

病院のあり方に関する報告書

〔2000年版〕

平成12年1月20日

社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会

目 次

はじめに	5
本報告書の概要	7
第1章 医療制度と医療保険制度の問題	
1. 医療全般に係わる問題	10
2. 個別の問題	12
第2章 現在の病院種別と医療提供体制および医療福祉の将来推計	
1. 現在および介護保険導入後の病院種別	14
2. 現在の医療提供体制	15
3. 今後の医療・福祉需要の推計	18
4. 長期入院患者の移動	22
5. 問題点	22
第3章 病院の基本的あり方	
1. 組織と理念	24
2. 行動基準の必要性	24
3. 医療における経営（経済）と倫理及び組織統治	24
4. 全日病の対応	25
第4章 病院と地域連携（ネットワーク）	26
第5章 急性期（短期療養）病院のあり方	
1. 急性期病院の機能	28
2. 急性期病院の要件	28

第6章	慢性期（長期療養）病院のあり方	
1.	慢性期病院の機能	30
2.	慢性期病院の要件	30
3.	慢性期病院の方向性	31
第7章	ケアミックス型病院のあり方	
1.	ケアミックスの必要性	32
2.	ケアミックス病院の要件	32
第8章	介護保険制度と病院のあり方	
1.	介護保険制度の概要	33
2.	介護保険の導入経緯	33
3.	介護保険制度の問題点	34
第9章	外来機能のあり方と初期診療（プライマリーケア）の確保	
1.	外来機能の分類	40
2.	病院の外来機能のあり方	40
第10章	特定機能病院・地域医療支援病院・国公立病院・公的病院・ 民間病院のあり方	42
第11章	医療の質の向上	
1.	医療の質を評価する指標の開発	43
2.	標準的な診断・治療の指針の開発	43
3.	会員病院の診断・治療の標準化の支援	44
4.	第三者機関による機能評価	44
5.	患者満足度、職員満足度の評価	44
6.	医療情報の開示	45
7.	医療の質向上活動の仕組みづくり	46
8.	データベース、情報システムの構築	46

第12章	医療保険制度	
1.	医療保険制度の歩み	49
2.	現在の医療保険制度	49
3.	医療費の動向	50
4.	現在の医療保険制度の問題点	50
5.	医療保険制度の将来構想	51
第13章	診療報酬体系	
1.	診療報酬体系のあり方	53
2.	導入されるべき診療報酬体系	53
3.	DRG・DRG/PPSの概要と導入への課題及び対策	54
第14章	将来の医療提供体制	
1.	外来医療	65
2.	入院医療	65
第15章	医療制度改革への提言	
1.	医療及び医療提供の理念の確立	66
2.	医療提供体制についての検討組織の設置	66
3.	医療の質向上の仕組み作り	66
4.	適切な診療報酬体系の構築	67
5.	指定介護療養型医療施設の医療機能の活用	67
6.	医療機能の分化の促進と機能に応じた基準の設定	67
7.	資金調達環境の整備	67
おわりに		68
(付表：入院医療の将来構想のモデル)		69
(委員名簿)		70
(委員会開催記録)		71

(白紙)

はじめに

医療は、患者（国民）と医療人が協力して整備を図るべき公共財であり、国民の健康・生活に直接関係する点で極めて重要である。現在、介護保険導入を契機として、医療制度改革・医療保険制度改革についての議論が進められている。公共財としての医療の重要性を考慮すると、この議論は広く国民、関係諸団体、医療人が参加し、情報や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。関係者のみが、密室の中で、短期的な視野、とりわけ関係者にのみ利益誘導をはかるような形で進められることは極力避けなければならない。社団法人全日本病院協会（全日病）は、約2100の会員病院を有する団体として、自らの責務を、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と認識し、平成10年9月に中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会の検討・答申を受け、その結果を常任理事会の承認の下、報告書の形で内外に明らかにした。

医療の現状分析、医療提供体制についての全日病の考えを率直に示した旧版報告書は、内外に大きな反響をもたらし、医療制度改革・医療保険改革の議論における論点を明確にし、かつ議論をより精緻で実効を伴うものとした。全日病の関連委員会のこの1年間の活動の多くも、旧版報告書で指摘された事項を具体化する形で行われている。医療制度改革・医療保険制度改革の議論は未だ緒に終わったばかりであり、今後も引き続き情報の収集を行い検討を進める必要がある。今回は、この1年間の全日病の活動結果をふまえ、旧版報告書の内容について再検討を加えた成果を改訂版（病院のあり方に関する報告書-2000年版-）として示すものである。医療の社会的重要性が増すなかで、国民に安心できる医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるような環境整備を行うという全日病の基本理念は、旧版と変わるところはない。今後も必要に応じて検討の結果を内外に問う所存である。

平成12年1月

社団法人全日本病院協会
会長 佐々 英達

(白紙)

本報告書の概要

中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会は、医療制度改革・医療保険制度改革・介護保険導入のもたらす影響を検討する目的で会長の諮問により、平成 10 年度に設置された。その役割は、

- (1) 将来の医療提供体制を、それぞれの病院種別の役割、要件などを含めて明らかにする
- (2) 国民医療の量・質の確保の観点から検討すべき課題を明らかにする
- (3) 国民医療の量・質の確保の観点から全日病として主張すべき事柄を明らかにする
- (4) 会員病院の将来のあり方についての円滑な意思決定を支援する

ことにある。(4)については、介護保険導入の影響が大きいと思われる中小病院に特に留意した。一連の検討を経て平成 10 年 9 月に報告書をまとめて答申した。報告書では、全日病および会員に対して以下の提言を行った。すなわち、

- (1) 医療提供体制についての検討組織の設置
- (2) 適切な診療報酬支払い制度への移行
- (3) 医療機能の分化の推進と機能に応じた基準の設定
- (4) 指定介護療養型医療施設の医療機能の活用
- (5) 投資環境の整備

である。これらは単に提言に留まる性格のものではなく、全日病の各委員会が、その具体的な実施に向けて検討をすすめる必要がある。当提言に対する関連委員会の最近 1 年間の活動を以下にまとめて示す。

表 1 - 1 関連委員会の活動

<p>介護保険制度委員会</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 医療保険福祉審議会における介護保険制度及び介護報酬についての審議の進捗状況について、会員への情報提供。 2) 会員からの介護保険制度に関するファクスによる質問・意見受付制度の導入。 3) 指定介護療養型医療施設指定申請の考え方についてのフローチャート作成。 4) 日本民間病院連絡協議会での介護保険制度の問題点・介護報酬に関する考え方のとりまとめ及び日本医師会への要望書作成。 5) 介護報酬のあり方に関する意見のとりまとめ。 6) 医療型療養型病床群についての意見のとりまとめ開始。
<p>DRG委員会</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 適切な診療報酬体系への移行について費用計算の必要性を挙げたが、経済企画庁と合同で行った10病院での医療原価調査に2病院を推薦して施行、中間報告の形で調査書を作成中である。また平成10年10月より1年間の調査期間で「医療行為別の費用・在院期間に関する調査」を行い中間報告を行った。 2) 医療の標準化や経営の指標として、また、DRG/PPS導入の必要条件の基本である「国際疾病分類の導入」に関して、平成10年10月よりコーディング講習会を全国5カ所で開催し、第1期講習会を終了し、平成11年11月より新たに第2期講習会を行っている。また、日本語版のICD-9CMの出版も予定され、現在、最終段階に入っている。 3) 日本臨床外科学会において「外科領域におけるDRG/PPS」のシンポジストとして全日病を代表して委員長が発言した。 4) 「DRG/PPSに対する全日病の考え方」について各支部単位での研修会を全国5カ所の支部で開催した。 5) 厚生省：急性期入院医療診断群別定額払い方式の試行について民間病院への試行の拡大を各方面に依頼した。 6) 原価調査やコーディングについて共同歩調を求めて日本病院会と検討を開始した。
<p>医療保険・診療報酬委員会</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 会員病院の経営実態を把握するため、平成11年5月分における病院経営調査を実施。 2) 平成12年度診療報酬改定に対する要望書作成。 3) 「技術」と「もの」についての考え方の検討。
<p>医療制度・税制委員会</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 平成12年度税制改正要望書作成。 2) 第4次医療法改正についての検討。

関連委員会の活動と併行して、平成 11 年度には、引き続き病院のあり方委員会が設置され、さらに検討を進めた。議論の過程で明らかになったことは、介護保険の導入は単なる制度の改革に止まるものではなく、全日病としての行動原理、会員の意識の大幅な変革を要求する一連の医療ビッグバンの始まりを告げるものである。従って、病院団体、病院及び医療人として高い目標を設定してそれを遂行するための努力なしには、国民の信頼を勝ちえることができず医療の現場からの撤退を迫られる状況が現実となりつつあることであつた。本報告書では、介護保険の導入、DRG/PPSの調査・検討、急性期（短期療養）病院と慢性期（長期療養）病院の分化、病院と診療所の外来機能の明確化、医療における質の確保等、将来の医療提供体制が進む方向を会員にできるだけ具体的に示すとともに、議論を進めて以下の7つの提言を行うものである。なお（1）、（3）は本報告書で新たに追加された項目である。

- （1） 医療及び医療提供の理念の確立
- （2） 医療提供体制についての検討組織の設置
- （3） 医療の質向上の仕組み作り
- （4） 適切な診療報酬体系の構築
- （5） 指定介護療養型医療施設の医療機能の活用
- （6） 医療機能の分化の促進と機能に応じた基準の設定
- （7） 資金調達環境の整備

この報告書が契機となってこれらの問題についての議論が進展し、対策の立案、実施等がなされることと、会員が自院の方向性について検討する際にこの報告書が役立つことを期待する。

第1章 医療制度と医療保険制度の問題

医療提供体制には種々の問題点が存在しており、今後、全日病は関係諸団体と共同してこれらの問題の解決に努める必要がある。問題は、医療提供に係わる全体としての問題と具体的な個別の問題とに大別される。

1. 医療全般に係わる問題

(1) 現在の医療提供体制の評価と国民の意識

日本の現在の医療提供体制は世界的にみて良い制度である。総医療費もGDP対比7%台と比較的安価であり、国民皆保険制度と受診の自由（フリーアクセス）の保証により国民にとって十分な医療サービスの利用が確保されている。

歴史的に日本の病院は、診療所から成長拡大した経緯をとった施設が多いという特徴がある。したがって、病院の多くは未だに急性期から慢性期まですべての症例を診療しようとする傾向が強く、国民の多くもこれを当然のことと考えている。このため国民は、疾病の内容や重症度とかかわりなく自ら得た情報や感覚で病院や医師の選択を行い、中には重複受診や薬店がわりに医療施設を受診するなど、非合理的な医療機関の選択、不適切な受診が一部には見られる。

医療についての情報が十分に公開されず、日本の医療提供体制の良さが国民に十分に認識されなかったこと、国民の意見を吸収し反映させる制度を持たなかったこと、大きな欠陥がこれまで指摘されてこなかったことが、医療関係者をはじめ国民全体に、変革への意欲を惹起させえなかった理由として挙げられよう。

(2) 医療保険の将来のあり方が不明瞭

現在の医療保険の基本的な枠組みである、全て公的保険でまかない、被保険者と保険者との関係が一義的に決まり、被保険者の疾病リスクを反映しない保険料徴収・自己負担徴収を行い、特定の審査支払機関の審査にもとづき医療サービスを公定価格で提供する体制を、今後も維持するか否かについて組織的に検討されていない。

(3) 国民の幸福につながる投資の拡大

近年、医療費の伸びが著しく、年金の伸びと共に社会保障全体を制限する方向で議論されることが多くなってきた。しかしながら、先進諸国において医療は重要な産業分野であり平成7年の厚生白書でもその経済乗数効果を1.8倍と推計している。医療への積極的な投資は、国民の健康・満足度を向上させるとともに、生活水準の向上をもたらし、社会資本を整備し景気拡大にも寄与する。現状では、医療政策の長期的展望が不明確のまま頻回の部分改訂にとどまり、効率的な体制作りがなされていないだけでなく、投資をむしろ妨げている。

(4) 医療ビッグバンの意味するもの

これまでの医療界は自らの利益保持を優先し閉鎖的環境の中で生存していたが、現在、世界の自由経済・市場経済化への急速な移行に伴い、いわゆる医療ビッグバンが押し寄せており、それへの対応が検討されている。これは医療提供者として参入の自由、医療提供者についての情報の公開、利用者としての患者の自由な選択を基本原理とするものであり、利用者である国民の支持を得られない場合には、提供者である業界団体、病院は医療から撤退しなければならない。医療ビッグバンに対する認識は未だ医療人の間でも高くはないが、医療ビッグバンのもたらす影響は大きく、その円滑な導入、特に競争原理の導入による効率性の追求と弱者保護等、多様な価値観が錯綜する部分において、慎重に検討される必要がある。

(5) 全日病の役割

日本医師会・全日病のような業界団体は、護送船団方式の意思決定を行いやすい。基本的にこの慣習を踏襲してきた結果、努力なしに生存可能であった施設も多く、反面、種々の不平等・格差をもたらしてきたのも事実である。これまでの全日病は、国より提示された種々の医療政策や制度の変更に際し、それぞれの事項毎の対策を提案してきたが、医療全体の方向性など広い視野に立ち将来像を論じ提言したことはなかった。努力したもの、良いサービスを提供したものが報われるような制度を構築することは護送船団方式からの決別を意味し、大きな混乱を伴う可能性があるがこれを回避するあまり、改革の速度を緩めたり、従来方式に戻ることがあってはならない。

2. 個別の問題

(1) 地域における病院の役割と連携

病院の機能分化が十分に行われてこなかったことと相まって、地域における医療需要(ニーズ)の把握と地域内の各病院の役割分担について、これまであまり明確にされてこなかった。各病院が各々の理念と基本方針の下に一定の方向性を持って運営されるためには、人口構成、地域特性、疾病発生率などの情報に基づいて地域の医療需要度(ニーズ)を把握し、その中における当該病院の役割を明確にすることが必要であり、また役割の明確化が病院の機能分化と連携(ネットワーク)の確立のための必要条件となる。

(2) 診療所、各病院種別の機能、要件が不明瞭

平成9年の与党協案を基本に医療審議会・医療保険福祉審議会で種々の検討がなされているが、診療所と中小病院は初期診療(プライマリーケア)であると大枠でくくられているだけである。診療所と中小病院の外来機能、入院医療における急性期・慢性期の機能区分と分化、医療保険対応の慢性期医療と指定介護療養型医療施設との区分、指定介護療養型医療施設における急性増悪への対応等について、今後検討される必要がある。また主として高度の入院医療が想定される特定機能病院や地域医療支援病院の外来への患者集中についても、是正が検討されるべきである。

(3) 現行診療報酬体系の格差・歪み

診療報酬体系は歴史的には、医療の中心を占めていた診療所あるいは小規模病院での医療を想定して作成されたために、初診・再診料と医薬品代が大きな比重を占めており、それ以外の技術料の評価が少なかった。人員配置、機器の整備等固定的費用の占める割合の高い病院とそうではない診療所では費用構造が異なる。その後、種々の改訂が行われたものの、医療の費用を必ずしも適切に反映しておらず、合理的ではない小手先かつ頻回の改訂のため複雑かつ難解であり、出来高払いに一部まるめが加わるなど整合性が欠如している。この結果、病診格差(利益率・人員配置)、公私格差(補助金・賃金水準・投資費用)、診療料格差(重症度・看護度)、機能別格差(利益率)、地域別格差(人件費・物品費・投資費用)等の格差や、診療成績が反映されていない(例:手術合併症等も支払われ、治療期間が長い方が収入増となる)という大きな欠陥も存在する。また消費税の取り扱いに

についても問題が指摘される。

(4) 制度の頻回の改定

多くの医療機関は建物・設備・医療機器のリースや減価償却の関係で5～20年位の中長期的展望に立ち運営を行っているが、病院種別の要件としての施設、人員基準や診療報酬などが個別かつ頻回に改変され、現場において混乱を生じ、長期的な運営を困難なものとしている。

第2章 現在の病院種別と医療提供体制および医療福祉の将来推計

1. 現在および介護保険導入後の病院種別

現在および介護保険導入後の病院種別は以下の通りである。現在、医療保険に対応する一般病床は、慢性期医療を行うための療養型病床群、特例許可老人病床、およびその他の一般病床に大別される。一般病床は更に、急性期の高度医療を目的とした特定機能病院、地域医療支援病院、およびそれ以外の病床（以下、「普通病床」という。）に分けられる。普通病床は、急性期、慢性期医療が混在して行われる病床の総称である。専門病院も普通病床に含まれる。本報告書では一般病床以外の病床、すなわち精神科、感染症、結核などの病床は議論の対象としない。また、老人収容施設として老人保健施設、特別養護老人ホームがあり、それぞれ療養費、措置費によりまかなわれている。

介護保険導入後は、老人保健施設、特別養護老人ホームはそれぞれ介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設と名称が変わり介護保険の対象となる。療養型病床群、特例許可老人病床のうち介護力強化病床は、経営者の判断により、原則として病棟を単位として、医療保険に対応した医療保険対応型療養型病床群と、介護保険に対応した指定介護療養型医療施設に分けられる。本報告書では、前者を医療型療養型病床群、また後者のうち施設を表す場合には指定介護療養型医療施設といい、病床を表す場合には介護型療養型病床群という。介護型療養型病床群は当初19万床と上限が設けられている。なお、当該2次医療圏内に新規病床開設が可能な場合には、一旦、介護型療養型病床群となったのちに、医療型療養型病床群に戻ることは可能である。表2-1に現在の病院種別、介護保険導入後の病院種別および機能を示す。

医療型療養型病床群のうち転換型（療養環境Ⅲ、Ⅳ）については平成12年度より新規の参入は認められない。特例許可老人病床（介護力強化病床を含む）は平成14年度末に廃止が予定されている。方向性としては、平成12年度以降は、医療型療養型病床群の施設基準（療養環境Ⅰ、Ⅱ）を満たしたもののみを医療保険における慢性期医療を行う施設とし、この施設基準を満たさないものは、（1）人員を増員して急性期病床とする、（2）改築して療養環境を整え慢性期病床（医療保険、介護保険対応を問わず）とする、（3）廃止する、のいずれかに決定を迫られる可能性が高い。本来、急性期医療、慢性期医療は医療の活動状況を表し、施設基準とは別個の概念であるが、慢性期医療においては一定の施設基準が要件になると思われる。

表 2 - 1 病院の種別と特徴

介護保険導入前		介護保険導入後		機能
医療保険	特定機能病院	医療保険	特定機能病院	高度医療
	地域医療支援病院		地域医療支援病院	急性期
	普通病床		普通病床	急性期／慢性期
	療養型病床群 (特例許可老人病床)		医療型療養型病床群	慢性期
措置	特別養護老人ホーム	介護保険	指定介護療養型医療施設	慢性期
療養費	老人保健施設		指定介護老人福祉施設	介護
			介護老人保健施設	介護

2. 現在の医療提供体制

現在の病院種別と医療機能を表 2 - 2 に示す。我が国の医療提供の特徴としては、

(1) 病院種別と医療機能の対応が十分ではなく病院の機能分化が進んでいない。

- 1) 特定機能病院、地域医療支援病院では、急性期入院医療が主体となることが期待されるが、実際には慢性期に属する患者が入院するなど平均在院日数は米国等と比較して長い。また外来部門においても初期診療に属する患者が多くを占めている。
- 2) 一般病院では、急性期と慢性期医療の区分、入院と外来の比重など、一律に区分することは困難であり、機能分化が十分に進んでいない(図 2 - 1 参照)。
- 3) 療養型病床群、特例許可老人病床は、医療機能との関係が最も明らかな病院種別である。今後、介護保険導入に伴い、特例許可老人病床はより療養環境の優れた療養型病床群へ誘導・統合が図られる予定である。なお、療養型病床群は、現状通り医療保険に対応したもの(医療型療養型病床群)と、介護保険に対応した指定介護療養型医療施設(介護型療養型病床群)に分化する予定である。
- 4) 専門病院は、特定領域に関して高度な医療を行う病院をいう。専門領域について急性期から慢性期まで病院内で完結して医療が行われることが多い。

(2) 外来機能のうち初期診療については病院種別に関係なく同様に行われている。

外来機能の分化を促進するために行われた、特定機能病院等を紹介なしで受診する場合の特定療養費徴集等の経済的誘導にも関わらず、依然として外来部門の機能分化は進んでいない。初期診療は多くの病院種別で行われており、病院経営上重要な位置を占めている。

これは医療の効率的提供を妨げるものであるとして是正すべきであるという見解が従来とられてきたが、受診の自由を含めた初期診療の充実が我が国の医療の優れた点でもある。今後、特定機能病院、地域医療支援病院については、医療の効率的提供の観点から外来受診に一定の制限を加えることは合理的理由を有すると思われるが、一般病院についてはむしろ外来部門を拡充し、療養型病床群、特例許可老人病床を有する病院においても慢性期疾患医療を中心とする外来部門、特に在宅医療部門の拡充を図るべきであると思われる。

(3) 健康増進、予防活動における病院の位置付けが不明瞭であり、また診療報酬上もこれを積極的に行うような誘導が働いていない。

表 2 - 2 病院種別と主な医療機能

		特定機能 病院	地域医療 支援病院	一般病院	療養型病床群 特例許可老人 病床	専門病院
入院診療	急性期	◎	◎	○	×	○ (特定のもの では◎)
	慢性期	○ (特定のもの では◎)	×	○	◎	○ (特定のもの では◎)
外来診療	急性疾患 診療	×	○	○	○	○
	慢性疾患 診療	×	×	○	○	○
	専門診療	◎	○	○	×	◎
	救急診療	○	◎	○	×	×
在宅医療		×	×	○	○	×
健康増進・予防		△	△	△	△	△

注意)

◎：病院の種別を特に特徴付ける機能

○：現状で対応している機能

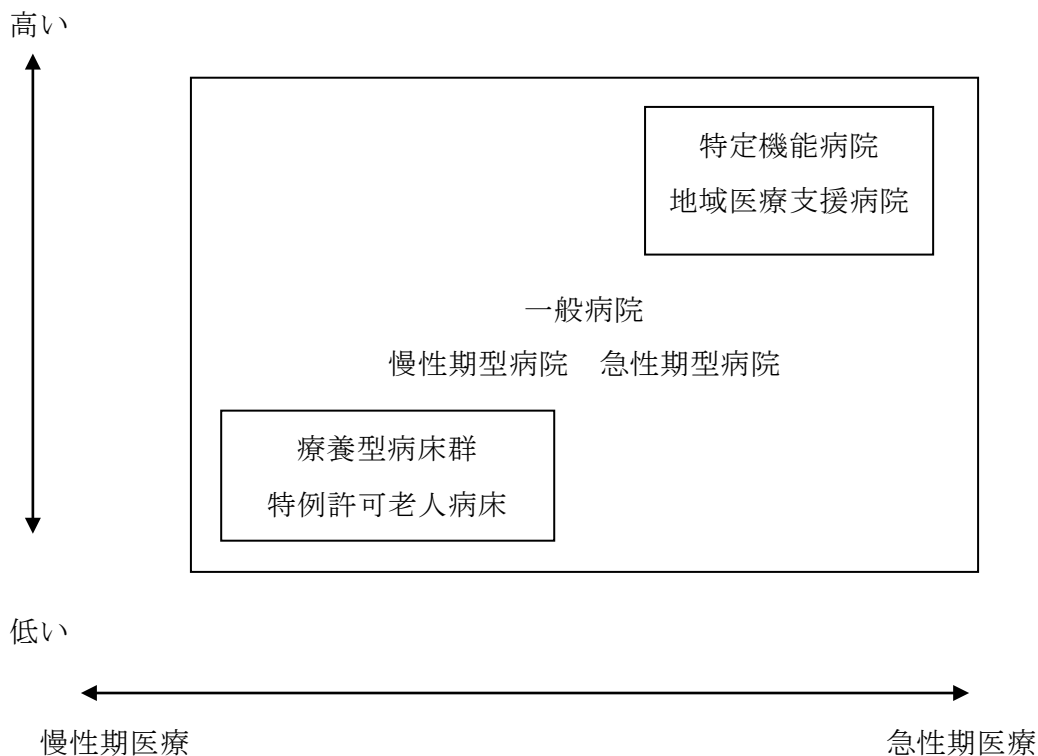
△：期待されるが現状では対応していない機能

×：通常期待されない機能

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

図 2 - 1 医療資源の集中度と病院種別

医療資源の集中度



注意)

一般病院は急性期から慢性期までの症例に対応するが、一般には機能分化が十分に行われておらず、医療資源の集中度も様々である。

3. 今後の医療・福祉需要の推計

表 2 - 3 では、現在の病院種別毎の病床数、利用率、平均在院日数等をまとめて示す。平成 8 年の一般病床 126.3 万床のうち、特例許可老人病床および療養型病床群は 21.5 万床で、大部分はその他の一般病床である。平均在院日数は前者で 152.6 日、後者は 33.5 日、利用率は前者で 91.7%、後方で 83.0% である。この数値を基に、年間の患者延数、および年間新規入院・入所者数を求めた。同様に特別養護老人ホーム、老人保健施設でも病床数、利用率、平均在院日数から年間の患者延数、および年間新規入院・入所者数を求めた。

表 2 - 3 医療・福祉サービスの提供状況

		病床 (万)	利用率 (%)	平均在院 日数 (日)	延数 (100 万人・ 日)	新規入院 (1000 人/ 年)
医療施設	一般病床	104.8	83.0	33.5	317.5	9478.1
	療養型 病床群	3.8	91.7	152.6	12.7	83.1
	特例許可 老人病床	17.7	91.7	152.6	59.2	388.0
福祉施設	特別養護 老人ホーム	24.9	99.6	1995.0	90.5	45.4
	老人保健 施設	14.7	77.7	108.7	41.8	384.2
合計					521.7	10378.8

注意)

特例許可老人病床は利用可能データがないために、療養型病床群と利用率、平均在院日数は同じと仮定した。

表 2 - 4 要介護老人数の推計

		1995 年 (平成 7 年)	2000 年 (平成 12 年)	2010 年 (平成 22 年)
要介護老人 (万人)		115	140	200
老年人口割合 (%)		14.5	17.2	22.0
医療・福祉施設利用 需要(新規入院、 1000 人) *	医療保険対応**	9950	9517	10239
	介護保険対応**	430	1200	1291
	うち介護型療養型 病床群	0	417	508
	うち指定介護老人 福祉施設・介護老 人保健施設	430	783	783

注意)

*医療・福祉施設利用需要は以下により算出した。

X 年における医療・福祉施設利用需要 (X) = 1995 年の医療・福祉施設需要 x (0.15 x X の要介護老人数 / 1995 年の要介護老人数 + 0.85)

**2010 年では、2000 年と医療保険と介護保険の割合が同じであるとして (医療 : 介護 = 0.89 : 0.11) 計算した。また 2000 年から 2010 年までの福祉施設需要はすべて介護型療養型病床群で対応するものと想定した。

2000年には介護保険導入に伴い、現在、医療・福祉施設利用需要のうち4.1%を占めている福祉施設の収容割合（新規入院・入所者のうち介護保険対応者の割合）は11.2%まで増加する。その増加は、指定介護老人福祉施設および介護老人保健施設の新設、介護型療養型病床群の新設・一般病床よりの転換によりまかなわれる。

医療・福祉施設利用需要は2000年から2010年までに81.3万人（新規入院・入所者／年間）、7.6%増加する。2010年においても医療保険、介護保険の割合が平成12年と同じであると仮定すると、2010年では医療保険では1023.9万人（新規入院・入所者／年間）、介護保険では129.1万人（新規入院・入所者／年間）の需要が生じる。

医療保険に対する需要をまかなうために必要な病床数は平均在院日数、急性期・慢性期の病床比率で異なる。一般に、利用率が高いほど、平均在院日数が短いほど、また急性期病床の占める割合が高いほど、必要な病床数は減少する。表2-5は平均在院日数により必要な病床数が異なることを示す。例えば、急性期・慢性期病床の平均在院日数がそれぞれ33.5日、152.6日とした場合の、2000年における必要病床数は、急性期103万、慢性期10万の合計113万床となり、急性期を100万床と仮定すれば慢性期は20万床必要となり合計120万床となる。

表 2 - 5 必要病床数の推計

1) 急性期病床の平均在院日数：33.5 日、慢性期病床の平均在院日数：152.6 日
(1996 年と同じ) の場合

2000 年／2010 年の需要に基づいた必要病床数

急性期病床 (万)	103／111	100／108	98／106	96／103
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	113／121	120／128	128／136	136／143

2) 急性期病床の平均在院日数：28 日、慢性期病床の平均在院日数：90 日の場合

2000 年／2010 年の需要に基づいた必要病床数

急性期病床 (万)	85／91	81／88	78／84	74／81
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	95／101	101／108	108／114	114／121

3) 急性期病床の平均在院日数：21 日、慢性期病床の平均在院日数：90 日の場合

2000 年／2010 年の需要に基づいた必要病床数

急性期病床 (万)	63／68	61／66	58／63	56／61
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	73／78	81／86	88／93	96／101

4) 急性期病床の平均在院日数：14 日、慢性期病床の平均在院日数：90 日の場合

2000 年／2010 年の需要に基づいた必要病床数

急性期病床 (万)	42／46	41／44	39／42	37／40
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	52／56	61／66	69／72	77／80

注) 病床利用率は急性期病床 83%、慢性期病床 92%として計算した。

現在 126 万床ある一般病床のうち、最大 19 万床が介護型療養型病床群に移行する。従って、表 2 - 5 の必要病床数の推計で、107 万床以下の場合には、実質的な病床数の減少を生じる。

4. 長期入院患者の移動

介護保険導入、新ゴールドプラン達成にともない、現行の老人保健施設、特別養護老人ホームの収容人員の大幅な拡大が行われ、現在普通病床に収容されている長期入院患者の前2者への移動が期待される。しかしながら、療養型病床群と比較して、前2者の医療機能は限定されており、長期療養患者の移動が円滑に行われるか否かは疑問がある。介護保険導入後、現在医療機関に入院している患者の多くは、介護保険対応施設のうち比較的医療サービス提供機能に優れた介護型療養型病床群への入所を希望し、一時的な介護型療養型病床群の不足、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設の利用率低下が生じる可能性がある。

現行では、老人保健施設は病院から家庭に戻るまでの一時的な滞在(中間)施設として、また療養型病床群は慢性期医療サービスを提供する施設としてそれぞれ位置付けられており、平均在院日数はそれぞれ108.7日、152.6日である。介護保険導入にともない、これら施設の長期収容施設化が進行した場合には、平均在院日数の延長が生じ、必要病床数の増大を生じる。

2000年以降2010年までの介護保険に対する需要の増分を全て介護型療養型病床群でまかなうと仮定した場合、利用率91.7%、平均在院日数152.6日として新たに4.2万床が必要である。平均在院日数の延長が生じた場合には、必要病床数は更に増大する。

5. 問題点

- (1) 介護保険導入にともない、新ゴールドプランに定める諸施設の整備が促進されることが期待される。しかしながら、施設整備が遅れており、既存の医療施設などを活用し医療サービス提供機能に優れた介護型療養型病床群の優先的な整備が検討される必要がある。
- (2) 介護型療養型病床群は2000年に19万床整備される予定であるが、平均在院日数の延長、2000年以降の需要増大を考慮すると、更に病床数の拡充が必要である。
- (3) 一般病床の必要数は、平均在院日数、急性期・慢性期の病床比率で異なる。今後、介護保険導入に伴う医療需要から介護需要への需要の移動、平均在院日数の短縮にともない、病床数の減少が予想される。

(4) 外来における初期診療機能は病院種別とは独立して機能しており、特に中小規模の病院の行う外来機能は我が国の初期診療の特徴である優れた受診の自由を維持する上で重要である。今後、病院の介護型療養型病床群への転換にともなう減少、一般病床数の減少にともない、初期診療が損なわれることのないよう留意しなければならない。

第3章 病院の基本的あり方

1. 組織と理念

組織としての病院には目指すべき方向、すなわち理念が必要であるが、現状では、理念を策定している病院は少なく、職員に徹底している病院は更に稀である。組織の基本的な考え方や方針が明示されていなければ、患者や職員は検討の材料がなく、行動ができない。

また、病院においては疑問や質問に答える用意があるという説明責任も重要である。組織の責任者がまず行うべきことは、理念を制定し、職員に明示し、理念に基づいて方針を打ち出すことであり、一方職員は、組織の理念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。組織の理念は成文化され、組織構成員の全員に明示されていなければならない。理念に基づいて方針、目的、目標がたてられるべきで、この達成の為に行動基準が必要である。

2. 行動基準の必要性

行動基準は行動の綱領、行動指針、行動規範、行動憲章、倫理綱領等と呼ばれ、その組織の価値体系を明示し、その目的を明確に規定し、それらの実践に一定の指針（ガイドライン）を示す。行動基準の策定は病院の規模に応じ柔軟に考えてよいが、これも明文化し、全組織員に周知徹底される必要がある。一般に経営理念は抽象度の高い表現がとられるが、行動基準の内容は、具体的な表現で、組織活動の方策を示すべきものである。従って就業規則をはじめ、諸規則・倫理綱領・行動基準は実態に合わせて一定期間毎に見直しをすることが必要であり、個々の詳細な手続きである諸規定や各種事項（マニュアル）も同様である。

3. 医療における経営（経済）と倫理及び組織統治

そもそも医療は社会の中でおこなうものであり、社会活動においては、守るべき一定の規範即ち「倫理」が必要である。組織の倫理と個人の倫理とは、車の両輪の関係にある。

従来は医療の実践（臨床医学）と病院経営は別々のものとされており、医療不信の要因はここにある。医療とは狭義には診療を意味するが、広義には病院管理を含んだ病院経営を意味するもので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・設備の整備や良質の人材の確保ができず、良質の

医療を提供することが出来ない。経営は、組織を運営し、限りある資源を効率的に使って、組織の理念・目的を達成することであり、社会的な使命・役割を果たすためには、組織を継続させなければならない。従って、営利組織のみならず、非営利組織にも経営がある。

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

一般企業と同様に病院においても組織（企業）統治が必要であるが、これは組織の統制や指揮・監督（権限と責任）に限らず、長期の戦略目標と計画の作成をも行う事である。その目標を達成するために適切な管理形態が必要で、全職員に対して、組織の高潔さ、評価、責任の重要性を認識させる事が求められる。日頃より、経済的成果（利益性）の追求と共に、法律遵守、社会的責任を徹底教育すべきである。即ち医療を提供するに当たっては、経営を考えると同時に、社会的責任を考慮しなければならない為、組織（企業）倫理の確立が求められているのである。

4. 全日病の対応

組織的医療を提供する病院の団体として、病院のあり方を検討し、病院や病院団体の進むべき方向を示すことが、全日病の重要な役割であり、ここに本報告書を出版する意義がある。その精神を説明するものとして、病院理念と病院行動基準を作成することが必要である。さらに、全日病はこのような活動を推進し、会員病院が各々の理念を明示し、行動基準を作成し、その内容を実践するための支援をする必要がある。

第4章 病院と地域連携（ネットワーク）

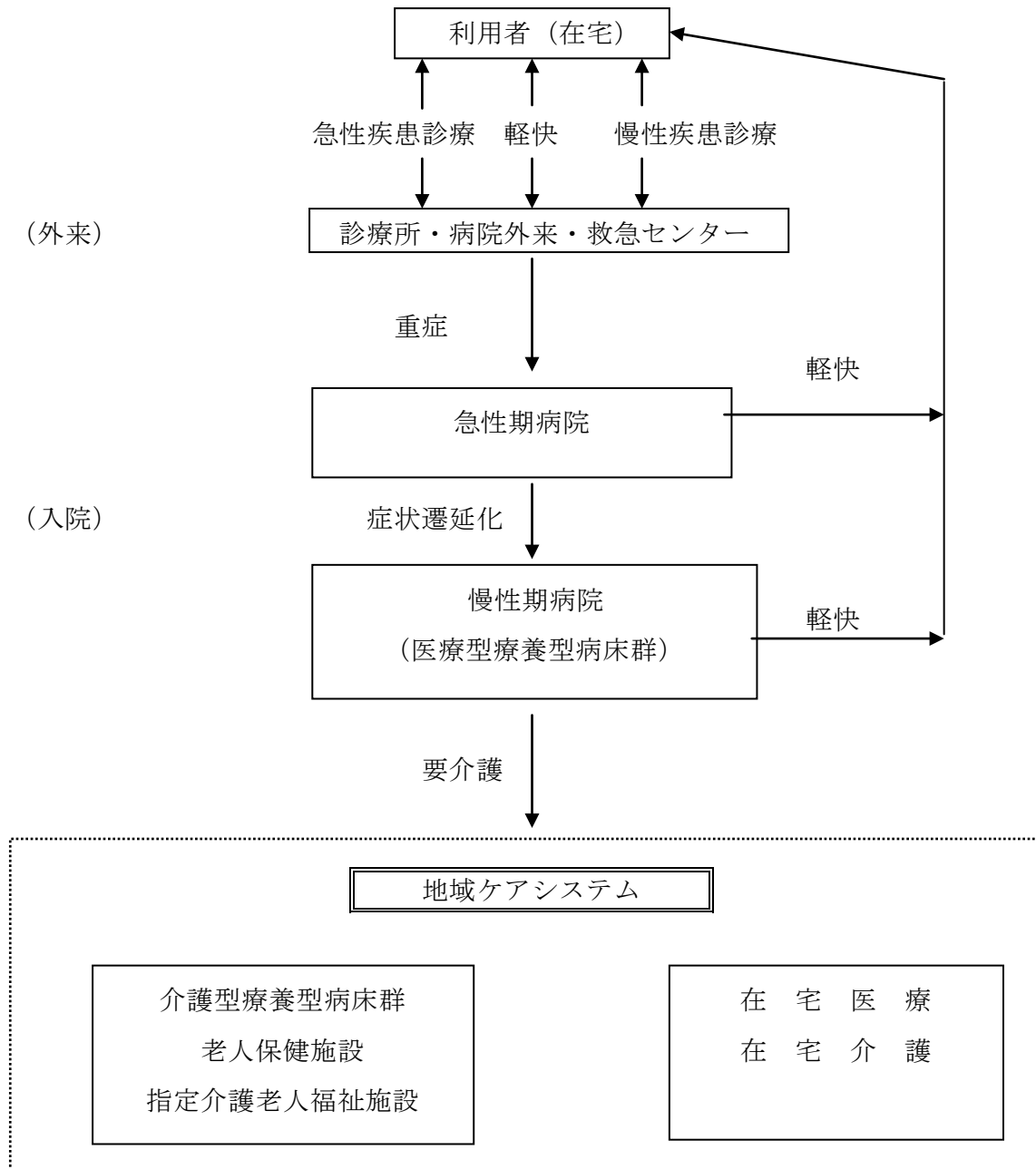
人口の高齢化、国民の医療ニーズの多様化が進んだ今日において、高度先進医療を行う医療施設を頂点とする医療機関の格付けの思想は通用しない。疾病は急性期から慢性期へ、そして医療から介護へと継続するものであるが、これに基づいて医療形態の優劣・序列を論ずることは意味がない。医療と介護を合わせ含めてヘルスケアという概念を持ち、どのように地域社会でネットワークを構築するかが課題となっている。個々の施設がどの分野に特化するか、またどの範囲のニーズに対応するかは、あくまで地域の事情と、その施設の経営判断によるものであり、優劣を示すものではない。また経営的な観点からは、介護保険制度の実施、医療制度改革に伴い急性期医療、慢性期医療の区分が進むことが予想され、施設機能の分化を促進し、役割に見合った機能を強化するためには、急性期医療から慢性期医療、そして在宅医療へと続く病状・病期に従った施設体系を作り、患者のニーズに応じて的確に流れに乗せることが必要になる。図4-1に地域における医療、介護のネットワークをシェーマで示す。

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

多くの施設が集まり連携を取っていくためにはこれらを調整する仕組みが必要となる。一般に医療施設は閉鎖的で、連携を苦手とする傾向が見られる。従って、ネットワークが円滑に機能するためには、相応の努力を行う必要がある。個々の患者、要介護者の状態を把握し、どの施設が適当であるかを判断し、すみやかに受け渡しを行うためには専任の相談員（ケースマネージャー）の配置が必要である。介護保険制度においては介護施設にケアマネージャーの配置が義務付けられているが、急性期病院においては、現在どのような治療を受けているのか、いつ退院できるのか、退院後はどこに行くのか、などの情報を医療従事者から集め、患者及び家族と相談し、退院後のサービス提供に関する情報を提供する専任相談員の確保が遅れている。これは診療報酬を生み出さない非採算部門と考えられているためであるが、地域医療の連携（ネットワーク）作りには不可欠な部門であるので、早急に強化する必要がある。専任相談員の連携（ネットワーク）は地域医療にとって大き

な力を発揮することになる。

図4-1 地域における医療、介護の連携（ネットワーク）



第5章 急性期（短期療養）病院のあり方

1. 急性期病院の機能

急性期病院とは急性疾患および慢性疾患急性増悪の治療あるいは根治を目的とした医療を行う病院を言う。慢性期疾患の急性増悪など、要介護者が急性発症する場合には、医療と介護の両方のサービスが必要である。すなわち、手術を含めた処置、入院を要する検査、点滴、酸素療法（高気圧酸素治療を含む）など、医師・看護婦の管理が主体となる期間、種々の検査や治療を行うとともに、各々の施設のもつ機能に合わせた救急患者の受け入れを24時間行う施設である。具体的には、特定機能病院、地域医療支援病院、多くの一般病院が該当する。

（注意）米国における病院の平均在院日数は6～7日となっているが、これは米国の病院では集中管理を要する期間を急性期として取り扱うためである。実際にはこの後、亜急性期病棟や亜急性期病院での治療が行われている。日本では、現在の病院の状況から、米国における急性期、亜急性期までを含めて「急性期」として、一貫した治療期間として定義すべきであり上記の如く規定した。

2. 急性期病院の要件

- （1）患者数の多い疾病・処置については、標準診療指針（ガイドライン）に従った診断・治療を行うこと。
- （2）在院日数は疾病・処置毎に予め定められた標準的な期間を越えないこと。患者のケースミックスを考慮しない平均在院日数の規定を一律に設けることは非科学的で意味がない。
- （3）医師数は入院について現行医療法の標準人員を上回ること。医師数についての標準人員の規定は、入院患者を基に決定される必要がある。診療科の特性を考慮しないで外来・入院を一律に規定することは、入院医療の質を保証することにならず意味がない。
- （4）看護婦数2：1以上。
- （5）エコー、CT、MRI、血管撮影装置あるいは各専門科で必要とする標準的診断機器を有すること。

- (6) 診療情報管理を行う部署が設けられ、I C D (International Classification of Diseases : 国際疾病分類) に基づいて疾病・処置に関するコーディングが行われ、医療についての統計が定期的に作成されること。
- (7) クリティカルパスが導入され、治療成績の評価を行う仕組みを有すること。
- (8) おおよそ3年に一度第三者による医療機能評価を受け、認定を受けること。

第6章 慢性期（長期療養）病院のあり方

1. 慢性期病院の機能

慢性期病院とは長期間に渡る医療の提供を行う病院をいう。急性期病院において急性期を脱して病状が安定したが、未だ入院医療を必要とする症例、例えば長期間の治療を必要とする悪性新生物、難病、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、慢性肝疾患、MRSA等の重症感染症、植物状態、合併症等を多く持つ高齢症例及びリハビリテーションの入院治療が該当する。ただし、慢性期症例の急性増悪については重症度に応じて慢性期病院で対応が可能なものについては、その対象とする。

2. 慢性期病院の要件

- (1) 療養型病床群の施設基準を満たすこと。ただし、リハビリテーションについては現在の総合リハビリテーションの施設基準を満たすこと。
- (2) 各疾患の在院日数はFRG (Function-Related Group)^{※1}、RUG (Resource Utilization Group)^{※2}等に従って規定される期間を超えないこと（平均在院日数はケースミックスによるが60日以内が適当と考える）。
- (3) 医師数は入院患者100人につき3～5人
- (4) 看護婦数3：1～6：1程度
ただし、医師数、看護婦数についてはケースミックスを考慮した算定基準を別途設け、これに従うこと。
- (5) 看護要員数（看護婦と介護者の合計員数）3：1以上
- (6) おおよそ3年に一度第三者による医療機能評価を受けること。
- (7) 入院患者のケアアセスメントに基づいてケアプランを作成し、これに基づいて医療サービスの提供を行うこと。

※1 FRG

リハビリテーション医療の質の保証とリハビリテーションに適した支払いシステムの構築を目的として開発された患者分類で、患者のADLを考慮している。

最も普及しているのがFIM-FRG (Functional Independence Measurement : 機能的自立度評価表を用いて必要とされる在院日数に応じて患者を分類するもの)である。脳血管障害・外傷性脳損傷・脊椎損傷など18の障害群に分け更にこれを53の

機能別の患者群に分類されている。

※2 RUG (ver. 3)

慢性期患者へのケアの質の確保と支払い方式への応用の為に開発された患者分類。ナースingチームのケアの内容即ちリハビリテーションの必要性・医療度・ADLと介護度の組合せから44分類がなされている。

3. 慢性期病院の方向性

- (1) 現状では、療養型病床群、介護力強化病棟、一般病床の一部が慢性期病院（病棟）の機能を有しているが、療養型病床群の施設・人員基準に統一し、単一の種別とすることが望ましい。
- (2) 診療報酬上も、一般病院とは別の支払い方式をとるべきであり、医療密度を加味した定額払い方式の導入を検討すべきである。
- (3) 要介護者が、介護施設・在宅で内科的に急性増悪したり、終末期を迎えた時には、一般病床の利用が想定されているが、これは、よりコストの高い病院への転院（転棟）によりコストの増大につながり、また、移動に伴う患者負担にもつながるため、好ましくない。介護型療養型病床群では、急性増悪した患者の転院（転棟）は、主治医の判断に委ね、一定の医療サービスが出来るような制度上の配慮が望まれる。この場合には、医療の必要性を説明できる情報が必要である。
- (4) 介護保険制度は、いわゆる社会的入院の解消を促すものであり、今後、慢性期病院（病棟）が、社会的入院の受け皿にならないよう考えなければならない。そのためには、在宅医療や在宅介護の整備、特に住宅政策が必要である。
- (5) 慢性期病院（病棟）の考え方を日本に定着させるため、平成12年度の診療報酬改定、医療法改正の中での今後の新しい考え方の導入が重要と考える。

第7章 ケアミックス型病院のあり方

1. ケアミックスの必要性

病院の機能分化、経営の効率化の観点からは、各々の病院においては急性期病院、慢性期病院のいずれかを選択することが望ましい。しかしながら、国民の医療を守る立場からは、地域の状況や医療機関の分布によっては、両方の医療機能さらには介護機能を併せもつ施設が必要な状況が考えられる。ケアミックスは病棟単位が原則であるが、このような状況に対応が可能なように、特に中小病院では病室単位での急性期病床・慢性期病床・介護型療養型病床群のうち2～3つから成るケアミックスの導入が考慮されるべきである。

2. ケアミックス病院の要件

ケアミックス病院において、各々の病床に収容される患者は第5、6章で示された急性期、慢性期症例の規定に従う。人員施設基準についても医師配置および看護単位の内容を病床割合に応じて計算することとし、慢性期病床は6.4 m²の病床面積の確保を必要と考え、各々の病床の機能を十分に考慮した運営がなされるべきである。なお、慢性期症例、介護型療養型病床群入所者の急性増悪については、転院を強いられることなく、同一病院内の急性期病床で対応を行う。

第8章 介護保険制度と病院のあり方

1. 介護保険制度の概要

- (1) 平成12年4月の制度実施にむけて準備が進んでいる。
- (2) 平成12年の要介護者等は280万人と予想されている。そのうち施設入所可能な要介護者は140万人程度が予想されており、入所施設として特別養護老人ホームが30万床、老人保健施設が28万床、介護型療養型病床群に19万床があてられる。
(施設サービスに係る参酌標準より3施設の利用者の見込みについては、おおむね8(40%) : 7(35%) : 5(25%)程度の比率を参考として、地域の実情に応じて定めることが必要であるとの考えが示された。)
- (3) ケアハウス、グループホーム(痴呆対応型共同生活介護事業所)、有料老人ホームも介護保険対象施設となる。
- (4) 総介護費用は、当初4.2兆円と予想されている。

2. 介護保険の導入経緯

介護保険導入の経緯は以下の通りである。

- ・平成9年12月 介護保険法公布。
- ・平成10年8月 市町村における要介護老人の人員把握作業及び介護サービスの提供量の把握作業始まる。各都道府県の介護型療養型病床群の必要量が決められる。
- ・平成10年9月 介護支援専門員(ケアマネージャー)試験開始。
- ・平成11年4月 介護サービス実施事業者の指定作業開始。
- ・平成11年8月 介護報酬の仮単価が示される。地域差については「1点単価を、施設：10円～10.60円、在宅：10円～10.96円で評価」する。
- ・平成11年10月 要介護認定作業始まる(在宅が先行)。指定介護療養型医療施設(介護型療養型病床群)の指定申請開始。
- ・平成12年2月 介護報酬が決定される。各都道府県の事業計画が策定される。
- ・平成12年3月 医療型療養型病床群の診療報酬の改定が行われる。
- ・平成12年4月 介護保険制度実施。

3. 介護保険制度の問題点

(1) 制度運営上の問題点

1) 医療保険と介護保険の区分が不明瞭

介護保険では療養と介護の給付をともに行うことになっており、医療保険と介護保険の区分が不明瞭である。また、現在入院中の患者でもその施設が介護型療養型病床群の指定を受けた場合には、平成 12 年 4 月以降は要介護度 I～V と認定されなければ入院できず、また居宅の要支援者が急性増悪して入院が必要になっても介護病床には入院できない。

2) 介護サービス量の不足

居宅介護サービス受給者が要介護者の 70%を越えることが予想される中で、ホームヘルパー、ケアマネージャーの員数および習熟度の不足、特に過疎地でのサービス不足が予想される。また、東京都など都市部での施設サービス整備の遅れがみられる。

ホームヘルパー派遣については民間営利企業の参入増加が見込まれる。規制改革委員会では、指定介護福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設の経営についても、民間営利企業の参入について議論されている。

3) 病院の参入制限

仮単価が 3 万円／月引き下げられ、病院の指定介護療養型医療施設への指定申請が全国的に低調である。

特例許可老人病床は平成 14 年度末で廃止される予定である。また、平成 12 年度からは完全型（療養環境 I）と準完全型（療養環境 II）のみの申請が認められる。転換型（療養環境 III、IV）の療養型病床群の指定申請は平成 11 年度末まで認められるが、完全型、準完全型に転換する計画案の添付が必要である。

4) 施設での介護要員不足

在宅も含め 280 万人の要介護者等の介護サービスを担う要員をどのように教育養成し、供給量を確保するかが重要な課題である。良質なケアマネージャー、看護婦、介護員、ホームヘルパー等を集めるには魅力的な職場でなければならない。反面、厚い待遇はコストの増大をもたらすことになる。

介護福祉施設、介護老人保健施設は看護・介護体制が 3：1 までであり、重介護者お

よび医療密度の高い要介護者には十分な対応はできない。介護型療養型病床群の2：1体制は利用費が高いとの理由により平成15年度で廃止される予定である。一方、先進諸外国においては、おおよそ1：1の人員配置が多くの場合なされている。重介護者にも対応でき、かつ良質な医療サービスを提供するには、最低でも看護・介護体制2：1が必要である。特に今後は、特別な理由（生命に危険を及ぼす等）を除き、身体的拘束その他患者の行動を制限する行為を禁止することが法文上規定されたことに伴い、身体拘束の原則禁止に対応するため、人員配置を一層強化する必要がある。2：1体制を、今後とも維持する必要がある。

5) 上乘せ・横だしサービス

在宅については、規定以上の（上乘せ・横だし）サービスが認められているが、施設については認められていない。利用者の選択によるという点では施設も在宅も同様である。価値観の多様化、ニーズの多様化に対応するためにも施設についても利用者の選択に基づく契約として認めるべきである。

(2) 病院としての問題点

1) 医療病床と介護病床の区分

病床区分を判断するには、まず自院の状況について正確な状況分析を行う必要がある。すなわち、現在の平均在院日数と要介護老人の入院状況を考慮し、今後の自院運営のあり方を考慮した上で、どう機能分化していくかを考える必要がある。地域の中核病院としての役割を担っているならば一般病院が良い。一方、初期診療を中心に地域のニーズに対応し、あるいは長期療養を中心に運営しているならば療養型病床群も考慮する必要がある。

一般病院として運営を継続するためには、以下のような項目に注目すべきである。すなわち、1) 医師の標欠はないか、2) 長期入院患者が多くないか、3) 平均在院日数を28日以内とすることができるか（14日以内が望ましい）、4) 高い看護度達成できるような看護体制を確立することができるか、5) すべての病床を一般病床で運営できるか、である。これらを満たすことができない場合、一般病院としての運営は困難であり、療養型病床群への転換あるいは病床数の削減を検討すべきである。

現在、各病院は平均在院日数の短縮に取り組んでいる。目標は、28日以内であるが、医療保険対応としては最長90日まで可能であると思われる。29日以上の場合には、

一般病床と医療型療養型病床群のケアミックスとして、リハビリテーション機能の充実を図る。平均在院日数が90日を越える病院では介護保険型の申請が検討される。病床のうちどれだけの割合を介護病床とするかは、6ヵ月以上長期入院患者数、要介護度Ⅰ～Ⅴまでの患者数を考慮して判断する。

2) 医療型療養型病床群のあり方が不明確

医療型療養型病床群は、今後も慢性期病床として定額の医療費体系の中で、医師の判断で地域住民への様々な医療サービスが提供できるよう、その機能を柔軟に確保していく必要がある。要介護老人に対しても、初期診療から終末期医療まで、また、積極的なリハビリテーション、長期療養における密度の高い医学管理や合併症等を含めた病状の変化に対応できる医療機能を慢性期病床として確保する必要がある。そして、急性期医療の後から社会復帰までの継続治療機能を担う慢性期病床として医療型療養型病床群を位置付け、これらの機能を従来の定額医療費等の中で確保すれば、老人医療費の効率化にも有効である。従って、介護保険制度の実施に伴い、診療報酬上の取り扱いで、療養1群、療養2群の区分は不要である。また、老人入院診療報酬の6ヵ月以上入院における入院時医学管理料の大幅な引き下げは望ましくない。さらに、介護病床から医療病床への転棟時に医学管理料の算定方法についての再検討が必要である。

3) 内科的急性増悪・終末期医療の対応

指定介護療養型医療施設における介護報酬は未だ決定されていないが、低い水準に決められた場合には、医療サービスの提供が事実上困難になる。指定介護療養型医療施設入所者では長期間の入所中に急性増悪あるいは終末期を迎えることも予想される。本来、医療型療養型病床群と同じ施設・人員基準を満たしている指定介護療養型医療施設では相当程度の医療サービスの提供が可能で、入所者の急性増悪あるいは終末期医療への対応も可能であると思われるが、介護報酬上の制約から提供できる医療サービスが制限され、医療の継続性、利用者の利便が損なわれ、より高コストの一般病床への転棟・転院を強いられることも考えられる。介護型療養型病床群で急性増悪、終末期医療の提供が一定程度対応できるよう環境整備が図られる必要がある。

(3) 介護施設一元化論

介護施設とは、指定介護福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、指定介護療養型医療施設（介護型療養型病床群）をいう。これらは設立の目的も機能も異なっており、介護型療養型病床群では医療サービスの提供が可能である。介護療養型病床群で入所者の急性増悪への対応、終末期医療の提供が否定され、転棟・転院を強いられるならば、将来的には介護施設の一元化が促進されることも予想される。しかし、介護施設3種類の機能を無視した一元化は利用者の立場からは好ましいものではない。介護型療養型病床群は、その優れた医療サービス提供能力を生かして、医療サービスに対する必要度の相対的に高い要介護者を対象として整備される必要がある。先に述べた要支援者・要介護者の急性増悪、終末期医療の提供の他、リハビリテーション機能は介護型療養型病床群に特に期待される医療サービスである。また要介護度からは指定介護福祉施設・介護老人保健施設は要介護度Ⅰ～Ⅲ程度、介護型療養型病床群は要介護度Ⅱ～Ⅴにそれぞれ対応することが望ましい。将来的にも介護施設は一元化すべきではないと考える。

(4) 認定審査業務の遅れ

認定審査業務を280万人の要支援・要介護者に年2回、また臨時の認定を考えると700万～1000万回／年の認定審査が予想され、それに対してケアマネージャーおよび認定審査チームづくりは緊急の課題である。さらには利用者からの不服、苦情も多くなることが予想されるが、これに対する体制整備を急ぐ必要がある。

(5) 保険給付について

介護サービスの提供の開始に際し、その内容を説明し同意を得たうえで文書により契約を交わすこととされている。要支援・要介護者では痴呆等、契約遂行能力が低下していることも予想され、利用者の状況に配慮し、契約内容を含め様式の策定を急ぐ必要がある。

(6) 報酬の問題

介護報酬は、最終的に平成12年2月頃を目途に決定される。各施設の収入は、平均要介護度及び介護報酬によって決定される。介護報酬の決定においては以下の事柄が考慮されることが望ましい。すなわち、

- 1) 要介護度の報酬差は、業務量すなわち費用を反映して設定されることが望まれる。
- 2) 介護保険経営実態調査に基づき、医師・看護職員・介護職員等の人件費、減価償却費、医療関連費、諸経費等を適切に反映し、各施設類型間の整合性に配慮したものになることが望まれる。特に福祉職と医療職の人件費の不整合が大きいので、早期に是正すべきである。
- 3) 現在検討されている介護報酬を表8-1、2、3に示す。施設サービスの算定にあたっては定められた基準に満たない場合は、各々の定められた報酬から減額される。また、既に表示された仮単価はあまりにも低く抑えられており、施設収入には大きく影響するものと考えられる。各施設の収入は、平均要介護度及び介護報酬によって決定される。

表8-1 平成11年8月仮単価

	在宅（月額）	指定介護療養型医療施設（日額）
要支援	6.4万円	なし
要介護Ⅰ	17.0万円	1142単位＋基本食事サービス料(2120円)
要介護Ⅱ	20.1万円	1181単位＋基本食事サービス料(2120円)
要介護Ⅲ	27.4万円	1220単位＋基本食事サービス料(2120円)
要介護Ⅳ	31.3万円	1260単位＋基本食事サービス料(2120円)
要介護Ⅴ	36.8万円	1299単位＋基本食事サービス料(2120円)

表8-2 介護報酬の地域差（1単位）

	在宅（訪問介護）	施設
乙地	10.18円	10.12円
甲地	10.36円	10.24円
特甲地	10.60円	10.40円
特別区	10.72円	10.48円

表8-3 各施設の平均的な介護報酬（月額）

施設	介護報酬（月額）
指定介護老人福祉施設	32.5万円
介護老人保健施設	35.4万円
指定介護療養型医療施設	43.1万円

(7) 介護保険制度の今後

平成12年4月以降の診療報酬点数に関しては、現時点では不透明である。また、医療法改正も検討されており事態は流動的である。介護保険財源は、保険料と税金が半々であり、また、今後要介護者は年々10万人増加すると推計されている。さらに、制度が運営されると、介護保険の給付対象者と非対象者、給付対象者のうち在宅介護サービスと施設サービスの利用者間で不公平感がでてくることも予想される。今後一層の財源確保が望まれる。

第9章 外来機能のあり方と初期診療（プライマリーケア）の確保

1. 外来機能の分類

外来機能は診療内容からは以下のように分けられる。

- (1) 急性疾患診療：感冒、胃腸炎などのように一般的に見られる疾患であり、一定期間の治療後治癒あるいは軽快するもの。診療内容は定形化しにくい。慢性期疾患の急性増悪を含む。
- (2) 慢性疾患診療：高血圧、糖尿病などのように長期間の医学的管理が必要なもの。管理内容はある程度定形化が可能である。
- (3) 専門診療：稀な疾患。高度医療を要する疾患。主治医からの依頼等を受け専門医が治療にあたる。診療内容は定形化しにくい。
- (4) 救急診療：24時間救急患者の診療を行うもの。

これらに対応する医療機関は以下のようにまとめられる。

診療所：	(1)、(2)
急性期病院：	(1)、(2)、(3)、(4)
慢性期病院：	(1)、(2)
地域医療支援病院：	(3)、(4)
特定機能病院：	(3)

2. 病院の外来機能のあり方

日本では外来機能のうち初期診療については病院種別に関係なく行われてきた。これは医療機関への受診の自由を確保することには寄与したが、大病院に患者が集中するという問題を生じた。保険診療上の規制や誘導が導入されてもこの傾向は変わっていない。しかし、医療の効率的な提供と受診の自由の確保という観点から、今後は特定機能病院は(3)高度・専門疾患診療を行い、地域医療支援病院は(3)および(4)救急診療を主として行うべきである。従ってこれらの外来は紹介制を原則とする。一方、(1)急性疾患診療、(2)慢性疾患診療は、地域に根ざした医療機関である診療所、急性期病院、慢性期病院

で行われ、必要に応じて特定機能病院、地域医療支援病院への紹介および逆紹介が行われる。そして急性期病院は（４）救急診療も担う。このような外来機能分担および連携により効率的な医療提供体制となり、それぞれが担うべき医療への資源集中が可能になる。

第10章 特定機能病院・地域医療支援病院・国公立病院・公的病院・民間病院のあり方

病院には歴史的な経緯から様々な設置主体がみられる。しかし、病院の評価は、本来、地域の医療ニーズに対応しているか、機能に応じて質の高い医療が提供されているか、医療が効率的に提供されているかの観点のみから統一的行われるべきであり、設置主体によるものではない。

特定機能病院、地域医療支援病院は、病院機能から特に設けられた病院種別であり、前者は高度先進医療を、後者は救急医療と地域医療の支援を主たる目的としている。各々の要件は表10-1の通りであり、病院機能面からの分類という点において一定の合理性を有する。

しかし、現状では多くの国公立病院・公的病院ではこのような病院機能が不明瞭であり、地域においてどのような機能を果たしているのか、民間病院との役割分担がどのようになされているかが不明瞭なまま、非効率的な運営が行われていることがしばしばある。いわゆる政策医療に対する公的資金援助は、本来、どのような設立主体が行っても経済的採算性がとれず、かつその地域において絶対に必要な医療サービスの提供の部分に対してのみ行われるべきであり、設置主体により総括的に、全ての医療に対して行われるべきではない。政策医療の内容と範囲の明確化が必要である。

今後、病院機能、設置主体、経済的基盤との関連については更に検討を進める必要がある。

表10-1 特定機能病院、地域医療支援病院の要件

	特定機能病院	地域医療支援病院
目的	高度医療の提供・開発・研修	地域医療の支援 紹介患者の入院治療 救急医療 医療従事者の研修
設置主体	国、学校法人等	国、都道府県、市町村、特別医療法人、医療法人等
病床数 診療科	500以上 10診療科以上	200床以上 診療科目の規定無し
医療従事者 (100床当たり)	医師13 看護婦40 薬剤師4	医師6 看護婦25 薬剤師2
紹介率	30%以上	80%以上(原則)
例	大学病院本院 国立がんセンター 国立循環器病センター	医師会立病院 埼玉県小児医療センター 多摩南部地域病院

第11章 医療の質の向上

国民に質の高い医療を提供することは全日病および会員の責務である。医学および医療技術の進歩、患者の価値観の変化は著しい。質の高い医療を提供するためには、変化に対応できるように、継続的な質向上の努力が求められている。従って、各病院は、その機能に応じた医療の質を評価する手法を持ち、定期的に自ら評価する必要がある。各病院で行うべきことは、病院の組織としての運営と、職員の質の向上である。そのためには、病院経営者をはじめとする全職員の意識改革が必要である。全日病は会員および会員病院職員に対してその支援を行う必要がある。

1. 医療の質を評価する指標の開発

I C D分類に基づいた治療成績、ADLの改善、術後生存率、再入院率、その他の医療の質の指標を開発し、一定の基準（目安）とともに会員に提供する必要がある。全日病はその開発を関係機関とともに行うべきである。特に指標の開発にあたっては以下について留意しなければならない。

- (1) データ収集が比較的容易であること
- (2) 代表性が高いこと
- (3) 標準的な成績が目安として併せて提示されること
- (4) 改善への努力が反映されやすいこと

2. 標準的な診断・治療の指針の開発

標準的な診断方法やその判断、標準的な治療方法やその成績を、診療指針として開発し、会員に提供する必要がある。全日病はその開発を関係機関とともに行うべきである。特に診療指針の開発にあたっては以下について留意しなければならない。

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

3. 会員病院の診断・治療の標準化の支援

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

全日病はパス法を導入している会員病院などと協力して、パス法導入の指針を開発し、会員に提供する必要がある。特に指針の開発にあたっては以下について留意しなければならない。

- (1) 代表的、重要な疾患の事例を網羅すること
- (2) 各病院が自院に容易に適応することができるような手法や道具（ツール）を開発すること
- (3) 関係する全ての職種が参画して開発すること
- (4) 並行して患者にも理解できるようなパスを開発すること

4. 第三者機関による機能評価

(財)日本医療機能評価機構（以下、「機構」という。）が行う審査認定は、これまでこの種の活動がなされていなかった日本では大きな進歩であるが、その審査内容は未だ不十分である。従って、全日病は病院団体として、病院機能評価の評価方法、評価内容の改定に関する提言をするべきである。

全日病は、会員に機構の活動状況について情報を適宜提供するとともに、機構の行う審査認定が医療の結果や実際の医療サービスの提供状況を反映した質の高いものであるよう、専門家の育成など今後も引き続き協力する必要がある。米国 JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) の活動状況や医療界以外の審査機関による審査方法や内容は今後の方向を検討する上で参考になる。

5. 患者満足度、職員満足度の評価

患者満足度、職員満足度の向上には、質の高い医療の提供、職場環境の整備だけでなく、情報の不断の提供、教育が不可欠である。質の高い医療提供体制の確立には患者および職員が不可欠の構成員であるとの認識のもとに、その満足度は常に留意されるべきである。

6. 医療情報の開示

(1) 医療における不信

医療に対する不信は国民や患者にとっては勿論のこと、医療従事者にとっても、看過できない問題である。不信の原因は医療を提供する側が医療を受ける側に分かるように、説明してこなかったことも一因である。お互いに理解し合うことの重要性を認識できなかったのである。医療従事者の意識が、急激な社会の変革に付いていけないのが実状である。

(2) 診療情報の提供への対応が必須

患者の権利として、知る権利、選択権、自己決定権、その中でも診療情報の開示が強く求められ、法制化が議論されている。専門職は自律・自立した組織であるべきであり、法制化に任せる必要はない。病院は専門職種が組織的医療を行う機関であり、全日病は自律・自立した組織として率先して、関係団体と協調しつつ、診療情報の提供を推進する必要がある。また、各病院が指針を参考にして検討することが必要である。

日本医師会が平成12年1月1日から、原則的に患者本人へ診療情報を全面開示するとした「診療情報の提供に関する指針」を実施するとしたことの意義は極めて大きい。各医療機関内の意思の疎通、統一が出来ていないと、患者の医療不信を増長し、患者からの苦情処理など混乱が予想される。各医療機関は即刻、組織的な対応をする必要がある。今後、診療録開示のあり方が、患者による医療機関の選別の大きな要素となる可能性がある。

(3) 会員病院の対応

会員病院には以下の対応が期待されている。

- 1) 診療情報の提供を確実にを行うことを組織として確認し、そのための職員の教育研修を実施する。
- 2) 当面は退院要約書でも代替できるが、全面開示が原則であり、開示を想定した診療記録等の記載様式、内容を至急整備する。医師のみならず、看護婦、薬剤師等の記録も診療記録には含まれることに留意する。
- 3) 病院として診療情報を提供することを、掲示等を用いて、患者に広報する。
- 4) 苦情受付窓口の存在を周知・広報する。
- 5) 診療情報の提供は、訴訟対策ではなく、患者との信頼関係の構築であることに留意する。

7. 医療の質向上活動の仕組みづくり

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

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

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

業務改善が現場の努力だけでは困難であり、組織を挙げての改善活動（TQC：Total Quality Control、TQM：Total Quality Management等）が期待されている。組織としての総合的な質の管理である。総合的とは、全部という意味ではなく、各部署・各業務・各状況・関係者が連携して統合するという意味である。

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

8. データベース、情報システムの構築

（1）情報システムの構築

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

変革の時代には、適時、的確に情報を選択、収集、分析、判断、決断し、自組織の状況に最適の行動をとることが必須である。しかし、氾濫する情報の海に溺れることなく、情報を有効に活用することは簡単ではない。情報の氾濫とは、情報量の多さだけでなく、情報（信号）に多くの雑音（ノイズ）が混入していることである。これらに対応するため

に必要なものがデータベースであり、情報システムである。

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

(2) 情報とデータ

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

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

データは、系統的に記録され、集積されなければ利用できない。集積し、利用するためには、データの内容や様式が統一される必要があり、用語等は一義的でなければならない。そのためにはICDによる病名や処置・手術名の統一が第一に行われるべきであり、ICDを基本としたDRG (Diagnosis Related Group) は、支払い方式に関係なく、医療機関の経営指標に関する共通言語として有用である。

(3) 病院における情報活用の仕組み

必ずしも病院単独で専門部門を設ける必要はないが、情報収集と活用の仕組みは必要である。

システム構築、感染管理、廃棄物管理、医療の質向上活動等や非定型業務は、部署別・職種別の枠組みではなく、組織横断的なプロジェクト組織を設置することが必要である。職員への情報の収集・活用の為の教育・啓蒙活動を行うと共に、医療情報管理室などを設置し、医療情報の整備と有効活用の検討をすべきであり、医事・会計・人事情報だけではなく、医療情報として包括的な管理が必要である。

(4) データベースと情報の活用

情報化社会では、情報機器の進歩により大量のデータを高速かつ広範囲に、同時に伝達することが可能となり、時間、空間的制限がなくなった。情報システムの中では、従来は、

ハードウェアが重視されたが、最近では費用対効果（経済性）の問題も急速に改善され、極めて安価に情報システムを構築できるようになり、ソフトウェアの価値が重視されるようになり、現在はデータにこそ価値があると認識されている。

データや情報は活用してこそ意義があるがその活用の基盤としてデータベースがある。データベースとは、系統的に整理・管理された情報の集積であり、特にコンピュータで、様々な情報検索に高速に対応できるように大量のデータを統一的に管理したファイル、またそのファイルを管理するシステムをいう。従来は、データや情報の定型的な抽出で十分であったが、多様かつ変革の時代では、非定型的すなわち、柔軟に抽出できなければならない。データを関連づけて蓄積する、リレーショナル・データベース（RDB）といわれる方式である。

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

（５）シンクタンクの必要性

単純なデータや情報だけでは、分析や判断が十分出来ないため、体系的に情報を収集し、分析、判断をする仕組み、すなわちシンクタンクが必要である。シンクタンクとは、複合的な技術やシステム開発を対象とし、政策や企業戦略の策定を行う頭脳集団である。「シンクタンク年報 1998」では平成 11 年現在 230 機関があり、福祉・医療分野、環境問題についての研究割合が増加している。最大のシンクタンクとしては官僚機構があるが、医療については日医総研が設置されたものの、専任の研究者数や資金など資源の投入が不十分であり、今後の拡充が期待される。

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、認知されるためには、独自の情報収集、分析、判断、決断、政策策定能力がなければならない。職能団体ではなく、組織医療の担い手としての病院団体は独自のデータベースを構築し、シンクタンクを設立すべきである。近年、データベースの重要性が認識され始めたが、残念ながら、資金的問題もあり、シンクタンクの重要性までは認識されていない。病院団体が関係団体と協力してシンクタンクを創設することも選択肢の一つである。

医療の現場では、E B M（Evidence-Based Medicine）が提唱されているが、医療経営においても、E B M（Evidence-Based Management）が求められている。会員病院を対象とした全日病のデータに基づく、独自の分析による政策提言が必須である。

第12章 医療保険制度

1. 医療保険制度の歩み

医療保険制度は昭和2年の健康保険法全面施行（本人10割、家族5割給付）にはじまった。当初は人頭請負点数払い制度方式であり、昭和18年には職員健康保険法が統合一本化され、出来高払い方式となり、現物給付、定額自己負担となった。昭和23年に社会保険診療基金法が成立し、昭和36年には国民皆保険が達成された（国保・被保険者5割給付）。昭和43年には国保・世帯員7割給付となり、逆に健保・本人自己負担額は年々引き上げられていった。昭和58年に老人保健法が施行され老人医療費について定額の自己負担が導入され、翌昭和59年には健保・本人の1割自己負担、退職者医療制度が導入された。その後、平成5年に特定機能病院、療養型病床群の制度化、平成9年に健保・本人2割自己負担の導入などが行われている。

このように日本の医療保険制度は、自己負担については定額自己負担と定率自己負担の改訂が繰り返し行われており、一方、医療機関に対する支払い方式としては昭和18年から基本的には出来高払い方式が用いられている。

2. 現在の医療保険制度

現在の医療保険制度の特徴は以下のようにまとめられる。

- (1) 国民皆保険：保険料の納入を義務とする国民皆保険制度がとられている。
- (2) 被用者保険：給付率は本人8割、家族入院8割・外来7割で、政府管掌健康保険、組合保険、船員保険、共済保険等がある。
- (3) 国民健康保険：給付率は原則として7割で、退職者医療制度では被用者保険と同率である。
- (4) 老人保健：被用者保険、国民健康保険が財源を拠出して運営される。外来・入院とも1日定額負担である。
- (5) 現物給付：医療サービスは医療機関において現物で給付される。
- (6) 自己負担：患者は費用の一部を医療機関窓口で支払う。
- (7) 審査支払基金：医療機関は自己負担を除いた金額を審査支払基金に請求する。審査支払基金は審査の上で、保険者に費用を請求し、医療機関に支払う。

(8) 医療サービスの法定：医療保険により提供する医療サービスの範囲は健康保険法等の法律で定められている。

(9) 全国一律の診療報酬体系：医療サービスの価格は全国均一で診療報酬体系により定められている。

3. 医療費の動向

医療費の動向を表12-1に示す。老人保健への拠出金支払いが主な原因となって、各保険組合の赤字が増大している。

表12-1 医療費の動向

	国民医療費	老人医療費	対国民所得
昭和60年	16.0兆円	25.9%	6.2%
平成9年	29.2兆円	36.3%	7.5%

4. 現在の医療保険制度の問題点

日本では昭和36年以来国民皆保険制度が確立され、医療に対する受診の自由が保証されてきた。しかしながら、40年経過した現在では医療保険制度の種々の問題点も指摘されている。すなわち、

- (1) 出来高払いに基づく診療報酬体系
- (2) 診療報酬が必ずしも真の費用を反映していないこと
- (3) 診療報酬請求書の審査が形骸化しており十分に機能していないこと
- (4) 保険者と被保険者の関係が一義的に定まり、競争原理が機能していないこと
- (5) 保険者の自由度が乏しいこと、運営努力が行われないこと
- (6) 給付内容が価値観の多様化に対応せず、選択肢が少ないこと

これらは一定水準の保険給付を低価格で国民に提供するためには有効に機能したが、現在では見直しを検討すべきと考えられる。

5. 医療保険制度の将来構想

今後の医療保険制度を検討する上では、医療情報の開示の下、一定の競争原理の導入は不可欠である。競争原理の導入は、具体的には被保険者の疾病リスクに応じた保険料負担、付加的給付に対する追加保険料の負担、患者・保険者にとっての選択肢の拡大等を意味する。競争原理の導入は、

- (1) 医療機関においては医療の質向上と効率性追求への努力
- (2) 保険者には医療機関についての情報の収集と医療機関の選別、被保険者の健康増進等の保健活動強化による健康指標の改善と医療費の削減、更には保険者間での競争
- (3) 被保険者では、公開された医療情報に基づく医療機関および保険者選択の範囲の拡大と、自己の疾病リスクと付加的給付に基づく保険料負担

をもたらすことが期待される。しかしながら、医療においては情報の非対称等自由な市場がそもそも想定されない状況があることも考慮し、疾病リスクが高く保険料負担能力が低い弱者の保護、被保険者における最低限の医療給付の確保との整合性を図ることに留意すべきである。特に、前者として老人医療保険制度の確立および介護保険制度との整合性の確保、後者として被保険者における一定割合以上の給付の保障に配慮される必要がある。このような配慮をおこなった上で、表12-2に示すような諸点について検討されることが望ましい。

表 1 2 - 2 医療保険の将来構想

	現在	検討の方向
医療情報	非公開・整備されていない	原則として開示
医療給付の質の保証	保険医療機関という資格による	医療の質についての指標による
保険料	収入に比例	疾病リスク、給付の内容により決定
保険者・被保険者の関係	一義的	一定範囲での選択も可能
保険者・医療機関の関係	特定の関係なし	患者誘導を前提とした契約も可能
診療報酬	出来高払い・一部定額 真の費用に基づかない	DRG・医療密度を基に算定
審査	特定の機関へ委託 審査の基準が不明瞭	審査支払い機関に新規参入を認める明確な基準による審査

注意) 表に示す検討の方向は、あくまで論点について示すものであり、現在の全日病の方向を必ずしも示すものではない。

第13章 診療報酬体系

1. 診療報酬体系のあり方

診療報酬体系は、医療機関の機能分化を誘導する上で極めて重要であり、ある意味では医療機関のあり方を規定する。今後の診療報酬体系は、

- (1) 急性期、慢性期病院の分化を促進する
- (2) 外来機能では初期診療が確保される
- (3) 疾病別の特性を十分加味したものである
- (4) 患者の重症度、要介護度が反映されたものである
- (5) 医療の質を高めることに寄与する
- (6) 事務処理が比較的容易である
- (7) 新しい技術の評価が毎年行われる

ようなものでなければならない。

2. 導入されるべき診療報酬体系

今後導入されるべき診療報酬体系は以下の通りである。

(1) 外来

- 1) 急性疾患診療： 出来高
- 2) 慢性疾患診療： 1月あたり定額制
- 3) 専門診療： 出来高
- 4) 救急診療： 出来高

(2) 入院

- 1) 短期療養、2次救急： DRGを用いた支払方式
- 2) 3次救急： DRGを用いた支払方式
- 3) 長期療養： 医療密度を加味した1日当り定額制
- 4) 専門医療、高度先進医療： DRGを用いた支払方式

なお、DRGを用いた支払方式には、米国で採用されているDRG/PPSの他にも種々の方式があり、細部については今後データの収集を含めて検討する必要がある。

3. DRG・DRG/PPSの概要と導入への課題及び対策

(1) DRGの概要

DRGとは、ICD（国際疾病分類）を医療資源の必要な度合に応じて500程度の診断名／手術名に再分類したものであり、病院運営管理の道具としてアメリカで開発された。各DRG項目（グループ）に対してあらかじめ決められた一定金額を診療報酬として支払うPPS（Prospective Payment System）を併せて用いる場合にDRG/PPSといい、我が国においても導入が検討されている。DRG本来の目的は、産業界における生産性向上の考えを、医療界でも行うための手法を開発することにあった。一定の疾病群ごとに人材・薬剤・医療材料・入院日数・費用等のデータを収集し分析することにより、院内外・国別などの比較をすることで各医療機関の無駄をみつけ、改善点を明らかにし、生産性を上げるための管理に利用するものである。実際には図13-1のように基本診断名、手術、合併症・併発症、年齢、転帰等を利用してDRG項目が決められる。

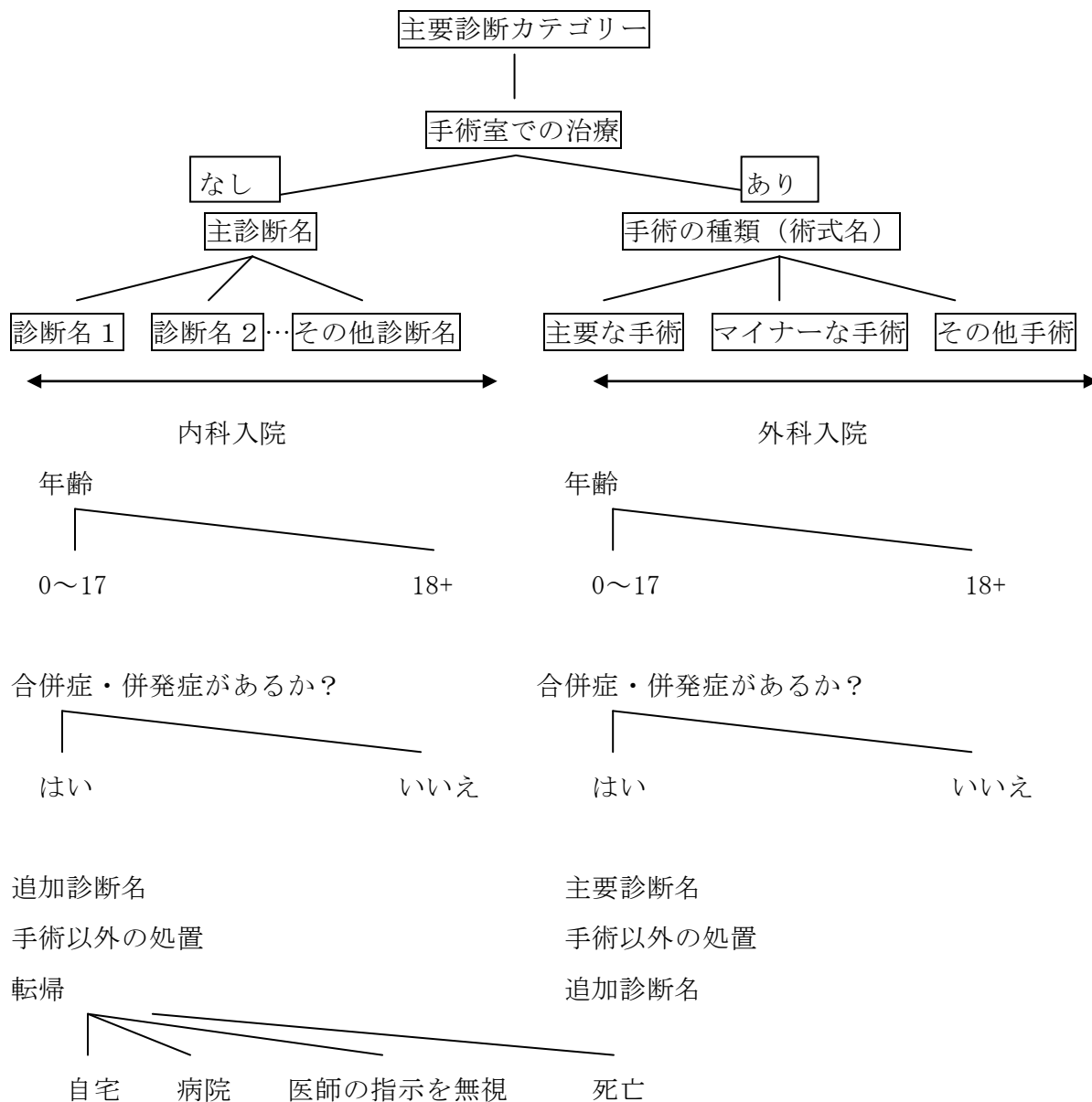
(2) DRG/PPSの概要

DRG/PPSは米国において開発され、各国で導入され、あるいは導入が検討されている。現在、米国では急性期（24時間集中治療を必要とする期間をいう）医療において用いられている。DRG/PPSの問題点としては、

- 1) DRG項目は医療資源の必要度に応じて決められているが、患者の重症度の反映が不十分で、実際のケアの適切度の評価がない
- 2) 患者が多く病態を持つ場合に不相当
- 3) これのみでは医療の質の管理には必ずしも役立たない

ことが指摘されている。

図 1 3 - 1 主要診断カテゴリーの中でのDRG分類



(3) DRG/PPS導入の影響

先に述べたように、DRGはPPSの考え方が加わって始めて「診断群別包括支払い方式」(DRG/PPS)となる。DRG/PPSは各々のDRG項目に対してあらかじめ決められた金額が支払われる診療報酬体系であり、米国において1983年にメディケア、メディケイドの支払い方式に導入され、現在ではマネージドケアにおける標準的な診療報酬体系に利用されている。

DRG/PPSはフランス、ドイツ、オランダ、スペイン、ポルトガル、アイルランド、ベルギー、スウェーデン、ノルウェーなどのヨーロッパ諸国やオーストラリア、ニュージーランド、カナダなどで診療報酬体系や医療の質の評価、医療資源の利用状況の評価等に利用されているほか、韓国、台湾、シンガポールなどアジア諸国でも導入が検討されている。

米国におけるDRG/PPSの実際の支払い方法は以下の通りである。

$$\begin{aligned} \text{支払金額} &= [\text{連邦標準価格(人件費分)} \times \text{地域賃金係数} \\ &\quad + \text{連邦標準価格(非人件費分)}] \times \text{DRG係数} \\ &\quad + \text{付加的支払額(教育費用など)} \\ &= \text{地域差を考慮したベースレート} \times \text{DRG係数} \\ &\quad + \text{付加的支払額(教育費用など)} \end{aligned}$$

米国でDRG/PPSを導入した結果、以下の影響が生じたことが指摘されている。

- 1) 医療費の伸び率の鈍化
- 2) 無保険者の減少
- 3) 平均在院日数の短縮
- 4) 病院数、病床数、病床利用率の減少
- 5) 入院患者の重症度の増大
- 6) ナーシングホーム (skilled care facility) への転院、在宅ケア、外来比率、日帰り手術、ICU・CCU利用率の増加。亜急性期病棟・病院の出現。
- 7) 退院後6週間以内の死亡率は変化なし
- 8) 再入院率の微増
- 9) 病院毎の治療水準の明確化が求められた結果、治療方法の標準化の促進
- 10) 医療訴訟の減少

総体として、医療サービスの標準化の進行と、マーケティング発想中心から経費管理中心の管理手法に大きく変革した。

(4) 日本におけるDRGを用いた支払方式導入の課題と対策

日本にDRGを用いた支払方式を導入する場合の必要条件は以下の通りである。

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

いずれも日本においては一部でしか試みられていない事項であり、これらの条件を満たすには「今こそ日本の医療全体を見直す為に大きな改革を行うという強い信念とその実施」が要求される。各々の条件に対する問題点と対策を挙げて全日病としての考え方を示す。

1) ICDの普及

現在の診療録管理における病名付けは、多くの病院が診療報酬請求にあわせた形で行っているため、疾病調査や他施設との比較がほとんど不可能である。ICDは、死因統計を国際比較するためにWHOにより開発されたもので、現在は、統一された疾病・処置分類として世界各国で採用されている。現在、疾病コードとしてICD-10が出されたが、処置コードであるICD-10CMは開発中である。随時日本語版への翻訳を行いながらこの普及に努めるべきである。

ICDの導入・普及にはコーダーの養成が不可欠であるが、現在、全日病独自で行っている講習会を他団体や学会等にも呼びかけて継続的かつ広範に行う必要がある。

2) 原価の調査

米国ではDRGを開発するにあたって、1400万症例のデータを用いて現在の基本となる分類が作成され、ほぼ毎年改訂が行われている。日本でもこれまで医療経済研究機構の17病院12万症例の調査、厚生省の国立病院約3万症例の調査、経済企画庁が最終のまとめに入っている調査があるが、データ不足は否めない。

昨年より全日病のDRG委員会が行っている代表的疾病に限定したprospectiveな診療

行為毎の在院日数と診療報酬請求額の調査の結果や厚生省による日本版診断群別定額払い試行の国立病院・社会保険病院のデータ、これに合わせた日本病院会のデータなども比較検討しながら、更に大規模な調査を行う必要がある。日本脳神経外科学会が行った在院日数と医療費に関するデータではわずか3ヶ月間の退院症例の集計にもかかわらず約9000症例の有効回答があった。これらの実績から、今後は、学会が主体となって、データ収集する大規模調査が有用と考える。

3) ドクターフィー（医師技術料）の明確化

現行の診療報酬において、ドクターフィー（医師技術料）と考えられるものは初診・再診料、指導料、材料費を除いた手術料・麻酔料などであり、ドクターフィーが明確にされていない。ドクターフィーの考え方、明確化は医師の勤務体系と密接に関係するため併せて検討される必要がある。

今後の医療提供体制を考える時、諸外国にみられる一般医・専門医制の導入は、医師の職務をより一層明らかにするよい方法であり、検討すべき課題である。また有床診療所の中で療養型病床を除き急性期治療を行う病床は、医療法の規定通り48時間以内に入院治療が終了する患者に使用を限定し、手術等も含め48時間を越えて治療を行おうとする診療所では病院に準じた施設基準を適応すべきである。このように病院、48時間以上にわたる急性期病床の提供を行う診療所については同一の基準でドクターフィーを設けることにより、急性期医療の診療報酬体系およびドクターフィーの範囲と考え方が明確となる。また米国やオーストラリアの制度とも整合性が図れるため、これらの国の料金設定を参考にすることが可能となる。

4) 治療の標準と価格の決定

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ことは困難であるとの主張がなされてきた。しかしながら、質の高い医療、技術、教育制度を持った現在の日本において、試験的な最先端医療を除きほとんどの疾病に治療の標準を定めることは可能であり、これに対する一定の料金設定も可能である。このような医療の標準化は、治療結果と費用についての不確定性を減少させ、患者にとっても納得のできる効率的な医療提供を促進する。各学会がまとめ役になり、臨床に携わっている医師を中心に、治療の標準を確立する組織を設けるべきである。確立された標準は、その有効性、費用について定期的に検討される必要があり、これに基づいた適切な診療報酬の設定が可能となる。

5) 「医療の質の評価」の仕組みの確立

DRG/PPSに代表される定額制導入では粗診粗療が問題となる。DRG/PPSの適正な導入の為には何らかの形で医療の質を担保する方策を講ずる必要がある。かつて老人病院の定額制導入により、薬剤使用と検査の減少がもたらされたが、重症患者の敬遠もみられるようになった。無用な治療が減少したことは評価されるが、本来治療・介護をすべき重症患者を敬遠するような診療報酬体系は、医療のあり方として望ましいものではない。この意味で平成12年4月から実施される介護保険において要介護度別の料金体系が提示されたことは画期的なことであるが、ここでも第三者評価による質の評価の仕組みについての議論は無い。(財)日本医療機能評価機構は、第三者による医療機関の審査認定機関として活動を行っているが、現状では医療サービスを提供する構造、過程に関する評価が中心であり、訪問審査期間も1日と短く、診療録の記載内容、重度介護の状況、治療成績、経営内容などについての評価も不十分である。米国においては、第三者機関による審査認定が公的保険適用の条件とされており、医療関係者および一般市民から高い信頼を得ている。日本においても審査認定の内容の充実、これに従事する専門家の育成が急務であり、情報公開の一環としてこれらの評価結果を国民に積極的に知らせる必要もあろう。

6) 医療提供体制の再構築

病院の機能分化にあわせ必要病床数の見直しも議論されている。米国ではDRG/PPS導入後、費用管理の徹底が極端な在院日数の短縮を招き、必要な医療が終結しないまま患者を外来やナーシングホームへ転院させる弊害がみられた。その結果として「亜急性期」病棟・病院が出現し、連邦政府や保険会社もこれを認める傾向にあり、平均在院日数25日程度を期限とした亜急性期医療に対する包括制診療報酬体系も確立しようとしている。

また、DRG/PPS導入により病床利用率の低下、病床数の減少を招いたが、この影響は小規模病院に大きく、主にこれらの病院が提供してきた初期診療に大きな打撃をもたらした。日本においては、前述の診療所機能の再確認とともに、日本の初期診療の中心的な役割を担ってきた中小規模病院や地方の病院の役割に十分留意した地域特性も加味した機能分化を求めるべきである。

(5) 各病院の行うべき対策のまとめ

DRG/PPSは急性期医療に適用される仕組みである。急性期型病院として存続の必要条件と急性期型病院が今後行うべき対策は以下の通りである。

1) 自院の患者層（ケースミックス）の把握

入院診療録をもとに、自院の入院患者の主たる入院の理由（principal diagnosis）、在院日数、入院医療費を集計する。近い将来、急性期病棟の在院日数の基準は14日*となりうる。



在院日数 28 日以内の症例の全体に占める割合
在院日数 21 日以内の症例の全体に占める割合
在院日数 14 日以内の症例の全体に占める割合

※ 最新の病院統計による一般病床全体としての平均在院日数も既に 31.5 日と短縮しており（平成 10 年）、当然、急性期病床のみでは平均在院日数はより短くなるはずである。加えて、全日病が外科系会員病院に行ったアンケートでは、整形外科や脳外科を除くと急性期の概念は、ほぼ 2 週間であるとの解答が得られており、この点も踏まえると将来の在院日数の基準が 14 日となりうることを想定したものである。

- ① 病院全体として平均在院日数 28 日が達成可能の場合は看護体制 2 : 1 対応（急性期病棟の条件となる）で疾病の種類から見て経営的に成り立つかどうかの検証
→ ケアミックス型病院とするかどうかの最低の条件
- ② 平均在院日数 14 日を達成できる場合は、看護体制 2 : 1 以上（看護体制 1 : 1 導入も検討されている）が達成できるか、更には全症例について在院日数が 28 日以内で対応出来るかどうかの検討（DRG/PPSは疾病毎に在院日数の基準が設けられるが、外国の例では基準が 30 日を超える疾病はない）
→ 満たしている場合は将来確実に急性期病院として存続可能
- ③ ケアミックスを選択する場合、病棟単位で対応が可能かどうか（今のところ確定的なのは病棟単位）を確認する、即ち平均在院日数 28 日以内の病棟と、慢性期病棟

(この場合療養型病床群への転換が必要) で人材の再構成をはかり、経営が成り立つかどうかを検討する

→ ケアミックス型病院か、すべて慢性期病棟かの選択の条件：一定期間（6ヶ月位）で自院の全入院患者のケースミックス（疾患名、重症度、在院期間、医療費）を集計し、急性期・慢性期病棟別へ割り振ったと仮定し、経営可能かどうかを検討する

ただし、亜急性期の規準が平均在院日数 45 日、60 日となれば必然的に、入院患者数・病床利用率などに余裕はでるが診療報酬上の逡減もおこるので厳しい条件の達成を目指す必要がある。米国では亜急性期も含め在院日数 25 日を急性期と考える方向にある。

2) 自院の施設基準充足

標準人員のうち医師数 10 割・看護婦数（2：1 以上）を満たすかが急性期病院の鍵となる。現在の病院外来数に対する医師数算定方式の変更がなければ、必要に応じ診療所という形での外来部門切り離しも考慮する。

3) 費用の徹底管理

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

① 費用管理の第一段階（出来高払いからの脱却、発想の転換）

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

- 人件費 → 組織活性化をはかり、組織の意思疎通を円滑にして効率化する。人件費は時間に換算して管理することが可能であり、実を結ばない会議等は費用管理の面からは不適當と思われる。人員整理は速効性があり、短期的には有効だが、長期的には企業衰退につながるので注意を要する。
- 検査費 → (臨床検査、放射線検査) 個々の検査の費用を把握し、必要かつ最小限の検査のみ行う。
- 薬剤費 → 在庫管理を徹底する。薬品使用は必要最小限にし、ジェネリックの使用も検討する。
- 診療材料費 → 必要最小限の使用と在庫管理を徹底する (SPD の導入等をすすめる)。
- 給食費 → 材料費を削って質を下げることはできない。そのためには在院日数の短縮によって削減する。
- 管理運営費 → 経営の効率化、職員教育、人材の育成が必要である。

などが考えられる。今日の出来高払いのもとで、検査や、薬剤の投与を減らすことは減収につながる事となるため、いつの時点で実行するかは経営判断を要するが、DRG/PPSが実行されてから、突然検査や投薬等を少なくするようなことを行うと経営に整合性がとれなくなり、内外から批判されることになる。少なくとも今後、さらに診療単価を意図的に上昇させるような行為は長期的視野に立つと危険であるので慎むべきである。診療報酬定額化を見据えた経営を行うのであれば、出来高払いからの脱却をはかる意識改革の必要があると思われる。

② 費用管理の第二段階

部門別、診療科別、病棟別などのリアルタイムな経営管理データはもちろんのこと、一人の患者にかかった費用を正確に計算し、把握することが必要である。

薬品、診療材料などの在庫、発注の迅速かつ正確な情報も必要であり、コンピュータによる管理システムを早急に構築するべきである。また、在院日数短縮の疎外要因の75%は部門間の意思疎通の悪さによって引き起こされると言われており、意思疎通を改善させることを主眼としたコンピューターシステムの開発が必要である。これは現在使われているレセプト作成のためのオーダーリングシステムとは発想が異なるものが要求される。出来るだけ安価で効率の良いものが求められるが、このためには、それぞれの医療機関の業務の流れを熟知しているシステムエンジニアがプログラムを組む必要があり、開発に当たっては関係部署の意見交換が重要で、開発の過程で院内の意思疎通を図ることができる。大型

コンピューターメーカーでは個別の医療機関ごとにプログラムを作成することは費用がかかりすぎて開発不能であろう。したがって、自院で作成するか、小回りのきくソフトウェアハウスとの連携が必要となってくる。

③ 費用管理の第三段階

I C Dに基づいた疾患別に費用計算と在院日数を検討することから、医療の質の検討が可能となる。最も費用が低く、在院日数の短い治療法が質の高い効率的な治療法ということもできる。さらに院内での医師ごとの比較、他医療機関との比較も可能となる。このデータをもとに自院に於けるクリティカルパス(critical path)を作成し、利用することでさらなる費用削減を行うことが効率化の最終点である。厳密なるクリティカルパスを作成するためにはI C Dに基づいた診断名を基礎として、パスを作成する疾患の平均在院日数、平均費用、診療経過の集積が必要であり、この基礎データ無しで作成されたパスは費用管理にはあまり役立たないであろう。パス作成のために参加した人員と時間を人件費として考えるならば、費用に見合うだけの経済効果がなければならない。

以下、各項目毎に具体的な方策を列記する。

a. 自院の主要疾病に対する治療の標準化

医師、看護部門、コメディカル、事務管理部門を含めたチーム医療でクリティカルパス（治療計画表）を作成することが必要である。

患者への説明（インフォームドコンセント）や医師・看護等記録にパスを利用する事ができる。

b. 記録を中心とした書類の整備

医師・看護記録を中心に重複する治療計画・記録を整理する。

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

→ クリティカルパス作成、診療録の作成と管理方法の確立

c. 自院の各疾病治療に関わる費用の算出

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

d. 職員の教育

患者を中心とした組織横断的医療の徹底化、費用に対する考え方の指導

e. ケースマネージャーの養成

各病棟において計画通り治療が行われているか、無意味な検査・不必要な検査がないかどうか、感染症対策が十分かどうかなどクリティカルパスへの適応、費用の管理を定期的に評価するケースマネージャーの教育。

第14章 将来の医療提供体制

今後想定される医療サービスの需要と対応する医療機関は以下の通りである。

1. 外来医療

- 1) 急性疾患診療 : 診療所、急性期病院
- 2) 慢性疾患診療 : 診療所、急性期病院
- 3) 専門診療 : 急性期病院、特定機能病院、地域医療支援病院、
専門病院
- 4) 救急診療 : 急性期病院

2. 入院医療

- 1) 急性期医療、2次救急 : 急性期病院
- 2) 3次救急 : 救命救急センター
- 3) 慢性期医療 : 慢性期病院
- 4) 専門医療、高度先進医療 : 特定機能病院、専門病院

それぞれの要件等については第5, 6, 7, 9章に、またネットワークについては第4章を参照。

第15章 医療制度改革への提言

介護保険導入、DRG/PPSの導入は、これまで頻回に行われた制度改革とは異なり、組織としての全日病の基本原理の変革、会員の意識改革を要求するものであり、これに対応できなければ、われわれは今後も継続して質の高い医療を提供することができず、患者や国民の信頼を得ることができなくなり、存在価値を認められなくなるおそれがある。

これまでの議論を踏まえ、病院のあり方委員会は全日病および会員に対して以下の提言を行う。

1. 医療及び医療提供の理念の確立

全日病および医療機関は組織として目指すべき方向すなわち理念を制定し、明示することが必要である。理念を達成するための行動基準を組織の規模や理念に応じて柔軟に策定する事が重要である。

2. 医療提供体制についての検討組織の設置

旧版での議論は介護保険導入に対応した時限のプロジェクト委員会として行われた。議論の経過で明らかにされたのは、将来の医療提供体制について体系的な議論がこれまでほとんどなされていないことであった。医療提供体制に関わる基本的事項を検討する組織を設け、その検討内容は会員および国民に開示される必要がある。会員は、この検討内容に基づき、自らの責任において経営判断を行うことが可能となる。特に、介護保険導入に伴い、関連する医療機関、介護保険施設の各種別の機能、要件、病床数、診療報酬／介護報酬の支払方法、価格は優先的に検討される必要がある。

3. 医療の質向上の仕組み作り

質の高い医療を提供するために、医療の質を評価する手法を開発し、診断と治療の標準的な指針や基準を開発することが急務である。また、会員病院が医療の質向上活動をするための仕組み作り等の支援が必要である。変革に対応するための道具としての、情報システムの構築、データベースの構築が必要である。

4. 適切な診療報酬体系の構築

第13章で示した診療報酬体系の構築を前提として、合理的な価格設定が可能なように費用などの調査を行うべきである。

5. 指定介護療養型医療施設の医療機能の活用

指定介護療養型医療施設の有する医療機能を活用した急性増悪や終末期医療への対応が考慮されるべきである。また、指定介護療養型医療施設の病床数は利用状況などを参考に定期的（おおむね3年毎に）見直しが行われるべきである。

6. 医療機能の分化の推進と機能に応じた基準の設定

急性期病院、慢性期病院の分化を図るとともに、従来、不明瞭であった病院と診療所の外来機能の分化を併せてはかるべきである。同じ医療機能を果たす部門に対しては、原則として同一の施設・人員基準を適応すべきであり、病院の外来部門と診療所、病院の入院部門と診療所の病床については整合性をはかるべきである。

7. 資金調達環境の整備

医療は雇用吸収あるいは建設・設備需要等の産業関連においても極めて大きく、重要な分野である。しかし、医療は、構造的に収益率が低く抑えられており、また、制度面からも資金調達の方法が限られている。

医療分野を重要なサービス産業と位置付け、投資を促進するための環境整備を行うべきである。公的資金、病院債等の資金調達の方策を検討するとともに、これまで投資の疎外要因であった頻回の施設基準の変更は避ける必要がある。特に、今後重要な施設形態となることが予測されるケアミックスについては、長期投資を促進する観点から最低20年間の制度堅持が確約される必要がある。

おわりに

本報告書は、医療制度改革・医療保険制度改革が進む中、介護保険導入を目前に控えた現在を、医療改革の好機と認識し、会員に対し意識改革と自らの責任による経営判断を支援する目的で作成した。すなわち、全日病のあり方を検討したものである。そのために、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示した。

本報告書は、医療は患者（国民）と医療人が協力して基盤整備をし、相互の信頼関係に基づいて、共同作業によって行われるものであるという認識に基づいている。医療従事者が達成感と誇りをもって医療を提供し、患者が安心して、信頼して受療できることが目的である。

今回は、前回行った提言をさらに進めた7つの提言を全日病および会員に対して行った。本報告書を基に今後さらに議論を進展させ、より具体的な提言を会員のみならず広く行政、関係団体にも行うのみならず、実行することが全日病の責務である。

(付表 入院医療の将来構想のモデル)

(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)
委員	安藤 高朗	(医療法人社団永生会永生病院理事長)
〃	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)
〃	猪口 雄二	(医療法人財団寿康会病院理事長)
〃	大橋 正實	(医療法人耳鼻咽喉科麻生病院理事長)
〃	加藤 隆正	(医療法人溪仁会理事長)
〃	木村 厚	(医療法人社団一成会木村病院理事長)
〃	平松 恵一	(医療法人社団まりも会平松整形外科病院理事長)
〃	松村 耕三	(財団法人磐城済世会松村総合病院理事長)
〃	宮城 敏夫	(医療法人仁愛会浦添総合病院理事長)
外部委員	長谷川 友紀	(東邦大学医学部公衆衛生学講師)
総括副会長	西澤 寛俊	(医療法人恵和会西岡病院理事長)

(委員会開催記録)

〔開催日〕	〔回数〕	〔主要議題〕
平成 11 年 5 月 11 日	第 1 回	今年度の委員会活動方針について
〃 6 月 2 日	第 2 回	医療提供体制の改革について
〃 7 月 23 日	第 3 回	当委員会関連 4 委員会の活動状況について
〃 8 月 27 日	第 4 回	会長からの諮問事項について
〃 9 月 24 日	第 5 回	「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」改訂版の作成について
〃 10 月 22 日	第 6 回	「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」改訂版の作成について
〃 11 月 26 日	第 7 回	病院のあり方委員会報告書の作成について
〃 12 月 24 日	第 8 回	病院のあり方委員会報告書案の検討
平成 12 年 1 月 15 日	第 9 回	病院のあり方委員会報告書案の検討