



全日病

21世紀の医療を考える全日病

ニュース

2008 1/1

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION No.678 2008/1/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

2008年1月1日・15日号合併号



「問題提起」●「地域一般病棟」と医療改革及び診療報酬改定/猪口副会長
新春特別座談会Ⅰ●医療改革と民間病院/厚労省医政局二川総務課長・西澤会長他
新春特別座談会Ⅱ●若手病院経営者の夢と理念/30、40歳代の会員5名・安藤副会長

年頭のご挨拶

社団法人 全日本病院協会 会長 西澤寛俊



明けましておめでとうございます。

昨年4月に佐々前会長の御退任に伴い、新執行部を立ち上げ、「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、効率の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」という全日病の理念を達成するために、各委員会活動を中心に活動を重ねてまいりました。同時に、各種研修事業、研究事業等も着実に成果を上げ、会員病院の質の向上に役立っているものと思います。

1998年より2年に1度発表しています「病院のあり方に関する報告書」2007年版も各方面の注目を集めておりますが、その中の提言についても、実現に向けて検討を進めており、本年度はいくつかの成果が出るものと期待しております。

しかしながら、現在日本の医療を見ますと、まさしく医療崩壊が進行していると言わざるを得ません。

その現象は、産科・小児科を中心とする救急医療の崩壊、医師・看護師不足、勤務医の疲弊、立ち去り等いろいろ言われておりますが、実態はもっと多くの原因が一気に吹き出し、連鎖反応をおこした結果と思われる。

しかし、その大きな要因は、近年の経済財政の視点優先で行われた医療費削減を前提とした医療改革である事は間違いありません。

私たちは、医療改革は目的志向で行うべきであると考えております。目的と目標を設定し、それらを達成するために、必要な経営資源を投入し、経過と結果を評価することが必要と訴えてきました。しかし、実際の議論は「医療費削

減ありき」で行われ、順序が逆であったと思います。

この医療崩壊を止めるためには、本年の診療報酬改定は引き上げが絶対条件です。この号が発行される時には改定率が決定していると思いますが、私達の期待通りの結果である事を願っております。

さて、診療報酬改定の方向性ですが、社会保障審議会医療保険部会、医療部会で示された基本方針・視点に加え、医療の質向上と医療提供側の経営基盤の安定の視点で行わなければならないと考えております。

昨年10月より中央社会保険医療協議会の委員に選任されましたが、上記の考えに基づき、国民・我々提供側共に納得できる改定内容となるよう頑張る所存でございます。

一方で、医療制度改革は着実に進行しております。都道府県の役割が明確になった上で、医療計画、地域ケア整備構想、医療費適正化等が進められており、後期高齢者医療制度も始まります。

又、新しく始まる特定健診・特定保健指導は、今後、会員病院の大きな事業となり得るものと考えております。

このような大きな改革が進む中、全日本病院協会では、支部活動強化の下、情報の収集、提供等を行い会員病院の経営支援を行っていく所存です。

会員皆様の一層の御支援をお願いすると共に、本年が皆様にとりまして輝かしい年となりますことを祈念して、新年のご挨拶といたします。

08年度診療報酬改定率 本体は0.38%増、全体は0.82%減!

08年度診療報酬本体の改定率が12月18日にプラス0.38%と決まり、8年ぶりの増額改定が実現した。ただし、薬価・材料価格の改定率は1990以降11期連続減

額の-1.2%となり、全体の改定率は4期連続減額の-0.82%となった。医科はプラス0.42%となった。マイナス改定によって約660億円の減額となる。

規制改革答申に「質に基づく支払い」「アウトカム情報公開」

規制改革会議は12月25日に第2次答申を決定した。答申内容は来年3月の「規制改革3ヵ年計画(改定)」に盛り込まれる。医療に関しては以下のとおり。

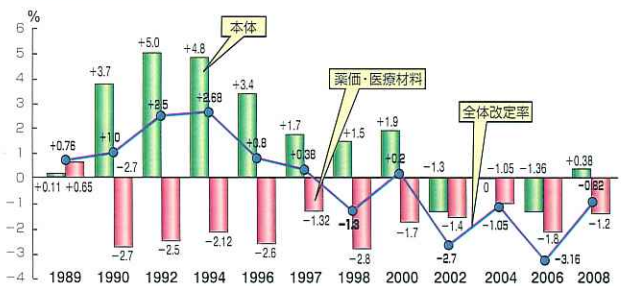
①個別医療技術ごとに実施医療機関の審査した上で、国内未承認の薬物・機

械器具を用いた先進的な医療技術に関する保険診療との併用をみとめる枠組みを創設。(2007年度措置)

②医師の事前の指示に基づく看護師による薬の投与量の調整、介護福祉士による施設内でのたんの吸引など、医師

全体改定率	-0.82%
本体	+0.38%
医科	+0.42%
歯科	+0.42%
調剤	+0.17%
薬価・材料	-1.2%
薬価	-1.1%
(薬価ベース)	-5.2%
材料	-0.1%

■診療報酬改定率の推移



*医療費ベース(本体内訳の改定率は各々の医療費ベース)

と看護師等の医療関係職との間での役割分担の見直しについて検討。(07年中一部措置、08年以降順次措置)
③「質に基づく支払い」の導入に向けて検討を開始。(08年度検討開始)

④可及的速やかに大規模医療機関におけるアウトカム情報の公開を義務化し、以降、段階的に対象医療機関の範囲を拡大。(07年度中に検討開始、08年度中に結論・一部措置、以降逐次拡大)

2008年 年頭所感

日本医師会長 唐澤祥人



新年明けましておめでとうございます。昨年は本会の事業運営に厚いご支援と深いご理解を賜り、衷心より感謝いたします。

今日、長年にわたる社会保障財政の支出削減策により、ことに地域医療では、小児医療、産科医療、救急医療体制などで、医療崩壊ともいえる状況が明白になりました。

OECDで22番目という対GDP比総医療費で維持されているわが国の医療は、その奇跡ともいえる成果がWHOや諸外国からも大きく評価されてきましたが、そこには、各医療機関や医師および医療専門職の献身的な努力があります。他方、病院勤務医は多大の負担を強いられ、疲弊しきっています。

この状況を打開する根本的対策が不十分であれば、地域医療は崩壊に至るでしょう。勤務医に対しては、救急・外来医療の軽減、勤務環境の改善、事務作業等の軽減など、緊急かつ抜本的な取り組みが必要です。

超高齢社会では、健康寿命の延伸とともに、要介護高齢者の介護と医療提供基盤の整備が求められています。そのためには地域医療の正確な把握が必要であり、その上で、医師・看護師など専門職の確保と必要な施設整備がされなければなりません。

わが国の医学・医療は、世界を先導するに値する水準を誇っています。そして、国民皆保険制度はわが国の公共財であるとともに、一人ひとりの国民にとって、安心、安全と信頼の社会システムの原点です。

社会保障制度の根幹である国民医療をより一層充実させることは、本会の社会的責務であります。そのための活動を展開していくためにも、皆様のさらなる協力をお願い申し上げます。

ここに改めて、本年が幸多き年でありますようご祈念申し上げ、年頭のご挨拶といたします。

参議院議員 西島英利



新年明けましておめでとうございます。

会員の皆様方におかれましては幸多き新春をお迎えのこととお慶び申し上げます。また、先生方には、平素より絶大なご支援をいただいておりますことに心より御礼申し上げます。

さて、昨年は、与野党のねじれた大混乱の再延長国会で、自由民主党国会対策副委員長の職に在る私は、衆参全体の国会運営を担当し、与野党の調整に昼夜なく奔走する毎日でした。

特に、肝炎対策については、与党肝炎対策に関するプロジェクトチームの委員として法案化にあたり、インターフェロン治療を必要とする肝炎患者全てが治療を受けられる機会を確保するため、治療の経済的負担の軽減策を創設し、無症候性キャリアについてはこれからの大きな課題として対策の中に加えしました。

また、予算編成に当たっては、医療財源の確保のため数々の議員グループの事務局として働き、医療現場の代弁者として多数の国会議員の声を結集し訴える活動を重ねましたが、特に、来年度診療報酬改定については、医療崩壊の危機から国民医療を守るための議員連盟を緊急に立ち上げて、自民党の全国会議員にご理解をいただくべく署名活動を行い、三百名近い自民党国会議員よりご署名いただきました。

本年も、医療提供者が安心して医療を提供でき、国民が安心して医療を受けることができる国づくりのため、国政の場において全力で取り組む決意でございますので、引き続きのご指導ご支援を何卒よろしくお願い申し上げます。

2008年 新年のご挨拶

全日本病院協会 副会長 手束昭胤



謹賀新年。今年は干支の出発である子の年であり、希望に満ちた、新しい年を迎えられたことと御慶び申し上げます。

昨年ほど国内でサプライズの頻発した年も珍しく、5千万件の年金記録不備、新潟中越沖地震、食品などの偽装、不祥事関係の辞任、参院選の自民党惨敗、安倍首相の電撃退陣、福田政権の発足、防衛省汚職、肉親間の殺害、国技の大相撲不祥事など、社会全体に不信感が充満し、世相を表す漢字に「偽」が選ばれました。

医療・介護の面では、人口の減少、超高齢化社会が進む中、制度の持続を図るとして、療養病床再編(長期療養施設の削減)をはじめ、新医療計画、第4期介護保険事業支援計画、地域ケア整備構想、医療費適正化計画、健康増進計画、特定健診・特定保健指導制度、後期高齢者医療制度等の策定が進められました。

今春の診療報酬改定も、相変わらず原資がないとの理由で、技術料など本体部分はプラスとなるものの、全体では、2002年以来4回連続のマイナス改定となるが見込まれています。

これでは医師・看護師不足、勤務医の過重労働、産科、小児科など特定の診療科の廃止、救急医療からの撤退など、医療・介護崩壊ひいては病院崩壊もまぬがれません。

このような医療費削減施策の下では、医療の質と安全や信頼を高める改革は程遠いもので、地域住民に誇りと自信を持って、医療・介護・福祉を提供することができません。

今年も、国民の理解と会員のご指導を得て、真に国民のための社会保障制度の充実に努めましょう。

全日本病院協会 副会長 安藤高朗



新年明けましておめでとうございます。今年も宜しく願い申し上げます。

今年は、診療報酬改定、転換老健などの介護報酬の一部改定、後期高齢者医療保険制度、特定健診・特定保健指導、地域ケア整備構想、医療計画等多くの重要なことが絡み合いながら決定され、実施されてゆく重要な年です。

本年の最も重要なことは、社会保障に対する国民の合意形成を醸成することではないでしょうか。

即ち、医療保険と介護保険の役割の明確化、においては、医療については税と保険料と自己負担の関係、混合診療、企業参入など、一つひとつ、その時代に合った合意形成をしていく必要があります。

このような時代だからこそ、質が高く、利用者側だけでなく、医療提供側も含めた満足度が高く、確実に持続できる事業体を作らなければなりません。そのために行政も我々もより精度の高いデータを出し合い、本音の議論を行うことが重要となります。

我々も国民も大変な時代ではありますが、次の時代のことも考えて、中長期的なビジョンを考える必要があります。

西澤会長も、中医協で、質を高め、国民が安心して必要な医療を受けられるよう、さらには、医療従事者が誇りと達成感を持って働けるような診療報酬を実現するために奮闘されています。

今こそ、医療や介護にかかわるすべての皆さんが、それぞれの立場を乗り越え、まさに一丸となる時期を迎えています。

全日本病院協会 副会長 猪口雄二



明けましておめでとうございます。昨年より副会長を務めております猪口です。新年を迎えるにあたり、ひと言ご挨拶をさせていただきます。

現在、平成20年診療報酬改定に向け、中医協では白熱の議論が行われております。西澤会長は、中医協委員さらに中医協基本問題小委員会(診療報酬のほとんどを決める委員会)の委員として日夜奮闘しておられます。

ここ数年は、医療費の圧縮が当たり前のように行われ、我々病院の経営者は骨身の細る思いで対応してきました。

しかし、世の中の好景気や医師不足、看護師不足を背景に病院経営は大変な岐路に立たされております。

それは、療養病床の再編、急性期病院(DPC)のあり方、後期高齢者医療制度の方向性、新たな医療計画の方向性、医療法人制度改革など極めて多岐にわたっており、どの病院もこれらに対して苦慮していることと拝察しております。

客観的に観て、この先20年は高齢者が増え続け、その医療・介護を支える労働人口は減り続けます。その中で我々は、質の高い、効率的な医療を提供しなければなりません。

私の使命は、西澤会長を全力で支え、我々民間病院が活躍できる場を作ることだと思っています。その一つとして「地域一般病棟」の具現化があります。

会員の皆様からも、率直なご意見をいただき、精一杯努力したいと考えております。本年もどうぞ宜しくお願いいたします。

近畿ブロック研修会のご案内

下記内容で近畿ブロック研修会を開催します。会員皆様の積極的な参加をお待ちしています。

日時●1月14日(月) 13:30~16:30
会場●ザ・リッツ・カールトン大阪 4階 ボールルーム
大阪市北区梅田2-5-25 Tel.06-6343-7000
会費●会員 2,000円 非会員 5,000円

問合せ・申込先 大阪府支部(近畿ブロック研修会担当) Tel.06-6327-0871

プログラム●

講演 我が国の医療提供体制と今後
厚生労働省医政局指導課長 佐藤敬信
2008年度診療報酬改定について
全日本病院協会会長 西澤寛俊
鼎談 講演内容に関して
佐藤敬信指導課長、西澤寛俊会長、
守口生野記念病院生野弘道理事長
(座長) 尼崎中央病院吉田静雄理事長

「特定保健指導実施者育成研修コース(技術編)」を札幌市で開催します

「基礎編」受講を終えた方が対象です(対象者には既に案内を送付済みです)

日時●2月28日(木) 13:00~19:00 講習料●40,000円(医師・保健師・管理栄養士)
2月29日(金) 9:00~14:30 30,000円(看護師)
会場●ACU(JR札幌駅より徒歩4分、地下鉄さっぽろ駅より徒歩1分)
札幌市中央区北3条西4-1 日本生命札幌ビル5階
Tel.011-272-3838

問合せ・申込先 (株)ライフケアパートナーズ 全日病研修係 Tel.03-3815-7562

2008年 新年おめでとうございます



常任理事 国際交流委員会委員長

赤枝雄一

会員の皆様、明けましておめでとうございます。
今年も介護報酬・療養病床再編の動きを含め、春には衆議院選挙も予想され混乱の中に1年が始まるうとしています。
病院経営が厳しい状況下に置かれている事には変わりませんが、会員の皆様のご施設の繁栄を願い更なる飛躍を皆様と共に目指したいと存じます。本年も何卒宜しくお祝い申し上げます。

常任理事 学術委員会委員長

新垣 哲

明けましておめでとうございます。
昨年は公私にわたり大変お世話になりました。厚くお礼申し上げます。今年は政治・経済・医療・介護・福祉・年金等の重要な課題が山積しております。全日本病院協会はオピニオン・リーダーとしての重責を担っております。世論を喚起して、国民が安心して生活できるよう制度の改革が実現するよう、最大の努力することが使命である。

今年、第50回全日本病院学会が、河北学会長のもと東京で開催されます。多数の参加を期待しております。

常任理事 医療の質向上委員会委員長・個人情報保護担当委員会委員長

飯田修平

謹賀新年
現在の医療情勢を、誰が想像し、誰が望んだか。都立広尾病院事件、大野病院事件は、「医師には人権が無い」といわれているに等しい。「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案」も同じ傾向である。

病院団体には、安心して医療を提供し、安心して医療を受けられるようにする役割がある。本年は医療の今後を決める正念場である。

常任理事 救急・防災委員会委員長

石原 哲

明けましておめでとうございます。
地域救急医療の破綻が連日のように報じられ、その要因も様々に論じられています。要諦は「頑張ろうとしている病院の存続が可能になるシステムの構築にある」。そのことを国民にPRしていきたいと考えております。

昨年も能登半島沖、新潟県中越沖地震などの大規模災害が発生し、救援活動に参加しました。3月15日の「防災フォーラム」では「災害時医療」の検証を致します。ぜひご参加ください。

常任理事 医療従事者委員会委員長

大橋正實

新年明けましておめでとうございます。
200年以上前から、我々日本人は、寛政の改革、天保の改革、明治維新、大東亜戦争と大きな変革を経験してきた訳ですが、医療人としては10数年前からのこの医療制度改革は、厳しい一言です。
その中で、全日病の会員が増加しているのは唯一の希望の光りかも知れません。今年も宜しくお祝い申し上げます。

常任理事

織田正道

明けましておめでとうございます。
昨春より新米の常任理事として、医療従事者委員会ははじめ、医療安全対策委員会、企画室委員会、国際交流委員会に属させていただいております。
中でも、医師不足、看護師不足が、さらに介護職にも広がりを見せてきた昨今、医療従事者委員会が行っている事務長や看護部長の管理職研修は重要性を増しています。
先輩理事と共に、全日病会員の皆さまのお役に立てるように、微力ではありますが努めて参りたいと思います。

常任理事

加納繁照

明けましておめでとうございます。今年、社会医療法人が非課税を獲得し、いよいよ現実的に認可され、登場することになります。
民間病院でありながら、公益性と非営利をかねそなえた法人として税制の特典と共に、是非とも高い社会的評価も得て、それが民間病院全体の再評価に繋がればと思います。

常任理事 企画室委員会委員長

川島 周

あけましておめでとうございます。
今年も多難な一年となりそうですが、一つずつ問題を解消していくべきだと思います。その原動力の一つとして医政活動は特に重要と思われます。選挙運動に積極的に参加し、国会や地方議会を動かすように努力しましょう。
今年、自民党の医療界への見解が転換していますので、医政活動は特に大切なことと思います。

常任理事 介護保険制度委員会委員長

木下 毅

新年おめでとうございます。
今年、診療報酬改定、介護療養型医療施設の老健施設などへの転換が始まる年です。医療と介護のあるべき姿を考えなければいけません。しかし、残念なことに、療養病床再編が医療費削減の目的でなされている事です。
医療現場はあるべき姿を追及し、国民が安心して医療や介護が受けられるようにしなければなりません。

常任理事 病院機能評価委員会委員長

木村 厚

会員の皆様新年明けましておめでとうございます。日本医療機能評価機構の事業も12年目を迎えます。2006年11月現在で2,406病院が認定され、これは全国の病院の27.1%に当たります。
2007年から評価項目の改訂部会が開かれて、より適切に評価されるような項目になるよう検討が始まりました。これも会員の先生方から意見を頂き、当委員会で評価項目の検討を2年間に亘り行い、機構に意見を具申してきた結果であり皆様のご協力に深く感謝申し上げます。
また、2006年10月から訪問審査後の手順が変わり、機構の評価部会で検討した結果を一旦受審病院に返し、評価が2で改善要望となった項目に付き、更に改善してから確認審査を受け認定されるように変わり、1回の審査での認定率が向上しますので受審し易くなることを期待しております。詳しくは全日病ニュース12月15日号をご覧ください。

常任理事 医療制度・税制委員会委員長

小松寛治

医療制度改革関連事項や税制など今年重要な問題が多く、委員会でよく勉強し、討議して頑張りたいと思います。宜しくお祝い申し上げます。

常任理事 病院のあり方委員会委員長

徳田禎久

会員の皆様新年明けましておめでとうございます。「病院のあり方報告書2007年版」の提言実現のため、具体的取り組みの活動をすすめていきたいと思っております。
報告書の国民向け版の周知にも努力していく所存ですが、会員各位の御協力を宜しくお祝い申し上げます。

常任理事のご挨拶

常任理事 医療安全対策委員会委員長

中村定敏

医療崩壊時代、生き残り策があるかという問いに対しては「私の病院にはある」と断言しておりますが、従来のように「大方の病院は大丈夫でしょう」とは決して言わないことにしております。
悲観的であっても楽観的に対応してきたのではという反省があります。

常任理事 財務委員会委員長

中村康彦

明けましておめでとうございます。
平成20年度に施行される診療報酬改定では2,200億円の圧縮改定になることは間違いなく、医療界は厳しい時代が続きます。
健全な全日病の運営は勿論のこと、病院として生き残っていくために、全日病の各種委員会の機能が十分果せるよう財務面のサポートをして参りたいと思っております。本年も宜しくお祝い申し上げます。

常任理事 人間ドック委員会委員長

西 昂

謹賀新年 今年、4月より特定健診・特定保健指導制度が始まります。
人間ドック委員会では、昨年、研修会や各医療保険者との集合契約の交渉等、会員病院向けの各種施策を行いました。今年も引き続き有益な事業展開を行って行く所存でございます。
最後に、人間ドック事業も順調に施設数が増加し、「日帰り」484施設、「一泊」23施設になった事を申し添えます。

常任理事

濱砂重仁

昨年の参議院選での自民党大敗の結果、医療界も暖冬となる見通し。有難い。無雪の宮崎は、寒暖の差がひどく、調節機能が狂い易い。温暖化の影響で暴風雨が多発と米国の発表あり。まだまだ予断を許さない。
私的医療機関潰しの暴風雨は、日本を縦断し荒れ狂う。日医も自然界のことと諦め顔。全日病の皆さん、今年も頑張りましょう。

常任理事

濱脇純一

あけましておめでとうございます。今年も引き続きご指導賜りますようお願い致します。
昨年の医療界は業界紙に常に「視界ゼロの医療」「医療界の崩壊」「医療の現状を憂う」等々と氾濫し、果ては長谷川日本医大教授の「病院業界は血の海、焼け野原と化す」と警告され、医療人は実感しているところである。
しかし、国民には無関心で、医療難民、犠牲者でも出ないと患者中心の安全で良質な医療の政策は出来ないのだろうか。
苛政は虎よりも猛し(孔子)

常任理事 諸規定委員会委員長

平山登志夫

謹んで新年のお喜びを申し上げます。昨年一年は、医療崩壊の嵐が吹き荒れた一年でした。
この事態の深刻さは、医療に関わる全ての職員から、少しでも良い医療を提供したいという本来の目的を打ち砕いた点にあります。この危機を打破するには、全日病全会員の結束がなによりも必要だと考えております。

常任理事 総務委員会委員長

古畑 正

あけましておめでとうございます。本年も西澤会長新執行部のもと、会員の皆様と共に、社会の健康と福祉の増進に向け前進していく所存でございます。
また、本年は第50回全日病学会が東京にて開催されます。皆様のご参加をお待ちしております。本年も宜しくお祝い申し上げます。



「継続的なケアの確保」が医療崩壊の危機を回避

亜急性期や病棟単位等機能分化に深化の余地。「地域一般病棟」が医療継続を支える

安藤 医療改革は08年度に多くの計画が施行されます。そこで、医療計画を中心に内容をあらためて整理するとともに、病院として留意すべき点の確認をさせていただきます。

西澤 全日病は、改革は必要であるという認識のもとづいて、色々と意見具申してきました。それは医療の質を高

め、国民・患者の利益となるものでなければならぬというスタンスからです。したがって、基本的な方向性は賛成するものの、各論では一致しない点もあることでしょう。

今日は主に提供体制の問題を取り上げ、医療崩壊を回避する上で何らかの方向性が見出されればと期待します。

いて、最適なサービス提供を設計するわけです。医療計画で終わらない部分は、この計画に依拠することになります。

これに関する私どもの考えは、医療機関は病気を治して帰すところという位置づけであり、その後生活に戻ったときに、「生活」を支える医療の継続が必要であるということになります。

在宅医療というのは、自分の家ではなく「生活の場」に対して提供される医療という意味であり、例えば、ケアハウスや有料老人ホームだけでなく、特養もその対象に入るものだと考えています。療養病床から転換した老健施設も生活機能があるわけで、入所者に対し



【出席者】 厚生労働省医政局 総務課長 二川一男
全日本病院協会 会長 西澤寛俊
副会長 安藤高朗
常任理事 徳田禎久(病院のあり方委員会)
理事 清水 紘(京都私立病院協会)

ては「生活」を支える医療の継続が必要と考えています。

地域ケア整備構想は、病院等で提供される治癒目的の医療に対して、こうした「生活の場」で、なおかつ医療の支えを必要とする人にサービスを提供する体制を整備するものであり、各種の計画と医療計画は一連の流れの中に位置づけられるものなのです。

新医療計画で医療サービス整備が視覚化



二川 06年に成立した医療改革関連法は大きな影響を与えるものでした。改革の大きなポイントは、患者の選択に資するために、医療機関の情報を国民・患者に提供できるよう整備を図ったという点で、医療広告の大幅な規制緩和と医療機能情報提供制度を実現しました。そこには、医療機関の側も、その情報に

みあった機能分化と連携を図っていただくという主旨も含まれています。これは新医療計画制度も同様です。これまでは病床規制に力点が置かれていましたが、今回は、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病と疾患ごと、あるいは救急や周産期・小児医療などの事業ごとに医療連携体制を確保し、医療機関の名前を書き込むことにしました。これによって、地域の医療機関がどのような機能や役割を担っているかが、住民に、疾患と事業ごとに分かることとなります。

これによって、地域住民はどの医療機関を選択すればよいか分かるだけでなく、地域ごとに医療サービスの整備を図る作業が視覚化され、過不足のない提供体制を整えることが可能となります。医療費適正化、高齢者医療制度、療養病床再編と改革は多々進められていますが、一番のポイントはここにあります。



徳田 医療提供体制を中心に07年版の骨子を説明します。理想的な提供体制を構築するためには、機能分化を進めた上で連携を図ることがもっとも重要であると考えます。それは入院のみならず外来においても然りです。

我々は、すでに02年版において、外来における、プライマリケア、専門医、コンサルテーションへと、救急を含めた機能分化の必要を指摘しました。04年版ではプライマリケア機能の中に主治医制を導入することを提唱しました。07年版では、さらに、プライマリケア医で踏み込んだ提言をしています。

入院に関しては、04年版で機能分化を前提として亜急性期を位置づけるべきであると提起し、それを担うものとして地域一般病棟の創設を、07年版であらためて提言しました。具体的には、亜急性期医療をpost-acute、sub-acuteとに分け、その両方を担うために地域一般病棟が必要であるという主旨です。

これは、病期に加え、さらに病棟にもとづいた機能分化が必要であるという認識のもとづくもので、例えば、「特定機能(病院)」は「高度医療の病棟」とされるべきであり、急性期入院は「高度医療病棟」と「急性期病棟」に分け、それぞれを、実際に行なわれている医療内容できちんと整理すべきであると論じています。

医療提供に対する我々の考えは、急性期から慢性期、在宅、介護にいたる「継続的なケアの確保」と「地域における連携」が基本となります。とくに、地域の特性を踏まえて医療提供体制を構築することが大切で、そのためには情報共有化とそのシステムの整備、さらには、ケア・コーディネーターの育成と確保が必要であると考えます。

07年版は、新たな医療計画についても、医療圏における診療機能の調査から医療資源の分布を正確に把握して何を優先すべきかを明確にすること、その上で、必要があれば医療圏の見直しもされるべきであると述べています。

厚労省の考え方は、亜急性期の位置づけに関して大きく異なっています。すでに、地域一般病棟について述べたように、我々は、入院医療において、急性期と慢性期の間に亜急性期という機能が必要ではないかと考えています。

亜急性期から慢性期にかけた流れが整理されてない

西澤 医療計画に関する厚労省の考えは、我々の考えとある程度一致しています。疾患別に医療連携体制を構築することを求めています。我々は、それを「継続的なケアの確保」の必要と説明し、それを実現するためには連携が必要であり、その前提として、機能分化と情報の共有を提起しています。この部分は方向として一致しています。

ただし、医療現場の目でみると、厚労省の構図に急性期入院の像は描かれている、あるいは外来についてもある程度示されているものの、どうも、亜急性期から慢性期にかけた流れが整理されていないのではないかとというのが我々の認識です。

二川 医療法の性格上、長期療養や介護に関しての書き込みは十分ではないかもしれませんが、発想そのものは同じではないでしょうか。というのも、

疾患ごとに流れを追いかけてゆけば、結局、医療だけで完結することはあり得ないからです。介護とか福祉をどうしても視野に収めざるを得ない。地域で、それを含む連携が構築されると期待していることに違いはありません。

安藤 その辺りを、もう少し詳しく伺いましょうか。

二川 医療計画には、健康保険法にもとづいた医療費適正化計画や、法律事項ではありませんが地域ケア整備構想など、各種の計画が連動します。医療費適正化計画には特定健診・特定保健指導という予防の仕組みが付随しますが、医療計画を通して疾患ごとの医療機関連携が確立され、それにそった患者の流れが実現すれば究極の医療費適正化となるわけです。

地域ケア整備構想も同様で、急性期の医療が終わった後のケアの継続につ

自力計画はまだ困難。個別目標に不安もー北海道

安藤 徳田先生は、北海道の医療計画等策定に深くかかわっていますが、

徳田 現在策定を進めている計画には、医療計画、地域ケア体制整備構想、医療費適正化計画、健康増進計画、癌対策推進計画があり、最終的には「北海道保健医療福祉計画」にまとめられます。

地域ケア整備構想は素案ができています。その中で、地勢面も含めた地域特性への対応が考えられていますが、療養病床再編に関しては、医療機関の意向と地域の事情をどう踏まえるのかという点で苦心しているようです。

医療費適正化計画は、まだ「骨格の概要」にとどまっていますが、効率化には平均在院日数の短縮化と療養病床の再編で対応する、道民の健康保持の推進に関しては特定健診・特定保健指導の実施率を高めていくという考えのようです。ただし、具体的な医療費の見通しは、まだ示せないとしています。

医療計画ですが、重点施策である「地域における医療提供体制の構築」について、圏域と基準病床数の設定はたたき台として示されています。4疾病・5事業および在宅に関してもたたき台が出ています。残る重点施策が、医師など従事者の確保、安全の推進、情報の提供ということなのです。

この中で、意向調査と北海道の実状から導いた療養病床数と医療計画で示された算定式にもとづいた療養病床数とに違いが生じており、この点をどう調整するかという点が、医療関係者の間では重要なテーマとなっています。

道における策定作業をみていて、いくつか感じるものがあります。1つは、「地域特性に対応する」という点が、なかなか難しいように思えることです。2つ目として、介護事業支援計画との整合性が、まだ具体的ではないという点です。3つ目として、各種の検討会に出て感じたのは、まだ自前で考えることに慣れていないという点です。今や、医療・介護とも、広い意味で地域の経営をどうするかという点が問われています。そういう意味では、彼らはまだ、そうした絵を描くことが不得手ではないかと思えます。

それと、医療連携体制の構築は機能調査を踏まえてなされるということでしたが、糖尿病をみるとそうした情報は十分ではなく、どこが専門治療を行っているかが分からず、中核病院が決まらないという状況にあります。

がんに関しては、大学病院と拠点病院を中心に絵を描いていますが、実は札幌を中心に各臓器の専門施設が多くあり、それらをどう組み込むか微妙なものがあります。脳卒中については、急性期病院はおおよその調整が付き、今は、回復期病棟を公表するかどうかという点が議論されています。

また、脳卒中の目標値を「死亡率の低下」とするままでよいのかという点が指摘されます。さらに、これまでであった心電図などが新たな特定健診からなくなっているなど、疑問な点があります。心筋梗塞も、急性期病院に関する調整は可能ですが、特定健診・特定保健指導がはたして予防につながるかどうかという点では異論があるところなのです。

医療療養の絶対数が少なく、目標設定で苦心ー京都府

安藤 次は、清水先生から京都府における状況をうかがいましょう。



清水 京都では保健医療計画の中間案がまとまり、①地域の保健医療を支える基盤づくり、②患者本位の安心・安全な医療体制の確立、③主な死因に着目した切れ目のない保健医療サービスの提供の3点が主要課題とされました。③の重点施策の1つが4疾病・5事業です。

がんについては拠点病院や協力病院の整備を進めることとなりますが、2007年度内に拠点病院の基準を設けるのは無理として、来年度に持ち越されました。脳卒中と急性心筋梗塞に関しては、すばやい急性期治療を確保するために専門医の所在の周知を図ることや、回復期等の整備を進めるということで、これから当該病院の基準を決めます。糖尿病については、かかりつけ医を中心に府民教育を行ないながら重症化の予防を図るという方向です。

療養病床に関しては、07年8月1日に国による2回目の調査が実施されましたが、転換先未定というのが医療療養の66.5%、介護療養では91.1%もありました。だんとつに全国一ということなのです。(笑)実は06年10月の調査でも、医療療養が59%、介護療養は87.4%という結果で、このときも全国一でした。(笑)

「生活の場」で医療を継続する必要。「転換」の選択肢に

課題は「住い」。医療機関に住宅併設と外付け医療の提供を期待。厚労省が支援策を検討

清水 京都の特徴は全国唯一介護療養が医療療養を上回っていることです。したがって、国がいう通りに療養病床再編が行なわれると、大変大きな数の病床を削減しなければなりません。

つまり、国の基準にしたがうと、療養病床の2012年度末目標数は2,249床(転換率64.7%)となり、とても府民のニーズをまかなうことはできません。そこで、京都府は「地域ケア確保推進整備指針(中間案)」に3,660床(転換率42.5%)という目標値案を提案しています。今後、ヒアリングや関係団体との意見調整を踏まえ、実状を勘案しながら決めていくこととなりますが、最終的に3,000床台で収めたいというのが府の考えです。

療養病床の転換を国の基準どおり進めると大変なことになるということは京都府も分かっているのですが、独自案を提示しているのですが、国の方針をまったく無視することもできず、板ばさみになっているというのが実状ではないでしょうか。

縦割行政で医療計画と地域ケア整備構想が別物に

西澤 二川課長は、北海道と京都府の実状をいかがお考えになりますか。

二川 医療計画としては、主目的を病床規制から疾患ごとの連携体制構築へ移す初の場面です。したがって、できる範囲について取り組んでいただき、その後見直していくという考えです。

療養病床に関しては、介護療養病床は制度的に廃止となるので転換していただく必要があり、転換先としては、最低限、老健施設が確保されています。もっと「生活の場」に近づいていただく方がよいのではないかと思います。いずれにしても、入院して治療を行なう医療と「生活」を支える医療とでは医療提供のかたちが異なるわけで、それにそった体制に変えることが求められているわけです。

医療療養病床については、医療施設としての標準を踏まえていただければ必ずしも転換を強制できるものでもなく、補助、融資等の面で支援をしますから、転換できる場所は移っていただきたいというのが私どもの立場です。

西澤 二川課長が先ほどおっしゃったように、疾患別医療連携の先に在宅があるという点では、我々も、都道府県における医療計画と地域ケア整備構想が有機的なつながりをもって策定され

るよう期待したいものです。実態は、医療計画と療養病床再編が、まったく異なる部局で検討されています。

医療計画の上で、急性期医療を受け継ぐ亜急性期や慢性期がこれだけ必要だということが明らかになったときに、もはや療養病床ははるかに足りない数しか残っていなかったという事態が考えられなくもない。その辺り、両者がもっと整合性を保って作られるべきではないかと思えます。

二川 医療法では、今まで、連携は病診まででした。ある意味では医療機関中心というべきものです。それに対して今回は、疾患ごとの連携というように患者中心の考え方にたつわけです。確かに、都道府県において福祉と医療の部局間で連絡が密になっていないという点はあるでしょうが、皆さん方の要望にできるだけ応えられるよう、都道府県と相談していきたいと思えます。

西澤 この改革は病院団体にも大きな影響を与えます。都道府県によって状況が異なるために、これからは、これまでのように、協会として一律の方針を各支部に示して事足りるというわけにはいかないからです。



目標値には医師も積極的に意見を出してはどうか

徳田 新たな医療計画を議論した当初は、疾病調査にもとづいて、地域ごとの指標にしたがって目標値を定め、それに沿って連携体制を計画するという考え方だったと思います。それが、疾病調査が見送られて、既存のデータをベースに計画を作るというかたちになっています。

これは北海道でも同じです。北海道では、5年に一度実施する国保の疾病調査が06年に実施されたため、それをベースに作業ができ、ある程度分かりやすい議論を展開することができました。やはり、本来であれば、医療機関に国際疾病分類を導入して病名付けをきちんとした上で、疾病調査をきちんとすることが望まれるところです。

二川 より科学的にするには、そうした必要があるでしょう。しかし、そうすると、準備期間も含めてかなりの時間を要します。長い時間をかけるよりも、今の段階では、ある程度のところからスタートする方が望ましいという判断がされたということです。

大規模な介護療養も老健転換は保障される

清水 京都府では、地域ケア整備構想ができないと、ほかの計画がどれもまともにならないという関係に陥っています。例えば、京都府保健医療計画案は、療養病床の部分がまったく欠落しています。つまり、地域ケア整備構想待ち

確かに、北海道には国保のデータがあります。しかし、道庁からは、例えば、〇町の人ほどの町で出産しているのかというデータがなかったものが、統計データから特別集計することによって入手できたという話を聞きました。

一律に一定レベルのデータというわけにはいきませんが、地域ごとに工夫されたデータがそれぞれ確保されて、そこから作成された計画に触れることによって他地域でも発見と工夫が重ねられるという側面も考えられます。国も、都道府県も、そうしたデータ面の情報交換を重ねていく中で、真の医療計画の実現に向かっていければと思っています。

徳田 しかし、都道府県の現場は、目標値を導く指標の設定でデータを確保しようと相当に苦労しています。その結果、例えば、特定健診でいえば、脳神経外科や心臓の専門家からみてどうかと思うような計画内容になっているわけです。

二川 目標値は、医師の側からも意見をに出してよいのではないのでしょうか。

というわけなのです。医療費適正化計画も当然同様の状態にあります。まるで金縛りにあっているようです。しかし、地域ケア整備構想が固まると、今度は一斉に各計画が動き出すということでは、医療現場としては、検討に要

する時間がとれなくて困ります。これでは将来計画も立てようがありません。

それから、京都や大阪には千床とか何百床という大規模な介護療養病床が少なくなく、それだけの規模の介護療養がはたして老健施設に転換できるのだろうかという不安も持っています。京都府からも明確な回答が得られていません。そのため、当該病院は具体的な転換計画を立てようがないのです。

二川 老健への転換は基本的に保証されていると考えて結構です。もちろん、その先の、より「生活の場」へと転換してもらうことも、ぜひ検討していただきたいところですが。

清水 それは心強いお話です。

西澤 今進められている改革は医療機関の視点ではなく患者の視点であるということからすると、今、入院・入所している人がどういうサービスを受けているかという視点から、それにふさわしい施設になっていくということが重要です。そうした意味から、転換先として老健施設だけが選択肢ではないということは理解できます。これは、我々としては、ケースミックスの手法によって進められるべきであるということになります。

二川 そこに入っている方々すべてが自宅に戻ればもっともよいのです

地域特性考えないと一次産業は医療が危うい

徳田 私は北海道で医療に携わる者として、北海道における医療の現状を、地勢面とともに産業構造の面からも憂慮しています。北海道を支えるものは第一次産業です。それは都市部ではなく、地方に分散しています。したがって、広大かつ寒冷な地方に展開されている第一次産業にどう医療を確保していくかということに、どうしても関心が向きます。

知床岬に羅臼という町がありますが、その国保病院が診療所になったために、住民に非常な動揺が生じるという事件がありました。基幹産業を担う人々が生活を営む場所での医療の確保が難しいという現実を、あらためて目の当たりにさせられたわけです。

機能分化とか連携は、当然、必要なことではあるのですが、地方によっては、それができにくいという現実もあります。二川課長には、地域の特性を十分に踏まえた医療提供体制のあり方について、考慮いただけるよう希望します。



安藤 清水先生のところは、それこそ「生活の場」へと転換を迫られているわけですが、そうかといって、例えば

が、それが無理な方もいることでしょう。であれば、「生活の場」といえるぐらいの施設に転換していただけないかということです。そして、それを医療が支える。そうすると、最後は、人生を全うする場としてふさわしいかどうかという基準が残るだけです。

西澤 今、診療科の廃止、勤務医の疲弊、救急医療の弱体化など、医療崩壊がさかんに指摘されています。そこには様々な背景や原因が考えられるのですが、しかし、「継続的なケアの確保」等の実現につながる医療改革がなされるならば、その危機を回避することが可能です。医療を崩壊させないためにも本当に国民・患者の視点に立った改革が必要であり、我々医療提供側には、それを理解した上で、国民・行政とともに創り上げていくことが求められているのではないのでしょうか。

全日病としても、そうした立場からの提言・提案を数多くしてきましたが、今後は、国民に対するメッセージや都道府県を支援する情報の発信をより強めていきたいと考えます。その一環として、「病院のあり方報告書」国民版の作成を進めています。また、提言活動の基礎となるシンクタンクの設置に向けて努力していきたいと考えています。

医療区分1・ADL3といった患者には、本当にそこでやっていけるのだろうかという葛藤もあるのではないですか。

清水 自分の家で暮らすのが究極の幸せかもしれません。でも、色々な事情でそれができない人もいます。それを解決する手段が、先ほどから言われている「生活の場」としての施設ということなのでしょう。しかし、それでも自宅を希望する人がいます。なぜ帰れないのでしょうか。

私は、施設を整備する前に「住まい」の問題を考えるべきではないかと思えます。インフラ整備を、まず、そちらに向けるべきではないかと。ニーズは時代によって変わりますが、「お年寄りを大切に」というモラルは不変でしょう。そうであれば、それに見合った社会がつけられて然るべきではないのでしょうか。

私は講演などで、よくこういう表現を使います。「親に『長生きしてゴメンね』と言われない社会を創ろう」と。少なくとも、自分の病院だけはそうでありたいと思っています。今は全病床が介護療養ですが、最後の最後まで介護療養を続け、2012年3月末ギリギリに転換しようかと考えています。(笑)

社会医療法人は非課税。移行税制に一定の措置

二川 高齢者の医療において住宅の部分が不足していたということは確かにいえます。その不足を病院が補ってきたわけです。本来は、自治体なりが公営住宅等をつくるべきですが、今となつては、医療機関が積極的に住宅をつくってもよかったです。笑) 実際、今や、医療機関に住宅を併設していただいて医療を外付けで提供する、それに向けて予算、補助、税制、融資といった援助策について知恵を絞る方向で厚生労働省が考えていることは事実です。

ところで医療法人制度改革ですが、今回の医療法改正で非営利の徹底を図った結果、新たに設立される医療法人は持分のないものに限られ、その類型として基金拠出型の医療法人を創設しまし

た。持分ある社団医療法人については経過措置として当面の存続が認められましたが、自主的に持分のない医療法人へ移行するものと期待されています。

その一方で、公益性を満たしたものとして社会医療法人が創設されています。このいずれにしても課税の問題が決まらずにきていたわけですが、2008年度税制改正において、社会医療法人には優遇税制が基本的に認められたとご報告できます。すなわち、へき地医療や小児救急医療等5事業のいずれかを担う社会医療法人は非課税が実現したわけです。

持分のない医療法人への移行にかかわる課税に関しては、十分ではありませんが、一定の措置が図られる見込みです。

新春特別座談会 II. 民間病院の明日を拓く—若手病院経営者の夢と理念

医療改革の下、経営改革を図りつつある医療法人では、世代交代が進んでいる。そこで、30歳代3名、40歳代2名の会員に、新春にふさわしく、夢と信念を語っていただいた。「ヤング代表」の安藤副会長も参加した。

それぞれ現役経営者ばかり。医療危機の時代に、創業者等から受け継いだ医療資源を次代につなげようと模索する、青年経営者の夢と理念を語っていただいた。

安藤高朗 全日本病院協会副会長 医療法人社団永生会理事長 (48歳)
東京都下八王子市他で、ケアミックス型病院(628床)、診療所、老健施設2、訪問看護ステーション4および各種介護サービス等を展開。

小山敬子 医療法人社団大浦会 理事長 (45歳)
熊本県熊本市で、病院(一般病床63床=緩和ケア、回復期リハ)、老健施設、ケアハウス、宅記事業等を展開。他に社会福祉法人、有限会社3、NPO法人1。

「4疾病・5事業」を踏まえて戦略を考える!

ケアミックス、急性期なりに自院の行き方を自己問答。そこに新時代の感性も

急性期特化の中でポジションに葛藤も



安藤 今日、新春にふさわしく、病院経営を支える若きリーダーにお越しいただきました。早速、わが法人の未来戦略からうかがいます。まずは30歳代から。

黒澤 私のところは亜急性期から在宅までを担う保健・医療・福祉複合体です。目玉は、高齢者の住まいを提供し、保健・医療・介護を一体に提供すること。来年度は社会医療法人を目指します。

一般のサービス業と同じになれる領域は、そのレベルを追求したい。つまり、地元の一企業になりきるとするのが1つのコンセプト。もう1つは、地域の企業と連携して「地域が元気になる医療」ができればと思っています。患者、利用者、職員そして地域も元気が大事。長野県は高齢者が働く率が高い。だから、高齢者が元気に働ける環境を作りたいと考えています。

中村 自院は専門病院ですので、より専門性を高め、周りに優秀な病院がいくつあろうが、専門性の高さで目立つ存在であり続けたいと考えています。自院の歴史は新しいことへの挑戦の歴史でもありました。透析医療、機能評価、IT化、完全週休2日制、有給休暇の完全消化など、どれもパイオニア精神で実現してきました。今も、e-ラーニングを取り入れた教育手法に取り組んでいます。

新しいことをやると病院が注目を浴びる。そうすると、職員は注目されるだけのものを身につけなければと意識する。自然にやる気が出て、レベルアップしていく。そんなやり方で病院のレベルを上げていこうと思っています。

浜崎 私のところは外科系に特化した整形外科病院です。地域連携とか、元気の職員とか、満足度を高めることとかが大切だとは思っているのですが、地域における自院のポジションで、正直、今悩んでいます。さらなる専門特化を進めるべきなのか、それとも、整形外科のカテゴリーの中で別の特徴を出していくべきなのか。

例えば、近隣の公的病院が救急を強化したため、DPC分類にはない、でも、地域では受け止めなければならない、しんどい患者が増えてきています。地域ではたす役割から逃れられない立場になってきている分、利用率とかはそれほど変わらないものの、その中身が変わってきている。よそとの関係が共存ではなく競争だけに終止しているということを感じていて、急性期に特化した病院として生き残るにはどうしたらいいのかなど、悩んでいます。

職員にしても、待遇改善によって定着率は向上しましたが、待遇をめぐる新たな葛藤が生まれているという感じです。スタッフと一緒に頑張っていればいいという問題ではないところがあって…。

パイオニア精神が元氣と頑張りの源



小山 ここから40歳代に入ります。(笑)今、元気な病院はどこも雰囲気似ていると思う。楽しんで仕事をしていて、何よりもパワフルという感じ。今はどこも問題をもっているけど、まとまりがあれば元気なスタッフが生まれてくるのではないかしら。それとパイオニア精神。実は、私の父は熊本に胃カメラを持ち込んだ人物なんです。東大病院で勉強したのに、熊本に戻っても大学病院にいかずに、「外科医院なら胃の中が見られる」と開業してしまった。私も父のパイオニア精神を引き継いでいるんだと思う。

その私が、今、考えている未来像は医療・介護・福祉のコングロマリッド。その未来図を見せるショールームであれと思っているのね。これからはなんでも一番にやること。一番というのは注目されるし、四六時中人が来るので、スタッフは、頑張らないはずがない。



仲井 私の病院は急性期から慢性期・介護までやっていますが、実は、新たな医療計画の「4疾病・5事業」を詳しく読んでショックを受けたところなんです。

よく、厚労省がダメだとか、財務省がダメというけど、その前に、海外と比べると日本の医療のレベルは低くなってきていることを認めなければならないと思う。東南アジアで、日本は第2グループと評価されているのが現実で、そろそろ、本気に考える時期を迎えているのではないかな。患者にとって本当に大

事なことは何かを考えないと、日本の医療はだめになる。それには、もしも自分が患者になったら自院にかかりたいかどうかを、正直に自己問答したらよい。それがものすごく大切で、そういう病院を作らないといけない。

4疾病・5事業には予防から急性期、慢性期、介護に至るまでの全てが入っている。それを踏まえた上で、自分は何をするかということここから選んでいけばいいと思う。だから、自分のスタンスを考える上で、4疾病・5事業の考え方は高く評価できる。

その中で自分が何をしたいかという、コミュニティを作ることかな。自分のところはわずかながら人口が増えている。でも、もっと人口を増やそうと思う。そのためには働ける環境を作ってあげる。それと介護老人と子供の面倒を見てくれる人が必要だ。ということで産業全てをヘルスケアサービスで串刺しにする。これは社会保障ですから、僕らが頑張れば絶対に全体の底上げが実現するんですよ。結果として、自分のところの顧客が増え、同時に、社会としては社会保障が実現される。そういうことを考えています。

それと、ライフステージを通した、教育から介護までの流れを「ヘルスケアロードマップ」にしてみた。生まれてから死ぬまでを横軸に、疾患を縦軸にして、どの時点で教育をして、どの時点で予防、治療、介護予防、介護をしていくのかというプロセスを表にした。それを今後はやって行きたいと思う。そうすると、色々な企業、行政、



▲若い世代が台頭する全日病。毎年の学会ではヤング・フォーラムを開催、出席者の皆さんもそのメンバーだ。

大学と連携できる可能性がみえて、ますます面白くなるのではないかと考えている。

もう1つ気づいたことがある。それは、医療の質をいくら高めても財務的

には良くならないということ。やはり、経営の質を高めていかないと絶対無理だということですね。だから、病院経営者であり続けるためには賢くならなければならないと。

「生きる意欲」をモチーフに患者と向き合う

安藤 私の病院も東京都下のケアミックス型です。絶えず頭の中においているのは、「医療の質」、「患者満足度・スタッフの満足度」「経営」の3つを柱に据えるということです。「質」については、急性期医療の臨床指標が慢性期にも必要と思い、3年ほど前に開発しました。

患者満足度で驚いたのは、患者さんが一番重視している項目が、いままでと違って食事であったことです。食事が医者を抜いてしまった。(笑)しかも一般病棟も含めた全病棟の結果です。職員満足度は5年ほどやっていますが、最初は満足度があまりに悪すぎて、すごいショックを受けた。(笑)おかげさまで、その後は持ち直しました。経営的にはギリギリのマンパワーでやるのが利益率を高めるかもしれないけれど、医療はそうじゃないですね。

経営の方は、これが、なかなかうまくいかない。(笑)今年目標が寂しいんですよ。「経費節減」と「筋肉質な組織づくり」ですから。(笑)まさにメタボリックな病院なわけ。(笑)ところで、これから始めたいのは「慢性期救急」。在宅とか急性期病棟の受け皿とかを手がけたいですね。

小山 ロングタームアキュートですね。

患者や地域社会を変える積極性があっていい

浜崎 確かに、医療を提供する側として、医療を受ける側にも、もっと意識を高めてもらいたいという思いはありますね。特に、救急をやっていると、お金払わない、でも自分は悪くない、

みたいなことが増えてきている。意欲という話が出たけど、現実には、それ以前のことが多い。

小山 それはね、ある種の教育だと思うの。患者とか社会全体の教育。私た

■病床・施設等の構成内訳

Table with 5 columns: Hospital Name, General Bed, Subacute Bed, Recovery Bed, and Nursing Facility. Rows include Kurazawa Hospital, Medical Care Center, Hoshino Memorial Hospital, etc.

*数字は病床・定員数。GHはグループホーム、CHはケアハウス、「小多」は小規模多機能型を各々意味する。介護施設はサ

仲井培雄 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長 (47歳)
石川県能美市でケアミックス型病院(320床)を運営。08年4月からDPCを予定。全身麻酔下手術年間約450件、消化管内視鏡同約8,000件、健診センター同約5,500人。

中村秀敏 医療法人真鶴会 小倉第一病院 副院長 (38歳)
福岡県北九州市でケアミックス型病院(80床)を運営。とくに、透析医療(透析ベッド110 透析患者350名)、患者満足度・職員満足度の面で、その実績が知られる。

浜脇澄伊 医療法人社団おると会 理事 (37歳)
広島県広島市で整形外科病院(160床)を運営。関連会社2社。平均在院日数14.9日、紹介率36.7%、救急搬入6.3台/日、手術2,048件/年。08年4月からDPCを予定。

黒澤一也 特別医療法人恵仁会 理事長 (36歳)
長野県佐久市で、ケアミックス型病院(84床)、診療所3、老健施設2、訪問看護ステーション3他を展開。他に社会福祉法人(特養)、会社2(住宅関連、ケアホーム運営)。

地域との係りや医療周辺に目を配る「企業家」の感性

地域、医療資源、受け継いだ文化。それぞれの方法で未来像を模索



ちが、それをどう支えるのかといえば、地域に対する広報戦略だと思う。例えば健康教室なんかを地道にやるとか。

仲井 小さいときからの教育が必要なのは。これは、大学の講座で聞いた話だけど、福井県のある町で、あまりに高齢者の閉じこもりが多かったので地元のドクターが幼稚園児から教育したんです。で、何が変わったかという、幼稚園児とおじいちゃん、おばあちゃんの間が変わって、それから、親とおじいちゃん・おばあちゃんの間が変わって、最後に地域が変わったというわけです。

浜脇 そういう発想は大賛成。私のところは整形外科でしょ。だから、健診活動を通して、怪我や骨折をしにくい体づくりとか、骨粗しょう症にならない食事、体を壊すことのないようなスポーツとかかわり方を、社会人はもとより、子ども達をもっとサポートする病院でもありたいというのが、私の中で未来像の1つとしてあります。

黒澤 私の病院では、「我が病院はこういうことをやっています」という広報活動を兼ねて、地域へ出て行くようにしています。医師だけでなく、看護師や管理栄養士ほかの医療スタッフも。自院には講演施設があるので、そこに地域の人を集めて開催します。わが病院は

老人患者が多いけれど、予防とかいろんなことを幅広くやっているということ、メタボリックや骨粗しょう症といった話とともに紹介するわけです。

そもそも「開かれた病院」が理念なんです。幼稚園からは常に訪問が来るし、小学生や中学生の体験職業学習も多い。色々なところからの見学希望も来るし、講演も頼まれる。スポーツドクターをしていると小学校や中学校に向いて話すことも多い。そういうときに、「ここはこういうことをしている病院です」と説明するわけ。今、そういう仕事はやらない先生が増えているけど、あえて、それを受けようとしています。

長野県には教育現場で医療のサポートを行なう事業がありますが、自院からは2人出ています。大病院は全然受けてくれないらしい。でも、教育というのは地域を巻き込んでいく。そこに、病院として参加していくんです。

浜脇 地域から、この病院があつてほしいと思われなきゃいけないですよ。私たち2代目、3代目に継がれてきたものが、かつての医療技術、機器、施設というものから、今、変わりつつあつて、次の3代目とか4代目に渡していかなければならないものの中には、地域を意識した経営とか戦略というものがあると思います。そうしないと絶対に未来の話はできないと思うの。

仲井 それを、ぼくはCSRという概念で職員に説明している。企業の社会的責任に落とし込んで、その持続可能性を追求する。この病院が無くなったら地域の人たちは困るでしょう、だから、増収と節約をやりましょうと。きちんとCSRという言葉で整理すると、職員も納得する。



中村 社会的責任はどの医療施設にも重要なテーマでしょうが、とくに、うちのような専門病院に、とてもピッタリくる言葉だと思います。今の若い人は、病院のためというより、社会への貢献という方が意欲的に行動に移してくれるんです。

社法人による協同体です。

これは私の戦略の中で最も納得のいく組み合わせです。そこで、単なるフィットネスではなく、大人の食育を、さらには子供の食育もしますよと提案したんです。当然、管理栄養士はつけるし、プロを呼んで色々な勉強会もできますよと。そうしたらそれが通って。だから、医療法人のこれからの可能性として、NPO、ノンプロフィットを持つというのがものすごく大事だと思うんですね。

浜脇 アメリカと違って、日本ではノン



プロフィットは難しいのでは。医療をしている私たちと行政との間に、非営利に対する考え方にギャップがあつて。アメリカの考え方が通用するのであれば、そういう方向もあるかもしれないけど、現実には厳しいと思います。NPOとかを作っていくのが1つの方法であることは否定しません。

小山 我がグループには会社が3つ、医療法人が1つ、社会福祉法人が1つ、NPO法人が1つと、6つもあるのよ。何でこんなに分けるかというところに私の経営戦略があるわけ。例えば、有料老人ホームだったら会社は1つあればいいでしょ。でも、私は、不動産を担う会社と介護サービスの会社とに分けて、介護の会社でテレビCMを打ってきたの。CMを作る会社も作りました。CMソングも作ったし、新聞広告も展開しました。CMソングで施設の名前を連呼したのよ。そうしたら、皆さん覚える、覚える。(笑)

浜脇 株式会社の参入攻勢に対して、医療の側から逆攻勢をかけるっていう感じですね。

小山 そうこうしているうちに、最後には弁当屋さんに行き着いちゃったわけ。(笑) 病院を1つやめると、毎年保健所が入っていた立派な厨房とスタッフが残るでしょ。こんな立派なものはないですよ。それで私は、躊躇なく

弁当屋さんを始めました。今は小規模多機能や居住系に配っていて、今年ようやく黒字になるみたい。売りはドクターズランチ。(笑)

近隣の非常に優秀な糖尿病の先生が、「これさえあれば、糖尿病治療のために入院しなくてもよい」と。そこは無床の診療所なんだけど。(笑)でも、熱心で有名な先生です。だから提携して、お金の取り合いはなしで、お互いの能力、ノウハウだけ提供しあつてやっています。

最終的には、さっき出てきた子供たちの問題、というより医食同源というか、口に入れるものをいかに大切にしていこうかということ会社でやりたいと考えています。ですから、何も医療に凝り固まる必要はない。凝り固まると、かえって地域にまでたどり着かないんじゃないかな。少なくとも、病院がこれから生き抜くためには、色々なものを提供しながら、結局は地域と組んでいくということ、私は、戦略として提案したいわけ。

浜脇 今の、ノウハウを提供しあうというのは医療同士だからこそ可能な話であつて、株式会社相手だったら、そう生易しいものじゃないと思います。ただ、私たちもきれい過ぎてはいけません。株式会社を含め、どことどう共存し、どことどう戦うのかを、きちんと考えていかなければいけないと思います。

開業医との連携は互惠互助が原則

小山 私のところが何故よいかというと、病院を持っているじゃないですか。ドクターと連携するのであればこれが一番なんです。

例えば、クリニックの先生は医療しかりたくないのね。だから、自分の医療を支えてくれる相手がいいわけ。それを「通所サービスをやりませんか」って提案しても乗ってこない。そこで、彼らと組む医療サービスの仕組みを企画するわけ。これはキーワードになるはずよ。

仲井 連携の方もそういうふう考えられるね。外来で「この患者さん診てくれ」というのではなく、入院したときに、「こういう患者がいるけど、こういう連携パスでやりませんか」と言つてあげるとすんなり受ける。それは、結局、マネジメントをあまり好まない人が開業に走るわけで、それを、最初からマネジメントしてあげれば乗ってくるということじゃないかな、という話を、あるセミナーで、著名な講師が言っていました。(笑)



黒澤 うちも小山先生のところと同じだな。自院がやるんだけど、医師不足だから、開業医の先生と組めればすごくありがたい。私のところは不動産業というか住居の提供は別会社で展開しているけど、昔は、やっぱり自分のところの医者が全部診るべきだと思っていた。でも、まず、それじゃ廻らない。そうすると、やっぱり…

小山 いかに周りのドクターを巻き込むかでしょう。

黒澤 そう。そうすると、昔は「あそこに入れると患者を取られる」みたいな評判になったんですが、もうそれは完全になくなって、今は、そのまま主治医を続けてもらって、「往診もどうぞきてください」というようにやっている。今は、3~4割を開業医の先生とか他の病院の先生がたにおまかせしています。そういうように連携を取っていくと、開業医の先生たちも、休日夜間とかにバックアップしてくれるということで非常にありがたく思ってもらえるし、いい関係が保てるんだと思うんです。

仲井 在宅療養支援診療所がしやすいような関係ですね。

小山 住宅サービスやっていて、つくづく思うけど、もう、それが絶対必要ね。それと、私のところは小さな病院ですけど、将来的には全部を介護病棟にしようと思っているの。

先生方に関しては心配していないの。だって、うちの病院の方がナースがよければいいわけでしょう。「この病院はなんて居心地のいい病院なんだろう」と思ってもらえれば、絶対来てくれるって。

浜脇 そこまで質を高めていくことが大事だということですよ。

安藤 皆さん、考え方がセンスありますね。なによりも頭が若い、これは当然か。(笑) ポスト医療改革のポイントは「診療報酬や介護報酬に頼らない経営」、つまり「自立した病院」ということかな。実に意味深い真理かもしれない。勉強させていただきました。この勢いで2008年も突き進みましょう。

医療に凝り固まらない。NPOや会社も有用

小山 今、地域とか広報という話が出てきた。そうすると、病院単体というより、グループに色々な資源を揃えておくのも有りかなと思う。私のところは、03年頃から保育所を設置して、地域の子育て支援をしてきたのね。そうしたら、熊本市から指定管理者制度の委託がきて母子福祉センターをまかされたわけ。そして今年度は、「子育ての集いの広場」と高齢者フィットネスが合体したサービスを請け負うことになったのです。受託主体は、グループの、NPO法人と社会福

■病院医療へのこだわり具合

出席者	急性期を続けたい	医療療養を続けたい	病床数を減らしたくない
黒澤一也	○	△	×
小山敬子	×	×	×
仲井培雄	○	○	△(居室でも可)
中村秀敏	○	○	△
浜脇澄伊	○	△	×

○…多いにこだわる、△…ある程度こだわる、×…とくにこだわらない

「地域一般病棟」と医療改革及び診療報酬改定 [問題提起]

改革の方向に即して「地域一般病棟」を深める必要！

急性期入院の機能分化、「主治医」、DPC見直し、医療連携等に対応する機能獲得へ



副会長(医療保険・診療報酬委員会委員長) 猪口雄二

「地域一般病棟」は、2001年に四病院団体協議会「高齢者医療制度のあり方」報告書において、病棟機能の1型として提案されたものである。その後、全日病は、中小病院の中心的役割として「地域一般病棟」を提唱してきた。

一方、2004年度診療報酬改定では「亜急性期入院医療管理料」が創設され、その病床数は、現時点で1万床を超えている。しかし、その機能は急性期治療後のリハビリテーションや継続医療を要する患者に限られており、我々が提唱する「地域一般病棟」の概念の一部にすぎない。

2008年度に施行される新医療計画や診療報酬改定を前に、もう一度「地域一般病棟」の概念を整理するとともに、今後の展開について考えてみたい。

地域一般病棟—提言内容の確認

今までの「地域一般病棟」の概念は、下記のようなものである。

今後の医療提供体制において、急性期入院医療は包括支払い方式(DPC方式)に収斂されていくとともに、平均在院日数は、さらに短縮されていくと考えられる。

しかし、大規模な急性期病院から在宅医療や介護保険施設に直結することは困難な場合が多く、また、在宅療養や介護保険施設において入院を要する状態となったとき、すべてが大規模な急性期病院の入院に適応するものでもない。

これらを地域において連携するためには、亜急性期の入院医療、地域連携型の入院医療が必要であり、その役割を担う「地域一般病棟」の創設が必要である。

「地域一般病棟」のイメージ

◎役割

地域における急性期以降の入院医療、地域医療・在宅療養・介護保険施設の後方支援などの連携型入院を基軸とし、利用者の状態を配慮した医療を提供する。

◎機能

リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能を必須とし、24時間体制で対応する。

◎対応疾患

急性期病棟よりリハビリテーション、病状不安定などの患者を受け入れる。

また、地域医療・在宅療養・介護保険施設の後方支援として、肺炎・脳梗塞再発・骨折など、軽度～中等度の急性期疾患・慢性疾患増悪・繰り返し入院などの患者を受け入れる。

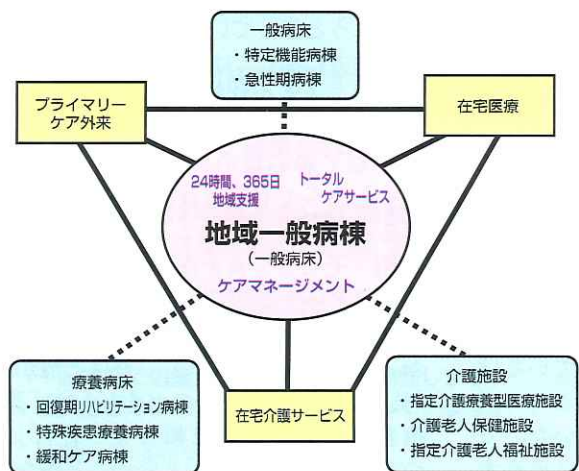
◎人員基準等

医師・看護師は現行の一般病棟の基準以上とし、病棟または病院単位で運営する。リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカーを配置する。

◎診療報酬支払い方式

リハビリテーション・病状不安定・繰り返し入院などは状態別包括支払い方式とし、慢性疾患増悪・軽度～中等度の急性期疾患などは疾患別・重症度別包括支払い方式(DPC準拠)とする。

イメージ図「地域一般病棟」を中心とした連携(ネットワーク)



しかし、現時点での2008年度診療報酬改定の動向、DPCのあり方、医療計画の動向などを見る限り、今までの概念をさらに発展させる必要がありそうである。

病院機能分化に関する意見—地域一般病棟との比較

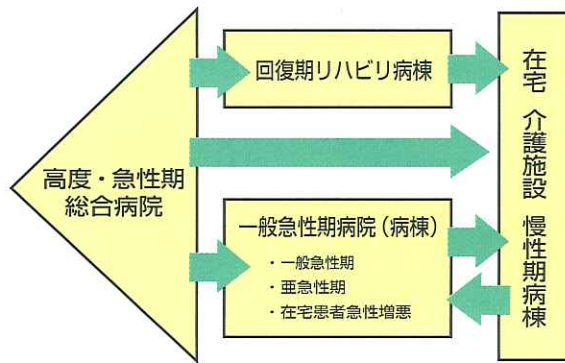
2008年度診療報酬改定に関係すると思われる病院機能区分の考え方が、昨年半ば以降、厚生労働省保険局医療課から示されている。

それは、一般病棟である「急性期病棟」を「高度急性期病院」と「一般急性期病院」に分類し、前者は総合的に急性期を診療できる地域基幹型を想定し、後者は、地域において前者からの引き続き入院、リハビリテーションを引き受けると同時に、一般的な急性期入院や在宅医療、介護施設の後方支援を引き受けるものとされている。

この「一般急性期病院」は、「地域一般病棟」の概念に極めて近いものと考えられた。

しかし、前述の「地域一般病棟」の提言と比較してみると、「一般急性期病院」には急性期疾患に対応できる入院医療機能を持たせることが必須であり、「地域一般病棟」についても、その機能を明確にする必要があるのではないかと考えられる。

急性期医療からの流れを考慮した病院機能区分の一案



*原徳高医療課長が全日病学会秋田大会の講演(昨年9月22日)の際に使用した資料から

DPCに関する議論—地域一般病棟への影響

今回の改定にあたって、中医協では、今後のDPCのあり方について、かなり深掘りした議論がなされた。DPC準備病院が急速に増加したことにもよるものだが、下記の点などが決定された。

- ①データを合計10ヶ月(2ヵ年)提出する
②データ/病床比を8.75とする
③調整係数に代わって病院機能係数を導入する
④軽症の急性期疾患も対象とする

これは、軽症～中等症の急性期疾患もDPCの対象とすることを意味しており、また、療養病床や回復期リハ病棟を持つケアミックス型病院においても、一般病棟の機能を明確にする必要性が示されている。

この決定は、今後は軽症～中等症の急性期疾患を扱う病院、つまり、「地域一般病棟」においても、DPCを念頭におく必要が生じたことを意味すると考えられる。

さらに、亜急性期(リハ等)にも、今後は、DPCに準拠した包括支払い方式の導入がなされていく可能性を示唆するものである。

後期高齢者医療の議論—「主治医」と地域一般病棟

後期高齢者医療の議論は、「主治医制度」が中心のように報じられており、実際、改定の論点においても、そうした主旨が提案されている。

「主治医」は診療所のみ認められる方向で議論されているが、全日病の調査(後期高齢者の外来主治医に関する調査報告)や日本病院会の調査でも、多くの患者は病院医師を主治医と認識しているという結果がでており、診療所のみで「主治医制度」を遂行することは非現実的である。

しかし、ここで考えるべきことは、今後の後期高齢者医療、さらに一般医療の外来に対するアクセスをどうするか、ということであろう。

「主治医」になることは、「管理料」名目の診療報酬が設定されることは間違いがないが、そこには多くの作業(病歴・検査値整理・薬剤管理・他科受診などの計画)が発生すると考えられる。

病床数の大小には関係なく、病院の外来は専門性を重視するという考え方は、現実的である。その上で、在宅療養支援診療所も含めて地域における連携医療を構築する方が、より効率的な医療提供に繋が

るとも考えられる。

「地域一般病棟」にとっては自らの外来機能が重要であることは間違いがないが、地域においては「診療所」「介護施設」とネットワークする機能が主体であることから、外来のあり方については慎重に議論することが必要である。

あえてここに記述させていただくが、地域基幹病院や大学付属病院においてさえ、病院勤務医が一般的な高血圧や糖尿病などの慢性期患者の外来診療に忙殺され、そのために病棟診療を十分に行えない、ということも事実である。

それは、過去の診療報酬制度がもたらした結果でもある。急性期病院の診療報酬が、入院医療主体でも十分病院経営をできるようになれば、このような事態は改善されるであろうが、すぐに解決できる特効薬は見当たらない。

このままでは外来機能分化は簡単には進まないし、ともすると、入院機能と外来機能の分離という方法論が強くなっていく可能性がある。外来医療へのアクセスは最終的には国民の意識が決定することであり、そのコンセンサスを作るのはこれからだと考えるのが妥当であろう。

医療計画における議論—医療連携と地域一般病棟

現在、各都道府県では、医療計画、地域ケア整備構想、医療費適正化計画などが目白押しに策定されつつある。とくに、医療計画における都道府県の考え方や各医療機関の動向は、今後の医療提供体制を大きく変えるものである。

例を挙げれば、昨年からはまった「大腿骨頸部骨折の連携パス」は一応の成果があるようだが、手術はこの地域基幹病院で行い、リハはこの病院で行うということを強制するのではなく、一応の地域における指針を示したものである。

2008年に始まる「脳卒中のパス」も、急性期においてはt-PAを使用すべき状態を的確判断したうえで、その使用に応じられる医療機関を選別できることが大切なのであり、すべての脳卒中患者を決められた病院に集中させることが目的ではない。

大腿骨頸部骨折や脳卒中においても、適応を厳格にすることを前提にすれば、「地域一般病棟」で対応すべき患者は数多く存在すると考えられる。大切なことは、各都道府県における医療計画策定の場面で、中小病院(地域一般病棟)の役割が明確にされ、具体的に計画に書き込まれることであろう。

地域一般病棟の今後—カテゴリーの進化

これまで述べたように、「地域一般病棟」のあり方は、前述の提言に示した方向性から、制度の進化により、現実に即したカテゴリーに収容する必要性がありそうである。

それは、下記のようなものである。

◎医師・看護師不足が蔓延している現実においては、大規模な地域基幹病院には高度な急性期医療に対応できる設備と人員が必要である。一方で、「地域一般病棟」においても、軽度～急性期の急性期疾患に確実に対応する能力が求められる。

◎DPCにも対応できる診療情報の管理能力が必要となる。それは、オーダーリングシステムに始まり、電子カルテ、看護支援システムへと繋がるであろう。

◎看護等の人員基準においても、診療の内容からみて、相応の人員配置が必要となる。

◎そして、何よりも、地域における基幹病院・診療所・介護施設などとの効率的な連携システムの構築が不可欠である。

以上、最近の医療制度改革や診療報酬改定の動向からみた「地域一般病棟」のあり方について、私見を交えながら考察してみた。

「地域一般病棟」は全日病の会員にとって中心的な課題である。今後の活動の糧とたく、ここに記述した内容に対する、ご意見を多くいただきたいと願っている次第である。

編集部注 「後期高齢者の外来主治医に関する調査報告」は本紙07年10月1日号に、その概要を掲載。全文は本会ホームページに掲載。