

機能分化した病院での経営戦略—大学病院の今後— —パラダイムシフトに向けて—

堀 孝 明

教授、医学博士、経営学修士 (MBA)、日本内科学会認定内科医 日本動脈硬化学会
評議員

担当科目

医療・医学の現代的課題／保健医療経営学概論／医学各論Ⅱ／基礎演習／専門演習

Ⅰ／施設実習<集中>／専門演習Ⅱ／専門演習Ⅲ



はじめに

医療を支える財政は公費・健康保険組合（健保）の両面から逼迫し、それに伴い、定額制導入などの医療報酬制度の改正は進んでいる。医療制度改革の流れのなかで、医療機関の機能分化・体系化の強化は必至であり、倫理規定の整備も含め、経営管理手法の導入に関するニーズの拡大、医療機関の機能分化の進展に伴う病院再編の拡大、病院周辺業務の外部化ニーズの拡大を包括的に見据えた対策の必要性が迫られる。

従来の医療機関同士の連携は、より高度医療を担当する医師、医療機関への依頼という一方方向の流れであった。その結果、大病院志向・重複受診による医療費増加を招き、適正機関への患者移管が困難となり、医療機関の規模を問わず、横並びの患者獲得競争を煽る弊害を生じさせた。そのため、今後の医療政策として、医療関連機関の機能分化と体系化を図ることを旨とし、医療関連機関のそれぞれの役割を明確化し、体系的に連携させることにより医療機関の効率向上を目指す。それにより、施設ごとの特性が明確化され、機能補完のために施設間の連携が強化され、機能区分ごとに、求められる医療資源の最適配分が行えると考えられる。ここでは、2003年4月から導入された包括評価制度（DPC；Diagnosis Procedure Combination）を中心に、機能分化後の大学病院の経営戦略を考えてみたい。さらに今回、医療制度構造改革試案が検討され、医療機関にはこれまでで最も厳しい、改定率マイナス三・一六％と大幅な診療報酬改定がなされた。

医療制度改革には、どのようなシナリオがあるのか。逆風を追い風にすることは可能なのか。規制緩和に向けて、医療と市場経済が相容れるものなのか。合理的な医療制度の確立を目指して、われわれ医療者が選択するべ

き道はどこにあるのかを模索してみたい。

Ⅰ．医療供給体制の改革

我が国は、国民すべてが医療保険制度に加入し、誰もが安心して医療を受けることができる、世界でも有数の医療制度を確立してきた。しかし、急速な人口の高齢化、医療の高度先進化等により医療費は増大を続ける一方、経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大し、このままでは国民皆保険制度そのものが崩壊の途を辿ることにもなりかねない。とりわけ、国民の負担増との関連で、医療費の適正化、医療費の伸びと経済成長との不均衡の是正、適正かつ効率的な医療提供体制の確立が主要な課題として指摘されている¹⁾。

われわれは、今後の本格的な少子高齢社会においても、すべての国民が安心して良質な医療サービスを受けることができるような医療制度を確立し、将来のわれわれの子どもや孫たちに引き継いでいくために、新しい時代を見据えながら、医療保険及び医療提供体制について抜本的改革を実現させる義務を負っている。

1) 地域医療計画と機能分化

大学病院を取巻く生活とコスト管理体制は、ここ数年激変している。今まで日本医療界は、保護行政のもと出来高払い制度であったため、原価計算の必要はなかった。現在、医療保険制度改革が進み、各病院は診療科別原価計算を試みようとしている。そして今後は、包括評価制度（DPC）導入により医療の標準化が進み、最終目標は疾患別原価計算による医療経営と考えられる（図1）。機能分化に当たり、まず、医療の需要と供給のバランスを図るため、日常生活圏レベルで必要病床数を設定する。医療施設数の地域偏在の解消と、病院の新規開設や病床

数を制限し医療費の抑制を図る。機能分化に関しては、具体的に特定機能病院、一般病院、療養病床、地域支援病院という区分を設け、重層的な医療供給体制を目指す。つまり、多様なニーズにすべて対応しようとする総合化戦略から、的確な医療ニーズの把握と自病院の経営資源や独自性を生かすことにより、他の医療機関に対して優位性を明確にし差別化する。そして、機能分化と役割分担を明確化することにより、医療機関同士のネットワークを強化する。

2) DPC導入による医療への影響

機能分化と役割分担の明確化の一環として、日本の病院でも、2003年4月からDPCが導入され、収入増加志向から、いかにコストを抑えて高いパフォーマンスを達成できるかという、コスト管理への視座の転換が必要となった。DPC導入により、診療報酬はその診療内容にかかわらず、疾患の種類で決まることになる。出来高払い制のもとでは実質的に医療供給者側（病院医師）が報酬額を決定していたが、DPCのもとでは報酬額は実質的に保険料を徴収している保険者（国、地方公共団体、保険組合など）により決定されることとなる。つまり、今までとは逆に、医療サービスを受ける側がその報酬を決定する。出来高払い制とDPCにおける患者別収益構造の違いを図に示す（図2）。出来高払い制のもとでは、利益を増加させるためには、医療行為件数を増やす。DPCのもとで、利益を増加させるためには、医療の質を下げない範囲で医療行為件数を減らし、コスト削減・診療効率の向上を図る。病院は疾患別のコストを把握し、管理を充実させ、医療の効率性向上を図ることが必要となる。そのためには、疾患ごとに収益・費用を把握し、原価計算に基づいたコストパフォーマンスの検討が重要となる。疾患別原価計算には、大別して実際原価計算と標準原価計算とがあり、実際原価計算と標準原価計算の差分分析を行うことにより、標準からみた非能率的な部分を明確にし、原価管理に有用な情報を提供しうる。たとえば、インターベンションにおける標準原価および実際原価は、次の通りである。

$$\begin{aligned} & 8,755,000\text{円} \div 51,500\text{分} = 170\text{円} \\ & \text{(医師の給与費総額)} \quad \text{(医師の延べ勤務時間)} \quad \text{(医師の標準賃率)} \\ & \text{とすると、} \\ & \text{[標準原価]} \quad 170\text{円/分} \times 90\text{分} = 15,300\text{円} \\ & \quad \quad \quad \text{(標準賃率)} \quad \quad \text{(標準時間)} \quad \text{(標準直接給与費)} \\ & \text{[実際原価]} \quad 178\text{円/分} \times 110\text{分} = 19,580\text{円} \\ & \quad \quad \quad \text{(実際賃率)} \quad \quad \text{(実際時間)} \quad \text{(実際直接給与費)} \end{aligned}$$

である。

これをさらに2つに分けることができる（図3）

$$\begin{aligned} \text{[賃率差異]} & (170\text{円/分} - 178\text{円/分}) \times 110\text{分} = -880\text{円} \\ \text{[時間差異]} & (90\text{分} - 110\text{分}) \times 170\text{円/分} = -3,400\text{円} \end{aligned}$$

賃率差異とは、標準的な給与単価と実際に発生した給与単価の差によって生じる差異である。賃率差異を把握することで、時間外や当直手当が予定より多かったのではないかなどの分析ができる。

時間差異とは、標準的な時間と実際にかかった時間との差によって生じる差異である。時間差異を把握することで、医師の診療効率が悪かったのではないかなどの分析が可能となる。ただし、この分析を行うには、種類別実際消費単価、実際消費量、疾患毎の診療・手術・検査などのデータが必要となる。これらはDPCのもとで可能となる概念であり、様々な疾患におけるコストパフォーマンス（Cost-Effectiveness）をあげることが期待できる²⁾。

医療制度に対する国民の信頼を確保し、国民が負担している貴重な医療財源を有効に使用するためには、医療費の無駄や非効率を徹底的に排除することがDPCの基本であり、医療制度の抜本的改革を進めていくための大前提である。これらは、医療の質あるいは効率性を正しく評価し、その評価に対し医療費を支払おうとする試みである³⁾⁴⁾。

II. DPC前後の大学のパフォーマンス

医療機関の機能分化・体系化の強化により、大学病院の果たす役割も、当然以前とは異なってきている。われわれは、今回、DPC前後で、大学病院を「機能性」「収益性」「生産性」の面から評価し、さらにその対策として、Master of Business Administration (MBA) の概念、経営管理手法を用い、今後の対策と方針とを提示し、DPC導入後の大学病院の方向性を示した。以下に、その概略を述べてみたいと思う。

われわれは、DPC導入後の大学病院の「機能性」「収益性」「生産性」の面から評価した。まず、機能性においてであるが、DPC導入後、機能性において、一日平均入院および外来患者数は減少したものの、患者一人当りの入院および外来収益は増加した。収益性においては、医業収益対医業利益率は-0.96%から4.49%へプラスと転換した。人件費、材料費、経費に関しても、それぞれDPC導入前より削減された。とくに人件費に関しては、49.3%と、基準とされる50%以下に抑制された。生産性においては、従業員一人当り年間医業収益、労働生産性、労働分配率とも改善し、生産性の向上が認められた。また、損益分岐点は189億円から175億円へ低下し、約15億円の利益を創出した。

このように、DPC導入により、大学病院の「機能性」「収益性」「生産性」の何れの面からも改善が見られた。これらのデータをもとに、SWOT分析およびマーケテ

イングプロセスにそった市場分析を行った結果、基本戦略：コストリーダーシップ (Cost Leadership)、差別化 (Differentiation)、集中 (Focus) の観点から、DPCを一つの商品と考え、他と差別化することで消費者 (患者)、とくに人口が多く、潜在消費能力を持つ高齢者女性に特化 (Focus) したサービスを提供する戦略方向性が示唆された。

III. 経営戦略におけるDPCの位置付け

まず、DPCという標準的な単位を用いることで、施設間の比較が可能になったことが、DPC導入に際して最も重要な点である。DPC導入は、日本医療のグローバルスタンダードを明確に示しうる可能性を持っている。これが、今後の医療における臨床面・マネジメント面での改革につながっていくことが期待される。つまり、施設間の比較が可能となり、グローバルスタンダードが表示されることにより、日本の医療界は競争力を身につけることになる。これは、さらに、日本医療産業の国際競争力の向上を期待しうると考えられる。機能分化した大学病院の、今後の経営戦略においてDPCは中心的ファクターとなりうると考えられる。

ただし、DPCにはまだ多くの問題点が潜んでいる。DPCの問題点を列挙すると、

1. 包括点数と医療原価が解離している
2. 調整係数が存在する
3. 患者の質の評価が不足している
4. 医者の質評価がない
5. 包括外 (出来高) 部分が適正か

となる。

最初の問題点として、先に述べた医療行為別原価計算および疾患別原価計算が必要となる。早急なデータウェアハウスの構築と投資資本力が要求される。第二に、出来高払いからの移行がスムーズであるが、調整係数が存在するため一物一価の原則にそぐわない面があり、経営努力が評価されず、標準治療、EBM治療の推進を阻害する可能性がある。つまり、包括部分でより多くのコストがかかっているのであれば、それは部分的に調整係数で吸収される。すなわち、行った医療行為のコストと支払額が個別のケースで解離する可能性がある。第三に、患者の質の評価が不足しているため、疾患の重症度と患者の重症度が合致しない場合がある。第四に、現状はプロセス評価のみで、医療の質評価が欠落している。とくに、最後の問題点は、慎重な審議が要求される。前述した我々の結果でも、高額医薬品および医療材料が多くリストアップされていれば、大きな黒字は期待できない。むしろ、収支は悪化すると考えられる。そのため、オー

ストラリアのように、高額薬剤については標準的な処方ごとに処置化し、それを分類に使うという対応が必要となる。その際、適正な包括外 (出来高) の審議が必要となる。現実には、病棟等で処方される医薬品の多くが包括されているため、抗がん剤やインターフェロンのような高額医薬品の使用が抑制されているという事実も指摘されている。これは、DPCの望ましくない影響であり、具体的に過少診療が危惧されている。しかし、米国および他先進国において、包括医療により明らかな医療の質の低下は報告されていない。日本でも、DPC関連データの分析結果では、医薬品や検査に関して資源投入量の低下は見られるものの、大きな変化は観察されていない⁵⁾。この理由として、診断群分類に基づくDPCでは、情報の標準化と透明化が併せて行われることから、過少診療のインセンティブが抑制されることが考えられる。しかしながら、理論的には過少診療が起こる可能性は否定できないため、DPCに対応した監査システム構築など、医療の質を保証するための仕組みが必要となる。

DPCに関しては、未だ多くの問題点は指摘されているものの、経営戦略の視点からみると、DPCを基準とし、ピンポイントの経営改善策を講じることが可能となる。つまり、入院治療を改善する必要のある診療科、疾患をピックアップし、改善することで経営効率を上げることが可能となる。そして、DPCを一つの商品として、利益率の高い商品、売上高の高い商品、地域におけるシェアの高い商品を分析して消費者 (患者) に提示することが可能となる。

IV. 将来への試み (さらなるパラダイムシフト)

米国では、国民医療費対国民総生産15.3% (2006年) と高騰し続ける医療費を抑制するため、医療をできるだけ正確に評価しようとする、様々な試みがなされている。一つは、医療の質を正しく評価し、その評価に対し医療費を支払おうとする試みである⁶⁾。危険因子で調節された致死率が、質を評価するスケールとして使用されたが、分散が大きく十分な質の評価には至らなかった。

次に、費用-効果分析で得られた効率性に対し、医療費を支払おうとする試みである⁷⁾。しかしながら、この試みは、すぐに却下された。重症者に対して、高価で質の高い医療が要求されるばかりか、その要求に対応し得る財源に乏しかったことによる。費用-効果分析は、医療保険政策に対し情報提供する概念として位置づけるべきだとされた。

最近では、A Single-Payer Systemと称する医療保障システムが注目され始めている⁸⁾。すなわち、被保険者は、前もって所得税率ほぼ50%という高額の税金を納

入する。したがって、診療行為を受けた場合、患者として医療費を支払う必要はなく、しかも、その時点で最良の治療が保証されている。つまり、自身に見合った医療の選択といえる。いわば、オーダーメイドの医療に対し、オーダーメイドの保険を提供しようとする試みである。その結果、保険財政は階層的な構造を取ることになる。この制度の整備はいまだ不十分だが、この制度の発展が、唯一医療費過剰を抑制しうるパラダイムシフトとして、現在期待されている。

おわりに

日本では、「医療ビッグバン」の到来が騒がれている。この時点で「国民の期待する医療」と「国の提供できる医療」との妥協点を見つけ、バランスシートを意識した経済的観念が作用する医療制度の確立に焦点をあて、抜本的変革（パラダイムシフト）を行うなら、保険制度の破綻を回避できる可能性は、おおいいにあるのではないかとと思われる。DPCは比較の単位ではあるが、適切に活用することによりマネジメントの改善、医療の質改善に活用していくことが可能となると考える。機能分化した大学病院での経営戦略にあたり、共通言語であるDPC

は、他と差別化した大学の特色を提示できるツールであり、その活用は今後の大学の将来に、大きく貢献するものとする。

文献

- 1) 「二一世紀の医療保険制度」. 厚生省, 2004.
- 2) 界 孝明: 「循環器のヘルスケアのパラダイムシフト」. 治療, 2004.
- 3) Epstein AM, Lee TH, Hamel MB: Paying physicians for high-quality care. *New Eng J Med*, 350: 406-410, 2004.
- 4) Riley T, Kilbreth E: Healthy coverage in the states - Maine's plan for universal access. *New Eng J Med*, 350: 330-332, 2004.
- 5) 松田晋哉: 「急性期入院試行診断群分類を活用した調査研究」報告書, 2004.
- 6) Woolhandler S, Himmelstein DU, Angell M: Proposal of the Physicians' Working Group for Single-Payer National Health Insurance. *JAMA*. 290: 798-805, 2003.

SUMMARY

- ・今後の医療界は、施設ごとの特性が明確化され、機能区分ごとに、求められる医療資源の最適配分が行えらる。
- ・機能分化後の大学病院は、他医療機関に対し優位性を明確にした経営戦略を展開し、包括評価制度（DPC）を基準とし、ピンポイントの経営改善策を講じることが可能となる。
- ・機能分化後の大学病院は、DPC導入により、医療の質と効率性を向上させ、日本医療のグローバルスタンダードを明確に示し、医療制度の抜本的改革を進めていくことが期待される。
- ・最近、a single-payer systemと称する医療保障システムが注目され、唯一医療費過剰を抑制しうるパラダイムシフトとして期待されている。

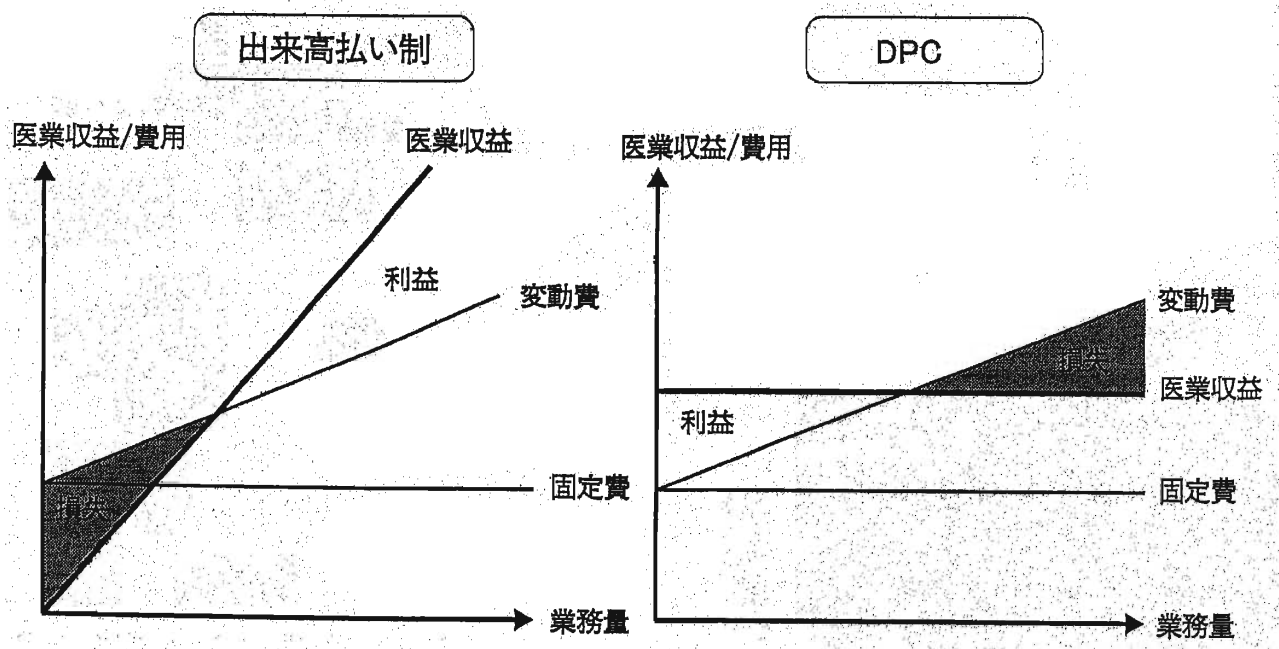
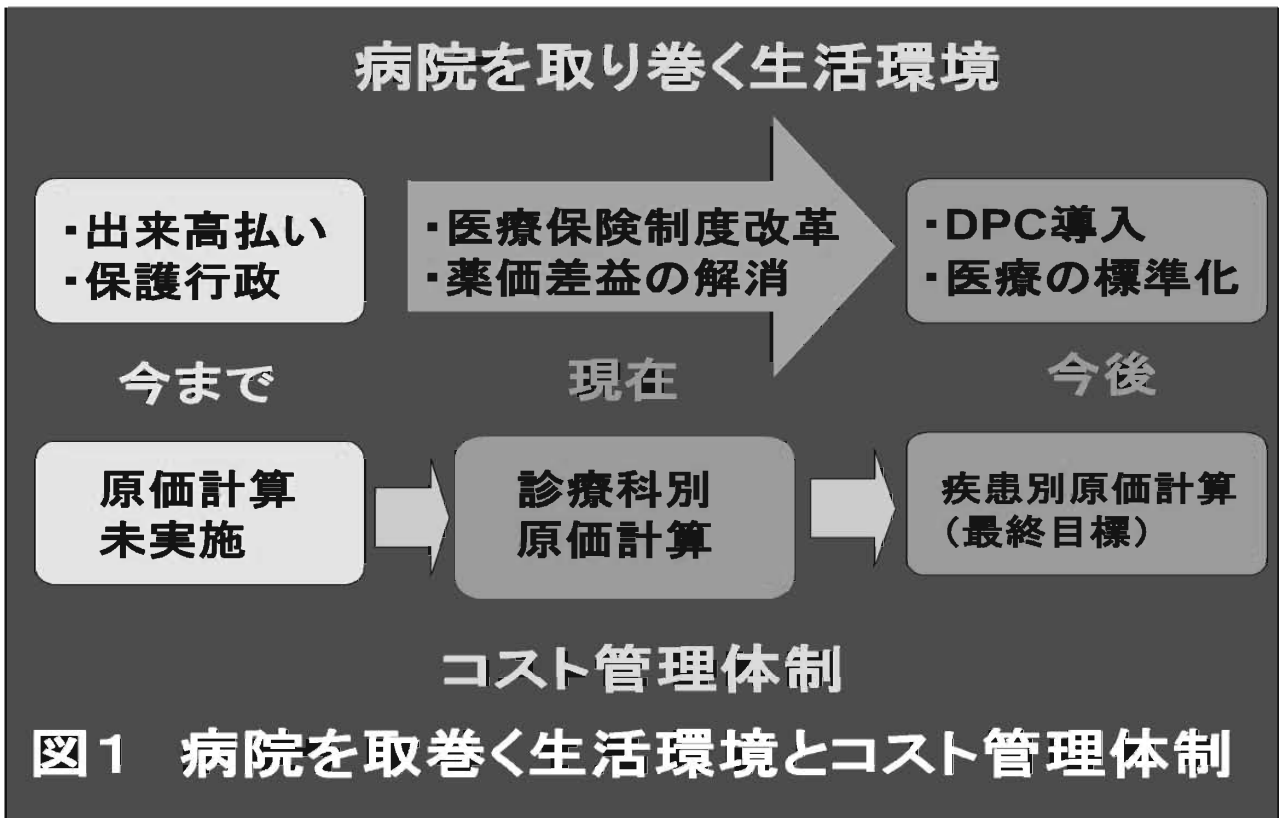


図2 出来高払い制とDPCにおける患者別利益構造の違い

