

第二回 JRS/JCR 医療経済・政策勉強会 概要

日 時：2021 年 4 月 22 日 18:00～（web 開催）

○講演

1. 「新型コロナウイルス感染症流行下での医療費の動向と今後の方向性」

日医総研 前田由美子先生

（日本医師会総合政策研究機構 主席研究員）

・コロナ下での医療施設の経営の状況等

・1 施設当たり入院医療費の 2021 年 4～11 月の対前年同期比は大学：マイナス 5.5%、公的病院：マイナス 6.1%、法人病院：マイナス 0.1%となっているが、この公的病院のデータは精神病院・療養病床も含まれており、経営全体を捕捉するには、利益を明らかにする必要がある。経営分析は病院団体等で分担している。

・問題点として、経営分析ではいわゆる「外れ値」を除外することがあるが、今回の経験では、この「外れ値」こそが、現実を反映しており、事案ごとの解析が重要と考えている。

・後の検証のため、精緻に記録しなければならない。中医協の医療経済実態調査が示しているデータは最新で令和元年と古く、分析の使用に耐えない。

・医療費は分解が可能であり、そうすることによってボトルネックを明確化できる。

・P(患者一人あたり入院医療費)は昨年 4 月-11 月のデータでは対前年比で大学:プラス 5.8%、公的病院:プラス 4.5%、法人病院(精神科等を含む):プラス 2.0%である。

・大学のプラス 5.8%が興味深いのが、4 月のプラスの診療報酬改定が影響した様には見えない。コロナの影響により打ち消された、あるいは、昨今は薬価のマイナス改定が非常に大きく、急性期病院等ではそれが影響した様に観察される。

・Q(のべ患者数:入院総日数)はそれぞれマイナス 10.7, 10.1, 2.9%である。

法人病院は長期療養病床、精神科を含むため、患者数の変動は少ない。

・入院の入り口という意味で外来の状況を見ると、外来での受診控えやクラスターでの休診等が如実、2020 年 5 月で 2 割の患者減。

・総日数は、2020 年 8 月～10 月がマイナスであるが、コロナ感染患者の病院・病棟等の調整がなされてきたころでありその影響の可能性もある。

・一施設あたり実入院患者数は 9-10 月で持ち直したように見えたが、直近でも 1 月など緊急事態宣言時に大打撃を受けている。

・診療所一施設あたり入院外医療費は小児・耳鼻科が大きなマイナスとなっている。正確には「小児がマイナス」、である。他の科でも小児が対象の科は同様である。

・小児科の受診控えの問題であるが、労働集約型の診療科であり、薬剤など変動費が大きな診療科であれば、患者が減ればその支出も減るが、労働集約型の場合、人件費がかかるからといって急に休むという訳にはいかず、利益面でも打撃。

・2020 年 4 月-11 月の医療費は一兆円。年間では 1.3 兆円のマイナスとなっている。

財務省は常に財政が破綻しようとしていると言うが、両論がある (MMF など)。

・国の一般会計(歳出) 当初 102.7 兆円 ⇒ 第三次補正 175.7 兆円

社会保障費 44.2 兆円、その他・予備費 67.9 兆円

活用済みのその他・予備費等も含めると、

➤ 46.6 兆円 : 社会保障費等

➤ 27.1 兆円 : 経済対策関連 (中小企業対策費)

➤ 他、特別定額給付金等

「医療・社会保障・経済でバランスをとった」予算。

・この中で、コロナ対応にダイレクトに使用されたのは緊急包括支援交付金(受け入れ病床等に
応じて) 3.9 兆円弱である。前年度比べて減少した医療費は前述のように 1.3 兆円、とされ、財務
省に「焼け太り」と言われないよう、精査・次回診療報酬改定に向けた迅速な対策が必要である。

・一次補正予算時は、コロナ対策には、ほとんど予算は付いていなかった一方、Go To トラベル
予算は 1.7 兆円が一次補正(4 月)時からついている。Go To は、経産省・観光庁が合同で組んで
いる予算であるが、予算書の書きぶりに違いがあり、観光庁:「コロナ流行収束後の一定期間」・
経産省:「コロナ流行の収束状況を見極めつつ」と謳っているため、中止が困難な状況。

・歳入: 三次補正時にはすでに税収 55.1 兆円と減少が明らかで、予算削減+不足分は国債で対
応となる。

・税収は現在、消費税が最大財源。法人税収は漸減しているが、法人税率を段階的に下げている
ためである。国際競争力を付けるためという理由付けがなされているが、実際には企業の内部
留保が積み増されたのみ。ただし、それによってコロナ禍に耐えられた、という見方もある。

・消費税について、税率 5%までは福祉目的化とされていたが、その後、8%で社会保障目的税
化。

福祉目的化: 高齢者三経費(基礎年金、老人医療、介護)に使用する。他財源からも補填可。

社会保障目的税化: 社会保障 4 経費(年金、医療、介護、少子化対策)のために消費税を取る。

「足りなければもっと税を上げる。消費税率が上げられず不足であれば社会保障を圧縮する」
という理論である。

・社会保障費は、年金・医療・介護・少子化・その他であるが、2021 年度当初の予算では 35.8 兆
円、ただし、予算全体の中で、シーリングがある。

・一方、社会医療 4 経費は、消費税の縛りを受ける。これら二つの縛りを受けるため、どこで財
源をとるかが重要。

・今回のコロナは医療給付費ではなく、政策医療となるため、福祉・保険衛生・雇用・労災等の
部分にはいり、社会保障費のシーリングは受けるが、消費税としての縛りはない。

診療報酬とすると、上述の消費税の縛りを受ける。

・消費税収は 16.3 兆円、必要な社会保障費は 31.8 兆円であり、消費税率は倍にしないと不足
する。

・財源確保の観点から、医療は GDP を構成しているという見方は重要である。医療は浪費では
なく、産業の一つである。GDP は様々な産業の付加価値の積み上げであるが、給与や会社の利益
として 560 兆円(2019 年)となっている。

・GDP 中、公的医療保険給付(政府支出)は 39 兆円

民間消費支出の中の保健医療（患者・介護患者負担）（民間支出）11兆円

医療・福祉は成長産業である。国は内需拡大を推奨するが、現在すでにある内需であり、個々へのこ入れで経済成長が望める。就業者の率も継続的に上昇しており、雇用の受け皿となっている。雇用誘発係数・経済波及効果は高く、経済全体を成長させる。

・今後の課題：地域医療構想下での医療提供体制は、コロナ流行下では大きな進展はないが、重点的に再編を求められているところは粛々と進んでいる。

・地域医療構想ガイドラインによると、「医療機関の自主的な取り組み・医療機関相互の協議により、収斂を次第に促していく」となっている。外来医療に関わるガイドラインにも、同様の記載がある。

・外来医療に関わるガイドラインにおける医療機器の効率的な活用に資する施策に関しても、新規購入希望者に対して、情報提供を行いつつ「協議を行う」と記載されていることが重要である。

・「卵の黄身と白身」（黄身は医療本体、白身はその周辺）：相互に侵食せずに成長するため、整理整頓し、経産省との取り組みを行っている。

経産省の最近の資料では、公的保険外の部分：予防・健康増進部分のマネタイズの仕組みが不十分とされている。経済産業省は健康診断・遺伝子診断・AI・見守り機能・デジタルモニタリングサービスなどが金銭的に評価されるように後押しをする。デジタルヘルス：遠隔医療相談・オンライン診療・オンラインリハビリなども上げられている。

・小児科の受診控え⇒戻るか否か。その要因一つが健康相談である。

コロナ下で、経産省が小児・産婦人科医と提携して健康医療相談を開始したが、親から評判が良く、#8000も右肩上がりである。これらはあくまでも「医療相談」であるが、医師が介在しない「健康相談」が劇的に増加している。

一般の人は違いがわからない。「健康相談」と「医療相談」が侵食し合わない様に、医療者が関わって業界としてのガイドラインを策定し、受診勧奨を行う仕組みを必ず持つ必要がある。成長分野であるが、注視が必要である。

・日本医師会は、オンライン診療に反対ではない。以下が基本姿勢である。

- ▶ ICT・デジタル技術・技術革新で医療の安全性・有効性・生産性を高める方向性を目指す。
- ▶ 解決困難な要因により医療機関へのアクセスが制限されている場合、オンライン診療で補完していくことを支援

・オンライン診療に関して、2020年11月開業医を対象としたアンケートを行った。以下の3群に分けた。

- ① 情報通信機器を使用したオンライン診療を行っている。
- ② 電話による診療を行っている。
- ③ 上記のような診療は行っていない。

・「オンライン診療は難病・在宅医療の患者の利便性を向上させるか」という問いでは、3群間にはあまり差がなかった。

・「診療に十分な情報が得られるか」という問いに関しては、①群であっても、69%が得られな

いと回答している。対面とオンライン診療はやや異なる、と感じる医師も、オンライン診療を行っている実態が明らかになった。

・「コミュニケーションはとりにくいか」という問いでは、①群は、25.6%が、「そう思わない」と回答している。施行していない医師は、実体験が得られないために理解しがたいところがあるよう。

・今後の新たな視点として、医師の働き方改革がある。

平成30年度診療報酬改定から、ICTを活用した勤務場所の緩和（読影）が可能となっている。

RI検査に関しても全過程を診療放射線技師ができるように、という法改正等も進んでいる。

これらの動きからは、医師を過剰労働から開放すると共に、医師の本質的なミッションは何かという整理整頓が必要となる。今後注視が必要。

・まとめ：経営状況に関しては、コロナ流行の影響かどうか、記録をしておかないと後に検証できなくなる可能性がある。国の財政等に関しては、基本的な財源や関係性の知識が必要。卵の黄身・白身（医療周囲の産業）と一緒に発展するように注視していく必要がある。

2. 「概観：Relative Value Unit と Effort-based Measurement について」

GEヘルスケア・ジャパン株式会社 松葉香子先生

（執行役員 アカデミック本部長 兼 エジソン・ソリューション本部長）

・米国の大学医学部の企業体（医学部長がCEO）の経営補佐を務めていた。医学部側の経営母体から医療の指標を見ていたが、本日の話の中には、医師からすると違和感がある点もあるかもしれない。

1. RVU Relative Value Unit とは。：

・米国では診療報酬額を計算する一つの根拠であり、重要な要素。医療従事者の「臨床仕事量」を測る共通言語。

・Doctor feeの重要な一つの構成要素であり、入院包括（DRG）facility feeとは対の概念。DRGが歴史は古い。

・米国では日本と異なる象徴的な事象として、医師が独立企業体を作る。

・DRGではdoctor feeは明示的ではなかったため医師の存在価値の確固とした基盤がないという意見があり、RVUの考え方が作られた。AMAが大きく関与した。

・RVUはあくまでも臨床での業務量を測ることだが、大学では研究・教育・管理業務などもあり、どのように各医師への報酬へ反映できるか、といった点も含める。

・RVUは医師行為や外来ベースの仕事・設備コストを反映する指標。

・CMS（メディケア・メディケイド保険を管轄）がレートを決定するが、他の民間保険も追従する。

・AMA委員会からの提言を踏まえて算出される。

・AMAがcopy rightを有しており一意的であるが、実際の支払額に関しては、各保険会社と各病院・医師グループが交渉をして決定。米国の医療費高騰の要因の一つとも考えられる。

・RVUは3つの要素(Component)から成る:

- ① Work RVU: 医師の問診、診断・判断、手技実施・・・医師の“臨床生産性評価”に使われる
- ② Practice Expense RVU: 医師以外の従事者による作業+施設コスト
- ③ Malpractice RVU: 医療過誤保険料

・RVUの値は相対評価で一意に策定される(1.0を基準とし0.1~100くらい)。

・各行為の名称を表すCPTコードとRVU値が全米統一リストとしてCMSより提供される

背景:

ステークホルダーの関係性・活動:

- RVS Update Committee (RUC): AMAによって組織されるマルチ・スペシャリティ参加会議。
- '92年より活動、メンバー31名のうち21名が主要なmedical specialty societiesから選出。放射線科医も1枠ある。内保連、外保連に類似しているともいえる。残りのうち4名がInternal Med/Primary Careの確保枠、6名がChair/Co-Chair、AMA代表、CPT Editorial Panel席など。
- 1万項目以上あるCPT(current procedural terminology)コードについて、AMA CPT Editorial Panelと協働してCMSに対してRVU算出のロジック見直し、レート変更の提言を行う。
- CPT Editorial Panel: 17名の会議体、うち13名がAMAからノミネート、ほかBlue Cross, America's Health Insurance Plan, CMS, and AHAより選出
- Work RVUはAMAにより毎年見直案の提出+その他の要素を含むメジャーレビューとしてCMSが直接リードしパブコメなども行う5-year reviewがある。

・RVUの内訳としては

- ① Work RVU: 約5割強
- ② Practice Expense RVU: 4割強
- ③ Malpractice RVU: 1割弱程度

全てを足してTotal RVU、これは一意であるが、それに対して実際の償還額は多様である。

加味される要素として、地域性(Geographic Index (Locality Adjustment) (CMSが決定)・数値→ドル換算(Conversion Factor (for '21) 1RVU = \$35(メディケア・メディケイドが使用するレート)があるが営業努力により施設ごとの換算は変わる。

・コード体系では、70000代がradiology serviceに割り振られている。「1」が基準値(問診)初診患者の平均的・標準的問診としての相対値。大まかには、各値×換算値=Doctor fee中の、医師の分となる。外科的手技は一般的に高く、低いものは1未満となる。

・Professional coderとして現在は人が割り振っている。CPC(Certified professional coder)は、ICD分類に基づき、実際のオペレーションを反映したCPTコードが選択されているかを確認する。経験が高く、医師に対して積極的に働きかける人材が好まれる。

・放射線科領域では、医療行為に対して適切に評価する際のポイントは、造影の有無・撮像方向

の数・regionの数など細かく選択できる。

・RVU そのものは全国的に一つの共通言語であり、医師の生産性を測ることが経営分析の一環として行われる。収益とコストで考えると、医師のwork RVUから材料費、施設費等・医師以外の給与・医師の給与等を差し引くと、最終的に施設としては赤字である、というような使用法である。診療科ごとの収支貢献度としても使用される。

・では、臨床以外のeffortをどう測るか。各医師のRVUで測られる以外の部分もしっかり評価しないと、公平ではないとなる。

・FTE(fulltime equivalent) 「クリニカル」以外の仕事をどのように勘案するか。” Allocated FTE” : Clinical/ Research/ Educational/ Management エフォートの割当てと評価であるが、医師が普段行っている業務を相対費として見る。たとえば、研究面であれば、研究施設の面積あたりの研究費や、取得した研究費でどの程度継続的にスタッフを雇用できているか、教育面では寄附講座をどの程度得られたか、等で評価される。

・具体的な医師の給与の組み立てであるが、測られた「仕事量」と「医師報酬」、「P&L」の関係性：固定給与+変動給与とするところが一般的。

・Allocated FTEの中でも、地位により決まる部分は固定給とし、変動部分としては、生産性の高さ（臨床での収益・良い保険会社との契約や良い保険プランを持つ主治医からの紹介も含め）で医師のClinical Incentiveは決められていく。

・各医師の状況（たとえば若手医師あるいは熟練の医師など）に応じて、固定給をある程度大きくする、あるいは上限をなくす・ある一定を超えたらボーナスを、というような交渉もしばしばなされる。

・最後に、最近の話題であるが、AI診断支援に明示的加算がついた。CMSはVis.ai社の脳梗塞画像解析AIアプリを使用して診断した場合、患者一人あたり1040ドルの診療報酬を加算する。

・算出法は、たとえば、「脳梗塞のケアが一分遅れるごとにかかるコストを回避できる」という計算。この新技術加算はfacility feeに含まれている。この点をとらえ、どのfeeに還元するのが適正か、という議論が始まっており、今後、活発化すると思われる。

(了)