
はじめに

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。従って、医療に関する諸議論は、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。

社団法人全日本病院協会(以下:全日病)の責務は、医療を提供する約2,200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である。

全日病は、「関係者との信頼関係に基づいて、病院経営の質の向上に努め、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」という理念を達成するため、各委員会を中心に活動を重ねてきた。

病院のあり方に関する報告書は、1998年以来隔年発刊され、本報告書が5度目の報告であるが、全日病の具体的な活動の基本としてきた。

全日病は、これまでも報告書の中で、病院や病院団体のあり方や進むべき方向を示すと共に、具体的な方策を提示し、率先して自らを変革し、質向上・改善を推進する役割を果たすべく努力をしてきた。

本報告書は、これまで繰り返し述べた「病院の基本的あり方」に関する質・安全・情報などの重要性に加え、「医療提供体制のあり方」を国民、会員、医療関係者に示し、報告書の理解とそれに基づいた実践を強く求めるものである。

また、医療の環境整備と充実に向けて今後も全日病が自立・自律した組織として主体的に関わるという意思表示でもある。

社団法人全日本病院協会
会長 佐々 英達

病院のあり方に関する報告書 2007年版

はじめに

第1章 病院の基本的あり方

| | |
|-----------------------|----|
| 1 医療提供の理念 | 2 |
| (1) 医療とは何か | 2 |
| (2) 病院とは何か | 2 |
| (3) 医療の特性と特殊性 | 3 |
| (4) 医療提供の理念 | 3 |
| (5) 患者の権利の尊重 | 3 |
| (6) 最善の医療 | 3 |
| (7) 病院の社会的責任 | 4 |
| 2 組織の理念と組織管理 | 4 |
| (1) 理念と基本方針の策定 | 4 |
| (2) 倫理綱領・行動基準の必要性 | 4 |
| (3) 戦略目標・計画の策定 | 4 |
| (4) 病院における人事労務管理 | 5 |
| (5) 職員教育・研修 | 6 |
| (6) 医療における経営 | 6 |
| 3 医療における安全確保 | 8 |
| (1) 医療の質向上と安全確保 | 8 |
| (2) 医療事故と責任追及・原因追及 | 8 |
| (3) 危険管理 | 10 |
| 4 病院情報システムの構築 | 12 |
| (1) 情報化の意義と病院情報システム | 12 |
| (2) 病院情報システム導入における問題点 | 13 |
| (3) 病院情報システム導入の具体策 | 13 |
| (4) 情報活用の仕組み | 16 |
| (5) 今後の課題 | 16 |

第2章 医療の質向上

| | |
|--------------------------------|----|
| 1 社会の要請と医療の質向上 | 18 |
| 2 医療の質向上と標準化 | 19 |
| (1) 診療計画の標準化 | 19 |
| (2) 科学的根拠に基づいた医療(EBM)と診療ガイドライン | 20 |
| 3 医療の質向上活動の仕組みづくり | 20 |
| (1) 医療の質向上活動 | 20 |
| (2) 医療の質向上活動における留意事項 | 20 |
| 4 医療情報の開示と公開 | 21 |
| (1) 医療における信頼の創造 | 21 |
| (2) 診療情報の開示と個人情報保護 | 21 |
| (3) 会員病院の対応 | 21 |

| | |
|----------------|----|
| 5 医療の質の評価 | 22 |
| (1) 評価指標の開発 | 22 |
| (2) アウトカム評価事業 | 22 |
| (3) 患者満足と職員満足 | 23 |
| (4) 第三者機関による評価 | 23 |

第3章 医療提供のあり方と診療報酬

| | |
|------------------------|----|
| 1 医療制度改革および医療保険制度改革の概括 | 24 |
| (1) 歴史的背景 | 24 |
| (2) 医療制度改革の概要 | 24 |
| (3) 医療保険制度の今後の動向 | 30 |
| 2 医療提供のあり方 | 32 |
| (1) 外来機能のあり方 | 32 |
| (2) 入院機能のあり方 | 35 |
| (3) 地域における医療提供体制の確立と連携 | 40 |
| (4) 医療提供体制の変容 | 40 |
| 3 診療報酬体系のあり方 | 46 |
| (1) 望ましい診療報酬体系 | 46 |
| (2) 診療報酬と機能分化 | 47 |

第4章 介護提供のあり方と介護報酬

| | |
|---------------------|----|
| 1 社会保障としての介護保険制度 | 50 |
| (1) 介護保険制度の創設 | 50 |
| (2) 介護給付と提供の実態 | 50 |
| (3) 介護保険制度と療養病床の見直し | 50 |
| (4) 介護保険制度の問題点 | 51 |
| 2 介護提供のあり方 | 53 |
| (1) 居宅介護のあり方 | 53 |
| (2) 施設介護のあり方 | 53 |
| 3 介護報酬体系のあり方 | 55 |

第5章 終末期医療のあり方

| | |
|---------------------------|----|
| 1 日本と世界の「安楽死」に関する歴史的経過と現状 | 56 |
| 2 医療・介護の現場における終末期医療のあり方 | 57 |
| (1) 医療機関における心肺蘇生とリビング・ウィル | 57 |
| (2) ホスピスと緩和ケア | 57 |
| (3) 介護施設 | 57 |
| (4) 在宅 | 58 |

| | |
|----------------------|----|
| 3 リビング・ウィルと安楽死のあり方 | 58 |
| (1)リビング・ウィル | 58 |
| (2)消極的安楽死と積極的安楽死 | 58 |
| (3)消極的安楽死の法制化・ガイドライン | 58 |

第6章 全日本病院協会の今後の活動のあり方

| | |
|---------------------------|----|
| 1 これまでの活動と問題点 | 60 |
| 2 直近の課題 | 60 |
| 3 今後の活動のためのシンクタンクの創設 | 61 |
| (1)日本におけるシンクタンクの状況 | 61 |
| (2)米国シンクタンクの特徴 | 61 |
| (3)全日病におけるシンクタンクの必要性・設置目的 | 62 |

第7章 今後の医療・介護制度への提言と 全日病の取り組み

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1 医療・介護機能の分化と連携の促進 継続的ケアの確保 | 64 |
| 2 組織の質を継続的に高める 質・安全の評価測定と情報活用の仕組みづくり | 64 |
| 3 医療安全・医療事故対応のための第三者機関の設置 | 65 |
| 4 望ましい終末期医療に向けた教育・啓蒙とガイドラインの作成 | 65 |
| 5 地域特性を踏まえた医療提供体制と適切な診療報酬体系の構築 | 65 |

| | |
|------|----|
| おわりに | 67 |
|------|----|

| | |
|---|----|
| 【参考資料】 | 69 |
| 1 報告書に関連した全日病の事業(研修事業)調査研究活動の要約紹介(2004年版発行以降) | 70 |
| 2 病院における職員の教育研修のあり方と人事考課制度 | 73 |
| 3 2006年医療制度改革関連資料 | 80 |
| 4 医師と看護師の需給に関する動向 | 82 |
| 5 質に関する用語の解説 | 86 |
| 6 包括払い方式の課題 | 89 |
| 7 「療養病床の選択肢」および「2006年度介護報酬改定の概要」 | 92 |
| 8 「終末期医療に関するアンケート調査」報告(抜粋) | 94 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| 2007年版報告書作成にあたっての「病院のあり方委員会」開催状況 | 106 |
| (社)全日本病院協会 病院のあり方委員会 委員名簿 | 107 |

- 第1章 病院の基本的あり方
- 第2章 医療の質向上
- 第3章 医療提供のあり方と診療報酬
- 第4章 介護提供のあり方と介護報酬
- 第5章 終末期医療のあり方
- 第6章 全日本病院協会の今後の活動のあり方
- 第7章 今後の医療・介護制度への提言と
全日病の取り組み

第1章 病院の基本的あり方

1. 医療提供の理念

【1】医療とは何か

「医療とは何か」は法律(医療法)には定義されていない。定義できない理由は、国民の医療に求める質が、価値観の変化や、生活の質向上に応じて常に上がり続け、あるいは変わるからである。医療は文化そのものであり、国や地域によって、あるいは時代によって、制度が大きく異なる。「医療とは医学の社会的適用である」といわれる理由である。医療制度が常に変化し続ける理由がここにあるが、頻繁の改定を経て複雑となり、一般の国民はもとより、専門職にも理解しにくいものである。

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)である。Health Careは療養を意味し、保健・医療・福祉を含む。

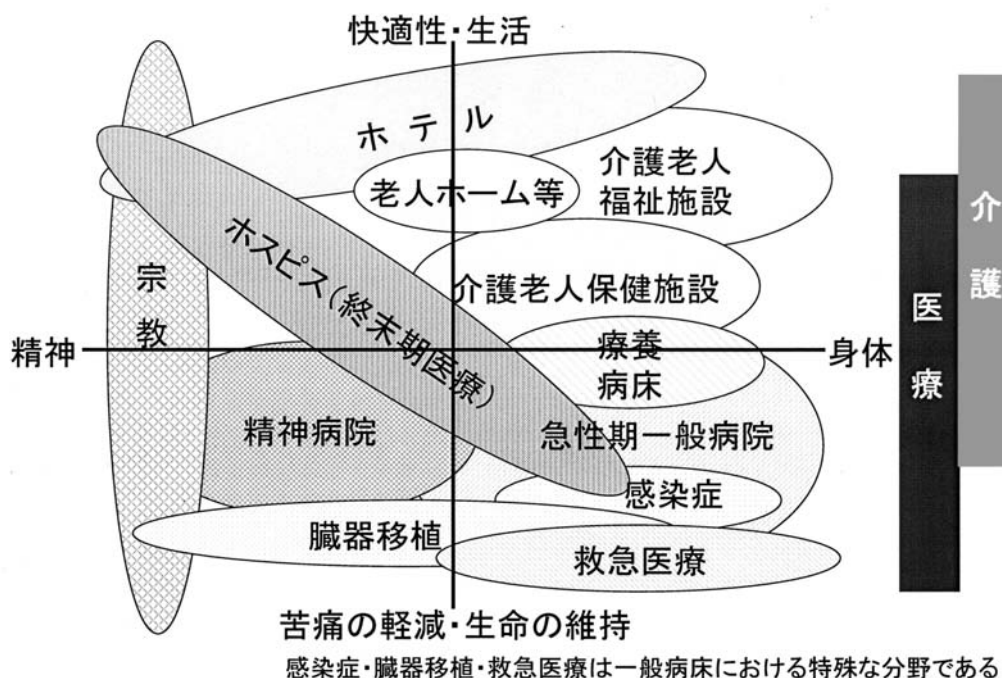
【2】病院とは何か

病院の定義は、国によって異なるが、病を患う人が入院する施設をいう。諸外国では、病床を有する施設を言い、病床数や入院期間を問わない。我が国では、病院の定義は、「病床数20以上の施設」であると、多くの人が誤解している。

確かに、医療法第1条の5には「20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう」とある。しかし、それは必要条件にすぎない。それに続く、「病院は、傷病者が、科学的かつ適正な診療を受けることができ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」という箇所が、より重要な規定であり、この十分条件を満たして初めて病院といえる。

科学的、適正、組織的な運営をせよ、総合的

医療の2元的側面



医療の2元的側面：医療には多面的な要素があるが、身体・精神と快適性・生命の維持の2つの軸に関して、どちらに重点を置くかという観点で表した。

質経営(TQM Total Quality Management)*¹が必要ということである。

【3】医療の特性と特殊性

医療の特性として、侵襲性*²、個別性、緊急性、地域性、不確実性、科学性と非科学性が挙げられる。質の高い医療を提供するためには、これらの特性を考慮した医療制度とその運営が必要である。

しかし、医療は特殊であるといって、問題解決を回避し、あるいは、できないという口実に使われることが多い。確かに医療特有の特徴や特性はあるが、社会活動あるいは組織運営という観点からは、一般企業や一般産業と共通する点が多い。この観点に立てば、多くの問題を解決する可能性があることを、我々医療人は認識しなければならない。

【4】医療提供の理念

法律で規定されるまでもなく、医療提供の主体である病院あるいは病院団体には、それぞれの組織の理念がある。

医療を受ける対象は、基本的に、心身の健康に関する悩みや問題や希望を持っている。したがって、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、さらに、健康を維持し増進することである。

どのように医療を提供すべきかは、受療者の立場に立つと自ずと導き出される。すなわち、患者志向であり、質管理という顧客志向である。

医療提供の主体としての国の理念が必要である。1992年の第2次医療法改正で初めて医療提供の理念が医療法第1条に記載された。

2006年の第5次医療法改正法では、『(1)「医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項」、「医療の安全を確保するために必要な事項」および「医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項」をこの法律に定める事項として追加するとともに、「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」をこの法律の目的として明

記すること』と、さらに踏み込んだ内容となった。

医療従事者、病院、病院団体、職能団体は、この追記事項を重く受け止めなければならない。1992年の理念規定が実現していないと指摘されていることを意味するからである。

医療提供の理念を実現する唯一の方策は、組織を挙げて継続的な質向上に努めることである。すなわち、これまでの本報告書で推奨してきた、質を重視した病院運営、質重視の経営(TQM)を導入することが必要であることを自覚しなければならない。

【5】患者の権利の尊重

国民や患者の価値観の多様化と権利意識が急速に高まり、医療機関は、患者の選択権や決定権をより尊重しなければならない。

第1に求められているのが、患者が選択するために必要な、医療機関に関する情報の整備・公開である。第2には、患者の診療情報の開示である。

患者の知る権利を尊重するだけではない。個人情報保護法の施行によって、患者に関する情報の制御権が求められている。医療機関は、個人情報取扱事業者として、今まで以上に、個人情報の保護と情報開示に留意しなければならない。

また、病院経営や医療内容の透明性を確保し、説明責任を果たすことが最重要課題であるが、権利擁護という受け身の対応では不十分であり、患者との間に信頼を創造するという観点から積極的に取り組むことが大切である。地域や患者が安心し、信頼できるよう種々の情報開示を行い、分かりやすく、質の高い医療を継続して提供することが必要である。

【6】最善の医療

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。最善の医療とは、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、その時点でもっとも有効と思われる医療を可能なかぎり提供することである。さらに、他の医療機関と連携し

* 1 総合的質経営(Total Quality Management)

質重視の経営、すなわち、経営組織の総合的な質向上を追求する実践活動。一般にはTQMと略称する。医療ではMQI(Medical Quality Improvement = 医療の質向上活動)という概念を用いることもある。第2章3(2)医療の質向上活動における留意事項を参照

* 2 侵襲性

検査や手術等治療にともなって身体に傷をつけるなど患者に負担をかけるという性質

て、地域における医療提供の継続性を確保することである。同時に、患者も医療従事者も安心でき、医療従事者が誇りを持って行う医療である。

全日病は、医療の質向上の実現に向けて、医療機関と医療従事者を支援する考えである。

【7】病院の社会的責任

医療は社会性、すなわち、他の分野との関係をもっている。社会性をもつということは、その組織(社会)の構成員が、安全と便益(自由と権利)を享受する代わりに、個人としても、組織としても、社会の一員であるという自覚をもち、

社会的な使命や役割(責任と義務)を果たさなければならないことを意味する。今、医療界に求められているのが、「社会の中の医療」という位置づけである。

社会資源としての病院の第1の責任は医療提供の継続性である。医療提供の継続性には3つの意味がある。個々の病院における継続的な提供、地域連携による継続的な提供、医療から介護、社会復帰にいたる継続性の確保であり、機能分担・連携や患者の要望に応じた継続性を確保することである。

第2の責任は、病院を科学的かつ組織的に運営し、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ることである。

2. 組織の理念と組織管理

【1】理念と基本方針の策定

組織とは、共通の目的を達成するために複数の人々が協働する場である。その共通の目的が理念である。組織の責任者がまず行うべきことは、理念を制定し、職員、患者や地域に明示し、理念にもとづいて基本方針を打ち出すことである。

とくに、病院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。

一方、職員は、自分自身に付加価値をつけて自己実現を図りつつ、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。

【2】倫理綱領・行動基準の必要性

医療も社会活動の1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は相反するものではなく、両者は車の両輪の関係にある。理念や基本方針にもとづいて、倫理綱領あるいは行動基準を策定する必要がある。

行動基準は倫理綱領あるいは行動の綱領、行動指針、行動規範、行動憲章などとも呼ばれる。その組織の価値観を明示し、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。理念は抽象度の高い表現

がとられるが、倫理綱領・行動基準は具体的に組織活動の方策を示すものであり、明文化し、すべての組織構成員に周知徹底される必要がある。各職種・各部署は、組織の理念・目的を具体化し、状況を判断して行動することが求められる。

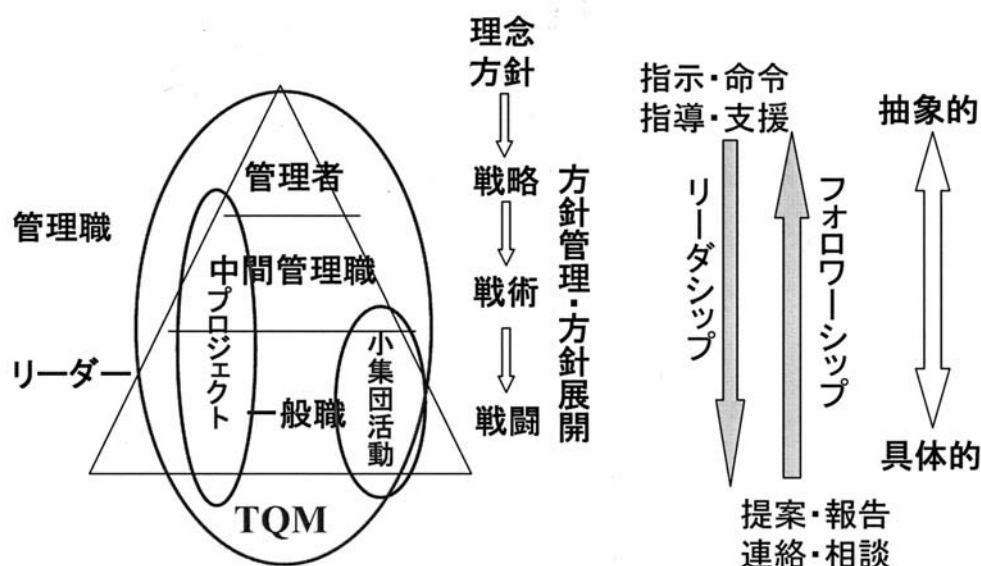
したがって、倫理綱領・行動基準は実態に合わせて定期的に見直す必要がある。個々の詳細な手続きである就業規則等の諸規定や各種手順(マニュアル)なども同様である。

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、信用が失墜し、組織の存立が危うくなる場合がある。倫理綱領・行動基準は、病院がそうした危機におちいる可能性を減じることができる。

【3】戦略目標・計画の策定

一般企業と同様に病院に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、長期の戦略策定、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ある。

社会生活一般に言えるが、自分の思うように物事が進むことはない。関係者にもそれぞれの考えや都合があるからである。また、物・金・時間・人等、様々の制限があるからである。これらの制限のある要素を経営資源という。経営とは制約条件の中で、組織を運営することである。理念を実現するための組織運営の方針を戦



組織運営：組織運営の基本は、組織の理念と方針を明示し、それに基づいて管理職が経営戦略を策定し、中間管理職が戦術に落とし込み、現場職員（一般職）が業務を遂行するものである。これを方針展開という。この流れが上流ほど抽象的であり、現場に近いほど具体的でなければならない。それぞれの段階で、目標を設定して業務を遂行し、結果を評価しなければならない。これを目標管理という。

略という。戦略を部門や部署ごとに具体的に展開し、計画することを戦術策定という。実際に現場で業務を行うためには、さらに、作業レベルまで具体化して、実践（戦闘）しなければならない。この一連の方法を方針展開・方針管理と呼ぶ。

役割を果たすために、各部署、各人が目標を定めて業務を遂行することを目標管理という。方針管理と目標管理は車の両輪である。バランス・スコアカード（BSC）³は、車の両輪をまわす方法である。

【4】病院における人事労務管理

「組織（企業）は人なり」というように、もっとも重要な経営資源は人である。組織の質は職員の質であり、組織経営の根幹は人事労務管理である。「人事なくして経営なし」といっても過言ではない。人は使いよう（人事労務管理）であり、使われよう（勤労意欲・勤労態度）である。

顧客満足（CS Customer Satisfaction）を得るためには、職員満足（ES Employee Satis-

faction）がなければならない。すなわち、職員がやりがい、働きがいを感じて仕事をするのが重要である。人事担当者は、職員が何を望み、どうしたら生き生きと働くことができるのかを考えなければならない。

組織は、理念、目的、方針、目標にもとづいて、経営全体の中で人事労務管理を考えなければならない。対症療法、小手先の対応ではなく、戦略的、大局的に考えなければならない。

人事考課制度、職能資格制度、退職金制度、職能開発制度等の人事労務管理制度は、本来、自院の理念、目的、方針を展開する手段であり、自院にふさわしい形態、内容、運用にすることが肝要である。コンサルタントなどの助力を得る場合であっても、コンサルタント任せにするのではなく、職員が協同して作ることが重要である。作成を任せきりにすると、運用の段階で行き詰まることになる。

右肩上がりの経済成長の時代には、従業員への利益の配分ができた。先行きが不透明で、低成長あるいはマイナス成長（医療費削減）の今こそ、労使が協調し、組織をあげて変化に対応する方策を検討し、実行しなければならない。時

* 3 バランス・スコアカード（BSC）

アメリカで開発された、戦略を遂行するための具体的な計画を設定し、統制するための経営管理手法。バランスとは、基盤整備・業務プロセス・顧客・財務の4つの視点のバランス、過去と現在のバランス、財務と非財務のバランス等をいう。昨今、病院経営の新たな手法として関心を集めている。

代の変化が激しくなればなるほど、迅速かつ的確に、判断し、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る。臨機応変の対応をするためには、どのような手段や方法でそれを実現するかを、行動指針や就業規則などに具体的に示さなければならない。

処遇を給与規定、退職金規程、人事考課制度などで詳細に明示して、職員の働く意欲を引き出すことが必要である。労組対策としてではなく、教育研修制度と連携した人材育成としての人事労務管理、人事考課制度の構築が必要である。

【5】職員教育・研修

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、ほぼすべての業務の現場でサービスが提供され、やり直しがきかないことである。全職員の質が問われるので、他の産業以上に、より一層の職員研修・教育が重要になる。

病院では、多職種、多部署で並行して業務が行われている。患者も職員も時間・空間的に移動し、しかも、患者の状態は常に変化する。この状況においても、常に、柔軟に対応できる職員の養成が必要である。質の高い医療の提供、経済的成果の追求、法令遵守、社会的責任を教育しなければならない。倫理的観点を無視した目先の利益の追求は、長期的には信用を失墜し、経済的不利益をこうむることになる。

【6】医療における経営

ア) 医療と経営

組織を運営することを経営と呼ぶ。診療と病院経営は別次元のものと考え、「生命は金に換算できない」ことを理由に、経営、特に経済への言及を忌避する傾向が医療界にある。「医療は特殊である」ので一般企業と同じようには論じられないという考え方も、医療不信を招来する一因である。「医療は特殊である」というのであれば、「医療は特殊である」からこそ、一般企業以上に社会的責任を果たさなければならないという考え方でなければ、国民は納得しないだろう。

医療とは「健康に関するお世話(Health Care)」をいい、病院の業務のすべて、すなわち、診療を含む病院運営の全体を一体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・設備の整備や良質な人材の確保ができず、良質な医療を提供することはできない。営利組織だけでなく、非営利組織にも経営があり、医

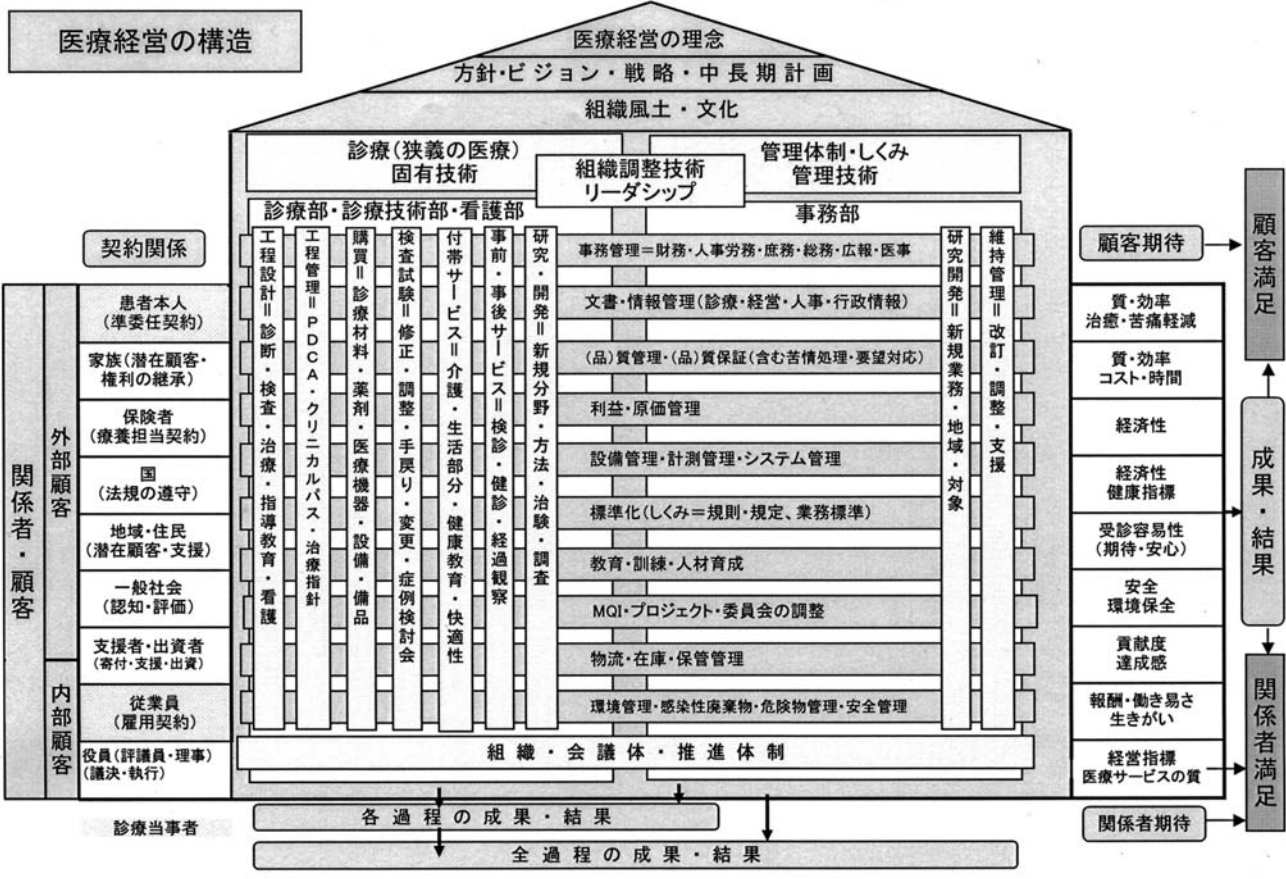
療の質向上とともに経営の効率化に努めなければならない。

イ) 経営者の意識改革

従来の考え方や方法に固執するのではなく、状況の変化に応じて柔軟に経営(病院運営)に当たらなければ時代の変化に対応できない。変革の時代に組織が生き残るためには、質を重視した総合的質経営(TQM)が必須であり、病院においては「医療の質向上活動」を行う必要がある(第2章参照)。

組織革新は形式的な取り組みではできない。現場の努力だけではなく、組織をあげて、経営戦略として取り組まなければならない。病院管理者が第1に行うべき仕事は、自分自身の教育と意識改革である。経営者に明確な目的とTQMを実施するという強い意志が必須である。意識改革にあたっては、「率先垂範」し、「信頼の創造は組織内から始め」、自分の組織の理念や方針に合った方法で行うことが重要である。

医療経営の構造



各過程を含む全過程で評価される。
外部顧客のみならず、内部顧客を含む全関係者から評価される。

医療経営の構造：医療経営(医療機関の運営)は複雑である。組織一般に言えることであるが、組織は、理念・方針に基づき、方針・戦略を策定し、組織風土に基づいて運営される。利害関係者をステークホルダーというが、質管理の言葉では顧客という。内部顧客と外部顧客がある。これらは、契約関係にある者といえる(図左端)。関係者が期待するものは顧客要求といい、立場により様々である(図右端)。サービス業である医療(経営)の質は最終結果だけではなく、業務の各段階で評価される。業務は診療に代表される専門技術と、それを運用する体制である管理技術に区分される。図の中央は、内部の仕組みを表している。

3. 医療における安全確保

【1】医療の質向上と安全確保

安全は「当たり前品質」*4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。マイナスの解消、すなわち医療事故防止対策(危険管理 Risk Management)としてではなく、プラスの促進、すなわち医療安全確保(安全管理 Safety Management)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、医療従事者や地域にとっても重要である。患者の安全確保と医療従事者の安全確保は表裏一体であるからである。

医療の安全を保証するために、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には、失敗しても被害を最小化する、失敗しても被害を出さない、失敗を繰り返さない(再発防止)、失敗しない(未然防止)質向上を図る、の各段階について対応が必要である。

安全確保、事故の未然防止の具体的方法は、組織の理念、基本方針、目標を明示して、業務遂行能力のある職員に、役割、責任を認識させ、権限と必要な資源や場を提供し、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、結果を評価し、教育をすることである。

具体的に行動する際には、品質管理の手法として開発されたFMEA(故障モード影響解析 Failure Mode and Effects Analysis)やRCA(根本原因分析 Root Cause Analysis)が有用である。

関係する部署の職員が組織横断的なプロジェクトチームを作って取り組むことが重要である。

この過程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、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。

安全確保の基礎は質向上にある。総合的質経営(TQM)の医療への導入・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り、四病院団体協議会*5による医療安全管理者養成講習の企画・推進、医療の質に関するシンポジウムの共催、医療の質奨励賞の設立などを行っている。

2006年から診療報酬において医療安全が評価されるようになった。一定の研修を受けた専従職員の配置が必要であり、現在、医療、看護など各団体が別個に行っている医療安全推進者の研修プログラムの標準化が進められている。四病院団体協議会の6日間の研修(講習4日間、実習2日間+課題)は、標準化にあたっての基本的なモデルになっている。

【2】医療事故と責任追及・原因追及

ア) 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(incident、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、前者をとくに医療過誤(medical error)という。医療過誤は適切な対策を講じることにより、発生の減少または防止が可能である。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(incident、close call、near miss)という。

医療においては、健康や生命に関わるということを理由に、とくに無謬性が求められてきた。しかし、「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、事故はなくなならない。医療事故が発生した場合には、事故対策を理由に、事実上の犯人探し、すなわち医療行為の実施者の責任を追及する風潮がある。こうした風潮は事例の隠蔽を招きかねず、

*4 当たり前品質
第2章 5(3) 患者満足と職員満足 を参照

*5 四病院団体協議会(四病協)

(社)全日本病院協会、(社)日本病院会、(社)日本医療法人協会、(社)日本精神科病院協会の4病院団体が2000年7月に結成した連絡組織。この四病院団体に加盟する病院の数は約5,700以上に達し、わが国病院の65%近くを占めている。

その結果、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、医療事故の被害者の救済や補償も十分になされないおそれがある。

診療中の死亡について、医療事故が想定される場合には、不審あるいは死因不明の死体検案を想定した医師法21条^{*6}を根拠に、検死によって異状が認められた場合以外でも警察への届出が義務づけられている。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が可能であるが、警察では主として刑事犯罪の可能性からの捜査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、自己の不利益な供述を強要されないという憲法第38条に抵触する可能性があるため、届出のあり方については大いに議論される必要がある^{*7}。

イ) 原因追究と組織的問題解決

事故の原因を、人に起因するもの(ヒューマン・エラー)と、システムに起因するもの(システム・エラー)に分けて考えることが多い。しかし、「人は間違える生き物である」といわれるまでもなく、システムが間違えるのではなく、人だから間違えるのである。人が間違った考え方にもとづいて、間違ったシステムを作り、間違った認識により、間違っただけでシステムを運用するのである。

事故や失敗を完全になくすることはできないが、事故発生の可能性を少なくし、事故を繰り返さないためには、社会あるいは組織としての戦略的取り組みが必要である。また、過誤や事故が発生した場合には、被害を最小限にする努力が必要である。

事故の原因追及や事故再発防止、未然防止の努力が重要である。すなわち、質管理体制・組

不具合



不具合：不具合とは期待と実績との食い違いである。不具合の原因には、機器の故障・仕組みの破綻と人の間違いがある。それぞれを分析をして対応することが必要であるが、最終的に利用者や使用者に重大な悪い影響を及ぼさないことが重要である。この観点に立てば、ものや仕組みと人との接点(つながり)に注目することが重要である。

* 6 医師法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。」

* 7

都立広尾病院事件の最高裁判所2004年4月13日の判決では、「医師法21条にいう死体の『検案』は、当該死体が自己の診断していた患者のものであるか否かを問わないと解する」、「死体を検案して異状を認めた医師は、その死因等につき診断行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、異状死体に関する医師法21条の届出義務を負う」との判断がなされた。本事件は、看護師2名が誤って消毒薬を静脈注射したという、医師との直接の関わりが想定されない状況で生じた死亡事故であった。医師は、1949年(昭和24年)4月14日付厚生省医務局長通牒(医発第385号：診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。)により、異状死体の届出をすべきであり、届出をしなかったことに対して有罪との判断は合理性を有する。本件では、医師には業務上過失致死罪の罪責が負わされることはありえないケースであり、もともと憲法38条1項いわゆる黙秘権の保障を争点にする必要はなかったのであるが、これについても最高裁の判断が示されたことは、臨床現場に与える影響は大きい。

織管理体制(マネジメント・システム)としての検討が必要である。多くの組織では、個人や個別の部署の努力はしているが、「組織全体として質の保証に取り組む」という観点の欠如している。組織構成員の資質の向上と共に、組織管理の質向上が必須である。これに応えるものが総合的質経営(TQM)である。

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。ヒヤリ・ハット事例から学習し、次の防止対策につなげることと、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。

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*⁸。中立的な第三者機関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、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も必要である。

第三者機関としては、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、今後の活動の展開と成果に注目する必要がある。とくに、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おり*⁹、このような活動は世界的にも少ない。

現状では、報告病院の取り組みに温度差があること、報告される事例に必要な情報を欠くものが散見されること、予防策を全国統一ルールとして普及させるための仕組みが未確立であること、などの改善点が指摘されるが、全日病は、この活動の支援を行っていく予定である。

【3】危険管理

ア) 危険管理

医療はその特質から、常に、危険管理が必要とされる。しかし、常に危険に接している医療従事者は、危険を危険と認識する感性に欠ける場合が多くみられる。苦情処理なども危険管理の一つとして考慮しなければならない。

危険管理は、理念・戦略策定と並んで、組織の指導者の最も重要な役割である。危険管理の要諦は、危険の抑止、防止である。危険が現実

化してからの対応では、必要な時間、費用、労力は膨大なものとなるからである。危険管理においては情報収集・情報管理がきわめて重要である。

危険管理の段階を分けると、危険の予測および予知(情報活動)、危険の防止または回避、危険対処と拡大防止(damage control)、危険の再発防止となるが、これは、PDCAサイクル(デミングサイクル・管理サイクル)に相当する。

イ) 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求められるが、現実として、医療過誤や医療事故を皆無にすることはできない。ひとたび医療事故、医療紛争が発生すると、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、被害者救済の観点からも早期に解決を図ることが必要である。

日本では、医療事故が生じ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ルールが確立していない。

医療事故が生じた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、事故調査の透明性・中立性確保の観点からも問題がある。さらに、重篤な医療事故では警察が関係書類などを押収し、捜査上の秘密を理由に、事故調査委員会などの利用を認めないことが通常である。

関係機関と連携を図りながら、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早急に整備する必要がある。

医療紛争が生じた場合には、裁判の迅速化を図るとともに、裁判外の紛争解決手段(ADR Alternative Dispute Resolution)が検討される必要がある。ADRの特徴は、迅速性、廉価性、法律に頼らず条理をも駆使した柔軟性、各々の紛争類型に特化した専門性、などである。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。

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、参考とする

* 8

航空産業の経験からは、報告システムが機能するためには、voluntary(自発的)、confidential(守秘)、independent(独立機関への報告)、non-punitive(免責)が重要であるとされている。

* 9

(財)日本医療機能評価機構・医療事故防止センターによる医療事故防止事業

ことができる。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、あっせん、相談の窓口として第三者機関（医療事故情報センター＝仮称）を設立することが必要であると本報告書2004年版で提案した。

2003年に、国は、都道府県や保健所設置市区、2次医療圏ごとに医療安全支援センターを設置することを決め、その設置が全国的に進められている。医療に関する患者や患者の家族などからの相談に迅速に対応し、また、情報を医療機関へ提供することで、医療機関における患者サービスの向上が図られることを目的としている。

医療紛争において、ADRは医療側の過失の有無を明らかにすることが前提である。医療は不確定性を免れないため、たとえ過失がない場合にも医療事故あるいは健康被害が生じる。したがって、一定の要件を定めた上で、無過失補償制度の導入についてもあわせて検討されるべきである*10 *11。

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。

ウ) 過誤・事故発生者への対応

被害者への支援は最重要課題であるが、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ある。また、過誤や事故の影響は、当該医療機関で働く他の職員、利用者、地域住民にも及ぶことがあることに注意すべきである。これらの支援体制は、各医療機関、病院団体、第三者機関など、それぞれで設けることが望ましいが、その具体的なあり方は、さらに検討される必要がある。

エ) 危険管理の実際

技術と機器の高度化・複雑化・広域化・高速化などにより、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1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）、人の問題（不注意や過誤によるもの、知識あるいは能力の不十分、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を加え、会員病院の体制づくりを支援するべきである。

人は間違える生き物である（To Err is Human）が、より安全なシステムを構築することによって医療事故の発生頻度を減少させ、また、発生した場合に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、医療安全推進委員会を設立し、リスクの把握を行い、評価分析し、対応方法を決め実行し、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。そのために取り組むべき事項は、「情報の共有」、「再発防止」、「教育」である。

ヒヤリ・ハット事例の収集は、全体的あるいは当該医療機関における傾向を見出し、生じやすい事故の形態に関する情報を共有することが目的である。すで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）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明らかにする。また、層別化した業務項目ごとに、工程分析をおこない、想定されるリスクについて、FMEA（故障モード影響解析）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する。それらにもとづいて対策を立案し、職員に対する十分な教育を含めて実施することが必要である。

* 10

無過失補償制度は、範囲、裁判を起こす権利を制限するかなどによって異なるが、ニュージーランド、フィンランド、スウェーデン、デンマーク、米国フロリダ・ヴァージニア（脳性まひ、ワクチン副作用のみ対象）などで、すでに導入されている。

* 11

裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律（平成十六年十二月一日法律第五十一号）が2007年4月より施行される予定であるが、医療においてどのように実施するか細目は決まっていない。

4. 病院情報システムの構築

質の高い医療を提供するためには、高い理念と大きな目的のもとづいて、正しい目標に向かって、適切に組織運営をし、適切に業務を遂行することが必要である。適切とは、激しい環境の変化に柔軟に対応することであり、そのためには組織革新・業務変革が必要である。

情報化社会では、情報化の是非を問う段階ではなく、いかに円滑かつ速やかに情報化するかが、組織生き残りの鍵である。これは、医療を含むあらゆる分野に該当する。病院情報システムの構築は、質向上、安全確保、効率化に必須の事項である。

政府は、すべての国民が情報通信技術を活用できる日本型IT社会の実現を目的にしたe-Japan構想を推進している。保健医療分野における情報化推進として、厚生労働省は2001年に「情報化に向けてのグランドデザイン」を策定し、2006年には全国の病床数400床以上の病院の6割以上に電子カルテを普及させる方針を公表した。しかし、予定通りには進捗していない。

また、情報システムの構築については、それぞれの病院でも様々の問題が露呈している。個々の病院の努力では対応が困難であり、全日病として、病院情報システム構築における問題と課題について検討し、対策を講じることが喫緊の課題となっている。

【1】情報化の意義と病院情報システム

ア) 情報化とは

情報化とは、情報技術を活用し、情報を活用する仕組みを作ることである。デジタル化とはほぼ同義であるが、コンピュータ化のことではない。コンピュータは道具であり、目的はその活用にある。しかし、実際には、コンピュータを導入することで終わり、道具(コンピュータ)に使われていることが多い。動かすことで精一杯になり、活用(運用)が目的であることを忘れていくかの如くである。目的に合わせて道具を作り、目的にあった道具を、運用に合わせて使うことが必要である。

イ) 情報化と業務分析

デジタル化とは曖昧さをなくすことである。デジタル化するためには、業務を分析し、言語化・数値化・文書化することが必須である。すなわち、情報化の条件として、業務プロセスを

漏れなく列挙し、1つ1つを厳密に定義することが必須である。定型業務だけでなく非定型業務も、さらには、まれにしか起こらない状況も含めて、あらゆる可能性を検討しなければならない。最大取引数量の想定が低すぎたために東証のシステムダウンが生じたように、想定外の状況が発生した場合に情報システムが適切に動作しないと業務が停滞するからである。

ウ) 情報化の意義

業務プロセスを検討する過程で業務が見直され、結果として標準化が図られる。文書のみならず業務が標準化され、業務革新につながる。情報技術を活用することにより、さらに、業務を改善し、あるいは革新することができる。

情報化の意義は、組織管理(マネジメント・システム)の標準化が図れること、情報の有機的関連づけができること、である。情報化によって、業務(プロセス)の標準化とリレーショナルデータベース(RDB)の構築が達成され、情報の共有と情報の活用が実現する。その結果、業務見直しの仕組み自体の標準化が可能となる。

エ) 病院情報システムの発展段階

厚生労働省や日本医療情報学会は、診療記録の電子化を第1段階の電子カルテと定義している。病院情報化の発展段階は、以下の4つに分けて考えることができる。

- 個別の情報システムが独立して(stand alone)稼動する
- 個別情報システムがLAN(local area network)等によって連動して稼動する
- データの2次利用が可能となる
- 医療機関相互の情報共有(地域連携)が実現する

オ) 病院情報システムの導入状況

情報システムの導入状況に関するアンケート調査結果(2003年全日病会員対象)によると、医事レセコン中心で、一部で単一機能を有するシステムを導入しているの段階にある病院は200床以上病院の60%以上を占めているが、オーダリングシステムを導入しているの段階の病院が約30%あり、またはの段階をめざして検討・準備を進めている。電子カルテの稼働率は1%であり先進的な病院でしか行われていない。開発中および今後計画というところを含めると30%である。

のデータの2次利用に関しては、その範囲

や程度の差が大きい。経営管理へ2次利用している事例はあるが、診療データの2次利用は不十分であり、今後の課題である。

情報システムのデータを経営に利用している病院は78%に達している。電子カルテ導入の問題点として、67%の病院が「高額」という点をあげている。

【2】病院情報システム導入における問題点

ア) 開発側と医療側相互の不満

病院情報システムは、部門システム、オーダーリングシステム、電子カルテ等として、種々の医療用システムやアプリケーションが開発されている。しかし、独自のシステム開発は言うに及ばず、定型的な医事会計システムにおいても、システム導入当初からなんの問題もなく運用できる事例は少ない。パッケージソフトにもかかわらず、情報システム導入時およびその後に問題が発生している。

情報システムに関する顧客(医療側)の満足度は極めて低い。その理由は、投入した資金、時間、労力の割に導入の利点が少ないからである。期待する機能や効果が得られず、費用対効果が芳しくないからである。

それぞれの立場で言い分はあるが、それらを主張し合っても何も解決しない。

イ) 情報システム導入が円滑に行かない理由

病院情報システム導入が円滑に行かない理由は以下のとおりである。

病院と開発側の認識および考え方の相違が大きい

- i . 病院の要望と開発側の設計思想の相違がある
- ii . 病院と開発側の立場による常識、慣習、用語等の相違がある

病院ごとの機能、規模、業務や考え方の相違によって仕様の変更(カスタマイズ)がある
病院内の意思決定の不明確・遅延による度重なる要望や仕様の変更が多い

病院側の知識不足によって、基本要件を、開発担当者に明確に示せない

医療の特性による難しさ

- i . 患者の状態変化による変更が常であり、非定型的な業務が極めて多い
- ii . 多職種が多部署で組織横断的に業務を行い、業務の場所と時間が常に移動する
- iii . 医療制度、医療保険制度の頻回の変更への対応がある

開発側が医療の業務の流れ、運用を熟知していない

ウ) 問題解決の方法

問題の解決の唯一の方法は、開発側が利用者の真の要求を把握し、利用者側が必要事項、要求事項、それらの表現法を理解する努力をすることである。

問題の発生や紛争を防止するには、詳細な契約の締結よりも、相互の状況、要望、認識、考え方を相互に理解することが必要である。そのためには、質管理手法の1つである品質機能展開(QFD)が有用である。

双方で分かるよう、分からせようと努力することが必須である。すなわち顧客志向である。その上で、本当の要望・要求を正確に把握することから始めなければならない。これが要件定義である。

全日病として、医療の質向上委員会の下に病院情報システム基本要件検討プロジェクト(後述)を立ち上げた理由は、その要件定義を明確にしなければ病院情報システムの導入が円滑に行かないからである。

【3】病院情報システム導入の具体策

ア) 開発・導入の基本的考え方

病院運営にとって情報活用が重要であることは論を待たない。しかし、大多数の病院では、情報を活用するというよりも、「情報に踊らされている」あるいは「情報機器に使われている」のが実態である。情報システムの開発と導入は目的志向でなければならない。すなわち、情報システムに使われるのではなく、情報システムを活用すること。情報技術を用いて業務を効率化するだけでなく、仕組みや業務を改善し、業務を革新し、組織を再構築することが目的である。

情報システム構築にこれでよいということではなく、継続的な改善が必要である。社会制度、医療制度、人々の価値観の変化に対応しなければならないからである。

既存の情報システムで、現在の業務および今後実施したい業務が運用できればそれを使用し、あるいは改良すればよい。既存の情報システムでは運用できない場合には、新たに開発することが必要である。

しかし、情報システムを新たに開発する場合には多くの問題が発生する可能性がある。したがって、稼働前に問題を十分に洗い出す必要がある。情報システムの開発・導入において医療

従事者に負担がかかることはやむを得ないが、患者には迷惑をかけないことが基本原則である。

イ) 検討事項

以下の事項の検討が必要である。

- 病院情報システム開発・導入に必要な、各病院に共通の基本要件を策定する。
- 業務の流れに沿って検討する。仕様書を作成する。
- 規模・機能・部門による特性も勘案する。
- 作業レベルの段階では、ワーキンググループを設置して、各部門ごとに検討する。
- 情報システム開発・導入のチェックリストを作成する。
- 情報システム開発・導入の評価基準を作成する。

ウ) 導入・開発における病院側の役割

導入・開発において、病院側が実施すべき事項は、以下の通りである。

- 導入・開発の目的(自院の理念・方針・目的への合致)の明確化
- 導入の組織体制(委員会、ワーキングチーム、教育研修)の構築
- 現状の把握(情報システムの現状、業務の流れ、現在の問題点)
- 改善あるいは解決したい事項・新たに実施したい事項の確認
- 基本的機能(基本要件・要求定義)の検討
- 仕様(ハード・ソフト)検討
- 投入可能な経営資源(資金・人材・空間・時間)の確定
- 開発会社の調査・検討
- 予定のシステムあるいは類似のシステム導入病院の見学
- 開発会社との交渉・打ち合わせ
- 開発会社の決定
- 具体的な要望の提示とヒヤリング
- 詳細仕様(ハード・ソフト)決定
- 開発と修正
- 導入前の調整
- 運用方法と操作の職員研修
- 運用の確認(シミュレーション)
- 実稼働
- 検証(不具合の記録と修正)
- 状況の変化への対応・改善の提案

エ) 電子カルテ導入における業務フローモデル

(a) 基本要件検討プロジェクトの発足

情報システム導入における諸問題の解決は、個々の病院では困難であり、病院団体として至急、行動すべき段階にある。

そこで、2002年、利害関係者が一致協力して情報システムに関する問題を解決することを目的に、全日病に病院情報システム基本要件検討プロジェクトチームを設置して、病院(病院経営者、病院実務担当者、システム担当者)、病院管理研究者、開発会社(システム開発会社、工業界等)から委員の派遣をお願いし、現在も活動を続けている。

(b) 標準的電子カルテ開発計画とプロジェクト

本プロジェクトを核として、2003年の厚生労働科学研究費「電子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究(2年間)」が発足した。これは、運用を基本とした情報システム構築の研究である。研究の目的は、情報システムの導入をより効果的に進めるために、業務プロセスを可視化し、活用する方法を研究し、病院で使用できる業務フローモデルのひな型を開発し、提供することである。また、調査により病院における情報システムの現状を把握することである。

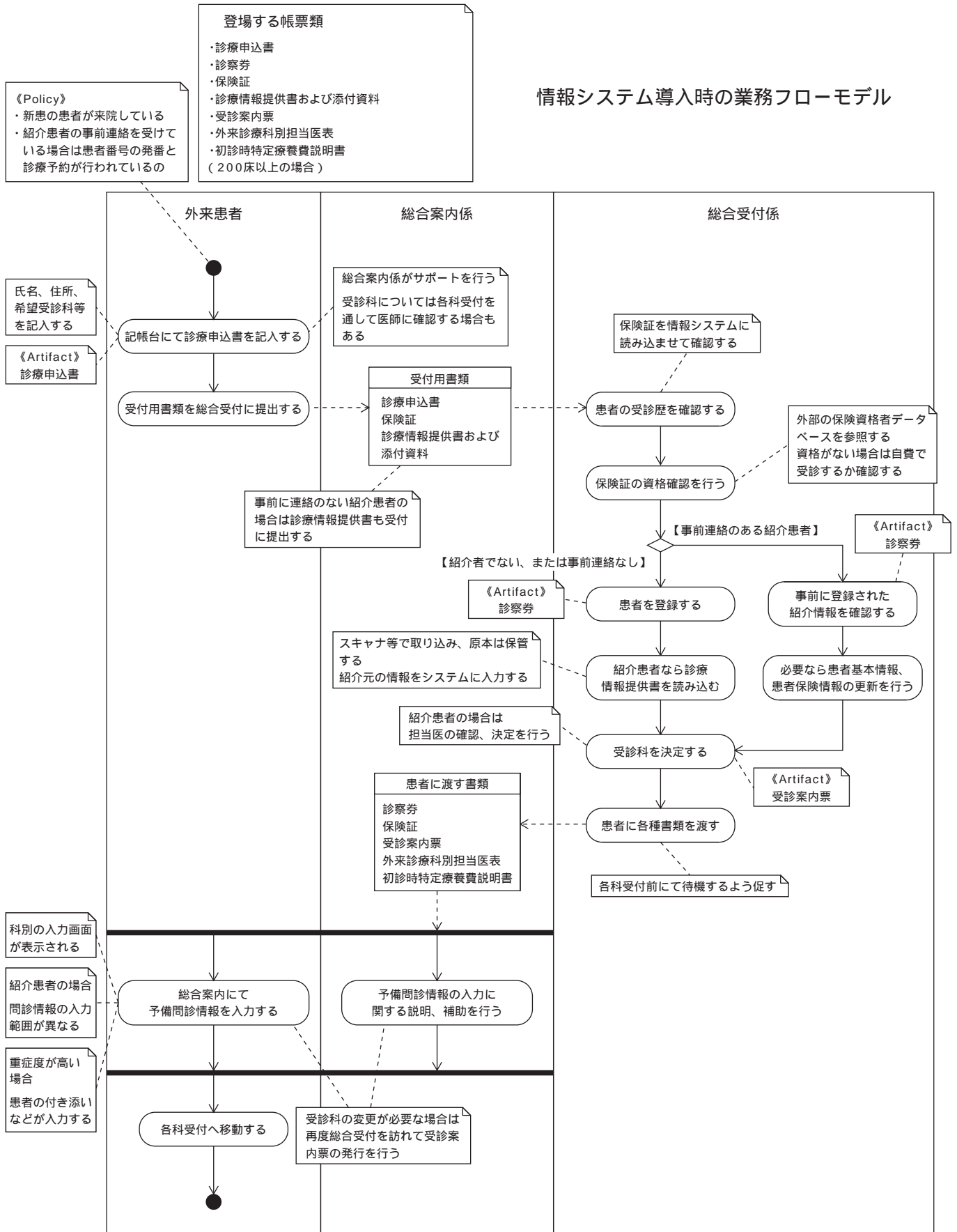
その結果、急性期病院の外来および病棟における業務フローを分析し、一般化した。この成果を基に、「電子カルテと業務革新 医療情報システム構築における業務フローモデルの活用」^{*12}を出版した(篠原出版新社 2005年10月)。

当プロジェクトの特徴は、利用者(病院)側が主体的かつ積極的に参画し、開発側および研究者と協力して活動していることにある。

*12 「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 - 」

業務革新あるいは情報システムの開発・導入においては、業務フローの分析が必須である。しかし、個々の病院が、自院の業務フローを分析しフロー図を作成することは困難である。本書には、外来16プロセス、病棟32プロセスの業務フローモデルが掲載され、添付のCDにはPDFおよびパターンウィーバの形式の電子媒体で提供されている。本書を参考にして、自院に合わせて修正・加筆して利用することができる。

情報システム導入時の業務フローモデル



業務フローモデルの読み方：業務の担当者（アクター）という 毎に列（スイムレーン）を区分し、行為（アクティビティ）を楕円形の中に記載し、それを縦矢印でつないで時系列的に記載する。判断がはいる場合には、◇で表し、判断によって分岐する。担当者間の業務の連携は横矢印で表す。それぞれの業務を同期させる時には、太い横罫線（同期バー）を用いる。付箋メモは、補足説明である。

【4】情報活用の仕組み

ア) 情報技術の活用

情報技術の進歩により、診断検査機器、治療機器が急速に発達し、多くの新しい診断・治療方法が開発された。その特徴は迅速、安全、正確、低侵襲である。事務管理では、低費用、迅速、大量に情報処理が行えるという利点がある。

IT・ITと流行に流されるのではなく、現状を冷静に分析しなければならないことを強調したい。近い将来は大いに期待できると考えている。

イ) データ(事実)にもとづいた経営(E B Mの提唱)

E B MとはEvidence Based Medicine(根拠にもとづいた医療)*¹³の略であるが、医療経営においては、E B Mをデータ(事実)にもとづいた経営、現実をふまえた経営すなわちEvidence Based Managementを意味するものとして用いることを提唱する。

この場合、Evidenceとは単なる事実ではなく、科学的、論理的、合理的な方法で収集され、分析され、判断された情報をいう。

養成を目的として、e-Learning*¹⁴の仕組みとコンテンツをつくった(04年、05年度経済産業省事業)。現在、その機能アップを図り、事業展開を準備中である。

システム開発およびシステム自体にこそ、標準化が必要である。個別の開発には限界があり、膨大な時間と費用の無駄が生じる。プロトコルの標準化に止まらず、システム開発とシステム自体の標準化に国家的プロジェクトとして取り組むことを、緊急の課題として提言する。

【5】今後の課題

情報システムの重要性は増大する一方である。しかし、現在までのところ、病院の側の対応は十分とはいえない。情報システムを円滑に導入する上で、病院が果たす役割は大きい。

情報システムの構築の基盤整備および各病院の院内体制の整備に関する支援が必要であり、国および病院団体は、それぞれに重要な戦略として位置づけ、対応する必要がある。

全日病では、開発側との共通の考え方・共用語の基盤整備として、標準的電子カルテのプロジェクトで業務フローを分析した。これを参考に自院の業務を分析し、それぞれの病院に適した情報システムを構築していただきたい。

外来および病棟等の業務フローモデルは、2004年度と2005年度の厚生労働科学研究で作成した。2006年度は、さらに、薬剤と手術室の部門内の業務フローモデルを作成し、質保証の仕組みを構築中である。また、基本要件策定の手引きを作成中である。

同時に、病院側の情報システム導入指導者の

* 13 Evidence Based Medicine(根拠にもとづいた医療)
第2章2. 医療の質向上と標準化 を参照

* 14 e-Learning
インターネットを使って教育サービスと、それにとまなう学習の進捗管理機能を提供するシステムあるいはその形態

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大きく、変革期にある。状況の変化に対応するために、各病院は、地域や患者の要望に適合しているかどうかを、自ら、定期的に評価する必要がある。新しい時代に即した組織運営と継続的な質向上の努力が求められている。

全日病は、会員病院における継続的な質向上の努力を支援する必要があるという認識のもと、2001年に、旧DRG委員会を発展させた医療の質向上(DRG・TQM)委員会を発足し、種々の活動に取り組んできた。

医療の質は、診療の結果だけではなく、医療提供の基盤(建物・設備・機器・仕組み)、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)、

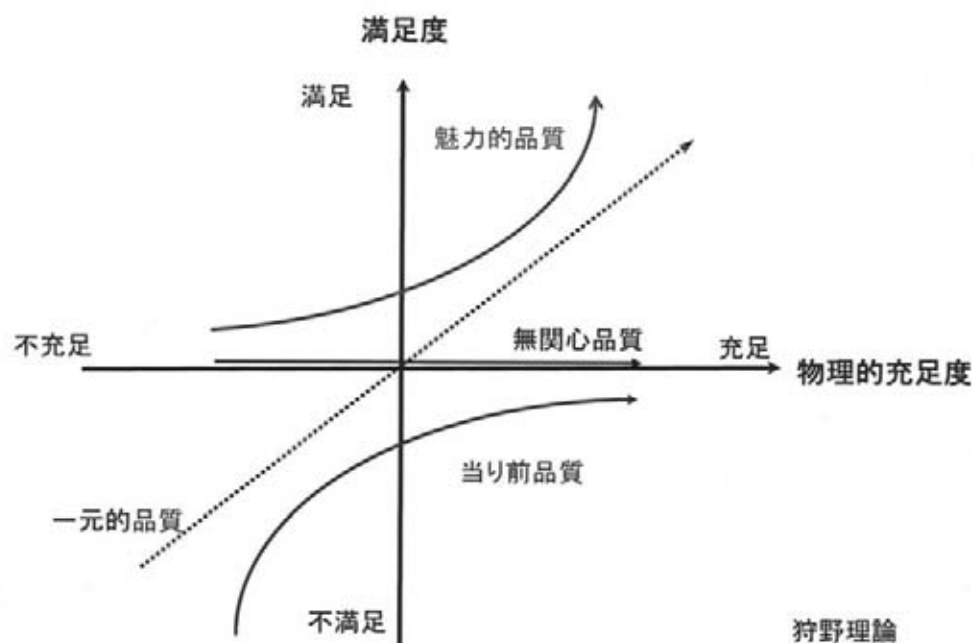
最終処理(治療・死亡)などの全経過で評価される。

いまや、医療の量的配備は十分であるといわれている。また、技術の成熟化に伴い、医療の質は、「魅力的品質」*15ではなく「当たり前品質」として、利用者から強く要求されるようになった。

とくに、安全は、患者だけではなく、医療従事者や地域にとっても「当たり前品質」である。安全を確保するためには質向上に努めることが基本であり、また、必須である。

したがって病院は、安全確保の面からも、教育(職員の質)の問題、組織管理の質の問題として、組織を挙げて質向上に取り組む必要がある。

質の2元的認識



質の2元的認識：質を満足度と充足度の2つの側面から考えるもので、狩野理論という。

* 15 魅力的品質
第2章5(3)患者満足と職員満足 を参照

2. 医療の質向上と標準化

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、平均値を上げ続けることである。したがって、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、質を評価する共通の尺度と評価基準を設ける必要がある。

標準化すべき事項は、医学教育、医療の基本となる用語・言語、診断・治療のコード体系、尺度・評価基準、診断・治療の方法、記録の様式および管理方法、情報伝達などである。

医療の質向上の具体的取り組みとしては、日常的活動として診療記録管理・感染管理・安全確保・薬剤管理・環境整備・物品管理・収益管理・治療成績の分析・評価等の他に、クリニカル・パス (Clinical Path) の導入、E B M の実施、診療指針 (Clinical Practice Guideline) の作成・運用、国際疾病分類 (I C D International Classification of

Diseases)^{* 16} や診断群分類 (D R G、D P C)^{* 17} の導入、臨床指標を用いたアウトカム評価事業、患者満足度調査、症例検討、あるいは、委員会活動、プロジェクト活動、患者満足度調査、症例検討、研究会・学会報告などがある。

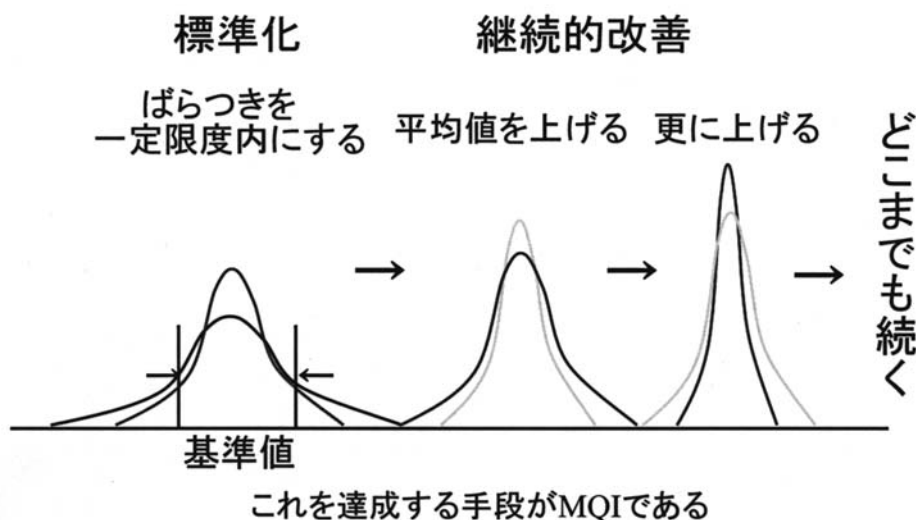
【1】診療計画の標準化

医療の質向上と効率化を目的に診療計画の標準化の方法とした、一般産業界で開発されたクリティカル・パス (臨界経路) が取り入れられている。医療においては、クリニカル・パスあるいはパス法と呼ばれている。

当初は、平均在院日数の短縮や業務の効率化を目的として取り上げられたが、近年は、患者満足や質向上の視点から、地域連携パスの開発や原価管理手法の確立という面からも検討されている。

質管理

標準化と継続的改善



質管理：質管理の基本的考え方は、標準化と継続的改善である。標準化はばらつきを一定限度内にする

* 16 国際疾病分類 (I C D International Classification of Diseases)

I C D とは W H O が所管する「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」のこと。医療制度や医学教育など医療提供上の仕組みが異なる国や地域から集計された死亡や傷病のデータを統計化し、分析と解釈を加えて国際比較を行うために設けられた、疾病、障害、死因に関する国際的な分類。

* 17 診断群分類 (D R G、D P C)

医療資源の必要度から、診断された傷病名と行われた診療行為にもとづいて疾患を一定のグループに分けたものを診断群分類という。米国の D R G がその代表だが、わが国の D P C もその 1 つである。診断群分類を支払方法に用いると D R G / P P S あるいは D P C による包括払いとなる。

【2】科学的根拠に基づいた医療（EBM）と診療ガイドライン

EBMとは、患者の意向に添った、かつ、科学的根拠にもとづいた医療をいう。すなわち、「診断や治療を長年の臨床経験に頼らず、臨床研究で得られた事実を根拠に判断する方法」と定義される。

患者の自己決定権を背景に患者の理解と納得を得るためには、過去の経験に頼るだけでなく、なぜその治療が必要なのか、明確な根拠を示して患者に分かるように説明することが求められている。

診療ガイドライン（Clinical Practice Guideline）は、診療内容と様式を専門的に要約した指針である。クリニカル・パスとともに医療の過程を保証し、治療者間のバラツキを減少させて標準

化を促進する手法である。指針は画一的な規格ではなく、参照するものである。指針を適用するか否かは患者ごとに個別に検討する必要がある、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。

診療ガイドラインは、当初、個々の医療機関内における治療方法の推奨が主たる内容であったが、最近では、専門医、一般医に必要な知識・技術を明らかにすることによる教育カリキュラム、患者の発生数、必要な医療資源、必要な医療従事者などを明らかにする疾病管理（Disease Management）においても、その活用が検討されている。

全日病は、関係機関とともに標準化と継続的質向上の仕組みを創り、その普及に必要な教材等を開発するなど、会員が利用できる環境整備をさらに促進する必要がある。

3. 医療の質向上活動の仕組みづくり

【1】医療の質向上活動

病院では、患者に接する部署は勿論、支援部門も含む全部署の連携によって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ない。一般には、診療部門間の連携をチーム医療と呼ぶが、本来、チーム医療とは、関連するすべての部門横断的連携をいう。組織横断的に課題を設定して医療の質向上活動を進めることが必要である。そのためには組織変革が必要となる。

組織変革は、現場の努力だけではなく、組織の責任者（経営者）が理念にもとづいた明確な目的と実施するという強い意志を表明し、率先垂範し、組織の構成員が一丸となり、継続的に質向上の努力をする、ことなくして達成できない。

原理・原則と基本に沿って、経営戦略として取り組むことが重要である。

【2】医療の質向上活動における留意事項

全職員に理念や目的を十分に理解させた上で、医療の質向上が目的であること、そのためには、業務改善が重要であることを認識させなければならない。業務改善においては、まず、問題を問題として認識すること、問題を発見することが必要である。医療の質向上活動の実態が重要

であり、形式に流れないように留意しなければならない。この組織的な取り組みが総合的質経営（TQM）である。

総合的質経営におけるチーム活動の留意事項は以下の通りである。

組織の責任者が、「医療の質向上活動」の実施宣言をする。

自主的活動ではなく、業務の一環として実施する。

自院に合った独自の活動とする。「自分で考え、実践する」活動が重要である。

組織を挙げた活動とするために、年間の統一主題を設定する。

組織横断的活動とするために、医師を含んだ多職種のチームとする。

チーム活動の標準的な流れは、a. テーマ選定, b. チーム結成, c. テーマ登録, d. 推進委員会審査, e. 病院承認, f. 活動実施, g. 完了報告書提出, h. 推進委員会・病院審査, i. 発表大会, j. 標準化、である。

最初は試行錯誤となるが、他産業や他院の活動を参考にすることが効率的である。

進捗管理と質の数量化は困難であるが、モデル的活動の成果を段階的に広め、自院の標準にすることが有用である。

推進委員の役割が重要である。活動チームと担当推進委員は密接に情報交換を行い、進捗状況、課題や問題点の早期解決など円

滑な活動の支援をする。段階的に勉強を重ねることが必要である。テーマ選定あるいはその直後からの担当推進委員と医師の関与が重要である。活動チームの目標が、病院の方針や業務の目的や意義と食い違わな

いようにするとともに、他の部署にも影響を与える活動、あるいは、システムの変更を要する事項があれば関係部署との相談や調整が必要である。

4. 医療情報の開示と公開

【1】医療における信頼の創造

国民・患者の医療に対する不信は、情報開示と医療事故・医療過誤に関して顕著に表れている。医療提供側が患者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。医療不信を解消するという受け身ではなく、患者との間に信頼を創造するという積極的な観点から行動する必要がある。

病院団体および各医療機関が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。

【2】診療情報の開示と個人情報保護

患者の権利としては、知る権利、選択権、自己決定権、個人情報の制御権などがある。2005年4月に個人情報保護法^{*18}が全面施行されたことの意義は大きい。もはや診療情報開示の是非を論ずる段階ではなく、病院には個人情報取扱事業者として個人情報保護法への対応が要求されている。すなわち、個人情報の制御権^{*19}にどのように対応すべきかが問われているのである。

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、医療界を代表して2006年2月に認定個人情報保護団体の指定を受けるとともに、個人情報保護に関する指針などの情報を随時提供するなど、会員病院に対する支援を行っている。

【3】会員病院の対応

各病院には、全日病の指針等を参考にして、診療情報を積極的に開示するとともに、個人情報保護することが求められている。その場合に、病院内に意思疎通や統一性がないと、患者の医療不信を増長し、苦情が多発するなどの混乱が予想されるため、各病院は組織的な対応をとる必要がある。情報開示や保護のあり方が、患者による病院選別の大きな要素であることを、医療者は認識しなければならない。

会員病院には以下の対応が求められている。

情報開示と個人情報保護を励行することを組織として確認し、職員の教育研修を実施する。

開示を前提とした診療記録などの記載様式、内容を整備する。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。

病院として情報開示・保護をすることを、掲示などを用いて患者に広報する。

苦情受付、よろず相談窓口の存在を周知・広報する。

情報開示・保護は、訴訟対策ではなく、信頼の創造の一環であることを認識する。

* 18 個人情報の保護に関する法律
(2003年5月30日法律第57号)

* 19 個人情報の制御権

個人情報保護法では、本来の目的以外で個人情報を外部に提供する場合は本人の同意を要することや、本人の求めがある場合には、事実と異なれば個人情報の訂正や削除に応じるなど、自分の個人情報の扱いを自分で制御する権利を認めている。

5. 医療の質の評価

【1】評価指標の開発

医療の質の評価指標の開発は、医療の透明性・説明責任を確保し、内外の信頼を得るために極めて重要である。

評価指標は、客観的に把握でき、容易に評価できるものでなければならない。臨床指標(CI Clinical Indicator)は医療の経過や結果を指標として設定し、医療の質を評価するものである。

臨床指標の条件としては、妥当性(測定したい概念をよく反映しているか)、入手容易性(物理的・経済的にデータの入手が容易か)、感度(測定したい状況の変化をデータの変化として反映できるか)が重要である。

また、臨床指標を用いてアウトカム評価を行う際には、症例数が限定されている状況では結果の安定性に問題があること、長期の結果よりも短期の結果、また、満足度などプラスの指標よりも死亡、感染症発生などのマイナスの指標が示されやすいこと、に注意する必要がある。

これまで臨床指標は、主に単一施設内における医療内容の評価に用いられていたが、継続的ケアを前提として、主要な疾患・健康問題の各段階ごとに指標を設定し、到達度評価に用いることが模索されている。

【2】アウトカム評価事業

全日病は、東京都病院協会が開始したアウトカム評価事業を引き継いで全国展開し、臨床指標と医療費のデータ収集を実施している。この事業は、米国メリーランド病院協会が開発したアウトカム評価事業^{*20}を我が国に組織的に適用した初めてのものである。

米国メリーランド病院協会の事業は病院ごとの集計であるが、本事業の特徴は、患者個票データおよび病院ごとのデータ収集にある。

参加病院は、自院のデータと質の高い病院および参加病院の統計値を比較し、あるいは、自院における時系列推移を分析して、自院の改善や質向上の努力をすることができる。結果として、全国に広がった参加病院の成績の標準化、向上が推進されることが期待される。

アウトカム評価事業に参加している会員からは、米国メリーランド病院協会のアウトカム評価事業(IQIP)そのものにも、2006年から5病院が参加している。

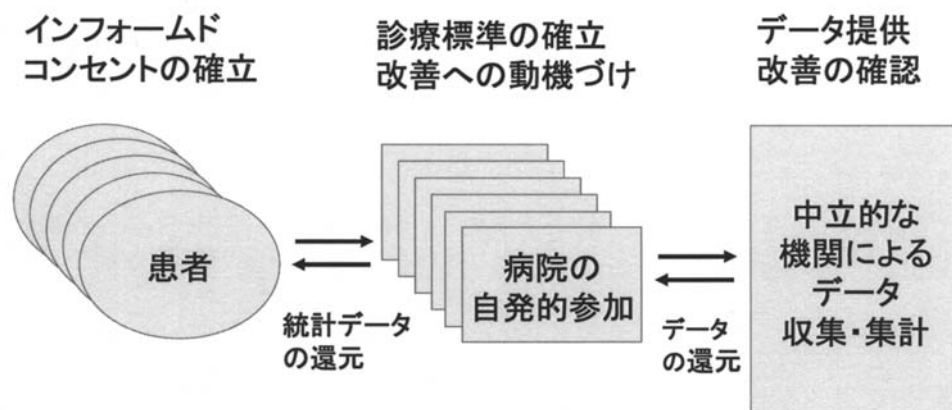
診療アウトカム評価事業は、個々の参加病院に分析結果が還元されることによって、以下の効果が期待される。

一定水準以上の医療が行われたことを事後的に検証できる。

成績が水準以下であり、事例検討など、よ

診療アウトカム評価事業

一継続的なデータ収集と還元一



* 20 米国メリーランド病院協会が開発したアウトカム評価事業

メリーランド州病院協会CPS(Center for Performance Sciences)が行っている臨床指標を用いて医療の質を測定する国際的な質向上の活動(IQIP International Quality Indicator Project)。世界9カ国約2,000病院が参加している。

り詳細に分析すべき領域を明確にできる。分析により、i. 改善を必要とする状況が、ii. 患者の重症度、その他のやむを得ない状況なのか、iii. 統計的ばらつきなど、単なる偶然の結果なのか、を検証できる。成績に影響を与える要因をプロセスレベル(診療過程)で明らかにし、質の管理、向上を行える。

【3】患者満足と職員満足

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、提供することである。

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。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。医療技術の成熟とともに、医療は魅力的品質から当たり前品質の要素が強くなった。

産業分類で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低い場合に生じる。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。

患者や国民の誤解や情報不足による、過剰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積極的に広報する必要がある。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し、患者が納得できるように努力しなければならない。

質管理(QC・QM)に「後工程はお客様」という考え方がある。医療に当てはめると、患者だけではなく、病院にとっては職員、職員にとっては同僚もお客であるという考え方である。病院にとっての顧客満足とは、職員満足(ES

Employee Satisfaction)と患者満足(PS Patient Satisfaction)の両方を含む。

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。患者満足度、職員満足度の向上には、質の高い医療の提供、環境の整備だけでなく、不断の情報提供・情報共有と教育が不可欠である。

【4】第3者機関による評価

医療の質向上は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3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(JCQHC)と(財)日本科学技術連盟(JUSE)による評価が行なわれている。

日本医療機能評価機構が行う審査内容は医療の構造・過程についての評価が中心であったが、2002年に評価項目を改訂し、2003年および2005年には評価項目とともに評価方法の改訂がそれぞれ行われた。全日病は病院団体として、会員に日本医療機能評価機構の活動状況に関する情報を適宜提供するとともに、審査認定が医療提供の実態を反映するよう、評価項目の改訂や評価者の育成など、今後も、さらに積極的に参画する必要がある。

米国の医療施設評価合同委員会(JCAHO)^{*21}、同メリーランド病院協会、オーストラリアのACHS^{*22}などの病院の審査認定やアウトカム評価に関する活動、あるいはISO^{*23}、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性を検討する上で参考になる。

全日病は、本報告書2002年版で、評価機関は独占的ではなく、医療の多面性・複雑性に対応して、評価の目的に応じた複数の組織があつてしかるべきであると提言し、2004年に、全日病関係者が参画して日本科学技術連盟に「医療の質奨励賞」を設立し、2005年に第1回の表彰を行った。

医療機関が、目的に応じて多面的に複数の評価を受けられるような環境整備が必要である。

* 21 JCAHO

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 医療機関の評価・認定を行なう非営利第3者機関。この認定は、公的医療保険であるメディケア(老人・障害者が対象)メディケイド(低所得者が対象)の支払いを受ける要件となっている。

* 22 ACHS

The Australian Council on Healthcare Standards 医療機関の認定およびアウトカム評価を行なっているオーストラリアの非営利機関。

* 23 ISO

International Standardization Organization(国際標準化機構)科学技術やソフトウェア、品質保証、工業、農林業、鉱工業等各種分野の国際規格を制定する国際機関。

第3章 医療提供のあり方と診療報酬

1. 医療制度改革および医療保険制度改革の概括

【1】歴史的背景

日本国憲法は、その基本理念である「国民主権」「基本的人権の保障」の考えに従い、25条で「すべての国民は、健康で文化的な最低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、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定している。

戦後、社会保障制度の一環として1958年に国民健康保険法が制定され、「誰でもいつでもどこでも、所得に見合った負担で良質な医療が受けられる」国民健康保健事業が1961年に全面施行され、国民皆保険制度が確立した。

医療サービスの現物給付、フリーアクセス、これを支える自由開業制を柱とする皆保険制度は、国民の生存権に関連して十分な医療提供を国の責務として規定することによって、今日にいたるまで、国民の健康を守る上で大きな役割を果たしてきた。

歴代政府によって、国民医療費の対GDP比は諸外国に比べ低い水準に措かれてきたにもかかわらず、医療提供者側の努力もあり、「いつでも、どこでも、誰にでも」という国民皆保険制度の原則に従った医療が長年にわたって提供されてきた。

しかし、1980年代から進められてきた行政改革の中で、社会保障に対する国の負担軽減化を図るために更なる医療費抑制策が検討されるようになり、医療提供体制も、様々な政策誘導によって変容せざるを得ない状況が生まれた。

1990年代に至り「構造改革」の一環として市場原理を導入した医療制度の検討がなされるようになり、2001年に誕生した小泉政権もこれを踏襲し、更に内閣府の権限を巨大化し、意思決定過程の変更及び期限を設定した計画作りと評

価を行うという政治手法をとった。

しかし、単に増大する社会保障費そのものの削減を目的とした医療制度、介護保険制度改革改正が急速に行われ、各施設運営にも大きな影響を与えている。

【2】医療制度改革の概要

ア) 医療制度改革関連法案

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容した。

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等で日本医師会や保険者代表ほかと協議交渉し、大筋の決定を行って政府が承認する形式がとられていたが、内閣府主導で政策の方向性が示され、実践に関する具体的協議のみが審議会、協議会でなされるようになった。

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目的とする「社会保障個人会計制度^{*24}の導入」と「医療制度と介護保険制度における費用対効果の導入」である。また、内閣府の政策決定に最も影響力をもった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あった。

こうした背景の下、小泉政権が進めた医療制度改革の過程は以下の通りである。

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

* 24 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。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」の収支を明示する仕組み。2010年度前後に導入することで検討中であるが、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している。

を提言した「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」を挙げ、主に、提供体制の面から改革の方向を示した。

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あった。

医療費適正化計画の策定が政府方針となる中、10月19日に厚生労働省は、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1日には政府・与党医療改革協議会が「医療制度改革大綱」をとりまとめ、附帯事項をつけたもの大筋ではこの方向性を追認した。

こうして、2006年6月の通常国会で医療制度改革関連法案は成立した。法案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案」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案」からなる。(巻末資料参照)

昨今の一連の医療制度改革は総論的に患者の視点の尊重・質向上・効率化を謳っているが、その本質は医療保険給付にともなう公費負担の削減である。

診療報酬による直接的な削減、および病床削減の結果、可能となる間接的な削減に加え、新しい「地域医療計画」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している。

「機能分化」「病床再編」に関しては、すでに、2001年3月施行の第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ているが、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道筋を描いているものと考えられる。

イ) 地方分権と医療費適正化計画

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た。地方への権限委譲の中心は一般的にこの改革をさすが、重要な点は、色々な分野で都道府県の裁量を大幅に拡大し、その責任をより明確にするということであり、その中には医療・介護も含まれるということにある。

医療費適正化に向けた取り組みは短期的対策と中長期対策からなる。

短期的対策は、公的保険給付の内容・範囲の見直し、保険運営効率化の取り組み、診療報酬改定等である。中長期対策は、国の示す基本方針と全国計画のもと、各都道府県に「医療計画」「健康増進計画」「介護保険事業計画」と整合性のとれた適正化計画を策定させ、一定期間後に効果を検証するというものである。

さらに、国民健康保険や政府管掌健康保険の都道府県別統廃合および政管健保における都道府県別保険料率の導入、新たな医療計画にかかわる都道府県権限の拡大と独自指標の採用、介護保険制度における市町村の施設指定権限など地方権限の拡大、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・介護に係わる広い領域で地方への権限委譲が進められた。

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、関連審議会等に積極的に参画し、地域医療を守るためにより一層努力しなければならない。

ウ) 医療計画と都道府県の役割

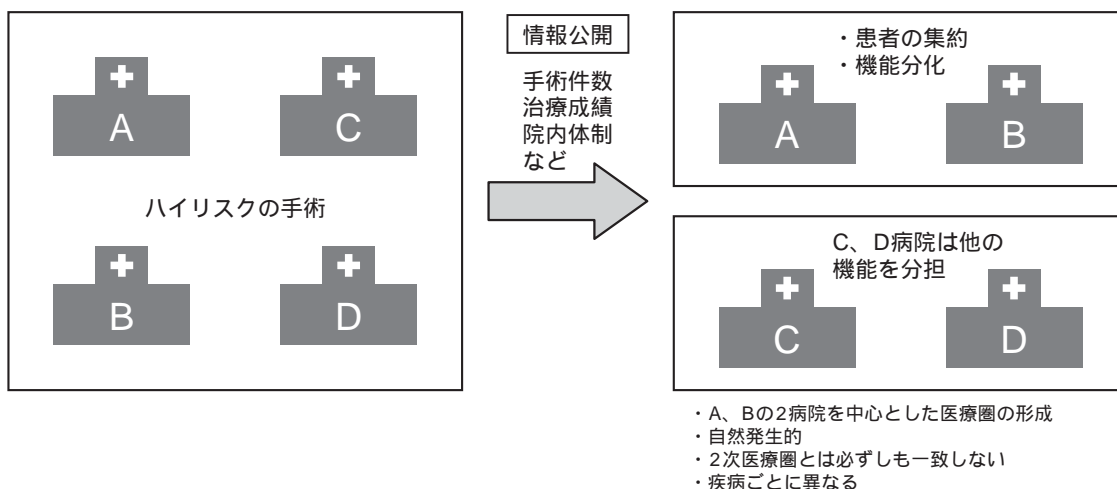
(a) 医療法改正と医療計画

2006年の医療制度改革によって、公的医療保険の再編、臨床指標を用いることによる、主要疾患を対象にした、地域レベルでの医療の質の管理(医療計画)、医療費の適正化(医療費適正化計画)等が、いずれも都道府県を単位として進められる。

2008年度より施行される医療計画では、従来の2次医療圏の中で、1次医療から2次・3次医療が完結するとした考え方に変わり、地域で必要とされるがん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策などの主要事業ごとに医療圏を定め、患者とかかりつけ医を中心とするネットワーク型の“切れ目のない”医療提供体制を構築することになった。(図1 - 次頁)

このネットワーク(医療連携体制)は、疾患によって対象範囲が異なること、医療機関の役割分担は医療情報の公開(public reporting)にもとづいて自然発生的になされ、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

図1 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、従来の二次医療圏とは必ずしも一致しないことが特徴である。

く、むしろ情報を整備し、医療機関間の調整業務を担うという特徴を有する^{*25}。

新しい医療計画は、このネットワークに関する情報を記載し、住民・患者さらには医療機関に明らかにすることを定めている。

また、2007年度から都道府県による「医療機能情報公表制度」が始まるが、これは、すべての医療機関が医療機能に関する一定範囲の情報を都道府県に報告し、それを都道府県がネット上で公表するという仕組みである。

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は、以下のように大別される。

医療機関についての基本的な情報

所在やアクセス方法、設置されている診療科、入院設備、医師等職種別従事者数、面会時間などの入院環境、夜間・時間外の受入体制など

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・リハ等の件数を含む)、入院患者数、外来・在宅患者数、パスの実施、診療情報管理体制、医療安全などへの取組、研修・教育体

制、地域医療連携体制など

アウトカム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等に関する分析の有無および同分析結果の提供の有無)、患者満足度調査(実施の有無および同調査結果の提供の有無)など

上記のうち、はデータの作成も比較的容易であり、その公開については関係諸団体の間でほぼ合意が得られている。

のアウトカム情報については、医療への信頼樹立、質向上の観点から可及的速やかに情報の整備と公開の制度化が望ましいというのが全日病の基本的姿勢である。ただし、データの整備に費用・時間を要することに鑑み、当初は主要疾患を対象にして暫時対象疾患の拡大を図ることが必要である。

アウトカム情報の公開に関連して、米国で一部実施されているように、インセンティブとして質にもとづく診療報酬支払いを検討することが必要と考える^{*26}。どのような支払い方式が良

* 25

行政の役割は、医療機関についての情報の収集と一般への提供、地域での連携を促進するための連絡協議会の開催など、裏方的なものとなる。

* 26

米国のHospital Quality Initiative(MMA section 501(b))では、病院は入院患者の診療報酬請求に際して10の臨床指標についてのデータ提供を求められる。データ提供を行った場合にはメディケアDRGの全額を受け取ることができる(データ提供を行わなかった場合には0.4%の減額)。2004年には全病院のほぼすべて(98%)が参加している。

Premier Hospital Quality Incentive Demonstrationは実験的なプロジェクトで、274病院を対象に34臨床指標についてのデータ提供を求め、最初の2年間は上位10%の病院には2%、上位11-20%の病院には1%の診療報酬増額を行う。3年目には、下位20%の病院には目標値が設定され、これを達成しない場合には1-2%(下位10%では2%、下位11-20%では1%)の診療報酬減額が行われる。

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法を見出していく仕組みを検討すべきであろう。

医療費適正化計画は、P D C Aサイクルにもとづいて、策定・実施(2008年) 検証・取組強化(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ある。

その目的は、生活習慣病対策(糖尿病・高血圧症・高脂血症の患者・予備群の減少等)、医療機能の分化・連携、地域における高齢者の生

活機能の向上(平均在院日数の短縮等)である。

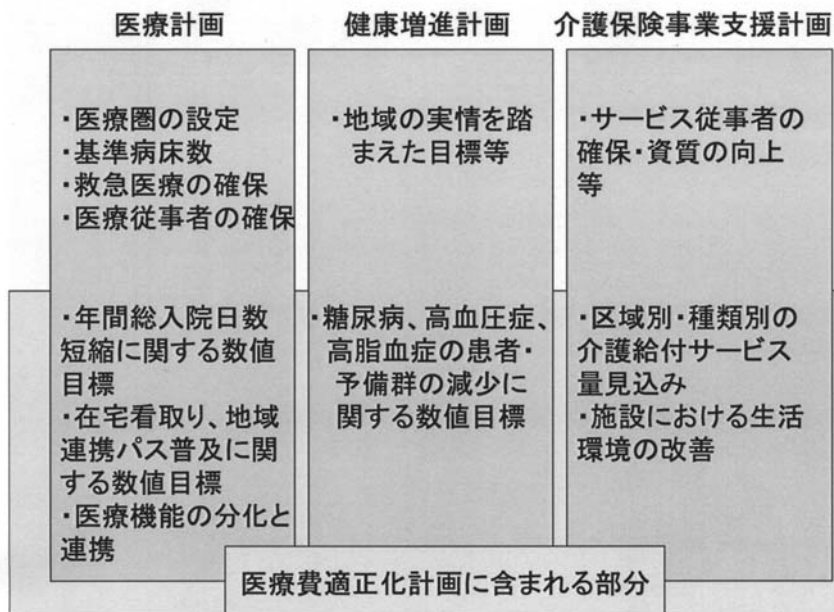
あらかじめ設定された目標を達成できない場合には、その都道府県のみに対応される特例的な診療報酬の設定などの担保措置が設けられる*27。

医療計画、医療費適正化計画は、医療制度改革を実現するための代表的な政策であるが、いずれも臨床指標がその有力なツールとして用いられている。(表1・図2)

表1：医療計画で用いられる指標

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・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、糖尿病、急性心筋梗塞) ・対象患者あ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) ・地域連携クリティカルパスの普及状況(主要な疾病ごと) |
|--|

図2 医療費適正化計画とその他の計画の関係



* 27

医療保険制度の抜本改革(2003.3.28 閣議決定)により、都道府県を単位として公的医療保険の再編を行い、リスク調整は都道府県内で実施する(県を越えた補助などは行わない)ことが決められている。

(b) 都道府県の役割と医療団体の協力

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、都道府県が策定する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る。

地理的環境や高齢化率(図3)のみならず、医療ニーズの地域特性とそれに応えるべき当該都道府県の財政負担力も大きく異なるが、今後は都道府県間の調整は行わないことが既に閣議決定されており、都道府県レベルの医療政策いかによっては医療サービスに差異を生じる状況も想定される。

従来、医療サービス提供体制をどのように構築するか不明瞭であったが、少なくとも、その主体が都道府県であることを明確にした点は評価される。

しかし、都道府県には医療分野の政策立案の経験が乏しい。したがって、担当職員に対する教育研修を積極的に実施するとともに、地域の医療機関においては都道府県とともに連絡協議会を創設し、関係団体の協同の下に地域の医療をどのように構築するかを検討する場とすることが、まず取り組むべき課題であると考えられる。

全日病はこれらの活動に積極的に協力する予定である。

工) 医師と看護師の需給状況と今後の対応

(a) 医師の需給状況と今後の対応

全国の医師数は毎年3500～4000人増加しており、2004年には27万371人となり2002年に比べ

7,684人(2.9%)増加し、医療施設の従事者は25万668人(病院従事者16万3,683人、診療所従事者92,985人)、「人口10万対医師数」は「医療施設の従事者」では201.0人となった。しかし、世界保健機関(WHO)の2006年版の世界保健報告によると、日本は平均寿命で82歳の世界最長寿命国でありながら人口1000人当たり医師数は192か国中、63位の中位水準にとどまっている。

医師数の地域偏在の問題に加え、この数年、地方のみならず都市部においても、病院勤務医の深刻な不足がみられるようになってきた。

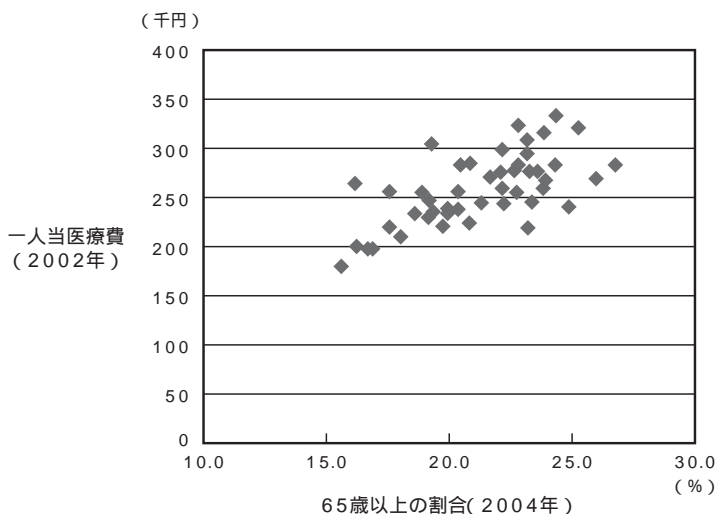
問題が顕在化した背景には、医療ニーズの高度化、訴訟リスクの増加、業務量の増大、その結果の過剰労働などを嫌った医師の病院離れ(開業医への転出)等がある。

2004年度から始まった新医師臨床研修制度の導入により、地方の大学病院が研修病院として敬遠されたために、これらの大学病院がスタッフ不足をきたした。その結果、関連病院から派遣した医師を引き揚げるといった事態が生じ、とくに、地方の病院では診療科の閉鎖や病棟縮小などの深刻な影響が生じた。

科目別の医師増減数をみると、「消化器科(胃腸科)」「循環器科」などが増加している一方、「一般内科」「外科」「産婦人科」などが減少しており、小児科医・産科医不足の報道に代表されるように、科目別の偏在も重大な問題として浮上している。

厚生労働省は、基本的に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スタンスを取ってきた。

図3 都道府県別の高齢化率(65歳以上人口割合)と1人当たり医療費



1973年には人口10万人あたり150人の医師確保を目指した「1県1医科大学構想」を打ち上げたが、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、現在もこの方針が踏襲されている。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」と予測された。

しかし、地方の医師不足の実態が明らかとなり社会問題化してきたため、2006年8月、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、医師不足が深刻な10県の大学医学部の定員を2008年から10年間、最大10人まで増やすことができるという暫定的措置が盛り込まれた。

増員が図られることは望ましいが、問題の深刻さに比してその数があまりに少ないこと、増員と同時に当該地域に留まることや、不足している診療科の専攻を求めることなどの条件を課さないために、十分な効果を得ることは期待しがたい。

国は医療の高度化に対応した医師必要数の見直しや地域の科目別医師需給調査を早急に行うなどして医師数の増加を図るとともに、各医育機関にプライマリーケア医と専門医の養成を指示すべきである。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大や自治体立医科大学及び一部の国立医科大学などが、本来的な使命を果たすよう指導すべきである。

地方の医師不足や科目の偏在に関しては、当面、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等のインセンティブを与える方法を取るべきである。

このような取り組みでも問題解消がなされない場合には、諸外国にもみられるような、地域別・診療科別医師数に制限を加えることも考慮しなければならない。

近年、総医師数に占める女性医師の割合が16.4%と増加し、30歳未満では35.3%にも達しており、女性医師の就業状況も重要な問題である。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、子育て中にフレ

キシブルな就業を可能とする仕組みづくりも必要である。

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ある。全日病は、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である。

(b) 看護師の需給状況と今後の対応

全国の看護師は毎年3万人～4万人増加しており、2006年版の世界保健報告でも192ヶ国中27位と高位となっているが、訪問看護や介護の分野での就業の伸びが著しいものの病院に従事する看護師の充足は不十分であり、医師の需給状況同様地域偏在も見られる。

厚生労働省の「第五次看護職員需給見通し」では、2005年末に看護職員の供給数は130万500人となり、5,300人の不足ながら、おおむね需給バランスが取れるとされていたが、2005年12月に発表された、5年間(2006年から2010年)にわたる「第六次看護職員需給見通し」によると、初年度に当たる2005年にはすでに約4万1,600人の看護職員の不足が生じるとされており、前回の需給見通しとは大きく乖離している。それにもかかわらず、2010年の需給見通しとして、看護職員は約1万5,900人の不足ですむとしているが、この見通しは現行制度の継続を前提とした需給調査にもとづくもので、医療の高度化にもなう病床当りの必要看護職員数増加を考慮しておらず実態を反映していない。

実際、四病院団体協議会^{*28}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%増が必要と提言している。

2006年4月の診療報酬改定において、看護配置7対1(旧1.4対1相当)入院基本料が新設されたことに加え、看護師比率と看護師夜勤の時間制限が入院基本料の算定要件とされた^{*29}ことが、看護師の需要増大の大きな要因になり、看護師不足に拍車をかける結果となっている。

良質な医療の確保に看護職員の確保は不可欠である。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

* 28 四病院団体協議会
第1章3.(1)の脚注5(P8)を参照

* 29
2006年度診療報酬改定で一般病棟の入院基本料に新設された7対1看護は、病棟単位ではなく、病院単位となったため、全病棟で看護師の増員が必要となる。そのため大学病院等の大規模病院が当該地域はもとより、地方都市に出向いて就職希望者を大量に採用するといった看護師争奪戦が演じられ、全国的に中小病院の看護師不足を招来した。また、看護職員に占める看護師の比率を70%以上に引き上げる、さらに、夜勤に従事する看護職員の月平均時間を1人72時間以内とすることを、それぞれ入院基本料の届出要件に組み込んだために多くの病院で看護師増員の必要が生じたことも、看護師不足を大きく促すものとなった。

的な採用^{*30}が直近の解決策として重要であるが、業務内容の見直しも検討されるべきである。

医療の質確保のために需給を含めた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ある。全日病を始めとする医療関係団体は、国民にこの現状を分かりやすく説明し、医療の質と安全確保のために、より一層の看護師養成が必要であることを訴えなければならない。

【3】医療保険制度の今後の動向

ア) 保険者組織の見直し

都道府県単位の保険運営を確立するために保険者の再編・統合を行う医療保険制度改革は、医療費適正化計画と連動して都道府県の裁量で給付費水準の“適正化”を図るもので、一連の医療制度改革でも中心となる改革のひとつであり、半世紀近くにもおよびわが国皆保険制度の基本的な運営形態に変更を加える、きわめて重要な改革である。

政府管掌健康保険の都道府県対応への移行、国民健康保険を当面広域連合(370箇所)としたあと都道府県単位へ移行および小規模健康保険の地域型健康保険への移行と異業種健康保険の創設が行われるものであるが、後期高齢者対象新医療保険の創設と市町村運営の導入とも関連するものである。再編統合後は保険者協議会としてまとまって医療費適正化計画の遂行に参加する義務も負うが、医療費削減が予定通り進まない場合は、保険料率への反映や診療報酬での対応がなされるため1人当たり医療費の高い都道府県の医療機関には十分な注意を要する内容である。

イ) 高齢者医療制度

高齢者人口の急増に伴う老人医療費の増加による深刻な医療保険財政逼迫の現状から、医療制度改革の中でも高齢者医療制度の見直しが急務の課題として議論されてきた。

高齢者医療制度の見直しの視点として、

適切で効率的な高齢者医療の提供

高齢者医療に要する費用の公平な分担

が挙げられてきた。

適切で効率的な医療の提供に関しては、「高齢者の心身の特性を踏まえた適切な医療の提供」「生涯を通じた健康づくり対策の推進」「老人医

療費の伸びの適正化」が、老人医療費の公平な分担に関しては、「世代間の公平な分担の実現」「制度間の公平な分担の実現」「診療報酬・薬価制度の見直し」に関して議論が進められてきた。

これらの議論を踏まえ、厚生労働省は「医療制度構造改革試案」(2005年10月19日)において、「高齢者の心身の特性、生活実態等を踏まえ、新たな高齢者医療制度を創設する。具体的には、75歳以上の後期高齢者の医療の在り方に配慮した独立保険を創設するとともに、65歳から74歳の前期高齢者については、予防を重視して国保・被用者保険といった従来の制度に加入しつつ、負担の不均衡を調整する新たな財政調整の制度を創設する。」ことを提案した。

【前期高齢者の医療費に係る財政調整制度の創設】

65歳から75歳未満の被保険者(前期高齢者)を対象とするものである。

前期高齢者は国保・被用者保険といった従来の制度に加入を続けるが、その給付費は、各保険者の加入者数に応じて負担する財政調整を行うことによって国保・被用者保険の負担の不均衡を是正する。ただし、著しく高い医療費は財政調整の対象外とする。

また、現行制度では、退職者医療制度対象者の給付費等に対する公費負担はなく、政府管掌健康保険が負担する退職者医療拠出金にも国庫負担が行われていないが、新たな制度においては、それぞれに公費と国庫負担を行う。

被保険者の保険料については特別徴収(年金天引き)を実施するが、これは、国保加入の65歳以上の前期高齢者も対象とする。

患者負担については、新たな高齢者医療制度が創設される2008年度より2割(現役並みの所得を有する者は3割)の定率負担とする(70歳以上の現役並み所得を有する者については、2006年10月より先行して3割に上げられた)。

【後期高齢者医療制度】

75歳以上(後期高齢者)および65歳以上の寝たきりの人がすべて加入する、独立した医療保険を新たに創設する。

市町村が主体の地域保険とするが、保険料は市町村が特別徴収(年金から天引き)し、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が行なってリスクを調整。さらに、給付費の増加や保険料徴収率など広域連合が負う財政リ

* 30

政府は2006年9月9日にフィリピンと看護師・介護福祉士希望者の受け入れを含む経済連携協定(EPA)を締結した。日本で資格を取得し、就業を希望する医療スタッフを外国から受け入れる初のケースとなる。しかし、看護師の受入枠は2007年度からの2年間で400名と、当面の看護師不足の解消には役立たない。

スクは、国・都道府県がその軽減化に責任を負うという仕組みをとる。

財源は公費負担5割、各種健康保険からの後期高齢者医療支援金4割、後期高齢者からの保険料1割という構成でまかなわれる。

患者負担は現行どおり1割の定率負担とするが、現役並みの所得を有する者については3割負担とする(前出のごとく2006年10月より先行して実施された)。

制度と運営の仕組みは異なるものの後期高齢者に対する医療給付(法定給付)の種類は、現行の老人保健や国民健康保険で支給されるものと同じである*31。ただし、独立した医療保険制度であるがゆえに、診療報酬には新たな体系が導入されることになる。

後期高齢者の診療報酬は、社会保障審議会に「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」が設置され、10月5日より審議が開始された。予定では、2007年3月に基本的考え方をまとめ、同年夏から秋にかけて診療報酬体系の骨格をとりまとめ、医療保険部会等による2008年度改定基本方針策定に盛り込まれた上で、中医協の点数設定に委ねる運びとなっている。

したがって、現時点で、後期高齢者の診療報酬体系として具体的な案は示されていないが、「医療制度構造改革試案」(2005年10月9日)では、重点項目として、

ターミナルケアのあり方について国民的な合意の形成を踏まえた終末期医療の評価
在宅における日常的な医学管理から看取りまで常時一貫した対応が可能な主治医の普及
在宅での看取りまでの対応を推進するための、医師、看護師、介護支援専門員(ケアマネジャー)、訪問介護員(ホームヘルパー)等の連携による医療・介護サービスの提供
在宅医療の補完的な役割を担うものとしての、入院による包括的なホスピスケアの普及を挙げている。

以上が、医療制度改革の中で示された新しい高齢者医療制度の概要であるが、後期高齢者に対する医療提供の議論に際しては、次のような基本的な事項を忘れてはならない。

後期高齢者への医療提供においては、患者の心身の特性を考慮しなければならない。

75歳以上といっても心身特性は個体差が大きく、年齢のみにもとづいて提供する医療の範囲を規定することは不可能であり、若年層と同様に個々の医療必要度に従って行われるべきである。

後期高齢者においても、本人の意思を尊重した医療提供がなされるべきである。

しかし、現実には認知症、意識障害等により本人の意思表示が困難になっている事例が少なくないので、このような場合の治療の選択に関する指針づくりが必要となる。

後期高齢者の医療に対する診療報酬は、その費用を保障するものでなければならない。診療報酬を過少に設定することによって医療の機会を不当に妨げるような制度設計は厳に慎むべきである。

また、後期高齢者においては、医療介護の同時提供や連続した提供が必要となる患者が多くなることから、効率的なケア・コーディネーションを前提として、診療内容・状態像に合わせた診療報酬と介護報酬それぞれの支払いが考慮されるべきである。

後期高齢者医療のあり方に関しては、罹患率や長期化、慢性化等の問題および医療費の増大等を理由にして、制限を加えるような議論もある。しかし、医療提供は基本的人権にも係わる問題であり、病状・心身の状態の評価、治療結果の検証を行い、データ蓄積とその分析にもとづいて論ずるべきであり、医療費適正化の名のものと拙速な制度設計は厳に慎まなければならない。

* 31

給付の種類は、療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費、高額介護合算療養費からなる。このうち、医療と介護各本人負担の合算額で「高額療養費」が適用される高額介護合算療養費は2008年4月に新設される。また、入院に要する食住費を本人負担とする入院時生活療養費は、すでに、医療保険(療養病床に入院する70歳以上が対象)に2006年10月から導入されている。療養の給付については、被用者保険、国保、老人保健(医療)と同様、診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術その他の治療、居宅における療養上の管理とその療養に伴う世話その他の看護、病院または診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護、からなる。老人保健制度と異なるのは、被保険者(後期高齢者)は後期高齢者医療広域連合から被保険者証の発行を受ける点である。

2. 医療提供のあり方

医療提供は、疾病という人間の生活に大きく影響を与える事態に対して、「健康維持・疾病予防および急性発症以降の治療や管理」として行われるが、その目的は、健康な身心の回復・維持を図り、個々人を社会復帰させる事にある。

医療提供の理念は、医療法において次のように規定されている。

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（以下「医療提供施設」という。）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。

第5次医療法改正では、「受療者の利益の保護及び良質かつ効率的な提供体制の確保」が医療法の目的として明記され、「受療者による医療選択の支援に必要な事項」「医療の安全確保に必要な事項」「提供施設相互間の機能分担と業務連携の推進に必要な事項」が、同法に定める事項として追加された。

患者志向の医療提供のためには、地域特性と高齢社会における疾病構造に見合う体制づくりが行われるべきである。このためには、一定地域における疾病構造の調査を行い、これに対応する標準的診療を可能とする体制を確立することが求められる。

社会保障として医療提供に責任を持つ国や都道府県においては、すべての医療圏で格差のない診療が可能なよう、必要最低限の複数診療科を有する医療機関と一定の技術レベルを有した医師を配置し、効率的な診療機能の類型化を図る義務がある。

一方、各医療機関においては、良質かつ効率的な医療が提供できるよう組織を挙げた継続的な質向上の取り組みが必要である。

【1】外来機能のあり方

厚生労働省が、医療制度改革のなかで機能的かつ効率的な外来機能の確立を必ずしも重視してこなかったこと、診療所と病院の外来診療報酬の根本的な格差是正が見送られ続けていること、および外来機能の改革について医療提供者側の関心が薄いことなどが原因で、昔から言われ続けてきた「外来の機能分化」「病診連携」は、依然として大きな課題として残されている。

厚生労働省の「患者調査の概況」「医療施設調査」「病院報告」（1996年・99年・2002年・03年・04年）によると、外来患者数はこの数年、病院・診療所ともに減少している。しかし、その傾向に大差はみられず、病院がとくに入院に特化してきている様子はうかがえない。

外来患者の病院から診療所への逆紹介の増加は見られず、DPCによる包括払いの対象病院や準備病院からの退院患者の逆紹介も15%未満にとどまっている。病院入院患者の紹介率は漸増しているが、その主体は「病病連携」であり、診療所からはむしろ減少してきている。

各種調査は、いずれも「病診連携」の確立が明らかに遅れていることを示している一方、「病病連携」が増加傾向を示しているのが特徴である。

このような結果となった背景には、国民の病院医療に対する信頼の厚さ、自己負担の格差、中小病院を中心とする専門病院間の活発な連携、大学附属病院を含めた大多数の病院が、在院日数短縮にともなう入院患者確保や低額な入院診療報酬による経営上の問題から外来診療を重視せざるを得なくなっていること、などがあるものと推測される。

さらに、今回の診療報酬改定において、急性期病院が収入確保のよりどころのひとつとしていた紹介加算の廃止が打ち出されたが、これは、診療報酬上の誘導があればこそ確保されていた「病診連携」すら衰退させる可能性もある。

全日病は、抜本的改革が遅れている外来における医療提供のあり方を提言し、かつ、早急に実践に移すよう関係各方面に働きかけなければならない。

全日病の「医療提供体制のあり方」の基本的な考え方は、多くの医療関係者が繰り返し主張してきたものと同様で、「主に診療所はプライマリーケアを中心とした外来機能を、病院は入院機能を担い、医療提供における機能分化と病診連携を推進する」というものである。

ア) 疾病特性、アクセス、医師の位置づけから考える外来機能

全日病は、「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書(1998年)」および「病院のあり方に関する報告書2000年版」で、外来機能に関して次のように提言した。

外来機能における重要な要素であるプライマリーケアは診療所や病院の種別に関係なく行われている。それは患者の自由なアクセスの確保に寄与してきたが、医療の効率的な提供の面では問題がある。

したがって、疾患特性の面から外来機能を、

急性疾患外来

慢性疾患外来

専門疾患外来

救急外来

に分けるべきである。

急性疾患・慢性疾患は地域に根ざした急性期・慢性期病院、診療所で行われるべきであり、特定機能病院・地域医療支援病院の外来は専門疾患外来かつ原則紹介制とし、救急外来は急性期病院が行うようにすべきである。

このような機能分化によってこそ、それぞれが担うべき医療への資源集中が促進される。

さらに、患者の視点に立った効率的なアクセス確保の点から、「2002年版」においては、外来のあり方を次のように提言した。

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

に分化させ、各施設の機能に関する情報提供を行って患者の誘導を図るべきである。

患者は、まず、診療所や地域の一般病院外来を受診し、検査・治療を受けたのち、必要に応じ、専門医への紹介や入院診療に移行する。治療終了後は紹介元の施設に戻り、継続治療が必要な場合には、適時、専門医のコンサルテーションを受ける仕組みとする。

このような外来機能分化を国民に認知させるためには、

各々の外来機能において担当する医療の範囲を明確にするとともに、生活習慣病などの診療に対する卒前卒後プログラムを作成し、担当医師の技量水準の均質化を図る必要があること

各医療機関の外来機能に関する情報が住民に周知されるようにすること

各医療機関での医療情報を共有するためにIT技術の活用を促すこと

プライマリーケアを担当する医療機関への

受診と当該医療機関の振り分け機能を促進するために、医療費の自己負担の格差設定などで政策的に誘導することが必要である。

しかし、その後も外来機能分化が進展しないことから、「2004年版」においては、さらに踏み込んで外来機能に関する医師の位置づけにも言及し、プライマリーケアの必要性を国民に啓蒙する上でより具体的に分かりやすい体系とするために、新たに「主治医制」を提唱した。

全日病は、現在もこの体系が外来機能の明確化に繋がるものと確信しており、以下にその概要を再掲する。

「主治医」は日常の一般的な診療を行う医師であり、診療所や地域に特化した中小病院の医師がこれに当たるが、非定形や稀な疾患については大規模病院や専門病院の医師もこれになりうる

「主治医」を選択する権利は患者にあり、患者はその役割について十分に説明を受け、同意した上で「主治医」を指定する。万一、患者の要望に答えられない場合には「主治医」を変更することが可能であり、その際には、次の「主治医」に対する詳細な診療情報提供を義務づける

専門医への受診やセカンドオピニオンを求める場合は、原則として「主治医」からの紹介とし、専門医は必要な検査・診断を行ってその結果や治療法を「主治医」連絡し、投薬は「主治医」が行う

この制度の導入に際しては、「主治医」の診療機能に関する情報公開も同時に行う

「主治医制」において、一定地域の住民がすべて主治医を選択して登録すべきであるが、主治医以外に直接受診する権利(フリーアクセス)は、重症度と緊急性など一定の条件下でこれを担保する。

主治医は、住民に対する健康診断や予防に関する教育も請け負い、また、一般診療とともに在宅医療も担うべきである。地域住民の健康管理・疾病管理を十分に行うためには、出生時からの健康・疾病罹患に関する情報収集の仕組みづくりと、主治医の質の確保を行う必要がある、住民には、一定期間ごとの受診や自己責任による情報管理することを義務づけるべきである。いつでも医療機関が情報を利用できるようにするためには、IT化による情報の集約を行うシステムの構築が必須である。

このように、住民の基本的な健康管理と疾病罹患時の対応を標準化し、質の保証がなされた

主治医の適正配置が行われることが、十分なプライマリーケアの確保として重要である。

イ) プライマリーケアを担う医師や専門医の資格と研修制度

国民にとって望ましい外来医療は、至近距離に質の保証がなされた信頼のおける医師がおり、日常の健康管理はもちろん、疾病罹患時には昼夜を問わずしかるべき診療をしてくれる体制の存在であろう。また、入院を要する場合には、優秀な医師が勤務し、安全かつ効率的な医療を提供する施設の紹介が受けられることであろう。

このような要望に応えるには、現在、「かかりつけ医」「家庭医」「総合外来医」などと呼ばれているプライマリーケアに従事する医師の高い技能レベルの確保と、当該医師の地域に密着した医療に対する強い思い入れ、および終日の診療体制を確立するための連携が必要である。

日本で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、診療所を開設したり中小病院に就職したものが多く、したがって、プライマリーケアに関する系統的な教育を受けることなく経過している場合が多く、その担当範囲、技術、経験などに個人差が認められる。専門分野についても、急性発症症例の診療を日常的かつ継続的に行うことのできる病院勤務医とこの機会を得ることの少ない一般開業医とでは、最新の診療に関する経験の差が少しずつ生ずることが否めない。

国民の評価を得るような、プライマリーケアを担う「主治医制」の導入および専門医との連携の仕組みを構築するには、資格制度の確立と十分な生涯教育の実施および一定期間ごとの試験などによる診療レベル維持を図らなければならない。

日本医師会は、生涯教育と称して学会・講演会出席や自助努力についてポイント制導入による自己研鑽を求めているが、プライマリーケアを担う医師の質の保証に関する検証はされておらず、この制度に関する一般国民の認知も限られている。

2000年の日医・未来医師会ビジョン委員会による答申は、2025年の医療のあるべき姿を示し、個人健康医療カードの導入や総合診療専門医、各科専門医の資格に関する提言、医師免許と保険医資格の更新を毎年行う日本医師会保険診療資格試験の必要性にまで言及しているが、これらの実現に関する具体的な行動は未だとられていない。

また、日本には学会主導の専門医制度があるが、学会ごとにその認定基準が異なり、20年以上前から「専門医認定協議会」が統一の努力を

しているものの、いまだに基準の標準化が図られず、国民にも十分な情報開示がなく、認知度も低い。

全日病は、

プライマリーケア医は、2年間の卒後研修の後に総合診療科または小児科・内科・外科系の研修を受け、その後に認定試験を受けて資格を得る

専門医は、卒後研修後さらに数年間の研修プログラムを終了し、認定試験を受けて資格を得る

プライマリーケア医及び専門医の診療レベルの維持のため、学会や研修会における研鑽を義務づけ、さらに、一定期間ごとに資格を更新する

という制度の創設を提唱する。

国民に信頼される医療提供の第一歩は優秀な医師の育成に他ならない。医学界が自ら主導し、プライマリーケア医、専門医の統一した資格認定と継続研修の仕組みを構築すべきであり、全日病も、その実現のために努力すべきである。

ウ) 在宅医療のあり方

急病などに際して医師が患者におもむく往診は従来から行われていた。これに対して、在宅医療は、一定のスケジュールに沿って、医師、看護師、その他のコメディカル職員が患者宅を訪れるもので、比較的最近導入された制度である。

1991年の老人保健法改正によって老人訪問看護制度が創設され、1994年には健康保険法改正において在宅医療の位置づけが明文化され、対象が高齢者のみであったものが、在宅で医療・療養を受けるすべての人を対象とするものへと変わった。また、2000年からは、介護保険法にもとづく訪問看護も始まった。

近年の在宅医療の普及には、医療技術が進歩し、とくに携帯時や家庭で利用可能な小型医療機器の開発が進んだこと、在宅で療養したいという患者の希望が増加したこと、通信技術、宅急便など物流システムが整備されたことが大きな役割を果たしている。

今後も在宅で療養したいという慢性疾患、終末期の患者の増大が予想されることから、在宅医療の重要性はますます高くなると予想され、重点的に取り組むべき分野となっている。

従来の在宅医療は、訪問看護ステーションを中心とし、それに医療面で指示を与える地域の診療所、急変時の受入れを行う病院が支援を行うという構成をとることが多く、ADLが低下し通院は困難であるが、医学的には比較的軽症の慢性疾患患者を主たる対象としていた。

終末期の医療のあり方に関連して、日本では在宅での死亡を希望するものが少なくないにも関わらず実際には実現していない。諸外国に比較して在宅での死亡が少ないことは、現在の在宅医療システムが、医療密度の高い患者、終末期の患者には十分に対応できていないことを示唆している。今後は、より医療密度の高い患者、終末期の患者に対する在宅医療の仕組みが整備される必要がある。

今後、想定される在宅医療システムは、従来の看護師を主体としたものから、医師、看護師、ケマネージャー、コメディカルなどのチームを主体としたものであること、地域の病院あるいは24時間対応が可能な診療所が医療提供主体となること、急変時には常時入院治療が可能なこと、在宅医療について医師、看護師などの教育プログラムに取り入れることが望ましい。

「 」は在宅死を可能にするという観点からは一見矛盾するものの、実際には、本人、家族は、死亡にいたる状況を具体的にイメージすることができず、必要な場合にはいつでも入院治療が可能であるという安心感を有することにより、在宅療養、介護の継続が可能であることが少なくないことから重要な条件となる。

「 」については、認定看護師の教育などで一部行われているものの、いまだ不十分である。

現在、大学での医師の教育は急性期の入院医療を重視しており、慢性期の入院、外来、在宅医療が今後重要性を増す領域であるにもかかわらず、これらのよいモデルの構築、教育プログラムの開発は未だなされていない。とくに、大学における医師の教育に在宅医療が導入されることが望ましい。

2006年度の診療報酬改定において「在宅療養支援診療所」*³²が創設され、在宅医療重視の姿勢が打ち出され、より医療密度の高い患者、終末期の患者を対象とする方向性が示されたことは、高く評価される。

しかしながら、これら患者に対応した在宅医療を行う医療機関を診療所に限定する必要はない。とくに、中小規模の病院が直接行うことがより实际的であり、病院が在宅医療を実施する上での診療報酬上の評価が明らかにされることが望ましい。

大都市近郊の、高度経済成長期に作られた大規模団地や住宅地などでは住民の高齢化が進み、地域住民の大部分が高齢者である地域が出現す

ることが想定される。そのような地域では、在宅医療を行う診療所、中小規模の病院を中核にして、住民の健康管理を行い、急病への対応、専門病院の紹介などを行うことも考えられる。これには、医療機関、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護施設など関連機関の役割分担、住民の同意、個人情報の管理など、検討すべき課題があるが、在宅医療の今後の展開を考える上でひとつのあり方として注目される。意欲的な地域を定め、在宅医療の取り組みの試行が行なわれるべきである。

全日病は、こうした地域モデルの展開を積極的に支援し、その情報を会員に提供する予定である。

【2】入院機能のあり方

患者の立場から入院機能を考えると、十分に優秀な人材が確保された体制の下、急性期から慢性期医療まで一貫した医療が受けられる制度設計がなされることが理想である。

しかし、未だに医師、看護師、薬剤師などの医療従事者不足が指摘される現状あるいは中小病院が多い日本の医療提供体制の特徴を踏まえると、安全と効率性確保の観点から、主に医療度にあわせた人的資源の集中化を図るべきであり、病期別の機能分化が適当である。

第4次医療法改正によって、従来の入院病床は一般病床、療養病床へ区分された。さらに、その後の厚生労働省からのメッセージや診療報酬の誘導によると、前者は急性期、亜急性期医療を、後者は慢性期医療を担うべきとされつつある。しかし、急性期入院医療では救急医療や高度医療も担う必要があることから、一定の病床規模を持つ施設に限られ、従来の一般病床のすべてが対応できるわけではない。

全日病は、一般病床と療養病床それぞれの医療提供内容を再検討し、地域特性も考慮した柔軟な病床運営を可能とする制度の再設計をすべしとの考えに立ち、各病期別機能分化を重視した以下の提言を行う。

ア) 急性期入院医療のあり方

(a) 急性期入院医療とは

急性期入院医療とは、疾病や外傷など急性発症した疾患や慢性疾患の急性増悪の治療を目的とし、一定程度の改善まで、医師・看護師・リハビリテーション専門職員等が中心となって行う医療である。

* 32 在宅療養支援診療所

(2)イ)(a) 亜急性期入院医療とは を参照

急性期入院医療は、救急医療の集中化やDPC対象病院の拡大などを背景に高度医療が中心となっており、従来の、一般病床において広く行われている医療という概念と異なる方向に進んでいる。

(b) 急性期型病院に求められるもの

急性期入院医療を担う施設には、各々の機能に合わせた急性疾患の診療の他、24時間救急患者を受け入れる義務も課せられている。したがって、最新の診断治療機器や設備の導入、十分な人員配置など、高度医療を提供するための環境整備が求められる。

人員配置に関しては、一般的に、現行医療法の標準数を上回る医師数や7:1以上の看護師数の配置が必要であるが、各部門の必要職員数算出はケースミックスに従うべきであり、病院全体や病棟ごとの医療度や看護度を参考にすると同時に、リスクマネジメントの視点も勘案して行われるべきである。

主な急性疾患については、ガイドラインや各施設の診療指針に沿ったクリニカルパスを積極的に利用した診断・治療を行うことが求められ、DPCによる包括払い方式で示される各疾患の標準的在院日数(入院期間)^{*33}以内で終了するような努力が必要である。

各施設の機能に合わせた標準的診療計画は、定期的に診療情報を検討してその目標達成度を評価すべきである。

診療情報の管理には、他施設とのベンチマーク^{*34}も可能となるよう、ICDにもとづく病名・処置のコーディング^{*35}作業が必須である。同時に、診療評価に使用できるようなSOAP方式などによる記録や退院時サマリーの記載など、一定のルールに従った診療録の作成も必要である。統計資料を定期的に作成するためにも、IT化された専門部署の設置が望まれる。

重大な医療事故のほとんどは急性期医療を行う現場で発生しており、急性期入院医療を担う施設においては、とくに、医療安全のための具体的な行動が取られる必要があり、組織的な質向上にも取り組むべきである。

また、質の評価を検討する仕組みを有すべきであり、診療結果や安全に関してその内容を積極的に公開することが、患者の視点に立った医療情報の提供として大切である。

イ) 亜急性期入院医療のあり方

(a) 亜急性期入院医療とは

亜急性期入院医療とは、急性期以後の状態が固定していない状態や回復期リハビリテーションを要する状態などを指し、入院医療としての需要が高い。

その代表的な疾患・状態は、脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の整形外科疾患、肺炎、腹部・胸部手術の術後などの廃用症候群、抗癌剤の定期的な投与、在宅医療への連携、などである。

また、高齢者の増加とともに在宅医療の需要が高まっており、2006年度の診療報酬改定では「在宅療養支援診療所」が創設された。24時間体制で在宅医療を行うことを目的としているが、一時的な入院加療が必要になることが多い。さらに、介護保険施設入居者も増加しており、要医療・要介護状態にある患者が一時的に入院医療が必要となる状態は増加している。

その代表的疾患としては、軽度～中等度の肺炎、脱水、再発性脳梗塞、一般的な骨折など多岐にわたるが、重装備の急性期病院における入院適応とは異なる場合が多い。

全日病はこのような病態に対して医療を行う、「地域一般病棟」という病床種別の概念を提唱している(後出)。

その入院機能は、急性期入院後の引き続き入院医療を要する状態(post acute)に加え、重装備な急性期入院医療までは必要としないが、在宅や介護保険施設での治療では限界があり、入院を要する状態(sub acute)の両者を対象とするものである。

(b) 現行診療報酬上の亜急性期入院医療

現行の診療報酬体系では、亜急性期入院医療は「回復期リハビリテーション病棟」と「亜急性期入院医療管理料」算定病床を指すと考えられるが、一般病床の入院ではあるものの、実態

* 33 標準的在院日数(入院期間)

DPC包括評価において基本となる在院日数で、診断群分類ごとの平均在院日数を示す。1日当たり定額制のDPCは、入院期間を3段階に分け、段階を追って低くなる1日当たり点数を適用するという逓減制を採用している。入院期間Iは各診断群分類の平均在院日数の25パーセンタイル値に相当し、特定入院期間は「平均在院日数+2×標準偏差」として計算される。特定入院期間を過ぎた入院期間については出来高払いが適用される。

* 34 ベンチマーク

標準化された手法で導かれたデータを指標ごとに病院間で比較する方法。アウトカムに関する統計から自院の質を測定し、その改善に役立てるために使われる。

* 35 コーディング

患者の病名や処置に定められたコードを付けるもので世界的にICD(国際疾病分類)が使われている。

としては亜急性期入院となっているものも少なくない。

現行の制度を考えるとともに、今後の亜急性期入院医療について述べる。

まず、現行の「回復期リハビリテーション病棟」であるが、2000年度の診療報酬改定で創設された特定入院料を算定する病棟である。

その特徴は、

対象疾患は脳血管疾患・脊髄損傷・大腿骨頸部等の骨折・廃用症候群で、病棟全体の8割以上を占める

発症から2ヵ月以内の入院であること

入院期間は疾患によって60日から180日を上限とする

医師・理学療法士および作業療法士の特別な配置基準をもつ

などである。

全国に多く整備されてきたが、疾患や入院期間の制限が厳しく、大規模急性期病棟に併設されているか、多くの急性期病院との連携がないと運営が困難である、という指摘がある。

一方、2004年度の改定で新設された亜急性期入院医療管理料では、病床単位で特定入院料を算定する。

その特徴としては、

病床数は一般病床の1割以内(10床から40床まで)とする

看護規準は13:1以上とする

リハ施設規準を満たし、診療録管理、在宅復帰支援者(専任)の配置を有する

入院患者の60%以上が在宅復帰を果たしていること

などである。

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る。

また、現行の患者の流れは、急性期から受け入れて在宅へ復帰させる(post acute)という方向性だけになっているが、前述のように、慢性患者の増悪等(sub acute)の受け入れにも対応することが求められる。

各地域における中小病院が病棟もしくは病院として亜急性対応となることが、急性期病院のさらなる急性期への特化、在宅医療の後方支援、地域における医療・介護のネットワーク機能に役立つと考えられる。

(c)「地域一般病棟」について

「地域一般病棟」は、四病院団体協議会*³⁶が「今後の高齢者医療のあり方について」(2001年9月)および「医療提供体制のあるべき姿」(2002年7月)の両報告書で提唱した病棟カテゴリーであり、地域に特化した医療機関・介護施設のネットワーク機能を主体とした病棟(病院)である。

病院のあり方委員会は以前から「地域一般病棟」の必要性を認め、本報告書でも2002年以降の各版で、診療報酬に新設するよう提唱してきた。

近年、急性期病棟の入院患者の多くは高齢者に占められている。その理由としては、老年期に急性疾患が発症しやすいことや、複数の基礎疾患を有していることが多い、発症前からADLの低下していることが多い、等が挙げられる。

今後、医療提供における高齢者医療の割合はさらに増加すると考えられ、医療提供をより全人的、効率的に提供する必要がある。そのためには、地域(1次医療圏もしくは生活圏)における地域医療・介護の連携が最も重要となる。

こうした役割を地域で果たし、必要な機能を確保した医療施設が「地域一般病棟」であり、その概略は(表2 - 次頁)に示すとおりである。

このような病棟(病院)カテゴリーの確立は、急性期病棟(病院)の運営を支援するとともに、高齢者を中心に利用者のニーズにあった医療提供を可能とする。

各地域における中小規模病院が積極的に参加し、また、ひとつの大規模病院が多くの入院医療を提供している地域では、一部の病棟が「地域一般病棟」になることによって、利用者を中心とした全人的かつ効率的な医療提供が可能となる。

ここに述べた「地域一般病棟」は、現行「亜急性入院医療管理料」の発展型ともいえる。今後の医療提供体制や診療報酬制度の議論の中で、「地域一般病棟」の必要性が理解され、より質の高い亜急性入院医療が実現化されることが望まれる。

ウ)慢性期入院医療のあり方

(a)「2004年版」までの長期入院に関する考え
慢性期入院医療と介護保険施設のあり方について、全日病は、「2004年版」の報告書まで、下記の考え方を擁してきた。

「現状において医療療養病床と介護保険3施設は機能分化が曖昧であり、実際の患者(利用者)

* 36 四病院団体協議会
第1章3(1)の脚注5(P8)を参照

表2 「地域一般病棟」の概要

| |
|---|
| 役割 ・地域ケア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 ・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 ・医師、看護要員は現行の一般病棟基準以上 ・PT、OT、ST等リハビリテーションスタッフを配置 ・医療ソーシャルワーカー(MSW)を配置 |
| 入院対応疾患 ・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 |

の状態像の差異は明確ではない。国民に理解しやすく円滑な運営に寄与する制度として、長期入院(入所)施設を療養病棟と介護保険施設に区分して考えることが現実的である。」

現時点でもこの考え方に変化はないが、今回あまりにも性急な変革が行われようとしていることから、ここに再度、その考え方を整理する。

(b) 慢性期入院包括評価分科会による患者分類の提案
慢性期入院医療のあり方については、2003年

に閣議決定された「診療報酬体系の基本方針」において、疾病特性、重症度、看護必要度等を反映し評価するという方向が示された。

同年夏に中医協の診療報酬基本問題小委員会に付設された診療報酬調査専門組織の慢性期入院医療の包括評価分科会(以下：慢性期分科会)は、2年以上の歳月を経て、一般病床群、特殊疾患療養、医療療養、介護療養、回復期リハ各病棟の調査を行った結果、

一般病床群は医療面での重症者が多い
回復期リハ病棟の入院患者はリハに特化している

特殊疾患療養病棟は医療・介護両面で重症者が多い

医療療養と介護療養の入院患者は特徴的な差異がない

という各病棟の患者特性が明らかになった。

慢性期分科会は調査データにもとづいて、傷病名・重症度・状態等、医師・看護職員・介護職員等の仕事量、薬剤費・医療材料費等の集計・分析結果から、医療必要度に応じた医療区分を設定。その上で介護必要度に応じたADL区分、さらに、認知機能障害を加味した患者分類の方法を考案した。(表3)

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等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た。

(c) その後の流れ

この時点までは、長期入院に対するケースミックス分類の導入が検討されていたが2005年10月から12月にかけて大きく流れが変わった。厚生労働省が「医療制度構造改革試案」(2005年10月)において慢性期入院を居住系サービスに病床転

表3 慢性期入院患者に関する分類の考え

(中医協・診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価分科会 2005年11月11日)

| | | | |
|--------|----------|----------|-------|
| ADL区分3 | | | |
| ADL区分2 | | | |
| ADL区分1 | 認知機能障害加算 | 認知機能障害加算 | |
| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |

医療区分3該当項目：常時監視・管理を要する状態・中心静脈栄養・レスピレーター 等

医療区分2該当項目：難病・脊髄損傷・喀痰吸引(8回以上)・肺炎 等

医療区分1該当項目：区分2、3に入らないもの

換させる事を一方的にうたい、さらに同年12月には、介護給付費分科会で「介護療養病床の廃止」が決定されたのである。

しかも、2006年度診療報酬改定では、前述のケースミックス分類が導入されるものの、その目的は医療区分1を現実的には運営できない点数まで下げ、実質的に医療保険の世界から抹殺するものであった。

表4のように、医療区分1はきわめて低い点数が設定されている。

しかし、2006年9月の診療報酬改定検証のために再開された慢性期分科会では2005年11月時点で中医協に提出された資料が公開された。その資料には下記のような表5が存在する。

この変動費に固定費（およそ6,000円から7,000円）を加えたものが療養病床の費用と考えられる。

下記の表を比べると、設定された診療報酬点数は論拠に基づくものではなく、医療区分1の多い療養病床では運営をできなくすることにより、療養病床再編を促進させるための経済誘導策であったことが歴然である。

本来、慢性期分科会のケースミックス分類は、医療提供の頻度・ADLにより分類を行ったものであり、医療区分1は入院医療が不用である、という意味合いは無い。診療報酬改定ではその分類が目的外使用されたのである。

このような療養病床の診療報酬改定に加え、強引な療養病床再編（第4章、1、(3)（ウ）参照）は現場に大きな混乱を引き起こしている。あまりに早急に決定されたこれらの方針により、療養病床がどのように再編されて行くのか現時点では不明である。

(d) 本報告書の提言

本報告書では、かねてより一貫して、急性期病棟・亜急性期病棟(地域一般病棟・回復期リハ病棟)・慢性期病棟そして介護保険施設一元化という機能分化を提唱してきたが、現時点でもその考え方は変わるものではなく、病院のあるべき姿と考えている。

しかし、今回の療養病床再編のように、単に「医療費削減の道具」として機能分化を誘導することがあってはならない。このような方法では、慢性期入院医療の質が向上するとは考え難く、さらに、急性期・亜急性期の機能確立にも寄与するものではない。

(e) 慢性期入院医療のあり方

慢性期病棟の入院患者に対しては、医療提供が不可欠な疾病特性・状態像を定め、それぞれの患者に対する医師・看護職員・介護職員等の仕事量、薬剤費・医療材料費等によって診療報酬を決めるケースミックス分類を行うべきである。

しかし、今回導入された療養病床の診療報酬は再編問題が絡んでおり、あたかも医療区分1には医療が不要であるかのように論議されている。

例えば、意識障害者で胃瘻栄養を行う場合、薬剤選択によっては状態が著しく変化することが多いパーキンソン病関連疾患の重度でないもの、喀痰吸引が必要であるが回数が少ないものなど、検討すべき状態が多い。

今後は、慢性期入院医療の実態調査、診療報酬制度の検証を十分に行い、慢性期病棟のあり方および提供される医療の内容を十分に議論し、効率的かつ国民に解かりやすい慢性期入院医療を創設することが求められる。

表4 2006年7月から適応された「療養病床入院基本料」

| | | | |
|--------|-------|-------|-------|
| ADL区分3 | 885点 | 1344点 | 1740点 |
| ADL区分2 | 764点 | 1344点 | 1740点 |
| ADL区分1 | 764点 | 1220点 | 1740点 |
| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |

表5 患者1日1人当たり費用（人件費・薬剤費・医療材料費の変動費）

| | | | |
|--------|-------|-------|-------|
| ADL区分3 | 5156円 | 6257円 | 9275円 |
| ADL区分2 | 4557円 | 5661円 | 8132円 |
| ADL区分1 | 3487円 | 4646円 | 5285円 |
| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |

(f) 緩和ケア病棟について

従来、本報告書では慢性期入院医療の一型として「緩和ケア病棟」を組み入れてきた。

しかし、緩和ケアは、悪性腫瘍に対するケアだけではなく、疼痛コントロールを要する多くの疾患を対象とすべきである。したがって、病棟単位での対応ではなく、緩和ケアチームなどによる、入院医療、外来医療、在宅医療、介護保険施設における医療など、多くの場面で対応すべきであると考えられる。

こうした考え方にもとづいて、今回の報告書において、慢性期入院医療の類型から「緩和ケア病棟」を削除した。

【3】地域における医療提供体制の確立と連携

医療の中心は、かつては急性疾患であったが、高齢化とともに慢性疾患の比重が増大している。慢性疾患では根治を期待することは困難であり、病態に応じて、急性期医療、リハビリテーション、慢性期医療、外来診療、訪問診療、などの多様なサービスが複数の医療機関により提供される必要がある。

急性期から慢性期医療、介護に至る適切な継続的ケア(Continuum Care)が求められるなか、良質な医療の提供を行っている医療機関同士が、患者の立場に立って密な連携をとることが望ましい。これを実効性のあるものとするためには、情報の活用、役割分担、ケアコーディネーションの問題を解決する必要がある。

そのためには、まず、患者についての情報を医療機関、その他機関で共有し活用することが不可欠である。情報提供の方式、内容について、特にIT化を前提に標準化を図ることが重要である。各施設が、どのような医療に対応できるのかを知らせるためには、施設そのものの情報に加え、医師や看護師・薬剤師・リハビリテーション職員などの人員配置や業務の内容に関する情報も、類型化して整備・公開されるべきである。このような情報は、患者をどの医療機関に紹介すべきか判断する上で不可欠であるばかりでなく、地域における医療提供体制を評価し、「医療計画」などの政策を立案する上でも重要である。

継続的ケアにはケアコーディネーションが不可欠である。最近になり、いくつかの都市で連携パスなどを利用し、継続ケアシステムを構築

し始めているが、未だに医療・その他機関の種別および役割の明確化、標準化が不十分である。各医療機関の診療機能に関する統一された情報公開がなされず、連携に対する医師の意識も一般に高くない。現状では、多くの場合MSWが調整しているが、医師、看護師、リハビリテーション職員、MSWなどの業務に精通した連携のキーパーソンとなる「ケアコーディネーター」*³⁷的な機能を有する職種の養成が求められ、この業務に医師が全面協力するのが現実的であろう。

2008年より開始される新しい「地域医療計画」に関して厚生労働省が示している「日常医療圏の診療ネットワーク構想」³⁸では施設ごとの機能明確化がうたわれているが、地域特性を十分考慮した対応が求められる。新しい「地域医療計画」においては、一定の地域における疾病調査が行われ、この結果を踏まえた具体的計画にもとづいた医療提供が義務付けられ住民にも示される予定である。診療機能に基づく地域医療提供体制の整備状況の検討を行うことにより、優先して確保すべき医療資源が明確となり、またより実態に即した医療圏の再設定が可能となるものと期待される。

【4】医療提供体制の変容

ア) 病院の開設主体

病院を開設主体別に見ると、表6に示す如く、病院数では民間が8割強に達しており、わが国の医療提供体制は民間が主体であるといえる。

なかでも医療法人が最も割合が高く、病院数で6割以上、病床数でも過半数を占めている。次に割合が高いのは、都道府県立病院と市町村立病院を合わせた自治体病院である(施設数11.7%、病床数15.1%)。

イ) 改革の動向

(a) 公的病院の改革

【国立病院・療養所における改革】

1945年、国立病院・療養所は旧陸海軍病院を引き継いで発足した。当時は結核の治療などを中心に医療を提供してきたが、疾病構造の変化、医療機関の量的整備などから、その社会的役割も変化し、再編・統合が行われてきた。

1998年には、より効率的・効果的な国の事業運営を目指す「中央省庁等改革基本法」が制定

* 37 ケアコーディネーター

その役割は、入院時から長期療養が予測される患者のケア計画に積極的に参加し、患者・家族の要望も汲み取り、転院、転所、在宅療養、介護などに係わる諸問題を調整するというもので、現状のMSWやケアマネジャーに比べ疾病発症直後から係わりを持ち、より深く関与をする職種である。

表6 開設者別施設数と病床数

| | | 施設数 | 割合(%) | 病床数 | 割合(%) | |
|------------------|---------------|-----------------|-------|-----------|---------|------|
| いわゆる 公的 病院 | 国立病院 | 厚生労働省 | 22 | 0.2 | 12,843 | 0.8 |
| | | 独立行政法人国立病院機構 | 146 | 1.6 | 59,188 | 3.6 |
| | | 国立大学法人 | 49 | 0.5 | 32,823 | 2.0 |
| | | 独立行政法人労働者健康福祉機構 | 36 | 0.4 | 14,089 | 0.9 |
| | | その他 | 40 | 0.4 | 5,652 | 0.3 |
| | 国立病院 小計 | | 293 | 3.3 | 124,595 | 7.6 |
| | 自治体病院 | 都道府県 | 298 | 3.3 | 82,183 | 5.0 |
| | | 市町村 | 753 | 8.4 | 164,363 | 10.1 |
| | 自治体病院 小計 | | 1,051 | 11.7 | 246,546 | 15.1 |
| | 日赤 | | 93 | 1.0 | 38,503 | 2.4 |
| | 済生会 | | 79 | 0.9 | 21,742 | 1.3 |
| | 北海道社会事業協会 | | 7 | 0.1 | 1,955 | 0.1 |
| | 厚生連 | | 122 | 1.4 | 37,868 | 2.3 |
| | 国民健康保険団体連合会 | | 1 | 0.0 | 170 | 0.0 |
| | 全国社会保険協会連合会 | | 52 | 0.6 | 14,683 | 0.9 |
| | 厚生年金事業振興団 | | 7 | 0.1 | 2,813 | 0.2 |
| | 船員保険会 | | 3 | 0.0 | 816 | 0.1 |
| | 健康保険組合及びその連合会 | | 16 | 0.2 | 3,217 | 0.2 |
| | 共済組合及びその連合会 | | 46 | 0.5 | 15,006 | 0.9 |
| | 国民健康保険組合 | | 1 | 0.0 | 320 | 0.0 |
| いわゆる公的病院 小計 | | 1,771 | 19.7 | 508,234 | 31.2 | |
| 民間 病院 | 公益法人 | 399 | 4.4 | 94,207 | 5.8 | |
| | 医療法人 | 5,689 | 63.4 | 840,874 | 51.6 | |
| | 学校法人 | 103 | 1.1 | 54,730 | 3.4 | |
| | 社会福祉法人 | 175 | 1.9 | 31,218 | 1.9 | |
| | 医療生協 | 79 | 0.9 | 12,663 | 0.8 | |
| | 会社 | 56 | 0.6 | 12,704 | 0.8 | |
| | その他の法人 | 67 | 0.7 | 14,571 | 0.9 | |
| | 個人 | 639 | 7.1 | 59,534 | 3.7 | |
| 民間病院 小計 | | 7,207 | 80.3 | 1,120,501 | 68.8 | |
| 総数 | | 8,978 | 100.0 | 1,628,735 | 100.0 | |

資料:医療施設動態調査 平成18年6月末現在

され、独立行政法人制度が創設された。

これを受けて、国立病院・療養所は「高度かつ専門的な医療センター、ハンセン病療養所等特に必要があるものを除き、独立行政法人に移行する」ことになり、2004年に154施設（現在146施設）からなる独立行政法人国立病院機構が発足した。

これによって、独立行政法人国立病院機構が担うべき医療は、がん・循環器病等に対する高度先駆的な医療や、ハンセン病・進行性筋ジストロフィーなど歴史的・社会的な経緯等により公立・民間でも対応が困難な医療等、国の医療政策として担うべき医療（政策医療）とされ、地域における基本的・一般的医療の提供は、原則として他の公的・民間医療機関に委ねるという方向性が示され^{*38}、実践されることとなった。

【自治体病院における改革】

自治体病院において、その開設の経緯は病院ごとに様々であるが、民間病院を含め、他の医療機関ではできない、または行わない分野で、しかも地域にとって必要な医療を提供する目的で、地域住民の生命と健康に責任をもつ自治体の長が議会の議決を経て設立したものである。

自治体病院は、政策医療の実施、高人件費、経営意識の欠如、地元業者への配慮などの、制度的・構造的な要因により、赤字体質にある。自治体病院には、土地・建物・機器などの取得費（キャピタルコスト）とは別に、国や自治体から運営費として年間約6,000～7,000億円の補助金が投入されているがそれでもなお、約7割の病院が年間約1,000億円の経常赤字を計上している。2005年度末現在、累積赤字は約1兆7,000億円で、この額は毎年増え続けている。一方、それを支える地方財政は全国的に逼迫状態にあり、巨額の赤字を出し続ける自治体病院を維持し続けることが困難となっている。

このような中、2003年4月、厚生労働省は

「医療提供体制の改革のビジョン(案)」を打ち出し、一般病床の機能分化や急性期病床の集約化を示すとともに、「公的病院等の在り方を根本的に見直し、必要に応じ病床数を削減する」という考え方を明らかにした。

自治体病院を所轄する総務省も、2005年4月に「自治体病院再編等推進要綱」(通知)を発出し、自治体病院の病床合理化に向けた具体的な取り組みに着手した。これらを背景として、自治体病院では、高度医療や過疎地医療などの政策医療は担うものの、民間に任せられる部分は整理するなど、経営体制の抜本的改革に向けた取り組みが始まった。

自治体病院の改革案として表7に示すように、民間移譲、独立行政法人化、地方公営企業法の全部適用、指定管理者制度の導入、再編・統合、診療所化、廃院などがあげられる。

自治体病院の大半は地方公営企業法の財務規定のみを適用する一部適用病院である。

これに対して全部適用は、病院事業管理者が自治体の長とは別に設置され、人事権や予算権など広範な権限を有する。しかし、病院事業管理者といっても自治体内部者を登用するケースが多く、実質的な権限が与えられていない、また、必ずしも病院経営の専門家ともいえない。一方、病院職員の身分も公務員のままのため、一部の例外を除き抜本的改革は難しいのが現実といえよう。

地方独立行政法人は予算や財務、運営面で自主的な決定ができ、自治体直営型と比べて効率的な病院運営が期待されている。しかし、これも給与規定など地方公営企業法全部適用と同じような課題を抱え、抜本的改革が期待した通りの効果をあげていない。

これに対して指定管理者制度は、外部の経営専門家(医療法人を含む)を招聘して全権を与え、民間の経営手法による改善を可能にする制度である。全部適用などと異なるのは、管理者が外部者であるだけに、思い切った経営改革を行いやすい点である。また、開設主体は現自治体のままで存続するため、民間移譲や閉鎖、再編・統合などと比べると住民の理解も得られやすく、実務的・現実的な対応策といえる。この制度の課題は、いかにして適切な管理者を見出すかであるが、今後、社会医療法人など持ち分のない医療法人が担うことになれば社会的にも受け入れられやすいと考えられる。

表7 自治体病院の経営改革の動向(2006年11月末時点)

| | |
|-------------|-------|
| 地方公営企業法全部適用 | 245病院 |
| 指定管理者制度導入 | 58病院 |
| 民間へ経営移譲 | 16病院 |
| 地方独立行政法人化 | 7病院 |
| 再編・統合 | 4病院 |
| 廃院 | 1病院 |

各種資料より明治安田生活福祉研究所作成

* 38

厚生労働白書平成16年度版

(b) 医療法人制度改革

第5次医療法改正により、医療法人には、1950年の創設以来最も大きな変更が加えられたが、その主な内容は表8・図4のとおりである。

医療法人制度改革は、医療法人の公益性・非営利性を明確にするとともに、医業経営の近代化・効率化と安定性・継続性を確保する狙いで実施された。同時に、この制度改正は、医療・介護サービスにおいて重要な位置を占める医療法人について、民間非営利部門としての基本原則を再確立することによって、株式会社が医療

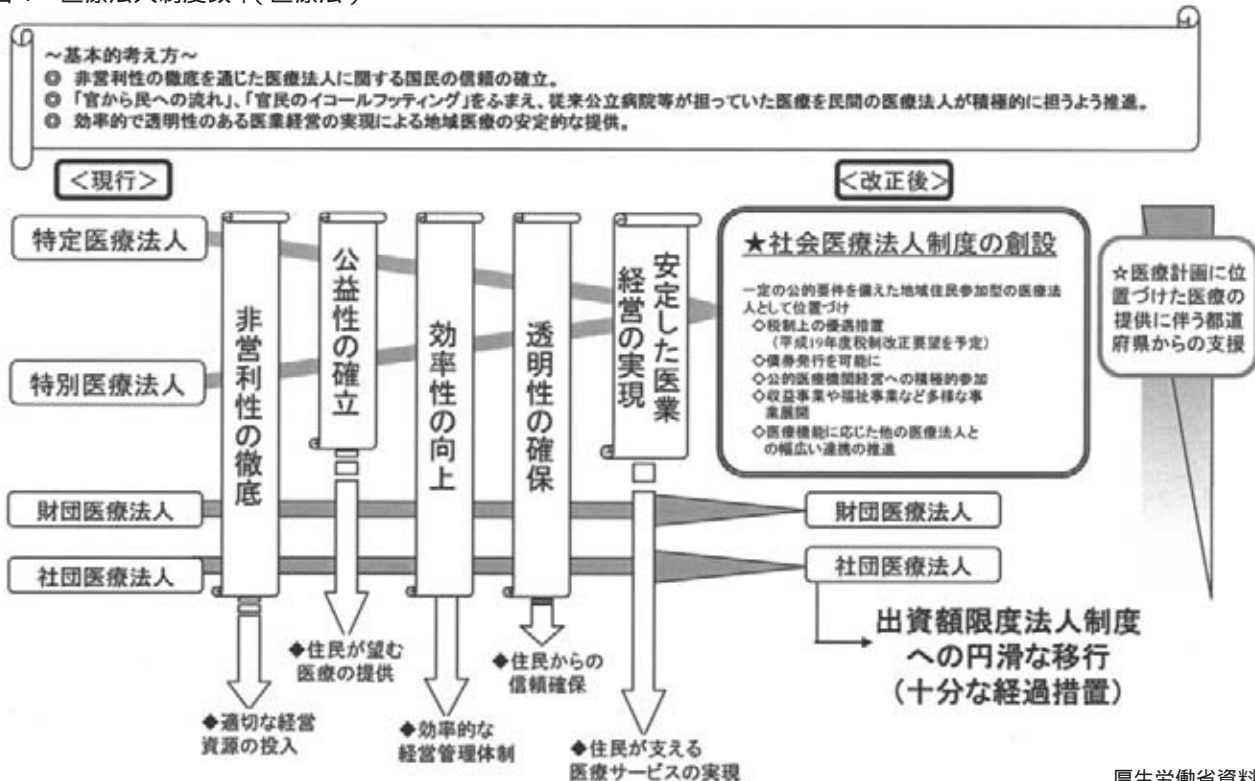
参入する“根拠”を否定するという一面を持つものでもあった。

改革の骨子は、医療法人の営利性を否定する法的根拠を強化する、医療法人の社会的な位置づけ（地域における役割）を明確にする、医療法人の組織管理規律を強化する、公益性の高い医療法人を創設する、というものである。地域の保健医療提供体制を「公中心から民間中心へ」と転換していく上で、医療法人をより非

表8 医療法人制度改革の概要

| |
|---|
| <p>医療提供の重要な担い手として位置づける</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域における医療の重要な担い手としての役割を積極的に果たす等、医療法人の責務に関する規定を設けた。 ・医療法人が地方自治法の規定による指定管理者として病院等の管理を行うことができる旨の規定を明確化した。 <p>附帯業務に有料老人ホームの設置等を追加した。</p> <p>残余財産の帰属先を明確化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・残余財産の帰属先は国・地方公共団体・医療法人・厚生労働省令で定めるもののうちから選定する。 ・既設の持分ある医療法人社団には同規定を「当分の間」適用しない経過措置を設ける。 <p>社会医療法人を創設する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法人のうち、救急医療等確保事業に係る業務を行っていること等の要件に該当するものを社会医療法人として認定し、厚生労働大臣の定めた収益業務を認める。 ・社会医療法人の発行する債券は、証券取引法の適用を受ける。 ・特別医療法人に関する諸規定は施行日から5年間効力を有する（社会医療法人の要件を満たすことなく施行日から5年間が経過した場合には「持分の定めのない医療法人」として取り扱われ、収益業務が行えなくなる）。 ・特定医療法人の取り扱いについては、税制改正要望と関係することから未定とする。 <p>管理規定等を強化する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・役員任期・監事の職務、社員総会・評議員会について規定を設ける。 ・事業報告書等・監査報告書、事業報告書等の閲覧について規定を設ける。 |
|---|

図4 医療法人制度改革(医療法)



営利性、公益性の高い方向へ誘導するものである。

改正医療法第40条の2に、「医療法人は、自主的にその運営基盤の強化を図ると共に、その提供する医療の質向上及びその運営の透明性の確保を図り、その地域における医療の重要な担い手としての役割を積極的に果たすよう努めなければならない。」という条文が加えられた。これはまさに上記目的を端的に表すものである。

既存の持ち分あり医療法人社団の財産権を附則によって保全しながらも、改正法施行後に設立される医療法人については解散時残余財産は個人に帰属しないことを明確にするとともに、公立病院等が担ってきた分野を扱えるよう医療法人を指定管理者^{*39}として位置づける規定を設けた。また、医療・介護各領域のサービス多様化に対応するために有料老人ホームの開設・運営を附帯業務に追加し、さらに、公益性の高い新たな医療法人類型として証券取引法適用の公募債^{*40}が発行可能となる「社会医療法人」制度を創設した。

医療法人に対するこうした方向性が示されたことによって、今後は、持ち分ありのままていくか、2つの医療法人類型（社会医療法人もしくは「持ち分の定めのない医療法人」）へ移行するか、いずれを選択するかが迫られているといえよう。

なお、すべての医療法人がその「運営の透明性の確保」を求められ、決算の届出と書類の整備・閲覧が本改正で大きく変化したことを理解し、法律規定に沿った開示が行われることを自

覚する必要がある。

決算の届出と書類の整備・閲覧等に関する具体的な変化は、事業報告書の作成義務の創設、監事の監査報告書上の位置づけの強化、都道府県知事による届出書類の閲覧義務の創設、社会医療法人における会計士監査の導入（厚生労働省令で定めるものに限る）、社会医療法人における高いレベルでの閲覧義務等、があげられる。

とくに、病院を開設、運営する医療法人においては、医療法人制度がパラダイムシフトともいべき変化の時代に入ったことを認識し、民間非営利事業体として、良質な医療・介護サービスを適切かつ効率的に地域に提供し続けられるよう、自己改革を図ることが望ましい。

ウ) 資金調達が多様化と格付け機関の出現

わが国において、一般企業では「一律的・硬直的な間接金融から多様・柔軟な直接金融」に資金調達の手法を変化させているにもかかわらず、医療機関は、間接金融を中心とした金融機関融資すなわち財政投融資資金を活用した公的融資や民間銀行からの融資に必要資金の多くを依存してきた。とくに、医療法人においては理事長の個人保証を要件とする融資が大半を占め、その状況が現在も継続している。

最近、病院においても徐々にではあるが様々な資金調達方策が検討され、地域医療振興債^{*41}の発行、医療機関債^{*42}の発行、診療報酬債権の流動化^{*43}、病院施設などの不動産証券化^{*44}、プ

* 39 指定管理者

条例にもとづいて都道府県・市町村が公立施設の管理を行わせるために、議会の議決を経て指定する法人その他の団体。2003年9月に施行された地方自治法改正によって、それまで地方公共団体やその外郭団体に限られていた公の施設の運営・管理を、民間業者に委託することができるようになった（指定管理者制度）。対象施設には医療機関も含まれる。

* 40

従来も病院は公募債発行が可能ではあったが、証券取引法の適用を受けないため、投資家保護がなされず、そのため発行しても現実には投資家が見つかりにくいという問題があった。

* 41 地域医療振興債

少人数私募債の形式で発行され、記名式で譲渡制限のある医療機関債。発行目的を限定し、購入者は49人以下（6ヶ月間）上限4億9千万円、利率は長期国債の利回りに1%を上乗せ、債券保有者の診療上での優遇の禁止、過去3年間の経営の健全性、事業計画の作成と決算期ごとの財務状況の開示、などを定めている。

* 42 医療機関債

医療機関が私募債の発行によって資金を調達する直接金融の手法。詳細は2004年10月25日付厚生労働省医政局長通知「医療機関債発行のガイドラインについて」を参照。

* 43 診療報酬債権の流動化

医療サービスで生じた診療報酬債権を担保に、証券化を行うもの。通常2ヶ月程度かかる診療報酬の現金化が短縮できることや診療報酬債権の信用度自体が高いため、財務状況が低迷している医療機関も利用できるなどのメリットがあるが、割引率や格付け費用など資金調達コストが発生することや資金に逼迫しているとの印象を与えてしまう懸念があるなどのデメリットもある。

* 44 不動産証券化

仕組みは診療報酬債権流動化（証券化）と変わらない。担保とする資産が、診療報酬債権ではなく不動産になる。財務体質が悪化している医療機関でも多額の資金調達を行えるが、不動産の売却にかかる税負担が重いことや賃貸料支払いが滞ると証券の信用度が下がる。

プロジェクトファイナンス^{*45}、SPCの利用^{*46}、等が行われ始めている。

新設される社会医療法人では、証券取引法の投資家保護が適応される公募債発行が可能となり、病院においても主要な資金調達方法は、株式以外は法的にはほぼ可能になったといえよう。

資金調達方法が多様化する中で、病院経営者は、いずれの方法が病院経営の安定継続、組織と個人の分離(理事長個人保証の解除)に資するものか否かを見極める必要がある。

多様な資金調達の実現や関連する理事長個人保証の解除には、健全な経営に努め、その内容を公開する透明性確保と説明責任の履行が不可欠である。そのためには、医療法人会計基準の導入、監査・開示制度の制定、債務弁済能力の第三者評価、経営のデータ整備等が必要である。

近年、医療機関に関する財務格付機関が出現しているが、独立行政法人など公的医療機関では、経営内容に関わらず最終的な支払が国・自治体等により保証されるため高い格付けを得ることが可能であり、民間医療機関の格付けとは意味がまったく異なる。また、格付けが資金調達のコスト・多様化と直接関係しておらず、実効性を有していない。実態を反映した合理的な基準の確立、資金調達にあたって取引費用の軽減をもたらすような仕組み作りが必要であろう。

エ) 医療提供体制の変容と公私格差

国・自治体は、国公立病院を運営し、自ら医療を提供する立場にあったが、医療制度改革を機に、今後は地域医療の調整役やインフラ整備の役割に業務の主体を移し、医療提供に関しては民営化や再編・統合を図るべきである。

医療法人制度改革が実施され、民間病院も資金調達面でも実力さえあれば間接金融以外の道も開けてきた。しかし、医療提供の主体を担っている医療法人は、依然大きな公私格差のもとで運営を行わざるを得ない状況にある。

国・公立病院においては、施設の建設費はもちろん、運営費に対しても補助金が支給されるほか、非課税である。また、厚生連病院、日赤病院、済生会病院といった公的病院でも、資金調達、補助金や税制面で優遇されている。加えて厚生連病院では、農林中金をはじめとする農協系金融機関の存在により資金調達に支障がない。済生会病院や日赤病院は市中金融機関から

資金を調達しているが、両法人ともそれぞれ全国統一の団体であり、公的機関としての知名度および信用度が高く、資金調達には困窮していない。さらに、公的病院の一部では、国や地方自治体からの補助金のほか、日本損害保険協会、日本財団、日本自転車振興会といった団体からの補助金も優先される。このように公的病院は、資金調達面、運営面、税制面で民間に比べ著しく優遇されており不公平、不公正と言わざるを得ない。民間でも政策医療を担っており、また、公的であっても一般的な医療しか提供しない施設も現実にある。開設主体が公的であるという理由のみに基づく補助は合理性を欠くものであり、透明性確保と説明責任の履行を前提に、医療提供の内容に基づく公的支援に変える必要がある。

* 45 プロジェクトファイナンス

企業の信用力そのものに依拠するのではなく、ある事業を実施した場合にその事業から生み出される収益に注目して融資する金融手法。

* 46 SPC(special purpose company)

資産の流動化や証券化において利用する目的で設立された特別目的会社。(special purpose company)

3. 診療報酬体系のあり方

【1】望ましい診療報酬体系

診療報酬は2年に1度の改定を繰り返してきたが、医療提供の実態を反映した診療報酬体系を構築するという観点で行われたことはなく、2006年改定においてもこの状況に変化はなかった。

むしろ、大きな論議をひき起こしている療養病床の医療度別状態別診療報酬に関しては、事前に行われたコストデータを厚生労働省が都合の良いように目的外利用したものであり、「医療機関のコスト調査・分析による反映」を行うとした2003年の閣議決定を無視した内容ですらあった。

診療報酬は、質の確保と医療安全を促進し、標準的治療に必要なコストを反映し、また、望ましい医療を実現するものであることが重要である。

実態調査を含む診療報酬決定までの全過程について透明性の確保が図られなければならない。現状では、頻回の診療報酬改定に対応するための調査が不十分であり、かつ調査結果を制度に反映させるための仕組みが整備されていない、国民に調査内容について公開する透明性の確保がなされていない、などの問題が指摘される。

医療関係者は、今一度長期展望に立ち、国民に信頼される質の高い効率的な医療提供を行うにふさわしい診療報酬体系の構築に努力する必要がある。

医療費は、基本的に受療率、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ものであり、全日病は、この原則に沿った診療報酬体系として、以下の諸条件を満たすものが望ましいと主張してきた^{*47}。

医療の質や医療の安全を高めることに寄与する

医療を担うものの努力を正当に評価する
医療の過剰・過小を排し効率的な医療提供に寄与する

疾病別の特性を十分加味し、かつ、病期別対応もなされる

患者の重症度、看護度、介護度を反映する診療に係る各職種の技術料と診療材料費・薬品費などを含めたランニングコストと、建物の初期投資や維持管理を評価するキャピタルコストを、各々反映する

各医療行為の費用データをベースとした根拠にもとづいている

外来機能ではプライマリーケア、専門性の各々が評価される

健康増進・予防に対する評価がされる

事務処理が比較的容易である

行政・医療機関などが予算を立てることが容易である

新しい技術の評価が毎年行われる

全日病は、具体的な診療報酬の支払方式について、諸外国で試みられている包括払いと人頭払い^{*48}の組み合わせや総額予算制^{*49}の併用などは時期尚早であり、当面は出来高払いと包括払いの組み合わせを考えると主張してきた。

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払いしは疾患別・重症度別包括払いが、病状の安定した時期には状態に応じた包括払いが、それぞれ公平かつ効率的な支払方式であり、出来高払いと疾患別・重症度別の包括払い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後者が望ましい、と述べてきた。

また、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

* 47

全日病は、2002年版以降の「病院のあり方報告書」で、上掲12点のあるべき診療報酬体系の視点として採用するよう、提言し続けている。

* 48 人頭払い

受け持ち患者数×単価で医療機関に診療報酬が支払われる制度。英国の国民保健サービス(NHS)では、一般医(GP)として登録された開業医に地域住民を登録患者として割り当て、初期診療を担わせている。入院医療が必要な患者は一般医がNHSの運営する病院に紹介する、いわゆるゲートキーパー方式である。この制度において、一般医が得る報酬の高い割合を占めるのが人頭報酬で、その額は登録患者の数によって決まる。

* 49 総額予算制

あらかじめ年間の医療費支払総額を決め、医療サービスの提供をその枠内にとどめるよう抑制をはたかせる方法。何らかの基準で年間予算が決まれば、それを上回る医療費は当該病院等の負担となる、あるいは次年度の報酬単価の引き下げ等の調整が加えられるなどの措置がとられる仕組みをいう。こうした試みは、英、独、仏、デンマーク、ニュージーランド、カナダ等で行われている。

ビジョン、根拠にもとづく科学的な検討、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」ことも強調してきた。

全日病の医療提供に対する考え方を前項に示したが、これに従った、機能分化も推進する診療報酬体系のあり方を、ここに提言する。

【2】診療報酬と機能分化

2003年3月に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」が閣議決定され、診療報酬体系の基本的な考え方として、医療技術の適切な評価、医療機関のコストなどの適切な反映、患者の視点の重視、が挙げられ、運営や施設に関するコストなどを調査・分析すること、疾病特性・重症度・看護必要度などを反映・評価すること、が明記された。

文言どおりに調査研究が進むのであれば、前記のごとき、全日病が主張する望ましい診療報酬体系が確立されることが期待された。しかし、依然として、外来医療および急性期入院医療における診療報酬の主体は出来高払いであり、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る。

2006年の診療報酬改定においても、前出の基本方針はほとんど守られておらず、むしろ、政府・与党による「医療制度改革大綱（05年12月1日）」に沿った医療費適正化計画を実践するために、単に、医療費削減を目的としただけの改定に終わった。

診療報酬体系は医療のあり方を誘導するには最も効果的な手段のひとつである。したがって明確な意図を持ち、科学的な手法で決定された報酬であれば、機能分化は必然的に推進されるものである。

ア) 外来医療に関する診療報酬

全日病は、診療報酬の基本的体系として、ドクターフィーとホスピタルフィーの明確な分離を主張してきた。

外来医療に関して、プライマリーケアを担う一般開業医に対する診療報酬としては、「主治医制」（本章2-(1)-(ア)参照）の任務を考慮し、

- 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、資格制度確立後にこれに見合うドクターフィーの創設を行い、出来高払い

とするのが適当である。

「外来機能分化」「病診連携」推進の大きな鍵のひとつに、病院医療に対する診療報酬のあり方があると思われる。診療報酬改定のたびに病院への外来集中抑制を目的とした経済的誘導が試みられてきたが、その意図に反して効果は上がっていない。

中医協の「医療経済実態調査」の医業収支に関するデータを見ると、一般病院の収支は2003年6月に比べ、2005年6月では、その規模によって若干の違いはあるものの、明らかに悪化もしくは赤字のまま横ばいの施設が多く、黒字施設も収支率(収支差額/医業収入)10%未満が大半を占めている。一方、外来診療が基本である診療所のほとんどが黒字かつ20~30%以上の収支率の施設が多く、明らかな格差が見られる。

病院の多くが診療所に比して外来医療に人的・物的資源を投入しており、原価に見合った外来診療報酬体系の構築が必要である。

イ) 入院医療に関する診療報酬

入院機能が中心の病院運営に関して、質向上のため、安全管理に必要な人員配置、教育システムの構築、IT化等が必須となっているが、これらを担保するような入院医療に関する診療報酬設定がなされていないため、多くの病院では経営上外来収益に頼らざるを得ない状況にある。入院医療に特化しても十分運営でき、かつ再生産が可能となるホスピタルフィーの保証が必要である。

2004年度診療報酬改定で民間病院にも実施されたDPCによる包括払い方式については、その後も、患者基礎調査、導入前後の変化を探る影響調査、各領域の成果や問題等を検証する特別調査が実施され、DPC分類の見直しが進められ、並行して、原価調査研究が続けられている。

2006年度に入って、適用施設と試行的適用施設がDPC対象病院として一本化され、360病院約18万床に適用されるにいたった。さらに、調査協力施設が準備病院として位置づけられ、より厳しい基準が適用されたが、2006年度のDPC準備病院は371施設(約11万床)にのぼり、急性期医療を対象とするDPCによる包括払い方式の導入は確固たるものとなった。

しかし、依然として一般病床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おり、ある疾患の診療報酬が複数存在することは公平性に欠けるものであることから、早急に一本化すべきものとする。出来高払い方式は、種々の要件を勘案した施設機能係数算定方式を基本とするDPCによる1入院当たりの包括払い方式に転換すべきである。

全日病はこれまで、本報告書などで、今後の入院医療は病棟単位での機能分化が望ましいという立場から、急性期病棟・亜急性期病棟(地域一般病棟・回復期リハビリ病棟)・慢性期病棟の分化を提唱してきた。医療の実態に即した機能に合致する病棟単位での入院体制の確立と診療報酬体系が必要であることを改めて提言したい。

(a) 高度医療病棟

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が、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。

稀な疾患(疾患を明示的に特定する)の診療や先進医療(遺伝子治療、特殊な癌治療など)は高度医療というべきであり、今後、対象疾患・医療内容などを十分調査した上で、「高度医療病棟」として、医療機関単位ではなく病棟単位で認定し、「特定機能」の名称を廃するよう提案する。したがって、現在の特定機能病院の病棟機能は、「高度医療病棟」と現行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。

高度医療に関する診療報酬は、医学研究要素の強いことも考慮して、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。

(b) 急性期病棟

今後、急性期病棟は、外科的処置を要する疾患や重症度の高い患者に対応する病棟に分化されて行くべきである。そこで提供される医療は、EBMにもとづいて作成された診療ガイドラインにしたがって、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る。

診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括払い方式(1入院単位)が基本と考えられるが、個々の患者の併存症・合併症に充分配慮すべきである。

今年度よりさらに運用が拡大されたDPCによる包括払い方式が発展的に解消され、1入院単位の包括払いに変更されることが望まれる。

(c) 地域一般病棟

現行の「亜急性入院医療管理料」を算定する病床はユニット単位の認可であるが、今後は全日病の提唱する「地域一般病棟」として発展することが望まれる。患者の急性期からの受け入れと在宅医療への移行だけではなく、地域の医療機関・介護保険施設などとのネットワーク機能を基軸に置き、軽症急性期患者や慢性疾患患者の増悪期などにも対応できる病棟である。

そのためには、「地域一般病棟」で対応する疾患・状態についてもケースミックス分類が行われ、診療報酬はそれに沿った形で定められる必要がある。急性期としての対応も必要なため、DPC包括払いに準じるような疾患別・重症度別分類による1入院単位と、状態別分類による1日定額包括払い方式の両者を加味したものであることが望ましい。

(d) 回復期リハビリテーション病棟

2000年4月に新設された回復期リハビリテーション病棟は、その後各地で増加してきているが、診療報酬上認められる疾患・状態が限られているため、単独の病院として運営することは難しい状況にある。しかも、急性期病棟からの転院・転棟がより早期に行われるようになり、リハビリテーションだけではなく、急性期医療の継続が必要な症例が増えつつあるため、亜急性期病変を診療する病棟との観点から地域一般病棟と同様にケースミックス分類が行われ、新たな診療報酬が設定される必要がある。

新たな診療報酬としては、状態別分類による包括払い方式(1日定額)が望ましい。

(e) 緩和ケア病棟

緩和ケア病棟は現在増加傾向にあるが、2002年4月からは外来における緩和ケア治療も可能となった。これまでは、一度入院すると最後まで入院が継続するケースが多かったが、今後は、短期滞在型入院、在宅や診療所および介護保険施設との連携が重要となるため、病棟単位での規定は廃止すべきである。

治療チームが個々の状況に合わせた医療を提供することになるため、それに対応する診療報酬体系が必要である。

(f) 療養病棟

これまで医療療養病床と介護保険3施設は機能分化が曖昧であったが、今後は、医療度の高い症例が医療療養病床に、介護中心の症例は介護保険施設に入所という、本来的な分化になるであろう。

繰り返し述べているように、今回、療養病棟の診療報酬が医療度別状態別分類による包括支払方式(1日定額)となったことは大いに評価されるが、実態調査のコストに見合う報酬が担保されていない。全日病は、医療区分等運用に関する追跡調査を行い、改めて科学的な報酬額を設定するべきであると考えられる。

図5 入院機能にもとづいた病棟区分と診療報酬体系

| 病棟区分 | 病棟機能 | 診療報酬 |
|---------|--|----------------------------------|
| 高度医療病棟 | 先端医療など医療密度の極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・重症度別による 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・介護保険施設等のネットワーク。 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 状態別包括による支払い 方式 |
| 回復期リハ病棟 | リハビリテーションに特化した専門病棟。 | 状態別包括支払い方式 |
| 療養病棟 | 医療密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 |

第4章 介護提供のあり方と介護報酬

1. 社会保障としての介護保険制度

【1】介護保険制度の創設

2000年4月に医療と介護の区分の明確化と医療費抑制策の一環として社会保険方式の介護保険制度が導入された。

基本的には「高齢者の在宅介護を促進しつつ高齢化に伴う医療費の増大を抑制」「少子高齢社会の下での主婦(夫)など家族介護者の負担を軽減」「近年の女性の社会進出などに対応し『介護の社会化』を促進」などというスローガンを掲げ、介護を共通項として、分立していた高齢者医療制度と福祉制度を老人保健法と老人福祉法のサービスを統合・再編する形で一本化したものである。それまで措置として提供されてきた介護を、社会の共同責任をうたって保険制度として表在化させたが、基本的には財源対策としての長期療養患者の医療保険から切り離しや将来の障害者支援の取り込みも意図して創設された制度である。

【2】介護給付と提供の実態

介護保険制度は、新しい制度にありがちな種々の問題を抱えているが、この制度を利用する高齢者が当初の予想をはるかに上回る勢いで増加したために、短期間で改正を行わざるを得ない状況にもある。

5年間で認定者数は、417万人(2005年6月)と導入時の2倍となり、介護区分では、要支援・要介護度1が約5割に達している。(要支援：16.4%、要介護1：32.4%、2：14.9%、3：12.9%、4：12.1%、5：11.3%)サービス利用者も350万(施設81万、在宅269万 2005年9月)と倍増し、保険給付額は2004年度5.5兆円となり、特に居宅サービスの利用の伸びが著しいが、要介護度4、5の高齢者の約半数が依然居宅介護で対応されている。

施設介護に関しては、介護老人福祉施設38万床、介護老人保健施設30万床、介護療養型医療施設13万床であり、介護老人福祉施設、介護老

人保健施設は増加したが、療養病床の再編に伴い、介護療養型医療施設は減少している。

【3】介護保険制度と療養病床の見直し

介護保険法の改正及び療養型施設の機能・施設基準の見直しは、今後の介護提供体制に大きな変化をもたらすものと予測される。

今回の介護保険制度の見直しは、要介護前の高齢者に広く予防サービスを提供し、施設介護から在宅介護への道筋を明確にするなど、介護提供の適正化を行うというのが厚生労働省の大義名分である。

介護保険法改正の大きな要点は、2005年10月から実施された施設給付の見直しと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にある。

ア) 施設給付の見直し

在宅給付とのバランスを図るためにホテルコストは利用者の負担とするという考え方から、入院・入所に対する給付から居住費と食費が除外され、2005年10月から実施された。

低所得者に対する減免等の措置や補足的給付はあるものの、居住費と食費は利用者にとって月2～6万円の負担増となった。とくに、個室に入る利用者については民営有料老人ホームと同水準の負担額となった。

イ) 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」を創設し、通所系サービスを通じて筋力トレーニング・健康づくりを行い、これまでの介護給付から「月単位定額報酬支払い」に変更すると共に、「地域包括支援センター」を創設してこれらのマネジメントが行われる事となった点にある。

新たなサービス体系の考え方は以下のとおりである。

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、小規模多機能施設、小規模介護老人・特定施設、夜間対応型訪問介護、認知症グループホーム、認知症高齢者専用ディサービスの創設や活用を行う
地域包括支援センターの創設

総合的相談窓口機能、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの支援機能を持つセンターを創設する

居宅サービス及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医療との連携、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

しかし、その内実は、

これまでの介護サービスに制限を加える
介護予防のプランを作成するゲートキーパーとして、「地域包括支援センター」という公的事業者(一部民間への委託も行われている)を導入する

介護サービス事業者に対する監査の強化を図る

利用者の負担増を行う

等、介護給付費の伸びを抑制するために行われた見直しである。

ウ) 介護保険施設の機能見直しと介護療養型医療施設の廃止

一方、実質2006年7月よりスタートした療養型施設の機能・施設基準の見直しは、医療制度改革関連法案の成立によるものであるが、健康保険法改正および診療報酬改定において、

療養病床においても、食事・居住費を自己負担とし、医療度状態像に応じた診療報酬体系を導入し、療養病床の再編成を行うとする施策が打ち出され、低医療度症例の大幅な診療報酬引き下げが行われた。

医療区分の高い病棟(区分2.3が8割以上)の基準は、看護20:1、介護補助20:1となり、2012年度からは医療療養病棟はこの基準を満たす施設のみとなること、一方、医療区分の低い病棟は医師・看護師の配置を下げた「介護保険移行準備病棟」へ移行することとし、特定施設・老健施設等へ転換が可能とする考えも示された。

介護保険施設を「生活重視型の施設」と「在宅復帰・在宅支援重視の施設」の2系統とし、介護療養型医療施設においても、医療区分の低い病棟は、医師・看護師の配置を下げた「経過型介護療養型医療施設」へ

移行し、2011年度で廃止が決定された。

現行の介護保険事業計画における参酌標準作成時には、今回の療養病床の再編はまったく考慮されておらず、多くの地域では介護保険施設への移行が不可能となっている。介護療養型医療施設の廃止に伴い、転換型老人保健施設が相当数増える可能性があり、地域特性を加味した参酌標準の見直しが必要である。

【4】介護保険制度の問題点

ア) 制度改革と施設運営の危機

厚生労働省は、老人病院を特例許可老人病院、介護力強化病院へと誘導し、最近では療養型病床群への転換を指導してきたが、その都度、長期療養施設の多くは施設整備のために何らかの資金調達をしてきた。今回の見直しに対して介護保険施設への移行のために再び改築を要する場合、相当数の施設が新たな負担には耐えられないものと予測する。

将来の長期療養・介護施設の不足を考え、施設基準の変更は建物の耐用年数に合わせることや、医療・介護・特定施設の複合施設への変更に関する施設要件に関し(例えば共通玄関の使用許可など)柔軟な対応が求められる。

自己負担となった「居住費」「食費」に関しては、水光熱費用、材料費、調理費用の実費相当と説明されているが、設備投資等の費用は担保されておらず、キャピタルコストも介護報酬において要求すべきである。

イ) 介護提供に関する地域格差

高齢者は介護サービスを受ける権利を有しているにもかかわらず、地域の事情によりその理由は異なるが、地方の市町村のみならず首都圏でも種々の格差がある。

「厚生労働白書2005年版」によると、1人当たり都道府県別給付費、平均保険料、認定率などに相当な格差がある。その理由として、申請率の差、要介護者の多寡、各自治体における施設整備率と利用率の相違と高齢化率や世帯構成の違い、人口密度に関連したサービス効率の差などが挙げられている。

地域格差の問題は、都市農村などの各地域の人口構成や高齢化率、世帯構成、所得水準の相違などのほか、各市町村の保健福祉政策にも関連するが、日本経済における地域格差(都市と農村、過密と過疎、立地条件の差等)に影響される自治体の財政力という不可抗力な要素があり、この点に関する国の配慮が必要である。

介護保険においても効率化は避けて通れないが、需要と供給の十分な調査のもと、「国民への公平なサービス提供」を考慮して行われるべきである。

新たな医療計画において設定される主要事業の圏域^{*50}に準じる広域連合を基本とした効率化が図られるべきであるが、地域特性に配慮した都道府県や市町村に対する調整交付金の手当てにより格差是正を行うことも必要であろう。

ウ) 介護提供の質の問題

介護保険施設に関する第3者機能評価は依然確立しておらず、監査は行われてい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質の高い介護が行われているかどうかの調査はされていない。

介護保険施設に関する質向上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いるが、監査内容と重複しており、アウトカム評価の観点に乏しい。介護療養型医療施設の一部では「老人病院評価マニュアル」などを利用して自己評価をしているが、施設によって取り組みに差異が見られる。また、最近、居宅サービスの拡大にともなって苦情の増加も指摘されているが、その質向上については、一部を除くと、サービス提供者の自主性に任されてきたのが実情である。

今回の改正で、第3者による「介護サービス情報公開」のための訪問調査がなされることになった。しかし、書類調査にもとづくものである上、調査認定施設を見ると介護に関する実績のない事業体が多い。しかも、介護事業体ごとの調査であるため、1法人で50～60万円(年間)もの費用を必要とする場合もある。5年ごとに詳細な調査を行い、200～300万円を要する医療機能評価に比べると明らかに異常な制度であり、近い将来、廃止すべきものである。介護提供に関連する諸団体は、自らの手で、これに代わる機能評価ができる体制を構築すべきである。

介護は労働集約型産業であるため、質の確保には介護職員数との相関が高い。要介護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は破綻していると考えべきである。

全日病を含め、関係団体は、機能分化の実態調査や質の評価を行ってこの問題の解決策を国に提言しなければならない。

エ) 介護要員の不足

少子化や核家族化の進行によって居宅介護者、

施設介護要員不足の到来が確実視される一方、一般的な要介護者の介護量が日増しに増加することを考えると、厚生労働省の居宅ケア重視政策は建前論に過ぎず、明らかに限界が来るものと思われる。

可能な限り居宅介護者となる家族の協力を求めるべきであるが、物理的・精神的支援のあり方も論議すべきであり、ドイツで導入されているような、介護保険から相応の支援を得る方法も参考となり得る。

介護要員は、養成施設の増加にもかかわらず、入所者の介護度重度化による業務負担増と低賃金による離職も見られるようになり、依然、人手不足が続いている。

最近では居宅介護サービスの需要が伸び、株式会社の居宅介護市場への参入もあり、介護要員の奪い合いが都市部を中心に行われるようになってきており、介護要員の養成がより積極的に行われる必要がある。

介護を担うマンパワーを広く求める方策としては、企業における介護休暇制度の導入・普及や学生の単位習得時の介護援助必須化なども考えられるが、現実的なひとつの選択は、移民の受け入れや外国人の就労許可政策であろう。

当面の対策として、医師や看護師の業務を見直し、各々の看護師や看護助手が担える範囲の拡大を検討すべきである。

オ) 利用者に対する不十分な情報開示

介護老人保健施設を中心に、各施設の担っている機能にかなりの差異が生じてきている。

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、維持的リハビリテーションに力を入れている施設、デイケアに力を入れている施設など各々の施設にはそれぞれに特徴がある。

公的な情報提供冊子の充実や各事業体のホームページ開設も相次いでいるものの、その内容に統一性がないこともあり、利用者へ届く情報は未だに口コミが主である。IT化による統一した情報集約・発信システムの構築が急がれる。

カ) 急性病変および終末期対応の問題

介護保険施設の利用者においても急性病変の発症は当然起こりうるが、重度要介護者が罹患した場合にどこまで医療を行うかは大きな問題である。また、老衰など終末期の対応に関しては、利用者の家族にあらかじめ説明し同意を受

* 50 主要事業の圏域
第3章1(2)ウ)(a)、医療法改正と医療計画 を参照

けておく必要があるが、このような問題は個々の施設の裁量とするのではなく、一定のガイドラインの下に全国共通の対応を考える必要がある。

終末期医療に関しては、厚生労働省の検討会をはじめ全日病でもガイドライン作成に向けた検討を行っているが、入院医療とともに介護の領域に関しても考慮すべきである。

キ) 自己負担増と世帯分離

利用者の負担に対しては軽減措置が設けられているが、この措置を受けるために「世帯分離」という手法をとらざるを得ない事例もあり、核家族化をさらに助長させるものとして危惧される。

要介護者の増加や重度要介護者の増加によって介護給付費の急速な増加が見込まれているが、これ以上の国民・利用者への負担は大きな問題であり、財源確保のために消費税のあり方などが再度検討されるべきである。

2. 介護提供のあり方

介護提供は、急性疾患の治療の長期化や後遺症および加齢にともなう身体機能の低下・精神機能の障害に対して「生活支援」として行われるが、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る。

単に介護という視点から高齢者を見るのではなく、高齢者の終の棲家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ことが必要である。

介護提供に関しては、第3期に入った「介護保険事業(支援)計画」と「医療計画」との整合性を図りながら質と効率の良いサービス提供を行う必要があるが、「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ケアシステムを構築すべきである。

社会保障制度として、医療・介護に向けられる国民の目は、期待と共に、その質に関してより厳しいものとなっている。介護提供者の立場から国民のニーズを十分に汲みとり、行政とも協調しつつ、利用者も介護提供者も満足できる介護提供のあり方を模索すべきである。

【1】居宅介護のあり方

多くの要介護者の望む居宅サービスを介護提供の基本とすべきである。

高齢者の介護はこれまで、家族による居宅介護が主流であったが、要介護者の重度化にともなって、施設介護を望む家族が増加している。高齢者が急に要介護状態に陥った場合、短期間の居宅介護であればこれを担うあるいは担える家族は少なくない。しかし、長期間にわたる介

護とくに重度要介護者や認知症高齢者を介護する場合は、対応できない家族が多い。

小規模多機能施設が介護報酬の対象となったが、入所施設へのショートステイ、ミドルステイの確保、ナイトケアの対応を含めた24時間体制のケアの確保など、居宅介護支援のためのインフラ整備をより一層進めるべきである。

【2】施設介護のあり方

施設介護を必要とする場合には、家族との交流を考慮し、住家に近い地域内でのサービス提供が可能となるようにインフラの再整備をすべきである。

地域に根づいた介護環境を整備するためには、現在、認知症高齢者が対象のグループホームとともに小規模多機能施設の基準をより柔軟なものとし、種々のニーズ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ある。ユニット単位の小家族のような生活が可能な住家とし、デイサービスや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容に広く対応できるよう、あらゆる可能なサービスの利用も認めることが重要である。

施設介護は、介護必要度や認知症の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、ショートステイ、ミドルステイに対する施設とすべきである。

介護保険3施設には介護保険制度の創設時に示された機能の違いがあるが、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って、その機能分担を明確に維持し続けることが不可能となってきている。施設ごとに、ある機能を完全に分担させることは、現状の要介護

者の実態から見てむしろ非効率的であり、介護保険施設の需給調査を基に地域特性をふまえた個別対応が現実的である。早急に介護保険施設を一元化してその機能の見直しを図り、改めて、在宅復帰施設の機能、在宅支援の機能あるいは「終の棲家」としての対応など、各施設が、地域連携の中で選択可能な役割分担を決めることが必要である。

都市部のような異なる機能の施設が複数存在している地域においても、今後、施設単位の機能分担は難しくなると予想される。まして、施設数の限られた地域においては種々の要介護者を入所させざるを得ないことを考慮し、フロア単位や部屋単位のケアミックスを認めるべきである。

高齢社会の進展と共に、高齢者に特有の複数疾患の罹患や治療後の要介護状態の発生、認知性高齢者・要介護者の急性病変発症などから、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応の必要性が強く求められるようになってきている。この意味で、医療提供と介護提供のあり方については、各々の機能分担と地域連携に関して厳密な整合性が図られる必要が出てきた。

現行の介護保険3施設と特定施設の人員基準・施設基準には、表のごとく大きな相違が見られる。しかし、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ることから、看護師やリハビリ職員の常勤配置は必要であるものの、医師の常勤は再考されるべきであり、緊急時は、提携医療機関や在宅療養支援診療所が責任を持って

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) | |
| | 看護要員 | 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。 |
| | 介護要員 | 6:1以上 | | | |
| | OT・PT | PT及びOTが相当数 | PT又はOTが100:1以上 | | |
| | 機能訓練指導員 | | | 1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

職員配置状況

| | | 施設種類 | 介護療養型医療施設 | 老人保健施設 | 特別養護老人ホーム |
|---------|------|------|----------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 職種 | | | | | |
| 配置基準(1) | 介護職員 | | 6:1以上 [17人] | 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、看護3人 |
| | 看護職員 | | 6:1以上 [17人] | [介護 25人] [看護 9人] | [介護 31人] [看護 3人] |
| 従業者数(2) | 介護職員 | | 33.1 | 30.1 | 37.7 |
| | 看護職員 | | 30.5 | 11.1 | 4.9 |

1...[]内は、利用者を100人として算出した数。
2...定員100人あたりの常勤換算従事者数。
2004年10月1日現在

【資料】
「平成16年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省統計情報部)」

対応できる仕組みであればよいと思われる。当然のことながら、常時医療が必要になった場合には療養病棟に転院すべきであり、その場合の判断基準として「医療必要度指標」を作成することが必要である。また、要介護者に医療の必要性が発生した際の対応マニュアル(重症度別・既往症別)などを整え、地域の医療提供体制にあわせた医療サービス提供の基準を住民に明示しておくことも重要である。

医療・看護・維持的リハビリテーションなど

は、必要に応じて提供される付加的な機能として位置づけられる。各介護施設においては、自らの果たす役割を明確化するために、医学的管理スタッフやリハビリ職員の配置状態を情報公開すべきであるが、それぞれの機能に応じた報酬は医療保険から支払われるべきであり、その他のグループホームやケアハウスなどにおける医療対応についても、診療報酬の上で在宅医療と同等に取り扱われるべきである。

3. 介護報酬体系のあり方

介護報酬は、2000年の制度創設以来2度にわたって改定が行われたが、政府の当初予測より利用者が増え財政的な問題が招来したため、多くの介護サービスで実態を無視した一方的な報酬引き下げが行われてきた。介護に要する報酬は、サービスの内容、時間などを十分吟味し、診療報酬と同様、原価計算に依拠した科学的根拠にもとづいて決定されるべきである。

2006年度の改定では新予防給付の創設にともなって月単位の定額払いという新しい考え方が導入された。しかし、包括点数自体が低く、小規模多機能施設の評価と同様に原価に見合った報酬とはいえないことから、今後、各事業者がどのような対応を図るのが注目される。

要介護者のケアプラン作成の報酬が低い上に、ケアマネジャー1人当たり標準担当件数を引き下げ、なおかつ逓減制を設けたことは事業者による経営努力を無視したものであり、不合理といわざるを得ない。

介護報酬体系としては、以下の条件を満たすものが望ましいと考える。

- 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当に評価する
- 効率的な介護提供に寄与する
- 介護度を反映する
- 介護に係る各職種の技術料と材料費・薬品費などを含めたランニングコストと建物の初期投資や維持管理を評価するキャピタルコストを各々反映する
- 介護行為の費用データをベースとした根拠にもとづいている
- 居宅サービスでは訪問・送迎等にかかる時間も評価される
- 行政・介護提供事業者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

居住費・食費が自己負担となった施設介護において、都市部における施設が設定する利用料と低所得者に対する補足給付の格差が大きいことから、一定程度、都道府県で補助をすべきである。財政上の理由から公的支援に限界があるのなら、日常生活費や室料差額などについては、低所得者を配慮の上、利用者との契約で自由に料金設定ができることが好ましい。

介護の質の評価、とくにアウトカム評価による成功報酬的な要素を導入すべきであり、要介護度が改善された場合、インセンティブとして加算することを考慮すべきである。

現状のような低い水準の介護報酬では、質の良い介護職員を確保する上で限界がある。人件費を十分まかなえる介護報酬体系が望まれる。

医療保険制度改革において保険者の再編成と都道府県単位の財政運営が導入されようとしている。市町村単位である介護保険においても、同様の仕組みを取り入れることによって、介護サービスの均等化を図ることが可能になると考えられる。

第5章 終末期医療のあり方

医学の進歩により、かつては治療の適用ではなかった疾患や状態に関しても治療が可能となり、国民の健康維持・増進・回復に大きく貢献している。しかし、救命救急現場を中心として心肺蘇生などに関連して、一命は取り留めるも回復に至ることなく、その後の医療継続に関して医療提供者側も家族も苦慮する状況を招来した。

また、中心静脈あるいは鼻腔や胃瘻からの経管による栄養管理法も確立したために、脳血管障害による嚥下障害や高齢による摂食低下に関して長期間に亘る生命維持のための栄養補給も可能となった。人間としての尊厳を守りつつ自

然の死を迎えるという観点からは多様な考え方があり、終末期医療に関する議論が高まってきている^{*51}。その中には、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るがこれは誤りである。

個人が終末期状態にどのような対応を求めるかという意思表示を予め明記しておくリビングウィルが重要であるが、国民の意識も医療機関の活動も十分とは言えない。現在、消極的安楽死・積極的安楽死に関して各方面で議論がなされているが、そのあり方には多くの問題があり、本報告書で全日病としての現段階での見解を明らかにする。

1. 日本と世界の「安楽死」に関する歴史的経過と現状

安楽死については、これまでも種々の考え方がなされていたと思われるが、延命治療を優先する医療文化の中では、公に問題に取り上げられることはなく、社会的合意形成には至らなかった。

日本で安楽死が法廷ではじめて争われたのは、1949年東京で起こった全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あり、1961年愛知県での父親による安楽死事件では、名古屋高裁は安楽死の成立要件を示した。^{*52}近年になり、1991年東海大学病院で家族に懇願された主治医による積極的安楽死は殺人罪が適用される一方、1996年国保京北病院における積極的安楽死事件は結局立件されなかった。このように、単発的な安楽死に関する訴訟がみられるものの、この問題に関する法曹界の統一見解もないまま経過してきた。

すでに1976年に日本尊厳死協会が設立されて

いたが、行政および医療提供の側に安楽死等の問題と向き合う動きが出てきたのは1990年以降であった。1992年3月に日本医師会は「末期医療に臨む医師の在り方」を、1994年5月に日本学術会議は「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た。

一方、1993年に厚生労働省内に設置された「終末期医療に関する国民の意識調査等検討会」は行政として初めて「尊厳死と安楽死」を取り上げ、その後も、「末期医療に関する意識調査等検討会」(1998年6月報告)、「終末期医療に関する調査等検討会」(2004年7月報告)と国民の意識調査結果を踏まえた安楽死法制化に向けた議論を積み重ね、厚生労働省は安楽死にかかわる統一指針(ガイドライン)の検討に着手する方針を固めた。

そのような中で、2006年射水市民病院におけ

* 51

尊厳死(そんげんし)とは、人間が人間としての尊厳を保って死に臨むことである。本来、病死を含む自然死であれば人間は尊厳を保ったまま死を迎えられるはずであるが、医療の進歩のため、ただ「生かされている」だけの状態となる事も少なくない。こうした状態を望まない立場から、「尊厳死」の概念が生まれたが、病気の苦痛にさいなまれた状態から解放されて死を迎えるというのも尊厳死の一部とされる。本報告書においては、定義に曖昧さの残る「尊厳死」という用語は使用しないこととした。

* 52

「名古屋高裁において示された安楽死の要件」(参考資料)

病気が不治かつ末期である 病気の苦痛が激しく見るに忍びない もっぱら死苦の緩和が目的である
本人の明示的な意思表示による囑託か承諾がある 原則として医師の手による その方法が倫理的に妥当である

る人工呼吸器取り外し事件が起こった。治療中止による消極的安楽死と考えられるが、国民の医療行為への関心の高まりを背景に、その手続きなどに関して批判的な意見もあり、安楽死について大きな波紋を呼び起こした。法制化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むようになってきている。

一方、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、その国の宗教も含めた社会構造、文化によって異なっている。オランダ、アメリカのオレゴン州では、積極的安楽死は法制化されており^{*53}、消極的安楽死に関してはアメリカの殆どの州で呼称は様々であるがリビングウィルの延長としての

「患者の死ぬ権利」が法制化されている。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存在している。

アルフォンス・デーケン⁵⁴は日本で終末期医療を確立するには、死のタブーの解消と告知のタブーの解消が必要であると述べている。アメリカでは、多くの医療系大学で「死の医学」講座が開かれているが、日本においては死についての教育はほとんど行われていない。

何らかの形で死に関する医学的な意味、終末期医療、リビング・ウィルについての教育がなされるべきであり、社会全体への啓蒙活動も必要である。

2. 医療・介護の現場における終末期医療のあり方

終末期は、第1に癌の末期などにより予後が数日から長くても2～3ヶ月と予測が出来る場合、第2に慢性疾患の急性増悪を繰り返す予後不良に陥る場合、第3に脳血管疾患の後遺症、老衰、老年期認知症など数ヶ月から数年にかけ次第に終末を迎える場合があると言われている。第1や第2の場合には主に医療機関で対応し、第3の場合は介護施設、在宅で対応することが望ましい。また、現状では終末期医療についての医療従事者を対象にした教育プログラムは確立しておらず、実際の対応に差異が見られる。終末期医療についての教育の確立を図る必要がある。

【1】医療機関における心肺蘇生とリビング・ウィル

医療機関においては、予後不良の患者の入院が想定される。患者・家族に対しては、病状の説明を十分に行うとともに、心肺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ことが望ましい。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ある。また、前記について病院としての対応手順を定めておくことが必要である。

【2】ホスピスと緩和ケア

緩和ケアには、苦痛を除去し治療効果を高めるケアと、末期状態で苦痛を除去あるいは軽減するケアがある。

緩和ケア病棟(ホスピス)は増加傾向にあるが、2002年4月からは外来における緩和ケア治療も可能となった。これまでは、一旦入院すると最後まで入院を継続するケースが多かったが、今後は、短期入院、在宅や診療所および介護施設との連携も含めて、緩和ケア治療が広範に行われるようになると考えられ、安楽死との関係はより明確に位置づけられるべきである。

【3】介護施設

入院・入所者の終末期の対応は、医療行為に

* 53

オランダにおいて安楽死法が制定されるきっかけとなったのは、1971年、ヘルトイダ・ポストマ女医による脳溢血で寝たきりとなった母親に懇願され、致死量のモルヒネを注射して死に至らしめた安楽死事件であった。2002年に以下の条件を満たす場合には積極的安楽死を認める「安楽死法」が発効するに至った。その条件とは

患者の安楽死要請は自発的で熟慮されていた 患者の苦痛は耐えがたく治癒の見込みが無い(精神的苦痛を含む)
医師は患者の病状や予後について十分に情報を与えた 医師と患者が共に、他の妥当な解決策がないという結論に達した
医師は少なくとも1人の他の医師と相談し、その医師が患者と面談して要件を満たしているという意見を示した
医師は十分な医療上の配慮を行なって患者を絶命させた

関する対応が施設により異なるため一定の基準がないのが現状である。

状況により医療施設、病棟への転院・転棟が必要な場合があるが、状態悪化時や臨終の際の「看取り」については予め入院入所時に本人のリビング・ウィルや家族との話し合いを行ってこれに従うことを旨とすべきである。

【4】在宅

在宅で終末期を過ごすことを希望するものは多いが、介護する家族の負担が大きく中断する

場合や、独居老人、老老介護などの場合では、希望してもかなわない場合も多い。

患者・家族との良好な信頼関係の下に、訪問診療・看護・介護および家族支援制度の充実を図り、地域において安心して自宅で終末期を迎えられるような体制作りが求められる。その場合に、地域一般病棟や在宅療養支援診療所などの係わり方が重要となろう。

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、自分の終末期のあり方を表明する人は少なかった。患者の尊厳を保持するためには、終末期の医療について家族で話し合い、リビング・ウィルを明記しておくことが望まれる。今後、全日病は関係者と共にリビング・ウィルに関する啓蒙活動を積極的に推進する。

【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の尊厳を守るために治療を行わない、あるいは治療の中止をいう。

消極的安楽死に関する医療界での統一した見解がない現状は好ましいものではなく、人工呼吸器の中止など消極的安楽死に関するガイドラインを作成するべきである。

一方、患者や家族の希望があったとしても、薬物を投与するなどの積極的方法で死期を早める積極的安楽死は認めるべきでない。いわば医療の名の下に行われる自殺幫助ということになり、欧米では、これを認める国も存在するが、我が国の文化・宗教などとは異なり、日本においては積極的安楽死は否定する必要がある。

【3】消極的安楽死の法制化・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、法制化になじまない*⁵⁴。医師の訴追を免責するという観点から法制化が必要とする意見もあるが、逆に拘束されることもあり、単純な議論ではない。

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つつ、病院団体、職能団体、学会等が協力して国民の意見も取り入れて、消極的安楽死に関するガイドライン作りを推し進めるべきである。

* 54

自民党衆議院議員中山太郎氏を会長とする超党派国会議員による「尊厳死法制化を考える議員連盟」の2006年6月14日の総会で、全日病は、病院のあり方委員会意見として法制化に反対である旨の意見を述べた。

第6章 全日本病院協会の今後の活動のあり方

1. これまでの活動と問題点

全日病は、1998年以降隔年で「病院のあり方に関する報告書」を発刊し、病院の基本的あり方を示し会員の啓蒙を行うと共に、理想的な医療提供体制の構築に関する提言を繰り返し行ってきた。

これまで、全日病は、医療提供者側の利益のみを守るという立場ではなく、受療者たる国民の視点に立った医療提供のあり方について各委員会を中心に議論し、必要に応じ医療現場での調査を行った上で具体的な提案をする姿勢を貫いてきた。

各委員会が実施した研修会や調査研究などの活動は巻末に掲載したが、「病院の基本的あり方」に関しては、理念や行動基準の作成の必要性、質向上のための取り組みの具体策を示すと共に、医療安全や機能評価等に関する研修会を全国各地で開催してきているほか、人材育成のための事務長研修・看護部門長研修を開催している。直近では、トップマネジメント人材育成研修を開始した。更に、診療の実務に関連して、ガイドラインに基づく標準的医療を提供すべきことを謳い、標準的診療録の書き方やクリニカルパス作成の手引きを出版し配布した。また、電子カルテ導入における業務フローモデルを開発して発刊し、病院情報システムの構築の必要性も

啓蒙している。

最近では、話題となった個人情報保護に関して他の医療関連団体に先んじて行動し、医療界を代表して認定個人情報保護団体の指定を受けている。

医療提供体制に関連しては、外来・入院医療のあり方を示すと共に、入院医療に関して病期別病棟単位での機能分化とこれに対する診療報酬体系について提言し、急性期医療に対する包括払いのみならず長期療養に関する医療度別包括払い方式の実現を目指して調査協力を行い、また「地域一般病棟」の必要性を主張して亜急性期医療の評価についての世論を形成した。

しかし、全日病のこれまでの活動の多くは、各種委員会に所属する会員の専門職としての業務との兼務の中で行われており、時間的な制約から重要事項に関する取り組みに終わらざるを得ない状況にあり、その成果も限局的であった。今回の療養病床の診療報酬改定に関する問題でも、ケースミックスに従った医療区分から報酬を決定するという基本的な体系の導入を実現させたものの、療養病床再編の引き金になるような利用のされ方をし、これを阻止出来なかった点などは、当協会の活動の限界を示すものでもあった。

2. 直近の課題

今後、全日病としては、まず都道府県単位に進められようとしている医療計画策定に関する重要課題を明確にし、各都道府県支部の対応を支援しなければならない。医療計画は前述したように、医療費適正化計画の根幹をなすものであり、健康増進計画・介護支援事業計画とも連動するほか、療養病床の再編を主体とする地域ケア計画とも密接な関係がある。

主要疾患を中心とした地域医療連携をどのように構築し、その中で当該地域に存在する医療

機関がどのような機能分担をすべきなのかは、医療必要度の把握と同時に、会員病院のみならず公私の垣根を越えた各医療機関間での十分な意見交換のもとに行われるべきである。住民の視点に立って医療を提供する医療機関が存続できる体制を構築しなければならず、それゆえ各々が担う機能が競合する場合は可能なら大連合を図り、お互いの譲り合いのうえで機能分化をすべきであり、不足する機能があれば協調して新しく立ち上げる必要もあろう。

全日本病院協会が、このようなドラスティックな変革の指導と支援を各支部と連携して行うよう努力し、広く国民にその取り組みをアピールすることにより、当協会が日本の医療提供を牽引する病院団体であることを周知できるものとする。

3. 今後の活動のためのシンクタンクの創設

このような医療政策の根幹に係わる提言の作成や実際の活動には、これを担う恒常的な組織作りが必要であり、かねてより主張してきたシンクタンクの創設が不可欠である。

以下にシンクタンクに関する概説を行うと共に、全日病において必要な対応を示す。

【1】日本におけるシンクタンクの状況

ア) シンクタンクとは

シンクタンクはもともと第2次世界大戦時に米国で使われた軍事用語で、戦略の立案を目的とした組織を指していた。その後、政策を研究する機関や組織もシンクタンクと呼ぶようになったといわれている。

一般的には「公共的な政策の提言を行う独立した組織」をシンクタンクと総称するが、存立基盤や活動内容などの面からは、様々な機関がシンクタンクを自称しているのが実態である。

日本のシンクタンクは、特定の企業、企業集団あるいは行政機関や地方公共団体の支援によって設立されたものが多い。シンクタンクには中立・公正で、理論にもとづいた政策研究や戦略提言が期待されるが、日本ではそうした役割を果たす機関が必ずしも十分に育っているとは言いがたい。

イ) 日本のシンクタンク創設の変遷

日本のシンクタンクは、2つの時期に創設ブームを迎えている。

第1の波は、産業界に企業イメージを高めたいという意向の高まりが見られるようになった1970年前後である。主要な企業にはすでに調査部門が設けられ、人材や調査研究のノウハウが蓄積され、シンクタンクの設立は比較的容易であった。

この頃は日本に政策提言できるシンクタンクがなく、欧米にキャッチアップする必要から、官主導の産学官共同による調査研究機関の創設

が進んだ。株式会社野村総合研究所(1965年)や日本情報サービス株式会社(1969年=現日本総研)などのシンクタンクが創設された。

第2の波は、1980年代半ばから1990年初期にかけてである。この頃は、日本経済の成長を主導してきた輸出産業が日米摩擦と円高等で大きな壁にぶつかり内需志向への転換を迫られるとともに金融業界も自由化を経験、その後バブル崩壊を経て、従来のビジネスモデル再構築の必要を意識し始めた時期である。このため、シンクタンクという頭脳機能を持つとともに、政策提言という形で社会や官庁への発言権を強めたいと考えた。

このような背景に加え、「野村総研」が企業系シンクタンクの雄として注目を浴び始めたことなどから、同じ金融業界である銀行系シンクタンクがいくつも創設された。しかし、その後、シンクタンクは収益を挙げにくいというジレンマに直面し、シンクタンクの設立と活動は停滞を余儀なくされた。

2000年前後からは、地方分権の流れを受け、自治体によるシンクタンク創設が増えている。

その一方、出資元の企業等の組織再編(吸収や合併等)の影響で、合併・統合、解散・廃止するシンクタンクが増えており、全体数としては頭打ちとなっている。

【2】米国シンクタンクの特徴

米国において、「シンクタンク」といわれる機関は実に多種多様である。

例えば、著名人たちが集まって政策提言を行う機関から、社会への教育、啓蒙を行う機関、研究をベースに運動展開する機関、純粋にテーマ別の基礎的な政策研究を行っている機関、コンサルタント型の機関、こうした機能を総合的に持つ機関、そして大学の研究センター等々、さまざまな機関がそれぞれの分野で活動している。

首都ワシントンだけで100以上、全米で1,000以上のシンクタンクが存在している。

シンクタンクの多くが非営利の独立した民間組織であり、寄付・会費等によって成り立ち、広く国民に支持されている。社会的な認知度が高く、大きな影響力を持つことも米国のシンクタンクの特徴である。ブルッキングス研究所、ヘリテージ財団、外交評議会などは世界的に知られた存在である。

米国シンクタンクの果たしている主な機能や役割は以下の通りである。

- 具体的な政策の提言
- 政府に対する人材の供給と受け皿
- 政策立案チームの企画・調整
- 政策決定過程の監視と評価

【3】全日病におけるシンクタンクの必要性・設置目的

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、国民の健康と生活に直接関係する点できわめて重要である。同時に、医療は巨大な産業であり、その重要性はますます高まっているがゆえに、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、医療提供体制に関する検討は行政、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、医療経済などに関する情報を定期的かつ継続的に収集・分析し、政策として提言することができる組織はきわめて限られている。

一方、病院には、科学的データにもとづいた経営（EBM Evidence Based Management）⁵⁵が求められている。しかし、個々の病院が収集できるデータにはおのずと限界があり、病院とは別に体系的に情報を収集し、分析、判断、そして政策提言を行うという仕組みが必要である。

全日病が政府、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、また、会員病院に対する経営支援と医療の質向上の支援をするためには、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。また、これに併せて国民の理解と支援を求める努力が必要である。

職能団体ではなく、組織医療の担い手としての全日病は独自のデータベースを構築し、常設

の検討組織（シンクタンク 仮称：全日病総研）を設立すべきである。これまでも、委員会活動や事務局機能の強化、外部機関の利用、産学連携などによってシンクタンク機能を担ってきたが、全日病の目的や「病院のあり方に関する報告書」の提言を実行するためには、常設のシンクタンクの設立が必要である。

全日病総研の行うべき活動の具体的内容としては、情報の収集・集計・分析を基にした会員（医療機関）支援サービスは勿論、国民や関係者に対する情報の発信、研修・教育事業、政策の導入支援のみならず、医療提供に関する受託研究や政策の立案・提言などが挙げられる。

活動に際しては、国民や医療機関をはじめとする関係者・関係団体と連携して、関係者満足の観点に留意しなければならない。一部の関係者の満足ではなく、それぞれの立場における要求事項に応え関係者全体の満足が得られるよう考える必要がある。

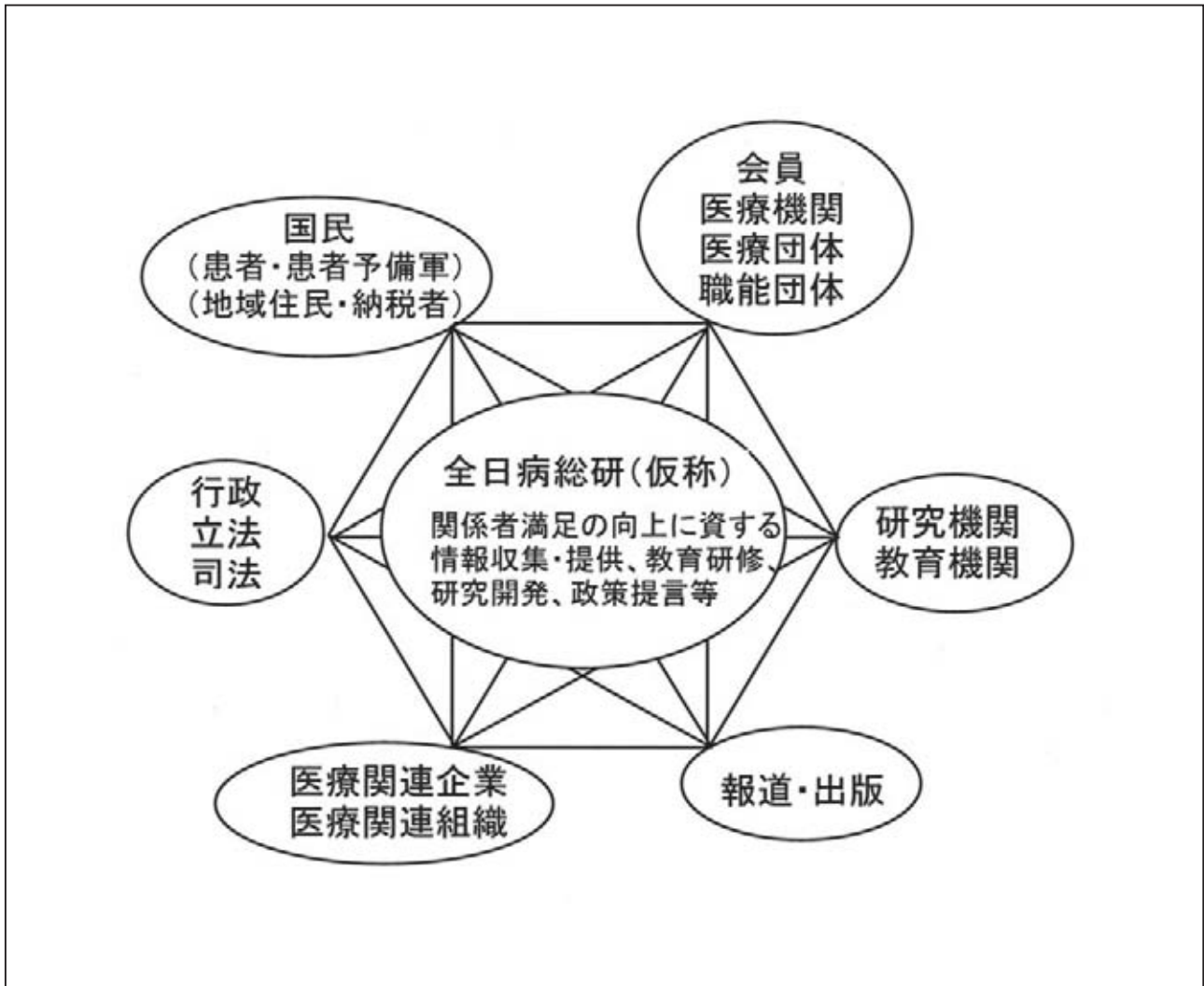
このためには、右図の如く関係者の有機的な連携が必要である。一方的な情報提供および情報収集ではなく、理念の相互理解、場や資源の共有あるいは利用、人材交流を通じた信頼の創造を通じ、互いに協調して目標達成に努力し恩恵を分かち合うという関係の構築に努めなければならない。

全日病における常設シンクタンクの設立に向けて、組織形態、財政基盤、人材の確保、他機関と関連する問題の解決等の課題がある。いずれもきわめて重要であるとともに難しい課題であるが、全日病執行部及び全会員による、実現に向けた強い意思と決断が必要である。

* 55

第1章4.(4)イ)データ(事実)にもとづいた経営(EBMの提唱)を参照

全日病総研(仮称)の機能



第7章 今後の医療・介護制度への提言と全日病の取り組み

1. 医療・介護機能の分化と連携の促進 継続的ケアの確保

「医療提供のあり方」に関する全日病の基本的な考え方は、「外来医療と入院医療を機能により細分化し、その組み合わせは、地域の状況などにもとづいて医療機関が自ら決めることにより、総体として機能分化と連携を推進する」というものである。

一方、「介護提供のあり方」に関しては、「個々の希望に沿う人生を全うさせる生活支援を行うという観点から、居宅、施設介護の機能を再構築する」というものである。

外来医療に関しては、患者の視点に立った効率的なアクセス確保の点から、プライマリーケアを担う「主治医制」の導入が必要であり、地域に密着した医療を展開する中小病院においては「在宅医療」に対する取り組みも重要である。

入院医療については、質と効率性を確保するためには医療度にあわせた人的資源の投入が必要であり、病期別の機能分化が適当である。

機能が明確になっていない亜急性期医療は現状の“post acute”のみでなく“sub acute”も担うべきであり、これに相当するものとして、全日病が提言している「地域一般病棟」の実現に

努力しなければならない。

介護提供の基本は居宅サービスとすべきであるが、要介護者の重度化にともない家族の負担も増加しているため、居宅介護支援の制度整備をより一層進めるべきである。

施設介護に関しては、現状では、介護保険施設の機能の違いが不明確であることから、既存3施設の類型を一元化した上で、地域の状況に応じてフロアや部屋等を単位として居宅復帰、ショートステイ・ミドルステイ、長期入所など施設介護の各類型に対応できるように基準の緩和を図り、施設ごとに介護サービスを明確にすることで利用者の選択に委ねるべきである。

高齢社会の進展とともに医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応が必要となってきた。急性期から慢性期医療、在宅医療および介護にいたる適切な継続的ケア(Continuum Care)が求められ、地域での患者情報の共有と活用が不可欠となっている。

関係者は、ケアコーディネーターを中心とした連携システムの構築を図るべきである。

2. 組織の質を継続的に高める 質・安全の評価測定と情報活用の仕組みづくり

変革の時代に、患者や関係者の要望に応えるためには、組織を挙げた継続的な質向上の取り組みが必要である。病院は全部署の連携によって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ない。

チーム医療の展開、すなわち関連する部門の横断的連携が必要である。その実現を図るためには、組織の責任者(経営者)が理念にもとづいた明確な目的を実施するという強い意志を表明し、率先垂範して、組織の構成員とともに一丸となり、組織の質を継続的に高める努力をすることが重要である。

医療の質向上活動においては、各病院は全職

員に施設の理念と目的を十分理解させた上で、質向上を目的とした業務改善の重要性を認識させる必要がある。

質向上の要点は標準化と継続的改善である。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。医療の質向上は、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。そのために、全日病は関係組織と協力して、共通の尺度と評価基準に向けた取り組みを進める。

質の評価では、顧客の主観的評価、すなわち、満足度評価が重要である。病院における顧客満足とは「職員満足」と「患者満足」の両方を含

む。満足度評価では、当事者である患者や職員の評価が最も重要である。

質向上、情報活用、安全確保に関する活動を効率的かつ効果的に行うために、全日病および

会員病院はともに、関係組織と協力して、情報技術を利用する仕組みを構築するために努力しなければならない。

3. 医療安全・医療事故対応のための第三者機関の設置

医療事故および安全に関する情報を収集し、防止策を立案し、その病院への導入を支援するための第三者機関(医療安全推進センター=仮称)を設置する必要がある。

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(医療紛争解決センター=仮称)の設置、事故原因究明方法の確立、被害者救済の仕組みについても検討する必要がある。

医療安全推進センターについては、日本医療

機能評価機構を中心に活動が始まったばかりであるが、全日病は関連組織と協働してその活動を推進し、医療事故報告などの法的整備、未然防止対策の支援を含め、積極的に参画すべきと考える。

被害者救済については、一部領域を対象に、無過失補償制度の導入が予定されている。この活動をさらに進め、将来の医療紛争解決センターを確立すべく、全日病は関連組織と積極的に協働を図る考えである。

4. 望ましい終末期医療に向けた教育・啓蒙とガイドラインの作成

国民にとってあるべき終末期医療を確保するためには、財政的理由から考えるのではなく、患者のリビングウィルにもとづいて患者が尊厳を保って死を迎えられる環境づくりが大切である。

そのためには、死および終末期医療に関する歴史と現状を正しく認識し、医療従事者に対する教育の普及、そして国民に対する啓蒙活動を行う必要がある。

積極的安楽死は認めるべきでない。

消極的安楽死については、病院団体、職能団体、学会などの医療界がイニシアチブを取り、国民の意見を十分に聞きながら指針を作るべきであり、法制化はなじまない。

全日病は指針の作成に積極的に係っていく考えである。

5. 地域特性を踏まえた医療提供体制と適切な診療報酬体系の構築

患者志向の医療提供のためには、一定地域における疾病構造の調査にもとづいて、地域特性・高齢社会にふさわしい標準的診療が可能となる体制づくりが行われるべきである。

2008年に開始される医療計画では主要疾患・事業ごとに医療連携体制を構築する構想が示されているが、その前提となる施設ごとの機能明確化に関しては、地域特性を十分考慮した対応が求められる。

医療計画において、地域の健康状況調査を踏まえた計画にもとづいた医療提供が義務づけられる予定であるが、現医療圏における診療機能

の整備状況をよく勘案し、優先して確保すべき医療資源が明確にされ、より実態に即した医療圏の再設定が可能となることが期待される。

行政の責任で地域格差のない医療提供が図られるべきであり、また、各医療機関においては、良質かつ効率的な医療提供を可能とするために、継続的な質向上の取り組みが必要である。

望ましい医療提供体制を確立するためには、これを実際に担う各医療機関の運営が円滑に行われるような診療報酬体系の存在も不可欠である。診療報酬は質の確保と医療安全を促進し、標準的治療に必要なコストを反映するものでな

ければならない。各施設において、中長期的計画に従った運営、再生産が可能となる診療報酬体系とすべきである。外来・入院いずれにも、それぞれの医療機能に対応した診療報酬体系の構築が必要であるが、国民や医療関係者が納得できるよう、診療報酬決定の実態調査を含む全過程について透明性の確保が図られなければならない。

おわりに

1998年「中小病院のあり方報告書」に始まった全日本病院協会の活動方針を示す本報告書は、その後も版を重ねて、「2007年版」を発刊する運びとなった。

今回報告書作成の過程で、医療提供に大きな影響を与えることが予測される医療制度改革関連法案が国会を通過し、国の方針として決定された。そのため、今後の種々の課題に対する解決方法を考えるための基本的な考え方を提言し、会員や関係者にその理解と実践を求める必要があるという認識から、2005年10月より、約1年半、計23回の委員会を開催し、真剣な議論が行われ、専門的な分野については、外部からの協力をいただいた。

「医療提供体制のあり方」に関して具体的に検討された主な事項は、①DPC対象病院以外の急性期と亜急性期型病院の姿、②地域一般病棟と療養病床の対象患者の違い、③外来主治医制のあり方と専門医としてのプライマリーケア医の資格制度、④医師・看護師の需給問題の解決方法と養成機関、職能団体の責任、⑤診療報酬決定のための調査や審議・決定過程の公開、⑥医療介護における報酬の2階建て方式の導入、⑦介護3施設一元化の再提言と常勤医師不要論、⑧シンクタンクの設置に関する具体的方法、などである。

語句表現の統一、図表の挿入、レイアウトの工夫など、会員や医療関係者向けのより読みやすい報告書の編集に努めた。

また、今後、一般国民向けの版を作成する予定である。

提言の実現に向けて今後も会員の幅広い参画と支援を望むものである。

病院のあり方委員会

委員長 徳田 禎久

参 考 資 料

1. 報告書に関連した全日病の事業（研修事業）
・ 調査研究活動の要約紹介
（2004年版発行以降）
2. 病院における職員の教育研修のあり方と
人事考課制度
3. 2006年医療制度改革関連資料
4. 医師と看護師の需給に関する動向
5. 質に関する用語の解説
6. 包括支払い方式の課題
7. 「療養病床の選択肢」および「2006年度
介護報酬改定の概要」
8. 「終末期医療に関するアンケート調査」
報告（抜粋）

資料
1報告書に関連した全日病の事業(研修事業)・調査研究活動の
要約紹介(2004年版発行以降)

1. 事業活動(研修事業含む)

病院事務長研修コース 2002年度～

2002年度から病院事務長、またはそれに準ずる職歴を持ち理事長・院長が適格と認められた者を対象に実施。毎年カリキュラムをバージョンアップし、2006年度は第5回病院事務長研修コースを行っている。

当研修コースは、第1単位から第8単位までの約1年間を通して研修を行う。平成18年度のカリキュラムは医療行政の把握と事務長本来の役割を認識することから開始し、職員教育に必要なコーチング、医療会計と財務管理、人事労務管理やSPD、委託費の削減など幅広い内容の講義や演習を行っている。

評価試験合格者には、当協会が認める『病院管理士』の認定証を発行している。

看護部門長研修コース 2005年度～

看護部門長又はそれに準ずる者を対象に、看護部門長のマネジメント力強化を目的に平成17年度から行った。

第2回となる2006年度の研修内容は「経営革新・実践力強化」を目的に、社会や病院に看護部門長が求められているもの(組織的問題意識の向上)、医療の質向上活動、病院経営の基礎となる医療会計制度や、財務諸表の見方、コスト意識の向上など多岐に渡った研修を実施している。

医療機関トップマネジメント研修
2006年7月～

2005年度に経済産業省から委託をうけ「医療経営人材育成事業」として、医療機関のトップマネジメントを対象にした教育研修カリキュラムと6テーマのケーススタディ教材を作成した。

2005年度の成果物をもとに、2006年7月から医療機関の理事長・院長、次期理事長・院長候補の方を対象とした「医療機関トップマネジメント研修」を開始した。

病院情報システム基本要件検討
プロジェクトの実施 2002年度～

病院情報システム構築は、安全確保、質向上、経営効率化に必須の事項であるが、日常業務を円滑に進めることができるシステムはなく、システム導入当初から、問題なく運用できる事例はない。原因の多くが、病院とシステムベンダー間の相互理解が不十分であることにありと考え、医療の質向上委員会内に「病院情報システムの基本要件検討プロジェクト」を設置し、産業界からの参画も得て、活動を行っている。

プロジェクトに派生して、2003、2004年度に厚生労働科学研究費により「電子カルテ導入における標準的業務フローモデルに関する研究」を実施した。

また、2005、2006年度に厚生労働科学研究費により「医療情報システムを基盤とした業務フローモデルによる医療の質と安全性の評価に関する研究」を実施中である。

機能評価受審支援相談事業
2003年12月～

会員病院の医療機能評価受審を支援するため、2003年12月より事業を開始した。

日本医療機能評価機構のサーベイヤーズの中から、当事業アドバイザーを依頼しており、アドバイザーが病院へ訪問し、様々な相談に応じている。

また、2006年度からは、機能評価受審支援セミナーを開始した。

診療アウトカム評価事業 2004年7月～

病院機能を適切なインディケータ(臨床指標)を用いて評価し、医療サービスの向上を図るため、病院診療アウトカム評価事業を行っている。

その具体的な効果としては、

全体の診療水準が明らかになり、インフォームドコンセントを行う際の基本的な資料となる。

自院の診療パフォーマンスを知ることにより、医療サービスの質向上のインセンティブとなる。

診療水準や診療費の比較により、効率的経営の一助となる。
などがあげられる。
2005年度末時点の参加病院は42病院である。

「医療経営人材育成事業」の実施 (経済産業省委託事業) 2005年度～

経済産業省では、医療サービスの活性化を図るため、2005年度より「医療経営人材育成事業」を開始し、サービス業において、医療実務のみならず経営技術にも精通した複合的な人材の育成が必要として、スキル標準の明確化及び標準的教育プログラムの体系の整備を図っている。

本会はその趣旨に賛同し、医療機関の実態に即した、より実践的なカリキュラムや教育コンテンツ(ケーススタディ等)教育カリキュラムやケース等の補助教材を開発した。

2006年度においても引き続き経済産業省からの委託を受け、経産省が開発した基本教材テキストの改善作業と新たに5つのケーススタディ教材を作成中である。

医療情報システムにおける相互運用性の 実証事業(経産省委託事業) 2004年～2005年度

各医療機関において、情報システムを導入する際の導入指導者を育成する目的で、「マルチベンダー型病院統合情報導入システム導入指導者育成カリキュラム開発事業」として、経済産業省の委託事業を実施した。

本事業はeラーニングシステムを用いた研修を目的としており、eラーニングシステムの開発と教材コンテンツの開発を行った。

現在、2007年度からの事業化に向けて準備を進めている。

「認定個人情報保護団体」事業 2006年2月～

本会は2006年2月13日に、認定個人情報保護団体として厚生労働大臣から認定を受けた。認定個人情報保護団体として行う主たる業務は以下のとおりである。

会員病院を受診された患者さん等からの個人情報保護に関する苦情・相談の受付
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・相談の受付
全日本病院協会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
個人情報保護の動向に関する調査・研究

また、認定を受けたことに伴い、上記の認定個人情報保護団体に係る業務を担当する「個人情報保護担当委員会」を2006年2月13日に設置し、活動を開始した。

上記委員会において、会員病院からの質問に対する回答をとりまとめた「個人情報保護法Q & A」を2006年11月に出版している。

メリーランド州病院協会アウトカム評価 事業への参加 平成18年4月～

メリーランド州病院協会が行っているアウトカム評価(IQIP)に、2006年度から会員病院5病院が参加している。

2. 調査研究活動

病院経営調査 1993年度～

会員病院の経営収支の状況を把握することを目的に、1993年度より病院経営調査を実施している。調査客体は役員、代議員、各県より無作為抽出した会員病院を客体とした計500病院で、毎年5月の収支状況を対象に調査している。

医療従事者の給与に関するアンケート調査 2002年度～

2002年度より回答用紙を送付して実施。2006年度からは、回答者の利便性と集計の効率性を鑑み、Excelと電子メールを利用した調査を行った。結果は第48回全日本病院学会徳島大会・医療従事者委員会企画「コスト削減」の中で報告された。

病院経営環境が厳しくなる中、職種別給与の実態を把握し、会員が給与と体系を見直す上で参考となる資料を提供するために今後も継続して調査を行っていく予定である。

医療安全管理・医療紛争解決に関する アンケート 2004年12月

日本における適切な医療事故調査の支援体制の

あり方を明らかにするため、医療の質向上委員会において、飯田委員長が分担研究者である厚生労働科学研究班(主任研究者：岩田太)と共同して、会員病院における医療安全管理の状況(医療事故を過去に経験した病院においては事故調査の実施状況)に関する調査を実施した。

医師臨床研修制度に関する調査
2006年2月

2004年度より実施された新医師臨床研修制度について、会員の参加状況、実施による医師の需給に関する影響、研修制度の問題点、会員病院の要望について調査を行い、今後の活動方針を決める資料とするために調査を実施した。

終末期医療に関する調査 2005年7月

参考資料8を参照

* 関連出版物リスト

「電子カルテと業務革新」 2005年10月 篠原出版新社

「医療現場からの疑問に答える個人情報保護法Q & A」 2006年11月 じほう

* 厚生労働科学研究

2003年度～2005年度 「ケースミックス、医療原価測定を用いた医療パフォーマンスの評価に関する研究」(主任研究者：佐々英達会長)

2003年度～2004年度 「電子カルテ導入における標準的な業務フローモデルに関する研究」(主任研究者：飯田修平常任理事)

2005年度 「医療事故発生後の医療機関の対応と紛争解決に関する研究」(主任研究者：佐々英達会長)

2006年度 「医療情報システムを基盤とした業務フローモデルによる医療の質と安全性の評価に関する研究」(主任研究者：飯田修平常任理事)

2006年度 「医療の質向上に資するアウトカム評価モデルの開発に関する研究」(主任研究者：佐々英達会長)

* 経済産業省委託事業

2004年度～2005年度 医療情報システムにおける相互運用性の実証事業「マルチベンダ型病院統合情報システム導入指導者育成カリキュラム開発事業」

2005年度～2006年度 医療経営人材育成事業「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」

1. 病院における職員の教育研修のあり方

医療(機関)はサービス産業であるといわれて10数年を経過した。

いうまでもなく、医療機関は他のサービス業と同様、もっぱら人的資源に依存して医療サービスを提供している。したがって、病院経営者には、“経営資源の要は人である”という意識を失うことなく、たえず必要な人材の確保と育成に努めることが重要な課題となる。

教育研修を進める上で大切なことは、それを通じて、病院が何を目指すのかを職員にしっかりと分からせることである。

そのためには、病院の理念をしっかりと示すことによって病院の姿勢を明確にし、職員にやる気を起こさせる土壌をつくり出し、ワーク・モチベーションを向上させることが必要である。

病院の未来像や理念を職員に示すことのできない医療機関では、人材育成は困難である。

(1) 院内教育研修

医療機関で働く職員は、他業種に比べ技術的な専門性が高く、さらに、チームで仕事をしなければならない。院内教育研修では、技術習得と向上はもちろんのこと、チームワークの構築も目的に加えた研修が必要である。

教育研修は、与えられた時間に、与えられたスケジュールにそってやるものとは限らない。

院内における教育研修としては、日常業務を通じた人材育成(OJTによる職員の質の向上)がもっとも効果的であり、朝礼や日々の報告・会議などの中で必要な知識や技能を身につけていくのも教育研修の1つである。

院内研修には法あるいは診療報酬の上で定められたものもあり、定期的に開催されていなければならない研修も少なくない。例えば、医療安全研修等がそれに当たるが、ここでは、義務づけられてはいない、各医療機関で一般的に行われている教育研修を取り上げる。

新入職員研修

新入職員研修においては、新卒職員は技術的な研修よりも学生気分から脱皮するための意識改革が、中途入職者の場合は組織風土や病院理念の理

解が重要な意味をもつ。

新入職員研修における技術習得に関する教育は、数日をはける詰め込み研修は避け、とりあえず必要最低限にとどめておくことが望ましい。

また、一定期間を経過した後に、技術面とともに他部門と関連する組織内連携について、定期的な教育研修を行うことが重要である。

接遇研修

接遇研修や電話対応研修等は、新入職員だけでなく中堅職員も含め、定期的な開催が必要である。この場合、研修コストを意識し、院内で接遇マネージャー指導者の育成を図り、自前で研修会の開催ができるようにすることが望ましい。

接遇に関しては、患者や部外者に対する応対マネージャーだけではなく、職員同士のTPOに応じた言葉遣いや礼儀作法についても教育研修するべきである。これによって、職員同士のコミュニケーションが円滑に進み、良好な人間関係を基盤にチームワークを構築することが可能になる。

部門業務習得研修

医療機関で働く職員は、医師、コメディカル等の有資格者はもちろん、事務職においても請求事務や財務上の病院会計準則など、病院特有の専門知識を有する人材が必要である。

専門知識には、外部で有効性が認められた新技術や実践事例等も含まれる。したがって、各種学会や技術講習会に参加した場合は、院内・部内で伝達講習会を開催し、全体としてレベル向上を図ることが望ましい。

また、現在、各部門で行われている業務についても、他部門の職員も交えた研修を開催し、チームとして知識を共有することが望まれる。

組織が大きくなると、自分の固有業務以外には興味を示さないという傾向が生じやすい。他部門の業務を理解しておくことによって、関連部門の技術レベルが向上し、院内の業務連携が円滑になるだけでなく、職員間の信頼と団結を高め、全体の業務効率を上げることができる。

(2) 院外教育研修

院外研修は、様々な団体によって有償・無償で行われている。

職員教育研修にあたって、院外研修は、院内では補いきれない知識・技術の向上、新しい手法習得を目的として行うものである。全日病において

も、会員病院に対する支援の一環として各種の教育研修会が開催されている。

また、全日本病院学会等へ参加して職員の意識改革を図るとともに会員病院相互の研鑽機会を得るなどによって、自院の質向上に役立てるのも1つの方法である。

全日病で行っている教育研修(2006年度現在)

医療機関トップマネジメント研修コース

わが国で医療機関経営に当たる理事長・院長は医師が本来職である上、厚生労働省の統制的な保護行政の下で基本的には一律の経営を営んできた。また、少なからぬ医療機関が後継者を必要とする時期を迎えている。

そうした中、連綿と続く制度改正によって医療機関はかつてなく多難な環境におかれ、経営の舵取りはきわめて難しい局面を迎えている。各種の規制緩和によって医療機関経営の裁量が拡大する一方で、自院進路の選択肢は複雑かつ予測困難なものになっている。

しかし、日本には現在、医療機関経営に関する理論書や経営管理の実践所、さらには、経営管理の研修講座が皆無に等しい。各医療機関は根拠が得られないままに将来像を描き、手探りで中長期計画を作らざるを得ない状態におかれている。

現在、全日病が会員病院に対する支援策としてもっとも重視している1つが、2006年7月に1期を開講した「医療機関トップマネジメント研修コース」である。

本講座は、経済産業省が2005年度に公募した「医療経営人材育成事業に係わる教育プログラム」に採用された、研修プログラムとケーススタディを教材に採用している。

両教材とも、全日病と慶大医学部(医療政策・管理学教室)および東邦大医学部(社会医学講座)のコンソーシアムによって独自に開発された。とくに、医療経営に関するケーススタディは、会員病院の実際の事例を調査してまとめたものであり、わが国でも稀有な教材といえる。

本講座は、全日病が自ら選んだ専門家や第一線の病院経営者が、豊富な事例とデータを踏まえた講義と演習を繰り返す、わが国医療の将来見通しと医療経営の現場感覚を反映した、他に例を見ない、実践的かつ情報交流機会に恵まれた医療機関経営者育成の研修である。

[概要]

受講対象 / 理事長、院長あるいは将来の理事長・院長候補

内 容 / 医療概論・経営概論、医療における総合的質経営、安全管理・リスク管理、人事管理、医療連携、財務会計管理と資金調達、DPC 等

受講期間 / 7月～翌年1月(各月1回、計7回・14日間・合計84時間) * 2006年度の場合

病院事務長研修(病院管理士養成)コース

病院経営の一翼を担う事務長職への期待は高まる一方である。病院経営に必要な基礎知識はもとより、一般企業の手法を取り入れた経営管理、財務会計、コスト管理、人事労務、さらには情報や質の管理にいたる幅広い分野にわたって、見識とマネジメントスキルを高めることが求められている。

病院管理者を補佐する実践的なリーダー養成を目指す当講座は、何よりも、医療改革に生き残りかけた経営改革を提起し、経営計画を策定する能力の養成を目指している。

その集大成が、最終講義の、分野別病院の生データを織り込んだ資料から経営課題を抽出し、チームごとに中長期経営計画をプレゼンテーションする総合演習である。

一定の成績を収めた修了生は日病から病院管理士の認定証が交付される。また、修了生にはネット上

で情報意見を交換できるメーリングリストに参加でき、さらに、毎年の学会で事例発表と継続研修の機会が与えられる。

[概要]

受講対象 / 事務長またはこれに準ずる職歴 2 年以上の経験を有する者

内 容 / 病院経営と事務長の役割、院内コミュニケーションと活能コーチング、病院会計の基本と財務管理、人事労務管理の基本と実践、院内業務再設計に基づく要員適正化、病院業務運営システムとその評価、物品管理(S P D を含む)、病院情報システムの構築、病院経営診断と経営計画策定 等

受講期間 / 5 月～翌年 1 月(12 月を除く各月 1 回、計 8 回・18 日間・合計 110 時間) * 2006 年度の場合

看護部門長研修コース

院内最大の職員数を擁する看護部門において、いかに医療の質の向上と医業収益の拡大に貢献していくか、とくに、看護師不足・低定着率問題を解消するためには、看護師のモラルやスキルの向上など看護部門内のマネジメント力強化が重要である。

また、多くの病院が赤字経営の現在、病院経営において看護部門長がその機能を発揮し、他部門と連携しながら病院経営健全化に主導的役割を果たしていくためには、病院の経営側面の理解と経営管理スキルの向上が重要である。

本講座では、前半に、病院が置かれる環境、自院経営活動さらに自分自身の「可視化」を試みる中で財務知識、コスト管理、M Q I (医療の質向上) 活動等、今後の看護部門リーダーに不可欠な意識と基礎知識を身につける。

その結果は、自院診断を試みる自習ラウンドで問われる。

さらに、後半で、演習発表をはさみながら課題の共有化技法、問題解決技法、アクションプランの作成等、看護部門をリードする基本的なスキルを学び、最後に「改善提案の実践」に挑戦する、他に類のない経営と部門指導者の視点にあふれたプログラムとなっている。

[概要]

受講対象 / 現在看護部門長またはそれに準ずる者

内 容 / 危機感の醸成とコスト意識(問題意識) の醸成、改善の視点での自院診断、部門長のリーダーシップ・実践力の強化、改善提案の実践(宣言) 等

受講期間 / 10 月・12 月に 2 回・全 6 日間。* 2006 年度の場合

医療安全管理者養成課程講習会

本講習は 2003 年より四病院団体協議会が主催して行っているものであるが、そのプログラムと運営は、主に全日病が担当している。

本講習会は安全管理・品質管理の基本的事項や実務指導に関わる教育・研修を行い、組織的な安全管理体制を確立する知識と技術を身につけた人材(医療安全管理者) を育成・養成することを目的としている。

中でも、品質管理の手法を医療事故の原因分析方法に適用した R C A (根本原因分析)、F M E A (故障モード影響解析) の習得を目的とする演習は、医療事故発生の背景にある業務プロセスの分析・評価をとおして経営の質という視点に導くものであり、四病協の医療安全講習が各方面から評価を得る要因となっている。

同時に、2006 年診療報酬改定で新設された「医療安全対策加算」届出要件の 1 つである「研修を受けた専従の医療安全管理者」の研修として認められている。

なお、本講座は 2007 年度より全日病単独で主催する。

【主な講義の内容】

- ・安全とリスクに関する概念(用語)の理解
- ・安全管理の必要性・重要性の理解
- ・ミスや事故等の事例収集と分析・改善・標準化・未然防止
- ・質マネジメント概論/質管理(QC)手法・技法、FMEA・FTA、QFD、QC工程表 等
- ・医療の質向上/質の向上、質評価、医療における質管理、総合的質経営(TQM) 等
- ・安全管理の組織づくりとその運営
- ・研修・教育
- ・道具としてのPC/アプリケーション、インターネット
- ・質マネジメント概論/TQMの概要、TQMにおける主要な管理方式 等
- ・解析・改善体制/FMEA、FTA、RCA
- ・病院組織概論/インシデントリポートの活用、院内組織の活性化 等
- ・基本統計の理解/代表値(平均・分散・中央値) 検定・有意差(t・2・F) パレート分析

【主な演習の内容】

- ・医療におけるRCA/品質管理手法の活用、RCAの医療における事例、RCA演習説明 等
- ・グループ討議/フロチャート作成、背後要因の抽出、因果図の作成、対策の立案 等
- ・分析手法の再確認/FMEA・FTA・原因追求、MEA医療における事例紹介
- ・業務工程表作成
- ・影響度、発生頻度、検知の難易度、点数化
- ・特性要因図・対策立案・発表まとめ

2. 人事考課と職員研修

教育研修というと、技術や接遇といったテクニックを身につける講習会等を思い描きがちである。もちろん、技術の習得が重要であることは間違いのないことであるが、意欲や人格形成といった人の質の向上がもっとも重要である。

病院の規模の違いにより方法の選択に差があったとしても、規模の大小により目指すところが変わるものではない。

教育研修は、経験や職務内容に応じた教育研修システムの構築と習得レベルの評価が行われることが望ましく、その際には、職員が理解・納得できる方法が選択されなければならない。

階層別に行う教育研修は、外部講師等による講習会や一定の時間(期間)の中での講習形式による伝達方法では、理解も浅く、莫大な時間と労力(費用)を投じることとなるため、OJTによる業務内での教育研修が望ましい。

教育研修にはこれだよいという決まり切ったマニュアルはないが、その1つのツールとして、人事考課制度による人材育成がもっとも適合している。

人事考課制度は本来、個人の能力や業績査定により賃金をコントロールするツールではなく、職員の勤労意欲を高め、活力ある組織作りをする人材育成ツールである。

職員個人のレベルを測り、個人の勤続年数(年

功)や能力(等級)に応じ、習得すべき業務レベルを明示し、個人ごとの業務目標を設定した上で、上司との面接を経て、次期の業務目標が設定されることにより、職員がどこまでどうしたら良いのかを明確に理解することができ、自分の強みや弱点を知ることができる。

これにより個人の能力開発に有効に働く。

目標の設定は職種や等級に応じ整備された課業一覧表(等級別/習熟度別)を使用する。また、(職場の内外における)自己啓発目標やマインド目標(取り組み方の目標)を設定することにより、技術面の向上のみに終始することなく、精神面や業務意欲、人格向上の期待も持てる。

さらに、上司との面接によってコミュニケーションが図られ、信頼関係が構築されるメリットもある。この面接の際に、病院が掲げている理念や目標についても所属長から伝達されることにより、末端の職員まで浸透させることが可能となる。

また、経営の見地からは、中間管理職の教育研修(育成)にさらに尽力する必要がある。

新入職員教育、中堅職員教育、初級管理者教育にあたっては上級管理者や経営幹部の質が必要に応じて保たれていることが前提となり、それらによって理念や目標が部下へ伝達され、病院の組織風土が形成されていく。

人事考課制度の導入にあたっては、以下を参考にされたい。

病院における人事考課制度

病院における人事(賃金)制度を長期的観点から振り返ると、わが国の大部分の企業と同様に、長い間、職種・年齢・勤続年数・性別等によって構成される『年功』をベースに組み立てられ運用されてきた。

職種別の経験年数によって賃金を決め、年功の順に昇進させる年功重視(年功序列型)の人事制度である。

医療費抑制政策が進行している現在、病院経営の効率化をどう高めていくかが問われる様になり、病院経費の最大部分を占める人件費をどの様に有効に活用するかが病院経営の重要なポイントとなってきている。職員全体の勤労意欲を高め、活力ある組織を作る為には、旧来の年功序列型とは異なるより適切な人事考課制度の導入が必須となってきている。

旧来の年功序列型の人事・賃金制度においても、それなりの人事考課制度は存在していたが、その実態は、下記に示すような単なる格差付けのための評価であり、現在の病院が求めるものとは乖離していたと言える。

- ・査定中心(格差型)
- ・権威主義(賞罰型)
- ・相対考課(対人比較型)
- ・非公開主義(秘密型)
- ・減点主義(あら探し型)

すなわち、従来の人事考課の考え方の中には、考課を通して組織全体を一つの組織理念へ導くという視点や、それぞれの職員の意識レベル、機能レベルをより効率的に向上されるという視点が欠けていたと考えられる。

では、新しい人事考課制度の基本的考え方は何かという点

査定中心(格差型)の考課から育成主義(能力開発型)の考課へ

権威主義(賞罰型)の考課から参画型(動機付け型)の考課へ

相対考課(対人比較型)から絶対考課(絶対基準型)へ

非公開主義(秘密型)の考課から公開主義(オープン型)の考課へ

減点主義(あら探し型)の考課から加点主義(チャレンジ奨励型)の考課へ

つまり、職員の成長を年功ではなく能力で把握し、その能力の積極的な開発・育成と活用とを通して公正な処遇を図っていこうというものである。

しかし、人事考課制度の病院組織への導入を考えたとき、その特殊性による幾つかの阻害要因が考えられる。

専門職集団で構成される組織であること

病院は医師を含めた国家資格者群で構成されるいわゆる労働集約型の企業である。このような組織形態は専門職群間の情報疎通が停滞し、閉塞的な職場となる危険性を内包している。また資格保有者を中心とする集団では、人事管理者による資格保有者間での短絡的な平等意識から、概して個人の評価が疎かになりがちである。さらに職種による需要と供給のアンバランスにより適正な考課が難しいという問題は現存している。

組織規模的に人事考課は不要ではないかという視点

人事考課制度の導入は、一般的な大企業と同様に病院の中でも大規模な施設でのみ必要とされるという誤解がある。特に小規模病院のように職員数の少ないところでは、職員の日頃の勤務態度や勤務実績が一目瞭然であり、敢えて人事考課を実施する必要はないという見解があることであるが、これは人事考課による教育、育成さらには人事の効率化という視点を欠いた認識である。

個々の職員の成果を明確な数値で表現することが難しいという点

病院における業務は一般的な製造業や販売業とは異なり、成果を数値や金額で表現することには無理がある。おのずと目標設定も、努力目標的な曖昧で具体性を欠くものに成り、達成度の定量評価が困難となる。しかし、目標設定時に考課者と非考課者の双方で、ひとつひとつの目標に対する明確な評価基準を示すこと、更には目標達成に向けた日々の行動記録を残すことで、完全な数値化はできなくても、ほぼ妥当な値での評価は可能である。

人事考課制度導入により期待できる事

個々人の能力開発

専門職としての職務遂行能力の評価は、経験年数に応じた指標が存在して初めて可能となる。人事考課制度によって明確な期待(目標)水準を提示することで、場当たりの指導を排除し、偏りのない能力開発が可能となる。

また、専門領域以外の知識・技能の習得に関しては、個々人の自己啓発意識のみに任せるのでは

なく、安全管理、IT技術等の様に組織として現在期待している知識・技能を明示することで、具体的成果に繋がる能力開発が期待できる。

組織の活性化

人事考課制度を運営していく過程において、従来は表面化しなかった各部門、個人における課題が浮き彫りにされる。これらは病院全体の問題として共通認識の元、改善へ向けての出発点となる。

また、人事考課によって職員の能力を客観的に評価しておく事は、組織を円滑に運営する上でも重要である。個々人の能力を掌握していれば、問題解決にあたって最適な人材を配した集団によって構成することが可能となる。

組織文化の浸透と定着

人事考課制度は、病院組織の全ての部門が、共通の認識をもって関わる数少ない活動である。部門管理者(考課者)が考課・育成の過程で、職員に対し繰り返し病院の理念や組織としての目標と課題を説く機会が与えられる。さらに組織としての長中期の目標達成に向けての意思統一も促進される。

人事考課制度導入・実施の手順

経営トップの意思決定

人事考課制度は、人事制度の中でも重要な意味を持っており、その意味で、導入に際しては、経営トップの意思決定とそれに向けた強いリーダーシップが必要である。

ただし、あまり細かいことにまで口出しせずに、意思決定と方針の示唆にとどめ、具体的内容は、幹部をはじめとした職員に任せるべきである。

病院経営環境と人事考課導入目的の説明

人事考課制度を円滑に機能させるため、導入目的を職員説明会という形で周知することは必ず実行すべきである。病院経営環境を出来るだけオープンに説明する事は、導入時のみでなく継続して行うことが望ましい。また、「人事考課」という響きには認識不足、誤解がある。また、それを解くための内容も説明会の中に盛り込まれることが望ましい。

その為には、経営内容を可能な限りオープンにすることが必要であり、努力した人にはそれなりの処遇をするという様な具体的で、前向きな姿勢を説明することが重要と思われる。出来れば、導入時は給与体系の現状維持が望ましい。

考課サイクル・ルール・考課ツールの準備と決定

考課サイクルは、人事考課の結果を賞与等の処遇や昇格人事へどのように反映させるかによって決めるのが一般的である。

人事考課制度の活用方法にも左右されるが、考課手順や該当する等級による重み付けの有無等考課ルールを明確にし、最終的に規程化するなりマニュアルを整備することが必要となる。

職能等級フレーム、職能要件表、考課フォーマット(目標管理様式、チャレンジシート)、面接ツール、事例表、着眼点シート等が考課ツールとして用いられる。完成度の高い職能要件表や事例表は、業務マニュアル作成や業務改善へと繋がる。

考課者トレーニング

考課者は事例検討を重ね、早急に考課基準の統一を図らなくてはならない。但し、初期的にはIT関連の知識等、全ての部門において評価基準を統一出来ないケースも有り得る。考課者トレーニングの為には人事考課の専門家に参加してもらう必要がある。少なくとも月1回のトレーニングをすることで、1年間は専門家の参加が望まれる。

今後の対応

人事考課の有効性の検証

有効性の客観的評価法は、今のところ困難である。また人事考課制度による人件費抑制効果は、短期的には望めないと考える。しかし、中長期的には個々人のスキルアップを前提とした業績向上もしくは適正人員配置による人件費の抑制が期待できる。

精度の向上および評価

考課者訓練の継続と、考課レベルの検証は重要である。考課基準の大きすぎれば、非考課者に不公平感を生じさせるばかりでなく、考課者(管理職)の意思統一を阻害する要因となる。制度の向上に向けては、部門連携による活動を通じた考課訓練が有効である。

考課制度のバージョンアップ

現状の考課制度は上司が部下に対して行っているのみといえる。考課者である上司もまた、考課制度に則った非考課者であるべきである。更に、患者満足度の優劣が病院経営に影響を与えることを前提とすると、組織全体のみならず個々の職員も、顧客である患者さんからの評価を仰ぐべきで

ある。

育成型の人事考課が制度としての機能を充分満たした後は、考課制度を理解する部下からの考課、患者さんからの評価等を含めた他面考課(360度評価法)の採用も検討に値すると考える。

課題

病院機能評価等の理由による形式的な人事考課制度の導入は、多くの場合旧来の考課制度を用いることが多く、結果として具体的な効果は望めない。また、人材不足による適用除外者の発生は、重要な問題といえる。

医師や医療過疎地における専門職(看護師・理学療法士)等に対する対応は、病院における人事考課制度にとって残された大きな課題である。

資料
3

2006年医療制度改革関連資料

「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」(「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針」) 2003年3月28日 閣議決定

1. 医療保険体系

(1) 基本的な考え方

安定的で持続可能な医療保険制度の構築
給付の平等・負担の公平
良質かつ効率的な医療の確保

(2) 保険者の再編・統合

(3) 高齢者医療制度

2. 診療報酬体系

(1) 医療技術の適正な評価

(2) 医療機関コスト等の適切な反映

(3) 患者の視点の推進

「医療提供体制の改革のビジョン案
『医療提供体制の改革に関する検討チーム』
まとめ」 2003年8月 厚生労働省

1. 「患者の視点の尊重」

- ・医療に関する情報提供の推進
- ・安全で、安心できる医療の再構築

2. 「質が高く効率的な医療の提供」

- ・質の高い効率的な医療提供体制の構築
- ・医療を担う人材の確保と資質の向上
- ・環境の変化等に対応した医療の見直し

3. 「医療の基盤整備」

- ・生命の世紀の医療を支える基盤の整備

「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2005」 2005年6月21日閣議決定

持続的な社会保障制度の構築

(1) 社会保障の一体的見直

- (2) 持続可能性を確保するための過大な伸びの抑制策
医療費適正化のための政策目標設定

- 2006年医療制度改革の断行
- (3) 社会保険庁改革
廃止を含む機能の大幅見直し
- (4) 中医協改革
個別診療報酬点数の改定の審議
- (5) 健康・介護予防等の推進

「医療制度構造改革試案」
2005年10月19日 厚生労働省

医療費の伸びの抑制

1. 中長期的対策として医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制

- (1) 生活習慣病の予防の徹底：医療保険者に対し健診・保健指導の実施を義務付け
- (2) 平均在院日数の短縮：在宅医療の促進、病床転換 等

2. 短期的対策

- (1) 公的医療保険の給付範囲の見直し
高齢者の患者負担の見直し
療養病床に入院している高齢者の食費・居住費の負担引上げ等

医療保険制度体系の見直し

- 1. 都道府県単位の保険者の再編・統合(保険者機能の強化 - 都道府県ごとの医療費水準と保険料水準の連動)
- 2. 新たな高齢者医療制度の創設(負担の公平化・透明化を通じた負担について納得しやすい仕組み)
- 3. その他 いわゆる「混合診療」への対応 等

「医療制度改革大綱」
2005年12月1日 政府・与党医療改革協議会

安心・信頼の医療の確保と予防の重視

- 1. 安心・信頼の医療の確保
医師不足問題への対応
地域医療の連携体制の構築
患者に対する情報提供の推進
医療法人制度改革 等
- 2. 予防の重視
生活習慣病予防のための取組体制

がん予防の推進 等

医療費適正化の総合的な推進

1. 医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保
2. 医療費適正化計画の推進
3. 公的保険給付の内容。範囲の見直し等

超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

1. 新たな高齢者医療制度の創設(平成20年度)
2. 保険者の再編・統合

診療報酬等の見直し

「健康保険法等の一部を改正する法律」

2006年6月成立

1. 医療費適正化の総合的推進
 - 医療費削減計画の策定
 - 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・範囲の見直し等
 - 介護療養型医療施設の廃止(2012年4月1日)
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

「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」

2006年6月成立

1. 患者等への医療情報の提供
2. 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進
3. 地域や診療科の医師不足問題への対応
4. 医療安全の確保
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

資料
4

医師と看護師の需給に関する動向

(出典) 医師数 = 「2004年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」(厚生労働省)、
看護師職員数 = 「2004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(%) | |
|---------------------|----------|---------|---------------|---------------|-----|
| | 2004年 | 2002年 | | | |
| 総数 | 270,371 | 262,687 | 7,684 | 2.9 | |
| 医療施設の従事者 | 256,668 | 249,574 | 7,094 | 2.8 | |
| 病院の従事者 | 163,683 | 159,131 | 4,552 | 2.9 | |
| 診療所の従事者 | 92,985 | 90,443 | 2,542 | 2.8 | |
| 介護老人保健施設の従事者 | 2,668 | 2,315 | 353 | 15.2 | |
| 医療施設・介護老人保健施設以外の従事者 | 8,607 | 8,611 | 4 | 0.0 | |
| その他の者 | 2,421 | 2,178 | 243 | 11.2 | |
| 人口10万対医師数 | 総数 | 211.7 | 206.1 | 5.6 | 2.7 |
| | 医療施設の従事者 | 201.0 | 195.8 | 5.2 | 2.7 |

注:「総数」には、「施設・業務の種別」の不詳を含む。

性別に応じた医療施設に従事する医師数 各年12月31日現在

| | 医師数(人) | | 対前回 増減率(%) | 構成割合(%) | |
|-------|---------|---------|---------------|---------|-------|
| | 2004年 | 2002年 | | 2004年 | 2002年 |
| 総数 | 256,668 | 249,574 | 7,094 | 100.0 | 100.0 |
| 男 | 214,628 | 210,764 | 3,864 | 83.6 | 84.4 |
| 女 | 42,040 | 38,810 | 3,230 | 16.4 | 15.6 |
| 29歳以下 | 25,960 | 26,206 | 246 | 100.0 | 100.0 |
| 男 | 16,806 | 17,558 | 752 | 64.7 | 67.0 |
| 女 | 9,154 | 8,648 | 506 | 35.3 | 33.0 |

主な診療科名(主たる)別にみた医療施設に従事する医師数 各年12月31日現在

| 従事する診療科 | 医師数(人) | | 対前回増減数(人) | 対前回増減率(%) | |
|-----------|---------|---------|-----------|-----------|-------|
| | 2004年 | 構成割合(%) | | | |
| | | | | | 2002年 |
| 総数 | 256,668 | 100.0 | 249,574 | 7,094 | 2.8 |
| 内科 | 73,670 | 28.7 | 74,704 | 1,034 | 1.4 |
| 消化器科(胃腸科) | 10,352 | 4.0 | 9,655 | 697 | 7.2 |
| 循環器科 | 9,009 | 3.5 | 8,381 | 628 | 7.5 |
| 小児科 | 14,677 | 5.7 | 14,481 | 196 | 1.4 |
| 精神科 | 12,151 | 4.7 | 11,790 | 361 | 3.1 |
| 外科 | 23,240 | 9.1 | 23,868 | 628 | 2.6 |
| 整形外科 | 18,771 | 7.3 | 18,572 | 199 | 1.1 |
| 産婦人科 | 10,163 | 4.0 | 10,618 | 455 | 4.3 |
| 眼科 | 12,452 | 4.9 | 12,448 | 4 | 0.0 |
| 耳鼻いんこう科 | 9,076 | 3.5 | 9,174 | 98 | 1.1 |

注:「診療科名(主たる)」とは、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科または1診療科のみに従事している場合の診療科をいう。

施設の種別・主な診療科名(主たる)別にみた医療施設に従事する医師数 2004年12月31日現在

| | 医師数(人) | 構成割合(%) | | | | 医師数(人) | 構成割合(%) | | | |
|--|---------|---------|-------|-------|--------|--------|---------|-------|-------|--------|
| | | 総数 | 男 | 女 | (女) | | 総数 | 男 | 女 | (女) |
| | 163,683 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | (17.2) | 92,985 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | (15.0) |
| | 34,788 | 21.3 | 20.9 | 23.0 | (18.6) | 38,882 | 41.8 | 43.5 | 32.0 | (11.5) |
| | 8,393 | 5.1 | 4.2 | 9.6 | (32.2) | 6,284 | 6.8 | 5.6 | 13.5 | (29.8) |
| | 18,147 | 11.1 | 12.6 | 3.6 | (5.5) | 5,093 | 5.5 | 6.3 | 0.5 | (1.5) |
| | 12,093 | 7.4 | 8.5 | 1.9 | (4.4) | 6,678 | 7.2 | 8.3 | 1.1 | (2.3) |
| | 5,037 | 3.1 | 2.3 | 7.0 | (38.8) | 7,415 | 8.0 | 6.1 | 18.9 | (35.5) |
| | 3,381 | 2.1 | 1.4 | 5.3 | (43.7) | 4,399 | 4.7 | 3.7 | 10.6 | (33.6) |

注:1「診療科名(主たる)別」とは、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科または1診療科のみに従事している場合の診療科である。

2(女)の構成割合は、それぞれの診療科名(主たる)を100とした場合の構成割合である。

都道府県別医療施設に従事する人口10万対医師数 2004年12月31日現在

| 順位 | 県名 | 人口10万対医師数 |
|----|----|-----------|
| 1 | 東京 | 264.2 |
| 2 | 徳島 | 262.4 |
| 3 | 高知 | 261.4 |
| 4 | 京都 | 258.3 |
| 5 | 鳥取 | 258.3 |

| 順位 | 県名 | 人口10万対医師数 |
|----|----|-----------|
| 1 | 埼玉 | 129.4 |
| 2 | 茨城 | 142.3 |
| 3 | 千葉 | 146.0 |
| 4 | 青森 | 164.0 |
| 5 | 岐阜 | 165.0 |

施設・業務の種別に応じた看護師数 2004年12月31日現在

| 職種 | 看護師数(人) | | 対前回増減数(人) | 対前回増減率(%) |
|------------|---------|---------|-----------|-----------|
| | 2004年 | 2002年 | | |
| 総数 | 760,221 | 703,913 | 56,308 | 8.0 |
| 病院 | 582,268 | 548,330 | 33,938 | 6.1 |
| 診療所 | 84,571 | 74,619 | 9,952 | 13.3 |
| 助産所 | 50 | 63 | 13 | 20.6 |
| 訪問看護ステーション | 22,931 | 20,209 | 2,722 | 13.4 |
| 介護保険施設等 | 36,818 | 29,077 | 7,741 | 27.0 |
| 社会福祉施設 | 7,383 | 7,077 | 306 | 4.3 |
| 保健所 | 899 | 1,185 | 286 | 24.1 |
| 市町村 | 6,040 | 5,589 | 451 | 8.0 |
| 事業所 | 4,048 | 2,988 | 1,060 | 35.4 |
| 看護婦学校・養成所 | 11,461 | 11,089 | 372 | 3.3 |
| その他 | 3,752 | 3,687 | 65 | 1.7 |

施設・業務の種別にみた准看護師数 2004年12月31日現在

| 職 種 | 准看護師数(人) | | 対前回 増減数(人) | 対前回 増減率(%) |
|------------|----------|---------|---------------|---------------|
| | 2004年 | 2002年 | | |
| 総 数 | 393,413 | 385,960 | 7,453 | 2.1 |
| 病 院 | 213,631 | 199,109 | 14,522 | 7.3 |
| 診 療 所 | 127,564 | 126,167 | 1,397 | 1.1 |
| 助 産 所 | 19 | 28 | 9 | 32.1 |
| 訪問看護ステ-ション | 3,078 | 3,004 | 74 | 2.5 |
| 介護保険施設等 | 38,319 | 46,612 | 8293 | 17.8 |
| 社会福祉施設 | 6,042 | 6,199 | 157 | 2.5 |
| 保 健 所 | 191 | 129 | 62 | 48.0 |
| 市 町 村 | 1,981 | 1,894 | 87 | 4.6 |
| 事 業 所 | 1,103 | 1,150 | 47 | 4.1 |
| 看護婦学校・養成所 | 31 | 31 | 0 | 1.0 |
| そ の 他 | 1,454 | 1,637 | 183 | 11.2 |

都道府県別医療施設に従事する人口10万対看護師数 2004年12月31日現在

| 上位順 | 都道府県 | 人口10万対看護師数 |
|-----|------|------------|
| 1 | 高 知 | 869.9 |
| 2 | 熊 本 | 838.5 |
| 3 | 宮 崎 | 809.5 |
| 4 | 岡 山 | 804.4 |
| 5 | 石 川 | 797.2 |

| 下位順 | 都道府県 | 人口10万対看護師数 |
|-----|------|------------|
| 1 | 埼 玉 | 373.1 |
| 2 | 千 葉 | 411.4 |
| 3 | 茨 城 | 435.8 |
| 4 | 神奈川 | 462.7 |
| 5 | 愛 知 | 511.9 |

都道府県別医療施設に従事する人口10万対准看護師数 2004年12月31日現在

| 上位順 | 都道府県 | 人口10万対准看護師数 |
|-----|------|-------------|
| 1 | 鹿児島 | 641.4 |
| 2 | 宮 崎 | 631.7 |
| 3 | 長 崎 | 609.6 |
| 4 | 熊 本 | 586.7 |
| 5 | 高 知 | 561.4 |

| 下位順 | 都道府県 | 人口10万対准看護師数 |
|-----|------|-------------|
| 1 | 神奈川 | 130.2 |
| 2 | 東 京 | 142.0 |
| 3 | 滋 賀 | 167.9 |
| 4 | 千 葉 | 197.2 |
| 5 | 静 岡 | 210.8 |

資料
5

質に関する用語の解説

質

質とは、ISOでは、「本来備わっている特性の集まりが、要求事項を満たす程度」と定義している。

Juranは“Quality is fitness for use”と定義している。すなわち、質とは効用への適合である。効用とは、期待を満たす力、すなわち、満足度をいう。

要求事項

要求事項とは、組織が達成することを求められている事項である。

製品やサービスに対する顧客要求、各組織の規定・規則、法的要求事項と、ISOで規定された要求事項がある。

ISO9001では、要求事項とは、明示されている、通常暗黙の中に了解されている、または義務として要求されているニーズもしくは期待をいう。

明示された要求を顕在要求、明示されていない要求を潜在要求という。

要求

情報システムにおける要求とは、何を実装しなければならないかという仕様をいう。システムがどのように振る舞わなければならないかという記述である。

使用者あるいは利用者から見えるのは機能であり、これを機能要求ともいう。

マネジメントシステム

マネジメントシステム(MS)とは、ISO9001によれば、「方針及び目標を定め、その目標を達成するための相互に関連するまたは相互に作用する要素の集まり」である。

質マネジメントシステム

質マネジメントシステム(QMS)とは、ISO9001によれば、「品質に関して組織を指揮し、管理するためのマネジメントシステム」である。すなわち、質を達成するための仕組み、業務のやり方をいう。

総合的質経営(TQM: Total Quality Management)

TQMは、企業・組織の「質」の向上に貢献

する経営科学・管理技術である。

顧客の満足する質を兼ね備えた品物やサービスを適時に適切な価格で提供できるように、全組織を効果的・効率的に運営し、組織の目的達成に貢献する体系的活動をいう。単なる、サークル活動、改善活動の集合ではなく、組織を挙げて、組織横断的に、組織横断的な課題を設定して、質向上活動をおこなうものである。

従来、日本で行ってきた総合的質マネジメントをTQC(Total Quality Control)と称したが、欧米ではTQMと呼ぶのが一般的となり、日本のTQCを推進する母体である(財)日本科学技術連盟が、1996年にTQCからTQMへと呼称変更を宣言した。

したがって、最近では総合的質マネジメントをTQM(Total Quality Management)と呼ぶのが一般的である。TQCとTQMは同義語と考えてよい。

シックス・シグマ

シックス・シグマは、TQCにより発展する日本企業に対抗するために、米国のモトローラ社で開発された、経営手法である。それをGE(ゼネラル・エレクトリック)社が採用し大きな成果をあげたことから、世界的な関心を集め、日本でも注目を浴びている。

製造現場のみならず、マーケティング、エンジニアリング、サービス、計画策定など経営活動全般において、業務プロセスを抜本的に見直すのがシックス・シグマ手法である。常に顧客の視点で、問題点を洗い出し、統計手法を駆使することも特徴である。

6(シックス・シグマ)は統計用語で、100万回に34回のエラーやミスが発生率(ばらつき加減)を示す(:標準偏差)。

QC 7つ道具

QC 7つ道具とは、数値データを元に構成する品質管理手法である。

チェックシート、グラフ/管理図、パレート図、ヒストグラム、特性要因図、散布図、管理図、層別の7つをいう。層別を外しグラフ、管理図を分けて7つとすることもある。“7つ”というのは、役に立つ道具の“一群”という意味であり、正確に7つである必要はない。

新QC 7つ道具

新QC 7つ道具とは、QC 7つ道具では分析できないデータ(主として言語データ)を扱う品質管理手法で、親和図、連関図、系統図、マトリックス図、アロー・ダイヤグラム、PDPC (Process Decision Program Chart)、マトリックスデータ解析の7つをいう。

1970年代後半に、OR、VEなどの各種管理技法から、TQMの推進にとって有効と評価された7つを抽出し、新QC 7つ道具と命名された。

当たり前品質

当たり前品質とは、それが充足されれば当たり前と受け止められるが、不充足ならば不満と受け止められる品質の要素である。

これに対して、魅力品質とは、それが充足されれば満足を与えるが、不充足であってももしかたないと受け止められる品質の要素である。

この考え方は狩野理論と呼ばれている。

RCA(Root Cause Analysis :根本原因分析)

RCAとは、一般産業界で広く使用されている信頼性手法のFTA(Fault Tree Analysis 故障の木解析)を簡素化した手法である。

医療事故分析に用いられている手法である。当該事象が発生した業務フローを作業レベルで時間軸をたどって、“なぜ、なぜ”と、事故あるいはミスの原因となる要因を根本となる原因までたどり、その要因を改善して、事故やミスの再発を防止する手法である。事後対策の方法である。

FTAは、発生することが望ましくない事象をトップ事象として解析を行い、その原因を求めていく手法である。

有害事象、インシデント(ヒヤリ・ハット)にいたる職務に潜む基本的な原因となる要因、ヒューマンファクターを特定する手法である。

FMEA(Failure Mode and Effects Analysis :故障モード影響解析)

FMEAとは、一般産業界で広く使用されている信頼性手法である。

製品や作業の潜在的な故障モードを抽出し、その故障が及ぼす影響を順次考察して評価し、事前に適切で有効な対策を見出そうとする手法である。大きな問題を発生させる要因がどこに潜んでいるかわからない場合に有効な手法である。未然防止の方法である。

故障モードとは、不具合の様式である。故障の形態がどのような状態で生じていたかを示すものである。観測可能な故障の状態である。

方針展開・方針管理(policy deployment)

経営方針に基づき、中長期経営計画や短期経営方針を定め、それらを効率的に達成するために、企業全体の協力のもとに体系的に行われるすべての活動を言う。日常管理では行うことができない重要な課題を解決するために行われる。

目標管理(MBO : management by objectives)

組織構成員に重点目標を設定させ、実施、結果の評価という管理をして、組織全体の目標達成を図る活動を言う。すなわち、PDCAサイクル、管理サイクルをまわす活動である。

医療の質奨励賞

日本科学技術連盟に、2004年に設置された、総合的質経営(TQM)を目指す医療機関を表彰する第三者評価の仕組みをいう。日本医療機能評価機構による病院機能評価との相違は、詳細な評価項目と基準を設定して評価するのではなく、水準以上のレベルにある医療機関がTQMを目指して、活動した成果を表彰するものである。病院機能評価認定あるいはISO9001認証病院を対象とする。

P D C Aサイクル(デミングサイクル・管理サイクル)

アメリカの統計学者デミング(William Deming)によって提唱された継続的改善のプロセスをいう。PDCA(Plan Do Check Act)サイクル、管理サイクルとよばれることも多い。1952年の日本におけるデミングセミナーにおいて、デミング自身はspiral upと表現した。サイクルを適切に回すためには、プロセス思考と管理項目によるチェックが重要である。医療における、クリニカルパスはサイクルをまわす有用な道具である。

層別化

データの共通点や特徴に着目して同じ共通点や特徴を持ついくつかのグループ(層)に分けることをいう。層による違いを見つけることが目的である。層別化することにより始めて問題解決の対策を立てることが出来る。

業務工程分析

業務プロセス、すなわち工程を時系列に整理して記述することをいう。業務フロー分析ともいう。

特性要因図

右端に特性(解決すべき問題)を書き、それに関係する要因群を魚の骨のように、大骨から小骨への順次系統的に矢印で繋げて整理した図をいう。石川ダイヤグラムとも言う。質特性と要因の関係を整理するために用いる。

業務革新

革新とは単なる変化や継続的な業務改善に止まらず、ブレークスルーである。したがって、業務革新とは、根本的に業務のあり方を見直し、再構築することをいう。大きな経営成果の実現を目指して実施する業務実施方法の変革である。

要求定義(要件定義)

顧客の曖昧な仕様(要求)を明確にする作業をいう。すなわち、「何ができて、何ができない」のかをはっきりと顧客に示すための方法である。

従来は、文章で記述されることが多く、開発側と顧客側の認識の食い違いと日本語のあいまいさによる問題が多く発生している。そこで、要件をユースケースを用いて抽出し、視覚化し、要求(要件)の流れを業務フローモデルとして表すことにより、文章表現のあいまいさを減少し、ユーザー側と開発側の認識を共有することができる。情報システム開発における最重要の作業である。

要求定義は、顧客の発言や文章から顧客の要求を聞き取って記述することではなく、顧客の真の要求を導き出す作業であり、要求開発ともいう。すなわち、創造的作業であり、人間的要素が大きく影響する。

疾病管理(Disease Management)

特定の疾患の患者集団とその集団を担当する医師の両方に働きかけ、医療資源利用の効率性(医療費抑制)と効果(医療の質向上)を両立させるための仕組みをいう。米国のマネジドケア組織の中心的管理手法である。

データに基づいた医療提供のしくみが構築される契機となりうる。

1. 理想的な包括払い方式の導入

病院のあり方委員会では、過去4回の報告書の中で日本に包括払い方式を導入する場合の必要条件を示して活動を行ってきたが、現状でもその基本的内容に変更はない。

ア) ICDの普及

従来、疾病統計はレセプトにもとづいて作成されてきたが、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、併存症などが不明のため、データの信頼性に欠けていた。

2001年のレセプト書式変更によって主傷病名、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たが、いまだ徹底されておらず、病名などの用語の統一も遅れている。

しかし、ここにきて、医療情報開示に際して疾患別ベンチマーク作業の必要性が増してきたことや、DPC対象病院・準備病院の条件にコーディングを基本とする診療情報の提出が織り込まれ、各医療機関にICDコーディング導入の意識が急速に高まってきている。

ICDコーディングの導入・普及にはコーダーの養成が不可欠であるにも関わらず、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などへの参加人員は未だ限定されており、より一層の啓蒙が必要である。

イ) 原価の調査

DPCによる包括払い方式の診療報酬額は現行の診療報酬を基本にスタートとしており、厳密な意味で科学的なものではない。研究班によって修正がなされるとともに、一定の原価計算手法の下に調査研究が進められていることから、根拠にもとづく診療報酬の算定につながるよう期待したい。

現在、全日病でも多数の会員が参加可能な簡易版原価調査票の作成を目指して作業を行っている。

ウ) 技術料の明確化と適正な評価

2003年3月閣議決定の「診療報酬体系の基本的考え方」の中で、運営費用をホスピタルフィー要素、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た。

現在のところ、ドクターフィー的要素は手術料、麻酔料や高い処置料、特殊検査、リハビリテーション等であるが、手術料をのぞき各々の評価は低く、薬剤師や栄養士などの業務の評価はなされていない。

ドクターフィーの考え方は、医師が外部から診療に加わる欧米型の入院医療システムでその技術料を正當に評価するためにできたものであるが、日本の病院勤務医についてもその技術料評価や他専門職種の評価が公平に行われた上で診療報酬に組み込まれるべきである。

エ) 治療の標準化と価格の決定

かつて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、それゆえ全日病は、各疾病に対する一定の診療報酬設定も可能であると主張してきた。

さらに、そのためには、質の確保と標準化のための有力なツールである各疾患に対する標準的診療ガイドラインやクリニカルパスの作成は不可欠の作業と考え、その取り組みを訴えてきた。

定型的疾患については厚生労働省からガイドラインが出され、さらに、この2年間で、各学会からも主病変を中心としたガイドラインの発表がなされてきており、クリニカルパスの普及は亜急性期、慢性期医療にも拡大してきている。

今後、確立された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る必要があり、この点でDPC対象病院、同準備病院からのデータは有用であり、根拠にもとづいた適切な診療報酬の設定に寄与するものと期待される。

オ) 「医療の質の評価」の仕組みの確立

「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今のところ存在しないが、何らかの形で医療の質を担保する方策を講じる必要がある。

現在、全日病では25疾患の診療アウトカム評価事業を行っているが、今後、医療の質評価の方法として確立したいと考えている。

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ひとつとして、医療関係者および一般市民から高い信頼を得ている。

日本における第三者評価による質の評価の仕組みについては、(財)日本医療機能評価機構が、医療機関の審査認定機関として活動を行っており、2003年には5年ぶりの評価項目改定がなされた。しかし、医療必要度、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まだまだ不十分である一方、病院機能の根幹から外れるような細部にわたる調査項目も増加するなど、既受審施設や受審準備施設の不満は増加しており、調査申請病院の減少も懸念されている。

また、創設以来の問題であったサーベイヤーの質については、未だ十分に均質化されたとは言えない。保健所監査のような対応をする未熟なサーベイヤーの存在も指摘されており、質の高い機能評価のできる組織としてのより一層の成熟が望まれる。

2006年12月現在、評価機構による第三者機能評価の認定は、全日病会員数の32.4%にとどまっており、会員の質の管理に関する意識は依然低い。全日病として、より一層の啓蒙が必要と考えている。

各国では、包括払い方式導入の際に、常に粗診粗療が問題となってきた。DPCによる包括払い方式の結果をみると、再入院率に著しい差を見る施設が存在するものの、おおむね各施設における導入前後の診療内容には変化が少ないことが判明している。今後、対象病院の拡大によって、この問題がどのように推移するのか注目していきたい。

カ) 医療安全の確立

医療における安全確保は国を挙げての取り組みが行われるようになり、2004年度診療報酬改定における医療安全管理体制未整備減算の導入も相まって、個々の施設での取り組みは明らかに変化してきている。

医療の質向上委員会では、医療安全のための啓蒙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きている。

今後、医療安全の標準化、体系化のために、全施設対象の医療安全についての情報収集システムの構築、各病院が導入可能な有効なプログラムの開発、医療安全推進に必要な機器・人員確保の仕組み作り等のために努力する必要がある。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対策を講じるべきである。

キ) 医療提供体制の再構築

米国ではDRG/PPSの導入後に極端な費用管理により在院日数の短縮を招き、必要な医療が不十分のまま、患者を外来やナーシングホームへ転院させる施設が多く出現し、大きな問題となった。

その結果として「亜急性期」病棟・病院が出現したが、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、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的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にともなう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、2003年8月までに当面の病床区分の届出が行われたが、前述のような一般病床、療養病床の機能分化や診療所機能の再検討が必要であり、日本のプライマリーケアで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も十分留意し、地域特性も考慮した機能分化を改めて進めるべきである。

2. 理想的な包括払い方式の導入

DPC作成の基本的な目的は、「医療に関連する情報の標準化と透明化であり、この情報にもとづいて医療サービスの適正かつ効率的な提供体制を整備していくこと」であり、医療の質の評価、評価指標の確立、疾患別治療法別在院日数・医療費の全国比較、病院間のベンチマーキングなどを研究するものであった。

これらの目的に用いられる前に、厚生労働省・保険者が医療費抑制のために、病院主導となりがちな出来高医療に対する歯止めや在院日数短縮による急性期病床削減などに利用する手段として、支払い制度にDPCを導入したことは問題であった。

しかし、本来の研究も進んでおり、今後のデータ分析が質の良い医療提供と科学的な診療報酬決定に寄与するよう期待したい。

病院種別ごとの診断群分類別平均在院日数の分布を利用して、症例の複雑性、医療の効率性などを表す指標が開発されて比較検討がなされているが、ケースミックスに応じたベンチマークは各施設の医療内容を公平に評価するものであるため、今後、一層推進されることが望ましい。

また、DPC単位の原価算出による収支分析なども行われつつあり、その結果の公表が待たれるが、わが国の病院マネジメントに大きな影響を与える可能性が高い。

病院のあり方委員会は、公平かつ効率的で成功報酬の意味合いを持ち医療の標準化を促進す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・介護度を考慮し原価計算にもとづいた1入院当りの包括払い方式が良いと主張してきた。

現在、日本に導入され急性期医療の支払い方法として、ほぼ確固たる地位を確保するに至ったDPCによる包括払い方式は、隔年ごとに修正が加えられ変容しているが、未だいくつかの問題を内包している。

米国のDRG/PPSと根本から異なるのは、DRG/PPSが手術の有無から分類がなされ、1入院当たりの支払額も入院時に決定するのに対して、DPCによる支払いは診断名から分類が始まり、しかも1日定額であるために、入院が長くなっても支払いが毎日続けられる点にある。

日本の医療の実態に即するよう、激変を緩和するためと説明されているが、現場での対応に苦慮するような以下のような問題も多い。

コストによる評価がなされていない

疾病名確定に一定期間を要する病態(めまい、食欲不振、体重減少など)に関する診断確定を目的とした検査入院や糖尿病の教育入院が否定された

非外科系疾患の評価が不十分である

2つ以上の疾患に関する評価がない

重症度別対応がほとんどなされていない

要介護状態症例の入院や入院後要介護状態に陥る症例が増加しているにもかかわらず、介護度の評価がなされていない

人員配置に関する施設機能係数の評価が高くなったが、質の評価がなされていない

再入院率の非常に高い施設がある

今後の病院経営では、医療の質の評価・改善を行いつつコスト管理を行い、必要性の低い入院医療行為を排する方向に進むことが考えられる。その場合に、質の確保を行うのに十分な診療報酬が科学的に決められる必要がある。

全日病は、診療報酬決定の最優先事項は質の確保に求めるべきであり、実態調査データにもとづいて質の確保に要するコストを反映した診療報酬が実現するよう、今後も、主張し続けていく考えである。

3. 全日病会員に望むこと

大学病院や国公立病院は、独立行政法人化や包括払い方式の導入を契機に、その運営を大きく転換しつつあり、効率的な医療と黒字経営の両立を目指す一般急性期病院に変貌しており、民間病院にとって脅威となりつつある。なりふりかまわない患者確保に走るようにもなっており、中小病院としては早急な対応が求められる。

SWOT分析^{*1}等にもとづいて、各施設がその特徴を再評価し運営方針を決定し直すことが最も重要であるが、一般的には、診療所とのより一層の連携を図ることはもちろんのこと、優秀な医師を確保して専門外来をもち、可能ならば積極的に救急医療も行って重症患者を受け入れる体制づくりも考慮する必要がある。

クリニカルパスの使用の下、厳密な病床管理を行って在院日数短縮を図り、「診療内容が良くわかり、早い、安い」医療を実践し、地域住民の信頼を受けることが肝要である。

DPC対象病院となるには準備病院の段階から相当量の作業をこなす必要があるため、全日病会員は早急に情報管理、業務フローの改善など病院運営の見直しを図るべきである。

*1 SWOT分析

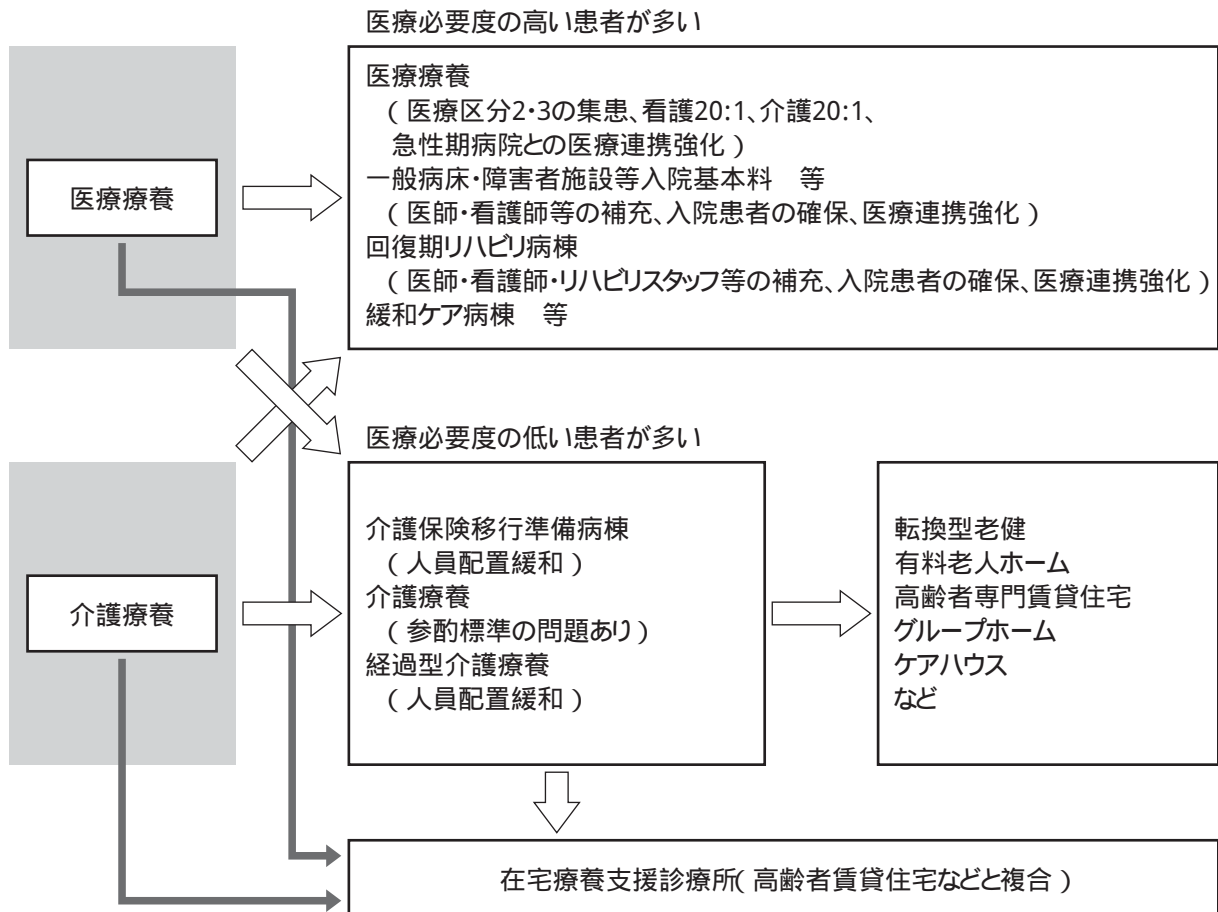
マーケティング戦略や企業戦略の立案等で使われる分析手法。直面する「内部要因(Strength・Weakness)」と「外部環境(Opportunity・Threat)」の4軸からなるマトリクスを用いて、当該組織の位置づけを総合的に判断する方法フレーム。

資料
7

「療養病床の選択肢」および「2006年度介護報酬改定の概要」

1. 療養病床の選択肢

療養病床の転換パターン



2. 2006年度介護報酬改定の概要

介護報酬改定率

| | | |
|---------------------|------|----------|
| 介護報酬改定率 | 0.5% | [2.4%] |
| 在宅分 平均 | 1.0% | |
| 施設分 平均 | ± 0% | [4.0%] |
| []は2005年10月改定を含めた率 | | |

主なサービス内容の見直し

予防給付

【在宅サービス】

- (1) 介護予防通所介護・通所リハビリテーション(新設)
- (2) 介護予防訪問介護(新設)
- (3) 介護予防福祉用具貸与・販売(新設)
- (4) 予防給付のケアマネジメント(新設)
- (5) 要支援の支給限度額の見直し

【地域密着型サービス】

- (1) 介護予防認知症対応型通所介護
- (2) 介護予防小規模・多機能型居宅介護
- (3) 介護予防認知症対応型協同生活介護

介護給付

【在宅サービス】

- (1) 居宅介護支援
担当件数の見直し
- (2) 訪問介護
生活援助の長時間利用の適正化
- (3) 訪問看護
ターミナルケア加算の要件見直し
- (4) 訪問リハビリテーション
言語聴覚士による訪問の評価
- (5) 居宅療養管理指導
栄養ケアマネジメントの評価
- (6) 通所系サービス
規模に応じた報酬設定、栄養ケアマネジメントの評価
- (7) 短期入所系サービス
緊急的ニーズへの対応 (8) 特定施設
高齢者専門賃貸住宅への拡大
- (9) 福祉用具貸与・販売
要介護1の対象の見直し

【施設サービス】

- (1) 施設共通
ユニット型個室と多床室の報酬水準の見直し
在宅復帰支援機能の強化
- (2) 特別養護老人ホーム
・看護体制の強化
・準ユニットケアの評価
・看取り看護の評価
- (3) 老人保健施設
・在宅復帰支援の試験的评价
・サテライト型老健の創設
・リハビリテーションの見直し
- (4) 介護療養型医療施設
・医療保険と介護保険の機能の明確化
・リハビリテーションの見直し
・療養環境減算の経過措置の廃止
・重度療養管理加算の平成21年3月31日の廃止
・老人性認知症疾患療養病床の見直し

【地域密着型サービス】

- (1) 小規模多機能型居宅介護
- (2) 夜間対応型訪問介護
- (3) 認知症対応型通所介護
- (4) 認知症対応型共同生活介護
- (5) 地域密着型介護老人福祉施設 等

資料
8

「終末期医療に関するアンケート調査」報告(抜粋)

| | |
|--|--|
| <p>1. 調査目的 終末期医療に関し、医療従事者および外来患者さんの考え方を調査し、病院のあり方報告書において終末期医療のあり方を考える資料にすることを目的とした。</p> <p>2. 調査客体 全日病役員(会長・副会長・常任理事・理事・監事・代議会議長・副議長) 病院のあり方委員会委員の59病院。</p> <p>3. 調査内容 以下の3項目について調査した。 施設概況、医療従事者の終末期医療に関する考え方、外来患者さんの終末期医療に関する考え方</p> <p>4. 調査期間 2006年7月12日(水)～7月21日(金) 回収率を上げるため未回答病院に対し、下記の期間で再依頼を行った。 2006年8月2日(水)～8月9日(水)</p> | <p>5. 調査方法 各病院において病院職員10名(医師3名・看護職員3名・それ以外4名) および、外来患者さん10名(調査対象者の年齢(20歳以上の方)・性別が偏らないように依頼)に対して調査票を配布、記入後、各病院から一括返送された。</p> <p>6. 調査票回収状況 調査対象施設数 59病院 回収施設数 47病院 回答率 79.7%</p> <p>施設概況 【回答数：47病院】 医療従事者の終末期医療に対する考え方 【回答数：461名】 外来患者さんの終末期医療に対する考え方 【回答数：429名】</p> <p>7. 集計方法 全数集計の他に職種別集計(医療従事者のみ)・性別集計、年齢別集計を行った。</p> |
|--|--|

調査結果の概要

1. 回答病院の地域は都市圏で、設立主体としては医療法人立が圧倒的に多く、また一般病床を持つ病院が多く、病床規模は200床以下が多い。(図1～4参照)
2. 緩和ケア、終末期医療、リビング・ウィルに対する病院としての組織的な取り組みは未だ行われていない病院が多い。(図5～7参照)
3. 約4割の病院で在宅での看取りを行うか、行っている診療所を支援している。(図8参照)
4. 医療従事者の職種は大きな偏りは無く、男女比は医療従事者、外来患者ともにやや女性が多く、年齢構成は医療従事者に比べ外来患者のほうが高い。(図9～13参照)
5. 回復の見込みの無い高齢の患者さんに対する、胃瘻、IVHなどの処置については「自身に希望する」の割合は全体で見ると1割に満たないが、看護師には少なく、女性の外来患者、医師と少しずつ増え、その他の医療従事者と男性外来患者では1割を少し超える。「わからない」との答えが看護師、外来患者共に他より多い。(図14～20参照)

同じ処置を「家族に希望する」は医療従事者、外来患者共に増加し、「希望しない」が減り、「わからない」は増加している。(図21～24参照)

6. 回復の見込みの無い高齢の患者さんに対して蘇生術を行うことについては、「自分自身には希望する」が医師、看護師では少ないが、その他の医療従事者ではやや増え、外来患者では1割に達する。(図25～29参照)これが「家族に行うことの希望」になると倍増し、外来患者では2割に達する。「わからない」も増えている。インフォームド・コンセントの重要性が再認識される。(図30～33参照)

7. リビング・ウィル^{*2}を文章にしてある人は非常に少なかったが、外来患者のほうが、医療従事者より多かった。(図34～37参照)

8. 積極的安楽死^{*3}について、医療従事者では「行うべきでないと考える」は、「法制化やガイドラインが必要と考える」とほぼ同じ3割弱いる。外来患者では積極的安楽死を「行うべきではない

*2 リビング・ウィル
自分の終末期のあり方を表明すること、あるいは表明した文書。第5章3(1)を参照。

*3 第5章3(2)を参照

と考える」が1割強、「法制化やガイドラインが必要と考える」は2割強と医療従事者に比べ減少し、「わからない」との答えが2割5分に増えている。(図38～41参照)

9. 消極的安楽死*4について積極的安楽死の場合と比べると、医療従事者では「行うべきでない」と考える」は減少し、「わからない」も半減している。「ガイドラインが必要」が4割、「法制化が必要」は3割強に増加している。外来患者でも同じように比較すると、消極的安楽死を「行うべきでない」は半減するが、「ガイドラインや法制化が

必要」、「わからない」と答えと人の割合はあまり変わらない。(図42～45参照)

10. 積極的安楽死、消極的安楽死について「わからない」との答えが医療従事者、外来患者とも男性に比べ女性のほうが約2倍である。

11. 1992年に打ち出した日本医師会の終末期医療に関する方針を知っている医師は3割にとどまった。(図46参照)

*4 第5章3(2)を参照

調査結果 (抜粋)

1. 回答施設の属性

図1 (地域 n=47)

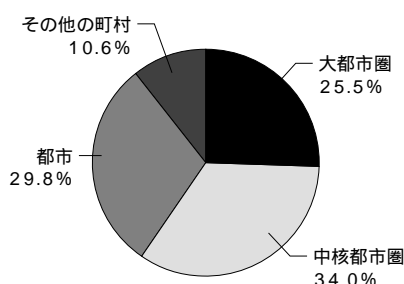


図2 (設立主体 n=47)

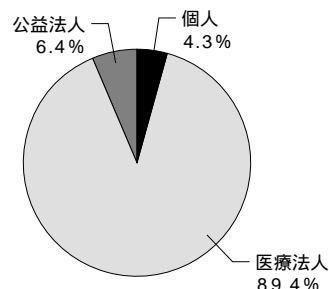
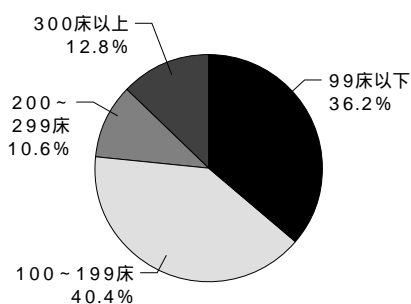


図3 (病床組み合わせ)

| | 件数 |
|--------------|----|
| 一般のみ | 22 |
| 医療療養のみ | 1 |
| 介護療養のみ | 1 |
| 一般・医療療養 | 11 |
| 一般・その他 | 1 |
| 医療療養・介護療養 | 3 |
| 一般・医療療養・介護療養 | 6 |
| 一般・医療療養・その他 | 1 |
| 全部 | 1 |
| 総計 | 47 |

図4 (病床規模 n=47)

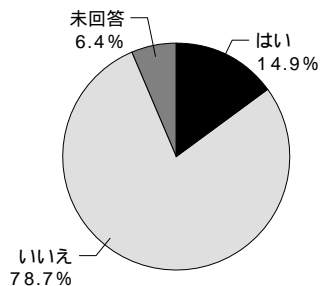


2. 緩和ケア、終末期医療、リビング・ウィルに対する組織的取り組み

(1) 緩和ケアに対する組織的取り組み

緩和ケアについて病院として組織的に取り組んでいるか。(緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、緩和ケアに関する定期的な勉強会など)

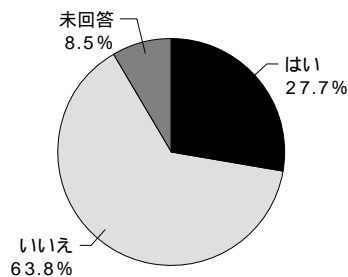
図5 (n=47)



(2) 終末期医療に対する組織的取り組み

終末期医療について病院として組織的に定期的に取り組んでいるか。

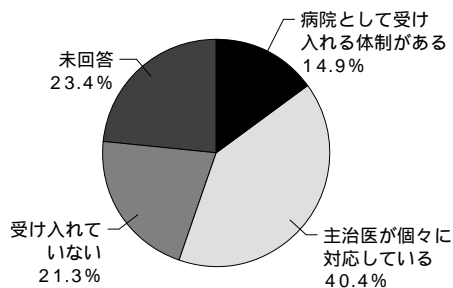
図6 (n=47)



(3) リビング・ウィルの受け入れについて

患者さんのリビング・ウィル受け入れを実施しているか。

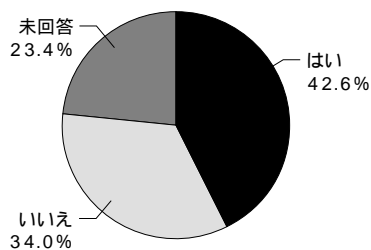
図7 (n=47)



3. 在宅での看取りの実施、在宅の見取りを行う診療所の支援

患者さんのリビング・ウィル受け入れを実施しているか。

図8 (n=47)



4. 回答者（医療従事者、外来患者）の属性

図9（職種 医療従事者 n=461）

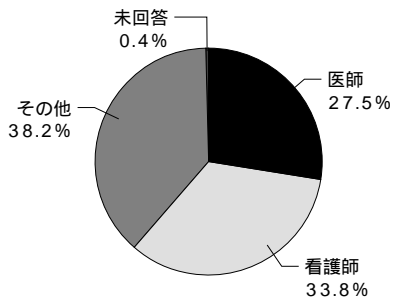


図10（性別 医療従事者 n=461）

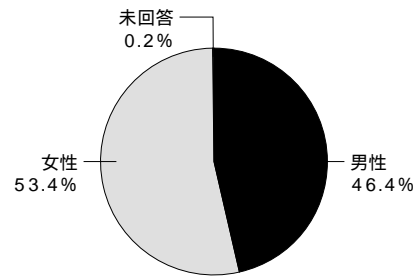


図11（性別 外来患者 n=429）

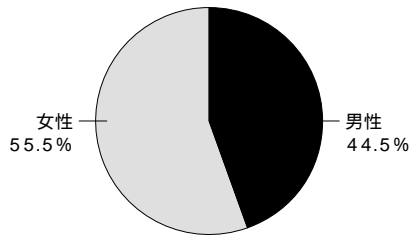


図12（年齢 医療従事者 n=461）

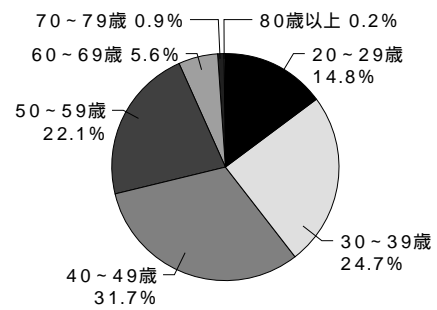
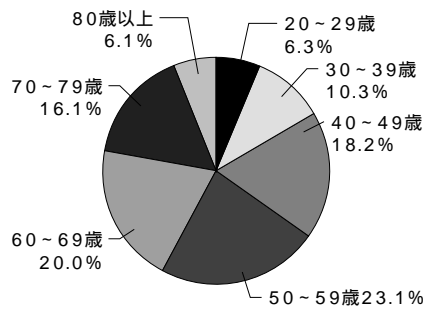


図13（性別 外来患者 n=429）



5. 高齢で、回復の見込みが無く、意識も低下し、寝たきりで食事が食べられなくなった患者さんに「胃瘻などの経管栄養」や「IVH(高カロリーの持続点滴)」を行っての生命維持について

(1) 自身が希望するか

職種別(医療従事者のみ)

図14 (医師 n=127)

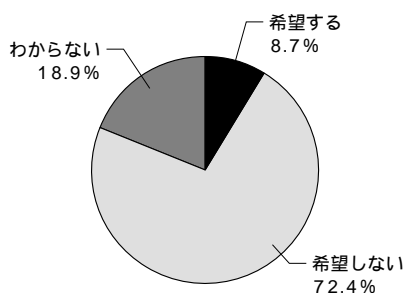


図15 (看護師 n=157)

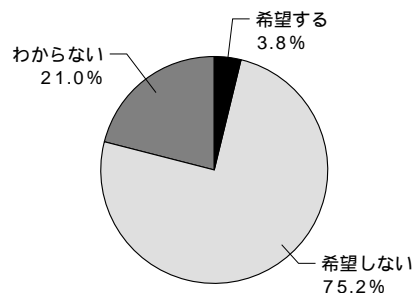
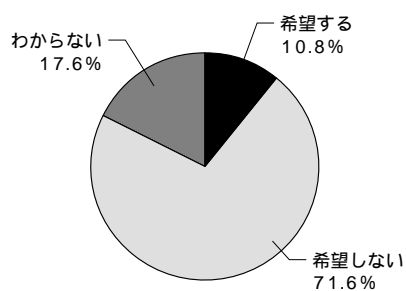


図16 (その他 n=176)



性別(医療従事者)

図17 (男性 医療従事者 n=214)

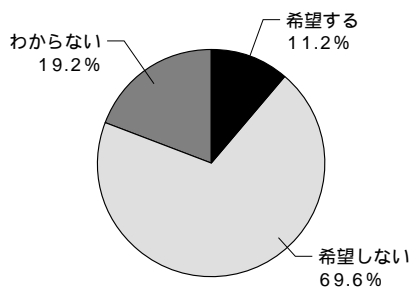
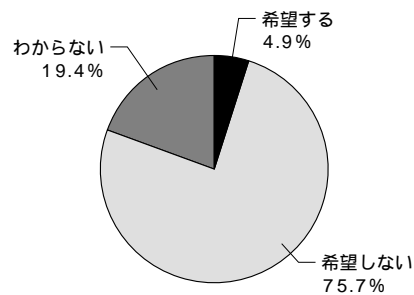


図18 (女性 医療従事者 n=247)



性別(患者)

図19 (男性 外来患者 n=191)

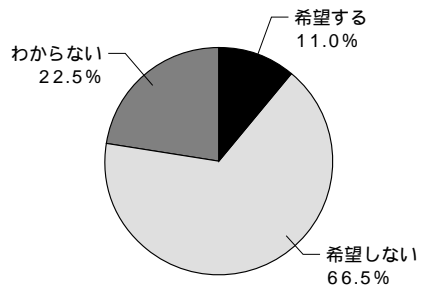
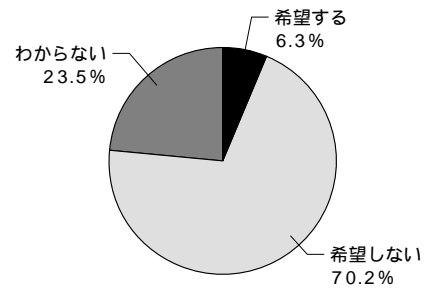


図20 (女性 外来患者 n=238)



(2) 家族へ希望するか

性別(医療従事者)

図21 (男性 医療従事者 n=214)

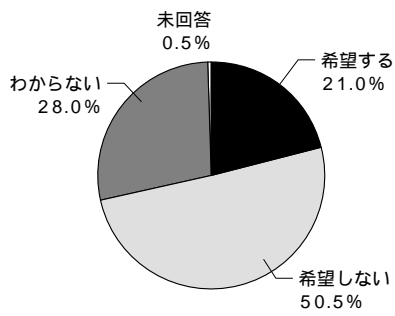
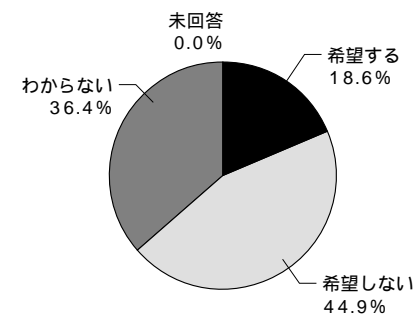


図22 (女性 医療従事者 n=247)



性別(患者)

図23 (男性 外来患者 n=191)

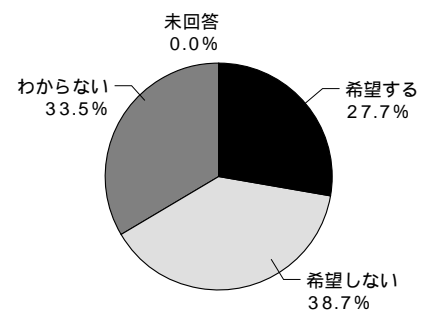
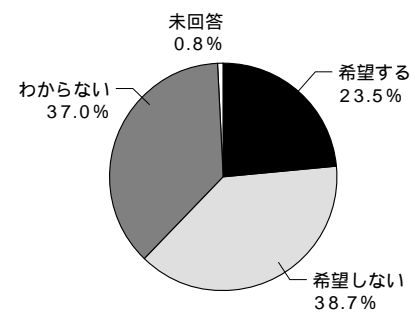


図24 (女性 外来患者 n=238)



6. 高齢で回復の見込みのない患者さんに対し、気管切開や人工呼吸器を使用したり、心臓マッサージなどの蘇生術を行うことについて

(1) 自身が希望するか

職種別(医療従事者のみ)

図25 (医師 n=127)

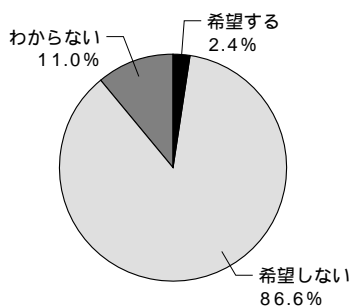


図26 (看護師 n=156)

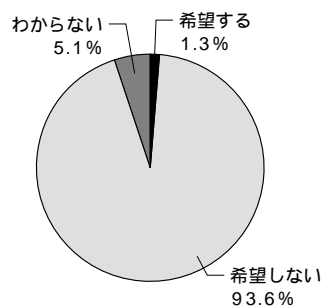
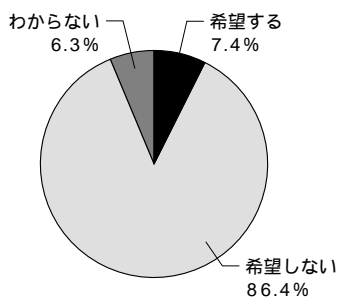


図27 (その他 n=176)



性別(患者)

図28 (男性 外来患者 n=191)

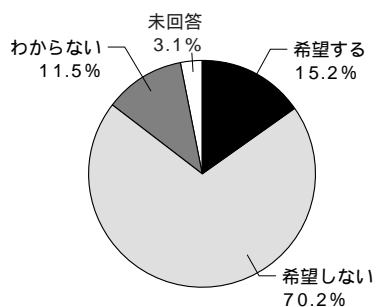
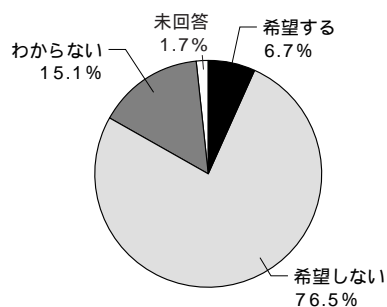


図29 (女性 外来患者 n=238)



(2) 家族へ希望するか

性別(医療従事者)

図30 (男性 医療従事者 n=214)

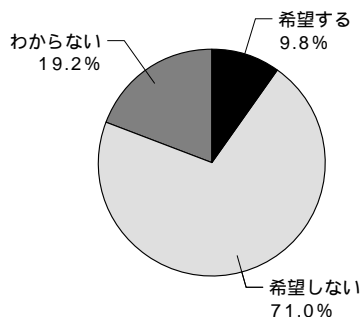
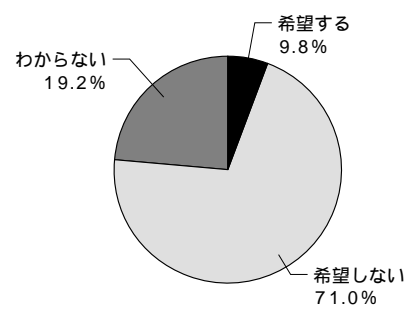


図31 (女性 医療従事者 n=246)



性別(患者)

図32 (男性 外来患者 n=191)

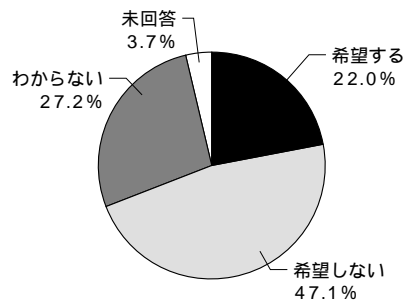
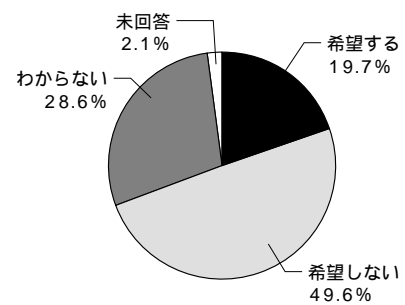


図33 (女性 外来患者 n=238)



7. 自身の生前意思表示（リビング・ウィル）について

【選択肢】

- (1) 文章にしてある。
- (2) 家族に口頭で伝えてある。
- (3) 病院に伝えてある。
- (4) 家族とこの事について話したことがあるが希望は明確に伝えてはいない。
- (5) 希望はあるが誰にも話したことがない。
- (6) 希望ははっきりしていない。

性別(医療従事者)

図34 (男性 医療従事者 n=215)

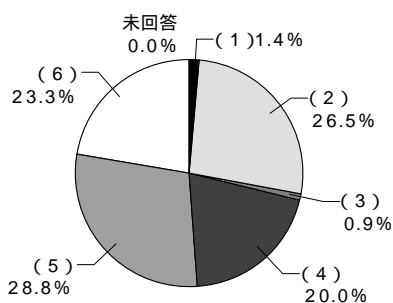
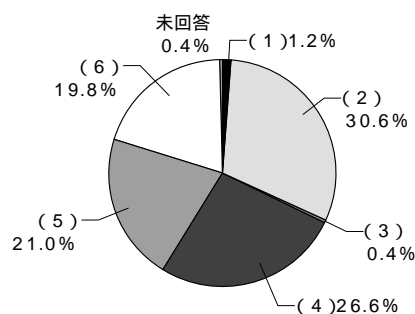


図35 (女性 医療従事者 n=248)



性別(患者)

図36 (男性 外来患者 n=191)

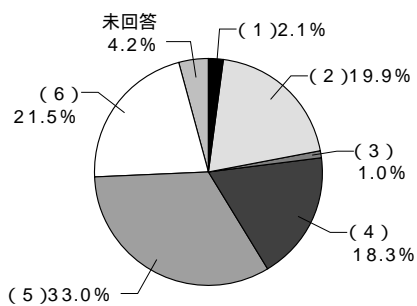
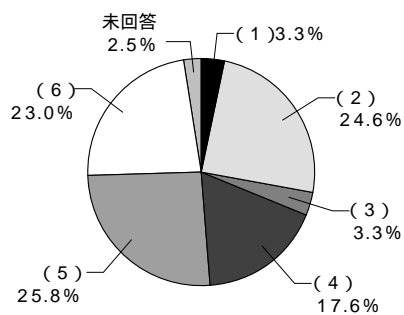


図37 (女性 外来患者 n=244)



8. 「積極的安楽死」について

本調査での「積極的安楽死」とは回復の見込みがなく、苦痛の激しい患者さんに一定の条件下で致死量の薬剤を投与するなどして絶命させる行為をいう。

【選択肢】

- (1) 国が法制化すべきである。
- (2) 医療界がガイドラインを策定すべきである。
- (3) 特にルールは必要ない。医師が職業倫理に基づいて行えばよい。
- (4) 積極的安楽死は行うべきではない。
- (5) わからない。
- (6) その他

性別(医療従事者)

図38 (男性 医療従事者 n=222)

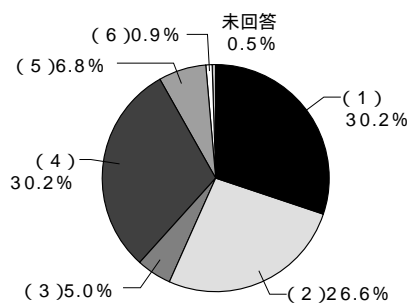
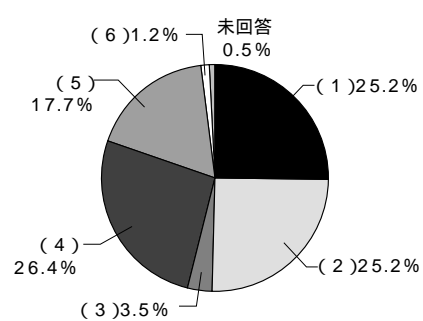


図39 (女性 医療従事者 n=254)



性別(患者)

図40 (男性 外来患者 n=198)

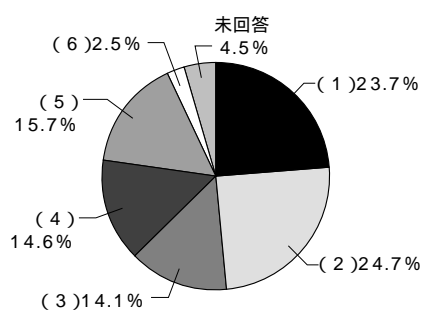
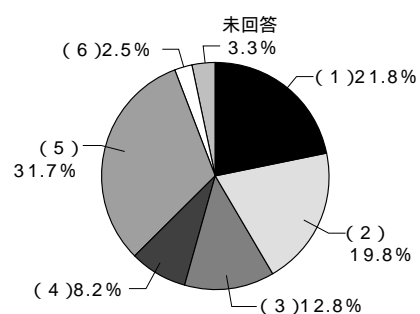


図41 (女性 外来患者 n=243)



9. 「消極的安楽死」について

本調査での「消極的安楽死」とは回復の見込みのない患者さんに対し、輸液や薬剤投与を止めるなどの治療行為の中止により自然に死を待つ行為。(なお、尊厳死という言葉もありますが、実際の行為にあまり差は無く、今回の調査ではまとめて消極的安楽死と表現します。)

【選択肢】

- (1) 国が法制化すべきである。
- (2) 医療界がガイドラインを策定すべきである。
- (3) 特にルールは必要ない。医師が職業倫理に基づいて行えばよい。
- (4) 消極的安楽死は行うべきではない。
- (5) わからない。
- (6) その他

性別(医療従事者)

図42 (男性 医療従事者 n=223)

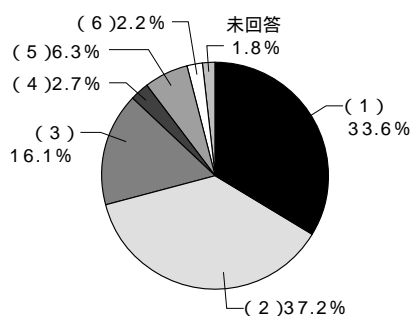
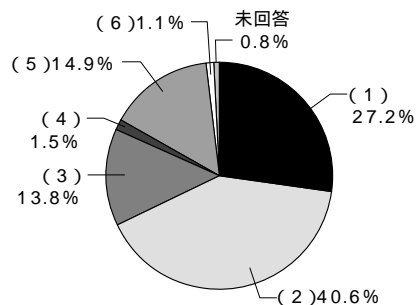


図43 (女性 医療従事者 n=261)



性別(患者)

図44 (男性 外来患者 n=196)

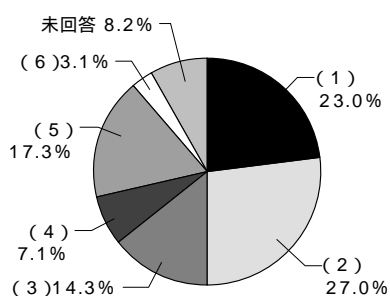
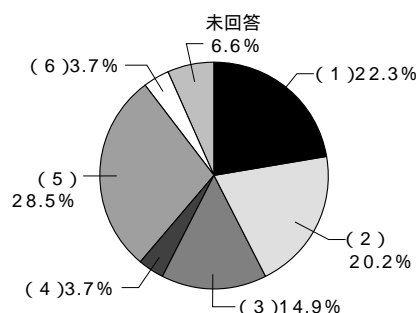
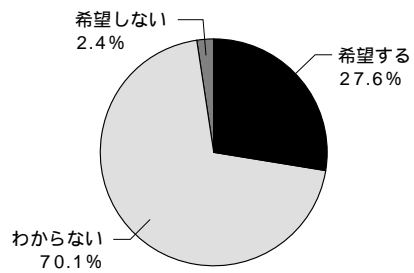


図45 (女性 外来患者 n=242)



10. 1992年に日本医師会が打ち出した患者のリビング・ウィルに基づき生命維持装置をはずしても法的責任は問われないと考える姿勢について(医療従事者のみ)

図46(医師 n=127)



2007年版報告書作成にあたっての「病院のあり方委員会」開催状況

| No. | 委員会名 | 開催日 | 検討内容 |
|-----|-----------|------------|--------------------------------|
| 1 | 2005年度第8回 | 2005.10.21 | 2007年版報告書の作成について(議論開始) |
| 2 | 第9回 | 11.21 | 報告書にとりあげる問題点・項目について論点整理 |
| 3 | 第10回 | 12.16 | " |
| 4 | 第11回 | 2006. 1.20 | 報告書作成にあたっての検討項目の整理 |
| 5 | 第12回 | 2.17 | 報告書検討項目の決定、報告書作成に必要な調査について |
| 6 | 第13回 | 3.11 | 報告書テーマ・構成・内容について議論 |
| 7 | 2006年度第1回 | 4.22 | 終末期医療に関する調査について、介護提供のあり方について |
| 8 | 第2回 | 5.19 | 報告書作成スケジュールと全体構成について |
| 9 | 第3回 | 6.24 | 終末期医療について、介護保険制度について |
| 10 | 第4回 | 7. 5 | 慢性期医療について、医療機関における情報化について |
| 11 | 第5回 | 7.16 | 医療安全について、診療報酬制度について、シンクタンクについて |
| 12 | 第6回 | 8. 4 | 医療従事者対策について、急性期医療について、資金調達について |
| 13 | 第7回 | 8.25 | 報告書原稿案について |
| 14 | 第8回 | 9.15 | " |
| 15 | 第9回 | 10. 1 | " |
| 16 | 第10回 | 10. 6 | " |
| 17 | 第11回 | 10. 9 | 報告書原稿案について、報告書要旨について |
| 18 | 第12回 | 11. 1 | 報告書のどまどめに向けての議論 |
| 19 | 第13回 | 11.23 | 報告書のどまどめに向けての議論、巻末参考資料について |
| 20 | 第14回 | 12. 1 | " |
| 21 | 第15回 | 12.17 | " |
| 22 | 第16回 | 2007. 1. 8 | " |
| 23 | 第17回 | 2.16 | 報告書最終案について |

(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 (医療法人禎心会病院理事長)
副委員 長 猪口 雄二 (医療法人財団寿康会病院理事長)
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 (特定医療法人社団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 古城 資久 (医療法人伯鳳会赤穂中央病院理事長)
委 員 神野 正博 (特別医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長・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)

担当副会長 西澤 寛俊 (特別医療法人恵和会西岡病院理事長)

担当副会長 安藤 高朗 (医療法人社団永生会永生病院理事長)

「病院のあり方に関する報告書2007年版」作成協力者

石井 孝宜 (石井公認会計士事務所所長)

伊藤 一 (小樽商科大学商学部教授)

松原 由美 (明治安田生命生活福祉研究所主任研究員)

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

2007年(平成19年) 3月発行



ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION
社団法人 全日本病院協会
病院のあり方委員会 編

病院のあり方に関する 報告書

2007年版

○第19回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第20回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第21回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第22回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第23回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第24回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第25回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第26回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第27回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第28回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第29回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第30回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第31回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第32回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

○第33回 平成25年度版5月号の2015年5月24日

病院のあり方に関する報告書 2007年版

社団法人 全日本病院協会
病院のあり方委員会 2007年3月