

エイジレス社会と病医院経営・会計

野村 健太郎（大分大学）

I エイジレス社会と医療費負担軽減

現代ヘルスケア（保健・医療・介護）を研究していく上で、エイジレス（不老）学との関連を注目していくことは極めて重要である。というのは、「エイジレス」は人間一般の願望であるとともに、エイジレス、つまり健康で長寿の人生を送ることが、社会的にコスト負担をかけず、医療費上昇に伴う国家財政を圧迫することがなく、豊かな国づくりを可能にする基盤となっているからである。

日本では、65才以上の高齢化現象が急速に進展しているが、そのような環境にあっても、「寝たきり」で介護が必要な患者を多く抱えている状況は決して好ましくない。社会的コストを増大させてしまう。人間は生死を伴う生きものであり、「死」から逃れることはできない。決して「エイジレス」ではあり得ない。

「死」から離れられないが、健康で長寿を全うし、自立した人生を送ることができれば、そのような人に囲まれた国、社会は、全体として負担のかからない豊かな構造を樹立することができる。例えば、日本では沖縄県は、長寿率という点では、全国トップレベルにあり、一方、一人当たり医療費という側面で全国で最も少ない部類の県に位置している¹⁾。

沖縄県は、年度を通じて気候温暖で、食習慣にも優れているという地理的状況は無視できないが、しかし、他方、自然環境が厳しい地方であっても、行財政運営や、優れたリーダーシップを発揮している首長に恵まれている地域では、やはり健康で負担のかからない長寿社会を実現することができる。

例えば、山形県西川町のケースがそうである。1997年時点で、人口8,139人、そのうち28.0%が65才以上の高齢者となっている超高齢化率地域である。JR山形駅から車で約1時間、朝日連峰と月山のふところに抱かれた山村であるが、冬は豪雪地帯でもある。横山万蔵氏が西川町長に初当選してから町政を施行し、町役場の隣に老人福祉施設「ケアハイツ」を設置し、保健、医療、福祉を一体的システムとする特徴ある環境を整えている。

西川町は、健康づくりを看板にかかげ、35才以上の全町民に人間ドックを受けられるシステムにし、40才以上の町民の検診データを記憶させるノート型パソコンも導入している。マウスをクリックすれば、個人の過去5年間の検診データが項目ごとに示される。町の保健婦は、パソコンを使った保健指導を町民に対して行っている。リハビリ施設も整え、在宅療養に対する

介護事業にも力をいれている。「健康で長生き」をモットーとすれば、医療費抑制が可能になり町財政負担も軽くなるという横山町長の町政方針に沿ったものである。

元来「短命郷」といわれた西川町が、町長の優れたリーダーシップによる町政に助けられて、平均寿命も延び、男性76.9才、女性83.1才と全国水準を上回るに至ったのである。

さて、国連が2001年2月末に発表した最新の世界人口予測によると、2000年に61億人に達した世界の人口が、2050年には標準的推計で93億人に増加する見通しとなっている。最大推計によると109億人に達するという。発展途上国を中心とする人口爆発の勢いは、食糧やエネルギーなど資源の制約を再考させることになる。

しかし、世界的人口増加の一方で、人口が減少する国もあることに注目される。例えば、日本とドイツで2050年までに14%、イタリアで25%、人口が減少すると国連は予測している。

日本の場合、65才以上の世代が2015年に4人に1人となり、2050年には3人に1人の比率になる。高齢化のスピードはドイツより早くなる。

このことは、少子高齢化現象を加速させるものであるが、「福祉や医療費の負担増加、労働力減少、内需減退」を招来させるものである。この高齢化現象に伴うデメリットを回避できる基盤は、すでに指摘した個々人が健康で長寿を全うすることができる社会の実現に関わっている。長寿であっても、「寝たきり」や「痴呆」の高齢者を多く抱えている社会は、福祉の低下や医療費の負担増加を招き好ましくない。

長野県のような、「PPK（ピン・ピン・コロリ）」運動にみられる社会の実現こそ、高齢化現象の進展する日本において要請される課題といえる。自立した健康で長寿の社会、コロリと終末期を迎えることができる社会がエイジレス学の理想である。日本の保健所、診療所、病院、福祉施設などの経営も、このような意味でのエイジレス学に対応し改善していくことが期待される。

II 高齢者介護と病院・福祉施設経営

「寝たきり」、「痴呆」の症状になり、介護の世話にならざるを得なくなったとき、日本で現在、介護保険のサービスを受け入れたいと思えば、介護費用の1割は利用者本人が負担する。中度の「要介護3」の人が限度一杯のサービスを利用すれば、自己負担は1月当たり約27,000円である。この本人1割負担の介護を重いと感じて、在宅介護をあきらめている人もいる。

2000年12月時点で「要介護認定」を受けた人は約250万人で、そのうち在宅介護は約130万人、特別養護老人ホーム、老人保健施設などの施設介護は60万人である。残る60万人は要介護認定を受けていながら、自己負担が重いと感じて保険を利用していない²⁾。

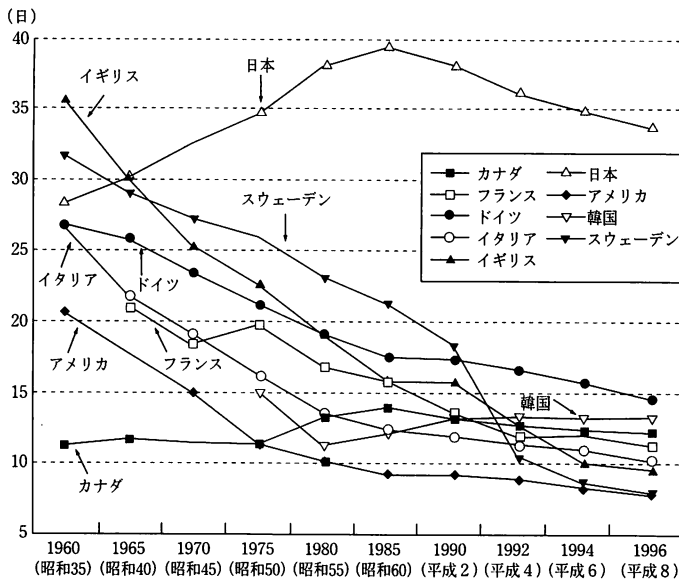
介護保険の大きな目標は、患者の「施設から在宅へ」という流れを促すことにあった。長期療養型病院や特別養護老人ホームより在宅の方が低いコスト負担ですむという財政面での配慮

から要請されるものであった。要介護高齢者数は2025年には500万人規模に倍増すると見込まれており、特別養護老人ホームなど施設中心の介護を続けると保険料負担・税負担が増加し続け、財政を圧迫させていく。在宅介護をより充実していくことは国家財政負担の軽減からも要請されている。

欧州諸国でも、治癒の見込みが薄くなった終末期の患者の介護（ケア）については高い関心が寄せられており、在宅ケアが中心となっている。在宅療養患者が定期的に医療施設に通って病状チェックを受け、リハビリ、食事・入浴の世話をするデイケアに注力されている。ガン（癌）などの終末期患者が自宅で家族に看取られながら、その人らしい生き方を求める方式が好まれている。

欧州諸国では、患者の病院で世話になる平均在院日数は短かく、在宅介護が重視されている。在宅介護の充実、家庭医（ホームドクター）と高度な技能を具えた訪問看護の存在が不可欠である。例えば、イギリスでは、特定の資格をもつ専門看護婦は、麻酔を扱えるなど看護専門職に大きな権限が与えられているため、在宅でも訪問看護婦が痛みをコントロールできる。また、扱いが容易な痛み止めの錠剤や家庭用酸素吸入器など家庭での使用を可能にする機器・技術の普及も在宅化を促しているのである³⁾。

図1 平均在院日数の変化



(注) 1. 日本は一般病床の平均在院日数を病院報告の算出方式により算出した。
 2. 諸外国の平均在院日数の定義は OECD の統計に従った。
 3. 諸外国平均在院日数の算定の対象病床の範囲は OECD の統計に従った。概要は以下の通り。
 ドイツ：急性期病床、精神、精神・神経病床、リハビリ病床
 フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、中毒病床（薬物、アルコール）リハビリ病床
 イギリス：NHS (National Health Service) の全病床
 アメリカ：AHA (American Hospital Association) に登録されている全病院の病床
 厚生省「厚生白書（平成11年版）」107頁

「PPK (ピン・ピン・コロリ)」というスローガンを全県レベルで実施展開している長野県の面目躍如というところであり、保健、医療、福祉を相互バラバラに取り扱うのではなく、一体的に把握展開し、しかも、行政、医療機関、患者（消費者）が相協力して健康立県をめざしている成果が実現したものである。

Ⅲ 医療費抑制と医療機関経営

国民所得の伸びが1990年代のバブル崩壊以後低下してきた一方で、高齢化現象の進展によって国民医療費が毎年伸び続けてきた。1997年度でみると、国民所得約390兆4千8百億円、一方、国民医療費は29兆7百億円である。国民1人当たり医療費は、年間23万4百円である。国民医療費の国民所得に対する割合は、7.45%となっている。

国民所得が、右肩上りの伸びを期待できなくなってきた一方で、国民医療費は毎年約1兆円規模で増加してきた。このような状況をいつまでも放置し続けていくことはできない。所得の伸びが低下してきているのに、医療費負担を圧迫し続けていくことは家計・消費者の生活に弾力性を失わせていくからである。

1961年（昭和36年）に国民皆保険制度が確立し、我が国の医療制度は、公的医療保険のもと、患者・消費者は「いつでも、どこでも医療機関で受診できる」というフリー・アクセスを達成し、他方、医療機関にとっては、公的医療保険による支払い制度によって安定した収入が得られるシステムを約40年にわたって維持してきた。

しかし、近年、高齢化の進展に伴う老人医療費の増大や、経済成長の鈍化によって医療保険財政は悪化の一途を辿ってきた。保険機関にとっては、赤字に苦しむところも出てきた。そのことにより、患者の一部自己負担がはかられたり、公費（税）による補填が行われたりしてきた。国民所得に対して医療費負担を増加させていくという好ましくない状況をいつまでも放置し続けていくことはできない。

そのことは、医療機関にとって、診療報酬単価の伸びを大きく増やしていくことを困難にしていく一方で、検査料収入、薬価収入の伸びを期待できなくなっていくことを意味している。何よりも老人医療費の伸びを抑制していくことに影響を与えていく。「寝たきり」や「痴呆」の状況を増大させない健康で長寿を全うさせ「PPK (ピン・ピン・コロリ)」を増大させるよう国民的知恵を働かすことが求められている。

医療機関経営においても、このような大きな流れ、趨勢を視野に入れた合理的かつ効率的な経営を展開していく必要性が高まってきた。バブル時代のような放漫経営を行ってはいは、倒産の憂き目に遭遇してしまう。しかも、患者・消費者を第一に尊重した医業経営が要請される。診療には注力するが、医業経営については無知、無頓着ということでは医療機関経営は頓挫してしまう。

医師が病医院機関の院長・理事長であり続けたいと望むかぎり、医師も会計学・経営学に対する深い知識をもたなければならない。大学・インターン時代に最低限基礎的な会計学・経営学の科目を履修できるシステムを導入することが求められる。医業経営は決して易しい課業ではない。

与えられた一定の医業経営資源にあつて、これをいかに合理的かつ無駄なく活用できるかを中長期的に対応していかないと、医療機関の長期的存続をはかっていくことができない。赤字の民間医療機関が増えているが、決して、健全で合理的な経営を展開している医療機関がないわけではない。医療機関が赤字に転落してしまうと、他の第三者医療機関によって合併・統合される憂き目に遭うことになる。実際、赤字になると、本業の医療サービスの提供がおろそかになり、地域住民の評判を落としてしまう。

IV 包括医療（全人的医療）と医療機関経営

健康で長寿を全うする人生、「P P K」の人生が、住民にとっても有益で、かつ全体的医療費抑制という視点から負担のかからない望ましい形態であるとすれば、それは医療の側面で見れば、包括医療（comprehensive medicine）（全人的医療）が重視されることになる。

医療サービスの提供を受ける住民を、いついかなる場合でも「病む人間」として個別に捉える視点であり、個人を「身体・心理・社会・実存的統合体」として位置づける。

そこでは、臨床的診療を重視する現代医学（近代的西洋医学）のみならず、予防的治療をも考慮する伝統的東洋医学、心身医学も取り入れた三種の医学方法論の相互主体的鼎立として関連づけている。これを一般に「新しい医療」といっているが⁴⁾、専門職としての幅広い見識を具えた医師と患者との相互主体的関係の上に成り立っている。

このような包括医療（全人的医療）は、現代医学（近代的西洋医学）のほかに、伝統的東洋医学、心身医学も重視し、「未病（未完成の病態）を治す」ことに力点を置いている。これは「P P K（ピン・ピン・コロリ）」を実現していくための重要な要素となっているわけである。「未病を治す」ということに重点を置けば、病気を未然に除去していくことに貢献し、国民全体的な医療費節減にも効果的となる。

「未病を治す」ことに重点を置くこのような伝統的東洋医学や心身医学にも積極的に関与し、貢献していくものとして、地域医療に重要な役割を演じている「かかりつけ医」を挙げることができる。住民にとって「近い」、「相談しやすい」、「よく説明してくれる」などに特徴を置いて、地域医療における「かかりつけ医」は、格好の存在となり得るからである。日本医師会も、1992年、民間病院について、「国民一人一人にかかりつけ医」をキャッチフレーズにして、かかりつけ医制度を提唱したことがあり、まさに包括医療（全人的医療）を支えるものとして不可欠である。従って、民間の医療機関経営としては地域住民に信頼される「かかりつけ医」とし

ての特徴を具備していくべきものとみられる。

ところで、アメリカにおいては、1970年以降、「プライマリー・ケア医(Primary Care Physician)」の役割が重視されるようになってきた。「プライマリー・ケア医」とは、通常罹りやすい内科・小児科などの一般的病気の患者を診察する医師に相当し、日本の「かかりつけ医」に近い性格のものである。診療の専門化が行き過ぎた反省から、1970年に大学医学部に家庭医科が設置され、プライマリー・ケア医の役割が見直されるようになってきた。このようにアメリカでも、「未病を治す」という機能的病態の診療をより重視する傾向を窺うことができる。地域医療を請け負う医療機関の経営として、「かかりつけ医」の特徴を見落とすべきではない。

V グローバル化と医療機関経営

日本の医療機関経営の動向を占う上で、アメリカにおける動向や、情報通信技術(I T)革命によって巻き起こされたグローバル化との関連で注目しておく必要がある。

アメリカでは、国策として戦略的重点分野を5つ持っている。すなわち、①医療、②経済、③国防、④環境、⑤生活の質の向上、である。

「医療」を「生命科学(biomedical research)」として位置づけ、遺伝子診断・治療技術を可能にし、臓器移植手術に強味を発揮し、最先端の医療・医学分野に巨額の研究費を投入し、I Tと関連するインターネットに基づいて情報開示を積極的に進め、標準化した医療をグローバル次元で展開している。医療・福祉をアメリカでは成長産業として把握しているのも、これを国家の戦略的な重点分野として捉えているわけである。

このようなアメリカの動向は、いうまでもなく我が国の医療機関経営に大きな影響を及ぼしている。I Tとの関連で医療分野を重視していくことは、医療のグローバル化と深く関連している。コンピュータによるインターネットを利用すれば、情報は瞬時にグローバル化し、医療のグローバル・スタンダードを普及させていくことになる。

例えば、ある特定の疾病に対しては同一のグローバル・スタンダードによる治療を行うとか、類似の医薬品を使用するとか、グローバル・ベースでの診療を促進することになる。また、I Tによって、医療機器や医薬品の価格が国際的に容易に比較検討していくことができ、ある国の当該価格が異常に高いとか相違しているときには見直しが行われていく。薬価の決定についても、国内事情だけを勘案していくのは不十分となる。グローバルな市場価格によって常に再検討されていき、不当に高くすることをできにくくする。このことは「薬価差益」の縮小にも影響していくはずである。

I T進歩による情報化の流れは、ICカードによるシステム化によって、病院全体として総合的診療科目を揃える自己完結的医療よりも、ある特定地域を全体としてみる地域包括的な医療システムを重視せざるを得なくなる。

同種診療部門の他の医療機関との連携がより容易になり、これらの医療機関同士が機能分担・連携強化を行って、それぞれの地域での医療機関の存続をはかっていくことが重要となる。日本における「病診連携（病院と診療所との連携）」、「病病連携（病院と病院との連携）」などが患者を中心として、より一層強化され、「かかりつけ医」と中核病院との信頼関係樹立が必要となっていく。この場合、「紹介率」の高い病院が重視され、そのためには品質の良好な医療サービスを提供することで経営存続をはかっていくべきである。

地域全体として統轄されている医療の重要性がより一層強調され、さらに、保健、予防、医療、福祉（介護）を一体として捉える包括医療（全人的医療）が重視されていく。

IT進歩によるICカードの普及は、市町村における保健・医療・福祉情報カードとして情報の共有化を促していく。また、これと関連して「電子カルテ（診療録）」を普及させ、問診、検査結果、診療方針、治療の内容・経過・結果などについてカルテ内容の統一化を促す。医療の中身がコード化、電子化され、分析が容易になる。医療機関、患者双方にとってそれぞれのメリットを統合させるという効果をもつことになる。

従来、医療機関（医師）と患者との間で「情報の非対称性」が存在し、患者側が情報劣位に置かれると批判されてきたが、それを解消させる手段となる。逆にいうと、医療機関にとって、患者（消費者）に対してより一層情報内容を明確化し、患者の利便性を考慮して、インフォームド・コンセント（説明と同意）につき懇切に対応していくよう求められていくのである。患者に対して、「寄りしむべし、知らしむべからず」という医療方針は通用し難くなる。

電子カルテはまた、標準規格によるすべての医療機関、福祉施設、行政機関などを包括した全体的医療サービスの提供に関連させていく。医療機関はこのような趨勢に対応できる運営が要請されていく。

アメリカやEUでは、すでに事実上のグローバル・スタンダード（世界標準）になっている電子カルテを実行に移している。医療データ交換の国際間規約（Health Level 7）や医療画像の通信規約（Digital Image Communication Version 3）に対応した規約に準じている。このような動向は、日本のこれからの医療機関経営にとっては無関心ではいられず、前向きに対応していくよう準備していかないと、世界の医療サービス水準の達成から取り残されていくことになる。

医療機関の診療行為を電子化していけば、その診療行為を個別に分割して、コスト管理を行うことができる。診療行為別のコスト管理によって医療の効率性を高め、経営計画の基礎に役立てていくこともできる。いわゆるDRG（Diagnostic Related Groups）／PPS（Prospective Payment System）としてアメリカで知られている「診断群別疾病分類に基づく診療報酬定額支払方式」などが可能となる。日本でも、医療費を「出来高払い方式」から「定額払い方式」へ移行していくことになれば、医療機関においてこのDRG／PPSを基にした管理が実施に移されていくとみられる。

電子カルテ化への流れは、国全体としての医療費抑制政策、患者（消費者）の情報公開要求、医療機関側の経営効率化などに対応できるものである。医療機関経営において電子カルテ化への流れは十分視野に入れて展望しておかなければならない。

VI 高齢化の進展と医療機関経営

日本では65才以上の高齢化現象は、世界のどの国に比べても早く進展している。高齢化に伴って、国民医療費は1990年代に入ってバブルが崩壊した後も毎年1兆円規模で増え続けている。1995年度（平成7年度）で総医療費は約27兆3千億円（国民1人当たり21万4千円）となっており、1999年度では約30兆4千億円の巨額に上っている。

そこで、健康で長寿を全うできる社会を実現していくことで全体的医療費の節減に寄与していけるのである。例えば、「PPK（ピン・ピン・コロリ）」を標榜している長野県では全県として健康で長寿を実現していることで全国一低い医療コストを達成している。

しかし、それでも、人間は「死」から逃れられず、高年齢になれば、脳梗塞患者や痴呆性老人の増加によって、病院や施設の世話にならなければならない。老人病院の増加は大きな流れである。

病院数は1990年の10,096をピークとして減少し続け、病院の病床数も1992年の168万6千床をピークに減少を続けてきたが、老人病院は増加してきたのである。

1992年（平成4年）の第二次医療法改正によって、制度面で、「療養型病床群」の病院への特化の道スジをつけようとした。「療養型病床群」とは、一般病院にあって、病状の安定した入院患者の生活面にも配慮した体勢をとっている病床の集合体である。「病床の集合体」であるから、病院開設者が都道府県知事に申請して許可を受けて、病院の一部または全部を療養型病床群に転換することができる。

療養型病床群となった場合のメリットとしては以下のことが挙げられる。すなわち、診療報酬体系の弾力化がはかられたことであり、1994年（平成6年）春の診療報酬改定では老人収容比率60%未満につき、3段階から7段階へ変更され、同収容比率60%以上でも3段階から4段階へ拡充され、1994年秋の改定では、入院医療管理料への点数が引き上げられた。

とくに注目されるのは、収益源として療養型病床群特定看護料が新設されたことである。患者6人につき看護職員・看護補助者を1人ずつ配置する必要があるが、日中のみ正看護婦（士）を1人配置すれば、たとえその他の看護職員全員が准看護婦（士）であっても、295点の看護料を算定できるとした。

療養型病床群は長期入院患者に適合した療養サービス提供のための人員配置を特色としており、100床当たりの医師数3人、看護婦17人、介護職員17人となっている（図2参照）。

図2 医療施設の機能分化

| 区 分 | 一般病院 | 療養型病床群 | 介護力強化病院 | 特例許可老人病院 (介護力強化型 病院を除く) | 老人保健施設 | 特 別 養 護 老 人 ホ ー ム |
|-------------|--|---|---|---|--|---|
| 開設許可等 | 都道府県知事の許可 | 都道府県知事の許可 | 都道府県知事の許可(医療法)、届出(診療報酬) | 都道府県知事の許可(医療法) | 都道府県知事の許可(老人保健法) | 県…許可不要 市町村…知事届出 社会福祉法人… 知事許可(老人福祉法) |
| 必 置 設 置 | 病院 手術室 診察室 臨床検査室 処置室 エックス線装置 調剤所 消毒施設 給食施設 給水施設 暖房施設 洗濯施設 汚物処理施設 | 機能訓練室 [40㎡以上] (食堂) [1㎡以上/人] (談話室) (浴室) ()の内施設については転換型では必ずではない) | 特例許可老人病院に同じ | 病院の必置施設(ベット、廊下、浴室、便所など適切な施設がのぞましい) | 療養室 診察室 機能訓練室 談話室 食堂・浴室 レクリエーションルーム 洗面所 サービスステーション 調理室 洗濯室・場 汚物処理室 デイルーム 便所 | 居室 静養室 食堂 浴室 洗面所 便所 調理室 医務室 事務室 宿直室 寮母室 看護婦室 機能回復訓練室 面接室 洗濯室・場 汚物処理室 介護材料室等 |
| 患者1人当たり病室面積 | 4.3㎡ | 6.4㎡ (転換型)は6.0㎡1病室当たり4床以下) | 4.3㎡ | 4.3㎡ | 8.0㎡ (転換型)は6.0㎡) | 8.25㎡ |
| 廊 下 幅 | 1.2m (両側居室は1.6m) | 1.8m (両側居室は2.7m)転換型の場合、一般病棟と同じ) | 1.2m (両側居室は1.6m) | 1.2m (両側居室は1.6m) | 1.8m (中廊下では2.7m) | 1.8m (中廊下では2.7m) |
| 人員の計算式 | [医師] (外来患者数/2.5+入院患者数-52)÷16+3 [看護婦] 外来患者数÷30+入院患者数÷4 | [医師] (外来患者数/2.5+療養型病床群の入院患者数/3+療養型病床群以外の入院患者数-52)÷16+3 [看護婦] 外来患者数/30+療養型病床群の入院患者数/6+療養型病床群以外の入院患者数/4 [介護職員] 療養病床群の入院患者数/6 | [医師] 特例許可老人病院に同じ。 [看護婦] 特例許可老人病院に同じ。 [介護職員] 老人病棟入院患者:3(老人病棟入院医療管理Ⅰ) 老人病棟入院患者:4(老人病棟入院医療管理Ⅱ) 老人病棟入院患者:5(老人病棟入院医療管理Ⅲ) 老人病棟入院患者:6(老人病棟入院医療管理Ⅳ) | [医師] (外来患者数/30+老人病棟入院患者数÷3+老人病棟以外の病棟の入院患者数-52)÷16+3 [看護婦] 老人病棟入院患者数÷6+老人病棟以外の病棟の入院患者数÷4+外来患者数÷30 [介護職員] 老人病棟入院患者÷8 | [医師] 入所者数÷100(最低1人) [看護婦/介護職員] (Ⅰ)入院者数÷3.6 (Ⅰ)入所者数÷3 看護婦=2:5 [通所者に係る介護職員] 通所者数÷10 [PTまたはOT] (入所者数+通所者数)÷100 | [医師] 1人 [生活指導員、寮母、看護婦] 入所者数÷4.1(看護婦等は、1人以上常に勤務) |
| 100床当たり人員 | 医師6人 看護婦25人 | 医師3人 看護婦17人 介護職員17人 | 医師3人 看護婦17人 介護職員17~34人 | 医師3人 看護婦17人 介護職員13人 | 医師1人 看護婦8~10人 介護職員20~24人 PT、OT1人 | 医師1人 看護婦3人 寮母22人 |

(資料) 厚生省保険局

この点で、介護力強化型病院と類似している。しかし、療養型病床群では、患者の年齢制限は設定しないで、患者1人当たり病室面積6.4平米と広くしているのである。一般病院や老人病院の4.3平米より広くとっている。40平米以上の機能訓練室等の設置も義務づけている。

日本では、少子化・核家族化によって在宅での介護が難しくなっており、高齢者の介護は社会全体で対処すべき課題となっている。高齢者向けの介護施設はまだ不十分であったり、ケア・マネージャーも不足している。そこで痴呆に近い高齢者を抱える家族では、とりあえず病院に

入院させることになる。「社会的入院」がこれである。この「社会的入院」に関わる患者が高齢化現象の進展とともに増えている。

老人保健施設や特別養護老人ホーム等の介護施設の充実強化が待たれるが、それにしても、療養型病床群や介護力強化型病院への入所希望は多いのである。医療機関としても、これらの動向をよく見極めた中長期的な経営展開を行っていく必要がある。

療養型病床群の施設の伸びは著しく、これへの転換を目指す病院も増えてきた。しかし、他面で介護施設の充実強化、介護職員の充実、在宅サービスの強化が行われていくと、療養型病床群の役割が減少していくことも予想される。医療機関として将来の見通しを十分立てていくべきである。

例えば、具体的に、従来赤字であった医療機関が、療養型病床群と健診センターを共有する施設に転換したり、病院でありながら介護保険適用の混合経営に移行することにより、経営が順調に運営されるようになったケースとして医療法人中馬医療財団中馬病院が挙げられる⁵⁾。高齢化現象変化に適合した医療機関として注目される。

VII 在宅ケアと医療機関経営

人口構造の高齢化率（全体人口に占める65才以上人口の比率）の上昇に伴い、脳梗塞患者や痴呆性老人が一層増加してきている。この人達が病院・クリニック、介護施設、在宅などでどのような医療・介護サービスを受けるかということは社会的にも大きな課題となっている。病状の進行に伴って、病院、介護施設、在宅などというように転院、転宅を求められている。

病院に長く入院していると、病院では報酬逓減現象を食い止めたいとか、新しく入院を希望している患者が空き病床を求めて待機しているとかの事情で、別の病院とか介護施設への転送・移送を求められる。しかし、完全に介護施設で世話になるまでは病状が悪化していないとか、別の病院での病床が一杯使用になっているときには、在宅での療養が求められることになる。

しかし、病院、介護施設、在宅のいずれにしても医師の関与が求められる。在宅で医師が関与することは在宅医療を必要とすることになる。在宅医療は、医師の管理下にあるという前提で、治療の主体が誰になるかによって、**図3**のごとく大きく3分類される。

図3 在宅医療における治療法

| 型 | 治療の主体（医師の管理下） | 療法や手法 |
|-----|---------------|---|
| I | 患者さん等（家族） | 在宅酸素療法（HOT）、在宅人口呼吸法（HMV）、睡眠時無呼吸症候群（SAS）、在宅自己腹膜透析（CAPD）、在宅血液透析（HD）、在宅輸液療法（HIT）、在宅自己導尿、在宅自己注射（ヒト成長ホルモン注入、インスリン製剤注入） |
| II | 訪問看護婦が中心 | 訪問介護、訪問看護 |
| III | その他 | 遠隔在宅医療（テレケア、テレメディシン） |

65才以上の高齢者にかかる老人医療への取り組みは一層重要性を帯びつつあり、医療費高騰を抑制するという視点で位置づけられるべきである。その視点で、在宅医療・介護が重視される。そこで、厚生省（現厚生労働省）は、在宅医療に関する診療報酬にも一定の手当てをするよう配慮してきた。1989年に「在宅自己導尿指導管理料」、1990年に「在宅人口呼吸指導管理料」、1994年に「在宅医学管理料」、「在宅末期医療総合診断料」、「在宅患者訪問栄養食事指導料」、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」等に診療報酬を認めてきた。

このことは医療機関経営としても無視できず、病院という医療機関に患者が通院してもらって診療するという待ちの医療サービス提供でなく、医療機関という建物から一步離れて、医師が在宅医療のために出向いて診療するという「出前診療（あるいは「出前看護」「出前介護）」を行っていくことが必要となってくることを意味している。

ITの進歩によって、携帯電話やパソコンを使って、ネットワークや電話によって医療機関と在宅とを送受信するという手法が一層容易になってきた。とくに遠隔在宅医療が身近なものになってきた。

これがいわゆる「テレケア」とか「テレメディシン」と言われるものである。テレメディシンは、高精細画像、デジタル映像伝送（CT、MRI画像の伝送を含む）、TV会議システム、顕微鏡遠隔操作などの技術をマルチメディアとして全体的に組み合わせた遠隔医療である。

医療過疎地域をなくすため考案されており、ITの進歩とともに脚光を浴びてきた。医師不足、専門医不足を補い医療格差の解消、医療の質・信頼性の確保、患者のQOL（生活の質）の確保を目的としている。

医療機関経営として、このテレメディシン（遠隔医療）を効果的に運営していくためには、医師・技術者・看護婦などのマンパワーの整備、病院相互間の連携の確保、地域医療圏の医師同士のコミュニケーションの育成などが必要となる。

とくに、遠隔医療によって実際に画像伝送が行われてきたとき、医療機関側において一時的に自分自身の仕事を中断しなければならないことがあるが、緊急性の場合に、即時的に対応できる体勢を整えておくという余裕が存在していなければならない。しかし、テレメディシンは、IT進歩の急速な環境において、在宅医療に対応する重要な役割を担っていくと予想される。

VIII 保険会社主導の医療機関経営

日本では、保険に基づいて医療費の支払いの役割を引き受けている社会保険は、組合健康保険、政府管掌健康保険などの被用者保険と国民健康保険からなっている。いわゆる社会保険として強制加入とされている。しかし、例えばアメリカでは、医療費支払いを引受けている保険者は民間の保険会社となっており、当該保険会社が消費者（患者）の立場に立って、医療機関の経営に大きく関与している。

民間の保険会社では、会社として独立採算で経営が成り立っていくことが求められ、効率性を追求していかざるを得ない。そこで、医療機関の医療サービス提供に対しても効率性の観点から管理していくことが求められる。いわゆる「マネジド・ケア (managed care)」が重視されることになる。

マネジド・ケアのもとでは、医師や病院に任せきりになりがちであった医療サービスの中身を、保険者である保険会社が消費者（患者）側に立ってチェックするのである。コスト・ベネフィット（費用対効果）を高め、医療の質を向上させ医療費を抑制して医療価値を高める（ $V=Q/C$ ）という目標を掲げて1980年代後半からアメリカで急速に普及した。

マネジド・ケアでは、保険者が患者の入院、手術、投薬などの治療についてそれぞれ個別に審査して必要性や妥当性を判断している。従来、アメリカではこのような判断は医療機関の主治医に委ねられていたが、しかし、ITの進歩に伴って、診断・治療のデータベースの整備で、種々の診療ガイドラインが開発され、保険者が医療機関経営に関与できるようになった。

保険者は、加入者である消費者（患者）の立場も考慮して費用対効果を重視し、無駄な医療を極力減らすため、入院期間の短縮、日帰り手術などを要請するのである。病気になると、登録済みの家庭医（かかりつけ医）への受診を義務づけて、軽い症状の場合には家庭医（かかりつけ医）への受診を義務づけて、軽い症状なのに高額な専門医にかかったり、はしご受診を防いだりしている。

マネジド・ケアのもとでは、保険者が直営の病院を経営したり、医療機関が保険サービスに関与したりすることがあり、「出来高払い」の過剰診療を防除したり、「定額払い」の過小診療の弊害をなくしたりすることができる。保険者と医療機関との間での競争や医療サービスの情報開示を促進できる。

マネジド・ケアは、DRG (Diagnostic Related Groups ; 疾病別関連群) と密接に関連しており、ある一つの疾患について、その診断に関連する医療行為を一まとめにして、例えば、医師の技量がどれほど必要で、どの薬剤をどれほど投与すべきか、という行為を一まとめにして、これを基準にして、医療者チーム、医療機関を運営していくのである。これをもとにして、診療報酬の定額払いを行っていくことができるので、これをDRG/PPS (Prospective Payment System) として特徴づけられる。

マネジド・ケアでは定額払い制と関連づけていくので、診療報酬の過剰請求を防除できるのである。日本でも外国資本による保険者の医療分野への参入が進んでいくと（医療サービス分野の市場開放は回避できない）、その保険者と契約した医療機関は、マネジド・ケア方式を導入することによって、定額払い制をとり入れた効率的経営を行わざるを得なくなることになる。

そうすると、日本での従来の「出来高払い」に基づく過剰な診療報酬支払いが難しくなる。高齢者が要介護状態になったとき、「保険料」での支払い形態をとっていても、民間の保険者の参入がみられ、マネジド・ケアで運営していくケースが多くなっていくと、医療費膨張を防い

でいくことができる。しかし、マニュアルどりの医療サービスの提供では病院内の雰囲気がギスギスしたものになり易いというデメリットもあることに注目される。

サービス業の門戸開放、自由参入とのからみで、アメリカ民間保険会社の日本進出は避けられず、医療機関経営、医療サービス管理のノウハウを十分身につけているので、日本の医療機関にとっては、それとの対応能力を具えていかなければならない。安易な医療機関経営を行ってれば、外国資本と対抗して経営を行っていくことができなくなる。アメリカでは、医療を国家的な重要戦略分野として位置づけており、医療産業の国際的展開を側面支援していきたいという意図を見落すべきでない。

さて、日本でも、従来アメリカで普及しているマネジド・ケア方式の医療サービス提供については殆ど実行に移してこなかった。しかし、この方式は、医療費の抑制、医療の質向上を通じて医療価値を増大する上で多大の効果を上げることが評価され、2001年になり、厚生労働省は、高血圧症や糖尿病、胃癌などの病気について2002年をメドとして標準的な治療法をインターネットで公開する方法を打ち出した。

具体的には、医師たちが最新の研究成果に基づく治療法を簡単に検索できるようにする。診療の質向上に役立て、無駄な治療をなくして医療費の抑制を狙うことにする。一般住民への公開も検討し、住民（患者）が医師と相談のうえ、最も適切な治療方法を選ぶことも容易になる。厚生労働省はこれを医療改革の一つにする方針とされた。

このような病気治療法インターネット公開は、我が国のこれからの医療機関経営に大きな影響を与えることになるとみられ、医療機関の自由裁量のサービス提供は出来にくくなる。医療費を抑制し、医療の質向上をもたらす医療価値を高めることが期待されるとすれば、無視し得ない流れといえる。

IX 医療機関経営と会計

以上、健康長寿社会のもとにおける医療機関経営の課題に関し、種々の観点から検討してきた。それによって、今日、日本の医療機関経営が多くの困難を抱えており、困窮している状況が明らかとなった。赤字で苦しんでいる民間の医療機関も多い。

しかし、赤字で苦しいからといって、安易に診療報酬改定を希求するのは容易ではない。支払い側の保険財政の窮迫は切実なものがあり、直接負担していく消費者・国民の窮状も少しずつ進展しているからである。医療機関自身、医療経営の苦境を広く一般に公開する努力を怠ってはならない。そうでないと、その苦境が一般に十分理解されず、負担の増加を期待し得ないからである。

医療機関経営の経営実態を会計による情報公開を促進すべきである。しかし、民間の医療機関は、株式会社組織になっておらず、公益法人として認可されているところから、会計数値に

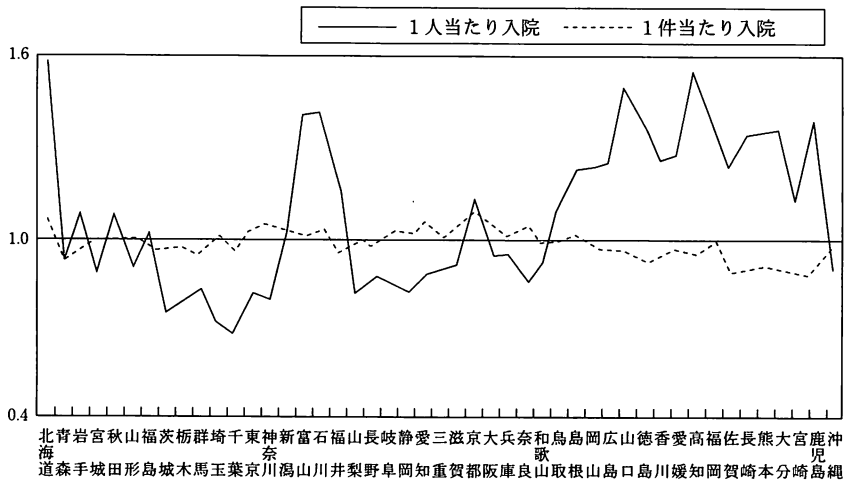
よって一般に情報開示がなされていない。この側面を抜本的に解決するよう努力していかなければ、医療機関の経営存続は厳しいといわざるを得ない。

医療機関経営のどこが困難であるのか、どうしたらそれを克服できるのか、などについては透明性ある会計情報の開示がなされないと打開の糸口がつかめないからである。この側面における制度上の改善、実態への取り組みへの熱意を強く期待しておきたい。

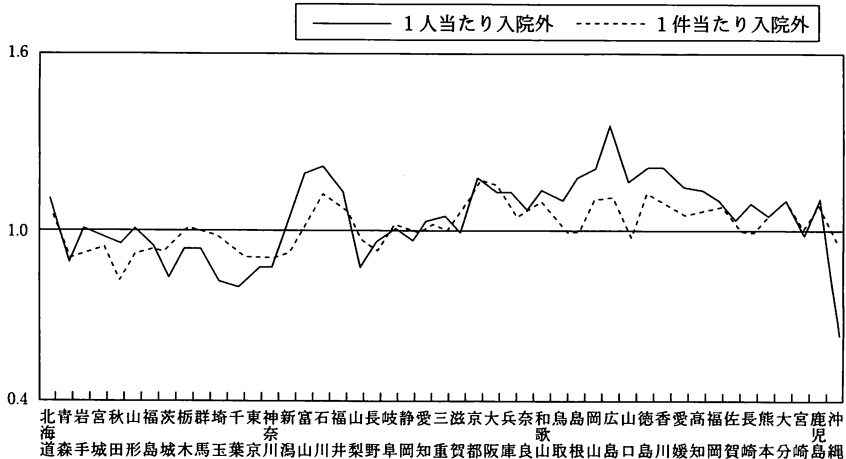
注

1) 1人当たり医療費の地域差と一件当たり医療費の地域差

国民健康保険・入院医療費の地域差（1998年）、全国=1



国民健康保険・入院外医療費の地域差（1998年）、全国=1



(資料) 「地域医療費総覧2001：グラフに見る都道府県・市町村の医療費」社会保険研究所、2001。

- 2) 介護サービスの自己負担分を重いと感じて、介護サービスを受けていない人に対して、これを肩代わりする企業が現われた。札幌市で高齢者向け下宿を運営している「そしある企画」という会社がこれである。同社は、札幌市内で高齢者を数10人募集し、同時に地元の介護事業者を登録した。応募してきた高齢者が登録企業から介護を受けたときの本人利用者負担分を全額支払っている。年間200万～300万円と見積られる費用は持ち出しになるが、高齢者への利益還元と割り切っているという（『日本経済新聞』2001年4月1日刊）。
- 3) 『日本経済新聞』2001年2月12日刊における尾崎雄氏の指摘。
- 4) 永田勝太郎著『新しい医療とは何か』NHKブックス、1997年、1頁。渥美和彦著『自分を守る患者学』PHP新書、2002年。
- 5) 医療経営白書編集委員会編『医療経営白書2001年版』日本医療企画、2000年、239～242頁。