

図7 近代医療技術開発の歴史

- 1846年 米国モートン、エーテル麻酔発明
- 1854年 英国ナイチンゲール、クリミア戦争に参加
- 1866年 英国リスター、消毒法 開発
- 1876年 独国コッホの炭疽菌発見
- 1895年 独国レントゲンX線 発見
- 1900年 奥国ラントシュタイナーABO血液型発見
- 1904年 独国エールリヒ化学療法剤研究
- 1912年頃 安全に手術できるようになる

© T Hasegawa
NSM, Japan

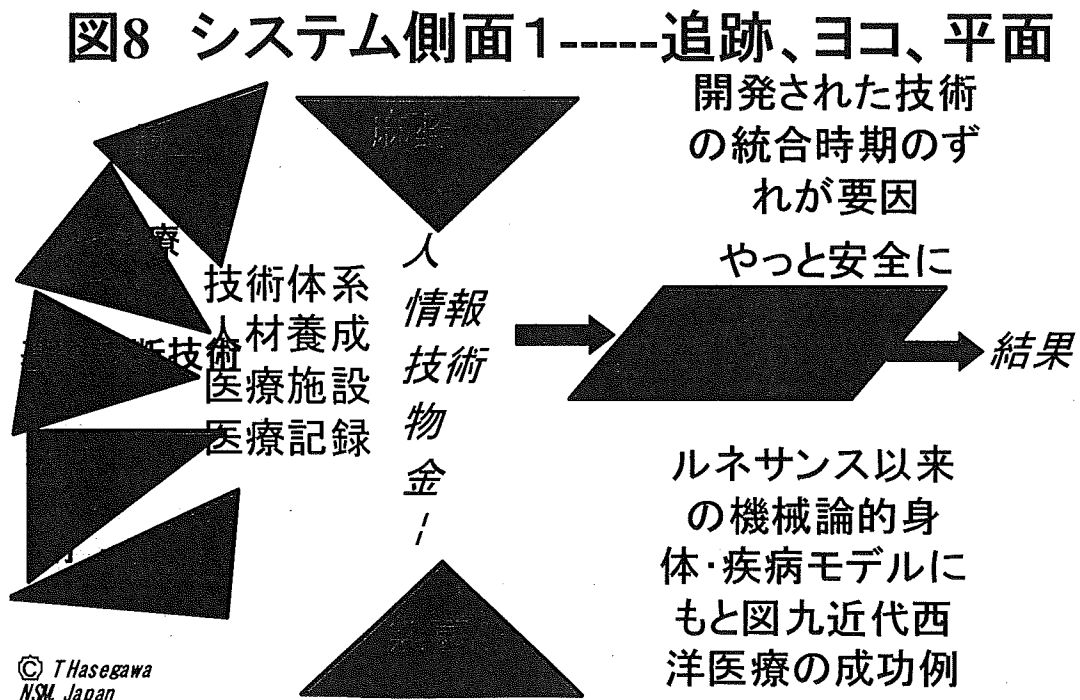


図9 結核死亡率

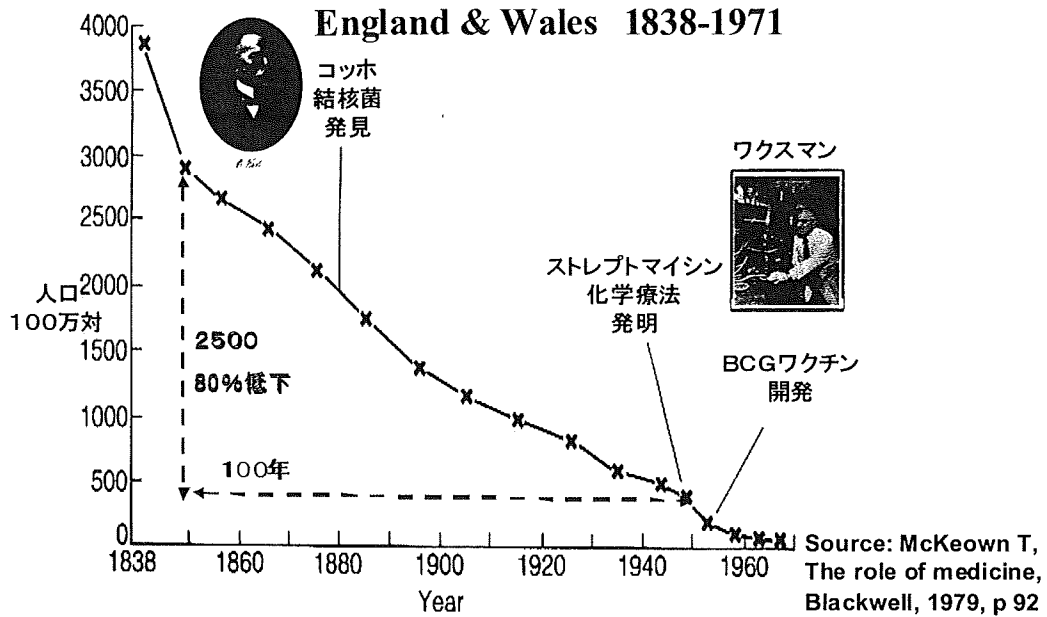


図10 医療技術革新の展開

戦後技術革新	第1次	第2次
時期	1940-1960年代	1970年代-現代
費用対効果	高	低
医療費への影響	削減型	誘発型
中心的対象	感染症	慢性疾患
技術の性格	完成技術	半完成技術
技術例	<ul style="list-style-type: none"> ・ワクチン、抗生物質 (感染症予防治療) ・全身麻酔、輸液 (外科技術) 	<ul style="list-style-type: none"> ・超音波ファイバー、CT等 (診断技術) ・人工呼吸器、人工臓器、経静脈栄養、ICU (生命維持技術)
背景となる工業技術	<ul style="list-style-type: none"> ・重化学工業 ・機械工学 	<ul style="list-style-type: none"> ・光学技術 ・電子工学

注：大型機器の普及は80年代後半から

出所：広井良典著「アメリカの医療政策と日本」、川上武著「技術の進歩と医療費」改変

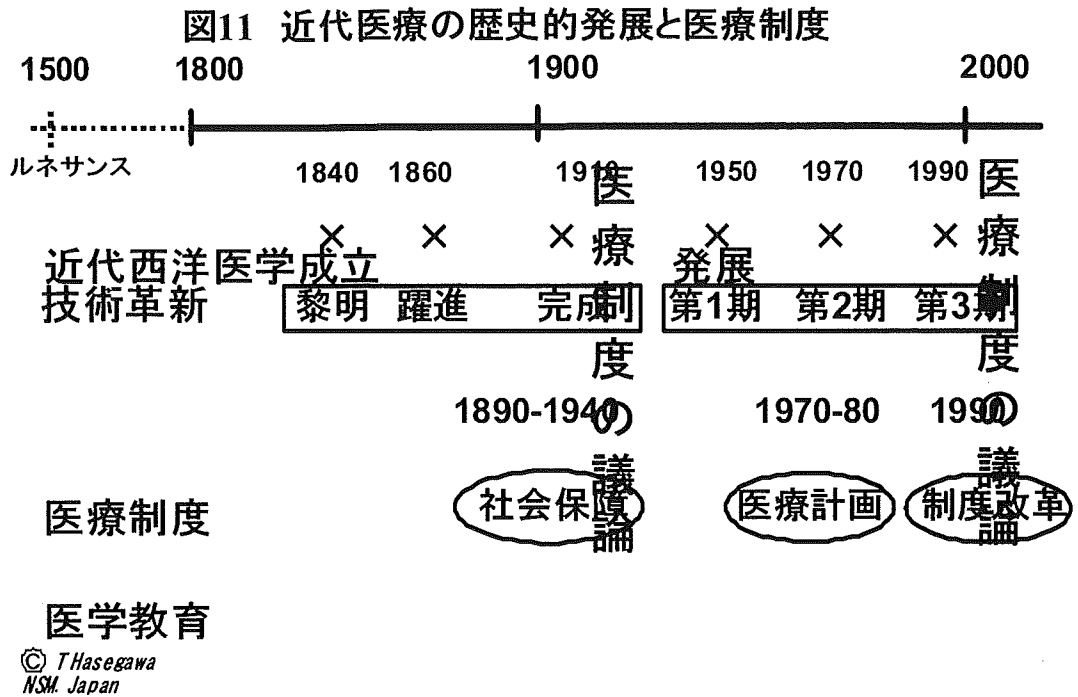


図12 医療の3つの革命

Arnold S. Relman, 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11% 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13 医療システムマネジメント



- | | |
|----------------|---------------------|
| 1. 結果マネジメント |平均向上とバラツキ減少 |
| 2. 産出が対象の需要と適合 | EBM, クリパスを尺度 |
| 3. 経営工学の応用 | CQI, TQM |
| 4. はずれ値の把握 | 医療事故予防 |
| 5. 産出キャリブレーション | CS評価 |
| 6. 全体評価 | 第三者評価 |

© T Hasegawa
NSM, Japan

図14 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 競合激化	本格的 高齢社会

図15 生産ラインのチェーン

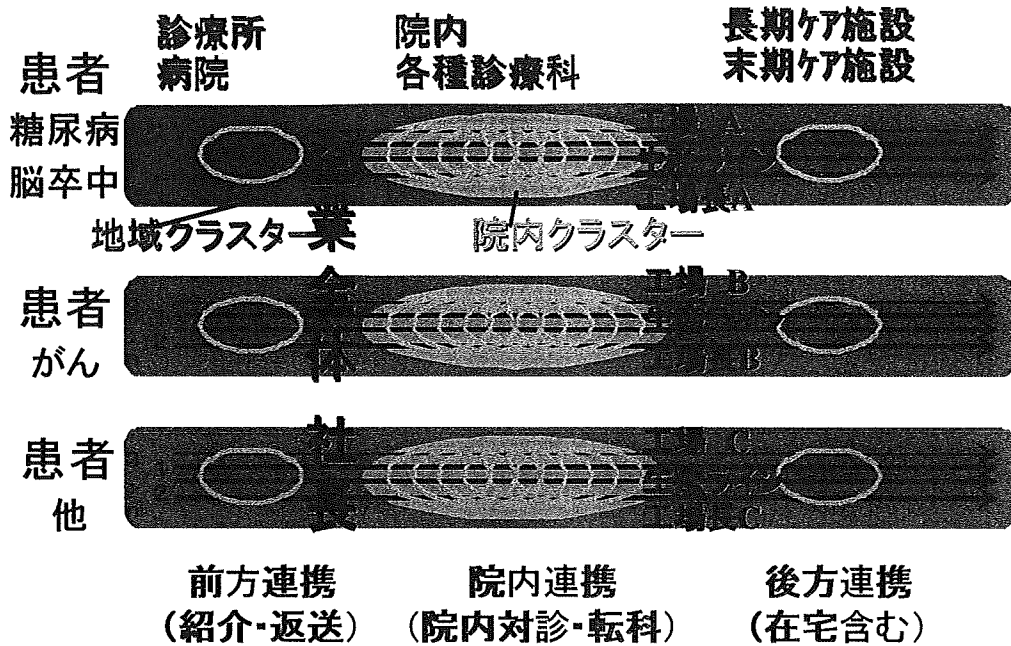


図16

<u>レベル</u>	<u>リンク</u>	<u>医療マネジメント</u>	
		<u>システム</u>	<u>マネジメント</u>
地域	施設と施設	地域医療システム	地域医療 ネットワーク経営
病院	部門と部門	病院システム	病院経営
病棟	専門家グループと 専門家グループ	病棟システム	病棟経営
臨床	提供者と患者	臨床システム (人物金情報技術)	臨床マネジメント

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—

1. 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、おおよっぱな病床規制、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ミクロレベルで臨床マネジメントを必要とし

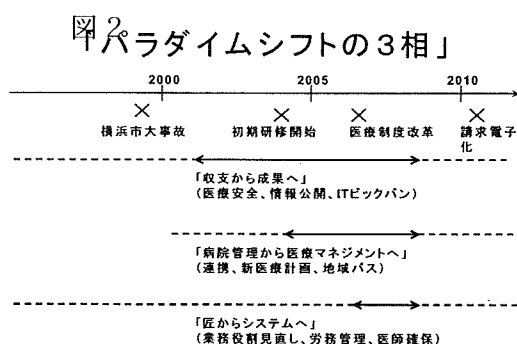
たように、超マクロレベルでは他の施設との連携を通じた地域医療マネジメントが必要とされるところにある。さらには、病院内の病棟等での職種間のマネジメントが必要で、これからの病院のリーダーはただ院内の部署間の調整にとどまらず、臨床レベル、病棟レベル、そして地域レベルでのマネジメントが求められることとなる。これらを包括して医療マネジメントと呼び、かつての決められた資源を決められたルールで執行する病院管理からの脱却が求められている。

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-



2. 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（トップディビジョンメーカー）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が政府となる。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

経営の焦点の移行

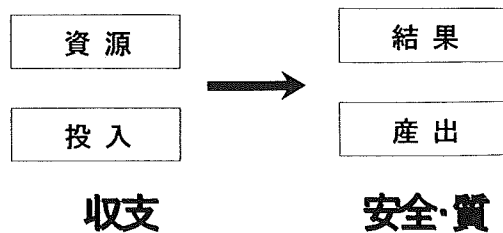
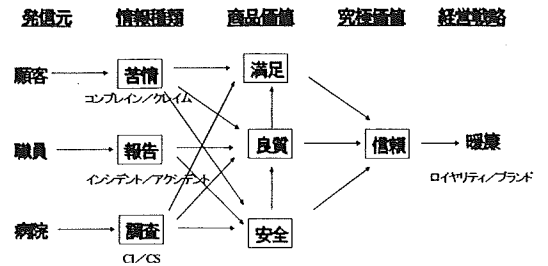


図 2

3つの情報源と4つの価値



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りえ方の背後には、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も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.Reiman, 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11% 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	評価クライテリア提唱「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」
エルウッド	1988	結果マネジメント重要性「Outcomes Management」
パーウィック	1989	CQI技法「Continuous Improvement As an Ideal in Health Care」



図 5

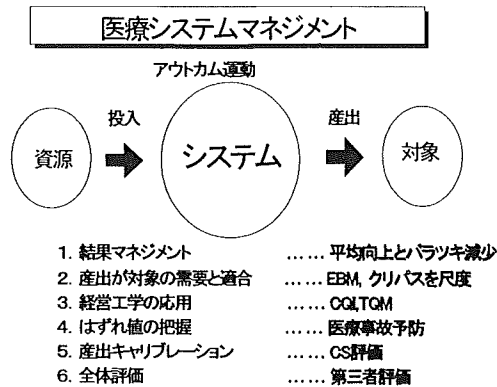


図 7

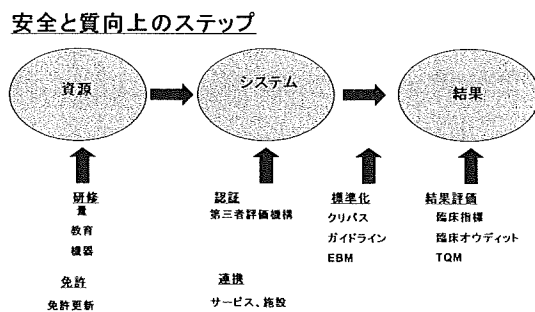


図 9

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 (クリニカルオーディット)
 - 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 (ペー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
基盤強化
組織化

© T.Hasegawa
NIPH, Japan

図 6

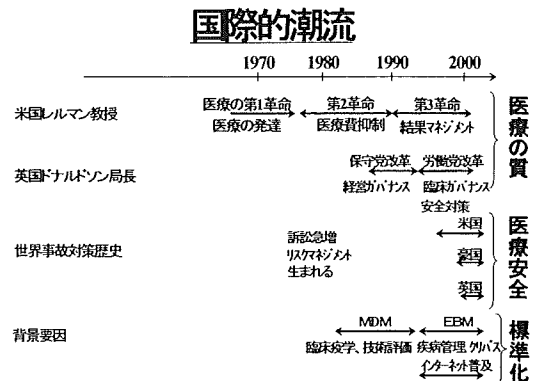


図 8

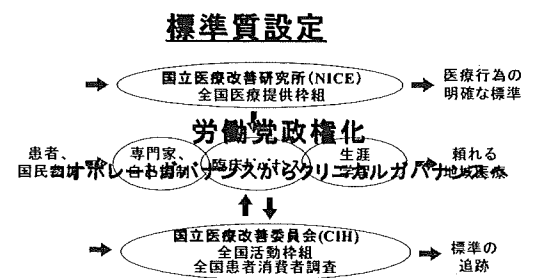
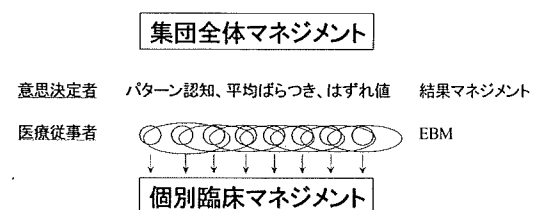


図 10

二つのマネジメント



3) 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での近隣医療施設への「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的な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

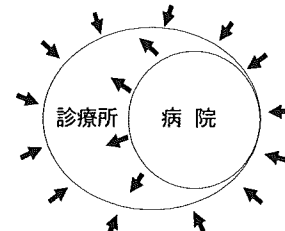
連携の歴史的発展段階

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

外来診療・プライマリケア

小さなパイを奪い合う病院と診療所には



デタント (停戦協定) が必要だ

© Hisataka
IMS Japan

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、どのような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

G. Hisagawa
Akira Jison

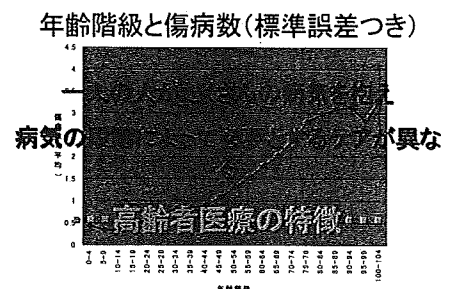


図 5

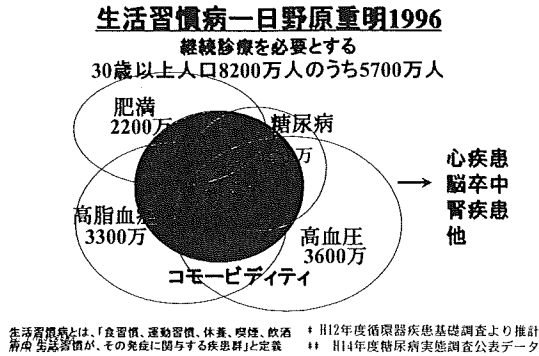


図 7

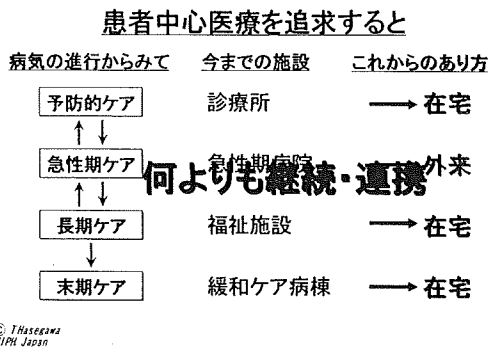


図 6

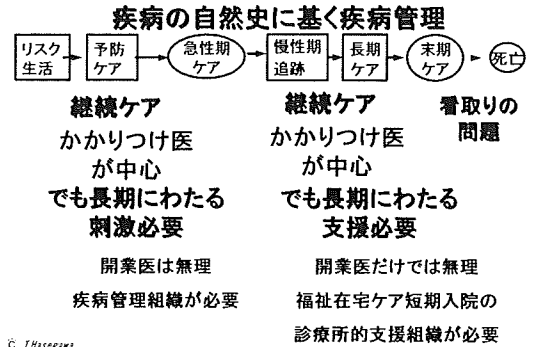
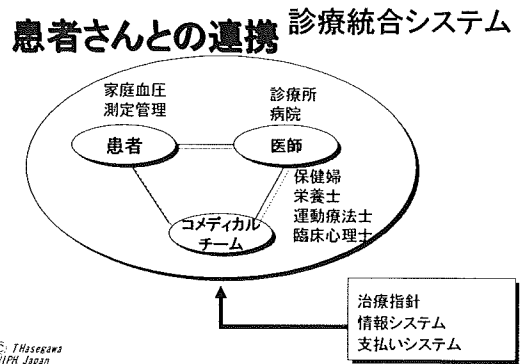


図 8



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なので地

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：Ia型、Ib型 「城下町型」
- 2段階：IIa型、IIb型 「中核都市」
- 3段階：IIIa型、IIIb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はなく、住民に対する透明性の確保も重要となるだろう。

図9

