

excellent hospital



2012 (通巻 19号)

インタビュー

中央社会保険医療協議会 会長
学習院大学法学部 教授

森田 朗氏

「国民のニーズに応える医療制度を作る」

P.02

座談会

2012年度DPC/PDPS改定で 病院に求められたもの

司会

小山 信彌氏

東邦大学医療センター 大森病院 循環器センター教授
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織 DPC評価分科会 分科会長

河野 茂氏

長崎大学病院 病院長

上池 渉氏

国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 院長

小笠原 敬三氏

倉敷中央病院 院長

木村 純氏

市立函館病院 院長

P.04



国民のニーズに応える医療制度を作る

中央社会保険医療協議会 会長 学習院大学法学部 教授

森田 朗氏

4月末から2012（平成24）年度の診療報酬・DPC/PDPS改定の検証と2014（平成26）年度改定へ向けての論点の整理が中央社会保険医療協議会（中医協）の総会で開始されている。また、診療報酬基本問題小委員会も数年ぶりに再開した。今回は、中医協会長で、再開した診療報酬基本問題小委員会の委員長にも選出された森田朗氏にお話をお聞きした。

医師密度では地方の医療が疲弊する

——まず、2012（平成24）年度のDPC/PDPS改定について伺いします。DPC病院を病院群に分ける際にDPC評価分科会では当初、医師密度を基準としてはどうかという意見が集約されましたが、中医協総会でこれが

否定されて研修医の数に変更されました。この経緯をお聞かせください。

森田朗氏 医師密度を導入すると力のある病院に医師が集められ、地方の医療がさらに疲弊するという意見が主に診療側の委員から出され、これに支払側の委員も同調されたことが理由です。7対1入院基本料の導入に伴う看護師の争奪戦のような状況になっては

困ると言われる委員の方もいました。それではということで他の指標を探したところ初期臨床研修医の数が提案され、これならば争奪戦も起きずに良い指標であろうということで採用しました。

——その結果、DPC病院Ⅰ群（以下、Ⅰ群と表記）が80施設、DPC病院Ⅱ群（同、Ⅱ群と表記）が90施設、DPC病院Ⅲ群（同、Ⅲ群と表記）が1335施設という数になりました。Ⅰ群は大学病院本院ですので80施設で変わらないでしょうが、Ⅱ群が90施設、Ⅲ群が1335施設という差についてはいかがお考えでしょうか。また、Ⅱ群のない地域が18県ありますが、これに関してはいかがでしょうか。

森田氏 DPC病院が1500施設を超え、本当に高度な医療をやっている施設はそれに見合った評価をしようというのが病院群設定のそもそもの始まりです。各種のデータを調べると大学病院本院に関しては明らかにレベルが高いのでこれは別建てにすべきという意見になりました。大学病院本院と一般病院の二本立てのDPC/PDPSにする案もありましたが、大学病院本院に準ずる医療をしている病院もあるということで選んだのがⅡ群と呼ばれる病院群です。

——Ⅱ群、Ⅲ群という区分ができたことでDPC病院にも格差が生じたように受け取る向きもありますが、これについてはいかがでしょうか。

森田氏 III群よりもII群が格上という
ようなものではありません。II群にはそ
れだけの機能を果たしてもらわないと
いけませんし、社会的な責任も発生し
ます。さらに言うと、II群だからといっ
て必ずしも点数が高くなるわけではあ
りません。経営的な影響では、暫定調
整係数の影響のほうが大きくなります。

診療報酬基本問題 小委員会の再開

——中医協総会では2012（平成24）
年度改定の検証作業が始まり、「医療保
険制度における費用対効果評価導入」
も議論が始まります。これは次期改定
に反映されると考えてよろしいのでし
ょうか。

森田氏 2012（平成24）年度改定の
検証に関しては例年通りです。新設し
た診療報酬点数が本当に活用されてい
るか、それが医療の質の向上に役立っ
ているかを調べ、次期診療報酬改定に
役立てるものです。すでに10項目の結
果検証が決まり、2012（平成24）年、
2013（平成25）年の2年間に行うこと
を決めました。

2つめの「医療保険制度における費
用対効果評価導入」ですが、あまりに
もコストに比べて効果が低いものは
別ですが、これは次期改定に間に合う
ようなものではありません。同様の事
業をしている英国のNICE（National
Institute for Health and Clinical
Excellence）なども参考にして作業を

進める予定でいます。

——診療報酬基本問題小委員会も数
年ぶりに再開され、森田先生が委員長
に就任されました。診療報酬基本問
題小委員会は組織上、中医協総会と
DPC評価分科会の間にあるもので
すので、どのような議論をされるのか注
目しております。

森田氏 診療報酬基本問題小委員会
を再開した理由は、基本診療料に関す
る議論をするためです。先送りにしてき
ましたが、診療側の委員から議論を進
めたいという要望があったため、ここ
でしっかりと議論をすることになりまし
た。

——4月25日に行われた診療報酬基
本問題小委員会では、診療側委員がコ
スト分析を求める一方、支払側委員か
ら議論そのものを否定する意見が出さ
れ、平行線に終わったように思えます。
委員長としては難しいかじ取りが求め
られるのではないのでしょうか。

森田氏 まさにその議論をするために
基本問題小委員会を再開したわけです
から、やっていかないとはいけません。
しかし、すべてのコストを分析して、それ
を積み上げて基本診療料を再構築す
るという壮大な作業をする余裕はあり
ません。さらに言うと、日本の財政状
態や高齢化の進展を考えると仮に基本
診療料を引き上げるとすれば、その分
をどこかで調整しないといけなくなり
ます。さもないと保険が破たんするか
らです。トータルのパイを変えずにみ

んなが満足する解を見つけていかない
といけません。

これからの改革の方向性

——基本診療料に関しては、今回の診
療報酬改定で7対1入院基本料の看護
必要度の基準が厳しくなりました。こ
れもその「調整」の一つでしょうか。

森田氏 7対1入院基本料を算定する
病院が想定よりも多く、本来は上が少
なく下になるほど広がっていく「釣鐘
型」になる分布が、みなさんが頑張っ
て上の部分が多い「杯型」の分布になり
ました。これは医療の質が高くなったとい
う意味では歓迎しますが、本来求めて
いた7対1入院基本料の水準には物足
りない部分もありました。財源には限り
がありますから、本当に必要なサービス
に対してつけていくことになります。

——医療費効率化のために構築された
連携も、急性期病院から回復期リハビ
リテーション病院、療養型病院、そして
在宅医療という流れがうまくいって
いないという指摘もあります。

森田氏 これから都市部では急激な
高齢化が起これ、エレベーターのない
公団住宅の3階に寝たきりの老人が独
居またはご夫婦で住んでいるというよ
うな事例が増えてきます。前回の診療
報酬改定で在宅支援病院や在宅支援
診療所を設けましたが、医師だけでなく
薬剤師や看護師も在宅で活躍してい
ただけのような制度にしていけないと
いけません。

2012 (平成24) 年度 診療報酬・DPC/PDPS 改定特別座談会

2012年度DPC/PDPS改定で 病院に求められたもの

2012 (平成24) 年度のDPC/PDPS改定が行われた。新たに3つの病院群とそれに対応した基礎係数や機能評価係数Ⅱが設定されるなどDPC制度は大きく変わっている。今回はこれまで取材させていただいたDPC病院の院長にお集まりいただき、DPC/PDPS改定で病院の運営がどうなるのかをお聞きした。議論のポイントは、①DPC病院群の新設と機能評価係数、②機能評価係数Ⅰ・Ⅱ、③暫定調整係数の影響、④高額薬剤に関する変更点、⑤後発医薬品の拡大、⑥勤務医の負担軽減の計6項目。DPC評価分科会の分科会長を務める小山信彌氏の司会で、意義深い議論が行われた。

出席者



上池 渉氏

国立病院機構
呉医療センター・
中国がんセンター
院長

河野 茂氏

長崎大学病院
病院長

司会 小山 信彌氏

東邦大学医療センター
大森病院 循環器センター教授
中央社会保険医療協議会
診療報酬調査専門組織
DPC評価分科会 分科会長

小笠原 敬三氏

倉敷中央病院
院長

木村 純氏

市立函館病院
院長

基礎係数と3つの 病院群の新設

Express Stop

2012年度のDPC/PDPS改定では、DPC病院はDPC病院Ⅰ群、DPC病院Ⅱ群、DPC病院Ⅲ群に区分された。大学病院本院はDPC病院Ⅰ群とされ、それ以外のDPC病院は4つの実績要件（診療密度、医師研修の実施、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療の実施）により、DPC病院Ⅱ群がDPC病院Ⅲ群に分けられている。

座談会の冒頭ではⅠ群、Ⅱ群、Ⅲ群、それぞれの病院の院長から意見が出され、DPC評価分科会の分科会長でもある小山氏から各群はランク付けではなく役割だという見解が示された。

小山信彌氏(司会) 2012年度のDPC制度改定の大きな変更点として、DPC病院Ⅰ群（以下、Ⅰ群と表記）、DPC病院Ⅱ群（同、Ⅱ群と表記）、DPC病院Ⅲ群（同、Ⅲ群と表記）と3つに分けて、それぞれに共通の基礎係数を割り当てたことが挙げられます。これに関して、みなさんはどのようにお考えでしょうか。

河野茂氏 長崎県にはⅡ群の病院がありません。県北には佐世保市立総合病院、県央には長崎医療センターという国立病院機構の病院がありますが、Ⅲ群に振り分けられました。研修医が

少ないことや診療密度が少し足りないことがⅡ群にならなかった原因だと思われます。地方の大学病院の立場からすると、こうした病院を評価していただきたかったと思います。

小山氏 上池先生の呉医療センター・中国がんセンターもⅢ群となりましたが、どのようにお感じですか？

上池渉氏 率直に申し上げると、Ⅱ群を目指して頑張っていこうという気持ちです。河野先生が指摘された長崎医療センターも私どもと同じく国立病院機構のなかの基幹病院ですが、診療密度のポイントが足りませんでした。

144施設ある国立病院機構の病院のうちDPC病院は53施設、このうちⅡ群になったのは名古屋医療センター、岡山医療センター、九州医療センターの3施設だけです。それ以外の多くの施設は診療密度が基準に達しませんでした。

小山氏 木村先生の市立函館病院はⅡ群になりましたが、感想はどうでしょうか。

木村純氏 少し驚いています。当院はスタッフも少ない上にベッドの回転率も上がらない病院でした。院長就任以来、入院患者さんには早期に退院していただいて、少しでも多くの患者さんを診療しようと思ったので頑張ってきました。当院の目指してきた医療の方向性に今回の制度がマッチしたのだと思います。

小山氏 倉敷中央病院は一度、Ⅲ群とされた後にⅡ群に移行しましたね。小笠原先生、この経緯についてお聞かせ



小山 信彌 氏

東邦大学医療センター
大森病院 循環器センター教授
中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織
DPC評価分科会 分科会長

1972年東邦大学医学部卒業。2000年東邦大学医学部付属大森病院病院長に就任。電子カルテやDPC導入を実現する。私立医科大学協会、全国医学部長病院長会議の委員としても活躍し、2007年から中協DPC評価分科会の委員となる。

いただけませんか。

小笠原敬三氏 2月27日に厚生労働省からⅢ群にするという通知が来しました。その理由として「高度な医療技術の実施の実績要件のうち手術1件あたりの外保連手術指数が基準値を下回る」との結果でした。その後、訂正の連絡がありました。当院の実績は低くはないと思っていたので検討いたしました。実際には様式1の記載の仕方により手術1件あたりの外保連手術指数が

変わることが判明しました(表1)。たとえば、直腸切断術を行うと外保連手術指数は46.20になります。このときにDPCの分岐上、人工肛門造設術(外保連手術指数5.45)も記入しなければならないのですが、様式1にはこれを書いている病院と書いていない病院がありました。書かないと外保連手術指数は46.20ですが、書くと平均の $(46.20+5.45)/2=25.83$ となります。今日、小山先生にお伝えしたかった

表1 倉敷中央病院のケース

2012年2月27日 厚生労働省保険局医療課の事務連絡
高度な医療技術の実施の実績要件が基準値を下回り→Ⅲ群

<実績要件3> 高度な医療技術の実施の値について
(3a) 手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数及び手術時間補正後)

基準値 (Ⅰ群の最低値)	倉敷中央病院の 状況	差
14.93	14.77	△0.16

算式根拠をDPC事務局へ問い合わせ、今後の方向性のためにも確認。

算式の推定、当院のデータでの試算、不明な点の問い合わせなどを実施。

DPC事務局の回答から算式がある程度判明した。

Σ 手術技術度 度数 × 協力医師数 × 時間 = 手術指数

様式Ⅰ 手術1～5の件数

● 手術1～5までを分母にしている。

考察すると、データ入力が多寡により、手術の複雑さを逆評価していないか。

● 他の医療機関の入力

「実際に行われていれば入力」、「すべての手術を入力」の解釈が、医療機関の間で一致していないため、入力定義にバラツキがあることが判明した。

入力内容(推定)

- ① 医師の判断に任せて主たる手術と別個の手術があった場合に入力
- ② 主たる手術とそれ以外に請求している項目
- ③ 主たる手術+請求している項目+分岐に関連している項目を入力
- ④ A術はB術の前段となっているものを省く。その他は入力
- ⑤ Kコードになっている行為はすべて入力する(倉敷中央病院)

倉敷中央病院は⑤の考え方を選択していた。その根拠は、「様式1は簡易退院サマリーを情報化したもの」で詳しい方が良いと考えていた。

2007年6月手術情報の入力要項についてDPC事務局へ照会した際に、「算定できない手術についてもすべて入力してください」と回答を得ていた。

のはこの点です。様式1を詳しく書くことにより、病院群が変わってしまうというのはおかしい話です。それから調整係数に関してですが、効率化すればするほど出来高は低くなりますから、単に調整係数が高いと良い病院で低いと悪い病院と考えるのもまたおかしい話だと思います。

小山氏 小笠原先生の指摘された手術の難易度の話ですが、当初、DPC評価分科会で考えていたのは医師密度と診療密度による評価でした。ところが医師密度によって病院を評価すると医師の取り扱いになるのではないかという意見が中医協で出され、次善の策として手術の難易度や重症患者さんをどのくらい診ているかで評価することにしたのです。

高い病院、低い病院という評価はおかしいというお考えには同感です。病院群にも言えます。Ⅱ群は良くてⅢ群は悪いというイメージを抱いているようですが、実はそうではありません。表2はⅡ群とⅢ群の病院を係数の合計（基礎係数+暫定調整係数+機能評価係数Ⅱ）の高い順に並べたものですが、

上位10病院のうち8病院がⅢ群です。Ⅲ群のほうが病院経営上は有利なのです。

暫定調整係数の影響度

Express Stop

前年度の収入を保証する調整係数を病院の機能に見合った基礎係数と機能評価係数Ⅱに切り替えていくのが2012年度のDPC/PDPS改定のテーマだった。今回は、激変緩和措置として調整係数の25%が機能評価係数Ⅱに切り替えられ、残りは暫定調整係数として残された。

この暫定調整係数も今後のDPC/PDPS改定で順次、他の係数に振り替えられ、2018（平成30）年度の改定で移行が完了する。その点数を十分に取るためには、患者さんのためになる医療をしっかりとやるべきだということ意見は一致した。

河野氏 今の小山先生のお話ですとⅡ群よりもⅢ群が経営的に有利なことですが基礎係数で0.04の差があります。トータルするとⅢ群が有利になるのはなぜでしょうか。

小山氏 機能評価係数Ⅱの計算方法がⅠ群、Ⅱ群とⅢ群では異なるからです。たとえば救急ではⅠ群、Ⅱ群の病院は

救命救急センターを持っていないと点数が下がる。しかしⅢ群の病院では救命救急センターが無くても満額算定できます。患者のシェアという観点で言うと、Ⅰ群、Ⅱ群の病院は3次医療圏単位ですが、Ⅲ群は2次医療圏単位です。

Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群というのは病院の持つ機能に合わせて分けたのであってランキングをしたのではないということを改めて申し上げておきたいと思います。

上池氏 機能評価係数Ⅱは桁で言うと1桁低くなります。そういう意味で経営への影響度はそんなに大きくありません。ところが暫定調整係数には大きく影響されます。この暫定調整係数が今後も機能評価係数Ⅱに振り替えられるのであれば、その基準となる基礎係数の持つ意味も大きくなるのだと思います。

木村氏 その通りだなと思うのは、当院の場合は暫定調整係数がとても高いことです。これは昔から高コストでやってきたからなのですが、将来的に暫定調整係数がゼロになった時点でも病院機能をしっかり維持、発展させていけば、その評価は機能評価係数とし

表2 DPC病院Ⅱ群・Ⅲ群の係数の合計（基礎係数+暫定調整係数+機能評価係数Ⅱ）のランキング

病院群	都道府県	施設名	基礎係数	暫定調整係数	2012年 機Ⅱ*	2012年 係数total	2012年 機Ⅱ*順位	2011年 機Ⅱ*順位	機Ⅱ* 変動順位
Ⅲ群	京都	医療法人社団洛和会洛和会音羽病院	1.0418	0.3080	0.0261	1.3759	247	137	↓ -110
Ⅱ群	北海道	手稲溪仁会病院	1.0832	0.2511	0.0238	1.3581	427	50	↓ -377
Ⅲ群	北海道	医療法人社団平成成豊塾苫小牧東病院	1.0418	0.2961	0.0172	1.3551	1199	1390	↑ 191
Ⅲ群	広島	広島赤十字・原爆病院	1.0418	0.2838	0.0274	1.3530	160	412	↑ 252
Ⅲ群	北海道	社会医療法人北海道循環器病院	1.0418	0.2658	0.0240	1.3316	412	380	↓ -32
Ⅲ群	東京	社会福祉法人仁生社江戸川病院	1.0418	0.2496	0.0285	1.3199	110	290	↑ 180
Ⅱ群	福岡	独立行政法人国立病院機構九州医療センター	1.0832	0.2093	0.0261	1.3186	241	138	↓ -103
Ⅲ群	埼玉	独立行政法人国立病院機構埼玉病院	1.0418	0.2499	0.0215	1.3132	695	888	↑ 193
Ⅲ群	岐阜	松波総合病院	1.0418	0.2250	0.0226	1.2894	580	570	↓ -10
Ⅲ群	北海道	社会医療法人楨心会新札幌恵愛会病院	1.0418	0.2255	0.0217	1.2890	673	867	↑ 194

※ 機Ⅱ：機能評価係数Ⅱ

て戻ってくるはずと思っています。

小山氏 そういうメッセージを伝えているのですが、これを捻じ曲げているのが一部のコンサルティング企業です。彼らは数字しか見ませんから出来高と比べて高いか低い、どうやってコストを削るかという話になってしまいます。無駄を省くのは結構ですが行き過ぎたコストカットをすると、我々がやりたい医療ができなくなってしまう。

機能評価係数ⅠとⅡ

Express Stop

機能評価係数Ⅰは出来高点数に新設された点数をDPC/PDPSにも置き換えたもの。機能評価係数Ⅱはその病院の持つ機能を評価したもので、データ提出係数、効率性係数、救急医療係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数の6項目から成る。

参加者からは機能評価係数Ⅱに注目した病院経営が重要だという意見が出され、司会の小山氏からは、患者さんが求めるサービスには点数がついていくという姿勢に変化はないという説明がされた。

小山氏 機能評価係数ⅠとⅡについて詳しく議論していきたいと思います。機能評価係数Ⅰは出来高の点数を置き換えたものですが、機能評価係数Ⅱはその病院の持つ機能や特徴を評価する設定にしています。

河野氏 大学病院についてですが、救急医療に関する係数が低いですね。

小山氏 その件に関しては中医協総会でも指摘されました。そのときは、一般病院では救急患者さんの「処置あり」は3、4割、大学病院では6割以上が「処置あり」になると説明しています。大学病院はそれだけ重症の患者さんを診ているということです。DPCデー



河野 茂氏

長崎大学病院 病院長

1974年長崎大学医学部卒業。
長崎大学第二内科教授。2007年4月に長崎大学医学部長に就任。
2009年4月より長崎大学病院の病院長に就任。

タを見ればそこまでわかりますから、大学病院の救急を評価するならば入院後にどのような治療をしたのか見ていくことになるでしょう。倉敷中央病院は、この機能評価係数ⅠとⅡに関してはどのように捉えていますか。

小笠原氏 機能評価係数Ⅱに着目した経営をしていかないといけないことは自明でしょう。しかし、機能評価係数Ⅱは大部分アウトカム評価です。アウトカムを良くするためにはストラクチャーの部分、つまり機能評価係数Ⅰを良くしていかないといけない。機能評価係数Ⅰを上げた上で、診療プロセスの質を向上させ、機能評価係数Ⅱも上がっていくのが理想でしょう。

木村氏 機能評価係数Ⅱを重視することに関しては私も同じです。一つ小山先生にお聞きしたいのは機能評価係数Ⅰに患者サポート体制加算というものがありますが、こうした直接、診療にかかわらない部分も今後は評価されるようになるのでしょうか。

小山氏 患者さんが求めているサービスに対して点数をつけて評価していくという姿勢には変わりありません。

木村氏 本来ならば行政が行うような説明を病院がやっているケースが多々あります。たとえば急性期病院では、長期入院できない患者さんを三次医

療圏の外の施設に送らないといけないケースもあります。その説明は病院がしています。開業の先生は患者さんに、「病院でじっくり治してもらいなさい」と言って紹介してきます。それができないという説明も病院がしないといけません。

小山氏 そういう場合、市立函館病院では他の検査や治療もされているのですか、それとも制度の説明をして帰っていただいているのでしょうか。

木村氏 そこは患者さんと担当医に任せています。現場で、これは診ないといけないと判断すれば、それを認めています。

小山氏 おそらく市立函館病院の暫定調整係数が高いのはそのせいです。ついでの診療を断らなくていいというメッセージなのです。患者さんも、検査のためだけに来られないと考えているでしょう。

高額薬剤に関する改定

Express Stop

高額薬剤に関しては1SD値を超えたものは出来高算定にすることが決まり、その値も「84パーセンタイル」と決められた。また、入院1日目の点数を引き上げることで、入院日数を伸ばして採算を取るようなことがないような設計にもしている。

上池 渉氏

国立病院機構
呉医療センター・中国がんセンター
院長

1973年大阪大学医学部卒業。
1996年大阪大学医学部第一外科学
助教授に就任。2009年に呉医療セ
ンター・中国がんセンター院長に就
任。



この84パーセンタイル値の導入については参加者からも評価する意見が出された。入院初日の点数を傾斜配点で引き上げたことについても、面白い試みだと評価する声も相次いだ。参加者からはがんの化学療法に医師の技術点を設けて欲しいという要望も出された。

小山氏 高額薬剤関係では3つほど大きな改定をしています。1つ目は1SD（標準偏差）値を超えたものに関しては出来高算定できるというルールを作っていたのですが、調べてみると薬剤費の評価が90%、ものによっては94%を超えないと出来高算定できないような状況でした。そこで84%を超えたら出来高算定できるようにしています。2つ

目は、高額薬剤に対応した新たな点数設定です。入院1日目の点数を引き上げて、翌日に退院しても赤字にならないような配点にしました（図1）。そして3つ目が特定入院期間中には抗がん剤治療を行わないで、出来高算定になってから抗がん剤を使うことを禁止したこと

です。
河野氏 84パーセンタイルの設定は、当院は非常に助かりました。入院初日の点数アップについても肺がんの治療などには適しているのではないかと、という声が現場からは上がっています。

小山氏 そう言っていただけると助かります。採算が合わないからやらないという選択をすると、データが出ないので

評価ができないという結果になります。大変でも使っていただくとデータが取れます。

小笠原氏 以前、DPC評価分科会のヒアリングに呼ばれた際、私は化学療法というものは手術に準ずるべきだという意見を申し上げました。技術料を認めることで化学療法をやっている医師に良いメッセージを送れると思ったからです。2012年度改定でどうなるかなと思っていたのですが、入院初日に傾斜配点するという面白い工夫をされたと思います。

そして次期改定に対する期待としては、たとえば後発医薬品が導入されて薬価が下がった分を化学療法の技術料として還元していただきたいと思っています。

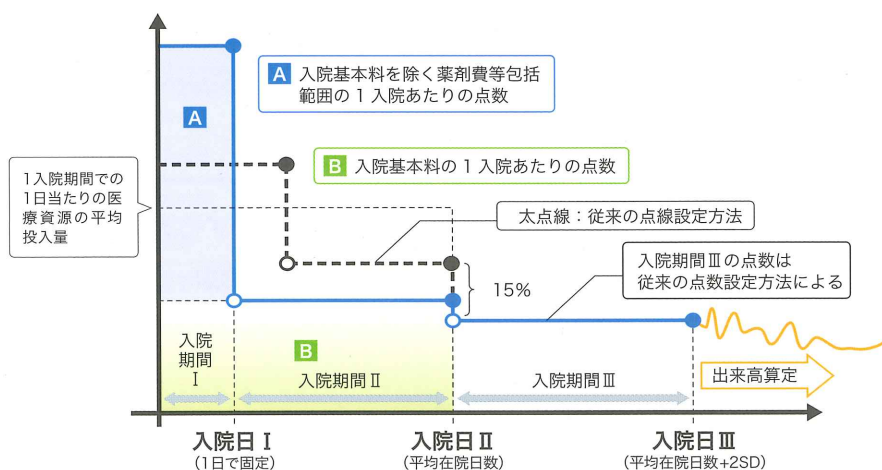
小山氏 それはやはり内保連が、化学療法にはこれだけの経験年数が必要だとか抗がん剤を使うにはどういう知識が必要かというデータを出す必要があると思いますよ。

木村氏 化学療法を手術と同じに考えるという意見はその通りだと思います。化学療法の技術料ですが、今回の入院初日の点数が医師の技術料なのですよというメッセージを発信するのも良いと思います。

上池氏 当院も化学療法の患者さんが多いので、今回の改定は非常に助かりました。しかし、島しょ部（瀬戸内海の島）からいらっしゃる患者さんもいるので傾斜配点されたから在院日数を短くするのではなく、患者さんのニーズに応じて対応していくつもりです。

小山氏 おっしゃる通り、傾斜配点されたからといって在院日数を短くする必要はありません。患者さんが一番気持ちよく入院して治療していただける形

図1 高額薬剤に対応した新たな点数方式



態を取ることでデータが蓄積され、メッセージとなって伝わるのです。

3つ目の特定入院期間後に初めて抗がん剤を使うことを禁止した件です。こういうことをする病院は個別に呼び出して注意したかったのですが、やむを得ないケースも含めてすべて禁止となりました。



小笠原 敬三 氏

倉敷中央病院 院長

1972年京都大学医学部卒業。
1981年より倉敷中央病院勤務。外科部長、副院長を経て、2009年4月より倉敷中央病院の院長に就任。

後発医薬品の拡大

Express Stop

政府は2012(平成24)年度までに後発医薬品の数量シェアを30%以上にするという目標を掲げている。今回の診療報酬改定では品目ベースで2割以上、3割以上を算定要件とする点数が新設されており、座談会ではその目標値の設定に関する議論が行われた。

小山氏 政府は2012年度の後発医薬品の数量シェアを30%以上にすることを目標にしています。呉医療センター・中国がんセンターの場合は目標をクリアできそうですか。

上池氏 国立病院機構としても数量ベースで30%を目標にしています。当院は達成していますが、2012年度の診療報酬改定の後発医薬品使用体制加算1で「後発医薬品の品目数3割以上」という新しい目標が掲げられました。なぜ品目数3割以上なのか疑問です。

小山氏 品目ベースのシェアはどのくらいですか。

上池氏 数量ベースで30%、品目ベースで14%です。

小笠原氏 私も後発医薬品を品目ベースで2割、3割にするというハードルには疑問があります。品目ベースでは当院でも8%程度になってしまいます。

木村氏 市立函館病院では品目ベースで18%くらいです。採用薬は全体で1900くらいです。地方の病院なので後発医薬品の情報がなかなか入ってきません。それと安定供給をお願いしていても入ってこなかったという問題がやはり出てしまう。

河野氏 長崎大学病院では品目ベースで15%、大学病院では上位だと思います。

小山氏 そのくらいですよ。おそろく品目ベースで後発医薬品のシェアを

計ると、上限が60~70%だと思います。後発医薬品の出ている薬がそのくらいしかありませんから。市立函館病院での問題点は供給の部分だけでしょうか。現場の医師からの抵抗はありませんか。

木村氏 医師からの抵抗というものはほとんどありません。大学から派遣されている医師が多いので、大学病院で採用されていれば無条件で導入しやすい。また、がんセンターのようなナショナルセンターで導入されている抗がん剤は導入しやすくなります。

小山氏 がんセンターで使っている抗がん剤は導入しやすいですね。呉医療センター・中国がんセンターでは抗がん剤を後発医薬品に切り替えることについて現場からの意見はありましたか。

上池氏 ある意味で国策として後発医

表3 後発医薬品割合（数量ベース・薬剤料ベース）、後発医薬品調剤率

		平成17年度 10月~3月	平成18年度 4月~3月	平成19年度 4月~3月	平成20年度 4月~3月	平成21年度 4月~3月	平成22年度 4月~3月	平成23年度 4月~10月
割合	後発医薬品割合(数量ベース)	14.3	15.4	16.1	18.0	18.9	22.4	23.1
	後発医薬品割合(薬剤料ベース)	5.0	5.4	5.6	6.4	6.9	8.2	8.5
	後発医薬品調剤率	38.6	39.4	40.1	43.1	44.0	47.7	47.7

注1)「数量」とは、薬価基準告知上の規格単位ごとに数えた数量をいう。

注2)「後発医薬品調剤率」とは、全処方せん受付回数に対する後発医薬品を調剤した処方せん受付回数の割合をいう。

注3)平成22年4月以降は、後発医薬品割合(数量ベース)の算出から、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤は除外している。

最近の調剤医療費(電算処理分)の動向 平成23年10月号

薬品を導入しており、国立病院機構がそれを推進していくのは当然のことだと思います。現場の医師も、それは承知しています。

小山氏 大学病院やナショナルセンターが後発医薬品を導入することですぐいふんと意識は変わってきたと思います。

河野氏 後発医薬品を拡大すると、電子カルテの更新でお金がかかるという問題はありますね。薬の名前を書き変えるのにコストがかかるのです。

小笠原氏 カスタマイズされるとそうでしょうが、当院では後発医薬品のある薬にはマークを入れて、そこをクリックすると後発医薬品を選ぶメニューに飛ぶようにしています。

小山氏 電子カルテメーカーによって対応は違うようですが、当院では薬剤のメニューの変更で対応しました。薬剤名の後ろに「般」の字を入れて、院外処方のときはそこをクリックすると一般名処方ができるようにしています。

勤務医の負担軽減

Express Stop

7対1入院基本料の算定要件の平均在院日数と看護必要度が厳しくなり、急性期病院の絞り込みが本格化してきた。これに対して出席者からは退院後の送り先がないことを問題視する意見が出された。医師事務作業補助者の導入には、ほとんどの病院が好意的な意見を述べている。

小山氏 勤務医の負担軽減策や地域医療の推進などについても各病院の状況をお聞きしたいと思います。長崎大学病院の平均在院日数はどのくらいですか。

河野氏 平成19年度には21日だった平均在院日数が、今は16日くらいに

表4 7対1入院基本料の算定要件

	平均在院日数		看護必要度	
	改定前	改定後	改定前	改定後
一般病院	19日以内	18日以内	1割以上	1割5分以上
特定機能病院	28日以内	26日以内	なし（評価のみ）	1割5分以上
専門病院	30日以内	28日以内	1割以上	1割5分以上

・看護必要度は、重症度・看護必要度に係る評価票を用いて入院患者の状態を判定。
・2012年4月1日以降において、改定後の算定基準は満たさないが、改定後の10対1入院基本料の基準を満たしている病棟に限り、2014年3月31日まで7対1入院基本料を算定できる。

なっています。その分、入院患者数は1万2000人/年から1万5000人/年へと増加しています。病院長から見ると良い傾向なのですが、職員の仕事の密度が高くなる一方ですので看護補助や事務補助を入れて雑務を減らしています。

小山氏 24年度改定では7対1入院基本料の要件が厳しくなり、看護必要度の高い患者さんが15%以上、平均在院日数も1日短縮され18日以内にされました。これは当初は3万床くらいだと想定していた7対1入院基本料の病床が、実際には10倍の30万床もあって看護師の争奪戦が起きたことへの対策です。呉医療センター・中国がんセンターはどのような状況ですか。

上池氏 看護必要度も平均在院日数でもクリアしています。平均在院日数は14.5日で少し長めですが、これはパスの設定も問題です。

小笠原氏 倉敷中央病院の看護必要度の高い患者さんの割合が16~17%くらいです。

小山氏 厚生労働省は一般病棟の7対1入院基本料を算定している33万床を18万床程度まで削減する方向でしょう。そのために看護必要度をもう少し高くしてくるはずですが、その場合にはおそらく病棟単位で規制してくると思い

ます。平均在院日数は、大学病院は26日と長いですね。

河野氏 平均在院日数が長いと急性期の絞り込みで不利になりますか。

小山氏 中医協総会でも、なぜ大学病院はこんなに在院日数が長いのかと質問されましたが、DPC制度のお蔭で厚生労働省はデータを持っているから、きちんと答えられるのです。血液疾患や膠原病といった長期入院が必要な患者さんがどのくらいいると説明ができる。ですから、自院の平均在院日数が長いのは、こういう患者さんが多いからだと思えば良いのです。

小笠原氏 問題はやはり中身だと思えます。倉敷中央病院の平均在院日数は12.2日なのですが、このなかには1泊2日の手術の患者さんもあり、あくまでも平均値でしかありません。今、院内で困っているのは関節置換術を受けてリハビリテーションを行える病院へ転院しようとする。または脳梗塞の治療を終えて回復期リハビリテーション病院に転院しようとする。そうした施設が満床でなかなか転院が進まないのです。

小山氏 回復期、慢性期への連携に関しては東京がもっとも厳しい状況です。退院できるのに送り先が無いのです。最近では、九州や四国の病院が東京に進出してきて療養型の病院を作っている

のですが、そこもすぐにいっぱいになってしまいました。

小笠原氏 岡山県西部には療養型の病院が比較的多いのですが、それに関わらずいっぱいになってしまいました。幸いにも近隣の病院がサービス付き高齢者住宅を作ろうとしていますので、非常に期待をしています。

木村氏 函館の場合さらに深刻なのは、在宅にも大きな期待ができない点です。独居のお年寄りが多いため退院させられません。在宅医療が十分に機能していないため、療養型病院や回復期リハビリテーション病院に患者さんが溜まり、最終的に急性期病院から退院できなくなっています。

小山氏 地方はまだ大丈夫だと思ったのですが、函館でもそんな状態ですか。

木村氏 若い人が少ないので家庭の介護力が弱い。老人が2人で支え合う老老介護、認知症の患者さん同士が暮らす認知介護というの珍しくありません。その状態で増悪して病院に来ると治療が終わっても、もう帰るところが無い状態になります。療養型病院の院長から「患者さんが亡くならないとベッドがあきません。いくら頼まれてもお受けできません」と言われたこともあります。療養型病院が終の棲家みたいになってしまうくらい厳しい状況があります。

小山氏 社会保障・税一体改革成案で在宅医療の充実や居住系サービスの充実を謳っています。そうした行政の動きに期待したいと思います。もう一つ、医師の勤務状況についてもお話を伺っておきたいと思います。長崎大学病院では外科医の勤務体制について思い切った改革をされましたね。



木村 純氏

市立函館病院 院長

1980年北海道大学医学部卒業。北海道大学第一外科を経て日鋼記念病院外科科長、市立函館病院外科主任医長、消化器病センター長、副院長などを歴任し、2010年4月に院長就任。

河野氏 それまでのフレックス制を改めて、昨年から裁量労働制にしました。そのほかに医師が職務に専念できるようにメディカルサポートセンターという部署も新設しています。ここにはサポーターを10人、看護師7人、栄養士2人、薬剤師3人、医事職員4人を配置し、医師や看護師の業務をサポートしています。病棟にもメディカルサポーター10人と医事職員18人を配置しました。

小山氏 医師は医師の仕事、看護師は看護師の仕事に専念できる。そういう環境を作るのが病院経営にとって重要になってきています。今回の診療報酬・DPC/PDPS改定には、人を増やしなさいというメッセージが随分と込められています。看護補助者も雇えばきちんと評価してもらえます。

河野氏 大学病院の場合、急性期看護補助体制加算が算定できず、病棟クラークの予算がつかないようです。

小山氏 文部科学省の予算が来ているはずですが。以前、文部科学省の方が私大協にいらっしゃって、文部科学省としても大学病院に対して協力したいというお話をされたので、事務補助員の予算を出してもらうことにしました。同時期に診療報酬改定で医師事務作業補助体制加算がついたのですが、大

学病院は文部科学省が予算を出すと言っているのです。そこは外したのです。

小笠原氏 今のお話の流れで、私は看護補助者として介護士を病棟に配置しようと考えています。これから高齢の患者さんが増えてきます。すでに60歳以上の入院患者さんが増え認知症の方や歩行困難な方が院内で倒れて怪我をされるケースも増えています。さきほど医師や看護師が職務に専念できる環境づくりというお話がありましたが、現状では看護師が介護の仕事をせざるを得ない状況です。そこで介護士に病棟に入ってもらって日常的なお世話をしてもらおうと考えています。看護部にも了解を取りつけましたので、今後、実現に向けて院内を動かしていく予定です。

小山氏 介護士を看護補助者として雇用する。おそらくこれからはそうなるいくでしょう。看護補助体制加算に点数がついたのもすでに看護補助者を導入している病院が多かったからです。倉敷中央病院で病棟に介護士が入って活躍し、それが全国の病院に普及していくと、病棟介護士が評価の対象になる可能性もあります。市立函館病院では勤務医の過重労働に関して何か施策をしていますか。

木村氏 勤務医の時間外労働というものを把握するのは非常に難しいのです



が、時間外手当を払っている医師の平均が月82時間です。軽減策はいろいろと行いましたが、医師数を増やさない限り根本的な解決にはなりません。手当に関しては公立病院ですのではなかなか難しいのですが、当直料を少し引き上げたことと指導医手当を出すようにしました。

上池氏 当院でも残業時間が月に60時間を超える医師が相当いました。これはいけないということで、医師事務作業補助者を雇い、診断書の作成、サマリーの記入などを任せています。もちろん後から医師が承認しますので、その手間はかかりますが事務作業の軽減はできています。これで医師の超過勤務が40時間まで減りました。

小笠原氏 そうやって時間外勤務が減ったという結果が出たことは素晴らしいことです。当院では100時間/月を超える医師が2、3人います。100時間を超えると、あるいは、80時間を超える状態が3カ月続くと代休を取らせることを決めています。やはり産業医などの第三者が入って話を聞くことが重要ですね。診療科別の時間外労働を比較すると、内科のほうが外科よりも多い。外科医は手術が終わると疲れて

帰っていきますが、内科医は残って勉強していたり、学会のスライドを作っていたりします。

河野氏 大学病院の場合は、診療以外に教育や研究といった仕事もあります。その時間をどう案分するか難しい。労務局は病院にいる間は勤務時間と言いますが、判断はできません。

小山氏 最後に本日の座談会への感想をお願いします。

上池氏 小山先生から「Ⅰ群、Ⅱ群、Ⅲ群はランク付けではない」というお言葉をいただきました。確かにそうなのですが、基礎係数がこれから大きな差を生んでいくことも確かです。患者さん目線で診療を続けながらも、Ⅱ群を目指していきたい。また国立病院機構としては急性期医療だけでなく難病や政策医療や精神疾患なども担っています。その点にも力を入れて社会のセーフティーネットを構築していく心構えです。

木村氏 各種の係数が、その病院の機能や役割を示すようになるというメッセージが出つづければ、全国のDPC病院は自施設が立てた目標に向けて頑張れるのではないかと思います。そしてDPC制度だけではないですが、日本の

医療制度は現在是这样なっている、これからこうなるという説明を、行政が国民に向けて責任をもってわかり易く行って欲しいと思います。

小笠原氏 機能評価係数Ⅰや機能評価係数Ⅱという数字でしかありませんが、その数字の裏には患者さんたちがいます。一人ひとりの患者さんに向き合うことで初めて点数が取れるのだということを院長として理解していかないといいません。

河野氏 DPCはもともと日本の医療を客観的にデータで見ようという試みでしたが、良い方向に向かっているように思います。24年度のDPC/PDPS改定で大学病院の果たす役割というもののが非常に明確にされました。大学病院、中核病院、さらにその先の病院がすべて充実し、患者さんを協力して治療していけるような体制をぜひ作っていただきたい。これは私から小山先生へのエールです。

小山氏 本日はありがとうございました。みなさんからの意見を聞いていて、そんなに間違った改革ではなかったなと改めて感じました。今日の意見も反映して、今年度のDPC評価分科会に臨みたいと思います。

2012年度改定の検証作業がスタート Ⅱ群、Ⅲ群の見直しは次期診療報酬改定で

2012（平成24）年度診療報酬改定が実施されたばかりだが、すでに4月から今年度改定の検証作業と2014（平成26）年度改定に向けての議論が始まっている。

4月25日には中央社会保険医療協議会総会（中医協総会）と、中医協診療報酬基本問題小委員会、そして中医協診療報酬基本問題小委員会DPC評価分科会が開催されている。

診療報酬改定の検証

4月25日、総会に先立って開催された中央社会保険医療協議会の診療報酬改定結果検証部会では、2012（平成24）年度の診療報酬改定の結果検証にかかる特別調査の実施方法が議論されている。

調査は2012、2013年の2回に分けて以下の10項目について行う。表1の

(1)、(4)、(5)、(7)、(9)、(10)については2012年度中に調査を行い、それ以外は2013年度の調査となる。但し、(10)だけは2012、2013年度に2回調査を行う。

中央社会保険医療協議会の総会では「医療保険制度における費用対効果評価導入のあり方に係る検討」を行うことを決めている。費用対効果評価専門部会を新設し、2014（平成26）年度の診療報酬改定で試行的に導入を目指す費用対効果の評価を検討していくことになる。同部会は、支払側委員6人、診療側委員6人、公益委員4人、専門委員4人、参考人3人で構成され、必要に応じて識者からの意見聴取なども行うことにしている。すでに諸外国には医療技術の費用対効果を調査する機関として、オーストラリアのPBAC、イギリスのNICE、カナダのCADTH、スウェーデンのTLV、オランダのCVZ、韓国のHIRA、タイの

HLTAPなどがあり、日本の取り組みもこれに倣ったもの（表3）。

厚生労働省では、

- ① 医療保険制度における費用対効果評価導入のあり方に係る論点・課題
 - ② 評価の手法における技術的な論点・課題
 - ③ 平成26年度改定での試行的評価の導入に向けた対象技術
- の順に議論を進める予定。③の候補として「粒子線治療等」と具体例も挙げている。

診療報酬基本問題小委員会が再開

中医協総会後、2年半ぶりに開催された診療報酬基本問題小委員会では「基本診療料のあり方に関する検討」が行われた。しかし、コスト調査を求める診療側委員とコスト調査の目的が不明だとする支払側委員の意見がかみ

表1

中医協総会で決まった診療報酬改定検証項目

- (1) 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価についての影響調査
- (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善についての状況調査
 - ・ 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置についての効果の影響調査
 - ・ チーム医療に関する評価後の役割分担の状況や医療内容の変化の状況調査
- (3) 歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理に係る評価についての影響調査
- (4) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況調査
- (5) 訪問看護の実施状況及び効率的な訪問看護に係る評価についての影響調査
- (6) 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況調査
- (7) 在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査
- (8) 維持期リハビリテーション及び廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションなど疾患別リハビリテーションに関する実施状況調査
- (9) 医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査
- (10) 後発医薬品の使用状況調査

表2

2012年度診療報酬改定のDPC制度に関する附帯意見

DPC 制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を目途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講じること。また、DPC 対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

表3 諸外国における医療技術の費用対効果評価の概要

	オーストラリア	イギリス	カナダ	スウェーデン	オランダ ^a	韓国	タイ
評価機関名 (略称)	PBAC	NICE	CADTH	TLV	CVZ	HIRA	HITAP
評価機関名 (英語)	Pharmaceutical Benefit Advisory Committee	National Institute for Health and Clinical Excellence	Canadian Agency for Drugs and Technologies	Dental and Pharmaceutical Benefits Board	Health Care Insurance Board	Health Insurance Review and Assessment Services	Health Intervention and Technology Assessment Program
開始時期	1993	1999	2002	2002	2005	2007	2007
評価結果の利用 方法	○ 償還可否の判 断材料 ○ (価格交渉)	○ 償還可否の判 断材料 ○ (価格交渉)	○ 償還可否の判 断材料	○ 償還可否の判 断材料	○ 現状は試験運 用段階	○ 償還可否の判 断材料 ○ (価格交渉)	○ 償還可否の判 断材料
償還の際の費用 対効果評価の適 用条件	必須	保健省の決定が あったとき	ほぼ必須	必須	外来で使用され、 代替薬がない場 合は必須等	新規有効成分含 む場合は必須	NLEM1) 委員会 が必要と認めた とき
データ作成の実 施主体	製薬企業	製薬企業 (NICEも実施)	製薬企業 (例外あり)	製薬企業	製薬企業	製薬企業	HITAP
外部機関(大学 等)の関与	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
効果指標として の質調整生存年 (QALY)の使用	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり

(中央社会保険医療協議会資料より)

合わず平行線に終わった。

この問題のきっかけとなったのは2010(平成22)年度の診療報酬改定時の附帯意見の1の「再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、財政影響も含め、平成22年度診療報酬改定における見直しの影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること」だ。再診料と外来診療料の格差は正が行われたこともあり、診療側が基本診療料の定義を求め、その根拠となるコスト調査をしていくことを主張した。

2012(平成24)年度診療報酬改定の答申書附帯意見の1でも「初再診料及び入院基本料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと」と記載されている。

これに対して支払側は一貫して、すべての基本診療料のコストを算出することは不可能だと言い続けており、25日の基本問題小委員会でも「それぞれの診療報酬項目についてコストを分析する

という案についてはまったく反対」と主張している。今後は基本問題小委員会でも議論は難航することが予想される。

DPC 評価分科会でも 検証作業が開始

2012(平成24)年度の第1回DPC評価分科会でも2012(平成24)年度の診療報酬改定の附帯意見(表2)に基づいた今後の検討課題が議論された。この附帯意見に基づいてDPC評価分科会では、(1)調整係数の置換えに係る課題として、「医療機関群設定の在り方(医療機関群の要件を含む)」、「機能評価係数Ⅱの在り方」、「経過措置(激変緩和)の在り方」について、(2)制度運用上の課題として、「DPC(診断群分類)の精緻化」、「算定ルール等の見直し(平成24年度改定での対応の継続を含む)」、「医療機関別係数の確認手順等の整備」について議論を開始し、今年度中に結論を出すことを決めた。

また、DPC/PDPS導入に伴う影響を

調べるため、従来から行っている平均在院日数等の調査以外にも、「外来診療に関する調査」、「施設機能に関する調査」、「医療の質に関する調査」、「平成24年度改定での対応事項(医療機関群設定等)に伴う影響調査」を行うことも決めている。

次期改定で病院群入れ替えも

この日、事務局からDPC病院Ⅱ群、DPC病院Ⅲ群のグループ分けの見直しは、次期診療報酬改定で行うことが説明された。但し、機能評価係数Ⅱについては毎年、見直される。

また、分科会長代理を務める松田晋哉委員から、医療資源の必要度によって分類する新たな診断群分類コードを提案したいという意見が出された。さらに、急性期病院での精神科の分類や回復期リハビリテーション病院や亜急性期の分類、日帰り入院の扱いについても検討する必要性を述べている。

医療施設数の推移

(各年10月1日現在)

	施設数	
	平成22年	平成21年
総数	176,878	176,471
病院	8,670	8,739
精神科病院	1,082	1,083
結核療養所	1	1
一般病院	7,587	7,655
(再掲)療養病床を有する病院	3,964	4,021
一般診療所	99,824	99,635
歯科診療所	68,384	68,097

平成22年(2010年)医療施設調査

厚生労働省が発表した平成22(2010)年度の医療施設動態調査・病院報告によると、平成22(2010)年10月1日における全国の医療施設総数は178,960施設で、そのうち「休止・1年以上休止中」の施設を除いた活動中の施設は176,878施設となっていた。

このうち病院は8,670施設で前年の8,739施設から69施設減少しており、そのなかでも一般病院は7,655施設から7,587施設に68施設減少していた。

黒字病院の比率

区分	一般病院	ケアミックス病院	療養型病院	精神科病院
医療法人	78.0%	84.6%	88.6%	81.5%
自治体	59.3%	51.0%	28.6%	66.7%
社会保険関係団体	64.7%	40.0%	—	—
その他公的	79.6%	46.7%	50.0%	33.3%

平成22年度病院経営管理指標

厚生労働省医政局は「平成22年度病院経営管理指標」を公表した。同指標は全国の病院7,072施設(医療法人5,697施設、公的病院1,357施設)に調査票を送り、1,698施設(医療法人1,062施設、公的病院636施設)有効回答率は24%)から回答を得た。このうち一般病院は798施設(医療法人337施設、自治体318施設、社会保険関係団体35施設、その他公的108施設)になる。

一般病院のなかで黒字病院の比率を見ると、医療法人78.0%、自治体59.3%、社会保険関係団体64.7%、その他公的79.6%となっている。

>>> TOPICS <<<

DPC 病院の経営比較

DPC適用の有無別比較(医療法人)	DPC対象・準備病院(128施設)	DPC適用無(209施設)
平均病床数(床)	222.1	85.5
医業利益率(%)	3.5	3.1
平均在院日数(日)	18.72	33.31
患者1人1日当たり入院収益(円)	50,847	36,512
外来患者1人1日当たり外来収益(円)	13,250	9,023

平成22年度病院経営管理指標

「平成22年度病院経営管理指標」ではDPC対象病院・DPC準備病院と、それ以外の病院(DPC適用では無い病院)の経営指標についても分析している。

それによると、DPC対象病院・DPC準備病院の医療法人の医業利益率は3.5%となり、平均在院日数は18.72日、患者1人1日当たり入院収益は50,847円、外来患者1人1日当たり外来収益13,250円だった。

急性期病床群に関する議論

社会保障審議会医療部会の下部組織「急性期医療に関する作業グループ」(座長=田中滋・慶應義塾大学大学院経営管理科教授)は、急性期病床群という新たな病床区分の創設を提案している。本格的な少子高齢社会を見据えて医療資源を効果的かつ効率的に活用するために、急性期から亜急性期、療養、在宅に至る流れを構築することを目指し、その第一段階として「急性期病床群」を医療法上の位置づけとするものだ。

これに対して、「急性期のみを位置づけることにより、急性期以外が軽視される懸念がある」、「急性期以外も含めた医療の全体像について必要な機能分化のあり方を十分に検討すべき」、「医療法で認定するという厳しい仕組みを取るべきでない」、「法制度化することで硬直化する」といった意見も出されている。現在は、医療の全体像を考える新たな検討会の設置が予定されている。