

# 透析医療の経営環境変化

## ——米国の分析と日本の予測——

桜堂 渉

### はじめに

我が国では、2000年を目標に米国医療の Health Care Refom を先進国医療の先行事例として取り上げ、新たな医療のシステム化に向けた検討を開始している。そのなかで近年特に注目されているのが、DRG/PPS および Managed Care である。

このような背景のなか、これまでわが国の医療政策研究の中で特徴的なのは：1) DRG/PPS の仕組み自体が中心的課題となってきたこと、2) ホスピタル・フィーやドクターズ・フィーを中心とした日本と米国医療制度の差異に関する議論、3) DRG/PPS の仕組みを日本型に修正することの可能性とその是非、4) マクロの議論が中心的課題であり、いまだ個別疾病の検討に関する研究が少ない、などである。

本稿の中心的課題は、DRG/PPS という制度が医療市場全体にどのような影響を与えたのかという点である。このような視点にたち、まず米国医療の Health Care Refom を先行事例として取り上げ、DRG/PPS をきっかけとしたこのような仕組みが市場に与えた影響について概観し、その後、これが個別疾病市場にどのような影響を与えたか、透析医療をケースとして取り上げてその影響を把握する。以上の分析から、わが国がこのような仕組みを取り入れる際の課題についての検討を試みる。

### 1 米国医療の特徴

米国の医療保障制度は、第一にわが国のように政

府の保険で国民すべてが賄われる国民皆保険は存在せず、政府の介入は1966年メディケア、メディケイドといった連邦政府（メディケイドは合衆国政府と各州のジョイント・プログラム）による新しい医療制度に端を発している。この新たな制度の実施により、政府が管掌あるいは補助する公的医療保険が給付されることになるが、これ以外の人々は、企業が従業員のための保険に加入したり、自前で医療保険プランを購入することが前提となっている（図1）。第二にメディケアの仕組みは、わが国の診療報酬制度と異なり、ホスピタル・フィーに対応するパートAとドクターズ・フィーの支払い部分に対応するパートBに区分される。この区分は、歴史的に医師があくまでも医療機関とは独立した存在であり、医師が診察や治療行為を行うために場所を提供するのが医療機関の役割であることから、医療行為というソフトウェアとそれを支えるハードウェアの区分を明確化するという発想がもとになっている。第三に、日本と異なり、米国では企業が従業員へ医療保険を給付するという義務はない。従って零細企業の経営者は、被雇用者に対して医療保険の加入を行わない場合が多い。第四に、長期療養を要する慢性疾患をもつ者や難病患者などは保険の購入が困難である。これらの弱者の人々は、米国民でありながら「米国の世界に誇る医療」を受けることができないのである。いかなる保険も、もてない人つまり無保険者が約4,170万人<sup>1)</sup>（個人の意志で保険に加入しない人を含む）存在することも、自由競争を基盤とする米国の特徴である。

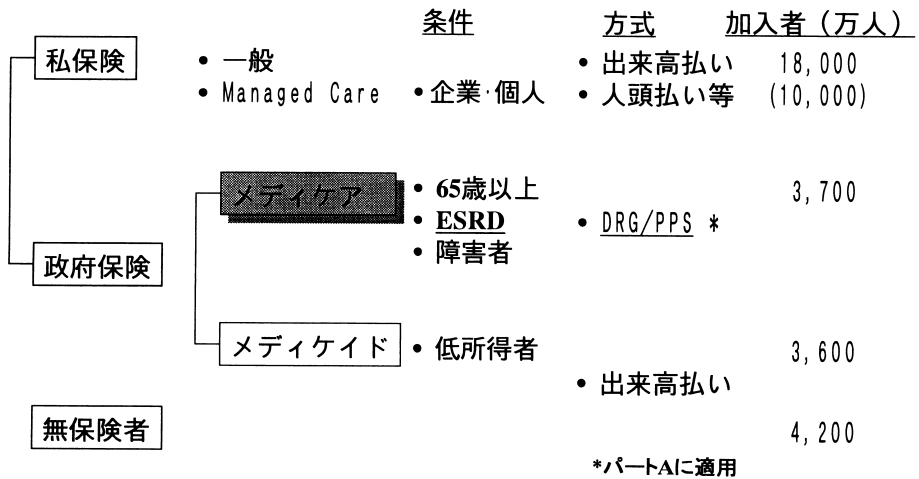


図1 米国医療保険制度

DRG/PPS の導入と背景

米国の医療費の高さは、一般に広く認識されている。またこの医療費の公費負担率の高さも同様で、1960年の24.8%から1970年の37.8%、1980年の42.4%<sup>2)</sup>まで著しく増加した。これは、医療サービスがおもに私的保険で賄われることを基本とするこれまでの制度に対し、1965年の公的保障制度であるメディケアおよびメディケイドの設立が加入者の増加を促進させたことで、医療費の高騰を引き起こしたのが一因と認識されている。医療サービスの財の特性から、患者は、そもそもより多くの医療サービスや、より高額な医療を求めるといった行動をとることから、医療費の上昇誘因が存在する。また患者は、自らが必要とするサービスを判断できないため、医師の提供する医療サービスが適切か否か判らない情報の非対称が生じる。また第三者による支払いは、患者の医療サービス消費への負担感を希薄化し、モラルハザードの問題が生じる。このような要因を前提として、医療サービスの支払いを消費者(患者)ではなく第三者にゆだねた上で支払方式を出来高払いのもと、医療の供給を市場メカニズムに委ねると、価格自体を引き上げようとする要因と市場全体の需要上昇要因が働き、医療費が高騰することになる。これに対し米国政府は、医療費抑制のた

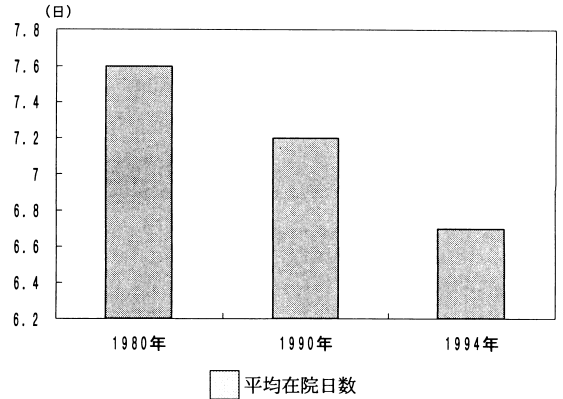
めにメディケアの利用を管理するための専門的基準審査委員会 (PSRO) 制度を1972年に設立し、医師への支払いの制限が実施された。メディケアは次第に費用抑制政策を強化し、診療報酬は公定価格をとることになる。

医療費高騰により政府財政は逼迫し、医療費高騰を抑制するため政府は、1983年メディケアの入院費用(パートA)に対してDRG/PPSを導入した。DRG/PPSとは、Diagnosis Related Group/Prospective Payment Systemの略で、疾病群別予見的包括支払い方式のことである。これは、出来高支払い方式と異なり、疾病群ごとに支払い額を定め、入院に際して包括的に支払う方法である。メディケアパートAのDRG/PPSの仕組みがわが国で有名になったことから、これが一般に米国の医療保障制度を代表しているような印象をもたれている場合が多いが、メディケアの加入者総数は3,700万人程度で、一般の医療保険(私的、公的)とManaged Careの加入者はそれぞれ18,000万人、10,000万人であり、いまだ一般保険が大多数を占める。米国の伝統的な医療保障制度に対するこのような新たな仕組みは、医療環境にどのような変化を与えたのだろうか。

## 2 医療環境変化

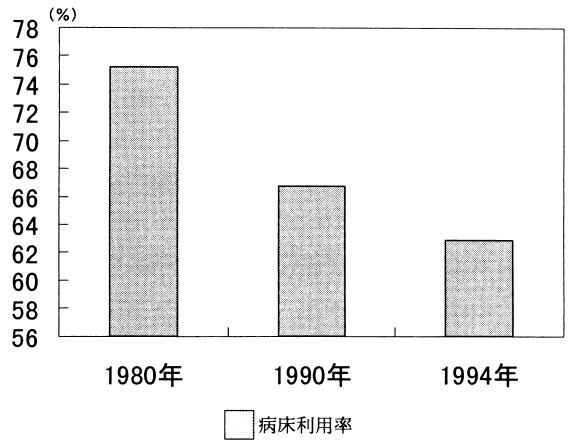
### 1) 病院への影響

DRG/PPSの導入により、病院の経営行動は、入院患者数を増加させるかあるいは無駄な費用を削減し効率的な運営を行おうとするかの2つである。このため患者獲得を積極的に行ったり、医薬品・材料の使用を削減するか、治療効果が同等であれば安価なものに変更したり、入院期間をできるだけ短縮し、病院の費用を減らす目的で早期退院を促進させるといった行動をとるようになった。また、80年代後半からは、外来部門へ積極的な投資を行っていった。この結果、全米の平均在院日数は、1980年7.6日であったが、1994年には6.7日まで短縮した(図2)。また、病床利用率は、1980年には75.2%であったが、1994年には62.9%まで減少し(図3)、医療機関は在院日数の短縮により入院機能の過剰の状態が生じたために、患者獲得の必要性が増加し、DRG/PPSにより患者を獲得しようとする行動にさらに拍車をかけ、病院同士の競争の激化を生み出した。この競争に敗れたり、積極的に設備縮小(ダウンサイジング)をはかり合理化を行った結果、施設数・病床数が減少した。いくつかの医療機関は、経営の効率化をはかるため規模の経済を戦略として採用し、積極的に統合を行った。このような現象により施設数は、1980年から1994年までで約600施設減少、病床数も247,000床減少した(図4)。在院日数短縮化の帰結として、医療機関から早期に患者を退院させようという組織行動が促進された結果、継続治療の場(受け皿)として、入院治療から外来治療、在宅ケア、SNH(スキルドナースングホーム)などへ拡大した。市場全体の変化を医療費の配分で示すと、病院入院費は1980年には89%であったものが、1995年には69%に減少し、病院外来費の割合が7%から12%、在宅ケア費が2%から12%、SNH費が1%から7%へ増加した(図5)。これは、病院の入院部門から外来・在宅ケア・



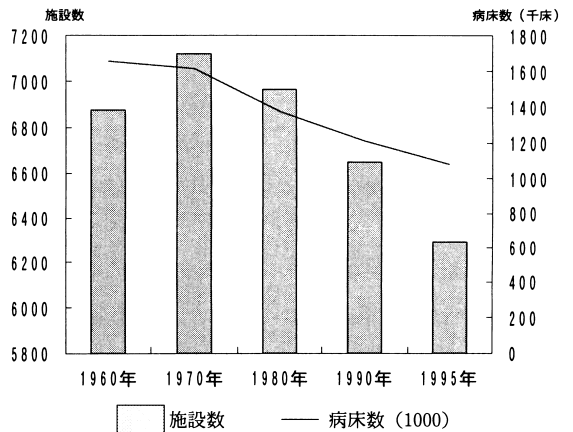
(source: Abstract of the United States 1988, 1997)

図2 平均在院日数



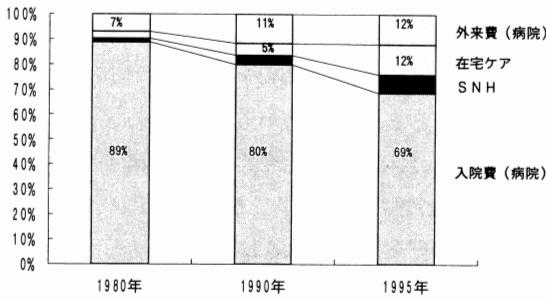
(source: Abstract of the United States 1988, 1997)

図3 病床利用率



(source: Statistical Abstract of the United States 1988, 1997)

図4 施設推移



(source: Health United States 1996-1997)

図5 メディケア医療費割合変化

表1 メディケア医療費伸び率

	1980年	1990年	1995年
入院医療費 (病院)	100	247	370
S N H	100	652	2,415
在宅ケア	100	483	2,026
外来費 (病院)	100	447	812

(source: Health United States 1996-1997)

SNHへ市場が移行したことを意味しており、新たな市場が形成されたことを裏付けている。各市場の拡大をメディケアの医療費の伸び率でみると、1980年を基準として（基準値100）1995年までの間、入院が370、SNH 2,415、在宅ケア 2,026と中間施設、在宅ケアへの市場シフトが鮮明となった（表1）。また、在院日数短縮化行動は、医療の技術革新と相まって、同じころ芽生えつつあった日帰り手術件数を増加させた。

## 2) メディケア以外の保険への影響

メディケイドでは、州政府がDRG/PPSをはじめとする包括払い制度を導入しはじめた。また、米国最大の民間保険会社ブルークロスでは、出来高払いを含む複数の支払い方式<sup>3)</sup>の選択肢としてDRG/PPSを用いる組織が増加した。

## 3) 病院以外の医療供給者への影響

在宅ケア市場への重要性が増し、医療企業に技術革新への刺激を与えることになった。この環境変化のもと医療企業は、新たな在宅医療機器の開発や在宅サービスの開発を促進するとともに、これが慢性

疾患に対するハイテク在宅医療の市場を形成した。

## 3 透析医療に与えた影響

### 1) メディケア ESRD プログラム

#### マクロ的視点

米国議会は主に公平の観点から、これまで単一の疾患に対し独立したメディケアプログラムを提供するのを拒んできた。このような前提にもかかわらず、さまざまな議論を経ながら、メディケアがESRDプログラムを開発したことはきわめて異例のことであり、この議論の過程で生命の価値が論じられたことが注目すべきことである<sup>4)</sup>。

メディケア ESRD プログラムは、①DRG/PPSによる包括支払い方式で、透析患者の93%、腎移植患者の90%をカバーしている。②このプログラムの適応の範囲は、施設透析、CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)、家庭透析、腎移植である。③メディケア給付開始までには、3か月間の「待機期間」があり、この間の医療費の支払いは患者の責任で行わなければならない。④受給資格を受けた後18か月の間、患者は自ら加入している保険で医療費を賄うことになる。政府はこの間の医療費の支払いを、患者が加入している第一の保険者 (Primary Payer) に義務づけ、メディケアは第二の保険者 (Secondary Payer) という位置づけになる<sup>5)</sup>。しかし患者が在宅透析、CAPD、移植を希望した時点で、メディケアの受給を受けることができる。これは、この3つの効率的な治療への政策誘導を意図しているためである<sup>5)</sup>。⑤このプログラムでは、ESRDの治療に必要な医療費の8割が給付対象になる。給付されない約2割の医療費について、患者は自ら加入している他の保険やメディケイドで支払うことになる。

現在、メディケアプログラムのもとで透析を受けている患者は、およそ265,000人存在しており、そのうち195,000人が維持透析の患者である。この患者は、2,500の医療機関で治療を受けており、その

多くはFree-standingと称される営利・非営利の独立型の診療所である。1995年の時点で、ESRDの治療に要している総医療費は123億ドルで、そのうちメディケアが89億ドルである（総医療費のおよそ72%）<sup>6)</sup>。メディケアESRDプログラムの診療報酬額は、設立当初から20年間にわたって凍結された結果、インフレ率を含めた実質的な価値が急速に低下してきたと指摘されている<sup>7)</sup>(図6)。このような状況から施設経営者は、メディケアのESRDプログラム導入に対して病院の運営コストを削減したり、これまでも増して新患を獲得しようとする経営行動をとった結果、医療機関同士の競争が激化した。また施設経営者は、運営コストの削減を迫られ、医療従事者の削減、技術水準の低い安価な技術者の確保、透析時間を短縮することが可能な器材の採用、ダイアライザーの再使用といったさまざまな費用の削減方法を行い、これが全米の各地で広がりを見せることとなった<sup>4)</sup>。

2) 市場の変化

このようなESRDプログラム導入後、米国透析医療の経営環境はどのように変化したのであろうか。透析医療も、一般医療と同様に、病院経営の効率化のために患者をできるだけ早く退院させようとするインセンティブが働いた。米国における透析の平均在院日数は約9.0日<sup>8)</sup>で、わが国の在院日数と比較して極端に短くなっており、一般医療同様DRG/PPSにより入院期間短縮へのインセンティブが強く働いていると考えられる。供給側は、患者を入

院透析から外来透析に移し、次に病院の透析ユニットから、より費用の少ないFree-standingと呼ばれるクリニックでの透析へ移行させた。これを患者数の推移でみると、1990年から1995年の5年間に、病院あるいは病院付属の透析施設で透析を行っている患者は24.3%増加しているのに対し、クリニックで透析を行っている患者は74%増加しており、病院の約3倍の増加となっている。この独立型診療所のうち、営利の診療所（Free-standing for Profit）は1990年約93,000施設であったが、1995年165,000施設に増加し、その増加率は5年間で約80%となっている一方で、非営利の独立型診療所（Free-standing for Non-Profit）の増加率は55%である（図7）。このように、メディケアのESRDプログラムがいかに市場に与えた影響が大きかったかを示していると同時に、なによりも市場の動向が経済に支配されているのを裏付けている。一般医療の場合、入院日数の短縮が、継続治療の場として外来や診療所、ナーシングホーム、在宅医療へ供給行動が変化していったが、透析医療の場合も同様の論理づけが考えられるものの、これとは若干異なる動機づけが考えられる。メディケアは、透析初期段階（18カ月間）の治療の費用を、患者がそれまで加入していた第一の保険者（Primary Payer）に支払いを義務づけている。この間の請求額は、通常のメディケアの固定的な支払額（Composite Rate）の2倍から3倍に達するといわれている<sup>4)</sup>。また施設

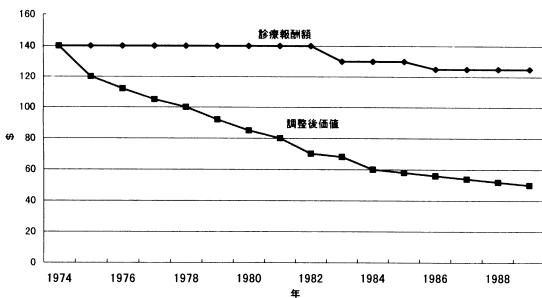
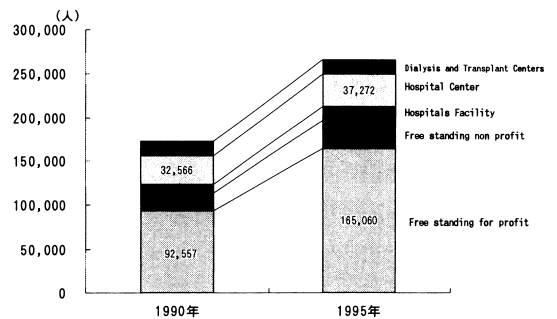


図6 診療報酬と調整後の価値



(source : USEDS 1997 ANNUAL REPORT)

図7 透析施設の患者数変化

経営者は、1990年にメディケアが第二の保険者として、その適応期間を12カ月から18カ月に延長するという案を歓迎した。これはメディケアによる償還額より、第一の保険者による償還額の方がさらに追加的な売り上げを施設にもちらすという理由によるものである<sup>4)</sup>。この事例から考えられるのは、透析施設経営者がより追加的な売り上げ増を求め、より低コストの施設運営を優先する傾向にあるということである。すなわち一般医療の領域の供給者行動は、経済的な動機とともに患者に対して継続的なケアの提供を求めた結果ととらえられるが、透析医療の場合はより経済動機が強く働いていると考えられるのである。このように透析医療の供給側は、市場のなかで利潤最大化行動を指向する傾向を見せてきた。前述のとおり、供給行動は病院から診療所へ主体を移してきたが、この傾向がさらに強まり、営利透析クリニックのチェーン化が加速されてきた。たとえば1990年には、全透析患者のうち34%が病院で透析を受け、36%が独立型診療所で透析を行い、チェーンクリニックの患者数は約30%であった。しかし7年後の1997年時では、透析患者全体のうち22%が病院で、21%の患者が独立型診療所で透析を受け、チェーンクリニックの患者数は57%に達した(図8)。このデータが示す通り、病院での透析が減少し、クリニックでの透析が増加しており、特にチェーン化されたクリニックの患者数が増加してきているのである。チェーンクリニック最大手のFMC(Fresenius Medical Care)は、1社で全米透析患者数の約24%を有している。このように市場の変化は、経済動機による影響が強く、これがさらに加速され、営利企業の規模の経済によるチェーンの拡大が進展した。市場は今後もより効率的な施設管理を必要とし、経営能力によって利潤を高められる供給者が、競争上の優位を形成することが可能となる。従って、このような条件に見合う能力を有する企業に有利に働き、大規模透析チェーンの市場シェアの拡大が今後も継続するであろう。

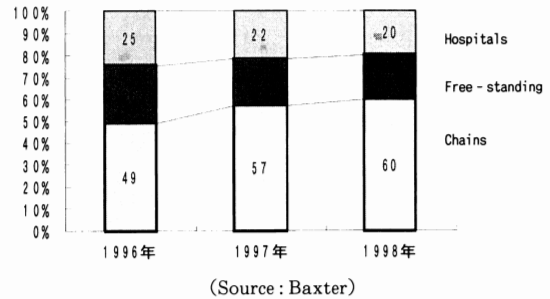


図8 透析施設のチェーン化の進展

### 3) クオリティオブケア (Quality of Care)

医療のサービスの評価は、1) 構造 (Structure)、2) 過程 (Process)、3) 結果 (Outcome)、のいずれかに着目して歴史的に変化してきた。米国のJCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) は、医療機関の第三者評価機構として、医療評価に多大な影響を与えてきた。JCAHOは当初、医療設備、機器、医療従事者数、従事者資格などの構造 (Structure) の評価を行っていた。次に着目したのが、医者と患者の間で行われる医療活動の内容 (Process) である。しかし近年では、「結果 (Outcome)」に焦点を与えるように変化し、医療サービスの評価は、「結果 (Outcome)」の評価が適切とされている。前述のとおり、メディケアのDRG/PPS方式により、医療機関はコストの削減が求められ、一貫して経営効率を高めようとする行動をとることになった。では経済動機が優先された市場で、医療の質はどのように影響を受けたのであろうか。過程 (Process) の視点から、透析の処置行為における評価指標と考えられるのは、ダイアライザーの再使用および透析時間である。ダイアライザーの再使用を行っている施設の割合は、1983年の時点で全体の52%であったが、1995年には77%に上昇した<sup>9)</sup>(表2)。そして最新のデータによると、1996年には、80.6%の医療機関が再使用を行う結果となっている<sup>10)</sup>。またダイアライザーの再使用回数は、1986年平均10回であったが、1995年には15回に増加しており、最大

表2 透析施設数・ダイアライザー再使用比率

年	施設数	再使用 (%)
1976	750	18
1980	956	19
1982	1015	43
1983	1120	52
1984	1201	58
1985	1250	61
1986	1350	63
1987	1486	64
1988	1586	67
1989	1726	68
1990	1882	70
1991	2046	71
1992	2170	72
1993	2304	73
1994	2449	75
1995	2647	77

source: NATIONAL SURVEILLANCE OF DIALYSIS ASSOCIATED DISEASES ASAIO J 1998

30回の再使用が確認されている。ところが、ダイアライザーの再使用に関して、これまで医療の質との関係が重ねて議論されてきており、ダイアライザーの再使用が $\beta_2$ ミクログロブリンの除去能力を低下させるなどが報告されている<sup>11)</sup>。またFDAも、ダイアライザーの再使用に用いられる消毒液と透析の質に与える影響から、再使用に関して否定的との報告もある<sup>4)</sup>。

一方、透析時間もまた透析の質に強い影響を与える。たとえば3.5時間未満の短時間透析は、3.5時間以上の透析に比べ死亡確率を上昇させることが確認されている<sup>12)</sup>。米国の透析時間は、週当たり平均9.9時間であり、1回の透析時間は約3.3時間で、3.5時間未満の透析に該当する。一方これは、日本の週当たり平均12.5時間と比較して20%低くなっている。結果に関する評価は、Held<sup>13)</sup>らによれば、透析の5年生存率の比較研究で、米国が先進国の中でもっとも生存率が低く、わが国が高いことが明らかにされている。このことはその後の研究論文でも確認され、日米の透析専門家の間ではすでに常識化

してさえいる<sup>14)</sup>。この結果、透析医療に関しては、わが国の方が医療の質・医療効果などの点で米国より優れているということが半ば常識となっている。

また、米国の透析患者の死亡率は年間およそ24%に達し、先進国の2倍から3倍の数値である<sup>15)</sup>。これは、高齢化あるいは糖尿病を基礎疾患とする患者の増加などデモグラフィーの変化が、死亡率を高くどまりさせている原因の1つである。しかし、ダイアライザーの再使用といったそれ以外の要因も、同様に死亡率に影響を与える要因であるが、重要なのは先に述べたとおり短時間の透析と死亡率の関連性である。

注目すべきは、このような現象が、メディケア診療報酬の低減による透析施設のコスト削減圧力に起因していることである。

#### 4 日本の透析医療環境の展望

わが国では、2000年以降、急性期入院医療にDRG/PPSを導入する検討が行なわれており、この仕組みに対する議論が、わが国の医療費高騰を背景として次第に現実味を帯びてきている。わが国の医療にDRG/PPSが導入されると、医療環境はどのような影響を受けるであろうか。

##### 市場転換のプロセス

米国と同様の範囲と条件でこれが実施されると、まず平均在院日数の短縮化が起こり、病床利用率が低下していく。次に患者は外来部門へシフトし、この結果、継続治療の場として、診療所・在宅部門・中間施設が発展する。この過程で、競争力や経営管理能力が低い医療機関は市場からの退出を余儀なくされたり、吸収・合併や統廃合といった現象によって消滅していく。透析医療機関で、患者の吸引力のある中核病院の中には、外来部門を縮小しクリニックを作り、そこで維持透析を行ったり、他の施設との提携でチェーン化したり、あるいはネットワークの中でグループ化するという動きが加速される。これまでのチェーン化は医師同士の関係に負うとこ

ろが多かったが、今後は大資本を背景にしたビジネス的発想と手段によるチェーン化が促進される。これは、従来の人的関係に基づくネットワーク化や系列化というよりも、むしろ経済や効率といった論理に基づくものであり、大胆な戦略上の転換をもたらす。従来型の属人的あるいは組織的系列は崩壊する。市場全体では、クリニックに代表される低コスト型医療機関が多くなるが、このような低コストを前提としたクリニックは維持透析が主体とならざるを得ないことから、急性期や合併症、複合的な疾患に対しての医療機能を有しない、従って、このような施設で治療不可能な疾患に対して（DRG分類は異なる）高度な医療を提供していく機能が求められ、ここに維持透析主体の医療機関と、複合疾患を抱えるハイリスクの透析患者を主体とする高次機能型の医療機関という明確な区分けが出現する。医療機関がこのような変貌を迫られる一方で、医療企業のマーケティングもこれまでのような市場全体を対象にするのではなく、市場を細分化した上で、Outcome創出能力がある医療機関か否かで選別をはじめめる。すなわち医療企業は、従来型の販売促進主体の戦略から、特定の医療機関に対してソフトウェア（技術・能力）を提供しながら医療機関と共同で疾病管理を行い、Outcomeを向上する方法論を提供したり、費用対効果の高い診療プロセスを共同開発したり、医療機関の経営戦略の策定を支援するといった、医療機関・企業の複合化を促進させる戦略へと転換を図る。

#### 医療の質を如何に支えるか

これまで、新たな仕組みが市場に与える影響を中心に述べてきた。米国を先例としさらに議論を深めなければならないのが、第3章で述べた医療の質に関してである。米国の医療システムは、医療の質に関してさまざまな手法や機構を有する。JCAHOによる医療機関の第三者評価や、PRO (Peer Review Organizations 同僚審査機構)、各種学会活動が存在する。しかし皮肉なことに、このようなDR

G/PPSを中心とした医療改革がきっかけとなり、費用削減に抗する臨床側の論理的な対応を促した結果、Medical Decision Science（臨床診断意思決定）や、Medical Technology Assessment（医療技術評価）や、医療経済学的手法であるCost Benefit Analysis（CBA費用便益分析）、Cost Utility Analysis（CUA費用効用分析）といった各種のアプローチを発展させる環境を作り出したと考えられるのである。しかし透析医療に関していえば、これらの機構や各種のアプローチのどれもが有効に機能しているとはいいがたいのである。果たしてわが国には、どのような仕組みがふさわしいかが課題となる。政府の中心的課題が医療費の抑制である以上、業界の利益をいかに守るかという感情論を優先するのではなく、国民を守る上で、理論に基づく検討が促進するよう医療界の理論武装が必要になるのである。すなわちわが国は、米国の先例から、医療の質をいかに守るか理論をもって示すときがきている。医療環境への影響度は、DRG/PPSの診療報酬の仕組みをどのようにデザインするか、また報酬額の水準により変化する。国民皆保険制度という仕組みは、米国以上に医療費のコントロールを容易にする。言い換えれば、日本の医療市場は、米国以上に厳しい影響を受ける可能性があるということである。すなわち、これまで、出来高払いの環境下では許されてきた診療報酬をあてこんだ投資や、費用対効果を考えない診療行為は、崩壊を意味する。出来高払いの環境下での経験則が通用しない世界が生まれるのである。米国の先例が示すとおり、コストの削減が医療の質を犠牲に成立するといった状況を避けるために、わが国のDRG/PPSの施行前に十分検討し、質を維持しながらコストを削減する方策を、あらかじめ新たなシステムの中に組み込んでおくことこそ、先例であるアメリカ透析医療環境の変化からの教訓を活かす道なのである。



## 5 日本の透析医療：今後の変化へのアクション

平成9年以降、外来患者の自己負担の増加が外来患者行動を変化させたように、医療機関は削減を迫られるコストの中で、患者に対してより良いサービスの提供が求められてくる。あわせてこれまで述べてきたとおり、わが国の医療環境はDRG/PPS制度を起点として激変することが考えられ、患者（消費者）ニーズによるサービスの向上と、政策転換による費用削減への対応との2つの圧力が働くのである。このような環境のもとで医療機関は、第一に組織の基礎固めをするための経営管理の強化が必要となる。この段階では組織の現状の把握、医療サービスの水準の把握、競争環境の把握といったことを行うための指標化と、これを整理するための院内・院外のデータ整備が必要となる。第二に現状の把握から、競合医療機関との相対的比較のもとで自施設の強み・弱みを把握し、市場における競争優位性をどこにもつかを特定し、戦略のコンセプトを決定する。この過程で、提供する医療サービスのバリエーションすなわちプロダクト・ミックスをいかに編成するのかを、将来の市場環境に照らして決定したり、これを提供するためのシステム作りや、クリティカル・パスの開発について検討を行う。第三にこれまで計画した事業戦略に基づき、必要となる医療機能の獲得を自らの投資で行うのか、他の医療機関との機能提携で獲得するのか、また院内で不足している知識・技術に関して医療企業との提携を図るのか、方途に関する検討と展開が必要になる。またこの段階では、環境変化に対して統制・制御する経営システムを組織内に組み込み、経営に持続性をもたせるための経営体制の確立が重要である。たとえば、現在わが国の医療機関の中で、部門別原価計算を行っている医療機関はきわめて少ない。診療科別の売り上げを合計した病院全体の売り上げと、病院の総費用から利益計算を行っているといった状況であろう。政府主導の病院会計準則が、報告主体の会

計を普及させた結果である。しかし今後の環境変化に必要なのは、全体はもとより診療科ごとのコスト把握ではいまだ不十分である。診療のプロセスを疾病ごとに細分化しながら、不要なプロセスを探したり、プロセスの改善を行ったり、質を落とさずにコスト削減が可能な領域を特定しなければならない。ここまで細分化してはじめて、コントロール可能な領域とコントロール不可能な領域を特定することになり、このような分析が改善のためのアクションを導出することにつながる。診療のプロセスを分析・評価し、プロセスの組み替えや効率化を行う過程で生まれてくるのがクリティカルパスであり、経営管理の視点からみたのがプロダクトライン別の原価計算である。クリティカルパスとは、「特定のケースに対しケアの質とコストの関係を意図的にコントロールして目標を達成しようとする多業種共同のケア・プロセス」（Goldwin DR. 1992）と定義される。クリティカルパスは、最小の費用で最大限の治療効果を生み出すために有効な手法といえる。そして、患者の権利意識の高まりは、よりよい医療サービスを求め、医療機関の選別をしはじめる。顧客である患者が何を求めているのかを把握し、患者獲得のためにCS（Consumer Satisfaction：顧客満足）型マーケティングを強化しなければならない。透析医療で具体例を示せば、患者のニーズ（選好度、社会的、生体的）に応じて施設での透析（HD）や在宅での透析（CAPD, HHD）を適切に判断する能力と、それを提供する能力をあわせもつことが、患者から選択される医療機関になり、今後の医療機関の生存条件を具備することになるのである。

わが国の医療システムにDRG/PPSを適用することは、医療界への改革を促すものである。しかし、さまざまなディ・レギュレーション（規制緩和）が、痛みを伴いながらも社会を健全な市場化に向けて牽引したように、医療市場は新たな枠組みの中で適者生存の論理に従い、正しい者が生き残る機会を生むはずである。

新たな枠組みは、一見医療費の削減といったネガティブな印象が付きまとい、規制の強化という見方もある。しかし新たな世界に求められるのは、低いコストによる質の高いサービスであり、これは一般財の市場となんら遜色のない世界である。方法論こそ異なるものの、これが医療型の市場化という本質的な意味でのディ・レギュレーション（規制緩和）の始まりなのである。

#### 文 献

- 1) U. S. Census Bureau, Health Insurance Coverage, 1996.
- 2) Health Care Financing Administrator : Office of actuary data from the Division of National Health Statistics, 1977.
- 3) 川渕孝一 : DRG/PPS の全貌と問題点. 薬業時報社, 55, 1997.
- 4) John K : The American Health Care System—The end stage renal disease program. N Engl J Med vol. 328, 366, 1993.
- 5) 王惠民 : 米国透析医療の現況とその制度, 腎と透析, 40; 953, 1996.
- 6) S. Garella : The costs of dialysis in the USA. Nephrol Dial Transplant, 10, 1997.
- 7) John K : The American Health Care System—The end stage renal disease program. N Engl J Med, 366, 1993.
- 8) Stephen D. McMurray, MD, and Jackie

- Miller, RN : Impact of Capitation on Free-Standing Dialysis Facilities Am J Kidney Dis, vol. 30 No. 4 542, 1997.
- 9) Jerome I, Elaine R. Miller, Miriam J. Alter et al. : National Surveillance of Dialysis Associated Diseases in the United States 1995. Asaio Journal, 98, 1998.
  - 10) USRDS 1997 Annual Data Report : Facility Survey of Providers of ESRD Therapy 183, 1998.
  - 11) John K, Leyboldt, PhD, Alfred K. Chenng, MD, and R. Barry Deeter, RN : Effect of Hemodialyzer Reuse : Dissociation Between Clearances of Small and Large Solutes. Am J Kidney Dis, vol. 32; 295, 1998.
  - 12) Held Pj, Levin NW, Bovbjerg RR, Pauly MV, et al. : Mortality and duration of hemodialysis treatment. JAMA, 265; 871, 1991.
  - 13) Held Pj, Brunner F, Odaka M et al : Five-year survival for end-stage renal disease patients in the United States, Europe and Japan, 1982 to 1987. Am J Kidney Dis, 15; 451, 1990.
  - 14) 二木 立 : 慢性透析医療と医療費の日米比較. 臨泌, 48; 96, 1994.
  - 15) Hakim RM, et al : Effects of dose of dialysis on morbidity and mortality. Am J Kidney Dis, 123 No. 5 (May); 661, 1994.