

### 第3章 医療提供体制のあり方

#### 1. 地域における医療提供体制のあり方と連携

##### (1) 医療機関の機能分化と地域連携の問題点

医療・介護のサービスの受け手である患者自身は勿論のこと、その家族までが、様々な要望を主張するようになった。人口の高齢化、家族構成の変化、個人あるいは家族としての人生価値観の変化、更には、多種多様な医療や介護、健康増進に関する情報の氾濫などを背景に、国民の医療・介護への要望は多様化し、高度化しているのが現状である。従って国民のニーズに合致する医療提供が各医療機関に求められており、この観点からも地域連携の必要性が増しているが、現状においては患者の視点に立った連携は不十分なままである。この問題に関しては、医療機関間の対応が遅れていることもあるが、制度上、医療機関の役割分担が明確にされておらず、その結果、医療機関の機能分化がなされていないことが問題として指摘される。

わが国の医療機関の特徴は、機能分化が十分になされていないことにある。これは1つの医療機関において多様な患者への対応を可能にする一方、症例の施設集積を阻害し、長期の在院日数、医療資源の非効率的な使用をもたらしてきた。

2000年に導入された介護保険は、医療と介護の区分を促進した。医療の対象は、治療という介入により病状の好転が期待されるものであり、症状が固定した後は、障害としてむしろ介護の対象となる。介護保険導入以前は、介護は主として措置制度に基づく福祉の対象とされ、社会保険の対象としてアクセスの容易であった医療に比較して、利用の障壁が高かったために、医療の濫用、社会的入院を生じ社会問題ともなっていた。医療と同じく社会保険である介護保険制度の導入により、介護へのアクセスは容易となり、医療と介護の役割分担が明確となった。

2003年8月の一般・療養病床区分の明確化は、医療機関における機能分化を促進した。診療報酬上でも、急性期などの加算および2004年より一部一般病院にも導入されたDPCによる診療報酬一部包括化などは、医療機関の機能分化を促進するのに寄与した。

疾病構造は、かつては急性疾患が中心であったが、人口構成の高齢化とともに慢性疾患の比重が増大している。慢性疾患では根治を期待することは困難であり、病態に応じて、急性期医療、リハビリテーション、外来診療、訪問診療などの多様なサービスが複数の医療機関、介護保険施設により提供される必要がある。

急性期から慢性期医療、更には介護に至る適切な継続的ケア（Continuum Care）が求められるなか、連携を実効性のあるものとするためには、情報の活用、役割分担、ケアコーディネーションの問題が解決される必要がある。

情報の活用は、患者についての情報、施設、医師についての情報、診療ガイドライン、クリニカル・パスなどの治療内容についての情報、に分けられる。本人の承諾、適切な守秘の仕組みを前提にした上での、患者についての情報の医療機関、その他機関での共有、活用は連携を実効性あるものとするために不可欠である。診療情報提供の方式、内容について、特にIT化を前提に標準化を図ることが重要である。米国ではHIPPA<sup>18</sup>により、電子的に診療報酬請求を行う場合の書式が定められ、その結果、標準化が進行した。IT化に対応した情報伝達の標準化は医療全体に対する効果が大きなものであることから、優先的に進められるべきである。どのような医療に対応できるかなど、施設、医師についての情報も、類型化されて整備・公開されるべきである。このような情報は、患者をどの医療機関に紹介すべきか判断する上で不可欠であるばかりでなく、地域における医療提供体制を評価し、医療計画など政策を立案する上でも重要である。診療ガイドライン、クリニカル・パスなどについても個々の医療機関、学会、病院団体、その他の各段階で情報整備、公開をはかるべきである。これは医療側が相互の比較検討により医療の質改善に役立てることが出来るのみでなく、患者が提供される医療の内容について事前に知ることにより、治療への参加、信頼関係の確立に寄与することが期待される。

診療機能ごとの類型化は、各施設の役割分担を明確にし、また同じ類型内での施設特性、提供する医療内容、それに対応した教育プログラムなどの標準化を促進する。日本の医療ではプライマリケア医の果たしてきた役割が大きいにもかかわらず、その役割は必ずしも明確にされておらず、診療機能のばらつきが大きく、特に、振り分け機能、逆紹介にあたって病診連携の妨げとなってきた。また、地域中核病院の整備、専門医の確保など地域により必ずしも十分に対応できていない。診療機能に基づく地域医療提供体制の整備状況の検討を行うことにより、優先して確保すべき医療資源が明確となり、またより実態に基づいた医療圏の再設定が可能となると考えられる。

継続的ケアにはケアコーディネーションが不可欠である。現状では、多くの施設でMSWがこれに当たっているが、また診療機能についての情報が乏しいために、どちらかというMSW同士のコミュニケーションによる連携が多い。また、医師の連携に対する意識は一般に低い。医師、看護師、MSW業務に精通した連携のキーパーソンとなる「ケアコーディネーター」的な機能を有する職種の養成が求められ、この業務に医師が全面協力するのが現実的であろう。

---

<sup>18</sup> HIPPA : Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996

## ( 2 ) 医療連携

医療機関の機能分化の促進、医療と介護の分化の促進、慢性疾患の比重の増加とともに、地域における医療・介護・その他の機関の連携は、その重要性を増している。地域においていかにネットワークを確立するかが、地域の医療水準に大きな影響を与えるようになってきている。

2002年版では、「地域連携に関して医療と介護を合わせてヘルスケアという概念を持って地域社会でネットワークを構築しよう」と提言し、「このためには一定地域内での他の医療機関・介護保険施設・介護サービス事業所・行政機関などの連携による施設体系化と、実際の場面での地域医療連携のための専任担当者の配置が必要である」とした。残念ながら、現実には、おのおの異なる機能を持つ医療機関の都合により患者の移動が行われることが多く、病態に応じかつ患者の視点にも立った連携は未だ十分には行われていない。

医療・介護・その他機関の種別および役割の明確化、標準化が不十分で、かつ情報整備が不十分な状況においては、特定の機関同士の連携が生じやすい。これは地理的に近接すること、関係者の人間関係、施設間の資本関係などを基に生じることが多く、患者にとって必ずしも最適なサービス提供主体の連携ではない。本来は良質な医療・介護の提供を行っている医療機関・介護保険施設同士が、患者・利用者の立場に立って密な連携をとることが望ましい。

前述した現状における地域連携の問題点もふまえ、真の医療連携を考えるためには、改めて以下の順序に従った科学的な根拠に基づくネットワーク作りが必要である。

一定地域（範囲としては生活圏を考えるが一般的には二次医療圏）における住民のライフコースに従って発症しうる疾患の調査を行う。

疾患発生率・罹患率から推測される外来・入院医療の必要量を求め、これらを一定地域内で担えるかどうかの検証を行う。この際、第三者による各医療機関の機能と収容能力の十分な把握を行うべきである。ここで得られた情報に従って行うのが真の地域医療計画作りであり、行政が行うべき業務であるが、現状の種々の基準にとらわれることなく、十分な整備がなされるまでは柔軟な対応が求められる。疾患発生率・罹患率から必要とされる各科専門医数も算定し、教育機関での育成に反映されるべきである。

算出された必要な機能に見合う病床数の確保および病診・病病連携の要となる中核病院の決定及び、確実な連携を行うための情報共有化システム作りが必要である。

実際の連携調整役としてのケアコーディネーターの養成が必要である。これは地域密着型医療施設である民間病院の使命である。

医療機関、介護・福祉施設、保健所をはじめとする行政諸機関を包括した実効性のあるネットワーク作りを行う。

### (3) 医療計画

地域における医療提供体制確保と行政の役割を示す医療計画は、医療法に基づいて都道府県が策定する。内容的には、行政が地域住民に対して約束する医療内容を示した記載事項と、当該地域（医療圏）における基準病床数に大別され、医療資源の効率的使用、医療供給のシステム化を目指したものである。1985年に導入されて以降、5年毎の改定が行われてきているが、一般に記載事項については定性的な記述が多く、戦略計画、執行計画としての視点に乏しく、実質的には二次医療圏毎に定められる基準病床数の設定が大きな比重を占めてきた。

#### 記載事項の充実

日本では多様な形態の組織が医療提供を行っているが、地域における機能の異なる施設間での円滑な連携を図り、良質で効率的な医療提供システムを確立するためには、行政の主導的な役割と、一定の計画が必要である。この意味では、医療計画の記載事項については更なる充実が求められる。具体的には、記載事項は計画として評価が可能なものでなければならず、以下の要件を満たすことが必要である。

- (A) 地域の健康状態の測定結果が示されること。
- (B) 地域の健康上の問題分野の抽出が行われること。
- (C) 優先順位の設定が行なわれること。優先度の高い健康問題には、全国的に共通なもの（主要ながん、脳血管障害、糖尿病、高血圧症、慢性腎疾患など）と、地域の特性に基づくものに分けられる。10 - 20 程度を優先度の高い健康問題として位置付けることが实际的である。
- (D) 計画の策定のための担当者の選任、必要な資源・費用・期間・目標の設定が行なわれ、計画の執行状況について執行管理・目標管理が行なわれ、評価がなされること。
- (E) その他：計画策定にあたっての住民参加、および住民が理解できる形での計画およびその成果の提示が行なわれること。
- (F) これらが不断に行なわれ、継続可能であること。

## 医療圏の設定

医療計画では一定の医療圏を定め、主要な医療サービス提供は二次医療圏で完結すべく整備を図っている。しかしながら、現行の医療圏の設定には、(A)特に都市部、行政の境界部では生活圏と一致しないことがあり、必ずしも受療行動を反映していないこと、(B)面積、人口など二次医療圏間に大きな差異があり、また提供可能な医療サービスの内容においても大きな差異が認められること、が問題として指摘される。医療圏の概念を明確にし、整備すべき医療サービス内容に基づいて医療圏の設定が行われる必要がある。具体的には、がん化学療法、新生児集中治療、小児救急など、主要疾患に対する医療内容ごとに二次医療圏で対応するものと、都道府県を単位とする三次医療圏で対応するものに区分し、医療圏の設定は対応可能な医療内容に基づき行われるべきである。現行に比較して、多くの場合、二次医療圏の統合、拡大が図られることになる。また、地域の健康問題の状況把握、介入プログラムの効果判定は二次医療圏を単位として行われるべきであり、データ収集の仕組みを確立することが必要である。これにはIT技術の積極的な活用を図るべきである。

## 基準病床数

従来医療計画では、基準病床数に大きな関心が払われてきた。医療機関への入退院基準が確立されておらず、在院日数が長く、出来高払いの下では、病床数が医療機関の収入を規定するため、病床数の確保は医療機関の経営にとって極めて重要な問題であった。反面、基準病床は、(A)無秩序な医療機関開設による過剰病床を廃し、医療費の増大を抑制すること、(B)既存医療機関の既得権化を生じ、新規医療機関の参入・効率化を妨げること、などの長短所が指摘されてきた。諸外国においては、従来、医療計画により病床数、高額医療機器の導入を制限してきたが、最近では、その制限を撤廃・緩和する傾向にある。日本で基準病床数を廃止するためには、以下の諸条件が満たされることが必要である。すなわち、

- ア)入院治療の必要性を検証できる仕組み(入院基準の確立)
- イ)入院治療が必要なくなった時点で、退院を促す仕組み(退院基準の確立)
- ウ)地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み(医療情報公開の促進による競争原理の確立)
- エ)救急医療やへき地医療など、政策的に必要な医療に関し、これを保護する仕組み(不採算医療の実施)

患者重症度などケースミックスを反映した包括支払方式の導入は、ア、イを促進することが期待されるが、現在は1日包括支払方式であるDPCを利用した診療報酬が

一部病院を対象に導入されたばかりである。全日病としては、包括の単位を1入院とする、重症度をより正確に反映した診断群分類とするなど改良を加えた上で、急性期病院すべての支払い方法としてその拡大を図るべきであると考えている。また、慢性期病院においてもRUG<sup>19</sup>などのケースミックスを反映した包括支払方式が検討され、急性期病院とあわせ、全施設に同時期に包括支払方式が導入されるのが適当と考える。また、本報告書には、診療情報開示の促進の必要性や、病院設立主体ではなく提供している医療サービス内容に基づく適切な医療の政策的確保と補助のあり方を提言しており、(第3章参照)これらはア～エを推進するものである。しかし、将来的には基準病床の撤廃を含めて検討すべきであるが、現状においてはいずれの項目も不十分であり、当分の間、基準病床による一定の病床数の制限は必要であるとする。

基準病床数の算定にあたっては、判断根拠と将来の方向を明確に示す必要がある。基準病床数は病床機能別に算定される必要がある。すなわち、急性期医療、慢性期医療のうち回復期リハビリテーションを対象としたものでは、

$$(\text{疾病別入院発生数} \times \text{基準入院期間}) \times 1 / \text{病床占有率}$$

で算定されることが望ましい。ここで入院発生数は、主要な疾病ごとに、年齢構成と年齢階級別発生率から求められる。年齢階級別発生率は地域における健康増進・予防活動により低下を図ることが可能である。基準入院期間も主要な疾病ごとに定められ、将来にわたる在院日数の短縮化を反映したものであることが望ましい。

生活する場としての性格を有する介護保険施設、および回復期リハビリテーションを除く慢性期医療は、それぞれの施設が想定する利用者の医療必要度、要介護度、および在宅で療養を行うものの割合に基づいて基準病床数が算定される必要がある。在宅療養者割合は、地域における居宅サービスの充実により低下を図ることが可能である。

システムとして地域の医療提供体制を構築し、地域内医療・関連機関の円滑な連携を図るためには、行政の役割は重要であり、医療計画はその全体像を示すものである。記載事項については、戦略計画、執行計画の観点からの充実が図られ、その実施状況が定期的に評価される仕組みづくりが必要である。当分の間、基準病床数は必要であるものの、算定にあたっては科学的な論理性と将来の方向を合わせて示すものでなければならない。

---

<sup>19</sup> RUG : Resource Utilization Group。慢性期患者へのケアの質確保と支払方式への応用を目的として開発された患者分類。リハビリテーション必要度、医療必要度、ADL、介護度などのケア内容の組み合わせにより44分類からなっている。

## 2. 病棟機能のあり方

### (1) 全日病の行ってきた提言

全日病は、これまで「病院のあり方報告書」などで、今後の入院医療は病棟単位での機能分化が望ましく、下記のような機能分化が必要であるとしてきた。

#### 急性期入院医療

##### (A) 特定機能病棟

現在の特定機能病院を指すのではなく、高度先端医療など医療密度の極めて高い入院医療を行う病棟である。

##### (B) 急性期病棟

一般的な急性期入院医療はすべてここで行われるもので、現在の特定機能病院における多くの病棟や地域医療支援病院もこの範疇に入る。

##### (C) 地域一般病棟

地域に特化し、急性期病棟からの受け入れ、地域の在宅患者や介護保険施設からの慢性疾患増悪などの受け入れを行うのみならず、ある程度の軽症急性期医療も担い、リハビリテーション、ケアコーディネーションも行う、地域ネットワークの中心となるべき病棟である。

#### 慢性期入院医療

##### (A) 回復期リハビリテーション病棟

リハビリテーションに特化した、ほぼ現行制度のものである。ただし、リハビリテーションの内容は現在より短期集中型となることを想定している。

##### (B) 特殊疾患療養病棟

現行の特殊疾患療養病棟を拡大した考え方で、医療必要度が高くかつ長期入院を要する患者（例：重症呼吸器疾患、重度肝硬変、身体障害を有する透析患者、MRSA 感染患者など）を受け入れる病棟である。

##### (C) 緩和ケア病棟

ここでは療養病棟に分類したが、緩和ケアのあり方は在宅医療も含めて変わりつつある。現行に比較して短期滞在型、在宅医療のセンター的な機能が強化されたものを想定している。

#### 結核病棟・感染症病棟

#### 精神病棟

このような、病棟単位での機能分化を提言するとともに、診療報酬体系は診療情報、コストデータなどを集積、解析し、それに基づく診療報酬体系が必要であると主張してきた。

## (2) 現状の病棟機能と診療報酬

2003年8月、第四次医療法改正により「一般病床」と「療養病床」の届出が行われ、この後、両者に大きな制度変更が起きつつある。

### 一般病床

一般病床については、「医療提供体制の改革のビジョン(案)」（厚生労働省医政局、2003年4月）のなかに、「一般病床は急性期入院医療の重点化・集中化・病床集約化を要するとともに、難病・緩和ケア・リハビリテーション・在宅医療後方支援などを担う病床が含まれる」と明記され、急性期以外の役割があることが初めて明言された。

一方、「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」（厚生労働省保険局、2003年3月）が閣議決定されたため、今後これらに関する論議はこの「基本方針」に則って行われることとなった。診療報酬体系の基本的な考え方として、(A)医療技術の適切な評価、(B)医療機関のコストなどの適切な反映、(C)患者の視点の重視、が挙げられ、運営や施設に関するコストなどを調査・分析すること、疾病特性・重症度・看護必要度などを反映・評価すること、が明記された。

また、基本方針に沿った形で、中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会の下部組織として、診療報酬調査専門組織が構成された。これは、ア)DPCの評価・影響の検証、イ)慢性期入院医療の包括評価、ウ)医療機関のコスト、エ)医療技術の評価、からなる。

2004年診療報酬改定では、2003年に特定機能病院に導入されたDPCによる包括支払方式が民間病院にも拡大された。疾患別コストデータの作成、DPCの評価検証なども行われている。今後急性期入院医療の支払方式がDPCに統一されて行くのが注目されているところであるが、DPCに参加するためには膨大な量の診療データの抽出が必要であり、電子カルテも含む診療データのIT管理が必須であろう。

一方、2004年4月より「亜急性期入院医療管理料」が新設されたが、これは、考え方としては全日病が提唱してきた「地域一般病棟」が基本になっていると思われる。現行では一律点数+出来高払いとなっており、在宅医療への移行を主目的とするが病床数は一般病床の一割とされた。このような条件下では慢性期患者の急性増悪に対応することは難しく、全日病の提言の一部が認められたに過ぎない。今後は、会員の協力を得て運用実績・成果などのデータを作り、地域における医療・介護の



ネットワーク機能を主体とするこの病床が、急性期主体の大規模病院ではなく、地域（生活圏）密着型の中小規模病院中心に拡大されていくことが望ましいことを実証すべきである。また、収集されたデータを基に、亜急性入院医療のケースミックス分類や支払い方式も議論される必要がある。

### 療養病床

医療療養病床については、2004年診療報酬改定では大きな変更点はなかった。2002年改定で導入された長期入院特定療養費化の経過措置が終わり、2004年4月から本則運用になるためである。しかし、療養病床の運営に係る問題点は数多く見受けられる。まず、一般・療養病床区分において、病院経営の実態から実際は長期入院が主体である施設が施設基準などの問題を解消できず、一般病床に届出をせざるを得なかった例が相当数存在すること、医療療養病床と介護療養型医療施設の機能分化が曖昧なこと、医療療養病床の入院基本点数が一律に近いため医療必要度の高い患者の受け入れが敬遠されること、などである。

今回、診療報酬調査専門組織・慢性期入院の包括評価分科会で、医療必要度・介護必要度の客観的評価指標が作られることとなったが、医療療養病床と介護保険施設との整合性ははかられるべきである。

### （3）現状の療養病床と介護保険施設

現行制度上、長期入院（入所）が必要な患者（利用者）に対しては、医療・介護両面から評価した上で、下記のように入院・入所施設が決定されるべきである。

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| ・医療密度が比較的高くかつ継続的に医療が必要   | ：医療療養病床    |
| ・継続的な医療および介護が必要          | ：介護療養型医療施設 |
| ・介護および維持的リハビリテーションの継続が必要 | ：介護老人保健施設  |
| ・介護の継続が必要な生活施設           | ：介護老人福祉施設  |

しかし、現実にはこのような機能分化はされていない。介護保険施設は常時満床であるため、介護度が高く医療を必要とする患者を急性期病棟や在宅から移そうとすると、現実にはまず医療療養病床に入院しなければならない。そして多くの患者および家族は、相当の回復を見ない限り終身利用を望み、介護老人保健施設や介護老人福祉施設への入所を申し込むことが多い。多くの場合、その他の介護保険施設に留まるか、数年後に介護老人福祉施設に入所となるかのいずれかが一般的な経過である。

介護老人保健施設は規程上在宅に移行する通過施設であるが、介護保険施設の不

足や介護度の重篤化のため長期入所や終の棲家となっている。一方介護老人福祉施設に移る場合にも、長期待機の結果入所者が更に高齢化し介護度も上がっていることが多く、医療スタッフが少ないにもかかわらず、医療・介護両面から重度の利用者を多く受け入れざるを得ない状況となってきている。各地域で導入されてきた介護老人福祉施設への優先入所制度は、この重介護者増加傾向に拍車をかける結果ともなっている。

本来異なる法律によって作られた施設を、介護保険の名の下に運営させるためにその機能を分けるという手法を取ったことにより、施設間の整合性をとることが困難となっていることは理解できる。しかし今後の超高齢社会に備えて、より国民に理解できる制度にする必要があると同時に、介護保険施設の円滑な運営のためにも現状に即した医療療養病床、介護保険施設の機能の明確化を改めて検討する必要がある。

#### (4) 望ましい入院・入所施設機能

以上の論点および現状を踏まえ、下記のような病棟機能分化が望まれる。

##### 特定機能病棟

現在、大学病院本院や一部のナショナルセンターが特定機能病院に認定されている。そこで行われている診療の大半は一般の急性期病院の診療と同じである。特定機能の名称を用いる場合には、稀な疾患（疾患を明示的に特定する）や高度先進医療に特化するべきである（例：遺伝子治療、特殊な癌治療など）。今後は医療機関単位ではなく病棟単位で、対象疾患・医療内容などを十分調査した上で認定すべきである。この場合、現在の特定機能病院は、高度医療に特化した特定機能病棟と、現行の病床の大部分を占める急性期病棟に区分されることになる。

診療報酬は、高度先進医療が医学研究的要素の強いことも考慮して、研究費、特定疾患療養費、その他の診療報酬以外の財源も考慮しながら個別に定めるべきである。

##### 急性期病棟

今後急性期病棟は、高密度の急性期医療に特化した病棟に分化されて行くことになる。そこで提供される医療は、EBMに基づきまとめられた診療ガイドラインに従い個々の病院で作成されたクリニカル・パスなどを用いた診療が主体となる。

診療報酬は、疾患別・重症度別分類による包括支払方式（1入院単位）が基本と考えられるが、個々の患者の併存症・合併症に十分配慮すべきである。現在運用が開始されたDPCが改善されることにより、急性期病棟の基本的な支払方式に発展す

ることが望まれる。

急性期病棟を有する病院は、十分な人的配置と機器・設備を備える病院が中心となるが、専門病院（例：眼科、耳鼻科、整形外科など）もこれに該当する。

#### 地域一般病棟

2004年4月に新設された、亜急性入院医療管理料はユニット形式であるが、今後の発展形として全日病の提唱する「地域一般病棟」により近いものとなることが望まれる。急性期からの受け入れと在宅医療への移行だけではなく、地域の医療機関・介護保険施設などとのネットワーク機能を基軸に置き、軽症急性期患者や慢性疾患患者の増悪期などにも対応できる病棟である。

そのためには地域一般病棟の対応する疾患・状態のケースミックス分類が行われ、診療報酬はそれに沿った形で定められることが必要である。急性期としての対応も必要なため、疾患別・重症度別分類による1入院単位と状態別分類による1日定額包括支払方式の両者を加味したものであることが望ましい。

#### 回復期リハビリテーション病棟

2000年4月に新設された回復期リハビリテーション病棟はその後各地で増加してきている。しかし急性期病棟からの転院・転棟がより早期に行われるようになり、リハビリテーションだけではなく急性期医療の継続が必要なケースが増えつつある。また、診療報酬上認められる疾患・状態が限られているため、単独の病院として運営することは難しい。

地域一般病棟と同様にケースミックス分類が行われ、新たな診療報酬が設定される必要がある。状態別分類による包括支払方式（1日定額）が望ましい。

#### 緩和ケア病棟

緩和ケア病棟は現在増加傾向にあり、2002年4月からは外来における緩和ケア治療が可能となった。いままでは、一旦入院すると最後まで入院が継続するケースが多かったが、短期滞在型入院、在宅や診療所との連携が今後拡充される必要がある。診療報酬は状態別分類による包括支払方式（1日定額）が望ましい。

#### 療養病棟

前述のように、現状において医療療養病床と介護保険3施設は機能分化が曖昧であり、実際の患者（利用者）の状態像の差異は明確ではない。国民に理解しやすく円滑な運営に寄与する制度として、長期入院（入所）施設を「療養病棟」と「介護保険施設」に区分して考えることが現実的である。

「療養病棟」の利用者は、医療必要度が高く、継続的かつ長期にわたり必要とす

るものである。現行の医療療養病棟および介護保険3施設を対象に、疾患名・状態、提供されている医療内容、必要な人件費や設備費などを調査し集積・解析することでケースミックス分類を開発し、療養病棟への入院対象となる疾患名・状態を明らかにすることが必要である。現行の医療療養病床だけではなく介護保険3施設にも療養病棟への入院対象となる利用者が相当数存在することが予想される。この場合は、療養病棟への転院が検討されるべきである。他方、提供されている医療密度が外来や一般的な在宅医療で対応できるレベルの場合には、むしろ介護保険施設の入所対象と考えるべきである。

療養病棟の診療報酬は状態別分類による包括支払方式（1日定額）が望ましい。また、この状態別分類を利用することで現行の長期入院特定療養費化（180日規定）除外規定の廃止や、特殊疾患療養病棟の入院対象像のさらなる適正化を図ることが可能となる。

#### 介護保険施設

医療必要度の高い長期療養者に対応する「療養病棟」という病棟機能分化が確立された場合、その対象者以外の医療療養病床および介護保険3施設の利用者の状態像は介護必要度に基づいて分類される。ここで言う介護必要度は、必ずしも現在の要介護度を意味するものではなく、身体状況および精神状況をそれぞれ反映したものである。介護保険施設は、利用者に対して介護必要度に応じて常時介護を提供する施設と定義される。医療・看護・維持的リハビリテーションなどは必要に応じて提供される付加的な機能として位置付けられるべきであり、これらについては医療保険からの支払いも考慮すべきである。介護保険施設は、各々医学的管理スタッフやリハビリテーションスタッフの配置状態を情報公開し、その情報により利用者が施設を選択できることが望ましい。また、それぞれの機能に応じた報酬が支払われるべきである。一方、常時医療が必要になった場合には療養病棟に転院すべきであり、それを判断するためには前述の医療必要度指標の作成が必須である。

その他のグループホーム・ケアハウスなどは、医療的には在宅療養と同等に取り扱われるべきである。

今後の超高齢社会において、介護保険施設を必要とする利用者は増加し、医療・介護両面での重度化は避けられない。限られた社会資源を有効に活用し、また社会として必要な医療・介護の費用を保障するための方策を引き続き検討する必要がある。既存医療施設から介護保険施設への転換は、効率的な方法であると考えられる。

以上の病棟機能分化を表3 - 1に示す。

表 3 - 1 入院・入所機能に基づいた病棟区分および診療報酬体系

病棟区分	病棟機能	診療報酬
特定機能病棟	高度先端医療など医療密度の極めて高い入院医療を行う病棟	個別に設定
急性期病棟	一般的な急性期入院を行う病棟 大規模病院中心だが、単科の専門病院もあり得る	疾患別・重症度別 包括支払方式
地域一般病棟	地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク 急性期病棟からの受け入れ	疾患別・重症度別 および状態別包括 支払方式
回復期リハ病棟	リハビリテーションに特化した専門病棟	状態別包括支払方式
緩和ケア病棟	在宅とも連携できるターミナルケア	状態別包括支払方式
療養病棟	医療密度の高い長期の入院医療	状態別包括支払方式
介護保険施設	常時介護を提供する入所施設	介護報酬制度による
その他	グループホーム・ケアハウス・高齢者専用住宅など	介護報酬制度による

### 3. 外来機能のあり方

#### (1) 全日病の行ってきた提言

全日病はこれまでの報告書などで下記のような外来機能分化を提唱してきた。

区分	内容	主な提供主体	診療報酬
プライマリ ケア機能	急性・慢性疾患を問わず、頻度が高く、かつ定型的なもの 振り分け機能 在宅医療	地域一般病棟を主体とする病院 大多数の診療所	急性疾患：出来高 慢性疾患：1カ月あたり 定額制
専門医機能	急性・慢性疾患を問わず、頻度の高い疾患については非典型・複雑なもの、頻度が極めて稀で標準的な治療方法が確立・普及していないもの	特定機能・急性期病棟を主体とする病院 一部の診療所	出来高
コンサルテーション機能	急性・慢性疾患を問わず、頻度の高い疾患について治療方針の策定、定期的な治療内容の確認、そのために必要な特殊検査の実施	特定機能・急性期病棟を主体とする病院 一部の診療所	出来高

#### (2) 外来機能の現状

外来医療は上記のように機能分化されていることが望ましいが、わが国の外来機能は分化されているとは言い難い。診療所もプライマリケア中心から各種専門医療を行うものまであり、病院の外来においてもプライマリケアを行っていることが少なくない。また、1人の医師がプライマリケアと専門医の両者を担っている場合も見受けられる。

わが国の医療はフリーアクセスを基本としてきたが、利用者の病院志向が強いため外来患者は大規模病院に集中している。診療報酬改定の度に病院外来集中抑制の経済誘導を試みようとしているが、意図と反対に逆誘導となっており効果は上がっていない。さらに大規模病院（200床以上）では、外来の収入減を補うと同時に外来機能の充実を計るため、隣接地での総合的診療所を設置する例が見受けられるようになった。

日本では、プライマリケアでおこなう医療の範囲、および教育プログラムは未だ確立していない。プライマリケアに従事する医師の多くは、大学や大病院で専門医として訓練を受けた後に、診療所を開業し、あるいは中小規模の病院に就職したものが多く、従って、一部の分野については専門医としての技術・経験を有し、その他の分野についてはプライマリケアに従事するものの、系統的な訓練を受けることなく、その担当範囲、技術、経験などに個人差が認められる。

プライマリケアに従事する医師に対しては、総合外来医、家庭医、かかりつけ医などの呼び名があるが、いずれも資格制度として確立していない。一方医療提供を受ける国民も医師には専門性を強く求める傾向がある。従って、プライマリケア医の教育、資格制度、国民への普及には長い時間を要する可能性がある。しかし、医療におけるプライマリケア機能は必要欠くことの出来ないものであり、早急に教育制度・資格制度の確立、医療の中での位置付けを論議し行動を開始すべきである。

専門医に関しても学会ごとに認定の仕組みが異なり、その基準の標準化がなされておらず国民にも十分な情報開示が不可能な状況にある。統一した資格制度の確立および診療報酬上での評価も考慮すべきである。

また、近年外来医療そのものに次のような大きな変化が起こりつつある。

#### 入院機能の外来移行

入院期間の短縮、日帰り手術の普及、各種検査の技術革新などが転機となり、従来入院で行ってきた医療が外来に移行されたものが少なくない。この傾向は今後も拡大していくものと考えられる。

#### 受療回数の低下

2002年4月の診療報酬改定で薬剤投与期間の制限が撤廃された。また高齢者医療費自己負担増・社会保険本人の医療費自己負担増、さらに長引く不況などを原因に、外来受療回数は低下している。

#### セカンドオピニオン

セカンドオピニオンはコンサルテーション機能の一部ではあるが、国民の医療に対する不信感も手伝い、多数の患者が同一疾患の診断・治療方法を確認するため複数の医療機関を受診している。これは、むしろ重複受診に分類されるものであり、本来のセカンドオピニオンとは異なる。患者と医療機関（医師）との信頼

関係の希薄化が根底にあると考えられる。

### (3) 外来機能分化のあり方

今後の外来医療において患者が医療機関を選択出来るフリーアクセスという制度は、的確な医療情報の公開を基に、患者の選択権を守る意味からも残すべきである。しかし、外来医療はプライマリケアに従事する医師が対応すべき疾患が多く、日頃の健康管理も行う「主治医制」の導入を考慮すべきであり、効率的な地域連携や重複受診の見直しなどにもつなげる制度と考える。

特に高齢者は複数の慢性疾患を持っており、複数科の医師による診断・治療法の策定が必要であるが、このような場合、投薬・検査の重複を避け、効率的な外来医療提供のまとめ役としての主治医が必要である。専門医の受診は原則として主治医からの紹介を要し、専門医は必要な検査・診断を行い、結果・治療法を主治医に連絡し、投薬については主治医が行う形での連携を基本とすべきであり、同様の仕組みを在宅医療にも適用できる。連携を密にするためには、双方の医療情報の十分な提供と主治医の診療機能に関する情報公開が必須である。

主治医を担当する医師の多くは、診療所や地域に特化した中小病院の医師であるが、非定形や稀な疾患では大規模病院や専門病院の医師も主治医に成り得る。主治医の選択権は患者にあり、十分な説明と同意の上で主治医を引き受けることになる。また、患者の要望に主治医が応えられない場合、患者は主治医を交代することができる。主治医の交代にあたっては、患者の求めに応じて、診療情報の提供が適切になされなければならない。

セカンドオピニオンについては、患者の権利であり、本来主治医が専門医外来に診療情報を提供すべきであることを周知徹底させ、主治医が無意味な重複受診等が日常化しないよう積極的に対応する必要がある。

### (4) 外来医療の診療報酬

急性疾患においては、出来高払いが基本であり、慢性疾患の診療報酬は、疾患別・重症度別ケースミックス分類を基本とした包括的支払制度（月額定額など）が望まれる。外来主治医制では主治医の役割が多くなり、また多くの時間を要す。従って主治医に対する診療報酬は十分に手当てされなければならない。

一方専門医機能やコンサルテーション機能に関する外来受診は、多種多様の診断設備・医療機器などを使用するため、コスト・医療技術に基づく出来高払いが適当である。主治医からの紹介がないこれらの外来への直接受診は、フリーアクセスの観点からは認められるが、特別な費用徴収などの方策が検討される必要がある。



## 4 . 国公立病院・民間病院のあり方

### ( 1 ) 独立行政法人の内容と創設の意味

政府は、21世紀の日本にふさわしい新たな行政システムを構築するため、行政改革を総合的に推進し、特殊法人の廃止に合わせて独立行政法人を設立した。国立病院・療養所、国立大学付属病院、労災病院については、2004年4月に其々の独立行政法人機構による運営が始まり、自治体病院である都道府県立病院や市町村立病院も地方独立行政法人制度により、地方公共団体とは別の法人格を有し、自立的かつ弾力的な業務運営が行われようとしている。

その基本的方向としては、担うべき医療を確実に効率的に行い、患者の目線に立ち、国民に満足される安心で質の高い医療の提供と、事業の効率化を実施し、国立や公立の医療機関にふさわしい政策医療を効率的に行うこととしている。国立病院の再編成独立法人化は、154病院をもつ巨大な日本最大の病院チェーンを出現させることであり、その動向は今後の日本の医療のあり方にも大きな影響を与える。多くの国立病院の担っている医療が民間の急性期型病院と大きな差がない現状からは、政策医療への特化は困難である。

「医療提供体制」の改革に関して、「質が高く効率的な医療」を掲げた国自らが、国立病院の独立化の形で改革への行動を示した点では評価できるが、運営費交付金の交付や公務員型人事給与体制も残ることが判明しており、民間病院と公正な立場での役割分担が行われるのか注意深く見守る必要がある。

### ( 2 ) 公私格差の問題と対応

病院の評価は、本来、提供する医療が地域のニーズに対応しているか、各病院の機能に応じた質の高い医療が効率的に提供されているかの観点からのみ行われるべきであり、設置主体、運営主体によるものではない。

公私病院の役割分担の原則は、公的病院は民間病院では不採算でできない医療を提供することである。その最たるものが僻地医療であり、感染症や地域によっては民間で担えない高度医療も含まれるであろう。

地域における一般的医療の提供は民間の医療機関に委ね、国公立病院は、広域を対象とした高度または専門医療（がん、循環器病などに対する高度先駆的医療の実践や導入）や、国の担うべき政策医療（エイズ、ハンセン病など、地方や民間での対応が困難な医療、国際的感染症、広域災害などへの対応）を実施すると言われ続けているが、現状では、設置主体、運営主体の如何を問わず医療機能が不明瞭であり、役割分担は明確ではない。公私格差の問題を改めて整理し、全日病としての対

応を示す必要がある。以下に公私格差の状況を箇条書きとしてあげる。

#### 税制上の格差

法人税において医療法人・特別医療法人が 30%、特定医療法人が 22%に対して、日赤・済生会・厚生連などが国立・自治体立・労働福祉事業団などとともに非課税。独立行政法人化においても、国や自治体の資産を貸与するのではなく、資産である土地や建物や借入金も移管される形をとり、税金は発生しない。

#### 資本調達面での格差

病院建設や設備投資など資本面では、民間病院は自己資金や銀行借入などで賄うのに対して、公立病院は、企業債で 50%、補助金で 25%資金調達可能。実際に採算性を無視した建物（病床当たり建築投資額は民間の 2.5 ~ 3 倍）を取得している。

#### 給与格差

医業費用の中で大きな要因である人件費について、医師の給与の公私格差はほとんどないが、公立病院では、看護師で 22%、准看護師で 49%、薬剤師で 37%、事務職員で 43%、それぞれ高い。看護部門やパラメディカルの職員の求人に際して不当な競争を強いられている。

#### 補助金格差

2001 年度の一般会計から公立病院への繰入金は、年額、経常収支へ 5,700 億円、資本収支へ 1,700 億円、総額が 7,400 億円で、公立病院の医業収支赤字補填のために 1 床あたり 300 万円の税金が投入されている。

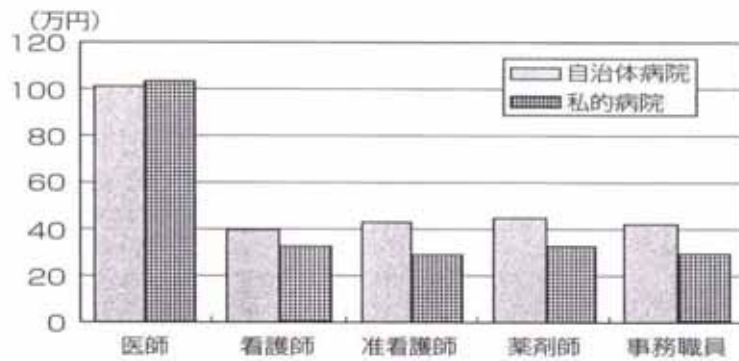
最近、国公立病院も民間病院共通の統一された病院会計準則の導入が決定された。今後運営に関する情報公開を行い、実際にどんな診療が行われ、どれだけの費用がかかり、それは民間病院とどこが異なるのかを明らかにし、同じ評価基準にたち比較検討されなければならない。ランニングコスト、キャピタルコストの情報を明らかにし、医療における公正な競争の場を実現すべきである。

今後、政策医療に当っては、統一された病院会計準則をもとに、その内容と実績を公表し、設置主体の如何を問わず、公正に助成されるシステムの構築が望まれる。

図表3 - 1 開設主体別の税制上の取扱い

	税 目	医 療 法 人	国	労働福祉事業団 (労災病院)	都道府県 市町村	日赤・済生会 ・厚生連等	全国社会保険協会連合会 (社会保険病院)等
国 税	法 人 税	所得の30% 特定医療法人は所得の22%	課税対象外	非課税	非課税	非課税	非課税
	登 録 免 許 税	不動産の価額(登記等の時の価額)の 0.6%	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税
地 方 税	住 民 税	(都道府県民税) 均等割: 2~80万円 法人税割: 法人税の5% 利子割: 支払いを受けるべき利子等の 額の5% (但し、法人税割との調整あり)  (市町村民税) 均等割: 5~300万円 法人税割: 法人税の12.3%	非課税	(都道府県民税) 均等割: 2万円 法人税割: 非課税 利子割: 非課税  (市町村民税) 均等割: 5万円 法人税割: 非課税	非課税	非課税	(都道府県民税) 均等割: 2万円 法人税割: 非課税 利子割: 非課税  (市町村民税) 均等割: 5万円 法人税割: 非課税
	事 業 税	社会保険診療報酬 : 非課税 社会保険診療報酬以外: 軽減税率	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税
	不 動 産 取 得 税	不動産取得時の価格の4%	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税
	固 定 資 産 税	固定資産の時価の1.4%	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税
	都 市 計 画 税	固定資産の時価の0.3%	非課税	非課税	非課税	非課税	非課税

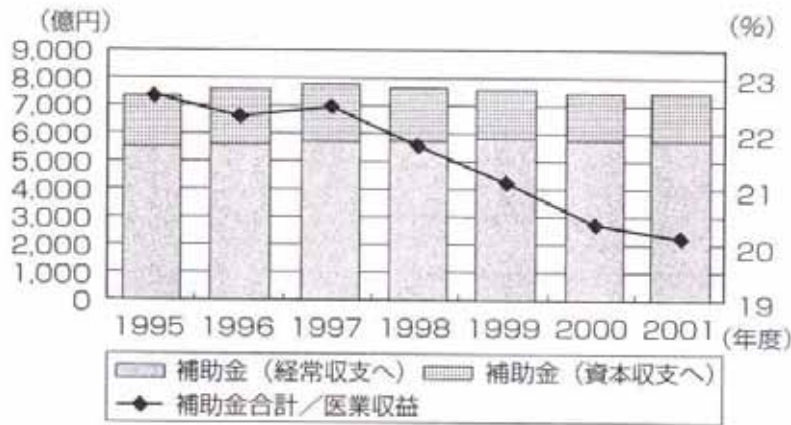
(厚生労働省作成資料より抜粋)



図表 3 - 2 主な職種の給与

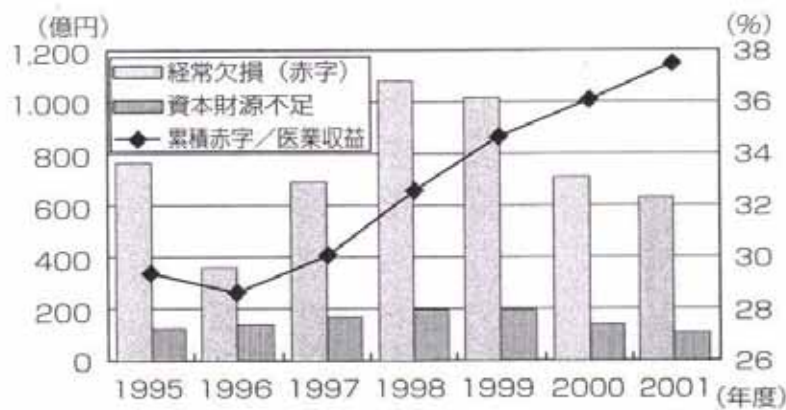
注：常勤職員 1 人当たり平均給与月額

資料：全国公私病院連盟「病院経営実態調査」2002 年 6 月調査



図表 3 - 3 公立病院の債務

資料：総務省「地方公営企業年鑑」各年度版



図表 3 - 4 公立病院への補助金の推移

資料：総務省「地方公営企業年鑑」各年度版

## 第4章 医療保険制度の動向と問題点

### 1. 医療保険制度の導入と医療費の高騰

医療保険制度は1927年の健康保険法全面施行（本人10割給付、家族5割給付）に始まった。当初は人頭請支払い方式であり、1943年には職員健康保険法が統合一本化され、出来高払い方式となった。1948年に社会保険診療基金法が成立し、1961年に国民皆保険が達成された（国保・被保険者5割給付）。1968年には国保・世帯員7割給付となった。1973年に老人医療費無料化が行われ、国内総生産の増大にもまして国民医療費は増加していった。1983年には老人保健法が施行され、老人医療費について定額の自己負担が導入され、翌年には健保本人の1割自己負担、退職者医療制度が導入された。その後、1997年に健保・本人2割負担となり、2000年には介護保険制度（1割定率負担）が導入された。2002年10月には、高齢者医療制度の年齢引き上げ（75歳以上）、70歳以上1割定率負担、2003年4月より健保本人3割負担に変更され、保険料の見直しで総報酬制も導入された。

この間の国民医療費（対GDP）は、1961年3.2%、1973年4.1%、1983年6.3%、1997年7.4%、1999年8.3%と増加し、介護保険導入時の2000年8.0%と一時下降したものの、2001年8.5%、2002年8.6%と再び増加を続けている。その原因としては、医学の進歩に伴う治療法の高度化、医療提供体制の変化（入院ベッドの増加）などの影響もあるが、主因は高齢化による老人医療費の増加にあり、2002年には総医療費の38.3%に及んでいる。ただし2002年度の総医療費は、前年比0.6%減となり国の医療費抑制政策の影響が出ている。

### 2. 現行医療保険制度と医療保険制度改革

#### （1）現行の医療保険制度の問題点

現在の医療保険制度は、国民健康保険、被用者保険（政府管掌保険、組合健康保険）および両者の拠出により運営される老人保健から構成される。現行保険制度では、

- 保険者と被保険者間の関係が一義的に定まり選択の余地がない
- 被保険者の年齢構成、所得構成が大きく異なっており経営状況に格差を生じている
- 特に高齢者は退職に伴い国民健康保険に加入することが多い
- 年齢別医療費は各保険で明らかな差はなく、医療費の保険間での相違は主として被保険者の年齢構成に起因する

という問題が指摘されてきたが、この数年間における最大の問題は、赤字の持続により制度が破綻の危機に瀕していることにある。

いずれの保険者においても最大の誤算は急速に進む高齢少子化、経済の低迷にあることは事実である。しかし、大きな赤字を出して撤退が相次いだバブル期に行われた健康保険施設などの建設、保険者所有医療施設の赤字、レセプトの外部丸投げ委託の問題など、保険者自体の運営上の問題も見過ごすことはできない。

## (2) 医療保険制度改革の動向

政府は2002年より医療保険制度改革として、給付の見直しとして基本給付を3割、保険料の見直しとしての「総報酬制」の導入、を行うとともに、更に高齢者医療に関して、老人医療費伸び率管理制度の導入、高齢者対象年齢の段階的見直し、高齢高所得者への一部負担の導入を行った。

2003年3月「医療制度改革基本方針」に関する閣議決定がなされ、医療保険制度については、保険者の統合および再編、新しい高齢者医療制度の創設が示されている。

### 保険者の統合および再編

現在ある約3200の国民健康保険、約1700の組合健康保険および政府管掌健康保険のうち、国民健康保険と政府管掌健康保険を都道府県を軸に統合分割し、再編成する。組合健康保険については大規模組合のみ存続する。

### 高齢者医療制度

65歳～74歳の前期高齢者については、国民健康保険あるいは被用者保険に加入し、制度間で医療費負担の不均衡を調整する。75歳以上の後期高齢者には独立した制度（加入者の保険料＋国保や被用者保険の支援＋公費）を創設する。

2004年7月28日厚生労働省から示された「医療保険制度」のたたき台は以下の通りである。今後上記の厚生労働省の考え方を基本に議論が進むものと考えられる。

### 基本方針

医療保険制度改革に当っては、年金制度、介護保険制度等の関連する社会保障制度の改革との整合性を確保する。

### 高齢者医療のあり方

QOLの向上を重視して、医療サービスのあり方や患者の意識・受療行動を議論し高齢者医療制度を設計する必要がある。

## 検討項目

高齢者医療制度では、社会保険方式の維持と 前期高齢者・後期高齢者それぞれの特性に応じたサービスに着目した制度とする。高齢者の保険料、社会連帯的な保険料のあり方、後期高齢者医療制度の保険者、財務方式について検討する。

保険者の再編・統合では、国民健康保険の再編統合、政府管掌健康保険の再編、健康保険組合の再編・統合、地域の取り組みについて検討する。

表 4 - 1 医療保険制度の比較

	国民健康保険	政府管掌保険	組合健康保険
加入者数	4477 万人	3630 万人	3102 万人
加入者平均年齢	52.5 歳	37.2 歳	34.0 歳
老人加入割合（70 歳以上、または 65 歳以上の寝たきり者）	27.0%	5.6%	2.7%
1 世帯当り年間所得	153 万円	237 万円	381 万円
1 世帯当り保険料	15.6 万円	15.9 万円（32.0 万円：事業主負担を含めた場合）	17.6 万円（39.7 万円：事業主負担を含めた場合）
国庫負担	50%（3 兆 4825 億円：2003 年度）	13%（8087 億円：2003 年度）	定額（157 億円：2003 年度）
単年度収支差額（2002 年度）	1,870 億円（2003 年 4 月国保中央会データバンクより）	5,588 億円（418 億円：2003 年度）	4,003 億円
1 人当り診療費	16.4 万円	12.1 万円	10.3 万円
年間所得をもとに算定した保険料率	10.2%	6.7%	4.6%
老人保健拠出金（2002 年度）	3 兆 183 億円	2 兆 1358 億円	1 兆 7023 億円

全日病では 2002 年版報告書の中で、「現在の国民健康保険と被用者保険では被保険者の構造に明らかな差が認められ、これは保険者の経営努力により負担できる範囲を越えている。両者の統合、単一保険化（段階的統合を含む）は、効率化や、保険者間での格差を解消するという利点を有するが、反面、保険者間での競争原理は

働かず、一部管理費用削減を除いては医療費の有効利用にはつながらない可能性がある」と述べた。

保険者間での競争原理を導入するためには、「医療情報の公開、保険者の経営状況についての情報公開の下で、被保険者による保険者の選択が可能であり、かつ保険者側の誘導による逆選択を防ぐための仕組みも不可欠である。複数の保険者による競争原理の導入には、国民健康保険、被用者保険の枠を越えた再編成が必要であり、これに要する費用、時間などの移行費用についても検討される必要がある」と主張してきた。厚生労働省案は保険者の統合・再編について一定の方向付けを示すものであるが、都道府県別対応の是非についてはあらゆる方向からの検討が必要であろう。都道府県別対応が導入された場合、医療費の高い都道府県は、保険料を上げるか診療報酬1点単価を切り下げるかの方策を取らざるを得なくなり、前者は住民の負担増となり、後者は医療機関の存続に影響する大問題となるからである。

高齢者医療制度を考える際、高齢者の健康問題についての基本的な考え方、医療提供体制のあり方、医療の質の保証と向上のための仕組み作り、医療費の有効利用を促すための方策、社会としての医療費負担のあり方などについて基本的な議論を行うことなく、医療費の伸びの抑制や保険料負担増を目的とする技術的な観点からのみの議論は、その効果が限定的なだけでなく、望ましい医療を阻害する可能性が高い。財源論も含めた十分な検討が行われ、受療者のみならず被保険者・医療提供者にも納得のいく相当期間継続可能な制度の確立が望まれる。

### 3．診療報酬体系

#### (1) 望ましい診療報酬体系

診療報酬は2年に1度の改定を繰り返してきたが、医療提供の実態を反映した診療報酬体系の構築という観点で行われたことはなく、種々の格差を残し医療提供側の不満を残したまま現在に至っている。

医療費は、受療率、受療1回当たりの医療行為の量、医療行為の単価、管理費用で決定される。望ましい診療報酬体系は、以下の諸条件を満たすものである。すなわち、

- 医療の質や医療の安全を高めることに寄与する
- 医療を担うものの努力を正当に評価する
- 医療の過剰・過小を排し効率的な医療提供に寄与する
- 疾病別の特性を十分加味し、かつ病期別対応もなされる
- 患者の重症度、看護度、介護度を反映する



診療に係る各職種の技術料と診療材料費・薬品費などを含めたランニングコストと建物の初期投資や維持管理を評価するキャピタルコストを各々反映する各医療行為の費用データをベースとした根拠に基づいている  
外来機能ではプライマリケア、専門性の各々が評価される  
健康増進・予防に対する評価がされる  
事務処理が比較的容易である  
行政・医療機関などが予算を立てることが容易である  
新しい技術の評価が毎年行われる

診療報酬の支払方式については、諸外国において種々の試みがなされているが、世界的には、出来高払い 包括払い 人頭払いの方向にあり、一部では総額予算制度も併用されている。日本では、ICD コードによる正確な疾病構造の把握、医療の質についての指標設定、医療機関の機能などに関する情報公開が未だ十分に進んでいない状況にあり、人頭払いにいきなり移行するよりも、むしろ出来高払いと包括払いの組み合わせを考慮することが実際的である。

導入されるべき診療報酬体系に関しては、基本的には急性病変のように病態が不安定な時期には、出来高ないしは疾患別・重症度別包括支払いが、病状の安定した時期には状態に応じた包括支払いが公平かつ効率的な支払方式であり、出来高、疾患別・重症度別包括支払いの双方が可能な場合には、医療の標準化を促進する観点からは後者が望ましい。外来及び入院に関しての各疾患の特性・病期・治療期間を考慮した、今後導入されるべき診療報酬体系は、前章で示した通りである。

外来 「第3章 3．外来機能のあり方(4) 外来医療の診療報酬」を参照

入院 「第3章 2．病棟機能のあり方 表3-1 入院・入所機能に基づいた病棟区分および診療報酬体系」を参照

診療報酬支払方式は、医療の方向性を規定し社会的にも大きな影響を与えることから、その計画策定および導入にあたっては、長期のビジョン、根拠に基づく科学的な検討、導入後の医療内容の変化を含めた効果の検証が不可欠である。

2003年3月厚生労働省は「診療報酬体系の基本的考え方」を公表し、原則的に外来では出来高払い、入院ではホスピタルフィー的要素、ドクターフィー的要素を考慮した上での包括支払方式の導入を目指す考え方を示した。また「基本的考え方」に沿うように日本版 DRG-PPS ともいふべき DPC による急性期包括支払方式の導入が試行拡大の形で大きな流れとなりつつある。病院のあり方委員会では、望ましい診療報酬としては前述の通りランニングコストとキャピタルコストが明確に分けられ診

療報酬の内容が医療提供側にも受療者側にも納得のいくものが必要と考えており、この点から見て厚生労働省の対応は不十分なものと考えている。現実には DPC による支払いが試行され民間病院を含めたデータ収集も行われるため、現場の声を反映させるためにも DPC による支払いに対応可能な全日病会員については積極的参加を望むものである。

## (2) 包括支払方式導入の課題と対策

病院のあり方委員会では、過去3回の報告書の中で日本に包括支払方式を導入する場合の必要条件を以下のようにあげ、活動を行ってきたが、現状でもその内容の変更はない。今回の一連の医療制度改革スケジュール終了直後に行われる予定の2006年4月の診療報酬改定では、今後の診療報酬体系の大きな流れがほぼ固まるものと予想される。DPCによる包括支払試行の結果も踏まえつつ、提言の実現に努力すると共に、会員への啓蒙活動を一層進める必要がある。

ICDの普及

原価の調査

技術料の明確化と適正な評価

治療の標準と価格の決定

「医療の質の評価」システムの確立

医療安全の確立

医療提供体制の再構築

ICDの普及

従来、疾病統計はレセプトに基づき作成されたが、レセプトでは複数の診断名が羅列されるのみであり、主傷病、併存症などが不明であったため、データの信頼性に欠けていた。2001年のレセプト書式変更により、主傷病名、合併症、併存症などが区別されるようになり、データの信頼性向上が期待されたがいまだ徹底されておらず、病名などの用語の統一も遅れている。

各医療機関においてはDPCによる包括支払方式導入が現実味を帯び、コーディングに対する意識が急速に高まってきている。しかし、ICDの導入・普及にはコーダーの養成が不可欠であるにも関わらず、現在、全日病が行っている講習会、日本病院会の診療情報管理士養成コースの中に組み込まれた演習、専門学校による養成コースなど、現在の教育体制では十分に対応していない。より充実した教育体制の構築が必要である。

### 原価の調査

米国では DRG を開発するにあたって、1400 万症例のコストデータを用いて現在の基本となる分類が作成され、その後もほぼ毎年改訂が行われている。またオーストラリアでも全国的に医療原価調査が定期的に行われている。日本でもこれまで医療経済研究機構・厚生労働省の国立病院調査、経済企画庁版調査などがなされたが、データ不足は否めず、また、それらの調査検討に継続性がなかった。DPC による包括支払方式の診療報酬の根拠は、現行の診療報酬をベースとしており、ともに科学的なものではない。原価計算の手法を確立して調査研究を行い根拠に基づく診療報酬の算定が必要である。現在、DPC による包括支払方式導入に連動した原価調査が行われており、比較検討のためにも全日病会員も多数参加可能な簡易版調査票を作成して協力する予定である。

### 技術料の明確化と適正な評価

2003 年 3 月厚生労働省より出された「診療報酬体系の基本的考え方」の中で、運営費用をホスピタルフィー要素、技術料をドクターフィー的要素としてそれらを明確に区分する事が示された。現在のところドクターフィー的要素は、手術料、麻酔料や高い処置料、特殊検査、リハビリテーション等であるが、手術料をのぞき各々の評価は低く、薬剤師や栄養士などの評価はされていない。ドクターフィーの考え方は医師が外部から診療に加わる欧米型のシステムでその技術料を正当に評価するために出来たものであり、医師が勤務している日本の場合は、ランニングコストの中でいろいろな職種の技術料を明確にし、公平に評価して組み込むべきである。

### 治療の標準と価格の決定

かつて医療においては患者の個別性が強調され、治療の標準を設定する事は困難であるとの主張がなされてきた。しかしながら、質の高い医療技術、教育制度を持った現在の日本において、試験的な最先端医療を除きほとんどの疾病に治療の標準を定めることは可能であり、それゆえ各疾病に対する一定の診療報酬設定も可能である。このためには、質の確保と標準化のための有力なツールである各疾患に対する標準診療指針診療指針作りやクリニカル・パスの作成は不可欠の作業である。確立された標準的治療については、その有効性、費用について定期的に検討される必要があり、データに基づいた適切な診療報酬の設定が必要である。

### 「医療の質の評価」の仕組みの確立

各国において包括支払方式導入の際に常に粗診粗療が問題となってきた。DPC による包括支払方式を導入するとしても、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。

日本における第三者評価による質の評価の仕組みについては、(財)日本医療機能評価機構(機構)が、医療機関の審査認定機関として活動を行っており、2003年には5年ぶりの評価項目改定がなされた。しかし、医療必要度、看護度にあわせた評価、治療成績、経営内容などについての評価はいまだ不十分である。米国においては、第三者機関による審査認定が公的保険適用の条件とされており、医療の質を確保し向上させるための仕組みの一つとして医療関係者および一般市民から高い信頼を得ている。機構の事業において問題であったサーベイヤーの質については、徐々に均質化されつつあるが、より一層、質の高い機能評価のできる組織としての発展が必要である。また、ISOのような改善行動のプロセスやアウトカムをみる評価も行われるようになった。更に全日病でも東京都病院協会と共同して24疾患の診療アウトカム評価事業を開始しており、日本における医療の質の評価に対する取組みも活発化しておりよい方向にむいている。2004年9月現在、機構による第三者機能評価に関して、全日病会員の認定は会員数の21.2%にとどまっており、会員の質の管理に関する意識はまだまだ低いと言わざるを得ず、全日病あがての啓蒙が必要である。

#### 医療安全の確立

医療における安全確保は必須の事項であるが、最近まで組織的な取組みが遅れていた。診療報酬減額の措置以来、個々の施設の医療安全に対する意識は急速に高まっているとはいえ、その活動はいまだ個々の施設の裁量にまかされている感が強く、標準化、体系化はされていない。医療安全についての関心の高まりを背景として、行政も病院における医療安全体制強化を始めたが、いまだ、(A)全施設対象の医療安全についての情報収集システム、(B)各病院が導入可能な有効なプログラムの開発、(C)医療安全推進に必要な機器・人員の確保、については対応が不十分であり、特に一定の機器・人員の確保がなされなければ安全なシステムの構築ができないことを関係者は十分に認識し、財源の確保を含めた対策が必要である。

#### 医療提供体制の再構築

米国ではDRG/PPS導入後、費用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転院させる弊害がみられた。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、一定の在院日数を期限とした亜急性期医療に対する包括的診療報酬体系が確立された経緯がある。また、DRG/PPS導入により病床利用率の低下、病床数の減少を招いたが、この影響は小規模病院に大きく、主にこれらの病院が

提供してきた地域密着型の初期診療に大きな打撃をもたらした。

日本では、病院の病床区分が 2003 年 8 月で終了したが、客観的に見て療養病床への移行は少なかったと思われる。今後、診療所機能の再確認とともに、日本のプライマリケアにおいて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し、地域特性も加味した機能分化を進めるよう求めるべきである。全日病が提案した地域一般病棟に相当する亜急性期病床の活用も含め、現実的な機能分化を考えていく必要がある。この意味で全日病においては、一定地域内の疾病発生率などのデータによる必要病床の算出と確保の実態把握を行政に求めるとともに、各支部における地域別の病床機能の現状分析と高齢化の進展をみすえた医療提供体制の構築を検討し、現在論議中の地域医療計画に反映させるよう提言すべきである。

### (3) DPC による包括支払方式と将来への対策

#### DPC の概要

DPC はケースミックス分類手法の 1 つで、患者を疾患名と提供された医療内容の組み合わせで分類したもので、2001 年より開始された厚生労働科学研究「急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究」班によって開発された患者分類である。

DPC は、診断名に関しては ICD - 10 を、手術に関しては診療報酬表の K コードを使用しており、合計 14 桁から構成されている。最初の 2 桁は主要診断群、次の 4 桁は ICD 10 の傷病名を示す。以下、検査入院・一般入院を分ける「入院種別」、小児及び意識障害例では治療形態が異なるための「年齢・体重・JCS 条件」、病態が異なると手術術式も異なるための「手術等サブ分類」を分類の変数として採用している。処置についても「処置 1」「処置 2」を設定し、化学療法、人工呼吸、再建術などの有無で分類する方法をとっている。さらに、合併症・依存症の有無で医療資源の消費量が異なるため「副傷病名」のコードを加え、最後に前記項目でも吸収しきれない要素には「重症度等」のコードで対応している。しかし実際には重症度といっても意識障害に関する JCS が入っているのみで、疾患別重症度の評価は入っていないうえ、白内障の片側両側などの本来の重症度と関係のない項目が入っている。また、要介護状態の者の罹患、罹患後要介護状態に陥る症例が増えているにもかかわらず介護度の評価がなされていないなど、分類の適切性、実際の医療をどの程度反映しているかについては更に検討が必要である。

この分類に 2002 年 7 - 10 月の間に 82 特定機能病院から収集した 26.8 万症例のデータ分析結果をあわせ、16 臓器別 565 傷病（分類コード上 6 桁に相当）2552 分類からなる DPC ver3 が作成された。実際の支払いには、最終的に全国で 20 症

例以上存在し変動係数 1 未満との基準を満たした 1860 分類が使用されている(その後の再検討から本年度は 3106 分類中 1727 分類)。

DPC 作成の基本的な目的は、「医療に関連する情報の標準化と透明化であり、この情報にもとづいて医療サービスの適正かつ効率的な提供体制を整備していくこと」であり、医療の質の評価、評価指標の確立、疾患別治療法別在院日数・医療費の全国比較、病院間のベンチマーキング<sup>20</sup>などを研究するものであった。これらの目的に用いられる前に、厚生労働省・保険者が医療費の抑制・病院主導の出来高払いに対する歯止め・在院日数短縮による急性期病院のベッド削減などに利用する方向で現在進んで来ていることは残念である。

DPC は、当初特定機能病院の一般病床入院患者の支払に用いられたが、2004 年 4 月よりこれまでの試行調査参加病院の中から手上げ方式での拡大が始まり、28 の民間病院(全日病会員 14 病院)を含め、62 病院が加わることとなった。診断群分類ごとの 1 日当り点数は、在院日数に応じて 3 段階の逓減制が設定されている。実際の支払いは、包括範囲点数 = 診断群分類ごとの 1 日当り点数 × 医療機関別係数 × 在院日数と出来高点数の総額であるが、医療機関別係数は機能評価係数と前年度実績を担保するための調整係数を加えたもので決められる。

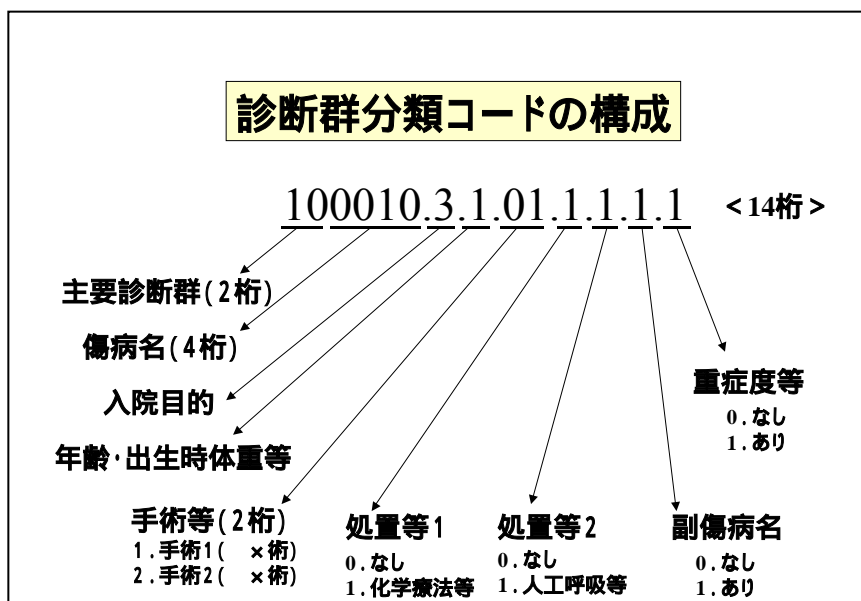


図 4 - 1 DPC コードの構成

<sup>20</sup> ベンチマーキング 診療結果(アウトカム)など病院間のパフォーマンス(実績)比較を行なう際に使われる方法の1つ。自院のパフォーマンスを他病院との比較を通して把握・評価し、改善点の抽出に用いる方法であり、コスト・パフォーマンスや医療の質を測定・検証する手法。

病院種別ごとの診断群分類別平均在院日数の分布を利用して、症例の複雑性、医療の効率性などを表す指標が開発され、国データを基に自院のベンチマークを行うなど、ケースミックス分類に基づくベンチマークは今後一層推進されることが望ましい。また、DPC 単位での部署別原価算出手法も開発されつつあり、収支分析なども行われる予定である。総体として、わが国の病院マネージメントに大きな影響を与える可能性が高い。

今後の病院経営では、医療の質の評価・改善を行いつつコスト管理を行い、必要性の低い医療行為を排する方向に進むことが考えられるが、質の確保を行うのに十分な診療報酬が科学的に決められる必要があることを強く主張すべきである。

#### DPC による包括支払方式に対する全日病としての考え方

DPC は急性期型病院に対する診療報酬体系に利用されるものであるが、亜急性期・慢性期双方ともほぼ包括制といってよい支払い方式が導入されている現在、すべての病院が包括制導入を念頭にした病院運営を必要とする時代に入ったと捉えるべきである。

病院のあり方委員会としては、公平かつ効率的で成功報酬の意味合いを持ち医療の標準化を促進する診療報酬体系として、急性期医療に関しては重症度・看護度・介護度を考慮し原価計算に基づいた1入院当り包括支払方式が良いと主張してきた。DPC による支払いは1日当り包括支払方式であり、コスト計算を十分に行って決定された内容ではないことなど、必ずしも科学的とは言えない。但し、標準的診療の確立をベースとした適正な診療報酬の決定、より良い制度の構築には多くの施設からのデータ収集が必要であり、全日病会員も可能な限り試行に参加し、自らも分析して、問題点を明らかにし修正すべきであろう。

今後、急性期病院全体にも導入される可能性が高いが、試行調査の結果はあらゆる角度から分析されるべきであり、この内容の全貌が公明正大に公表される必要がある。全日病は、病院団体としてこれを強く要求すべきである。

#### DPC による包括支払方式導入に対する各施設の準備

DPC による支払い方式を全面的に是認しているわけではないが、包括制導入については同じ様な対応が必要となるので、これが最終的に導入されてもよいように必要な準備を会員に提示する。

2003 年5月中医協診療報酬基本問題小委員会において DPC に関わるデータ提供調査に参加する対象病院に基準として、(A)原則 2:1(最低 2.5:1)看護体制、(B)診療計画加算に準じる体制、(C)病歴管理と ICD コーディングの体制、(D)電子レセプトの体制、が示された。更に 2004 年度に行われる試行病院には、ア)データ/病床数が概ね 3.5、イ)データの質が確保、も求められた。これらも参考

に次の事項についての検討を推奨する。

(A) 自院の患者層の把握による人員の整備および病棟機能の整理

診療データより、自院入院患者の主たる入院の理由（主傷病）入院経路、在院日数、入院医療費などを集計分析し、これをもとに自院の医療が急性期型なのか慢性期型なのかケアミックス型なのかの判断を行い、DPC 対象病床数の確認も行う。急性期医療を担うには機能的にも標準人員のうち医師数 10 割、看護単位 2.5 : 1 は最低条件であり、現実には看護単位 1.5 : 1 以上も必要である。また、現行の DPC による包括支払方式の内容を把握し、各疾患の標準入院日数と診療報酬を確認し、自院のデータと常に比較しておく必要がある。包括支払方式導入時には病院全体としての平均在院日数の考え方は不必要となるが、直近のデータでは一般病床の平均在院日数が 20 日に近づいている。82 病院の DPC 施行特定機能病院も一年間で 4 日短縮され 19.3 日となっていることから、平均在院日数も 20 日は切る努力をしておく必要がある。

急性期医療に必要な病床数の把握のもとに病床利用率の再検討を行い、亜急性病床の導入や療養病床とのケアミックス、病床削減など色々な選択肢について、各施設の理念・行動基準と照らし熟考すべきである。

(B) 記録の整備と診療情報管理士の養成

医師・看護記録を中心に重複する治療計画・記録を整理し、これらから標準的な各疾患の治療の流れに沿った日毎の作業予定表（ワークシート）を作成し、これに対応する記録様式を決定する。次にこの情報を集計・検討し、公表されている DPC の入院期間にも対応できるクリニカル・パスを作成する。作成にあたっては、各診療行為別の費用も可能な限り明らかにすべきである。医療関係者のみならず患者にも見やすい診療記録の作成をはかると共にその管理方法を確立する。DPC 試行に参加した場合、患者診療情報として DPC 関連情報のみならずこれまでの出来高情報、病床利用率、平均在院日数などの情報提供も求められるので、これらの情報の電子化も考慮すべきである。

ICD コーディングができ、医療情報の管理を行う診療情報管理士の育成は必要最低限の準備であり急務である。

(C) 医療安全の活動と病棟管理者の育成

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、安全対策が十分かどうかなどの定期的な評価および病床管理をする担当者（フロアマネージャーなど）を養成する。



#### (D) 費用の徹底管理

一定の収入しか望めない制度の中で、病院経営面での最重要課題はコストの管理となるが、疾病別、重症度別の一患者、一日当たり、一入院当たりの費用を厳密に計算し、収支を把握、管理するシステムを構築する。人件費やキャピタルコストなど直接患者個々に配賦できない費用なども取り込んだ精度の高い原価計算が必要であり、そのツールとしてコンピューターの導入による医療情報の電子化が必須である。オーダリングシステムと医事請求システム、コスト情報システムの連結が必要である。バ - コードを利用した時系列ごとの患者情報の取り込みや医療安全管理への利用、診療行為に伴う物品管理情報の収集なども取り込み、多角的経営分析の可能なシステムの導入がなされると理想的である。問題は IT 化にかかる費用であり、中小病院では相当な資金負担となる。全日病の医療の質向上委員会では「病院情報システム基本要件検討プロジェクト」を立ち上げ、必要要件を明らかにし、安価でしかも他の種々のソフトとも連結できるシステム作りなど、会員病院の IT 化が促進される環境作りを目指している。

#### ア) 費用管理の第一段階（出来高払いからの脱却、発想の転換）

医療機関の費用としては、人件費、検査費、薬品費、診療材料費、給食費、管理運営費、その他の経費などがあるが、これらをできるだけ少なくしていく必要がある。

< 人件費 > 組織活性化をはかり、組織のコミュニケーションを円滑にして効率化する。人件費は時間に換算して管理することが可能であり、実を結ばない会議などは費用管理の面からは不適當と思われる。人員整理は速効性があり、短期的には有効だが、長期的には組織衰退につながるので注意を要する。

< 検査費 > 臨床検査、放射線検査など個々の検査の費用を把握し、クリニカル・パスの導入の下に必要なかつ最小限の検査のみ行う。

< 薬剤費 > 在庫管理を徹底する。薬品使用は必要最小限にし、適正なジェネリックの使用も検討する。

< 診療材料費 > 必要最小限の使用と SPD の導入などを進め在庫管理を徹底する。

< 給食費 > 材料費を削って質を下げることはできないので、共同購入の検討、業者の選定によって削減する。

< 管理運営費 > 経営の効率化、職員教育、人材の育成が必要である。

現在の出来高払いのもとで、検査や、薬剤の投与を減らすことは減収につながることをため、いつの時点で実行するかは経営判断を要するが、包括支払方式が実行されてから、突然検査や投薬などを少なくするようなことを行うと診療内容と経営に整合性がとれなくなり、内外から批判されることになる。常に質の高い医療を短い在院日数で安く提供できるよう努力すべきである。診療報酬包括化を見据えた経営を行うには、出来高払いからの脱却をはかる意識改革の必要がある。

#### イ) 費用管理の第二段階

部門別、診療科別、病棟別などのリアルタイムな経営管理データはもちろんのこと、患者別の費用を正確に計算し把握することが必要である。薬品、診療材料などの在庫、発注の迅速かつ正確な情報も必要であり、コンピューターによる管理システムを早急に構築すべきである。業務の流れを熟知しているシステムエンジニアがプログラムを組む必要があり、開発に当たっては関係部署の意見交換が重要である。逆に開発過程で院内のコミュニケーションを図り、業務を見直すことが可能である。「病院情報システムの基本要件検討プロジェクト」ではコンピューターを用いた院内情報システムを個々の病院が円滑に導入できるよう、標準的な仕様書の用語・作成方法などについて検討を行っているが、業務フローについてはモデル図表が発表されており参照してほしい。

#### ウ) 費用管理の第三段階

ICD に基づいた疾患・処置別に費用計算と在院日数を検討することから、医療の質の検討が可能となる。事前に作成された一定の治療目標が達成されれば、費用が安く、在院日数が短いことは、質の高い効率的な治療の実証とある。さらに院内での医師ごとの比較、他医療機関との比較も行い、このデータ分析から、自院におけるクリニカル・パスの改善を行い、さらなる費用削減を行うことが継続すべき効率化の目標である。ICD に基づいた診断名を基礎として、クリニカル・パスを作成し、疾患の平均在院日数、平均費用、診療経過の集積が必要であり、この基礎データ無しで作成されたクリニカル・パスは費用管理には役立たない。

国公立病院の独立行政法人化や包括支払方式の導入は、その運営に大きな変革をもたらしつつあり、効率的な医療と黒字経営の両立を目指す一般急性期病院に変貌しており、民間病院への脅威となりつつある。なりふりかまわず患者確保に走るようにもなっており、中小病院としては早急な対応が求められる。診療所と

のより一層の連携を図ることは勿論のこと、優秀な医師を確保し専門外来をもち可能なら積極的に救急医療も行って重症患者を受け入れる体制作りを考える必要がある。クリニカル・パスの使用の下に、厳密な病床管理を行って、在院日数短縮を図り「診療内容が良くわかり、早い、安い」医療を実践し地域住民の信頼を受けることが肝要である。全日病会員の多くが中小病院であり DPC のような包括制導入へ対応には相当量の準備作業をこなす必要があるので、早めに病院運営の改善を図るべきである。

入院医療に関する診療報酬体系は、病院機能分化の流れの中で徐々にその最終像が明らかとなってきた。急性期医療に対する包括制のみならず、診療報酬が担保された亜急性期病床の考え方も導入され、慢性期に対する RUG などを利用した包括支払方式も中医協の診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会で検討に入っている。全日病としては医療・介護の定義を今一度検討し、医療必要度・介護度を加味し疾病・病期・治療期間を十分に考慮し、公正な原価計算をベースとした診療報酬設定となるよう、継続したデータ構築を基に我々の提言を主張し続ける必要がある。

## 第5章 介護保険制度の問題点と今後の介護提供のあり方

### 1. 介護保険制度導入後の介護の実態

高齢者の介護負担を社会全体で分担するために、2000年4月に社会保険方式の介護保険制度が導入され、医療と介護の区分の明確化がなされた。新しい制度にありがちな種々の問題を抱えながらも徐々に国民に受け入れられ、今やこの制度を利用する高齢者が当初の予想をはるかに上回る勢いで増加している。

5年間で認定者数は、2000年4月218.2万人から2004年6月393.9万人と1.8倍となり、要介護度別では要介護度2～5は40～50%の増加であったが、要支援・要介護度1が2～2.5倍の伸びとなっている。このうちサービス利用者は、2000年4月149万人（施設52万、在宅97万）から2004年6月307万（施設76万、在宅231万）と倍増した。保険給付額は2003年度に5兆1145億円であるが、特に在宅サービスの利用の伸びが著しい。要介護度4、5の高齢者の40～50%が依然在宅介護で対応されている。施設介護の内容は、介護老人福祉施設35万、介護老人保健施設27.2万、介護療養型医療施設13.4万である。2000年10月から2003年10月までに、介護老人福祉施設は600施設増加し5,083施設に、介護老人保健施設は400施設増加し3,012施設となったが、介護療養型医療施設は3,862施設から3,819施設とむしろ減少している。

### 2. 介護保険制度の問題点

#### (1) 介護の提供に関する市町村格差

高齢者は介護を受ける際一律の権利を有しているにもかかわらず、地域の事情によりその理由は異なるが、地方の町村のみならず首都圏でも介護保険施設やグループホーム、在宅サービス事業者がないなど施設整備に格差がある。しかも、介護保険施設への住民票の移動を禁じられたため転居してサービスを受けることが不可能となる例や、施設介護を受けるために都市部から周辺町村へ転出する例など公平さを欠いている。転入出により当該市町村における介護保険料に影響を及ぼす例も多く見られ制度上の欠陥として指摘されている。国は医療における二次医療圏のように一定の地域における介護保険施設・サービスの提供実態を調査し、早急に是正すべきである。

#### (2) 介護提供の質の問題

介護保険施設に関して、量的な問題がある程度解消された後には、その質が問われるようになるのは必然である。介護保険施設に関する第三者機能評価はいまだ確立しておらず、監査は行われているものの書類上のチェックが主であり、その地域の要望に見合う質の高い介護が行われているかどうかの調査はされていない。介護保険施設に関する質の向上には、全国老人保健施設協会や全国老人福祉施設協議会などが取り組んでいるが、監査内容と重複しておりアウトカム評価の観点に乏しい。介護療養型医療施設の一部では「老人病院評価マニュアル」などを利用して自己評価をしているが施設によりその取り組みに差異が見られる。また、最近居宅サービスの拡大に伴って苦情の増加も指摘されている。居宅サービスについても質の向上については、一部を除き、サービス提供者の自主性に任されているのが実情である。

介護は労働集約型産業であるため、質の確保には介護職員数との相関が高い。要介護度が重度化している現状では、国が考えた人員配置モデルは破綻していると考えべきである。全日病を含め関係団体は、機能分化の実態調査や質の評価を行ってこの問題の解決策を国に提言すべきである。

### (3) 重度要介護者に対する居宅サービスの限界

これまで高齢者の介護には家族の犠牲による在宅介護がかなりの確率で行われて来たが、介護保険制度が周知され介護保険施設の療養内容が知れ渡るにつれて、施設介護を望む家族が増加している。実際に高齢者が急に要介護状態に陥った場合、短期間の在宅介護に関してこれを担うあるいは担える家族は少なくないが、長期間に亘る介護とくに痴呆性高齢者の介護については対応ができない家族が多い。施設へのショートステイ、ミドルステイの確保、ナイトケアの対応を含めた24時間体制のケアの確保など、在宅介護のためのインフラ整備をすべきである。

最近では居宅介護サービスの需要が伸びていることから、介護要員の奪い合いが都市部を中心に行われるようになってきており、介護要員の養成がより積極的に行われる必要がある。

また、少子化の中で就労人口の減少が問題だとすると、就労可能者が在宅介護のためにその本来の役割を果たせないなど、インフラ整備にあたっては経済活動全体から見た費用対効果の観点からも多面的に再考すべであろう。

### (4) 不足する利用者に対する情報開示

介護老人保健施設を中心に、各施設の担っている機能にかなりの差が見られるようになって来ている。施設利用者の平均要介護度が高く身体ケア中心となっている施設や、維持リハビリテーションに力を入れている施設、デイケアに力を入れてい

る施設など各々の施設にはそれぞれに特徴があるが、利用者には口コミで届く情報が多く、ほとんど正確な情報は届いていないのが実情である。各々の介護保険施設が率先してその機能を公開すべきである。

#### (5) 曖昧な介護保険施設の機能分化

要介護者の施設内分布を直近の調査で見ると、医療療養型・介護療養型医療施設間には医療必要度・介護度で見た機能上の大きな差はなく、介護度が重症のケースがむしろ介護老人保健施設、介護老人福祉施設に收容されている場合もあり、これらの施設間での機能分化はなされていない。現場では、要介護者の急増により本来の機能のみを果たすことが不可能となってきているというのが実情であろう。

現在、入所・入院施設が、介護老人福祉施設 36 万床、介護老人保健施設 30 万床、介護療養型医療施設 16 万床存在するが、国は、施設ごとの利用見込み人員を 2004 年度おおむね 8 (40%) : 7 (35%) : 5 (25%) として参酌標準を示し、地域の実情に応じて定めることが必要であるとしてきたが、新参酌標準 (2007 年度目標) では 8 : 5.9 : 3.2 と、介護療養型医療施設が大幅に削減された。医療機関から介護療養型医療施設への移行が新参酌標準設定時に少なかったことがこの数字算定の基になっていると思われるが、要介護者の増加に対応した機能の見直しや、この標準の必要性も再考すべき状況になっていると思われる。

#### (6) 急性病変および終末期の対応の問題

介護保険施設の利用者においても急性病変の発症は当然起こりうるが、重度要介護者が罹患した場合どこまで医療を行うかは大きな問題である。また老衰などの終末期の対応に関しては、利用者の家族にあらかじめ説明し同意を受けておく必要があるが、このような問題は個々の施設の裁量とするのではなく、一定のガイドラインの下に全国共通の対応を考える必要がある。

#### (7) 個室ユニットケアのあり方に関する問題

個室ユニットケアは、新しい介護老人保健施設・介護老人福祉施設の設立時に義務付けられるなど、その導入が進められている。しかしながら、個室ユニットケアの有効性、適応についてはいまだ検討途上にあると見なすべきであり、要介護度の重度化、痴呆性高齢者の増加、介護要員の不足、介護報酬の削減などの中で、どのように位置付け運営すべきかについては、十分に検討されるべきである。

## (8) 介護保険制度の見直し

2004年7月30日、社会保障審議会介護保険部会が介護保険制度の見直しに関する意見を取りまとめた。見直しの基本的な考え方は、制度の「持続可能性」を高めるための「給付の効率化・重点化」、「明るく活力のある超高齢化社会の構築」のための「予防重視型システム」への転換、「社会保障の総合化」の観点による「介護・年金・医療の各制度間の機能分担」の明確化であり、総体として在宅介護に的を絞った内容である。具体的には、給付の効率化・重点化、新たなサービス体系の確立、サービスの質の確保・向上、負担のあり方を見直し、制度運営の見直し、が挙げられており、「介護予防システムの導入」、「施設給付の見直し」、「地域密着サービスの創設 医療と介護の関係」、「居住系サービスの体系的見直し」、「ケアマネジメントの体系的見直し」、「保険者機能の強化」などの項目が、重点的に見直される見通しである。

今回の制度見直しの内容は、一定の財源の中で如何に国の負担を減らし国民の負担への転嫁を図るかという色彩が強い。施設介護需要の絶対数増加に対応するためには、優先して施設で対応すべき状態を明確にするとともに、施設の拡充、既存施設の転換、従来は施設で対応していた要介護者の一部にも対応できるような在宅ケアの高度化を含むインフラ整備が不可欠である。介護制度の問題に限らず、直接国民の生活に絡む問題に関しての検討の際に、学識経験者や各団体代表者のほとんどは現場での実態経験者ではないため、その時点での最善の政策を打ち出せないことが多い。今後、特に労働集約的産業である介護の問題では、働く者の意見を十分に取り入れるためその代表者を検討の場に必ず入れる必要がある。

### 3. 今後の介護提供のあり方

高齢社会の進展と共に、高齢者に特有の複数疾患の罹患や治療後の要介護状態の発生、痴呆性高齢者の急性病変合併などから、医療と介護の連続性、医療・介護の同時対応の必要性が強く求められるようになってきている。この意味で、医療のあり方と介護のあり方については、地域連携の一貫として厳密な整合性が図られる必要が出てきた。

今後の介護のあり方を考えるためキーワードは、超高齢化社会(20年後のピーク)の到来、独居・夫婦のみ同居高齢者の急増、介護保険施設・介護要員不足、財政難であろう。

本来、要介護者は可能な限り住み慣れた自宅で介護を受けられることを最善とするので、財政的な観点からではなく、要介護者の望む在宅介護を基本とした体制作りを目指すべきである。単に介護という視点から高齢者を見るのではなく、高齢者

の終の棲家をどうすべきなのか、要介護者の住まいをどうするのかという観点からも、介護を見直すことが必要である。現在、介護サービスには、最も高齢者が望むであろう在宅サービス、重介護を中心とする施設サービス、この中間に位置するグループホームや有料老人ホームのような特定施設によるサービスがある。在宅介護に関しても、介護要員不足の影響が出ることが予想されるため、今後は地域に根付いた介護環境の整備のために、現在痴呆性高齢者が対象のグループホームの他に、自宅にも近い小規模多機能施設を新設し、色々なニーズに対応できる新しい住まいとしての機能を果たさせるべきである。ユニット単位の小家族のような生活が可能な住家とし、デイサービス・訪問看護などの利用も認めることで、利用者の選択肢がひろがる。今後独居高齢者の爆発的な増加が予想される中で、住まいの機能と介護の機能をあわせて考えることが高齢者対策として利にかなっている。

施設介護は介護必要度・痴呆度の高い要介護者への対応、および在宅介護を支えるリハビリテーション、ショートステイ、ミドルステイに対する施設とすべきである。前述したように、現在その創設過程で示された介護保険3施設の機能については、高齢化の進展による要介護者の増加や要介護度の上昇により、本来的な明確な機能分担は不可能となってきている。施設ごとに、ある機能を完全に分担させることは、現状の要介護者の実態から見てむしろ非効率的であり、介護保険施設の需給調査を基に地域特性をふまえた個別対応が現実的である。

早急に介護保険施設の機能の見直しをはかり、改めて在宅復帰施設としての機能、在宅支援機能、終の棲家としての対応など、各施設が地域連携の中で選択可能な役割分担を決定することが必要である。この場合も、都市部のような複数施設存在地域においても、施設単位の機能分担は難しいものと考えられ、まして施設数の限られた地域においては種々の目的の要介護者を収容せざるを得ないことを考慮し、フロア単位や部屋単位のケアミックスを認めるべきである。医療から介護まで一貫した地域連携の中で、どのような機能が求められるのかを、要介護者の発生頻度、要介護度の内容及び高齢化率などから推定される施設利用者数を検討し、医療連携と同様、行政も含めた密接な連携の構築が求められる。介護保険施設機能の見直しに際しては、その運営を公平にするため設立母体の違いによる税制上の格差についても再検討すべきである。

新参酌標準が作成され当面これに従って施設介護の環境整備が行われる予定だが、作成当時、医療機関から介護保険施設への転換は、療養病床の行く末が不透明であったことや介護報酬の見直しの内容も明らかでなかったことから、消極的であり少数であった。要介護者が急増し、施設入所が必要な利用者の待機、あるいは医療機関への滞留が認められ、施設不足は深刻である。介護保険施設の新設は補助金制度の終了後では経営的にみても難しいことから、医療機関の転換を認め、この問題に対応するのが資源の有効活用から考えても適当と考える。全日病には民間病院が多



く、厳密な病床機能分化を求められつつある現状と、医療療養病床への医療必要度・状態像による診療報酬包括支払いが導入されることが予想される状況から、運営が厳しくなる施設もできると推測される。医療療養病床の介護保険施設への転換の問題に関して会員の意見を集約し、合意が得られれば、病院団体として行政との交渉を率先して行うべきであろう。

少子化、核家族化の現社会においては介護要員不足の到来は目に見えており、厚生労働省の在宅ケア重視政策はこの問題を無視して進められる限り、建前論となり限界があると思われる。介護を担うマンパワーを広く求める方策を考えるべきである。企業の介護休暇制度導入の拡大推進や学生の単位習得時の介護援助必須化なども考えられるが、現実的なひとつの選択が、移民の受け入れや外国人の就労許可政策であろう。これらの検討、推進にあたっては、当然可能な限り家族の協力も求めるが、介護保険よりの相応の支援も含め、長期に継続できる仕組みづくりが必要である。

介護報酬の見直しが行われるたびにその算出根拠が問われるが、介護保険の財政の問題から十分な費用が当てられなくなってきた。介護の質が問われるなか、介護要員増員の必要性を考えると、介護保険施設の経営が徐々に厳しくなっていくがざるを得ないと思われる。医療における診療報酬に関して原価計算調査が行われるようになり、科学的根拠による決定がなされようとしている。介護報酬では、そのほとんどが人件費であり容易に原価計算が可能であることから、これを根拠とした報酬決定が必要であり、関連団体はこの点を強く国に求めるべきである。介護の現場では、医療が必要になる確率が高いが、この場合、医療必要度に応じ療養病床へ転院させるのかどうかを決定するルール作りが必要であることはすでに述べたが、軽症の場合は介護保険施設内で対応すべきであり、この治療には当然医療保険による支払いがなされるべきである。

社会保障制度として、医療・介護に向けられる国民の目は、期待と共にその質に関してより厳しいものとなってきている。介護提供者の立場から国民のニーズを十分に汲み取り、行政とも協調しつつ、利用者も介護提供者も満足できる介護提供のあり方を模索すべきである。

## 第6章 医療制度改革への提言

日本の医療は、戦後の混乱期に民間資本を活用し、量的な整備、良好なアクセスを確保することがまず図られた。特に、診療報酬支払方式としては医療機関の経済的リスクの少ない出来高払い制度が採用され、また国民皆保険制度が、医療機関へのアクセスを良好なものとした。これらは医療供給体制の量的な充足を図るには有効な手法であった。

医療が当たり前品質になり、ニーズが高度化、多様化するにつれて、従来の医療システムでは、対応することが困難になった。医療の質をより重視した、かつ効率的な医療提供体制が構築される必要がある。1998年以来、全日病は病院のあり方委員会を中心に、医療提供体制のあり方について包括的な議論を行い、その成果を内外に公表してきた。外来機能、急性期医療については、その役割、要件など、これまでの議論により一定程度明確になり、徐々に定着が図られつつある。本報告書では、DPC導入による病院マネジメントへの影響、慢性期医療と介護の区分の明確化、連携のあり方について特に検討を行った。今後10年以内に到来する超高齢化社会を想定した場合、これらの問題は特に重要である。基本的な認識は、前報告書と変わらないが、より議論の精緻化を図ることができた。詳細については、各章に示すが、病院のあり方委員会は全日病・会員病院および国民・関係各団体に対して以下の提言を行なう。

### 1．医療基本法の制定

医療に対するニーズは多様化、高度化するのみならず、国民生活においてますますその重要性を増している。新しい時代に合致する医療のあり方、医療提供のあり方を規定する「医療基本法」が制定されるべきである。

### 2．IT技術を利用した医療の質向上のための仕組みづくり

質の高い医療を提供するために、医療の質を評価する手法を開発し、診断と治療の標準的な指針や基準を開発することが必要である。診療ガイドライン、クリニカル・パスの普及にとともに、今後は、アウトカム評価事業の確立、介護保険施設などへの第三者評価の拡大、多様な第三者評価機関の育成などが行なわれる必要がある。また会員病院が医療の質向上活動を行うに当たって、その支援のための仕組みづくりが必要である。

DPC導入は、全国規模のデータベースを利用した比較検討の可能性を医療機関に与えた。分類の妥当性、医療実態をどの程度反映しているかなどの検証を進め、デ

一々の蓄積と、一般の医療機関が利用できるような環境整備を進めるべきである。また診療報酬支払に際しては科学的根拠に基づき金額が決定されること、1入院を単位とすることが望ましい。

IT技術の導入は各医療機関が積極的に行うとともに、導入を促進するための仕様の標準化、法制の整備などが同時に図られる必要がある。全日病はこれに積極的に関わる必要がある。また医療機関内において医療およびITに精通した要員の確保が重要である。全日病は、会員病院が情報システムの導入を円滑に行うことができるよう、担当者の教育体制、標準モデルの確立などの仕組み作りを行う必要がある。

### 3．医療安全のための第三者機関の設置

医療事故についての情報を収集し、防止策を立案し、その病院への導入を支援するための第三者機関（仮称：医療安全情報センター）の設置が必要である。また、裁判以外の方法による医療紛争の迅速な解決を目的とした第三者機関（仮称：医療事故情報センター）の設置、被害者救済の仕組みについても検討される必要がある。これらについては、日本医療機能評価機構を中心に活動がはじまったばかりであるが、全日病は関連組織と共同して、その活動を推進し、医療事故報告などの法的整備、未然防止対策の支援を含め、積極的に参画すべきである。

### 4．医療機能の分化と連携の促進

質が高く効率的な医療提供体制を構築するためには、病院の機能分化が行われ、それぞれの機能が内外に周知され施設選択に反映される必要がある。また機能に応じた、施設・人員などの基準、医療内容の評価基準が定められ、診療報酬支払制度にも反映されなければならない。これらは医療機関、介護保険施設など関連施設における連携を実効あるものにする上では必須である。前報告書では、病院種別として、急性期3種別・慢性期3種別の分類を病棟単位に行うことを提言し、その一部は政策に反映された。今後は、慢性疾患の増大など疾病構造の変化に対応するため、患者の選択に基づく主治医機能が明確にされなければならない。また一定水準以上の医療を必要とする療養病床と介護保険施設の役割分担が明確にされ、後者においては、現在の施設分類の再検討を含めて、対応できるサービスについての情報整備と、それに基づく施設選択ができるような環境整備が図られる必要がある。また医療資源の有効利用の観点から、医療施設から介護保険施設への転換が認められるべきである。

## 5．医療提供体制についての常設の調査・分析・検討組織（シンクタンク）の設置

医療は巨大な産業であり、その重要性はますます高まっている。望ましい医療提供体制について検討し、これを実現することは、社会的にも重要な課題である。現在、医療提供体制についての検討は行政・医師会・病院団体・保険者などで行われているが、通常、担当者は任期が年限として限られていることが多い。医療政策・医療システム評価・医療経済などについての情報を定期的に収集し、分析し、政策提言できる組織は限られている。常設の検討組織（シンクタンク）を設立し、医療提供体制、医療の質、診療報酬支払制度などの重要な問題について、定期的な情報収集・集計、重要課題についての受託研究、政策の作成と導入支援が行われる必要がある。このようなシンクタンクは、異なった立場から複数設立されることが望ましい。

## 6．適切な診療報酬体系の構築

それぞれの医療機能に対応した診療報酬体系を構築することが重要である。診療報酬支払方式は医療の内容を規定することから、最新の医療内容を反映すること、医療の質向上への動機付けを与えること、データに基づいて定められていること、関係者や社会の納得が得られるものであること、が重要である。現在の、診療報酬決定方式ではこれらの要件が十分に満たされておらず、特に医療界以外の社会一般の理解を得ることが困難であり、医療に対する信頼や魅力を減じる原因ともなっている。医療原価についての定期的な調査を含めて、診療報酬体系の構築・改定は、調査・分析・検討組織の重要な課題である。

## 7．資金調達環境の整備

医療は高度な科学性と労働集約的である二面性を併せ持つ産業である。また歴史的に、医療の提供は社会保障の一環として、公的な色彩が強いとして、構造的に収益が低く抑えられており、また制度面からも資金調達の方法が限られている。反面、社会情勢の変化に伴い、価値観の多様化と医療技術の成熟化に伴って、社会の医療に対する要求水準は、多様でかつ高度なものとなっている。

安全な医療システムの開発、医療情報の整備・活用、24時間体制の救急医療の提供、快適な療養環境の提供などは、現在の社会が医療に期待するものである。医療関係者はこれに対応する責務を有するが、同時に整備のための費用を必要とすることを社会に対して説明し、資金調達のための方策を提案し議論に供することも必要である。今後は、医療の安全と質の観点からの診療報酬支払制度、その他の資金調

達のあり方について検討される必要がある。

医療を重要なサービス産業と位置付けるならば、投資を促進するための環境整備を行うべきである。多様な資金調達の方策を検討するとともに、投資の阻害要因を明らかにしてその対策を講じる必要がある。また、設立主体ではなく、医療機能と業績に基づいた資源の配分を行うという原則を確立する必要がある。

## おわりに

「病院のあり方に関する報告書」は、平成 10 年 9 月の「中小病院のあり方に関するプロジェクト委員会報告書」をスタートに、隔年発行し、今回で 4 回目の報告となった。

これまで「病院のあり方に関する委員会」にて、医療や医療提供体制に関する基本的なあり方を中心に議論を重ね、その結果を報告書にまとめ、理事会での承認後、関係方面に公表し評価を受けると共に、全日病全体としても提言の実現のために種々の活動を行ってきた。医療提供側の現場のデータをベースとし、必要に応じ自らも正そうという真摯な提言と活動に対し、多方面から認知されつつあると自負している。

小泉内閣発足後、経済財政諮問会議が先行提言して進められてきた医療制度改革の議論も最終段階に入り、平成 18 年度の診療報酬・介護報酬改定時には近未来における医療・介護の提供体制の大筋も決定されていると予測される。本報告書は、このような背景の中で、質の高い効率的な医療提供に関する現実的で必要不可欠と考えられる内容の提言と、これに合わせた全日病の活動方針を示す観点で作成されたものである。議論の過程では、特定の事項に関して専門家の意見を聞き、オブザーバーとして参加した若手の経営・管理者の発言も参考にし、広い視野に立った報告書となるよう留意した。

関係各位並びに会員の幅広い支援を期待してやまない。

以上