

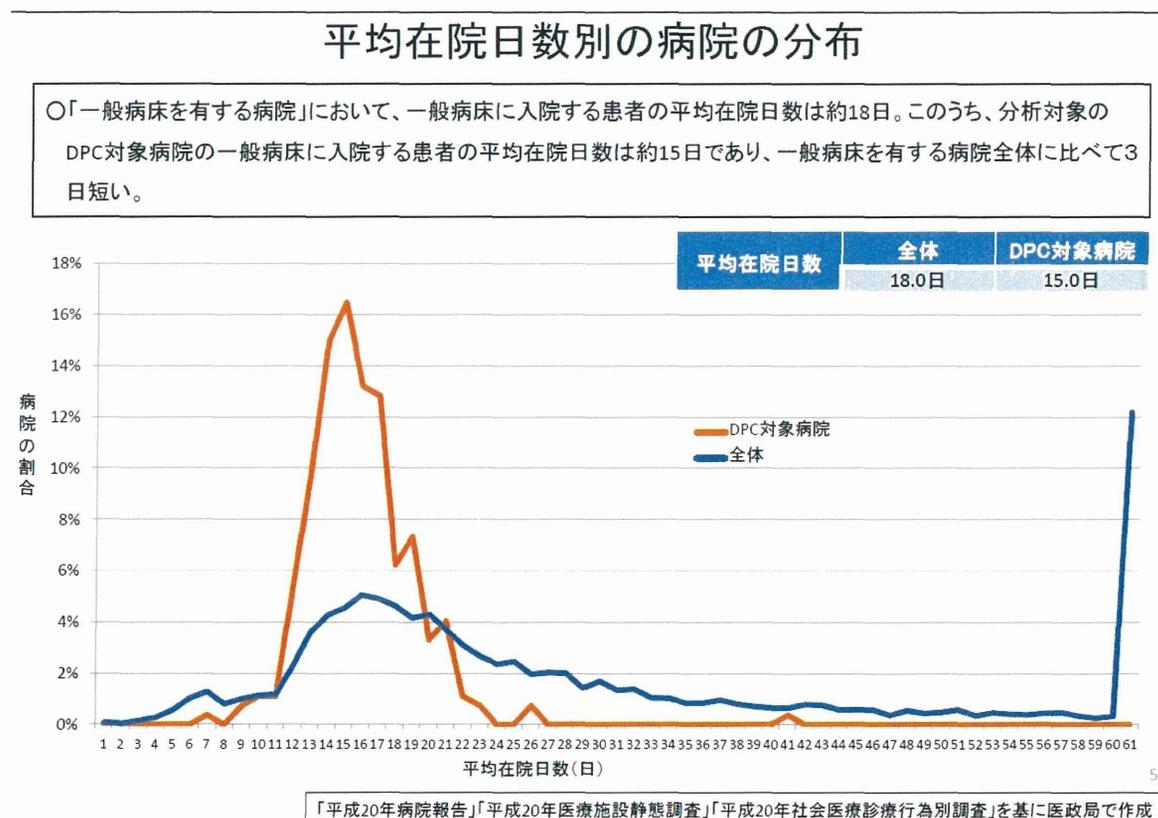
### (3) 病床の機能別区分及び地域医療ビジョン

表 1-2 に示されたような「長期ビジョン」は、1950 年以前に出生した、いわゆる「団塊の世代」が皆 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年を目標年次としていることから、通称「2025 年モデル」と呼ばれている。「2025 年モデル」は、2025 年時点における「出来上り」の姿であり、どのようなプロセスを経て、このようなサービス提供体制が実現されるのかについては明らかではない。特に、現在の一般病床が、改革シナリオにおいては高度急性期、一般急性期、亜急性期等という 3 つの病床機能に分かれている点、また、「2025 年モデル」は日本全体の姿を示したものであり、地域ごとの相違が考慮されていない点等については、さらなる検討が必要であった。

こうした視点に立って、2011 年より、社会保障審議会医療部会及びその下に設けられた「急性期医療に関する作業グループ」並びにそれを継承した「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」の場において、これらの点について検討が進められてきた。

図 1-3 は、一般病床を有する病院の平均在院日数別分布を示したものである。これを見ると、DPC 対象病院は（平均在院日数 15 日程度を中心に）ほぼ急性期医療に収束しつつあるが、一般病床を有する病院全体については、急性期のみならず、回復期や慢性期の長期入院まで含めた諸機能が混在している姿（いわゆる「ケアミックス」）が見てとれる。一般病床＝急性期病床というとらえ方をすることは適切ではなく、何らかの形でその機能分化を図っていく必要があることがわかる。

<図 1-3>平均在院日数別の一般病床を有する病院の分布



出典：厚生労働省「急性期医療に関する作業グループ」第 3 回会合（2012 年 1 月 26 日）提出資料

その後、様々な議論を経て、次のような内容の改革を行うべきことについて、関係者の間で合意が

得られた。なお、以下の内容は、急性期医療に関する作業グループ「一般病床の機能分化の推進についての整理（2012年6月）」等に基づくものである（下線は筆者）。

- ① 地域において、それぞれの医療機関（病院のみならず有床診療所も含む。以下同じ）の一般病床及び療養病床が担っている医療機能の情報を把握し、分析する。その情報をもとに、地域全体として、必要な医療機能がバランスよく提供される体制を構築していく仕組みを医療法令上の制度として設ける。
- ② そのため、各医療機関が、その有する病床において担っている医療機能を自主的に選択し、その医療機能について、都道府県に報告する仕組みを設ける。
- ③ 報告は病棟単位を基本とする。

その後の検討を通じ、報告する病床の医療機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分とすることになった。また、都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進することとなった。

こうした内容及び介護保険法関係の改革等を盛り込んだ法律案（「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」：医療・介護総合確保推進法案）が閣議決定され、2014年2月に第186回国会（常会）に提出されている（表1-3）。

<表 1-3>地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

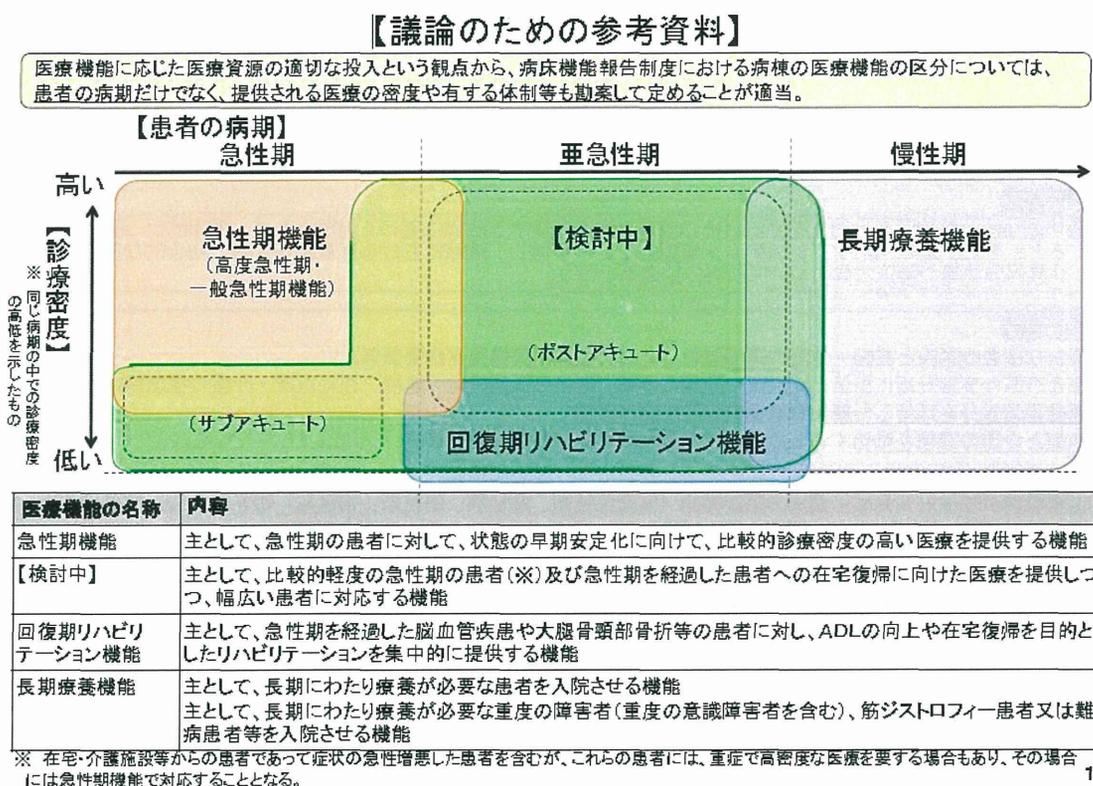
<b>趣 旨</b>	持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率のかつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、 <u>地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。</u>
<b>概 要</b>	<p><b>1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）</b></p> <p>①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、<b>消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置</b></p> <p>②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定</p> <p><b>2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）</b></p> <p>①医療機関が都道府県知事に<b>病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し</b>、都道府県は、それをもとに<b>地域医療構想（ビジョン）</b>（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定</p> <p>②<b>医師確保支援</b>を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け</p> <p><b>3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）</b></p> <p>①在宅医療・介護連携の推進などの<b>地域支援事業の充実</b>とあわせ、<b>全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に発行し、多様化</b> ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業</p> <p>②<b>特別養護老人ホーム</b>について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化</p> <p>③<b>低所得者の保険料軽減を拡充</b></p> <p>④<b>一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ</b>（ただし、月額上限あり）</p> <p>⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「<b>補足給付</b>」の要件に<b>資産などを追加</b></p> <p><b>4. その他</b></p> <p>①診療の補助のうちの<b>特定行為を明確化</b>し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設</p> <p>②<b>医療事故に係る調査の仕組み</b>を位置づけ</p> <p>③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置</p> <p>④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）</p>
<b>施行期日（予定）</b>	公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

出典：厚生労働省ホームページ第186国会（常会）提出法律案（2014年2月）

医療・介護総合確保推進法によって、2025年に向け、上述したような病床の機能分化及び地域医療のビジョンの策定が推進されることになる。以下では、その場合何点が留意すべきと思われる事項について、整理しておこう。

まず第1に、病床の医療機能の区分である。表1-2と比較すれば明らかなように、表1-3における機能区分としては、「亜急性期等」が消え、「回復期」とされていることが注目される。実は、「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」に事務局から当初提案された案においては、「亜急性期機能」が明示されており、具体的には sub-acute 機能及び post-acute 機能を担うべきもの（検討中）として位置付けられていた（図1-4）。しかしながら、この提案に対しては、前者は急性期（ないしは高度急性期）機能に相当するものであり、また、後者は回復期機能に含まれるものであるとする意見が多数を占め、結果的に「亜急性期」という表現は姿を消すこととなった。こうした結論は（特に post-acute 機能の取扱いについては）妥当なものと考えられるが、問題は、sub-acute 的とされる機能が急性期機能に混在し、実質的に一般病床の機能分化が進まなくなる可能性があることである。そうした事態を避けるためには、病床機能報告の基準について、将来設定されることとなっている定量的な基準を、明確に急性期機能を反映した内容のものにしていく必要がある。

<図1-4>病期と診療密度による医療機能の区分案



出典：第7回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会・参考資料（2013年7月11日）

第2に、こうした4機能区分を病棟単位で報告するとした場合に、地域性を勘案する必要性の問題である。この点に関しても、当初の事務局案においては、「地域多機能（仮称）」が提案されていた<sup>2</sup>。「地域多機能（仮称）」とは、「1つの病棟で複数の医療機能を持ち、幅広く対応できる機能」とされ、地域によっては厳密な機能分化ができないという事情に配慮し、多様な機能を併せ持つ形の「地域密着型の病院の病床」として、提案されたものである。そして、基本的には、「医療資源が少なく機能分化ができない地域の医療機関であって、病棟数が2病棟以下の医療機関」に限定しようという提案であった。これに対して、こうした特定の「地域」を限定することはできないという意見が出され、「地域多機能（仮称）」という提案そのものが立ち消えになったという経緯がある。確かに「地域」を限定しないとすれば、そもそも病床機能区分そのものを否定することにつながってしまい、適当ではない。しかしながら、実際に病床機能情報報告制度が実施に移されていく中では、こうした特定の「地域」の事情を勘案する必要が自ずと出てくるものと考えられる。機能分化の推進という原則を崩すことなく、どこまで地域の実情に応じた flexible な対応ができるのかが課題であるといえる。

第3に、2025年モデル、さらにはそれを各地域の実情に応じてブレイクダウンした地域医療構想（ビジョン）を通じて、急性期医療の確立と、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が目指されることになるわけであるが、そのためには、医療・介護を通じたシームレスなサービス提供の実現が必須の前提となる。後述するように、サービス供給者が個別に独立したタコツボに閉じこもったような提供体制のあり方では、こうしたシームレスなサービス提供の実現は期しがたい。急性期の必要な治療を終えた患者は（回復期等を経て）できる限り早期に在宅に復帰することが望ましい。そのためには、施設及びサービス提供事業者間での患者・利用者情報の伝達・共有が重要である。今後策定される地域医療構想（ビジョン）においても、こうした点についての考慮が必要であると考えられる。

---

<sup>2</sup> 第6回病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会・資料・別紙2（2013年5月30日）

## 2. 医療・介護連携と情報システム

### (1) 基本的考え方

#### ア. 医療・介護連携の推進

医療・介護連携に関して、近年の診療報酬・介護報酬改定においては、いくつかの注目すべき内容が盛り込まれている。ここでは、そのうち、①退院調整の評価、及び②主治医機能の評価の2点を取り上げて検討してみよう。

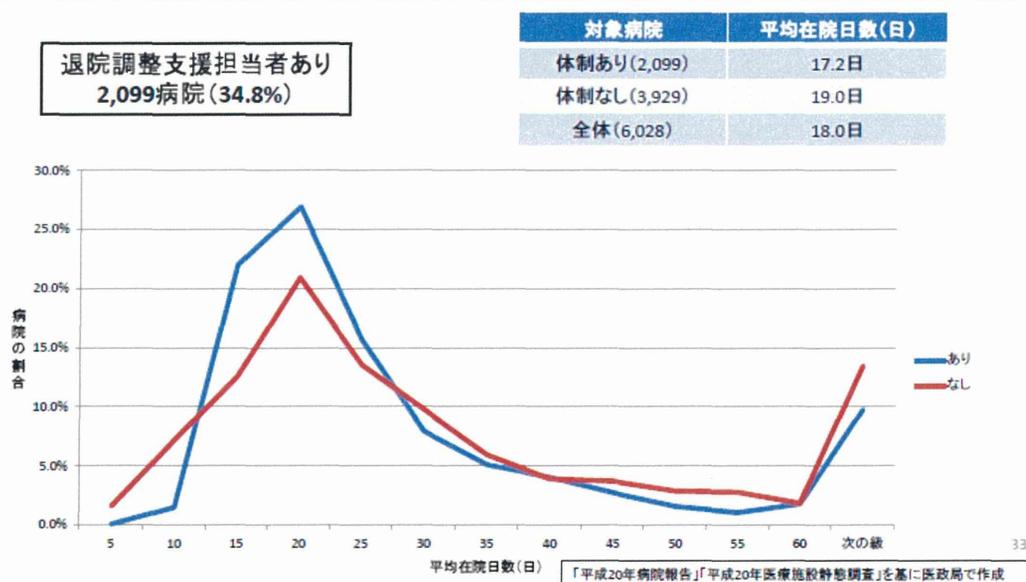
##### i. 退院調整の評価

患者の早期の在宅復帰を進めていくうえで、急性期病院の側においては、いわゆる退院調整(discharge planning)機能が重要である。discharge planningについては、入院直後からの退院調整及び退院後のフォローアップを適切に実施すれば、在院日数の短縮及び再入院率の低下に効果があることが国際的な文献レビューからも明らかにされており<sup>3</sup>、わが国においてもその強化を図っていく必要がある。一般病床を有する病院における退院調整支援担当者の配置状況を見ると、平成20年時点では35%に留まっているが、退院調整支援担当者の配置による在院日数の短縮については、わが国においても一定の効果が認められている(図1-5)。

<図1-5>一般病床を有する病院における退院調整支援担当者の配置と在院日数

### 退院調整支援担当者の有無別の平均在院日数

○「一般病床を有する病院」においては、退院調整支援担当者を有する病院の割合は、約35%。  
○退院調整支援担当者を有する病院の平均在院日数は、退院調整支援担当者を有しない病院に比べて約2日短い。



出典：厚生労働省「急性期医療に関する作業グループ」第3回会合(2012年1月26日)提出資料

<sup>3</sup> Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL (2010), Discharge Planning from Hospital to Home (Review), *The Cochrane Library* 2010, Issue 1

2012年4月の診療報酬改定においては、「効果的な退院調整を行うため、退院調整部門を強化し、早期の退院を評価する」として、早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する方向で入院料ごとの退院調整加算の見直しが行われている。今後、病院の退院調整機能を強化していくことは、病院経営戦略上の喫緊の課題であるといえる。現行の退院調整に関する診療報酬評価においては、Process及びStructure評価が中心となっている（入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手、関係職種との連携、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整、退院調整部門の設置、専従の看護師または社会福祉士の配置等）。これらは、取りあえず、退院調整部門を強化し、早期退院を促すためには、やむを得ない評価項目であると考えられる。しかしながら、今後、退院調整の内容や「質」を高めるためには、これらの要件に加え、一定のOutcome指標を取り入れるべきであろう。たとえば、退院後の療養場所としての「在宅」への「復帰率」や退院調整の効果を測定するための「再入院率」を評価に取り入れることが考えられる。こうしたOutcome指標を正確に測定し、その改善を図っていくためにも、異なる施設や事業者間での患者・利用者情報の伝達、共有化が求められる。

## ii. 「主治医機能」の評価

在宅復帰後のケアを継続的に提供していくうえで、かかりつけの主治医の役割は重要である。2014年4月の診療報酬改定においては、「主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師」が、「複数の慢性疾患を有する患者」に対し、患者の同意を得た上で、「継続的かつ全人的な医療を行う」ことに対し評価が行われることになった。具体的には、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上を有する患者を対象に、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うとともに、他の医療機関との連携により、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載する他、要介護認定に係る主治医意見書を作成する等の要件を満たしている場合に、地域包括診療料1,500点（月1回）が算定されることになった。また、これに加えて、診療所については、所要の服薬管理及び健康管理等を行った場合、地域包括診療加算20点（1回につき）が算定される。

専門医と総合医の区分が十分に行われてこなかった我が国において、こうした主治医機能の評価し、在宅での継続的なケアを提供していくことは、喫緊の課題に対する取りあえずの現実的な対応であると考えられる。問題は、主治医機能を真に担いうる医師の養成である。本制度においては、担当医が関係団体主催の研修を修了していることが算定要件に掲げられているが、それだけで十分と言えるのか、当該研修内容の評価も含めて、今後の検討課題であるといえる。また、こうした主治医は、他の医療機関、介護施設、在宅介護サービス事業者も含めた患者・利用者のサービス利用状況についての情報をリアルタイムに把握しておく必要がある。そのためには、ICTの活用を含む情報システムの構築が不可欠の前提となろう。

## イ. 医療・介護連携をめぐる諸問題

### i. 医療・介護連携問題への関心の増大

先進諸国においては、人口高齢化が進展する中で、慢性期の医療サービスに対するニーズが急速に増大しており、医療費の中でも大きなシェアを占めつつある。医療・介護における連携の改善を通じ、提供される医療サービスの質及び費用効率性の観点から見た医療・介護システム全体のパフォーマンス

スを改善できるのではないか、という政策的関心が高まっている<sup>4</sup>。そうした中で、次のような問題が提起されている。

- ・複数の疾病を有することが多い慢性期の患者は、医療・介護システムに対して、複数のコンタクトを持ち、異なった施設等で異なった専門医の診察を受ける傾向がある。しかしながら、診断結果を総覧・統合し、疾患の全過程を通じて患者をフォローしてくれるような 1 人の医療提供者には欠けていることが多い<sup>5</sup>。

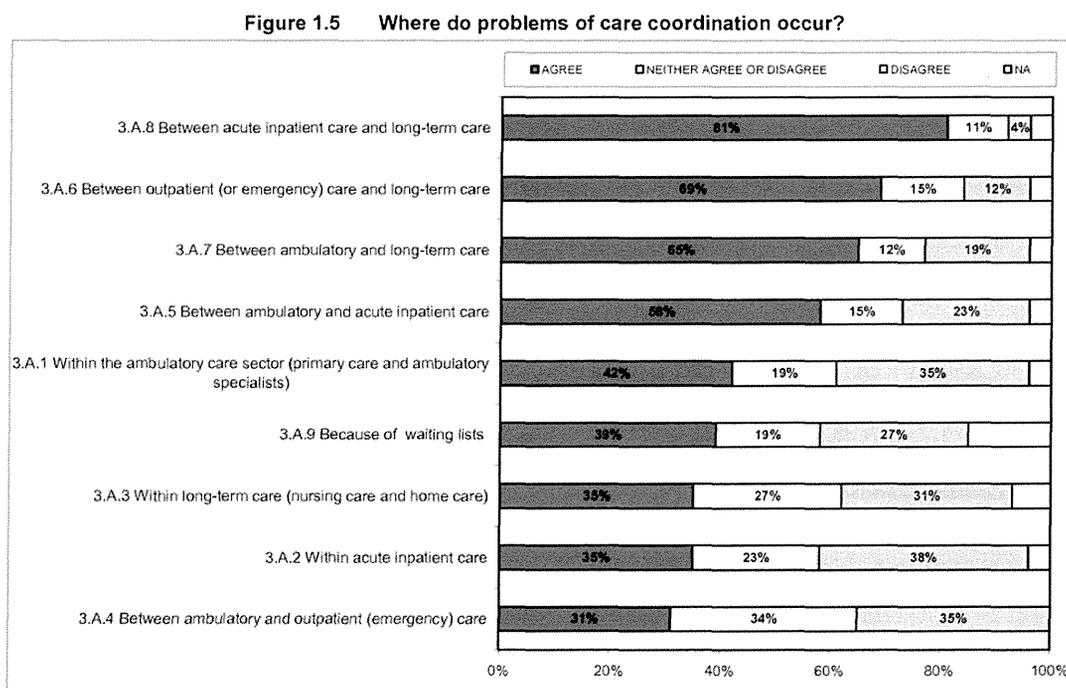
- ・患者は、また、サービス提供施設間の移動については特段の困難に直面している可能性がある。たとえば、高齢退院患者は、治療及び服薬が継続され、再入院のリスクを軽減するような適切な外来フォローアップを必要とするが、うまく提供されていない可能性がある。

一方で、多くの国において、既存の医療・介護提供体制は、silo（サイロ、格納庫）と呼ばれるような、相互に独立性が強く、閉じた「タコツボ型」の諸施設・サービスによって担われてきた。種々の要因によって、silo 相互間の連携や情報共有は進んでいない。また、他方で、近年の急速な技術進歩に伴い、医療における専門分化も進んでいる。この両者の要因が相まって、現在のシステムの下では、慢性期の患者が適切なケアを継続的に受けることが難しくなっている。

## ii. 医療・介護連携問題の所在と対応

OECD (2007) によれば、施設・制度間の連携の問題は、さまざまなインターフェースで起こりうるが、OECD 加盟諸国に対する質問票 (2006 年) の回答結果を見ると、特に医療から介護 (long-term care) へのつなぎにおいて問題が発生することが多いとされている (図 1-6 における上位 3 局面)。

<図 1-6>ケアの調整問題は、こういった局面で起こっているか



Source: OECD questionnaire on coordination of care 2006, N=26 (Annex 1, Table A1.14).

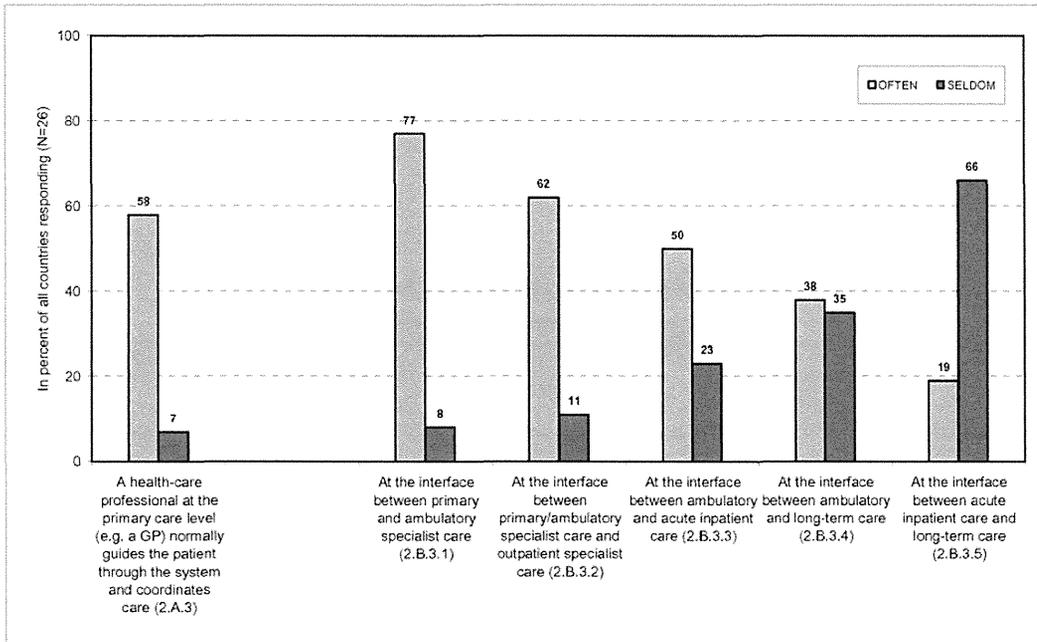
<sup>4</sup> OECD (2007), Improved Health System Performance Through Better Care Coordination, OECD Health Working Papers 30, OECD, Paris

<sup>5</sup> Wagner, E.H. et al. (2001), Improving chronic illness care: translating evidence into action, *Health Affairs*, Vol. 20(6), 64-78.

その中でも、GP等プライマリーケアを担う医療提供者の役割については、一般の医療サービス間よりも、むしろ介護サービスへのつなぎの局面において課題が多い。このことは、図1-7において、外来及び急性期入院医療から介護への橋渡しにおいて、プライマリーケア供給者が、「ケア調整者（care coordinator）」として「めったに関わらない（seldom）」割合が高くなっていることに示されている。

<図1-7>患者の移動に伴う連携局面におけるプライマリーケア供給者の役割

Figure 1.6 The role of primary-care providers at transition points between care settings



Source: OECD questionnaire on coordination of care 2006, N=26.

ケア調整の改善方策として、OECD (2007) は、①患者の健康状態及びサービス供給者の質に関する情報伝達、②外来医療における適切な資源の確保、③サービス供給者に対する報酬支払方式における経済的インセンティブへの留意、④ガバナンス及びサービス供給の断片化の軽減、⑤新たな形態のケアへの供給者の対応能力の改善、を挙げている。

このうち、①に関しては、情報技術がサービスの質及び効率性を高める可能性を有していることについて留意が必要である<sup>6</sup>。一方、ICTの普及に関しては、国ごとに、またサービス供給主体の種類に応じて大きな差が存在する。ICT活用の費用効果分析、特にその中長期的な投資効果については十分な検証が必要である (Stroetmann (2006)<sup>7</sup> によれば、ヨーロッパ10か国の平均値として、医療分野におけるICTへの新規投資が毎年プラスの投資収益を生むためには4年、累積収益がプラスに転ずるまでには5年かかっているという)。

②については、慢性期医療における有効な新薬開発等の医療技術の進歩や、cureからcare及びフォローアップの重視へという医療ニーズの変化に伴い、従来の入院治療から外来治療へのシフトが見られるが、伝統的なプライマリーケア担当医が十分こうした変化に対応できていない面があるとされる。特に増大する慢性期ケアのニーズに関しては、病院の外において、ないしはさまざまなセクターの接

<sup>6</sup> Anderson, G. et al. (2006), Health care spending and use of information technology in OECD countries, *Health Affairs*, Vol. 25(3)

<sup>7</sup> Stroetmann, K. et al. (2006), *Study on Economic Impact of E-Health: Developing an Evidence-based Context adaptive Method of Evaluation for E-Health, E-Health Impact*; WWW.Ehealth-Impact.org

点において、1人の調整者による適切な患者中心のケアが提供される必要がある。前述した2014年4月の診療報酬改定における「主治医機能」の評価の導入も、こうした方向に沿った改革であると考えられる。

③については、報酬の支払い方式は、提供されるサービスの種類ごとに、OECD加盟諸国の間でも相違がみられる(表1-4)。プライマリーケアについては、出来高払い、人頭払い(capitation)及び混合形態の支払い方式が多数を占めているのに対し、専門医(外来)に対する支払いは出来高払いが優勢である。また、急性期入院医療に関しては、DRGに代表される1件当たり定額支払いが最も一般的な支払い方式であるのに対し、介護(long-term care)に関しては、1日当たり定額支払いが優勢となっている。さらに、患者・利用者の自己負担については、介護は他のセクターに比べて相対的に広く導入されている状況が見てとれる。

<表1-4>提供されるサービスごとの報酬の支払い方式

Table 2.1 Payment schemes in health sectors, 2006  
(share of countries replying "yes"; N=26)

	<i>Fee-for-service</i>	<i>Capitation</i>	<i>Salary</i>	<i>Mixed</i>	<i>Budget payments</i>	<i>Case rates</i>	<i>Per diem rates</i>	<i>Out-of-pocket payments</i>
<i>PRIMARY CARE</i>	42%	35%	23%	54%	9%	4%	0%	31%
<i>SPECIALIST CARE (ambulatory)</i>	65%	0%	38%	15%	9%	12%	0%	46%
<i>SPECIALIST CARE (hospital outpatient)</i>	54%	4%	54%	19%	27%	27%	4%	39%
<i>ACUTE INPATIENT CARE</i>	33%	4%	54%	19%	38%	69%	19%	42%
<i>LONG-TERM CARE</i>	23%	8%	42%	19%	23%	8%	50%	62%

Source: Note: Multiple answers were possible such that the rows often sum to a value greater than 100). This reflects the complexity of payment arrangements within individual countries. For example in primary care 42 per cent of countries have fee for service as a payment method but 31 per cent of these services is financed through out-of-pocket spending as well. Source: OECD questionnaire on coordination of care 2006, N=26.

こうした報酬支払い方式の相違は、各セクター間での連携に影響を及ぼす可能性がある。たとえば、人頭払いのプライマリーケア医は専門医や病院への紹介を多用する経済的インセンティブがあるし、入院1件当たり定額払いの病院は在院日数を短縮することによって病院経営の効率化を図ることができるが、行き過ぎると、臨床的に望ましい限度を超えた早期退院を促す(quicker and sickerと呼ばれる)ことにもつながりかねない。診療所のゲートキーパーとしての役割をあまり厳格に規定しすぎると、(GPの診断レベルが高くない場合には)病院や専門医のサービスの過剰利用につながる可能性も指摘されている<sup>8</sup>。一般的には、混合形態の支払い方式の方が、純粋な出来高払いや人頭払い方式等よりもセクター間の連携には資すると考えられるが、その最適な組合せ及び報酬支払い方式の効果の大きさについては議論の余地がある。その場合、出来高払いで、単独の医師による開業(solo practice)が多数を占めている(日本のような)国においては、慢性期疾患の患者のケアニーズに対してうまく対応できない可能性が高いことに留意する必要がある。

④については、多くのOECD加盟諸国において、医療部門と介護部門を担当する行政が分かれています。

<sup>8</sup> Brekke, K.R. et al. (2007), Gatekeeping in health care, *Journal of Health Economics*, Vol.26, 149-170.

ることに伴う問題がある。また、(介護は医療に比べ、より住民に身近なレベルの行政が担うといったように) 担当する行政レベルが異なることもしばしばである。そうした場合、予算のみならず、行政システムや適用される法令・規則が異なってくることになる。その結果、ある部門から他の部門へのコスト・シフティングがもたらされることになりがちである。こうした問題を回避するためには、一定のサービス供給の統合が必要になってくる。

⑤については、英国におけるプライマリーケア改革のように、プライマリーケアの供給者が患者の代理人として適切なサービスを購入するという仕組みを導入することが1つの可能性として考えられる。その場合、プライマリーケア医は、患者に対する「ケアのエピソード」ベースでコストをコントロールする権限が与えられることになり、介護施設を含め、さまざまな異なるサービス間の調整が行えることになる。また、米国におけるPACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) については、ケアチームの機能を改善することを通じ、患者のアウトカムが改善されたという報告もある<sup>9</sup>。さらに、看護師の業務範囲の見直しを含め、連携や調整に熟達した新たなタイプの医療スタッフの養成が必要になるかもしれない。一般的には、プライマリーケアの供給者がケアの調整を担うものと考えられているが、逆に、ケアの調整が常にプライマリーケアレベルで行われなければならないという必然的な理由もない。特に、(日本のように) 一般医療をそれ自身独立した専門領域の1つとして扱ってきた伝統がない国においては、プライマリーケア医がケアコーディネーターとして必要なスキルを有しているかどうかは大きな問題となりうる。

### iii. ターゲットを絞ったケアの調整

OECD (2007) は、がん、循環器系疾患、糖尿病、慢性下気道呼吸器系疾患、認知症という5つの主要な慢性疾患にターゲットを絞ったケアの調整について検討している。これらは疾病管理やケースマネジメント等さまざまな呼称が与えられているが(表1-5を参照)、これらのプログラムの効果については、①プロセス指標(標準的なケアのプロトコルの遵守率等)、②中間的成果指標(たとえば、糖尿病の場合であれば、血糖値レベル等)、③最終的な健康成果指標(たとえば、糖尿病の場合であれば、失明の発生率等)の3つに分けて評価することができる。もちろん③の最終的な健康成果を改善することが医療政策の究極の目標であるが、プログラムの実施時期と、実際に死亡率等に効果が表れるまでの間にはタイムラグがあること等から、実際には、①や②の指標の改善報告に留まっていることが多いとされる。多くの先行研究によれば、これらのプログラムの効果については、疾病による相違はあるものの、全体として提供されるサービスの質の改善には一定の効果があるとされている。その一方で、医療費節減効果については、必ずしも明らかではないというのが現時点での評価である。

IGAS (2006)<sup>10</sup>は、ターゲットを絞ったケア調整の成功要因として、次の3つを挙げている。

すなわち、①サービス供給者の統合の度合いが強いほど、成果を上げる確率が高く、米国のカイザー・パーマネンテのようなスタッフモデル HMO や退役軍人病院制度においては、強力な ICT 支援システムがそうした成果に寄与している、②看護師やソーシャルワーカー、薬剤師といった医師以外の専門スタッフを、ケアの提供及びフォローアップに活用することが有効である、③患者教育や自助を通じ、患者にその行動変容を促すプログラムを展開することも有効である。

<sup>9</sup> Mukamel D. B. et al. (2006), Team Performance and Risk-Adjusted Health Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), *The Gerontologist*, Vol.46, No.2, 227-237..

<sup>10</sup> IGAS (2006), Ameliorer la prise en charge des maladies chroniques: les enseignements des experiences etrangeres de "disease management", Paris

## <表 1-5>ターゲットを絞ったケアの調整プログラム

- ① ケアマネジメント：特定の疾患に絞らないケア調整プログラムであり、通常ケア調整者による認定を伴う。
- ② ケースマネジメント：対象者の長期的なケアのニーズを評価し、フォローするプログラム。そのコアとなる活動としては、評価、計画、連携、モニタリング、代弁の 5 つが挙げられる。通常、保険者との協議の下で、ケースマネジメントに当たる医師または看護師によって提供されることが多い。
- ③ 継続ケア (Continuing Care)：一般に、介護、在宅ケア等によって提供されるあらゆるサービスを含む継続的なサービス提供システムを表す用語である。ケア調整は医師または看護師といった医療専門職によって行われるが、時には多職種チームを通じて行われることもある。
- ④ 疾病管理：ある疾病の全過程を通じて、一定の患者層の健康状態を管理し、改善するために、個々の診療を独立した別々の事象として見るのではなく、継続し、調整された医療プロセスとしてとらえることである。

OECD (2007) に基づき、筆者作成

OECD (2007) は、こうしたプログラムの成功のカギとして、次のような事項を挙げている（下線は引用者）。

- ・ 基盤となるプログラムの質（特に、医療のベストプラクティス）
- ・ 費用削減の継続的な重視
- ・ 優良な情報システム、特に ICT の広範な導入
- ・ 最もリスクの高い患者に焦点を当てること（対象患者の適切なターゲティング）
- ・ 医学的な知識のみならず、顧客、患者及び家族と良好な関係を築く能力について、質の高い、よく訓練されたスタッフの存在
- ・ 一般論として、これらのプログラムの効果について、共通の定義、分析手法及び対象期間を使用した情報の必要性

## (2) 医療・介護連携における情報システムのあり方

### ア. 医療・介護連携と情報システム

OECD (2007) によれば、医療・介護連携を進めるに当たって、情報の普及及び伝達は必須の前提条件である。その場合、個々の患者の医療記録の利用可能性の問題と、サービス供給者のパフォーマンスに関する情報の利用可能性の問題の双方がある。ICT システムは、医療システムのパフォーマンスの改善を支援する手段として大きな可能性を有している。正確な患者情報がタイムリーに利用可能であれば、紹介制度もうまく機能するであろうし、提供されるサービスの適切さも増すものと考えられる。それに加えて、提供されるサービスの質と効率性に関する関係官庁や保険者等の組織としての全体のガバナンスを確保するためにも、ケアに関する情報の普及が必要である。

先進 6 か国（オーストラリア、カナダ、オランダ、スペイン、スウェーデン及び米国）の医療における ICT 活用に関するケース・スタディ（OECD (2010)<sup>11</sup>）によれば、糖尿病や心臓疾患のような発生頻度が高く、入院治療が予防可能な慢性疾患の管理に関して、診療ガイドラインや診療プロトコルに基づくケアの遵守率を高めるべく、ICT を活用することは、即効性のある成果をもたらすとされている。一方、一般に ICT の活用は、業務運営の効率化を通じて、スタッフの生産性に正の効果をもたらすと考えられている。しかしながら、6 か国のケース・スタディ結果においては、各国の GP（一般医）の意見では、患者の電子カルテ（EMRs: Electronic Medical Records）や電子健康情報（EHRs: Electronic Health Records）を活用することによって、患者情報や診療ガイドライン、医薬品リスト等へのアクセスが改善することは認めながらも、業務負荷の軽減効果については懐疑的であった。こうした電子的な患者管理ツールの診療現場への導入は必ずしも容易ではなく、ICT の採用率を高めるためには、特に導入初期において必要な支援及び研修トレーニングの体制を配慮する必要がある。

ICT の活用は、特に次の 3 つの領域においてサービス提供の革新をもたらす可能性があるという。第 1 は、プライマリーケアの再生である。慢性期ケアの改善、広範な一般診療の促進、そしてケアの調整という 3 つの（互いに重複する面を持つ）側面においてプライマリーケアの改善が期待できる。上述した我が国における「主治医機能」の新たな評価に関しても、このことは当てはまると考えられるが、今後その効果についての評価が求められよう。第 2 は、telemedicine の活用等を通じたケアへのアクセスの改善である。離島、へき地等におけるサービス提供に当たって、ICT 活用の余地は大きい。そして、第 3 に、ケアの質の測定及びパフォーマンスのモニタリングの改善である。Evidence-based medicine の推進のためには、何よりも正確な情報をできる限りリアルタイムに入手し、分析するシステムが不可欠の前提となる。こうした側面においても ICT が貢献できる領域は大きいと考えられる。

以上のような ICT の活用によるサービス提供の改善を阻害している要因として、OECD (2010) は、次の 3 つを挙げている。すなわち、①ICT への投資によるサービスの質の改善に報いるような報酬支払い方式の欠落、②広く共通に規定され、一貫して使用されるような諸標準の欠落、③プライバシーと守秘性についての懸念、である。これらはいずれも政府による適切な対応が求められる要因であるといえる。

① に関しては、EHRs の導入に関する前払いコスト（技術の種類等に応じ、15,000 米ドルから 40,000 米ドルの間と見積もられている）について、個別の開業医が全額を負担することには困難が伴

<sup>11</sup> OECD (2010), *Improving Health Sector Efficiency: the Role of Information and Communication Technologies*, OECD Health Policy Studies, OECD, Paris

う。この場合の経済的支援のあり方としては、補助金や助成金という形態が最も一般的であるが、出来高払い方式の診療報酬制度がとられているような場合には、診療報酬におけるボーナスや加算という形態もとられている。補助金や助成金の場合には、EHRs導入時の1回限りのものであった場合には、その後の継続・維持費用の負担が問題になる。

② に関しては、いわゆる interoperability（相互運用性）の確保の問題が重要である。そのためには、単に市場任せにするだけでも、あるいは政府が介入するだけでも十分ではない。政府と ICT 産業双方の連携・協力が必要である。オランダ、スペイン、スウェーデン及び米国においては、すでに正式の医療 ICT 製品認証制度が導入されており、認証を受けた EHRs に対する経済的インセンティブも付与されている。

③ に関しては、センシティブな個人情報である患者の情報を、特に連携ネットワークにおける異なるサービス供給者の間で共有する場合、誰が特定のファイルへのアクセスを許可されるべきなのか、また、そうしたアクセスを誰がどのように規制すべきなのかという重要な問題を惹起する。さらに、情報共有に関する患者の同意のあり方についても種々の問題が存在する。

## イ. 具体的提言

以上を踏まえて、最後に、3つの具体的な政策提言を述べたい。

第1は、診療報酬・介護報酬の常時同時改定の提案である。上述してきたように、医療・介護における ICT の活用を含む連携・調整を進めていくうえで、報酬制度に代表される経済的インセンティブの果たす役割は大きい。我が国の現行制度においては、原則として診療報酬は2年に1度、介護報酬は3年に1度改定が行われることになっており、結果的に診療報酬・介護報酬の同時改定は両者の最小公倍数である6年に1度同時改定が行われることになっている。事実、2000年の介護保険制度の導入以来、これまで、2006年、2012年と2回の同時改定が実施されてきた。しかしながら、これだけ医療と介護の連携の必要性が強調され<sup>12</sup>、「2025年モデル」においても、医療・介護を通じた全体としてのサービス提供体制のあり方が示されているときに、両報酬の同時改定が6年に1度しか巡ってこない、すなわちそれ以外の改定は医療・介護それぞれ単独に実施される、というのは決して望ましい姿ではない。

確かに、介護報酬に関しては、介護保険法上（同法第117条第1項及び第118条第1項）、介護保険事業計画が「3年を1期とする」ことが定められていることとの関係で、これに合わせて3年ごとに改定が行われるというのはごく自然な話であろう。介護保険の事業内容及び保険料水準が3年間をベースに定められているときに、介護報酬だけこれとは異なるサイクルで改定を行うということは適切ではない。しかしながら、診療報酬に関しては、そもそもこのような規定は存在しない。診療報酬改定が2年に1回行われてきたというのは、いわば「単なる慣習」に過ぎない。事実、過去には、毎年（場合によっては1年に2回）改定が行われたこともあれば、3年以上にわたって改定が行われなかった事例もある。診療報酬改定の時期及びサイクルについては、法令上の根拠は存在しないのである。そうだとすれば、たとえば、少なくとも今後（医療と介護の連携が特に重視されるべき）2025年まで

---

<sup>12</sup> たとえば、医療・介護総合確保推進法案に盛り込まれている「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（旧「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」）においては、厚生労働大臣は、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」を定めることとされている。

の間は、介護報酬の改定に合わせて3年に1回診療報酬の改定を実施することも、制度的には十分可能なのである。3年に1回常に同時改定を行う（仮に次回改定から実施するとすれば、2025年までの間に4回の同時改定が見込まれる）中で、医療と介護の連携を最大限図る形で整合性のある改定が実施されることが期待される。

第2に、医療・介護総合確保推進法案に盛り込まれている「新たな基金」の活用についてである。法律上は、都道府県が、国が定めた「総合確保方針」に即して、かつ、地域の実情に応じて、医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画を作成し、当該計画に掲載された事業に関する経費を支弁するため基金を設ける場合には、国はその必要な資金の2/3を負担することとされている（財源は消費税増税分から充当）。対象となる事業内容としては、①地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設及び設備の整備に関する事業、②居宅等における医療の提供に関する事業、③公的介護施設等の整備に関する事業、④医療従事者及び介護従事者の確保に関する事業、⑤その他厚生労働省令で定める事業、とされている。全体として、施設・設備やサービス従事者といった「インプット」ないしは「ストック」への資金投下が中心であり、その点で、「アウトプット」ないしは「フロー」への資金投下が中心である診療報酬・介護報酬とは一線を画しているように見える。しかしながら、もともと診療報酬は投資的経費についても「広く薄く評価」してきたとされていること、さらには、近年における包括払い制度の拡大の中で、診療報酬・介護報酬が必ずしも出来高払いの場合のようにアウトプットのみに着目しているわけではないこと等から、実際には両者の区分はかなり曖昧であるといえる。また、上記②については、法律上の文言のみからは、診療報酬における在宅医療の評価と重複する恐れがあるように思われる。地域連携推進のためのICTシステム整備のための経費は基金による補助の対象になりうると考えられるが、その場合であっても、システムが稼働した後の維持経費の負担の問題とともに、事業の成果を評価する体制については今から考えておく必要がある。

第3に（ドイツの改革におけるような）polyclinics 設立の促進である。2014年診療報酬改定においては、介護保険制度導入後、かえって伸び率に陰りがみられる訪問看護ステーションの大規模化を促進するために、「機能強化型訪問看護ステーションの評価」が導入された。規模の経済性が存在することが明らかな訪問看護ステーションの設立促進に関しては、適切な政策と考えられる。一方、診療所については、すでに機能強化型の在宅療養支援診療所制度が導入されているが、ほとんど普及していない状況にある（図1-8）。しかしながら、今後、複数の疾患を有するのが一般的である高齢患者の増大や在宅医療のニーズの増大に対応するためには、診療所間の連携を強めるとともに、現在の圧倒的にsolo practice 中心の体制から一部group practice への転換も併せて推進していく必要があると考えられる。そのためには、診療報酬や税制等を通じた経済的インセンティブの導入に加え、診療所経営の「ビジネス・モデル」の転換を図る必要がある。そうした中で、group practice 経営の成功モデルをわかりやすく提示することも検討に値すると考えられる。

<図 1-8>在宅療養支援診療所届出数の推移



出典：中央社会保険医療協議会総会資料（2013年6月12日）

(参考文献等)

- ・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
- ・Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL (2010), Discharge Planning from Hospital to Home (Review), *The Cochrane Library 2010, Issue 1*
- ・OECD (2007), Improved Health System Performance Through Better Care Coordination, OECD Health Working Papers 30, OECD, Paris
- ・OECD (2010), *Improving Health Sector Efficiency: the Role of Information and Communication Technologies*, OECD Health Policy Studies, OECD, Paris
- ・OECD (2013), *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Governance*, OECD Health Policy Studies, OECD, Paris

## 第2章 病院グループの経営と情報システム

TMG 医療福祉総合研究所所長 醍醐象器

### はじめに

昨今、医療においても「ホールディングカンパニー」といった言葉が語られ始め、「非営利ホールディングカンパニー型医療法人制度」としての法整備が進められている。2006年の小泉政権下での診療報酬改定以降、「医療崩壊」という言葉を多く目にするようになり、医療の継続性がクローズアップされてきた。医療を継続させるには、質の向上、確保もさることながら経営を健全化することが大きな課題となり、その成功例のひとつとして病院又は福祉、介護施設等を複数有する所謂「病院グループ」が注目されるようになってきた。社会保障制度改革国民会議においても非営利を厳正化して地域独占を許容することが、過当競争から病院経営を救う道である、との見解を示す資料<sup>1</sup>も提出されている。

しかし、病院グループに関する調査、研究等は進んでいるとは言い難く、唯一、矢野経済研究所上級研究員の山田治美氏だけが継続的に調査していると推測する。

この章では、民間の病院グループに焦点を当て、同氏著書の『病院グループ徹底分析』（矢野経済研究所）より引用、または同氏に直接聞き取りした内容と筆者が所属する病院グループの実情を踏まえて展開をする。

### 1. 「グループ」の定義と概要

#### (1) 病院グループの定義

矢野経済研究所によれば、「病院を3施設以上有する団体」「病院2施設以上と介護保険施設2施設以上を有する団体」を「グループ」と定義している。

図2-1、2-2はグループに所属する病院の病床数及び病院数を示したグラフであり、表2-1は日本における病院グループを施設数、病床数で順位を表したものである。

日本における病院グループは279（2012年10月現在）存在し、病院数は国内全病院数の19%、病床数は約25%に達し、年々増加する傾向にある。

最も多くの施設を有しているのが徳洲会グループ（67施設、約16,000床）<sup>2</sup>であり、次いでIMSグループ（34施設、約9,000床）、AMGグループ（27施設、約6,000床）、TMGグループ（27施設、約4,500床）となっている。<sup>3</sup>

2

<sup>1</sup> 「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を」

権丈善一委員（慶應義塾大学商学部教授）社会保障制度改革国民会議資料（2013年4月19日）

<sup>2</sup> 徳洲会グループには、医療法人徳洲会、医療法人社団沖繩徳洲会、社会医療法人社団木下会等が含まれる。

<sup>3</sup> IMSグループは板橋中央総合病院を中心とし、医療法人社団明理会、明芳会等が属し、AMGグループは上尾中央総合病院を中心に医療法人社団愛友会、協友会等が属し、TMGグループは戸田中央総合病院を中心に医療法人社団東光会、青葉会等が属する。この3グループは創設者が兄弟であることから総じて「中央医科グループ」（CMS）と称されることも多い。

< 図 2-1 > グループに所属する病院の病床数推移



< 図 2-2 > グループに所属する病院数推移



< 表 2-1 > 大手病院グループの施設数、病床数

病院数			病床数		
順位	グループ名	病院数	順位	グループ名	病床数
1位	徳洲会グループ	67施設	1位	徳洲会グループ	1万6千床
2位	IMSグループ	34施設	2位	IMSグループ	9千床
3位	AMG	27施設	3位	AMG	6千床
4位	TMG	25施設	4位	錦秀会グループ	4.5千床
5位	大坪グループ	17施設	5位	TMG	4.5千床
5位	平成医療福祉グループ	17施設	6位	大坪グループ	3.4千床
7位	葵会グループ	16施設	7位	藍野グループ	3.4千床
7位	カマチグループ	16施設	8位	聖隷福祉事業団	3.3千床
9位	ふれあいグループ	13施設	9位	北九州病院グループ	3.2千床
10位	国際医療福祉大学・高邦会グループ	12施設	10位	葵会グループ	2.9千床

以上出典：株式会社矢野経済研究所 山田治美氏

Medi+セミナー「病院グループの現在・過去・未来」2013年2月28日

## (2) 病院グループ展開の特徴

### ア. 病院グループ展開の特徴 その① 医療提供体制

各々グループの特色はあり、平成医療福祉グループは慢性期医療を、葵会グループは介護老人保健施設を主に運営する専門特化型展開をしており、上述した4グループは急性期医療から慢性期、そして介護施設等を運営する複合型展開をしている。割合としては、専門特化型の病院グループが<sup>4</sup>48.7%に対し複合型は44.8%を占め、2010年調査段階での54.9%からは約10%の減少ではあるが、様々な機能を有することによる運営の相乗効果（例えば、平均在院日数短縮や病床稼働調整等）、財政面でのリスクヘッジ（高収益体質の領域が低収益の領域を支える等）が考えられ、複合型展開はまだ優位性が高いと考える。

### イ. 病院グループ展開の特徴 その② 展開範囲、方法

上述したように専門性、複合性といった医療提供体制の特徴による分類とは別に、「全国規模」、「地域限定」又は「点」、「面」といった展開範囲・方法にも異なりを見せている。徳洲会グループや葵会グループ、または介護福祉事業を軸に医療分野を伸ばしつつある湖山医療グループ等は全国規模での展開を見せている。一方、IMS、TMG、AMGグループは主に首都圏、洛和会グループは京都、愛仁会グループは大阪、兵庫を中心とする地域を限定とした展開となっている。

全国規模で展開をしているグループの多くは、一地域に2ないし1施設といった少数での点展開となっているのが現状である。グループの得意分野をその地域のニーズに合わせて地域を広げていく戦略ではあるが、提供できる医療にも限りがあり、地域医療機関との連携等が必須となることを考えると病院グループのメリットを十分に活かしきれていないと難しい課題として残る。

①で述べたように運営の相乗効果等、病院グループのスケールメリットを最大限活かすことを考えるのであれば、ある程度展開する地域を定め、病院又は介護施設等個々の距離感を意識した面展開が良いと思われる。九州地方では、複合化、多角化を試み自己（自グループ）完結型展開をする病院グループ又は医療法人が多く存在する<sup>5</sup>。エリア範囲は市町村レベルではあまりに狭小であり、「その地域唯一」の存在以外は経営が困難であろう。やはり医療圏単位をベースとし、県、地方へと広がっていくことが得策であると考え。筆者が所属するTMGグループの展開は図2-3の通りであり、この他にも訪問看護ステーションがどの病院にも併設され、認知症グループホーム等福祉施設諸々含め80を超える事業体となっている。

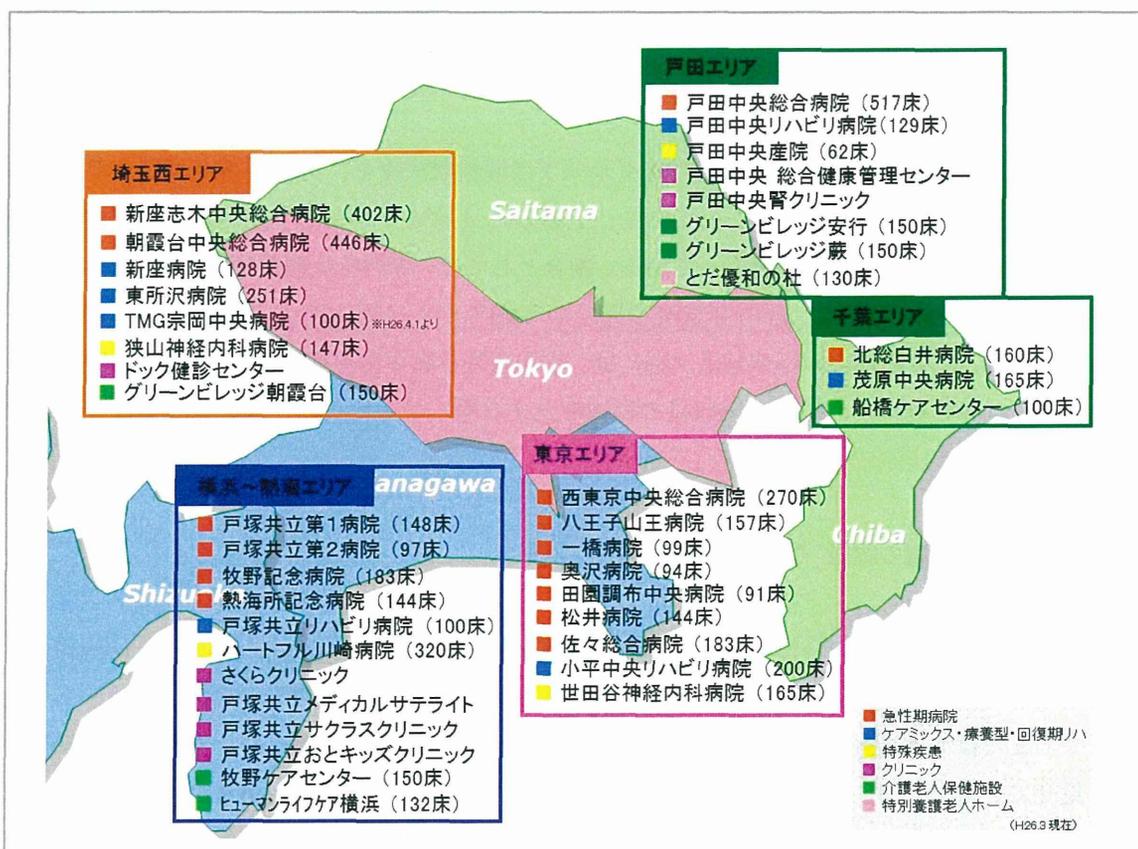
面展開を心がける病院グループは事業規模の大小は別としても、その地域のニーズに合わせ事業拡大を常に模索している。しかし、高齢化、人口の減少又は財政面等、医療を取り巻く環境が大きく変化をし、今以上の発展が困難な状況にあるのも地方病院グループの現状である。近年、人口が多い首都圏、特に東京に進出する病院グループ<sup>6</sup>が増えているのはこのような理由からであると推測する。

<sup>4</sup> 2012年調査では、専門特化型の割合は、急性期特化11.8%・精神科医療17.9%・療養、介護19.0%。

<sup>5</sup> 北九州病院グループ、古賀病院グループ、社会医療法人財団 白十字会、なかえグループネットワーク等。

<sup>6</sup> カマチグループ（母体：福岡和白病院 福岡県福岡市）、南東北病院グループ（母体：総合南東北病院 福島県郡山市）、平成医療福祉グループ（母体：博愛会記念病院 徳島県徳島市）等が代表的である。

< 図 2-3 > TMGグループのエリア展開



出典： 一般社団法人TMG本部 (2014年3月現在)

### ウ. 病院グループ展開の特徴 その③ 本部機能、MS法人

病院グループの殆どが本部機能を有しており、その運営にも特徴はある。一般的には主たる法人内に「グループ本部」を設立し運営をするが、近年、グループ本部自体を独立した法人格として運営する病院グループも増えてきている。AMGグループ、TMGグループは本部組織を一般社団法人化し独立させている。<sup>7</sup>グループ本部の組織規模に関しては、そのグループ全体の規模に比例はするが、「本部主導型」か「現場主導型」かによって異なる。

また、病院グループの多くは医療、介護施設等とは別に医療系サービスを事業目的とするメディカル・サービス法人（MS法人）を展開している。その事業内容は各々異なっているが、主なものとして医薬品、医療材料、消耗品、備品の販売、医療機器の販売及びリース、土地・建物の（主に病院）賃貸、福祉施設の展開等が挙げられる。

このようなMS法人は当初節税対策として設立されたものも多いが、最近ではグループに属する病院、施設の収益性の向上、ひいてはグループ全体の経営の健全化という観点で展開されるケースが見られるようになってきている。

<sup>7</sup> AMGグループは「一般社団法人AMG協議会」をTMGグループは「一般社団法人TMG本部」を平成21年に設立。

グループ化を強固なものにすればするほど、閉鎖性を強める可能性も高まるものである。

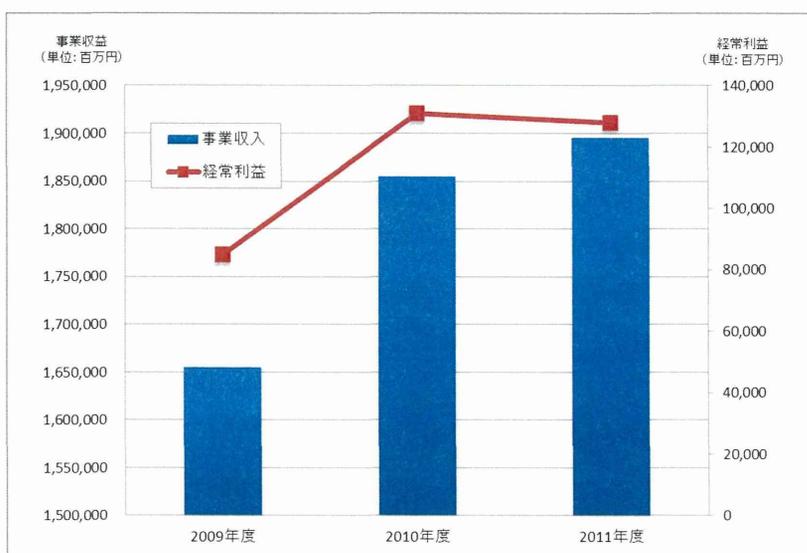
2014 年度（平成 26 年度）診療報酬改定において、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化及び連携、在宅医療の充実等に取り組み、2025 年（平成 37 年）に向けて医療提供体制の再構築を進め、地域包括ケアシステムの構築を図り続けていくことが重点課題とされている。今後、「地域」という広い範囲の括りで医療、介護・福祉を捉え「共存」を図ることを国が求めていることから、病院グループの新たな発展が望まれ、グループ化は変質しつつ大きな波になる可能性が高い。

## 2. 病院グループ経営の現状

2010 年度診療報酬改定以降、医療情勢は増収減益の傾向にある。

図 2-4 は山田氏による病院グループ上位 100 法人の事業利益及び経常利益合算値推移である。この図でも同じ結果を示している。

< 図 2-4 > 上位 100 医療法人 事業収益・経常利益推移



出典：矢野経済研究所「病院グループ徹底分析 2013 年版」

TMGグループ（以下、TMG）の診療報酬改定年度である平成 24 年度対平成 22 年度経営状況比較は表 2-2 の通りであり、やはりその傾向は変わることはなかった。前述したとおり、病院グループ化の大きなメリットに財務面でのリスクヘッジが施されることを挙げたが、過去 2 回の診療報酬改定では増収は果たしたものの効率的に収益が残せていない結果となっている。その主な原因となるものが急性期病院における人件費等の増加にある。それは、入院患者 7 人に対して看護師を常時 1 人配置する 7:1 入院基本料取得、維持の為の看護師採用による人件費の増加が主たる要因であり、また、その他経費として紹介業者への手数料である求人費の増加も考えられる。

特に、2012 年度診療報酬改定では重点課題として「急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな病院従事者の負担軽減」が掲げられ、診療報酬上での加算誘導もあり医師、看護師以外の医療スタッフの増員が図られた。しかし、結果は前述の通り「増収減益」となり、病院経営の見直しを迫られた改定でもあった。