

# 競争原理の歪みをなくし 質とコストの見える化を

医療・介護サービスは、少子・高齢化時代の社会保障として、極めて重要な役割を担っており、また、今後大きな成長が期待される分野でもある。増大する社会保障費という現実の中で、医療・介護事業者の生産性を向上させるために必要なこととは何か。御立委員長が語った。

医療・福祉改革  
委員会  
(2013年度)

委員長  
御立 尚資

## 徹底したデータの収集、活用で 質もコストも追求できる

日本の医療・介護は、国が価格を決めていることから、計画経済的な規制環境にあります。サービスへのフリーアクセスが確保されている点で、一定の競争原理は働いていますが、さまざまな規制により、生産性や質を高めるインセンティブが働きにくい構造になっています。

例えば公的・公設病院では、赤字が税金で補てんされる仕組みがあり、年

間約1兆円もの補助金が投じられています。これでは経営効率を上げようというインセンティブが働かず、いくら診療報酬制度等を改正しても、医療費の適正化につながりません。

こうした市場の歪みを是正し、医療・介護サービスに生産性向上のインセンティブを働かせるためには、補助金等の縮小・廃止に加えて、徹底した質・コストの「見える化」が不可欠です。

問題は、何をすれば生産性が向上するのかが見えないことです。利用者には事業者との間で情報の非対称性があり、どれが良いサービスか分からない。事業者側もどこに手を付ければ良いか分からない。質かコストかという「神学論争」を止め、データに基づいた議論をしていかななくてはなりません。

スウェーデンでは、どんな患者が、どんな診断・治療を受け、どれほどの人が治ったのかというデータをとり始めた結果、小児の急性リンパ性白血病の生存率が劇的に上昇した例があります。新薬が出たわけではなく、データに基づいて薬を投与するタイミングや量を調節したことで、20%に満たない5年生存率が90%を超えるようになりました。“データの力で救われる命”がたくさんあるということです。

日本でも、外科学会等が、すでに2011年から手術データの収集・活用を始め

ていますが、政策的サポートはほとんどありません。また政府も、DPC（診断群分類）というデータを蓄積していますが、残念ながら保険料支払いにしか使われておらず、質の向上には活かされていません。

介護にしても、米国ではすでにリハビリや褥瘡、施設内転倒率など、重要とされる指標が示されていますが、日本では、こうした指標化を促進する学会や組織体がなく、活用が進んでいません。

医療・介護の質を見極めるための指標はすでにあり、データ収集も決して困難ではありません。いかに早く活用できるかだけです。これこそが、医療・介護改革の第一歩だと考えています。

## 集約・ネットワーク化による 生産性向上

米国では、巨大な地域医療ネットワーク事業体（IHN）が多数構築されていますが、日本は公的・民間を問わず小規模で多様な事業体がバラバラに存在しているのが現状です。

退出・集約化も含めた大規模ネットワーク化は、病院ごとの役割分担を可能にする等の点で生産性向上に資するものです。しかし、例えば市民病院が縮小・廃止されるとなると、住民の反対が起こります。ですので、集約化の



御立 尚資 委員長

ボストンコンサルティンググループ 日本代表  
1957年兵庫県生まれ。79年京都大学文学部卒、ハーバード大学経営学修士。93年ボストンコンサルティンググループ入社。2005年1月日本代表に就任、現在に至る。05年6月経済同友会入会。07～12年度幹事、13年度より副代表幹事。13～14年度医療・福祉改革委員会委員長。14年度「日本医療研究開発機構」のあり方検討担当副代表幹事。

過程における受け皿となる官民ファンドを設けるなど、地域全体で医療・介護の合理的な立て直しを行っていくための制度設計が求められます。

すでにいくつかの自治体では、政府の旗振りを待たず、地域内の複数病院間で役割分担を行う動きも出始めてい

ます。この後押しも重要です。

医療・介護の改革という、マクロ政策である社会保障制度改革に注目が集まりますが、ミクロな視点でのサービス生産性改革と両輪となって、初めて機能するはずで

本委員会では、すでに政府関係機関

への働き掛けを始め、「日本再興戦略」に提言の一部を盛り込むこともできました。しかし、骨抜きにするのは簡単です。歪みの是正、質とコストの「見える化」といった改革が実効性のあるものとなるよう、引き続き訴えていきたいと思

## 提言概要

# 医療・介護サービスの生産性改革を

(6月24日発表)

## 提言 I 市場の歪みの解消

### 1 補助金等が交付されている公設・公的病院の経営情報と医療情報を開示し、ガバナンスを強化せよ

すでに政府に蓄積されているDPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) データを活用するとともに、補助金等を受けている公的・公設病院の経営指標を開示させる。国立病院は、DPC データによる各病院の経営情報と医療情報の徹底した見える化と病院間横比較を通じた改革によって、補助金依存・赤字経営からの脱却を実現している。自治体病院を中心とする公的・公設病院においても、情報の開示により事業者へのガバナンスを強化すべきである。

### 2 民間営利法人ではサービス提供できない地域等を除いて、社会福祉法人への優遇制度を縮小・廃止し、民間営利法人とのイコールフットイングを実施せよ

社会福祉法人は、民間営利法人ではサービスを提供できない地域・利用者(低所得者等)の受け皿と位置付け直すべきである。それに伴って、施設・設備の整備・改築に対する補助金は縮小・廃止、社会福祉法人一律の補助金交付を廃止し、民間営利法人とのイコールフットイングを実現すべきである。

## 提言 II 規模拡大と生産性向上

### 1 地域医療圏における病院間のすみ分け・役割分担のインセンティブ付与に向けて、診療報酬体系・補助金等のメリハリ付けを実施せよ

地域医療圏内でのすみ分け・役割分担(例えば、病床数の融通、診療科の廃止など)を行った法人に対し、診療報酬を高く設定する。また、補助金等が交付されている公的・公設病院については、同様に既存の補助金のメリハリ付けを行うこと等が考えられる。

### 2 地域医療圏における大規模事業者のさらなる連携強化に資する経営形態の枠組みを構築せよ

政府においても、非営利ホールディングカンパニーと呼ばれる地域医療圏でのネットワーク型事業者構築を可能とする経営形態を認める方向での議論が始まった。この動きは、医療・介護の生産性改革促進に大きく資するものであり、その検討を加速させることを求めたい。

### 3 上記の大規模事業者に対し、保険者ガバナンスを活用できる仕組みを中期的に構築せよ

医療・介護サービスのサービス品質向上や効率化といった生産性向上に大きく貢献するのは、地域医療圏の大規模事業者に対し保険者のガバナンスを働かせることである。そのため、医療圏単位への保険運営移管、あるいは、今後登場することが期待される一定規模以上の大規模事業者に対する事業者内での保険運営について、検討を開始すべきである。

## 提言 III 生産性の低い事業者の退出・集約化の促進

### 1 廃業事業者の受け皿を構築せよ

廃業事業者の受け皿となるブリッジファンドを用意し、その事業者が存在する地域医療圏内の医療機関の配置・機能を踏まえて、必要な診療科を残し、その他を処分する。残した診療科の事業再生を図った上で、既存の医療機関への事業譲渡を行う役割を担う、といった仕組みが考えられる。

## 提言 IV 質の担保策の導入

### 1 学会による医療品質情報蓄積・活用の流れを後押しし、重篤な疾病をカバーした品質評価指標の構築と、医療機関ごとの品質評価指標を利用者に開示せよ

医療サービスの産業化を推進する上で、品質を担保するには、アウトカムデータ(患者リスク情報、治療方法、治療成果)を含む医療サービス品質の見える化が必須である。日本外科学会およびその関連学会では、アウトカムを含む手術データの収集・活用を始めたが、さらに拡大していくために政策的な支援が必要である。具体的には、個人情報の取り扱い・データ活用ルールの明確化、データベース運営にかかわる財政的支援を行うべきである。

### 2 政府主導で介護サービス品質指標体系を構築し、事業者ごとの介護サービス品質の利用者への公開、介護報酬体系への反映を実施せよ

サービス品質を測る指標として、利用者の機能情報(身体機能・認知機能)、事業者のサービス品質情報(褥瘡率、転倒率等)、利用者のQOL 情報(満足度等)を収集・活用(介護報酬の支払いを含む)が必要である。さらに、サービス品質指標の構築・運営と合わせ、介護学会の創設、データに基づく科学的検証による利用者の機能維持・改善に資する高品質の介護サービス・マネジメント手法の抽出・普及の促進も求めたい。