

201301022A

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

都市部における医療・介護・福祉等連携のための
情報共有システムのあり方に関する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 植村 尚史

平成 26 年 (2014 年) 3 月

厚生労働科学研究費補助金

政策科学総合研究事業

都市部における医療・介護・福祉等連携のための
情報共有システムのあり方に関する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 植村 尚史

平成 26 年 (2014 年) 3 月

目 次

総括研究報告書

- 都市部における医療・介護・福祉等連携のための情報共有システムのあり方
に関する研究…………… 3
早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

分担研究報告書

第 I 部 医療政策、病院経営と情報システム

- 第 1 章 医療政策の動向と情報システム…………… 15
東京大学政策ビジョン研究センター特任教授 尾形裕也
- 第 2 章 病院グループの経営と情報システム…………… 35
TMG 医療福祉総合研究所所長 醍醐象器
- 第 3 章 大学病院の経営と情報システム…………… 47
聖マリアンナ医科大学常任理事 小宮清

第 II 部 医療・介護情報システムの現状と課題

- 第 4 章 医療・介護情報システムの国際比較…………… 55
コーチャーズオフィス代表 岸田伸幸
- 第 5 章 医療・介護情報システムのシステム上の課題…………… 71
早稲田大学人間科学学術院教授 可部明克

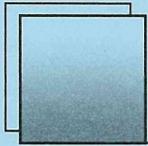
第 III 部 新宿区における情報ネットワークの可能性

- 第 6 章 新宿区における医療・介護連携の現状と情報ネットワークの可能性…………… 83
早稲田大学人間科学学術院教授 植村尚史

第 IV 部 国内・海外調査報告

- 第 7 章 全国の医療・介護情報ネットワークの現状…………… 111
株式会社日本経営取締役 銀屋創
株式会社日本経営 大日方光明
- 第 8 章 国内の医療・介護情報ネットワーク現地調査報告…………… 127
株式会社日本経営取締役 銀屋創
株式会社日本経営 川端康正

第9章	フランス DMP 調査報告	145
	コーチャーズオフィス代表 岸田伸幸	
	株式会社日本経営取締役 銀屋創	
	株式会社日本経営 川端康正	
第10章	OECD 調査報告	163
	コーチャーズオフィス代表 岸田伸幸	



総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業
総括研究報告書

「都市部における医療・介護・福祉等連携のための情報共有システムのあり方」
に関する研究

研究代表者 植村 尚史 早稲田大学人間科学学術院教授

研究要旨

本研究は、地域において、病診連携、医療・介護連携を促進し、包括ケアを実現するために、患者情報を関係専門職間で共有し、紹介・逆紹介、薬剤管理、日常生活管理等に役立てることができる情報システムを構築するには、どのような政策が有効であるかを探るものである。特に、在宅医療・看護・介護体制が整っているものの、急性期病院との連携を構築することが難しいとされる大都市部において、現状に適した医療・介護を通じた情報システムのあり方について提言しようとするものである。

医療・介護の情報化は、政策の大きな課題となっているが、情報化技術を医療・介護分野に使うという流れが進められており、政策目的があって、情報化がそれにどのように役に立つのかという観点での検討が十分ではないため、情報システムが、地域包括ケアの確立に十分に活かされているとはいえない現状にある。すなわち、情報化そのものが自己目的化しているため、各地で地域医療情報共有システム等の実証実験が行われているが、補助金がなくなると活用がされることが少なくって、自然消滅状態になってしまうような状況が見られる。一方、医療政策においては、病院の機能分化が重要な政策課題となっており、病診連携と在宅医療が進められている。介護政策では、介護が必要な高齢者が在宅で生活するために、医療と介護の連携強化ということが重要なテーマとなっており、地域包括ケアシステムの確立が求められている。しかし、これらは、方向性は示されているものの、具体的な方策については地域に委ねられており、政策としては、診療報酬のような経済的なインセンティブを与えるか、地域ケア会議の開催のような形式的な内容を示すにとどまっている。

本研究では、病診連携や医療と介護の連携を具体的に進めていく手段として、情報システムを用いる、あるいは情報システムを構築することによって、具体的な連携を築いていくということが可能であることを実証していこうというものである。このため、国内、海外の有効に機能している情報システムが、どのように構築され、どのような専門職の間で、どのような情報が、どのようにして共有され、どのような成果を挙げているかを調査するとともに、大都市部の代表的な地域である新宿区をフィールドとして、病診連携、医療・介護連携がどのように行われ、どのような課題を有しているかを調査し、具体的な情報システムのあり方を示していくこととしている。

研究分担者氏名、所属研究機関名及び所属研究機関における職名

尾形裕也

東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

河手典彦

早稲田大学人間科学学術院 教授

可部明克

早稲田大学人間科学学術院 教授

A. 研究目的

退院を促進し、在宅療養・介護が適切に行えるようにするため、地域医療連携クリティカルパスが推進され、ターミナルまで在宅で生活できるようにするための、医療・介護が一体化した包括ケアの確立が求められている。在宅療養・介護サービスには、様々な専門職が関与しており、包括ケア体制確立のためには、適切なマネジメントのもとで、各専門職が同じ目標を持って情報を共有することが不可欠であり、そのための情報共有システムの確立が求められている。専門職間でリアルタイムに診断内容等の情報共有ができれば、患者の容態をすぐに把握することができ、適切な医療、ケアが可能となる。基幹病院に蓄積されている病歴情報、投薬情報、画像等の検査情報をかかりつけ医が共有することで、在宅においても適切な治療が可能となる。また、患者や家族が治療・サービス内容を理解しやすくなり、相談等がしやすくなるメリットもある。

しかし、現実には、機関毎にカルテの仕様や処置方法が異なり、また、個人情報の保護等の問題があり、情報共有化は進んでいない。病診連携の立場から情報の共有化が進んでいる地域においても、包括ケアの観点からの医療・介護連携は今後の課題となっている。

急性期病院を退院して直接在宅療養に移行することが多い大都市部では、医療、介護のサービスを効率的、効果的に行うため、専門職間の連携が特に求められているが、在宅側に中核となる機関が存在しないことや、急性期病院へ通院する患者が多く、かかりつけ医が機能していないなど、情報共有システム構築が困難な事情も存在する。

本研究は、医療・介護政策に関する研究者、臨床医療に関する研究者、情報ツールを活用した医療・介護システムの構築に関する研究者等多分野の研究者が協力し、特定の都市をフィールドにして、行政担当者、医療関係者、介護サービス関係者などの協力を得て、情報共有システムを構築していくための政策モデルをつくることを目的としている。また、単に情報ツールとしてのシステムを構築するのではなく、各専門職が同じ目標を持って、効率的・効果的に活動できるシステムの構築と、それを活用した包括的なマネジメントのあり方を研究し、それを政策に取り入れていく方法を検討するものである。

特に、在宅医療・看護・介護体制が整っているものの、在宅ケアを担当する専門職相互の連携、在宅医療と病院との連携を構築することが難しいとされる大都市部において、現状に適した医療・介護を通じた情報システム

のあり方を検討し、その導入のための政策について提言を行おうとするものである。

B. 研究方法

研究代表者、分担研究者に研究協力者を加えた、「包括ケア情報システム研究会」を組織し、順次研究内容を報告するという形で調査研究を進めた。

具体的には、以下の4つの分野について、それぞれ研究の分担を決めて、併行して研究を進めた。

(1) 医療・介護政策及び病院経営等の立場から見た情報システムの意義についての調査

分担研究者 尾形 を中心に、病診連携、医療介護連携政策の背景と目的について、文献調査を中心に調査を行った。医療経営の専門家の協力を得て、病院経営サイドからみて、病診連携、医療介護連携とそれを進めるための情報システムの導入についてのメリット・デメリットについての検討を行った。

(2) 内外の医療・介護情報システムの状況に関する調査

(株)日本経営に調査を委託し、「包括ケア情報システム研究会」において、調査状況の報告を受けながら、特徴的なシステムを運営している機関、地域を選定し、実地調査を行った。具体的には、地域の多くの医療機関が参加して、情報交換を行い、病診連携に役立っているシステムとして、長崎県の「あじさいネット」、また、医療介護を一体としたシステムとして、小さな地域で地域の中核医療院が中心になってつくっている、石川県の「けいじゅヘルスケアシステム」を、代表例として、綿密な現地調査を行った。

また、国際的な状況について、OECD事

務局において担当者からヒアリング調査を行った。OECDでは、医療の質の評価のプロジェクトを持っており、その中で、医療情報ネットワークの問題には非常に大きな関心を持っており、各国の調査を行っている。また、日本の「どこでもマイ病院」のようなものを、国の政策として進めている国にフランスがあり（フランスでは Dossier Medical Personnel = DMP と呼ばれている）、これが、病診連携とか医療と介護の連携とどのように関わり、どのような成果をあげているかについて、フランスにおいて各方面の専門家からヒアリングを行った。

(3) 医療・介護情報システムのシステム上の課題に関する研究

分担研究者 可部 を中心に、情報システムの専門家の協力を得て、医療情報システムの構築の方法、異なるカルテシステム等からの情報の共有化の技術的な課題、訪問看護・訪問介護の際に情報の入力に用いるモバイル端末機器の開発等についての調査を行った。また、情報システムの専門家に、フランス調査に同行してもらい、フランスのDMPのシステム上の課題についての調査も行った。

(4) 新宿区における医療・介護連携の現状調査と情報ネットワークの可能性の研究

研究代表者 植村 及び 分担研究者 河手 において、新宿区に住所のある5つの急性期病院について、退院して在宅療養に移行する場合に、どのような専門職の間で、どのような情報が、どのようにして伝えられているか、また、その際の問題点は何かについて、関係者に対するヒアリング調査を行った。

多面的な分析を行うため、同様の内容について、行政担当者、在宅医療を担当している開業医、訪問看護ステーション等からもヒアリングを行った。

C. 研究結果

本年度は、まだ研究計画の初年度であり、各分野の研究結果をとりまとめて最終的な結論を得るにはさらなる研究の進展が必要であるが、現時点で得られた結論を、前期の4分野ごとにまとめると、以下のとおりである。

(1) 医療・介護政策及び病院経営等の立場から見た情報システムの意義について

医療政策、介護政策に関しては、公的な資料をもとに、近年の政策の方向性を分析した。病院については、機能区分の見直し等機能分化が進められており、入院期間の短縮化と在宅医療の推進も重要な課題となっている。医療と介護の連携については、第6期の介護保険計画において政策の柱とすることが示されている。しかし、機能分化と連携に関して、情報システムの活用が取り上げられることは少なく、その関係は政策的に明確になっていない。

また、病院経営の観点からは、少なくとも首都圏に関する限り、機能を特化してスリム化を図るとともに、他の医療機関との連携を強化し、紹介、逆紹介等を増やそうという強い姿勢は見られない。比較的近隣において多数の病院を経営する病院グループにおいても、各病院は独立採算制をとっており、同じ診療科で競争するという状況が続いている。それぞれの病院の機能を特化し、相互の連携によって患者の紹介をし合うという考えはない。これは、病院供給が過小な地域であるため、

患者が「来てしまう」という状態にあり、病院に患者を集める経営から脱却できていないためである。

このような状況の下では、医療情報ネットワークの普及は困難であり、物珍しさからシステムを構築したところも、補助金等が切れると、維持、普及のための費用負担ができず、尻すぼみの状態にあるが、これは、病院サイドでネットワークシステムの意義が理解されておらず、そのために費用を負担するインセンティブがないためである。

(2) 内外の医療・介護情報システムの状況に関する調査

医療情報システムの全国的な状況については、医師会総研の調査結果を分析し、長崎県の「あじさいネット」と石川県の「けいじゅヘルスケアシステム」を、それぞれ地域の各医療機関が参加するシステム（N対Nシステム）と、1つの中核病院を中心としてネットワークを構成するシステム（1体Nシステム）のモデルとして選択し、詳細な現地調査を行った。現在、他地域への普及可能性について検討しているが、大都市部ではN対Nシステムが現実的な姿であることから、「あじさいネット」の大都市部での適用可能性を中心に検討を行っている。

諸外国の医療・介護情報システムに関しては、文献調査及びOECDでのヒアリングをもとに、各国比較を行った、その内容については、第4章で詳細に報告しているとおりである。また、現在内閣府が計画している「どこでもマイ病院」構想と同様のシステムであるDossier Medical Personnel = DMPの構築を進めているフランスで、医療関係者からヒアリングを行った結果、DMPはほとんど

普及しておらず、医療機関でも使われていないなど、医療関係者間では「失敗」と評価されていることが判明した。フランス政府は、これに変わって、地域の状況に応じたK-M I X（かがわ遠隔医療ネットワーク）型の医療情報システムの実験を始めようとしているとの情報もあり、むしろ日本の方が進んでいるという認識を得ることができた。

（3）医療・介護情報システムのシステム上の課題に関する研究

医療情報ネットワーク構築のシステム上の主要な課題として、医療機関ごとの電子カルテ等のシステムの違いをどのように克服するかという点、個人情報の保護、システム開発や維持のための費用などが挙げられる。

システムの違いについては、「あじさいネット」など実際に普及しているシステムを調査し詳細に検討した結果、地域連携のためのデータを標準形式で抽出し保存する標準化ストレージシステムであるS S-M I X

（Standardized Structured Medical Information eXchange：平成18年度厚生労働省電子的診療情報交換推進事業成果物）が普及しており、これにアクセスすることで、新たなデータセットを構築することなく情報の共有が可能であることがわかった。

個人情報の保護についても、個人の健康データを集積・管理するという方式（我が国では「どこでもマイ病院」構想などで検討されている方式）ではなく、検索サーバーが必要な都度医療機関に設置されているS S-M I Xサーバーに読みに行く標準化ストレージ方式（「あじさいネット」などで採用されている方式）をとることで、事前の包括的な同意があっても、個人情報は十分に保護されること

がわかった。この方式であれば、システム的にも手続き的にも簡便な方法で個人情報の保護が可能であり、関係者の負担が小さくてすむというメリットがある。ただし、個人情報保護に関しての法的な位置づけ（例えば同意の有効期間など）については、今後さらに検討を行う必要がある。

費用の問題に関しても、「あじさいネット」などにおいてシステムとしては確立されたものがあり、病院側にS S-M I Xが導入されていれば、新たなシステムの構築は必要なく、システムの利用権限等の問題を解決できれば、例えば「あじさいネット」に加入する（会費を払う）ということだけで他地域での情報ネットワークの構築が可能であり、きわめて安価に導入できる可能性があることがわかった。

医療と介護の連携に関しては、医療情報システムの拡充形として、訪問頻度の高い介護職が病状の変化等を発見し、医師等に報告して早期の診断や治療につなげるために、介護現場（患者の自宅）と医師等を結ぶモバイル端末を使ったシステムの開発が考えられる。この分野に関しては、まだシステムのあり方を検討しているところであり、次年度には、医療、介護現場の人々との連携で実証的な研究を行っていくこととしている。

（4）新宿区における医療・介護連携の現状調査と情報ネットワークの可能性の研究

新宿区は、大きな急性期の病院がいくつかあり、療養型の病院がほとんどない。一方で、在宅の医療介護サービスが充実しているという特徴を持っている。新宿区の急性期病院を中心に、退院後における患者のパスに関するヒアリング調査を行った。

新宿区の急性期病院から退院したケースは、

大きく2つに分けられる。脳卒中の後遺症等でリハビリを必要とする場合は、大部分が、都内のリハビリ病棟を経て在宅にもどっている。この場合、在宅ではかかりつけ医が診ることになるが、元の病院との関係が切れてしまっており、患者全体の医療を担当するには、整形外科中心のリハビリ病院からの退院時情報では不十分であるということが、在宅側の医師の問題として指摘されている。一方、慢性疾患等の場合は、退院後在宅に戻るが、多くの患者が、入院していた病院に通院しており、かかりつけ医は病院の医師という状態になっている。介護度が高くなって、病院に通えなくなると、その段階で、近くの在宅支援診療所が担当することになるが、その間の事情が診療所ではよくわからないため治療継続が難しいケースが多い。そして、終末期とか病状が悪化すると、再入院ということで、在宅看取りなどは困難な状態にある。

そのようななかで、大きな役割を果たしているのが訪問看護である。訪問看護ステーションが、医療と介護をつないでおり、病院との連携もうまくいっているところが多い。訪問看護ステーションとケアマネージャー、在宅医などが、人的なネットワークを持っており、それによって医療介護を総合したケアが行われている場合が多いことがわかった。

大病院は、通院も含めて患者を囲い込んでおり、かかりつけ医の下での在宅療養は進んでいない。一方で、訪問看護を中心とする小さな人的ネットワークが新宿にはいくつか存在しており、そこにうまく行き着くと、ターミナルまで在宅での療養が可能になる。単純化すると、新宿区の状況はそのようにいうことができるだろう。

D. 考察

研究結果において述べたように、これまでには、実態調査が中心であり、調査結果の分析と考察は2年度目に行うこととしている。これまでの調査結果を整理し、今後考察を進めていくべき事項としては次のようなことであると考えている。

○機能分化と連携に関する病院側のインセンティブと情報ネットワークの役割について＝首都圏など大都市部において機能分化と連携が進まない要因は、主にあらゆる患者を囲い込もうという病院側の姿勢にあるということが出来る。情報ネットワークが有効に機能している地域の例を参考にしながら、機能分化と連携が病院経営にどのような効果をもたらすのかという観点から、情報ネットワークの役割を考察していくことが必要である。

○地域医療情報ネットワークにおけるシステム上の残された課題＝本年度の調査により、「あじさいネット」など既存の医療情報ネットワークでは、すでにシステム上の課題の多くをクリアしていることがわかったが、法的な課題や異なる地域での適用に際しての課題は残されたままである。「あじさいネット」を基本として、大都市部への普及モデルを設定するに際しては、このようなシステム上クリアする必要がある課題を抽出し、その解決方を考察することが必要である。

○新宿区における医療・介護の機能分化と連携に関する課題＝病院サイドの調査に加え、新宿区における在宅医療・看護・介護の専門職サイドの調査を進め、病院サイド、在宅サイド、患者サイドの3方向から、機能分化と連携に関する課題を抽出し、これを解決する

ための情報ネットワークの機能と形態を考察することが必要である。

○医療と介護を結ぶ情報システムとマネジメントのあり方＝本年度の調査で、医療機関間の連携のための情報ネットワークを縦の幹とすれば、医療と介護の連携のための情報ネットワークは横の枝と位置づけることで、両者がつながったシステムを構築できるということがわかったが、その具体的なあり方については今後の検討が必要である。同時に、医療と介護は制度が異なり、そのマネジメントの方法も異なっている。単に、ネットワークがつながるだけでは有効に機能させることは難しい。発信者と利用者を明確にして、誰がどのような情報にアクセスするかを制度的に担保するとともに、情報を活用して総合的なケアマネジメントを担うのが誰なのかということも考察の対象とすることが必要である。

E. 結論

前述のように、最終的な結論を得るにはさらなる研究が必要であるが、これまでの研究結果から最終結論は以下のような内容になると考えられる。

医療政策においては、病院間、病院・診療所間の機能分化と連携が重要な課題となっており、病床が過剰で、病院間の競争が激しい地域では、情報ネットワークの構築・普及により、機能分化と連携を図り、その中で自分の病院の位置づけを明確にしていくことが経営上も重要となっている。そのような地域では、医療情報ネットワークの整備が進んでいるが、首都圏など大都市圏では、慢性期の患者が急性期の病院に通院することが普通に

っているなど、機能分化は進んでおらず、医療情報ネットワークのニーズも小さい。病院経営においても、機能分化と連携は重要な課題となっていないため、コストをかけて情報ネットワークを構築するインセンティブに乏しいのが実情である。

介護政策においても、高齢者の在宅での療養を促進する観点から、医療と介護の連携が重要な課題となっているが、慢性疾患をもつ在宅高齢者の多くが急性期病院に通院し、病状悪化、あるいは終末期には入院するということが普通となっていることから、かかりつけ医が普及しておらず、医療と介護の連携も進んでいない。このため、医療と介護をつなぐ情報ネットワークのニーズも広がっていない。

一方、医療情報ネットワークのシステム面では、異なるカルテシステム等から共通するフォーマットで連携に必要なデータを読み出してくるSS-MiXという標準化ストレージシステムが開発されており、これを前提に、一部の地域では、地域内での医療機関、介護事業者、薬局等を結んだネットワークシステムが構築され、稼働している。これをモデルとして普及させることで、新たなシステムの構築も大規模なデータベースの構築も必要とせず、容易かつ安価に地域医療情報ネットワークを構築することが可能となっている。

医療の機能分化と連携、医療と介護の連携は、現在の非効率的な医療・介護資源の使用を是正する上で重要な課題であり、そのために情報ネットワークの果たす役割は大きい。また、ネットワーク構築のコストはそんなに大きくない。政策サイドが、より強力で機能分化と連携を推し進め、経営上もその方向に強力で舵を取ることを迫られるようになれば、

一気に医療情報ネットワークが普及し、また、情報ネットワークが機能分化と連携を促進するという好循環が生まれることになると考えられる。

F. 健康危険情報

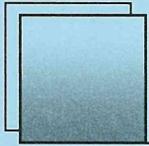
特に該当なし

G. 研究発表

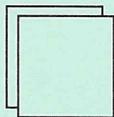
研究初年度であり、論文、学会等での成果の発表はまだない。

H. 知的財産権の出願・登録状況

特に該当なし



分担研究報告書



第 I 部 医療政策、病院経営と情報システム

第1章 医療政策の動向と情報システム

東京大学政策ビジョン研究センター特任教授 尾形裕也

1. 我が国における医療政策の動向

(1) 2006年医療制度構造改革

ア. 2006年改革までの経緯

我が国における最近30年間の医療制度の歩みを振り返ってみると、1980年代は、「医療制度改革の10年」と呼ぶべき10年間であった。老人保健制度の創設から始まって、退職者医療制度の創設、被用者本人1割負担の導入、医療計画の導入、老人保健制度の大改正、国民健康保険制度の改正といった具合に、大きな制度改正が文字通り目白押しの10年間であった。国民医療費の伸びも、10年間を通じ、ほぼ国民所得の伸び率の範囲内に収まっている。これに比べると、次の1990年代は、医療に関してはあまり大きな改革は行われなかった10年であった。90年代の議論はもっぱら高齢者の介護問題に集中し、その成果として、2000年に介護保険制度が創設されているが、医療についての改革は持ち越され、ようやく1997年に至って一定の医療改革が実施された。

その後、2001年に小泉内閣が登場し、その「聖域なき構造改革」路線の中で、「医療」は重要なターゲット分野の1つとして位置付けられた。2002年には、先送りされていた医療制度改革が一定の実現を見ている。2002年改革は「三方一両損」の改革であったといわれている。2002年4月に、「史上初の診療報酬（本体）マイナス改定」として、薬価基準のみならず、診療報酬本体についても史上初めてマイナス改定が実施された。さらに、健康保険法等の一部改正により、2003年4月から被用者保険本人の患者一部負担が2割から3割へ引き上げられるとともに、高齢者の一部負担については上限が廃止され、完全定率1割負担（高所得者は2割負担）となった。また、保険料についてはボーナス等を含む「総報酬制」の導入とともに、その引上げが図られている。このように医療における主要なプレイヤー三者（医療機関、患者、保険者）がいずれも「一両損」した構図となっている。一方、老人保健制度については、その対象年齢の75歳への段階的引上げ及び国庫負担の重点化（給付費の3割から5割への引上げ）等の措置が講じられた。

2002年改革は、2000年改革の「挫折」の後を受けて、現実的な内容の改革であった。そのことが、2002年には一定の改革が曲がりなりにも実現した最大の要因であったと考えられる。このような2002年改革の「現実的」な性格は、しかしながら、一方で、改革の内容を妥協的なものとし、改革自体を「暫定的」な性格のものにしている面があった。結局、2002年改革では中長期的に医療制度が安定化するということにはならず、さらなる改革が検討されていくことになった。そして、2003年3月には、いわゆる「基本方針」（「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基く基本方針」）が閣議決定され、今後の改革に関する政府としての基本的な考え方が示された。2006年の医療制度改革は、概ねこの「基本方針」に沿った形で実施されることになった。

イ. 2006年医療制度構造改革の概要

2006年の医療制度構造改革の内容は多岐にわたるが、その概要を示したのが表1-1である。

<表1-1>2006年医療制度構造改革の概要

- ・ 中長期的な医療費適正化（伸び率の抑制→医療費適正化計画）
- ・ 生活習慣病対策を中心とした予防重視（特定健康診査・特定保健指導の義務化）
- ・ 保険者の都道府県単位を軸とした再編（政管健保の改革等）
- ・ 新たな高齢者医療制度の創設（前期高齢者医療制度・後期高齢者医療制度）
- ・ 療養病床の再編成及び医療保険財源等を活用した病床転換
- ・ 特定療養費制度の再編・拡大（保険外併用療養費制度）
- ・ 診療報酬改定（2度目のマイナス改定、介護報酬と同時改定）
- ・ 医療に関する情報提供の推進
- ・ 医療計画の見直し（PDCAサイクル、4疾病5事業地域連携体制等）
- ・ 医療法人制度の見直し（社会医療法人制度の創設等）

筆者作成

各改革の詳細については省略するが、2006年医療制度構造改革の全体像を、医療経済学における「等量線（isoquant）」概念を用いて示したのが、図1-1である¹。図1-1は、縦軸に医療における資本K（たとえば病床施設、医療機器数等）を、横軸に医療における労働L（たとえば医師、看護師数等）をとっている。ここで、一定量の医療サービスQ₀を生産するために投入されたインプットK、Lの組合せを結んだ曲線を等量線（isoquant）と呼んでいる。図1-1は、こうした等量線を示した概念図である。現在の日本は、図1-1におけるA点のようなポジション、すなわち等量線上の「西北」の位置にあると考えられる（非常に潤沢な資本に対して手薄な労働投入という組合せ）。しかしながら、これが唯一のポジションというわけではなく、図1-1に示したような、もう一つ別のB点というポジション（少ない資本投入と潤沢な労働投入の組合せ）も十分ありうる。同じ等量線（すなわち同じ量の医療サービスの提供）の上でどの位置をとるかというのは、医療政策上の重要な選択問題であり、究極的には国民の選択の問題である。

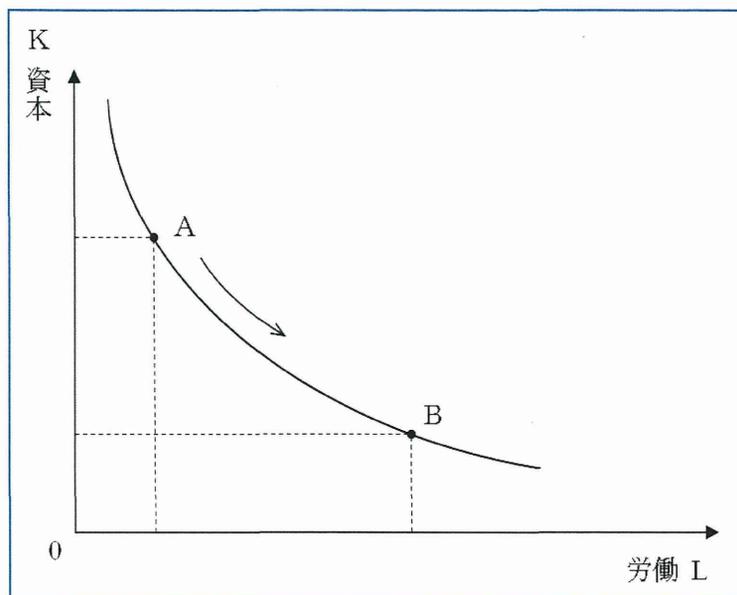
ここで、2006年の医療制度構造改革は、同じ等量線の上で、日本の位置をAからBへ、すなわち、資本集約的な医療サービスの提供から、より労働集約的な医療サービスの提供へと移行させようとしたものと考えることができる。医療費については、厳しい抑制策がとられ、2006年の診療報酬改定は、「史上最大のマイナス改定」と呼ばれるように、診療報酬本体△1.36%、薬価等まで含めたトータルでは△3.16%という大幅なマイナス改定が実施された。その結果、2006年度の国民医療費は対前年度伸び率△0.0%と、ほとんど前年と同じ水準にコントロールされている。このことは、図1-1において同じ等量線上の移動として表されている。

次に、「医療資本」については、積極的な病床削減政策がとられた。急性期病床については、在院日

¹ 以下の記述は、尾形裕也（2012）「日本の医療提供体制の現状及び改革の基本的方向」福岡医学雑誌 Vol.103 No.3 49-58 に基づいている。

数の短縮を通じた病床削減が、また慢性期病床については、介護療養病床の廃止を含む療養病床の削減及び居住系サービス等への転換が打ち出された。また、「医療労働」については、病床当りの人員配置をより手厚いものにしていく方向性が打ち出された。代表的な政策として、2006年の診療報酬改定におけるいわゆる「7対1看護」の導入を挙げることができる。こうした資本の削減及び労働の拡充は、図1-1において、日本の位置をAからBの方向へ移動させるものである。

＜図1-1＞「2006年医療制度構造改革」の概念図



筆者作成

こうした「小泉構造改革」は、理論的には十分ありうる政策選択肢である。医療費を厳しくコントロールしつつ、医療サービスの提供のあり方を変えていこうというのが、その基本的なメッセージであり、特に近年のような低成長経済の下では、1つの有力な政策選択肢であることは間違いない。しかしながら、こうした政策の実施については、大きな摩擦を伴うことが容易に想像される。そして実際に2006年の医療制度構造改革は、医療現場に大きな摩擦と混乱をもたらした。こうした改革に伴う「痛み」をどのように考えるか、また、それにどのように対処するか、ということが、この政策選択肢についての最大の課題であろう。

(2) 医療・介護提供体制の長期ビジョン：2025年モデル

2006年改革の後、大きな医療制度改革は実施されていない。そうした中で2008年11月に公表された「社会保障国民会議最終報告」においては、今後の医療・介護政策の基本的な考え方として、『「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化等を図る』ことが述べられている。これ自体は、従来の政策の基本的な方向性を踏襲したものであり、特段目新しいものではない。同会議最終報告における新機軸は、その医療・介護費用将来推計（シミュレーション）にある。このシミュレーションでは、将来の医療・介護サービス提供体制のあり方を「改革シナリオ」という形で展望しつつ、それぞれのシナリオについての費用を推計している。その際、「選択と集中」を進め、機能分化を推進する（たとえば、在院日数を短縮し、病床数を削減する）

「改革シナリオ」は、従来であれば、それらを通じて「医療費適正化」を図るという政策目標と密接にリンクしていた。ところが、このシミュレーションにおいては、それとは逆の方向が示されている。つまり、「選択と集中」や機能分化を進める改革シナリオの方が、そうでない場合に比べ、医療・介護費用は高くなる可能性が高い、とされているのである。

その後、民主党政権下で2011年6月に公表された「医療・介護に係る長期推計」も、基本的には、上述したシミュレーションを基にしている（表1-2）。表1-2の「改革シナリオ」においては、2025年における「一般急性期」病床については、平均在院日数9日程度、病床数46万床が想定されている。平均在院日数9日程度というのは、現在の一般病床の平均在院日数（18日弱）の約1/2の水準であり、現在の欧米諸国並み（1週間以内）とまでは行かないが、かなりそれに近づいた状態である。また、病床数もそれに伴い、大幅な削減が見込まれている。従来であれば、こうした在院日数の短縮や病床数の削減を通じて医療費適正化を図る、というラインであったのが、ここではむしろこの改革シナリオの方が医療・介護費用がかかるということになっている。

<表1-2>医療・介護に係る長期推計（2011年6月）

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み					
パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 30万人/月 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 25万人/月 15~16日程度	
一般急性期	過剰患者数 125万人/月	(参考) 急 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性等 7日程度 亜急性等57~58日程度 長期-1 190日程度 ※種別補 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 109万人/月 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 82万人/月 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 35万床 90%程度 16万人/月 60日程度	【亜急性期等】 26万床 90%程度 12万人/月 60日程度	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数、介護については、利用者数を表示。
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
ここでは、地域一般病床は、概ね人口5~7万人未満の自治体に専らする者(今後2000~3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。 22

出典：内閣官房「社会保障改革に関する集中検討会議（第十回）配布資料」（2011年6月）

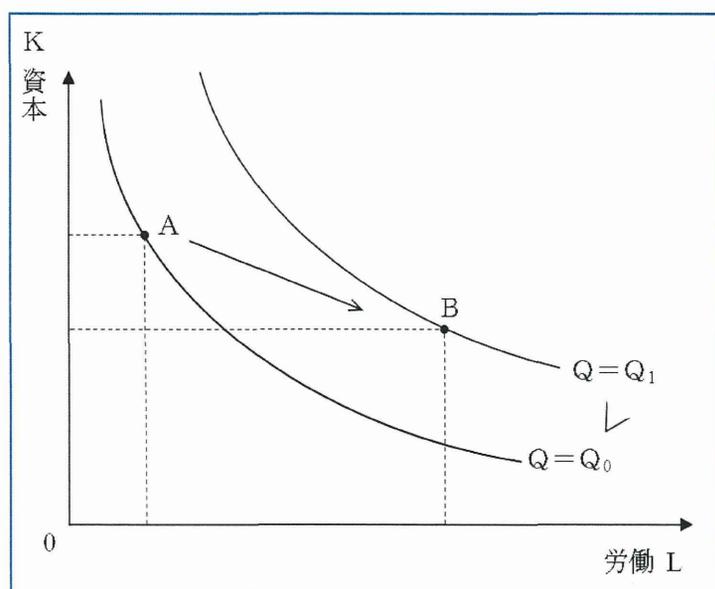
なぜ、こうした「効率化・重点化」シナリオの方が費用がかかるのかと言えば、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。1つは、在院日数が半減した急性期病床については、現在のような手薄な人員配置はありえないということである。確かに病床数は削減されるが、病床当りの人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。諸外国の事例のように、病床当りでは現在の数倍の医療スタッフを集中的に投入した形での医療サービスの提供が行われることが想定される。また、そうでなければ、9日というような短い平均在院日数は達成しがたい。第2に、これだけ入院日数が

短くなると、従来「入院」していた多くの患者が退院して、地域に帰って行くことになる。これらの患者は、退院後も一定の医療・介護ニーズを有しており、そうした膨大なニーズへの対応が問題となる。表 1-2 においては、そのことは介護施設の増加とあわせ、特に居住系サービスの倍増（31 万人分→61 万人分）という形で示されていることが注目される。在院日数の短縮及び病床数の削減のためには、それを支える病院及び地域の医療・介護マンパワーの増加が必要であり、そのことは全体の医療・介護費用を増大させる可能性が高いということを意味しているのである。

こうしたシナリオは、先進諸国における急性期医療及び医療・介護費用の状況を勘案すれば、妥当性が高いものであると考えられる。特に、急性期医療の確立が、居住系サービスを中心とした在宅医療、在宅介護の大幅な拡充と「対」ないしは「楯の両面」になっていることに留意する必要がある。

こうした「改革シナリオ」を、等量線を使った概念図で示すと、図 1-2 のようになる。図 1-2 においては、小泉構造改革と同様に、現在の資本集約的な医療提供体制のポジション（A）から、より労働集約的なポジション（B）への移行が図られている。ただし、小泉構造改革とは異なり、その移行が同時に等量線のシフト（ $Q_0 \rightarrow Q_1$ ）を伴っているという点に留意する必要がある。すなわち、この移行は、同時に医療（介護）費用の増大を伴っている（ $Q_0 < Q_1$ ）のである。

<図 1-2>医療・介護に係る長期推計（改革シナリオ）の概念図



筆者作成

こうした「改革シナリオ」は、「小泉構造改革」に比べると、より摩擦の少ない、現実的な政策選択肢であるといえる。医療・介護費用の増大を容認する中で、医療提供体制の効率化・重点化を図っていくというシナリオは、十分実現可能な改革の方向であろう。問題は、こうした医療・介護費用増大の財源をどのようにしてまかなっていくのかという点にある。社会保障国民会議は、この点については、消費税増税によって対応することを明言しており、議論としては一貫性があるといえる。ただし、財源としての消費税増税の妥当性及び引上げの程度、さらには、保険料等も含めた財源のあり方については、世代間の負担の公平性の問題も含め、さまざまな議論がありうる。