

# 診療データと経営改善支援

富永 哲<sup>†</sup>第72回国立病院総合医学会  
(2018年11月9日 於 神戸)

IRYO Vol. 74 No. 1 (24-27) 2020

## 要旨

病院経営を改善するには医療スタッフが行動をおこすことが必須である。そして日々の診療をどのように進めていけば経営改善につながるかを医療スタッフが理解するためには経営指標を診療データと関連付けて伝えることが必要である。本稿では医療スタッフにわかりやすい伝達方法を例示するとともに、経営と診療の関係を説明する際にありがちな間違っ言説について、その問題点を解説する。

キーワード 病院経営, 診療データ

## はじめに

2016年の国立病院総合医学会では「医療データを活用した経営支援 -Evidence Based Managementの可能性と限界-」と題して、医療データの経営における活用方法やその意義について発表を行った。そこでは、Evidence Based MedicineとEvidence Based Managementには「過不足なく情報を集めながら、同様の困難に直面しこれを切り抜けた事例を参照しながら、最適な判断を素早く下す」という意味で共通点がある一方、最適解の普及は医療では望ましい一方、経営では必ずしも望ましくないこと、経営では交絡因子が多く好影響を与えた要素を特定しにくいという違いがあるほか、そもそも経営においてはEvidence自体が存在するのかさえあやふやであるといった点について語った。さらに、その上で経営における意思決定の過程を数値や論理が通用するscience要素と、属人的で模倣困難なart要素に分け、science要素においてはSS-MIX2による診療

情報を活用できる可能性を提示した<sup>1)</sup>。

このように診療データと経営データを結びつけることで、より高度かつ迅速な経営判断が可能となるが、これには別の効果もある。それは医師、看護師、コメディカルといった医療スタッフが理解できる言葉で経営を語るができるということだ。

たとえば事務サイドから「収支を改善したい」といわれた場合、医療スタッフは具体的に何をすればよいのだろうか。また「新入院患者数を増やしたい」といって、「なぜより簡単な在院日数の延長ではいけないのか」と問い返された場合、事務サイドはどのように答えればよいのだろうか。こうした場面においては先の発表とは逆に、経営データを診療行為に変換して説明していくことが効果的だろう。

本稿では具体的事例を挙げながら、どのように経営データを医療スタッフにとってなじみのある診療の言葉に落とし込むか、そしてそこにはどんな効果が期待できるのかについて説明する。また、併せて経営データを解釈する際に陥りやすい誤謬<sup>ごびょう</sup>について

国立病院機構本部 経営情報分析室 <sup>†</sup>事務

著者連絡先：富永 哲 国立病院機構本部 経営情報分析室 〒152-8621 東京都目黒区東が丘2-5-21

e-mail : tominaga.akira.pm@mail.hosp.go.jp

(2019年3月25日受付, 2019年9月13日受理)

Medical Data and Management Improvement Support

Akira Tomimaga, Division of Management Data Analysis, HQ, NHO

(Received Mar. 25, 2019, Accepted Sep. 13, 2019)

Key Words : hospital management, clinical data

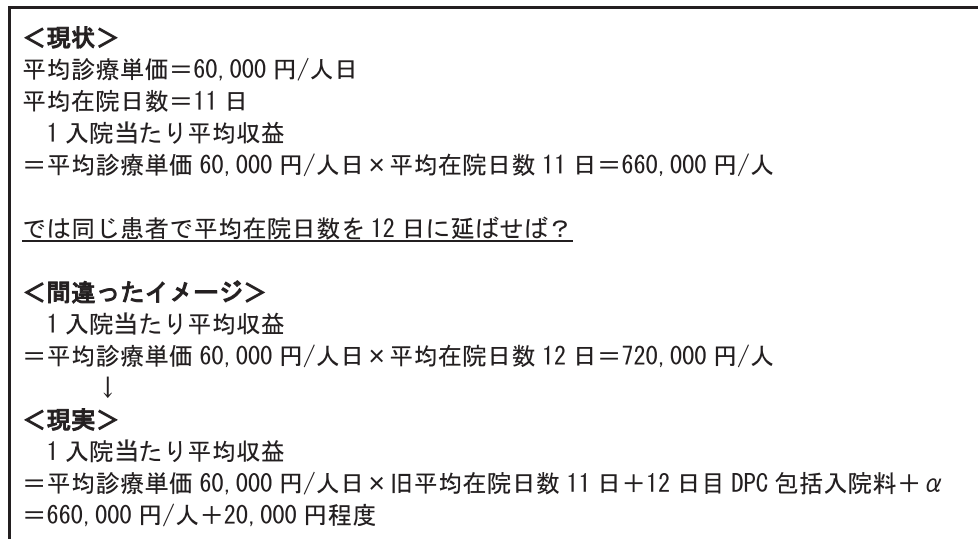


図1 平均在院日数の延長による収益増：間違ったイメージと現実

も説明する。

### 経営の言葉を医療の言葉に：いくつかの例

以下、経営改善に取り組む事務から、どのように医療スタッフに医療の言葉で伝えるかについて、いくつか例を挙げる。

#### <例1>収支を改善したい

事務サイドで「収支を改善したい」と言った場合、収益増と費用減の両方を指しているが、医療スタッフにはどのような行動を期待しているのだろうか。「増収額=新入院患者増加数×1入院当たり収益」となることから新入院患者の増および1入院当たり収益の増が必要となる。また収支の改善という観点から「収益」と「医薬品費、診療材料費等の変動費」の差分である粗利に注目すると、「増益額=増化後新入院患者数×増加後1入院当たり平均粗利-現行新入院患者数×現行1入院当たり平均粗利」となることから、新入院患者増と粗利増（すなわち1入院当たり収益増と材料費の減）を目指すことになる。ここまで分解できれば医療スタッフとしては「どのように新入院患者を確保するか」、「1入院当たり収益の高い患者とはどのような特性があるのか」、「材料費を削減するにはどうするか」といった自分たちが対応可能なレベルに置き換えて考えることができる。

たとえば、新入院患者確保であれば紹介増や救急患者増、1入院当たり収益増であれば、同様に紹介患者増、救急患者増に加えて手術件数増、材料費減

であれば後発医薬品への転換や卸業者との交渉等、実際に医療スタッフだからこそできる対応方法への展開が期待できるということだ。

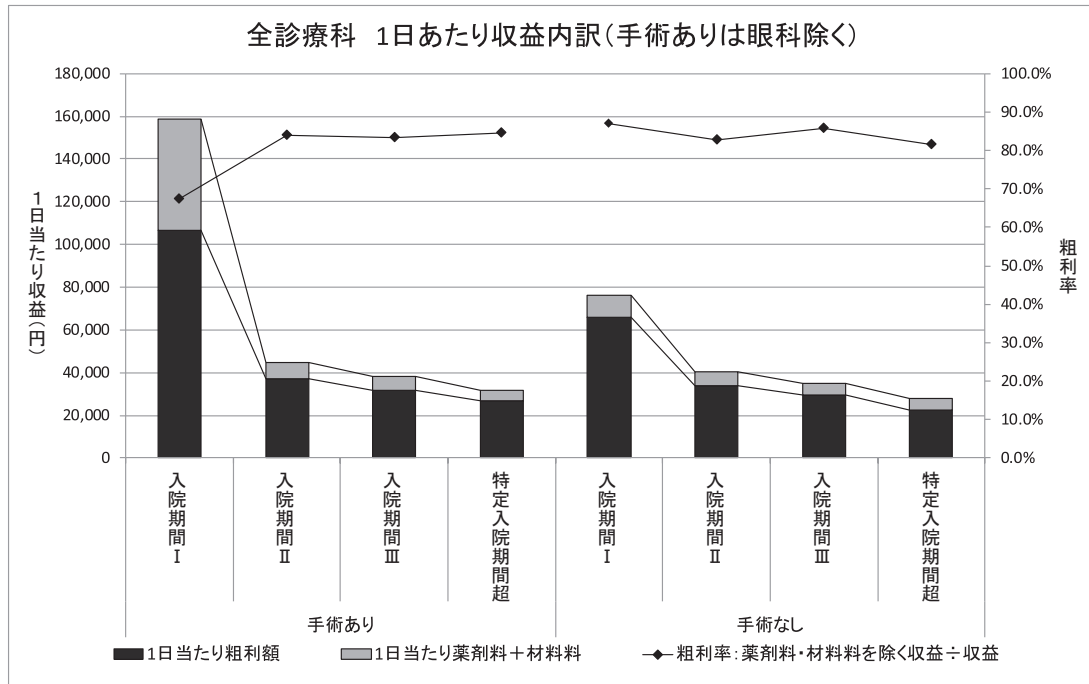
#### <例2>紹介患者を増やしたい

紹介・逆紹介が診療報酬で評価されなくなっても、その重要性は変化していない。筆者が数年前にある病院の入院データ、外来データ、地域連携室データ、レセプトデータをつなぎ合わせて分析したところ、「紹介患者の入院確率は紹介なし患者の3.5倍」「外来診療単価は紹介なし患者の2倍」といった事実が明らかとなった。こうしたデータを医師に提示することにより、「なぜ紹介患者を増やさなければならぬのか」「なぜ逆紹介が必要なのか」について医師の理解を促し、実際の行動に結びつけることが期待できる。

#### <例3>在院日数延長ではなく新入院患者増で患者数を伸ばしたい

とくに急性期病院においては、収益増は新入院患者数増で対応したいところである。しかし収益を単純に延べ入院患者数×診療単価として把握していると、空いた病床を埋めるために在院日数を1日延長すれば1患者当たり診療単価分の収益増を図ることができると思ってしまう。

しかし実際には、延長する1日はある意味「何もしない1日」である。つまりそこで発生する収益は、たとえばDPC（診断群分類包括評価）病院であれば退院日の入院期間のDPC包括入院料程度（一般的には入院期間Ⅱで20,000円程度、入院期間Ⅲで



粗利額＝入院収益－変動費（ここでは薬剤料及び材料料請求額で代替）

図2 手術有無別・1日あたり入院期間別収益・粗利額イメージ

18,000円程度)となる(図1)。

もちろん空床のままとするよりは少しでも収益が発生する方がよいとはいえ、この程度の額では急性期病院の重装備の機器、人材を賄うことは不可能である。そのためにも、たとえば図2のような入院期間別収益を診療科別に提示し上記のような勘違いを正しつつ、的確な行動をとれるように医師を促していくことが望まれる。

### 間違った表現に注意

このように数字で語るにより、医師をはじめとする医療者に「医療の言葉」で経営を伝えることができるのだが、前述の在院日数延長にともなう収益増加額の過剰推計以外にも、間違った解釈は容易におこりえる。以下に筆者が常々間違った言説であると考えている例を2例挙げる。なお筆者自身、これらの言説を本当に間違っていると言い切れるかについては議論の余地があると考えている。読者諸氏の批判的検討をぜひお願いしたい。

### <間違った言説：例1>

「1人1日あたり入院収益(入院単価)が上がる  
と収益が増加する」

入院単価は以下の式で算出される。

「入院単価＝入院収益÷延べ入院患者数\*1」

つまり入院単価は入院収益を延べ入院患者数で除した結果に過ぎず、何か確固たる実体というわけではないのである。やや乱暴な言い方になるが、「単価が上がったから収益がよくなった」という表現は因果関係を逆にとらえているのだ。筆者の想像だが、このような(ある意味不正確な)言い方が一般的になったのは、在院日数が1カ月近かった時代には月単位で1入院あたり収益や新入院患者数を管理することにさほど意味がなく\*2、結果として入院単価と延べ入院患者数で管理していたためではなかろうか。そのため「入院単価×延べ入院患者数＝入院収益」という計算方法になじんでしまったのだろう。この話題に関してはここでの深掘りは避け、「飲食店において客単価といえば入店から退出までに客が支払った額の平均、つまり入院でいえば1入院当た

\*1 入院単価の計算には「延べ入院患者数」すなわち「在院患者延べ数+退院患者数」を使用するのが一般的であるが、国立病院機構においては「入院収益÷在院患者延べ数」で計算されるケースが多いことに留意されたい。在院患者延べ数で除すと、退院日を含む在院日数=1、すなわち日帰り入院の場合に0で除すことになるため計算が不可能になるという大きな問題がある(在院患者延べ数：午前0時現在の在院患者数の総和であり、退院患者を含まない)。

\*2 電子化が進む以前は月またぎのレセプトを個々に集計する困難さもあっただろう。

り収益の平均を指している」ということを指摘するにとどめるが、いずれ別の機会に改めて論じたい。

### ＜間違った言説：例2＞

「在院日数短縮による患者減を入院単価の上昇でカバーできず経営が悪化」

これもよく耳にする表現であるが、延べ患者数と入院単価はいずれも在院日数に大きく依存している。在院日数が短くなると延べ患者数が減少するのは説明を必要としないだろう。また在院日数が短くなると入院単価が上昇するのも経験的には納得できる話かと思う。しかし図2からもわかるとおり「在院日数短縮による入院単価の向上は、退院間際の診療収益の少ない入院日がなくなり、相対的に入院初期や手術日といった診療収益の多い入院日の割合が大きくなったため」である。つまり在院日数短縮では入院単価は上昇するが、1入院当たり収益は「退院間際の収益の少ない入院日がなくなった」分だけ減少しているということだ。乱暴な言い方だが、「新入院患者数が増加しない限り在院日数短縮に起因する入院単価の向上は（単なる計算結果であり）全く経営改善に寄与しない」、すなわち「在院日数短縮による患者減は、在院日数短縮に起因する入院単価の上昇でカバーすることはそもそも不可能」ということである。

---

### おわりに

---

経営の言葉、ロジックを医療の言葉に置き換えて医療スタッフに伝えることで、日々の診療の中で何をすべきかがより明確になるという効果が期待され

る。そして、事務スタッフと医療スタッフという「異なる言語」を持つ同士がコミュニケーションをとる場面において共通言語となるのは「数字」である。つまり経営の数字/指標をどのように医療の数字/指標に置き換えるかがポイントなのだ。これが可能となればお互いのコミュニケーションがスムーズになり、また誤解も減るはずである。

ただし、①それらの数字がどのように作られているか（出典、計算方法）、②他の指標とどのように関連しているか、③どのようなロジックで経営の数値から医療の数値に変換されているか、といった点についてお互いに学習し、それぞれが語る数値についての理解を深めていくことが必要なのは言うまでもない。

事務と医療スタッフのコミュニケーションは永遠の課題とも言える。本稿がその深化の一助となれば幸いである。

〈本論文は第72回国立病院総合医学会シンポジウム「NHOにおける診療情報分析の現状と展望」において「診療情報を利用した経営改善」として発表した内容に加筆したものである。〉

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。

---

### 【文献】

- 1) 富永 哲. 医療データを活用した経営支援 - Evidence Based Managementの可能性と限界-, 医療 2017 ; 6 ; 253-5.