

一橋大学講義

「秀和総合病院における
品質管理の取り組み」

2007. 6. 23

理事長 米島秀夫



SHUWA General Hospital

秀和総合病院



総合受付



階層案内図

5F	5F 5F
4F	4F 4F
3F	3F 3F
2F	2F 2F
1F	1F 1F



秀和総合病院

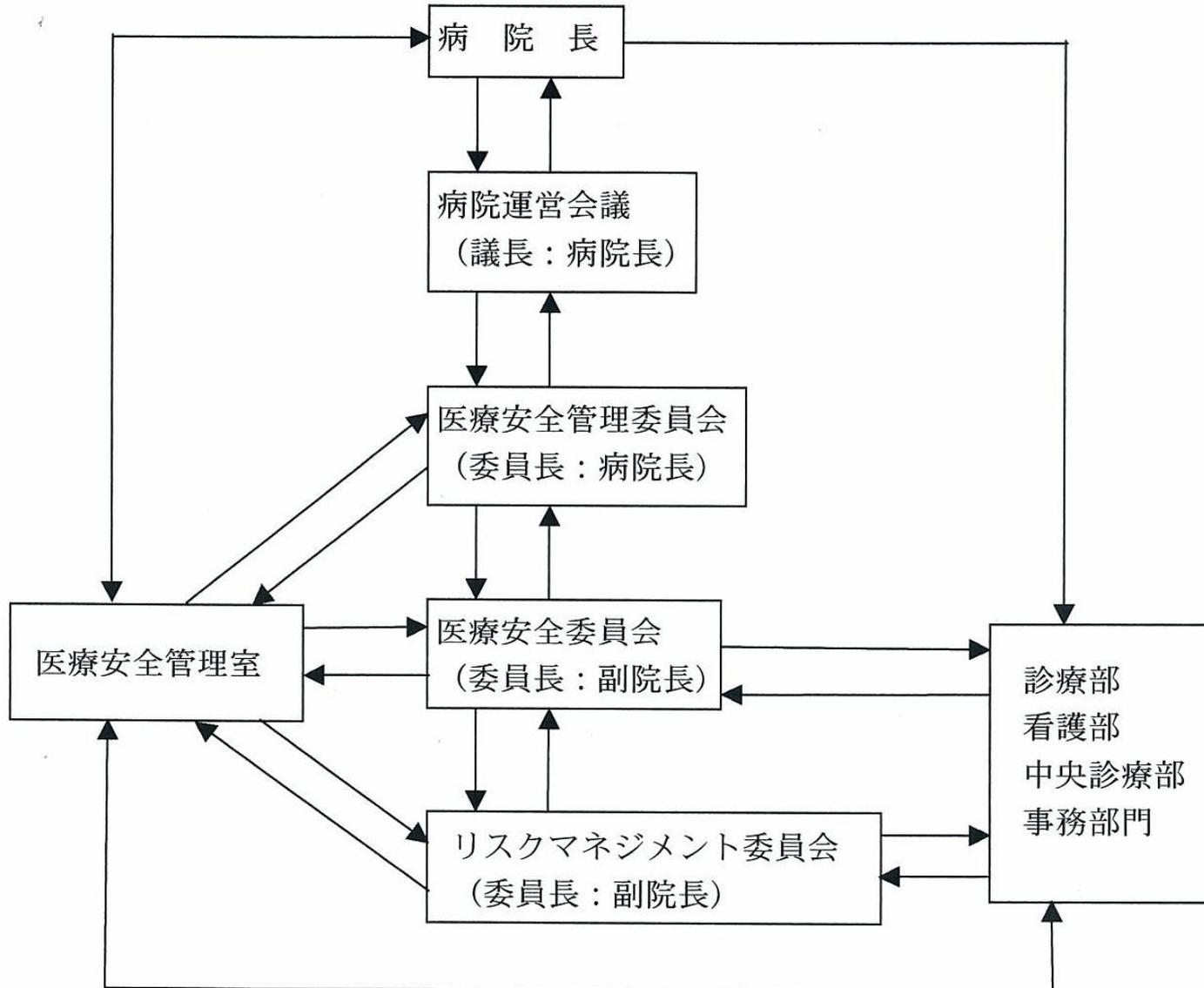
秀和総合病院は旧病院の25年間を経過し、病室、廊下などが狭く、これからの医療には適さないと考え敷地も代えて新築した。25,000m²の農地、約25,000m²の建物を建築し、2004年に開設した。診断機器等は充実。医師の質と患者さんのための医療の提供に目標を持つ。

病院の課題と取り組み

開院後多くのトラブルを経て電子化はほぼ完成し、以後病診、病病連携に努力している。

講演会、地域セミナー、平均在院日数の短縮、機能評価、安全管理、患者サービスの向上へと挑戦した。目下、がん診療連携拠点病院、クリティカルパス、がん登録やDPCのためのシステムの改良などの経緯である。

安全管理体制組織図



医師は数も質も充実しつつある。看護師は少ない。

2対1の看護基準は守っているもののICUの要員の充実に必死である。埼玉県の看護師数は日本最低だからだ。

(グラフ、都道府県別人口比看護師数)

人口10万対の正看護師数

人数

1,200

1,000

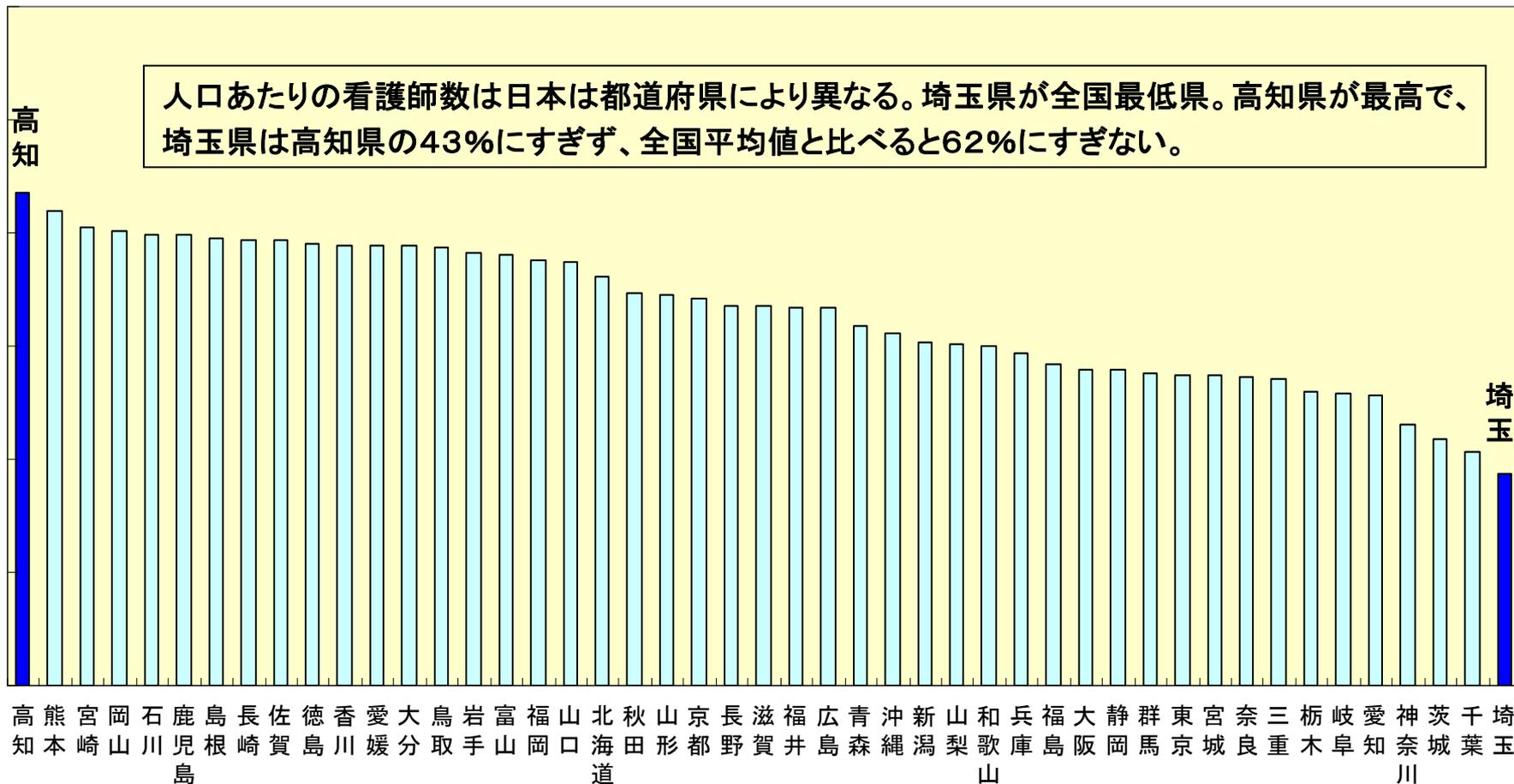
800

600

400

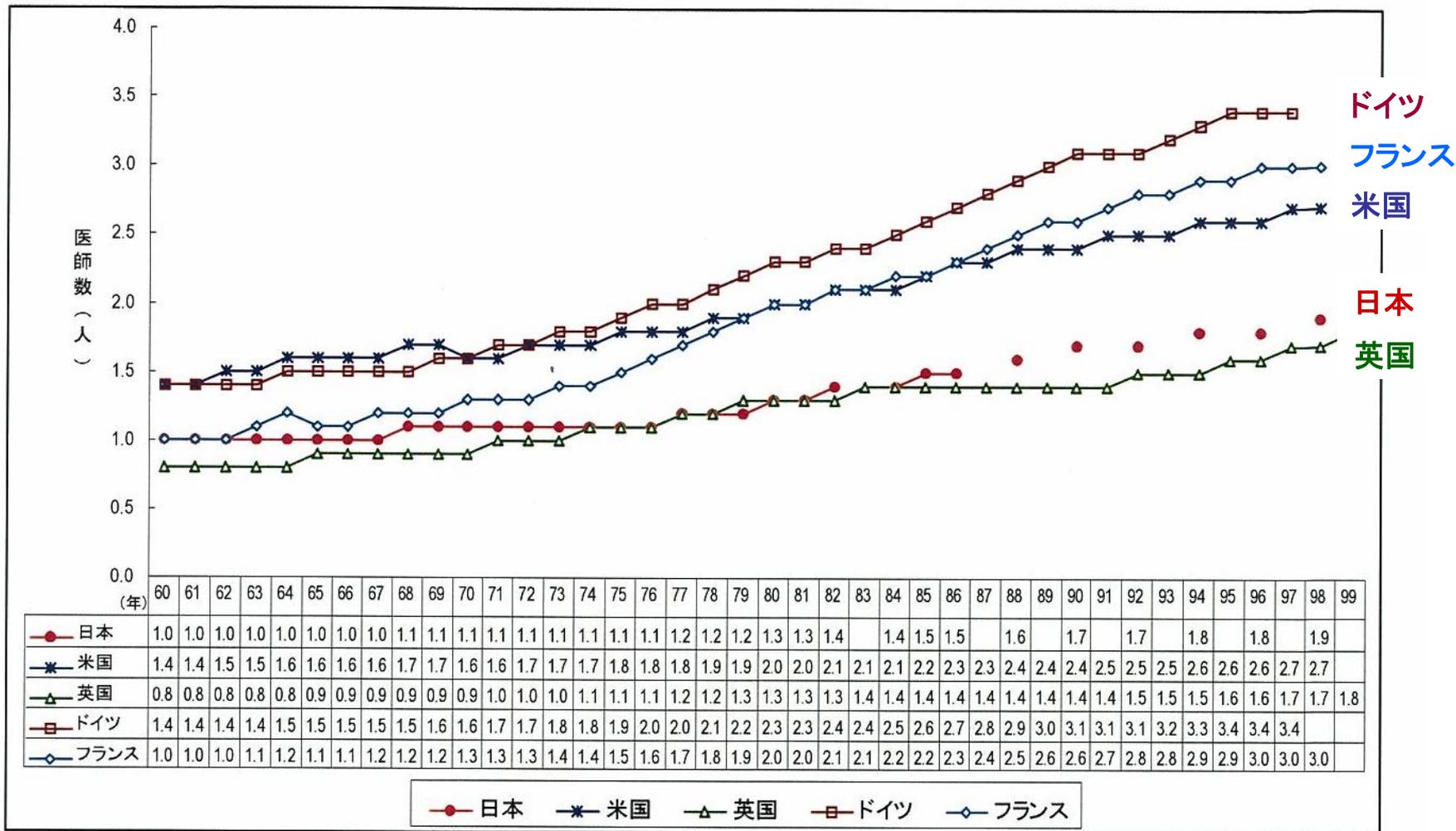
200

0



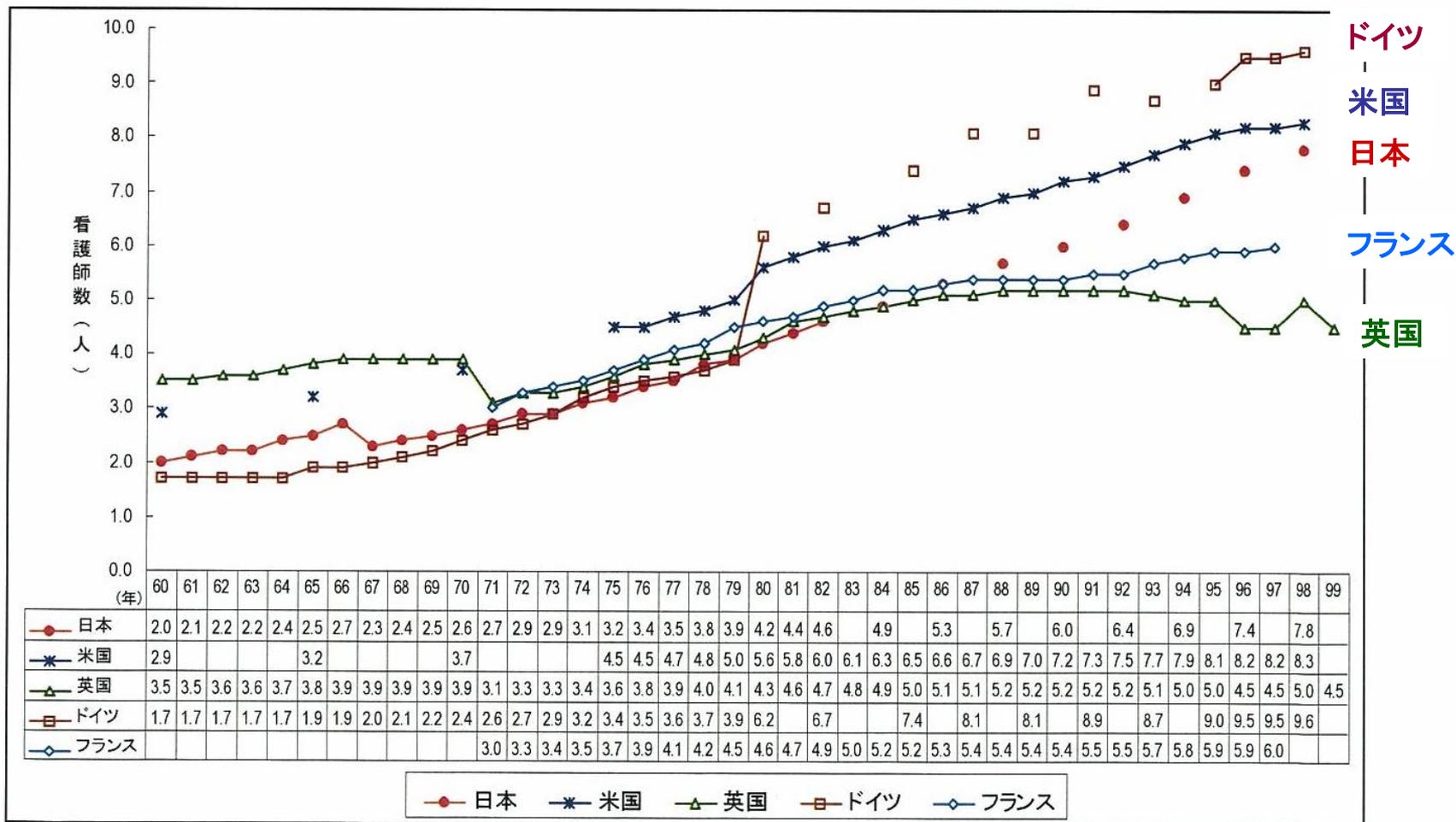
資料: 厚生統計要覧 平成16年度

人口 1,000 人あたり医師数



(資料) OECD Health Data 2001 Practicing physicians - Density /1 000 population

人口 1,000 人あたり看護婦数



(資料) OECD Health Data 2001 Practicing nurses - Density /1 000 population

日本は医療費削減政策で医療制度、健康保険制度、医療の質の低下の懸念がある。

日本病院会総会では2006年4月の改正により病院（約9000）の7～8割が赤字になったとの報告があった。昨年4月の医療制度「改正」以降、全国の病院の多くは経営に著しい影響がでた。

こういう局面の中で、更なる飛躍を試みるのは大変困難なこと。

上記に加えて経営の改善にも取り組みつつある。

秀和総合病院は埼玉県東部医療圏

(春日部市:人口約25万、高齢化率17.4%

全国平均値は20.6%)

秀和総合病院350床、急性期型病院、平均在院日数14日(5月現在)、常勤医師数41名、内東京医科歯科大学が最も多く臨床研修病院でもある。二次救急、透析数500人、がん病院、DPCへと努力中。

次に客観的立場より医療を支える
社会保障をみとめることにする。
国際的比較は重要なことである。

世界の医療制度と社会保障

国際的に見ると、世界の社会保障制度は次の三種類に分かれる。

- A. **日本型**：大正12年健康保険法成立、ドイツの模倣（ビスマルクの社会保障制度、1883年）
- B. **ヨーロッパ型**：ベバリッジ報告、ケインズ経済学、1942年。英国は問題多く、独仏は物品税に基く
- C. **アメリカ型**：Medicare, Medicaidは州、国の費用で運営、他は保険会社と契約、保険に加入出来ない人が4500万人など問題も多い

WHOの評価

日本の社会保障制度（医療保険）が世界一だ
（厚生労働省、WHO）

WHOは日本は医療水準が高く、寿命が世界一
長いなどというが、正しいか？

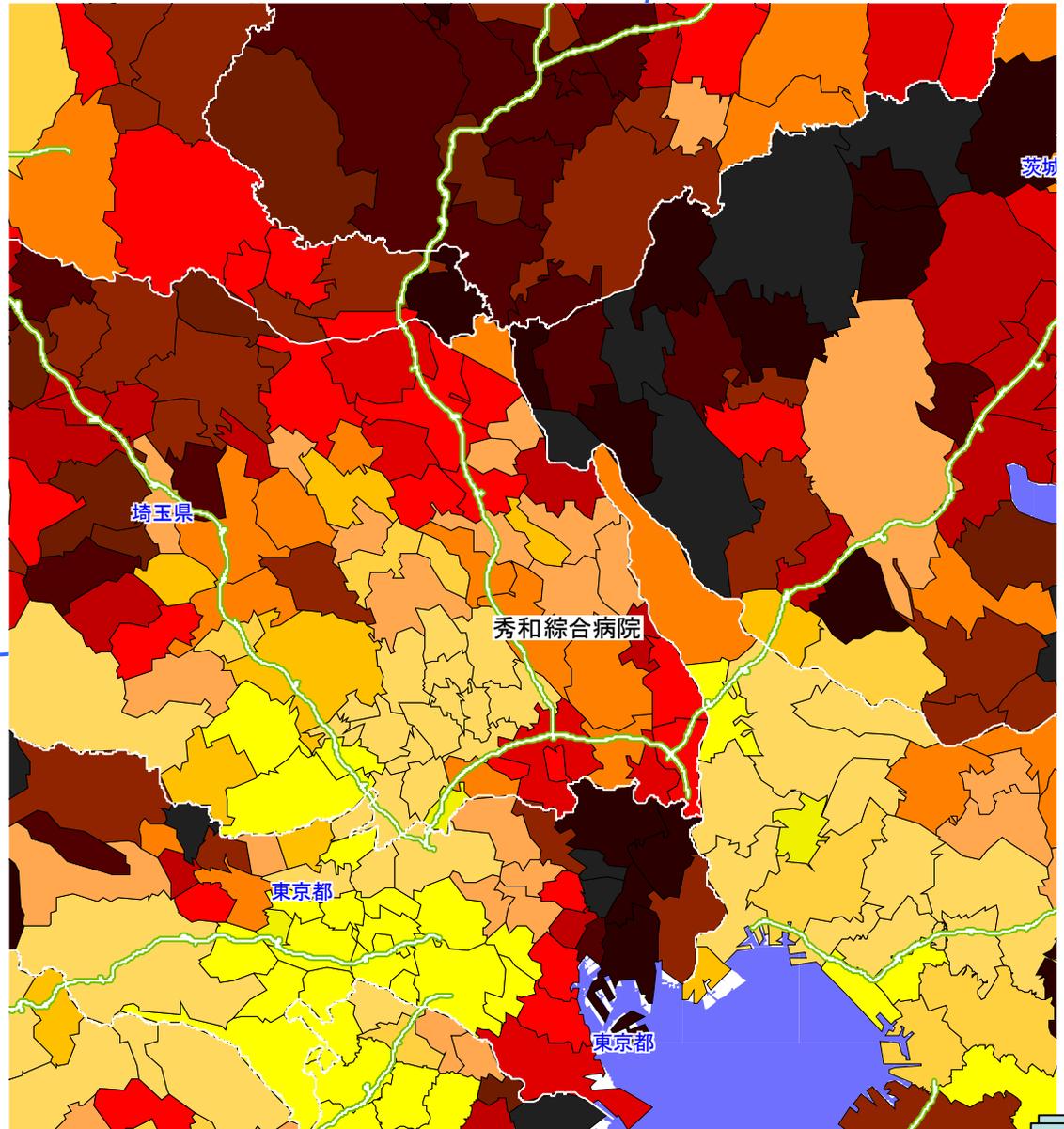
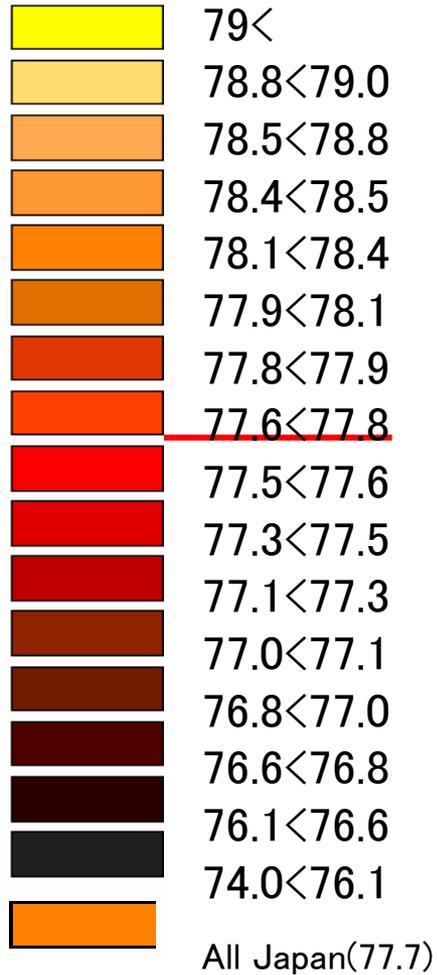
日本の平均寿命について

この図は埼玉県、東京都などの市町村および区別の平均寿命を色彩により16段階に定量化したものの。

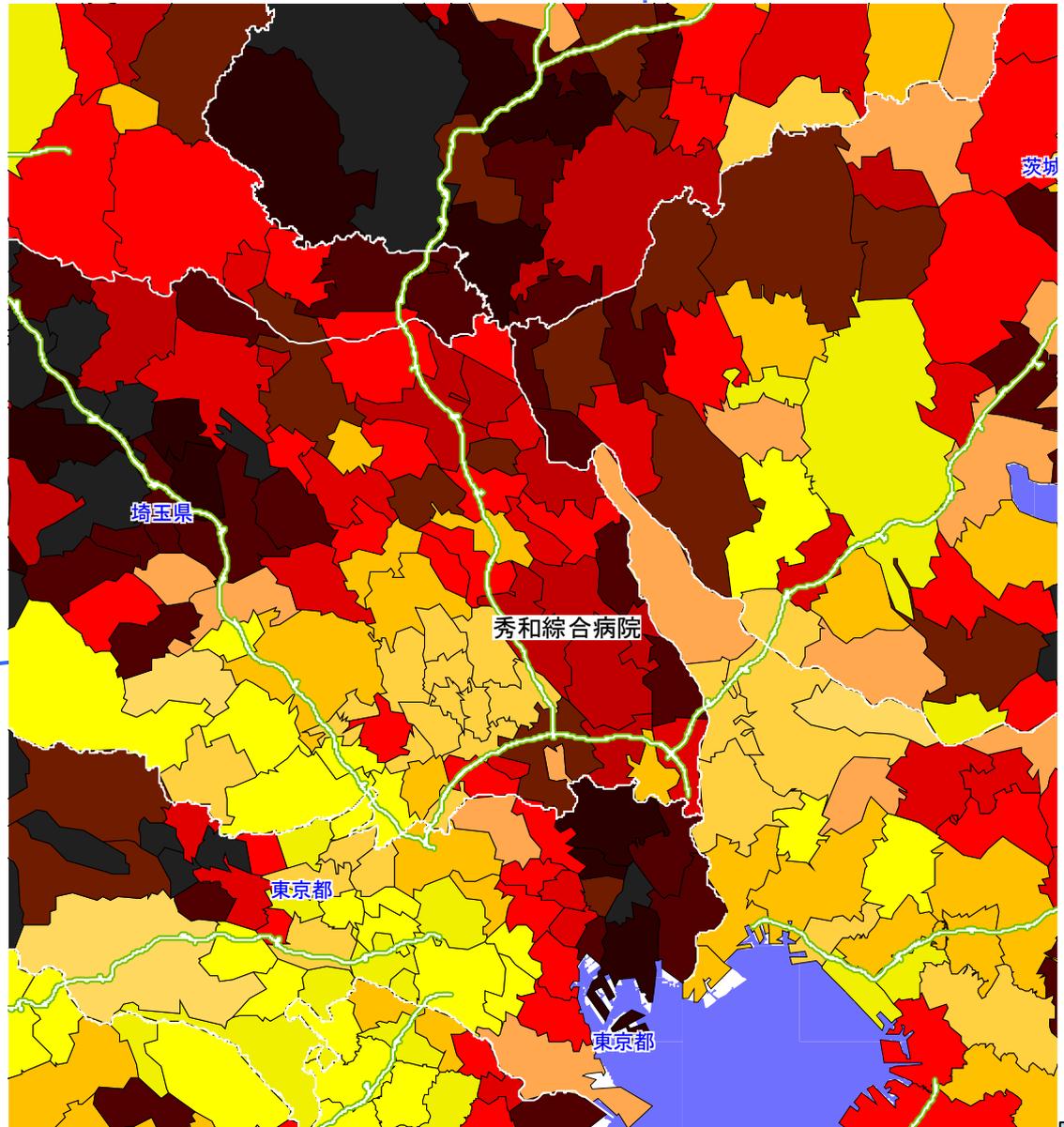
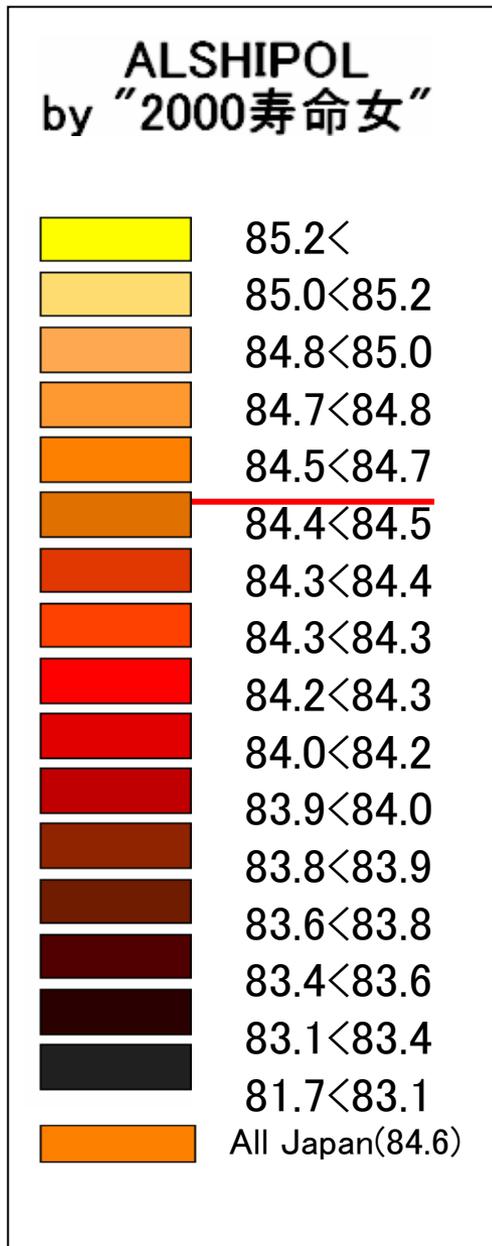
全国では、女性は沖縄県が1位(世界の1位)。男性は長野県が1位。寿命最低県は青森県、栃木県。

等カント16段階

ALSHIPOL
by "2000寿命男"

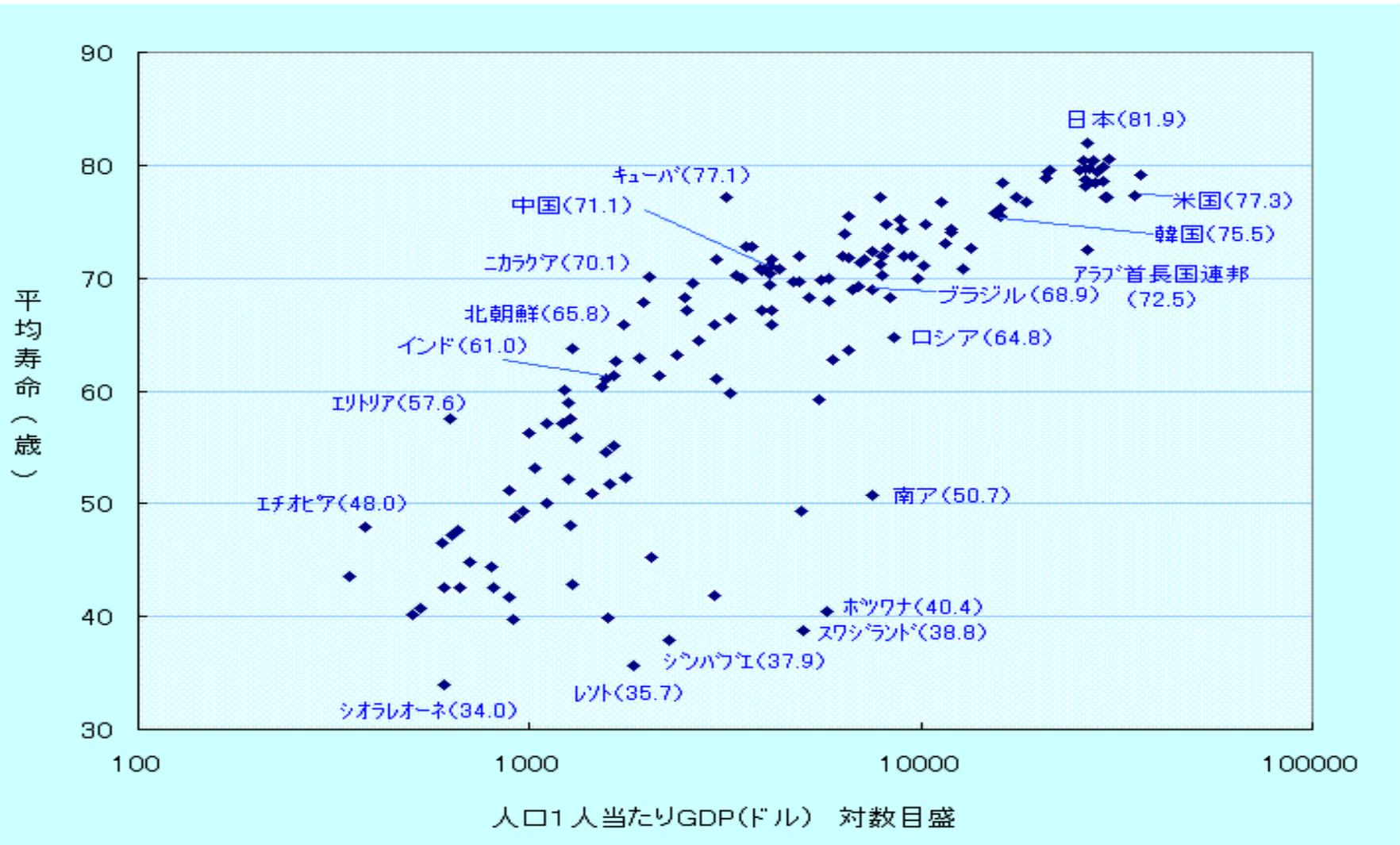


等カント16段階



✚ 寿命と所得の相関

世界各国の平均寿命(人口100万人以上の149カ国)

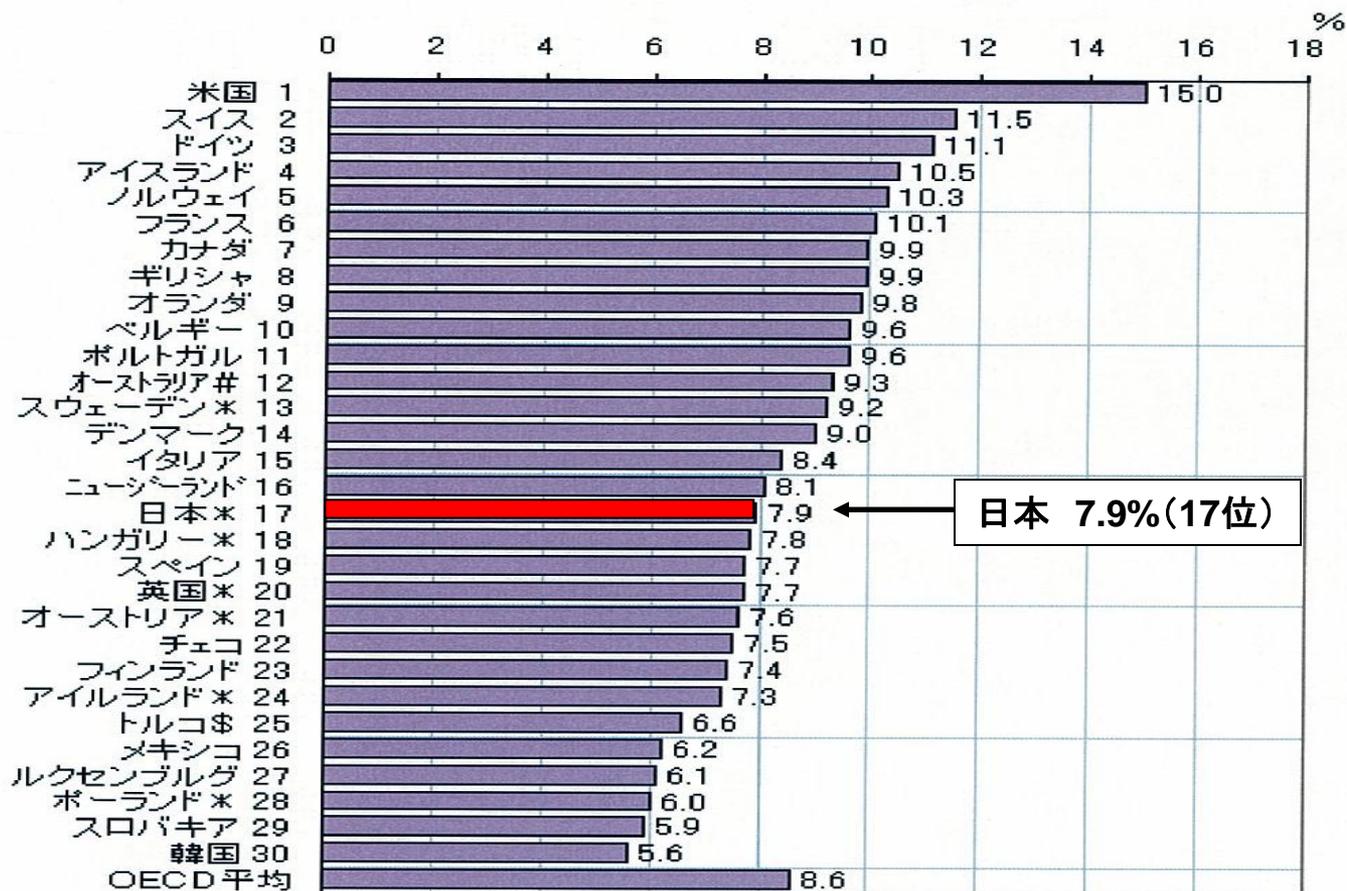


(注) 平均寿命は男女計(2002年)、所得水準(人口1人当たりGDP)はPPPベースのドル(2001年)。
(資料) WHO Core Health Indicators

日本では沖縄県の女性の寿命は世界一だが
所得は最も低い。
この理由は何か。
通常は所得の高い国は寿命も高い。

OECD加盟国(30か国)の 医療費のGDP比

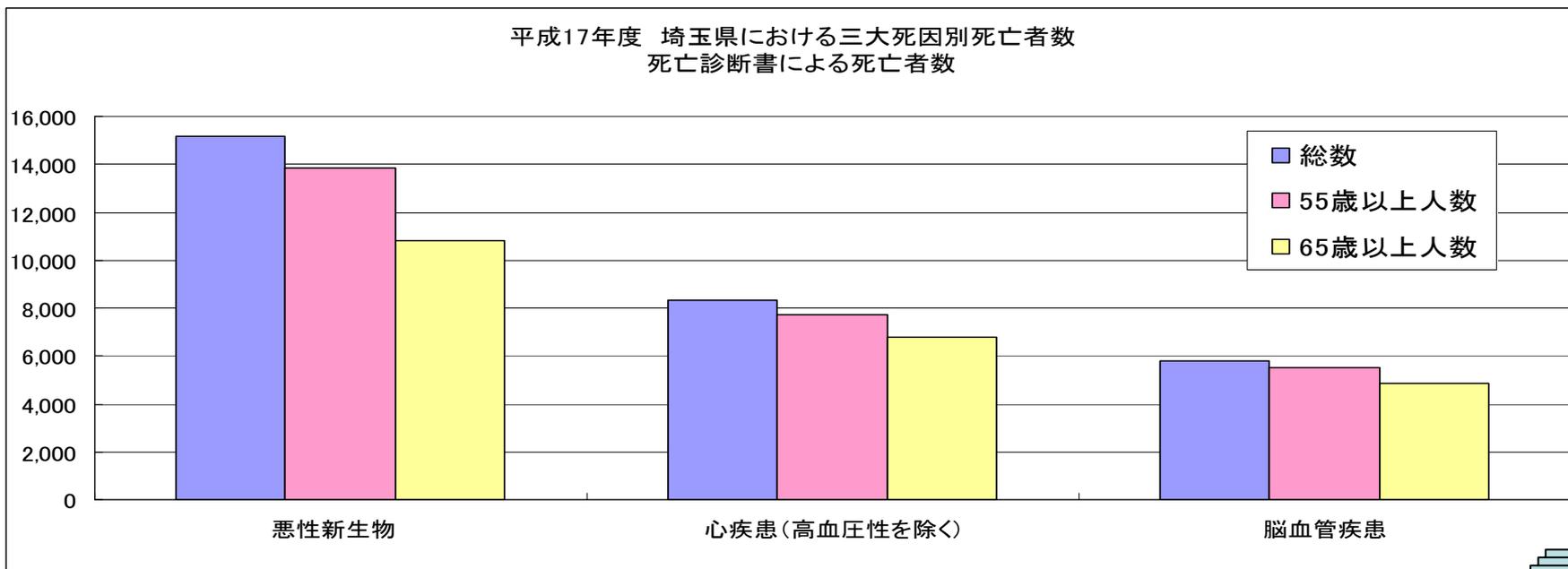
OECD諸国の医療費対GDP比率(2003年)



(注) * 2002年 # 2001年 \$ 2000年
 (資料) OECD Health Data 2005, June 05

埼玉県の三大疾患の傾向

	悪性新生物	心疾患(高血圧性を除く)	脳血管疾患
総数	15,190	8,318	5,780
55歳以上人数	13,845	7,747	5,490
55歳以上比率	91.1%	93.1%	95.0%
65歳以上人数	10,821	6,793	4,870
65歳以上比率	71.2%	81.7%	84.3%
65歳以上－55歳以上の値	3,024	954	620
65歳以上－56歳以上の比率	20.0%	11.5%	10.7%



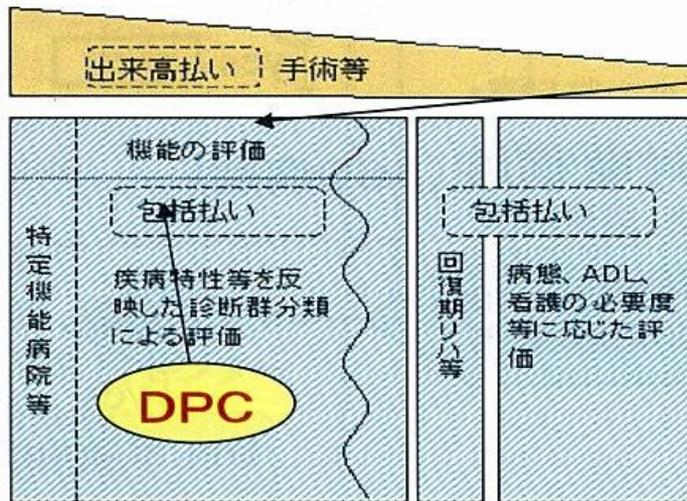
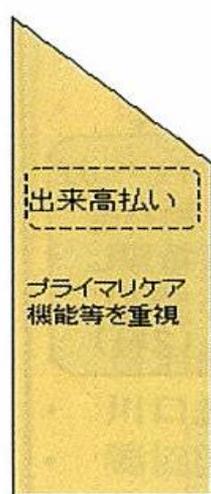
DPC (Diagnosis Procedure Combination) とは何か

診療報酬体系の見直し

平成14年12月17日厚生労働省試案。平成15年3月28日閣議決定

☆医療技術の適正な評価(難易度、時間、技術力を重視)
 <ドクターフィー的要素>

☆患者の視点の重視
 ・情報提供の推進
 ・患者の選択の重視



急性期機能の評価

☆医療機関の運営コストや機能を適切に反映した総合的な評価
 <ホスピタルフィー的要素>

診療所・中小病院

大病院

急性期

慢性期

← [外来医療] →

← [入院医療] →

DPC (Diagnosis Procedure Combination) の問題点

- ① DPCは病気の現状を病名で表現する。
極めて古い方法。国際疾患別分類ICD-10
(1万以上ある)というWHOが決めた病名を使う。
- ② 国際的にはDRG (Diagnosis Related Groups) が
欧米、アジア各国で使われている。診断分類と包括
評価は日本も「DRG」に向かうべきだが、医療費政策
を基調にしているため踏み切れないのでは。

- ③ 病名を使用する欠点。ICD-10はWHOの死亡統計作成のために作られたもの。臨床には不向きとの意見も。

- ④ 包括化は医療の質を損なう恐れはないか？
P4Pの考え方が必要。

- ⑤ 日本は総医療費は高く、1床1日当たりの医療費は低いといわれる。GDP比はOECD 30か国の17番目(2003年)であり低い。今はさらに低い。

- ⑥ 現状では、1日1床当たりの収入は診療科の内容により異なる値を示す。当病院は5万円ぐらいだが、類似した病院は3～10万円と幅がある。
- ⑦ フランスは15万円ぐらい、米国は州により、保険により大きく異なっている。ニューヨークは日本の10倍を越える。

- ⑧ 医師数も含めて埼玉県の現状はひどい。医療の質とサービスの低下が心配である。高齢化率がさらに上昇する県であり危惧する問題が多い。
- ⑨ 秀和総合病院は総建築面積に対する1床あたりの面積は72m²。日本の公立病院に等しい。米国は個室が殆どのためか150m²以上であり、シンガポールは120m²である。日本の私的病院は45～50m²ほどだ。

⑩ このような客観的情勢の中で日本の健康保険はDPCを基本にした構造に変化する。DPCは手段であり、過程の一つにすぎない。

⑪ 医療従事者に必要な課題

- 安全 接遇などのサービス
インフォームドコンセント
- 医療の質の向上、地域と国民のために、なぜ何が必要かを考え、社会保障の充実と国民のための未来像をもつべきだろう。
さらに、エヴィデンスのある医療サービスの提供に努めるべきだと考える。