

「病院収益」「患者満足度」「医療の質」の視点から 疾病ごとのデータを収集・分析して組織を動かす

ヘルスケアマネジメントパートナーズ株式会社代表取締役社長 村山 浩氏

ヘルスケアマネジメントパートナーズ株式会社は、医療・介護分野への投融資に特化したトリニティヘルスケアファンドの運用会社として、2007(平成19)年に設立された。代表取締役社長の村山氏は、病院や介護事業者の経営改善・再生に関する様々な案件に関わってきた経歴を持ち、「医療分野とファイナンスの融合」という意味において草分け的存在である。本書2015年版から開始した特別インタビューでは、順調な経営がなされている病院の方々のお話を中心としてきたが、村山氏には課題を抱えた病院との数あるコミュニケーションの中で感じてきた経営改善のポイントと、病院のあるべき方向性についてご意見をうかがった。



1 診療報酬改定の影響と 今後の方向性

——近時の医療経営環境をどのように見ていますか？

全体的な収益動向は思いのほか悪いのではないかと思います。7対1の要件厳格化については、2015(平成27)年前半はモラトリアムがありました。後半以降は降きつくなり、厳格化に対応するため稼働率が落ちてきている病院が多かったように感じます。一方、手術などをしっかりと行い、高度急性期対応ができていない病院は、人件費が上がるなどの動きはありますが、収入自体は好調だと思います。診療報酬は「手術をしっかりと行い、患者が回転する流れ」に整合する形になっています。高度急性期対応が

できている病院は地域連携や病院間連携をさらに強化しており、地域連携室がうまく仲介して患者の受け入れ体制をしっかりと整備してきています。「要件が厳格化する中で7対1の維持は厳しい」「急性期と慢性期の間に位置している」ような病院が一番困っていますね。

——今回の改定では、7対1と10対1双方を並存させることができます。実際にそれを考えている医療機関はありますか？

この4月からの話なので、今は検討中かと思います。①一部の病棟を7対1から10対1に転換する、②地域包括ケア病棟を入れる、③回復期へ移行する——この3つから選ぶことになります。

——「7対1を維持できない」という病院はかなりの数あるのでしょうか？

重症患者が少ない病院が7対1を維持しようとしても、稼働率が85%を超えられない傾向があり、これまでは95%だったものが80%ぎりぎりまで落ちてしまっています。また、一番難しいのは200床くらいの病棟です。200床未満だと病室単位で切り替えることができますが、病棟単位で切り替えなければいけないところは一定期間、数字が極端に落ちるケースがあり、一時的に苦しまなくてはなりません。そのため、一病棟全部を地域包括ケア病棟に移すというのは難しいのが実状です。一方、回復期については、脳外科・整形の強化が可能かどうかにより選択が変わってきますし、回復期リハの対象となる患者さんをどこから受けるかも含めて検討しなければなりません。

慢性期は比較的安定していますが、安定しているがゆえに人件費がじわじわと上がってきていて、少しずつ業績が悪くなるという問題があります。それでも今はまだ十分元気かなと思います。その中で、介護にどうつなげていくかが課題で、回復期もそうですが在宅復帰率の問題があり、受け皿が重要です。これはまさに地域包括ケアの話であり、そこをしっかりとできないと慢性期にせよ回復期にせよ難しいと言えるでしょう。

——急性期についてはどうでしょうか？

急性期で医療密度の高い治療が期待でき、DPCの入院期間Ⅱ程度で退院する患者さんが主で、ベッドが回転し患者さんが順調に集まる病院は、そこに特化して欲しいと思います。もちろん、技術や機器を含め、様々な投資が必要になってきますが、そこは“イタチごっこ”ですし、こうした流れにふさわしい医師の招聘などの対応を怠ると負けていくのでやらざるを得ません。ただし、これは健全なことだと思います。患者さんの症状に合った治療をしっかりと、それに合わせた販管費・人件費・減価償却費の多寡も含め、全体のバランスを見ながら経営をしていく必要があります。

② 経営改善に必要な指標

——御社では経営改善が必要な病院との仕事も多々行ってきたと思います。そうした経験を踏まえ、こういった指標が経営改善の観点から重要だと思われませんか？

単一の指標で何が大事かというよりは、DPCの構造を疾病ごとにしっかりと理解し、分析できる体制が必要だと思います。ただ、そうした経営管理だけでは不十分で、患者さんのADLやご家族の状況、住まいの環境、介護の対応まで含めて検討し、バランスを持って検討することが大切です。

特に今回の改定を見て一番重要だと思うのがバランスです。病院全体で平均単価・平均在院日数を見ること自体、ますます意味がなくなってきていて、例えば、これまでは「脳外科ならどうか」という視点だったものが、今は「脳外科の中でも動脈瘤だったらどうか」といったところまで理解した上で、患者さんに適切な入院期間、治療内容、コストを考えなければなりません。

診療報酬点数は良くできていると思います。その患者さんにふさわしい治療とコストの平均値から金額が決まっていますし、平均値のとり方も比較的余裕があります。効率的に運営している病院ばかりの平均値ではなく、幅広い病院を含めた平均値なので、きちんとやれば利益も出るし、当然、患者さんの治療成果も高くなる設計になっています。

——すべての病院がDPCデータの分析ができるかという、難しい部分もあるのではないのでしょうか？

人の部分とノウハウの部分があるので、国も含めて指導のあり方を考える必要はあるような気がします。ただ、データに基づき経営指標を数値化していくこと自体は、実はそれほど難しくないとします。実際にやろうと思うことが大事で、本当の課題は数値の分析ができた後からだと思います。

例えば、疾病ごとに理想的な平均在院日数を整理したとします。当然「一定の幅」が存在するため、その幅の中でどう対応するかが課題になります。つまり、「この患者なら、14日で地域包括ケア病棟に移す」という標準値があったとしても、治療の必要度によっては12～16日の幅を認める柔軟性が必要です。そうした判断は各病棟や各診療科の決め事ではなく、患者さんごとに集めたデータで対応すべきです。制度と点数をしっかりと理解した上で、回復期リハに移った後や退院後まで踏まえて、「個々の患者さんのために最善を尽くそうとしたときに何ができるか」

という視点を持たなければいけません。ただ単に「病院全体で14日を指そう」という形で指標を使ってしまうと、まず間違えてしまいます。

——仮に、経営企画部門や医事課などでデータの整理・分析ができて、明確な方法論が見えたとします。しかし、どんなに分析の精度が向上しても、それを医師に伝えて、医師にその通り実行してもらうことは、別な難しさがあるのではないのでしょうか？

診療報酬点数は、その疾病に対する過去の統計値から見て「これが標準的だ」というところに落ち着いています。クリティカルパスをしっかりと作っていけば、先ほどの「疾病ごとに管理していく」という行為が比較的うまくいく可能性はあります。もちろん、イレギュラーな値はあるので、そこは対応しなければいけません。

病院収益、患者満足度、医療の質——この3つが医師のモチベーションにつながるような仕組みになっていけば、医師は事務方からのメッセージを理解してくれると思います。ただ、3つのどれかが欠けていても駄目です。私自身の経験も踏まえ、病院の事務方に特にお伝えしたいことは、事務方の進言がしっかりとした数値や分析に基づいていけば、医師は納得し、決して嫌がることはないということです。当たり前のことですが、医師は患者さんやその家族のためになることについて、反対はしません。医師は皆、サイエンティストであり、数値に敏感に反応します。そのため自分たちの医療行為を数値化しておくことが重要です。

ただし、そのデータが間違っているわけではないので、事務方は正しいデータを病院全体ではなく、最低限「診療科単位で見ましょう」ということです。さらに、そこからもう少し掘り下げて、疾病ごとで見るといっていいでしょう。ただ、あまり極端に深掘りしても全体感が掴めなくなってしまいます。バランスをとって対応することが重要だと思います。

——「患者さんや家族のため」という視点をもう少し掘り下げると、どういうイメージでしょうか？

例えば、平均在院日数については、あくまで厚労省が平均値に基づいて定めているもの

です。そのため働き盛りでまだ若い患者さんの場合、回復が早く、早期退院が可能です。一方で、70～75歳の単身高齢者の場合は、自宅に戻った後の生活の困難さや介護の度合いなどを加味すると、在院日数はもう少し延びるかもしれません。そのため特定の臓器だけではなく、患者さんの個々の状況まで踏まえて判断することが大切です。

高度急性期を担う大学病院は「特定の臓器」という括りでもいいのですが、民間の中小病院の場合、例えば循環器が悪い患者さんだと寝たきりになって動けないこともあるので、筋力の低下に対するリハビリまで考慮する必要があります。ただ、リハビリを積極的に提供していない循環器科も多いのが現状で、リハビリができる病院との連携が重要になります。そうした中で、先ほどの話とは逆になりますが、すぐにリハビリをしたほうがいい患者さんには、「本来は14日のところを10日で移していく」という判断もあると思います。

今はIT化が進んでいるため、少しデータを加工すればクリティカルパスはすぐに作成できます。事務方にとって大事なのは日々、医療行為のインプット作業を怠らず、退院日まで放っておかないことです。逆説的に言うと、クリティカルパスがしっかりできていけば、デフォルトである程度の情報が入ってきますので、事務方の作業は比較的簡単になります。実施した行為を後付けで手入力するのは大変です。

——現状ではそうした体制がない病院があるとしたら、どこから始めていくのが良いと思いますか？

事務方が適切なデータをきちんと作成するところからですね。それが結果的に収益のプラスにつながるかもしれません。そもそも診療報酬点数と治療成果というのは、合併症などのイレギュラーなケースを除き、ある程度リンクしています。

——ちなみに、理事長や事務長のコミットはどうあるべきだと思いますか？

データの活用について経営陣が同調してないと、「事務方は何をしているのか」という話になることもあるので、経営陣のコミットは極めて重要です。

③ 現在のトレンド

——病院数の推移を病床別に見ると、99床以下の減少が顕著になっています。家族経営的な病院が縮小してきているのでしょうか？

家族経営でも、規模は100床、200床、300床といろいろあります。先ほども申し上げたように、今回の診療報酬改定では、「ぎりぎり7対1」という病院は相当しっかりやらないと赤字になることが明確になっています。そうした病院では、「厳格化した要件に照らし合わせて、入院患者のうち7対1に相応しい患者さんは何割か」という見方をしたら、その数は相当減りますよね。2018（平成30）年度改定では、こうした傾向がさらに強まっていくでしょう。そうなると、10対1や回復期、地域包括ケア病棟、場合によっては慢性期への転換という選択肢のなかから、自院が担うべき機能を考えなければいけません。そうした病床群でもきちんとメリットがある仕組みになっていくはずなので、よく考えた上で、自院の患者層に合った組み合わせにしていくことが大事です。中には、急性期の法人をベースとした地域医療連携推進法人が形成されていくこともあるでしょう。

——今後、どのような部門、スタッフが重要になると思いますか？

当然、技師、セラピストは大事ですし、放射線科も重要になります。あとは、やはり優秀な看護師が不可欠です。看護師長が病棟のベッドコントロールをきちんとできてない病院は、これから厳しくなります。また、ご家族の事情を踏まえた入退院管理などを考えると、MSWも大切です。地域連携室でMSWと看護師が連携し、患者さんの疾病内容を地域のクリニックにしっかり伝えられなければ、退院させられません。

——セラピストの話が出ましたが、地域医療構想の議論においても急性期が多く回復期は少ないという全体感があります。そのあたりはどう見られていますか？

世界的に見ても日本のリハビリ技術は相当進んでいます。とはいえ、リハビリまでしっかりできている病院は、まだ少なく感じます。現状、大学においてリハビリ専門の教授や講座はそれほど多くありません。一方で、

実際の患者対応では、「術後すぐにしっかりとリハビリをしておけば……」という場面がよくあります。

そうしたことを踏まえると、今後もしリハビリの強化は課題になってくるでしょう。回復期だけでなく、地域包括ケアの仕組みにおいて、リハビリという行為そのものをもう少ししっかりと位置づける必要があります。単なる運動機能の回復だけでなく、精神面や脳に与える刺激も含めて、すべての疾患で広い意味でのリハビリが重要だと思います。

④ コスト管理

——コスト管理については、どのような視点が重要になりますか？

病院には様々なコストがありますが、一番大きいのは人件費です。人件費については、「がんばった人が報われる仕組み」になっているかどうかを基準に見直すべきだと思います。適正な残業代も大きな課題なので、最低限、上長の許可がないと残業できないようにすると良いでしょう。結局のところ、各種手当や残業代、食費補助など本給以外の部分が人件費の増加に影響しています。一様に人件費を下げるのではなく、評価すべき部分は評価しながら、ある程度メリハリを利かせた仕組みにしなければいけません。

「がんばった人が報われる仕組み」にする場合、どのように評価するかがすごく難しいと思います。労働時間や組織運営への貢献度、治療成果など様々な評価方法があると思いますが、まずは前提として医療の質を保てる評価制度にする必要があります。医師、看護師、薬剤師などの専門職は常に最新の治療を理解していないといけません。例えば、日々、新しい情報を収集し、医師や看護師にきちんと提案できる薬剤師の評価を高くするようなことも考えられるでしょう。「院内における自分の役割を理解して、それを実行できる人」を評価する制度にすると、組織全体がより良い方向に変わっていくはずですよ。

材料費についても同様で、用度課や薬剤課も含め、「定めた目標を達成できているか」「定数管理ができているか」などを評価する仕組みがあれば、適切なコスト管理がしやすくなります。ただ、医薬品や診療材料は治療成果と密接に関係してくるため、一概にコスト管理

だけで議論するのは難しいのも確かです。

——現実問題として、材料費・薬品費の動きが目立つ時期があります。合理的にそうなっている場合もあれば、在庫の問題というケースもあり、背景に何があるかの判断が難しいことがあります。

実はそこが問題で、アウトカムデータが少なすぎると思います。「ある薬を使った場合、患者さんの治療成果が何日でどうなったか」を考えるために、「どんな薬を使ったか」というインプット材料はありますが、その結果、「患者さんがどうなったか」を示すアウトプット材料がほとんどありません。

例えば、アメリカだと手術を実施した場合、手術のコストと手術後に患者さんがどうなったかを学会に提出するように義務づけられています。その義務を怠ると保険会社から報酬が支払われない仕組みもあります。もちろん、こうした報告義務を課した場合、高度な治療ができていない病院が明らかになってしまったり、大学ごとの手技の差が見えてきたり、他の課題が出てくるとは思います。とはいえ、学会ごと診療科ごとにアウトカムをしっかりと出し、その中でベストプラクティスを標準化できるようにするのが望ましいでしょう。アウトカムデータを積極的に開示する病院に対して報酬を加算するような仕組みも検討すべきです。今後も高齢化が進む日本だからこそ、こうした方向にしなければ無駄に税金が投入されるリスクがあります。アウトカムデータを集めてインプットとアウトプット双方から評価する形ができないといけないと思います。

同時に、今の時代は、患者さんに抗がん剤を使用するとなると患者さんからその薬品名を聞かれます。患者さんはその薬が過去から使われてきたものなのか新発薬なのか、インターネットを使って調べます。実はこうした行為が非常に大事であり、患者さんが賢くなって、口コミで情報がシェアされるようになれば、これがビッグデータにつながり、分析の手法はさらに広がっていくでしょう。

——収入に関しては、平均在院日数だけにとらわれず、診療科ベースでクリティカルパスに沿って判断することが望ましいというお話でした。コストについても同様で、やみくもにカッ

トするのではなく、アウトカムを踏まえた管理をしていくべきだということですね。

結局、自院の診療がどうなっていて、どういう成果を出しているかについて、客観的なデータから把握しないとスタート地点に立てません。現状をどう評価して、次の手をどう打つのかを検討するためには、先ほども話したように「バランス」が重要です。平均在院日数を短くすれば単純に単価は上がります。でも、平均在院日数が短くなっても稼働率が下がれば、結局は同じです。それはバランスですよ。バランスを考える上では、繰り返しのようになりますが、「病院収益」「患者満足度」「医療の質」の3つを三位一体となつてうまく回していくために、データの収集・分析が不可欠です。

例えば、「患者さんの家族がどういう人で、いつ迎えに来られるか」という情報がなければ、本来、退院日は決められないはずで、退院後にどの施設へ移るかについても、逆紹介するクリニックや介護施設がどんなサービスを提供できるかというデータを持っていなければ、患者さんにとって最善の退院先は探れません。すべて「病院の都合」で決めるのではなく、患者さんや連携先の事情を考慮するべきでしょう。データを収集して活用するにしても、こうしたバランス感覚が大事だと思っています。

——人的リソースに限りがある病院でもそうした経営・運営はできますか？

電子カルテが導入されていれば、少しの努力で必要なデータを抽出できます。確かに、分析をした後に「理想とする治療のあり方」に変えていくためには人的リソースは必要で、この患者さんにはリハビリをしたほうがいいし、点数も上がるとわかっているけど、実際にセラピストがいなければできません。

ただし、これは理想がわかった上でどうしたら理想に近づけるかという話なので、まずはデータを分析し、理想を考えて、将来のリソースを得るための方策を講じることが大切です。例えば、次の採用活動をする際に、「他の病院が12月まで採用活動をしなないのであれば、4月からやってみよう」とか、あるいは「積極的に学生を研修に受け入れてみよう」など、努力の仕方はいろいろあるはずで

——「データ活用の難しさ」は、われわれにとっても1つのテーマになっています。

「循環器内科」の資料であれば、循環器内科の医師にとっては他人事ではないので、真剣に目を通します。ただ、病院全体のデータとして他の診療科も含まれた形で資料が配られると、あまり真剣に見ないということはあります。セグメントを細かくすればするほど、その管理責任者の気持ちを喚起することにつながりますし、実際、しっかりと経営ができている病院では、少なくとも診療科の部長にデータをつまびらかにして、いわゆるアメーバ経営的に部門管理をしています。

5 資金調達の動向

——最後に、専門家として医療機関における資金調達の動向について教えてください。

1985（昭和60）年の第一次医療法改正で病床が規制された前後に建てられた病院が多く、そうした病院は築30年を超えています。病院はだいたい30～40年で建て替えと言われ

ていますので、これからも建て替えが必要な病院は増えていきます。

ただし、これだけ大きな産業の資金調達手段がすべて銀行のシニアローンだけで賄えるかというところは思えません。そこで病院建物を不動産という観点で見た場合、自己所有がいいのか、他人所有がいいのかという判断が今後は重要になると思います。家賃が低ければ自分で所有しなくてもいいという経営者もいます。これからはさまざまな資金調達の選択肢のなかから、病院自身がどれを選ぶのかを検討し、判断する時代になるでしょう。

また、建て替え直後は、医療機器のリースや設備投資の割賦払いなどもかさむため、満期まで元本返済のないメザニンローンと組み合わせる最適な資金調達を検討することが重要になってきます。こうした不動産の流動化やメザニンローンへの対応も含め、資金調達の多様化は進んでいくと思いますし、そこを牽引していく役割を果たしていきたいと考えています。