

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⁹。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ールの遵守率等)、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)¹⁰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、成果を挙げる確率が高く、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。

⁹ 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..

¹⁰ IGAS (2006), *Ameliorer la prise en charge des maladies chronique: 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)¹¹⁾ 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

¹¹ 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¹²、「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

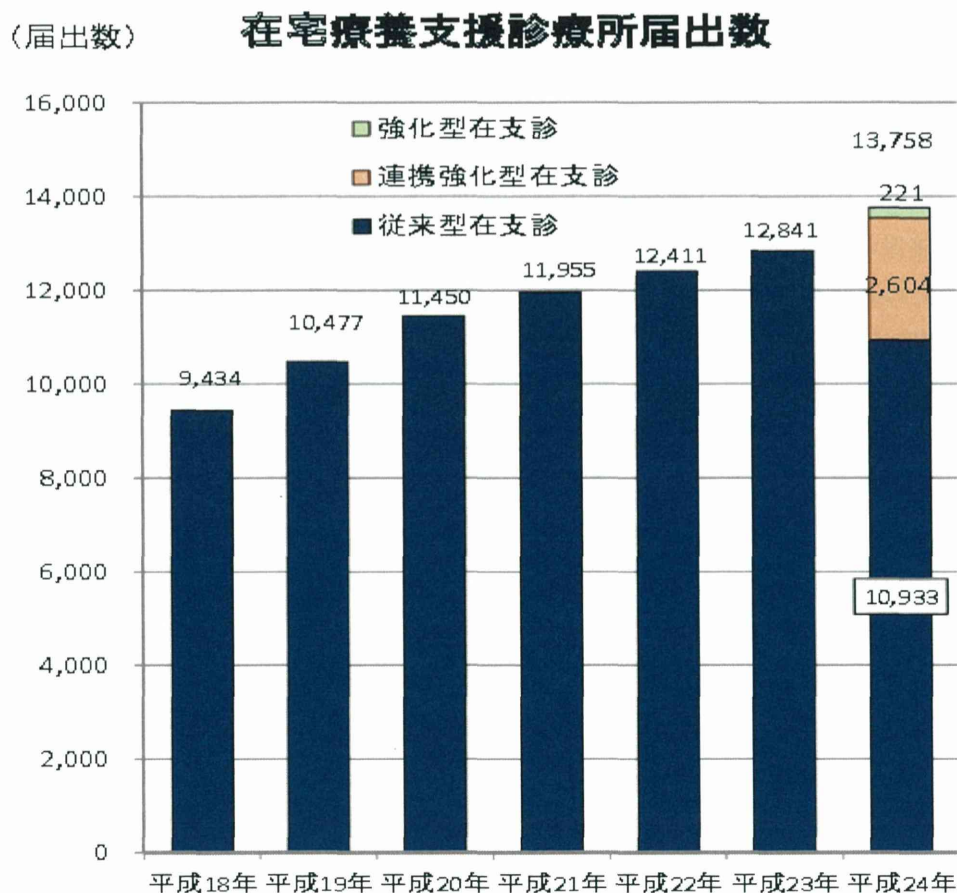
¹² たとえば、医療・介護総合確保推進法案に盛り込まれている「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（旧「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」）においては、厚生労働大臣は、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」を定めることとされている。

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
- ・ Sheperd 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¹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）²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。³

2

¹ 「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）

² 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。

³ 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48.7%⁴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るとは言い難く課題として残る。

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⁵。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。

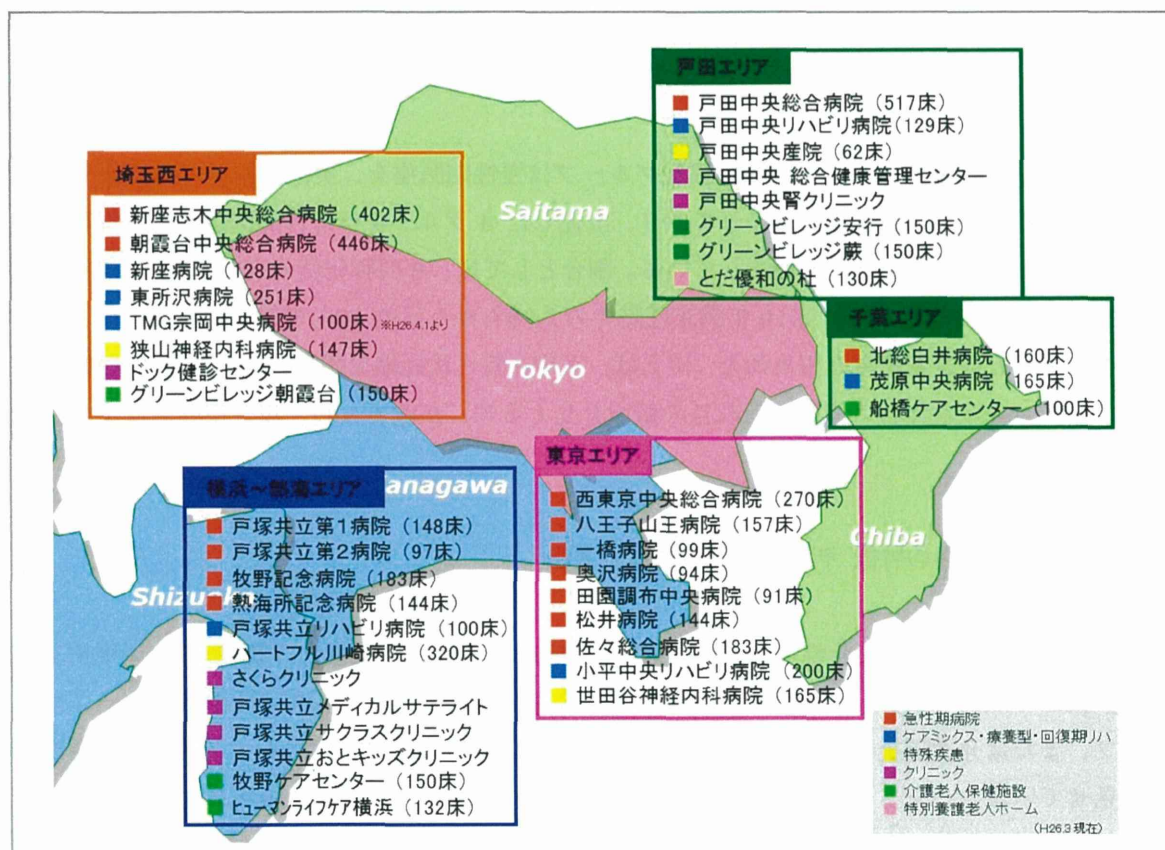
面展開を心がける病院グループは事業規模の大小は別としても、その地域のニーズに合わせ事業拡大を常に模索している。しかし、高齢化、人口の減少又は財政面等、医療を取り巻く環境が大きく変化をし、今以上の発展が困難な状況にあるのも地方病院グループの現状である。近年、人口が多い首都圏、特に東京に進出する病院グループ⁶が増えているのはこのような理由からであると推測する。

⁴ 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%。

⁵ 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。

⁶ 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。⁷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いる。

⁷ 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。

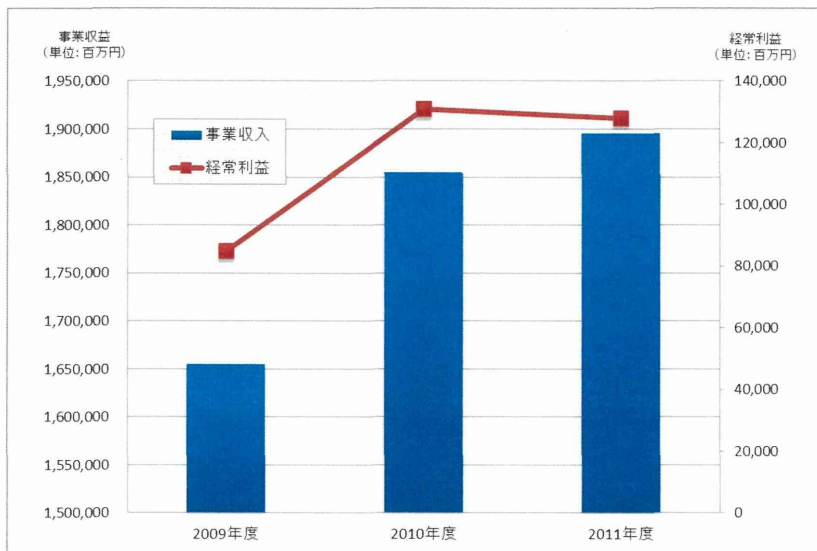
2014 年度（平成 26 年度）診療報酬改定において、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化及び連携、在宅医療の充実等に取り組み、2025 年（平成 37 年）に向けて医療提供体制の再構築を進め、地域包括ケアシステムの構築を図り続けていくことが重点課題とされている。今後、「地域」という広い範囲の括りで医療、介護・福祉を捉え「共存」を図ることを国が求めていることから、病院グループの新たな発展が望まれ、グループ化は変質しつつ大きな波になる可能性が高い。

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師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。

< 表 2-2 > TMG診療報酬改定年度比較
(平成 24 年度 対 22 年度実績比較)

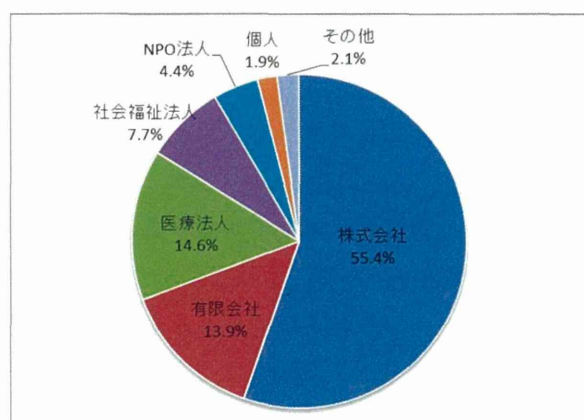
| | |
|------|----------------------|
| 医業収入 | +2, 263 百万円 (+2. 5%) |
| 材料費 | + 364 百万円 (+2. 7%) |
| 給与費 | +1, 707 百万円 (+3. 6%) |
| 経費 | + 527 百万円 (+2. 7%) |
| 税前利益 | ▲ 284 百万円 (▲2. 9%) |

筆者作成

人的投資以外では建物、医療機器等が挙げられるが、山田氏によれば 2011 年度の経常利益減少もこれら投資の影響が大きいとしている。高額な新製品が相次いで販売された循環器系医療機器や内視鏡手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」の導入事例も多く、TMGにおいても、医療機器等への投資額はグループ全体で 3 億 8, 700 万円（リース対応案件も含む）を計上している。また、病院の建替え及び増改築、老人保健介護施設やグループホームなどの居住系在宅介護サービスへの展開も多く見られた。その中でも、ここ数年顕著なものがサービス付き高齢者向け住宅への医療法人の参入である。急性期病院の入院期間短縮傾向や地域包括ケアシステムの構築の観点からも、超高齢社会への対処として、疾病を抱えながら生活をする高齢者にどのように対応するかが課題であるとされ、自宅を限定した在宅医療だけではなく住み慣れた地域で生活を続ける所謂「エイジング・イン・プレイス」の考えのもとに展開をする医療機関がグループ、単独問わず多く見受けられた。（図 2-5 参照）

このような積極的投資による初期コストの嵩みが減益につながったと山田氏は分析する。

< 図 2-5 > サービス付き高齢者向け住宅の事業主体



出典：日経ヘルスケア「サービス付き高齢者向け住宅完全ガイド」2013年4月25日

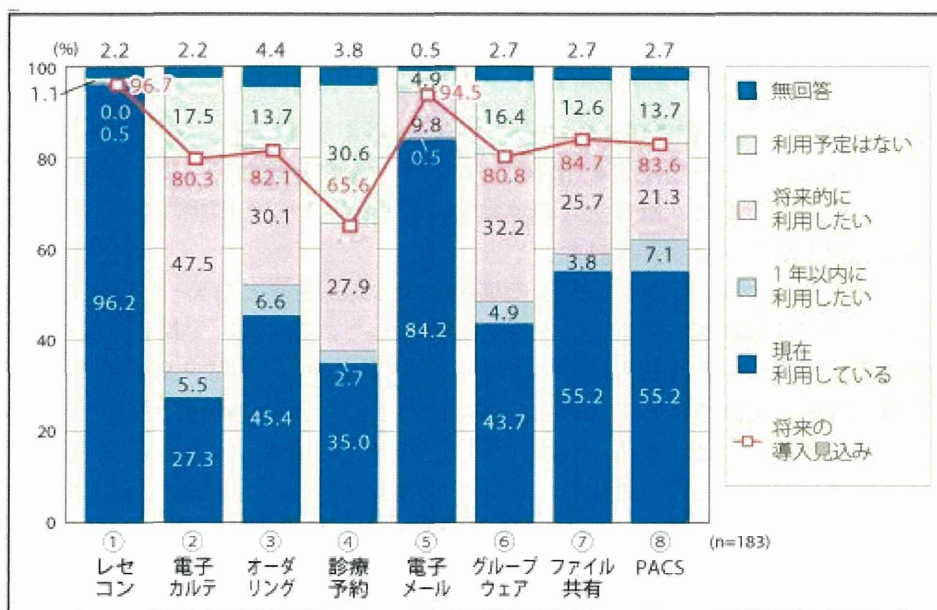
3. 病院グループのシステム展開と課題

厚生労働省によると、医療機関等の投資は年度によって変動が大きいながらも、建物、医療情報システム、歯科用機器、調剤用機器、車両などの投資の比率が高いという報告がされている⁸。特に医療情報システムは、電子カルテの大規模病院（400床以上）での普及が60%を超え、今後新規案件は減少傾向に転じるものの、2005年以前に導入した病院へのリプレイス市場が今後伸び、大きなウェイトを占めると言われている⁹。

株式会社日経BPコンサルティングによる病院、診療所を対象に実施した調査（2011年実施）では、医事会計システムや電子メールなどの情報システムの導入は進んでいるが、電子カルテなどの普及はこれからということが明らかとなった。全般的には病院IT化に対する関心度は高く急速に進展するものと考えられる一方で、小規模（20～99床）、中規模（100～399床）病院のIT化はシステムの導入・運営をする人材と資金の確保が課題となり大規模病院に比べ遅れているとされている¹⁰。

中規模病院での情報システム導入状況を見ると、医事課会計システム（レセコン）は96.2%の施設が導入しているが、電子カルテシステムになると27.3%と低調になっている。（図2-6参照）

< 図2-6 > 中規模病院（100～399床）での情報システム導入状況



出典：株式会社日経BP社「日本の医療現場を変革する医療ITの新たな形を提案」（2012年）

⁸ 「医療機関等の設備投資に関する調査の概要」 中医協 総-2-2 25. 9. 25)

⁹ 株式会社IBM「“電子カルテ”最前線」 <http://www-06.ibm.com/businesscenter/jp/medical/> (2014年2月21日アクセス)

¹⁰ 株式会社日経BP社「日本の医療現場を変革する医療ITの新たな形を提案」 <http://special.nikkeibp.co.jp/ts/article/aa0c/108556/> (2014年3月7日アクセス)

表 2-3 は TMG グループ 25 病院の情報システム導入状況を表したものである。

＜ 表 2-3 ＞ TMG グループ病院 情報システム導入状況

| | | | | |
|---|---------|--------|---------|---------------------------|
| ① | レセコン | (25/25 | 100.0%) | |
| ② | 電子カルテ | (4/25 | 16.0%) | ※ その他 3 クリニックで導入 |
| ③ | オーダーリング | (9/25 | 36.0%) | |
| ④ | 予約診療 | (0/25 | 0.0%) | ※ 1 クリニックで導入 |
| ⑤ | 電子メール | (25/25 | 100.0%) | |
| ⑥ | グループウェア | (25/25 | 100.0%) | |
| ⑦ | ファイル共有 | (25/25 | 100.0%) | |
| ⑧ | P A C S | (19/25 | 76.0%) | ※ その他 1 健診センター、5 クリニックで導入 |

筆者作成

レセコン導入は全ての病院で実施されているが、電子カルテ、オーダーリングシステムといった医師周辺の環境整備は日経 B P 社の調査結果よりも下回っている。来年度には基幹病院である戸田中央総合病院で電子カルテの導入が計画されているが、グループとして環境整備に課題を残している。電子メール、グループウェア、ファイル共有に関しては、グループ運営の基盤として 7 年前に全施設に整備した。

P A C S¹¹に関してはひとつの特徴を持っている。平成 22 年より「TMG P A C S プロジェクト」として 2 年をかけて実施し、グループ限定を条件としたクラウド化で整備をした。現在では急性期病院全てが導入を完了している。また、MS 法人の運営する読影センターとの接続を可能にしたことにより読影速度、精度の向上が大きな改善を見た。

この導入状況から分かることは、情報システムの環境整備は本部主導となる「グループ運営」が優位に立ち、現場である病院は遅れがちであるということであった。これは、TMG グループだけの傾向ではないと推測する。情報システム導入に限らず殆どの「病院運用」に関する整備事業は、本部主導ではなく現場主導で計画、実施されることから、各施設の運営状況や診療報酬改定等病院が置かれる医療環境に大きく左右されることになる。グループ傘下の病院とは言え、各施設は単独での健全経営（黒字化、予算達成等）が求められ、投資案件に関して計画性を持った展開以上に対費用効果又は採算性等が大きな判断基準となっている。（表 2-4 参照）

それに対して、山田氏によれば「グループ運営」の為のシステム導入は多くの病院グループが行っているとのことである。グループのスケールメリットを最大限引き出すことを目的に導入され、経営指標に利用されている。

導入実績等実数の把握はできていないが、経験上以下のシステムが多くの病院グループで活用されていると思われる。

- ・ 人事、給与システム
- ・ 経理システム
- ・ 業務（係数）管理システム
- ・ 物流管理システム

中でも、人事、給与及び経理システムは重要な役割を示している。

¹¹P A C S とは、医療用画像管理システム (Picture Archiving and Communication System) の略。CR、CT、MRI といった画像撮影装置（モダリティ）から受信した画像データを保管、閲覧、管理することを目的とする。

＜表 2-4＞ TMGグループ平成 24 年度コミットメント

| 項目 | H23実績 | H24コミットメント | |
|-------------------|--------|------------|-------|
| 病床稼働率(急性期) | 93.5% | 93%以上 | |
| 病床稼働率(ケアミックス・急性期) | 91.6% | 93%以上 | |
| 病床稼働率(ケアミックス・療養型) | 95.7% | 96%以上 | |
| 病床稼働率(産科) | 95.6% | 96%以上 | |
| 病床稼働率(神経内科) | 97.7% | 97%以上 | |
| 病床稼働率(精神科) | 95.3% | 96%以上 | |
| 病床稼働率(老健施設) | 98.3% | 97%以上 | |
| 救急車受入率 | 75.4% | 80%以上 | |
| 救急受入件数 | 2,845件 | 3,000件 | |
| 紹介患者件数 | 5,929件 | 6,000件 | |
| 人工透析稼働率 | 78.8% | 80%以上 | |
| デイケア利用率 | 88.0% | 90%以上 | |
| 医療材料費削減目標 | 2千万円 | 3億円 | |
| 経費(委託費・水道光熱費)削減 | 9千万円 | 2千万円 | |
| 経常利益率 | 全体 | 10.7% | 10%以上 |
| | 急性期 | 9.5% | 7%以上 |
| | 回復期リハ | 15.1% | 13%以上 |
| | 療養型 | 15.1% | 12%以上 |
| | 産科 | 7.9% | 10%以上 |
| | 神経内科 | 23.6% | 15%以上 |
| | 精神科 | 2.8% | 5%以上 |
| | クリニック | 15.0% | 10%以上 |
| | 老健施設 | 9.3% | 10%以上 |
| 健診事業 | -0.1% | 10%以上 | |

出典： 一般社団法人TMG本部

人事、給与システムは、グループの病院等施設に所属する職員の把握と給与等処遇面の公平さを図ることが目的とされ、全施設が統一された就業規則、給与表を活用することでグループへの帰属意識、ロイヤリティ向上に活かしている。しかし、「地方」単位でのグループ展開では統一感が保てるが「全国」規模となると、地域性や経済格差等が生じるためにグループ統一が保てないケースも多くみられ、グループを細分化し管理することを行っているグループもある¹²。

また、グループ運営の要となるのが資金繰りと財務管理である。特に資金繰りを現場である病院等施設で行わせているグループは少ないと推測する。経理システムの導入は病院会計準則に則り、各種財務諸表を一元管理し、且つ金融機関との交渉窓口を一本化することでグループ各病院、施設の財務面の管理強化を図ることを目的としている。資金・財務管理が確立されることで病院における会計課職員の業務も軽減され、金銭的裁量権を現場が持たないことによりリスクも軽減される。

業務管理システムは、主に医業収入等売上の指標、根拠性を司ることを目的に導入されることが多い。近年、急性期病院の多くがDPC制度¹³の対象となっていることから、係数管理をすることでグループ内での比較検討を実施することが通常化されている。山田氏によれば、日本赤十字社では外部病院との比較ではなく赤十字グループ内部での比較が経営戦略のポイントとされている。

¹² 湖山医療福祉グループは「東日本ブロック」と「西日本ブロック」に分けている。

¹³ 「DPC」という呼称については、①診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度を意味する場合と、②患者分類としての診断群分類を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にするべきという指摘があった。本来DPC (Diagnosis Procedure Combination) は②の意味で用いられた略称であり、支払制度の意味は含まれない。このため、支払制度としてのDPC 制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) とすることで平成22年12月16日のDPC 評価分科会において整理された。

厚生労働省「DPC制度 (DPC/PDPS) の概要と基本的な考え方」(中医協 総-3-1 23. 1. 21)

物流システムに関しては、グループ本部以上にMS法人での活用が望まれる。病院における物流管理は「SPD」方式¹⁴が主流と成りつつあり、この方式での一元管理を目的としてシステムが導入されている。病院内での院内流通物品の定数化や欠品、不動態庫等の管理だけではなく、グループ全体での購入量、購入金額を把握することにより購入価格の交渉材料としての活用が可能であり、グループとしてのスケールメリットを最大限に活かすことを目的としたMS法人との連動も進んでいる。

このように情報システムの整備は病院グループの運営には必須なものである。日常的な管理業務だけではなく「グループ」を意識した展開へと発展しているものの、外部との情報システムでの連携は進んでいないことも現実である。

我が国では、内閣府、厚生労働省、総務省、経済産業省が連携をして、情報通信技術を活用した地域連携クリティカルパスや医療から介護まで健康に関わる施設間でのシームレスなデータ共用を可能にする体制を各地に構築するため、具体的な方針を固めてきた。これにより「シームレスな地域連携医療」「どこでもMY病院」といった言葉が生まれてはきたが、成功事例は限られていると思われる。それを見ても地域性、指導性に頼るところが多く、例えば地域唯一の医療提供機関であったり、医師会の強固な指導力の下での展開といった標準化されたものではない、謂わば「特異性による成功」と捉えられている感がある。

TMGグループにおいても、外部との情報システムを活用する病院は存在せず、主要病院グループの殆どをヒアリングしている山田氏からも病院グループと地域との情報システム活用の成功例を聞き出すことができなかつた。近畿地方において、本部主導型で活発に病院運営がなされているグループ傘下の地域支援病院でさえ、使われている情報システムはパッケージソフトの域を脱せず活用頻度も少ないと言われている。

少子“超”高齢社会の到来が約束された日本にとって、疾病を抱えた高齢者への対応、在宅医療を視野に入れた医療の連携は重要課題とされている。2014年度診療報酬改定は2025年問題対応の実務検証になると思われる。医療のグループ化を推奨する流れがある一方、このように重要であるにも関わらず未整備な状況に置かれていることも事実として捉えるべきである。ここまで述べてきたとおり病院グループは地域のニーズに敏感に反応し、対応することで発展を遂げてきている。そして規模の拡張に応じて本部機能を組織し、グループ全体を管理することで更なる成長を遂げてきた。

「グループの各病院、施設がその地で継続的に医療を提供する為には健全経営は絶対である。」

この言葉は筆者が本部運営の中核にいた際、よく使ったフレーズである。戦略、考察の中心は常に“グループ”であり、求める結果は“グループの健全経営”であった。

IT企業の作成する地域包括ケアシステムの概要書を見ると、病院グループと同じように、その展開図の中心には自社システムが必ず書かれている。日本が今まで経験することがなかった少子超高齢社会への対応のポイントは、患者を中心に据えた医療、介護、福祉の展開図にあると思われる。

¹⁴ Supply Processing&Distribution の略。購入物品、滅菌再生物など院内流通物品の管理供給一元化構想プラン。

(参考文献等)

- ・「病院グループ徹底分析 2013年版」株式会社 矢野経済研究所
- ・「2013年度版 医療経営白書“成長産業”としての医療を担う経営戦略」ヘルスケア総合政策研究所
- ・松岡洋子「エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅」

第3章 大学病院の経営と情報システム

聖マリアンナ医科大学 常任理事 小宮 清

1. 大学病院の情報化の動向

(1) 情報化の目的と範囲

大学病院でも一般の病院と同様に情報化の目的は、まず診療面では会計と財務・経理の効率化、オーダーリングや診療情報の共有による病院業務の効率化、診療データ蓄積によるEBMの推進、クリニカル・パス等による診療の標準化と質の評価・向上、情報開示等による透明性と説明責任の強化がまず挙げられる。また、教育面においても電子カルテ、医療デジタル画像等は医学教育、臨床研修の現場で広く活用されており、今後医学教育、専門医教育のグローバル・スタンダード化が推進される中で、さらなる活用と効果が期待されている。また、研究面でも、臨床研究、治験、疫学調査等広範囲の利活用が行われており再生医療等を基軸として基礎研究と臨床研究の融合と高度化が今後図られる中でさらなる活用が期待されている。

(2) 電子カルテとオーダーリング・システムの普及状況

本研究の目的で保健・医療・福祉の地域連携を図る上で、大学病院側の基盤となるのが、電子カルテとオーダーリング・システムである。

株式会社エム・イー・振興会が保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）の協力を得て行った調査結果（表3-1参照）によると、大学病院において電子カルテが導入されている機関は、126病院中98病院77.8%であるが、本院90.0%、分院56.5%と本院に比べると分院の普及率が低い結果となっている。また、オーダーリング・システムの普及率については、全体で95.2%であるが本院97.5%、分院91.3%であり殆ど差がない状況にある。多数の分院を擁する私立医科大学においては、医療情報システムは建築・設備の更新に続く大規模な投資となるため、多くの大学においては、本院にまず新たなシステムを導入し、大学病院に求められる複雑な処理、個別の対応のカスタマイズ部分をクリアしてから、順次分院に移植する方式を取っているものと推測される。

(3) 経営へのシステム利活用

前述の調査によると、まず、オーダーリング・システムの活用による財務・経営管理については、全体で56.3%、本院70.0%、分院32.6%と予想外に低い結果ではあるが、これは多くの大学において、財務・経理については大学の本部の専用システムで処理していることに起因している。また、電子カルテ活用の経営支援機能についても、全体で46.8%、本院57.5%、分院28.3%とオーダーリング・システム活用による財務・経営管理と同程度の普及率であるが、国・公立、私立別にみると国・公立の本院71.4%、私立の本院35.5%と格差が生じている。これは、国立大学間においては経営指標の標準化がある程度進んでおり、データ活用のための環境整備が私立大学より進んでいるためと考えられる。この分野のパッケージについては、主としてメインフレームとは別のサード・パーティを中心に開発されてきており、今後は各大学の経営の可視化によりさらに導入が進むものと思われる。

また、病院のコスト管理の重点項目である、薬剤管理、医療材料管理への活用について見てみると、薬剤管理については、全体で85.7%、本院93.8%、分院71.7%であり、医療材料管理については、

全体で 75.4%、本院 88.8%、分院 52.2%と比較的普及しているが、本院・分院間で格差がある結果となっている。これは、DPC/PDPS との関連性が考えられ、特定機能病院であり DPC/PDPS を適用している本院においては材料コスト適正化のニーズが分院より高いためであろう。

(4) 医療施設間の連携支援システム

全体の導入状況は 38.1%、本院 48.8%、分院 19.6%であり、本来本院以上に地域密着型の医療が求められる分院の普及率が低い結果となっている。現状多くの施設間連携においては、人的ネットワークを背景にした書面のやりとりが主体であり、その一部が電子化されているに過ぎない。しかし、逆紹介時の診療情報提供書では、診療サマリ、看護サマリ等カルテからの引用部分が多く電子化によるメリットが見込める分野である。従って、分院でも今後電子カルテの普及が進めば医療施設間の連携システムも自ずと導入が進むものと思われる。

また、地域医療連携を進める上で基盤となるネットワーク支援ソフトについて、代表的な ID-LINK と Human Bridge の大学病院への導入状況(構築中を含む)について取扱い会社に問い合わせたところ、両製品併せて全体で 35 施設、本院 27 施設、分院 8 施設であり、上記の結果と同様であった。

<表 3-1>大学医学部・医科大学の病院の情報化の状況

| 経営主体 | 本院導入施設数 | 分院導入施設数 | 合計 |
|-------------------|---------|---------|-------|
| 国公立 | 49 | 2 | 51 |
| 私立 | 31 | 44 | 75 |
| 合計 | 80 | 46 | 126 |
| 導入しているシステム・機能 | 本院での導入率 | 分院での導入率 | 合計 |
| 施設間連携システム | 48.8% | 19.6% | 38.1% |
| 電子カルテ・システム | 90.0% | 56.5% | 77.8% |
| 経営支援機能 | 57.5% | 28.3% | 46.8% |
| クリティカルパス | 85.0% | 52.2% | 73.0% |
| オーダリング | 97.5% | 91.3% | 95.2% |
| DPC 適用 | 96.3% | 76.1% | 88.9% |
| 薬剤管理 | 93.8% | 71.7% | 85.7% |
| 医療材料管理 | 88.8% | 52.2% | 75.4% |
| オーダーリング活用の財務・経営管理 | 70.0% | 32.6% | 56.3% |

出典：株式会社エム・イー・振興会「電子カルテ&PACS白書 2013-14年版」2013年より抽出

2. 大学病院の経営と地域医療連携

(1) 地域情報連携参加の背景・目的

大学病院の地域情報連携の背景・目的は、病院の経営主体(国公立、私立)、本院・分院、さらに病院の立地環境と地域から求められる役割によって異なってくるが、共通する事項として以下の事があげられる。

ア.DPC/PDPS と紹介患者制

上記の調査結果によると大学病院の90%弱がDPC/PDPSを適用しているが、病院群のランク付け（Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群）のファクターとなる機能評価係数Ⅱには地域医療指数・体制評価指数が設定されており、脳卒中・がん・救急の連携実績が適宜評価される仕組みとなっている。また、1996年度からスタートした地域医療支援病院については大学の分院の中で承認されるケースが出てきているが、承認要件として紹介率・逆紹介率が厳格に規定されており、紹介元の機関との連携強化が必須となってきた。また、外来患者の絞り込みにより、大学病院側にとっても医師の負担軽減、入院業務の強化がはかれるインセンティブがある。

イ.症例の確保

臨床研究、治験、先進医療を行う上で、適用患者の確保が重要であるが、そのルートを確認するために地域連携が必要となってくる。但し、前述のとおり大学病院により事情が異なってくる。国公立の大学は基本的に本院しか持たず、これらの患者の確保は、主として医師を派遣している関連病院を通して行われているものと思われる。従って、地域への依存度が私立大学に比べて相対的に低いものと推測される。一方、私立大学の本院においても分院からの患者ルートはあるが、救急医療、周産期医療等を通して日頃から地域との連携場面が多く、特定機能病院と地域基幹病院両面からの役割が求められている。これは大都市、地方都市など病院の立地環境によっても事情が異なり、国立の大学病院でも地方都市に立地する場合、実質自治体病院の役目を担っているケースもあり、それらの病院については私立大学病院と同じ状況にある。

ウ.経営の効率化

DPC/PDPSを契機として大学病院を初めとする高度医療機関においては国の進める政策に歩調を合わせ入院診療に重点が置かれてきているが、一方在院日数の短縮を図るため、従来入院中に行ってきた化学療法、画像診断等は外来にシフトされてきている。また、大学病院においては、研究ニーズに対応するため最新の画像診断、核医学診断、放射線治療装置を揃える必要があるが、その整備費用は病院経営上大きな負担となっている。従って、地域連携により機器の稼働率が向上することは、大学病院にとって投資の回収の観点からメリットがある。また、地域機関からの紹介患者は一般の患者より入院確率が高く病床稼働の面からもメリットをもたらしている。私立S大学の分院の調査結果を表3-2に示すが、紹介患者の入院確率は、救急搬送患者とほぼ同等であり、一般の外来患者の約20倍の値を示している。

<表3-2> 私立S大学分院の外来患者の入院確率（平成19年度～21年度の平均値）

| 紹介患者 | 一般外来患者 | 救急ワークイン患者 | 救急搬送患者 |
|-------|--------|-----------|--------|
| 26.7% | 1.4% | 11.4% | 26.1% |

出典：私立S大学内部統計より

(2) 私立大学に求められる二つの情報連携とシステム整備上の手順・タイミング

私立大学が医療連携の情報システム化を進める際には、本院・分院間の連携、各病院と地域機関との連携の2つについて考える必要がある。無論、本院と分院が距離的に離れており患者の利便性からも連携の必然性がないケースも存在するが、上記の二面の連携は、多くの私立大学において共通する課題と言える。その際、議論となるのがシステム整備のタイミングと手順である。まずは、連携サーバの設置・管理の場所としては、システム管理体制上の理由により本院が妥当という結論になりやす