

高齢社会とDPC

～医療リスク・コミュニケーションへの展望～

調査研究部 川井 真

はじめに～社会保険医療の誕生

世界初となる公的医療保険制度は、1880年代にドイツで制定された社会保険立法がその起源となる。ドイツ帝国初代宰相であり、鉄血宰相の異名をとるオットー・フォン・ビスマルク（Otto Eduard Leopold von Bismarck-Schönhausen, 1815. 4. 1～1898. 7. 30）の「飴と鞭」の政策で「飴」の役割を担ったのが社会保険である。帝国議会は1883年に「労働者の医療保険に関する法律」を可決し、公的医療保険を制度化するための疾病保険法が成立するに至った。

法定給付には、医療費を現物給付する療養の給付や、休業による所得喪失を補う傷病手当金などがあり、出産手当金や死亡手当金は付加給付として支給される仕組みになっていた。しかしながら、万人が保険利益を得られたわけではない。ビスマルク型医療保険は労働者を対象とする職域保険であり、低賃金労働者への福利厚生としての意味合いが強い。ゆえに保険料は、労働者三分の二、使用者三分の一という負担割合で徴収された。

当時、資本主義経済の進展は少数の資本家と大多数の労働者階級という構図を浮き彫りにし、低賃金、重労働、そして貧困に苦悩する労働者間の連帯意識が徐々に高まっていった。

彼らの団結は労働運動や社会運動を巻き起

こし、ときに資本主義社会の根幹さえも揺るがすような事態にまで拡大していった。

ビスマルクは1878年、運動弾圧を目的に——いわゆる「鞭」の政策といわれる——社会主義者鎮圧法を制定するが、この法律がさらなる抗争の激化を招く結果となってしまふ。

この状況下で求められたのが「飴」の政策であった。労働者を対象とする社会保険導入の背景には、ヒューマニズムを無視した軍国主義的色彩の強い政策や権力闘争の歴史が見え隠れしている。

わが国初の社会保険立法は1922年（大正11年）に制定された健康保険法であり、これはビスマルク型社会保険をほぼ原形のまま直輸入したものである。

ドイツにおける社会保険の制度化は日本国内でも報道され、政府内部でも導入に向けた研究が進められたという記録があるが、立法化されたのは——ドイツにおける施行から約40年を経た——第一次世界大戦後であった。

健康保険が制度化される以前は、日本もドイツと同様に共済組合が類似の機能を担っていた。ゆえに、健康保険成立当初の被保険者は工場や鉱山等で働く現場労働者であり、それも被保険者本人のみを対象としたもので、この時点では被扶養者という概念は存在しなかった。

そもそも保険とは、多数の加入者がそれぞれの将来リスクに備えて事前に金銭を拠出

し、共同の基金を作り上げ、不幸にも損失を被った者に保険金を給付するための制度である。自身に発生し得る将来リスクに備えるという目的で、本人自らが事前に拠出するという行動に基づく制度である以上、保険は個人責任原理に立脚した制度といえる。

しかし社会保険は、このような保険原理にプラスして社会性の原理という社会的救済機能も加味されているため、私保険とは異なるいくつかの特色を持つ。

社会保険としての目的と使命を達成するためには、集団に対する強制加入の実施、保険料徴収における所得比例拠出の採用、また給付面における最低保障制の導入などの合意を得ることを要し、加入者全員がすべての危険を引き受ける「危険のプール化」を社会連帯によって実現しなければならない。ここが民間保険との決定的な相違点であり、社会保険の特色が社会連帯原理にあると言われる所以である。ビスマルクが社会保険を具現化する際、労働者共済組合に着目した理由はここに

ある。

その後、住民を対象とする地域保険、具体的には農山漁民を対象とする国民健康保険（旧国民健康保険法であり昭和33年に全面改正となる）が国内で施行されたのは1938年（昭和13年）のことであり、健康保険法の施行から10年以上遅れている。社会保険を制度化するための国民的合意形成がいかに難しいものであるかを、ある意味で示した結果である。

しかも当初は、地域で国民健康保険を実施するか否かの判断は各自治体に委ねられ、住民も加入が義務付けられていたわけではなかったため、今日的な国民健康保険制度とは異なるものであった。

そもそも戦時体制の中で行われた国民健康保険法の立法化には、背後に——徴兵制の定着化と高度に組織化された軍隊の育成という——強兵政策遂行の目論見が少なからずあった。そのため第二次世界大戦の戦局の変化や激化に伴って、各市町村に対して健康保険組合の設立を義務付けたり、また住民には強制

加入を指示するなど、ドラスティックな制度改定が行われた。

戦争と社会保険といういかにもミスマッチな組み合わせは、健兵健民の号令に煽られ、国民皆兵と国民皆保険の実現という対峙する願いに向けて、図らずも歩調を合わせることになった。国民皆保険制度が施行される20年ほど前のことである【図1】。



公的医療保険システムの専門性と特殊性

社会保険医療の導入段階では、医療という環境を取り巻くステークホルダーへの対応が難しい。制度設計と環境整備の過程でいくつものハードルを越える必要があった。

そもそも医療は、法的には医師と患者の自由契約が基本であり、医療行為に対する報酬の額も当事者間の合意があれば足りる。しかしながら、社会保険医療となれば事前の取り決めに基づく公定価格に従わざるを得ない。そのことを考えると、当時、日本医師会が露骨に批判的態度を示したのも理解できる。

農村地域では製薬業等の医療関連産業による反対運動も起こっている。では、この逆風の中で何ゆえ法制化が進み、制度の導入ができたのか。それは戦時統制下における国策であったことや、不安定な社会情勢が国民意識を後押ししたからに他ならない。

現在の国民皆保険制度は、これらの緻密な作業や交渉の積み重ね、いくつもの偶然、そして何よりも時代の風なくしては存在し得なかったと言えるだろう。

戦後の高度経済成長の波に乗り安定と定着を見た国民皆保険制度であるが、制度自体の中身は運営側にも不透明で脆弱な部分が多い。上述したとおり、自由診療から社会保険診療へと移行する段階で、適正な診療価格の統一基準を設けることはきわめて困難であった。

そもそも医療費は、医師と患者の自由契約を基本として「謝礼」的な感覚で支払いがなされていたわけであり、医師団体等の関与でいずれ慣行料金化されていくわけであるが、そこには体系的な統一基準のようなものはなく、医師の経験や技術、あるいは診療科の相違や地域ごとの偏差などを含め、玉石混交の状態にあった。

健康保険法の施行により、被保険者となる一部の労働者の診療報酬に公定料金が適用されたが、当初は日本政府と日本医師会との契約で成り立つ——ほぼ既存の慣行料金を踏襲した——「人头請負払い方式 (Capitation)」であった。ゆえに当時の政府は、医療保険を運営する保険者としての役割を果たすどころか、インシュアランス・マネジメントや情報活用に取り組むことさえも、困難な状況にあったであろうと推測できる。

1944年(昭和19年)に至り、現在の中央社会保険医療協議会の前身である「社会保険診療報酬算定協議会」が設置され、本格的な診療報酬に関する議論が交わされることになった。診療報酬の算定には医療行為ごとの定額単価制が導入され、日本の診療報酬体系が形作られていくことになる。

現行のレセプト(診療報酬明細書)の記載内容を見てもわかるとおり、医療行為が初・再診や投薬、検査、そして手術や入院の費用等に細分化され、それを点数換算で評価する仕組みになっている。まさしく医療行為を可視化した詳細なフォーマットである。これによって保険者は、ボールに包まれていた個々の医療行為の実態を概観することが可能になった。

また診療報酬体系の構築により、医療費償還システムも当初の「人头請負払い方式 (Capitation)」から「出来高払い方式 (Fee for Service)」へと移行していくことになる。

さて、保険診療(社会保障における医療サービスも含む)における医療費償還方法を検討する場合、単に表面的な仕組みだけを比較して優劣を判断することはできない。

理由としては、費用償還システムの選択は当該社会保険制度との組み合わせで得られる「制度の効率化」や「医療費の適正化」、あるいは「制度の持続可能性」等も含めて検討さ

れるべきものであり、ときには他制度との関連性やシナジー効果も視野に入れる必要があるからである。

もうひとつは、イニシアティブを誰が取るのかによって制度の質や償還システムの効用も変化するという問題が生じるからである。

医療に公共性や社会性を求めれば保険者側の権限が大きくなり、制度の持続可能性を優先した判断が選択されるであろうし、一方、利便性やサービスの質などが重視され、個人主義的な自由度を求めるならば、医療プロバイダー（主に病院や医師）や患者の声が優先されることになる。いずれにしても正解があるわけではない。

イギリス医療システムの特徴

たとえばイギリスでは、社会保障（医療サービスは社会保障を構成するための一分野であり財源の9割以上は公費である）に関連する予算権限は政府が総枠で有し、公的医療サービスであるNHS（National Health Service）に医療システムの運営および管理権限が委ねられている。

イギリスの医療制度の特徴は家庭医制度であり、家庭医（GP；General Practitioner）は地域医療のゲートキーパーとしての役割を担い、地域に居住する——事前登録した一定人口の——住民に対してプライマリ・ケアを提供している。

この家庭医への医療費支払い方法には「人头請負払い方式（Capitation）」が採用されている。政府としては効率的な予算管理が可能であるが、予算措置が現場に及ぼす影響範囲の検証は難しく、個別具体的な取り組み等の評価ができないという難点もある。

また医療費の大部分に公的資金を充当しているため、政府歳出予算の公共セクターへの

割り当ての多寡により医療環境は大きく影響を受ける。時の政権における国家戦略の方向性と、それに基づく政策転換などで医療環境が激変するリスクも常に抱えている。

総枠予算管理と「人头請負払い方式（Capitation）」の組み合わせは、医療費のマクロ的な抑制効果を働かせるには都合がいいが、現場の実態を正しく理解することなく、政府主導で過剰な予算管理を徹底すると医療サービスの崩壊を招く危険も併せ持っている。

アメリカ医療システムの特徴

一方、アメリカの医療保険はゲゼルシャフト（利益社会）を背景とした企業コミュニティに支えられてきた。

第一次世界大戦後から急速に社内医療制度（Company Medicine）が普及し、鉄鋼業や製造業などの大企業が医師や病院、診療所などを内部保有して社会保険を構成した。基本構想はドイツや日本と同様の職域保険であるが、保健医療サービスをエンタープライズの内部に統合しているという特色がある。

その後もアメリカはILO（国際労働機関）が提言するような「社会保険から社会保障への途」を選択することはなく、社会保険・社会福祉を企業内で完結させる方向へと向かった。現在でもアメリカの医療サービスへの基本姿勢は大きく変わっていない。アメリカにおける医療保険創設への取り組みはとてもユニークで、学ぶべき点も多いが、その全体像はかなり複雑で説明も簡単ではない。

医療費についても日本とは異なり、治療を受けた患者は、病院と医師個人の二つの窓口からの請求に応える必要がある。これは病院の設立主体が多様であることや、病院施設管理者と開業医との——日本とは異なる——特

殊な関係が存在するからである。したがって、医療保険も二つの支払いに対応できる仕組みになっている。

代表的なところでは、たとえば民間保険組織であるBCBS（BlueCross BlueShield Association）は、病院保険であるブルークロスと医師保険であるブルーシールドが1982年に合併して誕生した組織である。

またアメリカには、唯一の公的保険・公的扶助サービスとしてメディケア（高齢者医療保険）とメディケイド（低所得者医療扶助）がある。高齢者医療保険を提供するメディケアにおいて、強制加入のメディケアPart Aは主に入院費用を保険し、一方、任意加入のメディケアPart Bは医師のサービス料を中心に保険する仕組みになっている。

さて、医療制度の複雑さに加えて民間医療保険が主流となるアメリカにおいては、医療保険の種類と医療費の支払い方法も多種多様である。伝統的な保険は「出来高払い保険（Indemnity）」であり、医療費の支払いは「出来高払い方式（Fee for Service）」を採

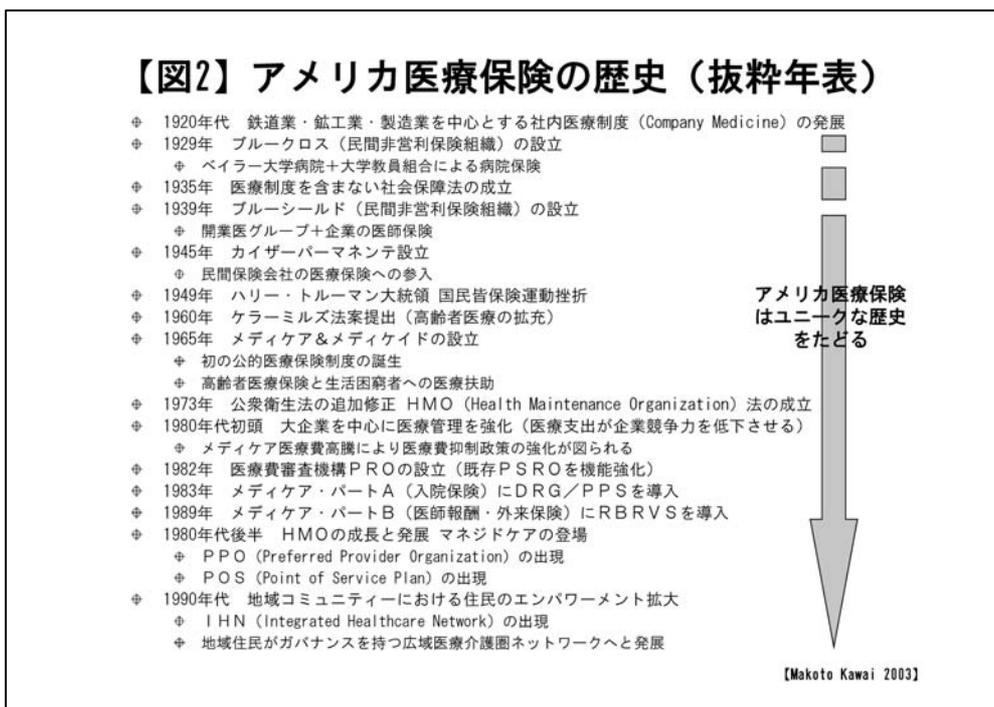
用している。

一方、1980年代に入り急速に力をつけてきたのは「管理型医療保険（Managed Care）」であり、その多くは「人頭請負払い方式（Capitation）」を採用している。「出来高払い保険（Indemnity）」においては、保険加入者は自由に医療プロバイダーを選択することができ、医療サービスへの制限もない。

また医師の裁量権が最も尊重された保険プランが提供されている。最大のデメリットは保険料が高額になることである。

また、「管理型医療保険（Managed Care）」では受診行動から治療内容に至るまで、すべてが保険者の管理下で行われるために保険加入者の自由度は限りなく少ない。そして、この「管理型医療保険（Managed Care）」と「人頭請負払い方式（Capitation）」の組み合わせは、医療費リスクを保険者と医療プロバイダーに分散させる効果も担っている。

1980年代以降のアメリカ医療保険の歴史は、高騰を続ける医療費との終わりなき格闘の歴史と言っても誤りではない【図2】。



日本型医療システムの優位性と課題

上述したイギリスとアメリカの医療制度と比較しても、日本の医療保険制度および費用償還システムの完成度は高いと言える。とくに国家社会保障政策を具現化する重層的な仕組みの中で、中心となる国民皆保険制度を健全に維持していることは評価しなければならない。まさに全国民への医療を、保険システムを用いて提供しているのである。

ただ、社会保険医療が開始されると制度を維持するための財政問題が生じ、収入と支出に関する精緻な取り決めが求められると同時に、一方では医師と患者の自由契約的側面は薄れ、患者である国民の医療に対するコスト感覚も失われていく（もちろん公費による完全無料の医療制度に比べれば自律的だが）。

また多くの場面で保険者と医療プロバイダーとの間で財政配分を巡る攻防戦が展開されることになる。とくに問題なのは、これら一連の出来事が国民不在の空中戦として繰り返られる可能性が高いということである。

医療を巡る議論は専門性が高いうえに聖域としての印象が強い。また保険というシステムは難解で、とりわけ医療を保険することの難しさは計り知れず、一般国民がこれらの議論に参加できる可能性は限りなく低い。

そこで近年、こ

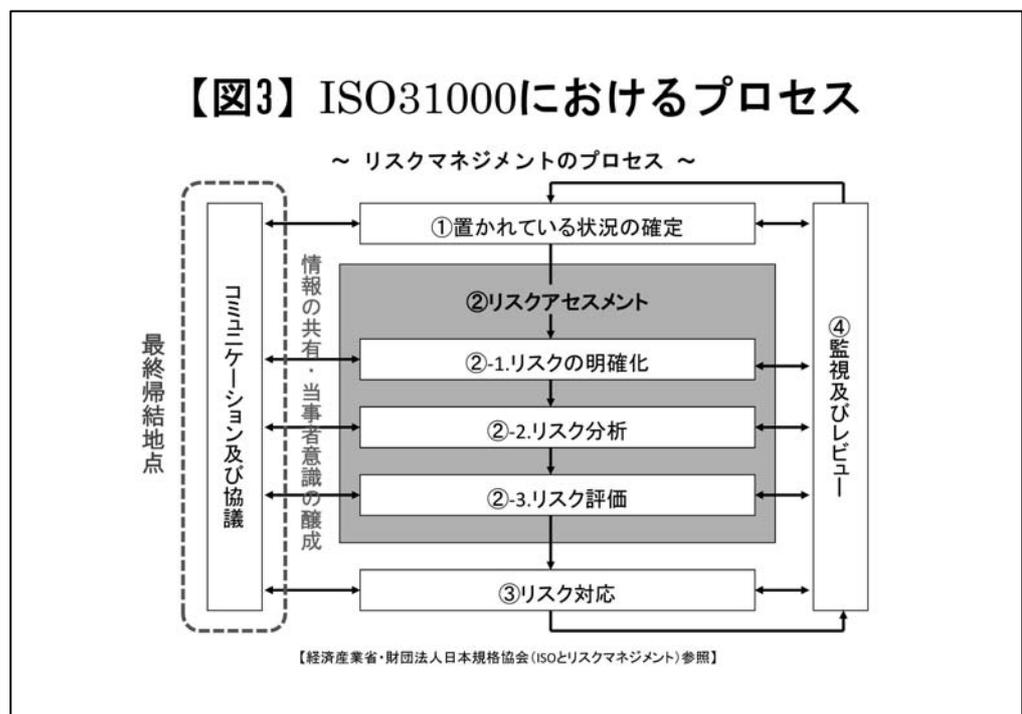
のような難解な医療と保険のシステムを標準化し、可視化するための取り組みが検討され始めている。

社会保険といえども原理が保険である以上、インシュアランス・マネジメントを無視して持続可能な制度とすることはできない。まさに公共セクターにおける社会的リスクマネジメントの可能性を模索する必要がある。

すでに目的は明確であるので「何を、どのように管理するのか」を整理すればいい。そして公的医療保険制度が社会制度である以上、国民全体で情報を共有するためのリスク・コミュニケーションのあり方を検討していくことが大切である【図3】。

なかでも、複雑な医療保険制度をマネジメントするために最も手間のかかる作業はリスク・アセスメントである。これが医療と保険のシステムを標準化し、可視化するための作業と言える。

日本の医療制度においては、詳細な診療報酬算定基準に基づいて請求と支払いがなされ



ているので、一見すると疾病コストを把握するためのデータベースはすでに完成しているかのように思える。しかしながら、この“疾病コストの把握”というのが日本を含め全世界的な課題でもある。

医療は人間そのものを扱う行為であるため、患者の年齢、性別、体質や既往症などによっても治療のスピードや予後の経過は変わる。そして何よりも医療および医学、そして科学技術は常に発展途上にあり、これからも進化を続けていくものだからである。

上述したとおり、日本の医療費償還システムには「出来高払い方式 (Fee for Service)」が採用され、保険システムには伝統的な「出来高払い保険 (Indemnity)」が選択されている。これは世界的な潮流からしても驚くべきことである。

なぜなら、国民皆保険制度でこのシステムを持続させるためには、保険者と医療プロバ

イダーの——信義則に基づく——信頼関係と、一定の国民理解（医療の乱用を控え、健康作りに励むなど）がなければ不可能であろうと考えるからである。

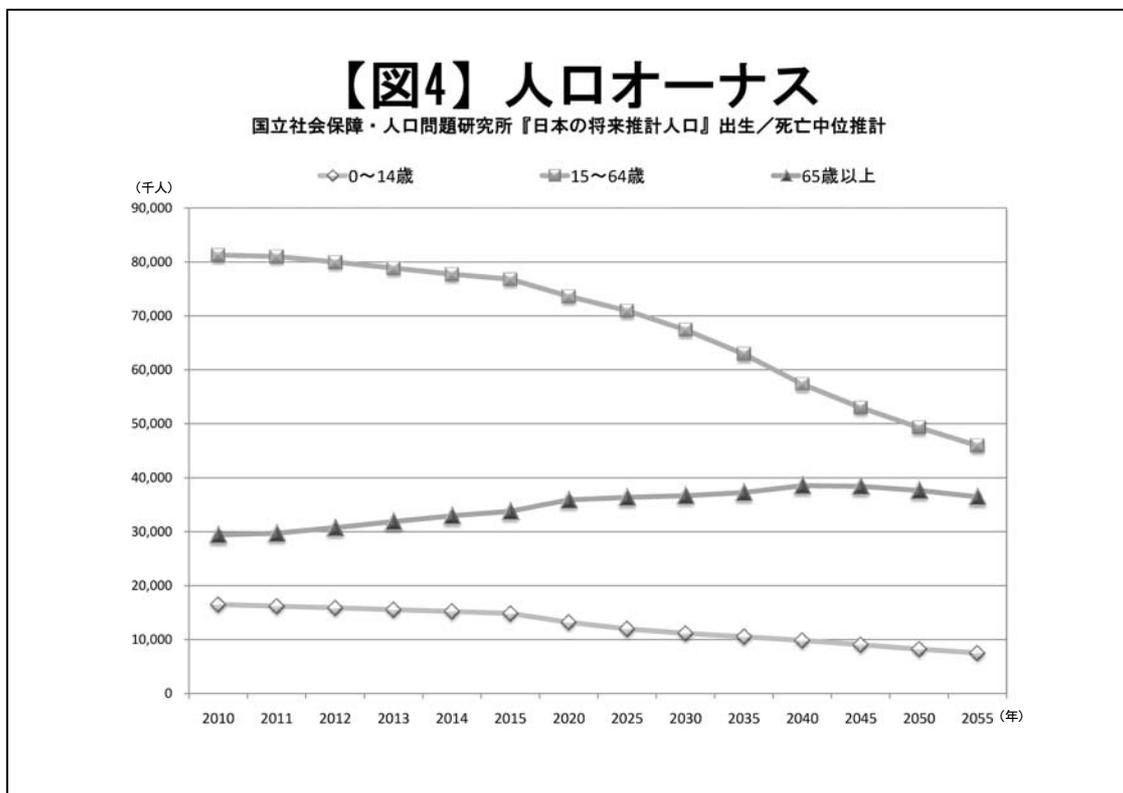
疾病治療にかかるコスト評価は、ソフトなルールと信頼関係によって暗黙の了解がなされてきた。日本は長きにわたり医療保険制度の理想像を世界に示してきたのである。

したがって、この出来高払い方式で完成された医療提供体制をベースに、新たな社会的ニーズに応えることのできる体制づくりを目指すことが賢明な選択である。

医療の標準化と可視化

時代は人口オーナスを迎え、国民皆保険制度は戦後最大の危機に直面することになった【図4】。

医療費と介護関係費は少なからず上昇して



いくことが予想されるなかで、保険料収入は生産労働人口の減少に付従して確実に減少していく。

いま公的医療保険制度を強化するための措置を講じなければ、日本の社会保険制度は崩壊し、公費で運営される社会保障に吸収されていくだろう。もしそうなれば、現在ある自由度や現場の裁量権も失われる可能性が高い。

そこで期待するのが、2003年度から全国の特定機能病院において試行調査が開始され、現在では制度として定着しつつあるDPC (Diagnosis Procedure Combination) である。21世紀の医療保険システムを支えるためのデータベースの構築、医療の質向上と医療システムの効率化を両立するためのリスク・アセスメントに活用できる情報の集積などが期待できるからである。

誤解のないように補足するが、高齢化に伴って国民医療費が増加するのは至極当然のことである。医療費の増加を“悪”として、短絡的にコスト削減のみを主張する言動は極めて危険である。

いま求められているのは、適正な医療サービスにかかる費用をできる限り正しく導き出すことである。この作業を怠って次のステージはないと考えるべきであろう。

・DPCの起源

そこでまず、DPCとは何であるかを知る必要がある。

すでに医療費の費用償還システムが一様ではないことは説明したが、昨今、医療保険制度の議論において使用されるDPCは、この医療費償還方法のひとつである。ただ正確にはDPCとは「診断群分類」であり、特定のルールに基づいて疾患をグルーピングし、それを医療保険制度の審査支払（リスク・アセス

メント）に活用した、と考えるほうが正しい。

このモデルとなったのはアメリカのDRG (Diagnosis Related Group) という診断群分類方法である。

エール大学の研究班は、疾患にかかる医師・看護師等の人件費や薬剤・医療材料等の消費資源を医療資源の必要度という観点から約500のグループに分類し、資源消費の均質性という概念を見出した。

アメリカでは1983年、高齢者の公的医療保険制度メディケアにDRGを取り入れ、入院医療費の包括支払い方式として実施したのがDRG/PPS (Diagnosis Related Group/Prospective Payment System; 診断群分類に基づく1入院あたり包括支払い方式) である。当時はアメリカの医療費がすさまじい勢いで高騰を続けていたので、DRG/PPSは単なる医療費抑制のためのツールであるかのような評価が一般的であった。事実、アメリカ政府の目的もそこにあったようだ。

しかしながら、医療資源の必要度で疾患を分類するという手法はとてもユニークで、社会保険制度の新たな可能性を引き出すためのツールになり得るとも考えられた。筆者もおよそ20年前、アメリカのDRG/PPSならびにマネジドケアの仕組みを検証するための研究会を外部有識者たちと組織していた。

その研究会での結論も、DRGの有効活用で医療の質の向上と保険システムの効率性確保は両立できるという結果となった。

その後、アメリカではDRGの精緻化を進めていった。メディケアに導入されたDRGは主に高齢者疾患を対象とするものであったことから、これをすべての患者を対象とするAP-DRG (All Patient DRG) へと進化させ、さらに合併症や併存症が資源消費量に及ぼす影響を加味したものがAPR-DRG (All Patient Refined DRG) である。

ただ、これは研究分野としては興味深いが、診断群分類の精緻化が直ちに医療（保険）制度の適正性や健全性を担保できるわけではない。ある意味では分類は大らかなほうがいいという判断もできる。しかしながら、アメリカ型の診断群分類包括評価は世界的な潮流となった。

・ICDとクリニカル・コーディング

さて、ここで重要な問題がある。信頼性の高い診断群分類を作成するためには、その前提となる診療情報管理、いわゆる臨床における分類作業が適正に行われなければならない。

日本はすでにレセプト（診療報酬明細書）の電算処理も進み、データの流動性は確保されているので、このレセプト記載病名が活用できるものと思われた。

しかし残念なことに、レセプト病名は——治療行為に呼応するように診断名が付与される仕組みになっているので——患者の状態を適正に評価したものではなく、さらに日本では病名や手術名さえも統一されてはいなかった。

アメリカは以前から診療情報管理への意識が高く、WHO（世界保健機関）が発行するICD（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems；疾病及び関連保健問題の国際統計分類）を用いて疾病コーディング（分類作業）を行っていた。

現在、WHOから発行されているのは1990年の第43回世界保健総会において採択されたICD-10（国際疾病分類第10版）である。各国はこのWHO原版を臨床用に修正して活用している。

アメリカではHIPAA法（Health Insurance Portability and Accountability Act；医療

保険の携行と責任に関する法律）の関係もあってICD-9-CM（国際疾病分類第9版：臨床修正）を現在でも使用しているが、2013年10月からICD-10-CMへと移行される予定になっている。

日本はWHOに加入し、また半世紀にわたり国民皆保険制度を実施しているにもかかわらず、診療情報管理に関する取り組みは遅れている。医療の情報化に関してはアジア諸国と比較しても後進国である。

たとえばカナダは、CMG（Case Mix Group）という診断群分類をICD-10-CA（Canadian Adaptation）を用いて作成している。オーストラリアでは、AR-DRG（Australian Refined DRG）という診断群分類の作成のためにICD-10-AM（Australian Modification）を用いて分類している。

この他にもフランス、イギリス、ドイツや北欧諸国、アジアでは韓国、シンガポール、タイなどの医療の情報化は進んでいる。ただ、日本もDPCの導入を契機として医療現場の意識変革が進み、情報化に向けて緩やかに動き出した感がある。

DPCは、21世紀の医療保険システムを再構築するという目的以前に、医療界に適度の刺激を与え、医療の情報化や標準化に向けたインフラ整備に寄与している。

医療リスク・コミュニケーションへの展望

DPCを用いた情報化や標準化の取り組みは、それが直ちに国民利益につながるものではない。DPC病院は、医療の標準化と可視化を社会保険医療のリスクマネジメントとして捉え、適正なコーディングによる地道なデータベース構築作業を継続する必要がある。それも誠実に現実を反映したものでなければな

らない。

この作業が結果的に持続可能な医療制度を作り上げていくことになる应考虑すべきである。もし仮に、多くのDPC病院がDPC包括請求で過剰な利益を上げようと考えれば、少なからずそれは将来の公定価格を歪ませる結果となる。

まさにレモンの原理を招くことになり、東京医科歯科大学大学院教授である伏見清秀氏の言葉を借りれば「DPCのデフレスパイラル」が生じることになる。

DPCの試みは、まさに政府と医療機関によるリスク・コミュニケーションであり、人口オーナス時代を健全に乗り越えるための医療保険制度の確立と、持続可能な費用償還システムを構築するための一里塚である【図5】。

さらに、DPCを継続することで見えてくるものがある。

全体としては、急性期入院医療に必要な

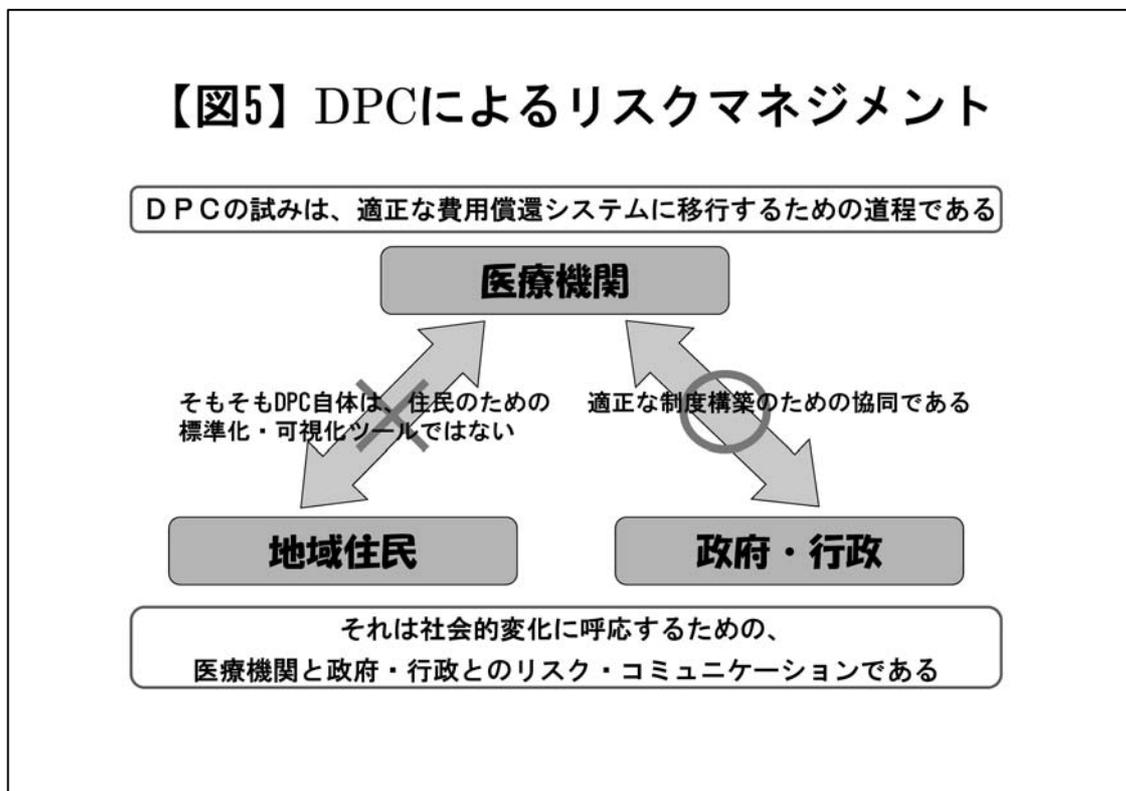
平均的な在院日数が疾患ベースで把握できたり、地域における疾患ごとの入退院患者数の推移もわかる。

また間接的ではあるが、地域に必要な病床数と病床機能も明らかになってくる。医療機関の経営に関する指標としても、診療科ごとの収益の偏差のみならず、レセプト・コンピュータの情報と連動させることで各診断群分類の原価も見ることができる。

もちろん死亡率や合併症率、あるいは後遺障害発生率なども診断群分類ベースで分析することが可能である。

またクリティカルパスの普及に見られるように、業務効率の向上や医療安全の確保などを目的に各医療機関の標準化が進めば、急性期病院としての標準モデルも徐々に出来上がっていくことになるだろう。

DPCを継続することで、これまで院内で閉ざされていた多くの情報が比較可能なデータ



となって表れてくる。DPCによって急性期医療に関する情報が蓄積されれば、それは地域に存在する他の医療機関や診療所、介護系施設からも確認できるものとなり、いずれ住民の健康情報や自治体が有する保険情報などと連動できれば、この情報データベースは地域医療を支える財産となるだろう【図6】。

ただ、DPCは地域あるいは国家の医療情報基盤を構成するためのツールであって、それ以上でも以下でもない。

医療はそもそも標準化に最も適さない領域であり、不確実性の集合体である。したがって、DPCは時代の移り変わりやその時々を現象を映し出す鏡であって、継続的な質の改善（CQI;Continuous Quality Improvement）を実現するためのインフラである。間違っても公共サービスへのコスト・カット指標に利

用されるようなことがあってはならない。

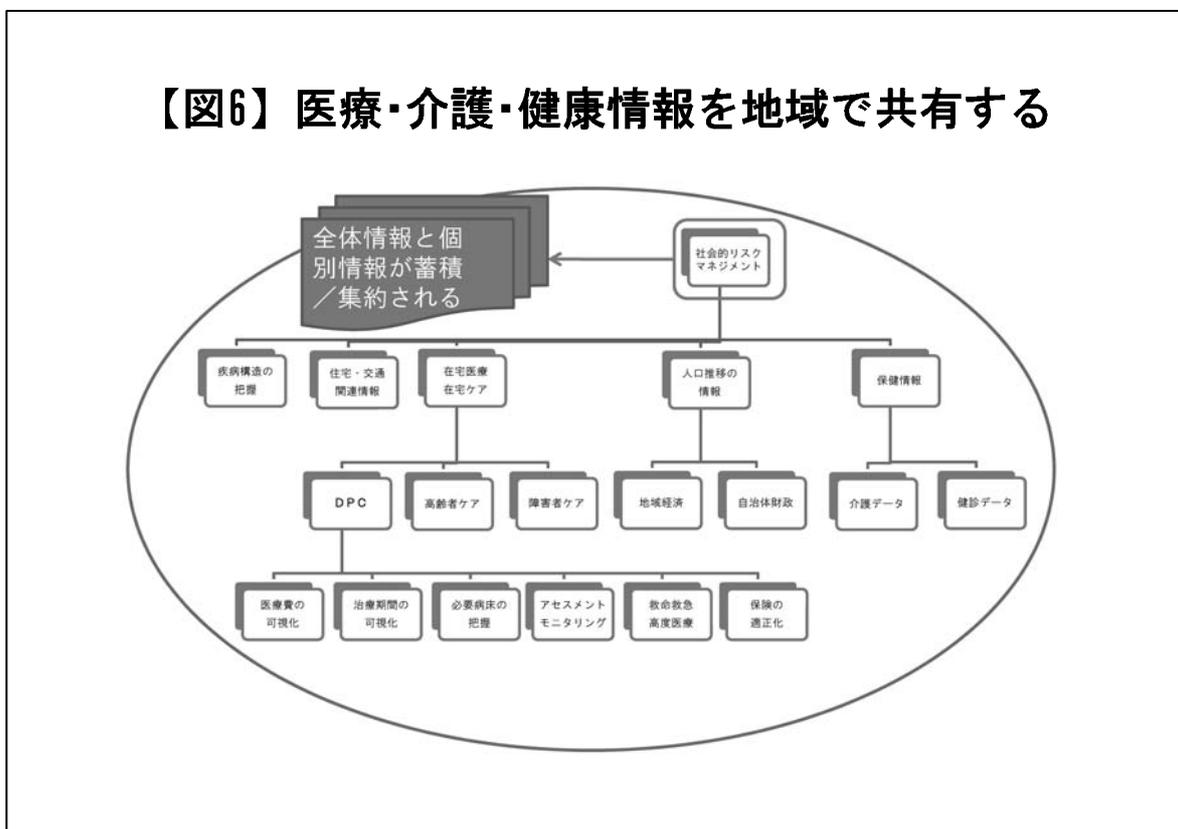
上述したとおり、アメリカがDRG/PPSを最初に導入したのはメディケアPart Aであった。メディケアは公的医療であるので、あえて高齢者医療を選択したというよりは、政府として試行に適していたことが理由であろうと推測できる。

その後、アメリカはDRGの精緻化を進めていくわけだが、さて、日本のDPCの目指す方向とはどこにあるのだろうか。

すでに始まった人口オーナスは国民皆保険制度を危機に陥らせるだけでなく、医療現場にも新しい現象を生み出す。

人口の高齢化により疾病構造は変化するが、それにより急性期入院患者も高齢化する。すると急性期疾患の比率も変化していくであろうことは想像に難くない。まさに特定健診・特定保健指導によってリスク・コントロ

【図6】 医療・介護・健康情報を地域で共有する



ールを目指す、「がん」、「脳卒中」、「心疾患」、あるいは糖尿病合併症などの疾患が増加していき可能性が高い。

地域のDPC病院は今後の急性期疾患の変化に目を向ける必要がある。

さらに、高齢者が抱える生活習慣病由来の疾患は不可逆的に進行するため、入院治療を施しても、多くの場合予後は芳しくない。運動機能の低下や認知症の発症などもリスク・ファクターとして考えられる。

地域の急性期病院は、患者をいかに早期に暮らしの場に戻すかがテーマとなり、地域社

会は、その要望をいかに受け止めることができるかがテーマになる。

これから求められる地域連携とは、医療、介護、福祉の連携であると同時に、それは住民と地域を巻き込んだ情報ネットワーク型の社会連携であろう【図7】。

社会保険システムの変革期はまた地域医療の変革期でもあるようだ。

すでに時代は、病院経営という部分最適から、地域経営という全体最適を求めて動き出している。

