

「保健・医療・福祉複合体」の日米比較研究

【レジメ 1】

私は、1996年から98年の3年間、我が国の「保健・医療・福祉複合体」（以下、「複合体」）の全国調査と医療経済学的検討を行いました。

「複合体」とは、単独法人または関連・系列法人とともに、医療施設となんらかの保健・福祉施設の両方を開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的に提供しているグループであり、その大半は私的医療機関・診療所が設立母体となっています。

この研究の過程で、アメリカでも1990年代に「複合体」に類似した統合（医療）供給システム（integrated delivery systems. 以下、IDS）が急拡大しており、それについての調査・研究、論争が活発に行なわれていることを知りました。

わが国では、アメリカ医療の紹介や日米医療の比較研究が盛んに行なわれていますが、最近の紹介・研究は、マネジドケアとそれの日本への移植可能性一色に塗りつぶされています。実はIDSは、このマネジドケアへの医師・病院側の「対抗戦略」でもあるのですが、その本格的研究はわが国では行なわれておらず、日米医療の比較研究の「空白」となっています。

そこで、日本福祉大学福祉社会開発研究所に1998年度に設置された「複合体の総合的研究」プロジェクトチームは、わが国の「複合体」とアメリカのIDSとの比較研究を計画し、ファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成を受けて、1998年9月から2000年4月の約1年半



日本福祉大学大学院
社会福祉学研究科長
二木 立

レジメ 1

「保健・医療・福祉複合体」とIDSの日米比較研究 — 「東は東、西は西」の再確認

日本福祉大学福祉社会開発研究所
「複合体の総合的研究」プロジェクト
研究代表 二木 立

はじめに—日米比較研究の動機

- *私の「保健・医療・福祉複合体」（以下、「複合体」）研究。
 - 「複合体」の定義：単独法人または関連・系列法人とともに、医療施設（病院・診療所）となんらかの保健・福祉施設の両方を開設し、保健・医療・福祉サービスを一体的に提供しているグループ。
- *研究の過程で、アメリカの「統合（医療）供給システム（integrated delivery systems. 以下、IDS）を知るとともに、それが日米医療の比較研究の「空白」と考えた。
 - 日本におけるアメリカ医療の紹介や日米医療の比較研究はマネジドケア一色。
- *研究の結論：「東は東、西は西」（日米の医療制度の違いは極めて大きく、お互いに「移植」は困難）。

実施し、興味ある結果を得たので報告します。ただし、今回の報告は研究成果全体の「総論」です。各論の一覧表は最後のレジメ（レジメ8）に示してありますのでご覧ください。

研究の結論を一言でいいますと、「東は東、西は西」（日米の医療制度の違いは極めて大きく、お互いに移植は困難）です。

【レジメ2】

プロジェクト研究のメンバーは、日本福祉大学社会福祉学部・経済学部所属の教員6人とスタンフォード大学の西村由美子氏を加えた7人です。

主な研究方法は次の3つです。

① 関連文献の収集とその検討、② IDSに詳しい日米の研究者・関係者へのヒアリング調査、③ 日本と米国での「複合体」とIDSの訪問調査。

【レジメ3】

研究当初は、日本の「複合体」とアメリカのIDSとの類似性に注目し、両者の包括的な比較を計画しました。しかし、研究の過程で、逆に両者の実態には異質な面の方がはるかに大きいことに気付き、単純な比較は危険であると考えようになりました。

当初、両者の類似性に注目したのは、この分野の指導的研究者であるショーテル等によるIDSの定義とその成長理由の説明が、アメリカの現実と誤解したからです。

ショーテル等は、IDSを次のように定義しています。「特定の地域住民を対象にして、一連の医療を調整して提供する医療提供組織のネットワーク」。しかも、この一連の医療には、急性期医療だけでなく、慢性期医療も含まれるとされています。

さらに、ショーテル等は、1980年代までの病院チェーンに代わって、90年代にはIDSが医療供給システムの主役になったと指摘し、その理由として、同じ時期にマネジドケアが急拡大し、医療保険の支払い方式が人頭払いへシフトしたのに対抗して、医療供給者側も医療サービスを統合する必要があったと、極めて明解に指摘しています。

この点は、我が国でも、先進的な私的病院の経営戦略が、80年代までの病院チェーン形成から、90年代の「複合体」形成へと転換したことと対応しています。さらに、介護保険で在宅ケアに導入された要介護度別の支給限度額上限制とマネジドケアの人頭払いとの間にも、類似点があると考えました。

レジメ2

1 研究メンバーと研究方法・経過

- * 研究メンバー：日本福祉大学社会福祉学部・経済学部経営開発学科所属教員6人とスタンフォード大学アジア・大平洋研究センター医療政策比較研究プロジェクト代表西村由美子氏。
- * 主な研究方法：①関連文献の収集とその検討、②IDSに詳しい日米の研究者・関係者へのヒアリング調査、③日本と米国での「複合体」とIDSの訪問調査。

レジメ3

2 研究方向の転換—単純な日米比較から米国のIDSの正確な把握へ

- * 研究当初は日本の「複合体」とアメリカのIDSとの類似性に注目していたが、研究の過程で両者の実態の違いに気づき、単純な比較は危険であると判断。
- * ショーテル等によるIDSの規範的定義を現実と誤認。
- * 同じ用語も日米では実態が異なる：病院、長期療養施設、在宅ケア等。

しかし、その後文献研究により、ショーター等のこの定義は、IDSの実態に基づいた定義ではなく、規範的（理想的）定義であり、これ以外にもさまざまな定義があること、および、医療のなんらかの「統合」を行っている組織には、IDS以外にも様々な名称が付けられていることを知りました。しかも、日本の「複合体」が急性期医療と慢性期医療・ケアの統合を行っているのとは対称的に、アメリカのIDSの大半は、現実には、急性期医療の枠内での統合を行っていることも知りました。

さらに、日米では、病院や長期療養施設、在宅ケア等、医療の基本的な制度・概念・実態がまったく異なることを再確認しました。

以上の理由から、「複合体」とIDSとを同列に置いた上での包括的な比較研究は断念し、研究の重点を、アメリカでのIDSを中心とした医療サービス「統合」の実態と研究動向を正確に把握することに変更しました。

【レジメ4】

アメリカでは、1990年代に、主として医療供給者間の「統合」が急速に進んでいます。しかし、その「統合」の範囲・程度はさまざまであり、それを反映して、統合組織の定義・用語もバラバラです。

まず、統合組織の用語としては、IDSが最も広く用いられていますが、それ以外にも同じ、または類似した意味で、IHCDs、IHCS、IDN、ISN、ODS等が用いられています。

ここで注意すべきことは、たとえ同じ用語が用いられる場合でさえ、「統合」の範囲は全く異なることです。

単純化すれば、IDSの定義は、広狭2つに大別できます。

狭い定義は、ショーター等の定義のように、医療の様々な構成要素の全体、または大部分を統合した組織のみをIDSとみなすものです。この場合、医師・病院・医療保険（マネジドケア）の3者を統合した組織が、典型または最先進と見なされることが多く、しかも病院は、ほとんど急性期病院のみを指します。

それに対して、IDSの広い定義は、医療の構成要素を部分的に統合している組織すべてをIDSとみなすものです。この定義では、低レベルの統合組織としては、医師間統合（グループ診療）や病院間統合（病院チェーン）、最高レベルの「完全統合組織」としては、医師・病院・医療保険の統合組織があり、その間にさまざまな「中間レベル」の組織があるとされます。

レジメ4

3 アメリカで医療サービスを「統合」している諸組織の定義・用語

- * 統合組織の用語（略語）：IDS、IHCDs、IHCS（HCはヘルス・ケアの略）、IDN、ISN（Nはネットワーク、Sはサービスの略）、ODS。
- * 「統合」には、所有統合だけでなく、独立した組織間の契約（戦略的提携）に基づく「仮想（ヴァーチャル）統合」も含まれる。
- * IDSの広狭2種類の定義——日本の「複合体」との違い。
狭い定義：医療の様々な構成要素の全体、または大部分を統合した組織。
広い定義：医療の構成要素を部分的に統合している組織すべて。
—もっとも広い定義はエンターベンの定義。
- * アメリカにおける医療「統合」の主役は医師・病院・医療保険。
—長期ケア施設や在宅ケア組織は脇役。

広義の定義の方が現実を反映していることは明らかですが、その全体像を調査することは困難なため、詳細な事例調査や全国調査が行なわれているのは、ほとんどが医師・病院・医療保険の統合組織です。

この定義の説明からもお分かりのように、IDSに限らず、アメリカにおける医療「統合」の主役は医師・病院・医療保険であり、特に医師と病院との統合が決定的に重要とされています。それに対して、長期ケア施設や在宅ケア組織は脇役にすぎず、これにまったく触れていない定義も少なくありません（むしろ多いようです）。

【レジメ5】

IDSの統一した定義が未確立なため、IDSの全体像を明らかにした調査・データは存在しません。本日はSMG マーケティング・グループが実施した「最高度統合システム」の1998年の全国調査のポイントを紹介し、日本の「複合体」の典型である、私的「3点セット」開設グループとの比較を行ないます。

この調査によると、なんらかの「統合医療システム」は全米に595存在し、そのうち266が「最高度統合システム」とされています。

その定義は以下の通りです。「3種類以上の医療施設を所有・契約しており、その中には非連邦立・急性期病院、医師グループ組織、その他の医療施設・組織（在宅ケア施設、ナーシングホーム等）をそれぞれ1つ以上含まなければならない。しかも、システムレベルで1つ以上の医療費支払者（雇用主、伝統的保険、HMO、政府）と保険契約を行なっている組織。」

これらシステムは概して大規模であり、所有・契約施設・組織数が11以上のシステムが82.0%、1システム当たりの平均施設・組織は20.3に達します。システムの所在地をみると、59.8%が人口100万人以上の大都市部にあり、非都市部に所在するシステムは4.9%にすぎません。システムの創設者は、単独病院が68.6%で飛び抜けて多く、次が複数の創設者の20.7%です。

驚くべきことに、全米のコミュニティー病院のうち4分の1が、これらシステムの所有・契約病院です。さらに、21都市部にある89システムに対象を限定すると、病院総数に対するシェアは40.7%にも達します。他面、在宅ケア施設のシェアはわずか5.0%、ナーシングホームのシェアも3.2%です。

この「最高度統合システム」266と、わが国の「複合体」の典型といえる私的「3点セット」開設グループ（私的病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの開設グループ。それを私は3点セットと呼んでいます）259との比較を行えば、両国における「統合」の違いを浮き彫りにできます。主な違いは、以下の5点です。

① 「最高度統合システム」の大半が大規模病院なのに対して、「3点セット」開設グループには中小病院を母体とするものが少なくない（約4割）。

② 「最高度統合システム」は急性期医療中心の統合ですが、「3点セット」開設グループの多くは、慢性期ケアの統合中心です。

③ 「最高度統合システム」も「3点セット」開設グループも、大半が病院主導で形成されている点では、一見共通しています。しかし、日本の母体病院の多くが事実上の医師所有であるのに対して、アメリカには、医師個人が所有する病院はほとんど存在しません。

④ 「最高統合システム」の大半が都市部にあり、しかも診療圏が非常に広いのに対して、「3点セット」開設グループは、逆に大都市部で少なく、診療圏もはるかに狭い。

⑤ 「最高度統合システム」が全米のコミュニティ病院（非連邦立の急性期病院）総数の4分の1を占め、特定の地域（特に都市部）の病院市場では、これらシステムによる寡占が成立しているのに対して、わが国の「3点セット」開設グループは、国公立を除く病院総数の6.9%を占めるにすぎず、ごく一部の市町村を除いては、これらグループによる病院市場の寡占も生じていません。

ただしこれらの違いの大半は、「統合」形態の違いと言うより、日米の病院・医療制度の大きな違いの反映と言えます。

【レジメ6】

報告時間の制約の為、レジメ6は省略します。

【レジメ7】

まとめます。

私は、6年前、アメリカ留学中に行った日米医療の比較研究をまとめた際に、以下のよう

レジメ5

4 「最高度統合システム」の全国調査と日本の「3点セット」開設「複合体」との比較

*ヘキスト・マリオン・ルーセル社「統合医療システム・ダイジェスト」（調査はSMGマーケティング・グループ会社が実施）。

*「最高度統合システム（the most highly integrated systems）」の定義：3種類以上の医療施設を所有・契約しており、その中には非連邦立・急性期病院、医師グループ組織、その他の医療施設・組織（在宅ケア施設、ナーシングホーム、外来手術センター、画像センター、HMO/PPO）をそれぞれ1つ以上含まなければならない。しかも、システムレベルで1つ以上の医療費支払い者（雇用主、伝統的保険、HMO、政府）と保険契約を行っている組織。

*全266システムの実態：所有・契約している施設・組織数が11以上のシステムが82.0%（平均20.3施設）。59.8%が人口100万人以上の大都市部に所在。システムの創始者は病院（単独）68.6%、複数の創設者20.7%。全米のコミュニティ病院の4分の1がシステムの所有・契約病院。

*「最高度統合システム」と「3点セット」開設グループとの違い

—「3点セット」：私的病院・老人保健施設・特別養護老人ホーム。

①「最高度統合システム」の大半が大規模、「3点セット」開設グループには中小病院を母体にするものが少なくない。

②「最高度統合システム」は急性期医療中心の統合、「3点セット」開設グループの多くは慢性期ケアの統合中心。

③「最高度統合システム」も「3点セット」開設グループも大半が病院主導で形成されているが、後者の母体病院の多くは事実上の医師所有。

④「最高度統合システム」の大半は都市部にあり診療圏も非常に広い、「3点セット」開設グループは大都市部で少なく診療圏も狭い。

⑤「最高度統合システム」は全米のコミュニティ病院総数の4分の1を占める、「3点セット」開設グループは病院総数（国公立を除く）の6.9%にすぎない。

レジメ6

5 IDSの経営的・経済的効果の研究—理論・事例研究と実証研究との乖離（略）

6 カリフォルニア州南部の2つのIDSの現地調査から（略）

7 急性期医療と慢性期ケアとの「統合」——PACE、ソーシャルHMO等（略）

に書いたことがあります。

「アメリカの医療と医療政策は、外側から、観客として観る分には、最高に『面白い』。ただし、そこから日本が学べる（日本にも応用できる）ことは、日本の現実の制度と政策を前提にする限り、ほとんど何もない。では、なぜアメリカ医療について知る必要があるのか？『国際化の時代にあっては、相手国がしていることをいつもコピーできるわけではないが、それをいつも理解しなければいけない』。これはレスター・サローの言葉です。簡単に言えば、医療に関しては、ヨーロッパが『世界標準』であり、日米は逆方向の両極端に位置する。そのために、単純な日米比較は、両国の特殊性を過度に強調することになり、有害無益である。」

今回、5年ぶりに、日米医療の比較研究を行い、この点を再確認しました。日本医療の改革はあくまでも日本医療の歴史と現実に基づいて行なうべきである。これが、今回の研究を終えての正直な感想です。

レジメ 7

おわりに——日米医療の異質性の再確認

- * アメリカの医療制度・政策のつまみ食いの移植は不可能。
- * 日本医療の改革はあくまでも日本医療の歴史と現実に基づいて行うべき。

レジメ 8

助成研究による研究成果一覧

<総論>

- 1) 二木立「保健・医療・福祉複合体とIDSの日米比較研究」『社会保険旬報』2000年6月1, 11日号 (No. 2062, 2063)。

<各論 (発表順)>

- 2) 平野隆之「地方都市における『保健・医療・福祉複合体』の地域展開」『社会保険旬報』2000年5月11日号 (No. 2060)。
- 3) 野村秀和「保健・医療・福祉複合体の決算データによる日米比較」『生活協同組合研究』2000年10月号 (Vol. 297)。
- 4) 足立浩「医療施設複合体の経営的・財務的効果の研究」『病院』2000年10月号～。
- 5) 近藤克則「オンロック/PACEモデルにみる医療福祉統合」『病院』(2001年掲載)。
- 6) 二木立「米国南カリフォルニアの2つの『複合体』現地調査 (仮題)」『病院』(2001年掲載予定)。
- 7) 二木立「『複合体』関連の主要文献の紹介」

訂正

文献1) (上: 3項) において、私はアメリカのナーシングホームの「平均在院日数は、併設では14.1日、独立型でも30.5日にすぎず、…日本の感覚では亜急性期医療施設」と書きました。しかし、これはナーシングホーム全体ではなく、メディケア (老人・障害者医療保険) の給付対象になっている skilled nursing facility についてのものです。しかし、それ以外のナーシングホーム・メディケイド (医療扶助) 給付者や自費利用者対象の平均在院日数ははるかに長く (下記の大泉氏の試算では726日)、日本の老人病院や特別養護老人ホーム的な「長期療養施設」に類似しています。つまり、アメリカのナーシングホームは同質ではなく、2種類に分かれます。

誤りをご指摘いただいた、盛宮喜氏 (日経メディカル開発) と大泉洋一氏 (医療経済研究機構) に感謝します。