

200732074A

平成19年度

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業報告書

**質効率向上と職業間連携を目指した
病棟マネジメントの研究**

主任研究者

長谷川 敏彦

平成20年3月31日

はじめに

本研究は「病棟マネジメント」に関する初年度の総合的研究の成果を発表するものである。まずこの研究課題について聞き慣れない概念と考えられるかもしれない。そしてこの研究が「病棟や病院の建築」、「ロジ・ITシステム」、「看護師や医師の労働組織」、「キャリアプロセス、教育研修」、「医療専門家と患者のコミュニケーション、法的関係」の多面的分析を含むとすれば、多岐にわたる無謀な研究と思われるだろう。この一つ一つのサブテーマそれだけで幾つもの研究が必要だからである。さらに、この研究が実は「医師の需要供給推計研究」の発展形だとすれば、いったい何を研究するのか疑問を持たれるかもしれない。

2006年度の医師需給の推計研究の結果は、次のような結論であった。「日本の医師は病院を中心に、現状不足しているが、2020年代にはバランス取れると推計される。現状の医師不足には医学部定員増は解決とならず、現有の医師の生産性向上が必要である。国際比較でも日本の生産性が低い傾向が認められる。」医師生産性向上には、「病棟内での職種間の業務の見直し」、「病院全体での医師の生産性への支援」等を検討する必要があり、それが本研究開始の動機であった。

これを検討する研究テーマとしては極めて多数の課題を含み、かつ総合的とならざるを得ない。というのもシステム全体を見直すに際して、ある部分のみの分析ではシステムの問題点とその改革の方向を見出せない。一度すべての課題を机の上に載せて全体像を把握した上で、さらに個々の課題を深掘りする必要がある。「志を同じくする勇士が一カ所に集まり、また散っていく里見八犬伝的な研究」と、ニックネームを付けた由縁はそこにある。幸いそれぞれの分野での日本での第一人者に研究にご参加していただき、初年度にして大きな成果を挙げることができた。

病棟の運営については、これまで看護部門を中心に研究されてきた。しかし、本研究では意図的に病棟を、看護部門を超えた病院の経営単位として研究することとした。それが病棟マネジメントの捉え方である。今日病院経営は、臨床家と患者の関係、すなわち「臨床マネジメントのレベル」、この「病棟マネジメントのレベル」、「病院マネジメントのレベル」、そして「地域マネジメントのレベル」の各レベルを総合的同時に捉える「医療マネジメント」の視点が必要となる。本研究は「病棟マネジメント」を通して、全体の「医療マネジメント」のあり方を検証する最初の試みといえよう。

初年度の研究では主任研究者は他の研究者の協力を得て、久しぶりに病棟で朝6時から夕方7時まで直接の観察研究を行った。また日本の病院の機能や活動の百数十年間にわたる定量的な再分析も行った。その結果、日本の病院の経営は少なくとも戦後60年間以来の大きな経営のパラダイムシフトを起こしていることが明らかとなった。そして本年度の研究でそのシフトがどのような原因で起き、どこを向いているかを検討するための課題抽出の手がかりを得た。日本の病院は旧来の形態から崩壊し、新たな形態を模索している。来年度は今年度研究をさらに深め、新たな病院の形態について研究してまいりたい。

本研究がこのような短期間に大きな成果を挙げることができたことは、ひとえにご参加いただいた研究者の能力と努力に寄るところであり、深く感謝の意を表したい。

日本医科大学
医療管理学教室
長谷川敏彦

目次

はじめに

第1部 総括歴史分析

1. 病院経営のパラダイムシフト 長谷川敏彦…………… 1
 -歴史レビューと本研究による考察
2. 日本の病院機能の歴史的分析 長谷川敏彦…………… 31
3. 日本の高齢化と医療システム 長谷川敏彦…………… 41

第2部 病院機能分析

4. 日本の平均在院日数を検証する 加藤尚子…………… 47
5. 平均在院日数に関わる診療報酬改定の変遷 加藤尚子…………… 55
6. 急性期病院における在院日数短縮プロセスと業務量変化の検証
 加藤尚子…………… 63
7. 病院の生産性、国際比較 鈴木修一/長谷川敏彦…………… 73

第3部 病院フィールド調査

8. フィールド調査から得た病棟マネジメントの課題 佐藤謙…………… 77
 -Aがんセンター：フィールド調査報告書
 -B病院：フィールド調査報告書
 -Cがんセンター：フィールド調査報告書
 -D大学病院：フィールド調査報告書
9. 看護労働に関連して
 -急性期病院における合理的な病院及び病棟経営と看護管理
 小林美亜…………… 89
10. 「ユニット看護拠点」による看護業務の量と質に与える影響
 -病棟の建築計画とマネジメントの改善に関する検討
 中山茂樹…………… 95

第4部 医師アンケート調査分析

11. 医師業務改善のための調査に関する報告書 小塩篤史/長谷川敏彦…………… 107

第5部 法的分析

12. 職種間の業務分担について 峯川浩子…………… 179
13. 病棟経営と法的課題 峯川浩子…………… 187

第 1 部
総括歴史分析

病院経営のパラダイムシフト

—歴史レビューと本研究による考察—

はじめに

病院経営は今、大きなパラダイムシフトを起こしている。ほぼ 10 年に渡って 3 つのパラダイムシフトが進行したが、中でもこの数年間の転換は激しく、かつての病院の原型をとどめないほどの大きな転換であった。いわば、還暦を迎えた医療法（昭和 23 年）の想定内の病院機能が終焉し、旧来の病院が崩壊したともいえよう。

まず第一のパラダイムシフトは 90 年代から次第に進行し、2002 年頃、急速に加速した。きっかけは 1999 年の横浜市立大学における患者取り違え医療事故で、国民の安全、質への関心及び病院経営が従来の組織維持、すなわち収支のバランスから生み出すサービスの結果から、すなわち満足度や質・安全へと大きく転換していった。その流れは現在でも進行し、とりわけ院内情報システムの整備と共に加速している。今後は診療情報提供制度や診療報酬電子請求等の制度の成熟化により 2011 年頃大きな飛躍が想定される（図 1、2）。

2 つめは 2004 年頃、医療連携がきっかけとなったマネジメントの階層性の導入である。人口の高齢化と共に患者は複数の疾患を持ち、その自然史に対応して必要なケアが異なる。医療提供者は提供側の都合ではなく、一人の患者を追って異なったケアを連続し、組み立てていかざるを得ない時代となった。システムレベルでの患者中心性が提案され、地域における医療連携が強力に推進されている。時あたかも地域医療計画が創設 20 周年を迎え、おおざっぱな病床規制、効率を求める供給削減から、効果、すなわちよりよき医療の追求に重点を移行しており、具体的には 4 疾患 5 事業地域連携ネットワークを推進することが期待されており、この手法として地域連携クリティカルパスが導入されている。このパラダイムシフトの病院経営への意義は、前述の成果主義経営がマイクロレベルで臨床マネジメントを必要としたように、超マクロレベルでは他の施設との連携を通じた地域医療マネジメントが必要とされるところにある。さらには、病院内の病棟等での職種間のマネジメントが必要で、これからの病院のリーダーはただ院内の部署間の調整にとどまらず、臨床レベル、病棟レベル、そして地域レベルでのマネジメントが求められることとなる。これらを含めて医療マネジメントと呼び、かつての決められた資源を決められたルールで執行する病院管理からの脱却が求められている。

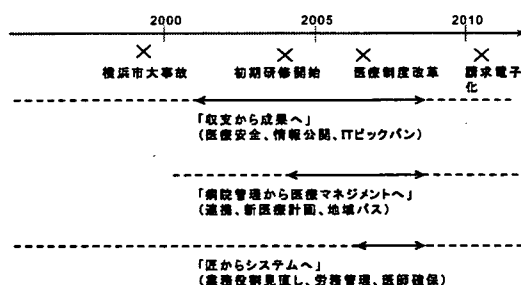
第3のパラダイムシフトは2006年の流行語大賞、「立ち去り型サボタージュ」に象徴される如く、平均在院日数の低下や医療訴訟の増加によって病院の現場の技術者、とりわけ医師に負担がかかり、若年医師の労働観の変化と相まって病院を離職することがシフトのきっかけとなっている。病院経営は行政の動向や患者の動向のみならず、職員の動向をも見る必要のある時代に入ったといえよう。

実はこのパラダイムシフトの背景には、この十数年間に急激に進んだ病院内の機能分化が存在する。病院外の施設間の機能分化を目標として進められてきて行政の諸政策、とりわけ平均在院日数の短縮は当初意図していなかった院内の機能の分化を促進し、急性期病院に期待される機能が大きく変化した。従って、急性期病院の果たしてきた一部の機能はその他の組織で代替せざるを得ない時代となっている。今日の病院経営はこれらの要素を総合的に勘案しなければならない時代に突入したのである。

図1 病院経営「3つのパラダイムシフト」

スローガン	きっかけ	背景	時期
収支から成果へ	医療事故 (患者)	質への関心 情報把握 医療標準化	1990年代後半 2002-
病院管理から医療マネジメントへ	連鎖 (行政)	人口高齢化 患者中心医療 医療計画	2000年以降 2004-
匠からシステムへ	立ち去り型サボタージュ (医師)	初期卒後研修 労働観変化 業務負担増	2004年以降 2006-

図2 「パラダイムシフトの3相」



1 第一のパラダイムシフト「収支から成果へ」

1. 経営概念の転換と重点の移行

かつて病院の院長、事務長、看護部長などの最終意思決定者（トップディジションメーカー）の間では、「経営とは収支を改善すること」と考えられることが多かったのではなかろうか。さらに一部では、「経営とは金もうけである」との考えが存在したのではなかろうか。確かに営利団体（PO）は儲け、すなわち営利を最大化することを目的としている。そして現在、多くの病院で存亡の危機に瀕しており、赤字解消が大きな経営課題となっていることも事実である。しかし、病院の場合、経営の焦点が投入される資源から、産出される成果に移行しつつある。言い換えると、value（結果） for money（資源）が追求されつつあるといえよう（図1）。

その理由としては、必要とする要因と可能とする要因の二つが考えられる。前者として、まず

第1に病院の経営形態が挙げられよう。病院は会社立と個人立をのぞいて、基本的には非営利団体（NPO）である。近年、多くの個人立病院が医療法人へと変化しつつあり、また医療法人も持ち分のない特定医療法人に転換しつつある。NPOの経営の基本方針はミッション・マネジメントであり、構成員の情熱・技術をいかにうまく引き出し、需要に適合していくかにある。組織維持に再投入される資源は通常、直接の利益者から市場で価格として回収されるのではなく、スポンサーが提供し、病院の場合も保険者か政府となる。病院の職員、特に技術職は、自らの使命を営利の追求とは考えられず、普通は患者の健康の改善に貢献することと、個別の患者の臨床マネジメントにおいては尊重される第1原理といえよう。

第2には経営環境の変化で、医療施設間の競争はますます厳しいものとなっており、患者にとってはいいサービス、すなわち安全で良質で満足できる医療行為が期待されており、収支を改善すること、すなわち収入を最大化し、支出を最小化する経営の発想は受け身で、競争に勝ち得ない体質を招くといえよう。

経営の焦点の移行を可能にする3つめの要因としては、近年結果の測定が、よい要因になったことが挙げられる。以前、理屈で value for money の重要性を理解していても、それを測定し極大化する情報と技法が不十分であった。健康という状態は曖昧で捉えられにくく、従って測定が難しかった。

近年の医療の標準化により、EBM やクリティカルパス、クリニカルガイドライン等の医療の成果を測定する標準的な尺度が開発されつつあり、またITの発達により、これらの情報が比較的容易に大量に、そして安価に収集可能となった。

このように考えてくると、与えられた資源で結果に伴う価値を測定し、いかに最大化するか、測定し、改善しない限り、経営を始めたとはいえない。病院が提供する商品価値は安全で良質で、満足しうるものであり、これらによって顧客からの信頼が高まり、続けて商品を購入してくれること、つまりロイヤリティが形成され、それが病院ののれん（ブランド）となるといえよう。この商品価値の3要素を顧客からの苦情や職員からの報告、病院が行う調査によって把握することが経営の出発点としよう（図2）。

図1

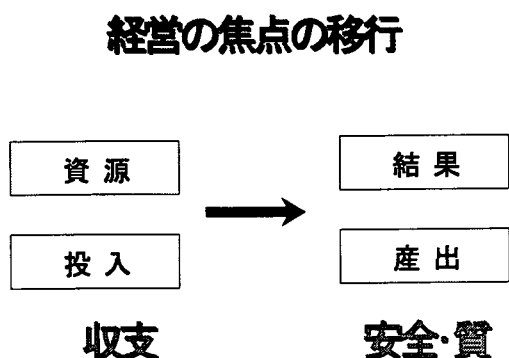
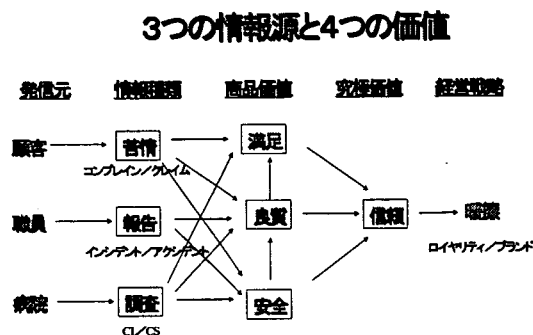


図2



2. 成果主義経営の背景

1) 3つの医療革命

ニューイングランド医学誌編集長、ハーバード大学・レルマン教授によると、IOM 報告書の背景としてこれまで語ってきた現象は、医療界を飲み込む第三次革命の現象にすぎないという。レルマン教授は、「1980年代の終わりから90年にかけて、医療界は評価と説明責任 (Assessment & Accountability) の時代に入った」と編集後記で述べている。そこでは投入される資源に対して、保健医療システムが生み出す結果が重要で、公平さ、満足できる医療の質、安全性、適正な価格などが問われているとする (図3)。

医療界は、戦後すぐの1950年代、第一次医療革命になり、「拡張の時代」(Expansion)で病院が急増し、医学校が増設され、医師数が増加した。さらに医療保険が拡大し、医療産業の充実がはかられた。第二次医療革命は1970年代に始まり、医療費抑制の時代であった。医療業界の拡大に伴い、医療費は4%から11%に急増し、医療計画による規制やマネジドケアによる診療への介入によって医療費を抑制する政策がとられた。第三次医療革命はそれに対抗し、一方的な医療費抑制に対抗した、いわゆる投入した資源だけの価値 (Value for Money) を求めたものであるといえよう。

2) 医療の第3次革命の背景

結果マネジメント革命に至った理由は、その他に医療をめぐる利害関係者(ステークホルダー)の位置づけが大きく変わったことも原因している。かつて医療行為は専門家と患者の1対1の関係で行われることが多かった。しかし今日、診療が複雑化するにつれ、チームでしかも施設でしかも様々な医療機器を使い、場合によっては地域の診療所から病院、そして福祉施設のネットワークの中で行われるに至っている。国民の医療保険に加入し、政府も保険者の一部となって税金を医療界に投入するに連れ、国民と政府の関係も大きく変わりつつある。診療法に関する研究が成熟化し、診療の標準が確立しつつあることも大きな要因である。情報システムが発達し、一般人もその標準を知ることができること、さらには何にもまして情報技術が発達するに連れ、膨大な情報が簡単に収集され、統計的処理が可能になっていることが大きな要因になっていると考えられる。

3) 結果マネジメント

このように考えてくると、近年様々なところで議論を呼んでいる様々な概念は、結果マネジメント運動の一部として捉えることが可能となる (図4)。EBM、クリティカルパスはシステムが産出するサービスの尺度となりえ、ばらつきを減少させる手法は経営工学のCQI、TQMとなる (図5)。はずれ値を把握し、なくすことが医療事故の予防であり、一般的医療界における尺度を患者の満足とキャリブレーションするために顧客満足 (CS) が使われる。これらの評価を公表し、説明責任を果たしたり、情報の開示を行うことが第三者評価となるのである。このように医療の質をとらえると、質と効率を分けて考えることが難しくなる。しかし近年に至っては質の捉え方が変わり、質と事故の問題が同時にとらえられるとしている。

4) 各国の現状

20世紀から21世紀の世紀の変わり目に、世界各国で医療事故が相次ぎ、医療安全における概念、患者安全 (Patient Safety) が提唱され、質と安全を併せて捉える考えが世界に広がった (図6)。

米国では2003年から厚生省の質研究庁 (AHRQ) が国レベルと州レベルで179の指標を用いて質を測定し毎年公表している。そしてさらに質に基づく医療行為の支払い方式 (Pay for Performance) の測定手法としてとして今一度臨床指標が注目を浴び、米国医師会自ら適切な100の臨床指標を選定するといった種々の活動が展開されている。

一方英国でも20世紀の終わりに医療事故が国民的関心となり、その解決の方法として当時の英国国営医療 (NHS) 病院局長のドナルドソン卿を中心に臨床統治 (クリニカルガバナンス) が病院経営の理念として提唱され、その方策の一つとして臨床指標による質の測定が提案され、英国の全ての病院がベンチマークされるに至っている。

ここ数年、米国ではブッシュ政権が医療のIT化を強力に進めており、英国でも大量の予算を投入して、病院のみならず、診療所を含めた医療情報ネットワークを構築しつつある。太平洋を挟んでこの2つの国が車の両輪となり、臨床指標のインフラ整備と応用に向けて、熱気をはらんだ第2ラウンドを展開しつつあるように思われる。

5) 国内動向

日本の産業界はトヨタ自動車を筆頭に世界的にも品質管理をリードしてきた。しかし、医療界においては、わずかに行政を中心とする構造上の規制、即ち医療監視による医療施設の基準の遵守や免許制度による専門家、医薬品等の質の確保に留まってきた。

ここ数年、国民の間で急速に医療の質への感心が高まっている。きっかけは1999年、某大学病院で発生した患者取り違え事故であった。その相次ぐ医療事故の結果、国民の医療への信頼が損なわれ、医療事故の予防は医療界への最大の課題の一つとなっている。この間、国民の関心は次第に医療の質へと移行し、各施設の質評価が相次いで出版され、学会でも手術例を集めて医療の質を測って改善するプロジェクトが開始され、厚生労働省も質の研究費を2004年頃から本格的に開始した (図7)。

政策の面でも2002年に策定された医療安全推進総合政策が2005年に改定され、その中で指標は医療安全のためであると同時に医療の質向上を測らねばならぬ事が謳われている。今年提案された第五次医療法改正の中でも、安全と並んで質の向上は大きな課題と位置付けられており、患者が医療施設を選択するための医療の質に関連する情報、例えば臨床指標による結果の公表を全ての施設に義務付けられた。2011年に予定されている診療報酬の電子化や特定検診制度の成熟化で、医療ITは大きく前進すると考えられる。

3. 英国の例「コーポレートガバナンス」から「クリニカルガバナンスへ」

イギリスでは1990年代の半ば以降、労働党への政権の移行に伴い、それまでの保守党の効率を重んじる医療政策から安全や質を重んじる医療政策に転換した。その政策のコアの一つがクリニカルガバナンスである。これは企業におけるコーポレートガバナンスの考えを医療に応用したものであり、保守党政権下では国営医療（NHS）の病院経営が財務的課題に関する改善と説明責任（accountability）を目指し、所有と経営の分離、支払いと執行の分離を大きな政策課題としたのに対して、病院の経営者は、経営効率、提供される医療サービスの安全ならびに質にも医療の質に責任を持つものであるとした（図8）。

財務を企業会計に切り替え、透明性を増したのと同様に医療の安全や質についても病院内外の機構を通して評価し、透明性を拡大し、そして改善を目指すものである。

国立医療改善研究所（NICE）でガイドライン等明確な医療行為の標準を設定し、国立医療改善委員会（CHI）で実際の結果を追跡するシステムとしている。さらに安全については国立医療改善研究所に加えて、国立患者安全庁（patient safety agency）を設立し、力を入れている。院内では以下の10項目により臨床監査（clinical audit）や診療指標の導入により質の改善と、医療安全が推進されている。

イギリスの場合は、設立主体が国で、財源も税金であることから、えてしてサービスが客観的に評価され、医療施設が競争にさらされることはなく、その質の改善にはこのような機構を設立することが必須と考えられる（図9）。

4. 質安全は経営の戦略的課題

今日病院はその大きくある経営環境の中で経営戦略を必須のものとする必要が生じている。戦略とは、

1. 捨てる 優先順位づけを意味し、限られた資源を重点的に投入することを意味する。
2. 帰る 変革を旨とし、現状をいかにより環境に適応するかを意味する。
3. まとめる 組織運営の構造的統合化を意味し、部分の最適化を全体の最適化につなげることを目的とする。
4. 備える 経営環境の急変に対し、対応するコンテンジェンシープランを複数持つことを意味している。

安全の課題を捉えると、安全を推進するには人・モノ・金等の資源を必要とする。しかし、投下できる資源には限りがあり、優先順位付けが必要である。また院内の意識や組織を新しい目的、安全や質に向けて変えていく必要があり、職種間を越えて病院全体としてまとめていく必要があるといえよう。

このように考えると、院内の安全対策はまさしく、経営の戦略的課題といえよう。

安全によって得られるものは患者の評判のみならず、院内の意識や文化、そしてそのような過程を通して、うまく病院の経営効率も向上することが可能なのではなかろうか。

患者安全対策はこのようなトレードオフを踏まえて、優先順位を付け明確な方針を設定し、段階的にシステムを発展させ、そして院内の統合的な対策を執行するという意味から経営の戦略的課題といえよう。

5. マクロマネジメント「病院マネジメント」とミクロマネジメント「臨床マネジメント」

これまで述べてきた変化のとらえ方の背後には、実は専門家集団による同時多発的な診療の進行と、病院としての大きな組織的なマネジメントの二つのレベルの違いが潜んでいる。企業においても近年、プログラムマネジメント、プロジェクトマネジメントという二つのマネジメントの一致を目指して、P2Mという考えが進行しているが、個々のプロジェクトの目指す方向性と、全体のプログラムと一致をみないことがしばしばである（図10）。

特に病院の場合は、患者の生死を目の前に1人1人の臨床家は救命・延命を最大の目的に使える限りのあらゆる資源を投下する傾向にあり、一方、病院全体は一定の限られた資源の枠の中で経営せざるをえない状況にある。その目的の方向性と資源の方向の落差がしばしば非効率や場合によっては医療の質の低下を招いている。

別の言葉で置き換えると、ミクロマネジメントにおける最適化が、マクロマネジメントにおける全体の最適化とは必ずしも一致しないということである。

この落差を解決するには、ミクロマネジメントに置いてはその方向性を統一する戦略的な理念と、権限の委譲と結果の測定が必要で、その客観的なエビデンスに基づいて資源配分を行うことにより、志気を損なわずに結果を達成しうるといえよう。

臨床家にとって目の前の1人の患者が重要で、結果もオールオアナッシングである。しかしマネジャーにとっては、その全体の傾向と平均が重要で、お互いが理解し合うにはそのデータを共有することが寛容といえよう。上述してきた経営の転換はこのようなマクロ&ミクロマネジメントの結合が結果の測定やITの発達や標準化により、可能となったことを意味している。逆に、安全や質が経営の理念として重要かつマネジャブルになったことを意味しているといえよう。

図3

医療の3つの革命	
Arnold S.Reisman, ニューイングランド医学誌1988	
1950	第1次医療革命 拡張の時代 病院急増、医師増加、医療の技術革新
1960	医療保険カバー拡大
1970	第2次医療革命 医療費の抑制時代 医療費急増は国民総生産4%から1.1% 政府雇用主支払い拒否
1980	マネジドケア、前支払い制度 総額予算制、医療計画による規制、技術評価
1990	第3次医療革命 評価と説明責任の時代 Outcome (Management) Movement 公平、満足できる質、適合性、適正価格、安全性を目指す

図4

「医療の質」関連先駆者

先駆者	時代	貢献
ハムラビ王	2000BC	無能な医師の罰則「ハムラビ法典」
ヒポクラテス	500BC	安全第一「ヒポクラテスの誓い」
ナイチンゲール	1858	英国陸軍病院の医療の質向上活動「病院
コッドマン	1916	最終結果の重要性「A Study of Hospital Efficiency」
ドナベディアン	1966	質評価の3側面「The Fundamental of Good Medical Care」
レムベック	1973	評価クワイテリア提唱「Evolution of the Medical Audit」
ウエインバーグ	1978	医療のばらつき「Small Area Variations in Health Care Delivery」
エルクウッド	1988	結果マネジメント重要性「Outcomes Management」
パーフィック	1989	CQI技法「Continuous Improvement As an Ideal in Health Care」



図 5

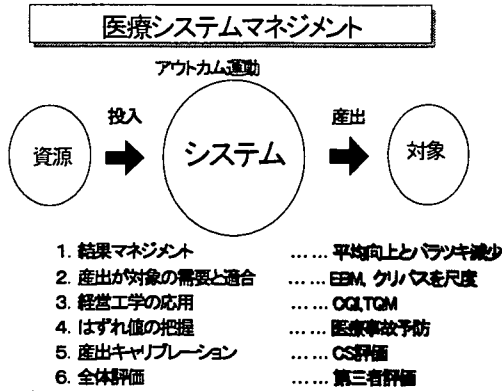


図 6

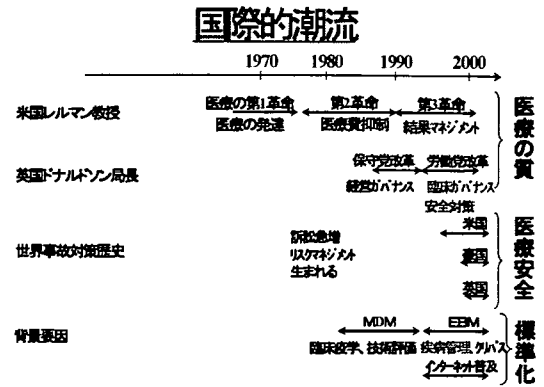


図 7

安全と質向上のステップ

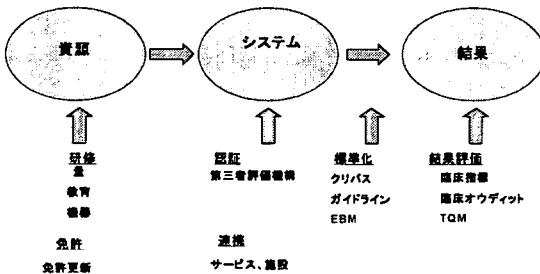


図 8

標準質設定

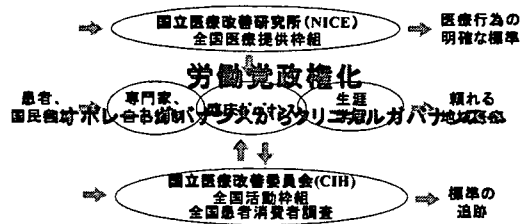


図 9

クリニカルガバナンスの10項目

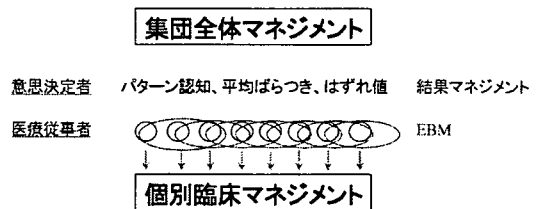
- 1 科学的根拠に基づく医療 (EBM)
- 2 臨床ガイドライン (クリティカルパス)
- 3 臨床監査 (クリニカルオウディット)
- 4 臨床指標 (クリニカルインディケーター)
- 5 医療安全計画 (パシエントセーフティ)
- 6 事故からの学習
- 7 苦情からの学習
- 8 能力の強化
- 9 クリニカルガバナンスの全職員による理解
- 10 リーダーシップとチーム医療

医療標準化
医療の質
医療安全
安全文化醸成
組織文化
基礎強化

© The Japan
RIPR Japan

図 10

二つのマネジメント



II 第2のパラダイムシフト「病院管理」から「医療マネジメント」へ

1. 医療連携の歴史的展開

医療連携はこれまで、第1期、第2期を経て発展して来た。2006年現在は、前述した近未来に向かう第3フェイズに入ったところである。

第1期：「かかりつけ医」機能強化のための連携

第2期：病院経営のための病診連携

第3期：患者中心の医療のためのシステム連携

「第1期」は医師会主導の動きである(図1)。診療所がかかりつけ医機能を強化するために、患者を病院に紹介する連携だった。早い地域では1980年代半ばから、多くは1990年前後に活動が始まった。1993年度に医師会が提唱し、厚生省の協力の元に行われた「かかりつけ医」推進モデル事業に端を発している地域が多い。その後病診連携モデル事業へと展開した地域もある。かかりつけ医事業では医師会から地域住民への啓発キャンペーンが行われたが、同時に診療所から地域の中核病院への働きかけも始まり、救急時の入院病床確保や検査機器使用の要請などが行われた。診療所から患者を紹介するためには病院の情報を得る必要があり、厚生省(当時)や地域行政の支援を受けて、行政がらみで病院の診療機能リストや情報システムが整備されていった。かかりつけ医事業の終了で補助金が打ち切られるとともに活動が延滞した地域も多いが、この事業を契機として全国的に、開業医が病院と交渉する動きが広がったことが、第2期の病院主導の連携の基盤となっている。

「第2期」は、1990年代後半から今日に至るまでの、急性期病院の経営のための連携である。中核病院の中に相次いで地域医療連携室が作られ、ここを中心として病診連携の活動が活発になり、病院の経営トップを巻き込んだ近隣医療施設への「営業」が繰り広げられるようになった。直接的なインセンティブは診療報酬点数の誘導である。医療機能の分化施策のために、90年代には「平均在院日数」の短縮、2000年代に入ってから「紹介率」に加算が付き、強力な誘導の方向付けがなされた(図2)。

急性期病院にとっては、平均在院日数を短くするためにはまず、長期入院患者を転院させるための長期ケア病院との後方連携が必要になる。さらに、在宅支援をしてくれる診療所との連携も必要になる。次の段階としては、病院の平均在院日数が下がると空床が発生して赤字になるため、診療所から紹介を受けて入院患者を確保しようとして、前方連携を必要とするに至った。一部の病院では、経営戦略的に診療所の囲い込み現象が起こったところもある。

しかし、2006年の診療報酬改定で紹介率加算がはずされたことで、医療連携のフェイズは名実ともに「第3期」へ突入した。開業医の頭数や票集めの連携は終わりを告げ、第3期の連携はもっと本質的な医療のあり方をふまえた連携となる(図1)。

現在のところは、第2期の病院経営のための連携から第3期の患者中心の連携、つまり地域ネットワーク構築へ移行する過渡期の混乱を呈している。しかし、各施設が自らの経営上の損得

で連携している限り、前述した患者中心の連携、多くの医師・医療者が一人の患者を診るという発想に至ることはできない。今度の診療報酬改定で連携パスに加算がついたのはそのような背景を踏まえてのことだ。

第3期の特徴は、次のような点である。

患者中心の連携であること。医療必要度に基づくきめが細かい連携

疾病の自然史に従った連携が必要

前方と後方がつながった連携であること。予防から、救急、急性期、回復期、慢性期、末期まで継続している連携。

病院の外来機能を診療所に移行させる。病院勤務医に過重な負担になっている急性期病院の外来診療を減らして、医師の負担を軽減させる。

現在日本の病院には、医師の過重労働や、医療事故などの理由で若い医師が病院を辞めていくという深刻な問題が生じている。日本の勤務医は長時間労働をしているにもかかわらず、医師1人が退院させる患者の数は欧州の60%である。その理由の1つは外来患者を多く診ているからだ。ヨーロッパのいくつかの国では、退院後のフォローはすべて開業医が行っている。

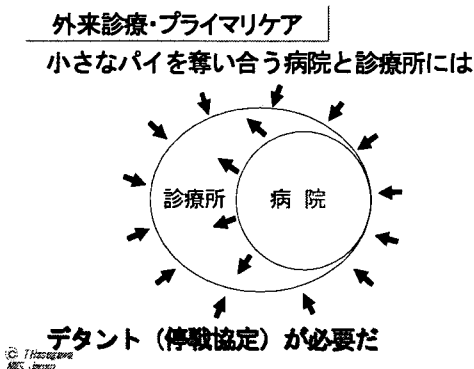
逆紹介以外の対策としては、開業医が病院の外来を担当して診療を助けるシステム、夜間休日救急を病院で行うなどのアイデアが想定されている。その時病院は、他の医療機関との間で壁のない病院へと大きく変貌を遂げるのである。

図1

連携の歴史的発展段階

段階	第一	第二	第三
時期	-1990	1990-	2000-
中心	診療所	病院	システム
背景	開業医 高齢化	経営環境 競争激化	本格的 高齢社会

図2



2. 第3フェイズに向けて

医療連携の「前方連携」に関しては、9万施設ある診療所と数千ある病院からの紹介以外に、予防を担う様々な施設からの紹介も増えてくるだろう。さらに、これまで市町村が行ってきた老人保健事業が保険者にうつる。今後は健診の追跡体制が変わり、健診の数も増える。

「後方連携」については、急性期病院からの転院の3分の1が老人病院へ行っていたのが、今後は介護老人保健施設あるいは特別養護老人ホーム、さらには在宅へ流れていくだろう。

2004年に日本はイタリアを抜いて世界一の高齢大国になった。これから日本は2050年の超高齢社会に向けて、どういう医療システムが最も効率的にかつ良質な医療を提供できるのかを考

えていかなければならない (図3)。

高齢社会においては外来も入院も患者の大半が高齢者である。高齢者はたくさんの疾病を抱えており、その疾病も自然史によって段階ごとに必要とするケアが変化していく。しかも急激に変化する。例えば糖尿病患者の場合、かかりつけ医で血糖値をコントロールしていたのだが急に脳卒中を起こした際は救急医療が必要となり、手術等の急性期の侵襲的な治療が必要となる。急性期治療が終わった後は回復期リハビリが必要となる。その時期を経てもし障害が残ったならば長期ケアが必要である。介護サービスと医療サービスの両方のサポートを受けながら、しかも長期間続く。その状態から急性悪化を繰り返して最後は末期ケアを受ける。一人の患者に必要なとされるケアはめまぐるしく変わり、この間に、唯一不変なのは当の患者本人だけである。高齢社会に必要なのは、患者を中心にケアをコーディネートしていく患者中心の医療であり、連携によるケアの継続が前提条件となる (図4)。

安全性、効率性、医療の質のためにも、多様なサービス提供者がうまく連携して、継続的にサービスを行うことが必須である。このような超高齢社会のための医療連携システムは、世界中でまだ成功した国はない。

従来の医療連携は、基本的に経営のための連携で終わっている。多くの医師により1人の患者を継続的に診るという発想とシステムがなかった。つまり、これまでは入院したらある特定の医師の患者となるが、退院したらその医師の患者ではなくなる。診療所でも福祉施設でも事情は同じで、各自の窓からしか患者が捉えられていなかった。実は種々の医療機関を一人の患者が回っている。今こそ発想を転換して、「患者中心」に、必要とする医療を調整する必要がある。ここで言う「患者中心」の医療とは、従来言われている患者サービス向上のために、患者の意向に従ってサービスを提供することを意味しない。あくまでも、医療システムレベルにおける「患者中心」である (図5、6、7、8)。

図3

図4

2つの患者中心の医療

臨床レベル・・・日野原重明

意思決定、価値観の反映

システムレベル・・・長谷川敏彦

提供体制、継続性

© T.Hasegawa
H1911 Japan

図5

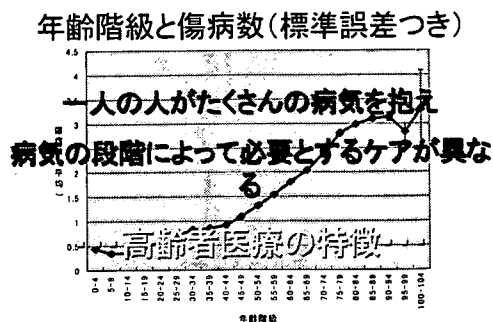
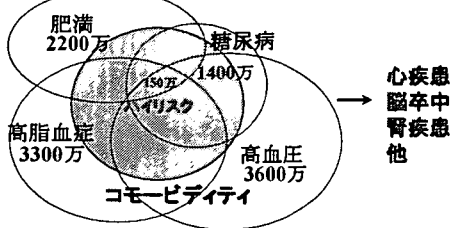


図6

生活習慣病一日野原重明1996

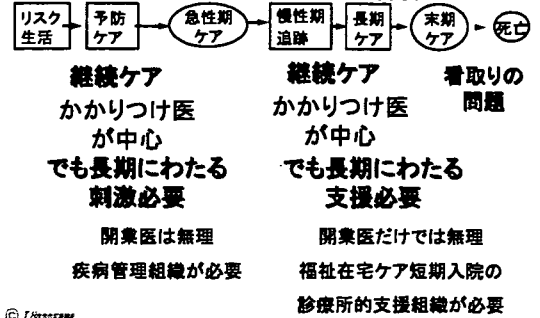
継続診療を必要とする
30歳以上人口8200万人のうち5700万人



生活習慣病とは、「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒」 * H12年度循環器疾患基礎調査より推計
部分の生活習慣が、その発症に因与する疾患群」と定義 ** H14年度糖尿病実態調査公表データ

図 7

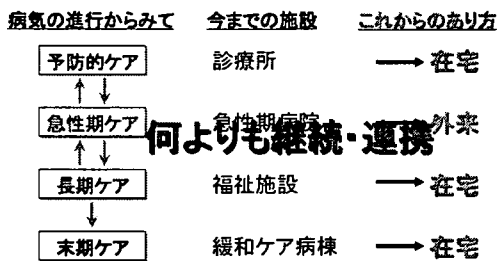
疾病の自然史に基づく疾病管理



© T. Iwasawa
NIPP Japan

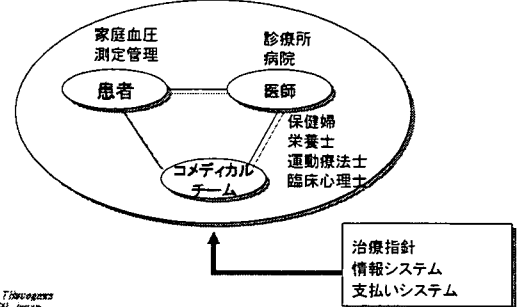
図 8

患者中心医療を追求すると



© T. Iwasawa
NIPP Japan

患者さんとの連携 診療統合システム



© T. Iwasawa
NIPP Japan

3. 連携のパターン分類

1) 地域特性

地域の医療ネットワークを構築するために上記のインフラを充実する際には、地域の医療資源および医療環境の程度が大きく影響する。まず地域には、大きく分けて 2 つの類型がある。つまり、「競争あり」「競争なし」の 2 類型である。

競争なし：中小都市

10～40 万人程度の地方城下町型の地域では、3次機能のかなりが欠ける。後背人口不足。近隣医療圏や県庁所在地に流出。地域の中核病院が得意とするクラスター以外は、患者に遠方の病院へ行ってもらわないといけない。全国で 100 医療圏程度。

地域で主要な病気、がん・脳卒中・心臓病等には何とか対応できるように。少なくとも、地域に 1 施設中核病院を作る必要がある。人口 30 万地域に数箇所の中核病院がないと連携は意味がない。

競争あり：都会

13 都市、政令指定都市。中核都市、全国で 60～80 地域

人口 200 万以上の大都市圏においては、すべてのレベルでアクセス可能な地域内では 3 次機能が完結しない。逆に、うまくマーケティングすればどこでも 3 次のセットが備わっている。一方、40～70 万程度の県庁所在地型においては、ほぼすべての 3 次機能のセットが存

在。周辺地域からの患者流入するので他地域との分担が必要になる。

その他：何もないところ。残り 150 医療圏のうちの約 50 が該当する。

次に、医療へのアクセス、頻度、需要と供給バランス等の観点から、地域の医療資源は、大変欠乏している医療過疎地から、比較的豊かな都市部にいたるまで、大きくわけて 4 つの類型があると考えられる。

0 段階：0a 型、0b 型 「郡部」

1 段階：I a 型、I b 型 「城下町型」

2 段階：II a 型、II b 型 「中核都市」

3 段階：III a 型、III b 型 「大都市」

まず「郡部」の 0 型で、少ない資源の地域では、診療所はあるが中核病院がない場合、中核的病院が存在しても、診療所が存在しない場合が考えられる。

次いで、1 つの強力な地域中核病院を持つ、いわゆる「城下町型」の I 型の資源構造となっている類型が存在する。この場合、1 つの中核病院で、全ての 3 次機能クラスターを保有することは、需給の関係からも無駄で不可能であり、多くの場合、1 病院が持ちきれない 3 次機能は他の地域に流出する事によって満たされている。したがって 3 次機能を持つ地域へのアクセスが悪い場合には、地域の医療機能に問題があると言える。

次に、地方の「中核都市」の II 型、特に県庁所在地等に見られるパターンで、5 から 10 の中核病院を持ち、それらの病院がうまく役割分担すれば、必要な 3 次機能のクラスターはその地域で効率的に機能し、技術集積性の点からも、質、安全性が確保されるだろう。そのためには、競合と連携の経験が必要で、地域中核的な都市においても、未だにそれぞれの中核病院が地域的な分担にとどまっている所も見られる。

最後の類型は「大都市」ならびに大都市周辺部分の III 型で、豊富な医療資源がある一方で、自由なアクセスが存在している場合である。東京、大阪や名古屋等、交通が発達した市街地がこれに該当するが、さらによく調べると、その大都市の中にも一部城下町型、あるいは地域中核型の要素が混じっていると考えられる。

連携のネットワークを構築するためには、これらの資源の類型をふまえる事が有用である。これらのネットワーク構築のためには近年開発された疾病管理という手法が有用である。

4. 地域医療計画と 4 疾患 5 事業の地域機能分担

地域医療計画は 1985 年の第 1 次医療法改正時に、各県で医療システムの効率化と公平さを測るために策定することが義務付けられ、1987 年から各県で策定されて、5 年ごとに改定されてきた、計画の中身は主として 2 つの部分からなり、1 つは「病床規制」、もう 1 つは「医療システムの構築」であった。

「病床規制」は県ごとに 2 次医療圏（日常生活圏）、3 次医療圏（都道府県単位）からなり、一般病床は 2 次医療圏単位に必要な病床数を定められた算定方式で算定し、それ以上の病床の許認可を行わない事としていた。

一方「医療システムの構築」については、特定のフォーマットは無くガイドラインが示されたが、システム構築のための誘因（インセンティブ）が無く、しかも当初任意的記載事項として、必須項目ではなかった。その結果、「病床規制」は実効性を持ち、1992年以降増床は認められなくなっているものの、システムの構築については、計画の目標も、その達成も進行管理されてこなかった。

また計画を策定するにあたっては、医療関連情報が供給側に偏っており、住民の意向が反映されにくい過程となってきた（図9）。医療計画が始まって20年、厚生労働省は次期の医療法改正に向けて、地域医療計画の問題点を見直し、改善するための検討委員会を立ち上げ、作業を進めてきた。その結果、以下の3点を新たな課題として提案しており、いわば医療の患者への大政奉還といえる、画期的な内容となっている。

1) モノの規制から安全・質へ

今までの医療計画では、病床規制はじめ医療資源の整備が主たる目的だった。これからは、構造だけではなく、機能や、アウトカムの改善を目標とし、システムの運用、運営について計画で取り組んでいく。

2) 住民の理解と参加による計画へ

今までの医療計画は、ひとつひとつの課題が誰に対する誰の約束であるのか明確ではありえなかった。新しい医療計画では、住民、患者を医療サービスの最終的な消費者として位置づけることで、計画が行政の住民に対する「契約」として計画は策定される。行政の責任がはっきりとするだけでなく、住民に対する透明性の確保も重要となるだろう。

3) 評価できる目標による計画へ

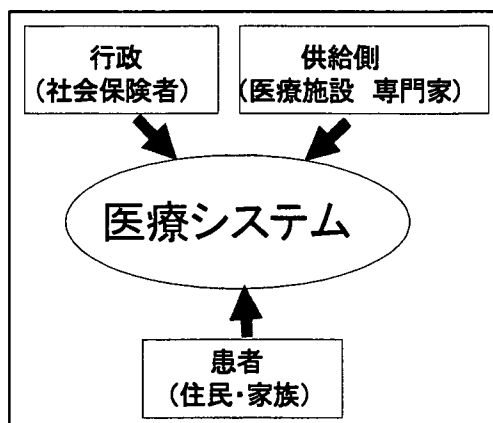
数値目標が今までの計画では少なく、また事後的に計画の達成度を評価する体制が脆弱だった。しかし、これからはきちんと評価、フィードバックの過程も計画の過程の一部として繰り返す。そのためには、数値化できるものは、数値化し、設定した指標による評価が必要となるだろう。

まとめるとこれまで病床規制が中心であった計画を、「医療の質や安全即ち結果」を重視し、「患者や住民の視点」に立って「情報の整備」によって「連携を推進」してゆくことが必要なのである。

さらに、具体的な手法として、患者の立場に立った、「生涯コース」、「疾病シナリオアプローチ」による計画立案が進められている。そして結果として、疾病単位の診療ネットワークが構築されることが期待されている。それを通して、より公平で効率の良い、高質の医療が提供されることが求められ、「糖尿病」「脳卒中」「がん」「急性心疾患」の4つの疾病と、「僻地」「災害」「小児救急」等、行政系の5つが挙げられている。

これらのネットワークのイメージ図を以下に添付するので参照されたい（図10）。

図9



安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤づくり

(1) 住民・患者に分かりやすい保健医療提供体制の実現(住民や患者の視点を尊重した医療制度改革)

主要な事業（がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策、へき地医療対策など）について、どのような施策が講じられているか、住民・患者に分かりやすいものとしてその内容を医療計画に明示するとともに、医療サービスの提供者・住民（患者）双方が情報を共有し、客観的に評価できるような方法を検討。あわせて、都道府県が主要な事業ごとに医療連携体制を構築できるように改革。

(2) 質が高く効率的で検証可能な保健医療提供体制の構築(数値目標と評価の導入による実効性ある医療計画)

医療計画の作成から実施に至る一連の政策の流れを、主要な事業ごとの医療機能の把握、適切な保健医療提供体制の明示（数値目標の設定）、数値目標を達成するための活動計画としての医療計画の立案とそれに基づく事業の実施及び事業実施後の客観的な政策評価による医療計画の見直しという実効性のあるものに改革。

(3) 都道府県が自主性・裁量性を発揮することによる地域に適した保健医療提供体制の確立

患者の受療行動に応じた医療機能の把握や各医療機関の医療機能の内容に関する住民への情報提供など医療計画の作成・実施に当たっての都道府県の役割を強化。国は都道府県の役割を支援するために制度上や財政上の支援を実施。

医療計画によって都道府県が推進する質の高い効率的な保健医療提供体制の構築

【 都道府県の役割と責務：質の高い効率的な保健医療提供体制の構築 】

- ◇がん対策（例） → がんの死亡率を〇〇%改善
- ◇脳卒中対策（例） → 脳卒中患者の在宅帰郷率を〇〇%増加
- ◇小児救急を含む小児医療対策（例） → 地域で24時間いつでも初期救急医療を含む小児医療を受診できる体制を構築 など

【 都道府県が担うべき事務：主要な事業ごとの医療連携体制を構築し医療計画に明示すること 】

★都道府県が地域において必要な医療資源を把握し、主要な事業ごとの医療連携体制を構築すること。



- ・都道府県が医療機能、患者の疾病動向等を明確にし、その結果を住民に公表
- ・主要な事業ごとに明確になった結果を踏まえ、あるべき保健医療提供体制の構築について各種支援（中心となって医療連携体制の構築に向け調整する組織の確立・交付金・補助金・政策融資など）を実施
- ・政策評価の実施による翌年度につながる医療計画の見直し

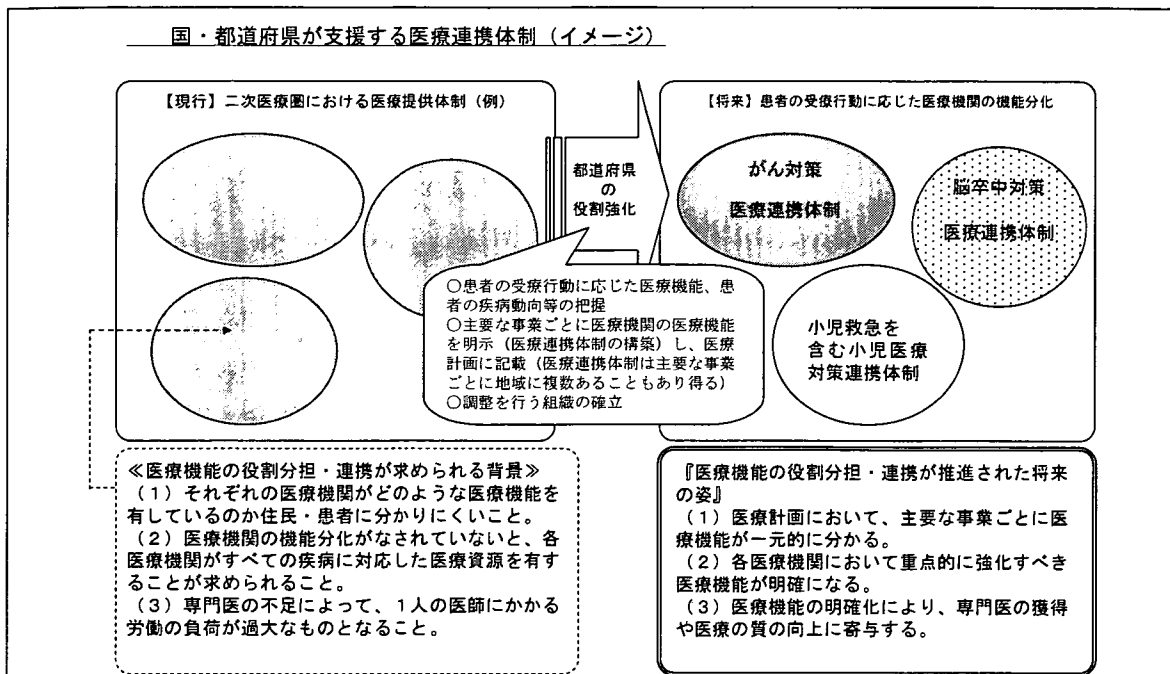
【 都道府県による医療機能調査の実施：主要な事業ごとの医療機能調査の結果を公表すること 】

★国が示す指標に沿って医療機能調査を実施し、主要な事業ごとの適切な医療機能を明らかにする

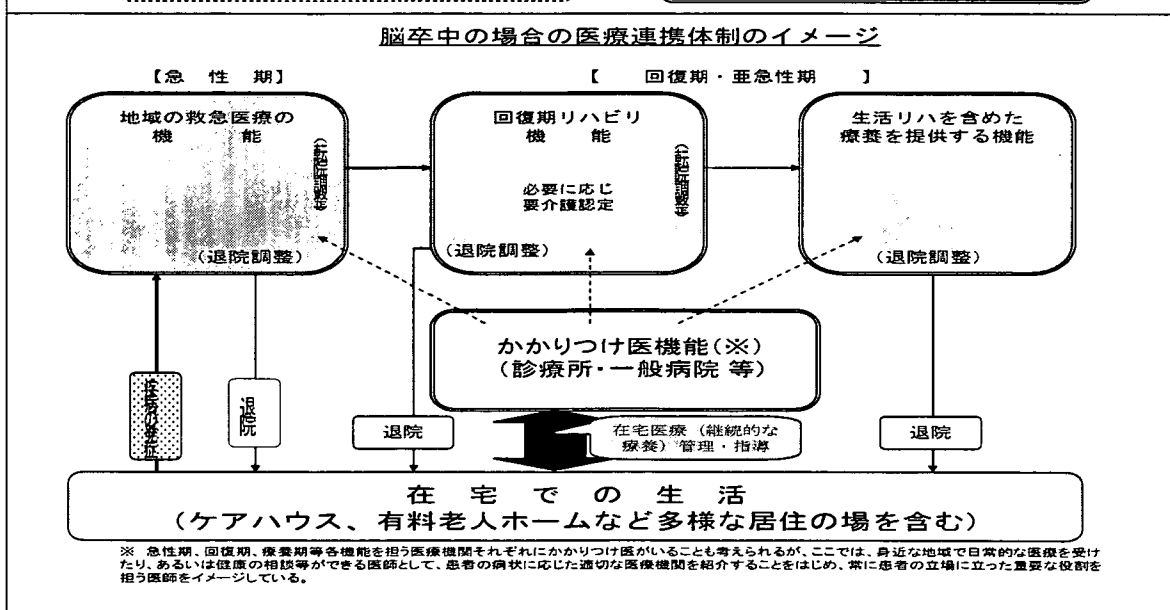
- ・都道府県の医療機能調査によって把握したデータの公表
- ・すべての住民が当該情報を活用できるような環境の整備

→客観的なデータに基づく保健医療提供体制の構築

国・都道府県が支援する医療連携体制（イメージ）



脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



5. 連携のための新概念：クラスターの提案

1) 行政と医療現場を貫く「共通言語」

第5次医療法改正法案がこの国会を通過した。目玉となる医療計画制度の抜本的見直しでは、①数値目標の設定とその達成状況に係る政策評価を導入、②がん・脳卒中・小児救急等の地域医療連携体制構築、③地域連携クリティカルパスの普及、④地域の医療機能や連携状況を住民に明示——の4つを基本方針として掲げている。すなわち、地域単位での医療の質向上や効率化の推進、さらにその評価が求められており、自院の経営収支のみを考えてマネジメントをできる時代ではなくなってきた。医療連携は、もはや重要な経営テーマの域を越え、マネジメントの前提要素として地位を築いている。急性期加算が廃止されようが、「医療連携」を盛り込まざるを得な