

なお、本論文は平成13年度及び平成14年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進事業「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究（主任研究者：松田晋哉）」に基づくものである。

注

- 1) DPC (Diagnosis Procedure Combination) : わが国の診断群分類はアメリカのDRGと区別する目的もあり、DPCと命名されている。これは日本の診断群分類の作成方法が、診断Diagnosisと、それに対してどのような診療行為Procedureを行ったかという組み合わせCombinationによって決まるというロジックを反映することによる。また、このようなロジックを採用しているのは、将来的に電子カルテが普及した際に、医師の日常診療記録がそのまま分類につながっていくというシステムを志向しているためでもある。
- 2) 決定係数 R^2 : 全体のばらつきを診断群分類でどの程度説明できるかを表す係数で1に近いほど説明力は高いと判断される。
- 3) 変動係数 : 標準偏差を平均で除した係数で、一般に1.0未満であればばらつきが小さいと解釈される。

参考文献

- Fetter R. B., Shin Y., Freeman J. L., Averill R. F., and Thompson J. D. (1980) 「Case Mix Definition by Diagnosis Related Groups」『Medical Care』 Vol. 18, No. 2.
- 高木安雄 (1992) 「老人医療における定額支払い制度の導入とその影響—N 老人病院の薬剤・検査費用の推移と患者 ADL の変化—」『医療と社会』 Vol. 2, No. 1.
- 川渕孝一 (1996) 「入院医療管理料制度の薬剤に及ぼした影響に関する研究」『医療と社会』 Vol. 6, No. 3.
- 医療経済研究機構 (1998) 『米国における疾病分類の妥当性に関する研究報告書』, 医療経済研究機構。
- 医療経済研究機構 (1998) 『医療と福祉の産業連関分析報告書』, 医療経済研究機構。
- 日本医師会総合政策研究機構 (1999) 『DRG の妥当性に関する研究報告書』, 日本医師会。
- 健康保険組合連合会 (1999) 『平成10年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。
- 健康保険組合連合会 (2000) 『平成11年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。
- 健康保険組合連合会 (2001) 『平成12年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。
- 健康保険組合連合会 (2002) 『平成13年度 急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業 報告書』, 健康保険組合連合会。
- 遠藤久夫 (2002) 「包括支払制と医療の質」, 南部鶴彦編『医薬品産業組織論』, 東京大学出版会。
- 遠藤久夫 (2003) 「診療報酬の設計に関する考察—原価の把握の視点から—」『診療報酬体系に関する調査研究 報告書』(平成14年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業)。
- 信友浩一, 堀口裕正 (2003) 「病院管理学的分析に関する研究—DPC に基づく病院評価のための指標開発—」『急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究 報告書』(平成14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業)。
- 今中雄一 (2003) 『患者別・診断群分類別原価計算方法 標準マニュアル』(平成14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究 報告書」, 別冊2)。
- 松田晋哉・他 (2003) 『急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究 報告書』別冊1 (平成14年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進研究事業)。
- (まつだ・しんや 産業医科大学教授)

DRGは医療の質を 改善するか

松田 晋哉

はじめに

平成15年度4月から全国の特設機能病院など82施設を対象に、DRGを用いた包括支払い制度が開始されている。そして中医協での審議を経て、平成16年度からこれまでの特設機能病院以外の病院についても、任意でDRGに基づく包括支払い方式が試行的に適用されることとなった。DRGに基づく包括支払い対象施設が拡大されたことで、DRGに対する関係者の関心が非常に高まっている。

こうした動向を受けて、包括評価制度の望ましくない影響、具体的には過少診療などが生ず

るのではないかという危惧が出されている。これまでの文献を見る限り、アメリカや他の先進諸国では包括評価による明らかな質の低下は起こっていない。また、厚生労働省DRG研究班による平成14年度と15年度のDRG関連データの分析結果では、医薬品や検査に関して、確かに若干の資源投入量の低下は見られるものの、大きな変化は観察されていない。この理由としては、診断群分類に基づく包括評価では、情報の標準化と透明化が併せて行われることから、過少診療へのインセンティブが抑制されることが考えられる。また、わが国の場合は、現在のと

ころ各施設への支払いには医療機関係数が適用されることから、包括部分でより多くのコストがかかっているのであれば、それは部分的に調整係数で吸収されていることが考えられる。すなわち、行った医療行為のコストと支払額が個別のケースで乖離することは生ずるが、全体で見ればその差額が補正されているのである。しかしながら、理論的には過少診療が起こる可能性を否定することはできないことから、それを防止するためにPeer Review Organizationの設置や、DRGに対応した病院の監査システムの構築など、医療の質を保証するための仕組みが別途必要となる。

DRGは医療の質にどのような影響を

及ぼすのか

医療の目的は、質の高い医療サービスを国民に提供することである。したがって、医療についての議論の前提として、医療の質を評価する

ための情報が必要となる。ただし、医療について絶対的な評価は困難であることから、相対的な評価がその中心となる。相対的な評価をするためには共通のベースが必要であり、それがDRGである。DRGという標準的な単位を用いることで施設間の比較が可能になったことが、DRG導入の最も重要なポイントであり、これが今後の医療における臨床面・マネジメント面での改革につながっていくと筆者は考えている。その意味で、DRGは医療の質向上にも十分貢献できるツールである。

しかしながら、現実には病棟などで処方される医薬品の大部分が包括されているために、抗がん剤やインターフェロンのような高額医薬品の使用が抑制されているという意見が、DRG対象施設の関係者から出されている。すでに述べたように、現行制度では個別ケースで発生する赤字は施設係数で部分的に吸収される仕組みとなっているが、心理的に抑制効果があること

は否めない。特定機能病院がそのような高額薬剤が多く使われる施設であることを考えれば、医療の質の側面からも何らかの対応が必要であろう。

諸外国の例をみると、例えばオーストリアは高額薬剤については標準的な処方ごとに処置化し、それを分類に使うという対応を行っている。他方、今年度からDRG/PPSに移行するフランスは、対象となる高額医薬品および医療材料をリストアップした上で、それを包括評価から除外し、別途出来高にしている。わが国の場合も、今後この二つの方法のどちらかで対応していくべきと考えられるが、いずれを採用するにしても、実態の把握と処方の標準化が必要である。

まず、実態の把握のためには、医薬品、医療材料についてコードを標準化し、それを電子的に提出できる体制を確立する必要がある。次に処方の標準化であるが、DPC研究班が報告し

きる仕組みを構築することである。

DPCと臨床指標

国民の医療の質への関心の高まりに応えるために、1990年代に入って多くの国で臨床指標の開発が行われている。例えばアメリカではJCAHOのIMSystem (Indicator Measurement System; 現在はOryx) やメリーランド州病院協会が作成した臨床指標などがある。わが国においても、東京都病院協会は胃の悪性新生物、脳梗塞などを含む24の疾患に対して「平均在院日数」、「院内感染症発生率」、「死亡率」、「医療費」と全入院患者の「抑制率」、「転倒・転落率」、「予定しない再入院率」の7つの臨床指標の収集と分析を行っている。DPCは14桁のコードから構成されているが、ここに含まれる情報を用いて臨床指標が作成できるようになっている。ただし、臨床指標については、その使用方法を誤ると悪影響も及ぼし得る。したがって、DPC

ているように、例えば、わが国の化学療法については、その標準化が諸外国に比較すると遅れており、その効果の評価が困難な状況にある¹⁾。DPCにおける診療報酬の設定方法は、基本的に調査対象施設における医療サービスの内容に基づくものである。したがって、各病態に対する医療行為の内容が臨床的に十分確立されており、それが標準になっているのであれば、本来それに対する対価は保証されるはずである。しかも、そのようなデータを調査対象施設も持っているということは、各DPCの診療報酬決定に際して、対象側施設もデータに基づいた要求を行うことができることを意味している。一部で、DPC導入を契機として、厚生労働省が価格統制を強めていくという意見が聞かれるが、DPCの仕組みを考えるとそのような指摘はあたってはならないと思われる。重要なことは、医療の質を評価する仕組みを確立し、質の高い医療サービスについて、その正当な対価を要求で

きと組み合わせて臨床指標を医療の質向上にどのように利用していくべきかについて、今後の慎重な検討が必要であると考えている。

まとめ

以上、DPCと医療の質との関連について論述した。DPCはあくまで、比較の単位であり、それを適切に活用することで医療の質の改善およびマネジメントの改善に活用していくことが可能となる。DPCという共通言語を通して、情報に基づいた合理的な議論と意思決定ができるInformation Based Negotiationの体制を確立することが、社会経済情勢が厳しい今日の状況において、医療への適正なファイナンスを行うために必要であると筆者は考えている。

(産業医科大学医学部 教授 公衆衛生学)

文献

- 1) 松田晋哉ら：「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究」報告書、(平成15年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学推進事業) (2004)。

フランスの中期入院医療施設について

松田 晋哉

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

疾病構造の変化と施設の機能分化

人口の高齢化とそれに伴う疾病構造の変化、あるいは医療技術の進歩と国民の医療に対する期待の高まりにより、先進諸国においては医療費の増大が問題となっている。さらに国民の医療の質への関心の高まりにより、単なる医療費増の抑制ではなく、質の高い医療サービスをいかに効率的に提供する体制を構築するか、具体的には地域内において住民のニーズに適切に応えるために医療施設の機能分化をいかに図っていくかが医療政策の課題となっている。2001(平成13)年施行の第四次医療法改正により、従来の「その他病床」は「一般病床」と長期にわたり療養を必要とする患者を入院させる「療養病床」とに区分されることとなった。病床の選択は2003(平成15)年8月31日までに各施設によって行われることとされたが、9月1日現在での病床区分届出状況は一般病床92.3千床(72.7%)、療養病床34.6千床となっている(27.3%)。

ただし、このような病床区分の再

定義は将来のさらなる施設機能の分化に向けての第一ステップにすぎず、現在の病床を一般病床と療養型病床と単純に二分するだけでは不十分であると筆者は考えている。例えば、現在、特別養護老人ホームや老人保健施設における入所待ちが問題となっており、介護保険事業計画の見直しに際しては、その定員数の増加が議論されている。しかしながら、介護保険制度の本来の趣旨である在宅ケアの推進といった視点から考えるとこのような方向性は問題が多い。

わが国において在宅ケアが進まない理由の一つとしては、例えば要介護状態の主因の一つである脳卒中に関して、発症後の救急体制の整備と、早期からの急性期・亜急性期・回復期リハビリテーションを可能にする体制の確立が指摘されている。なぜならば、急性期施設と慢性期施設の間には総合的なリハビリテーション施設が介在することで、患者の在宅復帰の可能性が高まると考えられるからである。

また、急性期・慢性期の単純な二分論が当てはまらない例として神経難病やターミナルの患者が挙げられ

る。これらの患者に対する医療は長期的なものである一方で、時に急性期的な対応を必要とする。したがって、このような疾患をある程度専門的に扱う施設がない限り、これらの患者を対象とした在宅ケアの充実も難しい。すなわち、病院の機能分化に関しては概ね1か月までの入院を対象とする急性期入院施設と3か月以上療養を対象とする長期入院施設、そして1か月から3か月の入院を対象とする中期入院施設の3区分が必要ではないかと筆者は考えている。そこで、このような検討に資する目的で、本論文では、既にそのような施設の体系化を行っているフランスについて説明してみたい。

フランスの病院制度の概要

1. 公的病院と私的病院

フランスの病院は公的病院と私的病院とに区分されるが、私的病院はさらに公的病院サービスを担っている非営利病院と営利病院とに区分される。公的病院サービス参加病院(Paticipant Service Hospitalier Public : PSHP)は24時間すべての

表 フランスの施設類型別病床数・平均在院日数・病床利用率

		内科		外科		産科		MCO*入院計		中期入院		長期入院	
		公的	私的	公的	私的	公的	私的	公的	私的	公的	私的	公的	私的
一九九三年	病床数	102,393	31,248	58,818	63,750	16,628	11,881	177,839	106,879	40,647	52,958	68,277	5,495
	平均在院日数	6.9	8.6	5.6	5.0	5.0	5.7	6.3	5.9	33.6	50.3	n.a.	n.a.
	病床利用率(%)	79.4	81.6	68.1	74.7	64.3	69.1	74.3	76.0	74.9	78.5	81.1	84.9
一九九八年	病床数	96,012	25,025	49,260	57,862	15,233	10,314	160,505	93,201	38,805	52,915	74,746	6,827
	平均在院日数	6.4	6.9	5.0	4.9	4.6	5.4	5.8	5.4	31.1	34.3	n.a.	n.a.
	病床利用率(%)	79.9	83.6	69.4	73.5	67.2	71.4	75.5	76.0	82.8	78.7	97.5	86.1

n.a: not available. *: 急性期医療における内科・外科・産科を略称でMCOという。

出典: 医療経済研究機構, 2003.

患者を受け入れることを条件として政府によって認可され、総額予算制により運営される。すなわち、公的病院および民間のPSPH病院は年度ごとに前年度のDRGに基づく活動実績と予算計画を国(地方病院庁: Agence Régionale d'Hospitalisation: ARH)^{註1)}へ提出し、その内容の妥当性の審査を受けた後、次年度の予算を月単位で総額予算制で支給される仕組みとなっている。

一方、営利の私的病院は、主に急性期医療において重要な役割を果たしているが、これらの病院は平均80床ほどの施設であり、その設置主体は個人、私法人、企業等種々である。患者がこれらの施設に入院した場合の医療費の支払は、医師費用と病院費用とに区分され、後者については各医療施設と地方病院庁との契約による1日当たり入院料に、そして前者については疾病金庫^{註2)}と自由開業医師との間で締結される協約料金^{註3)}による。

2. 機能別に見た施設体系

1991年の病院改革法により、フランスの公的病院は、その診療能力と規模により病院センター、地方病院(以上二つが急性期入院施設)、療

養・回復・機能再適応施設、長期療養施設に区分された。このうち療養・回復・機能再適応施設がいわゆる中期療養施設に相当する。入院医療費に関しては、急性期入院施設および中期入院施設については病院費用、医師費用ともに医療保険の給付対象であるが、長期療養施設では医学的介護サービスについては疾病保険が負担するものの、ホテルコストについては県が定める1日当たり料金を高齢者自身または扶養義務者が負担する。ホテルコストを負担できない場合については県の社会扶助費より支払が行われる。表にそれぞれ施設機能別の病床数、平均在院日数および病床利用率をその経時的推移とともに示した。

3. 中期入院医療施設における診断群分類の開発

わが国においては2002(平成14)年12月17日に「医療保険制度の在り方」および「診療報酬体系の見直し」についての厚生労働省試案が出されている。同試案では、診療報酬体系改革の基本的方向として、①医療技術の適正な評価を重視した、診療行為別の評価(ドクターフィー的要素)と②医療機関の運営コストや

機能の適切な反映を重視した入院医療の総合的な評価(ホスピタルフィー的要素)に再編することを明記している。そして、ホスピタルフィーについては、急性期入院医療と慢性期入院医療等の二つを区分し、前者について現在特定機能病院で使用されているDPCによる包括評価、そして慢性期疾患については看護やリハビリテーションの必要度に着目した包括評価の実施に向けて検討することとしている。

フランスでは急性期入院医療における活動の評価にDRGが使用されていることは既に説明した。現在、診断群分類の他領域への拡大が検討されており、中期入院医療施設についても、SSR分類(あるいはGHJ)^{註4)}という診断群分類が開発されている。中期入院医療施設が対象としている病態は、急性期入院医療ほどではないにしても、それなりに多様であり、したがって、その資源消費量を適切に反映した支払額を設定することが必要であり、SSR分類導入の目的もここにある。

SSR分類では急性期の老年科疾患、ターミナルケア、神経・筋疾患、リウマチ・整形外科的疾患、外傷

後・四肢切断後などの14の主要臨床群(Catégorie Majeur Clinique : CMC)が設定されており、それぞれについて主要診断、関連疾患の有無とその種類、リハビリテーション必要度、臨床的重症度、年齢、ADLの依存度などの情報に基づいて分類されるシステムとなっている。

このうち臨床的重症度は行われた医療行為コードおよび傷病名によって最重度ケア・重度ケア例、そしてリハビリテーションについては、リハ行為の種類と組み合わせ、および時間的な介入頻度等によって複雑なリハ治療・リハ治療に分類される。

ADLについては着衣、移動、食事、排泄、行動、他者との交流の6項目について、自立、見守り、部分介助、全介助の4段階で評価される。SSR分類を作成する際の樹形図はCMCごとに異なっており、例えばターミナルケアではリハ分類を利用しない、神経・筋ではまず傷病で分類した後、リハビリテーションで分類、その他ではリハビリテーションで分類した後傷病で分類するといったルールになっている。主要診断についてはICD10に基づいて行われるが、原則として主要診断についてはZコードが使用されている。分類への割付は1週間単位で作成される標準化週間サマリー(Résumé Hebdomadaire Standardisés : RHS)によって行われる。分類の作成に当たって、臨床的側面と資源消費量の両面が考慮されているのは、他の診断群分類と同様である。

4. フランスの中期医療施設の 課題

フランスの中期入院医療施設が慢

性疾患患者に対する継続的医療に果たしている役割は非常に大きい、いくつかの問題点も指摘されている。まず第一点としてはその定義の不明確性がある。施設体系を定義している1991年12月31日法(病院改革法)では、急性期入院施設と長期入院施設については定義があるが、中期入院医療施設については、その間に存在するという解釈のみで明確な施設の定義はない。そのために中期入院医療施設が、長期入院医療施設に入院した場合のホテルコストを避けるための社会的入院の場所になっているという実態がある。

また、第二点として急性期病院からの転換型施設が近年増加しており、医療サービスの質の点で疑問が出されている。これは1990年代に経営状況が悪化した民間営利の急性期病院がフランス政府の急性期病床削減計画に便乗する形で中期入院医療施設に転換したことによる。フランス政府の現在の医療政策の中心的課題は、医療の質を保証しながらいかに提供体制の効率化を図っていくにある。そのためには各施設の機能を明確にしながら(機能分化)、地域内連携体制を確立していくことが必要であり、リハビリテーション医療の中核となっている中期入院医療施設の整備と質の向上が課題となっている。前項の「3. 中期入院医療施設における診断群分類の開発」で説明したSSR分類の導入は、この機能分化の重要なツールになると考えられる。

5. 中期入院医療施設の事例

中期入院医療施設とは療養・回復・機能再適応施設で、その主な対

象は脳卒中の回復期・維持期の患者、骨折などの整形外科における急性期の治療を終えた患者である。また、虚血性心疾患の急性期治療を終えた患者に対するリハビリテーション施設、神経難病の患者などの継続的ケア施設、重度心身障害児・者の入院施設などもこの区分に相当する。より具体的なイメージを提供するためにここではパリ・モンパルナス駅近くにあるLéopold Belan病院を例にその機能を紹介したい。

同病院は24の施設から構成されるLéopold Belan財団の施設群の急性期および中期入院を行う公的病院サービス参加非営利民間病院である。急性期入院施設は神経科部門、運動器部門、消化器部門、循環器部門から構成されており、1年24時間体制で患者の受け入れを行っている。中期入院医療部門は主として神経難病、特に多発性硬化症の患者の継続医療を行っている。中期入院医療部門は神経難病の患者に対して入院および通院でリハビリテーションサービスを提供している。

ここで特徴的なのは、患者ができるだけ住み慣れた在宅で生活することが可能であるように、開業理学療法士(PT)・開業作業療法士(OT)と「ネットワーク réseaux」を形成している点である。「ネットワーク」はフランス公衆衛生法典で定められた施設間連携の一形態であり、かかりつけ医(この場合は一般医だけでなく神経科専門医がこの機能を担うことも可能)がゲートキーパーとなり、入院医療から社会福祉的なサービスまで、個々の患者のニーズに応じた総合的なケアを提供する仕組み

である。かかりつけ医には管理費用が社会保険から別途支払われ、またネットワークそのものが地方病院庁との契約の対象となり、また医療施設機能評価の対象となる。

Léopold Belan 病院中期入院医療部門はこのネットワークのゲートキーパーおよび後方病院として機能しており、在宅入院、日帰り入院といった代替入院サービスや開業 OT・PT に対する電話回線を用いた診療支援を行っている。ネットワークを構築するために同病院はパリ市内のすべての開業 OT・PT にダイレクトメールを送って参加を呼びかけ、また希望者には病院の見学や病院での研修会参加の機会を提供している。このような努力の成果として同病院はパリ市内の開業 OT・PT の約 50% と協力関係を構築している。

また、Léopold Belan 財団はパリ市内に主として神経難病患者を対象としたデイケアセンターも運営しており、入院—通院—通所—在宅のネットワークによる継続医療体制の確立にも努力している。このような総合的ケア体制は Léopold Belan 財団の施設を利用する患者に大きな安心感を与えており²⁵⁾、神経難病、特に多発性硬化症患者が質の高い在宅療養生活を送ることを可能にしている。

まとめ—日本への示唆

以上、フランスにおける中期入院医療施設の概要について紹介した。本号における特集テーマは「亜急性

(中期)医療は存在し得るか」であるが、フランスの例を見る限りにおいて、そのカテゴリーは確かに存在しており、医療提供体制の中で重要な役割を果たしているといえる。例えば、本論文で紹介した Léopold Belan 病院が対象としている神経難病のように長期にわたって寛解・増悪を繰り返すような病態は、急性期病院にも療養型病床にもなじまない。このような患者が寛解時には住み慣れた在宅で医療を受け、そして増悪時には急性期的な医療とそれに続く適切なりハビリテーション医療を受けることができるためには、やはり Léopold Belan 病院のような中期入院医療施設が患者の生活圏域内に存在していることが必要であろう。

また、フランスの SSR 分類において病態ごとに評価を変えているように、このカテゴリーに属する傷病については、それぞれの病態カテゴリーに対応したサブ組織が必要であろう。フランスの例を基に考えれば、回復期リハビリテーション病棟、神経難病病棟、ターミナルケア病棟、高齢者におけるその他の安定しない病態を扱う特殊疾患療養病棟(フランスの急性期老年科疾患 CMC に対応)の 4 区分が、とりあえず現行の一般病床の中から中期入院医療施設として区分できるのではないだろうか。残念ながらわが国では、患者の病態やケアニーズに応じて施設を体系化するための研究があまり進んで来なかった経緯がある。この点は筆者らのようなこの分野における研究者が反省すべき点である。現在、中

医協(中央社会保険医療協議会)の下に四つの診療報酬調査専門組織が設置され、その中の一つが慢性期医療の調査専門委員会である。この委員会では慢性期疾患における診断群分類の検討も行われる予定である。今後の高齢社会における医療提供体制を考えるうえで、同委員会の役割は非常に重要であり、その成果に期待したい。

注

- 1) 地方病院庁は地方レベルで各地方の病院医療を管理する組織で、例えば地方医療計画の策定、医療施設への支払額の決定、医療施設の施設計画に関する事項の管理などを行っている。
- 2) 疾病金庫はいわゆる健康保険組合で、国民の 80% は全国被用者疾病金庫(わが国の政府管掌健康保険に類似)に所属している。その他、自営業者や農業経営者のための疾病金庫もあり、国民の 99% 以上が何らかの疾病金庫に加入している。
- 3) 協約料金とは疾病金庫と代表的な医師組合との間で締結される、診療行為ごとの報酬。わが国の診療報酬表に相当する。
- 4) SSR とは Soins de Suite et de la Réadaptation-Rééducation(フォローアップおよび再教育・リハビリテーションケア)の略。SSR 分類は 1 日当たりの資源投入量の均質性と臨床的な均一性に基づいて作成される。GHJ(Groupe Homogène de Journées)は直訳すると「均一滞在群」となる。
- 5) フランスでは医療施設の質評価指標の一つとして患者満足度調査が指定されており、各施設がそれに取り組んでいる。

参考文献

- 1) 竹内正也：フランスにおける中期入院医療施設に関する調査報告書。全国公私立病院連盟，2003
- 2) フランス医療保障制度に関する研究会(編)：フランス医療関連データ集〔2003 年版〕，医療経済研究機構，2003

まつだ しんや

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授：〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘 1 番 1 号



亜急性期医療の考え方

産業医科大学 教授 松田晋哉

1 はじめに

人口の高齢化とそれに伴う疾病構造の変化、あるいは医療技術の進歩と国民の医療に対する期待の高まりにより、先進諸国においては医療費の増大が問題となっている。さらに国民の医療の質への関心の高まりにより、単なる医療費増の抑制ではなく、質の高い医療サービスをいかに効率的に提供する体制を構築するか、具体的には地域内において住民のニーズに適切に応えるために医療施設の機能分化をいかに図っていくかが医療政策の課題となっている。

図1は2002年12月に厚生労働省から出された今後の医療提供体制の機能分化に関する試案であるが、このなかでは入院医療に関して、急性期病床と療養型病床との間に回復期リハビリテーション病床などのいわゆる亜急性期病床が位置づけられている。では、このような亜急性

期を対象とした医療は独立して存在するものなのであるか？ 全日本病院協会および四病院団体協議会は以前より「リハビリテーションとケアマネジメント機能を備えて、比較的軽度な急性期医療に対応したり、在宅の慢性疾患患者の急性増悪に対応したり、急性期病床からの患者を受け入れる病棟」として「地域一般病棟」の必要性を論じてきた¹⁾。筆者も、高齢社会にあって、患者ニーズに的確に応えていくためにはそのような病床群が必要であると考えてきた。その理由としては以下のとおりである。

例えば要介護状態の主因の一つである脳卒中に関して、発症後の救急体制の整備と、早期からの急性期・亜急性期・回復期リハビリテーションを可能にする体制の確立の必要性が、指摘されている。なぜならば、急性期施設と慢性期施設の間に総合的なリハビリテーション施設が介在することで、患者の在宅復帰の可能性が高

図1 厚生労働省による診療報酬体系見直し案

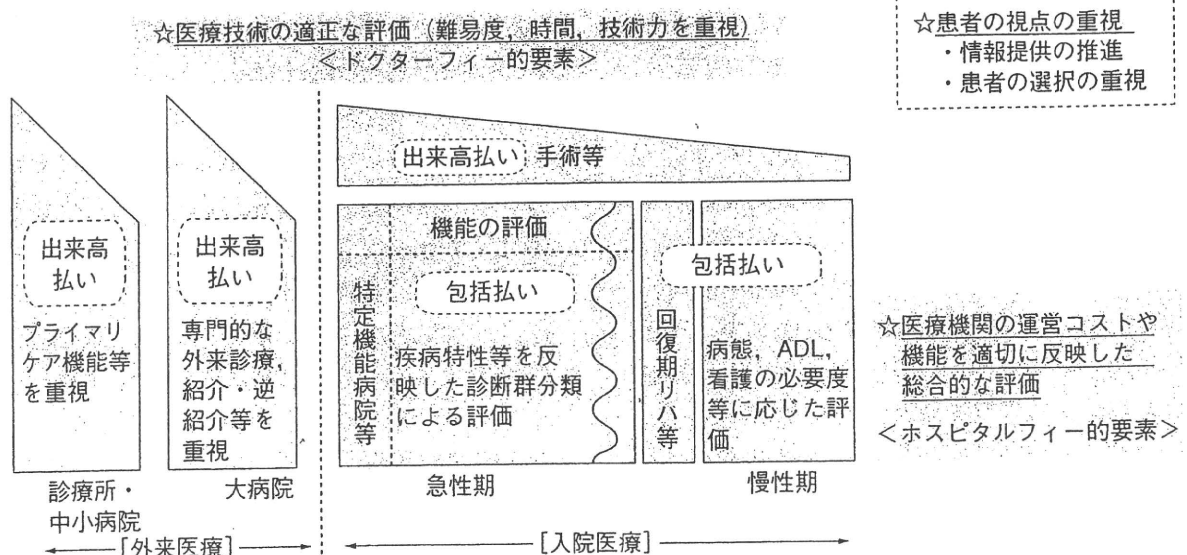


表1 亜急性期入院医療管理料の概要

<p>診療報酬点数：2050点/日 期間：90日を限度に算定</p> <p>(1) 亜急性期入院医療管理料を算定する病室は急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であって症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を一定の期間提供する病室である。</p> <p>(2) 当該病室に入室してから7日以内に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当するもの、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む）を作成し（診療録に添付）、患者に対し説明を行うこと。</p> <p>(3) 在宅等とは、居宅、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設等をいう。</p> <p>【施設基準】</p> <p>病床数：有する一般病床数の1割以下（1割が10床に満たない場合は10床まで算定可能） 看護基準：2.5：1以上（看護師7割以上） 在宅復帰支援を担当する者の専任配置 特定機能病院以外の病院 理学療法（Ⅲ）以上の保険医療機関 退院患者のおおむね6割以上が居宅等へ退院</p>

まると考えられるからである。

また、急性期・慢性期の単純な二分論が当てはまらない例として神経難病やターミナルの患者があげられる。これらの患者に対する医療は長期的なものである一方で、ときに急性期的な対応を必要とする。したがって、このような疾患をある程度専門的に扱う施設がない限り、これらの患者を対象とした在宅ケアの充実もむずかしい。

すなわち、病院の機能分化に関してはおおむね1カ月までの入院を対象とする急性期入院施設と3カ月以上療養を対象とする長期入院施設、そして1カ月から3カ月の入院を対象とする中期入院施設の3区分が必要ではないかと筆者は考えている。

厚生労働省もこのような機能分化の必要性への認識を踏まえて、2004（平成16）年度診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟の対象疾患以外に7つの疾患を例示し、「急性期から回復期あるいは慢性期への移行途上の状態」、「慢性疾患の増悪等、一時的に医療必要度が高まる状態」を亜急性期と定義したうえで、亜急性期入院医療管理料を導入している。本論文では、最近の亜急性期医療をめぐる動向を踏まえて、亜急性期病床の意義と今後のあり方について私見を述べてみたい。

2 亜急性期入院医療管理料

表1は亜急性期入院医療管理料の概要を示したものである。この制度においては、亜急性期医療を必要とする患者について、一定の期間に在宅復帰を目指して実施する入院医療管理を評価し、90日を限度に1日2050点の亜急性期入院医療管理料を一般病棟の病室単位で算定できることとなっている。

すでに全日本病院協会副会長の西澤寛俊氏が論述しているように、亜急性期入院管理料の算定要件はさほどきびしいものではなく、またその算定により収入増が期待できることから、その採用は200床未満の民間中小病院を中心に広がっていくと考えられる²⁾。

特に病床単位で算定が可能である点は規模の小さな病院にとっては好都合であろう。しかしながら筆者は経済的動機のみをもとに安易にこの管理料を算定することは適切ではないと考えている。その理由はこの管理料を算定する施設は、地域において高齢者を中心とした亜急性期の患者における在宅支援ネットワークの中核施設であるべきであると考えられるからである。以下、その理由について説明する。

表1に示したように、亜急性期入院医療管理料を算定するための要件として、①在宅復帰支

援担当者の配置，②入院基本料2と同等の看護体制，③退院患者の6割以上が在宅復帰すること——の3つがあげられている。これらはいずれも患者に質の高い在宅療養を保証するという理念に係るものであり，したがって当該管理料を算定するというはこの理念の実現に向けて具体的なサービスを提供するということである。すなわち，その算定が患者の在宅療養における質の向上に役立たないのであれば，その施設はこの管理料を算定すべきではないと考えられる。

さらに現在の医療活動に関する情報公開の流れのなかで，各施設が担っているとされている機能を実際に行っているかどうかに関する指標が今後公開されることになるであろう。例えば，現在，急性期入院においては特定機能病院等でDPC（Diagnosis Procedure Combination）という診断群分類が支払いに用いられている。DPCは単なる支払い方式の包括化のツールではなく，情報標準化のツールである。すなわち，DPCという標準的な情報を単位として，各施設にどのような患者が集まっており，またどのような治療を受けているかが比較できるのである。慢性期医療についても慶應大学の池上直己教授を中心に，同様の患者分類方式の開発が進んでおり，遠くない将来に慢性期医療においてもDPCと同様の分類手法およびそれに基づく支払い方式が導入されると予想される。そのような流れのなかで亜急性期医療についても早晚，ケースミックス分類の開発とその導入が行われるであろう。諸外国ではそのような分類がすでに開発されており，現在その導入に向けた検討が進んでいる。

3 亜急性期医療に関する諸外国のケースミックス分類

例えば，フランスのSSR（Soins de Suite, Rééducation）分類では急性期の老年科疾患，ターミナルケア，神経・筋疾患，リウマチ・整形外科的疾患，外傷後・四肢切断後などの14の主要臨床群（Catégorie Majeur Clinique：CMC）が設定されており，それぞれについて

主要診断，関連疾患の有無とその種類，リハビリテーション必要度，臨床的重症度，年齢，ADLの依存度などの情報に基づいて分類されるシステムとなっている³⁾。このうち臨床的重症度は行われた医療行為コードおよび傷病名によって最重度ケア・重度ケア例，そしてリハビリテーションについてはリハ行為の種類と組み合わせおよび時間的な介入頻度等によって複雑なりハ治療・リハ治療に分類される。ADLについては着衣，移動，食事，排泄，行動，他者との交流の6項目について，自立，見守り，部分介助，全介助の4段階で評価される。SSR分類を作成する際の樹形図はCMCごとに異なっており，例えばターミナルケアではリハ分類を利用せず，神経・筋ではまず傷病で分類したあとにリハビリテーションで分類，その他ではリハビリテーションで分類したあとに傷病で分類するといったルールになっている。主要診断についてはICD10に基づいて行われるが，原則として主要診断についてはZコードが使用されている。分類への割付は1週間単位で作成される標準化週間サマリー（Résumé Hebdomadaire Standardisés：RHS）によって行われる。分類の作成にあたっては臨床的側面と資源消費量の両面が考慮されているのは他の診断群分類と同様である。

また，オーストラリアで採用されているCRAFT分類（Casemix Rehabilitation and Funding Tree）では，脳血管障害および神経系の疾患，整形外科的疾患・骨折，整形外科的疾患・股関節および膝関節の置換術後，その他の整形外科学的疾患，循環器・呼吸器系疾患，四肢切断例，頭部外傷・外傷，脊髄の障害，火傷，その他について入院時のBarthel Indexに基づく評価を基に16分類が設定されている。そして，そのうち四肢切断例，頭部外傷・外傷，脊髄の障害，火傷を除く12分類に対して包括評価が適用されている⁴⁾。

わが国において亜急性期病床を対象に同様のケースミックス分類が導入されると，各施設においてどのような患者が入院しているのかが明

らかになる。そして、その結果が施設間で比較されることにより、当該施設が亜急性期施設として適切な患者を受け入れているのかが評価されることになる。

4 亜急性期施設に求められる在宅ケア支援機能

また、診断群分類の開発に並行して、医療の質評価に関する指標の開発も進んでいる。例えば、DPCごとの件数や死亡退院率などのボリュームあるいはアウトカム指標などは比較的容易に作成できる指標であり、医療活動の内容に関する国民の関心が高まっている今日、これらの指標は粗診粗療を予防するためにも、早晚公開されることになろう。さらに看護業務量の評価手法に関する研究も現在精力的に進められている。このような指標が導入された場合、各施設は亜急性期病床の要件である①在宅復帰支援担当者の配置、②入院基本料2と同等の看護体制、③退院患者の6割以上が在宅復帰すること、のそれぞれについてその具体的内容に関する評価を受けることになる。例えば、看護業務量や退院患者の退院先、あるいはおおむね1カ月以内の再入院率などを評価することが考えられる。

以上のような指標が一定水準であり続けることができる施設とは、何らかの基礎疾患をもちながら、時々不安定な状態になる患者の施設—在宅の継続的診療を支えることができる施設であり、したがってそのようなネットワークの中心にある施設であろう。また、同一法人で複合体を形成している場合は、自己完結的にそのようなネットワークを形成することが可能である。その意味で亜急性期入院医療管理料はわが国における複合体の経営基盤をさらに強固なものにする可能性もある。

いずれにせよ、亜急性期入院医療管理料を算定する施設においては、それを自施設でもつ場合でも、あるいは他の施設（訪問看護ステーションや診療所）との連携による場合でも在宅ケアの支援機能が重要になると筆者は考えている。そして、後者の場合は、そのネットワーク

そのものが施設係数あるいは加算的なもので評価されることも考えられる。

ところで、現在、療養病床等では180日超入院における入院基本料の特定療養費化、そして特別養護老人ホームではユニットケアにおけるホテルコストの自己負担化が進んでいる。こうした動向の背景には長期療養におけるホテルコストは原則自己負担にすべきではないかという考え方があるように思われる。実際、わが国と同様の社会保険制度を採用しているフランスにおいても療養型施設におけるホテルコストは全額自己負担となっている。しかも、ホテルコスト（1日当たり費用額）は、各施設が当局との契約でそれぞれの価格を決めることができる仕組みになっている。

仮に、わが国においてもこのような長期療養施設におけるホテルコストの自己負担化が導入された場合、亜急性期病床がホテルコストを避けるための新たな社会的入院の場所となる可能性もある。そのような事態を防ぐためには、各施設がどのような患者を診療しているのかについての標準的な情報が必要であり、したがって繰り返しになるが、わが国においても亜急性期入院を対象とした診断群分類の開発が進むであろう。亜急性期における診断群分類への割付は、急性期と同様、病名および行われた処置・手術などに関する情報が必要になることに加えて、リハビリテーションや看護サービスの状況と患者のADLに関する情報も必要になる。分類自体は急性期に比較すれば非常に簡素化されたものになると予想されるが、いずれにせよそのような情報化に対応できるだけの準備が必要である。

5 まとめ—今後の医療機能体制のあり方について—

以上、2004（平成16）年度の診療報酬改定で新たに導入された亜急性期入院医療管理料をキーワードとして、亜急性期入院医療の考え方について私見を述べた。すでに別報で述べているように、諸外国、特にフランスの例をみる限りにおいて、亜急性期入院というカテゴリーは

確かに存在しており、わが国における今後の医療提供体制の機能分化の過程で強化されるべき領域であるといえる³⁾。亜急性期という名称は急性期から引き続く亜急性期というような一方向的な印象を与えるが、そのカバーする範囲は、例えば回復期リハビリテーションが必要な脳血管障害の患者のみではない²⁾。例えば、神経難病のように長期にわたって寛解・増悪を繰り返すような病態は、急性期病院にも療養病床にもなじまない。このような患者が寛解時には住み慣れた在宅で医療を受け、そして増悪時には急性期的な医療とそれに続く適切なリハビリテーション医療を受けることができるためには、やはり病態に応じて柔軟にそのような患者を受け入れることができる亜急性期入院医療施設が患者の生活圏内に存在していることが必要であろう。今回の亜急性期入院管理料の導入は、そのような機能分化の端緒となるものであると筆者は考えている。

社会の高齢化と患者の期待の変化により、医療をめぐる環境は大きく変化してきている。医療サービス提供側はそのような患者ニーズの変化と地域において自施設が何を期待されているのかを十分踏まえたうえで、それぞれの将来の方向性を考える必要がある。診療報酬と介護報酬が同時に改定される2006年は大きな改革の年になると予想されており、各施設の経営方針

に大きな影響を及ぼすものになるであろう。今後、改正病院会計準則の導入が一般化されれば、各施設の財務状況も明らかになる。そのような条件がそろえば、医療活動の内容と財務の状況を比較しながら、各施設の機能を評価することが可能になる。このような大きな環境変化のなかで、各施設が地域において必要な病院であり続けるためには、従来以上にその理念とそれを具体化した医療活動のありかたが重要となる。単に短期的な収支のみに振り回されて経営方針を定めるのではなく、将来に関する見通しをもって、経営を行っていくことが必要であろう。そのためにはやはり医療活動に関する情報の標準化が必要であり、具体的にはすべての医療施設を対象とした診断群分類の開発が必要になってくる。透明化された情報に基づいて、関係者の合意のうえに医療費の枠組みを決めていくということが必要な時代になっていると考える次第である。



引用・参考文献

- 1) 全日本病院協会 (2002)：病院のあり方に関する報告書 (2002年度版)。
- 2) 全日本病院協会副会長 西澤 寛俊氏に聞く「亜急性期入院管理料は病院のネットワーク機能が運営の鍵に」、日経ヘルスケア 21, 2004年4月号：60-62。
- 3) 松田晋哉 (2003)：フランスの中期入院医療施設について、病院, 62巻 (12)：1000-1003。
- 4) 松田晋哉 (2003)：オーストラリアの医療制度とDRG (下), 社会保険旬報, No.2172：18-23。

医療保険の動向*

松田 晋哉¹

はじめに

人口の高齢化と急性期疾患から慢性疾患という疾病構造の変化に伴い、わが国の医療費は増大を続け、1999年度の国民医療費はついに30兆円を超えることとなった。対国民所得でみるとわが国の医療費は8%台であり、アメリカやフランス、ドイツといった他の先進諸国に比べるとまだ低い水準にある。しかしながら、今後の更なる高齢化の進行と、現在の経済の低迷を考えると、医療保険制度を含めた健康政策の見直しは喫緊の課題である。

1999年度決算によると、健康保険組合、政府管掌健康保険、国民健康保険のいずれも単年度決算でそれぞれ2033億円、3163億円、1190億円の赤字であり、政府管掌健康保険については2002年度には積立金も枯渇するとの推計が出されている。このような状況下に、支払側は老人保健制度における拠出金の廃止を柱とした老人医療制度の抜本改革を要求するとともに、つきぬけ形の医療保険制度への再編成など、制度そのものの改革を要求している。一方、診療側の代表である日本医師会は若年者については現行の制度としたうえで、新たに公費と保険料による老人医療制度を創設することを要求している。

2003年2月現在でこうした論争にはまだ決着

がついていないが、いずれにしても国際的にも高く評価されているわが国の医療制度を持続可能なものにするためにも、抜本的な改革を避けて通ることはできない。経済状態の悪化により保険料収入および税金は減少しており、将来的には少子化がこの傾向に重なることになる。一方、高齢化の進行は有病率を高め、さらに医療技術の高度化が支出の増大につながる事となる。結果として、医療保険財政の収支は赤字傾向が継続し、医療費適正化の圧力はさらに高まっていくと予想される。

池上が指摘しているように、1990年代以降における医療保険財政の行き詰まりの根本的な原因は経済不況にある¹⁾。その意味で2002年度に行われた診療報酬のマイナス改定は、現在の経済状況が持続する場合、状況によっては今後も行われる可能性がある。では、わが国の経済状況が回復すれば医療保険の財政も好転するのであろうか。残念ながら、欧米の経験が示すように、仮に今後経済状況が回復したとしても医療保険財政が劇的に好転することは期待できない。なぜならば、現在先進諸国における経済成長の源は労働集約的な産業から知識集約的な産業に移っており、「雇用の創出無き経済成長」となる可能性が高いからである。また、このような状況は社会の階層化にもつながりうるものであり、わが国の社会保障制度

* Trend of Health Insurance Reform

¹ 産業医科大学医学部公衆衛生学(〒807-8555 福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1) Shinya Matsuda : Department of Preventive Medicine and Community Health, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan

の原則となっている社会連帯のあり方そのものにも影響しうるものであろう。

本稿では、上記のような現状を踏まえたときに、どのような医療制度改革が可能性としてありうるのかについて私見を述べてみたい。

医療費の適正化対策

医療費の適正化策といった場合、まずその適正化の内容について考えてみる必要がある。現在の医療保険財政の厳しさを考えれば、支払い側にとっては医療費支出の削減が適正化の主な目的と考えられるが、国民の立場からいえば、まず質を保証されたうえで医療費の適正化であろう。すなわち、安かろう、悪かろうでは国民は納得しない。また、医療提供者側としては、患者の治療のために十分な治療を行うことを可能とし、さらに自らの専門職としての評価を適切に反映した医療費のあり方を求めている。このような利害の異なる関係者間の難しいバランスをどのようにとるのが、現在、先進国共通の医療政策の課題となっているのである。

そこで、本節では、まず需要側、供給側に焦点をあてた医療費適正化策について述べた後、質を保証したうえで医療費の適正化を行うための条件としての情報の標準化と透明化について述べる。

1. 需要側に焦点をあてた適正化策

需要側に焦点をあてた適正化策としては、保険料および自己負担の引き上げがまずあげられる。実際、2002年度の健康保険法の改正では、保険料の算定基盤となる収入をボーナスも含めた総報酬制とし、また健康保険組合加入者本人の自己負担を20%から30%に引き上げることが決定されている。この結果、医療保険財政は2007年まで約7000億円の削減効果があると推計され、医療保険財政は一時的に小康状態となる。しかしながら、わが国に先んじて医療費増の問題に直面した欧州諸国の経験によると、このような医療費の自己負担増の医療費適正化への効果は限定的かつ短期的であり、さらに低所得層の医療サービス利用を抑制するために、国民の医療における平等の視点からみて多くの問題を生ずる可能性がある。実際、関係者も今回の自己負担増の財政効果が限定

的であることは認めており、30%という自己負担がすでに限界であることを考えると、再び医療保障財政が悪化する2007年以降は、このような自己負担を増大させる手法は特定療養費制度の拡大を除けば、もう使えないであろう。したがって、2007年度以降は別の視点からの医療費適正化策が必要となる。具体的には、2.で述べる供給側に焦点をあてた対策が中心的なものにならざるを得ない。

その他の需要側に焦点をあてた対策としては、例えば公的保険のカバーする範囲の見直しや健康管理・健康増進・予防対策などがある。まず、給付範囲の見直しについては療養型病床におけるケアフィーとホテルフィーを分離したうえで、後者については原則自己負担とする方式などが考えられる。実際、わが国と同様の社会保険制度を採用しているフランスにおいては、急性期医療およびリハビリテーションなどの中期医療については、医療保険が両フィーをカバーしているが、療養型病床については両者を区分したうえで、ケアフィーは疾病保険、ホテルフィーは自己負担(ただし、生活困窮者については自治体の社会福祉制度が支給)という仕組みとなっている。わが国においても、今後この問題が議論の俎上に上ると予想されるが、いわゆる14年型特別養護老人ホームにおいてはこのようなスキームが導入されており、今後の動向を考えるうえで注目される。また、ホテルフィーの議論にあたっては年金と介護保険制度および医療保険制度の関連についても検討が必要になるであろう。

公的保険の給付範囲に関しては、軽微な医療における全額自己負担などが議論されることがあるが、これは不適切であるし、また実質的に不可能であろう。なぜならば、何が軽微であり、何がそうでないかについて一義的に定義することは不可能だからである。

需要側に焦点をあてた対策の最後はいわゆる予防活動であるが、これをどのように現在の仕組みに組み込んでいくかは、今後の大きな課題である。近年、欧米諸国では疾病管理プログラム Disease Management への関心が高まっており、実際、アメリカでは糖尿病や喘息などの患者を対象

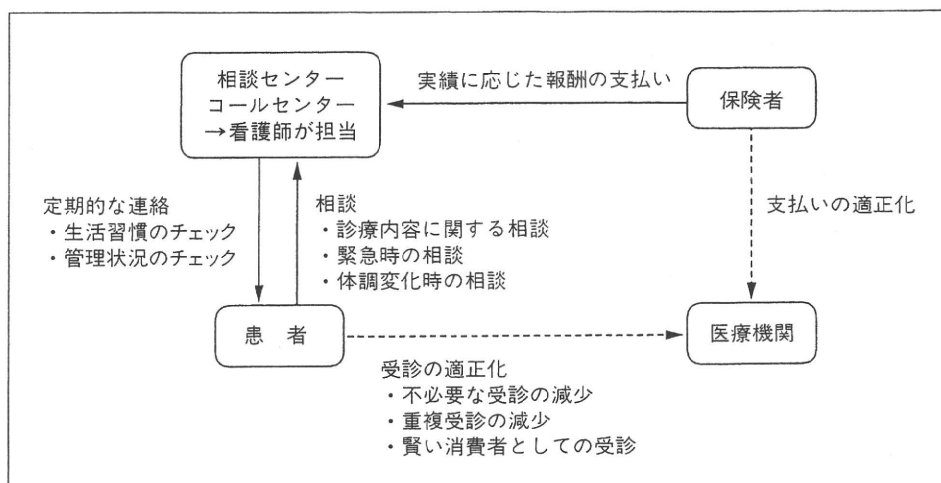


図1 疾病管理プログラム

とした疾病管理プログラムが商品化されている。

図1はその概要を示したものである。保険会社と契約した疾病管理会社は、当該保険の被保険者のうち、例えば糖尿病の患者の疾病管理を請け負う。事業の核となるのは、経験の豊富な看護師による電話相談センターで、看護師が当該患者に定期的に電話をかけ、構造化された質問票などを用いることで、患者の管理状況を確認し、必要に応じてかかりつけ医への受診を調整するというものである。例えば、糖尿病の場合、このプログラムを導入することで、患者の自己管理の質が向上し、合併症の発生やあるいは悪化が防止され、受診率が減少し、結果的に医療費が節約されることになる。疾病管理会社は、この節約額の何割かを成功報酬として受け取ることで事業としている。わが国でこのような疾病管理的なシステムを医療保険制度の中に取り込むことが可能であるかどうかについてはまだ検討の余地が大きい。しかしながら、国内でもすでにいくつかの民間保険会社はこのような疾病管理事業に関心を持ちはじめしており、今後の展開が注目される。

2. 供給側に焦点をあてた適正化策

供給側に焦点をあてた対策としては、サービス提供主体(病床, 医師等)の数量制限, 効率的医療を可能にするための機能分化, 支払い方式の変更などが議論されている。まず、第一のサービス提供主体の数量規制については地域医療計画による医療圏ごとの病床数の規制, 医学部定員の削減などがこれまで行われてきた。確かに、地域別にみ

た病床数あるいは医師数と1人あたり医療費には強い相関があり、医療サービス提供者側が需要を作り出している可能性は否定できない。また、地域ニーズを無視して行われた地域医療計画導入前の駆け込み増床が現在の医療サービス提供体制をゆがめている一因であることもまた事実であろう。例えば、病床過剰地域である三多摩地区では、療養型病床は過剰であるが、急性期病床は不足しているというように、地域住民の安心という立場から考えたとき、無視できない深刻なアンバランスが生じている。

わが国と同じような地域医療計画を導入しているフランスの場合、同計画は単なる病床数の規制ではなく、地域内の施設の機能分化や連携も含めた計画となっており、しかもその実行に財政的に強制力を持たせている。すなわち、地域内の各施設はこの地域医療計画との整合性を考慮して施設計画をたて、その実行について地方レベルで病院医療の活動を総合的に監督する組織である地方病院庁と契約する仕組みになっている。そして、契約に示された内容が達成されない場合には、地方病院庁事務局長の命令として診療科の統廃合が求められる。例えば、外科手術や分娩などについては、最近、わが国でも話題となっている施設基準が存在し、最低達成数を満たさない施設については診療科の統廃合が求められることになる。そして、仮に命令を下された施設がそれに抵抗したとしても、より実際的な手法として、予算配分の減額を行うことで、そのような命令は実効性を持つ

ことになる。すなわち、フランスにおいては、理論上、総額予算制と地域医療計画が、地域における病院医療の体系化の手段となっている。そして、このような計画を客観的に策定するために、DRGによる病院医療の情報化・透明化が行われている。

民間病院が多いわが国の医療環境においてフランスのような仕組みを導入することは難しいが、地域医療計画とある種の補助金などを用いることで、地域における医療施設の機能分化をフランス的な手法で促進することは可能かもしれない。例えば、尾形は「医療施設近代化施設整備費補助金」を、そのような性格の補助金として使うという非常に興味深い提案を行っている²⁾。補助金の削減が議論の俎上に上っている今日の財政状況を考えると、この提案がそのまま受け入れられる可能性は必ずしも大きくはないが、地域医療計画に財政計画的な性格を持たせるといった視点は重要であると思われる。

ところで、供給側の数量規制としては現在病床の削減が求められているわけであるが、欧米の経験では施設数を減らすことなく病床数を減らすことは困難であることが示されている。すなわち、病院自体を減らすことを考えなければ、病床数は減らないという経験則である。確かに、病床以外に投入した資本を病床数の削減と同時に減らすことは困難であり、そのため、仮に病床数を減らすとすれば、病床利用率を高めない限り、投下資本の効率性が低下し、経営的には厳しいものになるであろう。このような選択を迫られている病院の多くは急性期に特化しきれない中小の一般病院であることを考えると、問題は深刻である。なぜならばこのような病院の多くは当直や日中の非常勤医師を大学の研修医に依存しており、2004年以降、臨床研修が必修化され、研修医のアルバイトなどが禁止されると、すべてを自前で行わなければならないとなり、即座に標欠問題に直面するからである。また、このような病院の場合、築30年といった老朽化した施設も少なくなく、仮に介護施設に転化するとしても、施設基準などをクリアすることは難しい。また、介護保険制度において、施設療養費の高騰が問題となっている現在、

当局が介護施設への転化自体を歓迎しないことも予想される。したがって、そのような施設を中心に閉院や有床・無床の診療所への転換が行われる可能性がある。

一方、医師数については、一般的に将来は過剰になると予想されているが、筆者は必ずしもそうならないのではないかと考えている。なぜならば、医師を労働者として考えるならば、現在の超過勤務の状況は看過できず、その適正化は当然関与する医師の増員を必要とする。さらに、医学部における女子学生の増加は、医療職に対する子育て支援策の充実がない限り、パートタイムで働く医師の増加につながり、常勤換算での医師数はさほど増えない可能性もある。また、都市部の高校生が偏差値に従って地方の医学部に入学し、卒業後はまた都市部に戻るといった実態が改善されない限り、地方での医師不足も解決されないであろう。特に、大学病院が臨床研修の場としての機能を失った場合、地方の病院における医師の確保は困難になるであろう。

供給側に焦点をあてた対策の第二は機能分化の促進である。まず病院については、二次・三次救急にも対応できる急性期病院と療養型病床などの慢性期病院への分化が政策的に誘導されている。例えば、現在一般病院については、医学的に妥当な理由のない6カ月超入院患者については入院基本料の特定療養費化という形で自己負担の増額が行われており、また旧医療法の「その他病床」については2003年8月末までに一般病床となるかあるいは療養型病床となるかの選択を迫られている。わが国の病床数については、厚生労働省の試算が公表されているが、仮に欧米諸国における平均在院日数と病床密度を当てはめた場合、現在120万床あるわが国の一般病床の数は40万～60万になるとされている。

この試算に対して、二木はわが国の中小民間病院の果たしている機能を過小評価しているものであるとの批判を展開している³⁾。確かに、このような急激な病床数の削減が行われた場合、在宅ケアの体制およびいわゆる Assisted Living といった住に関する政策が不十分な現状を考慮すると、行き場のない虚弱高齢者が大量に発生することが

予想される。医療経済研究機構の調査によると、医療療養型施設と介護療養型施設における入院患者を比較すると、前者のほうが寝たきり度、痴呆度ともに低く、介護保険導入によって、むしろ前者において社会的入院が問題となっていることが明らかにされている⁴⁾。そして、同報告によると、多くの長期入院患者は在宅の受け入れ先があれば退院できる状態にあるという。このような社会的入院の問題は、施設側に改善を求めても解決する問題ではなく、やはり地域としてそのような高齢者の住をどのように考えるかという政策がなければ解決はできない。そして、その費用については、単に医療費の枠組みの中だけで考えるのではなく、そのような高齢者の生活を地域でみようとする場合のトータルのコストから考えるべきであり、また利用者の安心といった質の面からも検討すべきであると考えられる。

さらに、筆者は現在の一般病床を一般病床と療養型病床と単純に二分することは不適切であるとも考えている。例えば、現在、特別養護老人ホームや老人保健施設における入所待ちが問題となっており、介護保険事業計画の見直しに際しては、その定員数の増加が議論されている。しかしながら、介護保険制度の本来の趣旨である在宅ケアの推進といった視点から考えると、このような方向性は問題が多い。わが国において在宅ケアが進まない理由の一つとしては、例えば要介護状態の主因の一つである脳卒中に関して、発症後の救急体制の整備と、早期からの急性期・亜急性期・回復期リハビリテーションを可能にする体制の確立が不十分であることが指摘されている。すなわち、急性期施設と慢性期施設の間に総合的なリハビリテーション施設が介在することで、患者の在宅復帰の可能性が高まると考えられている。具体例としては北九州市にある小倉リハビリテーション病院(浜村明德病院長)がこのような試みを展開しており、その成果が注目されている。また、急性期・慢性期の単純な二分論が当てはまらない例として神経難病やターミナルの患者があげられる。これらの患者に対する医療は長期的なものである一方で、時に急性期対応を必要とする。そしてこのような疾患をある程度専門的に扱う施設がない

限り、これらの患者を対象とした在宅ケアの充実も難しい。

次に診療所についてであるが、他の先進国における外来医療改革と同様、わが国においても診療所のプライマリケア機能を重視する方向で改革が進むことが予想される。しかしながら、イギリスやオランダのような家庭医制度がわが国の医療の文化になじむかどうかについては慎重な検討が必要であろう。まず、医学部教育が高度に専門分化した医師によって行われており、しかも自然科学としての医学に価値を置く現在の医学教育が、これから短期間にプライマリケアを志向したものになるとは考えにくく、医学生あるいは若い医師の間の専門医志向も依然強いものであり続けるだろう。さらに専門医でありかつ一般医という日本の開業医のあり方は、開業医の段階でそれぞれの専門性にあつた高度医療を患者が受けることを可能にしており、同様の医療が病院の専門医によって提供されている欧米に比較して、費用効果的に行われている可能性は否定できない。

近年のわが国におけるプライマリケア議論の背景には患者の大病院志向が医療費の高騰につながっているという問題意識があると考えられるが、診療所のプライマリケア機能の充実、必ずしもこの問題の解決にはならないであろう。なぜならば、患者が大病院を志向する理由は、検査機器などの充実、多科による診療、そして何よりも患者自身の専門医嗜好によるものであると考えられるからである。

したがって、このような問題の解決のためには、各分野における専門医である開業医間の連携による診療所レベルでの医療サービスの総合化(例えば、Medical Villageなど)や、オープンホスピタルにおける開業医による専門診療などの仕組みなどが必要であると筆者は考えている。このような連携体制の確立によって、高額医療機器の共同利用が推進され、重装備過ぎると批判されているわが国の診療所のスリム化が進むのではないだろうか。いずれにせよ、このような体制の確立のためにはsolo practice志向の強い医師自身の意識変革が求められる。また、そのようなシステムの組織者としての地区医師会の役割が重要とな

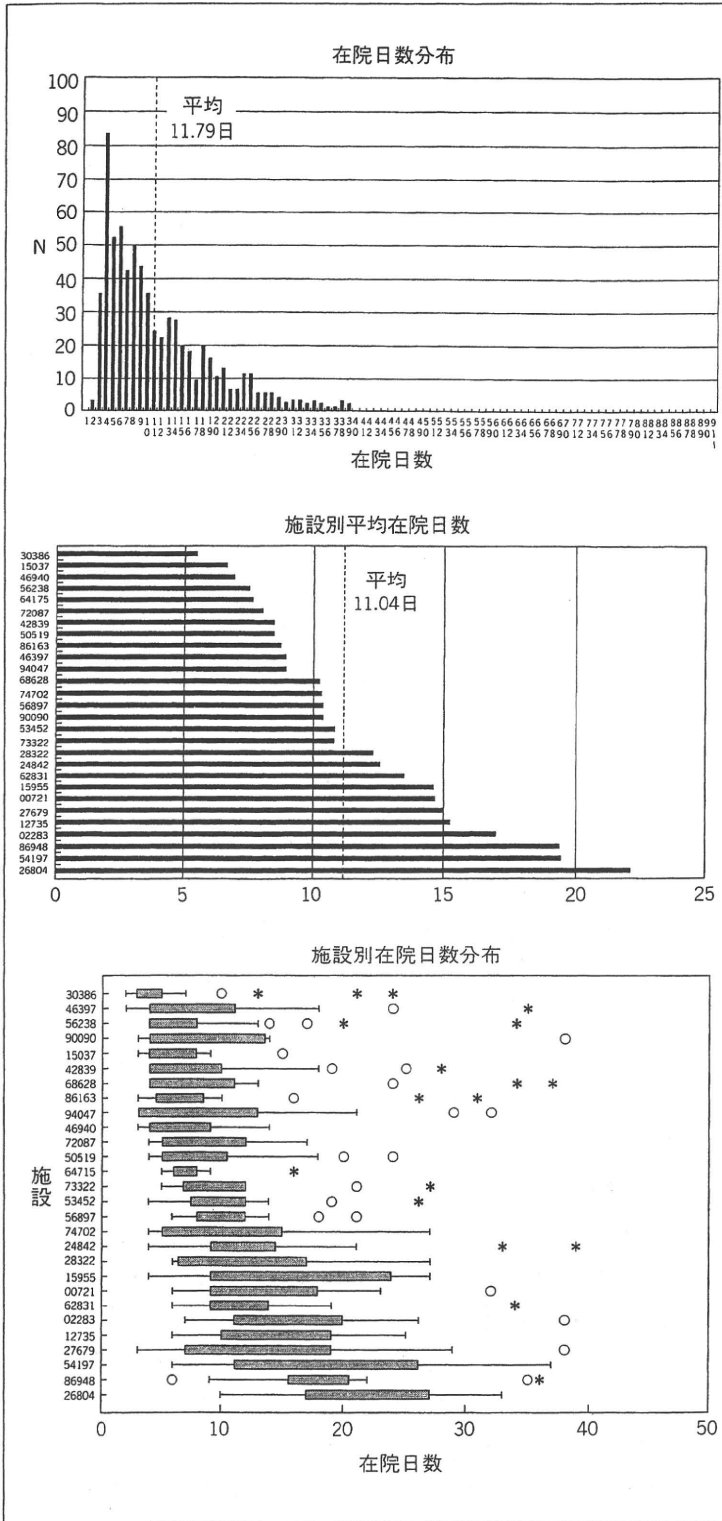


図2 厚生労働省研究事業における分析例

(診断群分類：05005.01 狭心症および慢性虚血性心疾患 狭心症 経皮的冠動脈形成術)

(注：2002年9月末時点で厚生労働省が受領した症例データを対象として作成したデータベースに基づいて分析した結果であり、現時点での暫定値)

るであろう。

供給側を対象とした対策の三番目としては診療報酬制度がある。一連の改革論議の過程では診療報酬制度そのものの見直しも俎上に上っており、特に現行の出来高払い制度には過剰診療を誘発する可能性が高いとして、診療報酬の包括化を進めるべきという意見が出されている。いわゆる入院期医療におけるDRG/PPS(診断群分類に基づく一件あたり包括支払い)の導入可能性についての議論もこの延長線上にある。一般的にはDRG/PPSの導入により、医療費の削減が行われると信じられており、診断群分類導入によって、近年のアメリカにおけるいわゆる医療のホラーストーリー(制限医療のために患者が不十分な治療しか受けられず、種々の問題が生じているというもの)と同様の現象がわが国においても起こり得るという危惧が出されている。

確かにDRG/PPSの場合、事前に支払額が確定しているために、病院側にはコスト削減へのインセンティブが働き、それが過少診療につながりうることは否定できない。しかしながら、アメリカにおけるそのような状況は民間保険を基盤としたマネージドケアという社会環境で生じていることに注意しなければならない。他方、同じようにDRGを採用しているイギリスやフランスあるいはポルトガルでは活動内容が透明化されたことで、それまで過少ファイナンスであった大学病院などで予算の増額が生じている。すなわち、診断群分類の導入が、医療経済にどのような影響を及ぼすかは、そのベースとなる医療制度の枠組みに大きく依存するのであり、診断群分類の導入すなわち医療費削減と直結することは正しくない。むしろ、情報が透明化されることにより、関係者間の議論の適正な基盤が形成される可能性を筆者は期待している。

3. 医療保険改革と診療の質の確保

冒頭にも述べたように、医療保険改革の第一の趣旨は単なる医療費抑制策であってはならない。質の保証の視点を欠く単なる医療費抑制策は決して国民から支持されない。2002年度の診療報酬改正で導入された施設基準については、関係者から多くの批判が出されているが、手術件数と死亡

表 1 診断群分類「扁桃またはアデノイドの慢性疾患・手術あり」の収支分析例

		在院 日数	入院料	検査	画像 診断	投薬	注射	処置	手術	麻酔	固定 費用	変動 費用	合計
施設A	収 入	9.4	20,016	1,778	0	393	1,506	127	6,949	7,506	20,016	18,259	38,275
	コ ス ト		31,989	871	0	336	1,228	48	3,263	3,525	31,989	9,271	41,260
施設B	収 入	9.2	19,989	558	0	3,820	1,287	549	8,148	8,323	19,989	19,245	39,234
	コ ス ト		30,505	308	0	344	757	99	3,471	3,545	30,505	8,525	39,030
施設C	収 入	7.4	16,193	0	0	282	600	225	6,627	7,614	16,193	15,348	31,541
	コ ス ト		23,440	0	0	515	304	11	3,433	3,944	23,440	8,207	31,648

出典：健保連(2002)

率の間に明確な負の相関があることもまた事実である。施設基準の水準については問題があることを認める一方で、このような指標の必要性についてはやはり認めざるを得ない。また、今回の改正では専門医の評価も部分的にはあるが取り込まれている。

このような状況を受けて、今後、各医師の専門性を医療保険の支払いに反映させる仕組みについての議論が活発化すると予想されるが、専門医制度を有する各学会においても、会員の臨床面での専門性を維持向上させるための生涯教育の充実に努める必要があろう。アメリカのような免許の更新制度、あるいはベルギーのように定期的な生涯教育の受講が診療報酬に反映される制度の導入なども参考になるかもしれない。

現在、医療サービスの質を評価するための臨床指標の開発がわが国でも進んでいるが、各医療機関の国民に対する説明責任の確保のためにも、このような指標がわが国の医療機関においても導入され、そしてその結果が原則公開されることが今後要求されるであろう。

ま と め

以上、医療保険制度改革の動向について私見を述べた。長引く経済不況の中、今後わが国の医療保険制度がどのような方向に向かうのか、筆者には断定的なことを述べる事ができるほどの洞察力はない。しかしながら、わが国に先んじて医療制度改革を行っている欧州諸国の動向をみる限りにおいて、以下のような事項がわが国においても改革の焦点になってくるのではないだろうか。すなわち、① 需要側から供給側・提供体制に焦点

をあてた対策の強化、② 診療報酬制度や人員配置基準あるいは施設基準をツールとした機能分化の促進、③ 医療費の総額をある程度規定したうえで配分の見直し、④ 公的保険のカバーする範囲の見直し、⑤ 医療情報の標準化と透明化、などである。筆者は現在日本版DRGであるDPCの開発にかかわっているが、その目的はあくまで⑤に示した医療情報の標準化と透明化のための共通言語としての診断群分類の開発であり、包括支払いのための分類の開発ではない。

図2は2002年10月16日の中医協に提出された資料の一部であるが、2003年度以降は、特定機能病院に限定はされるものの、このような在院日数および診療費に関する情報が施設名とともに国民に公開されることになる。その結果、当然国民は平均在院日数や平均支払額の違いについて説明を求めるであろう。もちろん、このような変化は医療提供者側にとって、必ずしも心地よいものではないであろう。しかしながら、長引く経済不況の中、消費者としての国民の目は厳しくなっている。患者の関心は医療費の状況だけにあるのではなく、当然それは医療の質にあり、しかもそれが支払うコストに見合っているのかにある。医療機関としては診療過程や患者の重症度などの違いについて、クリティカルパスや臨床指標などを組み合わせて、質とコストの両面から自施設の医療内容について説明しなければならない。もちろん病気の間人という複雑な対象を扱っている以上、完全にそれを説明できるようなモデルは作れないが、このような施設間の比較を通して、少なくともいくつかの病態については診療の標準化が進むであろう。

このように施設間の差をもたらしている理由が、保険者にも患者にも一定の合理性を持って説明できること、言い換えれば施設間相互の比較 (medical profiling) が、診断群分類を単位として行えるようになるという情報の透明化が今後の医療制度改革のためには必要であり、それが診断群分類導入の最も重要な目的でもある。

また、わが国の診療報酬制度については、その価格が原価から乖離しているという批判がある。

このような原価が推計できるためには、その測定単位が必要であり、それが診断群分類となる。表1は健康保険連合会が現在行っている診断群分類別原価計算の研究の一部を示したものであるが⁵⁾、このような研究を積み重ねることで、関係者が納得できる診療報酬体系の構築が可能となる。例えば、このような分析を通して、いかに日本の診療報酬体系が医療材料費などのモノに偏ったものであり、医療者の技術が軽視されているかという実態や、高額治療材料における内外価格差

の問題の大きさなどが国民に明らかになることで初めて適切な医療保険制度改革の議論が可能となるのではないだろうか。その意味で、現在、わが国で行われている診断群分類の研究プロジェクトは、今後の医療制度改革の議論の基礎となるものであり、関係者の方々のご理解とご協力をぜひお願いしたいと考えている。

文 献

- 1) 池上直己：医療制度抜本改革とは何か―何が可能かを直視する。医療経済研究機構第8回シンポジウム記録集, 医療経済研究機構, 東京, 2002
- 2) 尾形裕也：「動学的な保険者機能」の充実による医療供給の改革. 山崎康彦, 尾形裕也編. 医療制度改革と保険者機能. 東京, 東洋経済新報社 pp43-57, 2002
- 3) 二木 立：一般病床半減説は幻想. 社会保険旬報 2147: 10-15, 2002
- 4) 医療経済研究機構：療養型病床群における患者の実態等に関する調査報告書, 医療経済研究機構, 東京, 2001
- 5) 健康保険組合連合会：平成13年度「急性期入院医療の疾病別定額制に関する調査・研究事業」報告書, 東京, 健康保険組合連合会, 2002