

巻頭言

急がれる

社会保障番号の導入 梶原 優 3

グラフ

国際モダンホスピタルショー2010 4

●総会特別講演

いのち
「生命輝かそう日本病院会 ～低医療費政策を
乗り越えてくいち地方病院長のささやかな試み>」

● 邊見 公雄 8

●病院診療の質向上を考えるセミナー

基調講演 1

「府立病院機構の誕生から今日までの経緯
～患者満足と現場重視の病院改革～」 ● 高杉 豊 38

基調講演 2

「院内の組織改革と
地域医療連携の推進」 ● 吉岡 敏治 58

〔寄稿〕

「病院の国際認証に関する世界的傾向と
亀田病院の体験」 ● ジョン・ウォーカー 30

連載・医学史の旅

トルコ⑪【エーゲ海地方(その4)】 ● 星 和夫 79

ようこそ日病へ・新入会員の紹介

北海道公立大学法人 札幌医科大学附属病院 (北海道) ● 塚本 泰司 87

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報 7月号」巻頭言 ● 藤井 良治 88

一番町だより 平成22年度 第3回定期常任理事会 議事抄録 (平成22年 6月26日) ● 89

お知らせ 日本病院会正会員・賛助会員入会申込書 ● 96

本誌へのご寄稿のお願い ● 98



急がれる 社会保障番号の導入

最近、100歳以上の高齢者不明問題が社会の話題となり、年金不正受給で、その家族に逮捕者までが出現しています。さらに、戸籍上200歳の生存者がいたことになっていました。このことは、行政の怠慢と言われております。

話しは変わりますが、最近、私が経験したことをお話しします。私どもの関連している特別養護老人ホームに約6年間、入所していた92歳の高齢女性が亡くなりました。亡夫の遺族年金を受給していた方で、年間の介護保険、医療保険の受給総額は、約600万になり、年金受給額と合わせると年間900万弱の総受給であります。6年間、入所中の総額は、約5,000万円となります。年に数回、面会に来ていた息子が、その高齢女性の預金通帳をそっと持って帰りました。私は、なにか釈然としないものを感じました。この社会保障負担は、若い人々の保険料で賄われているからです。現在、行政では、この総額や実態は把握されておられません。何故なら、縦割り行政のためであります。長期入所者の方の年金剰余の一部を医療・介護保険の原資に回せれば、多少は社会保障の合理化も進むのではと考えます。このような解決策としては、社会保障番号の早急な導入が必要であると考えております。

30数年前の米国において、グリーンカード（社会保障カード）の登録なしに銀行口座が開設できなかった経験があります。国民世論の第一の関心事は、将来の社会保障の安定化であります。世界は、歴史上、例のない超高齢社会に突入した我が国の社会保障制度の将来構築を固唾をのんで見守っております。社会保障制度の永続的な将来構築

は、我が国の実態経済と密接、不可分であります。今日、我が国は、政治の混迷の中でも、着実に産業構造の転換をはかり、外需と内需のバランスの中で国際競争力をさらに、強化すべく生みの苦しみの中にあります。消費税を含めた税制の抜本改革、道州制を含めた地方分権のあり方、食料自給率向上に向けた第一次産業の抜本改革、世界平和に貢献できる新規産業分野の発掘などなど課題は、山積しております。

このような多くの課題の解決には、個人においても、企業（法人）においても、社会保障番号導入が基礎となることと確信しております。個人レベルにまで及ぶ社会保障の透明化、情報化が国民1人1人に自覚と自立を促すことと確信しておりますし、国民に社会が大きく変化し、これから我が国が変革することを肌身で実感されるからです。社会保障番号導入後、この定着を待って、納税者番号を導入、付与することにより、税と社会保障の透明性がさらに増し、行政の無駄の排除と効率性が増すと考えます。さらに、社会保障カードの中に、20歳成人の時に、臓器移植意志表示登録を義務づけること、また、中島常任理事の発案のように、60歳還暦時に、自らの終末期医療に関する意志表示登録を義務づけて、この意志表示登録を年金受給とリンクさせることは、大いに賛成で、今後の重要課題であると考えます。日本病院会は、地域における国民の命と健康を守る公私を含めた最大の病院団体であります。将来の社会保障のあり方、この国の未来に向けて提言することも責務であると考えております。

国際モダンホスピタルショー2010



開会式

7月14～16日、東京・有明・東京ビッグサイトの東展示棟4～6ホールと会議棟で国際モダンホスピタルショー（社）日本病院会・（社）日本経営協会主催）が開催されました。テーマは昨年引き続き「いのちの輝きを！ 明日に架ける健康・医療・福祉」、来場者は3日間で79,150人と、昨年を上回り、盛況のうちに幕を閉じました。



開会式式場



主催者の（社）日本経営協会、本松茂敏理事長の挨拶

大道久ホスピタルショウ委員会委員長の挨拶

厚生労働省大臣官房審議官、中尾昭弘氏の来賓祝辞

（社）日本医師会副会長、横倉義武氏の来賓祝辞

（社）日本看護協会常任理事、洪愛子氏の来賓祝辞

東京ガス（株）代表取締役副社長・執行役員、村木茂氏の出展者代表挨拶



■会場の東京ビッグサイト



■受付 大勢の参加者で賑わった。

展示会場は医療機器・環境設備、健診・ヘルスケア、介護・リハビリ、看護、施設運営サポート・サービス、医療情報システムの6つのゾーンに分かれ、それぞれ最新の機器や情報が紹介されました。出展者は341社でした。

今回、中国からの参加は中国パビリオンを初め計13社、また、地方自治団体が地場産業振興を目的に多数出席し、製品のPRのほか異業種との交流に力を注ぐなど、会場は活気に満ちていました。

■日本病院会のブース



■医療に関する出版物の展示販売



■人気のロボット

自立歩行を支援する歩行補助機、癒し効果が高いとされているあざらしロボットなど、さまざまなロボットが展示され、人気を集めた。

■各ブース



多彩な器具、機器、システムが紹介された。

ホスピタルショウカンファレンス

会議棟では、堺常雄日本病院会会長のオープニングセッションを皮切りに、多くのセッション・シンポジウム・フォーラムが開催されました。

オープニングセッション



堺常雄会長のオープニングセッションのテーマは「輝ける明日の病院医療に向けて」。多数の聴講者が熱心に聞き入っていた。



日本病院会主催 公開シンポジウム

「いのちを輝かす病院の役割 ～救急から介護まで～」

座長は日本病院会の高橋正彦副会長（左）と石井暎禧常任理事。石井常任理事は基調講演も行った。

■日本病院会主催の公開シンポジウム「いのちを輝かす病院の役割～救急から介護まで～」のシンポジスト



茨城県医師会理事・鈴木邦彦氏



杏林大学医学部客員教授・島崎修次氏



宮崎大学医学部附属病院院長・池ノ上克氏



順天堂大学浦安病院救急診療科教授・山田至康氏



がんと共に生きる会副理事長・海辺陽子氏



看護のアイデア de 賞

特別企画「第3回こんなものを作ってみました！看護のアイデア de 賞」受賞作品の紹介

73点の応募作品のなかから、グランプリに輝いたのは埼玉慈恵病院の吸引ピンカバー「ケアの思いが安心へ“クルリンピン”」



いのち

生命輝かそう日本病院会 低医療費政策を乗り越えて 〈一地方病院長のささやかな試み〉

全国自治体病院協議会
会長

邊見 公雄

堺常雄(日本病院会会長) 本日の特別講演として赤穂市民病院の邊見先生に「生命輝かそう日本病院会～低医療費政策を乗り越えて〈一地方病院長のささやかな試み〉」という題でお話しいたします。

恒例ですので、邊見公雄先生のご略歴を紹介させていただきます。先生は昭和19年のお生まれです。昭和43年に京都大学医学部をご卒業の後、附属病院、関連病院を経て昭和53年2月に赤穂市民病院の外科医長にご就任なさいました。昭和62年に院長にご就任になり、その後23年間にわたって院長を務められました。平成21年4月に赤穂市民病院の名誉院長にご就任なさっております。

ご存じのように邊見先生には、中央社会保険医療協議会(中医協)の委員として大変ご活躍いただいております。おかげさまで我々病院の診療報酬をなんとかプラス改定できたと思っております。

先生は全国自治体病院協議会の会長でいらっしゃいますし、日本病院団体協議会の議長、全国公私立病院連盟の副会長も務めておられます。特記すべきことは、有限責任中間法人京都大学外科交流センター相談役ということで、大変貴重な活動をなさっております。多岐にわたるご経験から、日本病院会に喝を入れていただくということで楽しみにしております。それでは邊見先生、よろしく願いいたします。

邊見 ……(しばらく手話)…… 皆さん、あらためましてこんにちは。ただいま初級手話でご挨拶させていただきました。ほとんど伝わっていないと聞いていますので、訳させていただきます。手で水平に大

きく円を描くようにして「皆さん」です。両手の指でお辞儀をする形をつくって「こんにちは」。「私の名前」は、親指と人差し指でネームプレートをつくって胸元に当てます。名前の「ヘンミ」は、それぞれの形を指文字で表します。唇を指でなぞってルージュの「赤」、稲穂の「穂」。私の町「赤穂」です。脈をとるしぐさと箱形の建物で「病院」、そのトップが「院長」です。最後に「よろしく」と申しあげました。

ただ、先ほどご紹介がありましたように、去年(平成21年)3月で病院を辞めまして、今は名誉院長なので、そう言わないと経歴詐称になるのですが、まだ「名誉」という手話を覚えておりませんので勘弁していただきたいと思っております。

先ほどは堺会長から丁寧なご紹介をいただきまして、ありがとうございます。昨夜の新体制、新執行部の披露パーティにお招きいただき、ご挨拶をさせていただきながら、また今日もこのような席をつくっていただきまして、本当にありがとうございます。6人の副会長をはじめ関係者の皆さんには、日本の病院医療のために存分に力を発揮していただきたいと思っております。

私は田舎の病院で20年あまり院長をやってきました。それから有限責任中間法人京都大学外科交流センターの初代の理事長をしております。これは外科医が日本からどんどん減っていくのを防ぐための会で、教授が取りしきる医局ではなく、マッチングを図ろうとする人たちが集まってやっています。大学としては初めての試みで、それまでまったく関係のなかった女性医師がひょこっと乳腺外科をやりたい

と連絡をしてきたりしますので、新しい流れだと思っております。

履歴には書いておりませんが、私は捨て犬と捨て猫をリメイクして、癒し犬や癒し猫にして老健施設などへ送り込む活動もしております。その活動の募金箱を見かける機会がありましたら、ご協力をお願いしたいと思います。

本当は私から皆さんにお話しするよりも、私のほうが教わることが多いかと思いますが、今日は、私のこれまでの経験から感じていることを率直にお話ししたいと思います。

●手話で変わった赤穂市民病院の風景

先ほど手話でご挨拶をさせていただきましたのには理由があります。まず、その経緯からお話いたします。赤穂市民病院にはボランティアが180人登録され、押しかけ勝手連が100人くらいおります。なぜ押しかけ勝手連かと言いますと、ボランティアとして登録するには少し手続きが必要になるからです。例えば感染症対策です。病院には人工透析をしていたり抗がん剤を使用していたりするコンプロマイズドホスト（易感染宿主）の方が多いので、そういう方々が感染を起こさないように、ボランティアは年に1、2回、ツベルクリン反応検査をすとか胸のレントゲン写真を撮るなどの必要が生じます。

それから個人情報保護です。私どもは公立病院です。すぐに議会から怒られます。ステークホルダーとしての納税者等に対する守秘義務と、もう一つはハンディキャップのある人、病んだ人、傷ついた人の個人情報が街に出ると、手形の割引率が上がるとか、実生活で非常に困ることもあるということです。

赤穂というのは小さい街ですから、病棟の大部屋に行くと4人のうち1人くらいは誰か知っている人がいるということがあります。心の中で「あの人は弱っているなあ」と思ってもいいのですが、播州赤穂駅で「Aさん、弱つとるぞ。市民病院に入院しとる。あれは年越しできそうもないぞ。早う見舞いに行つたれや」と言いますと、すぐそれが街中に広まります。そうすると、また私が議会に呼ばれて「市民病院のプライバシー保護はどうなっているか」と叱られて、謝らなければならなくなります。



邊見公雄氏の特別講演は手話を交えたお話しで始まった。

そのような諸々を考え合わせると、登録制のボランティアでは、「私は医局の机の上に野菊を生きたい」というおばあちゃんとか、「ネフローゼで長く入院している小児科の子どもに将棋を教えに行きたい」だけというおじいちゃんとかがオミットされます。そういう排除の理論はおもしろくないということで、押しかけ勝手連を置いております。盆と正月、クリスマスだけ来るような人を入れると300人を超す人がいます。

そこでこういう人たちに、何かお返しができないかと思っていました。たまたま、西暦2000年が世界ボランティア年でした。そのときに、社会福祉協議会が福祉会館で手話教室を開くというので出かけていきました。私はお情けで手話の初級の資格をいただきました。

そうすると病院の風景が変わりました。今まで来たこともないデフ・アンド・ダム（聾啞）の方々が来られるようになりました。そういう方とはお互いに手話で意思疎通をしようとするのですが、私があんまり下手なので、結局、筆談になることが多いのです。しかしそのうちのお1人とは筆談をするまでもありませんでした。お尻を開けてみたら肛門からもうカリフラワー、はみ出してきているわけです。患部の場所が恥ずかしいのと、言葉が不自由なので来られなかったというのです。私がかっと早くに手話を習っていたら、この人はちゃんと腹腔内縫合ができたのではないかとこの^{じくじ}忸怩たる思いも込めて、今日は手話でご挨拶をさせていただきました。

手話でご挨拶させていただいたのにはもう1つ意図があります。聾啞の人たちは非常に結束が固くて、

手話を取り入れてからは、いろいろな人が病院に来てくれるようになりました。遠い所からお産にまで来てくれる。そうすると経営にも良い影響があります。だから、今はなかなか輝けない時代ですが、我々もニッチ戦略をとるなどの工夫1つで経営的にチャンスはあるのではないかと二重の意味を込めました。

●平成は天保と並ぶ最悪の時代？

私はどこへ講演に行きましても「^{いのち}生命輝かそう」で始めます。赤穂高校へ行きますと「^{いのち}生命輝かそう赤穂高校」というタイトルで禁煙とエイズ教育の話をしします。近くの老健施設へ行きますと、「^{いのち}生命輝かそうつつじ荘80歳」というタイトルで、がんと寝たきりにならないためにという話です。

私は、「震災暦」を使っています（スライド1）。今年（平成22年）は震災16年です。あと100年経てみれば、平成という時代はおそらく天保と並んで悪い時代だといわれるだろうと私は考えております。平成になって良い年がありましたか。雲仙普賢岳の噴火、奥尻島の大津波、それから阪神淡路大震災です。オウム事件、バブルがはじけて山拓不況というのがありました。自民党の山崎拓さんではありません。山一証券、北海道拓殖銀行が潰れ、北海道経済がみな夕張化しました。札幌と函館くらいがかるうじて生き残っている程度です。

日本中がシャッター通りになっています。こんな国は世界にありません。我々はこんな国を目指していたのではないだろうと思っていたら、やはり国民もバカではありません。昨年の衆院選では民主党が圧勝しました。もし選挙トカカルチョがあったら、私は今度の選挙はぼろ勝ちです。郵政選挙の逆で、民主党は絶対300議席はいくだろうと思っていました。その予想が見事に当たりました。

今回の結果については地方の反乱と言われていますが、都市の人もみんな、今回はこれまでの路線ではいけないと判断したのです。人より物、物より金を大事にするという価値観、ホリエモンとか村上ファンドがもてはやされる社会、額に汗する人がまったく報われない現状を拒否したのです。経済財政諮問会議の人に言わせると「我々は脳に汗をかいている」そうですが、それは違うだろうと思います。

■私の考え（医師・院長として）

スライド2は、医師・院長としての私の考えを列記したものです。

まず「お医者様はいらっしゃいますか」。一昨年12月24日、もう中医協も終わって、今年はお呼びがかかることはないだろうと思って新幹線に乗っていたら「お医者様はいらっしゃいますか」とアナウンスがありました。車掌室に行って具合が悪い人のところへ案内されてみると、私の目の前の席の人でした。一流の武士だったら「殺気」を感じる、一流の医者だったら「病気」という「気」を感じなければならぬのに、私は感じなかったので非常に情けなくなりました。患者さんは40歳代のサラリーマン風の人でイレウスでした。下痢が3日くらい続いて食べられなかったのだけれども、今度はパンパンになったというので、「年が押しつまっても、帰ったら必ず大腸の検査をしてください。大腸がんが一番疑われます」と言って名古屋駅で降ろしました。ちゃんと車椅子が待機してまして、名古屋鉄道病院が受けてくれました。

降りたときに「あなたはどこの人ですか？」と聞いたのです。そうしたら「吉良」と言いました。赤穂の殿様を切腹に追いやった所の人を私は助けたのです。びっくりしました。私は「300年振りに良いことをしたなあ」と思いました。こういうこともありますから、「お医者様はいらっしゃいますか」には応えたほうがいいと思うのです。

しかし、「医者はこれをやってはいかん」と言う人もいます。「学会に遅れる」とか「もし、医療紛争になったらどうするか」といろいろなことを言うのです。ある先輩の医者は「絶対に行かないと決めている」と言います。その先生は「お医者様はいらっしゃいますか」と呼ばれても絶対に行くなとおっしゃいます。「周りに医者と知っている人がいたらどうするんですか」と聞いたら、「居眠りせえ」と言う

平成22年度「日本病院会総会」
ロイヤルパークホテル

^{いのち}生命輝かそう日本病院会
～低医療費政策を乗り越えて～
(^{いち}一地方病院長のささやかな試み)

震災16年 5月22日
赤穂市民病院 邊見公雄

スライド1

のです。しかし、狸寝入りをしてやりすごすと、その日の晩のビールがまずいのです。だから私は行くことにしています。

最近、医療者が呼ばれたときにナースがよく行っています。保助看法で保健婦、助産婦、看護婦が「師」になって、それに伴ってプライドが出てきたのです。これは良いことだと思います。

「下り線にも乗りましょう」というのは、東京一極集中がよくないということです。東京の人は大阪にはあまり来ません。大阪の人は神戸には来ない。神戸の人は姫路に来ない。姫路の人は赤穂へ来ない。下り線には300年前の江戸時代のマインドコントロールが未だに効いているわけです。これが駄目なので

す。政治や経済はまだしも、医療や教育は、「八ヶ岳型」でないといけません。「富士山型」の東京一極集中は、医療や教育では絶対駄目だと思います。

「貸し借りのない人生」。「2年間赤穂へ行ってきたら、3年目に講師にしてやる」。そんなことを言った助教授が3年経たないうちに死ぬかもしれないから絶対に信用するなと私は言っております。

「エバー・チャレンジャー」というのは、今日、胃カメラ検査に15分かかったら明日は14分に、胃がんの手術が2時間半でやれたら明日は2時間25分にと、少しでも向上することを狙わないといけないということです。

「死んでも満足していただける病院づくり」。これは、ディズニーやトヨタに学べということです。ディズニーのお嬢さんは閉門前にもニコニコしている。だからうちも必ずニコニコしようと言っています。自治体病院はお金がないけれども、笑顔は元手のいらぬサービスです。トヨタからは“無理、無駄、ムラを防ぐ”点に学ぶべきです。

「癒しの環境」を病院内に作りました。これも大切なことです。

「開かれた病院づくり」。警察、病院、学校といった組織は、閉鎖的になると問題が起こりやすいから

私の考え

- * お医者様はいらっしゃいますか……………医師はどこでも医師であれ
- * 下り線にも乗りましょう……………高取峠を越えさせない
- * 貸し借りのない人生……………取り引きしない
- * エバー・チャレンジャー……………少しでも多く、少しでも早く
- * 死んでも満足していただける病院づくり
……………ディズニーとトヨタに学ぼう
- * 癒しの環境
- * 開かれた病院づくり……………住民（患者、ボランティア等）参加
- * ネガティブヒーローはもう作らない……………医療安全いろはカルタ
- * 「人をみる（Nomo, Ichiro）」
- * 「人を動かす（金、イデオロギー、情）」
- * 「院長の孤独」……………支えは職員と患者様
- * 医療は大学病院レベル、人間関係は診療所の様に
- * 3H+α
- * 救急は医療の原点
- * 救急車は断るな……………中にいるのは自分の親や子と思え
- * 1円の黒字

スライド2

問題です。

「ネガティブヒーローはもう作らない」。ポジティブヒーローは、私の年代で言えば長嶋、大鵬でしょうか。それに対して、エイズの川田龍平さんは、ヒーローですけどネガティブです。それから、C型肝炎の福田衣里子さん。ああいう方々は医療界が発生源になっています。私が「医療安全いろはカルタ」をつくっているのは、こういう方々をこれ以上、生み出さないためでもあります。

「人をみる」。これは、うちの事務長や部長によく言っていることです。プロ野球の野茂英雄やイチローは日本球界ではあまり重要視されませんでした。これは人を見ない監督が多かったからです。近鉄の鈴木啓示監督は、野茂のトルネード投法というのはバランスが悪いから、ローテーションピッチャーの主軸にはいけないと思っていました。イチローに至っては、オリックスの土井正三監督は2軍に置いていたわけですから。あんな振り子打法で打てるはずがないと。その2人の能力を認めたのが仰木彬さんです。だから私は仰木さんには非常に感謝しています。この2人は才能があるからいずれ世に出たとは思いますが、仰木さんがいなければもっと遅れたかもしれないし、私が一所懸命メジャーリーグ

を見るチャンスは失われたと思っています。

うちの事務は本庁から来て、「あの先生は服装が悪い」とか、「いつも眠そうな顔で、朝、遅れて来る」とか文句ばかり言っています。私は、「あいつが昨夜、遅くまで仕事をしていたのをお前が知らんだけだろう」と言います。人を見てほしいということです。野茂の球の切れ、イチローのバットコントロールの良さ、その技術を見ないといけません。服装とかマナーだけで人を見てはいけません。

「人を動かす」のは、金かイデオロギーか情かわかりませんが、公立病院の院長はどれもありません。金で横っ面を張ることもできません。イデオロギーは死語です。自分の背中を見せる以外ありません。それで、私は一所懸命、他人より早く仕事場に行き、他人より遅く戻るということをずっとやってきました。

「院長の孤独」。支えは職員と患者さんだけです。

「医療は大学病院レベル、人間関係は診療所のよ」に。これが逆になったらいけません。けっして大学病院の人間関係がきついというわけでも、診療所の医療のレベルが低いというわけでもありませんが、やはり大学病院はストレスフルですし、診療所はチャレンジする医療はできません。病院は大学病院レベルの医療をめざし、診療所のような人間関係を築かないといけません。

「3H+ α 」。3Hは、warm Heart, cool Head, skill Handです。医者に必要なのは、「痛みをとってあげたい」「治してあげたい」という温かい気持ちと、どうしたら治るかという医学的知識、最後は内視鏡

の腕とか手術の腕といった技術だと思います。ただ、 α が要ります。これにはコミュニケーションや信頼感、患者心理学など、いろいろなものがあるだろうと思います。これからの医療は、この部分をもっと求めていかないといけないでしょう。

そして、「救急は医療の原点」だと思います。

「救急車は断るな」。救急車に乗っている人は、自分の親や子と思えと言っています。うちの病院では7年間、1回も救急車を断りませんでした。断ったら院長室に来て申し開きをするということになっていましたので、私に会いたくないという一念で断らなかつたのだと思いますが。しかし、産婦人科医がやめたり、脳外科医が独立開業したりして、これもちょっと厳しくなりました。

「1円の黒字」。本当はもっと黒字が欲しいのですが、1円でも黒字になったら議会へ呼ばれなくてすむので、「1円でいいからぜひ黒字にしてくれ」と職員にお願いしてきました。

■私の考え（医療界・社会に対して）

スライド3は、病院ではなく、より広く医療界や社会に対する私の考えです。

「少子高齢化の枕詞か」というのは次のような意味です。「少子高齢化」と言いますが、「久方の」光、「たらちねの」母、「ぬばたまの」闇などと同じで「少子」には意味がないのです。「少子」に意味を持たせるなら「高齢少子化」と言うか「少子・高齢化」と区切って言わないと駄目です。

私は20年以上も前から、『神戸新聞』にこの論陣を張ってきたのですが、聞いてくれるのは公明党のみです。自民党も民主党も聞いてくれませんでした。ゴールドプランにはお金がどんどん行きます。しかしエンゼルプランにはほとんど行きません。なぜか。民主主義だからです。民主主義は票がすべてです。子どもたちには票がありません。お父さん、お母さん方は子育てが忙しくて投票率は低い。お年寄りには暇があって、地位と金がありますから、こちらを味方にするると必ず当選します。民主主義というのはポピュリズムですから衆愚主義に近い。それでこういうふうになってしまうわけです。郊外を自動車で走ってみてください。いい建物というのは老健施設かゴルフ場のクラブハウスか、そうでなければ新興宗教の本殿か、老人が行きそうな所ばかりです。子どものための施設はほとんどありません。

私の考え

- * 少子高齢化の枕詞か
- * 医療と教育は日本の2大基幹産業
- * 病院こそ地域のコミュニティーセンター
- * 山古志村を減ぼすな
- * 病院と学校は昼ご飯が食べれる距離に
- * 21世紀は20世紀のつけを払う世紀
- * GNPからGNHへ
- * 患者のQOL, スタッフのQOL, 立ち去り型サボタージュ防止（ワークライフバランス）
- * 苦悩する病院と繁栄する周辺産業
- * 医療崩壊の五賊はだれ

スライド3



日本病院会総会で特別講演をされる遺見氏と会場の様子

「医療と教育は日本の2大基幹産業」。私はそう思っています。日本人は明治維新以来、いや江戸の寺子屋の時代から、どんなに自分たちが貧しくて食うや食わずでも子どもには食わせ、着る物着んとて子どもには着せて、その子どもたちの健康と成長を守って、その子たちにいいしつけや教育をしてきたのです。日本の生き残る道はこれしかなかったのです。平野や耕地が少なく、山と海に囲まれた島国で、山のとっぺんまで棚田を細々とやるというような国。石油も石炭も鉄もほとんどない資源小国。この国が広い耕地と豊かな地下資源を持つ欧米列強と伍してやっていくには、健康な肉体と優秀な頭脳を培って科学技術立国を選択する以外になかったわけです。ところがこんなに豊かになった平成の時代に、なぜここ20年くらいの政権は医療と教育を目の敵にしてきたのか、私には理解できません。

「病院こそ地域のコミュニティーセンター」です。地域に病院と学校があったら限界集落でも生き残れるのです。

「山古志村を滅ぼすな」。山古志村は天保の飢饉でも生き延びてきたわけです。それがこの豊かな平成の時代に危なくなってきたというのはおかしい。

「病院と学校は昼ご飯が食べられる距離に」。病院と学校は、早めの朝ご飯を食べて出かけたなら、家へ帰って遅い昼ご飯が食べられるような所ないと駄目です。リウマチのおばあちゃんは遠い所に行けません。学童は、学校が遠くなればなるほど悪者に襲われる率も高くなります。

「21世紀は20世紀のつけを払う世紀」。もうそろそ

ろ高度経済成長はいいのではないのでしょうか。環境、宗教、文化こそ大事にすべきです。もう便利さや物質的な豊かさよりも、この地球を守る温暖化対策を中心に据える、そういう時代になるべきではないでしょうか。

「GNPからGNHへ」。GNP (General National Product: 国民総生産) から、GNH (General National Happiness: 国民総幸福度) へということです。GNHとは、ブータンの国王がはじめて唱えた基準です。ブータンでは自然環境や宗教や文化を大事にします。ブータンの幸福度調査では、自分は幸福だと思っている人が8割です。日本はその逆で幸福な人が2割しかいません。そろそろGNP至上主義からの脱却が望まれます。

「患者のQOL, スタッフのQOL, 立ち去り型サバタージュ防止」。うちの病院では、20年近く患者さんのQOLばかり考えてきました。しかし最近ではスタッフのQOLを考えないといけません。QOML, つまりクオリティ・オブ・マイ・ライフも大事だと言っています。職員がどんどん立ち去るといけませんので、こういうことをしております。

「苦悩する病院と繁栄する周辺産業」。医薬品に関しては、未承認薬、新薬のドラッグギャップ (薬がまったくでていない) やドラッグラグ (薬がでるのが遅れる) を防ぐため、新薬は特許が切れるまでは薬価を下げないという薬価維持特例がでてきました。あるいは新加算。中医協には大手製薬会社の社長が3カ月に1回くらい来ていました。私は、外科が困っているのだから外科医を呼んでくれと言ったので

すが、呼ぶのに5年かかりました。厚労省がどっちを向いているか、これでわかります。厚労省の役人にとって、製薬会社は天下り先なのです。「外科学会も天下り先として考えろ」と私は言ったのですが誰も考えない。

学会は日本の社会を知らないのです。学会は「学ぶ会」なのだから、社会を学ばなくてはいけないと私はずっと言い続けています。

「苦悩する病院と繁栄する周辺産業」。これは諸橋先生がずっとおっしゃっていましたね。病院は苦悩しているのに、周りばかり豊かになっていく。豊かになるのはいいのですが、中心にある病院も豊かにしてほしいと思います。

「医療崩壊の五賊はだれ」。最近、『大日本帝国の崩壊』という本を読みました。これには、「大日本帝国を滅ぼした五賊は誰か」として、陸軍のバカ、海軍のアホ、国会のボンクラ、官僚の間抜け、新聞の腰抜けと書いてありました。

これをそのまま医療界に置いてみましょう。「日本医師会のバカ」。これはまちがいありません。主犯は財務省とか厚労省とか言っているも逃げているも、主犯の1人は絶対に日本医師会です。日本医師会は「日本内科無床診療所医会」であることはまちがいありません。有床のところはわからないから、入院医療と外科がわからない。手術ももちろんわからない。救急がわからない。入院させないからそういうことになります。それからチーム医療がわからない。高度先進医療がわかりません。わかっているもわからないふりをしています。それは代議員のほとんどが無床診療所の方だからです。それを変えない限り駄目です。

しかし我々も悪いのです。病院団体・学会も日本医師会におんぶにだっこで、自分たちで考えなかった。これには大きな責任があります。だから、「病院団体・学会のアホ」というのが2番目にきます。

3番目以降の3つは、どれも似たりよったりです。

1, 2番目に共通するのは、国民の不見識に甘えてきたことです。太平洋戦争中の日本国民は、竹やりでアメリカに勝てると思っていました。当時の日本国民を称して、マッカーサーは「日本人は3歳児だ」と言っていたけれど、まったく当たっています。今であれば、夜8時のテレビをつけてみてください。ほとんどが三流芸人の学芸会同窓会です。ああいうのをじっと見ていたら、誰も医療が大変だという

ことなど考えなくなります。テレビが出たとき、大宅壮一先生は「この箱は、いずれ1億総白痴化の元になるだろう」と言ったそうですが、見事に当たってしまったわけです。国民にももうちょっとしっかりしてもらわなければいけないと思っております。

■世界は今、日本は今

(スライド4) さらに広げて、世界は今どうなっているのかを考えてみましょう。

まず、「グローバル化」。例えば今度の新型インフルエンザは1週間で世界中に広がりました。コロナの時代、ペストや梅毒は世界に広がるのに年単位の時間がかかりました。だから急速にグローバル化していることは間違いありません。

次は、「アメリカンスタンダード」。今世界には200以上の国・地域があります。それが全部アメリカンスタンダードになってしまっただけではありません。だから私はイスラムの原理主義も——テロはいけません——、それ以外のことではかなりシンパシーを感じるところがあります。

「医療と教育はジャパニーズスタンダードで」。テレビドラマ『ER (緊急救命室)』をご覧になってますか。赤穂でも映っているのですから、ほかの地区の方は皆見ていると思います。『ER』を見ると、アメリカの医療はすごく良く見えます。患者さんとのフランクなやりとり、救急隊との緊密な連絡。それから私は外科医で院長ですからやはりセットを見ます。あっ、うちの手術室にもないような機械があるなあと、あれが欲しいなあとかかってしまうのです。ストーリーよりもセットばかり見ているときもあります。それになんといっても美しいナースがいいですね。

ところがあれはアメリカ医療の光の部分です。ハリケーン・カトリーヌが来たとき、メディケイド、メディケアで救われなかった無保険者がニューオーリンズで2,600人も死んでいます。それからマイケル・ムーア監督の映画『SICKO』。あれを見ると、アメリカの医療保険制度はめちゃくちゃです。アメリカの医療にはそういう深く暗い闇があるのです。日本の医療はほどほどです。『ER』のように良いこともないし、『SICKO』ほど悪いこともないということです。

「先進国における医療費爆発」。これはどこでも同

じです。生活レベルが上がれば医療費は上がります。

「英国医療政策の失敗」。1980年代、サッチャーさんという“鉄の女”の異名をとる方が、英国病といわれたイギリス経済を10年間で見事に立ち直らせました。しかし失ったものも大きかったのです。我々が小中学校で習った、世界に冠たる社会保障「ゆりかごから墓場まで」がめちゃくちゃになりました。特に急性期医療は、入院3カ月待ち、手術3年待ちということになりました。

一番びっくりしたのは、ロンドン・サミットのと
き、グラスゴー空港の郊外でテロリストが10人捕まりましたが、そのうちの4人が外科医だったのです。私はなぜ外科医なのかと思って調べました。そうすると、イギリスの外科医はイギリス国外の英語圏へ逃がっているのです。アメリカ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、南アフリカ連邦、EUの大陸部などです。イギリス国内に残った人は、旧宗主国時代のインド、パキスタン、ケニア、アフガニスタン出身者が多い。そうすると、従兄弟にアルカイダがいたりして、彼らに対するシンパシーがあります。それで、テロに参加しているわけです。

そういう状況をブレアさんが直そうとして10年間がんばりました。GDP比で7.8%くらいまで落ちていた医療費を、8.2%くらいにまでしました。しかし、10年間かかっても元には戻りません。1回潰れたらなかなか戻らないのです。

だから足立信也厚生労働大臣政務官は“崩壊”という言葉は絶対に使わず、「崖っぷちの日本医療」と言っています。崩壊してしまったら戻らないんだと足立政務官はいつもおっしゃっています。崩壊させないためには、高負担がいいかどうかはわかりません。中負担中福祉がいいのかもかもしれません。

●栄えている国は女性型!?

(スライド5) 男性型国家というのは、軍事とか土木建築、工業に力を注ぐ国です。例えば中国、北朝鮮などでしょう。中性型国家というのは、商業、金融に主軸を置く国です。日本もこれに含まれるでしょう。女性型国家というのは、北欧などのように医療福祉、保育教育、文化宗教、環境などを大切に
する国です。今ベネルクス3国もそちらへ足場を移そうとしています。ですから、以前言われた「福祉亡国論」とか「医療亡国論」、あるいは「女子大生亡国論」などは、みんな間違っているのです。本当はこういうのが栄えているのです。

世界は今

- ◆ グローバリゼーション
- ◆ アメリカンスタンダード (市場主義)
- ◆ 医療と教育はジャパニーズスタンダードで
- ◆ 先進国における医療費爆発
- ◆ 英国医療政策の失敗
- ◆ 北欧型しなやかな社会 (高福祉, 高負担)
- ◆ 医の倫理

スライド4

世界は今

- 男性型国家 軍事, 土木建築, 工業 (中国, 北朝鮮, 旧イラク)
- 中性型国家 商業, 金融 (米国, 韓国)
- 女性型国家 医療福祉, 保育教育, 文化宗教, 環境 (北欧)

スライド5

日本は今

- ◆ 少子高齢化社会
- ◆ 人口減
- ◆ 米国の独走と中国の猛迫
- ◆ 財政危機 (900兆円の累積赤字)
- ◆ 医療と教育のビッグバン (市場原理主義)
- ◆ 報治国家 (無責任社会, ポピュリズム)
- ◆ 情報開示と個人情報保護 (医療界には難題)

スライド6

●情報開示と個人情報保護——増える「在室」さん

スライド6のいちばん下に挙げた「情報開示と個人情報保護」が医療界にとっては難題です。足をくぐられて「走れ」と言われているような感じです。

スライド7はうちの病院のある病室の入り口の風景です。「在室」さんが2つあるときもあります。患者さんが「名前を入れなくてくれ」と言うのです。うちの外科の口の悪いドクターなど、「院長、今から在室さんそこへ回診に行ってきます」と言って出て行きます。それでは、どこへ行ってのかわかりません。これでは、いつか患者の間違いが起こるのではないかと心配しています。



スライド7

日曜日の朝などに病棟へ行くと、自治会の人たちが来ています。田舎ではものすごく団結心が強く、誰かが入院すると隣保という隣組がお見舞いに行くのです。それで、「Aさん、入院しとるだろ」って受付嬢に言ったら、「いや、わかりません」って答える。「いや、入院しとるって聞いたから来たんや。教えて」「いや、わかりません」「そんなことないやろ。入院しとる」「いや、そうお思いになるなら、ご自分でお探してください」って。そうしたら「ほんなこと言うとるから市民病院はお役所言われるんや。もっとサービスせんかい！」って言われるわけです。もう受付嬢は半泣きです。

そういうのをいっぱい見ます。しかし入院のときプライバシーマークに○をつけたら、1回目は「わかりません」、2回目は「わかりません」、3回目は「ご自分でお探してください」というマニュアルになっているわけですから、受付は正しいわけです。「療養に専念したい」という人がどんどん増えたら、こういうことになっていくわけです。しかし、個人情報保護もちょっとやりすぎではないかと思えます。私は自治会の会長をしていたときもありました。以前は自治会の人で、例えば「院長、Aさん入院しとるやろ。何日くらいかかる？」って聞いてきます。こちら、「あの人は大腿骨頸部骨折やから1カ月

はかかるやろなあ」と答えるわけです。1カ月を超えたとお見舞い金が1本（1万円）なのです。1カ月以内だったら5,000円です。私に聞けば見舞い金をいくらにすればいいかわかるというわけです。

しかし、今は言えません。聞かれても、「入院してるかなあ」ってとぼけて言うわけです。そうすると、「院長、最近、人変わったんちゃうか。東京ばっかり行って全然病院のことわかってないんちゃうか」とか怒られるわけです。私は「人は変わってません。きまりが変わったんです」と言うしかありません。

■日本の医療は今

スライド9の下から3番目に「(医療は)消費産業か生産業か?」とありますが、口の悪い人は「医療は消費産業ではない、浪費産業」と言います。「無駄が多い、生産性がものすごく低い」と。それに対しては、「今は違います。もう削ぐべきものは削いで生産業です」って答えることにしています。相手が「何をつくっているのだ」と聞くから、「あなたのよう立派な日本人です」と言います。そうすると相手は一瞬ニコッとするのですが、すぐに食ってかかってきます。とにかく生産性が低いと。私は「機械がやっているのではないのです。人がやっているのですから当然生産性は低いのです」と言うのですがわかってもらえません。

ただ、桂文珍さんの小咄に「老婆の休日」（診療所の待ち合いにて）というのがありまして、「ウメさん今日来てないね、病気かしら」っていうんです。これはちょっと無駄なところでしょうね。

スライド9の一番下に「世界文化遺産としての国民皆保険制度」と書きました。いつでもどこでも誰でも保険証1枚で、ほぼ正確でほぼ平等な医療が受

医療費増加の三要因

- ①老齢化
- ②医学の進歩（高度、先進科学）
- ③利用者の期待膨張



過度の抑制は
医療の質の低下を招く恐れ

スライド8

日本の医療は今

- ◆ 費用対効果
- ◆ 機能分担（病診、急慢、官民など）
- ◆ 高い失業率と相次ぐ健保組合の解散
- ◆ 低医療費政策（三期連続のマイナス改定）
- ◆ 消費産業か生産業か？
- ◆ 医療と教育は日本の二大基幹産業
- ◆ 世界文化遺産としての国民皆保険制度（三つの奇跡）

スライド9

日本病院団体協議会

平成17年8月現在

全国公私病院連盟
全国自治体病院協議会
全日本病院協会
日本医療法人協会
日本私立医科大学協会
日本精神科病院協会
日本病院会（平成17年4月4日）
国立大学附属病院長会議
日本療養病床協会
（平成17年4月26日）
国立病院機構
労働者健康福祉機構
（平成17年6月22日）

スライド10

けられる——これは日本しかありません。これは世界文化遺産として登録してはどうでしょうか。

国民皆保険制度が成功した理由として、3つの奇跡がありました。右肩上がりの経済成長、軍事費にお金を使わなかったこと、3つ目は侍の心です。受診する国民も無茶を言わなかった。医療をやる側も金儲けのために医療を使わなかった。侍の心があったのです。

今は3つとも危なくなっています。国民皆保険制度は、中医協でも1号支払い側、2号診療側、3号公益側、みんなが守ろうとしています、ちょっと危ないところがあります。コンビニ受診とか、いろいろな問題が出てきています。

■中医協での5年間と今後

中医協での活動についてご報告します。まず、中医協へ参加したいきさつを簡単に申しあげます。

●中医協への参加と日病協結成

日本病院団体協議会（日病協）が11病院団体でできました（スライド10）。これは、病院が日本の医療費の6割も使っているのに、その代表がいなくて困るという厚労省の思惑、あるいは誰に聞いたらいいのか窓口がわからないという厚労省の官僚の都合、等々があって、官製の団体であると言われても仕方ありません。官製でもいいのです。日本医師会は、以前に全国病院団体連合がまとまらなかったときと同じように、うまくいかないだろうと思っていたふ

日本病院団体協議会

平成18年度診療報酬改定 統一要求12項目

要望事項	団体名
1 医療安全への点数評価	(社)日本病院会
2 看護職員配置比率の新設	(社)全国自治体病院協議会
3 療養病床基準の新設	日本療養病床協会
4 他医療機関受診時の入院基本料	(社)全日本病院協会
5 NST（栄養支援チーム）管理加算の新設	(社)全国自治体病院協議会
6 初診料および再診料・外来診療料算定の見直し	全国公私病院連盟
7 紹介率の計算式の改善	(社)日本病院会
8 診療録管理体制加算	(社)全日本病院協会
9 精神科認知症診療料	(社)日本精神科病院協会
10 重症認知症管理加算	(社)日本精神科病院協会
11 手術の施設基準による診療報酬逓減制の廃止	(社)全国自治体病院協議会
12 DPC関連要望事項	国立大学附属病院長会議

スライド11

しがあります。会長を誰にするか、事務局をどこにするかで、たぶんもめるだろうということでしょう。しかし我々は、日本の医療に対して大いに危機意識を持っていました。会長や事務局といったささいなことでもめている場合ではないということです。

日病協の11団体で病院数では8割以上、病床数では9割以上を占めていますので、病院代表であることは間違いありません。

（スライド11）そして統一要求12項目がまとまりました。担当する団体も決めデータを出しました。

●医療費決定の枠組み変更

（スライド12）医療費決定の枠組みの変更があり、改定率は内閣で決定されることになりました。平成18年はマイナス3.16%という厳しい結果になりました。そして、中医協で決めるのは個々の診療報酬だけで、基本方針は社会保障審議会（社保審）で決め

医療費決定、枠組み変更

1. 改定率は内閣で（H18 ▼3.16%）
2. 基本方針は社会保障審議会、
両部会（医療と医療保険）
3. 個々の診療報酬は中医協で
医療大綱に沿って
4. 中医協委員の見直し
（中医協の在り方に関する有識者会議）

スライド12

「中医協の在り方に関する有識者会議」の参集者について

大森 政輔	国家公安委員会委員、弁護士
奥島 孝康	早稲田大学大学院教授
奥野 正寛	東京大学大学院経済学研究科教授
金平 輝子	(財)東京都歴史文化財団顧問
岸本 忠三	総合科学技術会議議員、大阪大学客員教授

(敬称略)

スライド13

ることとされました。ところが、社保審というのがまったくの御用機関でして、意味がないのです。社保審は死んでいる。中医協の委員になった嘉山孝正先生なら「脳死だ」と言うかもしれません。

●中医協委員の移り変わり

(スライド14) 平成16年の中医協委員を見ると、診療側は日本医師会がほとんどです。

そこへ石井暎禧先生と私が入ったわけです(スライド15)。石井先生が定年でお退きになった後、西澤寛俊先生が入り(スライド16)、平成21年の改選で安達先生、鈴木先生、嘉山先生が入りました(スライド17)。この時、日本医師会は反対しました。今度副会長になられた中川常務理事が「中医協法に違反している。地域の医療を代表している日本医師

中医協委員 H18

平成18年 4月19日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	青柳親房 対馬忠明 小島茂 勝村久司 宗岡広太郎 大内敦正 飯塚孜 松浦聡明	社会保険庁運営部長 健康保険組合連合会専務理事 日本労働組合総連合会生活福祉局長 日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連帯会」委員 株式会社日立製作所取締役監査委員 全日本海員組合中央執行委員 株式会社船船三井顧問 香川県坂出市長
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	竹嶋康弘 鈴木久夫 飯沼雅朗 石井暎禧 遠見公雄 黒崎紀正 渡辺三雄 山本信夫	日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本病院会常任理事 全国公私病院連盟副会長 日本歯科医学会副会長 日本歯科医師会常務理事 日本薬剤師会副会長
3. 公益を代表する委員	◎土田武史 遠藤千英 窪谷英 小林麻理	早稲田大学商学部教授 学習院大学経済学部教授 神奈川県立保健福祉大学顧問 早稲田大学大学院公共経営研究科教授
4. 専門委員	針ヶ谷照夫 大島伸一 向田孝義 仲谷博明 渡辺自修 山崎正俊 松本晃 小野孝喜 岡谷恵子 白石小百合	群馬県板倉町長 国立長寿医療センター総長 アステラス製薬株式会社常務執行役員 武田薬品工業株式会社業務統括部主幹部員 株式会社メディオホールディングス代表取締役社長 旭化成メディカル株式会社顧問 ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社代表取締役社長 株式会社ムトウ取締役副社長 日本看護協会専務理事 帝塚山大学経済学部教授

スライド15

会から1人も入っていない」と言うわけです。足立政務官は第1回の会で「日本の医療の現状を反映するメンバーにしました」と言いました。まず、病院枠を増やし、今困っている大学病院から入れた。

(参考) 中央社会保険医療協議会委員名簿
(平成16年12月21日現在)

代表区分	氏名	現役職名
保険者、被保険者、事業主等を代表する委員	青柳親房 対馬忠明 小島茂 宗岡広太郎 大内敦正 飯塚孜 松浦聡明	社会保険庁運営部長 健康保険組合連合会専務理事 日本労働組合総連合会生活福祉局長 (日本労働組合総連合会) 株式会社日立製作所取締役監査委員 全日本海員組合中央執行委員 国際エネルギー輸送株式会社代表取締役社長 香川県国民健康保険団体連合会監事
医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	櫻井秀也 松原二 青木謙重 野中博 野中博 佐々木正 黒崎紀正 漆畑稔	日本医師会副会長 日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本医師会常任理事 日本医師会(全日本病院協会会長) 日本歯科医学会副会長 (日本歯科医師会) 日本薬剤師会副会長
公益を代表する委員	◎星野進保 村田幸子 土田武史 (欠)	総合研究開発機構客員研究員 ジャーナリスト 早稲田大学商学部教授

スライド14

中医協委員 H19

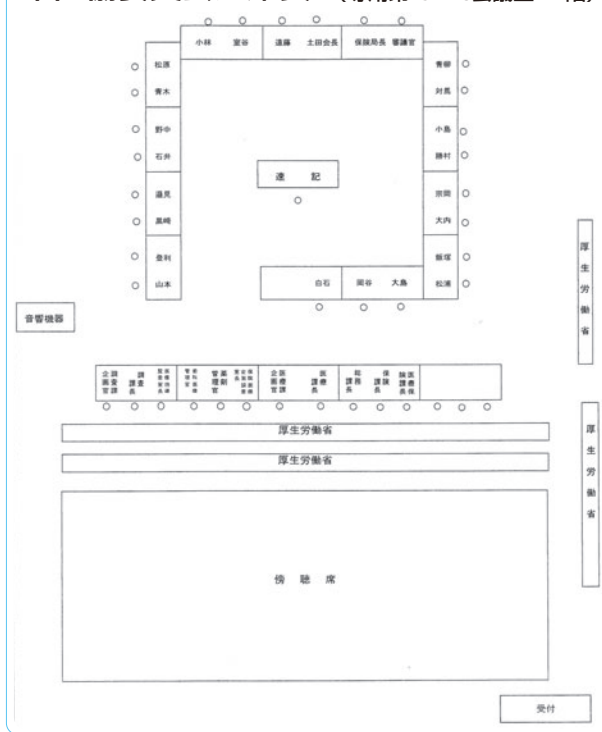
平成19年10月3日現在

代表区分	氏名	現役職名
1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	石井 博史	社会保険庁運営部長
	対馬 忠明	健康保険組合連合会専務理事
	小島 茂	日本労働組合総連合会生活福祉局長
	勝村 久司	日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員
	丸山 誠	日本経団連社会保障委員会医療改革部会部会長代理
	高橋 健二	全日本海員組合中央執行委員
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	鈴木 康弘	日本医師会副会長
	鈴木 満	日本医師会常任理事
	中川 俊男	日本医師会常任理事
	西澤 克俊	全日本病院協会会長
	邊見 公雄	全国公私立病院連盟副会長
	渡辺 三雄	日本歯科医師会常務理事
3. 公益を代表する委員	遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
	小林 麻理	早稲田大学大学院公共経営研究科教授
	白石 小百合	横浜市立大学国際総合科学部教授
	土田 武史	早稲田大学商学部教授
	前田 雅英	首都大学東京都市教養学部長
	室谷 千英	神奈川県立保健福祉大学顧問
4. 専門委員	坂本 昭文	鳥取県南部町長
	大島 伸一	国立長寿医療センター総長
	向田 孝義	アステラス製薬株式会社常務執行役員
	長野 明	第一三共株式会社常務執行役員(信頼性保証本部長)
	渡辺 自修	株式会社メディアセオ・パルタックホールディングス取締役会長
	松村 啓史	テルモ株式会社取締役常務執行役員
	松本 晃	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社代表取締役社長
	小野 孝喜	株式会社ムトウ取締役副社長
	古橋 美智子	日本看護協会副会長
	黒崎 紀正	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授

◎印：会長

スライド16

中医協委員会座席表 (専用第18~20会議室 17階)



スライド18

そして、日本医師会でなく都道府県医師会から選んだ。現場に近い人たちを選んだのです。都市型の医師会から1人、地方医師会から1人、地方の郡部の農村型の医師会から1人です。

スライド18は中医協の委員会座席表です。石井先生と私は常にメディアに映る席だから、うっかり居眠りもできない場所です。

スライド19は部会構成です。私ははじめ、診療報

中央社会保険医療協議会委員名簿 (改選後)

平成21年.12.9

1. 健康保険、船員保険及び国民健康保険の保険者並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する委員	小林 剛	全国健康保険協会理事長	※ 新任 △ 再任
	※ 白川 修二	健康保険組合連合会常務理事	
	※ 中島 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長	
	勝村 久司	日本労働組合総連合会「患者本位の医療を確立する連絡会」委員	
	北村 光一	日本経団連社会保障委員会医療改革部会部会長代理	
	△ 高橋 健二	全日本海員組合中央執行委員	
2. 医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員	伊藤 文郎	愛知県津島市長	4. 専門委員
	※ 安達 秀樹	京都府医師会副会長	
	※ 嘉山 孝正	山形大学医学部長	
	※ 鈴木 邦彦	茨城県医師会理事	
	△ 西澤 寛俊	全日本病院協会会長	
	△ 邊見 公雄	全国公私立病院連盟副会長	
3. 公益を代表する委員	渡辺 三雄	日本歯科医師会常務理事	藤原 忠彦 長野県川上村長 △ 長野 明 第一三共株式会社常務執行役員信頼性保証本部長 △ 福宜 寛治 武田薬品工業株式会社コーポレートオフィサー業務統括部長 △ 松谷 高顕 東邦ホールディングス株式会社代表取締役会長 △ 松村 啓中 テルモ株式会社取締役専務執行役員 △ 松本 晃 前ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社最高顧問 △ 森 清一 株式会社エムシー代表取締役社長 坂本 すが 日本看護協会副会長 住友 雅人 日本歯科大学生命歯学部教授・学部長 ※ 北村 善明 日本放射線技師会会長
	※ 三浦 洋嗣	日本薬剤師会理事	
	牛丸 聡	早稲田大学政治経済学術院教授	
	遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授	
	小林 麻理	早稲田大学大学院公共経営研究科教授	
	※ 関原 健夫	財団法人日本対がん協会常務理事	
白石 小百合	横浜市立大学国際総合科学部教授		
森田 朗	東京大学大学院法学政治学研究科教授		

スライド17

部会構成

1. 診療報酬基本問題小委員会
2. 調査実施小委員会
 - 慢性期入院医療の包括評価調査分科会
 - DPC評価分科会, 医療技術評価分科会 等
3. 薬価専門部会
4. 保険医療材料専門部会
5. 診療報酬改定結果検証部会 (H17年9月27日新設)

スライド19

中医協でのスタンス

1. 医師ではあるが病院の代表
2. EBP (Evidence Based Payment) or EBR (…………… Reward)
3. 物から技へ, 技からシステムへ
4. 光りの当たっていない分野を重視
5. 公益委員や支払い側委員の理解

スライド20

中医協の変化

1. 役割の変化
2. メンバー構成の変化
3. 開かれた会議
(公聴会, パブリックコメント)
4. 公益の強化の先取り
(対立意見のまとめ; 例 領収書, 処方箋)

変えてはいけないもの
当事者決定方式 (他の審議会と異なる)

スライド21

主要4視点

- ◆ 患者の視点からわかりやすく, 患者の生活の質 (QOL) を高める
- ◆ 質の高い医療を効率に提供するために, 医療機能の分化・連携を推進する。
- ◆ 今後, 重点的に対応すべき領域の評価
- ◆ 医療費の配分の中で, 効率化余地があると思われる領域の評価

スライド22

酬基本問題小委員会に入れてくれと言ったのですが、なかなか入れてくれなくて、一晩けんかして石井先生だけがやっと入れたのです。日本医師会が少しでも病院のことを考えていたら、診療側委員に病院団体の代表を2人入れない、自分たちだけで3人を独占するということはありません。日本医師会は、はじめから我々が来るのが嫌で嫌でたまらないのです。

私をはじめで中医協に行ったとき、自分の立場は妻の子だと思いました。日本医師会は自分の分け前が減ると思って困っているわけです。支払い側はまた、金の要るややこしい奴が来たと思っている。両方から嫌われるわけです。

●中医協での私のスタンス

(スライド20) 中医協での私のスタンスは、医師の代表ではなく30近い職種が働く病院の代表だということです。だから、医療の安全にとって大事な役割を果たしている臨床工学士の意見も申しあげました。病診連携・病病連携・地域医療連携のキーパーソンであるMSWの意見も申しあげました。“3年先の稽古”と相撲では言われますが、やっと今回の改定で、チーム医療やMSWについての記述が入りました。

私は、エビデンス・ベースド・ペイメントがほしいと申しあげました。我々はエビデンス・ベースド・メディスンをしているのだから、報酬もエビデンスに基づいてほしいということです。入院基本料はなぜこの値段か、ということをちゃんと説明してほしいということはずっと申ししてきました。

物から技へ, 技からシステムへの転換をお願いしたいとも言いました。もう物の時代は終わった。薬を売っていくらという時代ではありません。提供するの技術と、さらにシステムです。システムとは、患者さんが来ても来なくても常に受け入れる体制をとっているということです。日本は戦後1回も戦っていないのに防衛費に5兆円を使っています。それは攻められたときに必ず守るという保障のコストです。同じように、救急車が来れば必ず受け入れるという約束をした救急病院にはお金を払うという認識が必要なのではないかと主張しました。

それから、光の当たっていない分野を重視するという立場です。手術や分娩などです。

●中医協の変化と、主要4視点

スライド21のように、中医協にも変化が現れてきました。

各論：患者の視点からわかりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める

- ◆ 積極的な医療情報提供
- ◆ わかりやすい診療報酬体系（指導料，管理料）
- ◆ 内容のわかる領収書の発行，診療報酬体系の簡素化
- ◆ 患者のQOLを高めるため，不適切な食生活，運動不足，喫煙等による生活習慣病の重症化対策

スライド23

スライド22に示してあるのは、患者の視点をはじめとする主要4視点です。これは、3回の改定で一貫しています。

スライド23は、そのうちの「患者の視点からわかりやすく」という視点についての各論です。積極的な医療情報提供などが提唱されています。

スライド24は、「医療機能の分化・連携を推進」についての各論です。シームレスな医療などが目指されています。

スライド25は、「重点的に対応すべき領域」についての各論です。IT化の推進や医療の安全性のコストについての検討、新しい医療技術の扱いなどが検討課題となっています。

スライド26は、「効率化の余地があると思われる領域」についての各論です。コンタクトレンズ診療、かかりつけ歯科医の評価、後発品の使用促進などが効率化の課題です。

●公聴会発表者に病院関係者も

（スライド27）ここ3回の改定では、いずれも公聴会を開いています。横浜，前橋，福島などで開催しました。私は、本当は財政破綻した夕張や医療過疎の島嶼部などで開くべきだと思っています。“現場に出て、現物を見て、現実的に考える”，京都大学学派が重視する三現主義です。京都大学には、ずっとアフリカでゴリラばかりを調査して、もう5年くらい日本に帰っていないけれど大学から給料をもらっているという私の友人もおります。やはり現場に行かないとわかりません。支払い側委員も公益委員も、ICUなどを全然知りません。ぜひ、そういう現場を見せたほうが良いと思います。

（スライド28）公聴会の意見発表者はくじ引きで決めたというのですが、三師会からはそれぞれ1人ずつ選ばれ、病院会からは選ばれませんでした。しかも病院関係者はどこにも入っていませんでしたの

各論：質の高い医療を効率に提供するために医療機能の分化・連携を推進する

- ◆ 地域の医療機能の分化・連携を促進，急性期から回復期，慢性期を経て在宅療養への切れ目のない流れをつくり，在院日数の短縮をはかる。
- ◆ 高齢者が住みなれた家庭や地域で療養しながら生活を送れ，身近な人に囲まれて在宅で最後を迎える選択も可能なように支援していく体制づくり。介護保険との役割分担，在宅医療，終末期医療の評価。
- ◆ 平均在院日数の短縮を促す入院医療の評価や急性期入院医療におけるDPCの対象病院の拡大
- ◆ 病院と診療所の初再診療の格差の問題，外来医療に対する評価のありかた。

スライド24

各論：重点的に対応すべき領域の評価

- ◆ 産科や小児科，救急医療の確保
特に休日，夜間等における医療機関の連携体制
- ◆ IT化の推進
- ◆ 医療の安全性のコストに対する診療報酬上の検討
- ◆ 新しい医療技術についての適切な保険導入の検討

スライド25

各論：医療費の配分の中で、効率化余地があると思われる領域の評価

- ◆ コンタクトレンズ診療，慢性期入院医療の評価，外来医療における不適切な頻回受診
- ◆ かかりつけ歯科医，かかりつけ薬局の本来の主旨に基づいた適正な評価
- ◆ 後発品医薬品の使用促進のための環境整備

スライド26

◆ 中医協公聴会開催

第1回：1月27日 横浜
意見発表者を公募し，意見を聞く
傍聴者は事前申込制

- ◆ 結果検証部会（公益委員と専門委員のみ）
改定の実際の効果の検証

スライド27

H18年の公聴会の意見発表者

於：横浜市教育会館

1. 支払い側：ST氏（日産自動車健康保険組合）
2. 支払い側：MY氏（連合神奈川）
3. 支払い側：FY氏（東芝部長付き）
4. 診療側：HY氏（海老名市医師会役員）
5. 診療側：UF氏（東京都歯科医師会役員）
6. 診療側：TH氏（神奈川県薬剤師会役員）
7. 公益側：I氏（呼吸器疾患患者団体）
8. 公益側：E氏（病院管理部）
9. 公益側：S氏（パーキンソン病友の会）
10. 公益側：S氏（保険医団体）
11. 公益側：T氏（管理栄養士）

スライド28

で、公益側ということで、病院管理部の方をなんとか入れてもらいました。

●平成18年に中医協で激論が交わされた項目

スライド29に示したのは平成18年に激論が交わされた項目です。

スライド30には、最後まで対立が残った項目を示しました。最近、公益委員の意思表示が鮮明になってきています。昔は1号委員と2号委員の意見が対

H18年に激論が交わされた項目

1. 明細のわかる領収書
2. 新しい処方せん様式
3. ニコチン依存症
4. 慢性疾患指導・管理料
5. IT加算
6. 医療安全
7. 褥瘡対策
8. 再診料の病診格差
9. 紹介状のない病院初診料の特定療養費化
10. DPC

スライド29

最後まで対立した項目

1. 医療費の内容のわかる領収書
2. 禁煙指導の保険導入
3. 褥瘡管理の評価（コメディカルの初の評価）
4. 後発医薬品の促進（新しい処方せん様式）

公益委員メモに沿ってまとめる

スライド30

立した場合は、公益委員はその間をとるような、玉虫色の判定をすることが多かったのですが、今は行司の軍配と同じで、東方か西方かに必ず手を挙げるようになっていきます。それはいいことだと思います。

■平成22年改定について

平成22年の改定について説明します。

スライド32は民主党の政策集INDEXですが、総医療費対GDP比をOECD平均まで引き上げるとか、地域医療を守る医療機関の入院については診療報酬を増額するとか、4疾病5事業を中核的に扱う社会保険病院や厚生年金病院も含めた公的病院は潰さないとか、いろいろと言っています。中医協の構成・運営の改革を行いますとも言っていました。

今回の中医協委員改選にあたって、政府与党から、中医協の改革についての意見を求められました。私は今回はたぶん選ばれないだろうと思って、好きなことを書きました。ところが蓋を開けてみると委員に選出されたので未だに不思議です。

私は今回、中医協委員に選ばれたとき、病院にも迷惑をかけるから断ろうかと思ったのですが、市長

2009. 8. 30 政権交代

中医協の見直し

スライド31

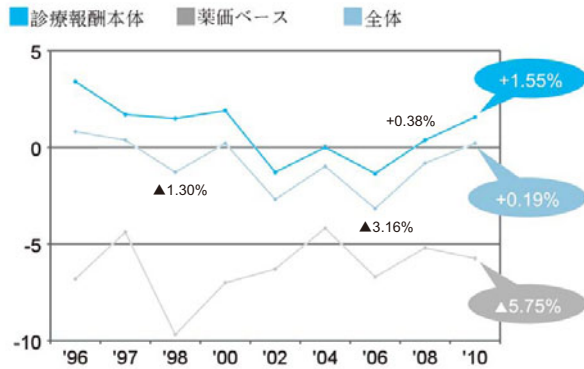
民主党政策集 INDEX 2009 (抜粋)

● 地域医療を守る医療機関を維持

- 総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで今後引き上げ
- 医師確保などを進め、看護師、医療クラーク、医療ソーシャルワーカー、医療メディエーター、補助者などの増員
- 地域医療を守る医療機関の入院については、その診療報酬を増額します。その際、患者の自己負担が増えないようにします。
- 4疾病5事業を中核的に扱う公的な病院（国立・公立病院、日赤病院、厚生年金病院、社会保険病院等）は政策的に削減しません。
- **中医協の構成・運営等の改革を行います。**

スライド32

改定率の推移



スライド36

外来改定財源 400億円

- 再診料 (病院60点 診療所71点)
 - 病院1点 約20億円
 - 診療所1点 約100億円
 - 総額 約8600億円 (病院約1400億円, 診療所約7200億円)
- 外来管理加算 (52点)
 - 病院1点 約10億円
 - 診療所1点 約40億円
 - 総額 約2700億円 (病院約500億円, 診療所約2200億円)

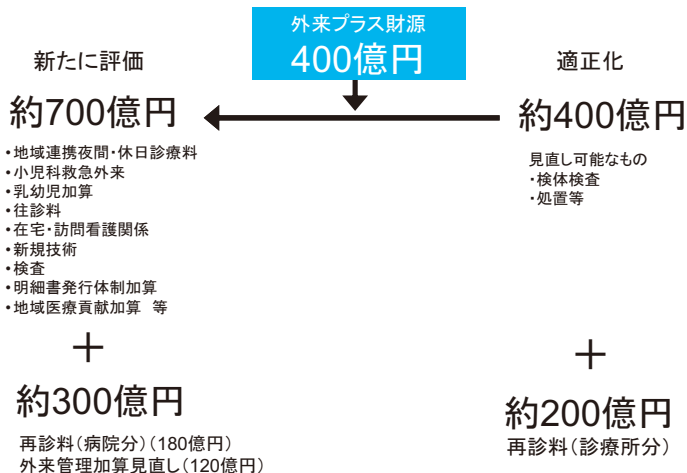
○再診料の設定ごとの影響額 (イメージ)

再診料	総額	病院	診療所
71点	220億円	220億円	0億円
70点	100億円	200億円	▲100億円
69点	▲20億円	180億円	▲200億円
68点	▲140億円	160億円	▲300億円
67点	▲260億円	140億円	▲400億円
66点	▲380億円	120億円	▲500億円
65点	▲500億円	100億円	▲600億円
64点	▲620億円	80億円	▲700億円
63点	▲740億円	60億円	▲800億円
62点	▲860億円	40億円	▲900億円
61点	▲980億円	20億円	▲1000億円
60点	▲1100億円	0億円	▲1100億円

5分間要件
・複数科受診

スライド37

外来に関する財源



スライド38

した。歯科はワーキングプアといわれる
 年収300万円以下の方が大勢います。だ
 から、当然上がるべきだったと私は思っ
 ています。

入院と外来が分けられ両者に差がつい
 たことが少し残念ですが、外来もマイナ
 スではなくプラスです。

(スライド36) 診療報酬は図のようにど
 んどん下げられ、この10年間で、単純足
 し算で7.8%、複利計算では10%下がっ
 たと言われています。

(スライド37) 再診料は69点となりま
 した。診療所の71点と病院の60点の間
 のどこに設定するかですが、中医協委員
 の安達秀樹先生と足立信也政務官の努力で
 、ここまで来ました。

スライド38の図は、外来に関する財源
 を大まかに示したものです。図の右上に
 あるように、検体検査の見直しなどの適
 正化で約400億円が浮きます。右下の診
 療所の再診料の改定で約200億円——診
 療所はスライド37に書いたように1点で
 約100億円下がります、これに外来プラ
 ス財源400億円を合わせて約1,000億円
 になります。スライド38の左下は病院分
 の再診料や外来管理加算の見直しで約300
 億円です。左上が、新たに評価される部
 分で約700億円です。これで小児科救急
 外来や乳幼児加算などを評価します。日
 本医師会は、救急は入院に結びつくから
 入院医療に含めるべきだと言ったので
 すが、厚労省はそれには乗りませんでした。

スライド39, 40に示したのは平成22年
 度の入院についての改定の目玉です。
 「補助」という言葉が出てきますが、こ
 れは病院が無資格者を雇えということ
 です。戦略的成長産業の核としての医療に
 、いまや5.1%を超える失業者の方々をお
 雇いください、というのです。だから、
 例えば「この看護補助加算のほうの研修
 はどうしたらいいのですか」と厚労省に
 聞いたら、「アラームが鳴っているのを
 『うるさい』と言って消さない程度でけ
 っこうです」と答えます。これはマナー

です。その程度でいいわけですから、誰でもいいから雇ってくださいということです。

ところが、自治体病院というのは石頭が多いのです。自治体病院はきわめて宝塚的で、「清く」「正しく」「美しく」という人ばかりです。だから、研修はそんなものでいいのですかと聞くと、事務方は「やっぱりちゃんとやってください」と言うわけですね。

しかし、厚労省の幹部に聞くと、「そういうバカな質問はしないでくださいと指導してください」と言います。だから、皆さんもそういうバカな質問はしないでください。黙って、付けてくれたものはもらってください。スライド39のいちばん下の項目に「チーム医療の評価」とあり、こちらでちゃんとした研修を受けた人を雇っていただいたらいいのです。

スライド40は、今回の改定の重点項目です。

■私が中医協へ出て考えたこと

スライド41は、私が中医協へ出て考えたことです。まず、医療界が対する相手はものすごく大きいわけですね。経団連あり、連合あり、協会けんぽあり、大手製薬会社ありで、大物がそろっているわけですね。医療界が、やれ診療所だ勤務医だと分かれていたら、絶対に勝てません。医療界の側に、三師会だけでなくいろいろな人を入れなければいけません。200万人の会員がいる看護協会、患者会、さらに地域住民も入れなければなりません。

そして、病院勤務者ももっとコスト意識を持たなければいけない。自分のやっている手術の点数を知らない外科部長、高いディスプレイのものを捨てまくっているナース、こういうのは駄目です。私の友だちのある医師会の幹部は、そういう人たちに対して「あなた方は、我々が血と汗と涙で勝ち取った診療報酬の上に薩摩守だ」と言います。薩摩守^{ただのり}は、平家物語をお読みの方はご存じのとおり平忠度、ただ乗りしているというわけですね。そう言われたら何の反論もできません。我々ももっとコスト意識を持たないとはいけません。

日本医師会にも変わってほしいと思います。病院が苦しいのを知って知らないふりをしているのだったらそれはずるいし、知らないとすれば大バカです。私は日本医師会にそう言っているのですが、「先生の誤解です」と言う。どこが誤解かちゃんと証明し

H22年度改定の目玉 I (入院)

- 急性期看護補助加算
 - 7対1, 10対1に拡大
- 医師事務作業補助体制加算の拡充
 - 点数アップ, 範囲拡大 (15対1, 20対1新設)
- 入院時早期加算
 - 14日以内の期間の加算 428点 → 450点
- 10対1入院基本料
 - 看護必要度加算 5点
- 夜勤72時間ルールの緩和
- 在宅療養支援病院の要件緩和
- 有床診療所の評価
- チーム医療の評価

スライド39

H22年度改定の目玉 II (重点項目)

- 産科・周産期
- NICU
- 手術 (1,500億円アップ)
- がん
- 認知症
- 在宅医療
- 医療安全

スライド40

中医協へ出て考えたこと

- ◆ 総資本+総労働 対 医療界
- ◆ 診療所医師と勤務医は前衛と後衛、
フォワードとバックス
- ◆ 三師会から全医療界へ
- ◆ 変わらなくっちゃ、病院勤務者
- ◆ 変わらなくっちゃ、日本医師会

スライド41

中医協の今後の在り方

- ◆ お仕着せからの脱却 (テーマ提出)
- ◆ 持ち越し議論の解決
 - 技術と物の分離
 - 入院基本料とは
 - 地域特性
 - 複数科受診の評価
- ◆ 消費税
- ◆ 医療職の職掌

スライド42

てほしいものです。日本医師会は何も病院に対して良いことしていません。

■中医協の今後の在り方

(スライド42) 中医協の今後の在り方について考えてみたいと思います。まず、これからはお仕着せから脱却することです。テーマは我々委員が決めます。月に1回は厚労省の言うとおりの議論をしますが、月に1回は我々がテーマを提出し、データも提出します。これは嘉山先生が主張したのです。嘉山先生についてははじめは変な奴が来たなあと思ったのです。後ろから鉄砲を撃ちまくるのです。「先生の発表は中学生の論文で感想文のような発言が多いです」と言うのです。「もっとデータに基づく発言をしないとイケない」と言われてしまいました。彼は学者だから、学会での発表に慣れているから、そう感じたのでしょう。

私は経験でものを言うのです。エビデンス・ベースドではなくて、エクスペリアンス・ベースド・メディスンなのです。同じEBMでも、彼とは違うのです。私はデータがないからしばらくしゃべれなくなりまして、これは困ったなあと思っていた。ところが、彼の話もよく聞いてみると、弱いところがいっぱいあるのです。数字ばかりを並べるけれど裏づけがなかったり、間違った数字を言ったりもします。私が出たことを申しあげたら、彼も現場思い、患者思いの非常に良い人だということがだんだんわかってきて、「これは協力できるな」と思うようになりました。今、彼の強いところ、弱いところと私の弱いところを合わせて、一緒にがんばっております。

その嘉山先生が、中医協の「お仕着せからの脱却」を言いだして、そのようにやろうということになっています。

■赤穂市民病院での試み

スライド43は、私の好きな字です。私の解釈ですから間違っているかもしれませんが、「医」とは「矢」の傷を3つの職種——医師、薬剤師、看護師——のチーム医療で治すということです。今は職種が30にもなったので、「矢」を包み込む円の切れ目が減りましたが、完全なサークルにはならないわけです。それが医療紛争の原因でもあり、逆に言えばノーベル賞のチャンスも残っているということです。

チーム医療

医 から 矢 へ



スライド43

ある病室のベッドネーム

R 776	外科 Dr 寛光 Dr 村上	整形 Dr 阿河 内科 Dr 高原典
Phr 樋本	邊見 公雄 様 入院 2002年〇月〇日	Ns 吉田 Ns 前川
P.T. 鎌谷		N.T. 小林

スライド44

医局の扉の裏側



スライド45

その「医」という字を、私の下手な毛筆で外来に飾っております。もちろん、サークルは完全には閉じていません。これは本人の気力か、家族の支え、神仏の力、運などがあるためです。隣の説明書きに「丸くなってしまおうといいですね」と書いています。

しかし、私が本当に言いたいのは、この余白にあります。完全に閉じるまでは、当院で起こった一切の医療事故にはまったく責任を負いませんと言いたいのです。救急というのはそういうものです。死にかけの人が来るし、何をやっても死ぬ人は死ぬのです。

忘れもしません、お正月の3日に、大阪から岡山の最上稲荷へ行った人が、戻りの山陽高速道路で亡くなりました。朝、元気で家を出た人が突然死んだわけですから、家族はめちゃくちゃです。「こんな小さい病院に入ったから死んだんだ」といった暴言を、本当なら自分が晴れ着を着て初詣に行ってもいい歳の看護師たちが一所懸命やっているところで、吐くわけです。見てられませんでした。

こういうのが日本の医療の現場なのです。本当に救急をやりようと思ったら、それを受け入れる覚悟が必要です。速球投手の向こう傷が被ホームランです。三振をとりについて打たれるのは仕方ありません。ホームランを打たれなくなったら敬遠したらいいのです。病院も、救急車はみんな断ったらいいのです。そういうのが日本の医療を悪くしているのです。

（スライド44）私が今日の帰りに交通事故に遭ったら、こういう人たちが私の主治医団になってくれるということが決まっています。私が一番、好きな人を選んだというわけではないですが。

公立病院は非効率だと言われるので、うちの病院では医局のドアの後ろに絵を掲げることにしています（スライド45）。右上は病室に空床が目立つ日です。私が泣いています。左下はそれなりにベッドが埋まっている日です。右下は満床のときです。今日、院長はどういう気持ちでいるのかがわかるわけです。今日は院長が泣いているから、少し患者さんを入院させてやろうと思ってくれないと困るわけです。そうしないと良い病院にはならないわけです。1円の黒字でいいのですから。

公立病院は非効率だと言われるので、うちの病院では医局のドアの後ろに絵を掲げることにしています（スライド45）。右上は病室に空床が目立つ日です。私が泣いています。左下はそれなりにベッドが埋まっている日です。右下は満床のときです。今日、院長はどういう気持ちでいるのかがわかるわけです。今日は院長が泣いているから、少し患者さんを入院させてやろうと思ってくれないと困るわけです。そうしないと良い病院にはならないわけです。1円の黒字でいいのですから。

明るい萌芽

●サポーターとしての地域住民運動

1. 離島・隠岐の医療を考える会（島根県）
2. 地域医療を育てる会（東金市）
3. 西脇小児医療を守る会（兵庫県）
4. 県立柏原病院の小児科を守る会（兵庫県）
5. 市立病院は市立のままで充実させる市民の会（京都市）
6. 筑西市民病院を『公立』のまま存続させる市民の会（茨城県）
7. 雲南病院を支えよう市民の会（島根県）
8. 周桑病院を守り充実させる会（愛媛県）
9. 山田病院と地域医療を守る会（岩手県）
10. 「延岡市の地域医療を守る条例」（宮崎県） ☆全国初
11. 三好病院を応援する会（徳島県）
12. 地域の医療を守る住民の会（秋田県）
13. 小児医療を考える会（熊本県・山鹿市）
14. 有田をよくする会（佐賀県）
15. 春日部市立病院の充実と小児科・産科の再開をめざす市民の会（埼玉県）
16. 留萌がんばる会（北海道）
17. 南檜山の医療を考える草の根の会（北海道）
18. 安心して安全な出産ができる環境を考える会（長野県・伊那市）
19. 地域医療を守る会（徳島県）
20. 大和病院の存続・充実を願う会（山口県・光市）
21. 市立病院を守り育てる会（島根県・大田市）

●増える寄付行為

スライド46

ただ、組合の人が「院長が笑っている日は、職員が泣いている日ですね」と言いやがる。「何を言うんだ、お前アホか！」って答えました。「私は君たちのために、朝から晩まで働いとるんだ。本当に笑ってるのだったら、朝からゴルフに行行って、お前なんかの顔なんか見たくもない！」って、言ってやりました。まあ、そうこう言い合っているうちに、だんだん仲良くなって、最近ではそんなアホなことを言う人は少なくなりました。

■明るい萌芽

最後に、明るい芽生えの話題をしたいと思います。

●サポーターとしての地域住民運動

（スライド46）最近、サポーターとしての地域住民運動が起こっているところがあります。例えば県立柏原病院かいばらの小児科を守る会です。兵庫県の丹波ささやまの篠山の近くに柏原かいばらという町があります。人口4万

くらいの小さい町です。その小児科医が4人から1人になって、部長の和久祥三先生もやめようとしていました。そんなある日の朝、小児科の前の待合室で、だれかが「この小児科の先生、いつも眠そうな顔をしているね。こんな先生早くやめるか替えてほしいね」と言ったそうです。その前を通りかかったお母さんが、「あんだ、何を言うとの。あの先生、昨夜うちの子のために一晩寝んと働いてくれたんよ。何か前の日もそんなだったみたいよ。あんだ、2日も寝んで眠くない顔できる？」って言ったそうです。そうしたら、その人も心のある人だったらしく、「えらいことを言うてしめた」と。「私、そんなこと知らなかった。でもこの町の人、みんなそう思うてるよ。みんなに知らせなあかんねえ」というので小児科を守る会をつくって、病気が治ったら主治医の先生に「ありがとうレター」を書いて、子どもに絵を描かせて出すとか、市長に提出するための署名を集める運動を始めたとかしました。人口4万の地域で7万の署名が集まったそうです。

そして、そのことを知ったやめた医師1人が戻ってきて、和久先生も残ることになりました。それが『神戸新聞』に出たものですから、派遣元の神戸大学の松尾雅文教授が大学の医師2人を送って4人になり、今度は全国版で報道されて、ブログを見た人が1人加わり、5人になりました。医者というのは良い意味でも非常識な人ばかりですから、お金のことなどでは動かない。やりがいのある所に来るわけです。この運動は非常にうまくいきました。

●亡くなられた方からの寄付が増加

明るい萌芽のもう1つは、寄付の増加です。うち

の病院は、寄付行為が大変増えました。亡くなった方の遺族からもたくさん寄付が来ました。亡くなった人から寄付がもらえるというのは、受付の人からナース、主治医はもちろん、見送りのときに納棺した人、お見送りの人、みんなが良かったということです。野球でいえばパーフェクトゲーム、相撲でいえば全勝優勝です。

こういうこともあったので、私も「もう病院を辞めてもいいかなあ」と考えるようになりました。寄付の増加が病院を辞めるきっかけになりました。安心して辞められるということです。そのぶん、東京であとひと踏ん張りしようかと思っています。

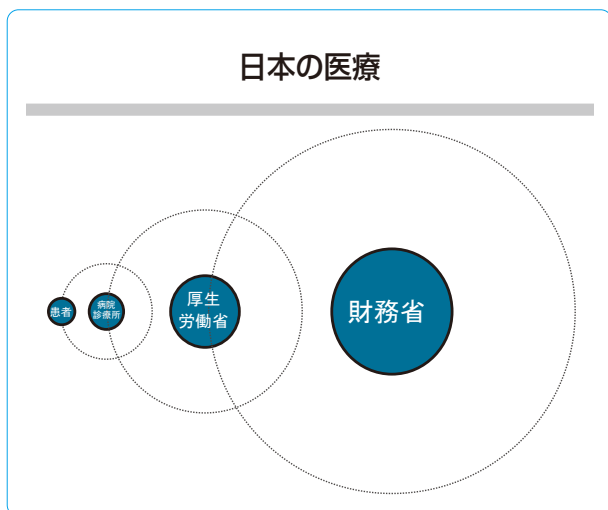
やはり、野球のファンクラブ、サッカーのサポーター、相撲のタニマチなどのように、地域住民が「医療こそ、我々が支えるべき地域の文化だ」と思うようにならなければ、この国の医療は再建不可能ではないかと私は思っています。

■理想の医療は

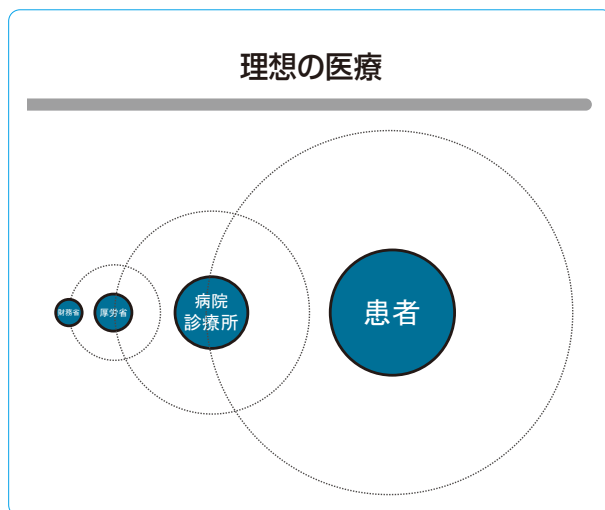
(スライド47) 日本の医療はあまりにも財務省が強すぎます。厚生労働省に「こうしろ、ああしろ」と指図して医療費を抑えようとしています。図のように、我々病院は、それに振り回され、患者は蚊帳の外です。これはコペルニクス以前の天動説です。

(スライド48) 本来は、患者の周りを我々、病院関係者がクルクル回って、それを厚生労働省が「こうしたらどうか」と指導をし、財務省は「必要なお金は出すよ」という裏役に徹しなければいけないのです。

先日、冥王星が太陽系の惑星という位置づけから



スライド47



スライド48

駆逐されました。いずれの日にかご紹介するスライドからは、財務省も駆逐しようかと私は思っております。そういう日がぜひ来ることを願っております。

(スライド49) いずれにしても、良い医療をやること、効率的にやること、地域住民と共にやることです。それを実践すれば、病院の設立母体が公であろうが民間であろうが、医療というのは非常に良い産業になっていくと信じています。

医療に従事する人は、検挙されるような一番悪い人でも経済界に行ったら中の上だと私は思っています。政界へ行ったら上の上だと思います。ぜひ、医療界の人たちがハッピーになるような世の中が早く来ることを願っております。

散漫な話でございましたが、ご清聴ありがとうございます。

堺会長 邊見先生、どうもありがとうございます。「よい医療を効率的に 地域住民と共に！」と

「よい医療を効率的に地域住民と共に！」

Exciting medicine & dramatic hospital



赤穂市民病院 邊見公雄

スライド49

いうことで、日本病院会に対するあたたかいメッセージを送っていただいたと思っています。先生は本当に長い間、現場の医療に基づいた発言をしてきてくださいました。これからもますますがんばっていただきたいと思っています。相変わらず日本病院会に、いろいろなご助言、ご指導を賜りたいと思っています。

病院の国際認証に関する 世界的傾向と亀田病院の体験

医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター
特命副院長・国際関係部 部長

ジョン・ウォーカー

10年前、『日本病院会雑誌』1999年7月号 Vol. 18に、私の“Hospital Accreditation in Japan Long Overdue?”「待望された日本の病院認証」と題した記事が掲載されました。その中で、影響力のある第三者機関による、独立した病院評価が日本国内ではなかなか確立されないことを憂いました。日本における病院認証の背景を理解するためには、ぜひこの記事をご参考にしていただきたいです。河北博文先生が、1991年に米国のJCAHO (The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) を公式訪問される前、すでに国内での病院評価に向けたいくつかの活動は始まっていました。



1987年の、東京 JCAHO 研究会 (the Tokyo JCAHO Research Group) の発足が、効果的な病院評価の普及に向けた動きの発端となり、1990年には、この会から Japan Hospital Quality Assurance Society (JHQAS) の創立へとつながっていきました。これ以前の1987年には、全国の病院は、厚生省が公表した自己評価マニュアルである「病院機能評価マニュアル」を用いて自己評価を行いました。それはあまりにも主観的な評価に思えました。私が所属する亀田メディカルセンターは、1990年当時、外部団体による評価を要望する約60の病院が参加した JHQAS の初期会員病院の1つでした。



1995年には、厚生省が日本病院会及び日本医師会と共同して、財団法人日本医療機能評価機構 (JCQHC)

を立ち上げました。JCQHCは、日本国内で唯一の公的な病院認証組織であり、前述の記事を執筆した1999年当時、亀田メディカルセンターを含む合計186の病院が、認定を受けておりました。JCQHCの設立後10年が経ち、認定業務の開始から8年経った2005年の5月には、日本全国にある全病院9,239のうち、全体の約16%に相当する約1,500病院が調査を受け、認定を得ました。JCQHCのホームページによりますと、現在、計8,766病院のうち計2,556の病院が認定済みであり、これはかなりの拡大であるようですが、まだ日本の病院の30%に満たない数でしかありません。特定機能病院を対象とした2003年のDPC制度の導入は、優れた病院が認定を受けるよききっかけとなったことに疑いありません。そして受けた病院のほとんどが、現在認定を取得しております。今日では日本では病院数が減少しているため、認定を受けている病院の割合も、2005年当時と比べて少し高くなっています。



筆者の記事が『日本病院会雑誌』に掲載されてからの10年間で状況は大きく改善されてまいりましたが、それは余りにも遅い歩みでした。医療の質を評価することはできないという神話は、10年前も今現在も存在しております。完璧な評価ではないかもしれませんが、質を評価するための基準に基づいた数多くの実例が存在しております。日本の病院の中には、提供する医療の質と医療提供の安全性を高めるために、さらなる取り組みを始めているところもあ

ります。



亀田メディカルセンターでは、ISO（国際標準化機構）のISO9001をとりいれています。さらに、UKAS（英国認証機関認定審議会）、BSI（英国規格協会）、JAB（日本適合性認証協会）による認証も取得しています。また、当センターが取り消しを求めるまで、プライバシーマーク基準のE880049-01に従っていました。私どもは、最低限の必要条件に甘んじることなく、可能な限り最高の基準を達成するために道徳的かつ倫理的な強い義務感を感じています。医療の質及び安全性の向上は妥協することのできないくつかの至上命題のうちの2つであります。「認証」という言葉に馴染みがなく、また「認証」を監査や調査、あるいは検査のようなものだと考えておられる方のために、簡単な定義付けをしてみたいと思います。認証とは、通常、評価される医療機関に属さない独立した第三者団体が、医療の安全性と質の向上を考察する一連の要件（基準）を医療機関が満たしているかどうかを判断する行為を意味します。ほとんどの場合、政府機関によっておりません。認証は任意で、それが理想的であると言えますが、義務によって行われる場合もあります。認証基準は通常達成可能な最高レベルに位置付けられます。認証の獲得は、医療の安全性と質の向上に向けた組織の姿勢を示すものなのです。それは安全な医療環境を確保し、継続的な患者やスタッフのリスクを軽減するための努力にとつながります。認証は、先進国のほとんどで効果的な品質評価・管理方法として世界中から注目されており、日本でも例外ではありません。



国内外問わず、多くの医療関係者の間でご存じのように、亀田総合病院及び亀田クリニックを含む亀田メディカルセンターが、2009年8月3日から7日の間で受審したJCI（the Joint Commission International）による認証取得のための調査は成功裏に終わりました。当センターは、改善項目の指摘を行う戦略的なフォローアップ実践計画は求められましたが、3年間の認証を取得しました。主要な14領域での349の基準に対して、測定を数値化できる1,030件の項目についての評価を受けました。亀田クリニ

ックは、JCIの認証を受けた、日本で最初の病院であり、本稿を執筆している現在、日本で唯一のJCI認証病院となりました。当センターは、常に何事においても先駆者でありたいと考えておりますが、当センター以外も、地域や国内の基準だけでなく、世界基準を活用した認証を検討していただきたいと願っております。ただここでは、JCIが、JCQHCによる国内の認定に取って代わると標榜しているわけではありません。本稿で、亀田メディカルセンターが、なぜJCI認証取得を目指したかという理由と、この認証に向けての長い準備の道のりについてお伝えしたいのです。



14年前、私は、亀田メディカルセンターがJCAHOの認証を取得することが可能か尋ねたことがありました。亀田クリニックが開設された1995年には、その後建て替えられる予定のタワーは、まだ構想中でした。ただ当センターは、非常に洗練された電子カルテシステムを構築しており、JCAHOの外来診療基準の認証取得は検討すべき時期であると感じていました。1996年の夏、アイオワ大学大学院課程の医療管理プログラムの夏季インターンを1人受け入れました（本プログラムにて選ばれた学生のための3カ月間の夏季インターンシップは1992年に開始され、今日まで継続しています）。選ばれた学生には、当時の外来診療基準でのJCAHO認証を新設の亀田クリニックが獲得できるかを評価し、予測する任務を与えました。この頃、国際版が検討されているという情報も入ってきました。弊院では、米国イリノイ州シカゴでJCAHO審査員用の1週間のオリエンテーションに、来日前のその選ばれた学生が参加できるように手配しました。そして滞在した3カ月間に、当センターの能力がJCAHOの外来患者診療基準に適合しているか、どこに問題点があるかを評価し、適合するべき必要条件に関する提言を行いました。彼女の結論は、端的に言うと、亀田クリニックが築きあげてきたシステム構想とそのプロセスと結果を文書化するという多大な努力をすれば、認証取得は可能だろうと報告しました。1996年末の時点では、JCIはまだ設立されておらず、JCAHOは、北米の医療機関及び米国外の米軍医療機関だけの認証機

関であり、亀田クリニックを、JCAHOの基準で認証することはできないとのことでした。ただし、1997年までには、JCAHO国際版ができると、JCAHOスタッフから当時非公式ではありましたが、確認をとることができました。



1998年にJCIが設立され、今中雄一先生と私は公式にJCIの新国際基準の第1版を検討し、いくつかの日本の病院は認証への準備を行い、ほとんど例外なく成功裏に認証されるであろうと表明しました。当時は、JCIは設立されたばかりなので、亀田クリニックだけの認証計画を進めるべきか、あるいは1998年の段階では設計図段階であったKタワーとなる新しい入院病棟の完成後に取得するかでした。2件を別々に調査するのではなく、亀田病院の最大の利益を考え、Kタワーが完成後に亀田病院と亀田クリニックを統合し、亀田メディカルセンターとして総合的に調査を受けられることを検討しました。1999年には、日本医療機能評価（JCQHC）の認定更新が予定されており、無事に更新を果たし、その間に、当センター職員は、治療の結果と同様に、治療プロセスを文書化するのに最も有効であるISO 9001認証を獲得するために勤勉に働きました。UKAS, JAB, プライバシーマークの認証準備も進行中で、2000年という記念となる年の前年に、日本医療機能評価（JCQHC）再認定をうけ、前述の認証も獲得しました。その時点で残っていたのはKタワーの建設だけで、それは順調に進んでいました。10年以上待つという決断は、決して容易なことではなく、あらゆる主要事業と同様に、この計画には様々な観点を考慮する必要がありました。Kタワーの完成と2棟の古い病棟の改築は、JCI認証を取得する鍵となり、十分な準備もせずに認証獲得を急げば、失敗の可能性が非常に大きいという意見で一致していました。失敗は不名誉だけでなく、認証取得を検討している他の病院を失望させることでもありました。最も重要なことは、認証を取得する準備ができていないということでした。



以上、長い歴史を短くまとめましたが、Kタワーは2004年に完成し、同年、弊院は再び日本医療機能

評価（JCQHC）認定の更新を果たしました。医師免許取得後2年間の臨床研修が義務化され、弊院が包括的支払制度（DPC）を導入したのも同年のことでした。2005年には、別棟のPET-CT検査棟が完成し、また亀田メディカルセンターから約40キロ南の館山市で経営不振に陥っていた日本医師会所属の病院からの経営委譲も決定しました（2007年）。JCI認証取得の最適な時期について考えると、弊院は発展のただ中にいました。JCI認証取得は、仮定の話ではなく時期の問題でした。



2007年5月吉日、亀田メディカルセンターはJCI認証を受ける具体的な計画開始日として、全会一致で決定しました。同年同月に、ソウルのセブランス病院（延世大学）が、韓国で初めてJCI認証を取得しています。彼らの達成は良い刺激になりました。さらに、弊院の24カ月計画が2009年の日本医療機能評価（JCQHC）認定更新と一致し、2つの準備を同時に行うことができました。JCI認証取得への道は、既に始まっていました。準備の最初の年は、亀田の経営サイドとJCI側との間で、費用、時期、事業計画／技術面の問題についての協議だけに費やされました。



1998年にJCIが開始され、日本国内の病院がほとんど興味を示そうとしなかったにもかかわらず、なぜ当センターがJCIの認証を受けようと決断したのかは、まさに当然の疑問でした。最終的に、亀田は1999年と2004年に日本医療機能評価（JCQHC）認定を成功裏に取得し、その他の品質認証も取得しました。これが本稿を通して私がお伝えしたい最も重要な問いかけなのです。



当センターについてメディア報道でされている誤解を解くために、私たちがJCI認証を追求する理由を申し上げますと、よく取り上げられる「メディカルツーリズム」や、中国や他の国々の裕福な患者を受け入れること狙っていることではありません。つまり、JCI認証は、過去、現在において、亀田にとって意図的なマーケット戦略ではないのです。JCIのような評価は、必ず当メディカルセンターの世界

的な評価に結び付くでしょう。JCI 認証の結果として、外国人患者が亀田での治療を受けることにつながるでしょう。私は、当センターが国際的に成長し、ワールドクラスの医療機関になるべきだと長年にわたって感じていました。日本在住で、勤務している外国人の友人や同僚たちからの意見では、日本で受けた医療にほとんど失望しており、深刻な病状の兆候があるときは、帰国する傾向があるということでした。2000年、私は日本の医療についての内部知見と在日外国人から得た情報をもとに、『ニッポンの病院』という本を日本語で出版しました。その英文カバータイトルは「なぜ日本の病院はダメなのか」としました。在日外国人にとっての主な問題は、彼らにとって病院を選択するための十分な情報がないということなのです。在日外国人にとって物事は改善されてきており、長い時をかけて受け入れ、寛容になってきてはおりますが、まだ日本で受ける医療には満足してはおりません。世界最高峰レベルの病院での品質と安全性に匹敵する国際規準を獲得することによって、在日外国人からの信頼をも高め、彼らが医療について決断する際の選択肢の1つになることができるということなのです。つまり、外国人患者は、決断の際に、JCI 認証を評価して下さるでしょうし、当センターに来て下さる在日外国人の患者が増加すると思われる。このようなことが、どのように当センターにとっての強みになるかは、時がたてばわかることなのです。



JCI 認証取得のためのもう1つの要因は、世界的に JCI 認証取得へのトレンドがあり、アジアにおいてはとくに顕著でした。シンガポールでは、ほとんどの公立病院及び私立病院が JCI の認証を受けています。2009年7月に、韓国ではソウルのセブランス病院につづき、高麗大学校安岩病院 (Korea University Anam Hospital) が JCI 認証を取得しました。中国の祈福医院 (Clifford Hospital) は、2003年、初の JCI 認証を受け、2006年に更新しています。現在、認証済の中国の病院は、全部で5病院となっています。マレーシアで3病院、フィリピンで2病院、台湾で9病院、タイで9病院が認証を取得しています。アジアでの最高レベルの病院が JCI 認証を取得する毎

に、私は日本の大病院がアジアの一流の医療機関として認められる機会を逃していると感じておりました。彼らが国際的評価を高めていく一方で、当センターやその他の日本の病院は、国内向け、内向きに集中しているようにしか思われませんでした。それを名誉と呼ぶか、恥と呼ぶか、あるいはその両方であるかもしれませんが、どこかが先陣を切り、パイオニアとならねばならなかったのです。

「自分のまわりにいる人は、自分の評判の一部を写す鏡だ」ということわざが本当ならば、国際的に評価された医療機関の一員でありたかったのです。これは、先述の JCI 評価獲得の理由のほんの1つの要因に過ぎません。ただし、このような企業文化に深くかかわる決定は、簡単に考えられるのではなく、根本的な理由には、しばしば補足的な理論的根拠が必要となります。また、常に対立する意見があり、バランスがとられ、最終的には健全な議論の中で組織の合意につながります。



JCI の認証を取得する最も重要な理由をお話する前に、いくつかの反対意見にどのように対処したかについて触れないわけにはいきません。意見の相違からくる反対ではなく、当センターが認証をとる利点についての理解不足であったように思われました。

理由に順序はありませんが、認証を受審する経費は、非常に重要なことでした。重要な決定で直接経費と間接経費の両方がかかわり、それらにかなりの検討を要します。直接経費は正確に見積もられ、間接経費はつねに低く見積もられ、なぜか事業経営の一般管理費の中に埋もれたり、妥当性を高めるために、低目に見積もられたりします。JCI 認証の直接経費は、幾つかの部分に分けられます。まず、審査の対象となる組織の種類やそれにかかる審査員の人数、審査に必要な日数を組み合わせたアンケートを行うことで構成された費用というものがあります。当センターは、稼働病床数965床、1日当たり約3,000人近くの外来患者ということで、審査員3名が丸5日間の審査を行うことになりました。この費用は50,881ドルと算出され、その半額を前払いし、残りは結果が届いた後に支払うことになっておりました。

さらに調査員の交通費と宿泊費がこれに加算されます。これ以外の直接経費としては、バンコクで1週間行われたJCI実習セミナーへ参加したスタッフ2名の費用、ソウルのセブランス病院で行われた模擬審査に参加した私と幹部職員3名の費用、第三者の専門家による当センターでの小規模な模擬審査費用の2回分が含まれていました。JCI審査は、審査員の国籍にかかわらず常に英語で行われ、外部の通訳者を求められ、実施日ごとに通訳者4名を手配しました。これも直接経費で、通訳者の外注費、交通費、宿泊費及び何度かの食事代が含まれました。直接経費は正確に請求書により文書化され、問題を指摘する余地はほとんどありませんが、間接経費は、内部の議論が起こるところであります。大きな問題点として、2つの点があります。受審する前の段階で浮上する最初の問題は、間接経費は幾らかかるかということ、またはこの見積もりはどの程度正確かということです。調査が終了した後での問題点は、間接経費は幾らかかったか、最終的な間接経費の計算はどの程度正確であったか、というふうに少し変化します。正確に計画できる計算式がない限り、当メディカルセンターとして前例はなく、間接経費の予測をする手段をもっておりません。言うなれば、私たちはその前例となるべく進んでいったのです。最終的には、直接経費と間接経費の合計は、3,000万円前後で、その約3分の1が直接経費だと私は見積もりました。ただ、マスコミ報道の中には、この数字をかなりオーバーに扱うものもありました。当初、予算計画の中でJCIにかかわらない表面だけをつくらうような改善案がもちあがりました。JCIの調査が日本医療機能評価(JCQHC)の調査の1カ月以内に行われるため、経費を算定することは不可能でした。この計画の導入から実際の審査までの3カ月間、このプロジェクトに配置された亀田の主力「チーム」は、私を含む、かなり上級職の医師1名、かなり上級職の看護師1名、プロジェクトコーディネーター1名、アシスタントコーディネーター5名、アイオワ大学の大学院生1名で構成されました。プロジェクトコーディネーター以外は誰も専任ではありませんでしたが、調査の日が迫ってくるにつれて、時間的制約が徐々に大きくなっていきました。また、こ

のプロジェクトのサポート役として新たにスタッフを雇用しませんでしたので、従業員の経費は準備期間中も決まった額で、職責だけが変化していったことも注目に値します。つまり、間接経費の見積もりは常に非常に評価しにくいものなのです。最終的な財務上の疑問点は、それだけの価値があったのかということです。その答えは、後で述べたいと思います。



企業文化の変遷における本質的な構成要因として、スタッフの自覚と教育がかかげられます。JCI認証では、メディカルセンターのほとんどすべての人達が、何を必要があって、その理由は何なのかということ具体的に理解していることが要求されます。このことが主な取り組みになったのです。349項目の基準の中で、1,030件の対策要件の翻訳は、外部に依頼せず、JCIチームのメンバーが行いました。この翻訳が完成した時点で、メディカルセンターの全部門の各担当領域に、具体的な要件項目の資料が配布されました。医療、看護、コメディカル、経営部門の各部門に担当チームメンバーが何度も足を運び、その要件について、その中でも最も重要なこととして、どのようにコンプライアンスに関するエビデンスや文書を提供するかを系統的に説明し、明確にしていきました。すべての施策と手順書が、精査されました。多くの場合、正しく行われている兆候はありましたが、書類がお粗末であったり、欠落しているものもありました。そして、要件を満たすための新しい方針や手順も作られました。JCIは、その基準を満たすために、第1回目の審査日に先立って最低4カ月間の資料を要求します。これが、早期の準備がなぜ非常に重要なのかについての1つの理由です。ほとんどのスタッフが、その資料についての意義や意図を問題なく理解したということが、このプロジェクトの本質であり、キーポイントでした。スタッフ全員が、みずからのすばらしい仕事を整理改善し資料化しようとする試みは、医療の質や安全性を高める重要な要因となりましたし、処置の改善によって患者の利益になるような新しい施策になりました。ただ、スタッフ全員が熱心だったでしょうか。答えはノーです。どんな大きな組織にも、

さまざまな理由によって、積極的に組織の変化を支持しないスタッフがいるものです。中には、その必要性が理解できないために、協力的でない者もいます。これは、必要性を十分に説明できていない管理者が原因となる場合もあります。中には、変化を嫌い、新しいことに恐怖さえ覚えるような非協力的な者がいます。率直に言うと、日本の病院はだれもが一所懸命働き、長時間の労働を当たり前のように求められます。そのために、追加作業や変化を与えられることは、耐えがたい負担となります。しかしながら、JCIチームのメンバーが、審査の間じゅう院内を奔走し、院内の連絡手段を活用して、JCI要件をすべての部署会議で取り上げてくれたおかげで、当センターはスタッフの自覚と教育に関して、非常によいことをしたと評価しています。



模擬審査の重要性は非常に大きなものです。模範となる前例のない国でJCI認証が目前に迫っている医療機関にとって、模擬審査は、適切な準備をするためかなり重要な位置づけをされています。問題は、その専門家をどうやって獲得するかです。幸いにも、かなり昔のことではありますが、私には米国でのJCAHOにかかわった経験がありました。JCI認証を獲得する一連の事業計画を理解するには、より多くの経験が必要で、当センターの院長、看護部長、JCIチームコーディネーターと私とで、2009年2月に、まさに2010年の更新へ向けての準備の一環として院内の模擬審査を実施していたソウルのセブランス病院を訪問しました。ここでは、病院側と、審査員とがかわりあうスペースをどのように準備したか、また審査のプロセスの現場を見学し、非常に有意義な体験となりました。日本に戻るとすぐに、私どもは、内部で実施する模擬審査だけでなく、外部の専門家に2回にわたっての模擬審査を依頼することを決めました。

JCIリソースセンターには、JCIコンサルタントを活用できる情報があり、調査の実態を見ることができます。また実際の調査とほぼ同じ金額がかけられます。どれだけのJCI認証病院がJCIコンサルタント・リソース（ここでは、人のこと）を活用したかはわかりませんが、かなりの数だと聞いております。

特にはじめての認証を計画しているところはほとんど活用するでしょう。当センターは、長年、日本国内の米軍病院からの紹介病院とされており、米軍病院はすべてJC（かつてのJCAHO）の認証病院であるということから、横須賀と沖縄の米国海軍病院の両方に、私たちの認証準備作業に協力要請の問い合わせをしました。国際協力の名のもと、彼らの協力を得て、2回別々にJCとJCI基準をもとにした丸3日間の模擬審査を実施しました。その後、当センターは実際のJCI調査までに、最低4カ月間にわたるJCI基準適合の模擬審査で見つけられたすべての欠陥の修正を行いました。この協力は成功裏におわった審査にとって、莫大な助けになりました。いわば、習うより慣れろ、です。



以上の背景を前提に、なぜ今、亀田やほかの病院がJCI認証を受けることを選択したのかという最も重要な疑問について申し上げたいと思います。その主な理由が、世界的な市場拡大の目的ではないならば、自尊心の問題でしょうか。そして経費は非常に高くつきますが、その主たる動機は何でしょうか。



JCIは、医療の品質と患者の安全性を世界的に先導してきたと認められています。彼らのコンサルタントと審査員は、非常に高い訓練を受けた医療専門職者であり、患者の安全性に対する強力な提唱者なのです。彼らが注目するのは、感染管理、薬品の安全性、施設の安全性や認証取得を専門に行う専門家による医療の品質向上性や患者の安全性なのです。当センターは、世界レベルの医療機関として知られ、高い訓練を受けた専門医療専門職者から学び、患者の安全性に関するグローバルな見方をとりいれてきました。JCIの基準は、世界中の医療専門家により開発され、あらゆる地域で試験されました。実際に、39カ国300カ所の以上の医療機関が今日JCIの認証を受けており、したがってこのプログラムは長年かけて実証されたということになります。医療の品質と安全性の向上が重要かつ不可欠とするならば、可能なかぎりの資源を検討すべきなのです。そして、これは米国優先型プロジェクトでもないのです。JCIの認証は、医療専門家による国際的な委員会に

よって決定されます。私は、JCIの編集諮問委員会のメンバーで、他の国際メンバーと情報を共有しています。ヨーロッパ、中東、そしてアジア太平洋地区にJCIの諮問委員会があり、患者の安全性や品質の全権をにぎる問題を指導する医療の指導者で構成されています。私は、日本の医療界のリーダーが、いつかこの委員会のメンバーとなる日を待ち望んでいます。



JCI認証病院になるという亀田の決断は、安全性と品質を求める体質をもっと良くしたい、患者への治療プロセスを継続的に改善するための終わりのない要求を追求し、アウトカムを改善したいという願望が動機となりました。私どもは、自分たちが奉仕する社会の患者、そのご家族、訪問者の皆さんや私どものスタッフに信頼と自信をもっていていただき、私どもは患者の安全や看護品質を優先するという考えを言葉で伝えていきたいと考えています。スタッフに対しては、安全な職場環境に対するさらなる努力を行い、従業員の満足度を向上させていきたいと考えました。より高い基準を追求することで、患者や患者をみまもっている方々に対して、どのように治療し、彼らのプライバシーや権利を尊重し、医療診断での決断を求めるときにパートナーシップという関係にありたいということを示しているのです。当センターでは、医師とその他の医療スタッフのくだした治療処置過程も、患者やご家族をただの傍観者と見ておりません。患者も医療チームのメンバーであり、最終的意思決定者と見なしております。患者の声を注意深く聞き、一緒に治療に加わっていただきたいのです。最後に、亀田は、常に計画通りに進まないことから学習したことをオープンにし、再発を防ぎ、改善するために、ネガティブな事件への院

内レポートを支援するような組織文化をつくる努力をしていきたいのです。JCI基準やそれによって測れることは、患者の安全性をはかる国際基準値なのです。私たちはそれに答えるのです。



果たして、JCI認証は努力に値する価値があったでしょうか。これは以前に出した質問です。その答えは、疑うことなく「イエス」です。JCI認証の過程で成長し、私たちは品質改善の方法、安全性強化の方法について、本当に数多くのことを学ぶことができました。この準備活動を通して、審査が開始される前に、われわれの組織のいろいろな面での改善を行い、新しい方針や手順を作成しました。1,000項目以上の測定要素の中で、全面的ではなく部分的に受け入れられたのは、34項目だけでした。これは少ない数でしたが、すべてに改善の機会があり、それらが改善され、修正されたとき、亀田はよりよい組織になっているでしょうし、それがすべての認証を受審する重要な点なのです。



亀田は、現在、日本医療機能評価(JCQHC)の認定と同様にJCIに認証されたゴールドシールを掲示しています。これによって、私どもは双方の世界でベストであり、互いに認め合える認証プログラムをもちえました。それらを組み合わせた価値は、それらを単独でもつ価値よりも、さらに優れたものになります。私は、この認証取得を検討している日本の病院に期待し、私達は、喜んでわれわれが経験したことをサポートしたいと考えています。

ご意見募集：johnwocher@kameda.jp

日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1. 医療の質の向上

我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。

2. 医療記録の適正管理

我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。

3. 権利擁護とプライバシーの保護

我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。

4. 安全管理の徹底

我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。

5. 地域社会との連携の推進

我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人 日本病院会

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることにも努めるものとする。

社団法人 日本病院会

基調講演1

府立病院機構の誕生から今日までの経緯

～患者満足と現場重視の病院改革～

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
理事長

高杉 豊

座長（木田） それでは、今日最初の講演を始めたいと思います。「府立病院機構の誕生から今日までの経緯」という題で大阪府立病院機構理事長の高杉先生に講演をしていただきます。

恒例によりまして先生の簡単なご紹介をしたいと思います。高杉先生は岡山県のご出身で、昭和43年に大阪大学医学部を卒業されました。昭和46年に大阪府に採用され、主に衛生部や環境保健部といった行政畑をお歩きになり、平成14年に大阪府立病院長兼医療監にお就きになりました。平成15年7月には大阪府の副知事になられております。平成19年8月から地方独立行政法人大阪府立病院機構の顧問、平成20年4月からは同機構理事長になられております。それでは、高杉先生、よろしく願いいたします。

高杉 ご紹介いただきました高杉でございます。私は昭和43年に大学を卒業し、その後の十数年間、ここの病院（旧大阪府立病院）を中心として臨床をやっておりました。当時この病院は古い幽霊屋敷のような病院だと言われておりました。それを近代化するという使命を受けてとえば格好がいいのですが、病院近代化を実現すべく昭和55年に府庁に行き、その後、この病院を建て替えることができました。ですからこの病院に対する思い入れは非常に強いものがあります。

座長：小牧市民病院 副院長

木田 義久

ただ、自治体病院の場合は単体としてなんとかせよということではなく、大阪府の伝統的な考え方ですが、行政施策の一環として病院を運営するという方針でした。例えば腎移植センターとして機能するような部分です。この部分は、私が本庁へ行って最初につくったシステムです。お金にならないことを自治体病院が進んでやろうということです。難病患者を対象とした相談センターもそうです。「病院がそういうものを持つのはどうか」とずいぶん議論になりましたが、ここにそういうセクションを設けていただきました。我々の機構は5つの病院を持っていますが、それぞれの病院が、そういう行政がやるべき部分を第一線でやっていくのだという立場で運営してまいりました。

私は府庁にいながら、直接ではないかたちで病院の運営を見させていただくという立場だったわけです。その後、はからずも理事長という立場になり、直接に運営を任されたという状況でございます。

■大阪府立病院機構の各病院の概要

（スライド1）地方独立行政法人大阪府立病院機構は5つの病院を運営しています。

急性期・総合医療センターは768床です。同センターは、特に急性期医療——救急医療、災害医療に重点を置いています。それから難病医療の拠点病院でもありますし、障害者医療リハビリテーションセンターもございます。

呼吸器・アレルギー医療センターはもともと結核

地方独立行政法人 大阪府立病院機構の各病院の概要

H22. 4. 1 現在

病院名	急性期・総合医療センター	呼吸器・アレルギー医療センター	精神医療センター	成人病センター	母子保健総合医療センター
所在地	大阪市住吉区万代東3丁目	羽曳野市はびきの3丁目	枚方市宮之阪3丁目	大阪市城東区中道1丁目	和泉市室堂町840
主機能	<ul style="list-style-type: none"> ○高度な急性期医療のセンター機能 ○基幹災害医療センター ○救命救急センター ○大阪府がん診療連携拠点病院（5大がん） ○難病医療拠点病院 ○エイズ治療拠点病院 ○障害者医療リハビリテーションセンター 	<ul style="list-style-type: none"> ○難治性呼吸器疾患・アレルギー性疾患医療のセンター機能 ○難治性多剤耐性結核広域圏拠点病院 ○感染症法に基づく入所命令結核患者受入病院 ○大阪府がん診療連携拠点病院（肺がん） ○エイズ治療拠点病院（結核・重症呼吸器感染症併発） 	<ul style="list-style-type: none"> ○精神医療のセンター機能 ○応急入院・措置入院患者等の受入病院 ○他病院対応困難患者の受入機能 ○第一種自閉症児施設 ○心身喪失者等医療観察法指定入院医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○特定機能病院 ○難治性がん医療のセンター機能 ○都道府県がん診療連携拠点病院 ○治験拠点医療機関 ○がん患者等への相談支援センター機能 ●がん予防情報センター ●研究所 	<ul style="list-style-type: none"> ○周産期・小児医療のセンター機能 ○総合周産期母子医療センター ○産婦人科診療相互援助システム基幹病院 ○新生児診療相互援助システム基幹病院 ○大阪府がん診療連携拠点病院（小児がん） ○治験拠点医療機関 ●企画調査部 ●研究所
病床数	768床 (一般734床 精神34床)	500床 (一般400床 結核100床)	463床（精神）	500床（一般）	369床（一般）
患者数	H21延入院患者数 251,817人 H21延外来患者数 400,048人	H21延入院患者数 146,931人 H21延外来患者数 148,934人	H21延入院患者数 139,570人 H21延外来患者数 57,751人	H21延入院患者数 158,799人 H21延外来患者数 259,646人	H21延入院患者数 105,904人 H21延外来患者数 148,040人
診療開始	昭和30年1月	昭和27年12月	大正15年4月	昭和34年9月	昭和56年10月

スライド 1

を中心にしていた病院です。結核が減ったなかで呼吸器疾患全般を対象にし、アレルギー性疾患も一緒にやろうという方針できています。そういうかたちで再編をして、一番多いときは約1,000床の病院だったのですが、現在は500床です。

精神医療センターは、ほかの精神病院ではなかなか扱い難い患者さんを中心に診ていこうということで、現在463床です。

成人病センターはがんと循環器のセンターで、500床の規模です。ここは開設以来同じ体制です。

母子保健総合医療センターは、当初は周産期の病院として発足し、その後、小児部門をつくりました。ここは現在は369床で、総合周産期医療センターであると同時に、小児のいろいろな病気に対応しています。

以上の5つの病院をトータルすると約2,600ベッドで、職員数は、非常勤とか委託の人を入れないで約3,000人です。

■全国的な自治体病院改革の波

（スライド2）自治体病院が大変苦勞していることは、皆さんご承知のとおりです。場合によっては、自治体病院を民間に移譲せねばならないという瀬戸際に来ているところ。全国的な勤務医の不足、

自治体病院改革の波

- ◆全国的な勤務医不足、看護師不足
- ◆自治体における連結決算導入 H20年度決算から実施（地方公共団体健全化法 H19年6月公布）
 - 財政健全化・再生団体への転落の恐れ
- ◆自治体公営企業経営の健全化
 - 公営企業会計
 - 経営健全化団体へ転落の恐れ

スライド 2

各府県立病院の改革

- 《公営企業法全部適用》 埼玉、徳島、三重、愛知ほか
- 《独法化 公務員型》 大阪（H18）、岡山（H19）
山梨（H22）
- 《 // 非公務員型》 宮城（H18）
山形〔県・市〕（H20）
東京、静岡（H21）
神奈川、長野、岐阜、佐賀（H22）
- 《指定管理者制度、民間移譲》
福岡、長崎、沖縄、北海道 ほか

スライド 3

看護師不足もあります。これに関しては、当機構ではなんとか不足なくきているという状況ではありますが、病院により、あるいは科によっては欠員があ

ります。

自治体が財政破綻したらとんでもないことになるという観点から、そうならないために公営企業の経営を抜本的に変えていく、特に公営企業のなかで大きな部分を占める自治体病院の改革をやらないことにはどうにもならないということで、総務省から公立病院改革ガイドラインが出ました。

(スライド3) 各府県立病院の改革の形態も皆さんもうご承知だと思います。独立行政法人にも公務員型と非公務員型があります。公営企業法の全適を受けている病院が28府県にのぼり、4つのタイプのなかで一番多いのですが、今、非公務員型も徐々に増えてきているという状況です。

(スライド4) これも地方公営企業年鑑に載っていますから皆さんご存じのとおりですが、不良債務をかかえている病院が96事業者(14.5%)にのぼっています。また、全体の約8割が赤字という状況です。

■大阪府の病院改革(独法化への歩み)

(スライド5) 大阪府の病院改革の歩みをたどってみます。府立の病院では平成7年から不良債務が発生し始めました。その後、毎年、不良債務がふくれあがり、このままではどうにもならない状況になりました。そこで、平成11年に経営改善10カ年計画を策定しました。府立の病院の運営については、本庁の病院管理室が見てきたのですが、政策医療をど

自治体病院の経営状況(H20年度)

地方公営企業として運営する病院数 664事業者(936病院)
(建設中のもの、地方独立行政法人等を除く)

約8割が赤字経営

- 経常損益の赤字病院、累積欠損金を有する病院
〔経常損失〕 481事業者(72.4%)
〔累積欠損金〕 562事業者(84.6%)
- 累積資金収支の赤字(不良債務)
〔不良債務〕 96事業者(14.5%)
(地方公営企業年鑑より)

スライド4

大阪府の病院改革(独法化への歩み)

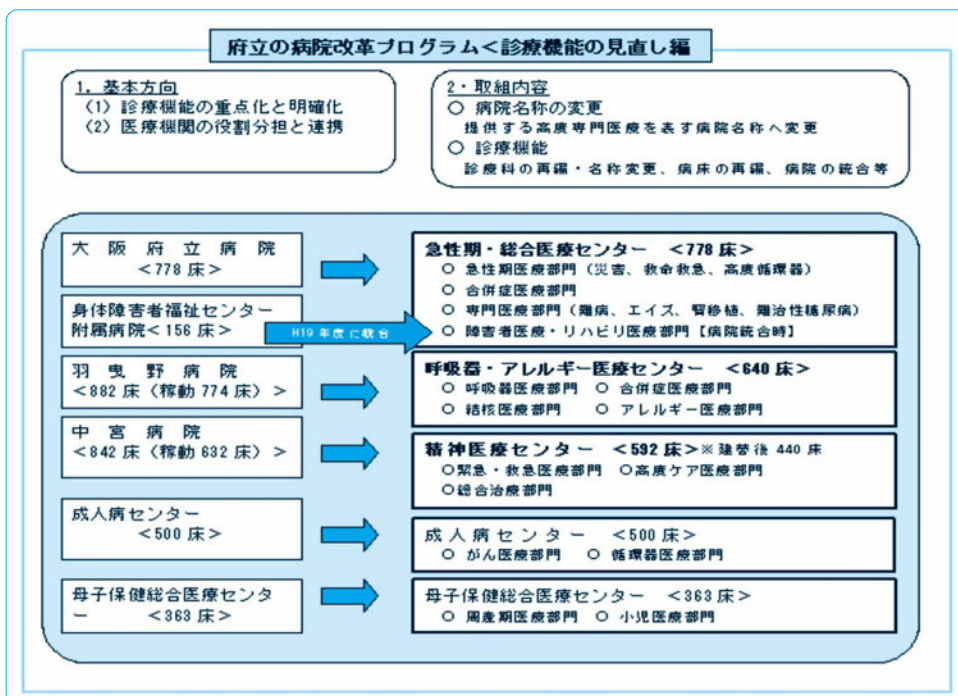
- H11.6 経営改善10カ年計画
- H14.9 大阪府衛生対策審議会答申
「今後の府立の病院のあり方、果たすべき役割」
- H15.3 府立の病院改革プログラム
—診療機能の見直し編—
- H16.4 地方独立行政法人法施行
- H17.3 府立の病院改革プログラム
—運営形態の見直し編—
- H17.7 法人設立準備会議を設置
- H18.4 地方独立行政法人大阪府立病院機構の設立

スライド5

うするかということに関して、各科の医師を中心にした担当の部局が介入し、収益にならないことを次々に頼み込むという状況でした。実態として「赤字でもしかたがない」

と言わんばかりでした。しかし、大阪府が、このままでは財政再建団体になってしまうかもしれないという事態に陥り、府立の病院もきちんとした改革をしなければならぬということから、10カ年計画ができたわけです。

しかし、行政の考えることというのは似たり寄ったりで、不要な土地を売却する、人件費を圧縮する、充床率を上げるための方策を探る、といったありき



スライド6

たりの対策でした。しかも、診療報酬は上がっていくという前提でしたから、1、2年はなんとか達成できても長期的には抜本的な改革につながりませんでした。

そこで、大阪府衛生対策審議会に根本的な点から議論していただきました。福岡県などのように県立病院を全部民間委譲するような状況も現れてきましたので、府立の病院ははたして必要なのか、必要ならば何をすべきなのかということから見直

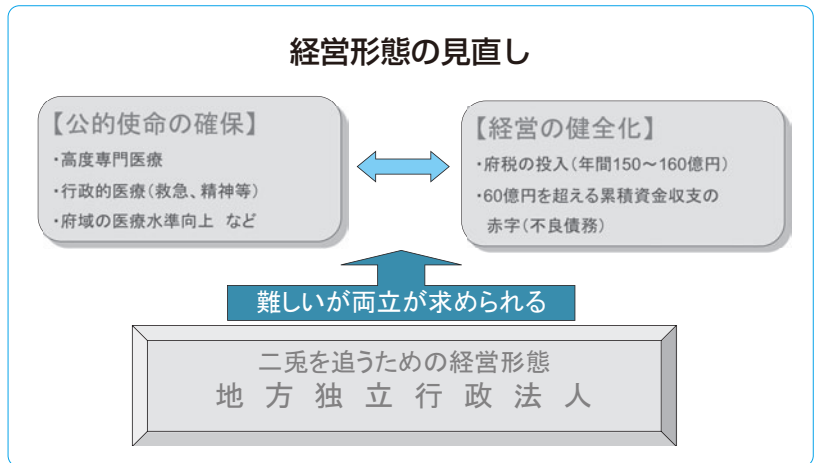
して、「今後の府立の病院のあり方、果たすべき役割」という答申を出していただきました。それに続いて、府立の病院改革プログラムを打ち出しました。まずは診療機能を見直し、より特化したかたちで再構築しようという方針を決めました。平成17年には、運営形態を見直すこととしました。府の直営では、どうしても予算主義に陥ります。予算主義ではスピード感のある経営ができないし、人員も定数管理されているので、簡単に人員を増やすこともできません。また、直営では経営責任が非常に曖昧になり、主体性が発揮できません。そこで、運営形態を見直すこととし、独立行政法人というかたちを狙うべきだということになりました。平成18年4月に大阪府立病院機構を設立し、府県立としては初めての独立行政法人となったわけです。

●公務員型か非公務員型かの選択

このような改革のなかで、公務員型で行くのか、非公務員型で行くのが検討課題になりました。この点についてはずいぶん議論がなされましたが、結論として公務員型で行かざるをえないということになりました。というのは、私どもの機構は精神病院も持っていますが、当時の法律では、触法患者さんを入院させるには公務員型でなければならない、そうでなければ公権力を行使することはできないということで、厚生労働省の副大臣が2度もおいでになり、ぜひ公務員型で行くようにと後押しなさいました。そのような経緯で私どもの機構では公務員型でスタートし、現在もそのままですが、今後の問題としては、見直しということも視野に入れているところです。

●各病院の診療機能を見直す

(スライド6) 先ほど少し触れました診療機能の



スライド7

見直しについて説明を加えます。基本方針は診療機能の重点化と明確化、そして医療機関の役割分担をはっきりさせるということです。大阪府立病院は急性期・総合医療センターに名称を変更しました。大阪府立の病院は5つあるわけですから、そのうちの1つだけを大阪府立病院と称するのはわかりにくいということもあり、急性期医療、特に災害医療、救命救急医療、高度専門医療に重点を置いた病院という性格が表れる名称にしました。また、堺にあった身体障害者福祉センターをこの病院に統合し、障害者医療・リハビリ医療部門として一体的に運営することにしました。

同じように、羽曳野病院は呼吸器・アレルギー医療センターに、中宮病院は精神医療センターに名称を変更してわかりやすくしました。両方ともベッド数を減らしていますが、精神医療センターは建て替え中で、440床まで減少させる予定です。成人病センターと母子保健総合医療センターは病床数をそのまま維持しました。

●公的使命と経営健全化の両立を目指す

(スライド7) 経営形態の見直しのなかで、我々が最も懸念したのは経営の健全化だけが目標になってしまうことです。やはり行政施策の一環として病院を運営していくというからには、経営を一所懸命にやるというだけでは困ります。公的使命の確保と経営の健全化の両方をきちんと見すえて運営をしていかなければなりません。

公的使命というのは、高度専門医療、行政的医療(救急、精神等)、そして府域全体の医療水準の向上などです。我が病院のことだけではなく、府域全体のことを考えるということです。

経営健全化ということでは、府の一般会計からの

税金投入があります。ただ実際には、65億数千百万円の累積赤字——まったくの不良債務です——を持つ

地方独立行政法人制度の選択

公的使命の確保

- ◆知事が法人が達成すべき業務運営に関する中期目標を指示
- ◆地方独立行政法人評価委員会による業務実績の評価、公表
- ◆府からの運営費負担金(行政的経費、不採算経費)

経営の健全化

- ◆自律的な病院運営(権限と経営責任の明確化)
- ◆機動的で効率的な病院運営
 - ・職員定数、給与体系など、人事面での弾力性
 - ・予算、契約など、財務面での弾力性

スライド 8

大阪府立病院機構の基本理念

=府民の二つの視点(患者と納税者)から=

【基本理念】

- 高度専門医療の提供と府域の医療水準の向上
- 患者・府民の満足度向上
- 安定的な病院経営の確立

【行動指針】

- 公務員として府民に奉仕します
- 医療人として病める人たちのために尽くします
- 民間では担い難い医療に取り組み、府民の健康を守ります
- 研究と研修に力を入れ、高いレベルの医療を提供できるように努力します
- 医療保険制度を重んじ、健全な病院経営を目指します

スライド 9

たままスタートせよ、しかも、5年間でそれを全部解消せよというのが独立行政法人化を認めるにあたって議会と総務省が付けた条件です。

(スライド 8) 公的使命の確保と経営の健全化を両立させるために選択したのが地方独立行政法人制度です。では、公的使命の確保はどうかたちで行われているのでしょうか。まず、知事が中期目標を指示します。それに向かって我々法人が中期計画を立てて実行します。それに対して、毎年、あるいは5年間で総括して評価委員会が本当にその目標に沿ったかたちで病院の運営がされてきたかどうかをチェックします。そのチェックを行ったうえで、行政的経費、あるいは不採算部分に関しては、行政が一定の負担をします。こういう仕組みで独立行政法人の公的使命が確保されています。

一方で、経営の健全化も達成しなければなりません。当然ながら、我々としてはそのために権限をいただいたわけで、比較的自由なかたちで病院の運営ができます。人員の定数の問題でも、給与形態でも、予算の使い方あるいは契約の仕方でも、さまざまな面で自由度がおおいに増して、そしてスピーディに対応ができるようになりました。

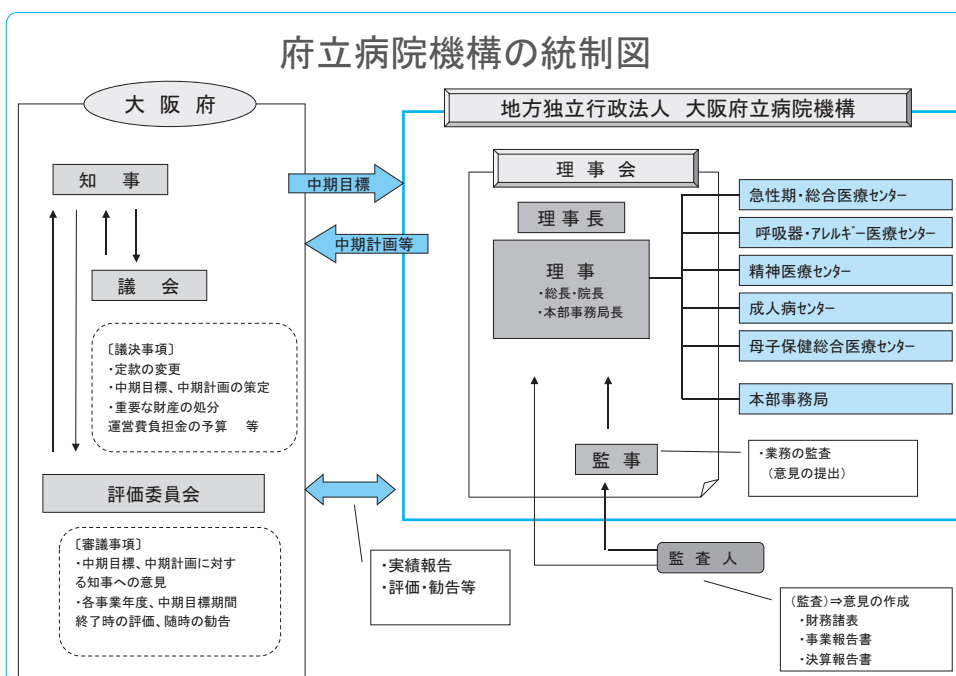
大阪府立病院機構の経営の仕組み

(スライド 9) 我々の機構の職員は公務員ですから、ややもすると、一所懸命働いても働かなくても変わらないという状況に慣れてしまいがちです。そ

こで、独立行政法人として何を狙って何をするのかという基本理念をきっちりと全職員に浸透させることがどうしても必要だと考えました。

基本理念は、まず、「高度専門医療の提供と府域の医療水準の向上」を目指すということです。もちろん、「患者・府民の満足度」をどう上げていくか、「安定的な病院経営を確立」ということも挙げています。

府立病院機構の統制図



スライド 10

経営管理体制の構築

現場重視の観点から、経営責任を明確化し、各病院の自律的・機動的な運営を推進

- 総長・院長が、「理事」として法人経営に参画
- 病院への権限配分により、患者・医療ニーズに迅速かつ機動的に対応
- 各病院が、毎年度、実施計画（アクションプラン）を策定し目標設定

スライド11

収支改善に向けて

- ◎ 組織目標の確認（めざすべき方向の具体化）
- ◎ 経営分析（病院事業の収支構造を把握）

【赤字体質からの脱却】

- 組織目標の共有化と職員の意識改革
- PDCAに基づく進捗管理
- 診療報酬改定への対応など、収入拡大への取組み
- 5病院一体運営による効率化など、費用削減の取組み

スライド12

これらは、当然のことだろうと思います。行動指針のなかでは特に3番目の「民間では担い難い医療に取り組む」ということと、4番目の「研究・研修の重視」、そして、「レベルの高い医療の府域における均霑化^{きんてん}」，こういうことをやっていこうと強調しています。

（スライド10）それを実現するための具体的な統制系統を表したのがスライド10の図です。図の左側が大阪府で、知事から5年間の中期目標が示されます。それに基づいて我々は中期計画を立て、知事および議会に提出します。それを、一般会計からどれだけ出すかということも含めて議会が承認をするという流れです。毎年、の事業に関しては、評価委員会が中期計画に則ってチェックし、それが知事に報告として上がります。

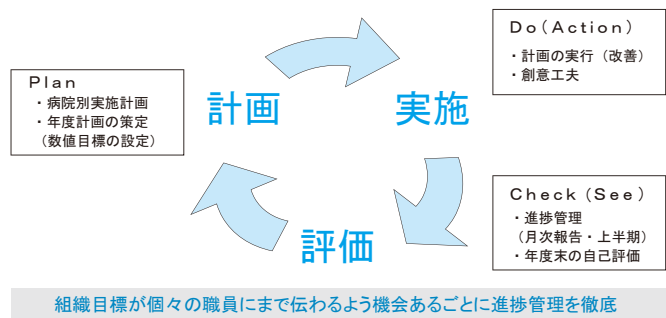
我々の内部においては、当然、中期計画をきっちりと実行していくとともに、監査を厳密に行います。理事長のもと、理事会には総長・院長が入り、各病院の状況報告を受けるとともに、各病院に本部の考えを浸透させていくというシステムです。

● 経営管理体制の構築

（スライド11）現場重視の観点から経営管理体制を構築しました。権限が法人、あるいは病院に降りていったということで、当然ながら大変迅速な判断と対応ができるかたちになりました。もし、各病院で計画通りに行かない場合には、どこに問題があるのかをチェックしながら、対策を講じていくということの繰り返しです。

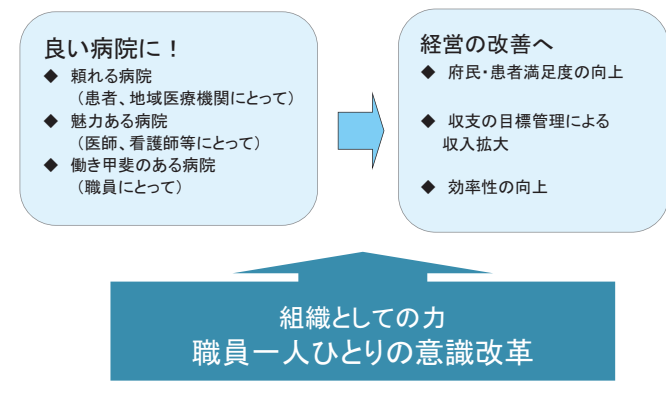
（スライド12）赤字体質から脱却して収支改善するにはどうするか。PDCAサイクル（スライド13）に基づく進捗管理を徹底しながら改善を重ねま

PDCAに基づく進捗管理の徹底



スライド13

府立5病院の目指すべき方向



スライド14

す。法人としても、個々の病院の全体をチェックするだけではなく、例えば診療科ごとにどういう状況になっているかという情報を得ながら、うまく行くようなかたちへ持っていくための介入をしていくということです。

（スライド14）このように、府立病院の目指すべき方向を打ち出したうえで、一番問題になるのは職員1人ひとりの意識改革です。組織としての力は、職員1人ひとりがどれだけ理念や行動指針を腹に入

れて、経営参画という意識をもって行動するか、日々の自分たちの仕事をやるかにかかっています。このような意識の浸透が一番難しいと思います。

■府立病院機構の決算の状況

(スライド15) そういふなかで、法人全体として何が起こったかというところをご説明します。

●累積債務の大幅な縮小を達成

一番問題だったのは、先ほど申しあげた累積資金収支(不良債務)でした。平成17年度の決算では、65.7億円という不良債務を抱えておりましたが、平成21年度決算で不良債務が2億5,000万円まで減少しました。平成20年度決算でも31億円だったわけですから、21年度の業績が大きく貢献しています。

年度ごとの資金収支を見ると、平成17年まで十数年間赤字が続いていたのですが、独法になった平成18年に、棚卸し等の資産といった初年度効果もあり13億円の黒字になりました。翌19年が6億3,000万円、これくらいが通例であろうと思っていたのですが、平成20年は15億5,000万円、そして平成21年は28億5,000万円という黒字を出すことができました。

約束の5年が終了するまでの今年1年間で2.5億円を返していくというかたちになっています。

この表のなかで、ぜひ注目していただきたいのが営業収益のうちの医業収益です。平成17年は430億円ですが、これが平成21年には505億円と、70億円強の収益増になっています。収益そのものが上がってきているのです。そして、平成20年と比べると21年は31億9,000万円の増です。診療報酬からの医療収益が上がっているということです。

一方の支出を見てみると、医業費用は収入の増加ほどには上がっていません。例えば、平成20年度決算と21年度決算では、医業収益で31億9,000万円の増があるにもかかわらず、医業費用は11億2,000万円増で済んでいます。それ以外の部分もありますが、

決算の状況(法人全体)

21年度は28.5億円黒字

(単位:億円)

	H17決算	H18決算	H19決算	H20決算	H21決算	前年比較
収入 ①	596.5	610.6	629.1	638.6	670.5	32.0
営業収益	556.4	548.6	574.2	589.9	619.2	29.3
うち医業収益	430.9	434.2	453.0	473.7	505.5	31.9
うち運営費負担金	124.3	113.0	118.6	113.5	110.6	▲2.9
営業外収益	7.9	10.7	8.8	8.7	8.4	▲0.3
うち運営費負担金	4.4	5.0	4.8	4.4	3.5	▲0.9
資本収入	32.2	50.9	46.2	40.0	43.0	3.1
支出 ②	600.7	597.6	622.8	623.1	642.0	18.9
営業費用	561.2	538.2	568.7	575.5	585.5	10.0
うち医業費用	547.3	530.6	561.1	567.2	578.4	11.2
うち給与費	321.1	303.9	318.4	319.7	316.0	▲3.8
うち材料費	141.0	131.3	139.2	139.3	148.9108	9.6
うち経費	81.4	91.1	99.3	103.7	7	5.0
営業外費用	7.3	8.5	7.9	7.3	5.6	▲1.6
資本支出	32.1	50.9	46.2	40.3	50.8	10.5
当年度資金収支①-②	▲4.2	13.0	6.3	15.5	28.5	13.7
累積資金収支(不良債務)	▲65.7	▲52.7	▲46.5	▲31.0	▲2.5	-

※端数はそれぞれ四捨五入しているため差引きが一致しない場合がある。各病院分も同じ。

スライド15

決算の状況(急性期C)

(単位:億円)

	H17決算	H18決算	H19決算	H20決算	H21決算	前年比較
収入 ①	162.1	177.0	191.5	198.7	220.8	22.1
営業収益	148.5	151.4	169.9	180.8	198.9	18.1
うち医業収益	131.2	132.9	145.7	158.8	178.1	19.2
うち運営費負担金	16.4	17.7	23.7	21.4	20.2	▲1.2
営業外収益	4.9	5.2	4.9	4.8	4.8	0.0
資本収入	8.8	20.5	16.6	13.1	17.1	4.0
支出 ②	166.1	177.2	193.8	195.0	210.8	15.8
営業費用	151.3	151.2	171.7	176.4	185.5	9.1
うち医業費用	151.3	151.2	171.7	176.4	185.5	9.1
うち給与費	84.2	82.1	94.3	95.0	96.3	1.3
うち材料費	45.7	44.1	48.4	48.6	52.7	4.0
うち経費	20.1	23.5	27.0	30.8	34.4	3.5
営業外費用	6.1	5.5	5.4	5.1	4.5	▲0.7
資本支出	8.7	20.5	16.7	13.4	20.8	7.3
当年度資金収支①-②	▲4.0	▲0.1	▲2.3	3.7	10.0	6.3

スライド16

このことによって大幅に黒字が拡大しました。

●個別病院ごとの決算の状況

(スライド16) 決算の状況を個別に見ますと、収益の増加に最も貢献したのは急性期・総合医療センターと呼吸器・アレルギー医療センターです。急性期・総合医療センターに関しては、平成17、18、19年度は資金収支が一貫して赤字です。収益構造として黒字になる体質ではなかったのですが、平成20年そして21年と急速に黒字が拡大しました。

(スライド17) 呼吸器・アレルギー医療センターの決算の数字を見ると、医業収益は平成17年と比べて、けっして増えているわけではありません。平成21年は20年に比べれば3.6億円増えたというものの、全体としては増えていません。ただ医業費用が急激

に減少してきています。その大きな要因の1つは給与費の減少です。そのため、平成21年の決算は黒字に転化し、7.6億円の改善ができました。急性期・総合医療センターと呼吸器・アレルギー医療センターの2つの部門の好転によって、全体の急速な伸びが出てきたということです。

(給与費の減少について)

給与費の減少について、少し説明させていただきます。独立行政法人化後にかなり委託化を図り、事務関係は半減に近いほどの人数に減らしました。もう1点、問題だったのは、一番の大部隊である看護師さんの給与形態です。過去には、大阪府が勝手に人事院勧告に基づいたり、あるいは府の給与体系にしたがって、病院の状況とは関係なく給料が上がってきました。そのため、他の病院と比べると非常に割高であると盛んに言われておりました。この給与形態を国立病院機構に合わせていくことにしました。もちろん、現在いらっしゃる看護師さんの給与は現給保障というかたちをとっていくということです。そして、退職されたら新しい給与体系の新人と替えるということになります。すでにこの5年間で約3分の2の看護師が入れ替わりました。こういうことが、給与費の削減に大きく効いています。けっして給料を大幅に下げたということではありません。大阪府の職員の給与は大幅にカットされておりますが、法人の医療職の給与のカットは行っておりません。ただ、今申しあげたようなことによって、全体の給与費が下がってきているということです。

(スライド18) 精神医療センターの決算状況を見ますと、医業収益は、ほぼ横這いです。しかし、費用面ではかなりの削減があり、継続して黒字を維持しています。もちろん、精神医療センターに関して言うな

決算の状況(呼吸器C)

(単位:億円)

	H17決算	H18決算	H19決算	H20決算	H21決算	前年比較
収入 ①	107.9	97.4	93.9	88.8	93.4	4.6
営業収益	93.8	87.5	87.1	83.7	86.9	3.2
うち医業収益	71.1	65.6	66.4	64.9	68.6	3.6
うち運営費負担金	22.7	21.9	20.7	18.8	18.3	▲0.5
営業外収益	0.8	1.4	0.7	0.8	0.8	0.0
資本収入	13.3	8.5	6.1	4.3	5.6	1.3
支出 ②	110.9	100.3	95.2	93.0	90.0	▲3.0
営業費用	97.1	91.6	88.9	88.6	83.7	▲4.9
うち医業費用	97.1	91.6	88.9	88.6	83.7	▲4.9
うち給与費	63.0	58.5	54.8	54.3	49.5	▲4.8
うち材料費	17.3	15.0	14.7	14.2	15.3	1.2
うち経費	16.4	17.5	19.0	19.8	18.5	▲1.3
営業外費用	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0
資本支出	13.3	8.6	6.1	4.2	6.1	1.9
当年度資金収支①-②	▲3.0	▲2.9	▲1.3	▲4.2	3.3	7.6

スライド17

決算の状況(精神C)

(単位:億円)

	H17決算	H18決算	H19決算	H20決算	H21決算	前年比較
収入 ①	54.3	50.0	53.1	53.5	51.5	▲2.1
営業収益	53.4	49.3	52.0	52.5	50.7	▲1.9
うち医業収益	28.1	27.6	28.8	30.1	29.0	▲1.1
うち運営費負担金	25.3	21.7	23.0	22.1	21.6	▲0.5
営業外収益	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	▲0.1
資本収入	0.7	0.6	1.0	0.8	0.6	▲0.2
支出 ②	52.7	47.0	50.6	50.5	46.9	▲3.5
営業費用	51.9	46.5	49.6	49.7	46.2	▲3.5
うち医業費用	51.9	46.5	49.6	49.7	46.2	▲3.5
うち給与費	41.8	36.4	38.3	38.6	36.6	▲1.9
うち材料費	5.1	4.7	5.1	5.4	3.9	▲1.5
うち経費	4.8	5.3	6.1	5.5	5.5	0.0
営業外費用	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
資本支出	0.7	0.6	1.0	0.8	0.6	▲0.1
当年度資金収支①-②	1.6	3.0	2.6	3.1	4.7	1.5

スライド18

決算の状況(成人病C)

(単位:億円)

	H17決算	H18決算	H19決算	H20決算	H21決算	前年比較
収入 ①	153.9	163.5	162.8	158.4	163.8	5.4
営業収益	145.5	146.5	149.8	151.4	155.0	3.7
うち医業収益	118.1	120.4	124.1	125.6	129.0	3.4
うち運営費負担金	27.3	25.9	25.3	25.3	25.2	▲0.1
営業外収益	1.4	1.8	1.1	1.1	1.6	0.4
資本収入	7.1	15.2	11.8	5.9	7.3	1.4
支出 ②	149.3	151.7	152.9	149.3	155.2	5.9
営業費用	141.6	136.1	140.9	143.3	145.9	2.6
うち医業費用	141.6	136.1	140.9	143.3	145.9	2.6
うち給与費	74.8	69.1	70.7	72.7	71.8	▲1.0
うち材料費	42.8	40.2	41.5	41.8	45.0	3.2
うち経費	22.4	25.1	27.4	27.4	27.6	0.2
営業外費用	0.7	0.4	0.2	0.1	0.2	0.0
資本支出	7.1	15.2	11.8	5.9	9.2	3.3
当年度資金収支①-②	4.6	11.8	9.9	9.1	8.6	▲0.5

スライド19

らば、一般会計からの負担がないととてもではないけれどやっていけません。入院単価を比べてみれば

歴然としております。

(スライド19) 成人病センターの決算を見ると、医業収益は独立行政法人化後に徐々に上がり、法人化前と比べて10億円ほどの増になっていますが、それほど大きな変化とは言えません。医業費用も、法人化前と比べて給与が少し下がっていますが、ほとんど変わりはありません。全体として見れば、あまり増収になったという感じはありません。

(スライド20) 母子保健総合医療センターの決算の状況ですが、医業収益は、平成20年、21年にかなり大きく上がってきています。特に平成21年の伸びは大きなものがあります。これは、子どもあるいは周産期に対する診療報酬点数が、全体はマイナスでありながら、かなり手厚くなったために収益が上がってきたということです。ただ収益とともに、配置するさまざまな職員の給与も含め費用もけっこう上がっており、平成20年に比べて21年は減収というかたちになっています。しかし、平成19年と比べると資金収支面では格段の改善がありました。

●各病院の医業収支比率の推移

(スライド21) 医業収支比率を見てみますと、法人全体でも上がっています。特に急性期・総合医療センターに関しては、86.8%が96%まで上がってきました。呼吸器・アレルギー医療センターも上がってきて81.9%、精神医療センターは62.7%。当然ながら精神は儲かる儲からないということを度外視せざるをえない分野です。成人病センターは88.4%で、ほとんど変化がありません。母子保健総合医療センターに関しては少し上がっていますが、平成21年は20年とほとんど変わらない状況です。棒グラフを見るとおわかりのように、法人全体としては右肩上がりに医業収支比率が上がってきています。

●各病院の給与費比率・材料費比率・経費比率の推移

(スライド22) 給与費比率を見てみますと、これも法人全体としては、ほぼ一貫して下がってきています。平成21年度では62.5%です。特に急性期・総

決算の状況(母子C)

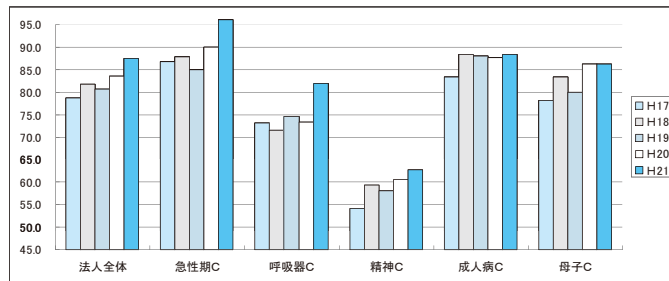
(単位:億円)

	H17決算	H18決算	H19決算	H20決算	H21決算	前年比較
収入①	111.0	122.7	127.0	137.3	140.2	2.9
営業収益	108.1	114.0	114.5	120.2	126.9	6.6
うち医業収益	82.4	87.8	88.1	94.2	101.0	6.7
うち運営費負担金	25.5	25.8	25.9	25.4	25.3	▲0.1
営業外収益	0.6	2.1	1.7	1.1	0.9	▲0.3
資本収入	2.3	6.2	10.7	15.9	12.4	▲3.5
支出②	107.7	113.4	122.2	125.9	131.6	5.7
営業費用	105.4	105.2	110.0	109.2	117.1	7.9
うち医業費用	105.4	105.2	110.0	109.2	117.1	7.9
うち給与費	57.3	57.8	60.3	59.2	61.8	2.6
うち材料費	30.1	27.4	29.5	29.3	32.0	2.7
うち経費	17.6	19.7	19.7	20.2	22.8	2.6
営業外費用	0.0	2.0	1.5	0.7	0.4	▲0.3
資本支出	2.3	6.2	10.7	15.9	14.1	▲1.9
当年度資金収支①-②	3.4	9.4	4.8	11.4	8.6	▲2.9

スライド20

各病院の医業収支比率の推移

区分	法人全体	急性期C	呼吸器C	精神C	成人病C	母子C
医業収支比率 (%) (医業収益 /医業費用)	H17	78.7	86.8	73.2	54.2	83.4
	H18	81.8	87.9	71.6	59.3	88.4
	H19	80.7	84.9	74.6	58.0	88.1
	H20	83.5	90.0	73.3	60.6	87.7
	H21	87.4	96.0	81.9	62.7	88.4



スライド21

合医療センターは64%から54%に下がりました。今年あたりはもしかしたら50%を少し超えるくらいまで行くのではないかと思います。一般会計から出さなくても自前でなんとか経営ができるのではないかなと思えるほどの元気のよさです。一方で、精神医療センターは126.4%と人件費も出せない状況です。

材料費比率を見ると、私どもではおおよそ30%前後と見ているのですが、病院によってずいぶん差があります。成人病センターのように高い分野もあります。病院によって、また診る患者によって材料費比率はずいぶん変わってくると思います。我々の目標としては28%くらいに収めたいと思っています。

コンピューターなどのさまざまなものを積極的にとり入れていますので、経費比率が少しずつ上がってきているのは仕方ないと思っています。

●各病院の患者数、診療単価の推移

(スライド23) 病床利用率を見てみますと、急性期・総合医療センターは年々上がってきて平成21年度で90%弱です。呼吸器・アレルギー医療センターはベッド数を削減しましたので、その前後で比較ができませんが直近では80%くらいです。精神医療センターは81%程度です。成人病センターは徐々に下がってきて、89%から90%になっています。母子保健総合医療センターは80%弱くらいです。

入院単価を見ていただくと、もちろんDPC、あるいは7対1看護などを入れたということもありますが、年々上がっています。急性期・総合医療センターで見ると、入院単価は5万1,000円台にのぼってきています。それに対して、精神医療センターは1万6,942円ということですから、入院患者当たりの職員の数が少ないといっても、ほかと比べると当然ながら大赤字であることがわかりだろうと思います。母子保健総合医療センターの入院単価は6万7,697円と、非常に高い単価になっています。

■診療報酬マイナス改定の影響(収益増に!)

診療報酬はずっとマイナス改定だった(スライド24)にもかかわらず、我々のところはなんと収益が右肩上がりに上がっている状況です。

スライド25の左図のように法人化後は入院収益が上がってきました。1人1日当たりの入院収益が一貫して上がってきました。患者さんにとっては上がるのが良いのか悪いのかは別に

給与費比率・材料費比率・経費比率の推移(病院別)

区分		法人全体	急性期C	呼吸器C	精神C	成人病C	母子C
給与費比率(%) (給与費/医業収益)	H17	74.5	64.1	88.6	148.9	63.4	69.5
	H18	70.0	61.7	89.2	132.1	57.4	65.8
	H19	70.3	64.7	82.6	133.3	57.0	68.4
	H20	67.5	59.8	83.6	128.1	57.9	62.8
	H21	62.5	54.1	72.1	126.4	55.6	61.2
材料費比率(%) (材料費/医業収益)	H17	32.7	34.8	24.3	18.3	36.3	36.5
	H18	30.2	33.1	22.8	17.0	33.4	31.2
	H19	30.7	33.2	22.2	17.8	33.5	33.5
	H20	29.4	30.6	21.8	18.1	33.3	31.0
	H21	29.5	29.6	22.4	13.6	34.9	31.7
経費比率(%) (経費/医業収益)	H17	18.9	15.3	23.1	17.1	19.0	21.3
	H18	21.0	17.7	26.8	19.3	20.8	22.4
	H19	21.9	18.5	28.7	21.2	22.1	22.4
	H20	21.9	19.4	30.5	18.4	21.8	21.5
	H21	21.5	19.3	27.0	19.1	21.4	22.6

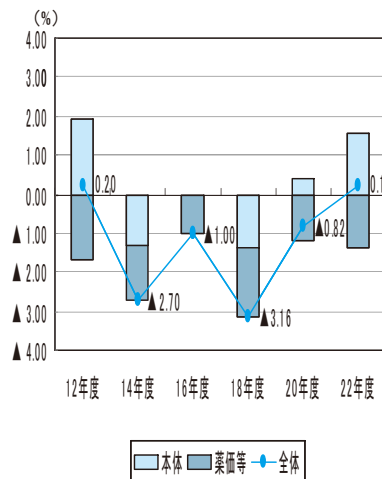
スライド22

患者数、診療単価の推移

区分		法人全体	急性期C	呼吸器C	精神C	成人病C	母子C
病床利用率(%)	H17	81.6%	85.4%	77.5%	68.6%	95.4%	84.2%
	H18	81.8%	86.6%	69.7%	76.3%	92.8%	87.0%
	H19	81.1%	83.4%	73.6%	77.6%	89.5%	81.7%
	H20	83.0%	87.4%	76.9%	78.0%	89.5%	80.9%
	H21	84.6%	89.8%	79.9%	81.4%	89.0%	78.7%
入院単価(円) (1人1日当たり)	H17	37,116	46,875	28,726	15,135	43,817	51,511
	H18	38,471	46,557	29,434	15,227	45,820	54,391
	H19	39,900	46,162	29,954	15,717	49,687	58,368
	H20	41,806	48,130	31,163	16,702	50,194	62,986
	H21	44,540	51,865	34,243	16,942	51,266	67,697
1日当り 外来患者数	H17	4,147	1,468	703	233	1,163	581
	H18	4,132	1,473	696	239	1,117	607
	H19	4,186	1,562	691	235	1,103	595
	H20	4,187	1,585	667	240	1,086	609
	H21	4,192	1,653	615	239	1,073	612
外来単価(円) (1人1日当たり)	H17	10,844	8,310	9,903	9,454	12,289	16,054
	H18	10,865	8,358	9,780	9,425	12,805	15,190
	H19	10,909	8,206	10,019	9,917	13,322	14,955
	H20	11,409	8,833	9,578	10,343	14,125	15,697
	H21	12,226	9,815	10,484	8,001	15,190	16,943

スライド23

診療報酬の改定



【改定率の推移】

- ・ 14年度、初の本体部分マイナス改定
- ・ 18年度、過去最大の下げ幅
- ・ 20年度、4回連続全体でマイナス
- ・ 22年度、10年ぶりに全体でプラス

【改定の考え方】
平成22年度改定の基本方針

- 重点課題
 - 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - 病院勤務医の負担の軽減

(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)

スライド24

して、図のような上がり方です。外来に関しても、同じようなかたちで1人1日当たり外来収益が急速に上がっています。これは外来での化学療法やリニ

アックなどの放射線療法などを積極的にやりだしてきたことが一因です。

●病院別の入院・外来指標

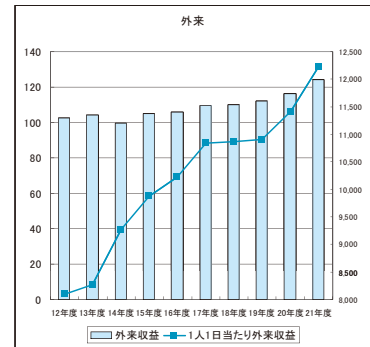
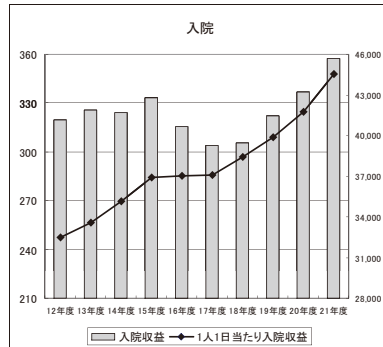
(スライド26) 急性期・総合医療センターに関しては、平成19年度までは赤字でした。しかし、平成20年、21年は黒字です。それは図のように入院単価が急速に上がってきたことが大きく関係しています。病床利用率も先ほど申しあげたとおり90%近くになっています。急性期・総合医療センターの外来の患者数

に関しても(カウントの仕方による違いもあるようですが)、徐々に増えてきているという状況です。

(スライド27) 呼吸器・アレルギー医療センターに

府立の病院における診療報酬改定の影響
—— 1人1日当たり入院収益・外来収益の推移(法人全体) ——

改定の考え方は病院の経営方針と合致しており、平均単価は向上(但し、延患者数の減により入院収益は伸び悩み)



スライド25

関しては、病床利用率、入院単価ともに一貫して上がってきています。外来患者数はやや減少気味です。

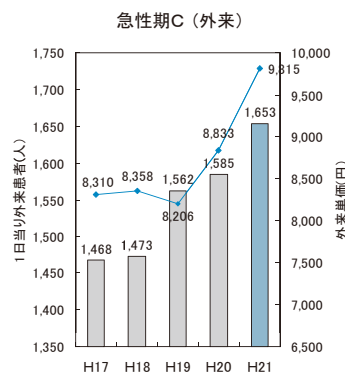
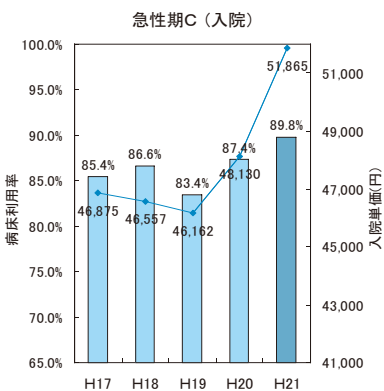
(スライド28) 精神医療センターに関しても、入院単価は上がっています。外来単価が平成21年度に急激に下が

っているのは、院外処方に切り替えたからです。

(スライド29) 成人病センターでは、入院単価の急激な上昇はなく安定的に推移しています。外来単価が大きく上昇しているのは、先ほど申しあげましたように化学療法やリニアック等の放射線治療を重点的に強化しているためです。

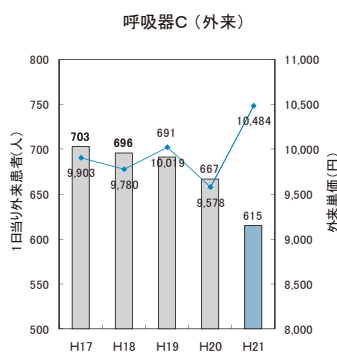
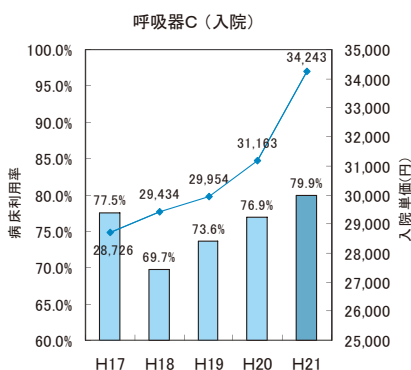
(スライド30) 母子保健総合医療センターについては、入院単価が大幅に上がってきました。これは診療報酬の改定に伴うものです。ただ、病床利用率は徐々に減ってきています。これは、大阪府が政策としてさまざまな地域にNICUを展開させてきたため、それまで母子保健総合医療センターが一手に引き受けていたものが分散されたということも大きく関係しています。病床利用率については、直近の80%前後という数字が妥当なと

急性期・総合医療センター(入院・外来指標)



スライド26

呼吸器・アレルギー医療センター(入院・外来指標)



スライド27

ころと見ています。外来に関しては、単価も患者数も上がってきています。

■ 医業収益確保と医業費用削減の取り組み

先ほど申しあげたとおり、医業収益は年々増加してきました。単に支出を抑えたということではなく、収入もずいぶん上がったということを示しています。そのための主な取り組みを具体的に説明していきます。

● 医業収益の向上を目指して

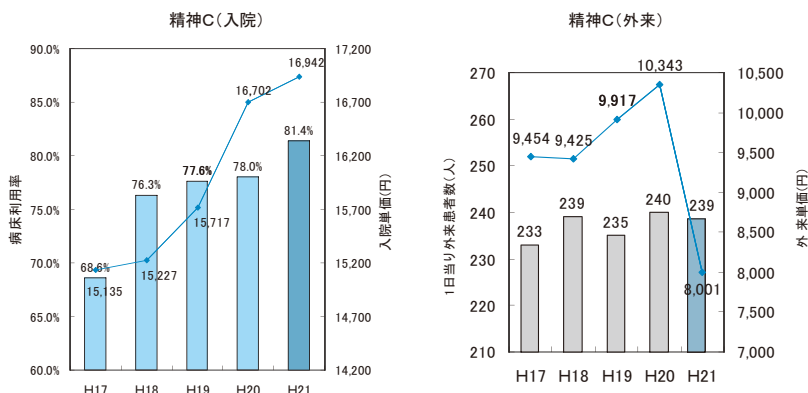
(スライド32~34) 収入確保のための取り組みの1つは、可能な限り上位の診療単価の部分を取っていきこうということです。7対1看護基準の適用、地域医療支援病院の取得、あるいは入院にかかわる加算などです。こういう部分を個々の病院で貪欲にとるようにしています。

手術に関しては、診療体制の充実、運用の効率化による手術件数の増加を図りました。あるいは医療機器の更新による検査数の増ということもあります。

また、病床の効率的運用によって入院患者を確保するという取り組みがあります。特にベッドコントロールセンターを設け、電子カルテ等のITで瞬時にベッドの状況や退院予定を把握します。急性期・総合医療センターは平成21年度からベッドコントロールセンターを運用しています。それによって、午前退院、

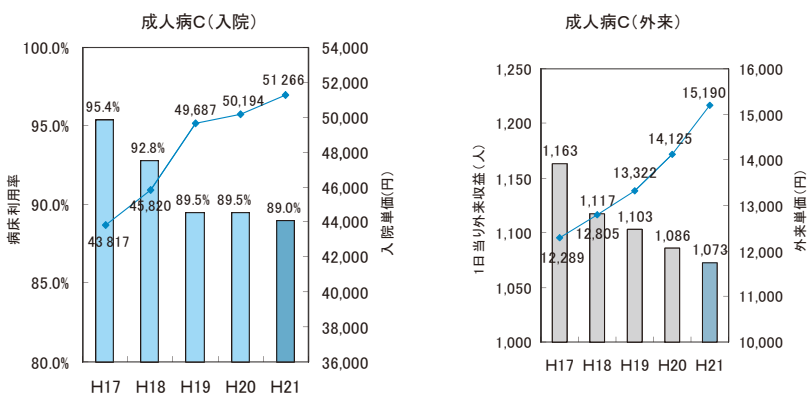
午後入院ということをかなり意識してやっています。そのことが病床利用率の向上に表れています。それから、診療科目別に目標を設定しました。あまり充床率のよろしくない診療科は、どうかたちでこれを上げられるかということをいろいろと議論しな

精神医療センター（入院・外来指標）



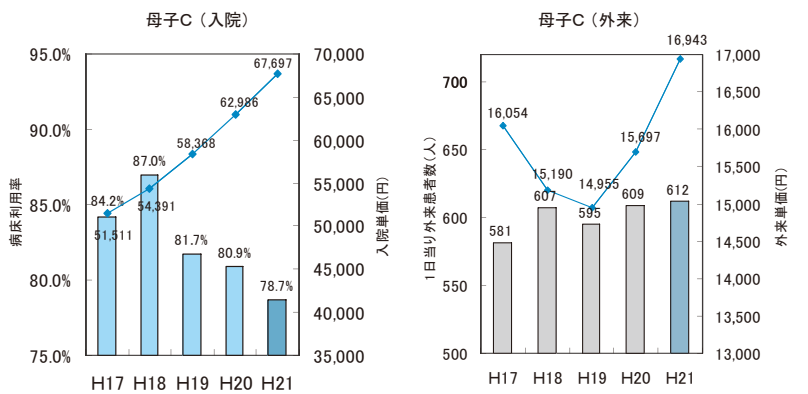
スライド28

成人病センター（入院・外来指標）



スライド29

母子保健総合医療センター（入院・外来指標）



スライド30

がら目標を決めました。

地域医療機関との連携、新入院患者の確保という取り組みも実行しています。各病院ともずいぶん努力して、新入院患者がかなり増えました。開放病床も、急性期・総合医療センター、呼吸器・アレルギー

一医療センターにおいて数ベッドですが、地域医療機関との連携のためにやっております。

さらに診療科の再編という取り組みがあります。例えば救急では、心臓外科、心臓内科、救急医が一緒になってSCUやCCUをつくっていくというようなセンター化によって、住民の皆さんにわかりやす

医業収益の確保

医業収益の推移

※ 資金収支ベース

単位：億円

平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度
430.9	434.2	453.0	473.7	505.5

主な取組

- ・診療報酬上位基準の取得（7：1看護基準、小児入院医療管理料等）
- ・医師の増員による手術件数等の増加
- ・ベッドコントロールセンターなど、病床の効率的運用による入院患者の確保
- ・地域の医療機関との連携強化による新入院患者の確保
- ・各種料金の改定（特別室料・セカンドオピニオン料金等）

スライド31

医業収益の確保取り組み①

◎診療単価の向上

（可能な限り、診療改定の年から体制が整備できるような職員定数管理など柔軟に対応）

- ◇7対1看護基準の適用（精神Cを除く4病院）
- ◇地域医療支援病院の取得（20年度～急性期C）
- ◇入院時医学管理加算の取得（20年度～急性期C）
- ◇児童思春期精神科入院医療管理加算（20年度～精神C）
- ◇小児入院管理料1（母子C）

スライド32

医業収益の確保取り組み②

◎手術手術、検査の稼働状況の向上

- ◇診療体制の充実、運用の効率化による手術件数の増
- ◇医療機器の計画的更新による検査件数の増

◎病床の効率的運用による入院患者の確保

- ◇電子カルテも活用したベッドコントロールセンターの運用（21年度～急性期C）
- ◇診療科別の目標設定

スライド33

医業収益の確保取り組み③

◎地域の医療機関との連携強化による新入院患者の確保

- ◇地域医療支援病院の取得（20年度～急性期C）
- ◇二次救急告示病院の認定取得（20年度～急性期C）
- ◇都道府県がん診療連携拠点病院の指定（18年度～成人病C）
- ◇開放病床の設置（急性期C 21年度～呼吸器C）
- ◇子ども家庭Cなど福祉・教育機関等との連携強化（精神C）

◎医療ニーズに応じた柔軟な診療科の再編等

- ◇診療科連携による専門性の高い包括的診療（センター化）の推進（急性期C、呼吸器C）

スライド34

府立病院機構における運営費負担金の状況

□平成21年度決算における府からの運営費負担金

（単位：億円）

法人全体	急性期C	呼吸器C	精神C	成人病C	母子C
134.2	33.3	19.5	21.8	27.6	31.9

□府財政の規模と運営費負担金

- 平成21年度の大府一般会計歳出決算 3兆1,938億円
⇒ 負担金の占める割合 0.4%
- 平成21年度府税収入決算 1兆0,841億円
⇒ 負担金の占める割合 1.2%

スライド35

医業費用削減の取り組み

《人件費削減の取り組み》

- IT活用による事務の集約化、定型業務のアウトソーシング
・H17—188人 H18—112人 平成22年—62人予定
- 現業部門のアウトソーシング
- 国立病院機構の給料表の導入、職制の再編

《材料費削減の取り組み》

- SPD（Supply Processing and Distribution）の導入
5病院の医薬品の薬品、医療材料の調達、在庫管理、物流を一括委託

価格交渉による単価引き下げ（実績10.8%）
在庫圧縮、物品の集約化等による効果

スライド36

く、なおかつスピーディな治療を可能にし、そして早く退院していただけるようなかたちが、順次できつつあります。

(スライド35) それでも、大阪府から平成21年度で134億円という巨額の運営負担金をいただいています。

(スライド36) そこで、先ほど申しあげた医業収益アップの取り組みだけではなく、並行して医業費用の削減にも取り組んでいます。

●人件費削減の取り組み

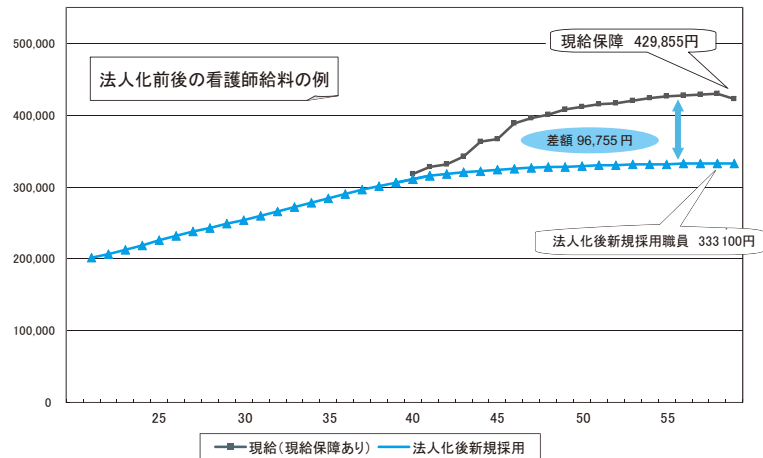
(スライド37) 看護師の給与表を例にとりますと、法人化前には給与は年齢とともに年々上がっていきましました。それを、国立病院機構に準じて職階位に応じて決めることとし、新しく採用した人に対してはフラット化した給与体系を適用しています。

(スライド38) 従来、例えば主任などの役職に就かない普通の看護師さんでも、長くお勤めになれば、1級、2級にとどまっておらず5級にまでなっていました。5級というのは副看護部長クラスですから、長くいると勝手に給与が上がっていくという仕組みです。これを役職に応じて級を上げていくという方向に切り替えたということです。これも法人化後にはじめて実現できました。

●SPDの導入で材料費を縮減

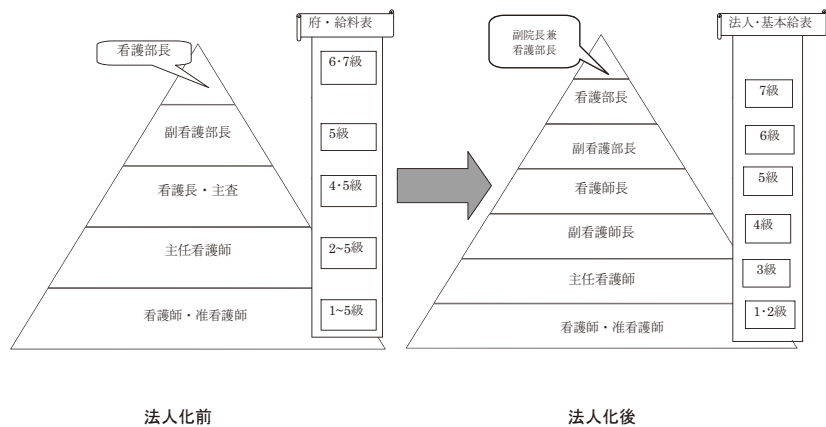
(スライド39) 材料費の縮減も大きな課題です。そのために、SPD (Supply Processing and Distribution) を導入しました。各病院でも、かなりそういう方向でやられていると思いますが、物品、材料の価格交渉、在庫管理、物流を一括して委託するということです。価格交渉による単価値下げも実現しました。

給与カーブのフラット化



スライド37

法人化に伴って看護師の職階と職務の級を見直し



スライド38

医業費用に関する取組 (材料費)

- ◆ SPD (Supply Processing and Distribution) の導入
 - ・ 5病院の医薬品、医療材料の価格交渉・調達、在庫管理、物流を一括委託
- ↓
- 価格交渉による単価引き下げ
在庫圧縮、物品の集約化等による効果

◆ 材料費比率

	H17(法人化前)	H21(4年目)	H21-H17
医業収益①	430.9億円	505.5億円	74.6億円
薬品費+診療材料費②	137.2億円	147.9億円	10.7億円
②/①	31.8%	29.3%	▲2.5ポイント

スライド39

医業収益は法人化前の平成17年度に約431億円だったのが、平成21年度には約505億円になり約74億円のプラスですが、診療材料費のアップは10億7,000

万円くらいですんでいます。材料費比率を見ると、2.5ポイント下がっています。各病院ともSPDに任せっきりでなく、価格などではよその例を挙げて厳しく要望するような場面もあったようです。

このSPDは、材料費が安くなるだけでなく、在庫管理等をやらなくてすみますから、今までそういうところに投入していた事務の人間がほとんど要らないというダブル効果がありました。

●地域医療との連携強化

(スライド40) 地域医療との連携強化にも取り組んでいます。紹介率を見ると、急性期・総合医療センターでは53%から71%に上がってきています。呼吸器・アレルギー医療センターも、法人化前よりも上がりました。成人病センターでは88%という高率になっています。母子保健総合医療センターでも約80%と、かなり高率の紹介率になっています。

逆紹介率を見ると、急性期・総合医療センターでは51.1%です。成人病センターにいたっては131%

地域医療との連携強化 (紹介率・逆紹介率)

区分		急性期C	呼吸器C	精神C	成人病C	母子C
紹介率(%)	H17	53.3	48.9	35.7	73.6	72.6
	H18	57.9	51.1	28.9	82.5	75.9
	H19	60.4	55.6	30.1	84.9	84.5
	H20	70.2	53.8	29.0	88.6	83.5
	H21	71.2	53.1	29.5	88.0	79.5
逆紹介率(%)	H17	40.4	46.1	26.9	72.1	14.6
	H18	43.5	40.9	27.9	87.9	13.3
	H19	43.6	36.9	25.3	96.4	15.5
	H20	53.9	45.8	23.8	122.7	24.7
	H21	51.1	43.2	23.7	131.8	24.5

スライド40

医療の標準化 (クリニカルパス)

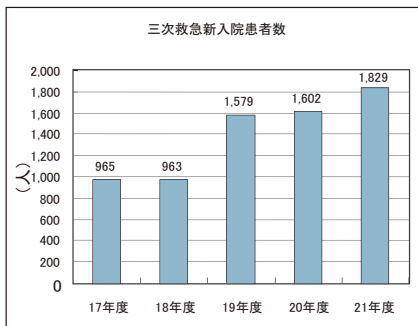
区分		急性期C	呼吸器C	精神C	成人病C	母子C
クリニカルパス適用率(%)	H17	65.8	22.1	—	45.0	18.4
	H18	72.8	26.2	—	57.5	22.9
	H19	77.0	26.9	—	54.2	39.7
	H20	82.9	27.3	—	51.0	47.1
	H21	82.9	33.6	—	56.5	41.3
クリニカルパス種類数	H17	260	46	0	79	20
	H18	339	49	1	81	29
	H19	435	51	2	81	56
	H20	500	56	1	84	74
	H21	538	60	1	119	96

スライド41

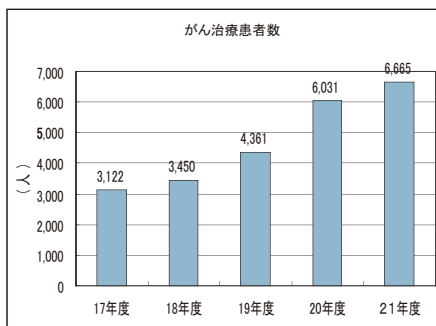
という数字です。これはどういうことかということ、前から通っている患者さんはなるべく地域に返していこうという取り組みです。母子保健総合医療センターに関しては、小さい子や赤ん坊はなかなか地域に帰りにくいという事情があって逆紹介は多くありません。精神医療センターもその傾向があります。

(スライド41) クリニカルパスですが、急性期・総合医療センターに関してはちょっとできすぎというか、82.9%という適用率で動いています。パスの種類も非常に多い。急性期・総合医療センターが先導して、他

急性期・総合医療センター



18年度にSCU(脳卒中集中治療室)の整備及びCCU(心疾患集中治療室)を整備し、脳卒中や心筋梗塞等の循環器救急患者に対する救命救急医療を強化した。今後、高度救命救急センターの取得を目指す。



地域のがん診療の拠点病院として、外来化学療法室、放射線治療など集学的治療や相談機能など、がん治療患者の実績を着実に積み重ねた。

スライド42

の病院に普及が進んでいるという状況です。

●各病院の取り組みと患者層の変化

次に、患者さんの層の変化を見ていきます。

(スライド42) 急性期・総合医療センターでは、平成17年度には1,000人弱だった三次救急の新入院患者数が、21年度には1,800人を超えています。この4年間でほぼ倍増です。それから、がん治療の患者数(成人病センターではなくて急性期・総合医療センター)を見ても倍増しています。これは、地域のがん診療の拠点病院として指定を受け、病院側も必死になって地域医療連携をてこに患者さんを集めている結果です。

(スライド43) 呼吸器・アレルギー医療センターでは、肺がんの患者数が徐々に上がってきています。ただ、この病院はもともと結核病院でしたので、なかなか脱皮しにくいところがあるのと、地域的に医師の確保が難しいというところがあります。右の図は命令

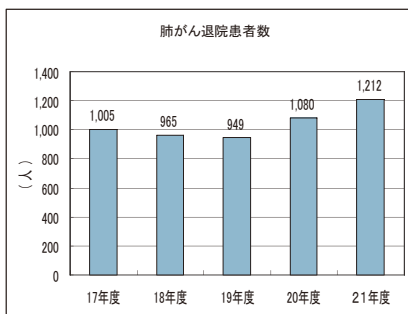
入所による結核患者さんの数ですが、平成21年度に急に増えているのは、近隣で、特に国立病院機構がそういう患者さんをとらなくなったことが影響しています。

(スライド44) 精神医療センターでは、自閉症児の確定診断患児数が徐々に増えていますが、待機患者が2年分くらいあるということです。それを減らそうとドクターも増やしています。

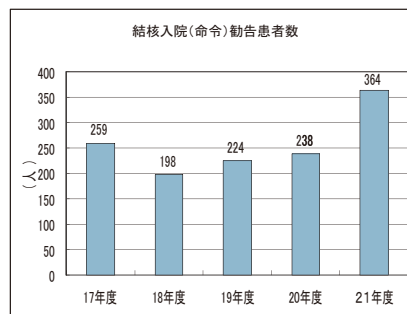
右の図は訪問看護の実施回数です。長期入院患者さんを早く退院させて、なんとか社会復帰を図ろうと取り組んでいます。日本でこんなに在宅支援をしている病院は少ないと思います。

(スライド45) 成人病センターでは、がんの新入

呼吸器・アレルギー医療センター



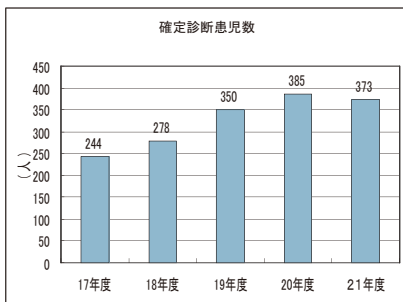
感染症法に基づく結核の入院勧告患者の受入れるとともに、呼吸器、アレルギーの専門病院として、COPD(慢性閉塞性肺炎患)や肺がんの治療や、アトピー性皮膚炎などの治療に取り組んだ。



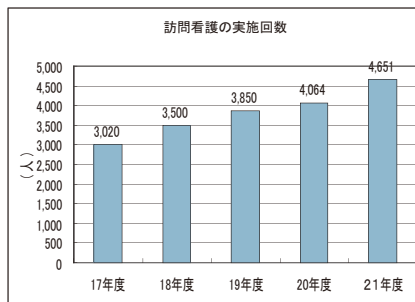
感染症法(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律)に基づく結核の入院勧告患者の受入れを行った。

スライド43

精神医療センター



精神医療の専門病院として、措置入院、緊急措置入院等の受入れや、第一種自閉症児施設として、自閉症など発達障がい圏の患者(児)の受入れ、自閉症確定診断に取り組んだ。



長期入院患者の退院を促進し、地域でのケアを確保するため、訪問看護の拡充を図った。

スライド44

院患者が、平成19年度を境に右肩上がりに増加してきています。

放射線治療は、リニアックが現在2台ですから、延べ患者数2万から3万弱とう現状がマキシマムです。台数を増やさないとこれ以上は無理です。成人病センターは新しい病院の建設を予定していますが、新しい病院には倍以上のリニアックを入れようと思っています。

(スライド46) 母子保健総合医療センターでは、新生児の救急搬送が平成20年度にかけて増えました。患者さんのたらい回しが問題になっていた頃です。母子保健総合医療センターは「全部引き受けましょう」という姿勢ですが、平成21年度に少し減っているのは、行政が近隣で受け入れ機関を整備したこと

の表れです。今後は現状程度で横這いになるのではないかと考えています。3歳児未満の開心術は、けっこう高いレベルで推移していると思います。

■第2期5カ年計画に向けて

(スライド47) 以上のよう
に、実績として、どうにか不良債務を解消できるめどが立ちましたし、病院機能としても、かなり高度な医療が比較的満足のできるレベルで提供できたと思っています。そこで、平成23年度以降の5カ年計画(第2期の計画)を今つくっているわけですが、今度はミッションとして何を掲げるべきかということが議論になります。我々としては、やはり各病院の専門性を発揮し、日本の医療をリードする病院を目指す、これを目標の中心に据えようと思っています。ここから個別に何をしていくのかという

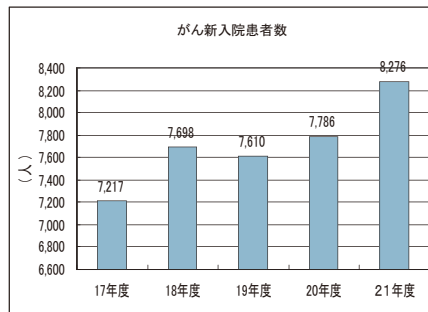
かたちになってくるわけです。それは、将来にわたり府民の健康増進に寄与するため、施設整備等を計画的に進めるということが1つです。新しい病院に生まれ変わるための施設整備を新築も含めてやって

第2期(H23年度～)に向けて

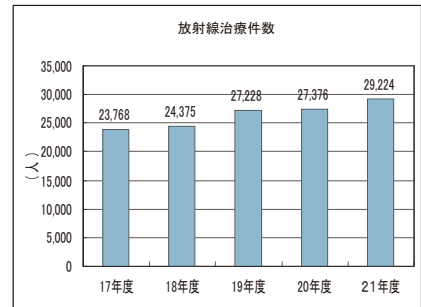
- 各病院の専門性を発揮し、日本の医療をリードする病院を目指す
- 将来にわたり府民の健康増進に寄与するため、施設整備等を計画的に進める
- 新たなマネジメント戦略のもと、自律性・機動性の高い病院経営を確立し病院経営を確立する

スライド47

成人病センター



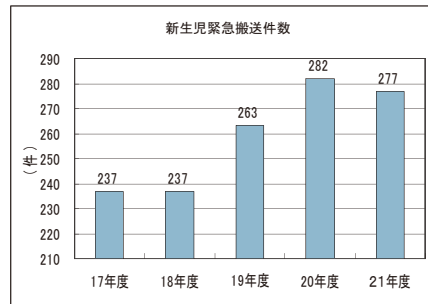
がんの専門の特定機能病院として、難治性がん患者に対し、手術や放射線治療、化学療法など最適な治療法の選択・組合せによる治療に取り組んだ。



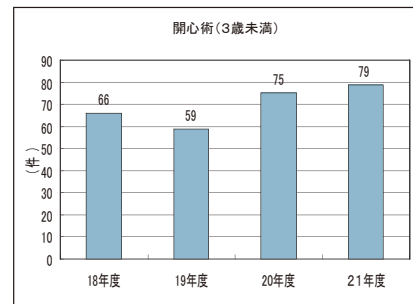
放射線治療については、IMRT(強度変調放射線治療)、SBRT(体幹部定位放射線治療)など、治療計画の検証が必要な高度な治療を積極的に行った。

スライド45

母子保健総合医療センター



OGCS(産婦人科診療相互援助システム)NMCS(新生児診療相互援助システム)の基幹病院として、重症妊婦や新生児の緊急搬送を迅速に行うための調整機能を果たした。



総合周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊産婦や、超低体重出生児に対し、開心術など難易度の高い手術等高度専門医療を提供した。

スライド46

しまおうということです。これは1にも2にも、不良債務を解消できるめどがついたからです。また、新たなマネジメント戦略のもと、自律性・機動性の高い病院経営を確立するという目標も立てています。これは、各病院をより機動的な対応ができるようなかたちの組織に変えていこうということです。

(スライド48) 全体的な理念は今までとあまり変わりません。「高度専門医療の提供と府域の医療水準の向上」、「患者・府民の満足度向上」、「安定的な病院経営の確立」という3本柱を変えるつもりはありません。さらに具体的に、より機能的に動ける組織にしようということで、「各病院の自立化」、あるいは「職員のプロパー化」、さらに「非公務員化によるモチベーションの向上」、そして「施設の高度化」といったことを実行して、治療を受けてよかったと

言われる日本一の病院にしていきたいと考えています。

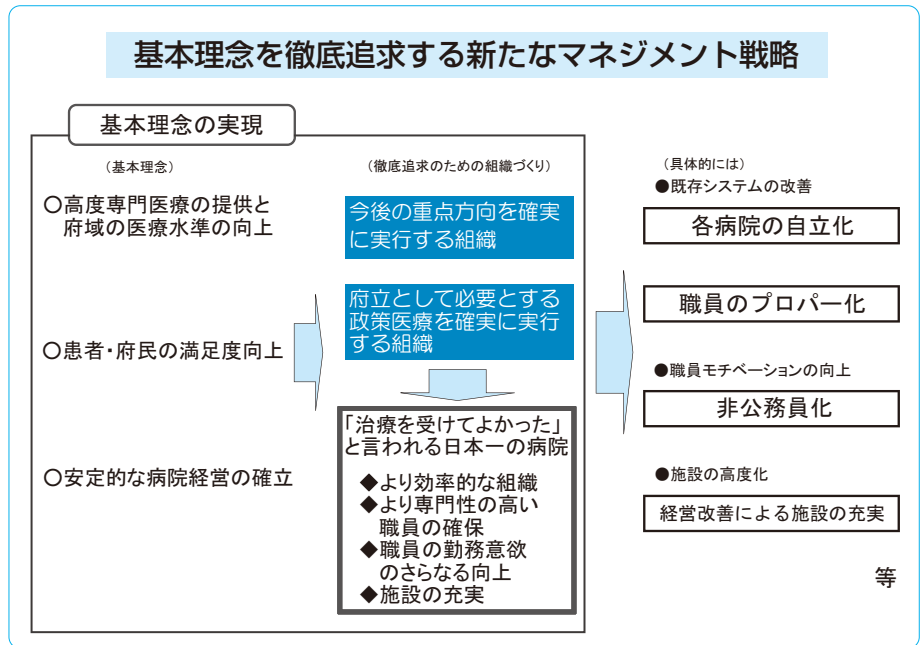
●日本の医療をリードする病院を目指して

日本の医療をリードする病院を目指してどのようなことに取り組むか、各病院が重点方向と具体案を打ち出しています。

(スライド49) 急性期・総合医療センターは、今までの取り組みをさらに充実させるとともに高度救命救急センターの認可の取得を目指しています。また三次救急のみならず二次救急も人員の確保も含めて拡充していこうと考えています。二次救急をしっかりとやって、早期の治療、退院そして社会復帰のお役に立ちたいと考えています。それから移植臨床センター構想も推進します。

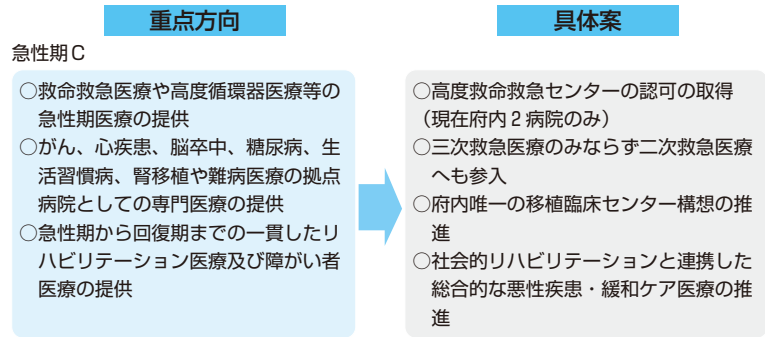
(スライド50) 呼吸器・アレルギー医療センターに関しては、4つのセンター構想というのがあります。すなわち、アトピー・アレルギーセンター、感染症センター、呼吸ケアセンター、腫瘍センターです。呼吸器・アレルギー医療センターのなかに、これらの部門に集約しながら、横断的なドクターの参画で複数の診療科がタッチしながら患者さんを全体として診ていこうというセンター構想をいま考えています。できれば今年中にも発足をしたいと思っています。

精神医療センターは数年後に新しい病院を新築する予定で、いま建物の設計段階です。新病院では、心神喪失者等医療観察法に基づく病床数を33床に拡充する予定です。それから薬物専門外来を設置します。大阪は薬物の患者さんを受け入れるところがやや少ないためこの分野を拡充します。さらに児童期医療部門と思春期医療部

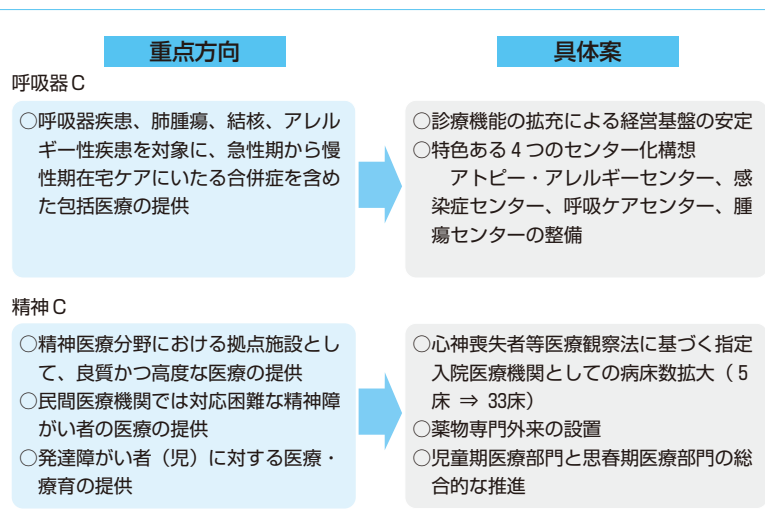


スライド48

日本の医療をリードする病院を目指して



スライド49



スライド50

門を統合し、より充実した治療を進めていきたいと思っています。

(スライド51) 成人病センターについては、がん

医療の日本一を目指して、特に難治性がんを中心とした高度・先進的ながん治療に対応した病院機能の強化を図ることにしています。一般化した医療にくわえて、さらに新しい治療法を開発します。例えば肝、胆、膵といった分野の治療成績を上げるべくがんばりたいということです。

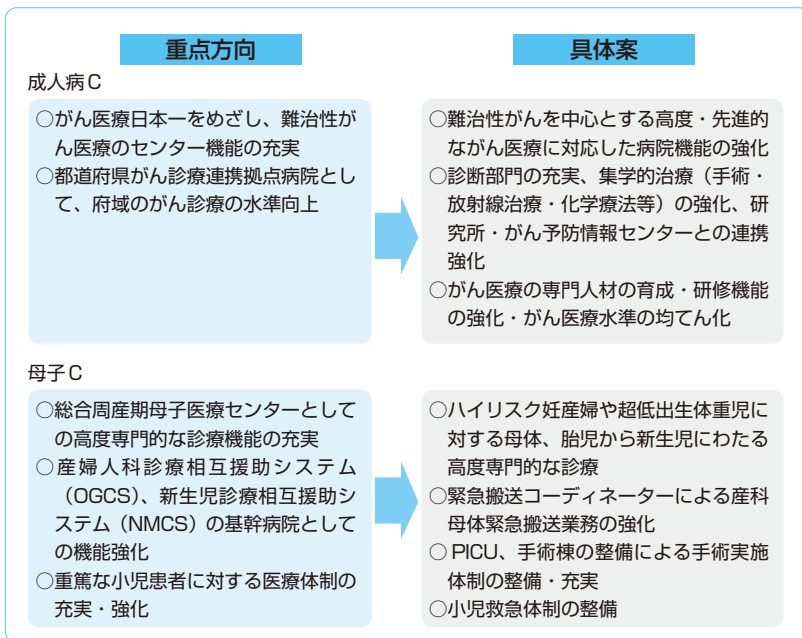
母子保健総合医療センターについては、総合周産期母子医療センターとしての機能充実と、OGCS、あるいはNMCSの基幹病院としての機能の強化を図ります。すでにコーディネーターは置いています、個々のケースで、例えば患者をどこに救急搬送したらいいかという判断をするコーディネーター役をきちんと果たせるようにしたいと思います。それと同時に、PICU、手術棟の整備、さらには小児の三次救急の体制を目指したいと考えています。そのためにも新棟を造らざるをえないだろうと思います。

■まとめ

我々の病院が独立行政法人として発足した当初は、65億円を超える不良債務をかかえていました。それが意味することは、起債がまったく効かない、借金できないということで、現金以外では医療機器も買うことができませんでした。ですから大阪府の一般会計からの非常に限られた運営負担金に頼って、最低限必要な医療機器を賄うのがやっとでした。その後独法になり、職員の努力により収益が上がり、必要なものは独自に買えるようになりました。例えば昨年はかなり収益構造がよくなったということで、我々独自で10億円ほどの予算を用意して、医療機器、あるいはアメニティの滞っていた部分に使いました。まだまだ足りませんが、今年もそのようなお金が用意できると思います。

ですから、前へ前へと良い回転をしていけば、投資もできるようになり、それで職員みんながやる気になれば、府民へのお返しができ、府民が喜ぶ—こういう状況にしたいと思いつつ、各病院にお願いをし、各病院にはその気になっていただいているという状況です。

以上です。どうぞご清聴ありがとうございました。



スライド51

■質疑応答

座長（木田） 高杉先生どうもありがとうございました。せっかくの機会ですので、何かご質問になりたいことがあればうかがいたと思いますがいかがでしょうか。

■独法化と看護師の確保

質問者 非常に感銘を受けるお話をありがとうございました。私は神鋼加古川病院の宇高と申します。今、市民病院との合併で新しい構想を考えて、いろいろと勉強させてもらっているところです。今日のお話しでは、医療の高度化を図りつつ、政策医療を担いながらすばらしい成長を遂げられて、経営改善をされたということで感銘を受けました。

1つお聞きしたいのは看護師の確保の問題です。大阪では独立行政法人の公務員型というかたちをとられました。お話しにあったように主任や師長以外の一般の看護師も40歳、50歳と年齢が上がるにしたがって給与が上がるのでは経営構造上、非常に問題だということからフラット化をされたということですが、看護師の確保が難しい時代ですので、その転換がスムーズに行けたのかどうか、看護師さんの確保に問題点はなかったのか、そのへんについておうかがいしたいと思います。

高杉 独法になる当時は、募集に対して3倍くらいの看護師さんが応募してくれていました。ところ

が7対1看護の導入以降に関して言えば、応募が少なく欠員が出る状況になりました。ただ、独法になったがゆえに何が起こったかという点、それ以前は、人事委員会を通じて年に1回ないし2回しか募集ができませんでしたが、その縛りがなくなりました。給与は別にして、採用試験を各病院で随時できるようになったことは大きな変化でした。

独法化にあたっての給与形態の見直しについては、当然ながら組合との交渉などもあり大変もめました。現給保障というかたちで、その時点でおられた人たちに関しては横這いとし、新たに入られる人に対して新しい給与体系を適用するという格好で最終的に折り合いました。その過程では交渉が難航したと聞いています。

■ 公務員型を選択した理由は

質問者 ありがとうございます。そういう点が、たぶん独法化の大きな問題点ではないかと思えます。

もう1つ、公務員型と非公務員型とがあるのですが、公務員型を選ばれた理由をお聞かせください。

高杉 講演のなかで少し触れさせていただきましたが、独法化にあたっては、5病院の総合力で費用削減などのプラスの面を生かそうという前提でしたので、5つの病院を1つの制度でまとめる必要がありました。そのときに一番問題になったのは精神医療センターです。精神の分野では平成17、18年当時、公務員型でないと触法患者の扱いについてはいっさいできないと厚労省が言っていました。今は変わりましたが、その頃は公務員型でないと公権力の行使はできないことになっていたのです。そのため公務員型で出発せざるをえなかったということです。

座長（木田） どうもありがとうございました。それでは、時間ですので、これで最初の基調講演を終わらせていただきます。先生、どうもありがとうございました。

基調講演 2

院内の組織改革と 地域医療連携の推進

大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター
副院長

吉岡 敏治

座長（徳永） それでは、基調講演2として、今回のセミナーを担当されている大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センターの副院長である吉岡先生のご講演を始めます。

恒例ですので簡単にご紹介いたしますが、吉岡先生は大阪生まれで、大阪大学医学部をご卒業後、同大学特殊救急部助教授にご就任になり、同副部長を兼任なさいました。その後、2007年から大阪府立急性期・総合医療センター副院長を務めていらっしゃいます。おもに、外傷、熱傷、中毒をご専門とされており、現在、(財)日本中毒情報センター理事長、日本中毒学会の監事、日本外傷学会の監事、日本救急医学会の評議員、日本集団災害医学会の評議員等を兼ねておられます。

今日は、「院内の組織改革と地域医療連携の推進」というテーマで講演をしていただきます。大阪府立急性期・総合医療センターは多方面の改革を精力的に行っておられます。そのような多くの改革の一端と、なおかつ地域医療連携についてお話しいただけるとかがっておりますので、大変楽しい講演でございます。それでは吉岡先生、どうぞよろしくお願いいたします。

吉岡 過分のご紹介ありがとうございました。今日は、「院内の組織改革と地域医療連携の推進」というテーマで、当センターの最近の取り組みをご紹介させていただきたいと思っております。

医療環境の変化と医療改革の方向

(スライド1) 医療環境の変化としては、まず、経済構造の変化に伴う長期低経済成長があります。それから、社会環境の変化と患者意識の変化ということでは、規制緩和、情報化の進展による病院・医師選択など各種欲求の高まり、安全管理への期待、情報開示、インフォームドコンセント等々が重視されるようになってきたといったことがあります。また、医療需要自体についても、人口の高齢化にしたがって増大していますし、医療技術の進歩に伴って新たな必要医療がずいぶん増えてきていることも自覚しております。

スライド2は朝日新聞からの引用ですが、OECD

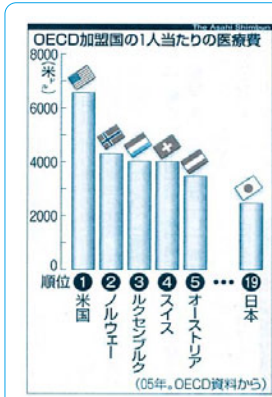
医療環境の変化

- 経済構造の変化
 - 長期低経済成長 構造的不況
- 社会環境の変化：患者意識の変化
 - 規制緩和、情報化進展
 - 病院・医師選択など各種欲求の高まり
 - 安全管理への期待、情報開示、I/C
- 医療需要の増大
 - 高齢人口の増加、医療技術の進歩

座長：長崎県島原病院 副院長 兼 医療局長

徳永 能治

スライド1



- ・日本の国民1人あたりの医療費は経済協力開発機構(OECD)加盟国中19位
- ・米国の1人あたり医療費は日本の2.7倍
- ・公的保険制度により自費負担額がきわめて少ない

(朝日新聞：2009年8月23日より)

スライド 2

加盟国の1人当たりの医療費を見ると日本は19位で、アメリカの3分の1程度の医療費です。しかも公的保険制度によって、自費負担の額はきわめて少ないので、医療は無料という意識がけっこう高いというのが日本の状況かと思えます。

(スライド 3) そのようななかで、医療改革が大きなテーマになっています。まず、医療保険制度の改革としては、ここに示したように、医療費抑制策が実施されましたが、そのほかにもいろいろな事柄が取りあげられてきました。昨今、この医療費抑制という方向性が少し変わ

ってきたようにも思いますが、基本的な流れはこの方向でいくのではないのでしょうか。

一方、医療提供体制の改革としては、病院の機能分化と方向性の明確化、患者中心の医療への転換、カルテ開示、第三者評価制度、安全管理、包括払いなどが行われつつあります。

■当センターのある大阪府の医療環境

(スライド 4) 大阪府の各地域の病床数を見てみますと、当センターが位置する大阪市は適正ベッド数比率が1.5に近い数字になっています。人口1,000人当たりのベッド数は12.4床と、かなり過剰であることがうかがわれる地域です。

(スライド 5) 大阪市内の大規模総合病院をベッド数の順に挙げてみますと、当センターは5番目の768床であり、当センターは大阪府南部地域の基幹

医療改革の基本的方向

●医療保険制度改革

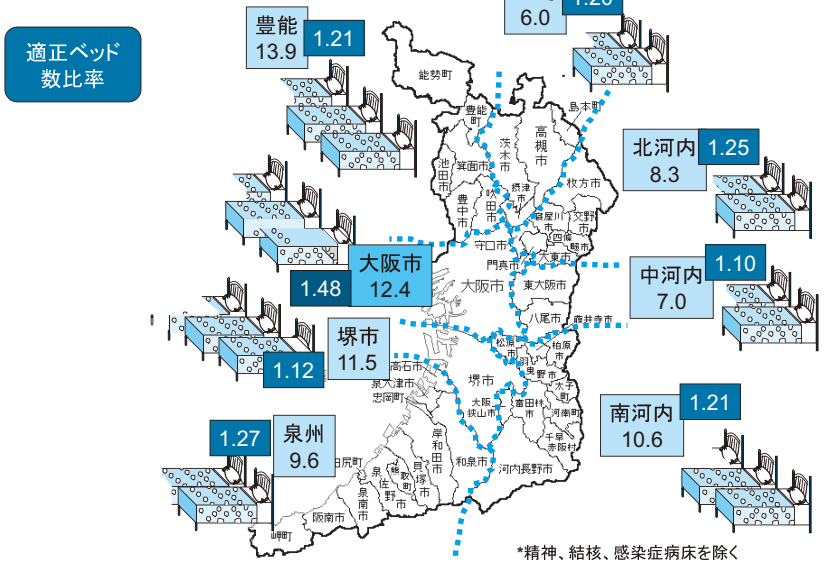
医療費抑制策の実施、診療報酬制度の改革
介護保険導入、民間医療保険参入、混合診療

●医療提供体制改革

病院の機能分化と方向性の明確化
患者中心の医療への転換、カルテ開示
第三者評価制度、安全管理、包括払い

スライド 3

大阪府の病床数(千人あたりのベッド数)



スライド 4

大阪市内の大規模総合病院

人口：266万6693人 面積：222.3Km²

- ①大阪市立総合医療センター 1,063床
 - ②大阪市立大学医学部付属病院 1,005床
 - ③大阪赤十字病院 939床
 - ④済生会中津病院 778床
 - ⑤大阪府立急性期・総合医療センター 768床
 - ⑥北野病院 707床
 - ⑦国立病院機構大阪医療センター 693床
 - ⑧大阪警察病院 580床
 - ⑨大阪厚生年金病院 565床
- ◎淀川キリスト教病院、多根病院、阪和病院：300床以上が30病院
(これら大規模病院は独自に組織改革を行い、専門性と体力を備えている)

スライド 5

病院として存在しています。ここに出ているような大規模病院では独自の組織改革が行われており、それぞれが専門性と体力を備えています。さらに、こ

府立急性期・総合医療センターの取り組み

(最近の主たる改革)

- 平成15年：名称変更、役割の見直し
(平均在院日数の短縮、クリニカルパスへの取り組み)
- 平成16年：地域医療連携室の再構築と登録医制度の導入
- 平成17年：開放病床の設置
- 平成18年：地方独立行政法人への移行
- 平成19年：身障センター附属病院との統合
急性期総合病院としての診療体制の再編
(救命救急センターの再編、CCUの増床とSCUの新設)
- 平成20年：クリニカルパス型電子カルテの開発・本格稼働

スライド 6

名称変更当時の診療体制

(急性期・総合病院としての診療対象と診療体制の見直し)

「高度な急性期医療から難病まで、総合力を生かした実践病院」

- 急性期医療部門 (5診療科)
災害医療への対応を含め、救命救急医療、心疾患や脳卒中など高度循環器医療を対象とする
- 合併症医療部門 (10診療科)
高齢化などにより増加傾向にある複数の疾患が併存する患者に対する医療を対象とする
- 専門医療部門 (6診療科)
難病、エイズ、腎移植、難治性糖尿病などを対象とする
- 障害者医療・リハビリテーション医療部門 (3診療科)
地域の医療機関での診療が困難な障害者の医療と急性期から回復期に至るリハビリテーション医療を対象とする
- 中央部門 (4診療科)
各医療部門をバックアップする

スライド 7

大阪府立急性期・総合医療センターの診療組織

・稼働病床数 768床 (一般病床 734床、精神病床 34床) ・診療科目 (28科)

●急性期医療部門

- 救命救急センター
- 脳卒中センター
- 心臓血管センター
- 小児医療センター

●中央部門

- 麻酔科
- 画像診断科
- 放射線治療科
- 臨床検査科
- 病理科

●専門医療部門 (内科系診療科)

- 内科・呼吸器内科
- 消化器内科
- 心臓内科
- 糖尿病代謝内科
- 腎臓・高血圧内科
- 神経内科
- 免疫リウマチ科
- 小児科
- 精神科
- 皮膚科

●専門医療部門 (外科系診療科)

- 外科
- 心臓血管外科
- 脳神経外科
- 整形外科
- 産婦人科
- 泌尿器科
- 眼科
- 耳鼻咽喉・頭頸部外科
- 形成外科
- 歯科口腔外科

●高度医療センター

- 腫瘍センター
- 乳がん治療・乳房再建センター
- 人工関節センター
- 消化器内視鏡センター
- 糖尿病・生活習慣病センター
- 腎(透析)センター
- 難病医療情報センター

●障がい者医療・リハビリテーション医療部門

- リハビリテーション科
- 障がい者歯科
- 障がい者外来

スライド 8

れ以外に大規模な私的病院もたくさんありますので、大阪市はかなりの激戦区と言えるかと思います。

■当センターの取り組み

(スライド 6) 大阪府立急性期・総合医療センターの最近の主たる取り組みを紹介させていただきます。高杉理事長の講演にありましたように、平成15年に名称変更、役割の見直しを行い、平成18年に地方独立行政法人への移行、その翌年、身障センター附属病院との統合を実施しました。

●急性期・総合病院としての役割、診療体制の見直し

その間の、我々院内の取り組みとしては、平均在院日数の短縮、クリニカルパスへの取り組みを行いました。それから地域医療連携室の再構築と登録医制度を導入して、地域開放病床を設置し、地域の先生方とのつながりを模索するなどの動きがありました。それから急性期・総合病院としての診療体制の再編ということで、救命救急センターの再編、クリニカルパス型の電子カルテの開発・本格稼働を行いました。これらが我々の病院の最近の大きな取り組みといえます。

(スライド 7) 「大阪府立病院」から「大阪府立急性期・総合医療センター」への名称変更当時は、病院機構内の5病院それぞれの役割ということが意識され、急性期・総合病院

診療体制の見直しと 地域チーム医療への取り組み

(大阪府立急性期・総合医療センター)

1. 急性期総合病院としての役割、診療体制の見直し
2. インフォームド・コンセントの徹底とチーム医療の推進
→ クリニカルパス
3. 在院日数の短縮
4. 地域チーム医療：地域連携パス
5. 地域医療連携室の再構築

スライド 9

インフォームドコンセントの重要性

- 同意なく 行う手術 法違反
- 十分に説明尽くしメスをとる
- 危険度を 解らせてこそ 良さ説明
- 選択権 これも訴訟の 種となり
- 要望と 質問ありて 同意あり

◎患者と医療者の協力し合う医療環境の構築

(手術・処置、検査、疾患・病態の説明同意書：約500種が電子カルテに登録) 医師の意識、患者意識の変化

スライド10

としての診療対象と診療体制の見直しを行いました。

そして、「急性期医療部門」5診療科、「合併症医療部門」という部門が10診療科（このなかに合併症とはあまり関係のない診療科も含まれておりました）、「専門医療部門」という難病や腎移植、難治性糖尿病などを対象とする6診療科、そのほかに「障害者医療・リハビリテーション医療部門」（3診療科）と「中央部門」（4診療科）を置きました。

(スライド8) この2番

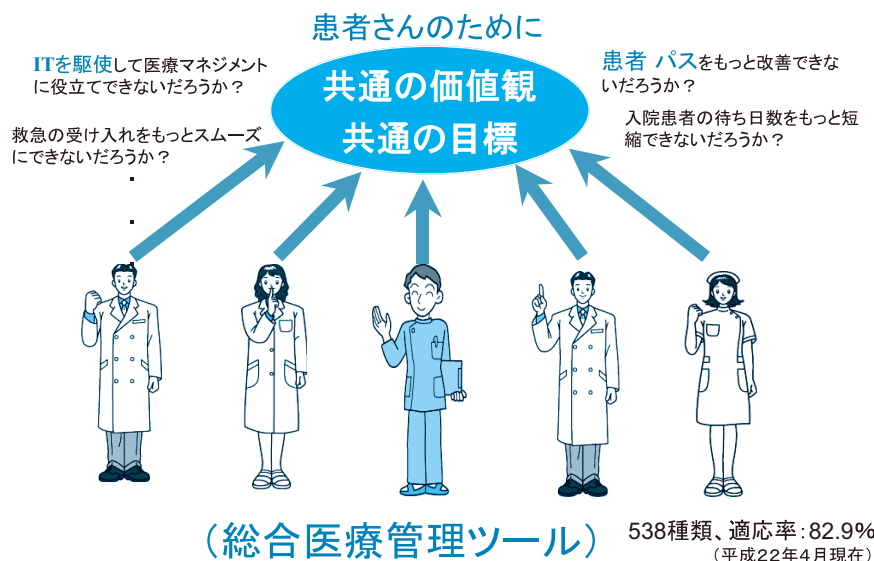
目の「合併症医療部門」については、その名称からして不満が続出して、現時点では合併症医療部門という直接的な言葉はやめ、「専門医療部門」という名称で、それを内科系、外科系に分けて、それぞれに10診療科を配置しています。

●インフォームドコンセントとクリニカルパスの推進

(スライド9) 以上のように急性期・総合病院としての診療体制を整えたうえで、次にインフォームドコンセントの徹底とチーム医療の推進ということで、クリニカルパスへの取り組みを非常に精力的に行いました。

(スライド10) インフォームドコンセントの重要性についてはいまさら言うまでもありませんが、これを推進するというを病院の目標に掲げて、いろいろなことをやり、現在では文書による説明、同

医療の標準化とクリニカルパス



スライド11

意書が電子カルテに約500種類登録されています。数年かかってようやく少し本当の意味でのインフォームドコンセントが浸透してきたと思っています。私がつくづく感じるのは、ものごとにはそれ相応の時間がかかるのだということです。

(スライド11) クリニカルパスも同様で、現在、部分パスも含めてですが538種類つくられていて、適応率は82.9%ということです。おそらく日本で最も高い適応率の病院ではないかと思っています。

●在院日数短縮と地域チーム医療への取り組み

つづいて、在院日数の短縮と地域チーム医療への取り組みがあります(スライド9)。地域チーム医療への取り組みには地域医療連携室の働きが必須です。これらについて話を進めていきます。

スライド12に示したグラフは、先進諸外国と我が

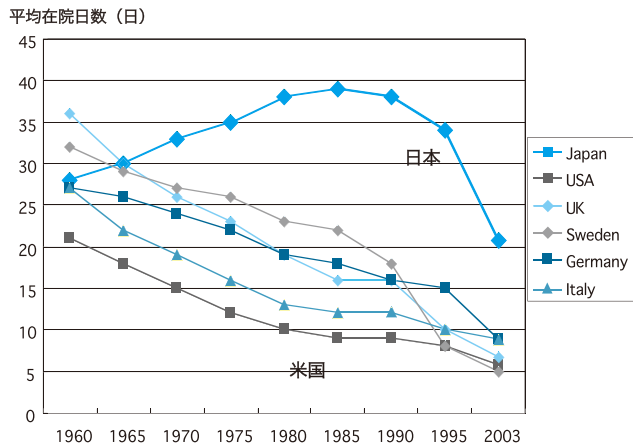
国の平均在院日数の経年変化です。ごく最近まで、日本での入院日数の長さは世界の先進国とはかけ離れていました。しかしごく近年になって、日本でも

かなりの平均在院日数の短縮が行われるようになりました。

(スライド13) 当センターでは、平均在院日数の短縮に積極的に取り組むため、全入院診療期間の見直しを行いました。そして、入院検査の外来化、治療法(術式)の変換、入院治療計画書の作成、患者1人1人のマネジメント体制、検査能力の向上、早期リハビリテーションの実施、病床管理システムの整備などスライド13の左側に示したようなことを実施しました。

その結果、右側に示したような課題が生じました。転院先との関係づくり、退院後のフォロー体制、医療の質の低下の防止、患者さんに早期の退院を納得してもらうことなどです。生じた課題のなかで一番大事なものは、次の「新入院患者の確保」です。在院日数の短縮だけを行うことは病院としてはできない相談ですので、新入院患者の確保が最大の課題になりました。「医療の継続性を重視した地域連携の推進」という言葉で、これを表現しております。

先進諸外国と我が国の平均在院日数の経年変化



スライド12

平均在院日数短縮

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・全入院診療期間の見直し ・入院検査の外来化 ・治療法(術式)の変換 ・入院治療計画書の作成 ・患者一人一人のマネジメント体制 ・検査能力の向上 ・早期リハビリテーションの実施 ・病床管理システムの整備 | ➔ | <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・転院先との関係作り ・退院後のフォロー体制 ・医療の質低下の防止 ・患者さんの納得 ・新入院患者の確保 |
|--|---|--|

医療の継続性を重視した地域連携の推進

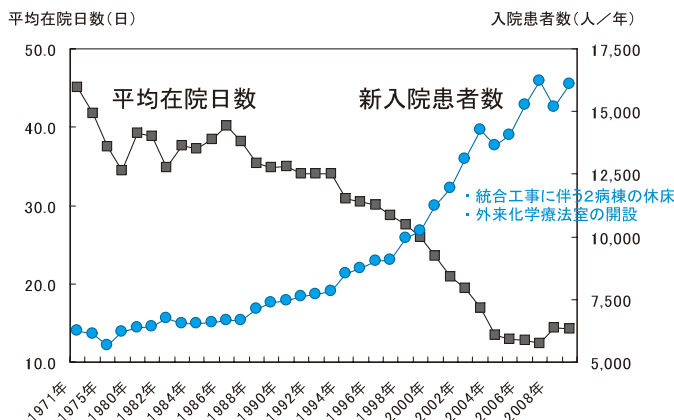
スライド13

■地域チーム医療へ向けて

(スライド14) 平均在院日数と入院患者総数の経年変化のグラフを見ればおわかりのように、当センターでは、新入院患者数と平均在院日数はクロスする形になっています。新入院患者数は右肩上がりで、平均在院日数の短縮も順調に進んでいます。新入院患者数の伸びが2005年前後に少し後退しているのは、身体障害者福祉センター附属病院との統合工事に伴う2病棟の休床と、それに伴う他病棟の改修工事によってかなりの数の病床減があったからです。このことがなければもう少し早く黒字化できていたのではないかと思います。入院患者数が2008年に減っているのは、外来化学療法室を開設し、それまで1日から2日の短期入院でやっていた治療を全部外来に移したことが影響しています。

(スライド15) 平均在院日数が短くなると、病床利用率が低下します。当然、地域連携により新入院患者を確保しなければなりません。連携が推進されると診療圏が拡大して、病

平均在院日数と入院患者総数の経年変化



スライド14

地域チーム医療へ向けて

- 平均在院日数が短くなると病床利用率が低下する。
- 地域連携により新入院患者を確保する。
- 連携が推進されると診療圏が拡大し、病院間競争が激化する。
- 地域の中で経営主体の異なる種々の医療機関、医療サービス関連企業を組織化しなければならない。
 - 逆紹介、地域連携パス、共同診療（開放病床）
 - 外来診療の制限、高度な医療水準の維持

スライド15

院間競争が激化します。地域のなかで経営主体の異なる医療機関、医療サービス関連企業を組織化しなければなりません。これが地域での競合とともに協業を生み出します。

我々としては、高度な医療水準を維持するとともに、外来診療の制限ということが、地域と結びつく大きなポイントであると思っています。

●地域医療連携の基本原則

（スライド16）地域医療連携の基本原則は、紹介された患者さんを必ず元の医療機関に返すことです。くわえて、紹介患者の経過報告が非常に重要です。

初診予約の受け付けや予約状況がわかるシステムの構築も大事で、そのためにいろいろな連絡網、あるいはコミュニケーション紙、病院案内等々を発行しています。

この医療連携の推進には、地域医療連携室が中心となることはもちろんですが、急性期病院側の医師、看護師、コメディカルの担うところがずいぶん大きいと思います。

●階層型病診連携から水平型ネットワーク連携へ

スライド17に「階層型病診連携から水平型ネットワーク連携」へと書いてありますが、これまで取り組まれてきている疾患別、職種別の多重的なネットワーク連携、それからクリニカルパスや診療ガイドラインを地域で共有すること、地域連携パスの作成などは、医療の実際に携わっている診療科の部長やスタッフ

地域医療連携の基本原則

- 紹介されたら紹介元の医療機関へ返すことが大原則：
 - 紹介 ←→ 逆紹介
- 紹介患者の経過報告が重要：
 - ・受診時、検査・手術時、転棟・転院時等、タイミングを定めてそのときどきのきめ細かな対応が必要
- 初診予約の受付や予約状況のわかるシステムの構築（医療連携の推進には地域医療連携室や、急性期病院側の医師、看護師や、コメディカルの担うところが大きい。）

スライド16

階層型病診連携から水平型ネットワーク連携へ

- ・疾患別、職種別の多重的なネットワーク連携
- ・クリニカルパスや診療ガイドラインを地域で共有すること
- ・地域連携パスの作成
- ・共同診療（開放病床）の推進
- ・地域医療連携会議、病診連携研修会、公開講座、診療案内、メディカルほっとライン等によるコミュニケーションの充実

（診療各科の自覚と地域医療連携室の強化）

スライド17

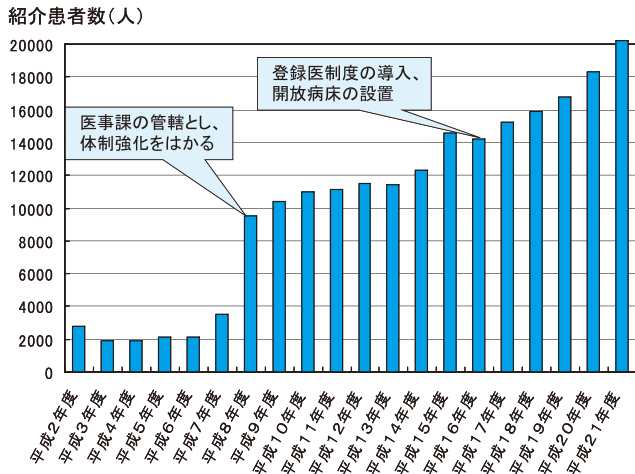
地域医療連携室（連絡室）の歩み

S62	S64	H8	H13	H15	H16	H17	H18	H19	H20	
地域チーム医療：階層型病診連携から水平型ネットワーク連携へ										
12月	3月	2月	5月	4月	4月	11月	6月	4月	4月	12月
総務課内（3階）に設置事件	第一回地域医療連絡運営協議会開催	第一回懇話会開催	所属を医事課に変更、体制の強化を図る	医事課フロア（1階）に移動	女性専用外来 セカンドオペション	正面玄関（現在場所）に移動 地域医療連絡室の拡張工事	登録医制度の導入・開放病床の設置 診療所訪問・登録医制度への登録依頼	診療案内冊子の発行	地域医療連携室の業務・組織の再編に着手	地域医療支援病院の認可

スライド18

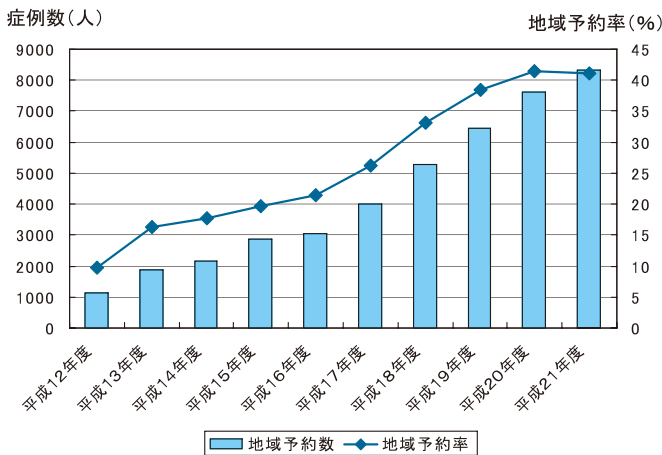
の仕事なのですが、私は、こういうことは少し古いタイプの地域連携ではないかと思っています。我々病院幹部と言われる人間が唯一できることは、さまざまな私たちのコミュニケーションを活性化させることだと考えて、多様な取り組みをしています。ポ

紹介患者数の年次推移



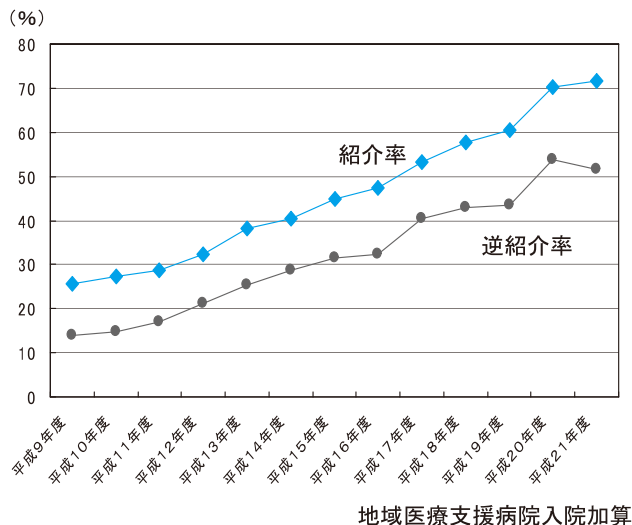
スライド19

紹介患者の地域予約数と予約率



スライド20

紹介率、逆紹介率の年次推移



スライド21

イントは診療各科の自覚と地域医療連携室の強化だと思いますが、あらゆる関係者間のコミュニケーションを充実させることによって「水平型ネットワーク連携」を達成するということです。

●当センターの地域医療連携室の歩み

(スライド18)ここで、当センターの地域医療連携室のこれまでの歩みを紹介いたします。当センターの地域医療担当部署は誇るべき歴史をもっており、かなり先進的に歩んできたと思います。昭和62年に地域医療連絡室が総務課内に設置されました。

その後、平成8年に医事課に移して体制強化が図られ、場所も正面玄関に移し、平成16、17年あたりから登録医制度を推進して開放病床を設置しました。診療所訪問や登録医制度への登録依頼を積極的に行い、診療案内冊子を発行しました。その後、地域連携室の再編を行い、地域予約の当日受け付けを開始して、メディカルホットラインを発行するようになりました。地域医療支援病院の認可は、紹介率が60%を超えた次の年からいただけるということで、平成20年に認可を受けました。

●紹介患者数、紹介率、逆紹介率の年次推移から

スライド19の紹介患者数の年次推移のグラフをご覧になればおわかりのように、紹介患者数は改革を機に右肩上がりになっています。現在は年間2万人を超える紹介患者を受け付けています。

(スライド20)しかも、その2万人を超える受付患者のうち40%超、すなわち8,000人余りの患者は、単に紹介状を持って来るというだけでなく、予約をして来ていただいています。こういうかたち(地域予約)での診療が増えつつあります。理想的には、予約率が70%、80%になり、皆さんが単に紹介状を持って来ていただくのではなく、診療予約もして来ていただくというかたちがとれればと思っていますが、現在のところはこれくらいにとどまっています。

(スライド21)紹介率、逆紹介率の年次推移を見ますと、ともに右肩上がりになっています。紹介率については、カウンターの

仕方が違うものがあるデータ的に問題があったのですが、初診料を算定している患者を分母にしたときの紹介率が適正で、それだと75%を超えています。

■地域から選ばれる医療機関になるために

(スライド22) 地域から支持・選ばれる医療機関になるためには、ほかの医療機関との信頼関係の確立、つまり病診連携・病病連携の構築が必要です。また、存在価値・特色のPRなども必要です。

しかし、重要なのは、医療連携の意義が患者側にも理解されることです。これが次のポイントになるのではないかと思います。

患者さんに理解していただくことは、まず、地域の医療資源がすべて利用できるということが1つです。それから、地域内で継続的な医療を受けることができるということを実感としてわかっていただく。そのために、逆紹介をできるだけ積極的に行い、半年、1年後に1回だけ当センターでフォローさせていただき、また地域の先生方に見ていただく。そういうシステムです。それから、専門領域に偏らない健康管理を受けるためには、地域の先生のほうが我々の28の診療科のうちのどれか1つだけにかかっているよりずっといいということも理解していただきます。そして、通院の困難さを伴わず、待ち時間の短縮も図れる。すなわち、いろいろな意味で患者側にもメリットがあるということを知っていただくということが重要ではないかと思っています。

●連携にはコミュニケーションが重要

(スライド23)「階層型病診連携から水平型ネットワーク連携へ」という言葉をまた出していますが、水平型ネットワーク連携の構築には、医療者、府民、職員のコミュニケーションが重要です。地域連携バスの作成、地域医療連携会議の開催、地域医療支援病院運営会議(登録医総会)、それから、公開の研修

地域から支持・選ばれる医療機関になるために

- 他の医療機関との信頼関係の確立
 - ・地域で担うべき医療の明確化：地域連携バスの普及、病診連携
 - ・高度な医療水準の維持：新しい病病連携の構築
 - ・存在価値、特色のPR
 - ・開放病床、登録医制度の推進
 - ・訪問看護ステーション等介護関連機関との連携
- 医療連携の意義が患者側にも理解されること
 - ・地域の医療資源の全てが利用できる(必要時、必要な医療が受けられる)
 - ・地域内で継続的な医療を受けることができる(半年、1年後のフォロー)
 - ・専門領域に偏らない健康管理が受けられる
 - ・通院の困難さ、待ち時間の短縮が図れる

患者や地域の診療所にメリットや満足を与えられなければ、連携は長続きしない

スライド22

階層型病診連携から水平型ネットワーク連携へ コミュニケーション(医療者、府民、職員)が重要

- ①地域連携バスの作成
- ②地域医療連携会議の開催
地域医療支援病院運営会議(登録医総会)
- ③公開研修会の開催
病診連携研修会
府民公開講座、すこやかセミナー
- ④災害研修/災害訓練、NBCテロ対策セミナー
- ⑤コミュニケーションツール
ホームページ
診療案内冊子(診療のご案内)、年報
院長通信
メディカルほっとライン
各種院内通信、ご意見箱

スライド23

会(病診連携研修会や府民公開講座、すこやかセミナーなど、医師、府民を対象にした講習)などを行っています。また、災害研修等を通じてのおつきあいも重要だと思います。そして、コミュニケーションツールとしてのホームページや、メディカルほっとラインというようなものも重要です。

■当センターでの諸活動の活性化と職員増員へ向けた取り組み

(スライド24) 医療を支えるためには1人ひとりの意識改革が重要であると、先ほどの講演で理事長が言われました。私もまったく同感で、私は職員が一体感や帰属意識、病院愛の精神を持つことが非常

に重要だと考えます。それは1人ひとりの意識改革ということとまったく同義です。そういうものを持つためにも、上述（スライド23）のようなコミュニケーションツールをきちんと出すことと、もう1つは、医師、コメディカルを問わず医療を支える諸活動に参加することが大切だと思います。こういうものに参加することで一体感や帰属意識、病院愛精神といったものが生まれるのではないかと考えています。当センターでは現在、そうした諸活動が非常に活発に行われています。年間を通じてほとんど休むことがないくらい、いろいろな集まりや活動が行われています。

先ほど、理事長への質問で、看護師の採用は大変ではないかと訊かれた方がいらっしゃいました。新人看護師が何を重視して就職先を選択するかという

調査をしますと、給料の高い病院よりも、就職してからの教育体制がきちんと準備されている病院がトップに挙がってくるそうです。当センターをそういう基準で選んでいただいているならとてもいいのですが。

そこで当センター看護師の採用も含めて、職員の増員という面から当センターの取り組みを見ていきたいと思っています。

●職員増員の取り組み

職員を増員するには、府立病院の時代は府議会の承認が必要でしたが、現在は府立病院機構の本部、高杉理事長が認めてくだされば増やせるという状況にあります。ただ、収入見合いということをかなり強く言われますので、いつも「これだけ増えればこれだけ収入が増えて、赤字にはなりません」という理屈をつけてお願いしています。

（スライド25）現在、事務局の職員を除いて1,059人の職員がおります。この5年間で792人から1,059人へと267人の増員です。

（スライド26）医師人数の年次推移を見ますと、医師の正規職員の数は、100人から135人へ増えています。レジデント——卒業から5年以内の人たち——も、かなりの数で増えています。研修医の数は変わっていませんので、174人から226人への52人、30%の増員というのは、スタッフとレジデントの増加です。

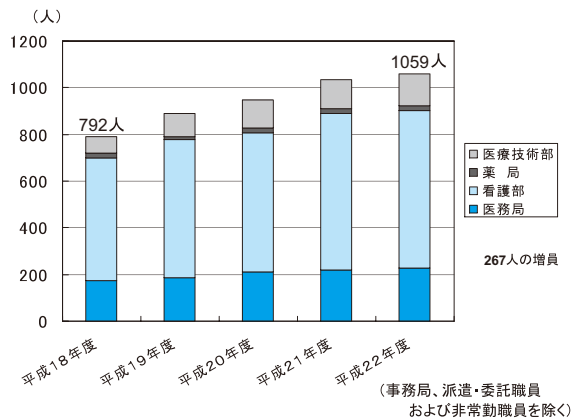
医療を支える諸活動（チーム作り）

- ・感染対策……院内感染防止対策委員会、ICTチーム
- ・がん緩和医療、褥瘡防止対策
……がん緩和ケアチーム、褥瘡防止対策委員会、褥瘡チーム
- ・栄養管理委員会……栄養サポートチーム（NST）
- ・医療安全推進委員会……リスクマネジャー、リスクラウンド
- ・環境機能整備委員会……お掃除ボランティア、接遇チーム
- ・医療サービス改善委員会
- ・クリニカルパス推進委員会……クリニカルパス大会の実施、参加（QC活動）
- ・多職種間の共同カンファレンス

➡ 明るい職場、職員満足度の向上
一体感／帰属意識／病院愛精神

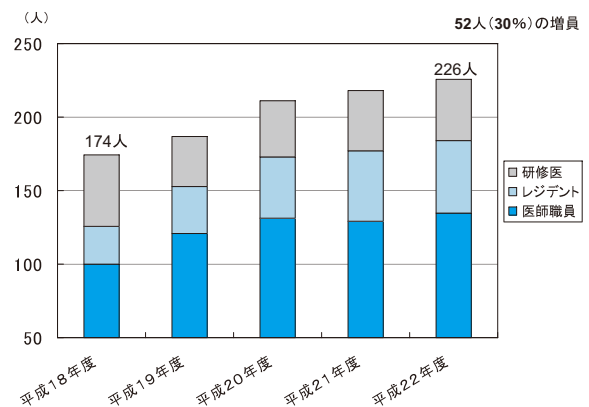
スライド24

職種別職員数の年次推移 （各年度4月1日時点）

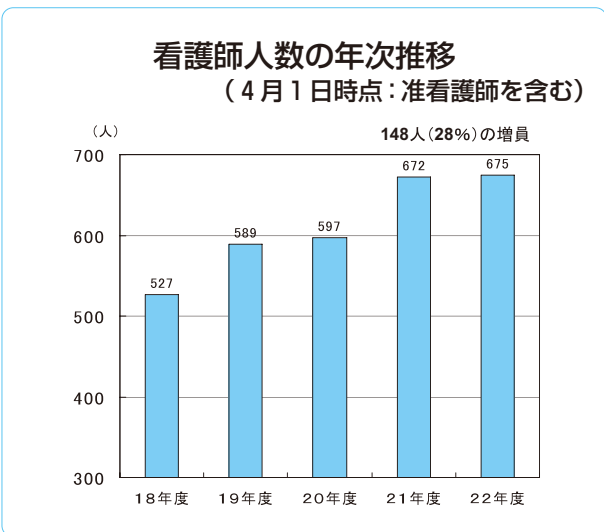


スライド25

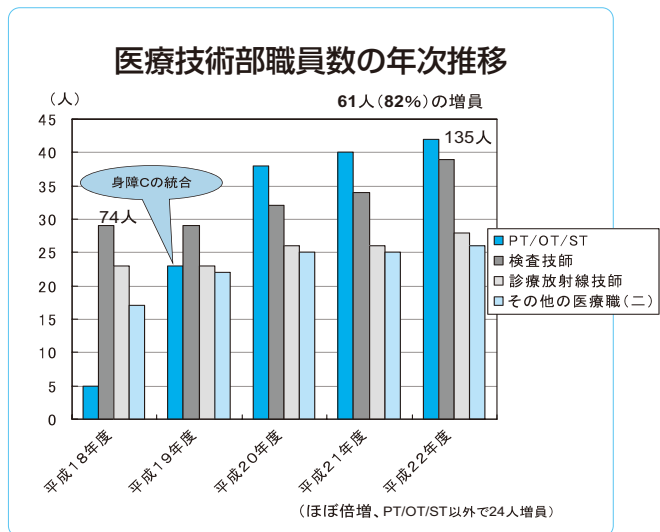
医師人数の年次推移



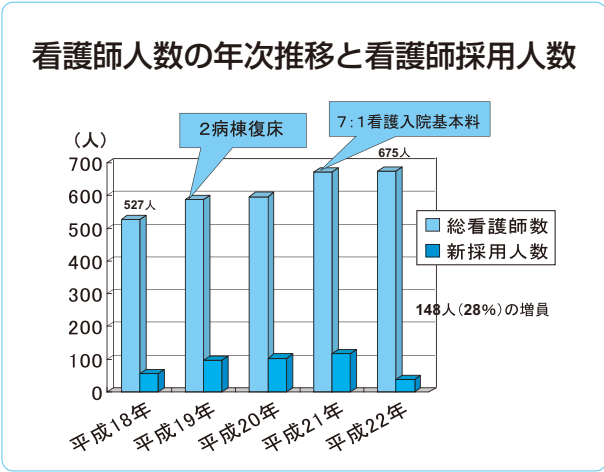
スライド26



スライド27



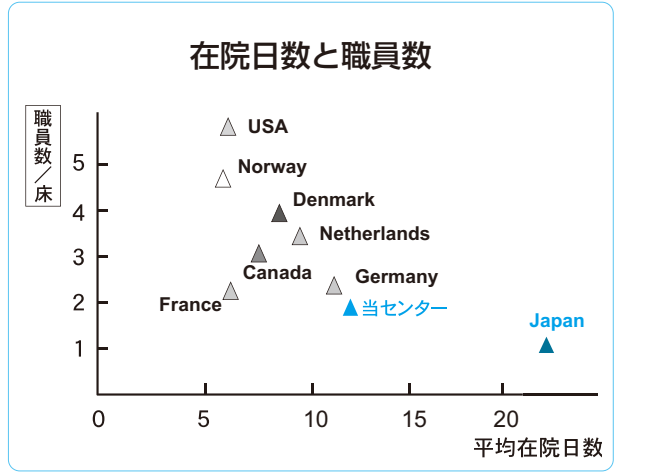
スライド29



スライド28

(スライド27) 看護師人数の年次推移を見てみると、148人(28%)の増員ですので、医師の増員よりも増加率でいえば低いくらいです。大きく増員したのは2病棟を復床したときと、7対1看護入院基本料を取得したときです。当センターは、7対1看護の前から8対1くらいの看護師の配置をしておりました。ですから、わずか100人ほどの増員で7対1看護を取ることができました。

(スライド28) 看護師の採用人数を見てみますと、平成19年から21年にかけては年間100人を超える採用人数になっています。それまでは、看護師の平均年齢は国立病院機構に比べて十数歳高く、やめる人が少ない看護師として勤めやすい病院だと思っています。その頃は、募集に対して3倍の応募がありました。しかし最近では、やめる人もけっこう多く、100人の募集をしなければならぬ状況になっています。看護師の人材確保にはけっこう四苦八苦しています。



スライド30

(スライド29) 医療技術部職員数の年次推移を見てみますと、4つの部門のトータルが74人から135人へとほぼ倍増しています。その理由のかなりの部分は、身障センターとの統合でPT/OT/STが一気に増えたことです。ただ、それ以外で24人の増員がありました。検査技師も徐々には増えていきますし、診療放射線技師も、その他の医療職(二)の人たちも増えてきているという現状です。

●欧米各国に比べれば職員数はまだ少ない
(スライド30) 在院日数と職員数の関係をグラフにしてみました。諸外国は2003年のデータで、当センターは2010年のデータですので、少し時代が違いますが、当センターは、諸外国に近い位置にありますが、しかし職員数の一番少ない例となっています。これを近いと捉えるのかどうか、アメリカは3倍近い人数が配置されているのではないかと捉えるのか、それは見解が分かれるところかもしれません。当センターに関していえば、これだけ増やしていただ

当センターの病院運営目標

メディカルほっとラインの294頁

- 当該年度の基本方針
- 中期目標
- 当該年度の重点目標
 - ①安全・安心で信頼できる質の高い医療の提供
 - ②患者サービスの向上
 - ③府の医療施策の実施並びに府域の医療水準の向上
 - ④業務の効率化と経営改善
 - ⑤職員の満足度の向上

スライド31

平成21年度重点目標の中から

- 府南部高度救命救急センターの要件整備
- 循環器疾患、脳血管障害、消化器疾患を中心とした疾病救急医療の拡大
(③府の医療施策の実施並びに府域の医療水準の向上)

平成21年11月

心臓内科／心臓血管外科、神経内科／脳神経外科、消化器内科、小児科の6診療科を二次救急病院として登録

(平成22年度へ向けての準備課題)

スライド32

- 小児救急、周産期救急、精神科合併症救急を中心とした二次救急医療の充実

(③府の医療施策の実施並びに府域の医療水準の向上)

- ・地域周産期母子医療センターの要件整備
NICU 6床の開設、看護師2:1の配置、**専門医確保
最重症合併症妊産婦受け入れ医療機関**への指定
- ・精神科合併症患者受け入れ体制の整備
時間外外来診察200症例、措置・緊急措置・応急入院30症例
個室率の達成(合併症ユニット12床)
医師5名、精神保健福祉士2名、看護師4名の精神科病棟配置
(診療報酬上で精神科救急・合併症入院料を獲得するための条件)

スライド33

- 病床利用率の向上・新入院患者の確保
《病床利用率90%、新入院患者数16,000人、手術件数5,500件》
- DPCへの対応
《検査、クリニカルパスの見直し、コーディング》
(④業務の効率化と経営改善)

- ➡ 病床利用率 2.6%の向上(約3.5億円)
入院診療単価 4,200円上昇(約10億円)
外来診療単価 1,200円上昇(約5億円)

(可能な限りの加算の取得)

スライド34

でもまだ諸外国に比べれば配置人数はけっして多くはないのが現状かと思えます。

■平成21年度の病院運営目標と取り組み

(スライド31) 昨年度(平成21年度)の病院運営目標と取り組みを紹介させていただきます。当センターの病院運営目標は、「当該年度の基本方針」、「中期目標」、「当該年度の重点目標」からなります。重点目標は、①安全・安心で信頼できる質の高い医療の提供、②患者サービスの向上、③府の医療施策の実施ならびに府域の医療水準の向上、④業務の効率化と経営改善、⑤職員の満足度の向上という5項目からなり、内容はかなり詳細なものです。

(スライド32) 平成21年度の重点目標の中から、いくつかの取り組みを紹介します。まず、府南部高度救命救急センターの要件整備については、大阪府の救急医療対策審議会は通りまして、現在厚生労働省に答申中です。

また、循環器疾患、脳血管障害、消化器疾患を中心とした疾病救急医療の拡大、これは「二次救急医療の拡大」という言葉も使っています。今までは、どちらかという外因疾患の三次救急が中心でしたが、疾病救急医療を拡大するために、平成21年11月に該当の診療科に二次救急病院として登録していただき、すべての診療科にダイレクトコールができるような体制をとる準備を進めています。

(スライド33) 小児医療、周産期救急、精神科合併症救急を中心とした二次救急医療の充実に関しては、まず、地域周産期母子医療センターの要件整備ということで、3床だったNICUを6床にし、看護師を2:1配置して、最重症合併症妊産婦受け入れ医療機関の指定を獲得しました。

また、精神科合併症患者の受け入れ体制の整備も行いました。大阪府の政策医療のなかでは、当センターは合併症患者の受け入れ施設として位置づけられているのですが、時間外診療の精神科の患者を200症例、措置・緊急措置・応急入院を30症例、個室率を達成し、医師5名以上、精神保健福祉士2名、看護師4名の精神科病棟の配置をすれば、診療報酬

上で精神科救急・合併症入院料が獲得できることとなります。そうすると、精神科の診療単価はこれまで2万円以下でしたが、このことよって3万数千円の包括診療になり、1万数千円上がります。平成21年度に時間外診療200症例、措置等30症例を達成して、今年5月に精神科救急・合併症入院料を獲得することができました。

●「業務の効率化と経営改善」は順調に推移

(スライド34) 当センターではさまざまな目標を掲げていますが、病床利用率、新入院患者数などは目標を達成することができました。

DPCへの対応ということでは、検査、クリニカルパスの見直し、コーディングなどはかなりうまく目標を達成することができました。これらは、スライド31に示した当該年度の重点目標の「④業務の効率化と経営改善」の一環です。

その結果、病床利用率が2.6%向上して3億5,000万円の収入増加、入院診療単価が4,200円上昇して約10億円の増加、外来診療単価が1,200円上昇して約5億円の増加、合計では18億円くらいの収入増になりました。そのうちの半分は経費に消えますが、残りが黒字化に貢献したというのが、平成21年度の当センターの結果です。

そのほかの達成度の高い課題を並べてみたのが、スライド35です。これらは何年間も目標として掲げてきて、やっと達成度が熟してきたといえるところにきているかと思えます。

(スライド36) 検査エコー・処置エコーを中央化して技師エコーを導入する、ということも昨年度の大きな柱の1つでした。この態勢はかなり確立できているのですが、さらに、エコーの新たな需要を掘り起こすために、地域医療機関への開放をシステム上で行っていこうというところまで来ております。検査件数の伸び悩みが現在の課題です。

(スライド37) 残された課題としては、まず高度医療センターの充実ということがあります。なかには活動が活発化したのかどうかかわからないところがあると思えます。また、ボランティアの活用拡大、小児科、産科、眼科の充実ということも設定目標のなかに入っていましたが、あまり達成されていませ

その他の達成度の高い課題

- 医療の標準化の推進《DPCを考慮したクリニカルパスによる医療の標準化》
- 患者中心の医療の実践《インフォームドコンセントの徹底、患者の権利尊重》
- 地域連携の推進《登録医の拡大、開放病床の活用、入退院調整システムの構築、救急自動車の運用》
- 診療科別新入院患者確保策の策定《初診紹介患者の確保、初診率の向上》
- 検査エコー・処置エコーの中央化《技師エコーの導入》

スライド35

- 検査エコー・処置エコーの中央化《技師エコーの導入》
- リース化による機器の一新、専門技師の採用、検査室の改築

課題：検査件数の伸び悩み

予約システムの見直し

技師エコーの独立と各科ワクの撤廃

エコー検査の意義の再検討（新たな需要）

地域医療機関への開放

スライド36

さらなる課題を残したもの

- 高度医療センターの充実
《腫瘍センター、消化器内視鏡センター、腎（透析）センター、人工関節センターの充実》
- ボランティアの活用拡大
《ボランティアの増員、懇談会の定期的開催》
- 小児科、産科、眼科の充実
《増員、各種管理料等の要件整備》
- 障害者医療リハビリテーション医療部門の充実
《病床稼働率の向上》
- 職員満足度の向上
《院内託児所、宿舎等諸環境の改善》

スライド37

ん。それから院内託児所や宿舎等諸環境の改善など、課題はまだ残っています。

■黒字に転換の要因、収益でいろいろ改善

(スライド38) 黒字化の主たる要因は診療単価の増加です。一番大きいのはDPCへうまく対応して、7対1看護入院基本料の加算が取れて、そのほかの加算も取れたことです。今年（平成22年）の春も40種類ほどの加算を新たに申請しました。このような

見直しを1つずつ行うことが、少しでも診療単価を上げていくことにつながります。

●ベッドコントロールセンター設置で病床利用率が向上

また、病床利用率を上げるために、ベッドコントロールセンターを設置しました。土・日曜の退院、午前退院・午後入院を励行しました。当センターでは、それまでクリニカルパスにしたがって金曜日退院というのが最も多かったのです。患者が「土曜日に退院したい」と言っても、パスどおりに金曜日に退院してもらっていません。今は、そのようなことは全然なく、患者さんが「日曜日に退院したい」、家族が「日曜日に迎えに来たい」と言えば、日曜日までいていただくことにしています。以前は、土・日曜の充床率が、悪いときですと70%台まで落ちていました。例えば平日の95%くらいの病床利用率が土・日曜には78%くらいに落ちて、週が明けるとまた徐々に上がるということをずっと繰り返していました。土・日にも退院していただけるようにしたことで、土・日曜の病床利用率が上がり、やっと90%くらいですが、年間の病床利用率を2.6%向上させることができました。

●収益は医療機器・施設の整備、アメニティ向上に (スライド39) 収益は、医療機器・医療施設の整備やアメニティ向上など、職場の環境整備に投入し

医療収入の増加(黒字化の)主たる要因は診療単価の増加である

- 病床利用率：一昨年より2.6% (約3.5億円) の向上
看護部とベッドコントロールセンターの努力
土日退院、午前退院・午後入院の励行
- 入院診療単価：4,200円 (約10億円) の上昇
外来診療単価：1,200円 (約5億円) の上昇
DPCへの対応 (検査、クリニカルパスの見直し)、
7：1看護入院基本料、地域医療支援病院入院加算、入院時医学管理加算、その他の加算

スライド38

収益は職場の環境の整備に投入

- 労働量に見合った人材の増員
- 医療機器・医療施設の整備
- アメニティ向上のための環境整備

スライド39

ました。

(スライド40) 医療機器の整備について申しあげますと、当初予算では1億7,900万円くらいの額がついていました。従来のように赤字ですとこれだけで終わりです。ところが、年度途中で理事長に補正予算を組んでいただき、寄付と合わせてトータルで

医療機器(資産備品)の整備

当初予算

多検出器型シンチレーションカメラ装置二式	125,002,500
X線一般撮影装置	15,676,500
病棟モニタリングシステム(7東、8西)	14,939,400
超音波診断装置	7,875,000
自動特殊染色装置、全自動染色・封入装置	7,875,000
HLA遺伝子型判定装置	7,770,000

計 179,138,400円

収支改善ワク予算

心臓電気生理検査システム及び3次元立体画像診断・治療装置	41,895,000
------------------------------	------------

補正予算・寄付ワク予算

採血・採尿支援システム一式	59,640,000
手術用顕微鏡一式(脳神経外科用)双眼側視鏡、3CCDカメラシステム、観察モジュール	32,679,570
高精度放射線治療システム一式	90,825,000
病棟モニタリングシステム15式	126,126,000
人工心臓装置システム一式	48,090,000
血液浄化装置 TR-55X	5,775,000
回診用X線撮影装置 Mobile Dart Evolution	8,505,000
心筋保護システム CP4000一式 トクラ医科工業製	5,460,000
スルツ IMAGE1HDhubカメラシステム	15,225,000
ナビゲーションカートIIシステム 一式	9,796,500

合計 623,155,470円

B群：150万円以下(随意契約で購入)、可能な限りの整備

スライド40

6億2,300万円くらいになりました。つまり元の3倍以上の機器を購入することができました。さらにこれとは別に、150万円以下の随意契約で購入できるものは可能な限り整備しました。

(スライド41) リースによる医療機器の確保にも取り組みました。これは、保守点検の必要な機器、あるいは機能劣化が進行していくような機器は、できるだけリースによって保守点検を十分にさせていただきながら使用し、機能劣化が起こったらすぐに替えるという方針です。黒字化したことで、医療機器のリース取得にかかる取り扱い指針を策定していただきました。昨年度は、①輸液ポンプ、②超音波画像診断装置、③電子内視鏡とその連結医療機器の3つをリースで整備しました。購入価格に直すと、輸液ポンプだけでも全部を一新したのでおおよそ1億円です。これらを合わせますと、昨年はかなり大規模な医療機器の整備ができたといえると思います。

(スライド42) 建築・改良費・修繕費にも予算が回るようになり、診療環境の確保を図ることができました。例えば新外来棟の建設、それから7階、11階病棟の処置室の新設、5階のNICU、GCUの整備、産婦人科外来診察室の新設、図書室の改装・視聴覚教材の購入・DVD端末の設置、トレーニングラボの開設と機器の整備などをいたしました。また、手術室軟水製造装置の改修工事などの基本的な装置の工事も行っています。

(スライド43) アメニティの向上ということでは、1階、2階の採尿用外来のトイレを改修し、鳩よけネットを全館に張りました。それから全病棟の談話室の改修やトイレのウォシュレット化も行いました。今話しているこの講堂の音響機器も全部改修しました。また、電子ロックシステムを導入し、看護師の更衣室、手術室、精神科病棟等の入退室の管理がカード1枚でできるシステムにしました。

こういうことで、黒字化すると本当にいろいろなことができるのだということを改めて感じました。

■平成22年度の病院運営目標

(スライド44) 今年の病院運営目標は、①安全・安心で信頼できる質の高い医療の提供、②患者サービスの向上、③府の医療施策の実施ならびに府域の医療水準の向上、④業務の効率化と経営改善、⑤職員満足度の向上で従来どおりです。

(スライド45) ①安全・安心で信頼できる質の高

リースによる医療機器の確保 《保守点検の必要な機器、機能劣化の進行する機器》

- 医療機器のリース取得に係る取り扱い指針の策定
 - ①輸液ポンプ
 - ②超音波画像診断装置
 - ③電子内視鏡とその連結医療機器
 - (④15病棟のセントラルモニターの購入)

スライド41

建築・改良費・修繕費

診療環境の確保

- ・新外来棟の建設（インフルエンザ対策による別予算）
- ・7階、11階病棟の処置室の新設
- ・5階、NICU、GCUの整備
- ・産婦人科外来診察室の新設
- ・図書室の改装・視聴覚教材の購入・DVD端末の設置
- ・トレーニングラボの開設と機器の整備
- ・手術室軟水製造装置の改修工事
- ・受水槽薬液注入装置改修工事、その他

スライド42

○院内環境の快適性向上 《アメニティの向上：病室、浴室、 トイレ等の改修、その他》

- ・1階、2階の採尿用外来トイレの改修
- ・鳩よけネットの全館展開
- ・全病棟の談話室の改修、車庫棟（スタッフ待機所）の改修
- ・トイレのウォシュレット化、個室ユニットの導入、特室シャワーユニットの整備
- ・講堂音響機器・設備の全面改修、看護師等ロッカー階の改修
- ・電子ロックシステム：看護師更衣室・手術室・精神科病棟等の入退室管理
- ・空調機自動制御装置の改修

スライド43

い医療の提供という目標に関していえば、特に専門看護外来の充実が課題です。この専門看護外来は、去年も目標として挙げています。これは、前述のクリニカルパスやインフォームドコンセントの徹底な

平成22年度 病院運営目標

メディカルほっとラインの294頁

平成22年度重点目標：

- ①安全・安心で信頼できる質の高い医療の提供
- ②患者サービスの向上
- ③府の医療施策の実施並びに府域の医療水準の向上
- ④業務の効率化と経営改善
- ⑤職員満足度の向上

スライド44

①安全・安心で信頼できる質の高い医療の提供

- 地域連携の推進《登録医の拡大、インターネットを利用した予約システムの導入、薬業連携の取組》
- 高度医療センターの充実《腫瘍センター、腎（透析）センター、生活習慣病センター、乳がん治療・乳房再建センターの充実》
- 専門看護外来の充実《スキンケア外来、フットケア外来、助産師外来、緩和外来、リンパ浮腫外来、他》

②患者サービスの向上

- 患者の利便性向上《新たな予約システムの構築と予約内容の検討、地域予約枠の拡大、待ち時間改善》
- 地域医療連携室の拡充・強化《ホスピタルコンシェルジュの導入、組織・人員配置の見直し》
- ボランティアの活用拡大《ボランティアの増員と活動領域の見直し、懇談会の定期的開催》

スライド45

③府の医療施策の実施並びに府域の医療水準の向上

- 高度救命救急センターの指定確保
《切断肢再接着例の受入、HLA検査室・薬毒物分析の充実》
- 循環器救急の充実
《発症早期の収容を目的とした救急隊との連携強化、府民への教育》
- PET導入の検討《需要予測》
- 地域周産期母子医療センターの指定確保
《NICUの増設・GCUの設置》
- 精神科合併症患者受入れ体制の整備
《常勤精神科医・常勤精神保健福祉士の確保》

④業務の効率化と経営改善

- 診療科別新入院患者確保策の策定
《初診紹介患者の確保、初診率（各科1%）の向上》
- 検査エコー・処置エコーの中央化《完全技師エコー化の実現》
- 外来カルテ室と診療情報管理室の業務統合
《紙カルテの電子化プランと廃棄、組織の再編》

スライド46

どと同様に、何年間も取り組んで、そのうちに熟してくるものだと思います。

②患者サービスの向上については、まず、新たな予約システムの構築によって患者の利便性の向上を図りたいと考えています。これは、インターネットを介した予約システムです。今は電話とファックスで地域予約を取っていただいております、先ほど申しあげたように、それが紹介患者の40%強になっているのですが、インターネットは24時間、夜中でも動きますので、いつでも予約を取っていただけるこの新しいシステムをつくりあげたいと思っています。それから、地域医療連携室の拡充・強化を目指します。ホスピタルコンシェルジュの導入も含めて、地域医療連携室をさらに拡張し、機能強化を図っていきたくと思っています。

（スライド46）③「府の医療施策の実施ならびに府域の医療水準の向上」に関しては、高度救命救急センター等に指定をしていただくことを目標にしています。大体達成のめどがついています。ただPETの導入はもう少し検討を要する状況ですが、当センターとしてはぜひ導入したいと思っております。

④業務の効率化と経営改善のために目指していることは、新入院患者の確保策の策定です。初診率を各科1%上げていただきたいというのが今年度の目標です。これは最も難しい目標の1つで、おそらく達成できないと思いますが、かけ声だけでもかけるべきだろうということで、挙げさせていただきました。

そのほかには、電子化に伴い、元々カルテ庫だった部屋が空くなど、ずいぶん空きスペースがでてきました。それらをどう有効利用するかというのが、既存の組織の業務統合も

⑤職員満足度の向上

- トレーニング・ラボの開設
《図書室の改装・有効利用、教育用視聴覚資料・トレーニング機器の整備》
- 医師事務作業補助体制、看護補助体制の充実
《医療秘書、看護助手の増員・確保》
- 多様な勤務形態の導入
《看護師2交代制の検討、女医子育てバージョン導入の検討》
- 職員食堂の充実《新規レストランの誘致》
- レジデントハウス（職員宿舎）の検討

スライド47

含めて次の課題だと思えます。

⑤職員満足度の向上としては、医療事務作業補助体制、看護補助体制の充実や職員食堂の充実など、スライド47に示したようなものを考えています。

●平成22年度に予定の医療機器の整備

（スライド48）平成22年度の医療機器の整備としては、ベッドの約半数を一気に更新したいと思っています。リニアックは設置以来ずっと使っているのですが、今年度更新することになり、もう工事日程も決まっています。これだけで7億円くらいかかりますので、今年度の当初予算からいけば機器の整備はこれ1つで終わってしまいます。しかし、もし黒字を達成できれば、それ以外の機器の整備も黒字幅のなかでやっていこうと思っています。これは当センター側の少し楽観的な見通しということでご理解いただけたらと思っています。

当院の今後の課題

1. 患者中心の医療、医療の質のさらなる向上
2. 病院経営の基礎固め
→ 在院日数の短縮、病床利用率の確保
診療行為額の確保（施設基準の獲得）
3. 医療機能の更なる展開
→ 身体障害者福祉センターとの統合を活かした急性期から回復期までの一貫した医療の展開
4. 働きがいのある職場環境づくり
5. 時代に合った組織へ

➔ 独立行政法人化後第Ⅱ期中期計画

スライド49

平成22年度医療機器の整備

電動ベッド300台
電子内視鏡
手術室滅菌洗浄システム
リニアック
麻酔器・生体モニター・呼気ガスモニター
ICU/CCU生体モニター
救急病棟生体モニター
超音波画像診断装置の追加

スライド48

■当センターの今後の課題と展望

（スライド49）当センターの今後の課題についてご説明します。当センターは病院経営の基礎固めがようやくできつつあるところですが、さらにそれを重ねて医療機能のさらなる展開を図りたいと考えています。当センターの大きな特徴として、身体障害者福祉センターとの統合があり、急性期からリハビリテーションまでの一貫した医療の展開ができるということが1つの強みであろうかと思えます。そして、「働きがいのある職場環境づくり」、「時代に合った組織へ」ということで、独立行政法人化後第Ⅱ期中期計画を現在、策定中です。

●「祝福の医療」を目指して

（スライド50）当センターは「やすらぎ、よろこび、希望の医療空間へ」ということを目指して、いろいろ

祝福の医療へ

- 悲しみの医療から喜びの医療へ
- 恐怖の医療から愛情溢れる医療へ
- 絶望の医療から希望の医療へ

やすらぎ、よろこび、希望の医療空間へ



スライド50

ろなことにトライしています。現在、2階の回廊で司馬遼太郎の『街道をゆく』の原画展を展開しています。さまざまなチャンスをとらえて、病院内にいろいろな空間をつくっていききたいと思っています。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

■質疑応答

座長（徳永） 吉岡先生どうもありがとうございました。非常に盛りだくさんで、多方面にわたり、かつ精力的な内容だったと思います。皆さんのなかから、ご意見やご質問がございましたらおうかがいします。

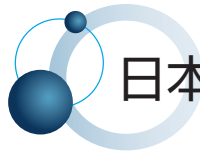
■チーム活動は勤務時間内に実施できる？

質問者 貴重なご講演ありがとうございました。第二岡本総合病院のキドオカと申します。1つ質問をいたします。医療を支える諸活動ということで、さまざまなチーム活動を行っていらっしゃるのですが、7対1との関連もありますが勤務時間内にそういうことをなさっているのでしょうか。また、ドクターに関しては、診療で疲弊しているうえに、さらにチーム活動を行うのは難しいという方も多く、当院でも同じような活動を行っていますが、なかなかうまく進みません。先生の病院ではどのような工夫があるのでしょうか。

吉岡 工夫と言われても、個人の努力、個人の資質によるところが大きいと思います。ただ、リーダーが強力に引っ張っていくと、活動は急速に進むと思います。当センターでは委員会が51あり、その下に先ほどスライド24で示したような、さまざまなチームがあります。我々院長や副院長といった病院の幹部がこの51の委員会のほとんど8割を委員長として運営しているというのが現状です。委員には各診療科の先生方、あるいはコメディカルの方になっていただいておりますが、院長、副院長が委員会を開催してチームを引っ張っていくということが重要なのではないのでしょうか。

たしかに時間内にこういう活動を行うとなかなか人が集まりません。大部分の会議が5時半からということになります。当センターの院長は、「5時半からではなくて5時からやれ」と言明しております。もちろん時間内にやるのが本来の筋だということで、「4時半から始めよ」と。かなりその方向に動きつつあるのですが、5時半からのほうが皆が集まりやすいということで、かなりの委員会、かなりのチーム活動が5時半以降に行われているというのが実状です。

座長（徳永） 時間もなくなりましたのでこれでこのセッションを終わりたいと思います。どうもありがとうございました。



日本病院会の主な事業活動

学会運営：日本病院学会，日本診療情報管理学会

委員会活動：政策提言や人材の育成，調査の分析，広報活動を円滑に行うための委員会を組織しています。平成22年度は25委員会で活動をしています。

人材育成：臨床研修指導医，医療安全管理者，感染制御講習会修了者（ICS），診療情報管理士，病院経営管理士，DPCコース修了者，医師事務作業補助者など幅広い人材を育成しています。

国際活動：国際病院連盟（IHF）理事国，アジア病院連盟（AHF）理事国，WHO支援

要望・提言：民主党，自民党，公明党，厚生労働省等へ，税制改正や診療報酬，新型インフルエンザ対策などに関し5要望・提言をしました。（平成21年度実施）

セミナー等：病院長・幹部職員セミナー（東京），病院診療の質向上を考えるセミナー（東京），感染制御講習会（東京），医療安全管理者養成講習会（東京），臨床研修指導医養成講習会（東京）

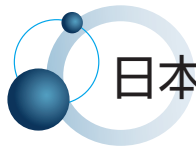
調査活動：中小病院（200床未満）に関する調査，医師の業務負担軽減に係わる調査，平成20年度病院経営分析調査，平成21年病院運営実態分析調査などを実施しました。（平成21年度実施の調査）

厚生労働省・各種団体への委員派遣：

厚生労働省の審議会・検討会，消防庁，日本医師会，日本医療機能評価機構等へ派遣をしています。

病院団体連携：日本病院団体協議会，四病院団体協議会

その他の活動：国際モダンホスピタルショウ



日本病院会の国際活動

国際病院連盟 (IHF) [International Hospital Federation](#)

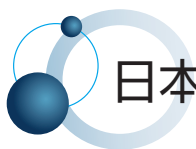
1929年に発足したIHFは、本部をジュネーブ（スイス）に置く加盟国60カ国の病院連盟です。日本病院会は1956年に加盟し、1965年に理事国となっています。

アジア病院連盟 (AHF) [Asian Hospital Federation](#)

1971年に発足し、初代会長国にフィリピン（フィリピン病院協会・マユ会長）が選出され、アジア地区の交流が始まっています。現在は12カ国・地域（台湾、韓国、香港、モンゴル、マレーシア、フィリピン、タイ、インドネシア、インド、オーストラリア、ニュージーランド、日本）が加盟しています。本会からの理事（各国3名）は、堺常雄会長、福井次矢国際委員会委員長、そして山本修三名誉会長です。

WHO支援

日本病院会は日本診療情報管理学会と共に、世界保健機構（WHO）が掌握している国際疾病分類（ICD）について、その窓口となっている厚生労働省大臣官房統計情報部ICD室との協力関係を強化しています。ICD-10へのアップデートのほか、2015年にはICD-11への改定など、ICDの適切な普及啓発のため技術・経済分野で支援をしています。



日本病院会の要望・提言活動

民主党税制調査会、自民党政務調査会、公明党政務調査会へ、医業に係る消費税の在り方や予算について、病院がより質の高い医療が提供できるような税制や財源確保が実現するよう、継続して要望活動を行います。その他、診療報酬の算定要件について、医療現場の実情により即したものとなるよう、厚生労働省保険局等へ要望活動も行っています。日本病院会では、会員病院のご意見を伺いながら継続的に行ってまいります。

◎ 参考 平成21年度 日本病院会の要望等一覧

21年 5月	厚生労働省	新型インフルエンザ対策に関する要望書
7月	厚生労働省	平成22年度税制改正に関する要望
11月	自民党	平成22年度予算・税制改正に関する要望について（政務調査会）
	公明党	平成22年度予算・税制要望について（厚生労働部会）
	民主党・社民党・国民新党・みんなの党・新党日本	平成22年度予算・税制改正要望について

医学史の旅—トルコ⑪



星 和 夫

青梅市立総合病院 名誉院長

エーゲ海地方 (その4) *Aegean Region*



図1

■イズミール (Izmir ; スミュルナ)

エーゲ海岸で最大の都市は、なんといってもイズミールで、人口70万人を有するトルコでも3番目の大都会です。ギリシア時代は^{スミュルナ}Smyrnaと呼ばれていました。紀元前10世紀頃にイオニア人の移住によって開け、天然の良港に恵まれているため、貿易港として栄え、ローマが支配した2世紀頃にはもっとも繁栄したといわれます。

このイズミール（イオニア地方）は、西洋文学の原点となった偉大な叙事詩『イーリアス』『オデュッセイア』の著者^{ホメーロス}Homerosが出たり、哲学などの発祥の地として知られています。その『イーリアス』はトロイア戦争最後の数十日間の攻防をめぐる英雄たち、とくにアキレウスの物語を主題にしたものですし、『オデュッセイア』はオデュッセウスの木馬の奇計により戦争が終わった後、彼の10年に及ぶ帰国物語です。

イズミールは西欧的な美しい街で、とくにその幅70～80mもある海岸通りの椰子の並木を夕方散歩

しますと、エーゲ海を渡って、はるかローマのヴェニスとも交流した昔が偲ばれます（図1）。

■ペルガモン (Pergamon ; ペルガマ) の遺跡

イズミールからエーゲ海岸沿いの国道を約2時間、カイコス平野に入って少し東へ折れると、ほどなく小高い丘の上に、遺跡群が見えてきます（図2）。これが、ヘレニズム時代からローマ時代にわたって

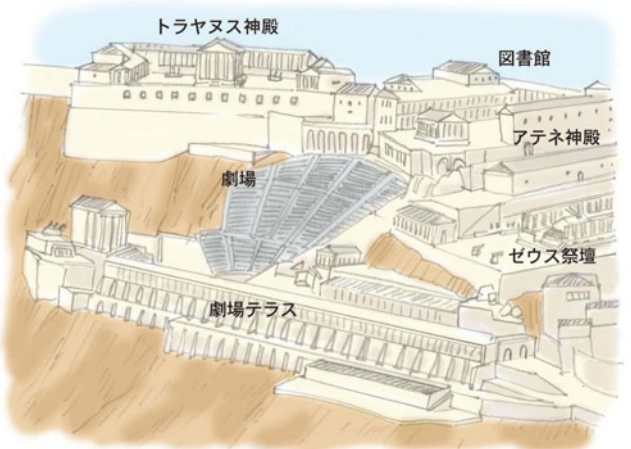


図2：ペルガモン上市復元図（画：堀込和佳）



栄えたベルガモン王国の壮大な遺跡です。

Pergamonは、ネオプトレモスとアンドロマケーの末子 Pergamosが、母とともに小アジアに帰り、アレイオスを一騎打ちで倒して、その地に自分の名前を付けたのが、この市の名前になったとされています。ベルガモン王朝は、アレキサンダー大王の死後、分割された諸王朝の1つで、リュシマコスがこの地方を開いたのが始まりとされています。彼は財宝をベルガモンに蓄えていましたが、間もなく戦死してしまいました。この財宝の警備に当たっていた部下のフィレタイロスは労せずして財宝を手に入れ、ベルガモン王国を築いたのです。彼は宦官でしたので、養子を迎えて新しい王朝を興しました。この王朝が黄金時代を迎えたのは、エウメネスⅡ世の頃（紀元前197 - 159年）です。



図3：トラヤヌス神殿跡



図4：大劇場跡

★アクロポリス遺跡

アクロポリスは、上、中、下と3つの街に分かれ、王城、神殿、大劇場、図書館、体育館、住宅地、商店街など、現代生活と同様の施設がそろっています。

上市には、トラヤヌス神殿跡（図3）や5万人も入る壮大な野外劇場（図4）、下市は市民の市場で、今でも時々牛や羊の売買をする市が立つそうです。またここには、アテーナーを祀る華麗な神殿跡や、収穫の女神デーメーテルの神殿跡があります。

★大図書館と羊皮紙

紀元前198年にエウメネスⅡ世によって造られた大図書館は、知恵と戦争の女神アテーナーの神殿と一体に建設され、蔵書20万冊を有し、当時最大と

いわれたアレキサンドリアの「ムーセイオン」と肩を並べたといわれています。これを聞いたエジプトのプトレマイオス王室では、ベルガモン図書館を抑えるために、本を作るのになくならない紙の輸出を禁止しました。困ったベルガモンでは、エウメネス王が、パピルス紙の代用品を作った者には賞金と名誉を与えるとって公募し、クラテスという男に羊皮紙を完成させたのです。

ちなみに、英語の parchment（羊皮紙）は、ラテン語の pergamīna charta（ベルガモンの紙）からできた言葉なのです。

★アスクレーピオスの神殿

アスクレピエイオン
(Asklepieion)

ベルガモンのアクロポリスから西北へ歩いて30分くらいの所に、アスクレーピオスの神殿（図5）がありますが、これがいわば当時の医療施設、ヘルスセンターです。ベルガモンの都市遺跡からこの神殿まで1kmの間は、「聖なる道」（図6）が続いていたそうです。「聖なる道」から前門を通して聖域に入ると、アスクレー





ピオスの神殿，図書館跡，北の柱廊（コロネード）（図7），劇場，西の柱廊，聖なる地下道，聖なる泉（図8）と池の跡などがあります。図書館（図9）には，おそらく医薬に関する数千の図書，標本，資料が置かれていたようですが，こんな昔の病院に図書館や劇場まであったとは驚かされます。

この神殿は，わずかの間にギリシャのエピダウロスをしのごほどの名声を得るようになったといわれています。そして，紀元400年頃まで続いたようです。

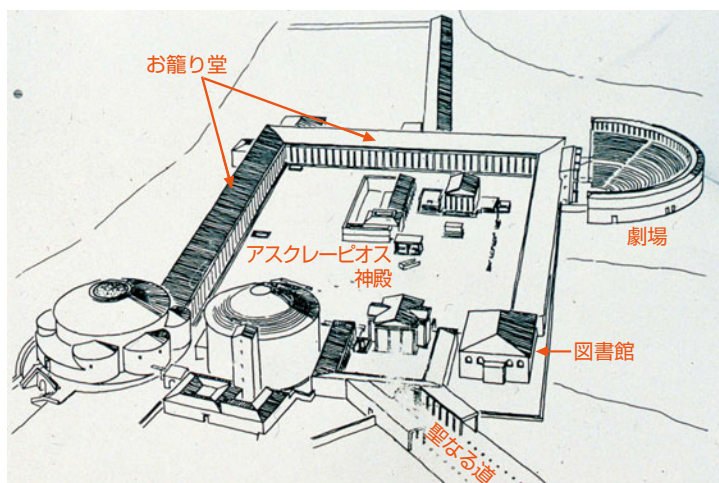


図5：アスクレピエイオン復元図

★当時の医療倫理観

さてこの Asklepiēion の入口には，「これより先，死は入ることを許さず」と書いてあったそうです。当時実際に入口で厳しい検査をして，治る見込みがない老衰者や妊婦は入れず，また入院中でももし重症

になると直ちに外へ出したのだそうです。要するに，当時は，治し得る希望のない患者を治療することは医師として詐欺行為で，そのような患者を拒否することが良心的と考えられていましたので，医師に治療を拒否された患者は，アスクレーピオスの神殿へ



図6：聖なる道



図8：聖なる泉



図7：北の柱廊



図9：図書館跡





行く以外に道はなかったのです。終末期医療の在り方が問われている現代、考えさせられることでした。

しかし実際には、見込み違いで入院中に死ぬ人もいたらしく、その場合にはこっそり病院の裏手の空地へ埋めてしまったとのことで、事実裏庭からはたくさんの白骨が出てきたそうです。

★神殿における医療

この神殿に入ることを許された患者は、まず聖なる泉で沐浴して身を清め、神殿に祈りを捧げた後、神への贈り物や犠牲を捧げました。それは食物であったり、動物であったりでしたが、後年になると、雄鶏がとくに一般的になりました。

つぎに患者たちは、中庭の中央から82mもある地下道（図10）を通して^{こも}籠り堂（治療室）に入り白衣を着せられて、^{クリネー}klīnē（寝いす）（[こぼれ話]参照）に横たわり、神の訪れを待つのです。

この堂の天井裏には送声管が仕組まれていて、夜患者が夢うつつで寝ている時、アスクレーピオスのように装った神官が蛇、犬、鷺鳥などを連れてきて、“病気は必ず治る”という暗示の言葉を送って聞かせました。患者はこれを神の声と信じ、自己暗示によってそれだけで治った者も多かったようです。

結局、初期の医術はもっぱら入浴、睡眠、安静、

暗示などが主だったようですが、水・泥浴、マッサージ、寒中の素足ランニングなどの理学的治療、運動療法のほかに、薬草の投与、飲食物の節制、かん腸なども行われていたようです。

また後年には、潰瘍患者にはオリーブ油、バター、蜂蜜の服用、傷の治療、肺炎に対してはワインで濡らした布切れで胸を湿布するなどの治療も行われていました。（アスクレーピオスの神殿治療についてはvol. 55, 11月号, p. 145を参照）。

★2匹の蛇の石像

この神殿と北のコロネードとの間に、高さ1mほどの大理石の円柱が置かれてあり、その表面にはお椀のまわりに2匹の蛇がオリーブの小枝と組み合わせて刻まれています（図11）。これには^{ガレーノス}Galēnos（129頃－199）というこのペルガモン生まれの大医学者にまつわる面白い伝説があります。

ガレーノスは、ローマでマルクス・アウレリウス皇帝の治療に当たって名声を博し、後にここにきて診療を行いました。彼の書いた『医学論』という本が17世紀に至るまでヨーロッパで医学の聖典として重んじられた、ということから、ギリシャの^{ヒポクラテース}Hippocratēs、アラビアの^{アヴィセンナ}Avicennaと並ぶローマ時代の3大医聖とされていることは、ご存じのとおりで



図10：聖なる地下道



図11：ガレーノスの石像





こぼれ話

★クリニック

clinicという言葉は、現在医学用語として“診療所”，“臨床講義”などという意味に使われていますが、語源はギリシャ語の，^{クリネー}klíne（ベッド）で、さらにその元はklínein（もたれる，横になる）です。要するに，横になるところがベッド，ベッドがあるところが診療所，そのわきで教えるのが臨床講義なのです。

また大学病院ではポリクリという言葉をよく使いますが，これはpoly（多くの）+ clinic，すなわち“多くの診療科がある総合病院”という意味で使われていますが，“ポリクリニック”というのはpoly + clinicではなく，本来はpólis（都市）+ klinikで，“昔医学生が教師の監督のもとで診療した私宅の診察室”という意味で，現在では“外来患者診

療所”，とくに“貧民のためのベッドのある施療院”をいうのです。

また上述の“もたれる，横になる”が元になって，clinometer（傾斜計），decline（傾く）など，英語でclin(o)が付く言葉はみんな“傾く”という意味を表します。またclimb（登る），climax（絶頂）なども“傾斜”と関係あります。そうそう京都と琵琶湖の間には有名な^{インクライン}inclineという疎水がありますし，また電車やバスの座席は最近ほとんど^{リクライニングシート}reclining seatですね。

面白いのはclimate（気候）で，四季によって気候が変わるのは，太陽光線の“傾き”によるものだという考えからできた言葉です。そうそう，^{クライマクテリック}climacteric（更年期，厄年）もklínein（傾く）が元で，要するに人生の“階段”という意味なのです。

す。彼は，入口の前庭で患者を診察し，治療の見込みがなく，生死の境にある患者は入庭を拒んだといわれています。

ある時，このガレーノスの所へ1人の患者が来て治療を乞いましたが，彼はその患者が不治であるとみて断りました。患者は大変落胆して帰宅しましたが，2匹の蛇がお椀の中の水を飲んだり吐き出したりしているのを見て，その毒液に望みを託して飲んだところ，病気がたちまち治ってしまいました。

この話を聞いたガレーノスは，これはアスクレーピオスの神託であると固く信じ，2匹の蛇を医神の

使いとして崇敬し，以後アスクレーピオスの象徴として用いたということです。

★考古学博物館

ベルガマの街の中心通りに，考古学博物館があり，ここにも，かのメドゥーサの床上モザイクがあります。8畳敷きくらいの大きさで，中央に円形のメドゥーサの顔があり，その周囲は曲線を組み合わせたデザインで，近代的センスの美しいモザイクであるとされています。

※2008年6月号から2009年10月号にかけて連載した「ギリシャ篇」が、『医学史の旅—ギリシャ・エーゲ海の島々』として単行本になりました。ご希望の方は日本病院会出版（TEL 03-3264-9888）へ。既刊『医学史の旅—イタリア・マルタ』も販売中です。併せてご愛読ください。いずれも1,890円（税込み）





ようこそ 日本病院会へ

新入会員の紹介

(同院は平成22年6月の本会入会)

北海道公立大学法人
札幌医科大学附属病院
 札幌市中央区南1条西16丁目 TEL 011-611-2111
 つかもと たいじ
 院長 塚本 泰司

北海道医療の中心的役割を担うべく、 安心・安全な高度医療提供に取り組む。

■概要

当院は、高度先進医療や診療体制の整備を通じて、遠隔地が多い北海道で、地域医療の発展や災害時の受け入れ医療機関として、大きな役割を担っております。

道民の健康を守り、教育・研究を支えるうえで、質の高い安全な医療の提供は附属病院にとって最も大切な役割です。さらに、最先端医療を確立し、高度な医療を臨床に導入することも重要な任務です。遺伝子治療、再生医療による脳梗塞治療、新規がん抗原による免疫療法、新外科手術方法、カテーテルや腹腔鏡／胸腔鏡による侵襲の少ない治療法など多くの先端医療を実践しております。

当院の特色としまして、高度な医療の提供・医療技術の開発や研修等を実施する能力を備えた「特定機能病院」として、平成8年に厚生大臣から承認を受けました。

また、エイズ拠点病院の支援を行う病院として、ブロック拠点病院の選定を受けております。

さらに、広域災害発生時に高度の診療機能を有する病院として、災害拠点病院の基幹災害医療センターに指定されており、平成14年10月1日からは、北海道で初の高度救命救急センターに指定され、重症患者の受け入れを行っているところであります。

平成16年9月27日には、財団法人日本医療機能評価機構より「病院機能評価」の認定を、平成21年9月27日（平成22年6月4日）に再認定を受けております。

また、当院において、1日の平均入院患者は約745人、外来患者約2,000人、年間手術件数は約6,600件となっております。

■理念

患者さまに信頼、満足、安心していただける安全で



質の高い医療を提供するとともに、高度な先端医療の研究・開発に取り組み、人間性豊かな優れた医療人の育成に努め、北海道の地域医療に貢献することを目的としております。

■基本方針

- 1 医療サービスの向上を図り、患者さまに安全な医療を提供します。
- 2 患者さまの人権を尊重し、十分な説明と同意のもとに医療を行います。
- 3 国内外に評価される高度な診療や臨床研究を積極的に行います。
- 4 教育を重視し、人間性豊かで信頼される医療人を育成します。
- 5 地域との連携を密にし、地域における医療、保健、福祉を支援します。

■さいごに

北海道の医療の中心的役割を担うべく、「これまで以上に皆さまの役に立つ病院にするためにはどうすればよいのか」を常に考えながら、より質の高い医療機関を目指し、今後ともより良い病院にするべく努力して参りますとともに、安心して安全かつ高度な医療を提供できるよう取り組んでいきたいと思っております。



社会保障と正義

千葉大学 名誉教授
「社会保障概論」講師

藤井 良治

社会保障の授業でいつも引用するのはある教科書の次の文章です。「社会保障は豊かな社会ではその必要がない。一方、それがもっとも必要とされる貧しい社会では社会保障をつくることができない。社会保障は特別貧しくもなく特別豊かでもない社会で発展してきた」。

世界中の人にもっとも豊かな国と思われたアメリカでは西欧やわが国のような社会保障は存在せず、ケネディ政権以来、歴代の民主党政権は繰り返し国民的な医療保険制度を創設しようと試みてきたにもかかわらず、そのつど反対にあって日の目をみることはありませんでした。さきごろ、オバマ政権になってようやく、そのアメリカにも医療保険に加入できなかった人びとが加入できるような医療保険制度が曲がりなりに誕生しました。

じつは、社会保障など必要ないほどにアメリカ人は本当の意味で豊かな国ではなかったのです。それなのになぜ西欧の国々のような社会保障や医療保障を拒否してきたのでしょうか。その背景には、アメリカ社会の根底にある正義に対する考え方があるように思われます。1つは、健康は個人的な財産であり、その財産の管理には個人が全面的に責任を負うべきであるという自由主義的個人主義の正義があると考えられます。もう1つは、自由な個人主義と関連しますが、公的活動は個人の活動を制限すべきではないという小さな政府あるいは市場の正義とでも呼ぶべき正義です。適切な例ではありませんが、前者の例として、ひところ肥満の人は自分の健康に責任を持たないという理由で企業が排除する傾向があったことが思い出されます。また、保険会社や医療関連企業の関与する巨大な市場に政府が介入して企業の活動を妨害したり市場の効率を損なうことは政治的かつ経済的な正義に反するからです。

最近、わが国でもテレビでの放映や翻訳『これから「正義」の話をしよう』が出版されたことでハーバード大学のサンデル教授の正義に関する授業が関心を集めています。この正義の問題は社会保障にとって避けて通れないだけでなく、社会保障はまさにその正義の上に作られた典型的な社会的構造物です。たとえば、なぜ貧しい人びとを私たちは支援するのか。支援しなくてはならないのか。これに対する回答として、苦しむ人たちに自分の豊かさの一部を恵んであげたい、お裾分けしてあげたいという慈善的感情から始まって、人は生まれながらにして平等であるべきだ、少なくとも最低限平等であるべきだという考えなどいろいろあるかと思えます。そう考えながらアメリカの医療保障に対する人びとの対応を見ると、人びとを支えている社会的正義の根底には自分の豊かさの一部を分け与えるという慈善・チャリティの正義が根強くあるように思われます。

このことは社会の成り立ちとも関係しているかもしれない、独断の誇りを恐れずに言えば、チャリティの正義は獲物を捕った人間は欲しいだけ自分のものとして、残りを他人に分け与えるという意味で狩猟型正義と呼べるかもしれません。これに対して、だれかが突出することなく小さな助け合いが行われるような閉じた社会の正義はどちらかというところ農耕型正義とでも呼ぶことができます。グローバル化があらゆるところに浸透している現在、社会保障は、これまでのように個々の社会の正義だけでなく異なる正義に支えられる他の社会との間で共有できるような正義を模索しなくてはならなくなっています。それは狩猟型正義なのか農耕型正義なのか、あるいはそれらとは異なる別の正義なのかよく分かりませんが、当分はそのせめぎ合いが続くのではないかと思います。

平成22年度 第3回 定期常任理事会 議事抄録

日 時 平成22年6月26日（土）午後1時～午後5時
場 所 社団法人日本病院会 5階会議室
出席者 (会長) 堺 (副会長) 今泉, 高橋, 末永, 相澤, 梶原, 大道(道)
 (常任理事) 藤原(秀), 宮崎(瑞), 木村, 万代, 中井, 渡邊, 山田(實), 武田, 生野,
 小川, 中島(豊), 塩谷, 岡留, 安藤(文)
 (監事) 宮川, 石井(孝)
 (代議員会議長) 野口
 (顧問) 奈良, 山本(修), 池澤, 佐藤, 大井, 宮崎(忠)
 (参与) 久常(代理; 菊池専務理事), 高久, 松田, 堀内, 権丈
 (委員会委員長) 前原, 福永, 有賀, 原, 大道(久), 崎原
 (支部長) 中村(博), 三浦(將), 福田, 細木

定刻となり、末永副会長の議事進行により、会議が開始された。

堺会長の開会挨拶の後、会議定足数として、定数26名中、出席18名、委任状4通、計22名（過半数14名）で会議が成立している旨の報告があり、議事録署名人に宮崎瑞穂、小川嘉誉両常任理事を選任した。

その後、新任の顧問、参与の先生方の自己紹介があった。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

前回の役員会後の会員移動として、正会員の入会1件、正会員の退会5件、特別会員の退会1件、賛助会員の入会2件、賛助会員の退会2件について承認した。

(正会員の入会1件)

①〔北海道〕都道府県・北海道公立大学法人札幌医科大学附属病院（会員名：塚本泰司院長）

(正会員の退会5件)

①〔滋賀県〕医療法人・中山病院（会員名：中山厚彦

理事長)

②〔石川県〕会社・NTT西日本金沢病院（会員名：佐賀務院長）

③〔北海道〕独立行政法人・国立病院機構札幌南病院（会員名：飛世克之院長）

④〔神奈川県〕会社・三菱重工大倉山病院（会員名：引間規夫院長）

⑤〔奈良県〕個人・錦織病院（会員名：錦織方人院長）

(特別会員の退会1件)

①〔宮城県〕海の見える丘クリニック

〔賛助会員の入会2件〕

① B 会員・〔茨城県〕水戸経理専門学校

② C 会員・〔石川県〕NTT西日本金沢病院
(賛助会員の退会2件)

① A 会員・〔東京都〕星医療酸器

② A 会員・〔東京都〕フランスベッド株式会社
(平成22年5月20日現在)

・正会員 2,510会員 ・特別会員 239会員
 ・賛助会員 236会員 (A 会員96 B 会員108
 D 会員32)

2. 関係省庁および各団体からの依頼等について

下記依頼事項について審議した結果、依頼を承認



した。

(継続：後援・協賛等依頼 6 件)

- ①第18回日本慢性期医療学会・大阪大会（日本慢性期医療協会）の後援
- ②フードシステムソリューション（F-SYS）2010（フードシステムソリューション実行委員会）の協賛名義使用
- ③HOSPEX Japan 2010（第39回日本医療福祉設備学会併設展示会）（日本医療福祉設備協会・社日本能率協会）の協賛
- ④医療ガス保安管理技術者講習会（財医療機器センター）の協賛名義使用
- ⑤第21回全国介護老人保健施設大会岡山（社全国老人保健施設協会）の後援名義使用
- ⑥救急の日2010（財日本救急医療財団）の後援名義使用許可申請並びに賛助金協力

(継続：会員登録・委員委嘱依頼 2 件)

- ①医療経済フォーラム・ジャパンの会員登録の変更
前任：山本修三名誉会長
後任：堺常雄会長に交代
- ②医事法関係検討委員会（日本医師会）委員の推薦
大井利夫顧問を選任

(新規：後援・協賛等依頼 1 件)

- ①シンポジウム「外国人看護師，今後の展望」への協賛（多文化医療コミュニケーションプロジェクト）

3. IHF 理事について

山本顧問より，国際病院連盟（IHF）の日本代表理事を，堺常雄会長に交代したい旨の提案があり，承認された。

引き続き，IHF 運営評議会（GC）（2010年6月3日・シカゴ）の報告として，EC 会議のフィードバック CEO や，IHF 本部のジュネーブ移転等について説明があった。

4. 支部長の交代について

平成22年4月1日付での山口県支部支部長の交代が承認された。

- (旧) 水田英司支部長（小野田赤十字病院院長）
- (新) 三浦修支部長（財団法人防府消化器病センター

ー 防府胃腸病院院長)

5. 人間ドック健診施設機能評価認定について

末永副会長から，新規及び更新施設の紹介があり，下記4施設の指定を承認した。

(新規 1 件)

- ①〔埼玉県〕恩賜財団埼玉県済生会 川口健診センター

(更新 3 件)

- ①〔愛知県〕医療法人愛生会 小林記念病院 健康管理センター
- ②〔愛媛県〕医療法人紫愛会 石川病院
- ③〔長野県〕医療法人仁雄会 穂高病院

6. 診療情報管理士認定試験受験校の指定について

武田常任理事より説明があり，検討の結果，下記施設を認定試験受験校として承認した。

〔福岡県〕保健医療経営大学 保健医療経営学科（施設経営コース）

7. 代議員の所属変更について

下記代議員の所属変更を承認した。

〔大分県〕明石光伸（厚生連鶴見病院 → 大分市医師会アルメイダ病院）

8. 日本病院会の参与委嘱について

堺会長より，齊藤壽一前常任理事の日本病院会の参与委嘱について提案があり，検討の結果，次回理事会に諮り，承認後，書面表決にて代議員会の承認を得ることとなった。

【報告事項】

1. 各委員会等の開催報告について

下記の委員会報告が担当委員長等から実施された。

- (1) 第71回診療情報管理士認定証授与式（5月29日）

グランドプリンスホテル新高輪で行われた。出



- 席者360名。
- (2) 診療情報管理士教育委員会第1回分類小委員会(6月14日)
教材の教科書, リポート問題集の各担当を決定した。
- (3) 診療情報管理士教育委員会第1回基礎課程小委員会(6月14日)
各委員の担当章や, 平成22年度の委員会開催日程と業務内容が決定した。
- (4) 診療情報管理士通信教育コーディング勉強会(5月23日~6月13日)
11カ所, 19教室で426人の参加を得て行われた旨の報告, 及び開催予定の報告。
- (5) 診療情報管理士通信教育後期スクーリング(2月16日~5月26日)
7会場で, 2万7,330名の参加を得て行われた。
- (6) 第1回医業経営・税制委員会(6月10日)
安藤常任理事より, 平成23年度税制改正に関する四病協と日病の要望の提出, 厚労省からのアンケート調査の依頼, 病院経営分析調査, 紹介会社への手数料等について協議した旨の報告があった。この件について堺会長から, 病院経営分析調査については, その継続が問題となっているが, 一緒に調査をやってきた公私病院連盟にとっては一大事業であり, 事業が無にならないよう対応願いたい旨が述べられた。
- (7) 感染制御講習会第1クール(5月29日, 30日)
368名が受講。
- (8) 第1回臨床研修指導医養成講習会(6月11日~13日)
50名が受講。
- (9) 第1回病院診療の質向上検討委員会(6月22日)
初回の開催であり, 診療の質の向上についての委員会運営を議論した。特に, 「チーム医療」をキーワードに, 協業や連携について議論を行った。
- (10) 診療報酬改定影響度調査
宮崎常任理事から, 目的, 調査対象, 方法等の要領(案)の紹介後, スケジュールとして, 7月31日締め切り, 8月・9月に分析を行い, 10月に報告書を取りまとめた旨の報告があった。

- これに関して, 末永副会長は, 偏ったいいデータばかりでなく, 病院の規模, 公私の別, 地域性等がすべて反映されるデータづくりにしたい旨の補足があった。
- (11) 日本診療情報管理学会倫理委員会診療情報学検討WG(6月1日)
「診療情報学」の原稿ができあがり, 9月15日発刊予定。
- (12) 日本診療情報管理学会倫理委員会診療情報管理士業務指針WG(6月4日)
進捗状況と今後のスケジュール紹介が実施された。
- (13) 日本診療情報管理学会第1回編集委員会(6月7日)
22巻1号及び22巻3号発刊についての協議, 及び優秀論文の選考について。
- (14) 日本診療情報管理学会第1回理事会(6月9日)
名誉会員に山本修三先生, 星和夫先生, 鳥羽克子先生を, また社会保障審議会統計分科会「疾病, 傷害及び死因分類」の専門委員に埼玉医科大学の松本万夫教授を選任した。また, 平成24年の第38回学術大会長に末永副会長を推薦した旨の報告等があった。
- (15) 日本診療情報管理学会第46回診療情報管理士生涯教育研修会(6月12日)
83名が受講。
- (16) 日本診療情報管理学会第2回生涯教育委員会(6月20日)
診療情報管理士指導者の試験を行い, 5名が基準をクリアーし, 9月15日の理事会に諮ることとした。その他, 平成22年度冬の生涯教育研修会の検討についての報告等があった。
- (17) 第1回広報委員会(6月18日)
広報委員会のあり方, 事務局構成, 今後の課題等について討議した。

2. 日病協諸会議の開催報告

- 下記開催報告が行われた。
- (1) 第59回診療報酬実務者会議(6月16日)
医療保険と介護保険の給付対象の整理について,



介護と医療はある程度分離したほうがいいのではないか等の意見が出たが、複雑な問題であり、もう少し時間をかけて議論することとなった。その他、病院における複数科同日受診の実態と今後の対応や、診療報酬支払い方法の一部変更についての報告。

(2) 医療安全全国共同行動（日本版100K キャンペーン）に係る検討委員会（6月21日）

医療安全全国共同行動の第2期における対応を検討。上原鳴夫先生に検証結果について報告していただくことを提案し、了承された。

これに関し、大井顧問から、運動の展開は病院団体が中心になっていかなければならない旨の意見が述べられた。

(3) 第68回代表者会議（5月28日）

報告は、資料一読とした。

(4) 第69回代表者会議（6月24日）

社団法人日本専門医制評価・認定機構及び厚生労働省より、専門医制度の現状と将来展望について説明があった。医師の地域偏在、専門家偏在等があるなかで、これはおろそかにできない課題であり、日本病院会としては、臨床研修委員会の下に専門医の小委員会なりをつくって検討していくこととした。

3. 中医協の開催報告について

下記4会議の報告については資料一読とした。

(1) 第172回総会（5月26日）

(2) 第173回総会（6月2日）

(3) 第174回総会（6月23日）

(4) 第64回薬価専門部会（6月23日）

4. 四病協について

下記の諸会議について開催報告が行われた。

(1) 厚労省・福祉医療機構・四病協合同勉強会（第15回・5月26日、第16回・6月23日）

梶原副会長より、行政刷新会議（4月23日）の結果を踏まえ、機構から事業の見直し等を図る意味で、医療機器への融資や償還期間の延長、土地取得資金の拡充等、さまざまなサービスの具体例の説明があった。

(2) 第3回医療保険・診療報酬委員会（6月4日）

相澤副会長より、中医協総会で「入院中の患者の他医療機関受診の取扱い」について報告があった旨、及び看護職員の配置・夜勤時間に関する要件のあり方について検討した旨の報告があった。

(3) 日本看護協会・四病院団体協議会（医療保険・診療報酬委員会）合同会議（6月25日）

相澤副会長より、2年後の診療報酬と介護報酬の同時改定、認定看護師制度、看護師の復帰支援プログラム等について意見交換を行った旨の報告があった。

また、看護協会の菊池専務理事は、短時間正社員制度の導入などにより看護師の離職を防ぐことが重要であると述べた。

(4) 第3回医業経営・税制委員会（6月22日）

安藤常任理事より、平成23年度税制改正要望、医療法人の現状と課題に関するアンケート調査、特別償却制度等について検討した旨の報告があった。

(5) 第9回メディカルスクール検討会（6月10日）

堺会長より、四病協の現状報告後、日病の対応として、臨床研修委員会に小委員会を設置し、メディカルスクールに関して検討することとした旨の報告があった。

これに関し、高久参与から、メディカルスクール反対派が増え、現状はなかなか厳しい旨が述べられた。

(6) 第2回総合部会（5月26日）

堺会長より、必要医師数実態調査への協力依頼や、8人委員会の設置について報告があった。

(7) 第3回総合部会（6月23日）

堺会長より、福祉医療機構による医療機関への融資拡大の要望書が全日本病院協会西澤会長から出されているが、これを四病協として提出することになった旨の報告があった。

(8) 日本医師会・四病院団体協議会懇談会（5月26日）

堺会長より、日医の原中会長が政府への要望の窓口を日医に一本化したいと述べたのに対し、四病協側から、日病協と日医がお互いに乗れるような形でうまく場を持たないか等の意見が出された

旨の報告があった。

- (9) 日本医師会・四病院団体協議会懇談会（6月23日）

高橋副会長より、マスコミ対応、特定看護師、医療ツーリズム、医師配置基準等について意見交換した旨の報告があった。

これに対し、渡邊常任理事は、医療ツーリズムについて、日本医師会ではあまり賛成ではないが、横浜市の病院など、既に進んでいるところもある。医師不足のなか、こんなところまで手を出しているのかという話もあるし、これからの検討課題になると述べた。

また、奈良顧問は、医療ツーリズムでなく、健診ツーリズムとして、日本のレベルの高い人間ドックを外国人にも開放することを検討していただきたいと述べた。

5. 関係団体の各種検討会の開催報告について

下記の会議について開催報告が行われた。

- (1) 日本医療機能評価機構 第1回理事会・評議員会（6月18日）

今泉副会長より、付加機能評価項目の改定、規程の変更、平成21年度事業実績、理事、評議員の選出について検討され議案は承認された。

本会に関連した事項としては、理事が大井前副会長から堺会長、評議員には村上前副会長から今泉副会長に交代している旨の報告があった。

6. IHF 理事会の開催報告について

山本顧問から、6月1～3日、アメリカ・シカゴで開催された運営評議会報告として、IHF 本部の移転（フランス→ジュネーブ）、2011年世界大会の準備及び2013年の見通し状況、IHF の意義、役割等についての明確化、各国共通の問題、課題の優先順位等を図ることとした。

7. その他

- (1) 平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について

堺会長より、厚生労働省が公募した平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業に本会が応募し

たが次点という結果であった。日病としては、事業計画に質の評価を重点項目に取り上げており、繰り上げとなった場合については、是非とも参加協力いたしたい旨の提案があり、了承された。

- (2) 経済産業省の医療産業研究会報告書について
山本顧問より、概要報告として「医療ツーリズム」という文言は日本の医療の国際化という視点で検討しようという方向で、報告書がまとまった旨の報告があった。

- (3) 国際モダンホスピタルショウ2010（7月14日～16日）時のシンポジウムについて

有賀委員長より、「チーム医療の実践と質の向上推進に向けた課題」と題して、シンポジウムを行う旨の報告があった。

また、高橋副会長より、今年も初日に日本病院会主催の公開シンポジウムを開催する旨の報告があった。

- (4) 第60回日本病院学会の進捗状況について

山田学会長から、7月22日（木）～23日（金）に岐阜市で開催される学会（テーマ：医療人の協働と明日を拓く力 ～人間50年から100年へ～）の各種講演、一般演題等の現状について報告があった。

- (5) 病院診療の質向上を考えるセミナー（7月2日）の開催について

末永副会長から、7月2日（金）に大阪市（後援：大阪府病院協会、大阪府私立病院協会）で開催される第1回セミナーの概要説明と参加呼びかけが行われた。

- (6) 平成22年度病院長・幹部職員セミナー（8月5日・6日）の開催について

末永副会長から、8月5日（木）～6日（金）にアルカディア市ヶ谷で開催されるセミナー骨子について概要説明、参加呼びかけが行われた。

【協議事項】

1. 今後の政治とのかかわり

堺会長より、7月11日の参議院議員選挙の公示前



に、病院会と政治連盟の連名で、「我が国の医療再生のための要望」を、各政党の主な役職者に対して提出した。要望は4項目に絞り取りまとめており、各政党のマニフェストも参考に、要望事項について意見を求めたい、と述べた。

安藤常任理事は、財源について、世の中は消費税頼みの大合唱だが、他にもいろいろ財源はあり、消費税を上げなくて済むなら上げないほうがいいと思うと述べた。この発言に対し、権丈参与は、財源について、この期に及んで消費税を含めて上げなくてもいいと言っているのは無責任極まりないのではないか、と述べた。また、小川常任理事は、財源について、消費税を10%、20%とっている国でも医療費に困っているのに、日本が5%しかとっていなかったら困るのは当たり前で、個人的には消費税を20%くらいにし、後期高齢者と年金は税方式でやったほうがいいと思っている。医療費抑制により医師、看護師が疲弊し、医療崩壊を引き起こしていると述べた。

崎原委員長は、サービスを受けるためには高負担が必要だということを国民が理解する必要がある。この世代が頑張らないと日本は再生しないのではないかと述べた。

梶原副会長は、消費税をやるには社会保障番号を行政番号と一緒にやるのが大事。自分がいくら負担して、いくら医療、介護を消費して、年金をいくらもらっているかもわからない。さらに、複数税率を導入し、同時に直間比率を見直すことが必要である。ただ、政府に対する信頼がないから、どうやって国民に納得させるかが問題だと述べた。

中島常任理事は、診療報酬の明細書は病院の窓口で払うお金についての明細書なので、見える化をして、そのお金の分配先まで示さないと、病院ばかりもうけていると誤解されると述べた。

権丈参与は、国の財政状況全般について説明し、その上で、消費税なり所得税の税率アップは不可避の状況であるが、アップ分が医療や社会保障に回ってこないようではいけない。戦略を練り、医療をしっかりとものにすることによって経済にプラスになっていくという論陣を張っていく必要があると述べた。

堺会長は、医師不足問題を取り上げ、70歳以下の勤務医の労働時間を適正な労働時間に置き換えると、今、2万人くらいの医者が足りない現状はいかなものかと問題提起した。

この件に対し、宮崎常任理事は、ベッド数が多く、在院日数も長いため、それを減らしていかないことにはいくら医師を増やしても追いつかない。また、急性期と慢性期とか、医療と介護を、もっとしっかり機能分化させる必要があるのではないかと述べた。

安藤常任理事は、医療界を一本化すれば、当直医を整理したり、歯科医師や麻酔科医、柔道整復師などから人材を回すことが可能でないかと、との私見が述べられた。

高久参与は、自由標榜を認めたままいくら医師を増やしてもだめで、医療提供体制から変えていかなければならない。また、歯科学部の学生を減らして医学部の学生を増やすことは一部の大学で行われているが、まだわずかだと述べた。

大道副会長は、それぞれの医療施設の担うべき役割をもう少し厳格に決めてもいい。その施設によって診る疾患を決めていくことが、むしろ国民にとってはわかりやすい誘導の仕方ではないかと述べた。

塩谷常任理事は、単に医師を増やしても地域偏在はなくなる。地域コミュニティが崩れてしまっているところに病院を再生しても意味がない。単に医療の再生ではなく、メディコポリスの観点が重要になる。日本病院会も、医療を通してのまちづくりを提言し、行動していくことが必要であると述べた。

相澤副会長も、現在のままの医療提供体制では、地方の病院はもう成り立たない。根本的な医療提供体制なり医療のあり方を変えていくことが必要。無駄な医療を見直しせず、診療報酬を上げろと言っても、国民は納得しないのではないかと述べた。

2. 日本医師会との関係

時間の関係上、次回の検討事項とした。

3. その他（チーム医療について）

有賀委員長は、チーム医療の話は百家争鳴の状態で交通整理がなされていない。また、認定看護師の



実務経験があつて、なおかつ多少の座学をすれば、修士課程を卒業したのと同等と認めるといふことが射程の中に入っているようだと述べ、例としてトリアージナースを挙げた。

この件に関し、看護協会の菊池専務理事は、医師不足により医師が非常に疲労しており、医行為のなかでも看護師ができるものをやれるような法整備が必要である。また、認定看護師にもう少し必要な教育研修をプラスすれば、特定看護師のある領域については同じようなことができるような仕組みにしていきたいと述べた。

相澤副会長は、認定看護師が現におり、これからも育成されていくなかで、特定看護師制度を創設する必要があるのか。ジェネラルな特定看護師よりも、範囲を限定して専門性を追求したほうが、チーム医療としてスムーズにいくのではないかと述べた。これに対し、菊池専務理事は、分野がある程度限定されての特定看護師ではないかと想像していると述べた。

堀内参与は、M.D. アンダーソンがんセンターが作り上げたチーム医療を日本流のチーム医療にしていく必要がある。薬剤師については、専門薬剤師の専門性を高めることと、一般の薬剤師のレベルアップを図ることが重要だと述べた。

末永副会長は、看護の面だけでなく、全体的な面からチーム医療を議論したい。また、特定看護師にしても、ジェネラルがなくて特定だけでいいかとい

う問題もあると述べた。

高橋副会長は、看護師教育の一本化について看護協会に質問した。菊池専務理事は、4年制の看護大学に一本化したいが、まだめどは立っていない。一方、介護職員の医行為を法律で制定する動きがあり、そうすると看護師と介護職員との役割分担の問題が出てくると回答した。

また、高橋副会長は、薬剤師の大学が6年制になったことにより、現場医療の教育が行われているかと質問した。堀内参与は、チーム医療もそうだが、薬剤師が病棟で勤務したり、患者に直接接することもあるので、医療関係の講義や実習、接遇研修なども増やしていると回答した。

堺会長は、病院は医師だけではなく、いろいろな職種の人がいるが、国家資格を持っている人より、メディカルソーシャルワーカーや診療情報管理士など、国家資格を持っていない職種がちょっと下に見られるところがあるのが気になると述べた。

有賀委員長は、看護師は患者の背景を見ることそのものが仕事として教育の中に入っており、患者の生活全体を見てくれている。特定看護師という名前でなくても、その部分に光を当てて、チーム医療として機能するような体系的な話はできると思うと述べた。

以上ですべての議案審議を終了し、定期常任理事会を閉会した。

(日本病院会事務局 総務課)

(第1号様式)

社団法人 日本病院会 正会員入会申込書

社団法人日本病院会長 殿

私は貴会の目的に賛同し、入会を申し込みます。

入会承認の上は、貴会の定款を遵守することを誓約いたします。

平成 年 月 日

〒

所在地

病院名

会員名 } 病院長又は医師
である開設者等 役職名

印

申込取扱者氏名	印
職名	
電話	内線

平成 年 月 日

社団法人 日本病院会 会長 殿

住 所 〒
会 員 名 会社・団体
又は個人名



社団法人 日本病院会 賛助会員入会申込書

貴会の趣旨に賛同し賛助会員の A . B . C . D 会員として入会します。
(該当する種類に丸印を付して下さい)

会 社 ・ 団 体 又 は 個 人 名	
代 表 者 名	(役職)
業 種	
住 所 電 話 番 号	〒
担 当 者 所 属 部 課 名 氏 名	
会 費 納 入 方 法	1. 郵便振替 2. 銀行振込
紹 介 者	

本誌へのご寄稿のお願い

『日本病院会雑誌』では、親しみやすい誌面づくりに努めておりますが、その一環として、趣味に関する原稿、あるいは旅行記、エッセイ、俳句、短歌など、ほっとする内容の記事の掲載を企画しており、会員の皆さまのご応募をお待ちしています。

かつて「黄色いページ」として親しまれていましたページと同様とお考えいただければと思います。

原稿：字数の制限はありません。写真の掲載も可能です。

募集期日：随時受け付けています。

謝礼：掲載誌及び別刷り 30 部を贈呈し、謝礼とさせていただきます。

◆送り先・問い合わせ先

『日本病院会雑誌』 編集代行：植松 文子
〒160-0015 東京都新宿区大京町 31 番地 御苑住宅 1 階 (有)木耀社
電話 03-6666-4001 FAX 03-6666-4002
(e-mail : uematsu@mokuyosha.jp)

日本病院会雑誌

第 57 巻第 9 号 2010 年 9 月 1 日発行 (毎月 1 日発行)

頒価 1,200 円 (会員の購読料は会費の中に含まれます)

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町 13-3

電話：03-3265-0077 (代) FAX：03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 堺 常雄

編集人 原 義人

編集協力 (株)美和企画 (東京都渋谷区南平台町 12-6 電話：03-3496-6751(代))

(有)木耀社 (東京都新宿区大京町 31)

印刷・製本 日本平版印刷(株) (東京都文京区小石川 4-3-6)

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。