

令和6年度JCOA研修会 特別講演1 「2024年度改定の整形外科領域への 具体的な影響データとこれからの対応」

株式会社MMオフィス代表取締役 工 藤 ^{たかし}高

■ 24年改定の建て付けが悪くて多くの病院が赤字へ

2024年度診療報酬改定が整形外科領域にどのような影響を与えたかについて説明したい。日本はバブル経済崩壊後、約30年に渡る物価が変わらないデフレ経済下から、物価が上がるインフレ経済に転じて、病院経営はかつて経験したことがない赤字へ転落している。24年度改定率の「本体+0.88%」が決まったのは23年12月であり、そのときは現在のようなインフレ経済になっていなかった。原材料や人件費高騰に伴って、大手ハンバーガー店やコンビニおにぎりは「資本主義経済」の原則に則って、価格転嫁して商品値上げをしている。しかし、診療報酬という公定価格による「計画経済」では、勝手に価格転嫁できないのが医療機関の辛いところだ。

結論を言えば国家による計画経済である2024年度診療報酬改定の建て付けが悪かった。次回2026年改定の診療報酬改定率を決定するにあたっては、これまでの財務省における予算を削るという医療費抑制政策の改善が必要なのは言うまでもない。病院団体も改定への要望として「社会保障予算に関しての財政フレームの見直しを行い、社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制するという取扱いを改めることが必要」としている。

■ 整形外科領域のプラス要因を俯瞰する

そのような厳しい病院経営環境下で24年改定のなかで、整形外科領域のマイナス要因としては、トリガーポイント注射80点を70点（▲10点）と引き下げた。一方、プラス要因としては下記がある。

【2024年改定における診療報酬領域のプラス要因】

- (1) 筋骨格系・四肢・体幹手術への術式追加
 - ① K080-5 関節鏡下肩甲骨烏口突起移行術を伴うもの 46,370点
 - ② K082-7 人工股関節置換術（手術支援装置） 43,260点（届出）
 - ③ K142-5 内視鏡下椎弓形成術に椎弓が2以上の場合に1椎弓増すごとに所定点数の100分の50加算可能へ（4椎弓限度）
- (2) DPCの効率性係数（在院日数短縮を評価）の計算式見直しで整形専門病院の同係数はアップ
- (3) 急性期一般入院料1（7対1看護）削減の刺客である「看護必要度見直し」に整形外科領域手術は有利に働く
- (4) 新設された地域包括医療病棟は急性期一般入院料4（10対1看護）で出来高算定の病院にとって整形外科入院患者は大幅増収が見込める最強の組み合わせ

■看護必要度新基準に整形外科手術は有利に働く

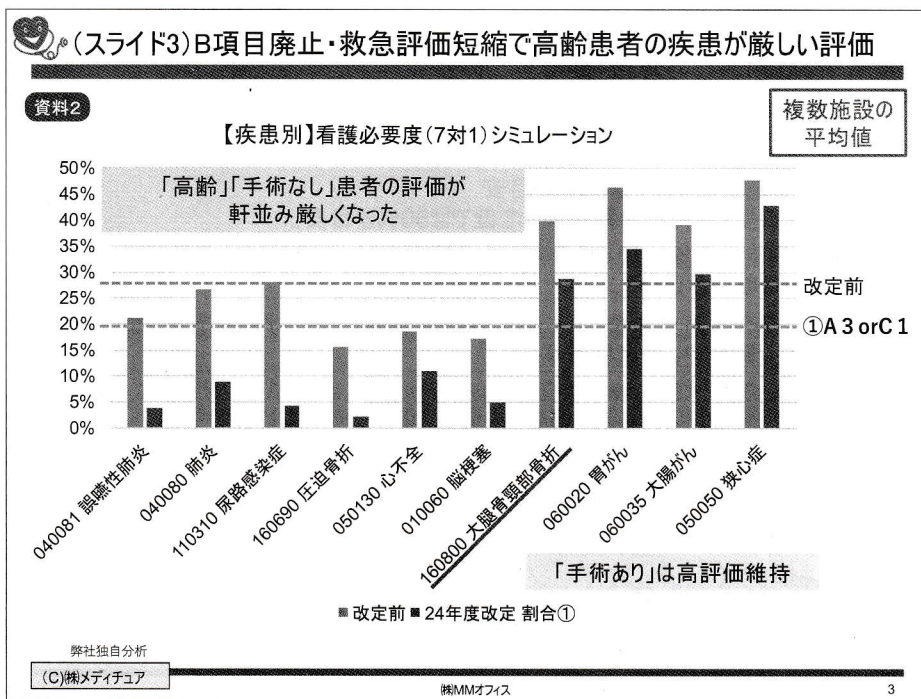
(3) 急性期一般入院料1 (7対1看護) 削減の刺客である「看護必要度見直し」に整形外科領域手術は有利に働くようになった。2024年度改定において急性期一般入院料1 (7対1看護) 適正化を目的とした「重症度、医療・看護必要度」の変更の経過措置が昨年9月末で終了となった。変更の最大の狙いは入院料1の削減であり、14年の38万床をピークに22年7月時点で35万3100床あった同入院料の1割程度が減少すると言われている。

具体的には入院料1はB項目(患者のADL状況や意識レベル)を外した上で、①A3点以上(医学管理や処置等の実施状況の評価)またはC1点以上(手術や検査の実施状況の評価)の該当患者20%以上および②A2点以上またはC1点以上の該当患者27%以上のダブルクリアが必要になった。

今回の変更は高齢者の救急搬送内科系患者

が多い病院に完全ロックオンしたと言える。それはA項目「緊急に入院を必要とする状態」(看護必要度IIでは救急医療管理加算を算定する患者)のA2点×5日間を2日間に短縮(▲3日間)したことだった。さらにB項目を除外したため、これまでカウントできていた「A2点かつB3点以上」が対象外になった。

救急搬送の高齢者はADLが悪いため、大部分がB3点以上に該当していた。誤嚥性肺炎、市中肺炎、尿路感染症、圧迫骨折等の患者であり、スライド3のようにこれらの患者は新基準の看護必要度を満たさなくなった。これらは入院料1ではなく、入院料2以降や新設された地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟で診るようという政策誘導である。一方、大腿骨頸部骨折は新基準を満たしている。整形外科領域は骨の手術がC項目1点×10日間のためだ。今回、入院料1からのステップダウンを余儀なくされたある病院では、再びの復活を目指して、整形外科医師を招聘して整形外科を開設する予定だ。



(4) の新設された地域包括医療病棟も整形外科とは相性は良い。救急搬送患者15%以上は外傷、在宅復帰率80%も回復期リハビリ病棟転棟、転院は参入可能だからだ。リハビリも出来高算定可能である。ただし、地域包括ケア病棟転棟は在宅復帰率に参入できない。


■人件費比率を下げるためには必要な部署の人を増やす必要がある

3病院団体による病院経営中間報告書では「近年の経営調査では増収減益傾向が続いていたが、24年度は減収減益傾向に転じることも想定され、24年度診療報酬改定の影響、働き方改革による人件費の負担増、さらには材料費（医薬品、診療材料、給食材料等）の高騰と合わせて病院経営はさらに厳しさを増している」と指摘している。

スライド4は人件費比率を下げるには必要な部署の人を増やすという逆張りの論調であるが、筆者は独立まもない20年前から主張してきた。

24年改定の急性期一般入院基本料等に加算できる「リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算」や「地域包括医療病棟入院料」の新設でその主張に対する自信が確信に変わった。ともに病棟ごとに専従（1人は専任でも可）のリハビリ職員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）2名以上が必要で365日リハビリ実施が大前提であり、専任の管理栄養士1名の配置も必要になる。つまり、これらの要件をクリアできなければ職員を増やす必要がある。もちろん、不要な部署や一定の職員数以上に増加した場合は余剰人員となる。

病院の人件費比率は「人件費/医業収益」で計算され、急性期病院では50%以下が理想とされており、ケアミックス病院では55%、療養型・精神科単科病院、老健では60%が目安とされている。人が最も多い急性期病院の人件費比率が低いのは分母が医業収益のためだ。一方、医療材料や薬剤費の「医療材料費」は高額な薬剤等を使う急性期が最も高くなっている。多くの病院や介護施設では分子の人件費が高いのではなく、人員配置に対して分母の医業収益が

 (スライド4) 人件費比率を下げるには必要な部署の人を増やす
(分母の「医業収益」を増やす)

人件費比率 = 人件費 / 医業収益

※急性期病院では50%以下が理想とされる
※ケアミックス病院では55%が目安
※療養型・精神科単科病院、老健では60%が目安

- 多くの病院や介護施設では分子の人件費が高いのではなく、人員配置に対して分母の収益が低い
- つまり、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→単価UP、病床稼働率UP
- 多くの人を必要とする「労働集約型産業」の病院においては、収入を上げるためには、常に50%人件費に相当する必要な部署の人員を戦略的に増やさないとけない。
- 1日入院単価が高い高機能急性期病院で100床あたりの職員数が多くなっているのは、収入の50%が人件費だからである。
- 1日入院単価6万円(人件費3万円)→1日入院単価8万円(人件費4万円)となり、つまり、人は増やさないとけない。

365日リハに必要で補充しなければならないリハビリセラピスト、NSTの管理栄養士、病棟配置の薬剤師等の人件費は必要な人数までは「コスト」ではなく「原価」である

MMオフィス 4

低いことが多い。

つまり、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。これまでは急性期病院での人件費比率は50%以下が理想とされていたが、患者1人あたり年間数百万円、場合によっては1千万円超の抗がん剤や血液凝固因子製剤等の使用も多くなった。それらが多い病院では薬剤費（医療材料費）が大きく向上して収入は増加するが、薬価差益はほとんどないため経営的には厳しくなってしまう。百分率なので医療材料費が上がると、相対的に人件費率は40%台になるが、利益はでない高機能ながん拠点病院が続出している。

そのために「労働分配率」という「人件費÷限界利益（粗利）」で算出する病院もある。「限界利益」とは「売上高 - 変動費」になる。いずれにしても多くの人を必要とする「労働集約型産業」の病院においては、収入を上げるためには、常に50%人件費に相当する必要な部署の人員を戦略的に増やさないといけない。「必要な部署」はどこと聞かれるが、それは病院のビジョン（あるべき姿）を達成するために戦略的に増やさないといけない部署である。地域の中でどのような整形外科医療を提供するかという自院のビジョンがまずありきだ。

以上