

第4回日本赤十字看護学会学術集会

特別講演

医療改革と医療の効率性と公平性

Health Care Reform
—Efficiency and Equity in Health Care—

講師 池上 直己 IKEGAMI Naoki (慶應義塾大学)



司会 柴田 恭亮 指定討論者 川島 みどり
SIBATA Kyouosuke KAWASHIMA Midori
(日本赤十字広島看護大学) (日本赤十字看護大学)

キーワード：混合診療、高齢者医療保険、手術適用基準、アウトカム評価、包括払い

Key Words : Balance Billing, Health Insurance for Aged, Surgical Operation Standards,
Outcome Evaluation, Case-mixed based Payment

I. なぜ医療制度改革が必要になってきたのか

日本の経済は非常に不振である。これに対応して、日本のあり方そのものが一部の者には全面否定されてきている。具体的に言うと、終身雇用、年功序列、官民一体である。このような背景の中で、医療費の負担が相対的に大きくなってきている。医療費のうち、1割ぐらいが患者の負担であり、あとは保険から給付され、税金で3割補てんされている。したがって個人の収入が減ると、収入に占める保険料の割合が上がる。また、国や地方に入ってくるお金も減ってくるので、予算に占める医療費の割合が多くなってしまう。

1990年を100とした国民医療費とGDP (Gross Domestic Product) の値を図1に示した。図1の通り、国民医療費はこの20~30年間にわたり同じペースで伸びている。しかし、国民の経済指標を表すGDPの値はバブルが崩壊してから伸びていない。したがって、医療費が国の経済に占める割合がだんだん大きくなっていく。保険料収入も税収も減ったので、受益者である患者が負担する割合を増やすことになった。昨年の10月に高齢者が負担する割合は1割に引き上げられ、今年の4月は被保険者の負担が3割になった。

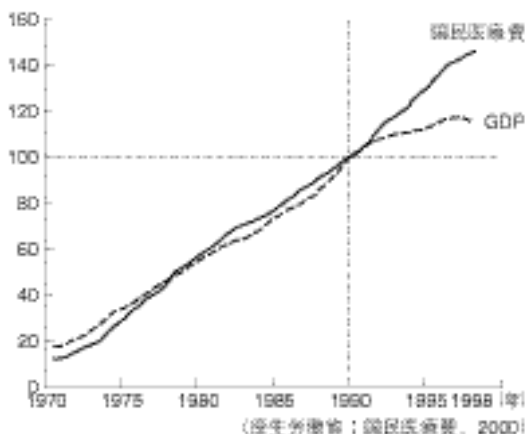


図1. 1990年を100とした国民医療費、およびGDPの値、1970年~98年

II. 混合診療を認める動き

経済の不振、国の歳入の減少に伴って、混合診療を認めようとする動きが出てきた。混合診療とは、公的保険による診療と、公的保険にはかからない診療で行う診療であり、国が保証する医療の範囲はベーシックなものとし、それ以上は自己責任で行うということである。これは全額自費で行う自由診療とは異なる。自由診療は全部自費で保険は使わないが、混合診療はベーシックな部分については公的保険を使う。

A. 混合診療の対象：薬と材料

混合診療の第1の対象は薬や材料がある。薬や材料が保険で認められることを保険に収載という。例えば米国で開発された薬が、日本でそのまま使用できず、日本の保険でその薬が認可されなければならない。また医療費として支払われるための請求上の要件が設けられている。混合診療が認められると、保険の煩わしいことが取り除かれ、保険では支払われない部分を、患者が自己負担することが可能となる。

これに伴って出てくる1つ目の問題は、自己負担できない患者は上乗せの部分が受けられなくなる。したがって負担できない患者が不幸な転帰となれば、公的保険が適用となっていなかったこと責任が追及される。ということで、厚生労働省は混合診療に反対している。

2つ目の問題は、有効性の検証が困難となることである。混合診療になると、すべて医師の裁量によって行われるので、有効性が検証されないのに使われるという問題が出てくる。したがって、混合診療を認めるのではなく、むしろ保険に収載されるまでの期間と手続きを改善すべきである。

B. 混合診療の対象：医師と医療機関

混合診療の第2の対象として医師がある。上級資格として認知された医師の認定制度が必要であるが、日本の専門医師制度は非常に遅れている。現在専門医とされている医師の約半数は経験に基づいた見なしの専門医であり、上級医師であるという保証は何もない。また「内科部

長」という職位からも判断できない。

第3に、上級水準として認知された病院で、日本で高い評価を得ているのは公的病院である。公的病院は税金で補填されている。直接の補助金を交付されていなくても、住民のために医療を行っているということで、固定資産税を払っていないので間接的に助成を受けている。

公的病院での混合診療は難しい。県民の税金がつき込まれている病院で、金持ちを優遇する混合診療を認めるというのは大変難しい。差額ベッドの割合でも規制されている現状では無理である。医療の本態に関わるサービスについて差額を取るというのは非常に難しい。民間病院では問題ないが、そうすると民間病院から公的病院に患者が流れてしまい、民間病院の経営は苦しくなる。

以上のようなことで、日本では混合診療の導入は困難である。

C.混合診療以外の解決法

混合診療以外にどのような解決法があるのかを考えると、以下の4つがあがる。

1つは、医療保険の改革である。つまり、保険料の負担と給付を明確化することによって医療費を拡大していくことである。

2つには、医療の標準化である。つまり、医療従事者の技能や医療情報の用語や記載方法を標準化することである。また、治療適用基準や治療手順、そして治療アウトカムを標準化することである。

3つには、医療サービスを効率化することである。つまり、患者の個別性を最大限に、医療従事者の個別性を最小限にすることである。

4つには、医療機関への支払い、つまり、診療報酬体系を改めることである。このことは包括化のための条件整備ともなる。

Ⅲ. 医療保険の仕組み

国民の希望は、最低の負担で最高の給付を受けることである。つまり、健康の時には負担したくないが、医療を受ける時は、できるだけ良い医療を受け、高い給付を受けたいということ

である。保険料の決定は、保険に加入する者の病気になる可能性と1回あたりの平均医療費によって算出される。したがって、保険料を低く抑えるためには、高齢者や病弱者を排除することである。

次に保険料率とは、加入者の所得に占める保険料の割合である。会社員全員の平均月給月10万円で、1人当たり1万円の医療費がかかるのであれば保険料率は1割になる。平均20万円であれば料率は5%となる。収入から引かれるのでできるだけ少ない方がいいので、所得が低い者が多くなると全体の保険料率が高くなる。例えば、平均年収が500万円で1人あたり50万円の医療費だとすると保険料率は10%となる。しかし、裕福な会社で従業員の平均年収が1000万円であれば保険料率は5%で良い。従って保険料率を低く抑えるためには、低所得者をできるだけ排除した方が良いことになる。

A.日本における医療保険の対応

このような保険の論理を徹底すると、保険に加入できない人が現われることとなる。そこで日本における医療保険の対応を見してみる。日本では、民間保険ではなく社会保険としている。社会保険は、公的な保険であり、病院、大学などの職場単位に適用されている。被用者でない人は、市町村単位の国民健康保険があり、いずれも、互いに助け合って保険料を支払う。例えば、社長と新卒は同じ保険料率であり、社長が年収2000万であれば1割の保険料率として200万円の保険料が支払われる。新卒が年収100万円であれば1割保険料率として10万円の保険料が支払われる。社長も新卒も病院に行けば全く同じ医療が受けられる。これが社会保険の仕組みである。

現在の社会保険の問題としては、職場や地域によって加入者が病気になる確率が異なり、所得水準も異なる。年齢構成の格差については、高齢者が多く入っている保険とそうではない保険の調整は、老人保健法による拠出金という方法で対応している。拠出金は、加入者の病気のために集めたお金を、老人のために拠出することである。そして所得の格差については、政管

健保、つまり中小企業のための保険と、自営業者と高齢者のための国民健康保険、税金で補填している。

このように、制度全体がわかりにくいので何のために保険料を払っているか見えにくくなっている。保険料は保険料率で示したように所得の定率負担であるのに対して、所得税は累進負担である。つまり所得が多ければ多いほど納める税金の割合は高くなる。この2つが組み合わさっているために制度が非常にわかりにくくなっている。

職場や地域単位で5000の保険者が、つまり保険を運営する主体が分裂している。5000の保険者がなぜ存在しているのかと言うと、国保は市町村単位であるため3000の市町村ごとにあり、組合健保は1700ある。その他、共済組合、公務員のための保険があり、合計で5000に分かれている。こんなに多く分かれている国は他にはない。

B. 2003年の政府改革案

このような問題に対して、2003年に政府としての改革案が出された。2002年12月の厚生労働省の試案は、叩き台の案として2つの仕組みが示されている。1つは、「助け合い型」と言い、加入者の年齢構成や所得による財政調整である。つまり、加入者に高齢者が多く、所得が低ければ助成をしてもらえ。逆に加入者に若い人が

多くて、所得が高ければ拠出するという考え方である。

もう1つの保険方式は、「高齢者独立型」と言い、75歳以上の高齢者だけ集めて独立の保険とし、県単位に統合した国保が運営するという考え方である。つまり、老人がいちばん医療費がかかるので、老人だけは分けて独立の保険にするということである。

このような2つの案が出ているが、これらを厚生労働省の試案としていたものを、政府は両案の折衷案を閣議決定した。65～74歳の人は現行と同じ保険に加入し保険者間の財政調整をする「助け合い型」を採用し、75歳からは独立型の保険にするという、両案折衷である。

C. 高齢者独立型の問題

ここでは、高齢者独立型にしたときの3つの問題を説明する。

1つは、高齢者は病気はよくするが収入があまりない。したがって高齢者だけの保険料と患者負担を合わせても全体の医療費の割しかすぎない。残りの9割の財源の確保をどうするかという問題が起こってくる。拠出金という形で、ほかの保険から出すという以外には方法はないとすれば現状と大差がない。つまり何のために改革をするのかという問題が浮上する。

2つは、どこが運営するかという問題である。保険は、必ずどこかが運営しなければならない。

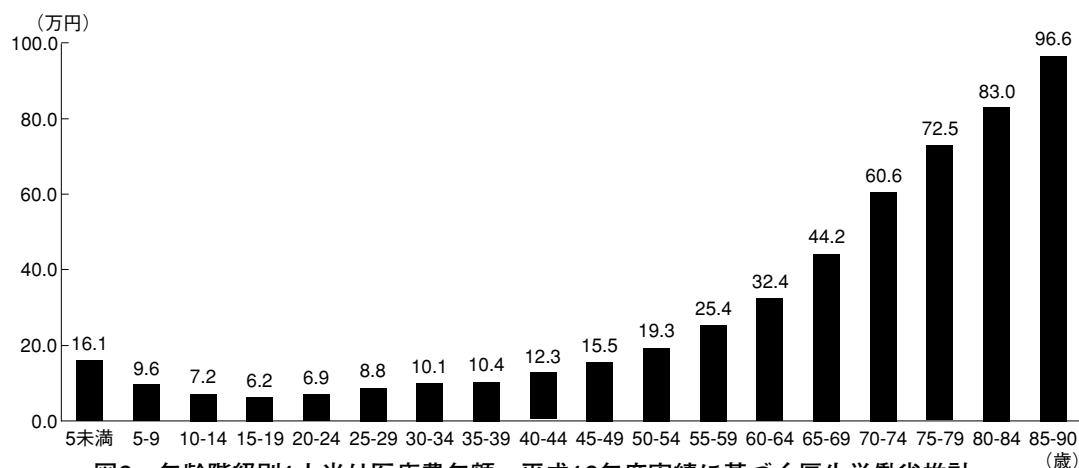


図2. 年齢階級別1人あたり医療費年額—平成12年度実績に基づく厚生労働省推計—

国は今、全体をスリム化しようとしている。都道府県や市町村は赤字が予測できるために運営は引き受けないと主張している。

3つは、75歳の誕生日を境に診療内容が変わらないだろうかという問題である。独立型にすれば老人医療費の財源確保はいっそう厳しくなる。高齢者とは何歳かなのか。高齢者の定義も最初は60歳から65歳になり、70歳から75歳になりどんどんあがっていく。一人ひとりの誕生日を迎えることになり、一人ひとりにとってその意義は異なる。つまり、75歳になったらみんなが一勢に緩和ケアだけを望むようになるわけではない。

図2は年齢階級別1人当たり医療費年額を示しており、5歳未満では多少高いが、10代～20代は病気が少ないので医療費は低い。その後、40代ぐらいから生活習慣病が出てきて、それに伴って医療費は増えていく。65歳～75歳から急速に医療費が増えるというわけではなく徐々に増えていく。したがって、どこかで線を引いても非常に人工的な引き方になる。

D. なぜ、県単位の統合再編が合理的か

改革案の中で評価できるのは県単位の保険を統合再編するという案である。医療は介護よりも広域的な対応が必要である。総合病院を村単位の作るということは考えられないが、介護なら村単位でもあり得る。

現在、地域医療計画があり、計画的に病院を配置することになっている。しかし、病床規制に従っており、高度の医療機器の設置については制約はない。いったんMRIを設置すれば使わないと無駄である。使えば医療費が増える。計画的に設置する必要があるが、実際はそうでない。地域医療計画を実効性のある内容にしていく必要がある。

次に、県単位の統合再編をすれば、負担と給付の割合がより明確になる。例えば、広島県が岡山県に比べて保険料が高いのは、医療サービスが充実しているから高いのだということであれば良い。広島県は岡山県より高齢者が多い、あるいは所得が低いから高いというわけでは良くない。医療資源の充実が高ければ、保険料が

高くなって当然である。

次に、県単位の統合再編は地方自治の改革の一環となる。地方分権ということがあるが、これは国の権限を都道府県におろすのではなくて、市町村におろすものである。政令市が増えれば、県の役割が空洞化してくる。県に新しい役割を持たせるためにも県単位の統合再編は良い。

IV. 医療の標準化

A. 医療従事者の技能

医療技術者の国家資格とは何かとうい、資格を有する者は、全員一定以上の技能と倫理観をもっているということである。看護師の試験を見ると、国家試験を受験できるためには規定の養成校を卒業しなければならない。これは自動車の免許と大きく違う。自動車の免許は学校に通わなくても試験を受けることができる。医療関係の国家資格は、すべていったん養成校を卒業しなければ受験資格が認められない。その前提として、養成校の教員とカリキュラムを高いレベルで標準化する必要がある。看護師の免許には広島の日赤の看護師とはどこにも書いてない。看護師の国家資格としか書いていない。保証として厚生労働大臣の名前が書いてある。

したがって、病院の方としても、患者の方としても、看護師の資格があれば標準的な看護師としての役割を果たすことが当然のこととして期待されている。専門看護師についても同様である。ただし、看護師は国の責任であり、専門看護師は日本看護協会の責任である。

B. 用語、記載方法

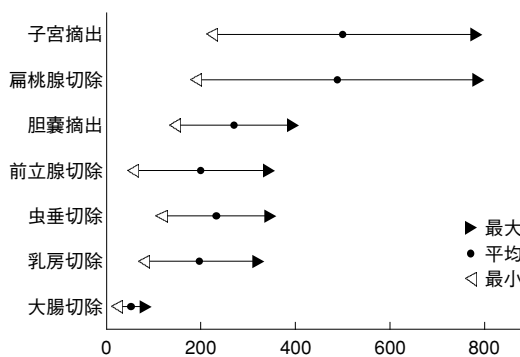
もう1つは、日本における診療録が非常に遅れていることである。診療録管理に専任従事者がいる病院は14.7%しかない(厚生省医療施設調査、1999)。カルテを管理して、カルテから病名をコーディングしたり、病院ではどんな病名の患者が多いのかという統計をするためには、専門の従事者が必要である。どんな病気で患者は入院して退院しているのかという傷病分類化の情報管理を行っている病院は23.0%で4分の1しかない(厚生省医療施設調査、1999)。4分の3

はどうしているのかという医師が書いた病名しかない。したがって、どの病気で何人退院したかなどの記録は当然分類されてない。ICDコードという国際疾病分類のコードを利用している病院は10.3%、つまり1割程度しかない（厚生省医療施設調査、1999）。その他の病院では、それぞれの医師が勝手につけた病名で同じ病院でも、同じ病気でも医師が違くと、違う病名がつけられている可能性がある。

C. 治療適用基準

次は治療適用基準の標準化である。建前は、どの医師であっても、同じ状態の患者ならば、医学に基づいた同じ基準を適用して治療をする。しかし、実際には医師の出身大学、研修病院、経験、診療する地域により治療適用基準は異なる。これを裏付けた研究は（Vayda, 1984）、住民が手術を受けた割合を分析した結果、大きな格差があることが判明した。この図3は、カナダ、オンタリオ州の郡別の100,000人当たりの手術率のばらつきを示している。

医学の教科書を信じると、手術率が高い郡は子宮摘出をしなればいけない病気の患者が多く住んでいた、低い郡はあまり住んでいなかったということは、あり得ない。子宮摘出をするような状況や原因が、こちらの地区では多くてこちらの地区では少ないというのは、患者側の原因で説明できないので、患者から子宮を摘出した方がいいという医師の判断の基準が地域に



出典：Vayda, E., et al. Canadian Med Assoc J.1984より応用

図3. カナダ、オンタリオ州の郡別の100,000人当たりの手術率のばらつき

よって違うということが反映している。したがって、すべての医師が正しいということはありませんので、各医師の治療適用基準に格差があることを示している。治療適用基準の標準化は非常に有用な課題である。

D. 治療手順

次は治療手順の基準である。建前はどの医師が診療しても、医学に基づいて同じ状態の患者ならば、同じ適用基準のもとに、同じ内容の治療が提供されるはずである。しかし、実際には出身大学、研修病院などが同じで、しかも同じ病院に勤務している医師でも違う。ある病院でクリニカルパスを作ろうとしたとき、医師同士が話し合っ、「先生はそういう風に抗生剤を使うのですか？ 私は違いますけど」といって、同じ病院で同じ医局の医師同士でも、術後の抗生剤の投与内容と期間に相違があった。したがって、クリニカルパスによるプロセスの標準化やアウトカムに基づいたパスの修正が必要である。

E. アウトカム

次はアウトカムである。アウトカムというのは患者が治るかどうかということである。患者として大事なのは病気が治るか治らないかであり、よく治してくれる病院、よく治してくれる医師にみてもらいたい。なぜそれができないかということ、治療成績は医療サービスの質だけではなく、治療する前の患者の状態によって大きく異なるからである。患者の特性を揃えない限り比較できない。同じ病名でも年齢、合併症の有無で治療成績は変わる。成績を評価するためにはデータベースが必要であり、統計的に患者の特性を調整して、リスク調整後の成績で比較する必要がある。

ニューヨーク州では、心臓のバイパス手術が手術の中で一番多く行われている手術である。術後の粗死亡率と、当該病院、医師が扱った患者の特性によって補正した予測死亡率を計算している。予測死亡率よりも多かった場合、予測と実際の死亡率がどれくらい乖離しているかを見て、そこで初めてよい手術である、あるいは悪い手術ということと比較し、統計的に調整し、

手術成績を公表する。公表はニューヨーク州の公衆衛生局のホームページで、各病院ごと、医師ごとの治療成績が出ている。治療成績を公表することで、死亡率は低下している。この理由は、患者が選択したからではなく、むしろ成績の悪い病院が恥じて自ら診療プロセスを改善したからである。

日本ではアウトカムに基づいて比較することは当分実現できないのではないだろうか。

V. 医療サービスの効率化

次に医療サービスの効率化である。効率化というと、医療関係者には悪いイメージがあるようだが、効率化は決して悪いことではなく、質の高いサービスを低いコストで提供するということであり、当然の義務である。しかし、医療サービスのコストの半分は人件費である。支払う立場から言えば医療費であるが、病院の従事者にとっては収入である。

他の勤労者と比べて、医療従事者の適切な賃金水準はいくらだろうか。看護師は勤労者賃金

の何倍が適当だろうか。医療専門職というのは勤労者の何倍し払うのが適当か、これは大きな問題である。

もう1つの問題は一人ひとりの生産性の問題である。年功賃金は実力を反映するのだろうか。公的病院では、新卒と定年前とでは収入に3倍の格差がある。これは適正だろうか。

質の高い医療は、患者の個別性を最大限に尊重し、医療従事者の個別性を最小限に留めることが目標である。

VI. 医療機関への支払報酬体系

医療機関への支払方式の改善で、現在言われているのは包括払いの拡大である。現在の出来高払いでは、各行為への報酬額は規定されるが、回数の制限はないことが原則である。したがって、患者による相違が報酬額に反映されてくる。また、医師による相違も報酬額に反映される。その結果、過剰医療の傾向も指摘されている。質の保証は、看護人員を規定通り配置すれば医療を保証する、患者-対-看護師の数が多ければ

表1. ニューヨーク州におけるバイパス手術の粗死亡率(OMR)、予測死亡率(EMR)、リスク調整後死亡率(RAMR)、1996-1998、New York State Health Dept (2001) より一部抜粋

	Cases	No. of Deaths	OMR	EMR	RAMR	95%CI for RAMR
Albany Medical Center Hospital						
##Banker M	7	1	14.29	2.07	15.69	(0.21, 87.29)
Britton L	413	4	0.97	1.52	1.45	(0.39, 3.72)
Canavan T	519	2	0.39	1.50	0.58**	(0.07, 2.11)
Foster E	239	3	1.26	1.86	1.53	(0.31, 4.48)
#Joyce F	122	2	1.64	1.24	2.99	(0.34, 10.81)
Kelley J	593	18	3.04	1.71	4.04*	(2.39, 6.38)
Luber J	329	8	2.43	1.91	2.89	(1.24, 5.69)
Miller S	460	3	0.65	2.03	0.73*	(0.15, 2.14)
#Sardella G	158	0	0.00	1.25	0.00	(0.00, 4.21)
All Others	105	2	1.90	1.72	2.52	(0.28, 9.08)
TOTAL	2945	43	1.46	1.69	1.97	(1.42, 2.65)
Amot Ogden Memorial Hospital						
Quintos E	266	13	4.89	1.98	5.61*	(2.98, 9.59)
Vaughan j	89	2	2.25	2.05	2.49	(0.28, 9.01)
All Others	14	0	0.00	1.36	0.00	(0.00, 43.66)
TOTAL	369	15	4.07	1.97	4.68*	(2.62, 7.72)

多いほど病院への収入が増える仕組みになっていて、それが質の担保となっている。

それが包括払いになると、入院回あたり、入院1日あたりで報酬額が決まってくる。したがって、医師による相違は報酬額に反映されにくい。患者による相違も報酬額に反映されにくい。このことで過小医療の傾向が出てくる可能性がある。

包括払いを拡大するためには、患者分類の開発が必要である。同じ病名についてはほぼ同じような治療を行うので、報酬額も同じとする分類である。包括医療のための分類は、「あなたは10万円の分類に入る」「この患者は5万円に入る」というように、どの分類に入るかによって、報酬が変わってくる。したがって、各分類に対応した報酬額の設定が必要となってくる。病院でついた診断をチェックする体制も必要となってくる。

今までの出来高払いでは、医師がこの薬を処方した、あるいはこの検査を行ったのは、保険の立場ではやりすぎということで査定し、減点してきた。しかし、包括化となると請求書には虫垂炎切除としか書いていない。腹膜炎という合併症を書くだけで、虫垂炎切除だけだったら30万円の分類に入るが、腹膜炎を合併していたら50万円に跳ね上がる分類に入る。問題は、本当に腹膜炎があったかどうかである。「腹膜炎合併」とだけ書き加えれば、収入は増える。本当にあったかどうかを確かめるには、カルテ、医師の記録と看護師の記録をみて、確かに熟発もしたし、検査値としてもこういうものがあがっている、そしてそれに対してどのような対処をしたかということが書いてある必要がある。医師の診断の仕方も自己流であるし、記録も書いていないという状況であると、カルテは何もない。

もう1つは、早期に退院するので、受け皿の施設が必要となってくる。10日が標準の入院日数であった場合、9日で退院すると病院は利益が出る。9日に大多数の患者が退院するようになると、今度は標準が8日で退院するようになってますます早期に退院するようになってくる。アメリカの病院は日本のICUのようになったのは、

入院期間が短くなったからである。DPC (Diagnosis Procedure Combination) が4月から大学病院で導入しているが、すぐに広がる可能性は低いのはそのためでもある。

Ⅶ. まとめ

以上をまとめると、医療改革の契約は、経済不況となり、今までのように医療費を支払えなくなってしまったことにある。したがって、患者からお金をもっと取って混合診療を拡大しようという動きがおきた。しかし、日本の構造からして混合診療は困難だと考える。その代替案として、負担とサービスの充足との関係を明確にすることが制度改革の基本だと考えている。公平で質の高い医療を提供するためには、標準化が不可欠である。

文献

池上直己 (2002). 医療問題(第2版), 日本経済新聞社.

池上直己・Campbell, J. C. (1996). 日本の医療, 中央公論社.

厚生省 (1999). 医療施設調査, 厚生統計協会.

厚生労働省 (2000). 国民医療費, 厚生労働省および内閣府Web.

New York State Health Dept (2001). Coronary artery bypass surgery in New York State 1996-1998, New York State Health Department.

Vayda, E. et al. (1985). Five years study of surgical rates in Ontario's countries. Canadian Medical Association Journal, 131, 111-115.



指定討論者の発言と質疑応答から

川島：ありがとうございました。先ほどご紹介していただいた先生のご本を読まさせていただきました。看護の視点からいろんなことを考えたのですが、今お話をお伺いして、またさらに問題意識を刺激されました。ところで、医療経済学の立場からの公平性というのは、保健医療格差の縮小とか、あるいは教育面での平等な援助サービスの提供など、社会保険としての基本理念をふまえて担保されるのではないのでしょうか。先生もおっしゃっていらっしゃるように、医療従事者の立場からは、効率化というのはとにかく悪い印象で受け止めがちです。その効率を、先生は質の高いサービスを安価で提供することは当然の義務であると言われました。確かに効率のために質を低めることは絶対に許せないことなのですが、看護本来の思想からは決して馴染まないのもこの効率ということですか。なぜなら、人間の営み自体が非常に非効率というか、無駄なことを結構していると思われるからです。看護はその人間の営み、すなわち生活行動のお世話をする職業です。しかも、現在最も大きな問題を抱えていらっしゃる高齢者の方とか、高度医療によって救命された後の人生を生きていらっしゃる患者さん、あるいは癌末期の緩和ケアの患者さんたちのように、最も看護を必要とされている方たちに目を向けないわけにはいきません。こういう方たちは、「治る」「治らない」という尺度で考えたら、「治らない」という病気にはいるのですが、看護的に見たら非常に関心の高い領域です。そこで出来るだけ、その方たちの生活リズムにあわせて、ゆっくり、ゆったりと時間をかけてケアすることが必要です。しかし、そうだとわかっている、それが出来ないというジレンマも一方にあります。そういうことを考えますと、いくら良いことだと言われても、この「効率性」ということにひっかかるのです。

また、今日先生は公平性ということ、費用の面からお話しされましたが、大分前に私どもは、提供するケアという視点から考えて、現行

の保険制度のもとで、個々の患者さんたちが受けているケアの量の差を観察したことがあります。保険そのものが相互扶助という意味を持っていますので、同じ費用を払っても、多くのケアを受ける人と、受けない人が出てくるのは当たり前のことかもしれません。でも、果たしてそれで公平といえるかどうか疑問です。看護料金は看護師の頭数とベッド数の比率でいわゆる「まるめ」の料金ですが、病棟単位で見ても、類別加算による定員が決まっていますので、その日働いている看護師の数によって、1日の持ち時間が決まるわけです。その日の患者さんの重症度や急変などによって、また、痴呆のための徘徊や見当識レベルの低下している方たちの比率が高いと、その方たちに集中して手がかかるわけです。それ以外の患者さんには、残された時間を分配して振り向けざるを得ないわけです。つまり、同じ入院費を支払っていても、公平に平等なケアを受けられない仕組みが、基準看護にはある。しかもその差がわずかならともかく、100倍も200倍もの差があるのです。そのような面での保険制度の考え方をお話いただければと思っています。

池上：効率性の課題として、バイパス手術を取り上げて、手術後の死亡率のお話をしたのは非常にわかりやすいと思ったからです。医療に期待されている役割を、患者さんが亡くならないようすることであるといっても、人は生まれてきて死ぬわけです。今、終末期の問題などをおっしゃいましたが、むしろ生活習慣病も、基本的には治らないわけですね。糖尿病と1回診断されたら、死ぬまで糖尿病であって、どのようにコントロールするか。なぜコントロールするかということ、クオリティ・オブ・ライフを保つためです。クオリティ・オブ・ライフということ非常に抽象的な印象を持ちますが、要は質問表を記入してもらえれば、クオリティ・オブ・ライフを定量的にとらえることが出来ます。そして、健康な1年と比べて、低い健康状態を、どのくら

いに評価するかを決めます。例えば生命保険に入って失明したら、だいたい死亡と同じくらいの保険給付が入ってくる。片足を失ったら、いくらという具合に。命に、あるいは障害に値段が付けられないといわれますが、経済的な価値付けをすることは出来るわけです。

医療のアウトカムを、私は本来わかりやすくするために示した死亡率などではなく、クオリティ・オブ・ライフがどの程度改善したかを一年、定量的に測り、いくらお金がかかるといった観点から、効率性を問うべきだと思います。したがって、寝たきりで5年生きるのと、健康な状態で1年生きるのと同じ価値だという、そういう問題に最終的には行き着くわけですね。寝たきりの状態でも、寝たきりではない状態でもクオリティ・オブ・ライフを定量的に測ることを、医療従事者は支持してこなかったのですね。今までは病院に行くと、よくなって退院することを期待する。その中で何が行われているかは、ブラックボックスでした。ところが、医療にあまりお金がかかるので、ブラックボックスがブラックホールになっている。お金だけ吸い込んで出てきたのは痛みだけではないかということも言われるようになりました。

そこで、医療従事者として、これだけ患者のクオリティ・オブ・ライフを改善したんだということを数値で示さない限り、お金をくれと言っても社会からいただけないと思います。

2番目の公平性というのは、むしろ医療従事者あるいは医療機関にとっての公平が課題でした。つまり、日本の今までの質の確保のやり方は、箱ものの発想です。箱ものの発想というのは、病棟という箱ものに看護師をこれだけつけて、そこにどんな患者さんが入ってきてもこれだけのお金を払います。看護人員が病棟に配置されていれば患者さんの重症度に関係なくお金を払います、ということです。これは非常に役人の立場、あるいは払う方の立場とすればわかりやすいわけです。看護師が日勤でこれだけ働いたから、お金をくださいということです。しかし新しい包括報酬の場合は、入る患者さんの分類に従ってお金が支払われるようになります。患者さんの分類に対して対応した報酬額が看護の

大変さに対応するようにもっていくことが課題になります。日本では看護度と言われていますが、ああいった分類でいいのかということになります。看護管理上はあの分類でいいのかもしれませんが、費用補償のときには、同じ看護度でもかなりの差がある。今回お話ししましたが、患者分類に対応した包括報酬は徐々に広がっていくと思います。急性期は割合難しい問題がありますが、急性期以外や療養期の場合には患者さんが、この分類に入れば1日20,000円、この分類に入れば1日8,000円というふうに分かれるんです。そこで20,000円と8,000円との違いは何かというと、看護の違いがいちばん大きな要因になるので、そういった方向で報酬体系を変えていくということが、今おっしゃった公平性の問題に対する解答になるのではないかと思います。

川島：ありがとうございました。もう1回考えさせていただきたいと思います。先生が講演集のレジュメの最後の方に5つのクエスチョンを聴衆に投げかけていらっしゃいます。全部は答え出来ませんが、私は特に教育の立場から、看護の養成学校の相違によって、一体標準化は出来ているのですか？ という質問に注目したいと思います。この問いは、私の問題意識と共通です。国家試験受験資格を与えるのであったら、たとえそれが専修学校であろうと、4年制の大学であろうと、スタンダードを決めるべきだと思います。先生がおっしゃった、提供側の質の担保という言い方で、最低限これだけの質の看護が出来ますという技能の標準化、能力の標準化は必要だと思いますので、これを私たちが今後どうしていくかという課題にしたいと思います。ありがとうございました。

フロアー：今のもう1つの問題に対しては、おそらく採用時の能力を査定して、採用するということになると、マンパワーをどれだけ採用出来るかという問題が必然的に発生してくると思いますが、私の質問するところはすこし違った視点でして、標準化というところに関してですが、診療の標準化に関してはクリニカルパス

などがありますが、医師の教育の仕方と、標準化ということがどのように結びついていて、どのようなシステムがあるのかということをおうかがいしたいです。

池上：これは医療の有資格者の共通の課題です。資格というのは、ブランドであり品質保証のためです。ところが品質保証に値するブランドになっているかどうか疑わしいところに大きな問題があるんですね。医師教育についても日本は大学医局制度がありまして、医師にとっての終身雇用です。むかしの三菱銀行に就職したら、定年まで三菱銀行に勤めて、定年時点で1番高い地位につかせて、それで職業人として一生面倒を見ます。大学医局制度というのもそうやって、東大の第一内科に入局すれば、第一内科の関連病院を転々と回って、医師を続ける限りにおいて医局の人事で（すべての医師とは言いませんが）、決まります。医局制度というのは、第一内科の流儀というのは、茶道や華道と同じように代々受け継がれていまして、同じ患者さんでも第二内科とは違うやり方を行っている。したがって、そのような状況では標準化ということは、とうてい出来ない。

来年から始まる初期研修がどの程度大きな変化になるか、最初は勇ましいことを言ってまして、自分の卒業した大学では研修を受けさせないようしようといっていました。しかし、だんだんトーンダウンしてきました。自分の出身大学の病院で研修を受けさせないということにどういう意味があるのかということ、入れ替えをするということですね。標準的なことを教えないと、ほかの病院に行っても通用しないわけですね。したがって、看護においても、同じ日赤の大学から日赤の病院に就職していくのであれば、標準化をする必要はないわけですね。他大学の卒業生を研修医として採用するということは学部の教育において標準化した医師を養成しておかなければならないことを意味します。もともと、専門職というのはそういうものなんですね。むかしの板前というのは3年同じ料亭に勤めて、そこでの基盤があって出来あがってしまうと、真剣勝負をしなくなる。したがって、申し上げ

にくいことですが、日赤の看護大学を出て、日赤の病院にずっと勤めて、日赤の病院で定年を迎えるのであれば標準化は必要はないので、標準化は達成されないのではないのでしょうか？ すこし入れ替えをしない限り、違う世界があるということをお覚しない限り、医師もそうであるし、看護師も今までそうであったと思います。

フロアー：日赤の卒業生が、日赤の病院に勤める方がいろいろバラエティーに富んでいる状況でありますので、そういう意味では看護師の場合は比較的標準化ということはやりやすいと思うのですが、先ほどお話に出た医師のそのところの問題、標準化ということのぶつかり合いが結構あるということが現実なのかなと思いますが、標準化に向けてどのような内容を、これからどれくらい先にお互いが協力出来るようになるだろうか？ というような考えをおうかがいしたいのですが。

池上：明治になってから140年くらいたっていますけど、そんなに変わっていないですね。医療がいろいろな制度の中でいちばん変わりにくいというのは、基本的には密室の中で行われており、密室の中での1人が医師で、もう1人が患者だからです。なかなか変えなければいけない必然性が、新聞などで標準化が必要だと言ってもですね。なかなか現状を変えることは難しいと思います。しかし、むかしと違うところは、20年前は今のままでいいという意見が大勢を占めていましたが、現在は今のままではだめだという意識が、大学でも大学の医学部でもありますから、そういった点では変わる機運は出てきたと思います。これからどれだけ急速に変わるかということ、今後にかかっていると思います。標準化というところでは医療は大変難しいと思います。国際化と表面的には言われていますが、内容的には実現することは難しい。日本の学生が他の国で教育を受ける。一部の留学生がありますが、これはほんの一部で日本の患者さんが外国の医療機関で医療を受けることはありますが、医療は地場産業ですので、この地場産業を変えていくことは難しいのでは

ないかと思えます。

司会：今標準化という言葉が出ましたが、技能や能力、看護記録の記載法、様式の標準化、それからアウトカムの標準化、クリニカルパスを含めて標準化ということですが、何かこのあたりから質問はありませんか？

フロアー：標準化のことでご質問させていただきたいと思えます。現在のEvidenceに基づいて、標準化がなされると思えますがいったん出来上がってしまうと、時間がたつと効率性や公平性がかえってなくなっていくのではないかという気がします。医療の進歩で研究が進んでいきますと、現在Evidenceで標準だと思っていたものが逆転するケースも出てくると思えますので、そういったときに標準化を直そうとするにはエネルギーが必要だと思うのですが、その点を教えていただけませんか？

池上：まさにおっしゃるとおりでして、どのレベルに1つの病院を単位として、どこ水準に標準化するかということが課題です。例えばうっかり、術前に剃毛をすることをパスに入れたとします。今までやっていなかったすべての患者さんに剃毛をするということになるので、これは剃毛することによってかえって感染を多くするというEvidenceがありますが、もしそれをパスに入れたとしたら、変更が必要になるので心配されるとおりです。したがって、絶えず直さなければいけないということになっています。しかし、「ねばならない」という表現は心配になります。医療の中には「ねばならない」ことは沢山ありますが、やっていないことが多いわけです。そこで、こういった学会や皆さんの活動の意義は、お互いにやっていることを発表して、人の目にさらすということなんです。そこで問

題点を指摘されれば、自分の人格を非難されると取られるかもしれませんが、見直しをするきっかけになるわけですね。学会発表を行ったり、違う病院と勉強会を行うということは非常に意味があるというのは、病院で自己流の仕方で自己流の標準化をされるのが、いちばん始末が悪い。そのために批判の対象として、第三者の目で、それが適切であるかどうかということが必要になってくると思えます。

川島：褥創はやっと診療報酬で認めてもらいましたが、起こるべくして起こらなかった感染を防いだり、あるいは転倒とか転落などの事故を防いだ場合にもっと点数が上がるような、そういった予防に関しての診療報酬の変更はないのでしょうか？

池上：これは私が取り組んでいることで、評価と診療報酬をセットにするべきです。褥創があるということは看護師の時間を拘束するわけですが、したがって、褥創があれば報酬は高くなる。ところが、褥創が発生する割合がほかの病院より高いとなると、これは看護の質の上で問題があるということになります。その際、患者さんの状態によって補正しないといけない。歩ける患者さんばかりとそうでない場合は違うわけで、褥創になる危険性の高い、寝返りの出来ない患者さんを分母にした上で、褥創の割合を比較するとすれば、褥創ありというところをチェックします。ところが、褥創ありというところをチェックしてしまいますと、その病院はほかの病院よりも褥創が多いと監査の対象になります。したがって、本当に褥創でないと褥創とつけるようになるので、質の評価と報酬を同じデータセットを用いることによって品行方正に病院はチェックするようになると思っています。