

VI. 研究成果の刊行物・別刷

Annual Review

神 経

編集 | 鈴木 則宏 慶應義塾大学教授
祖父江 元 名古屋大学教授
荒木 信夫 埼玉医科大学教授
宇川 義一 福島県立医科大学教授
川原 信隆 横浜市立大学教授

Ann Intern Med
New Engl J Med
Circulation JAMA
Lancet Endocr Rev Science
Ann Neurol
Ann Rev Biochem
Ann Surg Gastroenterology
Cell J Natl Cancer I
Nature Annu Rev Neurosci
Annu Rev Immunol

中外医学社

2010

□ II. 本年の動向

1) 神経難病疾患の医療費構造解析の問題点

北里大学医学部神経内科学講師 荻野美恵子

key words intractable disease, nanbyo, medical cost, social security budget

要旨

日本は難治性疾患に対し世界に類をみない誇るべき制度を制定し、難治性疾患に罹患している患者を援助してきた。しかし、国家財政難により社会保障費が潤沢でないなかで、特定疾患治療研究事業の公費負担制度のあり方に関して研究が必要となっている。医療費助成が行われている45対象疾患以外の85難病についてはどの程度の医療費が掛かっているのかさえ不明である。医療費の内容を含め各特定疾患にどの程度の医療費助成が必要なのか、有用性、妥当性、公平性の詳細なデータは得られていない。そのため2008(平成20)年度より厚生労働省治療研究事業「難治性疾患の医療費構造に関する研究」にて解析を進めているところである。現在までパイロットスタディを通して主に分析の方法論につき検討してきた。最終的には難病になったがためにどの程度の経済的負担が掛かっているのかを分析し、最善の助成方法を模索するデータを提供できればと考えている。

動向

現在、特定疾患治療研究事業では指定した45特定疾患〔2009(平成21)年9月現在〕に対して医療費の助成が行われているが、制定された当時と医療状況が変化してきており、対象疾患や制

度そのものの妥当性を検討する必要性が指摘されている。そのため厚生労働省治療研究事業「難治性疾患の医療費構造に関する研究」が公募され、2008年度より主任研究者として、難治性疾患にどのように医療費が使われているかを解析し、どのような補助が必要であるかを考える基礎となる資料を作成するべく研究を進めている。

これまでは現状把握および具体的な分析方法の検討に重きをおき、医療機関、調査期間、対象疾患などを限定してパイロットスタディを行った。調査していくなかでわかったことは日本においては医療費を網羅的に解析するための蓄積データ、ツールがないということであった。そのため、様々な方向から独自にデータを収集検討する必要がある。本稿ではデータ収集の方法論と今後の展望について報告する。

A. 難治性疾患の医療費構造を研究する目的、意義、社会的影響に関する検討

今回の対象疾患が難治性疾患であるため、多くの疾患が進行性の身体障害を伴うなど患者本人の経済的生産性が低いことが予想される。そのため医療経済分野でよく用いられる費用対経済効果の考え方だけで医療費の適正配分を論ずることは不適

66 Annual Review 神経 2010 II. 本年の動向

切である。調査対象としてどの程度の治療効果があったかという視点は重要ではあるが、その取り扱いについては注意が必要であり、疾患特異性を勘案してなされるべきである。

基本的には実際の医療費の使われ方の現状把握について優先的に研究を行う方針とし、実際の患者負担は医療費のみならず介護・福祉にわたるため、どこまで調査・分析対象を拡大するかについても討論した。

レセプトデータでは現在保険診療の対象となっている医療費については解析できるが、保険診療対象外の医療費および介護保険や自立支援法による費用などはレセプトデータのみでは把握することができない。

また、短期間で安定が見込まれる疾患と長期間におよび治療が必要となる疾患もあり、横断的調査では生涯医療費を論じることができない。限られた調査期間で生涯医療費を前向き調査することには限界があるため、横断的調査を利用する場合にも、病期別、重症度別などの解析を加え、疾患ごとの典型的な経過を想定して生涯医療費の推計を行うなど工夫が必要と考えられた。

B. 研究班発足以前の特定疾患医療費に関するデータ

これまでに明らかとなっている公的なデータとしては、特定疾患治療研究事業対象45疾患に関して、実施主体である都道府県から国に対して特定疾患番号別総医療費が報告されているものがある。これは医療保険や高額医療費制度適用後の自己負担分について、所得に応じて国と都道府県が折半して軽減を行っているために報告されるものであり、実際に掛かった医療費および入院中の食費を元に計算された金額となっている。

この各都道府県からの報告を合算することにより国全体の特定疾患番号別総医療費が積算でき

る。また、患者総数も報告されているため、各特定疾患番号別の患者一人当たりの平均医療費は算出できる。しかし、個人によるばらつきや薬剤費や手術・処置費などの医療費構造などについては情報が無い。

そのほか公的データではないが、研究者や患者会等が調査した医療費の報告も散見されるが、いずれも一定の基準をもって収集されたものではないため、比較検討は困難である。

C. 特定疾患の医療費調査の方法論の検討および現状把握

1. 特定疾患推定患者数

特定疾患治療研究事業として医療費補助の受給者対象45疾患の患者数については申請状況から把握することが可能であるが、疾患によっては重症にならないと認定されていないため、軽症者の把握はできない可能性がある。

また、難治性疾患克服研究事業の調査研究対象130疾患のうち医療費補助の対象ではない疾患については個々の調査研究の疫学調査から導き出された推計値がある疾患とない疾患があった。主に「特定疾患の疫学に関する研究」班の研究報告書である患者調査に基づく難病の受療状況データブックを参考に過去の報告についてまとめた。また、個々の調査研究班による疫学研究について難病情報センター¹⁾に公開されている情報および「難病30年の研究成果」報告書(平成16年)²⁾をもとに検索した。さらにそれらを医療受給者証所有者数と対比させることにより、推計値とのずれを把握できるようにした。

「患者調査による難病の受療状況データブック」³⁾にも記載されているように、このデータは患者調査日当日に受診した受療者から推計したものであり、一般に難病患者は患者数が比較的少ないため一日のみの調査ではばらつきが大きくなることが

予想される。この方法による推計値が必ずしも現状を把握できていない場合がある。

2. 特定疾患患者の受診医療機関分布

一人の患者に注目したときに、受療している医療機関は多岐にわたることが予想される。医療機関だけでも数カ所平行して受療している可能性や院外薬局を利用している場合、医療保険による訪問看護を利用している場合もあり、一時点の医療費だけでも多岐にわたる。また、時間軸でみたときにも急性期病院、亜急性期病院、慢性期病院、在宅医療など患者の病像によって様々な医療機関にて受療している可能性があり、一部の医療機関のデータで推測することに無理がある。調査に当たっては医療形態別にも検索し、どのような点が異なるのかも分析する必要がある。

過去の受療データとしては前述の「患者調査による難病の受療状況データブック」に外来状況と入院状況について診療費等支払い方法の調査結果があり参考になると思われた。

3. 特定疾患を抽出するための病名検索方法

主にレセプトデータを用いるときに、検索方法によっては結果が大きく異なることになるため、病名検索方法を統一する必要がある。現在使用されている病名は各医療機関で異なる可能性があり、できるだけ共通の検索病名を指定するために、現在広く用いられているいくつかの病名コードと特定疾患との対応表の作成を試みた。

具体的にはDPCでも用いられている国際分類であるICD10、および多くの病院で用いていると思われる標準病名マスター Ver2.64の対応表を作成した。

また、医療機関に受療している患者レセプトデータと病歴データは必ずしも連動しているわけではないこともわかった。たとえば患者レセプトデータで特定疾患受給者証を用いて医療会計が発

1) 神経難病疾患の医療費構造解析の問題点 67

生している患者の絞り込みは比較的容易にできるものの、何番の特定疾患であるかというコードまでレセプトデータのなかで管理している医療機関は少ない。そのため、一人一人レセプトで確認しなければならない医療機関もでてくる。各医療機関で病歴およびレセプト管理の仕方が、使用している電子レセプトソフトによっても異なり、統一したフォーマットで行うのは困難が予想された。

4. レセプトデータおよびDPCデータを用いた医療費の検索方法

現在DPC対応病院であれば少なくとも入院データはEFファイル形式で検索可能であるが、外来レセプトに関しては電子レセプト対応になっている医療機関が多いものの、DPCデータと直接比較は困難である。また、病院形態による調査を考えたとき、DPC対応病院以外の病院の解析も重要なため、電子レセプトベースの解析が不可避である。

電子レセプトファイルは個々の患者の個票データベースであり統計解析するためには集計用データに変換する専用の変換ソフトが必要であることが考えられた。どのような項目を取り上げて解析するかを検討し、電子レセプト情報からEFファイルと対応させるための変換ソフトを開発した。検討項目としては現在の診療報酬体系にのっとったものとし、A. 基本診療料、B. 医学管理料、C. 在宅医療、D. 検査、E. 画像診断、F. 投薬、G. 注射、H. リハビリテーション、I. 精神科専門療法、J. 処置、K. 手術、L. 麻酔、M. 放射線治療、N. 病理診断を反映するものとした。

病院や医院からのレセプトデータの場合、院外薬局での投薬が多いと薬剤費が網羅できない。EFファイルの場合は出された薬剤から推計することは可能であるが、膨大な労力を要する。また、電子レセプトデータの場合は前向き調査でない薬剤費の推計は困難であり、調査依頼医療機関事

68 Annual Review 神経 2010 II. 本年の動向

務部門への負担が大きい。保険者番号等をデータにとれば他の医療機関からのレセプトデータも連結可能とすることはできるものの、個人情報となるおそれがあり、保険者番号を用いての解析は困難と考え、今回は連結不可能な解析にせざるを得ないと結論した。連結不可能匿名化された全DPCデータをそのまま収集して、委託機関で疾患抽出をする方法をとらざるを得ない。

全体にレセプト病名で患者検索を行い、集計していくときに、いわゆるレセプト病名（診療報酬の適用を受けるための診断名をつけること）が含まれる可能性を考えておかねばならない。診断確実例に絞って検索するためには、専門家により、診断確実例を抽出し、分析する必要がある。連結不可能匿名化した保険者データなどではこのような解析は不可能であるので、研究協力いただく個々の医療機関で診断確実例につき連結可能匿名化した分析が必要となる。重症度など臨床データと対比させて分析を行う場合も同様である。その際、分担研究者の各病院からのデータだけでは希少疾患ゆえに患者数に偏りが出る可能性や治療方針の違いが医療費に影響を与える可能性もあることを考慮して評価すべきである。

国全体のデータを調べるためには現在行われている受療調査のデータを使用できないか検討する必要がある。その一つとして社会医療診療行為別調査のデータアクセスの申請を行うこととした。ただし、限定された患者数の調査のため希少疾患がどの程度反映されるかについては検討が必要である。

5. 現在の保険診療に含まれない医療費、介護福祉にかかわる費用

特定疾患患者が病気になったがゆえに増加する支出は診療報酬でカバーされている医療費のみならず、自己負担で行っている医療費、民間療法に投じる医療費、介護福祉にかかわる費用など様々

な形態が予想される。このような費用は単純にレセプトデータの解析では把握できず、患者ベースの調査が必要である。分担研究者の研究にも患者費用負担に着目した報告があり、その実態が明らかになっている。

D. 限定した特定疾患を用いたパイロットスタディ

特に数の多い疾患について医療費項目ごとの費用分布の解析を行った。厚生労働省より提供された2007（平成19）年11月の社会保険診療報酬支払基金のデータおよび今回協力を得られた3大学病院（A病院・B病院・C病院）の2008（平成20）年7～10月のDPC抽出データを基に解析した。

入手できた2007年度の支払基金データは医科、歯科、訪問などのおおまかな医療行為別に入院・外来別に集計されたもので、おのおのの医療行為について同一人で連結させることはできず、個人ベースの医療費としては把握できない。そのため疾患ごとの総医療費として解析した。また、1カ月分のみデータのため、希少疾患によっては十分に把握できていない可能性がある。そのため、2008年度のデータとしてさらに3カ月分のデータを入手することとした。本データに関しては2009年度に解析し、月ごとでどの程度異なるかも検証する。

また、入院も在院日数の記載がないためその月にかかった入院医療費として集計されており、一日当たりや一入院当たりの医療費としては把握できない。

大学病院からのデータは患者ごとに医療費区別に点数がでており、個人ベースで医療費を把握できる。しかし、3病院の検討では、大学ごとに患者数・診療内容が異なる疾患があるためばらつ

きを生じていた。病院からのデータは個人ベースで考えても他の受療機関と連結できず、網羅的にはならないためと保険者からのデータを突き合わせて妥当性を検討する予定である。

E. 保険者情報の検討

各医療機関の調査では一人の患者の受療をすべて網羅することはできないため、むしろ保険者が把握しているデータを用いるほうが取りこぼしがないと考えられる。そのため、社会保険診療報酬支払基金および国民健康保険中央会より完全匿名化した特定疾患受給者証を保持しているほうの疾患番号別レセプトデータの一部を入手し、分析した。

F. 各分担研究者による研究

一部医療機関において患者調査に基づくフィールド調査を施行分析したところ、今後の調査研究の進め方に示唆に富む内容であった。また、DPCデータを用いた解析の報告も一施設ごとでも様々な実態がわかり、今後の調査、分析の礎となる。医療保険で特定疾患を用いるとき、障害者自立支援法の施設として入院するときの特定疾患の扱いが異なることも注目すべき点である。詳細は平成20年度研究班報告書に記載されているので参照にされたい。

むすび

これまで特定疾患の医療費において、特定疾患ごとの総医療費は明らかであったものの、医療費構造に注目して研究したものはない。既存の入手可能なデータからでは患者別の医療費を求めることは困難で、総医療費はわかってもばらつきや内容に踏み込んだ分析を行うことはできず、新たに調査解析する必要があることがあらためてわかっ

1) 神経難病疾患の医療費構造解析の問題点 69

た。

調査していくなかでわかったことは日本においては医療費を網羅的に解析するための蓄積データ、ツールがないということである。そのなかでDPCデータについては網羅的に把握できる重要なツールであることを再認識したが、あくまで急性期病院での分析であり、今回解析しようとしている難治性疾患が必ずしも急性期病院にて受療しているとは限らないこと、たとえ受診していたとしても希少疾患ゆえにDPC分類では対応できない疾患が多く存在することは認識する必要がある。DPC以外には同じフォーマットで解析できるデータはないといってよい。保険者データにしても各保険者で独自にデータ管理しているため、各保険者に個別にデータ提供の交渉をせねばならず、大変な労力を要する。電子レセプトも大規模病院では行っているが、2009年2月現在全医療機関の40%の医療機関しか対応しておらず、全レセプト数に対するカバー率も60%と発表されているので、たとえすべての電子レセプトデータを入手できたとしても6割程度の把握にしかならないということになる。加えて電子レセプトデータを統計処理する際にもそのままでは使用できず、変換ソフトを開発しなければならないことも確認できた。また、特定疾患症例の絞り込みについて病名コードが必要となるが、保険上の病名の使用状況も必ずしも全国で統一されておらず、多施設での検索においてはさらに困難を極めることもわかった。

また、全国一律で行われる患者調査も重要なデータソースではあるが、難治性疾患に関しては希少疾患ゆえに一日で網羅できるとは限らない。

以上のように今回の難治性疾患に限らず、残念ながら日本において医療費構造を分析するだけのデータベースが存在せず、医療費分析のための基礎データ蓄積が非常に希薄な状態であるということは、今後の医療政策を検討するうえでも大きな

70 Annual Review 神経 2010 II. 本年の動向

問題と考える。

データ収集は困難ではあるが、本研究は具体的に今後の特定疾患治療研究事業の進め方と公費負担制度を判断する際の基礎的資料になるだけでなく、難治性疾患の医療・福祉の医療費研究を通して、さらに、広く公共の福祉を考えたとき、現代社会において社会保障のあるべき姿を考える際の縮図となり得る。国民のだれもが難治性疾患に罹患する可能性はあるが、ひとたび難治性疾患患者となると社会的弱者となりやすい。介護保険、障害者自立支援法など他の社会福祉施策との関連も

踏まえつつ、医療費の視点で、特定疾患治療事業のあるべき姿を研究することにより、国民の保健・医療・福祉の向上に役立てることができると考えている。

文献

- 1) 難病情報センター <http://www.nanbyou.or.jp>
- 2) 「難病30年の研究結果」報告書。平成16年3月特定疾患の疫学に関する研究班。難病の研究成果に関する調査報告書。
- 3) 土井由利子, 他. 患者調査による難病の免疫状況データブック. 国立保健医療科学院. 2008年3月.

Annual Review ^{しんけい} 神経 2010 ©

発行 2010年 1月25日 初版 1刷

編集者 鈴木 則宏
祖父江 元
荒木 信夫
宇川 義一
川原 信隆

発行者 株式会社 中外医学社

代表取締役 青木 滋

〒162-0805 東京都新宿区矢来町 62

電 話 03-3268-2701 (代)

振替口座 00190-1-98814 番

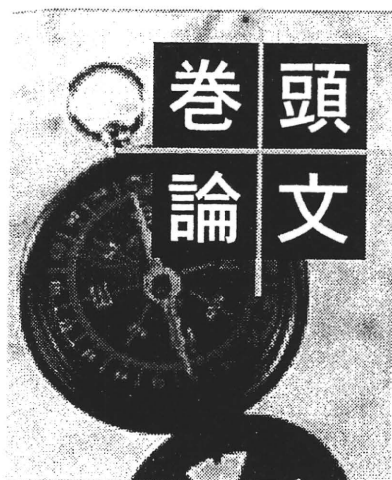
印刷 / 東京リスマチック (株) < KS・TM >

製本 / 田中製本 (株) Printed in Japan

ISBN978-4-498-12868-2

JCOPY < (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物 >

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構
(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.
or.jp) の許諾を得てください。



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

—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営んでいる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営んで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



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、複合法法人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法度の高低により対比してみると、複合法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）。ただし複合法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）、ある程度の複合法度がある法人では、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。複合法度別に見ると、複合法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）。ただし複合法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）、ある程度の複合法度がある法人では、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、(株)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。厚労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	0.5×10^{-4} (0.2×10^{-4})	6.01	6.23	6.30	0.170 (0.3439)	5.85	6.00	6.65	0.5×10^{-4} (0.5301)
連携戦略の策定	57.9%	37.8%	74.3%	79.0%	0.8×10^{-4} (0.7×10^{-4})	50.0%	69.8%	61.4%	0.184 (0.0341)	42.6%	58.1%	73.1%	0.0015 (0.0828)
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%	0.3×10^{-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



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⁽¹⁾。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度と、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^{-3}	—	—	—	—	—	—	—	—	—
担当者の配置	78.8%	37.5%	0.3×10^{-3}	85.6%	32.5%	0.3×10^{-12}	—	—	—	—	—	—
委員会の設置	77.2%	32.5%	0.6×10^{-6}	79.2%	33.8%	0.6×10^{-9}	77.6%	29.4%	0.1×10^{-6}	—	—	—
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。

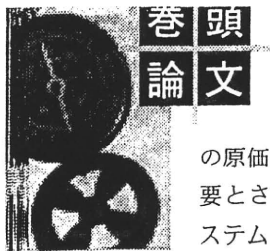
最後に、連携戦略の遂行のための支援組織と経営手法の間の整合性を見ると、担当者がいる法人の方が戦略遂行経営手法を有意に多用しており(両側確率0.0024)、また同様に委員会が設置されている法人の方が有意に多く利用している(同0.0039)。つまり連携戦略支援組織整備法人の方が、連携戦略遂行のための経営手法を利用している割合が相対的に多く、支援組織整備と経営手法利用の間に相対的整合性がある。

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ると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(2)。複合体度が高い法人の方が連携戦略に熱心であるのは, 複合体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組まれており, 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見てみる。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(3)(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、費用総額のうち約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¹⁾。平成18年度診療報酬改定における特殊疾患療養病棟入院料の廃止²⁾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（Table 1）。

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³⁾、当院では障害者施設等一般病棟 (45床)