

続・「わからない」から始めるヘルスケア (その1)

あおやま たつふみ
青山 竜文

株式会社日本政策投資銀行設備投資研究所 上席主任研究員

この連載は本月報2022年1～5月号に掲載した『「わからない」から始めるヘルスケア』（以下、「わからない」）の続編となります。医療・介護現場の方々にも話を伺うなかでみえてきた各種課題について、特に事業者側の視点から課題解決の糸口を見出せるか、という切り口で隔月にて検討していきます。

1. ヘルスケアにおけるステークホルダー

ヘルスケアの世界ではステークホルダーは多岐に及びます。まず一般市民、即ち潜在的な患者群が存在します。もちろん医師・看護師・コメディカルのような医療スタッフや、介護福祉士のような介護スタッフが実際の医療行為や介護行為に従事します。そして、こうしたスタッフの多くは病院等の医療機関や介護事業者（以下、事業者）に所属しています。また支払いという観点では、市町村国保、国民健康保険組合といった保険者がいます。そうしてこうした医療や介護制度全般を、行政という観点から国、地方自治体が監督しています。

このほかにも多々ステークホルダーは存在し、どの視点から見るかで事業構造の見え方も変わってくるのですが、この連載では基本的に事業者の視点に立ち、課題を整理していきたいと考えます。

筆者自身は長らくヘルスケア産業への投融資業務を行ってきたこともあり、個々の事業者が経営を怠っているという見方はしていません。なかにはそうした事業者も存在するでしょうが、多くの事業者は一定のルールに沿って業務の最善化を図ろうとし

ています。しかし、事業者が自らのリソース制約を踏まえつつ、地域内でのバランスを考え、経営的に最善を尽くしたとしても、それが必ずしも全体最適に繋がらないケースがある、ということも同時に感じてきました。

具体的には、コロナ禍における対応病床の調整や、その議論に端を発する（世にいう）「なんちゃって急性期」という表現等がわかりやすいかもしれませんが、その他に「わからない」で述べてきた人材の不足・偏在や連携不足等課題として残っているテーマは複数あります。しかし、こうした課題解決に直接的にアプローチしうるのも事業者自身であり、その期待も込めて、事業者側からの視点を主体に整理をしていこうと考えています。尚、本連載では「わからない」同様、医療を主体に描きつつ、その時々で介護についても触れる形とします。

2. 医療機関の経営行動

まず前連載「わからない」では以下のような課題の整理を行いました（図1）。こうした課題に取り組むのは現場レベルでは事業者になるわけですが、それではヘルスケアにおける事業者の経営行動はどのようなもののでしょうか？

医療と介護でも行動原理が多少異なりますが、その理由は医療分野においては、医療法人という非営利法人¹により事業運営されているケースが多いからです。一方、介護の場合は、サービスの種類によるのですが、社会福祉法人が担うもの（介護老人福

¹ 1950年の医療法改正で設立された法人格。剰余金の配当禁止により公益性が担保されている。

【青山竜文氏のプロフィール】

(株)日本政策投資銀行設備投資研究所 上席主任研究員

1996年日本開発銀行（現・日本政策投資銀行）入行。2005年米国スタンフォード大学経営大学院留学（経営工学修士）を経て、2006年よりヘルスケア向けファイナンス業務立ち上げに参画し、以降同業務に従事してきた。2021年（一財）日本経済研究所常務理事を経て、2022年より現職。著書に『再投資可能な医療』『医療機関の経営力』（きんざい）。

図1 ヘルスケア分野での課題整理

- 医師偏在の解消
- 都市部における介護人材不足の解消
- 重篤性や複雑性に対応する高度医療の構築
- 機能性を有した後方病床の拡大
- 「医療と介護の複合ニーズの高まり」への対応
- 医療・介護のデジタル化への対応

(出所)『わからない』から始めるヘルスケア・その5より筆者作成

社施設等)、医療法人が担えるもの(介護老人保健施設、訪問看護等)、そして株式会社が担えるもの(訪問介護等)等事業者の法人格はさまざまです。なお医療でも法人格自体は厳密には多岐に及びますが、株式会社形態のものは、企業立病院という既存適格な病院群を除いて、存在していません。

そのような細かな違いはありますが、株式会社を除いた各種の法人は、利益水準を重視はするものの、対売上高利益率や自己資本利益率等の経営指標に関する感度は一般産業よりは弱いものとなります(なお本稿では、以下、病院の行動様式を中心にみていきます)。

そして、そうした事業者が重要業績評価指標(以下、KPI)として重視するのは売上高(病院の場合、これを医業収益と呼ぶケースもあります)や、その構成要素である診療単価や患者数です。とはいえ日本では診療単価はその多くが診療報酬という公定価格により定められています。治療行為が同じであれば本質的に差がつくものではないので、事業者が「単価を上げる」と経営目標を立てた場合、より高度な医療行為の提供機会を増やす、という意味に

なります(看護体制を充実させる等別角度の話もこれと重なって出て来ますが、ここでは割愛します)。各病院には標榜する診療科があり、それぞれの治療にガイドラインがあるため、診療単価を上げることが目的となったとしても、個々の診療内容に歪みが生じることは基本的に考えられません(但し、公定価格ではあるものの、同じ診断群分類でも検査を増やすことで報酬が異なる等の動きもあることは指摘されています²⁾。

また患者数は、病院の場合では外来と入院にわかれますが、入院では一日当たりの患者数という観点では個々の入院日数に左右されます。以前はある程度入院日数が長いほど同時に確保出来る患者数が多いということもあり、その集積故に「社会的入院」という俗語も作られていましたが、現在は、特に急性期病院においてそのようなインセンティブはありません。2003年の診断群分類別包括評価方式(以下、DPC)の導入以降、入院日数の長期化は急性期病院において収益減に繋がるからです³⁾。

² 井伊雅子、五十嵐中、中村良太(2019)『新医療経済学』日本評論社 p149

³ 池上直己(2021)『医療と介護 3つのベクトル』日本経済新聞出版 p87-89

3. KPI を実現する手段

ここからが少し泥臭い話となりますが、病院はどのような形でこの KPI を実現するのでしょうか？

端的に言えば、5～10km圏内の同種の診療行為を提供する病院があるなかで、より高度な医療提供が必要な（つまり診療単価が高い）患者が数多く来院する状況を作ることが一つのアクションとなります。入院に至る患者というのは、自院での外来、救急での対応、他院や診療所からの紹介、といったルートが主です。どのルートにおいても、ピアレビューとまではいいませんが、実質的に過去実績の評価のなかで通院先、紹介先が決まっていくわけで、重要なことはこうした救急や紹介を受けうる医療体制を整えておくことです。

結局、患者数や診療単価という KPI を実現せんとする場合、医師・看護師をその診療科でどれだけ揃えられるか、ということが大きなテーマとなります。一方、医師自身は自身の専門とする疾病に関する症例数が多い病院での勤務を志向する側面は強い（同時に住環境、教育環境等も重視していると推測されます）、「医療体制を整える」ということは「医師が多いから多くの症例を受けられる」という側面と「症例数が多いから医師を多く集めることが出来る」という双方の側面があります。

戦略的に言えば、強力な医療スタッフをあらかじめ揃えることで患者数、症例数を増やしていく例もあれば（地域において新病院を開設する場合や、買収後に体制を変更する場合等によくあるケースです）、地道に症例数や評判を上げるなかで徐々に体制を創りあげていく病院も存在します。そして実際に一番多くみられるケースは当該診療科の医師数が限られ、なかなかそうしたポジティブな手段がとれないというケースでしょう。

冒頭に「個々の事業者が経営を怠っているという

見方はしていません。」と書きましたが、ここで記載したような点に病院の経営上のノウハウがかなりみられるという話です。チェーン化したグループは本部側でこのあたりの管理をうまく行っていますし、地域に根ざした独立系の病院でも地域の一番手や二番手あたりであれば、診療科による強み・弱みはあるにせよ、組み立てをしっかりと考えています。

4. 「医療の質」の三分類

前項では、病院が経営上の観点から症例数等を重視すると書いてしまいましたが、医師・看護師等のスタッフは当然、治療行為の結果が良好であることを目指して努力をしているわけであり、それは経営云々とは別問題です。経営面の話は、あくまで管理を行う経営者やスタッフ、診療部長等にとってのテーマと考えておくほうが良いでしょう（このあたりが株式会社の営業現場等とは大きく異なる部分です）。

さて、ここでカメラの角度を少し変えます。住民・患者側から見ると病院の活動を経営的スタンスからみる方はなく、恐らく「質の高い医療」を求めているのではないのでしょうか。経営がうまくいっていること自体が質の高い医療提供に繋がる側面もありますが（逆の場合は容易に想像がつくかと思えます）、そうした話とは別に「質の議論」は医療経済学の世界でしっかりとした整理がなされています。

まず「医療の質」は(1)ストラクチャー（構造）、(2)プロセス（過程）、(3)アウトカム（結果）、というアヴェデイス・ドナベディアン教授による3つの側面からの評価が知られています。

「ストラクチャー」とは病院数、病床数、医師数等の外形要件がその範疇に入ります。実際に我々が地域比較、国比較等をする際に人口当たりでこれらの数を比較し、その多寡を比較することは簡易な形としては一般的です。

一方、「プロセス」は診療ガイドラインで推奨さ

図2 DPC データによる全国統一の病院指標

- 年齢階級別退院患者数
- 診断群分類別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）
- 初発の5大癌のUICC病期分類別並びに再発患者数
- 成人市中肺炎の重症度別患者数等
- 脳梗塞の患者数等
- 診療科別主要手術別患者数等（診療科別患者数上位5位まで）
- その他（DIC、敗血症、その他の真菌症および手術・術後の合併症の発生率）

（出所）各種病院指標より

れている医療の質の指標を満たした適切な医療行為を受けているかどうか、という話です。

そして三番目の「アウトカム」は、死亡率や合併症発生率、QOL等の指標となります。

これらの「医療の質」については、医療経済学の観点等から日本国内で実証的に検証されている方々の論文⁴においては、質の議論をどのように具体的な指標として落とし込むか、また落とし込まれた数字をどのように解釈するか、という取組みがなされています。

またこれらの論文群で触れられているような指標はさまざまです。代表的なものでいえば、DPCデータにより全国統一の病院指標を作成し公開することを目的とした指標（図2）、国立大学附属病院による評価指標、日本病院会におけるQIプロジェクトに参加した各病院の指標等、医療機関の現場レベルでも「質にかかわる目標」はさまざまな形で掲げられています。

5. Pay for Performance の考え方

ここで海外の動きに目を向けます。Pay for Performance（以下、P4P）という考え方があり、これは医療の質を強化し、同時に適切な医療費の管理をするため、米国、英国をはじめさまざまな国で採用をされているシステムです。医師や病院等の医療提供者が、パフォーマンス指標を満たす際に金銭的インセンティブを提供するという仕組みですが、乏しいアウトカムやコスト増についてペナルティをもたらすという形態もあります。

英国では2004年にNHS（国民保健サービス）が家庭医向けにQuality and Outcomes Frameworkという枠組みをスタートさせました（10の慢性疾患に対する146の指標で開始されましたが、現在ではその指標数等は減少傾向にあります）。

米国でもいくつかの試行を経つつ、メディケア（高齢者および障害者向け公的医療保険制度）の支払いを受けている病院を対象にHVPB（Hospital

⁴ 幾つかの論文をピックアップする。

- 小林 美亜, 尾藤 誠司, 岡田 千春, 伏見 清秀 (2012), 「国立病院機構における臨床指標の作成と今後の運用」, 日本医療・病院管理学会誌
- 西野 正人 (2012), 「医療の質と病院経営の質の関係性についての研究—済生会病院における実証分析—」, 商大ビジネスレビュー
- 研究代表者・今中雄一 (2017), 「医療の質の地域格差是正に向けたエビデンスに基づく政策形成の推進」研究開発成果報告書, 科学技術イノベーション政策のための科学研究開発プログラム
- 三宅 講太郎 (2021), 「医療の質の改善が病院に対する生産性に及ぼす影響の研究」, 東京大学大学院情報学環紀要 情報学研究 No.100

Value-Based Purchasing) 等5つのプログラムを走らせています⁵。HVBPでは、死亡率や合併症、医療関連の感染症、患者の安全性、患者の体験、効率性やコスト削減等からパフォーマンススコアが算出されることとなります。

このほか、カナダやフランス等でも独自のシステムが作られています。そして、これらの施策に対して、個別の指標と疾患のアウトカムの改善検証、各国の仕組みに関するシステムティックな検討、金銭的インセンティブの役割検証等、が実施され、各国の研究者がその成果を検討し続けているという状況にあります⁶。

さてP4Pの成果はどのようにみられてきたでしょうか。論文によりその評価は異なりますが、患者のアウトカムの改善にこのシステムが繋がったという明確な分析は多くないようです。ある程度の部分的効果を認めつつも、「明確なアウトカムはみられなかった」という結論がなされているものも複数あり、そうした課題につき制度設計の仕方により克服できるのではないか、という論調が多くみられています。

6. 診療報酬やDPCという枠組み

一方、日本ではこうした動きに関連する取組みはないのでしょうか。実は診療報酬という公定価格を定めるプロセスは、プロセスに関して、その質の維

持について寄与している側面があるでしょう。

診療報酬は、2年に一度見直しが行われますが、厚生労働大臣の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）に意見を求め、その中医協は、公益委員（学者等）、診療側委員（医師の代表等）、支払側委員（健康保険組合の代表等）の三者により構成されています。

そして診療報酬は、単に価格を決めるだけではなく、医療サービスを提供する際の請求上の要件を定めていきます。非常に事細かに請求要件も記載されていますので、医科診療報酬点数表というものは非常に大部なものとなっているのですが、そのなかで医療の提供形態を誘導的に示す形にもなっていますし、何よりも過去の積み上げと議論のなかからその要件は成り立っています。

診療報酬は、医師の行為を金銭的インセンティブに基づき誘導するP4Pとはその考え方は異なりますが、請求要件を外れることに関する罰則の存在等を含め、しっかりとした質を維持し、それが一定の収益にも寄与させるという面では派手ではありませんが、堅実な手法ではあります。

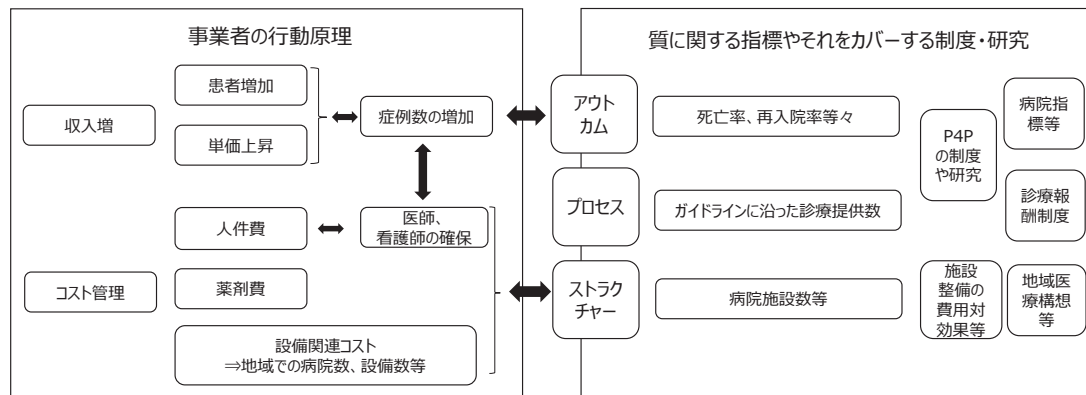
また2003年に導入されたDPCについても先程触れましたが、DPCの総報酬額とは診断群分類による包括評価と出来高評価が合算されたものです。この包括評価部分は、1日当たりの入院料が、入院日数が長くなるほど入院料が低くなる、という形で期

⁵ <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>

⁶ 網羅的な考察がなされている近時の論文を幾つかここにピックアップしておく。

- Aaron Mendelson, Karli Kondo et al: The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care (2017), Ann Intern Med
- Mark Minchin, Martin Roland et al: Quality of Care in the United Kingdom after Removal of Financial Incentives (2018), The New England Journal of Medicine
- Tim Mathes, Dawid Pieper et al : Pay for performance for hospitals (2019), Cochrane Database of Systematic Reviews
- Tracy Kuo Lin, KalinWerneraet al: Individual performance-based incentives for health care workers in Organisation for Economic Co-operation and Development member countries: a systematic literature review (2022), Health Policy

図3 「事業者の行動原理」と「質の評価」の結節点



(出所) 筆者作成

間を3つに分けて設定されており、この枠組み自体が急性期病院の入院期間抑制に繋がってきた部分があります。このあたりは医療費の管理という観点では機能してきた部分といえます。

ただし診療報酬の決まり方が国の医療費予算とリンクしており、必ずしも科学的な意味において「医療の質」を評価する形で決まっているわけではないことや、決まった点数の枠組み内でぎりぎりまで診療報酬の加点を狙うことが経営上は是とされていること等から、諸手をあげて「診療報酬改定という制度が機能しているから質の維持という観点でも問題はない」とは言いきれません。

7. 現実的な課題

さて4. 以降で制度やアカデミアの側面についてみてきましたが、ここで図1に記した各種課題へ戻りましょう。

これらの課題は、なかなか現時点では事業者の行動原理では解決できない課題です。一方、4. 以降で見てきた質を重視する各種指標や各国での施策を見ても各事業者が提供するサービスの質を向上させていく、ということが目的となり、なかなか一事業者を越えて存在する図1のような課題の解決にストレートに繋がらない部分があります。

ただし、事業者の経営原理と「ストラクチャー・

プロセス・アウトカム」という医療の質の整理方法は、当然ながら起こっている事象のコインの裏表的な部分があります(図3)。そして図1で示している課題を解決するため、どのような「ストラクチャー・プロセス・アウトカム」が必要で、それはどのように各事業者の行動原理に関わるのか、を本連載では考えてみたいと思います。

実際、こうした地域全体等に跨る課題を解決することは、一事業の行動変容だけではなかなか対処できません。そしてそのような事象は、医療分野以外でも起こっています。次回は公益を実現するための方法論についてのマネジメントからのアプローチも考えつつ、具体テーマにつき議論に入っていきます。

【参考文献】

- 井伊雅子、五十嵐中、中村良太(2019)『新医療経済学』日本評論社
- 津川友介(2020)『世界一わかりやすい「医療政策」の教科書』医学書院
- 池上直己(2021)『医療と介護 3つのベクトル』日本経済新聞出版
- 京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻(編集)(2021)『パブリックヘルスの今日・明日』インターメディアカ