

## 2010年診療報酬改定の 病院機能別影響と具体的対応策 キーワードは機能、連携、多職種協働

(株)MMオフィス 代表取締役 くどう たかし  
**工藤 高**

### はじめに

2010年改定は新政権後初の診療報酬改定で、10年ぶりにネットでは+0.19%となった。急性期病院が直面している諸問題を重点課題として、さまざまな方策を実施した。脱水状態であった急性期病院には、マラソンの給水所のような一息つける改定となった。特徴として、改定で増収となった病院は決して点数の後追いはしていない。先駆的な取り組みに、後から点数がつく傾向がますます顕著となった。そのような今次改定の影響と具体的対応策について解説する。

### 民主党の政治主導による改定

改定内容をひとことでは言え、民主党の政治主導による「公立急性期大病院レスキュー改定」となる。公約の後期高齢者医療制度廃止を受けて、関連する後期高齢者点数の廃止や名称変更が行われた。さらに、中医協のメンバーから日本医師会の委員を外すなど、極めて政治主導色が濃い内容であった。特筆すべき点は、外保連が行った調査データを参考に、難易度の高い手術が

30~50%引き上げられたこと。現場からエビデンスのあるデータを示せば、診療報酬が大きく変わることを証明した。前回改定の広島県尾道医師会が地域完結型連携を実践した尾道モデルの点数化や、今回の栄養サポートチーム加算(NST)のような現場実践ボトムアップ型点数は、これからも増加していくに違いない。

改定キーワードは「医療機能」「医療連携」「多職種協働」の3つである。第1の「医療機能」では、産科・小児科を含む急性期医療の充実が評価された。診療科の閉鎖や救急のたらい回しなど、インフラとしての医療が崩壊してきたことへの早急な立て直しを狙った。

ただし、基幹・センターとなる病院だけの努力では対応しきれない地域があることは明確であり、急性期同士が連携することの評価が設けられた。

それが第2の「医療連携」であり、従来の急性期からの後方連携である回復期リハビリ病棟、療養病棟、有床診療所の点数も質を担保にして充実を図った。

また、次回2012年介護報酬同時改定へ向けての基盤整備として、介護サービス事業所や介護施設、訪問看護などが連携し、医療資源を地域で効率的に活用していくことが求められた。病院における社会福祉士の退院調整活動が評価されるなど、院内連携の重要性もさらに高まった。

第3の「多職種協働」は、勤務医の負担軽減という視点から、医師以外のコメディカル役割が栄養サポートチーム、呼吸器ケアチームなどで評価された。また、医療職以外の職員の役割が、看護補助体制や医師事務作業補助体制な

表1 ● 2010年改定の3つのキーワード

#### 1. 医療機能の評価

難易度の高い手術引き上げ、救急医療管理加算の引き上げ、HCU(ハイケアユニット)の要件緩和、DPCの新しい16つの機能評価係数Ⅱ評価、リハビリ点数の引き上げ等

#### 2. 医療連携の評価

救急搬送患者地域連携紹介・受け入れ加算、介護支援連携指導料等

#### 3. 多職種協働の評価

栄養サポートチーム加算(NST)、呼吸器ケアチーム加算、急性期看護補助体制加算等

どで評価された。

一方、診療所は再診料の引き下げが行われた。これは2009年11月に行われた行政刷新会議による事業仕分けの結果「収入の高い診療科の見直し」「開業医と勤務医の平準化」が盛り込まれた。民主党による政治主導は明暗を分け、明は急性期大病院へ、暗は診療所に向けられた。

### 人件費が高いのではなく、 分母の医業収益が低い

5%前後の対前年同月比増となった急性期病院の特徴は生産部門の「職員の数が多い」ところだ。これらの「多数精鋭」の人件費を補てんしたわけだ。経営的にあまり芳しくない病院は「人件費比率が高い」と嘆く。

$$\text{人件費比率} = \frac{\text{人件費}}{\text{医業収益}}$$

※急性期病院では50%以下が理想とされる

多くの病院は決して分子の人件費が高いのではなく、分母の医業収益が低い。医師、看護師、リハビリセラピスト（理学・作業療法士、言語聴覚士）という生産部門の給与は「コスト」ではなく「原価」に該当する。これらの職員が多すぎて、その人件費で倒産した病院があるだろうか。実は、倒産する病院はすべて逆になる。医師や看護師が退職あるいは採用困難で少なくなると、外来縮小や病棟閉鎖で分母の医業収益が減り、相対的に人件費比率が高くなって、どこかで資金がショートするわけだ。

その証拠に、急性期、回復期、療養型という病院機能に関係なく、トップランナー病院はすべて職員が多い。単に人件費を減らすために、必要な部署へ職員を配置しない「少数精鋭」にすると、精鋭の職員たちが疲弊して辞めてしまう。

一般のサラリーマンと違って、医師や看護師は日常的に職場移動が多いという「労働の流動性」が高い職種である。一般企業は人を減らすというリストラを行って業績回復を図るが、もともと多くの人手を必要とする「労働集約型産業」

である病院は、現状の機能を維持、向上させるためには、逆に生産部門職員を増やして業績回復させるしかない。「人は増やすな、でも、収益は増やせ」というトレードオフ（二律背反）を求めている公立病院がある。これが精鋭の職員が退職する引き金となり、さらにマイナス・スパイラル経営に陥っていく。

### 病床利用率優先入院を打破する 2つの時限爆弾

急性期病院の今後の経営戦略で重要な点は、病床数をどうするかだ。「DPC病院になると、在院日数が短縮されて病床利用率が悪くなる」という声はよく聞く。でも、それは病院側の都合による利用率優先入院をしていると告白しているようなものだ。実際に白内障（片眼）手術で、7～10日間の入院を行っているDPC病院もある。人口10万人当たりの病床数が多い都道府県では、明らかに在院日数が長い傾向がある。

経済学的に言えば「ベッドの供給が患者という需要を作り出している」わけだ。急性期病院本来のミッションは「早期治癒や軽快で早期退院」または「回復期や療養型などの後方病床へ早期にバトンタッチ」して、地域で新たに発生した重症患者に、質の高い急性期医療を提供することである。

改定では、単なる病床利用率優先で、医療行為が少ない患者がホテル的に入院をする、いわゆる「素泊まり入院」のバスター（打破）機能を果たす、2つの時限爆弾が仕掛けられた。もちろん、まだ爆発していない。

ひとつ目は新しい機能評価係数Ⅱの「効率性係数」である。これは、分母の自院在院日数が、分子の全病院の平均よりも短ければ評価されるが、反対に長ければ係数は低くなってしまふ。この係数が公表されたことによって、現在、診断群ごとに全国平均よりも相当に長めの入院を行っている病院は、在院日数を短縮するというインセンティブが働くだろう。

改定で「当院は平均在院日数が短いのに、効

率性係数はあまり良くなかった」という声が聞かれた。A病院では平均在院日数は14日だったのだが、DPCの効率性係数は0.0030と全国平均の0.0036よりも低い評価になっていた。実はこれまでの平均在院日数と、DPCの効率性係数は全く別のものになる。

平均在院日数はネーミングから誤解が多いが、個々の患者の入院日数平均ではない。たとえば1年間入院していた患者が1人退院したとしても、劇的に短くはならない。稼働病床数に対して新入院患者を何人集めているかの指標で「新入院患者獲得&病棟回転指標」と考えた方がわかりやすい。したがって、1日入院や小児科や耳鼻科などの在院日数が短い入院患者が多ければ、内科系で長めの入院患者がいたとしても、病院全体の平均在院日数は短くなる。これに対して効率係数は、個々のDPC診断群ごとの在院日数を見ている。分母の自院在院日数が分子の全病院の平均よりも短ければ評価されるが、反対に長ければ係数は低くなってしまふ。

### 効率性係数配分を高めてDRG/PPSと同じインセンティブに

もし、次回改定以降に効率性係数配分を高めていったらどうなるのか。そうするとDPCは1

入院当たりを評価したDRG/PPSにより近づく。1日当たり入院を評価したDPCでは、全国平均の入院期間Ⅱまでの入院が経営的に最適化していた。短い入院期間Ⅰ以内で早期退院すると、対出来高点数比の減収が大きくなってしまふ。これが効率性係数の配分を高めることで、在院日数が短いほどにDPC病院の収益性が高まっていくからだ。

二つ目の時限爆弾は看護補助者の配置を評価した「急性期看護補助体制加算」に仕掛けられた。同加算届出には一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院料では15%以上、10対1は10%以上とされた。大手術や重症患者が多い病院では、看護必要度基準クリア割合は20%程度である。しかし、内科系中心で少し長めの高齢者入院患者が多い7対1のDPC病院では10%ギリギリが多い。これらの病院が看護補助体制加算を届出するためには、15%というハードルをクリアしなければならない。看護必要度の基準をクリアするためには分子の重症患者を増やすか、あるいは分母の延べ患者数を減らすしかない。短期的には分子の重症患者の急増は不可能である。つまり、分母の病床利用率優先で医療行為が少ない素泊り入院的な患者を減らさざるを得ない。

表2●平均在院日数と効率性係数の計算式の違い

<b>(1) 通常の平均在院日数の計算式</b>	
当該病棟における直近3ヵ月間の在院患者延日数	
-----	
(当該病棟における当該3ヵ月間の新入棟患者数+当該病棟における当該3ヵ月間の新退棟患者数)÷2	
<b>(2) DPCの効率性係数の計算式</b>	
全DPC対象病院の平均在院日数	
-----	
当該医療機関の患者構成が、全DPC対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数	

表3●主な入院料のケースミックス(病態の多様性)評価

入院基本料、特定入院料	評価方法
DPC	診断群分類
療養病棟入院基本料	医療区分1~3、ADL区分1~3
障害者施設等入院基本料	重度の肢体不自由児(者)、難病患者等
救命救急入院料	重篤な救急患者
特定集中治療室管理料	重篤な救急患者(HCUも同様)
回復期リハビリ病棟	対象疾患や状態の発症、手術後の2ヵ月以内の状態
亜急性期入院医療管理料	一部に「合併症を有する患者が10%以上」等の要件あり

### 入院料はハコモノからパジャマの評価へ

改定の度にハコモノの評価だった入院料が個々の入院患者のパジャマの評価へ変りつつある。従来型の入院料は看護師配置人数等で決定されるハコモノ的评价であった。これに加えて入院料によって評価方法は違うが、表3のように個別の入院患者のケースミックス（病態の多様性）を評価した入院料へシフトしている。

これらのケースミックス評価がないのは、看護配置13対1、15対1の出来高算定の一般病棟入院基本料と、7対1、10対1でDPCに参加していない病院等の「少数派」になっている。やがて、ここにも何かしらのケースミックス評価が入るのは間違いない。これからも病院機能に関係なく、重症で治療やケア、ケアが大変な患者が多い病院が評価される。つまり、「流した汗が報われる」という入院料が顕著となる。一方、軽症な患者を選択している病院は評価されない。

これからの病院の機能別の対応は次のようになる。従来から、患者からの電話へ24時間対応する診療所や病院の栄養サポートチームなど、

加算の有無にかかわらず、先駆的に行ってきた医療機関は、決して収益向上を目的にした「点数ありき主義」で経営を行ってきたわけではない。患者の安心やQOL（生活の質）、アウトカム（治療成果）を高めることを目的に取り組んできたことが、遅れて点数の評価という形で現れている。最近の診療報酬改定は、医療の質や効率性の向上に資する先駆的な試みのなかで、何らかのエビデンスが判明したものを評価する傾向が顕著になっている。これは今後も変わらないだろう。診療報酬には、もはや裏技的な対応方法はない。

### 「何をやる」から「何をやらないか」に

次回2012年改定は、介護報酬との同時改定になるため、各医療機関が二次医療圏の中で何をやらないかを明確にしておく必要がある。戦略とは「何でもやること」ではなく、「何をやらないか」を決めることである。自院のビジョンを明確にして、点数改定のたびにブレないことが、これからの病院経営には不可欠である。

表4●

#### 1.急性期(DPC)病院の対応

- (1) DPC病床数の適正化
- (2) 救急医療体制の充実
- (3) 医療連携を強化
- (4) 診療ガイドライン遵守、クリティカルパス数を多くする
- (5) ICU(特定集中治療室管理料)またはHCU(ハイケアユニット)届け出によるPPC(段階看護)実施
- (6) 得意な診療科目や医療分野をより強化する
- (7) 看護師確保のために中・長期採用計画、卒後教育の充実
- (8) 多職種協働によるチーム医療と十分な職員研修予算確保
- (9) リハビリセラピストを増やして、急性期ベッドサイドリハビリを充実
- (10) コメディカル関連点数の完全実施・算定

#### 2.回復期および療養型病院の対応

- (1) 回復期リハビリ病棟のリハ提供は365日体制、1患者1日平均6単位以上実施
- (2) リハビリセラピスト数を増やす
- (3) 医療療養型として残るならば看護20対1で医療区分2、3の患者を8割以上
- (4) 看護25対1で医療区分1が多いならば(3)へのアップか他施設への決断
- (5) 急性期病院や介護施設、介護事業所との連携強化
- (6) 多職種協働によるチーム医療
- (7) コメディカル関連点数の完全実施・算定
- (8) 在宅療養支援診療所や介護施設、高専賃ヘシームレスにつなぐ