

# 病院のあり方に関する報告書

2015-2016年版



ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

公益社団法人 全日本病院協会

病院のあり方委員会 編

# 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も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。

公益社団法人全日本病院協会（以下：全日病）は、医療を提供する約 2,450 の会員病院を有する団体として、客観的な現状分析を行い、医療・病院・全日病のあり方、医療提供体制等の今後進むべき方向について議論を重ね、できるだけ具体的に内外に示すことが、その責務であると考えている。

「病院のあり方に関する報告書」は、1998 年以来ほぼ隔年で発刊され、本報告書が 7 度目の報告である。本報告書作成にあたり、「高齢社会がピークに達する 2025 年の医療・介護提供体制のあり方の検討と提言」を病院のあり方委員会に委嘱した。予測される超少子高齢社会における医療・介護提供体制は既存体系の延長では不可能であり、喫緊な検討課題である。また、世界でも類を見ない速度で高齢化が進む日本においてどのような議論がなされたかを内外に示すことは、今後高齢化を迎えるであろう諸外国に対して日本が果たすべき責務でもある。

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活動を重ねてきた。本報告書は、これまでと同様、全日病の具体的な活動の基本と位置づけられ、各種委員会を中心に種々の取り組みがなされる予定である。

本報告書では、「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、「理想的な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ある。

公益社団法人全日本病院協会  
会長 西澤 寛俊



## 目次

はじめに

第1章 「2025年の日本」を想定した報告書	1
第2章 医療の質と安全確保	10
第3章 医療費	24
第4章 医療圏	29
第5章 医療提供体制	32
第6章 診療報酬体系	45
第7章 医療従事者	51
第8章 病院における情報化の意義と業務革新	61
第9章 産業としての医療	73
第10章 「医療基本法」制定に向けて—医療基本法案（全日病版）提案の経緯—	76
巻末 2025年に向けた今後の病院経営—各施設が取るべき対応	82
おわりに	86
(公社) 全日本病院協会 病院のあり方委員会 開催状況	87
(公社) 全日本病院協会 病院のあり方委員会 委員名簿	88



# 第1章 「2025年の日本」を想定した報告書

病院のあり方に関する報告書は、1998年の「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」発刊以来、一貫して理想的な医療提供のあり方に関して政策的な提言と病院自らが行うべき質の高い医療提供のため取り組むべき具体的事項をほぼ隔年で「病院のあり方報告書」として示してきた。

我々が過去に報告書で示してきたあるべき医療提供体制の構築は、内容に濃淡はあるもののある程度実現したとの認識のもとに、本報告書では2025年に想定される人口減少と高齢社会の進展、疾病構造の変化という確定的な社会構造変化を踏まえた現実的な議論こそが必要と捉え、会員施設の取るべき対応を中心に検討を加えた。

万人のペースで減少する。65～74歳人口はほぼ横ばいで、75歳以上人口が2025年まで年間50万人のペースで増加し、その後は増加のスピードが鈍化する（図1-1）<sup>1</sup>。しかし、都道府県、市町村によりその変化には差があり、これに伴い医療介護需要も変化するのでカバーする面積・人口密度やアクセスなども考慮し、提供体制の再構築を図らなければならない。

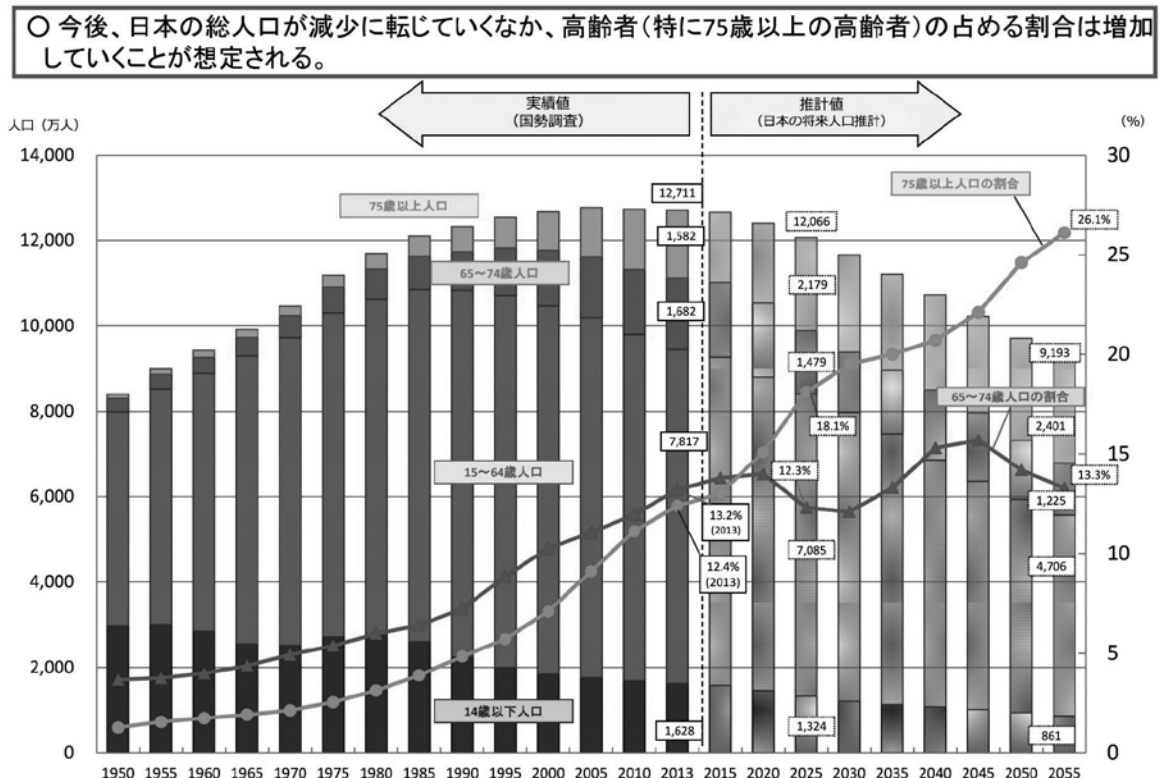
人口減少問題に関しては、国も長期的な取り組みを始めているが、2025年時点までの予測が大きく変わることはない。従って、人口構造の変化とともに必然的に変わってきている疾病構造への対応が医療提供者側に求められると同時に、医療介護を担う人材不足が提供者側にとっての最大の課題となることは間違いない。2025

## 1. 人口構造の変化

0～64歳人口は、今後2040年まで年間100

<sup>1</sup> 将来推計人口については、特に断らない限り国立社会保障・人口問題研究所（<http://www.ipss.go.jp/>）の中位推計を用いる。市町村別の将来推計人口が公表されている。

図1-1 人口推移



(2010年までは総務省統計局「国勢調査」、2013年は総務省統計局「人口推計平成26年6月1日確定値」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）中位推計」)

年における医療従事者の需給予測から労働人口は不足するという見通しの中で取るべき選択肢は限られるはずで、競争で生き残りを目指す、あるいは統合して効率化を目指すというドラステックな取り組みも含め、各病院の理念や病院内外の顧客の要望、経営状況等も踏まえ多面的な検討が必要となろう。

## 2. 医療・介護需要の変化

2次医療圏別検討<sup>2</sup>から全体を俯瞰すると、医療需要は2025年がピークとなり、その後減少傾向、介護需要は2035年がピークとなる。地域差の存在も明らかであり、特に医療需要のピークが2040年と見込まれる地域（大都市）と2010年だった地域（過疎地域）とにすでに分かれている。

人口構成の変化の推移・カバーすべき面積・人口密度・医療介護従事者の確保の見通しなどから、地域特性を踏まえた対応が求められる。2014年度から開始された病床機能報告制度をもとに作成される「地域医療構想」において地域特性が反映された再構築がなされるべきであり、各支部においては「協議の場」に積極的に参加すべきである。

日本医師会総合政策研究機構の推計によると、ほぼすべての圏域において、入院では肺炎、骨折、脳卒中・虚血性心疾患、がん、糖尿病が、外来では循環器系疾患、筋骨格系疾患、神経系疾患、眼および付属器疾患で患者数の増加が想定される。高齢化の進展は、複数疾患に罹患する患者増をもたらすので、一定の医療圏別に、入院では専門医、外来では総合的な診療が可能な医師（総合診療医）を中心に医師の配備が必要となる。後者の養成に関しては、現在の初期研修では不十分であると同時に、現在制度が議論されている「総合診療専門医」に限定することなく開業医の総合診療医への移行も目指した取り組みが急務である。日本の制度には一定の医療圏に強制的に診療科別医師を配備する仕組みがないので、何らかの工夫が必要である。過疎地における医療では、ICTの利用による遠隔医療を普及させ、診療科別医師の偏在を補う取り組みを制度として確立すべきであり、これらに関して全日病も積極的な係わりを持つべきである。

認知症者はすでに440万人、MCI（Mild Cog-

nitive Impairment、軽度認知障害）が380万人（各々高齢者の15%、13%、平成25年厚生労働省発表）となり、また要介護認定者の中の認知症者も年齢とともに増し、75歳以上では要介護者の70-80%に及んでいる。患者の確実な増加を踏まえると、自院で認知症を合併する患者に対応できるよう医師・看護師等医療従事者が専門知識を学んでおくべきである。全日病は他団体と協調して、医療従事者の数・業務の負担増に関する診療報酬上の対応を求めていくべきである。

2025年以降も介護需要が増大することは確実であるが、介護提供のあり方とともに今から真剣に検討しておくべき課題は、「看取りの場」の問題である。高齢者の割合が30%を超え、病院のベッド数の不足などから死に場所に困る者が年間50万人にもものぼるという深刻な事態は「2030年問題」として取り上げられている。死亡場所は、病院・診療所が約8割と大半を占め、自宅12.8%、老人ホーム（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等）5.8%、介護老人保健施設2.0%となっている（人口動態調査、2014年）。団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年は、医療・介護需要の急速な増加が予測され、「2025年問題」としてクローズアップされているが、それは同時に多死社会へ本格的に足を踏み入れる時期でもある。年間死亡者は2025年には150万人を超え、病院でのみ受け入れることは困難である。一方で、高齢者が望むような在宅での対応は、女性の社会進出が今後も進み、生産年齢人口に属する家族がほとんどで日中不在となる状況では、在宅医療・介護に関与する担い手不足から物理的に困難となる。また、すでに高齢者の仲間入りをした団塊の世代を中心に、残された人生の過ごし方には、経済力の差異や価値観の多様化により個人差が大きくなると思われる。改めて、老いや死に関する意識調査を行い、健康状態・集団生活の許容の可否・介護の担い手の有無などを確認するとともに、医療機関・介護系施設・在宅等の看取りに関する資源の現状分析もあわせ、現実的な対応が望まれる<sup>3</sup>。地域包括ケアシステムの構築如何にもよるが、家族のみならず高齢者自身も含め地域全体としての関与が必須であり、それ

<sup>2</sup> 地域の医療提供体制の現状と将来 - 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2014年度版)

それぞれの責務について意識と覚悟が必要であることを国民に周知すべきである。介護系事業を行っている事業体においても、看取りに関して積極的対応が求められる。

### 3. 財源の問題

2011年に、国の医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）による需給と財源確保に係わる提言が公表されて以来、国の施策はこの内容を基本にして進め

られている（表1-1、2、3）。従って、改めて提言内容を確認しておく必要がある。

<sup>3</sup>みずほ情報総研は「長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業 報告書 2014年3月」の結果もふまえ、「今後求められるのは、国民自身が看取りの多様な選択肢について、具体的なイメージと理解を深めていくことであろう」とし、介護系施設での看取りが大変少ない現状から「生活の場である介護施設や在宅においては、どこまでの治療や処置が可能となり、どのような看取りの形がありえるのかを医療機関との対比で示し、国民全体の看取りに対する考え方や希望の多様化の中で、介護施設等においても利用者のニーズに対応した看取りを実施していく流れが望ましい」と提言している。

表1-1 具体的な改革のイメージ（パターン1）

(医療・介護ニーズ)		(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
医療 病床	一般 病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快（在宅・外来）
		一般急性期 (約5割)	◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快（在宅・外来）
		亜急性期・ 回復期リハ等 (約3割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快（在宅・外来）
	長期療養（慢性期）	◇◆医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆在宅医療の推進、機能強化等を勧奨し、平均在院日数1割程度短縮	
	精神病床	◇◆機能に応じた体制の充実やアウトリーチ（訪問支援）等の推進により、平均在院日数1割程度短縮、入院も2割程度減少。減少するニーズは、アウトリーチ（訪問支援）、早期の軽快（在宅・外来）、介護サービスの利用	
介護 施設	特養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下	
	老健+介護療養	◇◆施設利用は中重度中心でユニットケアが普及、各要介護度の認定者の施設利用割合も若干低下 ◇◆現行の介護療養にあっては、医療区分1は介護、2・3は医療	
居住系（介護）		◇グループホームについては、約37万人分を確保（小規模多機能等の在宅サービスと合わせて認知症に相当程度対応できる水準）	
在宅 外来	医療	◇在宅医療・訪問看護の充実（利用者的大幅増） ◆生活習慣病予防、医療機関や医療介護の連携、ICTの活用等の取り組みにより、医科外来ニーズ（上記入院ニーズからの移行分を除く）が5%程度減少	
	介護	◇比較的中重度や認知症等のケースで、さらにサービス利用が進むものと仮定 ◇小規模多機能については、約40万人分を確保（グループホームと同旨）。また、24時間対応の定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護を充実 ◆介護予防等リスクを軽減する取り組みにより要介護者等が3%程度減少	

(◇充実 ◆重点化・効率化)

(厚生労働省「医療・介護に係る長期推計（主にサービス提供体制改革に係る改革について）」)



表1-2 具体的な改革のイメージ（パターン2）

(医療・介護ニーズ)		パターン2の整理	(平成37(2025)年頃までの改革とその効果に関する仮定)	
(パターン1の整理)				
医療 病床	一般 病床 (10割)	高度急性期 (約2割)	(パターン1に同じ)	
		一般急性期 (約5割)	一般急性期 (約3割) ◇◆医療資源の集中投入により、平均在院日数33%程度短縮。減少するニーズは、亜急性期・回復期リハ等、早期の軽快(在宅・外来)	
		(軽度急性期 (約2割))	軽度急性期及び 亜急性期・回復期 リハ等 (約4割)	◇◆機能強化により、平均在院日数2割程度短縮。減少するニーズは、医療療養、介護サービス、早期の軽快(在宅・外来)
		亜急性期・回復期リハ等 (約3割)		
		長期入院 (約1割)	長期療養 (慢性期)	◇◆現行一般病床の長期入院については、亜急性期・回復期その他と同様 ◇◆現行医療療養にあつては、医療区分1は介護、2・3は医療 ◇◆現行医療療養にあつては、在宅医療の推進、機能強化等を勘案し、平均在院日数1割程度短縮
	長期療養 (慢性期)			
	精神病床			
介護 施設	特養 老健+介護療養		(パターン1に同じ)	
居住系 (介護)				
在宅 外来	医療			
	介護			
			(◇充実 ◆重点化・効率化)	

(厚生労働省「医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について)」)

表1-3 改革シナリオにおける主な充実、重点化・効率化要素（2025年）

		2025年
充実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合)</li> <li>・一般急性の職員等 6割程度増(単価約1.5倍)(〃)</li> <li>・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増)</li> <li>・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増)</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養利用者数の増 1.4倍程度</li> <li>・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオ)に対する増)</li> <li>・定期巡回、臨時対応 約15万人/日分程度整備</li> </ul>
	医療・介護従事者数の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体で2011年の1.5~1.6倍程度まで増</li> </ul>
	その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実</li> <li>・介護職員の処遇改善(単価の上昇)</li> <li>・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1~2中学校区に1名程度増)など</li> </ul>
重点化・効率化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) ※早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期:平均在院日数15~16日程度</li> <li>・一般急性期:平均在院日数9日程度</li> <li>・亜急性期・回復期等:平均在院日数60日程度(パターン1の場合)</li> </ul> <p>(現行一般病床についてみると、平均在院日数19~20日程度[急性期15日程度(高度急性19~20日程度、一般急性13~14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。)</p>
	長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期療養 在院日数1割程度減少</li> <li>・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少</li> </ul>
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減)</li> </ul>
	予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少</li> </ul>
	医薬品・医療機器に関する効率化等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合)</li> </ul> <p>(現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。)</p>
	医師・看護師等の役割分担の見直し	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期)</li> </ul>

(厚生労働省「医療・介護に係る長期推計(主にサービス提供体制改革に係る改革について)」)

## ①ニーズとサービス提供

- ・現状投影シナリオでは、2011年度に80万人/日程度の病院・診療所の一般病床（急性期入院）における患者数が、2025年度には100万人/日程度となる。入院全体では130万人/日程度から160万人/日程度へと増加する。この入院ニーズに対応するためには、2011年時の病床区分と病床稼働率を前提とすれば、一般病床は110万床程度から130万床程度に、病床総数は170万床程度から200万床程度に増加する。
- ・しかし、医療の機能分化と機能強化（病床当たり医療資源投入の増加、在宅医療や在宅ケアの充実等）を行い、平均在院日数の大幅短縮を実現すると（改革シナリオ）、2025年度の急性期入院の患者数は70～80万人/日程度、入院全体では130万人/日程度となり、2011年時と同程度の概ね160万床程度の病床で、増大する医療ニーズに対応することができる。
- ・介護については、急速な高齢化や医療の効率化に伴って、施設・居住系、在宅ともにニーズが増大するが、施設への入所を重度者中心とし、居住系、小規模多機能や定期巡回・随時対応サービスを充実させることで、2025年度に600万人/日を超える介護ニーズについて、施設130万人/日程度、居住系60万人/日程度、小規模多機能や定期巡回・随時対応等も含む在宅介護で450万人/日程度のケアで需要を吸収すべしとされている。
- ・こうした医療・介護サービスに対応するために必要な人員は、2025年度において、医師30～34万人程度、看護職員180～210万人/日程度、介護職員230～240万人/日程度、その他OT、PTなどのコメディカル、看護補助者、介護支援専門員、相談員、事務職員等を合わせて、全体で700万人規模と推計された。

## ②費用と財源

- ・財源問題は、すでに国債残高が1,000兆円超となっている上に、昨今の経済成長の停滞から、何らかの抜本的な改革が必要である。国民の選択にもよるが現状の高福祉を望むのであれば国民の高負担は必然であるが、厚生労働省は、「社会保障と税一体改革」の議論の中で「中福祉中負担」を打ち出しており、実現可能な提言として評価される。ここで提言された「使用目的を社会保障に限定した消費税増税」が2014年4月からなされた。その後は消費の停滞により、消費税の再引き上げ時期については流動的であるが、長期的には消費税率は引き上げの方向に向かうことが予想される。

今後も確実な経済成長が望み薄である以上、消費税を基盤とした財源確保は必然であろう。しかし、同時に医療費の適正使用に関しても検討されなければならない。過剰・濃厚診療、重複受診による同一検査の繰り返し、多剤使用、安易な新薬投与などの制限、抗がん剤の効果評価の厳格化による不必要な投与の排除・見直しなどが必要となろう。これらは医療提供者側の問題のみならず、患者側の過剰の期待や要求もしばしば原因となっており、貴重かつ有限な医療資源の有効使用の観点から、情報共有、合意形成のための仕組みの確立が望まれる。救急医療や新患の診療における出来高払いを除き、入院医療、外来慢性疾患に対する包括払いの導入は不可欠と考える。全日病が中心となり提供者側も議論を深め、財務省主導の病床削減・地域差是正などによる医療費適正化政策の是非を検討し、我々が後手を踏まないような積極的関与が望まれる。

## コラム:増大する医療費への対策として、国際機関の示す事例紹介

### < IMF >

Leive (2010) は、医療費を抑制するために OECD 諸国の事例を分析し、需要側、供給側に分けて、各国が取り得る5つのオプションを紹介している。

需要側について、①患者負担増、②民間医療保険の免税措置削減、供給側について、③診療報酬へ予算制約の厳格化、④費用対効果分析による改善、⑤公的医療保険給付の対象範囲の縮小が挙げられている。わが国で未実施の費用対効果分析の導入・改善については諸外国の事例から学ぶ点が多い。費用対効果分析は、ある医療サービスや薬の導入に要する費用とそれにより得られる効果を比較検討するものである。分析の結果、その効果が優れていれば、より多くの資源配分を行い、他方、従来のものより大きなメリットがなければ価格を低く抑える、といった政策対応が可能となる。

諸外国では1990年代にオーストラリア、カナダ、イギリス等で導入され、フランス、ドイツ等先進国で広がりを見せている。イギリスでは、NICE という専門の部局が設置され、QALY 法<sup>4</sup>にて分析を行っている。

費用対効果を導入する際には、広範囲で精緻、かつ比較可能なデータが整備されていることが望ましい。わが国ではデータの収集、利用環境の整備がともに不十分である。DPC 導入に伴ってデータが蓄積されつつあるが、医療サービスの実態把握に向けたデータ収集と、その活用状況は制約があり十分とは言い難いので、早急な整備が求められる。

### 参考資料

- ・わが国の医療費の将来見通し—医療費の増加にどのように対応するか—ファイナンス  
2011-6 財務総合政策研究所 研究員 堀内 義裕 (抜粋)

### < OECD >

OECD では「対日経済審査報告書 2015 年版」で、アベノミクスを評価しつつ、①大胆な構造改革による経済成長の促進、②財政の最優先課題は、社会的一体性を促進しながら、政府債務

を削減すること、③デフレからの脱却、という3つの主な提言をしている。

年金、医療、介護という、主に高齢者向け支出が、公的社会支出の80%以上を占めていることからこれを抑制すべきとし、2004年の年金改革である「マクロ経済スライド」を評価するとともに、更なる改革として最もよい選択肢は、高齢者の労働参加率を高めることにより年金財政を改善すべしとしている。

年金とは対照的に、医療支出は対GDP比で増加を続けると予測し、OECD平均の9.3%を超えた医療費対GDP比(10.2%、2012年)の増加要因は高齢化と一人当たり費用の増加で、影響がほぼ半々であるとしている。

内容別では、薬への支出と入院医療費が大きく影響しているとしている。前者を抑制するために処方箋枚数を減らすことと、ジェネリック医薬品の使用拡大が挙げられている。また、後者の抑制が最大の課題とし、平均在院日数短縮が必須であり、急性期ケアが必要ない患者を在宅ケアや介護施設に移すために、対高齢者人口比OECD平均の半分しかない介護施設への施設の転換を図ること、急性期治療における出来高払いから包括払いへの移行と、外来診療受診数減少にもつながるとして高齢者の自己負担増も提言している。

<sup>4</sup> QALY 法: QALY は、「質で調整した生存年 (Quality Adjusted Life Years)」と呼ばれ、QOL (生活の質) を考慮した生存年数の効用を示す。完全に健康な人が生活する1年が1 QALY と定義され、反対に、死亡した場合の QALY は0となる。例えば、ある病気で過ごす1年の効用が0.8であるとき、その状態で5年生存する場合の QALY は  $0.8 \times 5 = 4$  となる。これは健康な人が4年過ごす効用と等しい。

QALY 法は、特定の医療サービスや新薬を導入した際に、1 QALY を改善するために必要な費用を比較し、費用が高額な場合、公的医療制度では提供しない等の対応が行われる。QALY 法については、患者の QOL の測定の難しさや、どの水準の費用までその社会が許容できるか等の議論が存在するが、異なる分野の治療について共通の価値尺度で比較・分析できる点は検討に値する。

## 4. 社会保障費の適正化

日本の国力の範囲の中で理想的な社会保障を考える必要があることについては論を待たず、労働人口の確保とともに適正化が議論される必要がある。

社会保障費抑制には、年金・医療・介護・福祉すべてにおいて見直しを検討すべきである。公的年金は社会保障費に占める割合も大きく、その一元化は、国民の不公平感更正の観点から見直しが必要である。改めて診療報酬体系の見直し（外来新患・救急・専門医コンサル外来医療を除く、外来・入院医療への包括化の導入）、診療報酬改定プロセスの見直し、議論は多いが病院・保険者の直接契約等、健康増進と医療費の効率的使用に寄与する真の保険者機能の発揮も求められる。その他、保険者においては、医療サービス内容の妥当性の審査、加入者の受診行動等に関する積極的関与に加え、審査基準の統一や効率性の確保も同時に図られるべきである。

政府は、今後国民健康保険法や健康保険法、医療法等の改正法案を順次国会に提出する予定で、引き続き医療制度の見直しを進める方針である。しかし、その内容は、国民健康保険制度（以下、市町村国保）の財政基盤の強化、後期高齢者支援金の全面報酬割の導入等であり、従来路線と大差はない。市町村国保の財政責任の強化や医療費抑制努力の評価もないままに「国庫補助」による格差更正システムは著しく公平性に欠けており、高齢患者自己負担のあり方等もあわせた、多面的抜本的変革が必要である。勿論、受療者側・提供者側双方にも努力が必要である。複数医療機関受診、コンビニ受診など過剰と思われる患者の受診行動に関して一定程度の抑制方法を検討すべきである。医療機関においては、不必要な定期的検査、薬剤使用など医療側に起因する需要の防止、後発医薬品使用促進をはじめとする提供者側の広い議論も必要である。

一方、介護については、給付のあり方自体の見直しが必要である。本報告書は病院のあり方を主に議論するものであるため、介護に係わる細かな検討・提言は避けるが、要介護度にあわせ利用者の要望も踏まえた科学的な居宅・施設サービスのあり方を見直し、報酬体系および手続きの煩雑さ等制度利用の簡略化に関して検討

が必要である。

各制度間の整合性も必要である。現行では年金と医療保険・介護保険は基本的に65歳以上を高齢者、医療保険では75歳以上を後期高齢者としている。2015年6月日本老年学会は、65歳以上の高齢者の身体、知的機能や健康状態についての分析結果に合わせて声明文\*を出し、高齢者の定義を変更する必要があるかどうかを検討するとした。

### \* 声明文概略

「最新の科学データでは、高齢者の身体機能や知的能力は年々若返る傾向にあり、現在の高齢者は10～20年前に比べて5～10歳は若返っていると想定される。個人差はあるものの、高齢者には十分、社会活動を営む能力がある人もおり、このような人々が就労やボランティア活動など社会参加できる社会をつくるのが今後の超高齢社会を活力あるものにするために大切である」

社会保障改革実践の中で忘れてならないのは、国の国民への説明責任である。

医療介護総合確保推進法の成立過程を振り返ると十分な審議が行われていたとは言いがたい。内容が医療と介護に多岐に及んでいるにもかかわらず、自己負担引き上げ等即座に生活に影響する事項と、医療提供体制の見直し等徐々に影響が及ぶ事項が一緒に示され、国民が容易に理解できる形での情報提供はなされなかった。今後、社会保障費抑制議論が色々行われるはずだが、医療提供者側も国民へ向けて正確な情報を積極的に発信し、公平性に欠け我々に不利な施策には、全日病の組織を挙げて国民を味方とする行動をとる必要がある。

最後に、我々は、格差社会の問題が議論される中、可処分所得・資産にあわせた社会保障費の負担が必要であることを認識すべきであり、費用負担の公平性を確保するためには、マイナンバー制度の適切な運用が望まれる。

健康寿命延伸の一方で、年金支給開始が先送りとなり、可処分所得の減少は高齢者の生活の質への影響が懸念される。持ち家等の固定資産を流動化して生活や医療・介護費用に使用できるようリバース・モーゲージ<sup>5</sup>の普及も急がれる。

これまで「病院のあり方に関する報告書」では、理想的な医療・介護の提供のためには、正確な疾病調査の下、地域特性を踏まえた一定の人口毎の医療圏の設定、急性期から慢性期さらには介護まで切れ目ない継続したケアのできる提供体制、それを維持するための科学的な報酬体系の確立が不可欠であることを述べてきた。併せて、国民の信頼を得るための質向上の取り組みの重要性を示してきた。

今回、第2章以下、医療の質、医療費、医療圏、

医療提供体制、診療報酬体系、医療従事者、病院における情報化の意義と業務革新、産業としての医療、医療基本法の9テーマについて、2025年の医療・介護のあり方を検討したので報告する。

<sup>5</sup> 担保不動産を自分の死後に売却して一括返済する、自宅を担保にして老後資金を借りることができるローン商品。

## コラム:健康寿命

健康寿命は、2000年にWHO（世界保健機構）が提唱した概念である。厚生労働省の定義によれば、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことを言う。健康寿命は現在下記の二つの方法で計算されているが、いずれの方法でも客体数が非常に少なく都道府県単位の健康寿命しか発表されていない。

○「自分が健康であると自覚している期間の平均」は国民生活基礎調査と生命表を基礎情報とし、サリバン法を用いて算定し、厚生労働

省が発表している

国民生活基礎調査：「あなたの現在の健康状態はいかがですか」に対し、「よい」「まあよい」「ふつう」の回答を「健康」として、「自分で健康であると自覚している期間の平均」を得る（対象者は居宅者、入院・入所者は含まれていない）

○要介護認定で要介護2以上の人を「不健康な状態」とする方法（対象者は要介護認定を受けた人）

# 第2章 医療の質と安全確保

## 医療の質

医療機関には、提供する医療の質向上が求められている。“医療の質”を考える前提として、“医療”、“病院”、“医療提供者”、“顧客”、“質”とは何かを考える。

### 1. 医療とは何か

医療は極めて文化性が高く、国・地域、時代により、内容が規定される。したがって、医療制度は、頻繁に改定され、複雑になり、一般国民も専門職にとっても理解が困難である。

医療とは、狭義には診療（診断と治療）、すなわち、医の行為（medical care）であり、広義には健康に関するお世話（health care）である。保健・医療・福祉を含み、療養ともいう。診療を含む医療機関のすべての業務をいう。すなわち、組織運営・経営を意味する。「医療とは医学の社会的適用である」と元日本医師会長武見太郎が定義した。すなわち、医療は医学を実用化する社会技術である。社会性とは、他分野、関連分野との整合を図ることである。医療提供側は、社会（国民や患者）が求める医療を提供しなければならない。医療基本法（第10章で解説）を定め、医療の基本的あり方を示す必要がある。

### 2. 病院とは何か

#### ①病院の定義

病院とは20床以上の入院施設を有し、科学的かつ組織的な医療を提供する医療機関をいう（医療法第1条の5）。20床以上は必要条件で、後段の“科学的かつ組織的”運営が達成されて病院といえる（十分条件）。医療法の規定を満たす（必要十分）ためには、“科学的かつ組織的”運営を基本概念とする質管理の考え方や方法を導入することが近道である。質管理を重視し、導入を推奨する理由である。

#### ②病院の組織運営

病院は、多職種連携で行われる労働集約性の高い業種である。患者の高い要求水準に応えるには、建築・設備・医療機器等を整備する必要がある、資本集約性も高い。

医師を中心に医療を行なう（診療管理）すなわち固有技術と、経営や運営（経営管理）すなわち管理技術とに分けて考える必要がある。

病態の異なる個別の患者に対応するには高度の医療技術が要求される。また、常時、最大需要を受入れる体制を整えていなければならない等、効率化が難しい分野である。

社会情勢の変化、医療制度改革、さらに、医療費抑制が進む中、良質かつ効率的な医療の提供が求められており、経営管理の重要性が高まっている。良質とは、すべての関係者が満足することであり、医療提供側の価値判断ではない。後述する顧客要求への適合である。

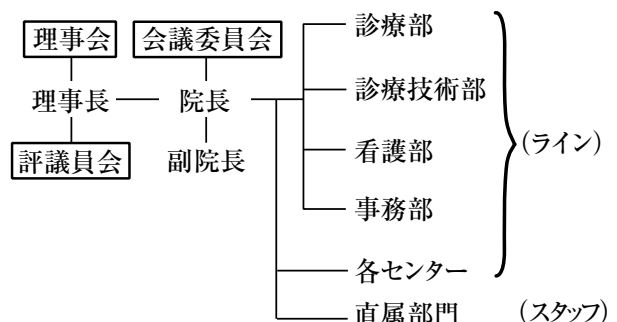
#### ③病院の組織図

病院の組織は設立主体や規模により異なるが、基本的には、診療部、診療技術部、看護部、事務部の4部門に大別される。現業部門であり、ライン部門ともいう。

その他に、院長直属で、部署の枠にとられない、各種の機能がある。戦略・参謀部門であり、スタッフ部門ともいう（図2-1）。

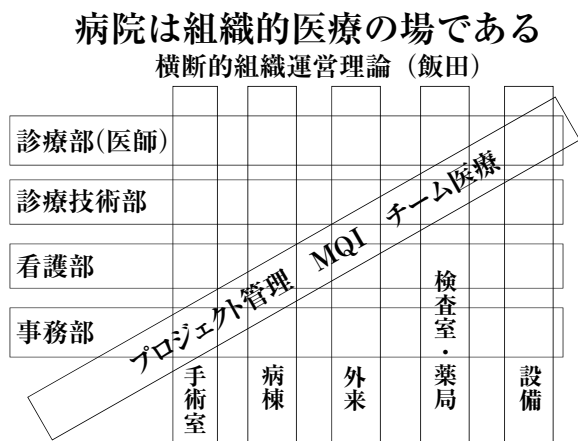
図2-1 病院の組織

### 病院の組織



組織とは、同じ目的を達成するために、協働する集団をいう。縦割り（部署）・横割り（職種・機能）の組織の枠を超えた連携が必要である。横断的組織運営理論という（図2-2）。

図2-2 横断的組織運営理論



#### ④病院の機能

病院は急性期医療を担当する病院と慢性期医療を担当する病院に大別され、急性期病床、地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病床、療養病床、介護施設、さらには在宅へとつながっている。各医療機関は地域における役割を果たすために、短期療養か長期療養か、専門特化か総合か、診療圏は全国か地域密着か、高度医療か一般的医療か、教育研修機能を含むか否か、医療か介護か、また、これらの複合等を選択している。時代の要請に柔軟に応じて、常に患者に選ばれる「質」が求められている。

#### ⑤設立主体

医療機関の設立主体は、国立・独立行政法人（旧国立等）・公立・公的・私立（公益法人・医療法人・企業・個人・その他）がある。設立主体により、運営方法は様々である。

日本再興戦略改訂版に「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設」が提起され、2015年8月、医療法が改正され、地域医療連携推進法人の認定制度が制定された。医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成する方策の一つである。今後は、公と私、官と民が、同一敷地内あるいは同一施設内に共存することもあり得る。

### 3. 医療の特性

医療の特性には、①科学性、②個別性、③緊急性、④地域性、⑤継続性（常時応需性）、⑥不具合への対応、⑦不確実性、⑧侵襲性、⑨リスク性、⑩物語性、がある。これらは、医療のみに限定したものではなく、他の産業分野でも一部は該当する事項がある。

### 4. 質とは何か

質とは効用への適合である（quality is fitness for use）、とJuranが定義している。ISO（International Organization for Standardization）では、質とは、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。質とは顧客要求への適合、すなわち、顧客満足を意味する。顧客要求はとどまることなく上昇するため、継続的な質向上の努力が必要である。

### 5. 医療提供者とは何か

医療提供体制を規定する医療法には、国、自治体、医療機関、医師・歯科医師・看護師・薬剤師等の責務等が規定されている。すなわち、規定された者が医療提供者である。しかし、これは例示的明記であり、すべての医療従事者が提供者である。

国と自治体が医療制度を構築し、医療機関と医療従事者が医療を提供する。

多様な様態の顧客には、一医療機関では対応できない。したがって、地域の複数の医療機関、施設および行政も含めた提供体制の構築（地域医療構想）が必要になった。

### 6. 顧客とは何か

顧客とは、製品／サービスの提供を受ける者である。医療における顧客は患者だけではなく、立場によって異なる。

医療における顧客とは、国にとっては国民・医療関連団体・医療機関・医療従事者及び患者、自治体にとっては医療関連団体（病院団体、職能団体、学会、企業）・医療機関・医療従事者及び住民、医療関連団体にとっては医療機関及び患者（予備軍も含む）、医療機関にとっては患者／家族、地域住民、連携医療機関、行政組



織（自治体・警察・消防署等）である。

高齢化に伴い複数の病態を持つ患者が増加している。入退院を繰り返すこともある。さらに、障害を持ち、あるいは、生活上の支援を必要とする患者も多い。患者は複数の医療機関、施設を利用し、行政の支援も必要になる。このように、ひとりの顧客（患者）に対応するためにも、複数の提供者の連携が必須である（地域医療構想 参照）。

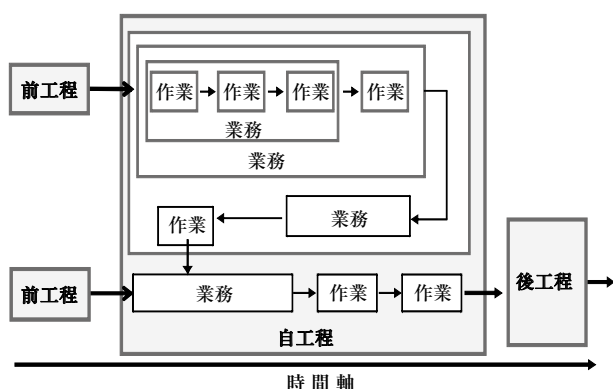
## 7. 医療の質（quality of health care）

### ①医療の質

医療の質とは、提供する医療の質、提供主体の組織の質、組織構成員全員の質であり、多面的である。医療を適切かつ円滑に行うためには、組織的運営が必要である。組織（チーム）医療とは、診療部門と支援部門を含めた、部門横断的な連携を言う（図2-2）。

「後工程はお客様」を医療に当てはめると、患者だけではなく、業務を引き継ぐ職員・同僚も顧客である（図2-3）。患者を外部顧客、職員・同僚を内部顧客という。

図2-3 工程図



### ②医療の質の要素

質（Q）の要素は、製品・サービスそのものの質（q）、価格（C）、納期あるいはサービス提供のしかた（D）である。 $Q = f(q \cdot C \cdot D)$ 。達成の順番としては、 $q \cdot D \cdot C$ とすることが望ましい。まず、目的の達成、すなわち、効果を上げることが第一になければならず、次いで、納期・サービス提供のしかた、効率を上げること、最後に価格が求められる。

医療では、診療の質向上（q）、治療成績の向上（q）が先にあり、次いで、快適性（D）、受診の容易性（D）、待ち時間（D）、そして、

医療費（C）の順である。しかし、患者にとっては、診療の質（q）を評価することが困難であるので、待ち時間（D）、職員の態度（D）や自己負担金（C）が評価されることが多い。

良質（効果的）の医療を効率的に提供することが、医療法第1条の2に明記されている。

### ③医療の質の相対性

医療の提供は個別対応であり、患者の状態や要望によって異なる。それぞれの要素が互いに矛盾することがある。医療の質とは絶対的ではなく、相対的なものである。また、医療の社会的役割は時代や制度によって異なる。理想的で絶対的な医療というものはない。

## 8. 医療の質の評価

### ①医療の質の評価

医療の効率化と質向上を目指して、医療の質評価の仕組みが急速に進みつつある。

医療は、質を重視して評価する分野であり、古くは、Codmanが外科手術の成績（アウトカム）を評価する End Result System を提唱した（1914）。また、Donabedianは医療の質の要素は、構造（structure）、過程（process）、成果（outcome）であるとした（1966）。

医療の成果（アウトカム）は、視点により多様である。すなわち、

- 1) 最終生産物（診療の結果・アウトプット）だけではなく
- 2) 生産過程・サービス提供の過程（診断・治療・看護・事務処理・プロセス）
- 3) 事後（治療後）の経過観察・苦情処理（アフターサービス）
- 4) 最終処理（死亡・死後の病理解剖・診断書記載）

等の全経過を含む。

### ②臨床指標

臨床指標には、プロセス指標と、アウトカム指標がある。プロセス管理手法として、診療ガイドライン、EBM（Evidence Based Medicine）、パス法などがある。

効率性や公平性等の多面的な評価指標のパフォーマンス・インディケ이터（Performance Indicator）は、アウトカムの概念で、組織活動全体の指標である。

### ③医療への質管理導入の社会的要請

医療の透明性、質保証、安全確保等の社会の要請が高い。これらに対応するには、事実やデータに基づいた医療・経営（EBM：Evidence Based Medicine/ Management）が必要である。すなわち、質管理を導入し、効率化と継続的質向上をしなければならない。

### ④医療の標準化

医療の標準化による効率化と継続的質向上を目的に開発されたものが、ケースミックスとしてのDRG（Diagnosis Related Groups）やDPC（Diagnosis Procedure Combination）である。医療制度改革や診療報酬請求への小手先の対応ではなく、組織基盤の整備が必要である。総合的質経営（TQM）の考え方の導入が必要である。

我が国のDPCには問題があるが、他施設や自施設の時系列の比較検討が可能となり、質の評価に用いることが出来る。共通の物差し（基準）という意味で極めて有用である。

### ⑤質評価とデータマネジメント

多様な医療データ、経営データを収集、分析するには、情報システム構築、データウェアハウス（DWH）構築、データ分析ソフト（MEDI-TARGET参照）が必須である。また、診療や経営に役立つデータ分析能力を有するデータマネージャーが必要である。全日病では、データマネージャーの養成に着手している。

## 9. 医療の質評価事業とデータマネージャー養成

全日病の実施する医療の質評価事業では、DPCデータ分析を行うMEDI-TARGETと診療アウトカム評価事業を統合して、会員病院の医療の質・経営の質向上を支援している。

### ①DPC分析事業（MEDI-TARGETの開発）

DPCは急性期病院の標準的な支払方法となり、DPC分析ソフトの導入が必要であった。全日病は、DPCデータを請求のみでなく、診療アウトカム評価およびオンライン請求に対応可能で、ベンチマーク可能なASP（Application Service Provider）方式のMEDI-TARGETを2008年に共同開発した。参加病院の意見を集約して機能強化を継続している。

DPC病院は、DPCデータ（様式1・4、E・

Fファイル）だけで、本事業参加病院の母集団データセットとのベンチマークが可能で、時系列の経営分析が可能である。

DPCは外来診療には適用されていないが、将来の、電子請求必須化にむけて、外来・入院・外来を通じた分析を実施している。全医療機関にデータ提出が求められよう。

収集データの信頼性確保が重要であり、診療情報管理・医事課担当者を対象とした、説明会や講演会等の継続研修を実施している。

### ②診療アウトカム評価事業

日本で最初のアウトカム評価事業を2002年から東京都病院協会が開始し、2004年から全日病が全国展開している。主要24疾患の入院患者データ、その他病院全般の指標として転倒・転落、入院後発症感染症、抑制、患者満足度・推奨度のデータを収集し、参加病院へのデータフィードバックを継続的に実施して病院医療の質向上、統計データをウェブサイトにて公開して医療全般について国民の理解の促進に寄与している。

現在の課題は、地域の連携・健康度等、個々の病院を超えた指標の開発、得られたデータを改善につなげるための院内体制のあり方と、データマネージャー等の人材育成である。

### ③診療アウトカム評価事業とDPC分析事業の一元化

参加病院の負担軽減を目的に、新MEDI-TARGETシステムを開発し、事業を一元化した。これにより、診療アウトカム評価事業への参加は、MEDI-TARGETに必要なDPCデータに数個の診療情報を付加的に入力するだけで可能である。

## 10. 良質な医療

医療の質の評価は構造と過程を対象としてきた。立場によって、望ましい医療の定義が異なるので、各立場で望ましい医療とは何かを明確にする必要がある（表2-1）。

### ①社会・国民の視点

医療は社会生活において重要な分野である。生命に関係するという理由だけではなく、近年では、経済的理由が重要になっている。

医療費の持続的な上昇が、相対的に国家財政を圧迫している。これは、全世界的な問題であ

り、どの国も試行錯誤の状況である。むしろ、日本の低い国民医療費と高い健康水準が高く評価されている。

## ②健康投資の視点

医療を消費と捉えれば、医療費抑制は正しい政策である。健康投資と考えれば、質の良い医療提供体制の構築を重視しなければならない。

質を上げるには、相応の人・物・金・時間（経営資源）の投資が必要である。「望ましい医療」とは、「希望する医療」あるいは「理想の医療」ではなく、「国民が必要とし、相応の負担をし、達成すると決めた医療」である。

## ③患者の視点

### 1) 重点思考

患者満足という質的結果を数量的に評価することは困難であるが、包括的あるいは部分的に満足度を検証することは可能である。患者にとって決定的に重要な問題の改善、すなわち、患者の要望や不満の大きい点、重要な点の改善が先決である。重点指向である。

### 2) 患者満足

医療は、顧客満足業、もてなし業、お世話業である。顧客には内部顧客と外部顧客がある。職員は内部顧客、患者は外部顧客である。

患者満足の対象は、病院業務のすべてであり、広い視点で把握する必要がある。それが「医療における信頼の創造」への道である。

個人の価値観は多様で、考えは常に変わるので、サービスは特注品（個別対応）でなければならない。要求水準は限りなく上がり続けるので、満足は一時的なものである。だから、質は

常に向上させなければならない（CQI：Continuous Quality Improvement）。

### 3) 患者満足の要素

患者の満足・不満足は重要な要素である。狩野理論を参考に、以下のように大別できる。

- イ 魅力的要素：充足されれば満足を与えるが、不十分であっても仕方ないと思われる要素
- ロ 充足比例的要素：充足されれば満足、不足であれば不足の度合いに比例して不満足と思われる要素
- ハ 当たり前要素：充足であれば当然、不足であれば不満と思われる要素である。医療における基本的な要素
- ニ 無関心要素：充足していても不足していても、特に満足も与えず、不満も引き起こさない要素
- ホ 逆説的要素：充足されているのに不満を引き起こし、不足であるのに満足を与える要素

例えば、現在では元気な新生児が生まれて当然と思われている（当たり前品質）。かつては、母児共に生死をかけていたので、無事出産することは喜び（魅力的品質）であった。

我が国では、いつでも・どこでも・誰でも受診が保証されているのは、当たり前（当たり前品質）である。諸外国では、受診制限があり、我が国の状況は恵まれている（魅力的品質）。

### ④医療従事者の視点

医療従事者が望ましいと考える医療とは、安心し、誇りを持って行える医療である。国民や患者の多様な要望に迅速かつ適切に応えて、良質かつ効率的に提供する医療である。

表 2 - 1 立場による顧客要求の違い

	立場	要求事項	共通要求事項
外部顧客	国	国民皆保険の堅持と財政の安定	安心・信頼 安定・継続
	保険者	保険財政の安定 被保険者への安定的医療の提供	
	国民	公正かつ軽い負担	
	患者	いつでも、どこでも、誰でも、安心して受診	
	医療関連ビジネス	適正利潤と医療への貢献	
医療提供主体	医療機関	質の維持と再生産可能	
内部顧客	役員	地域からの高評価、高収益	
	医療従事者	安心し、誇りを持って医療を提供する	

## 11. 医療における質にかかわる問題

医療における質にかかわる問題は、大きく5つが挙げられる。これらは医療についての議論をしばしば複雑で困難なものとしている。

### ①医療に関する認識

#### 1) 医療の社会性

“社会の中の医療”という認識が医療界に問われている。「医療とは、医学の社会的適用である」であり、医療従事者は、地域医療、健康教育・疾病教育、健康投資、医療資源の利活用、社会貢献、環境負荷、環境保全、介護・年金等、社会との関連を考慮しなければならない。一方、患者や国民も、“医療は分からない”、“不透明である”というだけではなく、医療を理解する努力が必要である。

#### 2) 医療は特殊か

医療従事者にも、患者や国民にも、“医療は特殊である”という神話がある。その根拠は、イ 生命を扱う、ロ 許認可・規制が厳しい、ハ 情報の非対称性、が挙げられる。しかし、イ・ロは医療だけではなく、他の産業にも該当する。ハの情報の非対称性は専門性の本質である。情報量、判断力、能力・技術の差があるから専門家なのである。非対称性が問題ではなく、それへの対応、つまり、説明責任・情報開示が問われている。

双方が医療の特殊性を強調する限り、問題は解決しない。医療は特殊ではなく、組織管理の面では一般産業・企業と共通する部分の方が多い。一般産業・企業から学ぶことが多い。反対に、医療から一般産業に発信する事項も多い。特に、医療界からの情報提供とわかりやすい説明が重要である（「病院早わかり読本 第5版」(医学書院)参照）。

医療は特殊であるという場合には2つの問題がある。ひとつは、医療者側が、すべき事をしない言い訳に使う場合である。もうひとつは、医療を受ける患者あるいは国民側が、医療は特殊だから自己犠牲は当然であると医療者に強制する場合である。“特殊”を、できない理由、無理難題を押しつける理由にしてはいけない。

#### 3) 医療は消費か

“医療は消費か”という問いに答えることは簡

単ではない。最終顧客を消費者といい、最終顧客が個人や家庭で使用するために買うものすべてを消費財という。同じ財でもその使いみちによって消費財にもなり生産財にもなる。

#### イ 消費の定義

消費 (consumption) とは、費やし無くすことであるが、経済学用語としては、欲望の直接・間接の充足のために財・サービスを消耗する行為をいう。生産と表裏の関係をなす経済現象である。

消費には、生産物 (モノ) の消費とサービス (コト) の消費がある。医療の提供においては、モノとコトが同じ程度に重要である。

#### ロ 医療の消費税

医療における最終顧客 (消費者) は患者であるにもかかわらず、最終顧客ではない病院が、医薬品、医療材料、委託費等に関する消費税を支払わされ、病院の損税となっている。

#### ハ 消費者契約法

医療契約にも消費者契約法が適用されるとされる。消費者契約法第1条では、「この法律は、消費者と事業者との間の情報の質及び量並びに交渉力の格差にかんがみ、事業者の一定の行為により消費者が誤認し、又は困惑した場合について・・・消費者の利益の擁護を図り、もって国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする」と事業者間以外の契約は対等ではないと規定していることは重要である。

第2条1項では、「この法律において“消費者”とは、個人 (事業として又は事業のために契約の当事者となる場合におけるものを除く) をいう」、また、第2条2項では、「“事業者”とは、法人その他の団体及び事業として又は事業のために契約の当事者となる場合における個人をいう」と規定されている。つまり、事業における契約の当事者ではない個人を消費者という。この観点からは、患者は消費者とされている。

#### 4) 医療の利用者

経済学用語に従えば、患者は欲望 (欲求) を満たすために医療を受けるのではない。生存欲、生殖欲、食欲等を満たすためといえなくもないが、美容手術等を別にして、患者が望んで医療を受けるのではない。医療においては、生産と消費という対比よりも、提供と利用 (受療) が

適切である。医療の消費者よりも、利用者、受療者の方が受け入れやすい。

## 5) 健康投資

医療を消費と考えるより、健康投資と考える方が実態に合っている。

### ②医療費負担と世代間および保険者間競争

科学技術や医療技術の高度化と、国民や患者の要求水準が高まり、高度な医療を提供しなければならない。しかし、国家の財政難において、高齢者医療費高騰の負担に関する、世代間の問題と、保険組合（保険者）間の問題がある。

今後は、年金と同様に、加入した医療保険によって、受けることができる医療の範囲や内容に差が生じ、保険では必要最低限の医療しか保障できない虞がある。国、地方自治体、医療機関として、どのように対応するかが問われている。

### ③経済原則適用の一貫性欠如

社会基盤・社会資本としての社会保障のあり方が問われている。医療への市場原理の導入が強調され、医療が経済情勢の変化に振り回されている。市場原理では、需要と供給のバランス、費用と収益とのバランスに基づき価格が決定される。市場原理導入を求めておきながら、他方では公共性、さらには、医療は特殊であるとして、経済原則に合わない高度かつ良質の医療の提供を求めている。低負担（保険料、自己負担金）で、いつでも、どこでも、誰でも、最高の医療を求めることが問題である。再生産可能な仕組みが必須である。

市場原理で重要な事は、透明性と公正性である。公正とは、合意したルール（基準・規則・法令）に基づいて、同じ土俵（活動の場）で運営することである。しかし、現実には、公という名目で特別会計からの繰り入れが行われ、採算度外視の運営が黙認されている。設立主体ではなく医療機能に応じた資源配分が必要な所以である。

### ④組織的管理手法導入の遅れ

医療の特殊性や患者の多様性を理由に、医療への管理手法の導入は一部で行われるに過ぎなかった。しかし、社会の急速かつ複雑な変化には、従来の考え方や方法では対応できない。病院経営においては、組織管理の仕組み（Management System）、質管理の仕組み（Quality Man-

agement System）の導入、すなわち TQM の導入が必要である。

## ⑤医療不信

### 1) 過大な期待への対応

国民や患者の医療不信は強く、深刻な状況にある。この原因は、医療提供側と国民や患者の双方にある。すなわち、社会が急速に変革しているにもかかわらず、医療従事者の意識改革ができず、情報提供と説明の不足等、対応が不十分である。また、国民や患者の権利意識の向上と医療は無料あるいは低負担が当然という、過大な期待・要求や誤解がある。

### 2) 無謬性と結果責任

安全確保は、基本的な要求事項である。国民は、医療に無謬性を求めている。しかし、医療契約は準委任契約であり、適切な行為は約束するが、結果を保証するものではない。医療の特性として、複雑性、侵襲性、リスク性があることから理解できよう。しかし、過誤や不適切な行為を減少させ、再発防止を検討し、対策を実施することが必要である。

## 12. 医療における継続的質向上

医療では、専門資格職が多く、専門技術職として質向上の努力は当然のことであり、日常業務として行なっている。ただし、専門知識、専門（固有）技術に関する努力が大部分であり、管理知識、管理技術への関心が乏しい傾向がある。

質管理に関して、医療が遅れていたのではない。外科医の Codman は、外科診療に結果の評価が必要であるとして、診療記録の評価を主張した。外科学会の取り組みが契機になって、病院機能評価の仕組み（JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations、現在は JC: Joint Commission に名称変更）が設立された（1951年）。

日本においても、1990年代から、質の評価を制度として行うようになった。日本医療機能評価機構による病院機能評価、質マネジメントシステム（ISO9001）等である。

一部の病院で、TQM や QCC（Quality Control Circle）が行われていたが、1990年代から、病院団体や医療関係者が質改善・向上の全国的

組織を設立し、医療へのTQMの導入を目指して活動している。品質管理の専門家との連携が重要となっている。

病院は、専門分化・機能分化による縦割り・横割りの壁が厚く、標準化や情報の共有がしにくい組織である。複雑性・不確定性・緊急性・個別対応・非定型が当たり前の医療では、全職員が柔軟に対応しなければならない。医療界こそ適応型組織に生まれ変わる機会がある。ここに、一般社会の諸問題解決の糸口があると考えられる。複雑な医療界でTQM展開のモデルをつくることにより、一般化（普遍化）することが期待できる。その考え方に基づいて、全日病では、2000年には医療の質向上（DRG・TQM）委員会を設置して活動している。TQM手法の臨床プロセスへの導入も図っており、多職種における業務フロー図を用いた業務の見える化、改善、RCA（Root Cause Analysis、根本原因分析）、FMEA（Failure Mode and Effects Analysis、故障モード影響度解析）による安全確保の取り組みなどが実施されている。

### 13. 医療経営の質（quality of health care management）

#### ①経営とは

経営から、金儲けをイメージする人が多い。医療従事者にはその傾向が強く、経済活動を否定的に考える人が多い。経営者、管理職も、「経営」という語に抵抗を示す者が多かった。しかし、経営とは、営利・非営利に関係なく、組織運営を言う。有限の資源を活用して、制約条件の中で、組織の目的を達成するために行う活動である。

近年、医療費上昇による財政難を理由に、医療費抑制策が進められ、また、勤労意識・職業意識が変化する等、経営が困難になり、倒産する病院も少なくない。したがって、「経営」を否応なく考えざるを得ない状況にある。

継続的に組織を運営するためには、黒字であることが必要である。

#### ②医療経営の質とは

医療経営の質とは、医療機関全体の質、総合的質を言う。すなわち、1）診療（経過・結果）、2）組織管理（人事労務・労働安全衛生・施設設備・安全・環境）、3）経営指標（財務）、4）

職員（能力・態度・成果）、5）患者満足（苦痛軽減・診療成績・時間・経済性）であり、医療の質向上のために経営管理の質を上げることが重要である。

医療経営の構造は複雑であり、すべての関係者の満足を得ることは困難である。したがって、質重視の経営、すなわち総合的質経営（TQM：Total Quality Management）として、医療の質向上活動（MQI：Medical Quality Improvement）を実施する必要がある。医療は、規制が厳しく、競争原理が働きにくく、非効率、すなわち、無駄が多い、また、患者が選択できる情報を得にくいと指摘されている。一方では、医療事故をはじめとする医療機関の運営上の問題が指摘され、医療の質、すなわち、医療機関の総合的な経営の質が問われている。

### 14. 2025年における医療の質

2025年を展望すると、高齢化、人口減少、低成長、高度情報化、スマートな社会<sup>6</sup>となっているだろう。

すなわち、問題が山積してはいても、合理的な議論がなされ、医療基本法が制定され、医療のあるべき姿・ありたい姿とそれを達成する道筋が示され、継続的な改善がされていよう。

その前提条件として、個別の医療機関あるいは個人の努力の集積ではなく、「医療」の「統合」がなされなければならない。「医療の特性」で述べた10項目に適切かつ効率的に対応し、「医療の質にかかわる問題」で述べた5項目を解決する手段として、「地域医療構想」の概念が出てきたと考えることができる。「統合」とは、連携や総合の意味を超えた、時間的、空間的、組織的（規模・運営主体・特性）、業務プロセス（提供する医療）等の統合である。

その基盤となる考え方は、医療へのTQMの

<sup>6</sup> スマートな社会：ICTによりさまざまなものやサービスをつなげて、新たなイノベーションを創出させる社会をいう。総務省は、ICTを活用した経済成長戦略を支えるための基盤整備計画「ICT成長戦略II」と、ICT国際戦略となる「ICT国際競争力強化・国際展開イニシアティブ」の中間報告を踏まえて、2014年6月、日本の今後の持続的な成長を支えるためのICTインフラ分野での成長戦略「スマート・ジャパンICT戦略」を公表した。①健康を長く維持して自立（自律）的に暮らす、②生きがいを持って働き、社会参加する、③超高齢社会に対応した新産業創出とグローバル展開、という3つのビジョンを実現した社会をいう。（情報の項参照）

導入である。国家・自治体・団体・医療機関それぞれの段階で重層的に実施されていよう。

質とは相対的なものであり、医療は社会の状況に適合させて実践される。TQM 実践の努力をしている限り、医療の質（顧客の評価・医療機関の存在価値）は現在よりも高まるであろう。医療従事者が安心して誇りを持って働き、患者が安心して受診し、信頼関係が構築される。結果として、医療崩壊、病院崩壊といわれた状態から、医療再生、病院再生が実現していよう。

#### 参考文献

- ・ 飯田修平編著：医療信頼性工学、183p、日本規格協会、東京、2013
- ・ 飯田修平：医療のTQMハンドブック 運用・推進編 質重視の病院経営の実践、247p、日本規格協会、2012
- ・ 飯田修平：DPCデータを用いた医療の質評価事業と医療の質評価公表等推進事業の報告、日本医療マネジメント学会雑誌13（3）127-133、日本マネジメント学会、2012
- ・ 飯田修平、永井庸次編著：医療のTQM七つ道具、182p、日本規格協会、2012
- ・ 飯田修平、小谷野圭子：病院経営から見た施設・設備管理（Facility Management：FM）と施設・設備管理者（Facility Manager）病院設備 2012.7
- ・ 飯田修平：病院早わかり読本 第5版、274 p、医学書院、東京、2015
- ・ 飯田修平編著：医療安全管理テキスト 第3班、283 p、日本規格協会、東京、2015
- ・ 飯田修平、田村誠、丸木一成編著：医療の質向上への革新—先進6病院の事例—、285 p、日科技連出版社、東京、2005
- ・ 飯田修平、飯塚悦功、棟近雅彦監修：医療の質用語事典、359 p、日本規格協会、東京、2005
- ・ 飯田修平：医療における総合的質経営 練馬総合病院 組織革新への挑戦、179 p、日科技連出版社、東京、2003

# 医療の安全確保

## —医療信頼性工学の展開—

### 1. 国民の意識と医療の安全

原発事故・航空機事故等により、“安全神話”が崩壊したにもかかわらず、「医療の安全は当たり前である」という誤解がある。患者の状態にかかわらず、良い結果は当然であるという意識である。

医療は、障害や不具合を持つ対象（患者）に対する“非安全行為”、“危険行為”、“侵襲行為”であることを認識しない限り、安全は確保できない。「医療の質」に記述したように、医療の特性をよく理解しない限り、適切な対策を立てることはできない。

### 2. 安全と安心と信頼

安全は当たり前と考える国民には、医療事故を起こす医療従事者や医療機関と、それを防止できない行政はけしからん、という“不信”や“不安”がある。

安心と信頼とは異なる。すなわち、安心とは、不確実性が予測の範囲にあると考えることであり、信頼とは、不具合が許容しうる範囲にあると考えることである。

信頼は相互の関係であり、信頼の創造にむけた相互の努力が必要である。

### 3. 信頼と社会

信頼が求められる理由は、①社会的な不確実性、②サービスの提供側と受け手との間の情報の非対称性（差異）、③状況の変化が複雑かつ多様、予測不能であること等である。医療行為は、これらのすべての性質を持っており、最も信頼が必要な分野である。

### 4. 信頼と信頼性

信頼とは、相手（対象）の信頼性の評価であり、信頼する側の特性である。信頼性とは、信頼に値するかどうかという、信頼される側の特性である。

信頼性を安全性や保全性を含めて広義に用い

ることが多い。信頼性工学においても、信頼性（reliability）・安全性（safety）・保全性（maintainability）の意味を含めてディペンダビリティ（dependability）という用語が世界標準になりつつある。

ディペンダビリティとは、“信頼して使える”という包含的な概念である。信頼し、安心して医療を提供し、信頼し、安心して医療を受けられることである。

### 5. 安全管理と組織管理

医療の安全確保は社会の強い要請である。医療事故は、医療事故対策としてではなく、安全管理として考えることが重要である。事故をなくそうという受け身（マイナス思考）ではなく、質向上によって信頼性を向上させて、安全を確保するという積極的（プラス思考）な取り組みが必要である。

多くの医療機関で、医療安全推進委員会を設置しているが、収集した事故報告書を組織的に分析して、改善まで実践している病院は少ない。組織的かつ継続的な質向上の取り組みが必要である。品質管理・信頼性工学の考え方や手法の導入が有効である。総合的質経営（TQM）の重要な部分である。

### 6. 安全管理と危険管理

安全確保の方策を推進しているが、重大な問題が発生している。その理由は、①安全管理（セイフティマネジメント）とリスク管理（リスクマネジメント）の混同、②形式的な医療事故防止対策、③個別の問題として対応、④一部の職種や部署の努力、⑤具体的な改善の手法を知らない、などである。

安全管理としての原因究明・再発防止に基づく医療安全確保と、危険管理としての患者や遺族の納得、法令遵守、訴訟対策、賠償責任対策等の組織防衛を同じ枠組みで実施することが問題である。

一般には、リスク管理は、患者のリスクだけではなく、信用リスクや財務リスクを含めた組織のリスクに関して用いる。情報収集が重要であり、危険管理は情報管理と密接に関係する。苦情処理も危険管理として考慮しなければならない。



## 7. 医療におけるリスク

医療では、不確実性を前提に考える必要がある。

医療事故（問題）の現状把握、要因抽出、対策立案、対策実施、経過や結果の評価、業務改善（標準化）の過程（問題解決サイクル・PD-CA サイクル）は、診察・検査（現状分析）、診断（問題発見）、治療方針決定（対策立案）、治療（対策実施）、治療結果（結果）評価、標準変更と同様である。

医療事故とは、過誤の有無には関係なく、予測外の望ましくない事象の発生を言う。

リスクとは、障害または健康障害の可能性（確率）とその程度の組み合わせをいう。

安全とは、受け入れ不可能なリスクがないこと、すなわち、受容可能なリスクをいう。

## 8. 人的要因と組織要因

「人は誰でも間違える（To Err is Human）」というまでもなく、過誤や事故をなくすことはできないが、減少させることはできる。また、過誤があっても、大事故や大きな被害が起こらない仕組み（fail-safe）の構築が、真の安全対策である。

責任追及を避けて、個人の能力や資質に起因すると考えられる事故に関しても、“人的要因の背景には必ず組織要因がある”として、組織要因の追究に偏る傾向がある。組織と個人の両方、組織と個人の相互関係の観点からの取り組みが必要である。

## 9. 想定内と想定外の事象への対応

### ①想定外の事象を減少させる

不具合事象には、想定内の事象と想定外の事象がある。システムは、想定に基づいて設計され、想定範囲で安全性を確認している。想定内の事象にしか対応できない。

想定外の事象の発生を少なくするためには、リスク評価が必要である。未然防止対策としてFMEA（Failure Mode and Effects Analysis）が行われている。

### ②想定外の事象に対応する

想定外の事象への対応は人間にしかできない。しかし、人は予測しない事象が発生した場

合に、混乱して対応できないか、あるいは、異常な対応をする場合がある。

## 10. 信頼性向上の基本

信頼性向上の対策を、未然防止と事後対応に分けることができる。さらに、以下のごとく5つに分けることができる。

### ①未然防止

- イ 排除：不具合を起こしやすい行動およびその原因を排除する。作業あるいは業務そのものをなくす
- ロ 代替化：不具合を起こしやすい行動を人に替えて機械化する。他の業務に変更する。
- ハ 容易化：簡易化・共通化・個別化・適合理化により、不具合を起こす行動を防ぐ。

### ②事後対応

- ニ 異常検出：不具合を早期発見・検知できるようにする。
- ホ 影響緩和：不具合の影響を少なくする。冗長化（並列化）、フェイルセーフ（fail-safe）、保護によって影響を緩和する。

## 人における多重防護の意味

多重（深層）防護とは、故障や異状の未然防止、故障や異状の検知、影響の緩和など多段階での対応を言う。機械やシステムでは、多重防護が有用であるが、機械と異なり、人間は独立の多重系ではないので、対策が困難である。すなわち、自分の前の行為・他人の行為・出来事・結果等に影響を受けやすく、依頼・依存や権力勾配などがある。

複数の手段を用いることが肝要である。スイスチーズ・モデルに表されるように、業務フローの中の別のプロセス、別の方法で、多重防護を行うことが必要である。その中で最も重要な防護の段階は、最終段階（実施）である。

## 11. 安全文化の醸成

安全を確保するには、組織と個人の両方の側面から取り組む必要がある。その基盤はその組織の安全文化である。組織の全構成員が、無意識に行える段階まで浸透させ、徹底しなければ、事故防止、安全確保はできない。

個人においても、書籍を読み、教育を受けるだけではなく、実務経験が必要である。習熟しても、一人の、一瞬の失敗でも、大事故につながる可能性がある。

## 12. リスクの確認

品質管理、信頼性工学の考え方に基づいた、組織運営と教育が必要である。どの業務の、どの部分に、リスクがあるかを明確にすることが肝要である。自組織、自部署の業務フローを分析し、リスクの所在を認識し、対策を検討し、実施する必要がある。

安全確保で重要なことは、経験や勘に頼るのではなく、リスク認識・評価である。

## 13. 医療事故調査

### 検討の経緯

日本法医学会の異状死ガイドライン、国立病院部政策医療課の「リスクマネージメントマニュアル作成指針」が契機となり、医師法21条が拡大解釈され、診療関連死を警察に届け出る風潮があり、医師法21条が医療事故調査に関する検討の中心課題であった。

全日病は、医師法21条の立法の趣旨に立ち戻れば良いので、改正の議論は必要ないと、一貫して主張し続けてきた。

原因究明・再発防止を目的に、厚生労働省は「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」を設置した(2011年)。原因究明・再発防止と過失認定・補償とは目的が異なるので、前者については別の枠組みとして分科会「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」で検討した(2012年2月-2013年5月)。合意事項『「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」について』が親検討会に報告され、承認された(2013年7月)。本検討会の意義は、医療事故調査に関する第三者機関設立を合意し、厚生労働省が医師法21条の解釈を立法の趣旨に戻したことにある。

医療事故調査制度(本制度)の成立(2014年6月)を受けて、厚生労働科学研究費研究事業「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」(主任研究者 西澤寛俊、以下、西澤班)

で院内事故調査の指針の検討が始まり(2014年7月)、「医療事故調査制度の施行に係る検討会」を設置し(2014年11月)、施行に関して検討し、2015年3月に報告がまとめられた。

厚生労働省は、本制度に関するガイドラインとして、省令・通知を交付した(2015年5月)。

### 医療事故調査制度に係る指針

本制度への医療機関及び医療従事者の対応は十分とは言えない。重大な医療事故の経験はまれであり、対応が標準化されていないので、事故発生後の対応が困難である。また、組織防衛(リスクマネジメント)としての、法令遵守、訴訟対策、刑事訴追回避のためヒヤリ・ハット報告収集、事故防止対策委員会設置、賠償責任対策等が主であり、医療安全確保(セイフティマネジメント)の視点は十分ではない。

医療事故発生時に行うべき院内調査の手法及び報告方法の指針を医療関係者に提示し、院内医療事故調査の標準化を図ることを目的に、厚生労働科学研究費研究事業「医療事故発生後の院内調査の在り方と方法に関する研究」(主任研究者 飯田修平)を実施した。本研究を基に、『院内医療事故調査の指針』を出版した。医療事故調査制度に関する省令・通知交付を受けて、『院内医療事故調査の指針 第2版』を出版した。

全日病は、『医療事故調査制度に係る指針』を作成し、会員等に配布した。医療機関が院内医療事故調査委員会を整備する際に、本指針を参考に、自院の特性を勘案して、さらに具体的かつ適切な対応を取る必要がある。

### 原因究明と責任追及・補償の混同

事故の原因究明といいながら、犯人探し、責任追及が行われている。故意や重過失では、責任追及が必要であるが、原因究明とは別の枠組みで検討すべきである。

医療事故調査とは、医療事故の原因究明を目的とする情報収集、原因分析のすべてをいう。原因究明による再発防止が目的である。患者・家族の納得や補償は重要であるが、事故調査とは別の枠組みで検討すべきである。この大前提を堅持しない限り、原因究明・再発防止は困難である。しかし、ほとんどの事故調査検討会で両者の混同があり、議論が迷走する要因と

なっている。

他分野の事故調査、諸外国における医療事故調査では明確に分離されている。

### 医療事故調査の意義

医療事故の発生とその事実経過を把握し、背景要因・原因を抽出すること（根本原因分析 RCA：Root Cause Analysis）が重要である。

根本原因に対する対策を立案し、実施し、その経過や結果を評価し、再発防止に繋げることが事故調査の目的である。対症療法（モグラ叩き）ではなく、病因を除去し（根治）、影響を緩和し（緩和措置）、事例から学んだことを明らかにし、継続的に学習し、改善できる組織を構築することが重要である。

### 医療事故調査制度に関する声明

日本品質管理学会の医療経営の総合的「質」研究会は、医療への品質管理の適用に関して検討してきた専門家集団である。本制度の制定に引き続き議論は原因究明による再発防止が目的であり、遺族の納得や補償は重要であるが、事故調査とは別の枠組みで検討する等の配慮を強く望むとする「医療事故調査制度に関する声明」を公表した（2014年7月）。

### 制度施行後の問題と対策

行後5か月を経過した現在（2016年2月末）、医療事故調査・支援センターへの事故発生報告事例は140例であり、相談件数は871件である。本制度の報告対象事例の判断は、西澤班報告書および省令・通知に明記されているにもかかわらず、相談件数が多い。この要因の一つは、複数の団体が出版している「院内医療事故調査に関する指針」が制度の趣旨とは異なる解釈をしていることであろう。

前述の西澤班や検討会で指摘した問題と同様

である。事故調査とは別の枠組みで検討すべき事項に言及し、また、報告対象事例の判断基準である“医療に起因する”と“予期しない”に関して、省令・通知とは異なる解説がある（表2-2）。

省令・通知とは異なる内容の発言や医療事故への対応は、当該団体・医療機関のみならず、医療界全体への不信増強につながることを危惧する。

### 全日病の対応

全日病は、本制度の担当委員会を設置し、医療機関が本制度を適切に理解し、適切に実施し、「医療における信頼の創造」を目指して、指針策定とそれに基づいた研修を実施している。医療機関の院内研修の参考に資するために、研修会収録DVDを作成した。併せて、医療従事者のみならず、国民・患者に指針を公開し、制度実施のポスター（医療従事者用と患者用）を作成し、会員医療機関に配布し院内掲示している。

支援団体として、会員病院への情報提供、教育研修を実施している。また、本制度では、支援団体の義務ではないが、医療事故遺族の相談も受け付けている。

## 14. おわりに

医療の安全確保には、信頼性工学の観点からの取組みが必要である。複雑性・不確定性の要素が強い医療において、安全確保が推進されれば、一般産業界の参考になると考える。医療から発信する部分も多い。

医療事故調査制度について、反対し、できない理由を述べ、根拠ない発言をする人がいる。法制化され、施行されたのであり、目的達成のために、具体的運用の体制構築と適切な実施が必須である。対応が遅れている医療機関や医療従事者への適切な情報提供、教育が喫緊の課題である。これらの活動を通じて「医療における信頼の創造」に寄与すると考える。

表2-2 制度の趣旨とは異なる解釈

解釈 区分	制度の趣旨とは異なる解釈	制度の趣旨に沿った解釈
妥当性・ 納得・ 過誤	診療の妥当性に関する検証	妥当性ではなく、原因究明が目的である
	術前の説明と同意の妥当性	納得や安心は別の枠組みで検討すべき過誤の有無は判断の考慮外である
	十分納得のいく説明がなされていれば、家族の不安、疑問は解消されていたであろう 過誤類型は対象でなくなり	
医療に 起因 する	合併症は対象外	併発症は対象外。合併症は個別判断
	妊婦健診で通院継続中の死産は対象外	健診も医療である
	転倒・転落・誤嚥・身体拘束・抑制・褥瘡・入浴等、それ自体は医療ではない	状況（5W1H）によって判断が異なる
	原因が複数考えられる場合、死亡への影響が50%以上	死亡への影響の確率50%以上は根拠なし
	原因不明は報告対象外	医療に関連すれば原因は問わない
	嚥下に問題ない患者への食事提供は医療ではない	食事提供は医療行為。起因の判断が問題になる
予期 しない	医療機関のみんなが、意外に思う死亡のみ	管理者が個人ではなく、組織として判断する 現場の意見は聞くが、数の問題ではない
	管理者と現場の予期の違いをマトリクスで解説	
	予期の程度は具体的に予期する必要はない	一般的可能性・統計的数値ではなく、個別具体的に予期した事例
	予期とは、「あることはあるよね」というレベル	
	管理者が予期した単純過誤は対象外（例示：誤薬）	
	単純誤薬は一定の割合で発生している	
	ガイドラインに沿った癌化学療法で2-3%死亡するので、予期した	
予期しなかったと過誤をマトリクスで解説	過誤の有無は報告対象判断の考慮外	

## 参考文献

- 山岸俊男：信頼の構造 東京大学出版会 1998
- 山岸俊男：安心社会から信頼社会へ 中公新書 1999
- 飯田修平編著：病院早わかり読本第5版 医学書院 2015
- 飯田修平：「医療における信頼の創造」をめざして 病院53:888-895、1994 医学書院
- 飯田修平：病院とのつきあい方 東洋経済新報社 1995
- 林喜男：人間信頼性工学 海文堂 1984
- 塩見弘：人間信頼性工学入門 日科技連 2000
- 中條武志：ヒューマンエラーと医療の質・安全、品質、36、2、37-42 2006
- 福井泰好：入門信頼性工学 森北出版 2006
- E・ホルナゲル著 小松原明哲監訳：ヒューマンファクターと事故防止 海文堂2006
- 飯田修平編著：医療信頼性工学 日本規格協会 2013
- 飯田修平編著：医療安全管理テキスト第3版 日本規格協会 2015
- 飯田修平、飯塚悦功、棟雅弘近雅博監修：医療の質用語事典 2005 日本規格協会
- 飯田修平編著：院内医療事故調査の指針第2版 メディカ出版 2015
- 米国医学研究所著、飯田修平・長谷川友紀監訳：医療ITと安全 日本評論社 2014
- 飯田修平、柳川達生：RCAの基礎知識と活用事例 第2版 日本規格協会 2012
- 飯田修平、柳川達生、金内幸子：FMEAの基礎知識と活用事例 第3版日本規格協会 2014

# 第3章 医療費

## 1. 医療費の現況

2012年度の国民医療費は39.2兆円、前年度に比べ0.6兆円（1.6%）の増加である。人口一人当たりの国民医療費は30.8万円（対前年度比1.9%増加）である。国民医療費の国民所得に対する比率は11.2%、国内総生産（GDP）に対する比率は8.3%である。介護保険給付費は8.9兆円（対前年度比6.5%増）である。医療費、介護保険給付費の合計が国民所得に対する比率は13.7%、GDPに対する比率は10.2%である。高齢化の進行とともに、医療費、介護保険給付費は増加傾向にあり、特に介護保険給付費の伸び率が高い（図3-1）。

医療費の制度区分別では、医療保険等給付分47.9%、後期高齢者医療給付分30.0%、公費負担医療給付分6.7%である。

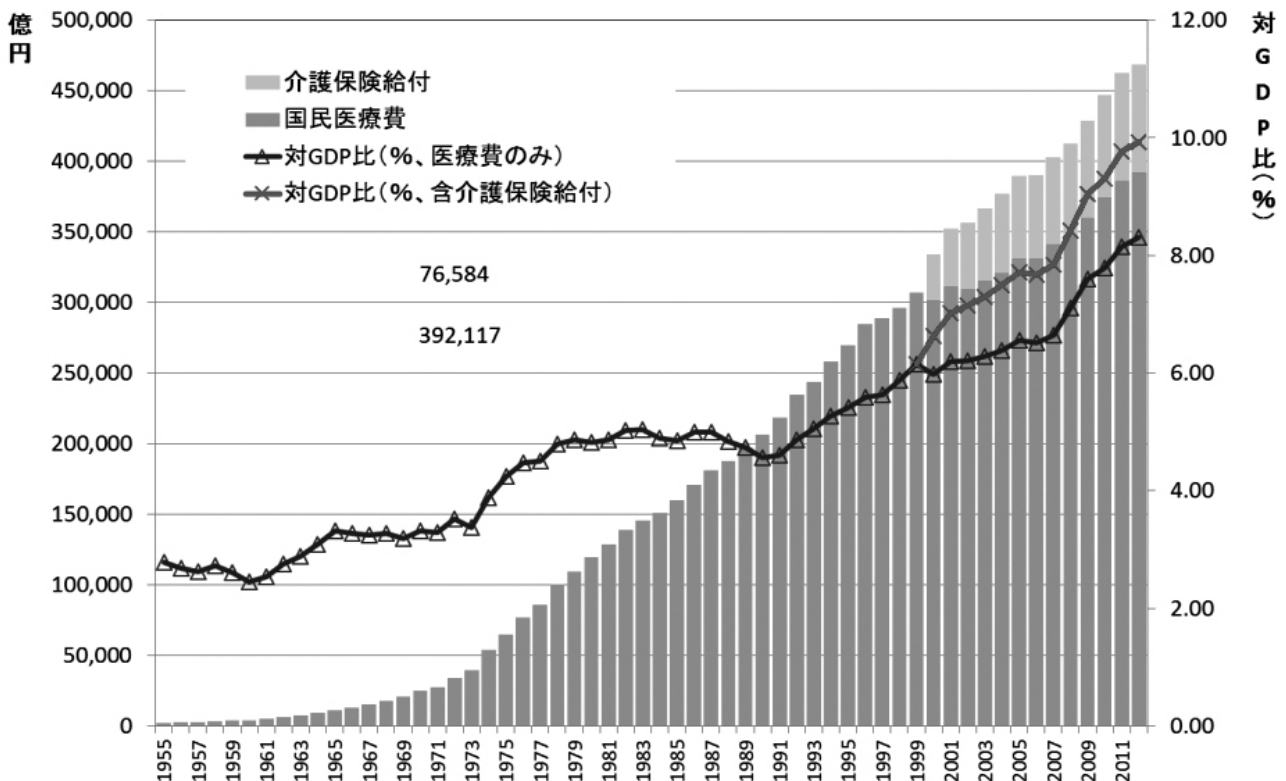
財源別では、公費分38.6%、保険料分48.8%、その他（うち患者負担）12.6%（11.9%）である。最近では、保険料の負担割合の減少分を公費で

賄っている状況にある（図3-2）。

国際比較では、対GDP比で米国16.4%、フランス10.8%、ドイツ10.8%、カナダ10.2%、イタリア8.8%、英国8.5%、日本8.1%とG8諸国の中では最も低い（2012年）（図3-3）。多くの国では高齢化の進行に伴い医療費の割合は増加しているが、高齢化がほとんど進んでいないにもかかわらず医療費割合の増加が顕著な米国、高齢化の進行にもかかわらず医療費割合の増加の程度が低い日本、イタリア等、国により事情は異なっている。

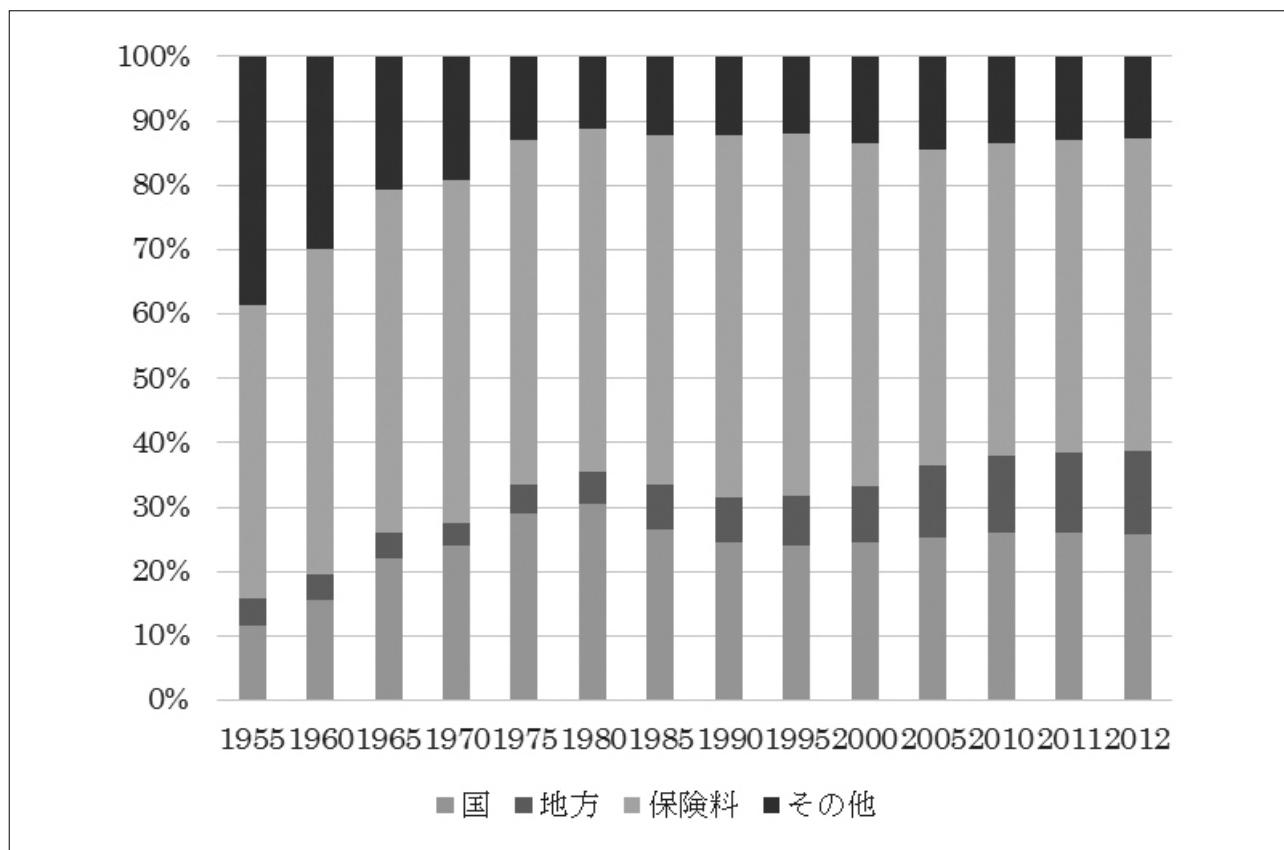
国の経済に対して、医療費としてどの程度を用いるかは、高齢化の進行度合い、医療提供体制、医療に対する期待度等が影響し合って決定されると考えられ、どの程度の医療費が適切かが一義的に決まるわけではない。日本の高齢化率と、医療費対GDPの推移はイタリアとほぼ同じトレンドを示している。米国では、高齢化率と関係なく最近まで医療費の上昇が続いたが、最近では高止まりしている（図3-4）。

図3-1 医療費、介護保険給付費の推移



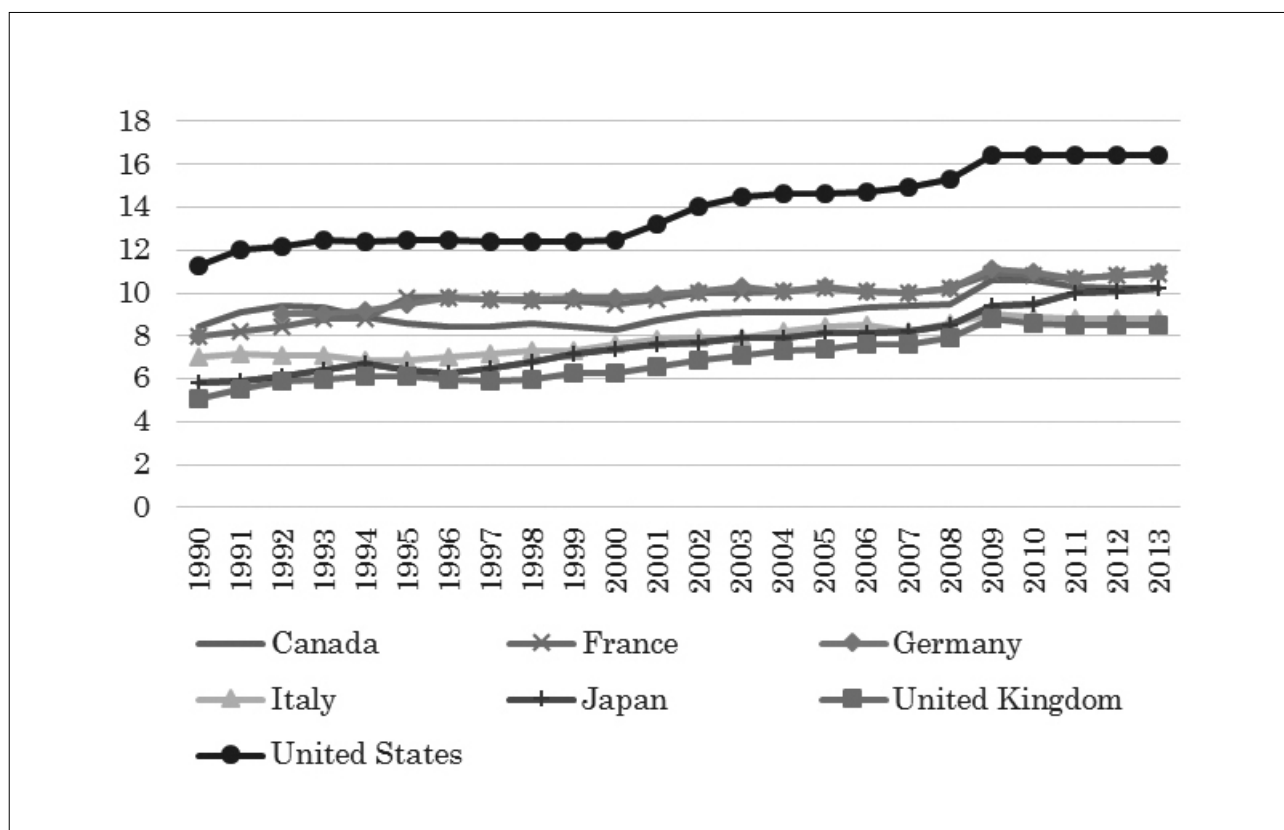
(厚生労働省発表データより作成)

図3-2 財源別医療費の推移



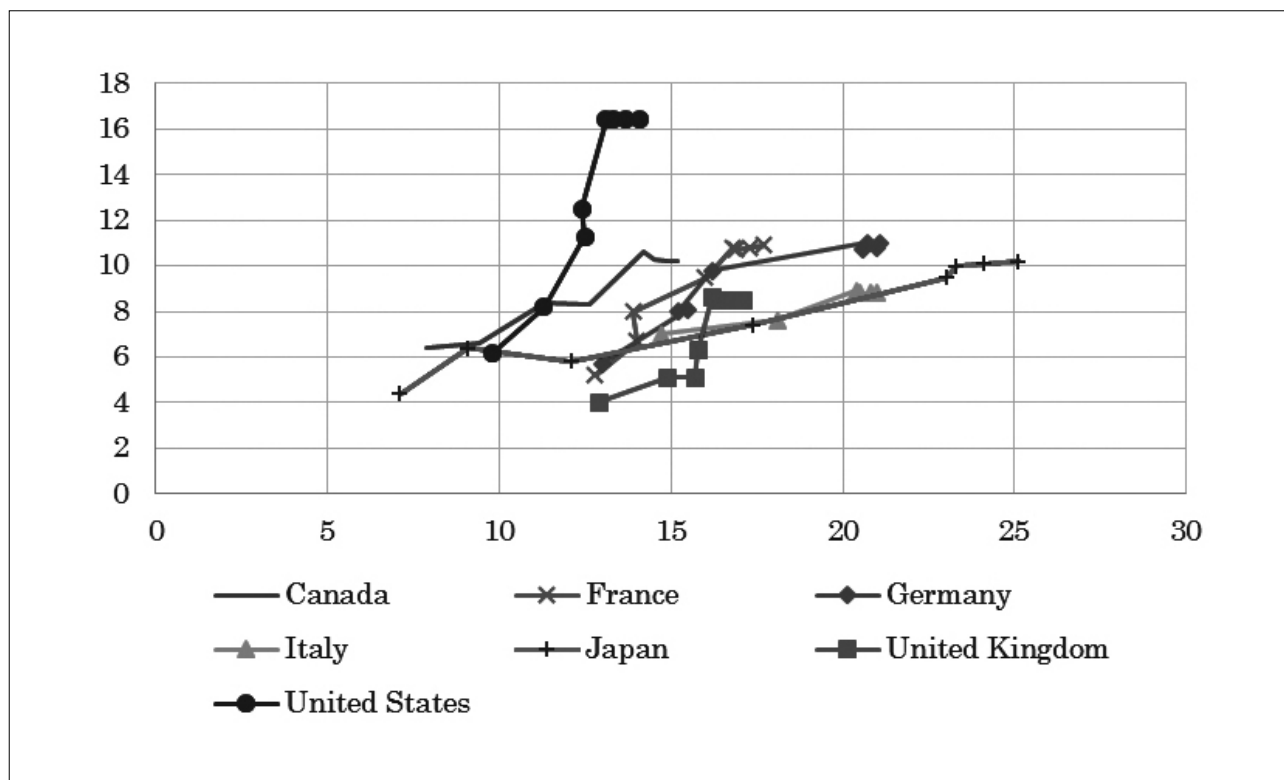
(厚生労働省発表データより作成)

図3-3 医療費の国際比較 (対GDP%)



(OECD Health Data 2015)

図3-4 高齢化と医療費（横軸は65歳以上人口割合%、縦軸は医療費対GDP%を示す）



(OECD Health Data 2015)

## 2. 社会保障国民会議の議論

社会保障のあるべき姿と財源問題を含む改革の方向性については、2008年に社会保障国民会議の議論の結果が明らかにされている。全日病の想定する医療内容はおおむねB3シナリオに近い。それによると、2007年の医療・介護費用41兆円（対GDP7.9%）に対して、2025年には現状投影シナリオで85兆円（10.8-10.9%）、追

加的に必要な公的財源は対GDP1.4%であり、消費税で3%に相当する。改革シナリオでは91-94兆円（11.6-12.0%）、追加的に必要な公的財源は対GDP1.8-2.0%であり、消費税で4%である（表3-1）。

2014年には、地域医療構想が示され、病床数の削減についていくつかの考え方が提示された。このうちパターンCにおける、医療・介護費用の推計を表3-2、表3-3に示す。2025

表3-1 改革シナリオに基づく結果の概要（経済前提II-1の場合）

Aシナリオ （現状投影）	B1シナリオ （穏やかな改革）	B2シナリオ （大胆な改革）	B3シナリオ （さらに進んだ改革）
急性期医療 一般病床 133 万 平均在院日数 20.3 日	急性期医療 一般病床 80 万 平均在院日数 12 日	急性期医療 一般病床 67 万 平均在院日数 10 日	急性期医療 高度急性病床 26 万 平均在院日数 16 日 一般病床 49 万床 平均在院日数 9 日
医療+介護費用(2025)* 対 GDP 10.8-10.9% （うち医療は 8.4-8.5%） 金額 85 兆円	対 GDP 11.6-11.9% （うち医療は 8.6-8.9%） 金額 91-93 兆円	対 GDP 11.6-11.9% （うち医療は 8.5-8.8%） 金額 91-93 兆円	対 GDP 11.7-12.0% （8.6-8.9%） 金額 92-94 兆円

\*2007年では、対GDP 7.9%（うち医療は6.5%）、金額 41兆円。

表3-2 地域医療構想における医療・介護費用推計の前提

	病床数	患者数	単価 (円)	経済成長と 医療費用の伸び
	「医療・介護情報の活用による改革の推進による専門委員会第1次報告」より	「医療・介護情報の活用による改革の推進による専門委員会第1次報告」より	「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション」改革シナリオより	「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション」より
高度急性期	130,000		2,470,000/床・月	2.10%
急性期	401,000		1,910,000/床・月	
回復期	375,000		1,150,000/床・月	
慢性期 (Pattern C)	285,000			
外来／在宅		6,340,000	10,000/日	
介護施設		1,690,000	330,000/月	
介護居住 (グループホーム)		470,000	250,000/月	
介護居住 (その他)		4,080,000	170,000/月	

表3-3 社会保障国民介護と地域医療構想における2025年の医療・介護費用の推計の比較

	社会保障国民会議 (シナリオ B3)	地域医療構想
外来／在宅	36	31
高度急性期／急性期／回復期	28	24
慢性期	3	3
精神／結核	3	3
介護施設	8	9
介護居住	16	13
総計 (兆円)	94	83

年における医療・介護費用は83兆円と推計され、社会保障国民会議の推計94兆円(B3シナリオ)に比較して11兆円少ない。これは地域医療構想による削減効果と考えるよりはむしろ社会保障国民会議の議論が、この間により具体化したものとするほうが適切であろう。慢性期の患者について、病院と自宅でのケアを行う割合をどのように考えるかなど、今後議論すべき課題も指摘される。2025年に向けて必要な医療・介護費用が具体的に示されたことで、今後は2012年に比較して約35兆円の増分をいかに確保するかが社会的に大きな関心事となる。

### 3. 医療費についての検討事項

#### ①望ましい医療水準と医療費

医療の希少性と公益性、資源が有限であるという観点からは、望ましい医療水準と、それを実現するための医療供給体制を明らかにし、そのための医療費推計を行うという考え方が、本来は望ましい。現状では、医療は公共財として取り扱われ、これらの議論が十分になされないまま、公費の投入が多くなされており、医療水準と負担との関係が必ずしも明確にされていない。今後は、資源が有限であるとともに、その



最適な配分はどうあるべきかの議論が可能となるような基盤整備（データ、モデル、初期値、前提等の公開）が必要である。

## ②負担者

負担者は、国・地方（公費）、本人・事業者（保険料）、患者に大別される。患者負担はほぼ横ばいであり、保険料の減少分を、公費、特に地方の負担の増加により補っている。保険料に基づく社会保険としての医療保険運営に対する公費の投入は日本の特徴とされてきたが、最近では公費投入に踏み切る国がドイツ等見られるようになった。このため保険料の高騰を抑えることが可能となる半面、医療費支出を含む社会保障費が財政支出の大きな割合を占め（2015年予算では一般歳出のうち社会保障費が55.0%）、財政の硬直化を招いている。公費の拡大には増税が必要であり、一般に、増税は保険料の値上げより政治的に困難であることから、医療費を抑制するように作用していると考えられる。

## ③財源と方法

財源については、公費（一般会計からの支出）、保険料、自己負担が考えられる。

公費については消費税の増税がしばしば議論されている。しかし、消費税は一般会計を経て医療に投下されるものであり、必ずしも医療に用いられる保証はない。目的税化することにより国民の理解を得られやすくし、医療への財源

にあてられることを保証することは可能であるが、この場合、社会保障全般への目的税とするか、あるいは医療、年金等、使用細目と税率をそれぞれ定める方法がある。

保険料値上げは、社会保険の仕組みでは本来医療費の増加は保険料値上げで賄うべきであること、受益と負担の関係が理解されやすいことが特徴として挙げられる。この場合、公費は、社会保険の仕組みが成立しないほど疾病リスクが高い高齢者等に限定して投入すべきである。後期高齢者医療制度は、その考えに基づくものであるが、社会の理解を得るには至っていない。

自己負担の増加については、現行の自己負担割合30%は他のOECD諸国と比較しても高いことから、これ以上の負担の増加はアクセスを阻害することが危惧される。基本的な医療へのアクセスを保証するためにも、自己負担割合の上昇には慎重である必要がある。

上記からは、将来の負担形態としては、疾病リスクの高い高齢者に対しては公費、社会保険形式の維持が可能な若年者に対しては保険料で対応し、保険でカバーする医療範囲については一定の検討を必要とするものの、保険診療の自己負担割合は現状程度にとどめることが望ましい。高齢者の医療費については、用途を明確にした目的税（消費税の目的税化を含む）をあて、若年者の保険料からの流用、保険料負担の高騰を避けるべきである。

# 第4章 医療圏

## 1. 総論

2025年、「団塊の世代」が75歳以上となり、国民の4人に1人が後期高齢者という超高齢社会になる。後期高齢者では医療や介護サービスの必要性が高く、今後、国民の医療・介護負担はますます増加する。一方で医療・介護需要は、地域により様々であり、地域の需要に応じたサービスの提供が必要になってくる。限られた資源を有効かつ適切に利用しながら、それぞれの地域の環境や状況に対応するため、医療機関は「病床機能報告制度」のもと病床機能の現状を都道府県に報告し、その情報を基に都道府県は医療圏や地域の実情をふまえて「地域医療構想」を策定することになる。

人口減少と高齢化の進展もすべての圏域で一樣に変化が起こるわけではないこと、交通網の充実がアクセスに変化をもたらすこと、高齢者が子供の居住地へ転居する傾向が広がっていることなどから、疾病構造の変化に見合った形で医療提供に関して需要と供給の均衡が図られることが望ましい。医療圏を考える際には、人口推移や疾病調査を参考に都市部と郡部の地域特性を踏まえるべきである。

「地域医療構想」により各医療機関は医療圏の需要に応じた病床機能の再編を求められることになるが、協議の上で適切な機能別病床数が示され、各施設がその特徴を踏まえた密な連携がはかられれば、現在乖離がみられる地域での提供体制の再構築が可能となる。

「地域医療構想策定ガイドライン」(2015年)においては基本的に構想区域を2次医療圏としているが、人口・年齢構成の変化、受療動向やアクセスなど住民の日常生活圏を意識した取り組みと共に、疾患別提供体制の構築には需給に合わせ構想区域をまたいだ取り組みの必要性も謳われ、柔軟な対応が示されたことは評価される。現在、「地域医療調整会議(協議の場)」にて、2次医療圏別、都道府県別の取り組みが順次進められている。ビッグデータ(国が保持し公開される電子レセプトデータやDPCデータ

などから得られる、疾病別診療内容・受療動向、各医療機関の診療内容等)と地域の医療提供体制などをもとにした十分な情報分析と話し合いのもとに、近未来の地域医療提供体制を構築することとなる。

2次医療圏を基本とする構想区域毎の「地域医療調整会議」に加えて都道府県全体での調整を行う会議が想定されている。前者については病院団体の参加も明示されているので全日病各支部は双方に積極的に参加すべきである。

「地域医療構想」に関連して医療介護総合確保法に伴う基金から、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③医療従事者の確保に関する事業、④介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)、⑤介護従事者の確保に関する事業、に補助がなされる仕組みがあるが、過去の地域医療再生基金の分配においては公的施設が優先された事例があり留意すべきである。地域医療構想を実現するにあって、公立・公的病院の病床転換がスムーズに行われるかどうか疑問であり、地方における公立病院の運営が地方財政に大きな負担をもたらしてきた事実もふまえ、人口減少による医療需要減少の中で縮小統合の必要性、即ち規模と効率性の議論を設立主体を問わず行うべきである。

## 2. 大都市における医療圏

風土と歴史によって大都市でも医療提供体制の構築には多様性があることを示す例として、東京と大阪の実態を示す。

2025年に向けて東京及び周辺地域における人口減少は全国で最も少なく、人口推計と現状から将来の医療需要を予測することは容易と考えられがちであるが、急速に増加する高齢者の介護や住まいの問題、後期高齢者となる団塊の世代の生活観の変化や健康状態の変化等から受療行動が変容する可能性など不確定要素も多く、

県外からの患者流入も明確にしえない。さらには、今後も大規模開発構想があるため日常生活圏の変化も予想される。従って、首都圏においては、報告制度によって作成される推計値および地域医療構想により規定される各機能別病床数は、当面参考程度とすべきであり、患者受療行動の変化と施設間競争による提供体制の変化を2-3年ごとに逐次確認する作業を行い、機能別病床数の見直しも5年毎に行うべきである。

東京では、歴史的に千代田区を中心に発展し放射状に生活圏が拡大してきた。2次医療圏の一つである区中央部は千代田区、文京区、港区、台東区、中央区で構成されているが、医療提供体制もこの地域を中心に構築された関係で、千代田区では6つの特定機能病院の他250床以上のDPC病院が12も存在する高度急性期・急性期超過密状態となっている。高度急性期医療は、区中央部では文京区・千代田区、区東部では千代田区、区南部では港区、区西北部は文京区にそれぞれ依存しており、区中央部は他のいくつかの医療圏の機能を重複して有しているという特徴を持つ。

原則的には、東京においても、現状での各機能別病床数を確認したうえで、疾病調査から想定される必要病床数を計算し、各区の救急体制、高度急性期/急性期/回復期/慢性期病床の実情と対比して大枠を決定し、日常生活圏の状況も加味して調整すべきである。しかし、東京では、これまでの基本自治体人口規模から規定(30万人)された2次医療圏では面積が非常に小さくなるので、このような圏域での「地域医療構想」における各機能別必要病床数の決定に際しては、単に人口割りの考え方を取るのではなく、通院時間から割り出された面積や交通網の状況も加味した柔軟な設定が望まれる。

大阪府には政令指定2都市を含む人口10万人以上の都市が21市あり、広域的な都市交通網や生活基盤となるインフラも高度に発達している。人口密度は、大阪市圏域で12,034人/km<sup>2</sup>とびぬけているが、その他7圏域では2,150人~6,619人/km<sup>2</sup>で大きな差がなく、医療提供体制は、2次医療圏内でおおむね完結しているという特徴を持つ。

特定機能病院が7病院、基幹的病院が複数存在し、また、総合病院や専門病院も数多く集積

していて他県に多くみられる基幹的病院への一極集中的な医療連携体制にはなっていない。病院のうち約90%は民間病院であり、救急搬送の約77%を担っていて、民間病院が地域医療・政策医療の推進に大きな役割を果たしている。

豊能地域を中心とする北部地域に高機能病院が集積している一方、精神科病院・精神病床の府全域に占める割合は南部地域で高い傾向にあるという特徴や、泉州区域において医師不足及び減少の傾向が強いという問題もある。大阪府では2010年1月に、2次医療圏を対象とする地域医療再生計画<sup>7</sup>を策定し、府内でも相対的に医療機能が脆弱な当該医療圏の医療機能の向上等に取り組んでいるうえ、多くの関係者の協議により2014年10月地域医療介護総合確保計画が策定されて、豊能・三島・北河内・中河内・南河内・堺市・泉州・大阪市の8つの2次医療圏を取りあえず医療介護総合確保区域へと移行させようとしているように、全国に先行した協議も行われている。今後は、2分割または4分割案が出されているという人口268万人の大阪市での圏域決定が議論となるはずである。

### 3. 地方の医療圏

日本の医療需要は2025年にピークとなり、その後緩やかに減少すると見込まれている。しかしながら地方に目を向けると多くの医療圏で2015年から2020年に医療需要がピークを迎えるとされ、中には、すでに2010年にピークを迎えた医療圏もある。このような医療圏では医師数も減少しており、他の医療圏への受診行動がみられる。交通網の発達した今日、疾患・病期によってはこのような受診行動は当然許容される。

行政は自らの行政区分内に自己完結型の提供体制を構築しようとする傾向があるが、都道府県を跨いだ密接な日常生活圏・医療圏も存在することから、医療提供者側から都道府県や市町村境界にとらわれない医療圏や機能別病床数の設定を積極的に提案していく必要がある。

福岡県との県境に位置する大分県中津市周辺では歴史的背景から実際の生活・医療圏が県境を跨ぐため、定住自立圏構想に基づいて圏域自

<sup>7</sup>大阪府地域医療再生計画「泉州医療圏」「堺市・南河内医療圏」

治体が費用負担を行い、市立の中津市民病院に小児救急センターを設置し、県境を跨いで福岡県の自治体と中津市民病院の間を結ぶコミュニティーバスを運行している。地方医療圏の中心となる市域に機能の集約を目指すことが全国的に更に必要となる。

救急体制に関しては、各地において、大学病院・市立病院等大型総合病院に3次救急機能が整備されてきたが、地方の救命救急体制未整備地域を対象としてドクターヘリが導入され(2015年2月現在、全国36道府県で44機が運航)一定の成果を上げている。しかし、救急医療の大半は初期・2次救急であることから、今後は2次医療圏にとらわれず市町村の枠組みを超えた体制構築が、地域の実情に応じて必要になる。

地域によっては、医師の高齢化のため休日当番医の輪番制が維持できない地域もでてきているので、隣接する行政や医師会レベルでの連携も模索する必要がある。

地方においては急速に人口減少が進む医療圏が多いことが示されている。北海道に代表される人口密度の低い地域においては、日常の健康管理や慢性疾患管理に対する自動健康管理システム/疾病管理システムや医師・保健師定期巡回、ICTを利用した遠隔診療の組み合わせ等も取り入れ、より広範な医療圏も設定できる新しい効率的な体制を構築すべきである。同時に、特に僻地においては、財政出動を伴う行政の強い指導による医療圏毎、ないしは医療圏を越えた官民の区別ない集約化、連携体制の確立が必須である。

# 第5章 医療提供体制

## 1. これまでの議論の推移

2014年6月、医療介護総合確保推進法が成立した。これには19に及ぶ多くの法が含まれているが、医療提供体制に大きく関与するのは「地域医療構想」であり、特に「病床機能報告制度」である。今後、これに従い医療提供体制が整備されていくこととなる。

ここでは、これまで全日病が本報告書で提唱してきた考え方、日本医師会、四病院団体協議会等とともに発表してきた考え方を紹介し、「地域医療構想」等の進展について考える。

## 2. 入院医療のあり方

医療提供体制は、疾患のそれぞれの発生頻度により整備目標が変化し、医療圏の設定によりそのあり方は大きく左右される。また、地域の事情（人口密度、交通システム等）や時代の変化により、医療圏における医療必要性は変化していく。

いつでも・どこでも・均一な医療サービスを・誰もが受けることができる、というような提供体制は有り得るであろうか。二次医療圏は全国で均一化されておらず、大きな差異を生じているが、各地域には基幹的病院が必要であるとともに、各生活圏域で軽度～中等症の急性疾患に対応できる入院施設、基幹的病院から転院してリハビリテーションや引き続き入院を行う亜急性期・回復期入院に対応する病院が必要である。一方、長期的入院を余儀なくされる患者には、慢性期（現行の医療療養病床）における入院が必要となる。

入院医療の機能分化は、病院単位、病棟単位、病床単位のそれぞれの単位で考えることができる。これまでの本報告書では以下のように、病棟単位での機能分化を提唱してきた。

### ①高度医療病棟

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、特殊ながん治療等）

を高度医療というべきであり、今後、対象疾患・医療内容等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する。

### ②急性期病棟

急性期病棟は、外科的医療を要する疾患や重症度の高い患者に対応する病棟に特化されて行くべきである。そこで提供される医療は、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・パス等を用いた診療が主体となる。急性期病棟には3つの類型が考えられた。

- 1) 地域（2次医療圏）基幹的病院の場合、複数の急性期病棟から構成され、現状の急性期医療では500床規模、将来は平均在院日数短縮に伴い300床規模の病院と考えられる。また基幹的病院には、救急救命センターもしくは高度な救急医療体制を併設することが望まれる。
- 2) 特定の科目（脳外科、整形外科、耳鼻科、眼科等）に特化して、急性期医療に集中する病棟（病院）が存在し得る。この場合、専門性は高くなるが地域性は低くなる。
- 3) 規模を問わず、軽～中等症の急性期疾患、救急疾患への対応を行う1次医療圏、生活圏における急性期病棟は、特に高齢者の救急・急性期入院医療において、重要な役割を持つ。

### ③亜急性期・回復期病棟

亜急性期・回復期病棟の対象は、リハビリテーションが主体となるが、慢性呼吸器疾患や心疾患、慢性肝・胆・膵系疾患の増悪期、コントロール不良で合併症のある糖尿病、病状が不安定もしくは進行期の神経難病、抗がん剤治療のため繰り返し入院が必要な悪性腫瘍等も対象となる。

### ④慢性期病棟

慢性期病棟の機能は、長期に渡り医療行為を

要する患者の入院医療を提供する病棟である。「医療療養病棟」「障害者病棟」や「特殊疾患病棟」は、慢性期病棟に区分されるべきである。

### 病床機能報告制度の創設

2013年8月、日本医師会と四病院団体協議会は、「医療提供体制のあり方」を合同提言し、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において提出した。その中では病床機能報告制度の病床機能区分を表のように示した(表5-1)。

ここに示された4つの病床機能は、後の「病床機能報告制度」に繋がるものである。特に急性期病床は、様々な病状への対応、規模の多様性等、一様なものではないことがわかる。また、在宅や介護施設等の患者の急性増悪への対応、地域包括ケアの推進、等が急性期病床の機能に分類されている。

そして、現在の「病床機能報告制度」は次のようになった(表5-2)。

病期の4分類は日本医師会・四病院団体協議会案と同様であるが、個々の定義はあいまいなものとなっている。特に、急性期は「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能」とだけ記載されている。はたして、この説明だけで急性期機能を捉えることはできるのであろうか。また、回復期の説明を見るとリハビリテーションが中心と考えられるが、2025年の推計病床数(後述)では回復期の病床数が極めて多い。それは、出来高部分の点数によって区分したことが原因であり、患者調査などの現状を把握した上での結論ではない。今後、急性期と回復期の機能区分については、多くの議論が必要である。

全日病案と「病床機能報告制度」4区分を対比表で示す(表5-3)。

表5-1 病床の区分(日本医師会・四病院団体協議会案)

名称(仮称)	内容
高度急性期病床	・救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。
急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期医療を提供する機能を持つ病床。</li> <li>・急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する。</li> <li>・多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要。</li> <li>・在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する。</li> <li>・二次救急を担う。</li> <li>・地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する。</li> </ul>
回復期病床	・急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できることとすべき。
慢性期病床	・長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床。

(医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言 2013年8月8日)

表5-2 病床区分（現在の病床機能報告制度）

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能</li> <li>※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</li> </ul>
回復期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</li> <li>特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>

（厚生労働省「病床機能報告」）

表5-3 全日病案と病床機能報告制度4区分の対比

全日病案	病床機能報告制度
高度医療病棟	
急性期病棟	高度急性期機能、急性期機能
亜急性期・回復期病棟	急性期機能、回復期機能
慢性期病棟	慢性期機能

そして、地域一般病棟の機能として、下記の地域における連携機能を提唱してきた。

- 急性期医療における連携  
生活圏における住民、在宅療養中の患者、介護保険施設等の入居者等の軽～中等症の急性期の入院需要に応えるが、さらに高度な医療が必要と判断された場合、基幹的病院等に紹介転送する。
- 亜急性期（急性期後）における連携  
リハビリテーション、病状不安定、抗がん剤療法等、急性期加療後に引き続き入院を担う。
- 救急医療における連携  
救急指定病院もしくは救急対応として、主として軽～中等症の救急を担うが、必要に応じてより高次の救急医療機関に転送する。また、救急救命センター等で高度な入院医療は必要ないものの入院が必要と判断された場合、転送受け入れを行う。
- 在宅療養支援  
一次医療圏・生活圏において、在宅医療の支援は極めて重要な課題である。在宅療養支援診療所との連携、もしくは自ら在宅療養支援病院となり、地域の在宅療養の充実に貢献する。

### 「地域一般病棟」をめぐる議論

「地域一般病棟」の概念は、2001年9月、四病院団体協議会の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会報告書において、全日病を中心にまとめられた。その要旨は下記に示す。

急性期医療を担う病院は、急性専門病棟と地域一般病棟に分化することが望ましい。

急性専門病棟：医療密度が高い急性期医療に特化した施設

地域一般病棟：リハビリテーション機能・ケアマネジメント機能・高齢者にふさわしい急性期医療・後方支援機能・ターミナル対応機能を持つ施設

「地域一般病棟」から「地域医療・介護支援病院」  
そして「地域包括ケア病棟」

四病院団体協議会は、2013年10月、「地域医療・介護支援病院」という考え方を発表した。それは下記の機能を有する病院である。

- ・地域包括ケアを担う、地域に密着した病院
- ・24時間体制で高齢者の入院に対応
- ・他機関との連携を図る部署を持つ
- ・認知症に対応できる
- ・一定の急性期医療に対応できる職員配置
- ・患者、家族の医療・介護に関する相談に対応

「地域一般病棟」の概念を発展させたこの考え方は、地域包括ケアの実現に向けて、「かかりつけ医」とともに、患者に身近で地域に密着した医療機関として、自ら積極的にその機能を果たしていく病院、というものである。この病床機能と病院が果たす機能を整理すると下表となる。

ここでは、「地域医療・介護支援病院」は、急性期と回復期双方の機能を有するため、表5-4のように急性期と回復期にまたがる位置付けとしている。

その後、2014年度診療報酬改定で「地域包括ケア病棟」が創設された。「地域包括ケア病棟」

の役割は、急性期からの受け入れ、緊急時の受け入れ、在宅・生活復帰支援とされており、これは全日病の提唱してきた「地域一般病棟」の、生活圏もしくは1次医療圏を前提とし、「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」と考え方は共通してある。今後の「地域包括ケアシステム」における高齢者の入院医療や在宅支援の中核となることが期待される。

諸外国では、病院の統合・大規模化を図る国が多いのに対して、中小規模の病院の活用を図るという点で類似の事例は見当たらず、高齢化社会が急速に進展する日本における地域医療確保のための試みとしてその成果が世界的にも注目される。地域に根ざした民間中小病院として生き残るために我々医療提供者が「地域包括ケアシステム」の中でなすべきことは、「急性期病棟からの受け入れ（post-acute 機能）」「2次救急程度までの対応及び在宅医療の後方支援機能（subacute 機能）」「リハビリテーション機能・ケアマネジメント機能」を確実に実行することであり、率先して地域の中で医療・介護・在宅支援提供体制を作り上げることであろう。

表5-4 病床機能と病院が果たすべき機能

(病床の機能) ※報告制度で議論されてきたもの	(病院の種類)	(医療機能に付加して病院が持つべき機能)	(診療報酬のイメージ)	
高度急性期	(3次救急病院等)	(例：臨床研修機能)	診断群に応じた支払い (DPC、機能評価)	
急性期	(急性期病院等)	(例：2次救急) 高齢者の救急受け入れ、在宅医療支援、医療・介護連携、ケアマネジメント支援	診断群に応じた支払い等 (DPC等)	+機能強化
			包括支払い	
回復期	(回復期リハ病院等)		包括支払い (+リハ評価等)	
慢性期	(療養病床の病院等)		包括支払い (重症度評価等)	

(医療提供体制のあり方～地域包括ケアシステム構築に向けて～四病院団体協議会 追加提言 2013年11月18日)



## 地域医療構想

2015年4月より「地域医療構想」作成に関する協議が開始され、そのためのガイドラインが公表されている。これは従来の医療計画をさらに進めたもので、①構想区域の設定（2次医療圏が主体となる）、②「病床機能報告制度」により利用実態についてのデータ収集体制を整備した上での、病床機能ごとの推計病床数の設定、③全国平均、あるいは全国最低値に向けた療養病床数の削減、④構想区域を中心とした調整会議の設置、⑤これらを促進するための基金の活用、等の特徴とする。

2025年を想定した日本全体の、さらに構想区域毎の4区分に分けた推計病床数が示された。その結果、急性期、慢性期が過剰、回復期が不足とされたが、定義の曖昧さもあり問題である。病床数の計算には、4区分の境界として、入院基本料やリハビリテーション料等を除いた、主として医療行為の出来高換算値が示されているが、診療報酬を根拠に病床区分を分類することに医学的、合理的な根拠はない。誤解を与える可能性もあるため、どのような指標をもって病床機能を評価するかについては今後も議論を進める必要がある。

このように、現在発表されている4区分の推計病床数を利用して、病院を病棟単位で画一的に切り分けられるものではない。本来、「病床機能報告制度」は自らが選んで報告するものであり、病床の医療機能、患者の状況で判断すべきであろう。

慢性期病床数の算定は、在宅療養中の患者数、老人保健施設の入所者数など、他の形態による療養との選択にかかわる部分が多い。住民負担、地域における利用可能な資源を考慮した上で、各地域において議論すべきと思われる。

地域医療構想調整会議（以下調整会議）は都道府県が開催主体となり、構想区域を主体とした医療関係者等の協議の場として機能することが想定されている。調整会議は「地域医療構想」の実現において大きな役割を果たすと想定されるが、日本の病院の約80%が民間病院で、うち70%が中小病院であり、民間中小病院が地域医療を担ってきたという歴史がある中で、その意見が適切に反映されることが切に望まれる。

地域の状況に応じて目標を設定し、医療機能の転換、役割分担などを異なる経営主体間で調

整し進めることには多くの困難が予想されるものの、今後、急速に高齢化が進む中で地域医療を確保するためには不可欠である。全日病は「地域医療構想」、調整会議の重要性に鑑み、これが円滑に進むよう、事例紹介、データ整備など会員病院を支援する。また、都道府県は、データの整備と提供、調整会議などの場の提供を行うことが期待されるが、自らも病院を経営するなど医療提供者でもあることから、医療機能を反映しない設立主体優先、官優先の議論に陥らないよう注意が必要である。

日本の病院医療は、民が主体となったり、官が主体となったりしながら、過去長い年月をかけて医療提供体制が整備されてきた。そのあり方は地域性に富んでおり、事実上、2次医療圏の基準病床数のみが病床過剰となることを阻止するために利用されてきた。今回の「地域医療構想」は、データの利用、都道府県の役割を強化することで、この考え方を換えようとするものである。

医学の進歩や医師の専門性重視により、高度な急性期医療を担う医師数は増大している。一方、入院でも外来でも、特に人口過疎の地域ではプライマリ・ケアを担う医師の必要性は極めて高い。このような観点から、急性期医療の集約化と並行して、地域（1次医療圏や生活圏）における、特に高齢者に適した入院医療の提供体制（地域包括ケア病棟が主体）や、診療所の適正配置についても十分な議論が必要である。

## 地域医療連携推進法人と事業統合

「病床機能報告制度」や「地域医療構想」を追うように、地域医療連携推進法人が法制化された。原則として構想区域内に、病院、診療所、老人保健施設等を運営する複数の法人により地域医療連携推進法人を組織することが可能となった。「地域医療構想」区域を基本として、病床機能区分の整備を行い易くするための制度と考えられる。しかしながら、比較的狭い構想区域内で、ひとつの法人を柱に同一の理念の下に力を結集し、より効率的な運営、さらに人材育成を図ることが現実的かどうかについては疑問が呈される。一定期間の後に、どのような制度に変更すべきかについて再検討が必要である。

医療法人のM&A（合併・買収）については、

従来十分な議論がなされてこなかった。事業統合により経営基盤の強化を図ることは経営の選択肢の多様化、地域医療の確保の観点から重要なので、制度見直しの際にあわせて議論が進められることが望ましい。

### 3. 外来医療提供体制のあり方

日本の医師教育は過去一貫して専門医育成に向かってきた。その結果、医師の専門医志向は強く、また社会においても医療的必要性を考慮せず専門医を貴ぶ状況が見受けられる。しかしながら、現在最も必要と考えられている医師像の一つは、広範に診療ができ、必要に応じて適切に専門医に紹介できる、プライマリ・ケアを担う医師である。また、初期救急に対応できる救急医も必要である。

全日病は、患者の視点に立った効率的なアクセス確保の観点から外来のあり方を次のように機能分化することを提言してきた。

- ①プライマリ・ケア機能
- ②専門医機能
- ③コンサルテーション機能
- ④救急機能

#### ①プライマリ・ケア機能

プライマリ・ケア機能は、まず患者が医療の必要性を感じた時に受診する医療である。ここでは多くの医療が完結されるが、必要に応じて専門医や入院医療が紹介される。また、慢性疾患の管理についてもプライマリ・ケア医が主体となる必要がある。患者の希望に基づき、生活面を含めたケアを行う。

現在、専門医制度において、総合臨床専門医としてこれらの機能が現実化されようとしている。日本医師会の提唱するかかりつけ医も、ほぼ同様の機能を有することを目指すべきである。

#### ②専門医機能

専門医機能は、多くの日本の医師が持っている機能である。診療所、病院を問わず、専門医が、プライマリ・ケア医では対応困難な患者の治療に直接従事する。しかし、外来医療において安定期になった場合、プライマリ・ケア医に任せべきであろう。

#### ③コンサルテーション機能

コンサルテーション機能は、主として大規模病院にいる専門医が担う医療である。プライマリ・ケア医が日常の疾病管理を行うに当たり、治療方針を決め、あるいは定期的に評価する。

#### ④救急機能

救急機能は、初期(外来)・2次(入院)・3次(救命)に分類されているが、実際には明確に機能分化されて運用されているわけではない。現実的に、どの医療機関を受診するかは、患者および家族、救急隊員の判断となる。

救命救急センターのように生命にかかわる重症例に対応できるシステムは、各地域において整備されてきた。一方で、初期救急は、1次医療圏、生活圏における病院、救急診療所が対応すべきであろう。この場合、必要に応じて救命救急センターや高度な救急医療が可能な医療機関と相互に連携できるシステムが重要である。

## コラム:総合診療専門医がなぜ必要なのか、会員病院への影響は

OECD Reviews of Health Care Quality (2014年11月)は、医療の質のレビューであり、日本におけるスタンダードの引き上げを強く主張している。特に精神科医療への問題提起とともに、プライマリ・ケアの明確な専門分野を確立すべきとしている。しかし、日本では、実態として、病院、診療所、その他の保健関連事業でプライマリ・ケアがしっかりと支えられている。かつ、それを担っている病院および診療所の質についての国際的評価は高い。OECDが論じているのは、「明確な専門分野としてのプライマリ・ケアの確立」なのである。つまり、プライマリ・ケアを専門領域とする認識の不足を指摘している。この点を正確に理解しておかないと、日本のプライマリ・ケア領域の確立のためにある総合診療専門医の議論も的外れになる。病院医療との関連性についても同様である。

1978年のアルマ・アタ宣言によってプライマリ・ヘルスケアの基本事項が明確にされて以来、日本においても、その重要性は識者によって訴え続けられてきた。しかし、医学としての、技術としての、制度としての医療は、最先端医療を共通の目標として発展してきた。結果として、人間を全体として考える医療の不在を招き、医学教育におけるプライマリ・ケアの軽視にもつながってきた。

日本の医療に欠落しているものは何であろうか。それを医療ジャンルから考えてみる。外科、小児科、内科、眼科のように並列関係にある専門領域として18が現在公に認められている。このことは標榜制度とか、医師の卒前卒後教育と密接に関連している。この分類を基本に大学医学部の構造がある。プライマリ・ケアを専門領域とするものがないとOECDが考える所以である。これまで、卒前教育、そして医師国家試験後の臨床研修にもプライマリ・ケアを重視しようとする試みはあったが、いかんせん、日本の医療の中に明確なジャンルとして存在しないことが、日本における医学教育体系、学問体系としてのプライマリ・ケアの発展を阻害してきた。

プライマリ・ケアの定義 (Barbara Starfield, 2011年) では

- ・コミュニティへの継続的で人間中心のケア
- ・ケアが最初に必要とされた際にそれを助ける近接性
- ・まれな、もしくは例外的な健康問題のみが他に紹介されるケアの包括性

・ケアのすべての側面が統合されるケアの協調性が必要であり、ヘルスサービスシステムの不可欠な要素であるとされる。これらに加えて、医療内容の監査システムや生涯教育、患者への十分な説明などの责任制や、患者の価値観、考え、思い、状況や経過、そして家族の意思を尊重するなどの文脈性を加えることも多い。現在ではヘルスケアとしてやや広義に論じられることが多く、医療に限定するものはPrimary Medical Care とされる。しかしながら、日本における医療と介護の関係のように、もはや医療のみに限定して問題を解決することが難しく、社会的課題に対する医療の広義の役割も当然含まなくてはならない。同じStarfieldらによって、地域の臓器別専門医の数の増加は、その地域の総死亡数の増加、心血管イベントによる死亡数の増加、悪性腫瘍による死亡数の増加と有意に相関しており、反対に、プライマリ・ケアを専門とする医師の増加は、その各々の死亡率を有意に減少させたという報告をはじめとして、プライマリ・ケア領域の重要性を示すエビデンスは多くある。それらのエビデンスも含めて学問体系としてのプライマリ・ケアが、世界的にすでに確固として存在していることを理解しなくてはならない。

総合診療専門医は、プライマリ・ケアの専門領域の確立を具現化したものである。その名称は、現在の日本専門医機構における協議より前に、厚生労働省における委員会で合意を得たものである。総合診療専門医は、明確に何らかの役割、例えば地域包括ケアを独占的に担わせることを想定してはいない。専門医の育成は人と時間を要し、精一杯育成したとしても、2025年問題の解決となる医師数を養成することは困難である。病院と診療所の双方を総合診療専門医

の活躍の場と想定して協議が進んでいる。日本のプライマリ・ケアを誰が担っているのかを考えると、まさに病院と診療所であり、現在の総合診療専門医の議論は、日本の現状に十分に配慮した上で構築されようとしている。

病院医療への総合診療専門医の影響は少なくはないだろう。後期研修3年間の研修プログラムは総合診療研修を必須としており、その場として中小病院や診療所も想定されている。そこが他の専門領域とは異なっている。後期研修プログラムへの参加は医師確保の問題ともなる。指導医の育成をはじめ、研修プログラムへの参加については、地域に密着した病院こそが、まさに想定された研修の場であるので、積極的な対応をするべきであろう。

総合診療専門医以外の既存の専門医改革が病

院医療に与える影響については、指導医要件、研修プログラムやカリキュラムの内容次第では、高度で大型の大学病院に代表される病院以外においては、相当なハードルとなる可能性が高く、医師の確保の点において大きな影響がありうる。現実を直視し、国民に混乱を招かない緩やかな改革が必要であり、会員病院の医師確保への影響がないよう、明確なロードマップの提示を求める必要がある。

専門医を司る日本専門医機構のあり方も含め、なお紆余曲折があると思うが、プライマリ・ケア重視の方向性は、ゆるぎないものであろう。プライマリ・ケアの専門性を代表する総合診療専門医という新ジャンルの明確な確立を急ぐべきである。

## 4. 在宅医療のあり方（在宅の変容）

今後、医療・介護を要する高齢者は明らかに増加する。また悪性腫瘍の治療等においても、在宅医療は極めて大きな存在となる。在宅医療・介護を推進するためには、地域の基幹的病院、在宅療養支援病院・診療所、訪問看護ステーション、介護保険施設等の連携が重要である。

「地域包括ケアシステム」の確立のためには、在宅医療の充実とともに、それを支援する入院医療機関が必要となる。そのためにも、「地域包括ケア病棟」の果たす役割は重要である。より一層の制度の充実が求められている。

「地域医療構想」策定において、慢性期機能を在宅医療に移行させることが議論されている。在宅医療の充実は重要ではあるが、在宅医療に繋げるには、地域性、効率性、さらに家族負担が考慮される必要がある。住み慣れた我が家で終生療養することは、素晴らしいことである。老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に高齢になって移り住むことは、住み慣れた我が家や地域を離れ、新たな人間関係の構築や地域に慣れ親しむ必要がある。高齢者にとっては相当な心理的負担となることが危惧され、このような「在宅」の概念の変容にも注意すべきである。

では、必要なコスト（医療費用、介護費用）はどうか。例えば、医療療養病床において一定の医師・看護師・介護職が医療・介護を提供できる患者数は、在宅における患者数より多く効率的であるとも考えられる。また、人口過疎地域で訪問看護や訪問介護を行うには、人口密集地域と異なり、長時間の移動が必要となり非効率となる。老人保健施設、特別養護老人ホーム等では、本来は個室対応が望ましい。しかし利用者負担から考えると、個室化された施設は居住費が高く、長期的に居住できない高齢者も多く存在する。低所得者対策として、従来型の多床室施設の有効利用を検討する必要がある。

在宅医療の充実は極めて重要ではあるが、従来概念（＝自宅）の在宅医療にすべてを繋げることは、地域性、効率性、さらに家族負担を考えると困難である。また、患者やその家族は多様であり、その多様性に応ずるべく、慢性期医療のあり方も多様であるべきと考える。「地域医療構想」においては、このような多様性を踏

まえた議論がなされることが望ましい。

## 5. 地域包括ケアシステムと病院の対応

### 地域包括ケアシステムとは

どこに住んでいてもその人にとって適切な医療・介護・生活支援サービスが受けられる「地域包括ケアシステム」を実現することが、国の重要な施策の一つとなっている。2016年度の診療報酬改定基本方針の重点課題にも取り上げられたように、今後の病院経営に及ぼす影響も大きいことが想定されるが、当初、介護保険側の問題と捉えられていたこのシステムの定義・概念には多くの変遷が見られるため、この間の議論を整理して表に示す（表5-5）。

「地域包括ケアシステム」は「医療や介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的、かつ継続的に提供する」システムと定義されている（図5-1）。

治す医療から治し支える医療が主体となる超高齢社会では、地域での生活支援・介護予防を含め、必要な時に医療、介護の提供を受けられるといった生活者の視点が重要である。

どういった連携体制をとるのか、誰がリーダーシップを担うのかなどによって様々なモデルがありうることから、全国画一的なものではなく、各地域の実情に合った多様性を有する「地域包括ケアシステム」があって然るべきである。多様性があるがゆえに、各自治体の責任は大きい。

いずれにせよ、高齢者が生きがいを持ち、安心して老いることができる社会創りを、2025年までに構築することが求められている。

### 地域包括ケアシステムにおける医療機関のあり方

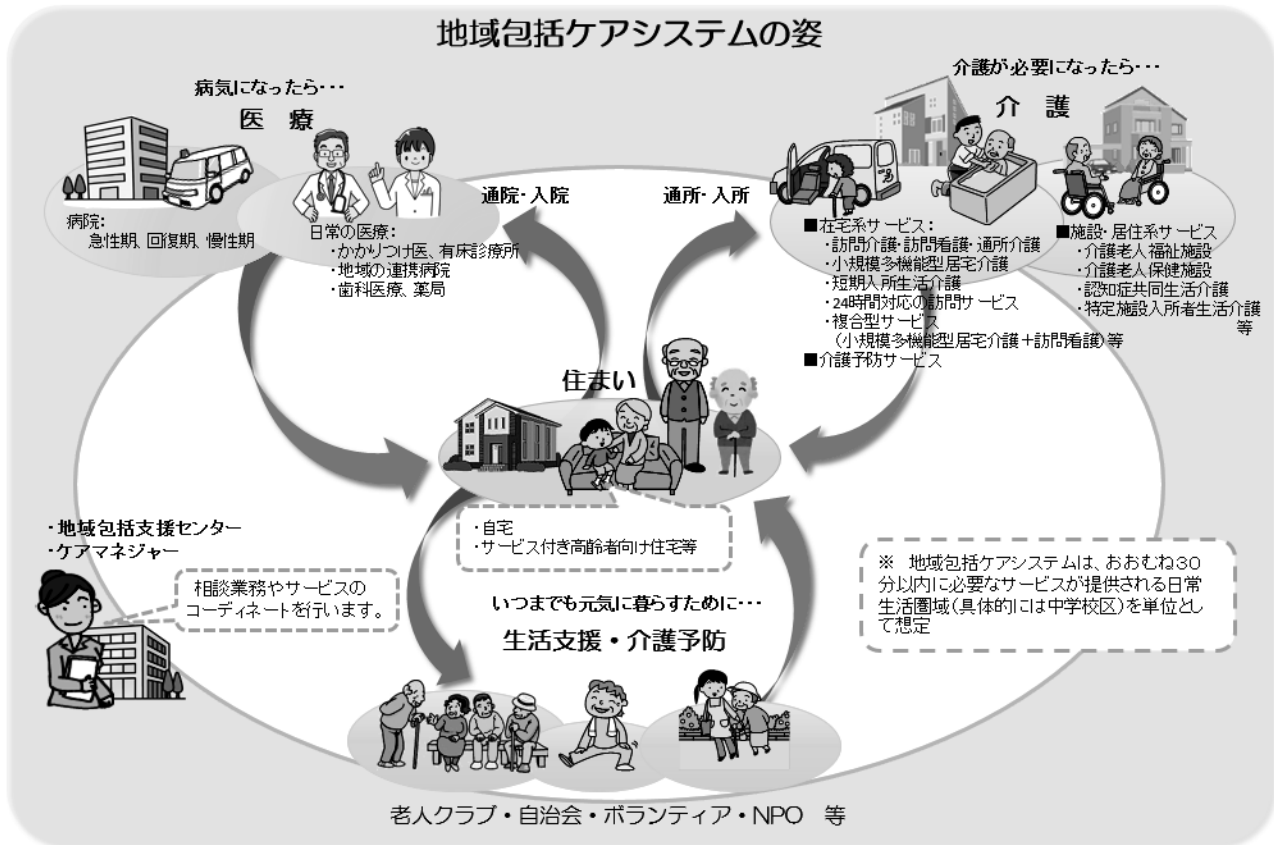
全日病会員は、地域の中でリーダーシップを発揮できる位置にある。在宅での生活の阻害要因としての諸疾患に対応する際に、病院の提供する入院機能は重要な位置を占めているからである。

在宅医療の中心的役割を果たすのは在宅医療を担当する「かかりつけ医」であるが、「かかりつけ医」と連携して患者を円滑に受け入れる

表5-5 地域包括ケアシステムをめぐる議論

年	出典	主な概念	備考
2003	厚生労働省老健局高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」	介護サービスを基幹的に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要	介護サービスが基幹的に位置づけられる
2009	地域包括ケア研究会2009年度報告書	医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制が重要	地域包括ケアシステムが初めて定義される 大都市圏が主たる中心
2011	介護保険法第5条	国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない	初めて法律上位置づけられる（2012年が地域包括ケア元年とされる） 医療は「在宅医療」に限定
2013	四病院団体協議会「医療提供体制のあり方～地域包括ケアシステム構築に向けて～」追加提言	在宅療養者とその家族が安心して療養生活を送るためには、かかりつけ医（在宅医療）と病院・有床診療所（入院医療）の連携や在宅医療チームと入院医療チームの協働が極めて重要	地域包括ケアシステムに対する「病院」のあり方について提言
2014	医療介護総合確保推進法第1条	地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする	医療・介護の総合的な確保を推進する改革の大きな柱と位置づけられる

図5-1 地域包括ケアシステムの構築について



(厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会 (第46回))

入院医療が機能していることが在宅医療にとって非常に重要な要素となってくる。転院・退院支援機能、介護との連携機能が強化された病院が身近に地域に存在することが極めて重要である。

退院後に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、退院後の生活に目を向けた退院指導を含む活動がますます必要となってくるであろう。

### 地域包括ケアシステムを構築する上でのICTネットワークの役割

「地域包括ケアシステム」を構築する上での大きな課題は、地域における住まい・生活支援・予防・医療・介護が縦割りに構築されており、地域ごとに一体となった提供体制となっていないことである。役割分担・機能分化の時代とは、言い換えれば地域全体で安心・安全を提供する時代であり、地域がチームとなる体制が必要であるが、その基盤として、情報ネットワーク構

築は必須となる。

地域医療の核として存在する医療機関が中心となって、ICTネットワーク形成による情報共有を可能にすることが、地域全体の安心、質向上・安全確保に重要であると同時に、ICTの重要性について地域（医療介護従事者・行政・住民等）に対し率先して啓発を行うべきであろう。

地域の中における多施設・多職種によるチーム医療の実践には、正確で迅速、かつ有用な情報共有が前提であり、そのツールとして様々な医療連携ネットワークシステムが開発されている。

現在、インターネットVPN (Virtual Private Network) を利用して患者の診療情報を共有するクラウド型サービスが主流となりつつある。連携ネットワークシステムの共通点として、一画面上で複数病院の情報が時系列に把握可能となっており、閲覧項目として、処方・注射、検査データ、画像情報、温度板、退院時要約・看護要約や読影レポートなどの文書類が挙げられる。院外からの情報を上手に使いこなす時代、

地域単位で患者情報が把握可能な時代になりつつあると言える。

今後連携ネットワークを円滑に推進するためには、地域における連携の指標、地域の健康度の指標の開発が重要である。医療の質向上を図るために臨床指標は有用であるが、多くは個々の医療機関に留まり地域全体あるいは連携を対象にはしていない。高齢化に対応するためには

連携ネットワークの整備が必須であり、世界的にもこの分野での評価指標開発を含めた知見が乏しい状況において日本に期待される役割は大きい。

全日病は、医療の質評価事業を今後も推進し、連携を含む指標の開発、病院の医療の質向上の支援を行う。



## コラム:地域医療連携ネットワーク構築にあたっての解決すべき課題

地域連携ネットワークシステムを構築するにあたり、連携協議会の立ち上げは必須であるが、その連携システムが存続するか否かは、強力なリーダーシップの存在の有無にかかっている。誰がリーダーシップを担うかで、連携ネットワークの今後の方向性が決まる場合が多い。

新規のネットワークシステムを開発するか、既存のシステムを活用するかは費用対効果も含め協議会での検討事項となる。いずれにせよシステム構築にあたっての解決すべき課題はおおよそ共通しており、以下に列挙する。

### ①理念・目的の明確化

なぜ地域連携ネットワークシステム構築が必要なのか、その理念・目的を明確化することが重要である。単なる入退院用の患者受け渡しツールで終わるのか、在宅も含めた地域全体で患者を支援していくのか、「地域包括ケアシステム」構築の今後を考える上で重要な課題である。ネットワーク構築目的の一例として、「良質な医療を寄与することを目的に、患者の診療情報を共有することによる医療提供者間の医療の質向上と、患者によりよい医療を提供するための手段」などが挙げられる。

### ②連携する範囲

行政が設定した医療圏は、本当に連携すべき医療圏と必ずしも一致していない。特に県境地域など都道府県をまたぐ際、複数の協議会が関わることになるため、ヒューマンネットワークも含め十分な調整が必要となる。情報利用に関する権限の設定、情報セキュリティに関する基本方針の決定、同意書のとり方、費用の負担方法など、各協議会によって運用規程が異なることが連携の障壁となっているケースも見受けられる。

### ③連携のためのデータ形式の統一

医療連携ネットワーク構築にあたっては、連携不可能な独自のデータ形式をできる限り避け、電子的な患者情報を適切に交換できるようにすることが求められる。SS-MIX2は、厚生労働省電子的診療情報交換推進事業で策定された規格で

あり、採用すべき情報交換規約と標準コード（マスター）の組み合わせを指定しているが、標準化ストレージに関する定義の混乱や、拡張ストレージにおける問題点、またSS-MIXに出力するためのプログラム改修やハードウェアの整備に対する費用負担の発生など、連携ネットワーク導入の足かせになるケースも少なくない。特に診療所に対して、双方向を目指してSS-MIXを準備することは費用負担の面で厳しいものと思われる。

### ④費用負担

地域医療再生基金、地域医療介護総合確保基金などを初期投資の原資とする場合、その後の継続性が課題となる。診療報酬点数などの担保があれば理想的だが、現実には各協議会、医療機関の努力で成り立っている場合が多い。行政の一定の費用負担が望ましい。

### ⑤セキュリティ

セキュリティの詳細は専門書に譲るが、情報を提供する側、閲覧する側では費用負担の面も含め自ずとセキュリティのかけ方が違ってくる。いずれにせよ厚生労働省、経済産業省、総務省等のガイドラインに沿うことが重要である。

また、情報の盗聴・改竄・なりすましなどを防ぐためにも、認証局などによる情報利用に関する権限の管理やログ（時系列に順次性のあるデータ）管理、統一ID、電子署名（電子印鑑）など今後の議論が待たれる。なお、情報を操る側である職員への個人情報漏えい等に関するリテラシーなど、定期的な研修会などによる教育は必須である。

### ⑥情報の持ち方による責任問題

好むと好まざるに関係なく、受け手側に診療記録情報がそのまま大量に送られるケースが多い。得られた情報共有項目は、「診療記録」か「補完記録」かの位置づけがまだ不明確である。送られてきた膨大な情報全てを確認することは困難であるため、受け手側（閲覧者側）に全ての情報を確認する義務がないことを、協議会規程等に明文化しておくことが望まれる。

# 第6章 診療報酬体系

## 1. 現行の診療報酬体系

日本の診療報酬は、過去50年余年にわたり原則2年に一度改定されてきた。改定は、改定率が内閣府で決められ、基本方針を社会保障審議会で決める。その決定を受けて、改定内容は中央社会保険医療協議会（中医協）で議論されることとなっている。

このような過程の繰り返しは、結果としてデータに基づいた論拠のある診療報酬体系の構築にはならず、基本的に診療原価を保証したものにはなっていない。特に、「入院基本料」「再診料」などは、そのときの時勢、政治力学が大きく関与している。近年発展を遂げたDPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System）も、基本的には個々の出来高払いの報酬から導かれており、同様の要素を含んでいる。

2014年6月、医療・介護総合確保推進法が成立した。病床機能報告制度、地域医療構想の策定による2025年を目標とした機能分化と病床数削減などが計画される。また、各地域にて「地域医療構想調整会議」も設置されることが決定されている。

2014年の診療報酬改定では、より高度な医療と提供するための報酬設定、7対1看護病床の削減、「地域包括ケア病棟」の創設、在宅復帰率の導入等が行われた。その改定内容の多さから、すべての病院が対応に苦慮したと言っても良いであろう。さらに2016年の改定では、「重症度、医療・看護必要度」がより厳格化され、病床群制度の導入など、7対1看護病床の削減が大命題となっている。

このような激動ともいえる病院医療において、診療報酬制度はどのようにあるべきかを考えてみたい。

## 2. 望ましい診療報酬体系とは

診療報酬体系は、下記に挙げる条件を満たすものが望ましい。

- ①医療の質を高めることに寄与する
- ②医療を担うものの努力を正当に評価する
- ③医療の過剰・過小を廃し、効率的な医療・介護の提供に寄与する
- ④疾病と状態像の特性を十分加味し、重症度、医療必要度、看護必要度を反映する
- ⑤診療に係る技術料、材料費、薬剤費等のランニングコストと、建物の初期投資、維持管理に要するキャピタルコストを各々反映する
- ⑥事務処理が比較的容易

現行の診療報酬体系を見ると、①～⑥のそれぞれに検討・改善の余地があるものの、特に、④現時点での重症度、医療必要度、看護必要度は医療現場の実態からは乖離している、⑤に挙げられたコストの反映は乏しい、⑥事務処理については、あまりに難解・複雑な体系であり、多くの事務作業が発生している、ことが指摘される。

従って、望ましい診療報酬体系に近づけるためには、実情把握、コストデータの収集、およびそれを反映した診療報酬体系とし、無駄な規制を省き簡素化に努める必要がある。

## 3. 支払い方式の分類

診療報酬の支払い方式は、下記のように分類できる。

- ・人頭払い：医療を提供する人数で支払額が決定される
- ・包括払い：疾患別、状態別などのケースミックスにより支払額が決定される
- ・出来高払い：個々の診療行為に支払われる
- ・予算性：決められた予算内で、医療が提供される

日本の診療報酬体系は、過去の出来高払い制度から、急性期入院にはDPC/PDPSによる支払い制度が導入され、医療療養病床には医療区分・ADL区分による包括支払い制度が導入されている。しかし、一般病床には、出来高払い

が多く残っており、また一律報酬+加算（地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟など）のような方式も存在している。

DPC/PDPSによる支払い制度は、現行では包括と出来高の組み合わせであり、診断群別、病院別、日額定額制度である。多くの診療データの収集が可能であり、データを利用することにより診療実態を把握できる。今後、さらにデータの解析が発展し、多方面に利用されることが期待されるが、コストデータの収集・解析も同時に行われる必要がある。

定型的な短期入院については、疾患別定額制であるDRG方式も利用可能と考える。2014年診療報酬改定で、短期滞在手術等基本料の大幅な適応拡大が行われた。これは短期入院を利用した平均在院日数短縮を困難にするのが目的であり、7：1看護病床削減の一環と考えられるが、このような政策誘導にDRG方式を利用することは不適切である。

今後の診療報酬支払制度は、急性期にはDPC/PDPSに代表される疾患別・重症度別分類による包括支払い方式、急性期後・慢性期には状態別分類による包括支払い方式（疾患別、状態別などのケースミックス方式を用いた包括支払い方式）という方向で構築されることが望まれる。

#### 4. 入院医療の病棟機能別診療報酬体系

2014年より開始された病床機能報告制度では、病床機能を「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」の4分類で病棟毎

に報告することとなった。

全日病は、本報告書等において、入院医療は病棟単位での機能分化が望ましいとしてきた。医療法では、一般病床・療養病床に区分されているが、今後はその機能から急性期病棟・亜急性期（回復期）病棟・慢性期病棟に区分することが妥当とした。病棟別機能と望ましい支払方式について表6-1に示す。

ここに示した分類と今回の病床機能報告制度による分類と比較すると、高度医療病棟と高度急性期機能の考え方の違いはあるが、同じような4分類である。ただし、病床機能報告制度の分類と現行の診療報酬制度は、連動されたものにはなっていない。近い将来、病床機能4分類がより精緻化され、診療報酬制度と連動して行くと想像されるので、ここでは病床機能報告制度4分類に対応する診療報酬のあり方を考える。

##### ①高度急性期機能

今回の制度設計では、短期集中的医療が提供され、多くの医療資源が投入される機能とされているので、診療報酬上はICU、CCU、HCU、SCU、小児・新生児・周産期集中管理、救急救命、救急専門等の特定入院料が対応すると考えられる。これらはユニット形式が多く、十分な看護師の配置、多くの医師の作業が必要である。

診療報酬は、これらの人材、医療機器等の医療資源を十分確保できるように設計されたDPC/PDPSによる支払い方式が望まれる。

なお、全日病分類における「高度医療病棟」の記述は以下の通りで、「高度急性期病棟」と

表6-1 病棟種別と望ましい診療報酬支払方式

病棟種別	医療内容	支払方式	病床機能報告制度での分類（参考）
高度医療病棟	稀な疾患・先進医療など	保険診療以外の研究費、療養費等による支払い	該当なし
急性期病棟	地域基幹病院、専門病院、軽～中等度の急性期	疾患別・重傷度別分類による包括支払い方式	高度急性期、急性期
亜急性期・回復期病棟	リハビリテーション、慢性疾患増悪期、繰り返し入院、病状不安定など	状態別分類による包括支払い方式	急性期、回復期
慢性期病棟	医療療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟	状態別分類による包括支払い方式	慢性期

は異なっているので注意して頂きたい。

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）を対象疾患とする高度医療病棟の診療報酬は、医学研究的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。

## ②急性期機能

急性期機能は、「急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能」とされている。広い範囲が対象となる。

診療報酬上の対応病棟は、7：1看護、10：1看護一般病棟が主体となろう。この場合も、高度急性期と同様に疾患別・重症度別分類による包括支払い方式が望まれる。

一方、2014年診療報酬改定で創設された「地域包括ケア病棟」の機能には、在宅や介護施設等の患者の急性増悪、介護との連携等、急性期機能も含んでいる。このような急性期機能の場合も疾患別・重症度別分類による包括支払いが必要となる。

## ③回復期機能

回復期機能は急性期後のリハビリテーションが主体となる。従って、診療報酬上の対応病棟は、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟のリハビリテーション部分となる。支払い方式は、一律＋加算という現行の方式より、データに基づく状態別分類による包括払い方式（1日定額）が望ましい。患者の障害像に応じて提供されるリハビリテーションの単位数、入院期間を設定することを検討し、入院期間短縮に対するインセンティブを設けた制度設計が期待される。なお、STに関しては、OT・PTと対象となる障害が異なり、単位数としては別なものとしてカウントされるべきであろう。

また、リハビリテーション以外にも、在宅復帰支援、他医療機関・介護施設との連携を中心とした入院機能に対する診療報酬の設定が重要となろう。

## ④慢性期機能

医療療養病棟は、2006年診療報酬改定以降、長期的に入院医療を要する患者の受け入れを積極的に行ってきた。今後、「医療区分」「ADL区分」がさらに医療の質向上に貢献できるよう、デー

タ収集・分析に基づく定期的な制度の見直しを続ける必要がある。また、現在一般病床に分類されている「障害者病棟」や「特殊疾患病棟」は、慢性期機能の一系列と考えるべきである。これらの診療報酬も、データに基づく状態別分類による包括支払い方式が望ましい。

## 5. 外来医療の診療報酬体系

外来医療の分類と診療報酬支払い方式は、下記のようになる。

- ・急性期・救急疾患外来：出来高払い
- ・慢性期疾患外来：包括払い（主としてプライマリ・ケア医が担当する）
- ・専門医コンサル外来：初期評価、治療方針策定、治療内容評価等の項目が設定された出来高払い
- ・検診等：契約に基づく支払い

今後の高齢者の増加を考えると、多疾患を併せ持つ患者の増大が予想できる。プライマリ・ケアを担う医師が主体となり、これに対応する必要がある。新たな専門医制度における「総合臨床専門医」がこれに相当する医師像と考えられるが、十分に医師数が確保できるまでは、過渡的な制度を設ける必要があろう。

一方、特定機能病院や地域基幹的病院の外来は、専門医によるコンサル外来を主体とし、慢性期疾患はプライマリ・ケア医である地域の診療所、中小規模病院の外来が主体となることが望まれる。

## 6. 在宅医療の診療報酬体系

今後の地域包括ケアや医療・介護提供体制において、要介護高齢者に対しては在宅医療が推進される。一方、診療報酬制度では在宅医療の報酬体系が改定ごとに方針転換されている。特に2014年改定では、居宅系の在宅療養費が約1/4に減額され、有料老人ホームやグループホーム等の在宅療養を担当している医療機関にとっては大打撃となった。そして、2016年改定では、再度大きく変更されることとなった。

在宅医療の診療報酬は、在宅時医学総合管理

料、特定施設入居時等医学総合管理料が中心であり、月2回以上の訪問診療が必要とされてきた。しかし、要介護、認知症等の状態は重度であっても、医療的に手がかかるとは限らない。医療療養病床に用いられている医療区分・ADL区分のように、データに基づくケースミックス方式を導入し、報酬格差を設けるべきである。手間がかからない場合は、月1回でも管理料が算定できれば、これに該当する患者が多く存在するであろう。一方、多くの手間がかかり、多数回の訪問を要する場合は、十分な手当が必要である。2016年改定で月1回の管理料が設定されたことは、望ましい姿に近づいたと言える。

今後は、在宅療養のデータ収集・分析を行い、在宅医療のあるべき方向性と必要な労力との整合のとれた報酬体系を構築する必要がある。

## 7. 地域包括ケア病棟の診療報酬体系

現行の診療報酬の設定は、ほぼ一律料金であったため、急性期医療に対応するには不十分であり、入院患者は急性期後や回復期が中心になっている。しかし、在宅や介護施設からの急性期対応は、機能として必須である。2016年改定で、手術・麻酔の出来高請求が認められたことは良い方向に向かっていると考えられる。今後も、データの収集・分析とともに、望ましい診療報酬体系を提言し、「地域包括ケア病棟」の発展を図る必要がある。

また、特定機能病院や都道府県単位での基幹的病院は、地域包括ケア病棟を有することなく、むしろ、より小さな区域において地域に密着する中小規模病院と連携することが重要である。

## コラム：DPC/PDPSにおける機能評価係数のあり方

DPC/PDPSの特徴は、病名や副傷病、実施された医療行為など、詳細な患者情報（医療行為と患者サマリーの双方）が把握できることであり、これだけ詳細な情報を全国的に通年で収集している国は世界的にも少ない。本来、DPCの目的は医療計画へ応用であり、これらのデータは各都道府県の計画策定担当者に提供され、医療法で規定された医療計画（地域の実情に応じた医療資源の適正配分等）に活用されることが期待される。

個々の病院にとっては、DPC/PDPSは病院運営と直結している。DPC病院における入院医療費は医療機関別係数に影響される。医療機関別係数は、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ、暫定調整係数の総和である。基礎係数は、病院群ごと（大学病院本院：Ⅰ群、大学病院に準ずる病院：Ⅱ群、その他の病院：Ⅲ群）に定められており、機能評価係数Ⅰはその病院のストラクチャー（大規模病院が有利）、機能評価係数Ⅱはパフォーマンスを評価する（図6-1）。図6-2に、Ⅲ群の某病院の医療機関別係数を示す。この病院は全国の病院の中でも最も機能評価係数Ⅱが高値の病院であるが、機能評価係数の医療機関別係数に占める割合は10%以下で

あり、暫定調整係数が廃止される2018年においても機能評価係数Ⅱと同程度と想定される。医療機関別係数において基礎係数が占める割合が極めて大きいためである。群ごとの基礎係数の差が大きいため（2014年度Ⅰ群：1.1351Ⅱ群：1.0629Ⅲ群：1.0276）、Ⅲ群病院の中にはⅡ群を目指す病院は少なくないが、このような対応が可能な病院は大規模病院に限られる。「医療機関群内の各医療機関の多様性については、（中略）機能評価係数Ⅰ、Ⅱで評価」<sup>8</sup>とされているが、実際には機能評価係数Ⅱの医療機関別係数に与える影響は大きくはない。現在のDPC/PDPSは「パフォーマンスを向上させるために頑張った病院が頑張っただけ報われるような制度」ではないと言える。

一方、同一の基礎係数が設定される医療機関においては、効率化・標準化が推進され、長期的には一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されていたが、Ⅱ群、Ⅲ群ではそのような傾向は認められなかった（図6-3）。このような背景もあり、厚生労働省DPC評価分科会ではⅢ群の細分化が検討されたが、将来

<sup>8</sup> 医療機関群設定の視点：2011年9月7日中医協総会資料

的にもⅢ群の細分化は行われな方向性が示されている。群内の各医療機関の多様性について機能評価係数Ⅰ、Ⅱで評価するのであるならば、医療機関別係数に占める機能評価係数Ⅱの割合をより大きくすることが検討されるべきであろう。同時に、機能評価係数Ⅱの個々の係数の重み付けも検討されるべきである。「効率性指数」や「複雑性指数」を向上させることと「後発医

薬品指数」を上げることに対する病院の努力は、到底同じものとは思われない。

現在、DPC対象病院は、全一般病院の20%、全一般病床の50%を越えている。その多くを構成する中小民間病院に対し、ストラクチャーではなく個々の病院のパフォーマンスで評価することが、これからの診療報酬支払いのあり方として適切と考えられる。

図6-1 DPC/PDPSでの診療報酬の支払い

DPC/PDPSでの入院医療費の計算方法

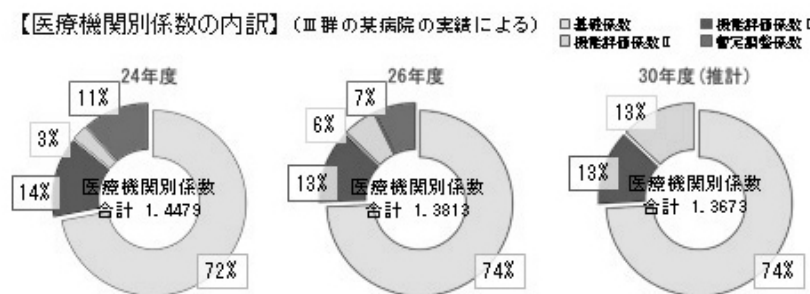
$$\text{DPC点数 (全国平均)} \times \text{医療機関別係数} + \text{出来高点数} = \text{入院医療費}$$

【医療機関別係数の内訳】

基礎係数	基本的な診療機能に対する評価	「診療機能を適切に反映させる」という趣旨に基づいてⅠ群(大学病院)、Ⅱ群(Ⅰ群に準ずる)、Ⅲ群(その他)に分類したもの(「医療機関群」)
機能評価係数Ⅰ	ストラクチャーに対する評価	入院基本料等の取得施設基準を係数化したもの
機能評価係数Ⅱ	パフォーマンスに対する評価	効率性(在院日数の短さ)、複雑性(患者層)、救急医療や地域医療への対応度合いなど「診療実績や医療の質的向上等を評価」したもの
暫定調整係数	調整係数※と基礎係数との差を補填	平成30年度には機能評価係数Ⅱに一本化 ※出来高請求時の収益を担保したもの

図6-2 ある病院の収入にもたらす基礎係数と機能評価係数の影響

基礎係数と機能評価係数



係数Ⅱ(パフォーマンスの評価)は平成30年度までに暫定調整係数(出来高請求分の担保)と一本化するものの比率は係数Ⅰ(ストラクチャーの評価)と同程度であり基礎係数が最も優位な状態は変わらない

図6-3 一日当たり包括範囲内出来高点数の比較

基礎係数の見直し

✓ 医療機関群の設定方法の見直しは26年度改定では行わない

医療機関群の設定について(平成23年10月14日DPC評価分科会資料)

(設定の観点)  
「医師研修、高度な医療技術、重症患者に対する診療、といった(中略)実績要件による医療機関群の設定を検討する」

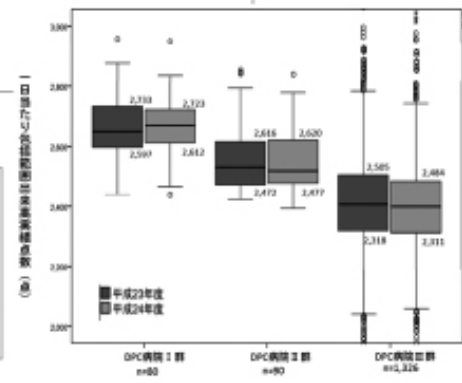
(設定により期待される効果)  
「同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が推進され、長期的には一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待される」



一日当たり包括範囲内出来高点数を23-24年度で比較した結果…

(平成25年12月18日DPC評価分科会資料)

「診療密度について集計を行ったところ、I群においては収束傾向が認められているが、II・III群においては明らかな収束傾向は認めていない」



I群では収斂傾向が認められるが、II、III群では認められない。  
(厚生労働省 DPC 評価分科会資料 2013年12月18日)

# 第7章 医療従事者

## 1. チーム医療の推進

### ①チーム医療とは

チーム医療とは、診療部門のみならず事務部門等さまざまな職種を含めた部門横断的な連携を言う。医療に携わる多職種の職員が、それぞれの能力・役割を発揮して患者の治療にあたる必要がある。急性期医療のみならず、回復期のリハビリテーション、慢性期の療養、予防医学、地域連携等あらゆる医療提供の場面において求められる。特に多くの医療従事者が、様々な専門資格を持って働いている病院において、チーム医療は、きわめて重要である。我が国においてチーム医療が重視されるようになったのは最近であるが、今後この推進が必要である。また、チーム医療を推進するために、各医療職種の育成においても職種間での教育プログラムの整合を図るなど、制度的な推進策が併せて検討されることが望ましい。

チーム医療推進の際には、診療において、患者の意思の尊重を基本に、各職種が常に専門的な知識と技術の向上を図りながらその専門性を発揮するとともに、カンファレンス等を通じて治療方針に従った良好なアウトカムを目指し協働する必要がある。施設特性や規模に応じて、可能な限り各専門職の採用を行うべきである。

### ②機能限定チーム

最近では、多くの病院で、様々な医療チームを部署横断的に作り、多職種が集まってそれぞれの目的に合わせた活動がなされるようになっている。チーム医療推進協議会では栄養サポートチーム（NST）、褥瘡管理チーム、緩和ケアチーム、救急医療チーム、摂食・嚥下チーム、感染症対策チーム、呼吸ケアサポートチーム、医療機器安全管理チーム、医療安全管理チーム、糖尿病チームなどを挙げているが、その他にも創傷ケアチーム、化学療法チーム等があり、それぞれ効果を上げている。

## 2. 医師数の充足と偏在の是正

### ①医師の絶対数不足の解消

現在の医師不足の大きな原因は、厚生労働省が長期間にわたり医師養成数を抑制してきたためである。最近増員となっているが就業医師増には時間を要し、依然として医師絶対数は不足している。厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査では、2014年末現在の医師数は31万1,205人（男79.6%、女20.4%）であり、2012年より7,995人、2.8%増加している（表7-1）。医学の進歩に加え、専門分化の進展等により医師の業務量は格段に増加しており、更に人口の高齢化による有病率の増加、複数の病態を有する患者の増加により必要医師数は上ぶれするものと思われ、このままでは医師の絶対数不足は持続すると予想される。

過去の厚生労働省の医師養成に関わる施策は一貫したのではなく、最近になり大きく変更された。医師養成数は長い間抑制されてきたが、2008年になり厚生労働大臣よりの発議で医学部定員削減の閣議決定の見直しがなされることとなり、医学部の定員増加の方向に転換され、新設医学部、医科大学が具体化してきた。

現状の医師養成増員策が継続されるなら、15年後には医師数が増加するのは自明の理であるが、今後の医療需要との対比で養成数の問題を考えるべきであろう。

医学部の新設にともなう問題として、同一医療圏内の施設から医師、看護師、薬剤師をはじめとする専門職や事務系職員が招聘されることが多く、現場の混乱を招くこともあるので慎重な対応が必要である。

### ②医師偏在の現状と対策

医師の絶対数不足もさることながら、医師の地域偏在、科別偏在も深刻な問題である。いわゆる「医療崩壊」は、2004年から始まった新医師臨床研修制度により、大学病院の医師が減少したため医局の医師派遣システムが破綻し、主に地方の出張病院から医師を引き上げたことが



表7-1 施設・業務の種別にみた医師数

	人	%	人口10万対
総数	311,205	100.0	244.9
男	247,701	79.6	194.9
女	63,504	20.4	50.0
医療施設の従事者	296,845	95.4	233.6
病院の従事者	194,961	62.6	153.4
病院の開設者又は法人の代表者	5,334	1.7	4.2
病院の勤務者	137,321	44.1	108.1
医育機関附属の病院の勤務者	52,306	16.8	41.2
臨床系の教官又は教員	28,064	9.0	22.1
臨床系の大学院生	5,770	1.9	4.5
臨床系の勤務医	18,472	5.9	14.5
診療所の従事者	101,884	32.7	80.2
診療所の開設者又は法人の代表者	72,074	23.2	56.7
診療所の勤務者	29,810	9.6	23.5
介護老人保健施設の従事者	3,230	1.0	2.5
介護老人保健施設の開設者又は法人の代表者	364	0.1	0.3
介護老人保健施設の勤務者	2,866	0.9	2.3
医療施設・介護老人施設以外の従事者	8,576	2.8	6.7
医育機関の臨床系以外の大学院生	561	0.2	0.4
医育機関の臨床系以外の勤務者	2,972	1.0	2.3
医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者	1,466	0.5	1.2
行政機関・産業医・保健衛生業務の従事者	3,577	1.1	2.8
行政機関の従事者	1,661	0.5	1.3
産業医	994	0.3	0.8
保健衛生業務の従事者	922	0.3	0.7
その他の者	2,554	0.8	2.0
その他の業務の従事者	704	0.2	0.6
無職の者	1,850	0.6	1.5

(厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」)

大きな要因の一つである。

新制度では、大学病院以外の臨床研修病院での研修が容易となったため、多くの臨床志向の強い卒業生が臨床研修病院での研修を選び、入局者が減少したため、今まで派遣していた一般病院からも医師を引き揚げざるを得なくなった。その結果病院の医師数が減少し、更に残った医師も激務に耐えかね退職するという悪循環が発生し、特に地方の医師不足は深刻であり地域医療崩壊の原因となっている。

外科、産婦人科、小児科、救急科等、不足が顕著な診療科もあるが、これは医師としての職業意識の変化および女性医師増加への対応の遅れ等に加え、勤務が過酷な診療科の敬遠等多くの問題が累積されて生じた問題であり、多面的同時対応が必要であろう。これらの診療科は、診療のリスクが高く訴訟の対象になりやすいばかりか、近年では医療の不確実性を理解しない社会の風潮を盾にした、警察の刑事事件捜査の対象となり、ますます敬遠されている。医療事

故調査、再発防止を主たる目的として、2015年より医療事故調査制度が開始されたが、さらにこれを進めて、当事者の再教育、医療事故被害者の補償制度、裁判外紛争処理(ADR: Alternative Dispute Resolution)の拡充が望まれる。

病院を退職した医師は、都市部で診療所を開業する傾向が顕著になってきた。我が国の卒後研修はこれまでは専門医を育てることが目標であったため総合診療医(プライマリ・ケア医)は必ずしも確立していない。今後、すでに専門領域の知識・経験を有する医師の再教育を含む総合診療医の育成と、病院、診療所への配置を進めるべきである。

直接診療にかかわる臨床医不足のみならず、放射線科医、病理医、法医学医の不足はさらに深刻である。かなりの規模の病院でも、放射線診断医や病理医の常勤医がおらず、非常勤医に頼っているところも多い。放射線診断、病理診断の需要は大幅に伸びており、病院として診断

精度の管理を適切に行うことは困難になりつつある。法医学医に至っては、ほぼ大学病院本院にしか配置されておらず司法解剖の少なさはとても先進国とは言えない状況である。これらの診断科の重要性に鑑み、該当医師確保のための対策、遠隔診断等の新技術の導入を図るべきである。

現在、大学入学における地域枠の設定、一定期間の勤務を条件に奨学金を貸与する制度が導入されており、地域の臨床研修病院における研修制度の充実により、地域医療に従事する医師の増加が一部認められるようになっている。地域医療を守るためにも、その効果について追跡調査、検証が行われる必要がある。

### ③女性医師のさらなる増加

女性医師は増加しつつある（図7-1）。女性の医師国家試験合格者は2014年には31.8%となっている。女性医師について適切な対応がなされなければ、医師としてのキャリアを継続することが困難であるばかりか、多くの教育費用を投じたにもかかわらず活躍の機会を得ることができず、社会的にも大きな損失となっている。医療施設においても結婚、出産、育児に配

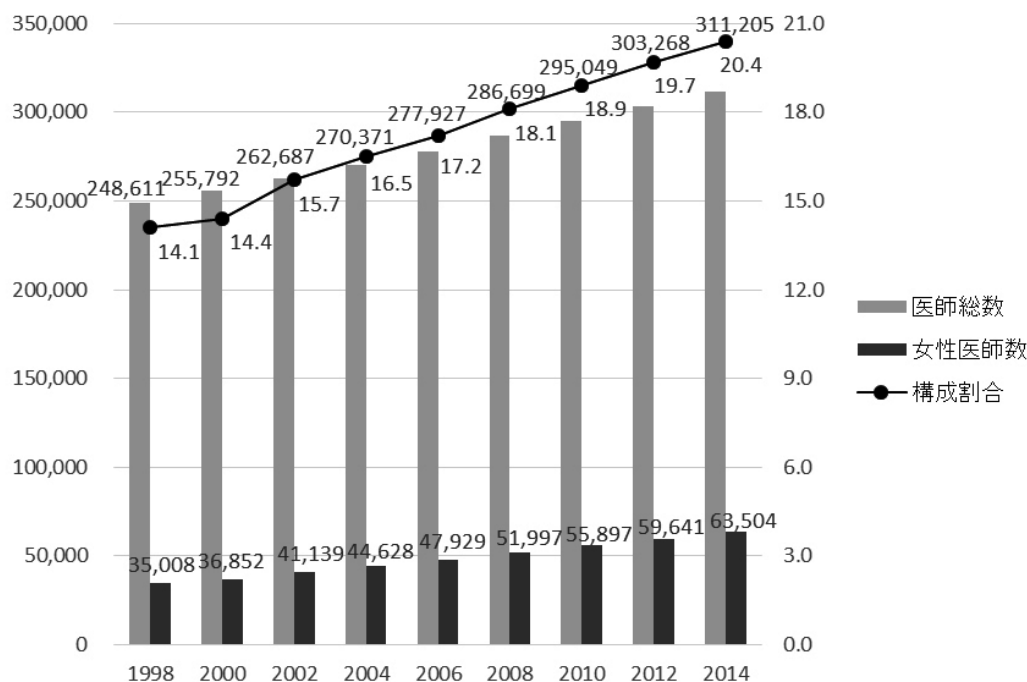
慮すべきであり、具体的には短時間勤務等、多様な就業形態の導入や保育所の整備等、勤務環境の整備、休職期間におけるeラーニングなどを利用した継続研修が必要である。女性医師は今後ますます増えることが予想され、これらの施策が優先して進められる必要がある。

### ④2013年度「医師の就業動向調査」に関する報告書

各医療施設における医師の確保状況については、医育大学からの派遣、医師本人の選択、各医療機関の努力、開設主体の違い、医療施設の場所等による影響が考えられるが、具体的にどのような要因が影響しているのかは明らかになっていない。全日病「病院のあり方委員会」では、全日病の全会員病院を対象にアンケート調査を実施したが、その結果は以下の通りである。

- 1) 卒後1年目から10年目の間に約50%の医師が「教室派遣」を理由に就業先を変更し、「医育機関」または「公的病院」に勤務していた。
- 2) 卒後11年目以降は、「就業条件」「開業/事業継承」「他の家庭事情（子供の教育以外の事情）」を理由として就業先を「私的

図7-1 女性医師数の推移



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

病院」に変更する割合が徐々に増加した。

- 3) 卒後年数別の就業先の変更回数は、性別、子供の有無、配偶者の有無による違いは見られなかった。

総体として、卒後10年間は医師としての教育期間となっていることが伺える。この時期の医師採用を考えるのであれば、しっかりした教育体制が必須であり、全日病が実施している臨床研修指導医講習を利用した人材育成をすべきである。11年目以降については、「就業条件」「開業/事業継承」「他の家庭事情(子供の教育以外の事情)」が考慮される傾向にあり、各医師の希望に対応する個別の努力が必要であろう。

### ⑤医師事務作業補助者

近年、病院での医師の事務作業量が飛躍的に増加している。診療録記載、指示書、処方箋に始まり、入院医療計画書、患者への説明と同意、診断書、主治医の意見書等、作成する書類は多い。電子カルテ、オーダリングシステムは却って医師の作業量と時間を増やしている面がある。診療時間より書類作成に時間を取られるようになってきている現状は、本末転倒である。医師は医師でなければできない仕事を優先して行えるような体制作りが求められる。

医師事務作業補助者制度ができ、全日病でも2008年から研修会を開催し、2015年10月現在2,254名の修了者を数えているが、未だ有効な対策とはなっていない。急性期病床における要件の緩和、慢性期病床、精神科病床への拡大など制度拡充も図られるべきである。

今後同時に、書類量の削減が必要である。医療安全、患者の権利保護を図ると称し、単に病院のリスク対策としての書類等が増えてしまっているので、説明と同意も可能な内容なら医師以外の職種が行うこと、保険会社の診断書の統一した書式とする等の効率的な対策の導入が必要である。

## 3. 看護師

### ①看護師の絶対数不足の解消

現在、看護師の絶対数は増えているが医療介護の現場では需要増に伴い依然大変不足している。厚生労働省の統計では2014年の就業看護師数(准看護師を含む)は約142.6万人であり、勤務先は、病院に約94.4万人(61.4%)、診療所に

32.0万人(20.9%)の他、介護保険施設、訪問看護ステーション、社会福祉施設等である。人口1,000人当たりの就業看護師数はOECD加盟諸国平均(人口1000対10.0)とほぼ同等であるが、我が国では、病院の機能分化が未だ不十分のため、OECD諸国に比較して人口対病床数が多いため、病床1床当たり看護職員数はOECD諸国と比較して少ない(図7-2、表7-2)。日本での看護師不足の問題は、医師とは異なり、主として配置の問題であることが伺える。

看護師不足は以前より言われてきていたが、7対1看護基準の導入に見られるように診療報酬上の理由と診療内容の向上から病院看護師需要が増加した一方で、看護師養成が追いついていないのが現状であり、救急医療の縮小、病棟閉鎖等の原因ともなっている。

2001年に270校あった医師会立准看護師養成所は、2014年には176校にまで減少したが、逆に看護系大学は91校から211校に増え更に増加傾向にある。看護教育の高度化が図られているものの、現状の教育内容は座学に重きを置いたものであり臨床現場での即戦力化をもたらししていない。医育機関と同様に臨床現場にも携わる者が教員となること、チーム医療の推進のため他の医療職種との教育プログラムの整合を図ること、卒後臨床研修制度の導入等、臨床能力の向上に向けた取り組みが必要である。准看護師の教育については、高校卒業を要件として、教育内容の充実を図り、国家資格への移行を目指すべきである。

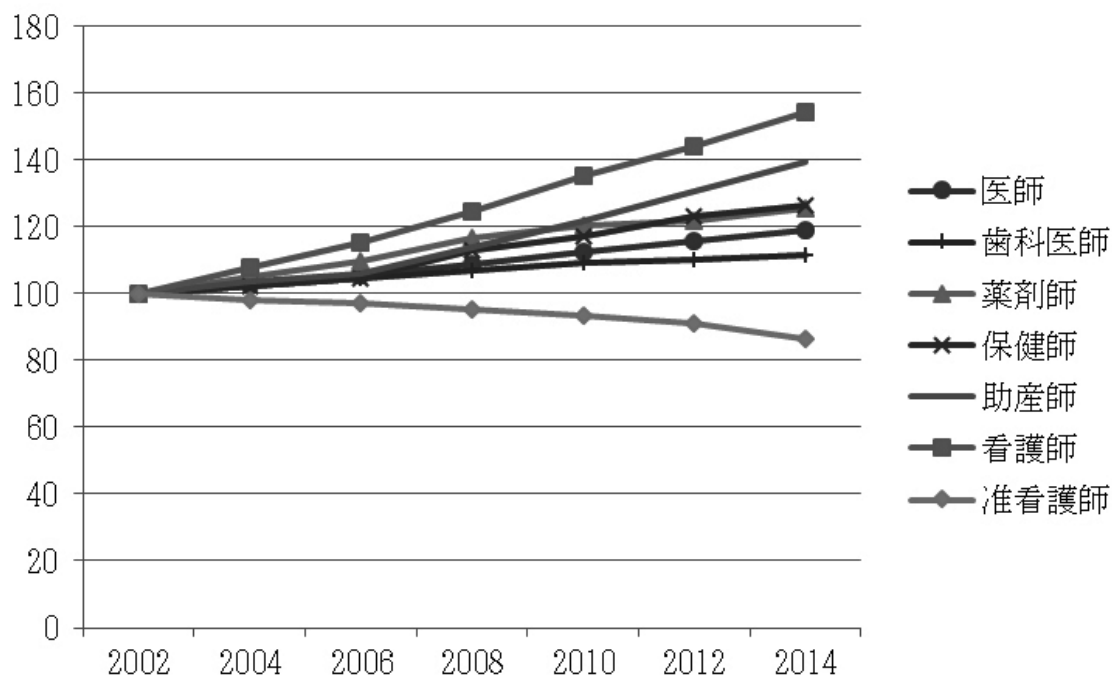
2025年における看護需要は社会保障国民会議による医療介護費用シミュレーションのいずれのシナリオにおいても看護師供給を上回ると予想されている<sup>9</sup>。例としてB3シナリオにおいては、看護需要が215.9万人で供給が179.9万人、供給率は83%である。更に諸要件を当てはめた修正シナリオにおいても供給率は98%にとどまる。

就業していない潜在看護師は71万人と言われている<sup>10</sup>。復職支援は自治体等で始まったばかりであるが、貴重な労働力であり、人生経験を積んだことで更に看護能力が高まることも期待できるので、今後さらに推進する必要がある。

<sup>9</sup> 伏見清秀、他：長期的看護職員需給見通しの推計  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000eydo-att/2r9852000000eyf5.pdf>)

<sup>10</sup> 「第1回看護職員需給見通しに関する検討会」(2014年12月1日)

図7-2 医療関係職種の推移（2002年=100として示す）



（厚生労働省「衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」）

表7-2 諸外国の医師、看護師等の数

	病床数 (人口1000対)	医師数 (人口1000対)	看護師数 (人口1000対)	病院看護師数 (病床100対)
オーストラリア	3.75	3.31	10.22	88.8
ベルギー	6.29	2.93	9.51	117.2
カナダ	2.68	2.48	9.35	176.4
ドイツ	8.34	3.96	12.61	67.9
イタリア	3.42	3.87	4.82	132.2
<b>日本</b>	<b>13.36</b>	<b>2.29</b>	<b>10.54</b>	<b>46.0</b>
韓国	10.29	2.08	4.84	19.6
ニュージーランド	2.81	2.7	9.97	195.7
ノルウェー	3.97	4.23	16.53	223.5
スペイン	2.99	3.82	5.24	104.5
スイス	4.8	3.92	16.97	149.2
アメリカ	2.93	2.5	11.15	184.8

（「OECD Health Data 2015」より2012年の数値）

医師、歯科医師、薬剤師については一定期間ごとに、就業状況などを厚生労働大臣に届け出ることが義務付けられている。看護職の医療における重要性に鑑み、あわせてエビデンスに基づく医療政策を推進するためにも、看護師の登録制度を推進し、潜在看護師の活用を積極的に図るべきである。

今後、看護師の養成、供給体制は医療体制の再構築に合わせて考えていく必要がある、医師同様に地域格差の是正は行政の責務である。

若年人口の減少は歯止めがきかない。看護、介護を含み外国人労働力に頼らざるを得ない状況であり、今後益々その傾向は強まるであろう。政府は介護に外国人労働者を認める予定であり、全日病としては積極的に関わる必要がある。

現在、看護師、介護従事者の勤務人数は診療報酬で厳しく定められている上、勤務に関する制度上の規制も多い。夜勤72時間以内の制限、会議・委員会への出席時間の取扱、夕食・就寝時間の限定等、現場の実情にそぐわない場合が多い。当事者と医療機関の合意に基づき、就業条件の自由度を高めることにより職場の活性化が図られるものとする。

## ② 転職・離職の理由

日本看護協会の調査では、2013年度に常勤看護師の11.0%、新卒看護師の7.9%が医療機関から離職しているが、離職率は最近では減少傾向にある。また、離職者の大部分(2006年の調査では離職者の約8割)は別の施設に再就職している。

転職・離職の原因は、妊娠・結婚・育児を除けば、「人間関係、夜勤の負担の大きさ、勤務時間の長さ」がトップ3であり、続いて「責任の重さ、医療事故への不安、自分の能力への不安等」が挙げられている。人間関係では、「同僚や上司との関係の他に医師との関係」が挙げられている。

これらの調査結果に示された問題の解消のためには、各医療機関において、上司による定期的な聞き取りとチーム医療の促進や業務改善による負担軽減、計画的なキャリアアップの仕組みの構築などに努める必要がある、苦労をとともに支えあうという文化の醸成も重要と考える。

## ③ 専門看護師、認定看護師

いずれも日本看護協会が認定する資格である<sup>11</sup>。全日病としては、看護師部門内での一部の技能・

知識に優れた看護師の養成ではなく、むしろ看護職全体の技能・知識向上、看護業務の拡大を図るべきであると考え。最近の教育制度変更による効果の見極めが必要である。

## ④ PA、NP

アメリカではPA (Physician Assistant)、NP (Nurse Practitioner) の制度があり、フランス、オランダの看護師の業務もこれと類似した部分がある。PAは外科系医師の助手として、医師の監督下に一定の医療行為を行うものであり、NPは主にプライマリ・ケアを担当し、生活習慣病の改善や予防が業務の中心となる。NPは、患者の臨床症状を判断し、症状緩和のための一定の範囲内で薬剤の投与、処置を実施できる。いずれも現在の我が国の看護業務を超えた内容であるが、看護業務の拡大と考えるか、あるいはまったく別の新規職種として考えるかを含めて、数年前から議論されてきたが、あまり進展は見られていない。今後、状況に応じて改めて検討を行うべきである。

## ⑤ 看護師特定行為研修制度

医療介護総合確保推進法により2015年10月より導入された制度である。国は「2025年に向けさらなる在宅医療等の推進を図るためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師または歯科医師の判断を待たずに、手順書により一定の診療の補助(特定行為)を行う看護師を計画的に養成し、確保するための研修制度を創設する」こととし、2025年までに10万人以上の養成を目指している。

特定行為として38行為、21区分が定められており、救急の場、集中治療室の場における行

<sup>11</sup> 専門看護師は、看護系大学の大学院修士課程に専門の教育過程が設置され、その修了と実地経験年数を踏まえて認定している。専門分野としてはがん看護、精神看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症者看護、感染症看護、家族支援であり、今後在宅看護も加わる予定である。その役割は実践、相談、教育、調整、研究、倫理調整である。我が国の看護界での指導的な立場の人材を育成するのが目的である。

認定看護師は実務経験5年以上で600時間の認定看護師教育課程を修了し、筆記試験に合格することが必要である。救急看護、皮膚・排泄ケア、集中ケア、緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊症看護、新生児集中ケア等21分野があり、役割は実践、指導、相談である。現場でより高い看護実践を行い、専門領域の指導者を養成するのが目的である。

為の実施が期待されているが、それ以上に医師がいない在宅の場における特定行為実施が求められることになるだろう。在宅に関わる看護師へ積極的な教育の機会の提供が望まれる。

全日病は、地域ごとに会員病院が指定研修機関となり、自院の看護師が遠方に出かけることなく継続学習として本研修を受講できる体制の構築を進めているが、研修医療機関には近隣の会員病院看護師や訪問看護ステーション看護師の研修先となり地域への貢献を望みたい。現在、指定研修機関に名乗り上げた医療機関を支援する目的で、eラーニング教材の作成を進めている。

#### ⑥看護職と介護職の業務分担

我が国の病院では看護師は様々な業務をこなしてきた歴史がある。医師の診療補助、看護業務に加え、臨床検査技師、放射線技師、リハビリテーション職員の業務に準ずるものもこなし、事務作業まで行っていた。最近ではチーム医療の中でそれらの業務は本来の職種が行うようになってきているが、全日病の調査<sup>12</sup>では、病院によっては移行されていない場合もあり、今後、チーム医療の推進と業務分担が並行して図られるべきと考える。

看護師と介護職との業務分担もなかなか進んでいない。同調査では介護職、看護助手でも可能と思われる業務として、リネン交換、配膳下膳、おむつ交換、トイレ誘導、ナースコール対応、喀痰吸引、死後の処置等が挙げられている。

## 4. 介護職員

### ①介護職員の需給

2025年に介護職員が30万人不足すると予測されているが、人口が減少するなかで充足される可能性は少ない(表7-3)。この推計には今後さらに必要となる医療現場における介護職員は含まれていないので、不足数はさらに多くなると予想される。

表7-3 介護職員の必要数の予測

	2000年度	2012年度	2015年度 (推計値)	2025年度 (推計値)
介護職員	55万人	149万人	176万人	250万人

(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、  
「医療・介護に係る長期推計」)

### ②外国人労働者導入の可能性

これまで介護職員不足対策として外国人労働者の導入促進が議論されてきており、全日病も同様の主張をしてきた。

しかし、EPAで看護・介護職員の導入が始まったものの年間養成数は1,000人程度であり、介護職員不足を解決するにはほど遠い。今後必要とされる人員数に鑑み、10万人規模の導入をいかに図るかが問われている。現地での日本語学校の設立、日本語習得者に対する看護・介護の教育を行うなど、抜本的な議論がなされる必要がある。

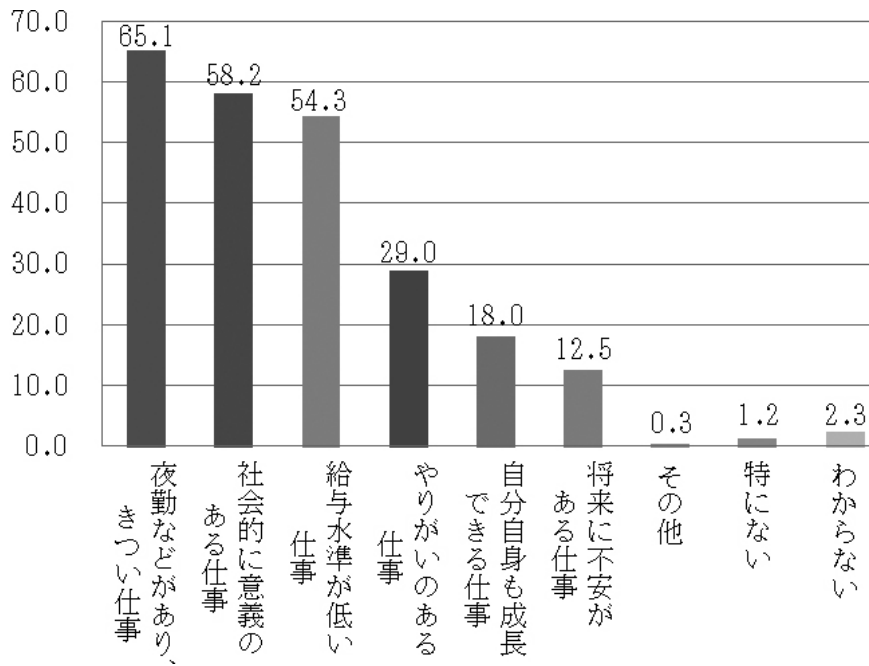
### ③介護職員の地位の確立

介護職については肯定的なイメージもある一方で、「夜勤などがあり、きつい仕事」、「給与水準が低い仕事」、「将来に不安がある仕事」など、マイナスイメージがメディア等で流され、人材確保の阻害要因となっているおそれがある(図7-3)。介護職員は重要な仕事で、関係者一丸となって介護職はやりがいのある仕事という認識を社会全体が持つように啓発していかなければならない。介護職員の収入が一般職より低いと強調されているが、年齢・性別・勤続年数による差異を調整して比較検討し、処遇改善の可否を判断し、正しい情報として発信していかななくてはならない(表7-4)。

医療保険では介護職員は看護補助者とされている。看護の下働きをするのではなく、チーム医療の一端を担う介護の専門職としての地位を確立する必要がある。安定した仕事として社会が認めるように、病院・施設等では職員福利厚生にも力を入れ、良い職場となる様努力する必要がある。

<sup>12</sup> 病院における各職種の業務分担に関するアンケート(2009年)

図7-3 介護職に対するイメージ（複数回答可）



(内閣府「平成22年介護保険制度に関する世論調査」)

表7-4 常勤労働者の男女比、平均年齢、勤続年数及び平均賃金

		男性			女性		
		平均年齢(歳)	勤続年数(年)	きまって支給する現金給与額(千円)	平均年齢(歳)	勤続年数(年)	きまって支給する現金給与額(千円)
産業別	産業計	43.1	13.5	370.3	40.7	9.4	259.6
	社会保険・社会福祉・介護事業	40.6	7.8	277.6	42.2	7.5	233.4
職種別	ホームヘルパー	37.5	4.3	237.7	47.6	7.2	221.5
	福祉施設介護員	37.3	5.9	238.8	41.0	6.1	215.5

(厚生労働省「平成27年賃金構造基本統計調査」)

## 5. その他の職種の充足

医療水準の進展に合わせて、各医療機関には今以上に専門職の技能レベル向上と人材の充実が求められている。看護師、保健師、助産師、臨床工学技士等看護系職種、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士等のリハビリテーション系職種、薬剤師の不足が言われ続けてきたが、チーム医療の推進には、放射線技師、臨床検査技師、社会福祉士、診療情報管理士、さらには専門職種をサポートする事務職等の活躍も必要であり、これらの人材の充足も必要である。

高齢化とともに増える医療費負担、長期療養・要介護状態におけるサービスの選択、住まいの問題などに関し、社会福祉の立場から問題解決を業務とする医療ソーシャルワーカー（MSW）の役割は今後さらに重要になってくる。しかし、現行の社会福祉士、精神保健福祉士の育成過程において、医療についての教育内容が乏しい。医療行為や医療制度に関する研修も必修化し、MSWとしての資質向上に係る新たな認定の仕組みを講ずるべきである。現在全日病では医療介護に関する制度、医療機関が求めるソーシャルワーカー像、チーム医療における多職種連携のあり方などを学ぶ研修会を開催している。

2025年労働人口の減少は医療分野にも及ぶことは必須である。医療従事者が65歳以上になっても、経験を生かしながら引き続き就業を継続できるような、多様な就業形態、環境整備が必要である。

## 6. 医療従事者確保のための高齢者の定義の見直しと人口増政策

現在は65歳以上を高齢者としているが、これは1965年の国勢調査で導入された高齢者の定義である。この年の平均寿命は男68歳、女72歳であった。

2002年に内閣府が行った「加齢・年齢に対する考え方に関する意識調査」では、「調査対象年齢によって多少の差はあるが、およそ70歳以上を高齢者と考えている」という結果になっている。日本の法制度では高齢者の年齢の扱いは分野により異なり、65歳、70歳、75歳とさまざまである。

2013年日本老年学会と日本老年医学会のワー

キンググループは高齢者の定義について、年齢の引き上げを含めて見直す検討を開始し、既述（P 8）の通り2015年声明文を出しているが、政府においても高齢者の定義の変更に関して正式に議論すべきである。

高齢者の社会的活躍を推進するために、高齢者の定義を変えこのような不整合を是正すべきである。高齢者を70歳以上、生産年齢人口を15～69歳と変更すると、2015年の高齢化率は26.8%から19.1%、高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口は2.1人から3.5人となる。2025年の高齢化率は30.3%から24.6%、高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口は1.8人から2.7人となる。さらに高齢者を75歳以上、生産年齢人口を15～74歳と変更すると、2015年の高齢化率が13.0%、高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口が5.4人となる。2025年の高齢化率は18.1%、高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口は3.7人となる（表7-5、7-6）。昨今の65歳以上の就業能力、健康状況も鑑み、高齢者を75歳以上とし「後期高齢者」という言葉を廃止し、政策自体も変更すべきである。

表7-5 高齢化率

高齢者の定義	2010年	2015年	2025年
65歳以上	22.8%	26.8%	30.3%
70歳以上	16.4%	19.1%	24.6%
75歳以上	11.0%	13.0%	18.1%

(内閣府「高齢社会白書」より)

表7-6 高齢者一人を支える生産年齢の人

高齢者の定義	2010年	2015年	2025年
65歳以上	2.6人	2.1人	1.8人
70歳以上	4.0人	3.5人	2.7人
75歳以上	6.4人	5.4人	3.7人

(内閣府「高齢社会白書」より)

現在、2025年に団塊の世代が後期高齢者になることから諸政策がすすめられているが、団塊の世代にはより自立してもらう必要があるだろう。物を言う世代だからサービスを充実しておかなければならないという意見があるが、それ



は介護者不足などの要因から物理的に困難である。健康的な高齢者の増加を踏まえ、多様な勤務形態を用意しアクティブシニアとして生産年齢層と考えると同時に健康寿命の延伸をはかる取り組みが必要である。

人口減社会の到来が確定的であることから、その影響を多面的に検討し、人口増政策も早急に議論し必要に応じ実行すべきである。

国は、2015年度厚生労働白書において、人口減少克服に向けた取組みとして、①「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン・総合戦略」、②「少

子化社会対策大綱」、③「子ども・子育て支援新制度」の3つを挙げている。①では、「東京一極集中」の是正、若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現、地域の特性に即した地域課題の解決を基本的な考え方として、②③との一体的な取り組みによる人口減少への対応を提言している。人口増が不可欠ならより積極的かつ大胆な対策が必要であり、子育てに関する思い切った支援を検討すべきである。

また、日本人は同質性を重んじる国民ではあるが、外国人の種々な形での受け入れについても広く検討すべき時であろう。

# 第8章 病院における情報化の意義と業務革新

## 病院における情報化

### 1. 情報とは何か

情報 (Information) とは、事実・事象・判断の記録をいう。特定の状況における評価、判断や行動に必要な知識である。情報とは動的なものであり、流れである。内容 (意味)、媒体、方向、対象、仕組み、目的を持つ。情報自体が変化するとともに、物理的に同じ情報でも、状況により受け手の意味や解釈が異なる。流れは、制御しなければ、途絶または氾濫する。情報 (信号) は減衰し、あるいは雑音 (ノイズ) が混入し、変質する。これらに対応するために、データベース (Database : DB)、知識発見 (未知かつ潜在的には有用な知識を、データから引き出す方法 Knowledge Discovery in Database : KDD) とデータマイニング (発見の段階) が重要である。

データ (Data) とは、事実・事象・を表現したものであり、伝達、解釈、処理等に適するように形式化、符号化されたものをいう。記録とは、文字、画像 (映像)、音、記号、あるいは、それらの複合により物理的に媒体に固定化したものである。媒体には、紙、布、木、金属、プラスチック、磁気媒体 (テープ、IC チップ、ディスク) 等がある。また、組織または個人が法律上の義務に従って、または業務上の取引において、証拠として作成し、受け取り、維持する (ISO 15489)。

データベースとは、一定の目的と形式を持って、系統的に記録、集積されたものをいう。公共および組織の財産である。データ (事実・現実) の二次利用の基礎となる。構造化され・系統的に蓄積され、検索可能なものである。データベースでは、データを選択 (selection)、射影 (projection)、結合 (join) することに意味がある。データを表形式で表現するリレーショナルデータベース (RDB) が一般的である。しかし、現在は、非定型的、迅速、かつ、柔軟に抽出できる非構造型の DB、データウェアハウス (Data Ware House : DWH) が注目されている。

インテリジェンス (Intelligence) とは、分析・

選択・統合化された情報をいう。評価、判断が加わる。なお、情報をデータと区別してインテリジェンスの意味で用いることがあるので注意を要する。

### 2. 情報化とは

情報化とは、標準化と情報共有による、高い質と効率性をもたらすための情報技術の活用をいう。情報化は情報システムによる情報活用と言い換えることができる。

情報時代において、情報活用は組織運営の要である。ICT (information communication technology) 化を直訳すると、情報伝達技術化となるが、この場合、手段の目的化、すなわち、情報機器の導入が目的となり、情報機器に踊らされる、あるいは、使われる虞がある。

### 3. 情報化の目的

情報システム開発・導入の真の目的は、情報技術を用いて情報を活用し、業務を効率化するとともに、業務の仕組みを変え、組織運営を円滑にすることである。

情報化においては、融通の利かない機械にもわかるように、論理的に記述 (文書化) する必要がある。情報システムの導入や開発の要点は、現状の業務 (As Is) を作業レベルまで洗い出し、望ましい、あるいは、あるべき業務 (To Be) との相違を把握し、その相違を小さくするようにシステムを構築することである。一般論ではなく、自院の業務工程 (フロー) を具体的かつ詳細に分析することが必要である。まず、現状の業務を洗い出し、文書化し、業務工程表を作成する。ついで、理解を容易にするために、業務行程図に落とし込む。手法は様々であるが、人にも理解でき、情報システム構築 (コーディング) にも使える代表的な手法が UML (Unified Modeling Language) である。後述の厚生労働省の電子カルテの標準的モデル作成に関する事業でも用いられた。

業務分析した結果も重要であるが、むしろ、

組織内で分析する経過が重要であり、その結果として業務革新が実行（人間の頭も整理）される。しかし、実際には、情報機器の導入を目的と誤解し、現在の業務をそのまま電子化すればよいと考える病院も多い。システム開発の目的が不明確な病院もある。それぞれの組織の理念・目的・方針あるいは情報技術に対する考え方によって、情報システム導入の目的は多様であり、組織の状況に応じて定められるものである。

#### 4. 情報システムの顧客は誰か

情報システムの顧客は様々である。開発側から見ると、顧客とは、発注者、支払者、利用者である。医療側から見ると、病院経営者、病院管理者、管理職、SE (Systems Engineer)、各職種（医師、看護師、薬剤師、検査技師、事務等）、各担当者である。

#### 5. 情報システムの顧客の要求は何か

顧客の要求には、顕在要求と潜在要求とがある。両者を合わせたものが“真の”要求である。顧客はICTに関しては素人なので、自分の要求をICTの言葉で表現し、要求仕様書を書く（要求定義）能力は乏しい。開発側が、いかに引き出すかが重要である。これを、要求開発という。利用者と開発者との共同作業である。利用者が何をしたいか（要求機能）を明確にすることが重要である。これが曖昧だと、プロジェクトが頓挫するか、システムが使いにくい、あるいは使えなくなる。

立場に関係ない共通の要求事項もあるが、立場により要求事項が異なり、相反することに留意しなければならない。

#### 6. 情報システムに求められる機能

情報システムに求められる機能を考える前提として、病院の業務を理解し、それを支援する方策を考える必要がある。

病院の業務の特徴は、①多部署で多職種が、並行して業務を遂行、②患者の状況に応じて、変更・修正・割込みが頻繁、③年中（24時間365日）無休、④逐次、業務（作業）の進捗管理、結果の確認（評価）が必要等であり、組織管理が難しい業態である。

### 7. HIS (Hospital Information System) 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、標準化と情報共有の状況に基づいて以下のように分けて考えることができる。

- 第1段階 診療記録の電子化 個別の情報システムが独立して (stand alone) 稼動
- 第2段階 LAN (local area network) 等で連動して稼動
- 第3段階 データの二次利用が可能
- 第4段階 医療機関相互の情報共有 (地域連携)
- 第5段階 医療関係組織相互の情報共有 (機関連携・機関ネットワーク)

多くの病院は第2段階にあり、第3または第4の段階に進みつつある。

第2段階においても、オーダリング、部門業務、医事請求、記録、参照機能は当然なければならない。

第3段階のデータの二次利用に関しては、その範囲や程度の差が大きい。経営管理への二次利用、診療データの二次利用を個別の努力で活用している事例もあるが、大部分の病院では不十分である。

第4段階の医療機関相互の情報共有 (地域連携) は、近年、急速に進展しつつある。情報システムの相互利用の程度の差が大きい。

- i 患者の基礎情報 (氏名、住所、保険記号・番号、既往歴、アレルギー歴、家族歴等)
- ii 検査データ、処方内容、検査画像、検査所見
- iii 診療要約、看護要約
- iv 診療記録、看護記録

第5段階では、地域連携に加えて、団体、プロジェクト、グループ毎に、ネットワークを造り、データを収集・分析して、統計データ、ベンチマークに活用する広域連携が行われる。すでに、全日病では、具体的に診療アウトカム評価事業、DPC分析事業に活用している。これらの事業を発展させて、医療の質評価事業に厚生労働省の補助金を得て医療の質評価公表等推進事業を実施している。統計データのみならず、

一部ではあるが、個別の病院名が特定できる形で結果を公表している。

## 8. 多様な連携

地域のネットワークを地域連携という。医療においては、病病、病診、病介護施設連携である。医療機関や介護施設間の連携にとどまらず、職能団体（医師会、薬剤師会等）、自治体（都道府県・市区町村）、保健所、救急隊、警察、学校、町会等との連携もある。

地域医療の範囲は、医療圏（1次・2次・3次・全国）で区分されるが、生活圏は交通事情に影響され、医療圏を超えた連携も行われている。

連携の目的は、機能に応じて、紹介／逆紹介、救急、健診／検診、研究会、委員会、講演会、防災等がある。内容ごと、疾患ごとにネットワークは入れ子構造になっている。

## 9. 診療連携とデータ共有

診療連携には、患者基本情報、医療機関情報と診療情報の共有が必要である。連携の目的と時期によって、対象の医療機関・診療科・医師が異なり、共有すべき情報の範囲と内容を個別に検討する必要がある。

情報の大部分は病院情報システム（HIS）に存在するが、複数ベンダーの複数システムを接続しており、データを一元管理する場合は少ない。診療情報の他医療機関との共有、すなわち、患者基本情報、診断名、検査データ、処方内容、診療記録等、電子データの共有は困難である。

業務フローや情報システムが異なる多施設間の診療連携を図るには、目的とアクセス権限に応じて、診療データ・診療記録を相互に参照、編集できることが必要である。その際、患者IDの照合が困難であり、社会保障・税番号（個人番号）制度と関連して、医療等分野の番号制度が検討されている。また、データベース構造が標準化されておらず、データ移行に多くの作業と費用を要し、情報システムの相互運用性に問題を生じる。データは共有財産であり、その利活用が制度的に促進される必要がある。

## 10. 地域診療情報連携ネットワーク

診療記録は患者のもの“マイカルテ”という考

え方がある。診療記録は個人情報であり、患者には自己情報の制御権があるが、所有権、管理責任は医療機関にあり患者のものではない。また、患者以外の個人情報が記載されている場合があるので、すべてを開示できないことがある。

欧米では、医療保健システム（Health system）の一部として、健康記録（EHR：Electronic health record）が普及しているが、いわゆる電子カルテ（EMR：Electronic medical record）は未だ一般的ではない。個人に関する複数施設の医療・健康情報（PHR：Personal health record）が次の段階として検討されている。関連施設間の情報共有はされているが、それ以外の施設との情報連携は今後の課題である。

我が国においては、e-Japan、u-Japan、i-Japan戦略、スマート・ジャパン ICT戦略と相次いで打ち出され、i-Japan戦略2015の厚生労働省の「地域医療再生基金」や経済産業省の「サービス産業活動環境整備調査事業（医療等情報化共有基盤構築調査事業）」により、地域診療情報連携ネットワークが構築されつつある。しかし、多くのプロジェクトは実証研究の段階であり、継続的に実務として運用するには課題が多い。クラウド、スマートフォン、PDA等の情報技術の急速な進歩により、“いつでも、どこでも、誰でも”が実現しつつある。また、スマート・ジャパン ICT戦略において、医療ではスマートプラチナ社会を目指すとしている。

## 11. 病院情報システム(HIS)の今後の要件

HISの今後の課題として以下がある。

### ①医療従事者の思考に合致して思考・作業を支援する

近未来を考える場合の最重要事項は、医療従事者の思考経路に合致した情報システムの開発である。医療従事者の思考の流れ、業務の流れを阻害しないシステム構築が必要である。現状は、医療従事者が情報システムの制約に合わせているのが実情である。

### ②国家的プロジェクトに資するデータベース構築と利活用

疾病、診療内容、受療行動等の統計、特に、患者単位で異なる医療サービスを受けた場合に連結可能な統計が必要である。研究・利用の公

益性、セキュリティ、個人情報保護が担保されなければならない。

### ③医療と介護の情報共有および連携

医療と介護は、制度が全く異なり、両者を統合する情報システムの構築は困難である。しかし、医療及び介護を受ける人は同じなので、情報共有、連携の仕組みは必須である。現在でも、相互の情報を開示、参照することは容易ではないが、可能である。

## 12. 情報システム導入

情報システムの開発・導入は、目的志向すなわち運用重視でなければならない。市販の情報システムで、現在の業務、および、今後実施したい業務が運用できれば導入する。業務の実態に合わなければ、運用に合うように開発あるいは改良しなければならない。しかし、独自の開発にはリスクが伴うので、十分な検討と周到な準備が必要である。情報システム構築には、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、医療の内容、人々の価値観の変化に柔軟に対応しなければならないからである。

## 13. 情報化の効果

電子カルテ等の HIS の導入は、現段階では費用対効果が良いとは言えない。しかし、業務の標準化と情報共有による、質向上、効率化、業務革新、将来構想のための基盤整備という観点からは、大きな貢献をしている。使い勝手が悪く、機能が不足している等、職員満足には到らないが、多職種が情報を共有するという観点からは有効である。すなわち、どこからでも、(付与された権限の範囲で) だれでも、入力あるいは参照することが可能となる。また、患者へのモニター画面や印刷による説明、待ち時間の短縮等、患者満足の点からも無くてはならないものである。使い勝手が悪いと言っている、電子カルテを導入した病院で紙カルテに戻したという話は聞かない。元には戻れないのである。一度、導入した電子カルテシステムを、他の開発会社のシステムに変更することは容易ではないが、更新を機会に別の開発会社に変更する事例は少なくない。この場合に、相互運用性が担保され

ていないことが大きな問題である。これは、一病院だけではなく、国家的な損失であり、国家的プロジェクトとして解決しなければならない。

## 14. 情報活用のための組織構築

病院では、情報を活用し質を向上するために、組織革新の一つとして、以下の部署を設置している。その業務は固定的ではなく、プロジェクト毎に、職種・部署横断的なチームを作って柔軟に対応しなければならない。

### ①企画情報推進室

組織横断的なプロジェクトや医療の質向上活動 (MQI)、非定型業務、職員への情報リテラシー教育・啓蒙活動を推進、情報システム構築・維持管理 (ハード・ソフト・運用)。

### ②医療情報管理室

医療情報の整備と有効活用のため、医事・会計・人事情報だけではなく、医療情報 (診療記録等) を包括的に管理。

### ③質保証室

総合的質経営の基盤整備、内部顧客の支援、外部顧客の要求事項の把握と対応、情報の収集・利活用、委員会・研究会事務局、質保証に関する包括的な業務を担当。

### ④地域連携室

地域医療機関及び患者との情報伝達 / 共有、地域を対象とする講演会・研究会事務局等の業務を担当。

## 15. 院情報システム (HIS) 導入の問題

情報化社会において、医療においても情報化が急速に進みつつある。HIS 構築は、質向上、安全確保、効率化に必須の事項である。

HIS は、部門システム、オーダリングシステム、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。残念ながら、問題なく日常業務を円滑に進めることができるシステムはないといっても過言ではない。開発側が顧客の要求を把握できず、製品 (情報システム) が、顧客 (医療者側 : 利用者) の要求を満たしていない。したがって、情報システ

ムの不具合を医療者側の努力で業務のつじつまを合わせて運用しているのが実態である。

独自のシステム開発は言うに及ばず、医事会計システムにおいても、システム導入当初から、問題なく運用できる事例はまれである。パッケージソフトであるにもかかわらず、情報システム導入時には、問題が発生するのは当たり前として済まされている。顧客の要望に応え、顧客の問題や課題を解決することが目的のはずだが、問題や課題を積み残したまま、新たな問題を引き起こすことが多い。

## 16. 情報化の経営への貢献

情報化の経営への貢献を判断する視点は、①業務の運用が楽になるか（効率化）、②医療の質向上に役立つか、③データを効率的、効果的に活用できるか、④継続的改善、業務革新に役立つか、④会議・教育・研修等に活用できるか、⑤収益増・支出削減に役立つか等である。その前提として、費用対効果が良いことが挙げられる。

マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスが未成熟で、使い勝手が悪い。それでも、無くてはならないものとなっている。

## 17. 病院情報システム（HIS）導入が円滑に行かない理由

HIS 導入が円滑に行かない理由は下記の通りである。

### ①病院と開発側の認識および考え方の相違

- 1) 病院の要望と開発側の設計思想の相違がその原因となる。
- 2) 両者の立場による常識、慣習、用語等の相違が原因となる。

### ②病院毎の、機能、規模、業務や考え方の相違による仕様変更（カスタマイズ）

パッケージでも、そのままでは運用できず、大なり小なり、それぞれの病院の運用に合わせたカスタマイズが必要である。

### ③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変更

情報システムの顧客とは誰かの認識が問題で

ある。顧客（利用者）は、現場作業担当者、情報システム担当者、病院管理者（病院長）、資金提供者（理事長、院長）、患者等々である。現場作業担当者といっても、業務毎に関与する職種、部署が異なるので、立場によって要求内容が異なる。病院が組織として、どの段階でどのような方法で、意思決定するかが明確でない場合が多い。

### ④病院側の情報システムに関する知識不足

病院側が、基本要件を、漏れなく、明確に、開発担当者に示すことができない。

### ⑤医療の特性

- 1) 医療の特性として、業務が一律ではなく、患者の状態変化による変更（中止、追加、修正等）が常であり、非定型的な業務が極めて多いことである。
- 2) 多職種が多部署で、組織横断的に業務を行っている。業務を行う場所と時間が固定しておらず、常に移動する。
- 3) 医療制度、医療保険制度の頻回の変更に情報システムを対応させなければならない。

### ⑥開発側が医療の業務の流れや運用を熟知していない

開発側が医療の業務の流れや運用を熟知していないために、情報技術を熟知しない医療側の要望をそのまま聞いて、システムを構築すると、機能の一部が漏れたり、機能はあるが運用に支障が出る場合が多い。

### ⑦開発効率

個々の病院向けシステム開発や変更は、効率が悪く、対応が困難である。

## 18. 基本要件検討プロジェクト発足

情報システム導入の諸問題を解決することは、個々の病院の範囲を超えている。そこで、2002年6月、全日病の医療の質向上委員会にHISの基本要件検討プロジェクトチームを設置し、活動を開始した。

委員構成は、①病院：病院経営者、病院実務担当者、システム担当者、②病院管理研究者、③開発会社：システム開発会社、工業界等である。

本プロジェクトの意義は、情報システム利用

者としての病院団体が主体となり、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にある。前述したように、HIS 導入が円滑に行かない理由は様々であり、利用者側、開発側双方に問題があり、また、双方に言い分がある。そこで、関係者が協力して、問題の本質を把握し、解決策を検討している。

本プロジェクトを核として、2003年に厚生労働省厚生科学研究班「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、主任研究者 飯田修平）が発足した。

## 19. 標準的電子カルテ開発計画とプロジェクト

厚生労働省の電子カルテの標準的モデル作成に関する事業は、「保健医療分野における情報化に向けてのグランドデザイン」が基本である<sup>13</sup>。「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」は、運用を基本とした研究である。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。

成果を、「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—」として出版した。ついで、2005・2006年度の厚生労働科学研究で部門内の業務フローモデルを作成し、2009・2010年度厚生労働科学研究で手術室内の具体的な3手術術式に関する業務フローモデルを開発した（図8-1、図8-2）。その後も、手術室内の質保証プロジェクトの研

<sup>13</sup> 保健医療情報システム検討会：保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン最終提言 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1a.html>)

図8-1 手術部門業務プロセス概要図

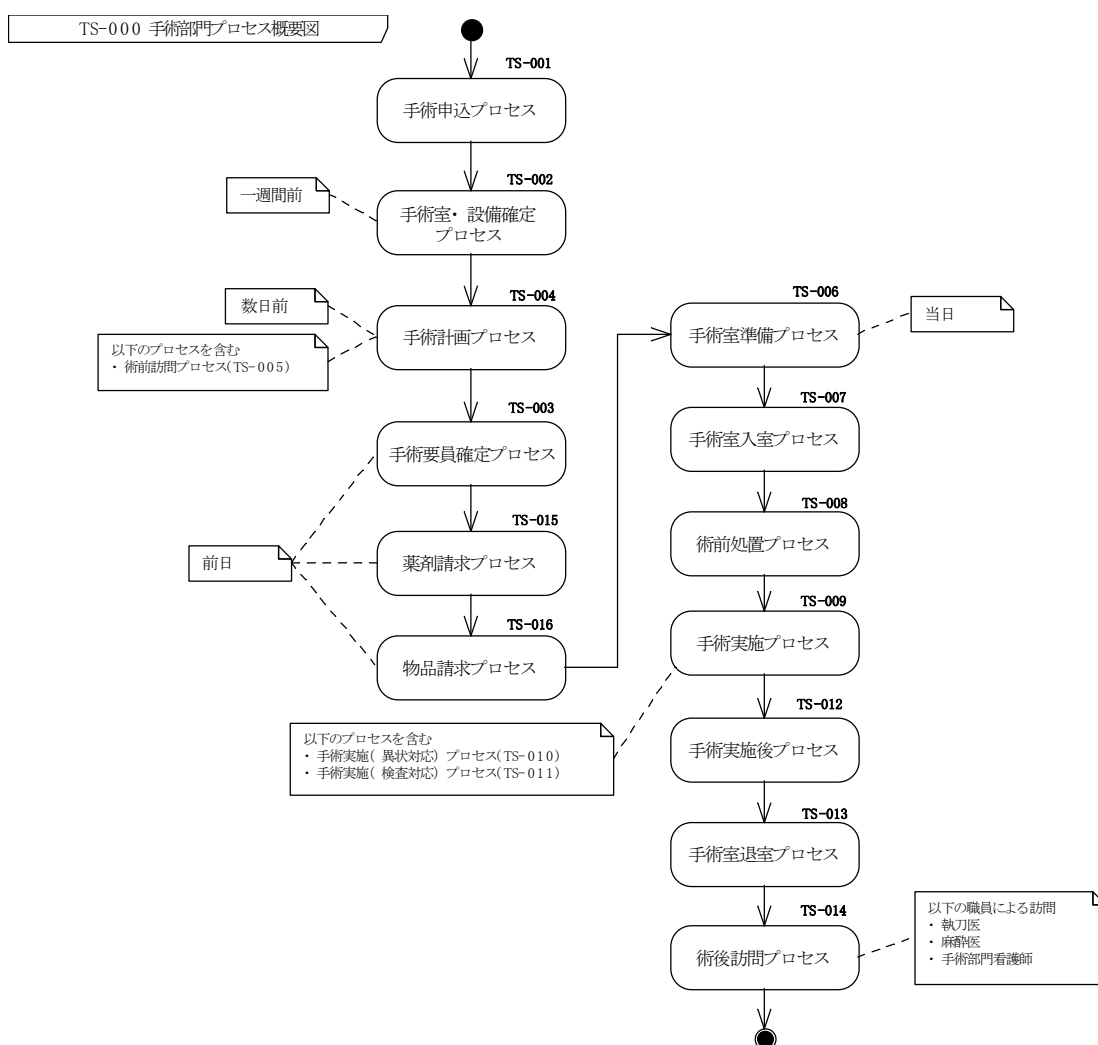
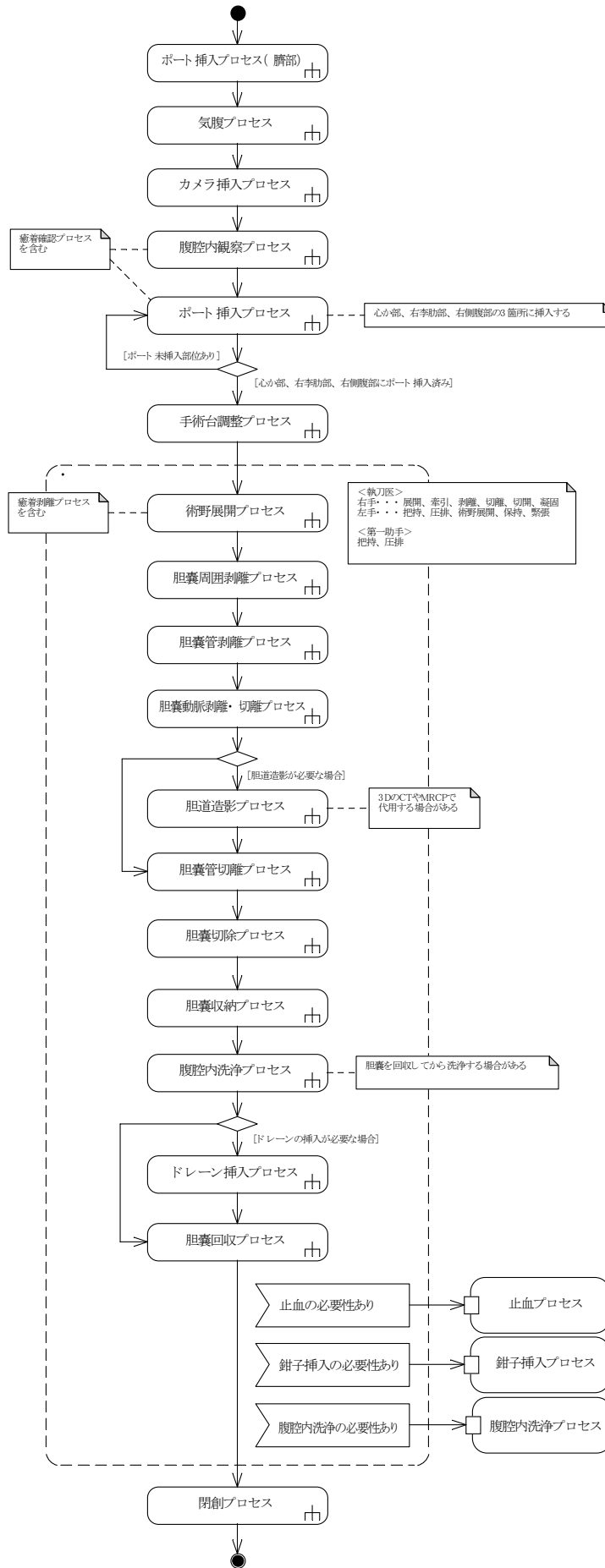


図8-2 腹腔鏡下胆嚢摘出術プロセス概要図





究を継続している。また、情報システム導入指導者養成の e-Learning の仕組みを作った（経済産業省事業費）。さらに、基本要件策定の手引きを作成した。

## 20. 病院における情報システム導入

### ①開発・導入に関する基本的考え方

情報システム開発・導入に関する基本的考え方は、目的志向である。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である。情報システム構築には、これでよいということはなく、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。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、あるいは改良する。無い場合には、新たに共同開発する。

### ②共同開発

- 1) 情報システムを共同開発する場合に、多くの問題が発生する。その原因は様々であるが、稼働前に問題を洗い出して、対応する必要がある。情報システム開発・導入において、医療従事者がある程度苦勞す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。
- 2) 種々の障害が発生して、開発が頓挫し、中途から、開発会社を変更し、開発範囲も縮小しなければならない場合がある。

## 21. 情報システム導入の問題点と対策

### ①情報化の意義を理解しないまま、システム導入を目的にする病院が多い。

情報、情報化、情報技術に関する教材と教育研修プログラムの開発が必要である。

### ②情報化のための院内体制を構築できない、あるいは不備がある。

病院側に役立つシステム導入および開発の組織体制作りの手引きが必要である。

### ③情報化の意義や導入の目的を認識して開発しても、途中で目的からそれる。

システム導入および開発の進捗管理の手引きが必要である。

### ④医事システムやオーダーリングシステムから経営指標を分析するに止まる。

必要なときに必要な様式のデータを得られる、運用が容易なデータベースの構築が必要である。

## 22. 情報活用の問題点

情報活用においては、①情報格差、②情報氾濫、③情報攪乱、④情報途絶・遮断、⑤情報漏えい、⑥情報操作等の問題がある。これらは、情報システムの脆弱性と、運用上のヒューマン・ファクターによる。いずれも解決が困難な課題である。

情報収集においては、①社会保障・税番号（マイナンバー）、②目的外使用、④自由と制約のトレードオフ、⑤公益と個人の権利保護の関係等の問題がある。

技術的には、①利用者の常識や思考経路に沿った仕様、②ユビキタスさらにはスマートな利用、③柔軟なデータベース、④データの蓄積と利用、⑤相互運用性、⑥国家的プロジェクトの継続、⑦昭和 100 年問題等がある。

## 23. 組織の再構築と情報システムの発展

情報活用と質向上には組織の再構築が必要である。業務は固定的ではなく、プロジェクト毎に、職種・部署横断的に柔軟に対応しなければならない。また、標準化による部門間、職種間、病院間、地域内の情報共有が必要である。目的によって、情報システムを段階的に発展させなければならない。情報システムに求められる基本機能は、データの入力、蓄積、表示、参照等であり、データの二次利用が重要である。運用には、応答性、視認性、操作性等が重要である。

## 24. 今後の課題

### ①マン・マシン・インタフェイスやマン・アプリケーション・インタフェイスを改良し、負荷を感じることなく利用可能とする。

- ・利用者の常識、思考経路に沿った、仕様にする。
- ・入出力機器  
入力：音声入力、手書き入力、キーボード、

マウス、視線入力、動作入力、生体認識装置、QRコード、バーコード  
出力：画面、音声、振動、印刷、投射、形態（触覚）

- ・画面レイアウト、画面遷移、操作性等。
- ・医療従事者のみならず、患者や家族も説明なしで利用できるようにする。

### ②いつでも、どこでも、だれでも、容易に利用できる、スマートプラチナ社会とする。

医療者、受療者、保険者、国民がそれぞれの立場で、アクセス権限の範囲内において、セキュリティが担保され、いつでも、どこでも、必要な情報を利活用できるようにする。近年の簡易携帯装置（PDA・ウェアラブル端末）、スマートフォンの開発によりユビキタス社会さらにはスマートプラチナ社会を目指している。実験段階ではあるが、生活環境の中で、健康に関する生体情報を収集し、分析することが可能である。また、これらも組み合わせ、遠隔診断、遠隔治療の一部が可能となる。

### ③柔軟なデータベース構築

予め、詳細な設計を必要としない構造が望ましい。顧客要求は常に増大し変わる。業務は頻繁に変更される。したがって、必要なデータ項目は変わり続ける。最終段階までに時間がかかるようなら、中間データベース（データウェアハウス：DWH）を構築して利活用する。

### ④データの蓄積と利用

過去のデータを蓄積し、利活用可能とする。システムや機器は更新可能であるが、データは最重要の財産である。データの移行、連携を容易とする。レセプトデータの利用に関する検討が進み、一部で試行的に利用できるようになった。しかし、制約が厳しく、円滑な利活用を疎外している。国家的規模で構築されたデータベースは国民の公共財であり、セキュリティを担保した上で、利活用しやすくすることが肝要である。蓄積することではなく、有効活用することがデータベース構築の目的である。

### ⑤相互運用性を推進する。

ハード、ファームウェア、ソフトウェアいずれも、共通の基盤で構築され、相互運用性が担保されなければならない。国家的プロジェクト

として、早急に共通基盤構築を実現しなければ、効率化は図れない。すなわち、共通の規格制定あるいはデータ構造およびインターフェイスの開示等の基盤整備をするべきである。

現状では国際競争に勝てないどころではなく、情報後進国になりつつある現実を直視しなければならない。

### ⑥国家的プロジェクトとして、以上を継続的に推進する。

単年度予算の弊害や、担当者交代による研究の打ち切りが多い。継続することが必須である。医療情報システム、HISは極めて複雑かつ困難なものであり、有能な研究者、実務者の共同研究が必要である。産・官・学の協力が必須である。

## 25. 2025年における情報活用

2025年の社会状況を予測すると、人口構成をみると、高齢社会の様相が大きく変化しているであろう。日本においては、人口が減少しているが、80歳代に突入した団塊の世代の多くが、組織の現役を引退した後も、余生ではなく、社会の現役として役割を果たしている。

団塊世代以降の後期高齢者は情報弱者ではなく、社会的活躍が期待できる。前述の技術的、制度的課題を解決することにより、日常生活の中で情報機器を意識することなくICTを活用し、生産性が向上し、社会及び個人への負荷が減少し、安全、安心、快適な社会生活が期待できる。また、日常生活の中で健康状態が把握でき、そのデータが蓄積され、健康の維持増進に活用できる。異常を認めた場合には、それらのデータを活用するとともに、診断・治療においても身体的、経済的、時間的な負荷を少なくできる。

我が国が世界で初めて高齢社会の基本的課題を達成し、全世界のモデルとなっていよう。これが、スマートプラチナ社会であろう。

### 参考文献

- ・飯田修平、永井肇、長谷川友紀編著：HIS導入の手引き、じほう、2007
- ・飯田修平：なぜH I Sの安定稼働は難しいのか 新医療 2010.5
- ・飯田修平、成松亮編著：電子カルテと業務革

# 情報化と業務革新

## 1. 病院における情報化の意義と潮流

情報通信技術の進歩発展により、情報収集・蓄積・利用における量・速度、さらには、場所を選ばない接続環境（ユビキタス）などは、前回2011年版の本報告書発行時をはるかに凌駕し発展してきた。情報通信技術を有効に利用することができれば、自院における業務改善、情報管理から、連携医療機関との情報共有、地域包括ケアシステムの効率的な運用、さらにはビッグデータの利活用まで、その可能性は計り知れない。その具体的な運用と目指すべき姿を提言する。

### ①医療機関内における情報化

医療の質向上を目指すための、指示と実施の明確化、医療安全上のチェック、医療従事者チーム間の情報共有、各種クリニカル・インディケータ（臨床指標）のチェックなどは言うに及ばず、医療機関の経営・運営に資するグループウェア、医療材料や薬剤管理、人事管理、請求など、医療の効率化という面でもその効果をすでに多くの医療機関で享受している。

しかし、電子カルテにおける一部のソフトウェアベンダーによる仕様のブラックボックス化による囲い込みは、病院間の連携やベンチマークを阻害するものであり、かつ高コストをきたすものである。医療情報を国民の健康に資するものにするためには、仕様をオープンにした安価な標準電子カルテを国として設定すべきである。

### ②地域内連携

地域内の医療機関間で情報を共有するために国のHL-7規格下情報をシームレスに連携するシステムが、一部の都道府県や市町村単位、基幹的病院単位で構築されつつある。これらも、連携システムを構築するベンダー間の相互運用性に障壁がある。そこでも、国による統一規格化が求められる。さらに、病院と診療所の双方向性の確保のためには、診療所システムの確立も今後の課題となる。

### ③介護情報との統合（地域包括ケアシステム）

高齢社会の中で、一人の患者を軸に考えた際、医療と介護との情報の共有が求められる。②の

新一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一、篠原出版新社、2005

- ・飯田修平 他（インタビュー）：多次元構造データベースを基盤とした“機能する”HISを構築し、医療の基盤整備と質の向上を推進する、新医療 2013.11
- ・飯田修平：病院における情報システムの導入・開発の問題点、病院経営、2005.12
- ・飯田修平：情報技術と医療の質向上 病院管理実践の視点から、医療と社会、10（4）、2001
- ・飯田修平、成松亮編著：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—、211p、篠原出版新社、東京、2005
- ・飯田修平：医療における総合的質経営 練馬総合病院 組織革新への挑戦、179p、日科技連出版社、東京、2003
- ・飯田修平、田村誠、丸木一成編著：医療の質向上への革新—先進6病院の事例—、285p、日科技連出版社、東京、2005
- ・飯田修平：医療経営における情報活用 データベースとシンクタンクの重要性、病院経営新事情 200号、1999.11
- ・西垣通：続基礎情報学「生命的組織」のために、240p、エヌティティ出版、東京、2008

シームレスな医療情報システムを拡大する方法が第一と考える。しかし、医療情報とは別に介護情報と④の生活情報を集積し、患者・利用者が医療と接触した時点で、医療側が情報を閲覧し、必要な情報を抽出するという考え方もできる。後者は、患者本人が情報を管理するPHR (Personal Health Record) を想定し、そのデバイスは、患者が持参するICカードやスマートフォン、USBメモリー、そしてクラウドなどが想定される。

#### ④ Life-Log と生活情報

データ集積によって、医療情報、あるいは介護情報が経時的に集積されることで、情報はLife Logとなる。この情報に、本人の生活、嗜好、趣味情報、さらにセルフメディケーション情報や代替医療情報などの生活情報が加わり、分析に供されるならば、予防医学の大きな発展をみることが期待される。

#### ⑤ 既存の枠組みの中のビッグデータ

既存のビッグデータとして、急性期病院ばかりでなくデータ提出を条件とされた地域包括ケア病床を有する病院等におけるDPCデータ、レセプト情報・特定健診等情報データベース(ナショナルデータベース、NDB)、さらには、国保医療に加えて介護保険データを含む国保データベースシステム(KDB)などが存在する。これらは世界最大規模のビッグデータとして多くの可能性を有している。適用される症例が限定されたランダム化比較対照試験(RCT)やQALYなどの手法を用いる医療技術評価(HTA)に対して、実診療行為に基づくデータベース(Real World Data, RWD)ともいう。ただし、両者共に科学的論証が必要である。

これらデータを、匿名化して供することによって、地域医療計画をはじめとした公衆衛生や医療費適正化に資するばかりではなく、医療機関同士のベンチマークによって病院の運営と質の効率化に寄与することは明らかであり、データ利用ルールの確立が強く求められる。

#### ⑥ IoT とビッグデータ

今後の情報社会を予測すれば、技術の進展とコストの低下により、ビッグデータを用いたIoE (Internet of Everything)、IoT (Internet of Things) の世界が幕を開ける。人間生活のあらゆる情報がインターネットに接続され、そこで

集められた情報をデータマイニングの手法を使って、想定を越えた関連性を引き出すことができる可能性がある。遺伝子情報による予防医療やオーダーメイド医療、日常生活と予防医療、病後の管理、介護予防、認知症予防など、その効果は多くの可能性を有する。ただし、機微な個人情報の利活用には一定の制限と設けるべきである。

## 2. 情報イノベーションと医療

### ① 遠隔医療

「地域消滅」などといった言葉が交わされる人口減少社会を迎える。高度成長期と同じ医療・介護サービスをすべての地域で求めることはできなくなったと理解すべきである。その中で、臓器別専門医と家庭医、総合診療医のあり方などとともに、過疎地における医師の配置、病院病床の配置が問題となってくる。さらに、高齢者の増加によって施設入所からあふれ出した在宅医療・介護の増加が問題となってくる。

それらの解の一つとして、遠隔医療や遠隔介護に供するシステムのイノベーションが期待される。遠隔診断、遠隔見守りから、遠隔治療、遠隔介護技術が、センサー機器の発展、またロボット技術の発展により供されるに違いない。

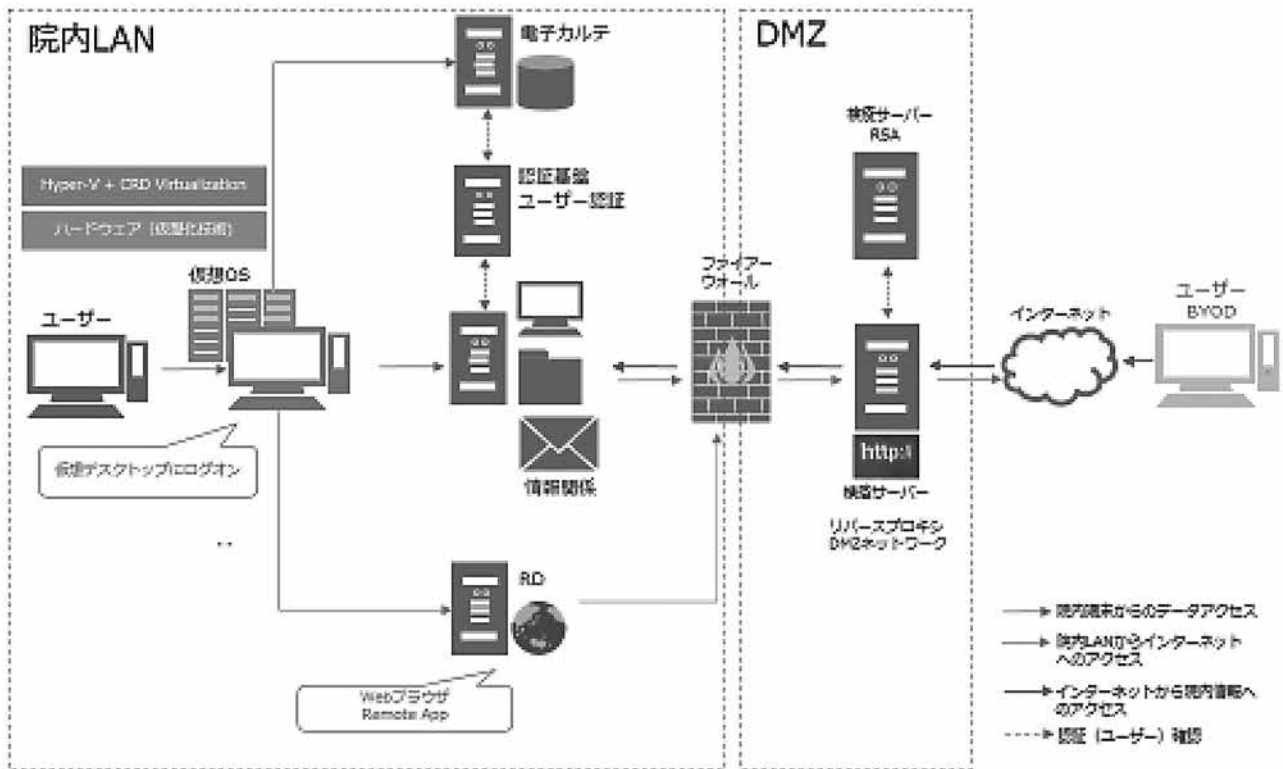
### ② クラウド

先に挙げたIoTはクラウド技術によるところが大きい。仮想化サーバーの低価格化、通信速度の高速化、仮想化端末とソフトウェアの発展により、医療に関わるシステムそのものの考え方が変化する。システム管理は容易となり、セキュリティ分野でも、効果が期待される。

### ③ 多様化する端末

すでに、社会ではPCのみならず、スマートフォンやタブレット、さらには今後ウェアラブル端末の発展が見込まれている。病院内におけるシステム端末の利用のみならず、BYOD (Bring Your Own Device) と呼ばれる自分の端末をシームレスに病院システムに接続することが可能となる。これによって、いつでもどこでも患者情報にアクセス可能となる。これによって、医療職の仕事のあり方が変わる可能性があり、同時に遠隔診療時のセキュリティ確保と責任の所在について議論が必要となろう。この場合にも、セキュリティ対策が必須である。

図8-3 某病院における仮想化環境構築例



(端末から、電子カルテ、グループウェアのみならず、電子メールの送受信や WEB 閲覧が可能。さらに外部端末 (BYOD) から、インターネットを経由して基幹システムに入ることが可能。)

## コラム：国民総背番号制度

社会保障・税の共通番号（マイナンバー）法案は、2013年5月に国会を通過した。マイナンバーは2016年1月より税や年金分野で運用が始まる。

医療分野では、厚生労働省は「医療等分野における情報の利活用と保護のための環境整備のあり方に関する報告書」で、医療・介護等の分野においてシームレスな地域連携や医療情報等

の活用等を目的に「医療等 ID (仮称)」を導入し、体制整備を目指すとする。

マイナンバーを医療に利用することに関して、個人情報保護の観点から多くの反対意見もある。当然メリットとデメリットは付きまとう。デメリットのない仕組みは存在しない。今後、推移を見極めた上で、医療への利用について検討すべきである。

# 第9章 産業としての医療

## 1. わが国の産業としての医療

アベノミクスの3本の矢の1本としての成長戦略として、医療や社会保障領域などを含めた聖域なき再興戦略が官邸主導で提唱されている。一方、委縮する地方の創生の担い手としての医療・介護に対しても産業という観点で期待が集まっている。例えば2014年6月に発表された、『「日本再興戦略」改訂2014－未来への挑戦－』では、

- ・地域医療基盤の強化と地域包括ケアの実現
- ・医療・介護・ヘルスケア産業を通じた地域活性化
- ・医療イノベーションの加速
- ・高齢化に対応したまちづくりの中核としての機能

などが目標として挙げられている。

産業としての医療を論じるとき、2つの視点がある。一つは、製造業として視点であり、医療機器や製薬産業、さらには今後の需要拡大が予想されるロボット産業である。もう一つは、地域に密着したサービス産業としての医療である。

製造業として、医療機器や薬品の開発で、国際競争力をつけるためには、従来型の治験、承認システムを越えてビッグデータとしてのReal World Data (RWD:第8章参照)を利用するなど、戦略的なデータ利用によるスピード感が求められる。また、すでにわが国の産業でGDPの70%はサービス産業であり、サービス産業の高付加価値化、生産性向上は急務である。医療は、他サービス産業と比較して地域密着産業という特徴を有する。すなわち、一部の専門病院を除いて、サービス提供者である病院とその従事者も、サービスを受ける患者も地域住民である。地域の活力の減少と雇用の減少は病院患者数の減少を生じ、逆に病院の診療能力の低下は地域に住む魅力の低下につながる。

以下に、日本経済と地域経済の視点別に産業としての医療を論ずる。

## 2. 日本経済の視点

### ①医療イノベーション

輸入超過状態にある医療機器や薬品の分野において、同じ土俵で日本の医療産業を押し上げることは困難である。新たな機器や薬品の開発も激しい国際競争下にある。高齢化先進国ならではの試みを、先に挙げたReal World Dataの国家戦略的な利用によりエビデンス確立に活用すべきである。また、ここから得られるデータを活用して、イノベーションとして、健康長寿のための技術革新と医療・介護ロボット技術や遠隔診療・介護技術を開発すべきである。そのためには、いたずらに医療費抑制策に走ることなく、先端医療の導入に関しては、国家戦略として従来の保険診療の枠外に国費を投入すべきである。

### ②病院輸出

産業成長政策の一環として「病院輸出」を図る動きがある。しかしながら、一部で事例的な案件、あるいは限定された地域に絞った進出はあり得るものの、国民皆保険下の病院運営ノウハウは、市場原理下の医療制度の下の国々では成り立ちにくい。したがって、国の産業成長戦略としての貢献は少ないものと判断する。

医療材料や薬剤の物流のノウハウ、先を行く高齢者医療・介護分野のノウハウなど知財の輸出を図るべきである。

### ③訪日外国人誘致と医療

政府観光局などによると訪日外国人は2013年初めて年間1千万人を超え、10年前から倍増した。さらに2015年度は2千万人近くまで急激に増加している。2015年末の在留外国人は約210万人に上り、昨今の円安や査証発行の緩和によって、また2020年の東京オリンピック開催によって、さらに増加すると予想される。彼らが費やす外貨が消費に及ぼす影響も増大しつつある。外国人が日本国内で受診する機会も増加するものと推察される。しかしながら、外国

語に対応できる医療機関が少ないことが危惧されている。少なくとも、救急病院における外国人対応が可能となることが望ましい。国として、通訳の養成やコーディネータの養成などを図る必要がある。

一方、メディカルツーリズムとして、治療や健診を目的として訪日する可能性もある。しかし、日本の産業の視点から論ずるほどの規模の確保は難しいものと推察される。参画するか否かは個々の病院の事情を踏まえた上での個別の判断による。

### 3. 地域経済の視点

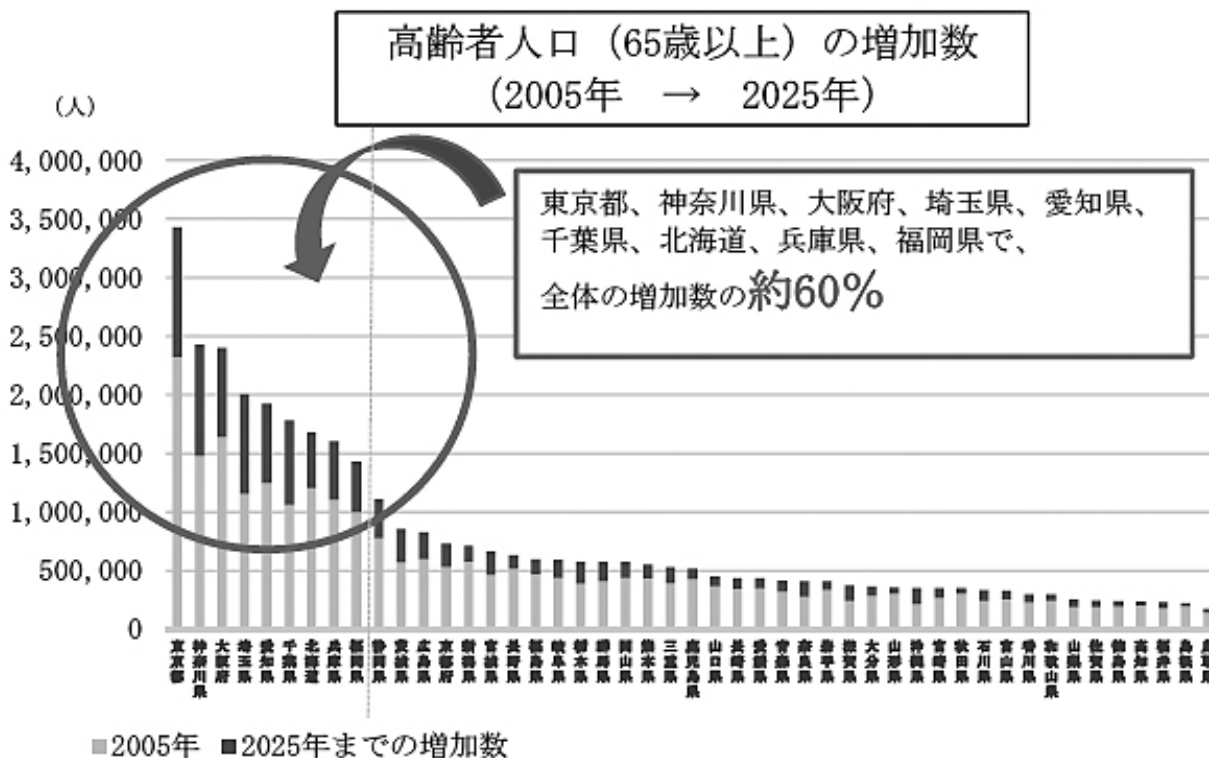
#### ①地域存続の核として～地域の雇用を支える

日本の大都市以外の多くの地域が高齢化と人口減少による「消滅」の危機にある。そのような地域では、先に述べたように医療は地域社会の維持に不可欠である。人口が減少すれば、病院は患者を失い、病院がなくなれば、住民は安心を求めて他の地域に移住する。すなわち、医療は安心の提供と同時に地域の雇用の大きな吸収先となっている。経済のグローバル化が進み、

工場の海外展開が進む中、地方での新規の工場誘致などは難しい。ならば、ヒトの誘致に係るべきである。ヒトが住めば、消費が増え、賑わいが創出される。

2010年から25年にかけて、日本全体では後期高齢者が700万人増えるが、増加分の50%以上は首都圏、大阪圏、名古屋圏などの大都市圏に集中する(図9-1)。しかし、大都市の医療・介護提供体制は現状でも不十分である。特に首都圏内の2次医療圏では、特別養護老人ホームや老人保健施設のベッド数(後期高齢者1人当たり)が、全国平均の半分以下の水準にとどまる地域がある。首都圏における提供体制の充実が急務であり、医療・福祉の複合施設などの整備が進みつつあるが、高い地価などの制約がある。このため比較的費用負担の安い地方に医療・介護の拠点を整備し、首都圏の高齢者の移動を支援するような方策を考慮すべきである。その際に、地方の負担を軽減するため、住居地特例の範囲を現行の居住系施設から、要介護ではないリタイア層が住める一般住宅にまで広げる必要がある。

図9-1 高齢者人口の増加



(国勢調査(平成17年)、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成19年5月推計)」)

## ②医療・介護、生活支援サービスの連携・協働 (地域コミュニティを一体的に支えるサービス)

社会保障費削減と人口減の波の中で、病院はこれまでの枠の中で努力し続けるか、枠の外に出るのかの選択を迫られる。後者では、自らのサービスに関連する事業への進出が考えられる。医療から介護へ、さらには予防、健康増進、住まいや食、さらには見守りなど生活関連サービスへの進出や連携、協働が考えられる。これは、他産業も虎視眈々と狙うビジネス領域である。病院は、医療という最大の「安心」を盾に、他産業からの進出に対して差別化を図る必要がある。また、国民の医療への関心の高まりと情報の多様化によって、今後セルフメディケーション、市販キットを用いた自己診断などが広がるものと推察される。安全で効率的なセルフメディケーションなどを促進するための、制度面での支援、病院の役割についても検討されることが望ましい。

## ③地域包括ケアのための事業統合

わが国の「地域包括ケアシステム」は、地域主導で自助、互助、公助、共助を築く community-based care と医療～介護を統合する integrated care からなる。前者は、自治体主導とならざるを得ないが、後者は病院が主導でき

る領域が多々ある。

非営利ホールディングカンパニー型法人制度が議論されている。様々な解釈とあり方は、同床異夢のところが多い。そもそも、この考え方は、「地域包括ケアによる円滑な医療・介護供給システムは、ホールディングカンパニー型の新型医療法人を容認し、医療・介護、まちづくりといった多様なサービス提供主体の連携を図る。」と提言したことに始まり<sup>14</sup>、その本質は「地域包括ケアシステム」の構築にあった。この統合された「地域包括ケアシステム」を、より効率的に運用していくためには、将来構想だけではなく、ヒト、モノ、カネをつなぎ、強い統治と情報共有をもつ連合体（アライアンス）を構築する意義はある。さらに、医療・介護に加えて、②に示した生活支援サービスと強い連合体を組むことも、この統合の肝になると理解したい。

このような地域医療連携推進法人の制度が、事業統合という枠組みを持った制度の1つとして導入された。これについては第5章を参照。

<sup>14</sup> 総合開発研究機能（NIRA）レポート「老いる都市と医療を再生する—まちなか集積医療の実現策の提示—」（2012年12月号）（[http://www.nira.or.jp/outgoing/report/entry/n120120\\_619.html](http://www.nira.or.jp/outgoing/report/entry/n120120_619.html)）



# 第10章 「医療基本法」制定に向けて

## —医療基本法案（全日病版）提案の経緯—

### 1. はじめに

全日病は、医療のあるべき姿を国民に明示するために、医療基本法を医療界および有識者がともに検討し制定することを提唱してきた。医療崩壊が進行する中、2011年に東日本大震災が発生し、生命・生きがい・経済・政治等あらゆる社会の分野において、根幹から再検討せざるを得ない状況にあり、日本再興の好機である。いまこそ、医療のあるべき姿とそこに向かう工程表を明示すべき時機にある。

医療基本法は、1971年の第68回国会審議で廃案になって以来、議論が断続している。しかし、それらの議論はかみ合わない。その理由は、意見の違いもさることながら、“基本法”の位置づけが異なることにある。

### 2. 医療基本法とは何か

#### ①基本法とは何か

憲法は、国の義務、役割を明示し、公権力を規定する。基本法は、憲法と個別法との間をつないで、憲法の理念を具体化する役割を持ち、憲法を補完するものであり、個別・具体的な規定ではなく、理念、方針を定めるものである。国会が、法律の形で、政府に対して、国政に関する一定の施策・方策の基準・大綱を明示して、その目的・内容等に適合するように行政諸施策が定められ、個別法で遂行される。

基本法の内容は抽象的なものが多く、訓示規定・プログラム規定でその大半が構成される。したがって、基本法の規定から直接に国民の具体的な権利・義務が導き出されることはなく、裁判規範として機能することもほとんどない。例外として災害対策基本法がある。

制定されている43の基本法には、医療分野では、がん対策基本法、肝炎対策基本法とアルコール健康障害対策基本法があり、関連分野では、障害者基本法、高齢社会対策基本法、食品安全基本法がある。名称は基本法でも、個別法に近い法律もある。反対に、基本法の名称では

ないが、その性格を有するものはある。

#### ②医療とは何か

##### 1) 法律には、医療の定義がない

“医療とは何か”は、医療法にも、医療関連法規にも定義されていない。しかし、医療はどのように行わなければならないか、すなわち、医療提供の理念は、医療法第1条に詳細に記載されている。

“医療の定義がない”、のではなく、“医療は具体的には定義できない”。その理由は、医療は社会、文化、風土の影響を受け、科学・技術の進歩発展により提供できる医療の範囲と程度が変わり、また、社会情勢や国民の意識の変化により、期待され、あるいは、求められる範囲と程度が変わるからである。

#### ③医療を考える視点

医療を定義するにあたり、さまざまな視点で考える必要がある。同じ行為、たとえば、体温測定という行為でも、状況（5W1H）によって、その行為が医療か、医療類似行為かが決まる<sup>15</sup>。なんのために（目的）、何を（行為内容）、だれが（行為者）、いつ（時機）、どこで（場所）、どのように（方法）、すなわち、5W1Hを明確にする必要がある。行為内容には、行為（業務）とその対象（目的語、何を、誰に）が含まれる。（表10-1参照）

日本医師会の「医療基本法」の制定に向けた具体的提言（日本医師会案）では、医療を定義するにあたり、イ 医療の目的、ロ 医療の構造、ハ 医療の流れ・プロセス管理、ニ 法的規制という4つの視点から、それぞれ、イ 健康の支援、ロ 医療提供者（または医療機関）と患者の相互関係、ハ 個人情報管理と利活用、医療経済的な政策判断、資源配分のあり方の検討、ニ 医療に関する各種法規制のあり方、

<sup>15</sup> 5 W1H: Why (なぜ: 目的)、What (何を: 行為・業務・対象)、Who (誰が: 行為主体)、When (いつ: 時機・時期・時間)、Where (どこで: 行為場所)、How (どのように: 方法・手段)

表10-1 医療行為は状況により規定される

Why 目的 何のために	Who 行為者 誰が	(to Whom) 対象 誰に	Where 場所 どこで	What 内容 何を	How 方法 どうやって	医療行為か 医療類似行為 か
状態把握（養護）	母	子供	自宅	体温測定	体温計で	医療類似行為
状態把握（治療）	看護師	患者	病院			医療行為
状態把握（養護）		友人	公民館			医療類似行為
状態把握（養護）	母	子供	自宅	傷の消毒	マーズニン (消毒薬)	医療類似行為
治療	看護師	患者	病院			医療行為
治療			居宅			医療行為
養護		友人	公民館			医療類似行為

を検討すべきとしている。5W1H に照らすと、  
イ Why、ロ What、ハ How、ニ 5W1H  
のすべて、にそれぞれ対応している。

#### ④医療とは何か

元日本医師会長武見太郎は「医療とは医学の社会的適応である」と定義している。日本医師会案は、「医療を、患者の基本的権利を尊重し、疾病の治療、健康の支援に努める術（アート）」と定義している。全日病は、「医療とは、健康保持、健康増進、疾病予防、治療、リハビリテーション、看取りを含む複合かつ一連の健康に関するお世話であり、それを目的とした専門職による行為をいう」と定義している。第2章「医療の質」の項参照。

### 3. 医療基本法

#### ①医療基本法とは

医療基本法とは、医療に関する国の制度・政策に関する理念、基本方針を示し、それに沿った措置を講ずべきことを定める法律である。

医療基本法は、医療のあり方、医療提供の理念、医療提供体制の構築と整備の方針を規定し、国および地方公共団体の制度・政策を規定する。さらに、医療提供側、すなわち、病院団体、職能団体、学会等の役割・責務を規定するものでもある。

#### ②医療基本法の位置づけ

医療基本法を、患者の権利法として位置づけ

る意見もある。しかし、基本法であるからには、患者の権利（立場）だけではなく、国・地方公共団体を含む公、医療提供者（病院団体、職能団体、学会等）、保険者、国民（受療者予備軍）、患者（受療者）、それぞれの立場の権利と義務を含むものでなければならない。

### 4. 医療基本法に関する議論の経緯

#### ①国会における医療基本法の審議

##### 1) 保険総辞退と医療基本法の国会審議

医療基本法は、1971年の国会審議で廃案になって以来、議論が断続している。日本医師会は、抜本的な医療制度改革を要求して、過去に2回保険医総辞退を決定し、1971年には保険医総辞退を行った。日本医師会長と厚生大臣および首相が会談し、解決の条件として、以下の12項目に合意して終息した。その一つが、社会経済の変化に対応した国民の健康管理体制、医師の供給体制などの基本的事項を計画的に実施し得る医療基本法の制定である。

#### 斎藤厚相（当時）との4項目合意

- ・厚生省の医療行政に関する姿勢を正す。
- ・医療保険制度の抜本改正案を次期通常国会に提出する。
- ・医療基本法を制定する。
- ・診療報酬において物価、人件費へのスライド制を確立する。

## 佐藤首相（当時）が加わった8項目合意

- ・国民の連帯意識を高揚する。
- ・国民の医療は生存期間を通して一貫して保障する。
- ・労務管理と社会保障を分離する。
- ・各種保険の負担と給付を公平化する。
- ・低所得層の有病率は高所得層の有病率に比べて6対1の比率であることを考慮する。
- ・医療従事者の質的向上を図る。
- ・大学研究費の公費をふやす。
- ・保険請求事務を簡素化する。

## 2) 医療基本法案要綱

医療基本法案要綱（1972年1月）の前文に、生命の尊重、医療の担い手と受け手の相互信頼、医療享受の機会均等、医療供給体制の総合的計画的整備、医学医術に関する研究開発の推進、医師等の養成確保、医療施設の体系的整備および機能連係を国の義務とし、医療計画の策定、都道府県医療計画および地域医療計画が記載された。

## 3) 医療基本法に関する政治、行政の動向

- ・第68回国会衆議院社会労働委員会（1972年3月2日）会議録要約

医療保険制度の抜本改正はもとより、その前提となるべき医療の確保が強く求められている。また、将来にわたって国民の健康を守るためには、単に疾病の治療にとどまらず、包括的な予防体制、さらに健康の増進など、幅広い立場からの検討し、時代の要請に即応した医療を確立する体制をつくる必要がある。今国会に医療基本法案を提出するものこのような考え方に基づくものである。

- ・第68回国会衆議院本会議（1972年5月25日）会議録要約

医療保険制度各般にわたる改革を実施し、時代に即応した医療保険の一層の充実発展を期することは焦眉の急である。政府から医療保険の抜本改正案が提出され、これに引き続き、医療保険の前提たる医療制度のあり方について基本原則を明らかにした医療基本法もあわせ示されるに至ったことは、国民医療の確保のための基盤を据える意味において、きわめて喜ばしいことである。

## ②厚生白書

- ・1971年厚生白書（要旨）

医療保険制度の抜本改正の論議にあたっては、その基盤をなす健康管理制度、医療制度、薬事制度等の検討が不可欠であり、医療保険制度に関する議論に先だって、これら制度の検討に入り、社会保険審議会は、1970年10月31日「医療保険の前提問題（関連諸制度）に関する意見書」を提出した。法案は、2月17日国会に提出されたが、審議未了となった。

健康保険法の抜本改正が遅れていること等を理由に、保険医辞退が行なわれたが、厚生大臣と日本医師会長との3回の会談と、総理大臣、厚生大臣および日本医師会長の会談の了解事項において、所要の法案を次期通常国会に提出することとされた。

- ・1972年厚生白書（要旨）

1972年厚生白書は、わが国の医療保障は、1961年に国民皆保険体制が実現されたものの・・・医療保険制度の改正の前提問題として医療供給体制の整備が大きな課題である。

## ③国会での審議

厚生省は、第68回国会に医療基本法案を提案したが、廃案に終わった。

医療基本法案は、医療憲章的な前文と、医療政策若しくは医療計画的な本条全10条から成る。前文では、生命の尊重、医療の担い手と医療を受けるものとの相互信頼、医療享受の機会均等などの医療のあるべき理念を確認するとともに、理念にのっとり医療供給体制の総合的かつ計画的な整備を図ることが、国の重要な責務であることを宣言している。本条では、国が講ずべき施策として、医学医術に関する研究開発の推進、医師等の養成確保、各種医療施設の体系的整備及び機能連携の強化等の諸施策を掲げ、これらの施策を総合的に講ずることを国に義務づけ、その実施を担保し、かつ、計画性をもたせるために、こうした施策の大綱について医療計画を作成すべきとしている。また、地方公共団体は、国の施策に準ずる施策を講ずるほか、当該地域の特性に応じた医療の確保に必要なその他の施策を講ずべきとされ、そのため都道府県医療計画及びその一部として自然的社会的条件を勘案して区分する地域ごとに実施す

べき施策の計画（地域医療計画）を作成することとしている。

医療基本法案は廃案になったが、医療に対する国民の要望に応えるためには、医療における総合性と計画性を強化する必要があるすべての関係者がこの課題に真剣に取り組むことが強く要請される。

#### ④その後の政策

医療基本法案廃案後の経過を見ると、地域医療計画（第1次医療法改正）、医療提供の理念の明示、病床の機能分化（第2次医療法改正）、地域医療支援病院（第3次医療法改正）、病床区分、卒後臨床研修・広告規制緩和（第4次医療法改正）、療養病床の再編、医療計画、高齢者医療保険制度、医療安全確保の明記（第5次医療法改正）、老人保健法、介護保険法、健康増進法、医療法人制度改革、医療事故調査制度、医療と介護の地域包括的制度の医療・介護総合確保推進法（第6次医療法改正）等、多くの部分が実現している。

#### ⑤その他の議論

##### ・民主党

民主党は、第153国会に、「医療の信頼性確保向上のための医療情報提供促進、医療体制整備に関する法案」、第164国会に、「医療を受ける者の尊厳保持及び自己決定に関する医療情報提供、医療事故原因究明の促進に関する法案（安心・納得・安全法案）」を提出したが共に廃案となった。

##### ・日本医師会

日本医師会は、医事法関係検討委員会が、2010年に「患者をめぐる法的諸問題について～医療基本法のあり方を中心として」、2012年に「医療基本法の制定に向けた具体的提言」を発表した。

##### ・病院団体

日本病院団体協議会、四病院団体協議会でも、医療基本法に関する議論をしているが、意見の集約には至らない。病院団体の中では、全日病は10年以上前から議論を積み重ね、医療基本法案を発表した。

##### ・その他の団体の活動

東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニット、患者の声を医療政策に反映させるあり方協議会、患者の権利法をつくる会、医療政策実践コミュニティ・医療基本法チーム、医療基本法議連等が、医療基本法（仮称）制定に関するシンポジウムを開催するなどの活動がある。

## 5. 全日病における医療基本法検討の経緯

### ①病院のあり方報告書

全日病は、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、中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会を設置し、1998年に報告書を公表した。

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であり、医療人として高い目標を設定してそれを遂行・・・なくしては国民の信頼を勝ちえることができず・・・将来の医療供給体制が進む方向を会員に具体的に示すとともに、1. 医療供給体制についての検討組織の設置、2. 適切な診療報酬支払制度への移行、3. 医療機能の分化の促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、5つの提言を行っている。

病院のあり方報告書は、医療提供の理念と具体的行動を示すものであり、医療基本法の趣旨と同じである。

### ②病院のあり方報告書と医療基本法

医療が当たり前品質になり、ニーズが高度化、多様化するにつれて、従来の医療システムでは、対応することが困難になった。医療の質をより重視した、かつ効率的な医療提供体制が構築される必要がある。1998年版以来、全日病は病院のあり方委員会を中心に、医療提供体制のあり方について包括的な議論を行い、2002年版から、「全日病の医療提供の理念は、国民に安全で質の高い医療を効率的かつ継続的に提供することである・・・医療提供の理念、医療のあり方などを検討し・・・施設基準法から発展した現行医療法を改変し、「医療基本法」制定に向けて努める必要がある」とし、2004年版)では、第6章医療制度改革への提言で、「医療に対す

るニーズは多様化、高度化する・・・新しい時代に合致する医療のあり方、医療提供のあり方を規定する医療基本法が制定されるべきである」としている。

以後、毎回、医療基本法の制定を提言し続けており、諸団体の提言等も参考にして、2013年には、医療基本法案（全日病版）を策定し公開した。

## 6. 医療基本法案（全日病版）

### ①医療基本法案（全日病版）の趣旨

医療基本法制定の議論は、医療のあり方からではなく、医療保険制度抜本改革、あるいは、不信から始まっている。「なぜ今、医療基本法なのか」を考えるには、「医療のあり方」を出発点とし、権利・義務の関係ではなく、信頼の創造を前面に出すことを強く要望する。基本理念を明示し、国民が求める医療、その実現に必要な医療提供体制、必要な資源（金・人・もの）、費用負担（税金・医療保険・個人負担）、の順番で考えなければならない。医療提供者が改善しなければならないことはある。しかし、医療提供者の努力でできることには限界があることを、国民にも知っていただかなければならない。

本案を参考に、医療界および有識者が共に検討し、医療基本法制定に向けて合意形成することを期待する。

### ②医療基本法案（全日病版）

医療基本法案（全日病版）を以下に示す。

#### 第1章 総則 第1条（目的）

の法律は、憲法25条の理念に基づいて、医療が国民の生命と健康を守る重要な役割を担うことにかんがみ、医療の基本理念及び原則を定めるとともに、国、地方公共団体等の責務及び医療に関する施策の基本的事項、ならびに医療を提供する者、医療を受ける者をはじめとする国民の役割を明らかにし、医療提供者と患者等の信頼関係にもとづいた医療を実現することを目的とする。

#### 第2条（基本理念）

①医療は、人間の尊厳と生命の尊重を旨とし、個人の人権に配慮しつつ、医療を提供する者と医療を受ける者との信頼関係にもとづいて

おこなわれなければならない。

- ②医療は、重要な社会基盤、社会資本であり、効率的かつ有効に活用しなければならない。
- ③医療に関する施策は、国民の相互扶助と連帯を基に、公共の福祉に資するものでなくてはならない。

#### 第3条（医療の概念）

##### ①医療

医療とは、健康保持、健康増進、疾病予防、治療、リハビリテーション、看取りを含む複合かつ一連の健康に関するお世話であり、それを目的とした専門職による行為をいう。

##### ②医療提供者

医療提供者とは、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、その他、医学・医療に関する専門的な知識、技能を用いて、人間の疾病の治療、予防、健康の保持、増進および機能の維持、回復等の業務に従事する者をいう。

##### ③患者

患者とは、じょく婦、治験等の被験者を含む、医療の提供を受ける者をいう。

##### ④利用者

利用者とは、健康診断、健康に関する相談等で医療機関を利用する者をいう。

#### 第4条（国及び地方公共団体の責務）

国及び地方公共団体は、国民及び住民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するために、以下の施策を講じることとする。

- ①良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制確保のための基本方針を策定
- ②良質かつ適切な医療提供体制の構築と、それを担保する医療保険制度の構築
- ③医療提供体制および医療保険制度に関する調査及び研究
- ④医療提供体制の量的、質的確保に係る目標設定とその実現
- ⑤施策の経過及び結果を定期的に評価し、継続的に医療の質向上に努力

#### 第5条（医療提供者の責務）

医療提供者は、医療倫理・職業倫理に則り、医療は侵襲行為であることを十分に認識し良質かつ適切な医療を行わなければならない。医療提供者は、以下の責務を負うこととする。

- ①社会との連帯・連携に留意する。
- ②組織横断的活動に留意する。
- ③関係者との信頼関係の構築に留意する。
- ④科学的、標準的かつ適切な業務に留意する。
- ⑤良質かつ適切な医療を行うよう努める。

第6条（国民や患者の責務）

国民や患者は、日常から自らの健康に関心を持ちその増進に努め、社会的連帯の考え方の下に、医療施策に関する相応の負担と適切な受療に努めなければならない。

第2章 医療提供体制を確保するための施策

第7条（必要な施策）

国は、以下の政策を講じることとする。

- ①良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制確保のための基本方針の策定
  - ②良質かつ適切な医療提供体制の構築と、それを担保する医療保険制度の構築
  - ③医療提供体制および医療保険制度に関する調査及び研究
  - ④医療提供体制の量的、質的確保に係る目標設定とその実現
  - ⑤施策の経過及び結果を定期的に評価し、継続的に医療の質向上に努力
  - ⑥施策の整合を図るために、内閣総理大臣の下（内閣府）に省庁を総覧した会議体を設置
  - ⑦施策の整合を図るために、厚生労働大臣の下に部局を総覧した会議体を設置
- 地方公共団体は、以下の政策を講じることと

する。

- ①良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制確保のための基本方針の策定
- ②良質かつ適切な医療提供体制の構築と、それを担保する医療保険制度の構築
- ③医療提供体制および医療保険制度に関する調査及び研究
- ④医療提供体制の量的、質的確保に係る目標設定とその実現
- ⑤施策の経過及び結果を定期的に評価し、継続的に医療の質向上に努力
- ⑥施策の整合を図るために、首長の下に部局を総覧した会議体を設置

参考文献

1. 飯田修平(2011):病院早わかり読本 第4版、医学書院
2. 飯田修平 (2012):医療のTQMハンドブック 運用・実践編 一質重視の病院経営の実践一、日本規格協会
3. 日本医師会 (2013):「医療基本法」の制定に向けた具体的提言

表10-2 第5条（医療提供者の責務）と、第6条（国民や患者の責務）の補足説明

	医療提供者の責務	国民や患者の責務
①	自己の健康管理、啓発、研鑽に心がける	健康増進、維持あるいは回復に心がける
②	患者や業務の異常に早く気づき、対処する	不調、異常に早く気づく
③	定期的に自己評価・第三者評価をする（組織と個人）	定期的に健康診査をする
④	相談、協力、連携できる同僚や医療機関を持つ	かかりつけ医を持つ
⑤	異常に気づいたら原因を究明し、改善する	異常に気づいたらかかりつけ医に相談する
⑥	患者の状態に適応した医療を行う	機能に応じた医療機関を受診する
⑦	患者や家族にわかり易い説明を心がける	医療機関では、既往、経過、現症、家族歴等を正直に話す
⑧	診断・治療の方針と経過をはっきり伝える	希望をはっきり伝える
⑨	患者の気持ちや話しを理解しようと努力する	医療者の話しを理解しようと努力する
⑩	患者や家族の希望に応える努力をする	検査、治療に協力する

# 巻末 2025年に向けた今後の病院経営 —各施設が取るべき対応

経営の原則は、「質の高い医療提供と継続」であり、このためには「明確な理念、運営方針の存在」のもとに「十分な集客」「費用対効果を意識した運営」そして「優秀な職員の養成」を行い、内部・外部の「顧客満足」を獲得して一定の利益を確保し、職員・社会へ還元すると共に再生産資金を留保し、制度の変更や環境の変化も勘案して事業を継続する必要がある（図1）。

最近の医療政策決定プロセスの特徴は、政府方針と2011年「医療介護将来推計」に示された基本的な厚生労働省の考え方を中心に、ビッグデータが利用されていることであり<sup>16</sup>、「医療ニーズと資源配分の適切性の検証」の視点が大きくなっていることである。

検討に利用されているデータには、その他、人口動態推計、全国がん登録、副作用報告、介護保険を含むデータベースなどがあり今後も定量的なデータをもとに議論が進むことは間違いないが、現状では恣意的にデータ利用も行われるきらいがあり注意を要する。

全日病としても、データの開示を今後とも求め対案作成に使用すべきである。

図2は、「病院のあり方に関する報告書」2007年版から示してきた、「医療経営の構造」である。理念／方針ビジョン・戦略・中長期計画のもとに必要な診療・管理体制の詳細が示され、日常のこれらの業務を通じて組織風土や文化を醸成すべきこと、多くの内外顧客がいること、顧客や関係者の期待が多岐にわたること、そして、満足を得るための諸業務の成果結果がそれぞれの満足度につながることを示したので、各項目に関して自施設の取り組みを評価し改善につなげて欲しい。

過去の「病院のあり方に関する報告書」に示してきた医療機関の運営に必要な取り組みは図3の通りであり、改めて各会員病院における対

<sup>16</sup>ビッグデータ：レセプトデータ—2009年4月～2014年7月約83.5億件 約18億件／年、DPCデータ—1860病院 2011年度約878万件等

図1 経営の原則

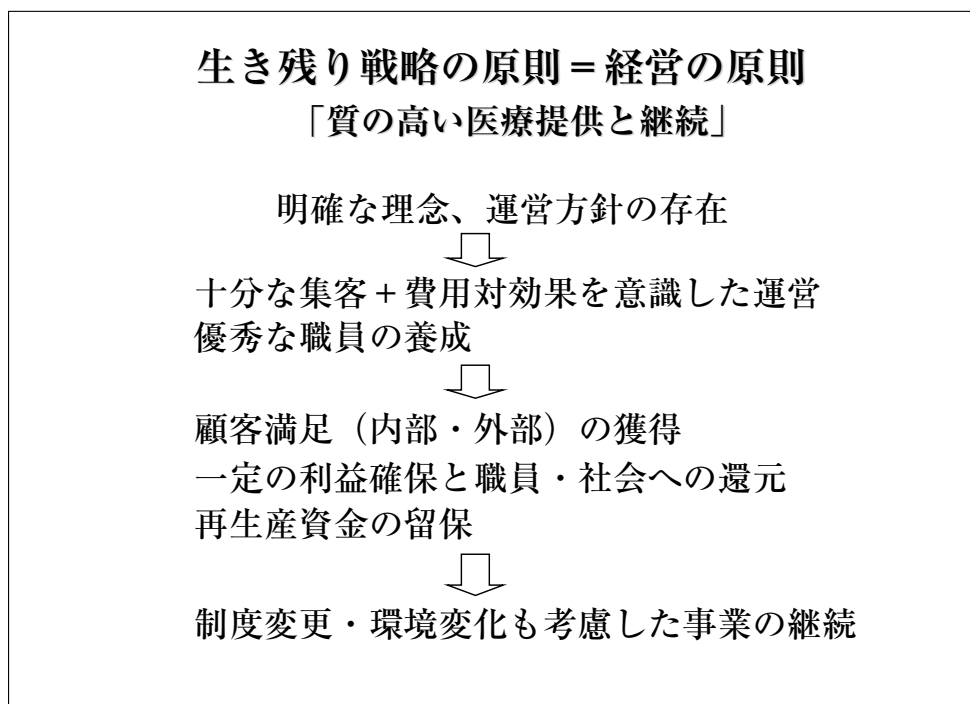


図2 医療経営の構造



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。



図3 医療機関の運営に必要な取り組み

### 医療機関の運営に必要な取り組み

— 全日病「病院のあり方に関する報告書」 —

1. 理念－運営方針の再確認と提供する医療の決定
  - ・ 運営環境の再確認
    - 外来・入院患者のケースミックス
    - 外来／入院患者マップ作成と守備人口の把握
    - 競合医療機関の動向等市場再調査
    - 疾病構造の変化
    - 地域医療計画との関係－5疾病5事業
  - ・ 国の政策の動向
    - ⇒提供する医療を変更するのか継続するのかの決断
2. 継続的な質向上への取り組みと医療情報の開示
3. 地域連携あるいは広範な機能の確保
4. 費用の管理
5. IT化の推進
6. 人材育成の観点に立った人事労務管理



応を望むところである。

より具体的には、

## 1. 地域で求められている機能の実践

人口動態や医療・介護需要には大きな地域差が存在する。重要なのは自院の立ち位置の客観的再評価である。外来・入院患者のケースミックス（疾患名と患者数）や患者住所マップの経年推移と提供してきた医療内容の照合を基本に、競合施設の動向や疾病構造の変化、地域医療計画で重視されている5疾病5事業との対比などから運営環境の再確認を行うことが必要で、国の施策の動向（地域医療構想策定に関連する4機能への分化の推進—高度急性期・急性期・回復期・慢性期—診療報酬での誘導等）も踏まえ「現在提供している医療を継続するのか、変更するのか」目指すべき機能の決断の時期であろう。

このためには、広範な経営分析に資するデータ作成を行う部門の設置は必須であり、今後利用可能となるであろうNDB、DPC研究班データなどを利用すると近隣施設のケースミックス、救急車使用の入院患者数なども容易に手に入れることができるはずである。

多くの人口減少圏域においては、将来の需要予測を基に早急に集約化・連携を求めるべきであろう。その際、自らは徹底的な効率化により収益確保を目指すことが肝要であり、必要に応じてダウンサイジングによる減収増益経営も考慮すべきである。

内部要因：自院ケースミックスの経年変化  
各職種マンパワーと質の評価—職員満足度による確認  
施設・設備の現状確認

外部要因：顧客（患者等）満足度  
人口動態と疾病調査予測による地域の医療・介護ニーズの把握  
他の医療機関や施設とのベンチマーク・競合状況の把握  
+人口構成および異なる生活観をもつ団塊世代への調査による医療介護ニーズの把握

## 2. 幅広い知識と実務経験を持つ病院経営専門家の養成・確保と費用の管理

組織体制（診療体制・人事管理等）の見直しを図り、院内外情報の検証による適時、的確、迅速な経営判断を行いつつ、開設以来の医療の継続という王道を進むのか、供給が不十分な領域への参入など隙間をつくり組みへ変更するのか、事業拡大を図るのか、縮小させるのか、独立独歩で運営するのか、地域の中で意識的に連携するのか、合併・吸収などの統合を行うのか真剣に検討すべきと考える。

今後の病院経営では、診療報酬改定に合わせた姑息的な提供のあり方の変更では立ちいかなくなるのは明白であり、トップマネジャーは経営に特化するか専門家を配して運営に当たるべきである。

消費税再引き上げに関して、原則課税議論はその経過をみると実現は難しいので、従って、厳密なコスト管理が求められる。大規模病院では各科間連携で、単科病院では専門性の更なる追求などそれぞれの特性の強化により一層の効果・効率性を追及すべきである。

## 3. 将来に向けたマンパワーの確保

第1章の冒頭で示したように、医療従事者の不足はより深刻になり、特に若年者の採用はより厳しくなることが予測される。

医師・看護師・薬剤師・リハ職員等の確保は養成機関の有無が関係した地域差もあり各施設の努力のみでは達成できないが、専門職も含めアクティブシニアの登用が必須となるとの認識に立ち、今から再雇用制度等を整え積極的に対応を始めるべきである。

就業人口の減少も踏まえ生産性向上も図るべきであり、可能な限り業務の簡素化を図ると共に、ICTやロボットなどの積極的な利用によりこれを実現すべきである。

## 4. 人口減少が明らかな地域における他産業との協調による地域活性化・街づくりへの参加および「地域包括ケアシステム」への積極的関与

人口減少圏域では確実に医療需要が減少する

のみならず、圏域全体の経済活動も縮小することから無策のままなら経営への影響は免れず、他産業と協調した地域活性化・街づくりへの参加は欠かせない。市町村単位で構築される「地域包括ケアシステム」は、高齢者の自立支援シ

ステム構築のために予防・健康増進・住まい・食・見守りなどが必要となるが、医療という安心を提供してきた会員病院の積極的な関与が可能であるので、地域性を考慮し生活関連サービスへの参入も検討すべきである。

# おわりに

全日病は、理想的な医療提供体制の構築を目指しては10年前からほぼ隔年で「病院のあり方に関する報告書」を発刊してきた。

これまで報告書では、近未来の提供体制のあり方、医療機関自らが確保すべき質の担保に関して提言してきており、医療関係者の間では一定程度の評価を得てきたと考えている。今回の報告書は実に4年ぶりの発刊である。これは、種々のNDBの利用が始まったものの、分析方法とその結果をいかに政策に反映させるかについて方法が未だ確立していないこと、少子高齢化へはもはや医療機関のみの対応では不十分であり、地域全体についても検討する必要があるなど、問題が複雑化したことにより、検討に時間を要したためである。

本報告書の内容は、2025年にむけた国の議論も踏まえ、会員病院向けの現実的対応を中心に構成した。社会保障費増大に一定程度のキャップをはめようとする国の動きは必然であるが故に、我々医療提供者側にもより大胆な改革が求められよう。

次回には、今一度諸外国の医療制度の検証も行い、人口減少超高齢社会に適合する提供体制のあり方を考えてみたい。

病院のあり方委員会  
委員長 徳田 禎久

(公社) 全日本病院協会 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	2014 年度第 1 回	2014.4.19	2015 年度版報告書の構成・内容についての議論
2	2014 年度第 2 回	2014.5.17	構成・内容についての議論、目次・章立ての検討
3	2014 年度第 3 回	2014.6.14	各章の内容・方向性についての議論
4	2014 年度第 4 回	2014.7.19	目次の検討、執筆分担の決定
5	2014 年度第 5 回	2014.8.16	各章の小項目の検討
6	2014 年度第 6 回	2014.9.13	各章の小項目の検討、内容についての議論
7	2014 年度第 7 回	2014.10.18	各章の内容についての議論
8	2014 年度第 8 回	2014.11.15	2025 年の日本を想定した報告書、医療圏について
9	2014 年度第 9 回	2014.12.12	医療圏の現状についてのアンケートの検討、2025 年の日本を想定した報告書について
10	2014 年度第 10 回	2015.1.17	報告書原稿案について
11	2014 年度第 11 回	2015.2.14	報告書作成スケジュールの確認、報告書原稿案について
12	2014 年度第 12 回	2015.3.14	報告書原稿案について
13	2014 年度第 13 回	2015.3.15	〃
14	2015 年度第 1 回	2015.4.4	章立ての再検討、報告書原稿案について
15	2015 年度第 2 回	2015.5.23	報告書原稿案について
16	2015 年度第 3 回	2015.6.13	〃
17	2015 年度第 4 回	2015.7.18	〃
18	2015 年度第 5 回	2015.8.8	〃
19	2015 年度第 6 回	2015.9.19	〃
20	2015 年度第 7 回	2015.10.17	〃
21	2015 年度第 8 回	2015.11.21	〃
22	2015 年度第 9 回	2015.12.19	〃
23	2015 年度第 10 回	2016.1.16	〃
24	2015 年度第 11 回	2016.2.20	報告書の取りまとめに向けての議論、報告書原稿案について
25	2015 年度第 12 回	2016.3.12	報告書最終案の確認

## (公社) 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 (社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院 理事長・院長)
副委員長	木下 毅 (医療法人愛の会 光風園病院 理事長)
委員	飯田 修平 (公益財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院 理事長・院長)
委員	猪口 正孝 (医療法人社団直和会 平成立石病院 理事長)
委員	川畷 眞之 (社会医療法人玄真堂 川畷整形外科病院 院長)
委員	木村 厚 (社会医療法人一成会 木村病院 理事長・院長)
委員	高橋 肇 (社会医療法人 高橋病院 理事長・院長)
特別委員	長谷川友紀 (東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 教授)
会長	西澤 寛俊 (社会医療法人恵和会 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)
担当副会長	猪口 雄二 (医療法人財団寿康会 寿康会病院 理事長)
担当副会長	神野 正博 (社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 理事長)
担当副会長	美原 盤 (公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 院長)

公益社団法人 全日本病院協会

〒101-8378 東京都千代田区猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F

TEL : 03-5283-7441 FAX : 03-5283-7444

URL : <http://www.ajha.or.jp/> E-mail : [info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

