

病院のあり方に関する報告書

〔 2 0 0 2 年版 〕

平成 1 4 年 9 月 2 1 日

社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会

はじめに

病院のあり方に関する報告書は、1998、2000年に次いで本報告書が3度目の報告である。医療に関する基本的な考え方、すなわち、

- (1) 医療は、患者（国民）と医療人が協力して構築すべき公共財であり、国民の健康・生活に直接関係する点で極めて重要である。
- (2) 公共財としての医療の重要性を考慮すると、この議論は広く国民、関係諸団体、医療人が参加し、議論の過程について透明性が確保された上で、かつ長期的な視野に立って行われる必要がある。
- (3) 社団法人全日本病院協会（全日病）は、約2100の会員病院を有する団体として、客観的な現状分析を行い医療・病院・全日病のあり方、医療提供体制等の今後進むべき方向について議論を重ね、できるだけ具体的に内外に示すことがその責務である。

との認識はこれまでと変わるところはない。

医療制度改革をめぐる議論は、介護保険の導入、医療財政の逼迫を背景に、いよいよ本格化すると思われ、現在検討されている内容が、21世紀初頭の日本の医療制度の枠組みを決定すると考えられる。内閣府、厚生労働省をはじめとして、既に関係団体からもいくつかの試案が公表されている。全日病は、医療の社会的重要性が増すなかで、国民に安心できる医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行うという全日病の基本理念を実現するために、各委員会を中心に活動を重ねてきた。本報告書は、その成果及び今後の方向性について内外に示し、その是非を問うものであり、医療の環境整備に向けて今後も全日病が主体的に関わるという意味表明である。今後とも会員病院、関係団体の理解と支持を期待する。

平成14年9月
社団法人全日本病院協会
会長 佐々 英達

目 次

第1章	病院の基本的あり方	
1.	医療提供の理念	1
2.	組織と理念	1
3.	行動基準の必要	2
4.	組織の倫理及び組織統治	2
5.	危険管理（Risk Management）と危機管理（Crisis Management）	2
6.	医療における経営	3
7.	全日病の対応	3
第2章	医療の質向上	
1.	社会の要請と医療の質向上	4
2.	医療の質と医療における信頼の創造	4
3.	医療事故と責任追及・原因追及	4
4.	医療の質向上と安全確保	6
5.	医療の質を評価する指標の開発	7
6.	標準的な診断・治療の指針の開発	8
7.	診断・治療の標準化に関する会員病院への支援	8
8.	第三者機関による機能評価	9
9.	患者満足度、職員満足度の評価	9
10.	医療情報の開示と公開	10
11.	医療の質向上活動の仕組みづくり	11
12.	データベース、情報システムの構築	11
13.	シンクタンクの必要性	14
第3章	将来の医療提供体制 病床区分と医療・介護・福祉の将来	
1.	現在の医療提供体制の特徴	15
2.	介護保険導入の意義	16
3.	今後の医療提供体制のあり方 入院治療	16
4.	今後の医療提供体制のあり方 外来治療	19
5.	今後の医療提供体制のあり方 救急治療	20
第4章	急性期病院のあり方	
1.	急性期病院の機能	22
2.	急性期病院を構成する病棟	22
3.	急性期病院の要件	22

第5章 慢性期病院のあり方	
1. 慢性期病院の機能	24
2. 慢性期病院を構成する病棟	24
3. 慢性期病院の要件	24
4. その他	25
第6章 ケアミックス型病院のあり方	26
第7章 国公立病院・公的病院・民間病院のあり方	27
第8章 外来機能とプライマリーケアの確保	
1. 現在の外来機能	28
2. 外来機能の分化	28
3. 救急外来機能	29
第9章 医療保険制度の問題	
医療保険制度	
1. 医療保険制度の導入と医療費の高騰	30
2. 現行医療保険制度と高齢者医療保険制度（財源論についての各案の検討）	30
診療報酬体系	
1. 現行診療報酬体系の問題点	35
2. 望ましい診療報酬体系	35
3. 各種の診療報酬支払方式	36
4. 導入されるべき診療報酬体系	37
5. DRGを用いた支払方式導入の課題と対策	38
6. 各病院（急性期病院）の行うべき対策のまとめ	40
第10章 介護保険制度への病院の対応	
1. 介護保険制度の概要	44
2. 介護保険創設の目的	45
3. 介護保険の導入経緯	45
4. 介護保険制度の問題点	45
第11章 病院と地域連携（ネットワーク）	49
第12章 医療制度改革への提言と今後の病院経営	
1. 医療の質向上のための仕組みづくり	51
2. 医療安全のための第三者機関の設置	51

3 . 医療機能の分化の更なる促進と、機能に応じた基準の設定	52
4 . 医療提供体制についての常設の調査・分析・検討組織（シンクタンク） の設置	52
5 . 適切な診療報酬体系の構築	52
6 . 資金調達環境の整備	53
おわりに	54
参考資料 1 全日本病院協会 委員会構成一覧	55
参考資料 2 医療安全対策評価項目	56
委員名簿	58

第1章 病院の基本的あり方

1. 医療提供の理念

医療の質向上は強い社会的要請であり、医療機関および医療者は、常に最善の医療を提供することが期待されている。

ここで最善の医療とは、(1)患者の心身の苦痛を軽減・除去し、健康や機能を維持・回復・増進するために、(2)その時点における最も有効と思われる医療を可能な限り提供することで、かつ(3)医療機関本体として医療提供の継続性確保を図ることである。全日病はこれらの実現に向けて医療機関および医療者を支援することが必要である。

社会資源としての医療機関は、その公共性から継続性が求められている。医療機関による医療提供の継続性、地域連携による医療提供、介護、社会復帰まで一連のサービスの継続性確保の為に、機能分担・連携や患者の要望に応じた継続性への対応が必要である。

病院においてはまず、科学的かつ組織的に運営されることが必要であり、さらに機能に応じて、良質かつ効率的な医療の提供が求められる。

医療法にも、医療提供の理念として、「生命の尊重と保持を旨とし」、「医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき」、「医療提供施設の機能に応じ」、「良質かつ効率的な医療の提供をすること」、「病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることが出来る便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない。」と明記されている。

全日病の医療提供の理念は、国民に安全で質の高い医療を効率的かつ継続的に提供することである。

全日病としては、医療提供の理念、医療のあり方、病院のあり方などをさらに検討し、関係団体などと連携して、もともとは施設基準法から発展した現行医療法を改変し、「医療の基本法」制定に向けて努める必要がある。本報告書はその基礎となるものである。

2. 組織と理念

組織とは同じ目的を達成するために、複数の人々が協同する場であり、その目的が理念である。組織としての病院には目指すべき方向、すなわち基本方針が必要である。理念を策定している病院は増加しているが、職員に徹底する努力をしている病院は、いまだ少数である。組織の責任者がまず行うべきことは、理念を制定し、地域、患者や職員に明示し、理念に基づいて基本方針を打ち出すことである。特に病院という組織は職員の異動が多いので、組織の理念を成文化し、組織構成員の全員に明示し、常に組織が向かうべき方向を確認し、内外に示し続けることが必要である。また、病院は患者や職員の疑問や質問に応える用意があるということを表示する責任も重要である。一方、職員は、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、行動する義務がある。

3．行動基準の必要

理念や基本方針に基づいて、各部署・各立場において目標をたて、より具体的な行動基準を策定する必要がある。

行動基準は行動の綱領、行動指針、行動規範、行動憲章、倫理綱領などとも呼ばれる。その組織の価値体系を明示し、その目的を明確に規定し、それらの実践に一定の指針（ガイドライン）を示すものである。一般に理念は抽象度の高い表現がとられるが、行動基準の内容は、具体的な表現で、組織活動の方策を示すべきものであり、明文化し、全組織員に周知徹底される必要がある。従って行動基準をはじめ、就業規則などは実態に合わせて一定期間毎に見直しをすることが必要であり、個々の詳細な手続きである諸規定や各種手順（マニュアル）なども同様である。

4．組織の倫理及び組織統治

医療も社会活動の一つであり、守るべき一定の規範すなわち「倫理」が必要である。組織の倫理と個人の倫理とは、相反するものではなく、両者は車の両輪の関係にある。

倫理的問題が生じた場合には、法的罰則や経済的補償のみならず、信用の失墜という多大な打撃を被り、結果として組織の存立さえも危うくなる場合がある。問題が生じてからではなく、未然防止対策を予め行うことが危険管理（Risk Management）であり、経営上重要な活動である。

一般企業と同様に、病院においても組織管理が必要である。組織の統制や指揮・監督（権限と責任）に限らず、長期の戦略目標と計画の策定をも行うことが必要である。その目標を達成するために適切な管理形態が必要で、日頃より、全職員に対して、質の高い医療を提供することと、経済的成果の追求、法令遵守、社会的責任を徹底的に教育するべきである。

倫理的問題を無視して、目先の利益を追求することは、長期的には信用の失墜を招き、その結果として、経済的不利益を被ることにつながる。

5．危険管理（Risk Management）と危機管理（Crisis Management）

危険管理や危機管理とは、一般的には、患者の危険管理や危機管理のことではなく、組織の取組みを意味するものとして用いられている。患者の危険の回避や事故防止は、本報告書では医療の安全確保として別に取り扱う（第2章参照）。

危険管理は、通常の業務として現場でも対応すべき事項である。それに対して、危機管理は組織の存亡に関わる事項であり、組織の戦略として対応すべき事項である。したがって、危険管理と危機管理とは明確に区別して考える必要がある。しかし、危険管理が遅れたり、対応の方法が悪いと、危機に進展する場合があり、危険管理は疎かにできない重要な事項である。

組織の規模や機能に応じて、危険管理を担当する部署や職員（Risk Manager）を専任あるいは兼任で配置することが必要である。想定されるリスクについて、生命・財産に対する危険性、影響度、発生頻度、対策実施の困難性などを勘案して検討を行う FMEA（Failure Mode Effects

Analysis)などは、品質管理で用いられる代表的な手法である。

危険管理・危機管理に充分留意しても、リスクをゼロにすることはできない。従って、リスクが現実化した場合に組織に及ぼす影響を最小化して、組織運営の継続を図るためには、保険による担保が必要であり、報道などに対する社会的な対応なども必要である。

6．医療における経営

経営とは、組織の運営のすべてをいう。従来は、診療と病院経営は別々のものとする傾向があった。「生命は地球より重い」、「生命は金に換算できない」などを理由に、経営、特に、経済に言及することを忌避する傾向があった。医療不信の一因は、経営や経済は医療とは別の範疇のものであるという偏った考え方にある。医療とは狭義には「診療」(Medical care)を意味するが、広義には「健康に関するお世話」(Health care)をいい、これには医療機関における業務のすべてが含まれる。すなわち、医療とは病院の管理を含んだ病院経営を意味するものであり、一体のものとして考えなければならない。

健全な経済的基盤がなければ、施設・設備の整備や良質の人材の確保ができず、良質の医療を提供することが出来ない。社会的な使命や役割を果たすためには限りある資源を効率的に使用して、組織の理念・目的を達成し、組織を継続させなければならない。従って、営利組織のみならず、非営利組織にも経営がある。質の向上とともに経営の効率化に努めなければならない。

7．全日病の対応

病院のあり方を検討し、病院や病院団体の進むべき方向を示すことは全日病の重要な役割である。個々の病院は理念と行動基準を作成することが必要である。全日病はこのような活動を推進し、会員病院が各々の理念を明示し、行動基準を作成し、その内容を実践するための支援として、「全日本病院協会 理念・行動基準(倫理綱領)」¹を既に作成し報告を行っている。

¹ 全日本病院協会 理念・行動基準(倫理綱領)平成12年10月発行

第2章 医療の質向上

1. 社会の要請と医療の質向上

社会の変化は急速かつきわめて大きく、変革期ともいえるものである。複雑系とも称されるその変化は、従来とは全く異なり、予測が困難である。他の組織や従来成功体験は参考にならない場合が多い。また、低成長というよりも、マイナス成長の時代には、今までとは違った考え方や対策が必要である。価値観の転換、意識改革が必要である。社会の構造改革・制度改革が行われる所以である。

医学および医療技術が急速に進歩し、個の尊重が重視され、国民や患者の価値観は多様化し、また、その変化は急速で著しい。状況の変化に対応して、常に質の高い医療を効率的に提供するためには、継続的な質向上の努力が必要である。各病院は、自院の地域における役割と求められる機能に応じて医療を提供し、医療の質を評価する手法を持ち、提供する医療が地域や患者の要望に適合しているかどうかを、定期的に自ら評価する必要がある。各病院で行うべきことは、病院の組織としての運営と、職員の質の向上である。そのためには、病院経営者をはじめとする全職員の意識改革とともに行動変革が必要である。

全日病は会員に対してその支援を行う必要があるという認識のもと、2001年、DRG委員会を発展させ、医療の質向上委員会（DRG・TQM委員会）として発足させた。

2. 医療の質と医療における信頼の創造

質とは組織の質、職員の質であり、顧客満足度で評価される。質の基本は、要望に応じて、何時でも、どこでも、誰でも、何でも、である。質の要素として、当たり前品質と魅力的品質がある。前者は、充足されていても満足度は上がらないが、充足されなければ不満や苦情の原因となる。また、後者は、充足は強くは要求されないが、充足されれば魅力的なものである。

医療の質は、診療の結果（成績）、アクセス、快適性（設備・接遇など）、経済性などで評価される。診療の結果だけでなく、医療提供の過程（診断・治療・看護・事務処理）、事後の経過観察・苦情処理（アフターサービス）、最終処理（死亡）などの全経過を含む。

従来、医療は魅力的品質の要素が強く、医療提供側も、受療者側も高度な医療や快適性に注目しがちであった。医療技術の成熟化に伴い、医療の質は魅力的品質ではなく、当たり前のことを当たり前にするという当たり前品質を強く要求されるようになってきた。

医療不信は、医療事故・医療過誤に関して顕著に表れている。病院団体および各医療機関は、この問題に真摯に対応しない限り、国民の信頼を得ることはできない。全日病および会員病院は、医療における信頼の創造に向けて具体的な行動をしなければならない。

3. 医療事故と責任追及・原因追及

(1) 責任追及と懲罰

医療を提供する過程において、原因となる疾病や傷害ではなく、医療行為により生じる健康障害を医療事故(accident、adverse event)という。医療事故には、過誤により生じるものと、過誤がなくても生じるものがあり、前者を特に医療過誤(medical error)という。医療過誤は適切な対策を講じることにより発生の防止が可能である。また人体に危害が及ばなかったが、放置すればその可能性の高いものをひやり・はっと事例(incident)という。

医療安全対策においては、1)既に起こった医療事故、あるいは起こる可能性のあったひやり・はっと事例から学習をし、次の防止対策につなげること、2)医療事故の被害者の救済と補償、がともに考慮される必要がある。

医療事故が発生した場合には、医療行為の実施者の責任を追及する風潮がある。医療事故の多くはシステム上の問題に起因する。医療行為の実施者は不備なシステムにおいて、医療事故が発生した場に遭遇したにすぎないことが多い。事故は起こらないものである、起こってはならないという精神論のみでは、事故はなくなる。ましてや犯人探しに終始しているのでは、事例の隠蔽を招き、医療側が学習する機会が失われ再発防止ができないばかりか、医療事故の被害者への救済や補償も十分になされない恐れがある。

現在、診療中の死亡について、医療事故発生が想定される場合には、死因不明の死体検案を想定した医師法 21 条を拡大解釈して(検死により異状死を認めた場合のみでなく)警察への届出を事実上義務付けている²。警察への届出は被害者救済の目的を一定程度達成することは可能であるが、警察では主として刑事犯罪の可能性からの検討が行われるのみであり、医療安全への総合的な取り組みを行うことは困難である。しかも、これは基本的人権である自己の不利益な証言の拒否権の侵害でもある。報告促進のためには、航空産業などの経験からも守秘および免責を担保することが必要である。中立的な第三者機関(仮称:医療安全情報センター)に事故報告を集積し、専門家による分析と医療現場への事故防止策などの成果の還元が必要である。また、被害者の救済と補償の観点からの検討が必要である。

(2) 被害者救済と紛争解決の取り組み

医療過誤や医療事故は未然に防止することが第一に必要である。しかし、現実として医療過誤や医療事故は皆無にはできない。ひとたび医療紛争が発生すると、その解決に時間と費用がかかり、紛争当事者の双方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る。責任の所在を検討することも必要であるが、被害者救済の意味からも早期に紛争解決を図ることが必要である。裁判の迅速化を図るとともに、裁判外の紛争解決手段(ADR)が検討される必要がある。司法制度改革審議会でも ADR の拡充・活性化が議論されている。

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、あ

² 憲法第 38 条 何人も、自己に不利益な供述を強要されない。

医師法第 21 条 医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、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。

医師法第 33 条の 2 (前略)第 20 条から第 22 条まで又は第 24 条の規定に違反した者は、50 万円以下の罰金に処する。

せん、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。自主的な相談や申請を基本とすること、個人のプライバシーや組織の秘密を保持した非公開での解決、簡易・迅速で廉価な解決が行われなければならない。

ADR は各分野で実施あるいは検討されているが、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制定されており、参考とすることができる。新たな組織を設立するためには基金が必要であるが、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からの拠出が考えられる。全日病は、医療機関や患者への情報提供や相談窓口の設置を行うとともに、行政や関係機関と協力して第三者機関の設立に向けて努力する必要がある。

（３）危険管理の実際

技術と機器の高度化・複雑化・広域化・高速化により、かつては不可能であったこと（適応ではなかった病状の患者の治療）まで可能になったことが、大事故（薬害・汚染など）や大災害を引き起こす要因の一つとなっている。医療の現場では、非定型的な状況が多く、常に異常あるいは緊急事態に対応しなければならない。また、交替勤務や人員の異動が頻繁であり、過誤や事故が起こりやすい環境にある。

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（勤務体制の無理、業務の仕組みの不都合、医療機関の経営姿勢の問題など）、ひとの問題（医療従事者個人の不注意や過誤によるもの、医療従事者の知識あるいは能力の不十分、医療従事者の体調不良など）がある。医療事故は、単独の原因ではなく、これらが複合して発生するケースが多い。全日病は、このすべてに関して検討し、会員および会員病院の体制作りを支援することが必要である。人は間違える生き物である（To Err is Human）であるが、より安全なシステムを構築することにより、発生頻度を減少させ、また、たとえ医療事故が発生した場合においても被害を軽減させることが可能である。

病院における具体的な作業としては、医療安全対策委員会を設立し、１）リスクの把握を行い、２）評価分析し、３）対応方法を決め実行し、４）再評価するという一連の流れを繰り返すことが大切である。そのために組むべき事項は「情報の共有」、「再発防止」、「教育」である。ひやり・はっと事例の収集は、全体的あるいは当該医療機関における傾向を見出し、情報を共有することが目的である。層別化した項目毎に、業務工程分析をおこない、想定されるリスクについて故障モード影響解析（FMEA）などの手法を用いて、過誤や事故発生の可能性、影響度、発見難易度などを把握し、それに基づいて対策を立案し、実施することが必要である。既に発生した医療事故事例では、事例ごとに業務工程分析と特性要因図を作成し、その根本原因を分析（RCA：Root Cause Analysis）し、その原因と考えられる各要素について、再発防止のための対策を行うとともに職員に対し十分な教育を行うことが必要である。

４．医療の質向上と安全確保

当たり前品質の第一は、安全である。医療における安全確保のためには、質向上の努力が基

本であり必須である。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策を計画・企画の段階から検討し、業務の仕組みに落とし込まなければならない。すなわち、医療事故防止対策（危険防止・リスクマネジメント）としてではなく、医療安全確保（安全管理・セーフティマネジメント）の観点からの取り組みが必須である。信頼とは安心であり、安全確保はその基本である。安全確保は患者にとってだけでなく、医療者や地域にとっても重要である。患者安全と医療者の安全確保は表裏一体であるからである。

安全な医療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挙げて取り組む必要がある。

安全確保を図るための各ステップとしては、（１）失敗しても被害を最小化すること、（２）失敗しても被害を出さないこと、（３）失敗を繰り返さないこと（再発防止）（４）失敗しないこと（未然防止）（５）質向上を図ること、がある。

安全確保、事故の未然防止の具体的方法は、（１）組織の理念、基本方針、目標を明示して、（２）業務遂行能力のある職員に、（３）役割、責任を認識させ、（４）権限と必要な資源や場を提供し、（５）安全かつ効率的に実施できるような作業の仕組みを準備し、（６）結果を評価し、（７）教育をすることである。

FMEA も RCA も、組織横断的に関係する部署の職員でプロジェクトチームを作り、実施することが重要である。この経過で情報の共有と連携、すなわち意思の疎通を図ることができる。結果として、過誤や事故発生の大きな要因が解消することになる。これが、組織を挙げた医療の質向上活動につながる。

安全確保の最終的な目標は質向上である。医療への総合的質経営（TQM：Total Quality Management）を導入・展開を図るため、全日病は医療界以外の品質管理関係者とも連携を図っている。

5．医療の質を評価する指標の開発

質向上の要点は、標準化と継続的改善である。すなわち、ばらつきを減らすことと、平均値を上げることである。質が上がったかどうか、目標に到達したかどうかを定期的に評価しなければならない。そのためには、共通の尺度として評価基準を設定する必要がある。

標準化すべき第一は、用語・言語であり、医療の基本となる診断・治療のコード体系である。ICD分類（International Classification of Diseases、国際疾病分類）に基づいたケースミックスを考慮した治療成績、ADL(Activity of Daily Living)の改善、術後生存率、再入院率、その他の医療の質指標を開発し、一定の基準（目安）とともに会員に提供する必要がある。全日病はその開発を関係機関とともにやっている。特に指標の開発にあたっては以下について留意しなければならない。

- （１）データ収集が比較的容易であること：継続的に多くの病院で実施するための条件である。
- （２）質の指標として代表性が高いこと：医療の質の概要を把握できること。
- （３）標準的な成績が目安として併せて提示されること：ベンチマークできること。

- (4) 改善への努力が反映されやすいこと：全体あるいは層別化した中での自院の位置を把握できること。
- (5) 卓越した事例の集積：現在の環境における可能性の指標となる。ベストプラクティスとして、参考にできる。

6．標準的な診断・治療の指針の開発

標準的な診断方法、標準的な治療方法やその成績を、診療指針として開発し、会員に提供する必要がある。指針は規格ではなく、また一律医療を推奨するものではない。指針は参照するものであり、指針を適用するか否かは患者毎に個別に考える必要があり、むしろ医師の専門職としての知識を生かした裁量が必要である。全日病はその開発を関係機関とともに行うべきである。特に診療指針の開発にあたっては以下について留意しなければならない。

- (1) 代表的、重要な疾患を網羅すること。
- (2) 医学的な根拠に基づいた標準的な診断、治療法であること。
- (3) 標準的な成績が目安として併せて提示されること。
- (4) 医学の進歩に対応可能であること。

7．診断・治療の標準化に関する会員病院への支援

各病院では、最も適切と考えられる診断方法、標準的な治療計画（クリティカル・パス、クリニカル・パスなどパス法）を病院の診療標準として病院職員や患者に示すことができるようにする必要がある。患者も医療の協力者であるという考えに立ち、患者が積極的に治療に参加できるように情報を共有することが必要である。

全日病はパス法を導入している会員病院などと協力して、パス法導入の方法と事例を「クリニカル・パス導入の手引き」³として報告した。特に指針の開発と運用にあたっては以下について留意しなければならない。

- (1) 代表的、重要な疾患の事例を網羅すること。
- (2) いわゆるバリエーションと呼ばれる定型的な経過をとらない症例もある程度包含できるパスを開発すること。
- (3) 必要により業務の要素(モジュール)を組み合わせ診療現場に柔軟に導入が図れること。
- (4) 各病院が自院に容易に導入することができるような手法や道具(ツール)を開発すること。
- (5) 関係する全ての職種が参画して開発すること。
- (6) 並行して患者にも理解できるようなパスを開発すること。

³ クリニカル・パス 理論編・実践編 平成12年8月 (社)全日本病院協会 DRG 委員会

8．第三者機関による機能評価

医療の質の向上は単一の手法ではなく、種々の手法の組み合わせによりはじめて図ることが可能である。各々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ある。現状では、(財)日本医療機能評価機構(以下、「機構」という。)による評価が行なわれている。機構が行う審査認定は、これまでこの種の活動がなされていなかった日本では大きな進歩である。しかし、その審査内容は医療の構造・過程についての評価が中心であり不十分であった。

2002年には評価項目の改定が行われたが、全日病は病院団体として、病院機能評価の評価方法、評価内容の改定に関する提言を行った。全日病は、会員に機構の活動状況について情報を適宜提供するとともに、機構が行う審査認定が医療の結果や実際の医療の提供状況を反映した質の高いものであるよう、評価項目の改訂や専門家の育成など、今後も引き続き協力する必要がある。

米国 JCAHO⁴、米国 MHA⁵、オーストラリア ACHS⁶などの、病院の審査認定、パフォーマンス測定に関する活動、あるいは ISO⁷、日本経営品質賞、デミング賞、日本品質奨励賞などの医療界以外の審査機関による審査方法や内容は今後の方向を検討する上で参考になる。

評価機関も独占的ではなく、医療の多面性・複雑性に対応して、評価の目的に応じて複数の組織があってしかるべきである。医療機関が目的に応じて多面的に複数の評価を受けることができるような環境整備を図る必要がある。

9．患者満足度、職員満足度の評価

産業分類によれば、医療はサービス産業に属する。サービスにおいては、顧客満足(CS: Customer Satisfaction)が重視される。

満足とは、顧客の事前期待と事後の結果との相対的な評価である。不満や不信は事後の結果が事前期待よりもきわめて低い場合におきる。接遇の問題、過誤や事故が不満や不信を招くことは当然であり、これらを改善することが必要である。そのほかに、患者や国民の誤解や情報不足による、過剰なあるいは無理ともいえる事前期待があることも事実である。病院団体、医療機関や行政は患者や国民に医療制度や病院運営の実態を広報することが必要である。また、診断、診療経過、結果などを個々の患者に分かる言葉や書面で、説明することが重要である。

患者満足度(PS: Patient Satisfaction)、職員満足度(ES: Employee Satisfaction)の向上には、質の高い医療の提供、環境の整備だけでなく、情報の不断の提供、教育が不可欠である。満足度評価にあたっては、当事者である患者や職員の評価が最も重要である。

質の高い医療提供体制の確立には患者および職員が協力者として不可欠であるとの認識のも

⁴ JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

⁵ MHA: Maryland Hospital Association

⁶ ACHS: The Australian Council on Healthcare Standards

⁷ ISO: International Standardization Organization

とに、その満足度は常に留意されるべきである。職員については従来なおざりにされるくらいがあったが、職員の満足がなければ患者に満足していただける医療を提供することはできない。

10．医療情報の開示と公開

(1) 医療における信頼の創造

医療に対する不信は国民や患者にとっては勿論のこと、医療者にとっても、看過できない問題である。不信の原因は、国民や患者が医療や医療提供側の実情を理解しようとしないうこと、偏見を持っていることも一部にあるが、それ以上に、医療提供側が医療受療側に分かるように説明してこなかったことが大きな要因である。医療者の意識が、ともすれば急激な社会の変革に付いていけないのが実状であるが、お互いに理解し合うことの重要性を認識し、医療不信を解消するという受け身ではなく、信頼を創造するという積極的な立場で行動する必要がある。

(2) 診療情報の開示への対応が必須

患者の権利としては、知る権利、選択権、自己決定権などがある。診療情報の開示は、患者としての権利に実効性をもたすための基本となるものである。

日本医師会が2000年1月1日から、原則的に患者本人へ診療情報を全面開示するとした「診療情報の提供に関する指針」を実施するとしたことの意義は極めて大きい。指針策定後2年経過した2002年には、見直し作業が行われている。厚生労働省も医療情報開示の検討委員会を設置して法制化を含めて検討している。

専門職は自律・自立した組織であるべきであり、法制化に任せる必要はない。病院は専門職種が組織的医療を行う機関であり、全日病は自律・自立した組織として率先して、関係団体と協調しつつ、診療情報の開示を推進している。また、各病院が指針を参考に検討して、診療情報を積極的に開示することが必要である。

開示しても、他の医療関係者や患者に理解できるような診療録でなければならない。全日病では、「標準的診療録作成の手引き」⁸を出版し会員病院および一般に広報している。

各医療機関内の意思の疎通、統一が出来ていないと、患者の医療不信を増長し、患者からの苦情の多発など混乱が予想される。各医療機関は即刻、組織的な対応をする必要がある。今や、診療録開示のあり方が、患者による医療機関の選別の大きな要素となっていることを、医療者は認識すべきである。

(3) 会員病院の対応

⁸ 標準的診療録作成の手引き 平成13年10月発行 編著(社)全日本病院協会 医療の質向上委員会

会員病院には以下の対応が社会的要請として求められている。

- 1) 診療情報の開示を確実にを行うことを組織として確認し、そのための職員の教育研修を実施する。
- 2) 退院要約書で代替するのではなく、全面開示を原則としなければならない。したがって、開示を想定した診療記録などの記載様式、内容を至急整備する。医師のみならず、看護師、薬剤師などの記録も診療記録に含まれることに留意する。
- 3) 病院として診療情報を開示することを、掲示などを用いて患者に広報する。
- 4) 苦情受付、よろず相談窓口の存在を周知・広報する。
- 5) 診療情報の開示は、訴訟対策ではなく、患者との信頼関係の構築の一環であることを認識する。

11. 医療の質向上活動の仕組みづくり

医療とは狭義には診療（Medical care）であり、広義には健康に関するお世話（Health care）であり、患者に接する部署は勿論、支援部門も含めて、病院の業務全てである。組織として各部署の連携により医療を提供するのであり、それぞれの機能を切り離して考えることは出来ない。一般には、診療部門間の連携をチーム医療と呼んでいるが、本来、チーム医療とは、すべての部門の横断的な連携をいう。

医療におけるサービスの質とは、職員の質そのものである。医療を適切かつ円滑に提供するためには、組織的運営が必要であり、診療部門と支援部門を含めた全職員の質が問われる。ここに、組織横断的なチームで、課題を設定して医療の質向上活動を行う意義がある。

管理者に最も求められるものは、組織の理念の明示と徹底である。理念に基づいて方針を打ち出し、目標を設定することが重要で、これらに基づいて的確に業務を遂行することが職員に求められている。職員の資質向上の手段として、職員研修や自己啓発の仕組みが必要である。

業務改善は現場の努力だけでは困難であり、組織を挙げての改善活動・質向上活動（TQM）が期待されている。組織としての総合的な質経営である。ここで総合的とは、全員という意味ではなく、各部署・各業務・各状況・関係者が連携して統合するという意味である。

総合的な質経営の成果として、病院理念の具体的実践、価値観の共有、患者が満足出来る医療の提供、良質の医療提供による経営の安定、体質改善と発展、職員も満足できる環境整備、定着のための職場づくり、業務の標準化などが達成できる。

12. データベース、情報システムの構築

（1）情報とデータ

現在は情報化社会であると言われている。情報とは何か、情報化社会とは何かを考察し、経営における情報活用の重要性を再認識しなければならない。

情報とは、判断や行動に必要な知識であり、事実や事象の解釈・評論、理論など分析、選択や判断を含んだものをいう。データとは、事実や事象の記録、あるいは、情報や判断の記録で

ある。

病院に関連する情報には、1) 病院情報、2) 病院団体情報、3) 職能団体情報、4) 医学情報、5) 医療情報、6) 医療制度・医療保険制度などの情報、7) 経営情報、8) その他の情報、などがある。

データは、系統的に記録され、集積されなければ利用できない。集積し、利用するためには、データの内容や様式が統一される必要があり、用語などは一義的でなければならない。そのためには ICD による病名や処置・手術名の統一が行われるべきである。ICD を基本としたケースミックスの一種である DRG(Diagnosis Related Group)⁹は、医療機関の経営指標に関する共通言語として有用である。

(2) 情報システム

変革の時代には、適時、的確に情報を選択、収集、分析、判断、決断し、自組織の状況に最適の行動をとることが必須である。しかし、氾濫する情報の海に溺れることなく、情報を有効に活用することは簡単ではない。情報の氾濫とは、単に情報量の多さのみではなく、情報(信号)に多くのノイズが混入し、しばしばその真偽、重要性がわかりにくいことである。これらに対応するためにデータベース、情報システムが必要である。

情報システムとは、必ずしもコンピューターシステムを指すのではなく、情報技術・情報機器を有効に用いた、情報活用の仕組み全体を言う。個々の病院が独自の情報システムを構築することは困難であり、関係機関が協力して、情報システム開発の共通の基盤を整備することが必要である。

(3) データベースと情報の活用

情報化社会では、情報機器の進歩により大量のデータを高速かつ広範囲に、同時に伝達することが可能となり、時間、空間的制限がなくなった。情報システムの中では、従来は、ハードウェアが重視されたが、最近では費用対効果の問題も急速に改善され、安価に情報システムを構築できるようになり、ソフトウェアの価値が重視されるようになった。現在はデータにこそ最も価値があると認識されている。

データや情報は活用してこそ意義があるが、その活用の基盤としてデータベースがある。データベースとは、系統的に整理・管理された情報の集積であり、特にコンピューターで、様々な情報検索に高速に対応できるように大量のデータを統一的に管理したファイル、またそのファイルを管理するシステムをいう。従来は、データや情報の定型的な抽出で十分であったが、多様かつ変革の時代には、いつどのような形での出力が必要かを予め決めることができなくな

⁹ DRG は処置・疾患・重症度などに基づくケースミックスの一手法であり、DRG/PPS(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)などの DRG に基づく診療報酬支払方式とは区別される。

った。非定型的すなわち、柔軟に抽出できなければならない。データを関連づけて蓄積する、リレーショナル・データベース（RDB：Relational Database）の重要性が高まっている。

全日病としては、関係機関の協力を得て、各種のデータベースを構築することが急務であり、それを政策提言や会員の利用に供することが重要な課題である。

（４）病院情報システム（HIS：Hospital Information System）の構築

病院情報システムの構築においては、１）各部門ごとのシステム導入、２）- １ 部門システムの連携（LAN：Local Area Network）、２）- ２ オーダリングシステム構築、３）電子カルテシステム構築の段階で進むことが多い。

現状では、２）では医事システムへの発生源入力、３）ではカルテの電子化がそれぞれ目的とされ、情報の共有と標準化による情報の２次利用を行っている例はほとんどない。

情報システムを構築する場合に、多くの問題が発生している。医療者の要望が、システム開発側に正しく伝わらないことが主要な原因である。これは、医療者がシステム導入の目的を明確に把握していない、あるいは、明確に表現できないからである。また、開発あるいは導入の段階で、医療情勢や医療機関の状況の変化により要求が変わることも多い。開発会社側の問題としては、度重なる診療報酬支払制度変更への対応に追われて、個別の医療機関への開発や導入へのきめ細かな対応が疎かにされている。結果として、医療機関は、情報システムの制約に合わせて業務を行っているという現実がある。当然ではあるが、運用（業務）に合わせてシステムを構築することが必要である。そこで、全日病では、医療の質向上委員会内に「病院情報システム基本要件検討プロジェクト」を設置し、会員病院および関係機関の協力を得て、円滑に院内情報システムを構築できるための諸条件について検討を開始した。

（５）病院における情報活用の仕組み

必ずしも病院単独で情報を担当する専門部門を設ける必要はない。しかし、組織の運営主体・規模・機能・地域に関わらず、すべての医療機関において情報収集と活用の仕組みを有することが必要である。

安全確保、医療事故防止、システム構築、感染管理、廃棄物管理、医療の質向上活動などや非定型業務には、部署別・職種別の枠組みではなく、組織横断的なプロジェクト組織を設置することが必要である。職員への情報提供、職員が情報を収集し・活用するための教育・啓蒙活動を行うとともに、医療情報管理室などを設置し、医療情報の整備と有効活用の検討をすべきであり、医事・会計・人事情報だけではなく、医療情報として包括的な管理が必要である。

包括的管理には、ネットワークが必要である。ネットワークとは、単にコンピューターシステムをつなぐこと（LAN）ではなく、情報の連携と共有をいう。人の連携もネットワークである。この目的を達成する有効な手段として、コンピューターシステムがある。

ネットワークには院内のネットワークと院外のネットワークがある。院内ネットワークとは、各部署、各職種、各プロジェクト間の連携である。これを達成することがチーム医療の実践で

ある。

院外ネットワークとは、医療機関間、病院団体、行政、医療関連企業（製薬・検査・診療材料・卸など）との連携が主である。また、医学・医療・医療制度などの情報収集のためのインターネット接続も行われている。また、一般的ではないが、ICカードを利用して、個人識別（ID）患者の診療情報の記録も行われつつある。ICカードのほか、CD、MO、DVDなどの記録媒体の活用が期待されている。また、インターネットを利用して、医療機関同士あるいは患者が自分のデータを利用することも可能になりつつある。

情報システムを利用する場合に、安全確保（セキュリティ）対策と危険管理が必要である。情報の開示を積極的に行うとともに、患者の個人情報や医療機関の機密情報の漏洩を避ける仕組みを作ることが必要である。とくに、記録媒体を利用し、あるいは、情報ネットワークを構築する場合には、厳重な安全対策や保護が必要である。

コンピューターシステム管理は情報管理である。情報管理は組織管理の要であり、組織を挙げて取り組む必要がある。

13 シンクタンクの必要性

診療の現場では、科学的データに基づく診療（EBM：Evidence-Based Medicine）が提唱されているが、医療経営においても、科学的データに基づく経営（EBM：Evidence-Based Management）が求められている。単純なデータや情報だけでは、分析や判断が十分出来ないため、体系的に情報を収集し、分析、判断をする仕組み、すなわちシンクタンクが必要である。シンクタンクとは、複合的な技術やシステム開発を対象とし、政策や企業戦略の策定を行う頭脳集団である。「シンクタンク年報 2002」では 2001 年現在 337 機関があり、福祉・医療分野、環境問題についての研究割合が 7.2%と増加している。最大のシンクタンクとしては官僚機構があり、医療については日医総研が設置された。今後、さらに医療分野の拡充が期待される。

全日病をはじめとする病院団体が、政府、関係業界、保険者、利用者団体などとの交渉の主体として、認知されるためには、独自の情報収集、分析、判断、決断、政策提言能力がなければならない。職能団体ではなく、組織医療の担い手としての病院団体は独自のデータベースを構築し、シンクタンクを設立すべきである。近年、データベースの重要性が認識され始めたが、残念ながら、資金的問題もあり、シンクタンクの重要性までは認識されていない。四病院団体協議会が設立されたことの意義は大きいですが、これをさらに発展させることが必要である。病院団体が関係団体と協力して、財団などの形態で、シンクタンクを創設することも選択肢の一つである。

全日病は、会員病院を対象とした、全日病のデータを用いた独自の分析に基づく報告や政策提言をこれまでも行っているが、今後はこの活動を強化する必要がある。

第3章 将来の医療提供体制 病床区分と医療・介護・福祉の将来

1. 現在の医療提供体制の特徴

2000年版で指摘したように、現在の医療提供体制では以下のような特徴が挙げられる。すなわち、

- (1) 病院種別と医療機能の対応が十分ではなく病院の機能分化が進んでいない。
- (2) 外来機能のうちプライマリーケアについては病院種別に関係なく同様に行われている。
- (3) 健康増進、予防活動における病院の位置付けが不明瞭であり、また診療報酬上もこれを積極的に行うような誘導が働いていない。

表3-1に現在の病院種別と主な医療機能の対応関係を示す。診療所・病院種別を問わず良好なアクセスが保障されることは、日本の医療供給体制の大きな特徴であり評価されるべき点である。さらに、医療の専門分化・高度化、患者の多様な要望に対応することが求められている。効率的に医療を提供するためには、病院の機能分化を促進し、患者の状態に応じた機能の病院を受療できるような仕組みを確立することが望ましい。また、現在の病院を単位とする病院種別の設定は、特定機能病院に見られるように、医療の現状から乖離した部分がある。病棟単位で機能分化を図ることが望ましい。(本来、特定機能病院の特徴である高度先進医療は一部の病床で行われるに過ぎず、大部分の病床では一般的な急性期医療・あるいは慢性期医療までが行われている。病棟を単位として、急性期病棟および特定機能病棟に区分すべきである。)

表3-1 現在の病院種別と主な医療機能

		特定機能病院	地域医療支援病院	一般病院	療養型病床群	専門病院
入院診療	急性期				×	(当該領域)
	慢性期		×			(当該領域)
外来診療	急性疾患診療					
	慢性疾患診療		×			
	専門診療				×	
	救急診療				×	×
在宅医療		×	×			×
健康増進・予防						

注意)

：病院の種別を特に特徴付ける機能

：現状で対応している機能

：期待されるが現状では対応していない機能

×：通常期待されない機能

を表す。一般病院は健康増進・予防を除く全ての機能に対応しているが、反面、病院の分化が不十分である可能性がある。専門病院は、急性期・慢性期に関わらず特定の領域の診療に特化した医療機関である。

2．介護保険導入の意義

2000年の介護保険導入は、高齢化が急速に進行する中で、社会全体として高齢者の介護を支援するシステムを構築する目的で行われたが、医療においても大きな影響を与えた。その中でも最大のものは、従来不明瞭であり、ともすれば医療の領域が拡大して解釈される傾向があった、医療と介護の区分を明確にしたことである。すなわち、

- (1) 医療は症状が不安定であり治療という介入により症状改善が期待できる状態を対象とし、
- (2) 症状が固定し支援が必要な状況においては介護保険が担当する、

という区分がなされるにいたった。これにより、医療は急性期・慢性期を含めて、従来よりも発症後短期間の間により集中的な治療を行うことになる。これに対応するために、医療機関には現在よりも手厚い人員、機器の配置がなされる必要がある。また症状固定後は介護保険に移行するが、例外として特殊疾患など後遺障害が重篤で特に医療的な処置等が必要とされる場合においては、引き続いて医療機関での入院継続が図られる必要がある。

3．今後の医療提供体制のあり方 入院治療

現行医療制度では、病院を単位とする病院種別の設定により医療の状況から乖離した部分がある。効率的で、かつ医療機能を反映した機能分化を図るためには、病棟単位で機能分化を図ることが望ましい。以下では想定される医療機能を概説する。

(1) 特定機能病棟

現在、大学病院本院や一部のナショナルセンターが特定機能病院に認定されている。しかし、そこで行われている診療の大半は一般の急性期病院の診療と同じである。特定機能の名称を用いる場合には、稀な疾患（疾患を特定する）や高度先進医療に特化するべきである（例：遺伝子治療、特殊な癌治療など）。今後は医療機関単位ではなく病棟単位で、対象疾患・医療内容などを十分調査した上で認定すべきである。この場合、現在の特定機能病院は、高度医療に特化

した特定機能病棟と、現行の病床の大部分を占める急性期病棟に区分されることになる。診療報酬は、高度先進医療が実験的要素が強いことを考慮して、研究費、特定疾患療養費、その他の診療報酬以外の財源も考慮しながら個別に定めるべきである。

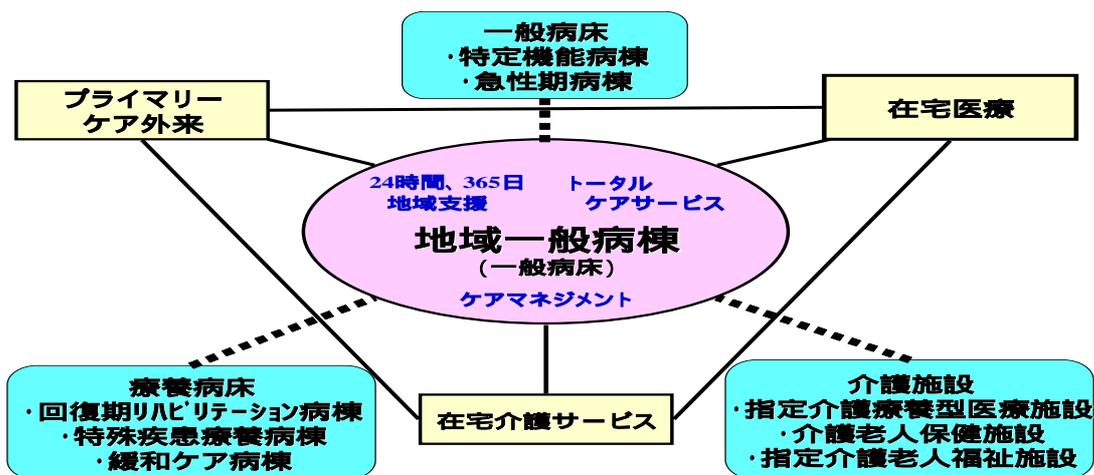
(2) 急性期病棟

今後急性期病棟は、高密度の急性期医療に特化した病棟に分化されて行くことになる。そこで提供される医療は、EBMに基づき個々の病院で作成されたクリニカル・パスなどを用いた診療が主体となる。診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括的診療報酬制度（1入院単位）が基本と考えられるが、個々の患者の併存症・合併症に十分配慮すべきである。急性期病棟を有する病院は、十分な人的配置と機器・設備を備える病院が中心となるが、専門病院（例：眼科、耳鼻科、整形外科など）もこれに該当する。

(3) 地域一般病棟

地域一般病棟は、2001年9月に四病院団体協議会高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会の報告¹⁰で提唱された種別である。地域に特化した医療機関・介護施設等のネットワークにおいて重要な位置を占める。リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能、急性期病棟からの受け入れ、在宅医療の後方支援などを行い、比較的軽症の急性期医療（例：軽～中等度の肺炎、一般的な骨折、脳梗塞、慢性疾患の急性増悪など）にも対応可能な病棟である。診療報酬は、急性期病棟と同様に、疾患別・重症度別分類による包括的診療報酬制度（1入院単位）を基本とする。各地域における中小規模病院が積極的に参加することで、高齢者を中心に利用者の必要度に合った医療提供が可能となる。（イメージ図参照）

イメージ図 地域一般病棟を中心とした連携(ネットワーク)



¹⁰ 「今後の高齢者医療のあり方について」 四病院団体協議会 高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会 2001年9月

(4) 回復期リハビリテーション病棟

2000年4月に創設された回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーション医療に特化したものであり、必要度も高く病院数は増加傾向にある。急性期病棟、地域一般病棟における治療が終了し、リハビリテーションを必要とする患者に対応する。

診療報酬は状態別分類による包括的診療報酬（1日定額）が望ましい。

(5) 特殊疾患療養病棟

現行診療報酬体系において、特殊疾患療養病棟は重症身体障害・難病など限られた疾患を対象として運営されている。しかし、常時医療を必要とする多くの長期入院患者が、急性期病棟においてしか入院医療が継続できないという現状を考えると、医療度が高くかつ長期入院を要する患者（例：重症呼吸器疾患、重度肝硬変、身体障害を有する透析患者、MRSA感染患者など）を受け入れられるように制度変更することが必要である。

また、症状固定後は、介護施設の入所が原則であるが、これらの患者では医療度が高いことを考慮すると特殊疾患療養病棟における対応が望ましい。診療報酬は、状態別分類による包括的診療報酬（1日定額）および一部出来高による加算が望ましく、各地域で医療保険対応の療養病床が当該病棟に転換することで、急性期病棟の運営を支援できるとともに慢性期入院医療の考え方が確立すると考えられる。

(6) 緩和ケア病棟

緩和ケア病棟は現在増加傾向にあり、2002年4月からは外来における緩和ケア治療が可能となった。日本では、一旦入院すると最後まで入院が継続するケースが多いが、短期滞在型入院、外来との連携が今後拡充される必要がある。診療報酬は状態別分類による包括的診療報酬（1日定額）が望ましい。

表3-2 今後の入院医療提供体制

区分	病院種別	内容	診療報酬	備考
急性期	特定機能病棟	高度先進医療	個別に設定	
	急性期病棟	定型的・高密度の急性期医療	併存症・合併症を考慮した包括的診療報酬制度（1入院単位）	
	地域一般病棟	比較的軽症の急性期医療ネットワーク機能	併存症・合併症を考慮した包括的診療報酬制度（1入院単位）	

慢性期	回復期リハビリテーション病棟	リハビリテーション	状態別分類による包括的診療報酬（1日定額）	
	特殊疾患療養病棟	特殊疾患	状態別分類による包括的診療報酬（1日定額）	特殊疾患の範囲を現行より拡大し、医療度が高く、長期入院が必要な疾患とする。
	緩和ケア病棟	ターミナルケア	状態別分類による包括的診療報酬（1日定額）	短期滞在型、外来との連携が拡充される必要あり

4．今後の医療提供体制のあり方 外来治療

外来機能は、プライマリーケア機能・専門医機能・コンサルテーション機能（ただし、救急は別に取り扱う）に分けられる。日本ではプライマリーケア機能については病院種別を問わず提供がなされており、これが良好なアクセス確保に寄与した事実もあるが、反面、外来患者の病院への集中を招き、病院の機能分化を妨げる結果ともなった。保険診療上の規制、誘導の実施は、意図とは反対に、外来患者の大病院集中を招いている。医療提供のあり方（医療制度）と診療報酬体系（医療保険制度）を整合性あるものにすることが必要である。

外来機能についても更に機能分化をはかる必要がある。表3-3に外来機能の区分、主として想定される提供主体をまとめて示す。これらの医療情報は国民に広く公開され合理的な受療行動を促進すると共に、プライマリーケアに従事する医療機関に一定の振り分け機能を与えるなどの方法により、外来医療の機能分化が更に進められる必要がある。

振り分けについては良好なアクセスを阻害するとの主張も一部には認められるが、医療機関の機能と設備などを公開し、それらに基づいた受療行動を誘導することが必要である。現在一部の大規模病院で行われている、振り分けを介さない専門医機能、コンサルテーション機能医療機関への外来受診には特別な費用徴収を行うなどの方策が今後検討される必要がある。

また、在宅医療については、今後もその重要性が一層高まることが予想される。これはプライマリーケア機能の延長として理解されるべきであり、地域における医療機関・介護施設のネットワーク機能は、入院医療に偏りがちな高齢者医療の在宅療養推進に大きく貢献するものと考えられる。

詳細については、それぞれ第4、5、6、8章を参照。

表3 - 3 今後の外来医療提供体制

区分	内容	主な提供主体	診療報酬
プライマリー ケア機能	急性疾患 慢性疾患を問わず、 頻度が高く、かつ定 型的なもの 振り分け機能 在宅医療	地域一般病棟を主体 とする病院 大多数の診療所	急性疾患：出来高 慢性疾患：1カ月あたり定 額制
専門医機能	急性・慢性疾患を問 わず、頻度の高い疾 患については非典 型・複雑なもの、頻 度が極めて稀で標準 的な治療方法が確 立・普及していない もの	特定機能・急性期 病棟を主体とする 病院 一部の診療所	出来高
コンサルテーシ ョン機能	急性・慢性疾患を問 わず、頻度の高い疾 患について治療方針 の策定、定期的な治 療内容の確認、その ために必要な特殊検 査の実施	特定機能・急性期 病棟を主体とする 病院 一部の診療所	出来高

(注意) 専門医機能ではプライマリーケア医より専門医への主治医権の移行を伴う。コンサルテーション機能では主治医権の移行は生じない。

5. 今後の医療提供体制のあり方 救急治療

救急医療は、救命救急・一般救急・特殊救急に分類して整備することが望ましい。

(1) 救命救急

救命救急は生命に直結するような重症救急患者が対象であり、救急救命センターが担当する。救急救命センターは二次医療圏ごとに整備され、初期・二次救急を受け持つ医療機関とネットワークを結ぶことが望ましい。さらに専門的救命救急の分野においては、広域での疾患別機能(例：広範囲熱傷、四肢切断再接合、急性中毒など)を持つ救急救命センターが検討されるべきである。ドクターヘリなどの患者搬送システムの整備も合わせて検討される必要がある。

(2) 一般救急

現在一般的な救急は、在宅当番医制度や休日夜間急患センターなどに代表される初期救急と

初療及び入院を担う二次救急とに分けられる。この二次救急は、救急告示病院と地域輪番制度による病院がその任についている。一部地域では、輪番制度から固定制へ、また E R (Emergency Room) と呼ばれる一般救急のセンター化など新たな体制整備が行われている。一般救急を固定し、医療機関に集中させることは、資源の効率的利用、救急医療の質を向上させるためにも有効な方法であり、利用する救急隊や地域住民にとってもわかりやすい体制である。このような一般救急は急性期病棟を持つ病院が中心となる。一方、地域における医療機関・介護施設などのネットワーク機能を持つ地域一般病棟においては、外来加療中の患者の急性増悪、急性期病棟を離脱可能な患者の受け入れなど、高齢者を中心に利用者個々の必要度に合った救急医療を行うことが可能となる。しかし、救急医療の提供体制においては、各地域の医療事情の違いなど、全国一律にまとめる事は難しい。今後、救急救命センターの整備が二次医療圏ごとに行われたように、一般救急の整備についても検討が必要である。

(3) 特殊救急

現在、小児救急は医師数の不足と同時に、保護者の医療に対する期待が高く、需要を満たすだけの救急施設整備がなされていない。今後、小児救急は二次医療圏を中心に地域の小児科診療所なども参画し、現状に即した救急医療体制を整備する必要がある。精神科救急は、現在都道府県単位（政令指定都市の場合もある）で救急システムが構築されている。しかし、24 時間体制で運用されている地域はまだ少なく、今後それぞれの地域の実情に合わせて整備されるとともに、一般救急との連携も重要である。

第4章 急性期病院のあり方

1．急性期病院の機能

急性期病院とは急性疾患および慢性疾患急性増悪の治療あるいは根治を目的とした医療を行う病院をいう。医師・看護師の管理が主体となる期間、種々の検査や治療を行うとともに、各々の施設のもつ機能に合わせた救急患者の受け入れを24時間行う施設である。具体的には、現在の特定機能病院、地域医療支援病院、救急医療を標榜する一般病院、専門病院などが該当する。

2．急性期病院を構成する病棟

- (1) 特定機能病棟
 - (2) 急性期病棟
 - (3) 地域一般病棟
- (個々の説明については第3章参照)

3．急性期病院の要件

(1) 特定機能病棟

特定機能病棟の要件については更に検討する必要があるが、救急医療を除いてはおおむね急性期病棟に準じたものとなる。

(2) 急性期病棟

- 1) 各病院の機能にあわせた24時間対応の救急医療を行うこと。
- 2) 患者数の多い疾病・処置については、診療指針に従った診断・治療を行うこと。
- 3) 在院日数は疾病・処置毎に予め定められた標準的な期間を越えないこと。
- 4) 医師数は入院について現行医療法の標準人員を上回ること。医師数についての標準人員の規定は、入院患者のケースミックスを基に決定される必要がある。
- 5) 看護師数1.5:1以上を原則とし、患者の看護度に合わせた基準に従うこと。
- 6) クリニカル・パスが導入され、治療成績の評価を行う仕組みを有すること。
- 7) IT(Information Technology)化された診療情報管理を行う部署が設けられ、専任の担当者によりICDに基づいて疾病・処置に関するコーディングが行われ、診療についての統計が定期的に作成されること。
- 8) 診療内容及びその結果について積極的に情報公開を行うこと。
- 9) 医療安全対策委員会の設置など患者安全の為の行動がとられていること。
- 10) 第三者による医療機能評価を受け、認定を受けること。(3年に一度が望ましい)

11) 質向上の仕組みが組織的に実施され、評価されていること。

(3) 地域一般病棟

- 1) 各病院の機能にあわせた 24 時間対応の救急医療を行うこと。
- 2) 患者数の多い疾病・処置については、診療指針に従った診断・治療を行うこと。
- 3) 在院日数は疾病・処置毎に予め定められた標準的な期間を越えないこと。
- 4) 医師数は入院について現行医療法の標準人員を上回ること。医師数についての標準人員の規定は、入院患者のケースミックスを基に決定される必要がある。
- 5) 看護師数 2.5 : 1 以上を原則とし、患者の看護度に合わせた基準に従うこと。
- 6) PT (理学療法士)・OT (作業療法士)・ST (言語療法士)・MSW (医療ソーシャルワーカー) を常勤とすること。
- 7) MSW を中心に、在宅患者の急変時の対応を含めて在宅支援を行う体制が整備されていること。
- 8) クリニカル・パスが導入され、治療成績の評価を行う仕組みを有すること。
- 9) IT 化された診療情報管理を行う部署が設けられ、専任の担当者により ICD に基づいて疾病・処置に関するコーディングが行われ、診療についての統計が定期的に作成されること。
- 10) 診療内容及びその結果について積極的に情報公開を行うこと。
- 11) 医療安全対策委員会の設置など患者安全の為に行動がとられていること。
- 12) 第三者による医療機能評価を受け、認定を受けること。(3年に一度が望ましい)
- 13) 質向上の仕組みが組織的に実施され、評価されていること。

第5章 慢性期病院のあり方

1. 慢性期病院の機能

急性期病院において病状が安定したが未だ入院治療を要する症例、たとえば長期間の治療を必要とする悪性新生物、難病、慢性呼吸器疾患、慢性肝疾患、MRSA などの重症感染症、植物状態、合併症などを多く持つ高齢症例およびリハビリテーション症例、終末期症例などに対する医療を行う病院をいう。

2. 慢性期病院を構成する病棟

- (1) 回復期リハビリテーション病棟
 - (2) 特殊疾患療養病棟
 - (3) 緩和ケア病棟
- (個々の説明については第3章参照)

3. 慢性期病院の要件

(1) 回復期リハビリテーション病棟

- 1) 医師数 入院患者 100 人につき 3 人以上
- 2) 看護師数 3 : 1 以上 (看護要員数 2 : 1 以上)
- 3) PT・OT・ST・MSW を常勤とすること。
- 4) 入院患者の評価を行い、ケアプランを作成し、これに基づく医療を行う。
- 5) 第三者による医療機能評価を受け、認定を受けること。(3年に一度が望ましい)
- 6) 医療安全対策委員会の設置など患者安全の為の行動がとられていること。
- 7) 質向上の仕組みが組織的に実施され、評価されていること。

(2) 特殊疾患療養病棟

回復期リハビリテーション病棟に準ずる。

(3) 緩和ケア病棟

回復期リハビリテーション病棟に準ずるが、3)については臨床心理士、MSW 機能が重視される必要がある。

4 . その他

- (1) 原則的には病院全体として同じ機能を持つこととするが、地域の状況も鑑み、病棟単位でケアミックス型施設も認める。
- (2) 医療度、看護度、介護度を加味し、診療報酬体系を構築する必要がある。例えば RUG¹¹ や FIM-FRG¹²などの導入を考える必要がある。
- (3) 慢性期病院を上記のように規定した場合、医療対応の慢性期病院の入院患者の減少を生じ、介護施設への移動、介護療養型医療施設の不足が予想される。追加認定を含めた各施設の移行の為に過渡期措置が必要である。また、介護力強化病棟や一般病院において療養病床の施設基準に転換できない医療施設や、一般病棟において診療報酬上の様々な基準を達成できない施設は、社会的入院の解消をはかるため、グループホーム、ケアハウス、老人ホームなどの施設への転換許可が検討される必要がある。これらに診療所を併設し、地域の在宅ケアを行う在宅医療ケアセンター(仮称)についても検討されることが望ましい。施設変更に対する補助金や低利融資についてもあわせて検討される必要がある。

¹¹RUG : (Resource Utilization Group)

慢性期患者へのケアの質の確保と支払い方式の応用として開発された患者分類。ケア内容即ちリハビリテーションの必要度・医療度・ADL・介護度との組み合わせにより 44 分類となっている。

¹²FIM-FRG : (Functional Independence Measurement-Functional Related Group)

リハビリテーション医療の質の保証と医療内容に適した支払いシステムの構築を目的として開発された ADL を考慮した患者分類で、機能的自立度評価表を用いて必要とされる在院日数に応じて患者を分類するもの。脳血管障害・外傷性脳損傷・脊髄損傷などの 18 障害群。53 機能別患者群に分類されている。

第6章 ケアミックス型病院のあり方

第3章に述べたように、今後の医療提供体制の整備においては、病棟単位で機能分化をはかることが望ましい。また、病院としての機能の明確化、経営の効率化の観点からは、各々の病院における病棟は同じ機能であることが望ましい。

しかし、1つの大規模病院がほとんどの入院医療を提供している地域もあり、このような場合1つの病院内に複数の機能を持つ病棟が混在する、大規模なケアミックス型病院も考慮する必要がある。それは、急性期病棟(4病棟)・地域一般病棟(1病棟)・回復期リハビリテーション病棟(1病棟)・特殊疾患療養病棟(1病棟)というような組み合わせである。

現行数多く見られる中小病院のケアミックスは、急性期病棟(一般病床)と療養病棟(医療保険および介護保険)の組み合わせが多い。しかし、効率的な医療提供と今後の機能分化を考えた場合、1つの病院は同じ機能の病棟を持つ病院として運営し、病院間での連携・地域におけるネットワークを強化する方が、利用者から見ても理解しやすくかつ効率的な病院機能となるであろう。

ケアミックス型病院のあり方については、今後も更に検討を行う必要があるが、

- (1) 個々の病院はできるだけ同一の機能を有する病棟から構成されることが望ましい
- (2) ケアミックス型病院は、当該地域の医療機能の多くを占める大規模病院、または人口密度が低く、同一機能の病棟のみでは病院運営が困難である中小規模病院の場合、に限定されることが望ましい

と考えられる。

第7章 国公立病院・公的病院・民間病院のあり方

病院には歴史的な経緯から様々な設置主体がみられる。特に日本では第二次世界大戦後に民間資本を活用して医療機関の整備をはかったため、西ヨーロッパ諸国に比較して、民間が経営する病院が多いという特徴がある。他方、米国、オーストラリアなどでは、日本と同様に民間資本による病院経営が相当割合を占めている。

病院の評価は、本来、地域の医療ニーズに対応しているか、機能に応じて質の高い医療が提供されているか、医療が効率的に提供されているかの観点のみから統一的行われるべきであり、設置主体によるものではない。

現状では、設置主体を問わず医療機能が不明瞭であり、また統一的な評価手法が確立されていないために、病院をその業績により評価し、それに応じて資源配分を行う仕組みが確立していない。特に、国公立病院・公的病院では医療機能、民間病院との役割分担が不明瞭なまま、非効率的な運営が行われ、かつ公的資金援助により現状が維持されていることが多い。いわゆる政策医療に対する公的資金援助は、本来、どのような運営主体が行っても経済的採算性がとれず、かつその地域において絶対に必要な医療の提供の部分に対してのみ行われるべきであり、設置主体により総括的に病院の維持を目的として行われるべきではない。政策医療の内容と範囲の明確化が必要である。

今後、病院機能の評価手法、統一の病院会計基準を開発し、病院の業績と資源配分のあり方、不採算医療の取り扱いについては更に検討を進める必要がある。

第8章 外来機能とプライマリーケアの確保

1. 現在の外来機能

外来機能は、プライマリーケア機能・専門医機能・コンサルテーション機能・救急機能に分けられる。日本ではプライマリーケア機能については病院種別を問わず提供がなされており、これが良好なアクセス確保に寄与した事実もあるが、反面、外来機能の機能分化が進んでおらず、また一部大病院への外来患者の集中を招いている。

日本では、プライマリーケアでおこなう医療の範囲、および教育プログラムは未だ確立していない。プライマリーケアに従事する医師の多くは、大学や大病院で専門医として訓練を受けた後に、診療所を開業し、あるいは中小規模の病院に就職したものが多く。従って、一部の分野については専門医としての技術・経験を有し、その他の分野についてはプライマリーケアに従事するものの、系統的な訓練を受けることなく、その担当範囲、技術、経験などに個人差が認められる。また、プライマリーケア医を受診した後、その判断で専門医、病院を紹介受診するという振り分け機能は確立していない。外来機能の機能分化が不十分であり、医療機能についての情報が整備されておらず、振り分け機能が確立していないため患者はどこの医療機関も自由に受診できるため、一部の大病院に外来患者が集中する事態を生じている。大病院は、主として入院機能を担当し、外来機能としては専門医機能・コンサルテーション機能・救急機能を行うものであり、このような医療機能と患者の病院選択の不適合は総体として非効率的な状況をもたらしている。

2. 外来機能の分化

外来の機能分化が十分に進んだ場合には、患者はまず診療所、地域の一般病院を受診し、検査、治療を受ける（プライマリーケア機能）。受診の結果、必要性に応じて、専門医の紹介、入院治療などを受け、そこでの治療終了後には、専門科診療が継続して必要な場合を除いては、再び診療所、地域の一般病院に戻り継続治療を受けることが可能となる。また継続治療中には、必要に応じて検査、治療内容・方針の確認のために専門医によりコンサルテーションを受けることが可能となり、総体として質が高く効率的な外来医療を達成することができる。このような制度確立のためには、

- (1) それぞれの外来機能の担当する医療の範囲が明確にされること（高血圧症、糖尿病など頻度が高く社会的影響度の大きな疾患については、疾患ごとに検査・処置のレベルまで明らかにされることが望ましい）。またそれぞれに応じた卒前・卒後教育プログラムが確立される必要がある。
- (2) それぞれの医療機関が、外来機能のどの部分を担当するかについて、情報が整備され一般の人が容易に知ることができるようにすること。特に現状では、相対的に情報発信力が大である大病院に患者集中を生じていることに注意する必要がある。

- (3)医療機関において医療情報が共有できるよう IT 技術が活用されること。この場合、用語・書式の統一、プライバシー保護に関する規定ルールが定められることが重要である。
- (4)プライマリーケアを担当する医療機関への受診を促進し、振り分け機能を確立するため、医療費の自己負担などで誘導すること。(紹介なしでの専門医受診に対しては、そうでない場合に比較して高額の自己負担を課すなど)。ただし、眼科、耳鼻科など診療科によっては直接受診した方が良い場合もあり、導入にあたっては更に検討が必要である。

3 . 救急外来機能

現在一般的な救急は、初期救急・二次救急という分け方をされている。受診前から入院の要否を判断することは難しいが、救急患者の半数は初期救急患者であり、プライマリーケアを担当する医療機関で対応が可能である。一部地域で E R (Emergency Room)として一般救急を一部の医療機関に集中させる試みが行われており、資源の効率的利用、救急医療の質を向上させるためにも有効な方法である。

生命が危険にさらされる三次救急患者については、引き続き大規模病院に併設される救命救急センターが担当する。

第9章 医療保険制度の問題

医療保険制度

1. 医療保険制度の導入と医療費の高騰

医療保険制度は1927年の健康保険法全面施行(本人10割給付、家族5割給付)に始まった。当初は人頭請負払い方式であり、1943年には職員健康保険法が統合一本化され、出来高払い方式となった。1948年に社会保険診療基金法が成立し、1961年に国民皆保険が達成された(国保・被保険者5割給付)。1968年には国保・世帯員7割給付となった。1973年に老人医療費無料化が行われ、国内総生産の増大にもまして国民医療費は増加していった。1983年には老人保健法が施行され、老人医療費について定額の自己負担が導入され、翌年には健保本人の1割自己負担、退職者医療制度が導入された。その後、1997年に健保・本人2割負担となり、2000年には介護保険制度(1割定率負担)が導入された。この報告書が作成されている2002年10月には、高齢者医療制度の年齢引き上げ(75歳以上)、70歳以上1割定率負担、2003年4月より健保本人3割負担に変更されようとしている。

この間の国民医療費(対GDP)は、1961年3.2%、1973年4.1%、1983年6.3%、1997年7.4%、2000年8.0%と増加を続けている。その原因としては、医学の進歩に伴う治療法の高度化、医療提供体制の変化(入院ベッドの増加)などの影響もあるが、主因は老人医療費の増加にあるとされている。

2. 現行医療保険制度と高齢者医療保険制度(財源論についての各案の検討)

現在の医療保険制度は、国民健康保険、被用者保険(組合健康保険、政府管掌保険)および両者の拠出により運営される老人保健から構成される。現行保険制度では、

- (1) 保険者と被保険者間の関係が一義的に定まり選択の余地がない
- (2) 被保険者の年齢構成、所得構成が大きく異なっており経営状況に格差を生じている
- (3) 特に高齢者は退職に伴い国民健康保険に加入することが多い
- (4) 年齢別医療費は各保険で明らかな差はなく、医療費の保険間での相違は主として被保険者の年齢構成に起因する

という問題が指摘される。

表9 - 1 医療保険制度の比較

	国民健康保険	政府管掌保険	組合健康保険
加入者数	4102 万人	3757 万人	3258 万人
加入者平均年齢	51.3 歳	36.9 歳	33.6 歳
老人加入割合（70 歳以上、または 65 歳以上の寝たきり者）	24.6%	5.6%	2.9%
1 世帯当り年間所得	179 万円	236 万円	383 万円
1 世帯当り保険料	15.4 万円	15.1 万円(30.3 万円：事業主負担を含めた場合)	15.8 万円(36.2 万円：事業主負担を含めた場合)
国庫負担	50%(2 兆 8244 億円：1999 年度)	13%(9148 億円：1999 年度)	定額(217 億円：1999 年度)
1 人当り診療費	16.4 万円	12.3 万円	10.2 万円
年間所得をもとに算定した保険料率	8.6%	6.4% (12.8%：事業主負担を含めた場合)	4.1% (9.5%：事業主負担を含めた場合)

これまで医師会、保険者、経済団体などから高齢者医療保険制度の試案が公表されている。高齢者医療保険制度を財政論の観点から考えた場合に検討すべき点は以下の通りである。すなわち、

- (1) 高齢者の医療費を社会保険方式でまかなうべきか、あるいは扶助（税金からの投入）でまかなうべきか

社会保険方式でまかなう場合、世代別に横断的に保険を設定することは不可能である。高齢者のみで構成される保険では、保険料率が高くなりすぎて被保険者の支払能力を超えてしまうからである。各年代にまたがる縦断的な保険を設定する必要がある（突き抜け方式）。逆に、高齢者の疾病リスクの担保はリスクがあまりに高いために社会保険方式になじまないと考えた場合には、高齢者のみの保険を設定し（独立方式）、一般財源あるいは目的税（消費税の目的税化など）により運営することになる。表9 - 2 に独立方式と突き抜け方式の比較を示す。

- (2) 保険者間での競争原理の導入と移行費用

現在の国民健康保険と被用者保険では被保険者の構造に明らかな差を有し、これは保険者の経営努力により負担できる範囲を越えている。両者の統合、単一保険化（段階的統合を含む）は、リスクプールを拡大し、保険者間での格差を解消するという利点を有するが、反面、保険者間での競争原理は働かず、一部管理費用削減を除いては医療費の有効利用にはつながらないという欠点を有する。単一保険制度下で医療費削減を行うためには、総額予算制度の導入が有効であるが、医療の質についての指標導入、医療情報の公開が十分に行われていない状況での

総額予算制度の導入は、医療の質低下をもたらす恐れがある。

保険者間での競争原理を導入するためには、医療情報の公開、保険者の経営状況についての情報公開の下で、被保険者による保険者の選択が可能であり、かつ逆選択(adverse selection)を防ぐためのリスク調整の仕組みが不可欠である。現在の国民健康保険、被用者保険では、被保険者の構成に大きな差が有り、この枠組みを維持した状態では競争原理の導入は困難である。複数の保険者による競争原理の導入には、国民健康保険、被用者保険の枠を越えた再編成が必要である。これに要する費用、時間などの移行費用についても検討される必要がある。

(3) その他

現行では70歳以上とされている高齢者医療の年齢基準を75歳に上げる、あるいは若年者と高齢者という年齢区分のうち、高齢者については70～74歳、75歳以上など区分を詳細化し、自己負担率を所得に応じて変化させることが検討されている。高齢者の年齢基準の変更、年齢区分による自己負担率の段階的設定は、一時的に受療率を減らし医療費を削減する効果は期待されるものの、表層的な検討に留まっている。高齢者の健康問題についての基本的な考え方、医療提供体制のあり方、医療の質の保証と向上のための仕組み、医療費の有効利用を促すための仕組み、社会としての医療費負担のあり方などについて基本的な議論を行うことなく、技術的な医療費負担軽減のみを目的とする議論は、その効果が限定的なだけでなく、望ましい医療を阻害する可能性がある。今後、高齢者医療制度については、上記の点について検討が行われ、その中で財源論についても検討されることが望ましい。

表9 - 2 独立方式と突き抜け方式の比較

	独立方式	突き抜け方式
基本的な考え	高齢者の疾病リスクは若年者と異なり普遍的であり、かつ若年者とは比較にならないほど高い。そのため若年者の社会保険とは分離する必要がある。高齢者のみで社会保険方式を取ることは保険料が高くなりすぎて維持できない。税金で支払う必要がある。	高齢者の疾病リスクが高いことは認めるが、世代間の相互扶助の考え方で対応すべきである。ただし、被用者保険と国保を一体化することは望ましくなく、それぞれが別個に対応すべきであり、財政的に対応が困難な国保については税金からの補填を行う。
財源	税金（一般財源または消費税を目的税化して用いる）	保険料 国保の被保険者については一般財源

問題点	<p>一般財源を用いる場合：熟年の税率が上昇し、労働意欲の低下、国際競争力の低下を生じる可能性がある。</p> <p>消費税を用いる場合：現行で10%程度の消費税率が必要。</p> <p>日本の直接税は、課税最低所得が高く、また高齢者には控除の特典が大きい。比較的低所得者、高齢者からの税収が期待できる半面、弱者への負担増が問題となる。</p>	<p>保険者が再分化されており（全国で5100）被保険者プールが小さい。</p> <p>突き抜け方式では転職に際して、給付水準の低下を生じる可能性がある。</p> <p>比較的大規模の被用者保険では、疾病リスクの高い人の脱落などで有利な立場を形成しやすい反面、小規模の被用者保険、国保では不利になりやすい。</p>
-----	--	---

表9-3 にこれまで提案されている主な高齢者医療制度試案をまとめて示す。

表9-3 高齢者医療制度に関する各案の比較

	日本医師会案	健康保険組合連合会案	経済団体連合会/日本経営者団体連盟案
理念と特徴	独立方式。保障的性格を有する制度とする。将来的に介護保険制度との統合を検討する。	突き抜け方式。年金制度と関連させ、介護保険との関係も含め高齢者の保障を一体的に進める。	自立・自助を基本とする独立方式。「選択・契約・競争」の理念を導入。
保険者（運営主体）	都道府県あるいは広域連合体	全被用者保険を通じて1つ（民間）とする	市町村主体に広域で運営
被保険者	75歳以上	被用者年金の老齢年金受給権者と被用者年金加入者	原則65歳以上。「世代内保険」の考え方が基本。 75歳を境に、自己負担、保険料などの取扱いに差を設ける。
給付対象		被用者年金の老齢年金受給権者と配偶者、その直系卑属	
財源	公費を90%、保険料と自己負担を10%程度とする。拠出金制度を廃止する。	公費は給付費の5割程度とする。 拠出金制度は廃止する。	公費中心とする。 保険料と自己負担の合計は65歳～74歳で35%程度、75歳以上で20%程度。拠出金制度は廃止する。
保険料		被保険者：老齢年金額に被用者保険の平均保険料率の2分の1を乗じて得た額 現役世代：20歳以上から「老人医療保険料」を徴収（労使折半）	現役と同じ負担を求める（65歳～74歳で給付費の15%程度、75歳以上で10%程度）
自己負担	独自の高額療養費制度を設定する。	75歳未満2割、75歳以上1割。薬剤費別途一部負担、高額療養費制度を設ける。	65～74歳は20%程度 75歳以上は10%程度

支払い方式	医療度、自立度を加味した独自の包括払い方式を導入する。 終末期医療は、「看取り」の医療に対する国民的合意形成を推進する。	(入院)患者特性分類に基づく段階的評価体系を構築。 (外来)現行定額制を根本的に見直し入院と同様の評価導入を検討すべき。 終末期医療を見直す。	DRG / PPSの全面的導入など包括化を進める
保険者の機能など	国保に対しては公費投入による財政調整を実施し市町村国保の広域化を図る。組合健保間の財政調整を促進し保険者の整理・統合を図る。保険者の運営コストを再検討し、効率化と透明化を図る。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険医療機関の選択や診療報酬などの契約ができる ・ 保険者によるレセプトの1次審査 ・ 患者や保険医療機関などに対する調査 ・ 統一コード化にもとづく医療情報の共有 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関と健保組合間の割引契約 ・ 医師・看護師の技術レベルに対応した自費上乘せの導入 ・ 健保組合の統合再編(保険会社への業務委託など)
その他	(激変の緩和措置) 一般医療保険制度の再編と合わせて、対象年齢、公費投入率を徐々に引き上げ、拠出金を徐々に引き下げる段階的实施を行う	高齢被保険者の適用や保険料徴収の管理などは厚生年金に業務を委託する。 国保にも、被用者保険グループと同様、老齢基礎年金受給者を対象に制度を構築、国庫負担を重点的に投入する。	現行制度よりも公費負担が増加する分は、消費課税で賄う。

(注意) 上表については、日本医師会「医療構造改革構想」、健康保険組合連合会「今後の制度改革に向けての考え方」、経済団体連合会/日本経営者団体連盟「高齢者医療制度改革に関する基本的考え方」について」をもとに本委員会の責任でまとめたものであり、内容が実際と異なる場合の責任は本委員会にある。

診療報酬体系

1．現行診療報酬体系の問題点

診療報酬体系は歴史的には、医療の中心を占めていた診療所あるいは小規模病院での医療を想定して作成されたために、初診・再診療と医薬品代が大きな比重を占めており、それ以外の技術料の評価が少なかった。人員配置、機器の整備など固定的費用の占める割合の高い病院とそうではない診療所では費用構造が異なる。医療提供における病院の比重が医療の高度化に伴い高まっているが、診療報酬体系は病院の費用構造を十分に反映していない。度重なる改訂が行われたものの、これらの改定は主に財源との関係で行われたものであり、医療提供の実態を反映した診療報酬体系の構築という観点からは行われていない。この結果、病診格差（利益率・人員配置）、公私格差（補助金・賃金水準・投資費用）、診療料格差（重症度・看護度）、機能別格差（利益率）、地域別格差（人件費・物品費・投資費用）などの格差や、治療成績が反映されていない（例：手術合併症などの治療費用も支払われ、治療期間が長い方が収入増となる）という大きな欠陥も存在する。消費税の取り扱いについても公正性を欠く内容が続いている。更に多くの医療機関は建物・設備・医療機器のリースや減価償却の関係で5～20年位の中長期的展望に立ち運営を行っているが、病院種別の要件としての施設、人員基準が診療報酬と連動して頻回に改変され、現場において混乱を生じ、長期的な運営を困難なものとしている。

2．望ましい診療報酬体系

医療費は、受療率、受療1回当たりの医療行為の量、医療行為の単価、管理費用で決定される。医療費の削減が求められる中での公平・公正な診療報酬体系は、

- (1) 医療の質や医療の安全を高めることに寄与する
- (2) 医療の過剰・過小を排し効率的な医療提供に寄与する
- (3) 疾病別の特性を十分加味したものである
- (4) 患者の重症度、看護度、介護度を反映する
- (5) 原則的に技術料と固定費を各々評価するもの
- (6) 各医療行為の費用データをベースとした客観的指標に基づいている
- (7) 急性・慢性診療別に対応する
- (8) 外来機能ではプライマリーケアが確保される
- (9) 健康増進・予防に対する評価がされる
- (10) 事務処理が比較的容易である
- (11) 行政・医療機関などが予算を立てることが容易である
- (12) 新しい技術の評価が毎年行われる

ものでなければならない。

3. 各種の診療報酬支払方式

診療報酬支払方式には以下のものがある。

- (1) 出来高払い(fee for service)：個々の医療行為に単価を設定して、その合計金額が保険者・患者より医療機関に対して支払われるもの。
- (2) 定額払い(fixed payment)：あらかじめ決まった定額を支払うもの。支払の単位としては、1回の入院医療全て(DRG/PPS など)、1日ごと(RUG など)、受診1回ごとなどがある。
- (3) 人頭払い(capitation)：医療機関を受診するか否かに関わらず、1年間1人当たりの健康管理費用を医療機関、プライマリーケア医師などに支払うもの。
- (4) 総額予算制度(global budgeting)：独立した診療報酬支払方式ではなく、通常(1)～(3)に併用される。

現在、日本では出来高払いが用いられる。世界的には、出来高払い 定額払い 人頭払いの方向にあり、一部では総額予算制度が併用されている。現在、日本では出来高払いを主として用いており、一部で定額払いが(まるめとして)用いられている。

表9-4に出来高払いと定額払いの比較を示す。出来高払いでは医師は積極的に新しい治療法を行う傾向にあり、新技術の導入・波及は円滑に行われるが、反面、医師のコスト意識は低く過剰診療に陥りやすい。また、医療の質については医師の裁量権が大きいため逆に意識されにくい。

定額払いでは医師のコスト意識を高めるが、反面、過小診療に陥りやすいという問題を有する。米国で1980年代に導入された際には、この問題が認識されていたため、逆に医療の質について指標を定め質が低下していないか否かの検証が積極的に行われた。また、EBMやクリニカル・パス導入などの医療の標準化が促進された。

人頭払いでは、出来高払い、定額払いでは期待できなかった健康増進・予防医療についての動機付けをもたらす。しかし、受診機会が少ないほど医療機関に収益をもたらすため、医療の質、健康水準の向上をもたらしたかについては地域集団ベース(population base)で慎重に検討される必要がある。

日本では、医療の質についての指標設定、情報公開が未だ十分に進んでいない状況にあり、人頭払いにいきなり移行するよりも、むしろ出来高払いと定額払いの組み合わせを考えることが実際的である。現在、DRG/PPSについては試行が実施され、2003年度からは特定機能病院を対象に導入が予定されている。しかしながら、ケースミックスについての概念が米国、オーストラリアなどとは異なっており、ICDに基く厳密な検証がなされていない。診療報酬支払方式は、医療の方向性を規定し、社会的にも大きな影響を与えることから、その計画策定および導入にあたっては、長期のビジョン、根拠に基づく科学的な検討、導入後の医療内容の変化を含めた効果の検証が不可欠である。現行では中央社会保険協議会で審議・決定されるが、その審議をより実質的なものとするためにも、常設のシンクタンクにおいてデータ収集・研究が行われることが望ましい。設立主体、予算などシンクタンクのあり方については今後検討が進め

られる必要がある。

表9 - 4 出来高払いと定額払いの比較

	出来高払い	定額払い(DRG/PPS)
支払単位	医療行為	診断名・処置名 (1回の入院全て)
危険負担(費用が予想を越えた場合の費用負担者)	患者・保険者	医療機関
診療の動機付け	過剰診療(overuse)	過小診療(underuse)
医師のコスト意識	小	大
医療の質についての意識	小	大
病院経営上の動機付け	売上増加	コスト削減
予防医療	動機付けなし	動機付けなし

(注意) 定額払いとしては急性期医療でしばしば用いられる DRG/PPS(Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)を例に取り上げた。

4. 導入されるべき診療報酬体系

長らく診療報酬における出来高払い、包括払い方法に関する議論が続いてきた。基本的には急性病変のように病態が不安定な時期には、出来高ないしは疾患別・重症度別包括性が、病状の安定した時期には一定期間包括した支払いが公平かつ効率的な支払い方式である。また出来高、疾患別・重症度別包括性の双方が可能な場合には、医療の標準化を促進する観点からは後者が望ましい。このような観点から今後導入されるべき診療報酬体系は以下の通りである。

(1) 外来

- 1) プライマリーケア：急性疾患は出来高、慢性疾患は1カ月あたり定額制
- 2) 専門医医療：出来高
- 3) コンサルテーション医療：出来高
- 4) 救急医療：出来高

(2) 入院

- 1) 急性期：併存症・合併症を考慮した包括的診療報酬制度(1入院単位)
- 2) 慢性期：状態別分類による包括的診療報酬(1日定額)
- 3) 救急：併存症・合併症を考慮した包括的診療報酬制度(1入院単位)
- 4) 高度先進医療：出来高を基本として個別に設定

5 . DRG を用いた支払方式導入の課題と対策

病院のあり方委員会では、過去 2 回の報告書の中で日本に DRG を用いた支払方式を導入する場合の必要条件を以下のようにあげ、活動を行ってきた。

- (1) ICD の普及
- (2) 原価の調査
- (3) 技術料の明確化と適正な評価
- (4) 治療の標準と価格の決定
- (5) 「医療の質の評価」システムの確立
- (6) 医療安全の確立
- (7) 医療提供体制の再構築

以下では、これらについて概説する。

(1) ICD の普及

従来、疾病統計はレセプトに基づき作成されるが、レセプトでは複数の診断名が羅列されるのみであり、主傷病、併存症などが不明であったため、データの信頼性に欠けていた。2002 年よりレセプトで主傷病名、合併症、併存症などが区別されるようになり、データの信頼性向上が期待されるが、病名などの用語は未だ統一されていない。

ICD は、死因統計を国際比較するために WHO により開発されたもので、現在は、統一された疾病・処置分類として世界各国で採用されている。現在、疾病コードとして ICD-10 が出されたが、処置コードである ICD-10CM は開発中である。最近まで日本の医療機関においてコーディングはほとんど行われていなかったが、急性期特定病院の要件に導入され厚労省もやっと普及に乗り出した。しかし、ICD の導入・普及にはコーダーの養成が不可欠であるが、現在、全日病が行っている講習会、日本病院会の診療情報管理士養成コースの中に組み込まれた演習、専門学校による養成コースしかなく、より充実した教育システムの構築が必要である。

(2) 原価の調査

米国では DRG を開発するにあたって、1400 万症例のコストデータを用いて現在の基本となる分類が作成され、ほぼ毎年改訂が行われている。またオーストラリアでも全国的に医療原価調査が定期的に行われている。日本でもこれまで医療経済研究機構、厚労省の国立病院調査、経済企画庁版調査があるが、データ不足は否めない。また、それらの調査検討に継続性がない。国立病院と民間病院参加の調査が現在進行中であるが、コスト調査ではなく、現行診療報酬のバラツキをみる（あるいは中央値をみる）内容のものであり、この結果をそのまま包括制につなげることは大きな問題である。

原価計算の手法を確立して、調査研究を行い根拠に基づく診療報酬の算定が必要である。

(3) 技術料の明確化と適正な評価

これまでの診療報酬においては明確な技術料の算定基準を示されたことはない。現行の診療報酬上技術料と思われる内容は、医師による初診・再診料、指導料、判断料、手術料、麻酔料、PT・OT・STによるリハビリテーション料、薬剤師・栄養師による指導料などであるが、入院基本料の中にまとめられた看護料のように明確な判断基準はない。医療職としての使命責任の重さに鑑み、現在の賃金水準との対比も考慮した技術料の算定が望まれる。また公私格差議論の際常に問題とされる建物の新築改築費用は別としても、施設そのものの管理に対する資本費用補填についてもその考え方が明確に示されるべきである。

(4) 治療の標準と価格の決定

かつては医療においては患者の個別性が強調され、治療の標準を設定する事は困難であるとの主張がなされてきた。しかしながら、質の高い医療、技術、教育制度を持った現在の日本において、試験的な最先端医療を除きほとんどの疾病に治療の標準を定めることは可能であり、これに対する一定の料金設定も可能である。このためには診療指針作りやクリニカル・パスの作成は有力な手段である。確立された標準は、その有効性、費用について定期的に検討される必要があり、データに基づいた適切な診療報酬の設定が必要である。

(5) 「医療の質の評価」の仕組みの確立

DRG/PPS に代表される定額制導入では粗診粗療が問題となる。DRG/PPS の適正な導入の為には何らかの形で医療の質を担保する方策を講ずる必要がある。かつて老人病院の定額制導入により、薬剤使用と検査の減少がもたらされたが、重症患者をはじめとする医療度の高い患者の敬遠もみられるようになった。無用な治療が減少したことは評価されるが、本来治療・介護をすべき医療度・介護度の高い患者を敬遠するような診療報酬体系は、医療のあり方として望ましいものではない。介護保険においては要介護度別の料金体系が導入された。

第三者評価による質の評価の仕組みについての議論は始まったばかりである。(財)日本医療機能評価機構は、第三者による医療機関の審査認定機関として活動を行っており、2002年には5年ぶりの評価項目改定がなされたが、医療度、看護度にあわせた評価、治療成績、経営内容などについての評価はいまだ不十分である。米国においては、第三者機関による審査認定が公的保険適用の条件とされており、医療の質を確保し向上させるための仕組みの一つとして医療関係者および一般市民から高い信頼を得ている。日本ではサーベイヤーの質の充実をはかり、より質の高い機能評価のできる組織としての発展が必要である。包括制導入には第三者評価のような粗診粗療を防ぐ仕組みがあわせて強化される必要がある。

(6) 医療安全の確立

医療における安全確保は必須の事項であるが、これまで組織的な取り組みが遅れていた。医療安全についての関心の高まりを背景として、行政も病院における医療安全体制強化への取り組みを始めたが、未だ、1) 全国的な医療安全についての情報収集システム、2) 各病院が導入可能な有効なプログラムの開発、3) 医療安全推進に必要な機器・人員の確保、については十分に検討されていない。特に3)については一定の機器・人員の確保がなされなければ、安全なシステムの構築ができないことを関係者は十分に認識し、財源の確保を含めた検討が必要である。

(7) 医療提供体制の再構築

米国では DRG/PPS 導入後、費用管理の徹底が極端な在院日数の短縮を招き、必要な医療が終結しないまま患者を外来やナーシングホームへ転院させる弊害がみられた。その結果として「亜急性期」病棟・病院が出現し、連邦政府や保険会社もこれを認める傾向にあり、一定の在院日数を期限とした亜急性期医療に対する包括制診療報酬体系が確立された経緯がある。また、DRG/PPS 導入により病床利用率の低下、病床数の減少を招いたが、この影響は小規模病院に大きく、主にこれらの病院が提供してきた地域密着型の初期診療に大きな打撃をもたらした。

日本では、病院の病床区分が2003年8月までの届出となり、基準病床数の見直しも決定した。診療所機能の再確認とともに、日本のプライマリーケアの中心的な役割を担ってきた中小規模病院や地方の病院の役割に十分留意し、地域特性も加味した機能分化を進めるべきである。四病協の提案する地域一般病棟は医療提供体制のあり方として大変重要である。

6. 各病院（急性期病院）の行うべき対策のまとめ

(1) 自院の患者層（ケースミックス）の把握

疾患別、重症度別包括払い方式は急性期医療に適用される仕組みである。入院診療録をもとに、自院入院患者の主たる入院の理由（principal diagnosis：主傷病）在院日数、入院医療費を集計する。これをもとに自院の医療が急性期型なのか慢性期型なのかケアミックス型なのかの判断を行う。国の進める病床区分の意図や診療報酬改定の内容とも照らし合わせると当面以下の点に留意すべきであろう。

当面2002年10月以降は看護単位2：1および2.5：1においては平均在院日数21日、26日を満たす必要がある。不可能の場合は、病床利用率の再検討を中心に、病床削減や療養病床とのケアミックスなど色々な選択肢について、各施設の理念と照らし熟考すべきである。

現行の急性期特定加算要件である平均在院日数17日とその他の基準を満たしている場合は、将来も急性期病院として存続できる確率が高いが、今後は平均在院日数14日という考え方もあり、これも視野に入れておくべきであろう。

定額払い方式導入の可能性もあり、現在進行中の定額払い試行の情報は常に把握しておく必要がある。現行定額払い試行疾患について、自院1入院当りの診療報酬および在院日数を比較しておくことが重要である。自院症例の在院日数に差がなく、診療報酬額が現行定額払いより低ければ確実に増収となるが、高ければ減収となる可能性があり、診療内容の検討をしておくべきである。

(2) 自院の施設基準充足

標準人員のうち医師数10割・看護師数(1.5:1以上)を満たすかが急性期病院の鍵となる。現在の病院外来数に対する医師数算定方式の変更がなければ、必要に応じ診療所という形での外来部門切り離しも考慮する。

(3) 費用の徹底管理

包括払いでは診療行為に要した費用はあらかじめ定められた診療報酬に包括されるため、この費用をできるだけ少なくすることが必要となる。疾病別、重症度別の一患者、一入院当たりの費用を厳密に計算し、収支を把握、管理するシステムを構築する。これらは時間のかかる作業であるので、直ちに着手すべきである。標準的な治療計画(クリニカル・パスなど)の策定とともに行うと効率的である。クリニカル・パスの使用で治療日ごとや診療行為別の費用計算も可能となる。当然、これらの仕組みの構築は現在行われている出来高払いの環境においても有用なものである。

1) 費用管理の第一段階(出来高払いからの発想の転換)

医療機関の費用としては、人件費、検査費、薬品費、診療材料費、給食費、管理運営費、その他の経費などがあるが、これらをできるだけ少なくしていく必要がある。そのためには、

人件費 組織活性化をはかり、組織のコミュニケーションを円滑にして効率化する。人件費は時間に換算して管理することが可能であり、実を結ばない会議などは費用管理の面からは不相当と思われる。人員整理は速効性があり、短期的には有効だが、長期的には企業衰退につながるので注意を要する。

検査費 (臨床検査、放射線検査)個々の検査の費用を把握し、必要かつ最小限の検査のみ行う。

薬剤費 在庫管理を徹底する。薬品使用は必要最小限にし、ジェネリックの使用も検討する。

診療材料費 必要最小限の使用と在庫管理を徹底する(SPDの導入などを進める)。

給食費 材料費を削って質を下げることはできない。そのためには在院日数の短縮によって削減する。

管理運営費 経営の効率化、職員教育、人材の育成が必要である。

などが考えられる。今日の出来高払いのもとで、検査や、薬剤の投与を減らすことは減収につ

ながることとなるため、いつの時点で実行するかは経営判断を要するが、定額払い方式が実行されてから、突然検査や投薬などを少なくするようなことを行うと経営に整合性がとれなくなり、内外から批判されることになる。今回のマイナス改定対策などにおいて診療単価を意図的に上昇させるような行為は長期的視野に立つと危険であるので慎むべきである。診療報酬定額化を見据えた経営を行うには、出来高払いからの脱却をはかる意識改革の必要がある。

2) 費用管理の第二段階

部門別、診療科別、病棟別などのリアルタイムな経営管理データはもちろんのこと、患者別の費用を正確に計算し、把握することが必要である。

薬品、診療材料などの在庫、発注の迅速かつ正確な情報も必要であり、コンピューターによる管理システムを早急に構築するべきである。また、在院日数短縮の疎外要因の75%は部門間のコミュニケーションの悪さにより生じるとされとされており、コミュニケーション改善を目的としたコンピューターシステムの開発が必要である。これには現在使われているレセプト作成のためのオーダリングシステムとは異なる発想が要求される。医療機関の業務の流れを熟知しているシステムエンジニアがプログラムを組む必要があり、開発に当たっては関係部署の意見交換が重要である。逆に開発過程で院内のコミュニケーションを図り、業務を見直すことが可能である。2002年6月には医療の質向上委員会に「病院情報システムの基本要件検討プロジェクト」が設立され、コンピューターを用いた院内情報システムを個々の病院が円滑に導入できるよう、標準的な仕様書の用語・作成方法などについて検討を行っている。

3) 費用管理の第三段階

ICDに基づいた疾患・処置別に費用計算と在院日数を検討することから、医療の質の検討が可能となる。費用が低く、在院日数の短いことは、質の高い効率的な治療法の要件である。さらに院内での医師ごとの比較、他医療機関との比較も可能となる。このデータをもとに自院におけるクリニカル・パスを作成・改善し、さらなる費用削減を行うことが効率化の目標である。クリニカル・パスを作成するためにはICDに基づいた診断名を基礎として、パスを作成する疾患の平均在院日数、平均費用、診療経過の集積が必要であり、この基礎データ無しで作成されたパスは費用管理にはあまり役立たないであろう。パス作成のために参加した人員と時間を人件費として考えるならば、費用に見合うだけの経済効果がなければならない。

以下、各項目ごとに具体的な方策を列記する。

a. 自院の主要疾病に対する治療の標準化

医師、看護部門、コメディカル、事務管理部門を含めたチーム医療でクリニカル・パスを作成することが必要である。患者への説明(インフォームド Consent)や医師・看護記録にパスを利用することができる。

b. 記録を中心とした書類の整備

医師・看護記録を中心に重複する治療計画・記録を整理する。

患者の一日の治療の流れに沿った作業予定表（ワークシート）の作成と、これに対応する記録様式の作成

クリニカル・パス作成、診療録の作成と管理方法の確立

c．自院の各疾病治療に関わる費用の算出

クリニカル・パスに従った各疾病の日額費用計算を行う。スタッフのタイムスタディによる直接・間接仕事量の調査・効率性の調査を行う。

d．安全対策委員会の活動

医療事故、ひやり・はっと事例報告の徹底と具体的な対策・改善の継続的活動

e．職員の教育

患者を中心とした組織横断的医療の徹底化、費用に対する考え方の指導

f．フロアマネージャーの養成

各病棟において計画通り治療が行われているか、無意味な検査・不必要な検査がないかどうか、感染症対策、患者安全対策が十分かどうかなどを定期的に評価するマネージャーの養成。

第 10 章 介護保険制度への病院の対応

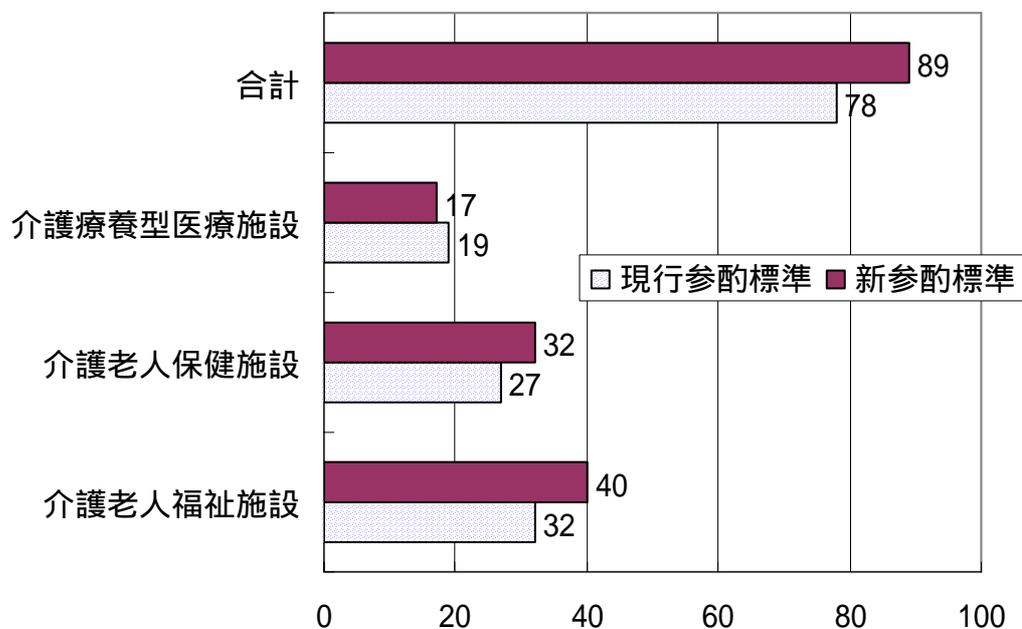
1 . 介護保険制度の概要

今後急増する高齢者の介護負担を社会全体で分担するために、2000 年 4 月より介護保険制度が導入された。高齢者の介護負担を社会保険方式でまかなうのは、世界的には珍しく、他にはオランダ、ドイツで採用されている。高齢化のスピードが諸外国に比較して急速で、社会構造の変革を含めて広範かつ早急な対応が迫られている日本の高齢化対策は世界的にも注目を集めている。

2003 年度の要介護者などは 280 万人、うち施設入所可能な要介護者は 140 万人と予想されている。入所・入院施設としては指定介護老人福祉施設 36 万床、介護老人保健施設 30 万床、指定介護療養型医療施設 16 万床がある。施設ごとの利用見込み人員は、当初施設サービスに係る参酌標準により、おおむね 8 (40%) : 7 (35%) : 5 (25%) 程度の比率を参考として、地域の実情に応じて定めることが必要であるとの考えが示された。しかしながら新参酌標準 (2007 年度目標) では 8 : 5.9 : 3.2 と、指定介護療養型医療施設の比率が大幅に減少している。それぞれの病床数を図 10 - 1 に示す。

図 10 - 1 現行参酌標準 (2004 年度目標) と新参酌標準 (2007 年度目標) の比較
(数字は、65 歳以上人口を現行 2472.2 万人、新 2695.9 万人とした場合の收容人員 (万人) を表す)

(単位 : 万)



2. 介護保険創設の目的

介護保険創設の目的は以下の通りである。

- (1) 介護について社会全体で考える。
- (2) 社会保険方式により給付と負担の関係を明確にする。
- (3) 利用者の選択により、多様な供給者からサービスを受けられるようにする。
- (4) 介護を医療保険から分離し、いわゆる社会的入院解消の条件整備をはかるなど社会保障構造改革の第一歩とする。

3. 介護保険の導入経緯

介護保険導入の経緯は以下の通りである。

- ・1997年12月 介護保険法公布。
- ・1998年8月 市町村における要介護老人の人員把握作業及び介護サービスの提供量の把握作業始まる。各都道府県の介護療養型医療施設の必要量が決められる。
- ・1998年9月 介護支援専門員（ケアマネジャー）試験開始。
- ・1999年4月 介護サービス実施事業者の指定作業開始。
- ・1999年8月 介護報酬の仮単価が示される。地域差については「1点単価を、施設：10円～10.60円、在宅：10円～10.96円で評価」する。
- ・1999年10月 要介護認定作業始まる（在宅が先行）。指定介護療養型医療施設の指定申請開始。
- ・2000年2月 介護報酬が決定される。各都道府県の事業計画が策定される。
- ・2000年4月 介護保険制度実施。

4. 介護保険制度の問題点

(1) 制度運営上の問題点

1) 介護保険制度の設計上の特徴と留意点

給付の限度：現行の医療保険は出来高払い制度を原則としており、医療の必要性に応じて給付が認められる。しかし介護保険では認定された要介護度に応じて支給額（上限）が定められる。

介護認定の公正さ：介護認定においては、科学性、再現性、信頼性が必要とされる。

既存サービスとの調整：福祉における措置では、本人の状態と家族の介護能力などが勘案されるが、介護保険は本人の状態だけで要介護度が決定される。したがって既存サービスとの調整が必要である。

サービスの提供については契約書が必要：介護保険では、サービスの提供の開始に際し、その内容を説明し同意を得た上で、文書により契約を交わすことが必要である。

身体拘束の禁止：特別な理由を除き、身体拘束その他患者の行動を制限する行為を禁止することが規定された。行動の制限を行う場合には、明確に記録を残すことが必要となる。

2) 介護サービスの質の確保

介護保険では利用者の代理人（エージェント）としてケアマネージャーが導入されている。ケアマネージャーがエージェント機能を発揮するには、ケアマネージャーの系統的な教育、地域の介護サービス提供者の質の評価を含む情報の整備、介護サービス提供者からの独立が確保される必要がある。また病院と同様に、介護施設について第三者による機能評価制度を確立する必要がある。

指定介護福祉施設、介護老人保健施設は看護・介護体制が3：1までであり、重介護者および医療度の高い要介護者には十分な対応はできない。介護療養型医療施設の2：1体制は利用費が高いとの理由により2003年度で廃止される予定である。先進諸外国においては、およそ1：1～2：1の人員配置がなされている。介護度が高く医療度の高い、あるいは継続したりハビリテーションが必要な利用者などにも対応でき、かつ良質な医療サービスを提供するには、介護療養型医療施設における看護・介護体制2：1以上が不可欠である。2：1体制を、今後とも維持する必要がある。

3) 介護サービス量の確保

ホームヘルパー、ケアマネージャーの員数および習熟度の不足が危惧される。在宅も含め280万人の要介護者などの介護サービスを担う要員をどのように教育養成し、供給量を確保するかが重要な課題である。良質なケアマネージャー、看護師、介護員、ホームヘルパーなどを確保するためには魅力的な職場でなければならない。反面、厚い待遇は費用の増大をもたらすことになり、その財源が確保される必要がある。

4) 介護ニーズに基づく整備目標の設定

病院の指定介護療養型医療施設への指定申請が全国的にみると低調である。低調な指定申請が、実際の介護ニーズを反映したもののなのか、長期的なビジョンや介護・診療報酬の見通しが示されない中で、判断を躊躇したためかは不明である。指定申請が目標に到達しない状況が続くなか、国が示した2007年度目標の新参酌標準では指定介護療養型医療施設の整備目標の引き下げが行われた。この引き下げが介護ニーズを反映したもののか否かについて検討するとともに、病院経営者が適切な意思決定ができるよう、長期ビジョンの提示が必要である。

(2) 病院としての問題点

1) 医療病床と介護病床の区分

今後、急性期病院の平均在院日数が短縮し、病院数・病床数の減少、一般病床から療養病床への転換が進むことが考えられる。個々の医療機関においては、自院の医療・看護度、介護度および地域の状況を反映した病床選択をしなければならない。

病床区分を判断するには、まず自院の状況について正確な状況分析を行う必要がある。すなわち、現在の平均在院日数と要介護老人の入院状況を考慮し、今後の自院運営のあり方を考慮した上で、どう機能分化していくかを考える必要がある。地域の中核病院としての役割を担っているならば急性期病院がよい。一方、プライマリーケアを中心に地域のニーズに対応し、あるいは長期療養を中心に運営しているならば療養病床を考慮する。

今後は療養病床は、回復期リハビリテーション病棟、特殊疾患療養病棟（対象疾病を拡大したもの）、緩和ケア病棟に機能分化が図られることに留意する。現状の一般病棟、特例許可老人病棟で新基準に対応できない場合は介護施設へ転換し、診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、在宅介護支援センターなどを併設し、地域の在宅支援を担う展開も考えられる。また地域によっては、既に指定介護療養型医療施設の必要数の上限に達しているところもあり、医療保険型療養病床や、転換型の老健施設、あるいは有料老人ホームなどへの転換も選択肢に入れる必要がある。

2) 内科的急性増悪・終末期医療の対応

指定介護療養型医療施設では長期間の入院中に急性増悪あるいは終末期を迎えることも予想される。指定介護療養型医療施設は、他の介護施設と異なり相当程度の医療の提供が可能で、入院者の急性増悪あるいは終末期医療への対応も可能であると思われる。指定介護療養型医療施設においても、入院者の急性増悪に対して対応できるよう環境整備が図られる必要がある。

(3) 介護施設再編成と要介護度の分類詳細化

指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設は設立の目的も機能も異なっている。医療機能については、指定介護療養型医療施設、介護老人保健施設では施設スタッフにより一定程度の医療サービスの提供が可能であり、その費用は入院・入所費用に含まれ、介護保険より支払われる。指定介護老人福祉施設においては、入所者が医療を受ける場合には外部の医療機関スタッフにより医療サービスの提供が行われ、その費用は医療保険から支払われる。これらは制度として整合を欠く部分があり、今後検討される必要がある。

現在用いられている要介護度は、身体機能と精神機能を区別しておらず状態像が細分化されていない。将来的には、身体機能、精神機能、医療度に基づいて、より詳細な状態分類を確立し、それぞれの状態像に対応した機能を有するか否かで介護施設の再分類、機能分化を図るべきである。また介護施設における医療のあり方についても、その内容、支払方法などあわせて検討される必要がある。

(4) 報酬の問題

介護施設の収入は、平均要介護度及び介護報酬によって決定される。介護報酬の決定においては以下の事柄が考慮されることが望ましい。すなわち、

1) 利用者の要介護度および業務量を反映したものであること。現在の分類では状態像を適切に

反映しておらず、業務量を算出することは困難である。より詳細な分類に基づく、報酬の算定が必要である。

2) 介護保険経営実態調査などのデータに基づき、医師・看護職員・介護職員などの人件費、減価償却費、医療関連費、諸経費などの実態を反映したものであること。また地域差を適切に反映し、各施設類型間の整合性に配慮したものであること。

第 11 章 病院と地域連携（ネットワーク）

従来の医療提供体制は、集団が集団を診る体制であり、えてして提供側の立場に立った検討がなされ、結果として画一的、集団的な対応となることが多かった。今後の医療提供体制においては、個人を単位として、そのライフステージごとに疾病のリスクを軽減および疾病発生時には治療を行い、かつ必要とされる医療サービスはそれぞれに対応した医療機関が提供するものでなければならない。そのためには医療機関のオープン化、ネットワーク化および、それを支えるIT技術の大々的な導入が不可欠である。

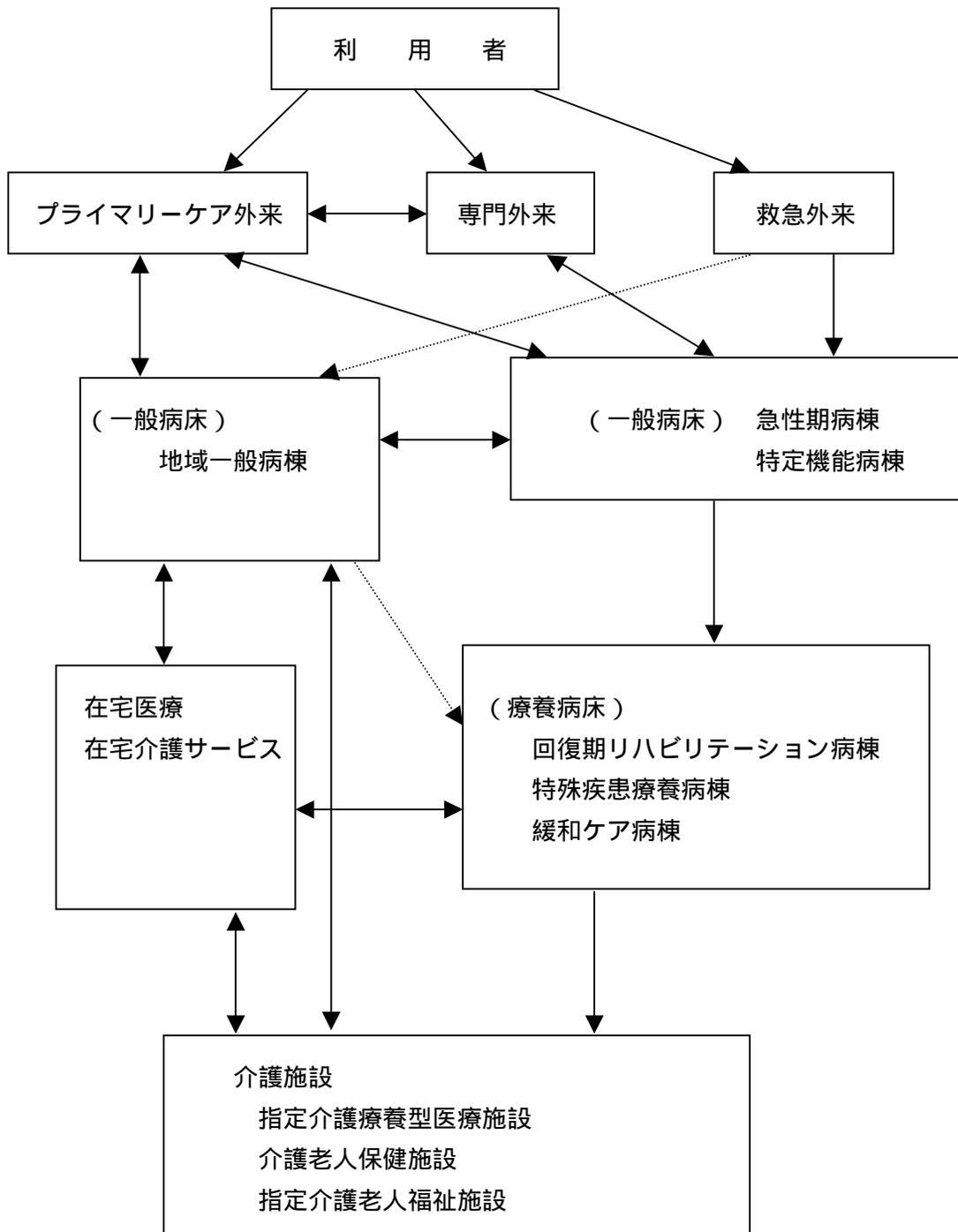
人口の高齢化、国民の医療ニーズの多様化が進んだ今日において、高度先進医療を行う医療施設を頂点とする医療機関の格付けの思想は通用しない。疾病は急性期から慢性期へ、そして医療から介護へと継続するものであるが、これに基づいて医療形態の優劣・序列を論ずることは意味がない。医療と介護を合わせ含めてヘルスケアという概念を持ち、どのように地域社会でネットワークを構築するかが課題となっている。個々の施設がどの分野に特化するか、またどの範囲のニーズに対応するかは、あくまで地域の事情と、その施設の経営判断によるものであり、優劣を示すものではない。医療制度改革に伴う急性期医療、慢性期医療の区分の導入は、介護保険制度の修正変更の流れをもあわせ、施設機能の分化を促進するものである。経営的な観点からは、急性期医療から慢性期医療、そして在宅医療へと続く病状・病期に従った施設体系の中で、各々の施設が自院の役割に見合った機能を強化し、患者のニーズに応じた確に流れに乗ることが必要である。図 11 - 1 に地域における医療、介護のネットワークをシェーマで示す。

一つの法人内でネットワークが完結することは極めて困難であるので、地域内での他の医療機関、介護施設、介護サービス事業所、行政機関と連携をとることにより施設体系化を行い、その仕組みの一部として自らを機能させる必要がある。いずれの機能を分担するかは地域内での自らの現状を的確に分析した後に、リーダーシップを発揮して積極的にネットワーク作りに参加すべきである。ここで重要なことは急性期を主体とした施設が慢性期施設を下請的に利用するのではなく、急性増悪した場合の対応をすみやかに行う体制も確立しなければならない。要介護老人、慢性期患者の急性増悪に対する受け入れを回避するような事態が生ずればネットワークは機能しなくなる。

多くの施設が集まり連携を取っていくためにはこれらを調整する仕組みが必要となる。従って、ネットワークが円滑に機能するためには、相互に努力を行う必要がある。個々の患者、要介護者の状態を把握し、どの施設が適当であるかを判断し、すみやかに受け渡しを行うためには専任の担当者（ケースマネージャー・MSW 等）の配置が必要である。介護保険制度においては介護施設にケアマネージャーの配置が義務付けられているが、現在多くの急性期病院において、治療の内容、退院時期、退院先などの情報を集約し、患者及び家族と相談し、退院後のサービス提供に関する情報を提供する専任担当者の配置が不十分である。専任担当者は診療報酬を生み出さない非採算部門と考えがちであるが、地域医療の連携（ネットワーク）作りには不可欠な部門であり、早急に整備する必要がある。専任担当者の連携（ネットワーク）は地域医療にとって大きな力を発揮することになる。

本報告書に示した「地域一般病棟」は、地域に密着した医療機関・介護施設等とのネットワーク機能が主体であり、在宅医療の後方支援・急性期病棟からの受け入れ等を行うことを想定している。地域医療・介護ネットワークの構築に極めて有効と考えられる。

図 1 1 - 1 地域における医療、介護の連携（ネットワーク）



第 12 章 医療制度改革への提言と今後の病院経営

日本の医療は、戦後の混乱期に民間資本を活用し、量的な整備、良好なアクセスを確保することがまず図られた。特に、診療報酬支払い方式としては医療機関の経済的リスクの少ない出来高払い制度が採用され、また国民皆保険制度が、医療機関へのアクセスを良好なものとし、また医療機関の側からは患者の経済状態をあまり考慮することなく医療の提供を可能にした。

これは医療供給体制の量的な充足を図るには有効な手法ではあるが、医療の質や効率性を無視した支払い方式である。また、診療情報の整備・公開も十分に行なわれていないことがあいまって、価値観や医療に対する要望の多様化にも対応していない。日本の経済・財政の逼迫、価値観の多様化とともにその矛盾が表面化している。医療の質をより重視した、かつ効率的な医療提供体制が構築される必要がある。

全日病内に、1998年に病院のあり方委員会が設立され、医療制度について包括的な議論を行なった契機は、直接的には介護保険制度の導入であった。議論の結果は、全日病としての基本原理の変革、会員の意識改革なくしては、もはや良質な医療を提供することは出来ず、患者や国民の支持を引き続いて得ることはできず、存在価値がなくなる可能性があるとするものであった。1998年版報告書が提議した課題については全日病関係委員会で検討を進め、その結果を2000年版報告書に示した。関係委員会の各種活動成果は報告書、モノグラムなどにまとめられ公表されている。この間、医療制度改革に向けた動きが急速に現実化しつつあり、行政・医師会・病院団体など関係団体による試案が相次いで公表されるにいたっている。1998年版、2000年版報告書に示した全日病の医療制度改革についての提言、および関係委員会の活動は、医療制度改革を行なうにあたって終始重要な位置を占めてきたことは、病院のあり方委員会として内外に対する職責を果たしたものとして評価されよう。本2002年版報告書では、医療制度改革が現実化する中で、更に細部にわたって検討を行なった結果を示した。詳細については、各章に示すが、病院のあり方委員会は全日病・会員病院及び国民・関係各団体に対して以下の提言を行なう。

1．医療の質向上のための仕組みづくり

質の高い医療を提供するために、医療の質を評価する手法を開発し、診断と治療の標準的な指針や基準を開発することが急務である。各学会などと協同しての診療指針作成、アウトカム評価事業の確立などを行う必要がある。また会員病院が医療の質向上活動を行うに当たって、その支援のための仕組み作りが必要である。

情報システムの構築、データベースの構築は全日病が自ら率先して行うとともに、関係他団体にもその構築・活用を呼びかけ、また会員病院には情報システムの導入が円滑に行われるような仕組み作りを行う必要がある。

2．医療安全のための第三者機関の設置

医療事故についての情報を収集し、防止策を立案、その病院への導入を支援するための第三者機関（仮称：医療安全情報センター）の設置が必要である。医療事故の報告システムが有効に機能するためには、事故報告が、プライバシーの守秘、免責、自発的に、かつ独立した組織に対して行われる必要がある。必要な立法化を含めて環境整備が行われる必要がある。また、裁判以外の方法による医療紛争の迅速な解決を目的とした第三者機関（仮称：医療事故情報センター）の設置も検討される必要がある。

3．医療機能の分化の更なる促進と、機能に応じた基準の設定

質が高く効率的な医療提供体制を構築するためには、病院の機能分化が行われ、それぞれの機能が内外に周知され病院選択に反映される必要がある。また機能に応じた、施設・人員などの基準、医療内容の評価基準が定められ、また診療報酬支払制度にも反映されなければならない。本報告書では、今後の病院種別として、急性期3種別・慢性期3種別の分類を病棟単位に行うことが望ましく、また介護施設においては現在の要介護度をさらに病態ごとに分類の詳細化を行い、それに対応した施設種別の設定が望ましいと提案した。これについて更に検討が進められる必要がある。また外来機能については4機能に分類した。これも診療所・病院を含めて、外来機能として基準を定め、診療報酬体系を定めることが望ましい。医療機能に基づいた分類においては、同じ医療機能を果たす部門については、原則として同一の施設・人員基準を適用することが望ましい。

4．医療提供体制についての常設の調査・分析・検討組織（シンクタンク）の設置

医療は産業分野としては極めて大きい分野である。したがって、望ましい医療提供体制について検討し、これを実現することは、社会的にも重要な課題である。現在、医療提供体制についての検討は行政・医師会・病院団体・保険者などで行われているが、通常、担当者は任期が年限として限られていることが多い。医療政策・医療システム評価・医療経済などについての情報を定期的に収集し、分析し、政策として提言できる組織は極めて限られている。常設の検討組織（シンクタンク）を設立し、医療提供体制、医療の質、診療報酬支払制度などの重要な問題について、定期的な情報収集・集計、重要課題についての受託研究、政策の作成と導入支援が行われるべきである。このようなシンクタンクは、異なった立場から複数設立されることが望ましい。

5．適切な診療報酬体系の構築

それぞれの医療機能に対応した診療報酬体系を構築することが重要である。特に診療報酬支払方式は医療の内容を規定することから、最新の医療内容を反映すること、医療の質向上への動機付けを与えること、データに基づいて定められていること、関係者や社会の納得が得られるものであること、が重要である。現在の、診療報酬決定の方式ではこれらの要件が十分に満

たされておらず、特に医療以外の方の納得を得ることが困難であり、医療に対する信頼や魅力を減じるものとなっている。医療原価についての定期的な調査を含めて、診療報酬体系の構築・改定は調査・分析・検討組織の重要な課題である。

6．資金調達環境の整備

医療は高度な科学性と労働集約的である二面性を併せ持つ産業である。また歴史的に、医療の提供は社会保障の一環として、公的な色彩が強いとして、構造的に収益が低く抑えられており、また制度面からも資金調達の方法が限られている。反面、社会情勢の変化に伴い、価値観の多様化と医療技術の成熟化に伴って、社会の医療に対する要求水準は、多様でかつ高度なものとなっている。

安全な医療システムの開発、医療情報の整備・活用、24時間体制の救急医療の提供、快適な療養環境の提供などは、現在の社会が医療に期待するものである。医療関係者はこれに対応する責務を有するが、同時に整備のための費用を必要とすることを社会に対して説明し、資金調達のための方策を提案し議論に供することも必要である。

医療を重要なサービス産業と位置付けるならば、投資を促進するための環境整備を行うべきである。多様な資金調達の方策を検討するとともに、投資の阻害要因を明らかにしてその対策を講じる必要がある。特に、頻回の施設基準改定、長期ビジョンが明らかにされないままの診療報酬改訂、診療報酬で評価しない医療の質についての情報整備などは重要な阻害要因であると思われる。また、設立主体ではなく、医療機能と業績に基づいた資源の配分を行うという原則を確立する必要がある。

おわりに

本報告書は、現在進行している社会の構造変化、医療制度改革にあたって、全日病として、目標とすべき医療提供体制についての検討結果をまとめたものである。医療が、高度化し多様化する社会の期待に応え、重要な産業分野であり続けること、また医療で働く人々が誇りを持って日々の業務に従事できることが我々の大きな目標である。病院あり方委員会での検討は、医療は国民と医療人が協力して基盤整備をし、相互の信頼関係に基づいて、協同して構築するものであり、医療人はそのために社会に対して、現状、問題点、改善策などを明らかにし、改善へ向けてイニシアティブを取る責任を有する、との認識に基づいて行われた。

今回は、前回の7つの提言のうち、既に達成されたもの、より大きな枠組みで検討した方がよいもの、などを整理して6つの提言としてまとめた。これらは全日病の活動方針を示すべきものであると同時に、会員病院がこの方針に基づいて個々の経営方針を策定し実践することを期待し、またそのための支援を全日病として行うものである。

参考資料 1 : 全日本病院協会 委員会構成一覧

委員会名	内容
総務委員会	会務全般、総務
財務委員会	財務全般
諸規定委員会	定款、会則管理
企画室委員会	会務の企画、会員増強
広報委員会	広報、全日病ニュース、ホームページ運営
病院のあり方委員会	病院に関すること、医療制度改革全般
医療制度・税制委員会	医療提供体制、病院に関わる税制
医療保険・診療報酬委員会	診療報酬制度、医療保険制度
医療の質向上 (DRG・TQM) 委員会	医療の質向上、DRG、総合的質経営
介護保険制度委員会	介護保険制度、介護報酬
医療従事者委員会	医療従事者対策、無料職業紹介事業
医療安全対策委員会	医療安全対策
病院機能評価委員会	病院機能評価
学術委員会	全日病学会、全日病雑誌、ブロック研修会
救急・防災委員会	救急医療、災害対策
国際交流委員会	国際交流、ハワイ研修旅行
人間ドック委員会	人間ドック事業
医療事務技能審査委員会	医療事務技能認定
感染症対策・病院環境改善委員会	感染症対策

参考資料 2 : 医療安全対策評価項目

東京都病院協会 医療安全推進委員会編

組織管理（医療事故・安全に関して）

- 1 . 医療従事者や患者の安全への配慮を組織の方針としている。
- 2 . 医療従事者や患者の安全に留意して、業務の仕組みを検討し実施している。
- 3 . 医療の安全に関する会（委員会など）が病院として設けられ機能している。
- 4 . インシデント・アクシデント報告の仕組みがある。
- 5 . インシデント・アクシデントをアクシデントの発生防止や影響の拡大防止に活用している。
- 6 . 職員や患者の安全に関して、研修・教育を実施している。

．組織管理（病院全般）

- 7 . 医療の質向上や改善活動を行っている。
- 8 . 業務を組織横断的に検討している。
- 9 . 自由に意見を述べる組織文化が確立されている。
- 10 . 職務分掌、責任の所在が明文化されている。
- 11 . 文書管理を系統的に行っている。
- 12 . 情報共有の仕組みがあり活用されている。
- 13 . 情報の伝達・連絡・連携・相談・報告に関して組織的に検討している。
- 14 . 業務の仕組みや業務の経過・結果に異常があった場合に対応する連絡体制がある。

．診療・看護

（1）療養上の世話・指導

- 15 . 患者の心身の状況を正確に把握している。
- 16 . 患者の心身の状況変化に的確に対応している。
- 17 . 患者の誤認防止のための仕組みが確立している。
- 18 . 障害者・高齢者や子供の特徴を考慮した支援のための仕組みがある。
- 19 . 障害者・高齢者や子供の身体的・生理的特徴を考慮した建築・設備である。
- 20 . 障害者・高齢者や子供の行動から起こる事故を想定した業務が行われている。
- 21 . 運動や入浴の制限が的確に行われている。
- 22 . 排泄物・流出物の性状の変化に留意している。
- 23 . 患者に検査や治療の経過や、起こりうる副作用を説明し、その徴候を伝えている。
- 24 . 患者の既往や経過を把握している。

（2）院内連携

- 25 . 患者の急変に際して院内の連携が取られている。
- 26 . 他科（部署）・他職種との連携体制を確立している。
- 27 . 相談や対診が必要に応じて行われている。
- 28 . 自院の機能・能力に応じた診療を行っている。
- 29 . 業務の引継ぎが確実に行われている。

(3) 治療・検査・手術

- 30 . 異型輸血を防ぐ対策を講じている。
- 31 . 病状や経過に合わせて患者に説明や指導が行われている。
- 32 . 体内に挿入したチューブの識別が可能である。
- 33 . 処置と確認（点検）が確実にされている。
- 34 . 病巣部位、処置・確認（点検）部位を確実に把握できる。
- 35 . 患者、検体の取り違えを防ぐ対策を講じている。
- 36 . 検査・処置・投薬などで、患者の状態による禁忌・注意事項を把握している。
- 37 . 手術・処置・検査・投薬などは、不測の自態を想定して行われている。
- 38 . 麻酔時・重症時は、常にバイタルサインを監視している。
- 39 . 使用物品を体内に遺残させない仕組みがある。
- 40 . 術後・処置後の患者の観察、監視が確実にされている。
- 41 . 機器の使用に伴う、熱傷・凍傷・圧迫障害などに留意している。

(4) 記録・伝達

- 42 . 指示・説明内容が確実に記録されている。
- 43 . 情報を正確に伝達する努力をしている。
- 44 . 記録が確実にされている。
- 45 . 業務の確認が容易に可能である。

(5) 感染防止

- 46 . 感染防止対策が行われている。
- 47 . 食中毒防止の措置が講じられている。
- 48 . 滅菌、消毒が確実にされている。

(6) 医薬品

- 49 . 注射・注入あるいは投与部位・手技・経路を確認している。
- 50 . 単位・容量・濃度と剤型を確認している。
- 51 . 重複投与、用量（最大投与量）禁忌などが把握されている。
- 52 . 名前や外観の似た薬を識別し確認している。
- 53 . 薬剤投与の各段階について責任が明確である。

(7) 医療材料・機器

- 54 . 医療材料・機器の点検、整備が定期的に行われている。
- 55 . 医療材料・機器の操作や保守方法を定期的に教育している。

病院のあり方委員会委員名簿

- 委員長 徳田 禎久 (医療法人禎心会病院理事長・院長)
- 副委員長 猪口 雄二 (医療法人財団寿康会病院理事長・院長)
- 委員 安藤 高朗 (医療法人社団永生会永生病院理事長・院長)
- 〃 飯田 修平 (財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院理事長・院長)
- 〃 大橋 正實 (医療法人耳鼻咽喉科麻生病院理事長・院長)
- 〃 川野 四郎 (医療法人杏風会川野病院理事長)
- 〃 木下 毅 (医療法人愛の会光風園病院理事長・院長)
- 〃 木村 厚 (医療法人社団一成会木村病院理事長・院長)
- 〃 松村 耕三 (財団法人磐城済世会松村総合病院理事長)
- 〃 宮城 敏夫 (医療法人仁愛会浦添総合病院理事長)
- 外部委員 長谷川 友紀 (東邦大学医学部公衆衛生学助教授)
- 副会長 天本 宏 (医療法人財団天翁会天本病院理事長)
- 〃 西澤 寛俊 (医療法人恵和会西岡病院理事長)

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