

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であっても、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こと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な

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**

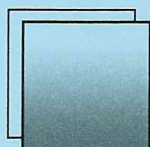
特に該当なし

**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、大きな制度改革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項の規定に基づく基本方針」）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<sup>1</sup>。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 $Q_0$ 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 $\Delta 1.36\%$ 、薬価等まで含めたトータルでは $\Delta 3.16\%$ 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 $\Delta 0.0\%$ 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。

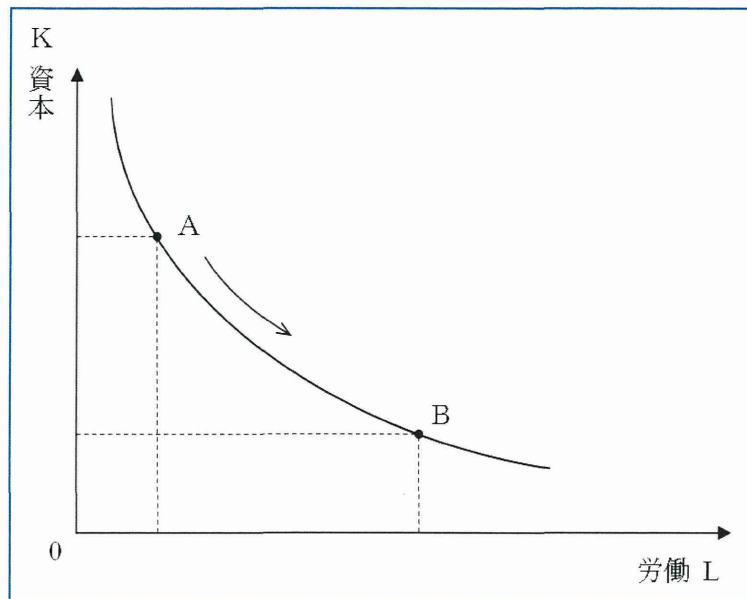
次に、「医療資本」については、積極的な病床削減政策がとられた。急性期病床については、在院日

<sup>1</sup> 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)	現状投影シナリオ	平成37(2025)年度	
			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 15~16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15~16日程度 25万人/月
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急 性 期 15 日程度 高度急性期 19~20日程度 一般急性期 13~14日程度 亜急性期等 75 日程度 亜急性期等57~58日程度 長期-2 190 日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月
亜急性期・ 回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月
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暮らす者(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)

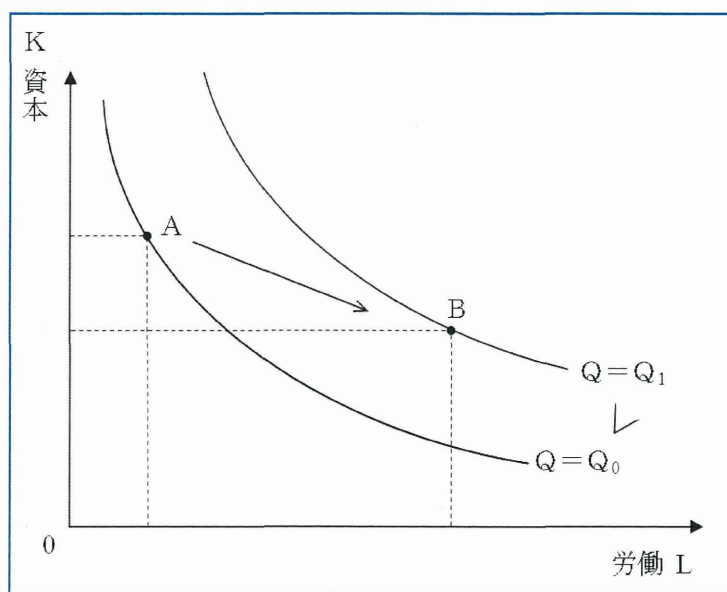
なぜ、こうした「効率化・重点化」シナリオの方が費用がかかるのかと言えば、そこには少なくとも次の2つの要因が考えられる。1つは、在院日数が半減した急性期病床については、現在のような手薄な人員配置はありえないということである。確かに病床数は削減されるが、病床当りの人員配置は現在を大幅に上回ったものとならざるを得ない。諸外国の事例のように、病床当りでは現在の数倍の医療スタッフを集中的に投入した形での医療サービスの提供が行われることが想定される。また、そうでなければ、9日というような短い平均在院日数は達成しがたい。第2に、これだけ平均在院日数が

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。

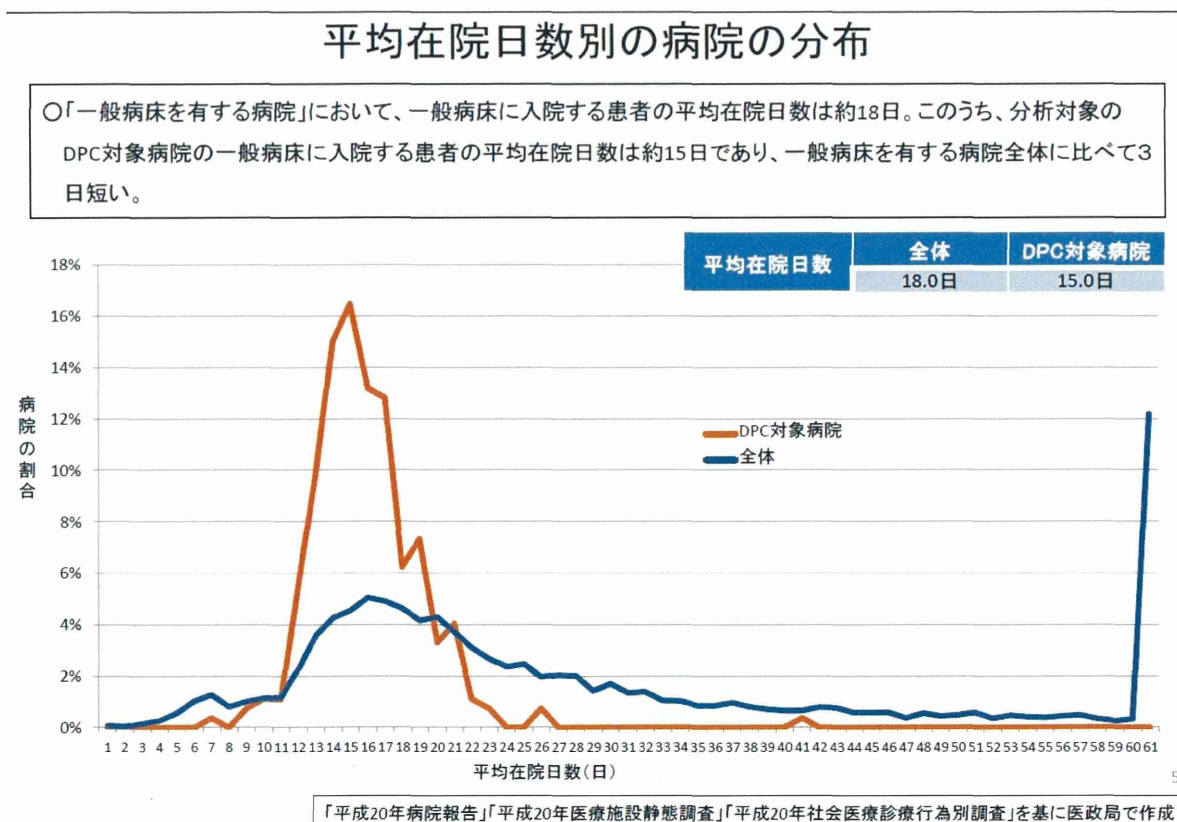
### (3) 病床の機能別区分及び地域医療ビジョン

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

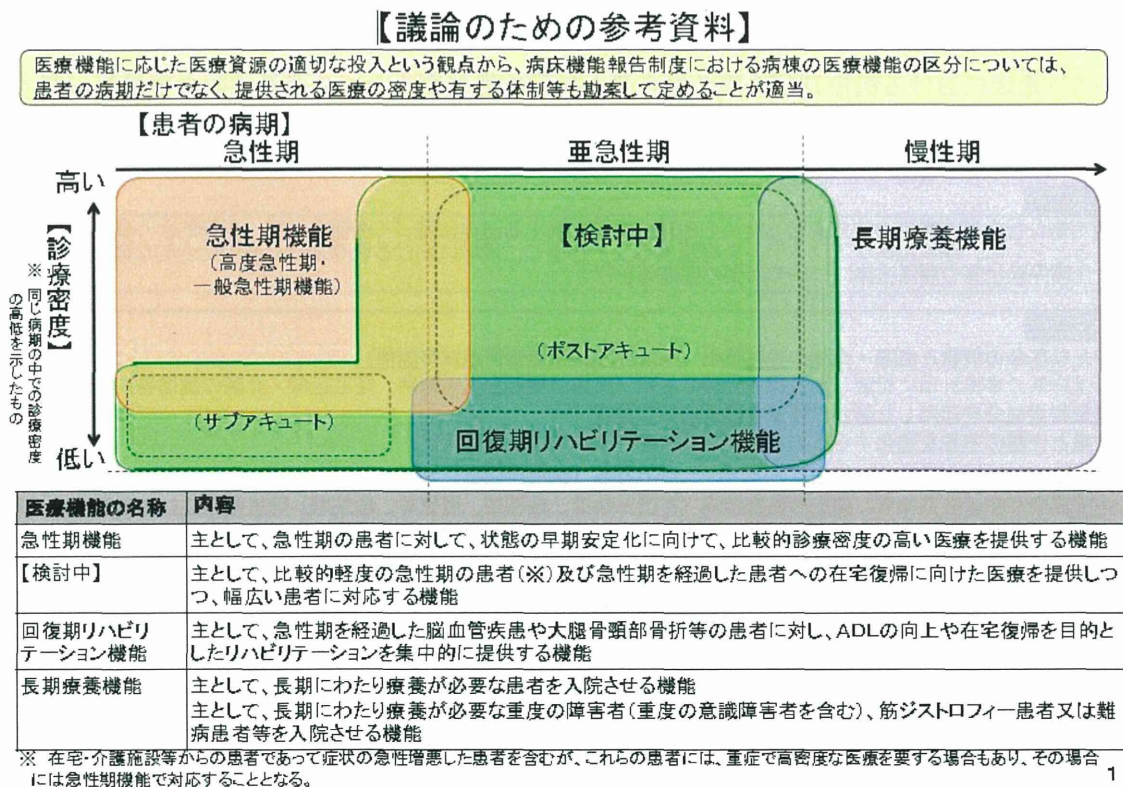
<b>趣 旨</b>
持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。
<b>概 要</b>
<p><b>1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）</b></p> <p>①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、<b>消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置</b></p> <p>②<b>医療と介護の連携を強化</b>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>特定行為を明確化し</b>、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、その場合何点か留意すべきと思われる事項について、整理しておく。

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、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。

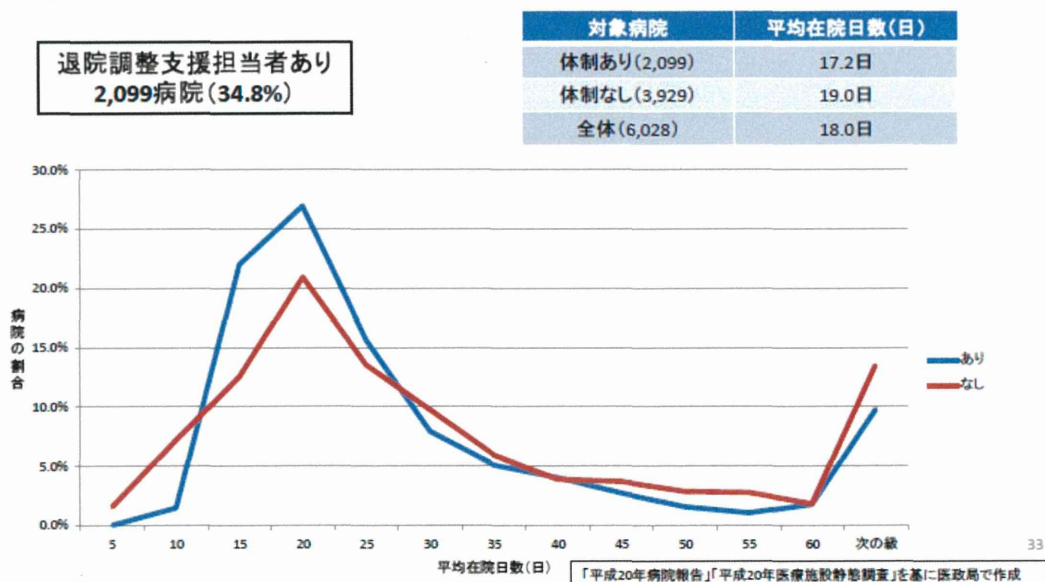
#### i. 退院調整の評価

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」ことに対して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を評価し、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、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>。

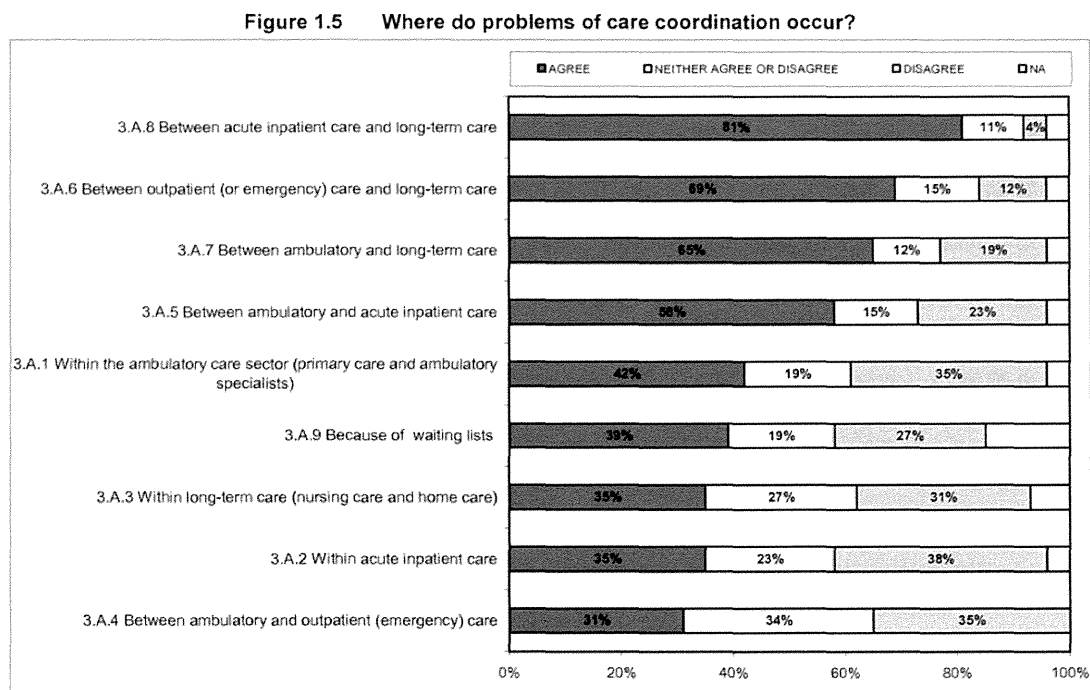
- ・患者は、また、サービス提供施設間の移動については特段の困難に直面している可能性がある。たとえば、高齢退院患者は、治療及び服薬が継続され、再入院のリスクを軽減するような適切な外来フォローアップを必要とするが、うまく提供されていない可能性がある。

一方で、多くの国において、既存の医療・介護提供体制は、silos（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「タコソボ型」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、silos 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).

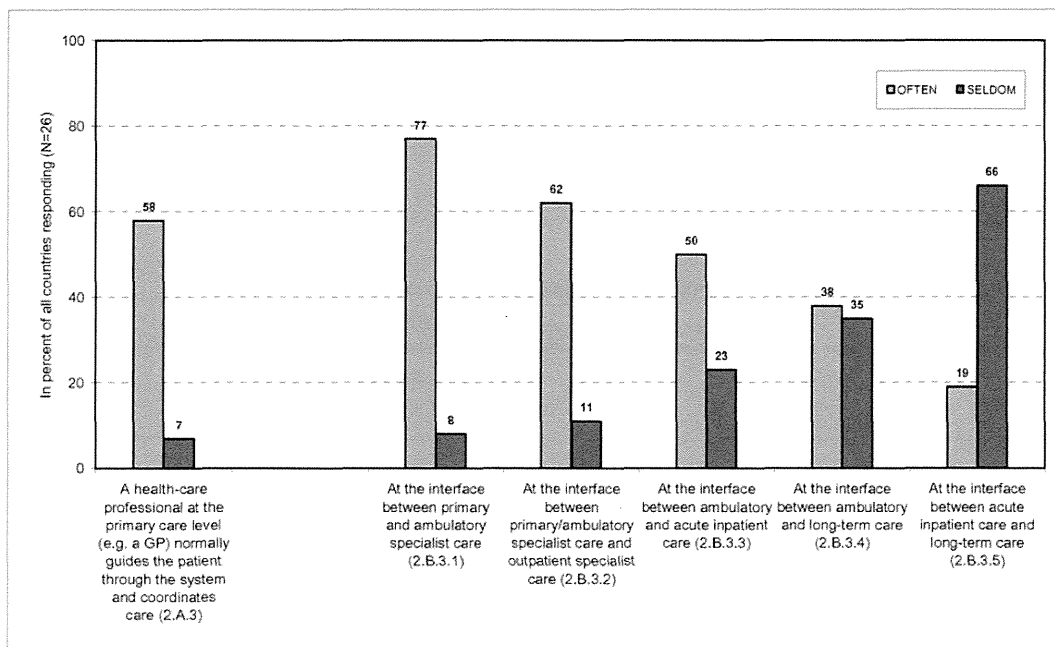
<sup>4</sup> OECD (2007), Improved Health System Performance Through Better Care Coordination, OECD Health Working Papers 30, OECD, Paris

<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思われるが、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.