社会医療ニュース

病院を取り巻く環境は急激に変化し病院経営は増収減益体質に変化した

所長　小山　秀夫

今にはじまったことではないが、病院経営上、増収減益というのが当たり前の時代になった。この十年間診療報酬改定の影響は微増で、病院職員の一人あたり年間給与もそれほど上昇していない。増収減益という現象は、なぜ起きるのかを考えてみると、すぐに思い浮かぶのが、職員を増加させれば、収益は上がるが、職員採用費用が収益増を上まわるということである。

ちなみに、2007年と2017年の診療種類別国民医療費から病院医療費を計算すると前者が約十七兆三千億円、後者が約二十一兆九千億円となるので、病院医療費は二六・九%延びたことになる。

この頁の表をご覧頂きたい。十年間の病院職員数を比較してみると約三十五万五千人増加して、増加率は二〇・四%である。この間病院医療費が延びても、職員数が二〇%以上延びている事実は、正確に理解する必要がある。看護師は、この期間に三割増加しているが、准看護師や看護業務補助者は、むしろ減少傾向なので、看護職計では一一・五%増加しているに過ぎない。

病院職員におけるリハビリテーション職種の急増

つぎに、管理栄養士と栄養士を見比べて欲しい。病院の管理栄養士が増加し、栄養士が減少していることがわかる。今回の診療報酬改定でもICUへの管理栄養士の配置が新設された。この十年間の診療報酬や介護報酬では、咀嚼嚥下などを含めて広い意味での栄養関係報酬が評価されてきた。このことは栄養専門職を増加させたが、特に、管理栄養士の必要性が再認識されていると考えても良いと思う。

はっきりわかるのは、十年間で理学療法士が125%、作業療法士107%、言語聴覚士134%に増加したことである。社会福祉士も257%と急増している。これらの職種は、リハビリテーション医療が社会的に評価され、回復期リハビリテーション病棟の増設に伴う増員であると考えられる。社会福祉士の急増は、リハビリテーション医療の普及の影響とともに高齢入院患者の急増や入退院支援の強化などが影響していると考えられる。わが国のリハビリテーションは、国際的にみればセラピストの量としては、最先端と考えても良いが、今後も急激に養成されるリハビリテーション職種を病院で吸収することになれば、病院医療費は増加されざるを得ないことは明らかであろう。

事務職員の急増もあり病院医療費の伸びは抑制できない

このようなことを考えると増収減益になる理由が、職員増によると説明することは可能であると思う。なにやら医療費の伸びを抑制しなければ、社会保障全体が維持できないといった論調が少なくないが、病院医療費の伸びを抑制することはかなり難しいことのように思えてならない。この一〇年間で病院の事務職員は38．1%増加しているが、この増加率は医師よりも看護職計より急激で、病院マネジメントは複雑化・高度化・情報化され多くの職員が必要になっている現状を理解する必要がある。

病院の病院経営は、そう簡単ではないし、病院の種別や規模、地域の社会経済動向や医療機関同士の競合状態によって千差万別であるともいえる。経営という観点でみてみると、診療報酬は改善されず、病院職員数は増加し、入院患者も人口も減少しているということになれば、医業収益から医業費用を減じた医業利益が、年々圧迫されていることは確かであろう。つまり、病院経営は、今や増収減益があたり前の時代になって久しいということである。病院を取り巻く環境が変化したということを認めることが必要であると思う。病院の入院患者の七三・三%は、高齢者で、このすさまじい入院患者の高齢化が、わが国の医療を大きく変化させたことは間違いないことである。

表　病院職員数の推移

		2007年	2017年	増減比
病院職員総数		1,736,362	2,090,967	20.4%
医師		183,828	217,567	18.4%
	保健師	3,517	5,658	60.9%
	助産師	17,597	22,881	30.0%
	看護師	618,406	805,708	30.3%
	准看護師	176,441	113,465	-35.7%
	看護業務補助者	191,323	175,234	-8.4%
看護職計		1,007,284	1,122,946	11.5%
	理学療法士	34,782	78,439	125.5%
	作業療法士	21,776	45,164	107.4%
	視能訓練士	2,852	4,320	51.5%
	言語聴覚士	6,738	15,781	134.2%
リハビリ職計		66,148	143,704	117.2%
	管理栄養士	16,859	22,430	33.0%
	栄養士	6,026	4,717	-21.7%
栄養専門職計		22,885	27,147	18.6%
	精神保健福祉士	6,324	9,822	55.3%
	社会福祉士	3,625	12,966	257.7%
	介護福祉士	25,061	45,197	80.3%
福祉専門職計		35,010	67,985	94.2%
事務職員		157,826	218,004	38.1%

社会医療研究所
〒101-0047
東京都千代田区内神田1－3－9
KTⅡビル4F 日本ヘルステクノ㈱内
電　話（03）5244-5141㈹
ＦＡＸ（03）5244-5142
定価年間　6,000円
月　刊　15日発行
振込銀行　三菱ＵＦＪ銀行　京橋支店（023）
普通口座　1712595
ファウンダー　岡田玲一郎
発行人　小山　秀夫

病院機能評価の価値

ファウンダー　岡田玲一郎

「JCAHO」は、米国の病院機能評価機構で日本でも知られる存在だった。その後は「JC」となり、そのインターナショナル版「JCI」ができ、日本の病院も採り入れるようになった。

なぜ、日本に病院機能評価機構があったのに、わざわざ「JCI」を採り入れるようになったのか、である。ひとつは、米国での機能評価というひとつのステータスがある（と思う）。今ひとつは、我が国の病院機能評価への信頼の問題があったのではなかろうか、と、これも個人的に思っている。そうでなければ大変なお金と時間を消費するわけがないと、他者として思うのである。事実、JCIの評価は病院機能の広範囲にのぼり、例えば売店などが入ると聞いている。やはり、権威、すなわち価値の問題ではなかろうか。

ということは、日本の病院機能評価がなめられているのである。

私は、病院機能評価の前身である「質研」に籍を有していたので、サーベイヤーの登録番号がひとけたか10番台だったと記憶している（怪しい記憶だが？）。しかし、サーベイヤーとして病院機能評価で病院へ行ったことはない。なぜかというと、あまり意義を感じなかったからである。意義とは、サーベイの結果が診療報酬につながらない事である。例えば、すべてのサーベイ項目をクリアしている病院は、一点当たり十銭とか一銭を加算したり、サーベイ項目のいくつかの部分がクリアされなかったら、一点につき0・1％とか0・5％を減算するというものではなかったからだ。むろん、米国のJCAHOでも、その権限はない。だけど、日本の病院で「JCI」の評価を受けるという現実はあるのである。

いくつもの評価機構があり支払側と連結するシステム

米国では「JC」は存続するが、少なくとも私の訪米の際の病院側の反応は、日本と違っていた。20年ぐらい前は、米国の病院も「ジャコー（JCAHO）が来るから、」という理由で、視察が出来なかった。しかし、現在では当日の訪問でも視察可能になってきた病院もある。

米国の病院側の思考は、もはや当初と異なり「あたしたちの気づかないところを指摘してくれる」という受けとめ方だ。別に、病院の収入の多い少ないに関係ないからだ。日本も関係無いと思うけれど。わたしの知る限りの病院は機能に問題があるのか、〝重箱の隅をつつく〟評価基準に反発を感じているか、少なくとも「ウェルカム」の心境ではない。病院を維持する条件としての機能評価なら。文句は言わないで、受けなきゃ仕方がないと思うのだ。

そして、病院機能評価機構のサーベイを受ける職員は、三ヶ月前から〝大変だ〟と言うし、職員研修の予定を入れる病院もあるが、「その日は機能評価の準備が・・・」と、研修をキャンセルにする病院とに分かれる。日本の病院で、「あたしたちの気づかないところを発見できる」と言われる病院は、経験上では二～三病院にとどまる。

そして、米国ではいくつもの機能評価機構がある。例えば、「CARF」はリハビリテーション病院専門の機構であり、そのインターナショナル版が「CARF・I」で、広島の「はあとふるリハビリテーション病院」が取得されている。この件は、私も絡ませてもらったが、四～五人の外国からのサーベイヤーが来日し、三日がかりでの日程だったと思うが、加齢と共に記憶が怪しいので間違えていたらゴメンだ。調べるのも面倒になっている。

我が国でも、慢性期医療やリハビリテーションでは、それぞれの特性を生かした評価基準があると聞いている。しかし、急性期病院専門の評価機構は聞いたことがないのが気になるところだ。もっとも、現在の「急性期病院（棟）」と称している病院（棟）の機能は、種々雑多だから、機能評価そのものが成り立たないのだと思う。

平均在院日数ひとつとっても、主たる診療科が同じでも、ずいぶんと違う。急性期病院については7頁でも書いておくが、65歳以上の老人に関するケアひとつでも、様々である。むろん、北米（アメリカ、カナダ）でも、高齢者の急性期医療に関しては、20年以上前から財政問題として大いに問題になり、改善されてきた。北米の人間（高齢者）も、我が国の人間（高齢者）も同じ人間であればこそ、問題も同じように発生するのである。

紙面がもう少しになってきたので、タイトルの「病院機能評価機構の価値」について．最後に私見を述べてみる。

一つは、病院の機能評価が診療報酬とリンクするシステムの構築が必要である、という暴論？だ。現在は緩和ケア病棟などの条件になっているが、しっかり病院機能を備えている病院も、何回も予備審査のやり直しを必要としている病院では、診療報酬に差異があって当然というのが、私の意見である。特に、機能に不備が多い病院も不備がほとんどない病院も、同じ診療報酬でいいわけがないというのは、極論とは思わない。だが、暴論と批判されても甘んじて受ける覚悟である。暴論も正論となることもあるからだ。

次に、サーベイヤーの質の問題がある。これはどの病院でもおつしゃっていることで、リーダーが調整しているようだが、現場のスタッフが辟易する指摘は、本来の機能評価ではないと思う。サーベイヤーのリーダーの方も口にされることで、そこでは「社会的性格」が影響しているようだ。社会的性格とは持って生まれた性格ではなく、主として社会人なってから身につけた性格である。警察官か、教員、銀行員の仕事を永年やっていると、自然に身につく性格だ。具体的に述べると、民間病院出身の看護管理者と公立病院の看護管理者の違いである。人間だから仕方がないことで、サーベイヤー・チームも調整しているが、病院の現場は直接に関係するのだ。

最後に、サーベイヤーのあり方は前述のように受ける病院側に感謝される機能評価であることを、これは願うのである。

3ヶ月がかりで準備した「機能評価機構」に関する書類が棚へ並んでいると、ある種の悲哀を感じるのである。

有事斬然（ゆうじざんぜん）
第2回　気になる！令和初の報酬改定

京都市 保健福祉局 担当課長　一戸　和成

令和初の診療報酬改定である令和2年改定の改定率も決定し、いよいよ中央社会保険医療協議会（以下、中医協という）の議論でも、改定の項目は出そろった形だ。今回は、その改定項目の中で、目玉となり得る項目を、医療課経験者の視点で評価することとしたい。

○改定の主要項目

年も明け、去る1月15日の中医協で了承された、「令和2年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理」から、筆者が今後の医療提供体制の改革に向けて、重要であると考える項目について、抜粋しつつ評価してみたい。

入院では、①地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。②地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、小児科や産婦人科を標榜する医療機関や入院患者が減少していることを踏まえ、医療機関間の医療機能の再編・統合がより柔軟に行えるよう、総合入院体制加算について要件を見直す。③急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。④一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、該当患者割合に係る要件を見直す。⑤地域包括ケア病棟において、適切に在宅復帰支援等を行う観点から、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について要件を見直す。⑥回復期リハビリテーション病棟における実績要件について、アウトカムを適切に反映させる。

外来では、⑦大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者の定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い大病院に対する初診料等減算について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。⑧かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件を見直す。

の各項目が、今後の医療提供体制の改革を進める上で、特に重要となる項目であるとみている。

○主要項目の評価

入院の項目から見てみよう。まず、①②。筆者が注目しているのは、医政局の検討会の内容や医療提供体制の議論とどこまで連動した要件となるかである。単に医療従事者のコストを補填するためにそれほど苦労しなくても現に救急医療を提供している医療機関が算定できるような要件となる、もしくは、要件が緩和されるだけなら、医療機関の機能分化には寄与しないであろう。やはり最後は救急を受け入れているという医療機関の要件設定がどの程度になるか大注目だ。次に、③④。該当患者割合を現に急性期一般入院基本料の1を算定している医療機関の中で、算定ができなくなる医療機関がある程度でてくるまで、引き上げられるかどうかが焦点である。平成26（2014）年改定の時に経験しているが、特に民間医療機関を中心に、必要度の項目を見直し判定基準を厳格化しても、工夫して対応してくる。それに比べて、該当患者割合の引き上げは、入院患者像を大きくシフトしない限り医療機関が無理やり取り繕えない代物である。ここに腹をくくって切り込めるかが大きなポイントである。最後に⑤⑥。この二つは書いている内容自体は全く違うが、狙いは同じで、回復期を担う病床の持つべき機能とはどのようなものかということを議論している。中医協では、独立した項目としてそれぞれ議論しているが、これが、急性期一般入院基本料の要件強化により、こぼれ落ちてくる病棟の受け皿として考えているのであれば、医療課としては広い視野で議論できていると判断していい。そうでなく、単に要件の緩和（地域包括ケア病棟の在宅実績の緩和）や一見、要件を引き上げるとみせつつ現状追認（回復期リハのFIM利得）しているだけであるなら、改定により病床の機能分化・強化を図ることは不可能である。

次に外来の項目を見てみよう。⑦について、筆者は「形を変えた受診時定額負担」そのものであると考えている。そのため、病床の基準がどの程度に広がるかにもよるが、市中の中規模の民間病院も巻き込み、外来受診の流れを大きく変えることができる項目であると考えている。しかし、この定額負担の徴収の制度設計は、例外規定が多すぎて、実質的にそれほど効果がないともみている。劇的に効果を発現したいと考えるなら、一切の例外条件なく、特に再診の都度定額負担を徴収する規定にすることが必要であろう。⑧は、機能強化加算の説明をするかどうかというアウトプットについて議論がなされているが、本来、かかりつけ医に期待される機能は何なのか、患者の社会的背景も含めて全人的に診るということが、地域包括診療料を創設した際の理念であることから考えると、もはや、かかりつけ医のアウトプット評価を議論の主戦場とするのではなく、かかりつけ医が責任を持つかかりつけの患者の病態改善について、「アウトカム評価」を行う新たな体系の議論をする時期にきているのではないだろうか。

○診療報酬が内包する機能

近年の改定を見ていると、如何にも現場へ影響がでることが「悪」であるかのような雰囲気から、「政策誘導ツール」としての診療報酬の機能が有効に活用されていないように筆者には映る。診療報酬は、医療機関のコストを確保するという意味合いがあることを否定しないが、法改正を中心として政治的に医療提供体制や医療保険制度の改革に切り込めない状況での診療報酬改定は、即効性と全国の医療機関を動かせるという視点からすると際立って有効なツールであろう。また、診療報酬改定は、改定率の多寡とは関係なく、医師である医系技官が、医療現場の実情を踏まえつつ、日本の社会変化を敏感に感じ取り、それを政策に反映することのできる手段でもある。現に、改定に携わっている先輩や後輩には、日本の医療を動かしているという気概を持って改定にあたってほしいと思うし、充実した改定となることを期待している。

シンガポール共和国の国民健康意識向上政策

竹田綜合病院　法人事務局長　東瀬　多美夫

■シンガポール先進地視察会に参加

昨年10月13日から16日まで、会津大学と地元経営者が組織する産学懇話会のシンガポール先進地視察会に参加した。同国の医療費抑制や肥満・喫煙抑制などの健康意識向上政策が、国民にとても浸透しているのに感心したので、今号ではそれを紹介したい。

シンガポールの2018年時点の人口は564万人（兵庫県と同じくらい）で、近年は人口減少傾向にある。人口の大半は華人系で417万人、約74％を占めている。外国人は164万人で29・1％を占めている。人口減少要因は出生数減と外国人の雇用規制だ。出生率は1970年が3・07人、2016年は1・20人と下降傾向にあり少子高齢化が進んでいる。また、2010年に策定された労働生産性を年率2～3％へと向上させ、年3～5％のGDP成長を達成するという政府目標を達成するため、外国人雇用税を段階的に引き上げ外国人労働者の伸びを抑制したからだ。平均寿命は年々上昇し1970年に65・8歳、2016年に82・9歳となった。65歳以上の高齢者は2000年約24万人、同30年90万人となり高齢化率は将来21％を超える見通しだ。シンガポール人の死因は、がん、肺炎、虚血性心疾患の順となっている。経済が急成長する同国では、肥満や糖尿病など欧米型の健康障害が増え、生活習慣病が急増し医療費も膨らんできた。収入の増加に伴い、教育水準も向上し、健康問題への国民の関心が大幅に高まってきた。

■国の健康生活マスタープランによる健康意識の向上

高齢化で、より長く健康的な生活を送るために、また拡大する保険支出の抑制のためにも、慢性疾患などの予防や健康管理が必要となってきた。同国保健省は2014年、国民からの意見を基に、「健康生活マスタープラン」を策定した。それによると、生活習慣病のリスク要因は肥満と喫煙、高血圧症、高血中コレストロールなどをあげており、国をあげてその予防に取り組む必要性を指摘している。このプランの戦略目標はビジョン2020といい「毎日、健康生活」というスローガンを掲げ、国民が日々無理をせず、自然に健康的な生活がでるよう、3つのアクションプラン（健康的な職場環境の構築、地域コミュニティの環境整備、若年層からの健康に関する意識の喚起）を策定し、日常生活の中に健康に関する習慣を定着させ、2020年までに肥満率を10％以下とするとともに、喫煙率の低下を目指している。

保健省傘下の健康推進庁は、国民の健康増進や予防に取り組む政府機関だ。2001年に設立され、様々な健康に関する情報や健康な生活を送るために必要な知識とスキルを、世代別に発信している。高齢者世代には、積極的な栄養摂取、認知症に関する知識、身体機能の維持のために太極拳などを用意し、中年層には、職場での健康教育、健康診断、運動プログラム、精神健康プログラム、禁煙プログラムなどが用意され、若年層には食習慣形成プログラム、脂質・糖分・塩分を抑える学校食事プログラムなどが用意されている。強調したい点は、これらきめ細かいプログラムが世代別に用意されていることと、それが実践されている点だ。このようなシンガポール政府の取り組みは、国民の健康意識を高め、健康食品・サプリメント市場の拡大を後押ししており。市販薬、スポーツ栄養食品、ビタミン剤や栄養補助食品、体重管理用サプリメントの市場規模は、2015年8億4730万Sドルから、2017年9億1700万Sドル（約746億2千2百万円）に拡大した。

■漢方を活用した体重管理プログラムの浸透

この市場で大きなシェアを占めているのが、ユーヤンサンだ。同社は、1879年創業のアジア有数の製薬企業で、マレーシアと香港に工場を構え、1000種類以上の漢方薬を取り扱っており、開発から販売までの全体を管理している。現在は、香港、シンガポール、マレーシア、中国に210以上の小売店とTCM診療所を有している。同社は、東南アジアに加えて米国、オーストラリア、カナダ等の華人を対象に商品を輸出しており。最近は消費者のニーズを受け、店舗販売の他にオンラインでの注文にも対応している。

ところで、同国の医療は西洋医学を基本にしているが、国民の多くが華人系であるため伝統中国医学（Traditional Chinese Medicine: TCM）の治療を受ける人も沢山いる。TCM診療所は、病気予防・健康管理において、大衆の医療ニーズを補完する重要な役割を果たしている。そこで同国保健省は、2017年、伝統中国医学のスキル向上と能力開発を目的とし、500万Sドル（約4億円）を投入し伝統中国医学発展助成金を設立した。同省は、伝統中国医学に、病気予防と健康管理の役割を期待したのである。同診療所の多くは個人経営だが、同社は診療所を直営にし高品質化し、自社漢方薬店に併設、漢方を活用した体重管理プログラムを販売している。それは、中国茶（ポリフェノール摂取）による代謝促進、中国ハーブによる食欲抑制と脂肪燃焼、鍼治療による減量、睡眠とストレスの管理、食欲を減らすために耳の鍼圧（推拿：すいな、中国式マッサージ）などで構成される。この体重管理プログラムは、利用者が年々増加傾向で若年層にも売れている。このように独自の販売手法を確立し、直営診療所との相乗効果を創出している点がこの会社の大きな強みである。今後、世界で同社がいかに独自のポジションを拡充していくか、直に社長にインタビューできたことは貴重だった。

最後に、これほど国家政策が国民に浸透しているのは、政治のリーダーシップが発揮されているからで、見方を変えれば国民統制が効いていると言える。そして、目標達成のための周到な政策の策定、その裏に優秀な官僚の存在がある。これからこの国がどのような課題をどのように解決していくか、興味を抱かされた視察だった。

この一ケ月の 喜怒哀楽

◎社会的災害への備え

先月号巻頭で小山秀夫所長は、医療は「社会的災害」の下にあると喝破されている。同感だ。また、高知の社会医療法人近森会理事長近森正幸氏も「今までの発想にとらわれない自己変革」を広報紙「ひろっぱ」で説かれている。社会的災害への備えが必要とされているのが、医療機関、特に病院に求められているのである。もちろん、各病院共に備えられていることと思うが、暮れから新年にかけての病院経営者の発言には、恐怖感やそれに対応する行動計画は、先の近森理事長のように具体的なものもあるが、多くの方は「未だみぬ災害」に対する愚痴や怨嗟を感じるものが多い。国際的にみて病院病床は過多だから、いいことだと思ってしまう（失礼）。

こうなると、ここ数年の自然災害で生じたことと同じ社会現象が起きると思わざるを得ない。社会的災害は自然災害と異なり、予測可能だ。例えば、人口減少、少子高齢化社会である。移民制度の拡充がなければ、これは必至なのである。高齢者が増えるから病院の利用者が増えるというのは、甘い。現在の救急車の利用者でも、高齢者は軽症が6割近くもいるのである。そこでも、無駄な社会資源が流出している。どうしたらよいかの回答はあるが〝自分で考えてください〟としか言えない。

◎人びとの関心はスポーツへ

ラグビーの「にわかファン」の出現は、古くからのラグビーファンにとって嬉しいことだが、ラグビーだけでなく、あらゆるスポーツに人びと（社会）への関心が高まっているようだ。なぜだろう?

私見だが、政治への関心が薄れてきたのが、原因だと思う。加えて、人間関係の希薄化が対人関係の寂しさへの捌け口として、スポーツへの関心を高めているのではなかろうか? 社会学として、非常に関心をもつのである。

そこで、社会福祉への関心はどうかといえば、ボランティアの増加にみるように、個対個への関心ではなく個対マスの方が厚いと思える。みんなでやれば怖くないという心理があるようだ。それがスポーツへの関心に出ているように思えてならない。

だから、社会福祉もそれを提供する施設、集団への関心となっているのではなかろうか。なればこそ、社会福祉提供施設である病院や施設は、建物や設備での勝負、それを構成する職員集団のプレーぶりが大事になるのである。そして、建物、設備は競争の限界があるのに対し、職員のプレーぶりは限界がない。上には上が生じるということだ。どうか、病院、施設の職員の方、患者、利用者、その家族が感動するようなプレーをなさってください。それと共に、組織も、名選手（職員）を高く評価するシステムが必要だ。

◎ウスク、カルク、ヒンヤリと

前項に関連するが、人と人との関係が小見出しのようになっている、と感じている。もちろん、熱い友情関係におられる人もある。まぁ、そういう時代だから……という意見も否定しないが、そういう時代だからというのも、ヒンヤリしてないかい。それよりも、そういう時代だからこそ、病院も施設も部門内や部門間のコミュニケーションの強化を計るべきだと思う。しかし、現実はどうだ。先のそういう時代だから、つまり個人の生き方が変わったから……仕方ないとあきらめてないだろうか。

医療、介護はチームプレーといわれている。もちろん、一人でできる仕事もあるが、多くの仕事はチームワークである。そのチームが、ウスク、カルク、ヒンヤリとしていたら、患者や利用者のケアは荒廃（大げさでなく）してしまう。とんでもない事故と称している事故が、そうではないか!!

政治が悪い、制度が悪い、教育が悪いと他へ責任を転換することはできない。それこそ「そういう時代」だからである。だからこそ、人と人との関係は、厚みと重さと熱意が必要である、と思っている。少なくとも、わたし一個人はそうやって生きていく。

◎利益を出せない病院は……

もう30年以上にわたって申し上げてることで、小見出しに続くのは「病気を治せない医者と同じ」だと確信している。

なぜなら、どの病院も同じ診療報酬という公定価格だから、そこで利益を出せる病院と出せない病院では〝なにかのちがい〟があるということになるからだ。例えば、一部の管理職の給料が高額だったり、経理担当者がギャンブルに嵌って使い込みをしたら、利益は絶対的に出ないのである。その他の事例を挙げれば、いくつでもある。要は、経営の問題なのである。

経営者が利益の出せない経営をするということは、病気を治せない医者と同じだと思うのだ。ちがうかなぁ? だから、経営の責任者は給料が高いのである。くどいようだが、どの病院も同じ診療報酬（機能別ではあるが）なのである。大学病院でも、同じ話なのだ。

儲かる経営というと、一部の医師は「おれたちは儲けるために患者を診ているのではない」とおっしゃる。そのとおり、医師は医師として病気を治すことが責任だからだと、子供を諭すようなことを書かなければならないほど、病気を治せない医者もいる。そんな経営者だったら、儲けが出るわけがない、ということだ。

◎癌と闘い、癌と遊ぶ

私的なことだが、右は現在の心境と実行している私的なことだ。「がんと闘うな」という本を書かれた近藤某氏がおられるが、闘おうが闘うまいが、個人の自由だ。そして、「闘い」は「戦い」と意味合いがちがう。闘いは主体的であるのに対し、戦いは主体的でない。その意味では「がんと闘うな」は意義のある言葉だ。「闘病」と「戦病」と、どっちを選びますか。昔の人は、やっぱり闘病といわれたんだなぁと、あらためて先人の知恵だとおもう。

そして、死ぬんじゃないだろうかなんて考えないで、遊び心で闘ったらよい。どうせ、人間、どなたさまも死ぬんだから。

岡田

これからの一ケ月の 不安・不運・不信

医療の沸騰点

Ⅸ　これからの医療を考える
2　医療における民と公を振り返る

済生会熊本病院・熊本県済生会支部長　副島　秀久

目の前にひとつのケーキがある。兄と弟がいてどちらも少しでも多くケーキを食べようと意気込んでいる。戦略家の母親は最初に切る権利を兄に、最初に選択する権利を弟に与える。結果的にケーキは平等に分けられる。前号の岡田氏の「社会福祉は正義である」を読んで納得し感ずるところがあった。と同時にハーバード流交渉術にあった、この「自動的に正義を実現する方法」を思い出した。正義の実現にはこうした権利の平等と相互牽制が前提となる。

桜を見る会、カジノ、ゴーンで年末年始が終わった。この三つに共通するテーマは権力でルールを変え、金力で権力を買い、金力で法さえ破ることができることを実証し、多くの人にある種のやるせなさと無力感を与えた。いずれも罪深いことであるし、社会全体の信頼感を喪失させる、いわば不正義の象徴だ。ケーキほど単純な話ではないが、権利の平等や相互牽制（つまり三権分立）などが壊れつつある。つまり、やっぱり金と権力には勝てないという不正義がまかり通る時代となってきたようだ。

本題に入る前に日本の医療提供体制の歴史を振り返ってみよう。江戸時代は漢方医の世界で病院はなく、患家に往診に行き薬を処方するという体制で、外科も内科もなく病院も診療所もなく、薬剤師と総合医を合わせたような役回りであった。もちろん保険もないので患者の支払える余力に応じて診療費を得ていた。近代医療は蘭学から発し、蘭学を中心に医学校が設立される。医制が始まったのちしばらくは漢方医と蘭医が並立していたが、やがて西洋医学を中心とした教育体制が始まり、1883年には西洋医学による医師国家試験が行われ、現在に近い医師が輩出され始めた。病院と診療所の区別は単純に病床数の多寡で決まり1891年に患者10人以上を入院させる施設を病院とし、それ以下を診療所とするようになった。この単純に病床数で区分けする発想は現代にもつながり19床以下を診療所、20床以上を病院と呼ぶがそろそろ実態と乖離してきた。この考え方は病床数というわかりやすいが規模の違いしか表現しない区分けであり、機能的な違いを明確にしたものではなく、結果的に病院と診療所の区別を曖昧にし、その後の機能分化を阻害する要因となった。従って、諸外国に見られるような病院と診療所との分業体制は構築できないまま現在に至っている。加えて、日本の制度が病床数や配置の人数などの外形や構造（ストラクチャー）に重きを置き、機能（プロセス）やアウトカムを評価する考えが歴史的にもなかったと言える。

日本の医療が民間中心で形作られたとよく言われるが、必ずしもそうではない。医療でも教育でも、軍隊でもすべて原点は民から始まる。ただ、公共財的要素が強いものは順次公的資金が入り、公を充実させてきた。日本でも最初は官立病院が多かったが次第に財政難となり1887年には公立病院の多くが廃院となったり民間に払い下げられたりしている。民間病院は主に富裕層を相手とし、洋行帰りの医師が高額な治療費を取って運営されていた。公的病院は戦時の傷病兵治療や貧民救済などそれぞれ果たすべき役割が異なり一概に論じられないが、公立病院との中間的な立場にあった。詳しくは「厚生の指標63巻11号地域の医療介護入門シリーズ」を参照のこと。

戦後GHQの指令下で軍関係の病院の再編が行われたが、1950年医療法人制度が創設され資金の調達が容易になるにつれ、公と異なり規制のない民間中心の病院が増えた。1961年、国民皆保険ができるまでは医療機関の経営は不安定であったが、自由開業制のもと徐々に民間診療所や病院も増えていった。ここで疑問に思うことは国民皆保険と言う制度はあまねく国民から保険料を徴収する建前上、あまねく医療機関が存在する仕組みも必要だったはずだ。なぜなら保険料を払っても受診できる医療機関がなければ、皆保険の意味はない。つまり、この時点で自由開業制に規制を加え人口規模に応じた規制をかけておけば、偏在もそれほどなかっただろう。開業と場所制限は国民皆保険だからこそ有効なのだ。

仮に自由に開業したければ自費と民間保険の組み合わせで開業するということになろう。かつての保険医総辞退ではないが、ほんとの実力があれば真のprivate hospital or clinicとしてやっていけるのではないだろうか。皆保険の世界では自費診療のみでは難しいかもしれないが、日本でもそろそろ公的保険は不要と言う富裕層も今後、出てくるだろう。

日本には本当の意味の民間は存在しない。そう考えると日本の民と公的と公は公的保険制度に守られている限り私的初期資本と税の注入と税の減免割合の違いに過ぎない。従って民業圧迫と言う言葉も程度の差になる。初期の投資が私的なものであっても公的資金というバックアップを受けて運営されている限り安定的であり、医業を社会共通資本とするなら剰余金も社会に還元すべきものとなろう。社会一般の民なら、それぞれ知恵を出し競合し合い、新しい取り組みに積極的だが、日本医療の「民」ではあまり目立たない。むしろ新しい職種創造や新規技術の導入やIT化には消極的で後ろ向きの傾向がみられる。これは公的な診療報酬つまり国民皆保険に守られているので、競争を避け現状維持バイアスが働くためと思われる。だからこそ医療の質向上よりも診療報酬の改定が最大の関心事になる。

国民皆保険は社会保障と言う意味では国民に大きな安心を与えている素晴らしい制度である。ただ、保険者（支払い側）の機能が弱く、現行の制度の持続可能性に難がある。しかもあまりにも政治的な側面が大きく、時の政権の意向に大きく揺さぶられる傾向にある。岡田氏が言うように「医療もまた正義」である。自動的に正義が実現されるためには氏が指摘するようにアウトカム重視の診療報酬制度に転換すべきだろう。これは患者にとっても真面目な医療者にとっても、望むところである。医療のアウトカムは簡単に言えば「早く、安く、気持ちよく、きっちり治す」ことだ。これにお金がつけば自動的に良い方向へ行く（はずだ）。

急性期病院は老人の敵?

わたしが、トロント大学の老人学部にフェローとして参加していたのは20年以上前のことだ。そこの教授で世界老年医学会の会長であった「ロリーフィッシャー（Dr. Rory Fisher）」教授の論文の主旨が、タイトルの急性期病院は老人の敵である。20年前のカナダの実情が、現在、日本にも到来していることを、多くの医療者から聞く。

原文は「hostile environment」であり、多くの急性期病院の現場がこのような環境があると老年医の立場として、厳しく（普通?）論評されている。具体的には、幻覚障害の進んでいる老年患者が入院しているにしては、社会的居住性が不足しているし、リハビリテーションが極めて不十分だと論じられている。わが国の急性期病院は、この二点をクリアしているであろうか?!

わたしは、現在の日本ではリハビリは不足していると思うし、回復期の病院のスタッフが、嘆いていることである。また、高齢者はどうしてもfrailになってくるので、フレイルに関する急性期病院のケアの不備、不足を指摘され、加えて強調されているのは、医療費の多くの部分を急性期病院が消費しており、国家財政の立場からも問題視している。ちなみに、カナダの多くの州は日本と同じ、社保・国保で一部負担金はなく10割給付であるから、在院日数はわが国より短いけれど、大問題であることは、よく分かる。

それでも、当時のカナダの急性期病院の平均在院日数は8日ほどだから、わが国の現在とあまり変わりはないが、国家財政に大きな影響を与えているのは、同じだ。また、病室の問題にしても、ロリーは、「若い患者にはよくても、高齢者にはADLの低下を生じさせている」と喝破されている。カナダ人も日本人も同じ人間、さらに言えば同じ宇宙人である（ちがう?）。病室の環境によってADLが低下することに、ちがいはあるまい。

そしてわたしと同じように、急性期病院は若い人たちにマイナスの影響を及ぼしている、ともいわれている。これは前述の国家財政と密接に関係しており、わが国の若い人たちが高齢者になったとき、わたしは悄然としたものを予測している。年金の問題、一部負担金の問題など、若い人の将来の希望を失わせてはなるまい。

現在でも、急性期病院の人たちは、入院患者の中で占める高齢者の割合の激増を話されている。それだけに、急性期病院に於ける高齢者のケアは、国家的問題だと思っている。9人の孫のためにもと思っているが、このままでは高齢者はADLの低下で回復期以後のケアを困難にするばかりではなかろうか。むろん、高齢者に対する急性期病院のケアを改善されている病院もある。しかし、20年前のカナダの急性期病院以上に「老人の敵」の病院も残っている。

しかし、大きな問題は「国民の敵」ではなかろうか。病気というものの多くは急性期から始まる。その入り口でのケアが、それでなくてもフレイルな高齢者を痛めつけてはならない、と思っている。

では、どうするか、だ。私見としては、急性期病院は患者離れ!を早くして、信頼できる回復期機能病院と協働して、リハビリや病室の環境を整備していくことを望む。それは、「病診連携」のレベルではなく、機能別の「病病連携」の実現を推進していくことだ。急性期医療は機能的に「上位」にあるのではなく「入り口」であることを自覚しなければなるまい。医師と付き合いの多いわたしは、右の「急性期上位」は若い医師を除いて（若いのもいるか）拭い去ることのできない心理だと感じます。しかし、病気は急性期のみで完結することは少ない。ことに、高齢者になると、と思われませんか。

当分、急性期病院の前に歩けないと思いながら、書いた。

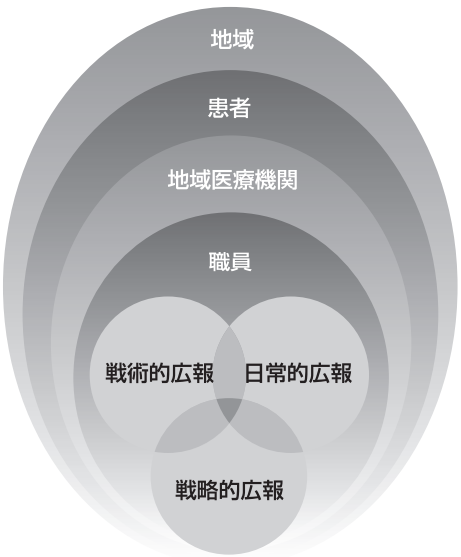
岡田

広報で変わる 医療環境 DOCUMENTARY FILE 49

広報、情報の視点から病院経営を考えます。

広報的視点から、
病院のビジネス構造の変革をサポートします。

病院経営の再構築の時代を迎えた今、
私たちHIPは、貴院の将来ビジョン、
そのための経営戦略・戦術における課題を見出し、
そのためのソリューションとして、広報活動を組み立てます。
アプローチの視点は三つ。
戦略的広報、戦術的広報、日常的広報。
いずれにおいても、
病院経営者、そして現場の職員の方々と一緒に考え、
貴院がめざす医療、病院の実現に向けて、
あらゆる広報表現物をご提供します。



HIP Hospital Intelligence Planning
有限会社エイチ・アイ・ピー
〒466-0059　名古屋市昭和区福江2丁目9番33号
名古屋ビジネスインキュベータ白金406
合同会社プロジェクトリンクト事務局内
TEL052-884-7832　FAX052-884-7833

貴院の広報をあなたといっしょに考えます。そして答えを出します。私たちはエイチ・アイ・ピーです。

関連イベント情報　掲示板

大変僭越ですが、この頁では小山秀夫が関連するイベント情報などをお伝えさせていただきます。いろいろな場所で研修会が開催されお忙しいこととは存じますが、会場には、私が必ずいますのでお出かけいただければ幸いです。

3月8日日本介護経営学会総会記念シンポジウム開催

埼玉県立大学理事長の田中滋先生が会長で、私が副会長の非営利特定法人からのお知らせです。毎年の恒例になりますが、厚労省老健局長さんが、介護を取り巻く課題などをご講演いただけます。今回は、当学会理事の駒村教授に「金融ジェロントロジー」に関するシンポジウムも企画いただいています。また、シャンパングラスでの乾杯ではじまる研究交流会もありますので、ご参加ください。

日本介護経営学会第15回　総会記念シンポジウム「高齢期の資産管理と介護費用」を、3月8日午後1時半から慶應義塾大学三田キャンパス北館1階ホールで開催。

厚生労働省大島一博老健局長や慶應義塾大学駒村康平教授の講演とシンポジウム。

詳細・申込はホームページをご覧下さい。https://kaigokeieikakkai.jp/

3月24日兵庫県立大学医療・介護マネジメントセミナー開催

私が特任教授の経営研究科では毎年3回セミナーを開催しています。今回のテーマは、今や国民病といってよいかもしれない認知症です。世界中の研究者が抗認知症薬の開発に関与していますが、多くの課題があります。また、医薬品開発とともに医療・介護の政策展開として国のみならず県や市の認知症への取り組みを加速させることも必要です。

本学の特任教授でもある三浦公嗣先生が班長の認知症研究班の作業を踏まえて、まず班員である亀井美登里（埼玉医科大学医学部）先生と新美芳樹（藤田医科大学医学部）先生を神戸にお招きして認知症薬開発の現状や認知症施策の最新の情報をご提供いただこうと考えています。

認知症施策に関しては、認知症診断助成制度と事故救済制度からなる「神戸モデル」に注目が集まっていますが、この制度化を推し進めたのが「神戸市認知症の人にやさしいまちづくり推進委員会」で、専門部会長を務められた古和久朋（神戸大学医学部保健学科）教授です。

今回は、古和先生からご専門の認知症研究を含めて基調講演をいただこうと考えています。シンポジウムでは、亀井先生に司会をお願いし、最新の情報で、議論を深めたいと考えていますので、この機会に皆様のご参加をお待ちしてます。参加費無料。

3月24日午後1時から兵庫県立大学神戸商科キャンパス三木記念講堂。お問い合わせは以下。

本学産学人材育成センター

e-mail：sangakul@mbau.u-hyogo.ac.jp

3月26・27日ICU栄養管理研修会開催

令和二年度診療報酬改定で特定集中治療室に管理栄養士を配置した場合の報酬が創設されました。このことは、わが国の栄養治療・栄養管理にとって画期的です。

皆様は、数は少数ですがICUやHCUなどで管理栄養士が栄養治療とも呼ぶべき業務に取り組んでいることをご存じでしたか。このようなことの調査研究も進めているのが日本健康・栄養システム学会です（代表理事：慶應大学医学部三浦公嗣教授、私が事務局長）。

本当の急性期病院でICUやHCUを設置している病院管理者の皆様は、所属の管理栄養士さんを研修会に参加させてください。

詳細・申込はホームページをご覧下さい。https://www.j-ncm.com

なお、この学会ではNST研修も実施してます。次回は7月25日から倉敷中央病院で開催予定。

医療と介護をデザインする企業　株式会社 星医療酸器

パレッツで解決！

全地球測位システム
GPS で現在地を特定しコールセンターに自動転送され、迅速に対応

Bluetoothリモコン
２階から１階、別の部屋からでも、リモコン操作が可能です。

どうしたのかな???
機器に何かの不具合が発生すると手元の画面で対処方法が確認できます

いろいろ知りたい!
ボンベの使い方等の必要な情報は、動画でいつでも見る事が出来ます。

在宅酸素療法
Back to Home!
HOME OXYGEN THERAPY
HOT

酸素濃縮装置
※写真は 2L 器
酸素濃縮器リモコン
災害時救済ボタン付
2L　3L　5L

携帯用ボンベ
生活に合わせて色々な使い方が可能です。３色からお選びいただけます