

「病院経営を行動経済学で医療現場視点から考える」

(株)MM オフィス代表取締役
関東学院大学大学院経済学研究科非常勤講師(医療経済学担当)
工藤高(くどう たかし)

■要旨

新しい経済学の分野に「行動経済学」がある。従来の経済学では「経済活動は自己利益のみに従って最大利潤(利益)を求めた完全に合理的な行動」という経済人が前提とされてきた。経済学で描かれている人間モデルは常に最大利益を求めて行動しているというわけだ。現実には「情報の非対称性」の存在や「必ずしも合理的な行動をとらない」ためにそのような合理的経済人は存在しない。

経済の主体である人間の行動には、心理学的要素を含んでいるとするのが「行動経済学」である。本稿では「なぜ、医業利益率が最も低い急性期をやりたがるのか」「なぜ、薬価差益のでない包括入院料であっても、先発品に対して相対的に購入価格が低い後発医薬品に100%切り替わっていないのか」「なぜ、手術の説明で①生存率90%と②死亡率10%と同じことを言っても①の場合の選択が多いのか」「なぜ、室料差額価格が3段階ある場合、真ん中の価格帯の個室選択が多いのか」「なぜ、紹介状無しの初診時選定療養の自己負担金額をクレームが出るほどの高さにししないと本来の機能を果たさないのか(これは古典的経済学の経済人)」を行動経済学理論で現場視点から解説をする。

■キーワード

10・10・10(テン・テン・テン)の法則、囚人のジレンマ、忖度、2022年度診療報酬改定率の内訳、フレーミング効果、ジャムの法則、抑制マーケティング、ナッジ理論、レモンの原理、松竹梅の法則、ハシゴが外れる理論

1. 新型コロナパンデミックが病院経営に与えた影響と浮き彫りになった問題点

■新型コロナの病院経営と職員に対する影響

前回2020年4月診療報酬改定直前の同年2月から始まった国内の新型コロナ感染症(COVID-19)はその後の世界的なパンデミックによる第5波までが医療機関経営に大きな影響を与えた。本稿執筆時点(2022年1月10日)ではオミクロン株によって再び陽性者は増加中である。医療現場最前線で最も肉体的かつ精神的な負担が多かったのはコロナ患者に対して、直接的に診察を行う医師、看護・介護を行う看護、介護職員であった。当初の未知ウイルスに対する恐怖とストレスを抱えながら勤務を行うだけではなく、風評被害での病院勤務者に対する偏見や保育園での子供預かり拒否等にも悩まされた。

さらに2020年12月段階ではまだまだ医療機関に対するコロナ補助金額も不確定だったため冬季賞与一部カット病院も多くあった。この当時はコロナ入院患者を受け入れるほどに、不要不急外来減少や予定手術延期、人間ドックや健診停止のため病床稼働率が下がり、病院経営自体もまさしく危機的状況だった。ただし、2021年3月の年度末までにはコロナ入院受入病院ほど多くの補助金支給が行われて病院経営も一息ついた形となった。

■日本の医療提供体制は有事を想定していない

今回のパンデミック副産物として日本の医療提供体制の現状を世間に認知させることになった。中等症・重症入院患者の急増で病床が逼迫して、「医療崩壊」と医療提供側から悲痛な声があがった。それに対してマスコミから「人口当たりの病床数は世界一なのに、なぜコロナ対応病床が少ないのか」という疑問が多く寄せられた。理由は日本の病床は急性期から慢性期までの様々な機能があり、病床当たりの看護職員数はアメリカの5分の1程度である。個室が少ない民間経営の中小規模病院が多く、ゾーニングが十分にできないことも理由になる。

さらに TV コメンテーターが盛んに言っていたのは諸外国では政府の統制が効いて、通常病床からコロナ病床への切り替えがすぐにできたのに日本はなかなかできないという点だった。でも、諸外国は政府のガバナンスが効く公立病院が多く、さらに軍隊を持つ国であり、有事の際における医療体制への備えができてきている。もともと戦争と医療・看護は切っても切れない関係であり、ナイチンゲールもクリミア戦争における敵・味方の分け隔てがない負傷兵たちへの献身的な看護で「クリミアの天使」と呼ばれた。一方、日本は7割が民間病院であり、病床数では8割を占めており、そもそも医療提供体制に有事は想定されていない。逆に未来永劫に渡り、平時の高齢化による人口減という医療需要を大前提にして地域医療構想による病床機能分化が現在進行形である。

診療報酬という医療費の価格自体は政府が決定するが、民間病院経営は一部の救急医療等に関する少額の補助金を除いては個々の経営努力に委ねられている。一方、公立病院では繰入金という税金が経営補填として毎年投入されている。つまり、日本の医療提供体制は、医療費の価格(点数)は国家が決定する「計画経済」による社会主義経済だが、7割の民間病院経営は「自由経済」に基づく資本主義経済となっている。

■病院、診療所とも損益分岐点比率が 95%を超える危険水域に達している

新型コロナの影響を調査した日本医師会の「TKC 医業経営指標に基づく経営動態分析」によると、2020年度は、「一般病院では、医業利益率(除補助金)が前年度に比べて大幅に低下し、経常利益率(含補助金)も低下した」「診療所では、医業利益率(除補助金)及び経常利益率(含補助金)ともに大幅に低下し、無床診療所(法人)の小児科、耳鼻咽喉科は赤字になった」「役員報酬は病院、診療所ともに引き下げられた」「病院、診療所とも損益分岐点比率が 95%を超える危険水域に達し、きわめて脆弱な経営体質である」—こと等が明らかになった。

この結果により、日本医師会は「今後、コロナ関連の補助金が縮小された後、たちまち医療機関経営が綻びかねない状況にある。ましてや政府が収入の引き上げを決定された看護職員を除いては処遇改善の余裕はなく、安全・安心な医療提供体制を持続、向上させるためにも診療報酬財源による更なる下支えが必要である」とプラス改定を要望した。一方、財務省はマイナス改定にすべきとした。2022年度診療報酬改定率については後述する。

2.行動経済学の古典がゲーム理論「囚人のジレンマ」になる

■行動経済学とは何か

新しい経済学分野に「行動経済学」がある。従来の経済学では「経済活動は自己利益のみに従って最大利潤(利益)を求めた完全に合理的な行動」という合理的経済人が前提とされてきた。経済学で描かれている人間モデルは常に最大利益を求めて行動しているというわけだ。現実には「情報の非対称性」の存在や「必ずしも合理的な行動をとらない」ためにそのような経済人は存在しない。

経済の主体である人間の行動には、心理学的要素を含んでいるとするのが「行動経済学」である。病院経営者は決して高い経常利益だけではなく、地域の中で個人の理想や自院のミッションに沿った医療提供をしたいという思いが強い。下記は「病院経営あるある」だが、これらを本稿では説明していきたい。

【病院経営「あるある」を行動経済学的に考えると】

- ① なぜ、医業利益率が最も低い急性期をやりたいのか？
- ② なぜ、薬価差益のでない包括入院料であっても、先発品に対して相対的に購入価格が低い後発医薬品に100%切り替わっていないのか？
- ③ なぜ、手術の説明で「生存率90%」と「死亡率10%」と同じことを言っても前者の選択が多いのか？
- ④ なぜ、室料差額価格が3段階ある場合、真ん中の価格帯個室選択が多いのか？
- ⑤ なぜ、紹介状無しの初診時選定療養の自己負担金額をクレームが出るほどの高さにしないと本来の機能を果たさないのか？

急性期入院医療は慢性期入院医療よりも平均医業利益率は低いのに多くの病院は急性期医療を志向する。これらについては人は最大利益を求めて合理的な行動をするという従来の経済学の合理的経済人では説明できない。しかし、行動経済学では医療は急性期が一番という妙なプライドになるが、中には「自称・急性期」の病院も多い。

また、最大利益だけを求めるならば薬価差益が捻出できない包括入院料において、後発医薬品のある医薬品は100%切り替わっていないとならないが、現実はそのようではない。2021年現在で数量ベースにおいて目標の80%以上には到達していない。先発品に対する信頼性とブランド志向である。後発医薬品メーカーの製造過程不祥事による後発医薬品供給不足がさらに信頼を落とす結果となった。

後発医薬品メーカーが信頼を取り戻すためには「高い品質」と「安定供給」がきちんと担保されていないといけない。マーケティングの世界に「10・10・10(テン・テン・テン)の法則」がある。これは「企業ブランドを構築するには最低10年かかる。そして、信用を失うのは10秒かからない。その失った信用を取り戻すには再び10年かかる」というものであり、行政処分を受けた後発医薬品メーカーに該当している。これまで政府による後発医薬品推進策という追い風に乗って、シェア拡大経営第一だった後発医薬品メーカーには品質管理最優先の「量から質」への経営方針転換が必要なのは改めて言うまでもない。

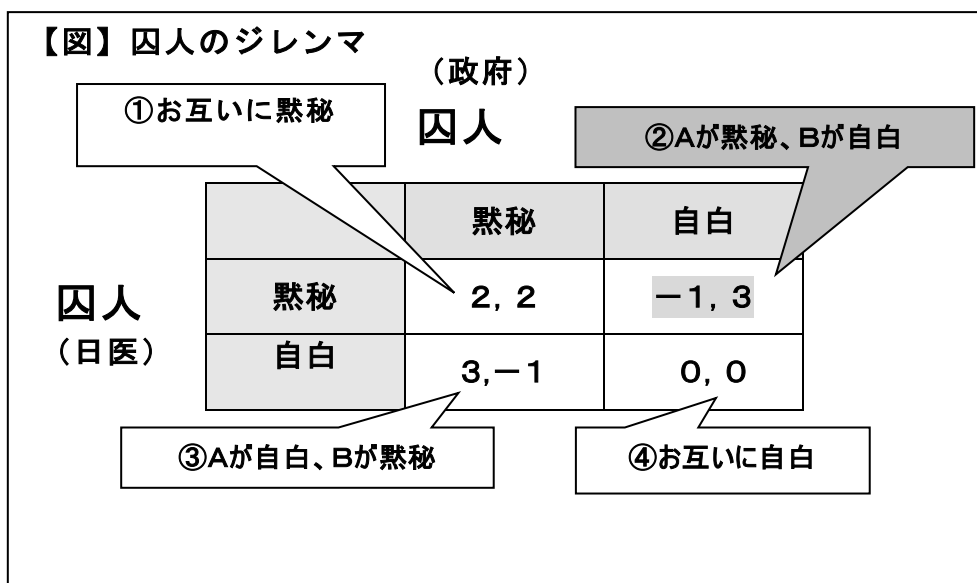
■相手を出し抜くために結果が悪くなるのが「囚人のジレンマ」

人も病院経営も常に合理的な行動をとらないことは行動経済学の「ゲーム理論」で証明できる。代表的なものには古典となった感があるが、「囚人のジレンマ」がある。これは複数の人間が互いに協力をすればよくなるはずなのに、相手を出し抜くために結果が、はるかに悪くなる状況である。

16年前の2006年5月発行の著書「2006年診療報酬改定 ポイント解説と病医院経営シミュレーション」(日本医療企画)において、当時の小泉内閣で断行された過去最大のマイナス改定▲3.16%を日本医師会と政府の立場に置き換えてゲーム理論で説明した。

囚人のジレンマを具体的に解説すると銀行強盗の共犯者AとBの2人が警察に捕まった。警察には物的証拠はなく、有罪にするには自白しかない。警察は「Aよ、おまえだけが自白したら即釈放。しかし、Bだけが自白して、おまえが黙秘だと罪は大変に重くなる。ただ、2人とも自白ならば、それなりの罪は問われる」と言う場合の状況は図のようになる。各マスの2つの数字は左がAの利益、右がBの利益、3は釈放と数字が大きいほど都合がいい状態。①お互いに黙秘はA、Bとも利益は2。②Aが黙秘、Bが自白の利益はAが-1、Bは3。③は②の逆。④はお互いに自白なのでA、Bともに0になる。

独房で談合が不可能な2人は相手が何をしても自白する方が利益は大きくなる。最も不利益なのは相手が自白なのに自分が黙秘の-1。その結果はお互いに自白をしまい2人とも銀行強盗の罪を問われてしまう。本当はお互いに黙秘をとすならば状況証拠しかないため拘留期間が過ぎれば釈放されていたわけだ。最近の例としては囚人ではないが、「容疑者のジレンマ」としては、某大学の前理事長が該当するのではないか。医療法人前理事長、大学前理事、妻との連絡が取れば良いのだが、それはできない。



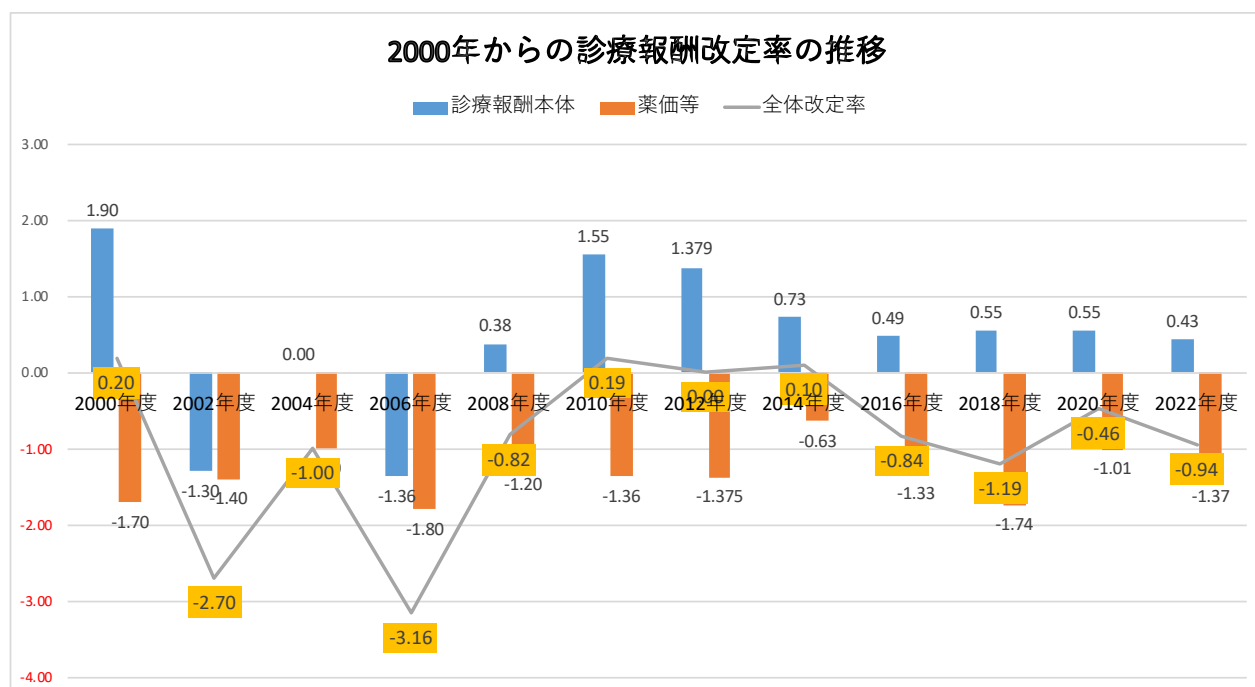
■小泉内閣時に断行された過去最大のマイナス改定も囚人のジレンマ

2006年の小泉内閣時に断行された現在でも過去最大のマイナス改定▲3.16%も囚人のジレンマ状態になった。図のAを日本医師会、Bを政府に置きかえてみる。当時の日医会長は2002年改定で診療報酬の本体引き下げを受け入れた前執行部を批判し、「反小泉内閣」の方針で会長に就任した。そのため当時の与党自民党との距離は大きく開いた。それまでの改定は①お互いに黙秘状態で利益は2という結果が多く、日医のプラス要求に対して、落としどころを決めた「暗黙の了解」による駆け引きがあったと考えられる。

これは決してアンフェアではなく、良好な労使関係にある会社の労使交渉でも日常的なことである。労働組合のベースアップ要求が2%とする。実際には会社との落とし所は1%あたりになることで、組合も会社側もお互いの顔が立つわけだ。しかし、06年改定における「日医要求の診療報酬+3%アップ」では落としどころはなかった。その結果、▲3.16%と要求に対してはマイナス6.16%ポイントと言う信じられない結果になった。よく、組織で行われる「根回し」もお互いに黙秘状態になる。お馴染みの「付度」も行動経済学の見地からは説明できよう。

■2022年度診療報酬改定率の内訳も囚人のジレンマで説明可能

2022年度診療報酬改定率が2021年12月22日に決定した。内容は診療報酬本体+0.43%、薬価(医療材料費も含む)引き下げ▲1.37%で合計(ネット)で▲0.94%となった。2016年改定以降はグラフのように診療報酬本体引き上げ分を薬価・医療材料引き下げ分が上回り、これで4回連続のネットではマイナス改定となった。



各種の経営調査において2020年度医業利益率(コロナ補助金前)は大きく低下していたため、ネットでのプラス改定を望んだ医療機関側の願いは実現しなかった。一方、支払側である健保連は「本体0.43%引き下げは20年改定よりも小幅で現下の状況を踏まえた判断」との見解を公表した。

2022年度改定率の中身は診療報酬本体+0.43%のうち①看護の処遇改善のための特例的な対応+0.20%、②リフィル処方箋(反復利用できる処方箋)の導入・活用促進による効率化▲0.10%、③不妊治療の保険適用のための特例的な対応+0.20%、④小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来による▲0.10%と内訳の詳細が明確になっている点である。①から④で差し引き+0.20%となり、診療報酬本体+0.43%のうち、使い道が決まっていないのは残り+0.23%しかない。

使い道における目玉は看護処遇改善+0.2%と不妊治療保険適用+0.2%である。前者は2021年9月の自民党総裁選における岸田現総理の公約であり、「地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関(救急医療管理加算を算定する救急搬送件数200台/年以上の医療機関及び三次救急を担う医療機関)」について本年10月以降収入を3%程度(月額平均12,000円相当)引き上げるとした。介護保険の処遇改善の仕組みに参考にするようだ。筆者は全病院が対象と思っていたが違った。

後者の不妊治療の保険適用+0.20%も菅前総理が肝入りで訴えていた政策であった。救急医療管理加算を算定しておらず、不妊治療を行っていない医療機関には+0.40%は全く関係がないことになる。診療報酬改定はもともと内閣の意向が強く作用するとは言え、前・現総理の公約に公平に0.2%ずつ「付度的」な配分がなされている。これも囚人のジレンマからは説明が可能であろう。

■DPCの診断群点数が下がるのも囚人のジレンマ

これからの2022年4月改定もそうだが、改定の度に薬価や汎用的な検体検査点数、特定保険医療材料の償還価格が引き下げになる。これらの引き下げは厚労省が改定前年に調査した医療機関への納入価である「市場実勢価格」をもとに決定されている。医療機関は経営が厳しいため、薬剤卸会社や検査センターとの値引き交渉を行って、少しでも安く購入しようとする。それが市場実勢価格を低くしてしまう。そして、次回改定でまたまた薬価、検体検査点数、材料償還価格引下げにつながる。

本当は全国の病院、診療所が「一切値引き交渉せずに薬価や定価どおりに買います」という逆カルテル(価格協定)を結べば、改定でモノ代の引き下げはない。もちろん、公正取引委員会からの行政指導の可能性もあるため、資本主義経済では不可能である。最終的には「ウチだけは安くして」と相手を出し抜くため、その結果として市場実勢価格を下げってしまうわけだ。

先発品の特許が切れて新発売された注射薬の後発医薬品購入価格が先発品よりも4割安いとする。DPC/PDPS(診断群分類別包括評価支払い制度)対象病院のA病院では後発品発売と同時に切り替えた。ただし、これも多くの病院が後発品を使うほど2022年改定で「DPC診断群」の1日当たり点数が下がってしまう。DPCの診断群点数は全国のDPC対象病院の出来高分請求額平均で設定されるため、薬価が低い後発医薬品を多く使うほど請求金額が下がるからだ。本当は全国のDPC病院が後発品に切り替えず、在院日数も長めにキープすれば診断群点数も低くならず、診断群ごとの入院期間Ⅰ、Ⅱという平均在院日数も短くはならない。それは無理であり、これも囚人のジレンマ状態に陥っているが、回避することはできない。これが病院経営のジレンマであろう。

3.「フレーミング効果」とは問題の提示の仕方によって結果が変わること

■アメリカ製、ロシア製、中国製の3種類のコロナワクチンのどれを選択するのか

手術同意に関して患者説明が「術後生存率は90%です」「術後死亡率は10%です」は同じことだが、前者の選択が多かったという研究もある。このように判断や選択を迫られている問題の提示という「フレーム」次第で情報の受け手の意識が変化することを「フレーミング効果」と呼ぶ。

たとえば新型コロナワクチン接種は公費なので自己負担金は無いが、あると仮定して行動経済学的に考えてみる。アメリカ製、ロシア製、中国製の3種類があり、臨床効果はどれも同じであり、接種者が選択可能とする。自己負担額はアメリカ製が最も高く、中国製が最も安い。貴方はどこの国製を選択するか。臨床試験結果も全て公表されており、「情報の非対称性」がないとするならば、従来の経済学における「合理的経済人」の考えでは自己負担額が最も安い中国製を選択する。しかし、現実はそのようではないであろう。筆者ならば自己負担が高くてもアメリカ製を選択する。これは人が合理的な決定をする際に起こる「判断の偏り」(バイアス)を研究する行動経済学の世界となる。ワクチン選択の要素は決して自己負担金額の多寡ではなく、国や製薬メーカーのイメージ等で決定される。

■200床未満の中小病院で多くの診療科入院を行うことのリスク

2022年改定に向けては、現在は任意である200床以上の一般病床を持つ病院を紹介状なしで初診受診した場合に初診時の選定療養費の自己負担額を義務化したらどうかという案が出ている。数年前に某病院で見かけた院内掲示だが、自己負担5,000円について通常は「他院からの紹介状をお持ちでないと、別に5,000円かかります」といった表現になるが、それを「他院からの紹介状をお持ちになると5,000円安くなります」という表現があった。これも明らかにフレーミング効果であるが、この表現が地方厚生局に発覚した場合は何かしらの指導がなされる可能性は高い。

かつての医療法では「総合病院」が規定されていたが、1996年の医療法改正で廃止された。「許可病床数100床以上で内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の5科」等が要件であった。現在は医療法上の規定はなくなったため、名称として自由に名乗ることはできる。ただし、200床未満の中小病院で総合病院と名乗って多くの診療科入院を行うことは効率的であろうか。マイナー診療科では1人医長が多くなり、十分な入院医療提供はできない。夏休み等の長期休暇だと、その診療科の外来、入院は不可となり停止してしまう。

■選択肢が多過ぎると、かえって選択をしなくなるのが「ジャムの法則」

コロンビア大学のシーナ・アイエンガー教授が1995年に食料品で行った実験がある。某食品メーカーがジャムの試食コーナーを設けた。6種類と24種類でともに訪れた客は150人前後であった。6種類のコーナーでは30%が試食後にジャムを購入したが、24種類ではわずか3%に過ぎなかった。人間は選択肢が多過ぎると、かえって選択をしなくなるという行動経済学の「ジャムの法則」になる。これを逆手にとったのが、テレビショッピングの一品主義であり、製品選択の余地はない。

料理店でもそうだが、「どんなメニューもある」ことは、反対にどの製品も質があまり高くないとも言える。小料理店で、寿司、天ぷら、鰻と何でもメニューにあるところで、全ての料理が美味しいことはないが持論である。同様にこれからの中小病院の経営戦略として診療科目はあまり多い必要はないが、その専門性が高いことが重要となる。また、大規模病院は多くの診療科目が必要であるが、入院を行うマイナー診療科にも医師を複数配置して複数主治医制等のタスクシェアで医師の働き方改革を可能にしなければならない。

全国から広範囲に患者さんが集まる有名な中小病院は痔核手術や甲状腺治療など、何かひとつに専門特化した病院である。小料理店で言うならば品数は一品しかないが、その質は最高というものである。中小病院の経営戦略とは「何でもやること」ではなく、「何をやらないか」を決めることになる。個人事業主の病院経営コンサルタントでも1人で「医事」「財務」「人事」「物流」と何でも可能なオールマイティーの人もいるが、逆に言うと専門性がないとも言えよう。筆者は1982年の病院入職以来、40年間に渡り、ずっと「診療報酬一本足打法」である。

4.「抑制マーケティング」とは意図的に価格を高くして需要を落とすこと

■2022年改定に向けて大病院の初診時定額負担は増額の方向性

厚労省は2021年3月の中医協総会において2020年度診療報酬改定の結果検証の特別調査結果を公表した。今回は2020年2月からの新型コロナ禍の影響を強く受けているため、その結果は平時とは違う。データが暴れているため、改定に向けては慎重な議論が必要となってくる。

調査では「大病院の紹介状なし受診時の定額負担」が公表された。定額負担は2016年度改定では「特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院については、最低徴収額として初診については5,000円(歯科は3,000円)、再診は2,500円(歯科は1,500円)」が義務化された。弊社クライアントの600床の公立病院(地域医療支援病院)の担当者は、それまでの任意の金額から「初診は5,000円以上」と義務化されたことで、徴収および患者さんへの説明はしやすくなったと言っていた。これを徴収しないことは保険診療のバイブルと言える療養担当規則の違反になってしまう。患者さんから「金額が高いとクレームがあっても厚労省が決めたことですから」と説明できる。

2022年改定内容を検討する2021年11月の中医協総会において定額負担を現在の初診時5,000円から2000円程度、再診時2,500円から500円程度引き上げる方向で社会保障審議会の医療保険部会で議論が実施されていることに対して、診療側・支払い側の委員からはとくに反対する意見は出なかった。

■改定の度に定額負担義務の病床ハードルは下がる

定額負担は2018年度改定において対象をそれまでの「一般病床500床以上の地域医療支援病院」から「許可病床400床以上の地域医療支援病院」に病床ハードルを下げた。「一般病床」から「許可病床」に変更していることがポイントである。「許可病床400床」で内訳が「一般病床300床＋療養病床100床」であれば、従来の「一般病床」だと2018年改定前までは該当しなかった。そして、2020年改定では「許可病床400床未満かつ一般病床200床以上」の地域医療支援病院で定額負担が義務化された。つまり、改定の度に地域医療支援病院における定額負担の病床数ハードルは下がっており、対象病院が拡大している。

初診時の定額負担の設定金額は、2020年度診療報酬改定の対象病院で変化があったほか、特定機能病院、一般病床200床以上の病院(特定機能病院・地域医療支援病院以外)でも、より高い額を設定する病院の割合が増加した。定額負担が義務化されていなくても200床以上病院の多くが定額負担を求めている。一般病床200床以上の病院の定額負担平均値は2,283円、中央値で2,200円となっている。前述のように特定機能病院は5,000円以上が義務化されているが、平均値は6,285円となっている。2020年改定で義務化された許可病床400床未満かつ一般病床200床以上の地域医療支援病院における平均値は5,419円となっていた。

■抑制マーケティングとは意図的に価格を高くして需要を落とすこと

そもそも紹介状を持たない患者に対する200床以上病院における定額負担は行動経済学的に考えれば、どのような役割があるのだろうか。首都圏の大動脈である首都高速道路はいつも渋滞している。筆者がよく利用する東名高速道路から渋谷へ向かう首都高3号線は朝、夕のラッシュ時はほとんど動かず「巨大な二車線の駐車場」と化している。ただし、東京オリンピック、パラリンピックの際は使用料金を一律1,000円上乗せしたため、筆者も何度か利用したがいつものような渋滞は全くなかった。「その料金だったら利用しない」という人が増加して、首都高速道路の渋滞は一気に解消されたわけだ。その分、首都高3号線の下を走る一般道である国道246号線は普段以上に渋滞していた。これは価格が高いので利用しないという古典的経済学の合理的経済人である。

首都高を外来抑制したい大病院、国道を外来増加したい中小病院や診療所に置き換えてみると分かりやすい。マーケティングと言えばサービス業ではいかに「顧客を増やすか」の戦略・戦術だが、逆に意図的に価格を高くして需要を落とすことを「抑制マーケティング」という。大安売りの逆だ。かつて、病院経営セミナーで定額負担の徴収額を8,000円にした病院長に対し、会場から「クレームが出ませんか」という質問が出ていた。でも、逆に言えばクレームが出ない程度の少額ならば、価格を高くして需要を落とすという本来のミッションを果たしていない。

2025年に向けて自院の外来機能をどうするかは200床以上病院の大きな経営課題となっている。とくに建替の際は外来スペースをどうするかが悩ましい。経営的には200床未満病院や診療所と比較すると外来点数も低い。したがって症状の落ち着いた外来患者は厚労省の政策に従って地域のかかりつけ医機能を持った医療機関に逆紹介を行い、かかりつけ医からは入院患者を中心に紹介してもらおうという外来機能分化が王道になる。大病院の理想はコストがかかる一般外来数は極力抑えて、紹介患者と救急患者で病床利用率が100%になることである。

■ 外来縮小をすることで勤務医の負担軽減効果が大きくなる

大病院における外来縮小の最大の目的は病院勤務医の負担軽減となる。2024年4月から施行される「医師の働き方改革」による時間外労働規制ともマッチングする。外来時間が長引くと病棟での入院患者への回診や手術が遅くなり、指示出しや手術開始が遅れることによって病棟看護師やメディカルスタッフの業務も後はずれて時間外勤務が発生してしまう。このように医師だけではなく、多くの関連部署で時間外勤務が発生してしまう。また、医師は外来担当があるために当直明けで帰ることもできない。大病院になるほど「外来患者は多いことはいいことだ」ではない。外来は「救急車搬送患者と紹介患者が多いことだ」になる。定額負担徴収額の多寡で大病院の外来機能分化への本気度合いが定量可能だ。その金額が高いほど積極的に外来機能分化を推進していると言える。

5.肘で軽く突く様にして人々の行動を変えるのが「ナッジ理論」

■3段階の個室料金を「松竹梅の法則」で考えてみる

行動経済学に「ナッジ(nudge)理論」がある。これは「肘で軽く突く様にして人々の行動を変える」ことである。寿司や鰻に「松竹梅」の価格がある場合、真ん中の竹が一番注文が多い「松竹梅の法則」がある。そして、お店側は竹を最も売りたい商品にする。居酒屋の「本日のおすすめメニュー」もナッジであり、筆者もそうだが、ここから注文するお客は多い。おすすめは大量に仕入れて新鮮な食材を使っており、下ごしらえもできており、すぐに出てくる気がするからだ。ただし、実際は賞味期限切れ間近の食材を使っている可能性もある。

これが経済学における「情報の非対称性」であり、中古車業界における質の悪い車や欠陥車を「レモン」と呼ぶ例が用いられる。レモンには見た目で中身を判断するのは難しいことから、英語のスラング(俗語)として「不良品」や「欠陥商品」といった意味がある。レモンの外見がピカピカでうまそうなので、買って見たら、実は中身が腐っていたり、あまりに酸っぱかったりして、食べられないケースがあるということだ。同様に中古車にも品質不良があったとしても、見た目だけだと中身までは判断できない。中古車の販売側はその中身を良く知っているが、買い手の消費者はよくは知らないことになる。医療においても医療提供側と患者さんとの間の情報の非対称性がよく指摘される。ただし、最近はネット等で患者さんの持つ医療情報も大きくなり、十分なエビデンスがない医療行為を患者さん自らが指定してくる場合もある。

個室料金を「松竹梅の法則」で考えて、最も利用して欲しいものを「竹」価格設定する。個室料金が1万円(個室A)、7500円(同B)、5000円(同C)の3種類としたら、竹に該当するBの7,500円部屋数を最も多くして、寿司「特上」のような特別室20,000円を1~2室別に設置する。

地方都市にある病院では上記の松竹梅価格設定で特室1室、(A)4室、(B)22室、(C)4室となっている。(B)7,500円の稼働率が平均80%程度になっており、室数が少ない(A)(C)は平均50%前後稼働である。都会の有名病院ならば竹(B)を2万円に設定すればおのずと(A)(C)の料金設定は変わってくる。そして、個室稼働が高ければもっと料金を上げて良いし、一方、稼働が低ければ料金を下げる必要がある。つまり、個室料金は需要に合わせて弾力的に変える必要があるわけだ。もちろん、変更にあたっては、その都度、地方厚生局に報告することが義務付けられている。

同様に介護報酬における介護療養病床から介護医療院への転換も2018年創設時から2021年3月までの3年間は明らかにナッジであった。ところが、2021年介護報酬改定における介護医療院の移行定着加算廃止および介護療養病床における介護報酬引き下げと移行計画未提出減算は肘で軽く押すようなナッジから、プロレスの倒れ込みながらの肘打ちの「エルボードロップ」というダメージが大きい打撃技に変わったと言えよう。つまり、「アメからムチ」への政策転換である。

■さいごに

病院が介護医療院への転換を躊躇する理由でやがて「ハシゴが外れる」という見方がある。診療報酬改定や介護報酬改定の大きな目的は政策誘導なので、団塊の世代の高齢者の方が少なくなったミッション終了時は確実にハシゴが外れることは間違いない。それまでにいかに利益をあげて再投資に回して、次にかかるハシゴに乗っていくことが重要になる。それが経営戦略であり、診療報酬や介護報酬で永遠にかかっているハシゴはない。

ただし、そうは言うものも2022年改定は2020年2月の横浜港へのクルーズ船ダイヤモンド・プリンセス入港から2年以上に渡る新型コロナ禍における前例がない改定になる。看護必要度は前回2020年改定

からコロナ対応病院では2年間経過措置となっている。医業利益率が大きく低下して補助金頼み経営が多い中で、医療機関へのエルボードロップ的な変更は回避すべきである。急性期一般入院料1(旧7対1)、看護必要度、地域包括ケア病棟の施設基準について経営が厳しくなるような大幅変更を行うことがエルボードロップに該当する。医療機関経営にとって、今は平時ではなく、まさしく有事なのであり、プライオリティ(優先順位)は決して政策誘導ではなく、医療機関の経営補填であろう。

以上

【出典】

工藤 高、日経BP、日経ヘルスケア、「病院経営最前線」

工藤 高、日本医療企画、「2006年診療報酬改定ポイント解説と病医院経営シミュレーション」

工藤 高、医学通信社、月刊保険診療、「先読み・深読み・裏読みの技術」

工藤 高、医療経営情報社、医業情報ダイジェスト、「病院経営コンサル: 今月の着眼点は」

工藤 高、IQVIA ソリューションズ ジャパン(株)ユート・ブレン事業部、「卸ニュース」

工藤 高、(株)日本医療総合研究所、「オベリスク連載 医療行動経済学」

ビズサブリ、「ジャムの法則」、<https://www.nec-nexs.com/bizsupli/break/topic/index28.html>