

2018年度診療報酬・介護報酬同時改定 そして2025年に向けたデータに基づく自院の病棟再編成

2017年7月21日

日本病院学会ランチョンセミナー15

共催) (株) 関電エネルギーソリューション/ 関西電力(株)

(株)MMオフィス

代表 工藤 高

はじめに

- 通常の商品やサービスは「需要が供給を決定」する
- ところが入院医療は「ベッドの供給が入院患者という需要を決定」してきた
- その証拠として人口10万人あたりの病床数が多い都道府県は平均在院日数が長く、後期高齢者の入院医療費が高い
- 2025年の「供給量」(病床数)の都道府県ごとの目標管理を行うのが地域医療構想であり、それを実現させる最大のツールが診療報酬改定であり、両者は「クルマの両輪」になる
- 最後の切り札である都道府県知事の権限(公的病院には命令、民間病院には要請)による「ベッド召し上げ」の前に診療報酬改定の誘導と地域の患者需要で勝負はある程度つくのではないだろうか

2017年3月9日の高知新聞朝刊
(共同通信発信で同日に多くの地方紙一面に掲載)
「病床15.6万床削減へ」「本県は4968床 30.6%減」という見出し
→ただし、「削減」という言葉は正しいのだろうか？



1. 地域医療構想と2018同時改定に向けて

論点)

地域医療構想の病床機能4区分と診療報酬・介護報酬改定との整合性をどうとるのか



2018年同時改定、そして、2025年に向けて

- 団塊の世代の方が全て75歳以上の後期高齢者になる2025年に向けた医療・介護財源のリスクマネジメントである「2025年モデル」が構築中
- 2025年モデルに向けて「医療機関の機能分化」のために7対1入院基本料の絞り込みとその受け皿としての「地域包括ケア病棟の拡大」が現在進行形
- 医療・介護の提供体制は中学校の学区内で高齢者を医療、介護、福祉、住まい等の多方面から支える「地域包括ケアシステム」を地域ごとに実現していく予定
- 医療機関に求められるのは規模に関係なく、「医療機関完結型の医療」から、地域全体で支える「地域完結型の医療」になる
- 2018年同時改定の次の同時改定は2024年であり、フィニッシュの2025年までには1年しかない。そのため次回2018年改定がドラスチックな内容となる
- 2018年は他にも地域医療構想を含む医療保険計画、第7次医療計画、新専門医制度、新たな介護保険事業計画など様々な制度が開始される「惑星直列」である
- 2025年に向けた病院経営は地域医療構想をはじめとする厚労省行政の方向性との整合性と地域のニーズにあった経営方針、とくにマクロ（外部環境）とミクロ（自院）のデータ分析に基づく病棟運営、再編成が経営安定への最大の途となる



前回2016年度診療報酬改定の特徴「ピンポイントの狙い撃ち」

- 2016年度改定は実質マイナス改定であったが、新規入院料等の新設や大きな変更はなかった
- 2018年には「DPCの暫定調整係数廃止」「療養型入院基本料2の廃止」「介護療養病床の廃止」が予定されている
- そうは言っても2016年改定も「7対1入院基本料で重症度、医療・看護必要度が新基準に満たない病院」、「回復期リハビリ病棟で6単位を超えるリハビリを実施しているがアウトカムがよくない病院」、「医療療養型で医療区分3の酸素吸入、医療区分2の頻回な血糖検査、うつ症状の見直しに該当する項目が多い病院」、「医療療養型2で医療区分2、3の患者割合が低い病院」、「障害者病棟で脳卒中による意識障害患者が多い病院」にとっては大メジャーチェンジだった
- つまり、同じ改定項目であっても全く影響を受けない医療機関と大きな影響を受ける医療機関があったのが2016年度改定の特徴だ
- 高度急性期病院は産科、小児科等が要件の総合入院体制加算2(旧)を1にランクアップした病院(700床規模で年間プラス1.1億円)以外には厳しい改定になった
- 逆に言えば厚労省が設定したハードルに満たない、または違う用途で使用している医療機関をピンポイントで狙い撃ちしている
- 全体主義からピンポイントの傾向は2018年同時改定以降も継続するだろう

5



2016年改定で病院は「増収減益」傾向へ

- 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
- 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っている
- 病院建築費が高騰しており、新築、改築時のイニシャルコストをいかに抑えるかが重要

材料費比率＋人件費比率
で80%超だと危険ゾーン

6



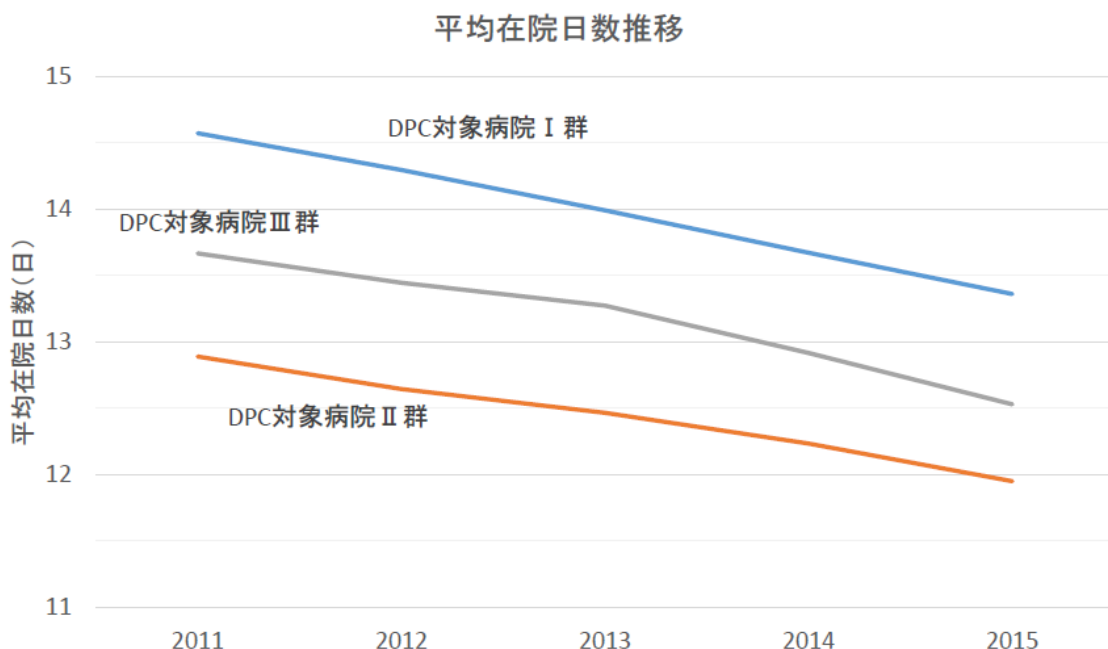
2016年度診療報酬改定以降に起きたこと

- ・ 全国の病院を訪問する機会が多いが、昨年4月改定以降に急性期、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「病床稼働率が下がった」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へ
- ・ 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
- ・ その仕掛けは2018年度改定でさらに強化されていくのは確実となる
- ・ さらに医療技術の進展による「低侵襲化」と少子高齢化による高度急性期への「ピークアウト」が拍車をかけている

7

急性期病院の経営が厳しくなっている背景 在院日数短縮は、低侵襲化も要因のひとつ

大学病院本院(DPC病院I群)のみならず、いずれのグループでも在院日数は短縮している

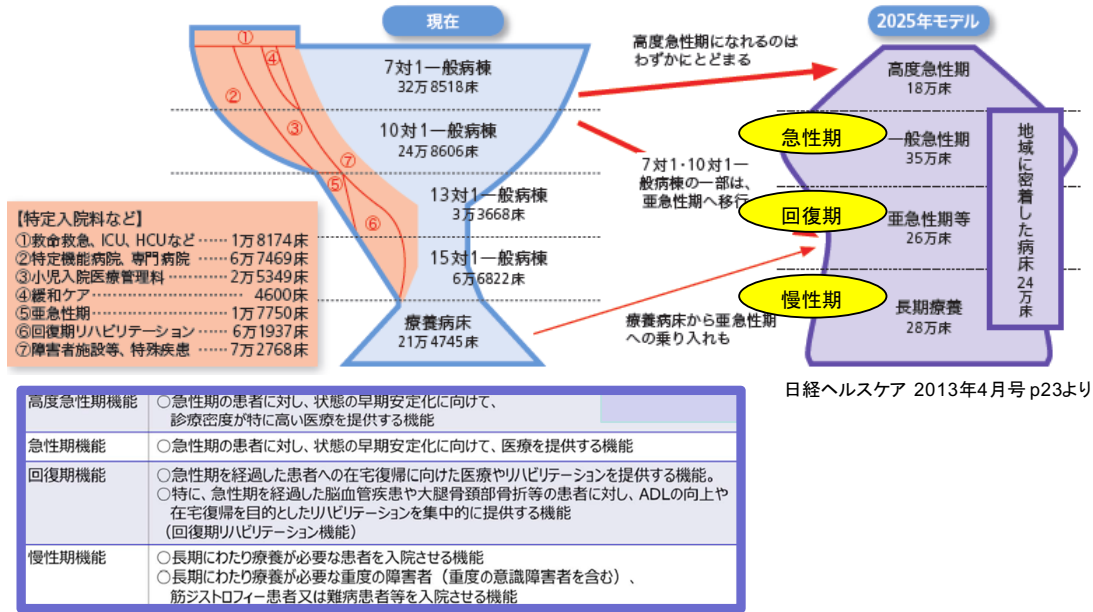


©株メディチュア 渡辺 優



地域医療構想で病院機能分化がすすむ

2025年に向けた医療機能分化のイメージ



■病床機能報告制度、地域医療ビジョンを一言でいうと

「医療計画において、病床数等を正確に推計するために、各病院・有床診療所ごとに報告を求め、それを基に中長期将来推計である地域医療構想を定め、その実効性を高めるために、二次医療圏(構想区域)ごとに医療現場の人等からなる協議の場を設けて議論してもらい、必要な手段には基金を遣いつつ、非合理的な判断をした場合には知事が権限を行使する」 厚労省医政局



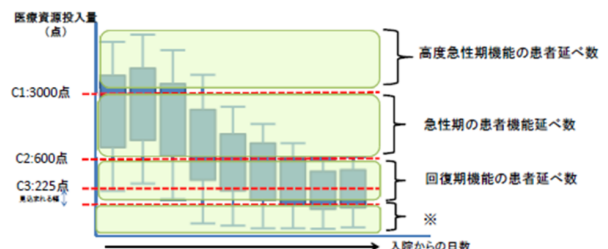
病床の機能別分類の境界点(入院料、リハビリの一部を除く)

■1日当たり出来高点数合計ー入院基本料相当分、リハビリテーション料の一部

1. 診療密度が特に高い医療を提供する高度急性期は3000点以上
2. 急性期病床は600点以上
3. 回復期は225点以上
4. 在宅復帰に向けた調整を要する幅を175点

病床の機能別分類の境界点(C1~C3)の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期	C1 3,000点	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療(一般病棟等で実施する医療も含む)から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期	C2 600点	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量
回復期	C3 225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量
※		ただし、境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込み175点で推計する。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

15年3月18日地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会より



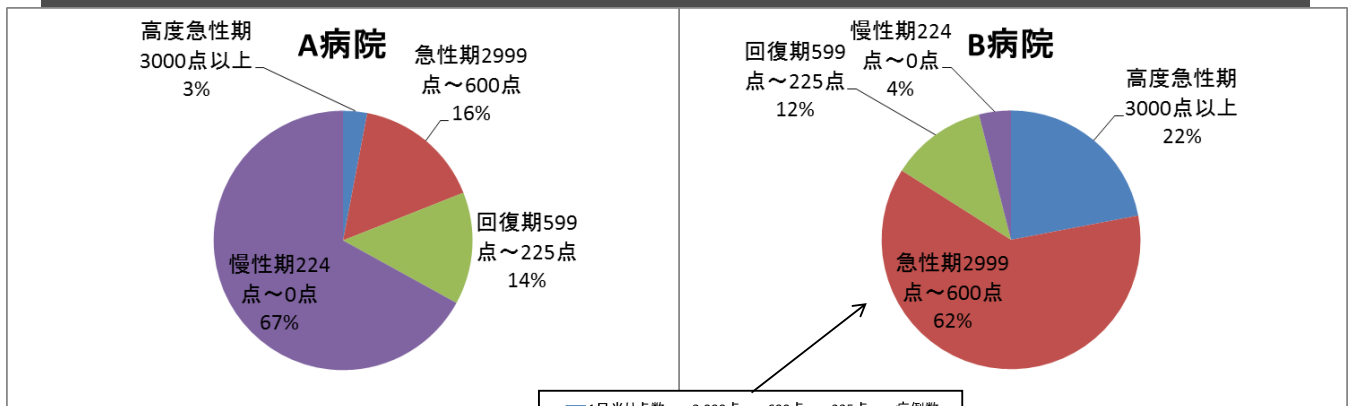
点数による区分の推計方法について

- 厚労省は地域医療構想策定ガイドラインで「構想区域全体の医療需要の推計のための方法であり、この推計方法の考え方は、個別の医療機関の機能ごとの病床数の計算方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準に直ちになるものではない」と記載
- ガイドライン作成に関わった識者も「コンサルタントが病院単位で1日単価の4区分の割合を出しているのを見たが、それは意味がない」と発言
- しかし、青森県では2017年度中に「高度急性期または急性期と報告した病院については特定の1ヶ月における診療報酬の出来高点数で1日当たり3000点以上または600点以上の入院患者数などを報告させる」(日経ヘルスケア2017年3月号「地域医療構想の最新動向」)
- やはり、1日入院単価の点数区分が重要な役割を果たすようになってきた

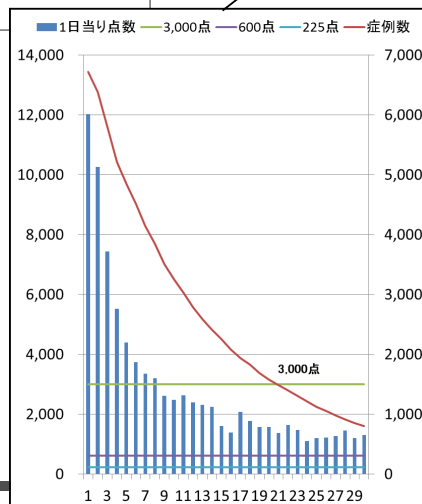
11



A病院とB病院の4区分割合



1日入院単価2.6万円
看護配置15対1



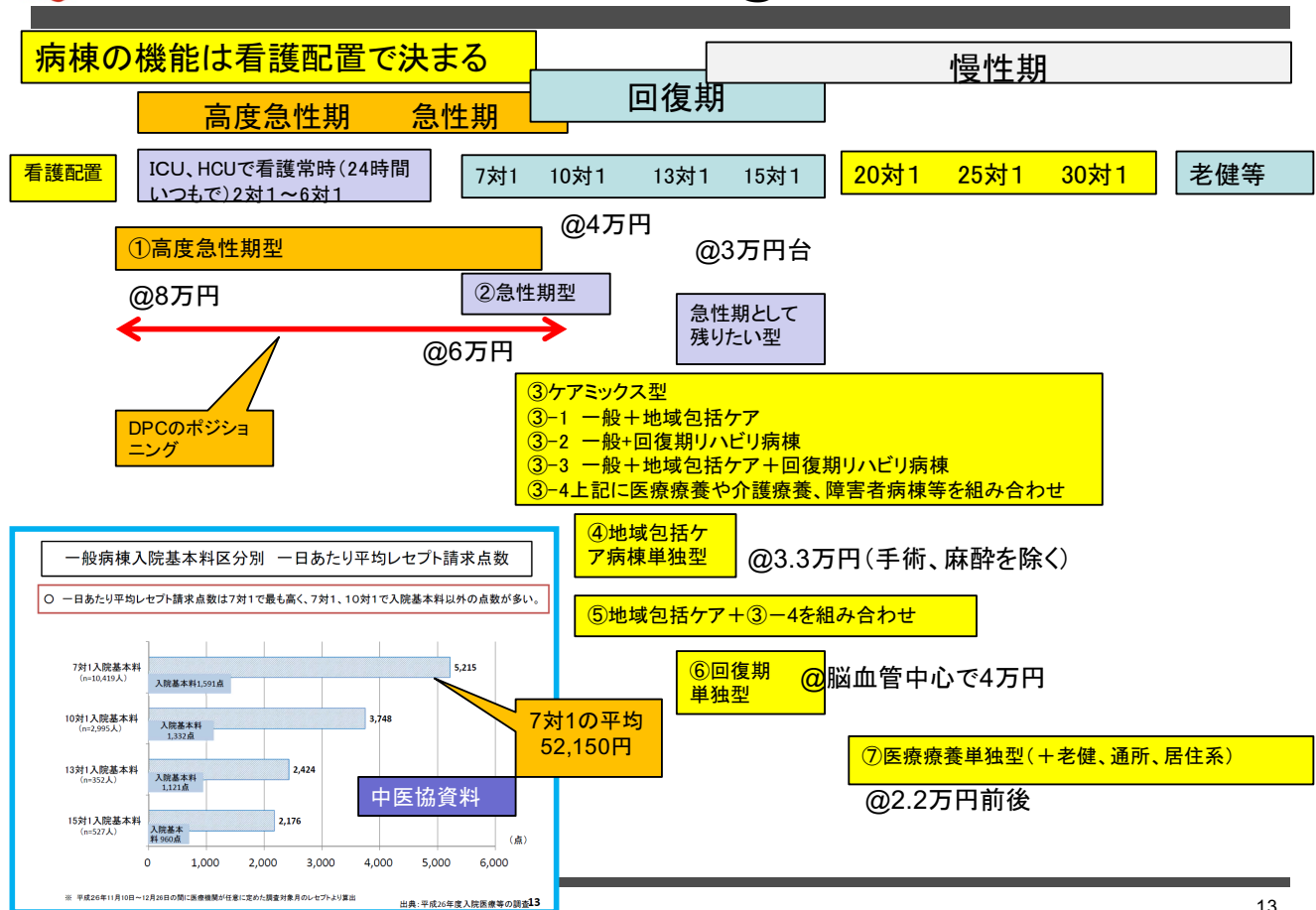
1日入院単価6.2万円
看護配置7対1

- 入院時に医療行為の投入が多く、1日当り点数が高い
- 入院から8日まで高度急性期

12



病院の機能別と目標1日入院単価(@) 7対1の平均5.2万円



2. 高度急性期と急性期

論点)

暫定調整係数廃止の激変緩和措置はどうか

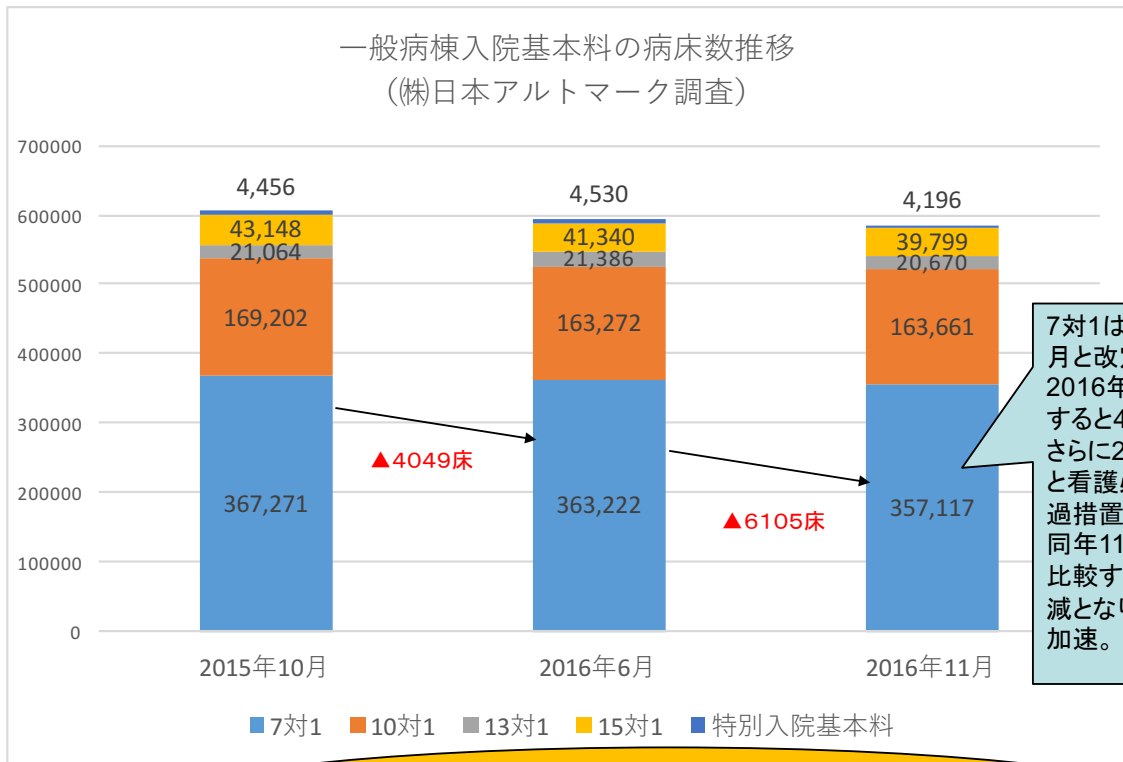
機能評価係数Ⅱの見直し

重症度、医療・看護必要度の見直しはあるのか

単価、病床回転率、ケースミックス等の新たな7対1基準は導入されるのか

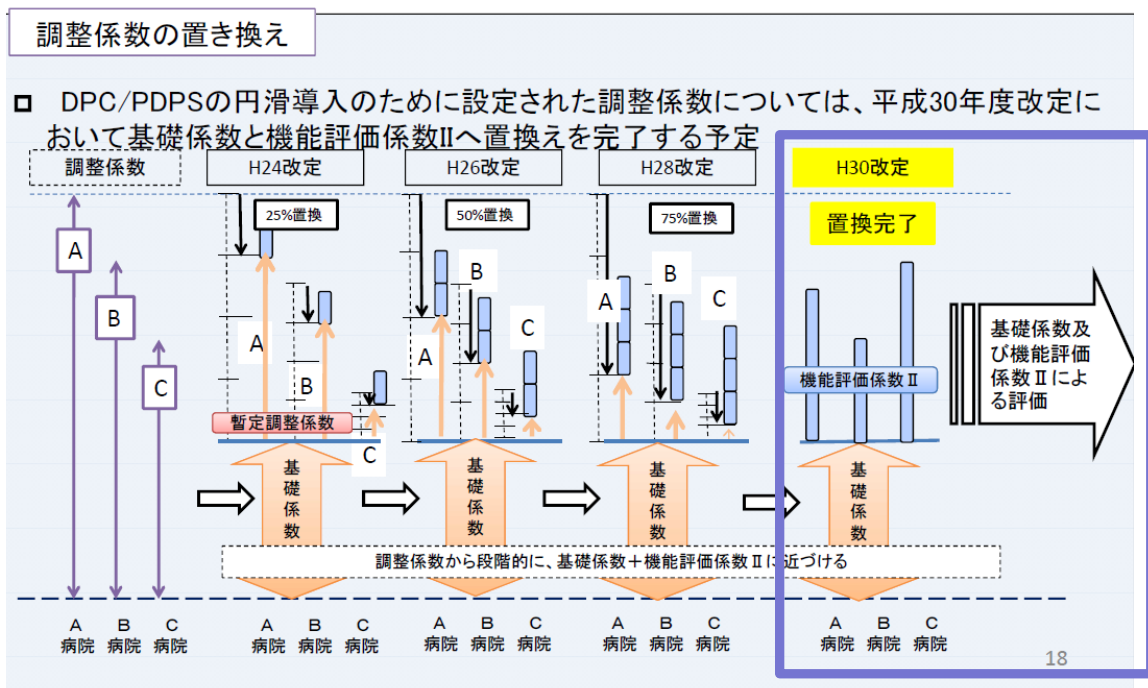


7対1の病床数の変化 16年6月→11月で6,105床減少



一方、地域包括ケア病床は2016年6月と11月と比較すると10,497床増加しており、計55,398床

- 2018年改定で暫定調整係数が全て置き換わる予定の「機能評価係数Ⅱ」をいかに高めていくのか




2016年度の基礎係数

- I 群病院 1.1354 (大学病院本院)
- II 群病院 1.0646 (大学病院に準ずる)
- III 群病院 1.0296 (それ以外の病院)

II 群とIII 群の差 3.5% (II 群からIII 群になった場合のリスク大)



8つの機能評価係数Ⅱの中でも「効率性係数」の重要性

項目	改善努力の余地
保険診療係数	内容により努力余地あり。データ提出内容の精度向上等は余地あり
 効率性係数	努力余地あり 。在院日数を短くすれば向上する。ただし疾患構成の補正がかかるため、単純には向上しない
複雑性係数	努力余地ややあり。疾患構成に依存する。短期入院の疾患等を外来に移行するなど、係数向上の取り組みは限定的
カバー率係数	努力余地なし。病床数に依存する
救急医療係数	努力余地ややあり 。救急医療管理加算等の対象となる疾患割合に依存。救急車の受け入れ等を強化することで向上可能
地域医療係数	努力余地小。体制評価は努力余地あり。定量評価(地域シェア)は努力余地ほぼなし
後発医薬品係数	努力余地あり 。後発医薬品の数量ベースの使用数次第
重症度係数	努力不要。低い方が効率的な医療をしているともいえる



通常の前平均在院日数と効率性係数の違い

通常の前平均在院日数

$$\frac{\text{3ヶ月間の延べ在院日数}}{\text{(3ヶ月間の入院+退院)} \div 2}$$
 ではない

【評価の考え方】

各医療機関における在院日数短縮の努力を評価

【評価指標】

[全DPC/PDPS 対象病院の前平均在院日数] / [当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の前平均在院日数]

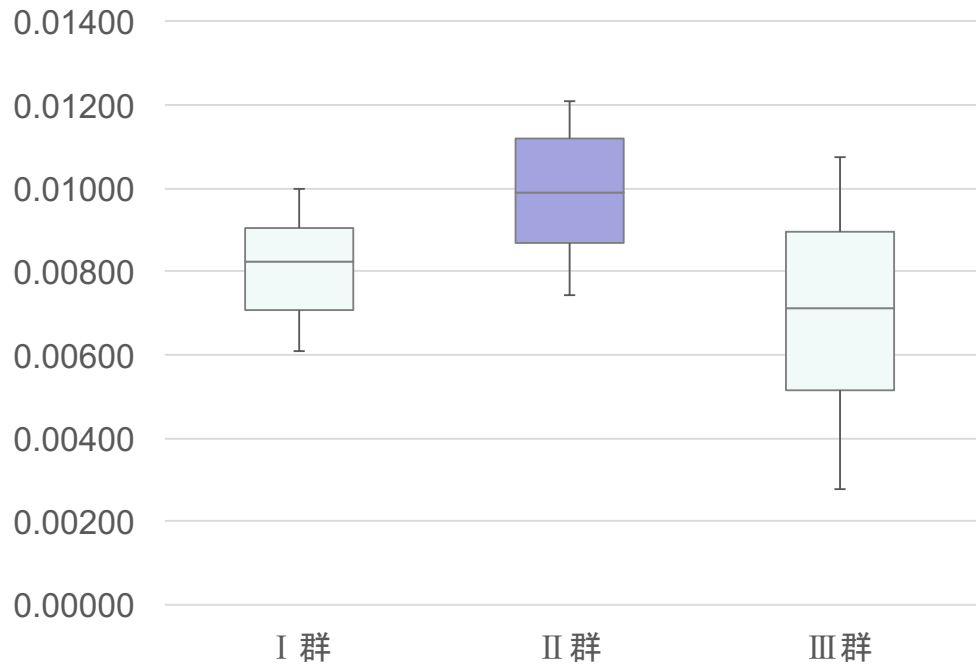
※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。

※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。



DPC病院 II 群は効率性係数が高い

効率性係数分布(2017年度)



※箱ひげ図の下限・上限は10%タイル値、90%タイル値



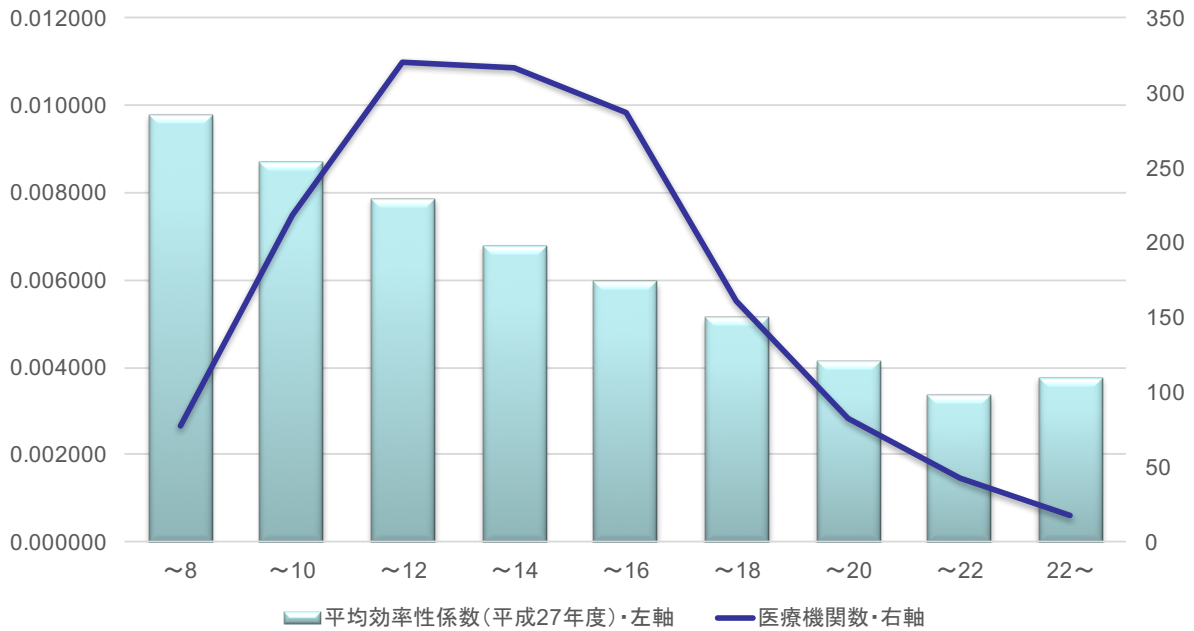
2016年度 DPC症例数 上位1~20 肺炎は短期3を除くと全国で最も患者数が多い→肺炎の在院日数が長いと「効率性係数」が悪くなる傾向あり

順位	診断群分類番号	診断群分類名称	DPC対象病院症例数
1	020110xx97xxx0	白内障、水晶体の疾患 手術あり 片眼	305,926
2	060100xx03xx0x	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 内視鏡的消化管止血術等 定義副傷病 なし	227,784
3	040080x099x0xx	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2 なし	195,510
4	050050xx99100x	狭心症、慢性虚血性心疾患 手術なし 手術・処置等1 1あり 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	185,733
5	050050xx0200xx	狭心症、慢性虚血性心疾患 経皮的冠動脈形成術等 手術・処置等1 なし、1,2あり 手術・処置等2 なし	128,699
6	040081xx99x00x	誤嚥性肺炎 手術なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	114,774
7	040080x1xx00xx	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳未満) 手術・処置等2 なし	109,541
8	110080xx991xxx	前立腺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 あり	98,219
9	050130xx99000x	心不全 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	93,568
10	100070xxxxxxx	2型糖尿病(糖尿病性ケトアシドーシスを除く。)	92,441
11	160800xx01xxxx	股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	88,794
12	110310xx99xxxx	腎臓または尿路の感染症 手術なし	87,109
13	150010xxxxx0xx	ウイルス性腸炎 手術・処置等2 なし	83,105
14	140010x199x00x	妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害(出生時体重2500g以上) 手術なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	76,141
15	010060x099030x	脳梗塞(JCS10未満) 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 3あり 定義副傷病 なし	75,119
16	060340xx03x00x	胆管(肝内外)結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	71,150
17	040100xxxxx00x	喘息 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	61,339
18	040040xx9904xx	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 4あり	61,254
19	060160x002xx0x	鼠径ヘルニア(15歳以上) ヘルニア手術 鼠径ヘルニア 定義副傷病 なし	60,590
20	060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・処置等1 なし 手術・処置等2 なし 定義副傷病 なし	58,823



市中肺炎の平均在院日数と効率性係数の関係(2016年度)

- 公開データの「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし」の平均在院日数(平成26年度)と平成27年度の効率性係数の関係を検証すると、同分類の平均在院日数が短いグループほど、効率性係数が高くなる傾向がある。



公開データにおける「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし」について、医療機関を平均在院日数ごとにグルーピングし、それぞれのグループの効率性係数の平均値を求めた。



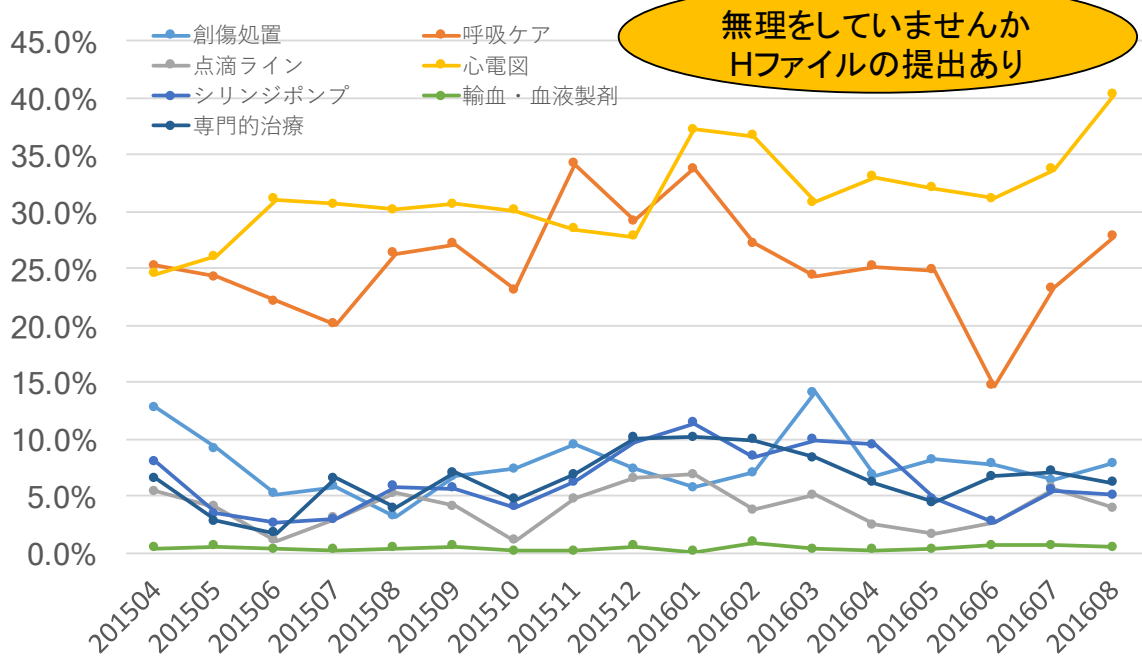
某国大統領なみの個人的暴言(実現不可能な妄想的意見)

- 機能評価係数Ⅱは在院日数短縮を評価した「効率性係数」ひとつでいいというSimple is Bestという暴論
- そうなれば現在の8倍財源+2018年度はプラス25%財源で評価
- 急性期病院は「病床回転率」が勝負となり「病床稼働率の呪縛」からの開放
- 実質的な1入院当たり包括のDRG/PPSと同じ機能になる
- ただし、そのためには再入院率や再手術率等のCI(臨床指標)のインフラが先



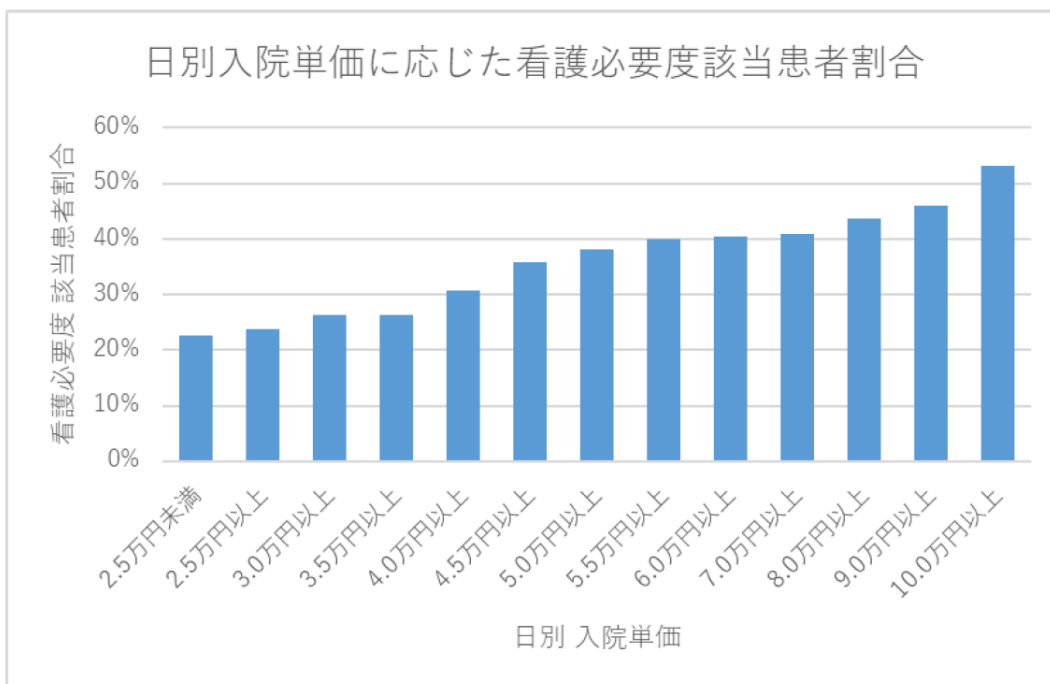
看護必要度 A項目 項目別割合推移(一般病棟)

30%前後で推移していたものが、2015年11月前後から呼吸ケアが高くなり、また、心電図モニタは年明け以降35%を超える月が出始め、直近は40%に達している



7対1看護必要度の厳格化を乗り越えるためのデータ分析と戦略立案 次回改定を考える

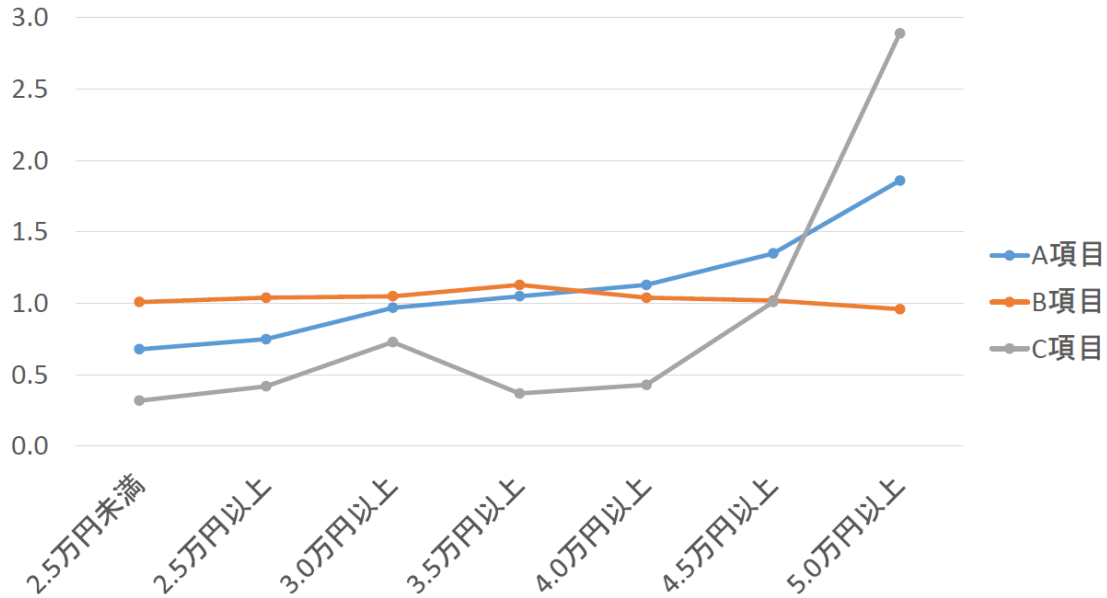
- 入院単価が高いほど、看護必要度該当患者割合が高くなる



入院単価とB項目はあまり関係ない

- ・ A・B・C項目の平均値を1.0とした場合に、単価帯ごとの相対値を比較すると、B項目は単価とあまり関係がない

看護必要度各項目平均点数の相対値



©株メディチュア 渡辺 優

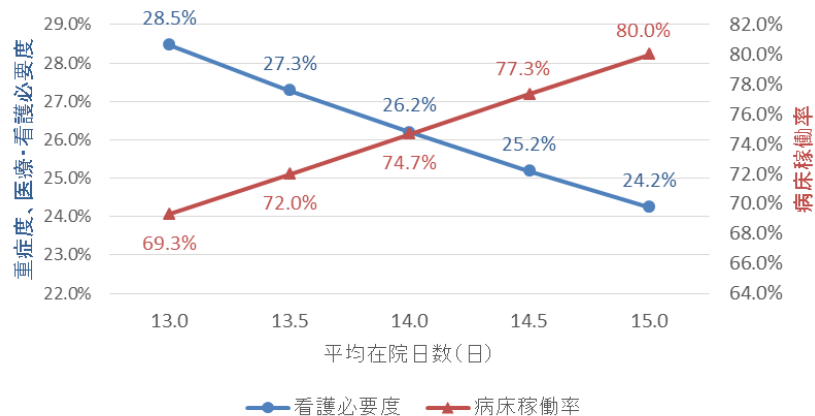
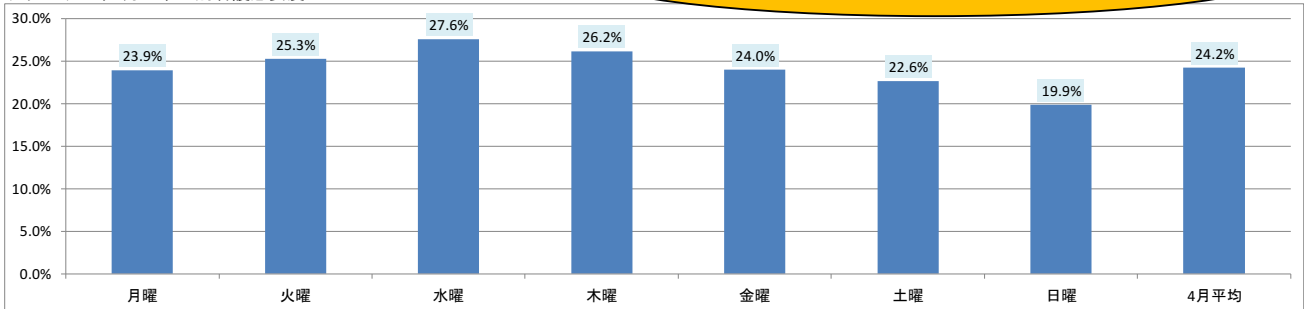
Copyright (C) Meditur Co., Ltd. All Rights Reserved. 130 25



220床の病院 16年4月は24.2%、病床稼働80%、ALOS15日

16年6月号の日経ヘルスケア抽稿

グラフ1) 16年4月の曜日別看護必要度





同院の対応は(220床全て7対1DPC、5病棟、@5.2万円)

■4つの選択肢

1. 地域包括ケアを1病棟設置してDPC病棟は4病棟にする
2. 10対1との混合の病棟群を届出
3. 脳血管疾患、運動器リハビリ患者の他院への転院時期を早めて病床回転率をあげる
4. 許可病床220床を199床にして「200床未満病院の23%以上」にハードルを下げる(過去3年間で1日200人以上の入院はなし)→外来および在宅点数増

16年6月号の日経ヘルスケア拙稿

27



DPC病棟で単なる病床稼働率優先経営を行うと

「DPCの病棟のベッドが空いているならば退院や転棟させないで長めの入院で埋めておけばいいじゃないか」

しかし、

1. 看護必要度が相対的に低下
2. DPCの効率性係数(在院日数短縮を評価)が悪化
3. 平均在院日数長期化
4. 地域医療構想の急性期の割合が相対的に低下
5. DPC II 群では要件の「診療密度」が低下

やがては「急性期」からの脱落を意味する

もちろん、病床稼働率は高くないといけない

それは後方病床である特定入院料の地域包括ケア病床等があるならば、そちらの稼働を高めていく(100%以上目標)

28



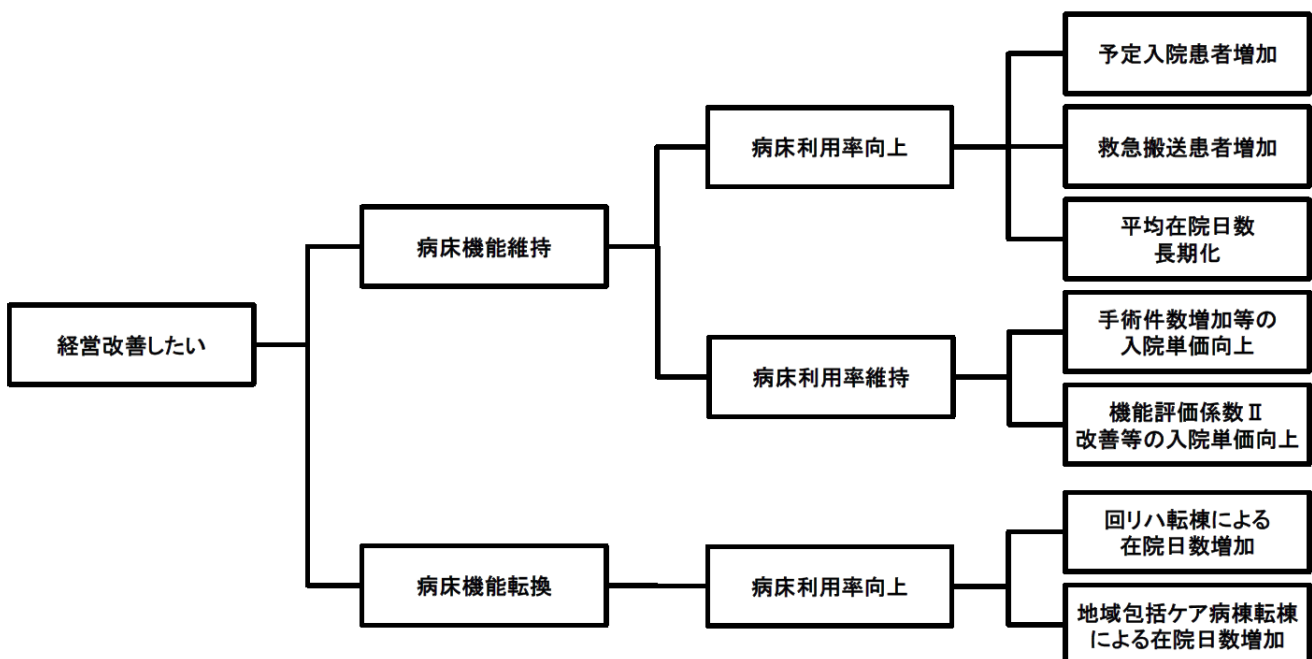
DPC病院の7つのキーワード

1. 機能評価係数Ⅱの見直し(重症度係数、後発医薬品、Ⅰ群とⅡ群は重み付け)
2. 暫定調整係数廃止(激変緩和措置)
3. 重症度、医療・看護必要度(Hファイルデータ分析による見直し)
4. 病床回転率(効率性係数の重要性)
5. 1日当たり入院単価(7対1の平均52,150円)
6. ケースミックス(7対1は新生物が多い)
7. 退院支援加算1(認知症ケア加算1、三次救急限定の総合入院体制加算1を加えた「トリプル・ワン」)

病院経営改善検討

急性期病院・DPC病院の仮説検討イメージ

- ・ 病床機能を維持したままの改善か、機能転換をするか・・・





3. 回復期(ポストアキュートの地域包括ケア病棟、病床)

論点)

サブアキュートの評価はあるのか

医療資源の投入量に応じた評価はあるのか



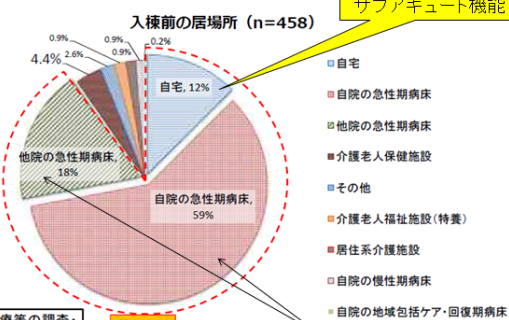
地域包括ケア病棟届出のメリット

1. 一般病棟の平均在院日数計算式の対象外
2. 一般病棟の看護必要度計算式の対象外
3. 包括で約3万円の1日当たり入院料が遡減することなく60日入院可能

機能はサブアキュート(亜急性期)とポストアキュート(急性期後)

地域包括ケア病棟における入棟患者の状況 中医協 総-5
27.6.10

○ 地域包括ケア病棟へ入棟した患者の入棟前の居場所は、自院・他院の急性期病床と自宅が約90%を占めた。



5月29日入院医療等の調査・評価分科会より一部修正あり
出典:平成26年度入院医療等の調査(患者票)

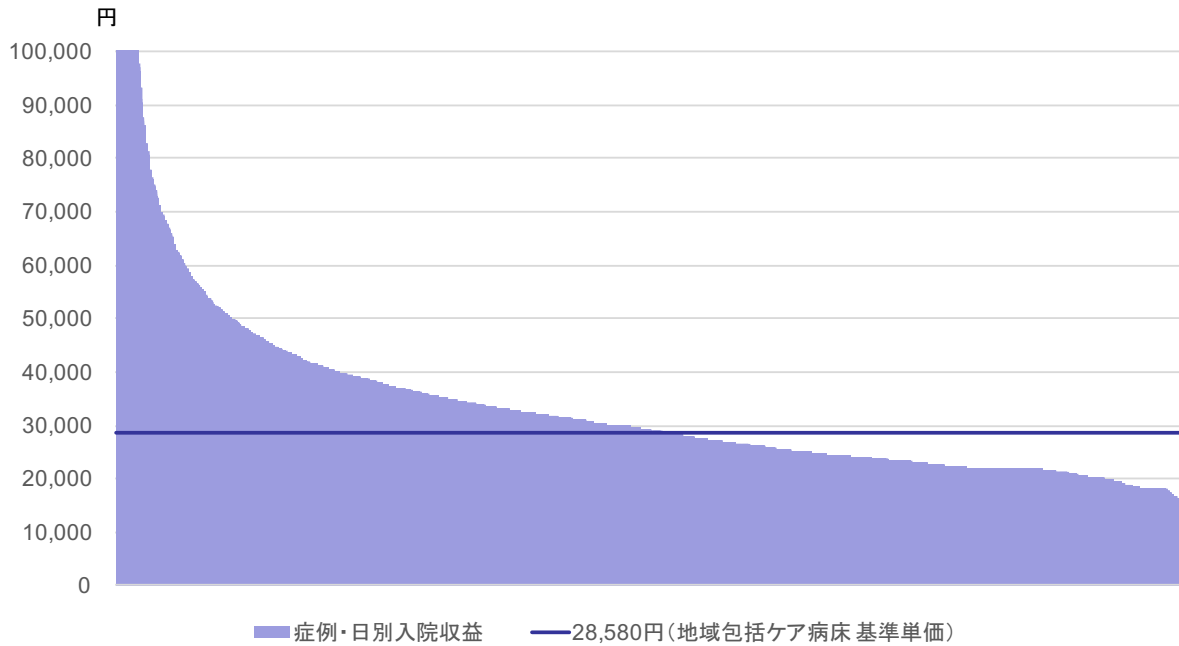
療養病床からの届出ハードル

1. 看護職員配置13対1
2. 正看比率70%以上
3. 在宅復帰率7割以上
4. データ提出加算
5. リハビリ2単位以上



A病院 一般病棟 在院日別 入院収益の分布(短手3症例を除く)

- 短期滞在手術等入院の症例を除いた一般病床の病床単価は40,874円(食事を除く)。
- 1日あたりの入院収益が28,580円を下回る日が半数近くある。

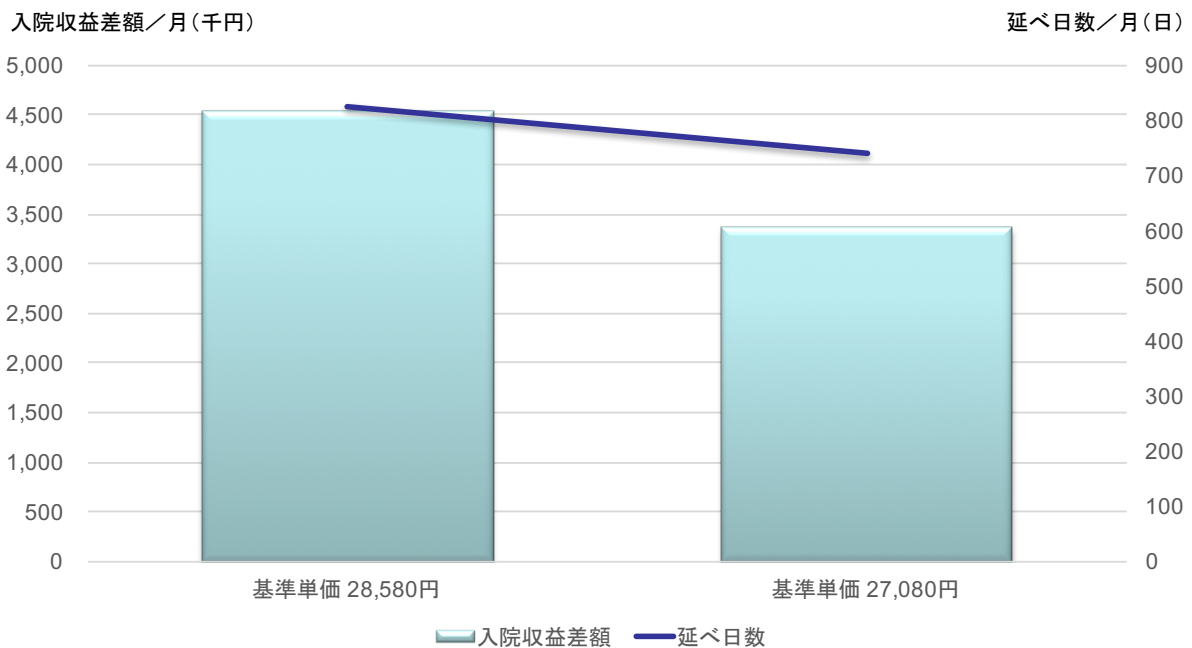


2016年1月～2016年3月のEFファイルより作成、保険診療の症例のみ、入院収益には食事を含まない



A病院 入院収益シミュレーション

- 一般病床の入院収益が基準未満の入院日をすべて地域包括ケア病床に転棟した場合、28,580円の場合は月あたり450万円、27,080円では月あたり330万円の増収余地がある。



2016年1月～2016年3月のEFファイルより作成、保険診療の症例のみ、入院収益には手術・麻酔料、食事を含まない

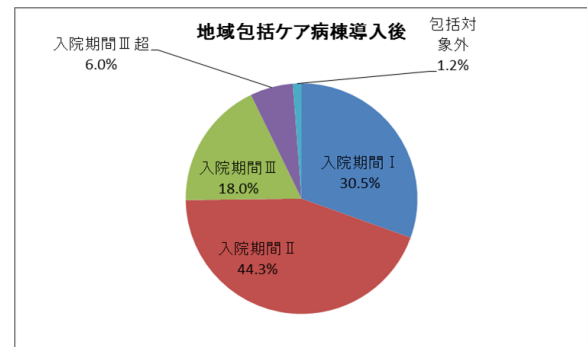
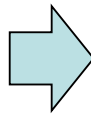
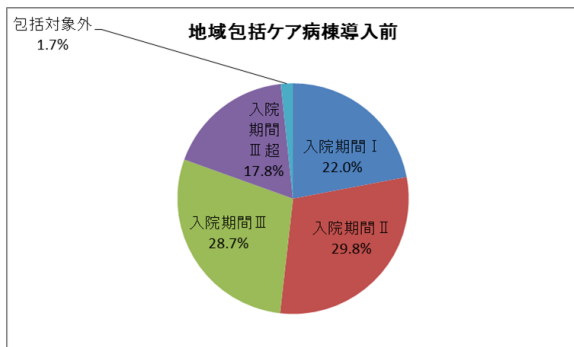


C病院(160床)は10対1の平均在院日数20日が13日へ

DPC(10対1)、地域包括ケア病棟、医療療養が1病棟ずつ

地域包括ケア病棟創設前はDPC2病棟で平均在院日数20日
現在は地域包括ケアの稼働95%で大幅増収(年間4000万円)
DPCの平均在院日数13日

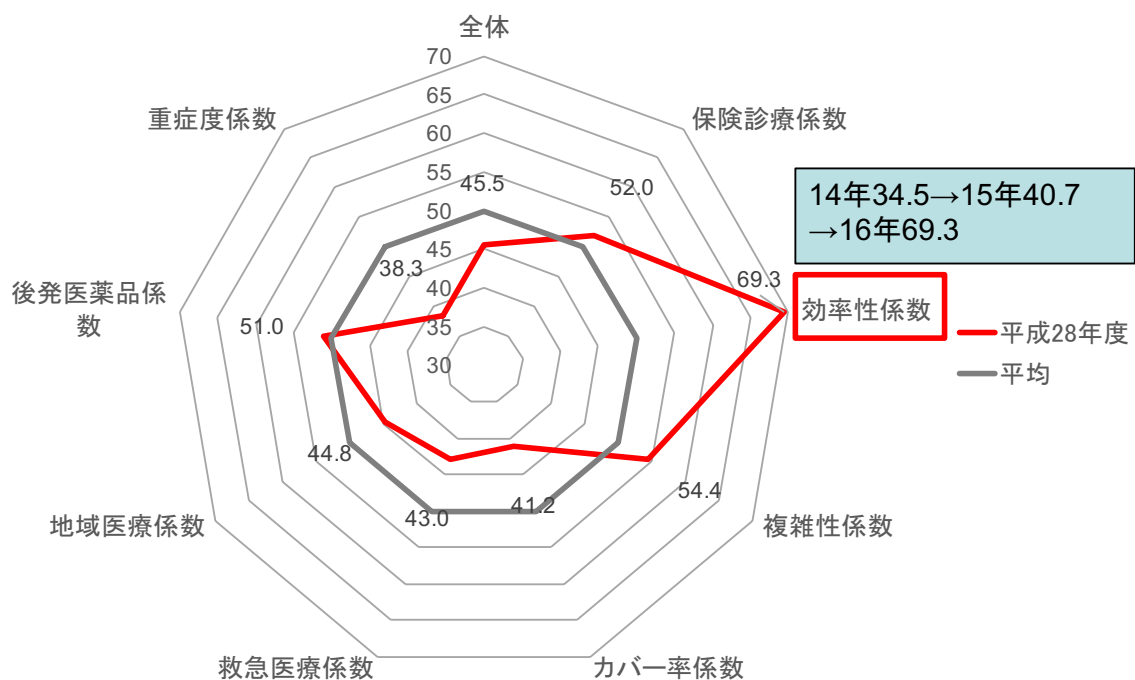
地域包括ケア病棟「導入前 入院期間 I + II 51.8%→74.8%」



(株)MMオフィスで試算



効率性係数の偏差値(2016年度)2年前は34.5から69.3へ



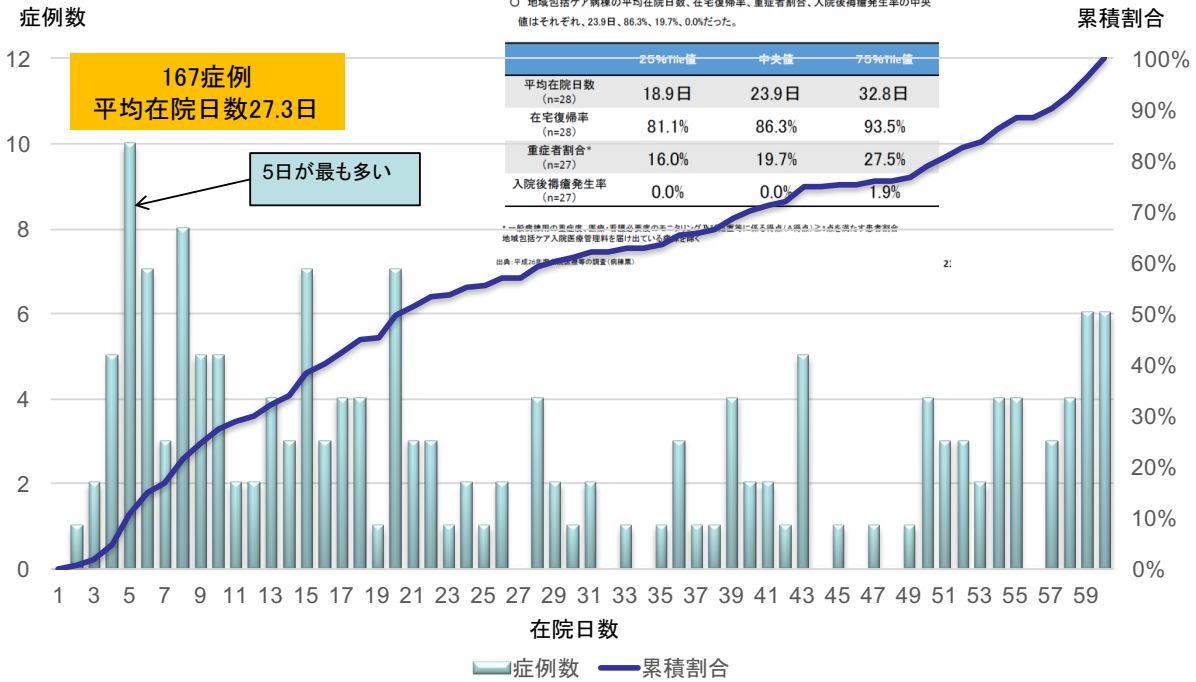


地域包括ケア病棟 在院日数分布

- 地域包括ケア病棟において、半数の症例が在院日数20日以内となっている。
- 一方で50日以上 の症例も全体の2割を占めている。

地域包括ケア病棟の平均在院日数等

○ 地域包括ケア病棟の平均在院日数、在宅復帰率、重症者割合、入院後褥瘡発生率の中央値はそれぞれ、23.9日、86.3%、19.7%、0.0%だった。



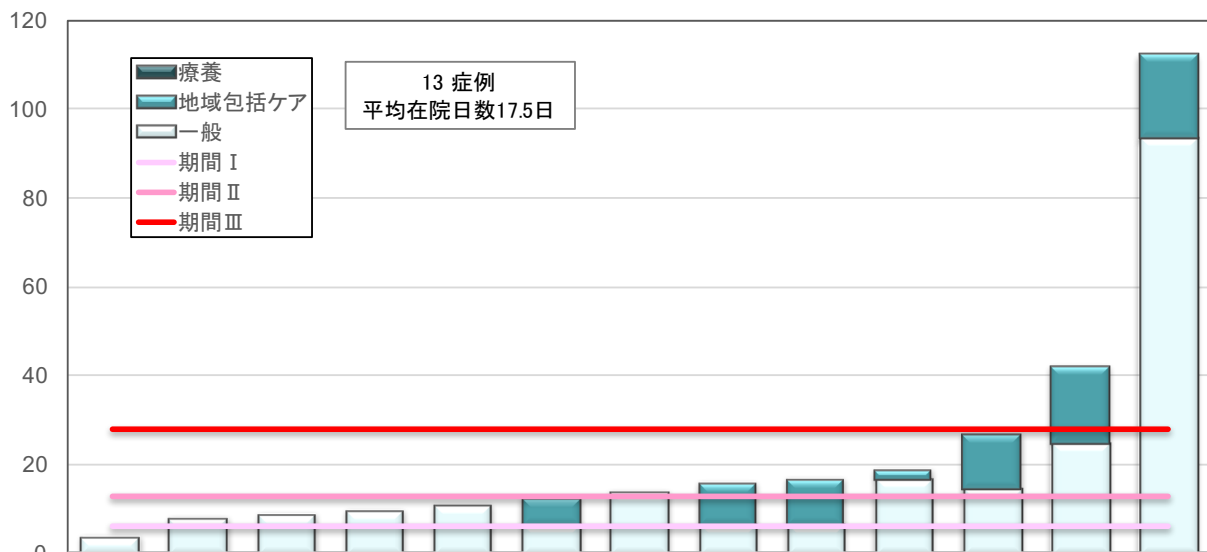
※2015年4-6月の期間に退院した症例(DPCデータ)



【BEFORE】症例・病床別 入院日数の内訳

- 040080x099x0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし
- 地域包括ケア病棟に転棟した7症例のうち3症例が、入院8日目に転棟している。

算定日数



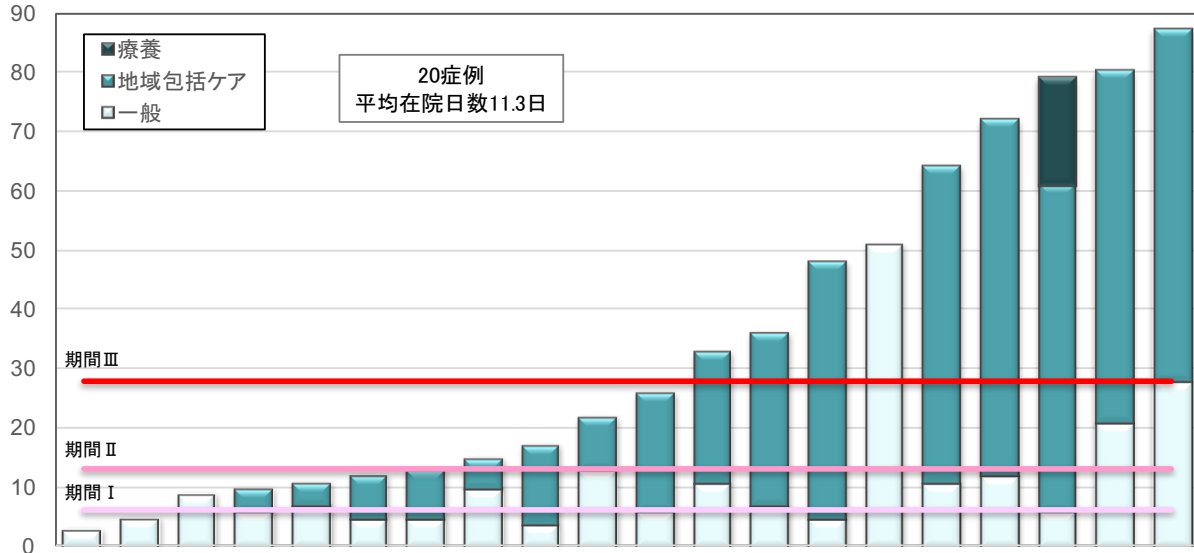
分析対象: 2014年10-11月退院症例



【AFTER】症例・病床別 入院日数の内訳

- 040080x099x0xx 肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎(15歳以上) 手術なし 手術・処置等2なし
- 20症例中16症例が地域包括ケア病棟に転棟。
- 平均在院日数は、2014年10-11月データと比較して約6日短縮した。

入院日数



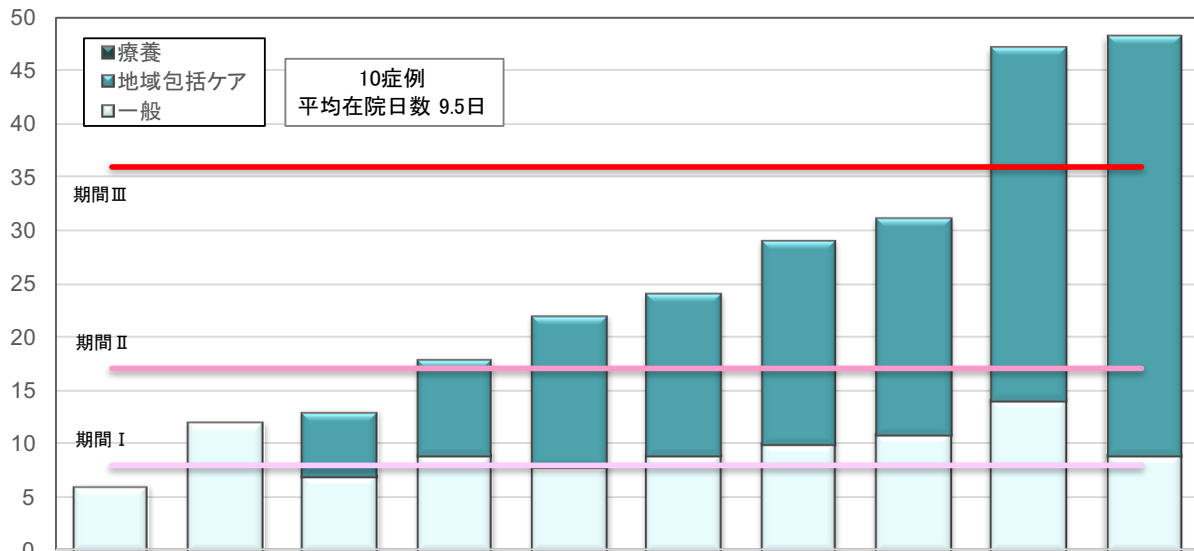
※2015年4-6月の期間に退院した症例(DPCデータ)



症例・病床別 入院日数の内訳

- 050130x99000x 心不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし
- 平均在院日数は、入院期間Ⅱの17日を大幅に下回っている。
- 入院期間Ⅱの段階で地域包括ケア病棟に転棟しているケースが多い。

入院日数



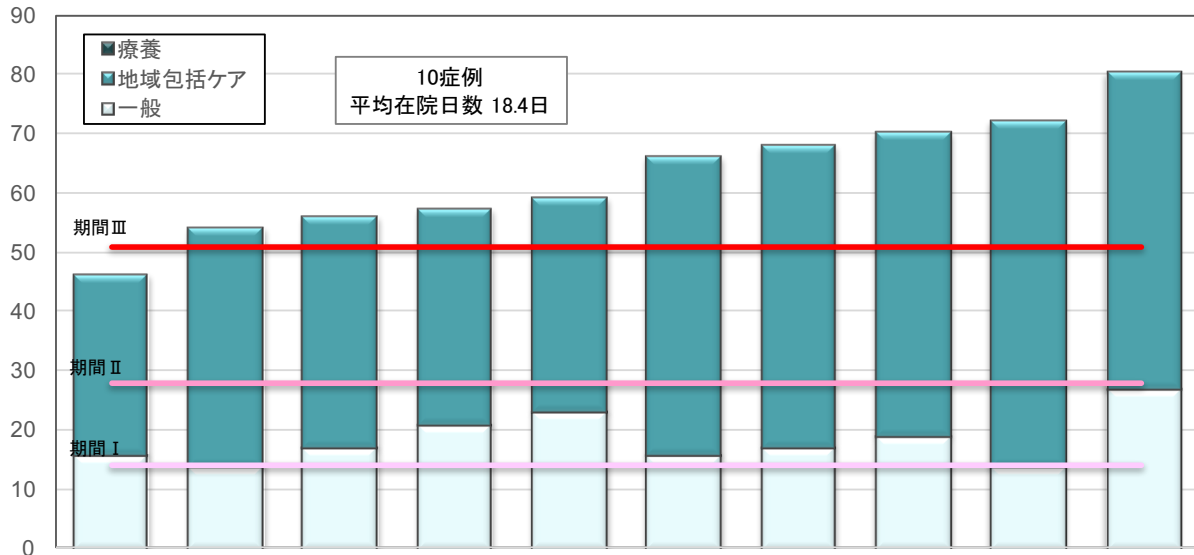
※2015年4-6月の期間に退院した症例(DPCデータ)



症例・病床別 入院日数の内訳

- 160800xx01xxxx 股関節大腿近位骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等
- 入院期間Ⅱ以内で、全ての症例が地域包括ケア病棟に転棟している。
- 平均在院日数は、入院期間Ⅱを約10日下回っている。

入院日数



※2015年4-6月の期間に退院した症例(DPCデータ)



地域包括ケア病棟稼働が高まらない病院

□多い理由

1. 医師の転棟に対する理解がない(回診が大変等)
2. 看護の専門性の問題と転棟の申し送り等の手間
3. 患者さんが転棟を嫌がる(入院時の説明不足)
4. リハビリ対象患者の平均2単位以上に対してセラピスト人数が足りない
5. 1~4の理由でベッドコントロールがうまくいかない

入院前、入院中のベッドコントロール、退院支援、
 退院後の在宅医療等まで一貫して行う
 PFM (Patient Flow Management) の確立が必要



4. 回復期(回復期リハビリ病棟)

論点)

アウトカム評価の厳格化

地域包括ケア病棟との整合性をとるのか

リハビリ包括化という意見をどこまで反映させるのか



地域包括ケア1と回りハ2の主な施設基準等の比較

表1◎地域包括ケア病棟入院料1と回復期リハビリテーション病棟入院料2の主な施設基準と、算定した場合の収入等シミュレーション

	地域包括ケア病棟入院料1	回復期リハビリテーション病棟入院料2
看護配置	13対1以上(加算を取る場合は10対1以上)	15対1以上
正看護師比率	7割以上	4割以上
看護補助者	規定なし(25対1以上の加算あり)	30対1以上
リハビリセラピスト配置	専従常勤1人以上	専従常勤でPT2人以上、OT1人以上
算定対象患者	規定なし	脳血管疾患、大腿骨骨折などの基準あり
重症度、医療・看護必要度	AまたはC項目1点以上の割合が10%以上	規定なし
日常生活機能評価(重症者割合)	規定なし	10点以上が新規入院患者の2割以上
退院患者改善割合	規定なし	3割以上が入院時から3点以上改善
データ提出加算	必須	規定なし
リハビリ	包括となるが1日平均2単位以上	出来高算定で1日平均2単位以上
在宅復帰率	7割以上	6割以上
入院期間	60日以内	対象疾患によって60~180日
1人当たり居室面積	6.4m ² 以上	6.4m ² 以上
その他の施設基準	在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、二次救急病院、救急告示病院のいずれか	規定なし
届け出制限	許可病床500床以上またはICUなどの急性期ユニットを持つ場合は1病棟まで	規定なし
1日平均入院単価(予想額)	3万2000円(全加算あり、手術・麻酔除く)	2万9000円(運動器リハビリ平均4単位)※
年間収入(50床×稼働95%)	5億5480万円	5億278万7500円
看護職員人件費(年俸500万円)	9000万円(10対1、18人の配置)	6000万円(15対1配置、12人の配置)

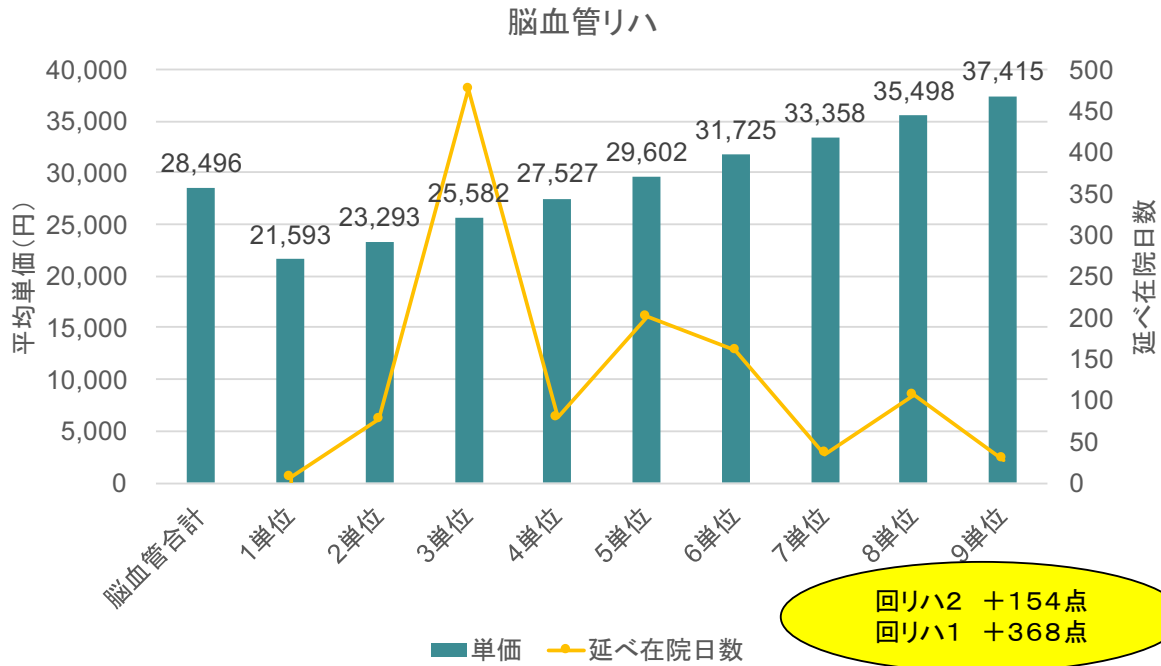
※ 新規届け出6カ月間は回復期リハビリ病棟入院料3での運営のため、1日平均入院単価は1540円下がる

出所) 日経ヘルスケア2017年5月号の拙稿



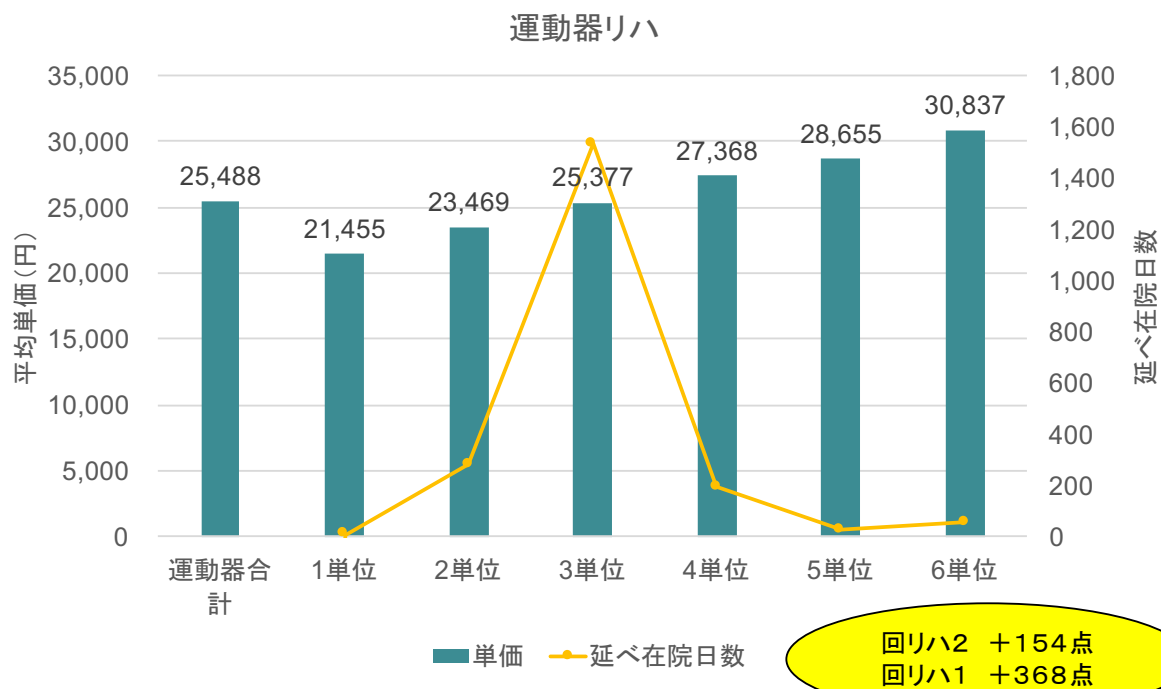
脳血管リハ実施症例 単価・症例数(立ち上げてすぐの回りハ3)

脳血管リハも多くの症例で3単位実施。8単位、9単位まで実施すると3万5千円を超えている



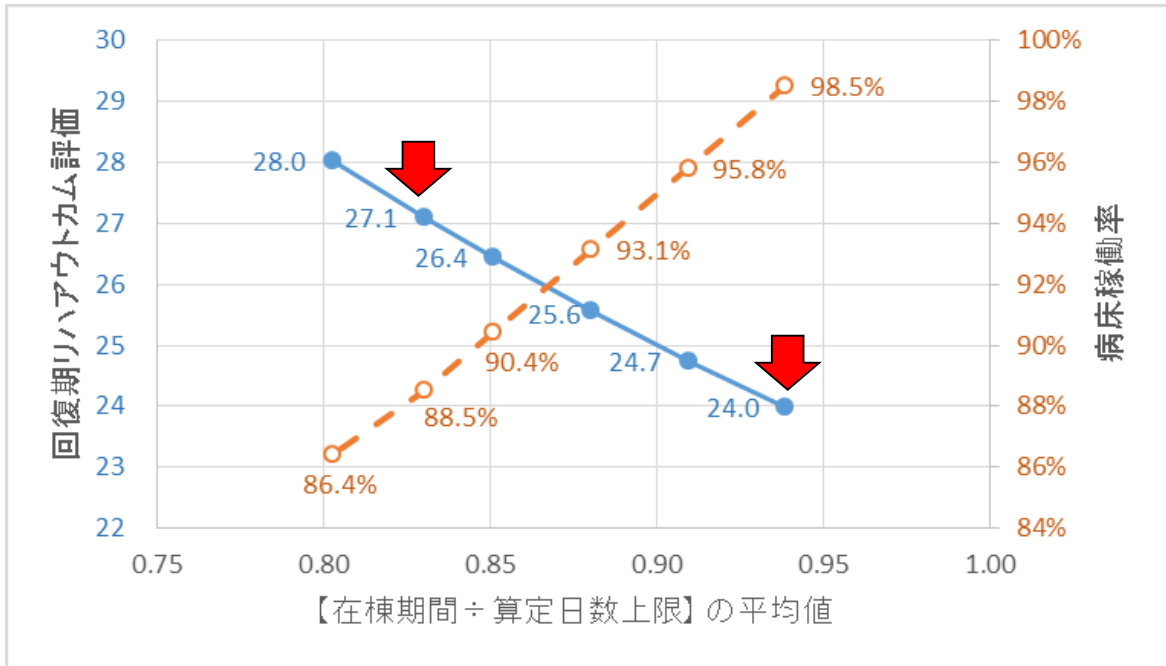
運動器リハ実施症例 単価・症例数(立ち上げてすぐの回りハ3)

運動器リハは多くの症例で3単位実施。6単位実施した症例は平均単価で31,000円弱に達している





アウトカム評価FIM27未満だとリハビリ6単位超が包括へ A病院99床(回リハ2 49床、療養2 50床) 病床稼働率を10%落とせば実績指数は24→27を超える



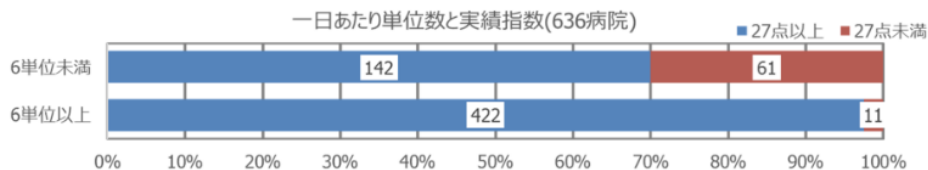
日経ヘルスケア 16年9月号の抽稿



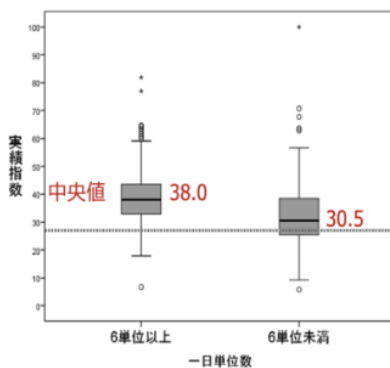
回復期リハビリテーション病棟協会 緊急調査結果より

実績指数の届出状況 (636病院)

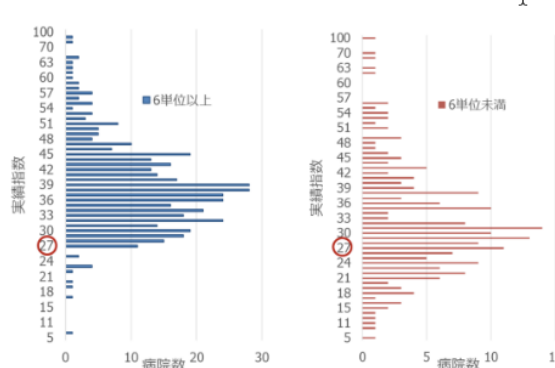
- 除外後 27 点以上は 564/636 病院(88.7%)
- 除外後 27 点未満は 6 単位以上実施の 11/433(2.5%)、6 単位未満実施の 61/203(30.0%)
- 包括の対象となる可能性のある病院は全病院の 11/636(1.7%)



病院毎の実績指数の分布 (箱ひげ図)



病院毎の実績指数の分布 (ヒストグラム)





WAMの調査「回リハの利益率高い、出る利益は叩かれるのか？」

表)主たる病床機能別に見た療養型病院の経営状況(福祉医療機構の調査より、2014年度)

区分	医療療養 n=319	回復期リハビリ テーション n=60	介護療養 n=64
平均病床数(床)	139.6	129.4	147.0
利用率(%)	91.9	89.9	93.1
平均在院日数(日)	122.5	63.6	214.6
病床1床当たり医業収益(千円)	8,897	14,172	7,297
1施設当たり従事者数(人)	137.1	207.3	126.6
医師(常勤)	4.4	6.1	3.7
医師(非常勤)	2.5	2.5	2.3
看護師・准看護師・看護補助者	85.3	87.4	82.3
その他	44.8	111.2	38.3
人件費率(%)	56.4	59.7	60.4
医療材料費率(%)	9.5	4.8	6.5
給食材料費率(%)	3.6	2.9	4.3
経費率(%)	20.8	18.0	19.2
減価償却費率(%)	4.0	4.2	3.3
医業収益に占める医業費用の割合(%)	94.3	89.6	93.7
医業収益対医業利益率(%)	5.7	10.4	6.3
赤字割合(%)	22.9	16.7	9.4

49



5. 慢性期(療養病床)

論点)

介護医療院の報酬体系はどうなるのか

療養2も6年間の経過措置になるのか

療養1に看護配置15対1の加算はつくのか

50



医療療養25対1と介護療養は2018年3月まで

医療療養病床（20対1・25対1）と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上4対1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。
 ※ 医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病床や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床		介護療養病床
		20対1	25対1	
人員	医師	48対1(3人以上)	48対1(3人以上)	48対1 (3人以上)
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	6対1 (診療報酬基準でいう30対1に相当) (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)
	看護補助者	20対1 (医療法では、4対1)	25対1 (医療法では、4対1が原則だが、29年度末まで経過的に6対1が認められている。)	—
	介護職員	—	—	6対1
施設基準		6.4㎡以上	6.4㎡以上	6.4㎡以上
設置の根拠		医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)	医療法(病院・診療所)
病床数		約13.7万床(※1)	約7.6万床(※1)	約6.1万床(※2)
財源		医療保険	医療保険	介護保険
報酬(例)(※3)		療養病床入院基本料1	療養病床入院基本料2	療養機能強化型A、療養機能強化型B、その他

(※1) 施設基準届出(平成26年7月1日現在)

(※2) 病院報告(平成27年8月分概数)

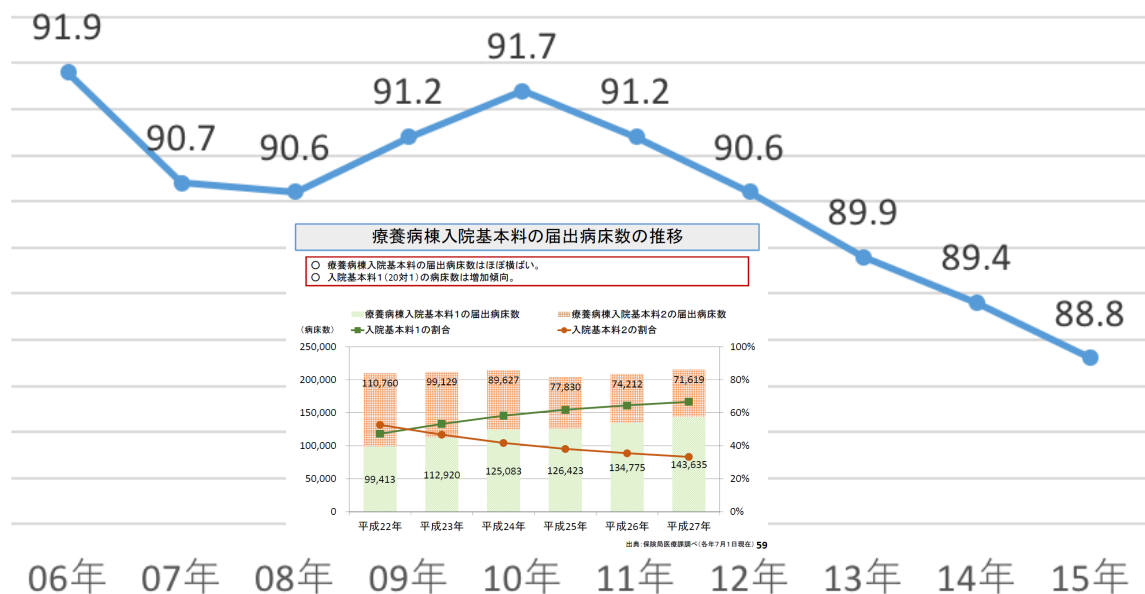
(※3) 療養病床入院基本料は、医療区分・ADL区分等に基づく患者分類に基づき評価。介護療養施設サービス費は、要介護度等に基づく分類に基づき評価。

11



療養病床の利用率は2010年をピークに減少傾向

2006年～2015年療養病床(病院)の病床利用率(%)
 厚労省病院報告(平成18年～27年より)





「介護医療院」として介護療養病床の経過措置は6年の予定

I. 医療機能を内包した施設系サービス

- 平成29年度末に設置期限を迎える介護療養病床等については、現在、これらの病床が果たしている機能に着目し、今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応、各地域での地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の実情等に応じた柔軟性を確保した上で、その機能を維持・確保していく。

	新たな施設	
	(I)	(II)
基本的性格	要介護高齢者の 長期療養・生活施設	
設置根拠 (法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視 を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準 (最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1 (3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1 (1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮 (法律)	補足給付の対象	

減収増益

【参考】療養病床の在り方等に関する特別部会(第4回)に提示した議論のたたき台(抜粋)



特定施設入居者生活介護 「介護付き有料老人ホーム」

II. 医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

- 経営者の多様な選択肢を用意する観点から、居住スペースと医療機関の併設型を選択する場合の特例、要件緩和等を設ける。

	医療外付け型 (居住スペースと医療機関の併設)
設置根拠 (法律)	✓ 医療機関 ⇒ 医療法 ✓ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定(介護サービスは内包)
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準 (居住スペース)	(参考：現行の特定施設入居者生活介護の基準) 医師 基準なし 看護 3対1 ※ 看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人 介護 ※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。
面積 (居住スペース)	(参考：現行の有料老人ホームの基準) 個室で13.0 m ² /室以上 ※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし

考えられる要件緩和、留意点等

- ✓ 居住スペース部分の基準については、経過措置等をあわせて検討。
- ✓ 医療機関併設型の場合、併設医療機関からの医師の往診等により夜間・休日の対応を行うことが可能。



「介護医療院」だから「院長」

2. 新たな介護保険施設の創設

見直し内容

○今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設する。

○病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

<新たな介護保険施設の概要>

名称	介護医療院 ※ただし、病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。
機能	要介護者に対し、「長期療養のための医療」と「日常生活上の世話（介護）」を一体的に提供する。（介護保険法上の介護保険施設だが、医療法上は医療提供施設として法的に位置づける。）
開設主体	地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等

☆ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。

※ 具体的な介護報酬、基準、転換支援策については、介護給付費分科会等で検討。

経過措置は
2018年
から6年間

■ 2018年から
最初の3年

療養、転換型
老健からの転
換を優先

■ 2021年から
新設や一般病
床からの転換

3

出所：厚生労働省 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案(平成29年2月7日提出) 概要資料

55



現在の医療療養2、介護療養はどうすべきなのか

1. 療養1を目指して看護20対1、医療区分2・3を8割以上にする（難易度高い）
2. 新類型の介護医療院へ転換（最も多くの病院が選択、とくにI-(II)の老健施設相当は多い）
3. 経過措置の6年間で現状維持で行く、なお、医療療養2の6年間経過措置はまだ決定していない（その先はどうする？）

56



まとめ

57



入院医療、外来、在宅医療の注目ポイント

■入院医療

「13対1」「15対1」は急性期と切り離す方向か？
地域包括ケア病棟のサブアキュート機能を評価か？
「重症度、医療看護必要度」はまた見直しか？
病棟群単位の届出制度の延長の可否を検討へ
医療療養2は6年の経過措置か？
DPC制度の重症度係数などは見直しへ

■外来医療

かかりつけ医機能を評価か？
地域包括診療料・加算は要件見直し？
「大病院受診時の定額負担」を拡大か？
遠隔診療を評価か？

■在宅医療

一般診療所の負担を軽減する複数医療機関の連携を推進か？
病院の後方支援機能を評価か？
患者の重症度や住まいに応じてさらに評価を見直す？

出所) 日経ヘルスケア2017年5月号より

58



ハシゴは外れるのが当たり前



- 「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

59



戦う土俵を合理的に見極めることが「戦略」

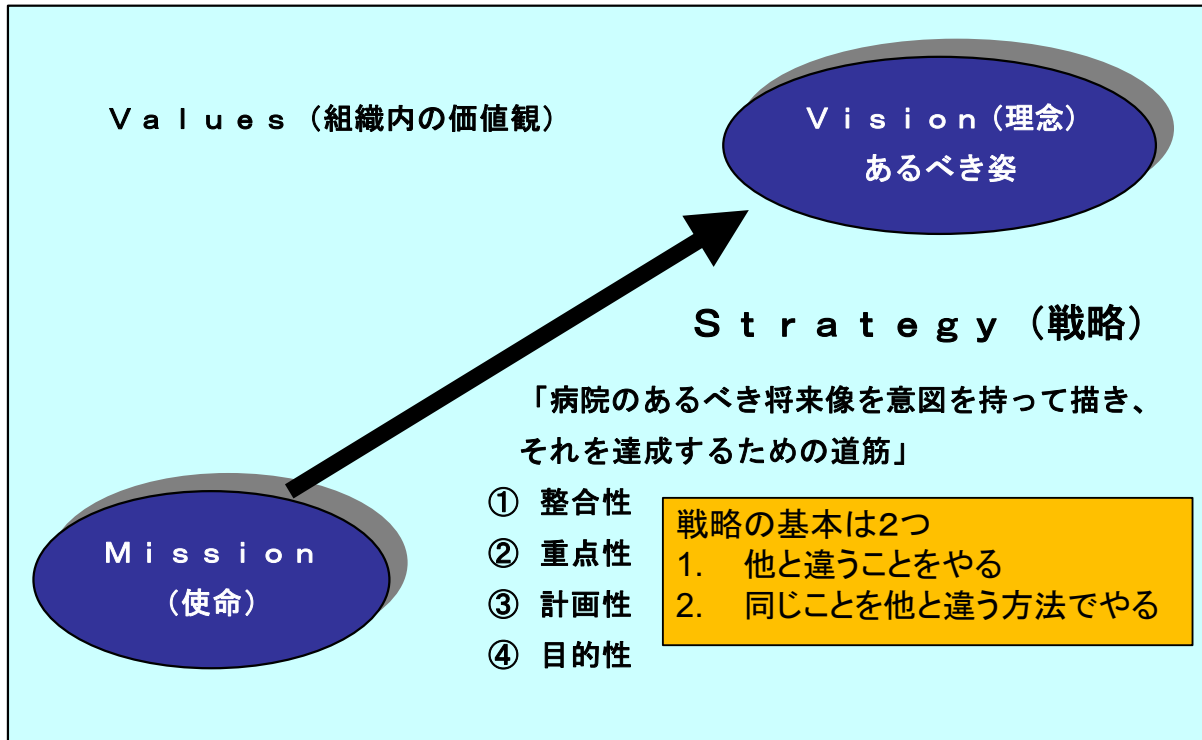
- 経営とは「際立つ」ことである。
- 自社ならではの独自価値を生み出し、競争相手と一線を画す「際立つ存在」を目指すことが経営の主題である。
- そのためには、どこで戦えば際立つ存在になれるのかを見極め、自らが「戦う土俵」を冷徹に吟味しなければならない。
- 戦う土俵を合理的に見極めることが戦略である。

日本経済新聞2012年5月30日「経済教室」
(ものづくり再生の視点)(下)戦う土俵、冷徹に見極めを
遠藤功 早稲田大学教授

60



自院のビジョンが職員へ浸透していますか



61



急性期(DPC)の戦略・戦術

1. 急性期需要に対応した急性期病床の適正化
2. 需要が少なければ許可病床ダウンサイジングか地域包括ケア病棟等への他機能の病棟へ転換
3. 重症患者が多いならばICU、HCU等の急性期ユニット増
4. 後発医薬品のある薬剤はすべて切り替える
5. 救急医療体制のさらなる充実
6. 診療ガイドライン遵守、クリティカルパス数を多くする
7. 医療連携、介護連携(とくにケアマネージャとの連携をより強く)、院内連携を強化
8. 早期リハビリを充実させる
9. 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
10. 看護師確保のために中・長期採用計画、卒後教育の充実
11. メディカルスタッフ関連点数(栄養指導、薬剤管理指導等)の完全実施・算定
12. 得意な診療科目や医療分野をより強化する

62



ケアミックス、回復期・療養型の戦略・戦術

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、理想は8単位以上でFIM利得を上げて回転率を高める
2. 回復期リハビリ病棟はリハビリ専門医採用が理想だが、無理な場合は週1~2回程度可能な非常勤のリハビリ専門医雇用
3. 十分なリハビリ提供可能な人数までリハビリセラピスト数を増やす
4. 後発医薬品のある薬剤はすべて切り替える
5. 医療療養型は看護20対1で医療区分2、3の患者を8割以上がスタンダード、積極的にリハビリ対象者にはリハビリ実施
6. 回復期、療養型ともに在宅復帰率を高める
7. 急性期病院や介護施設、介護事業所との連携強化（とくにケアマネージャとの連携をより強く）
8. 多職種協働によるチーム医療
9. メディカルスタッフ関連点数（栄養指導、薬剤管理指導等）の完全実施・算定
10. 在宅療養支援診療所や介護施設、サービス付き高齢者住宅へシームレスにつなぐ



2025年に向けた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」



本資料は出典(C)を明確にして頂ければ
引用および適度な転載は自由です。



Medical
Management

株式会社MMオフィス

〒227-0051

神奈川県横浜市青葉区千草台14-3 プライム千草台304

電話:045-975-1320 (ご連絡は移動が多いのでメールでお願いします)

E-mail: takudo@bd5.so-net.ne.jp

Home Page <http://m-m-office.com/>