

1

はじめに

はじめに

「医療の現状に満足していますか?」「安心して医療を受けていますか?」「安心して生活できますか?」という問いに、皆さんはどう答えられますか? 「はい」と答えられる方はほとんどいないと思いますが、われわれ医療を提供する者の答えも同じです。

各地で報道された産科医療の混乱、外科医や小児科医など専門医の不足、医師の過重労働や看護師不足の実態など、これまで置き去りにされてきた医療提供に関する諸問題が明るみに出ており、今まさに、日本の医療は崩壊の危機にあると言っても過言ではありません。

社会保障の目的は、誰でも安心して生活できるようにすることです。しかし、小泉政権以来、自民政権の方針は社会保障全体を見直すといいながら、国民・医療機関に負担を強いる政策が行われています。年金給付の引き下げに加え医療費も削減しており、具体的には、国が支払う費用（給付費）を減らすため皆さんの自己負担を増やし、医療機関への支払い（診療報酬）も削減されています。

2006年6月に「医療制度改革関連法」が成立し、医療を受ける皆さんも、われわれ医療提供者も、大きな影響を受ける制度が次々と導入されようとしています。そこで、国民の皆さんにも日本の医療・介護の実態と新しい制度の問題を知っていただき、われわれ全日本病院協会（以下全日病）の取り組みを知っていただくために本書を出版いたしました。

全日病は、1962年に創設された主に民間の病院を中心に2,248病院（2008年1月現在）が加入している病院団体です。皆さんは、新聞やTVなどで、医療の話題になると「日本医師会」^{注1)}という名称を見聞きされていると思います。「日本医師会」は、歴史的な背景から医療提供側の代表と見られています。日本では、地域医療を担ってきた診療所が少しずつ規模の大きな施設に変わり病院ができてきましたが、まとまって政策提言ができる大きな規模の病院団体がありませんでした。そこで、診療所の医師が主体の「日本医師会」が医療提供者全体の代弁をしてきたという経緯があります。現在、病院は約9,000^{注2)}あり、病床数も162万床（有床診療所15万5,000床）と、入院医療の中心を担っていることから、今後は病院医療に関する政策提言、行政との交渉などは、病院団体が行うべきとわれわれは考えています。

当協会では、1998年以来隔年で『病院のあり方に関する報告書』を刊行しています。国民の皆さんの視点に立った医療を提供するためにわれわれは何をしたらよいのか、また制度としてどのようなものが必要かを示し、会員の啓発を図ってきました。その内容は、文字通り病院のあり方を示すもので、当協会の多くの活動は、この報告書に基づいて行われています。昨年度は、診療情報提供、個人情報保護、医療の安全確保、継続的な質向上、情報基盤の整備、医療制度改革への提言などを行いました。

本書では、病院関係者を対象とした『病院のあり方に関する報告書 2007年版』（2007年3月発刊）をもとに、日本の医療の歴史的な経緯や医療制度について加筆し、また専門的な記載部分をやさしく書き改めています。いまや大きな社会問題になりつつある医療・介護の現状と問題点を知らいただき、皆さんの立場から医療・介護のあり方はいかにあるべきかを、共に考えていただきたいと思います。

注1) 日本医師会

日本医師会は、1916年に設立され、1947年に社団法人として認められています。

本来、医師個人が見識を高めるために集まった民間の学術専門集団、いわゆる職能団体です。「医道の高揚、医学教育の向上、医学と関連科学との総合進歩、生涯教育など」を事業の目的としています。日本医師会への加入は任意であり、会員数約16万5,000人（診療所医師7万3,800人、病院勤務医8万0,000人）と、医師の約6割が加入しています。

注2) 病院・病床の種類

現在、医療法で規定されている病院の種類と病床の種類は、以下のとおりです。

- 病院：一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院、精神科病院、結核病院、伝染病院
- 病床：一般病床、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床

病院は1990年まで増え続け1万0,096施設にまでなりましたが、その後減少し続けており、2007年には9,000を割りました。病床規模からは、100床未満が約50%、100～199床が約30%を占めていますが、今後制度改革の影響が大きいこの規模の中小病院が、さらに減る可能性があると言われています。

社団法人 全日本病院協会

全日本病院協会の理念

全日本病院協会（全日病）は、関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質向上に努め、良質、効率的かつ組織的な医療の提供を通して、社会の健康および福祉の増進を図ることを使命とする。

病院の行動基準（倫理綱領）

私たち（全日病会員）の病院は

- 公正な医療を提供します。
- 医療の質向上に努めます。
- 患者や家族との信頼関係に基づいた医療を提供します。
- 患者志向の医療を提供します。
- 安心して医療を提供し、安心して医療を受けることができる体制を創ります。
- 社会の一員としての責任を果たします。

行動基準（倫理綱領）詳細

私たち（全日病会員）の病院は

公正な医療を提供します

- 差別なく、緊急性・必要性に応じて適切な医療を提供します。
- 科学的な医療を提供します。
- 法律に基づいて医療を提供します。

医療の質向上に努めます

- 組織的な医療を提供します。
- 科学的な医療を提供します。
- 効率的な医療を提供します。
- 良質な医療を提供します。
- 継続的に研修・研鑽けんざんします。

患者や家族との信頼関係に基づいた医療を提供します

患者志向の医療を提供します

- 納得できるように、わかりやすく説明をします。
- 患者本人に医療情報を提供します。
- 患者の意思を尊重して（選択に基づいた）医療を提供します。
- プライバシーを尊重します。

安心して医療を提供し、安心して医療を受けることができる体制を創ります

- 医療従事者も患者も満足できる医療体制を創ります。
- 安全への対応と事故防止に努めます。

社会の一員としての責任を果たします

- 医療経営（運営）の成果を他の医療機関・患者・地域社会等に還元します。
- 環境保全・保護に努めます。
- 安全管理・確保に努めます。
- 省資源・省エネルギーに努めます。
- リサイクル・廃棄物処理に留意します。

日本の病院団体

全国規模の病院団体としては、全日病のほか、日本病院会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会などがあります。そのほか、これら4つの団体が協力し合うために2000年に発足した四病院団体協議会や、その他の団体が加わり2005年に発足した日本病院団体協議会もあります。

■ 四病院団体協議会

医療提供の大きな比重を占める病院団体が共同して政策提言などの活動を行うことを目的に、全日病、日本病院会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会の4病院団体が2000年7月に結成した連絡組織です。この4病院団体に加盟する病院の数は約5,500に達し、わが国病院の約60%を占めています。事務局・事務所は各団体の持ち回りで運営しています。合同調査などを行い、厚生労働省（厚労省）などに提言や要望などを行っています。

■ 日本病院団体協議会

2005年4月、2006年診療報酬改定へ向けて、厚労省側からの要請を受ける形で、日本の病院が抱える共通課題について意見を交換することを目的に設立され、11病院団体で構成されています。全日病、日本病院会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会、全国公私病院連盟、全国自治体病院協議会、日本私立医科大学協会、独立行政法人国立病院機構、国立大学附属病院長会議、日本療養病床協会、独立行政法人労働者健康福祉機構が所属しており、全国の病院の多くを占めています。しかし、運営形態を異にする組織の集まりのため、「緩やかな連携を模索する集合体」であり、全員一致を原則として、ある程度の意見や意思を表明することにとどまっています。

■ 日本病院会（旧称日本病院協会）

日本病院会は、1951年、「全病院の一致協力によって病院の向上発展と使命の遂行を図り、社会の福祉増進に寄与する」ことを目的として、公・私病院長が集まり、日本病院協会の名称で設立されました。現在の会員数は2,683病院（2007年12月末）となっています。

■ 日本医療法人協会

1952年、民間医療機関である医療法人の健全なる発展を図り、その設立を助成して国民医療の向上を図ることを目的として設立された団体です。会員は医療法人で組織されており、民間医療機関の立場から各種事業を行っており、現在病院・診療所を合わせ1,356法人（2007年4月現在）が加入しています。

■ 日本精神科病院協会

1949年に精神病院と精神障害者に対する医療および保護等を目的に設立された団体です。会員数は1,217病院（2008年3月現在）です。精神病院等の施設・管理運営の改善、精神障害者および施設に対する制度・法規の調査研究、精神保健・福祉の啓発・宣伝、などの事業を行っています。

2

日本の医療の歴史

1. 近代医療の創成期

明治維新は、日本の近代化にとって大きな岐路となった政治体制の変化でした。医療の分野に関しても同様で、1868年（明治元年）、医業取締りと医学奨励に関する太政官布告が出され、はじめて制度としての医療が確立しました。

政府は軍の施設を改変し「東京大病院」を設立したあと、医学教育態勢を整えるために、1869年長崎、大阪に仮病院および医学校を設けました。1874年（明治7年）には開業免許制度が東京、大阪、京都の3市で始まりました。それ以降、わが国の医師法と医療制度の基本が次々と打ち出され、1906年（明治39年）には医師会規則も決められました。

それまでの漢方医学から西洋医学による医師の養成が始められ、1886年には東京帝国大学医学部が開設され、卒業生に医学教育の主導的役割を担わせるようになりました。

2. 健康保険および医療提供に関する法的整備

1922年（大正11年）に健康保険法が成立し、1927年に保険給付が開始されました。健康保険では、政府が直接官公立病院に委託する場合を除き、すべて日本医師会に請け負わせ、診療報酬を支払っていました。

1933年（昭和8年）、内務省が「診療所取締規則」で「患者10人以上の収容施

設を有するものをいう」と初めて病院が規定されました。

1938年には内務省から分かれて厚生省が誕生し、同年、国民健康保険法が制定されています。

このように、明治維新以来、政府により医師の養成をはじめとして、医療に関する制度が次々と整備され、医師会という職能団体が設立され、医療提供体制としての診療所や病院の形態も少しずつ整えられていきました。

戦前、一般国民の医療は主に民間の診療所で行われましたが、評判の医師が入院施設を拡大させる形で病院が登場してきました。当時、大学附属病院は医師教育のための病院であり、また官公立病院も数が少なく、医療はもっぱら個人の開業医により提供されてきました。

3. 社会保障の規定と医療法の制定

戦後公布された日本国憲法に社会保障が規定^{注1)}され、1948年には医療法が成立しました。これは病院の施設基準を規定する法律で、病院と診療所が明確に区分され、病院の規定は従来の10床から20床以上になりました。営利目的による病院・診療所の開設禁止規定が明記されたほか、同年、医師法、歯科医師法、保健婦・助産婦・看護婦法などが制定され、ここで、戦後の医療制度の基礎がほぼ確立されました。

1950年、医療法の一部改正により医療法人^{注2)}ができました。

4. 国民皆保険の成立と提供体制の充実

1953年、国民健康保険に2割の国庫補助が導入されましたが、医療保険に初めて国から資金が投入されるという画期的な出来事でした。

1961年には「いつでも、どこでも、誰でも、所得に見合った負担で良質な医療

注1) 日本国憲法の基本理念と社会保障—「国民主権」と「基本的人権の保障」

第25条に「すべての国民は、健康で文化的な最底限度の生活を営む権利を有し、国は、すべての生活面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない」と規定されています。

注2) 医療法人

十分な医療提供体制を構築するには民間の力が必要でしたが、当時の医療機関は大部分が個人経営でしたので、病院の新しい建設や施設の充実を図る資本が不足していました。そこで、法人という形態をつくり、資金を集めやすいようにしました。優遇税制が導入され、資金の調達先として国によって医療金融公庫（現在の福祉医療機構）が創設されました。

が受けられる」という国民皆保険制度が確立しました。現在の医療制度の3大特徴である、国民皆保険、出来高払い、自由開業制はこの年に達成されました。しかし、その当時はまだ医師も医療機関も少ない状態で、医療の提供体制が量的に不足しており、無医村も多く、医療提供体制の十分な整備には時間が必要でした。

そこで、1973年以降、各都道府県に医科大学あるいは医学部が設立され、人口10万人当たり150人の医師配置を目標に、医師の養成が行われました。

当時の右肩上がりの経済成長に支えられて、医療提供の量と質の向上がみられ、いつでも、どこでも、誰でも、低額の負担で医療を受けられるようになりました。このような一連の国の政策により、日本の医療制度は世界に類がないほど優れた制度になったと言われています。

5. 医療法改正と高齢者に対する制度の確立

1962年の医療法の一部改正によって、都道府県、市町村、日本赤十字社、健康保険組合、厚生農業協同組合連合会などの公的病院の開設などについて、新たな規制が行われました。これらの病院の開設や病床を増やす申請に対して、地域の医療圏^{注)}の病院病床数に応じて、都道府県知事が拒否できるようになりました。

戦後、核家族の増加、家族が担ってきた親を扶養するという仕組みの変化や、高齢化社会に対応するために行われた施策もあります。1963年、老人福祉法が成立し、支援を必要とする高齢者を対象として特別養護老人ホーム、ホームヘルプ事業などが制度化されました。1973年には70歳以上の老人医療費の無料化が行われましたが、この結果老人医療費が急激に増大し、その後、高齢者を多く抱える国民健康保険の財政が悪化する原因にもなりました。1982年、老人保健法が成立し、各保険者間の負担の公平を図るために、それぞれが老人医療費を分け合うとともに、一定額の自己負担も導入されました。

注) 医療圏

1次医療圏は、身近な医療を提供する医療圏で、医療法では規定されてはいませんが、保健所や介護保険制度などとの兼ね合いから、市町村を単位として設定されています。

2次医療圏は、医療法で規定された、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏です。複数の市町村を1つの単位として設定しています。

3次医療圏も医療法で規定されており、最先端、高度な技術を提供する特殊な医療を行う医療圏で、北海道を除き、都道府県を1つの単位として設定されています。

第4次医療法改正(2000年)により、2次医療圏ごとに「基準病床数」が導入されました。病床過剰地域には、病院を新たに開設できない仕組みになっています。

医療保険への国費の投入

簡易保険体制実現当時は、社会保障といっても、まだ医療は贅沢なものであり、国民の約半数は保険未加入の状態でしたし、国民健康保険の給付率は50%であり、特別の場合や金持ち以外は容易には医療を受けることはできませんでした。給付率がX%のときには、自己負担は $(100 - X)$ %となります。現在は原則として給付率は70%で、自己負担が30%です（2歳以下、70歳以上では異なります）。

日本の医療保険の特徴

1. 国民皆保険

国民の皆さんは、誰でも医療保険に入らなければならない義務と、いつでもどこでも医療を受ける権利を持っています。最近、保険料の未払いの問題が話題になっていますが、この制度を維持するためには、健康だから医療保険に入らないという選択は許されません。

2. 良好なアクセス

地域差はあるものの、日本では医療機関が良く整備されていること、診療を受けた際の自己負担が比較的低額であることなどにより、病気やけがの際には容易に医療サービスを受けることができます。

3. 現物給付

被保険者（保険に入っている方）は、毎月一定の金額を保険料として保険者（保険の運営をする組織）に支払い、病気やけがの際には医療機関を受診し、医療サービスを診療行為という形で受け取ります（現物給付と言います）。費用の一部は自己負担（一部負担金といい、収入・年齢により医療費の1～3割程度です）として医療機関に直接支払いますが、大部分は医療機関が保険者に請求します。保険者は、医療機関で実施されたサービスが適切なものであったかどうかの審査と支払の業務を審査支払機関（診療報酬支払基金、国民健康保険連合会）に依頼します。医療機関は、審査支払機関に請求書（レセプト）を送り、支払を受けます。

一部負担金が医療費の1～3割といっても、医療費が高額になると、支払いが大変です。そこで、同一医療機関での一部負担金が月に一定金額（72300円＋一定の限度額を超えた医療費の1%＝およそ9万円）を超えた場合に、超えた分については医療保険から別に払い戻しを受けることができる高額療養費支給制度があります。この仕組みにより、医療費のために家計が破綻することを避けるようになっています。

バブル崩壊以降日本経済が沈滞し、国家の財政が厳しくなり、老人医療費の負担が問題となり、社会保障そのものの見直しも議論されるようになりました。

6. 医療法の変遷

医療法は、主に医療と医療機関のあり方を規定する法律です。

第1次医療法改正（1985年）では、医療計画で全国を355の2次医療圏に分け、それぞれの地域の病床数を規制しました。

第2次医療法改正（1992年）では、医療機能に合わせて医療機関を分ける制度（機能分化といいます）が始まりました。大学病院など高度医療を行う施設という位置づけで「特定機能病院」が、長期療養を行う病床として「療養型病床群」が制度化されました。それまで病院は、急性期の医療から慢性期の医療まで、それぞれの施設がその力量に合わせ提供していましたが、それ以降、それぞれの施設の機能を明確にするように誘導されています。

第3次医療法改正（1997年）では、診療所にも長期療養の患者さんを対象とする「療養型病床群」の設置が認められるとともに、地域の医療の中心となる施設という位置づけで「地域医療支援病院」が新設されました。それまで、入院期間が原則として48時間以内と規定されていた診療所に「療養型病床群」が導入されたことは、きわめて大きな政策転換でした。

第4次医療法改正（2000年）では、一般病院の病床を一般病床（短期療養）と療養病床（長期療養）に区分して届け出ることが決められ、機能による病床の再編成がすすめられました。また、一般病床の看護職員の配置基準^{注)}が最低4:1から3:1へ引き上げられました。さらに、医師の卒後臨床研修の必修化が決まりましたが（実施は2004年から）、その後、この制度が引き金となり、医師の需要と供給の動向が激変しています（40ページ「医師の不足」の項参照）。

第5次医療法改正（2006年）は医療制度改革の一環として行われました（33ページ「医療制度改革」を参照）。

注) 看護基準

病棟での看護師の配置を決めたもので、看護基準3:1とは、患者さん3人に対して看護師1人を配置するというものです。ただし、この看護師数は雇用されている人数であり、休暇や交代勤務（2交代や3交代の形をとります）のため、実際に働いている人数とは異なり、2006年からは実際に働いている人数で表すようになりました。たとえば、旧表記3:1は、新表記では15:1になります。現在、最も厚い看護基準は、2006年診療報酬改定で決められた7:1看護（旧表記では1.4:1になります）です。

7. 医療の進歩とチーム医療

1970年代から急速な科学の進歩に伴う最新技術が主に欧米より導入され、皆保険制度の成立とともに高度な医療が一般化してきました。

診断技術では、造影剤を利用した血管や消化管のX線撮影法、超音波検査、内視鏡検査、遺伝子検査、コンピュータによる画像診断（CT、MRI、PETなど）が次々に登場してきました。

治療の分野では、感染症に対する各種の新しい抗生剤や認知症の薬剤の登場、がん治療として抗がん剤や放射線療法のほか局所への薬剤の投与などの方法、外科治療では、顕微鏡下手術、内視鏡下手術、また心筋梗塞、脳動脈瘤などに対して細いカテーテルを使った血管内治療など、新しい治療が次々と導入されており、治療成績は格段の進歩を遂げています。さらに臓器移植や体外受精など、人の死や誕生にかかわる医療も広がってきています。

医療の高度化により、医師と看護師だけでは対応できなくなり、薬剤師、理学・作業・言語療法士、放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、臨床工学技士、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーなど多くの専門職によるチーム医療が一般化しています。

8. 医療制度改革

科学の進歩による高度医療の実現と高齢化を背景に、医療費が年々伸び続けてきましたが、一方で1990年以降のバブル景気崩壊後、国家財政が悪化したため、社会保障費全体の削減が検討されるようになりました。現在、医療費抑制と年金財政の健全化が国家政策の最大の課題となっています。

2001年に成立した小泉内閣は、例外なくいろいろな分野で効率性を求める「聖域なき構造改革」を掲げて、「骨太の方針」として示しました。2006年6月に将来の医療提供の姿を大きく変えることとなるであろう「医療制度改革関連法」が国会で成立し、今後さまざまな改革が行われようとしています。

医療計画のなかで各医療機関の機能を明確化し（各医療機関が、急性期・亜急性期・長期療養のいずれを担うかを定めること）効率化を図る、予防事業を行う、診療報酬を包括支払いとする、差額ベッドや保険で支払われない治療などにかかる費用（保険外併用療養費）の枠を拡大する、75歳以上の高齢者に対する新しい医療制度を導入する、高齢者への給付率を変更する、長期療養病床を介護施設へ転換させるなど、さまざまな方策を含んでいます。いずれも国民の負担を増し、医療機関の運営に大きな影響を与える内容です。

Column

医療提供体制にかかわる改革と医療保険制度にかかわる改革（2006年）

医療提供体制に関する改革は、

1. 患者等への医療情報の提供
2. 医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進（急性期と長期療養というように各施設の行う医療を明確にさせるとともに、この間で協力体制も確立させること）
3. 地域や診療科の医師不足問題への対応
4. 医療の安全確保（医療事故を起こさない仕組みをつくること）
5. 医療従事者の資質の向上
6. 医療法人制度改革
7. その他

からなっています。このうち「医療計画の見直し」では、疾病構造（ある地域ではどのような病気が起きているのかを示すもの）や医療提供体制の現状から新しい医療圏設定（日頃の生活圏に合わせた対応も考えること）も模索されるもので、今後の中期的な医療提供の姿を示す重要な計画となるはずですが、患者さんへの情報提供は、具体的に主要疾患に関する対応施設（急性期、亜急性期、長期療養のいずれを担う施設か）を知らせるといった画期的な内容ですが、医療機関にとってはそれぞれの施設の機能を評価されるもので、大きな影響のある制度です。

医療保険制度の改革では、

1. 医療費適正化の総合的推進
2. 新たな高齢者医療制度の創設
3. 都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合

があげられており、現在それぞれに対する具体的な施策が打ち出されつつあります。医療費適正化の総合的推進とは、医療費削減計画の策定をするもので、すでに「保険者に対する一定の予防・健診等の義務付け」「保険給付の内容・範囲の見直し」「平均在院日数の短縮」「介護療養型医療施設の廃止（2012年）」というような具体的な施策が決められています。また、老人医療費高騰の負担を誰がするのかという世代間の問題と、どの保険組合（保険者）が負担するのかという老人医療費拠出金（赤字分を補うお金で、分担に関する一定の決まりがあります）の問題から、新しい「高齢者医療制度」が出されました。各保険者の財政問題・効率化などから、最終的に都道府県単位とした保険者の統合再編も決められました。

われわれは、効率的に無駄のない医療を行うことには賛成ですが、単純にお金がないから制限を加えるというような考え方には反対です。現在、病院を中心に医療関係者は、「質の向上」のためのさまざまな努力をしていますが、当然、良質な医療の提供には費用も必要です。われわれが培ってきた現在の医療保険制度などの社会保障制度が今後も持続できるように、国民の理解と納得を得ながら、費用と質のバランスを図ることが、むしろ医療制度改革の本来の目的です。

3

病院のあり方を考える

1. 病院はどうあるべきか

1 医療とは何か

「医療とは何か」は、法律では定義されていません。医療は他の分野との関係において成立しており、国や地域の文化や風土、時代時代の社会の考え方によって変わるから定義できないのです。医療制度がつねに大きく変化を続けている理由もここにあります。

医療制度は、つねに社会情勢に合わせて改定されるので、きわめて複雑になっており、国民の皆さんのみならず専門職にも理解しにくいものとなっています。

医療とは、診断や治療（診療）だけではなく、もっと広く、健康に関するお世話をいいます。保健（健康増進）や介護（身の回りのお世話）も含むものです。つまり、医療の目的は、心身の健康に関する悩みや問題を軽減あるいは解消することであり、病気の予防と治療、さらに健康を維持し増進することです。

2 医療の特徴は何か

医療には以下のような特徴があります。

医療は、かつて伝承や経験に基づくものでしたが、科学技術の進歩した現在は、

安全性、有効性などを科学的に説明できなければなりません（科学性）。

医療はサービス業であり、サービスの提供と利用がその場で個別に行われます。つねに変化する患者さんの状態に適応して、その時々適切と考えられる診療をすることが求められます（個別性と受動性）。適切な診療をするためには、患者さんそれぞれの生活歴や受診までの経過を把握することが重要です（物語性）が、病名・進行程度・全身状態などその状態はさまざまであり、同じ病気で同じような治療をしても、結果は一人一人異なります（不確実性）。しかも、患者さんが求めているものはしばしば明確ではなく、苦痛や症状から原因となる病気を探し出し対応しなければならぬという側面もあります（探索性）。

医療施設は、主に周辺の地域住民を対象として運営されています（地域性）。それは、急性疾患や慢性疾患の急性増悪の場合には、できるだけ早い対応が必要だからです。それゆえに、救急医療の充実が求められます（緊急性・即時性）。

検査、薬剤投与や手術などの診療行為では、患者さんに痛みを感じさせたり傷つけることもある（侵襲性）ので、医療職には専門の資格が求められます。

3 医療提供の基本的考え方

組織には、それぞれの基本的考え方である理念がありますが、病院あるいは病院団体にも、国にも医療提供の理念があります。

最近では病院あるいは病院団体の理念は、掲示板、印刷物、あるいはホームページなどに掲示されています。国においては、1992年に初めて医療提供の理念^{注)}が医療法に記載されましたが、2006年の法改正では、さらに踏み込んだ内容となり、患者さんの立場の尊重があらためて明記されました。

医療提供にあたっては、患者さんに病院の基本的考え方や診療内容を示すことが必要です。個々の患者さんに対する病気についての十分な説明が最も重要ですが、

注) 医療提供の理念：医療法において次のように規定されています。

第1条の1 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

第1条の2 医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設（医療提供施設）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない。

3 病院のあり方を考える

さらに種々の医療に関する情報を示し、わかりやすく質の高い医療を継続して提供することが大切です。診療情報に加えて、医療機関に関する情報も公開すべきです。

患者さんは自分の診療に関する情報を知る権利がありますが、個人情報や他人に知らせるかどうかを決める権利も持っています。個人情報保護法が2005年に成立し、患者さんは、家族の誰に情報を伝えるかまで決定する権利を有することが明確になりました。医療機関は、今まで以上に個人情報の保護と情報開示に配慮するようになりました。

4 最善の医療の提供と社会的責任

病院および医療従事者は、つねに最善の医療を提供することが求められています。患者さんの心身の苦痛を取り除き、健康や機能の維持・回復のために、その時点における最も有効と思われる医療を可能なかぎり提供しなければなりません。そのためには、病院や診療所、介護施設などが協力し、医療が継続して行われるよう関係者が努力する必要があります。

医療も他の分野といろいろな関係をもっているため、個としても組織としても、社会的な使命（責任と義務）^{注）}を果たさなければなりません。今、医療界に求められているのが、「社会の中の医療」という視点です。

社会資源としての病院の責任は、継続的に医療を提供することです。そのためには、各病院が、地域の他の医療機関と協力して医療を行い、さらに社会復帰や介護まで継続させることが重要であり、それぞれの機能に応じて、良質かつ効率的に医療を提供すべきです。

組織とは、共通の目的である理念を達成するために、複数の人々が協働する場です。

注) 社会的な使命

最近、企業は社会の中で生きることを重視し、最低限の法的、経済的な責任を負うばかりでなく、沢山の顧客に対してさまざまな配慮をし、より積極的に広く企業の経営姿勢を知ってもらう取り組みをするようになってきました。そのなかには、環境への細やかな配慮や社会貢献の活動などもあります（企業の社会的責任（CSR：corporate social responsibility））。

しかし、医療機関においては、その多くが、医療そのものが社会貢献であるという思いをもっていたことから、一組織という視点から何をすべきなのかを考えたり、一般企業の社会貢献をいろいろ学ぼうとしたりする姿勢に欠けておりました。患者さんや社会が認める良質な医療の提供を行うだけでなく、社会にとって必要な医療機関であることとはどういう意味かを考え直す必要があります。医療機関においても、患者さんや家族のみならず、地域住民、そのほか関係者すべてに目を向けた活動が大切です。

全日病では、組織の責任者には、理念を定めてこれを職員、患者さんや地域に明らかにし、理念に基づいて行動するための基本方針を打ち出す必要があると啓発しています。特に、病院は職員の異動が多いので、組織の理念を文章として全員に示し、つねに組織が向かうべき方向を示すことが必要です。一方、職員には、組織の理念や基本方針を理解しそれを達成するように努めて行動することを求めています。

理念の実現には、より具体的な行動基準が必要です。文章で全職員に示して十分理解させ、定期的に見直す必要があります。

また、運営においては、良質な医療を継続して提供するための長期目標と実施計画を立て、これを達成するための適切な管理をすることが必要です。部門や部署ごとに具体的な行動を計画し、実際に現場で各人が目標を定めて業務を遂行するよう管理をします。組織の運営のさいに、方針と目標を管理することはたいへん重要で、車の両輪にたとえられます。

5 病院における人事労務管理と職員教育・研修

「組織は人なり」という言葉があるように、最も重要な経営の資源は人であり、組織の質は職員の質で決まります。したがって、人事労務管理は、組織の運営のさいたいへん重要で。

患者さんの満足を得るためには、そこに働く職員の満足がなければなりません。職員がやりがい・働きがいを感じて仕事をするからこそ、患者さんによい医療が提供できます。人事担当者は、職員が何を望み、どうしたらいきいきと働くことができるのかを考えなくてはなりません。

組織は、理念、目的、方針、目標に基づいて、経営全体のなかで人事労務管理を考えなければなりません。時代の変化が激しくなればなるほど、すばやく的確な判断のもとに決断できる人材が必要であり、人事労務管理の重要性が高まっています。

臨機応変の対応をするためには、どのように行動して欲しいかを、行動指針や就業規則などに具体的に示さなければなりません。また、給与や退職金などの処遇や人事考課の方法を示し、職員の働く意欲を引き出すことが必要です。

教育研修制度と合わせて、人材を育てるという観点での人事労務管理が必要です。医療をはじめとするサービス業が製造業と異なることは、ほぼすべての現場でサービスがつねに提供され、やり直しがきかないことです。

病院では、多くの職種が、多くの部署で業務を行っており、状態がつねに変化しています。患者さんも職員も時間・場所ともに移動しています。どのような状況においても、つねに、柔軟に対応できる職員の養成が必要であり、他の産業より職員研修・教育が重要となります。

6 医療における経営

医療法では、営利を目的に医療機関が活動することは認められていません。株式会社のように利益を出資者に分配することはできず、このことから「非営利」事業といわれます。しかし、「非営利」とはいえ、適正な収入を得て健全に病院を運営しなければ、充実した施設・設備の整備や優秀な人材の確保ができず、質の良い医療を提供することができません。

世の中が大きく変わる状況においても、つねに質を重視した経営が大切であり、病院において「医療の質向上活動」を行う必要があります。

病院管理者にも意識改革が必要であり、自らが先頭に立って、組織の理念や方針に合った方法で医療の質向上活動を行うことが重要です。

2. 医療の質向上

全日病では、病院の運営において継続的な質向上の努力が必要であるとの考えから、会員に対してその支援を行うため、2001年、医療の質向上委員会を発足させ、種々の活動を行っています。

医療の質は、診療の結果だけではなく、医療提供の基盤である建物・設備・機器・仕組みや、診断・治療・事務処理などの医療提供の過程およびその後の経過観察・苦情処理（アフターサービス）、最終処理（治癒・死亡）などの全経過で評価されるべきものです。

「医者にかかれて幸せだ」と、医療を受けること自体に患者さんが特別な思いを持っていた時代もありましたが、今では国民の皆さんの多くが「病院を受診し、治って当たり前」と考えるようになっていきます。

診療を受ける皆さんには見えにくいところもありますが、医療機関や医療従事者は良質な医療を提供するためにいろいろな努力をしています。施設により差があることは事実ですが、最も基本的な事項が医療安全であると考えて、種々の取り組みをしています。

1 医療の安全確保

医療の現場では、患者さんの容態は刻々と変わるため、非定型的な業務が多く、つねに異常あるいは緊急事態に対応しなければなりません。交代勤務や人員の異動が頻繁にあるので、ミスや事故が起りやすい環境といえます。

患者さんはもとより国民の皆さんが、医療安全は当たり前と認識するようになり

ましたが、われわれも継続的な質向上の取り組みとして安全確保が必須と考えています。質を向上させるということは、悪い結果が出てから対応するのではなく、良い結果を導くための方法を計画の段階から検討し、業務の仕組みに落とし込むということです。

最近、新聞などに医療事故の報道がよくみられ、防止対策がとられていたのかが問われていますが、単に事故防止ではなく、より前向きな安全確保の取り組みが必要です。病院を信頼して安心して受診していただくために、安全確保はその基本であり、患者さんのみならず医療従事者や地域にとっても重要です。

医療行為により生じる意図しない健康障害を医療事故といますが、事故には、過ちにより起こるものと、過ちがなくても生じるものがあります。過ちにより生じる医療過誤は、適切な対策を講ずることにより発生を減らし、あるいは防ぐことが可能です。人体に危害が及ばなかったが、放置すれば危害を及ぼす可能性の高いものを「ヒヤリ・ハット事例」（工作中に危うくミスをしかけて、ひやっとした、はっとした内容）として、職員などから報告させ、分析して、対応を考え、安全管理をより徹底しています。

医療の安全を確保するためには、病院は、単に事故・災害対策としてだけでなく、教育（職員の質）の問題、組織管理の質の問題として、組織をあげて取り組む必要があります。①失敗しても被害を最小とする、②失敗しても被害を出さない、③失敗を繰り返さない（再発防止）、④失敗しない（未然防止）、⑤質向上を図る、の各段階について対応を図っています。

現在は、すべての病院が医療安全を推進する委員会を有しています。医療安全推進委員会では、①危険と考えられる状況を把握し、②分析評価し、③対応方法を決めて実行し、④その結果を再評価する、という一連の取り組みを行っています。大切なのは「情報共有」と「標準化」です。「ヒヤリ・ハット事例」を集め、全体的あるいは各医療機関における傾向を見出し、事故が起こりやすい状況を情報として共有し、業務を標準化して同様の事故の再発を防止することが目的です。

この取り組みの過程で、職員の間連携、意思の疎通が図られ、つねに医療安全を考える組織風土ができ、結果として過ちや事故の発生が防止可能となります。

全日病では、病院内において医療安全を担当する医療安全管理者（セイフティ・マネージャー）の養成を目的に、医療安全管理者養成講習を企画したり、他の産業界の品質管理関係者とも協力しあって医療の質に関するシンポジウムを共催したり、医療安全の啓発に力を入れています。

医療安全を考えると「人は間違える生き物である（To Err is Human）」^{次ページ注}という認識がたいへん重要です。事故の原因をシステムの問題と人の問題とに分けて考えます。間違えても仕方がないということではなく、人は間違えるからこそ、

医療安全管理者養成講習

全日病と日本医療法人協会の共催で、以下のプログラムにより養成講習を行っています。

医療安全管理者養成講習会プログラム

【講義：4日間】

- 1 開会挨拶
- 2 研修の目的と趣旨説明
- 3 なぜ、医療の安全が一質・情報・安全
- 4 安全管理の必要性・重要性の理解
- 5 医療安全推進の動向
- 6 医療の質向上
- 7 質マネジメント概論
- 8 事例収集と分析・改善・標準化・未然防止
- 9 安全とリスクに関する概念（用語）の理解
- 10 病院組織概論
- 11 安全管理の組織づくりとその運営
- 12 情報提供・収集
- 13 医療事故と保険
- 14 心理学・教育学・労働衛生など
- 15 患者・家族の観点から見た安全確保
- 16 研修・教育
- 17 物の管理
- 18 情報の管理・伝達
- 19 基本統計の理解
- 20 人間信頼性工学
- 21 全体のまとめ
- 22 受講証授与・閉会挨拶

【演習：2日間】

- 1 事例を用いた根本原因分析（RCA：root cause analysis）の演習
- 2 事例を用いた故障モード影響解析（FMEA：failure mode and effects analysis）の演習

注) 人は間違える生き物である（To Err is Human）

米国の医療研究所の「医療の質委員会」が、1999年に発刊した著書の表題です。『人は誰でも間違える—より安全な医療システムについて—』と和訳されています。医療事故は医療の全分野において高い頻度で生じ、その結果もたらされる人命、経済的損失は莫大であること、これに対応するためには、個人の責任追及ではなく、システムの改善を図ることが重要であると指摘しています。

対策を考えなければならないということです。システムが間違えるのではなく、人が間違った考え方に基づいて間違ったシステムをつくったり、間違った認識により間違っシステムを運用するから事故が生じるのです。医療事故の原因としては、制度の問題（施設基準、人員配置、許認可、各種の規制など）、組織の問題（無理な勤務体制、業務の仕組みの不都合、医療機関の経営姿勢の問題など）、人の問題（個人の不注意や過ちによるもの、知識不足あるいは能力不足、体調不良など）があげられます。

「ヒヤリ・ハット事例」から学び、次の防止対策につなげることが必要です。事故を隠さず報告を促すためには、航空産業などの経験からも、報告者の守秘および免責を認めることが必要であるとされています。

新聞報道にもみられますが、医療事故が発生した場合に、医療行為の実施者の責任を追及する風潮があります。しかし、緊急事態において瞬時の判断を求められる医療現場においては、100%の安全を確保することは不可能です。また、医療事故は、単独の原因ではなく、いくつかの原因が複合して発生する場合があります。

先にも述べたように、医療過誤や医療事故は未然に防止することが求められていますが、現実として医療過誤や医療事故をゼロにすることはできません。ひとたび医療事故が起き、医療紛争になった場合には、その解決に時間と費用がかかり、当事者にとってきわめて大きな負担となり、社会問題ともなっています。責任の所在を検討することも必要ですが、被害者救済の観点からも、できるだけ早く解決を図ることが重要です。しかし、日本では今のところ、医療事故が発生した場合の専門家による医療事故の調査方法、およびその結果の利用方法についての仕組みが確立していません。

医療事故が発生した場合、病院内で事故調査の専門家を得ることは一般に困難であり、また事故調査を十分に行うにも問題があります。

医療事故をただちに警察に届け出るという制度は、諸外国にはみられない異常なことです。日本では都立広尾病院事件をきっかけに、医師法 21 条^{注)} に基づく診療中の患者さんの異状死についての警察への届け出の是非や、そもそも何をもって異状というのかについて、大きな議論がわきあがっています。医療事故の警察への届け出は、被害者救済に役立つ可能性があります。警察では主として刑事犯罪の可能性からの捜査が行われるのみで、事故の原因を検討して医療安全への総合的な取り組みに役立たせることをするわけではありません。責任だけを追及する状況では、

注) 医師法 21 条

医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

3 病院のあり方を考える

事故が隠され、原因を分析し対策を立てることができません。失敗から学ぶ機会が失われ、再発防止ができないばかりか、医療事故の被害者の救済や補償も十分になされないおそれがあります。したがって、医療事故調査組織のあり方、調査方法、法的位置づけなどを、関係機関と協力しながら早急に明らかにする必要があります。

中立的な第三者機関に事故情報を集め、専門家による分析のもとにその結果が医療現場に事故防止のために伝えられる必要があります。厚生労働省、日本医療機能評価機構、学会、病院団体などがその仕組みを検討、あるいは活動しつつあり、特に日本医療機能評価機構は、全国レベルで医療事故と「ヒヤリ・ハット事例」の収集を行っていますが、このような活動は世界的にも少なく注目されるものです。

全日病は、以前から医療紛争の解決手段として、裁判以外の紛争解決手段（ADR: alternative dispute resolution）を検討する必要があると主張してきました。自主的な相談や申請を基本とし、個人のプライバシーや組織の秘密を守りながら、非公開で解決を目指すものです。簡単に早く費用負担も少ない形で解決されなければなりません。医療分野では、すでに薬害に関して被害者救済のための制度が設けられており、参考とすべきです。

全日病は、医療事故に関しては、被害者救済および医療機関の負担軽減の意味から、仲裁、調停、斡旋、相談の窓口として第三者機関（仮称:医療事故情報センター）を設立することが必要であると提言しています。2003年に国は、都道府県や保健所設置市区、二次医療圏ごとに医療安全支援センターの設置を求めており、全国的に整備が進んでいます。

ADRは、医療側の過失の有無を明らかにすることが前提ですが、たとえ過失がない場合にも健康被害が生じることがあります。全日病は、被害者救済の意味で一定の要件を定めたうえでの無過失補償制度の導入も併せて検討するべきであり、そのための基金設立も必要であると提言しています。医療機関あるいは病院団体、医療機器・診療材料製造あるいは販売会社などが資金提供して基金をつくるというものです。

被害者の支援と救済は最重要課題ですが、過誤や事故を引き起こした医療従事者への精神的、その他の支援体制も必要です。また、過誤や事故の影響は、当該医療機関で働く他の職員、患者さんなどの利用者、地域住民にも及ぶことに配慮すべきであり、これらへの支援体制は、各医療機関、病院団体、第三者機関など、それぞれに設けられることが望ましく、具体的な方法を検討すべきです。

Column

救済給付業務

医薬品や医療機器は、私たち人の健康や生命を守るために欠かせないものです。医薬品などによる副作用や感染などで発生した疾病などの被害に対して迅速に救済を行う目的で、「医薬品副作用被害救済制度」と「生物由来製品感染等被害救済制度」が設けられています。財源は医薬品の製造販売業者からの拠出金で賄われています。

医薬品副作用被害救済制度：病院・診療所で投薬された医薬品、薬局などで購入した医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用による入院が必要な程度の疾病や障害などの健康被害について救済給付を行います。

生物由来製品感染等被害救済制度：ヒトや動物など、生物に由来するものを原料や材料とした医薬品や医療機器など（生物由来製品）については、ウイルスなどの感染の原因となるものが入り込むおそれがあることから、さまざまな安全性を確保するための措置が講じられています。しかし、最新の科学的な知見に基づいて安全対策を行ったとしても、生物由来製品による感染被害のおそれを完全になくすことはできません。このため2004年4月に新たに生物由来製品感染等被害救済制度が創設されました。生物由来製品を適正に使用したにもかかわらず、その製品を介した感染により生じた、入院が必要な程度の疾病や障害などの健康被害について救済を行う制度です。感染後の発症を予防するための治療や二次感染者なども救済の対象となります。財源は製造販売業者からの拠出金で賄われています。

（出典：「独立行政法人医薬品医療機器総合機構」ホームページ）

2 質向上の要点

質を評価するには、共通の尺度と基準の決定が必要です。

患者さんの状況や容態はそれぞれ異なり、それぞれの患者さんに合わせたオーダーメイド医療が必要です。医師は個人の経験だけに基づいて判断するのではなく、科学的な方法で集積・分析・評価された治療方法を患者さんに適用しなければなりません。

質向上の要点は、標準化と継続的質向上の取り組みです。標準化すべき事項は沢山ありますが、医学教育、医療用語、診断名分類、診断・治療の方法、記録の様式およびその管理方法、評価基準、さらには情報伝達なども含まれます。

以下にあげるのは、医療の質向上と効率化を目的として実施されている代表的な方法です。

3 病院のあり方を考える

診療計画の標準化の手法として取り入れられているのが、一般産業界で開発されたクリティカル・パス法です。作業を効率的に行うため、医療行為と時間をマトリックスに表した工程表です。医療界ではクリニカル・パスという言い方が一般的です。診療内容が確立している疾患、各病院で多く経験する疾患について、標準的な診療計画を作成し、適切な期間に診療効果をあげる方法です。

EBM (evidence based medicine) とは、科学的根拠に基づいた医療をいいます。患者さんの理解と納得を得るために、過去の経験にたよるだけでなく、なぜその治療が必要で、適切なのかについて、明確な根拠を示そうとするものです。

診療指針 (ガイドライン) は、推奨する診療内容を専門的に要約した指針ですが、クリニカル・パスとともに診療の過程を標準化し、医師間の治療のバラツキを少なくする手法です。画一的な治療ではなく、診療指針を適用するか否かは患者さんごとに個別に検討することが必要であり、医師の専門職としての知識を生かした裁量が生かされるものです。すでに作成された診療ガイドラインについては、財団法人日本医療機能評価機構 Minds (<http://minds.jcqhc.or.jp/index.aspx>), クリニカル・パスについては MEDIS パスライブラリー (<http://epath.medis.jp/>) に記載されています (表 3-1, 表 3-2)。

このように、質を重視する多くの病院では、一般的な病気については、EBM に従った診療指針に沿い作成された施設ごとのクリニカル・パスを使用して診療をしており、複数の医師がいても基本的には同内容の診療がなされます。

病院では、患者さんと直接接する部署はもちろん、間接的な支援をする部門も含めて、全部署の協力により医療を提供しており、それぞれを切り離して考えることはできません。「チーム医療」とは、関連するすべての部門が組織横断的に協力して業務を行うことです。医療の質向上には、「チーム」が日頃より診療上のいろいろな課題を取り上げて改善を図る、医療の質向上活動を行うことが必要です。

質を重視する病院では、質向上のために委員会を立ち上げて、計画立案・実施・評価・改善を繰り返し、より効率的で効果的な治療方法を確立するために日々努力しています。全日病は、このような努力をする病院を支援しています。

3 医療情報の開示と公開

医療不信は、医療事故・医療過誤に対する国民の皆さんの批判に表れていますが、医療提供側が患者さんや家族に診療内容をわかるように説明してこなかったこと、医療機関の機能などについて情報公開が十分でなかったことが大きな原因であると認識しています。病院団体および各病院が、信頼を創造するために積極的に行動する必要があり、真摯に対応すべきです。

表 3-1 クリニカル・パス (医療従事者用)

様 経過報告書 診断名：大腿骨頸部骨折

年齢 歳 性別：男・女 血型： 感染症： HBs抗原(+-) 抗体(+-) HCV (+-) TPHA(+-) MRSA(+-)(検出部位：) 金属アレルギー：無・有() 薬品アレルギー：無・有() 食品アレルギー：有・無() その他アレルギー：有・無() 身長： 体重： 当院処方薬：裏面添付 入院前情報 家族構成・家族歴 キーパーソン：(続柄：)() 主に世話する人 (続柄：)() () 入院前 ADL (Barthel Index)	経過	受傷日：20 年 月 日 入院日：20 年 月 日																																																																																																																								
	目標	入院前	平行棒内起立	平行棒内歩行へ																																																																																																																						
	達成	/	/	/																																																																																																																						
	上の段階へ移行の目安	<input type="checkbox"/> 車椅子座位 可能 <input type="checkbox"/> 立位に耐えられる 全身状態である <input type="checkbox"/> 立位で大腿部の筋 収縮が確認できる <input type="checkbox"/> つかまって立てる <input type="checkbox"/> 立位保持 可能 <input type="checkbox"/> 歩行に耐えられる 全身状態である <input type="checkbox"/> 健脚を一歩踏み出すことが可能 ROM () ROM () ROM () (/) (/) (/)																																																																																																																								
入院前 ADL (Barthel Index)		病院退院時 20 年 月 日																																																																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>点数</th> <th>介助・自助具等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>食事</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>移乗</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>整容</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>トイレ動作</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>入浴</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>歩行</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>階段昇降</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>更衣</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>排便</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>排尿</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>合計</td><td></td><td>/100点</td></tr> </tbody> </table>		点数	介助・自助具等	食事			移乗			整容			トイレ動作			入浴			歩行			階段昇降			更衣			排便			排尿			合計		/100点	病棟 ADL (B・I)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>自立</th> <th>監視</th> <th>一部介助</th> <th>全介助</th> <th>必要自助具・介助方法等</th> <th>【持参薬】 点眼薬(有・無) () 軟膏(有・無) () 【栄養指導】</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>食事</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>形態主：副：付加食品</td> <td></td> </tr> <tr> <td>移乗</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>整容</td> <td>5</td> <td>/</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>トイレ動作</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>5</td> <td>/</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>歩行</td> <td>15</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>階段昇降</td> <td>10</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td>10</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>排便</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>排尿</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td></td> <td>/100点</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		自立	監視	一部介助	全介助	必要自助具・介助方法等	【持参薬】 点眼薬(有・無) () 軟膏(有・無) () 【栄養指導】	食事	10	/	5	0	形態主：副：付加食品		移乗	15	10	5	0			整容	5	/	0				トイレ動作	10	/	5	0			入浴	5	/	0				歩行	15	10	5	0			階段昇降	10	5	0				更衣	10	0	0	0			排便	10	/	5	0			排尿	10	/	5	0			合計			/100点			
	点数	介助・自助具等																																																																																																																								
食事																																																																																																																										
移乗																																																																																																																										
整容																																																																																																																										
トイレ動作																																																																																																																										
入浴																																																																																																																										
歩行																																																																																																																										
階段昇降																																																																																																																										
更衣																																																																																																																										
排便																																																																																																																										
排尿																																																																																																																										
合計		/100点																																																																																																																								
	自立	監視	一部介助	全介助	必要自助具・介助方法等	【持参薬】 点眼薬(有・無) () 軟膏(有・無) () 【栄養指導】																																																																																																																				
食事	10	/	5	0	形態主：副：付加食品																																																																																																																					
移乗	15	10	5	0																																																																																																																						
整容	5	/	0																																																																																																																							
トイレ動作	10	/	5	0																																																																																																																						
入浴	5	/	0																																																																																																																							
歩行	15	10	5	0																																																																																																																						
階段昇降	10	5	0																																																																																																																							
更衣	10	0	0	0																																																																																																																						
排便	10	/	5	0																																																																																																																						
排尿	10	/	5	0																																																																																																																						
合計			/100点																																																																																																																							
既往歴：	リハビリ																																																																																																																									
内服歴： 要介護度：無・有 _____ サービス利用：無・有 _____ 通院方法： コミュニケーション：良好・困難 理解度：良好・困難 問題行動： 無・有 (徘徊・暴言) 家屋：寝具 ベッド・布団 トイレ 和・洋 屋内・屋外 居室 1階・2階以上 栄養指導： 患者指導 パンフレット説明 (済・補足説明要)	その他の状態	荷重制限：無・有 禁忌動作：無・有 リハに対する意欲：十分・誘導にて可・不十分 HDS—R： /30点 リハ目標：移動 屋外 歩行自立(独歩・杖)、介助歩行、車椅子 屋内 歩行自立(独歩・杖)、介助歩行、車椅子 介護保険申請：未・途中・済・区分変更検討必要 要介護度： 残存する問題点： セラピスト _____																																																																																																																								

術前リハ：無・有 開始日 20 年 月 日
 術後リハ開始日 20 年 月 日 平行棒内荷重開始日 20 年 月 日

歩行器（松葉杖）歩行へ	一本杖歩行へ	階段昇降へ	屋外歩行へ	_____ 病院退院時情報
/	/	/	/	自宅退院へ：独居・同居 _____ 人暮らし 日中家族：不在・在
<input type="checkbox"/> 平行棒内歩行が可能 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行で膝が安定している <input type="checkbox"/> 一人で平行棒内歩行を最低1往復できる <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行可能	<input type="checkbox"/> 歩行器（松葉杖）歩行が一人で可能 <input type="checkbox"/> 患脚での支持が十分可能 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行が片手支持で可能	<input type="checkbox"/> 杖歩行が安定 <input type="checkbox"/> 院内杖歩行が自立 <input type="checkbox"/> 階段歩行時につま先の引っ掛かりがない <input type="checkbox"/> 膝折れなく階段昇降が可能	<input type="checkbox"/> 階段昇降が可能 <input type="checkbox"/> 歩行耐久性がある <input type="checkbox"/> 凸凹の地面に対応できる <input type="checkbox"/> T字杖・4字杖 松葉杖 <input type="checkbox"/> ロフトランド杖 <input type="checkbox"/> ピックアップ	施設入所：_____ 転院：_____ 退院前患家訪問：無・有 20 年 月 日 施行時歩行状況：_____ 家屋改修：無・有 サービス調整：無・有 退院後サービス利用先：無・有 要介護度：無・有 退院後外来受診先：無・有 初回来受診日 ____/____ 退院後リハフォロー先：無・有
ROM () (/)	ROM () (/)	ROM () (/)	ROM () (/)	

病院退院時 20 年 月 日

	自立	監視	一部介助	全介助	必要自具具・介助方法等	リハビリからのコメント
食事	10	/	5	0	必要自具具・介助方法等 _____Kcal 形態 主： 副： 付加食品	
移乗	15	10	5	0		
整容	5	/	0			
トイレ動作	10	/	5	0		
入浴	5	/	0			
歩行	15	10	5	0		
階段昇降	10	5	0			
更衣	10	0	0	0		
排便	10	/	5	0		
排尿	10	/	5	0		
合計	/100点					担当セラピスト：_____

南3階病棟スタッフ	
疼痛状況：無・有（安静時・夜間・動作時） コントロール状況：薬物使用 無・有 内服管理：自己・家族・スタッフ 内服形態：錠剤・粉末・液体 褥創：無・有 問題行動：有・無（暴言・暴力・徘徊・被害的訴え・幻覚・排泄物いじり・ケア等への拒否・ベッド柵超え・大声を出す） 抑制：不要・必要（日中・夜間・常時） 抑制に対するの同意書：無・有 ナースコールに対するの理解：有・無 体動コールの使用：無・有 病状に対するの理解：良好・困難 最終退院先予定：自宅・家族宅・病院・施設・不明 医師の治療計画・説明に対する受け止め方： 看護師 _____	

表 3-2 クリニカル・パス (患者用)

入院診療計画書 大腿骨頸部骨折に対し手術 (人工骨頭置換術・骨接合術) を受けられる方へ 平成 年 月 日					
(様) (主治医)		(看護師) (看護師)		(理学療法士) (理学療法士)	
経過	入院日～手術前日 入院日 (/ /)	手術当日 (/ /)	術後 1 日目～2 日目 (/ /) ～ (/ /)	術後 3 日目～7 日目 (/ /) ～ (/ /)	術後 8 日目～退院 (/ /) ～ (/ /)
検査	★手術をするための必要な検査をします ・血液検査・尿検査・心電図・レントゲンなど	★血液検査 出血が多い時は、輸血します	★血液検査 ★レントゲン 	★血液検査 (術後 7 日目)	★レントゲン
活動・リハビリ	★痛みに応じて車椅子に乗れます 	★ベッド上安静  ★手術後、脱臼予防のため、股間に枕をはさみます	★病棟又はリハビリ室で訓練します ★座位訓練を開始します  ★手術した足は脱臼しやすくなっています (人工骨頭の場合) ・脚 (あし) を内股にしない様注意しましょう ・寝る時は股の間にまくらはさみます	★リハビリ室で訓練します ★平行棒内での起立から徐々に歩行訓練を開始します	
処置	★必要に応じて毛を剃ります ★売店で T 字帯を購入して下さい ★弾性靴下を準備します ★貴重品は、家族の方に預けましょう	★手術に行く前にめがね・入れ歯・時計などははずします ★化粧・マニキュアはできません ★看護師が手術室まで案内します ★家族の方は、手術が終わるまで待機して下さい (2 階待合室にて) 《手術後》 ☆心電図モニターをつけ必要時、鼻から酸素を吸入します ☆手術した脚 (あし) に、血を貯める袋が入ってきます ☆血栓予防の為、器械で足の裏をマッサージします	★消毒 (1 日 1 回) ★血を貯めていた管を抜きます ★心電図モニター・酸素吸入をはずします ★機械で膝の曲げ伸ばし運動をします ★足背運動 (足首を動かす) を行なってください ★車椅子に乗れ歩行訓練が始まるまで弾性靴下をはきます	★傷がきれいになったらガーゼをとります ★術後 14 日目抜糸 	
治療・薬剤	★必要に応じて痛み止め使用します ★服用中のお薬があればお知らせ下さい 	★食事が摂れるまで点滴をします ★抗菌薬の点滴をします ★必要時、痛み止めのお薬を使用します	★食事がとれたら点滴を終了します ★抗菌薬と胃薬の注射をします (場合によっては、胃薬の注射をします) ★痛みがある時は、痛み止めのお薬を使用します (お薬が必要な時は、お知らせ下さい)	 	
食事	★手術前日まで食事はできません ★手術前日の夜中の 0 時から、飲んだり食べたりできません (あめ玉やガムも食べられません!) (食べてしまうと手術ができません!) ★手術後許可が出たら、お水や食事がとれます	★食事の制限はありません ★栄養士が訪問することがあります 			
清潔	★手術前日にお風呂に入ります (ヘルパーがお手伝いします)	★体を拭きます 		★シャワー浴ができます (一人で入れるまでヘルパーがお手伝いします)	
排泄	★排便の確認をします	★手術後尿の管が入っています	★尿の管をぬきます ★車椅子でトイレまで行けます (車椅子が上手になるまでお手伝いします)		
説明	★入院計画書の説明《手術前日》 ★手術説明 ★麻酔科説明 家族の方へ 手術日の来院時間を確認してお帰り下さい	★手術の経過について説明 			★退院 オリエンテーション ★紹介先病院への紹介状があります

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。
 ※入院中の計画書であり、入院期間・経過など入院中の状態によって変わりうるものです。
 ※上記の診断計画について { } から説明を受けました。

受領者: _____

転院先病院
(/) ~



リハビリの途中段階で他の施設へ転院される患者様も転院先の病院又は施設で同じ様にリハビリが進められます。

当院にて術前又は術後翌日より、生活改善目的にリハビリが開始されます。

基本的に骨折前の歩行状態を目標とします。1段階低く設定する場合があります。

リハビリ訓練の目安を記してあります。参考にしてください。



屋外歩行へ

□階段昇降ができた



杖歩行へ

□平行棒を杖だけで歩けた
□片手だけで平行棒内を歩けた



歩行器歩行へ

□歩行器を使って歩けた
□肩の力を抜いて歩いた



平行棒内歩行へ

□つかまって立てた
□立って骨折していない
足を前に出せた



平行棒内起立



ころばないように注意して訓練を進めてください。

なんでもご相談ください



整形外科 ()

患者用

(出典：MEDIS パスライブラリー)



全日病では、診療情報の積極的な開示と個人情報の保護が重要であると考えて会員を啓発しています。

十分な診療情報を提供するためには、診療記録（カルテ）が充実していなければなりませんので、「標準的診療記録の書き方」を発刊して、会員病院に適切な対応を求めています。

患者さんの権利としては、知る権利、選択する権利、自己の決定権、個人情報の扱い方を自分の意志で決める権利などがあります。

個人情報保護に関しては、全日病が医療界で最も早く取り組み、2006年2月、医療関係団体として最初に認定個人情報保護団体として指定されました。会員などに対して随時情報を提供し、指導的立場で相談などを受けています。個人情報保護に関する方針を、各病院が掲示して患者さんにわかるよう指導しています。苦情の受け付けやよろず相談窓口も設置していますので、医療関係者のみでなく皆さんも利用してください。

医療の質の評価指標の開発は、きわめて重要です。

全日病は、診療結果を評価する事業を全国展開し、臨床指標と医療費のデータ取

認定個人情報保護団体

「個人情報の保護に関する法律（2003年法律第57号）」（以下「保護法」という）が2005年4月より全面的に施行され、保護法の適用を受ける事業者（個人情報取扱事業者）は、個人情報の適正な取扱いを確保するための取組みを自発的に確立することになりました。事業者の自発的な取組みを促進させ、法の趣旨を踏まえて個人情報の保護を推進する目的で、認定個人情報保護団体の制度を設けており、法第37条の規定に基づいて（医療では厚生労働）大臣から認定を受けることとなっています。

認定個人情報保護団体としての活動内容

全日病は、認定個人情報保護団体、個人情報保護法に基づき、対象事業者（全員病院）の個人情報の適切な取扱いの確保を目的として、会員病院の個人情報の取扱いに関する申立人（患者・家族など）からの苦情・相談の処理や会員病院への情報提供などを行っています。

具体的には、協会に個人情報保護担当委員会および個人情報保護窓口を設置し、

1. 会員病院を受診された患者さんなどからの個人情報保護窓口を設置し、
2. 個人情報の適正な取扱いの確保についての会員病院への情報提供・相談の受け付け
3. 全日病個人情報保護指針を会員病院が遵守することへの必要な指導

4. 個人情報保護の動向に関する調査・研究を実施しています。

3 病院のあり方を考える

集を実施しています。この事業は、米国メリーランド病院協会が開発した診療結果を評価する事業をわが国に組織的に適用した初めてのものです。集計結果は全日病のホームページで公開されるほか、参加病院は、自院のデータと他の参加病院との統計値を比較したり、自院における時系列推移を分析して、自院の質向上に活用することができます（詳細は <http://www.ajha.or.jp/outcome/index.html> を参照）。

質向上のためにはおのおの医療機関の努力と自己評価のみでは十分ではなく、第三者による客観的評価も必要です。財団法人日本医療機能評価機構が1997年から全国の病院の評価作業を行っています。2008年2月現在2,452病院（全病院の27.6%）が認定されています。皆さんが通院している病院でも、認定を受けているところでは認定証が掲示されていますので、確認してください。

4

医療・介護を考える

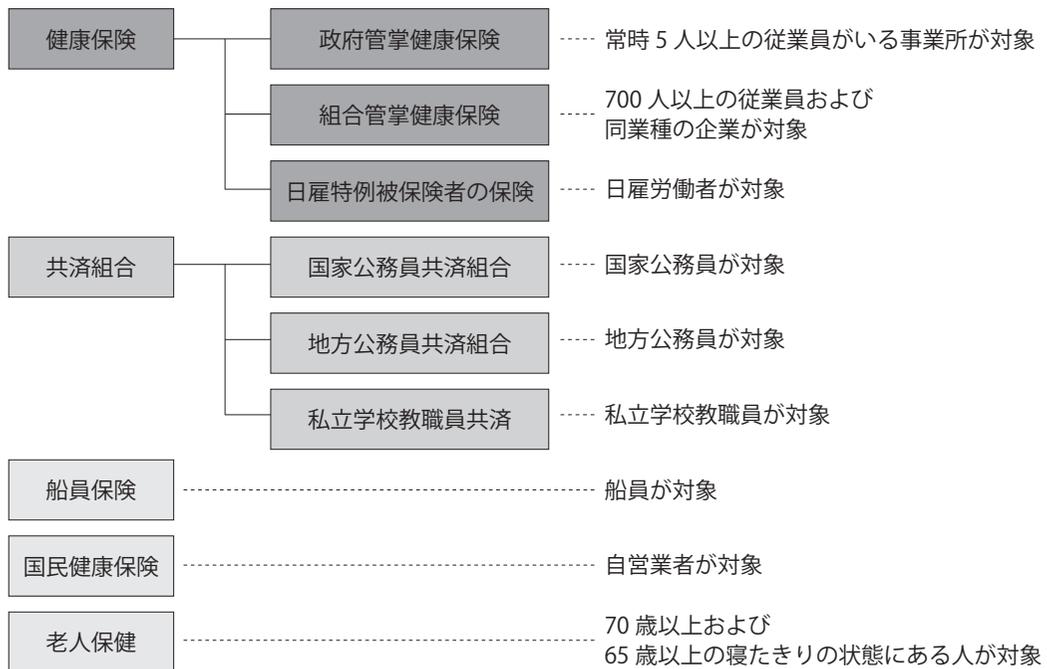
1. 医療制度

1 医療保険の仕組み

国民の皆さん全員に、医療保険に加入する義務と、どこでも医療を受ける権利とがあります。全員が同じ医療保険に加入しているのではなく、職業などによって加入する制度が異なっています。そのため、自分がどの医療保険に加入しているかにより保険料や自己負担が異なるので、十分知っておく必要があります。

医療保険は、職域をもとにした被用者保険と、居住地（市町村）をもとにした国民健康保険に分けられます。被用者保険には、公務員・教員が加入する共済組合、船員保険、会社員が加入する健康保険（政府管掌健康保険・組合管掌健康保険）があり、国民健康保険は、自営業者、農業、漁業、無職の方が入ります。このほかに高齢者用の老人保健（後期高齢者医療保険に移行予定）という制度があります。

国民健康保険では、地域住民の傷病が対象という考え方で、市区町村または国民健康保険組合が運営しており、保険料は前年の所得などをもとに決定されますが、運営母体によって差があります。被用者保険は、各職場の職員（被用者）の業務外の病気やけがが対象で、業務に関連するものは労働災害補償保険（労災保険）から支払われます。保険料は毎月の標準報酬によって決められ、雇用者と本人とが半分ずつ負担します。被用者保険には、出産手当金や傷病手当金による休職時の所得保障



(2008 年 4 月より高齢者医療制度に転換)

図 4-1 医療保険の種類 (概要)

制度もあります。会社を辞めると、健康保険組合や政府管掌健康保険を抜けて、国民健康保険にはいるのが原則です。

被用者保険に加入しているのは、比較的若年で健康的で医療費が安く、収入の多い人が中心ですが、国民健康保険には、もともと所得が低めの人加入していることと、退職後に国民健康保険に加入する人が多くなり、平均年齢が高く受診率も高くなるため、財政的には厳しいのが実情です。そこで、両者の財政状態の公平化を図るために、両者からの拠出金による老人保健制度が設けられています。拠出金は老人の少ない保険者がより多く支払うように定められています。

国民医療費の財源は、大きく 3 つに分けられます。患者さんの負担、保険料負担(事業主、被保険者)、公費負担(国の負担・地方の負担)です。2005 年は、患者負担 14.4%、保険料 49.2%、公費 36.4% (国庫負担 25.1%、地方負担 11.4%) でした。

政府管掌健康保険の保険料は、2003 年 4 月から 8.2% となっており、組合健保は 3.0 ~ 9.5% の範囲で厚生労働大臣の許可を受けて各健保組合が決定しますが、基本的には事業者と本人とで保険料を折半します。国民健康保険は市町村別の運営となっており、被保険者の所得および資産額から負担を決める部分と、被保険者の 1 人当たりまたは世帯当たり定額とする部分とがあり、通常半分ずつです。世帯ご

とにこれらを合算して世帯主が一括して納付することになっています。

2005年の国民医療費は前年度より1兆178億円(3.2%)増加の33兆1,289億円と最高額を更新しました。国民1人当たり医療費も25万9,300円と前年度より7,800円(3.1%)増加し、国民医療費の国民所得(367兆6,303億円)に対する比率は9.01%と、初めて9%を超えています。

2 医療制度改革

1) 医療制度改革の基本方針

小泉政権誕生後、社会保障も含めた政策決定の仕組みは大きく変わりました。

医療・介護に関する施策の多くは、厚生労働省が社会保障審議会や中央社会保険医療協議会(中医協)などで日本医師会や保険者代表ほかと協議交渉し、政府が承認する形式がとられていました。いわば現場からのボトムアップ方式です。しかし、現在は内閣府主導で政策の方向性が示され、具体的協議のみが審議会、協議会でなされるようになり、厚生労働省の機能や権限の縮小が行われました。

小泉内閣における政府の社会保障に関する政策の基本方針は、国民1人当たり保障額の調整を主な目的とする「社会保障個人会計制度の導入」^{注)}と「医療制度と介護保険制度における費用対効果の導入」です。

また、内閣府の政策決定に最も影響力をもつ経済財政諮問会議の基本的考え方は、「自立・自助・自己責任」の理念のもと、規制緩和や自由競争による改革を行おうとするものです。

2) 医療制度改革の内容

こうした背景のもと、以下のような過程で医療制度改革が進められました。

2001年9月に厚生労働省は、「急激な少子高齢化」、「低迷する経済状況」、「医療技術の進歩」、「国民の意識の変化」という医療を取り巻く環境の変化に対して医療制度の大きな転換が必要とし、今後の医療提供、診療報酬、医療保険のあり方を

注) 社会保障個人会計制度

個人ごとに社会保障の給付・負担の情報を一元管理する制度です。

年金・医療・介護・雇用の4分野を対象とし、それぞれの利用状況を示す「給付」と、納付した保険料や医療・介護の自己負担額を合算した「負担」の収支を明示する内容です。

厚生労働省や地方自治体、健保組合などが情報を交換・共有するとともに、個人は自らの社会保障番号によりネットで閲覧できるようにするとされています。

当初、2010年度前後の導入が予定されていましたが、安倍政権から福田政権に移行し改革路線の修正が図られており、年金問題等の処理に追われ、具体化が遅れています。

提言した「医療制度改革試案—少子高齢社会に対応した医療制度の構築—」を示しました。

これをたたき台として中長期的な展望に立った制度改革議論が行われ、「医療保険制度体系および診療報酬体系に関する基本方針」が2003年3月に閣議決定されました。この閣議決定を具現化するために、厚生労働省は2004年8月に「医療提供体制の確保の基本的方向性」として、「患者の視点の尊重」「質の高い効率的な医療提供体制の構築」「医療の基盤整備」をあげ、主に提供体制の面から改革の方向を示しました。

しかし、2005年6月に経済財政諮問会議が打ち出し、その後閣議決定された「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」は、「医療費適正化方策」の推進、診療報酬マイナス改定、給付範囲の見直し、「基本方針2001」以降閣議決定された事項の完全実施など、きわめて厳しい制度改革を求めるものでした。

医療費適正化計画の策定が政府方針となるなか、2005年10月に厚生労働省は療養病床の転換を含む「医療制度構造改革試案」を発表し、12月には政府・与党協議会が「医療制度改革大綱」をとりまとめ、この方向性を追認しました。

2006年6月の通常国会で医療制度改革関連法は成立しました。これは医療保険制度に関する「健康保険法等の一部を改正する法律」と第5次医療法改正を主体とする「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」からなります（11ページ「コラム」参照）。

一連の医療制度改革は、総論的に患者さんの視点の尊重・質向上・効率化を謳っていますが、その本質は医療保険給付にともなう公費負担の削減です。診療報酬による直接的な削減、および病床削減による間接的な削減に加え、新しい「医療計画」の策定と実施の過程で「機能分化」、「病床再編」、「地域連携」の実現を図り、改正の目的を達成しようとするものです。

「機能分化」、「病床再編」に関しては、すでに、2000年の第4次医療法改正とその後の診療報酬改定によって、一般病床を急性期病床・亜急性期病床、療養病床は慢性期病床と位置づけてきましたが、さらに厚生労働省は今回の法改正を通じて、急性期病床を92万床から40～60万床へ、慢性期病床を38万床から15万床へと削減する計画です。

3) 都道府県の役割強化

小泉政権において、国と地方の税財政改革である三位一体改革として、補助金削減と財源の地方移譲が決定されました。重要な点は、いろいろな分野で都道府県の裁量を大幅に拡大する一方で、その責任をより明確にするというところにあり、そのなかには医療・介護も含まれます。

医療費適正化に向けた取り組みは短期対策と中長期対策からなります。

短期対策としては、①公的保険給付の制限と自己負担の増加、②保険運営効率化への取り組み、③診療報酬改定、などですが、中長期対策としては、国の示す基本方針のもとに各都道府県が作成する「医療計画」、「健康増進計画」、「介護保険事業計画」とともに「医療費適正化計画」を策定し、一定期間後には効果の検証を行う方策が示されています。

今後、医療保険の都道府県別統廃合、都道府県別保険料率の設定、医療計画における都道府県権限の拡大と目標設定、地域事情に応じた地域ケア整備構想の策定、診療報酬における都道府県特例の導入など、医療・介護にかかわる広い領域で地方への権限委譲が進められる予定です。

こうした改革の真意は、都道府県ごとに医療費に責任を負い、みずからの対応でその適正化を進める、ということです。

医療関係者は、都道府県の医療・保健・介護・福祉担当者との連絡を密にするとともに、関連審議会などに積極的に参画し、地域医療を守るためにより一層努力することが求められています。

Column

三位一体改革

国と地方公共団体に関する行財政システムに関する3つの改革、すなわち①国庫補助負担金の廃止・縮減、②税財源の移譲、③地方交付税の一体的な見直し、をいいます。これは、2001年に成立した小泉内閣における聖域なき構造改革の「目玉」として、「地方でできることは地方に、民間でできることは民間に」という小さな政府を具現化する政策としてだされたものです。2004年度はこの改革によって、国庫支出金が1兆300億円、地方交付税が2兆9,000億円それぞれ削減され、6,600億円の税源移譲が行われました。

地域ケア整備構想

療養病床の再編（療養病床のうち介護保険適用型の病床が2011年廃止されるため見直すという内容）を踏まえ、各都道府県で地域ケア整備の基本的考えをまとめ、提示するものです。

構想には、将来的な高齢化の進展、独居世帯などの増加等を踏まえたサービスニーズと、これに対応するサービスの利用見込み、および療養病床の転換プランが提示されます。

4) 医療計画

2006年の医療制度改革によって、主要疾患を対象に臨床指標を用いた地域レベルでの医療の質の管理（医療計画）が、都道府県を単位として進められます。

2008年度より施行される医療計画では、従来の2次医療圏のなかで1次～3次医療を完結させるとした考え方に変わり、地域で必要とされるがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急などの主要疾患・事業ごとに医療圏を定め、患者さんとか

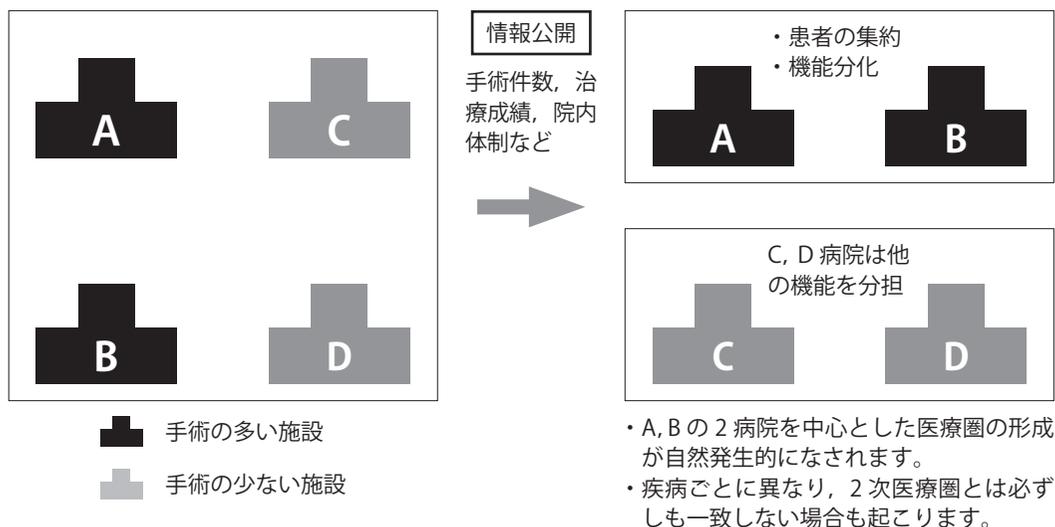


図 4-2 医療計画における医療圏の考え方（イメージ）

ある手術について A, B, C, D の 4 病院が実施していた場合、実施状況についての情報を公開することにより、患者の集約と機能分化が促進される。ここでは A, B の 2 病院に手術患者が集約され、C, D 病院では別の機能（診断、亜急性、慢性など）に分化するとして図に示した。この新しい医療圏は、情報公開により自然発生的に形成されること、疾患ごとに異なること、従来の 2 次医療圏とは必ずしも一致しないことが特徴である。

医療計画で用いられる予定の指標

- 病院・診療所数
- 種別ごとの病床数
- 医療従事者数
- 健診・検診受診率
- 精密検査受診率
- 有病者の受診割合
- 主要疾病ごとの総入院日数（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）
- 対象患者当たりの診療科医師割合（主要な対策ごと）
- 在宅での看取り率（主要な疾病ごと）
- 地域連携クリニカル・パスの普及状況（主要な疾病ごと）

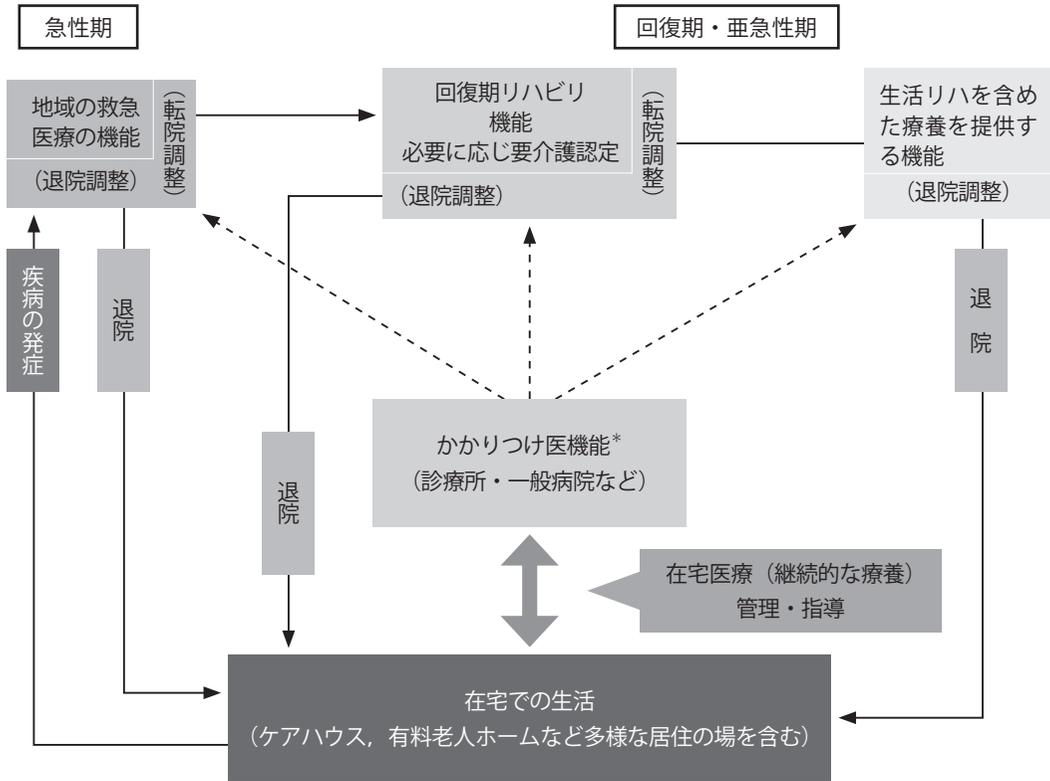


図 4-3 「医療連携体制」のイメージ (脳卒中)

*急性期、回復期、療養期など各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談などができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

かかりつけ医を中心に急性期から亜急性期・リハビリテーションを担う施設をきめ、連携をして「切れ目のない」医療提供体制を構築することになりました。

このネットワーク（医療連携体制）は、疾患ごとの病期に合わせ、異なる体制になります。医療機関の役割分担はそれぞれがその機能を示す医療情報を公開することにより自然発生的に行われるものです。都道府県はトップダウン的に医療機関を認定・指定するのではなく、むしろ情報を整備し、医療機関間の調整業務を担うことが特徴です。

5) 医療情報の公開

2008年度から都道府県による「医療機能情報提供制度」が始まります。これは、すべての医療機関が医療機能に関する情報を決められた様式に従い都道府県に報告し、それを都道府県がネット上で公表するという仕組みです。住民や患者さんが情報に基づいて適切な医療機関を選択できるようにするものです。

医療機関が整備し、都道府県および一般に公開すべきとされる情報には、以下のようなものがあります。

- ① 医療機関についての基本的な情報：所在やアクセス方法，診療科，入院設備，医師など職種別従事者数，面会時間などの入院環境，夜間・時間外の受入体制など。
- ② 事実や実績に関する情報：対応可能な疾患・治療法・検査等（主要手術・リハビリテーションなどの件数を含む），入院患者数，外来・在宅患者数，クリニカル・パスの実施，診療情報管理体制，医療安全などへの取組み，研修・教育体制，地域医療連携体制など。
- ③ アウトカム（診療結果）など評価に関する情報：治療結果（死亡率，再入院率，疾患別・治療行為別の平均在院日数・予後），患者満足度調査の結果など。

上記のうち，医療機関についての基本的な情報や事実や実績に関する情報はデータの作成も比較的容易ですが，アウトカム（診療結果）情報については，現状ではデータ整備も公開も不十分です。医療への信頼の確立，質の向上の観点から，できるだけ速やかに情報を整備し公開する制度とすることが望ましいと全日病は考えています。ただし，データの整備に費用・時間を要することから，当初は主要疾患を対象にして少しずつ疾患を拡大するのが現実的です。

アウトカム情報の公開を前提として，米国などでは質に基づく診療報酬支払いが一部導入されており，これについても検討することが必要です。どのような支払い方式がよいかについてはいくつかの試行を行い，長期的展望から最適な方法を見いだしていく仕組みが必要です。

6) 医療費適正化計画（図 4-4）

医療費適正化計画は，産業界で用いられる PDCA サイクル〔plan（計画），do（実践），check（検討），act（改善実行）〕の考え方に基づいて，策定・実施（2008年）→検証・取組み強化（2010年）→実績評価・担保措置（2012年）のスケジュールで導入される予定です。

その目的は，糖尿病，高血圧症，高脂血症などの生活習慣病対策や，医療機能の分化・連携により平均在院日数を短縮することなどによって医療費を削減することです。

あらかじめ設定された目標を達成できない場合には，都道府県独自の診療報酬を設定して（予定より医療費がかさんだ場合には，これを削減するために別の価格設定をするというものです），一定の医療費におさえ込もうとする方法も示されています。

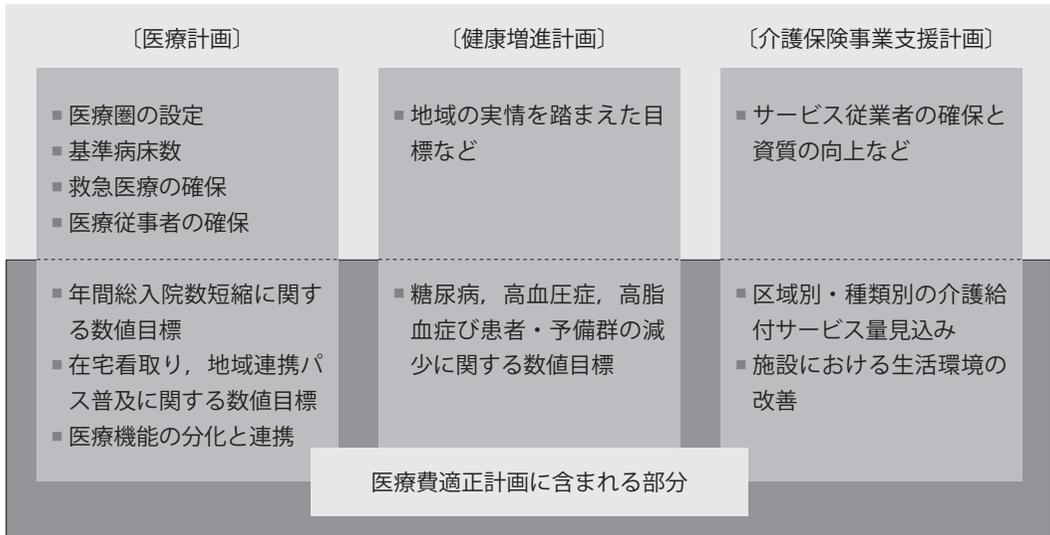


図 4-4 医療費適正化計画とその他の計画の関係

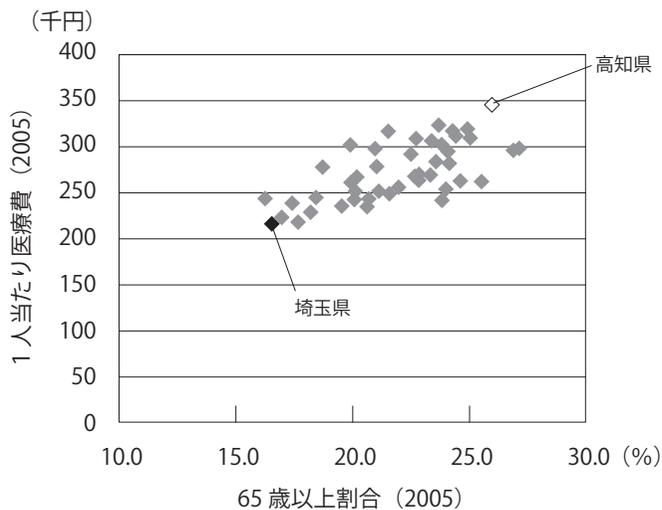


図 4-5 都道府県別の高齢化率（65 歳以上）と 1 人当たり医療費

医療費が最大の高知県と最低の埼玉県では 34 万 4,000 円 / 21 万 4,000 円 = 1.61 倍の差異がある。

7) 都道府県の役割と医療団体の協力

このように、医療制度改革で予定されている都道府県を単位とした公的医療保険の再編や医療計画および医療費適正化計画では、いずれも都道府県が主導的な役割を担うことが期待されています。

実際には、各都道府県では地理的環境や高齢化率のみならず、財政負担力も大きく異なりますが、今後は都道府県間の調整は行わないことがすでに閣議決定されており、都道府県レベルの医療政策いかんによっては、医療サービスの内容、料金に

差がでることも予想されます。

都道府県の役割・責任は大きなものとなりますが、これまで医療に関する主な施策は国が行ってききましたので、都道府県は医療分野の政策立案の経験があまりありません。担当職員に対する教育研修を実施するとともに、地域においては早急に都道府県とともに連絡協議会を創設し、関係団体の協働のもとに地域の医療提供をどのようにすべきなのかを検討することがまず必要です。全日病はこれらの活動に積極的に協力する予定です。

3 医師と看護師の不足

現在の医療提供体制における大きな問題が、医師や看護師をはじめとする専門職の不足です。2006年の医師数は27万7,927人、看護師数は81万1,972人（他、保健師4万0,191人、助産師2万5,775人、准看護師38万2,149人）となっていますが、診療に直接携わるこれらの職種が特に不足しています。

1) 医師の不足

医師数は毎年3,500～4,000人増加しており、2006年には27万7,927人となり、人口10万対医師数は217.5人ですが、OECD主要7か国中では6位にとどまっています。

医師数の地域偏在の問題に加え、この数年、病院勤務医の深刻な不足がみられるようになってきました。その背景には、制度変更による大学からの派遣医師の引き上げの問題に加え、医療が高度化し業務量が増えたことや、異常な医療訴訟の増加などがあり、医師の病院離れ（開業医への転出）に拍車がかかっています。

病院勤務医の過剰労働は深刻な問題です。勤務医は入院のみならず外来の診療も行っていますが、さらに軽症の患者さんが安易に救急外来を、しかも夜間に受診することが多いため、その対応が必要となっています。当直の翌日にはまた通常勤務を行う場合がほとんどですので、週60時間以上勤務も珍しくありません。さらに、制度上決められた必要書類の作成業務も大きな負担となっています。

地方における医師不足の問題は複雑です。上記の問題に加え、医師の卒後臨床研修制度がことをより深刻化しました。かつては、卒業生のほとんどが出身大学の附属病院で卒後研修を受けていましたが、この制度で導入されたマッチング（研修医の希望する施設と研修病院の募集とを照合して研修先を決める作業）に伴い、出身大学以外で臨床研修先を見つけることが容易になりました。都市部の大学病院や症例数の多い臨床研修病院（多くは都市部にあります）での研修を希望するものが増加し、特に地方の大学病院に勤める医師が激減しました。大学では附属病院の維持

4 医療・介護を考える

が厳しくなり、出張医を大量に引き上げたために、医師不足が深刻となっています。

小児科医・産科医不足の報道に代表されるように、診療科別の偏在も問題となっています。卒業生が外科系診療科や内科でも救急診療が多い診療科の選択を敬遠し、これらの診療科で新しい専門医の養成が困難になっています。まさに、医師不足を背景に医療崩壊が各地で起こっているといえます。

厚生労働省は、地域や診療科の偏在解消は必要だが、医師数は「充足の方向」であり増やさなくてもよいという考え方をとってきました。

1973年には人口10万人当たり150人の医師確保を目指した「1県1医科大学構想」を打ち出しましたが、10年後に目標を達成すると、一転して医師過剰を懸念した定員削減の方向が示され、1997年には「引き続き医学部定員の削減に取り組む」ことが閣議決定され、この方針が踏襲されました。2006年7月にまとめられた「医師需給検討会」の報告でも、2022年の医師数は約31万5,000人で「マクロ的には必要な数は供給される」と予測されています。しかし、医師不足が社会問題化したため、地域医療に関する関係省庁連絡会議の「新医師確保総合対策」で、時限的に医師養成を増やす暫定措置が打ち出され、最終的に全国で約400人の増員が図られることとなりました。

しかし、問題の深刻さに比して増員数が少ないこと、卒業後当該地域にとどまることや、不足している診療科へ進むことを求めるなどの条件を課さないために、十分な効果を得ることは困難であると考えます。国は医療の高度化に対応した大幅な医師必要数の見直しを図るべきです。また、僻地や地方の医療を確保するために設立された自治医科大学や自治体立医科大学および一部の国立医科大学などが、地域医療の確保という本来的な使命を果たすよう指導すべきです。

地方の医師不足や科目の偏在に関しては、給与面での厚遇や休暇取得・生涯教育のための代診制度の確立などが検討される必要があります。また、地域における医療提供を確保するために、地域別・診療科別医師数を明らかにし、誘導を図ることもあわせて検討すべきです。

近年、女性医師の割合が16.4%と増加し、30歳未満では35.3%にも達しており(2007年)、女性医師が働きやすい環境整備も重要です。出産などを契機に休業した女性医師が再就職するための再教育制度の確立や、子育て中に柔軟な就業を可能とする仕組みづくりも必要です。

医療の質確保のために、需給を含む医師の将来像を提示することは、当該職能団体の基本的な役割です。全日病としても、病院勤務医の確保を基本とする医師の需給の改善と偏在の解消に積極的に取り組むべきと考えています。

医師と看護師の需給に関する動向

出典：医師数＝「2006年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（厚生労働省）、看護師数＝「2006年度保健・衛生行政業務報告」（衛生行政報告例）

施設・業務の種別に応じた医師数（各年12月31日現在）

	医師数（人）		対前回 増減数（人）	対前回 増減率（%）	
	2006年	2004年			
総数	277,927	262,687	7,556	2.8	
医療施設の従事者	263,540	256,668	6,872	2.7	
病院の従事者	168,327	163,683	4,644	2.8	
診療所の従事者	95,213	92,985	2,228	2.4	
介護老人保健施設の従事者	2,891	2,668	223	8.4	
医療施設・介護老人保健施設以外の従事者	8,696	8,607	89	1.0	
その他の者	2,785	2,421	364	15.0	
人口10万対医師数	総数	217.5	211.7	5.8	2.8
	医療施設の従事者	206.3	201.0	5.3	2.7

注：「総数」には、「施設・業務の種別」の不詳を含む。

都道府県別医療施設に従事する人口10万対医師数（2006年12月31日現在）

上位順	県名	人口10万対 医師数	下位順	県名	人口10万対 医師数
1	京 都	292.1	1	埼 玉	135.5
2	徳 島	291.9	2	茨 城	146.7
3	東 京	282.0	3	千 葉	159.1

都道府県別人口10万対看護師数（2006年12月31日現在）

上位順	都道府県	人口10万対 看護師数	下位順	都道府県	人口10万対 看護師数
1	高 知	941.2	1	埼 玉	407.6
2	熊 本	897.2	2	千 葉	438.9
3	鹿児島	870.2	3	神奈川	475.5

2) 看護師の不足

看護師は毎年3万～4万人増加していますが、病床当たりの比較では、100床当たり45人前後で、米国の200人超など欧米諸国とは大きな隔たりがあります。最近では、高齢の入院患者さんが増えて業務量が増え、看護配置を厚くする必要がありますが、できてきたうえに、介護施設で就業する看護師も増え、その需要が伸びているため、病院看護師の不足は一段と厳しさを増しています。

厚生労働省の「第五次看護職員需給見通し」では、2005年末に看護師は130万500人となり、おおむね需給バランスがとれるとされていました。2005年12月に出された「第六次看護職員需給見通し」では、前回の需給見通しが甘かったことを指摘しながらも、依然として2010年には約1万5,900人の不足ですむとしています。この見通しは医療の高度化にともなう病床当たりの必要看護師数増加を考慮しておらず、医療の実態を反映していません。

実際、4病院団体協議会がまとめた「看護職員の需給に関するアンケート報告書」(2004年11月実施)では、「地域での絶対数の不足」が最大の問題であり、現行の10～15%増が必要と総括しています。

医療の質向上を図るためには、看護師の配置数を増やす必要がありますが、これが可能となるよう十分に供給する施策が先行されるべきです。2006年4月診療報酬改定で、従来よりも配置を厚くした看護基準7:1が導入されました。大学病院や公的大病院が高い給与条件で新卒看護師を集めたり、全国の施設から引き抜きをかけたため、地方の病院や都市部でも中小民間病院から看護師が流出し、大問題になっています。公的大病院の多くは赤字であるにもかかわらず、高い給与条件で看護師の募集を行っており、民間病院との間での公正な競争を妨げ、地域医療の混乱を招いています。

早急に行うべき看護師不足に対する取り組みとしては、潜在看護師の掘り起こしや外国人看護師の積極的な受け入れが行われるべきであり、業務内容の見直しも検討されるべきです。

4 現在の医療提供体制と問題点

医療提供にかかわる制度、保険制度にはいろいろな歴史的な経緯があり現在に至っていますが、最近の医療提供の実態、問題点についてまとめてみます。

1) 病院と診療所

現在日本には、診療所が9万9,599施設、病院が8,853施設あります(2007年10月現在)。

診療所は、病床を持たない無床診療所と病床が20床未満の有床診療所に分けられます。病院は20床以上の病床を有するものをいいますが、通常200床未満の病院を中小病院と呼びます。診療所では、医師1人が診る患者数に制限がありませんが、病院では最低医師3名の配置が求められ、おおよそ外来患者40名に対して医師1名、入院患者16名に対して医師1名が必要と規定されています。

最近の問題として、有床診療所の閉鎖と都市部における無床診療所の急増があげられます。病院勤務医が診療所を開設する場合、時間的拘束が少ない無床診療所を開設するものが急速に増えています。特に都市部では、ビルの1室を借りて開業するいわゆる「ビル診」も多く見られます。都会ではその数が多くなり患者さんの獲得競争が激化しており、今後いろいろ問題となるかもしれません。

2) 外来医療

いつでもどこでも診察を受けられるという「フリーアクセス」を認めた国民皆保険制度のもと、皆さんは診療所・病院いずれの受診も可能です。救急や専門性の高い疾患はどちらかという病院で、一般的な疾患は診療所で診療を受けることが普通ですが、受診制限がないために軽症の疾患でも大学病院で診療を受けている方も多いのが現状です。

2006年4月から、「在宅療養支援診療所^{注)}」が導入されました。日本では在宅で亡くなる方が諸外国に比較して少ないこと、在宅では入院医療に比較して医療費が安いことから、国はできるだけ在宅で医療を行うよう勧めています。

注) 在宅療養支援診療所の要件

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者さんの緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

患者さんからすると、入院から在宅へ戻ることにより精神的安定が得られ、経済的負担が軽減されますが、家族の肉体的・精神的・時間的負担は重くなります。単に医療費が安いから自宅療養へ誘導するという考え方ではなく、在宅医療を推進するために、患者さんの意思を尊重したうえで、家族や医療機関など関係者間での信頼を構築することが不可欠です。

3) 入院医療

病院の入院機能は、医療法で規定されているものと診療報酬上で規定されているものとがあります。

a) 一般病床と療養病床

この分類は第3次医療法改正によってなされたものです。一般病床は、主として急性期、つまり救急医療や短期入院での手術、肺炎など集中的な医療を要する状態の患者さんを診る病床です。入院期間が短いか長いかは別として、患者さんの容態が人手を要し、医師・看護師・看護補助者など一定数以上の配置が必要な病床です。現在は、肢体不自由児（者）の長期入院や障害児（者）のための長期入院専門の病院も一般病床に分類されていますが、これについては今後検討が必要と考えられます。

療養病床は、病状は落ち着いているものの医療処置が必要であり、在宅療養では対応が困難なため長期療養を要する患者さんのための病床です。2000年の介護保険導入により、療養病床が医療保険の対象である「医療療養病床」と、介護保険の対象である「介護療養型医療施設」に分けられました。しかし、十分な議論をすることなく、主として財政的理由から制度発足後わずか5年で、後者を2011年に廃止することが決まり大きな問題となっています。

b) 特定機能病院と地域医療支援病院

この2つも第2次、第3次医療法改正により規定された施設です。

特定機能病院は、大学病院の本院と国立センターで、合わせて82病院が認定されています。他の病院では治療がむずかしい疾患の治療や先進的医療の実践を行うことを目的としています。実際には地域の基幹病院として一般急性期疾患を主に診療している病院も多く、新たな法的整備が必要になるかもしれません。

地域医療支援病院^{次ページ注}は、地域の診療所や長期療養を主体としている病院からの重症患者および救急患者を常時受け入れることが可能で、文字どおり地域を支える基幹病院です。比較的大型であり、原則的には外来より入院に力を注ぐ病院です。しかし、その設置要件はかなり厳しいもので、全国的に2次医療圏ごとに整

備されるまでには至っていません。

全国に、116の地域医療支援病院があります（多い都道府県で8施設、少ない県で1施設、9の県ではいまだ認定された施設がありません）。

c) 亜急性期・慢性期入院医療

急性期を過ぎたが、まだ治療の必要な患者さんを診るのが「亜急性期入院医療病

Column

療養病床

第2次医療法改正（1992年）で、入院病床に一般病床と区別して「療養型病床群」という制度がスタートしました。その後、第4次医療法改正（2000年）により、主に急性期の疾患を扱う「一般病床」と、主に慢性期の疾患を扱う「療養病床」の2つが新たに定義され、病床の区分を通じて病院の機能の違いが明確にされました。

一方、保険請求の点からは、1999年の介護保険法の施行により、従来からの医療保険の対象となる病棟と、介護保険の対象となる病棟のいずれかに区分されることとなり、現在「療養病床」には、医療保険適用の「医療型療養病床」と介護保険適用の「介護療養型医療施設」の2つの施設が存在しています。

「介護療養型医療施設」では、「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」や「介護老人保健施設」に比べ、手厚い医療が受けられるのが特徴です。主として、長期にわたる療養および医学的管理の下において介護の必要性のある患者（「要介護1」以上の方）が入院の対象となります。

一般の方々にはわかりづらい知名度の低い施設ですが、これは「介護療養型医療施設」の大多数が、医療制度改革による診療報酬の削減および介護保険制度の導入を機に、もとの一般病院から転換したためであり、また、実際には医療型療養病床と入院患者の違いもあまりないためです。

注) 地域医療支援病院

承認条件は以下の通りです。

- 病院の規模は原則として病床数が200床以上の病院であること。
- 他の医療機関からの紹介患者数の比率が80%以上（承認初年度は60%以上）であること。あるいは紹介率40%以上かつ逆紹介率60%以上であること。
- 他の医療機関に対して高額な医療機器や病床を提供し、共同利用すること。
- 地域の医療従事者の向上のため生涯教育などの研修を実施していること。
- 24時間体制の救急医療を提供すること。
- 施設の構造が耐震などの必要な構造を有していること。

Column

療養病床の現状と再編

約 35 万床の療養病床の内訳は、医療療養病床 22 万床、介護療養型医療施設 13 万床となっています。介護療養型医療施設は、要介護度が重いほど多くの介護報酬が支払われます。しかし、これまで医療療養病床は患者さんの重症度とは関係なく、一律の診療報酬が支払われていました。

2006 年、これを是正するために医療の必要度と日常生活能力の度合いを基準に 9 区分が設定されました。傷病名・重症度・状態など、医師・看護職員・介護職員などの仕事量、薬剤費・医療材料費などの調査・集計を行い、医療区分を設定しました。そのうえで ADL の状態、認知機能障害を加味した患者分類方法が考案されました。

患者分類の考え方

ADL 区分 3			
ADL 区分 2			
ADL 区分 1			
	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3

医療区分 3：(例) 常時看視を要する状態・中心静脈栄養・レスピレーターなど。

医療区分 2：(例) 難病・脊髄損傷・喀痰吸引（8 回以上）・肺炎など。

医療区分 1：区分 2、3 にはいないもの。

この考え方を利用すれば、従来の一律点数による医療療養から、患者の状態とそれに対する仕事量などにより報酬が決定されるようになり、療養病床の機能確立、一般病床からの長期入院の転院促進に寄与するものと期待されました。

しかし「療養病床再編」の名のもとで、療養病床の削減計画が打ち出され、医療療養病床の削減を図ろうとする国が、医療区分 1 は入院の必要がないという一方的な判断で、必要な費用と見合わない低い報酬を設定しました。その結果、施設の存続が危ぶまれるとともに、脳卒中後遺症などの引き続き入院が必要な医療区分 1 の患者さんが退院を迫られる事態となりました。

床」です。一般病床の 1 割を上限として認められます。急性期治療のあと病状が安定せず、引き続き入院医療が必要な患者さんが対象となります。また、急性期直後からリハビリテーションを行う病棟として、「回復期リハビリテーション病棟」があります。現在は、一般病床でも療養病床でも認可を受けることが可能ですが、

本来的には療養病床に区分すべきものと考えています。

長期の療養の場としては、先に述べた療養型病床群やがん末期の患者さんのための「緩和ケア病棟」がありますが、これらは診療報酬上の区分として設置されたものです。

このように医療法上の区分と診療報酬上の区分とが混在しているために、同じような規模の病院なのに、「地域医療支援病院」であったり「一般病院（病床）」であったり、1つの病院の中に「一般病棟」と「療養病棟」があったり、さらには、1つの病棟の中に「一般病床」と「亜急性期病床」が混在していたり、国民の皆さんのみならず医療の現場にいる職員にも理解困難な状況になっています。最近では、「〇〇〇〇センター」というような臓器別専門科名を掲げ、わかりやすい標榜をしている施設もありますが、これらは医療法にも診療報酬にも関係しないものです。

4) 医療提供体制の特徴と将来見通し

諸外国に比べた日本の医療提供の特徴としては、人口当たり病床数が多い一方で、医師・看護師など医療従事者が不足していたり、施設の機能分化が遅れていることなどがあげられています。

病床数の多さについては、社会的入院^{注1)}を助長しているという指摘や効率的な医療連携ができないなどの批判もありますが、国が医療提供体制を計画的に構築せず民間施設が地域の医療を守ってきたという歴史的な背景や、国による制度の違い^{注2)}、介護・福祉に関連する施設数の違いや地理的な問題などもあり、一律に比較できないのが実情です。

入院医療に関して、診療報酬により、短期間に集中して治療する仕組みが評価されるようになり、患者さんも満足できる方向に進んでいると思われませんが、以前からみると予想以上に短い入院期間で退院や転院させられることも多く、患者さんや家族から「出される、見放される感じの冷たい制度」という声も聞かれます。

中長期にわたる治療を必要とする場合や介護に至る場合は、それぞれの機能に合

注1) 社会的入院

症状は軽く、自宅療養が可能であるが、家庭の事情等で日常生活の支援などが受けられず退院できないでいる状態をいいます。

注2) 国による制度の違い

米国を例にとると、急性期医療の平均在院日数は5～6日という状況にあって（日本でいう集中治療室での対応にあたります）、その後は亜急性期の施設に移るか、外来で継続治療が行われます。さらに長期の療養はナーシングホームという長期療養施設に移る仕組みになっています。諸外国では急性期病床のみが病床として数えられ、ナーシングホームは病床に含まれません。そのため、国際比較では日本の病床が多くなっています。

わせた施設へ移動しなければならず、しかも転院・転所先の空き具合により長時間待機させられることもあります。

現在、医療施設の機能分化と連携を進める施策が行われようとしています。同じような機能の施設をたくさん作るのではなく、施設の特徴を明確にしたうえで、それぞれが協力して効率のよい体制をつくり、医療費も減らそうとする施策です。具体的には、急性期の医療を短期集中して行うことにより病床数を減らし、長期療養を要する場合は、医療必要度の高い患者さんのみを医療保険でみることとし、その他の医療度が低く生活に関するお世話が主な患者さんには介護保険で対応しているという考え方であり、在宅医療を推進する施策も行われつつあります。

都市部ではそれぞれの機能を明確にした施設が増えてきていますが、地方では入院する施設そのものが少なく、複数の機能を行わざるをえない施設がほとんどですから、機能を分化して連携を図るといっても地域により対応はむずかしいのが現状です。

また国は、できるだけ急性期も慢性期も病床数を減らそうとしていますが、高齢化の進展から長期療養を必要とする患者さんが増加し、長期療養施設がいま以上必要になると予測されますので、これが現実的な施策かどうか問題です。病床は削減され、家でも看られないとなると、長期に医療や介護を要する患者さんの行き場所がなくなるのではと懸念されています。今後、増加する高齢者の長期療養をどこで行うのかについて、最終的に費用を支払う国民の皆さんを交えて、真剣に議論する必要があります。

5 医療提供のあり方

1) 外来機能のあり方

日本の医療の特徴の一つに、医療機関へのフリーアクセスがあります。患者さんの希望に基づき、どの医療機関にも自由に受診できるというものです。そのため、近くの診療所より、高度医療機器や専門医がいる大病院へ患者さんが集中しています。

診療報酬では、200床以上の大病院に紹介なしで受診する場合には、病院の定める初診料を自己負担で支払うこととし、大病院の外来受診を減らすよう経済誘導をしています。大病院への患者さんの集中はおさまりません。このため、病院の勤務医でありながら、外来中心に診療を担当せざるをえない医師も多数存在し、疲弊の原因の一つともいわれています。

そろそろ外来受診に対する考え方を変えなくてはならない時期にきたといえます。

a) 外来機能の分類

外来を機能別にみると、かぜや頭痛・腹痛、発熱などの急性疾患の外来、高血圧・高脂血症・糖尿病などの生活習慣病や、骨粗鬆症・変形性膝関節症などの慢性疾患の外来、関節リウマチ・全身性エリテマトーデスのような膠原病やパーキンソン病などの神経難病など比較的特殊な疾患を診る専門外来、そして、外傷・緊急手術を要する疾患・生命にかかわる状態などの救急外来に分けられます。

救急の場合を除き、まず患者さんは診療所や中小病院の外来を受診し、さらに専門的な診断・治療が必要な場合、大病院の専門外来を紹介するという仕組みが効率的です。また、むずかしい疾患でも症状が落ち着いている場合は、診療所や中小病院の外来で治療し、必要に応じて専門医のコンサルテーションを求める、という機能も重要です。

そこで、全日病は、外来機能を次のように分類するのがよいと提唱しています。

- プライマリ・ケア機能：急性疾患の初診、専門医受診の必要性の判断、慢性期の継続治療などを行う機能をプライマリ・ケア機能といいます。診療所や中小病院の外来で行われるべきです。
- 専門医機能：専門的な診断や治療をプライマリ・ケア医からの紹介に基づき行います。大病院の外来で行うほか、一部の専門的治療を行う中小病院、診療所が担当します。
- コンサルテーション機能：生活習慣病や慢性疾患などで、普段はプライマリ・ケア医が診療し、必要に応じて経過や治療方針の相談を受ける機能をコンサルテーション機能といいます。大病院の外来はこれが主体になるべきです。
- 救急機能：一刻を争う救急医療は、複数の医師が常時対応すべきであり、最新の高度診断機器や緊急の血液検査などによる診療が必要です。ある程度規模の大きな急性期病院がその役目を担うべきです。

このように外来機能を分類すると、おのずとそれを担う医療機関が決まります。各医療機関がその機能を情報公開することで、患者さんはみずから受診すべき施設を選択することが可能になります。

b) プライマリ・ケア医

多くの先進国では、プライマリ・ケア医を育てる教育制度と資格制度が確立しており、患者さんはまずその医師を受診して診療を受け、必要に応じて専門医や入院先を紹介される制度になっています(門番のような振り分けの役割を担うので「ゲートキーパー機能」といいます)。しかし、日本ではそのような医師を教育する制度は存在せず、ほとんどの医師は大学病院や大病院で研鑽したあと、中小病院の勤務医や開業医となり、独学に近い形でプライマリ・ケアを勉強してきました。しかし、

プライマリ・ケアには広い知識と経験が必要です。

2004年から始まった医師の卒後臨床研修必修制度は、診療を担当するすべての医師が専門医を選択する前に、多くの診療科を経験し、広い知識と経験を研修することを目的としています。臨床医を目指す場合には、卒後臨床研修を受けなければなりません。研修医の2年間で学べることは限られており、とてもプライマリ・ケア医と呼べるものにはなれません。

今後、プライマリ・ケア医に関しては、臨床研修終了後さらに数年間の診療経験を積み、専門医試験を受けて資格を得るとともに、数年ごとに資格更新をする制度が必要です。しかし、現状では総合的診療を教育できる医師が日本にほとんどおらず、米国などで資格を取得した医師がわずかに存在するだけです。早急な資格制度と教育プログラムの作成が求められています。

c) 外来「主治医」について

全日病は、外来における「主治医」制度を提唱してきました。「主治医は、診療所や中小病院の医師が担い、その機能は必要に応じて専門外来やコンサルテーション外来と協働しながら、日常的な診療を行う」ものです。そして「“主治医”は患者さんが選択する」というものです。2008年の診療報酬改定では、後期高齢者医療制度（75歳以上が対象の医療制度）において、これによく似た考え方が導入されます。

d) 在宅医療のあり方

かつて、往診といって医師が患者さんの家を訪ね診療し、臨終の看取りまでも行うことが日常的でした。その後、医療保険制度や医療施設が整備されたため、患者

Column

後期高齢者医療制度

医療制度改革の一環として、「高齢者の医療の確保に関する法律」により、従来の老人保健に代わり、新たに導入される制度です。老人保健法による老人医療制度では、被用者保険、国民健康保険に加入したまま、給付のみを老人保健から受けていたのが、この制度は独立した医療保険制度である点が特徴です。都道府県を単位とする広域連合が保険者となり、広域連合ごとに保険料が決定されます。保険料は個人単位で課されることになり、従来の被用者保険での扶養家族の方を含めて、全員が保険料の支払い義務を負います。保険料の徴収方法は特別徴収（年金からの天引き）が原則です。

さん宅で診療を行うことはまれとなりました。近年、超高齢社会に対応するため、ふたたび在宅医療が重視され、診療所や中小病院の医師を中心に診療計画に基づいて患者さん宅で行う訪問診療が拡大しています。

2006年には、在宅医療を24時間体制で提供する「在宅療養支援診療所」制度が創設されましたが、いまだ十分には普及していません。

近年の医療技術の進歩は、在宅での人工呼吸器やポンプによる高カロリー輸液などを可能にし、がんの末期や常時観察を要する難病などの治療も在宅で受けられるようになりました。患者さんの多くが望む在宅での医療提供には、肺炎・脱水・骨折などの急変時に入院できる近隣の病院の存在や、病状が進行し終末期となった場合にも、臨終を自宅で迎えられるような体制づくりが必要です。種々の場面に対応できる主治医、訪問看護ステーション、近隣の病院などの有機的な連携が不可欠です。

このような連携体制をつくるためには、次項で詳しく述べる全日病の提唱する「地域一般病棟」の機能が必要です。在宅医療は、今後、「在宅療養支援診療所」を中心に広まると思われませんが、全日病は中小病院もこの機能を担うべきと主張しています。

2) 入院医療のあり方

病院の入院医療には、急性期医療・亜急性期医療・慢性期医療など、さまざまな機能があります。ここでは、全日病が考える今後のあるべき姿について述べます。

a) 全日病の提唱する入院機能のあり方

現在、国が進めている医療制度改革や医療水準からみて、近い将来、急性期医療では平均在院日数が14日程度となり、その後に必要な医療は、亜急性期または慢性期（長期療養）の施設が受け持つようになると思われれます。効率的な医療提供のためには、急性期・亜急性期・慢性期のそれぞれの機能、要件が明らかにされ、整備される必要があります。

全日病は、これまで「病院のあり方報告書」などで、今後の入院医療は、病院単位ではなく、病棟単位で機能を分けて診療することが望ましいと主張してきました。

入院医療を、高度医療病棟・急性期病棟・亜急性期病棟（地域一般病棟・回復期リハビリテーション病棟）・慢性期病棟（療養病床）に分けて診療するものです。この方式をとれば、都市部・郡部にかかわらず医療の実態にあった病棟単位での運営が可能となり、これに合わせた診療報酬体系をつくることも可能となります。

■高度医療病棟

現在、大学病院本院や一部の国立センターが特定機能病院に認定されていますが、そこで行われている診療の大半は、一般の急性期病院と同じであるというのが実態

です。まれな疾患の診療や先進医療（例：遺伝子治療，特殊ながん治療など）は高度医療というべきです。今後，病棟ごとに対象となる疾患・医療内容などを十分調査したうえで「高度医療病棟」として認定し，病院を対象にした「特定機能」の名称をやめるよう提案しています。現在の特定機能病院の病棟を，「高度医療病棟」と，現在の病床の大部分を占める「急性期病棟」に区分するべきです。

■ **急性期病棟**

急性期病棟を，外科的処置をする疾患や重症度の高い患者さんを診る病棟として位置づけるべきと考えます。そこで提供される医療は，EBM（根拠に基づく医療）の手法に基づいてつくられた標準的診療指針に沿い，個々の病院の機能に合わせたクリニカル・パスなどを用いた診療が主体となります。

■ **地域一般病棟**

全日病は「地域一般病棟」として，急性期以降の治療をする機能とともに，地域の医療機関・介護保険施設などと連携し，軽症の急性期患者や慢性疾患をもつ患者

地域一般病棟の概要	
役割	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域連携を中軸としたトータル・ケアサービス ■ 在宅ケアを中心に，利用者の状態を考慮した医療の提供 ■ 基軸は地域における医療機関・介護施設とのネットワーク
機能	<ul style="list-style-type: none"> ■ リハビリテーション機能，ケアマネジメント機能が必須 ■ 急性期病棟からの受け入れ ■ 在宅医療の後方支援機能 ■ 24 時間体制での対応
必要と考えられる人員基準	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医師，看護要員は現行の一般病棟基準以上 ■ PT（理学療法士），OT（作業療法士），ST（言語療法士）等リハビリテーション職員を配置 ■ 医療ソーシャルワーカー（MSW）を配置
入院対応疾患	<ul style="list-style-type: none"> ■ 軽～中等度の肺炎，脳梗塞等，内科疾患 ■ 一般的な骨折等，外科疾患 ■ 慢性疾患の急性増悪
など	

さんの急変時などにも対応する機能を有する病棟が必要であると主張してきました。

現在、「亜急性期入院医療管理料^{注1)}」が導入されていますが、急性期以降の治療機能が重視されており、地域ケアを中軸としてのトータル・ケアサービス、在宅ケアの支援については不十分です。今後は後者の充実が望まれます。

■ 回復期リハビリテーション病棟^{注2)}

2000年4月に導入された病棟区分ですが、比較的早期からのリハビリテーションが可能となり、今後も引き続き重要な病棟です。

■ 療養病棟

2011年には、介護療養型医療施設が廃止になりますが、今後、医療の必要度の高い患者さんは医療療養病床に、介護中心の患者さんは介護保険施設（老人保健施設、老人福祉施設）に入所すべきです。

3) 医療提供体制の変化

a) 公と私

医療機関は、設置主体、運営主体によっていろいろ分けられますが、2大別すれば公と私（民間）とに分けられます。

公的医療機関とは医療法第31条で「都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者の開設する病院又は診療所」と定義され、告示で「日赤、済生会、厚生連など」とされています。国公立と公的を合わせて公（あるいは広義の公的）と呼ぶこ

注1) 亜急性期入院医療管理料

2004年診療報酬改定で新設され、病室単位で特定入院料を算定します。その基準は、

- 病床数は一般病床の1割
- 看護基準 13:1以上（旧表記 2.5:1以上）
- リハビリテーション施設基準、診療録管理、医療ソーシャルワーカー（MSW）の配置
- 在宅復帰率 60%以上

などです。今後、急性期入院医療の機能分化、DPC対象病院の増加が進むのに伴い、この病床の需要が増大すると考えられます。

注2) 回復期リハビリテーション病棟

2000年診療報酬改定において創設された特定入院料を算定する病棟です。その基準は、

- 対象疾患は、脳血管疾患・脊髄損傷・大腿骨頸部等の骨折・廃用症候群等で入院全体の8割以上
- 発症から1～2カ月以内の入院
- 入院期間は疾患により60日から180日が上限
- 医師・理学療法士および作業療法士、言語聴覚士の特別な配置規準

などです。

とが多く、国（国立，国立大学，労災，自衛隊など）・自治体立病院・日赤・済生会・厚生連・社会保険・厚生年金・共済組合の病院などが相当します。そのほかは私（民間）となります。

b) 医療法人制度改革

民間病院の多くは医療法人です。第5次医療法の改正により，医療法人制度は，1950年創設以来最も大きく変更されました。改革の主な目的は，①非営利性・公益性の徹底による国民の信頼の確立，②効率的で透明な医業経営の実現による医療の安定的な提供，を目指すこととされています。

新しい医療法人は，第1に，有料老人ホームの設置を可能とするなど事業を拡大できるようになるとともに，法人解散時の残余財産の帰属先を明確にした「基金拋出型法人」です。基金拋出者が法人から退く際には，蓄積された利益の分配を行わず拋出金のみを返却します。これまでの法人も一定の条件で転換できる予定です。第2に，地域の医療提供体制において民間が一定の役割を担えるよう公益性の高い医療法人（「社会医療法人」）を創設するものです。救急，小児，周産期医療など地域において公益性が高いと考えられる医療を担い，かつ解散時に財産権を放棄することを条件に，税率の優遇があります。特別医療法人，特定医療法人が主に転換

- ①非営利性・公共性の徹底による国民の信頼の確立。
- ②効率的で透明な医業経営の実現による医療の安定的な提供を目指す。

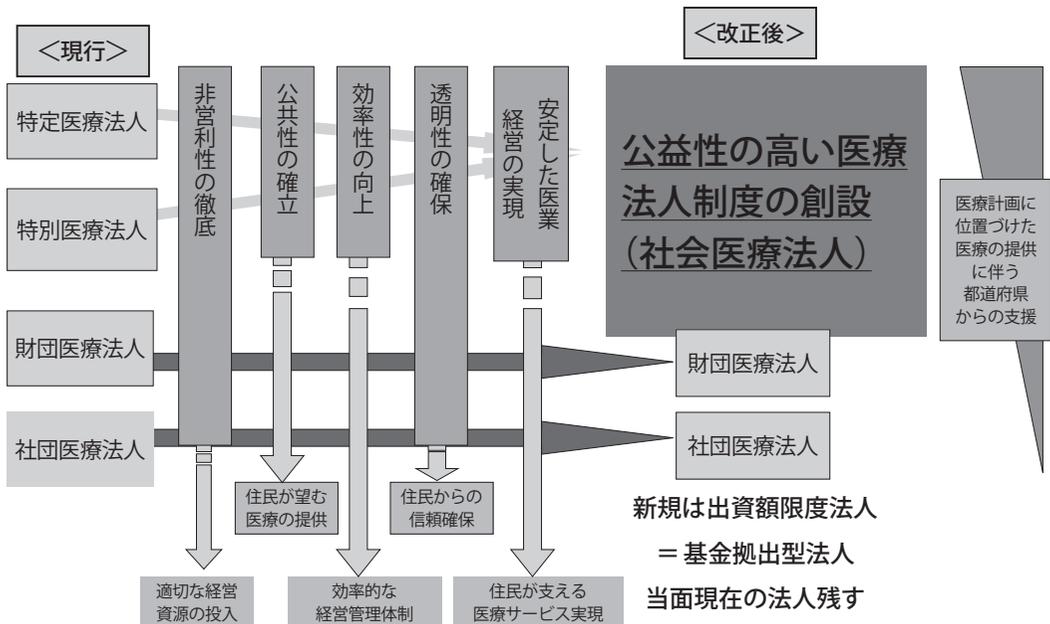


図 4-6 医療法人制度改革

することが予測されています。「社会医療法人」では、公募債（公に資金を集めるための債券）の発行も可能となります。

今後は、すべての医療法人は「ガラス張りの運営」を求められ、都道府県に届け出られた決算書類や事業計画を外部から自由に閲覧できるようになります。これまで皆さんにはわからなかった病院の経営状態が、上場企業と同じように誰にでも見られるようになるということです。

c) 公私格差

政府の医療費削減政策により、どの医療機関もその経営が悪化しています。民間病院の閉院や倒産が多い状況にもかかわらず、公的医療機関はなぜ赤字でも運営が可能なのでしょうか？

公的医療機関には「国庫は医療の普及をはかるため必要があると認めるときは、開設する公的医療機関についてその設置に要する費用の一部を補助することができる」と補助について定められており、税法上でも特典が与えられています。公的医療機関は、収益に対して無税であるうえ、原則的に建物の新築・改築の費用は返済の義務はなく、職員の退職金の積立も別建てとなっているうえ、通常の運営での赤字も補填されるのです。

これは、公的医療施設が生まれた背景が、民間の医療機関がまだ十分に配備できていない時代に、政策医療（一般病院では対応しきれない難しい病気や不採算となりやすい災害や救急、感染症などを診療する）を担うことを目的に設立されたからです。しかし、設立から時間が経ち、医療提供の内容に民間医療機関との違いがなくなってもかかわらず、特典が継続して与えられています。

今までは、ほとんどの公的医療機関において、民間医療機関より高給で職員が採用されており、組合が強く、薬や診療材料なども民間より高い価格で購入していることなど、運営上の種々の問題を抱えていました。

国立病院、自治体立病院の多くは赤字です。政策医療によるというより、放漫運営による経営難が指摘されておりましたが、最近、厚労省や総務省の指示のもとに改革がされようとしています。

民間医療機関の収入は、ほとんどが診療報酬によるものであり、公的医療機関のような特典はほとんどありません。行っている大部分の医療の内容が変わらないにもかかわらず、立派な建物を建て、高額な機械を購入し、高い給料で職員を集めて、赤字の補填を受けて、民間医療機関に対等に競争しろというのは誰がみても不公平ではありませんか？ 赤字運営となっても税金から補填をしてもらっている（赤字は皆さんの税金から払っているのです）公的医療機関が生き残り、民間医療機関の経営を圧迫するというような事態が公平公正なのか、皆さんに大いに考えていただ

きたい問題です。

6 診療報酬体系のあり方

1) 望ましい診療報酬体系

理想的な診療報酬体系は以下のような条件を満たすものです。

- 医療の質や安全を高めることに寄与する。
- 医療を行うものの努力が正しく評価される。
- 効率的な医療の提供につながる。
- 疾病別の特性に配慮し、病気の時期別に対応する。
- 患者の重症度、看護必要度、介護必要度を考慮する。
- 各職種の技術料と診療材料費・薬品費などの「運営費」と建物の初期投資や維持管理のための「固定費用」をそれぞれ勘案する。
- 各医療行為の費用に基づいて算出されたもの。
- 外来機能ではプライマリ・ケア，専門性のおおのが評価される。
- 健康増進・予防の取り組みが評価される。
- 事務処理が比較的やさしい。
- 行政・医療機関などが予算を立てやすい。
- 新しい技術の評価が毎年行われる。

われわれは、諸外国において行われているような、人頭払い^{注1)} や総枠予算制^{注2)} の導入は時期が早いとし、当面出来高払い^{注3)} と包括払いの組み合わせが実際的であると主張しています。

- 急性の疾患のように病態が不安定な時期には、出来高ないしは疾患ごとにその重症度を考慮した包括払い
- 病状の安定した時期には、状態に応じた包括払い
- 出来高、疾患別・重症度別包括払いの両方が可能な場合には、包括払いが医療

注1) 人頭払い

医療機関への受診の有無、回数にかかわらず、診療を含めて健康管理をする人数により支払いが行われるものです。

注2) 総枠予算制

各施設には、前年度の実績などに応じて年間まとめた支払いが行われるものです。

注3) 出来高払い

診療行為すべてにその内容に従って価格が決められ、その合計金額の支払いが行われるものです。現在の日本の急性期医療に関する支払いの中心となっています。ただし、診療報酬支払い請求書（レセプト）の審査があり、適切でないと判断された場合には、査定や返戻があります。

の標準化を促進するので、公平かつ効率的な支払方式で望ましいと述べてきました。

医療機関に支払われる診療に対する報酬は2年に1度改定されます。

診療報酬の支払方式は、どのような医療を提供するかを決めることにつながり、社会的にも大きな影響を与えることから、長期の展望や科学的な検討により決められるべきであり、新しい方式の導入後は、その変化や効果の検証が必須です。

Column

診療報酬について

診療報酬とは、病院などの医療機関が行った医療に対する対価として受け取る報酬のことです。日本では、すべての国民がいずれかの医療保険への加入が義務づけられており、国民は医療機関を受診する際に医療費の一部を自己負担し、残りが医療保険から支払われることになります。

診療報酬は、診察や治療（医療行為）ごとに決められた点数に基づいて計算されます。医療機関は、医療行為の点数を合計し、1点=10円で換算した金額を患者さんと診療報酬の支払機関から受け取ります。この報酬は、医療機関が検査や投薬の回数を増やすほど報酬も増える「出来高払い」が中心になっていますが、医療費のムダを省く狙いから、病状の安定した高齢者の慢性疾患などには医療行為を問わず一定の報酬を支払う「包括払い（定額制）」が導入されています。2003年から大学病院など大型病院を中心に急性期病院の一部にもこの包括払い方式の1つであるDPCによる包括払いが導入されています。

診療報酬は、おおむね2年に1度見直されます。政府で診療報酬全体の改定率が決められ、中央社会保険医療協議会（中医協：厚労大臣の諮問機関）では個々の診療報酬の点数が議論されます。1998年以降の診療報酬は、ほぼ据え置きか引き下げが続いており、特に2006年の改定では3.16%と大幅に引き下げられ、医療機関の経営に大きな影響が出ました。

DPC（diagnosis procedure combination）とは、わが国独自の診断名と処置とを組み合わせた分類法です。14桁の数字で診断群番号を表示します。医療に用いられる国際疾病分類は、約1万4,000に及びますが、これを約1/10の診断群にグループ化したものです。統一した診断群分類を使用することにより、各施設の診療の違いや費用の違いなどが比較検討できるようになりました。現在DPCを使って、一定の診療報酬を支払う仕組みが急性期病院に導入されつつあります。人員配置や情報管理の条件を満たしている病院が希望して認められると、DPCによる支払いを受けます。現在対象病院は360病院です。将来は、すべての急性期病院に適用される見通しです。

2003年、「今後の診療報酬は、科学的に諸条件を考えて決める」との基本方針が閣議決定されました。しかし、外来の医療および急性期の入院医療に対する主な診療報酬は出来高払いで、これまで通り部分的な修正をするのみであり、導入が拡大されたDPCによる包括払い方式も問題を抱えています。閣議決定の基本方針を無視した医療費引き下げは、2006年以降も見られ、2008年改定は0.82%のマイナス改定になることが決まりました。

診療報酬体系は、どのような医療の提供を行うのかを示す最も効果的な手段ですから、きちんとした理由と科学的な手法で決定されるべきです。

2) 外来医療に関する診療報酬

全日病は、医師の業務を評価する報酬（ドクターフィー）と病院運営にかかわる費用のための報酬（ホスピタルフィー）の2つに分けて考えるよう主張してきました。

プライマリ・ケアを行う一般開業医に対しては「主治医制」の任務を考え、

- 予防・健康管理については人頭払い
- 急性・救急疾患については出来高払い
- 慢性期疾患については包括払い
- 「専門医」については、資格制度ができた後に、これに見合うドクターフィーを決め、出来高払い

とするのが適当と考えます。

最近の医療機関経営調査では、外来診療が基本である診療所のほとんどが黒字ですが、病院の経営ではその規模により若干差はあるものの、悪化か赤字の施設が多くなっています。入院医療の診療報酬のみではほとんどの施設が赤字となるため、入院医療に必要な費用に見合った金額に診療報酬が引き上げられなければ、病院医療の急速な縮小（閉院や診療科の休止など）が危惧されます。

多くの病院では外来診療は経営上重要な位置を占めています。しかし、先に述べたように、外来診療において、診療所と病院では1人の医師が診察できる患者数が異なるうえ、診療単価も病院のほうが低く設定されているという、誰がみても疑問に思う内容です。これは、診療所が多いために格差是正に及び腰の「日本医師会」と、病院医療は原則入院とすべきで外来診療をやめさせようとする厚生労働省の思惑とが合致しているためです。病院団体は入院も外来もそれぞれ費用に見合った診療報酬を設定するように是正することを訴えています。

3) 入院医療に関する診療報酬

入院医療が中心の病院において質を向上させるためには、安全管理に必要な職員

を配置し、十分な教育を行い、医療情報を収集・分析し改善につなげる仕組みを持つことが大切です。質の良い医療提供のためには、これまで以上に運営費用がかかるようになりました。現状では、入院の診療報酬が低いために、多くの病院では経営上外来の収益に頼らざるを得ない状況が続いています。入院医療だけを行っても十分運営できるような診療報酬の設定が必要です。

出来高払いでは、患者さんの状態によって行われるすべての診療に関し報酬が支払われます。このため医療費を節約しようというコスト意識が働きにくく、過剰診療に陥りやすいという問題があります。

包括払い方式は、標準的な治療に関してあらかじめ決められた一定額の報酬を支払うものです。コストを削減しようとするあまり過小診療に陥りやすいという指摘もあります。しかし、効率的かつ標準的な医療を提供する各施設の努力が評価される利点があります。

急性期の医療について、大学病院を中心として2003年から導入されたDPCによる包括支払方式は、2004年以降、民間病院へ拡大されました。民間病院の疾病別在院日数、実際に診療に使われた資源、出来高に換算した診療報酬額などのデータの比較、DPC分類が正しいかどうかの検証なども行われています。

しかし、依然一般病床の多くの急性期医療に対する診療報酬は、出来高払いで行われています。同じ疾病の診療報酬が出来高払いで行われていたり、包括払いで行われたりするのには、混乱を招きやすいので早急に一本化すべきです。

諸外国では、包括払い方式は1入院当たり包括が一般的ですが、日本のDPCは1日当たりの包括払いです。入院当初は報酬が高く徐々に低くなり一定期間を過ぎると定額となります。医療の標準化、在院日数の短縮、医療機関の機能分化の促進などの効果は1入院当たり包括の方が優れていることから、全日病は1入院当たり包括による支払い方式に転換すべきであると主張しています。

先に述べたように、今後の入院医療は、病棟単位として、高度医療病棟・急性期病棟・亜急性期病棟(地域一般病棟・回復期リハビリテーション病棟)・慢性期病棟(療養病棟)という機能に分け、それぞれに応じた診療報酬体系が導入されるべきと主張しています。

(a) 高度医療病棟

高度医療に関する診療報酬は、医学研究的な要素の強いことも考えあわせ、研究費などの診療報酬以外の財源も考慮して個別に定めるべきです。

(b) 急性期病棟

疾病やその重症度による包括支払方式(1入院単位)を基本とし、個々の患者さんの併存症・合併症も考慮して決めるべきです。DPCによる包括払い方式が1入院単位包括払いに変更されることが望まれます。

表 4-4 入院医療における病棟区分、機能、診療報酬のあり方

病棟区分	病棟機能	診療報酬
高度医療病棟	先端医療など医療度のきわめて高い医療の提供	個別に設定
急性期病棟	一般的な急性疾患，外科的処置を要する疾患患者の受け入れ 大規模病院が中心となるが，単科の専門病院でも設置しうる	疾患別・重症度別 包括支払い方式
地域一般病棟	軽症急性疾患患者の受け入れ 地域の在宅医療・介護保険施設などのネットワーク 急性期病棟からの亜急性患者の受け入れ	疾患別・重症度別 および状態別包括 支払い方式
回復期リハ病棟	リハビリテーションの専門病棟	状態別包括支払い方式
療養病棟	医療度の高い長期療養患者の受け入れ	状態別包括支払い方式

Column

包括支払い方式

病気の種類に応じて、治療の内容にかかわらず、あらかじめ決まった額の支払いが行われるものですが、1入院を支払い単位とするもの、1日を支払い単位とするものなどに分けられます。諸外国で用いられているくらい DRG/PPS は前者の、日本で用いられている DPC は後者の代表的な支払い方法です。

(1) 理想的な包括支払方式の導入

病院のあり方委員会では、過去4回の報告書のなかで日本に包括支払方式を導入する場合の条件を示してきました。

(ア) 国際疾病分類 (ICD) の普及

従来、日本の病気の統計は診療明細書(レセプト)に書かれた病名から作成されてきました。しかし、診療明細書には複数の診断名が羅列されるのみであり(治療に関して使われた薬や物品は適用する病名が決まっており、これを記載しないと報酬が支払われないため、いくつもの病名が書かれるのです)、主な病名がどれで、併存症や合併症がどれであるかがわからず、信頼のおけるデータではありませんでした。

また、病名の統一も遅れておりましたが、DPC対象病院の条件に国際疾病分類という標準的な病名づけによる診療情報の提出が義務づけられ、各医療機関におけるICDコーディ

ング（病名を英語と数字に置き換えて表記する方法で、全世界で使われています）の使用が広まってきています。

ICD コーディングの導入・普及のため、これを専門にする診療情報管理士という職種もできました。

（イ）原価の調査

DPC による包括支払い方式の診療報酬額は、現在の診療報酬を基本に構築されており、厳密な意味で科学的なものではありません。原価に関する調査研究が行われており、根拠に基づく診療報酬の算定につながることを期待されます。

（ウ）技術料の明確化と適正な評価

2003 年 3 月厚生労働省より出された「診療報酬体系の基本的考え方」のなかで、運営費用をホスピタルフィー的要素、技術料をドクターフィー的要素として、それらを明確に区分することが示されました。現在のところ DPC による包括払いでは、ドクターフィー的要素は、手術料、麻酔料や高い処置料、特殊な検査、リハビリテーションなどですが、手術料を除きおのおの評価は低く、薬剤師や栄養士などの業務の評価は不十分です。ドクターフィーの考え方は、米国に代表されるように医師が病院に勤務せず外部から診療に加わるなかで、医師の技術料を評価するためにできたものです。

日本では医師の雇用環境が米国とは異なるため、ドクターフィーという概念をそのまま用いることはできませんが、医師や他の専門職種の技術料評価を行い、診療報酬に組み込まれるべきです。

（エ）治療の標準化と価格の決定

医療では、患者さんごとに状態が異なるため治療の標準を決めることはむずかしいとされてきました。しかし、質の高い医療技術、教育制度をもった現在の日本においては、実験的な最先端医療を除き、ほとんどの疾病において治療の標準を定めること、これに基づいた診療報酬の設定も可能です。

治療の標準化を図るには、各疾病に対して EBM に基づく診療指針の作成は不可欠の作業です。今後、標準的治療については、その有効性、費用について定期的に調査検討され、適切な診療報酬の設定が必要です。この観点からも、診療内容を詳細に報告することを義務付けた DPC 対象病院からのデータは大変重要です。

（オ）「医療の質の評価」の仕組みの確立

現在のところ、「質の評価」で最も大切な、診療結果を十分評価する仕組みはありません。全日病では、患者数の多い代表的な 25 疾病の診療結果を評価する事業を行っていますが、これを基本としてより多くの疾病の調査を行い、医療の質評価の方法を確立したいと考えております。

主要 25 疾患

1	胃の悪性新生物	14	正常分娩
2	結腸の悪性新生物	15	急性虫垂炎
3	直腸の悪性新生物	16	胆石症
4	気管支・肺の悪性新生物	17	前立腺肥大症
5	急性心筋梗塞	18	白内障
6	肺炎	19	痔核
7	喘息	20	子宮筋腫
8	脳梗塞	21	狭心症
9	脳出血	22	腎結石および尿管結石
10	糖尿病	23	乳房の悪性新生物
11	大腿部頸部骨折	24	膝関節症
12	胃潰瘍	25	そけいヘルニア
13	急性腸炎		

米国においては、以前から第三者機関によって病院の機能を審査し認定する仕組みがあり、この審査で認定されることが公的保険から支いを受ける条件とされています。最近では、診療結果を含めた医療情報の提出の制度化の方向に進んでおり、質に基づく支払い（P4P：pay for performance）も行われるようになっていきます。保険制度や医療提供の仕組みについて批判されることの多い国ですが、医療機関が積極的に情報提供をし、第三者の審査により医療の質を確保し向上させる努力をしており、医療関係者および一般市民から高い信頼を得ている点は大いに学ぶべきです。

日本では、(財)日本医療機能評価機構(JCQHC)が、第三者機関として病院機能評価を行います。5年ごとの認定制度ですが、すでに3度目の認定を受けた施設もあり、2008年2月現在2,452病院(全病院の27.6%)が認定を受けています。認定について一般の方の周知を図ること、臨床研修や診療報酬で認定の活用を図ることが今後の課題です。

各国において包括支払い方式導入の際に、つねに粗診粗療が問題となってきました。同じ病気なら一定の支払いしかされないのでは重症な患者さんは敬遠する、あるいは過小診療をする傾向がみられるという問題です。今のところ日本のDPCによる包括支払い方式の結果をみると、導入前後の診療内容に大きな変化はありません。

(カ) 医療安全の確保

医療における安全確保に関しては、国をあげての取り組みが行われており、個々の施設でもいろいろ対応をしています。

全日病の「医療の質向上委員会」では、医療安全の啓発活動をその重要な活動と位置づ

けて講習会、研修会を重ねてきましたが、参加施設が急速に増加しており、確実に会員の意識も高まっています。今後は、①全病院がヒヤリ・ハットや医療事故を報告し情報の共有を図る仕組みをつくる、②各病院が導入可能な有効なプログラムを開発する、③医療安全推進に必要な機器・人員確保の仕組みづくりを示すなどを検討中です。

(キ) 医療提供体制の再構築

米国では DRG/PPS という 1 入院の包括払い方式の導入により、費用管理の徹底から極端に在院日数が短くなり、必要な医療が終了しないまま患者さんを外来やナーシングホーム（日本の療養病床に相当）へ転院させる施設が多く出現し、大きな問題となりました。その結果として「亜急性期」病棟・病院が出現しましたが、連邦政府や保険会社も「亜急性期」病棟・病院の必要性を認め、亜急性期医療に対する包括的診療報酬体系がつけられた経緯があります。また、DRG/PPS 導入により在院日数が短くなったため病床の利用率が低下しましたが、この影響は中小規模病院に大きく、経営的に厳しくなり閉院になった施設も多く、これらの病院が提供してきた地域密着型の診療を行う施設が減ったために問題にもなりました。

米国の経験を教訓に、病院・病棟の機能や診療所の機能に応じて、中小規模病院や地方の病院の役割も十分考えて、機能分化を進めるべきです。

(2) DPC による包括払い方式に対する全日病の考え方

DPC の目的は、「診療内容についてデータを収集・検討し、診療報酬において適切に評価することにより、適正な医療の提供と効率的な体制を整備すること」であり、そのためには、医療の質の評価、評価指標の作成、疾病別在院日数・医療費の全国比較、病院間の比較検討などが必要です。

しかし、これらについて十分に検討される前に、支払い制度に導入されました。今後のデータ分析により、質の良い医療を提供できるような科学的な診療報酬の決定に寄与するように期待しています。

「病院のあり方委員会」としては、公平かつ効率的で成功報酬の意味合いをもち医療の標準化をすすめる診療報酬体系として、急性期医療に関しては重症度・看護度・要介護度を考慮し費用の計算に基づいた 1 入院当り包括支払い方式がよいと主張してきました。急性期医療に関する DPC による包括払い方式は、隔年で修正が加えられていますが、以下のようにならぬ多くの問題を抱えています。

- ① 費用を実際に調査して出された報酬額ではない
- ② めまい、食欲不振、体重減少など、すぐに病名が決められない病態に対する診断確定を目的とした検査、コンサルテーション、糖尿病の教育入院など非外科系の評価が低い
- ③ 2 つ以上の疾病に関する評価がない。
- ④ 重症度の評価が不十分である。
- ⑤ 入院後要介護状態になる患者さんが増加しているにもかかわらず、要介護度の評価が

なされていない。

- ⑥ 人員配置に関する施設機能係数（多くの職員を配置している施設や救命救急や重度の患者さんの治療のために特別な病室を持っている施設などでは、高い係数がつけられるようになっていきます）が高くなったが、質の評価がなされていない。
- ⑦ 再入院率の非常に高い施設がある。

今後の病院経営では、医療の質を向上させつつ費用管理を行い、必要性の低い治療は止めるようになると思われますが、質を確保するためには、十分な職員の配置が可能で医療安全のための費用などを認めた診療報酬が科学的に決められる必要があります。

(c) 地域一般病棟・回復期リハビリテーション病棟

これらの病棟に入る患者さんの病状は幅広くなります。診療報酬は、疾病の重症度、リハビリテーションや介護の必要度を考え、いくつかのグループに分けて決められるべきです。疾病別・重症度別分類による1入院単位と、状態別分類（リハビリテーションや介護の必要度）による1日定額包括支払方式の両者を組み合わせたものとなります。

(d) 療養病棟

現在のような医療度別・状態別分類による包括支払方式（1日定額）が適当ですが、合理的な根拠に基づいた分類と報酬額を設定すべきです。

2. 介護保険制度

1 介護保険の仕組み

2000年4月、高齢者の介護を社会全体で支え合うことを目的に介護保険制度が生まれました。医療と介護の区分を明確にし、医療費抑制策の一環として導入された社会保険方式の制度です。

介護保険の運営を行う保険者は各市町村で、65歳以上は第1号被保険者となり、介護保険料を市町村に支払い、40歳から64歳は第2号被保険者となり、介護保険料を医療保険料と一緒に支払います。介護保険制度では、当該地域にける介護提供の量が増えると介護保険料が増える仕組みであることが医療保険との大きな違いです。

介護が必要な状態になったときは、市町村に要介護認定の申請をします（65歳

未満の場合でも、加齢に関係する特定の疾病では給付が受けられます)。主治医の意見書と役所の調査結果をもとに介護認定審査会が要介護度を認定します。要介護者は、認定された要介護度に応じて決められる利用限度額の範囲内で、介護保険のサービスを選択利用できます。自己負担は1割ですが、限度額を超えた分については全額自己負担となります。

在宅サービスを利用する場合は介護支援専門員(ケアマネジャー)が作成した「介護サービス計画(ケアプラン)」に基づき行われます。ケアプランは、要介護認定が要支援1～2の場合は介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に、要介護1～5の場合は、居宅介護支援事業者に頼むと自己負担なしで作成してもらえます。施設サービスを利用する場合は、施設に直接申し込みます。どれかの保険に入ると希望する医療機関で自由に診療を受けられる医療に比べ、介護サービスの利用は複雑です。

2 介護保険制度の見直し

1) 介護提供の実態

当初より3年ごとの報酬改定と5年ごとの制度見直しが決められていましたが、2000年から2005年までの5年間で認定者数は、256万人から432万人と導入時の約2倍となり、国の予測をはるかに上回る勢いで増加しました。

介護の区分では、要支援・要介護度1という軽度の認定者が約5割に達しています。サービス利用者も5年間で337万(在宅サービス258万、施設サービス79万)と倍増し、保険給付額が2005年度5兆7,943億円となりました。特に在宅サービスの利用の伸びが著しいのですが、要介護度4、5の重度要介護高齢者の約半数が依然在宅で介護を受けているの事実です。

施設での介護(介護老人福祉施設37万床、介護老人保健施設29万床、介護療養型医療施設13万床)の状況は、どの施設も満床が続いており、入所希望者が待機しているという状態です。

介護給付費が予想より増大したために、2006年には大幅な制度改正が行われました。サービス内容を制限するとともに報酬も引き下げられたために、利用者からも提供者からも不満が大きくなっています。

2) 制度の見直しと介護療養型病床の廃止

2006年4月介護保険制度の見直しが行われました。介護を必要とする前の高齢者に広く予防的サービス提供するとともに、施設での介護より在宅での介護を進めて、介護提供の適正化をするというのが表向きの目的です。しかし、2005年10

月から実施された施設給付費の見直し^{次ページ注1)}と、2006年4月から実施された総合的介護予防システムの導入^{次ページ注2)}は、いずれも財政上の理由からサービス内容を制限し、あるいは自己負担を増やすというものです。

介護療養型医療施設を廃止する方針が決定されましたが、医療度の低い患者さんの多い医療保険対応の療養病床も、医師・看護師の配置の基準を下げた「介護保険移行準備病棟」へ移行させ、2011年度までに老健施設^{注3)}などに転換させる考えも示されています。

注1) 施設給付費の見直し

生活に関わる費用は自己負担とするとの考え方から、介護施設における居住費、食費の見直しが図られました。低所得者への減免措置はあるものの、施設で介護を受ける場合は月2～6万円の負担増となり、個室の場合には有料老人ホームと同程度となり、支払いに窮する要介護者も出ています。

注2) 総合的介護予防システムの導入と新たなサービス体系

重要な変更は、要支援1、2の認定者に関して「新予防給付」という制度を創り（通所によるサービスを通じて筋力トレーニング・健康づくりを行うという内容）、これまでの利用回数単位の介護給付から「月単位定額報酬支払い」に変更するとともに、「地域包括支援センター」を創設してこれらの支援をすることとなった点です。

- ① 地域密着型サービスの創設：地域特性に応じた多様なサービス、施設の活用を図るため、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を行う。
- ② 地域包括支援センターの創設：地域支援の総合相談、介護予防ケアマネジメント、包括・継続的マネジメント、虐待防止などの権利擁護事業などの機能を持つセンターを創設する。
- ③ 居宅サービスおよび医療と介護の連携の充実：介護を受けながら住み続けることのできるケア付居住施設の充実と、介護予防における介護施設やグループホームにおける医療連携の強化を図る。

注3) 介護療養型老人保健施設

介護療養型老人保健施設は、法律上は、従来の介護老人保健施設と同様、介護保険によりまですが、医療の必要性がより高い人の入所が想定されているため、入所者の方の夜間の急変に対応できる看護職員を配置するなどの医療体制を整えている施設です。

介護療養型老人保健施設の介護報酬を算定するための基準として、全入所者のうち「経管栄養」もしくは「痰の吸引」を実施している方の割合が15%以上であるか、最重度の認知症の方の入所割合が20%以上であることなどが条件となっています。

3 介護保険制度の問題点

1) 頻回の制度改定と施設運営の危機

厚生労働省は、長期療養に関する施設について短期間にいろいろな施策を打ち出しましたが、その都度、長期療養施設の多くは新しい施設基準に合わせるため新たな借金をして整備をしてきました。2006年の医療制度改革関連法によって、2011年までに介護療養型医療施設が廃止されることが決定されましたが、今後、病院から介護保険施設へ移らなければならない施設の多くは、新たな資金負担には耐えられないと予測されます。

診療報酬と同様に介護報酬でも設備投資などの費用補填は全く勘案されておらず、固定費に対する費用も介護報酬で支払われるような制度の見直しが必要です。

将来、長期療養・介護施設が不足する可能性を考えると、新しい負担が困難で閉院せざるをえない状況を回避するためにも、建物の改築なしに全面転換ができたり、病院と介護施設の両方の機能を持った施設への転換を認めるなどの柔軟な対応が求められます。

2) 介護の提供に関する地域格差

要介護状態になった場合、国民全員が要介護度に応じたサービスを受けられる権利を持っています。「厚生労働白書^{注)} 2005年版」によると、1人当たり都道府県別の給付費、保険料、認定率などに相当な格差があります。その原因として各地域の高齢化率や世帯構成および所得水準の相違や、各市町村の保健福祉政策の差などがあげられています。都市と農村、過密と過疎、立地条件の差などに影響される自治体の財政力による地域格差という不可抗力な要素もあり、介護サービスの公平化には十分な国の配慮が必要です。

介護でも広域での協力体制を基本とした効率化が図られるべきですが、地域特性に配慮した調整交付金で格差を是正するべきです。

3) 介護提供の質の問題

現在、介護保険施設の運営が適切に行われているのかどうかを第三者が十分評価

注) 厚生労働白書

政府から発表される報告書を白書といますが、厚生労働省から毎年出される白書で、他に「労働経済白書」、「母子家庭就業支援白書」などがあります。

2007年度白書の内容は、わが国の保健医療をめぐるこれまでの軌跡、わが国の保健医療の現状と問題、保健医療・介護をめぐる地域差の現状と課題、これからの健康づくりと医療、などが主な項目です。

をする制度はありません。国の監査はあるものの、書類上のチェックが主であり、その地域の要望に見合う介護が行われているかどうかの調査はされていませんし、質の確保についても、サービス提供者の自主性に任されています。

介護保険施設に関する質の向上には、全国老人保健施設協会や全国老人福祉施設協議会などが取り組んでおり、「老人病院評価マニュアル」（老人の専門医療を考える会）などを利用して自己評価をして施設もありますが、施設によりその取り組みに差がみられます。

2006年の制度改正で、「介護サービス情報公開」のため第三者による訪問調査が開始されましたが、書類調査が主であり、実際の介護の質の評価には至っておりません。介護提供に関連する諸団体は、これに代わりみずからの手で機能評価の体制をつくるべきです。

介護は労働集約型産業であるため、質の確保には相当数の介護職員数が必要です。介護必要度が重度化している現状では、国が考えた人員配置モデルでは十分な介護はできません。全日病では実態調査を行い、人員配置や質の評価を行って、この問題の解決策を国に提言する予定です。

4) 介護要員不足

少子化、核家族化が進み、今後、在宅介護を担う人や、施設の介護要員が大幅に不足することが確実です。要介護者の介護量は年齢を重ねるごとに増えることを考え合わせると、厚生労働省の「在宅にて行うケアを重視する政策」は明らかに限界があると思われます。効率的な介護提供を考えると、介護施設の増設は不可欠です。

介護要員を養成する機関は増えていますが、依然介護要員の不足が続いています。

入所者の要介護度が重くなり介護要員の負担が増え、増員も必要になっていますが、他の職業に比べ低賃金であるため、最近では介護に情熱をもって就職した若者の離職もみられます。介護の資格を持ちながら他の仕事につく者が急増しています。国が介護給付費を引き上げ彼らの賃金を上げられる仕組みにし、介護職員の確保をしなければ日本の介護提供体制は危機的状態に陥ることは明らかです。

介護を担う人員を広く求める方策として、企業での介護休暇制度の導入や高校・大学生の学習単位習得に介護援助を必修とする案なども考えられますが、現実的な方法として、外国人の就労許可政策^{注)}を早急に検討すべきです。

注) 外国人就労許可政策

フィリピンとのEPA（経済連携協定）協議において、看護師・介護士の受け入れが決まりましたが、人数が限られたことと日本語の必修化や日本語による国家試験を受けるなど、受け入れを制限するような条件を日本が課したために、受け入れは進んでいません。

根本的な解決までの当面の対策として、医師や看護師の業務を見直し、看護師や介護福祉士が担える業務範囲の拡大を検討すべきです。

5) 依然不足する利用者に対する情報開示

各施設が担う機能にはかなりの違いがみられます。施設利用者の平均要介護度が高くなり身体ケアが中心となっている施設や、機能維持のためのリハビリテーションに力をいれている施設など、おのおのの施設にはそれぞれに特徴がみられるようになっていきます。

各施設の機能に関する情報提供は、広報誌や各事業体のパンフレット・ホームページ、ケアマネージャーやMSW等によってなされているものの、その内容が統一されておらず、口コミ情報がいまだに多いのが実情です。ITを利用し、統一した情報を集め利用者に発信する仕組みづくりが急がれます。

6) 急変時および終末期の対応の問題

介護保険施設の入所者が病気になることも当然ありますが、重度要介護者が病気になったときどこまで医療を行うのべきなのかは大きな問題です。終末期医療をどのように考えるのかという根本的な問題にも関わるものですが、老衰などの対応に関しては、あらかじめ本人の意向も確認して、利用者の家族に説明し納得と同意を受けておく必要があります。しかし、これらの課題に関しては、個々の施設の裁量で行うべきではなく、ガイドラインのもとに全国共通の対応を考える必要があります。終末期医療に関しては、厚生労働省の検討会で決定プロセスに関するガイドライン（76 ページ脚注参照）が出されていますが、実際の場面での問題解決には不十分な内容であり、全日病は、各界の有識者の協力の下、ガイドライン作りの検討にはいっています。

入院医療と同様に、介護の領域に関しても終末期のあり方を考えるべきです。

7) 自己負担増と世帯分離

介護施設入所に伴う自己負担金額は世帯全体の収入で判断されるため、一部では「世帯分離」^{注)}を行うことにより自己負担を下げる動きもあり、そうでない方との

注) 世帯分離

高齢者の6割は、自身の住民税が非課税です。非課税者はさらに、同世帯に住民税を納める人がいるかどうかで区分され、世帯に住民税を納める人がいると、本人の収入に関係なく、自己負担が高くなります。入院・入所に関する居住費・食費の負担は、世帯を分けることにより自己負担の軽減を図ることができます。

間で不公平な状況を生じています。自己負担金額は個人の経済状態を基準に決定されるべきです。

要介護者のみならず重度要介護者の増加により、介護療養費の急速な増加が見込まれますが、これ以上の国民・利用者の負担増は大きな問題であり、医療保険とともに財源確保のために消費税のあり方なども検討されるべきです。

4 介護提供のあり方

介護提供は、急性疾病の治療の長期化や後遺症および加齢に伴う身体機能の低下・精神機能の障害に対して、「生活支援」として行われますが、その目的は「個人の尊厳を護り生活を助け、個々人の希望に沿う人生を全うさせること」にあります。高齢者の終の棲家^{ついですみか}をどうすべきなのか、要介護者の住まいをどうするのかという観点からも、介護提供のあり方を見直す必要があります。

介護提供に関しては、第3期にはいった「介護保険事業支援計画」と新しい「医療計画」との整合を図りながら、質と効率のよいサービスを提供する必要があります。「ケアコーディネーター」を核に、医療介護の一貫した継続的提供システムを構築すべきです。

皆さんは、社会保障制度としての介護に関して、より質の高いサービス提供を期待されていると思います。介護提供者は、皆さんの要望を十分に汲み取り、行政と協調して、一定の財源の中で利用者も介護提供者も納得できる介護提供のあり方を考えるべきです。

1) 在宅（居宅）介護のあり方

これまで高齢者の介護に関しては、なんらかの形で主に家族の犠牲による在宅での介護が行われてきましたが、要介護者の重度化に伴い施設介護を望む家族が増加しています。高齢者が急に要介護状態に陥った場合、家族による短期間の在宅での介護は可能でしょうが、長期間にわたる介護、特に重度の要介護者や認知症高齢者の介護については対応不可能な家庭が多いはずです。

小規模で多くの機能をもつ施設が介護報酬の対象となりましたが、入所施設への短期入所、中期入所の確保、夜間ケアの対応を含めた24時間ケアを受けられる体制づくりなど、在宅介護を支援するための施設の整備をより一層進める必要があります。

2) 施設介護のあり方

施設介護を必要とする場合は家族との交流を考え、住居に近い地域内でのサービ

ス提供が可能なように施設を再整備すべきです。

地域に根づいた介護環境の整備のためには、認知症の高齢者を対象とするグループホームのほかに、小規模多機能施設の基準をより柔軟なものとし、いろいろな利用者の要求に対応できる新しい住まいとしての機能を果たさせるべきです。複数の部屋を単位とした小家族のような生活が可能な棲家とし、日中のサービス・訪問看護のみならず、一定地域における要介護者の状態の変化に広く対応できるよう、デイサービスなどの外部サービスの利用も認めることが重要です。

施設介護は、介護必要度・認知症の程度が重い要介護者への対応、および在宅介護を支えるリハビリテーション、短・中期入所に対する施設とすべきです。介護保険創設の過程で示された介護保険3施設（介護療養型医療施設、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム）の機能については、高齢化の進展による要介護者や入所者の重度介護者の増加により、明確な区分が不可能となっています。施設ごとに、ある機能のみを分担させることは、入所者の実態からみてむしろ非効率であり、介護保険施設の需要と供給に関する調査をもとに、地域の特性もふまえ、施設ごとに対応

表 4-5 介護保険3施設と特定施設の人員基準・施設基準

	介護療養型 医療施設	介護老人保健施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	特定施設	
1人当たり居室面積	6.4㎡以上	8㎡以上	10.65㎡以上	13㎡以上	
1部屋の定員数	4人以下	4人以下	4人以下	個室	
主な職員配置基準	医師	3以上 48:1	常勤1人以上。 100:1以上	必要数 (非常勤可)	
	看護職員	6:1以上	看護・介護3: 1以上。(看護 2/7)	看護・介護3: 1以上。入所者 100人の場合は 看護3人	看護・介護3:1 以上。入所者50 人までは看護1 人以上。50人 以上は看護1人 以上+50:1以上
	介護職員	6:1以上			
	PT・OT	PT・OTが適当数	PTまたはOTが 100:1以上		
	機能訓練指導員			1人以上	1人以上
	生活(支援)相 談員		100:1以上	常勤1人以上。 100:1を標準	常勤1人以上。 100:1を標準
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	1人以上。 100:1以上	1人以上。 100:1を標準	1人以上。 100:1を標準	1人以上。 100:1を標準

特定施設は「外部サービス利用型特定施設」を除く。

するほうが現実的です。早急に3つの介護保険施設を一元化し、改めて在宅復帰施設としての機能、在宅支援機能、終の棲家としての対応など、各施設が地域連携のなかで役割を分担することが重要です。都市部のような異なる機能の施設が複数ある地域においても、今後施設単位の機能分担はむしろかしくなると予想されます。まして施設数の限られた地域においては、いろいろな状態の要介護者を入所させざるをえないことを考慮し、フロア単位や部屋単位の機能分担も認めるべきです。

介護施設における医療は、基本的には日常の健康管理であり、常勤の看護師、リハビリテーション職員は必要ですが、医師の常勤は不要で、緊急時は、提携する医療機関や在宅療養支援診療所が責任をもって対応できる仕組みがあればよいはずです。入所者が常時医療を要する状態になった場合には、療養病棟などに転院しますが、全日病では、その判断基準として医療必要度指標をつくることを提案しています。要介護者に医療の必要性が発生した場合、重症度と既往症から対応すべきマニュアルなどを作成しておき、地域の医療提供体制に合わせた医療サービス提供の基準を皆さんに示しておくべきと考えるからです。

医療・看護・身体機能維持のためのリハビリテーションなどは、必要に応じて提供される機能として位置づけられるべきです。各介護施設においてはみずからの果たす役割を明確にするため、医学的管理の職員やリハビリテーション職員の配置状況を情報公開すべきです。そして、医療にかかわる機能に応じた報酬はおのこの医療保険より支払われるべきであり、その他のグループホーム、ケアハウスなどでは、医療にかかわる費用は在宅療養と同じ扱いとされるべきです。

3) 介護報酬体系のあり方

介護にかかわる費用は、サービスの内容、時間などを十分吟味し、科学的根拠に基づいた決定が必要ですが、診療報酬同様に、現状はそうなっていません。

2006年の改定では、予防のための給付が設定され、月単位定額支払いという新しい考え方が示されましたが、まとめて支払われる報酬自体が低く原価に見合った報酬とはいえ、各事業体の運営は大変厳しいものとなっています。また、地域に密着した施設介護の拠点となるべき小規模多機能施設の評価も低く抑えられており、今後この形態の施設の大幅な増加は望めません。

さらに、要介護者のためのケアプラン作成報酬も安いうえに、1人のケアマネジャーが作成する件数に制限を加え、多い場合には逡減制が設けられました。事業体の経営努力を無視した改定で、たいへん遺憾です。

望ましい介護報酬体系は以下の条件を満たすものです。

- 介護の質や安全を高めることに寄与する。
- 介護を担うものの努力を正當に評価する。

- 効率的な介護提供に寄与する。
- 要介護度を反映する。
- 介護にかかわる各職種の技術料と材料費・薬品費などを含めた運営費と、建物の初期投資や維持管理を評価する固定費をおのおの反映する。
- 介護の質の評価，特にその結果を評価する。
- 居宅サービスでは訪問・送迎などにかかる時間も評価される。
- 行政・介護提供事業体などが予算を立てることが容易である。
- 再生産が可能である。
- 中長期的運営に配慮した内容である。

質の良い介護職員を確保するためには、現状の低い介護報酬では限界があるので、将来の生活設計が可能な給与を支払える介護報酬体系が必要です。

5

終末期医療のあり方

医学の進歩は、かつては治療の適用ではなかった病気に対する治療を可能とするなど、国民の皆さんの健康維持・増進・回復に大きく貢献しました。しかし、救命救急時の心肺蘇生により、一命は取り留めても植物状態となってしまう場合や、嚥下障害や高齢により食事摂取ができず、点滴や経管による栄養補給によってのみ長期間にわたり命を永らえる場合など、医療を続けるべきかどうか、医療提供側も家族の方々もたいへん悩む状況が生まれました。

人間としての尊厳を守りつつ死を迎えるためにはいろいろな考え方があり、終末期医療に関する議論が高まっています。一部に、終末期医療のあり方に関して、経済的理由から議論する向きもありますが、これはまったくの誤りです。

自分で意思決定をできなくなったときに備えて、あらかじめ希望する治療方針などを記しておく「リビング・ウィル(生前の意思表示)」はたいへん重要です。しかし、この重要性はまだ一般には認識されておらず、医療提供側の活動も十分とはいえません。現在、終末期医療について各方面で議論されていますが、その内容には多くの疑問もあり、関係者間の共通認識の確立に向けて早急に検討を進めるべきです。

1. 「安楽死」の現状

安楽死は、致死量の鎮静剤の投与を行うなど積極的に生命維持の停止を目的とした処置を行う積極的安楽死と、生命維持を目的とした医療技術をあえて使用しない、あるいは縮小する消極的安楽死に大別されます。最近まで、状況にかかわらず積極的に延命治療を行う風潮があったために、公に問題として取り上げられることはな

く、したがって、社会的に意見の一致をみるには至っていませんでした。

日本で安楽死が法廷ではじめて争われたのは、1949年、半身不随の母親に請願され、青酸カリを飲ませて絶命させた事件で、その後も、単発的な安楽死に関する訴訟がなされたものの、この問題に関する医療界および法曹界の統一見解もないまま今日を迎えています。

すでに1976年に日本安楽死協会（現在は、日本尊厳死協会）が設立されて、尊厳死に関する考え方が示され、1992年3月に日本医師会が「末期医療に臨む医師の在り方」を、1994年5月に日本学術会議が「死と医療特別委員会報告」をそれぞれまとめ、安楽死に対する一定の考え方を示しています。

一方、厚生労働省は1993年に「終末期医療に関する国民の意識調査等検討会」で、行政として初めて「尊厳死と安楽死」を取り上げ、その後も2回調査、検討会を行って報告しています。

そのようななかで、2006年、射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件が起こり、安楽死について大きな波紋を呼び起こしました。法制化すべしとの議論に拍車がかかり、病院団体、厚生労働省、学会などでもガイドライン作成に積極的に取り組み、2007年5月には、厚生労働省の検討会が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」^{注)}を発表しました。

外国においても安楽死の考え方を国家的レベルで取り上げている国は少なく、その対応は、その国の宗教も含めた社会構造、文化によって異なっています。

オランダや米国のオレゴン州では、積極的安楽死が法制化されており、消極的安楽死に関しては米国のほとんどの州で「リビング・ウィル」の延長としての「患者の死ぬ権利」が法制化されています。また、オーストラリアの南オーストラリア州では、「自然死法」が制定されており、フィンランド、デンマーク、シンガポール、カナダでは末期患者に延命処置を拒否する権利が認められています。

この問題を考える際には、「死」をどう捉えるかにより、その議論は大きく変わります。米国では、多くの医療系大学で「死の医学」講座が開かれています。日本では死についての教育はほとんど行われていません。死に関する医学的な意味や安楽死、あるいは「リビング・ウィル」などの重要な事柄に関する考え方をまとめ、

^{注)} 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」

ガイドラインは、延命治療の中止など終末期医療の方針決定について、本人の意思の尊重を基本としたうえで、医師が1人で決めるのではなく、多専門職種の医療従事者からなる医療・ケアチームでの意思の確認をすべきというプロセスを明らかにしました。患者さんの意思が確認できない場合にも、家族を加え治療方針について合意を得ることを重視しています。しかし、現場では決定プロセスではなく具体的な対応が大きな問題です。たとえば、消極的安楽死をどうすべきかや法的責任については、今回のガイドラインでは議論されていません。

医療提供者のみならず広く国民の皆さんにも知らせるべきです。

2. 医療・介護の現場における終末期医療のあり方

1 医療機関における心肺蘇生とリビング・ウィル

医療機関では、回復の見込みの少ない患者さんを診療する場合に備えて、あらかじめ本人・家族に対して、十分な病状説明を行うとともに、心肺機能の停止などの状況を想定して、心肺蘇生を含む治療の希望などを「リビング・ウィル」としてあらかじめ確認しておくべきです。「リビング・ウィル」が存在しない場合には、医師が病状を説明して家族の判断を仰ぐべきですし、病院としての対応手順を決めておく必要もあります。

2 ホスピスと緩和ケア

緩和ケアの目的は苦痛を取り除くことですが、末期状態のみでなく、その他の状況も対象となります。

緩和ケア病棟（ホスピス）は増加傾向にあります。2002年4月からは外来における緩和ケア治療も可能となりました。これまではいったん入院すると最後まで入院を続ける場合が多かったのですが、今後は、短期入院、在宅や介護施設との連携などにより、緩和ケア治療が広く行われるようになると考えられます。したがって、緩和ケアと安楽死とは、明確に区別すべきです。

3 介護施設

現在、入所者の終末期には、医療行為に関する対応が施設により異なり、一定の基準がありません。

状況により医療施設へ移っていただくことが必要な場合がありますが、状態悪化時や臨終の際の「看取り」については、あらかじめ入所時に「リビング・ウィル」を確認しておき、その際に家族との話し合いを行うことを基本とすべきです。

4 在宅

ほとんどの方が、終末期は在宅で過ごすことを希望しますが、介護する家族の負担が大きく中断せざるを得ない場合や、独居高齢者、老老介護など、希望してもか

なわない場合もあります。

患者さんや家族との良好な信頼関係を築き、訪問診療・看護・介護および家族支援体制の充実を図り、安心して自宅で終末期を迎えられるような体制づくりが求められます。その場合には、地域一般病棟や在宅療養支援診療所などのかかわり方が大切です。

3. 「リビング・ウィル」と安楽死のあり方

1 リビング・ウィル

これまで、わが国では、自分の終末期の迎え方を表明する人は少なかったといえます。患者さんの尊厳を保つためには、終末期の医療について患者さんと家族が話し合い、「リビング・ウィル」を記しておくことが望まれます。全日病は関係者と共に「リビング・ウィル」に関する啓発活動を積極的に推進します。

リビング・ウィルを尊重した医療が行われると、患者さんが自分の希望に沿った終末期を迎えることができます。さらには、終末期だけでなく、広く医療全般で、患者さんが自分の希望を明確にすることが多くなり、医療提供者と患者さんの協調関係が強化されることが期待できます。

2 消極的安楽死と積極的安楽死

消極的安楽死とは、回復の見込みのない患者さんの尊厳を守るために治療を行わない、あるいは治療を漸減することをいいます。

消極的安楽死に関して、医療界での統一した見解がないために、現場の対応に関して混乱があり、人工呼吸器の中止など具体的な対応について消極的安楽死に関するガイドラインを早急に作成するべきです。

一方、患者さんや家族の希望があったとしても、薬物を投与するなどの方法で死期を早める積極的安楽死は認めるべきではありません。わが国と文化・宗教が異なる欧米ではこれを認める国も存在しますが、いわば医療の名の下に行われる殺人あるいは自殺幫助であり、日本においては積極的安楽死を否定すべきと考えます。

3 消極的安楽死のガイドライン

安楽死の問題は、専門資格者としての医師が医療現場で対応するものであり、法

制化すべきものではありません。医師が訴えられないように法制化が必要とする意見もありますが、逆に法に縛られるため柔軟な対応ができないこともあるので、むずかしい問題です。全日病は、医師をはじめとする医療従事者が「死」に関する問題を十分に議論し、病院団体、職能団体、学会などが協力して原案をつくり、国民の皆さんに示し、広範囲の合意による消極的安楽死に関するガイドラインづくりを推し進めるべきと考えています。

最近、われわれは「終末期医療のガイドライン」の原案を作成しました。これを基に、各界の代表にも参加していただき議論し、適切なガイドラインを策定し、国民の皆さんにお示しする予定です。

(社)全日本病院協会 終末期医療の指針 (2007年11月17日)

終末期医療について現在まで我が国では、患者あるいは家族との合意の基に行われてきた。しかし、近年、終末期における治療の開始あるいは中止に関して、様々な法的問題が発生しており、患者および家族と医療従事者の両者とも、対応に苦慮している。2007年5月に厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表し、その他の関係機関においてもガイドラインが作成されているが、具体的な内容には触れておらず、医療現場の問題の解決には役立っていない。決定プロセスが厚生労働省のガイドラインに適合しているにもかかわらず、病院内の倫理委員会の決定に従うことが刑事訴追を受ける可能性があるとして、院長がその決定に従うことを許可しなかった事例がある。決定プロセスではなく、具体的な内容に関する指針が必要である。

個人が自らの終末期にどのような対応を求めるかの意思表示を予め明記しておく、リビング・ウィルについての国民の意識も医療機関の対応も十分とはいえない。

その結果、明らかに予後が良くないと判断される患者や、高齢の患者に対しても本人や家族の意思や希望に関わらず、人工呼吸器管理、高カロリー輸液、経管栄養などを続ける事が稀ではない。逆に「予後が良くない」、「高齢である」という理由で本人・家族の意思・希望が充分取り入れられずに治療が行われず、回復の機会を逃す場合も考えられる。更に、患者や家族の苦悩を見続け、家族から懇願された医師が、個人の判断で積極的安楽死を行ってしまい、裁かれる結果となった例もある。

医療現場は混乱しており、終末期医療に関する具体的な指針が必要と考える。

1. 終末期医療に関する全日病の考え方は以下のとおりである。

- (1) 終末期とは、治療効果が期待できず予測される死への対応が必要となった期間をいう。
- (2) 積極的安楽死は緩和治療が発達した現在はその必要に乏しく、自殺補助のおそれがあり、認められない。
- (3) 消極的安楽死に関しては専門資格者としての医師が医療現場で対応するものであり、法制化にはなじまない。
- (4) 病院団体、医師をはじめとする各職能団体、学会等が協力し、国民の意見も取り入れて消極的安楽死に関する判断基準を作るべきである。
- (5) 国民にリビング・ウィルに関する啓蒙活動を進める必要がある。特に、今後治療の継続あるいは中止の判断が困難になる可能性がある患者、すなわち、高齢者、神経疾病、呼吸器疾病、心臓疾病、悪性疾患などの患者は、予め自らの意思を明確にしておくことが望ましい。

- (6) 指針に沿って終末期医療が行われあるいは中止された場合、医療者が訴追されるおそれがないように社会的合意形成が必要である。

2. 終末期医療の指針を作成し医療界のみならず、広く国民に周知することにより、以下が期待される。

- (1) 終末期医療について国民の間に関心が高まり、本人の希望をリビング・ウィルにより明確にする人が増える。
- (2) 本人の希望に沿い、尊厳を保ち、納得した終末期を迎える人が増える。
- (3) 患者が、終末期のみでなく、医療に関心を持ち医療者との連携が強化される機会が増える。

3. 消極的安楽死に関する判断基準は以下のとおりである。

- (1) 本人のリビング・ウィルが明確であれば、積極的安楽死や社会秩序を乱す方法でない限りそれに従う。
- (2) 本人のリビング・ウィルや意思が明確でないときは、家族の希望に基づき、家族と医療提供者が話し合って対応を決める。
- ① 日本脳神経外科学会による脳死判定基準によって脳死判定された患者は、家族に説明し治療を中止することが出来る。
- ② 終末期あるいは予後が不良と医師が判断した場合、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合い、治療を行わない、あるいは治療を徐々に中止、または時期を決めて中止することが出来る。
- (3) 以上のすべての事項に関しては別に定める様式にしたがって、記録する必要がある。

以上

6

おわりに

本書を読まれたご感想はいかがでしたでしょうか？

医療や介護の現状・問題点，理想的な医療・介護提供のあり方など，ご理解頂けたでしょうか？

国の財政的な問題から，皆さんにとってもわれわれ医療を提供する側にとっても医療を取り巻く環境は，一段と厳しいものになっています。

全日本病院協会は，安全で質の高い医療・介護の提供を目指して，それぞれの病院や施設での取り組みを支援すると共に，地域の皆さんの要望に沿う医療・介護提供体制の構築に向けて行政に働きかけを続けています。

国民の皆さんが社会保障を受ける権利は憲法で保障されたものであり，その根幹である医療や介護を安心して受けるために，いろいろな要求をする権利を持っています。一方では，医療法に「医療は，国民自らの健康の保持のための努力を基礎として」と明記されています。

医療は，国民の皆さんと医療提供者との信頼に基づき，共同して構築すべき公共財です。より良い医療を実現するためにはどのようにすべきかを，われわれと一緒に考え，行動を共にさせていただきたいと思います。

全日本病院協会の活動への絶大なご支援をお願い申し上げます。

参考文献

- 医療における総合的質経営 練馬総合病院 組織革新への挑戦 飯田修平 日科技連出版 2003年
- 新病院会計準則 石井孝宣, 五十嵐邦彦共著 じほう 2004年
- 医療介護とは何か 住居広土編集 金原出版 2004年
- 標準的診療記録作成・管理の手引き 全日本病院協会 じほう 2004年
- 電子カルテと業務革新—医療情報システム構築における業務フローモデルの活用— 飯田修平, 成松亮
編著 篠原出版新社 2005年
- 医療の質向上への革新—先進6病院の事例— 飯田修平, 田村誠, 丸木一成編著 日科技連出版社
2005年
- 医療の質用語事典 飯田修平, 飯塚悦功, 棟近雅彦監修 日本規格協会 2005年
- 医療安全管理者必携 医療安全管理テキスト 四病院団体協議会 日本規格協会 2005年
- 医療機関の個人情報保護法に関するQ & A 全日本病院協会医療の質向上委員会 じほう 2006年
- 病院のあり方報告書 2007年版 全日本病院協会
- 新しい医療法人制度Q&A メディカル・マネジメント・プランニング・グループ編 税務研究会出版局
2007年
- 病院情報システム導入の手引き 飯田修平, 永井肇, 長谷川友紀編著 じほう 2007年
- 病院早わかり読本第3版 飯田修平編著 医学書院 2008年

(社) 全日本病院協会 病院のあり方委員会 委員名簿

委員長	徳田 禎久 (医療法人禎心会禎心会病院理事長)
委員	大橋 正實 (医療法人耳鼻咽喉科麻生病院理事長・院長)
委員	小松 寛治 (医療法人青嵐会本荘第一病院理事長・院長)
委員	飯田 修平 (財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院院長)
委員	木村 厚 (特定医療法人一成会木村病院理事長・院長)
委員	木下 毅 (医療法人愛の会光風園病院理事長・院長)
委員	中村 定敏 (医療法人真鶴会小倉第一病院理事長・院長)
委員	中島 一彦 (医療法人社団喜生会新富士病院理事長)
委員	神野 正博 (特別医療法人財団薫仙会恵寿総合病院理事長・院長)
委員	古城 資久 (医療法人伯鳳会赤穂中央病院理事長)
委員	牧 恭彦 (医療法人清翠会牧病院理事長・院長)
委員	藤原 秀俊 (医療法人秀友会札幌秀友会病院理事長・院長)
外部委員	長谷川友紀 (東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野教授)
会長	西澤 寛俊 (特別医療法人恵和会西岡病院理事長)
副会長	安藤 高朗 (医療法人社団永生会永生病院理事長)
副会長	猪口 雄二 (医療法人財団寿康会病院理事長)

「日本の医療・介護を考える」作成協力者

伊藤 一 (小樽商科大学商学部教授)

日本の医療・介護を考える

— 全日本病院協会の取り組み

2008年3月29日発行

編者 社団法人全日本病院協会 病院のあり方委員会

発行者 社団法人全日本病院協会

社団法人 全日本病院協会

〒101-8378 東京都千代田区三崎町3-7-12 清話会ビル

TEL : 03-3234-5165 FAX : 03-3234-5206

URL : <http://www.ajha.or.jp> E-mail : info@ajha.or.jp

コピー、磁気テープ、マイクロフィルム等の作成、その他の一切の複製はできません。

