

中小病院のあり方に関する
プロジェクト委員会報告書

平成10年9月

社団法人 全日本病院協会

目 次

はじめに	3
第1章 経 緯	4
第2章 現在の病院種別と医療供給体制	
1. 現在および介護保険導入後の病院種別	5
2. 現在の医療供給体制	7
3. 現在および介護保険導入後の医療／福祉需要の推計	9
4. 今後の医療・福祉需要の推計	10
5. 老人保健施設、特別養護老人ホームへの長期入院患者 の移行および指定介護療養型医療施設、老人保健施設 の平均在院日数の増加	13
6. 問題点	13
第3章 介護保険の概要と導入スケジュール	
1. 介護保険制度の概要	15
2. 介護保険の導入スケジュール	15
3. 問題点	15
第4章 DRG／PPS の概要と導入スケジュール	
1. DRG の概要	20
2. DRG／PPS 導入の影響	21
3. 日本における DRG／PPS の導入の可能性	23
4. 各病院の行うべき対策のまとめ	28
第5章 問題の所在	
1. マクロの視点から	31
2. ミクロの視点から	33
第6章 急性期病院のあり方	
1. 急性期病院の機能	35
2. 急性期病院の要件	35

3. 急性期病院とネットワーク	35
第7章 慢性期病院のあり方	
1. 慢性期病院の機能	38
2. 慢性期病院の要件	38
3. 慢性期病院の方向性	38
4. 急性増悪への対応とターミナルケアの提供	39
第8章 外来機能のあり方とプライマリーケアの確保	
1. 外来機能の分類	40
2. 病院の外来機能	40
第9章 医療の質の確保	
1. 医療の質を評価する手法の開発	41
2. 第三者機関の利用	41
3. 患者満足度、職員満足度の評価	41
4. 医療情報の開示	42
第10章 将来の医療供給体制と診療報酬支払制度	
1. 今後の医療供給体制	43
2. 診療報酬支払制度のあり方	43
第11章 提言および将来への展望	
1. 医療供給体制についての検討組織の設置	45
2. 適切な診療報酬支払制度への移行	45
3. 医療機能の分化の推進と機能に応じた基準の設定	45
4. 指定介護療養型医療施設の医療機能の活用	45
5. 投資環境の整備	46
付表：入院医療の将来構想のモデル	47
おわりに	48
委員名簿	49

〇はじめに

中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会は、医療制度改革・医療保険制度改革・介護保険導入のもたらす影響を検討する目的で会長の諮問により時限で設置された。議論の過程で明らかになったことは、介護保険の導入は単なる制度の改革に止まるものではなく、(社)全日本病院協会(以下、「全日病」という。)としての行動原理、会員の意識の大幅な変革を要求する一連の医療ビッグバンの始まりを告げるものであり、医療人として高い目標を設定してそれを遂行するための努力なくしては国民の信頼を勝ちえることができず市場からの撤退を迫られる状況が現実となりつつあることであった。本報告書では、介護保険の導入、DRG/PPSの導入、急性期病院と慢性期病院の分化、病院と診療所の外来機能の明確化、医療における質の確保など、将来の医療供給体制が進む方向を会員にできるだけ具体的に示すとともに、以下の5つの提言を行っている。

1. 医療供給体制についての検討組織の設置
2. 適切な診療報酬支払制度への移行
3. 医療機能の分化の促進と機能に応じた基準の設定
4. 指定介護療養型医療施設の医療機能の活用
5. 投資環境の整備

この報告書が契機となってこれらの問題についての議論が進展し、あるいは会員が自院の方向性について検討する際にこの報告書が役立つことを期待する。

第1章 経緯

2000年の介護保険導入、および今後予想されるDRG／PPS(Diagnosis Related Group／Prospective Payment System) 導入により、我が国の病院の再編成が加速され、経営の不確定性が増大することが予想される。特に自院を介護保険対応とするか否かの決定は来年度中には行う必要があり、適切な情報を会員病院へ提供し、円滑な意思決定を支援することは全日病の重要な責務である。中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会は、会長の諮問に基づき、既存の医療保険・診療報酬委員会、疾病別医療行為検討委員会、医療制度・税制委員会、介護保険プロジェクト委員会の委員を中心に形成された時限の組織である。その役割は、

1. 将来の医療供給体制を、それぞれの病院種別の役割、要件などを含めて明らかにする
2. 国民医療の量・質の確保の観点から検討すべき課題を明らかにする
3. 国民医療の量・質の確保の観点から全日病として主張すべき事柄を明らかにする
4. 会員病院の将来のあり方についての円滑な意思決定を支援する

ことにある。4については、介護保険導入の影響が大きいと思われる中小病院に特に留意した。委員会の活動状況は以下の通りである。

表1-1. 委員会の活動状況

(平成10年)	
6/19	第1回 会長諮問を受けての議論事項の確認と今後の委員会活動内容の決定。
7/17	第2回 報告書目次案についての検討
7/31	第3回 小山秀夫講師による医療制度改革、医療保険改革、介護保険導入に向けての今後の情勢と病院の方向性についての講演
8/14	第4回 報告書案についての検討
8/29	第5回 報告書案についての検討
9/18	第6回 報告書案についての検討
9/25	第7回 報告書案についての検討

第2章 現在の病院種別と医療供給体制

1. 現在および介護保険導入後の病院種別

現在、および介護保険導入後の病院種別は以下の通りである。現在、医療保険に対応する一般病床は、慢性期医療を行うための療養型病床群、特例許可老人病床、およびその他の一般病床に大別される。一般病床は更に、急性期の高度医療を目的とした特定機能病院、地域医療支援病院、およびそれ以外の病床（以下、「普通病床」という。）に分けられる。普通病床は、急性期、慢性期医療が混在して行われる病床の総称である。専門病院も普通病床に含まれる。本報告書では一般病床以外の病床、すなわち精神科、感染症、結核などの病床は議論の対象としない。また、老人収容施設として老人保健施設、特別養護老人ホームがあり、それぞれ療養費、措置費により賄われている。

介護保険導入後は、老人保健施設、特別養護老人ホームはそれぞれ介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設と名称が変わり介護保険の対象となる。療養型病床群、特例許可老人病床のうち介護力強化病床は、経営者の判断により、原則として病棟を単位として、医療保険に対応した医療保険対応型療養型病床群と、介護保険に対応した指定介護療養型医療施設に分けられる。指定介護療養型医療施設は当初19万床と上限が設けられている。なお、一旦指定介護療養型医療施設となったのちに、医療保険対応型療養型病床群に戻ることは可能である。

以下、便宜上、老人保健施設、特別養護老人ホームは介護保険導入後も、それぞれ老人保健施設、特別養護老人ホームといい、医療保険、介護保険に対応した療養型病床群（介護保険対応では介護力強化病床を含む）を、それぞれ医療保険対応型療養型病床群、指定介護療養型医療施設という。

療養型病床群のうち経過型については2000年3月より新規の参入は禁止される予定である。特例許可老人病床（介護力強化病床を含む）は2003年3月に廃止が予定されている。方向性としては、2000年以降は、療養型病床群の施設基準を満たしたもののみを医療保険における慢性期医療を行う施設とし、この施設基準を満たさないものは、①人員を増員して急性期病床とする、②改築して療養環境を整え慢性期病床（医療保険、介護保険対応を問わず）とする、③廃止する、のいずれかに決定を迫られる可能性が高い。本来、急性期医療、慢性期医療は医療の活動状況を表わ

し、施設基準とは別個の概念であるが、慢性期医療においては一定の施設基準が要件になると思われる。

表 2 - 1 . 病院の種別と特徴

現 在	介護保険導入後
一般病床（医療保険対応） その他の一般病床 特定機能病院…………… 地域医療支援病院…………… 普通病床…………… 療養型病床群、特例許可老人病床…………… ……………	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">〔医 療 保 険 対 応〕</p> <p>・特定機能病院 急性期</p> <p>・地域医療支援病院 急性期</p> <p>・普通病床 急性期／慢性期</p> <p>・医療保険対応型療養型 病床群 慢性期</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>・指定介護療養型医療施設 介護</p> </div>
特別養護老人ホーム（措置対応）…………… 老人保健施設（療養費対応）……………	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>・指定介護老人福祉施設 介護</p> <p>・介護老人保健施設 介護</p> <p style="text-align: center;">〔介 護 保 険 対 応〕</p> </div>

2. 現在の医療供給体制

現在の病院種別と医療機能を表2-2に示す。我が国の医療供給の特徴としては、

(1) 病院種別と医療機能の対応が十分ではなく病院の機能分化が進んでいない。

- 1) 特定機能病院、地域医療支援病院では、急性期入院医療が主体となることが期待されるが、実際には慢性期に属する患者が入院するなど平均在院日数は米国などと比較して長い。また外来部門においてもプライマリーケアに属する患者が多くを占めている。
- 2) 一般病院には多くのヴァリエーションがあり、急性期または慢性期医療を中心としたもの、入院と外来の比重など一律に区分することは困難である。
- 3) 療養型病床群、特例許可老人病床は、医療機能との関係が最も明らかな病院種別である。今後、介護保険導入に伴い、特例許可老人病床はより療養環境の優れた療養型病床群へ誘導・統合が図られる予定である。なお療養型病床群は、現状通り医療保険に対応したものと、介護保険に対応した指定介護療養型医療施設に分化する予定である。
- 4) 専門病院は、特定領域に関して高度な医療を行う病院をいう。専門領域について急性期から慢性期まで病院内で完結して医療が行われることが多い。

(2) 外来機能のうちプライマリーケアについては病院種別に関係なく行われている。

外来機能の分化を促進するために行われた、特定機能病院など紹介なしで受診する場合の料金徴集などの経済的インセンティブに関わらず、依然として外来部門の機能分化は進んでいない。プライマリーケアは多くの病院種別で行われており、病院経営上重要な位置を占めている。

これは医療の効率的供給を妨げるものであるとして是正すべきであるという見解が従来とられてきたが、アクセスを含めたプライマリーケアの充実が我が国の医療の優れた点でもある。今後、特定機能病院、地域医療支援病院については、医療の効率的供給の観点から外来受診に一定の制限を加えることは合理的理由を有すると思われるが、一般病院についてはむしろ外来部門の拡充、療養型病床群、特例許可老人病床を有する病院においても外来部門、特に在宅医療部門の拡充を図るべきで

あると思われる。

(3) 健康増進、予防活動における病院の位置付けが不明瞭であり、また診療報酬上もこれを積極的に行うようなインセンティブが働いていない。

表 2-2. 病院種別と主な医療機能

	特定機能病院 地域医療支援病院	一般病院 (普通病床)	療養型病床群 特例許可老人病床	専門病院
入院医療				
急性期	◎	○	×	○
慢性期	○	○	◎	○
外来医療				
専門的疾患	○	○	×	○
プライマリケア	○	○	○	×
在宅医療	×	○	○	×
健康増進／予防	△	△	△	△

3. 現在および介護保険導入後の医療／福祉需要の推計

表2-3では、現在の病院種別毎の病床数、利用率、平均在院日数などの基礎的な統計を示す。1996年現在の一般病床126.3万床のうち、特例許可老人病床および療養型病床群は21.5万床で、大部分はその他の一般病床である。平均在院日数は前者で152.6日、後者は33.5日、利用率は前者で91.7%、後方で83.0%である。この数値を基に、年間の患者延数、および年間新規入院・入所者数を求めた。同様に特別養護老人ホーム、老人保健施設でも病床数、利用率、平均在院日数から年間の患者延数、および年間新規入院・入所者数を求めた。

表2-3. 1996年現在の医療／福祉サービスの供給状況

	病床数 (万)	利用率 (%)	平均在院 日数 (日)	延数 (100万人 ・日)	年間新規入院・ 入所者数 (千人)
(医療施設)					
一般病床	126.3	83.0	33.5	382.6	9949.2
療養型病床群	3.8	91.7	152.6	12.7	83.1
特例許可老人病棟*	17.7	91.7	152.6	59.2	388.0
その他一般病床	104.8	83.0	33.5	317.5	9478.1
(福祉施設)					
特別養護老人ホーム	24.9	99.6	1995.0	90.5	45.4
老人保健施設	14.7	77.7	108.7	41.8	384.2
合 計				521.7	10378.8

*特例許可老人病床は利用可能データがないために、療養型病床群と利用率、平均在院日数は同じと仮定した。

4. 今後の医療・福祉需要の推計

表2-4. に要介護老人数（寝たきり+要介護の痴呆性）の推計を示す。

表2-4. 要介護老人数の推計

年	1995	2000	2010
要介護老年人口（万人）	115	140	200
老年人口割合（%）	14.5	17.2	22.0
医療／福祉施設利用需要 （新規入院・入所者、千人）	10379	10717	11530
うち医療保険対応	9950 (95.9%)	9517 (88.8%)	10239 (88.8%)
急性期病床	9478	—	—
慢性期病床	471	—	—
うち介護保険対応	430 (4.1%)	1200 (11.2%)	1291 (11.2%)
指定介護療養型医療施設	0	417	508
特別養護老人ホーム	430	783	783
および老人保健施設			

注意)

- 1) 要援護=要介護+虚弱
- 2) 出典：厚生白書より
- 3) X年における医療／福祉施設利用需要 (X) =1995年の医療／福祉施設利用需要x (0.15xX年の要介護老人／1995年の要介護老人+0.85)

2000年には介護保険導入に伴い、現在、医療／福祉施設利用需要のうち4.1%を占めている福祉施設の収容割合（新規入院・入所者のうち介護保険対応者の割合）は11.2%まで増加する。その増加は、特別養護老人ホームおよび老人保健施設の新設、指定介護療養型医療施設の新設・一般病床よりの転換によりまかなわれる。

医療／福祉施設利用需要は2000年から2010年までに81.3万人（新規入院・入所者／年間）、7.6%増加する。2010年においても医療保険、介護保険のシェアが2000年と同じであると仮定すると、2010年では医療保険では1023.9万人（新規入院・入所者／年間）、介護保険では129.1万人（新規入院・入所者／年間）の需要が生じる。

医療保険に対する需要をまかなうために必要な病床数は平均在院日数、急性期・慢性期の病床比率で異なる。一般に、利用率が高いほど、平均在院日数が短いほど、また急性期病床の占める割合が高いほど、必要な病床数は減少する。表2-5は平均在院日数により必要な病床数が異なることを示す。例えば、急性期・慢性期病床の平均在院日数がそれぞれ33.5日、152.6日とした場合の、2000年における必要病床数は、急性期103万、慢性期10万の合計113万床となり、急性期を100万床と仮定すれば慢性期は20万床必要となり合計120万床となる。

表 2 - 5. 必要病床数の推計

1) 急性期病床の平均在院日数：33.5日、慢性期病床の平均在院日数：152.6日 (1996年と同じ) の場合				
2000年／2010年の需要に基づいた必要病床数				
急性期病床 (万)	103／111	100／108	98／106	96／103
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	113／121	120／128	128／136	136／143
2) 急性期病床の平均在院日数：28日、慢性期病床の平均在院日数：90日の場合				
2000年／2010年の需要に基づいた必要病床数				
急性期病床 (万)	85／91	81／88	78／84	74／81
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	95／101	101／108	108／114	114／121
3) 急性期病床の平均在院日数：21日、慢性期病床の平均在院日数：90日の場合				
2000年／2010年の需要に基づいた必要病床数				
急性期病床 (万)	63／68	61／66	58／63	56／61
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	73／78	81／86	88／93	96／101
4) 急性期病床の平均在院日数：14日、慢性期病床の平均在院日数：90日の場合				
2000年／2010年の需要に基づいた必要病床数				
急性期病床 (万)	42／46	41／44	39／42	37／40
慢性期病床 (万)	10	20	30	40
合 計 (万)	52／56	61／66	69／72	77／80

注) 病床利用率は急性期病床83%、慢性期病床92%として計算した。

現在126万床ある一般病床のうち、最大19万床が指定介護療養型医療施設に移行する。従って、表 2 - 5 の必要病床数の推計で、107万床以下の場合には、実質的な病床数の減少を生じる。

5. 老人保健施設、特別養護老人ホームへの長期入院患者の移行および指定介護療養型医療施設、老人保健施設の平均在院日数の増加

介護保険導入、新ゴールドプラン達成にともない、現行の老人保健施設、特別養護老人ホームの収容人員の大幅な拡大が行われ、現在医療機関に収容されている長期入院患者の前2者への移動が期待される。しかしながら、療養型病床群などの医療機関と比較して、前2者の医療機能は極めて限られており、このような患者の移動がスムーズに行われるか否かは疑問がある。介護保険導入後、現在医療機関に入院している患者の多くは、介護保険対応施設のうち比較的医療サービス提供機能に優れた指定介護療養型医療施設への入所を希望し、一時的な指定介護療養型医療施設の不足、老人保健施設、特別養護老人ホームの利用率低下が生じる可能性がある。

現行では、老人保健施設は病院より家庭に戻るまでの一時的な滞在施設として位置付けられ、また療養型病床群は慢性期医療サービスを提供する施設としてそれぞれ位置付けられており、平均在院日数はそれぞれ108.7日、152.6日である。介護保険導入にともない、これら施設の長期収容施設化が進行した場合には、平均在院日数の延長が生じ、必要病床数の増大を生じる。

2000年以降2010年までの介護保険に対する需要の増分を全て指定介護療養型医療施設でまかなうと仮定した場合、利用率91.7%、平均在院日数152.6日として新たに4.2万床が必要である。平均在院日数の延長が生じた場合には、必要病床数は更に増大する。

6. 問題点

- (1) 介護保険導入にともない、新ゴールドプランに占める諸施設の整備が促進されることが期待される。しかしながら、介護保険対応の老人保健施設、特別養護老人ホームの医療サービス提供機能は極めて限られており、現在医療機関に長期入院中の患者が前2機関へスムーズに移行できるかどうかは疑問であり、多くの患者は指定介護療養型医療施設への入所を希望すると思われる。既存の医療施設などを活用した医療サービス提供機能に優れた指定介護療養型医療施設の優先的な整備が検討される必要がある。

- (2) 指定介護療養型医療施設は2000年に19万床整備される予定であるが、病院長期入院患者のスムーズな移行、平均在院日数の延長、2000年以降の需要増大を考慮すると、更に病床数の拡充が必要である。
- (3) 一般病床の必要数は、平均在院日数、急性期・慢性期の病床比率で異なる。今後、介護保険導入に伴う医療需要から介護需要への需要のシフト、診療報酬制度の変更に伴う平均在院日数の短縮にともない、病床数としては減少すると思われる。
- (4) 外来医療機能は病院種別とは独立して機能しており、特に中小規模の病院の行う外来機能は我が国のプライマリーケアの特徴である優れたアクセスを維持する上で重要である。今後、病院の介護保険対応施設への転換にともなう減少、一般病床数の減少にともない、プライマリーケアが損なわれることのないよう留意しなければならない。

第3章 介護保険の概要と導入スケジュール

1. 介護保険制度の概要

- (1) 2000年4月の制度実施にむけて準備が進んでいる。
- (2) 2000年の要介護者等は280万人と予想されている。そのうち施設入所可能な要介護者は140万人程度が予想されており、入所施設として介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が29万床、介護老人保健施設（老人保健施設）が28万床、介護療養型医療施設19万床があてられる。
- (3) 総介護費用は、当初4.2兆円位と予想されている。

2. 介護保険の導入スケジュール

- (1) 1998年8月頃から各市町村における要介護老人の人員把握作業及び介護サービスの供給量の把握作業始まる。各県の療養型病床群の必要量が決められる。
- (2) 1998年9月より介護支援専門員（ケアマネージャー）試験開始。
- (3) 1999年4月より介護サービス実施事業者の指定作業開始される。
- (4) 1999年10月より要介護認定作業始まる。
- (5) 1999年12月以降に介護報酬が決定される。
- (6) 2000年4月 実施。

3. 問題点

(1) 介護サービス網の不備

居宅介護サービス受給者が70%を越えることが予想される中で、ホームヘルパー不足、ケアマネージャー不足及び技術不足、特に過疎地でのサービス不足が予想される。また、東京など都市部での施設サービス整備の遅れが見られる。

(2) 介護マンパワー不足

280万人の要介護者等の介護サービスを担うマンパワーをどのように教育養成しサービス量を確保するかが重要な課題である。

良質なケアマネージャー、看護婦、介護員、ホームヘルパー等を集めるには魅力的な職場でなければならない。介護報酬の水準は良質な人材確保の観点から極めて重要である。

(3) 認定審査業務の遅れ

認定審査業務を280万人に年2回、また臨時の認定を考えると700万～1000万回／年の認定審査が予想され、それに対してケアマネージャー及び認定審査チームづくり等が急を要する。さらには利用者からの不服、苦情も多くなることが予想されるが、これに対する体制整備を急ぐ必要がある。

(4) 介護報酬の問題

居宅介護も施設介護も介護度によって介護報酬は決定される。居宅介護には6段階（要支援・要介護1～5）の要介護状態区分が設けられ、施設介護には5段階（介護度1～5）が設けられる。介護報酬は、最終的には2000年初めに決まると考えられる。

介護報酬算定にあたってはホームヘルパーの1時間の料金が基本になると考えられる。療養型病床群では介護保険対応への移行により、施設収入にどのような影響が生じるかが不明である。各施設の収入は、平均要介護度および介護報酬によって決定される。各施設の平均要介護度は現状でも施設独自に求めることは可能である。

(5) 指定介護療養型医療施設の今後

指定介護療養型医療施設としては、療養型病床群（病院・診療所）、老人性痴呆疾患療養病棟、介護力強化病床が予定されており、介護力強化病床は2003年3月で廃止が予定されている。また、療養型病床群として、診療所の参入も予想される。さらには、一般病床からの参入が予定されている。経過型の療養型病床群は2000年3月で参入禁止が予定されている。各県毎に介護病床数の定数も決められる。現在入院中の患者でも2000年4月以降は要介護度1～5と認定されなければ入院できず、要介護度が軽いと低い介護報酬となることが予測される。また、居宅の要支援者が急性増悪して入院が必要になっても介護病床には入院できない。

(6) 病院、診療所の取り組みの遅れ、認識の遅れ

現状では、病院、診療所の介護保険についての認識は一般に低く、取り組みは遅れている。タイムスケジュールからも明らかなように、280万人の要介護者等に対して「かかりつけ医」として何をするのか。また、ケアマネージャーは何をするのか、病院として介護保険制度にどう参加をするのかを今決定しなければならない。全日病の会員病院で介護病床を持つならば療養型の規準を満たす必要があり、ケアマネージャーの養成、在宅サービスの提供、また要介護者等の急性増悪に対応するための医療保険対応の病床も整備する必要がある。

(7) 全日病としての課題

以下では介護保険導入までに全日病として検討されるべき課題・問題点を挙げる。

1) 指定介護療養型医療施設になれるのか？

指定介護療養型医療施設となるには、現在の療養型病床群の施設・人員基準を満たし、かつ各県毎に設定される上限ベッド数の範囲内でなければならない（2000年には全国合計で19万床）。介護保険対応への移行は、自院における患者の要介護度の評価、施設・人員基準の評価に基づき、できるだけ早期に行うことが進められる。また、要介護老人が長期間入院している一般病床、特例許可老人病床、介護力強化病床を有している病院で、療養型病床群の基準を満たさない病院にどのような情報と指針を与えていくかが検討されなければならない。

2) 平均在院日数の短縮

2000年以降、一般病床ではDRG／PPSの導入、要介護者の指定介護療養型医療施設への入所により平均在院日数の短縮が予想される。これに対応した病院のハード、ソフト面での体制作りは急務である。

3) 要支援者の急性増悪

指定介護療養型医療施設は介護保険導入後、居宅での要支援者に対する支援を中心になって行うことが期待される。しかしながら、現行制度では急性増悪した要支

援者を介護病床を用いて入所させることはできず、他病院または自院での医療保険病床を用いて入院させなければならない。医療の継続性、利用者の利便、費用などの観点から、要支援者の急性増悪の取り扱いが検討される必要がある。

4) 指定介護療養型医療施設入所者の急性増悪、ターミナルケアの提供

指定介護療養型医療施設における介護報酬は未だ決定されてはいないが、低い水準に決められた場合には、医療サービスの提供が事実上困難になる。指定介護療養型医療施設入所者では長期間の入所中に急性増悪あるいは終末期を迎えることも予想される。本来、療養型病床群と同じ施設・人員基準を満たしている指定介護療養型医療施設では相当程度の医療サービスの提供が可能で入所者の急性増悪あるいはターミナルケアの提供も可能であると思われるが、介護報酬上の制約から提供できる医療サービスが制限され、医療の継続性、利用者の利便が損なわれ、かつより高コストの一般病床への転病棟・転院を強いられることは望ましくない。療養型病床での急性増悪、ターミナルケアの提供についてどのように対応するのかが検討される必要がある。特に、要介護患者の急性増悪、ターミナルケアは一般病院のハードウェアで対応できるのか、また、リハビリテーション機能、生活支援機能をどうするのかを検討される必要がある。

5) 介護施設の住み分け

介護施設としては、特別養護老人ホーム、老人保健施設、指定介護療養型医療施設が予定されている。これらは設立の目的も機能も異なっており、後者は特に医療サービスの提供機能に優れている。4) で述べたように、指定介護療養型医療施設が、入所者の急性増悪、ターミナルケアの提供が実質的にできないで、転病棟・転院を強いられるならば、将来的には介護施設の一元化が促進されることが予想される。介護施設本来の機能を見捨てた一元化は利用者の立場からは好ましいものではない。指定介護療養型医療施設は、その優れた医療サービス提供能力を生かして、医療サービスに対する必要度の相対的に高い要介護者を対象として整備される必要がある。先に述べた要支援者・介護者の急性増悪、ターミナルケアの提供の他にも、リハビリテーション機能は指定介護療養型医療施設に特に期待される医療サービスである。

6) 医療保険での長期療養病床の必要性の検討

介護保険導入によりこれまで長期入院をしていた患者の振り分けが可能になる。介護よりも医療サービスが引き続き必要と思われる患者について、

(ア) 長期入院が必要な疾患の整理

(イ) 長期入院患者にどんな医療マンパワーが必要かの提言を行う必要がある。

7) 施設の住み分けと適切な診療・介護報酬体系の提言

上記論点を整理し、利用者の立場に立った各施設の機能区分を明確にし、提供するサービスに見合った報酬体系を考え、提言する必要がある。

第4章 DRG/PPSの概要と導入スケジュール

1. DRGの概要

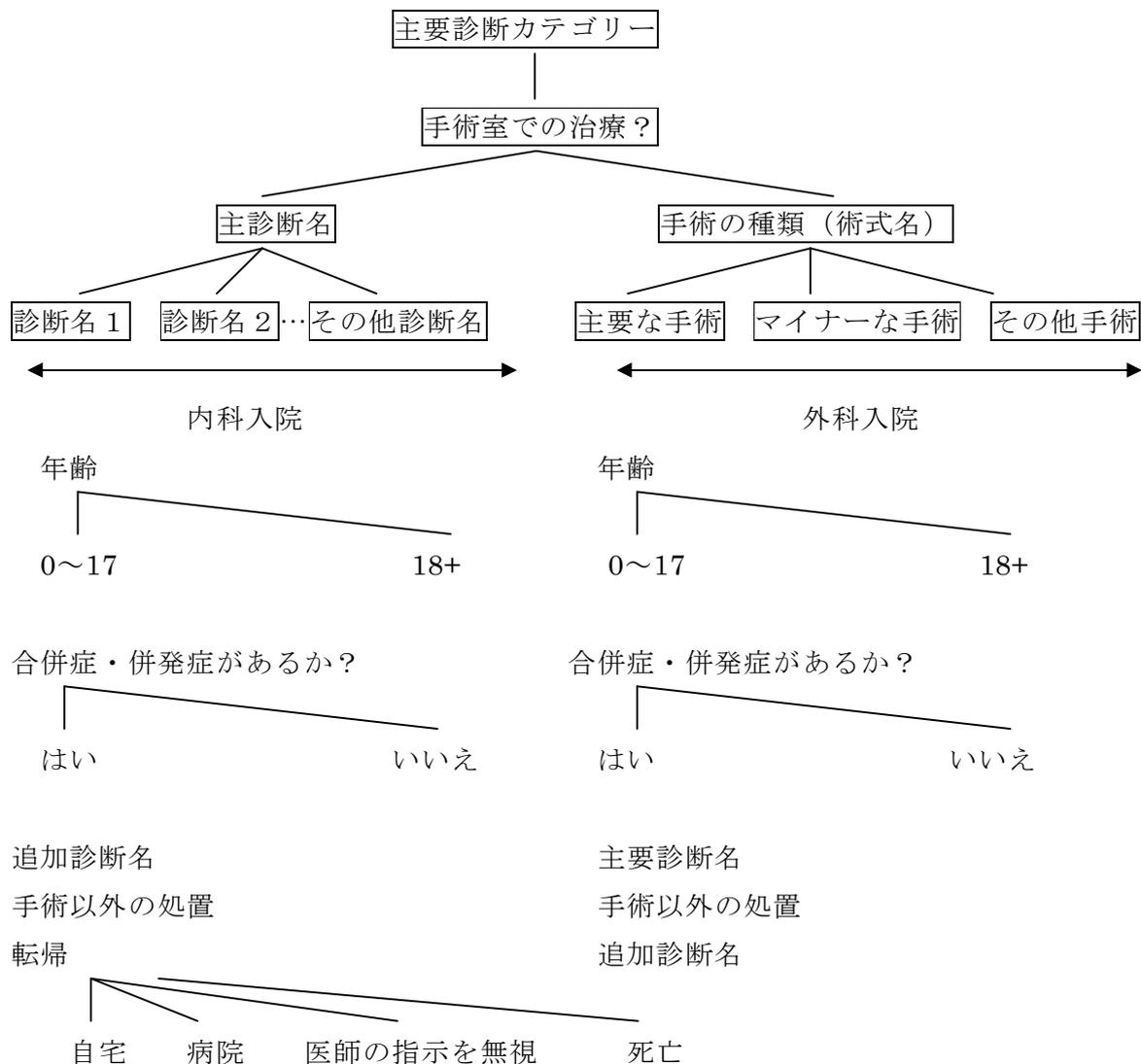
DRG(Diagnosis Related Group)とは、国際疾病分類を医療資源の必要な度合に応じて500程度の診断名/手術名に再分類したものであり、病院運営管理のマネジメントツールとして開発された。各DRG項目(グルーパー)に対してあらかじめ決められた一定金額を診療報酬として支払うPPS(Prospective Payment System)を併せて用いる場合にDRG/PPSといい、我が国においても導入が検討されている。DRG本来の目的は、産業界における生産性向上の考えを、医療界でも行うための手法を開発することにあつた。一定の疾病群ごとにマンパワー・薬剤・医療材料・入院日数・コスト等のデータを収集し分析することにより、院内外・国別などの比較をすることで各医療機関の無駄をみつけ、改善点を明らかにし、生産性を上げるというように、マネジメントに利用するものである。実際には図4-1のように基本診断名、手術、合併症・併発症、年齢、転帰等を利用してグルーパーが決められる。

DRG/PPSは米国において開発され、各国で導入され、あるいは導入が検討されている。現在、米国では急性期(24時間集中治療を必要とする期間をいう)医療において用いられている。DRG/PPSの問題点としては、

- (1) グルーパーは医療資源の必要度に応じて決められており、患者の重症度の反映が不十分で、実際のケアの適切度の評価がない
- (2) 患者が多くの病態を持つ場合に不適當
- (3) これのみでは医療の質の管理には必ずしも役立たない

ことが指摘されている。

図 4-1. 主要診断カテゴリーの中でのDRG分類



2. DRG/PPS導入の影響

DRGはPPSの考え方が加わって始めて「疾病群別包括支払い方式」となる。DRG/PPSは各々のグルーパーに対してあらかじめ決められた金額が支払われる診療報酬支払いのシステムであり、米国において1983年にメディケア、メディケイドの支払い方式に導入され、現在ではマネージドケアにおける標準的な診療報酬支払い方式となっている。

DRG/PPSはフランス、ドイツ、オランダ、スペイン、ポルトガル、アイルランド、ベルギー、スウェーデン、ノルウェーなどのヨーロッパ諸国やオーストラリア、ニュージーランド、カナダなどで診療報酬支払い方式や医療の質の評価、医療資源の利用状況の評価等に利用されているほか、韓国、台湾、シンガポールなどアジア諸国でも導入が検討されている。

米国におけるDRG/PPSの実際の支払いの方法は以下の通りである。

$$\begin{aligned} \text{支払金額} &= [\text{連邦標準価格(人件費分)} \times \text{地域賃金係数} \\ &\quad + \text{連邦標準価格(非人件費分)}] \times \text{DRG係数} \\ &\quad + \text{付加的支払額(教育費用など)} \\ &= \text{地域差を考慮したベースレート} \times \text{DRG係数} \\ &\quad + \text{付加的支払額(教育費用など)} \end{aligned}$$

米国でDRG/PPSを導入した結果、以下の影響が生じたことが指摘されている。

- (1) 医療費の伸び率の鈍化
- (2) 無保険者の減少
- (3) 平均在院日数の短縮
- (4) 病院数、病床数、病床利用率の減少
- (5) 入院患者の重症度の増加
- (6) ナーシングホーム (skilled care facility) への転院、在宅ケア、外来比率、日帰り手術、ICU・CCU利用率の増加。亜急性期病棟・病院の出現。
- (7) 退院後6週間以内の死亡率は変化なし
- (8) 再入院率の微増
- (9) 病院毎の治療水準の明確化が求められた結果、治療方法の標準化の促進
- (10) 医療訴訟の減少

総体として、医療サービスの標準化の進行と、マーケティング発想中心からコスト管理中心のマネジメント手法に大きく変革した。

3. 日本におけるDRG/PPSの導入の可能性

(1) 最近の報道

1997年

4月	厚生省 西山企画官	診療報酬の評価項目を基本に日本版DRG方式を探る。 米と異なる手法で在院日数を短縮化できる点数評価とする。
6月	連合 日病学会	診療所：定額方式、GPの採用と人頭払い 病院：DRG/PPS 急性期病院の包括化容認
7月	日医 与党協 日医総研	4～5年かけて医療コストの調査を DRG/PPSは中長期的検討課題 独自の診療報酬支払理論構築開始
8月	厚生省	「急性疾患の外来・入院は出来高制、一定期間後は 定額制、定形型疾患は一件毎定額制」
10月	全日病	アンケート調査にてDRG、DRG/PPSの認識度は4割 程度

1998年

2月	日医	「DRG/PPS等に代表される米国方式の導入に坪井会長 反発」
3月	医療経済研究機構	米国のAP(all patients)-DRGを基本にした日本固有の 疾病分類の開発を提案
4月	日医 日医 菅谷常任理事	DRGは支払い方式のためではなく病院のパフォーマンス 指標として活用すべし 定額払いを牽制、今後も出来高払いの堅持
5月	厚生省	定額払い試行へ厚生省検討委員会が診断群分類第1次試案 試行に関する包括化の範囲と支払方法の具体案を提示した。 1) 検査、画像診断、投薬、注射、一部の処置、特定 保険医療材料のみを包括(ただし、各種判断料は 除く) ⇒ 第1案 2) 医師技術料を除きすべて包括 ⇒ 第2案 3) 技術料、物代を含めてすべて包括 ⇒ 第3案

5月	医福審 制度企画部会	慢性期は包括、急性期は出来高を原則として、出来高と包括を組み合わせる点で概ね一致。
6月	厚生省保険局	<p>中医協診療報酬基本問題小委員会に、国立病院等における急性期入院医療の定額払い方式の試行で使用する診断群分類の修正案を提示。251分類～183分類に絞り込まれ医師の技術料を除きすべてを包括する(第2案)方向を明示。</p> <p>急性期入院医療定額払い試行案(①～⑦を包含)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①入院料(入院環境料・看護料・入院時医学管理料) ②検査 ③画像診断 ④投薬 ⑤注射 ⑥1000点未満の処置 ⑦特定保険医療材料 <p>診療報酬点数は、相対係数(当該分類の平均点数を全診断群分類の平均点数で除して求める)に基本償還額(ベースレート)をかけて決める方法を採用する。</p> <p>ベースレートは平均的医療費を示す、相対係数が1.00になる場合での点数で設定する。</p> <p>診断群183分類に該当する患者データは15,822件で、調査対象患者の50%になる。</p>
6月	健保連 下村副会長	診療報酬体系は疾病別定額払方式を積極的に活用
9月	日経連	当面疾病別包括支払方式を導入し将来総額請負制への移行を提案
	中医協	急性期入院医療の定額払い施行を国立病院・社会保険病院の10病院にて11月1日より行うことを決定。試行期間を5年間とすることも実施要綱に盛り込まれた。今回はベースレートを3万8803点とし、初診料など技術料にあたる点数は出来高で算定。

以上をまとめると最近の報道からは、

財界：	定額制の導入
健保連・労働界：	定額制～総額請負制の導入
日本医師会：	急性期出来高・慢性期定額
厚生省：	原価計算のない日本版定額制

を主張していることがうかがえる。

(2) 導入の課題と対策

日本における米国版 DRG/PPS 導入の必要条件是以下の通りである。

- 1) 国際疾病分類の導入
- 2) 原価の調査
- 3) ドクターフィーの明確化
- 4) 治療のスタンダードと価格の決定
- 5) 「医療の質の評価」システムの確立
- 6) 医療供給体制の再構築

いずれも日本においては一部でしか試みられていない事項であり、これらの条件を満たすには「今こそ日本の医療全体を見直す為に大きな改革を行うという強い信念と一定の期間」が要求される。各々の条件に対する対策と問題点を挙げながら全日病としての考え方を示す。

1) 国際疾病分類の導入

現在の診療録管理における病名付けは、多くの病院が診療報酬にあわせた形で行っているため、疾病調査や他施設との比較がほとんど不可能である。ICD（国際疾病分類）は、疾病・処置分類の統一化を図り、国際比較を可能にするために WHO により開発され各国で採用されている。現在、ICD10 が開発されているが、処置コードである ICD10-CM は開発中である。現状では、世界的にもっとも広く用いられていること、日本語バージョンの完成が近いこと、ICD9-CM から 10-CM への変

換がコンピュータソフトの開発により比較的容易であることから、日本では ICD9-CM でスタートすべきである。

ICD の導入・普及にはコーダーの養成が不可欠であるが、現在、日本病院会、日本診療録管理学会が行っている診療情報管理士の養成課程ではコーディングについてのカリキュラムが不十分であり、全日病独自の講習会を 1998 年 10 月より行う予定である。

2) 原価の調査

米国では DRG を開発するにあたって、1400 万症例のデータを用いて現在の基本となる分類が作成され、ほぼ毎年改訂が行われている。日本でもこれまで医療経済研究機構の 17 病院 12 万症例の調査、厚生省の国立病院約 3 万症例の調査があるが圧倒的にデータ不足は否めない。

現在、疾病別医療行為検討委員会が協力する形で経済企画庁の企画した詳細・簡易調査が開始されている。また疾病別医療行為検討委員会では代表的疾病に限定しての prospective な診療行為毎の在院日数とコストの調査を 10 月より始める予定である。今後行われる日本版定額払い試行の国立病院・社会保険病院のデータ、日医総研のデータなども比較検討しながら、必要に応じ更に大規模な調査を行う必要がある。

3) ドクターフィーの明確化

現行の診療報酬において、ドクターフィー（医師技術料）と考えられるものは初診・再診料、指導料、判断料、手術料・麻酔料の一部などであり、ドクターフィーが明確にされていない。ドクターフィーのあり方、明確化は医師の勤務体系と密接に関係するため併せて検討される必要がある。

諸外国にみられる一般医・専門医制の導入を検討し有床診療所の位置付けの明確化を図るべきである。一般医・専門医制は今後の医療提供体制を考える時、その職務をより一層明らかにするよい方法と思われ、是非導入すべきである。また、有床診療所の中で療養型病床群を除き急性期治療を行う病床は、医療法の規定通り 48 時間以内に入院治療が終了する患者に使用を限定し、手術等も含め 48 時間を超えて

治療を行おうとする診療所では病院に準じた施設基準を適応すべきである。このように病院、48時間以上にわたる急性期病床の提供を行う診療所については同一の基準でドクターフィーを設けることにより、急性期医療の診療報酬体系およびドクターフィーの範囲と考え方が明確となる。また米国やオーストラリアの制度とも整合が図れるため、これらの国の料金設定を参考にすることが可能となる。

4) 治療のスタンダードと価格の決定

医療においては患者の個別性が強調され、治療のスタンダードを設定することは困難であるとの主張が従来なされてきた。しかしながら、現代の高い医療水準、技術、教育制度を持った日本において、試験的な最先端医療を除きほとんどの疾病に治療のスタンダードを定めることは可能であり、これに対する一定の料金設定は可能である。このような医療の標準化は、治療結果とコストについての不確定性を減少させ、患者にとっても納得のできる効率的な医療提供を促進する。各学会がまとめ役になり、臨床に携わっている医師を中心に、治療のスタンダードを確立する組織を設けるべきである。確立されたスタンダードは、その有効性、コストについて定期的に検討され、適切な診療報酬の設定が行われる必要がある。

5) 「医療の質の評価」システムの確立

DRG/PPS に代表される定額制導入では粗診粗療が生じやすい。DRG/PPS の適正な導入には何らかの形で医療の質を担保する方策を講ずる必要がある。かつて老人病院の定額制導入により、薬剤使用と検査の減少がもたらされたが、重症患者の敬遠もみられるようになった。無用な治療が減少したことは評価されるが、本来治療・介護をすべき重症患者を敬遠するような診療報酬体系は、医療のあり方として望ましいものではない。関係当局及び医療に携わるものはこの事実を反省し、このような過ちを繰り返さないように努めるべきである。(財)日本医療機能評価機構は、第三者による医療機関の審査認定機関として活動を行っているが、現状では医療サービスを提供する構造、過程に関する評価が中心であり、医療の結果については十分に評価されておらず、病院に対する教育は行われていない。また審査期間も1日と短く、診療録の記載内容、重度介護の状況、治療成績などについての評価も不十分である。米国においては、第三者機関による審査認定が公的保険の適用の条件とされており、医療関係者および一般市民から高い信頼を得ている。日本においても審査認定の内容の充実、これに従事する専門家の育成が急務である。

更にはこれらの評価結果を国民に積極的に公開する必要もあろう。

6) 医療供給体制の再構築

日本の医療供給体制については、患者の重症度・介護度に応じた病院の機能分化が促進される方向で再構築がなされつつある。米国では DRG/PPS 導入後、コスト管理の徹底が極端な在院日数の短縮を招き、必要な医療が終結しないまま患者を外来やナーシングホームへ移行する弊害がみられた。その結果として「亜急性期」病棟・病院が出現し、連邦政府や保険会社もこれを認める傾向にあり、平均在院日数 25 日以内を急性期医療と定義したシステムが確立しようとしている。また DRG/PPS 導入により病床利用率の低下、病床数の減少を生じた。この影響は小規模病院に大きく、これら病院が提供してきたプライマリーケアへ大きな打撃がもたらされた。日本においては、前述の診療所の機能の再確認とともに、日本のプライマリーケアの中心的な役割を担ってきた中小規模病院や地方の病院の役割に十分留意すべきである。

4. 各病院の行うべき対策のまとめ

DRG/PPS は急性期医療に適用される仕組みである。急性期型病院として存続の必要条件と急性期型病院が今後行うべき対策は以下の通りである。

(1) 自院の患者層（ケースミックス）の把握

入院診療録をもとに、自院の入院患者の主たる入院の理由 (principal diagnosis)、在院日数、入院医療費を集計する。近い将来、最も厳しい急性期病棟の在院日数の基準は 14 日となりうる。



在院日数 28 日以内の症例の全体に占める割合
在院日数 21 日以内の症例の全体に占める割合
在院日数 14 日以内の症例の全体に占める割合

- 1) 病院全体として最低平均在院日数 28 日が達成可能な場合は看護体制 2 : 1 対応（急性期病棟の条件となる）で疾病の種類から見て経営的に成り立つかどうかの検証 → ケアミックスとするかどうかの最低の条件

 - 2) 平均在院日数が 14 日を達成できる場合は、看護体制 2 : 1 以上（看護体制 1 : 1 導入も検討されている）が目指せるかどうか、更には全症例について在院日数が 28 日以内で対応出来るかどうかの検討（DRG/PPS は疾病毎に在院日数の基準が設けられるが、外国の例では基準が 30 日を超える疾病はない）
→ 満たしている場合は将来確実に急性期病院として存続可能

 - 3) ケアミックスを選択せざるをえないとするとすると、病棟単位で対応が可能かどうか（今のところ確定なのは病棟単位）を確認する、即ち平均在院日数 28 日以内の病棟と、慢性期病棟（この場合療養型病床群への転換が必要）でマンパワーの再構成をはかり、経営が成り立つかどうかを検討する
→ ケアミックスか、すべて慢性期病棟かの選択の条件：
一定期間（6 ヶ月位）で自院の全入院患者のケースミックス（疾患名、重症度、在院期間、医療費）を集計し、急性期・慢性期病棟別へ割り振ったと仮定し、経営可能かどうかを検討する
- * 亜急性期の規準が平均在院日数 45 日、60 日となれば必然的に、入院患者数・病床利用率などに余裕はでるが診療報酬上の逡減もおこるので厳しい条件のクリアを目指す必要がある。米国では亜急性期も含め在院日数 25 日を急性期と考える方向にある。

(2) 自院の施設基準充足の予想

標準人員のうち医師数 10 割・看護婦数（2 : 1 以上）を満たすかが急性期病院の鍵となる。必要に応じクリニックという形での外来部門切り離しも考慮する。

(3) コストの徹底管理

DRG/PPS では質を維持しながらコストをいかにおさえるかが鍵となる。

1) 自院の主要疾病に対する治療の標準化

○看護部門を中心にコメディカルを含めたチーム医療の為にクリティカルパス（治療計画表）を作成する。

○インフォームドコンセントや医師・看護等記録におけるパスの利用

2) 記録を中心とした書類の整理

医師・看護記録を中心に重複する治療計画・記録の整理

→患者の一日の治療の流れに沿ったワークシートの作成と、これに対応する記録の方法の作成

→クリティカルパス作成、診療録の作成と管理方法の確立

3) 自院の各疾病治療に関わるコストの算出

○クリティカルパスに従った各疾病の日額費用計算を行う。マンパワーのタイムスタディによる直接・間接仕事量のチェック・効率性のチェックを行う。

4) 職員の教育

○患者を中心とした組織横断的医療の徹底化、コストに対する考え方の指導

5) ケースマネージャーの養成

○各病棟において計画通り治療が行われているか、無意味な検査・不必要な検査がないかどうか、感染症対策が十分かどうかなどクリティカルパスへのコンプライアンス、コストの管理を定期的にチェックするケースマネージャーの教育。

第5章 問題の所在

1. マクロの視点から

医療供給体制外のマクロの視点からは以下の問題が指摘される。

(1) 現在の医療提供体制の評価

日本の現在の医療提供体制は世界的にみてかなり良い制度である。総医療費もGDP比7%台と比較的安価であり、国民皆保険制度のため医療サービスに対するアクセスが保証されている。しかしながら国民にこの制度の良さが十分に認識されていなかったこと、国民の声を吸収し反映させる制度を持たなかったこと、大きな欠陥がこれまで指摘されていなかったために変革への意欲が関係者に比較的乏しいことが指摘されよう。

(2) 日医、全日病のような業界団体が変革のリーダーシップを取ることの是非

日医、全日病のような業界団体は、護送船団方式の意思決定を行いやすい。努力したもの、良いサービスを提供したものが報われるような制度に移行することは護送船団方式からの決別を意味し、大きな混乱を伴う可能性がある。全日病はより高いレベルの医療供給体制を目指すという大きな目的を貫徹するためには、会員に対して確固たるビジョンと方策を提示し会員の努力を支援する一方、混乱を回避するあまり従来の護送船団方式に逆行することがあってはならない。

(3) 全日病の役割

今、全日病が決断することは、国民のために医療提供体制がどうあるべきか、保険制度はどうあるべきか、どんな診療報酬体系が国民の医療費支出が適正で、行政、保険者が容認でき、かつ我々も医療人としてのプライドが保てるかを考えた方向で政策提言するべきである。

(4) 地域における会員の役割

地域で自分の病院がどの機能を受け持つべきか、病院の規模、専門科、現在のスタッフの能力、現在の地域での信頼感、状況、マンパワーの体制を考えて自分の病院がどの分野の医療を地域に提供できるかを考えなければ、生き残りは難しい状況にある。

(5) 国民の幸福につながる投資の拡大

従来医療費は、コストとしてマイナスのイメージで議論されることが常であった。しかしながら生活水準の向上は健康概念の拡張、医療の範囲の拡大をもたらし、先進諸国においては医療は重要な産業となっている。医療への積極的な投資は、国民の健康・満足度を向上させるとともに、社会資本を整備し景気拡大にも寄与する。現状では、医療政策が長期ビジョン不明のまま頻回の部分改革に止まり、効率的な体制作りがなされていないだけでなく、投資をむしろ妨げている。

- 単なる医療費削減の観点からではなく、より疾病構造の変化、地域特性など広い視野に立った医療供給体制についての長期ビジョンの作成
- 投資を促進するための環境整備

は現在の経済環境においても極めて優先順位の高い課題である。全日病はこの課題について積極的に取り組み、中心的な役割を担うべきである。

(6) 医療ビッグバンの意味するもの

世界経済の自由経済・市場経済化への急速な移行に伴い、いわゆる医療ビッグバンが現在検討されている。これは医療供給者として参入の自由、医療供給者についての情報の公開、消費者としての患者の自由な選択を基本原理とするものであり、護送船団方式からの決別、消費者である国民の支持を得られない場合には、プレイヤーである業界団体、供給者は市場から撤退しなければならない。

2. ミクロの視点から

医療供給体制内のミクロの視点からは以下の問題が指摘される。

(1) 診療所、各病院種別の機能、要件が不明瞭

- 診療所と病院の機能が明確にされていない。
- 将来の病院機能分化に際しての、各病院種別の機能、要件、病床数、診療報酬支払方式が明らかにされていない。
- 介護保険対応施設（指定介護療養型医療施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム）の各種別の機能、要件、病床数、介護給付価格が明らかにされていない。
- 将来病院数減少、病床数減少にともない病院の外来機能の維持を積極的に図らなければ、プライマリーケアが大きな打撃を受ける可能性があるが、これについて配慮されていない。

(2) 現行診療報酬体系そのものの格差・歪み

- 病診格差（利益率・人員配置）
- 公私格差（補助金・賃金水準・キャピタルコスト）
- 診療料格差（重症度・看護度）
- 機能別格差（利益率）
- 地域別格差（人件費・物品費・キャピタルコスト）
- 現行診療報酬では結果が反映されていない（例：手術合併症等も支払われ、治療期間が長い方が収入増となる）

(3) 医療保険の将来のあり方が不明瞭

今後も、現在の医療保険の基本的な枠組みである

- 全て公的保険でまかない
- 被保険者と保険者選択の関係は一義的に決まり
- 被保険者の疾病リスクを反映しない保険料徴収、自己負担徴収を行い
- 特定の審査支払機関による審査にもとづき
- 医療サービスを公定価格で提供する

体制を維持するか否かについて組織的に検討されていない。

(4) 制度の頻回の改訂

病院種別の要件などが、個別かつ頻回に改変され、現場において混乱を生じ、かつ長期的な投資を困難なものとしている。

第6章 急性期病院のあり方

1. 急性期病院の機能

急性期病院とは急性病変に対する急性期医療を行う病院をいう。すなわち、

- 各々の機能に合わせ救急患者の受け入れを24時間行うことができる。
- 手術を含めた処置・入院を要する検査・点滴・酸素療法（高圧酸素治療を含む）など、医師・看護婦の管理が主体となる治療を行う。具体的には、特定機能病院、地域医療支援病院、一般病院の一部を持つ機能が該当する。

* 米国における急性期の定義は24時間集中治療を要する期間となっている為、在院日数が約5日となっているもので、この後亜急性期病棟や亜急性期病院での治療が行われている。日本では今後も亜急性期までの一貫した治療期間として定義すべきであり上記の如く規定した。

2. 急性期病院の要件

- 各疾病別に在院日数の規定を設ける。（平均在院日数はおよそ14日以内が予想される）
- 医師数は入院について現行医療法の標準人員を上回ること。
- 看護婦 2 : 1 以上。
- CT、MRI、血管撮影装置あるいは各専門科で必要とする標準的診断機器を有している。
- ICD9-CMによるコーディングが行われ、クリティカルパスが導入され、治療成績の評価を行うシステムを持つ。
- おおよそ3年に一度第三者による医療機能評価を受ける。

3. 急性期病院とネットワーク

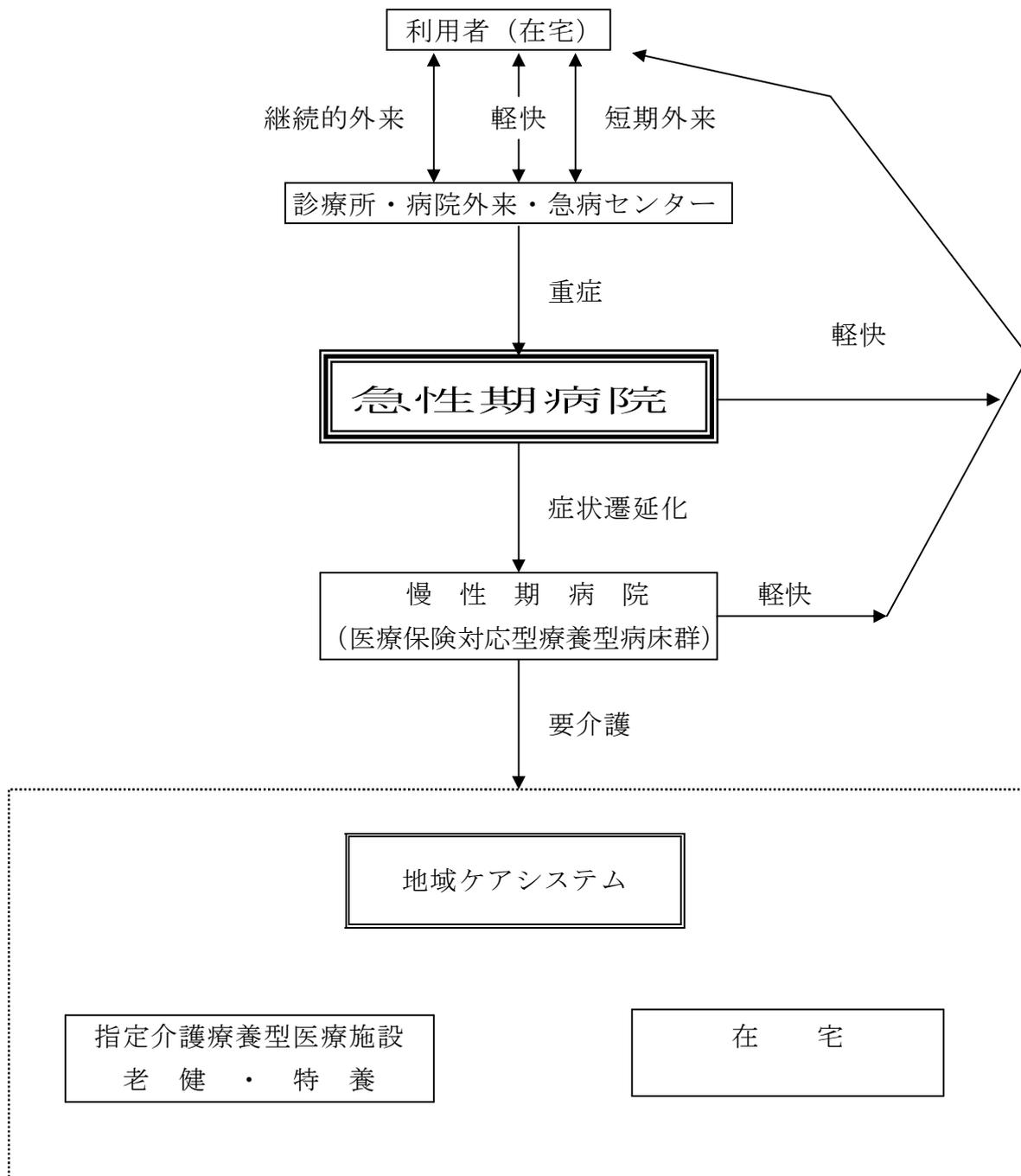
急性期病院においてはリハビリテーションや慢性期治療を要することとなった患者については、必然的に他施設との連携を考慮しなくてはならない。全国には、全日病会員の中にも同一法人で急性期-慢性期-介護-在宅と一貫した医療・介護が可能な理想的なシステムを持っている病院があるが、会員の多くが単独で施設運営を行

っている為、これらの病院においては他施設との住み分けを考えつつ、横断的な病病間の信頼関係を築き緊密なネットワークを作ることが、介護保険導入前に行う最大の作業と考える。

かかりつけ医制度が今後どのような形で導入されるのか、急性期病院の外来機能の見直しの内容がどのようになるのかにより多少具体策は異なるとしても、積極的に診療所との連携をはかる事も急務である。さらに、在宅医療・介護の推進も念頭に置くとなれば、在宅介護支援センター・訪問看護ステーションとの関係も含め、広くネットワークを構築する必要がある。

病診・病病間の信頼関係の構築のためには、第一に各々の病院が自院の機能を開示することであり、第二に患者情報の共有化を十分に図ることのできるシステムの導入することである。前者については各科別の医師と専門分野の紹介、看護体制、疾病別の入院患者数、平均在院日数、外科系であれば手術数・内容・成績・開放病棟の有無等、可能な限り自院の機能や病診、病病連携の具体的なネットワークも紹介すべきである。後者については機密保持に十分に注意をしながら、しかも簡便に共同利用できる患者データベースを作り上げる必要があるが、患者のデータは患者自身のものとの発想もあり、地域の医療機関との話し合いのもとに自らが責任を持って持ち運べるICカードなどの媒体を使用することも検討されるべきである。

図6-1 急性期病院とネットワーク



第7章 慢性期病院のあり方

1. 慢性期病院の機能

慢性期病院とは長期間に渡る医療の提供を行う病院を言う。

○急性期病院において急性期を脱して未だ入院医療を必要とする者、長期間の治療を必要とする癌、難病、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、慢性肝疾患、合併症などを多く持つ高齢者疾患及びリハビリテーション等の入院治療が該当する。

2. 慢性期病院の要件

- 現在の療養型病床群の施設規準を踏襲する
- 医師数は入院患者100人につき2～4人
- 看護婦3：1～6：1程度
- 看護要員（看護婦と介護者の合計員数）3：1以上
- おおよそ3年に一度第三者による医療機能評価を受ける
- 高度なりハビリテーション機能を持つ
- ケアアセスメントを行い、個々のケアプランを作成し、サービスの提供を行う

3. 慢性期病院の方向性

現状では療養型病床群、一般病床の一部（介護力強化病床）が慢性期病院の機能を有しているが、将来的には療養型病床群の施設・人員基準に統一し、単一の種別とすることが望ましい。また、診療報酬からもその方向で誘導が図られると思われる。さらに重要な事は、医療密度を加味した支払方式が必要である。

4. 急性増悪への対応とターミナルケアの提供

介護保険施設での医療サービスの提供は制度的に制限され、入所者の急性増悪、ターミナルケアの提供では一般病院への転院を強いられる可能性が高い。これは、よりコストの高い病院への転院によりコストを増大させ、移動に伴う患者の負担を生じることから好ましくない。指定介護療養型医療施設では、急性増悪した入所者の転院は主治医の判断に委ね、一定の医療サービスが提供できるよう制度的に配慮することが望ましい。

具体的には、

- 1) 医療保険と介護保険の併用
- 2) 医療サービスを加味した介護報酬の設定

が検討され、施設としても

- 1) 介護保険対応型療養型病床＋一般病床
- 2) 介護保険対応型療養型病床＋医療保険対応型療養型病床
- 3) 介護保険対応型療養型病床＋医療保険対応型療養型病床＋一般病床

などの施設を、ケースミックスにもとづき各施設が柔軟に設定できるよう認める必要がある。

第8章 外来機能のあり方とプライマリーケアの確保

1. 外来機能の分類

外来機能は診療内容からは以下のように分けられる。

- (1) 急性期疾患外来：初診。感冒、胃腸炎などのように一定期間の後治癒するもの。診療内容は定型化しにくい。
- (2) 慢性期疾患外来：高血圧、糖尿病などのように長期間の医学的管理が必要なもの。管理内容はある程度定型が可能である。
- (3) 専門疾患外来：稀な疾患。(2) についての主治医からのコンサルテーションの依頼。診療内容は定型化しにくい。
- (4) 救急外来：24時間救急患者を受け入れるもの。

これらに対応する医療機関は以下のようにまとめられる。

- ・診療所 (1) (2)
- ・急性期病院 (1) (2) (3) (4)
- ・慢性期病院 (1) (2)
- ・地域医療支援病院 (3)
- ・特定機能病院 (3)

2. 病院の外来機能

日本では外来機能のうちプライマリーケアについては病院種別に関係なく行われている。これは医療の効率的な提供の観点からは問題のあるものの、プライマリーケアの重要な要素であるアクセスを確保することに寄与してきた。今後は、医療の効率的提供とアクセスの確保の観点から、地域医療支援病院、特定機能病院、おおむね200床以上の急性期病院では(3)を行い、200床以下の急性期病院、慢性期病院、診療所では(1)(2)を行うことが望ましい。また、(4)については、病床数に関係なく急性期病院が担う。

第9章 医療の質の確保

国民に質の高い医療を提供することは全日病および会員の責務である。各病院は、その機能に応じた医療の質を評価する手法を持ち、定期的に自ら評価する必要がある。

全日病は会員に対してその支援を行う必要がある。

1. 医療の質を評価する手法の開発

治療成績、ADLの改善、術後生存率、再入院率、その他の医療の質の指標が開発され、一定の目安とともに会員に提供される必要がある。全日病はその開発を関係機関とともに行うべきである。特に指標の開発にあたっては以下について留意されるべきである。

- (1) データ収集が比較的容易であること
- (2) 代表性が高いこと
- (3) 平均的な成績が目安として併せて提示されること
- (4) 改善への努力が反映されやすいこと

2. 第三者機関の利用

(財)日本医療機能評価機構が行う審査認定は、これまでこの種の活動がなされていなかった日本では大きな進歩であるが、その審査内容は未だ不十分である。

全日病は、会員に機構の活動状況について情報を適宜提供するとともに、機構の行う審査認定が医療の結果や実際の医療サービスの提供状況を反映した質の高いものであるよう、専門家の育成など今後も引き続き協力する必要がある。米国のJCAHOの活動状況、審査認定の取扱は今後の方向を検討する上で参考になる。

3. 患者満足度、職員満足度の評価

患者満足度、職員満足度の向上には、優れた医療サービスの提供、職場環境の整備だけでなく、情報の不断の提供、教育が不可欠である。患者、職員がレベルの高い医療提供体制の確立には不可欠の構成員であるとの認識のもと、その満足度は常に留意されるべきである。

4. 医療情報の開示

これらの医療の質に関する情報については、広く国民に開示されるべきである。

第10章 将来の医療供給体制と診療報酬支払制度

1. 今後の医療供給体制

今後想定される医療サービスの需要と対応する医療機関は以下の通りである。

(1) 外来

- 1) 急性期疾患外来： 診療所、急性期病院
- 2) 慢性期疾患外来： 診療所、急性期病院
- 3) 専門疾患外来： 急性期病院、特定機能病院、地域医療支援病院、
専門病院
- 4) 救急外来： 急性期病院

(2) 入院

- 1) 急性期医療、2次救急： 急性期病院
- 2) 3次救急： 救命救急センター
- 3) 慢性期医療： 慢性期病院
- 4) 専門医療、高度先進医療： 特定機能病院、専門病院

2. 診療報酬支払制度のあり方

診療報酬支払制度は、医療機関の機能分化を誘導する上で極めて重要であり、ある意味では医療機関のあり方を規定する。今後の診療報酬支払制度は、

- (1) 急性期、慢性期病院の分化を促進する
- (2) 外来機能ではプライマリーケアが確保される
- (3) 患者の重症度、要介護度が反映されたものである
- (4) 医療の質を高めることに寄与する
- (5) 事務処理が比較的容易である

ようなものでなければならない。

今後導入されるべき診療報酬支払方式は以下の通りである。

(1) 外来

- 1) 急性期疾患外来 : 出来高
- 2) 慢性期疾患外来 : 1月あたり定額制
- 3) 専門疾患外来 : 出来高
- 4) 救急外来 : 出来高

(2) 入院

- 1) 急性期医療、2次救急 : DRGを用いた支払方式
- 2) 3次救急 : DRGを用いた支払方式
- 3) 慢性期医療 : 医療密度を加味した1日当たり定額制
- 4) 専門医療、高度先進医療 : DRGを用いた支払方式

第11章 提言および将来への展望

介護保険導入、DRG／PPSの導入は、これまで頻回に行われた制度改革とは異なり、組織としての全日病の基本原理の変革、会員の意識の大幅な変革を要求するものであり、これに対応できなければ、われわれは今後も継続して質の高い医療サービスを提供することができないばかりか、市場からの撤退を迫られるものである。これまでの議論を踏まえ、われわれは全日病および会員に対して以下の提言を行う。

1. 医療供給体制についての検討組織の設置

今回の議論は介護保険導入に対応した時限のプロジェクト委員会として行われた。議論の経過で明らかにされたのは、将来の医療供給体制について体系的な議論がこれまでほとんどなされていないことであった。医療供給体制に関わる基本的事項を検討する組織を設け、その検討内容は会員および国民に開示される必要がある。会員は、この検討内容にもとづき、自らの責任において経営判断を行うことが可能となる。特に、介護保険導入にともない、関連する医療機関、介護保険施設の各種別の機能、要件、病床数、診療報酬／介護給付の支払方法、価額は優先的に検討される必要がある。

2. 適切な診療報酬支払制度への移行

10章で示した診療報酬支払制度への移行を前提として、合理的な価格設定が可能ないようにコストなどの調査を行うべきである。

3. 医療機能の分化の推進と機能に応じた基準の設定

急性期病院、慢性期病院の分化を図るとともに、従来、不明瞭であった病院と診療所の外来機能の分化を併せてはかるべきである。同じ医療機能を果たす部門に対しては、原則として同一の施設・人員基準を適応すべきであり、病院の外来部門と診療所、病院の入院部門と診療所の病床については整合をはかるべきである。

4. 指定介護療養型医療施設の医療機能の活用

指定介護療養型医療施設の有する医療機能を活用した急性増悪やターミナルケア

への対応が考慮されるべきである。また、指定介護療養型医療施設の病床数は利用状況などを参考に定期的（おおむね3年毎に）見直しが行われるべきである。

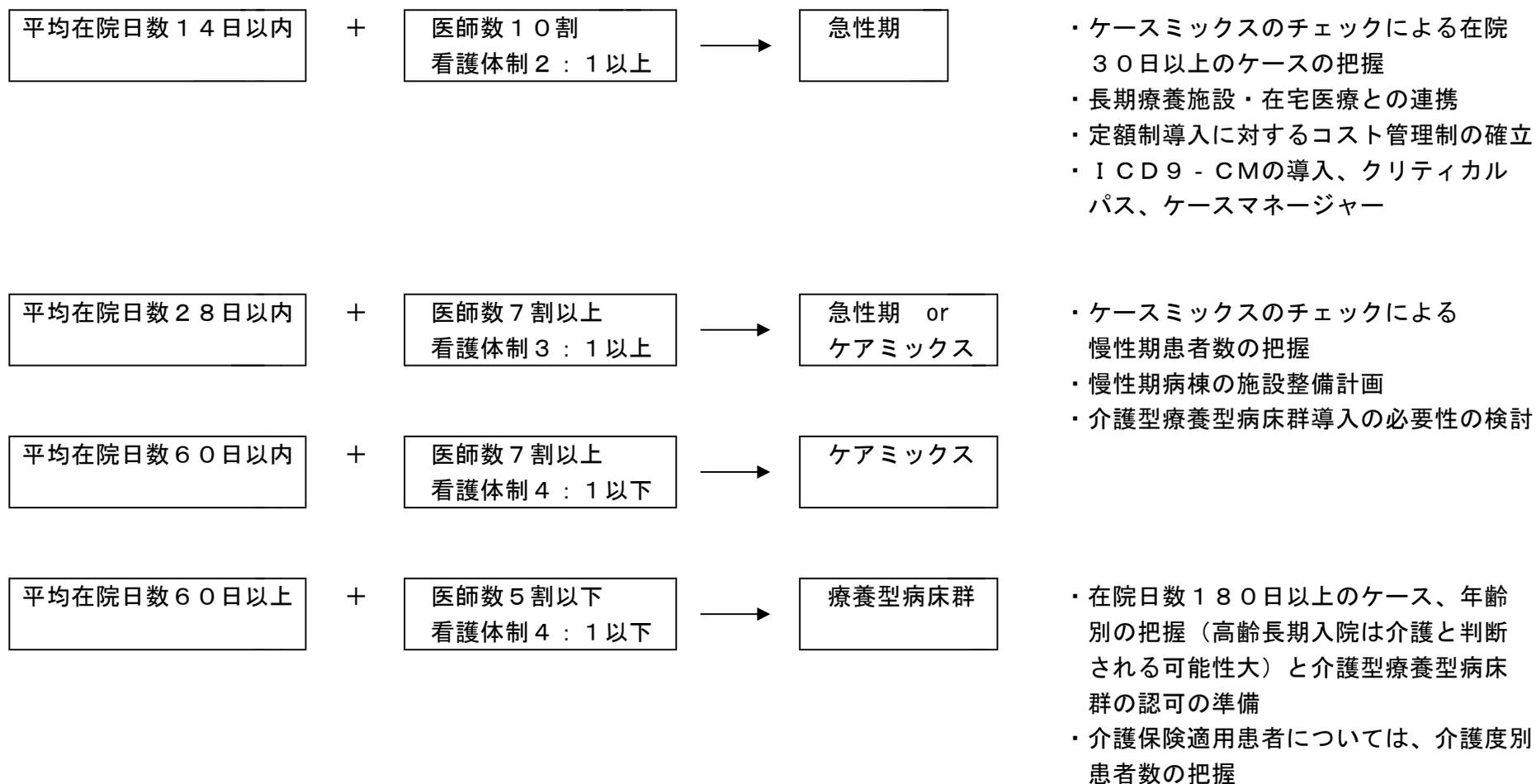
5. 投資環境の整備

医療分野を重要なサービス産業と位置付け、投資を促進するための環境整備を行うべきである。資金援助の方策を検討するとともに、これまで投資の疎外要因であった頻回の施設基準の変更は避ける必要がある。特に、今後重要な施設形態となることが予測されるケアミックスについては、長期投資を促進する観点から最低20年間の制度堅持が確約される必要がある。

(付表) 入院医療の将来構想のモデル

〔現在の状況〕

〔将来の方向性〕



これは、現在の平均在院日数およびスタッフの充足状況から、将来どのような病院種別への移行が望ましいかを概念的に示したものである。議論の過程で作成され、簡潔かつ有用であることから、会員の便宜のために資料として提示した。

〇おわりに

本報告書は、医療制度改革・医療保険制度改革が進む中、介護保険導入を目前に控えた今を医療ビックバンの始まりと認識し、会員に対し意識の改革と自らの責任による経営判断を支援する目的で作成した。同時に全日病のあり方にも言及した。

そのために、客観的な現状分析を行い医療提供体制等の今後進むべき方向を議論を重ね、具体的に示したつもりである。

本報告書の根底にあるものは、医療の主役は国民であるという認識と医療人としてのプライドである。

今回は、5つの提言を全日病、会員に対して行った。本報告書を基に今後さらに議論が進展することを期待すると共に、より具体的な提言を会員のみならず広く行政、関係団体にも行うことは全日病の当然の責務と考える。

(委員会委員名簿)

委員長	西澤寛俊	(医療法人恵和会西岡病院理事長)
副委員長	佐々英達	(医療法人社団時正会佐々総合病院理事長)
委員	安藤高夫	(医療法人社団永生会永生病院理事長)
委員	猪口雄二	(医療法人財団寿康会病院理事長)
委員	大橋正實	(医療法人耳鼻咽喉科麻生病院理事長)
委員	加藤隆正	(医療法人溪仁会理事長)
委員	木村厚	(医療法人社団一成会木村病院理事長)
委員	徳田禎久	(医療法人禎心会病院理事長)
委員	長谷川友紀	(帝京大学医学部衛生学公衆衛生学講師)
担当副会長	早川大府	(葛西中央病院院長)