

これからの医業経営の在り方
—安全で質の高い医療を実現するために—

2002年01月16日
第3回これからの医業経営の在り方
に関する検討会
東邦大学医学部公衆衛生学講座
長谷川 友紀

内 容

- ・ 医療制度・医業経営のあり方に関わる論点
—総合規制改革会議での議論を基に—
- ・ 医業経営のあり方に関する私見
- ・ 資料

規制改革の推進に関する
第一次答申

総合規制改革会議
(2001年12月11日)

問題意識

- ・ 最低限の社会保障としての医療は充足
 - ・ 生活スタイル、価値観、ニーズの多様化
 - ・ 質に対する関心の増大
 - ・ 少子高齢化の進展
- ⇒一律の医療サービス提供の限界
⇒選択と自己責任
⇒安全性、高い質、効率性の追求
⇒国際競争力を有する医療産業の構築

2つの基本スタンス

単一主体化
VS
多数主体の競争原理

内閣府総合規制改革会議

- ・ 今後の医療産業のあり方
- ・ 医療情報の公開と活用
- ・ 医療機関間に競争原理の導入
- ・ 保険者機能の強化
- ・ EBMの推進
- ・ 定額支払制度の拡大

医療産業のあり方

- 安全な医療の確保
- 質の高い医療の確保
- 効率的な医療の確保
- 国際競争力を有する医療産業の育成
- これらを通じた持続的な成長が可能な医療産業の確保

内閣府総合規制改革会議

- 今後の医療産業のあり方
- 医療情報の公開と活用
 - 競争政策の環境整備における最重要課題
- 医療機関間に競争原理の導入
- 保険者機能の強化
- EBMの推進
- 定額支払制度の拡大

医療法による広告規制

- 第六十九条 医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関しては、文書その他いかなる方法によるを問わず、何人も次に掲げる事項を除くほか、これを広告してはならない。(ポジティブリスト)

規制緩和に関する論点公開 54. 専門医資格、医療機能評価の結果など広告規制の見直し

(平成10年9月22日、行政改革推進本部規制緩和委員会)

- 論点1: 病院の広告規制については、患者の医療機関の選択に資する観点から、廃止するか、又はネガティブリストにすべきではないか。
- 論点2: 患者にとって最も関心が高い事項は、医師の経歴、病院の治療成績、手術件数等についてであり、その広告の在り方(基準、方法等)について検討すべきではないか。
- 論点3: 医療機能評価の項目について、患者に対する情報提供の充実の観点から、疾患ごとの手術件数、成功率、患者の平均生存率等についても評価の対象とすべきではないか。

第一次答申

- 将来のネガティブリスト化を視野に入れつつ、当面は、現在広告が許されている内容・範囲の大幅な拡大を図るとともに(ポジティブリストの積極的拡大)、関係者の要望にもかかわらずポジティブリストへの掲載が困難な場合の説明責任を明確にすべきである。
 - 学会等の第三者が検証可能なデータを集計して提示するのは「広告」にはあたらない。(厚生労働省)
 - アレルギー、民間療法などの広告の氾濫
 - インターネットでの情報提供の取扱い

情報非公開と情報公開の比較

		非公開	公開
医療機関	前提	差がない: 平等	差がある: 非平等
	質の保証	参入・経営者の資格	インディケーターと競争
	参入	厳格な規制	緩い条件
	撤退	稀な現象	しばしばあり
患者	前提	保護されるべきもの	積極的な消費者
	原則	公平なサービス	選択と自己責任
その他			差を前提とした評価機関などの必要

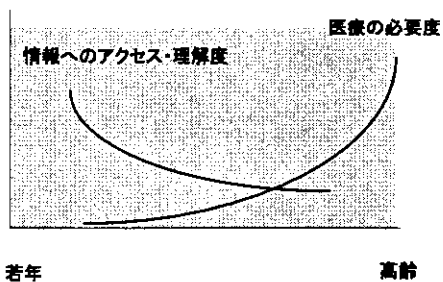
内閣府総合規制改革会議

- 今後の医療産業のあり方
- 医療情報の公開と活用
- 医療機関間に競争原理の導入
- 保険者機能の強化
- EBMの推進
- 定額支払制度の拡大

医療と自由市場

- 自由市場の前提
 - 多数の供給者と消費者の存在
 - 合理的な消費者
 - 情報に対する完全なアクセスの保証
 - 医療では
 - 供給者はしばしば少数:町でただ一つの病院
 - 消費者
 - 切迫した病態
 - 非対称な情報
 - 限られた情報処理能力
- ⇒患者に対する一定の保護の必要性
⇒自由市場ではなく質を軸にした競争原理の導入

医療における競争原理の導入



医療情報公開と競争原理の落とし穴

- Literacy (識字能力)
 - 米国National Adult Literacy Survey (1993)
 - N=26000
 - Level 1:21%, Level 2:27%, Level 3:32%, Level 4:17%, Level 5:3%
 - Low health literacy ⇒ later diagnosis, low compliance, more costs
 - Digital Divide
 - 情報アクセスが可能な人と制限される人の格差
 - 情報化のもつ最も深刻な倫理的問題
- ⇒教育と医療現場の状況に対応したコミュニケーション技法の開発

内閣府総合規制改革会議

- 今後の医療産業のあり方
- 医療情報の公開と活用
- 医療機関間に競争原理の導入
- 保険者機能の強化
- EBMの推進
- 定額支払制度の拡大

患者保護のメカニズム 医療におけるエージェント機能

- 第三者機関による評価
 - 米国の例:JCAHO、NCQAなど
 - 日本の例:日本医療機能評価機構
- 保険者機能の強化
 - よい医療機関への患者誘導
 - 医療内容への介入

保険者機能の強化

- 情報収集・処理能力から現在想定される唯一のエージェント
- 医療情報の収集・解析と患者の誘導
 - 被保険者に対する質問・調査
 - よい医療機関リストの公表・患者の誘導
 - 医療機関との個別契約: 医療内容、単価など
 - 健康増進、患者教育事業
- 規模、運営能力の問題
 - 事業の外部委託、合併、事業連携の可能性
- 前提としてのIT化

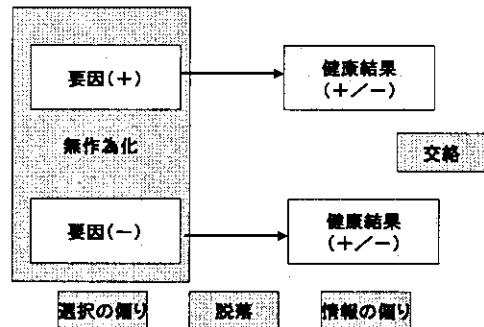
内閣府総合規制改革会議

- 今後の医療産業のあり方
- 医療情報の公開と活用
- 医療機関間に競争原理の導入
- 保険者機能の強化
- EBMの推進
- 定額支払制度の拡大

EBM(Evidence Based Medicine)

- 目的
 - 臨床研究の結果を患者へ還元する
 - 医療の標準化を促進する
 - 医師の行動変革を促す
- 特徴
 - 一定の方法論に基づく過去の医学論文の評価
 - 情報に信頼性に基づくランク付けを行う
 - 最終結果はガイドラインに集約される
 - プロセスの保障を行う(結果の保証を必ずしも意味しない)

Randomized Clinical Trial

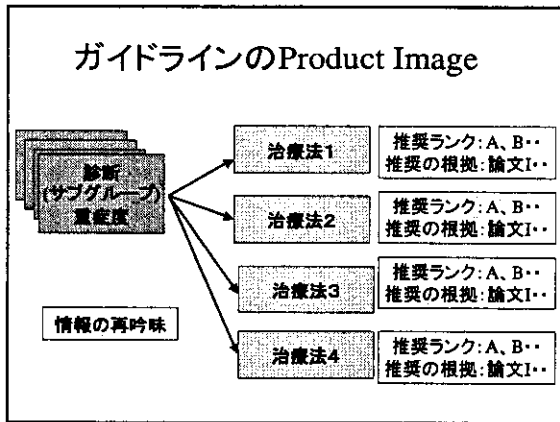


臨床論文のランク付け

- I: 大規模のRCTで結果が明らかなもの
 - II: 小規模のRCTで結果が明らかなもの
 - III: 無作為割付によらない同時期のコントロールを有するもの
 - IV: 無作為割付によらない過去のコントロールを有するもの
 - V: 症例集積研究(コントロールのないもの)、専門家の意見の加わったもの
- RCT: Randomized Clinical Trial

推奨のランク付け

- A: 最低2つ以上のレベル I の臨床研究に裏付けられる
- B: 1つのレベル I の臨床研究に裏付けられる
- C: レベル II の臨床研究に裏付けられる
- D: 最低1つ以上のレベル III の臨床研究に裏付けられる
- E: レベル IV または V の臨床研究しか存在しない



プロセスアプローチとアウトカムアプローチの比較

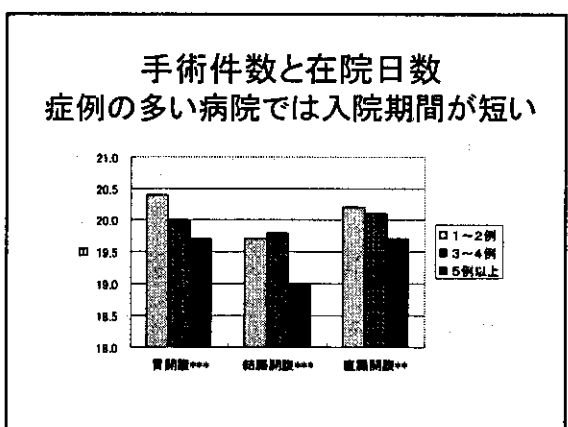
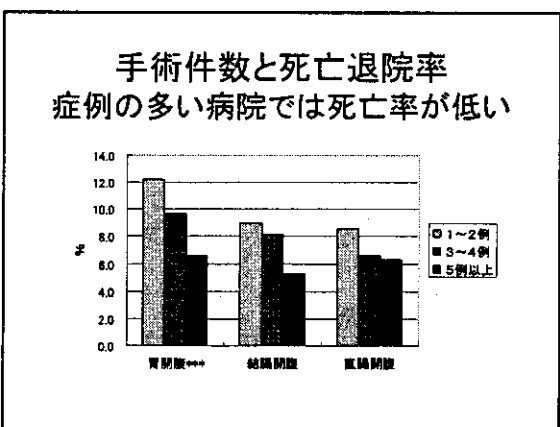
	プロセスアプローチ	アウトカムアプローチ
特徴	最適な治療方法を提示	治療の結果を提示
欠点	最適な方法は必ずしも最良の結果を保証しない	結果が悪くても改善策を提示できない
例	EBM、クリニカルパス	患者データベース

患者調査によるアウトカム評価

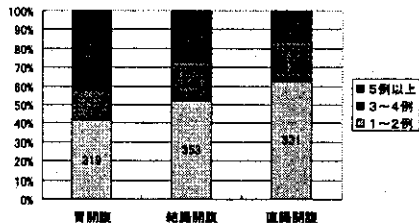
- 平成8年患者調査(全国の病院の70%が対象、平成8年10月の全退院患者)
- 胃、結腸、直腸(開腹)手術を受けて退院した: 8575人

患者の属性

	人数 (persons)	在院日数 (days)	年齢 (years)	死亡率 (%)	ADL3項目自立 (%)	男性 (%)
胃	4598	52.8	64.9	7.4	82.2	68.1
結腸	2529	49.1	67.3	6.5	79.6	52.8
直腸	1448	56.2	65.4	7.0	79.0	62.6



病院の手術件数による分布



患者調査の意味するもの

- 施設間格差の存在
 - 患者重症度の調整
 - 原因調査
- 適切な情報提供
 - 患者ニーズに応じた病院の紹介
 - 病院でのインセンティブの醸成
 - インフォームドコンセントの核となる診療標準について情報基盤の整備
- 限界
 - 3年に1回、1カ月の調査
 - 情報精度の不足(重症度など)

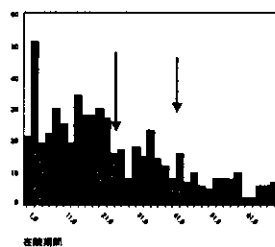
継続調査の試み (社)全日本病院協会「医療行為別の費用・在院期間についての調査」

	第1回調査	第2回調査
期間	1998/10-1999/9	2000/8-2001/7
患者数	11248	10301 (前期のみ)
参加病院数	38	53
対象疾患	27	27

対象疾患

- 01:糖尿病の血糖コントロール
- 02:急性期の脳梗塞(手術なし)
- 03:急性期の脳出血(手術なし)
- 04:気管支喘息
- 05:高血圧症
- 06:胃潰瘍(手術なし)
- 07:急性膵炎
- 08:肺炎
- 09:急性心筋梗塞
- 10:冠動脈・大動脈バイパス術
- 11:正常分娩
- 12:胃悪性腫瘍手術(切除)
- 13:結腸半側切除術
- 14:虫垂切除術
- 15:腹腔鏡下胆嚢摘除術
- 16:開腹胆嚢摘除術
- 17:そけいヘルニア手術
- 18:大腿骨骨折脱臼の手術
- 19:体外衝撃波・尿管結石破砕術
- 20:経尿道的前立腺手術(前立腺肥大症)
- 21:経尿道的膀胱悪性腫瘍手術
- 22:白内障手術(1眼、全身麻酔なし)
- 23:内視鏡的ポリプ切除
- 24:痔核根治手術
- 25:子宮筋腫核出術(腹式)
- 26:子宮全摘術(子宮筋腫に対する)
- 27:声帯結節(ポリプ)切除術

急性期の脳出血:在院日数

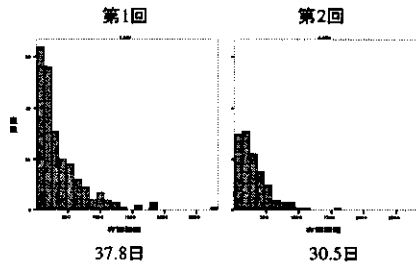


	平均値	中央値	25パーセンタイル	75パーセンタイル
	32.0	22.0	11.0	42.0

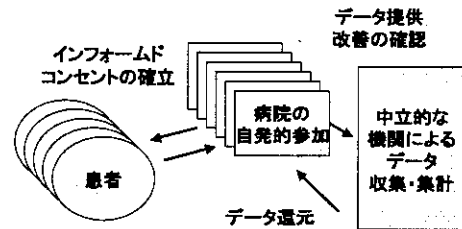
病院間の比較

病院NO	年齢(歳)	在院期間(日)	医療費(千円)	死亡率(%)	男性(%)	人数(人)
合計	66.5	32.0	934	23.6	52.3	619
A	63.7	47.0	1194	20.4	47.3	93
B	65.6	32.9	1159	20.2	54.9	89
C	64.0	23.1	989	29.2	62.5	46
D	69.1	33.4	597	35.9	41.0	39
E	67.8	31.1	925	28.1	56.3	32
F	70.8	18.3	598	30.0	48.7	30
G	67.7	27.2	751	14.8	40.7	27
H	68.0	31.9	1221	11.1	53.6	27
I	63.1	25.0	792	33.3	71.4	21
J	56.2	18.7	643	30.0	55.0	20

第1回と第2回の比較
 在院期間の短縮とばらつきの縮小が
 同時にみられる



アウトカムアプローチの活用
 —継続的なデータ収集と還元—



**メリーランド州病院協会の
 Clinical Indicator**

- 院内感染症発症率
- ICUでのデバイスの使用率
- 手術創の感染率
- 入院死亡率
- 新生児死亡率
- 周手術死亡率
- 予定しない再入院
- 外来処置後の予定しない入院
- 予定しないICUへの再転科
- 予定しない手術室への再入室
- CABGによる死亡率抑制
- 転倒・転落
- 鎮静・麻酔に伴う合併症

内閣府総合規制改革会議

- 今後の医療産業のあり方
- 医療情報の公開と活用
- 医療機関間に競争原理の導入
- 保険者機能の強化
- EBMの推進
- 定額支払制度の拡大

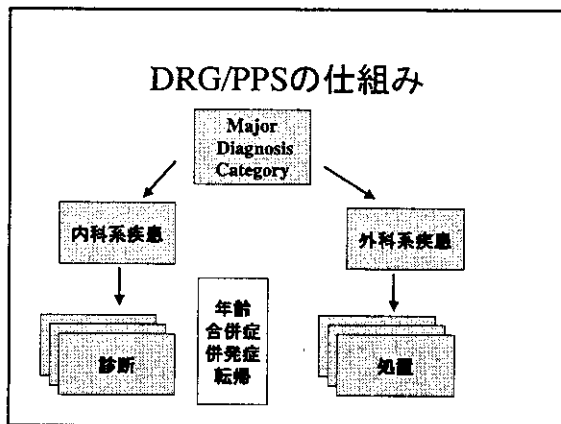
診療報酬の支払い方法

- 出来高(Fee For Service)
- 定額払い
 - Per Diem
 - Case Payment (DRG/PPS)
- 人頭払い(Capitation)

+総額予算あり・なし

DRGとDRG/PPS

- DRG(Diagnosis-Related Groups): 国際疾病分類の診断名・処置名を医療資源の使用度合いに応じて再分類したもの
 →マネジメント・ツールとして開発された
- DRG/PPS(Prospective Payment System): 各DRGグループに一定金額の支払いを行うまるめ方式の診療報酬支払い方式



出来高払いとDRG/PPSの比較

	出来高払い	DRG/PPS
支払い単位	サービス行為	診断名・処置名
危険負担	患者・保険者	病院
診療のインセンティブ	過剰診療	過小診療
医師のコスト意識	小	大
質についての認識	小	大
病院経営	売上増	コスト削減

- ### DRG/PPS導入の影響
- 病院医療の変化
 - 標準化の進展
 - 平均在院日数の短縮
 - 入院患者重症度の増加
 - 外来手術の増加
 - 機能分化の進展: 他の施設との連携、HHCの増加
 - 病院経営の変化
 - 病床利用率の低下
 - 病院数の減少
 - 医療費の伸びは鈍化
 - 医療の質についての関心の増加

- ### 診療報酬の改定(2000)
- 定額制の拡大: 入院基本料の導入
 - 入院診療計画書は減額対象
 - 院内感染防止対策は減額対象
 - 患者への情報提供の評価
 - 診療録管理体制加算
 - 在宅医療の促進
 - 機能分化の促進
 - 急性期型病院: 在院日数の基準
 - 慢性期型病院: 病状により在院日数の制限を撤廃

- ### 厚生労働省 医療制度改革試案 (2001年9月25日)
- 医療制度改革の基本方向
 - 保健医療システムの改革—21世紀保健医療ビジョン—
 - 持続可能で安定的な医療保険制度の構築

第一次答申と厚生労働省 試案の比較: 情報公開

項目	中間とりまとめ	厚生労働省試案
広告規制	ネガティブリスト化の検討	ポジティブリストの拡充 学会などの集計・公表は可
経営情報	開示の促進	然れず
複数医療機関による患者情報共有のルール作り	推進	推進 用語・コード・様式の統一 認証システム カルテ集存の緩和

第一次答申と厚生労働省 試案の比較:競争原理の導入

項目	中間とりまとめ	厚生労働省試案
医療機関の経営	理事長要件廃止 買の保証を前提に株 式会社も可	検討課題
保険者機能の強化	レセプト審査、その他 業務は保険者の専権 事項 医療機関との個別契 約可	同左 同左
レセプトの電子化	推進	推進:環境適り 用語・コード・様式の統一 認証システム カルテ保存の緩和

第一次答申と厚生労働省 試案の比較:EBM、診療報酬、他

項目	中間とりまとめ	厚生労働省試案
EBM、標準化	推進	推進
診療報酬	定額払い拡大 205円ルール廃止 公民ミックスの検討	同左 検討 同左
その他	医療費機材の内外価 格差是正 派遣 研修の見直し	検討 検討

医業経営の在り方に関する私見

見直しの方向性:競争政策に実効性を持た
せ、医療の質確保、効率性向上を図る

- ・ 情報提供の促進
 - 医療情報、経営情報の公開
- ・ 質による競争の環境整備
 - 情報公開方式の標準化
 - 多様な評価・監査機関の育成
- ・ 資源の最適配分
 - 機能・パフォーマンスに基づく資源投入(政策医療、
公民ミックス、保険者との個別契約など)
- ・ 経営自由度の拡大
 - 資本調達
 - 経営者の確保

情報提供の促進

- ・ 医療情報(⇒患者、保険者、行政)
 - 構造⇒過程、結果に関する情報
 - 施設の特徴
 - ケースミックス(患者構造)
 - 主要な医療行為・件数・成績
 - 第三者評価の結果
- ・ 経営情報(⇒債権者、行政)
 - 経営全般
 - 部門別(政策医療として診療報酬以外の資本を必要とする場合)
 - 外部監査

質による競争の環境整備

- ・ 情報公開方式の標準化
 - クリニカルインディケータ:病院団体、医師会、行政など
 - 個別疾患:学会
- ・ 多様な評価・監査機関の育成
 - 日本医療機能評価機構
 - ISO
 - 他: minimal data setの開発(NCQA方式)
- ・ その他
 - IT化:レセプト⇒オーダーエントリー⇒電子カルテ
 - 疾病・処置コードの統一
 - コーディングに基づく診療情報管理の導入

資源の最適配分

- 医療標準化と医療情報の活用
 - 人材派遣の拡大(最適配置、標準化、生涯教育・研修)
 - 疾病・処置コードの統一(再掲)
- パフォーマンスに基づく資源投入
 - キャピテーションコストとランニングコストの明確化
 - キャピテーションコストについての資金調達方法の拡大、公費投入の基準を明確化
 - 政策医療の基準の明確化⇔部門別会計
- 公民ミックス
 - 自由診療の基準の明確化と拡大
- 保険者との個別契約
 - 医療内容および単価、健康増進・予防活動など

経営自由度の拡大

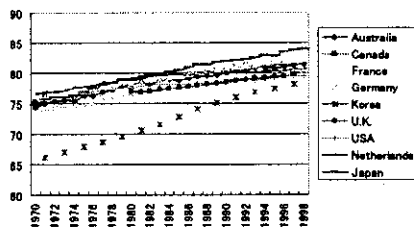
- 資本調達(キャピテーションコスト)の多様化
 - PFI
 - 株式など
- 経営者の確保
 - 理事長要件の見直し

資料 医療提供制度の概観 国際比較

国際比較では

- 健康指標では世界有数
 - 水準の向上(レベル)
 - 格差の縮小(バラツキ)
- 人口当たり病床数は多く、平均在院日数は長い
 - その割に入院医療費割合は安い
 - 医療スタッフ密度は低い
 - 低い医療密度の入院医療の存在
- 外来受療率は高く、外来医療費割合は高い
- 国民医療費は、ほぼヨーロッパ水準。ただし増加率は低い。

平均寿命(女性)



乳児死亡率の都市・郊外比較

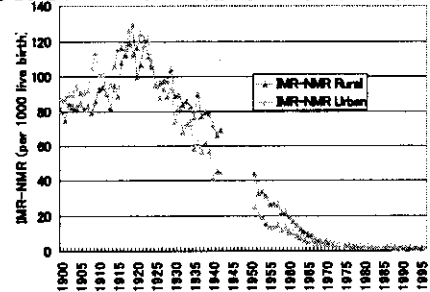
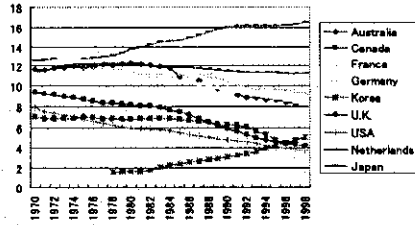
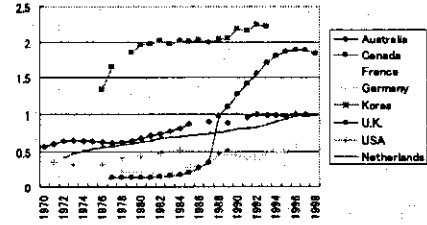


Figure 8b. Rural-Urban difference for post-neonatal mortality rate (IMR-NMR). Rural: 6 prefectures in northeast part of Japan. Urban: 6 prefectures include 6 large population cities in Japan.

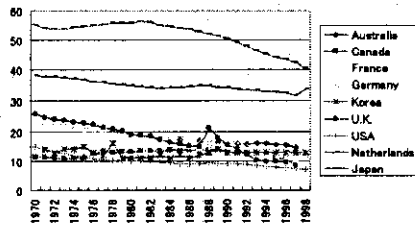
病床数(人口1000当たり)



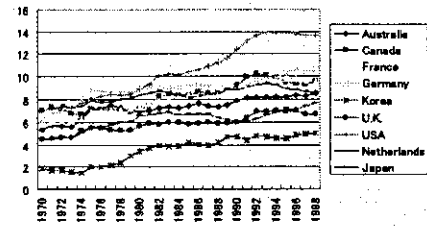
急性/慢性期病床比



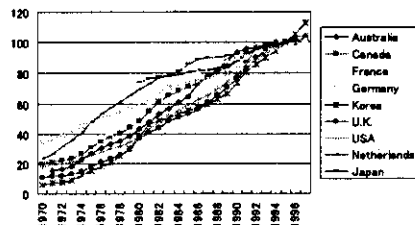
平均在院日数



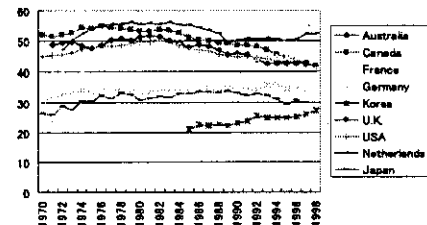
国民医療費(対GDP%)



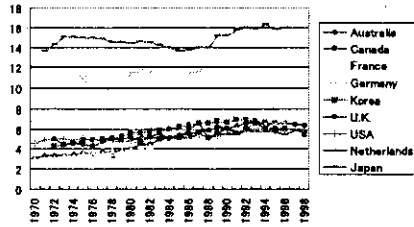
国民医療費年次推移
(1995年=100)



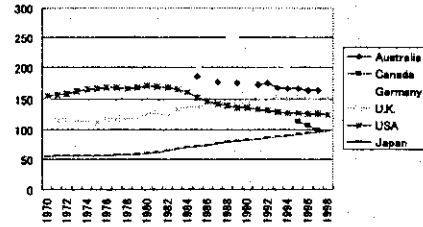
入院医療費の割合(%)



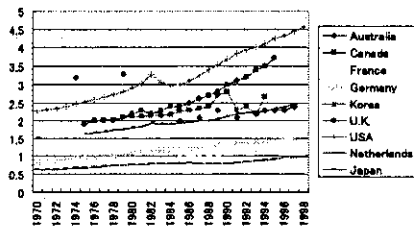
外来受診率(回/人)



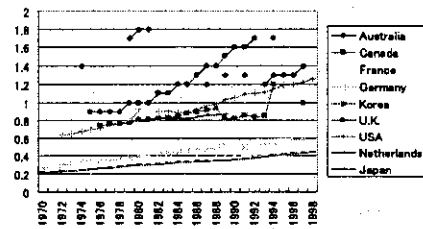
入院受療率(回/1000人)



急性期病床当たりスタッフ (人/床)



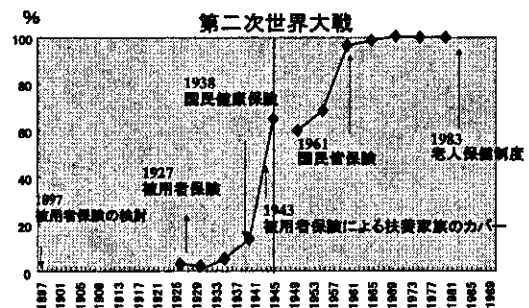
急性期病床当たり看護婦 (人/床)



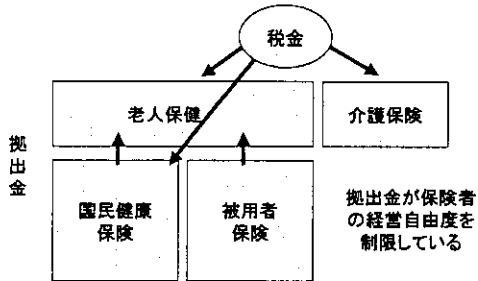
現行制度では

- ・ 介護保険の導入により医療と介護の概念区分が明確にされた。しかし、医療機関の機能分化は未だに不完全である。
- ・ 良好なアクセスが確立されている。
- ・ 医療保険制度は歴史的背景によるものの、被保険者の年齢構造が異なり、これは経営努力の限界を超えている。また再分化のため十分な運営能力を有さない保険者も多くみられる。

医療保険制度の確立



現行の医療・介護保険制度



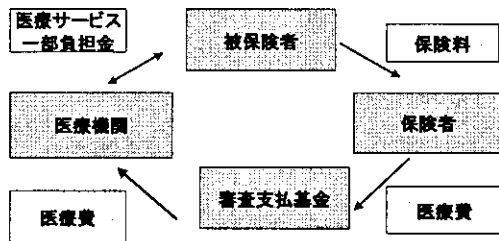
フリーアクセスの保障

- ・ 被用者保険: 本人2割、家族入院2割・外来3割
- ・ 国民健康保険: 本人・家族3割
- ・ 月額63600円以上には高額療養費支給制度あり(収入により上限金額は異なる)

⇒ 医療機関(9400病院、8.9万診療所)の整備と、安い一部負担金が良好な医療アクセスを保障している

⇒ 医療へのアクセス
距離、経済、文化、情報、その他

医療保険の仕組み



保険制度の比較

	国民健康保険	政府厚生保険	組合健康保険
加入者数	4102万人	2797万人	3289万人
加入者平均年齢	51.3歳	36.9歳	55.8歳
老人加入割合(70歳以上、または65歳以上の独ひとり者)	24.0%	5.0%	2.9%
1世帯あたり年間所得	179万円	226万円	283万円
1世帯あたり保険料	15.4万円	15.1万円(30.3万円: 専業主婦を含めた場合)	15.8万円(36.3万円: 専業主婦を含めた場合)
医療負担	50% (2兆8244億円: 平成11年度)	13% (9149億円: 平成11年度)	定額(217億円: 平成11年度)
1人あたり保険費	16.4万円	12.2万円	10.3万円
年間所得をもとに算定した保険料率	8.6%	6.4% (12.5%: 専業主婦を含めた場合)	4.1% (9.8%: 専業主婦を含めた場合)

医療法の改定

- ・ 第一次改正(1985): 医療圏・医療計画の導入
- ・ 第二次改正(1992): 特定機能病院、療養型病床群の導入
- ・ 第三次改正(1997): 地域医療支援病院の導入、総合病院の廃止
- ・ 介護保険の導入(2000): 医療ニーズと介護ニーズの区分
- ・ 第四次医療法改正(2001): 一般病床と療養病床の区分、広告規制の緩和
- ・ 内閣府総合規制改革会議(2001):
- ・ 厚生労働省医療制度改革試案(2001)