

第59回日本病院学会(熊本)
新たな医療提供への途

日本病院会会長 山本修三

行くに徑(こみち)に由らず

一般病院の現状 (平成19年10月1日調査)

平成19年医療施設調査(病院調査)

厚生労働省統計情報部編より

- 一般病院数 7,785病院
- 一般病床数 913,234床
- 一日平均在院患者数 699,357人
- 一日平均外来患者数 1,427,772人
- 一般病院の医師数 175,369人
 - 常勤医 141,393人
 - 非常勤医(常勤換算) 33,976人
- 一般病院の看護師数 733,856人
 - 保健師 3,463人
 - 助産師 17,594人
 - 看護師 573,040人
 - 准看護師 139,759人
- 1病院平均病床数 117.3床
- 病床利用率 76.6%
- 100床当たりの常勤医数 15.5人、19.2人(含非常勤)
- 100床当たりの看護師数 80.4人

19年医療施設調査(動態調査)病院報告

厚生労働大臣官房統計情報部編、(財団法人)厚生統計協会

都道府県別人口10万対一般病床数

• 多い都道府県

1	大分県	1,009.8
2	高知県	989.8
3	岡山県	981.4
4	北海道	979.5
5	香川県	962.0

• 少ない都道府県

5	静岡県	588.1
4	愛知県	557.6
3	千葉県	547.7
2	神奈川県	527.7
1	埼玉県	492.5

19年医療施設調査(動態調査)病院報告

厚生労働大臣官房統計情報部編、(財団法人)厚生統計協会

都道府県別病院常勤医師数及び一般病床数(平成19年10月)

	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)
全国	12.1	143.9	714.7	京都	13.2	184.1	877.6
北海道	8.5	155.5	979.5	大阪	12.8	161.5	750.8
岩手	9.5	134.7	828.8	岡山	11.3	177.0	981.4
福島	8.6	121.5	829.3	徳島	9.6	184.1	819.3
埼玉	11.2	99.5	492.5	高知	8.6	212.1	989.8
東京	18.1	183.8	652.7	福岡	10.6	184.9	857.5
神奈川	14.5	121.2	527.7	宮崎	8.6	149.7	834.2
長野	11.7	134.9	725.6	沖縄	11.4	163.2	711.0

※100床当たりの医師数 全国平均 12.1人

※人口10万対医師数 全国平均 143.9人

医療供給体制の各国比較(2004G7)

国名	人口千人当り病床数	病床百床当りの医師数	病床百床当りの看護職員数	病床百床当りの病院職員数	平均在院日数(急性期)
日本	14.2	14.3	63.2	91.6	20.2
ドイツ	8.6	39.5	112.5	127.0	8.7
イタリア		103.9	166.4	306.7	6.8
カナダ		62.0	286.6	379.3	7.3
フランス	7.5	44.9	100.0		5.5
イギリス	4.0	57.0	226.8		6.6
アメリカ	3.3	73.3	233.0	491.3	5.6

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)

診療科目別一般病院数の年次推移(平成19年10月)

	平成2年	平成11年	平成19年		平成2年	平成11年	平成19年
一般病院	9,022	8,222	7,785	リハビリ	3,863	4,520	5,123
内科	7,887	7,403	7,186	循環器科	3,106	3,316	3,802
小児科	4,102	3,528	3,015	形成外科	629	826	1,063
外科	6,298	5,598	5,113	脳神経外科	2,133	2,269	2,451
産科	270	203	195	心血管外科	407	677	872
放射線科	3,839	3,649	3,552	眼科	2,198	2,404	2,513

19年医療施設調査(動態調査)病院報告

厚生労働大臣官房統計情報部編、(財団法人)厚生統計協会

100床当たり収支金額、科目、年次別 (金額単位千円)

科目	平成19年6月		平成20年6月	
総費用	151,350		153,237	
1 医業費用	146,904	100%	148,698	100%
1) 給与費	76,924	52.4	77,913	52.4
2) 材料費	37,149	25.3	36,604	24.6
3) 経費	22,119	15.1	23,204	15.6
4) 減価償却ほか	10,712	7.3	10,977	7.4
2 その他の費用	4,445		4,539	
総収益	140,439		139,327	
1 医業収益	137,561	100%	136,089	100%
1) 入院収入	90,496	65.8	90,630	66.6
2) 外来収入	41,449	30.1	39,949	29.4
3) その他の収入	5,616	4.1	5,511	4.1
2 医業外収益等	2,879		3,238	
総収益－総費用	△10,911		△13,910	
医業収益－医業費用	△ 9,343		△12,609	
総費用/総収益×100	107.8%		110.0%	
医業費用/医業収益×100	106.8%		109.3%	
病院数	1,167		1,180	
平均病床数	280		282	

20年度病院経営実態調査

全国公私病院連盟

日本病院会

表1 黒字、赤字病院構成比推移:総数(自治体、その他公的、民間)

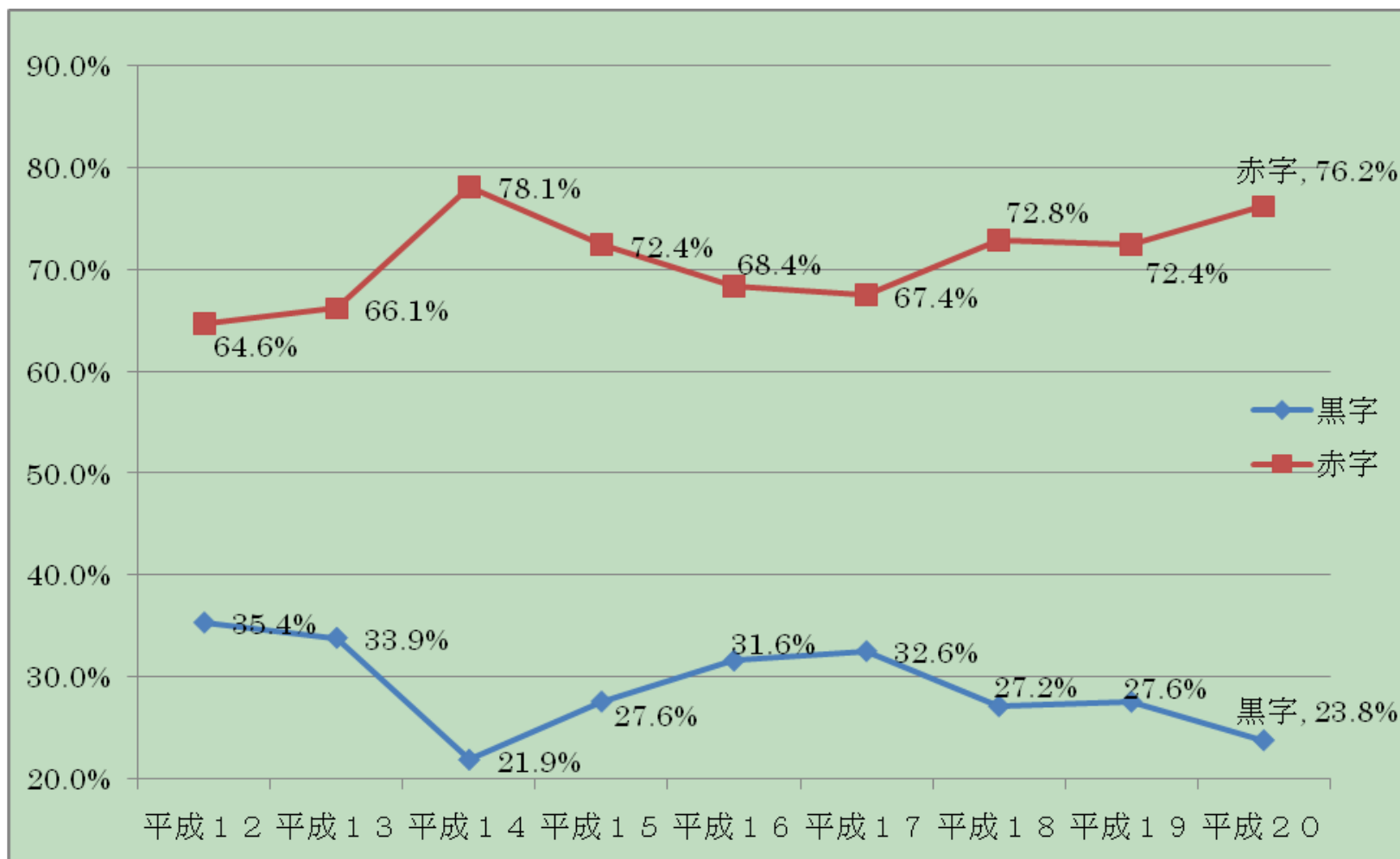
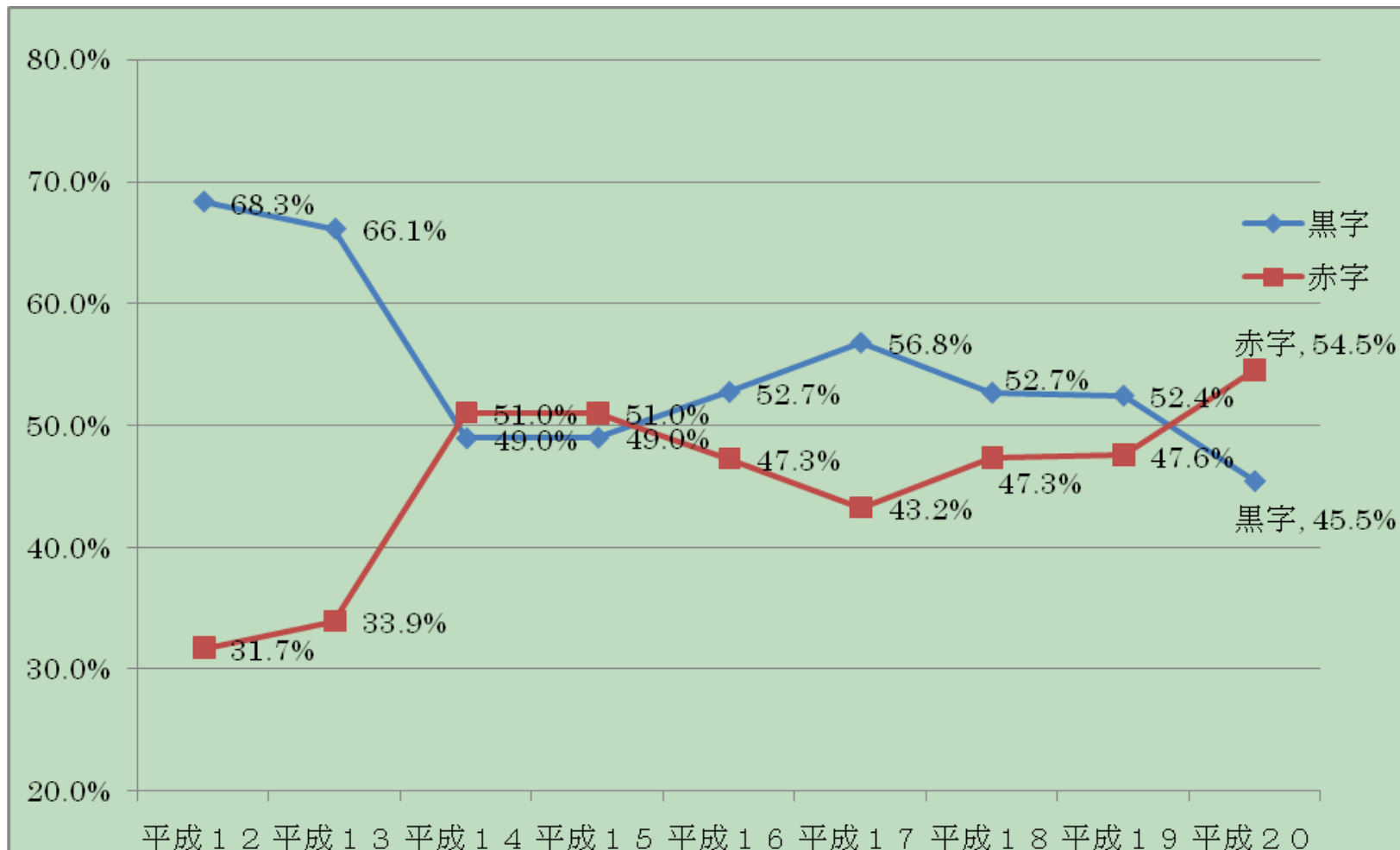
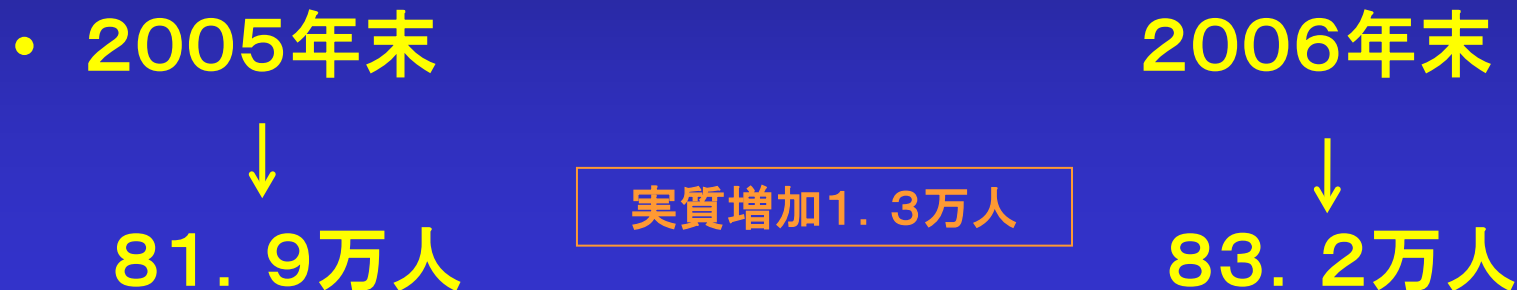


表2 黒字、赤字病院構成比推移：民間病院



病院看護職就業者数の変化 (日本看護協会推計)



新卒就職 再就職 離職(12.4%)
4.6万人 6.9万人 10.2万人

潜在看護職: 55~65万人

看護学校で定員をカバーできているのは、
4年生大学だけ、他はすべて定員割れ

臨床研修 ・ マグネットホスピタル

少子化高齢社会に加え 現代社会の 社会福祉の諸問題

社会的排除や摩擦

平成12年
社会福祉のあり方に関する委員会

路上死

ホームレス問題

外国人・残留孤児等の問題

カード破産等の問題

アルコール依存等の問題

心身の障害・不安

貧困

社会的ストレス
問題

中高年リストラによる生活問題

若年層の不安定問題
フリーター
低所得
出産育児

虐待・暴力

低所得者問題
特に単身高齢世帯

孤独死・自殺

社会的孤独や孤立

病院医療への主な影響因子

医療費抑制政策

診療報酬改定

医師数の不足

臨床研修制度

医師の逮捕

7:1看護体制

etc

診療報酬改定	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

病院機能不全の現状

• 病院勤務の医師・看護師の不足

地域・施設・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

医療の信頼の低下

病院経営の危機

地域医療確保困難

国民への責任を
果たせるか

医療現場が感じている矛盾

- **医療制度の理念と現実**

医療提供体制・国民皆保険制度

- **診療報酬関連**

少ない医師で働くと診療報酬が下がる
一物多価・出来高制の矛盾等

- **労基法・医療関連法**

医師の当直と交代制勤務

当直業務に救急患者を診ることは想定していない(労基法)

- **医師の世界はプロフェッショナルか**

現状プロの世界とはいえない。プロ世界を目指すのか

現代の医療

- 医学の進歩と証拠に基づいた医療
 - 診断法・治療法の多様化
 - 侵襲的な医療から非侵襲的な医療へ
 - 専門分化がより細分化
 - 医療水準の標準化、グローバル化へ
 - 医療連携とチーム医療
 - 単に治す医療から、社会復帰への医療
 - 医療安全の推進
 - 国民・患者参加の医療
-
- より安全、確実な医療へと進歩しているが、
一方で、 医療に対する信頼はむしろ低くなっている

安心と希望の医療確保ビジョン

平成20年6月 厚生労働省

「安心と希望の医療確保」 のための3本柱

- 1 医療従事者等の数と役割
- 2 地域で支える医療の推進
- 3 医療従事者と患者・家族の協議の推進

- 1 医療従事者等の数と役割
 - (1) 医師数の増加
 - (2) 医師の勤務環境の改善
 - (3) 診療科のバランスの改善等
 - (4) 職種間の協働・チーム医療の充実
- 2 地域で支える医療の推進
 - (1) 救急医療の改善策の推進
 - (2) 「地域完結型医療」の推進
 - (3) 在宅医療の推進
 - (4) 地域医療の充実・沿革医療の推進
- 3 医療従事者と患者・家族の協働の推進
 - (1) 相互理解の必要性
 - (2) 医療の公共性に関する認識
 - (3) 患者や家族の医療に関する理解の支援

内閣府：安心社会実現会議報告（平成21年6月）

安心と活力の日本へ

II人生を通じた切れ目のない安心保障

4 医療と健康の安心

医療費がGDP比で8.1%（2005年、OECD平均9%）

諸外国に比べ医療サービスを受けやすい環境。ところが、急性期病院を中心に医師不足が深刻化し、地方では病院の経営破綻が拡がり、この安心が急速に揺らいでいる。

救命救急センターにおける医師、看護師の配置などをできるだけ早急に進めなければならない。併せて二次医療圏において、病院コンソーシアムを組織しつつ医療機関の機能分担と集約をすすめ、地域の医療ニーズに応じていくべきである。二次医療圏において、とくに産科、小児救急に対応する救急体制を確保する。レセプトのオンライン請求への切り替え、データに基づいた効率的医療の推進など相対的に遅れている医療IT化への対応を速やかに進めなければならない。

また、国民の命と基本的人権（患者の自己決定権・最善の医療を受ける権利）を実現するため2年を目途にそのことを明確に規定する**基本法の制定を推進**しなければならない。

平成21年度医政局予算(一部)

	平成20年度	平成21年度	増加率
総額	1,967億7千万	2,132億6千万	8.4%増
医師確保	161億	272億	69%増
救急医療	100億	205億	105%増

厚生労働省 救急医療対策関係予算(21年度)

- 平成20年度予算100億円

⇒平成21年度予算案205億円

- (1) 救急医療を担う医師の支援 21億円
- (2) 救急医療の充実 51億円
- (3) 管制塔機能を担う救急医療機関に対する支援 54億
- (4) ドクターヘリ導入促進事業の充実 21億
- (5) 周産期医療の充実

経済危機克服のための有識者会合

社会保障部門 3月21日(土)

大久保満男 8020社会の実現

唐澤祥人 医療従事者の勤務改善、雇用創出

京極高宣 社会保障の経済効果、ニューディール

児玉孝 かかりつけ薬局、セルフメディケーション

竹中ナミ 共生と共助の基本法、障害者問題

中田清 20万人待機者解消、施設整備、新規雇用

久常節子 看護師の労働、少子化対策

日野原重明 スキルミックス、メディカルスクール

堀田力 高齢者の投資優遇、福祉就労者無償教育

矢崎義雄 勤務医対策、病院改築、治験促進

山本修三 医療の質・安全、雇用、研究開発推進

湯浅誠 住宅確保、生活費確保、貧困対策

・ 山本修三(日本病院会)

1 医療の質・安全確保の視点から

1) 病院施設の耐震化の推進

2) 医療機器の更新、新規導入支援

3) 病院におけるIT化の推進

プラットフォームの標準化

2 雇用の視点から

Doctor's Secretaryの導入・支援

3 医学・医療に係わる研究・技術開発等への緊急投資

オバマ政権に遅れをとらないように

すべて今回の対策に反映(A)された

経済危機対策

(平成21年4月10日)

- 対策規模 57兆
(財政出動) 15兆

医療関連

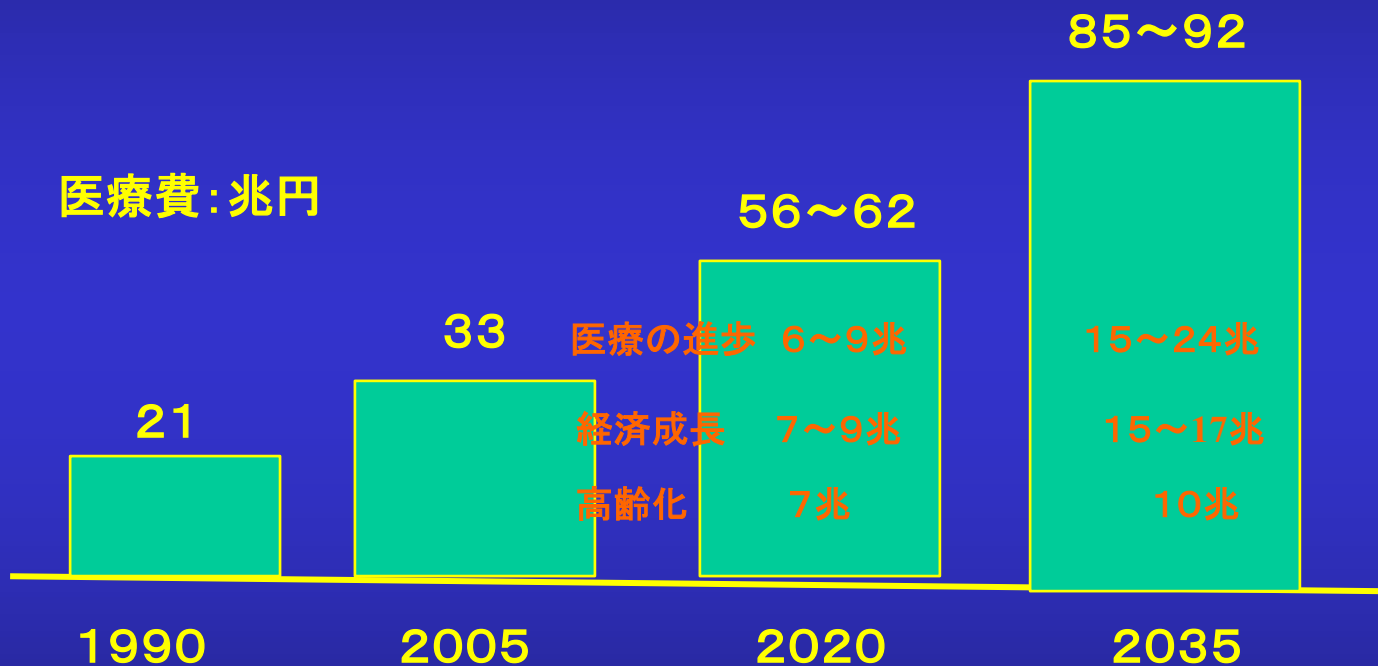
地域医療再生のための交付金の創設 3,100億円
(100億×10カ所、25億×84カ所)

世界先端の研究開発・海外派遣支援 3,000億円

耐震整備、その他

必要な医療費と財源

医療費は 医療の進歩・経済成長・高齢化 によって増大する



医療費財源：予算の配分見直し

税金・保険料・個人負担

たとえば消費税・たばこ税など

負担と給付の選択は政策、
国民の判断

McKinsy&Company資料より一部改変

医療・介護提供体制および診療報酬体系のあり方について(日本病院団体協議会)

1 入院医療のあり方(機能分化)

高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハ病棟、慢性期病棟

2 精神科医療のあり方

3 介護入所施設のあり方

4 外来診療のあり方

外来診療料、急性期外来と慢性期外来、介護施設の医療

5 入院基本料のあり方

入院基本料の考え方の整理

6 医療専門職の職掌について

スキル・ミックス

7 リハビリテーションのあり方

8 DPCのあり方

衆院選マニフェスト案

• 自民党(案:検討中)

- 社会保障制度改革国民会議
(仮称)の創設
- 診療報酬はプラス改定を宣言
する方向
(メディファックス5678号より)

• 民主党(案:検討中)

- 不採算部門を担う病院の入院
部分を2割アップ
- (1点10円→12円)
- 病院の外来、開業医は10円
- 患者負担は3割→2.5割
- 対象病院指定基準を具体化
- 1点11円を選択肢的に
(朝日新聞、7月7日版より)

政界混乱・ 経済不況の中で 医療の再生の道をどう開くのか

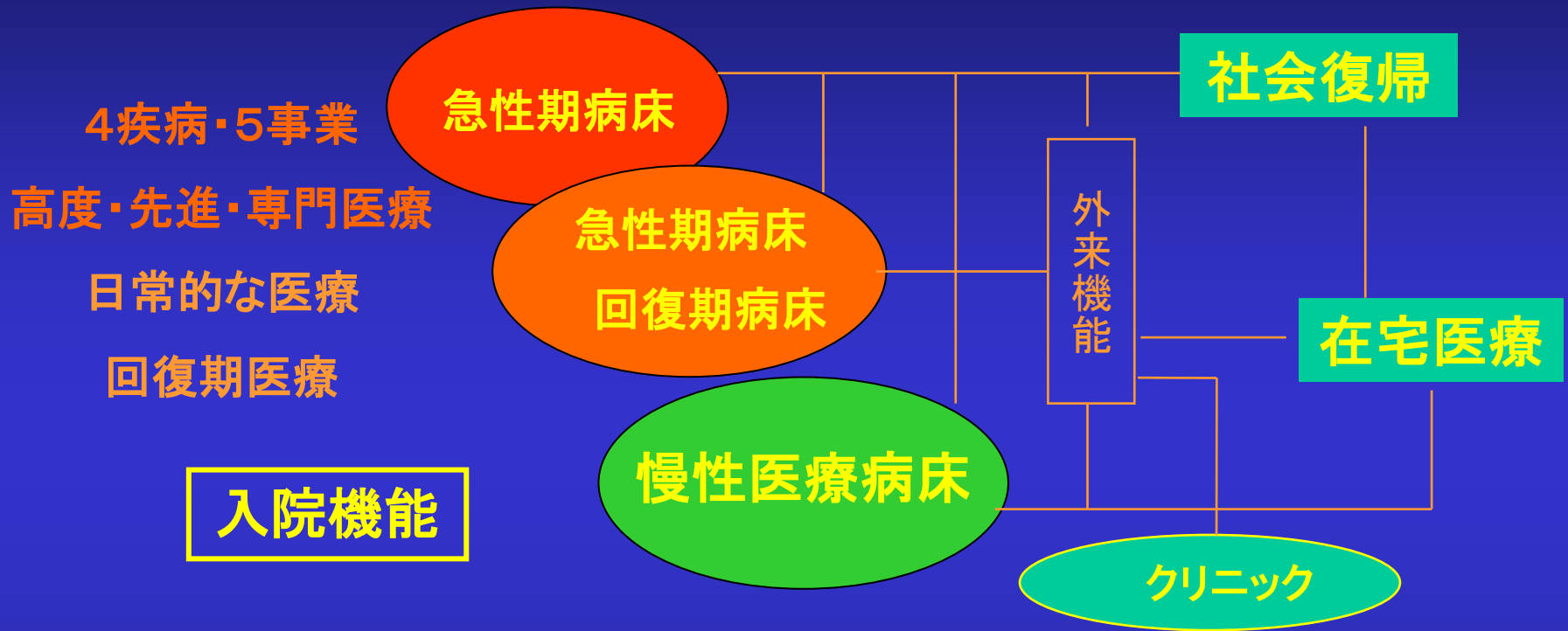
医療崩壊とは病院医療崩壊のこと
地域医療崩壊も病院医療崩壊から始まった
医療再生の重要なポイントは、

病院医療の再生⇒地域医療の再生



医療機関の機能集中・分化・連携

地域医療：医療機関の役割・機能・連携



- テーマ： 1 地域医療ニーズの把握 (地域医療計画⇒情報提供推進)
- 2 機能分化と集中、連携
- 3 患者中心の地域ネットワーク構築と自施設の役割

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

医療情報の提供(都道府県)義務化

医療機関の医療機能に関する情報(病院)

1 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項

- (1) 基本情報 9項目
- (2) 病院へのアクセス 8項目
- (3) 院内サービス・アメニティ 9項目
- (4) 費用負担等 5項目

2 提供サービスや医療連携体制に関する事項

- (1) 診療内容、提供保険・医療・介護サービス 13項目

3 医療の実績、結果に関する事項

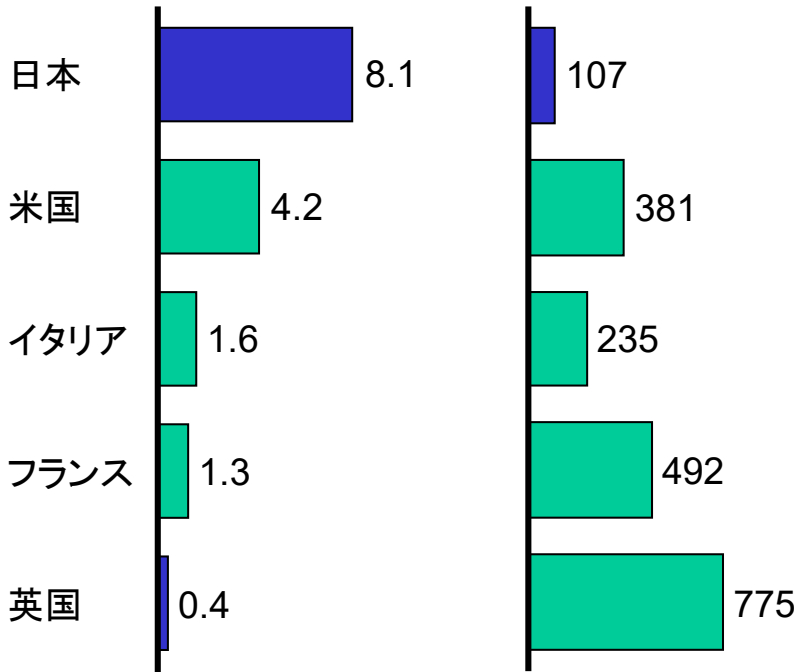
13項目

- 1 医療機関名、解説者、所在地
診療科目、医療機関へのアクセス、駐車場、ホームページ、外来受付時間、予約診療、面会時間、医療相談、院内・院外処方、外国語対応、選定医療・先進医療、治験等
- 2 学会専門医、医療設備、対応可能な疾患・治療、短期滞在手術、専門外来、人間ドック、セカンド・オピニオン、地域連携等
- 3 人員配置、看護配置、医療安全、クリティカル・パス、診療情報管理、情報開示、症例検討、平均在院日数、患者満足度調査等

PCI*

人口百万人当たりの施設数

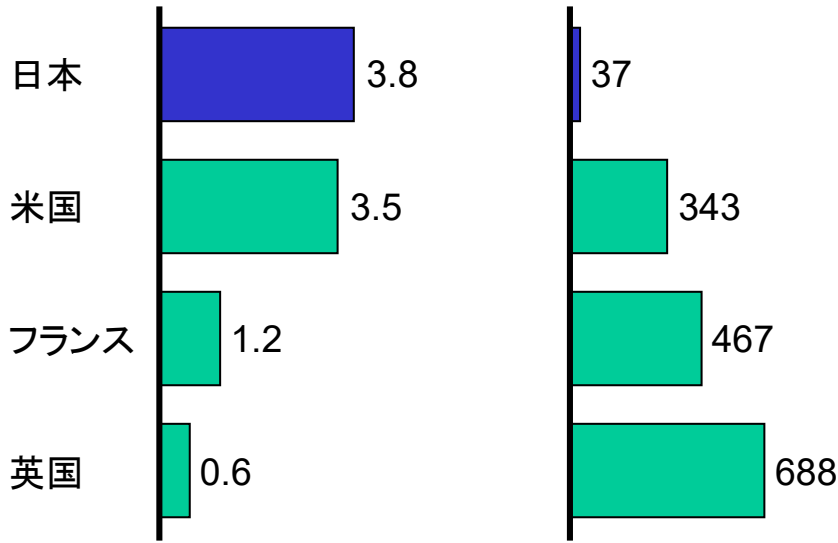
1施設毎の症例数



CABG**

人口百万人当たりの施設数

1施設毎の症例数



* **Percutaneous coronary intervention**(経皮冠動脈インターベンション)は、心臓への供給血管である冠動脈の狭窄部を広げることで、血液量を回復させるカテーテル治療のこと

** **Coronary artery bypass graft surgery** (冠動脈バイパスグラフト術) は、冠動脈狭窄部の遠位側を大動脈とグラフト血管でつなぎ、狭窄部を迂回させることで、血液量を回復させる外科的治療のこと

社会的共通資本としての医療

宇沢弘文

- 社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域が、豊かな生活を営み、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にするような自然環境と社会装置である。
- 社会的共通資本の管理、運営は決して市場的基準、あるいは官僚的基準によって決められるべきものではなく、それぞれの社会的共通資本にかかわる職業的専門家によって、専門的知見と職業的倫理観に基づいて管理、運営されなければならない。

臨床医師に求められるもの

- 生命倫理・職業的倫理
- 必要な知識の持続的な取得
- 必要な技術の取得と向上
- 医療の適切な伝承
- 臨床研究志向
- 社会性

資格更新制度

医学教育→臨床研修→専門医制度

医療の品質管理の基本は良い臨床医

医療は複雑系

- 医療再生にかかわる要素

医療費抑制政策

診療報酬制度

病院医師不足、偏在

臨床研修制度

医師の逮捕、業務上過失傷害

7対1 看護師問題等

要素還元主義の限界

- 医療は複雑系

Butterfly effects

波及効果が予想できない

Order Parameter は？

○ 医療費の確保

○ 医療の品質管理

複雑系の特徴：開放系・非線形性・自己組織化

個々の要素を修正すると系全体に予想外の変化が生ずる

本質的な要素を押さえることで、系が自己成長をするような仕組み

病院医療再生への途

医療提供者のオーダーパラメーター

- 医療の品質管理の仕組み
良い医師の養成
(医学教育・臨床研修医制度・専門医制度の一貫性)
医師の適正配置・医療のプロとしての規範
- 信頼ある医療を提供するために、ACGME を作る (専門医制度認定管理機構)
- 納得できる医療を提供するために、JCAHO を作る (日本医療機能評価機構)
ACGME: The Accreditation Council for Graduate Medical Education
JCAHO: Joint commission on Accreditation of Healthcare Organization

医療再生への個別基本的課題

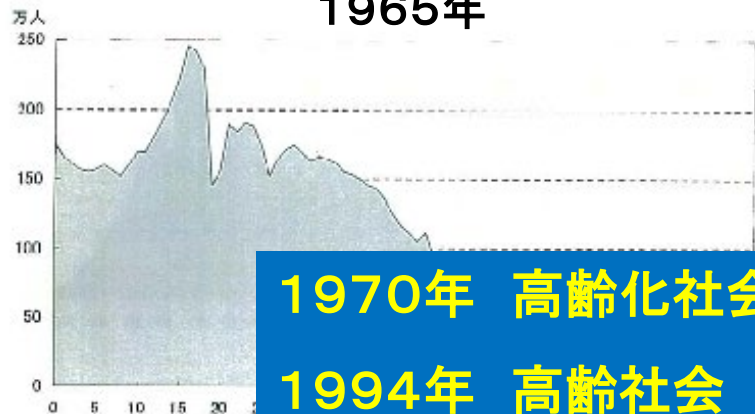
- 医療費財源 : 国民の負担と給付
- 医療統計の見直し : 退院サマリーからの統計
- IT化の推進 : プラットフォームの標準化
- 高齢者医療政策 : 世界の高齢化への先導
- 規制強化と緩和の見直し : 現場の機能重視
- 医療の品質管理 : 良い臨床医を作ること
- 見える化 : 情報提供・説明責任と国民の理解
- 医療の範囲 : 職種間連携

(課題の課題:各論地獄、多様なstake holderの利害)

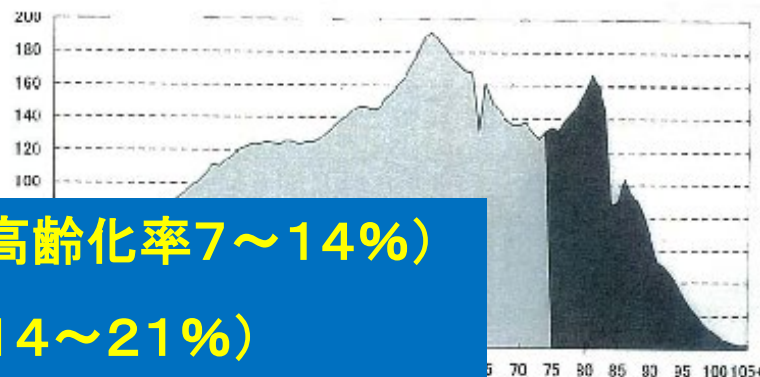
原則:総論賛成なら、各論地獄は無いはず

各年齢人口

1965年



2030年



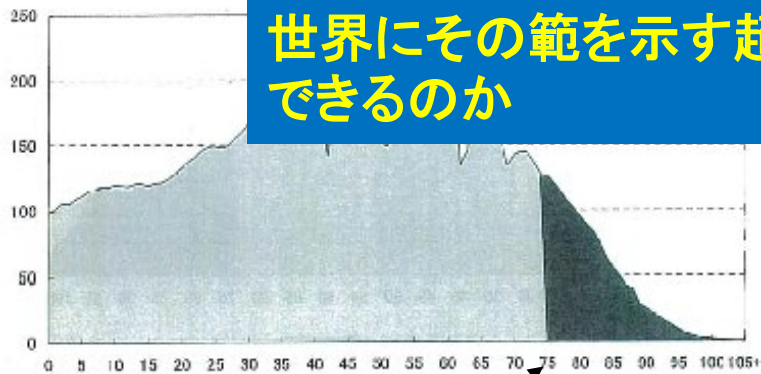
1970年 高齢化社会（高齢化率7～14%）

1994年 高齢社会（同14～21%）

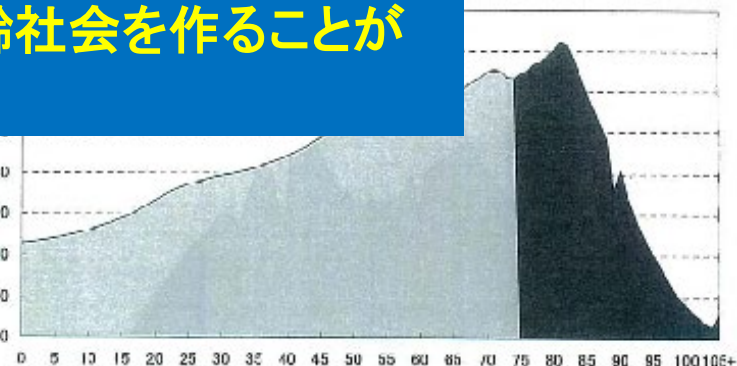
2007年 超高齢社会（同21%以上）

世界に先駆けて、超高齢社会に入った日本が
世界にその範を示す超高齢社会を作ることができるのか

75歳



75歳



75歳

■ 74歳以下 ■ 75歳以上

医療再生で、日本を元気にするための 医療政策3つの重要課題

- 1 安定財源を確保し、急性期医療に集中投資する
- 2 自立的な専門医制度を確立し、医療の質と安全性を向上させる
- 3 政策決定プロセスを透明化し、広く国民の声を反映する仕組みを制度化する

(日本医療政策機構:医療政策国民フォーラム発信)

私たちの役割

- **医療関係者**
 - プロフェッショナル・オートノミーの確立
 - アカウンタビリティと見える化
- **市民・患者**
 - 医療者との協力関係を作る
 - 情報に積極的にアクセス
- **ジャーナリスト**
 - 専門家と市民の橋渡し
 - 注目される事件と構造的な問題を見極めた報道
- **政界・行政**
 - 負担と給付を明確にした医療費の確保
 - 現場の活性化対策

信頼に支えられた医療の実現のために

日本学術会議要望より

健康な生活は、すべての人間に保障された権利である。

- 国民として考えること

医療の現状(医療は崩壊の危機に直面している、医療の提供には費用がかかる)を認識すること、医療には避けがたいリスクがあり、完全なものではないこと、医療は無制限に利用できるサービスではないこと、患者側にも一定の責任があることを理解すること

- 政府・行政として考えること

医療危機の現場は病院であること、医療費抑制政策を根本的に転換すること、地域の実情を踏まえた政策への変更

- 医療者として考えること

医療の質とその透明性の保証を医師自らが行うこと、専門医の育成、生涯教育など厳密に管理する組織を作ること、必要な専門医の地域適正配置と地域別専門医育成プログラムの仕組みをつくること

医療セクター評議会

新たな医療提供への途

- 1 医療基本法の制定
- 2 地域中心の医療
- 3 財政問題
- 4 情報の透明化(見える化)と情報の共有
- 5 専門性の確保
- 6 医療のパートナーシップ

医療界の責務は 見える化とアカウンタビリティ

- 基本：医療は社会的共通資本

皆で助け合うもの

医療は複雑系

形・要素にとらわれすぎない

- 要は、患者が困らないように

現場が自ら責任を果たせる仕組み

医療界のパラダイム・シフト: 依存型から自律型へ

