

連載

ヘルスサービスリサーチ(5) 「医療の質、コスト、アクセス、そして満足度： 医療制度づくりと HSR」

京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 今中 雄一

背景

医療界は、未だ経験したことのない厳しい環境を経験している。医師の不足・偏在、看護師の不足、医療の質と安全に係わる要求水準の高まり、リスクマネジメントのコスト増、アメニティ要求水準の変化、医事紛争増加や刑事告訴、労働時間管理、様々な評価や資格・指定のための準備コスト、情報公開への圧力、保険者機能の強化、医療の財源の枯渇と医療費増の抑制策、など、難題山積である。今後、超高齢化社会が進むにつれて問題の難度は高まっていく勢いである。医療のシステムのマネジメントにおける質や効率を向上させることが求められている。

医療は患者の命を守り健康の回復に努めることが第一の目的であり、利益を追求する企業のマネジメント手法はそのまま適用できない。もちろん企業においてもその存続や発展に社会貢献は必須であり、企業経営から医療が学ぶべきところは依然として大きい。医療には高度な専門性を持ち高邁な倫理観に裏打ちされた職業としての使命感がある^{1,2)}。一方で、医師は最も高度な知的専門職でありながら第一線のブルーワーカーでもあり、職業に特有の頑固さやメンタリティもある。また、貨幣単位では医療の目標は語れない。医療と企業のマネジメントはやはり違う。

医療制度は、法と規制によって成り立ち、市場原理に基づき築かれたものではない。「神の手」に任せておくことはできない。医療の世界は、患者と医療提供者の間に情報の非対称が存在したり、資源の可動性に制限があり、両者の関係は売買関係というより共同体であったりすること等により、パレート最適たる、ある種の効率性を達成する「完全競争市場」の原理が当てはまらないことは周知のことである。医療制度は、個々のプレイヤーの活動の集積的な結果に受動的に委ねるものではなく、人間が知恵を出してよりよいしくみを能動的に構築していくべきものである。一方で、Le Grandらの経済学者は医療を「準市場」と呼びその評価軸をいくつかあげ

ている^{3~5)}。それらは以下に集約される。

- 質が高い (Quality) : 質の可視化
- 効率がよい (Cost/quality or Efficiency) : コストを把握し、効率を評価・向上
- 公正である (Equity) : 重要な視点はアクセス、資源配分
- 対応がよい (Responsiveness) : 重要な視点は利用者の満足度やケア提供側の組織風土
- 情報をもとに選択できる (Choice) : 可視化と情報の公表

よりよく機能する医療制度を構築するには、この各側面の評価・分析を行い、パフォーマンスや問題やその解決策を可視化して行かねばならない。我々の研究チームはこれらについて研究開発を行い、経営や政策に使うツールを開発、並行して学術的な原著論文を著してきた (参考: <http://med-econ.umin.ac.jp/>)。HSRの一端としてその流れを紹介し論じる。「効率」をみるには質や実績の情報に加えてコスト情報が必須であり、「情報をもとに選択できる」という点は質やコストの可視化と公表の問題に行き着く。従って、本論では、医療について①質、②コスト、③アクセス、そして④ニーズへの対応において、それらの可視化と向上の展望について論じる。

1. 医療の質と安全 (Quality)

医療機関の質やパフォーマンスに関する情報は、比較してどこを受診するかを選択に役立つほどあるのか。医療機能情報提供制度など進んできたが、今なお質に関する情報は市民にとって十分なものとは言えず、今後、新たな展開を遂げていく必要がある。医療機能評価機構が病院システムの第三者評価・認定を行ってきた。2000年過ぎに内容を大きく改革して、安全管理システムやケアプロセスを評価対象とするようになり、臨床現場を含んだ病院全体を巻き込む審査となった。医療界も大きく進歩しており、病院機能評価の方法やスキームもそろそろ次のステージに展開していかなければならないであろう。

今後、データを活用して医療の質と効率を継続的に向上させること、そして、正しい理解に基づく市民・患者による医療機関の選択を推進する基盤を作っていくこと、を成し遂げていかねばならない。医療機関の診療のパフォーマンスを可視化し多施設間で比較し、医療の向上に役立たせようという試みはわが国でも十数年前からある（参照：<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>）。エビデンスに基づく診療ガイドラインにそった診療がなされているかなどのプロセスをみる指標（図 1a）、リスク調整死亡率など患者の重症度やリスクを配慮したアウトカムの指標（図 1b）などが算出される。急性心筋梗塞の死亡率は DPC データから、リスク調整に必要なかなり良い死亡予測モデルを形成できる。

患者の個別事情や重症度の違いといった問題を完全にクリアすることはできないが、指標の限界を知って、利用目的を明確にすれば、市民や医療者にとって役立つポテンシャルは大きいと考えられる。今年度、厚生労働省が診療の質の評価・公表事業の後押しを行い、それを契機に医療界での臨床指標への注目が高まってきた。臨床指標の公表が進むと、医療者側は説明責任をより意識せざるを得なくなるが、受身で臨むのではなく、積極的にデータを活用し、自律的に向上していくことが望まれる。海外の調査では、臨床指標の公表の影響は、医療者ほどに

は市民には及んでいないとされているが、医療機関の選択に活用される場面も次第に出てくるであろう。

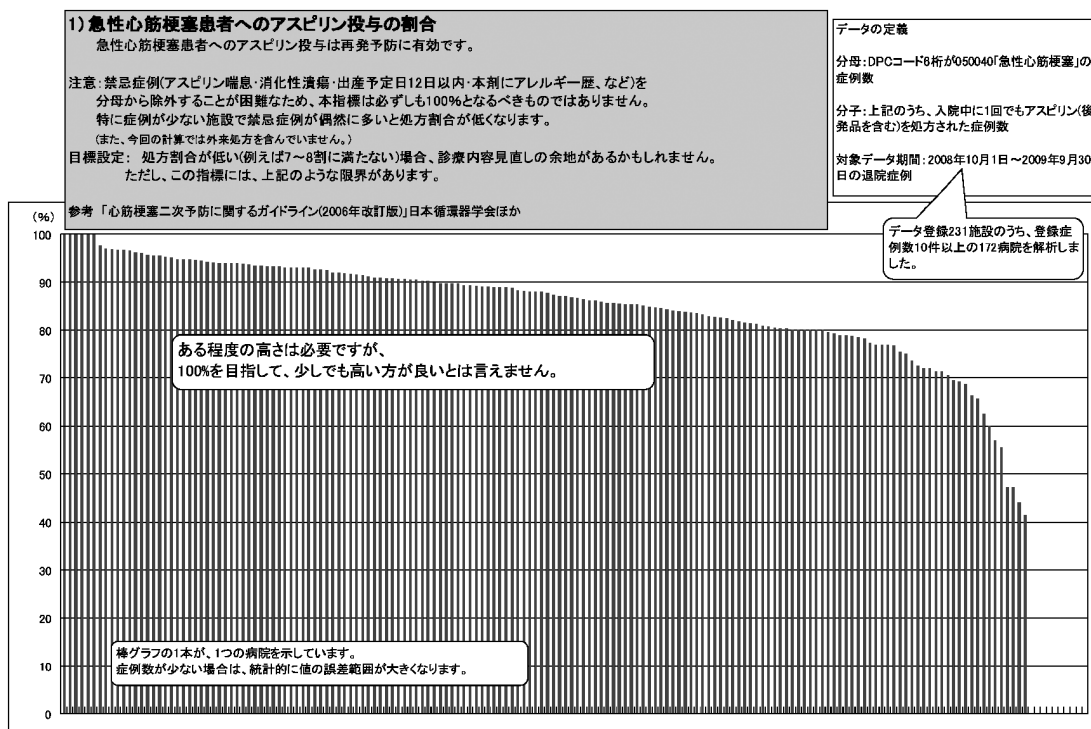
診療の質の数量化は、重要な多くの側面をもつ「医療の質」の、数値化しやすい一部の指標しか取り上げられない、分母に相当する症例の絞り込みやリスク調整の不完全であることなど、限界を踏まえて、懲罰的ではなく、医療の改善の推進力になるように前向きな姿勢で利用していく必要がある。

2. 医療の原価 (Cost)

医療は、診療報酬制度のもとに公定価格で動いている。効率達成に向けての神の見えざる手は存在しない。したがって、値決めは、医療の各機能の維持+効率向上の上でとても重要である。診断群分類による包括評価の導入に当たって、原価計算のしくみを標準化し透明化して患者や診断群分類レベルで原価を算出した⁶⁾。これにより値決めの改善余地が可視化されたといえる。診療報酬額は、原価をカバーするのみならず、そこにはリスク対応や成長等の観点からプラス・アルファが必要である。

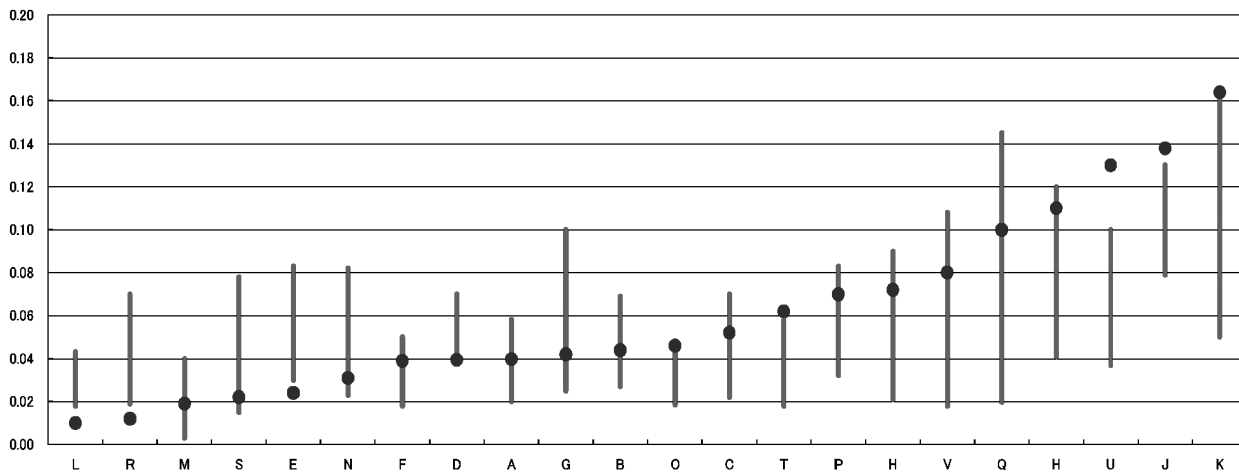
診療報酬制度は、診療の経済的基盤を保証するとともに、資源の再配分機能を有している。日頃、診療しているだけでは原価や収支はわからないが、しっかり計算すると診療報酬と原価との差は診療領域によって正負の両方向にばらつきが大きいことが見

図 1a 臨床指標の多病院間比較の公表例



出典：診療パフォーマンス指標の多施設比較 Quality Indicator/Improvement Project (<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>)

図1b 急性心筋梗塞の死亡率とリスク調整モデルに基づく推計範囲



：予測死亡率95%信頼区間（予測死亡率±1.96×予測死亡率の標準誤差）

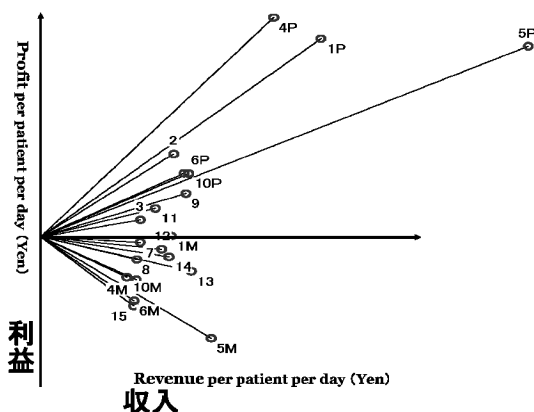
：観測死亡率（死亡件数/入院件数）

*症例数20以下の病院は死亡率が不安定なため解析対象外としています。

出典：診療パフォーマンス指標の多施設比較 Quality Indicator/Improvement Project (<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>)

図2a 診療領域間の利益率の違い

診療領域ごとの利益率(28病院の平均)



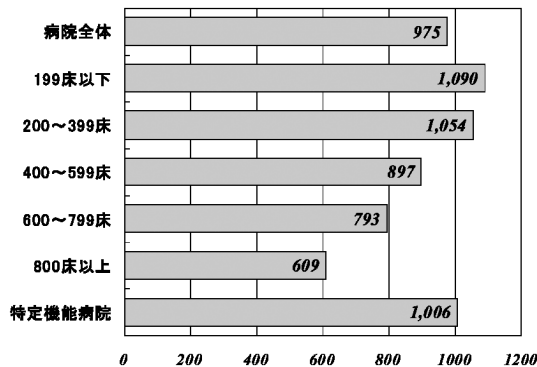
出典：『病院』の教科書. 医学書院, 2010.

えてくる (図2a)。組織の存続という点からみると、診療報酬で不利に置かれた領域は衰退あるいは崩壊していく。また、医療安全を確保する活動量が一挙に増加した2000年代前半の数年間のように、求められる水準が高まり必要活動量が増えると (図2b)、限られた人員の中での負担が高まる。これも、医療崩壊に拍車をかけることとなる。今後、医療に必要な体制の設計とその構築・維持に伴うコストの見積もり・把握は、益々重要になって行くであろう。

3. 医療の公正性・アクセス (Equity)

医療の資源量は、人口を加味した人口当たりの資

図2b 新たな医療安全活動により生じた1患者1日あたり増分コスト (平成18年度調査)



出典：平成18年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）総括研究報告書
医療における安全・質確保のための必要資源の研究：「品質原価」と「持続可能性のための原価」の測定と分析 (主任研究者今中雄一. H16-政策-014)

源量の地域格差は著しい。地域間や社会経済階層間の格差による医療アクセスの不正の解決には、経済・産業、教育、交通、まちづくりなど包括的な対策が必要で、医療界だけで対応できるものではない。しかし、医療資源の配分効率性の向上、再配備や集中と連携によるアクセスと質の向上の余地はかなり残されていると考える人は多い。

国保や後期高齢者医療制度等のレセプト活用の重要性が認識され、今後益々分析され活用されていくであろう。医療や介護のレセプトデータを諸々の行政データ等とともに地域レベルで分析していくことにより⁷⁾、重要な疾病ごとに、地域の医療の需

給バランスや、拠点医療機関へのアクセスの偏りなどが評価でき(図3),さらには,負担面では,国保の保険料について,現状維持のほか,広域ブロック化,都道府県レベルでの統合化などの条件のもとに将来のシミュレーションもなされるようになってきた。

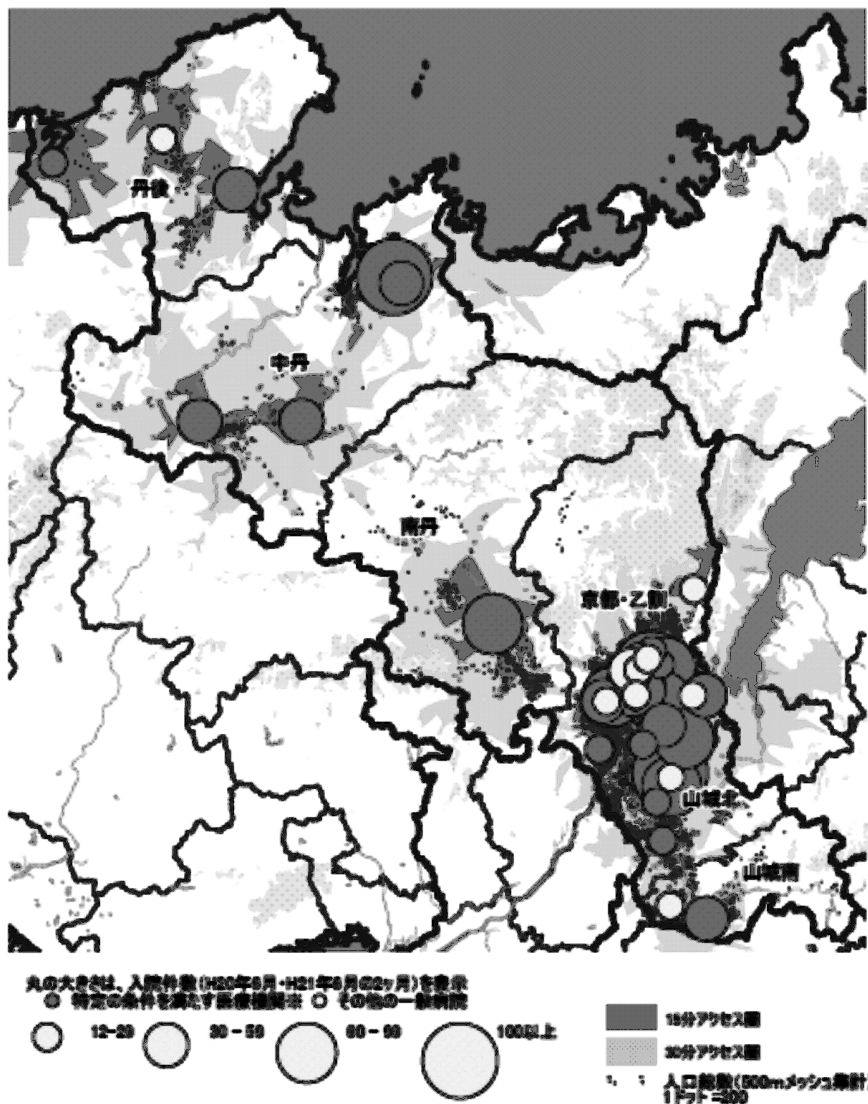
広域地域における医療資源と機能の配備状況を把握し,地域のシステムを設計し,機能の集中や協調・連携を促進し,医療に関わる地域全体への責任体制を構築していく役割の強化も進んでいこう。患者は退院の後,診療所にてフォローを受けたり,他施設の回復期リハビリ病床,療養病床,介護施設などに,移って行く場合も少なくない。多くの場合,そのプロセス全体に責任を持つ役割を持つ者はいない。前述の「地域全体を責任もってみる」しくみづくりのみならず,個々の患者の視点から「医療のプロセス全体を責任もってみる」体制づくりも

今後必要になっていくであろう。

4. 市民・患者や地域のニーズへの対応 (Responsiveness/Satisfaction)

医療の受け手の満足は,医療の質の研究の大家である Avedis Donabedian も指摘してきたように,付随的なものではなく,医療の究極の目的の一つである⁸⁾。患者の満足度は可視化でき,対策実施により実際に向上させることもできる(図4a)。患者の満足度の向上には,医療提供組織の職員の意識と態度・行動,即ち組織風土が響いてくる。組織風土は,個々人および集団としての価値観,考え方,行動を決定する,しばしば意識されない一連の強い力である。普段は見えていないが,職員の価値観・行動の源泉となるものである。組織文化の重要性は,医療事故防止,医療安全管理において医療界で認識されるようになった。安全管理体制のみならず,企

図3 急性心筋梗塞の拠点候補病院と入院件数とアクセス圏
(京都府国保連 国保レセプトデータ 平成20・21年)



業の経営においても組織文化は重要である⁹⁾。職員の意識調査により組織文化を可視化するとパフォーマンスの高い病院と低い病院で、確かに大きな違いを呈する(図4b)。多くの医療事故は、組織として制御するシステムと組織文化の弱点から生じ、組織事故ということもできる。電車の脱線事故、飛行機の墜落、有人ロケットの爆発、原発事故など多くの大惨事に組織文化の欠落が絡んでいる¹⁰⁾。個々の施設と国の制度では活動のレベルこそ違いますが、国民のニーズに応え満足度の高い医療制度の構築と運営は、対応力の高い風土を持ち患者の満足度の高い医療機関のシステム作りと運営の、延長線上にあるといえよう。

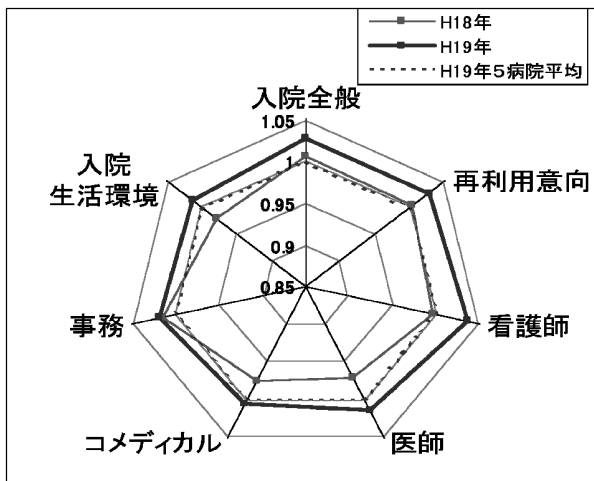
5. 人材の養成

医療を提供するシステムの運営は、一般の産業以

上に大きく制度・政策の影響を受ける。医療組織には、地域ニーズと政策との両方をにらみながら運営を進める力が必要である。また、組織の成長を、短期のみならず中長期的視野で追求することは、医療機関にとって今後ますます重要となるものである。同時に、今後の医療制度の改善・再構築に必須となってくると考えられる。これらを進める人材が必要である。しかも、病院のコスト構造の5割が人件費であることにも表れている通り、医療の運営は、人に依存する。臨床医療の訓練システムの歴史は長いですが、重要性を増してきた医療システムの設計・運営に関わる人材育成の機会は確立していない。現状は以下のとおりである。

- 体系的に学べる場・機会が少ない。
- 医療の会計など、重要領域の教育カリキュラムがない。ノウハウが蓄積しない。
- 仕事を離れて学習に没頭するのは多くの場合、非現実的である。
- 医療の目的と倫理を追及した独自の運営力が必要。一方で企業的経営手法を見習う余地も残る。

図4a 満足度と組織文化：患者満足度の可視化と改善例

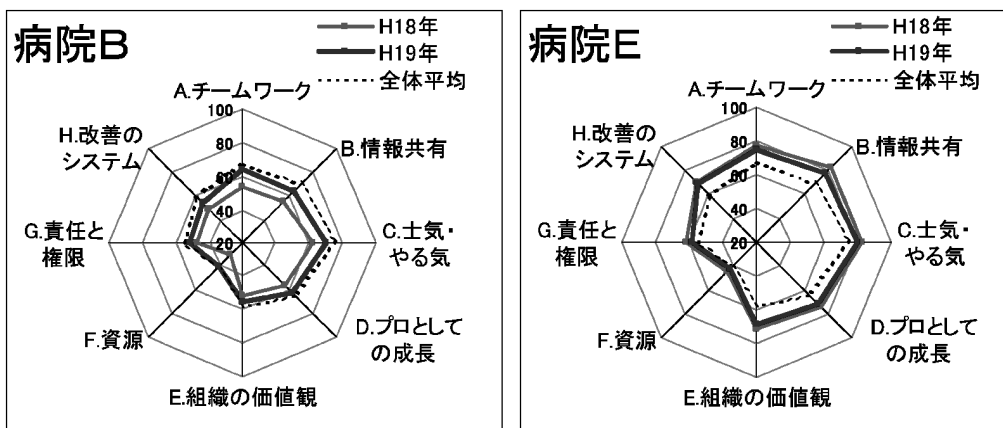


出典：患者満足度・病院組織文化多施設調査 (PSOC プロジェクト) (<http://med-econ.umin.ac.jp/PSOC/>) より。

これらの課題を解決しながら、強い経営システムを構築しリードできる人材が輩出されていかねばならない(試みの一例として日本医療経営機構の人材育成プログラム <http://iryo-keiei.org/>)。

成功のためには、組織が進むべき方向と運営の指針を共有し、新しいアイデアに柔軟に対応し、気兼ねなくコミュニケーションをとり、共通の目的のために力を合わせる組織である必要がある¹¹⁾。そのためには、トップダウンに頼るのではなく、あらゆるレベルの職員が意欲をもって能力を高めながら発揮できる組織でなければならない。センゲの唱える学習する組織¹²⁾に込められたメッセージである。変わ

図4b 満足度と組織文化：組織文化の病院間の差異



出典：患者満足度・病院組織文化多施設調査 (PSOC プロジェクト) (<http://med-econ.umin.ac.jp/PSOC/>) より。

りゆく社会，制度のなかで，病院が高いパフォーマンスを持続していくためには，個々人の主体的な学習と成長に基づき，組織が学習して成長し，発展のための変革を成し遂げる力が必要である。

おわりに

2000年頃から，医療制度の改革が急速に進んできた。社会の変化と制度・政策の進展は著しく，2011年以降もその変化・進展は勢いを増していくであろう。そうなるとますます今後の医療・健康に関わる福利厚生の上昇・創生のために知恵を出し合っ，医療の新たなシステムを築いて行かねばならない。今，データとエビデンスに基づき，着実に医療政策・医療制度を設計し構築し発展させていく時代に突入しつつある。

文 献

- 1) 日本医師会会員の倫理向上に関する検討委員会（答申）. 医の倫理綱領・医の倫理綱領注釈（平成12年2月2日）. 日医ニュース2000；第925号.
- 2) World Medical Association. Medical Ethics Manual. 2nd Ed. 2009.
- 3) Le Grand J, Bartlett W, eds. Quasi-markets and Social Policy. Basingstoke, Hampshire: Macmillan Press, 1993.
- 4) Le Grand J. The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition. New Jersey: Princeton University Press, 2007.
- 5) Department of Health (UK). Building on the Best: Choice, Responsiveness & Equity in the NHS. 2003.
- 6) 今中雄一編著. 医療の原価計算：患者別・診断群分類別コストニングマニュアルと理論・実例. 東京：社会保険研究所，2003.
- 7) 京都府. あんしん医療制度研究会報告書. 2010. <http://www.pref.kyoto.jp/iryokikaku/index.html> (2010年10月8日アクセス可能)
- 8) Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1.: Ann Arbor: Health Administration Press. 1980.
- 9) Peters T, Waterman R. In Search of Excellence. New York: Harper and Row, 1982.
- 10) Columbia Accident Investigation Board. Final Report. 2003; Vol. 1, 2003; Vols. 2-6. <http://caib.nasa.gov/> (2010年10月8日アクセス可能)
- 11) 今中雄一編. 「病院」の教科書. 東京：医学書院，2010.
- 12) Senge PM. The Fifth Discipline: the Art & Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday, 1990.