

医療連携におけるNSTの役割と診療報酬の評価*

keywords: 機会損失コスト、多職種協働、診療報酬改定

工藤 高 Takashi KUDO

◆関東学院大学大学院経済学研究科

Kanto Gakuin University graduate school economics graduate course

NSTに取り組まない病院は経済学でいう機会損失コストが発生している。NSTの経営的なメリットのひとつに平均在院日数短縮があげられるが、これは急性期病院では病床稼働率低下という「トレードオフ」(二律背反)の経営のジレンマを生み出す。しかし、単に病床稼働率を高くキープしたいと考えるならば、腹・胸腔鏡下手術が一般的になった術式でも全て患者に侵襲が大きい開腹手術で行えばいい。しかし、そのような病院には患者自体が集まらない。これまでの診療報酬は「点数があるからやる」というインセンティブ(動機)に支配されてきた。ところがDPCはそうではない。多職種協働チームでNSTに取り組んで労働生産性を高めることは、相対的に費用の固定費である人件費、変動費である薬剤費を下げた病院経営は安定化していく。つまり、医療の質向上と経営の質向上には明らかな相関関係がある。

はじめに

NSTに取り組まない病院は経済学でいう機会損失コストが発生している可能性を考察する。急性期病院の使命は患者を早期治療早期退院に導くことであり、その大きな原動力はNSTになる。ただし、在院日数の短い急性期病院では十分なNSTの実施は不可能なことが多いために連携先の医療機関への引き継ぐという地域完結型のNST連携パスが必要になってくる。次回2010年診療報酬改定では入院患者に対する多職種協働によるチーム医療は何かしらの形で点数評価される可能性が高くなってきた。NSTによって医療の質が高まれば、それにとまって経営の質も高まることを医療経済学的見地から解説する。

機会損失コストとは何か

2006年度の国民医療費は33兆1,276億円になった。そ

の財源構造は公費(税金)36.4%、健康保険料49.2%、患者自己負担14.4%となっている。これは全て国民の財布から捻出されており、現在進行形の医療制度改革は突き詰めれば少子高齢で必然的に増加する医療費財源を誰がどう負担するのかという問題になる。小泉内閣時代から続く社会保障費の自然増分を毎年2,200億円ずつ圧縮するマイナスシーリングはいわゆる「医療崩壊」の要因になった。最近になって政府・与党内からも医療費を増加させるべきだという声が多くなってきた。これは赤字経営に悩む多くの病院にとって喜ばしいことだが、同時に貴重な国民医療費をどのように有効に使っていくかを医療提供側もボトムアップで考えなければならないだろう。そのひとつの方策が多職種協働によるNSTになるわけだ。

実はNSTに取り組まない病院は経済学でいう「機会損失コスト」が発生していると考えられる。これは新規事業や組織運営等でマーケット参入やシステム導入しなかったゆえに発生する損失のこと。大学生が講義を休み、さらにアル

*A role of NST in the medical cooperation and the evaluation of the medical examination and treatment reward

バイトも休んだとする。その場合、当日のバイト料だけが機会損失コストではない。大学授業料を前納しているため、それも機会損失している。さらに大学の講義に出ていれば得られたはずの知識、それがあれば社会人になってから生み出すはずの大きな利得を逃していたとまで考えられる。¹⁾

たとえば06年診療報酬改定で患者紹介率30%等を要件とした「急性期入院加算」が廃止になった。300床台のある急性期病院では加算廃止分だけで年間1億円を超える減収となった。これに対して紹介率30%に満たなかった未届病院では「ハシゴが外された急性期入院加算を最初から届出していなくて良かった」といった安堵の声が多く聞かれた。しかし、未届病院は紹介率30%を超えなかった機会損失コストとして年間1億円以上の「真水の収入」（純利益）を逃していたことになる。

腹腔鏡下胆のう摘出術の在院日数のばらつき

NSTの経営的なメリットのひとつに平均在院日数短縮があげられる。ただし、これは急性期病院では病床稼働率低下という「トレードオフ」（二律背反）の経営のジレンマを生み出す。トレードオフとは「仕事と遊ぶ時間」のように片方を追及すると他方が犠牲になること。たしかにDPC対

象病院になって病床稼働率が低下したという話をよく聞く。しかし、理由はDPCだけではなく、内視鏡手術や腹・胸腔鏡下手術という侵襲が少ない手術の発達や薬剤の開発により、在院日数が短くなった点もある。15年ほど前の胆石症手術はほとんどが開腹手術で行われ、総胆管結石があつてTチューブを挿入すると最低1か月間は入院していた。現在は大部分が侵襲の少ない腹腔鏡下胆のう摘出手術で行われている。

図1は市販DPC分析ソフトを用いてA病院の腹腔鏡下胆のう摘出手術の平均在院日数をベンチマークしたものだ。N=133病院で在院日数は最も短い病院で2日、最も長い病院で17日超と大きなバラツキがあつた。A病院の平均在院日数は7.4日と133病院平均の7.38日とほぼ同じになった。同院のクリティカルパスは7日となっている。²⁾

ベッドの供給が患者という需要をつくりだす

都道府県別の病床数と在院日数の関係を見ると人口10万人当たりの病床数が多いところでは平均在院日数が長くなっている。ここでは病床数と在院日数には明らかな相関関係がみられ、経済学的に言えば「ベッドの供給が患者という需要をつくりだしている」と言えよう。しかし、単に病

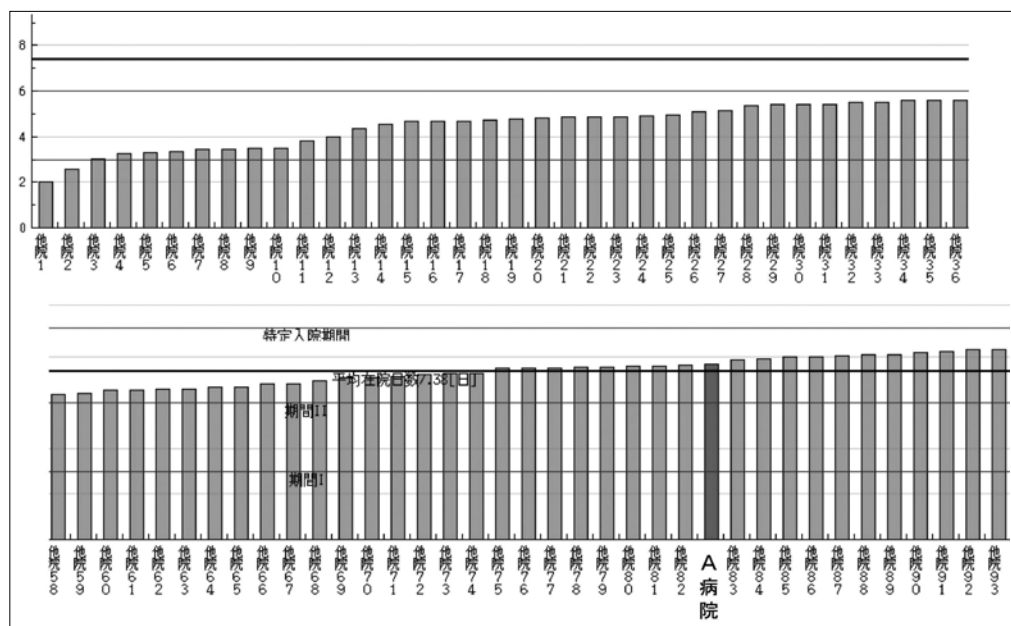


図1 腹腔下胆のう摘出術入院日数 (N=133病院) (グローバル・ヘルス・コンサルティング社 DPC分析ソフト「EVE」使用)

床稼働率優先で患者の入院を長引かせることは急性期や回復期では紹介元である他医療機関からの信頼を得ることが難しくなる。また、地域や患者からもなかなか退院できない病院という風評がたつこともある。

たとえば回復期リハビリ病棟で臨床的には退院や転院が可能なのに180日の在院日数上限までの入院期間で病床回転させるのは、逆に言えば新規入院患者がいらないからだ。反対に在院日数90日前後で日常生活動作の改善が顕著でアウトカムがよい回復期リハビリ病棟には新たな入院患者が他院から紹介されてくる。つまり、目先の病床稼働率優先にこだわる病院は最終的には紹介患者が少なくなったり、退院できないという風評がたつたりするという機会損失コストを生み出す可能性が高い。単に病床稼働率を高くキープしたいと考えるならば、胆石手術も全て患者にとって侵襲が大きい開腹手術で行えばいい。しかし、そのような病院には患者さん自体が集まらないわけだ。

て、早く退院して社会復帰してもらうこと」だ。決して自院の病床稼働率を高く保持することではない。そして、早期退院による在院日数短縮化への大きなけん引力となるのがNSTによる多職種協働の取組になるわけだ。その結果、急性期病院では在院日数短縮で病床回転率が上がるために地域完結型で質の高い連携先医療機関の確保が必要になってくる。受け皿の後方支援医療機関がしっかりしなければ、急性期病院の機能が維持できなくなってしまう。

図2は診療報酬上における病棟機能分化の図である。患者の状態によって超急性期→急性期→亜急性期→回復期→慢性期→介護施設→在宅(高齢者住宅含)に分類する。病院経営戦略とは地域の医療提供体制の中で、どの分野を担うかを自院のミッション(使命)とビジョン(あるべき姿)を明確にして、そこにソフトランディング(軟着陸)することである。経営的に芳しくない病院は急性期と言いつつ、看護職員が少なく、平均在院日数が長いという、やりたいことと現実にミスマッチが生じていることが多い。

一般病棟入院基本料は1日に勤務する看護職員数に応じて7対1を頂点に10対1、13対1、15対1、特別入院基本料の5つに分かれている。DPC病院の条件が「10対1以

急性期病院の使命は何か

急性期病棟や回復期病棟の使命とは「早く治癒・軽快し

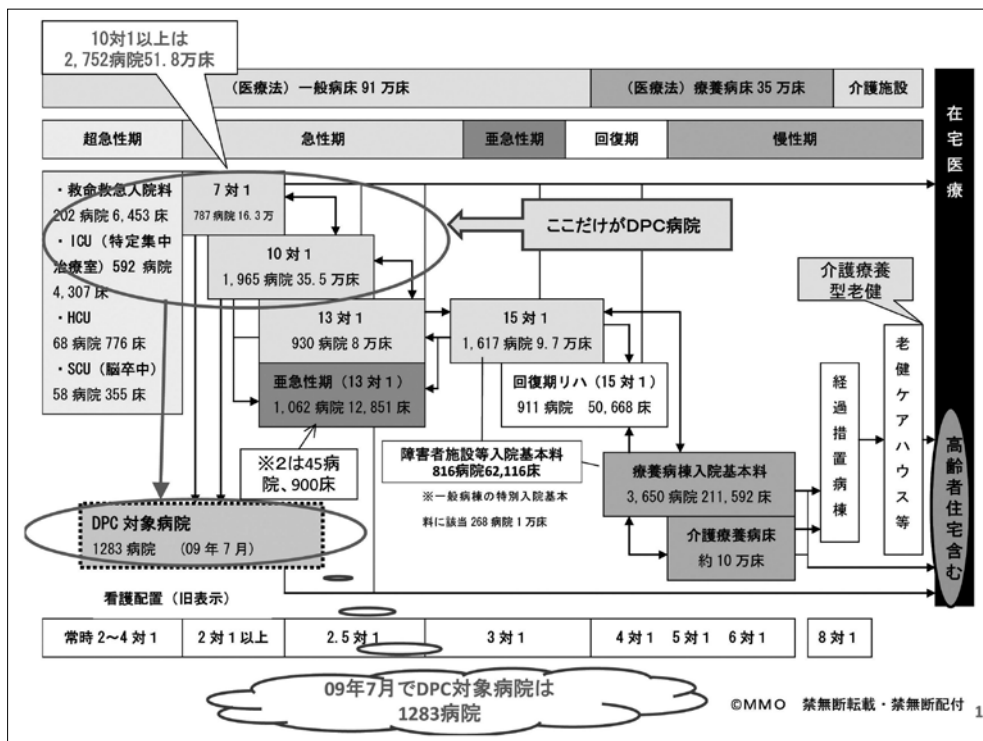


図2 診療報酬上の病棟機能分化(ホスピス等の専門病棟除く)
(7対1~15対1は07年5月1日、他は08年7月1日現在のデータ、厚労省)

上」なので、いわゆる急性期は7対1、10対1と言えるだろう。13対1以下では急性期で医療必要度が高い入院患者に手薄い看護職員で十分な看護が可能かという物理的な問題もあるからだ。

2009年度のDPC対象病院は計1,283病院、病床数で480,051床となった。これは医療法上の一般病床913,234床のうち52.6%を占めるまでに至った。NSTに取り組んでいる急性期病院は多くがDPC対象病院であり、平均在院日数は14日以内のところが多いだろう。短期間の入院では十分なNSTを行えないため、連携先の医療機関へのバトンタッチが必要である。そのためにはNSTを中心にした病病、病診連携が重要になってくる。

前回改定で地域連携パスを評価

06年4月に施行された改正医療法(第5次医療法改正)でも、都道府県が作成する医療計画の見直しで脳卒中、がん、小児救急医療等の事業別に地域の医療連携体制推進が明文化されている。これは地域連携パスのことであり、前回06年度改定では、「大腿骨頸部骨折」に限定で医療機関間の地域連携パスによる連携体制が点数評価された。そして、08年改定では脳卒中へ拡大した。重要な点は脳卒中を対象疾患とする連携パスは医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている病院又は有床診療所」と限定されたことである。自院の機能を明確にしないと都道府県によっては医療計画に記載されない可能性もある。

08年改定では後期高齢者の在宅関連点数では病診連携だけではなく、訪問看護ステーション、調剤薬局、ケアマネジャーとの多職種との連携指導やカンファレンスによる情報共有という「地域完結型」の連携を評価した。これが広島県の尾道医師会が実践してきた長期支援ケアマネジメントプログラムがベースになった点も注目に値する。もちろん、人口や医療機関が多い都会では導入が難しい地域もあるだろう。ただし、2000年改定時創設の回復期リハビリ病棟もそうだが、一医療機関や一地域医師会の取組が診療報酬点数化されるのはすばらしい。これを厚労省のトップダウン型点数に対して、筆者は勝手に医療現場からのボトムアップ型点数と呼んでいる。³⁾

A.DPC 対象病院において評価を検討すべき項目

■効率化に対する評価

- (効率性指数、アウトカム評価と合わせた評価など)
- ・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

B. 急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目(4月15日中医協、小委)

■医師・看護師・薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価

- ・各職種の職員数 / 全 DPC 対象患者
- ・病棟に勤務している各職種の職員数 / 全 DPC 対象患者

表1 中医協・診療報酬基本問題小委員会資料より抜粋(09年4月15日)

次回改定でチーム医療評価という候補項目

実はNSTも多職種協働によるチーム医療の評価としてボトムアップ型で評価されそうな動きが出てきた。中医協のDPC分科会で次回2010年改定に向けて調整係数の段階的廃止による新たなDPC機能評価係数を検討している。本年2月12日の医療機関の意見交換において(財)脳血管研究所美原記念病院(群馬県)の美原盤院長は「一定数以上のコメディカルスタッフによるチーム医療の評価」「平均在院日数の短縮や再入院率の低下などアウトカムを伴う効率化の評価」を求めた。⁴⁾また、(医)近森会近森病院(高知県)の近森正幸院長は「NSTや病棟へのコメディカルの配置などチーム医療と地域連携の評価」を求めた。⁵⁾

これらの医療現場の声を受けて4月15日の中医協・診療報酬基本問題小委員会ではDPCの新たな機能評価係数の候補項目の分類をまとめたが、表1のように「(B) 出来高での評価も含めて急性期入院医療全体として評価を検討すべき項目」として、「医師・看護師・薬剤師等の人員配置(チーム医療)による評価」が掲げられた。

また、1日当たりの包括点数であるDPCの問題点として、アメリカの1入院当たり包括DRG / PPSのように平均在院日数を短縮する仕組みがない点が指摘されていた。DPCでは診断群ごとの入院期間II(平均在院日数)を超えると1日当たりの点数は15%低くなるが、点数自体の請求は可能である。したがって「出来高点数 > DPC包括点数」であっても、病床稼働率を優先するDPC対象病院は少なくない。

そのため中医協では「(A) DPC対象病院において評価を検討すべき項目」で「効率化に対する評価」を掲げた。具体的には「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」という式になっている。つまり、分母の自院の在院日数が分子の全病院の平均よりも短ければ機能評価係数で評価される仕組みになっている。

これは診断群ごとの平均在院日数よりもだいぶ早く退院してしまうと、DPC点数が対出来高比でマイナスになるとい、DPC最大の矛盾を解消するものになる。前述の腹腔鏡下胆のう摘出手術ベンチマークだと在院日数2.0日の病院が他の診断群も短ければ大きく評価されることになる。もちろん、単に短いだけではなく、術後経過というアウトカムも良くなければならない。

点数がないからやらないというロジックの間違い

これまでの診療報酬は「点数があるからやる」というインセンティブ(動機)に支配されてきた。それが出来高入院点数時代の「薬・注射漬け、検査漬け」というモラルハザード(倫理の欠如)を誘発したことは否めない。逆に「点数がないからやらない」あるいは「点数が低いからやらない」という声もよく聞かれた。まだ、NSTについても、そのような発言をする医療関係者もいる。

これからの診療報酬で重要なことは点数の有無や単体点数で採算性を見ないことだ。08年改定で急性期の忙しい医師の事務作業を代行する医師事務作業補助体制加算が創設された。200床の急性期病院で平均在院日数15日だと病棟が2回転で1月あたり400人程度の新規入院患者になる。50対1では4人の医療クラークが必要になる。収入は185点×新規入院患者400人=74万円。クラーク1人あたり18.5万円となる。賞与等を含むと1人分の人

件費には満たないだろう。他にも人件費も含んだと考えられる点数として1名以上の専任診療記録管理者配置等が要件の「診療録管理体制加算30点(入院初日)」や専従の看護師または薬剤師が要件の「医療安全対策加算50点(入院初日)」がある。診療録管理体制加算30点×新規入院400人=12万円になる。同様に医療安全対策加算50点×新規400人=20万円となるが、ともに職員1人分の人件費には満たない。しかし、大規模な急性期病院で診療録管理体制、医療安全対策を担当者の人件費が出ないから届出をしない」ではまさしく「木を見て森を見ず」となる。DPCでは診療録管理体制加算は必須だ。つまり、目先の単体点数ではなく、その背景やメッセージを読み取ることが重要になってくる。

診断書をなかなか記載してくれない医師がいた場合、医療クラークが代行作成、医師が最終認証だけすれば書類の完成も早くなり、最終的には患者サービス向上につながる。医師の事務作業をなるべく軽減することで、その分、医師がNSTに積極的に関与できれば病院全体のコストパフォーマンスは上がっていく。ここでは事務方の医療クラークも多職種協働チームの中で大きな役割を果たすことになる。⁶⁾

おわりに

多職種協働チームが積極的にNSTに取り組んで労働生産性を高めることは、相対的に固定費である人件費、変動費である薬剤費を下げて病院経営は安定化していく。つまり、NSTによる医療の質向上と経営の質向上には明らかな相関関係があるわけだ。診療報酬もこれまでの薬剤や検査というモノの評価から、コンサルテーションの評価に大きくシフトしつつある。これまでNSTに取り組んできた多職種の様々な取組がボトムアップ型の点数として評価されることに大いに期待したい。

参考文献

- 1) 工藤 高. DPC不参加による機会損失コスト. DPCマンスリーレポート: P2~P3, 2007.
- 2) 工藤 高. 急性期病床ダウンサイジングという戦略. 医薬品流通マネジメントレポート: P10, 2009.
- 3) 工藤 高. 医療崩壊への「対症療法」に重点が置かれた. 週刊日本医事新報 2008年5月31日号: P24~25, 2008.
- 4) 社会保険旬報NO2379 2009年2月21日号: P42, 2009.
- 5) 社会保険旬報NO2380 2009年3月1日号: P37, 2009.
- 6) 工藤 高. 届出医療を検証取材. 医事業務 2008年6月1日号: P60~61, 2008.