

## 医療改革の行方

松山赤十字病院循環器科

福山尚哉

この四月より診療報酬点数の大幅な改定が、ほとんど現場の意見を聴くことなく施行された。はじめての報酬引き下げであるというだけでなく、外来診療の大幅な逓減制や技術料の減額、さらに手術件数による技術料の差別化および各種診療料に対する減算方式である。

このうち手術件数に対する問題と減算方式について少し私見を述べたい。今回の改定の大きなポイントの一つは110項目の手術について、その件数により、規定に満たなければ減額するという方法である。例えば心臓外科手術については年間100例に満たない場合、その手術料が次年度から70/100に減額されることになる。一般に手術件数が多い施設及び術者ほど手術成績が良くなることは、米国を中心に10年ほど前からいくつかの報告がなされている( Jollis JG, N Engl J Med 1994 )。従って、各施設に一定以上の手術件数を要求することは、手術成績を維持する上で尤もらしい合理的な施策であるように見受けられる。

しかしながらここで見過ごしてはならない点がいくつか存在する。すでに手術件数( volume )と手術成績( outcome )の関係を明らかにしている米国でさえ、その因果関係は必ずしも明らかにされている訳ではなく、volume だけで各施設に対しなんらかの制限を強制することの危険性が指摘されている( Hlatky MA, Circulation 2001 )。各施設のシステムの違いや手術適応の差異、地域差など必ずしも個々の施設の良否を件数だけで評価することは出来ないからである。現にカナダは米国にくらべ遥かに冠動脈バイパス術の件数が少ないが、outcome はあまり変わらない。これは主に医療制度の違いによるものと考えられている。しかも明らかに医療制度の異なる我が国ではvolume と outcome に関する evidence はどこにもない。

手術件数よりも実際に問題になるのは当然のことながら手術成績である。年間200例の施設が50例の施設より手術成績が悪ければまず話にならない。更に手術適応の問題がある。手術件数が多いということが単に手術適応が甘く、不必要な手術を多く手掛けた結果ということならば、これは医療行為としては無意味であろう。一般に手術件数の多い施設はより適応の軽微な症例に対しても手術をすすめる傾向が有ることが指摘されており、結果的に手術成績が良くなることも volume と outcome の逆相関関係に寄与していると考えられている。

さて、それにもかかわらず手術件数は outcome を改善するのに重要な要素であるとしよう。次に問題なのは何例の経験が手術成績をあげるために必要かと

ということである。例えば心臓手術や冠動脈形成術(PCI)に対し、今回突然決められた100例という例数にどのような根拠があるかということである。米国では200例という数値がなんとなく支持されていた時期が有る。しかしながら実際に比べてみるとPCIでは年間400例以上でないとい outcome の改善は認められないとの報告がなされた( Kimmel SE , JAMA 1995 )。平成10-12年度の健康科学総合研究事業の報告によれば、我が国で年間400例以上のPCIを行っている施設は全国で37しかない。各県に1施設にも満たない。PCIがこの施設だけに限られるとすれば、急性心筋梗塞の治療はすべて大都市、おそらく県庁所在地に送らなければならなくなり、死亡率は増加するであろう。

また各施設の術者( operator )ごとの手術件数も問題なはずであるが、outcome との詳細な関係は必ずしも明らかではない。更に最近になって米国及びカナダから、心疾患の長期予後に関しては必ずしも手術件数( volume )との関係が認められないとの報告が相次いだ( Kimmel SE , Am Heart J 2002 ) ( Doucet M , Am Heart J 2002 )。従って各施設の手術を適切に管理するためには単に手術件数だけを評価するのではなく、その施設を訪れる全ての虚血性心疾患の患者数と手術件数及び、全例の長期予後のデータが必要である。単に手術件数100例という事でしることは非常に危険である。事実多くの施設が100例をめざして必ずしも必要ではない手術を増やすことになれば無意味な医療行為となり、かえって医療費を増加させる事にしかならない。しかもその兆候はすでに現れている。

最後に、我々の施設では年間PCI件数が100例前後で、急性心筋梗塞に対するPCIは50例にみたないが、その院内死亡率は4.7%と、同時期(99年)のインターベンション学会報告による全国平均のPCI後死亡率7.1%に比べ、はるかに低値であることを付け加えておきたい。

さて、もう一つの問題は減算方式である。入院診療計画未実施減算、院内感染防止未実施減算、医療安全管理体制未整備減算及び褥瘡対策未実施減算などがそれである。

この方式は官僚的規制の典型的なものである。いわゆる減算方式やペナルティ方式は管理する側にとっては極めて都合がよく、その手間がほとんどかからない。極めて社会主義的な管理法である。しかしながらこの方式の最大の欠点は各施設の労働意欲を失わせることであろう。当座は目標達成を目指すであろうが、けして長続きはしない。目標達成という努力に対する報酬がないからである。

かつての共産主義社会において、物質の生産性が低く、結果的に国家が崩壊した理由の一つはこの減点方式によるものであり、その結果労働意欲が低下したことによる。

人の行動のモチベーションは以下の3つである。

努力すれば得られる報酬への期待

努力が報酬につながる確率

報酬の魅力（主観的価値）

エール大のブルーム教授の提唱する期待理論であるが、減算方式やペナルティというやり方で人々の期待や努力が生まれるであろうか。

いかなる企業も労働者がやる気を失くせばなりたたない。いかなる国家も国民の労働意欲が失くなれば崩壊する。今多くの医療機関はこの不合理な医療改革によって労働意欲が失われる危険性に直面している。

現在、医療関係者の「やる気」を支えているのは「報酬の魅力」、それも金銭的なものではなく、多くの患者さん達の感謝という主観的な報酬だけに依存している。来るべき医療改革は国家や財政のために行われるのではなく、医療消費者である患者のため、そして医療従事者の労働意欲を高めるようなものでなければならない。今、医療にこそ「米百俵」が必要なのである。