もうほとんどそれを認めなければならない時代なんですね。そして、「夜は6時までにはしてください」と。それもいいでしょうということになりました。あと、ビル診関連科（皮膚科、眼科、心療内科）へ行く人も多い。それから、開業志向、民間医局、早期引退ですね。

●手術手技料の低評価

（スライド38）外科はハイリスク・ローリターンですね。手術手技料というのはスタートで誤っている。後発で添え物的。これは大教授とノイエヘレンが決めているのです、私が調べました。大教授が「ああ、あんな手術は楽だ、簡単」と言って安くなった。ノイエヘレンは——お兄ちゃんが厚生省の官僚だったのです——わからないのに、お兄ちゃんに「それでいいかな」と聞いたら、お兄ちゃんが「いいよ、いいよ」と言って、それが日本の手術点数の50番です。だから、あほらしくてやられていられないですね。

時代遅れ。薬価差が減って、在院日数が減ったら、眼科が高いのではなく、外科が安過ぎるのですね。眼科は目薬の薬価差がなかった。入院はもともと低いから、高い手術点数を付けてもらっているのです。外科は、昔もうかっていた部分が全部駄目になっているのに、上がっていない。

手術手技料は日本全部で1兆円、ヘルパーの費用と同じなんです。ヘルパーはタマネギむいたり、背中さすったり、その仕事も貴重ですが、タマネギむいて訴えられたりしません。でも、我々は訴えられますからね。

それから、設備費が高い。また、手術室へ配置転

外科のコストパフォーマンス ＝ハイリスク、ローリターン

1. 手術手技料の低評価
スタートでの誤り（後発、添え物的、大教授とノイエヘレン）
時代遅れ（在院日数短縮、薬価差減少）
日本全部で1兆円（ヘルパー費用と同じ）
DPCが追い討ち（合併症不採算）
2. 設備投資過大（イニシャルコスト）
建築費高く、稼働率低い
3. マンパワーのレベル高い
量も質も（チームトレーニング）
4. ランニングコストも高い
（医賠責、感染廃棄物、I・C対策）
5. 保険医療材料価格の高設定

スライド38

換というとなースが「やめたい」とか言ってくる。それを喫茶店へ連れていって、高いケーキ食べさせながら「いて」と、私、頼んでいるんですよ。そんなのは手術料に全然評価されていない。困ったものです。

■中医協委員となって

（スライド39, 40）中医協委員になってということですが、手術の施設基準には絶対反対。それから外保連との連携。

3者構成は、やはり相手の人たちが、支払い側ですから、納得してくれなければいけないわけですね。健保連や患者会との交流。私はこういう会があったら、必ず患者会を優先します。患者会は、ひょっとしたら敵かもしれません。敵というか、違った考えを持っている。でも、違った考えの人たちをこっちに取り込む、マージャンだったら直撃というのをしなければいけないですね。

中医協委員となって

1. 手術の施設基準の撤廃
明治以前に戻るのか？
医療格差ノフリーアクセス、
2. 外保連との連携
今回改定の基礎データ
Dr. 出月、Dr. 佐藤（裕）、Dr. 山口（俊）
3. 3者構成の難しさ
ポジショントークからの脱皮
健保連、患者会との交流
4. 日医との距離
微妙？
医療崩壊の主犯は財務省!!
日医は共犯？
5賊説

スライド39

中医協に出て考えたこと

- 日医中心（基本的には内科無床診療所が中核）
病院、入院医療、手術は、オプション的
- EBP（Evidence based Payment）
外保連中心のコスト調査
- 診療材料（特に手術材料）の高値止まり
縫合糸などは外出し（アウトライヤーに）
- DPCは両刃の剣
- DRGの試行（15歳未満の鼠径ヘルニア）
- 医療安全とITへのコスト

スライド40

日医との距離。医療崩壊の主犯は財務省だと思えますが、日医は共犯だと私はらんでいます。5賊説、これは言わないほうがいいかな。

(スライド41) 提言したことですが、まず、新人勧誘をせよと。次に、外科医の地位向上。これは手術手技料の大幅アップなどですね。それから、認定医制度や専門医制度は、簡単にだれでも取れるようにと、大分県方式でやってもいいのではないかと? と思いますけれど。

そして国民の共感を得るためには、ここに書いたことをやると。

医療安全いろはカルタ

(スライド42) 医療安全いろはカルタをやっています。私もうちの病院でつらいことばかりあって、弓折れ矢尽きて帰ったら、弟たちの子どもが、お正月でカルタをやっていました。

カルタには、教訓性、娯楽性、全員集合、みんなある。これを医療安全に使えないかと思ったのです。ただ、私、セクハラにならずに若いナースの手を触

医療安全いろはカルタの作成

- ・ 全員参加 (手作り)
- ・ スキンシップ
- ・ 娯楽性と教訓性、適時性
- ・ ネガティブヒーローはもう作らない
- ・ 他業種に対する焦り



スライド42

提言

1. 新人勧誘
魅力的講義や実習
地域の病院でのレジデントの実習
初期研修での指導医の熱意
2. 外科医の地位向上
手術手技料大幅アップ
複数主治医制 (2、3交代制)
3. 認定医制度、専門医制度の見直し
4. 国民 (市民) の共感
学会の広報活動、メディア対策、政界対策
シンポジウム (三保連 昨年、外保連提案で開催)
医療崩壊いろはカルタ

スライド41

れるのはカルタ取りしかないかなとちょっと思ったような気もするのですがね。

(スライド43) 「医療ミス 一件一瞬 二億円」、ここが医療崩壊カルタでは「医療費とどっちが高いパチンコ代」になります。

「サクシゾン 一字違えば死を招く」、サクシンとサクシゾンですね。

「むずかしい 読めぬカルテよさようなら」。これはうちの病院の3悪筆の1人とされているAドクター。こっちは、頭はまったく切れないけれど心はすぐ切れるBナース。うちのカルタは2回楽しめる。モデル探しがありますからね。

「もう一度 ガーゼカウント 手術室」。1枚足りない、番町皿屋敷のお菊さんですね。

「『ほう・連・相』これを守って患者を守る」。報告・連絡・相談がないような組織は滅びる。山種証



スライド43

券の山崎種二翁の言葉ですね。4月1日、日経新聞でどこの社長がどんな訓示をしたか見てみると、だいたい2つくらいの会社でこれが出てきます。今の食品偽装とか、三菱ふそう自動車や雪印乳業などは皆、これがなかったんですね。ボヤのうちに問題に対処しなければいけない。私は、院長をやめさせようと思ったら報告をしないことだ、火だるまになってから報告すれば、私やめた、となるからと言っています。アメリカでは、“The messenger with bad news must not be punished.” 悪い報告を持ってきた人は罰してはいけない、と。先ほど本田先生がおっしゃったことと同じです。ロッキードのコーチマンは悠々自適、田中さんは豚箱。しかし、その後、どちらが良い社会になっているか。日本はバッシングだけで、すぐ再発。ずっと汚職は続いている。アメリカは再発防止に力を入れる。日本は、マスコミでたたいて、その人を苦しめて終わり。ちょっと考えなくてはいけないと思います。

「くろうして信用積み上げ 事故でファイ」、これは9.11ですね。どんな良い立派なハードをつくっても、1つのソフト、あるいはうっかり者、テロによってめちゃくちゃになると。ハードではなく、ソフトが大事です。

(スライド44)「^{うま}美し国、命の重さ22位」、本当は29位ですが、語呂が悪いので、22位に負けておきました。

■医療崩壊を防ぐために

●低医療費政策の撤廃、医療側の国民への働きかけ

(スライド45) 医療崩壊の対策は、やはり低医療費政策の撤廃です。

それから、医療側からの国民への働きかけ、情報発信ですね。私は外来で、ドクハラにならない程度にかなりきつく患者さんを押さえながら、「日本の

医療費は安いんですよ、安いんですよ」と言っているのです。マインドコントロールかボディコントロールかわかりませんが、それくらいやら

ないと駄目ですね。柔道整復師なんか、体をもみながら「先生方も大変ですが、私たちはもっと大変ですよ」といつも言う。こちらが気持ちよくなっているときに言うので、「ああ、この人の言うこと、正しいかな」と思ってしまう。我々は注射とか死ぬ場と言うから駄目なんですよ、軟膏を塗ってあげたりしながら言わなければ。

●国民意識の向上、大学教育の変革

そして、国民意識の向上。大学教育も変革しなければいけない。この間、私は外科学会で、大教授といわれる人は皆さん、政治家たちを手術しているのだから、もっと言わなければいけない、と言いました。あなた方のツケを我々、特に若者の外科医が払わされているのだと。あなた方が外科が大変だと言わなかったから、我々がしんどい目にあっている。今からでも罪滅ぼしのために、自分が手術した政治家のところへ行って、言ってこい、というのが私の考えです。

(スライド46) 日本の医療を良くするために必要なのは、政策変更、国民の自覚、赤ひげ——これだけではもう無理ですが——、それから広報活動。

(スライド47) 日本の医療は財務省がめちゃくちゃに威張っています。厚労省はもうかなり審議官クラスが、財務省の若手に牛耳られています。こういう政策をやりたいと言っても、それはコストオーバ

医療崩壊対策

- 低医療費政策の撤廃
- 医療側の国民への働きかけ
- 国民意識の向上
- 大学教育の変革

スライド45

医療崩壊いろはカルタ

医療安全いろはカルタについて

- き：希少種に登録されそう、日本の産科
 さ：サッチャーのつけ、ブレア返せず
 く：クレマー、増えてどんどん医療は縮む
 う：美し国、命の重さ22位
 い：医療費とどっちが高いパチンコ代

スライド44

日本の医療をよくするために

- (1) 政策変更（ノーモア低医療費政策）
- (2) 国民の自覚
患者教育（学校、家庭、社会）
- (3) 赤ひげに戻れ（夜間祭日救急、往診）
- (4) 広報活動（対マスコミを含む）

スライド46

一、タイムオーバーと言われてしまう。病院、診療所は苦勞している。患者は蚊帳の外です。これはコペルニクス以前、天動説ですね。

(スライド48) そうではなく、これが正しいのです、地動説。患者の周りを我々病院、診療所が回っている。厚生労働省は、こうせい、ああせいと指導し、財務省はいくらでもお金を出す、これが正しい医療です。ただ、この間、冥王星がもう惑星の図から消えましたので、次回、このスライドからも財務省が消える運命かもしれません。以上です。時間をオーバーしましたが、ご清聴ありがとうございました。

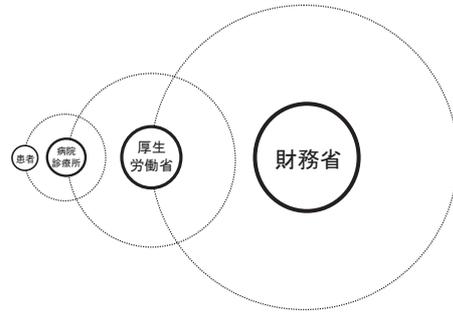
座長(池澤) 邊見先生、ありがとうございました。もうお1人、問題提起が残っておりますが、ここでちょっと休憩を取らせていただきます。

(休憩)

午前中のお2人に続きまして、これから石井暎禧先生に問題提起をしていただき、そのあと、3人の講師の方々へのご質問、討論へと進めていきたいと思っております。なお、東京都の病院の方たちは厚生労働省といろいろな動きをしておられますので、その点についてのレポートも兼ねた問題提起を、私からお願いすることもあるかと思えます。

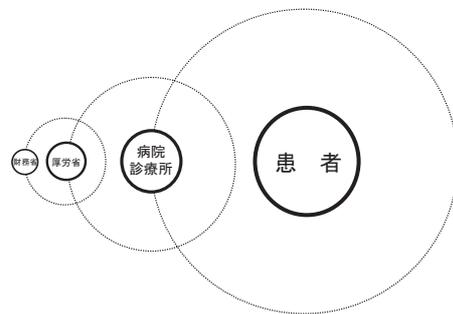
それでは、石井先生のお話をお聞きします。先生は昭和37年に東大医学部を卒業、翌年、当時はインターンがありましたから東京大学付属病院の産婦人科に勤務なさり、昭和48年、神奈川県のカワサキで石心会川崎幸病院を設立、院長に就任。翌年から理事長も兼務されました。その後、埼玉県に狭山病院を設立、院長を務めておられましたが、平成19年に退任。現在は医療法人財団石心会の理事長をしておられます。日本病院会の常任理事として、また現在は医療制度委員会の委員長として活躍なさり、診療録管理学会の理事、日本病院団体協議会の診療報酬実務者会議の委員もしておられます。かつて、中医協の病院代表として、邊見先生と一緒に活躍もなさいました。実は石井先生は私の学生時代からの友人でして、肝胆相照らす仲です。非常に理論家ですので、ぜひとも彼の話の中にこれからの方向を見いだしたいと思っております。それでは、石井先生、お願いします。

日本の医療



スライド47

理想の医療



スライド48

良い病院とは

- かかりたい病院……………かかってよかった病院
- 働きたい病院……………働いてよかった病院
- 地域にあって欲しい病院……地域にあってよかった病院

スライド49

3 医療制度改革と病院 —制度疲労からの復活は—

石井 暎禧

石井でございます。私には、これまでのお2人のような、ユーモアあふれた話術の才能はまったくありませんので、話も骨の部分だけをお話するということになると思いますので、ちょっと辛抱してお聞き願いたいと思います。

今、医療崩壊ということが問題になっていまして、特に産科の問題は、大きな問題になっています。私も実は30年くらい、医者をやっております。10年間くらいはちゃんと産婦人科医をやりまして、自分でもけっこうちゃんとした産科医になったなと思った頃にやめました。というのは、民間で都市部で産科をやっていましたが、もうやってられないと考えたからです。はっきり言えば、民間の我々のような病院で産科をやるのはどうも無理があると感じまして、我々の病院は産科を取りやめました。

その経験から、そして昨今の状況を見ていますと、実は医療崩壊というのは最近始まったことではないと思います。急性期医療についても民間の病院の立場から言うと、少なくとも10年前、医療崩壊は始ま

っていたという実感を持っています。この間にいろいろな問題があって、表に出てきたのは確かにそうした個々の問題ですが、私は、システムとして日本の医療制度がやはり経年劣化したのだと思っていますので、そういう点を踏まえて今日はお話ししたいと思います。

■ 2つの視点—医療保険制度の危機、医療供給体制の崩壊

(スライド1) 演題にあえて制度疲労という言葉を使ったのは、この間の医療費抑制、それから、いろいろなかたちの医療制度改革といわれたものは、すべて、国のほうから言えば、お金がないからだというところから始まっているわけです。ですから今回の医療制度改革ということも、高齢者の医療制度の問題も、2つの視点から見ておかななくてはならないと思います。

その1つは、医療保険制度の危機という視点です。財政の問題とか、お金の問題は財務省がすべて取り仕切っているなど、先ほどもいろいろお話が出ましたが、やはり、お金の問題、保険財政の危機という、制度上の危機が1つの柱です。

もう1つは、現実の病院、医療の崩壊という視点ですね。現実のほうから見れば、制度とは別個に、医療というものはある。どういう制度であろうと日本の医療というものはあるわけで、この医療体制がどうもうまく動かなくなってきたことが核心です。

この2つのことは互いに関係するのですが、まず、それぞれの面を見てみたいと思います。

■ 後期高齢者医療制度をめぐる混乱

(スライド2) 今年、後期高齢者医療制度の混乱がありました。これに関して野党は、はっきり後期高齢者医療制度の廃止という提案を出しました。これは参議院で一応通っているわけですね。この前の中医協において、後期高齢者の終末期の相談についての点数をいったん凍結すると決めました。これはおそらく1号側も2号側も公益側も、中医協の委員は大変はた迷惑だということで、非常に批判的です。だれも政府の提案に対して賛成しなかったけれど、やむを得ずということになっています。

なぜ、こういう混乱が生じたのか。しかもマスコミ関係も、後期高齢者医療制度にはいろいろ問題があると。確かに問題はあります。しかし、後期高齢

医療制度改革はなぜ必要か

- ・ 二つの視点
 1. 医療保険制度の危機（保険財政の崩壊）
 2. 医療供給体制（病院）の崩壊

スライド1

後期高齢者医療制度もめぐる混乱

- ・ 高齢者医療制度は医療制度改革の一環
- ・ 高齢者の負担だけが問題か
- ・ 対案なき野党の「制度廃止論」
- ・ なぜ医療制度改革か
 - 制度が現実と乖離し始めた

スライド2

者制度とは一体何かという本質的なところの議論が、ほとんど行われてこなかった。大体この問題は、一段落してから最近ぼちぼちと、本質的な問題としての財政構造の問題ということで、やっと取り上げられるようになりました。しかし、ほとんどは、高齢者、特に所得のない方における負担問題です。もちろん、その問題はありますし、それはそれで解決しなくてはならない。

しかし、後期高齢者医療制度というのが、なぜ、こういうかたちで出てきたのか、これをやめれば良いという問題か、ということです。

実は民主党案は、私たち医療界のいろいろな人に聞いてみても、非常に不評でした。中医協の委員で、民主党のこうした提案を支えなくてはならない基盤である連合の担当者に聞いても、「民主党の案はめっちゃくちゃだよ」と。「いくら言っても、あいつらには、大体わかっているやつがない」。健保連も後期高齢者医療制度には抵抗してきたわけですが、彼らも民主党案については「廃止してどうするんだ。何もないじゃないか」と。民主党・野党連合の言う廃止とは、現実には老健法に戻すということで、では、老健法にもともと反対していたのはだれですかという話です。老健法に問題があるからこそ、後期高齢者医療制度というものが提案されたのだから、対案をちゃんと出したうえで廃止を言うならいいけれど、民主党には失望したという声が、この問題についてわかっている人たちのほとんどです。

にもかかわらず、では、なぜ政府は国民の納得を得られる説明ができなかったのか。ここにこそ、問題があります。

■医療制度改革はなぜ必要か

ここで考えなければいけないのは、なぜ医療制度改革なのかということです。我々としてはもう一度、本質的なところから問題にしていけないといけない。現実には、先ほどのお二人がおっしゃったように、もう大変なことが全体的に起きているわけです。ですから、どこか1つ手直しすればいいというかたちでの案は出せるはずがない。トータルな問題として解決しなければいけないのは確かです。

国は何年も前から医療費抑制とか医療制度改革ということを書いてきましたが、その根拠が問われます。

●高齢化だけが問題なのではない

(スライド3) まず、医療給付の多くは高齢者が医療費を受けるわけであって、若年者が受ける割合は少ないことは確かです。いつ、どの年代で、どの程度の医療費が使われるか、年齢別の生涯医療費を見てみると、こういう状況です。ほとんどが高齢層で使われていますが、当たり前です。若いうちはまだ体にガタがきていない。年を取って、いろいろ故障が起きて、医療費が使われるのです。こんなことはいまさら言うまでもない、最初からわかっていることです。

ですから、医療費抑制ということが叫ばれるようになったのは、やはり、単純に高齢化が進むからということではありません。もともと使うことがわかっていて、制度設計が行われたわけですから、本来ならいまさら慌てることはない。昔から老人が医療費を使うというのは当たり前。議論する必要もないし、高齢者医療に金がかかるとか、老人医療費が高いとか、若者の5倍だとか、こんなのは当然で、いまさら議論すること自体がばかげている。これは前提条件だったわけですから。もともと医療というのは年をとったら使うものなんです。ただし、これは今にとっての常識なんですね。前から常識であったわけではない点がいくつかあります。それはまた後でお話します。

●人口構成の変化

(スライド4) 実際上、問題なのは、先ほども少子化問題の話が出ていましたが、人口構成が変わってきたこと、すなわち、人口ピラミッドが一種の逆ピラミッドみたいな形になってくるということです。上のほうの黒いところの世代が医療費を使うわけで

医療給付は高齢者



スライド3

すが、この図を見ても明らかなように、この世代の人口が多くなり、一方、そのお金を出す現役世代が少なくなっているから負担が増える。だから、大変だ、大変だと言っているわけです。

大変だということで国としては、医療費抑制とか効率化とか言う。しかし、効率化とは、何を効率化するのがよくわかりません。厚労省は、日本の医療がいちばん効率的だと言っているわけです。そう言いながら、なぜ効率化を言うのか。効率化ということ自体が良いか悪いかは別の問題としても、世界一効率的なものをもっと効率化してどうするんだ、という疑問が起きます。

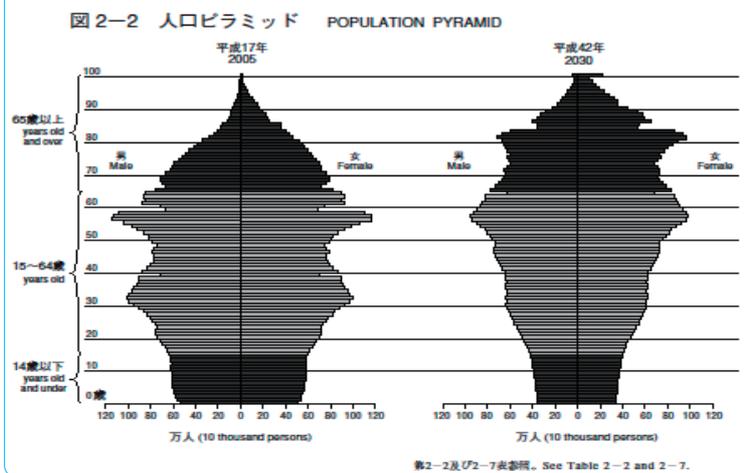
(スライド5)しかし、厚労省から社会保障国民会議に出されているこの資料によれば、保険財政的には確かに切羽詰まっているように見えるのですね。そして、今言ったような——医療費は上がっていくが、担う世代は少なくなっていくので、これはなんとかしなくてはいけない——というかたちで資料はすでに書かれているわけです。

ところが、先ほど言ったように、年を取ったら医療費がかかるというのは当たり前だとすると、制度設計はそのようにつくられていなければならなかったはずですが。にもかかわらず、こうなったのは制度設計での誤算です。しかも人口構成の問題から言えば、とくに、もう10年以上前から、こうなってくることはわかっていたわけです。ですから、足りなくなることがわかっていたにもかかわらず、なぜ今騒ぐのかということです。

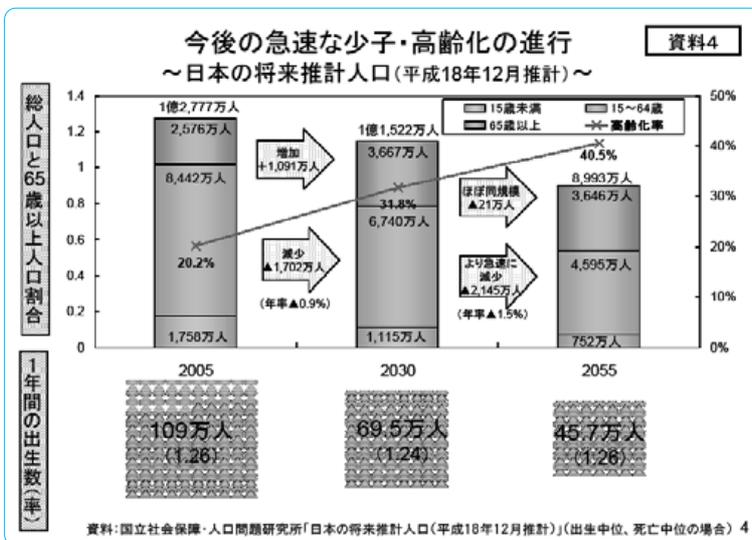
●制度設計の破綻

(スライド6)医療と年金とは、負担と給付のしくみが違ってきます。年金の場合には、若いときに積み立てて年を取ったら受給する。ところが医療の場合は、若いときも病気をしますから、普通の保険と同様に今年集めたお金で今年の医療費を賄う、いわゆる拠出制で行われています。生涯医療費を若いときに払うという制度であれば、年金と同じような考え方で破綻は起きなかったのですが、制度設計上そうなっていません。

担う現役世代は尻つぼみ



スライド4



スライド5

高齢化(長寿化)が問題ではない
医療費を決めるのはGDP

- ・人口ピラミッド構造が一定ならば問題なし
 - 高さが高くなるだけ
- ・ピラミッド構造が逆転したことが問題
 - 少ない現役世代が高齢者をどう支えるか
- ・年金は積み立て方式が基本
- ・医療は賦課方式

スライド6

では、前々から予想できればどうするかと言えば、普通の家庭で考えて、年を取ったときの生活費は貯蓄しておくわけです。しかし、医療費は、そういうことが制度的にも行われていない。実は、これでも

現役世代部分が多い形の人口ピラミッドがそのままずっと維持されれば、別に問題ないわけです。後の世代がちゃんと払えばいいだけのことです。

ところが、ピラミッドの形が逆転してくることで、制度設計そのものが破綻してきた。そのことが問題なのです。そして、それを隠すために、老人に目を向けさせ、いまさら議論する必要がない当たり前のことを言い立ててきたのです。まさに制度設計上のミスという問題を、高齢者の増加や高齢者に医療費がかかるという別なことにすり替えて、国民にアピールしてきたのです。

ただし、これは医療だけの問題ではなく、経済全般にもあてはまります。世界的な経済の問題から言いますと、いわゆる人口バブルという時期がどこの国でも必ずあります。経済成長期は、現役世代が非常に多くて、養わなければならない人が少ない。この時期、国は非常に楽な状態で、まさに高度成長期というのは、日本でもそうでした。今、中国がそういう状況になっていますが、もう少したつと人口高齢化が進み、人口バブルがはじけ、ひとりっ子政策もあって、日本以上に同じ問題が必ず起こる。ですから中国の場合も、こうしたことを前提にして制度設計がなされないと、たぶん駄目になると思います。

●医療費を決めるのはGDP

全体的な医療費ということについて、負担のほうの問題から言いますと、結局、医療費を決めているのはGDP、すなわち、どのくらい稼いでいるか、です。家計で考えてみれば、ある部分にどれだけのお金をかけられるかというのは、もともとの所得が多いか少ないかで決まります。国の段階においても、医療の要求というものは、現実的にはGDPの大きさによって決まってくるし、OECD諸国について、GDPと医療費との相関図を描いてみますと、明らか

な相関を示しています。

その相関図の少し上か下かという問題であって、全体的な大きな流れからいうと変わりません。そういうなかで、日本は確かに先進国の中では低いほうです。しかし、もっと低い国から高い国まで見ていきますと、少なくとも大きな幅の中、一定の水準の中に、日本の現状の医療費はまだ入っています。

■現行医療制度の経緯と構造

(スライド7) 日本の医療費がなぜこういう制度設計になっているかということについては、まず、この制度が戦後の医療に関する考え方に規定されてできてきたものであることを見ておかなければいけないと思います。

●日本の社会保険制度の経緯

制度という点から言うと、日本の医療費の制度は社会保険制度です。イギリス型の医療国営（いわゆる税金で賄う）ではなくて、国民から社会保険料として徴収したお金によって保険が賄われます。世界的に見ると、やはり、社会保険制度の国が多く、完全国営というのは少ない。ヨーロッパの福祉国家と言われている国も、やはり社会保険制度が多いし、さらに、かつてのソ連圏のような、すべて国営と思われていた国も、制度から言えば社会保険制度であって、財源的に見ますと医療国営ではなかったのです。明らかに保険というかたちを取っていましたので、この社会保険制度の利害、得失というのはあります。これは後でまた話します。

日本の社会保険制度の歴史的経緯を見ると、まず戦前に、普通の民間の国民健康保険組合がつけられ、こうした制度が始まっていき、それから国保ができ、その後、ばらばらな制度ができてきました。つまり、初めからぼんと整合的にできていた制度ではなく、戦前からの保険制度をそれなりに引きずってできたのが、戦後の社会保険制度です。

そのなかにおいて、国民健康保険は後からできた制度のうえ、国保は基本的に、もともと自営業者に対する制度というかたちを取っています。これは農民と中小企業者です。ドイツなどもやはりそうですが、日本の場合は後からつくられて、しかも最初から、日本の経済構造のなかにおいて非常に財政基盤の弱い健康保険組合であったのです。ですから、最初はもちろんすべて保険料でということだったので、できるとすぐに、まず2割負担、税金を2割

現行医療制度の経緯と構造

- ・ 社会保険制度 → 国民皆保険へ
(医療保障は**社会保険**で)
 - 自由開業医制を軸とする地域医療システム
 - 公的病院における急性期入院医療
 - 診療報酬決定における中医協システム
 - 出来高払い制度
- ・ 保険の制度間調整の不在 (国保と健保)
- ・ 地域格差の調整も不在

スライド7

投入することから始まって、現状の5割となり、現在に至っています。

●保険の制度間調整の不在、地域格差の調整の不在

国保と健保に関して言いますと、最初から、被保険者の負担能力の問題からくる財政基盤の違いがあって、この間の調整が一切行われていませんし、現在も制度間調整については、この国保と健保の間がいちばん問題になります。中間的なものとして、政府管掌の健康保険組合がありますが。しかも国保は、徐々にいろいろな中小企業が法人化し、政府管掌に入ることになっていきました。つまり、国保は、自営業者の保険としては形骸化し、収入のない人の保険のようになっていっているのですから、国保の財政破綻というのは、もう当たり前です。しかし、この制度間の問題について、調整をきちんとやってきていません。

それからもう1つ、地域格差の調整も不在ですし、さらに、さまざまな意味での制度間調整というのが、これまでなされていないのです。

●制度間調整のための老人保険制度

実は、老人保険制度というのは、この調整のためにできたと言ってもいいと思います。拠出金を出させて、高齢者をたくさんかかえている保険組合と、そうではない保険組合との格差を調整するために、老人保険制度ができた。これができたときも、老人のための健康云々とか、ただ病気を治すだけではなく予防まで含めているというような、かっこいいことを言っていました。まったく言葉だけです。実際上は、財政調整のために老人保険制度ができたという経緯があります。

今回の後期高齢者医療制度というのは、その老人保険制度でもはや調整がつかなくなってきたためにつくったというのが本音のところ。ですから、もめるのは当たり前だし、また、これを元に戻しても駄目だということもはっきりしています。

■医療保険制度の破綻と後期高齢者医療制度

(スライド8) 今まで言ったことをまとめますと、まず、賦課方式での医療保険制度が少子高齢化で破綻した。そして、分立している制度がその破綻を増幅し、しかも年金と違って、現役世代も病気をしますから、積み立て方式への転換はいまさらできない。客観的に見れば積み立て不足である高齢者医療費債務が問題になっていく、ということです。

医療保険制度の破綻 (制度設計の不備)

- ・ 賦課方式が少子高齢化で破綻
- ・ 分立した制度がその破綻を増幅
- ・ 積み立て方式への転換は出来ない
 - 年金との違い(現役も病気になる)
- ・ (積み立て不足の) 高齢者医療費債務が問題
- ・ 高齢者医療制度の登場
債務処理スキームとして

スライド8

医療保険制度の制度疲労

- ・ 後期高齢者医療制度は
医療保険制度の危機の象徴
- ・ 人口構成の変化(高齢人口の増大)が
現行の医療保険システムを維持できなくした
- ・ 高齢者の医療費をどう負担するか
その世代の生涯医療費を確保できる保険料とする

スライド9

だから、ある人に言わせると、今回の後期高齢者医療制度というのは、金融破綻における債権処理と同じだ、と。医療保険制度を維持するために、いちばんどうしようもない高齢者のところだけを切り離して、そっちは税金とかいろいろなお金を集めて、なんとかやりましょう、というのが今回の後期高齢者医療制度なんだ、と。これは非常に納得できる説明です。

ですから、国としては本当のことは言えないのです。そのため、言葉を換えて、あいまいな表現では言っています。後期高齢者のところは医療保険制度そのものが、彼らが先延ばしにしてきた本質的なことによって、実は破綻したのだということを露骨に言えないため、高齢者にふさわしい制度としてこれを考えるだとか、きれいごとを言って、それが裏目に出たのです。

本来、高齢者医療の問題ではないのですから、後期高齢者にとって得になる制度なのか、その具体的な話がまったくないということです。ですから野党側から、それでは老人差別だという声が出て議論になるわけです。しかし、老人差別でも何でもなくて、これはお金の問題にすぎないと思います。

(スライド9) そういう意味で、今回の後期高齢者医療制度の問題というのは、今の医療保険制度の危

機の象徴だと思います。これは、本質的な解決はある意味では簡単といいますか、原理的には、各世代の生涯医療費を確保できる保険料にするということです。もともとそういう制度でなければいけないわけで、そのためには現状からそれにどう近づけていくかということが問題になります。

■保険料と税金

(スライド10) 医療界で医療財源問題が議論されるとき、保険料の問題というのがほとんど出てきません。消費税の問題、たばこ税の問題となってしまいます。確かにそういうものも社会保険財源として非常に重要です。しかし、保険料を上げるということに関しては、どうも、国民は自分の懐から直接出すから反対するのではないかということで、ほとんど言わない。で、「足りない、足りない」と言うわけです。足りないのは保険料が足りないからだということは、保険制度からいえば当たり前のことです。

ですから我々が、医療費を上げろと言うのは、言葉を換えれば、保険料を上げろと言っているのに等しいのです。しかし、そのことは言いたくないために言わない。だから問題は明らかにならないのです。

●中医協の成立基盤は、保険料

実は、中医協に入って、つくづく感じたことがあります。それはどういうことかということ、本来、これは保険制度です。一応税金は入っているにしても、もともと国民が保険料を負担し、それを医療費に回すという制度です。では、なぜ国がくちばしを入れるのか。1号側が文句を言うのはわかります。あちら側がお金を集めて、我々が使うわけですから。でも、国は何なんだ、と。

本来、国がとやかく言うことではないので、中医協は、ほかの審議会とは違います。社会保障審議会などは有識者が一般的議論をする場であり、交渉の場という性格は薄いですが、そうしたものと中医協は決定的に違い当事者の交渉の場という色彩がありました。しかし、最近、それがあやふやになっています。

他の審議会とどこが決定的に違うかということ、中医協は労使交渉と同じで、我々が「賃金を上げろ」と言って、「そんなに上げられない」と言って、1号側とやりとりをする場だったし、医師会はそれを不満として席をけて退場したというようなこともありました。すなわち、労使交渉と同じ性格を持って

保険料と税金

- ・ 確実な医療財源は保険料しかない
 - 中医協の成立基盤は、保険料
- ・ 確実性の低い財源は目的税（消費税等）
- ・ 不確実な財源は一般税

スライド10

いますから、「まあまあ」という立場の公益側がいるのです。

ところが最近、奇妙なことになってきました。国が上げ幅を決めて、「おまえら、配分を考えろ」と。配分というからには、場合によれば、医療界だけでやってもいいのではないか。もらうお金の内部配分について、なぜ保険者と相談しなければいけないのか、公益側と相談しなければいけないのか。配分ということだったら、本来は、我々もらう側の内部で決めていいのですから。中医協の必要はない。

もともとはそういうことではなく、明らかに中医協というのは、医療費をどのくらいにするかというのを決める場だったはず。ところが国がこれに口出しをしてきたのはなぜかと言えば、国も税金を保険財源として投入しているからです。そのため、国の税金というのは予算で決まるから、予算が決まってしまった後はこれでやりなさいね、と。国のほうが強いのですから、そう言う。こういう構造ですね。

本来の考え方からすると、医療保険という制度ならば、中医協が上げ幅を決めるべきです。また、保険料は少なくとも我々にとってみれば確実な医療財源です。もっとも明確な目的税と言ってもよいのです。でも、それだけでは足りないから、国にお金を出してもらっている。お金をもらっているから大きいことは言えない。このことを国は根拠にして、今年の上げ幅はいくらとか、2,200億円減らせとか、くちばしを入れてくる。やはりスポンサーは強いですね。

逆に言えば、中医協の存立基盤というのは保険料だったのです。ところが保険料の位置が低くなるにつれて、ほかからももらうお金が多くなるにつれて、こうした状況になってきました。

今回の後期高齢者医療制度で終末期医療問題がもめたのも、国が社保審の名のもとに決めておいて、それに沿って中医協で具体的点数設定をしたのに、

こういうことをやってくれというような方針を出しておきながら、突如として、あれは引っ込めてくれ、と大臣が言い出したので、皆さんむくれているわけです。

●後期高齢者等の医療費財源をどうするか

では、我々はどういう態度をとるべきか。後期高齢者等の医療費に関しては、今までの保険料と公費のなかでは賄いきれない状況にある。これは確かにそのとおりであると思います。とすれば、そういう制度をつくってきたのは国ですから、国の責任として、いろいろなかたちでお金を出してもらわなければいけません。

そういう意味で、後期高齢者医療制度へいろいろなかたちのお金を国が出すことは当然なのですが、そのときにどう出してもらうかが問題です。

●確実性が低い消費税の目的税化

1つは、消費税を目的税化するという意見があります。たばこ税を健康被害という口実によってこちらへもらうという話もあります。しかしこれは、国会決議をしなければできないことであって、中医協の1号側と話を付けて上げてもらうというようなものではありません。こうした財源は、中医協で議論もすることもできないものであって、そういう意味で、確実性の低い財源です。一般税からとなると、なおさらそうです。これは国が決めることで、少なくとも我々医療関係者がとやかく言える問題ではありません。

こういう構造を見ておいて、我々は消費税問題に対応していかなければなりません。現実には、厚労省関係から聞くのは、確かに消費税を上げれば社会保障に回るような状況になってきたけれど、例えば5%上げる程度だったら、今回の年金のほうに全部取られてしまうだろうと。医療費にはどうも回ってきそうもない、と厚労省の人たちが言っている状況があるわけです。

●負担に対する国民の意識

医療崩壊の問題に関しては、それなりに国民の理解を得てきたかもしれませんが、本当にそうなのかということが、実は問題です。

といいますのは、今年になってからの、ある新聞の世論調査によると、国民がどう考えているかというと、「現在程度の負担で医療をやってほしい」ということを言っている。しかし、明らかにこれからの医療需要、医療を受けなければならない人間の数は

増えます。それでいながら今程度の負担で、すなわち今以上のお金は払いたくないということになれば、当然1人当たりの医療費は少なくなる。つまり、質、量の低下をもたらす以外には国民のこの要望には応えられないのです。しかし国民は、現在程度の負担でできると信じ込んでいます。ですから、最近になって医療崩壊とか病院崩壊とか、救急の崩壊だとか言われて、今、国民のなかに動揺が起きています。別の世論調査によると、「それだけの意味があることだったら国民負担は必要だ」という声も確かにあります。

国民は、これまでの「効率化の余地あり」という宣伝によって、効率化すれば今程度の負担で今程度の医療は受けられると信じているわけですね。しかし、国のほうは、どうしたら効率化が可能かなんてことは考えないで、効率化という言葉を使えば、増やさないで済むというだけのことで、まったくなんの根拠もなく、効率化と言っているだけです。

先ほどのお二方も言われたように、やはり我々は、こういう医療が必要であり、そのためにはどれだけのお金がかかるか、そうしたことをはっきりと国民に対して主張していかなければいけません。そして、主張するためには、国民との信頼関係がなくては行けないということになります。はっきりと「保険料を上げてください」と言えるような行動を、我々はとらなければならないということです。

●負担増は必然

(スライド11) 明らかに、我々は、国民に負担増を要求しているわけです。我々が、医療費を増やせとか、医療費抑制はもう無理だと言っているのは、国民に「皆さん、もうちょっと負担してください」と言っているのに等しいということを、我々はまずきちんと自覚したうえで、あえてそれを言う。そうしないと問題ははっきりしません。

負担増は必然

- ・ 保険制度の安定的維持（保険料に依拠）
- ・ その保険料負担はどのくらいか
- ・ 制度不備による「債務」の処理が必要
- ・ 後期高齢者医療制度は一次しのぎ
 - 税金投入はそのため合理化される
- ・ 公正な負担のため、一元化や制度間調整

スライド11

そしてその場合に、ただ「上げてくれ、上げてくれ」と言うのでは、国民のほうも困ります。「じゃあ、いくら払ったらいいの」と。

ところが、今まで医療界は非常に慎ましかで、こういうものにこれだけ金がかかるということを言わないんですね。本田先生でさえ、外国でこのくらいだから日本もこのくらいでいいんじゃないの、という言い方しかなさらない。「今の皆さん方の要望を満たすには、こういう医療をこれくらいしなければならぬから、これだけよこせ」というところまでは、激しく言っておられる本田先生でも、おっしゃらない。非常に医療界の方は謙虚ですね。

最近、医療経済学者の方々とお話しする機会があり、「普通だったら、こういうのが必要だと見積書を出すけれど、なぜ皆さん方は見積書を出さないのですか」と言われました。まさに、そこが問題です。

■医療供給体制（病院）の崩壊

医療制度改革はなぜ必要かということについて、確かに財政問題はありますが、我々は財政問題から発想するのではなく、病院の崩壊、医療供給体制の崩壊の問題として、我々の立場から、我々がわかっていることを主張すべきです。あまりわかっていない、消費税がどうのこうのという議論はやってもいいですが、これを主軸にして医療費を上げろという

現行医療制度の経緯と構造

- ・ 社会保険制度 → 国民皆保険へ
(医療保障は社会保険で)
 - 自由開業医制を軸とする地域医療システム
 - 公的病院における急性期入院医療
 - 診療報酬決定における中医協システム
 - 出来高払い制度
- ・ 保険の制度間調整の不在（国保と健保）
- ・ 地域格差の調整も不在

スライド12

戦後復興期・発展途上国の医療

- ・ 生産世代への医療が基本
- ・ 急性期・外来治療が中心
- ・ 診療所医療が中心
- ・ 設備投資は小さい
- ・ 政策医療・公衆衛生等の公的医療

スライド13

議論をしては、どうもいけないのではないかと思います。

現行の医療制度がなぜ崩壊してくるのか。1つは、医療制度そのものについても、今のシステムが、今のままではうまくいかないことが予想されます。

確かに医者も不足していますが、これについては、政策は転換点にあり、もう少し増やさなければいけないという方向で踏み切りましたが、これが現実に効果を挙げるには10年か15年かかるだろうということは常識ですね。そうしますと我々は、現状の医者で今の医療を守っていかなければいけない。これは大変です。しかし医者が少ない、医療費が少ない、ということだけを我々が言いますと、国民には「あの人たちは、自分たちがやるべきことをやれないとの弁解をしているだけだ」と受け取られてしまいます。

そうではなくて、「医療システムをこういうふうに変えて、こうやれば、とにかく、私たちはそれなりに頑張りますよ」ということを我々は言わなければいけません。

●自由開業医を軸とする地域医療システムの限界

（スライド12）先ほども触れた、この経緯と構造ですが、実は戦後の医療システムというのは、明らかに自由開業医制を軸とする地域医療システムであるということ、もう一度我々は原点に帰って見ておく必要があります。

日本の戦後の復興期の医療もそうでしたが、世界的に見ても、発展途上国の医療は基本的には感染症に対する医療が軸になります。戦後の日本の医療は明らかにこれだったわけで、そのなかでペニシリンの発見というのが非常に大きかったことは、我々も子どもの頃に痛感しました。そういった感染症の医療から、現在のような慢性疾患における医療、すなわち老人の医療が軸になってくるような医療に変わってきました。

そうした変化に、今までの地域医療システム、開業医中心のシステムと、それに基づいた保険制度で対応できるのが、はっきりと問題になります。

先ほど、公的病院が潰れたら地域医療は駄目になるというお話が出ましたが、公的病院というものは、自由開業医制を軸とする外来医療に対する奥座敷というか、その後方に控えている部分的な医療として、公的病院を中心とする急性期入院医療が位置づけられていたということです。しかし今や、これは逆転

では明るい緑色)のが公的病院です。市立病院、労災病院とか大学病院。ちょっとブルーがかっているのが民間病院です。川崎市内では唯一私どもの病院だけが、受け入れ台数では公的病院に対抗して頑張っているわけです。ただ民間病院は全然駄目だということでもなくて、折れ線で描いた1床あたりの数字を見ますと、民間病院はけっこうがんばっているのです。

ただ、本当に重症でやっているのは、残念ながら、大学病院を除く民間では、200床の小さな病院である私どもの病院1つだけが残ってしまったという状況です。ですから、本当に重症の入院医療、そして救急の医療が公的病院に依存していることは、もう明らかです。地方においては公的病院しかないという状況なのは、当たり前です。都市部において、多くの病院があるから問題ないと言われていたところでも、実際にはこういう状況なのです。

■医療のあり方と資源配分

(スライド16) こうして見てきますと、今のうちに、急性期病院における急性期医療とがこういうかたちになってきたなかでの、医療のあり方、そして資源配分に問題があることを、我々ははっきりと意識していかなければなりません。

そして日本の場合、国の財政破綻により、国債が積み上げられ、利子払いが非常に大きくなる構造は確かに不健全であることは間違いない。ですから、財務省が少なくともプライマリーバランスを回復するところまでやらなければいけないと言っているのは、彼らの立場からすればもっともなことで、別に医療を無視するという事ではない。彼らにすれば、「医療は本来保険でやるのに、なぜ自分たちがそっちまで金を回さなければならないか」と思っているのも無理はないと思います。

医療の制度疲労

- ・ 環境の変化
- ・ 人口構成
- ・ 疾病構成の変化
- ・ 医療の中心
診療所 → 病院 (患者の期待)
- ・ 保険医療における資源配分との矛盾
- ・ 出来高払いの限界

スライド16

●保険医療における資源配分の見直し

ですから、そういうなかで我々はまだ一度、制度から含めた問題を見直さなければなりません。すなわち、環境が変化し、人口構成が変わり、疾病構成が変わり、病院の位置づけが変わってきたのだから、保険医療における資源配分をもう一度見直さなくてはなりません。

中医協では、内部配分を決める権限があることになっていますが、これまでの内部配分というのは、入院料は入院料のなかでの内部配分であり、外来は外来診療料のなかでの内部配分であって、入院と外来の間の配分ではないのです。ですから、そこを変えようとするとき非常に大きな抵抗があります。

邊見先生と本音の話しをしたときに、「囲碁で言えば石がほとんど並べられてしまっていて、いまさらちょこちょこ病院の石を並べようとしても、もう無理だね」と。そして、今のできあいの医療制度のなかでなんとかするのは、もう無理だろう。そういう意味で、DPCの良い悪いはあるにしても、まったく別個の体系を我々は目指さないと病院の医療費というのはもう絶望的ではないのか、ということを生き生き話しました。

●出来高払いの限界

実は医師会もそれはわかっていて、配分問題に発展するからこそ、この間、執拗にDPC反対を唱える。DPC制度は医師会も中医協で一応認めてしまったのだけれど、新しい人が出てくると、繰り返し今までの経過もまったく知らないままDPC反対と大声を挙げているという状況が、今の中医協です。

こういった意味で、外来診療をとってみても、一般医とか総合医とか言われている問題や、慢性疾患の指導料や総合診療料などが課題にあがるのも、明らかに、外来診療において、慢性期疾患に対する医療が出来高払いで対応できるのかという問題が存在しているからなのです。このように保険制度、保険の仕組み自体の、相当本質的なところで手直しをしていかないと、現実に対応できないのではないかと思います。

■医療制度改革の問題点

(スライド17) この間の医療制度改革には、正しい指摘もありますが、非常にピンぼけだったり、ジグザグがあります。

例えば、終末期の問題も、本来は後期高齢者にだ

け必要だったわけではないのに、なぜ、後期高齢者医療制度で登場したか。これも簡単です。医師会は、ああいうかたちで指導料や生活指導とかいった問題を大きくしていくことについて基本的に反対です。ですから、なるべく出来高払いの、これをやったからいくらという構造を温存したいと考え、厚労省も合わせ技で政策を考えます。そういうものの1つとして、今回は老人だけならいいではないかということで、後期高齢者医療制度をつくるからと、高齢者だけに付けるという変な点数の付け方をしたわけです。国は小手先で大きな問題の矛盾を解決しようとしている。これは無理です。だから、ああいうかたちで裏目裏目に出てきたのです。

メタボ対策も、財務省に対して、こうすれば医療費が減るのではないかという幻想を与え、対策を取っていますと言って、なんとかしのごうということで、まったく意味のないメタボ対策とか何とかいろいろ言い出すわけです。

こういうふうには、まさに財務省との関係からいっても、保険財源ではないところで財務省に抑えられ、非常に自由度が少なくなった。しかも、そういったことに気付かせると、やはりどうも自分のほうに責任が向いてくる。彼らとしては、なるべくほかの人に責任を負ってもらいたいということで、小手先でやっているから、こういったことが起きてくるのだと思います。

■我々がすべきことは

(スライド18, 19) 我々は、まず、医療需要は増大せざるを得ないということを国民にきちんと認めてもらおう、と覚悟しなければなりません。

それから、必要な医療への資源配分。

権丈先生が我々におっしゃいました。「皆さん方はいろいろ言うけれど、ほかの業界だったら、こういうことが必要だから料金を上げてくれという話をする。電力も、原価がこうだから、これだけ上げてくれと言う。ところが医療界はだれもそういうことを言わない。特に病院は、何も言いませんね」と。

「我々も必要だと思うので協力するけれど、具体的に見積書を出さないと、お金は要求したようには出てきませんよ」と。「見積書を示して、やはり必要な経費として保険料値上げをと言えば必然的にお金は出てくるのだから、とにかく見積書をつくりましょう」というのが権丈先生の提案です。

医療制度改革 正しい指摘とピンぼけ対応

- ・ 医療費抑制（根本的失政）
- ・ 包括制導入における試行錯誤
 - 慢性期入院医療 → 急性期入院医療へ拡大
 - 慢性期外来医療での包括制の後退
- ・ 慢性期医療と高齢者医療の混同
- ・ 医療と介護の関係の認識が不十分
 - 療養病床改革の後退
 - 療養病床・回復期病床等の位置づけが出来ない
- ・ メタボ対策（いいわけが暴走）

スライド17

医療需要の増大を認めよう

- ・ 必要な医療への資源配分
- ・ 具体的見積書を作成しよう
- ・ 保険料値上げは必要経費

スライド18

真の問題は

- ・ 必要な医療とは何か（量と質）
質の要求と量的実需増加は続く
- ・ 医療資源の適切な配分システム
医師会中心の医療の変革
- ・ それを可能にする医療保険制度
- ・ これを理解出来るのは病院の現場のみ
- ・ どう国民に理解してもらうか
- ・ 病院管理者の責任
国民への啓蒙と魅力ある病院づくり

スライド19

これについては、我々病院団体も、この前話しをしたところ、皆さん「なるほど」と。なんとかそれをやりましょう、ということで、日病協としては、あるべき医療という点から診療報酬の問題もとらえ直して、入院料というのは本来どういうものか、どういう経費がかかっているのか。また、外来診療については、本来どういう方向でその仕組みを病院団体として考えているのか、開業医との関係も含めてそれを示し、だから、こういう外来報酬にしる、という言い方をしていかなければいけないのではないかということで、今、作業を開始したところです。

こうしたことを含めて、皆さん方が現場から、我々はこのような医療をやらなければいけない、こ

ういうものが本当に不足している、患者さんはこうしてほしいと言わなければいけない、これにはこれだけ金がかかる、ということも言っていかななくてはならない。このように問題提起をして、締めくく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（池澤） 石井先生，どうもありがとうございました。大変重要な問題提起がいくつかあったと思います。

4 討 論

座長（池澤） では次に、お話しいただいた3人の先生方への質問に入りますが、その前に、お3方の中で、言い足りなかったこと、これだけは言いたいということがおありでしたら、お話しください。

● 国の言っていることは

本田 石井先生のお話をうかがっていて、さすがにずっと中医協にいらしたので、やはり見方が違うなということと、途中で、官僚の方がお話しをされているのかなと思うような印象を受けたくらい、官僚の方のデータをもとに話されていたのが、正直言って、ちょっと違和感を覚えました。

まず、財務省は、皆さんご存じのように財政赤字ですが、国外に向けては、日本の財政赤字は心配ないと言っている。実はそうなんです。ただ、国内に向けては、財政赤字だから大変だ大変だと言って、医療に金の問題を押し付けている。財務省は、前に小さな政府とかいった時期、例えば郵便貯金の問題などいろいろなことで、外国に対しては、日本のAAAを落とすのはおかしい、心配ないと言いながら、将来は年金を削減して、医療費を削減するから、大丈夫と言っている人たちだということを、私は忘れてはいけないと思います。

それから、石井先生がおっしゃった、医療費を上げることに對する国民の反応という統計は、おそらく毎日新聞のデータだと思うのですが、私はあのとき、毎日新聞にクレームをつけたのです。あのアンケート調査は、スポンサーというか協力しているのがアフラックかアリコジャパンだったんですよ。ちゃんと私のいっばいのスライドの中に入っておりますが、このアンケートには、「日本も外国のように、ちゃんと公的資金を注入して医療費を上げて、医療を良くしますか」という主旨の設問は入っていないですね。「国はこれ以上お金は出せないよ。皆さん、自費を上げて、医療を良くしたいですか」という主旨の設問だけなので、結果的には、ああいう結果が出て、私は、あれは非常な情報操作だと怒って、毎日新聞にクレームをつけました。そうしたら担当



の方は、ああ、すみませんでした、みたいなことを言っていました、よく見たらアフラックかアリコジャパンが協力している情報操作です。

ですので、はっきり言って私は、あまり国の言うことをもとにするのはどうかと。もちろん国の言うことを尊重していいと思うのですが、例えば将来の医療費が高くなるとか、あれも、将来このまま少子化が進んでいけばという前提でしょ。医療をきちんとすれば、少子化が回復する可能性もあるんですよ。ですので、近くにいらしたからしょうがないとは思いますが、国の言うことを信じてやってきたから、これだけ悪くなっているということを前提に、やはり国民に訴えかけていかないと、結果的には権丈先生がおっしゃるように、国民の負担を上げるしかないですね。先ほど私がなぜ、あえてデンマークのことを紹介したかということ、デンマーク人は税金の無駄遣いを絶対許していないんですよ。もし日本が、このまま税金の無駄遣いを許しながら国民の負担を上げたら、日本は間違いなく崩壊すると私は思います。ですから、そういう意味で、正直言ってちょっと違和感を持ったというのが感想です。

座長（池澤） では続きまして、邊見先生、ありませんでしょうか。

● DPCか出来高か

邊見 お2人に特に質問などはないのですが、昨日、DPCの問題が出て、最後に伏見先生が取り上げられましたが、支払制度の中でDPCと出来高というのは、どちらも100点ではないだろうと思うのです。出来高にも良いところも悪いところもあるだろうし、DPCにも良いところも悪いところもあると思います。ただ、私も中医協へ出るまで、6対4くらいでDPCに賛成かなと思っていたのです。やはり、中身がよく見えるとか、それから、外来診療というのは出来高をいくらでも、患者さんの回数でも増やせますし、あるいは人数も増やせますが、病院の医療というのは入院ですから、ベッド数を増やすことはできない。いちばん良いのは、早く治してベッドの回転数を上げることで、これしかないわけですね。収入を拡大するとか、良い医療を提供するとか、住民に貢献するとかするためには。それから、非常に透明性が高くなるということで、もう、これしかないかなと思っているのですが、「君たちは集団自決の道を歩んでいる」と出来高の人には言われ、やは

りそうかなと。調整係数1つで集団自決になるのかなという怖さもありまして、まだ10対0には行けず、8対2くらいでDPCかなと思っています。会場の皆さん方のご意見がいただければと思っています。

座長（池澤） はい。ここで、石井先生にお願いする前に、病院の未収金問題について活躍なさっている永寿総合病院の崎原先生にお話をお願いします。崎原先生が、なるべく早くお帰りになりたいということですので。

● これからはポジティブキャンペーンを

崎原 私は日本病院会の理事をしておりまして、2時からそちらの医療経済税制委員会に行かなければならず、ちょっと早く帰らせていただきたいということで、早く帰って遊びたいというわけではありませんので、すみません。

今日、3人のシンポジストの先生方からお聞きしたことは、私も常日頃、本当に身近に思っていることで、まったく正しいことだと思っております。それで、一度崩壊したものを立て直すというのは、非常に大変なことだと思うのです。つくる手間の、たぶん4倍から5倍の時間がかかる。イギリスでサッチャーさんが壊したものをブレアさんが立て直していましたが、まだ到底立て直したところまでは言えないので、こうしたところの認識がやはり大切ではないかと思っております。

医療崩壊の問題につきましては、先生方のキャンペーンというか、マスコミの協力によりまして、このまま行くと、お産ができなくなる、救急ができなくなる、小児科がどうのこうの、リハビリ難民が生じるとか、そういう、言葉は悪いですが、脅しみたいなことを国民に言って、それは一定の成果を挙げて、今回の診療報酬の改定でも勤務医に対しての助ける制度といったものが一応できてきたりしている。言うなればネガティブキャンペーンが少しずつ成功してきて、成果も挙がってきている。

これからは、先ほど石井先生が言われましたように、権丈先生の見積書と言うのでしょうか、国民に対して、こういう医療をするならば、やはりこれくらい必要であると。例えばお産であれば、このくらいの医療費では身近な所ではもう産めなくなる。どこかのセンターに行って2、3泊して、それから病院に行くことになる、というような具体的見積書をやはり出さなければいけないと思います。

ですから、ここでぜひお願いしたいのは、もう時間を限って、2年とか3年以内に、病院団体、日医、国、それから自治体などと、やはり本当に協力して、日本の医療をしっかりとやるのだというポジティブキャンペーンを、そろそろやっていかなければいけないということです。

それから私も、日本の医療は世界でいちばん効率化された医療だと思っているのですが、やはり、さらに効率化しなければ、国民の理解は得られないのではないかと。病院、診療所、自治体病院、それからいわゆる薬局の問題までも含めて、まだまだ医療機能という点では、オーバーラップしているところがたくさんあるのではないかと思います。そうしたものを整備するというを、まず国民の皆さまの前に示して、私どももこういうように努力するが、しかし、こういう医療を提供するにはこれだけの医療費が必要だということを、具体的な面で訴えていかなければ、理解が得られないのではないかと考えています。このあたりのところを、例えば3年というような期限を切って、日本病院団体協議会なりが中心となって、ぜひ国民の前に提出できるようにしなければと。とにかく時間が大切なので、頭の中では皆さんそう思っておられると思うのですが、具体的に出していただくことが、やはり今、大切なのではないかと考えております。

医療費の問題については、基本的には800兆円の国の赤字というのが完全に足かせになっていて、これを解消できるような手段が、特別会計の問題も含めていろいろ言われていますが。先ほど海外資産の問題を本田先生もちょっと言われましたが、日本の海外資産というのはいくらも莫大ですね。600兆円くらいあったり、アメリカの国債を買ったりとか、いろいろあるのでしょうけれど、それで大丈夫だということを言っている。そのあたりのことは、ちょっと手を付けられない。

やはり、もう1つの合理化として、先ほど石井先生も言われましたが、私としては健康保険の制度を一本化すべきだと思っています。後期高齢者の医療制度ができて、また複雑な保険ができて、私が全部一本化すればいいと思うところが、また増えてしまったということで、私が思っていることと反対のことを国がやってくれたなと思っています。

私としては、健康保険制度と、実は介護保険も一緒にしてしまっ、やはり、いちばん合理的な医

療・介護を含めた保険制度の中に一本化するのが、基本的には正しい方向だと思っています。ただ、これは私の考えであって、これからもう少しまとめていかなければいけないかと思っていますので、よろしくお願いたします。

私は日本の病院の3大損失ということ、ちょっと思っています。1つは、今、私がやっている未収金ですね。2番目が、消費税の損税。3番目は、いわれなき査定。これは病院の宿命の3大損失で、これもやはり、医療崩壊を防ぐために、直していかなければいけないと思っています。

それから、医療の発展のために若い人たちが希望を持てるようにするには、第1に、やはり限りある医療費の公正な分配。公平というか公正な分配をするということが、まず第1点ではないかと思っています。これは非常に難しいことだと思いますが、やはり合理的な考えのもとにやっていくことが、これから必要なことではないかと思っています。

それから、やはり、安心して働ける環境。先ほど本田先生が医療事故調査委員会のことをおっしゃいましたが、私は本田先生と意見を異にしまして、あれは一定の評価をしていきたいと思っています。そうしたものも含めて、安心して働けるような環境をつくっていくということも、もちろん医療の崩壊についていえば、重要なことだと思っています。私は、日本が世界に誇れるものは1つしかないと思っています。健康保険制度ですね。日本人がつくったもので誇れるのは新幹線でも富士山でもない——富士山はもともとあったわけで、つくったのではありませんが——健康保険制度であると。これしか世界に今、日本は誇ることができないのですが、これはぜひ守っていききたいと思っています。以上です。

座長（池澤） ありがとうございます。

本田 1つだけいいですか。

座長（池澤） はい、どうぞ。

本田 崎原先生に質問ですが、先生の病院の若手のドクターは、第三次医療事故調査委員会に賛成されているのですか。または、若手のドクターを説得できる自信はおありですか。

崎原 ああ、それはあります。

本田 ああ、そうですか。それだったらいいのですが、正直言って、私はちょっと心配です。

座長（池澤） 白熱した議論になりそうな感じがしてありますが、どなたか、ご意見おありでしょう

か。佐藤先生、いかがですか。

●低い日本の国民負担率

佐藤 日本病院会で副会長をしております佐藤です。今日、3人の先生方に病院医療再生を目指してということでお話しいただきまして、結局は医療の財源がないから医療が危機に陥っているという主題であったかと思います。そういうことについて本田先生が、国民の理解を得るために日本中を駆け回って、言っていたにいたることを、そして邊見先生と石井先生が中医協の委員として、今まで国民に聞かれていなかった病院の立場を述べて、ある程度理解していただいているということ、そういうことに、まず感謝させていただきたいと思います。

医療財源のことについては、私はやや悲観的な考えを持っております。と言いますのは、日本の国民は、公的なサービスがどんどん切り詰められていって、もうこれ以上たまらないというところまで行かないと目が覚めない、と言った総理大臣がおられました。私は、それはある程度、現実的な意見ではないかと思うのです。どういうことかと申しますと、今、財政赤字ということで、それは対外的には心配ないということですが、現在、国にお金がないということは確かで、ない袖は振れないわけですし、そういう状態ですと、国民はいくら笛吹けども踊らず、という状況ではないかと思えます。

どういうことかと言いますと、やはり、日本の国民負担率は非常に低い。37%程度。国民負担率というのは、租税と公的保険料の国民所得に対する比ですが、それが世界でいちばん低い。アメリカを除けばほかの国はみんな50%以上です。では、なぜ、日本の国民はそんなにお金を出さないのか。これは、先ほど邊見先生からQOMLというお話がありましたが、国民全体がQuality of my life, 自分のことだけにかかずらって、我が身さえよければ、お金は出さなくてもいいという考えに陥っているからではないかと思えます。

では、そういう考えはどこから来たのか。考えてみましたら、日本は、昭和20年の敗戦以来、日本の国の防衛をアメリカに任せきりです。独立国で、防衛を他国に60年以上も任せきりという国は歴史上はないのではないか。このように他人依存の考え方が、いつの間にか国民全体に深く染み通ってしまったのではないか。私の偏見でしょうが、そのように思え

てならないのです。

日本の軍事費は、GDP比でわずか2%。よその国はもっともっと出しておりますし、この間トルコに行きましたら、トルコは15%ということです。憲法第9条が諸悪の根源というような、そういう本も出ていますが、その辺をどう考えていくのか。医療費だけではなくて、日本の国の財政自体を考えるうえで、いろいろ考えるべきことがあるのではないかと思います。ちなみに国の財政赤字は800兆円といわれていますが、個人が現在持っている金融資産は、ご存じのように1,540兆円という巨額なもので、この辺、もう少し、私どもは考えていかなければならない問題ではないかと思えます。

座長(池澤) ありがとうございます。はい、どうぞ、本田先生。

●国民負担率を声高に言っているのは日本だけ

本田 国民負担率のことが出たので、ちょっと。佐藤先生のお考えに、私は基本的にほとんど賛成なのですが、先ほども言ったように、国民負担率というのを声高に言っているのは日本だけなんです。

そして日本の場合、例えば国民が100万円税金を払って、40万円くらいしか戻っていないらしい。ヨーロッパは70万円とか60万円とか戻ってくる。しかも、仮に国民負担率が本当に低いとしても、日本は学費、医療費、高速道路、全部高いですから、それをひっくるめれば、結果的には税金で取られるのと同じなんです。だから、国民負担率は財務省の情報操作であって、私はそれにだまされないでほしいと思うのです。ちゃんと出すから、その分、公平にと。ご存じのように、特殊法人の天下りは最近でもいっぱい出ているし、あのタクシーも、私が乗ってもビール出たことないですが、すべてそうですよね。ですから、本当に無駄を見直さないと日本は沈没しますよ。

財務省とか厚労省が言ったことについては、必ず「これはおかしいかな」と思って見ないと危ない、と私は思います。日本人はすごく素直だから、そのまま信じてしまう。私は彼らがうそを言っている悪い人だとは思いますが、システム上、そういう立場にある人が言っているのだという見方でスクリーニングし判断しなければ、危ないのではないかなと思います。その表れが秋葉原ですよ。まさにその観点がないと日本は、私は沈没すると思っています。

非常に危ないと思いますね。

座長（池澤） どうもありがとうございました。

はい、どうぞ。お名前と病院名をおっしゃってください。

●院長の退職金の現実

発言者 兵庫県立姫路循環器病センター院長です。3人の先生方、今日は非常に素晴らしい講演をありがとうございます。私は院長になって7年、その前に副院長を2年やり、全部で11年間県立病院に勤めまして、来年、大きな出来事がなかったら退職ですが、退職金が700万円いかないんですよ。わかっていますか。

本田 よくわかっています。そのとおりなんですよ。

発言者 これが今の現実なんですね。本田先生には、勤務医の非常に低レベルのQuality of lifeをできるだけ話していただきたいのと、邊見先生には、同じ県の病院再生の委員ですので、やはり、もうちょっとプライドの持てるような医療・医師に対する待遇をぜひ考えていただきたいと思います。よろしくお願いします。

本田 先生、その700万円という話を日医ニュースか何かにぜひ書いていただけないでしょうか。私、すぐ、スライドに使って全国に。と言うのは、そういう具体的な数字がいちばんインパクトがあるんですよ。それがないと私も勝負しにくい。日医ニュースに「おれの退職金は700万円だぞ」と、「勤務医のことをわかってくれ」と、ちょっと書いていただくと使えるんですね。

発言者 その前に労災病院へ12年間勤めたときは1,100万円だった。それが、さらに責任があるポジションで同じ年数勤めて、こういう結果なんです。

本田 それだから医師は死ぬまで働かなくちゃいけないというシステムになってくるわけですね。

発言者 はい。それで、院長をしていて非常に困るのは、チーフクラス、部長クラスの先生が、医師の確保に疲れ切ってやめてしまうことです。毎年、大学病院へ行って、医師をお願いして、なんとかやっとなら集めるのですが、それが毎年毎年続きますと、やはり疲れ切ってしまうんですね、ぽつとやめてしまう。私とよく話もして、非常に良い先生、手術も上手で発表もして、という先生がやめてしまう。こういう現状を、ぜひ本田先生の熱意あるしゃべり方

で伝えていただきたいのです。よろしく申し上げます。

本田 とんでもございません。今の先生のお話、よくわかります。それから、医師は引退して社会活動する余裕もないんですよ。やめてからも飯を食べるために働かなくてはいけない。それが私の冗談で言う「療養病棟に行く」という話ですが、だから良くなりにくいという側面もすごくあると思います。ほかの業界は引退したら、一応退職金で食えますから。これ、本当に大問題だと思いますよ。医療が良くなる大きな理由だと思います。

座長（池澤） はい、わかりました。なるべく私のほうを通して発言をしていただければよろしいかと思えます。

本田 すみません。外科医なのに歯科医、ではなく司会までやってしまいました。

座長（池澤） はい、どうぞ。邊見先生。

●マスコミのホスピタルバッシング

邊見 隣組として、志田先生にはいつもお世話になっています。先生のところは三次救急の病院で、兵庫県で三次救急の病院は3つか4つしかないのですが、先生のところの麻酔科医の一斉退職とかで、50万都市の姫路の救急医療が駄目になって、5万都市の赤穂へ逃げてくるという感じになって、非常に厳しい状況ですね。循環器病センターですから、脳卒中あるいは心筋梗塞という急性期の24時間対応が求められ、ドクターが、やはりしんどいということで、どんどんやめている。これが日本の地域医療の現状なんですね。

マスコミもやっとなら、そういうことの重要性を書き始めましたが、ティーチャーバッシングで日本の教育が悪くなり、ドクターバッシング、ホスピタルバッシングで日本の医療が悪くなる。ポリスマンバッシングで治安が悪くなると。今、官僚の居酒屋タクシーなどで、ものすごくたたっている。一部の人は悪いかもしれないですが、若手の夜遅くまで一所懸命やっている官僚なんかも、がっかり来て、政界にでも転向しようとか。先ほどの、田中角栄さんを捕まえて、その後どうなったかというのと同じなんですね。そのときそのときに面白おかしく話題にして、あとどうなるかを考えないで報道する。これがマスコミの非常に低レベルな情けないところだと、私は思っております。この辺のところが変わらない

と。

全国自治体病院学会で、「日本の医療の非常識」というテーマで、先ほどの田辺さんとか中日新聞の人とか、3人くらいの方が討論されました。壇上には「日本の医療の非常識」と書いた幕があるわけですが、私は、日本の医療マスコミ、あるいはマスコミの非常識を返上したい、と言いました。そうしたら会場の全参加者から割れんばかりの拍手をいただきました。医療界の者はみんな、マスコミに対して、言いたいことはもういっぱいあるけれど、言うチャンスがない、暇がない、忙しい、退職しても700万の退職金で時間がない。経済界の人なんか、言うチャンスがいっぱい、あちこちであるのですね。意見広告は、たまに日本医師会もちょこっとやりますが、財政力が経団連と日本医師会では全然違いますから。私は日本医師会の人に、財政力に頼ってはもう駄目だ、と言っているのです。国民を味方にするには、今のような政治活動では駄目だと。このままでは特定郵便局長会大樹と同じ運命を歩みますよと。

国民を人質にとる以外ないんです。だから、私は自分の病院では、病院祭や病院学会、日曜講座などで、とにかく普通の人に医療界の現状を見てもらうようにしています。それ以外ないだろうと思うのですね。だから、今日ここへ来られている方も、ぜひそのように方向転換していただきたい。少し寄付したり会費を出したりして、そこに頼るのではなく、自分が身の回りの人たちを変えていくというふうにしなないと、日本の医療は良くならないだろうと私は思っています。志田先生にはいつもお世話になって、ありがとう。名前を言ってしまいました。

座長（池澤） どうも、ありがとうございます。はい、どうぞ。

●現場の医療者からの発信が大切

発言者 すみません、兵庫県ばかりで。兵庫県立柏原病院の産婦人科の丸尾と申します。我々の病院は、「県立柏原病院の小児科を守る会」という運動がマスコミにも取り上げられ、いろいろなところで話題になっていまして、病院にはいつもカメラが入っているような状態です。この運動のことをちょっとお話ししますと、我々の病院は、非常に極端な医師の減少、加速度的な減少がありまして、一気に半数くらいになってしまい、もう病棟は閉めないといけない、来年は地域に医療を提供できるかどうか、も

うわからないという状態まで追い詰められました。

先ほど石井先生が言われた制度の大切さということは非常によくわかるのですが、そういう追い詰められた状況になると、制度がどうかとか、医者が増えてくるのを待つとかいうことはまったくできないわけです。そこで、何か解決方法はあるかというところ、よく言われる医療資源の有効利用ということになってくる。厚生労働省は、これを自分の都合の良いほうばかりにとって言っているような気がするのですが。例えば集約化というの、その1つかもしれませんが、うちの病院では、ある小児科の先生が、もう駄目だ、ということを発信したわけです。そして、お母さんたちによる会ができた。

この「守る会」は奇跡的なことがたくさん重なってできたのですが、地方のマスコミの人がこの会のことを真正面から捉え、こんなことでいいのか、地域にこの実態を知らせなければいけないということで、会のお母さんたちに、あちこちで話しをしてももらったわけです。すると、それは大変だ、と心有るお母さんたちが集まり——小児科というのが良かったんです。年齢が近いし、共通する部分が多いですから——、10数名のお母さんたちが、小児科を守ろうということで署名を集めました。うちの病院は丹波市にあるのですが、人口7万くらいの丹波市で5万の署名を、ほんの数日で集めました。

県立病院ですから、その署名を県知事に持ってこうと思ったのですが、県知事には会えなかった。署名は、要請ということで受け取ってもらったのですが、その時点で行政はこの問題についての認識がまったくなくて、とんちんかんことを言う。「柏原だったら、30分くらいで隣の神戸の病院へ行けるでしょう」と。お母さんたちが思っていることとまったく違う答えが返ってきたわけです。

これでもしお母さんたちが、わかりましたと言ってしまったら、この運動は起きなかったかもしれない。でも、お母さんたちは、人をあてにしていたら駄目だと思ったのです。自分たちでやらなければ、ということで、あの運動が起こった。たった十数人のことがこれほどいろいろな所で報道されるようになったのは、たぶん、住民から生まれた運動として、あまり類を見ないものだったからだと思います。

本田先生がいつも頑張っておられるように、心有る医療者がどんどん発信していくことは非常に大切だと思います。今、うちの地方では若手の開業医の

先生たちが、地域医療の現状を知ってもらおうということで、来られる患者さんに1人ひとりに説明をしたり、例えば町内会へ行って話をしたりしています。実際に医療を受けている人だけでなく、あまり病院へ行かない、病院とは関係のない人たちも——大体8割以上です——ターゲットにして、興味を持ってもらおうと発信しています。病院の中の医療者は今ひとつ、ふがいないところがあるのですが、そういう運動が起きています。

「守る会」のことに戻りますが、何がこの運動を起こしたかと言えば、いちばん最初は、やはり、現場の医療者が情報を発信したことです。これが出発点なんです。これは、病院崩壊を防いだり医療を再生する上で非常に大切なこと、キーワードだと思うので、ちょっと紹介させていただきました。

座長(池澤) はい、ありがとうございます。それでは、そちらの方、どうぞ。

●病院が持ち出しの救急医療と未収金

発言者 東京都清瀬市にあります織本病院の理事長の高木です。本田先生に教えていただきたいことがあります。実は、うちの病院は未収金が、ひどいときには月200万円くらいあったこともあったのです。これは無銭飲食に匹敵することで、私から見れば、やはり罪だと思うのですね。

もう一つ、うちは清瀬市で唯一の救急病院なのですが、国からの補助金は1,000万円ちょっと。ところが、年間の人件費で4,500万円かかるわけで、3,500万円をうちの病院が持ち出しをして、夜中の救急の対応を全部診ている。東京都23区からの、例えばアルコール依存症とか、そういう問い合わせが10何件あって、はたして、それを診ていいかどうかということを非常に考えてしまいます。

私の患者さんに毎日新聞社の記者がいたものですから、あるとき、その辺のことを具体的に新聞に言いたい、マスコミもひど過ぎると言いたい、と言ったら、その患者さんが「先生、ちょっと待ってくれ」と。「それは殴り込みに等しい。1人でやらないで、例えば清瀬医師会とか北多摩医師会とか、あるいは病院会とか、そういうバックの名前を付けて、その会員として出さないと。やはり、1人で戦うのは危ない」と言われたのです。そこで、私は北多摩医師会の病院部をやっていますので、そこでこの話を出したら、先生方は「いや、ちょっと待ってくれ」と。

「今、風が少し良い方に吹いてきたから、今、叫んでは駄目だ。もうちょっと待ってくれ」と言われたのです。でも、その病院部の会合のとき、本当に院長先生たちは疲れているんですね。例えば、当直を探すとかで疲れている。まだ元気のある私が叫ばなくてはいけないんじゃないかと思うのですが、それを、本田先生、どのようにやったらいいか教えていただきたいのですが。

本田 おっしゃるとおり、そんなものは遠慮しないで、どんどん出したほうがいいと思いますよ。

座長(池澤) この点につきましては、崎原先生が、かなり今やっているといると思うんですね。

では、次、どなたか。いらっしゃらないようですので、山本会長にお願いしたいと思います。いろいろ問題が出ておりますが、病院が今、安全な医療を目指してやっている100K運動についてご紹介いただきたいのと、また、医療事故をめぐる問題については調査委員会の設置のところまで話が進んでいますが、これに関する問題点などをお話しいただきたいのですが。

●100K運動、医療事故調

山本 司会の池澤先生から安全の運動についてと言われましたので、申しあげますが、3人の先生方のお話、すべて大変楽しく、かつ厳しく、聞かせていただきました。安全のことについては、柏原病院の先生もおっしゃいました。小児科の情報の発信から、お母さんたちが立ち上がり、そして行政に言ったが、あてにならない。やはり自分たちがやらなくては駄目だ、これがいちばん重要なことだと。ということは逆に我々医師は、今、何をしなければいけないのか。単に文句を言うだけでいいのか、それだったら患者さんのクレーマーとどう違うのかということで、そうしたこともしっかり考えながら、我々がすべきことを考えなくてはいけないと思います。

そのなかで、安全に関していえば、100K運動というのを始めましょうということです。

アメリカでクリントンの時代に、有害事象で4万8,000から9万8,000の人が死ぬと。それに対して、医療の信頼を取り戻そうと医療側が立ち上がり、5,000いくつあるアメリカの病院のうち3,000以上の病院が参加して、これと、これと、これと、これをちゃんとやろう、そうすればミスが防げる、とい

う運動を始めました。例えば、薬のミスはこうやれば防げますとか、こういうことをやれば感染は防げますとか、ベストプラクティスというものをつくり、それをキャンペーンして、各病院が1項目でも2項目でもいいから参加してやって、それなりの効果をあげました。もちろんアメリカですから、あんなことをやっても駄目だという批判もありましたが、それなりの効果はありました。

それを日本でもやりましょうということで、今年5月にキックオフをやりまして、ベストプラクティスを8つをつくっています。ほとんど出来上がってきたので、それをウェブで流します。ですから、それを見てダウンロードして、どれかに参加しようとする人は手を挙げてください、そうするとちゃんと登録されて安全運動に参加できますよ、ということこれからやっていこうとしています。これが、今、池澤先生が言われた100K運動です。これは日病協中心でやっていますが、日本医師会も、看護協会も賛成していますし、臨床工学士のグループも、みんな参加して、日本全体を巻き込んでやりましょう。

これは事故を起こさないための運動ですが、先ほど出た事故調の話は、不幸にして有害事象ということになり、患者さんが亡くなってしまった。では、なぜ亡くなったのかを究明し——究明というのはひどい言葉だ、解明にしたほうがいいと佐藤先生に怒られるのですが——、事故の再発防止につなげていくという、大綱ももうじき検討されます。今、パブコミをやっていますが、7月28日ですかね、たぶん公開シンポジウムで賛成の人、反対の人、みんな集めて1回医療界でやろうということでやっています。

事故調については、いろいろな考え方があります。しかし、本田先生も先ほど反対ということをおっしゃいましたが、共通している部分があるのですね。私は大筋であれに賛成です。本田先生のお考えとは違う点があります。共通しているところは、刑事の云々というのを警察に伝えるというところがありますね。2点だけです、我々がこれはしょうがないだろうというのは、1つは、故意に人を殺したということ。これはやってはいけないことですから、この場合はちゃんと届けます。もう1つは、何か間違ってしまったのを隠すために病院ぐるみで、カルテを改ざんして、うそを言って全部隠したと。これも犯罪です。これは駄目ですよ。そこはいいですね、本田先生。

本田 そうです。

山本 2つ。そこは賛成ですよ。

本田 賛成です。

山本 はい。この2つはちゃんと警察に届けましょうと。刑法のなかで、犯罪を見たら届けるというのは、医者に限らずすべての国民に課せられた義務ですから、これはいいと。しかし、それ以外のことは医療界でちゃんとやりましょうという点で、我々は、大綱をいいのではないかなと言っているのですが、そうはいかないよ、というのが本田先生のご意見ですね。

本田 「重大な過失」、そこら辺ですね。

山本 「重大な過失」については、私も、そういうことを届けるということ自体は反対です。それは今度のシンポジウムでおそらく問題になると思っていますが、この2つを、やはりこれから医療界はやっていきましょうと。もし最後のところで2、3分いただければ、これについて話したいと思うので、今のところはこれで。どうもありがとうございました。

座長（池澤） どうもありがとうございました。ほかにどなたかご意見おありですか。

遠見 ちょっとよろしいですか。

座長（池澤） はい、どうぞ。

●国防費と医療費

遠見 先ほど志田先生がおっしゃいました救急の問題と、それから佐藤先生の国防費の問題ですね。国防費についての私の考えはちょっと違っていて、隣も核を持ったりいろいろしていたら、もう無駄に防衛などしないほうがいいんじゃないかと。戦力の放棄という9条を守るべきだと私は思っております。

例えば、戦後60数年間、1回も攻められていないのは、アメリカの防衛力の下にいるからか、日本が自衛隊を持っているからか、あるいは持っていないのでも攻められはしなかったのか、ということはありません。それでも、たくさんの防衛費を毎年使っています。1回も攻められていないけれど、防衛費は使っている。それなのに、先ほどお話に出た、毎晩来る救急車のための3,500万円のお金はもらえないわけですね。どちらも国民の命です、外国から攻められても、救急車で助からなくても。やはりこれは命を粗末にしていることになるわけですね。イービス艦なんか敵艦を1つも撃たないで、夜働いている味方の漁船を沈没させた。こういうところにお

金をかけているんですね。

ついでながら、これを私は5月9日のDPC委員会で言いました。たぶん議事録削除でしょうが、言ったのですが、ちゃんと発言したとおりの議事録に載っていません。これは、救急医療にDPCとしての調整係数でやるか、あるいは出来高が悪いから、こういうのは駄目なのかというなかで。ごく早期、3日以内の救急入院管理料は、私の意見で高くなりました。あれはちょっといろいろなことがありまして、12月14日、赤穂浪士の討ち入りの日に申しあげましたので通ったと私は信じていますが。

やはり、もっと身近なほうにお金を使ってほしい。防衛費も大事でしょうけれど、医療費に先に付けるべきだというふうに私は思っております。

座長（池澤） ほかにどなたか。はい、どうぞ。

● 訴訟リスクの軽減には

発言者 日本病院会の常任理事をしております、小牧市民病院の末永です。今のとはちょっと違う話になりますが、小松先生や本田先生たちがいろいろ活動されて、ようやく日本では医師が少ないということは認識されました。ただ、増えてくるといっても10年かかる。そのなかで、やはり外科系のリスクのある科に本当に若い人が進まなくなっている。これについては、病院団体側から何か方向性を出さなくてはいけないのではないかと私は考えております。

そのなかで必要なことは、1つには、訴訟リスクを少なくすることだと思います。それから、無駄な裁判ではなくて、ADRを進めるとか、あるいは無過失補償ということがあると思うのですが。今の21条は民事とは違いますので別かかもしれませんが、実は民事裁判というのは弱者救済の方向に行っておりまして、まず勝てません。期待権という変なものを持ち出されて、まず勝てなくて、何か理由を付けて和解勧告などが行われるわけです。そういうことで医療者はものすごく疲弊してしまいます。そうであれば、やはりADRをもっと進めていかなければいけないのではないかと考えております。

もう1つ、先ほど、国民を人質に、と邊見先生が言われましたが、医療には不確実性があるということは当然ですし、我々も患者さんに言うのですが、なかなか理解されにくい。それはなぜかという、我々は自分たちの意見だけを言っていて、もしかすると患者さんの立場は考えていないからかもしれない

と思うわけです。そうしますと、無過失補償のようなものは新生児だけではいけないのではないかと。我々がそれを訴えるのだったら、本来的には社会保障の中で、運悪く障害が残ったりした場合に、それを補う手立てとしてではないかと私は思っているわけです。

ところが今回の無過失補償は、残念なことに、国が3万円を出すのだけれども、それを保険会社のほうに3万円を出すというかたちだと、残念ながらこれが進んでいかないということを実は心配しています。でも基本的には、今言いましたように、21条の決着、それからADRを進める、それから無過失補償は医療者側の立場を守る云々ではなく、患者さん側にとっても良いんだと。そういうかたちの運動を進めていかないと、患者さん側と医療者側の間の不信感とかギャップが埋まらない感じがします。そういう意味で、先ほど申しました、外科系などリスクの高い科に進まなくなっている状況に対して、何かシステムを内部からつくらなくてはいけないということ、それと同時に患者さんたちも味方につけるような制度設計について、やはり病院団体も動かなければいけないのではと考えております。

座長（池澤） ありがとうございます。それでは、ほかにご意見がございましたら、聖隷浜松病院の堺先生、お願いいたします。

● 病院レベル、地域レベルからの取り組みが必要

堺 日本病院会の副会長をやっております、聖隷浜松病院の堺です。今日は3人のシンポジストの方々、本当に貴重なご提言をありがとうございました。こういうシンポジウムがあると、その場では、なるほどと思うのですが、実際、現場に帰ってしまうと、なかなか実現は難しいですね。それは物事には、やはりマクロ的視点とミクロ的視点があるからで、病院医療についても、国レベル、地域レベル、それから個々の病院レベルがあると思います。今日お話しいただいたのは、ほとんど国レベルというか、やはり医師の疲弊に対してどうするかとか、診療報酬の問題など、もっともな話なのですが、では、地域でまったくそれと同じようなことができるかといえば、なかなかできない。日常の診療をやっているわけですから。ですから、今日いらしている方のほとんどは病院の幹部職員だと思うのですが、やはり自分の病院、あるいは自分の地域がどうするかとい

うことを考えていただきたいと思うのですね。

具体的な話で言いますと、例えば、うちの病院もがん診療連携拠点病院で、あれは二次医療圏にいくつという縛りがあるのです。しかし、その二次医療圏はもうかなり前にできたもので、現状とそぐわないところがあるので、それについて考える。それから、医療はやはり地域産業なんです。東京ではたらい回しがあるが、例えば静岡ではそんなにか、いろいろ地域の特殊性があるので、それを地域の皆さんがしっかり考えて、病病連携、病診連携、その地域に合った連携をする必要があると思います。

それからやはり情報は提供しなければならぬし、各病院は「見える化」、自分のところがどういう医療をやっているかというデータを出す必要があると思うのですね。日本病院会でもいろいろなデータを収集するようにしているのですが、例えば、4疾病5事業ということで、お上がデータを出しなさいという。しかし実際、そういうものは現場の医療とそぐわないことがありますから、地域に即した、例えば、がんの患者がどれくらいいるか、脳卒中の患者がどれくらいいるかといったデータを。

これは専門医に通じる問題でもあって、例えば科によっては、大学によっては、ものすごく後期研修医を集めているところがあるのですが、それは後期研修に定員がないせいだと思うんですね。なかなか難しいところなのですが。文科省か厚労省の会で、疾病別の分布とかいろいろなデータがあるのではないかと聞いたことがあります。答えは「ない」でしたが、たぶん出さないだけであって、あると思うんですね。そうすると、例えば外科はその地域で何人必要かというのがおのずとわかってきて、やはり定員制、独禁法とかいろいろあるので難しいとは思いますが、ある程度の適正な配分は必要だと思います。そういうなかで、地域で病院ごとの連携、それから大学との連携、やはり現場で臨床をやっていると研究も非常に重要なんですが、残念ながら大学は、研究は大学院でやればいいということになるので、そうではなくて、やはり市中病院を見てくれれば良いと思うのですね。

それから、邊見先生が公的病院ということでお話しになりましたが、民間病院の立場から言うと、まだまだお上は公的病院優先ですよ。何かあると、必ず補助金は公的病院に付く。だから、今、国公立の病院が独立法人化し、これからどうなるかという

のはなかなかわからないのですが、やはり、そういう意味で、我々は国レベル、地域レベル、自分の病院レベルで分けて、まずできることからやって、同時に、例えば病院会とか日病協などは、広い視野で医療費、財源をどうするかというのを考えていく必要があるかと思います。

座長(池澤) はい、ありがとうございます。時間がなくなってきたのですが、石井先生にお願いいたします。

●各病院団体によるデータ集約を

石井 私は特に付け加えることもないのですが、日病協というかたちで病院団体が大連合して、最初のうちは、立場の違いで、どうも意見がぎくしゃくしていたのですが、病院崩壊状況になってきて、そうは言ってられない。病院団体がとにかく1本になって、1つの要求にまとめていかないと、迫力がないし、また、そうすれば、反応も多少は違うのではないかということをおもな実感し始めました。このところの日病協は、最初の頃と比べると、だいぶしっかりと、和気あいあいと議論できるような状況になってきています。ですから、各病院の方々も、こういったところを通じて、ぜひ現場のいろいろな意見、提言を出していただいて、これを国につけていくという構図をつくっていかないとはいけません。

今お話のあったデータのことですが、私も実際、実務者会議でやってみると、データというものはあるようでないです。それから国のほうも実際、持っているようで持っていない。先ほど、いろいろな診療科のデータを国はたぶん持っているのではないかというお話が出ましたが、私は、たぶん持っていないと思います。というのは、持てる仕組みができていない。今度の地域医療計画というのは、本当に相変わらずの絵に描いた餅ですが、少なくとも各病院がいろいろなデータを出すことが義務化されていることは確かです。今まで、県段階でも、個々のデータをばらばらな部署が持っていたとしても、その間で全然情報交換もなかったと思いますが、まとまって公表されるという構造は今回初めてです。

そういう意味で、これが日本の医療の本当に有効な情報になるかどうかは別として、病院が少なくとも60項目くらいはデータを出さなければいけなくなったというのは、1つの進歩です。そしてインター

ネット上で全部公開されることになっています。これまで私の病院でも、恥ずかしながら、そうしたデータが僕のところへ上がってきていないんです。各部署はこれまでも持っていたのですが。ですから、ほかの病院も、よほどしっかりしたシステムのできているところ以外は、似たり寄ったりではないかと思えます。そういう意味で、我々は世間に発言するためのデータをまず自分のところできっちり持って、把握しておき、そしてそれを各病院団体などが集約できるという構造を、ぜひつくっていただきたいと思えます。

座長（池澤） ありがとうございます。もうお1人、私からお願いしたいと思うのですが、大阪からおいでになった小川先生、いらっしゃいますか。

●医療者側の問題も認識した上で

小川 急のご指名ですが、私は、やはり今の医療崩壊というのは、石井先生が言われたように、この長年の医療制度の疲弊だと思えます。急に起こったものではないと。というのは、これは、民間病院の立場から言えばもう10年も20年も前からあったわけです。ですから我々は、もう、いろいろ努力しているのです。私からすれば、今さら何を言っているんだ、というところもあるわけです。ドクターも集まらなければ、産科をもう20年も前にやめたり、小児科もやめたり、そうやって本当に苦労して、やってきているわけです。

しかし、それだけ長いというのは、我々医療人にもやはり責任があったということで、このことは認識しておかなければいけない。あまりにも、ほかの責任ばかりを言うのではなく、我々にもこういう問題があったということをはっきり言って、こっちはこっちでこうするのだと。今まで我々は地域医療を守るために、やらざるを得なかったわけです。ですから、先ほどから話がありますように、地域医療を守るためにはこれだけの体制が必要だ、それにはどれだけお金が要るかという話にやはりなっていくべきだと私は思います。8月にまた、ちょっとほかの機会でしゃべることがあるので、今日はこのくらいにしておきます。

座長（池澤） どうもありがとうございました。それでは時間になってしまいましたので、山本会長、お願いします。

●医療界でできることはないか

山本 皆さん、暑いなかを日本病院会のこのシンポジウムにお集まりいただきまして、ありがとうございます。大変素晴らしい講師の方々をお招きしてのホットなディスカッションでした。ただ、日本病院会の役員の発言がちょっと多かったかな、やはり、もっと一般の方々からいろいろなご意見をいただきたかったと反省しておりますが、日本病院会としては、この続きがあります。8月7日、8日、東京のアルカディア市ヶ谷で、病院長・幹部職員に対するセミナーを開催し、そこで、今回の続きをやる予定ですので、ぜひ皆さん、またご参加いただいて、大いにホットなディスカッションをしていただきたいと思えます。

最後に申しあげたいのは、今日いろいろなお話が出ましたが、最後に小川先生もおっしゃっていましたように、それは相手がいる話ですから、お金の問題だったら国とやらなければいけませんし、また、マスコミに言う、患者さんに、国民にわかってもらう、これはみんな、相手がいてやることであって、なかなか大変なことだと思います。それならば、ほかに医療界でできることはないだろうかと。このことが、やはり、今、我々に求められている重要なことではないかと思っています。

例えば、アメリカがあれだけ悪い制度でありながら、現場の医療は良い医療を保っていますね。これは何なんだろうか。これは昨日、私の講演でもちょっとお話ししましたが、1900年代初めにフレックスナーという人が、アメリカで良い医療制度をつくるにはどうしたらいいかというテーマでレポートを書いたのですが、フレックスナーが言ったことは1つです。良い医療制度をつくるには、良い医者を育てればいいのだ、それさえ押さえれば医療制度は壊れない、と。その当時あった医科大学のなかで、そのレポートに書かれたことをクリアできないという大学は、教育をする資格がないということで潰されたそうです。以来、それはいまだに生きていて、アメリカの医療界が自分たちでこれだけはしっかりやっていくというのが、医療の質をきちんと担保することで、これだけは医療界として外せないものとして守ってきた。それがアメリカの医療です、という話を8月7日、8日に2時間かけて話してくださる人がいますから、ぜひ、これに期待して、私の最

後のまとめとさせていただきます。どうもありがとうございました。

座長(池澤) 皆さん方、長い時間おつきあいいただきまして、ありがとうございました。あまりにもたくさんのご意見をシンポジストの方々がお待ちで、

私の不手際から、話していただくのに時間がかかりまして、申し訳なかったと思っております。それでは以上をもちまして、ランチョンシンポジウムを終了させていただきます。どうもありがとうございました。

調査報告

DPCについてのアンケート

平成20年10月

社団法人 日本病院会
統計情報委員会

はじめに

我が国の入院医療についての包括支払い方式は平成10年に一疾患、一入院についての包括支払い方式である DRG-PPS 方式が全国の10の公的病院ではじめて試行的に開始され、さらに平成15年からは特定機能病院で DPC が導入された。その後、DPC の対象病院は次第に拡大され平成20年4月現在、DPC 対象病院は534に達し今後もさらに増加する趨勢にある。実施後5年を経過しこの制度の問題点もまた明らかになりつつある。この状況を踏まえて、我が国の入院医療の包括支払い方式の今後のあり方を探る目的で、現行の DPC 方式についてその利点と問題点をアンケート方式で調査した。日本病院会に所属する DPC 対象病院は400施設であり、我が国の DPC 対象病院の75%に相当する。これらの病院の現場で DPC を動かしておられる病院からの意見はこの制度の改善のために極めて重要であると考えられ今回、報告書としてとりまとめることができた。ご多用中、この調査とそのとりまとめにご協力下さった各位に心から御礼申し上げます。

平成20年10月

日本病院会 統計情報委員会
委員長 齊藤 寿一

目次

はじめに	
I. 調査の概要	83
II. 回答状況	84
III. 回答病院の属性	86
IV. 総括	88
V. 単純集計の結果	92
V-2. クロス集計の結果	
A 大学病院とそれ以外の病院の比較	107
B 病床規模による差	115
C 医業収益との関係	122
D 医療の質との関係	126
E 地域ブロックの影響	129
VI. アンケート調査表	134
委員会名簿	

I. 調査の概要

- | | |
|------------|---|
| 1. 調査の実施主体 | 社団法人日本病院会統計情報委員会
(巻末に委員名簿を掲載) |
| 2. 調査の目的 | 我が国の入院医療の包括支払い方式の今後のあり方を探る目的で、
現行のDPC方式についてその利点と問題点を明らかにする |
| 3. 調査の対象 | 日本病院会会員のうちDPC対象病院400施設
(平成20年4月現在) |
| 4. 調査の内容 | 後掲 |
| 5. 調査実施期間 | 平成20年6月26日～7月15日 |
| 6. 調査の方法 | ファックスによる記名式回答 |

II. 回答状況

1. 回答数と回答率 273 病院 (68.3%)

2. 回答数に係る注記 本回答数は、全国の DPC 対象病院 534 病院 (平成 20 年 4 月現在) の 51.1%を占める

3. 都道府県別回答数

	回答数	発送数	%		回答数	発送数	%
北海道	11	20	55.0	滋賀県	3	3	100.0
青森県	0	0	0.0	京都府	12	13	92.3
岩手県	2	2	100.0	大阪府	23	43	53.5
宮城県	8	10	80.0	兵庫県	10	16	62.5
秋田県	2	2	100.0	奈良県	3	4	75.0
山形県	2	2	100.0	和歌山県	2	3	66.7
福島県	3	4	75.0	鳥取県	2	2	100.0
茨城県	8	11	72.7	島根県	1	3	33.3
栃木県	3	6	50.0	岡山県	4	8	50.0
群馬県	9	9	100.0	広島県	4	11	36.4
埼玉県	10	13	76.9	山口県	2	3	66.7
千葉県	11	15	73.3	徳島県	0	2	0.0
東京都	26	39	66.7	香川県	3	6	50.0
神奈川県	23	29	79.3	愛媛県	2	2	100.0
新潟県	1	1	100.0	高知県	3	3	100.0
富山県	2	2	100.0	福岡県	19	28	67.9
石川県	4	5	80.0	佐賀県	2	3	66.7
福井県	3	3	100.0	長崎県	6	7	85.7
山梨県	0	2	0.0	熊本県	6	9	66.7
長野県	4	8	50.0	大分県	2	2	100.0
岐阜県	4	7	57.1	宮崎県	0	1	0.0
静岡県	7	7	100.0	鹿児島県	2	2	100.0
愛知県	10	15	66.7	沖縄県	3	5	60.0
三重県	6	9	66.7				
				合計	273	400	68.3

4. 開設主体別回答率

	回答数	発送数	%
公 的			
国（独立行政法人含む）	20	42	47.6
公的大学病院	7	11	63.6
自治体（地方独立行政法人含む）	40	49	81.6
その他公的	94	125	75.2
小 計	161	227	70.9
私 的			
公益法人・社会福祉法人	22	30	73.3
医療法人	62	98	63.3
学校法人	16	31	51.6
その他	12	14	85.7
小 計	112	173	64.7
合 計	273	400	68.3

5. 病床規模別回答率

	回答数	発送数	%
一般病床			
1～99床	4	6	66.7
100～199床	23	33	69.7
200～299床	40	51	78.4
300～399床	61	97	62.9
400～499床	44	63	69.8
500～599床	43	58	74.1
600～699床	27	38	71.1
700～799床	10	17	58.8
800～	21	37	56.8
合 計	273	400	68.3

6. 回答者の職名

	回答数
①院長，副院長，診療部長，DPC 委員長	31
②事務部長，事務長	10
③事務次長，医事課長ほか事務課長	86
④医事事務職，診療情報管理士ほか	143
⑤その他医療技術職	1
⑥不明	2

Ⅲ. 回答病院の属性

1. 加算の算定状況など

		該当数	
①看護基準：	7：1	189	69.7%
	10：1	82	30.3%
	未回答	2	
②特定機能病院		19	7.0%
③地域医療支援病院		82	30.0%
④電子化加算		141	51.6%
⑤救急医療管理加算		234	85.7%
⑥臨床研修病院入院診療加算		252	92.3%
⑦画像診断管理加算		226	82.8%
⑧麻酔管理料		247	90.5%
⑨放射線治療管理料		143	52.4%

2. DPC対象病院となった時期

	回答数	発送数	%
平成15年4月～7月	19	39	48.7
平成16年4月～9月	35	56	62.5
平成18年4月～7月	139	187	74.3
平成20年4月	80	118	67.8
合計	273	400	68.3

※ 地域ブロック別集計にあたって、地域ブロックは次のとおり設定

北海道・東北……北海道，青森県，岩手県，宮城県，秋田県，山形県，福島県
 関東・甲信越……茨城県，栃木県，群馬県，埼玉県，千葉県，東京都，神奈川県，
 山梨県，長野県
 北陸・東海……新潟県，富山県，石川県，福井県，岐阜県，静岡県，愛知県，
 三重県
 近畿……滋賀県，京都府，大阪府，兵庫県，奈良県，和歌山県
 中国・四国……鳥取県，島根県，岡山県，広島県，山口県，徳島県，香川県，
 愛媛県，高知県
 九州・沖縄……福岡県，佐賀県，長崎県，熊本県，大分県，宮崎県，鹿児島県，
 沖縄県

DPC対象病院・準備病院に占める日病会員の割合

平成20年6月30日現在

NO	年度－対象／準備	対象病院数	日病会員	割合
①	15年度－対象	82	39	47.6%
②	16年度－対象	62	56	90.3%
③	18年度－対象	216	187	86.6%
④	20年度4月対象	174	118	67.8%
	7月対象	184	139	75.5%
①～④計（対象病院）		718	539	75.1%
⑤	19年度－準備	※710	459	64.6%
総 計		1428	998	69.8%

※ 日病会員のうちDPC対象病院（準備病院含）の占める割合 37.2%（平成19年12月14日現在の日病会員数 2683）

※ 19年度準備病院は当初より1減の697、表の数値は18年度準備病院371のうち、20年度対象病院とならなかった13病院（内、会員10）を含む

※ 20年4月現在での対象病院数534の内、日病会員は400、74.9%である

※ 20年度準備病院として149病院が手挙げしたとの報道がされている

IV. 総 括

(1) 単純集計の結果

日本病院会加盟のDPC対象病院は400施設のすべてに別紙のアンケート用紙を平成20年6月に発送し、273施設(68.3%)から回答を得ることができた。病院を対象としたアンケートとしては比較的高い回収率となっている。平成20年4月現在の我が国におけるDPC対象病院は534施設で、回答病院は全DPC対象病院の51.1%にあたる。回答した病院がDPC対象病院となった時期としては平成18年4月から7月が139施設で最も多く、50.9%を占めている。

DPC対象病院となったことが収益に及ぼした影響としては「大きく増収となった」、「増収となった」及び「若干増収となった」をあわせると79.8%に達し、少なくとも現時点ではこの制度への参加が経営を改善する傾向を示している。一方、「患者に提供する医療の質の変化」については何とも言えないという意見が64.8%を占め、DPCの対象病院となることが必ずしも医療の質の向上に直結していないことが判る。DPCの導入が病院の経営にはっきりもたらした変化を複数回答可で尋ねた結果では、「平均在院日数の短縮」が63.4%と最も多く、続いて「後発医薬品への切り替え」(62.6%)、「外来での検査の増加」(54.6%)、「収入の増加」(49.8%)、「業務の多忙化」(48.0%)などが挙げられている。

DPCを導入して良かったか、との問いかけには「そう思う」と「どちらかと言えばそう思う」とする意見が79.9%を占め、対象病院による肯定的な受け止めが顕著である。またDPC対象病院になって良かったとする病院にその理由を複数回答で尋ねると「病院間の比較ができるから」とする理由が76.6%と突出して高いことが注目される。これに続いて「職員の経営意識が高まったから」が45.9%あり、何れにしても病院の経営面での効用が大きいことが指摘されている。院内で診断群分類の関連して理解が深まった事項を複数回答可で尋ねると「ICDコード」と「主傷病名の付け方」が何れも58.6%で高い値を示している。またDPC病名の付け方は「主治医が医事担当職員と診療情報管理士助力を得て決定する」病院が55.7%と最も高くなっている。

つぎに「DPCを導入した病院が健全な経営を達成する上で解く重要な点」を複数回答可で尋ねると「クリティカルパスの類用」が58.6%で最も高く、これに続いて「職員の経営意識の改革」(56.4%)、「病診連携による紹介率の向上」(48.7%)、「診療内容の吟味と厳選」(45.8%)などが多く指摘されている。

またDPC導入を希望する病院が増加する傾向がある中で、DPC対象病院となる条件を複数回答可で既に導入している病院に尋ねたところ、「看護基準が一定以上である」ことを66.3%の病院が指摘し、これに続いて「標準レセプトの電算化」(54.6%)や「救急患者の受け入れ数が高い」(50.2%)が挙げられている。

DPCにおいて診療報酬算定において、現行の「医療機関別調整係数」や今後想定される「病院機能評価係数」など今後「何らかの係数が必要か」を尋ねた設問では「必要である」が74.0%と突出して高く、「どちらかと言えば必要である」の16.8%とあわせると9割の病院が調整係数の必要性を感じている。その内容をみると、現行の医療機関別調整係数だけの存続を必要であるとする病院は4.0%と著しく低く、一方、その内容が明らかにされていないものの今後想定されている病院機能評価係数の導入を40.7%の施設が必要であるとしている。また「医療機関別調整係数」と「病院機能評価係数」の併用を求める意見は41.9%と最も多く、病院の活動がきめ細かく診療報酬に反映することを求める

意見が強いものと考えられる。機能評価係数に反映されるべき指標を複数回答可で尋ねると「救急医療の実践度」が84.7%と突出して高く、これに次いで「地域医療への貢献度」(74.3%)、「病床比でみた医師数」(55.9%)、「小児科医療の実践度」(50.9%)、「産科医療の実践度」(50.5%)、「病床比でみた看護師数」(50.5%)などが挙げられている。

最後に一疾病一入院で定額で診療報酬が支払われる DRG - PPS を今後導入すべきか否かを尋ねると「妥当である」または「どちらかと言えば妥当である」との肯定的意見は25.6%にとどまり、「どちらかと言えば妥当ではない」と「妥当ではない」をあわせた32.2%を下回っていることが注目される。DRG方式が妥当でない理由を複数回答可で尋ねると、「あまりに大雑把で提供した医療が報酬に反映されないから」とする意見が67.0%と突出して高く、これに続いて「患者に不利益なほど在院日数が短縮するから」(42.0%)が挙げられている。

(2) クロス集計の結果

調査の結果が病院の背景によってどの様にことなるかを次にクロス集計で検討した。

A 大学病院とそれ以外の病院の比較

大学病院とそれ以外の病院の意見を比較すると収益については「大きく」から「若干」まで、増収となった病院は大学病院が90.8%、それ以外の病院が79.5%と大学病院の増収傾向がより顕著であった。一方、医療の質について「向上した」と「どちらかと言えば向上した」を併せた数値は大学病院で19.1%であるのに対し、大学病院以外では35.3%と高く、大学病院以外において医療の質向上の効果をより積極的に評価していることが明らかになった。つぎに病院経営ではっきり見られた変化では「平均在院日数の短縮」が大学病院では86.4%に上っているのに対し、それ以外の病院では61.6%に止まっていることが注目される。これと対比して「病床利用率の低下」は大学病院で27.3%に止まっているのに対しそれ以外の病院では43.2%に上り、両者の差が顕著となっている。また「診療内容を吟味し厳選するようになった」とする病院は大学病院では9.1%に止まり影響が著しく低いのに対しそれ以外の病院では23.2%とこれを大きく上回っている。また「再入院が増えた」とする意見は大学病院で18.2%であるのに対し、それ以外の病院では5.6%に止まって両者の差が顕著となっている。大学病院で計画的再入院などが普及しているためと思われる。また「DPCを導入して良かったと思うか」との問いに「そう思う」と答えた病院は、大学病院が22.7%に止まったのに対し、それ以外の病院では44.6%に上り、一般病院での積極的評価が顕著であった。また病名のコーディングについて主治医が他の職種の職員の助力なしに行っている施設は大学病院が34.8%に上ったのに対しそれ以外の病院は9.2%に止まり、一般病院では医事担当職員や診療情報管理士が医師と共に行っていることが明かとなった。また今後、制度の変更が予想されている調整または評価の係数について、大学病院は殆どすべての95.7%が何らかの係数が必要であるとしているのに対し、それ以外の病院では72.0%に止まっている。また係数の性質としては調整係数と評価係数の併用を求める意見が大学病院では72.7%に達しているのに対し、それ以外の病院では併用は39.5%に止まっておりむしろ機能評価係数を支持する43.0%を下回っている。また今後予測される病院機能評価係数について評価に組み入れられるべき指標として指摘を受けた項目は、「救急医療の実践度」が大学病院で86.4%、それ以外の病院で85.4%と両病院群何れも最も高い指摘を受けた。これに対し「教育活動への関与」は大学病院で59.1%に上ったのに対し、それ以外の病院では24.7%に止まっていることが明らかになった。

また我が国の病院医療の包括支払い制度について一疾患一入院の定額支払いである DRG - PPS を今後導入することについて、「妥当である」と「どちらかと言えば妥当である」とする肯定的な考えが大学病院では47.8%に上っているのに対しそれ以外の病院では23.9%に止まっており、より徹底した包括支払い制度に対する姿勢の差が認められた。

B 病床規模による差

次に病床規模によって第一群20～299床（67病院）、第二群300～499床（105病院）、第三群500床以上（101病院）について分類し回答を集計した。

DPC 導入による増収については「大きく」から「若干」までを併せると第一群は77.6%、第二群は73.1%、第三群は90.0%と病床数の多い病院で特に増収の傾向が強まっていることが明かとなった。一方、提供する医療の質の向上については三群の間に大きな差はみられなかった。また病院経営ではっきりみられた変化としては、「職員の経営意識が向上した」とする指摘が第一群では47.8%に上ったのに対し第二群では38.1%、第三群では32.0%と職員の経営意識の向上は比較的病床規模の小さい病院で顕著であった。「DPC を導入して良かったか」あるいは「診断名決定の体制」についての問いに対する反応は各群の間に大きな差はみられなかった。また、診療報酬決定における調整または評価などの係数については「必要である」とする意見が第1群で62.7%、第2群で73.1%、第3群で84.0%と病床数が増えると共に係数の必要性を高率で指摘している。また病院機能評価係数に反映されるべき指標としては各群いずれも救急医療の実践度が80～90%の高率で指摘されている一方、第一群、第二群および第三群の指摘率は「小児科医療の実践度」はそれぞれ36.5%、48.2%および63.9%であり、また「産科医療の実践度」はそれぞれ30.8%、49.4%および65.1%であり、また「教育活動への関与」もそれぞれ9.6%、24.7%そして43.4%といずれも病床数の多い病院でこれらの指標を評価係数へ反映させることを期待する指摘が多くみられた。

C 医業収益との関係

医業収益が「増収となった（105～110%）」64病院と「若干増収となった（100～105%）」143病院とを比較した。まず「医療の質の変化」について「向上した」または「どちらかと言えば向上した」と向上を感じている病院は、増収した病院では48.5%であるのに対し若干増収した病院では26.9%に止まり、DPC の導入が医療の質向上に役立っていると感じているのは増収の顕著な病院でより鮮明であることが明らかになった。また「経営ではっきり見られた変化」については「病床利用率の低下」を指摘した病院は増収となった病院では28.1%に止まるのに対し、若干増収となった病院では43.4%に達しており、DPC を導入した後も病床利用率を維持することが医業収入の確保に重要であることが明かとなった。また、DPC を導入して良かったかを「そう思う」と「どちらかと言えばそう思う」を併せてみると、増収となった病院では93.7%が良かったと考えているのに対し、若干増収となった病院では79.7%とやや低い評価を示していることが明かとなった。また DPC を導入した後に、健全な経営に特に重要であるとする点は、「材料費率が上がらない様にする」ことについて増収となった病院の50.0%がこれを勧めるのに対し、若干増収となった病院では30.1%に止まっており、この点での工夫が重要であると思われた。

D 医療の質との関係

経営ではっきり見られた変化を医療の質が「向上した」あるいは「どちらかと言えば向上した」92病院と「何とも言えない」177病院について比較すると、平均在院日数の短縮が向上を感じている病院では76.0%に達しているのに対し、何とも言えないとする病院では57.1%に止まっていた。また職員の経営意識が向上したとする病院は医療の質の向上を感じずる病院で46.7%に達しているのに対し、何とも言えないとする病院では33.9%に止まった。後発医薬品への切り替えも医療の質の向上を感じずる病院でむしろ進んでいることが示された。またDPCを導入して良かったか、との問いかけには医療の質の向上を感じずる病院の96.7%が「そう思う」または「どちらかと言えばそう思う」と答えているのに対し、何とも言えないとする177病院では「そう思う」または「どちらかと言えばそう思う」と答えた病院は71.6%に止まっており、質の向上を実感することがDPC導入の前向きな受け止めを促していると思われた。またDPCを導入した病院の健全な経営に特に重要であると考えられる点を尋ねると、「早期退院を促し平均在院日数を短縮する」ことを選択した病院は医療の質が「向上した」病院で35.0%に達する一方で、「どちらかと言えば向上した」病院で22.2%、「何とも言えない」病院では17.6%と漸減していることが明らかとなった。

E 地域ブロックの影響

全国を北海道・東北28病院、関東・甲信越94病院、北陸・東海37病院、近畿53病院、中国・四国21病院そして九州・沖縄40病院について比較した。

まず収益では「大きく増収となった」または「増収となった」病院は関東・甲信越では31.2%に達しているのに九州・沖縄では20.5%に止まっており収益への影響に地域差が見られた。また提供する「医療の質」について、「向上した」あるいは「どちらかといえば向上した」とする施設が中国・四国で42.9%に達するのに対し、関東・甲信越では27.2%に止まり医療の評価にも地域差が見られた。経営ではっきり見られた変化については、「病床利用率の低下」が関東・甲信越では36.6%に止まっているのに対し、九州・沖縄では57.5%に達した。また「後発医薬品への切り換えが進んだ」のは近畿で73.6%に達したのに対し、北海道・東北では50.0%に止まっている。DPCを導入して良かったか、の問いに対する反応には顕著な地域差はみられなかった。また「病名の付け方」については、「主治医が医事職員や診療情報管理士の助力なしにつけている」とする病院は北海道・東北では3.6%に止まっているのに対し、九州・沖縄地区では17.5%あり、地域差がみられた。今後、導入が予測される病院評価係数に盛り込まれるべき指標としては「救急医療の実践度」が全地域で75%以上の高い指摘を受けているがとりわけ九州・四国地区で91.2%と突出して高い指摘を受けており救急医療の重要性を抱える地域性が反映していると思われた。

V. 単純集計の結果

(1) DPCの導入で貴院の医業収入は導入した前年同月(100%)に比較して概ねどの様に変化しましたか。

N = 273

回答項目	回答数	率
1. 大きく増収となった(110%以上)	11	4.0%
2. 増収となった(105%~110%)	64	23.4%
3. 若干, 増収となった(100%~105%)	143	52.4%
4. あまり変わらない(100%程度)	23	8.4%
5. 減収となった(100%以下)	24	8.8%
6. その他(内容:)	6	2.2%
無回答	2	0.7%

(その他の回答内容)

- 全体で減収となったが1件当りでは増収
- 診療単価は上がりましたが, 在院日数の短縮が進み全体としては減収しています。単純比較はできません
- 一改訂の影響を小さくした。7:1の効果もありDPCの効果かどうか?
- 手術件数患者数の増等, 他の要素も大きい
- DPC導入前は, DRG/PPS適用であった
- 単純なDPC導入の影響ではないため, 何と何の比較か, 具体的な設問であれば助かります
- H17.7月:543,648千円→H18.7月:498,915千円 H17.4月~H19.6月許可病床, 稼動病床に変更なし
- 若干の増収となったが, DPC導入による影響とは特定できない
- 結果を掴めていない

(2) DPCの導入で患者に提供する医療の質は全体としてどう変化したと思いますか。

N = 273

回答項目	回答数	率
1. 向上した	20	7.3%
2. どちらかと言えば向上した	72	26.4%
3. 何とも言えない	177	64.8%
4. どちらかと言えば低下した	1	0.4%
5. 低下した	0	0.0%
無回答	3	1.1%

(3) DPCの導入後に貴院の経営ではっきりみられた変化はどれですか。(複数回答可)

N = 273

回答項目	回答数	率
1. 収入が増加した	136	49.8%
2. 材料費率が下がった	37	13.6%
3. 材料費以外の支出が削減された	16	5.9%
4. 平均在院日数が短縮した	173	63.4%
5. 病床利用率が低下した	114	41.8%
6. 紹介率が上昇した	22	8.1%
7. 診療内容を吟味し厳選するようになった	60	22.0%
8. 職員の経営意識が向上した	104	38.1%
9. クリティカルパスを頻用するようになった	84	30.8%
10. 患者満足度が向上した	4	1.5%
11. 外来での検査が増加した	149	54.6%
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	171	62.6%
13. アクシデント, インシデントが減少した	0	0.0%
14. 再入院が増えた	18	6.6%
15. 業務が多忙になった	131	48.0%
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	7	2.6%
17. その他(内容:)	11	4.0%
無回答	1	

((3) その他の回答内容)

- H20.4より導入のため分析中
- 化学療法等の一部診療行為の外来への移行
- 予防医療を入院中に実施しなくなった
- ・レセプト残業が平準化し減少した。 ・診断群毎にデータの一元化が図れた。 ・ベンチマークで他医療機関担当比較・医師の手間が軽減した。 ・レセプト症状詳説が1/3に減った。 ・カルテを見る時間が増えた。
- 医療費についての説明責任が大きくなった
- 収入は一時増加したが、改定の影響もあり現在は増益とはなっていない
- 医療の効率化や質の向上への取り組みは、DPC導入に関係なく継続した取り組みです
- 入院単価が上昇した。入院患者数の減少により、収入は増加しなかった
- 改善についてはDPCのためではなく病院の方針という要因であることが多い
- H20.4よりDPC対象のため、未だ導入の影響によるものか判断できず
- 今回の入院に関係のない他疾患の治療を同一入院中には行いにくくなった

(4) DPCを導入して良かったと思いますか。

N = 273

回答項目	回答数	率
1. そう思う	116	42.5%
2. どちらかと言えばそう思う	102	37.4%
3. 何とも言えない	52	19.0%
4. どちらかと言えばそうは思わない	0	0.0%
5. そうは思わない	1	0.4%
無回答	2	0.7%

(5) (4)で1または2と回答された方がお答え下さい。

DPCを導入してなぜ、良かったと思いますか。(複数回答可)

N = 218

回答項目	回答数	率
1. 収益が改善したから	103	47.2%
2. 入院医療の査定がないから	74	33.9%
3. 職員の経営意識が高まったから	100	45.9%
4. 経営の指標が掌握できるから	95	43.6%
5. 病院間の比較ができるから	167	76.6%
6. 医療の透明性が図られるから	78	35.8%
7. 医師の裁量権が拡まるから	4	1.8%
8. 包括化が急性期病院の主流だから	52	23.9%
9. その他 (内容:)	7	3.2%

(その他の回答内容)

- 医事の保険請求業務が少し楽になった
- 診断の主要性についての職員自覚
- 医師のレセプト点検の時間が消滅できたから
- 質の向上, 標準化が進んだ
- 質の高い医療が, 高く評価される
- DPC + 出来高データでの分所が可能になったから
- 影響率等に対する収益の安定性

(6) (4)で4または5と回答された方がお答え下さい。DPCを導入して良かったとは思わないのは何故ですか。(複数回答可)

N = 1

回答項目	回答数	率
1. 増収が期待したほどでないから		
2. 査定という歯止めがなくなったから		
3. コーディングが煩雑だから		
4. 職員が戸惑っているから		
5. 診断群分類が適切でないから		
6. 診断群によって収入が支出を下回るから		
7. 患者に負担分の内容が判りにくいから		
8. その他(内容:)	1	100.0%

(7) DPCの導入により理解が深まった項目はどれですか。(複数回答可)

N = 273

回答項目	回答数	率
1. ICD(国際疾病分類)コード	160	58.6%
2. 手術・処置コード	63	23.1%
3. ICDとDPCの疾患コードとの関係	152	55.7%
4. 主傷病名の付け方	160	58.6%
5. 診断群分類点数表	148	54.2%
特になし	1	

(8) DPCの導入により病名を慢性か急性か、合併症の有無などより詳細に病歴に記載するようになりましたか。

N = 273

回答項目	回答数	率
1. なった	118	43.2%
2. 何とも言えない	135	49.5%
3. なってはいない	18	6.6%
無回答	2	0.7%

(9) DPC 病名の決定（コーディング）について、貴院の体制はどれですか。

N = 273

回答項目	回答数	率
1. 主治医が医事担当職員と診療情報管理士の助力を得て決定	152	55.7%
2. 主治医が医事担当職員の助力を得て決定	54	19.8%
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	36	13.2%
4. 主治医が特に助力を得ないで決定	31	11.4%
5. その他（ ）		

(10) 一般に DPC を導入した病院が健全な経営を達成する上で特に重要だとお考えの点はどれですか。（複数回答可）

N = 273

回答項目	回答数	率
1. 診療内容を吟味し、厳選する	125	45.8%
2. 材料費率が上がらないよう削減に一層努力する	100	36.6%
3. 後発医薬品を積極的に使う	108	39.6%
4. 早期退院を促し平均在院日数を短縮する	56	20.5%
5. 救急患者を積極的に入院させる	92	33.7%
6. 病診連携で紹介率を上昇させる	133	48.7%
7. 職員の経営意識を改革する	154	56.4%
8. クリティカルパスを頻用する	161	59.0%
9. 院内の DPC 委員会が診療内容をチェックする	110	40.3%
10. アメニティーや接遇向上で患者満足度を高める	32	11.7%
11. その他（内容： ）	14	5.1%
無回答	1	

((10) その他の回答内容)

- ベンチマーク
- 検査等の回数や内容の医学的な必要性を検討したほうがよい
- 医事職員および診療従事者への DPC に関する教育・研修
- より、効果的な合併症の少いきちんとした診療を行うこと
- 何とも言えない。
- DPC コーディングスタッフの育成が必要
- 早期診断，確実な治療
- 医療の質は下げないように努力する
- 後方病院の確保
- 上記設問は，DPC 導入に起因するものではなく，医療の質とともに従来から努力すべき点だと思います
- 医師，看護師，コメディカルスタッフそれぞれが患者のために業務向上に努めること
- DPC に関連するコーディングやデータベース精度を高める仕組みが必要→監査体制の充実

- 関係職員のDPC制度・内容を十分理解すること適正な病名を決定できる運用をつくる
- 医療の質の可視化（他病院比較）
- DPCと出来高の病院で同じ疾病であるのに診療内容に大きな違いがあるのはおかしいと考えている。根本内に制度に左右されることなく、急性期病院としての機能充実と後方支援病院の確保、そして新入院患者の獲得が健全な経営に必要な項目と考えます
- 病診連携による退院後のサポートの充実
- 安全の確保と診療の標準化、効率化を推進する

(11) DPCの導入を希望する病院が増え、それらの機能も多様化しています。病院がDPCを導入する許可条件として相応しいのはどれだと思いますか（複数回答可）。

N = 273

回答項目	回答数	率
1. 平均在院日数が短い	101	37.0%
2. 看護基準が一定以上である	181	66.3%
3. 標準レセプトの電算化が行われている	149	54.6%
4. 救急患者の受け入れ数が高い	137	50.2%
5. 画像管理加算を算定している	62	22.7%
6. 麻酔管理料を算定している	71	26.0%
7. 特に参入条件をつける必要はない	29	10.6%
8. その他（内容： ）	22	8.1%

((11) その他の回答内容)

- 療養病棟等を持つ病院は除外する。病床数として400床以上（一般）
- 救急医療，急性期医療を担っている
- 対象病院となる要件をもっと明確にすべき
- 原則として標準医療施行に対応とる
- 何とも言えない
- 電子カルテ導入病院。病院機能評価
- 医療の質向上と効率化に取り組む姿勢がある
- 病理診断料，レセ電算対応，病床数
- 施設基準を係数に入れる。又は加算する
- 1) 正しいDPCコードを選択する（怪しいupcodingをしないこと） 2) 医療の質が保たれている
- 重症度の高い患者の受け入れが多い
- 薬剤師によるミキシング，メディカルスタッフの当直。一定以上の常勤医師数の確保，退院3000人に1人以上の診療情報管理士の確保。一定以上の常勤MSWの確保
- 病理診断科を算定している。特定集中治療室管理科を算定している
- 単科病院と総合病院の2階建構造の構築し，それに見合った条件の設定
- 急性期医療を定義することが重要。その上で，DPC = 急性期であれば，上記1～6は全て必要だが，十分条件ではない
- 救急患者搬入数
- 逆紹介率，治癒率，軽快率の数値が高い 再入院率の数値が低いこと

- DPC導入条件を明示すれば良い
- DPCがとりあえず急性期対象であるとするなら早急は「急性期」を定義すること
- 急性期医療を実施している
- 地域の医療環境を考慮した指標
- ベッド数400床以上，地域の中核病院
- 本来「急性期病院＝DPC病院」でなかったのか？急性期病院として機能している病院をどうとらえるのか？
- 標準的な医療を行いうる病院であり，アクシデントなどの割合が一定以下であること
- 診療録管理士の配置

(12) 係数について伺います。現在は診療報酬算定に当たって医療機関別調整係数が使われています。また将来は機能評価係数の導入が検討されています。DPCの診療報酬算定では今後、何らかの「係数」は必要でしょうか。

N = 273

回 答 項 目	回答数	率
1. 必要である	202	74.0%
2. どちらかと言えば必要である	46	16.8%
3. 何とも言えない	19	7.0%
4. どちらかと言えば必要ではない	4	1.5%
5. 必要ではない	2	0.7%

(13) 上記の(12)で1または2と回答された方に伺います。
(13-1) どの様な係数が必要でしょうか。

N = 248

回 答 項 目	回答数	率
1. 前年の収入を保証する現行方式の医療機関別調整係数	10	4.0%
2. 救急医療など病院の機能を考慮した機能評価係数	101	40.7%
3. 上記の1と2の双方の併用	104	41.9%
4. 地域的な物価指数を反映させた係数	4	1.6%
5. 全く別の基準による係数 (内容：)	7	2.8%
その他 2.4	11	4.4%
その他 1.4	2	0.8%
その他 2.5	4	1.6%
その他 3.4	2	0.8%
無回答	3	1.2%

((13) 全く別の基準による係数の回答内容)

- 施設基準に係数を加える
- 病院診療の質

- 患者満足度職員満足度等
- 平均在院日数に応じた係数が必要。理由：在院日数の短縮促進は、逆紹介に寄与（又、短縮に医療機関機能が）問われる為
- 施設基準
- 診療実績を重視していただきたい。「救命救急センター」という基準ではなく、救急車の搬入数や重症度、体制の評価が望ましい
- 特定機能病院である係数
- 1.2.4を総合的に評価した係数
- P4Pなど
- 地方に手厚い係数（都市部が有利なため）
- 重症患者率
- 救急でもよいのですが、災害基幹センター・感染症棟・AIDS拠点などにも係数を
- 重症度等
- 地域医療への貢献度

(13-2) 仮に機能評価係数を導入する時に組み込まれるべき指標は何でしょうか。

(複数回答可)

N = 222

回答項目	回答数	率
1. 地域医療への貢献度	165	74.3%
2. 救急医療の実践度	188	84.7%
3. 小児科医療の実践度	113	50.9%
4. 産科医療の実践度	112	50.5%
5. 病床比でみた医師数	124	55.9%
6. 病床比でみた看護師数	112	50.5%
7. 手術ありの割合	96	43.2%
8. 化学療法ありの割合	70	31.5%
9. 放射線療法ありの割合	58	26.1%
10. 救命救急入院料算定状況	80	36.0%
11. 特定集中治療室管理料算定状況	106	47.7%
12. 画像診断管理加算算定状況	89	40.1%
13. 麻酔管理料算定状況	94	42.3%
14. 病理診断料算定状況	91	41.0%
15. 教育活動への関与	62	27.9%
16. その他（その内容： ）	10	4.5%

((13-2) その他の回答内容)

- 治療成績
- 救急患者受け入れ比率
- 病院機能評価
- 厚労省が考える急性期病院の成るべき姿に合致する施設基準の算定状況

- 術中迅速病理の割合，高額な抗悪性腫瘍剤の使用割合，検体検査管理加算
- 臨床研修
- 4疾患5事業に対する貢献度，臨床研修医制度に対する貢献度
- 予防医学への貢献度
- 包括されている施設基準への評価（例：院内製剤……）
- 地域医療計画への取組
- 診療科の構成を指標にするのは相応しくない
- 患者満足度，手術成績，高度医療機器の整備状況 指導医数，認定看護師数
- 2次，3次救急等の急性期医療の提供度合，提供できる機能を有すること
- 医療安全
- 臨床研修病院，研修医の人数
- NSTや褥瘡への取組み

(14) 上記(12)で4または5を選んだ方に伺います。

DPCの診療報酬算定で調整や評価などの「係数」は必要ではない、と考える理由はなぜでしょうか。（複数回答可）

N = 6

回答項目	回答数	率
1. 個別病院の係数ではなく診療報酬点数に反映されるべきだから	4	66.7%
2. 調整係数は過渡期の処置だから	2	33.3%
3. 調整係数により，年々医療内容の縮小に追い込まれるから	1	16.7%
4. 評価係数は病院の格差を招くから	2	33.3%
5. 評価係数に相応しい指標は決めにくいから	3	50.0%
6. その他（内容： ）	0	

(15) 一疾患一日定額であるDPCよりもさらに包括化を徹底させた診療報酬制度に，一疾患一入院定額支払い制度（DRG）があります。平成20年度診療報酬改定では「そけいヘルニアの手術」でDRG方式が導入されました。我が国でDRGはさらに拡大されるのが妥当でしょうか。

N = 273

回答項目	回答数	率
1. 妥当である	23	8.4%
2. どちらかと言えば妥当である	47	17.2%
3. 何とも言えない	112	41.0%
4. どちらかと言えば妥当ではない	58	21.2%
5. 妥当ではない	30	11.0%
無回答	3	1.1%

(16) 上記の(15)で1または2を選択された方に伺います。
DRGの拡大はなぜ妥当なのですか。(複数回答可)

N = 70

回答項目	回答数	率
1. 一日毎定額では入院日数が必要入院日数と解離しがちだから	39	55.7%
2. 究極の包括化は各疾患が一入院で評価されるべきだから	36	51.4%
3. 入院日数で報酬がⅠ期～Ⅲ期と逡減するのは不自然だから	14	20.0%
4. 診療の進め方が判断しやすいから	11	15.7%
5. 患者が治癒または軽快して退院することが病院の使命だから	8	11.4%
6. その他(内容:)	4	5.7%

(その他の回答内容)

- 標準化・情報公開(透明化)が進むから
- 料金がわかりやすくなる
- 早く治療する努力を適切に評価していただくには一入院定額が相応しい
- Ⅱ期を0点とする疾病と治療の組合せはまだあり、今後も増えると予想される。この様な組合せには拡大が必要である。又、いくつかの組合せには政策誘導的に拡大が必要であろう

(17) 上記の(15)で4または5を選択された方に伺います。
妥当だとは言えないとすれば何故ですか。(複数回答可)

N = 88

回答項目	回答数	率
1. あまりに大雑把で提供した医療が報酬に反映されないから	59	67.0%
2. 患者に不利益なほど在院日数が短縮するから	37	42.0%
3. 患者の理解が得にくいから	16	18.2%
4. 経営指標の把握というDPCの意義が薄れるから	12	13.6%
5. 一入院定額の点数の決め方が判らないから	22	25.0%
6. その他(内容:)	12	13.6%

(その他の回答内容)

- P4P導入方法がよいのでは?
- 医療の質の低下が加速するから
- これまで築かれてきた日本の医療の良い部分が壊されてしまい、患者の不利益にもつながると思われる
- 受入患者の選別につながる恐れがあるから
- 年齢やその他の病態によってさまざまであるから
- 米国でうまくいっていない方式をせっかく定着してきたDPCから今おきかえるべきではない
- 合併症への対応が不十分のため
- 人間は機械のように一律ではなく、類型によって治療内容を限定した医療になることは、人間的ではない
- 併存病名、入院後発症病名によって治療内容、医療費用も異なり、DRG制度にはむりがある

- 合併症の多い患者と高齢者が適切な医療を受けられなくなるから
- DPCのデータからもDRGに移行できる様な平均値にまとまった分類は、ほとんどない事はあきらめである
- 疾病分類毎の適性な医療をDPCの中で検証することが重要である。拙速な対応は医療を混乱させる
- 重症度を適切に評価した分類を作らないと粗悪な治療が横行することになりかねない

(18) その他、DPC制度について質問項目以外の点、設問では触れられていない点、あるいは現在この制度について感じて居られる点について、自由にご意見をお書き下さい。

- 制度を変えるのであればP4Pを考えてはいかがでしょうか
- DPC制度は急性期病院に対する制度であると言っても、急性期以外の疾病に対する制度が充実していないためDPC制度自体の存続があやぶまれる。DPC対象病院と後方支援病院との連携が必要であり、後方支援病院も不足している。軽い疾患や高齢者慢性疾患患者の受け入れ先を充実してほしい
- DPCの算定のしくみは楽になったので良い部分であるが、データ収集のやり方が細かくなり、業務を圧迫する場合が増えた。出来高データの作成とコーディングという2つの作業の重みで、結果として作業量がふえた。
- 診断分類に改善を！
- 平成22年以降のDPC制度の姿が見えない
- ・DPCの対象から、悪性腫瘍の化学療法放射線療法は全て除いてはどうか？ ・多発性外傷についてはその分類に問題が有る
- 現在のDPC制度は単純な統計処理により、点数が決められていることからどんどん平均在院日数は短くなり、再入院率も上がっていると思われる。現在の状況のまま進むと患者の状態を無視するような診療が行われ、本来、まだ退院できないような患者を退院させるなど医療の崩壊に繋がる、と同時にまじめに取り組んでいる医療機関が経営的に不利になる
- 平成20年の改定で、緊急課題として産科・小児科への重点評価が打ち出された。しかし、DPCでの小児科の点数設定等では、重点評価を受けていないように感じる。他の分類に比べ小児疾患の点数は低く、小児医療の中核的役割を果たす当院では、重点評価を受けたことを実感できない。DPC制度が後追い制度であることを踏まえても、今回の緊急課題についてはDPCでも何らかの評価が加えられるべきであったと思う
- この制度は平均在院日数を減少させる、力が強い、病床利用率が低下する為、厚生労働省の急性期病床削減の方針が強く表われている
- DRGは、患者病態に合せた設定ができるならば妥当という評価もできるが、設定が大雑把ならば患者の選別につながる
- DPC制度により、医療の質より量（経営）を偏重する病院が増え、その結果、①医師が多忙化（医療以外の仕事が増え）②失望・モチベーション低下→立ち去り（開業）。③聖職者意識から経済主義者へのシフト→患者の信頼喪失。の如き結果を招来した一因であることも再考していただきたい
- DPCにおける病床比率8.75を維持するのは、この医師、看護師不足の中苦戦を強いられる。またDPC請求にあたって医療知識、医療事務知識、コーディング知識を兼ねそろえる必要があるも、

- 人材不足であり育成も困難な状況である
- 1.2以上の重度の疾病に対し同時に治療を行う場合、どちらかの病名でコーディングするため、他方の医療行為のコストは反映されない。併発した感染症等に対し多量に薬剤を投与しても包括されてしまう。双方の治療とも高コストである場合が多い。2.化学療法の際に、その対象薬品を使用すると化学療法ありやその他（リソキマシブあり等）を選択するが、使用する量に極端な差があっても（例えば通常の1/5の量でも）高いコーディングとなり、他患者と同等の点数となる。実際に大量投与が必要な患者と少量でよい患者の差がどこにも出てこない
 - DPC病院でのデータ提出については労力を要するので（医師を含め）何らかの点数化を要望したい
 - DPCが導入になる背景には、係数が高い病院の不必要な検査等が一つの原因ではないかと思えます。高度な医療を提供しているならともかく、不必要な検査・治療をして、高い係数を得ている病院があると思えます。そういった病院はDPC請求になると、とたんに検査項目を減らしたりするのではないのでしょうか。電算請求になりチェックできる体制及び機関（基金・国保以外の）がとれば不必要な検査等はまだまだ減らせると考えます
 - データ収集や試行期間は充分ではないか。もうDPCの進むべき方向（対象病院の明確な基準等）を明示する時期に来ていると思うが……
 - ・DPC制度が今後外来へ拡大されるのか疑問です。・DPC制度の背景に、医療費の抑制が考えられるが、一方で、DPC施設は増加傾向にある。この点において、今後DPC施設として、現行以上の条件が課されると考えられるが、具体的な条件について何を課されるか疑問です
 - ・審査をもやっている立場から、病名のつけ方、選択法があまりもズサンな病院が多い。Dataの信頼度、妥当性についての評価がもっと議論されるべき。・もともと、点数は従来の出来高点数を基礎に算定されており、不合理な点が残ったままであるものも多い。もっと実際のコストに見合った改正をしてゆく必要がある。・重症者（度）に関する評価が出来ていない。ADL etc Dataとして上げているが、これに対する配慮がない。・逆に、研究者の興味に基づくとと思われるDataの入力を強いられている傾向がある
 - 次々に各科の医師が不足している。地方ではどの科も医師不足です。小児科と産科だけに配慮するのは違うのではと思う。又交通の便が悪い等社会的要因も異なる。都会の物価にだけ配慮するのも違うと思う。（標準という事で、在院日数や、疾患別の治療などで、患者の満足度はどうなのか？患者に負担をかけていないかと思う時がある。）
 - 適切なICD10を選択しても少しづれるMDC分類になる場合がある。現在のDPCの未成熟な制度を感じています。標準病名に無いICD10が多すぎる
 - DPCと出来高（特定入院期内超）を混在するのではなく、特定入院期内超も（出来高を担保するだけの）一定のまるめにして欲しい
 - 厚労省中医協のDPCの成り方に関する議論は大規模総合病院を中心としたものであり、現状の地域医療を適切に反映したものとは思われない。今後方向性が見直しが求められる
 - がんの化学療法入院について、抗悪性腫瘍剤は、手術等と同じく、出来高算定としてはどうか。・高額な薬剤を安心して使用できない。・少量の抗悪性腫瘍剤の投与のみで、長期に入院すると、出来高算定時と比較し、著しくDPCの方が収入が増加する。・抗悪性腫瘍剤の金額を確保するために、退院できる状態にあるにもかかわらず、入院を継続させることが生じる恐れがある。（逆に在院日数が長くなってしまう。）
 - ・早期に調整係数は中止すべきと考える。・入院期間ⅠとⅡを短縮することは、一見良い見直しに見えるが、実態と合わない事例も多く見られる
 - ①出来高請求の診療報酬制度とは異なり、医療費削減、調整を容易にする事ができる制度だと感じる②救急患者に対して係る医療費や人的費用は、通常の患者より多く掛かるがDPC制度では

- 同じ扱い（DPC分類）となっている。救急患者に対する加算等が必要。加算が高ければ、救急受入れを前向きに考える医療機関が増え、救急受入れ困難な状況は、少しは解消されると考える
- 前年度の実績を確保する為の調整係数が平成22年度に廃止されることが予想される。しかし、平成20年度のDPC包括点数も前年度と比較すると5～6%マイナスとなっている。当然、DPC参加病院がなくなれば、医療資源の投入量（同じDPCでも）がちがうので平均点数はさがってくるのはあたりまえである。現状では調整係数でマイナスをまぬがれているが、廃止されることによる影響は多大なものとなる。特定機能病院は別格として係数を考えられると思う。一般の民間病院に関しても、地域医療支援病院、救命救急センターなどの取得状況も考慮した係数の調整が必要です
 - ①入院管理加算の施設基準が改定され経営悪化になっている。②在院日数短縮の影響、病床稼働率が下がる。その分入院確保が求められる。③DPCデータ、クリニカルインディケータの活用とデータ作成が重要。体制の確保がポイント
 - DPC病院のみを急性期病院として扱い報酬を一層手厚くするべきである
 - 約1700の診断群分類でも、患者の状態により、医療資源が大きく、異なります。しつのグループ（診断群分類）内で重症患者をたくさん診れば診るほど病院は出来高算定と比較するとマイナスとなってしまいます。逆に患者様は重症度の高い患者ほど負担は安くなり、低い患者ほど負担金が高くなります。（出来高と比較するとですが…）何だか仕事量に反比例しているように感じます。もっと診断群分類を増やした方が適切になると感じています
 - DPCの不正なコーディングを防止するためにsummaryの電子化を、その提出も必要に応じてできるようなsystemを作るべきである。Summaryからのauto codingはtextminingを使ってできることを示してきたが、これにより不正なコーディングは抑止できると考える
 - 複数の疾患を持つ患者さまについては、最も医療資源を投入した病名をひとつに絞る事が困難。緊急性のない疾患について、1度退院して頂くなど患者さまにご迷惑をおかけしている。救急搬送患者さまで、確定診断を付けるまでにした検査等が包括されてしまい評価されない場合がある、納得できない
 - 特定機能病院はクローズアップされ一定の評価を受けますが、特定機能病院以外の病院にも特定機能病院と同等の医療を提供している病院はたくさんあります。これは松田班の調査において実証されています。これらの病院と単科病院やケアミックス病院と同等に設定されている診療報酬体系に疑問を感じます
 - 緊急・救急車からの入院と、予定入院では、明らかに入院初期の医療資源投入量が異なります。現在のDPCによる支払い方式では、同一診断群内で区別されていませんので、全国的に調査し、適切な評価を検討していただきたい。DPC制度の更なる精緻化のためにも、DPC調査を通年調査にすべきだと思います
 - 重症患者は出来高算定と比べて100万円以上減収してしまう場合もあり、ある一定の基準よりかけ離れた場合は包括対象外にするなどの対応も考えてもらいたい
 - DPCは医療の標準化、医療費の適正化等出来高払い制の欠点はある程度補えると思います。ただ、危惧する点は国が不当な医療費抑制策に利用することです
 - DPC制度自体は、診療行為、コスト管理を容易にすることから、透明性が感じられる。しかし合併症など一部の疾患群では、病院持出しコストが増大している。又、コメディカル等のテクニカルフィーが反映されないのが、モチベーションの低下が見られる
 - ・診断がつくまでは出来高にすべき ・救急症例は出来高にすべき ・材料費（心カテ）なども出来高
 - 急性期病院での内科疾患（肺炎、嚥下性肺炎等）などはDPC制度での対応は非常に難しいと考えられます

- ・不適切な標本の除外（ケアミックスなど） ・肺炎に老人区分を追加 ・肺炎に重症度概念を追加 ・非ホジキンリンパ腫のMTX大量療法を区別する ・低出生児の高評価 ・血液製剤（アルブミン等）、ザイボックス、塩酸バイコマイシン散等の出来高算定 ・麻薬の出来高算定
- 国及び厚生労働省の考え方、基金・国保等審査支払機関の対応、更にJAIHS加盟のレセコン会社の仕組に矛盾があり、現場が大変です。この様な状況から得られた情報がどこまで正しい答を出せるのか疑問です。もちろん、日本社会特有の少しでも多くの利益を得ようとする病院側にも問題があることは百も承知しています
- 混乱があるとすれば本来一定の均質である医療機関群で実施すべきであったが、実態は医療機関のバラつきが大きいことである。「急性期、慢性期」の定義等があいまいなままの拡大は、混乱を収束させることにならない。その一方で、同じことを行ない同じ成果が得られるのであれば、医療機関の機能に差があっても一定の同一評価とすべきであるから、現在の基礎調査等のデータは貴重である。DPCの支払いだけでなく地域医療計画等にも有用であり、支払いの議論とは別にDPCの意義を論ずるべきである
- DPCによって医療の地域間での不平等が大きくなるため、都市部に有利なシステムは改善すべきと考える。都市部では多数の患者から選んで入院治療できるが地方では選べない状況にある。このままでは、大病院に入院できない人が普通の治療を受けることが難しくなってきます。DPCは大都市と大病院に有利なので、そこに合併症等で入院できない人が普通の治療を受けることが、中小病院が減ると難しくなっていると感じています
- 政策的誘導によるDPC制度ではなく、中長期的展望に立った制度作りが必要と感じています。そうでないとDPC制度がただの請求用のツールになってしまうと考えています
- 複数月入院している患者で診断群が前月と変更になった時に調整されるが、患者さんに負担金の説明が非常にしづらい。理解してもらえないケースがある
- ・診断群分類が複雑になってきている。 ・係数は地域性を考慮すべき
- D.P.C制度が発足して6年目になり、この間全国のD.P.C対象病院及び準備病院からのデータ統計を基に2度の改正が行なわれ、平均在院日数の短縮及び包括点数の引き下げ等もあり、今後も平均在院日数の短縮及び包括点数の引き下げ等の経過を辿っていけば急性期医療が崩壊しかねないと思っております
- ・重症患者が入院して数日で死亡する例があるが、短期間で膨大な医療資源を投入しているにも関わらず、入院後24時間以内の死亡以外はDPCで算定しなければならない。このような例は病院としては赤字となるので、制度改善を図ってほしい。 ・様式1の調査項目以外に、DPC算定に関する処置・高額薬剤について厚生労働省から詳しい説明が不足しているのではないか。準備病院から処置・高額薬剤について問い合わせがあるが、例えば「中心静脈栄養」に関して高カロリー輸液を使用していなくても手技を算定するだけで「有」にしているとのこと。その他、「化学療法」についても、外来処方分を入院時持参して「有」にしているという。「化学療法」に関しては今年の実施説明資料の「Q&A」には掲載されていたが、去年は掲載されていなかった。調査項目ではないが、データの精度低下につながり対象病院になって誤ったDPC算定をする可能性があるため詳しい説明が必要ではないか
- ・救急搬送された初診患者は比較的多くの検査が必要となり、特に意識レベルが低い場合など診断のためにコストがかかりますがそれらについて検討していただきたい。 ・精神科の投薬を受けているなど専門性のある疾患がある場合、DPC病院に入院中にそれらの薬等を求めると、DPC病院の負担となるので検討していただきたい
- 救急医療において大幅な評価引き上げを希望する。DPCにおける救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算は、出来高算定におけるこれら特定入院料と10対1入院基本料の差額のみとなっており、DPCで包括評価されてしまう救急患者への緊急検査、注射等に対する評価設定が全

くなされていない。そのため、当院ではDPC算定による救急病棟の収益が出来高算定と比較して約5%のマイナスとなっている。さらに、(13-2)の項目にあるような病院機能について、機能評価係数による評価の導入を強く希望する。当院は地域の基幹病院として、こうした様々な高度医療を提供する体制を整えているが、そのコストに対して出来高評価以外に機能評価係数という形で是非評価を行っていただきたい。ある特定の疾患に特化した病院と比べてコストが掛かることに対して診療報酬上の評価がなされて然るべきである

- 医療費抑制について、日々新聞・ニュースにより耳にします。厚労省は、ジェネリック使用を推進していますが、先発品を使用し今後DPC点数が下がりDPCと出来高費用比較する場合、出来高割れするレセが割合を占めてくる結果になる。今後、調整係数消失という事も視野に入れていくとなると、医療機関の選択としては、どのようにすれば良いのか？
- これ程までにDPCを拡大した目的をはっきりとさせるべきである
- 特定機能病院と一般病院の格差に大きな問題があると考え
- 地域の医療の完結に貢献している病院への係数を配慮して貰いたい。救急入院、緊急入院を現実的に促した点数として評価する必要が有る。旧総合病院へ入院した患者は、入院中に他科に受診する事が多く、希望されれば断る事も出来ないで、こうしたものは包括外として考慮して貰いたい
- 病院の経営からすれば、病院全体の収入が保障されているので良いと思うが患者個人個人の立場にすれば、重症で手厚い治療を受けた者も、軽症で費用も人手もかかっている者が、同じ金額を支払うのは公平であろうか？ また、調整係数がすべての診断群に同一にかかっているが、診療科や診断群によって治療内容の質が異なるため、患者側にとって不公平と感じる。又、主治医の判断しだい以最病か決まるので、それに伴って、同じ診療内容であっても大幅に点数が変わってしまう事がある。解釈の仕方や個人の考えで診療報酬が左右されやすく不安を感じる
- DPCについては診療科により、ムラはあるものの概ね妥当な点数になっていると考えます。DPCの調整係数については、さらに救急医療を担う病院にも反映するものとして頂きたい、コンビニ医療等が社会問題となる中、三次救急に拒否がある背景には、地域医療を支えている二次救急が疲労している事にも目を向けて頂きたい
- 重症な患者、必ずしも重症ではないが人的な医療資源を投入せざるを得ない患者が、対出来高で減収となるケースが散見される。診断群分類とは別に個々の患者の重症度等を請求に反映させることができないと重症な患者が診療を拒否されるような事態になるのではないだろうか
- ・経費節減が優先され、どちらかというやっただほうがよいのではという検査等が省かれるような医療にならないか。・感染症の手術なし患者で、抗生剤投与で入院期間が長くなる患者に対する点数が低いように思われる

V-2. クロス集計の結果

A 大学病院とそれ以外の病院の比較

(1) DPC の導入で貴院の医業収入は導入した前年同月 (100%) に比較して概ねどの様に変化しましたか。

(病院数)	大学病院 (N = 23)	その他病院 (N = 250)	計 (N = 273)
1. 大きく増収となった (110%以上)	1	10	11
2. 増収となった (105%~110%)	5	59	64
3. 若干, 増収となった (100%~105%)	14	129	143
4. あまり変わらない (100%程度)	0	23	23
5. 減収となった (100%以下)	1	23	24
6. その他 (内容:)	1	5	6
無回答	1	1	2

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 大きく増収となった (110%以上)	4.5%	4.0%	4.1%
2. 増収となった (105%~110%)	22.7%	23.7%	23.6%
3. 若干, 増収となった (100%~105%)	63.6%	51.8%	52.8%
4. あまり変わらない (100%程度)	0.0%	9.2%	8.5%
5. 減収となった (100%以下)	4.5%	9.2%	8.9%
6. その他 (内容:)	4.5%	2.0%	2.2%

但し, 各回答の割合は無回答数を除いて集計している

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 大学病院 N = 16	計 N = 23
1. 大きく増収となった (110%以上)	0	1	1
2. 増収となった (105%~110%)	2	3	5
3. 若干, 増収となった (100%~105%)	3	11	14
4. あまり変わらない (100%程度)	0	0	0
5. 減収となった (100%以下)	1	0	1
6. その他 (内容:)	0	1	1
無回答	1	0	1

(2) DPCの導入で患者に提供する医療の質は全体としてどう変化したと思いますか。

(病院数)	大学病院 N = 23	その他病院 N = 250	計 N = 273
1. 向上した	1	19	20
2. どちらかと言えば向上した	3	69	72
3. 何とも言えない	17	160	177
4. どちらかと言えば低下した	0	1	1
5. 低下した	0	0	0
無回答	2	1	3

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 向上した	4.8%	7.6%	7.4%
2. どちらかと言えば向上した	14.3%	27.7%	26.7%
3. 何とも言えない	81.0%	64.3%	65.6%
4. どちらかと言えば低下した	0.0%	0.4%	0.4%
5. 低下した	0.0%	0.0%	0.0%

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 大学病院 N = 16	計 N = 23
1. 向上した	0	1	1
2. どちらかと言えば向上した	1	2	3
3. 何とも言えない	5	12	17
4. どちらかと言えば低下した	0	0	0
5. 低下した	0	0	0
無回答	1	1	2

(3) DPCの導入後に貴院の経営ではっきりみられた変化はどれですか(複数回答可)。

(病院数)	大学病院 N=23	その他病院 N=250	計 N = 273
1. 収入が増加した	9	127	136
2. 材料費率が下がった	3	34	37
3. 材料費以外の支出が削減された	1	15	16
4. 平均在院日数が短縮した	19	154	173
5. 病床利用率が低下した	6	108	114
6. 紹介率が上昇した	1	21	22
7. 診療内容を吟味し厳選する様になった	2	58	60
8. 職員の経営意識が向上した	8	96	104

9. クリティカルパスを頻用する様になった	8	76	84
10. 患者満足度が向上した	1	3	4
11. 外来での検査が増加した	14	135	149
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	11	160	171
13. アクシデント, インシデントが減少した	0	0	0
14. 再入院が増えた	4	14	18
15. 業務が多忙になった	14	117	131
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	0	7	7
17. その他 (内容:)	0	11	11
無回答	1	0	1

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 収入が増加した	40.9%	50.8%	50.0%
2. 材料費率が下がった	13.6%	13.6%	13.6%
3. 材料費以外の支出が削減された	4.5%	6.0%	5.9%
4. 平均在院日数が短縮した	86.4%	61.6%	63.6%
5. 病床利用率が低下した	27.3%	43.2%	41.9%
6. 紹介率が上昇した	4.5%	8.4%	8.1%
7. 診療内容を吟味し厳選する様になった	9.1%	23.2%	22.1%
8. 職員の経営意識が向上した	36.4%	38.4%	38.2%
9. クリティカルパスを頻用する様になった	36.4%	30.4%	30.9%
10. 患者満足度が向上した	4.5%	1.2%	1.5%
11. 外来での検査が増加した	63.6%	54.0%	54.8%
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	50.0%	64.0%	62.9%
13. アクシデント, インシデントが減少した	0.0%	0.0%	0.0%
14. 再入院が増えた	18.2%	5.6%	6.6%
15. 業務が多忙になった	63.6%	46.8%	48.2%
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	0.0%	2.8%	2.6%
17. その他 (内容:)	0.0%	4.4%	4.0%

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 大学病院 N = 16	計 N = 23
1. 収入が増加した	2	7	9
2. 材料費率が下がった	2	1	3
3. 材料費以外の支出が削減された	0	1	1
4. 平均在院日数が短縮した	5	14	19
5. 病床利用率が低下した	0	6	6
6. 紹介率が上昇した	1	0	1
7. 診療内容を吟味し厳選する様になった	1	1	2

8. 職員の経営意識が向上した	4	4	8
9. クリティカルパスを頻用する様になった	0	8	8
10. 患者満足度が向上した	1	0	1
11. 外来での検査が増加した	6	8	14
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	1	10	11
13. アクシデント, インシデントが減少した	0	0	0
14. 再入院が増えた	1	3	4
15. 業務が多忙になった	2	12	14
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	0	0	0
17. その他 (内容:)	0	11	0
無回答	1	0	1

(4) DPC を導入して良かったと思いますか。

(病院数)	大学病院 N = 23	その他病院 N = 250	計 N = 273
1. そう思う。	5	111	116
2. どちらかと言えばそう思う。	9	93	102
3. 何とも言えない。	8	44	52
4. どちらかと言えばそうは思わない。	0	0	0
5. そうは思わない。	0	1	1
無回答	1	1	2

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. そう思う。	22.7%	44.6%	42.8%
2. どちらかと言えばそう思う。	40.9%	37.3%	37.6%
3. 何とも言えない。	36.4%	17.7%	19.2%
4. どちらかと言えばそうは思わない。	0.0%	0.0%	0.0%
5. そうは思わない。	0.0%	0.4%	0.4%

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 その他病院 N = 16	計 N = 23
1. そう思う。	1	4	5
2. どちらかと言えばそう思う。	1	8	9
3. 何とも言えない。	4	4	8
4. どちらかと言えばそうは思わない。	0	0	0
5. そうは思わない。	0	0	0
無回答	1	0	1

(8) DPCの導入により病名を慢性か急性か、合併症の有無などより詳細に病歴に記載するようになりましたか。

(病院数)	大学病院 N = 23	その他病院 N = 250	計 N = 273
1. なった。	9	109	118
2. 何とも言えない。	13	122	135
3. なってはいない。	1	17	18
無回答	0	2	2

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. なった。	39.1%	44.0%	43.5%
2. 何とも言えない。	56.5%	49.2%	49.8%
3. なってはいない。	4.3%	6.9%	6.6%

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 大学病院 N = 16	計 N = 23
1. なった。	1	8	9
2. 何とも言えない。	5	8	13
3. なってはいない。	1	0	1
無回答	0	0	0

(9) DPC病名の決定(コーディング)について、貴院の体制はどれですか。

(病院数)	大学病院 N = 23	その他病院 N = 250	計 N = 273
1. 主治医が医事担当職員と診療情報管理士の助力を得て決定	8	144	152
2. 主治医が医事担当職員の助力を得て決定	6	48	54
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	1	35	36
4. 主治医が特に助力を得ないで決定	8	23	31
5. その他 ()	0	0	0

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 主治医が医事担当職員と診療情報管理士の助力を得て決定	34.8%	57.6%	55.7%
2. 主治医が医事担当職員の助力を得て決定	26.1%	19.2%	19.8%
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	4.3%	14.0%	13.2%
4. 主治医が特に助力を得ないで決定	34.8%	9.2%	11.4%
5. その他 ()	0.0%	0.0%	0.0%

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 大学病院 N = 16	計 N = 23
1. 主治医が医事担当職員と診療情報管理士の助力を得て決定	3	5	8
2. 主治医が医事担当職員の助力を得て決定	1	5	6
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	1	0	1
4. 主治医が特に助力を得ないで決定	2	6	8
5. その他 ()	0	0	0

(12) DPC の診療報酬算定では今後、何らかの「係数」は必要でしょうか。

(病院数)	大学病院 N = 23	その他病院 N = 250	計 N = 273
1. 必要である	22	180	202
2. どちらかと言えば必要である	0	46	46
3. 何とも言えない	1	18	19
4. どちらかと言えば必要ではない	0	4	4
5. 必要ではない	0	2	2

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 必要である	95.7%	72.0%	74.0%
2. どちらかと言えば必要である	0.0%	18.4%	16.8%
3. 何とも言えない	4.3%	7.2%	7.0%
4. どちらかと言えば必要ではない	0.0%	1.6%	1.5%
5. 必要ではない	0.0%	0.8%	0.7%

(13-1) どのような係数が必要でしょうか。

(病院数)	大学病院 N = 22	その他病院 N = 226	計 N = 248
1. 前年の収入を保証する現行方式の医療機関別調整係数	0	10	10
2. 救急医療など病院の機能を考慮した機能評価係数	5	96	101
3. 上記の1と2の双方の併用	16	88	104
4. 地域的な物価指数を反映させた係数	0	4	4
5. 全く別の基準による係数 (内容:)	0	7	7
その他 2.4	0	11	11
その他 1.4	0	2	2
その他 2.5	1	3	4

その他 3.4	0	2	2
無回答		3	3

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 前年の収入を保証する現行方式の医療機関別調整係数	0.0%	4.5%	4.1%
2. 救急医療など病院の機能を考慮した機能評価係数	22.7%	43.0%	41.2%
3. 上記の1と2の双方の併用	72.7%	39.5%	42.4%
4. 地域的な物価指数を反映させた係数	0.0%	1.8%	1.6%
5. 全く別の基準による係数 (内容：)	0.0%	3.1%	2.9%
その他 2.4	0.0%	4.9%	4.5%
その他 1.4	0.0%	0.9%	0.8%
その他 2.5	4.5%	1.3%	1.6%
その他 3.4	0.0%	0.9%	0.8%

※但し、各回答の割合は無回答数を除いて集計している

(13-2) 仮に機能評価係数を導入する時に組み込まれるべき指標は何でしょうか。(複数回答可)

(病院数)	大学病院 N = 22	その他病院 N = 200	計 N = 222
1. 地域医療への貢献度	12	153	165
2. 救急医療の実践度	19	169	188
3. 小児科医療の実践度	15	98	113
4. 産科医療の実践度	15	97	112
5. 病床比でみた医師数	13	111	124
6. 病床比でみた看護師数	13	99	112
7. 手術ありの割合	9	87	96
8. 化学療法ありの割合	11	59	70
9. 放射線療法ありの割合	8	50	58
10. 救命救急入院料算定状況	11	69	80
11. 特定集中治療室管理料算定状況	10	96	106
12. 画像診断管理加算算定状況	6	83	89
13. 麻酔管理料算定状況	9	85	94
14. 病理診断料算定状況	8	83	91
15. 教育活動への関与	13	49	62
16. その他 (その内容：)	0	10	10
		2	2

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 地域医療への貢献度	54.5%	77.3%	75.0%
2. 救急医療の実践度	86.4%	85.4%	85.5%
3. 小児科医療の実践度	68.2%	49.5%	51.4%
4. 産科医療の実践度	68.2%	49.0%	50.9%
5. 病床比でみた医師数	59.1%	56.1%	56.4%
6. 病床比でみた看護師数	59.1%	50.0%	50.9%
7. 手術ありの割合	40.9%	43.9%	43.6%
8. 化学療法ありの割合	50.0%	29.8%	31.8%
9. 放射線療法ありの割合	36.4%	25.3%	26.4%
10. 救命救急入院料算定状況	50.0%	34.8%	36.4%
11. 特定集中治療室管理料算定状況	45.5%	48.5%	48.2%
12. 画像診断管理加算算定状況	27.3%	41.9%	40.5%
13. 麻酔管理料算定状況	40.9%	42.9%	42.7%
14. 病理診断料算定状況	36.4%	41.9%	41.4%
15. 教育活動への関与	59.1%	24.7%	28.2%
16. その他（その内容： ）	0.0%	5.1%	4.5%

※ 但し、各回答の割合は無回答数を除いて集計している

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 その他病院 N = 15	計 N = 22
1. 地域医療への貢献度	4	8	12
2. 救急医療の実践度	5	14	19
3. 小児科医療の実践度	4	11	15
4. 産科医療の実践度	4	11	15
5. 病床比でみた医師数	3	10	13
6. 病床比でみた看護師数	2	11	13
7. 手術ありの割合	2	7	9
8. 化学療法ありの割合	4	7	11
9. 放射線療法ありの割合	2	6	8
10. 救命救急入院料算定状況	3	8	11
11. 特定集中治療室管理料算定状況	2	8	10
12. 画像診断管理加算算定状況	1	5	6
13. 麻酔管理料算定状況	2	7	9
14. 病理診断料算定状況	1	7	8
15. 教育活動への関与	5	8	13
16. その他（その内容： ）	0	0	0

(15) 一疾患一日定額であるDPCよりもさらに包括化を徹底させた診療報酬制度に、一疾患一入院定額支払い制度（DRG）があります。平成20年度診療報酬改定では「そけいヘルニアの手術」でDRG方式が導入されました。我が国でDRGはさらに拡大されるのが妥当でしょうか。

(病院数)	大学病院 N = 23	その他病院 N = 250	計 N = 273
1. 妥当である。	3	20	23
2. どちらかと言えば妥当である。	8	39	47
3. 何とも言えない。	8	104	112
4. どちらかと言えば妥当ではない。	4	54	58
5. 妥当ではない。	0	30	30
無回答	0	3	3

(割合)	大学病院	その他病院	計
1. 妥当である。	13.0%	8.1%	8.5%
2. どちらかと言えば妥当である。	34.8%	15.8%	17.4%
3. 何とも言えない。	34.8%	42.1%	41.5%
4. どちらかと言えば妥当ではない。	17.4%	21.9%	21.5%
5. 妥当ではない。	0.0%	12.1%	11.1%

(ご参考)	公的 大学病院 N = 7	私的 その他病院 N = 16	計 N = 23
1. 妥当である。	1	2	3
2. どちらかと言えば妥当である。	0	8	8
3. 何とも言えない。	5	3	8
4. どちらかと言えば妥当ではない。	1	3	4
5. 妥当ではない。	0	0	0

B 病床規模による差

(1) DPCの導入で貴院の医業収入は導入した前年同月（100％）に比較して概ねどの様に変化しましたか。

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. 大きく増収となった（110％以上）	5	3	3
2. 増収となった（105％～110％）	12	27	25
3. 若干、増収となった（100％～105％）	35	46	62
4. あまり変わらない（100％程度）	5	14	4

5. 減収となった (100%以下)	7	13	4
6. その他 (内容：)	3	1	2
無回答		1	1

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 大きく増収となった (110%以上)	7.5%	2.9%	3.0%
2. 増収となった (105%～110%)	17.9%	26.0%	25.0%
3. 若干, 増収となった (100%～105%)	52.2%	44.2%	62.0%
4. あまり変わらない (100%程度)	7.5%	13.5%	4.0%
5. 減収となった (100%以下)	10.4%	12.5%	4.0%
6. その他 (内容：)	4.5%	1.0%	2.0%

但し, 各回答の割合は無回答数を除いて集計している

(2) DPC の導入で患者に提供する医療の質は全体としてどう変化したと思いますか。

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. 向上した	4	10	6
2. どちらかと言えば向上した	19	31	22
3. 何とも言えない	42	64	71
4. どちらかと言えば低下した	1	0	0
5. 低下した	0	0	0
無回答	1		2

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 向上した	6.1%	9.5%	6.1%
2. どちらかと言えば向上した	28.8%	29.5%	22.2%
3. 何とも言えない	63.6%	61.0%	71.7%
4. どちらかと言えば低下した	1.5%	0.0%	0.0%
5. 低下した	0.0%	0.0%	0.0%

(3) DPC の導入後に貴院の経営ではっきりみられた変化はどれですか。(複数回答可)

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. 収入が増加した	33	49	54
2. 材料費率が下がった	9	11	17
3. 材料費以外の支出が削減された	5	6	5
4. 平均在院日数が短縮した	42	66	65
5. 病床利用率が低下した	27	46	41
6. 紹介率が上昇した	8	4	10
7. 診療内容を吟味し厳選するようになった	15	28	17
8. 職員の経営意識が向上した	32	40	32
9. クリティカルパスを頻用するようになった	20	33	31
10. 患者満足度が向上した	1	2	1
11. 外来での検査が増加した	41	57	51
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	42	65	64
13. アクシデント、インシデントが減少した	0	0	0
14. 再入院が増えた	3	4	11
15. 業務が多忙になった	28	49	54
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	4	3	0
17. その他 (内容：)	3	4	4
無回答			1

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 収入が増加した	49.3%	46.7%	54.0%
2. 材料費率が下がった	13.4%	10.5%	17.0%
3. 材料費以外の支出が削減された	7.5%	5.7%	5.0%
4. 平均在院日数が短縮した	62.7%	62.9%	65.0%
5. 病床利用率が低下した	40.3%	43.8%	41.0%
6. 紹介率が上昇した	11.9%	3.8%	10.0%
7. 診療内容を吟味し厳選するようになった	22.4%	26.7%	17.0%
8. 職員の経営意識が向上した	47.8%	38.1%	32.0%
9. クリティカルパスを頻用するようになった	29.9%	31.4%	31.0%
10. 患者満足度が向上した	1.5%	1.9%	1.0%
11. 外来での検査が増加した	61.2%	54.3%	51.0%
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	62.7%	61.9%	64.0%
13. アクシデント、インシデントが減少した	0.0%	0.0%	0.0%
14. 再入院が増えた	4.5%	3.8%	11.0%
15. 業務が多忙になった	41.8%	46.7%	54.0%
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	6.0%	2.9%	0.0%
17. その他 (内容：)	4.5%	3.8%	4.0%

(4) DPCを導入して良かったと思いますか。

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. そう思う	33	47	36
2. どちらかと言えばそう思う	21	42	39
3. 何とも言えない	12	15	25
4. どちらかと言えばそうは思わない	0	0	0
5. そうは思わない	1	0	0
無回答		1	1

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. そう思う	49.3%	45.2%	36.0%
2. どちらかと言えばそう思う	31.3%	40.4%	39.0%
3. 何とも言えない	17.9%	14.4%	25.0%
4. どちらかと言えばそうは思わない	0.0%	0.0%	0.0%
5. そうは思わない	1.5%	0.0%	0.0%

(8) DPCの導入により病名を慢性か急性か、合併症の有無などより詳細に病歴に記載するようになりましたか。

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. なった	31	43	44
2. 何とも言えない	34	50	51
3. なってはいない	2	11	5
無回答		1	1

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. なった	46.3%	41.3%	44.0%
2. 何とも言えない	50.7%	48.1%	51.0%
3. なってはいない	3.0%	10.6%	5.0%

(9) DPC病名の決定(コーディング)について、貴院の体制はどれですか。

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. 主治医が医事職員と診療情報管理士の助力を得て決定	39	57	56
2. 主治医が医事職員の助力を得て決定	9	23	22
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	13	13	10

4. 主治医が特に助力を得ないで決定	6	12	13
5. その他 ()	0	0	0

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 主治医が医事職員と診療情報管理士の助力を得て決定	58.2%	54.3%	55.4%
2. 主治医が医事職員の助力を得て決定	13.4%	21.9%	21.8%
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	19.4%	12.4%	9.9%
4. 主治医が特に助力を得ないで決定	9.0%	11.4%	12.9%
5. その他 ()	0.0%	0.0%	0.0%

(12) DPC の診療報酬算定では今後、何らかの「係数」は必要でしょうか。

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. 必要である	42	76	84
2. どちらかと言えば必要である	17	20	9
3. 何とも言えない	6	6	7
4. どちらかと言えば必要ではない	2	1	1
5. 必要ではない	0	2	0

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 必要である	62.7%	73.1%	84.0%
2. どちらかと言えば必要である	25.4%	19.2%	9.0%
3. 何とも言えない	9.0%	5.8%	7.0%
4. どちらかと言えば必要ではない	3.0%	1.0%	1.0%
5. 必要ではない	0.0%	1.9%	0.0%

(13-1) どのような係数が必要でしょうか

(病院数)	～299床 N = 59	300～499床 N = 96	500床～ N = 93
1. 前年の収入を保証する現行方式の医療機関別調整係数	3	7	0
2. 救急医療など病院の機能を考慮した機能評価係数	22	38	41
3. 上記の1と2の双方の併用	27	41	36
4. 地域的な物価指数を反映させた係数	1	1	2
5. 全く別の基準による係数 (内容:)	2	1	4
その他 2.4	2	4	5
その他 1.4	0	2	0
その他 2.5	0	1	3

その他 3.4	1	1	0
無回答	1		2

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 前年の収入を保証する現行方式の医療機関別調整係数	5.2%	7.3%	0.0%
2. 救急医療など病院の機能を考慮した機能評価係数	37.9%	39.6%	45.1%
3. 上記の1と2の双方の併用	46.6%	42.7%	39.6%
4. 地域的な物価指数を反映させた係数	1.7%	1.0%	2.2%
5. 全く別の基準による係数 (内容:)	3.4%	1.0%	4.4%
その他 2.4	3.4%	4.2%	5.5%
その他 1.4	0.0%	2.1%	0.0%
その他 2.5	0.0%	1.0%	3.3%
その他 3.4	1.7%	1.0%	0.0%

※但し、各回答の割合は無回答数を除いて集計している

(13-2) 仮に機能評価係数を導入する時に組み込まれるべき指標は何でしょうか。(複数回答可)

(病院数)	～299床 N = 52	300～499床 N = 85	500床～ N = 85
1. 地域医療への貢献度	39	69	57
2. 救急医療の実践度	41	77	70
3. 小児科医療の実践度	19	41	53
4. 産科医療の実践度	16	42	54
5. 病床比でみた医師数	29	48	47
6. 病床比でみた看護師数	28	41	43
7. 手術ありの割合	16	42	38
8. 化学療法ありの割合	11	23	36
9. 放射線療法ありの割合	7	19	32
10. 救命救急入院料算定状況	11	24	45
11. 特定集中治療室管理料算定状況	18	39	49
12. 画像診断管理加算算定状況	23	34	32
13. 麻酔管理料算定状況	22	34	38
14. 病理診断料算定状況	17	33	41
15. 教育活動への関与	5	21	36
16. その他 (その内容:)	3	6	1
無回答			2

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 地域医療への貢献度	75.0%	81.2%	68.7%
2. 救急医療の実践度	78.8%	90.6%	84.3%

3. 小児科医療の実践度	36.5%	48.2%	63.9%
4. 産科医療の実践度	30.8%	49.4%	65.1%
5. 病床比でみた医師数	55.8%	56.5%	56.6%
6. 病床比でみた看護師数	53.8%	48.2%	51.8%
7. 手術ありの割合	30.8%	49.4%	45.8%
8. 化学療法ありの割合	21.2%	27.1%	43.4%
9. 放射線療法ありの割合	13.5%	22.4%	38.6%
10. 救命救急入院料算定状況	21.2%	28.2%	54.2%
11. 特定集中治療室管理料算定状況	34.6%	45.9%	59.0%
12. 画像診断管理加算算定状況	44.2%	40.0%	38.6%
13. 麻酔管理料算定状況	42.3%	40.0%	45.8%
14. 病理診断料算定状況	32.7%	38.8%	49.4%
15. 教育活動への関与	9.6%	24.7%	43.4%
16. その他（その内容： ）	5.8%	7.1%	1.2%

(15) 一疾患一日定額であるDPCよりもさらに包括化を徹底させた診療報酬制度に、一疾患一入院定額支払い制度（DRG）があります。平成20年度診療報酬改定では「そけいヘルニアの手術」でDRG方式が導入されました。我が国でDRGはさらに拡大されるのが妥当でしょうか。

(病院数)	～299床 N = 67	300～499床 N = 105	500床～ N = 101
1. 妥当である	7	8	8
2. どちらかと言えば妥当である	13	19	15
3. 何とも言えない	24	35	53
4. どちらかと言えば妥当ではない	15	26	17
5. 妥当ではない	7	16	7
無回答	1	1	1

(割合)	～299床	300～499床	500床～
1. 妥当である	10.6%	7.7%	8.0%
2. どちらかと言えば妥当である	19.7%	18.3%	15.0%
3. 何とも言えない	36.4%	33.7%	53.0%
4. どちらかと言えば妥当ではない	22.7%	25.0%	17.0%
5. 妥当ではない	10.6%	15.4%	7.0%

C 医業収益との関係

VS (2)の提供する医療の質：質の向上した施設で医業収入が増えているか

	全 体	医業収入の変化						その他	無回答
		大きく増収した	増収した	若干増収した	変わらない	減収した			
		110%以上	105~110%	100~105%	100%程度	100%以下			
医療の質の変化	273 (101.1%)	11 (100%)	64 (100%)	143 (101.4%)	23 (100%)	24 (100%)	6	2	
1. 向上した	20 (7.4%)	4 (36.4%)	9 (14.1%)	5 (3.5%)	0	1 (4.2%)	0	1	
2. どちらかと言えば向上した	72 (26.7%)	3 (27.3%)	22 (34.4%)	33 (23.4%)	5 (21.7%)	8 (33.3%)	1	0	
3. 何とも言えない	177 (65.6%)	4 (36.4%)	32 (50.0%)	103 (73.0%)	18 (78.3%)	15 (62.5%)	5	0	
4. どちらかと言えば低下した	1 (0.4%)	0	1 (1.6%)	0	0	0	0	0	
5. 低下した	0	0	0	0	0	0	0	0	
無回答	3			2				1	

※ 但し、各回答の割合（括弧内）は無回答数を除いて集計している

VS (3)の経営ではっきり見られた変化：どのような変化をした病院の収入が増えたのか

	全 体	医業収入の変化						その他	無回答
		大きく増収した	増収した	若干増収した	変わらない	減収した			
		110%以上	105~110%	100~105%	100%程度	100%以下			
経営ではっきり見られた変化	273 (100.4%)	11 (100%)	64 (100%)	143 (100%)	23 (100%)	24 (100%)	6	2	
2. 材料費率が下がった	37 (13.6%)	2 (18.2%)	10 (15.6%)	16 (11.2%)	5 (21.7%)	3 (12.5%)	1	0	
3. 材料費以外の支出が削減された	16 (5.9%)	2 (18.2%)	3 (4.7%)	7 (4.9%)	2 (8.7%)	2 (8.3%)	0	0	
4. 平均在院日数が短縮した	173 (63.6%)	9 (81.8%)	40 (62.5%)	87 (60.8%)	16 (69.6%)	17 (70.8%)	3	1	
5. 病床利用率が低下した	114 (41.9%)	4 (36.4%)	18 (28.1%)	62 (43.4%)	14 (60.9%)	14 (58.3%)	2	0	
6. 紹介率が上昇した	22 (8.1%)	2 (18.2%)	5 (7.8%)	9 (6.3%)	1 (4.3%)	4 (16.7%)	1	0	
7. 診療内容を吟味し厳選する様になった	60 (22.1%)	2 (18.2%)	17 (26.6%)	29 (20.3%)	3 (13.0%)	9 (37.5%)	0	0	
8. 職員の経営意識が向上した	104 (38.2%)	3 (27.3%)	25 (39.1%)	58 (40.6%)	6 (26.1%)	7 (29.2%)	5	0	
9. クリティカルパスを頻用する様になった	84 (30.9%)	6 (54.5%)	23 (35.9%)	44 (30.8%)	3 (13.0%)	5 (20.8%)	1	1	

10. 患者満足度が向上した	4 (1.5%)	1 (9.1%)	1 (1.6%)	2 (1.4%)	0	0	0	0
11. 外来での検査が増加した	149 (54.8%)	5 (45.5%)	34 (53.1%)	83 (58.0%)	13 (56.5%)	12 (50.0%)	2	0
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	171 (62.9%)	6 (54.5)	35 (54.7)	98 (68.5)	14 (60.9%)	14 (58.3%)	4	0
13. アクシデント、インシデントが減少した	0	0	0	0	0	0	0	0
14. 再入院が増えた	18 (6.6%)	0	5 (7.8%)	11 (7.7%)	2 (8.7%)	0	0	0
15. 業務が多忙になった	131 (48.2%)	5 (45.5%)	29 (45.3%)	70 (49.0%)	16 (69.6%)	7 (29.2%)	2	1
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	7 (2.6%)	0	1 (1.6%)	3 (2.1%)	1 (4.3%)	1 (4.2%)	1	0
無回答	1							1

VS (4)の導入して良かったか：導入して良かったと考える施設は収入が増えた施設か

	全 体	医業収入の変化					その他	無回答
		大きく増収した	増収した	若干増収した	変わらない	減収した		
		110%以上	105～110%	100～105%	100%程度	100%以下		
導入して良かったか	273 (100.7%)	11 (100%)	64 (100%)	143 (100%)	23 (104.5%)	24 (100%)	6	2
1. そう思う	116 (42.8%)	9 (81.8%)	42 (65.6%)	50 (35.0%)	4 (18.2%)	7 (29.2%)	3	1
2. どちらかと言えばそう思う	102 (37.6%)	1 (9.1%)	18 (28.1%)	64 (44.7%)	9 (40.9%)	9 (37.5%)	1	0
3. 何とも言えない	52 (19.2%)	1 (9.1%)	4 (6.3%)	28 (19.6%)	9 (40.9%)	8 (33.3%)	2	0
4. どちらかと言えばそうは思わない	0	0	0	0	0	0	0	0
5. そうは思わない	1 (0.4%)	0	0	1 (0.7%)	0	0	0	0
無回答	2				1			1

※ 但し、各回答の割合（括弧内）は無回答数を除いて集計している

VS (10) の健全経営に特に重要：増収となった病院は何を勧めるか

	全 体	医業収入の変化					その他	無回答
		大きく増収した	増収した	若干増収した	変わらない	減収した		
		110%以上	105～110%	100～105%	100%程度	100%以下		
健全経営のため何を勧めるか	273 (100.4%)	11 (100%)	64 (100%)	143 (100%)	23 (104.5%)	24 (100%)	6	2
1. 診療内容を吟味し、厳選する	125 (46.0%)	5 (45.5%)	31 (48.4%)	66 (46.2%)	9 (40.9%)	11 (45.8%)	2	1

2. 材料費率が上がらないよう削減に努力	100 (36.8%)	3 (27.3%)	32 (50.0%)	43 (30.1%)	11 (50%)	7 (29.2%)	3	1
3. 後発医薬品を積極的に使う	108 (39.7%)	5 (45.5%)	27 (42.2%)	59 (41.3%)	8 (36.4%)	6 (25.0%)	3	0
4. 早期退院を促し平均在院日数を短縮する	56 (20.6%)	2 (18.2%)	17 (26.6%)	27 (18.9%)	3 (13.6%)	4 (16.7%)	2	1
5. 救急患者を積極的に入院させる	92 (33.8%)	4 (36.4%)	22 (34.4%)	44 (30.8%)	10 (45.5%)	10 (41.7%)	2	0
6. 病診連携で紹介率を上昇させる	133 (48.9%)	4 (36.4%)	30 (46.9%)	70 (49.0%)	13 (59.1%)	13 (54.2%)	2	1
7. 職員の経営意識を改革する	154 (56.6%)	6 (54.5%)	33 (51.6%)	86 (60.1%)	12 (54.5%)	13 (54.2%)	4	0
8. クリティカルパスを頻用する	161 (59.2%)	6 (54.5%)	33 (51.6%)	88 (61.5%)	14 (63.6%)	14 (58.3%)	5	1
9. 院内のDPC委員会が診療内容をチェック	110 (40.4%)	4 (36.4%)	28 (43.8%)	57 (39.9%)	8 (36.4%)	9 (37.5%)	3	1
10. アメニティーや接遇向上で患者満足度	32 (11.8%)	1 (9.1%)	8 (12.5%)	15 (10.5%)	6 (27.3%)	1 (4.2%)	1	0
無回答	1				1			

(12) DPCの診療報酬算定では今後、何らかの「係数」は必要でしょうか。

	全 体	医業収入の変化						その他	無回答
		大きく増収した	増収した	若干増収した	変わらない	減収した			
		110%以上	105~110%	100~105%	100%程度	100%以下			
	273 (100%)	11 (100%)	64 (100%)	143 (100%)	23 (104.5%)	24 (100%)	6	2	
1. 必要である	202 (74.0%)	8 (72.7%)	55 (85.9%)	95 (66.4%)	16 (69.6%)	21 (87.5%)	5 (83.3%)	2 (100%)	
2. どちらかと言えば必要である	46 (16.8%)	2 (18.2%)	7 (10.9%)	31 (21.7%)	5 (21.7%)	1 (4.2%)	0	1	
3. 何とも言えない	19 (7.0%)	1 (9.1%)	2 (3.1%)	13 (9.1%)	1 (4.3%)	1 (4.2%)	1 (16.7%)	0	
4. どちらかと言えば必要ではない	4 (1.5%)	0	0	2 (1.4%)	1 (4.3%)	1 (4.2%)	0	0	
5. 必要ではない	2 (0.7%)	0	0	2 (1.4%)	0	0	0	0	

(13-1) どのような係数が必要でしょうか

	全 体	医業収入の変化						その他	無回答
		大きく増収した	増収した	若干増収した	変わらない	減収した			
		110%以上	105~110%	100~105%	100%程度	100%以下			
	248 (101.2%)	10 (111.1%)	62 (103.3%)	126 (100%)	21 (100%)	22 (100%)	5	2	
1. 前年の収入を保証する現行方式の調整係数	10 (4.1%)	0	0	5 (4.0%)	2 (9.5%)	3 (13.6%)	0	0	

2. 病院の機能を考慮した機能評価係数	101 (41.2%)	4 (44.4%)	30 (50.0%)	49 (38.9%)	9 (42.9%)	8 (36.4%)	1	0
3. 上記の1と2の双方の併用	104 (42.4%)	4 (44.4%)	23 (38.3%)	55 (43.7%)	8 (38.1%)	9 (40.9%)	4	1
4. 地域的な物価指数を反映させた係数	4 (1.6%)	0	1 (1.7%)	2 (1.6%)	1 (4.8%)	0	0	0
5. 全く別の基準による係数 (内容：)	7 (2.9%)	0	0	5 (4.0%)	1 (4.8%)	1 (4.5%)	0	0
その他 2.4	11 (4.5%)	1 (11.1%)	5 (8.3%)	5 (4.0%)	0	0	0	0
その他 1.4	2 (0.8%)	0	0	2 (1.6%)	0	0	0	0
その他 2.5	4 (1.6%)	0	1 (1.7%)	2 (1.6%)	0	0	0	1
その他 3.4	2 (0.8%)	0	0	1 (0.8%)	0	1 (4.5%)	0	0
無回答	3	1	2					

※但し、各回答の割合は無回答数を除いて集計している

VS (15) DRG への賛否：増収となった施設が DRG に賛成なのか

	全 体	医療収入の変化						その他	無回答
		大きく増収した	増収した	若干増収した	変わらない	減収した			
		110%以上	105～110%	100～105%	100%程度	100%以下			
DRG に賛成か	273 (101.1%)	11 (100%)	64 (101.6%)	143 (101.4%)	23 (100%)	24 (100%)	6	2	
1. 妥当である	23 (8.5%)	0	6 (9.5%)	12 (8.5%)	1 (4.3%)	3 (12.5%)	0	1	
2. どちらかと言えば妥当である	47 (17.4%)	4 (36.4%)	12 (19.0%)	22 (15.6%)	3 (13.0%)	4 (16.7%)	2	0	
3. 何とも言えない	112 (41.5%)	5 (45.5%)	30 (47.6%)	61 (43.3%)	8 (34.8%)	5 (20.8%)	2	1	
4. どちらかと言えば妥当ではない	58 (21.5%)	0	10 (15.9%)	29 (20.6%)	7 (30.4%)	10 (41.7%)	2	0	
5. 妥当ではない	30 (11.1%)	2 (18.2%)	5 (7.9%)	17 (12.1%)	4 (17.4%)	2 (8.3%)	0	0	
無回答	3		1	2					

※ 但し、各回答の割合は無回答数を除いて集計している

D 医療の質との関係

VS (3)の経営ではっきり見られた変化：どのような変化をした病院の収入が増えたのか

	全 体	医療の質の変化					無回答
		向上した	どちらか と言え ば向上 した	何とも 言え ない	どちらか と言え ば低下 した	低下した	
経営ではっきり見られた変化	273 (100.4%)	20 (100%)	72 (100%)	177 (100%)	1 (100%)	0	3
2. 材料費率が下がった	37 (13.6%)	4 (20%)	15 (20.8%)	18 (10.2%)	0	0	0
3. 材料費以外の支出が削減された	16 (5.9%)	2 (10%)	9 (12.5%)	5 (2.8%)	0	0	0
4. 平均在院日数が短縮した	173 (63.6%)	17 (85%)	53 (73.6%)	101 (57.1%)	1 (100%)	0	1
5. 病床利用率が低下した	114 (41.9%)	10 (50%)	27 (37.5%)	77 (43.5%)	0	0	0
6. 紹介率が上昇した	22 (8.1%)	2 (10%)	8 (11.1%)	12 (6.8%)	0	0	0
7. 診療内容を吟味し厳選する様になった	60 (22.1%)	4 (20%)	23 (31.9%)	33 (18.6%)	0	0	0
8. 職員の経営意識が向上した	104 (38.2%)	10 (50%)	33 (45.8%)	60 (33.9%)	0	0	1
9. クリティカルパスを頻用する様になった	84 (30.9%)	12 (60%)	31 (43.1%)	41 (23.2%)	0	0	0
10. 患者満足度が向上した	4 (1.5%)	1 (5%)	3 (4.2%)	0	0	0	0
11. 外来での検査が増加した	149 (54.8%)	13 (65%)	39 (54.2%)	95 (53.7%)	0	0	2
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ	171 (62.9%)	12 (60%)	52 (72.2%)	104 (58.8%)	1 (100%)	0	2
13. アクシデント、インシデントが減少した	0	0	0	0	0	0	0
14. 再入院が増えた	18 (6.6%)	1 (5%)	6 (8.3%)	11 (6.2%)	0	0	0
15. 業務が多忙になった	131 (48.2%)	10 (50%)	37 (51.4%)	82 (46.3%)	1 (100%)	0	1
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	7 (2.6%)	0	1 (1.4%)	5 (2.8%)	1 (100%)	0	0
無回答	1						1

VS (4)の導入して良かったか : 質の向上があった施設で導入して良かったと思うか

	全 体	医療の質の変化					無回答
		向上した	どちらか と言えば 向上した	何とも 言 えない	どちらか と言えば 低下した	低下した	
導入して良かったか	273 (100.7%)	20 (100%)	72 (100%)	177 (100.6%)	1 (100%)	0	3
1. そう思う	116 (42.8%)	15 (75%)	44 (61.1%)	57 (32.4%)	0	0	0
2. どちらかと言えばそう思う	102 (37.6%)	5 (25%)	25 (34.7%)	69 (39.2%)	1 (100%)	0	2
3. 何とも言えない	52 (19.2%)	0	3 (4.2%)	49 (27.8%)	0	0	0
4. どちらかと言えばそうは思わない	0	0	0	0	0	0	0
5. そうは思わない	1 (0.4%)	0	0	1 (0.6%)	0	0	0
無回答	2			1			1

※ 但し、各回答の割合（括弧内）は無回答数を除いて集計している

VS (10)の健全経営に特に重要 : 質の向上があった施設で何を勧めるか

	全 体	医療の質の変化					無回答
		向上した	どちらか と言えば 向上した	何とも 言 えない	どちらか と言えば 低下した	低下した	
健全経営のため何を勧めるか	273 (100.4%)	20 (100%)	72 (100%)	177 (100.6%)	1 (100%)	0	3
1. 診療内容を吟味し、厳選する	125 (46.0%)	10 (50%)	37 (51.4%)	77 (43.8%)	0	0	1
2. 材料費率が上がらないよう削減に努力	100 (36.8%)	6 (30%)	27 (37.5%)	66 (37.5%)	0	0	1
3. 後発医薬品を積極的に使う	108 (39.7%)	8 (40%)	30 (41.7%)	69 (39.2%)	0	0	1
4. 早期退院を促し平均在院日数を短縮する	56 (20.6%)	7 (35%)	16 (22.2%)	31 (17.6%)	0	0	2
5. 救急患者を積極的に入院させる	92 (33.8%)	6 (30%)	26 (36.1%)	58 (33.0%)	1 (100%)	0	1
6. 病診連携で紹介率を上昇させる	133 (48.9%)	7 (35%)	42 (58.3%)	82 (46.6%)	1 (100%)	0	1
7. 職員の経営意識を改革する	154 (56.6%)	10 (50%)	40 (55.6%)	103 (58.5%)	0	0	1
8. クリティカルパスを頻用する	161 (59.2%)	11 (55%)	46 (63.9%)	102 (58.0%)	0	0	2
9. 院内のDPC委員会が診療内容をチェック	110 (40.4%)	7 (35%)	33 (45.8%)	69 (39.2%)	0	0	1
10. アメニティーや接遇向上で患者満足度	32 (11.8%)	4 (20%)	9 (12.5%)	19 (10.8%)	0	0	0
無回答	1			1			

(12) DPC の診療報酬算定では今後、何らかの「係数」は必要でしょうか。

	全 体	医療の質の変化					無回答
		向上した	どちらか と言えば 向上した	何とも 言 えない	どちらか と言えば 低下した	低下した	
	273 (100%)	20 (100%)	72 (100%)	177 (100%)	1 (100%)	0	3
1. 必要である	202 (74.0%)	17 (85%)	58 (80.6%)	124 (70.1%)	1 (100%)	0	2
2. どちらかと言えば必要である	46 (16.8%)	3 (15%)	9 (12.5%)	33 (18.6%)	0	0	1
3. 何とも言えない	19 (7.0%)	0	2 (2.8%)	17 (9.6%)	0	0	0
4. どちらかと言えば必要ではない	4 (1.5%)	0	2 (2.8%)	2 (1.1%)	0	0	0
5. 必要ではない	2 (0.7%)	0	1 (1.4%)	1 (0.6%)	0	0	0

(13—1) どのような係数が必要でしょうか。

	全 体	医療の質の変化					無回答
		向上した	どちらか と言えば 向上した	何とも 言 えない	どちらか と言えば 低下した	低下した	
	248 (101.2%)	20 (100%)	67 (101.5%)	157 (101.3%)	1 (100%)	0	3
1. 前年の収入を保証する現行方式の調整係数	10 (4.1%)	1 (5%)	0	9 (5.8%)	0	0	0
2. 病院の機能を考慮した機能評価係数	101 (41.2%)	11 (55%)	32 (48.5%)	57 (36.8%)	0	0	1
3. 上記の1と2の双方の併用	104 (42.4%)	5 (25%)	28 (42.4%)	69 (44.5%)	0	0	2
4. 地域的な物価指数を反映させた係数	4 (1.6%)	1 (5%)	0	2 (1.3%)	1 (100%)	0	0
5. 全く別の基準による係数 (内容：)	7 (2.9%)	0	0	7 (4.5%)	0	0	0
その他 2.4	11 (4.5%)	1 (5%)	5 (7.6%)	5 (3.2%)	0	0	0
その他 1.4	2 (0.8%)	0	0	2 (1.3%)	0	0	0
その他 2.5	4 (1.6%)	1 (5%)	1 (1.5%)	2 (1.3%)	0	0	0
その他 3.4	2 (0.8%)	0	0	2 (1.3%)	0	0	0
無回答	3		1	2			

※但し、各回答の割合は無回答数を除いて集計している

E 地域ブロックの影響

(1) DPC の導入で貴院の医業収入は導入した前年同月 (100%) に比較して概ねどの様に変化しましたか。

(病院数)	全国 (N = 273)	北海道・東北 (N = 28)	関東・甲信越 (N = 94)	北陸・東海 (N = 37)	近畿 (N = 53)	中国・四国 (N = 21)	九州・沖縄 (N = 40)	(再掲) 東京・神奈川 (N = 49)	(再掲) 大阪・兵庫 (N = 33)
1. 大きく増収となった (110%以上)	11	1	6	1	2	1	0	1	2
2. 増収となった (105%~110%)	64	6	23	8	14	5	8	11	9
3. 若干, 増収となった (100~105%)	143	17	49	19	24	10	24	26	17
4. あまり変わらない (100%程度)	23	1	5	2	9	2	4	4	3
5. 減収となった (100%以下)	24	3	8	4	4	2	3	6	2
6. その他	6	0	2	3	0	1	0	0	0
無回答	2		1				1	1	

(割合)	全国	北海道・東北	関東・甲信越	北陸・東海	近畿	中国・四国	九州・沖縄	(再掲) 東京・神奈川	(再掲) 大阪・兵庫
1. 大きく増収となった (110%以上)	4.1%	3.6%	6.5%	2.7%	3.8%	4.8%	0.0%	2.1%	6.1%
2. 増収となった (105%~110%)	23.6%	21.4%	24.7%	21.6%	26.4%	23.8%	20.5%	22.9%	27.3%
3. 若干, 増収となった (100~105%)	52.8%	60.7%	52.7%	51.4%	45.3%	47.6%	61.5%	54.2%	51.5%
4. あまり変わらない (100%程度)	8.5%	3.6%	5.4%	5.4%	17.0%	9.5%	10.3%	8.3%	9.1%
5. 減収となった (100%以下)	8.9%	10.7%	8.6%	10.8%	7.5%	9.5%	7.7%	12.5%	6.1%
6. その他	2.2%	0.0%	2.2%	8.1%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%

※ 但し, 各回答の割合 (括弧内) は無回答数を除いて集計している

(2) DPC の導入で患者に提供する医療の質は全体としてどう変化したと思いますか。

(病院数)	全国 (N = 273)	北海道・東北 (N = 28)	関東・甲信越 (N = 94)	北陸・東海 (N = 37)	近畿 (N = 53)	中国・四国 (N = 21)	九州・沖縄 (N = 40)	(再掲) 東京・神奈川 (N = 49)	(再掲) 大阪・兵庫 (N = 33)
1. 向上した	20	2	6	3	4	1	4	2	4
2. どちらかと言えば向上した	72	8	19	9	17	8	11	8	11
3. 何とも言えない	177	18	67	25	30	12	25	37	16
4. どちらかと言えば低下した	1	0	0	0	1	0	0	0	1
5. 低下した	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	3		2		1			2	1

(割合)	全国	北海道・東北	関東・甲信越	北陸・東海	近畿	中国・四国	九州・沖縄	(再掲) 東京・神奈川	(再掲) 大阪・兵庫
1. 向上した	7.4%	7.1%	6.5%	8.1%	7.7%	4.8%	10.0%	4.3%	12.5%
2. どちらかと言えば向上した	26.7%	28.6%	20.7%	24.3%	32.7%	38.1%	27.5%	17.0%	34.4%
3. 何とも言えない	65.6%	64.3%	72.8%	67.6%	57.7%	57.1%	62.5%	78.7%	50.0%
4. どちらかと言えば低下した	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%
5. 低下した	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

(3) DPCの導入後に貴院の経営ではっきりみられた変化はどれですか。(複数回答可)

(病院数)	全国 (N = 273)	北海道 ・東北 (N = 28)	関東・ 甲信越 (N = 94)	北陸・ 東海 (N = 37)	近畿 (N = 53)	中国・ 四国 (N = 21)	九州・ 沖縄 (N = 40)	(再掲) 東京・神奈川 (N = 49)	(再掲) 大阪・兵庫 (N = 33)
1. 収入が増加した	136	14	47	17	28	9	21	22	19
2. 材料費率が下がった	37	4	12	3	11	4	3	5	9
3. 材料費以外の支出が削減された	16	1	5	0	5	1	4	0	4
4. 平均在院日数が短縮した	173	18	56	22	36	13	28	30	24
5. 病床利用率が低下した	114	14	34	14	21	8	23	17	14
6. 紹介率が上昇した	22	2	8	3	5	0	4	2	3
7. 診療内容を吟味し厳選する 様になった	60	5	20	10	11	4	10	10	8
8. 職員の経営意識が向上した	104	12	29	16	20	11	16	14	12
9. クリティカルパスを頻用す る様になった	84	10	31	9	20	5	9	14	15
10. 患者満足度が向上した	4	0	1	0	1	1	1	0	1
11. 外来での検査が増加した	149	13	47	17	32	12	28	23	18
12. 後発医薬品への切り換えが 進んだ	171	14	59	25	39	13	21	29	22
13. アクシデント、インシデン トが減少した	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14. 再入院が増えた	18	4	4	3	5	2	0	3	2
15. 業務が多忙になった	131	10	41	17	30	10	23	24	18
16. 入院患者を選別する傾向が 強まった	7	0	4	1	2	0	0	3	2
17. その他	11	2	1	3	2	2	1	0	1
無回答	1		1					1	

(割合)	全国	北海道 ・東北	関東・ 甲信越	北陸・ 東海	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	(再掲) 東京・神奈川	(再掲) 大阪・兵庫
1. 収入が増加した	50.0%	50.0%	50.5%	45.9%	52.8%	42.9%	52.5%	45.8%	57.6%
2. 材料費率が下がった	13.6%	14.3%	12.9%	8.1%	20.8%	19.0%	7.5%	10.4%	27.3%
3. 材料費以外の支出が削減された	5.9%	3.6%	5.4%	0.0%	9.4%	4.8%	10.0%	0.0%	12.1%
4. 平均在院日数が短縮した	63.6%	64.3%	60.2%	59.5%	67.9%	61.9%	70.0%	62.5%	72.7%
5. 病床利用率が低下した	41.9%	50.0%	36.6%	37.8%	39.6%	38.1%	57.5%	35.4%	42.4%
6. 紹介率が上昇した	8.1%	7.1%	8.6%	8.1%	9.4%	0.0%	10.0%	4.2%	9.1%
7. 診療内容を吟味し厳選する 様になった	22.1%	17.9%	21.5%	27.0%	20.8%	19.0%	25.0%	20.8%	24.2%
8. 職員の経営意識が向上した	38.2%	42.9%	31.2%	43.2%	37.7%	52.4%	40.0%	29.2%	36.4%
9. クリティカルパスを頻用す る様になった	30.9%	35.7%	33.3%	24.3%	37.7%	23.8%	22.5%	29.2%	45.5%
10. 患者満足度が向上した	1.5%	0.0%	1.1%	0.0%	1.9%	4.8%	2.5%	0.0%	3.0%
11. 外来での検査が増加した	54.8%	46.4%	50.5%	45.9%	60.4%	57.1%	70.0%	47.9%	54.5%
12. 後発医薬品への切り換えが 進んだ	62.9%	50.0%	63.4%	67.6%	73.6%	61.9%	52.5%	60.4%	66.7%
13. アクシデント、インシデン トが減少した	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
14. 再入院が増えた	6.6%	14.3%	4.3%	8.1%	9.4%	9.5%	0.0%	6.3%	6.1%

15. 業務が多忙になった	48.2%	35.7%	44.1%	45.9%	56.6%	47.6%	57.5%	50.0%	54.5%
16. 入院患者を選別する傾向が強まった	2.6%	0.0%	4.3%	2.7%	3.8%	0.0%	0.0%	6.3%	6.1%
17. その他	4.0%	7.1%	1.1%	8.1%	3.8%	9.5%	2.5%	0.0%	3.0%

(4) DPCを導入して良かったと思いますか。

(病院数)	全国 (N = 273)	北海道 ・東北 (N = 28)	関東・ 甲信越 (N = 94)	北陸・ 東海 (N = 37)	近畿 (N = 53)	中国・ 四国 (N = 21)	九州・ 沖縄 (N = 40)	(再掲) 東京・神奈川 (N = 49)	(再掲) 大阪・兵庫 (N = 33)
1. そう思う	116	13	37	14	24	9	19	16	17
2. どちらかと言えばそう思う	102	10	35	12	22	9	14	18	12
3. 何とも言えない	52	5	21	10	6	3	7	14	4
4. どちらかと言えばそうは思わない	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. そうは思わない	1	0	0	1	0	0	0	0	0
無回答	2		1		1			1	

(割合)	全国	北海道 ・東北	関東・ 甲信越	北陸・ 東海	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	(再掲) 東京・神奈川	(再掲) 大阪・兵庫
1. そう思う	42.8%	46.4%	39.8%	37.8%	46.2%	42.9%	47.5%	33.3%	51.5%
2. どちらかと言えばそう思う	37.6%	35.7%	37.6%	32.4%	42.3%	42.9%	35.0%	37.5%	36.4%
3. 何とも言えない	19.2%	17.9%	22.6%	27.0%	11.5%	14.3%	17.5%	29.2%	12.1%
4. どちらかと言えばそうは思わない	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
5. そうは思わない	0.4%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

(8) DPCの導入により病名を慢性か急性か、合併症の有無などより詳細に病歴に記載するようになりましたか。

(病院数)	全国 (N = 273)	北海道 ・東北 (N = 28)	関東・ 甲信越 (N = 94)	北陸・ 東海 (N = 37)	近畿 (N = 53)	中国・ 四国 (N = 21)	九州・ 沖縄 (N = 40)	(再掲) 東京・神奈川 (N = 49)	(再掲) 大阪・兵庫 (N = 33)
1. なった	118	13	37	16	24	7	21	16	18
2. 何とも言えない	135	12	47	18	28	14	16	28	15
3. なってはいない	18	3	9	3	0	0	3	4	0
無回答	2		1		1			1	

(割合)	全国	北海道 ・東北	関東・ 甲信越	北陸・ 東海	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	(再掲) 東京・神奈川	(再掲) 大阪・兵庫
1. なった	43.5%	46.4%	39.8%	43.2%	46.2%	33.3%	52.5%	33.3%	54.5%
2. 何とも言えない	49.8%	42.9%	50.5%	48.6%	53.8%	66.7%	40.0%	58.3%	45.5%
3. なってはいない	6.6%	10.7%	9.7%	8.1%	0.0%	0.0%	7.5%	8.3%	0.0%

(9) DPC 病名の決定 (コーディング) について、貴院の体制はどれですか。

(病院数)	全国 (N = 273)	北海道 ・東北 (N = 28)	関東・ 甲信越 (N = 94)	北陸・ 東海 (N = 37)	近畿 (N = 53)	中国・ 四国 (N = 21)	九州・ 沖縄 (N = 40)	(再掲) 東京・神奈川 (N = 49)	(再掲) 大阪・兵庫 (N = 33)
1. 主治医が医事職員と診療情報管理士の助力を得て決定	152	16	53	22	25	12	24	25	16
2. 主治医が医事職員の助力を得て決定	54	6	17	7	13	6	5	9	9
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	36	5	12	4	10	1	4	7	6
4. 主治医が特に助力を得ないで決定	31	1	12	4	5	2	7	8	2
5. その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(割合)	全国	北海道 ・東北	関東・ 甲信越	北陸・ 東海	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	(再掲) 東京・神奈川	(再掲) 大阪・兵庫
1. 主治医が医事職員と診療情報管理士の助力を得て決定	55.7%	57.1%	56.4%	59.5%	47.2%	57.1%	60.0%	51.0%	48.5%
2. 主治医が医事職員の助力を得て決定	19.8%	21.4%	18.1%	18.9%	24.5%	28.6%	12.5%	18.4%	27.3%
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定	13.2%	17.9%	12.8%	10.8%	18.9%	4.8%	10.0%	14.3%	18.2%
4. 主治医が特に助力を得ないで決定	11.4%	3.6%	12.8%	10.8%	9.4%	9.5%	17.5%	16.3%	6.1%
5. その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

(13-2) 仮に機能評価係数を導入する時に組み込まれるべき指標は何でしょうか。(複数回答可)

(病院数)	全国 N=222	北海道 ・東北 (N = 24)	関東・ 甲信越 (N = 74)	北陸・ 東海 (N = 26)	近畿 (N = 46)	中国・ 四国 (N = 17)	九州・ 沖縄 (N = 35)	(再掲) 東京・神奈川 (N = 43)	(再掲) 大阪・兵庫 (N = 27)
1. 地域医療への貢献度	165	18	53	20	34	11	29	31	20
2. 救急医療の実践度	188	16	64	23	41	13	31	36	25
3. 小児科医療の実践度	113	11	41	16	24	6	15	25	16
4. 産科医療の実践度	112	11	43	16	21	8	13	27	14
5. 病床比でみた医師数	124	13	41	13	26	10	21	23	16
6. 病床比でみた看護師数	112	10	37	9	26	10	20	20	17
7. 手術ありの割合	96	13	31	10	17	8	17	16	9
8. 化学療法ありの割合	70	6	25	10	14	4	11	12	8
9. 放射線療法ありの割合	58	7	18	8	10	5	10	7	6
10. 救命救急入院料算定状況	80	9	33	8	12	6	12	18	7
11. 特定集中治療室管理料算定状況	106	14	36	10	16	11	19	22	10
12. 画像診断管理加算算定状況	89	11	24	8	15	11	20	13	8
13. 麻酔管理料算定状況	94	11	28	8	15	11	21	17	9
14. 病理診断料算定状況	91	11	30	9	14	10	17	18	7
15. 教育活動への関与	62	4	26	6	11	4	11	15	6
16. その他	10	1	4	1	1	1	2	1	1

無回答	2	1					1		
(割合)	全国	北海道・東北	関東・甲信越	北陸・東海	近畿	中国・四国	九州・沖縄	(再掲)東京・神奈川	(再掲)大阪・兵庫
1. 地域医療への貢献度	75.0%	78.3%	71.6%	76.9%	73.9%	64.7%	85.3%	72.1%	74.1%
2. 救急医療の実践度	85.5%	69.6%	86.5%	88.5%	89.1%	76.5%	91.2%	83.7%	92.6%
3. 小児科医療の実践度	51.4%	47.8%	55.4%	61.5%	52.2%	35.3%	44.1%	58.1%	59.3%
4. 産科医療の実践度	50.9%	47.8%	58.1%	61.5%	45.7%	47.1%	38.2%	62.8%	51.9%
5. 病床比でみた医師数	56.4%	56.5%	55.4%	50.0%	56.5%	58.8%	61.8%	53.5%	59.3%
6. 病床比でみた看護師数	50.9%	43.5%	50.0%	34.6%	56.5%	58.8%	58.8%	46.5%	63.0%
7. 手術ありの割合	43.6%	56.5%	41.9%	38.5%	37.0%	47.1%	50.0%	37.2%	33.3%
8. 化学療法ありの割合	31.8%	26.1%	33.8%	38.5%	30.4%	23.5%	32.4%	27.9%	29.6%
9. 放射線療法ありの割合	26.4%	30.4%	24.3%	30.8%	21.7%	29.4%	29.4%	16.3%	22.2%
10. 救命救急入院料算定状況	36.4%	39.1%	44.6%	30.8%	26.1%	35.3%	35.3%	41.9%	25.9%
11. 特定集中治療室管理料算定状況	48.2%	60.9%	48.6%	38.5%	34.8%	64.7%	55.9%	51.2%	37.0%
12. 画像診断管理加算算定状況	40.5%	47.8%	32.4%	30.8%	32.6%	64.7%	58.8%	30.2%	29.6%
13. 麻酔管理料算定状況	42.7%	47.8%	37.8%	30.8%	32.6%	64.7%	61.8%	39.5%	33.3%
14. 病理診断料算定状況	41.4%	47.8%	40.5%	34.6%	30.4%	58.8%	50.0%	41.9%	25.9%
15. 教育活動への関与	28.2%	17.4%	35.1%	23.1%	23.9%	23.5%	32.4%	34.9%	22.2%
16. その他	4.5%	4.3%	5.4%	3.8%	2.2%	5.9%	5.9%	2.3%	3.7%

(15) 一疾患一日定額である DPC よりもさらに包括化を徹底させた診療報酬制度に、一疾患一入院定額支払制度 (DRG) があります。平成20年度診療報酬改定では「そけいヘルニアの手術」で DRG 方式が導入されました。我が国で DRG はさらに拡大されるのが妥当でしょうか。

(病院数)	全国 (N = 273)	北海道・東北 (N = 28)	関東・甲信越 (N = 94)	北陸・東海 (N = 37)	近畿 (N = 53)	中国・四国 (N = 21)	九州・沖縄 (N = 40)	(再掲)東京・神奈川 (N = 49)	(再掲)大阪・兵庫 (N = 33)
1. 妥当である	23	3	10	2	2	2	4	5	2
2. どちらかと言えば妥当である	47	5	17	4	13	2	6	9	9
3. 何とも言えない	112	16	34	19	16	10	17	21	7
4. どちらかと言えば妥当ではない	58	1	16	8	18	6	9	9	13
5. 妥当ではない	30	3	14	4	4	1	4	4	2
無回答	3		3					1	

(割合)	全国	北海道・東北	関東・甲信越	北陸・東海	近畿	中国・四国	九州・沖縄	(再掲)東京・神奈川	(再掲)大阪・兵庫
1. 妥当である	8.5%	10.7%	11.0%	5.4%	3.8%	9.5%	10.0%	10.4%	6.1%
2. どちらかと言えば妥当である	17.4%	17.9%	18.7%	10.8%	24.5%	9.5%	15.0%	18.8%	27.3%
3. 何とも言えない	41.5%	57.1%	37.4%	51.4%	30.2%	47.6%	42.5%	43.8%	21.2%
4. どちらかと言えば妥当ではない	21.5%	3.6%	17.6%	21.6%	34.0%	28.6%	22.5%	18.8%	39.4%
5. 妥当ではない	11.1%	10.7%	15.4%	10.8%	7.5%	4.8%	10.0%	8.3%	6.1%

VI. アンケート調査表

DPCについてのアンケート

○貴院の状況について該当する欄に○または数値等を記入して下さい

- (1) 所在地（都道府県名） _____
- (2) 開設主体 _____
- 公的
 国（独立行政法人含む）
 公的大学病院
 自治体（地方独立行政法人含む）
 その他公的
- 私的
 公益法人・社会福祉法人
 医療法人
 学校法人
 その他

- (3) 病床数 _____
- 一般 _____ 床
 精神 _____ 床
 医療療養 _____ 床
 それ以外 _____ 床

- (4) 加算の算定状況など
 看護基準：() 7 : 1 () 10 : 1
- 特定機能病院
 地域医療支援病院
 電子化加算
 救急医療管理加算
 臨床研修病院入院診療加算
 画像診断管理加算
 麻酔管理料
 放射線治療管理料

- (5) DPC対象病院となった時期

平成 _____ 年 _____ 月

- (6) 回答者 _____
- 病院名 _____
- 氏 名 _____
- 職 名 _____
- 電話番号 (_____) _____

病院院長 様

日病会発第 79号
 平成 20年 6月 26日

社団法人 日本病院会
 会長 山本 修 三
 統計情報委員会
 委員長 齊藤 壽一

DPCについてのアンケート調査について（お願い）

謹啓

日頃は、日本病院会の活動にご協力下さり有難う存じます。我が国の急性期病院へのDPCの導入が急速に進行しており、本年4月で718病院となりました。この制度の普及に伴って今後の課題も明らかになりつつあり、日本病院会統計情報委員会では、DPC病院を対象にこの制度のあり方に関する調査を実施することと致しました。平成22年度以降のDPC制度のあり方について、厚生労働省への提言も視野にDPC対象病院の現状とご意見をとりまとめたいと考えております。

ご多用中恐縮ですが、調査用紙にご記入の上、来る7月15日までにご返送頂きたいようお願い申し上げます。

なお、アンケートの結果については個別病院名は公表することはありません。集計結果を日本病院会の報告書としてとりまとめます。

謹白

記

送付方法 FAX送信でご回答願います

送付先 日本病院会統計情報委員会
 委員長 齊藤 寿一
 FAX (03) 3238-6788

問い合わせ先 日本病院会企画部 中谷
 ☎ (03) 5226-7749

アンケート調査：最もあてはまる番号を1つ選んで下さい。また（複数回答可）とある設問では、あてはまる項目を幾つでも選んで下さい。

(1) DPCの導入で貴院の医療収入は導入した前年同月（100%）に比較して概ねどの様に変化しましたか。

1. 大きく増収となった（110%以上）。
2. 増収となった（105%～110%）。
3. 若干、増収となった（100%～105%）。
4. あまり変わらない（100%程度）。
5. 減収となった（100%以下）。
6. その他（内容： ）

(2) DPCの導入で患者に提供する医療の質は全体としてどう変化したと思いますか。

1. 向上した。
2. どちらかと言えば向上した。
3. 何とも言えない。
4. どちらかと言えば低下した。
5. 低下した。

(3) DPCの導入後に貴院の経営ではつきりみられた変化はどれですか。（複数回答可）

1. 収入が増加した。
2. 材料費率が下がった。
3. 材料費以外の支出が削減された。
4. 平均在院日数が短縮した。
5. 病床利用率が低下した。
6. 紹介率が上昇した。
7. 診療内容を吟味し厳選する様になった。
8. 職員の経営意識が向上した。
9. クリテikalバスを頻用する様になった。
10. 患者満足度が向上した。
11. 外来での検査が増加した。
12. 後発医薬品への切り換えが進んだ。
13. アクシデント、インシデントが減少した。
14. 再入院が増えた。
15. 業務が多忙になった。（特に〔医師、看護師、技師、事務職〕）
16. 入院患者を選別する傾向が強まった。
17. その他（内容： ）

(4) DPCを導入して良かったと思えますか。

1. そう思う。
 2. どちらかと言えばそう思う。
 3. 何とも言えない。
 4. どちらかと言えばそうは思わない。
 5. そうは思わない。
- (5) (4) で1または2と回答された方がお答え下さい。
DPCを導入してなぜ、良かったと思えますか。（複数回答可）

1. 収益が改善したから
2. 入院医療の査定がないから
3. 職員の経営意識が高まったから
4. 経営の指標が掌握できるから
5. 病院間の比較ができるから
6. 医師の透明性が図られるから
7. 医師の裁量権が広がるから
8. 包括化が急性期病院の主流だから
9. その他（内容： ）

(6) (4) で4または5と回答された方がお答え下さい。

DPCを導入して良かったとは思わないのは何故ですか。（複数回答可）

1. 増収が期待したほどでないから
2. 査定という歯止めがなくなっただから
3. コーディングが煩雑だから
4. 職員が戸惑っているから
5. 診断群分類が適切でないから
6. 診断群によって収入が支出を下回るから
7. 患者に負担分の内容が判りにくいから
8. その他（内容： ）

(7) DPCの導入により理解が深まった項目はどれですか。（複数回答可）

1. ICD（国際疾病分類）コード
2. 手術・処置コード
3. ICDとDPCの疾患コードとの関係
4. 主傷病名の付け方
5. 診断群分類点数表

(8) DPCの導入により病名を慢性か急性か、合併症の有無などより詳細に病歴に記載するようになりましたか。

1. なった。
2. 何とも言えない。
3. なってはいない。

(9) DPPC病名の決定(コーディング)について、貴院の体制はどれですか。

1. 主治医が医事担当職員と診療情報管理士の助力を得て決定
2. 主治医が医事担当職員のみを助力を得て決定
3. 主治医が診療情報管理士の助力を得て決定
4. 主治医が特に助力を得ないで決定
5. その他()

(10) 一般にDPPCを導入した病院が健全な経営を達成する上で特に重要だとお考えの点はどれですか。(複数回答可)

1. 診療内容を吟味し、厳選する。
2. 材料費率が上がらないよう削減に一層努力する。
3. 後発医薬品を積極的に使う。
4. 早期退院を促し平均在院日数を短縮する。
5. 救急患者を積極的に入院させる。
6. 病診連携で紹介率を上昇させる。
7. 職員の経営意識を改革する。
8. クリテikalパスを頻用する。
9. 院内のDPPC委員会が診療内容をチェックする。
10. アメニティーや接遇向上で患者満足度を高める。
11. その他()

(11) DPPCの導入を希望する病院が増え、それらの機能も多様化しています。病院がDPPCを導入する許可条件として相応しいのはどれだと思いますか。(複数回答可)

1. 平均在院日数が短い。
2. 看護基準が一定以上である。
3. 標準レセプトの電算化が行われている。
4. 救急患者の受け入れ数が高い。
5. 麻酔管理加算を算定している。
6. 麻酔管理料を算定している。
7. 特に参入条件をつける必要はない。
8. その他()

(12) 係数について伺います。現在は診療報酬算定に当たって医療機関別調整係数が使われています。また将来は機能評価係数の導入が検討されています。DPPCの診療報酬算定では今後、何らかの「係数」は必要でしょうか。

1. 必要である。
2. どちらかと言えれば必要である。
3. 何とも言えない。
4. どちらかと言えれば必要ではない。
5. 必要ではない。

(13) 上記の(12)で1または2と回答された方に伺います。
(13-1) どの様な係数が必要でしょうか。

1. 前年の収入を保証する現行方式の医療機関別調整係数
2. 救急医療など病院の機能を考慮した機能評価係数
3. 上記の1と2の双方の併用
4. 地域的な物価指数を反映させた係数
5. 全く別の基準による係数(内容:)

(13-2) 仮に機能評価係数を導入する時に組み込まれるべき指標は何でしょうか。(複数回答可)

1. 地域医療への貢献度
2. 救急医療の実践度
3. 小児科医療の実践度
4. 産科医療の実践度
5. 病床比でみた医師数
6. 病床比でみた看護師数
7. 手術ありの割合
8. 化学療法ありの割合
9. 放射線療法ありの割合
10. 救命救急入院料算定状況
11. 特定集中治療室管理料算定状況
12. 画像診断管理加算算定状況
13. 麻酔管理料算定状況
14. 病理診断料算定状況
15. 教育活動への関与
16. その他(その内容:)

(14) 上記(12)で4または5を選んだ方に伺います。DPPCの診療報酬算定で調整や評価などの「係数」は必要ではない、と考える理由なんでしょうか。(複数回答可)

1. 個別病院の係数ではなく診療報酬点数に反映されるべきだから
2. 調整係数は過渡期の処置だから
3. 調整係数により、年々医療内容の縮小に追い込まれるから
4. 評価係数は病院の格差を招くから
5. 評価係数に相応しい指標は決めにくいから
6. その他(内容:)

(15) 一疾患一日定額であるDPPCよりもさらに包括化を徹底させた診療報酬制度に、一疾患一入院定額支払い制度(DRG)があります。平成20年度診療報酬改定では「そけいヘルニアの手術」でDRG方式が導入されました。我が国でDRGはさらに拡大されるのが妥当でしょうか。

1. 妥当である。
2. どちらかと言えれば妥当である。

3. 何とも言えない。
4. どちらからとも言えれば妥当ではない。
5. 妥当ではない。

(16) 上記の(15)で1または2を選択された方に伺います。
DRGの拡大はなぜ妥当なのか。(複数回答可)

1. 一日毎定額では入院日数が必要入院日数と分離しがちだから
2. 究極の包括化は各疾患が一入院で評価されるべきだから
3. 入院日数で報酬がI期~III期と遞減するのは不自然だから
4. 診療の進め方が判断しやすすいから
5. 患者が治癒または軽快して退院することが病院の使命だから
6. その他(内容:)

(17) 上記の(15)で4または5を選択された方に伺います。
妥当だとは言えないとすれば何故ですか。(複数回答可)

1. あまりに大雑把で提供した医療が報酬に反映されないから
2. 患者に不利益なほど在院日数が短縮するから
3. 患者の理解が得にくいため
4. 経営指標の把握というDPCの意義が薄れるから
5. 一入院定額の点数の決め方が判らないから
6. その他(内容:)

(18) その他、DPC制度について質問項目以外の点、設問では触れられていない点、あるいは現在この制度について感じて居られる点について、自由にご意見をお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

日本病院会統計情報委員会 委員名簿

会 長	山本 修三	済生会神奈川県病院名誉院長	03-3265-0077
副会長	池澤 康郎	中野総合病院理事長	03-3382-1231
(担 当)			
委員長	齊藤 壽一	社会保険中央総合病院院長	03-3364-0251
委 員	安藤 文英	西福岡病院理事長	092-881-1331
委 員	今村 知明	奈良県立医科大学健康政策医学講座教授	0744-22-3051
委 員	大道 道大	森之宮病院理事長	06-6969-9621
委 員	須古 博信	済生会熊本病院院長	096-351-8000
委 員	田中 和夫	全国社会保険協会連合会事業部室長	03-3445-0800
委 員	細田洋一郎	埼玉社会保険病院院長	048-832-4951
委 員	三浦 幸雄	東北労災病院院長	022-275-1111

社団法人 日本病院会

〒102-0082 東京都千代田区一番町13-3

☎ 03-5226-7749 fax 03-3238-6788

照会先/企画部 中谷 <nakatani@hospital.or.jp>

DPCレセプト提出時における包括部分に係る診療行為内容の添付について(案)

厚生労働省保険局医療課

1 経緯

平成20年度診療報酬改定の項目として、平成20年2月13日における中央社会保険医療協議会において、DPC対象病院については、DPCにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を加えることが決定。

～平成20年2月13日 中医協総会資料より～
 【Ⅱ—1(質の高い効率的な入院医療の推進について)—
 DPCに係る制度運用の改善

第1 基本的な考え方

DPCに関しては、現在360病院が対象となっているが、平成18年度DPC準備病院のうち、平成18年度基準及び新たな基準を満たした病院についてDPCの対象とする。

また、DPCの診療報酬については、適切な算定ルール等を導入すること等の制度運用の改善を図る。

第2 具体的な内容

(中略)

2 算定ルール及び診断群分類の見直しについて

(1) 算定ルールの見直しについて

ア (略)

イ DPCにおける診療報酬明細書の提出時に、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も加える。

3

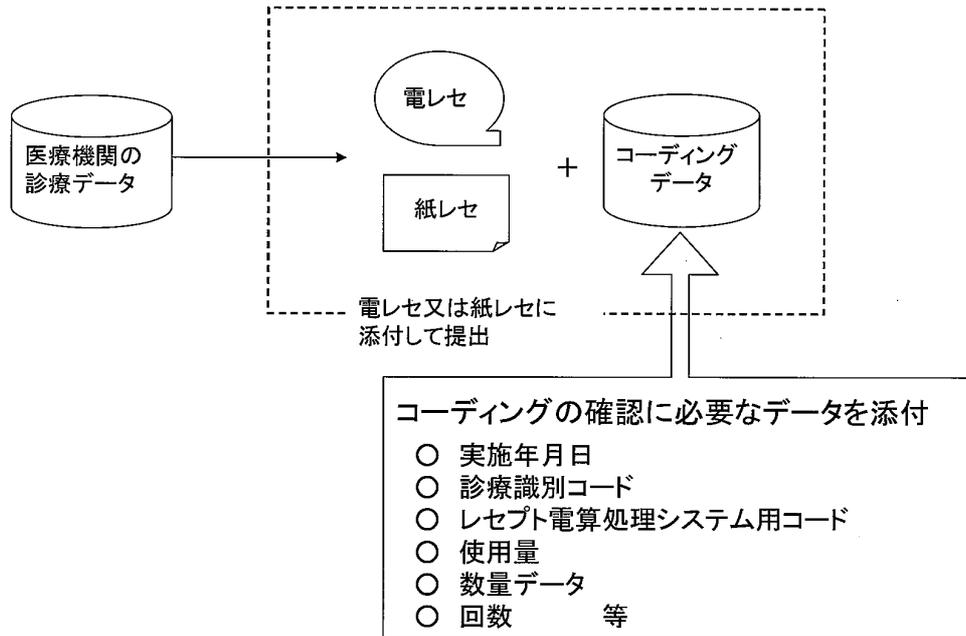
2 実施方法及び実施時期

各医療機関の診療データよりコーディングの確認に必要なデータ(以下「コーディングデータ」という。)を抽出し、将来的にオンライン請求が可能な様式にして、レセプトとは別に電子媒体にて提出

- 平成21年1月診療分より実施予定
- 今回の取扱いは適切なコーディングの確認にのみ活用する
- 医療機関におけるコスト及び事務負担が軽減されるよう、1入院期間ではなく、レセプトの診療月のみのコーディングデータとする
- ※ 次回診療報酬改定時に直近3ヶ月分のコーディングデータとすることを検討
- 次回診療報酬改定(平成22年度改定)時にコーディングデータもオンライン請求で行うことを検討

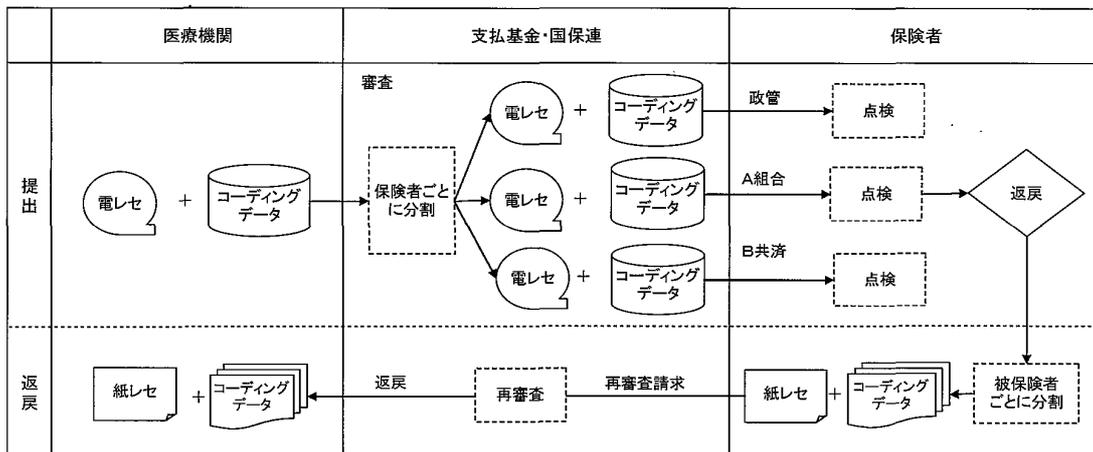
4

出来高情報の添付について



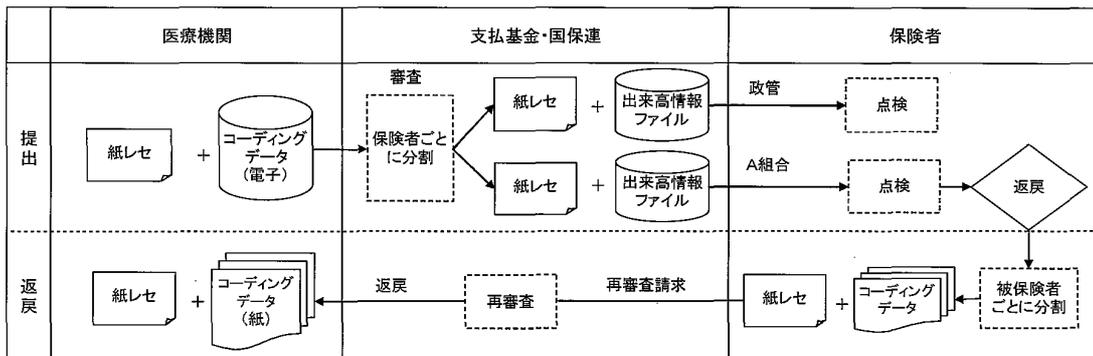
5

出来高情報ファイルを添付したレセプト提出・返戻の流れ (レセプト電算処理システムにより請求する場合)



6

出来高情報ファイルを添付したレセプト提出・返戻の流れ (紙レセプトにより請求する場合)



DPCLレセプトを紙にて提出している医療機関についても出来高情報は電子媒体にて提出

4 その他

実施にあたっては、以下のような課題がある。

- 各医療機関においては、システム改修のコストが発生
 - ※ 出来高情報を1ヶ月分のみとすることによりコストを削減
 - ※ オンライン請求が可能な様式にすることにより、将来的な医療機関のコストを削減
- 紙レセプトの扱い

DPCLレセプトを紙により提出している医療機関があり、支払基金又は国保中央会において出来高情報との突合を手作業により行うこととなる。

 - ※ 通知において、極力、オンライン又は電子媒体により請求いただくようお願いする予定

医学史の旅—ギリシャ⑥

星 和 夫

慈生会ベトレヘムの園病院
院長



ティリンス・ エピダウロス *Tiryns, Epidauros*



★ティリンスの砦

アルゴスから約7 km 走ったナフプリオンの港に
ほど近い、国道左側の山上に Tiryns の砦が見られ
ます (図1)。ティリンスは、ミケーネー時代にミ
ケーネーに劣らぬ文化をもった古代都市で、1884年
にシュリーマンとデルプフェルトによって発掘され
た遺跡は紀元前1400年頃のものだそうです。ホメー
ロスの詩に“城壁に名をなすティリンス”とあるよ
うに、今も強大な岩で造られた城壁が残っています。

★英雄ヘーラクレース

昔々全能の大神ゼウスは、人間がいろいろな苦悩



図1：ティリンス、エピダウロス付近

を受けているのを哀れに思い、すばらしい英雄を生
み出して人間社会に送り、人間どもをおびやかして
いるあらゆる危害を取り除いてやろうと考えました。
そこである夜テーバイの町の王宮に行き、そこに住
んでいる世にもまれな美しい王妃アルクメーネーの
もとへしのび込み、その夜ゼウスの子を産ませまし
た。かくして生まれたのが英雄 Hēraklēs です。

ゼウスは、この子を神々と同じように不死身にし、
疲れを知らぬ活力を与えるために、ある夜ぐっすり
眠っている妻のヘーラーの乳房に近付け、聖なる
乳を存分に吸わせました。これを知って怒ったヘー
ラーは、ヘーラクレースが成長すると狂気の女神
Lyssa (これが狂犬病 lyssa の語源です) を送って彼
の頭を狂わせ、とうとう自分自身の妻と子供を殺さ
せてしまいました。正気に戻って大いに悔やんだヘ
ーラクレースは、罪を清めるためデルポイへ赴き、
アポロンのお告げを受けて、12の難行を成し遂げ
ることになるのです。これが「ヘーラクレースの12
の功業」と呼ばれるものです。ここティリンスは、
ギリシア神話最大の英雄ヘーラクレースの生誕地と
して知られています。またアルゴスのすぐ南にある
レルナ (レルネー) は、ヘーラクレースが「12の功
業」の1つ「レルネーの水蛇退治」をした所とされ
ています。



★レルネー水蛇退治

「ヘラクレスの12の功業」の2番目はレルネーの水蛇退治です。Tírýns や Árgos の町と国道を隔てた反対側は、当時は Lernē（現在は ^{レルナ}Lerna）と呼ばれる山に囲まれた細長い沼地で、ここが水蛇退治の舞台となった所です。

★エピダウロス (Epidauros)

さていよいよ古代医学のメッカ Epidauron へ向かいます。ナフプリオンからは29 km、約30分車に揺られる道のりです。小高い山合いの、うねうねと曲折する細い山道で、大体は石灰岩むき出しの不毛の山肌を見せていますが、ところどころオレンジやオリーブの林が見られます。当時はアテネから海路を利用したとも言われています。

★エピダウロスの遺跡

エピダウロスの遺跡は、ベニディア山とカラニイ山との谷間の広大な松林の中にあります。ちょっと明治神宮を思わせるような荘厳な神域です（図2）。



図2：エピダウロスの神域

劇場へ向かう道路の左側に、アスクレーピオス神殿、アルテミス神殿、宿泊所兼治療所（^{アバトーン}Abatōn）、浴場、競技場などの遺跡がありますが、今はほとんど倒壊し、礎石だけしか残っておりません（図3）。しかしここでは、1881年に、神殿の建築の方法やかかった費用などが書かれた数多くの石碑が発見されており、それによって当時の様子をかなり正確に知ることができています。

★アスクレーピオスの神話

アスクレーピオスは太陽神アポローンとコロニスの子ですが、彼がまだ胎内にいる時に、母親のコロニスは不義を働いてしまいました。カラスの告げ口でこれを知ったアポローンは、怒って妻のコロニスを殺しましたが、火葬の薪の中から胎内にいたアスクレーピオスを救い出し、山中にいた半人半獣の怪物ケイローンに我が子を預けました。ケイローンはこの子を大事に養育し、とくに医術を一生懸命教えたため、アスクレーピオスは成人した後、とうとう医学の神様になったのです（図4）。ついでに告げ口をしたカラスにも罰として真っ白な羽を真っ黒に、美しいさえずり声をぎゃーぎゃーいう声に変えてしまったのです。

ところでケイローンは生まれつき手が器用だったので、ギリシア語の“手”を意味する ^{ケイル}cheir にちなんで Cheiron と名づけられたのです。この cheir に ergon（仕事）が付いた cheirourgos（手仕事）からできたのがドイツ語の ^{ヒルルギー}Chirurgie（外科）、さらにフランス

こぼれ話

ギリシャといえばオリーブ油ですが、あのやせた土地で得られる農作物のなかで、オリーブ油は重要なカロリー源で、「古代のバター」とも称されています。

さてその olive oil という英語ですが、考えてみればまことにおかしな言葉です。そもそも英語の oil もドイツ語の Öl も、ギリシャ語の elaia（オリーブ樹）→elaion（オリーブ油）から、ラテン語の oleum、フランス古語の olife を経てできた言葉ですので、olive とまったく同じ意味、すなわち同語反復なのです。

またこの oleum から、oleic acid、phenol などの言葉ができたことは、ご承知のとおりです。





図3：アスクレーピオスの神殿跡

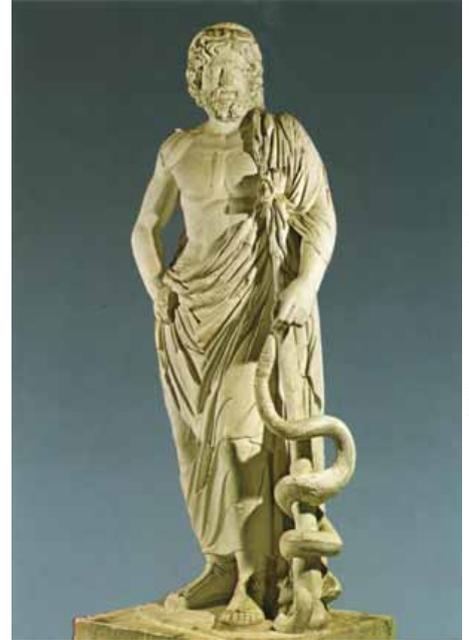


図4：アスクレーピオス像（エピダウロス博物館）

語の *cirurgie* を経て、*serurgie* → *surgerie* → *surgery* と変化してできたのが英語 *surgery* (外科) です。

★アスクレーピオスの家族

医神 ^{アスクレーピオス} Asklepios の生い立ちに関する神話や、彼の妻の ^{エピオーネ} Epione (鎮痛)、息子の ^{マカオーン} Machaon (外科) と ^{ポダレイリオス} Podalirios (内科)、娘の ^{パナケイア} Panakeia (すべての病気を治す女神)、^{ヒュギエイア} Hygieia (健康の女神) など、この一家はみんな医療に関係していましたので (図5)、当時の人々はアスクレーピオス神殿を現代の総合病院のように考えていたのです。紀元前4世紀頃の最盛期には、ギリシャ、トルコ、イタリアも含め330カ所に彼の神殿が建てられ分祀されていたそうです。



図5：アスクレーピオスの家族

アスクレーピオスの神像は、長衣をまとい、左手には1匹の蛇が巻きついた杖を握った姿で描かれています (図4)。この杖が現代西欧社会で医学のシンボルマークとなっていることはご存じのとおりです。

★アスクレーピオスの神殿医療

それでは当時この神殿ではどんな治療が施されていたのでしょうか？ 患者はまず聖なる泉で沐浴して身を清め、神殿に祈りを捧げた後、神へ贈り物や犠牲を捧げました。それは食物であったり、動物であったりでしたが、後年になると、雄鶏がとくに一般的になりました。

次に患者たちは ^{アバトーン} Abaton (治療室) に入り、白衣を着せられて、^{クリネー} klinē (寝いす) に横たわり、通常毛

皮でできたふとんの中で神の訪れを待つのです。この堂の天井裏には送声管が仕込まれていて、夜患者が寝ている時、夢うつつの間に、蛇、犬、鷺鳥などを連れた神官が“病気は必ず治る”という暗示の言葉を送って聞かせました。患者はこれを神の声と信じ、自己暗示によってそれだけで治ったものも多かったようです。犬は侵された部分をなめ、鷺鳥は腫れ物などを咬み、蛇は女性の不妊を治療するために腹の上に置かれました。神官自身は局所を手で叩く、薬を投与する、外科手術を行う、指示や忠告を与えるなど、いろいろな種類の治療法を用いました。

結局、初期の医術はもっぱら入浴、睡眠、安静、暗示などが主だったようですが、水・泥浴、マッサージ、寒中の素足ランニングなどの理学的治療、運動療法のほかに、薬草の投与、聖水の飲用、飲食物





図6 神殿の復元模型



の節制，かん腸なども行われていたようです。

★博物館

アスクレーピオスの聖域と道路を隔てて反対側に、博物館があります。ここには、神殿の復元模型（図6），病気の治療法を刻んださまざまな石板，青銅製の外科手術の道具類（図7），上述のアスクレーピオス神殿建築の費用などを記録した石碑などが展示されています。

また当時，彼らが治った自分の体の器官を粘土，青銅，黄金などで作り，これを神殿に奉納したものが残っており，これが当時はやった病気の種類を知るうえで，貴重な資料になっています（コリントス編：vol. 55，9月号参照）。

★古代円形劇場（Archáion Théatron）

博物館から木立の中のなだらかな坂道を少し上ると，壮大な劇場跡に達します。紀元前4世紀頃に建てられた1万4,300人を収容する巨大な円形劇場ですが，ギリシャ全土に数多く残っている古代劇場のなかでも，もっとも保存のよいものといわれています（図8）。



図8：古代円形劇場



図7：当時の外科用具

ちなみに，英語の theater はこの Théátron からできた言葉で，その語幹の théá は“眺める”という意味なのです。

演劇は庶民の娯楽というよりは，むしろ学校がない時代の教育の場として重要な役割を果たしていたといわれています。またアスクレーピオス神殿のような医療施設にも劇場が付属しているところを見ると，観劇も精神・心理療法の一翼を担っていたようです。

ギリシャでは，アテネやタソス島など各地の劇場遺跡を利用して，今でも古代ギリシャ演劇が上演されていますが，毎年7－8月にこのエピダウロスで催される公演が最高とされています。

★オルケストラ（演舞場）

ギリシアの古代遺跡の劇場には，観客席に囲まれた一番下の所に，円形または半円形の ^{オルケストラ} orkhéstra と称するいわゆる舞台が造られており，ここで合唱団が歌ったり，踊ったりしました。しかし，合唱や舞踊よりも演劇に主体が移ってから，このオルケストラの背後にさらに舞台が造られて，その左右や後ろに楽屋が造られるようになったのです。

現代英語で ^{オーケストラ} orchestra といえば「管弦楽団」を意味しますが，その語源はギリシャ語の orkhéstra（舞台）で，さらにその元は orkhéisthai（踊る）なのです。





ようこそ 日本病院会へ

新入会員の紹介

(同院は平成20年8月の本会入会)

医療法人 成春会

北習志野花輪病院

千葉県船橋市習志野台2-71-10 TEL 047-462-2112

理事 長 とも の まさひろ
伴野 昌厚

千葉県船橋市の医療に根ざして50年。

◆沿革・立地条件◆

千葉県船橋市に昭和57年4月に開院し26年目を迎えました。当院の前身となる結核療養所として昭和31年に開設以来50年を迎え閉院いたしました花輪ヶ丘病院より、平成19年9月に人工透析センターを移設しております。

立地条件は新京成線北習志野駅徒歩8分の住宅商業地域にあります。また、東葉高速鉄道開通により東京日本橋より地下鉄にて32分で結ばれました。近隣は設立35年の団地群、東京へ通勤する若い世代の新興住宅地、農家等が集中し、町内約3万6,000人の住民がおり、患者年齢も幼児より高齢者まで幅広い年代の方が来院されます。

◆法人の特色◆

当法人は昭和42年より大蔵大臣の『特定医療法人』認可を受けた公益性の高い医療法人です。現在は北習志野花輪病院、花輪クリニック、在宅支援センター、訪問ヘルパーと1病院1クリニックと在宅関連業務を運営しております。

花輪クリニックは、千葉県の中核都市である船橋市の船橋駅前、フェイスビル内にあり、総合健診センターは各種機関から機能認定を受け、都内県内の多くの健康保険組合、企業との契約を頂いております。人工透析サテライトでは勤務帰りの方が透析できるよう夜間透析も行っています。健診後のフォローや入院透析の必要時、急変時には北習志野花輪病院が後方支援病院となっているほか、地域連携病院として順天堂浦安病院、順天堂医院ほかに対応をお願いしております。

◆当院の特色◆

- 35年の実績経験のある人工透析センター 昭和50年より透析機器設置を行い診療を行っておりました花輪ヶ丘病院の機能移転に伴い、技術と知識をそのままに、設備を一新し新規に透析センター（30床）を平成20年9月に設置いたしました。治療には糖尿病性の疾患からの透析を食い止めるべく糖尿病内科医等との連携も重視して行っております。
- 人工関節脊椎センター 人工関節脊椎センターは平成20年9月に新設されました。人工関節置換術（平成19年度実績168件）、脊椎手術を得意としております。『市民の為の健康講話』と題し膝の痛みの対処法や相談を受ける講演会



を行っております。現在では日本全国、海外からも人工膝関節置換術を受けに来院されます。手術においても、感染事故防止、術後の経過向上のため日々努力を続け、基礎学会・臨床学会報告等も行っております。

●地域一線病院として 来院者の年齢層が広い為、外傷から高齢者の老衰まで多岐に渡ります。そのため、急性病棟から療養病棟への転院、高度医療を必要とされる場合には高度医療機関への紹介、術後療養リハビリ目的の他院からの受け入れを行っております。

◆おわりに◆

当院は、院長を初めスタッフ一同地域の医療向上のため、日々努力しております。地域住民のライフサイクルの変化や医療制度の変化を踏まえ、高度医療機関との連携をはかりつつ、地域住民の医療ニーズに応じた診療機関として地域貢献をめざしております。

病院概要

URL : <http://www.hanawa.or.jp>

病床数 : 147床 (一般56床 療養型病床91床)

診療科目 : 内科・消化器内科・循環器内科・神経内科・糖尿病内科・呼吸器内科・リウマチ科・外科・消化器外科・透析外科・内視鏡外科・整形外科・小児科・皮膚科・耳鼻いんこう科・眼科・リハビリテーション科

平均外来患者数 : 450人/日 平均入院患者数 : 133人/日

併設施設 : 人工透析センター 30床・人工関節脊椎センター

系列施設 : 花輪クリニック・(総合健診センター・人工透析サテライト)・花輪在宅介護支援センター・花輪ヘルパーステーション



ようこそ 日本病院会へ

新入会員の紹介

(同院は平成20年9月の本会入会)

塩竈市立病院

宮城県塩竈市香津町7-1 TEL 022-364-5521

院長 **伊藤 喜和**
いとう よしかず

塩釜地域唯一の公立病院として、 地域医療の充実に努めています。

■当院の理念

◎院是

信頼，貢献，誠意

◎基本理念

- 一. 塩竈市立病院は、良質な医療を行ない信頼される病院を目指します。
- 一. 塩竈市立病院は、地域住民の健康な生活に寄与します。
- 一. 塩竈市立病院は、患者さんに明るく思いやりのある心で接します。

■当院の沿革・概要

当院は昭和20年10月に塩竈市に開院しました。現在病床数199床で一般病棟161床，療養病棟38床です。診療科として内科，消化器科，呼吸器科，循環器科，神経内科，外科，小児科，整形外科，耳鼻科，眼科，皮膚科，産婦人科，麻酔科，泌尿器科，リハビリテーション科があります。

消化器系の疾患が多く，経鼻内視鏡，ハイビジョンのファイバースコープ及びアルゴンプラズマ凝固装置等を使用し，上部，下部消化管の診断，内視鏡治療にあたっています。

また，肝臓の疾患も非常に多く，慢性肝炎の治療，肝硬変，肝臓がんの治療が積極的に行われており，特に外科では肝臓切除療法を中心に，ラジオ波焼灼，肝動脈塞栓術，肝動注化学療法などあらゆる治療が行われ，多くの症例が集まっています。

そのほか，健康管理センターでは，人間ドック，脳ドック等各種健診を行っています。

医療福祉部も設置されており，その中に医療福祉科・介護保険科と在宅ケア科があり，高齢化に伴い増加する在宅療養中の患者さまに対しては訪問看護，



訪問診療等を全科の医師で担当しています。

その他，1996年から他の病院に先駆けてクリティカル・パス委員会を立ち上げてパスを作成し，1997年1月より大腸がんの内科，外科パスを施行しています。パス委員会は月1回，さらに3～4カ月に1回パス大会を開催しており，多くの医師，看護師，薬剤師等が熱心に参加しています。

■臨床研修病院として

当院では，卒後研修医のための臨床研修指定病院（管理型）となっております。研修指導医のもと，2年間の臨床研修プログラムに基づき医師の研修指導に力を注いでいます。

■おわりに

塩釜地区は塩竈市，多賀城市，松島町，七ヶ浜町，利府町の2市3町で構成されており，人口は約20万あります。昨今の医療制度改革，医師不足問題等，大変厳しい状況下にあります。塩竈市立病院はこの地域唯一の公立病院として，今後さらにより良い医療体制の構築を目指してまいりたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。



続 調剤薬局の台頭と薬剤師への期待

筑波大学社会医学系 教授
「診療報酬制度」講師

大久保 一郎

前回私がこの巻頭言を担当したのは3年ほど前で、その時のタイトルが「調剤薬局の台頭、薬剤師への期待」であった。この内容を記憶している読者はほとんどいないと思うが、今回はその続きのようなものを考えてみる。前回の内容は私も正確に記憶しているわけではないが、その概要は以下である。

「国民医療費を施設別で見ると、調剤医療費がついに歯科を抜いて、現在は病院、診療所に次ぐ第3位に台頭してきた。また調剤薬局の売り上げも歯科診療所を上回っている。この要因は、国が強力に進める医薬分業政策にある。薬剤師はますます患者との距離が近くなり、調剤室内での業務のみではなく、質の高い服薬指導が期待され、それに応えられるか否かが将来の薬剤師の運命を決めるものである。」

少し大げさな表現であるが、薬剤師にエールを送るものである。私は日本病院会の通信教育では診療報酬制度を担当している。毎年熱心な受講生と一緒に勉強してよい刺激を受けているが、その講義で使用する自身お気に入りの図表のなかに、今回のテーマに関するものがあるのでこれを紹介する。

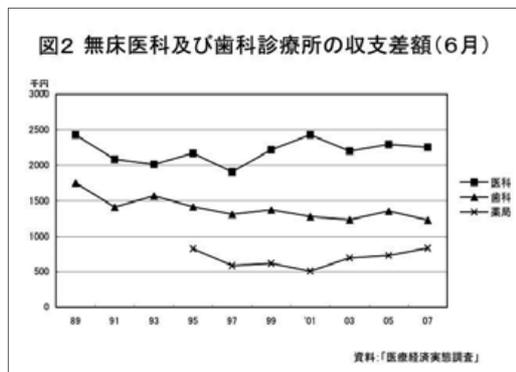
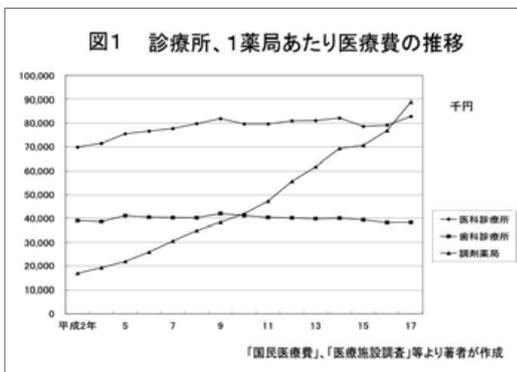
図1は私のオリジナルであり、医科診療所、歯科診療所、調剤薬局の1年間の収入をマクロ的に推計したものである（前回もその一部は掲載した）。単純に、分子をそれぞれ国民医療費の医科診療所、歯科診療所、調剤の医療費とし、分母を診療所数、歯科診療所数、保険薬局数とした。医科、歯科診療所がほとんど横ば

い状態であるにも関わらず、調剤薬局のみが順調に右上がりの傾向を示している。平成11年には歯科を抜き、ついに17年には1年間の収入が約9,000万円に達して医科をも追い越した。これはマクロ的な疎な分析ではあるが、その傾向は正しく示されていると思う。この図はある歯学部講義でも使用して、学生には悪い冗談として、「歯学部より薬学部に入ったほうが良かったのでは」と発言すると、学生から嫌な顔をされる。今後は医学生の前でも同じ話をしなければならなくなった。それほどまでに医薬分業が進展していることがうかがえる。

一方、図2は医療経済実態調査によるものであり、各機関の6月における医業収支差額（医業収入－医業費用）を示したものである。図1と明らかに異なる傾向がある。1つは薬局の右上がりの傾向がなく、医科、歯科と同様に横ばいである。歯科はむしろ緩い右下がりの傾向にある。もう1つは調剤の値が最も低いことである。調剤は薄利多売という傾向にある。薬価差益がほとんど期待できない状況では、調剤薬局では売り上げは増加しても、大きな利潤は期待できないと思われる。医科と歯科との経営状況とは明らかに異なる経営状況が示された。

薬剤師への期待は医薬分業の進展に伴いますます大きくなるが、儲かるか否かという点では期待以上ではなく、その意味で薬剤師には今後より高い職業倫理が求められるであろう。なお、図1のみでなく、図2も

併せて歯科医学生に説明すると、その表情に安堵感がみなぎってくる。その変化を観察してみると、私の秘かな授業の楽しみみの1つでもある。





平成20年度 第5回 定期常任理事会 議事抄録

日 時 平成20年8月30日(土) 13:00～17:05
場 所 社団法人日本病院会 5階会議室
出席者 (会長) 山本 (副会長) 池澤, 佐藤, 堺, 大井, 村上, 宮崎(忠)
 (常任理事) 宮崎(瑞), 石井(暎), 梶原, 齊藤, 木村(壯), 末永, 松本(隆), 武田(隆久), 小川(嘉), 中島, 土井, 安藤, 須古
 (監事) 柏戸, 中川 (代議員会副議長) 野口 (顧問) 奈良
 (第49回日本人間ドック学会学会長) 片岡
 (参与) 行天, 岩崎, 松田, 宇沢, 小川(久常会長の代理), 渡辺
 (委員会委員長) 宮下, 高橋, 藤原, 関口, 岡留, 星, 有賀, 佐合
 (支部長) 西村, 三浦, 福田, 福井, 高野
 (新入会員) 石井(登米市立佐沼病院 院長), 青山(中央林間緑野病院 理事長), 田中(田中病院 理事長・院長), 村上(広島市総合リハビリテーションセンターリハビリ病院 病院長), 上林(愛知県・一宮西病院・いまいせ心療センター 理事長)

総勢49名が出席

村上副会長の議事進行により会議に入った。

開会に際し山本会長から、地域により集中豪雨があり、被害に遭われた会員にはお見舞い申し上げたい。8月20日には、福島県立大野病院事件に対する福島地裁の判決に対し、福島地検は控訴しないと報道された。この件に関し、協議事項において役員各位のご意見を拝聴し、適切に対応したいと述べた。また、先般、長崎県支部支部長が福井順先生から福井洋支部長に交代されている旨の紹介後、挨拶を頂いた。

挨拶後、山本会長から、会議定足数として、定数25名中、出席18名、委任状5通、計23名(過半数13名)で会議が成立している旨の報告後、議事録署名人に、齊藤壽一、武田隆久両常任理事を選任し議案審議に入った。

冒頭に5月31日に入会された5施設の代表者から施設紹介が行われた。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

村上副会長から、正会員の入会1件、正会員の退会5件、賛助会員の入会1件、退会撤回施設1件の届出について逐一紹介があり、協議の結果、届出を承認した。

(正会員の入会1件)

- ①北海道・医療法人 北習志野花輪病院 (会員名: 伴野昌厚理事長)

(正会員の退会5件)

- ①北海道・市町村 留萌市立病院
 ②北海道・医療法人 旭豊会 旭川三愛病院
 ③北海道・医療法人 圭仁会 佐藤病院
 ④北海道・医療法人 明日佳 白石江仁会病院
 ⑤静岡県・医療法人 真養会 田沢病院
 (退会の撤回: 西村北海道支部長の慰留)

- ①北海道・医療法人・荒木病院

(賛助会員の入会)

- ②A会員・東京都 (株)リジョイスカンパニー
 (平成20年8月30日現在)

・正会員2,656会員

・賛助会員237会員 (A会員97会員, B会員100会員)



D 会員40会員)
・特別会員245会員

2. 関係省庁および各団体からの依頼等について

村上副会長から、下記依頼事項について逐一説明があり、協議の結果、依頼を承認した。

(継続：後援・協賛等7件)

- ①第58回「日本理学療法学会」(全国病院理学療法学会)の後援名義使用
- ②第7回「医療機関広報フォーラム」(日本広報協会)の後援名義使用
- ③「平成20年度臨床検査普及月間」(日本衛生検査所協会)の協賛名義使用
- ④「コージェネレーションシンポジウム2008」(日本コージェネレーションセンター)の協賛名義使用
- ⑤「第28回医療情報学連合大会(第9回医療情報学会学術大会)」の協賛
- ⑥「第25回ニューメンブレテクノロジーシンポジウム2008」(日本能率協会)の協賛名義使用
- ⑦「第30回フード・ケータリングショー」(日本能率協会)の協賛名義使用
(委員(7/26承認):交代)

- ①ISO / TC215国内対策委員会委員(医療情報システム開発センター)の交代、村上副会長から大井副会長への交代
(新規：後援・協賛等2件)
- ①「医療機器情報コミュニケーター(MDIC)認定制度講習会」(日本医療機器学会)の後援名義使用依頼
- ②衛星通信による院長・事務長・看護部長合同研修会「医療従事者から選ばれる職場づくり」(日本看護協会)後援依頼
(新規：委員推薦)

- ①平成20年度厚労省委託事業「平成19年度病院経営管理指標」企画検討委員会(みずほ情報総研(株)社会コンサルティング)委員の推薦依頼
推薦候補者：堺・宮崎両副会長

3. 人間ドック健診施設機能評価認定施設の指定について

宮下理事から、新規認定施設1件の申請があり、協議の結果、指定を承認した。

- ①東京都・財団法人 明治安田厚生事業団 新宿健診センター

4. 特定健診・特定保健指導に関わる検討会の設置について

村上副会長から、これまでは特定健診・特定保健指導の実施にあつては厚生労働省(健康局、保険局)に検討会が設置され特定健診・特定保健指導の在り方、実施等について検討されていたが、検討会が終了した後、特定健診等の受診、決裁代行等の課題が発生している現状にある。今般、日本医師会から、これらの課題を検討するため、厚生労働省に係関係局が一体となった検討、協議する場の設置についての要望依頼が届いた。本件に関し、日本人間ドック学会は賛成の意を示している旨の説明があり、協議の結果、検討会の設置要望を本会は承認した。

5. ホスピタルショー委員会の設置について

村上副会長から、7月26日の常任理事会で委員会の設置が承認され、委員構成について検討し、ホスピタルショーの運営に係わり合いの深い委員会の委員長を構成とした(案)を作成したことが述べられ、委員構成について検討された。協議の結果、原案どおり承認された。また、山本会長から、本事業については、本会と日本経営協会の協力事業であり、日本経営協会内に設置されている3つの委員会についても本会から委員派遣をしたいと述べ、下記人選について就任を承認された。

(日本病院会)

- 委員長 大道 久(日本大学医学部 社会医学系 医療管理学分野 教授)
- 委員 有賀 徹(幹部医養成委員会委員長・昭和大学病院 副院長)
- 委員 大道道大(ITシステム委員会委員長・森之宮病院 理事長・院長)
- 委員 佐合茂樹(事務管理者委員会委員長・木沢記念病院 病院長補佐)
- 委員 佐藤真杉(感染症対策委員会委員長・佐藤病院 理事長)
- 委員 高橋正彦(救急医療委員会委員長・茨城西南医療センター病院 院長)



委員 宮崎久義 (医療安全対策委員会 委員長・
国立病院機構熊本医療センター 名誉院長)

(日本経営協会)

①ホスピタル委員会

高橋正彦 (救急医療委員会委員長)

②保健医療福祉部会

大道道大 (IT システム委員会委員長)

③医療情報部会

佐合茂樹 (事務管理者委員会委員長)

【報告事項】

1. 各委員会等の開催報告について

各種委員会の開催報告が下記のとおり行われ、了承された。

(1) 診療情報管理士教育委員会・専門課程小委員会 (第4回・7月28日・第5回・8月8日・報告者:大井副会長)

①第2回診療情報管理士アンケートの実施について

集計結果を元に報告手順を確認。

②教科書の改訂について

第6・7章の改定内容(案)を検討。

③平成20年度前期試験について

郵送試験を平成20年9月16日～29日実施。会場試験を平成20年9月14日とした。

④第2回診療情報管理士アンケートの実施について
第34回日本病院学会時に報告する内容を検討。

(2) 診療情報管理士教育委員会・基礎課程小委員会 (第2回・8月1日・報告者:大井副会長)

①「診療情報管理士テキストⅠ・Ⅱ」の改訂について

改訂内容,方法を検討。委員が各担当章の講師から意見を確認し編集作業に入る。

(3) 診療情報管理士教育委員会・分類小委員会 (第3回・8月4日・報告者:大井副会長)

①教科書の改訂について

現行の教科書(第4版第3刷)の内容検討を実施。

②前期スクーリング資料について
実施要領を確認等。

(4) 平成20年度コーディング勉強会(平成20年7月26日～8月25日開催分・報告者:大井副会長)
28会場,647名の受講。

(5) 日本診療録管理学会・倫理委員会(第3回・8月11日・報告者:大井副会長)

①診療録記載指針WG(仮)について

診療情報ガイドラインWGに改称し,7項目をテーマとして今年度対応とした。テーマとしては,地域連携における診療情報,DPC,死亡診断書の書き方等。

(6) 日本診療録管理学会・理事会・評議員会・総会(8月20日・報告者:大井副会長)報告前に有賀学術大会長への謝辞が述べられた。

①平成19年度事業報告の件

②名誉会員の推挙について

秋山洋,奈良昌治両氏の就任を承認。

③第36回学術大会について

平成22年は,夏川周介(佐久総合病院院長)を学術大会長として開催。

④日本診療録管理学会の改称について

平成21年4月1日より,「日本診療情報管理学会」と改称。

⑤会費値上げについて

平成21年4月より年会費8,000円(現行5,000円)とした。

(7) 日本診療録管理学会・診療情報管理士生涯教育研修会(8月21日・報告者:大井副会長)

①昭和大学上條講堂を会場とし,受講者384名の参加。

(8) 認定個人情報保護団体審査委員会(8月4日・報告者:大井副会長)

①認定個人情報保護団体の体制について

認定個人情報保護団体として審査委員会を設置し,個人情報保護推進室は総務部が対応。

②苦情処理対応について

審査委員会で対応策等を検討。

(9) 地域医療委員会(第8回・7月30日・報告者:村上副会長)



- ①当面の諸問題
小児科，産科の医師偏在の問題点を検討し，国が一律に集約化することを問題視した。
- ②後期高齢者医療制度について
国民皆保険制度の理念を根本より破壊する仕組みであると問題提起し，次回委員会での整理，検討を実施等。
- (10) 精神科医療委員会（第1回・7月30日・報告者：中島常任理事）
- ①今後の活動について
初回の会議であり，今後の対応として，精神科医療の実態に即した諸問題を検討するため，本委員会の下に小委員会を設置し対応。
- ②当面の諸問題について
厚労省の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を参考に，精神科医療改革の方向性を日病として取りまとめる。また，退院後の受け皿の整備，精神科救急医療体制，新医師臨床研修制度の在り方についても検討。
- (11) 公益法人制度見直しに係るプロジェクト委員会（第1回・8月6日・報告者：池澤副会長）
- ①公益法人制度改革について
公益法人制度改革に伴い，本会が公益社団法人，一般社団法人を採択するかを検討，他団体の現状報告。
- ②今後の対応
公益社団法人としての認可の可能性について検討。
- (12) 医療制度委員会（第6回・8月6日・報告者：池澤副会長）
- ①医師臨床研修制度の見直しについて
厚労省・医道審議会・医師臨床研修部会において，研修プログラム作成を弾力化するためのモデル事業の実施，マッチング制度の対象外の取扱，臨床研修病院の指定基準の改正の3点について意見交換を実施。
- ②医療機関に於ける関係職種間の役割分担実態調査について
調査回答結果を元に報告書案を作成し，「まとめ（考察）」として付記することとし，各委員の意見を加味し次回委員会での再検討とした。
- ③各委員からの意見，提案について
高橋アドバイザーから「医療費」および「医療過失と医療系ブログ」についてと題し，問題点の指摘，意見交換を実施。
- (13) 第5回人間ドック施設認定小委員会／人間ドック健診施設機能評価委員会合同委員会（8月7日・報告者：宮下理事）
- ①人間ドック健診施設評価について
申請状況を報告。
- ②機能評価票作成のためのワーキンググループ開催について
X線検査・超音波検査の読影ダブルチェック体制については，再検討する。
- ③サーベイヤー委員会について
11月7日のプログラム案の紹介。
- ④平成21年度の更新施設等について
標記対象施設は，約70施設。
- ⑤健保連等との指定契約施設について
機能評価認定施設として認定された3施設の契約を実施。
- (14) 統計情報委員会（第3回・8月19日・報告者：齊藤常任理事）
- ①DPCについてのアンケート調査について
第一次集計結果を元に第二次（クロス）集計の内容を検討。第一次集計結果の概要についての報告。
- (15) インターネット委員会（第3回・8月25日・報告者：武田常任理事）
- ①日病ロゴマークについて
7月末で公募を締め切り，有効応募数186点について検討し，委員会としては，6点に絞り，会長・副会長会議，理事会での意見を参考とした。
- ②Web中継試験運用について
9月19日（金）の医療安全管理者養成講習会を中継とし，サテライト会場は日病とした。
- ③学会記録動画について
第58回日病学会および第34回日本診療録管理学会学術大会の動画記録を実施。
- ④第59回日病学会でのシンポジウムについて
「地域医療連携パス」を取り上げたシンポジウムを企画。



(16) 雑誌編集委員会 (第5回・8月21日・報告者:星委員長)

①日病雑誌9月号及び10月号の企画・編集について

9月号の特別講演は平成20年6月に開催した「医療の質を考えるセミナー」での講演「日本の医療を考える～その現状と今後の動向～」(山本会長),「平成20年度の診療報酬改訂の意図するもの・問題点」(徳田禎久・北海道病院協会理事長)のほかシンポジウムを掲載。10月号については、第58回日本病院学会を特集とした。

2. 四病協関係について

下記会議の開催報告が実施され、了承された。

(1) 医療保険・診療報酬委員会 (第5回・8月1日・報告者不在のため報告書一読)

①中医協等報告について

7月16日開催の総会,7月30日開催のDPC評価分科会の概要報告。

②日病協・診療報酬実務者会議の対応について

5項目の検討項目について出席委員との意見交換を実施し,入院医療,外来医療,入院基本料についてまとめ方についての方向性を確認した。

③「安心と希望の介護ビジョン」で医療従事者の数,役割等が具体的な政策として取り上げられている件の方向は社会保障審議会医療部会等での審議が予想されるとの報告。

(2) 社会保障の財源問題を考える勉強会 (拡大勉強会) (第4回・8月21日・報告者:村上副会長)

①「社会保障の財源について」京都大学理事・副学長の西村周三先生から講演をいただく。内容は,財源の種類と予備知識,社会保険料,埋蔵金問題と税等について拝聴し,出席者との意見交換を実施。

(3) 総合部会 (第5回・8月26日・報告者:山本会長)

①8月21日に開催した社会保障の財源問題を考える勉強会 (拡大勉強会) の報告。

②日医「地域医療対策委員会」の委員交代について

全日病から推薦している徳田禎久常任理事から,神野正博理事への交代報告。

③日病協の諸会議について

代表者,診療報酬実務者会議の現状報告。

④「メディカルスクール検討委員会報告書(案)」,福島県立大野病院事件の福島地裁判決について本日の協議事項での対応とし,割愛した。

⑤日医・四病協懇談会の開催について

9月24日開催に際し,事前に議題提出を行うこととした。

3. 日病協諸会議について

下記会議の開催報告が実施され,了承された。

(1) 実務者会議 (第37回・8月20日・報告者:齊藤常任理事)

①委員の交代について

労働者健康福祉機構の委員(金井委員)交代を了承した。

②検討事項について

前回検討項目として挙げられた5項目についての基本的考え方,問題点を再検討し,今秋取りまとめを予定。(ア)医療提供体制については,入院医療のあり方,外来医療のあり方。(イ)診療報酬については,入院基本料のあり方,リハビリテーションのあり方,DPC診療報酬のあり方。

(2) 代表者会議 (第48回・8月22日・報告者:山本会長)

①平成21年1月から発足する「産科医療補償制度」について上田産科医療補償制度事業管理者からの概要説明。

②DPCレセプト提出時における包括部分に係る診療行為内容の添付について厚労省保険局医療課の中田課長補佐からの概要説明。

③診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会の報告について

7月30日に開催された分科会の概要報告。

④第37回診療報酬実務者会議の報告について

8月20日開催の概要報告。

⑤診療行為関連死の死因究明制度創設に係る公開討論会の報告について

7月28日に日本医師会で開催したが,協議事項としての関係から割愛した。

⑥医療安全全国共同行動・キックオフ・フォーラ

ム in 関西の報告について

7月26日に兵庫医科大学・平成記念会館での開催報告。医療安全全国共同行動推進会議の高久議長、山本日病協議長が出席。

⑦原油価格の高騰に伴う診療報酬改定の要望について

中医協の場で邊見委員が発言内容に関する現状について緊急実態調査を実施することとした旨の報告。

4. 中医協について

下記会議の開催報告が実施され、了承された。

(1) 7月30日(水)DPC 評価分科会 (報告者: 齊藤常任理事)

議題として「調整係数の廃止に伴う機能評価係数等」が挙げられ、松田研究班が検討している①医療機関機能別の診療内容の評価、②ICUの評価、③病理専門医の存在割合、④地域での役割の評価方法の検討(4疾病5事業の評価)、等の現状報告ののち、昨年、中医協・基本問題小委員会等で検討された「調整係数の廃止及び新たな機能評価係数の設定」の考え方を元に今後対応されることが予想される。

(2) 8月27日(水)総会 (報告者: 石井常任理事)

保険局から、「一般病棟に長期入院している高齢の脳卒中患者・認知症患者に関する診療報酬に係る経過的な措置について」説明。

①制度の概要

急性期の入院医療を提供するための病棟である一般病棟に90日を超えて入院する高齢者については、難病患者や重度の障害者等、密度の高い医療を必要とする患者を除き、平成10年から診療報酬・入院料が減額されることとされている。平成20年度改定において、一般病棟が本来担うべき役割を明確にするため、対象患者の見直しを行い、脳卒中患者や認知症患者のうち、重度の意識障害、人工呼吸器装着、喀痰吸引等のない患者についても診療報酬を減額することとし、半年間の準備期間を設け、10月から実施することとした。

②経過的な措置

一般の対象患者の見直しにより、退院を迫られ

る患者が生じることの無いようきめ細やかな配慮を行う(具体的には、既に入院している患者、疾病発症当初から当該病棟に入院した新規患者のうち、医療機関が退院や転院に向けて努力をしている患者については、機械的に診療報酬の減額の対象とすることはしない)。

5. 第34回日本診療録管理学会学術大会の開催報告について

有賀学術大会長から、8月21日(木)~22日(金)東京・昭和大学上條講堂で開催した学術大会の開催報告があった。テーマ「医療における社会状況と診療録管理」と題し、参加者は延べ3,462名であり、学術大会の開催にあたって役員各位へ謝辞が述べられた。

6. 第49回日本人間ドック学会学術大会の進捗状況について

9月11日(木)~12日(金)、徳島市で開催される学術大会の進捗状況として、片岡学術大会長から報告があった。学術大会のテーマは「厳しい情勢下の人間ドック」とし、「アスティとくしま」等を会場にし、特別講演①「メタボリックシンドロームの分子メカニズムと対策(住友病院松澤祐次院長)」, ②「医療経済学から見た生活習慣病対策(東京医科歯科大学川淵孝一教授)」, 教育講演5題, ランチョンセミナー10題を予定し、また、一般演題は371題という現状にある。また、学術大会前日には、ドック学会理事会、学会終了後には、認定医研修会を予定している。事前登録は現在、1,000人ほどであるが、当日の台風等の天候を懸念している旨の報告が述べられた。

7. 日本医師会・第1回医師の団結を目指す委員会の開催報告について

佐藤副会長から、当委員会は唐澤会長から、「医師の団結に向けた具体的方策について」諮問があり検討することとなった。趣旨としては、病院勤務医も開業医も協力を図り、医師の質の向上を図りたいものと思われる。当日は、日本医師会の入会メリット、会員数、組織率等が資料提出された。10名で委員構成され当日の委員会では、日本医師会に対し、入会メリット、代議員定数、救急医療への支援体制等に



ついて意見提出を行った旨の報告があった。

8. (財)医療情報システム開発センター第1回 ISO / TC215国内対策委員会の開催報告について

村上副会長から、先ほど承認事項で大井副会長に委員交代が承認された委員会であり、8月8日(金)に初回の会議が開催された。本委員会では、医療システムのソフトウェアには、医療機器組み込みのものとは機器と独立して販売されるものがあり、そのソフトウェアが原因で安全性を損なうことがあることから、開発段階、使用段階でのリスク管理が必要となる。これを補うために国際的な標準化を図ろうとする検討が行われた旨の報告があった。

9. 平成20年度病院長・幹部職員セミナーの開催報告について

大井副会長から、8月7日(木)～8日(金)に開催した平成20年度の病院長・幹部職員セミナーの開催に際し、役員各位の協力にお礼を述べた。当日の参加者は、198施設234名の参加があり、盛會に終了した。来年度については、宮崎副会長が担当となる旨の報告があった。

10. 日本学術会議・医療のイノベーション公開シンポジウムの開催報告について

山本会長から、8月25日(月)に日本学術会議会議室を会場として公開講演会(医療のイノベーション～信頼に支えられた医療の実現のために～)を開催した。開会にあたって、桐野高明国立国際医療センター総長から、「信頼に支えられた医療の実現のために」の基調講演があり、シンポジウムとして以下の内容で行われた。

- ①「医療アクセスの国際比較」(田中滋 慶応義塾大学大学院 教授)
- ②「医療現場からみた課題」として私が発表した。
- ③「社会システムデザイン」手法による医療システム改革の提案(横山禎徳 社会システムデザイナー)
- ④「地域医療を守りたい……住民としてできること」(丹野裕子 県立柏原病院の小児科を守る会) また、日本学術会議では国民に信頼される医療の

実現を図るため「医療のイノベーション委員会」を設置し、1年間かけ医療を崩壊させないための検討を図り要望を取りまとめた。事項としては、①医療費抑制策の転換②病院医療の抜本的な改革③専門医制度認証委員会の設置を取り上げている旨の報告があった。

11. 病院勤務医勤務環境改善事業の進捗状況について

池澤副会長から、本会では厚労省から「病院勤務医勤務環境改善事業」について委託を受けている。調査の内容としては、医師が本来業務である診療業務に専念するなど、医師の業務負担の軽減を図れるよう医師の多種多様の事務を補助する医療補助者を配置した試行事業、交代勤務制、変則勤務制等の勤務体制についての実態調査である。事業は、①医療事務補助員配置試行事業②医師交代勤務等導入事業であり、各20施設を予定しており、産科、小児科を診療している役員各位のご協力をお願いしたいと述べた。

12. 診療関連死の死因究明制度創設に係る公開討論会の開催報告について

村上副会長から、7月28日(月)に日本医学会の主催、関係団体の協賛を得、日本医師会館において公開討論会が開催され、381名の聴講があった。当日は、高久日本医学会会長の挨拶に始まり、日本内科学会、日本外科学会、日本救急医学会、日本麻酔科学会、日本医師会、全日本病院協会からの主張が報告された旨の報告があった。

13. インドネシア看護師・介護福祉士候補者の受入れについて

山本会長から、我が国とインドネシアにおける経済連携協定(EPA)に基づき看護師・介護福祉士候補者の受入れが始まり、既に来日し各施設での研修が始まっている。受入れ施設を見ると47施設のうち本会会員が約半数の24施設という現状である。今回来日した候補者は、自国で看護資格を持っているが、信仰、言葉、食事等の問題をクリアし日本の国家試験をパスしなければならないという現状にある旨の



報告があった。

14. 東京大学医学部附属病院の医療経営人材育成コースについて

大井副会長から、東京大学医学部附属病院で実施している「医療経営人材育成講座（第2回）」（10月4日～11月22日の毎週土曜開催）の定員募集に若干の受講可能との報告を受けた。役員各位で受講希望の場合は、申し込みされたい旨の報告があった。

〔協議事項〕

1. 当面の諸問題について

(1) 消費税について

福田愛知県支部長から消費税に対する講演をしていただいた。それによると、我が国の消費税の実態は、①インボイス（伝票・税額票）方式が当然であるのに曖昧・不透明な帳簿方式である。②逆進性対策（複数税率）がない。③税率が低すぎる。④損税、益税が多い。⑤消費税の用途が不透明である等の実態を問題視し、この現状得を打破しない限り我が国の病院経営は荒廃につながる。本会としては、日病ニュースの利用、選挙を利用し、我々医療人の主張を実施、マスコミ等へのPRを行い是正に向けた行動が必要となると結んだ。講演後、池澤副会長から、2000年5月に医療経済・税制委員会として取りまとめた「病院消費税の問題点」から税制控除できない消費税の社会保険医療収入（非課税売上）に対する割合（平成6年度）について公的・私的、精神病院の現状について概要説明が行われた。消費税を国税として考えるならば、直接税である法人税や所得税などの外に間接税として消費税があり、公立・公的病院では国税の負担がないということである。消費税の実態については、本会のみならず、全病院団体の協力を得て、全病院が納入した消費税を推計し全病院がゼロ・サムになるかを検証すること、厚労省からの病院消費税の実態を公表してもらうことの必

要性を訴えたものであると述べた。また、渡辺参与からは、消費税収入が医療保障に充当するよう要望実施することも一方策ではないか旨の意見が提出された。さらに、村上副会長から、四病協の「社会保障の財源問題を考える勉強会」を実施しているが、医療にどのくらい費用がかかるのか把握できない実態にあると報告があった。このほか、梶原常任理事から、タバコ税の導入の動向報告があり、福田支部長から、消費税増税の法律改正については、是非とも推進したく役員各位のご協力を願いたいと述べ、この議案を議了した。

(2) 福島県立大野病院の福島地裁判決について

山本会長から、福島県立大野病院事件については、8月20日に福島地裁は「無罪判決」を出し、本日の新聞報道では、福島地検は控訴を断念したと報じている旨の現状報告を述べた。今回の無罪判決が出たからこの問題が終了したということではなく、真実はどのようなものであったか、どの様にすればこの医療事故が防げたのか等が今回の判決から見えない。医療団体として、今回の判決をどう受け止めるかは非常に重い課題であり、遺族や国民に対し専門的な知見から発信すべきと考える旨が述べられ、この議案を議了した。

(3) 医師法第21条の改正と医療安全調査委員会設置法（仮称）法案の早期成立に係わる要望書（案）について

山本会長から、福島県立大野病院事件の判決を契機に医療安全を確立させるためには、刑事裁判ではなく、医師と患者がともに真相究明し再発防止を図るの必要があり、医師法第21条の改正と医療安全調査委員会設置法（仮称）法案の早期成立を趣旨としての要望を日病協の構成団体として検討したいと提案があり、協議した。出席者からは、厚労省の第三次試案に対しては、問題点を整理し、対応すべき事項があるが、医療界からの提言として要望を出すことに賛成いたしたい。四病協としては、来週早々に「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」の内容を検討する予定となっている。医師法第21条については拡大解釈されないことを望んでいる。等の意見があり、山本会長から、役員各位の意見拜聴し、医師法第21条の改正



と医療安全調査委員会設置法（仮称）法案の早期成立の要望は賛成多数と考え、賛成したいと結んだ。

（4）メディカルスクール構想について

山本会長から、四病協・メディカルスクール検討委員会では報告書を取りまとめたが、このメディカルスクール問題は、医師不足の解消の一環として起こった問題から、四病協に委員会を設置し検討された経緯にあり、本会から堺副会長が参画しており、現状報告願いたいとした。堺副会長から、報告書での提言は、メディカルスクールの導入として、①卒業研修で高い評価を受けている代表的な病院群が共同で、現在、最も必要とされている病院医療の専門医に関して、患者総数、教育スタッフ総数に基づいて、米国卒業研修制度に匹敵する、的確な卒業教育プログラムを作成する。②卒業教育プログラムで教育可能な医師総数の3分の1に相当する学生数を一学年とする、4年制のメディカルスクールを創設する。③メディカルスクールの医学生は、米国同様、臨床教育は卒業研修を受けている医師たちに混じって行い、卒業後、前述の卒業教育プログラムに進むことができるとしており、四病協が要望しているのは、病院による医学教育機関の設置であり、研究者の育成でなく、臨床医の育成を意味しているとした。さらに4年制大学卒業生を入学させる医学部入学制度、学士編入制度ではなく、医学部教育から卒業教育まで一貫して行う制度であることから、大学が反対する理由の一つとなっている。今まで、この問題に関しての意見が各団体から提出されているが、慎重論に止まっている。具体的にメディカルスクールを作るとなると学校教育法や医師法の整備が重要となり、本会としても前向きに検討し、慎重な対応が必要となると述べた。この件に関し、大井副会長から、この問題は、医師不足の問題からの対応策として考えることには反対したい。優れた臨床医を養成すること、偏差値重視を優先す

る医学部入学制度を検討しなければならない。臨床医の養成には修練が必要であり、4年制大学で十分に勉強し、さらに4年間医学部教育を実施すると考える。基礎医学教育の発展にも繋がると考え構想に賛成したい。本会としては、十分に議論を行い、考え方、対応を明確化する必要があると思われるとした。このほか、小川常任理事から、今の研修制度を検証せずに優れた臨床医の養成を議論することは妥当でないと考える。また、医師不足問題とは別の話である。木村常任理事から、医師不足解消のためよりもどのようにしたら「良い臨床医」を育成できるかを検討しなければならない。高橋委員長から、医学部6年間は取りやめ、カレッジ、ユニバーシティというアメリカ方式の方が立派な医師を養成できると考える。中島常任理事は、4年制大学での修練教育の現状は乏しいものであり、実際社会経験の上積みで役立っているだろうか疑問である。以上の役員の意見後、宇沢参与から、医学教育の現状報告があり、岩崎参与から、医師不足解消のための係わり合いとは別問題であることから、医学教育のあり方についての助言をいただいた。意見拜聴後、山本会長から、本日は報告書（案）を元にメディカルスクールに関し率直な意見を役員各位から提出願った訳であり、今後も継続して議論を重ねたいとしてこの案件を議了した。

（5）日本病院会のロゴマークについて

大井副会長から、インターネット委員会では、本会のロゴマークを広く募集し、7月末で締め切りをした。応募総数が234点（有効応募数186点）あり、委員の事前審査で30点に絞り、6点を候補としたと報告された。本日、出席のされている方々のご意見を頂き、今後の対応の参考としたいと述べ、出席者からのアンケート投票により意見を求めた。

（日本病院会事務局 総務課）

「Japan Hospitals No.28」(July 2009)の原稿募集!

1. 募集内容 本誌は日本の医療や病院の実情を海外に紹介、PR するもので、看護の実態とか医療制度の問題なども含み、関連する論文や研究報告など他誌に発表されていないものとする。(国内既発表のもの翻訳で国外未発表のものは可)
2. 読者対象 国際病院連盟(IHF)のA会員(各国を代表する病院協会または政府機関)及びアジア病院連盟(AHF)の会員(同)ほか関係先。国内では大学医学部付属図書館等。
3. 原稿様式 ① A4用紙に英文でワープロ使用、メディア媒体での提出を原則とする。
プリントアウト原稿と日本語の要約も添付する。
② 図、表、写真(モノクロのみ)は鮮明な原画を添付する。
③ 執筆者の顔写真1葉も添付。
4. 採択等 ① 受理した原稿の採否は下記委員会で決定する。
② 初校のみ著者校正あり。
③ 謝礼は別刷50部をもって代える。
(別途、希望される場合は投稿時に申し込む。有料にて増刷する)
5. 原稿締切 2009年3月31日

〈原稿提出・問合せ先〉 〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3
日本病院会 雑誌編集委員会
Tel 03-3265-0077 Fax 03-3230-2898 E-mail: tomioka@hospital.or.jp

Japan Hospital Association is soliciting manuscripts for the next issue of Japan Hospitals (No.28, July 2009)

1. Contents of Invitation
This journal will introduce the accomplishments of Japanese healthcare and hospitals to the rest of the world, and do public relations for them. It will include the actual situation of nursing care, problems of the healthcare system, etc., and other subjects that are not published in other journals, such as related papers and research reports. (Articles which have been published in Japan, but have not been published in translation in other countries are also acceptable.)
2. Target Readers
People related to the subject, including A members of the International Hospital Federation (IHF) (hospital associations or government agents which represent various countries) and members of the Asian Hospital Federation (AHF) (the same). In Japan, libraries of university hospitals, etc.
3. Format of Manuscripts
(1) In principle, recording media for word processing in English on A4 paper.
Also attach hard copies of manuscripts and Japanese summaries.
(2) Attach original figures, tables, photographs (black and white only).
(3) Also attach one facial photograph of the author.
4. Acceptance, etc.
(1) Received manuscripts will be accepted or rejected by the committee mentioned below.
(2) First proof only corrected by author.
(3) Fifty copies in lieu of remuneration.
(If they are desired, request them at the time the manuscript is submitted. Extra charge for reprints.)
5. Deadline for manuscripts
March 31, 2009
* Limited to physicians associated with Japan Hospital Association

To submit manuscripts and make inquiries:

Journal Editors Committee, Japan Hospital Association
13-3 Ichiban-cho, Chiyoda-ku, Tokyo 102-8414
Tel 03-3265-0077 Fax 03-3230-2898 E-mail: tomioka@hospital.or.jp

(第1号様式)

社団法人 日本病院会 正会員入会申込書

社団法人日本病院会長 殿

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

入会承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

平成 年 月 日

〒

所在地

病院名

会員名 病院長又は医師
である開設者等 役職名

印

申込取扱者氏名	印
職名	
電話	内線

平成 年 月 日

社団法人 日本病院会 会長 殿

住 所 〒
会 員 名 会社・団体
又は個人名



社団法人 日本病院会 賛助会員入会申込書

貴会の趣旨に賛同し賛助会員の A . B . C . D 会員として入会します。
(該当する種類に丸印を付して下さい)

会 社 ・ 団 体 又 は 個 人 名	
代 表 者 名	(役職)
業 種	
住 所 電 話 番 号	〒
担 当 者 所 属 部 課 名 氏 名	
会 費 納 入 方 法	1. 郵便振替 2. 銀行振込
紹 介 者	

本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では、親しみやすい誌面づくりに努めておりますが、その一環として、趣味に関する原稿、あるいは旅行記、エッセイ、俳句、短歌など、ほっとする内容の記事の掲載を企画しており、会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

原稿：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

募集期日：随時受け付けています。

謝礼：掲載誌及び別刷り30部を贈呈し、謝礼とさせていただきます。

◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』 編集代行：植松 文子
〒160-0015 東京都新宿区大京町31番地 御苑住宅1階 (有)木耀社
電話 03-6666-4001 FAX 03-6666-4002
(e-mail: uematsu@m.email.ne.jp)

日本病院会雑誌

第55巻第11号 2008年11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 星 和夫

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。