

講義内容①

2019年12月10日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉大学医学部本館

第2講：健康保険法・診療報酬と病院経営・データの活用
病院経営の視点から地域医療構想の進め方を考える

吉村健佑 医師・医学博士・公衆衛生学修士
千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室

佐藤大介 博士(医学)・医療管理政策学修士
千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任准教授

吉村：さて、第2講です。今日も講義編とグループワークの二本立てです。講義編は、私、吉村健佑と佐藤大介先生の2人で担当しますが、最初にセミナーの目的や前回の復習から始めたいと思います。

本セミナーの目的

①千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し日々の業務・診療に生かす

②千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識と考え方を習得する

本セミナーの目的は、千葉県の医療の課題、そこにフォーカス当て、医療政策の重要なポイントを理解し、日々の業務ですが、ないしは診療、それぞれ公務員の立場の方、あとは医療現場の方が参加されていますので、それぞれの立場で生かしていただきたいと思います。そして、千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考える上で、基本的な知識や制度の中身、また国の狙いですが、政策上の意図を理解することがセミナーの目的になります。

本日のタイムテーブル

19:00-19:30
【講義編】
保険医療機関の経営に関する基本的考え方を学ぶ
病院経営に与える影響から医療政策について考える

19:35-20:40
【グループワーク編】
病院経営の視点から地域医療構想の進め方を考える

タイムテーブルは、このように組んでみました。最初30分から、もしくは40分くらいかもしれませんが、講義編で全体像を見ますが、今日は「保険医療機関の経営」というものをキーワードにして、基本的な考え方を学びます。また、病院経営に与える影響から医療政策をどのように練っていったらいいかという2点で考えたいと思います。また、それに関連したグループワークを準備しています。

本日の内容（講義編）

1. 前回の復習（吉村）
2. 診療報酬について（佐藤）
3. DPCについて（佐藤）
4. 地域医療構想について（佐藤）
5. 病院経営から考える機能分化と集約化の課題

さて、前回の復習ですが、覚えていらっしゃるでしょうか。2週間前になりますが、前回はどんな話をしたかという、キーとなるスライドを数枚お出しします。



まずは、こちらは国から医療現場に、医療政策がどのような順番で降りてきているかということになります。さまざまな資料を出しましたが、かなり財政が逼迫（ひっばく）していて、財政規律を保ちたいというのが内閣・財務省、そして、国外からの強い要請もあります。それに対して、その要請をどこに出すかというと、厚生労働省に対して、それを閣議決定などの形で出していって、社会保障費・医療費の適正化をする必要があるということを、厚労省は看板に掲げます。そして、厚労省はデータを自治体に提供したり、全体の進捗（しんちよく）の管理をしますが、この実際に実行部隊として動いていくのは厚労省ではないというのが、近年の地方分権の名の下に行われている行政的な改革になります。誰がやるかというと、都道府県が中心になって行っただというものが、強いメッセージとして出されています。そして、都道府県が政策の立案と実施の主体として動いていくというのが、今の状況になります。現場にはどういった形で届くかというと、「三位一体改革」などのもので、現場に対して次々に施策が打たれていきます。現場はその対応に追われるわけですが、この都道府県と医療現場、これらの方々には今日は集まってもらっていますので、現場でどうやってその整合を取って解決していったらいいかということを、みんなで考えたいと思います。

国民医療費 = 「単価」×「数量」

レセプト・DPCなどのデータの活用が必須！

①診療・業務単価のコントロール
→診療報酬改定・費用対効果の導入：保険局医療課

②提供数量のコントロール
(1)入院病床の機能分化と総数
→地域医療構想（医療法）：医政局 地域医療計画課
(2)主に外来・特定診療等
→医療費適正化計画（高確法）：保険局 医療費適正化対策推進室
(3)提供主体（医師・看護）の在り方
→新専門医制度・医師の働き方改革：医政局 医事課
→医師研修資金制度・地域枠：医政局 地域医療計画課

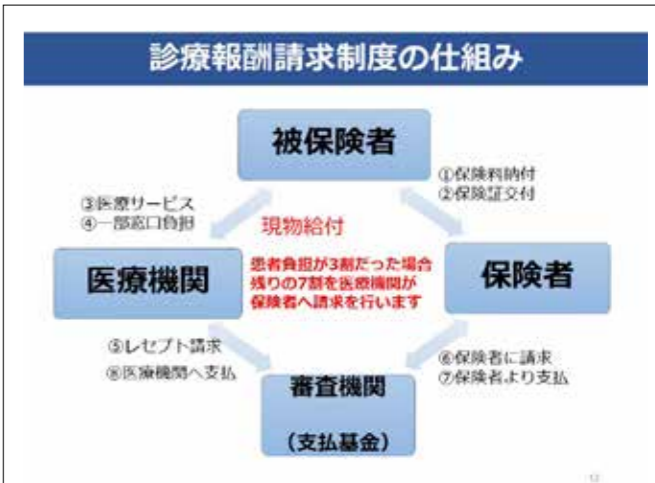
講義内容②

本日の内容（講義編）

1. 前回の復習（吉村）
2. 診療報酬について（佐藤）
3. DPCについて（佐藤）
4. 地域医療構想について（佐藤）
5. 病院経営から考える機能分化と集約化の課題

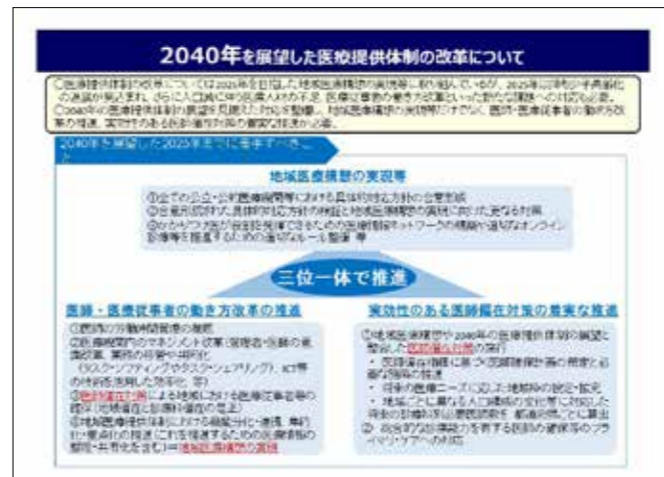
佐藤：ありがとうございます。12月から次世代医療構想センターに着任しました佐藤と申します。簡単な自己紹介を1枚だけ用意しているのですが、もともとは民間の病院に勤務してまして、経営企画の仕事をしていました。病院を建てたり、皆さんが病棟で使う材料をシステムで中央管理する仕組みを作ったり、電子カルテを新規導入する経験もしています。働きながら大学院に通っておりまして、DPCを使ったデータの分析をして、2012年に学位を取得しました。その後民間病院を退職して国立大学法人東大病院の企画経営部に研究者として移りまして、東大病院の財務とか、診療情報の分析、病院の再開発事業など、最初は働きながら大学院という、二足の草鞋だったのですが、2012年以降は、一足の草鞋で、似たようなことをしていました。その中で吉村先生とも出会っていて、NDBというレセプトを使ったデータ基盤がちょうど整ったということで、これを使う研究をやっていたのですが、その関係で厚労省のほうにお声掛けをいただきまして、2017年・2018年に国立保健医療科学院へ異動しました。何をやってたかといいますと、費用対効果評価です。オプジーボとか、キムリアとか、何百万円、何千万円する高い薬の価格は幾らが妥当なのだとということ、経済的に評価しようということで、このレセプトを使うということではやっていました。同時に地域医療構想にもお手伝いする機会を頂いてまして、厚生労働省にも週一ぐらい足を運びながら、この地域医療構想のいろいろな準備なども手伝っていたというような、そのような経緯です。ですので、病院の経営を一応15年ぐらい関わりつつ、データや地域医療ということにも絡んできていて、この19年今までやってきたことを何か千葉で生かしていきたいなと思っています。ずっと15年ぐらい千葉に住んでいて、千葉に思い入れもあります。着任してまだ1週間ちょっとなのですが、今日お話しさせていただける機会を頂けたということで、緊張はしています。

今日はすごく多様な方々がいらっしゃって、専門の方もいれば、これからという方もいて、病院の経営を一つで語ろうというのは、もちろん大変難しいことだと思います。なので、ちょっとできるだけ初歩のほうに軸を移しつつ、今回の地域医療構想に関係するような所を、特に急性期医療機関に特化した形で解説していきたいと思っています。



医療費の話が出ましたので、国民医療費ということで、簡単にその仕組みをご説明します。医療費の全体像は、「単価」×「数量」によって積算されていきます。単価というのは、1回診療したら幾ら、患者さん1人泊したら幾ら、2日間いたら幾らということになりますが、そういった単価については、診療報酬改定でその値段が決まっています。まさに今その作業が大詰めです。来年4月から令和2年度診療報酬改定がされて、大幅な値段設定の変更がありますので、それに対する政策の立案がどんどん進んでいて、厚労省などもさまざまなメッセージを出しているところです。

また、数量もコントロールしなければいけませんね。単価をいくらセーブしても、数量が上がってしまったら、医療費が上がってしまうので、数量をどうコントロールするかです。その政策の1つは、地域医療構想によって、病床数、入院ベッドのコントロールをして、適正化してこうということ。もう1つは、医療費適正化計画というものを、高確法という法律に基づいて外来診療を適正化してこうというものです。そして、提供主体である医師・看護師などのコメディカルの所属や在り方、働き方についても、さまざまな介入を行って適正化してこうという動きになっています。今日は特に診療報酬改定など、一つ一つの医療機関が、どうやって経営を回っているかということ、なかなか公の会議の場で各病院長が病院経営のお金の話をすることはありません。病院経営を考える立場である病院長がどのようなことを頭の中に置いているかということをご紹介したいと思います。



三位一体改革ですが、字が多いので概説しますと、地域医療構想の実現、そして、医師偏在対策の推進、そして、働き方改革の推進、この3つを同時並行に進めて医療現場を改革してこうというのが、今厚労省が掲げている政策の方向になります。



三位一体改革と医療現場への影響ということを前回もお示しました。今日はどの辺りに影響するかというと、恐らく病院経営から、その後の地域医療構想、各病院が経営の目標を変えていく、行動を変えていくときに、どういう影響が出るかということ、地域医療構想から考えてみたいと思いますので、病院経営、そして、地域医療構想というのが、今日の軸になってきます。ここから先の話は、佐藤大介先生にパスしたいと思います。よろしくお祈りします。

第2回医療政策セミナー

講義内容③

まず、これは診療報酬制度の基本的な仕組みで、ご存じの方もいらっしゃるかもしれないのですが主な関係者は4者いて、病院と保険に入っている患者さんというのがある、医療サービスを受けると「現物給付」という形で医療行為を受けることになります。たとえば医療費のうち3割が自己負担の場合、残り7割の医療費は誰が払うかというと、国民の保険料や税金で賄います。病院側は「これだけ医療費が掛かりました」というレセプト、コンビニでいうレシートと思っていただければいいですが、保険者に請求をします。保険者は診療内容を審査して「分かりました。では、お支払いします」という形で報酬が病院の収入として入るといった仕組みです。

診療報酬は医療機関が受け取る報酬のこと

- 報酬は医療行為ごとに保険点数表で点数化されて決められている
 - 医師や看護師等が行った医療行為の対価
 - 薬剤師の調剤行為の対価
 - 処方された薬の薬剤費、使われた医療材料、
 - 検査にかかった検査費用（画像検査、血液検査etc）
- 診療報酬は2年に1度のペースで改定される。
- 介護報酬は3年に1度のペースで改定される。
- ⇒6年に1度、医療と介護の同時改定が行われる。一体的・抜本的な改革が行われることも！

病院にとっての収入は診療報酬ということです。診療報酬は医療行為ごとに保険点数表として決められています。この点数というのは1点=10円に相当するものです。例えば、お医者さんや看護師さんなどが行った医療行為に対する報酬、薬剤師さんの調剤行為など、医薬品や医療材料などの費用、手術に使う材料、検査に掛かる費用というのがあります。これらの単価が一つ一つ診療報酬の点数で決められています。この診療報酬というのは2年に1回の診療報酬改定というので、価格が変わるメニューも変わります。

もう1つ介護報酬というのがあります。介護報酬は、3年に1回変わるので、6年に1回医療の診療報酬と介護報酬が同時に変わります。これは「惑星直列」と呼ぶ人もいますが、同時に改定するタイミングに合わせて、一体的・抜本的な改定を考えます。それがまさに平成30年改訂としてつい先日あったわけです。例えば、かかりつけ医の先生とケアマネジャーさんをうまく連携させるために報酬に載せようとか、看取りやリハビリについて医療と介護をうまく連携させるために考え方や基準を統一しよう等です。病院にとっては、この2年に1回、あるいは6年に1回というのが経営上非常に重要なポイントなので、それらに合わせて自分たちが提供している医療行為から、いかに充実した報酬を確保できるかどうか、あるいは今後求められる診療報酬にどうやって取り組むかということ日々考えるわけです。

【参考】診療報酬改定率

	2006年度	2008年度	2010年度	2012年度	2014年度	2016年度	2018年度
ネット	▲3.10%	▲0.82%	0.19%	0.004%	▲1.26%	▲0.84%	▲0.9%
診療報酬本体	▲1.36%	0.38%	1.55%	1.38%	0.1%	0.49%	0.55%
薬料	▲1.50%	0.42%	1.74%	1.55%	0.11%	0.56%	0.63%
薬剤	▲1.50%	0.42%	2.09%	1.70%	0.12%	0.61%	0.69%
調剤	▲0.60%	0.17%	0.52%	0.46%	0.04%	0.17%	0.19%
薬費等	▲1.8%	▲1.2%	▲1.36%	▲1.38%	▲1.36%	▲1.33%	▲1.45%

※2014年度のカッコ内の数字は、消費増税の影響を反映した数字
※2016年度と2018年度のカッコ内の数字は、薬価改定の影響を含めた数字

改定率というのは、政府の方でまず全体の予算額が決まられます。「ネット改定率」と言われるのが実質的な改定率です。その中でも診療報酬の本体と呼ばれるものと、薬価と呼ばれるように大きく分かれています。よく「薬価はマイナスだけれども、本体ではプラスです」という話があって、医薬品は多分今回も下がるのですが、本体の部分がプラスなのかマイナスなのかというのが、財務省と医療関係側とのせめぎ合いになっているということです。

診療報酬における診療区分とレセプトイメージ



そういったものに基づきながら、先ほどの診療報酬点数表と呼ばれるものができます。細かい話を今日はしませんが、これらの点数表やメニュー表に基づいて「こういう医療行為しました」ということを、レセプトという形で支払基金に請求するというのを、日々の患者さんを診る中でやっているわけです。今日はこの中のA)基本診療料とB)医学管理等を紹介したいと思っています。また、DPCという報酬体系も紹介したいと思います。DPCというのは、地域医療構想に関する急性期医療機関の多くが該当しているところですので、どのような制度・診療報酬体系なのかについて話したいと思っています。

初診料・再診料は基本的な診察等の料金

初めて外来にかかる時は初診料、2回目以降は再診料

個別技術で評価されない基本的な診察や処置の報酬

- 視診、触診、問診等の基本的な診察
- 血圧測定、血圧比重測定等の簡便な検査
- 点眼、点耳等の簡単な処置

基本的な医療の提供に必要な人的・物的コスト

- 診療補助を行う看護師等の的人費、基本的診察用具
- 基本的医療機器（エコー、レントゲン）の維持費用、光熱水量、施設整備費用

まず、基本的な診療報酬として「初診料」「再診料」というのがあります。これは何かというと、名前のとおりです。初めて診察を受けたときに掛かる料金が初診料、2回目以降に掛かる料金が再診料という話です。何の報酬かというと、一つ一つの医療行為では評価されないような基本的な診察や処置の報酬、例えば視診・触診です。

初めて外来に行ったら、「今日はどうしました？」という話から、いろいろ測ってみたいですね。そういったところに掛かる医療行為や、血圧を測ったり、簡単な検査や処置を含めた報酬です。それ以外にも外来診療には医師の給与や診療補助を行う看護師さんの給与も含まれています。そのほかにもエコーやレントゲンなどを維持するための費用や光熱水費など、病院を経営していると掛かる費用を賄うのに、基本的な料金としての位置付けになっています。

第2回医療政策セミナー

講義内容④

200床以上の病院の再診料は「外来診療料」



「再診料」と「外来診療料」

再診料 (73点)

- 外来診療やかかりつけ医の役割

外来診療料 (55点)

- 200床以上の病院から診療所、200床未満の病院へ紹介しても受診せず、再び200床以上の病院を受診した場合は低く設定されている。



同じく再診料といっても実は病院の種類によって名前と料金が違います。一般的に再診料と呼ばれるものは、診療所や200床未満の有料診療所や病院など、これは再診料が掛かります。200床以上になると、あと第3回の地域医療構想絡みで出てくる急性期医療機関の多くが200床以上だったりするので、そういう所は再診料とはいわずに、「外来診療料」という名前になります。役割としては、語弊があったら申し訳ないのですが、診療所や200床未満と呼ばれるような医療機関の役割はかかりつけ医の機能であったり、外来としての地域医療を守るための診療です。200床以上の医療機関は、どちらかという救急も含めて高度な手術を含めた難しい治療といえますが、地域のかかりつけ医では対応できないような病気を診るといった位置付けになっているので、点数の基準も違います。

再診料というのは73点で、かかりつけ医の再診料の方が高くなっています。その理由はいろいろ考えられると思うのですが、やはり普段の外来診療、かかりつけ医のほうが、いろいろと手間暇も掛かるし、じっくり診るということを期待されている面があります。一方で200床以上の医療機関になってくると、当然高度な手術や医療行為をするので入院治療がメインになるわけですが、外来はフォローアップですので、どちらかというところまで重症ではないということもあって、少し低く設定されているという体系になっています。もしかしたら、政策誘導的に、一般外来はかかりつけ医や地域の診療所で診てほしいという意味も含まれているかもしれません。あと、診療報酬の厄介なところは、厳密に原価計算して設定していないのです。だから、全国の再診に掛かる費用を調査して、「どうやら730円平均で掛かるらしいから73点」ではないです。いろいろな経緯があって議論をして配分している点数なので、原価を反映しているかというと、反映していませんが、だいたい賄えているという形でやってきているところだという話です。

千葉県2次医療圏別：初診料



これは千葉県の2次医療圏で、初診料をどれくらい算定しているか、あるいは再診料をどれくらい算定しているかという分析をNDBオープンデータから持ってきたグラフです。当然人口が多ければ、東葛南部などは人口が多いので、件数が多いのが分かります。人口補正して、人口当たりで平準化したものが下の赤いグラフになります。そうすると、何となく平準化されているようにも見えます。もしかしたら少し人口が少ない所、あるいは医療機関が少ない所は、少し減っているかもしれません。

千葉県2次医療圏別：再診料



再診料を見ていくとどうかというと、診療所や200床未満の所が算定する診療報酬です。

千葉県2次医療圏別：外来診療料



外来診療料の200床以上になってくるとどうかというと、人口補正した赤グラフを見ると、香取海浜の辺りが少し高めに出ています。もしかしたら200床以上の医療機関が地域の外来も診ているのかもしれ

講義内容⑤

ないということが少しかがええます。データで見ていくと、この外来の初診・再診・外来診療料を見ていくだけでも、地域の特性が見えてくるかもしれないというところがあります。こんな形で地域の分析をしたり、病院の経営分析をしたりすることが、データを通じて可能になってくるので、それはまた別の機会があればお話ししたいと思っています。

ちなみに「医学管理料」というのがあって、先ほどの基本診療料に含まれない医師による患者さんの指導や技術料に対して支払われる報酬です。例えばある特定の疾患に係る、普通の風邪などを診るような管理と比べて、例えば小児を診る場合や認知症を診る場合は、少しより手間が掛かる、費用が掛かるということで、別途管理料というのを指定できたりしますが、これがすごくたくさん種類があります。病気は多種多様なので、それぞれどういった管理料を取れるかというのを見ていきます。

「医学管理料」は初・再診料以外の基本診療料

基本診療料に含まれない、医師による患者指導や医学的管理等の技術料に対して支払われる報酬

特定疾患療養管理料、特定疾患治療管理料、オンライン医学管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、ハイリスク妊産婦連携指導料、薬剤管理指導料、薬剤総合評価調整管理料、認知症療養指導料、認知症サポート指導料、療養・就労自立支援指導料、診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）、診療情報連携共有料、在宅患者診療・指導料、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理料加算...

入院基本料は基本的な入院医療サービスの対価

基本的な医学管理（看護等）および療養環境の提供

入院診療計画、院内感染防止、医療安全管理体制、褥瘡、栄養管理体制に関する基準を満たしていることを届け出ることが必要

病棟や医療機関の機能によって入院基本料は異なる。

一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟etc

看護師配置人数と患者割合によって入院基本料は異なる

看護師が多いほど高い入院基本料になる。急性期の患者割合が高いほど高い入院基本料になる。

入院にも同じように基本的な料金というのがあります。それを「入院基本料」と呼びます。外来と同じで、入院の基本的な医療サービスに掛かる報酬です。例えば看護とか、入院の計画を立てたりとか、院内感染を防止するための対策をとっているとか、医療安全上の管理体制ができていたりとか、褥瘡ですね。褥瘡は医療従事者以外だと聞きなれない名前ですが、特に高齢の方や体が弱ってきてずっと同じ姿勢で寝ていると、局所的に負担が掛かって血行不全で腫んできます。そういったことがないように、床ずれ防止の対策をします。そういった費用に対する報酬です。これは一律ではなくて病院の機能によって変わります。いわゆる一般病棟、急性期病棟、療養によっても違います。結核によっても違う、精神によっても違う、いろいろあります。急性期に関しては看護師がどれくらい配置されているかという話と、どれくらい重症な患者さんを診ているかという2軸で料金が違うというふうに覚えていただければいいと思います。

入院基本料は基本的な入院医療サービスの対価



ということかという、急性期は右側の赤枠部分です。10対1とか、7対1というふうに、看護師さんがベッドに対してどれくらい配置されているかという基準がまずあります。それに加えて、急性期の患者さんがどれくらいいるかによって、これは手間のかかり具合が高いほど診療報酬が高いという仕組みです。看護師さんが十分配置されていて、そのくらいの看護が必要な患者さんが入院していることによって入院料が決まっています。

千葉県2次医療圏別：7対1入院基本料



ちなみに先ほどと同じように、2次医療圏別で、入院基本料をどのくらい算定しているのかというのを見ていくと、千葉や東葛南部・東葛北部を標準と見るかどうかはさておき、山武長生夷隅の方は高い基本料が算定されています。

千葉県2次医療圏別：10対1入院基本料



10対1のほうになってくると、地域によって差が出てきて、これをどう見ていけばいいかは判断が分かれるところかと思うのですが、別に人口が多いからいっぱいあるとも限らないということですね。

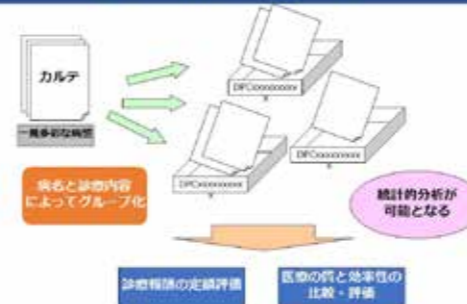
講義内容⑥

DPC制度の3要素

- 1. 「DPC診断群分類」という患者分類手法
DPC = Diagnosis Procedure Combination
Case-mix分類
2. 分類ごとの資源投入量に基づく包括評価
1日当たり定額支払い=PDPS(Per Diem Payment System)
(入院1日あたり額×日数×調整係数) + 出来高払い
3. 標準化されたDPCデータによる医療情報基盤
様式1：退院サマリ=傷病名(副傷病)、入院日数、重症度等
E/Fファイル：入院中の診療行為・資源投入量

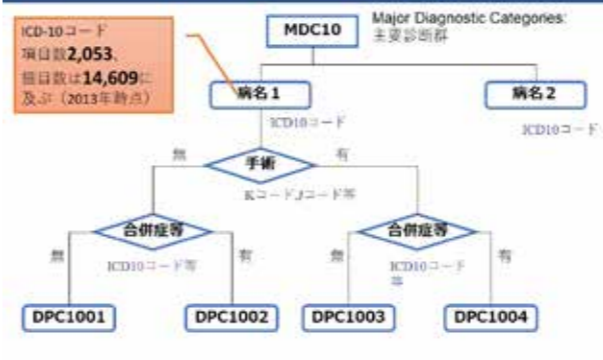
次にDPCという診療報酬体系の話ですが、DPCというのは要は分類です。そしてその分類と報酬がくっついているという話です。さらに大量のデータを厚生労働省へ提供させるので、そのデータからいろいろな分析ができる基盤にもなっているという話です。

診断群分類の仕組み



分類というのは、例えば病名はICDと呼ばれる国際分類コードによって割り振られているのですが、ICD病名は1万5,000種類あります。DPCは、その病名と手術や医療行為の組み合わせによって無限パターンになりそうな診療報酬を、約5,000種類にグルーピングしている仕組みです。DPCが導入されたのが2003年になります。今までは、医療行為をやればやるほど医療機関に報酬が入る仕組みで、やればやるほど病院の収益になるという構造です。ですが、そのような診療報酬体系だと国の財源がもたないということもあり、かつ、医療の質というものも考えていかなくてはいけない、あるいは標準化というのを考えていかなくてはいけないというところで一部包括化、やってもやっても基本的には同じ金額という形にルールを大きく変えたというのが、このDPCの特徴です。これが病院の基本的な経営戦略を大きく変えた、僕は思っています。

分類の基本的な考え方



分類は、病名と手術があるかないかとか、どういう合併症があるかとか、どんな医療行為をやったかという話で、14桁のコードで決めます。

DPCの粒度別の用途

Table with 4 columns: 粒度 (Granularity), 分類数 (Number of categories), 用途 (Usage), 用途 (Usage). It lists various DPC codes and their applications for comparison and evaluation.

全部で5,000種類ぐらいありますが、だいたい基本的な地域医療分析の学説でいけば、だいたい500種類分ぐらいの上6桁だけあれば、十分こういうデータ分析にも使えます。

DPC制度の3要素

- 1. 「DPC診断群分類」という患者分類手法
DPC = Diagnosis Procedure Combination
Case-mix分類
2. 分類ごとの資源投入量に基づく包括評価
1日当たり定額支払い=PDPS(Per Diem Payment System)
(入院1日あたり額×日数×調整係数) + 出来高払い
3. 標準化されたDPCデータによる医療情報基盤
様式1：退院サマリ=傷病名(副傷病)、入院日数、重症度等
E/Fファイル：入院中の診療行為・資源投入量

包括評価していくときには、5個ポイントがあると思っています。

DPCによる入院医療の包括評価

5つのポイント

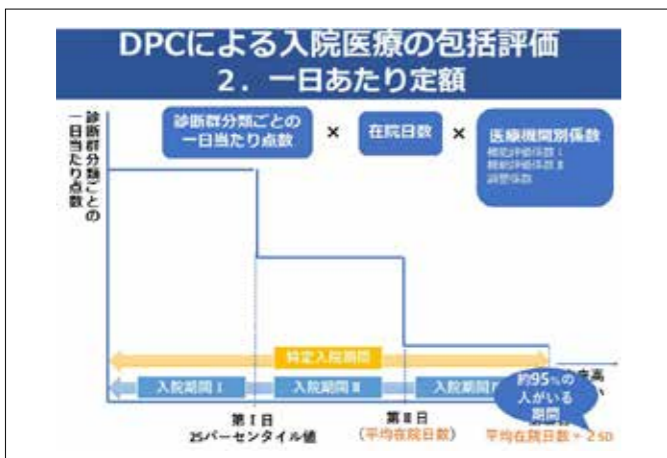
- 1. 診断群分類による疾患群別評価
2. 一日あたり定額
3. 包括点数と出来高点数のセット
4. 病院ごとに診療報酬点数が異なる
5. 診療内容が比較・評価される

DPCによる入院医療の包括評価
1. 診断群分類による疾患群別評価



講義内容⑦

1つはこんなふうに、先ほどのグルーピングによって枝番になっています。上のほうが一番安いですが、下に行くほど医療費が高くなるように、診療行為が下に行くほど濃密になってくるので、それに合わせて報酬額が高くなっていくように設定されています。



もう1つは、1つの診断の中で、在院日数によって決まるといえることがあります。最初はこれぐらいの単価ですが、在院日数がある一定を過ぎると、不連続的に報酬額が下がります。さらにある日数を超えると、さらに報酬額が下がります。さらに超えていくと、出来高レートで報酬額はかなり低くなります。この包括対象期間における報酬額は、1日当たりで決まっています。これを特定入院期間といいます。真ん中のここが平均在院日数、その病院が提出した平均在院日数です。そこが基準値になっていて、それより平均在院日数+2SD、2SDって何かということ、約95%の人がおおよそ該当する人たち、例えば平均在院日数が15日で、ここが20日だったら、20日のところに、この病院の患者さんの95%がいますというような場所ですが、その人たちより超えると、「出来高ですよ」というふうに言われてしまいます。なので、医療機関からすると、在院日数が短ければ短いほど単価が高いです。病院の経営を考えると、単価×在院日数ですので、在院日数が短ければ短いほど回転率が上がって病院が増収します。さらに医療機関別に診療報酬総額に掛けた金額を上乗せできる係数というものがあります。係数I・係数IIと種類があるのですが、いずれにせよ全国のDPC病院が競争して、ある一定の財源を係数に応じて再配分する仕組みです。良い病院は大きな係数を割り当てて、質の低い病院には配分しませんという仕組みです。そうすると医療機能を強化するほど高い係数が割り当てられるので、病院経営としても同じ診療行為をやっている、単価が大きく増収します。係数が2%~3%ずつでただけ、利益率が大きく変動するインパクトがあります。

言い方は悪いですが、出来高の人をいつまでも病院に入院しておくよりは、新しい患者を入れたほうが病院の経営上は単価が高いです。もちろん出来高になるのは、出来高になる理由があるわけですから、一概に言えないのは当然ですが、そういうインセンティブを働かせるように国が設計しているということです。

機能評価係数II. Table with 7 rows and 2 columns: Name and Description of evaluation coefficients.

機能評価係数IIというのが、その中でも経営上すく力をいれる所です。6個とか7個とか項目が充てられていて、「ここに力を入れてください」と国が設定しています。どれぐらい重篤な患者さんや診療密

度が掛かるような患者さんを診ているかとか、在院日数短縮の努力をしているとか、患者構成をどういうふうに評価しているとか、救急医療とか、後発品をどれぐらい入れているかとか、そういったことまで評価されます。

機能評価係数II. Table showing various medical and operational metrics for evaluation.

毎年その内訳が、先ほどの7項目が点数化されて、ホームページで公開されています。例えば千葉大病院などこの辺り、DPCは群に分かれていて、I群・II群・III群と分けられているのですが、大学病院はI群と呼ばれています。

機能評価係数II (千葉県抜粋) 平成31年4月1日時点. Detailed table of evaluation coefficients for Chiba Prefecture.

ここを上げるのに各DPC病院、これは千葉県内の全医療機関を出して、60ちょっと千葉県にDPC病院がありますが、その一部を持ってきたのですが、これだけ差が出されていて、みんな各急性期医療機関はこの係数を上げるために、日々病院の経営改善を含めて取り組んでいるところなんです。そのインセンティブは、基本的にいかに急性期医療を頑張っているか、効率的に頑張っているかということです。

DPC制度の3要素. List of 3 key elements: 1. DPC diagnosis classification, 2. Inclusion evaluation based on resource investment, 3. Standardized DPC data for medical information base.

講義内容⑧

DPCによる医療データインフラの整備

DPCデータとは. Definition and list of data items including patient clinical information and treatment behavior information.

そういったデータを出して数字を決めているので、患者さんの情報や医療行為を実施したのかという情報が膨大に蓄積されて、それらが全てに提出されています。それを使って、国は先ほどのインセンティブの仕組みなどを考えたりしているわけです。1人の患者さんが入院するときに、いつ入院して何をどれだけやったかというのが分かるわけです。データは嘘をつけないので、DPC病院は全国の病院との競争にさらされながら経営しているということです。

DPC退院患者調査について

調査内容と形式. Table detailing the survey process, data types, and output formats for discharged patients.

そういういろいろな場合があるという話は割愛しますし、

ツールの紹介 ~最も易しい分析手順解説書~

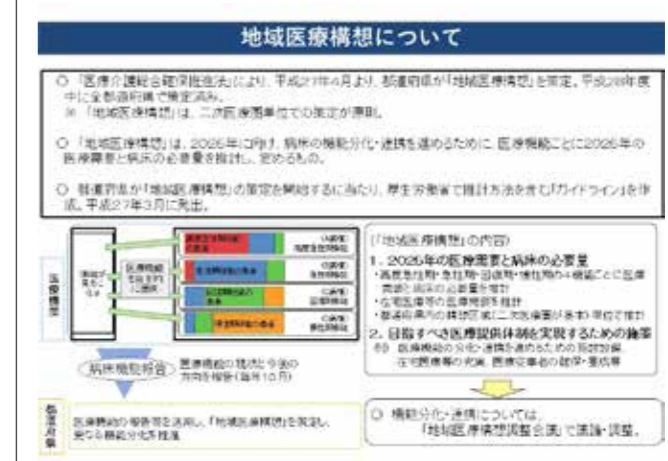
Tool introduction. Overview of the analysis manual, including DPC basic knowledge, hospital data utilization, and public data usage.

もしそういうデータ分析に興味がありましたら、私が一番お勧めする簡単なやり方は、Excelでもできるというふうに思っています。

本日の内容 (講義編)

- 1. 前回の復習 (吉村)
2. 診療報酬について (佐藤)
3. DPCについて (佐藤)
4. 地域医療構想について (佐藤)
5. 病態管理から考える機能分化と集約化の課題

ここまではいわゆる病院の経営、特に報酬にフォーカスしました。何か質問があればと思いますが、ちょっと駆け出しだけ、これは紹介第3回に話しますので、今日は頭出しだけです。今の病院の経営の基本的な話を踏まえて、後半はグループワークをしていただくわけですが、そのグループワークのお題となる背景を、地域医療構想に絡めてご紹介いたします。



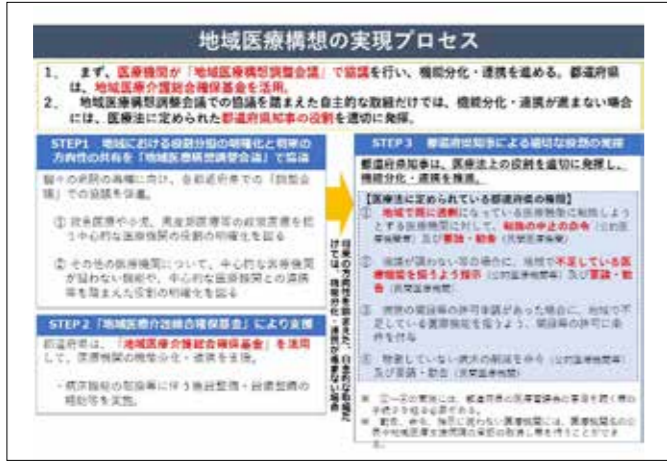
地域医療構想というのをメインで来週にお話しさせていただきますけれども、今非常に盛り上がっています。5~6年後の2025年に向けて、病床の機能分化や連携を進めるために、病院の機能ごとに医療需要と実際の病床の必要量というのを推定して定めるという話が書かれているわけです。「2025年に向けて」という1つの区切りがある中で、今全国各地に医療機関がいろいろありますが、どんな議論になっているのか、なかなか分かりにくいということで、病床機能報告制度というルールがあります。そのルールに基づいて、各医療機関に、自らの医療機能を自主的に選択してもらうというものです。選択肢は4つで、高度急性期・急性期・回復期・慢性期、この4択からどういう機能を選んでやっているのかというのを選んでもらいます。実際に中にいる患者さんが、より高度急性期が多いのであれば高度急性期、より慢性期の方が多いのであれば慢性期というふうに報告してくださいというルールになっていて、毎年報告されています。

そこと、2025年という医療需要があるのか、都道府県別です。あるいは、どれだけの病床が必要なのかというのを別途もって、当然そこ単純な比較はできないという実はデータ上の限界点がありますが、どういった2つのギャップに基づいて打っていきましょうというのが、基本的なコンセプトです。だから、今はいろいろと盛り上がっている中で、全体像が見えにくいかもかもしれませんが、基本的な考え方の基だということです。

それを議論するのが「地域医療構想調整会議」で、ここが唯一法律で定められて明文化されている会議体で、ここで決めて議論をして調整するというのが基本的なルール、ルールというか、会議体です。

第2回医療政策セミナー

講義内容⑨



それがこういうステップに書かれているわけですが、当然協議して合意形成を図っていただきます。それに必要なお金というのは、地域医療介護総合確保基金というもので、それを使って支援するという事です。特に自治体立のような所に関しては、知事の権限を強化するというような推進策も含めて支援するという話です。



これが来週出てきますが、先ほど言った急性期病院がいろいろ競争しながら頑張っているという話ですが。どうしても地域によっては、診療実績があんまり高くなかったり、あるいは近くに似たような医療機関が複数あって、しかも場所も近いというような所は、どうするかよく考えてほしいということも、国がデータでこの間出しました。出した結果は、いろいろ思いがあるかもしれませんが、今は出したということなんです。それを今度は調整会議をもって議論していきましょうという話が国としての要請です。

ここまでのまとめ

病院経営側が考えることと行政側が考えることは必ずしも一致しない(視点異なる)

- 急性期医療機関は高度化(より高い診療の質、より診療密度の高い医療機能)を目指して進んできた(より高い診療報酬、より高いDPC機能評価係数)
- 医療収入が経営指標の中心になりやすい。

地域の人口構造に合わせたダウンサイジング、機能転換はこれまでの経営方針と別方向。

病院経営方針の転換、資産見直し、職員配置の見直し等の転換コスト、調整コストが大きい。

病院経営は必ずしも先ほどの国が言うことと同じふうには考えていなくて、なぜなら考え方や視点がちよっと違うと思いますよね。急性期病院は特にもとも診療報酬上も競争しているので、より高度な医療を提供すると、より高い報酬が得られるように頑張って目指すわけです。そうしていくと、基本的には拡大・高度化を基本戦略にすると、どうしても複雑ゆえ売上中心の経営になりがちです。ですので、行政

側が規模を縮小してくださいとか、あるいは回復期への転換を考えてくださいと言われると、今までやってきた方向と全く別なのでどうしても戸惑います。経営方針を変え、今までやってきたもの、整えてきたものを1から見直さなければいけません。もしかしたら看護師や医師の配置も考え直さなければいけません。そういう機能転換に必要な費用や、調整したりするサunkコストというものがありにも大きくて、転換することに躊躇してしまいがちな実態もあります。

医療機関のホンネ?

- 機能分化すると不採算な機能が割り振られ売上が減るのでは?
- 急性期医療をやめると売上が減るのではないかな?
- 急性期病院と名乗らないと医師や研修医が集まらない。
- 機能分化に伴う転換コストを負担したくない。手放したくない。(MRIや手術室を手放す?)
- 医師、看護師の再配置の結果、診療報酬が減るのではないかな。
- 周辺病院が先につぶれてくれば、自分の病院に患者や医師、看護師等が集まるのではないかな。
- なんとかこのまま現状維持を続けて生き残っていききたい。

しかしながらこのままでは地域ごと倒れてしまう?!

これは後で皆さんにもグループワークで考えてほしいと思って、羅列してみました。もし自分が医療機関の経営側だったら、こんなことを心配しないかなということなんです。もし国側からそういう機能分化して欲しいという話になってくると、自分がいわゆる採算の合わないような機能を割り振られて、結果的に売上が下がってしまうのではないかと、極端な話で急性期医療をやめちゃうと、また売上も減るのではないかなということなんです。費用のほうは見えていません。もしかしたら費用も減ってプラスになるかもしれないけれども、どうしても売上思考になってしまうと心配になりますね。あとは、急性期病院と名のらないと、なかなかお医者さんや研修医は来てくれないし、しかもMRIとかオペ室も、整えてしまったから手放すと言われても、誰がお金を払うかという、診療報酬が逆に減ってしまうことが、人件費を含めてどうなるか分からなくて不安だという話があるかもしれません。「自分たちはこのまま何とか頑張るから、先に他がつぶれてくれば、患者さんやお医者さんや看護師も、自分たちの所に集まって、何とか生き残っていけるのではないかな」とか、「できればこのまま何とか現状維持で残っていききたい」と思うかもしれません。しかしながら、財源が厳しいと言われている現状で、しかも地域の人口減少がものすごいスピードで進んで、このままでは地域ごと共倒れになってしまうかもしれない、どうしようかという自治体側の悩みも出てくるのかなと思います。その葛藤の中で、どうするかということが出てくるかと思って、イントロダクションはここまでにしたいと思います。この先どうすればいいかというのを、ぜひ皆さんで考えていただきたいし、私も一緒に考えたいと思っていますので、よろしく願いますということで、ここまでさせていただきます。

以上

テーマ① 病院経営の観点から、病院を機能分化・集約化する時の課題・不安を考えてみる

「病院」「診療所」の長（経営者）としての課題・不安

参加者の回答

<経営>

- 新しい病院はもう作れないのか
- 今までの強みを活かせるのか
- 経営が成り立つか 自院の特色を出す必要があるか
- 患者が来なくなるのではないのか
- 機能の違う病院と協力（統合）していかないと患者さんを確保できないのではないのか
- 機能評価係数IIをあげられるか
- 機能を見直して、採算がとれるのか
- 地域の評判
- 統合後に経営イニシアティブを手放したくない
- 統合することで赤字を背負いたくない
- ミッションの再考必要
- これまでの経営方針を維持できるのか。 不本意な機能を押し付けられないか
- 慢性期は経営がうまくまわるのか？（収入はどうか？）

<収益>

- 収益が減ることで責任を追及される
- やりたい医療ができなくなるのではないのか
- 収入減少
- ダウンサイジングで急性期から回復期に移行すると売上、収益も減るのではないのか

<他医療機関との関係>

- 周囲の病院とうまく連携がとれるか
- 自病院の採算が取れるか（わりをくうのではという不安）
- 患者の取り合いになるのではないのか

<人材>

- 医師のモチベーションを保てるか
- 医師の流出
- 給料の削減⇒職員不足 職員からの理解が必要
- 急性期をやめると医師が集まらないのではないのか
- 人員の削減
- 人数減ると柔軟な人事配置ができない
- 必要な専門職を雇える保障はあるか
- 急性期は人が集まりやすいので、人員が減るのではないのか
更に、機能も低下し、保障もされなくなるのでは？

<設備>

- 設備装置を十分に稼働できない
- 建物・医療機器の使い方 処分？売却？
- 医療資源の使い方を統合後はどうするか
- 院内設備をどうするか？

<待遇>

- 報酬低下への不安

<その他>

- 国の政策がいつまで続くのか
- 統合後の関係病院・残った施設ははどうする？それも含めて統合？

自院の「医師」「看護師」の管理者としての課題・不安

参加者の回答

<モチベーション>

- 医師「あいつは暇なのに高収入・・・。僕は忙しいのに低収入・・・」
- 医師や看護師のモチベーション
- 病院がなくなる？
- やりたい医療ができなくなるのではないのか
- 理念と合う病院と合わない病院がある
- ダウンサイズ下病院でスキルが身につくか
- 機能転換により自分のスキルが生かされなくなるのではないのかという不安
- 医師・看護師の雇用
- スタッフの適正・スキルがあわなくなる
- 医療者の専門性を活かせるか

<人材流出>

- 今いるスタッフがやめてしまわないか
- 人を減らす必要が出てくるかも
- 急性期をやりたい職員が辞職するのではないのか

<業務量>

- 看護師が少ないと急性期でやっていけない
- 業務負担が大きくなるのではないのか
- 業務量の均てん化が困難
- 現場が混乱する
- 時間外勤務（業務増）
- 診療範囲が拡大する

<労働環境>

- 患者・被験者・業者が集まらないため、研究環境が乏しくなる
- 患者さんがいなくなると空床だらけになる
- ロータや各領域で経験する機会が乏しい
- 組織が変わることによる自分の役割への不安
- 急性期病院に患者が集中⇒特定の医師が過労気味

<再配置>

- 機能集約すると医師・看護師の配置に困る
- 病院間で職員を再配置？

<人材確保・雇用>

- 医師・看護職員を確保できるか
- 医師は派遣してくれるか？
- 医師や看護師を雇ったり変えないといけないのでは？
- 雇用が不安定 何科の医師・看護師を何人雇うか？
- 急性期以外だと研修医が来ないのではないのか
- 千葉県全体で人的資源が不足しているので人材確保が困難

<待遇>

- 待遇面の格差をどうするか
- 機能が変わると給料が下がる。首を切られる。リストラ
- 診療報酬の低い病院（療養型）などの人員の質・量 人件費が難しい
- 給料があがらない

<その他>

- 高度急性期病院から自宅へ帰ることに抵抗がある
- 症状に応じた病院に行かない（大病院に集中）

テーマ① 病院経営の観点から、病院を機能分化・集約化する時の課題・不安を考えてみる

「地域住民」への医療提供者としての課題・不安

参加者の回答

<利便性>

- ・科がなくなった。 代わりの・・・病院まで交通手段ないし・・・
- アクセス↓ 距離時間
- アクセスが悪くなる
- 遠くなる
- 利便性が低下
- 通う医療機関が変わると交通の便があるかどうか
- 通えなくなるかも
- 混雑・順番待ち
- 急性期だが小児周辺がない
- 近くに病院がなくなる不安
- 通院が遠くなるのではないのか？
- 近くの病院なのに見てもらえない
- 集約化することによって患者さんの近くに病院がなくなるのでは
- 専門医がいないため遠い病院へ
- 病院がなくなることによる不安増

<馴染み>

- 「うちの」病院がなくなる不安
- かかりつけ医の先生がいなくなるかもしれない
- いつも通っていた医師・看護師がいないと慣れたくて不安
- 情報が伝わっているか心配
- 医療従事者から何度も同じことを聞かれる

<安心感>

- 医師が減る不安
- 安心した医療が受けられなくなる？
- 医療レベル低下
- そうはいつでも総合病院って安心できる
- 望む医療・診療を受けられるか

<その他>

- 小児が減ることに伴う不安
- 機能分化されたときに何の機能分化がされたかわからない
- 軽症でかかり断られる
- 大病院信仰がある人は困る
- 再編・統合の基準が本当に正しいのか不明確で納得できない
- 住民からの理解

テーマ② 政策を進めるうえで医療機関と議論する時のアイデア

① 医療機関が政策に乗ることで得られるメリット

参加者の回答

- <効率化>
- 医療機器の稼働率アップ
 - 医師の負担が減るのではないかな
 - 時間外や当直が減る
 - 無駄がなくなり効率化される
 - ベッドの利用率が上がる？
- <優遇>
- 医師配置を優先的に得る
 - インセンティブがつく
 - インセンティブで収入を得られる
 - 診療点数上のインセンティブに乗りやすい
 - 加算が得られる
 - 助成金
 - 財政的措置がある
 - 看護師配置を優先的に得る
 - 補助金による建築・備品充実
 - 再統合する際に配慮のある制度を作ってもらえる可能性
 - 自治体からの助成金と医師配置が受けられる
 - 情報を収集し予測することができる
 - 診療報酬の恩恵
 - 病院の設備変更に伴うお金が出る
- <経営>
- 経営の安定化
 - 病棟転換による増収
 - 地域ニーズに合わせた経営
 - ニーズに沿った医療を提供することができ、生き残ることができる
 - 医療機関が生き残れる
 - 競争がいなくなる（この地域ではこの病院のような）
- <人材>
- 役割の明確化⇒人材を集めやすい
 - 今後の医療ニーズにあった人材の育成ができる
- <その他>
- モデルケースとして会議に呼ばれる可能性がある
 - 患者をまわす約束ができる
 - どうせ政策は変わるので、乗らないと乗り遅れる
 - 正しいと思うことをやれる
 - 病院の強みを行政側にも良い広告できる

② 医療機関が政策に乗らないと被るデメリット

参加者の回答

- <優遇>
- 恩恵を受けられない
 - 基金の減額
 - 診療報酬改定による減収
 - 行政の制度に乗れない（補助要件）
- <経営>
- 「うちだけ」減益の不安
 - 医療需要にこたえられない
 - 置いて行かれる
 - 同じ地域の患者を取り合う
 - 経営不安
 - 自然淘汰
 - 自分のやりたい医療と病院が求められている役割が違う
 - 収入減
 - ニーズから離れてしまう
 - 他病院と連携がとりづらい
 - 採算がとりにくい
 - みんな消耗戦
 - みんなつぶれる
 - 地域と共倒れする可能性
 - 地域連携で乗り遅れる
- <人材>
- 現場で働く人がつらい
 - 人が集まらない
- <その他>
- 名前を公表される
 - 風評被害？
 - 望ましくない形で公表されてしまう
 - 何もしないことが見える化されて 痛い目にあう
 - 病院がつぶれて地域の人が困る
 - 名指しで行政指示に従わないといけないし、機関名を公表される

テーマ② 政策を進めるうえで医療機関と議論する時のアイデア

③ 病院経営を理解した上で調整会議を活性化する方法を考える

参加者の回答

- <インセンティブ>
- インセンティブ お金・名声
 - なんらかのインセンティブをつける
 - 調整会議参加病院へのインセンティブ（金銭的な）
- <会議の規模>
- エリア無視で議論をする
 - 会議時間を短くする
 - 会議の単位を縮小
 - 参加者数を絞る
 - 調整会議の人を減らす
 - 具体案の提示
- <進め方>
- クローズドでの開催
 - 県庁主催で職種やターゲット絞って話せる場を作る
 - 個別に事前ヒアリング
 - 市町村議員マニフェストに載せてもらう プッシュする
 - 成功県を参考にする
- <議論内容>
- 地域の具体的な課題から話し合う
 - もっとリアルな議論をする
例：どこが分娩を担うかなど
 - 地域包括ケアシステム再統合のブームをより広報していく
 - 実感わかせる
 - 雇用を守る施策
- <構成員>
- 活性化現場代表（医師、看護師など）住民代表を入れる
 - 住民の方にも入ってもらう
 - 発言してもらう
 - 中立の立場のファシリテーターを鍛える
 - 多職種チームで会議に参加（わがことにしないとわからない）
- <情報公表>
- スタッフレベルでの情報交換
 - 宣伝をする
 - 見える化
- <その他>
- 協業体制をつくる