

## 平成22(2010)年度 研究成果の刊行に関する一覧表

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
Suzuki S, Utsukisawa K, Nagane Y, Satoh T, Kuwana M, <u>Suzuki N</u>	Clinical and immunological differences between early and late-onset myasthenia gravis in Japan.	J Neuroimmunol			2010
Tomita Y, Pinard E, Tran-Dinh A, Schiszler I, Kubis N, Tomita M, Suzuki N, Seylaz J	Long-term repeated measurements of mouse cortical microflow at the same region of interest with high spatial resolution	Brain Research	1372	59-69	2011
Ito D, Seki M, Tsunoda Y, Uchiyama H, <u>Suzuki N</u>	Nuclear transport impairment of amyotrophic lateral sclerosis-linked mutations in FUS/TLS.	Ann Neurol	69	152-162	2011
星野晴彦、高木 誠、山本康正、石橋靖宏、寺山靖夫、武田英孝、棚橋紀夫、足立智英、田口芳治、高嶋修太郎、田中耕太郎、安井敬三、鈴木則宏	Branch atheromatous diseaseにおける進行性脳梗塞の頻度と急性期転帰。	脳卒中	33	37-44	2011
Toriumi H, Shimizu T, Shibata M, Unekawa M, Tomita Y, Tomita M, <u>Suzuki N</u>	Developmental and circulatory profile of thye diploic veins.	Microvasc Res	81	97-102	2011
Guo H, Itoh Y, Toriumi H, Yamada S, Tomita Y, Hoshino H, <u>Suzuki N</u>	Capillary Remodeling and Collateral Growth without Angiogenesis after Unilateral Common Carotid Artery Occlusion in Mice.	Microcirculation	18	221-227	2011
Kosakai A, Ito D, Nihei Y, Yamashita S, Okada Y, Takahashi K, <u>Suzuki N</u>	Degeneration of mesencephalic dopaminergic neurons in klotho mouse related to vitamin D exposure.	Brain Res	1382	109-117	2011
Nishimoto Y, Shibata M, Onodera O, <u>Suzuki N</u>	Neuroaxonal integrity evaluated by MR spectroscopy in a case of CARASIL.	J Neurol Neurosurg Psychiatry	[Epub ahead of print]		2011
Tomita M, Tomita Y, Unekawa M, Toriumi H, <u>Suzuki N</u>	Oscillating neuro-capillary coupling during cortical spreading depression as observed by tracking of FITC-labeled RBCs in single capillaries.	Neuroimage	56	1001-1010	2011
Nishimoto Y, Shibata M, Nihonmatsu M, Nozaki H, Shiga A, Shirata A, Yamane K, Kosakai A, Takahashi K, Nishizawa M, Onodera O, <u>Suzuki N</u>	A novel mutation in the HTRA1 gene causes CARASIL without alopecia.	Neurology	76	1353-1355	2011

## 平成22(2010)年度 研究成果の刊行に関する一覧表

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
Yoritaka A, Shimo Y, Shimo Y, Inoue Y, Yoshino H, and Hattori N.	Nonmotor Symptoms in Patients with <i>PARK2</i> Mutations.	Parkinson disease		e-pub	2011
Kawanabe T, Yoritaka A, Shimura H, Oizumi H, Tanaka S, and Hattori N.	Successful treatment with Yokukansan for behavioral and psychological symptoms of Parkinsonian dementia.	Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry	34	284-287	2010
小澤哲夫、後藤清恵、中島孝	筋ジストロフィーにおける遺伝カウンセリング体制の構築	難病と在宅ケア			印刷中
中島孝、会田泉、三吉政道、樋口真也、米持洋介、高原誠	ALSの在宅NPPVケア	日本在宅医学会雑誌	12 (2)	206-216	2011
中島孝、白井良子	セントクリストファーホスピスから日本へ吹く風、ホスピス緩和ケアの誤解をとく	訪問看護と介護	15(11)	864-872	2010
中島孝、小澤哲夫、会田泉、樋口真也、米持洋介、三吉政道、近藤浩、木下悟	筋ジストロフィー診療の現状 診断から治療まで(その2)(症状コントロールと包括的ケア)	超音波検査技術	35(4)	433-445	2010
中島孝	ALS患者の在宅医療 QOL評価	Journal of Clinical Rehabilitation	19(6)	589-596	2010
飯田秀博、渡部浩司、銭谷勉、越野一博、平野祥之、石田良雄、宮本恵宏、野口輝夫、森脇博、横田千晶、福島和人、中川原譲二、山田章吾、松田博史、中島孝、丸野廣大、畑澤順、橋川一雄、鈴木倫保	SPECT検査の精度向上と施設間誤差のない標準的画像診断法の確立	新しい医療機器研究	15	95-96	2010
内田智久、相澤勝、菊池豊、高尾昌樹、美原盤	筋萎縮性側索硬化症患者における療養形態別の経済的自己負担	神経治療学	28巻1号	83-87	2011
金子さゆり、濃沼信夫、伊藤道哉	急性期病棟におけるヒヤリハット発生と看護業務量および投入マンパワー量との関係	日本医療・病院管理学会誌	48巻1号	7-15	2011
金子さゆり、濃沼信夫、伊藤道哉、尾形倫明、三澤仁平、千葉宏毅、森谷就慶	居住系施設における医療のあり方と看取りに関する研究	厚生 の 指標	57巻15号	26-31	2010

## 平成22(2010)年度 研究成果の刊行に関する一覧表

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
伊藤道哉	高額医療へのアクセスをどう確保するか	クレコンレポート	32	1-8	2010
金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉	急性期病棟における看護師の業務内容と患者安全との関連の検討	医療の質・安全学会誌	5巻3号	221-225	2010
金子さゆり, 濃沼信夫, 伊藤道哉	急性期患者の看護必要量にもとづく看護人員配置の算定指標の開発	日本医療マネジメント学会雑誌	10巻4号	570-574	2010
伊藤道哉	100人の生き方 100通りの最期	リビング・ウイイル東北	24巻	16-18	2010
川島孝一郎	大規模複合災害における在宅医療・介護提供	現代思想	Vol.39-7	p232-237	2011
川島孝一郎	医療の現場から～生きることの集大成を支える相談支援を	WAM	2010年11月号	p 5	2010
Takado Y, Igarashi H, Terajima K, Shimohata T, Ozawa T, Okamoto K, <u>Nishizawa M</u> , Nakada T	In vivo assessment of brainstem metabolites in multiple system atrophy with predominant cerebellar ataxia using proton magnetic resonance spectroscopy on a 3.0 T system.	Mov Disord	in press		
Kawamura K, Shimohata T, Nakayama H, Tomita M, Ozawa T, <u>Nishizawa M</u>	Factors influencing the cognitive function in patients with multiple system atrophy	Mov Disord	[Epub ahead of print] PMID: 20925069b		2010
Nozaki I, Hamaguchi T, Sakai K, Noguchi-Shinohara M, Nakamura Y, Sato T, Kitamoto T, Mizusawa H, Sanjo N, Moriwaka F, Shiga Y, Kuroiwa Y, <u>Nishizawa M</u> , Kuzuhara S, Inuzuka T, Takeda M, Kuroda S, Abe K, Murai H, Murayama S, Tateishi J, Takumi I, Sirabe S, Harada M, Yamada M	Prospective 10-years surveillance for human prion diseases in Japan	Brain 2010	Epub PMID: 20855418	3043-3057	2010

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
Katsuno M, Banno H, Suzuki K, Takeuchi Y, Kawashima M, Yabe I, Sasaki H, Aoki M, Morita M, Nakano I, Kanai K, Ito S, Ishikawa K, Mizusawa H, Yamamoto T, Tsuji S, Hasegawa K, Shimohata T, <u>Nishizawa M</u> , Miyajima H, Kanda F, Watanabe Y, Nakashima K, Tsujino A, Yamashita T, Uchino M, Fujimoto Y, Tanaka F, Sobue G	for the Japan SBMA Interventional Trial for TAP-144-SR (JASMITT) study group. Efficacy and safety of leuprorelin in patients with spinal and bulbar muscular atrophy (JASMITT study): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial.	Lancet Neurol.	[Epub ahead of print] PMID: 20691641		2010
Matsukawa T, Asheuer M, Takahashi Y, Goto J, Suzuki Y, Shimozaawa N, Takano H, Onodera O, <u>Nishizawa M</u> , Aubourg P, Tsuji S	Identification of novel SNPs of <i>ABCD1</i> , <i>ABCD2</i> , <i>ABCD3</i> and <i>ABCD4</i> genes in patients with X-linked adrenoleukodystrophy (ALD) based on comprehensive resequencing and association studies with ALD phenotypes. Neurogenetics.	Neurogenetics	[Epub ahead of print] PMID: 20661612		2010
Hasegawa A, Ikeuchi T, Koike R, Matsubara N, Tsuchiya M, Nozaki H, Homma A, Idezuka J, <u>Nishizawa M</u> , Onodera O	Long-term disability and prognosis in dentatorubral-pallidoluysian atrophy (DRPLA)	A correlation with CAG repeat length. Mov Disord	[Epub ahead of print] PMID: 20589872		2010
Ozawa T, Tada M, Kakita A, Onodera O, Tada M, Ishihara T, Morita T, Shimohata T, Wakabayashi K, Takahashi H, <u>Nishizawa M</u>	The phenotype spectrum of Japanese multiple system atrophy	J Neurol Neurosurg Psychiatry	[Epub ahead of print] PMID: 20571046		2010
Ozawa T, Shinoda H, Tomita M, Shimohata T, Nakayama H, <u>Nishizawa M</u>	Tremulous arytenoid movements predict severity of glottic stenosis in multiple system atrophy	Mov Disord	[Epub ahead of print] PMID: 20310045		2010
Ino S, Sato M, Hosono M, Nakajima S, <u>Yamashita K</u> , Izumi T	Preliminary design of a simple passive toe exercise apparatus with a flexible metal hydride actuator for pressure ulcer prevention	Engineering in Medicine and Biology Society (EMBC), 2010 Annual International Conference of the IEEE		479-482	2010

## 平成22(2010)年度 研究成果の刊行に関する一覧表

## 雑誌

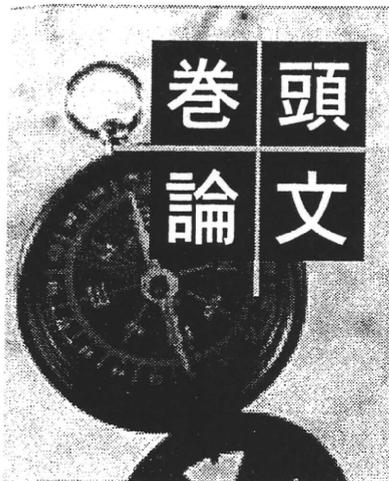
発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
M. Sato, M. Hosono, <u>K. Yamashita</u> , S. Nakajima and S. Ino	Development of a Metal Hydride Actuator Driven Only by Solar Heat.Proceedings of 2011 1st International Conference on Electrical Energy Systems	International Conference on Electrical Energy Systems (ICEES2011)		222-227	2011
山下和彦, 岩上優美, 今泉一哉, 佐藤満, 中島佐和子, 井野秀一, 川澄正史, 伊福部達	定量的下肢筋力計測による虚弱高齢者のスクリーニング手法の開発	電気学会論文誌C	130(12)	2210-2218	2010
M SAITO, K NAKAJIMA, C TAKANO, Y OHTA, C SUGIMOTO, R EZOE, K SASAKI, H HOSAKA, T IFUKUBE, S INO, <u>K YAMASHITA</u>	An in-she device to measure plantar pressure during daily human activity	IEEE, Medical Engineering & Physics	in press		
<u>Kazuhiko YAMASHITA</u> , Yumi IWAKAMI, Hirohide KOMATSU, Shinichi TANAKA, Keiko KURA OKA, Hiroshi Medical Engineering & Physics HONDA, Masaru KOMINO, Shigenobu SHIMADA, Toshihiko OBAYASHI	Development of ceramic RFID for managing individual surgical instruments	Medical Engineering & Physics	投稿中		
Watanabe M, <u>Shibuya A</u> , Takada J, Tanaka Y, Okuwaki Y, Minamino T, Hidaka H, Nakazawa T, Koizumi W.	Entecavir is an optional agent to prevent hepatitis B virus (HBV) reactivation: a review of 16 patients.	Eur J Intern Med.	21	333-337	2010
Hisashi Hidaka, Takahide Nakazawa, Guoqin Wang, Shigehiro Kokubu, Tsutomu Minamino, Juichi Takada, Yoshiaki Tanaka, Yusuke Okuwaki, Masaaki Watanabe, <u>Akitaka Shibuya</u> and Wasaburo Koizumi	Reliability and validity of splenic volume measurement by 3-D ultrasound	Hepatology Research	40	979-988	2010

平成22(2010)年度 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
森實敏夫	Rを用いたシミュレーションによるサンプルサイズの算出-2。	あいみつく	31-2	12-15	2010
Ikezono T, Shindo S, Sekiguchi S, <u>Morizane T</u> , Pawankar R, Watanabe A, Miura M, Yagi T.	The performance of Cochlin-tomoprotein detection test in the diagnosis of perilymphatic fistula.	Audiol Neurotol	15	168-74	2010

## V. 研究成果の刊行物・別刷



# 医療介護複合経営体としての 医療法人における法人内連携 統合戦略に関する認識と実践

—戦略遂行のための経営手法の利用不足—

一橋大学大学院商学研究科准教授 荒井 耕

一橋大学大学院博士後期課程 尻無濱 芳崇

## はじめに

今日、機能の分化と連携の推進を背景として、患者は複数の施設事業から医療介護を受けている。こうした中、同一の医療法人グループ（関連する社会福祉法人など含む：以下、医療法人と略称）が、急性期病院から長期療養施設、訪問系事業まで、複数の機能の異なる施設事業を経営するようになってきている。こうした医療介護複合経営体としての医療法人（複合体法人と略称）では、多くの場合、統合性に優れ効率的で質の高い医療介護の統合一貫サービスを患者に提供することにより、患者・家族から選ばれるよう努力している。そのため、こうした複合体法人では、いかに法人内の複数施設事業間の連携統合性を高めるかが現在大きな課題となっている。そこで本論文では、複合体法人における法人内での連携統合戦略（以下、連携戦略）に関する認識及び実践の現状について明らかにする。

## I 研究方法

病院を含む複数種類の施設事業を経営している1,613医療法人を対象に、2009年11月に、複合体としての複数施設事業の連携統合に関するアンケート調査を行った。対象法人の抽

出には、筆者（荒井）と筑波大学岡田研究室によって構築された医療法人財務諸表データベースを用いた。法人のトップ経営層（理事長、法人本部長、事務部長ほか）に回答を依頼し、有効回収率は12%であった。

本調査では、連携戦略に関する認識及び実践として、法人内の施設事業間の連携戦略に関する、重要性認識、策定状況、担当者配置、委員会設置、委員会開催頻度、経営手法活用について把握した。本研究では、まず、これらの連携戦略に関する認識及び諸実践の複合体法人群全体での状況を明らかにし、次に以下の法人属性別に分析した。

法人の属性として、本調査では、①急性期病院、②回復期リハビリ病院、③診療所、④長期療養施設、⑤訪問看護事業、⑥訪問介護事業、⑦その他事業、のうちどの施設事業を運営しているかを回答してもらい、何種類の施設事業を経営しているかによって法人の複合体度を把握している。本研究では、3以下を複合体度が低い、4を中位、5以上を高いと定義している。また法人全体としての病床数及び定員数（以下、病床規模）を基に、200床未満を小規模、200床台を中規模、300床以上を大規模とした。さらに従業員数を基に、200人未満を小規模、200人以上400人未満を中規模、400人以上を大規模とした。

また、連携戦略に関する重要性認識の高低、策定状況の有無、担当者配置の有無、委員会

巻頭  
論文

設置の有無の別に、戦略に関する認識及び実践の状況を分析することにより、戦略に関する認識及び各実践の間に、経営管理体制として合理的な相関関係（相対的な整合性）があるかどうかを検証した。さらに、複合法人全群全体及び法人属性別分析の結果を考察しつつ、戦略に関する認識及び各実践の間に、法人全群全体での実践水準という絶対量での整合性があるかについても検討した。

## II 法人全群全体及び法人属性別 分析の結果

### 1 連携戦略の重要性認識

複合法人に対して、法人内施設事業間の連携を促進する戦略をどの程度重要だと考えているかを調査した。7段階リッカートスケールを用い、7が「非常に重要である」と考えていることを、1が「全く重要ではない」と考えていることを示す。その結果、7と回答した法人が55.5%、6と回答したのが22.5%であり、約8割（78.0%）の法人が法人内施設事業間の連携を促進する戦略をとっても重要だと認識していた。また、連携戦略の重要性につけた点数は、平均で6.16点であった。連携戦略の重要性認識が相対的に低い法人の中では、5と回答したのが9.9%、4が8.8%、3以下が3.2%であった。

連携戦略の重要性認識の度合いを複合体度の高低により対比してみると、複合体度が高い法人の方が、連携戦略の重要性を有意に高

く認識していた（両側確率0.00005）。ただし複合体度が中位以上の法人と低い法人の間にも有意差が見られ（同0.00002）、ある程度の複合体度がある法人では、連携戦略をとっても重要だと認識していることが判明した。また病床規模との関係を見ると、大規模法人の方が連携戦略を重要だと認識する傾向が見られたものの、統計的に有意な差は見られなかった（同0.170）。一方、従業員規模別では、大規模法人の方が有意に（同0.00005）連携戦略を重要だと認識していた（表1）。

### 2 連携戦略の策定

法人内施設事業間の連携統合を促進する戦略を策定しているかどうかを調査したところ、57.9%の法人が連携戦略を策定していた。複合体度別に見ると、複合体度が高い法人の方が連携戦略を有意に多く策定している（両側確率0.0000008）。ただし複合体度が中位以上の法人と低い法人の間でも有意な差が見られ（同0.0000007）、ある程度の複合体度がある法人では、連携戦略を相対的によく策定することが判明した。また病床規模別に見てみると、ある程度の差は見られるものの、統計的な有意性はなかった（同0.184）。さらに従業員規模別に分析すると、大規模法人の方が有意に高い（同0.0015）。中規模法人と小規模法人との差にも、ある程度の有意性が見られた（同0.0828）。中規模以上の法人では、相対的によく連携戦略を策定することが分かった（表1）。

## プロフィール

### 荒井 耕（あらい こう）



一橋大学商学部卒業後、㈱富士総合研究所勤務を経て一橋大学大学院博士課程修了（博士（商学））。大阪市立大学大学院准教授を経て2008年より現職。その間、エジソンバラ大学で在外研究の他、慶應義塾大学医学部や東京医科歯科大学で医療管理会計の講師も担当。厚生省関連の研究委員会等にも従事。著書多数で、2006年日本原価計算研究学会・学会賞、2007年日本会計研究学会・太田黒澤賞、2009年日本管理会計学会・文献賞を受賞（文献欄参照）。

医療介護複合経営体としての医療法人における  
法人内連携統合戦略に関する認識と実践

表1 病院属性別の連携戦略に関する認識及び実践

実践項目	全法人	複合体度				病床規模				従業員規模			
		低い	中位以上	高い	両側確率*	小規模	中規模	大規模	両側確率*	小規模	中規模	大規模	両側確率*
連携戦略の重要性認識度	6.16	5.73	6.52	6.59	$0.5 \times 10^{-4}$ ( $0.2 \times 10^{-4}$ )	6.01	6.23	6.30	0.170 (0.3439)	5.85	6.00	6.65	$0.5 \times 10^{-4}$ (0.5301)
連携戦略の策定	57.9%	37.8%	74.3%	79.0%	$0.8 \times 10^{-4}$ ( $0.7 \times 10^{-4}$ )	50.0%	69.8%	61.4%	0.184 (0.0341)	42.6%	58.1%	73.1%	0.0015 (0.0028)
担当者の配置	63.0%	52.4%	72.0%	77.8%	0.0016 (0.0060)	57.8%	66.6%	69.0%	0.179 (0.3392)	43.6%	68.9%	75.0%	0.0010 (0.0040)
委員会の設置	59.7%	46.4%	70.6%	77.8%	0.0001 (0.0008)	50.6%	58.1%	72.9%	0.0076 (0.4215)	40.0%	58.7%	79.2%	$0.3 \times 10^{-4}$ (0.0354)
委員会の月1回以上開催	86.4%	76.9%	91.5%	91.7%	0.0551 (0.0325)	81.0%	92.0%	88.1%	0.3655 (0.613)	77.3%	88.6%	87.8%	0.2755 (0.2248)
経営手法利用	12.6%	4.8%	19.2%	24.6%	0.0005 (0.0037)	4.9%	19.5%	17.2%	0.0163 (0.0099)	3.7%	8.1%	27.5%	0.0007 (0.3093)

\* 括弧がついていない数値は低位対高位（もしくは小規模対大規模）、括弧がついている数値は低位対中位以上（もしくは小規模対中規模）

## 3 連携統合促進業務担当者の配置

法人内施設事業間の連携統合促進業務担当者の有無を調査したところ、63.0%の法人に担当者が存在していた。複合体度別にみると、複合体度が高い法人の方が低い法人よりも担当者が存在しており、その差は有意であった（両側確率0.0016）。さらに複合体度が中位以上の法人と低い法人との差にも有意性があり（同0.0060）、ある程度の複合体度がある法人では、担当者が相対的によく存在することが分かる。また病床規模別では、統計的には有意な差が見られないが（同0.179）、従業員規模別では大規模法人の方が有意に担当者を配置していた（同0.0010）。また中規模法人と小規模法人の差にも有意性があり（同0.0040）、従業員規模がある程度以上の法人では、担当者を相対的によく置くことが判明した（表1）。

## 4 連携統合促進委員会の設置と開催頻度

法人内施設事業間の連携統合促進委員会の有無を調査したところ、59.7%の法人にそのような委員会が存在していることが分かった。複合体度別に見てみると、複合体度が高い法人の方が有意に委員会を設置していた（両側確率0.0001）。複合体度が中位以上の法人と低い法人との差も有意であり（同0.0008）、

複合体度がある程度高い法人では、委員会を相対的によく設置することが明確になった。また病床規模との関係を見てみると、大規模法人の方が有意に委員会を設置している（同0.0076）。さらに従業員規模との関係でも、大規模法人の方が有意に委員会を設置している（同0.00003）。中規模法人と小規模法人との差も有意であり（同0.0354）、従業員規模が中規模以上の法人では、連携統合促進委員会を相対的によく設置している（表1）。

加えて、連携統合促進委員会を設置している法人についてその開催頻度を調査したところ、週1回程度が18.2%、隔週7.3%、月1回程度60.9%、四半期毎2.7%、半年ごと2.7%、年1回0.9%、不定期開催4.5%であり、開催していない法人が2.7%だった。月1回以上の高頻度で開催している法人の割合を複合体度の高低別に比較すると、有意な差が見られた（両側確率0.0551）。一方、病床規模別（同0.3655）や従業員規模別（同0.2755）には有意な差は見られず、法人規模と委員会開催頻度との間に明確な関係は認められない。

## 5 連携戦略遂行のための経営手法利用

法人内施設事業間の連携戦略を遂行するための経営手法を利用しているかどうかを調査したところ、12.6%の法人が利用しているに


 巻頭論文

過ぎなかった。連携戦略遂行経営手法を利用していると回答した23法人のうち、BSCが9法人と最も多く、次いで目標管理（チャレンジカード）が3法人、TQMが2法人、ISOが2法人、その他4法人であった<sup>(1)</sup>。全体として戦略遂行のための経営手法の利用は低調であり、2000年代前半以降に日本医療界においても紹介されてきたBSC（荒井、2005）もまだ十分に浸透していない様子が窺われる。

複合体度別に分析すると、複合体度が高い法人の方が有意に多く利用していた（両側確率0.0005）。複合体度が中位以上の法人と低い法人との差も有意であり（同0.0037）、複合体度がある程度高い法人では、相対的によく利用することが分かる。また病床規模別に分析すると、大規模法人の方が有意に多用している（同0.0163）。中規模法人と小規模法人との差も有意であり（同0.0099）、病床規模が中規模以上の法人では、相対的によく利用していることが明確になった。従業員規模別でも同様に、大規模法人の方が有意に（同0.0007）、連携戦略遂行経営手法を相対的によく利用している（表1）。

### Ⅲ 戦略に関する認識及び各実践間の相関関係分析結果

連携戦略に関する重要性認識と策定実践、支援組織整備（担当者配置・委員会設置・開催頻度）、戦略遂行経営手法利用の間に、経営管理体制としての合理的な相関関係（相対的整合性）があるのかどうかを検証する（表2）。

まず、連携戦略の重要性認識と、戦略策定実践、支援組織整備、戦略遂行手法利用との相対的整合性を見てみる。重要性認識が戦略の策定や支援組織整備や戦略遂行手法の利用につながっているのかどうかという視点である。7段階尺度で連携戦略の重視度は平均6.16であったため、重要性認識度が1～5と

相対的に低い法人と7と相対的に高い法人に分けて戦略策定状況をみると、策定率には明確な有意差が見られた（両側確率0.000000002）。つまり重要性認識度が極めて高い法人の方が連携戦略の策定率が高く、相対的には重要性認識が策定実践につながっていることが判明した。また連携戦略の重視度が極めて高い法人の方が、連携統合促進業務の担当者配置率が有意に高く（同0.000003）、また連携統合促進委員会の設置率も有意に高い（同0.000006）。つまり、連携戦略を極めて重視している法人の方が、担当者及び委員会の両面から戦略支援組織の整備が進んでおり、重要性認識が実際の支援組織整備につながっている。ただし委員会が設置されている場合の開催頻度（月次以上開催率）には違いがない（同0.7643）。さらに、重視度が極めて高い法人の方が連携戦略遂行のための経営手法の利用率も有意に高い（同0.0043）。

次に連携戦略の策定状況と支援組織、戦略遂行手法利用との整合性を見る。戦略を策定している法人では、策定した戦略の遂行のために、支援組織の整備や経営手法の利用をしっかりとしているかという視点である。連携戦略策定法人の方が、有意に、担当者（両側確率0.000000000003）や委員会（同0.0000000006）が多く存在し、委員会開催頻度（同0.0139）についても、月1回以上の高頻度開催率が高かった。また策定法人の方が有意に、連携戦略遂行のための経営手法を利用している（同0.0009）。つまり、連携戦略策定法人の方が、担当者配置、委員会設置及び開催頻度の各面から戦略遂行のための支援組織が相対的によく整備され、また戦略遂行のための経営手法が相対的によく利用されている。

さらに、連携戦略の遂行を支える組織体制内に整合性があるかどうかを見てみると、連携統合促進業務の担当者がある法人の方が、連携統合促進委員会の設置割合が有意に高い（両側確率0.000000001）。また担当者がい

医療介護複合経営体としての医療法人における  
法人内連携統合戦略に関する認識と実践

表2 連携戦略に関する認識及び各実践間の相関関係

実践項目	連携戦略の重要性認識			連携戦略の策定状況			担当者の有無			委員会の設置		
	極めて高い	相対的に低い	両側確率	戦略策定あり	戦略策定なし	両側確率	担当者あり	担当者なし	両側確率	委員会を設置	委員会なし	両側確率
連携戦略の策定	77.6%	22.5%	0.2×10 <sup>-8</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—
担当者の配置	78.8%	37.5%	0.3×10 <sup>-5</sup>	85.6%	32.5%	0.3×10 <sup>-12</sup>	—	—	—	—	—	—
委員会の設置	77.2%	32.5%	0.6×10 <sup>-6</sup>	79.2%	33.8%	0.6×10 <sup>-9</sup>	77.6%	29.4%	0.1×10 <sup>-9</sup>	—	—	—
委員会の月1回以上開催	92.3%	89.6%	0.7643	91.6%	73.1%	0.0139	89.9%	70.0%	0.0197	—	—	—
経営手法利用	18.2%	0%	0.0043	19.2%	2.7%	0.0009	18.6%	3.0%	0.0024	18.5%	4.1%	0.0039

る法人の方が、月1回以上の高頻度開催率も有意に高い(同0.0197)。つまり戦略遂行支援組織内の整合性はとれている。

最後に、連携戦略の遂行のための支援組織と経営手法の間の整合性を見ると、担当者がいる法人の方が戦略遂行経営手法を有意に多用しており(両側確率0.0024)、また同様に委員会が設置されている法人の方が有意に多く利用している(同0.0039)。つまり連携戦略支援組織整備法人の方が、連携戦略遂行のための経営手法を利用している割合が相対的に多く、支援組織整備と経営手法利用の間に相対的整合性がある。

#### IV 考察：水準としての整合性

約8割の法人が法人内での連携戦略をとっても重要であると認識している一方、連携戦略を策定している法人は6割弱であり、必ずしも重要性の認識が策定実践へとつながっていない法人もかなり見られる。連携戦略を極めて重視している法人でも、そのうちの2割以上がそうした戦略を実際には策定していない。この背景には、戦略策定に本格的に関わらなければならない法人のトップ経営者である理事長が、ほとんどの場合経営専門家ではなく医療専門職の医師であり、またしばしば医師として現場で働きながら兼職的に経営に関わっているという実態がある。しかも日本の多くの医療法人では、トップ経営者である理

事長が現場専門職のトップ管理者としての医師(院長)であるだけでなく、法人の所有者でもあるため、しっかりと戦略を策定して遂行するという経営努力に向けた所有者からトップ経営者への圧力は、通常の経営環境下では十分に働かない(荒井, 2007)。所有と経営が一体化した医師所有経営制ともいうべき日本の医療機関の経営体制が、不十分な戦略策定実践という現状の背景にはあると考えられる。

また連携戦略を策定している法人でも、1割半は連携統合促進業務の担当者を配置せず、また2割強は連携戦略促進のための委員会を設置しておらず、策定した戦略を遂行するための支援組織の整備は十分ではない。さらに、策定した戦略を遂行するためのBSC等の経営手法については、連携戦略を策定している法人でも8割強が利用していない。せっかく連携戦略を策定しても、それを遂行するための支援組織や経営手法が十分ではないため、迅速かつ確実なその実行がなされない可能性がある状況となっている。この背景には、上述の医師所有経営制という経営体制に起因する不十分な経営管理実践に加えて、支援組織の整備やBSCのような経営手法の活用にはある程度の人的余力が必要であるが、日本の医療法人には十分な人的資源を確保できるだけの規模がないところが多いという現実がある。とりわけBSC等の経営手法の有効活用には、人的余力に加えて、それを支えるため



の原価情報システム（荒井，2009）なども必要とされるが（荒井，2005），十分な情報システム投資に耐えられるだけの規模を有する医療法人は日本には少ない。本研究の分析結果においても，戦略遂行のための支援組織整備及び経営手法利用は，統計的に有意に，大規模法人の方が小規模法人よりもなされており，こうした実態を裏付ける結果となっている。

戦略に関する認識及び各実践の間に，前節で明らかにしたように，経営管理体制として合理的な相関関係（相対的整合性）は完全にあるが，法人群全体での認識及び実践水準という絶対量としての十分な整合性はないことが判明した。

次に，法人の属性別に，連携戦略に関する認識及び実践の状況をまとめて見てみると，複合体度が高くまた従業員規模の大きな法人の方が，連携戦略の重要性認識度，戦略策定実践，戦略遂行支援組織整備（担当者配置及び委員会設置），戦略遂行経営手法利用のいずれについても高かった。また病床規模の大きな法人も，戦略遂行のための支援組織整備（委員会設置）と経営手法利用について，小規模法人よりも高かった<sup>(2)</sup>。複合体度が高い法人の方が連携戦略に熱心であるのは，複合度が高い分それだけ多様な施設事業の連携統合を図る必要性が高いからであろう。一方，規模が大きい法人の方が連携戦略実践に積極的なのは，規模が大きい分，人的余力や情報システム投資余力があり，しっかりとした経営体制がとれるからであると考えられる。

複合体度が高い法人では，多様な施設事業の連携統合を図る高い必要性を背景として，連携戦略に関する認識及び各種実践が複合体度の低い法人よりも相対的によく取り込まれており，戦略についての認識及び各種実践間に相対的な整合性がある。しかし複合体度が高い法人であっても，戦略を策定しているのは8割弱であり，この法人群の極めて高い戦略の重要性認識に見合った実践水準とはいえ

ない。また複合体度の高い法人でも，戦略策定をしている法人中，戦略遂行のための支援組織（担当者・委員会）を整備しているのは73.5%，戦略遂行のための経営手法を利用しているのは25.5%であり，戦略策定実践に見合った整備及び利用水準ではない（表3）。特に戦略遂行経営手法の利用水準は，戦略策定実践にまったく見合っていない。すなわち，戦略の重要性認識と戦略策定実践の間，戦略策定実践と戦略遂行のための支援組織整備及び経営手法利用の間には，水準（絶対量）としての整合性はない。

最後に，戦略の重要性認識から実際の策定，支援組織整備，戦略遂行経営手法利用までの完全な整合性のある法人の割合をしてみる。連携戦略の重要性を極めて高く認識している法人で，実際に戦略を策定し（77.6%），かつ戦略遂行の支援組織を整備し（62.5%），かつ戦略遂行のための経営手法を利用している（16.0%），いわば連携戦略に関する認識及び実践に完全な整合性のある法人は，約1割半に過ぎない（表3）。一方，連携戦略を極めて重視し，策定し，支援組織を整備している法人であれば6割強おり，戦略遂行手法利用を除く連携戦略の認識及び実践の間の整合性を有している法人はある程度いる。このように，完全な整合性のある法人が極めて少ない最大の原因は，複合体法人全体として1割強の法人でしか見られないという，戦略遂行のための経営手法の利用の低迷にある。

もっとも，複合体度が高く従業員規模が大きい法人に限定すれば，戦略遂行経営手法の利用率は33.3%とある程度ある。そのため，複合体度が高く従業員規模が大きい法人に限定した場合には，連携戦略の重要性を極めて高く認識している法人のうち，実際に戦略を策定し（96.2%），かつ戦略遂行の支援組織を整備し（76.9%），かつ戦略遂行のための経営手法を利用している（36.0%）完全な整合性のある法人は，3割半程度いる<sup>(3)</sup>（表3）。ただしこの場合でも，まだまだ法人群全体で

医療介護複合経営体としての医療法人における  
法人内連携統合戦略に関する認識と実践

表3 連携戦略遂行のための経営手法の利用水準状況

特定の医療法人群	複合体度高く、かつ戦略策定実践あり	連携戦略を極めて重視	複合体度高く、かつ従業員規模が大きく、かつ連携戦略を極めて重視	戦略策定実践あり
連携戦略の策定	—	77.6%	96.2%	—
担当者及び委員会の配置	73.5%	62.5%	65.9%	72.1%
経営手法利用	25.5%	16.0%	36.0%	15.7%

の実践水準（絶対量）としての整合性が十分にあるとはいえない。

加えて、実際の戦略策定から支援組織整備及び経営手法利用までの実践レベルの整合性がある法人の割合を見ると、戦略重要性認識に関わりなく法人群全体で、実際に戦略を策定している法人のうち、戦略遂行支援組織を整備し（72.1%）、かつ戦略遂行経営手法を利用している（15.7%）法人は、1割半である（表3）。重要性認識を除外した実践レベルでも、法人群全体での水準（絶対量）としての整合性はない。

## V 結 論

法人内での連携戦略の重要性を相対的に高く認識している法人では、相対的によく戦略を策定しており、またその戦略遂行のための支援組織及び経営手法を相対的によく整備及び利用している。つまり連携戦略に関する認識及び各実践間に、経営管理体制として合理的な相関関係（相対的な整合性）は見られる。しかし連携戦略の重要性を極めて高く認識している法人であっても、かならず戦略を策定しているわけではなく、また戦略を策定している法人であっても、必ずその遂行のための支援組織整備や経営手法利用を行っているわけではない。つまり連携戦略に関する認識及び各実践間に、法人群全体での実践水準という絶対量としての整合性はあまりない。必要性和実践余力の観点から、連携戦略に最も積

極的な複合体度が高く従業員規模が大きい法人に限定しても、十分な水準としての整合性はない。こうした状況の主因は、戦略遂行のための経営手法の利用が極めて低いという現状にある。今後、戦略遂行のための経営手法の有用性に関する認識を高め、少なくとも実践余力の高い大規模法人においては、その活用を促進することが課題である。

（注）

- (1) 複数の経営手法を利用している法人もあったため、実際に具体的な経営手法まで回答した法人は17法人であった。6法人は具体的な経営手法を回答しなかった。
- (2) 戦略の重要性認識度や戦略策定率、担当者配置率についても、有意確率は0.17～0.18であり、十分な有意性はないものの、病床規模が大きな法人の方が高い傾向がある。
- (3) 実際に戦略を策定している法人を基礎とした場合には、策定しその遂行のための支援組織の整備と経営手法の利用をしている法人は4割弱（37.5%）である。

### 【参考文献】

- ・ 荒井耕（2005）『医療バランスト・スコアカード：英米の展開と日本の挑戦』中央経済社（日本原価計算研究学会・学会賞受賞）
- ・ 荒井耕（2007）『医療原価計算：先駆的な英米医療界からの示唆』中央経済社（日本会計研究学会・太田黒澤賞受賞）
- ・ 荒井耕（2009）『病院原価計算：医療制度適応への経営改革』中央経済社（日本管理会計学会・文献賞受賞）

（了）

# 筋萎縮性側索硬化症患者における療養形態別の 経済的自己負担

内田 智久, 相澤 勝, 菊地 豊, 高尾 昌樹, 美原 盤

神経治療学 第28巻 第1号 別刷

平成23年2月25日発行

Reprinted from Neurological Therapeutics, Vol. 28, No. 1, p. 83-87, February 2011

## 筋萎縮性側索硬化症患者における療養形態別の経済的自己負担

内田 智久\* 相澤 勝健\*\* 菊地 豊\*\*\*  
高尾 昌樹\*\*\*\*\*\*\*\*\* 美原 盤\*\*\*\*

【要約】 慢性疾患に対する医療提供は、施設療養から在宅療養への移行が政策的に推進されている。今回、筋萎縮性側索硬化症患者に係わる療養に伴う費用および患者の経済的負担額の実態を、施設療養と在宅療養の療養形態別に分析した。施設療養において、1人1ヵ月当たりの平均費用総額は1,049,923±71,147円であり、これに対する患者負担は発生していなかった。一方、在宅療養において、1人1ヵ月当たりの平均費用総額は746,219±253,581円であり、このうち患者負担は73,690±17,703円であった。すなわち、費用総額うちの約10%が患者負担となっていた。費用総額としては在宅療養の方が施設療養よりも低くなっていったものの、在宅療養では患者負担が発生していたことから、今日の政策は筋萎縮性側索硬化症患者にとって、在宅療養の継続に伴い経済的負担を増加させるものと考えられる。

(神経治療 28: 83-87, 2011)

**Key Words :** amyotrophic lateral sclerosis, cost of medical care, patient co-payment, hospital care, home care

## はじめに

現在、わが国においては、社会保障制度の効率化を目的として、医療費総額の増加抑制や患者自己負担額の見直しが図られており、これに伴い、慢性期医療においては施設療養（入院医療）から在宅療養（外来通院や訪問診療等を主とした在宅医療）への移行が推進されている<sup>1)</sup>。平成18年度診療報酬改定における特殊疾患療養病床入院料の廃止<sup>2)</sup>や、医療費適正化計画による療養病床の大幅削減などは、その方針に沿ったものと捉えられる。

神経難病をはじめとする難治性疾患患者の医療費自己負担に対しては、「特定疾患治療研究事業」や「身体障害者福祉法」、「障害者自立支援法」などの公費補助制度によって、患者負担の軽減が図られてきた。しかしながら、施設療養では医療機関主体により療養環境が整備されるのに対し、在宅療養では患者および介護者が主体とならなくてはならないため、施設療養から在宅療養への移行により患者の経済的負担に少なからず影響が生じるものと思われる。このような状況を鑑み、難治性疾患患者の医療費に関して、療養形態による医療費構造の違いを明らかにすることは、難治性疾患医療のあり方を検討する上で大きな意味があると思われる。そこで今回、難治性疾患のひとつである筋萎縮性側索硬化症患者に関して、施設療

養と在宅療養のそれぞれにおいて発生する医療費と患者の経済的自己負担額の実態を検討した。

## 対象および方法

対象症例は、主として群馬県県内もしくは近隣に在住する筋萎縮性側索硬化症患者（特定疾患医療受給者証を有する者に限る）とし、重症度および療養形態を統一するため、人工呼吸器装着、身体障害者障害程度等級1級、要介護状態区分5であって、在宅療養を主としながら定期的に美原記念病院障害者施設等一般病棟における施設療養（レスパイトケア入院）を行っている者とした。これらの症例について、2008年4月1日から2009年3月31日までの1年間に発生した施設療養（当院入院費）および在宅療養のそれぞれの費用を、保険負担（医療保険、介護保険）、公費負担（主に特定疾患治療研究事業、身体障害者福祉法、障害者自立支援法）、患者負担（保険および公費の一部負担金およびその他療養に係わって生じた費用）として抽出した。なお、保険負担については公的保険のみを対象とし、患者が任意で加入する民間保険については対象外とした。

方法は、保険負担と公費負担額および患者負担のうち一部負担については、診療報酬明細書、介護報酬明細書、ケアプランおよび各支払い請求書から抽出し、患者負担のうち一部負担以外については、患者および介護者から直接インタビューすることにより情報収集した。後者については、費用の発生が明らかに疾患の発症に起因すると考えられ、かつ領収書等により確認できるもののみを対象とした。

費用については、症例ごとに発生した施設療養および在宅療養の額を、上記1年間の総計を元に1ヵ月間全て入院していた場合の額と1ヵ月間全て在宅療養を行っていた場合の額をそれぞれ換算して

\* 脳血管研究所美原記念病院医事課

\*\* 同 地域医療連携室

\*\*\* 同 リハビリテーション科

\*\*\*\* 同 神経内科

\*\*\*\*\* 同 神経難病・認知症部門

(2010年2月19日受付/2010年6月28日受理)

**Table 1** Demographic of patients (N = 9)

No.	Age/Sex	Years after onset	Length of hospital stays for respite care (days/month)	Home-visiting (Doctors) (times/month)	Home-visiting (Nurses) (times/month)	Home-visiting (Home-help-ers) (times/month)
1	46 /M	7.6	7.0	5.0	24.5	27.8
2	43 /F	2.2	6.4	4.7	56.5	44.8
3	69 /F	3.3	6.8	4.2	111.4	17.4
4	64 /M	8.3	0.8	4.4	None	11.9
5	65 /M	3.3	5.9	4.5	18.8	10.3
6	80 /F	6.0	5.6	4.0	32.0	62.5
7	49 /M	1.3	4.3	2.0	17.5	33.6
8	69 /M	14.0	1.7	1.3	38.6	26.1
9	66 /F	30.0	7.2	1.0	28.0	14.0
mean ± SD	61.2 ± 12.4 (M5, F4)	8.4 ± 9.0	5.1 ± 2.3	3.4 ± 1.6	40.9 ± 31.1	27.6 ± 17.3

**Table 2** Cost of hospital care

(Yen per month)

No.	Total cost	Cost covered by social insurances (rate for total)	Cost covered by public expenses (rate for total)	Patients' co-payment (rate for total)
1	1,003,657	702,562 (70%)	301,095 (30%)	0 (0%)
2	1,154,946	808,464 (70%)	346,482 (30%)	0 (0%)
3	989,068	890,162 (90%)	98,906 (10%)	0 (0%)
4	943,290	660,300 (70%)	282,990 (30%)	0 (0%)
5	1,091,290	763,903 (70%)	327,388 (30%)	0 (0%)
6	1,038,334	994,334 (96%)	44,000 (4%)	0 (0%)
7	1,074,160	751,913 (70%)	322,248 (30%)	0 (0%)
8	1,012,780	911,500 (90%)	101,280 (10%)	0 (0%)
9	1,141,783	799,249 (70%)	342,534 (30%)	0 (0%)
mean ± SD	1,049,923 ± 71,147	809,154 ± 106,226 (77%)	240,769 ± 122,165 (23%)	0 (0%)

Social insurances include Employees' Health, National Health and Long-Term Care Insurance.

Public expenses include The Specified Disease Treatment Research Program, Act on Welfare of Physically Disabled Person and Services and Supports for Persons with Disabilities Act.

求めた。

なお、本研究は、脳血管研究所倫理委員会にて承認（承認番号036-04）され、研究実施および患者データの取扱いにおいては脳血管研究所個人情報規定を遵守した。

### 結 果

本研究に同意が得られた症例は9例であり、男性5名、女性4名、年齢61.2 ± 12.4歳（平均 ± 標準偏差）、発症後年数8.4 ± 9.0年であった。対象期間中の各医療・介護サービスの使用状況は、1人1ヵ月当たり平均で入院日数5.1 ± 2.3日、訪問診察の利用回数3.4 ± 1.6回、訪問看護40.9 ± 31.1回、訪問介護27.6 ± 17.3回であった（Ta-

ble 1).

施設療養に係わる費用は、総額で1人1ヵ月当たり平均1,049,923 ± 71,147円であり、このうち保険負担は809,154 ± 106,226円、公費負担は240,769 ± 122,165円、患者負担は0円であった（Table 2）。一方、在宅療養に係わる費用は、総額で1人1ヵ月当たり平均746,219 ± 253,581円であり、このうち保険負担は562,028 ± 234,472円、公費負担は110,500 ± 75,698円、患者負担は73,690 ± 17,703円であった（Table 3）。施設療養の費用は全てが入院に係わるものであるのに対し、在宅療養の費用は1人1ヵ月当たり平均で、訪問診察に係わるものが168,761 ± 50,392円（22.6%）、訪問看護に係わるものが271,806 ± 270,305円（36.4%）、訪問介護に係わ

**Table 3** Cost of home care (Yen per month)

No.	Total cost	Cost covered by social insurances (rate for total)	Cost covered by public expenses (rate for total)	Patients' co-payment (rate for total)
1	785,883	577,959 (74%)	134,228 (17%)	73,696 (9%)
2	854,979	497,228 (58%)	294,246 (34%)	63,506 (7%)
3	1,328,681	1,127,205 (85%)	112,991 (9%)	88,485 (7%)
4	558,163	409,016 (73%)	82,924 (15%)	66,222 (12%)
5	630,660	450,319 (71%)	116,347 (18%)	63,994 (10%)
6	819,055	664,245 (81%)	41,642 (5%)	113,168 (14%)
7	640,494	496,815 (78%)	84,899 (13%)	58,780 (9%)
8	645,961	526,603 (82%)	42,143 (7%)	77,215 (12%)
9	452,092	308,862 (68%)	85,082 (19%)	58,148 (13%)
mean ± SD	746,219 ± 253,581	562,028 ± 234,472 (75%)	110,500 ± 75,698 (15%)	73,690 ± 17,703 (10%)

**Table 4** Contents of medical cost (Yen per person per month)

Hospital care	Total cost	Cost covered by social insurances	Cost covered by public expenses	Patients' co-payment
Hospitalization	1,049,923	809,154	240,769	0
Equipment purchase	0	0	0	0
Environmental maintenance	0	0	0	0
Consumable supplies	0	0	0	0
Total cost rate (range)	1,049,923	809,154 77% (70-96%)	240,769 23% (4-30%)	0 0%

Home care	Total cost	Cost covered by social insurances	Cost covered by public expenses	Patients' co-payment
Home-visiting (Doctors)	168,761	128,055	38,992	1,715
(Nurses)	271,806	210,788	48,626	12,391
(Home-helpers)	260,561	219,833	13,754	26,975
Equipment purchase	3,571	0	1,333	2,238
Environmental maintenance	21,370	3,352	7,796	10,222
Consumable supplies	20,150	0	0	20,150
Total cost rate (range)	746,219	562,028 75% (58-85%)	110,501 15% (5-34%)	73,690 10% (7-14%)

るものが260,561±77,837円(34.9%)、医療機器等購入費(人工呼吸器、車椅子等)に係わるものが3,571±1,266円(0.5%)、療養環境整備費(家屋改築等)に係わるものが21,370±15,040円(2.9%)、消耗品費(カテーテル、チューブ等)に係わるものが20,150±21,064円(2.7%)であった(Table 4)。費用総額に対する保険負担、公費負担、患者負担の割合は、施設療養においては保険負担が77%、公費負担が23%、患者負担が0%であり、施設療養においては保険負担が75%、公費負担が15%、患者負担が10%であった。

## 考 察

施設療養と在宅療養において、費用総額に占める保険負担の割合はほぼ同等でありながら、公費負担と患者負担の割合に大きな差が見受けられた。すなわち、施設療養から在宅療養への移行により、そこで発生する医療費の約1割を患者が負担しなくてはならなくなることが明らかとなった。

ここで、本研究の対象症例が、当院を利用している患者であることを留意する必要がある。神経難病患者のQuality of Life (QoL)向上が期待されるため<sup>3)</sup>、当院では障害者施設等一般病棟(45床)

を、神経難病患者の在宅療養支援を重視した、レスパイトケア目的の短期入院中心の運用を行ってきた<sup>4)</sup>。平成20年度の当該病棟における入院患者の77.0%が神経難病であり、平均在院日数は38.5±3.1日、入院患者数315例(院内他病棟からの転床を含む)のうち163例がレスパイトケア目的の入院となっている。この意味から、本研究対象症例は在宅療養への意識が高いものと思われる。一方、わが国における当該病棟の平均在院日数は579日(肢体不自由児(者)施設等を含めると3,054日)であり<sup>5)</sup>、多くの神経難病を対象とする入院医療機関においては、必ずしも在宅療養への移行が積極的に進められているとは言い難い。その理由の一つとして、在宅療養に移行することによる患者自己負担が挙げられるかもしれない。本研究は後ろ向き研究であり、発生した金額が確認できたもののみを計上したため、在宅療養の費用の中に家族である介護者の人件費は含まれていない。しかしながら、これらの患者が在宅療養を行う際には、介護者の就労制限が生じ収入機会が失われる可能性がある。すなわち、在宅療養とは支出の増加と収入の減少という2重の経済負担を強い得るものであり、そのことは広く認識されなければならない。

また、在宅療養の費用に関しては、症例により大きなばらつきが見受けられたことにも注目すべきである。患者、介護者へのインタビューの際に、公的補助制度について十分なサポートが受けられたという意見とそうではないという意見があり、これらは公的補助制度が公平かつ適切に機能していない可能性を示唆するものと考えられた。公的補助制度を適切に使用できなかった症例には、難病医療に対し十分な理解がなされていない医療機関において確定診断に至り、適切な情報提供がなされず制度を活用できなかった例、あるいは、補助用具の購入申請において、地域行政機関の担当者が疾患の性質を認識しておらず、許認可までの手続きに時間がかかり過ぎてしまい、病態が進行し申請した補助用具(意思伝達装置を使用するための操作盤)が使用できなかったという例があった。前者は医療機関、後者は地域行政機関の機能がそれぞれ要因である。事実、川村らは、筋萎縮性側索硬化症患者に対し十分な支援を行っている医療機関は35.5%と、3分の1程度に過ぎないと報告している<sup>6)</sup>。医療機関や地域行政機関を問わず、発症の早期から公的補助制度に関する適切かつ十分な情報提供が実施されることが望まれる。

### おわりに

今回の結果から、人工呼吸器を装着している筋萎縮性側索硬化症

患者の医療費は、総額は在宅療養の方が施設療養よりも低額であり、一方、患者負担額は在宅療養の方が施設療養よりも高額となっている可能性が示された。筋萎縮性側索硬化症患者などの難治性疾患患者の医療費に関して、どこまでが公的補助として賄われるべきかについては、十分な議論が必要と考えられる。しかし、政策的に在宅療養が推進されている現在、施設療養よりも在宅療養の方が医療費総額は小さくとも患者負担額が大きくなってしまふことは、適切とは言えないのではなかろうか。難治性疾患患者に対する社会保障制度においては、このような実態を反映した上での見直しが求められる。

謝辞：本研究の実施に当たり貴重なご意見をいただいた、一橋大学大学院商学部准教授荒井耕先生に感謝いたします。

本研究は、平成20年度厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)「難治性疾患の医療費構造に関する研究」(主任研究者 荻野美枝子：北里大学医学部神経内科学)の助成を受けて実施した。

本論文の要旨は第27回日本神経治療学会(2009年熊本)で発表した。

### 文 献

- 1) 厚生労働省. 医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム. 平成19年版厚生労働白書  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/index.html>
- 2) 美原 盤, 内田智久, 高橋陽子: 平成18年度診療報酬改定における特殊疾患療養病棟廃止の問題点—神経難病患者に対する医療環境の危機—. 神経内科 65: 309-315, 2006
- 3) 牛込三和子, 江澤和江, 小倉朗子ほか: 神経系難病における在宅療養継続に関連する要因の研究. 日公衛誌 47: 204-215, 2000
- 4) 飯嶋美鈴, 細井さゆり, 栗原真弓ほか: 神経難病に対するレスパイトケア—特殊疾患療養病棟への短期入院利用—. 日難病看会誌 10: 136-142, 2005
- 5) 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会(第107回)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/s1107-2.html>
- 6) 川村佐和子: ALS(筋萎縮性側索硬化症)およびALS以外の療養患者・障害者における、在宅医療の療養環境整備に関する研究. 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 平成18年度総括研究報告書, 2007

## Analysis of Co-payment for Medical Care in Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis

Tomohisa UCHIDA\*, Shouken AIZAWA\*\*, Yutaka KIKUCHI\*\*\*, Masaki TAKAO\*\*\*\*,\*\*\*\*\*, Ban MIHARA\*\*\*\*

\*Medical Administration Division, Institute of Brain and Blood Vessels, Mihara Memorial Hospital

\*\*Regional Medical Liaison Office, Institute of Brain and Blood Vessels, Mihara Memorial Hospital

\*\*\*Department of Rehabilitation, Institute of Brain and Blood Vessels, Mihara Memorial Hospital

\*\*\*\*Department of Neurology, Institute of Brain and Blood Vessels, Mihara Memorial Hospital

\*\*\*\*\*Department of Intractable Neurology and Cognitive Disorders, Institute of Brain and Blood Vessels, Mihara Memorial Hospital

The policy on health care system for management of patients with chronic illness has been recently revised and promotes shift from hospital care to home care. In order to evaluate the shift in the health care system for the management of patients with chronic illness and the cost implication on the patients, we analyzed total medical cost and patients' co-payment for medical service under hospital care or home care in patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

Under the hospital care, the average total cost of a patient was  $1,049,922 \pm 71,147$ yen (/month) without patients'

co-payment. In contrast, the average total cost of a patient was  $746,219 \pm 253,581$ yen (/month) under the home care. In addition, the patient must pay  $73,690 \pm 17,703$ yen (/month) as co-payment under the home care. Therefore the patients' co-payment was approximately 10% of total medical cost. Although the total cost of medical service under the home care is lower than that under the hospital care, there is patients' co-payment in addition. We consider that recent government policy change may impose a financial burden on ALS patients in order to continue with medical care in their homes.