

OECD Reviews of Health Care Quality

# JAPAN

RAISING STANDARDS

ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS

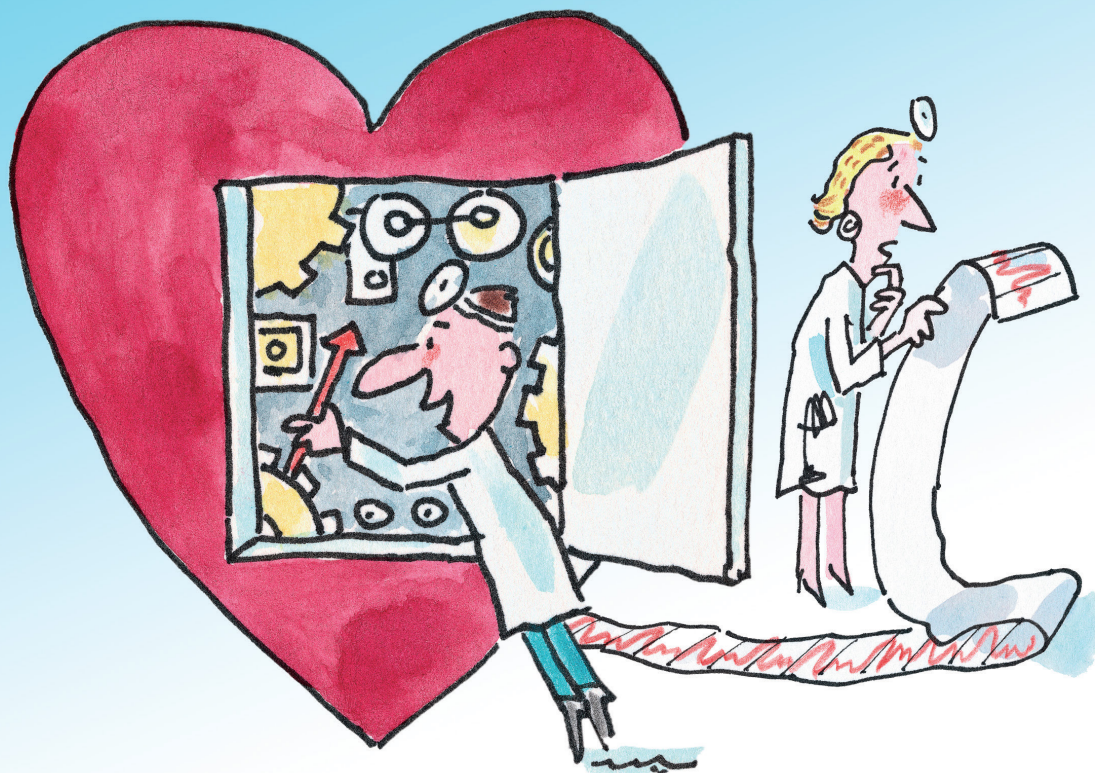
OECD医療の質レビュー

## 日本

スタンダードの引き上げ

評価と提言

5 November 2014 | 2014年11月5日



# OECD Reviews of Health Care Quality: Japan

RAISING STANDARDS

Assessment and recommendations

## OECD 医療の質レビュー日本

スタンダードの引き上げ

評価と提言



This work is published on the responsibility of the Director of the OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Organisation or of the governments of its member countries.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

**Photo credits:** Cover © Art Glazer/Getty Images.

OECD Reviews of Health Care Quality: Japan – Assessment and Recommendations © OECD 2014

---

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of the source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).

---

## *Foreword*

This is the Assessment and Recommendations of *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan*. It is prepared for a publication launch event organised as part of the Global Dementia Legacy Event Japan. The full report is scheduled to be published in early 2015.

The report will be part of a new series of publications reviewing the quality of health care across selected OECD countries. As health costs continue to climb, policy makers increasingly face the challenge of ensuring that substantial spending on health is delivering value for money. At the same time, concerns about patients occasionally receiving poor quality health care have led to demands for greater transparency and accountability. Despite this, there is still considerable uncertainty over which policies work best in delivering health care that is safe, effective and provides a good patient experience, and which quality-improvement strategies can help deliver the best care at the least cost. *OECD Reviews of Health Care Quality* seek to highlight and support the development of better policies to improve quality in health care, to help ensure that the substantial resources devoted to health are being used effectively in supporting people to live healthier lives.

This report reviews the quality of health care in Japan, and seeks to highlight best practices, and provides a series of targeted assessments and recommendations for further improvements to quality of care, particularly in the area of primary care, hospital care and mental health care. Japanese health care faces formidable challenges. The population is ageing rapidly - keeping people healthy, economically and socially active will demand a health system that offers proactive, coordinated and personalised care to individuals with one or more chronic diseases. Strengthening primary care will be central to meeting these challenges. In particular, Japan needs to shift to a more structured health system, separating out more clearly different health care functions (primary care, acute care and long-term care in particular) to ensure that peoples' needs can be met by the most appropriate service, in a coordinated manner if needed. At the same time, Japan needs to strengthen the information infrastructure underlying the processes and outcomes of primary and hospital care, and consider ways in which its hospital payment systems can be better used to reward high quality care.

Japan must also continue to develop high quality care in the community for severe mental illness, while turning attention to improving care available for mild-to-moderate mental illness.

## ACKNOWLEDGEMENTS

Authors of this review are Caroline Berchet, Ian Forde, Rie Fujisawa and Emily Hewlett. The authors wish to thank Niek Klazinga, Francesca Colombo, Yuki Murakami, Mark Pearson and Stefano Scarpetta from the OECD Directorate of Employment, Labour and Social Affairs for their comments and suggestions. Thanks also go to Marlène Mohier, Nathalie Bienvenu and Lucy Hulett for their editorial input and to Anna Irvin-Sigal and Judy Zinnemann for their logistical assistance.

The completion of this report would not have been possible without the generous support of Japanese authorities. This report has benefited from the expertise and material received from many health officials, health professionals, patient groups and other experts that the OECD Review team met during a mission to Japan in March 2014. These included officials from the Ministry of Health, Labour and Welfare and Nagano Prefecture, representatives from Japan Medical Association, National Centre for Neurology and Psychiatry, Japanese Association of Psychiatric Hospitals, Japan Council for Quality Health Care, National Federation of Health Insurance Societies, Saku Central Hospital, St Luke’s Hospital, Matsuzawa Hospital, Japan Care Manager Association, Japan Association of Geriatric Health Services Facilities, National Association for Home-visit Nursing Care, Nagano Prefecture Association of Medical Care Services for Older Senior Citizens, Consumer Organisation for Medicine and Law (COML), and Community Mental Health and Welfare Bonding Organisation, Professor Hisao Endo of Gakushuin University and Professor Shinya Matsuda of the University of Occupational and Environmental Health.

The review team is especially thankful to Mr Yohei Ito at the Permanent Delegation of Japan to the OECD for his support for this Review, and to Dr Yutaka Horie, Mr Tomoyuki Kado and colleagues at the Ministry of Health, Labour and Welfare for their help with setting up the visit of OECD officials to Japan and their support for this Review. This report has benefited from the invaluable comments of the Japanese authorities and experts who reviewed earlier drafts. The National Institute of Public Health has also taken a leading role in translating the report for dissemination in a wider audience in the country.



## Assessment and Recommendations

One of Japan's foremost policy challenges is to create an economically-active ageing society. Excellent health care will be central to achieving this. Thus far, Japanese health care has performed well – life expectancy is famously long, at 83.2 years compared to an OECD average of 80.2 years, whilst health spending is at USD 3 649 PPP per capita per year, slightly higher than USD 3 484 on average. A striking feature of the Japanese health system is its openness and flexibility. In general, clinics and hospitals can provide whatever services they consider appropriate, clinicians can credential themselves in any speciality and patients can access any clinician without referral. These arrangements have the advantage of accessibility and responsiveness. Such light-touch governance and abundant flexibility, however, may not best meet the health care needs of a super-ageing society. Instead, elderly individuals with one or more complex, chronic diseases will need continuous, proactive and tailored services to maintain their health and maximise their ability to participate in society. Japan needs to shift to a more structured health system, promoting differentiation of functions (primary care, acute care and long-term care, for example) while assuring mutual collaboration to ensure that peoples' needs can be met by the most appropriate service, in a coordinated manner if needed. As this differentiation occurs, the infrastructure to monitor and improve the quality of care must simultaneously deepen and become embedded at every level of governance –institutionally, regionally and nationally.

Japan is a country that achieves good health at relatively low cost. As well as long life expectancy, some indicators of the quality of health care are amongst the best in the OECD. Five-year relative survival estimates after a diagnosis of breast, cervical or colorectal cancer are all high, for example, and 30-day case fatality after an ischaemic stroke is the lowest in the OECD, at 3%. Low cost is achieved through a nationally binding prices based on a fee-schedule that is revised every other year. The fee-schedule operates not only as a mechanism for tight fiscal control, but also as Japan's main lever to steer and reform the health system more broadly. Incentivising certain elements of activities (such as coordination and communication between service providers before a patient is due to leave hospital) means that the



fee-schedule has also been heavily depended on to drive quality improvement at system-level. Most other quality improvement activities take place at institutional level. Hospitals, for example, develop their own sets of quality indicators, with varying levels of depth, coverage and sophistication. Higher-levels of organisation, such as Japan's 47 prefectures, are mainly concerned with ensuring access and efficiency, and have a limited role in relation to health care quality.

The most significant health reforms of recent years have centred on financing. Japan highlights a successful cost-containment policy through the extensive use of the Fee Schedule (so called "*Shinryo Hoshu*"). The Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) proposes a fee schedule, which is subsequently negotiated by the Central Social Insurance Medical Council, comprising providers, insurers, patient representatives and other stakeholders. Formal revision of the fee schedule happens every other year, applies to all providers, and determines the revenue of over 95% of clinics and hospitals. This latter fact means that the fee schedule also serves as a major policy lever to steer the whole system towards desired goals. The April 2014 revision, for example, incentivises shifting care from hospitals to communities, by further developing community comprehensive health care services; promoting continuity and coordination of care across different settings and improving transparency and accountability of practice. The fee schedule also plays a significant role in incentivising quality, by specifying minimum inputs, and in some cases indicators linked to outcomes (such as the proportion of patients in rehabilitation wards discharged to their pre-admission home).

Japan's main challenge in terms of monitoring and improving health care quality is two-fold: first, there are few quality initiatives embedded at system-level; second, as one steps away from system-level, a proliferation of quality-related activities is found, but these are haphazardly applied. At system-level, the quality architecture is almost exclusively focussed on minimum staff numbers, minimum qualifications and minimum standards for health care services. Other elements fundamental to other health systems, such as requirements for professional development and recertification or systems to collate and learn from adverse events, are less well established although some progress are being made. A number of accreditation agencies operate in Japan, with divergent minimum standards and qualifying criteria, and numerous medical societies produce their own clinical guidelines, carrying the risk of duplication, disagreement or gaps. Japan's payment systems, while sophisticated, do not reward quality in a particularly sophisticated or consistent way. Quality-benchmarking projects in the hospital sector, for example, are often voluntary and public awareness of the benchmarking results is still low although increasing. Likewise, the

information infrastructure at system-level is focused on quantifying activities. A quality- and outcomes-oriented systematic data infrastructure, comprising patient registers and quality indicators is required.

Other challenges include:

- The health care system is strongly oriented toward curative care. Although there is a desire to pivot the system toward primary care but the quality architecture is not in place to support expansion of this sector;
- The use of electronic health records is surprisingly limited and the collection, linkage and analysis of health data is relatively undeveloped. Japan is further behind other OECD countries in resolving the trade-offs between personal data security and use of such data to drive more effective and responsive health care;
- Reforms of the hospital sector are underway to differentiate acute from non-acute beds (and ensure an appropriate level of care for each admission), but the data infrastructure and quality architecture to systematically evaluate the effect of these reforms is not in place.
- Even though the main system-level approach to quality is focussed on minimum staffing levels, the approach to workforce quality is limited. Primary care is delivered by a cadre of semi-generalists/semi-specialists, for example, and dozens of hospital specialities exist, with doctors certified by medical societies based on their own training requirements. Furthermore, there are still some doctor shortages in some specialties and in some regions;
- Although Japan has pioneered some initiatives for better quality care, they are not as patient-centred as they could be. For example, the care managers for beneficiaries of the long-term care insurance do not necessarily play a role as a coordinator among different services if they are admitted into hospital. In addition, health care quality metrics are not primarily designed for public use; and
- Japan's high suicide rate, high numbers of psychiatric beds, and long average length of stay in psychiatric institutions suggest potential for significant gains in the quality and outcomes of mental health care. In particular, care in the community for severe mental illness, and care provision for mild-to-moderate mental illness, should be enhanced.

If Japan is to be confident of securing consistent improvements in the quality of its health care, the next priority must be to move from a system that prioritises fiscal control, to one that gives equal priority to quality. The

overarching policy priority in the Japanese health system has, for many years, been tight fiscal governance. Whilst this has worked well to contain costs and should not be relaxed (indeed, many countries have much to learn from Japan's example), it is important that equal attention is now paid to quality governance. This will require a more consolidated approach to quality monitoring and improvement. In particular, the main lever which currently exists at system-level to drive quality improvement (the FFS schedule) will need to be accompanied by other instruments; and the current loose and disparate approach to quality monitoring and improvement across different levels of the health system will need to be systematised based on a quality framework, using all existing data sources.

In addition, given Japan's rapidly ageing population, a clear orientation toward preventive and holistic elderly care will be necessary. A coherent primary care sector, delivering consistent proactive care, across the life-course will be essential to Japan's reorientation toward more cost-effective preventive health care. As differentiation of the hospital sectors occurs into intensive and less intensive beds, with the aim of reducing inappropriate use, a sufficiently sophisticated quality monitoring and improvement architecture will need to be built to evaluate the reforms' impacts. Finally, community-based mental health care and welfare service should be developed more fully, reducing dependency on in-patient services. In both specialist and community mental health and welfare services, further work is needed to reduce inappropriate use of pharmaceuticals (polypharmacy), and ensure that alternative therapies are adequately reimbursed through the fee-schedule.

## **Strengthening primary care**

Japan's approach to delivering a "primary level" of health care (that is, the services which can manage new health complaints that pose no immediate threat to life, manage long-term conditions and support the patient in deciding when referral to hospital-based services is necessary) is, in many ways, unique. Primary care is largely delivered through a network of some 100 000 community clinics which include those with beds. Rather than having a dedicated workforce with specialist training in the functions described above, however, primary care in Japan is typically delivered by a cadre of semi-generalist/semi-specialists – that is, physicians who leave hospital practice after an unspecified amount of time to set up as generalists (with no compulsory further training) in the community. Likewise, rather than having a distinct primary care estate, primary care may be delivered in a department in a hospital and patients who come to clinics with beds or hospitals with primary care department can stay for inpatient care if needed. And rather than patients being required, or strongly encouraged, to seek care

for new complaints or non-complex chronic disease management from the primary care level, patients have the right to access hospital specialists directly for any health care need.

Japan's primary care configuration has, in many ways, served well until now. In particular, access is good, with some community clinics having a range of diagnostic and therapeutic equipment that would be the envy of many OECD systems. There are, however, several factors that raise the question whether current arrangements are delivering optimal quality and value for money:

- socio-demographic shifts mean an increasingly elderly population, many of whom have multiple complex health care needs, and some of whom suffer frailty or social isolation;
- fiscal pressures are driving a reorientation of health care away from inpatient care to community care;
- consultation rates, particularly of the elderly, are high and data from some hospitals show increasing unplanned readmission rates; both suggest that community services may be struggling to provide adequate care.

Taken together, these factors suggest a need to have a system of community care that is capable of providing a consistent point of care over the longer term, tailoring and co-ordinating care for those with multiple health care needs and supporting the patient in self-education and self-management. In response to these challenges, Japanese Medical Specialty Board is developing a system of new medical specialties including a distinct specialty in primary care which will start in 2017.

### ***Current outcomes associated with primary and community care in Japan***

Data submitted to the OECD's Health Care Quality Indicator (HCQI) project show that hospital admission rates for chronic conditions – an indirect measure of the quality of primary care – are lower in Japan than for the majority of OECD countries. At 23 admissions per 100 000 population, Japan has the lowest age-sex standardised admission rate for COPD observed in the OECD (although rates are not standardised for background prevalence of the condition or smoking). Admission rates for asthma are also lower than the OECD average. Significant reductions in admission rate for both conditions over recent years suggest real improvements in the quality of primary care.

In other clinical areas, however, the quality of primary care appears less reassuring. Data from some hospitals show a rising trend of unplanned readmissions, suggesting that community care services may not be coping well with the complexity or volume of patients being discharged from hospital. Furthermore, recent National Health and Nutrition Surveys have identified large numbers of undiagnosed and untreated hypertension, hypercholesterolaemia and diabetes.

In general, much less information on the activities and outcomes achieved within primary care is available in Japan compared to other countries. Even though there is potential for using national database of fee-for-service claims to identify patterns of cares undertaken in community clinics, it is not used in this way. In any case, the fee-for-service database would have limitations as a tool to monitor the quality of care. Its primary purpose is accounting, not quality monitoring, and there are still difficulties in using unique patient identifiers within it.

### ***Quality initiatives in Japanese primary and community care***

The national fee schedule is the main lever in the Japanese health system to monitor and improve quality. Activities appearing in the fee schedule that are intended to improve the quality of community or primary care include medical fees to reward the setting up coordinated community care plans upon a patient's discharge; to provide information to patients on self-management; to set up cancer care plans; and to provide home care health services. In addition, recent reforms have also introduced a fee if a doctor provides lifestyle advice and coordinated management for these patients with two or more of the following conditions: hypertension, diabetes, dyslipidaemia or dementia.

The fee schedule, however, is based predominantly on inputs and activity – the lack of a sufficiently rich information infrastructure covering community clinics means that incentives based on the outcomes of care may not feature. In addition, incentivised activities are patchy. The care co-ordination management fee mentioned earlier, for example, is only available for patients with stroke and upper femoral fracture and not for other patients who might equally benefit, such as those admitted with a heart attack or other fractures or falls. Most significantly, however, the number of patients who benefit from the incentive system as a proportion of those who *should* benefit can never be known because Japan lacks a systematic doctor-patient or clinic-patient registration system that would allow denominator populations to be identified.

In Japan, accreditation of clinics is compulsory. There are few restrictions around setting up a community clinic, however, and the

requirements to be met for accreditation are relatively basic mainly focussing on inputs such as staffing levels. In other OECD countries, accreditation is based upon a more demanding set of requirements. Standards around the full breadth of primary care activities (including health promotion and disease prevention) are often included in other accreditation systems, as well as broader objectives such as integration with other parts of the health system and with the community at large. At present, there is no national, prefectural or clinic-based system for adverse event reporting within primary care. A new system starting in October 2015 will require reporting of unexpected deaths, but not adverse events more widely.

### ***Securing a greater quality dividend from primary and community care in Japan***

Japanese Medical Specialty Board is now developing a system of new medical specialties, which will start in 2017 and it has already started to define the expected roles and training requirements for the new primary care specialist, called *sougou shinryou senmon-i*. This work should continue, to ensure that the speciality starts off on a secure, well-recognised and well-respected footing, underpinned by a national vision for primary care that is shared by community physicians, hospital doctors, the wider clinical workforce and patient groups. Clear licensing or credentialing criteria would be needed to make the distinction between the current cadre of physicians working as community generalists and the future primary care specialists that Japan wishes to create while providing training opportunities for community generalists to become primary care specialists. Such a distinction should be unambiguously evident to patients and other health care professionals and be based upon a clear vision of how primary care specialists will differ from the current workforce, in terms of extended or different knowledge, skills, roles and responsibilities.

Creation of academic departments of primary care in each medical school will also be instrumental in embedding the speciality. Some Japanese medical schools already provide courses of social medicine or public health and the development of a department of specialist primary care would complement these. These new departments could undertake research in primary care, support development of clinical guidelines specific to primary care, as well as teach the speciality at both under-graduate and post-graduate level.

It is important that a key function of the primary care speciality should be provision of holistic care for those with multiple, complex health care needs, including mental health care needs. In relation to other OECD primary care systems, Japan is starting from an unusually strong position in

one respect, in that the fee schedule already directs additional resources for treatment of patients with multiple chronic conditions, continuity of prescribed drugs and management plans and establishment of continuous care which offers on-call services with medical advice. One option would be to consider extension of individualised care plans (ICPs) for patients who have one or more long-term conditions. ICPs are currently offered only to long-term care recipients. Issuing guidance on which patients should have an ICP, developing a monitoring framework to ensure that these patients are offered an ICP and standardising their content would be ways in which wider use and application of ICPs could be achieved.

### ***Embedding continuous quality improvement from the start***

Japan's primary care sector, currently delivered through community clinics, stands out for its dearth of systematic data on activity or outcomes. Developing the information infrastructure underpinning primary care, so that a fuller and more detailed picture of the effectiveness, safety and patient centredness of primary care can be built, is a priority. In particular, indicators linked to the scope of practice defined in guidelines for the new speciality of primary care should be developed, relating to the outcomes and patient's experience of care as far as possible. A richer information system is needed to assure the public of the quality of local services and to support them in choosing between providers, to enable central and local governments get a better picture of the value for money of their public spending, and allow professionals to benchmark their performance and seek continuous quality improvements.

Candidate indicators to measure the quality of primary care in Japan would most likely concentrate around prevention and management of chronic diseases, elderly care, child health and mental health care. Whilst models such as Israel's QICH, England's QOF or Denmark's DAK-E programmes should inform development of candidate indicators, it is particularly important that any indicators align as much as possible with the indicators already used in Japanese secondary care. A suite of indicators for the management of diabetes, spanning both primary and secondary care, would be timely, for example. Considerable thought will need to be given to how data can be made accessible and useful to both professionals and the public.

In addition, a reform requiring individuals to register with a regular primary care physician may be a pre-requisite to developing more effective primary care. In Japan, studies show that many individuals are able to name their "regular" or "family" doctor if asked. In addition, the fee schedule incentivises doctors to provide lifestyle advice and coordinated management for patients with two or more of the following conditions: hypertension,

diabetes, dyslipidaemia or dementia. The patient's consent is required, which effectively nominates the doctor as his or her primary care doctor and creates, in effect, a doctor-patient registration system in this group, and promotes care coordination.

There may be scope to establish doctor-patient registration more systematically and extend it to a wider set of patients. A registration system brings significant benefits beyond the ability to coordinate an individual's care. With registers, the primary care specialist can then build a profile of the health needs of his/her registered population and ensure that resources are better matched to need. It is important to emphasise that the purpose of doctor-patient registration is to facilitate continuity, coordination and a better understanding of population health needs; its purpose is not to limit choice. International experience demonstrates this well. In Norway, for example citizens used to be able to consult one (or several) primary care doctors without restriction. Discussions from the mid-1980s onward, however, increasingly centred on the possibility that lack of a registration system might jeopardise the coordination of care, especially for those with complex needs. The introduction of a registration system was intended to improve the quality of care by strengthening the relationship between and patient and their primary care doctor, bringing new rights and opportunities to both parties. Despite anticipated difficulties in implementing a registration system across the diversity of Norway's geographical and social settings, national implementation was a success. Close to 100% Norwegians are now registered with a primary care doctor, signalling the popularity of the reform. In a recent survey of public attitudes to state funded services, their primary care doctor s were the second most popular institution after public libraries.

It is also worth giving detailed consideration to how the fee schedule can best be used to support a new speciality of primary care, define its objectives and encourage continuous quality improvement. Currently, most of the service elements incentivised through the fee schedule are focussed on inputs (hiring an extra nurse, for example, or having extended opening hours). Thought should be given to reorienting the fee schedule to incentivising outcomes to a greater extent, such as adequate control of blood pressure or glycaemia in diabetics. Although the international evidence on incentivising outcomes (or “pay for performance”) is perhaps equivocal, many would agree that it seems to make sense to pay for outcomes, and the international evidence does not suggest in any way that such schemes should be abandoned. Examples would include a fee to reimbursing a wider range of nurse-led activities may also be a direction in which Japan wishes to move over the longer term. In many OECD countries, nurses with additional specialist training are undertaking an increasingly wide range of primary



care tasks, particularly around chronic disease management, including clinical assessment, ordering investigations, referring for onward care, clinical management and, in some settings, prescribing. The evidence is that this has not led to any lapses in quality and can be associated with higher rates of patient satisfaction.

Finally, dependent upon the introduction of a registration system, some capitation element might be appropriate to deliver population-based health promotion and preventive health care activities. Most health systems in the OECD use a mix of payment mechanisms for primary care. This is because primary care has a wider range of objectives which includes improving the health of population, not only those seeking care but also others in the community and capitation payment is considered to promote proactive provision of primary care. Japan already has an active programme in this area. Since 2008, there have been services for those between 40 and 74 years old to provide health check-ups to monitor their metabolic syndrome. Likewise, *Health Japan 21* sets a target to prevent disease associated with adult life habits. Contracting for population-based activities also lays the foundations for primary care specialists to take on a leadership role in local and national health systems. They would be ideally suited for this through having a clear idea of local health needs, as well as weaknesses in local service delivery (particularly concerning issues at the interface between primary and secondary care). Japan should take the establishment of a primary care speciality in 2017 as opportunity to develop a new cadre of health service leaders.

## **Improving quality of hospital care**

The hospital setting has traditionally been the dominant sector in the Japanese health care system. In 2012, Japan had the highest number of hospital beds among OECD countries with 13.4 beds per 1 000 population compared to 5 per 1 000 population across OECD countries. Japan had also the longest lengths of hospital stay and very low hospital discharge rates, possibly reflecting the availability of rehabilitative and chronic care in hospitals and weak availability of post-acute care settings to provide rehabilitative and long-term care services after discharge. At the same time, some acute care quality indicators, such as 30-day mortality after AMI, suggest room for improvement in this sector. While health spending in Japan is around OECD average, these statistics suggest that the institutional structures and associated incentives might pose efficiency and quality challenges in Japan's hospital sector. There are strong arguments to strengthen the quality information infrastructure around hospitals and to develop new policy orientations to drive improvement in hospital outcome of care. Plan to specialise and more clearly differentiate the function of

hospital beds is an essential step to ensure an appropriate use of hospital resources and improve both the outcomes and efficiency of care.

### ***Hospital outcomes of care***

Japan shows a mixed picture on indicators of quality of care in hospitals. Based on some OECD indicators related to five-year survival estimate for cancer, Japan appears to be performing well. Although data are somewhat outdated due to lack of regular national monitoring in the country, Japan is in the best 4 countries for five-year survival estimate for cervical and breast cancer in the 2000s. With regards to colorectal cancer, Japan has attained five-year survival estimate over 65% for both men and women in the early 2000s, which is above the OECD average of 61.3% for men and 63.3% for women in the late 2000s.

Other acute care indicators however, suggest significant gaps in the quality of hospital outcomes of care. A striking feature of the Japanese hospital sector is the high in-hospital case fatality rates for acute myocardial infarction (AMI). Although Japanese are less likely to die of ischemic heart disease compared to people in other OECD countries, they are more likely to die once admitted into hospital for AMI than patients in other OECD countries. Japan's in-hospital case fatality from AMI is 12.2 per 100 admissions in 2011, compared to an OECD average of 7.9 per 100 admissions in the same year. In contrast, however, Japan's in-hospital case fatality rates within 30 days after admission for ischemic stroke was in 2011 the lowest among all OECD countries, with an age-sex standardised rate of 3 per 100 patients compared to 8.5 per 100 patients across OECD countries. Several factors, such as the admission of patient with particularly complex or exacerbated cardiovascular disease, difficulties in accepting patients transferred by ambulance or inefficiency and lapses in clinical processes might explain the apparently poor performance of Japanese hospitals with regards to in-hospital case fatality for AMI.

### ***Several quality assurance mechanisms are set-up in the hospital sector but a more unified approach is needed to systematically monitor quality of care***

Japan has a number of voluntary quality assurance mechanisms established in its hospital sector. The MHLW or the prefectural government can authorise or certify Advanced Treatment Hospitals, Clinical Training Hospitals or Cancer Care Coordinating Hospitals. The Japan Council for Quality Health Care (JCQHC), which was set up in 1995 as a third party organisation, is further involved in a number of quality activities such as the reporting of medical adverse events or hospitals accreditation. The current

accreditation programme, which is accredited by the International Society for Quality in Healthcare (ISQua), is voluntary and nearly covers a quarter of Japanese hospitals, while some of the remaining hospitals are engaged in other accreditation programmes. From 2004, data on medical adverse events are systematically collected and analysed by the JCQHC's Department of Adverse Event Prevention. The overarching aim is to promote patient safety by sharing information with medical institutions and users. To this end, quarterly and annual reports around medical adverse events are issued, workshops organised and warnings or guidelines published.

Whilst quality assurance mechanisms around accreditation and patient safety are developed, a comprehensive information infrastructure is lacking and clinical guidelines are not consistently implemented. JCQHC has been developing guidelines since 2007 through rigorous and scientific approach, and nearly 160 guidelines are at present available on the JCQHC's website; Medical Information Network Distribution Service. But some studies found low rates of adherence to clinical guidelines by hospital physicians. Minimum quality standards and the use of clinical guidelines might be promoted and enforced at a system level by setting up economic incentives to achieve more efficient clinical processes and deliver safe, patient-centred and appropriate care.

At the same time, Japanese hospitals do not systematically collect data on outcomes of care, reducing the possibilities for monitoring and evaluating hospital care quality. Although Japan does provide quality indicators such as 30 day in-hospital mortality for AMI and stroke as part of the HCQI project at OECD, these indicators are estimated based on surveys while most other OECD countries use hospital administrative data. The whole hospital sector is not covered by the survey, demonstrating the need to strengthen the information infrastructure around hospital care. The hospital information infrastructure at system-level is mostly focussed on input and medical activities including in-patient diagnosis and treatment. The Diagnosis Procedure Combination (DPC) database for example, includes mostly process indicators such as length of hospital stay and only covers 1 505 hospitals. The set of indicators in the DPC system is not comprehensive enough to support quality monitoring and establish a clear picture of the quality of care provided. There are however some sophisticated initiatives conducted by some hospitals to measure and improve quality, but they are not uniform across the country. The Quality Indicator project undertaken by St Luke's International Hospital is particularly impressive and may serve as a model to be rolled-out across the country.

### ***Significant challenges lie ahead for driving further improvement in hospital care***

While Japan had the highest number of acute hospital beds and lengths of hospital stay across OECD countries, many of these beds appear inappropriately used (i.e., used for non-acute medical attention). One of the most important reasons is the significant role that hospitals have traditionally played in providing long-term care to the elderly population. The shortage of long-term care facilities or nursing homes in Japan is one of the most important factors accounting for the provision of long-term care in hospitals. The abundant supply of beds, as well as the structure of hospital payments in Japan has further provided hospitals with incentives to keep patients much longer than seen in other OECD countries.

Another important challenge in Japan's hospital sector is the specialisation and differentiation of medical functions. While specialisation of hospital beds has been undertaken in a number of OECD countries under pressure to drive improvement in quality and reduce costs, this process is still relatively new in Japan. Over recent decades, there were no major differences between small, medium or large hospitals in the type of patients treated. But the functional differentiation of hospital beds is now regarded as a key area for action in the Japanese policy agenda. Health care reform of 2014 introduced a system in which hospitals should report to the prefecture the details of the medical bed function (acute, convalescent and long term care beds) in order to promote the specialisation and differentiation of medical functions. The government plan is a key step to generate improved care outcome, particularly in clinical area requiring improvement such as cardiovascular or cerebrovascular care.

Furthermore, the current payment system for hospital might have introduced perverse incentive for over-provision of hospital services. In 2012, nearly half of all acute hospital beds are funded under the DPC and fee-for-service components, while the other half are reimbursed solely on a fee-for-service basis. The DPC component is a case-mix scheme for inpatient care and offers per-diem rates depending upon diagnosis, procedure and length of hospital stay. Although, the DPC was introduced in 2003 to curb hospital cost and reduce average length of stay, it might not provide enough incentives to increase hospital quality of care and hospital efficiency. This is because as part of the case-mix scheme, a conversion factor is applied to reflect hospital historical charge, an important number of acts and services are paid outside of the DPC and hospitals can further charge by a traditional fee-for-service scheme if the hospitalisation is prolonged beyond a specified period. Taken together, these arrangements might undermine hospital efforts to improve performance, and provide incentives to shift costs to services paid outside of the DPC component.

Evidence demonstrates that outpatient expenditures increased by 4.1% between 2002 and 2003 in hospitals participating to the DPC payment scheme, and readmission rates have also increased from 4.7% to 9.7% between 2002 and 2004. These figures might reflect inappropriate incentives associated with the hospital payment structure.

At the same time, there are large differences in hospital capacity across region, as well as in the number of physicians. Although Japan compares well to other OECD countries in terms of the evenness of doctors' geographical distribution, available evidence suggests persisting problems of workforce supply in hospitals. In 2010 for example, the MHLW estimated that 725 emergency care physicians were lacking across the health system. The shortage of specialists is further pronounced for anaesthetists, obstetricians and paediatricians. The increasing demand for health care and the shortage of specialists is likely to have adversely affected hospital physicians' working conditions.

In a similar vein, patient refusal from emergency hospital is not uncommon in Japan, causing delay in the transportation time for emergency patient. In 2007, it is estimated that 16% of patients with severe disease or injury who were sent to emergency hospitals by ambulance were rejected by at least one hospital. Taken together, physician shortages and inadequate pre-hospital emergency support such as delayed pre-hospital transportation services or lack of coordination between emergency departments constitute a major public health problem in Japan.

### ***How to further improve hospital quality of care***

To encourage efforts to reduce inappropriate use of hospital beds, as well as to help monitoring safety and effectiveness of care, Japan need to further develop the collection and reporting of quality indicators. It would seem desirable to strengthen the information system with a comprehensive number of outcome indicators, as well as to extend it to the whole hospital sector. The introduction of outcome indicators (such as the prevalence of complication from surgeries, percutaneous coronary intervention mortality rate, number of patient undergoing CABG within 24 hours after PCI, incidence of pressure ulcer or patient experiences), would allow hospitals and health authorities to have a more direct measure of hospital performance. Performance feedback might also be provided to hospitals to explore any shortcomings and identify areas that may require improvement. The central or prefectural governments could play a more active role in this direction to ensure that data collection and monitoring are performed in each hospital in a systematic and coherent way.

Greater leadership and improved co-ordination from the MHLW could be necessary to avoid incompatible local projects and to guide prefecture in such a process while acknowledging the importance of developing a system which responds to local situations. This is especially important in light of the functional differentiation and specialisation of hospital beds. As Japan is shifting to a more differentiated health system, a stronger information infrastructure will be needed to evaluate the impact of the reform on outcomes of care. The experience of other OECD countries such as Australia and England could guide Japan in such a process. At the same time, Japan might better exploit the existing data such as the DPC database (or the health insurance claims) to compare variations in hospital case-mix and identify a range of appropriate case-mix by type of hospital, which could further facilitate the process of functional differentiation of hospital beds.

As Japan moves toward establishing a distinct speciality of primary care, it would seem desirable to strengthen requirements for referrals between primary and secondary care at the same time. This is particularly important given current patient preferences to access hospital and emergency care facilities directly. In many cases, their health care needs could have been met more efficiently in the community sector. Although provision exists to charge a co-payment if patients attend a hospital without referral, additional co-payment is not required for follow-up visits even when patients can receive appropriate care in primary care settings. The payment for subsequent visits, however, could be increased for patients who wish to continue seeing hospital doctors after their recommendation to consult in primary or community sectors. At the same time, dissemination of referral guidelines and other educational interventions for both patients and doctors may help to ease the problem of inappropriate use of hospital facilities.

Another key priority for Japan is to shift opportunities for treatment towards care-delivery settings other than hospitals for post-acute care or non-acute care. As the functional differentiation of hospital beds occurs, Japan might want to reduce the number of hospital beds while developing at the same time nursing home beds or alternative facilities for patients upon discharge. This would be essential to shift long-term care out of hospitals, to prevent inappropriate hospitalisation and to provide follow-up care in primary and community settings. Although Japan is making considerable efforts to differentiate the medical functions, international examples, for example from Denmark or Norway may be useful. Denmark has experienced a reduction in acute care beds accompanied by increases in nursing homes while Norway has begun to establish intermediate care facilities. This process will require a further development of care co-ordinators or care managers to effectively transfer patients from acute care

to community setting and to achieve better co-ordination across health and long-term care services.

Most importantly, there is a need to make the payment system more effective in rewarding quality of care and to tackle incentive for over-provision of hospital services. With regards to the DPC component, efforts are needed to remove the conversion factor in order to better encourage hospital to improve their performance. Introducing adjustment rates based on clinical outcomes rather than structural or process indicators is another possible action for consideration. Candidate clinical outcomes might for example be readmission rates, prevalence of complication from surgeries or mortality rate from percutaneous coronary intervention. A last option would be to extend the coverage of hospitals costs paid under the DPC component such as clinical tests and diagnostics that are performed in outpatient departments (particularly when patients are admitted later). At the same time, Japanese Authorities might want to take advantage of the fee schedule to introduce stronger financial incentives to drive improvement in quality of acute care. Some steps are currently being made in this direction with the 2014 fee-schedule. Yet, there is still room to better link payments to hospital outcome of care especially around areas that require improvement such as cardiovascular care. Japan has the opportunity to learn from the experience of other OECD countries such as Korea. Korea has developed a pay-for-performance programme designed to reward improvements in clinical care and patient outcomes which has resulted in significant progress in the quality of care for AMI and caesarean deliveries. In addition, another potential option would be to use the fee schedule to encourage adherence to clinical guidelines.

Last, Japan must take concerted action to address imbalance in the supply of hospital and emergency services related to physician shortage. Japanese Authorities have already undertaken efforts to tackle physician shortages, by removing for example the policy of restricting the number of physicians or by establishing Community Health Care Support Centres. Additional mechanisms are needed, however, to guarantee that numbers of hospital physicians match local needs and to ensure that the current policy shift from inpatient to outpatient services do not put additional burden on physician workload. The redistribution of tasks to nurses or the broader clinical team could be exploited, notably in emergency facilities that face increasing pressures from the demand side. A more co-ordinated and faster response from emergency department is furthermore urgently needed. There are innovative examples that can be found in Japan or in other OECD countries. The new Tokyo Rules for Emergency Medical Care or the See and Treat model set-up in the United-Kingdom might have potential to support a more timely and patient-centred response.

## Improving the quality of mental health care

Mental health care in Japan faces challenges which require urgent action. The high suicide rate, high numbers of psychiatric beds<sup>1</sup>, and long average length of stay have drawn attention to Japan's mental health system for all the wrong reasons. While currently available data and information are not sufficient for evaluating the current situation and a full picture is obscured, these indicators suggest some major weaknesses in mental health care quality. On the one hand, the Japanese mental health care system is slowly changing. Commitment and effort over the past decade is generating positive change in the system: inpatient psychiatric beds are falling along with the reduction of average length of stay in psychiatric hospitals, and community care provision is increasing. The fee schedule is being used to drive many of these changes, as in other areas of the health system. These steps for improvement must be recognised and commended, but many challenges remain. Care in the community for severe mental illness along with the provision for mild-to-moderate mental illness should be enhanced. Transition from a reliance on inpatient care to care in the community should be promoted. For further improvements, Japan should look to build on the important progress that has been made so far, but will need to take further measures to promote high care quality for mental health. Collection of indicators of care quality needs to improve, and become more widespread, both to identify challenges and drive improvements, and as a quality control mechanism in areas such as patient safety. Steps should be taken to measure and evaluate quality of care in inpatient care, as well as to hold all hospitals to high standards of treatment and quality. Equally important will be the further development of a comprehensive community care system for severe mental illness, which will likely mean that some inpatient beds can be reduced in the future. Care for mild-to-moderate mental illness must be scaled up, and in doing so there is a key role to be played by doctors engaging in primary care including the soon-to-be established primary care specialists.

### *The state of mental health care in Japan*

For mild-to-moderate disorders, for instance mild or moderate depression, depressive symptoms or anxiety, care would typically be delivered at mental health clinics in the community. However, in some cases, care is not easily accessible. The stigma around mental illness in Japan likely deters people from seeking help from mental health specialised

---

<sup>1</sup> It is important to note that in Japan a high number of psychiatric care beds are utilised by long stay chronic patients which might not be reported under the psychiatric bed category by other OECD countries



facilities. These facilities can deliver pharmacological treatments, and some talking therapies such as counselling depending on capacity and can refer people to specialised mental health providers. Family doctors and other physicians performing a primary care ‘function’ in Japan can provide care to patients with mild and moderate mental disorders, and can prescribe a fairly standard range of pharmaceuticals for mental health care. However, in reality, unlike in other OECD countries generalists or primary care physicians (except for those specialised in psychiatry) do not play the central role in the provision of care for mild-to-moderate disorders.

Care for severe mental illness - severe depression, schizophrenia, bipolar disorder and other serious and enduring disorders - is currently provided principally in inpatient settings, although the importance of care in the community is growing. Psychiatric inpatient care in Japan is provided principally by private not-for-profit hospitals - which account for 90% of all inpatient beds - but also by public hospitals. Psychiatric inpatient bed numbers, and average length of stay (ALOS), have been falling steadily, although taken as reported ALOS and numbers of psychiatric patients are still high relative to the OECD average. When considering the typically reported ALOS (298 days, compared to an OECD average of 36 days) and psychiatric bed numbers (2.6 beds per 100 000 population, compared to the OECD average of 0.7) it is important to note that in Japan a high number of psychiatric care beds are utilised by long stay chronic patients which might not be reported under the psychiatric bed category by other OECD countries. When excluding such long stay beds the number of beds in Japan and ALOS are closer to the OECD average. Nonetheless, many of these long-stay beds are occupied by patients who have, at root, a psychiatric diagnosis. Patients in these long stay psychiatric beds may well have been institutionalised as part of a historically strong tendency to institutionalise patients with psychiatric disorders, along with patients with learning difficulties and dementia, who would not be admitted to 'psychiatric' long-stay beds, or even inpatient facilities, in many other OECD countries.

The policy direction in Japan is, however, clearly turned towards moving from inpatient care to community care, and this is reflected in incentive structures for care providers - for example, incentives in the fee schedule have been set for hospitals to encourage treatment and discharge of acute patients within 90 days. The community-based infrastructure in Japan, however, remains insufficient with relatively low numbers of professionals working in the community, and low numbers of supportive facilities such as group homes and other housing which can accommodate patients in the community, coupled with a strong emphasis on physical treatments rather than psychosocial treatments. The broad perception that mentally ill patients could be discharged out of hospital and could live independently in the

community is far from widespread, and more positive attitudes of both professionals and community need to be fostered.

***Available indicators suggest significant gaps in mental health care quality, but a full picture is obscured by poor information availability***

The insufficient data infrastructure around mental health care means that it is difficult to establish a clear picture of the quality of care provided. There are few nationally collected indicators of mental health care quality, and Japan is unable to report on any of the indicators collected under the OECD Health Care Quality Indicator (HCQI) collection for mental health (inpatient suicide, suicide after discharge, re-admission for schizophrenia or bipolar, excess mortality for patients with schizophrenia or bipolar). To facilitate quality improvement for mental health care in Japan a better understanding of care quality is an indispensable foundation, and more consistent and widespread monitoring and quality indicator development will help facilitate this. A number of quality indicators are in fact under development by a small but innovative group of hospitals, led by the National Centre of Neurology and Psychiatry (NCNP) and efforts to expand and operationalise collection of these indicators should be encouraged, perhaps incentivised in the fee schedule – across Japan. A starting point would be to collect the indicators included under the OECD HCQI mental health indicator collection. Excess mortality for bipolar and schizophrenia would be a key indicator to collect, and although data linkage, which has not been done extensively partly due to lack of legal framework in the country, is needed, its collection could be introduced in tandem with efforts to improve physical health care for psychiatric patients. Furthermore, as Japan develops its community care sector there is scope for learning from other countries to embed data systems and outcome measurement systems, for example outcomes frameworks, from the start. England and the Netherlands both have sophisticated outcomes frameworks for mental health care that could serve as a model for Japan to follow. Given that many community mental health services are organised and governed at a local level, by municipalities, municipal governments could take the lead in implementing such outcome frameworks.

Indicators that are available – inpatient beds, ALOS, suicide rate – suggest a strong tendency towards hospitalisation, a community care sector which requires further improvement, and high levels of untreated mental disorders. Furthermore, over-medication was reported as an area for concern, and is an area on which the Ministry is taking fee schedule-based action through reducing reimbursements when prescribed drugs exceed the amount specified by the MHLW. Such policy, and indeed quality efforts

more widely, would be very much supported by a broader range of relevant quality activities, for example systematic collection of data on prescribing practice and a survey of adherence to clinical guidelines.

### ***Establishing a patient-centred mental health care system for severe mental disorders***

Because of the historical background of the Japanese mental health system, care provision is too centred upon inpatient facilities, which are at best the hub for a more diverse range of providers, but at worse - and too frequently - the only treatment option for patients with severe mental disorders. A significant shift away from the dominance of inpatient facilities in Japanese mental health, and the concurrent necessary building-up of care in the community, which would facilitate patient choice and contribute to a truly patient-centred care model will be many years coming, as such a change is complex and time consuming to achieve. However, Japan must take concerted action now, and face some of the difficult decisions that are needed to put the patient at the centre of the mental health system. Policy commitment from the MHLW to change the shape of the mental health system is moving forward in large part through changes to the fee schedule, as well as changes to the legal framework around mental health care provision. These levers appear to have had some success. The newly introduced fee schedule incentive around discharge planning, and discharge within 90 days is one step towards reducing reliance on long-term inpatient care. This should be backed up by ensuring that community care provision is sufficient, and of high quality, which will call for a steady promotion of structural development and a significant investment in mental health care.

As previously mentioned, reforms to the mental health system will not happen overnight. There should be, as planned, a stronger functional split of beds between acute inpatient beds and long-term care beds for psychiatric disorders, and incentives through the fee schedule for psychiatric hospitals to increase the outpatient care that they provide. However, there is likely a limit to such proposals. The Japanese government will have the difficult task of reducing demand for inpatient care by improving community services. Japan will have to ensure that the right incentives are in place to make sure that each episode of mental health care is provided in the most appropriate setting and is acceptable to patients. In order to assure high quality and patient-centred mental health care, efforts should also be made to ensure that treatment requirements are robust and quality standards are high in psychiatric hospital. Service user views on system change should also be sought, and service user groups should look to other OECD countries in which users' voices have been a powerful force for change: in the Netherlands a National Platform for Mental Healthcare (*Landelijk Platform*

GGz) was set up to unify 20 mental health consumer and carer organisations which then report back to the government with one voice. Supporting user groups for mental health is particularly important - in Japan as in all countries - given the widespread stigma around mental illness, given the difficulties associated with respecting patient rights when treatment is given involuntarily, and the challenge of significant change in the mental health system, the MHLW could consider establishing a ‘platform’ which draws together smaller user and family groups to make sure that these views are properly represented in policy making. Service user groups can also look to other OECD countries, as the support and insights of international networks of mental health service users could help them make their views better heard and better respected.

***Promoting population-wide mental wellbeing: addressing the unmet need for care***

Alongside the agenda for changing the mental health care system, which focuses on severe mental illness, services for mild-to-moderate disorders such as depression and anxiety requires improvement. Efforts are needed to ensure that appropriate care for mild-to-moderate mental illness is available and accessible to the population. Japan should consider two steps:

- Firstly, assuring that there is a strong mental health component in the establishment of the primary care speciality will be a key step in better care provision. Experience from other OECD countries has shown that when primary care-level provision for mild-to-moderate disorders is very effective when also backed up by good training (both during medical training and as part of Continuing Medical Education), by support from specialist mental health care practitioners and support networks, and by good referral options should a patient need to access a more specialised level of care (for example a psychologist, or specialist community mental health service or centre). Competency in treating and diagnosing mild and moderate disorders should be integrated into training for Japan's primary care speciality from the start.
- Secondly, though, greater development of appropriate, evidence-based specialist services for mild-to-moderate disorders would be appropriate. It is recommended that Japan considers the expansion of evidence-based treatments for mild-to-moderate disorders, in particular increasing availability of psychological therapies. Japan has the opportunity to both learn from the experiences of other OECD countries in approaching the expansion of psychological therapies, and in some instances can exploit existing resources to

make greater treatment options available to the population rapidly and at a low cost. The stand-alone psychological therapies programme ‘IAPT’ in England, which involved a wide-scale roll out of a tailored evidence-based form of Cognitive Behavioural Therapy delivered by specially trained ‘IAPT therapists’, is one particularly interesting example for Japan to consider.

When considering how to better mild-to-moderate disorders, Japan should be attentive to the needs of particular population groups. Specifically, young and elderly populations are often particularly vulnerable to mental distress, and can be excluded from mental health systems - which are usually targeted towards working-age adults - and their particular needs should be considered in policy planning and service design.

### **Recommendations for improving health care quality in Japan**

Japan has a sophisticated health system with lessons for all other OECD countries; cost-containment and good access are particular successes. Quality governance has historically received less attention, however, and has been characterised by a somewhat laissez-faire approach. A more consolidated approach to quality monitoring and improvement is now needed, if the Japanese health system is to continue to deliver excellence and value-for-money in the face of ever more complex health care needs. In particular, Japan must:

#### **1. Strengthen health care quality governance and delivery generally:**

- Develop a national quality framework with a focus of effectiveness, safety and patient-centredness to strengthen quality governance architecture and explore the use of national databases on health insurance claims and medical check-up more extensively and systematically for national and regional health system assessment and quality monitoring.
- Explore the use of unique identifiers for data linkage to allow secondary use of individual-level health data while protecting privacy in order to advance the data use for quality monitoring and improvement.
- Expand the scheme of monitoring and reporting of medical adverse events to all hospitals and clinics to improve patient safety and to reduce recurrence. Current systems are not extensively covering all providers and the third party agency assessment is needed to investigate adverse events and develop prevention guidelines.
- Make reporting of health system performance available in a user-friendly manner to increase the provider accountability and to promote patients’ choice and their health system literacy.

## Recommendations for improving health care quality in Japan (*cont.*)

### 2. Establish a distinct speciality of primary care:

- Ensure that the new primary care specialists are unambiguously distinct from current community generalists, based upon extended knowledge, skills, roles and responsibilities, and underpinned by clear licensing criteria. A twin-track approach, with some community physicians credentialing as primary care specialists early on, and others remaining as community generalists, may be necessary initially.
- Support the creation of academic departments of primary care in Japanese medical schools to undertake research in primary care, support development of clinical guidelines specific to primary care, as well as teach the speciality.
- Develop post-graduate training in specialist primary care, ranging from short courses and certificates in primary care topics at one end to diplomas or Masters degrees in primary care at the other.
- Prioritise provision of continuous, holistic care for those with multiple, complex health care needs, including mental health care needs, as a key function for the new speciality. Wider use of individualised care plans (currently available only to those under long-term care insurance) or extending the scope of practice of long-term care managers could underpin this.
- Develop the information infrastructure underlying primary care, so that a richer picture of the effectiveness, safety and patient centredness of primary care can be built. Candidate indicators would be around prevention and management of chronic diseases, elderly care, child health and mental health care, as well as patient experience.
- Consider introduction of a system to allow patients to formally register with a named primary care specialist. This would support continuous, co-ordinated care as well as allow calculation of quality indicators for specific patient groups (e.g. rate of adequate glycaemic control amongst diabetics).
- Look for ways to develop the fee schedule so that it rewards quality and outcomes in primary care as far as possible. Adequate glycaemic control in diabetics, mentioned above, is one example of where a financial incentive could be applied. Several other examples around chronic disease management could be developed, based on experience in other OECD countries.
- Modelled on successes in other OECD countries, consider a wider range of nurse led primary care, and this could focus on chronic disease management, including clinical assessment, ordering investigations, referring for onward care and, in some cases, prescribing.
- Dependent upon the introduction of a registration system, consider introduction of a capitation element to pay for primary care. This would support delivery of population-based health promotion and preventive health care and lay the foundations for primary care specialists to take on leadership roles in local (and national) health systems.

## Recommendations for improving health care quality in Japan (*cont.*)

### 3. Promote quality monitoring and quality improvement activities in the hospital sector:

- Develop a stronger information infrastructure with a more comprehensive number of outcome indicators and extend it to the whole hospital sector to establish a clear picture of the quality of care provided in hospital. Candidate outcome indicators would be the prevalence of complication from surgeries, percutaneous coronary intervention mortality rate, number of patient undergoing CABG within 24 hours after PCI, incidence of pressure ulcer or user satisfaction.
- Analyse the existing data such as the DPC database (or the health insurance claims) to compare variations in hospital case-mix and identify a range of appropriate case-mix by type of hospital. To facilitate the functional differentiation and specialisation of hospitals beds, factors contributing to inadequate case-mix could be also examined.
- Strengthen referrals and requirement for referrals between primary and secondary care as Japan makes progress in developing its primary care sector.
- As the functional differentiation and specialisation of hospitals beds occurs, reduce the number of hospital beds and develop nursing home or alternative facilities for patient in post-acute phase; further develop care co-ordinators or care managers to effectively transfer patients from acute care to community setting.
- Make the DPC component more effective in rewarding the best-performing hospitals: remove the conversion factor, extend the coverage of hospital costs paid under the DPC component (such as clinical tests and diagnostics performed in outpatient departments for patients admitted later), introduce adjustment rate based on clinical outcome (such as readmission rates) with risk adjustment, rather than structural or process indicators.
- Incentivise the promotion of acute care outcomes using the fee schedule, for example by introducing financial incentives for improving cardiovascular care. Special attention should go to acute myocardial infarction.
- Address imbalance in the supply of hospital and emergency services by exploiting task shifting between health professionals. Experiment new model of emergency care such as the Tokyo Rules for Emergency Medical Care that might have potential to support a more timely and patient-centred response.
- Strengthen quality governance for the hospital system to encourage the adherence to agreed standard of care and clinical guidelines. Consider the reform of fee schedule so that it rewards the compliance to clinical guidelines in hospital to ensure the effectiveness and safety of acute care.

## Recommendations for improving health care quality in Japan (*cont.*)

### 4. Work to secure high-quality mental health care:

- Work to make key indicators available to better understand quality of care through broadening small-scale quality indicator collection initiatives, and by providing incentives for quality improvement in the fee schedule, and develop data systems and ways to measure treatment outcomes in community mental health services;
- Prioritise and promote nationwide collection of indicators that can be mapped to action taken to improve care quality: excess mortality for patients with schizophrenia or bipolar; prescribing practices; use of seclusion and restraint; and unplanned readmissions;
- Use the fee schedule to reduce incentives for hospital admissions and long hospital stays, and invest in building up the community care system to reduce demand for psychiatric hospital care;
- Continue efforts to change the function of hospitals, especially when pushing hospitals to provide outpatient services, but recognise that to establish a high-quality mental health system inpatient beds need to be reduced in the future; incentives to provide more community mental health care should be strengthened.
- Put the patient at the centre of the mental health system: promote patient-centred care by making a range of services available in inpatient settings and in the community, where they should be easily accessible and close to population centres; establish a platform to make service user views heard and reflected in policy;
- Include a strong mental health component in the work of the new primary care specialist physicians from the beginning, including mental health skills in education, training, guidelines and core service requirements;
- Make evidence-based specialist services for mild-to-moderate disorders available more widely, for example internet-based therapies, and talking therapies delivered by psychologists. Further work is needed to reduce inappropriate use of pharmaceuticals (polypharmacy).





## 序文

これは OECD「医療の質のレビュー」の報告書の政策評価と提言をまとめたもので、認知症サミット日本後継イベントの一環としての公表イベントのために準備された。全体版は 2015 年上期に発刊される予定である。

この報告書は OECD 諸国の国別の医療の質の審査と評価をした新しい発刊物シリーズのひとつとなる。医療費は上昇の一途をたどっていることから、政策担当者は膨大な医療費について、コストに見合った価値をいかに提供するかという課題に直面している。同時に、患者が質の低い医療を受けることがあるという心配により、より高い透明性と説明責任が求められている。しかし、どの政策が安全かつ効率的で患者重視の質の高い医療を提供するのに最善に機能するか、またどの医療の質の改善戦略が最善のケアを最小のコストで提供できるかということについては、いまだ多くの不確実性がある。OECD「医療の質のレビュー」は、人々がより健康に生活することを支えるよう、多大な医療資源を効率的に活用するために、医療の質向上のためのより良い政策の開発を紹介・支援することを目指している。

この報告書は日本の医療の質を審査しており、最良の政策を紹介し、医療の質向上のために特にプライマリーケア、病院医療、精神医療の分野においての一連の評価と提言を提供することを目指している。日本の医療は大変な課題に直面している。高齢化が急速に進んでおり、人々が健康で経済的また社会的に活動できるよう維持するには、ひとつ以上の慢性疾患を持つ人々に積極的で、連携をし、個別のケアを提供する医療制度が必要になる。プライマリーケアの強化はこれらの課題を対処することの中核をなす。特に、日本は最も適切なサービスを必要に応じて連携して提供することで、人々のニーズに応じられることを確保するために、より明確に異なる医療機能（特にプライマリーケア、急性治療と長期療養）の分化をし、より構造的な医療制度に移行する必要がある。同時に、日本はプラ

イマリーケアと病院医療のプロセスとアウトカムを明確にする情報インフラストラクチャの強化と高いケアの質をよりよく報いるような病院支払い制度の方法の検討が必要である。また、日本は軽・中度の精神疾患者が利用できるケアの改良をしながら、重度の精神疾患者に高い質の地域ケアを提供し続けなければならない。

## 謝辞

本レビューの著者は Caroline Berchet、Ian Forde、藤澤理恵、Emily Hewlett である。意見と提案を出した OECD 雇用労働社会問題局の Niek Klazinga、Francesca Colombo、村上友紀、Mark Pearson、Stefano Scarpetta に感謝する。また、編集については Marlène Mohier、Nathalie Bienvenu、Lucy Hulett、事務管理については Anna Irvin-Sigal、Judy Zinnemann に感謝する。

本報告書の完成は、日本の関係機関の惜しめないサポートをなくしては実現できなかった。本報告書の作成に当たって、2014 年 3 月に OECD レビューチームの訪日ミッションでお会いした医療関連機関、医療関係専門家、患者グループ及びその他の専門家から提供していただいた様々な専門的知識と資料から多くを得た。厚生労働省、長野県、日本医師会、国立精神・神経医療研究センター、日本精神科病院協会、日本医療機能評価機構、健康保険組合連合会、佐久総合病院、聖路加国際病院、都立松沢病院、日本介護支援専門員協会、全国老人保健施設協会、全国訪問看護事業協会、長野県後期高齢者医療広域連合、NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML、地域精神保健福祉機構、学習院大学遠藤久夫教授、産業医科大学松田晋哉教授に感謝を申し上げる。

レビューチームは、特に OECD 日本政府代表部の伊藤洋平氏のレビューに係る支援、厚生労働省の堀江裕氏、角朋之氏及びその同僚の OECD 職員訪日とレビューに係る支援に感謝を申し上げる。本報告書は、日本の関係機関や専門家から、初期の草案段階から非常に貴重な意見をいただいた。また、国立保健医療科学院には、報告書を国内に広く普及するための翻訳について、指導的役割を果たしていただいた。



## 評価と提言

日本における最大の政策課題の1つは、経済的に活発な高齢化社会の構築である。優れた医療が、これを達成するための中心となる。これまでのところ、日本の医療は良好なパフォーマンスを上げている。平均寿命は周知のとおり長く、OECDの平均が80.2歳であるのに対し、83.2歳である。一方、1人当たりの年間医療費は3,649 USD PPPであり、平均の3,484 USDと比較してわずかに高い。日本の医療制度の顕著な特徴は、開放性と柔軟性である。一般的に、診療所及び病院は、適切と考えるサービスを何でも提供でき、医師は、いずれの専門でも自身で標榜でき、患者はいずれの医師も紹介なしで受診できる。こうした取り決めには、利便性と反応性という利点がある。しかし、このような緩やかな管理と高い柔軟性は、超高齢化社会の医療ニーズに最も適うものではない可能性がある。代わりに、複雑で慢性の疾患を1つ以上抱える高齢者には、健康を維持し、社会への参加能力を最大限に発揮するために、継続的で、予防的で、個々に合わせたサービスが必要である。日本は、必要であれば協調して、最適なサービスで人々のニーズを満たせるように、より構造化された医療制度に転換し、明確に異なる医療機能（例えばプライマリケア、急性治療、長期療養）を相互の連携を確保した上で機能区分する必要がある。この区別とともに、ケアの質を監視及び改善するためのインフラストラクチャが、管理のすべてのレベル（組織、地域、国）において、同時に深まり、組み込まれなければならない。

日本は、比較的低コストで良好な健康を実現している国である。平均寿命の長さとともに、医療の質を示す指標の一部は、OECDの中で最高である。例えば、乳がん、子宮頸がん又は結腸直腸がんが診断された後の5年相対生存率の推定値はいずれも高く、虚血性脳卒中後の30日致死率は、OECDで最も低く、3%である。低コストは、1年おきに改定される診療報酬に基づいた、全国的に拘束力のある価格設定によって実現されている。診療報酬による価格設定は、厳格

な財政コントロールのメカニズムとしてのみならず、国内の医療制度を広範に渡って指揮・監督するとともに、改革を行うための主な方策として機能する。その他、特定の要件や医療行為にインセンティブを与えていること（患者が退院する前のサービス提供者間の調整とコミュニケーションなど）は、制度レベルにおける質の改善の推進が、診療報酬に大きく依存していることを意味する。質を改善するためのその他の活動の大部分は、組織レベルで行われている。例えば、病院は、独自の質の指標をさまざまな詳しさのレベル、範囲及び洗練度で作成している。日本の47都道府県など、さらに上のレベルの組織は、主にアクセスと効率性を確実にすることに関与し、医療の質に関しては限定的な役割を果たす。

近年で最も大きな医療改革では、資金調達に重点を置いてきた。日本では、診療報酬制度の積極的な活用によるコスト抑制策の成功が目立つ。診療報酬は、厚生労働省が提案し、その後、医療提供者、保険者、患者の代表及びその他の利害関係者で構成される中央社会保険医療協議会で協議される。診療報酬の正式な改定は、1年おきに行われ、すべての提供者に適用され、これにより診療所及び病院の95%以上の収入が決定される。この後者の事実は、診療報酬が、望む目標に向けて制度全体の舵取りをするための主な政策手段としての役割も果たすことを意味する。例えば、2014年4月の改定では、地域社会の医療・介護サービスをさらに充実させ、さまざまな状況におけるケアの継続性と協調を促進し、業務の透明性と説明責任を改善することによって、ケアの中心を病院から地域社会に移すことにインセンティブを与えている。また、診療報酬は、最低限の資源投入により、質の向上や、場合によってはアウトカムに関連する指標（リハビリテーション病棟において自宅に退院した患者の割合など）にインセンティブを与える重大な役割を果たす。

医療の質の監視及び改善に関する日本の主な課題には、2つの側面がある。第一に、質に関するイニシアチブが制度レベルでほとんど組み込まれていないこと、第二に、制度レベルから1歩離れると、質に関連する活動の拡大がみられるものの、これらが無計画に適用されていることである。制度レベルでは、質の構造が、医療サービスに対する最少のスタッフ数、最低限の資格及び最低限の基準のみにほぼ焦点を当てている。専門能力の開発及び再認定に関する要件や、有害事象を照合し、有害事象から学ぶ制度など、他の医療制度に不可欠な他の要件については、取組が進められているが、それほど確立されていない。日本では、異なる最低基準及び認定基準で多くの認定機関が活動しているほか、非常に多くの医学会が独自の臨

床ガイドラインを作成しており、重複、不一致又は相違のリスクを抱えている。日本の支払い制度は、洗練されている一方、特に洗練された方法や一貫した方法で質を評価するものではない。例えば、病院部門における質のベンチマーキングプロジェクトは任意であることが多く、ベンチマーキングの結果に対する国民の意識は高まっているが、未だに低い。同様に、制度レベルの情報インフラストラクチャは、活動の定量化に焦点を当てている。患者の記録及び質の指標で構成される、質及びアウトカムを重視したシステムティックなデータインフラストラクチャが必要である。

その他の課題には、以下が含まれる。

- 医療制度が、治癒的治療を強く指向している。制度をプライマリーケアに向けて転換したいという方針はあるが、この部門の拡大を支えるための質の基盤が整っていない。
- 電子カルテの利用が驚くほど限定されており、医療データの収集、関連付け及び解析が比較的遅れている。個人データのセキュリティとこうしたデータの利用との間のトレードオフを解消し、より効果的でニーズに答えた医療を推進することについては、日本は他の OECD 加盟国と比べてかなり遅れている。
- 病院部門の改革が進行中であり、急性と非急性の病床が区別される（また、各入院に対して適切なレベルの治療を行えるようにする）が、これらの改革の効果をシステムティックに評価するためのデータインフラストラクチャと質重視の構造が整備されていない。
- 質に対する主要な制度レベルのアプローチが、最少のスタッフ配置レベルに焦点を当てているにもかかわらず、スタッフの質へのアプローチが限定されている。例えばプライマリーケアは、半分一般医で半分専門医の医師達が提供している。また、病院に何十もある診療科ではそれぞれの学会が独自に設定した訓練要件に基づき専門性の認定を受けた医師が診察している。さらに、一部の専門及び地域では、依然として医師が若干不足している。
- 日本は質の高いケアに対する一部のイニシアチブを先駆的にを行っているが、可能な限り患者が中心になっているとはいえない。例えば、介護保険の受給者のためのケアマネージャー



は、受給者が入院した場合には、制度横断的な調整機能を必ずしも有していない。さらに、医療の質の測定は、基本的に一般の使用のために設計されていない。

- 日本の自殺率の高さ、精神科病床数の多さ及び精神科施設への平均入院日数の長さから、精神医療の質及びアウトカムに関して、大きな改善の可能性が示唆される。特に、地域社会における重度精神疾患の治療及び軽度から中等度の精神疾患の治療は強化されるべきである。

日本が医療の質の一貫した改善を確保することに自信をもつためには、次の優先事項は、財政管理を優先する制度から、質も同等に優先する制度への移行でなければならない。日本の医療制度における政策の包括的優先事項は、何年もの間、緊密な財政管理である。これは、コストを抑制するためにはうまく機能しており、緩和すべきではないが（実際、多くの国にとって日本の例から学ぶべきことは多い）、今度は質の管理にも同等の注意を払うことが重要である。これには、質の監視及び改善に対して、さらに統一されたアプローチが必要である。特に、質の改善を推進するために現在制度レベルで存在している主な方策（出来高払い制の診療報酬）には、他の手段を伴う必要がある。さまざまなレベルの医療制度にわたる質の監視及び改善に対する、現在の緩やかで個々のアプローチは、既存のデータソースを活用し、質の枠組みに基づいて体系化する必要がある。

さらに、日本の急速に高齢化する人口を考慮すると、予防的及び包括的な高齢者ケアに向けた明確な方向性が必要である。さらに費用対効果が高い予防医療に向けた日本の方向転換には、生涯を通じて一貫した予防的ケアを提供する、首尾一貫したプライマリーケア部門が必要不可欠である。不適切な使用を減らす目的で、病院部門が集中的及び非集中的な病床に区分されることにともない、改革の影響を評価するため、質の監視及び改善のための十分洗練された基盤を構築する必要がある。最後に、地域社会における精神保健医療福祉を十分に発展させて、入院サービスへの依存を減らすべきである。専門家及び地域社会双方による精神保健医療福祉サービスにおいて、不適切な薬剤使用（行き過ぎた多剤投与）を削減し、診療報酬を通じて代替的治療法が適切に評価されるようにするために、一層の努力が必要である。

## プライマリーケアの強化

「プライマリーレベル」の医療（すなわち、ただちに生命の危険がない新たな健康上の訴えを管理でき、長期的な病態を管理でき、病院ベースの医療への紹介が必要な場合に患者の判断をサポートできるサービス）を提供するための日本のアプローチは、多くの意味で独特である。プライマリーケアは、一般的に、地域社会の約100,000の診療所（病床を有する診療所を含む）のネットワークを通じて提供されている。しかし、上に記載した機能において、専門的な研修を受けた専属スタッフを抱えるよりも、日本のプライマリーケアは通常、半分一般医で半分専門医のグループ、すなわち、不特定期間の病院勤務を終えた医師が（その後義務的な研修はなく）地域社会で一般医として提供している。同様に、プライマリーケア用の建物を別個に持つのではなく、病院の一部門としてプライマリーケアを提供することがあり、病床を有する診療所や病院のプライマリーケア部門に来院した患者で、入院が必要な者はそのまま入院が可能である。また、患者は、新たな訴えや複雑ではない慢性疾患の管理のためにプライマリーケアレベルからの受診を求められたり強く推奨されたりすることなく、いかなる健康上のニーズに対しても、病院の専門医に直接アクセスする権利がある。

日本のプライマリーケアの構成は、多くの意味でこれまで有効であった。特にアクセスが良く、地域社会の一部の診療所は、多くのOECD加盟国の制度が羨む種々の診断設備や治療設備を有している。しかし、現在の在り方が最適な質と金額に見合った価値を提供しているかどうか、問題を提起する要因がいくつかある。

- 社会人口的な変化は、人口がますます高齢化することを意味しており、多くの人が複数の複雑な医療ニーズを抱え、一部は健康面の弱さや社会的孤立に悩む。
- 財政的圧力が、入院治療から地域社会でのケアへ、医療の方向転換を促している。
- 特に高齢者の受診率が高く、一部の病院のデータでは、計画外の再入院率が増加していることが示されている。いずれも、地域社会のサービスが、適切なケアの提供に四苦八苦している可能性があることを示唆している。

まとめると、これらの要因から、長期的に一貫したケア拠点を提供でき、複数の医療ニーズを有する患者に対するケアを個々に合わ

せて調整でき、患者の自己教育及び自己管理を支援できるような、地域社会のケア制度を備える必要性が示唆される。これらの課題に対し、日本専門医機構はプライマリーケア医をはっきりと専門医と認める新しい専門医制度を2017年から開始する予定である。

## 日本のプライマリーケア及び地域ケアに関する現在のアウトカム

OECD の医療の質指標プロジェクトに提出されたデータによって、日本における慢性疾患による入院率（プライマリーケアの質の間接的な測定基準）が、大部分の OECD 加盟国よりも低いことが示されている。日本では、100,000 人当たり 23 件の入院があり、慢性閉塞性肺疾患による年齢・性別調整入院率は、OECD で最も低い（ただし、この率は、背景疾患の有病率や喫煙率では調整されていない）。喘息による入院率も、OECD の平均より低い。ここ数年、双方の病態による入院率が大幅に低下していることから、プライマリーケアの質が実際に改善していることが示唆される。

しかし、別の臨床領域では、プライマリーケアの質はそれ程安心できないように思われる。一部の病院のデータから、計画外の再入院の上昇傾向が示され、地域社会でのケアが、病院から退院する患者の複雑性や数にうまく対処できていない可能性が示唆される。さらに、最近の国民健康・栄養調査では、診断及び治療を受けていない多数の高血圧、高コレステロール血症及び糖尿病が確認されている。

一般的に、プライマリーケアで実施されている活動及びアウトカムに関して、日本で得られる情報は、他の国と比較してはるかに少ない。地域の診療所で実施された治療パターンを特定するために、出来高払いの請求に関するナショナルデータベースを活用する可能性はあるが、このような方法では使用されていない。いずれにせよ、ケアの質を監視するためのツールとしては、出来高払いに関するデータベースには限界があると考えられる。データベースの主な目的は、質の監視ではなく会計であり、その中にある固有の患者識別子を使用することは、依然として困難である。

## 日本のプライマリーケア及び地域ケアにおける質のイニシアチブ

診療報酬制度は、日本の医療制度において医療の質を監視し改善するための主な方策である。診療報酬に盛り込まれている内容で、

地域社会でのケア又はプライマリーケアの質の改善を意図したものとしては、患者退院時の地域社会での協調したケア計画の作成を評価した点数、自己管理に関する患者への情報提供を評価した点数、がん治療計画の作成を評価した点数、在宅医療サービスの提供を評価した点数などがある。さらに、最近の改革では、高血圧、糖尿病、脂質代謝異常、認知症のうち 2 つ以上の病態を有する患者に対して、医師が生活指導や総合的な管理を行った場合の費用も導入されている。

しかし、診療報酬は、大部分が資源の投入と診療行為を要件としており、地域の診療所を対象とした十分な情報インフラストラクチャがない状況下では、医療のアウトカムに基づいたインセンティブは考慮されにくい。さらに、インセンティブを与えられた活動にばらつきがある。例えば、先に述べたケアのコーディネートの管理に係る評価は、脳卒中及び大腿骨上部骨折患者に対してのみ行われており、心臓発作やその他の骨折・転倒で入院した患者など、同等に利益を得ると思われるその他の患者は利用できない。しかし、最も重要なことは、分母の患者数が特定できるような、医師と患者又は診療所と患者の系統的な登録システムがないため、利益を得るべき患者のうち、実際にインセンティブ制度で利益を得た患者の割合がわからないことである。

日本では、診療所の認可は義務である。しかし、地域の診療所を設立する際の制限はほとんどなく、認可のために満たすべき要件は比較的基本的なものであり、主にスタッフ配置レベルのような資本投入に焦点を当てている。他の OECD 加盟国における認可は、もっと要求の厳しい一連の要件に基づいている。プライマリーケア活動全体（健康増進や疾患予防を含む）に関する基準は、医療制度の他の部分や地域社会全体との統合などのより幅広い目的とともに、他の認可システムに含まれていることが多い。現在、プライマリーケアの中で、国、都道府県又は診療所ベースの有害事象報告制度はない。2015 年 10 月に開始される新たな制度では、予期せぬ死亡を報告することが求められるが、さらに幅広く有害事象を報告することは求められていない。

### **日本におけるプライマリーケア及び地域ケアから得られる質の向上の確保**

現在、日本専門医機構は 2017 年開始の新しい専門医制度を開発している。また、機構はすでに新しく専門医となるプライマリーケ

ア医に期待される役割及び訓練要件の定義を開始している。新しいプライマリーケア専門医の名称は「総合診療専門医」となる。この作業を継続して、地域社会の医師、病院の医師、幅広い医療従事者、患者団体に共有されたプライマリーケアに関する国のビジョンによって裏打ちされた、確実に、よく認識され、評価を得た状態で、この専門分野を開始するようすべきである。地域社会の一般医として勤務している現在の医師群と、日本が創出したいと考えている将来のプライマリーケア専門医を区別するためには、地域社会の一般医に対してプライマリーケア専門医になるための研修の機会を提供する一方、明確な許可・認定基準が必要である。このような区別は、患者及びその他の医療従事者に対して明確であるとともに、プライマリーケア専門医が、幅広い又は異なる知識、スキル、役割及び責任の面で、現在の従事者とのように異なるのかについての明確なビジョンに基づくべきである。

各医学部にプライマリーケアの学科を創設することも、この専門分野を根付かせるために役立つ。日本の医学部の一部は、社会医学又は公衆衛生の講座を既に開設しており、専門的プライマリーケアの学科はこれらを補完すると考えられる。これらの新学科は、プライマリーケアの研究に取り組んだり、プライマリーケアに特化した臨床ガイドラインの作成を支援したり、学部及び大学院双方のレベルで専門分野を指導したりすることができる。

プライマリーケアの専門分野の主な機能が、メンタルヘルスケアのニーズを含む複数の複雑な医療ニーズを有する患者に対する包括的なケアの提供であることが重要である。診療報酬において、複数の慢性疾患を有する患者の治療、処方薬と医学管理の継続性及び医学的助言を含むオンコールサービスを提供する継続的治療の確立に、既に追加資源が向けられているという点で、日本は他の OECD 加盟国のプライマリーケア制度と比較して著しく有利な状態から開始しつつある。選択肢の1つは、個別化された治療計画を、1つ以上の長期的病態を有する患者に拡大することを検討することである。治療計画は現在、介護サービスを受けている者にしか提供されていない。治療計画を有すべき患者に関する指針を発行し、これらの患者が治療計画を提供されていることを確認するための監視の枠組みを構築し、これらの内容を標準化することが、治療計画の幅広い使用及び応用を実現する方法であると考えられる。

## 最初から継続的な質の改善を組み込む

日本のプライマリーケア部門は、現在地域の診療所を通じて提供されており、活動又はアウトカムに関する系統的データの不足が目立っている。プライマリーケアの有効性、安全性及び患者中心性に関してより完全で詳細な姿が把握できるように、プライマリーケアを支える情報インフラストラクチャの開発が優先事項である。特に、新たなプライマリーケア専門分野のガイドラインで定義される業務の範囲に結びついた指標を開発すべきであり、これをアウトカム及び患者の治療経験と可能な限り関連させる。国民に地域ケアの質を保証し、国民が提供者の中から選択できるよう支援し、中央及び地方政府が公共支出の金額に見合う価値をより明確に把握できるようにし、医療従事者が業績を評価し継続的な質の改善に向けて努力できるようにするためには、さらに充実した情報システムが必要である。

日本でプライマリーケアの質を測定するための指標の候補は、慢性疾患の予防及び管理、高齢者のケア、小児医療やメンタルヘルスケアの辺りに集中する可能性が高い。イスラエルの QICH、イングランドの QOF 又はデンマークの DAK-E プログラムなどのモデルを指標候補の開発に際して参考にすべきであるが、いずれの指標も、日本のセカンダリーケアで既に使用されている指標とできる限り連携させることが特に重要である。例えば、プライマリーケアにもセカンダリーケアにも及ぶ糖尿病管理のための指標群は、時宜を得ている。データを医療従事者にも国民にも利用しやすく役立てられる方法について、しっかりと検討を行う必要がある。

さらに、個人にかかりつけのプライマリーケア医を登録するよう求める改革が、より効果的なプライマリーケアの発展には必要条件であると考えられる。日本では、多くの人々が、尋ねられれば「かかりつけ医」又は「家庭医」の名前を挙げることができる。その上、診療報酬制度のインセンティブにより、医師が高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症等のうち 2 つ以上の病態を有する患者の生活相談と調整管理を提供するよう動機付けている。家庭医の指名には患者の同意が必要であることが、事実上の医者と患者の登録制度となり、治療の連携を促進している。

登録制度をよりシステムティックに確立し、それを患者に広める余地はある。登録制度には個人の治療の連携にとどまらない利点がある。プライマリーケア専門医は登録を行うことで、自分に登録し

ている患者全体の医療ニーズを把握しリソースを効果的に配することができる。登録制度は選択肢を狭めるのが目的ではなく、治療の継続性、連携及び登録された患者全体のニーズの把握が目的であることを強調することが重要である。他国の例がそのことをよく示している。ノルウェーではかつては規制なしで1名ないし数名のプライマリーケア医にかかることができたが、80年代半ばから、登録制度の欠如は特に複数の症状がある患者の治療の連携を脅かすという議論が盛んになった。登録制度の導入は医者と患者の関係を強化することで治療の質を高めることを意図しており、双方に新しい権利と機会をもたらす。ノルウェーの地理的、社会的多様性から一律の登録制度導入には困難が予想されたが、ノルウェーでの導入は成功し、国民のほぼ100%が登録している。これはこの制度の評価の高さを示している。最近行われた世論調査では、国が運営するサービスのうち、図書館に次いでプライマリーケア医制度が最も高い評価を得ている。

新たな専門分野としてプライマリーケアの果たすべき役割を明確にし、継続的な質の向上を図るために、診療報酬制度がどのように活用できるのか詳細な検討を行うことも価値がある。現在、診療報酬を通じてインセンティブを与えられているサービスの大部分は、資源投入（例えば、看護師の追加雇用や診療時間の延長）に焦点を当てている。糖尿病における血糖管理や血圧管理などのアウトカムによりインセンティブを与えられるよう、診療報酬の再構築を考慮すべきである。国際的なエビデンスは曖昧かもしれないが、一般的には、アウトカムに対して評価を与えること（又は「成功報酬」）は理にかなっていると考えられており、国際的なエビデンスもこのような制度を撤廃すべきであるとは決して示唆していない。例として、看護師主導の広範な活動に対する支払いも、日本が長期的に移行したい方向であるかもしれない。多くのOECD加盟国では、特に臨床評価、検査のオーダー、次の治療への指示、臨床管理、及び場合によっては処方などを含む、慢性疾患の管理に関して、追加の専門研修を積んだ看護師が、より幅広いプライマリーケア業務を行っている。エビデンスによると、これによって質の欠如は生じておらず、患者満足度の上昇に関連している可能性がある。

最後に、国民ベースの健康増進及び予防医療活動を提供するために、登録システムの導入の進み方次第で何らかの頭割りの要素が適切である可能性がある。OECD諸国のほとんどのヘルスケアシステムは、プライマリーケアに対して混合的な支払メカニズムを使っている。これは、プライマリーケアが治療を求める人々だけでなく地域

の人々の健康を改善することを含む幅広い目的を持っており、頭割り払いがプライマリーケアの積極的な提供を促進すると考えられているからである。日本はこの領域において、既に積極的なプログラムを有している。2008年以降、40歳～74歳の国民に対して、メタボリックシンドロームを監視するための健康診査を提供するサービスがある。同様に、「健康日本 21」では、成人の生活習慣に関連する疾患を予防するための目標を設定している。また、国民ベースの活動を担うことで、プライマリーケア専門医が地域及び国の医療制度において主導的役割を担うための基礎が築かれる。プライマリーケア専門医は、地域の医療ニーズや地域サービスの弱点（特にプライマリーケアとセカンダリーケアの接点における課題）について明確な考えを持つことになるので、この役割を担うのに最適だと考えられる。日本は、2017年のプライマリーケア専門分野の確立を、医療サービスの新たなリーダー群を育てる機会として捉えるべきである。

## 病院医療の質を改善

病院は、日本の医療制度において伝統的に中心部門である。2012年、日本の病床数は OECD 加盟国で最も多く、OECD 加盟国全体では 1,000 人当たり 5 床であるのに対し、日本では 1,000 人当たり 13.4 床であった。また、日本では入院期間が最も長く、退院率が非常に低い。これは、病院でリハビリテーション及び慢性治療を利用しやすいことと、退院後に急性期後のリハビリテーション及び介護サービスが利用しにくいことを反映している可能性がある。同時に、急性心筋梗塞（AMI）後の 30 日死亡率など、急性医療の質の指標の一部から、この部門における改善の余地が示唆される。日本の医療費は OECD の平均程度であるが、これらの統計から、組織構造及び関連するインセンティブが、日本の病院部門における効率性と質の課題をもたらしていることが示唆される。病院医療のアウトカムの改善を推進するために、病院の質に関する情報インフラストラクチャを強化し、政策の新たな方向性を策定するべきとの議論が強い。病床の機能を専門化し、より明確に区分する計画が、病院の資源を適切に使用しケアのアウトカムと効率性を改善するために不可欠なステップである。

## 病院医療のアウトカム

日本は、病院における医療の質の指標に関して、複雑な実態を示している。がんの推定 5 年生存率に関する OECD の指標に基づくと、



日本は良いパフォーマンスを上げているように見える。国として定期的には集計していないことから、やや古いデータではあるが、日本は 2000 年代において、子宮頸がん及び乳がんの推定 5 年生存率が最も高い 4 カ国に入っている。結腸直腸癌については、日本は 2000 年代前半において、男女ともに 65%以上の推定 5 年生存率を達成しており、2000 年代後半における OECD の平均値である男性 61.3%、女性 63.3%を上回っている。

しかし、その他の急性医療の指標からは、病院医療のアウトカムの質における大きな格差が示唆される。日本の病院部門における顕著な特徴は、急性心筋梗塞による高い院内致死率である。日本人は、他の OECD 加盟国の患者と比較して、虚血性心疾患で死亡する可能性は低いが、急性心筋梗塞で入院すると、他の OECD 加盟国の患者よりも死亡する可能性が高い。2011 年の急性心筋梗塞による院内致死率は、OECD 加盟国の平均が入院 100 件当たり 7.9 件であったのに対し、日本では入院 100 件当たり 12.2 件であった。しかし、対照的に、2011 年の虚血性脳卒中による入院後 30 日以内の院内致死率は、OECD 加盟国の中で日本が最も低く、年齢・性別調整致死率は、OECD 加盟国全体では患者 100 人当たり 8.5 人であったのに対し、日本では患者 100 人当たり 3 人であった。特に複雑又は悪化した心血管疾患を有する患者の入院、救急搬送による患者受入困難事例、臨床プロセスの非効率性や欠如など、いくつかの要因によって急性心筋梗塞による院内致死率に関して日本の病院が成績不振に見えることが説明できると考えられる。

### **病院においていくつかの質の保証の仕組みが設けられているが、医療の質を系統的に監視するためには、より統一されたアプローチが必要である**

日本には、病院で確立された任意の質の保証の仕組みが多数存在する。厚生労働省又は都道府県が、特定機能病院、臨床研修病院、がん診療連携拠点病院を許可又は認定できる。1995 年に第三者機関として設立された日本医療機能評価機構 (JCQHC) は、有害事象報告や病院の認証など、多数の質の活動に深く関与している。現在の認証プログラムは、国際医療の質学会 (ISQua) に認定されたものであり、任意で日本の病院のほぼ 4 分の 1 が対象となっているが、残りの病院の一部は別の認証プログラムに関与している。2004 年から、JCQHC の医療事故防止事業部によって、有害事象のデータが系統的に収集及び分析されている。包括的な目的は、医療機関及び利用者と

情報を共有することで、患者の安全を促進することである。このために、有害事象に関する四半期及び年間の報告書が発行され、講習会が企画され、警告やガイドラインが公表される。

認証及び患者の安全に関する質の保証の仕組みは整備されているが、包括的な情報インフラストラクチャはなく、臨床ガイドラインは一貫した形で実施されていない。JCQHC は厳格かつ科学的なアプローチを通じて 2007 年からガイドラインを開発しており、160 近いガイドラインが現在 JCQHC のウェブサイト「MINDS」で入手可能となっている。しかし、いくつかの研究では病院医師によって臨床ガイドラインはあまり遵守されていないことが分かっている。より効率的な臨床プロセスを実現し、安全で患者中心の適切な治療を提供するために、経済的なインセンティブを設定することによって、最低限の質の基準と臨床ガイドラインの使用が制度レベルで促進・強化されるかもしれない。

同時に、日本の病院は、治療のアウトカムに関するデータを系統的に収集しておらず、病院の医療の質を監視及び評価する可能性が低下している。日本は、OECD の医療の質指標プロジェクトの一部として、急性心筋梗塞や脳卒中による 30 日後の院内致死率など、質の指標を提供しているが、他の多くの OECD 加盟国が病院の管理データを使用している一方、これらの指標は調査に基づいて推計されている。調査は病院部門全体を対象としているわけではなく、病院医療に関する情報インフラストラクチャを強化する必要性を示している。制度レベルでの病院の情報インフラストラクチャは、入院患者の診断や治療など、資源投入と医療行為にほとんど焦点を当てている。例えば、診断群分類 (DPC) データベースは、入院期間などほとんどはプロセスの指標が含まれており、1,505 の病院のみが対象となっている。DPC システムの一連の指標は、質の監視を支援し、提供される治療の質を明確に把握できるほど包括的ではない。しかし、一部の病院では、質の測定及び改善のために、洗練されたイニシアチブが実施されているものの、国全体ではそうではない。聖路加国際病院で実施されている質指標プロジェクトは特に印象的であり、国全体で展開するためのモデルとして役立つ可能性がある。

### **病院医療のさらなる改善を推進するには、重大な課題が待ち受けている**

日本は OECD 加盟国の中で、急性病床の数が最も多く、入院期間が最も長い、これらの病床の多くが、急性期以外の患者の利用な

ど、不適切に利用されているとみられる。最も重要な理由の 1 つは、高齢者に対する介護の提供において病院がこれまでに果たしてきた大きな役割である。日本における長期療養施設や介護施設の不足は、病院での長期療養が提供されてきたことを説明する最も重要な要因の 1 つである。日本における病床の豊富な供給と病院費支払いの仕組みによって、病院には他の OECD 加盟国よりはるかに長期間患者を入院させることに対してインセンティブが与えられている。

日本の病院部門におけるもう 1 つの課題は、医療機能の専門化と分化である。病床の専門化は、質の改善及びコストの削減を推進するための圧力を受けて、多くの OECD 加盟国で行われているが、日本ではこのプロセスはまだ比較的新しい。直近の 10 年間では、小規模病院、中規模病院、大規模病院で、治療する患者の種類に大きな差はなかった。病床の機能的分化は、日本の政策課題の重要な領域とみなされており、2014 年の医療制度改革により、医療機能の専門化と分化を促進するため、医療機関が急性病床、回復病床、療養病床といった病床区分について、都道府県に報告する仕組みが導入された。政府の計画は、特に心血管系又は脳血管系の治療など、改善が必要とされる臨床領域では、治療のアウトカム改善を生み出すための重要なステップである。

さらに、病院への現在の支払いシステムは、病院医療の過剰提供に対して問題のあるインセンティブをもたらしている可能性がある。2012 年にはすべての急性病床の半数近くが、DPC 及び出来高払いの下で支払いを受けており、残り半数は出来高払いのみによって支払われている。DPC の要素は入院治療に対するケースミックス制度であり、診断、手技及び入院期間によって日割りレートが提供される。DPC は、病院費を抑制し平均入院期間を短縮するために、2003 年に導入されたが、病院医療の質及び効率性を高めるための十分なインセンティブを提供していない可能性がある。これは、ケースミックス制度の一部として、病院の過去の請求を反映するために調整係数が適用されることによる。また、入院が規定の期間を超えた場合、多くの重要な行為やサービスが DPC 外で支払われ、病院は従来の出来高払い制で請求できる。まとめると、これらの仕組みはパフォーマンスを改善するための病院の努力を損ない、DPC 外で支払われるサービスにコストを転換するインセンティブを与える可能性がある。エビデンスによると、DPC 支払い制度に参加している病院において、2002 年～2003 年に外来支出が 4.1%増加しており、2002～2004 年の再入院率も 4.7%から 9.7%に増加したことが示されている。これら

の数値は、病院の支払い制度に関連する不適切なインセンティブを反映している可能性がある。

同時に、地域間で病院の定員や医師数に大きな差がある。日本は、医師の地理的分布の均一性については、他の OECD 加盟国よりも高いが、得られているエビデンスからは、病院の労働力供給に関する持続的な問題が示唆される。例えば、厚生労働省は 2010 年に、医療制度全体で救急医が 725 人不足していると推計した。専門医の不足は、麻酔科医、産婦人科医及び小児科医に関してより顕著である。高まる医療需要と専門医の不足は、病院医師の労働条件に悪影響を与えている可能性が高い。

同様に、救急病院による患者の受入拒否は、日本ではまれなことではなく、救急患者の移送時間の遅延を引き起こしている。2007 年には、重度の疾患又は損傷を有し、救急車で救急病院に搬送された患者の 16%が、1 つ以上の病院に受入を拒否されたと推計されている。まとめると、医師不足及び病院以前の不適切な救急サポート対応（救急搬送の遅れ、救急部門の連携の欠如など）によって、日本において大きな公衆衛生の問題が生じている。

### 病院医療の質をさらに改善する方法

病床の不適切な利用を削減する努力を奨励し、ケアの安全性及び有効性の監視を支援するために、日本は質の指標の収集と報告をさらに発展させる必要がある。幅広いアウトカム指標を用いて情報システムを強化し、病院部門全体に拡大することが望ましいと思われる。アウトカム指標（手術による合併症の有病率、経皮的冠動脈形成術(PCI)の死亡率、PCI 後 24 時間以内に冠動脈バイパス術(CABG)を受けた患者数、褥瘡の発症率、利用者の満足度など）の導入によって、病院及び保健当局が直接的な病院のパフォーマンスの状況を把握できるようになる。パフォーマンスのフィードバックは、欠点を調査し、改善が必要と考えられる領域を特定するために、病院にも提供することもできる。各病院においてデータの収集と監視が系統のかつ一貫した方法で確実に行われるよう、政府又は都道府県はこの方向でさらに積極的な役割を果たすことができる。

互いに一致しない小規模のプロジェクトを避け、都道府県をこのようなプロセスに導くためには、地域の実情に応じた体制作りが重要であることを前提としたうえで、厚生労働省のより強力なリーダーシップと調整の改善が必要である。これは、病床の機能的分化と

専門化を考慮すると特に重要である。日本は、より分化された医療制度に移行しつつあり、治療のアウトカムへの改革の影響を評価するために、強力な情報インフラストラクチャが必要となる。オーストラリアやイングランドなど他の OECD 加盟国の経験が、このプロセスにおいて日本の指針となりうる。同時に、日本は DPC データベース（又は医療保険の請求）など、既存のデータをさらに活用して、病院のケースミックスのばらつきを比較し、病院の種類ごとに適切なケースミックスの範囲を特定できる可能性がある。これにより、病床の機能的分化のプロセスをさらに促進できる可能性がある。

日本がプライマリーケアの明確な専門分野の確立に向かうにつれて、同時にプライマリーケアとセカンダリーケアの間の紹介要件を強化することが望ましいと思われる。これは、病院及び救急医療施設に直接アクセスする現在の患者の好みを考えると、特に重要である。多くの場合、こうした患者の医療ニーズは地域のプライマリーケア部門で効率的に満たすことができる。患者が紹介なしで病院を受診した場合、自己負担金を請求できる規定が存在するが、再診時には、プライマリーケアで適切な治療を受けられるとしても、追加の自己負担金は必要ない。その後の来院に対する支払いは、プライマリーケアでの受診を推奨された後も病院の医師の診察を継続したい患者については、増えることがある。同時に、患者と医師の双方に紹介ガイドラインを普及し、その他の教育的措置を行うことが、病院施設の不適切な利用の問題を緩和するのに役立つと考えられる。

日本におけるもう 1 つの重要な優先事項は、治療の機会を急性期後又は非急性の患者に関して、病院以外の環境に移行させることである。病床の機能的分化が行われるにつれて、日本は退院する患者のために、介護施設や代替施設を増やすと同時に、病院の病床数を減らしたほうが良い。これは、病院外での介護に移行し、不適切な入院を予防し、プライマリーケア及び地域で継続的なケアを提供するために不可欠である。日本は医療機能の分化に相当の努力をしているが、デンマークやノルウェーの事例は活用できるかもしれない。デンマークは介護施設の増加に伴う急性病床の削減を経験しており、また、ノルウェーは中間ケア施設を確立し始めている。このプロセスに加えて、患者を急性治療から地域へ効果的に移行させ、医療と介護サービスのより良い連携を実現するために、ケアコーディネーター又はケアマネージャーのさらなる育成が必要である。

最も重要なこととして、医療の質に対して報酬を与えるために支払い制度をより効果的なものとし、病院サービスの過剰提供へのイ

ンセンティブに対処する必要がある。DPC については、病院に対してパフォーマンスの改善をさらに奨励するために、調整係数を撤廃する努力が必要である。ストラクチャー又はプロセスの指標ではなくアウトカムに基づいた調整率の導入が、検討のために考えられる別のやり方である。アウトカムの候補は、例えば再入院率、手術による合併症の有病率、経皮的冠動脈形成術による死亡率が考えられる。最後の選択肢は、外来で実施される臨床検査や診断（特に患者が後日入院する場合）など、DPC の下で支払われる病院費の範囲を拡大することである。同時に、日本の当局は急性治療の質の改善を推進するために、より強力な経済的インセンティブの導入に診療報酬を活用すると良いだろう。2014 年の診療報酬により、現在この方向に踏み出している。しかし、特に心血管治療など改善が必要とされる領域で、支払いと病院医療のアウトカムをさらに結びつける余地がある。日本には、韓国など他の OECD 加盟国の経験から学ぶ機会がある。韓国は臨床治療及び患者のアウトカムの改善を評価する成功報酬プログラムを作成し、結果として急性心筋梗塞治療及び帝王切開による出産の質が大きく改善した。さらに、考えられるもう 1 つの選択肢は、診療報酬を活用して臨床ガイドラインの遵守を奨励することである。

最後に、医師不足に関連する病院及び救急サービスの供給における不均衡に対応するために、日本は調和のとれた措置を取らなければならない。日本の当局は、例えば医師数を制限する政策を撤廃したり、地域医療支援センターを設立したりすることによって、医師不足に対処するために既に努力している。しかし、病院医師の数が地域のニーズと一致することを保証し、入院から外来サービスへの現在の政策転換によって医師の業務量に追加の負荷をかけないようにするためには、追加の仕組みが必要である。特に需要側からの増大する圧力に直面する救急施設では、看護師への業務の再配分やより幅広い臨床チームの活用の可能性がある。救急部門によるより協調した迅速な対応が至急必要である。日本や他の OECD 加盟国で、革新的な事例がみられる。新しい「救急医療の東京ルール」や英国における「*See and Treat*」モデルの確立は、よりタイムリーで患者中心の対応を支援する可能性がある。

## 精神医療の質の改善

日本の精神医療には、緊急の行動を要する課題がある。高い自殺率、精神科病床数の多さ<sup>2</sup>及び平均入院期間の長さによって、日本の精神医療制度は良くない理由で注目を浴びている。現在入手可能なデータや情報が現状を評価するのに十分ではなく、全体像が不明瞭であり、これらの指標から、精神医療の質における主要な弱点がいくつか示唆されるが、日本の精神医療制度は徐々に変わりつつある。過去 10 年間のコミットメントと努力が、制度に前向きな変化を生み出しつつある。精神科病床は、精神科病院への平均入院期間の短縮に伴い減少しつつあり、地域社会でのケア提供が増加傾向にある。医療制度の他の領域同様、これらの変化の多くを推進するために、診療報酬制度が用いられつつある。これらの改善のためのステップは、理解及び賞賛されなければならないが、一方で多くの課題が残っている。重度精神疾患に対する地域社会でのケアは、軽度から中等度の精神疾患に対する対策と併せて更なる強化が必要であり、入院治療から地域への移行を一層進めなくてはならない。改善に向けて、日本はこれまでに遂げてきた重要な進歩を基礎とすることを目指すべきであるが、精神医療の高い質を促進するために、さらなる対策をとる必要がある。治療の質に関する指標の収集は、課題を特定し改善を推進するためにも、患者の安全性などの領域における質の管理の仕組みとしても、改善しさらに広める必要がある。すべての病院の治療標準と質を高めるのと同様に、入院治療の質を測定及び評価するためのステップが取られるべきであるが、同等に重要なのが、重度精神疾患に対する地域社会での包括的なケア制度のさらなる発展である。このことは、一部の入院病床を将来的に減少させる可能性を意味しているかもしれない。軽度から中等度の疾患に対するケアは拡大しなければならず、その際に、間もなく確立されるプライマリーケア専門医が果たすべき主要な役割がある。

### 日本の精神医療の状況

軽度又は中等度のうつ病、うつ状態や不安など、軽度から中等度の障害については、治療は通常、地域社会のメンタルヘルスクリニックで提供されるが、活用しにくい場合がある。これは日本におけ

---

<sup>2</sup>日本における多くの精神科病床は、長期入院慢性患者が利用しており、他の OECD 加盟国では精神科病床のカテゴリーで報告されていない可能性がある点に留意が必要。

る精神疾患に関する偏見が、メンタルヘルス専門施設に援助を求めたことを思いとどまらせている可能性が考えられる。これらの施設は、薬物治療と、キャパシティ次第でカウンセリングなどの数種類の対話療法を提供でき、患者をメンタルヘルスの専門医に紹介することもできる。家庭医及び日本でプライマリーケアの機能を果たすその他の医師は、軽度及び中等度の精神障害の患者に対する治療を行い、メンタルヘルスケアのためのかなり標準的な範囲の薬剤を処方することができる。しかし現実的には、他の OECD 加盟国とは異なり、一般医やプライマリーケア医（精神科医を除く）は、軽度から中等度の障害の治療提供では中心的な役割を果たしていない。

重度精神疾患（重度のうつ病、統合失調症、双極性障害及びその他の重篤で持続的な障害）に対する治療は、現状は主に入院治療として提供されるが、地域社会でのケアの重要性が高まりつつある。日本における精神科の入院治療は、主に民間の非営利病院（全入院病床の 90%を占める）によって提供されるが、公的病院でも提供される。報告されている平均入院期間（ALOS）と精神科患者の数は、依然として OECD 平均と比較して多いが、精神科の入院病床数及び ALOS は着実に減っている。通常報告される ALOS（OECD 平均 36 日に対して 298 日）及び精神科の病床数（OECD 平均 100,000 人当たり 0.7 床に対して 2.6 床）を考慮すると、日本では精神科の病床の多くが、長期入院の慢性患者に利用されており、他の OECD 加盟国では精神科病床のカテゴリーで報告されていない可能性があることに注意することが重要である。このような長期入院の病床を除外すると、日本の病床数と ALOS は OECD 平均と近くなる。それでも、これらの長期入院の病床の多くは、元々は精神科の診断を受けている患者によって占められている。精神障害患者を入院させる歴史的に強い傾向の中、こうした長期入院の精神科病床の患者は、学習障害や知的障害及び認知症の患者とともに、入院していることも考えられる。こうした患者は他の多くの OECD 加盟国では、「精神科」の長期入院病床や入院施設にさえ入れられていない。

しかし、日本の政策の方向性は、入院治療から地域移行への方向に明確に転換しており、これは医療提供者へのインセンティブに反映されている。例えば、急性患者の治療及び 90 日以内の退院を奨励するために、診療報酬における病院へのインセンティブが設定されている。しかし、日本の地域社会におけるインフラストラクチャは依然として十分ではない。地域社会で働く医療従事者の数も比較的少なく、受け皿としてのグループホーム等の支援施設や住宅の数も



少ない。加えて、心理社会的治療よりも理学的治療に重きが置かれている。精神疾患を抱えた患者が退院でき、地域社会で自立して生活できるという一般的認識が広まっているとは言い難く、医療従事者及び地域社会のより前向きな姿勢を育てる必要がある。

### **存在する指標から精神医療の質に大きな格差が示唆されるが、情報が入手しづらいため、全体像は不明瞭である**

精神医療に関するデータインフラストラクチャが十分ではないために、提供されるケアの質に関する明確な姿を把握することは困難である。精神医療の質に関して、国で収集されている指標はほとんどなく、日本は精神医療に関する OECD 医療の質指標で収集しているいずれの指標（入院患者の自殺、退院後の自殺、統合失調症又は双極性障害による再入院、統合失調症又は双極性障害を有する患者の超過死亡率）についても報告できていない。日本の精神医療の質の改善を促進するために、ケアの質のより良い理解は不可欠な基盤であり、このためには、より一貫した幅広いモニタリング及び質の指標の開発が役立つ。国立精神・神経医療研究センター（NCNP）の主導で、小規模ながら革新的な病院群によって多くの質の指標が現に開発中であり、これらの指標の拡充と実用化に向けた努力は、日本の場合、診療報酬によるインセンティブによって全国的に奨励されるべきである。OECD 医療の質指標の精神医療指標に含まれている指標を収集することが出発点であるだろう。また、双極性障害と統合失調症による超過死亡率は、収集すべき重要な指標と考えられ、法的な規定が不十分なために幅広く実施されていないデータの関連付けが必要であるものの、精神科患者に対する身体的な医療の改善の努力とともに、収集を導入することが可能であるだろう。さらに、日本が地域ケアを発展させるにつれて、データシステムと、治療の成果を測ることができるシステムを最初から組み込むことについて、他の国から学ぶ余地がある。イングランドとオランダはいずれも精神医療のための洗練された治療成果の検証システムを有しており、日本が学ぶべきモデルの役割を果たせる。地域社会の多くのメンタルヘルスケアサービスが、地方自治体によって地方レベルで組織・運営されていることを踏まえると、地方自治体はこうした治療成果を測る際に主導的役割を果たせる。

存在する指標（入院患者の病床、ALOS、自殺率）からは、入院への強い志向、一層の充実が求められる地域ケア及び治療されていない患者がまだ多くいることが示唆される。また懸念される課題とし

て過剰投薬が報告されているが、これに対しては、厚生労働省による規定を超えた薬剤が処方された場合に支払いを減らすことを通じて、厚生労働省が診療報酬上の対応を取っている。このような政策はより幅広い意味でとらえると、処方の行為及び臨床ガイドラインの遵守に関する体系的データ収集など、関連する幅広い質に関する活動によって支えられるだろう。

### **重度精神障害のための患者中心の精神医療制度を確立する**

日本の精神医療制度の歴史的な背景も影響し、治療の提供は入院施設に過剰に集中しており、良い面では多様な提供者の拠点となることであるが、悪い面では、多くの場合に、重度の精神障害を有する患者にとって唯一の治療の選択肢となっていることである。日本の精神医療における入院治療中心からの大きな転換と、同時に必要となる地域社会でのケア体制の構築が実現すれば患者の選択を促し真に患者中心のケアモデルに寄与するだろう。しかし、このような変化は複雑で達成には時間がかかるため、今後何年もかかるだろう。しかし、日本は今、協調した措置を取り、患者を精神医療制度の中心に据えるために必要ないくつかの困難な決断と向き合わなければならない。精神医療制度の改善のための厚生労働省の政策は、大部分が診療報酬や精神医療の提供に関する法的枠組みの変更を通じて進められている。これらの方策は、一定の成功を収めたように思われる。退院計画及び 90 日以内の退院に関して新たに導入された加算は、病院での長期間にわたる入院治療への依存を減らすためのひとつのステップである。これは、地域社会での十分かつ質の高い医療提供の確保によって強化されるべきであり、そのためには受け皿の整備を着実に推進することが不可欠であり、精神保健医療福祉への大きな投資が求められる。

前述のとおり、精神医療制度の変革には一定の時間を要する。計画されている通り、精神障害の急性入院病床と長期療養病床との強い機能的分化が必要であり、提供する外来治療を増やすよう、精神科病院に対する診療報酬を通じたインセンティブが必要である。一方、このような提案にはおそらく限界がある。日本政府は、地域社会のサービスを改善することによって入院治療の需要を削減するという困難な作業を抱えるだろう。日本は全ての精神疾患の治療が最も適切な環境で提供され患者が満足することを確かにするために適切なインセンティブの整備を確実にしなければならないだろう。そして、精神科病院における堅固な治療の要件と高い質を確保するた

めの取組が必要である。制度変更に関するサービス利用者の意見も求めるべきであり、サービス利用者の団体は、利用者の意見が変化への強い力となっている他の OECD 加盟国に目を向けるべきである。オランダでは、20 のメンタルヘルスケア消費者及びケア提供者の組織を統一して、National Platform for Mental Healthcare (*Landelijk Platform GGZ*) が設立され、1つの声として政府に報告を返している。メンタルヘルスケアの利用者団体の支援は、すべての国と同様に、日本でも特に重要である。精神疾患に関して広まっている偏見、治療が本意に行われる場合の患者の権利尊重に伴う困難、精神医療制度の大きな変化という課題を考慮すると、厚生労働省は小規模な利用者及び家族の団体を結びつけて、こうした団体の意見が政策立案において適切に示されるようにするために、「プラットフォーム」の設立を検討しうる。メンタルヘルスケアサービス利用者の国際的ネットワークによる支援と知見によって、意見を述べやすく尊重されやすくなることも可能であり、サービス利用者の団体は他の OECD 加盟国に目を向けることもできる。

### **国民全体の精神的健康の促進：満たされていない治療ニーズへの対応**

重度の精神疾患に焦点を当てた精神医療制度の改革に関する課題とともに、うつ病や不安など、軽度から中等度の障害に対するサービスの一層の拡大が求められる。軽度から中等度の精神疾患に対する適切なケアが国民に利用しやすくなるように、努力が必要である。日本は以下の2つの取組を考慮すべきである。

- 第1に、プライマリーケアの専門分野を確立する際に、メンタルヘルスケアに関する強い要素が含まれることを保証することが、より良いケアの提供における重要なステップである。OECD 諸国の例によると、(プライマリーケア専門医が)医学研修及びその後の研修を通じてしっかりした訓練を受けたり、精神医療の専門医と支援ネットワークからのサポートがあり、また患者がより専門的な治療(心理学者や地域の精神医療専門医や専門施設)を必要とする際はそれらへ紹介する選択肢がたくさんある場合に軽度から中等度の精神疾患へのプライマリーケアレベルの治療がより効果を発揮している。軽度及び中等度の障害を治療し診断する能力を、日本のプライマリーケア専門分野の研修に最初から組み入れるべきである。

- しかし、第 2 に、軽度から中等度の障害に対しての、適切でエビデンスに基づいた専門サービスをさらに発展させることが適切であると考えられる。日本は、軽度から中等度の障害に対して、エビデンスに基づいた治療の拡大、心理療法の利用の拡大を検討することが推奨される。日本には、心理療法の拡大へのアプローチについて他の OECD 加盟国の経験から学ぶ機会があり、場合によっては既存の資源を利用して、国民が利用できる治療の選択肢を迅速に低コストで拡大することも可能である。イングランドの独立した心理療法プログラム「IAPT」は、特別に研修を受けた「IAPT セラピスト」による、個々に合わせたエビデンスに基づく認知行動療法を大規模に投入したものであるが、日本が検討できる特に興味深い例である。

軽度から中等度の障害を改善する方法を検討する場合、日本は、特定の人口群のニーズに気を配るべきである。具体的には、若年層と高齢者が、特に精神的苦痛に弱いことが多いが、労働年齢の成人を通常対象としている精神保健医療福祉制度から除外される可能性があるため、彼らの特別なニーズを政策立案とサービス設計時に考慮すべきである。

### 日本の医療の質を改善するための提言

日本は洗練された医療制度を有しており、他のすべての OECD 加盟国のための教訓となる。コストの抑制とアクセスの良さは、注目すべき成功である。しかし、質の管理への注目度は歴史的に低く、やや自由放任的なアプローチが特徴となっている。かつてないほどに複雑な医療ニーズに直面して、日本の医療制度が優れたサービスと金額に見合う価値を提供し続けようとするのであれば、質の監視と改善に対して、より統合されたアプローチが今求められている。特に、日本は以下のことを行うべきである。

#### 1. 医療の質の管理と提供の全般的に強化する：

- 質の管理の基盤を強化するために、有効性、安全性及び患者中心性に焦点を当てた、国としての質に関する枠組みを設けるとともに、国及び地域の医療制度の評価と質の監視のために、医療保険請求及び健康診査に関するナショナルデータベースの幅広く体系的な活用を検討する。

## 日本の医療の質を改善するための提言（続き）

- 質の監視と改善のためのデータ利用を進めるために、プライバシーを保護しながら個人レベルの医療データの二次使用が進むよう、データと結びつける識別子の使用を検討する。
- 患者の安全性を改善し、再発を減らすために、有害事象の監視と報告の制度をすべての病院及び診療所に拡大する。現在の制度はすべての提供者を幅広く対象としておらず、有害事象の調査と予防ガイドラインの作成には第三者機関による評価が必要である。
- 提供者の説明責任を高め、患者の選択と医療制度に関する理解を促進するために、わかりやすい方法で医療制度のパフォーマンスについて報告する。

### 2. プライマリーケアの明確な専門分野を確立する：

- 新たなプライマリーケア専門医が広範な知識、スキル、役割と責任に基づき、明確な認定基準に裏付けられ、現在の地域の一般医と明確に区別されるようにする。地域の一部の医師をプライマリーケア専門医として早い段階で認定し、その他は地域の一般医として残す 2 本立てのアプローチが、当初は必要である。
- プライマリーケアの研究を引き受け、プライマリーケアに特化した臨床ガイドラインの作成を支援し、専門分野を教えるために、日本の医学部にプライマリーケア学科を創設することを支援する。
- プライマリーケアをテーマとした短期コースや認定から、プライマリーケアの学位や修士号まで、プライマリーケア専門分野に関する卒後の研修を開発する。
- 精神医療のニーズを含む複数の複雑な医療ニーズを有する患者に対して、新たな専門分野の主要機能として、継続的で包括的なケアの提供を優先する。個別化された治療計画のより幅広い利用（現在は介護保険の下でのみ利用されている）やケアマネジャーの業務範囲の拡大によって、これを支えられる。
- プライマリーケアを支える情報インフラストラクチャを整備し、プライマリーケアの有効性、安全性及び患者中心性を明確に把握できるようにする。指標の候補は、慢性疾患の予防及び管理、高齢者のケア、小児医療、メンタルヘルスケア、患者の経験に関するものである。

### 日本の医療の質を改善するための提言 (続き)

- 患者が指名したプライマリーケア専門医を正式に登録するシステムの導入を検討する。これによって、継続的で協調したケアを支援するとともに、特定の患者群に対する質の指標を算出できる（糖尿病における適切な血糖コントロールの割合など）。
- 診療報酬を発展させる方法を検討し、可能な限りプライマリーケアの質とアウトカムを評価するようにする。上記で言及した、糖尿病における適切な血糖コントロールが、経済的インセンティブを適用できる一例である。その他にも慢性疾患の管理に関するいくつかの例が、他の OECD 加盟国の経験から開発されうる。
- 他の OECD 加盟国の成功に倣って、臨床評価、検査のオーダー、次の治療への指示、場合によっては処方など、慢性疾患の管理に焦点を当てた看護師主導の幅広いプライマリーケアについて検討する。
- 登録システムの導入次第で、プライマリーケアへの支払いに頭割りの要素の導入を検討する。これによって、国民ベースの健康促進と予防医療の提供が支援され、プライマリーケア専門医が地方（及び国）の医療制度において主導的役割を担うための基礎が築かれる。

### 3. 病院部門における質の監視と改善を向上させる：

- より包括的なアウトカム指標のために強力な情報インフラストラクチャを開発し、病院部門全体に拡大して、病院で提供される医療の質の明確な姿を把握する。アウトカム指標の候補は、手術による合併症の有病率、経皮的冠動脈形成術(PCI)の死亡率、PCI 後 24 時間以内に冠動脈バイパス術を受けた患者数、褥瘡の発症率、利用者の満足度などが考えられる。
- DPC データベース（又は医療保険の請求）などの既存のデータを解析して、病院のケースミックスのばらつきを比較し、病院の種類によって適切なケースミックスの範囲を特定する。病院病床の機能的分化及び専門化を促進するために、不適当なケースミックスに該当している要因も検証できる。
- 日本がプライマリーケア部門の発展を促進するに当たって、プライマリーケアとセカンダリーケアの間の紹介及び紹介要件を強化する。
- 病院病床の機能的分化及び専門化と併せて、病院病床数を削減し、急性期後の患者のために介護施設や代替施設を整備する。患者を急性治療から地域の環境に効果的に移行するために、ケアコーディネーター又はケアマネージャーをさらに育成する。

## 日本の医療の質を改善するための提言 (続き)

- 最もパフォーマンスの良い病院を評価するように DPC の要素をより効果的にする。調整係数を撤廃し、DPC の下で支払われる病院費の範囲を拡大し（後日入院する患者に対する外来で実施される臨床検査や臨床診断など）、ストラクチャーやプロセスの指標ではなく、リスク調整を行ったアウトカム（再入院率など）に基づく調整率を導入する。
- 心血管治療の改善のために経済的インセンティブを導入するなど、診療報酬を用いて、急性治療のアウトカム向上にインセンティブを与える。急性心筋梗塞に特別な注意を向けるべきである。
- 医療従事者間の業務の移行を活用して、病院及び救急サービスの供給の不均衡に対処する。よりタイムリーで患者中心の対応を支援する可能性がある「救急医療の東京ルール」のような新たな救急医療モデルを試みる。
- 合意された治療の標準及び臨床ガイドラインの遵守を奨励するために病院での質の管理を強化する。急性治療の有効性と安全性を確保するために病院が臨床ガイドラインを遵守した場合に報われるような診療報酬上のあり方を検討する。

### 4. 質の高い精神医療を確保するよう努力する：

- 小規模の質の指標の収集イニシアチブを拡大し、診療報酬において質の改善にインセンティブを提供することによって、治療の質をより良く理解するための主要な指標を利用できるよう努力する。また、地域における精神医療サービスのデータシステムとアウトカム測定方法を開発する。
- 治療の質を改善するための措置に対応する指標（統合失調症又は双極性障害を有する患者の超過死亡率、処方行為、隔離と拘束の使用、当初の予定になかった再入院）の収集を優先し、国全体で促進するべきである。
- 診療報酬を活用して、病院への入院及び長期の入院のインセンティブを削減し、精神科病院での治療に対する需要を減らすため、地域社会でのケア体制の構築に投資する。
- 特に病院が外来サービスを提供するように推し進める際に、病院の機能を変える努力を継続するが、質の高い精神医療制度を確立するためには、将来的に入院病床を削減する必要がある。地域でのメンタルヘルスケア提供を増加させるインセンティブが強化されるべきである。
- 患者を精神保健医療福祉制度の中心に据える。アクセスが良く人口密集地に近い入院環境及び地域社会で幅広いサービスが利用できるようにして、患者中心のケアを促進する。サービス利用者の意見が聞かれ、政策に反映されるプラットフォームを確立する。

### 日本の医療の質を改善するための提言 (続き)

- 新たなプライマリーケア専門医の業務の中に、教育におけるメンタルヘルスケアの技術、研修、ガイドライン及び中核的なサービス要件など、メンタルヘルスに関する強力な要素を最初から含める。
- インターネットベースの療法や心理学者が提供する対話療法など、軽度から中等度の障害に対するエビデンスに基づいた専門サービスを、より幅広く利用できるようにする。不適切な薬剤使用（行き過ぎた多剤投与）を削減するために、一層の努力が必要である。