

いい病院の研究会 病院制度を学ぶ

2014年8月17日

NPO法人医桜
代表理事 溝口博重

医療提供体制の歴史

- * 1874年 「医制」公布
- * 1906年 医師法、歯科医師法(実はまだ機能している)
- * 1948年 GHQ医療制度改革、医療法公布
- * 1961年 国民皆保険制度の導入
- * 1985年 第1次医療法改正(医療費亡国論、医療計画)
- * 1992年 第2次医療法改正(療養型病床群の登場)
- * 1997年 第3次医療法改正(療養病床)
- * 2000年 第4次医療法改正(介護型療養病床、診療報酬削減)
- * 2007年 第5次医療法改正(いっぱい、色々と変更)
- * 2015年 第6次医療法改正(病院の機能分化)

医療の流れ

1960年代～70年代
医療・福祉の拡充期

- 1961年に国民皆保険制度**
- 1964年:老人福祉法制定
 - 1968年:国保5割給付→7割給付
 - 1973年:高額療養費制度(国保)
 - 1973年:老人医療費無料制度化
 - 1974年:健保家族7割給付化

2007年
医療体制の大変革

医療の効率化
在宅医療、在院日数の短縮
包括医療、データ重視、病診連携

1980年代～90年代
第1次の医療抑制期

医療費亡国論
枯れ木に水論
疾病の自己責任論

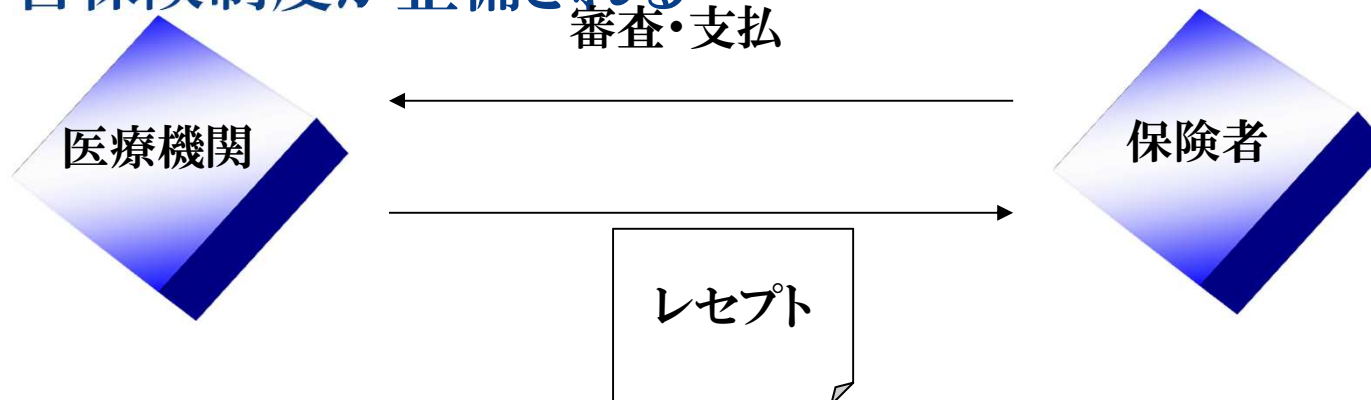
医療費 = 保険料 + 窓口負担 + 国庫負担

2000年 小泉改革
色々つぶっ壊せ!

医療費抑制政策
診療報酬の削減
介護型療養病床の導入

日本の医療の特徴

- * 日本の医療制度はすべての国民に平等に医療の機会を保障するという観点から整備
- * 国民が容易に医療機関を利用できる体制として国民皆保険制度が整備される



医療計画

- * 一次医療圏

一般的に市町村で分ける

- * 二次医療圏

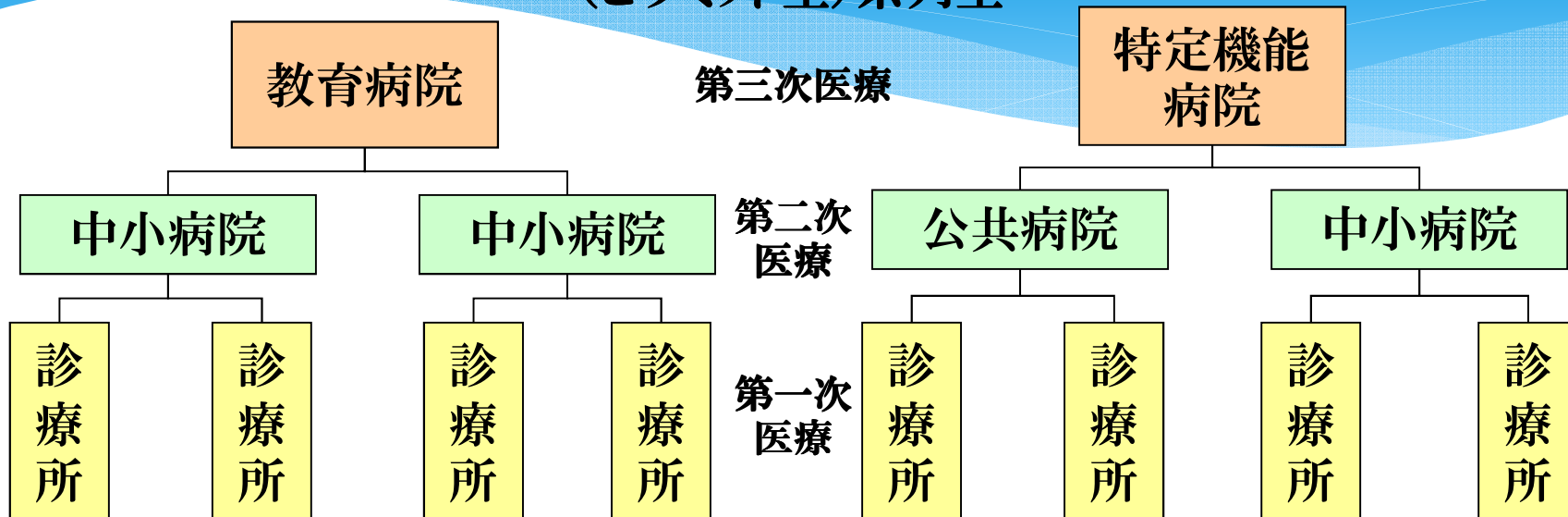
入院ベッドが地域ごとにどれだけ必要かを考慮して、決められる医療の地域圏。手術や救急などの一般的な医療を地域で完結することを目指す。厚生労働省が、医療法にもとづいて、地理的なつながりや交通事情などを考慮して、一定のエリアごとに定める。複数の市町村を一つの単位とし、都道府県内を3~20程度に分ける。

- * 三次医療圏

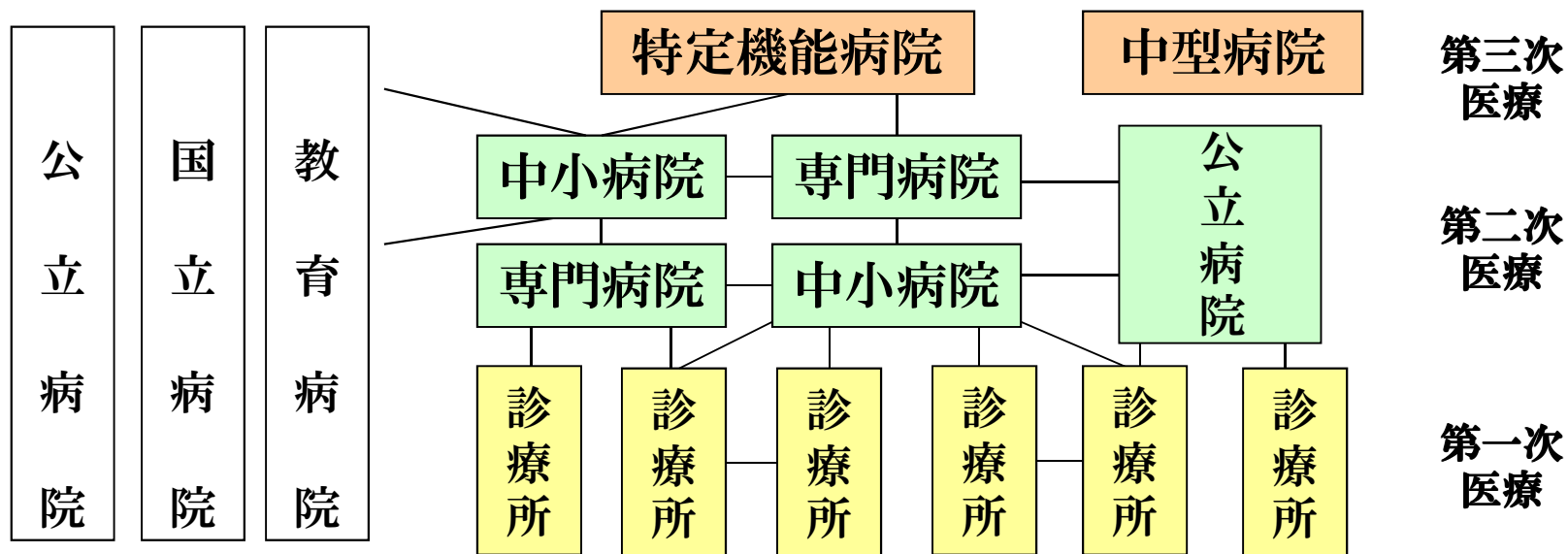
都道府県全域をさす。

病院診療所関連

(ピラミッド型)系列型



(水平的ネットワーク)二重構造型



療養型病床群

- * 病室や廊下を広くするなど長期の入院患者の居住性に配慮し、主に患者の介護や機能回復などを行う病院。通常の病院よりも医師や看護師は少ないが、介護職員は多い。第2次医療法の改正により設置。
- ➔ 高齢化社会に向けての変化
- ➔ 後の療養病床である
- ➔ 後の回復期リハビリテーション病床でもある

医療型／介護型療養病床

* 療養病床とは

療養病床とは、主として長期にわたり療養を必要とする患者のための病床で、病床面積や談話室の設備が必須であり、又、医師・看護師・介護士の配置人数が定められております。療養病床には、次の2つがあります。

- ①医療療養型病床：
- ②介護療養型病床：

* 医療区分とは

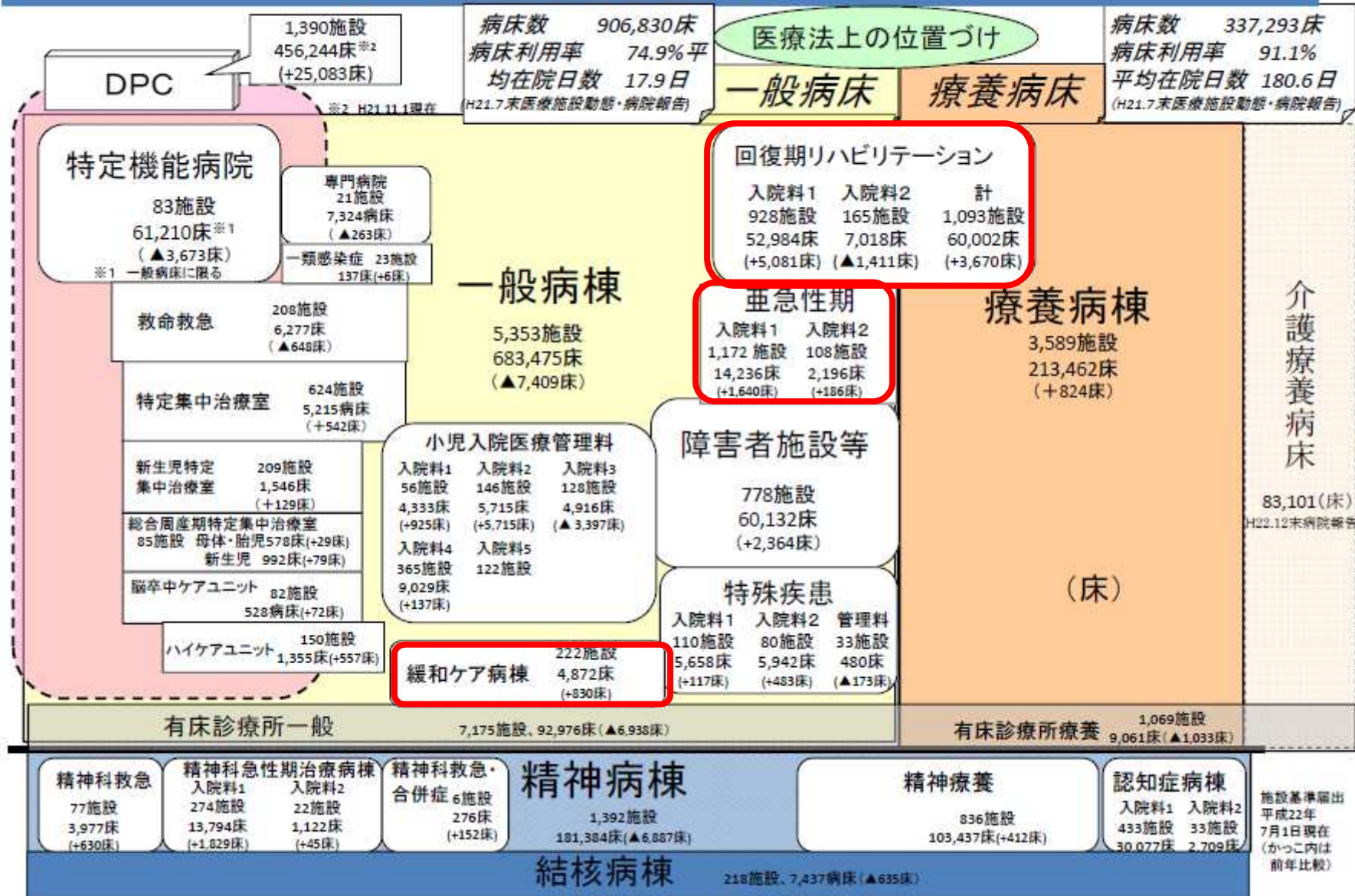
平成18年以降、医療必要度により「医療区分1～3」分類されております。

* ADL区分とは

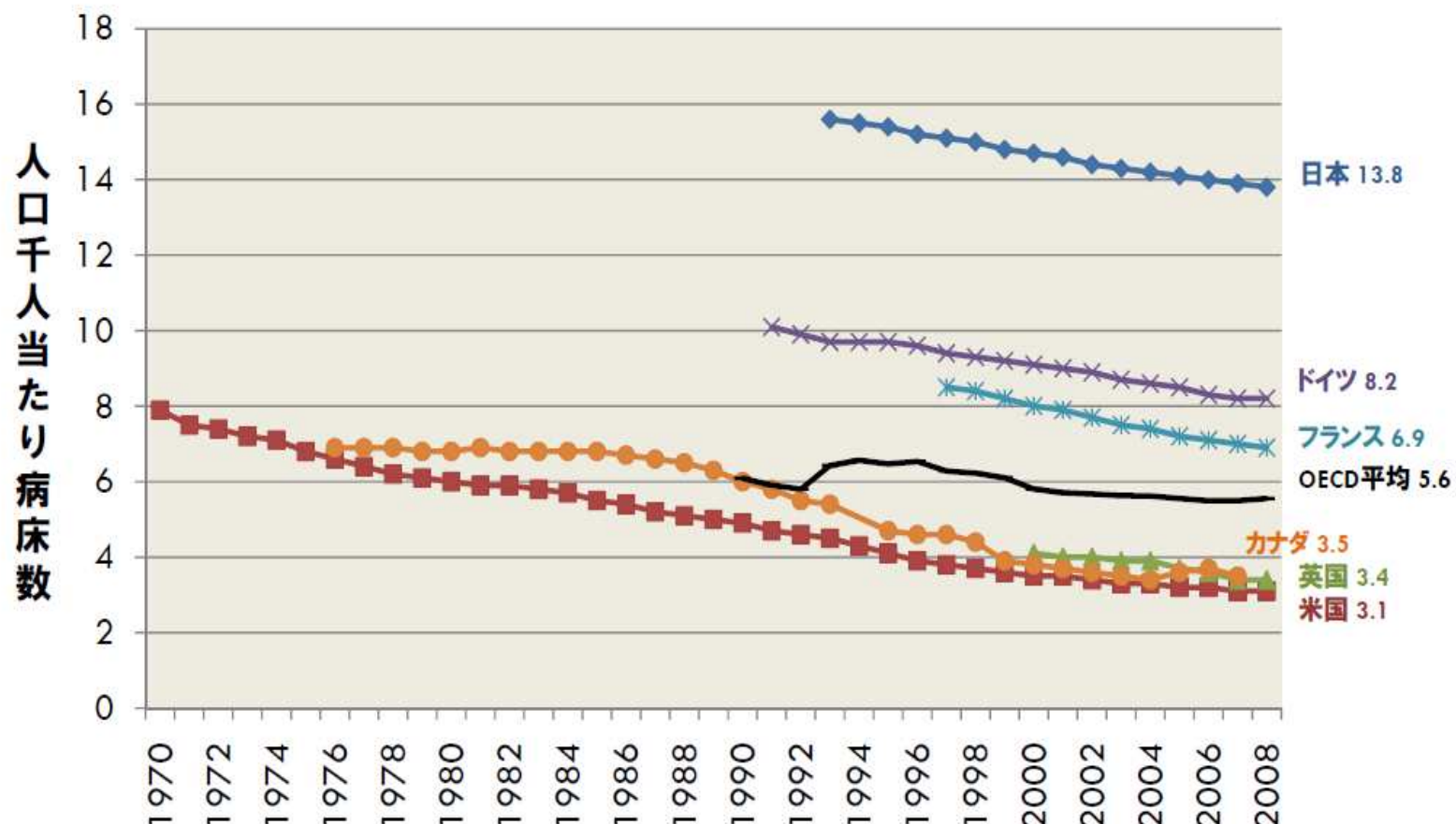
医療区分が病気や医療処置による分類に対して、ADL区分は身体機能による分類となります。

①ベッド上の可動性 ②移乗 ③食事 ④トイレの使用 の4項目に対して、手助けや見守りを受けずに自分で行える状況から、すべての動きにおいて介助または介護を必要とする状況までを6段階に点数化し、24点を最高得点として、ADL区分3段階と分類する事となります。

病院の機能に応じた分類(イメージ)



OECD統計では、日本の病院病床数(有床診療所を含む)は多いが、同統計は、諸外国で多数整備されている長期療養施設の病床数が除かれたものである。日本の場合は、病院がそうした施設の役割を引き受けている側面もある。

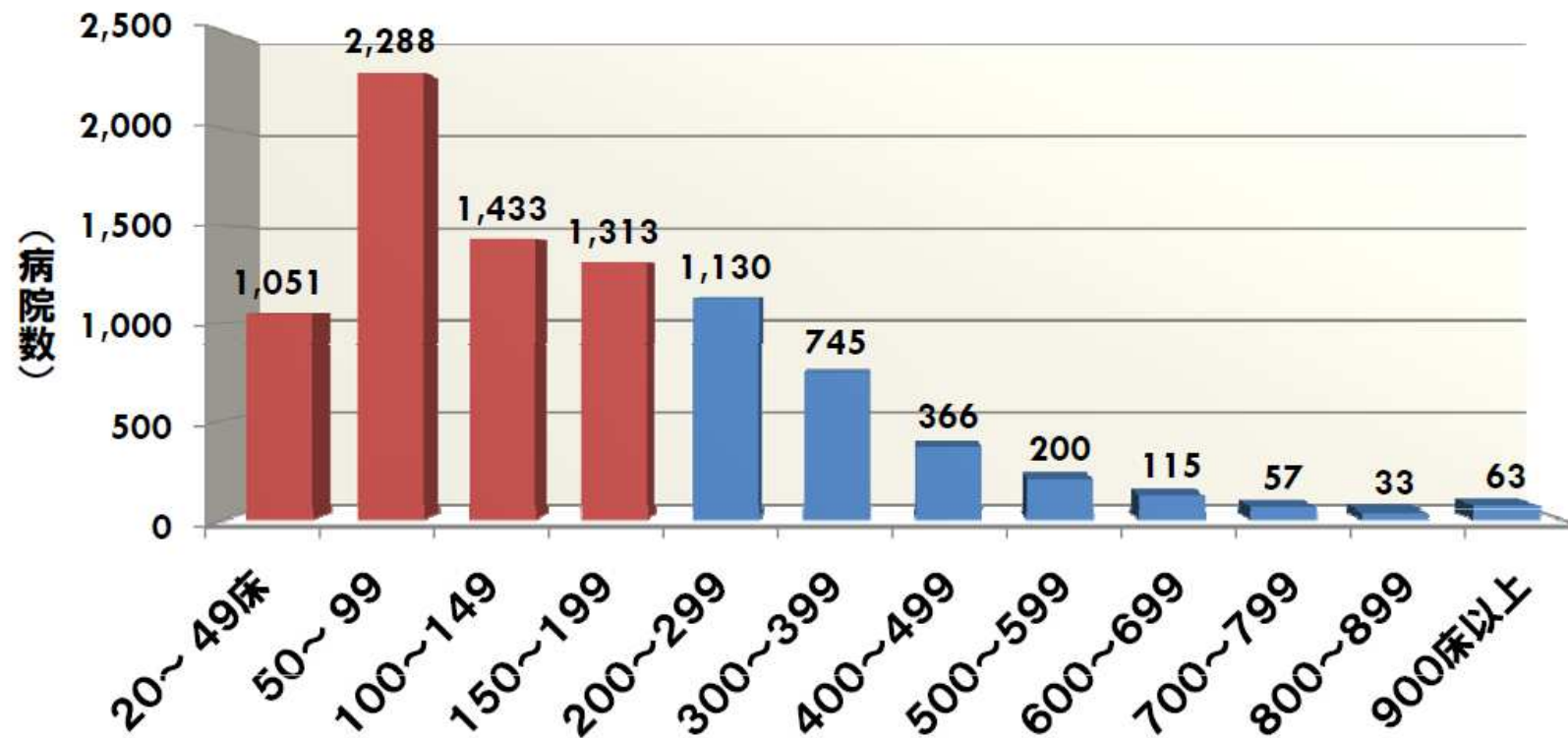


※日本:全病院・診療所の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースィングホームの病床を除く)
 フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 英国:英国国営医療サービス事業に登録されている全病床(長期病床を除く)
 米国:アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床

(出所) OECD Health Data 2010

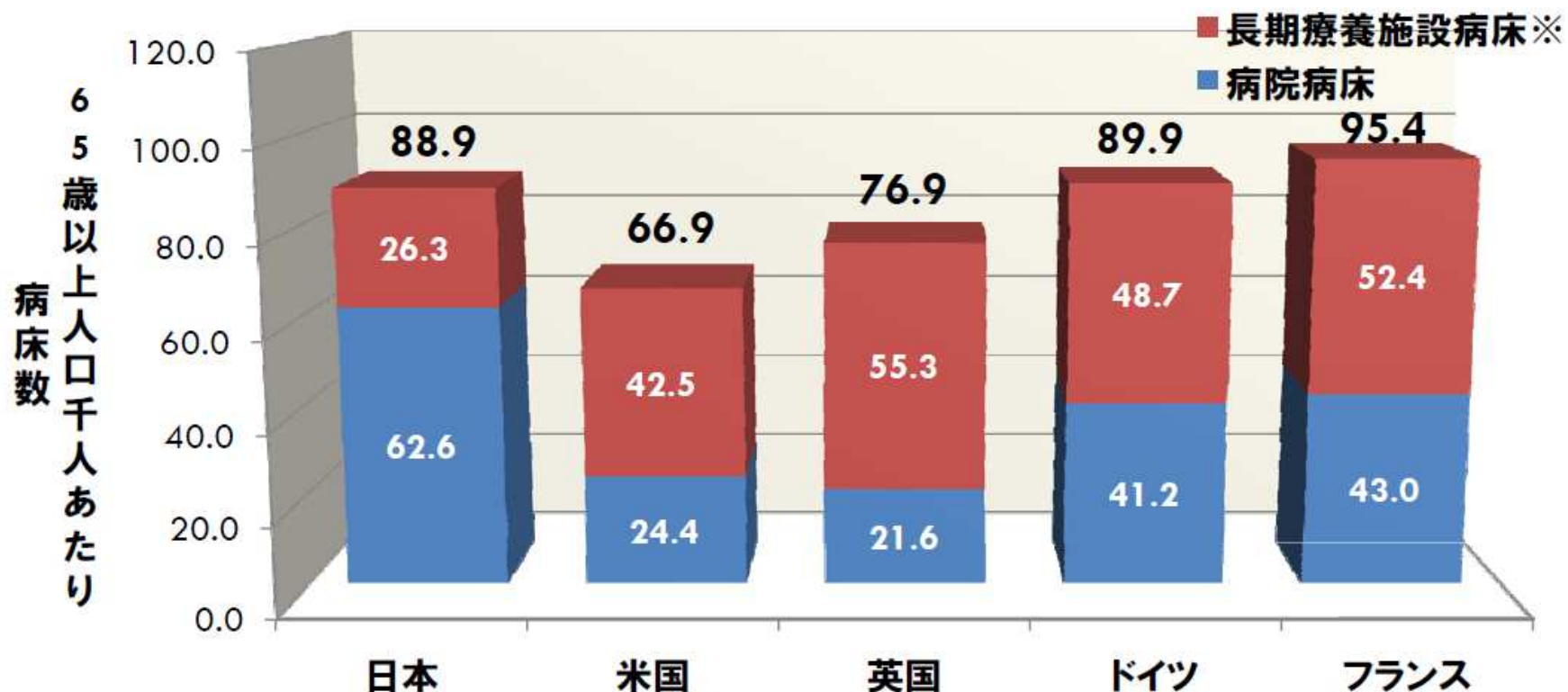
病院の病床規模別分布

わが国では200床未満の病院が約7割を占める。先進医療や重症度の高い救急医療は一定規模の病院での対応が必要となる一方、地域で中核的な機能を果たしている中小病院においては、軽～中等度の急性期疾患への対応、急性期後の入院医療やリハビリを引き受ける機能が重要となる。地域の実情等も考慮した形での病期別の機能分化が必要。



日本では病院以外の長期療養施設が十分に整備されていないため、今後の高齢化の進展を考えると、日本の病床数は、必ずしも著しく多いとは言えない。

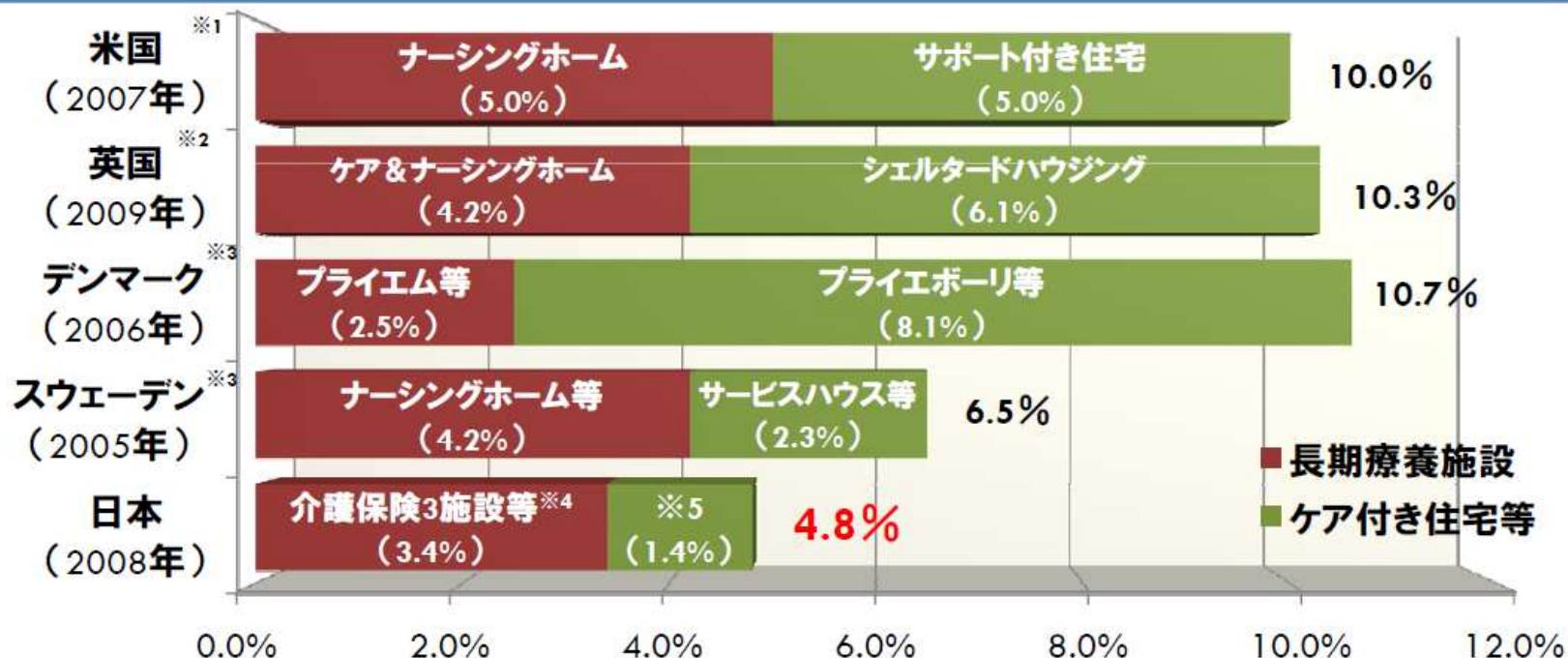
病院＋長期療養施設病床数の国際比較(2008年)



※緩和ケアや中～重度の機能障害を有する患者を対象とした専門施設を含む。
日本は、介護老人保健施設と介護老人福祉施設の定員数の統計。ドイツは2007年のデータ。

介護施設・ケア付き住宅への高齢者の居住率

さらに、日本では、ケア付き高齢者住宅等の整備も欧米諸国と比較して不十分である。したがって、病床数の議論には、長期療養施設、ケア付き住宅の整備状況を踏まえた慎重な議論が必要。



65歳以上人口に対する長期療養施設・ケア付き住宅等の定員数の割合

※1 クルーム洋子「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」『海外社会保障研究』164: 66-76, 2008.

※2 Elderly Accommodation Counsel (2009) *Housing and Care Homes for Older People in England Key Data Report 2009*

※3 厚生労働省調べ。ただし、スウェーデンは、両者の制度上の区分は明確ではない。

※4 介護3施設およびグループホーム

※5 シルバーハウジング、高専賃、高優賃、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム

日本の医療の評価

REPORT CARD		
Health		
1	Japan	A
2	Switzerland	A
3	Italy	A
4	Norway	A
5	Sweden	B
6	France	B
7	Finland	B
8	Germany	B
9	Australia	B
10	Canada	B
11	Netherlands	C
12	Austria	C
13	Ireland	C
14	U.K.	D
15	Denmark	D
16	U.S.	D

▲総合評価

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
Austria	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
Belgium	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
Canada	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
France	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
Italy	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
Norway	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

WHOで一番

- * フリーアクセス

自由開業制、診療制限がない

- * ローコスト

国民皆保険制度による、患者の負担軽減

- * クオリティ

医師も看護師もけっころ、勉強熱心(次ページ参照)

多くの疾患で日本が最も死亡率が低い

(人)

	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	英国	米国
妊娠、出産 (/女性100000人)	0.1	0.2	0.1	<u>0.0</u>	0.1	0.2	0.5
乳児 (/出生1000人)	5.1	3.8	3.5	3.7	<u>2.6</u>	4.7	6.7
がん (/人口100000人)	169.0	158.2	156.6	156.6	<u>137.2</u>	170.7	157.9
内分泌代謝疾患 (/人口100000人)	24.0	16.2	17.6	20.1	<u>7.8</u>	8.8	27.4
精神障害 (/人口100000人)	13.7	14.0	9.7	6.5	<u>2.0</u>	16.2	14.8
神経系疾患 (/人口100000人)	22.5	23.7	13.7	16.9	<u>6.6</u>	18.5	27.2
循環器系疾患 (/人口100000人)	160.6	118.3	224.2	166.4	<u>112.6</u>	178.7	205.4
呼吸器系疾患 (/人口100000人)	43.3	<u>25.9</u>	35.4	28.0	53.6	69.7	59.8
消化器系疾患 (/人口100000人)	20.4	22.6	30.6	20.3	<u>16.6</u>	30.8	23.1
筋骨格系疾患 (/人口100000人)	3.2	2.8	<u>1.6</u>	2.6	2.0	4.3	3.7
泌尿生殖器系疾患 (/人口100000人)	10.4	<u>6.7</u>	9.3	7.3	9.4	10.7	15.0

日々、自費でスキルアップに努める日本の医師

米国の学会は年一回の全国大会の開催のみが普通であるのに対して、日本の場合は、全国学会の下に地方会が置かれており、数多くの学会を地方レベルでも土日を使って定例的に開催している。このように、日本の医師は、日常的に、学術研究の発展、学術的知見・医療技術の進歩普及に注力し、日々の診療の質の向上に努めている。

山形県内の脳外科医の場合(2008年)

12月	11月	10月	9月	8月	7月	6月	5月	4月	3月	2月	1月
<ul style="list-style-type: none"> ● 第31回東北脳血管障害研究会 12 / 6 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第26回日本脳腫瘍学会 11 / 30 ● 第61回山形神経放射線懇話会 11 / 28 ● 第15回日本神経内視鏡学会 11 / 22 ● 第18回山形県対脳卒中治療研究会 11 / 8 ● 第20回日本脳循環代謝学会総会 11 / 6 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第46回日本脳腫瘍学会 10 / 30 ● 第67回日本脳腫瘍学会 10 / 28 ● 第13回日本脳腫瘍の外科学会 10 / 20 ● 第15回東北脳循環カンファレンス 10 / 18 ● 第55回山形脳神経外科懇話会 10 / 17 ● 第67回日本脳神経外科学会総会 10 / 1 ● 第4回東北脳SPECT研究会 9 / 19 ● 第18回日本脳神経外科学会東北支部会 9 / 20 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fighting Vascular Event in Yamagata 9 / 3 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第9回日本分子脳神経外科学会総会 8 / 30 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第54回日本頭蓋底外科学会 7 / 7 ● 第20回山形脳神経外科懇話会 7 / 11 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第17回日本脳ドック学会総会 6 / 28 ● 第9回山形ニューロサイエンス研究会 6 / 21 ● 第7回山形県脳ドック研究会 6 / 12 ● 第23回日本生体磁気学会大会 6 / 12 ● 第17回国際脳腫瘍治療研究会 6 / 9 ● 第10回日本ヒト脳機能マッピング学会 6 / 6 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第17回日本脳腫瘍病理学会 5 / 23 ● 第26回山形県対脳卒中治療研究会 5 / 31 ● 第28回日本脳神経外科コンGRESS 5 / 9 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第53回山形脳神経外科手術と機器学会 4 / 25 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第42回東北脳腫瘍研究会 3 / 29 ● 第37回日本脳卒中の外科学会 3 / 20 ● 第33回日本脳卒中学会総会 3 / 20 ● 第10回山形めまい研究会 3 / 8 ● 第21回日本老年脳神経外科学会 3 / 8 ● 第4回日本脳神経外科光線力学研究会 3 / 1 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第18回日本脳神経C1学会 2 / 21 ● 第31回日本間脳下垂体腫瘍学会 2 / 29 ● 第52回山形脳神経外科懇話会 2 / 1 	<ul style="list-style-type: none"> ● 第47回日本てんかん外科学会 1 / 24 ● 第31回日本定位・機能神経外科学会 1 / 25



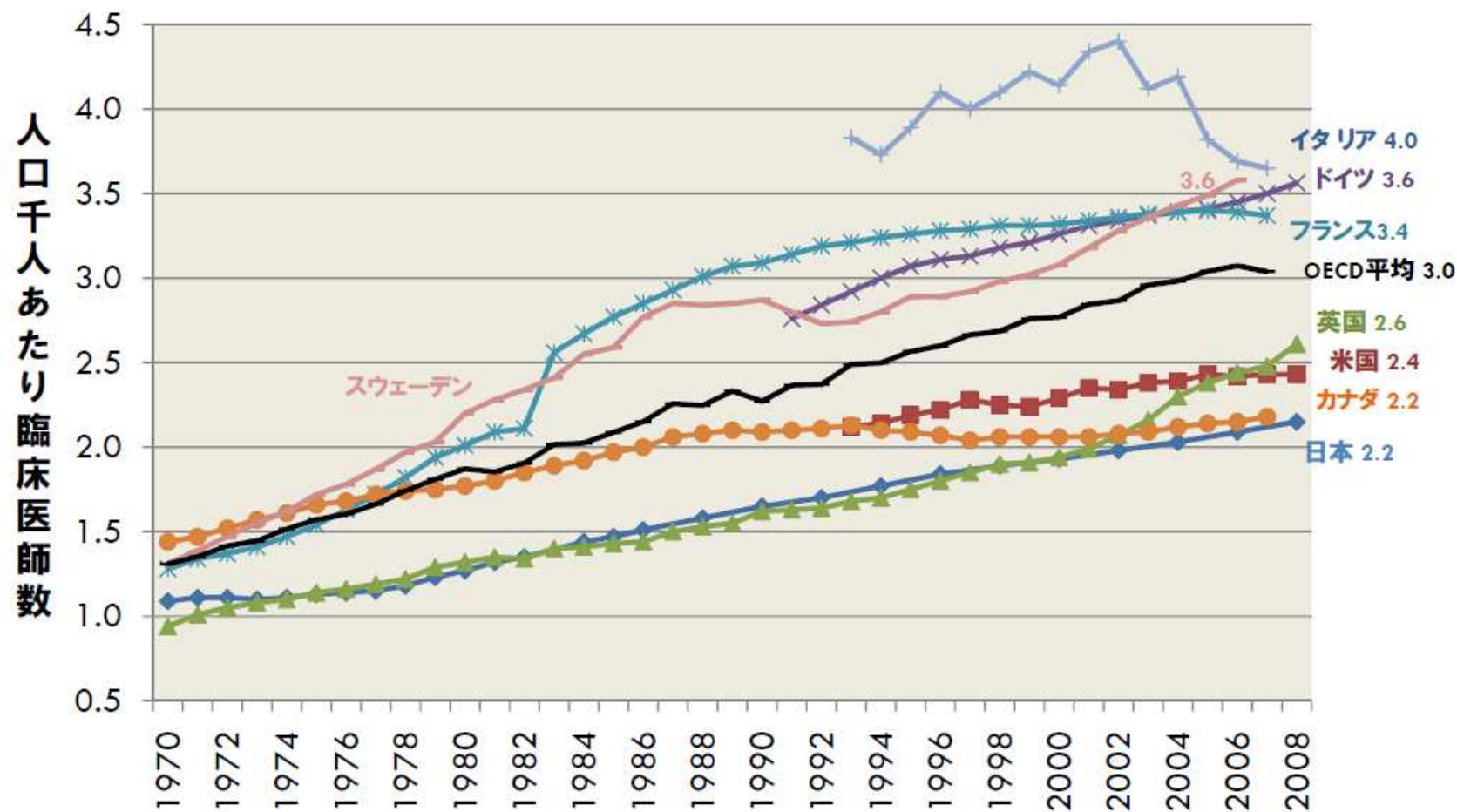
参加費計 334,500円¹⁾ 年会費計 153,000円

※これら以外にも、隣接領域の学会・研究会が多数あり、参加・報告している。

1) 交通費・宿泊費は除く。

人口あたり臨床医師数はG7最下位

日本の医師数は、国際的に見てかなり少なく、OECD加盟国単純平均の3分の2の水準である。



病院医師、病院従事者数もG7最下位

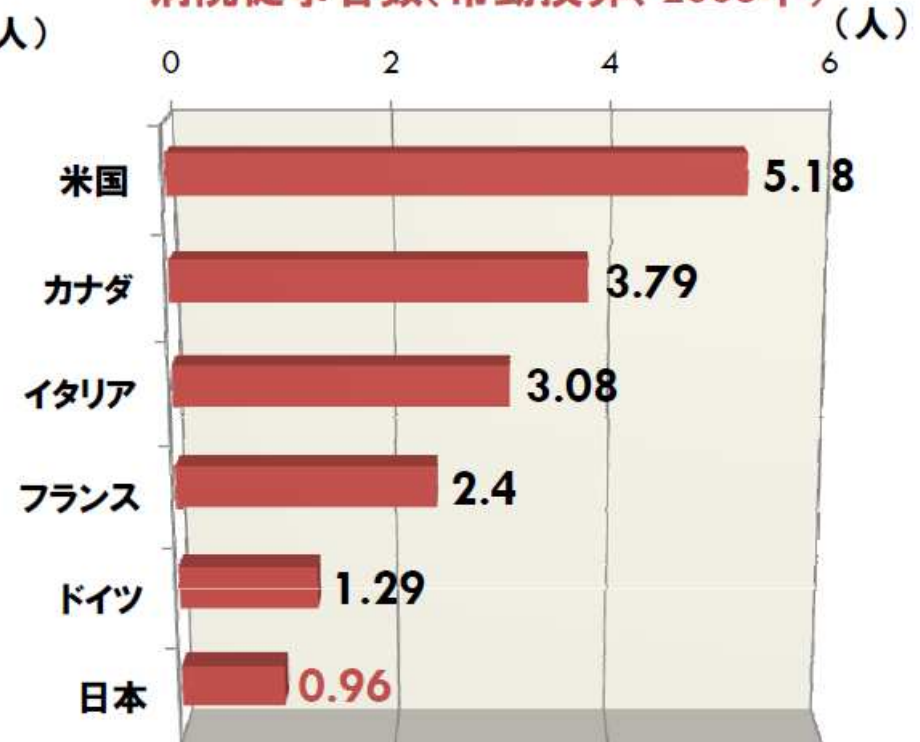
日本は、医師数、コメディカル等病院従事者数ともに国際的に見てかなり低い水準であり(病床あたりではG7では最下位)、医療現場は深刻なマンパワー不足にある。

病院病床あたり臨床医師、病院従事者数

臨床医師数(2008年)

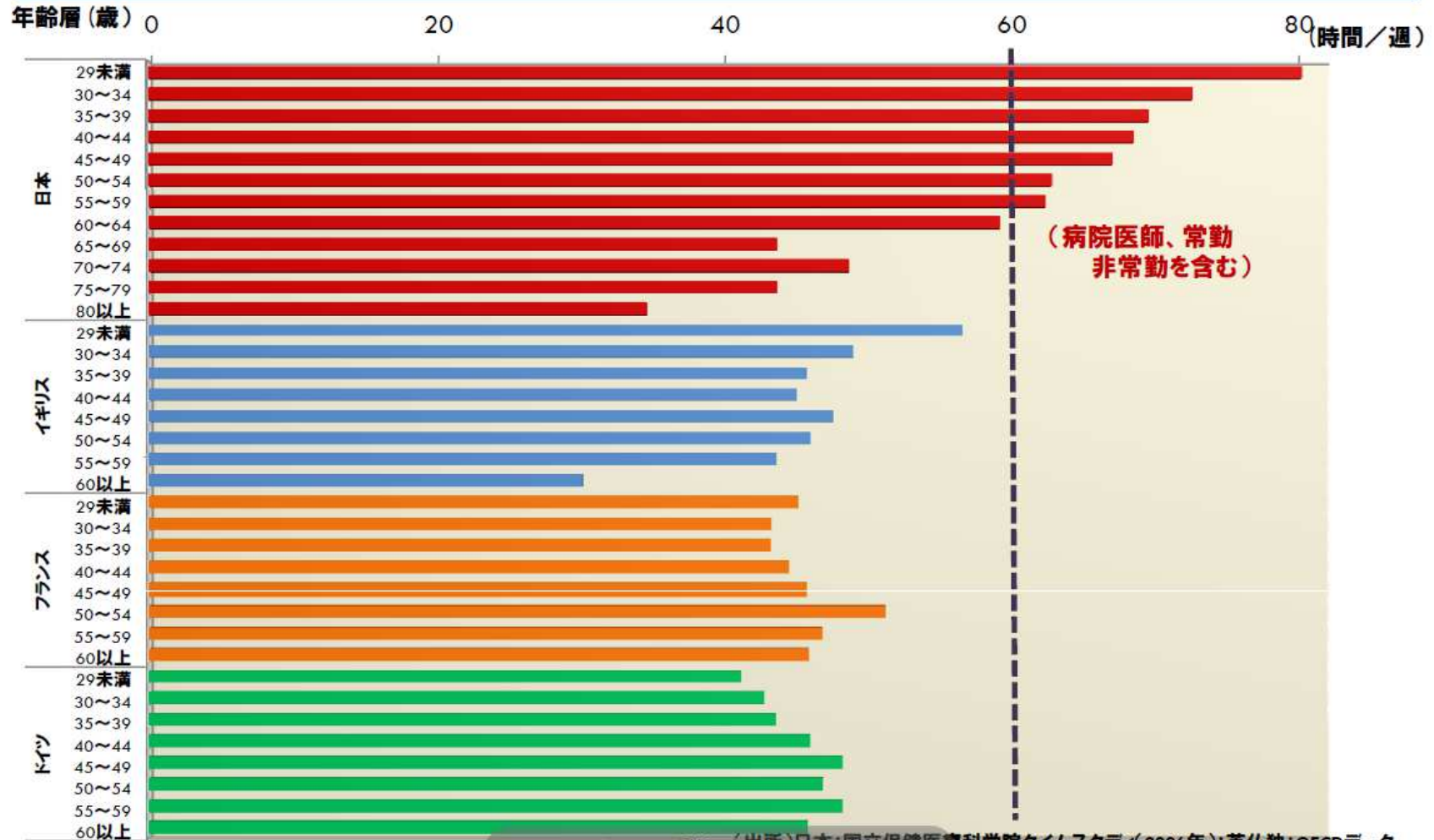


病院従事者数(常勤換算、2006年)



突出した日本の医師の労働時間

日本では、59歳までは平均でも週60時間以上働いており明らかに諸外国よりも長い。60歳を超えても他国の中堅層と大差ないほど働いている。

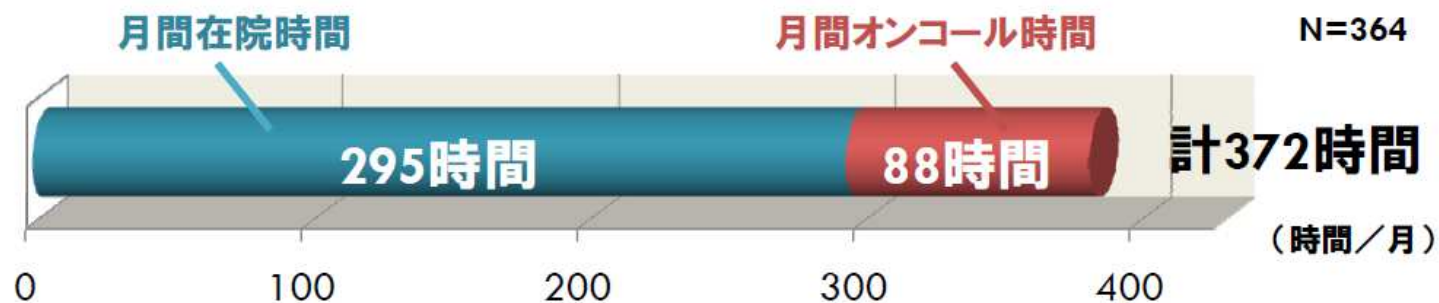


(出所)日本:国立保健医療科学院タイムスタディ(2006年);英仏独:OECDデータ

医療従事者に特有のオンコールの拘束感

医療従事者に特有の労働環境として、さらに、長時間勤務に加えてオンコール体制による拘束感の強さも挙げられる。女性医師が増え続けるなかで、安定的な医療従事者の確保のためには、負担軽減の推進やワークライフバランスの改善が不可欠である。

当直体制のある一般病院における産婦人科医の平均月労働拘束時間(平均41歳)



当直体制のない一般病院における産婦人科医の平均月労働拘束時間(平均44歳)

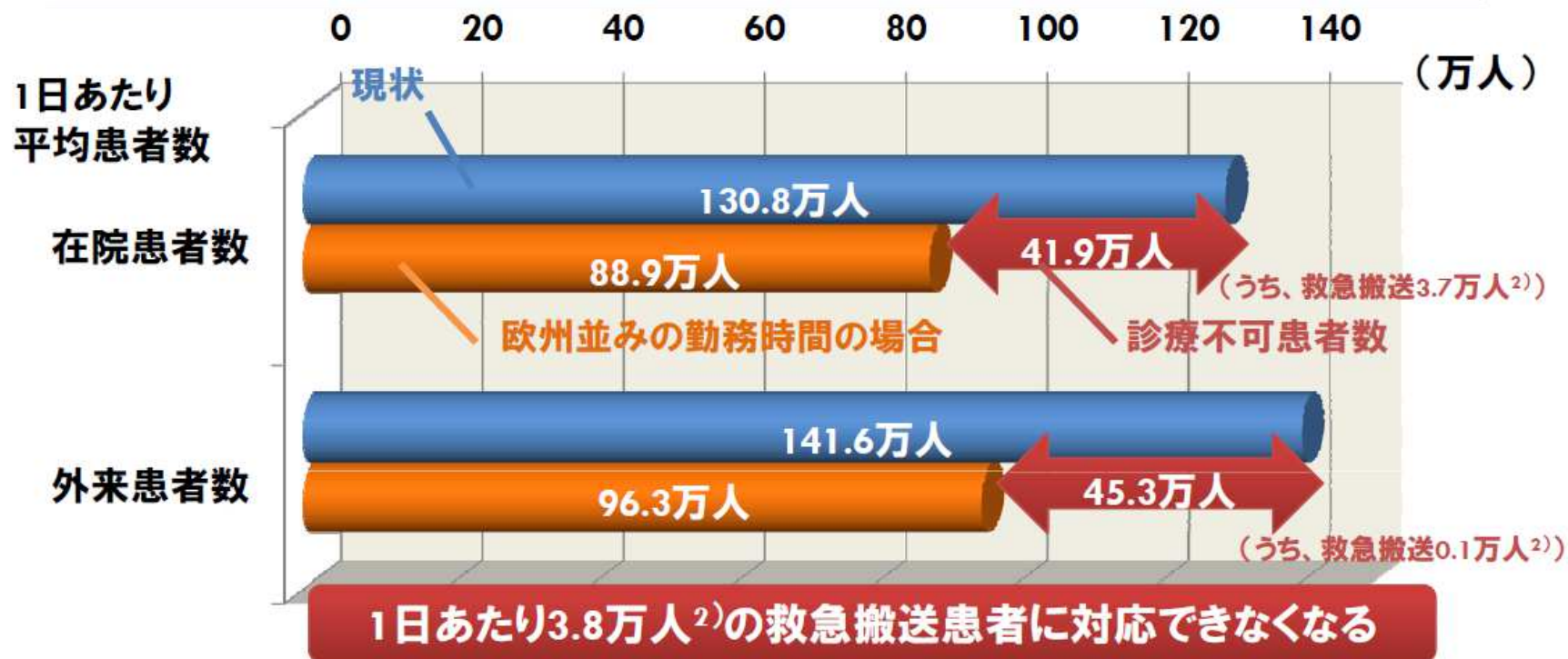


(出所)日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」

勤務医が欧州並みの勤務時間数になったら.....

絶対的な医師不足と医療従事者不足のなか、日本の病院勤務医は長時間に及ぶ勤務を厭わないことで、数多くの患者を診療してきた。逆に言えば、日本の病院医療は、勤務医の過重労働無しには成り立たない状況が続いてきた。

日本の平均70.6時間勤務が欧州並みの勤務時間48時間¹⁾になった場合、一日病院患者数でみると、在院患者で41.9万人、外来患者で45.3万人が診られなくなる。

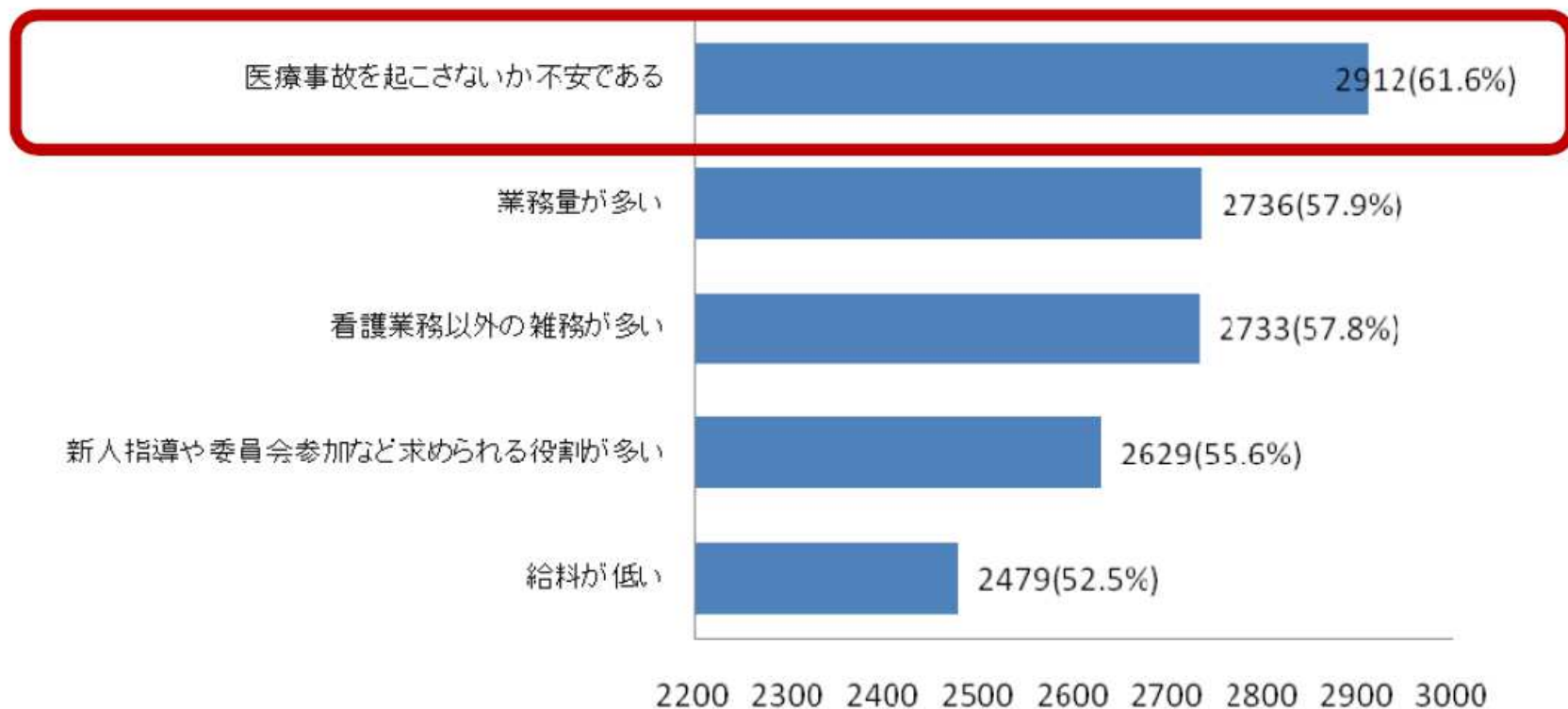


1) European Time Directive 2006による。
 2) 「平成20年患者調査」の救急搬送の割合より推計。
 (出所)患者数は、「病院報告」(平成21年)による。

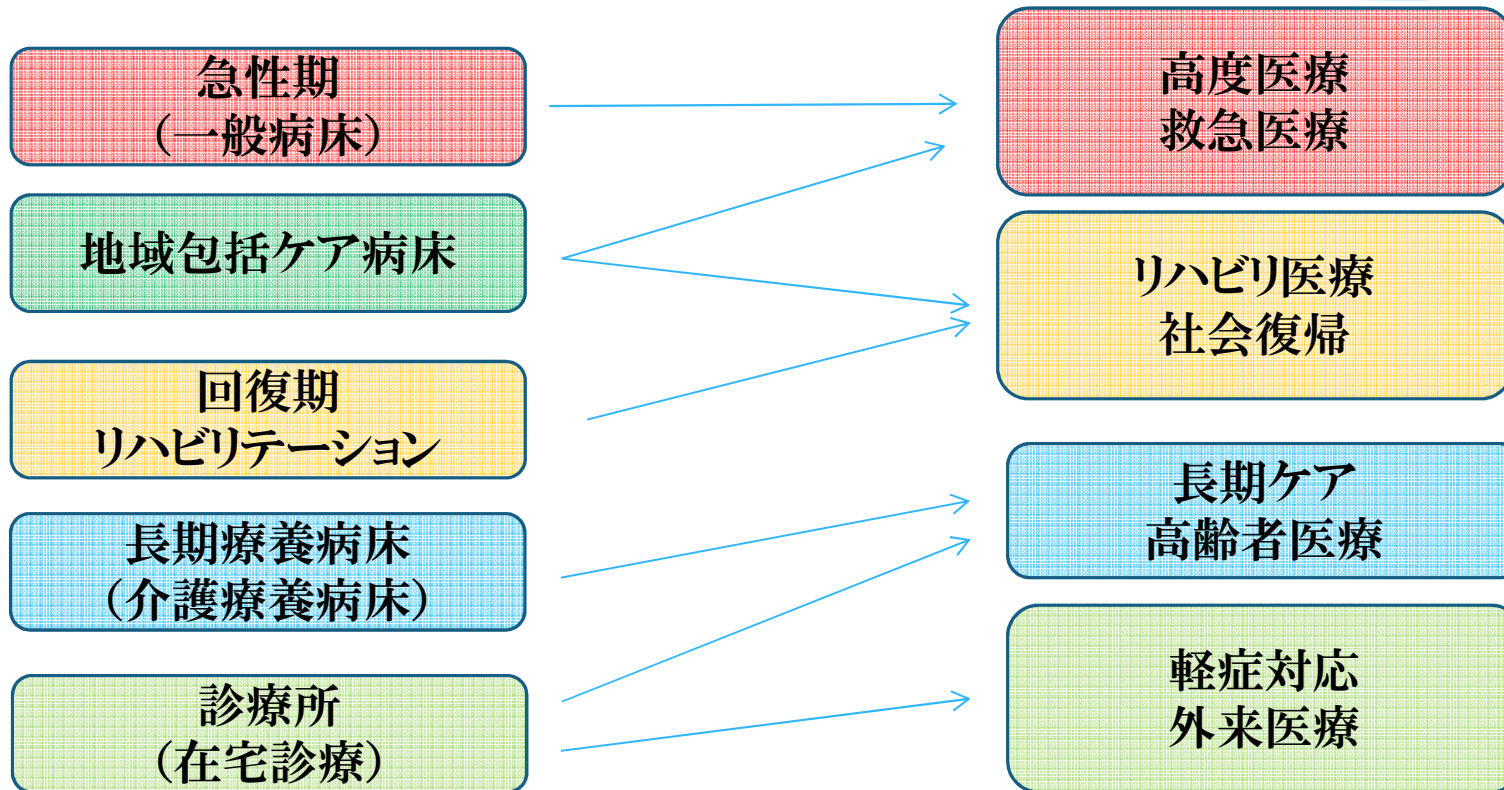
常時、生死と向き合う責任と緊張

医療従事者の労働環境の最大の特徴は、常時患者の生死と向き合う責任の重さと緊張感の存在にある。たとえば、看護職員の6割以上が医療事故への不安を抱えており、業務量の多さに対する不満よりも高い率を占めている。

職場での悩みや不満 上位5項目/20 (n=4725)



病院／診療所の区分



DPC／包括払

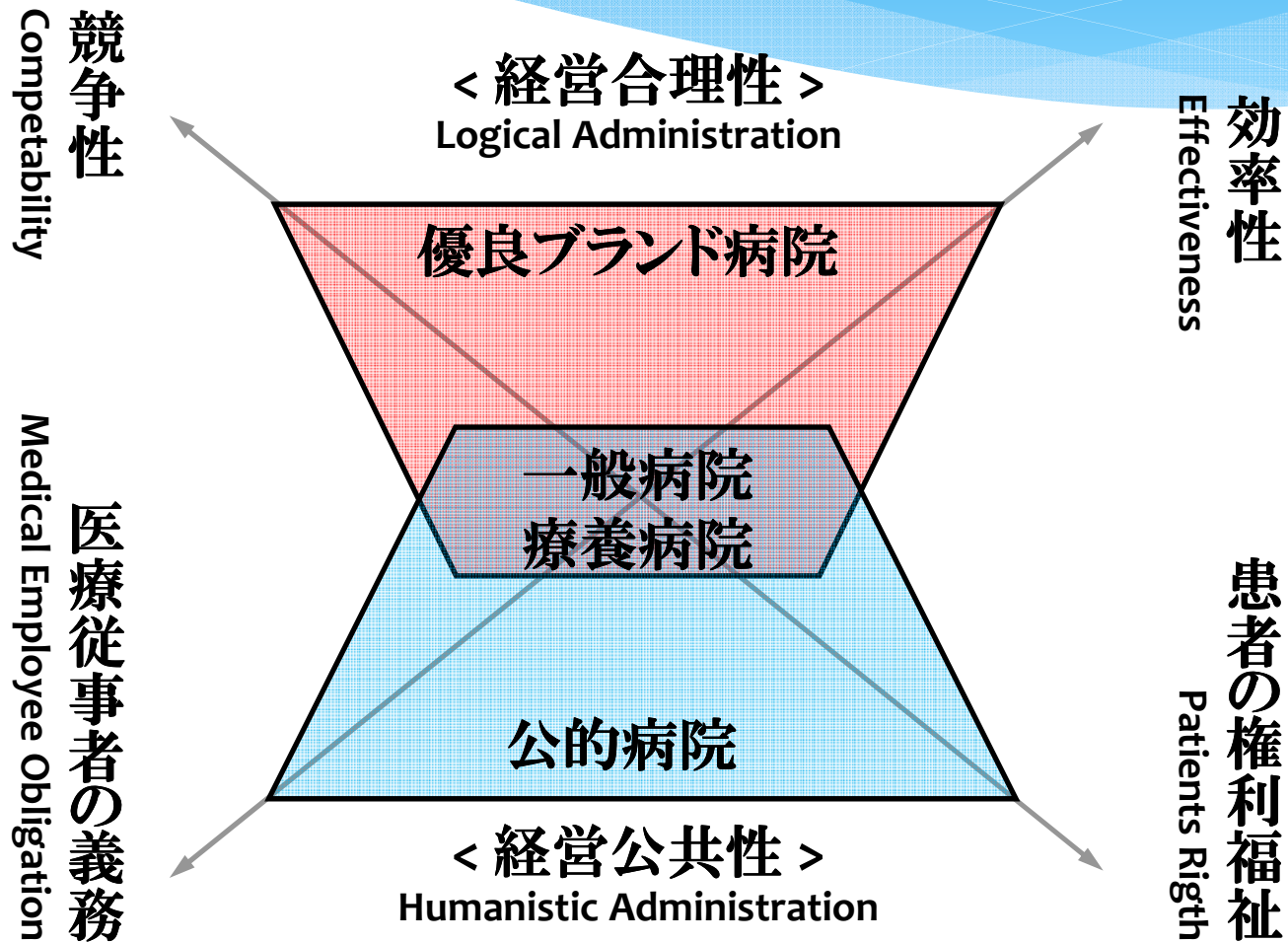
【参考】

支払い方式	長所	短所
出来高い 払い	<ul style="list-style-type: none">○ 患者の状態に応じた医療サービスの提供が容易（過少診療の予防）○ 新しい医療を保険診療に取り入れることが容易	<ul style="list-style-type: none">○ 過剰診療を誘発する恐れ○ 請求、審査支払い事務の複雑化
包括 払い	<ul style="list-style-type: none">○ 過剰診療の防止○ 請求、審査支払い事務の簡素化	<ul style="list-style-type: none">○ 過少診療の恐れ○ 診療内容の不透明化

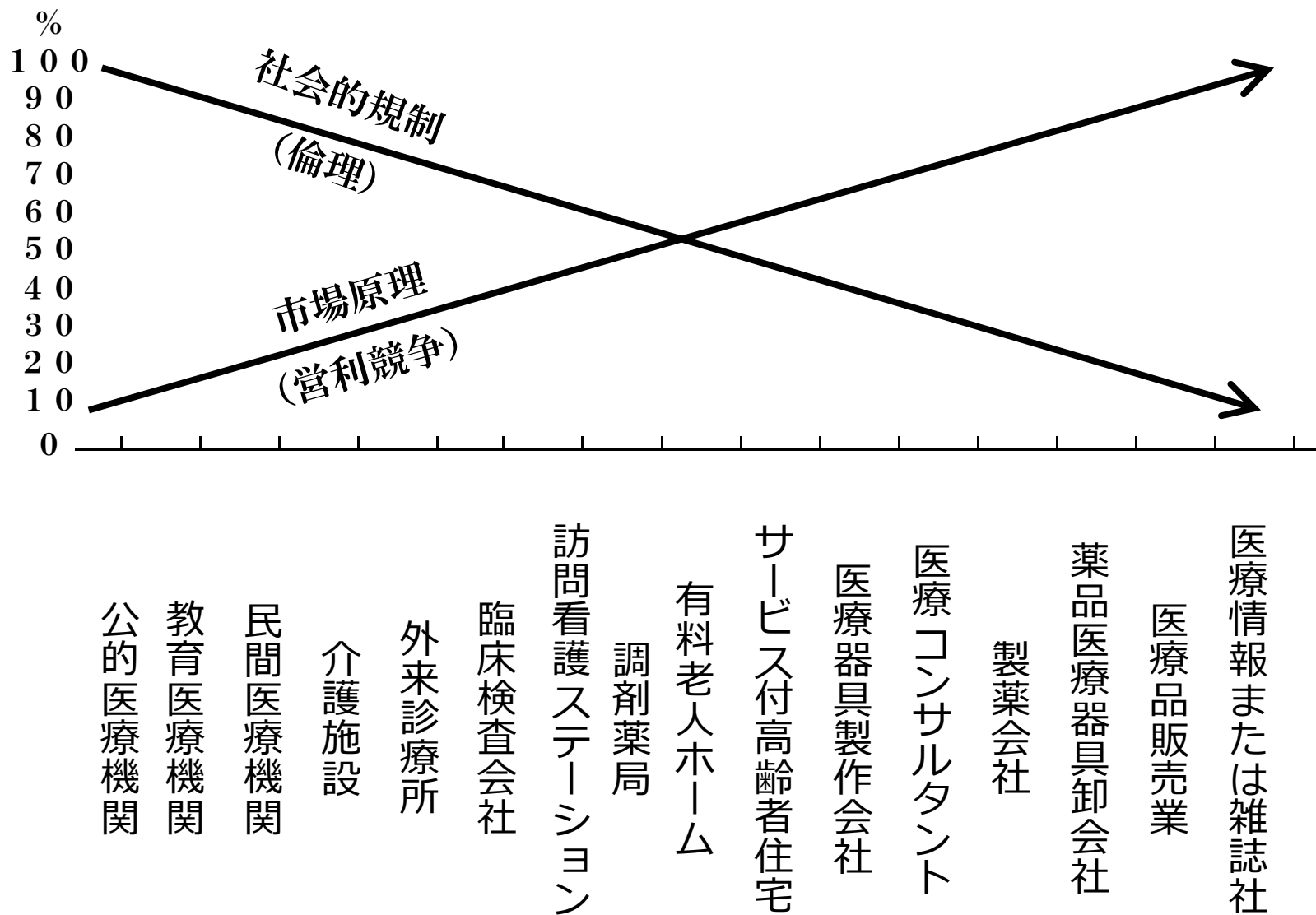
精神科病院

- * 精神救急病床
- * 急性期病床
- * 精神療養病床(開放／閉鎖)
- * 重度療養病床
- * 社会復帰リハビリテーション病床
- * 合併症病床
- * 認知症病床
- * ストレスケア病床

病院の性質



医療経営指標



いい病院の概念が変わる

「地域包括ケア」の導入により、今後は病院単独ではなく、地域全体との連携が重視されるようになる。

つまるところ、単一の医療機関の良さではなく、地域全体でのチーム戦の形に変化をしていくと推測できる。

もちろん、単一の医療機関での取組の向上を図る事も必要だが、同時に「その地域で提供される医療・介護」といった観点からの評点も必要となってくる。

次項以降で少し補足をする。

「いい病院」の在り方を考える Aタイプ

手術や高度医療を提供する「急性期」病院
テーマは「治療」

- 1) 最新の医療機器、治療法が提供できる
- 2) 医師、看護師数がある程度、確保されている
- 3) 症例数が豊富であり、DPCでも上位にランキング
- 4) 基本的に、儲かるので病院が綺麗で患者QOLも高い
- 5) 在院日数の短縮のせいで、最近では評価が低い

「いい病院」の在り方を考える Bタイプ

郊外に多い「慢性期」病院
テーマは「ケア」

- 1) 高齢者中心の医療であり、アクティブではない
- 2) 医師、看護師数は、急性期と比較するとかなり少ない
- 3) 患者QOLの向上を図っている病院も増えてきたが・・・
- 4) 儲かる医療ではないので、そんなに儲かっていない
- 5) 新興医療グループなどは綺麗な慢性期病院を開設

「いい病院」の在り方を考える Cタイプ

患者に寄り添う「リハビリ」病院
テーマは「社会復帰、回復」

- 1) 機能回復をするための病院
- 2) 患者に寄り添う医療を地で行う病院
- 3) リハビリは儲かる医療になりつつあり、人気がある
- 4) 新しくリハビリを始める病院も多く、機械も新しい
- 5) 看護師、理学療法士が主役

「いい病院」の在り方を考える Dタイプ

これから重視される「精神科」病院
テーマは「社会復帰」

- 1) 精神患者に対する偏見の為、郊外に多く開設
- 2) 統合失調症がメインだったが、認知症に移行中
- 3) 悪い「慢性期病院」が標準的
- 4) ストレスケアなどの新しい取組も
- 5) 一般的な医療とは一線を画している
- 6) 社会的入院が問題視されている

「いい病院」の在り方を考える Eタイプ

診療所と在宅医療
テーマは「地域密着」

- 1) 外来中心で、軽症患者を診るのが仕事
- 2) 最近は、在宅医療で寝たきりの方も診るように
- 3) 院長の価値観がもっとも反映される
- 4) 組織で動いているケースが稀で、組織評価は難しい
- 5) そもそも病院ではないので対象外？