

図7 市町村の医療受療行動のクラスター化

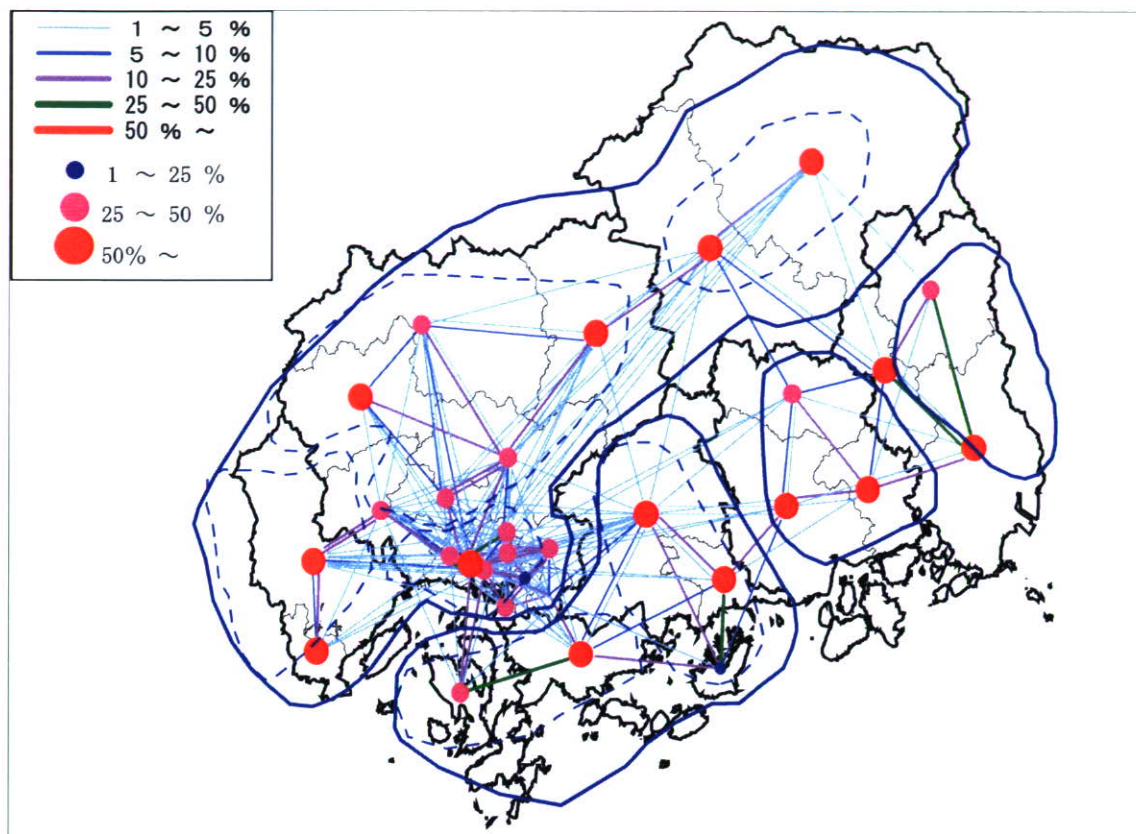


図8 国保レセプトにみる機能分化・平均医療費・平均診療日数〈入院〉

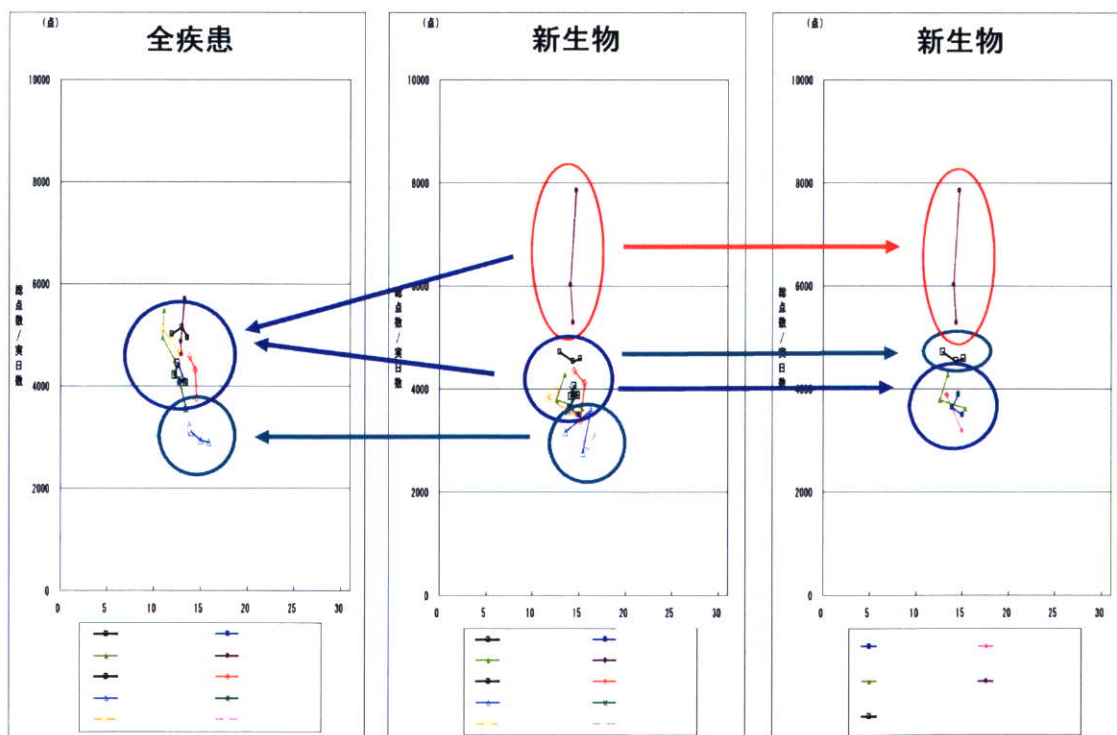
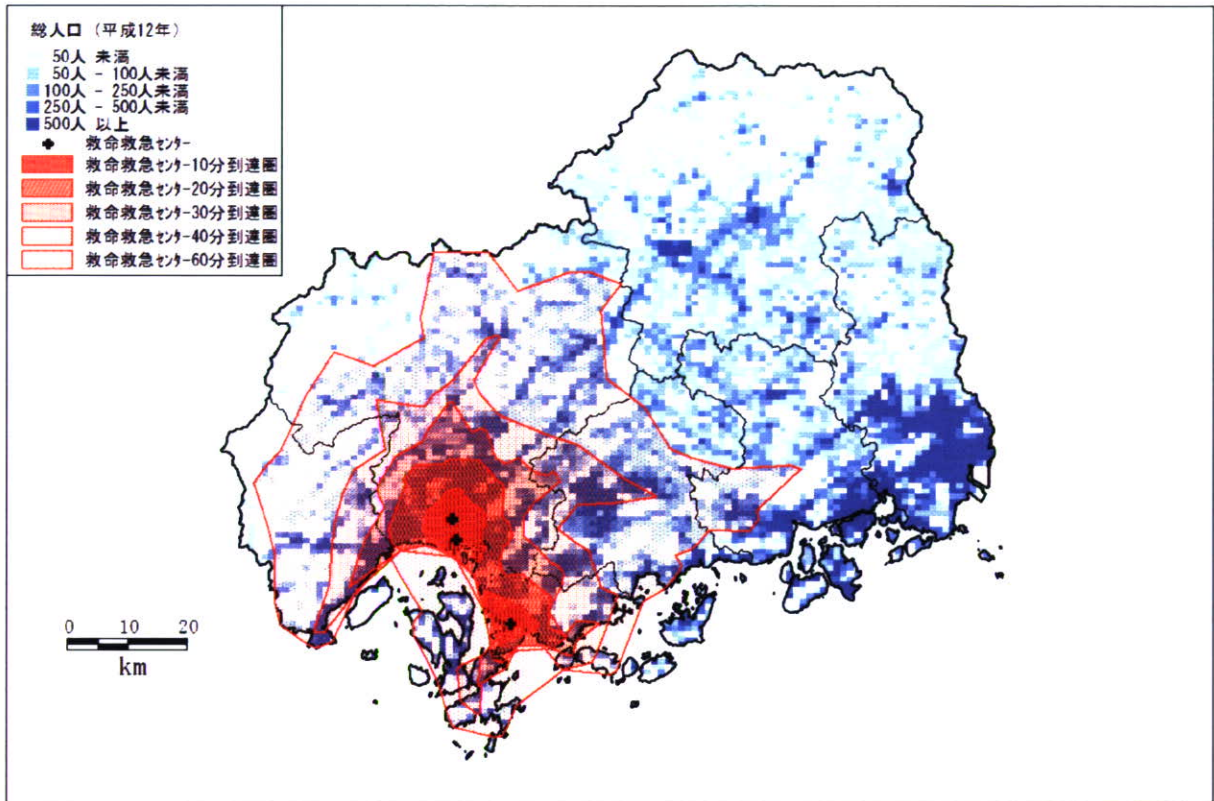


図9 救命救急センターの影響



新規に福山市民病院が指定される。

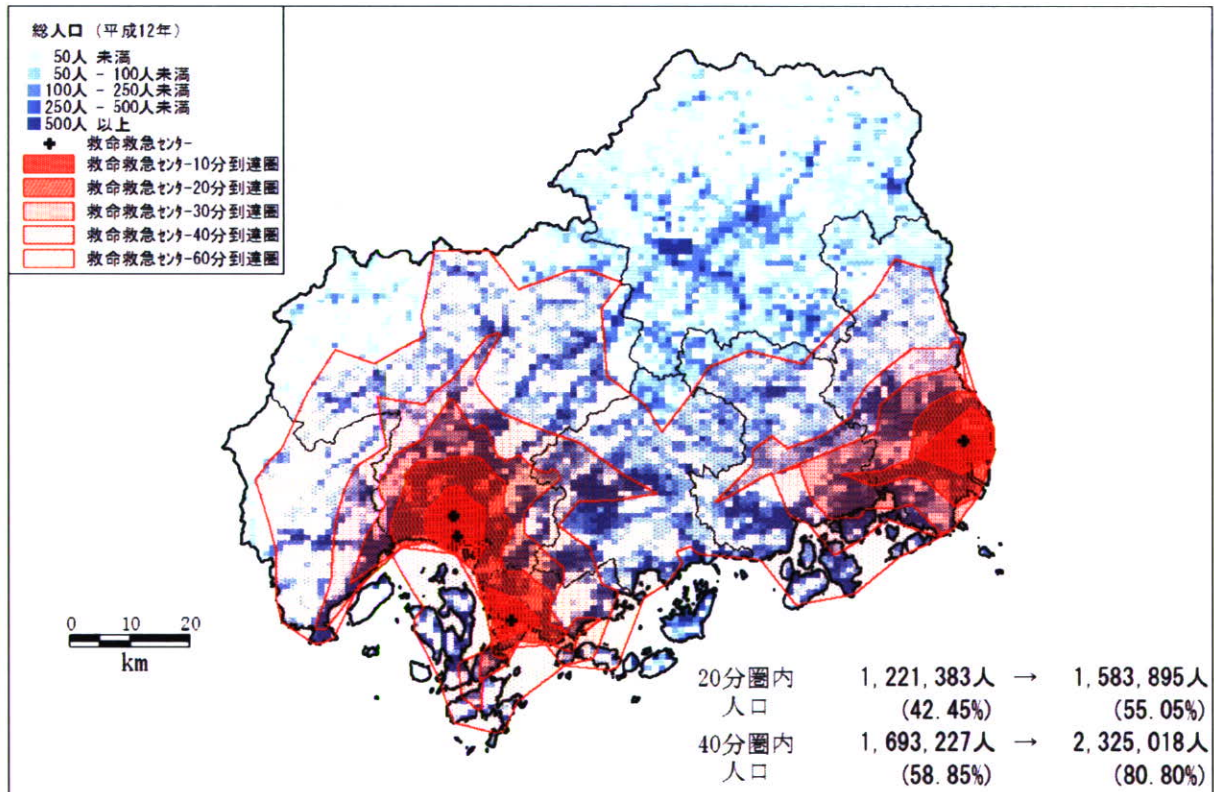


図 1 0 医療圏別総面積対人口数（平成 17 年国勢調査）

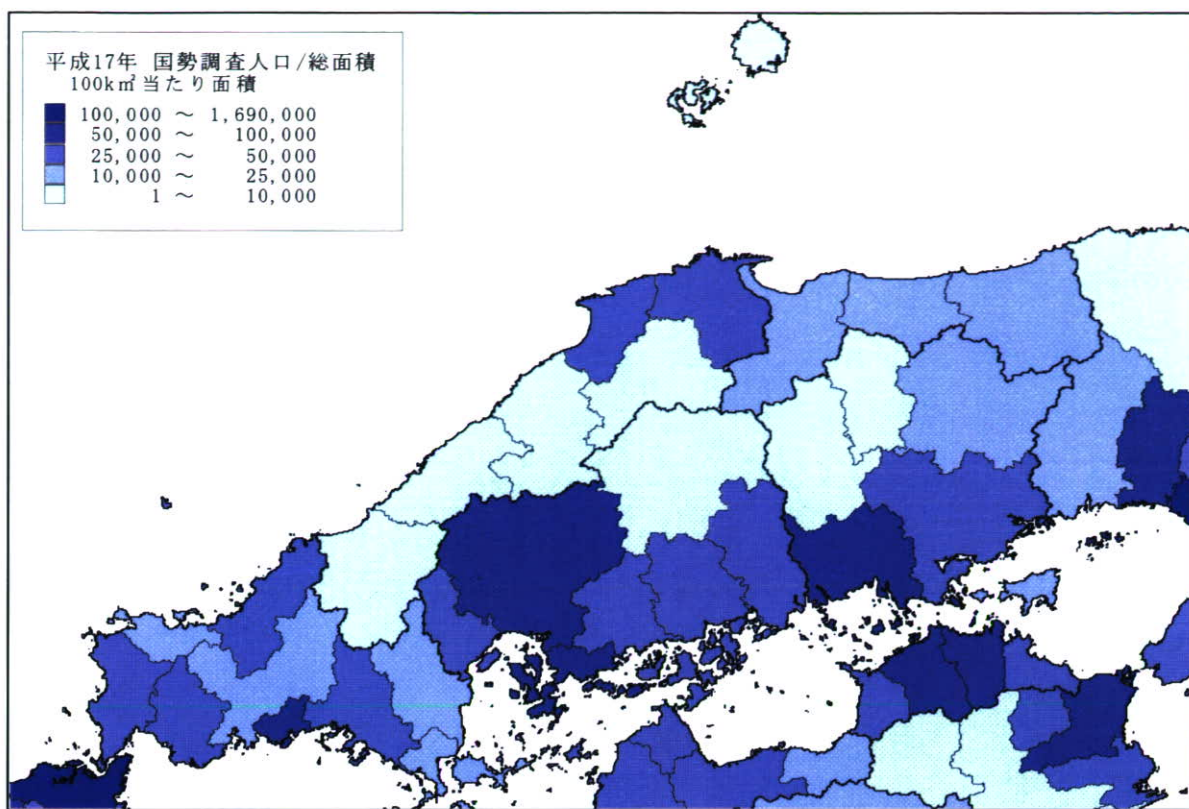


図 1 1 医療圏別総面積対人口数（平成 17 年国勢調査）

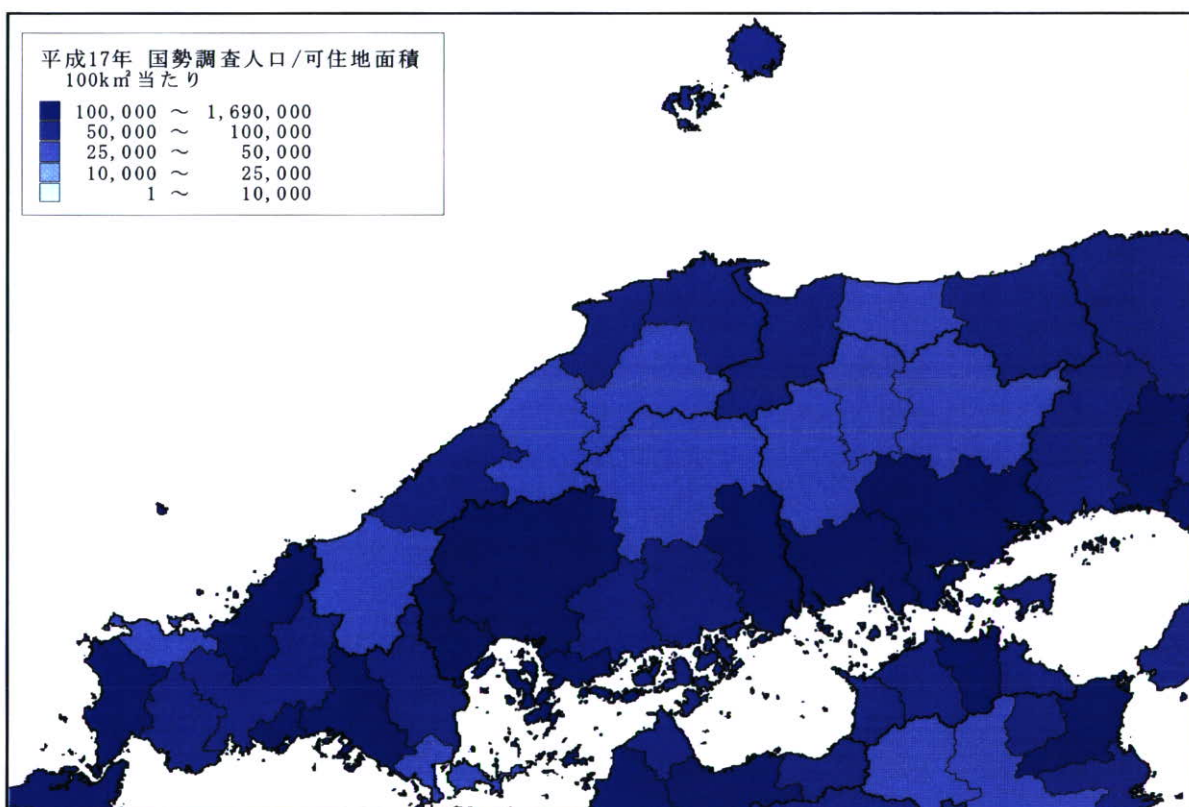
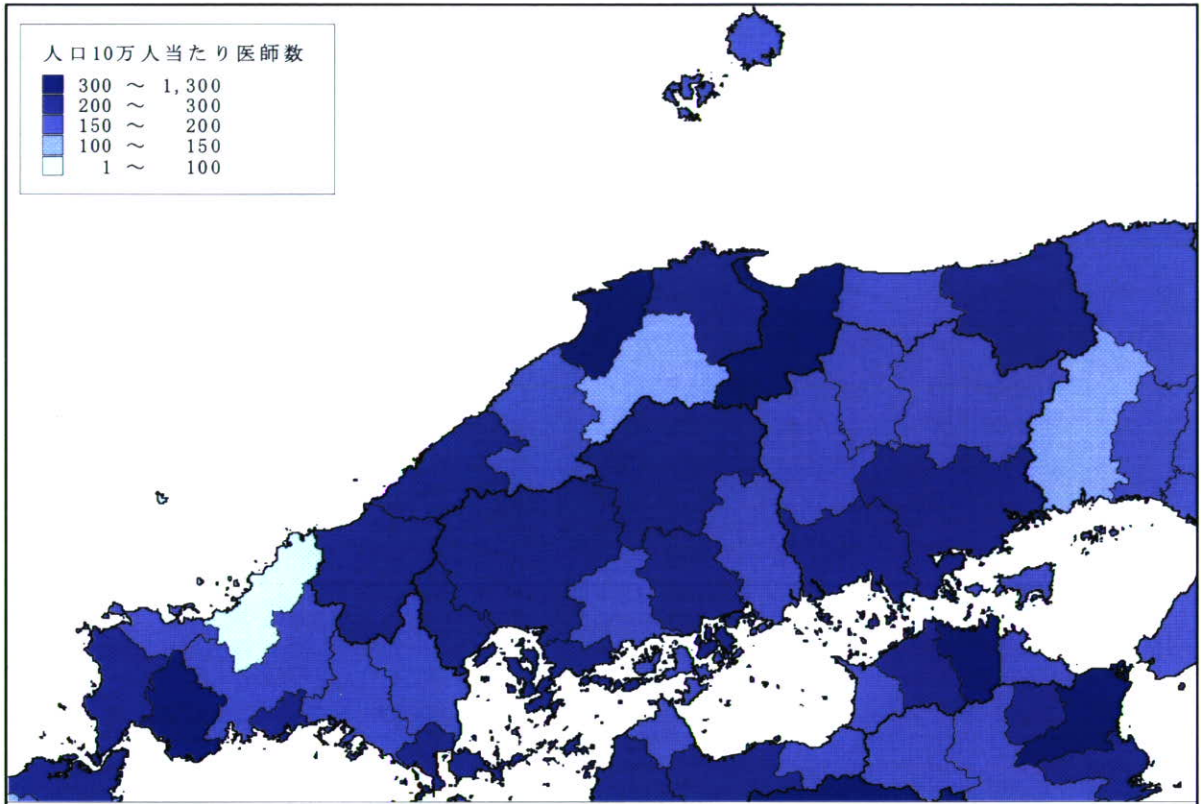


図 1 2 医療圏別人口 10 万対医師数



（分担）研究者報告書

厚生統計の地理情報システムを用いた新しい指標に関する研究

分担研究者：宇田 淳 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科教授

研究要旨

厚生統計を地理情報システムへの展開した場合の新しい指標について検討した。日常の買い物動向、医療機関の受療行動、通勤通学行動などからクラスター分析など実施した結果、市町村合併において、人口対比の指標で比較検討したが、高齢者問題、小児、救急など、問題が潜在化するといえた。今後、市町村合併について検討する場合、多重的な検証が必要であり、大枠の指標検討だけでなくマクロ的な検証が重要であると考えられる。

A. 研究目的

平成の大合併等によって、市町村単位の分析では、過疎地などを対象とした分析は難しいのではないのか。そこには、新たな指標が必要ではないのか。という、単純な疑問について、地理情報システムを用いた新たな指標について検討した。

具体的には、合併前の旧呉市対象に市町村合併を事例として、地理情報システムを用いた方法論の検証と、新しい指標について提案することを目的とした。

B. 方法

調査対象は「広島県市町村合併推進要綱」より、呉市を核とする市町村合併案A（呉市、音戸町、倉橋町、下蒲刈町、蒲刈町、安浦町、川尻町、豊浜町、豊町）、合併案B（合併案A

+黒瀬町）とし、各行政機関の統計資料を調査分析した。

C. 結果

①国勢調査によると、平成12年の呉市の人口は203,159人で、平成7年に比べ3.0%の減少となっている。人口の規模は、昭和5年以来戦後の一時期を除き20万都市としての地位を確保しているが、人口は昭和50年をピークとして減少傾向にある。合併案A、Bの平成12年の人口は、259,224人、284,574人である。いずれも減少傾向にある。人口の分布をみると、道路交通網に沿って分布し、呉駅、阿賀駅、広駅周辺、焼山地区、中黒瀬地区に集中している。老年人口も同様な傾向を示している。③平成7年国勢調査より、通勤状況を見ると、各市町とも自市町への通勤が

最も多い。次いで、豊浜町、豊町以外の町は、呉市への通勤が多くみられる。豊浜町、豊町は自町への通勤が93%上を占めている。また、呉市では80%以上が呉市安浦町、豊町では自町での買回りが最も多く、次いで、川尻町、安浦町は呉市へ、豊町、黒瀬町は広島市への依存率が高い。

④病院数は、平成12年医療施設調査によると、呉市28、合併案A、B32、35である。一般診療所数は221、265、276である。病院総数を人口10万対と比較すると13.8、12.3、12.3と全国値7.3広島県9.4を大きく上回り、同様に、一般診療所は人口10万対108.8、102.2、97.0で、全国、広島県の値、73.1、88.9を上回っている。病院の分布は、呉駅を中心に半径5Kmに、国立、共済、済生会などの多くの病院が集中し、主要幹線道R185、R375沿いに点在している。一般診療所も同様な傾向を示し、主要幹線道沿いに分布し、呉駅、阿賀駅、広島駅周辺、焼山地区、中黒瀬地区に集中している。

⑤平成8年患者調査により入院依存率をみると、下蒲刈町、蒲刈町以外の市町は呉市への入院依存率が最も高い。下蒲刈町、蒲刈町は、下蒲刈町への入院依存率が60%を超えて最も高く、次いで呉市となっている。東広島医療圏に属する黒瀬町も呉市に18.8%依存している。通院依存率をみると、蒲刈町以外は各市町とも、自市町への通院が最も多く、次いで呉市への通院が多くみられる。蒲刈町は下蒲刈町への通院が多く、次いで自町となっている。黒瀬町も、呉市に21.6%依存してい

る。

E. 考察

①クラスター分析の結果、調査対象地域の生活圏域は、黒瀬町を含む合併案Bに高い集約性がみられた。特に、呉市、川尻町、安浦町、黒瀬町の繋がりが強い。

②調査対象地域において、国立、共済、労災の各病院から20分、40分圏内の到達域を検討したところ、20分圏内人口は149,160人、40分圏内人口は243,839人と推計され、調査対象地域の人口総数比52%、85%である。焼山地区、安浦町、黒瀬町等では、ドクターズカーの配備、島しょう部には、ドクターズヘリの救急医療体制の整備が望まれる。

③医療施設分布をみると、無医地区や医療過疎地が点在することがわかる。また、特定の診療科目では、さらに、医療提供体制に偏りがあるといえる。

対象地域は、医療施設の多くは呉市と黒瀬町に集中している。二次医療圏は原則として圏域内において基本的な医療が完結できる区域として設定するよう定められているが、医療施設の分布、人口密度など圏域内でかなりの格差がある。依存状況も呉以外の地元依存率が低く、いずれも呉市に依存している。特筆すべきは、黒瀬町は東広島医療圏に属するものの呉市への依存が高いことである。二次医療圏は主に一般の入院医療を提供する区域で、自然地理的条件、交通条件等を含めた日常生活圏などを考慮して定めるとされているにもかかわらず、その圏域内で果た

すべき機能が十分に活かされているとはいえない。広島県の二次医療圏は三次・庄原医療圏以外は必要病床数を上回っているため、新しく医療施設を増やすのは困難といえる。しかしながら、交通整備の充実、二次医療圏構成の見直しなどの新たな対策が必要といえる。

F. 結論

市町村合併において、人口対比の指標で比較検討したが、高齢者問題、小児、救急など、問題が潜在化するといえた。今後、市町村合併につい

て検討する場合、多重的な検証が必要であり、大枠の指標検討だけでなくマクロ的な検証が重要であると考えられる。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

図1 地理情報システムの活用事例

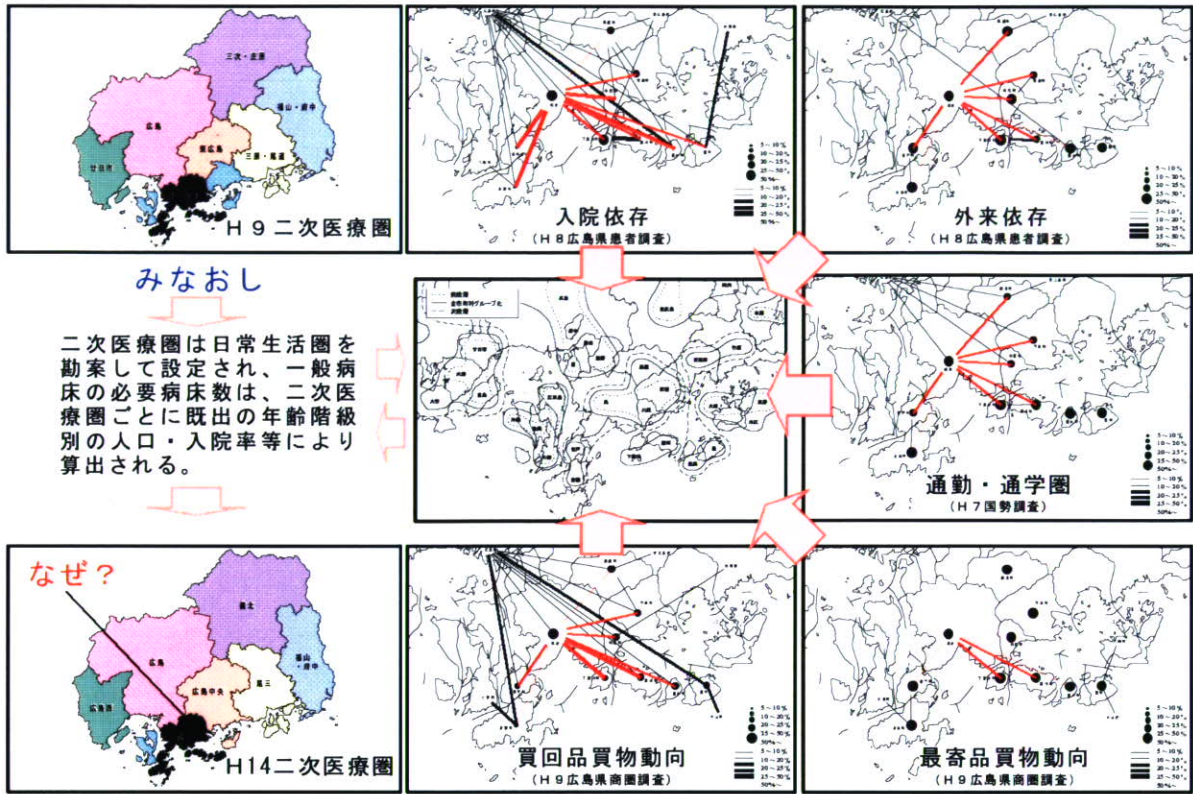
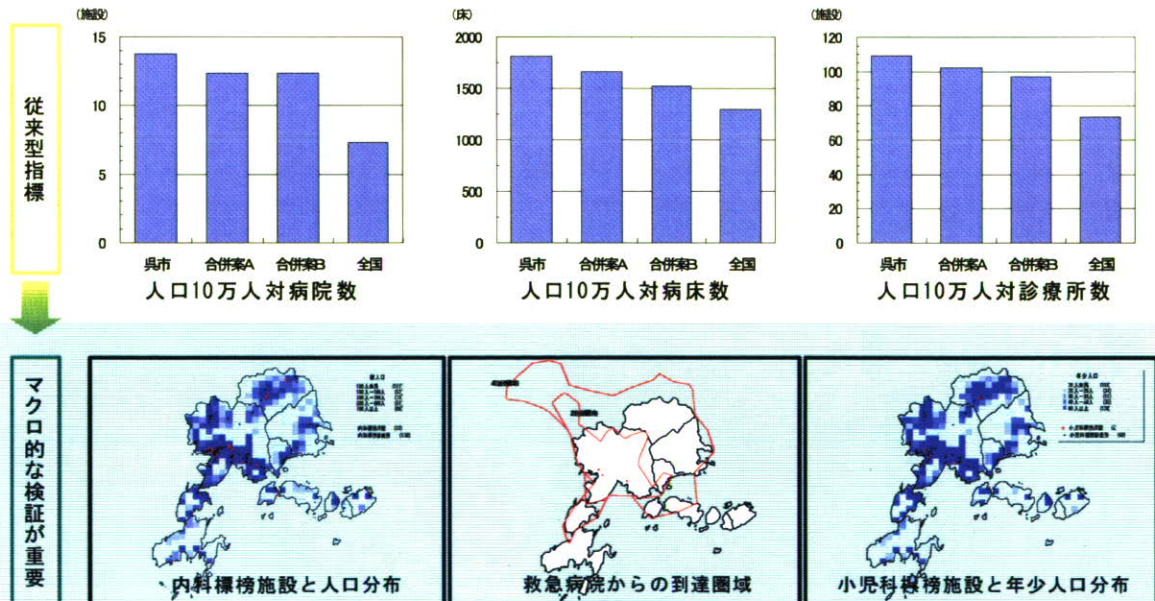


図2 新しい指標



資料

議事録

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 統計情報総合研究事業
厚生統計の可視化に関する研究
第 1 回班会議 議事録

日時：8 月 10 日（金）17:00～19:00

場所：八重洲倶楽部 第 3 会議室

出席者：

○ 主任研究者

広島国際大学 医療福祉学部 教授 宇田 淳

○ 分担研究者

慶應義塾大学大学院 特別研究教員 秋山 美紀 先生

広島国際大学 医療福祉学部 准教授 笹川 紀夫 先生

同志社大学 研究開発推進機構 専任フェロー 安川 文朗 先生

北海道大学大学院 助手 中村 利仁 先生

千葉大学医学部附属病院 准教授 藤田 伸輔 先生

オブザーバー

○ 厚生労働省 大臣官房 統計情報部

人口動態・保健統計課 保健統計室 補佐 山内 和志 先生

○ 株式会社 エム・オー・エム・テクノロジー

ヘルスケアシステム部 鈴木 博士 氏

1. 主任研究者挨拶（宇田淳先生）

昨年度の中間・事後報告会で当研究班は、現在の統計上の課題を整理し、問題点を指摘していることは、認められましたが、今後、統計研究としてどのような課題があるのかを具体的に提案ができていないと厳しい内容の回答が返ってきました。

プロジェクト型は昨年度で終了したが、今年度は一般で継続的に研究ができるという機会を与えてもらった。

この度の研究では、一般にレセプト電算化されたら、患者調査はいらなくなるだろうとか言われている方がいらっしゃるが、本当にできるのか。レセプト電算が始まったら社会医療行為別医療調査報告はいらなくなるだろうとか。本当にすべての医療施設からデータを取れるのか、できないのか。具体的に何ができて何ができないのかをはっきりと明示したい。

また、この度の研究の「可視化」とは、数表ではなく、ぱっと見て分かるような仕掛け作りや、GIS等を用いた表現もそうですが、見えないもの、見えにくいものを見えるようにすることを意味しています。

GISを用いたものは、広島を事例として、主任研究者がまとめます。

皆様には実際に統計を用いて、見えにくいものを表現する課題や問題を挙げていただければと思います。

2. 厚生労働省大臣官房 統計情報部人口動態・保健統計課 保健統計室 補佐 山内和志先生より

主任研究者がおっしゃった通り、レセプトの電算化ということで、目標を定め行政も取り組んでいるが、それに伴ってデータが蓄積されて、今後調査がどうなるのかということが、ひとつの検討課題となっている。もちろん良い点もあるが、色々な問題点もあるのでそれを整理して検討していただきたい。

3. 意見交換

(資料配付) 病院運営実態分析調査票、医療施設静態調査票、患者調査票、診療報酬明細書

- ・ レセプト電算化されると、当然、診療報酬明細書が電算化されるので、基本的には医療行為別報告ができることになる。患者調査は、抽出調査であり、病院、全てではない。全調査ではないので誤差も大きいという話もある。患者調査を全施設対象に実施すると、病院約9000、診療所は10万となる。全てを実施するのは、厳しい。今後、診療報酬明細書は、特定健診データと紐付けすることが、事業所に求められる。本当に可能なのか。
- ・ 今日はず、エム・オー・エム・テクノロジーの鈴木 博士さんをお願いして現在コンピュータ会社(ベンダ)が取り組んでいる内容について紹介いただきます。レセプト電算化とDPCは似て非なるものであるということ、DPCの中で病院比較をどのように行うのかということ、私が開発中のシステムの紹介とDPCデータをからできること。病院の原価管理システムに、期待されることと、できることとできないことについてご紹介いただきます。
- ・ 次いで、厚生労働省が行っている医療施設動態・静態調査だとか患者調査であるとかということ、医療経営に役立つ可能性があるのかを検討します。
- ・ 私どもエム・オー・エム・テクノロジーという会社は、もともと原価管理システムというものを提供させていただいております。そのシステムというのは、レセプトのデータを用い、レセプトの各診療行為に対して原価を割り振って診療行為に対して、どのように原価が発生しているのかを積み上げ、診療科の原価、経費などを把握するシステムを提供しています。この提供システムの中で宇田先生から開発のお話をいただきました。病院間の比較はできないのかということで、この度、弊社の原価管理システムをベースに開発しています。まだ開発段階であり、多々不備はあります。まず、データはD、E、Fファイルから情報収集します。基本的にはE、Fファイルから診療行為と診療点数、Dファイルから疾病を取得します。画面の三角印がB病院の各診療科の診療単価になります。内科の診療単価という形です。四角がA病院の診療単価です。循環器科の診療単価が高いという形になっております。ここを選択するとB病院のデータをみることができます。例えば、患者別にみると、この患者さんの疾病に対する収入をみるすることができます。それに対して、どういう行為が行われたのかをみるすることができます。入院期間、経過4日目に収入がどうか、またここで何をしているのかをみるすることができます。これは手術をしているので高いのですが、この手術はどういうものかを掘り下げてみるすることができます。これが疾病ですとか色々な切り口で

この病院の収入、診療行為を分析していくことが可能になっています。ただここでは一つの画面で複数病院を比較するようなことをできないので、その部分を考えていきたいと思っております。これも、この診療科の患者さんに対しての収入のバランスです。どういう収入の方が存在するか、何をやっているのかを見ることが可能となっています。

- ・ 53ってというのは何？→全収入
- ・ その場合の収入というのは？→総収入
- ・ 要するに全部の期間か。分かりました。
- ・ 診療報酬明細書だから、やりたいと思えば何でもできるよってことを見せてもらっているのだけど、こんなものってすごく疑問で。ただこれをやると去年でしたね、診療科の名称についてもう少し考えたほうがと言われた時ですが調べるデータにはなかったのかなど。お金だとか疾患だとか。相関がちゃんとでてくれば。
- ・ 医師別の項目ですが、主治医、依頼医とかを区分する必要はないのか。
- ・ レセプトに記載されますが、依頼医なのか主治医なのかっていうところがレセプト上では分からないですね。ここは問題の根底だと思う。それからもうひとつ医師別って書いてあるのだが、A病院からB病院へ医師が変わったら、単価が変わったとか在院日数が変わるとかいうのが分かるように医師は登録番号を打ってもらうとかそういうのはどうでしょう。
- ・ 実際には、グループ病院Aにいた時は、平均在院日数14日が、関連のB病院へ移ったら17日になったというのが分かった。
- ・ 退院調整とかそういうのがあるのですかね。
- ・ あります。12時を超えてから退院とか1日稼いでいたとか。ありがちなパターンですね。でも、1日、2日ではなく3日も違ってきます。
- ・ 3日だと退院調整だけじゃ説明つかないですね。看護師のワークステーションの人数だとか。疾患調整だとか。
- ・ それはレセプトでは、わかりません。
- ・ これはEファイルに入っている病棟ですが、病院独自のコードになってしまうので病院間の比較はできない。
- ・ これも同じですね。病棟別といってE、Fファイルから抽出できます、レセプトから。取れるのですが、その種別が混合だとかどうなっているのかとか分かっていないから、すべて収集しても意味ないのでは。
- ・ 毎月看護師の勤務表とか提出させているのですかね。全国80万人の看護師を…
- ・ さっきのお医者さんより多くなってしまいますね。
- ・ イメージが湧かないのだが、病棟間で比較するとは何を比較するのか。他病院の病棟間の比較って意味なのか。
- ・ 取れるから取ってみようっていうプロジェクトで使えるか使えないかを見て今皆で言っているように使えないって分かっている訳ですね。使えないのなら何でこの中に書かせているのか。
- ・ 要するに一般論として、病棟間の比較とは何を比較しているのかよく分からないから教えてほしい

- ・ 病棟間の比較って、病院間の比較なのか、医師間の比較なのか。
- ・ 一病院の病棟間の比較っていうのは何を比較しているのか。
- ・ もともとは原価管理システムという形だったので、その病棟の看護師の人件費や、使用される材料費等が妥当なのかということ判断するために、その病棟に入院する患者さんに対する収入と経費をこういう形で見えるようにしています。
- ・ 人件費を取得しているってことは、その病棟に所属している看護師の日給のデータを取ってきているということですね。
- ・ たとえば、3病棟を掛け持ちされる内科の先生とかの給与は、どうなるのですか。
- ・ 基本的には内科の患者さんに対し、人件費を対応させますので、内科の患者さんの病棟に属している人を集計すると医師がその病棟に対してどれだけ関わっているかが見える。
- ・ 患者さんの人数の均等割とか、診療行為に対して配置するとか色々な考え方があるのでは。
- ・ いろんな形が選択できるようなシステムにしているのですが、診療点数で配置するという形です。
- ・ ということは、包括化されている部分では無視、または利益衡量を加味した点数で配置しているということか。
- ・ 質問は素朴で、どういう意味で比較するのか。
- ・ 当初、「精神病床」、「亜急性」など保険点数と関連する病床を選択できると思っていた。期待に反して違っていた。勉強不足でした。
- ・ ものとしての病棟ですね。
- ・ はい。各病院ごとによって病棟が異なっていた場合、さくら病棟といえばさくら病棟を番号で振っていただけとか。そのデータを取らない限り、何にもできない。一病院で勝手にやってそういう話になるのだろうが、比較できない。つまり、病床種別のDPCデータでの比較は役に立たない。
- ・ その管理ベースのレセプトだと何とか病棟と名前が付いてなくて病院別でしか取れませんかよね。それをどう翻訳しているのか。別データだからそこは気にしてないのか。→Eファイルから取っているのだから、出来高の収入となる。
- ・ 患者調査には病床種類が有り定義されています。一方、DPCの病床種別は各病院の病棟区分で、全国统一ではない。統一しないと意味がありません。
- ・ レセプトを使って患者調査でできるかできないかを元粹入っていないのでできませんとなります。そうすると元のデータをこういう風に分離して入れていきたいと思いますか。
- ・ ○○について平均入院日数は何日で、この期間の平均の入院日数とその総収入という形で表現します。個々の患者さんのデータはその下位層で見ることができます。
- ・ たとえば、この一患者一液層をバーにして半年なり1年なり並べていけば、ある時期だけ伸びることが分かる。この月とこの月は伸びがち、あるいは4月とかスタッフが入れ替わる時期は伸びがちがうとか。
- ・ 出す必要性があれば、レセプトから出せます。もしかしたらこういうことをすると医療行為別というのが違う市場の軸で出てくるかも。今までと違った切り口が。

- ・ そもそも医療行為別のデータがどのくらい意味のあるデータか。目的が何かによるが、医療経営になりどれくらい資しているのか。どこでコンバートするのか。
- ・ 要はその目的のはっきりしない集積したデータなので、立場によって同じデータで見ることが違うとかいうのも当然あるでしょうし、例えば保健医局としてはレセプトのデータだけあれば日常の意志決定には十分と。また、患者調査で収集しているデータについては僕たちはいらぬものと思っているとかの可能性もあるかも。あくまでもこの班の研究としては今までやってきた医療統計がどう変わるかというスタンスなので、こういう議論は必要かと思う。ステークホルダーが必要とするデータが必ずしも一致しない。
- ・ DPCのデータを加工したら、色々なことがでる。だけど、病院毎に違っているので比較出来ない。加工してと言えば、今までとは違う加工の仕方ができるかもしれない。今までの調査が意味あったのと言われると、行政としたらあると。まずそれが前提ですと。それを蹴り倒してもいいというのであれば。じゃあ、ステークホルダー別に誰が使っているのかを分析しようかという話になるわけです。
- ・ 具体的に誰が何を使っているのかを分析するとしたら、お金がかかると思うんですが。例えば、保健局の皆さんに普段どのデータを使っていますかと質問票を送る、同じ質問票を病院管理学会にもとると。
- ・ 一つのポイントは病院経営の意志決定がどれだけ割愛されているか。
- ・ 基本的にDPCで課題になっているのは、先生方がおっしゃられているようなことです。私が言いたかったことは、〇〇とか病棟別ですとか病院毎で全然違いますよということ。
- ・ ここ来るまでに考えていたのは結局のところ、総入と算出を知りたいだけなのかなという気もしていた。付随的に分配の問題がでてくる。そういう整理ができるような話なのかと。どうも立場によって分配の切り口が変わってくるというか、病院経営者にとってのさっきの配布の問題ですね、例えば診療報酬点数によって人件費が入っているという考え方だと診療報酬点数が人件費の配布にあたって非常に良い評価基準になっていることが大前提になると思うのだが、一般的に何科とは申しませんが診療報酬点数が高すぎとかあるいは全体的に低すぎるとか、手術ごとの診療報酬点数とやっているお医者さんの負担感の間に必ずしも〇〇関係ないと。かといって、ほかにレセプトデータから取れるデータで配布の基準として使えるものがあるのかという厳しい問題かと。
- ・ これは経費の項目になります。経費の項目に対して、ここでは診療区分の診療行為に対してこの経費を配布しますかということを設定します。またこの経費項目というのは入院の患者さんへの診療行為に対してだけ設定したり、この病棟にいる人だけ、この診療科にいる人だけだとかに設定できるようになっています。それぞれの病院の管理されている経費項目に対してどのように配置するかという条件を病院毎に決めています。
- ・ これを理解して設定できる人材はいないと思うんですが。→そういう方を専任で用意している病院もあります。
- ・ いない場合は。→いない場合はこちらでこういう形はいかがですかと提案をさせてい

- ただいているのですが、結果を出しているが結局これはおかしいとなってしまいます。
- 何らかの形でデフォルトは提供しなくてはいけないので、これが気に入らないようであれば自分たちでってことに落ち着くんですよね。
 - 設定を管理化する為には、診療を区分別に設定するんですけども、これを診療行為別に詳細に別途、個別に設定することもできるので、例えば医師を一人一人並べてこの人はこの行為しかやらないからというのがあれば、それだけ設定することも可能です。そういうことをしていくとある程度その行為をやった人に対して按分する形になるのですが、より実情に近い形に持って行けるのではないかと考えを基に提案させていただいております。
 - 基本的には病院によって人件費に対してはしっかり見たいということで、例えば内視鏡の先生は内視鏡の行為に対して1個1個細かく見たいだとか。
 - 按分を出す根拠はどうやって御社は提案したのですか。
 - 過去の実績の話になっちゃいますね。ただヒヤリングの中でこれはどこに関連するものですかとヒヤリングをしてそれに近い形で詳細設定はさせていただいております。
 - 標準の按分の仕組みは考えられないか。→それをするには経費項目をある程度標準化する必要がでてくる。
 - 按分の問題とは、お医者さんとか看護師さんとか一人一人能力表を作るような話が裏表にあると思う。置かれた環境において能力が発揮できたりできなかったり、数値の厚生が施設によってかかっていたりだとか、細かく考えればどんどん蛇行性が失われて行くような気がする。それを基にして例えば保健局のほうで診療報酬点数の蛇行性がどうか、〇〇で話をもしするのであれば何処までがいいようなのかというのが見えなくなった時点で勝手な話を始めてしまっているような気がする。
 - 配布できない理由はほかにもあって、診療科が病院によって違うし、標準でこんなところにA病院のデータを持ってきたから…。病棟もさっきの厚生…拾い集めたってでない。
 - 政策的なアクションをとるとかはベンチマークで決めて、ずれたら補正してやるしかできないでしょ。ベンチマークが足りるかってことですよ、問題は。極端な話、MOMさんが全国すべての病院のシェアをとれば問題ない。それがベンチマーク。
 - 富士通のFXシリーズが100ちょっとあるんだから、あれが標準になれば100は。でも、按分の比率だけ言っていますが、問題はもうひとつの原価で物品との結合をどうやって管理をするかによって違いますから。病院毎によって物品管理システムの使い方が違いますから、接続費がかかっちゃいますのでなかなか標準にならない。
 - このシステムの考え方は、財務会計ができなくて管理会計なので、こういう条件下でどういう変化が起きているか収入と原価の推移であるとか、あとは収入に対する人件費の比率であるとかを、こういう条件で算出した場合にそれがどういう風になっているのかを見るツールとして提供しています。その条件が妥当かどうかは設定の仕方によって変わってしまうんですけども。その条件でいかに何を知りたいかというのである程度フレキシブルに変えていただけるものと思っています。
 - 基本的に病院の事務方の人で管理会計を分かっている人少ない訳でしょ。だからまず

財務会計で安心させてあげないといけない。

- 実情としてはそういう形になっているんですよ。財務会計と同じ結果を求められてきたりというのがあるんですけども。
- 結局は、全国データが取れてくると同じ作業を保健局もやるのですよね。
- 多分そうだと思います。
- 標準パッケージとして保健局として分析する時はこうだけど、うちの病院はこうなんだよと始まった時にその間の懸隔は誰がどういう風にして埋めればいいのかって話が始まると思うんですけど。確かに業務内容について各医療機関相当ちがうだろうと思うんですけど。とある医療機関では1日1件から2件手術していた人が、大学病院来ると1ヶ月やっても執刀医に当たらないとか。そういう風に考えた時、按分のところでそれを吸収してしまうのか、あるいは按分以外の方向でそれを解決するのかという技術的な問題に落とし込むことはできると思うんですけど、逆に技術的な問題に落とし込んでしまったひとつに、このお医者さんは稼がないと決めつけられてしまった時、稼げる階級にないから稼いでないという抗弁ができない気がする。数字の中で按分の中に落とし込まれてしまっているような。数字で全部処理されて結果だけ見ると按分の中で何が行われているとかが一切見えなくて、最終的に出てきた数字はこれだと、大学病院の医者は役に立たないとか稼ぎないとか、或いは循環器内科の〇〇はすごくいいよねとか、だからここは削っていいとかの話になるのは目に見えていると思うんですけど。置かれた環境によって大きく左右されている部分について評価の方向がまだ考えられてない中でそれだけやってしまうと、どんどん資源配分が歪んでいくと思う。つまり現状の資源配分の指標が診療報酬点数だと思うんですけど、その診療報酬点数が正当であるという大前提を基に按分をしているわけで、その按分の妥当性がどうかという議論をされると同時に、診療報酬点数の按分そのものについては逆に無視されてしまう可能性もあって、それでいいのかなと思う。
- 病院毎に特性が違って、結果としてここは効率よくやっていて、ここは陰の阻害要因があって働けないと。今の話だと、その評価を公的に決められた1本の診療報酬…。それっておかしな話で、もしそれが本当に現実としてあちこちに存在するのであれば、うんとデータ収集するエリアを小さくして集めてきて、このエリアとこのエリアはこんなに違うよというのを見て、そこから毎回診療報酬を決め直すってことをやっていかないといけないが、どうやったってそれは反映されない。
- それはもちろんそうだけど、ただ1回1回のコストが妥当であるかどうかは〇〇ではない。ただ中長期的に見たときに適正な評価がされていないと資源配分が歪んでくると思う。
- ただ、それは何と何を分母と分子に表すかって問題もあるけど、そもそも例えばCPIが大きく変化してしまったとか、或いは材料費がものすごく急激に高騰してしまったというような外性ショックがある度にそれが起こってしまうと一体何処を基準にしてそれを議論するのって話になるから、それに対して妥当かどうかというのをいちいち対応していくとなると、毎年とか2年に1回とかで集めない限り駄目では。実はその問題があるのはデンマークで、デンマークは医療改革をしている。医療改革しているひとつの理由が、原価計算が難しくなってしまったっていう話があるくらいで、

やっぱりそれに対応して決めていこうと、それが決まって初めて国から予算が下りることになっているから。それをやっていこうと思うと1回1回その状況をきちっと把握して狭いエリアを把握して、ここの地域はこういう状況ですよと皆が納得しないと次に進まないから、それをやっていくと取引料がべらぼうにかかって。それならエリアでベンチマークを決めてやってという話になる。だからそれは1個1個の病院のケースで、それが正しく反映するかっていう議論ではないような気がする。言いたいことはわかるが、それは逆に政策的な補正、地域医療レベルの補正の話だと思う。

- 価格ってというのは資源配分の決定の為に付けているもので、本来は逆ですが、現在の体系では、診療報酬点数ってというのは資源配分を確定するために行っているものであって、あくまでも原価計算をするのはその資源配分のための点数設定が正常であるかどうか、あるいは目的妥当性があるかどうかの裏付けをやらうと思ってやっていると思うが、でも原価そのものってというのは多くの場合、マーケットプライスなので、そのマーケットプライスがこれくらいだから利益幅を上に向けてコストプラスで診療報酬点数がこれくらいとやっている限りは、少なくとも現状の資源配分を大きく動かしていくとか修正をかけるとかの発想につながらないと思う。いわゆるコストプラス型のメカニズムなので。本当は保健局の先生方に考えていただきたいのはコストプラスではなく原価企画で資源配分をどういう方向に動かしたいから点数をどう動かしたいという話をしてもらはずの話。だからコスト計算はある意味、してはいけない気がする。
- そうですね。少なくとも医療の供給サイドのコスト計算をすることは意味がないと思う。かえって歪めますね。
- コスト計算の意味があるのは、投げつけられてきた診療報酬点数に対して各医療機関が意志決定するときコスト計算が必要なものであって、どういう資源投入を行うのか。もうひとつ問題になってくるとしたら、資源の投入、あるいは資源の按分をするときに実際に資源に無限大にリソースがあるわけでないので、取り合いになる。そこところはマーケットプライスでやってる訳ですよ。だから医療機関にとってはコスト計算はある程度意味があるのだけど。じゃあ、今度このコストでこれだけの想定やってねと言われるサービスプロバイダとしてのスペシャリストの連中としては、それってどうなんだろうと。
- 結局は何がベンチマークになるのかを提示してもらえば、それについてこれはこういうのは使えるけど、こういうのは使えないよねとかという議論をしてみて、それらしきものをオフィシャルな意志決定として採用しましょうと決めてもらえるほうが議論はわかりやすくなるし、医療経営者としても分かりやすくなるのではないかという気がしている。
- 医療経営者としての立場としてはあまり大きな問題にはならないかもしれないと思うが、ただその行政がこのデータを使うとしたら、つまりどんなデータでも違う立場の人たちが同じデータを見ると考えると、妥当性があまりないと思う。むしろ、やればやるほど危険なところに落ち込むと思う。
- 政府があまり細かいことにどんどんブレークダウンして行って深い階層まで下りて行ってこれでやるぞってというのは危険だと思う。だから浅い層で良いから、ミニマムに

これだけはクリアしてくれたら後は弾力的にそれぞれのプロバイダの特性によって対応できるような仕組みを作るための根拠を誰かが提示していかないと駄目なんじゃないか。

- ちょっと視点が違うのですが、レセプトを何かをしようとするとき、一番ひっかかるのはレセプト病名。そういうのをどうするんだろうと思っていたが、基本的にはレセプト病名があるのでデータ分析できないと普通考えるところなんだけれども、レセプトマイニングをすると、レセプト病名を洗い出せるんじゃないかと。かえってそれを集めたものをこねくり回していくと、レセプト病名でなく、本当の病名が浮かび上がらないかなと。例えば、リウマチっていう病名のいくつかがレセプト病名で本当のリウマチの人はこれもこれもこれもやっているから本当のリウマチ、レセプト病名のリウマチはこれとこれとはやっているけど、これはやっていない。ひよっとしたらめちゃくちゃに集めたら、浮かび上がらないかなと。レセプトのデータを集めて何かをやるというよりは何かを掬い上げられないかなと思う。
- レセプトチェッカーの場合、チェックのスタンダードがあればいいんだけど、病院によってこの薬使ったら〇〇っていうところもあれば、しないところもある。
- 審査委員会が各都道府県によって違いますし。
- 今、レセチェックの仕組みっていうのがブラックボックスですよ。なぜあれが公開されないのか疑問。
- ロジックが決まってないから、グレーゾーンがあるからって話ですよ。電子点数表ができれば。
- 今日はレセ電とDPCを実際に使ってみて解析が色々始まっているんですけど、それから有用なデータが出せるのかという話をすると、病床の種別だとか医師名だとか書いてあるけれどもそれは病院ごとで単体でしかなくて、比較できないという話をしています、じゃあ比較できないのになぜ集めているんだ、集めたら何に使うんだという議論となっていたのですが、具体的にレセ電だとかDPCは似て非なるものであり、レセ電は統計法上使えるのかといえば使えと。目的外使用とは言いませんが、研究者が申請して倫理的なものさえ通せばできると。一方もうひとつ、医療提供者が原価まで計算する必要があるのかと、いらぬのじゃないかと。そうすると歪んだ構造になっちゃうから適正なものであるってことをどのように考えるかを…原価計算する必要はないんじゃないのって論議が持ち上がっていたところで。じゃあなんでこんなシステムが売れるのってことなんだけど、シュミレートができますよと。例えば診療報酬が変わったら、マイナス3パーセントになっちゃうとどこまで減っちゃうんだろうとか予測が立てられる。個々の病院では対応策がもしかすると取れるかもしれないが、元に戻るとそのシステムを作ってたらドクターフィーみたいなのはほとんど按分で一病院ずつ全部違うし、材料費の考え方も材料のシステムがちゃんとつながってないとしっかりと出来ないし、課題は多い。
- 唯一ちゃんと考えないといけないのは、いわゆる圧倒的多数が原価割れを起こすような点数設定は困ると思うんですよ。
- だから、小児科ってもともと検査の総費用が低いところで、検査の差益で内科が食っ

ていた部分で診療の基礎点数部分をそんなにいらないと検査側の器械メーカーがうるさく言ったのに検査の点数を落とすよりも診療点数を落として小児科がやっていけなくなっちゃうと。

- ・ 利益率が低い高いっていうのと原価割れを起こしているというのは、全く別問題の話。そのところを意識されていないってところに対してコスト計算をすることは意味があるかもしれない。
- ・ うちのシステムでは材料でも何もかもデータを取れるようになったのですが、相変わらず原価計算は出せないです。毎月何を使っているのかというデータはきっちりできるようになりました。
- ・ 要はレセプトはもともと診療報酬請求用に作っているから、他のものに何か使えるんですかね。
- ・ それは使い方はあるでしょ。レセの中でいろんな行為をしているから。自分たちの医療を外観する上では非常に役立つものだし、色々使い方があると思う。疾病がどれくらいの割合で変化してますかとか非常にラフに見れば使えるデータがある。それを細かく見ると診断基準とか訳の分からない暗礁に乗り上げちゃう。日本の医療の現状として、胃ガンの手術している人の割合は何パーセントだとか、傾向としてみるには絶対に使える。細かいデータは使えない。例えば薬を分析したいときに、すぐにデータ集計できるのならかなり色んなことを言えるようになる。でも今の現状は試案薬名でしかでない。そうするとどういった抗生剤を使っているのかが分からない。
- ・ レセ電を統計に使うって統計調査に置き換えるのであったらレセプトの書き方を統計に使えるように注文をつけないと使えるデータにはならない。
- ・ 今日のお話からすると、レセプト使えそうで使えないよということが大方なんですかね。
- ・ まずそれと、使うのであれば工夫が必要であるということですよ。
- ・ 患者調査でも何でも確実にできそうだというのは分かる。グレーゾーンがありますよね、病床の種別なんていうのは書き方を教育すればできるってことですね。転帰は人によって違いますよね。
- ・ 紹介元でどんな病棟に入院してたかっていうことは診療情報上は、点数でしかないですよ。
- ・ 逆に転帰っていうものが、非常に厚生労働省や研究者が重視するものであるっていうこときっちり書く書式にすればいいと思う。今の書式を電子化する必要はないと思う。この際使える形式のものに変えちゃえばいいし、患者調査の病名、主病名を一個とる必要は別になくってレセで訳分からないのであれば、20個なら20個全部とっちゃえば。そのかわりどれかに丸してよとか。そうしたら副傷病名がついてもデータを解析する縁にはなる。何にもないものとは違う。
- ・ 各調査のどの項目がどう役立つのかを洗い出せたら、すごい研究になりますよ。それは形を整理してどこを電子化するかを丸つけるだけ。まず、レセから出るものは丸がついて、ここは自動ですぐ取れるから電子化するならすればいい、三角のところが多いのは、やり方を変えれば使えるかもとか或いは使い方を考えれば使えるかもと、バツがついたところが絶対手作業が残っている。という風に割り切って今後電子化の道

を探っていくひとつの指標はいるよね。

- ・ 使い道を確定しないと、どう記載していいのかわからない。目的、定義を明確にし、データ収集するということですね。
- ・ レセプト情報活用するためには条件整理が必要。

お忙しいところ、今日はありがとうございました。

去年と同じくらいのペースで班会議を行っていきたいと思いますので宜しくお願いします。