

月例セミナー(179回)

# 少子・高齢社会における日本モデルを考える ～救急から在宅医療までの連携(地域包括ケア)は可能か～

川淵 孝一

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医療経済学分野 教授

## 講師経歴

### ■ 学 歴

- 昭和58年 3月 一橋大学商学部商学科卒業
- 60年 9月 シカゴ大学経営大学院修士課程入学
- 62年 6月 シカゴ大学経営大学院修士課程(MBA取得)修了

### ■ 職 歴

- 平成元年 8月 民間企業を経て厚生省国立医療・病院管理研究所(現在の国立保健医療科学院)医療経済研究部勤務
- 7年 7月 同研究所 主任研究官となる
- 8年 12月 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部主任研究官に併務となる。
- 10年 3月 厚生省 退職
- 同年 4月 日本福祉大学経済学部経営開発学科 教授となる。
- 12年 3月 日本福祉大学 退職
- 同年 4月 東京医科歯科大学大学院 教授となり現在に至る。

### ■ 専門研究分野

医療経済、医療政策、医業経営

### ■ 主たる社会活動等

#### 国の委員

- 厚生労働省「高齢者医療に関する検討会」委員(2008年9月～2009年3月)
- 文部科学省「第四期基本計画で重視すべき新たな科学技術に関する検討委員会」委員
- 文部科学省「粒子線がん治療に係る人材育成プログラム」委員
- 内閣府「サービス産業のアウトプット及びデフレーターの計測に関する国際比較」研究会 委員
- 経済産業省「医療産業研究会」委員
- 内閣府「行政刷新会議規制・制度改革に関する分科会ライフイノベーションワーキンググループ」構成員
- 内閣府「ライフ・イノベーションに係るサブワーキング・グループ」の構成員

### ■ 非常勤講師

- 東京経済大学大学院 福祉・医療施設経営論
- 日本社会事業大学専門職大学院 医療経営論
- 宮崎大学大学院 医学部看護学科 看護管理実践論
- 放送大学「高齢者社会福祉システム」
- 神戸大学客員教授

### ■ 主な著書

- 『病気でムダなお金を使わない本』(WAVE出版2009年)福島 安紀(著), 川淵 孝一(監修)
- 『医療再生は可能か』(ちくま新書2008年)
- 『病院の品格』(単行本2008年) 等

### ■ 学術関係受賞状況

- 平成9年 10月 第11回吉村記念厚生政策研究助成金受賞
- 10年 11月 第4回ミクス賞受賞
- 13年 4月 社団法人日本医療法人協会創立50周年記念懸賞論文優秀賞受賞
- 13年 11月 第54回日本医師会設立記念医学大会「日本医師会功労賞」(在任10年日本医師会委員会委員)受賞



川淵 孝一

(かわぶち こういち)

東京医科歯科大学大学院  
医歯学総合研究科  
医療経済学分野 教授

## はじめに

みなさん、こんにちは。ただいまご紹介にあずかりました川渕と申します。本来なら起立してお話をしなければならぬのですが、長丁場となりますので今日は座らせていただきます。今、ご案内にありましたように、私は月例セミナーには3年に一度くらい呼んでいただいています。そうした中、今日は少々チャレンジングなテーマでお話ししたいと思います。

現在、私が取り組んでいる研究による知見も交えてお話ししていきたいと思えます。

## 知人の晴彦氏からの突然のメール

まずは私の知人である晴彦氏から7月にいただいたメールをご紹介します。私はこの方に大変お世話になっています。この方は某エリート官僚で、今日のご本人に承諾を得たうえでレジュメに使わせていただいた次第です。この体験談を通じて、医療連携の話をしていきたいと思えます。資料をみていただくとわかるのですが、晴彦氏のお母さまが某国立病院に入院され、その後、転院されました。そして、転院して3日後にショック状態になって亡くされました。それが7月30日です。メールには「手術に伴うリスクの予想範囲ですが、数字至上主義、地域連携、QOLなどの面でいろいろと考えさせられました」とあります。実は今回、月例セミナーの講演テーマについて考えていたとき、奇しくもこのメールを受け取りました。そして、これはよいケーススタディではないかと思ったのです。晴彦さんとお母さまには申し訳ないのですが、今の日本の医療を考えると、この事例はそれほど特殊な話ではないのではないかと思ったからです。晴彦さんのメールにはお母さまのこの他

に、もう一つ晴彦さんの奥さまであるE子さんが人間ドックで要検査となり、D病院に行くことになった話が出てきます。D病院では有無を言わず、卵巣がんの疑いで「全摘」と言われたそうです。晴彦さんは、「ここでも数字至上主義の病院エゴを感じた」と書いています。みなさんも人間ドックには行かれると思いますが、よく人間ドックに行った翌日に救急車で運ばれたとか、異常なしと言われたのにそうではなかったといった話が新聞などに出ています。このE子さんの場合はそうではなく、人間ドックで卵巣がんの疑いと言われ、有無を言わず全摘となったのですが、この「有無を言わず」というあたりに晴彦さんの憤りが感じられます。メールでは「病院側としては手術件数を増やしたい方にインセンティブがかかっています。患者にどのような治療が必要なのか、丁寧に説明する気がないようです」とありますが、果たして、病院は手術件数を増やすことにインセンティブがかかっているのでしょうか？ 一頃は、一定の症例数が確保できない病院については手術料が3割カットになるという減算がありました。その後、規制緩和がされ有名無実化されました。いずれにせよ、この晴彦さんにはそのように映ったというわけです。またメールには「大変、お恥ずかしいのですが、婦人科で親身になって

## 知人の晴彦氏からの突然のメール

老母が腸骨骨折で国立B病院に入院しておりました。転院を控え、どこがいいのか悩んでおりました。(しかし、県立C病院に転院3日で、ショック状態となり、小生の異動日(7月30日)に突然他界いたしました。。。手術に伴うリスクの予想範囲ですが、数字至上主義、地域連携、QOLなどの面でいろいろと考えさせられました。。。。)

そして、ちょうど同時期に家内E子が、人間ドックで要検査となり、D病院に参りましたが、有無をいわず(卵巣がんの疑いで)「全摘」との話になり、ここでも数字至上主義の病院エゴを感じております。病院側としては、手術件数を増やしたい方にインセンティブがかかかりますので、患者にどのような治療が必要なのか、丁寧に説明する気がないようです。大変、お恥ずかしいのですが、婦人科で親身になって診察してくれる病院の心当たりはございませんでしょうか。

資料 1

診察してくれる病院の心当たりはございませんでしょうか」とあります。こういう相談をよく受けるのですが、私は医者でも何でもありませんので、そのたびに大変困ります。結局、このE子さんにはいくつか婦人科を紹介しました。しかし、一切医師は信用できないということで、もうのたれ死にしてもよいというようなことをおっしゃっているようです。この奥さまは非常に知的な方で、そういう方にとっては「有無を言わさず」というのはそれほど受け入れられない態度だったと思います。(資料1)

私は医療経済学で、DPCが入ったことによって粗診・粗療があったかどうかという研究をしています。DPCを使うと、平均在院日数は短くなるものの、退院時の患者のアウトカム——例えば一本杖で歩行ができるかどうかなど——を調べると、必ずしも改善はしておらず、むしろ悪化傾向にあるとか、再入院率が極端に上昇していることがわかりました。DPCは今や一般病床の半分くらいに導入されているのでインパクトは絶大です。やはりDPCが入った病院は在院日数を短くする傾向があるのかなと、晴彦さんのメールを見て思いました。(資料2)

メールに戻ります。晴彦さんのお母さまは2010年6月9日の9時頃、自宅で草むしりをしていて後方に転倒し、腰を打ちました。そして、四つんばいになっているところを3名が介助して、救急車で搬送されました。9時27分、救急隊から長男の晴彦さんの携帯に「国立B病院に搬送中だが、先方は受け入れられる

かどうか分からないと言っており、ひとまず運んでみる。いつ頃来られますか。意識ははっきりしているが、立ち上がれない状態です」といった連絡が入ります。その後、救急隊から「国立B病院に搬送する」との連絡が入りました。救急部インターンからの問診の際、晴彦さんはお母さまが脳梗塞で10年前に同院で治療を受け、ワーファリンを飲んで継続治療中であることを伝えます。その後、B病院からの転送の可能性

本分析は、大腿骨近位部骨折患者についてDPC導入前後でアウトカムに一定の変化があったかどうかを検証したものである。DPC導入後に当該病院の入院期間は短縮したが、退院時の患者のアウトカムの一部に悪化傾向が見られ、再入院率も上昇している。患者のアウトカムを低下させないで入院期間を短縮するためには、長い入院期間や死亡に関連していた入院後発症疾患のうち、回避可能な術後合併症については一定の予後管理が必要であると考えられる。しかし、DPCには一定の期間制限があるため、合併症の管理病院が経営上の“生命線”となる。特に大腿骨近位部骨折患者については術後できるだけ早期に離床してリハビリを開始し、歩行訓練を行うことで、合併症の予後管理や歩行能力の低下を最小限にすることが求められる。

表1. 大腿骨近位部骨折患者のDPC導入前後における入院期間の変化

	B	EXP(B)	P値
DPC導入	-0.140	0.870	<0.001
女性	-0.033	0.970	0.043
年齢	0.000	1.000	0.695
他の骨折あり	0.091	1.100	0.008
併存症の数	0.013	1.010	0.010
認知症あり	-0.117	0.890	<0.001
術式	0.095	1.100	<0.001
合併症の数	0.065	1.070	<0.001
病院	-38		

重回帰分析  
従属変数: Log在院日数  
DPC導入により入院期間が約13%有意に短縮した。  
調整R<sup>2</sup>=0.267

表2. 大腿骨近位部骨折患者のDPC導入前後における退院時転帰の変化

	B	EXP(B)	P値
DPC導入	1.435	4.199	<0.001
女性	-0.122	0.885	0.447
年齢	0.023	1.024	0.010
他の骨折あり	-0.415	0.660	0.331
併存症の数	-0.017	0.983	0.705
認知症あり	-0.399	0.671	0.202
術式	-0.002	0.998	0.987
合併症の数	0.163	1.177	0.004
術後日数	-0.006	0.994	0.178

Hosmer and Lemeshow Test. P=0.144  
Nagelkerke R<sup>2</sup>=0.070  
DPC導入後、不変～死亡の割合が4倍以上有意に増加。

資料2

### A藤Y江の腸骨骨折から敗血症ショック死までの経緯

2010年6月9日

9時頃、自宅で草むしりをしていて、後方に転倒し、コンクリートブロックにて、腰を打つ。自力で立ち上がれない状態で、四つんばいになっているところを通行人3名の介助で救急車で搬送開始。

9:27

救急隊から、長男 晴彦の携帯に連絡が入る。「国立B病院に搬送中だが、先方は受け入れられるかどうか分からないと言っており、ひとまず運んでみる。いつ頃来られますか。意識ははっきりしているが、立ち上がれない状態。」晴彦から、状況確認の後、「とにかく向かいますと連絡。」途中、救急隊から、「国立B病院に搬送する」との連絡。救急部インターンから問診。「脳梗塞で10年前に同院で治療を受け、継続診療中(ワーファリン投与)である」ことを伝える。転送の可能性がなくなり救急隊が帰隊。レントゲン検査で骨折が判明。同意書取得の後、造影CT検査。

12時ごろ

失血の可能性があり、同意書取得後、血管造影・塞栓術を実施。手術は成功し、救急部の病棟に搬送。左足牽引。ワーファリン服用は当然中止。C整形外科長来室、Y江に向かって「なんてことをやってくれたの」と第一声。晴彦から「よろしく願います」と申し上げただけで、先方からは特段の説明はなし。

資料3

がなくなり、救急隊が帰った後、レントゲン検査でお母さまの骨折が判明します。そこで同意書を取った後、造影CT検査を受けました。しかし12時頃、出血の可能性があるとのことで、同意書の取得後、今度は血管造影を実施し、うまくいきました。それでワーファリンの服用は当然中止されました。あろうことかそこにやってきた整形外科長はお母さまに向かって「なんてことやってくれたの」と第一声を発します。そのドクターに対し、晴彦さんは「よろしくお願ひします」と言いましたが、ドクターからは特段の説明はなかったということです。(資料3)

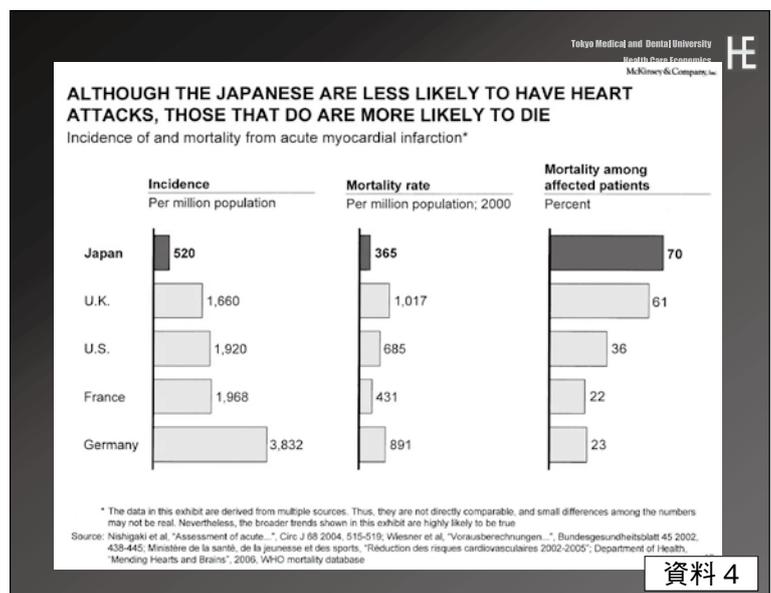
このメールを読んで、私はドクターも傾聴、承認、質問、提案というコーチングの手法を取り入れてもよいのではないかと思いました。救急現場では難しいかもしれませんが、80歳を超えたお母さまに対して、「なんてことやってくれたの」という第一声は、いかがなものでしょうか。私は医者ではないのでよくわかりませんが、かつてはドクターハラスメントといった言葉もよく耳にしましたが、最近はどうなのでしょう。

## ALTHOUGH THE JAPANESE ARE LESS LIKELY TO HAVE HEART ATTACKS, THOSE THAT DO ARE MORE LIKELY TO DIE

資料4はマッキンゼーという会社が調べた救急現場のデータです。本当かなと思うのですが、このデータを見ると、日本の救急発生率はイギリス、アメリカ、フランス、ドイツに比べて高くなく、致死率もそこそ低いことがわかります。さらに、決して日本の救命救急率はいわれているほどよくはないという結果が出ています。このデータをどのように分析したかわかりませんが、意外なのは次の2点です。一つは救急の現場が疲弊しきっている中で、人口あたりのその稼働率は高くないということ。もう一つは、致死率はそれほど高くないが重傷患者の死亡率は高

いということです。これは急性心筋梗塞の話であって、今回の晴彦さんのお母さまのケースとは違いますが、こうした評価もあるということです。(資料4)

我々も病院可視化ネットワークを5年前に立ちあげました。病院から一定のデータをもらって、うちの教室で分析して病院に返すということをやっています。日本は「すべからず平等に医療が受けられる」実際に分析すると、相当医療機関によってバラツキがあることがわかってきました。まずそのバラツキがあるということを目の下にさらす必要があるのではないかと私は感じています。それを病院にフィードバックしたらどうかと。病院からは、基礎的なデータとして患者データ、病院のコストデータ、属性データをいただいています。もっとも悩ましいのはコストデータです。コストを知るためには医療原価がわかればよいのですが、多くの場合、医療費のデータしかありません。患者データとは、急性心筋梗塞やがん、大腿骨骨折といったデータです。これには先ほどお話ししたようにDPCデータが使い勝手がよいのですが、そこにも問題があります。DPCデータの様式1には、例えばがんならステージング1, 2, 3, 4という項目がありますが、つい最近までこの項目は書いても書かなくてもよいことになっていました。そのため、ほとんどがブランクでした。我々としては難しい人は助からないというのがあ

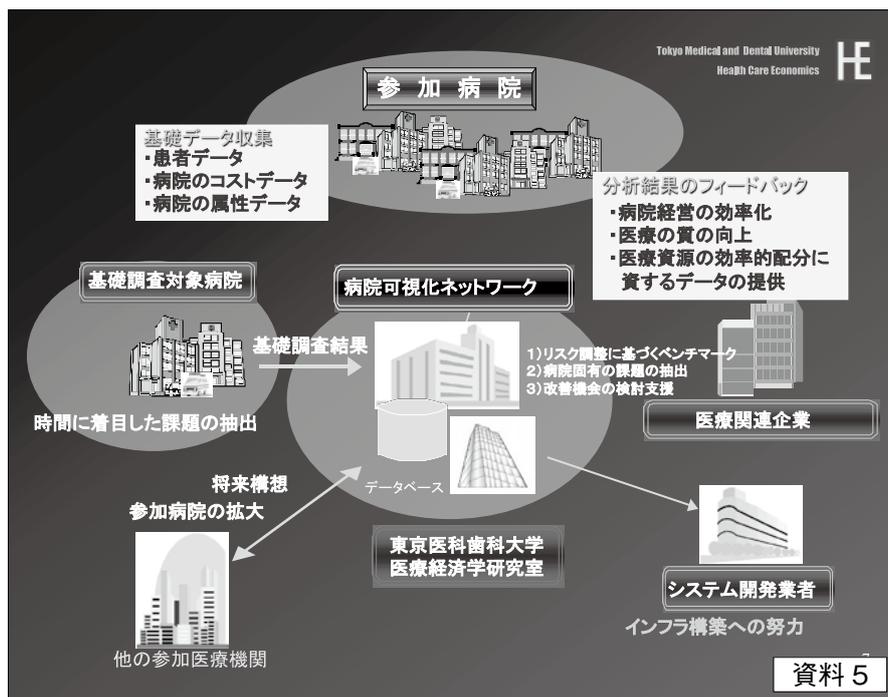


資料 4

るので、データを分析するときにはリスク調整をしなければなりません。そのため、患者データを分析しています。次に、病院の属性データも大切です。病院には大学病院や付属病院、自治体立病院、民間病院などがあります。こうした特性も大切です。本当は先ほどの45万床のデータを国から借りればよいのですが、個人情報保護法でダメだということですので、我々としては肅々とデータを分析しているということです。病院にフィードバックするというのも、本当はきめ細やかにすればよいのですが、実際は2年に一度くらいですね。病院に出かけてワークショップを試みたり、少しでも当該病院の医療の質の向上に役立てばよいのではないかと考えています。また、病院にしてみれば他の病院と比べたことがあまりないので、医療資源の効率的な配分にも資するよということをやっています。そのあたりがうちの教室の一つのウリで、これをライフワークにしていこうかなと思います。（資料5）

このようなことをしていると、日経新聞などに書く機会がまわってきます。日経が医療改革、かくあるべしという提言をしたときに、何人かの学者に意見を聞くという場面が与えられました。日経新聞が提言したものに対して、「それはおかしいよ」と言いにくいのですが、私が主張したのはデータからムダ・ムリ・ムラの見える化を図ったらどうかということです。特に救急の見える化が遅れていると思います。救急の現場には、本当にデータがありません。救急担当の先生や救命救急士が一次・二次・三次救急でがんばっているのですが、どうがんばっているかの見える化ができていません。それで厚生科学費を80万円もいただき、都合11回以上の受診拒否の研究をやってみました。医療機関にしても、本当は受け入れたいが手術中だったり医師がいなく

て断らざるを得ないということが起こります。その結果、11回以上、受診拒否をしたケースが平成20年度で922例もありました。しかし、総務省が発表している「救急白書」を見ると11回以上の受診拒否の症例数は903例になっていました。数が合わないので総務省に電話をして聞くと、「川淵さんのほうが正しいですよ」と。総務省が間違えたのかどうか、聞かなかったのかわかりませんが、922例が正しいのだそうです。面白いと思ったのは、総務省は救急隊の管轄官庁です。そして、厚労省は医療機関を担当しています。縦割行政の弊害かもしれません、両方のデータをくっつけることはほとんどありません。つまり、我々は救急隊が一生懸命、病院に運んだ後、どうなったかを調べたのです。結局、死亡したのか生き残ったかということですが、その結果を知ることは意義があります。47都道府県ではじめて実施しましたが、私が書いた新聞記事でも触れたのですが、奈良県で2006年8月に19カ所、受診拒否にあった妊婦がいました。最後、お子さんは助かったけれど、ご本人は助かりませんでした。この方、最後は大阪の病院に運ばれました。日経新聞には、このあたりのことを踏まえ、奈良県に生まれた不幸、などと書きました。すると奈良の県知事から電話があり、奈良にまで行くことになりました。



資料5

奈良にはなぜか受診拒否が多いのです。ちなみに、11回以上というのは厚労省が決めた回数です。本当は4回以上とか、うまくいった事例といかなかった事例にわけて対照実験をやれば救急隊が頑張っただけで病院に運んでも病院の体制が不備で助からなかったのか、それとも病院には体制ができていたが、運ぶ側に問題があったのかが、見える化できます。そう思って始めたのですが、実際にはデータがぐちゃぐちゃです。本当にこんなことでよいのかというくらい、都道府県によって救命救急の病名コードが違います。東京都はまだコード化されていて、いいほうです。なかには手書きのものもありました。救急の見える化のためには、最低限、データを整理しなければいけません。コード化はデータの統一言語です。奈良県で運んだ49例と東京で運んだ467例は本当に同じルールで表記した病名なのかということです。この中には急性心筋梗塞の人もいれば、うつ病やがんの方もいます。意外にも23カ所も救命救急センターがある東京がダントツの1位です。2番目が埼玉県、3番目が奈良です。大阪ではありません。私は最近、奈良ばかり行っています。奈良はいいところです。でも、倒れたらどうなのでしょう。大阪にまで行くことになります。道路立地からしても大阪は近いのです。大阪あつての奈良、奈良あつての大阪というような連携なのではないでしょうか。私が奈良の県知事であれば、大阪に依存しているような救命救急体制でいいとは思えません。そのことを先日、県知事に言ったら、お前はなかなかいいことを言うと言われました。奈良県出身の方がこの会場にいるかどうかわかりませんが、奈良はどうしたものかと思えます。こうした発表をしても、それは平成20年の話とおっしゃるかもしれません。その後、改善されたのでしょうか？ この後も追っていますが、同じような受診拒否

が起っています。こうしたことを言い続けていたせいか、厚生科学の研究に、今回は落ちてしまいました。しかし、こういう調査は継続して行ったほうがいいと思います。救急隊と受け入れ側の医療機関のデータはもっとリンクして見ていかなければいけないと思います。

(資料6)



### 11回以上受診拒否の事案の概要(救急隊の記録)

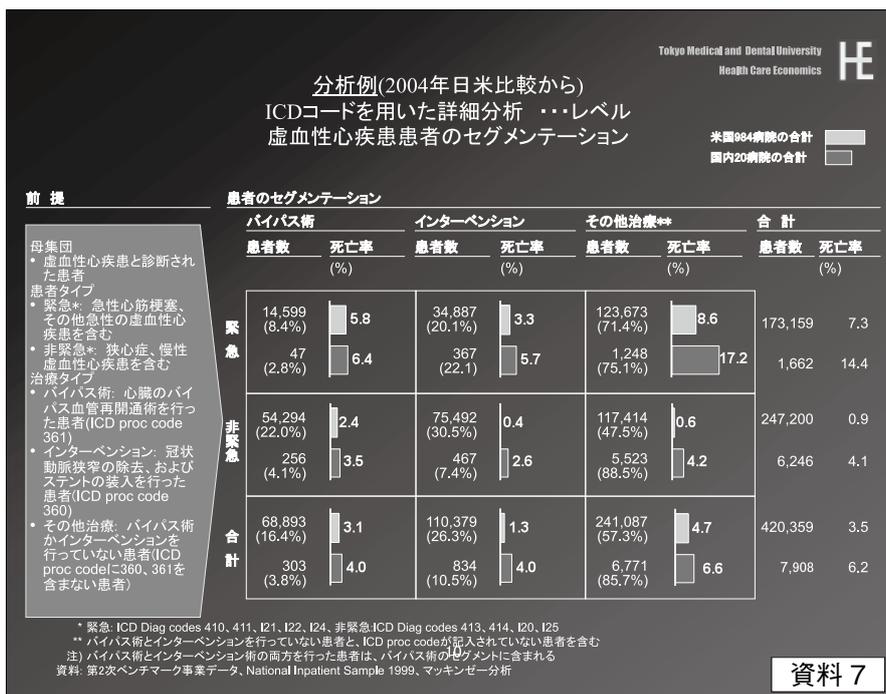
退院時の状況別件数		
退院時の状況	件数	%
生存	560	68
死亡	264	32
小計	824	100
不明	98	
計	922	

都道府県別件数					
都道府県	件数	%	都道府県	件数	%
01北海道	2	0.2	24三重	26	2.8
04宮城	3	3.3	27大阪	44	4.8
07福島	15	1.6	28兵庫	31	3.4
08茨城	8	0.9	29奈良	49	5.3
09栃木	6	0.7	30和歌山	1	0.1
10群馬	7	0.8	33岡山	1	0.1
11埼玉	132	14.3	34広島	3	0.3
12千葉	46	5	35山口	1	0.1
13東京	467	50.7	40福岡	2	0.2
14神奈川	39	4.2	41佐賀	2	0.2
15新潟	5	0.5	46鹿児島	2	0.2
23愛知	3	0.3			
			計	922	100.0

資料6

## 分析例(2004年日米比較から)

アメリカと日本のどちらが医療の質が高いか、という研究もかつて行いました。これをグローバル・ベンチマークと言います。最近、医療ツーリズムという言葉が流行っています。さすがに心筋梗塞になった人が海を渡って日本に来ることはないと思いますが、バイパス手術などはアメリカ人もインドに行ったりしています。緊急にバイパス手術をすることは減多になると日本の心臓外科医が言っていました。しかし、ここでは、緊急と非緊急に分けて分析しました。アメリカがすごいと思うのは、984病院のデータが20ドルくらいで国外からでも買ってしまうことです。日本は20病院のデータを手に入れようと思えば、倫理委員会に資料を出したり、靴に2回穴が空くくらい全国を歩き回ったりしなければなりません。20病院と984病院という差のあるデータで院内死亡率を比べても仕方がないともいえます。このデータをもとに、アメリカのほうが若干低いと言ったら、日本の学会から抗議文をいただき、出頭を命じられました。20病院と984病院とを比べていることにムリがあること、そしてリスク調整ができていないことが問題だそうです。緊急・非緊急だけでなく、合併症の有無なども比べるべきだと言うのです。(資料7)



あんまりいじめられて悔しかったので、私は、医療機関によるバラツキの大きさについて本を書きました。『日本の医療が危ない(ちくま新書)』という本です。

次の資料8は私がよく使うものです。会場に長崎市立市民病院の関係者がいたら申し訳ないのですが。黒字・赤字という点では船橋市立医療センターと長崎市立市民病院は同じような病床数ですが、長崎のほうが船橋よりも若干、赤字幅が小さくなっています。

つまり、長崎市民病院のほうが経営がうまいのかなと思っていたのですが、手元に届いた救急医療白書をみると、あぜんとしました。船橋は2002年だけですが、長崎は毎年白書を出しています。全県を挙げて長崎は救急医療白書をつくっているのです。素晴らしいですね。しかし、2002年のデータを見て目を疑ったのは、急性心筋梗塞での死亡率が2倍くらい違うのです。なぜか。もちろん、高齢化は長崎のほうが進んでいます。しかし、原因は高齢化だけでしょうか。データを貸して欲しいと言ったら、船橋のほうは患者さんの名前を匿名化すればよいと貸してくれたのですが、長崎のほうはダメでした。医療機関はいいというのですが、救急隊がダメだということです。名前も知らない学者に貸せないと。では、長崎市の消防署で

はそのデータをどうしているのかというと、5年間大切に保存して、その後に破棄するそうです。救急医療白書には使うが、それ以外、分析したりはしていないようです。もうちょっと有効に使って見ないかと言ったところ、担当者的上司が出てきて、「ダメなものダメなんだ」で終わりでした。医療の見える化をするにあたって、こういう国でいいのでしょうか。私は少々残念です。(資料9)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

単位:百万円

	船橋市立医療センター(426床)	長崎市立市民病院(414床)
医業収益	9,519	6,775
医業費用	10,047	6,934
医業損失	△528	△159
医業外収益	1,509	1,635
医業外費用	831	145
経常利益	150	1,331
他会計繰入金(再掲)	1,790	1,763

資料 8

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

1003の自治体病院に求められる  
「Value for Money」  
船橋市と長崎市の救急医療白書の比較

	総数	AMI	Ap	Ao	CHF	Arry	Othe
船橋	785	165	140	53	255	66	109
死亡	65	21	2	8	22	4	8
死亡率%	8.2	13.0	1.4	15.1	8.6	6.1	7.3
長崎	1059	226	192	39	220	144	238
死亡	134	52	2	9	58	6	7
死亡率%	25	25	0	23	26	4.2	2.9

注): AMI=急性心筋梗塞, Ap=狭心症, Ao=大動脈解離含む大動脈疾患, CHF=慢性心不全, Arry=不整脈, Othe=その他

資料 9

そこでデータが借りられた船橋について分析してみました。船橋は人口が55万人です。発症から病院までの搬送に時間がかかればかかるほど、院内死亡率や2週間後、3カ月後の死亡率に変化があるのではないかと、急速に悪化するののかも興味があるところです。また、高度な医療施設に集約すべきではありますが、まずは一次救急、二次救急はそこそこの医療機関で行い、その後、他の医療機関に運ぶというとき、どれくらい時間的な猶予があるのか。病院によって心臓外科医がいなかったり、あるいはPCIという処置ができない病院もあるので、転送に要する時間としてどれくらい待てるのか。また、今はやりの除細動器を使って、救命救急率が上がるのかどうか。それらを先ほどの公表データを使って分析してみました。やはり先ほど言ったように、救急隊は搬送時間を短くするように頑張る、医療系はなんとか助けるために転送に力を入れます。できるなら、外来即死を避けたい。外来の救急室に行って蘇生するのではなく、なんとか助けたいと。そして本当は予後も調べてQOLがどうだったかも知りたいところです。しかし、このあたりを医療機関にお願いすればするほど、もう来ないでくれと言われてしまいます。やはり医療現場はデータベースを作るのが大変なのです。その部分を請け負うような人がもっと必要だと思います。医療関連サービスの出番ですね。(資料10～12)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

## I. 我々(杉原、川淵)の問題意識

1. 発症から病院への搬入まで、時間がかかるほど転帰(死亡率等)が悪化するが、初期に急激に悪化するのか、時間とともに加速度的に悪化するのか?(時間価値の非線型性)

転帰(死亡率等)

搬入までの時間

川淵孝一  
医療再生は可能か

CHILMA 9月号

資料 10

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

2. 現在、高度医療施設は集約化する方向で政策が採られているが、救急治療との兼ね合いで、どこまで集約化・分散化すべきか?(転送のインパクト、対応可能施設のメリット)

転帰(死亡率等)

搬入までの時間

転送のメリットがある最大時間

資料 11

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

3. 発症現場や搬入途上での除細動器や器官挿入など、搬入までに治療行為を行うことにより、救命率が向上するのか?

転帰(死亡率等)

発症からの時間

資料 12

## 我々(杉原、川淵)の問題意識

さて、これはよく使われる Kaplan-Meier と言われる生存率を示すグラフです。5年後生存率はがんなどで使われますが、心臓だともっと時間が勝負で、分単位、秒単位です。では実際にはどうなのかと分析すると、やはり発症から病院への搬入までの時間を1分短くするとアウトカムは改善されます。こうした知見はいろんな方が学会等で発表されています。次に医療連携をテーマに話をする場合、やはり自分の病院ですべてできるわけではありませんから、一次救急、二次救急、一次処置、二次処置まではできても、その次のしかるべきところに運ぶのにどれくらい時間的な猶予があるのか。それを今回は心臓疾患で測ると55分という数字が出てきました。これはある程度の計測値です。しかし、意外だったこともあります。それは除細動器や器官挿入などを使うと死亡率が下がるのかと思っていたのが、実際には心肺テストの相関はプラスで、高かった。おそらくこうした人たちは非常に疾患が重いケースではないかと思えます。(資料13)

繰り返しますが、リスク調整をきちんとすることが大切です。最後に、我々はドクターカーを使ったほうが生存率が高いのかどうかを調べてみました。すると、リスク調整しても2週間後の死亡率が高いのです。これをどう評価するか、です。そもそもドクターカーは重症な患者を運んでいるのでしょうか。

どんな人にもドクターカーを使うのではなく、一定のプロトコルを設けてこういう人にはドクターカーに乗ってもらおうなどと決めているようです。ドクターが乗る分、少し時間がかかりますのでドクターの属性も見て考えていかねばならないと思います。いずれにせよ、データが限られていたため、ドクターカーのメリットを定量的に分析する所まで到っていません。(資料14)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

### 2. If yes, 搬送時間を1分短くすると、アウトカムがどのくらい改善するのか？

	(死亡率10%がベースライン)	リスク調整前
外来死亡	心疾患	0.52%
	AMI	0.76%
2w死亡	脳疾患	0.22%
3m死亡	脳卒中	0.12%

		リスク調整後死亡率=10%	リスク調整後死亡率=25%	リスク調整後死亡率=50%
外来死亡率	心疾患	0.30%	0.76%	1.52%
3m死亡	脳卒中	0.13%	0.32%	0.64%

**資料 13**

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

### 4. ドクターカーを使った方が生存率が高いのか？ (重症患者を運んでいるのでは？) リスク調整しても2w死亡率が高い。

●Dr\_car: 外来死亡と搬送時間(心疾患および脳疾患)

●Dr\_car: 2w死亡率と搬送時間(心疾患および脳疾患)

**資料 14**

そのため、船橋市立医療センターでは5年後の2007年に追加的に調査したいと当時言っていました。しかし、実際には医療崩壊と言われる中で現在は余裕がなく、調査できていないようです。我々としては、こうしたデータが手に入れば、もう少し見える化ができると提案はしましたが、医療機関がのってこないとなると、自分たちとしてはそれ以上は言いづらいというのが本音です。

その後、時間外加算金を徴収して、患者さんがタクシー代わりに救急車を使用するのを控えてくれという提案が中医協でありました。これは読売新聞の2008年12月の記事をベースに、うちの教室員がホームページ検索してプロットしてみたものです。その後、また2年が経ちました。今は、合法的な混合診療である時間外加算に関する選定療養費をとっている病院が増えている

と思います。磐田、袋井、掛川、菊川と静岡県が多くなっていますがたくさんの医師の引きあげにあった結果かと思えます。背に腹は替えられないということです。大学病院では、山形大学の徴収金額が8,400円です。いろいろな条件がありますが自治体病院などは、どのような方がこの金額を払うかを条例で決められています。その結果、外来患者さんが減ったという報道も一部ではありました。例えば、徳島日赤などは救急患者が多かったのですが、時間外加算金をとるようになってから患者数は減ったということです。これは病院の経営面から見ると減収となります。年間1億数千万の減収とは大きいですね。病院経営からすれば、時間外の患者さんが来ることで増収につながっていた面があると思います。しかし、それも医師のバーンアウトには代え難いということです。(資料15)

時間外加算金徴収の現状例 (地方厚生局に時間外加算徴収の届出済みの423施設の(一部))

所在地	開始時期	徴収料金(円)	対象日時	対象外事例等
磐田市立総合病院	静岡県磐田市 H18.11.1~	650~4,800の8段階	診療時間外など	対象=仕事や学校の都合により時間外で受診した場合
袋井市立袋井市民病院	静岡県袋井市	"	"	"
掛川市立総合病院	静岡県掛川市	"	"	"
菊川市立総合病院	静岡県菊川市	"	"	"
市立御前崎総合病院	静岡県御前崎市	"	"	"
公立森町病院	静岡県周智郡	"	"	"
埼玉医科大学総合医療センター	埼玉県川越市	延期	夜間 休日	①,②
徳島赤十字病院	徳島県小松島市	H20.4.1~	夜間 休日	①,②,⑤
焼津市立病院	静岡県焼津市	850	平日 8:00~8:30, 17:15~18:00 土曜 8:00~12:00	③,⑧(6歳未満の患者)
		2,300	平日 6:00~8:00, 18:00~22:00 土曜 6:00~8:00, 12:00~22:00	
		4,800	22:00~翌日8:00	
		2,500	休日 6:00~22:00	
山形大学医学部付属病院	山形県山形市	H20.5.1~	夜間 休日	①,②,③,④,⑤ ⑧(その他各科救急担当医が緊急性があると判断)
土屋小児病院	埼玉県久喜市	H20.10.1~	8,000	深夜(22:00~8:00) ③
米沢市立病院	山形県米沢市	H20.11.4~	?	①~⑤, ⑧(その他各科救急担当医が緊急性があると判断)
三友堂病院	"	"	3,150	夜間(17:30~8:00) 休日(土日祝、年末年始) ①~⑤, ⑦,⑧(その他各科救急担当医が緊急性があると判断)
舟山病院	"	"	?	夜間・休日 "
前橋赤十字病院	群馬県前橋市	H20.12.1~	3,990	夜間(17:20~8:30) 休日(土日祝、12/29~1/3 & 23(創立記念日)) ①~③
群馬大学医学部付属病院	群馬県前橋市	"	4,200	夜間(17:00~8:30) 休日 ①~③
豊岡病院	兵庫県豊岡市	3,150	(豊岡市・朝来市居住者)	①,②,③,④,⑤, ⑧(外傷による救急受診、1歳未満の患者、精神疾患による受診)
		4,095	(豊岡市・朝来市外居住者)	
岡山赤十字病院	岡山県岡山市	"	3,150	時間外 休日 ①,②,⑥

①:入院を必要とした場合、②:他院から救急外来受診のための紹介がある/②:紹介状を持参した場合、③:緊急性があると判断された場合/③:緊急の処置が必要な場合/③:緊急に点滴注射、検査、処置、手術が必要な場合、④:外傷や死亡した場合、⑤:夜経過観察、⑥:日曜で当日受診し、症状増悪時に受診の指示を受けていた場合、⑦:自院の医師から診療を指示されている場合、⑧:交通事故、労働災害、公務災害等、⑨:その他

出所:病院HP等、読売新聞(2008.12.28)

資料 15

## 医師は謝礼を(いくら)受けとっているのか？

さて、再び晴彦さんからのメールに戻ります。この中で私が面白いなと思ったのは、看護師さんが骨折に至った状況や家族構成のほかに収入も確認している点です。晴彦さんは官僚だから間違いがないと思うのですが、やはり国立病院も未収金対策に力が入っているのかなと思い、ドキッといたしました。そしていよいよD医師が出てきます。この人は手術を担当する先生です。こういう局面で手術するかどうかは結構大きい意思決定だと思います。特にご高齢ですから、認知症の話が出てきます。執刀医に「私の母でも手術させる」と言われると素人は弱いですね。その後、20万円という謝礼はいいのでしょうか？ 麻酔科医にも10万円、手渡しとあります。皆さんは病院に入ったとき、こういうものを手渡しされますか？ 勇気のあるお一人から手が挙がりましたね。こういうことをドクターに聞いても、なかなか教えてくれません。あまり聞くと怒られてしまいます。私の本があまり売れなかったのも、そのあたりに一因があります。話を戻します。この麻酔科医は一度は受け取ったものの、断ったとあります。しかし、晴彦さんから「個人である皆さままで送迎会等にお使いになればいいじゃないですか」と言われると、受け取ったとあります。そしてこのお母さまの手術はうまくいき、整形外科に入りました。(資料16)

ここで先生方に聞きたいのは、医師として謝礼を受け取っているのか、受け取っているとしたらいくらなのかということです。私は、COMLという団体と2003年に共同調査をしました。その当時、最頻値は3万で、5万円が約20%、10万円は約17%しかありませんでした。平均値を取ると、男性のほうが高かったという結果が出ています。ラフに推計するとヤミの診療報酬は年間3,322億円となります。医療費の1%

ですが、医師たちはそんなにもらっていないとおっしゃいます。私はチップとして1%は安いんじゃないかと思ったのですが。慶應大学の池上先生の推計によれば年間2,698～4,000億円と日経の本に書いてあります。かりに、最頻値3万円とすると、晴彦氏は払いすぎですね。もらった先生も、もちろん申告していないでしょう。問題は謝礼の効果ですが、約2割の人は「効果がなかった」と答えています。(資料17)

看護師さんはこうしたことはないと思いますが、6月22日のメールを見て、どうかなあと思うのは、保険診療にもかかわらず、保険給付対象外の介護用品はなぜか売店で購入してくれ、と言っている点です。なぜでしょう。これはいわ

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

日付不明  
看護師から問診。骨折に至った状況、家族構成に加え、収入を確認される。  
この間、入院当初はせん妄が見られ、食事にも介助が必要だったが、1週間程で、自分で食事をとるようになり、いったん安定に向かう。

6月14日  
D医師から手術又は牽引治療の双方のメリットとリスクについて丁寧な説明。複雑骨折であること、牽引治療の場合には失血リスクが残ること、3か月の牽引期間に認知症の大幅進行が予想されること、歩行回復が必ずしも保証されない点に加え、D医師の「私の母でも手術させる」との発言を受け、手術を決断。その後、麻酔科と相談、検査することとなる。(部長分を含め「ご本代」20万円を手交。)

6月21日  
麻酔科から説明。(「ご本代」10万円を手交。いったん受領後、返したいとお話があったが、「個人ではなく皆様で、例えば歓送会等にご用立ていただければ」との申出に、お受けいただく。)

6月22日  
手術実施、無事終了。整形外科に所管替え、6N病棟に収容。 **資料 16**

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

## 医師は謝礼を(いくら)受けとっているのか？

「より良い医療をつくる会」のCOMLとの共同調査(2003年)によれば

- 謝礼金額の最頻値は3万円(33.3%)で、以下、5万円(20.6%)、10万円(17.4%)、1万円(14.3%)の順
- 平均値は男性5万3,250円、女性4万698円
- 医師には「金銭」、ナースには「品物」の傾向が強く、厚生労働省の患者調査により、ラフに推計すると“ヤミの診療報酬？”は年間3,322億円(慶應大の池上教授は2,698～4,000億円と推計)。
- 渡すタイミングは「退院時」が28.4%で、次いで「検査・手術前(10.8%)」、「検査・手術後(8.1%)」の順。
- しかし、謝礼を渡した者のうち、約2割は「効果がなかった」と回答。

**資料 17**

ゆる混合診療ではないでしょうか。あろうことに、晴彦さんもつなぎと上履きを買うように看護師さんから言われ、売店に行くと、なかった。結局、いろいろ探し回って、あるデパートで購入しました。デパートと病院は連携していないのです。介護用品は病院には売っていません。結局、晴彦さんは5着購入したということです。私がここで皆さんに言うのは釈迦に説法ですが、先日も山形の精神科病院で生活サービスとして保険外部分を徴収していました。しかし、いわゆる混合診療で一番の大きなことは、自分は腕がいいから初診料や再診料を上乗せするのはダメだという規定です。それで謝礼ということになる。中国では大学病院の教授と助教授で初診料は違います。社会主義ではそれは認められるのかと私が言ったら、腕が違う人を平等と言っているほうがよっぽどおかしいのではないかと中国の人に指摘されてました。しかし、日本はよくわからないですね。患者平等の原則と言いながら、結局ヤミで解決しているのです。(資料18)

これに対して、先天療養や高度先進医療といった17項目は、保険外併用療養です。問題はCの項目の保険点数表の中に一つでも保険点数にないものを入れたら一連の診療行為はすべて自費になるという規定です。これは不便だなと思います。医師会の先生はこれを認めると国民皆保険制度は瓦解するということをおっしゃっています。大切なのは、どこを保険でみるかだと思います。保険

か自費か。オールオアナッシングかということ、日本はちゃんぽんの国なので、ちゃんぽんがあってもいいのではないかと思います。ただ、保険と一部自費だったら、全部保険がいいですね。見方によってずいぶん違うのかなと思います。(資料19)

今日は医療関連サービスということで、介護関係者はあまりお見えではないと思いますが、2006年から介護予防のほうに厚労省は重点を置きました。制度ビジネスだなと思ったのは、福祉用具の購入費などの売上が2006年4月を境に

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

6月24日

看護師の2行メモが室内に貼ってあり、つなぎ(1.5万円)及び上履きを買うよう指示。院内売店にはなく、再度尋ねても「どこで売っているか分からない。介護用品店かデパートにあるだろう。」とのみ回答。急遽、Rデパートに行くが、同店では扱っておらず途方に暮れる。妻E子に電話にてネット検索を依頼し、急遽Sデパートに行き購入。(その後、数度要請があり、結局5着購入。)

⇒これはいわゆる「混合診療」に該当しないのか?

**資料 18**

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

### 混合診療とは

#### 保険外負担の種類

<p>A 保険診療の一部負担金に「割増金」を上乗せ請求</p> <p>一部負担金 現物給付</p>	<p>→ 広義の保険外負担</p> <p>一部負担に割増金を加え徴収</p> <p>① 狭義の保険外負担 (違法)</p>
<p>B 本来保険給付されない診療に療養費を給付し、それ以外を「差額」として患者から徴収</p> <p>一部負担金相当額 (療養費給付)</p>	<p>差額 選定療養 高度先進部分</p> <p>② 差額徴収(例外)</p> <p>保険外併用療養費(合法的混合診療)</p>
<p>C 保険診療に一部保険外診療を加えて行い、その費用を患者から徴収</p> <p>一部負担金 現物給付</p>	<p>点数表にない診療行為を行い費用を徴収</p> <p>③ 保険外負担</p> <p>混合診療(「禁止」とされている)</p> <p>生活サービス</p> <p>④ 保険外負担(合法)</p>

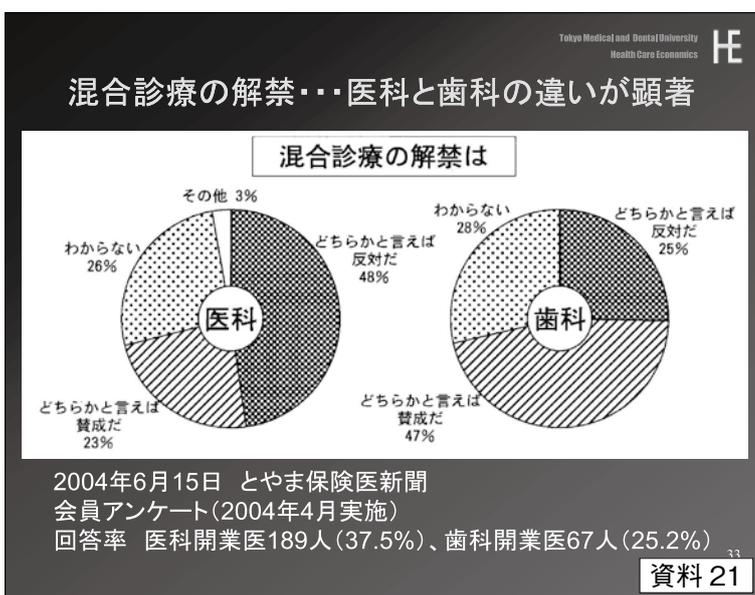
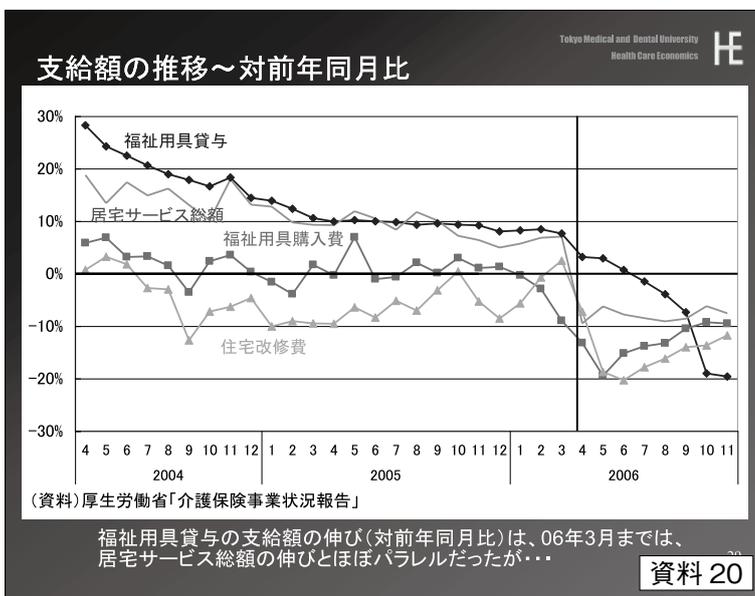
(出典) 日本医師会総合政策研究機構報告書第15号「保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書」

**資料 19**

伸び悩んでいることです。企業を育成するのであれば、産業的な視点が大事だと思います。そして先ほど申しましたように、売店で買ってくれとかデパートで買ってくれというのであればきちんと連携して欲しいものです。私は今、行政刷新会議の規制制度改革のワーキンググループに拾っていただきました。2000年にも1年間やりましたが、当時は小泉政権下で座長はオリックスの宮内さんでした。当時はいわゆる混合診療をテーマにすることで、医療界で一定の議論ができればよいと思いました。これからもヤミでいくのかどうか。もちろん、私は決して混合診療を全面解禁すべきだとは思っていません。ルール化したほうがよいと思います。ただ、ルール化という言葉がキレイですが、やはり保険給付範囲をきちんと決めなければいけません。くどいのですが、救急の見える化もそのために必要なのです。今の政治が官僚主導ではなく、政治主導だということであれば、総務省と厚労省はもう少し歩み寄って、見える化に向けてデータのリンクや病名の統一化を47都道府県で行う必要があると思います。混合診療における一番のテーマは、繰り返しになりますが、公的な医療保険でどこまでカバーするかです。ここにルール化の必要性があります。今、1万5,000品目の薬がありますが、本当にこれだけの薬が保険でみる必要があるのかどうか、いろんな局面で問われていると思います。スイッチOTCやセルフメディケーションといった大衆薬がありますが、7500億円の市場からほとんど増えていません。私としては保険が利く薬というのは画期的な新薬や有用性・安全性に優れた

ものだと思います。(資料20)

一部で介護保険のような現金給付のような運用も必要になってきたのではないかと思います。同時に、一連の診療行為の定義が非常にフuzzyだだと思います。繰り返しますが、私自身は全面解禁には組みませんが、介護保険には「上乘せ」と「横出し」という考え方があります。私は歯学部でも講義していますが、歯科分野は、命にそれほど関係がないのもう少し自由度を認めてもいいのではないかと思います。これは富山の保険医協会のアンケート結果です。保険医協会は比較的、混合診療にはネガティブなのですが、歯科に関してはポジティブな回答をしていた方がたくさんいました。(資料21)



## 退院後の居場所やケアを相談するには

話を戻します。今度は医療と介護との連携に話を移していきたいと思います。6月25日に地域連携室ソーシャルワーカー F氏と面談とあります。今度、うちの大学院生にも今度ソーシャルワーカーの若い女性が入ってきますが、開口一番、その子が言ったのが「本当に疲れました」ということです。彼女の言葉を借りると、ソーシャルワーカーというのは、病院から患者を追い出すのが仕事だと。在院日数を短くせよとばかり言われているからですね。次の行き先は患者さん自身で探してくださいと言っているのを聞くと、これはさすがにキツイと。しかし、人的ネットワークを持っていない彼女のような若い人からすると、後方施設をどこにするかを決めたりするのは悩ましいことだと思います。

晴彦氏のお母さまも、認知症の症状もあって、介護申請を薦めたのでしょうか、区の高齢者総合相談センターに申請しました。晴彦さんは「今回の入院中に認知症の診察を受けさせたいのだが」と相談したところ、ソーシャルワーカーは「D医師には自分で伝える」と。その後、ソーシャルワーカーに確認したところ、「伝えました」とだけ発言したけれど、結局診察はなかったと。晴彦さん自身、この部分に下線を引いたところを見ると、残念だったのでしょうか、あるいは憤慨きわまりなかったのか。面白いと思ったのは、お父さまも結構高齢で、お母さまと同時に

6月25日

地域連携室ソーシャルワーカーF氏と面談。介護申請を薦められ、区高齢者総合相談センターに申請。F氏から、認知症の状況について質問があり、当方として、「できれば今回の入院中に認知症の診察を受けさせたいのだが」と相談。D医師との連絡方法について尋ねると、「自分が伝える」と発言。(その後、F氏に確認したが、「伝えました」とだけ発言。結局、診察はなかった)。

この間、術後に体力低下と会話減少が認められたが、食事は自分でとっていた。他方、下痢は継続。パッド、おむつが急激に減る日も生じ、看護師の2~3行の購入指示メモに従い適宜補充。下痢が悪化し、看護師から高吸収パッド購入を指示される。酸化マグネシウムは継続投与されていた。

6月29日

つなぎ購入。

7月1日

(術後10日)T区の介護調査に立会い。(夫Gの介護申請も薦められる。)

資料 22

## 退院後の居場所やケアを相談するには

1. 病院内の医療ソーシャルワーカー(MSW)  
主治医と看護師からの医療情報に基づき病院や施設を探してくれる。主に社会福祉士が担当し、地域連携室や医療相談室などに所属している。詳しくは業界団体の日本医療社会事業協会 (<http://www.jaswhs.or.jp/>)。
2. 介護保険のケアマネジャー  
入院前に介護保険サービスを受けていたら、そのケアマネジャーに病院で会う。介護保険のサービスを受けていなければ、入院中に手続きして要介護認定を受け、担当ケアマネジャーを決める。
3. 地域包括支援センターに出向く  
市区町村が設置しており、高齢者の総合相談が役目。市区町村が役所内に、あるいは社会福祉法人が特別養護老人ホーム内に設けていることが多い。

しかし、皆、多忙で疲れているのか？

出所)2010年8月18日の日経新聞

資料 23

介護申請をすすめられたということです。80歳を超えると相当な確率で認知症になるということで、それがわが国の現状なのかなと思った次第です。さて、こういう事態のとき、どういふところに相談すればいいのでしょうか。たまたまこの病院にはFさんという医療ソーシャルワーカーがいました。そうでない場合は、ケアマネージャーや地域包括支援センターに出向いたり、TPOをわきまえながらお願いしなきゃいけないのですが、皆多忙で疲れているのかなという感じです。では、ITを使えばどうかということですが、SEにもうつ状態の人が多く聞きます。ITも、もう少し、うまくいかないものかと思えます。医療界はSEの人たちを酷評して全然医療界をわかっていないと言います。そしてSEの人たちは日本の医師や病院はワガママだと批判しています。結局、お互い様だということでしょうか。フェイス・トゥー・フェイスも大切ですが、そこまですなくてもいいようにするのが、電子カルテであり、モニタリングです。現政権はマイホスピタル構想も打ち出していますが、私はデタラメだなと感じます。構想自体は立派でも、インフラが救急医療のデータをもてわかるように、ぐちゃぐちゃです。その上に家を建てても瓦解するのに決まっています。私はインフラをデジタル化したらいいと思います。ついでに、前政権の社会保障国民会議の話をしみると、ここでうたったシミュレーションの中にも連携という言葉がたくさん出てきます。急性期の

シミュレーションを行うに当たっての前提条件 (1)

現状 (現状固定の推計)

2007年→(2000年)	急性期病床	急性期病床	急性期病床
一般病床	急性期病床	急性期病床	急性期病床
90万 → (万)	0万	0万	0万
療養病床	亜急性・回復期	亜急性・回復期	亜急性・回復期
35万 → (万)	0万	0万	0万
特養・老健	療養病床	療養病床	療養病床
75万 → (万)	0万	0万	0万
居住系	特養・老健	特養・老健	特養・老健
25万 → (万)	0万	0万	0万
	居住系・在宅	居住系・在宅	居住系・在宅
	0万	0万	0万

現状及び現状固定の推計による2000年の需要の伸びを単純においた場合

①急性期の重点化と連携強化

一般病床を機能分化、急性期の人的物的資源を重点化し亜急性・回復期との連携を強化。在院日数は減少。

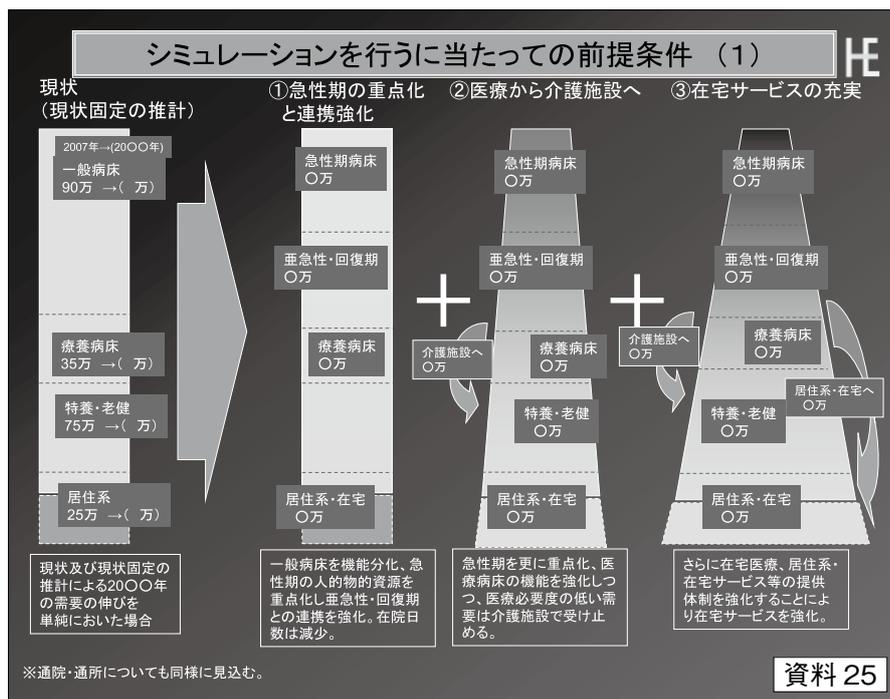
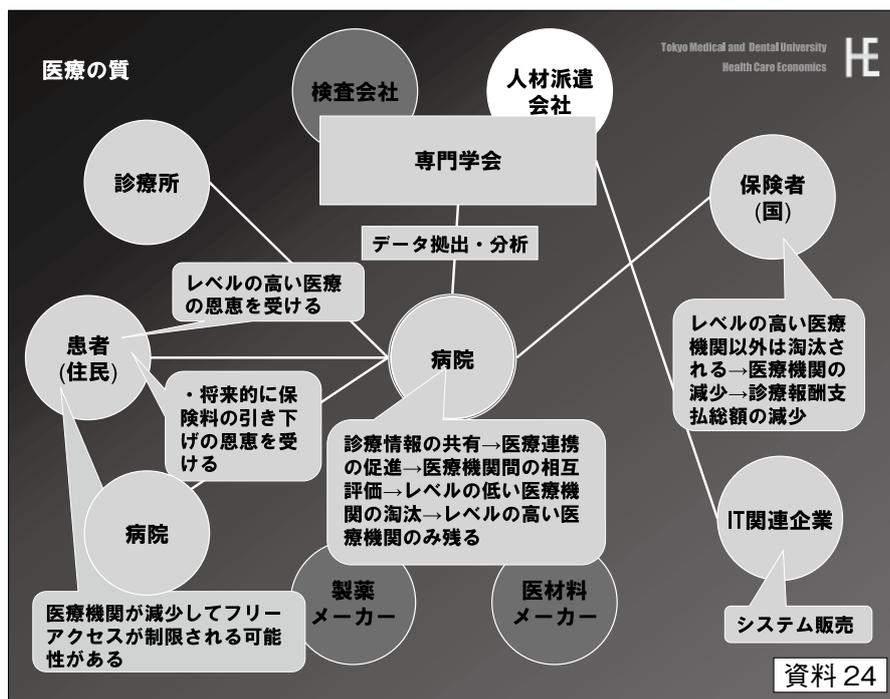
②医療から介護施設へ

急性期を更に重点化、医療病床の機能を強化しつつ、医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。

③在宅サービスの充実

さらに在宅医療、居住系・在宅サービス等の提供体制を強化することにより在宅サービスを強化。

※通院・通所についても同様に見込む。



重点化、連携の強化とか。それでいろんな数値が入ってきて、改革1, 2, 3というものができました。改革案が有力視され、今80万人が一般病床に入っているが、2025年には104万人になってしまうそうです。これをなんとか87万人くらいに抑えたいと。しかし、患者さんは急に元気になるわけがありませんから、長期療養に行くのかなと。22～36万人になるのを23万人に抑えたいと。では、介護施設をもっと増やすのかと思いきや、これも2倍になってしまうということで、20万人くらいで適正化してほしいと。となると住宅です。あるいは在宅に活路を求めています。医療との連携をうまくやれば、在宅というのもしあながち悪くないのかなと思います。やはり国民の受療行動調査で、家がいいという結果が出ます。私自身も、やはり家で死にたいと思っています。しかし、療養病床に入っている人は最期を自宅で迎えるのは難しいのではないかと44%の人が思っているということです。「あるべき論」は在宅であり、私もそのことはまったく否定しません。しかし、現実論としては、本当に1億2700万人の在宅医療がうまくいくのかなという疑問があります。介護や療養の現場を見て、これが是とは言い難いのです。確かに、鼻からチューブを入れるような治療を、自分や自分の親が受けるのはどうかなと思います。しかし、日本の医療現場ではDPC病院から運ばれる段階でもう穴が開いているのです。後方施設としては、在院日数を短くするためにDPC病院のほうで穴を開けてくるということなのではないでしょうか。よくわかりません。(資料22～26)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

**【資料】2025年の医療・介護費用推計の前提（社会保障国民会議）**  
1面参照

	現状（2007年）	現状投影	改革1	改革2	改革3
急性期	80万人/日	73万人/日	56万人/日	47万人/日	高度18万人/日 一般34万人/日
亜急性期・回復期など		31万人/日	47万人/日	40万人/日	36万人/日
長期療養（医療療養）	22万人/日	36万人/日	21万人/日	23万人/日	23万人/日
介護施設	84万人/日	169万人/日	146万人/日	149万人/日	149万人/日
居住系	25万人/日	47万人/日	68万人/日	68万人/日	68万人/日
在宅介護	243万人/日	408万人/日	424万人/日	429万人/日	429万人/日
外来・在宅医療	582万人/日	634万人/日	629万人/日	641万人/日	640万人/日

注：人数（人/日）は、1日当たりの各サービスの利用者数の推計値を示す。  
B1～B3の外来・在宅医療は予防による患者の減少を見込み、医療機関や介護施設から在宅に移る数を単純に加えている。（軽快等で医療の必要度が少なくなる場合には、1日当たりの外来・在宅医療利用者数としてはそれほど増加しない）

資料26

しかし、受け皿としての介護療養型医療施設は平均76床、利用率が93%といっぱいです。それでそこそこの給料を払って要介護度4.5くらいの利用者の面倒を見ているのです。それが医療療養になると医療区分1になります。医療区分1でADL区分1だと保険点数が、一泊7220円です。これはビジネスホテル並みの安さです。ケアつきでこの金額ですから。介護療養を本当に廃止していいのでしょうか。というか廃止できるのでしょうか。多床室が多いのですが経営的に見るために、厚労省の先ほどの公表データを使って、差額分析で検証すると、介護療養から老健に移っても医師や介護職員の首を切らなければみんな減益です。本当に、利益を減らしてまで国の言うとおりに動くのでしょうか。介護療養から介護老健に移るということは、介護費用負担が減るということです。しかし、経営者にしてみれば収入は減りますから結局、人件費が減らすことができるかどうかポイントで

す。しかし、4.5といった要介護の人たちを少ないスタッフの数で見られるかは疑問です。このデータを施設の人に見せると、こんなに少ないスタッフ数では現場は動いていないと言うのです。実際、この資料にあるデータというのはあくまでも最低レベルの机上の話であって、現実にはもっと多く職員を採用しているそうです。そういう人たちを切らないと増益にならないというのが、今の介護報酬であり、診療報酬制度なのです。それを次回の医療・介護の同時改定の時に、うまくいくのかどうかを考えて欲しいと思っています。(資料27)

その一方で、医療療養に移る施設が増えています。先日も調査があり、これからどうしますかと聞くと、医療療養に移ろうかという方が多くいました。介護療養から医療療養に移るということは介護費用が医療費になるだけです。しかも、トータルで見ると医療費のほうが高くなることとなります。介護費用だとひと月42万で

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

### 介護療養病床の転換と収支(年額)の増減 (差額分析) ~シミュレーションの前提条件

- ・介護療養病床数 76.3 (平成20年介護事業経営実態調査結果の概要)
- ・利用率 93.4% (平成20年介護サービス施設・事業所調査)
- ・1日在所者数 71人 (=76.3×93.4%) ・人員基準 看護職員 6:1 介護職員 4:1
- ・賃金(年額、賞与を含む)(平成21年賃金構造基本統計調査)
  - 医師 11433.4千円
  - 看護職員 4425.6千円 (看護師と准看護師の賃金の加重平均値)
  - 看護補助者 2814.1千円
  - 介護職員 看護補助者の額を準用
- ・療養病床(医療保険)、2008年度の患者のADL・医療区分別割合  
(中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第141回)資料(診-1)  
「平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査報告書」(平成21年9月18日)図表3)

ADL区分3	10.4%	26.4%	15.0%
ADL区分2	9.5%	13.0%	3.3%
ADL区分1	11.9%	8.9%	1.5%
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

- ・介護保険施設((経過型)介護療養型医療施設・介護(療養型)老人保健施設)入所者の 要介護度割合 (平成19年度介護保険事業報告;施設介護サービスの給付件数の比率を準用)

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
5.5%	12.2%	22.4%	29.8%	30.1%

資料 27

済んだのが、医療費用だと49万円になるのですから。となると、介護であれ、医療であれ、国全体では費用は膨らんで、経営的にも人の首が切れなければ減益になります。こうなると事はうまく進みません。厚労省の方も悩ましいとは思いますが、やはり経営の実態も反映して考えていかねばならないと思います。繰り返しますが、介護療養の経営者たちというのは、2000年に建て替えをして、部屋を広く4人部屋にして、福祉医療機構からお金を借りてやってきた人々です。国の言うとおりに談話室や食堂などをつくってきたのに、それをつぶすといわれたら怒ります。(資料28, 29)

デンマークにこの3月に行ってきました。それは寝たきり老人がいなくて聞いて、本当かなと思ったからです。

実際、行って見て、施設や高齢者住宅にはいませんでした。経管栄養を受けているような方もほんの数人でした。それ以上の実態はわかりませんが、デンマークやスウェーデンのようなモデルを今の政権は志向していると思いました。実際、いろんなところに見学に行って、やはり日本と違うなと思ったのは、人口規模です。高齢化率は日本のほうが進んでいますがGDPは北欧諸国のほうが豊かです。消費税率と国民

療養病床の転換と収支(年額)の増減(差額分析)  
～多床室の場合(1)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

	介護療養型医療施設【通常型】 (多床室)	介護療養型老人保健施設(多床室)		介護老人保健施設【従来型】 (多床室)
		介護6:1	介護4:1	
看護	6:1	6:1	6:1	看護+介護 3:1
介護	4:1	6:1	4:1	うち看護職員2/7
人員基準(人)				
医師	3	1	1	1
看護職員	13	13	13	7
看護補助者/介護職員	20	13	20	19
診療(介護)報酬(千円)	0	-32,441	-25,444	-59,276
人件費				
人員整理不可の場合	0	0	0	0
人員整理可の場合	0	-42,566	-22,867	-52,234
収支差額				
人員整理不可の場合	0	-32,441	-25,444	-59,276
人員整理可の場合	0	10,124	-2,577	-7,042

多床室の場合は、介護療養型老人保健施設(介護6:1)への転換、かつ人員整理ができる場合のみ、得をする。

資料 28

療養病床の転換と収支(年額)の増減(差額分析)  
～多床室の場合(2)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

	医療療養病床 入院基本料1	療養病床 入院基本料2	経過型介護療養型医療施設 (新類型)	介護療養型医療施設 (従来型)
	看護	20:1(旧4:1)	25:1(旧5:1)	6:1
介護	20:1(旧4:1)	25:1(旧5:1)	4:1	4:1
人員基準(人)				
医師	3	3	2	2
看護職員	20	16	13	10
看護補助者/介護職員	20	16	20	20
診療(介護)報酬(千円)	21,887	5,560	-20,163	-29,054
人件費				
人員整理不可の場合	30,979	13,277	0	0
人員整理可の場合	...	2,020	-11,433	-24,710
収支差額				
人員整理不可の場合	-9,092	-7,716	-20,163	-29,054
人員整理可の場合	...	3,540	-8,729	-4,344

多床室の場合は、医療療養病床への転換、かつ人員整理ができる場合のみ得をする。

資料 29

負担率も違います。デンマークでは消費税率は25%、国民負担率は100円の収入に対して74円。給料の7割が社会保障や税金で消えていきます。しかし、思ったより医療費は対GDP比でそれほど高くありません。それは介護のほうの比重も大きいのかなと思いました。私は本音が聞きたくて、デンマークの人に、この国を信用しているかと聞いてみました。すると給料100円うちの74円ももっていかれて、この国を信用しなければ、どうするのかわれました。しかし、スウェーデンに行くと失業率は9%を超え懐は非常にシビアな国だなと思いました。(資料30)

## 都道府県別にみた老人医療費の単価と日数の状況

これに対して日本人の財布のひもは堅いと思います。日本はビジョンもなければ、国家戦略を作ったこともありません。そういう国です。前政権の社会保障国民会議ではヒアリングでも呼ばれました。試算結果に対して私は異論は唱えませんが、ミクロからマクロへの積み上げが

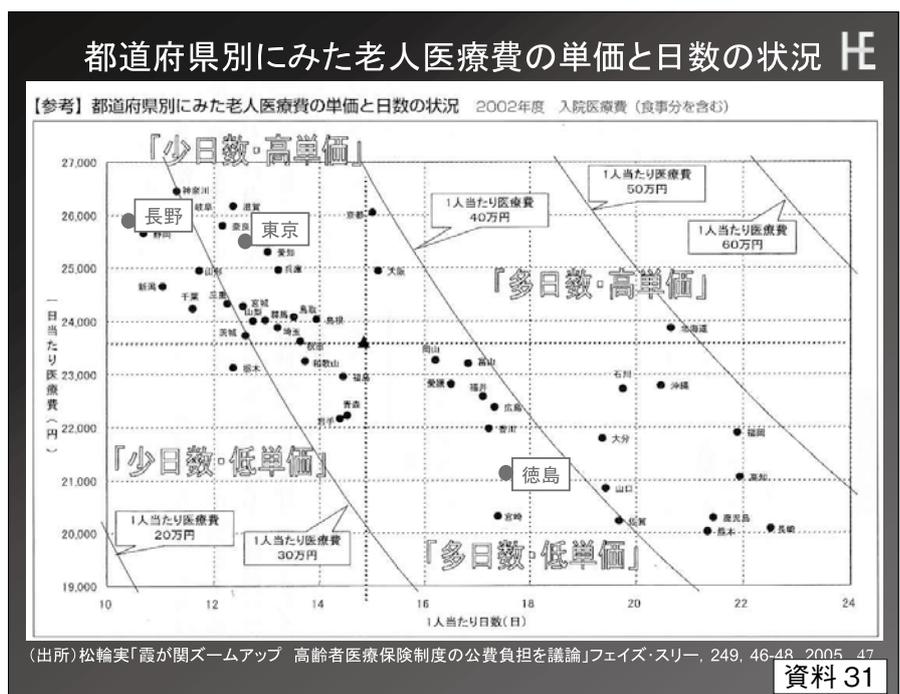
Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics

### スウェーデン・デンマークの概要



	スウェーデン	デンマーク	日本
人口	930万人	550万人	1億2千万人
国土面積	449,964km <sup>2</sup>	43,094km <sup>2</sup>	377,914km <sup>2</sup>
人口密度	20人/km <sup>2</sup> ※全人口の80-85%が都市部在住	126人/km <sup>2</sup>	337人/km <sup>2</sup>
一人あたりGDP	37,245ドル <sup>(2008)</sup>	37,265ドル <sup>(2008)</sup>	34,115ドル <sup>(2008)</sup>
失業率	9.3% <sup>(2010)</sup>	4.3% <sup>(2009)</sup>	4.9% <sup>(2010)</sup>
平均寿命	男性: 78.9歳 女性: 83.0歳 <sup>(2007)</sup>	男性: 75.7歳 女性: 80.4歳 <sup>(2007)</sup>	男性: 79.3歳 女性: 86.1歳 <sup>(2008)</sup>
高齢化率	17.3% <sup>(2008)</sup>	15.4% <sup>(2007)</sup>	22.8% <sup>(2009)</sup>
国民負担率	70.7% <sup>(2005)</sup>	73.7% <sup>(2005)</sup>	43.5% <sup>(2008)</sup>
医療費対GDP比率	9.1% <sup>(2007)</sup> (公的支出7.4%)	9.8% <sup>(2007)</sup> (公的支出8.3%)	8.1% <sup>(2006)</sup> (公的支出6.6%)

資料 30





私はこれから「疎開老人」が増えていくのではないかと思っています。これは私が考えた言葉ですが。それにしてもこれからお年寄りはどこに行くのでしょうか。自分の田舎に帰るのでしょうか。奈良御出身の方はくれぐれも気をつけたほうがよいです。最期は大阪で逝くかも知れませんが。(資料33, 34)

再び、晴彦氏のメールに戻ります。「車椅子で20分程度座らせる訓練が始まる」とあります。いよいよ国を挙げて取り組んでいるリハになったのでしょうか。Y江さんは足が痛いと言いつつ泣き続け、車椅子を叩いていたそうです。看護師さんや理学療法士さんは忙しかったのでしょうか、付近におらず、放置されたままだったそうです。「別用にて入室してきた看護師がY江の姿を見て、ふと笑いを漏らす」とあります。何がおかしかったのでしょうか。続いて7月6日には、県立H病院のリハビリテーション科に転院をするので、そこの担当医であるI先生と面談した際、国立B病院からの書面には、転院日に関する記載が「いつものように」ないとあります。これほ

ど別の病院に行けと言っておいて、転院日の記載がなかったらお互い困るのではないのでしょうか。こんなに悠長なことを言っている国立病院がいまでもあるのですね。通常、地域連携診療計画管理料900点、地域連携診療計画Ⅰ・Ⅱの600点と300点を取ろうと思ったら、入院後7日以内に云々といった細かな文書に対応しなければなりません。ですから、こんなに悠長でよいのかなと思う次第です。(資料35)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

申し上げたいこと: ご提言

- 地域医療計画を、以下の基本方針に則り見直すことで過剰病床の削減及び施設間役割分担の最適化を実現することが望ましい
  - I. 現在の2次医療圏に代わり、自動車移動30分圏内を最小単位の新医療圏とし、病床需給を一致
    - 但し、当該圏内で必要な医療提供体制を構築しようとした際に、経済合理性のない場合は、新医療圏設定範囲を調整
  - II. 新医療圏ごとに、住民が日常的医療サービスにアクセス可能な医療提供体制を確立
    - 当該エリア内に地域医療支援病院として機能する「総合病院」を1施設設置
    - 但し、特定機能病院については、高度医療の研究/教育を担う観点から総合病院として維持
  - III. 新医療圏内における病床過剰分は、既存病院の統廃合/減床で対応
    - 公的医療機関のうち、100床未満の小規模施設は廃止、100床以上の施設は減床/統廃合を実施
    - 民間医療機関については、無床診療所化を促進
  - IV. 総合病院指定/統廃合対象以外の存続施設は、専門性を強めた特徴ある病院作りを志向（非総合化）
- 具体的に、徳島県を例として、上記基本方針を適用した地域医療計画を再構築すると、約1,800の病床削減、財政負担 約45億円の削減が見込める

資料 34

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

日付不明

車いすに20分程度座らせる訓練が始まる。面会時に偶然、車いす訓練の状態を見たが、Y江は、足が痛いと言いつつ泣き続け、車いすを叩いていたが、看護師は付近におらず、放置されたまま。

「痛みも治る過程だから」と母Y江を励ますしかなかった。別用にて入室してきた看護師が、Y江の姿を見て、ふと笑いを漏らす。

日付不明

ワーカーのF氏から、県立H病院リハビリテーション科 I先生の間診を受けるよう指示。

7月4日

つなぎ購入

7月6日

I先生と面談。転院日について、「国立B病院からの書面には、いつものように転院日に関する記載がないので、先方としては何時でもよいということだろうから、来週14日に転院を受入れます。地域連携室に相談に行ってください。」との指示をいただく。国立B病院に出向き、ワーカーのF氏から転送業者の紹介を受け、「車いす」での搬送を予約。(T区高齢者総合相談センターに夫Gの介護申請。)

資料 35



また、晴彦さんのメールに戻ります。「D医師からCDトキシン検査で陰性となった」とあります。続いて、「予約済みの歯科健診があり、歯がぐらぐらするので抜いてよいかとの確認があった」とも書かれています。抜歯ですね。外科の先生といえども、抜歯のことはわからないですね、きっと。医科歯科大学でもこれから医学部と歯学部が合同で授業をするという試みが始まるのですが、うまくいくでしょうか。先日、大講堂で教員を集めて集会を行いました。医学部と歯学部が同じ大学にいて、これまでほとんどそういうことをしたことがありませんでした。さて、高齢になると、歯の調子が悪く、入れ歯の方が多くなります。そこで今日は歯科の話をしたと思います。実は高齢になると病院によく行くというのは医者話です。老人は若者よりも2.3倍くらい多く医者に行くといわれています。とこ

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics **HE**

日付不明  
D医師から、「CDトキシン検査で陰性となった。なお、予約済みの歯科健診があり、歯がぐらぐらするので、抜いてよいか。」との確認があり、同意。

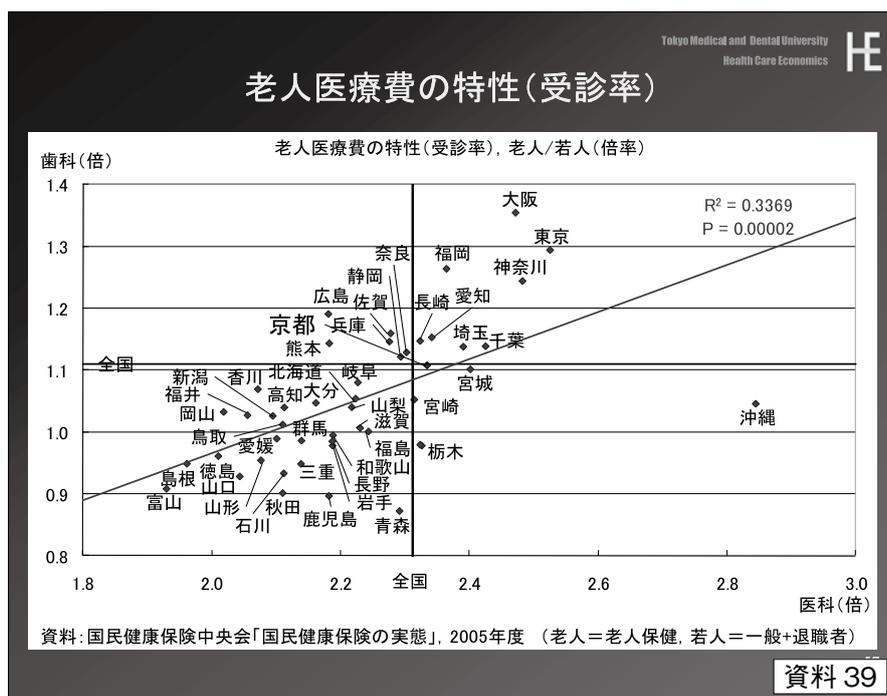
7月21日(術後30)  
ワーカーのF氏から、唐突に26日転院を告げられる。医師等からの説明なし。

7月22日  
移送方法について、何も指示がなく、Y江の病状から車いすで移送可能なのか晴彦から念のため確認すると、病棟に確認後、「車いすも可能だが、ストレッチャーが望ましい」との回答を得る。移送業者に予約。  
この頃、食事がめっきり少なくなり、晴彦が介助できた日でも1/4~1/5程度しか食べず。介助できない日は、そのまま下膳されていた模様で、極力夕食時に間に合うよう、早退・部分年休で面会に駆けつけるようにした。会話も低調で、寝ていることが多くなる。

7月23日13時59分  
看護師Jさんから電話にて転院に関する丁寧な確認。(前日21時すぎにも着信記録あり)

7月25日  
点滴終了。この状態での転院に懸念が生じるが、医師等からの説明はなし。

**資料 38**



ろが、老人と若者で比べてみても歯科は1.1倍と低い。なぜ、高齢社会なのに歯科に行かないのか。それは言うまでもなく、歯がないからです。8020運動といってもこれを実現している人は全体の2割くらいしかいません。8割は20本も歯がありません。これから少子化を迎えますから、医学部や歯学部に行く人数も減って来ると思います。実際、歯学部に来る人たちは減っています。私立大学の多くは定員割れ、国立大学はなんとか1.0を上回っていますが、これは授業料が安いからでしょう。よく私が医学部や歯学部の人に、教育コストに比して儲かるのか、と聞かれます。経験の浅い医者への給料は350万円と安いのですが、そこそこ経験を積むと年収4900万円まで行くというデータもあります。本当でしょうか。医学部の教育コストは年間1000万円くらいとなっています。歯学部も結構高く、年間720万くらいの教育コストで、年収は600万～6000万くらいということです。薬剤師さんの教育期間も6年制になりました。年間517万くらいの教育コストで、年収350万～2100万円となっています。(資料38～40)



職種 資格取得などに必要なコスト(期間) モデル給料	仕事の概要	一般的な資格取得・就職までの流れ 求人状況や今後のニーズ
<b>医療系の年収と教育コスト</b>		
① <b>医師</b> 350万～4900万円(6年) 1143万3400円/年	診療・治療を行う臨床医のほか、基礎医学を究める研究医という職種も	大学(6年)⇒国家試験(以下、国試)⇒臨床研修(約5年)⇒就職 地域や診療科(産婦人科、小児科など)によって不足が激しい
② <b>歯科医師</b> 600万～8000万円(6年) 724万2600円/年	歯と口腔内の疾病、傷病の予防・治療を行う。美容歯科分野も需要が高まる	大学(6年)⇒国試⇒臨床研修(1年～)⇒就職 開業医が6割を占め、長年供給過剰。自費診療で稼ぐ医院から経営難企業まであり、格差が大きい
③ <b>歯科衛生士</b> 200万円(3～4年) 327万7200円/年	歯科助手業務および歯石除去、フッ素塗布など虫歯や歯周病の予防処置を行う。口腔内の健康管理のプロ	指定養成機関(3～4年)⇒国試⇒就職 新卒で国試を受験する人数は少ない。また、結婚・出産での離職も多く需要に対して供給は慢性的に不足気味
④ <b>歯科技工士</b> 300万円(2年) 417万3000円/年	入れ歯、差し歯、金冠、矯正装置などの制作・修理を行う	短大・専門学校(2年～)⇒国試⇒就職 求人数が資格取得者数を上回る状況が続いているが、拘束時間の長さに対して給料が安く、なり手が不足
⑤ <b>薬剤師</b> 350万～2100万円(6年) 517万9700円/年	処方箋に基づき医薬品の調剤を行い、使用に際して説明・指導を行う	大学(6年)⇒国試⇒就職 薬科大学が6年制となり2010～11年は新卒者が激減。第1類医薬品販売を行う小売業で取り合い状態が続く

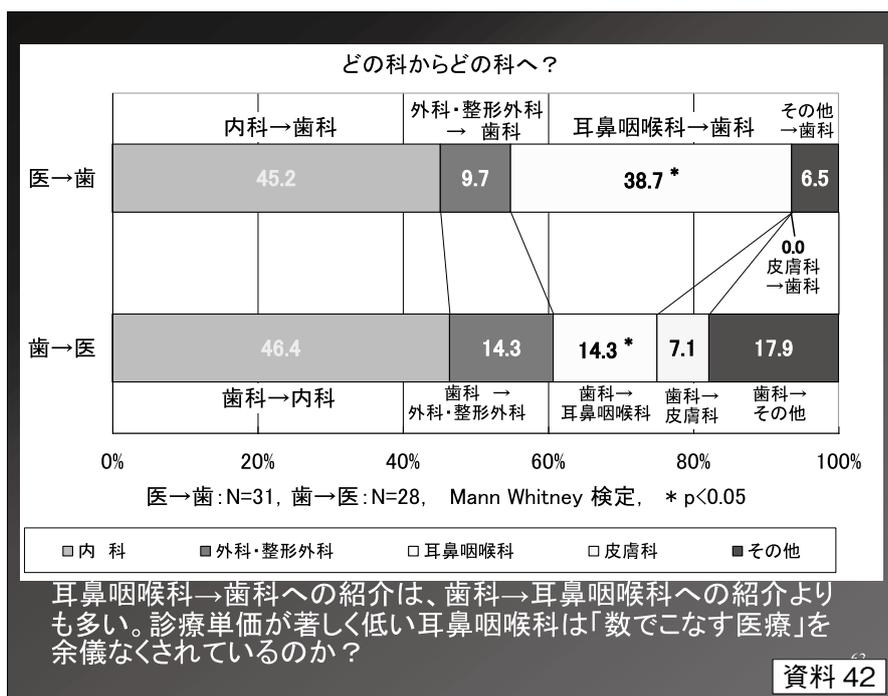
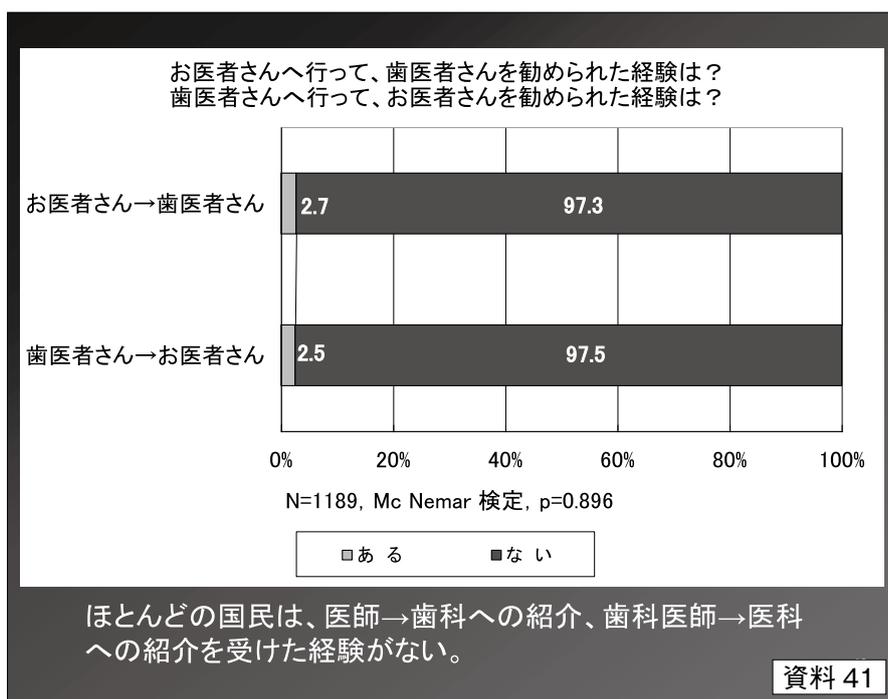
出所) 週刊ダイヤモンド4月号のP.66を改編

資料 40

実は2003年1月と6月に歯科医師が余っているので、歯科医師を医師にできないかという構造改革特区提案も出したのですが、うまくいきませんでした。そこで、株式会社ジーシーという会社と共同研究を行ったのが次の調査結果です。興味深いことに医師と歯科医の連携といながら、実態としてはほとんど行われていません。患者にそういう経験があるかを聞いたところ、あると答えた方はそれぞれ2.5%と2.7%しかありませんでした。無きに等しい数字です。しかし、あると答えた人に、どういう科目での連携だったのかを聞いてみました。統計的に優位があったのは耳鼻科と歯科の連携でした。部位が近いからでしょうか。(資料41, 42)

## 経管栄養からの嚥下評価・訓練モデル

資料43は、食べる楽しみを叶えるために考えたモデルです。くわしくは8020財団に提出した論文を読んで下さい。要旨としては、ドクターは在宅で頑張っているけれど、さすがに歯のことはわからない。嚥下評価などは歯科医に、嚥下訓練などは歯科衛生士に任せたほうがよいということです。歯科衛生士というのは可哀想な

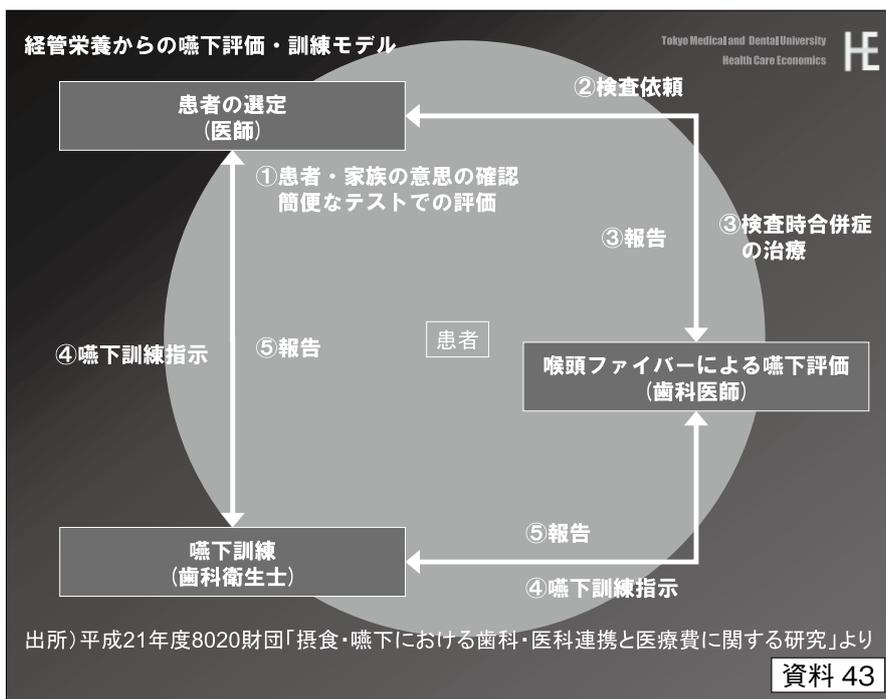


くらい給料が安いのです。4年制を出ても年収200万円ほどだと。教育コストのほうが高くなっています。ワーキングプアも著しいです。重要だと思うのは、評価よりも訓練ですね。手術や気道確保のようなものは医師でないとできませんが、最終的な鼻腔栄養や医療状態から食べる楽しみを味わってもらえればいいと思います。(資料43)

また、晴彦さんのメールに戻ります。今度は県立H病院に転院しました。その際、看護師のJさん、Kさん、Lさん、Mさんは、エレベータホールでドアが閉まるまで見送ってくださったと。こういう看護師さんもB病院にはいたということです。一方、H病院に来たら、今度は高吸収パッドが院内売店に売っていません。そこで「国立B病院の売店まで行って購入した」とありま

す。高吸収パッドなどは、売店同士で連携すればいいでしょうか。(資料44)

私はいつも講演の中で、無能なリーダーに共通する10カ条を読み上げています。これは、私に対する自戒の意味も含めています。いつもこれを自宅のトイレに貼り、読み上げてから学校に行きます。「やってみて、言ってみて、させてみて、褒めてやらねば人は動かじ」。山本五十六の言葉ですが、いい言葉だと思います。



7月26日

県立H病院に転院。看護師のJさん、Kさん、Lさん、Mさんが見送ってくださる。「リハビリ頑張って」「Aさんがいなくなるのは、涙が出そう。頑張って」との励ましをいただく。特にJさんがエレベータホールでドアが閉まるまで見送って下さる。

7月27日

T区から介護認定結果通知(要介護4)

7月28日

県立H病院看護師NさんからのA4版1ページにわたる非常に丁寧な状況説明と作業指示書(「なかなかお会いできないのでメモにしました・・・」)により、とろみ剤やジュースを購入。また、高吸収パッドが院内売店になく、国立B病院売店まで急遽赴き、2パック購入し、県立H病院まで届ける。体力低下が進み、会話もほとんどなし。面会終了時の20時30分時点で、目を開けたまま、反応なし。

資料 44

やってみせねばなりません。特に医療職というのは、この人は医療者としてどれくらいできるのかという目で見ています。私もそうですが、やはり教室では自分がやってみせなければ始まりません。その上で、こいつはできるな、という場合は言ってみせさせると。そして、褒めなければ人は疲れ切っていますから、笑顔も出てきません。やはり笑顔のない職場はいけません。(資料45)

その後、晴彦さんのお母さまは外科に転科しました。というのは、H病院に転院したのですが、ショック状態に陥ってしまったのです。救急輸血のため、リハに来たはずなのに外科に担当を移し、「当院としてできることはする。だが厳しい」と言われてしまいます。チアノーゼが足から広がり、ショック状態、原因不明で呼吸困難がある

ためICUに移したものの、どうしようかという状況です。とりあえず同意をとり、その後、透析に入っていきます。(資料46)

そして7月30日、「最後までしっかりやりませよ」と副院長先生が出てきて、直々に状況確認をしたと。心強いですね。しかし、国立B病院のD医師が県立H病院のある医師に「なぜ、負け戦を送りつけるのか」と抗議の電話をしているところを、晴彦さんは偶然耳にしています。

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

## 無能なリーダーに共通する10の特徴

- ①エネルギーと熱意が足りない
- ②明確なビジョンと方向性に欠ける
- ③一匹狼である
- ④新しいアイデアを認めない
- ⑤対人関係力に欠ける
- ⑥凡庸な業績に甘んじる
- ⑦判断力に劣る
- ⑧言行不一致である
- ⑨失敗に学ばない
- ⑩部下の能力開発をなおざりにする

やってみせ

言ってみせ、させてみせ

褒めてやらねば人は動かじ

(山本五十六元帥)

出所)Diamond Harvard Business Review July 2010 P.15

資料 45

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics HE

7月29日

14時頃県立H病院のI先生からご連絡。「朝からチアノーゼが足から広がり、ショック状態。原因不明。呼吸困難でICUに収容した。来院して欲しい。」各種同意書に署名。

18時10分

I先生から、「緊急輸血する」。

18時50分

同院のO副院長から、「外科に担当を移し、当院としてできることはする。だが厳しい。」。

P先生から逐次丁寧なご説明。敗血症ショックでの多臓器不全の可能性を告げられる。内科、腎内科の先生方にご対応いただく。内視鏡検査を実施。

21時30分

エンドキシン除去のため血液透析を2時間実施。

24時00分

血圧上昇が見られ、いったん職場の残務整理に戻り、帰宅。

資料 46

国立病院のほうが序列的に偉いのでしょうか。それともD医師とこの医師は、先輩と後輩の間柄なのでしょうか。(資料47)

昔、Let Me Decide(事前指定書)キャンペーンをやっていたのですが、今ではずいぶん医療の遺言書が流行ってきましたね。国立長寿医療センターの大島先生らも言い出していますが、私も結構昔から言っていました。やはり、最期にどうしたいかという選択に迫られる場面があると思います。特に日本では火葬が一般的です。しかし、火葬にしなければ、臓器提供もあり得るのです。臓器提供というのは外国人の発想だと思ったのですが、今回の臓器移植法案の改正で日本でも臓器移植が増えてきました。晴彦氏のお母さまも剖検に承諾されています。さて、最期の選択はどうだったのでしょうか。残念ながら死亡され、検便からCDトキシンが陽性でした。その後、I・P・Qの各ドクターから丁寧なお悔やみをいただく、とあります。霊安室でドクターがお悔やみを言うのは、この方が高級官僚だからでしょうか。こういう病院があるのでしょうか。その後、葬儀社と打ち合わせをした後、B病院の救急部にお世話になったからと菓子折をもっていきました。今日は葬儀サービスの関係者はお見えではないと思いますが、どれくらいコストがかかるのかが気になります。(資料48)

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics

HE

7月30日 5時51分

都立H病院P先生から「再来院されたし」とのご連絡をいただく。P先生から、急性腎不全、肝機能大幅低下などの状況について詳細データに基づき極めて丁寧にご説明いただく。その後、O副院長先生からもご直々に状況確認と「最後までしっかりやる」とのお言葉をいただく。

昇圧剤等を使うも、血圧が回復せず、自発呼吸も次第に弱まる。連続透析実施を断念。国立B病院のD医師に都立H病院のある先生が経過連絡。電話での「何故、負け戦を送りつけるのか」との抗議を、ICU内にて偶然耳にする。O副院長先生とも3度ほどICU付近にてお目にかかる。

資料 47

Tokyo Medical and Dental University  
Health Care Economics

HE

14時過ぎ

E子が来院。見舞いの後、帰宅させる。

17時過ぎ

徐脈警報が多発し、その後、アレスト警報も5回程生じる。手をマッサージし続け、都度アレストから回復。

17時27分

瞳孔拡大、心停止確認後、呼吸装置を外し、死亡確認。検便からは、CDトキシン陽性。剖検のご要請に対し、家族と相談の上、お受けする。丁寧な術後処理と死化粧をして頂く。

19時過ぎ

霊安室にて、I先生、P先生、Q先生から丁寧なお悔やみを頂く。

7月31日

葬儀社との打ち合わせ後、国立B病院救急部7S病棟に菓子折持参で御礼に行くが、(当方からは転院後3日で死亡という事実は何ら苦情も告げないにもかかわらず)極めて冷淡な対応。整形外科6Nに立ち寄る気力が失せ、そのまま帰宅。

資料 48

総合的な結果ですが、晴彦さんのメールによれば、国立B病院は院内死亡件数が1件減り、手術成功に1名カウントされたということです。お母さまが亡くなられて、92歳のお父さまがショックを受け、告別式の朝に家出をして警察に保護されるといったこともあったそうです。国立病院機構の評価としては「S」（中期計画を大幅に上回っている）評価が多いですね。確かに頑張ったということでしょうが、いかがなものかと晴彦さんがおっしゃっています。あとは今流行のAi(剖検)です。お金がかかるのですが、AiをMRIで行う方法もあるのではと思います。第5次医療法改正もつい最近ありましたが、B病院のサイトでは、D医師は「わかりやすい説明と納得のいく診療を心掛けています」と書かれています。

私は在宅死を目指すのは国の方向としては正しいと思います。私自身、できれば自宅で、次は在宅、その次は介護施設でしょうか。在宅診療を専門にしているドクターに言わせると、が

ん治療というのは結果が早く出るので自宅の死亡率が高いそうです。ずいぶん厚労省のホームページの結果と違うなと思いましたが、本気で在宅専門医が手がけるとこうなるのかなと思いました。その彼も、有床診療所を作りました。というのは、最期、家で看取れない人が出てきたためです。病院での看取りが多くならざるを得ないのです。こういう人たちについては自分の有床診療所で看取らなければならないと言っていました。これが現場の声なのかなと思いました。(資料49)

最後ですが、2年後は診療報酬と介護報酬の同時改定を期待していますが、その財源をどう確保するのでしょうか。なかなかキツイと思います。訪問看護も今は医療保険と介護保険で料金体系が大きく違うので、一気に整合性を図ればと思いますが、いかがでしょうか。

だいぶ時間をオーバーしてしまいましたので、これで話を終わります。ご静聴ありがとうございました。

Tokyo Medical and Dental University  
Faculty of Economics

HE

### 1999年から2006年までの在宅看取り率：主病別

	自宅看取り	病院看取り
神経難病	41.4%	58.6%
脳血管障害	33.3%	66.7%
悪性腫瘍	71.3%	28.7%
慢性呼吸不全	30.0%	70.0%
加齢性変化	71.9%	28.1%
その他	55.6%	44.4%

### 2005年から2006年までの在宅看取り率：年齢別

	自宅看取り	病院看取り
全例	61.5%	38.5%
75歳以上	64.9%	35.1%
75歳未満	57.3%	42.7%

出所) (医)拓海会 大阪北ホームケアクリニック 理事長 藤田拓司氏作成

資料 49