

医療の質と経営は両立するか

里村洋一

千葉大学医学部附属病院 医療情報部

〒260-8677 千葉市中央区亥鼻 1 - 8 - 1

TEL 043-226-2345 FAX 043-226-2373 E-mail satomura@ho.chiba-u.ac.jp

1. はじめに

診療費の出来高払い制度を基盤にした量的な評価の時代がようやく変わろうとしている。40年間に大きく様変わりした日本の社会は、平等と安価が唯一の価値観で作られた制度を許さない。また、社会の構造と乖離した様々の矛盾が国民の経済負担を増加させている。医療サービスの効率と質の評価が求められているゆえんである。一方で、厚生労働省は医療費抑制を目指して、次々と手を打ってきた。医療機関はこれに対応すべく大わらわであるが、果たして、この政策下で医療の質を向上させる事と経営を成り立たせる事が両立するであろうか。

2. 医療の質とは

医療の質は、サービスを提供する医療機関の機能と個々の医療内容の評価に分ける事ができる。医療機関の機能としては以下の要素がある。

設備（施設の広さ、便利さ、清潔さ）

機器（性能、保守、安全）

薬品・材料（効能、安全）

人員（医療専門職の技術レベルと員数）

管理（利便性、迅速性、安全性）

心理（医師の誠意、看護師の丁寧、窓口の親切）

情報（伝達の早さ、量の豊富さ、精度、安全性、開示の環境）

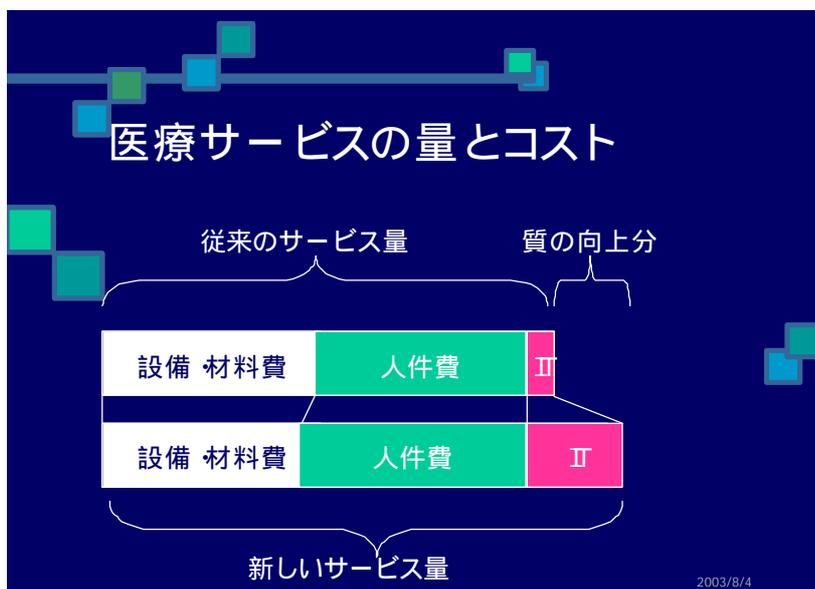
個々の医療内容の評価は、最終的に診療の成果（アウトカム）と患者の満足度に帰着するが、これを客観的に計測するのは不可能ではないにしても困難を極める。仮に要素を分けてみると以下ようになる。即応性（必要なときに即座にサービスが提供されたか）、柔軟性（患者の要求に応じて柔軟に対応できたか）、効能性（妥当な効果が得られたか）、快適性（診療期間を快適に過ごせたか、苦痛が少なかったか）、経済性（妥当な値段で提供できたか）、迅速性（早く診療が済んだか）。我が国の医療のは主として、
、
の物量で評価されてきた。これらは医療法の規制や健康保険の点数で、ほぼ一律に評価されてきたが、この一律性がそれぞれの医療行為が真に有用であるかどうかの判断をなおざりにさせ、医療費の無駄とサービス精神の低下を生んだ。これからの評価は、
～
の価値を重視し、これまでの物的な基盤を多少削減しても、その上にどのようにサービスを乗せられるかを問うことになる。

3. コスト

さて、これらの質を保証するには当然コストがかかる。コストの内容は、人件費、施設費、設備費、材料費、資金コスト及び情報コストに分けられよう。設備費と材料費については出来高払いの主たる対象であって、今日では過剰な提供が指弾されており、包括評価が適用されない限り、コストに応じた収入が予定できる。資金コストは医療経営全体の結果と相対的なので今回は無視しよう。そうすると、人件費と情報経費が流動的な要因として残る。人件費は医療機関支出の約50%を占めており、既に最大のコスト要因である。一方で評価の_____を満足させようとするならば、人員を増やさざるを得ない。

4. 経営戦略

こうした中でどのように診療の質を上げつつ経済的な困難を克服するかが病院の経営者に問われている。収支を改善する手段としては次の3つの方法しかない。すなわち、保険診療の収入を増やす(患者数の増加、患者当たり請求の増、査定減)、保険外収入を増やす(人間ドックなど)、診療コストを抑制する。厚生労働省は、医療の質の評価を間接的な方法で進めてきた。急性期病床と療養型病床の区分をし、看護師の数による施設基準と在院日数で入院基本料に差を設け、更に各種の専門的医療に加減算を行うなどの施策が次々に打ち出された。その結果、入院医療費の半分が基本料で占められるようになり、いつの間にか出来高払いの体制が崩れてきている。更に、特定機能病院にDPCが適用され、包括評価が広がろうとしている。病院経営はこの動きに乗らなければ成り立たなくなるだろう。この政策に乗るにしても人的資源の投入が不可欠である。今のところは、看護要員の積み増しが評価の対象であるが、いずれは医師や他のコメディカル数が問題となるだろう。外来の3分診療や、医師の労働過重が放置されている限り、質の保証は成り立たないからである。しかし、人件費の増加は確実に経営を圧迫する。人件費を極力抑えてサービスの質を上げるには、適材適所を徹底すると共に、情報システムの効果的な使い方が不可欠である。図に示すように、質の向上に資するサービスの増加分をITで補う。具体的には、クリティカルパスの採用、初診時間診の自動化、外来・入院予約の管理などがある。



5. 病院はどう対応しているか

表を見てみると、病院はかなり素早くこの変化に対応しているように見える。平成10年から14年の5年間に、100床当たりの医師数は12%増加し、それに伴って入院・外来とも医師一人当たりの患者数が減少している。看護師の数も施設基準への適応であろう6.3%の増加である。これにくらべて、薬剤師、リハビリ関係、食事関係の要員が減っている。これはそれぞれ、院外処方増、リハビリの療養型施設への移動、給食の外注などに対応しているものと考えられる。在院日数も総体で12%減じており、政策への適応が進んでいる様子が見える。医療行政はその目的を達しつつあり、量から質への転換はこうした報酬制度の手入れによってある程度進むことが証明されているといえる。しかし、国民が本当に質の向上を実感するには病院間の競争が進み、
が改善された時であろう。

表1 病院経営指標推移（一般病院） 日本病院会病院概況調査より

100床あたり職員（常勤）	平成10年	平成14年	増減	増減率	影響率
医師数	10.7	12	1.3	12.1%	1.2%
看護要員	62.4	66.3	3.9	6.3%	3.7%
薬剤部門	3.6	3.3	-0.3	-8.3%	-0.3%
放射線部門	3.1	3.2	0.1	3.2%	0.1%
検査部門	4.6	4.6	0	0.0%	0.0%
リハビリ	3.6	2.8	-0.8	-22.2%	-0.8%
食事	5.6	3.8	-1.8	-32.1%	-1.7%
事務	9.2	9.4	0.2	2.2%	0.2%
その他	2.7	4.2	1.5	55.6%	1.4%
全体	105.5	109.6	4.1	3.9%	3.9%
注：非常勤職員は約10%で、おおきな影響はない					

医師一人一日当たり患者数	平成10年	平成14年	増減	増減率
入院	7.2	6.8	-0.4	-6%
外来	15.5	13.1	-2.4	-15%

平均在院日数	平成10年	平成14年	増減	増減率
総体	22	18.7	3.3	15.0%
都道府県	22.2	19.77	2.43	10.9%
市町村	21.5	18.88	2.62	12.2%
公益法人	21.1	17.73	3.37	16.0%
医療法人	28.1	19.7	8.4	29.9%
大学	22.2	20.39	1.81	8.2%

