

社会保険病院の自立と再編を考える

社会保険病院以外の病院とのベンチマーク比較およびDPCシミュレーションから

グローバルヘルス財団 理事長 アキよしかわ

グローバルヘルス財団（米国、カリフォルニア州）は札幌社会保険総合病院、佐賀社会保険病院、健康保険諫早総合病院、社会保険群馬中央総合病院、岐阜社会保険病院の健康保険5病院、全社連と共同で疾病・手術別ベンチマーク分析を行った。社保5病院のベンチマーク分析の結果についてはすでに報告があったので、ここでは札幌社会保険総合病院の事例を用いて、民間病院を含む他の急性期医療機関とのベンチマーク比較、そしてDPC移行時のシミュレーション結果に関して報告を行う。病院にとって具体的にどのような改善努力が必要であるかが示されたばかりではなく、今後の社会保険病院の再編においても重要な政策的示唆が数々示された。

ベンチマーク分析

これからの医療財政破綻の時代において、病院経営にとってのチャレンジは、限られた財源の中から如何にして最高の医療を提供することが出来るかである。病院改善の為にはまず自分の強さと弱さを洗い出し、具体的な目標を設定しなければならない。病院の総合的なパフォーマンスは、医療の質、運営効率、そしてコストの3つの要因によって決定される。ベンチマーク分析では、これらのパフォーマンスに関わるデータを集めて分析し、他の病院と比較することにおいて自分の経営パフォーマンスを実証的に且つ客観的に把握する。ベンチマークとは「基準点」という意味であり、その語源は土地の測量法に由来する。土地の測量で自分の位置を知ることが重要であるように、まず自分がどの位置にあるのかを知ることが病院改善の第一歩である。

ベンチマークでは指標として、直接・間接の人件費、材料・薬剤コスト、利益率、平均在院日数などを、医療機関、疾病、手術、そして病院内の医師ごとに比較評価する。グローバルヘルス・コンサルティング(GHC)社のベンチマークではコスト、効率性だけでなく、医療の質（アウトカム）に関して比較評価を行なっている。医療の質を表す基本的な指標の一つは「再入院率」である。「再入院率」とは退院後30日以内に予期せぬ再入院をした患者が疾病・手術ごとに何パーセントあったかをいう。米国の病院格付機関(JCAHO)も医療の質の評価の為にベンチマークを行っている。

今回行ったベンチマーク比較ではGHCの豊富なデータベースを活用した。このデータベースの中には日本を代表する約300の急性期医療機関のデータが含まれている。ベンチマークでは指標として、直接・間接の人件費、材料・薬剤コスト、利益率、平均在院日数、再入院率、院内死亡率などを、医療機関、疾病、手術、そして病院内の医師ごとに比較評価した。図1は実際のベンチマークの例として腹腔鏡下胆嚢摘出術の病院間比較を示している。縦軸が各病院の腹腔鏡下胆嚢摘出術の平均コストを、横軸が平均在院日数(ALOS)を示している。円の大きさはそれぞれの病院での年間症例数を示している。図1で色が濃い円が今回の分析に加わった社保5病院である。コスト計算はGHCが開発したコスト計算ロジックを用いたが、人件費には腹腔鏡下胆嚢摘出術を行なうために必要

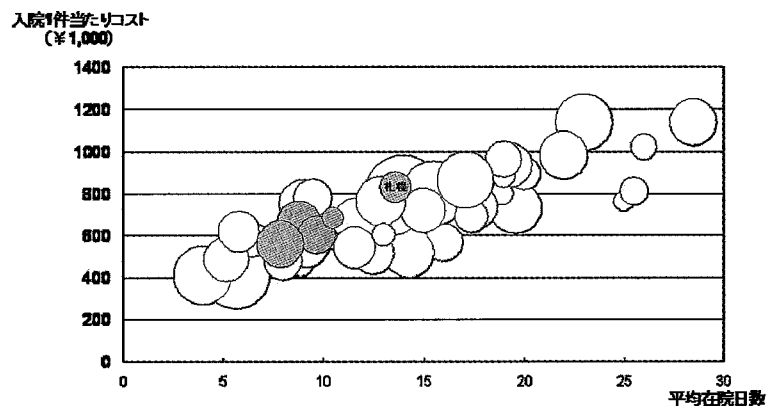


図1 腹腔鏡下胆嚢摘出術：在院日数とコストの比較

とされた医師、看護師、レントゲン技師、検査技師のみならず事務系職員等、非医療スタッフの給与も含まれている。また非人件費には手術材料、薬だけではなく、電熱費・光熱費のような様々な経費や減価償却費も含まれている（コスト按分に関してはアキ・よしかわ、IT VISION 6 (2004)「戦略的病院経営を考える：進化する実証分析⑤ 疾病別コスト計算の理想と限界～オタクによる戦略的経営」を参照）。

今回の分析に参加した社保5病院の中では札幌社会保険総合病院（以下札幌病院）が最も平均在院日数は長く、コストも高かった。しかし、最も平均在院日数が長い札幌病院が全体との比較では、ほぼ平均的な位置付けになっている。昨今、マスコミでは社会保険病院の経営は非効率であり、民間病院に比べて競争力が低いという論調が時々見受けられるが、少なくとも腹腔鏡下胆嚢摘出術においては、今回分析に参加した社会保険病院は他の民間医療機関よりも、平均在院日数は短く、コストも低い、すなわち効率的であることが示された。

今回の社保5病院のベンチマークは今後の社会保険病院の再編に関して重大な政策的示唆を与えている。2005年2月、社会保険庁は公的な年金や医療保険の保険料で整備した福祉施設を売却するため新設する独立行政法人の案をまとめ、自民党の社保庁改革作業部会の上を承認を得た。政府が国会に関連法案を提出し、10月に独立行政法人「年金・健康保険福祉施設整理機構」が設置される。この案には全国52カ所の社会保険病院も含めるといふ議論もある。2006年度に整理合理化計画が作成される。具体的には社保病院のうち自立運営が難しく、他の病院で代替可能と決まった病院は新法人に移し、民間に売却する。新法人は5年以内に施設売却を終え、解散する。今回のベンチマーク分析に参加した社会保険5病院は他の民間医療機関と比較して遜色ない競争力と効率性を示した。他の社会保険病院も含めより大規模なベンチマーク分析を行うことが、個々の社会保険病院の改善と自立経営の為の大切な第一歩になるであろう。著者は10年以上前に米国カリフォルニア州における公的な病院（county hospitals）の再編・統廃合にアドバイザーとして関与したが、今日の日本の社会保険病院と自治体病院を取り巻く政策論議と非常に似た背景があり、デジャブ感（擬視感）を禁じえない。

DPCシミュレーションからの政策的示唆

日本では2003年春、DPC（Diagnosis Procedure Combination）と呼ばれる診断群分類別支払制度が大学病院に導入された。更に2004年4月から7月にかけてはDPCへの移行を希望した一般の医療機関へもDPCが導入された。多くの社会保険病院が他に先駆けてDPCを導入した。

現時点で既に20病院ほどの社会保険病院がDPCを導入している。今回のベンチマーク5病院は全てDPCを既に導入している病院である。今回のGHCが開発したDPCシミュレーションシステム、DAVE（DPC Analysis and Variance Evaluation）を用いて、DPCでの診療報酬を計測し、出来高での診療報酬との比較を行なった（DAVEに関しては、IT VISION 5 (2004)「戦略的病院経営を考える：進化する実証分析⑤ デイブの誕生」を参照）

本稿では診断群分類「0603303x04xx0x」（胆嚢結石 腹腔鏡下胆嚢摘出術 副傷病なし）と診断群分類「0603353x040x0x」（胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術 処置等1なし 副傷病なし）を例として紹介したい。

（1）平均在院日数のバラツキ

図2はDPC群における病院の平均在院日数の比較病院を示している。平均在院日数が短い順に並べているが、平均在院日数が最も短い病院は5.2日、最も長い病院は26.6日であった。棒グラフの一番下の白い部分が術前の在院日数、黒く塗りつぶされている中央の部分が術日（1日）、一番上のグレーの部分が術後の在院日数である。矢印のマークが付いているのが、今回の分析対象の社会保険5病院である。このDPC群においては札幌病院が社会保険5病院の中で最も平均在院日数が長く11.4日であった（この分析での母集団は2つの診断群分類（0603303x04xx0xと0603353x040x0x）であり図1の腹腔鏡下胆嚢摘出術とは数値が異なる）。

図2は同一のDPCにおいても平均在院日数に大きなバラツキがあることを明確に示している。術後の在院日数にはそれほど大きなバラツキはないが、術前の在院日数は病院によって大きく異なる。平均在院日数のバラツキの原因は術前日数、そして術前日数が長ければ長いほど平均在院日数も長くなる傾向にあることが分か

る。

(2) 出来高とDPCにおける収入の増減関係

次にDAVEを用いてこれらの病院においてDPCへの移行により、出来高と比べて収入がどのように変わるかをシミュレーションした。図3は出来高での収入とDPCでの収入を病院毎に比較してある。病院の並んでいる順番は図2と同様に平均在院日数の短い順である。棒グラフの左側が出来高での収入、右側がDPCでの収入（注：調整係数を全て1.0として計算）である。

図3は大変に興味深い平均在院日数と収入の増減の関係を示唆している。社保5病院は、一番平均在院日数が長かった札幌病院以外は全てDPCによって増収になる。札幌病院よりも右に位置する病院は全てDPCでは減収になっている。

(3) 投薬、注射、検査、画像の消費比較

次に札幌病院の減収の理由を調査した。ディブは平均在院日数のような医療行為の「結果」だけではなく、診療行為をクリティカルパスのイメージで可視化し、複数の医療機関と診療「プロセス」の比較を行うことが出来る。札幌病院では、なぜ平均在院日数が長くなっているのか「プロセス」ベンチマークを行い実証的に考察した。

図4のレーダーチャートは札幌病院の診療行為別（投薬、注射、処置、手術、検査、画像）の請求額を相対的に示している。内側の色の薄い正十角形はデータベースに含まれるDPC病院の平均の診療行為請求指数を、形がいびつな十角形は個々の病院の診療行為請求指数を示している。ここでは札幌病院と班研究5病院の中で該当DPC分類において平均在院日数が最も短かった岐阜社会保険病院のレーダーチャートを示す。

このような療行為別請求のレーダーチャート分析によって、病院別に診療行為を定量的に把握することが可能である。同じDPC分類（胆嚢結石 腹腔鏡下胆嚢摘出術 副傷病なし）であるが、札幌病院では注射、検査、画像が突出して高い事がわかる。札幌病院でのパスの見直しの必要性が示唆された。

(4) コストとの比較

次にDPC導入後にコスト割れしていないかどうかを調査するシミュレーションを行った。図5の3本の棒グラフは、一番左側の棒グラフが出来高での収入、真ん中の棒グラフで示されているのがDPCでの診療報酬、右側の棒グラフが札幌病院で腹腔鏡下胆嚢摘出術を提供する際に必要とされたコストを示している。症例は平

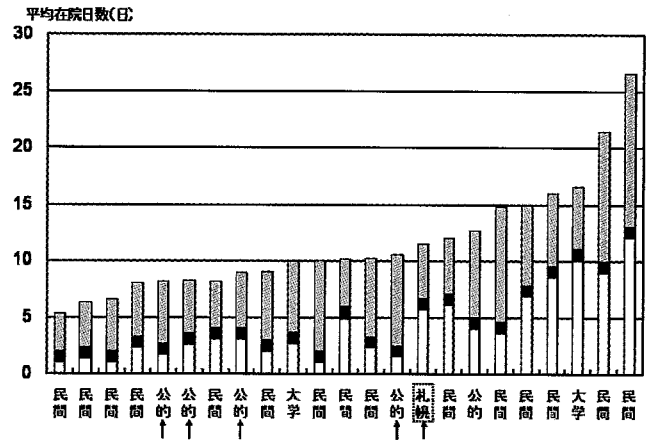


図2 平均在院日数の比較

診断群分類「0603303x04xx0x」(胆嚢結石 腹腔鏡下胆嚢摘出術 副傷病なし)
 診断群分類「0603353x040x0x」(胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術 処置等1なし 副傷病なし)

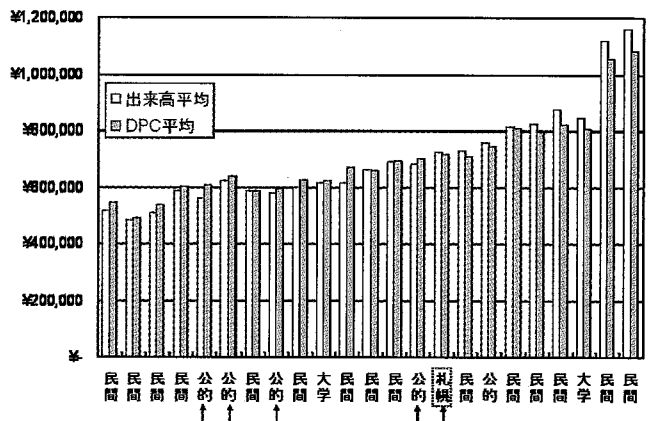


図3 出来高とDPCでの収入比較

診断群分類「0603303x04xx0x」(胆嚢結石 腹腔鏡下胆嚢摘出術 副傷病なし)
 診断群分類「0603353x040x0x」(胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術 処置等1なし 副傷病なし)

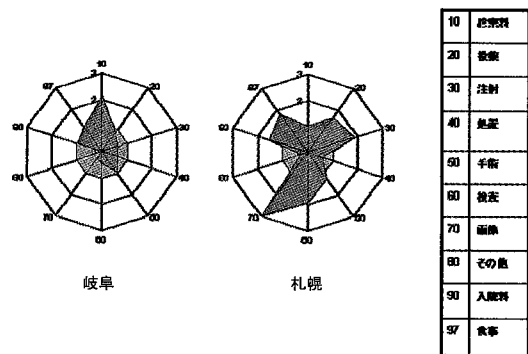


図4 診療行為別請求額の相対比較

診断群分類「0603303x04xx0x」(胆嚢結石 腹腔鏡下胆嚢摘出術 副傷病なし)
 診断群分類「0603353x040x0x」(胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術 処置等1なし 副傷病なし)

均在院日数が短い順に並んでいる。在院日数の短い症例はDPCに移行すると増収し、在院日数が長くなると減収する傾向が見られる。DPC収入とコストの比較においては、症例11までは利益が出ているが、在院日数が長くなる症例12、13になるとコスト割れしている。このようにDPCで定められた上限収入を念頭に置き、ミクロなコストマネジメントを行っていかないとコスト割れを起こす可能性があることも示唆された。

社会保険病院の自立と改善の為に

全社連本部には、各院の医事会計、磁気レセプト、財務会計などのデータを集約し、分析結果もフィードバックできる「定点観測システム」があり、また多くの社会保険病院がDPCデータを作成している。我々はこのようなデータを活用し、社会保険5病院のベンチマーク分析を行なった。このような実証的データに基づくベンチマークは社会保険病院の活性化のために必要不可欠である。今回のベンチマーク分析に参加した社会保険5病院は他の民間医療機関と比較して遜色ない競争力と効率性を示した。特に札幌病院ではベンチマークによって現状が明らかになった今、改善に向けての様々な具体的な取り組みが始められた（秦温信、「DPCを戦略的に捉える～社会保険病院ベンチマークを通して」、2005年2月17日開催の「急性期病院の条件：戦略的DPC対策セミナー」での講演録を参照）。2006年度に整理合理化計画が作成される予定だが、個々の社会保険病院の自立運営の可能性を吟味する為には、他の社会保険病院も含めたより大規模なベンチマーク分析を行うことが必要である。研究班は今年度、札幌病院の秦院長を班長に「全社連共同研究：定点観測システムを用いたベンチマーク分析によるDPCの評価に関する調査研究」に取り組む。ベンチマーク分析は社会保険病院の自立と経営改善の為の大切な第一歩になるであろう。

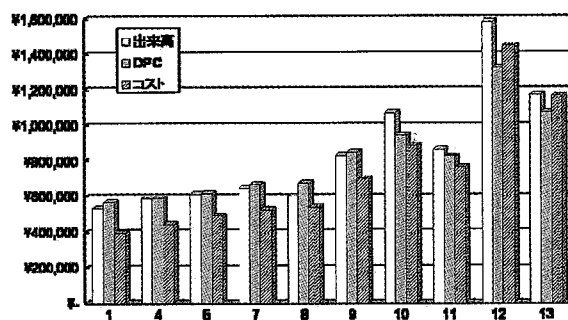


図5 札幌社会保険総合病院における症例別出来高収入、DPC収入、コストの比較

診断群分類「0603303x04xx0x」（胆嚢結石 腹腔鏡下胆嚢摘出術 副傷病なし）

診断群分類「0603353x040x0x」（胆嚢水腫、胆嚢炎等 腹腔鏡下胆嚢摘出術 処置等1なし 副傷病なし）