

JAHMC
Japan Association of Healthservice Management Consultants

社団法人日本医業経営コンサルタント協会

KOBE
第**14**回 **神戸大会**^{14th}

日本医業経営コンサルタント学会
講演集

いのち
健やかな心と生命のために
～医療の質と効率化を求めて～

…… 経営力を支える医業経営コンサルタントからの提案

主催：社団法人日本医業経営コンサルタント協会

会期：平成**22**年[2010年]**6月17日**・**18日** 金

会場：ANAクラウンプラザホテル神戸10F

<質疑応答>

<座長>

邊見先生、大変ありがとうございました。3名の先生方に、それぞれの立場から、持論も含めながら、オピニオンリーダーとしていろいろ発表していただきました。

この後、3名の先生にご登壇いただいて、会場の皆さまからご意見・ご質問や、邊見先生は中医協のいろいろな場でご活躍ですので、こういうことをお願いしたいというご提言もぜひいただきたいと思えます。

3名の先生のいろいろな発表を聞きながら、共通していることは、急性期から亜急性期、慢性疾患、あるいは在宅といったそれぞれのライフステージ、患者さんの病態に合った医療と介護ケアの間には、つなぎ目がないということを感じました。特に、入院中に主治医、かかりつけ医の先生、地元の先生が病棟の治療に参画するとか、あるいは、長尾先生のように開業医の先生が既に入院中から顔見知りであるというような、地域、あるいは施設に戻っても、顔の見える、安心感のあるケアとキュアのシームレスな本当の医療が、理論ではなく実践されているというのが、お三方の先生のお話で共通する点でした。

特に邊見先生からは、今日は初対面だったのですが、本当にこやかに「今日はよろしく」と逆に激励されたことが、一生の思い出として残っています。特に、先生が実践されている市民に開かれた病院。健康なうちから、あるいは退院したときから、病院と地域の住民のつながりというか、ここも本当のシームレスで、これがヒューマンな医療だと感じました。

では、3人の先生にご登壇いただいて、一言ずつ追加発言をちょうだいできればと思っています。では、岡留先生、早速ですが、追加発言が何かありましたらお願いします。

<岡留>

今日は日本医業経営コンサルタント学会ということですので、公認会計士の方々もいらっしゃると思いますが、DPC病院は組織のありようを非常に問われると思います。特にマネジメントのところ非常に直結してくるのですね。病院の方針、ミッションやビジョンに、どれだけドクターが理解を示してくれるか、モチベーションをいかに高めていくかというところが、DPC病院がうまくいくかどうかの

本当の本質のところになるのではないかと考えているのです。

うちはドクターの部長クラス以上は年俸制度を採用していますので、年俸の査定の中にパフォーマンスレビューシステムを入れて、組織に貢献できる、DPC病院としてきちっと対応できるような姿勢を持っているかどうかということ、ドクターの諸君、特に主任・部長クラスに求めています。そこが院長としての立場で私が一番大事にしているところだからなのですが、そういった病院全体の方針として医療連携を打ち出すときに、それが本当に理解できるかどうか。これはちょっと極論になりますが、病院の組織の価値観をきちっととらえてくれているかどうかということ、ドクターには特に求めています。

皆さん方の前で言うのも恥ずかしいのですが、病院組織の中で一番御し難いのは、ドクターなのです。コメディカルの諸君は、いつもついてくれます。一番理解を示さない抵抗勢力は、ドクターなのです。そこをいかに崩していくかがトップとしての役割だと思うのですが、医療連携についてもその理解を十分に浸透させていくことが大事ではないか。これを追加発言として述べさせていただきました。

<座長>

ありがとうございます。では、引き続きまして、長尾先生。

<長尾>

岡留先生、邊見先生のプレゼンテーションを聞きまして、正直、病院の先生がこれだけ頑張っているんだ、すごいな、開業医は負けているなと思いました。私も医師会の中で、県立病院からも委員の先生がいらして、地域医療連携のいろいろな議論をするのですが、かなり意見が割れるのです。先生方がこのように一生懸命やっているのに対して、開業医の側には意識のずれがあるなと思いました。

邊見先生の話聞いて、自治体病院は非常に難しいと思っていたのですが、こんなに夢のある世界があるのだということあらためて感じました。お医者さんが一番大変だとおっしゃいましたが、私も本当にそう思います。お医者さんの意識をみんなと共有していくところが一番難しいのですね。ですから、今日のようなお話を、医師会、例えば開業医の仲間でもた聞きたいと、あらためて思いました。

<座長>

ありがとうございます。逆に私は、長尾先生のお話を聞きながら、病院に勤務している先生が長尾先生のように一生懸命やれば、もっといい病院がいっぱいできるのではないかということを感じました。

では、邊見先生、いかがでしょう。

<邊見>

今回の改定で、全国で180しか取れていない入院時医学管理料の要件緩和をお願いしたのですが、名前だけ変わって総合入院体制料となりました。これには、内科、外科、小児科、産科、あるいは精神科は、自分のところになくてもどこかと提携してどんな人も入院させることができ、退院するときに40%以上が治癒か逆紹介でないといけないという算定要件があります。地域連携にとって逆紹介は大事ですからいいのですが、うちの病院は、はじめの1年は取れていたのに、口腔外科と形成外科を作ったら、そこは送るところが周りがないので、40%以下になって返上ということになりました。地域のためにいいことをしたのに、点数は下がってしまう。地域完結型の医療ということを厚労省医政局はおっしゃっているけれども、保険局は病院完結型の医療を、点数では求めているわけです。ですから、私は厚労省は統合失調症ではないかとずっと言っているのですが、保険局と医政局は違ったことを言っているわけで、ちょっとおかしいと思います。

<座長>

ありがとうございます。政策と財政というのは非常に壁があって、なかなか財政基盤が付けにくいというご指摘が今ありました。

では、会場の皆さま方から、こういうことを中医協の場でお願したい、こういうことを実践してほしいというご意見や、ご質問をいただきたいと思います。いかがでしょう。

<質問>

岡留先生に質問させていただきます。

ご発表の中で、連携施設の転院状況の表があったと思うのですが、その表をお作りになるときの病院さんからのデータの収集は、どのような形でなされているのでしょうか。

それから、1枚しかスライドがなかったのですが、あれ以外にもう少し細かいデータのやり取りが、病院さん同士であるのかどうか。例えば、転院元の済

生会さんであれば患者さんのもう少し詳しいデータとか、逆に転院先の病院さんの空床の状況とか、そういったものがほかにもあるのかどうか、もしありましたら教えていただきたいと思います。

<岡留>

毎週チームで施設を回っていますので、ビジット形式で、こういうカテゴリーのベッドはどのくらい空いているというような詳しい情報をチームとしていただき、週の半ばで変更が利く場合にはメールでいただくというように、状況に応じて情報をいただいているというのが現実です。

<座長>

非常に時間と足を使って情報を集めているということですね。

<岡留>

そうですね。連携と簡単に言いますが、連携というのはある程度病院の営業活動でもあると思うのです。情報を得ることが非常に大事だろうと思うのです。地域の中、一つのコミュニティの中で動いているわけですから、情報をいだいて、みんなで同じ情報を使っていくことがいかに大事か。これの延長線上にあるのが地域医療連携パスの発想ではないかと思っています。

<座長>

ありがとうございます。

<質問>

私は歯科医院専門のコンサルタントをしています。地域医療連携の中で、特に訪問介護等を含めて、地域の歯科医院に期待する役割や、訪問歯科医療にどう取り組んでいращるのかというあたりについて、できれば長尾先生からお聞かせいただければと思います。

<長尾>

ありがとうございます。在宅医療においては、摂食、嚥下、口腔ケアの面で、歯医者さんとの連携は非常に大事です。実際に、歯科医師会の中で訪問診療などを熱心にやっておられますし、歯科衛生士に回っていただくシステムもありますが、実は先ほどの「尼医ネット」には、歯医者さんはまだ入っていないのです。これからの課題なのです。医師会を通さない有志の会では、歯医者さんと一緒に連携の勉強会を開いています。先生がおっしゃるような非常に重要で、これから一番取り組まなければいけないのが歯医者さんとの連携です。それが一番大きな課題だと

思っていますが、現状ではまだまだこれからだと、私のところでは感じています。

<質問>

ありがとうございます。実は、医業経営コンサルタントというのは会計事務所もたくさんありまして、歯科医院と一般の医科の診療所を両方持っている方もたくさんいらっしゃるの、マッチングのようなことで、例えば尼医ネットのようなところに訪問診療をしてもいいという歯科医師をご紹介することは可能なのでしょうか。

<長尾>

私としては本当にそのように持っていきたいのです。私自身もしょっちゅう歯医者さんに紹介状を書いています、実はどこに書いていいのか分からないのです。それから、患者さん側の選ぶ権利もあります。顔の見えるという意味では、まだまだお互いに知りません。歯科医師会と医師会とで、合同の情報交換会がだんだん盛んになってきていますので、そういう機運の中で、先生のおっしゃるように、このネットワークの中にどんどん入っていただくということを、すぐにでも提言していきます。まず尼崎から発信したいと思います。よろしくお願いします。

<座長>

ありがとうございます。

岡留先生、邊見先生、病院の原価計算をすると、歯科や歯科口腔外科は大変な赤字部門で、病院としてこのまま存続した方がいいのか、それとも、ある程度縮小しながら近隣の開業医の歯科の先生に訪問診療を受けた方がいいのか。実は私たちの病院でも将来計画の中で一つの疑問があるのですが、いかがでしょうか。

<岡留>

その点については、私どもの済生会は社会福祉法人ですので、残念ながらと言ってもあれなのですが、3年前に歯科診療をやめました。それはどういうことかと言いますと、私どもの病院がある天神1丁目というのは都会のど真ん中ですから、周りに歯科のお医者さんがいっぱいいらっしゃるのです。むしろそちらからの合併症を持った患者さんの紹介が多くて、歯科の診療はそういったところをお願いしなさい、私ども社会福祉法人は、その役割として、へき地の診療、養護施設の診療、社会的に恵まれない方々を診療しなさいというように、はっきりと方向性を打ち出しました。これは前々から思ってい

たのですが、今、先生がおっしゃったように、歯科の部門というのは大赤字ですよ。ですから、それは切ってしまって、そちらへ回すように徹底しているところです。

<座長>

ありがとうございます。邊見先生はいかがでしょうか。

<邊見>

第四次医療計画で、二次医療圏に一つずつ歯科医療中核病院を置けということになったときに、兵庫県には二つだけない地域がありまして、私のところはない地域でしたので、半分公的な使命のために作りました。今、3人の歯科医がいますが、仕事は1.5人分ぐらいしかないだろうと思っています。大赤字です。

ただ、例えば胃がんの手術をした方は痩せてきますので、歯茎が衰えてきて歯が合わなくなります。そういう人をまだしんどいものによそへ行かせるのもあれですし、顔面外傷など、いろいろな意味で病院のレベルアップにつながりますし、地域のニーズもあると思います。ただ、訪問などは、歯科医師会との関係で、やりたいけれどもやれない状況です。

歯科は診療報酬が低すぎると思うのです。サボっているのかと思ったら、いつもデンタルチェアはいっぱいで、いつも働いているのに赤字なのです。ほかの科はあまり患者さんがいないのに黒字というのは、おかしいなと思っています。ですから、今回、歯科が2.0%上がったのは、小沢さんの参議院選挙対策だともいわれていますが、私はそんなことはないと思います。歯科はこの10年間、1.5兆円でずっと横ばいです。調剤は1兆円から5兆円に上がっています。ですから、上げるべくして上げたのだと思っていますし、また上げるべきではないかと思っています。ものすごく細かい仕事を一生懸命やられているのに、報われていないような気がします。

<座長>

ありがとうございます。恐らく会場の皆さんの中にも、歯科診療所のコンサルティングをされている方がおられると思いますが、最近、歯科の開業医の倒産が、東京では非常に多くなってきています。設備投資が非常に大きいのになかなか歯科報酬が上がらないとか、最近、中国で工場と称しながら約500名の歯科技工士が日本の歯科から依頼された入れ歯を作っているというニュースがありました。こ

の段階はまだいいのですが、加工しやすく安いということで発がん性の高い金属が使われているということが社会問題になっています。皆さま方の中で、歯科のコンサルティングでなかなか厳しくなったとか、こうやって生き残っているという事例がありましたら、ご意見をいただきたいのですが、いかがでしょう。

長尾先生、口腔ケアが大事ということをおっしゃいましたが、がんの患者さんで口腔ケアの専門チームがまだできていないといいますか、その辺はいかがでしょうか。

<長尾>

認知症の方や骨粗鬆症での寝たきりの方が現実には多くて、誤嚥性肺炎を常に繰り返す。それを予防していくのは歯医者さんの役割ですし、今増え続ける胃瘻から逆流、そして誤嚥という連鎖が毎日なのです。やはり歯医者さんがしっかり入っていただいているところは非常に安心なのです。

ただ、たくさん入ると患者さんの負担も増えます。例えばお薬でも、薬剤師さんが訪問できるようになって報酬も付いたのですが、1割負担にせよ、負担が増えると患者さんの方から抵抗があるので、報酬が付いてもというところがあります。ですから、個人的には、先生にお願いしたいのは、その辺は自己負担を無料にさせていただく。実際、無料のサービスは受けられるのですよね。歯科医師会が負担している無料の部分は受けられるのですが、有料になった途端に駄目で、なかなかその辺が進まないのが現状です。

あと、大阪では歯を削らない歯医者さんができて非常に有名ですが、口腔ケアとか、嚥下できるかどうか、胃瘻が入っているけれども実は食べられないではないとか、そういうことに特化した歯医者さんができているということで、歯医者さんという昔は遠かったのですが、非常に身近な存在になってきたと思います。

<座長>

ありがとうございます。もう一つ、急性期の病院からどんどん地元や在宅に返しているのですが、こんな医療機関とは付き合いたくないなというのは何かありますか。

<長尾>

地元の病院ではよく講演を頼まれます。私は、それはいい病院だと思うのです。院長先生からは、こ

の病院の悪口を言えと言われます。みんな怖くて言えないのです。でも、私は言います。それをみんな聞いてくれるわけですね。そういうことを何回か繰り返していると、非常に医療連携が進みます。

こんなことを言っただけですが、やはり病院というのは上から目線というか、開業医はあほやから何を言っても駄目だろうと見ている病院もあるのです。ところが、開業医から学ぼうという姿勢の病院もあって、我々から見ると非常に温度差があります。ただ、私のような者の意見にも耳を傾ける病院というのは、本当にいい病院だなと思います。

それから、先ほど先生から必ず返すという言葉がありました。行ったらそれっきりということが非常に多いのです。病状にもよるので、それはそれでいいのですが、やはり途切れてしまうのは寂しいなと思うこともあります。

邊見先生に逆に質問したいのですが、数年前、紹介率と逆紹介率の両方で病院のインセンティブをかけた時代がありましたね。ところが、今は紹介率だけで、逆紹介率を厚労省が外してしまいました。一時は、逆紹介率が100%を超えた病院も結構出ましたよね。すなわち、紹介される患者さんより地域に返す患者さんの方が多いわけです。これはなぜなのか。今日のお話を伺っていたら、岡留先生もとにかく返すのだということでしたが、病院によってかなりコンセプトが違うというか、病院経営のためにしっかり外来でプールして、一回紹介したらなかなか地域に帰ってこない病院もあれば、岡留先生のような病院もあるということで、この辺はどう考えていけばよろしいのでしょうか。

<邊見>

平成18年の診療報酬改定のとくに、実は紹介率をもう少し評価してほしいと言ったのです。というのは、お父さんやお母さんが自分の車で行った場合は紹介率に入らないけれども、救急車を呼ぶといっでも、この時代、車は必ずあるので、夜に子供を連れてきたのは紹介率に入れてほしい。あるいは、ドクターヘリが紹介率に入っていなかったのですが、車は入ってヘリが入っていないのはおかしいではないか。そういうことも言って、我々は紹介率をもっと評価するようにと言ったのですが、そのときの麦谷課長は「紹介率というものはもう使命を終えた」ということで、紹介率そのものがすべての診療報酬からなくなりました。残ったのは地域医療支援病院

と特定機能病院の二つです。これは社会保険の診療報酬のところだけでなく医療法そのものを変えなければいけないので、この二つだけ残って、紹介率はなくなりました。

それとともに、逆紹介も言われなくなりました。ただ、逆紹介の方は、先ほど言いました総合入院体制料の、治癒率と逆紹介率が40%を超えなくてはいけないという要件のところに残っています。ですから、どちらかというとなら逆紹介の方がまだ残っているということです。

<長尾>

分かりました。

<座長>

ありがとうございます。ほかに会場から。はい、どうぞ。

<質問>

先ほど座長の中村先生がご質問された歯科の件について、ご参考になるかどうか分かりませんが、お話しさせていただきます。

高齢者を見ている家族の立場で歯科の先生方に望みたいことは、コンサルタントの立場ということも交えますと、グループホームをはじめとして、施設、あるいは長期療養の病院の中には、入れ歯がかみ合わないとか、口腔ケアが必要な方がたくさんおられます。しかし、実際に訪問歯科診療をやっていたら方々をネットで探しても、ほとんどありません。最近、東京の方にそのネットワークがようやくできたという状況なので、本当に困っています。急性期の病院であっても、慢性期の病院であっても、小規模のグループホームであっても、訪問歯科という形で展開していただけないだろうかということをお願いしています。

もう一つ、昨年の介護報酬改定で口腔ケアに関して地域の先生方と連携をするということで初めて分かったのですが、歯科の先生方は介護保険制度に対する理解がどうも少ないように思うのです。特に、居宅療養管理指導というものがあります。ケアプランにも位置付けなくていい、あるいは支給限度額の枠外で、訪問歯科、歯科衛生士、あるいは医師・歯科医師ですね、看護師さんは昨年が1回だけありますが、そういうことも、歯科の先生とお話しして分かったのですが、介護は全く苦手とする世界で、異分野に考えられているのです。従って、長尾先生も邊見先生も岡留先生も十分お分かりだと思っ

が、もう少しこれから高齢者に対する口腔ケアをネットワーク化するというのと、もっともっと訪問するというのに対する歯科の先生方の理解が少ないのではないかとというのが、ちょっと気がかりな点です。歯科のコンサルは、本当に個人的に2~3やったにすぎないので、私はコンサルテーションしていますなどということはちょっと言えないのですが、そんなことが散見されますということです。

もう一つ、邊見先生にご質問なのですが、先ほど厚生労働省の医政局と保険局に関して、統合失調症というお言葉をお使いになりました。私は精神科の病院のコンサルテーションを幾つかさせていただいているのですが、どういう意味で統合失調症というお言葉が使われたのか。ご存じのように、かつては精神分裂病でした。それが統合失調症という言葉に変わって、多少なりともほっとしているのですが、どんな気持ちで使いになったのかを確認させていただきたいのです。

もし精神分裂的な意味合いで使いになったのであれば、それはちょっとおかしいのではないかと思います。おかしいというよりも、統合失調症の方に対して大変失礼ではないかと。私は統合失調症の方と接するのですが、とても優しいお気持ちの方が多いです。統合失調症の方から逆に励まされたりして、本当に優しい気持ちを持っているのだなということに常に感謝しているのです。それを先ほどお使いになったので、邊見先生にご確認したいと思ったのですが、お答えいただけませんかでしょうか。

<邊見>

誤解を招く表現で、すぐに取り消さなければいけないのではないかと思ったりしますけれども、やっていることが全くでんでんばらばらという意味で使っただけなのです。本当に統合失調症がどういうものか、うちには精神科ありませんのであまり分かりませんが、とにかく、やっていること、言っていることが、同じ省の中の者とは思えないのです。保険局は保険局で勝手なことをやって、医政局は医政局で勝手なことをやっている。ほぼ横にあるのですが、我々が片道4時間半もかけて行って討議しているのに全く違う答えばかり出てくるので、これはおかしいのではないかとという意味で使っただけで、そんな深い意味はありません。

<質問>

その真意はよく伝わるのですが、統合失調症とい

うたとえをお出しになるのは、ちょっと誤解を生じるのではないかと思いますので、それはそれでもう少しほかの言葉を使っていただければともうれしいと思います。

<座長>

ありがとうございます。私自身、医療の現場で働く者として、今のお言葉は真摯に受け止めて、今後注意していきたいと思います。

ご質問者は非常に診療報酬改定にも明るい方で、プロ意識が出たものと受け取っていただきたいと思っています。

<質問>

歯科医療について、中村先生からお話がありましたので、私の知り得る範囲でかいつまんでご紹介したいと思います。

まず、東京の23区内の歯科医院は本当に今、苦境にありまして、例えば六本木・麻布地区、東京のど真ん中の一番家賃の高いところに、124軒の歯科医師会の会員がいます。平均レセプト枚数が120枚、1枚当たり点数が1250点という状況です。リーマンショック以降、自費が減っていますので、破産する先生も増えてきているという状況です。

それから、先月から今月にかけて、新世会という医療法人ともう1軒、東京で大規模医療法人が倒産しています。これも破産に近い倒産です。開業資金のために民間の資金を導入したことが導火線になったといわれています。

成功している事例としては、私の呉のクライアントで、ドクター1人と衛生士5人ほどでやっている診療所が、インプラント中心にやっていたのですが、午後1時から3時まで、毎日、訪問歯科診療を始めたのです。最初は2軒ほどから始めたのですが、それが地元のケアマネジャーさんから口コミで広がって、ついに夜7時に終わってからも9時までやることになって、ちょっと過労で鬱状態になって私に相談の電話が入ったという状況まで繁盛している先生もいらっしゃいます。

多くの歯科医院、1人診療所の歯科医師が訪問歯科診療に行かないのは、一つは、訪問歯科診療の機材が高いからです。ポータブルユニットが130万円ぐらいします。ポータブルレントゲンも数十万円します。もう一つは、訪問診療車は軽自動車でも100万円近くかかっていますので、これを投資する余力がないところが多いということが

一つあります。

もう一つは、歯科衛生士の採用なのです。歯科衛生士を連れていかないと介護保険も算定がなかなか黒字になるベースまでいかないものですから、そのところで歯科衛生士の確保が難しい。二つ目は、歯科衛生士が終末医療の現場に行くのを嫌がるということがあります。やはりおじいちゃんやおばあちゃんの口の中を見たくない、どちらかといえばおしゃれできれいな歯医者で診療したいという若い女の子たちのニーズがあるということです。

もう一つは、医師たちに恐怖感があります。誤嚥性肺炎を起こして殺してしまったら、連携している医師からどういうふうな責められるのだろうか、家族はどういうふうな責めるのだろうかというところまで考えると、怖くてできないという先生もいらっしゃいます。

ですから、私の私見ですが、訪問歯科診療の連携チームみたいなものを作っていて、衛生士と医師に研修を受けるような機会を与えていただけるようなことはできないだろうか。それから、訪問歯科診療が欲しいという患者さんたちのニーズを、歯科医師会や、地元のそういうことを志す歯科医師に情報提供できないだろうか。そんなことを今考えています。ご参考になればと思います。

<座長>

ありがとうございます。邊見先生、今回、2012年に診療報酬改定がありますが、歯科医師会の力は政治団体としては弱いと思うのです。その辺はいかがでしょう。

<邊見>

歯科医師会からもお二人、渡辺先生という方が委員で、あるいは住友先生という方が専門委員で、頑張られているのですが、たくさん懸案の中では後の方の順位にどうしてもなってしまうような気がします。収容不能とか、救急車の中で途中で亡くなってしまうとか、新聞やマスコミでいろいろ出るようなことが起きると、救急や周産期の問題が喫緊の対策ということでどうしても優先順位が上がって、歯科は後回しになっているような気がいたします。決して歯科の先生方の力が弱いということではなく、厳しく主張はされているのですが、なかなか反映できていないところだと思います。

<座長>

ありがとうございます。時間もだんだん迫って

きているのですが、ほかにご質問やご意見はありますか。

<質問>

私自身は医師で、外科をやっています、在宅の診療等をやっていますが、たまたま実家が薬局だったもので、今は薬局の方も見ています。

岡留先生と邊見先生にお願いといいますが、いわゆる薬業連携とその業界ではいわれているのですが、私自身が薬局を熱心に見ていますのは、地域医療連携を考えたときには、結局、投薬行為が行われます。医師の診療情報提供の中には、当然、最新の投薬情報はあるのですが、嚥下に問題があったり、例えば胃瘻の方であったり、実は入院中に投与方法に工夫をされているとか、こういう形でやると一番よくいっているといった情報が、看護サマリーにも医師の診療情報にも載りづらいのです。それに、私たち受け手の方で、Do 処方を受けてしまった後、非常に現場で混乱するということが散見されるように思います。

その際に、1点申し上げたいのは、今、薬剤師会の方でも結構言っているのですが、薬剤師同士も同じように、例えば薬剤情報提供のようなものを from 薬剤師 to 薬剤師でやれないか。つまり、看護サマリーと診療情報提供書に加えて、薬剤師向けの文書が出るようにすればどうか。今、我々の薬局の薬剤師には、訪問先の方が入院されると、その入院先を聞いて、薬剤部御中でいいから手紙を書けということを行っています。薬剤師会によっては多少そういったこともあります。ですから、我々の方にも返事がそのうち間違えて返ってくるかもしれない。それを持って先生の方に処方の問題や投与方法といったことを言えるのではないかと考えています。

ただ、先ほども上から目線というお話がありましたが、病院薬剤部と町の開局の薬局の間には非常に大きなギャップがありまして、なかなか病院の薬剤師は薬剤部に上手に聞けない。薬剤部も、薬局なんかというところがあります。その辺はぜひトップダウンといいますが、こういった形で、やはりその方のお薬が適切に血中に行くということは大事だと思います。

その際に、先ほどもちょっとお話があったのですが、例えば、嚥下が悪くて、抗パーキンソン病薬とマグネシウムを同時服用したときに、口の中で配合変化を起こして真っ黒になっている。けれ

ども、歯科の先生もよく分からない、医科も当然分からない、薬剤師は口の中を見ないといったことで、結局、パーキンソニズムに対する治療が完遂できないというような事例が出てきています。やはり薬剤部同士の、薬剤部から薬局への連携というものも、これからの地域医療連携の中には要るのではないかと思いますので、ぜひご検討いただけたらと思います。

<岡留>

先生が今いみじくもおっしゃったのが、第五次医療法改正なのです。私のパワーポイントの中に入っていたと思うのですが、薬剤部、薬局は、医療提供者の一つなのです。そういう位置付けに、この第五次医療法ではなかったのです。先生が今言われたような薬剤投与情報を、例えば病院から出すというのは、恐らく近々当然の話になっていくだろうと思います。そして、それに邊見先生などのご努力で点数加算がまた付くかもしれませんし、そういうことで本当に患者さんを中心とする医療ができる、そういうことが非常に大事だろうと考えています。先生のおっしゃるとおりだと思います。

<座長>

ありがとうございました。

<質問>

在宅酸素と在宅人工呼吸器を使っているメーカーとして、特に呼吸器疾患の COPD に対して、これからは患者さんが増えていくということで、地域の連携クリニカルパスをご提案させていただくのですが、なかなか受け入れていただけないということもありまして、COPD に関して、今後、点数が付くのか。あとは、どうしたら地域連携クリニカルパスで地域の患者様や施設のお役に立てるのか。お考えがありましたら教えていただきたく思います。

<座長>

邊見先生がいいでしょうか。

<邊見>

HOT (Home Oxygen Therapy)、在宅酸素療法ですね。

<長尾>

はい。

<邊見>

今のところ、点数化や地域のクリニカルパスなどは、まだ話題には全然出ていません。それから、呼吸器学会など関連学会からの要望も、少なくとも私

のところには来ていません。もう次期改定に向けていろいろな学会などがデータを出し始めていますので、こういうことにこれぐらいお金が要るからこれぐらいの点数ではどうだろうかという提案をいただけたら、診療側として勉強会で持ち寄って検討したいと思います。

<長尾>

ありがとうございます。

<座長>

ありがとうございました。いよいよ時間が超過しはじめていますが、私は3人の先生の抄録をじっくり読み込み、発表スライド原稿も事前に事務局からお送りいただいて一枚一枚チェックしました。その結果を座長として最後のまとめでスライドにしましたので、ぜひご覧いただきたいと思います。

第五次医療法改正における医療計画

統制経済の中で、第五次医療法に基づく5年間の新地域医療計画が、次の診療報酬改定・介護報酬改定に合わせて進んでいます(図表2)。お話に出ましたように、4疾病5事業について診療機能や連携体制を整備していく実行プランを策定しよう、実際に根付いたものにしようというのが厚労省の計画です。しかしながら、地域で果たすべき医療のポジショニングが、まだ決まっていない病院も多々あります。今回の診療報酬改定で、一般診療をやりながら、13対1、15対1のところがいよいよ危なくなってきました。この先どうしよう、2年後どうしようということも考えていますし、療養病棟においては25対1の看護体制で動かしているところがありますが、これも次の改定まで生き残っていけるかどうかということが大変大きな課題です。ぜひコンサルティングの皆さま方は、クライアントに対して、4疾病5事業の周辺の医療機関とにらみ合わせながら、戦略の在り方、ポジショニングのご指導、コンサルティングをお願いできればと思っています。

患者(消費者)の四つの権利

今回のシンポジウムのテーマである患者さんの利益とは何だろう、その保護とは何だろう。いろいろ悩みましたが、現在、消費者ならびに患者さんは四つの権利を持っていると思います(図表3)。1番

目は「安全の権利」です。安全と安心、このためには危機管理が重要ですが、これに対する病院側の体制がまだまだ脆弱ですので、この辺についてのサポート体制をお願いしたいと思います。

2番目は「知る権利」です。情報を得る権利ということで、今回の診療報酬改定では特に明細書の発行などが義務付けられましたが、医療機関としてはこれを発行する手立てがなかったのが、大変対応に苦慮しています。もう一つは、インフォームドコンセント、納得ある説明、これが医療側に求められている患者の利益の保護かと思っています。

3番目が「選ぶ権利」です。外科的治療をするのか、内科的な治療をするのか、納得ある説明に基づきながら患者さんに選択させるという、選択の自由度が今回求められているのではないかと感じました。

4番目は「要求の権利」で、これがどんどん強まっています。モンスター・ペーシェントなどもいらっしゃいますが、患者さんの心理として、権利として、だんだん増長されますので、それに対する医療側の接遇、マナーも、患者の利益を保護していくためには必要かと思っています。

患者サービスの向上

長尾先生からもディズニールランドのお話が出ましたが、あそこにはリピーターのお客さんが80%参ります。ディズニールランドでは、「ゲストロジーのコンパス」という言葉を使って従業員教育を行っています(図表4)。

まず、患者さんの権利、あるいは消費者の権利として、Needsを持っています。最低限の要求です。例えば、今、おなかが痛いのを治したい、本当にこの病気を治したいという基本的欲求、最低限の要求をNeedsと呼んでいます。

それが、だんだん権利が多様化してきますと、もっといい医療、もっと痛くない治療、低侵襲の手術などのWantsに変わってきます。

また、SはStereotypeなのですが、いろいろな感情をお持ちの方が患者さんとして我々のところを訪問されています。

あとはその日の気分、Emotionです。NeedsのN(=North)、WantsのW(=West)、StereotypeのS(=South)、EmotionのE(=East)で、これ

は東西南北なのです。デイズニーランドは、ゲストロジーのコンパスとして、この四つにサービスの観点を置いていることを強調したいと思います。

「人間性と権利の尊重」「納得と選択」「ライフステージ」

お三方の先生から出ましたように、地域と病院、あるいは行政とのかかわり、家族とのかかわりということで、地域の中でも病院あるいは診療所、施設、在宅がぐるぐる連携しています(図表5)。岡留先生、邊見先生は、これを前方連携とされています。そこから病院の方に来ますと、内部連携になります。長尾先生は多職種の情報共有というお言葉を使われたのですが、やはりインターナルな連携がこれから求められています。特にMSWの活躍、薬剤師の活躍なども内部連携として必要でしょう。そして、患者様を地域に送り出すという後方連携。前方連携、後方連携とインターナル連携、この辺が、患者様の人間性と権利の尊重、納得と選択、そして病態に合わせたライフステージというサイクルになってくるということが、今回、3人の先生から強調されたと思います。

厚労省は3月20日にチーム医療の推進に関する検

討会の中で、薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士の具体的業務を挙げながら、職能団体や学会等にもチーム医療の推進に関する教育啓発を「期待する」という言葉で、残された2012年までの間に、第五次医療法の実施に具体的に入ろうとしています。この辺の連携が重要になってくると思います。

日野原重明先生の教え

聖路加国際病院の日野原重明先生は、若いころから Sir William Osler の「我々は患者と共に学びをはじめ、患者と共に学びをつづけ、患者と共に学びをおえる」という言葉を、医療者の心得として今まで来られています(図表6)。Sir William Osler は、カナダのドクターで、ジョンズ・ホプキンス大学を作り、その後イギリスに渡って Sir の称号を与えられた方ですが、これをコンサルティングの皆さん方に置き換えてみますと、クライアントと共に調査・分析を進めながら、クライアントと共に学びをつづけ、いわゆる研究・提案をして、本当の地域におけるポジショニングの役割と生き残り、質のいい医療の提供と経営基盤の安定、これがコンサルタントの我々に与えられた本当の心得ではないかと思います。

図表 1

**第14回 日本医療経営コンサルタント学会
シンポジウム 2**

**患者の利益の確保から見た
地域連携を考える**

—座長としてのまとめ—

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター
理事・経営企画局長
中村彰吾

図表 3

患者（消費者）の4つの権利

1. 安全の権利	危機管理
2. 知る権利	情報を得る権利
3. 選ぶ権利	選択の自由度
4. 要求する権利	苦情をいう権利

図表 2

**第五次医療法改正における医療計画
(新地域医療計画=2008年~2012年)**

4 疾病=がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病

5 事業=救急医療、小児医療、周産期医療、
災害医療、へき地医療

診療機能や連携体制を整備していく実行プランの策定

=地域で自院の果たすべきポジショニング=

図表 4

患者サービスの向上

Hospital Organization and Management
M.T. MacEACHERN, 1947

これから、日本は高学歴の社会です。これからは患者教育が大事です。3名の先生のお話の中でも、特に邊見先生は地域に開かれた病院づくりということでボランティアの参加など、患者教育の中において医療を知ってもらうということの重要性が述べられたかと思っています。

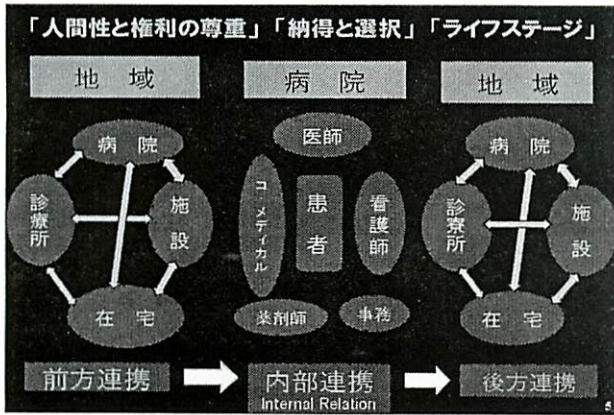
むすびのご挨拶

第14回の本学会にこのような機会を与えていただきました椎山松記学会長にお礼を申し上げますとともに、座長にご推薦いただいた、副学会長を務められた(株)日本経営の藤沢功明社長に心から感謝を申し上げます。

さらに、ご講演をいただきました岡留先生、長尾先生、邊見先生が、それぞれのお立場で、混迷している医療界をこれから再構築され、オピニオンリーダーとして活躍されることを祈念して、このシンポジウムを終わりたいと思います(図表7)。

会場のご協力、ありがとうございました。3人の先生に盛大な拍手をお願いします。

図表5



図表6

日野原重明先生の教え

〈医療者の心得として〉
 「我々は患者と共に、学びをはじめ
 患者と共に、学びをつづけ
 患者と共に、学びをおえる」
 Sir William Osler

〈これからは患者教育が大事〉
 予防に心がける
 かかりつけ医を持つ
 医療機関は連携医のリストを提示する
 自院の果たすべき役割は何かを開示する

図表7

むすびのご挨拶

第14回の本学会にこのような機会を与えていただきました椎山松記学会長にお礼を申し上げますと共に、座長にご推薦いただいた副学会長をつとめられた日本経営の藤沢功明社長に心から感謝を申し上げます。

ご講演をいただきました岡留先生、長尾先生、邊見先生がそれぞれのお立場で、混迷している医療界を再構築されていかれることをご祈念申し上げます。