

病院を新しくするということ

五十嵐徹也

人間総合科学研究科教授

今、附属病院では中期目標の要でもある再開発計画が進行中である。中期目標は法人化された大学とその附属病院が、社会、国民に対して明示した約束である。その中で、病院は基本理念に基づき、患者さんのために権利の尊重とプライバシーの保護をうたい、地域貢献の役割認識、最高水準の医療提供を宣言し、病院そのものが先進的臨床教育と研究の場であると明確に位置づけている。われわれはこれらの約束をしっかりと守るべき経営理念に基づいて、人・物・金・時間・空間と言ったあらゆる資源を有効に投資して実現しなければならないのである。

ところが、まず、この計画の骨子となるコンセプトの策定作業の過程で、これは単に一大学の附属病院の建て替えというレベルの話にしてはいけないのではないかと強く思うに至ったのである。理念をもう一度読み直せばそんなことは自明であったのであるが、さらっと書かれた理念の実現は極

筑波大学附属病院の理念

患者さまの権利の尊重、
プライバシーの保護など患者さま中心の診療に努めるとともに、
地域に開かれた大学附属病院としての役割を十分に認識し、最高水準の医療を提供すること、
さらに、先進的な臨床教育と研究の場を提供することにより社会的使命を果たすことを目指します。

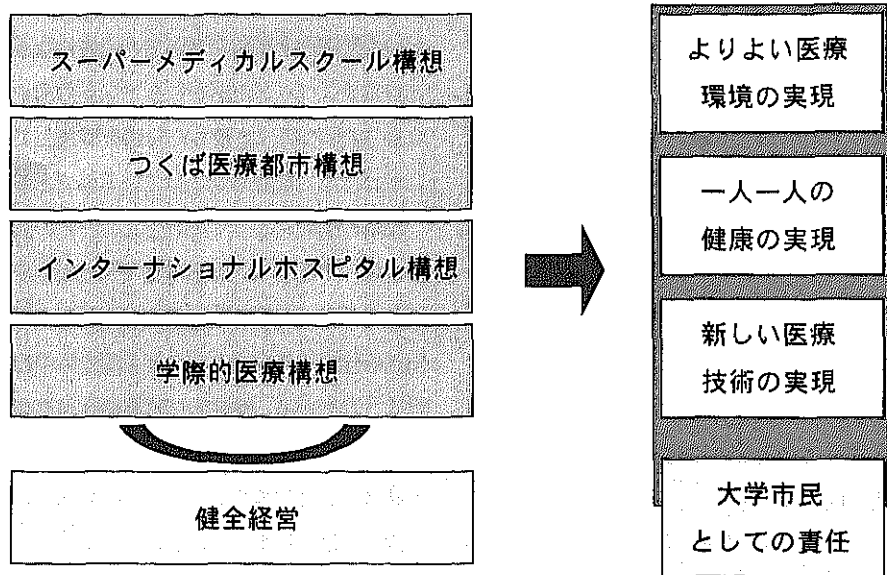
めて重い責務なのである。今の病院の実情がいかに理念を実現する上での障害になっているか、ハードの面からもソフトの面からも30年の間に蓄積した問題を解決していかねばならない時期に来ているのである。

現場の医師にとって患者さんのための診療が第一であることは言うまでもない。その診療を通じて教育と研究を行うのが大学病院の社会的使命であることも理念の中に明言されている。理想的な診療環境が存在しないところに理想的な教育も科学的な臨床研究もあり得ないのである。理想からはと違い環境で教育しているのは、学生に「こ

れで良いんだよ」と言っているに他ならない。患者さんに「我慢なさい」と言っていることと寸分違わないのである。再開発とは診療・教育・研究のための諸環境を、すべてのステークホルダー（利害関係者）の連関の中で考え、理想に近づける最適プランとして考えることが重要である。言い換えれば予算とか、定員とか一つの物差しで考えたり、大学という一つの場だけで考えてはいけな事業なのである。40－50年のスパンで変化を許容し、発展できる器とフレキシブルかつアジル（agile、敏捷な）な発想で考えていかなければならないのである。それは医療という社会的責任の重さを考えれば当然すぎることではなからうか。

再開発のねらい

さて、筑波大学附属病院の再開発計画ではどんなことをアピールしていけるのかを様々な面から検討した。もちろん院内の方々からも考えを募った。院外・学外の多くの方にも意見をいただいた。それらの結果を集約し、整理し、日本の医療が抱える問題に附属病院がどう答えていけるかという視点を加味したのが図の「再開発のねらい」である。ここにあげられた附属病院の構想はこれまでも幾多となく様々な言葉で提唱されてきたのであろうが、従来の国立大学附属病院という枠組みと30年前のマスタープランに基づいた建物環境では実現することは極めて困難だったと考えられる。その結果ほとんどはお話だけで宙ぶらりん



となっているようである。法人化を迎えた今、附属病院の再開発に託す期待がいかばかりかご理解いただけるのではなからうか。是非とも大学市民 (University citizen) としての責務を実感しながら大学を上げてこの大プロジェクトを実現させようではないか。

より良い医療環境の実現

この計画については多くを語らねばならないが本稿では限りがあるので、今回はこの再開発計画の究極的に目指すべき方向について提言を含め考える材料を提供したいと思う。少々抽象的な話になってしまったので現実の診療の場面をご紹介します。昨今の医師はただただ患者だけを見つめて診療すれば良いというわけに行かなくなっている。これには2つの意味があって、「患者のために良かれ」という錦の御旗に隠されて、必ずしも十分に考え抜かれた医療を行って来たと言えないのではないかという批判部分と、医療経済的な視点を無視することができなくなったため、必ずしも患者にとってベストの判断ばかりを選択できなくなったという情けない部分とがある。前者は別の機会に譲るとして、後者について具体例を挙げてみたい。診療上の実績としてしばしば病床の稼働率、診療単価、平均在院日数というパラメータが上げられる。

昨年4月から大学附属病院では診断群分類・包括評価という診療報酬システム（日本ではDPC, Diagnosis Procedure Combinationと名付けられた方式）が導入され、簡単に言えば確定した診断ごとに1日あたりの診療報酬請求額が一定に定められ、入院が一定期間を過ぎると減額されるシステムとなった。もちろん数多くの意義を含んだ制度改革なのではあるが、例えば外来でできる検査は入院前に行って入院後のコストを下げたり、診療報酬請求額が比較的高く保てて、かつ稼働率が下がらない程度の在院日数に調整することなどが求められ、気を遣われる現場の医師が共感して喜んで方針通り診療を行う気になるだろうか。これらのことを配慮することが、患者さんにとってベストな判断なのか、日本の医療費の無駄をなくすのに本当に貢献するのか、医療の質は本当に向上するのかと思うと疑問を感じている医師は少なくないのではなからうか。大変難しい課題だろうが実情に合っていない現在の診療報酬評価や、ただただ結果としての病気に対応するしかない医師の役割など、診療現場での違和感をそのままにして病院を建て直して、本当に再開発の基本理念が実現するのだろうか？私は10年以上にわたって病院を作る仕事に携わってきたが、それによって医療が本質的に改善されたと思えたことは残念ながらなかった。表面的

な改善という印象がぬぐえなかった。それはもっと別のレベルに根本原因があり、例え日本の代表的な大学病院がいくら新しくなってもそこに影響を及ぼすことがなかったからだと結論した。それ以上の効果を生むには、これまであまりに自由度が少なく、関係者のほとんどが自らの身の回りしか見ておらず、本当にこの医療をどうしたら良くできるのか(前述したようにこれはとりもなおさず良い臨床教育と臨床研究の条件である)を再開発計画の中で議論し、共有ビジョンとして醸成してこなかったからと考える。繰り返しになるが、筑波大学附属病院の再開発計画はまさに医療そのものを変えるためのスタートであり、チャレンジでなければならぬと考えている。それは、これまでどこの大学もなしえなかった計画として大きな意味を持つであろう。

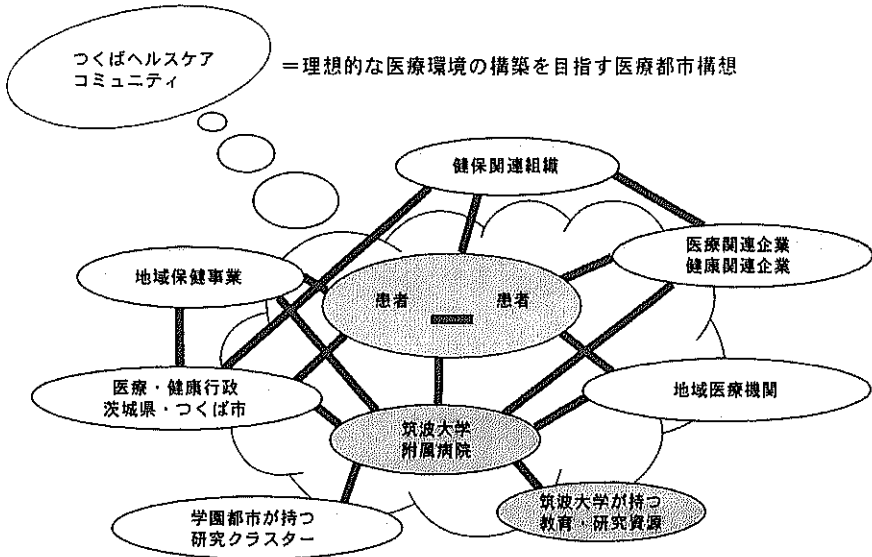
本当の地域連携を目指して

ではどんな方向性を考えればよいのであろうか? ヒントは良くも悪くもアメリカの歩んできた医療体制の変化に見て取れるような気がする。ここで若干補足的な説明をしておきたい。

1980年代にアメリカで導入され、医療費と病床数の削減に成功した診断群別包括払い方式(DRG/PPS, Diagnosis Related Group/Prospective Payment System)は我が国の医

療政策を進める上で大変魅力的に映った。1997年には医療制度改革案「21世紀の医療保険制度－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－」の中で包括払い方式の導入が提唱され、翌年には試行調査が開始されたのである。これを元に準備が進められ、2003年春から全国の大学病院などの特定機能病院において日本版診断群別包括払い方式(DPC)がスタートした。目下の所、この方式を取り入れるインセンティブを確保するために従来のもとの出来高方式と大きく収入が変わらないよう巧みな調整がなされているが、見方を変えれば病床数と医療費支出をコントロールする強力なツールがしつらえられたことになった。

アメリカではDRG/PPSと相まって、70年代からスタートしていた管理医療(マネジドケア)システムであるHMO(Health Management Organization)による支払の規制強化によりさらなる医療費の抑制に拍車がかかったが、医師はもちろんのこと、国民からも様々な不満が寄せられ99年のNewsweek誌には“HMO Hell”と言うショッキングなタイトルが表紙を飾ったほどであった。いずれにしても90年代に入ると、HMOの力に対抗するべく、病院側も合併吸収により巨大化し、不採算部門の切り捨てなどによるコスト削減が浸透し、徐々に医療は国民のニーズに 대응しにくくなって



いったのである。こうした背景から、90年代後半になると、同じような病院同士の水平統合では医療システム全体の改善や患者満足の上につながらないという反省から異種医療機関が垂直統合し、広域医療圏の中で統合的な医療事業体を作る動きが盛んになってきた。この仕組みはIHN(Integrated Healthcare Network)と呼ばれ、多くの場合地域を基盤としたNPOである。急性期ケア病院、診療所、リハビリ施設、介護施設、在宅ケアなど地域住民に医療サービスをシームレスに提供するために必要な機能を品揃えし、さらに注目すべきなのは保険事業も取り込んでいることである。住民がIHNから健康保険を購入し、この事業体が提供する医療サービスを受けることになるが、

賢い医療サービスの利用は保険料の割引あるいは余剰金の地域への還元という形でインセンティブが働く仕組みであり、最近経産省や厚労省が指摘し始めたように医療と健保事業あるいは保健事業との連携がすでにアメリカでは定着しているのである。これがそのまま日本に適用はできないと思われるが、極めて大きなヒントを与えてくれているように思うし、今後日本が地域主導型ガバナンスに変貌を遂げて行くことを考えると、すでに始まっている地域間競争の要になるアイデアの一つになると考えている。いわゆる医療の地域連携はその基盤なのであるが、物事はそう簡単ではない。連携というきれいな言葉だけが踊っていて、同床異夢、箱物先行の計画はなかなか

進まない。しかし、つくばエリアでは少しずつではあるが例えば小児医療の連携など着実な歩みが見られている。ここにも大きなヒントがあって、決して大がかりなコンピュータネットワークなどが成功の鍵ではないということである。IHNのネットワークも実は人のネットワークなのである。

附属病院の再開発計画が箱物改革で終始してしまわないようにしなければならない。また、こうした連携の成功には幅広い知の集結が必要であり、大学こそがそれを推進する大きな原動力になりうると考えている。
(いがらし てつや/先端応用医学)

明日の医療・医学を 創る力に

国立大学法人筑波大学附属病院再開発計画