

診療報酬改定からみた 医師事務作業補助者活用の考え方 ～医師事務作業補助者の人件費は「費用ではなく原価」～

2017年3月18日

NPO法人日本医師事務作業補助研究会主催

医師事務作業補助マネジメントセミナー

「当日のセミナー資料の抜粋版」

株MMオフィス 工藤 高

2016年度診療報酬改定以降に起きたこと

- 全国の病院を訪問する機会が多いが、昨年4月以降に急性期、慢性期といった病床機能を問わずに異口同音に聞かれるのは「稼働率が下がった」である
- 7対1では看護必要度の15%→25%以上で病床回転率が高まっている
- 回復期リハビリ病棟は本年1月からのアウトカム評価が導入されたため、これまで算定日数上限まで入院することで稼働率をあげていた病院の病床回転率が高まっている
- 慢性期では療養病棟入院基本料2に医療区分2、3が5割以上という要件が昨年10月から適応となり、医療区分1の患者の在宅や介護・居住系施設への流れが加速している
- 障害者病棟、特殊疾患病棟で「重度意識障害を有する脳卒中患者」(医療区分3相当は除く)は療養病棟の包括点数と同点数になった
- つまり、2016年度改定における厚労省の様々な病床回転率を高めざるを得ない仕掛けが機能しだして、全国の病院における病床稼働率が下がっていると言えよう
- 日本病院会の定期調査結果によると、1病院当たりの損益は、2015年6月と改定後の2016年6月の比較では医業収益、医業費用ともにアップしているが、アップ率は収益1.7%に対して費用は2.1%。特に、医薬品にかかる費用増は5.3%で最も大きい。給与費のアップ率が1.8%であることを見ても医薬品にかかる費用の伸びが際立つ。
- つまり、「増収減益」という収入も増えたが、費用がそれ以上に増加して利益を圧縮。
- そのような背景でDC(医師事務)がやるべきことは病床回転率が上がって忙しくなっている医師の業務効率化を行い病院の「労働生産性向上」にさらなる寄与を果たすことだ



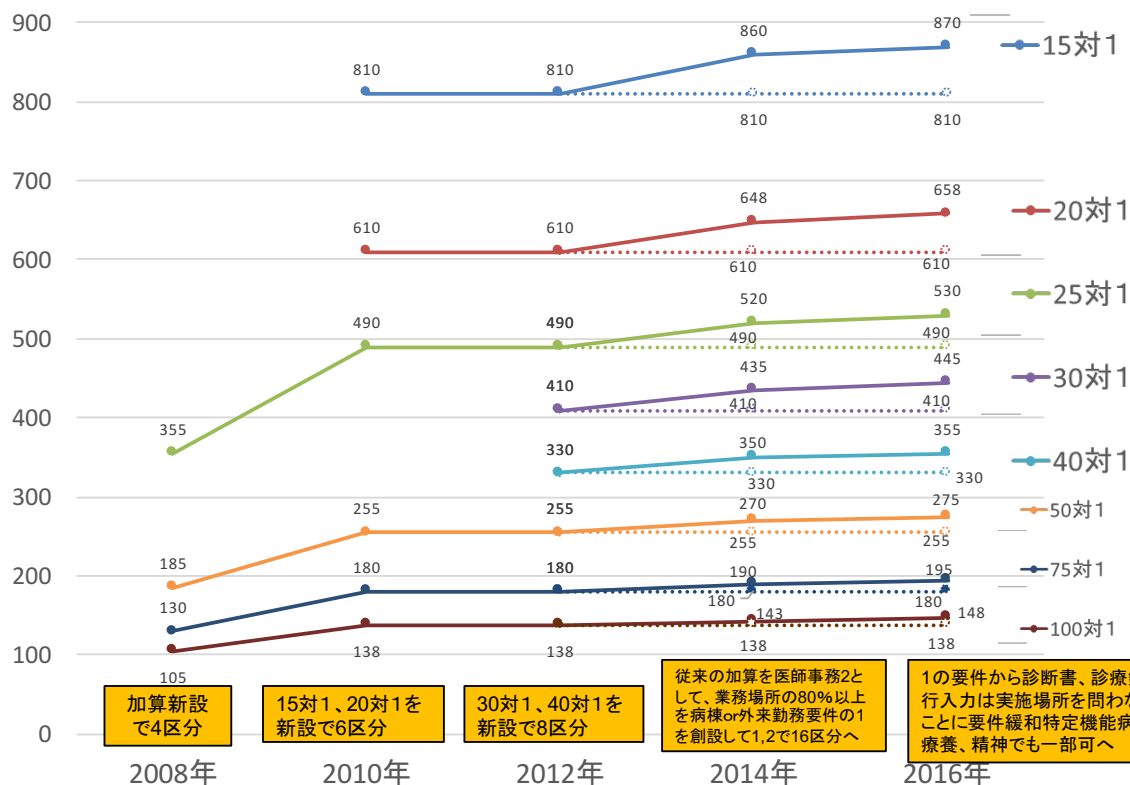
前回2016年度改定の「医師事務補助加算」の変更点

1. 医師事務1の点数引き上げ、診断書作成補助・診療録の代行入力は業務の場所を問わず「病棟又は外来」に含むに変更
2. 20対1を25対1、30対1、40対1の基準に緩和、また75対1、100対1は「年間の緊急入院患者数100名以上」の要件を「50名以上」に緩和
3. 50対1、75対1、100対1の対象として療養病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を追加
4. 特定機能病院入院基本料(一般・結核・精神)でも医師事務1に限り算定可能に



医師事務作業補助体制加算の点数推移

※2014年・2016年は体制加算1→実線 体制加算2→点線





原価と費用(コスト)との違い

- ・ 原価とは売上原価、製造原価などがあり、「直接のコスト」を指し、商品の仕入れ値等になる
- ・ 一方、コストとは直接・間接にかかわらず必要となる（なった）費用のことを指す
- ・ ただし、ここでは下記の定義

原価→病院の労働生産性をあげるために必須のもの

費用→病院の経営効率化のために削減しても構わないものを含む



「労働集約型産業」の病院は戦略的に原価部門の人を増やす

一般企業は人を減らして業績回復する

→病院は必要な部署の人を増やさないと業績回復できない

- ・ 薬剤師病棟配置、7対1、リハビリ施設基準アップ等みんなそう
- ・ とくにDC、医師、看護師、リハビリセラピスト(PT, OT, ST)、薬剤師の生産部門職員はコスト(費用)ではなく「原価」
- ・ 医師、看護師、リハビリセラピスト、薬剤師が多過ぎて、その人件費で倒産するのではない
- ・ 反対に医師、看護師、リハビリセラピスト、薬剤師が少なくなって(あるいはもともと少ない)、「医療の質」のストラクチャが悪くなり、収入が減って、相対的に人件費が高くなって倒産する
- ・ トップランナー病院は患者の重症度が高く、在院日数が短いため急性期、回復期、慢性期間問わずにみんな必要な原価部門の職員が多い



人件費が高いのではなく多くは分母の「医業収益」が低い

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

急性期病院では50%以下が理想とされる

- 人件費比率を落とすには、必要な生産部門の給料を減らすor必要な人を減らすは間違い
- 多くの病院では分子の人件費が高いのではなく、分母の収益が低い
- 分母の医業収益(1人あたり労働生産性)を増やす戦略を考えないといけない
- 収益10億円で人件費5.5億円で人件費比率55%→労働生産性を上げて収入を5%増やして10.5億円にすると52%へ



労働生産性とは何か

$$\text{生産性} = \frac{\text{得られた成果}}{\text{投入した資源}}$$

- 10人の社員で10億円の利益を上げるA社1人あたりの利益は1億円、同額の利益を5人で達成するB社の労働生産性は前者の2倍
- 分子が売上や付加価値額、分母には資金、時間、労働者数



トップランナー病院はベッドあたりの「原価部門」の職員数が多い

病院機能に関係なく
1日入院単価の高いトップランナー病院はベッドあたりの「原価部門」の職員数が多い

- 10億円の医業収入に5億円の人件費で人件費比率50%
→収入を2倍の20億円にするためには人件費も倍の10億円にしないといけない(つまり、人は増やさないとけない)
- 20億円の医業収入で人件費5億円、人件費比率25%の病院は世の中に存在しない



平成25年度病院経営管理指標(厚労省、医療法人)

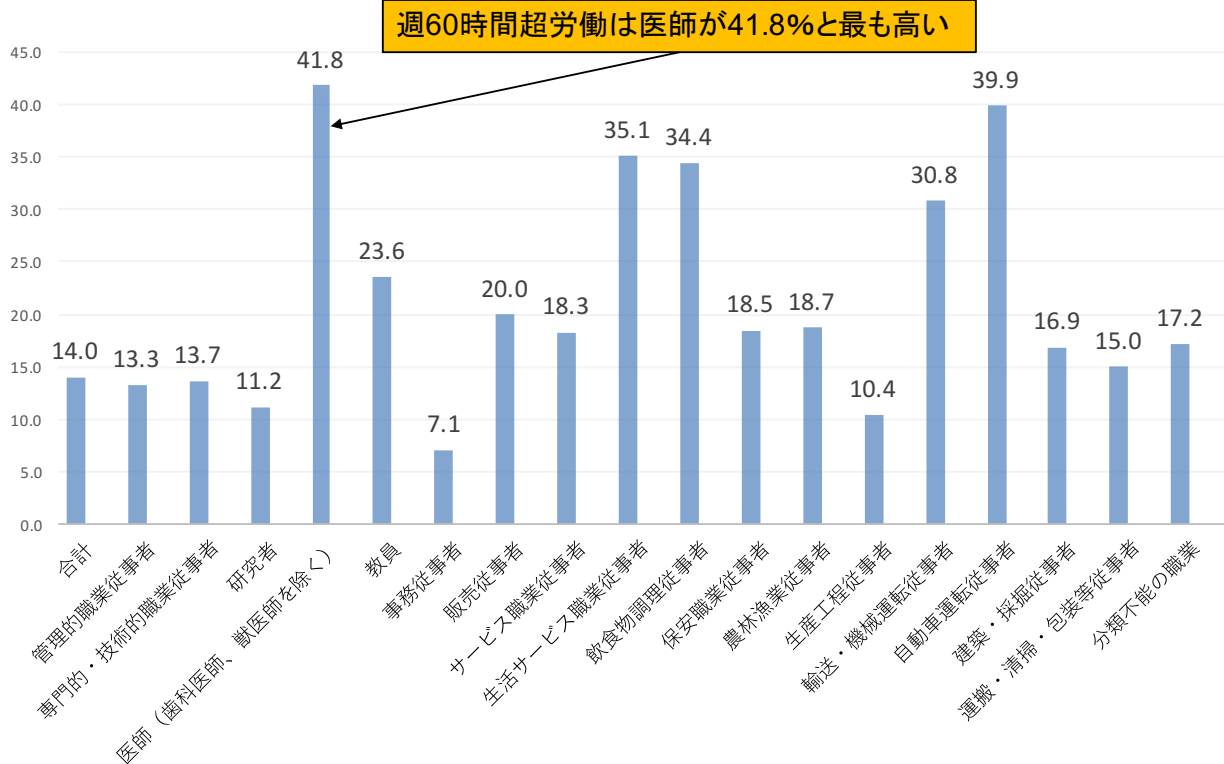
	(病院数) (平均病床数)	医療法人			
		一般病院 (276) (135.3)	ケアミックス 病院 (227) (167.9)	療養型病院 (161) (132.1)	精神科病院 (101) (244.6)
収益性					
医業利益率	(%)	1.9	1.3	3.9	2.3
総資本医業利益率	(%)	2.9	1.8	4.1	2.2
経常利益率	(%)	2.4	1.7	5.6	3.1
償却前医業利益率(補正指標)	(%)	6.5	5.5	8.0	6.3
病床利用率	(%)	77.2	84.0	90.5	91.4
固定費比率	(%)	63.1	67.8	68.1	70.6
材料費比率	(%)	19.0	14.1	9.4	10.7
医薬品費比率	(%)	10.1	7.9	4.5	6.9
人件費比率	(%)	53.4	58.6	59.6	62.8
委託費比率	(%)	5.3	5.3	5.5	5.4
設備関係費比率	(%)	8.7	8.3	7.8	6.9
減価償却費比率	(%)	4.6	4.2	3.9	4.0
経費比率	(%)	8.5	8.7	10.2	9.8
金利負担率	(%)	0.8	0.9	0.8	1.0
総資本回転率	(%)	117.2	110.7	96.6	88.1
固定資産回転率	(%)	193.4	186.2	174.3	156.0
医師人件費比率計	(%)	13.9	11.6	9.7	9.4
常勤医師人件費比率	(%)	10.3	8.3	6.4	7.4
非常勤医師人件費比率	(%)	3.7	3.2	3.2	2.0
看護師人件費比率計	(%)	17.7	19.2	19.1	25.0
常勤看護師人件費比率	(%)	16.6	18.1	18.1	24.1
非常勤看護師人件費比率	(%)	1.2	1.1	1.0	0.9
その他職員人件費比率計	(%)	15.4	21.1	23.9	19.1
常勤その他職員人件費比率	(%)	14.4	20.0	22.6	18.1
非常勤その他職員人件費比率	(%)	1.0	1.1	1.3	1.1
常勤医師1人当り人件費	(千円)	19,240	19,210	18,080	20,278
常勤看護師1人当り人件費	(千円)	4,940	4,762	4,944	4,707
職員1人当り人件費	(千円)	6,290	5,620	5,386	5,585
職員1人当り医業収益	(千円)	12,106	9,715	9,205	9,035

人件費比率は人が最も多い一般病院が53.4%と最も低く、ケアミックス58.6%、療養型59.6%と高い
でも、経常利益率は療養型が5.6%と最も高く、そして、一般病院が2.4%と低いのはなぜか

→それは材料費比率(医薬品費比率)の違い



職種別)1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合(%)



出典:総務省・平成24年就業構造基本調査



「機会損失コスト」を考える①

- 行動を起こさなかったり、実際にとった行動が最善でなかったため、本来、得られた利益を逸すること
- 大学生が学校を休み、さらにアル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。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
- ただし、それほど人生を大きく変えるような大学講義は少ない

「機会損失コスト」を考える②

- 本来、時給の高い医師が「代替性」のある事務作業を行うことは多大な「機会損失コスト」が発生

①5,000円の入院証明書を1時間で3枚＝15,000円を生産

②上部内視鏡検査を1時間で4件

$$11,400\text{円/件} \times 4\text{件} = 45,600\text{円}$$

$$\text{②} - \text{①} = 30,600\text{円が機会損失コスト}$$

医師には①②どちらをやってもらう必要があるのか

①は医師免許がないとできないのか

この機会損失コスト発生に気づいていない病院が多い

DPCでは機能評価係数 I で評価

- DPCでは医師事務は機能評価係数 I で評価されており、最も高い医師事務1の15対1配置は係数0.0266(2.66%)

- DPC包括分入院収入が年間27億円の400床病院
- 15対1配置＝27億円×係数0.0266＝7,182万円(A)
- 医師事務人数は400床／15＝最低27人(B)
- (A)／(B)で1人当たり266万円の人件費(C)が診療報酬から

- 転職サービスDODAによると一般事務、営業事務、医療事務などの「事務系アシスタント職」の平均年収は305万、これに対してA病院では1人分には39万円足りない
- ただし、医師事務配置で医師が国家資格を持たないとできない診断、検査、手術に従事することで病院の労働生産性が向上すれば、個々の加算の採算性は気にしなくていい
- もっと言えば医師事務1人当たり(C)266万円の「利益」が出るという考え方もできる



チーム医療では「代替性」という考え方が重要

- 現場の「忙しい」「忙しい」の仕事の全部が国家資格がないとできない業務なのか
 - 「代替性」のある業務は医師→医師事務、看護師→病棟・外来クレーク、看護補助者、薬剤師→薬剤部アシスタント等へ
 - そして「労働生産性」があがる国家資格がないとできない業務へ専念、それを支えるのが「チーム医療」
-
- トランプ大統領のクルマをメキシコ工場で作らずにアメリカ国内で生産は正しい政策なのか？
 - 「アメリカ国内労働者の雇用を増やす」という観点からは正しいが、代替性のある業務を給与水準が高いアメリカ国内で行うことで最終的にはアメリカ車の価格が高くなる
 - 日本車やドイツ車に比べて魅力がなく、さらに高ければますますアメ車は売れなくなるはず



ハシゴは外れるのが当たり前

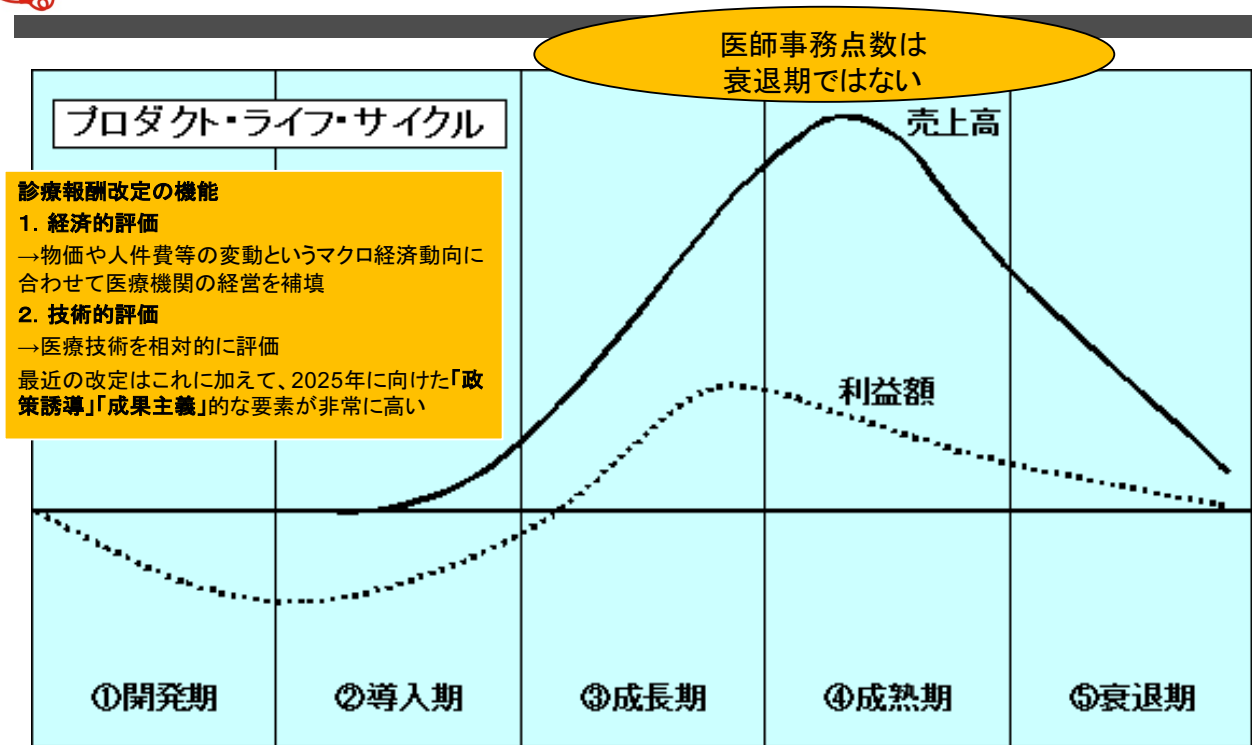


「いま、DCを増やしても、やがて改定で点数のハシゴ外しがあるのでは」という危惧

- 「やがてハシゴが外れるから何もやらない」という最大の誤り(地下に陥没していつている病院)
- ↓
- ハシゴは政策誘導なので、高めの点数で誘導している
 - 早くハシゴに乗り、そこで利益を上げて再投資に回す
 - ハシゴが外れても、次のハシゴがある
 - ハシゴはアンフェアおよびミッション終了と厚労省が考えている部分が外れる
 - 急性期から慢性期まで重度の患者さんをきちんと診ている部分は逆に評価される



診療報酬にもプロダクト・ライフ・サイクルがある



たとえば新薬などは①の開発期はコストだけがかかる。②導入期は莫大な宣伝費を投入、MRが積極的な営業活動を行う。医療機関に評価されると③成長期に入り、売上と利益が向上していき④成熟期で売上最高額を達成。その後は下降線になり⑤衰退期を迎える。



DCはますます医師、病院にとって無くてはならない存在になろう

- 地域にとって必要な病院はなくなる
→必要だから需要があり、経営も悪くない
→需要がない不要な病院がなくなる
- DCも同様に病院にとって、ますます無くてはならない存在にならないといけない
- そのためには自己研鑽によるレベルアップと医療の質向上というアウトカムが必要
- 病床回転率向上で短期間により多くの入院患者を診る医師はますます忙しくなる
- やがてのDC点数は現行の任意の加算ではなく、看護職員数と同様に施設基準で「入院患者〇人にDC1人」「外来患者〇人に1人」と規程されてMUSTになった方がステータスは上がる



患者も職員も集まるマグネットホスピタルの要件

1. 明確な「MISSIONとVISION」
2. キャリアアップにつながる高い「医療の質」
3. 病院の「社会貢献度」が高い
4. これだという「得意分野」
5. 頑張った人が報われる「人事考課制度」
6. 充実した「教育研修制度」