

2018年度同時改定に向けた DPC／PDPS病院の対応

メディカル・データ・ビジョン株式会社
オンライン講演
(MMオフィスのホームページ掲載用抜粋版に加工)

2017年4月11日

株式会社MMオフィス代表取締役
関東学院大学大学院非常勤講師(医療経済学担当)
工藤 高



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
- 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

- 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

病院経営、改定で「増収減益」傾向に 経過措置後が正念場

Medifax digest 2016/10/3

2016年度診療報酬改定から半年が経過し、医療現場の多くの病院で「増収減益」傾向が明らかになっている。日本病院会の定期調査では、診療単価の視点からは7対1入院基本料をはじめとする急性期や大規模病院に優位な改定とする一方で、医業損益の視点では、病院の医業費用がかさんだことで赤字病院の割合が増加し、急性期病院の厳しい経営状況が確認されている。ただ、9月までは経過措置期間。7対1病院をはじめ、経過措置後の10月からの対応が病院経営を左右しそうだ。

定期調査結果によると、1病院当たりの損益は、昨年6月と今年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。

材料費比率+人件費比率
で80%超だと危険

結果として経常利益、医業利益ともに減少しているのが実態だ。医薬品の経費率をいかに抑えるかが医療現場の大きな課題となっており、高額薬剤への対応を議論している中医協の今後の対応策が注目される。

特に、7対1入院基本料の届け出を経営の生命線とする急性期病院関係者にとって、経費増は大きな経営課題。

逆にそれが7対1にしがみつく要因になっている可能性もある。

実際、日本病院団体協議会や日病の調査結果からも、現時点で7対1は財務省などが期待するような大幅な減少にはならないという見方が大勢だ。

だが、「7対1病床にふさわしい患者像」という基本的考え方に沿って議論が展開された16年度改定の流れを受け、18年度改定では、7対1病床の位置付けがより明確化されるのは必至。改定に向けた今後の議論を踏まえながら、経過措置後の10月以降は将来を見据えた対応が7対1には求められそうだ。



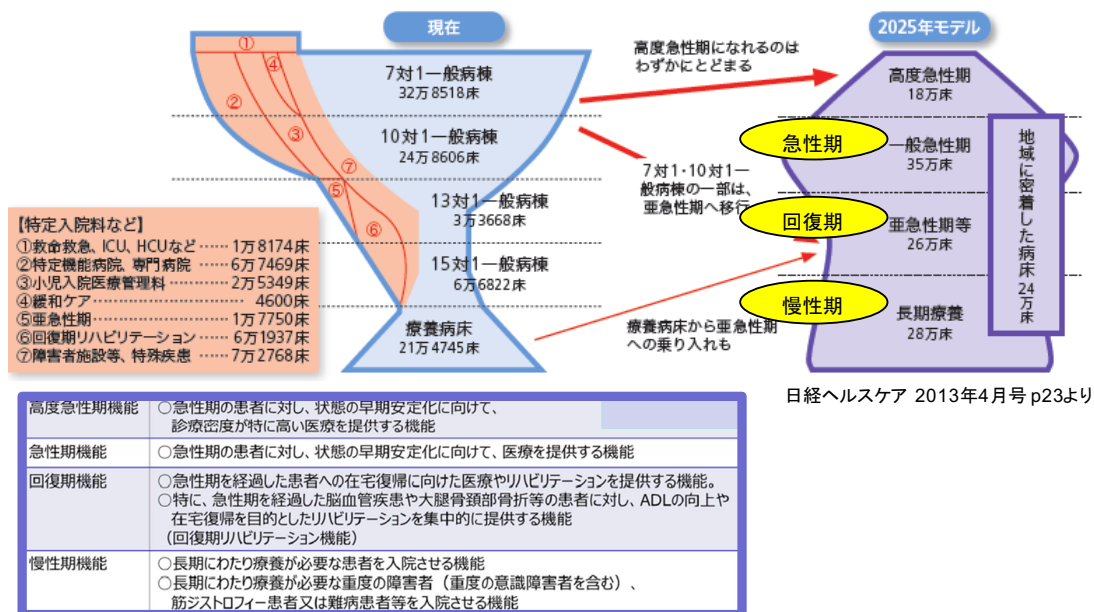
2016年度診療報酬改定以降に起きたこと

- 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「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見えよう



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



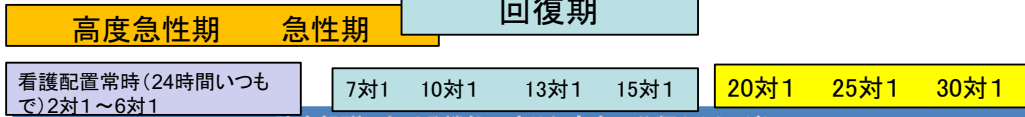
■病床機能報告制度、地域医療ビジョンを一言でいうと

「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

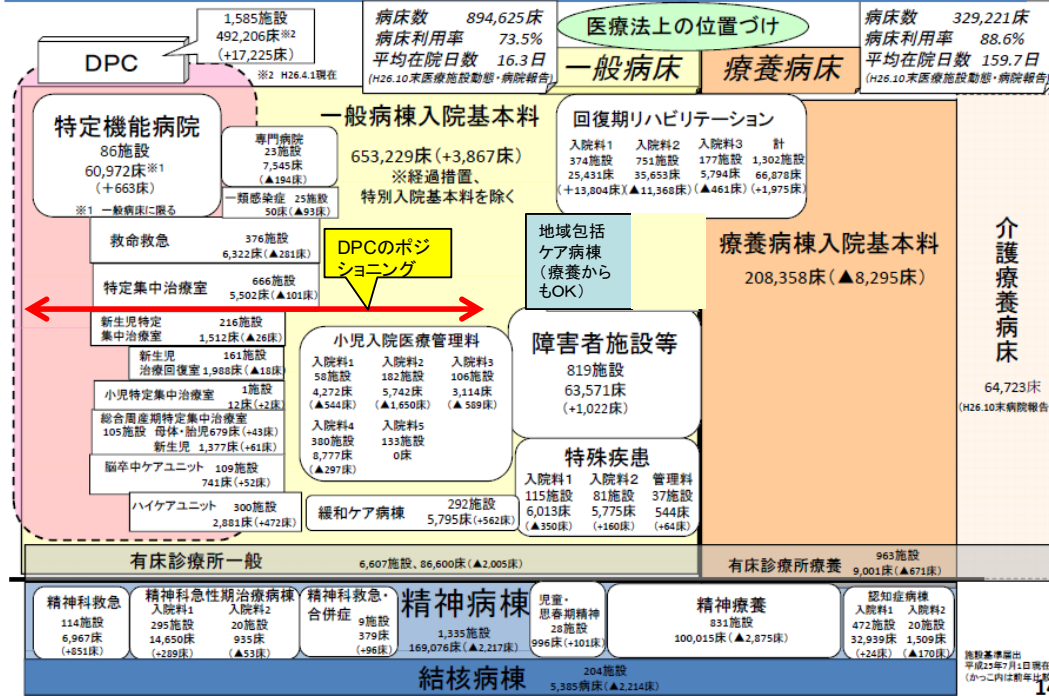


診療報酬上の病床分類(厚労省資料に工藤が加筆)

病棟の機能は看護配置で決まる

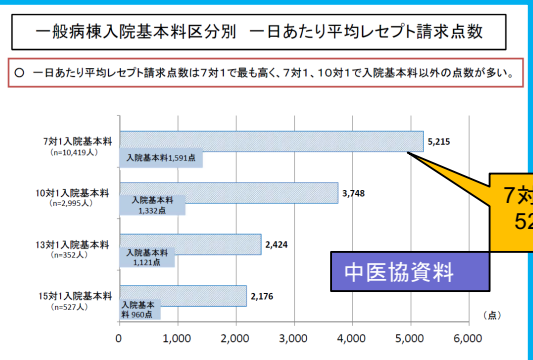
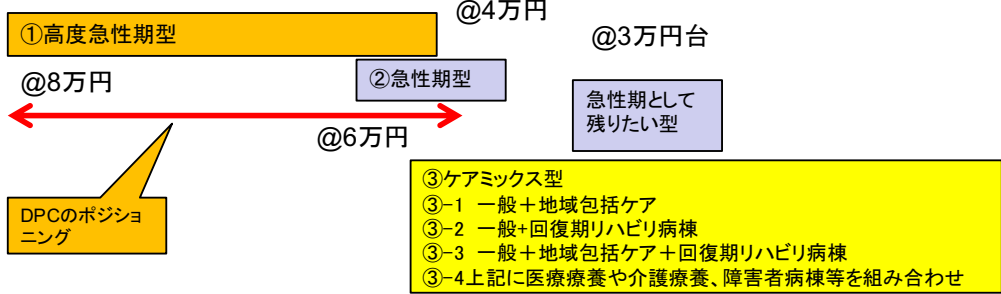


診療報酬における機能に応じた病床の分類(イメージ)



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

病棟の機能は看護配置で決まる

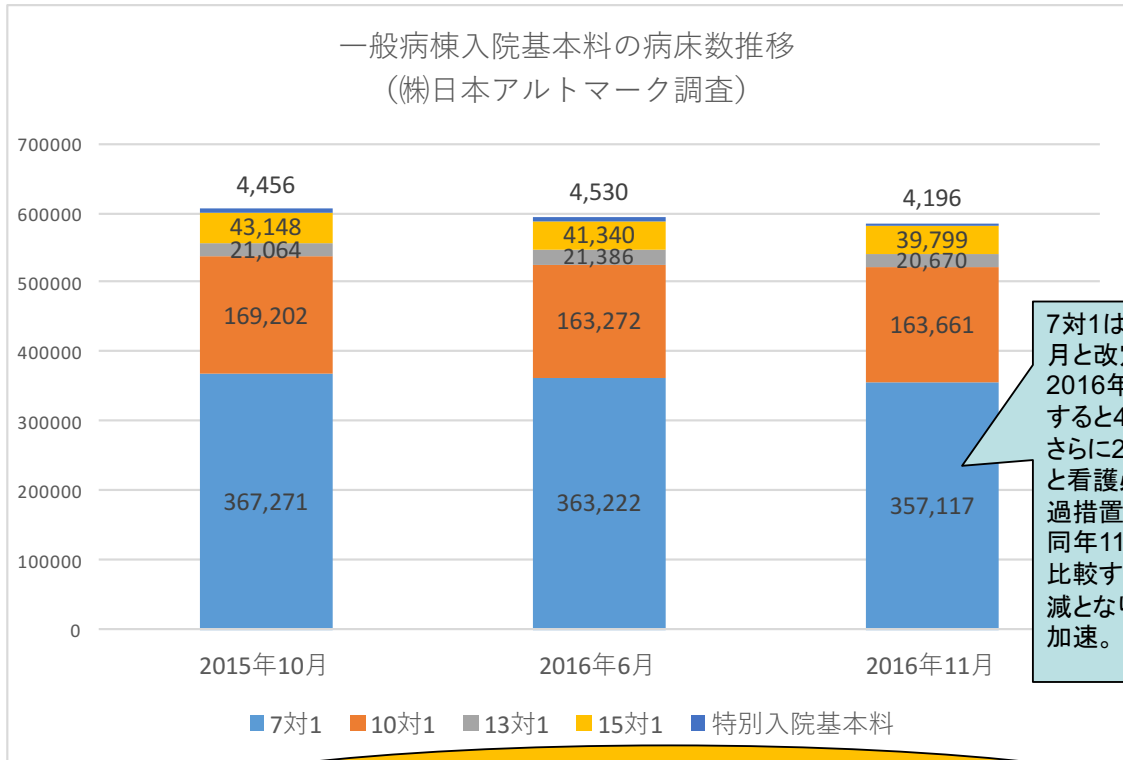


※平成26年11月10日~12月31日の間に医療機関が任意に受けた調査対象月のレセプトより算出

出典:平成26年度入院医療等の調査13



7対1の病床数の変化 16年6月→11月6,105床減少



7対1は2015年10月と改定後の2016年6月を比較すると4049床減、さらに2016年6月と看護必要度の経過措置が切れた同年11月時点と比較すると6105床減となり、減少が加速。

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



DPC医療機関係数の対応方針(案)(17年3月31日のDPC分科会より)

1. 基礎係数 (医療機関群)

- ① I～Ⅲ群の3つの医療機関係数は維持
- ② Ⅲ群は機能評価係数Ⅱの中で適切な評価が可能かを検討
- ③ I～Ⅲ群の名称変更を行い、例えばI群を「大学病院本院群」、Ⅲ群は「標準群」等
- ④ Ⅱ群の要件を満たす病院がⅢ群を選択が可能とするが、医療機関係数設定作業よりも前の段階でその意向を示す

2. 機能評価係数Ⅱ

- ① 後発医薬品係数は機能評価係数Ⅰに置き換え
- ② 重症度係数は係数設定の目的や趣旨に沿った他の評価手法の設定が可能か
- ③ 保険診療係数は評価指標等を再整理
- ④ 地域医療係数は今後の医療計画の見直しの方向性にそって見直す
- ⑤ このほか各係数について、前述以外の事項も含めて必要な見直し

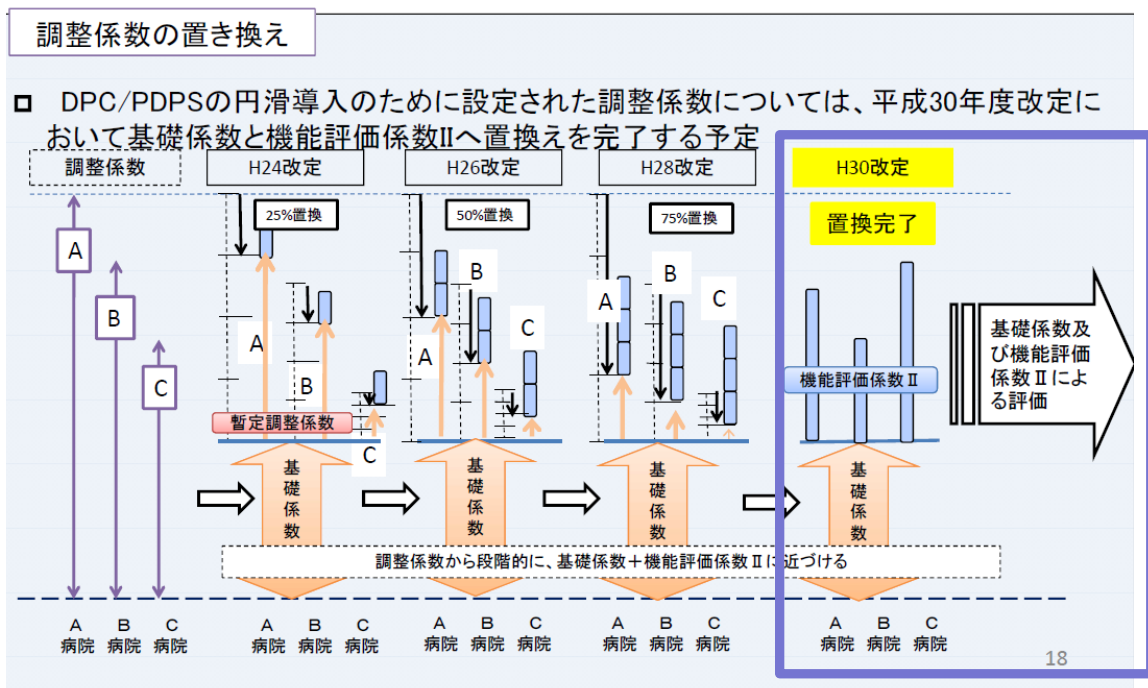
3. 調整係数

- ① 改定で医療機関係数が大きく低下を見込まれる病院に同ルールで激変緩和措置を継続しても、過去の激変緩和措置の残存が継続してしまう可能性があるため、さらに具体的な要因分析を進めた上で、その要因に応じた対応を検討
- ② 平成30年度及びそれ以降の診療報酬改定での対応も含め、調整係数の置き換え完了後もDPC対象病院のうち改定の影響による医療機関係数の著しい変動を緩和するための何らかの仕組みを検討



1. 機能評価係数Ⅱの見直し(重症度係数、後発医薬品、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. 疾患別割合(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、総合入院体制加算1を加えた「トリプル・ワン」)

- 次回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)

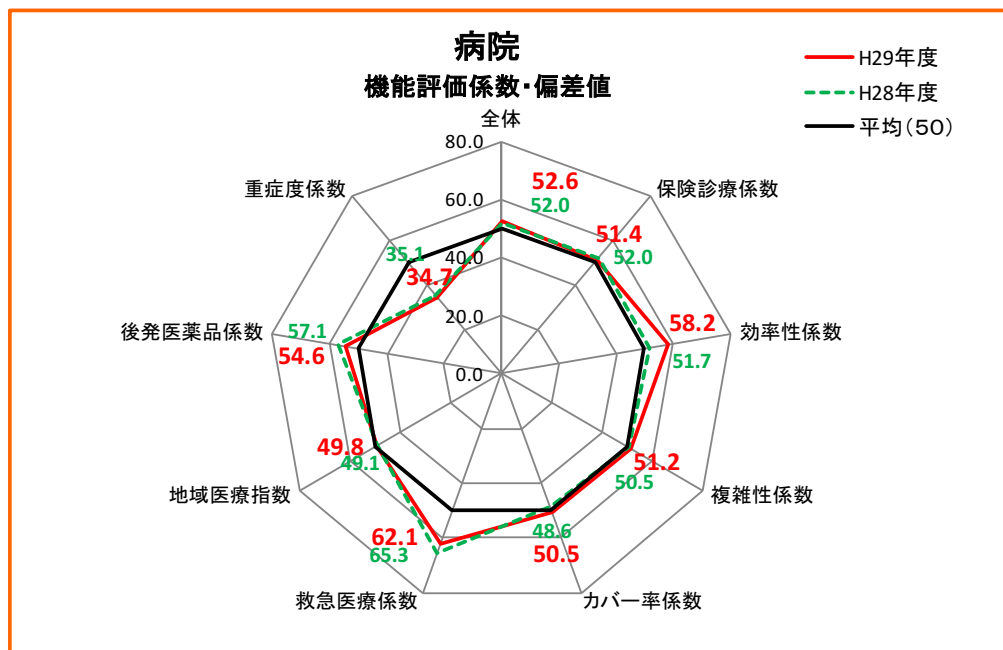


8つの機能評価係数Ⅱの中でも「効率性係数」の重要性

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



機能評価係数Ⅱは偏差値に置き換える(2017年度の対前年比)

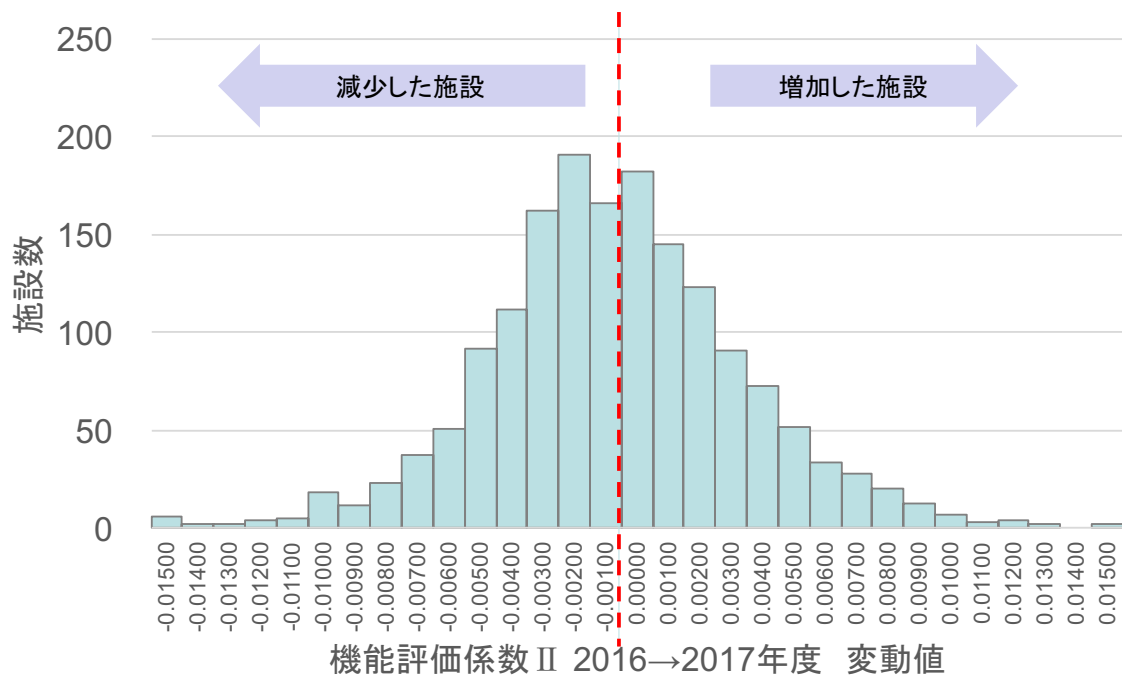


■ 係数の偏差値の計算式
 $(\text{各病院の係数} - \text{平均値}) / \text{標準偏差} \times 10 + 50$



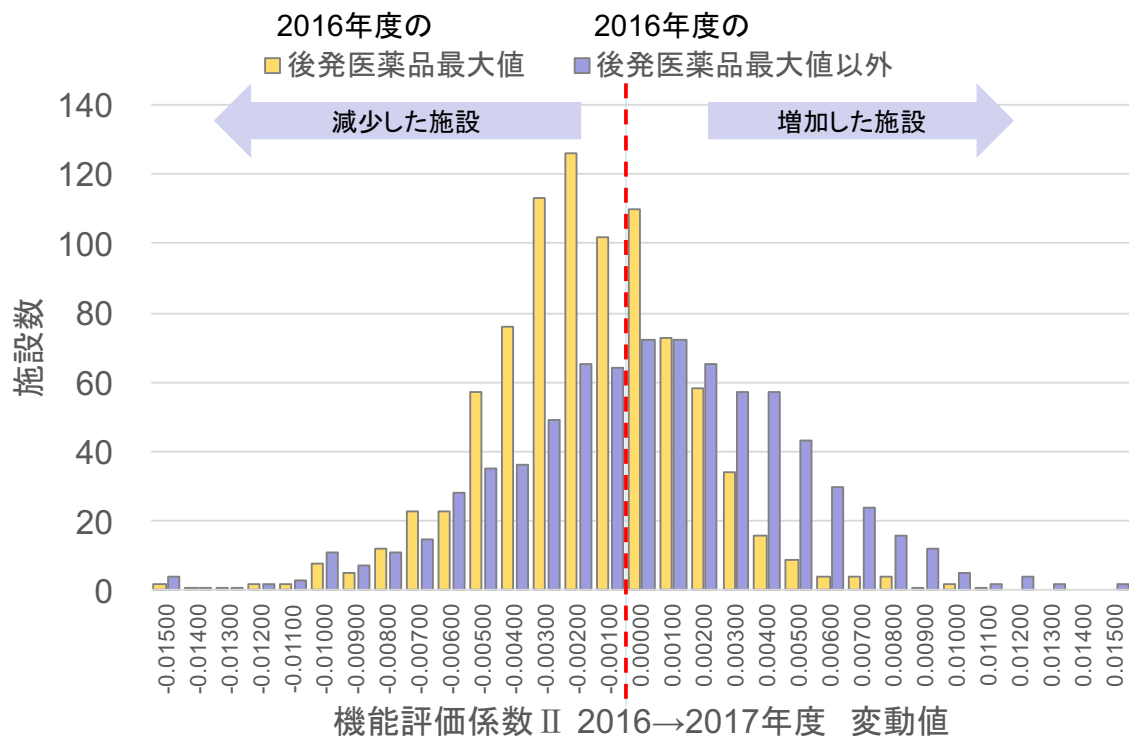
機能評価係数Ⅱ 2016年度→2017年度の概況

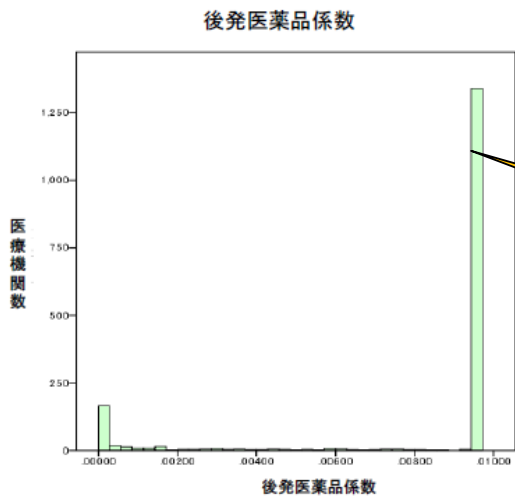
増加した施設より、減少した施設の方が若干多いか



機能評価係数Ⅱ 2016年度→2017年度の概況

2016年度後発医薬品係数が最大値だった施設は、減少したところが多い





機能評価係数Ⅱは「相対評価」
のために後発品数量ベース最大
値70%以上でも後発医薬品
係数は下がってしまった

70%以上は
1338病院

平均値	0.00799
標準偏差	0.00326

I 群～III 群共通

【後発医薬品係数の推移】

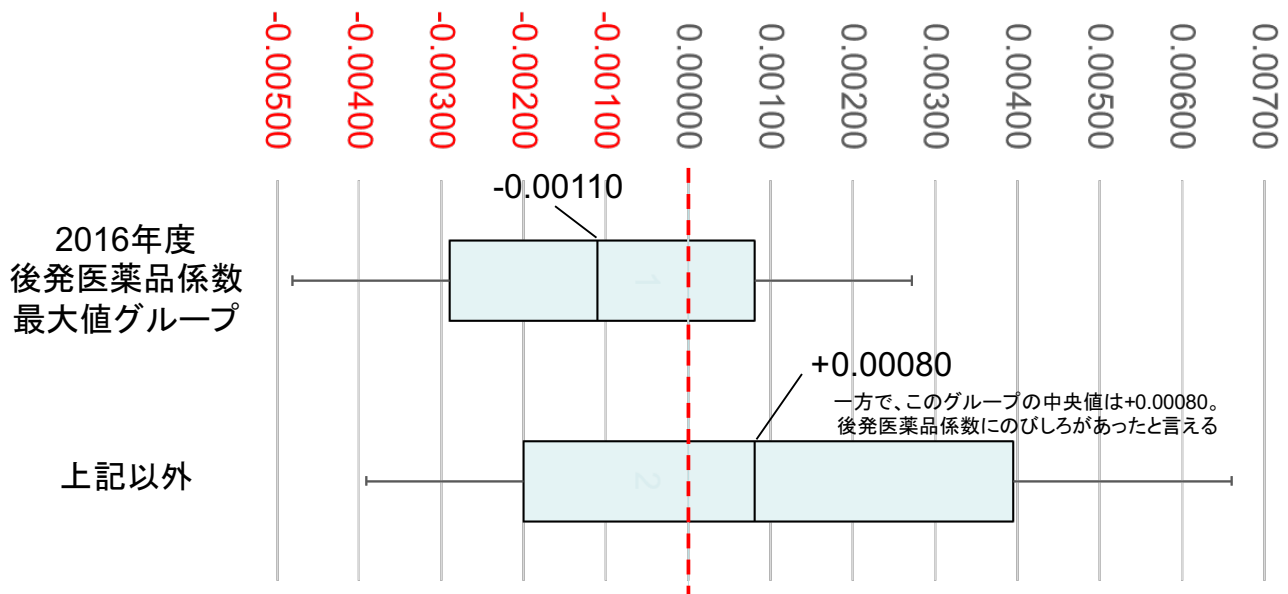
年度	2014年	2015年	2016年	2017年
数量ベース上限	60%	60%	70%	70%
最大係数	0.01544	0.01274	0.01058	0.00949
最大値の病院数	189	303	870	1338
偏差値	65.4	62	57.1	54.6



機能評価係数Ⅱ 2016年度→2017年度の概況

後発医薬品係数最大値が0.01058(2016年度)から0.00949(2017年度)に、0.00109減少
2016年度の後発医薬品係数最大値グループの機能評価係数Ⅱ変動値の中央値は0.00110の減少
→偶然の一致ではなく、このグループは「一律、後発医薬品係数で0.00110減少した」と考えるべき

機能評価係数Ⅱ 2016→2017変動値



※箱ひげ図の上下のヒゲは10%タイル値、90%タイル値。箱の下限、上限は25%タイル値、75%タイル値



通常の平均在院日数と効率性係数の違い

通常の平均在院日数
 3ヶ月間の延べ在院日数
 (3ヶ月間の入院+退院) ÷ 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]

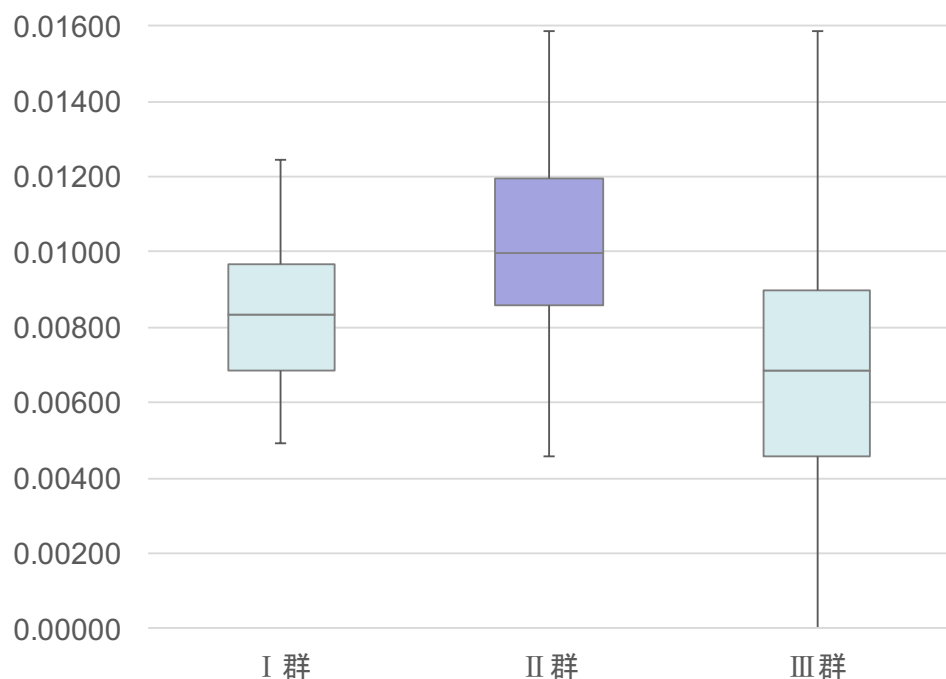
※ 当該医療機関において、12症例(1症例/月)以上ある診断群分類のみを計算対象とする。

※ 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(2016年度係数)

機能評価係数Ⅱ 効率性係数



日経ヘルスケア16年10月号「DPC病院 最新『経営努力度』ランキング DPCⅢ群病院の効率性係数伸び率ランキング

「ベスト10に弊社クライアントが3病院」全て200床未満DPC10対1で1病棟を地域包括ケア病棟に転換

表1●DPCⅢ群病院の係数伸び率ランキング(国立、独立行政法人、公的医療機関は除く)

伸び率 順位	都道府県	病院名	効率性 係数	伸び率 (倍率)	係数順位 (2015年度順位)
1	静岡	医療法人健育会・西伊豆健育会病院	0.00998	—*	230(1307)
2	高知	社会医療法人仁生会・細木病院	0.01091	6.69	163(1257)
3	兵庫	医療法人沙咲会・井野病院	0.01234	6.60	91(1244)
4	福岡	宗像医師会病院	0.00758	4.28	604(1250)
5	高知	医療法人聖真会・渭南病院	0.01544	4.18	42(1118)
6	広島	医療法人仁慈会・安田病院	0.01398	3.61	60(1092)
7	高知	医療法人尚賢会・高知高須病院	0.01390	2.70	64(928)
8	兵庫	医療法人公仁会・姫路中央病院	0.00807	2.25	521(1126)
9	宮崎	社会医療法人泉和会・千代田病院	0.01199	2.20	108(884)
10	福岡	医療法人東真会・渡辺整形外科病院	0.00754	2.12	608(1128)
11	山形	一般財団法人三友堂病院	0.00926	2.07	311(1018)
12	岡山	社会医療法人緑社会・金田病院	0.00946	2.07	284(1003)
13	宮崎	潤和リハビリテーション振興財団潤和会記念病院	0.00785	2.05	560(1099)
14	鹿児島	川内市医師会立市民病院	0.00780	1.99	572(1086)
15	福岡	社会医療法人喜悦会・那珂川病院	0.01135	1.92	136(801)
16	東京	社会福祉法人聖母会・聖母病院	0.01233	1.90	92(706)
17	鹿児島	社会医療法人聖恵会・サザン・リージョン病院	0.01385	1.88	65(553)
18	宮城	公益財団法人宮城厚生協会・坂総合病院	0.00818	1.79	496(1005)
19	広島	広島医療生活協同組合広島共立病院	0.01011	1.78	215(846)
20	岡山	医療法人清和会・笠岡第一病院	0.01588	1.77	1(270)
21	大分	社会医療法人玄真堂・川喜整形外科病院	0.00787	1.67	554(984)
22	新潟	医療法人恒仁会・新潟南病院	0.00770	1.64	582(985)
23	宮崎	宮崎市医師会病院	0.00872	1.63	397(899)
24	大阪	一般社団法人日本海員救済会・大阪救済会病院	0.01585	1.62	40(188)
25	京都	一般社団法人愛生会山科病院	0.00765	1.61	593(975)
26	石川	医療法人和楽仁・芳珠記念病院	0.01588	1.59	1(170)
27	滋賀	医療法人朋会・湖東記念病院	0.00764	1.59	594(971)
28	青森	津軽保健生活協同組合共生生院	0.00803	1.57	526(933)
29	東京	公益財団法人東京都保健医療公社大久保病院	0.00881	1.55	385(844)
30	石川	特定医療法人勝木会・やわたメディカルセンター	0.01280	1.54	79(361)

*2015年度の係数がゼロのため伸び率は未算出 ※赤字は本記事で紹介する病院
Ⅲ群の効率性係数の中央値(0.00729)以上の病院について、2015年度の係数からの伸び率をランキング化した

DPC評価分科会委員 伏見清秀先生のコメント

「後発医薬品係数は後発品の数量シェアを高めさえすれば伸びるため、大多数の病院が最高値をとれる。いわば“取れて当たり前”の係数で、差がつきにくくなるだろう。今後は**効率性係数と複雑性係数のみが実質的に病院の機能を評価する係数になると考えられる**」

(日経ヘルスケア 2016年10月号)

© 日経ヘルスケア16年10月号より引用



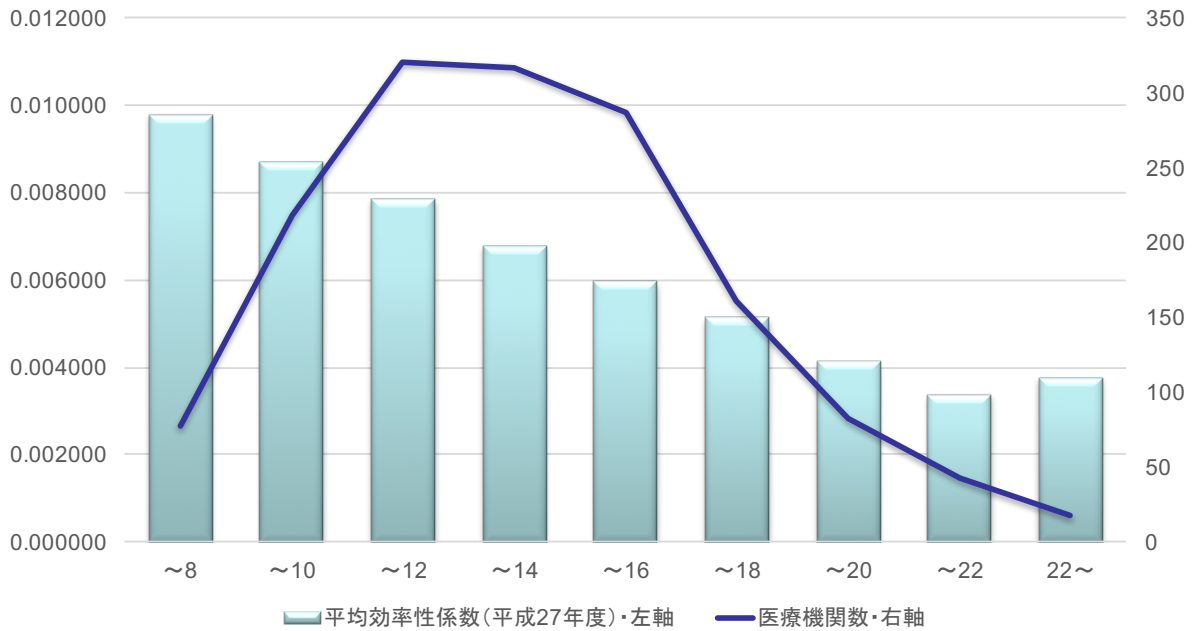
平成26年度 DPC症例数 上位1~20 肺炎は短期3を除くと全国で最も患者数が多い→肺炎の在院日数が長いと「効率性係数」が悪くなる傾向あり

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。

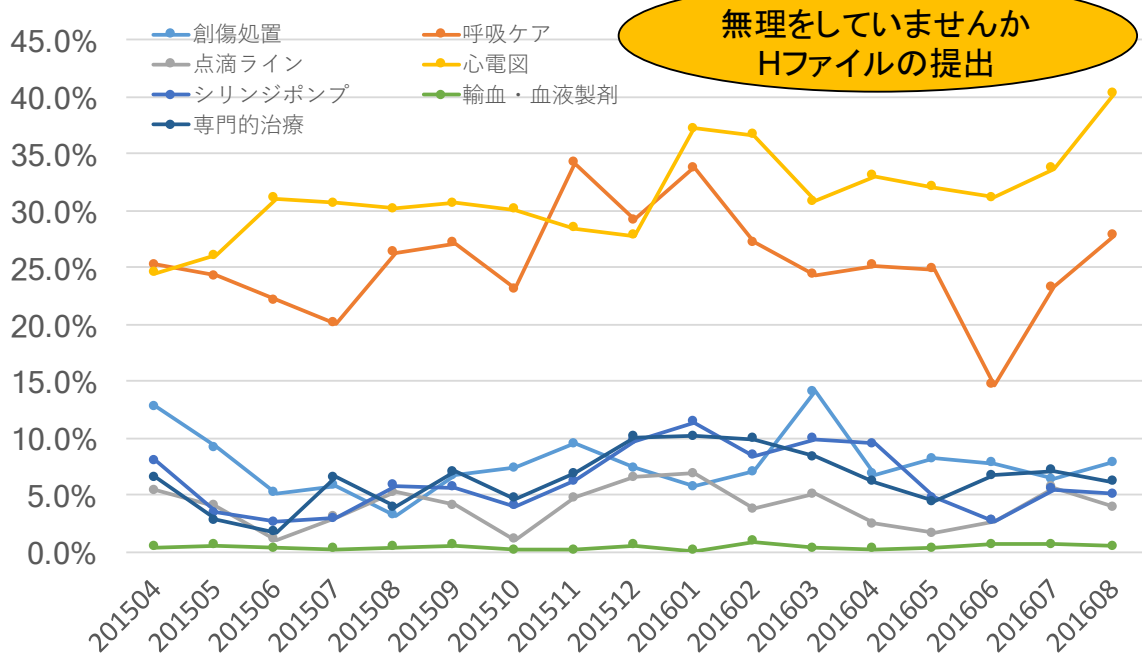


公開データにおける「肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし」について、医療機関を平均在院日数ごとにグルーピングし、それぞれのグループの効率性係数の平均値を求めた。



看護必要度 A項目 項目別割合推移(一般病棟)

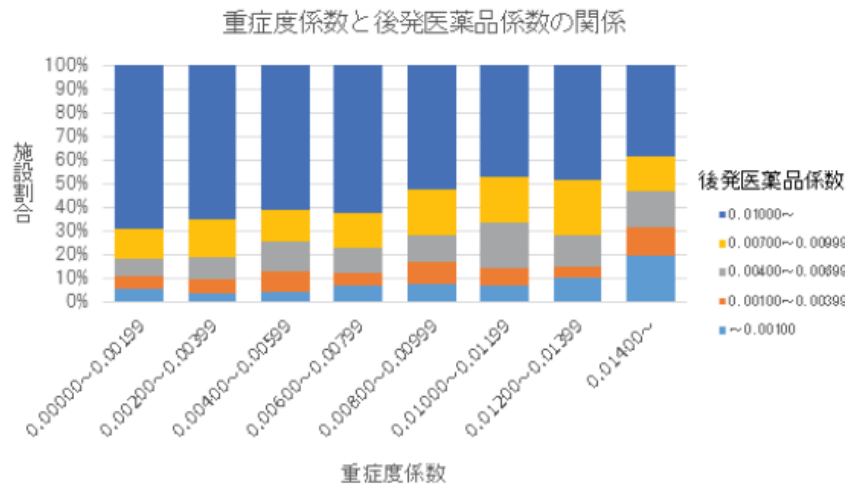
30%前後で推移していたものが、2015年11月前後から呼吸ケアが高くなり、また、心電図モニタは年明け以降35%を超える月が出始め、直近は40%に達している





後発医薬品係数が低いほど重症度係数が高い矛盾(2016年度)

グラフ2 DPC病院Ⅲ群における重症度係数と後発医薬品係数の関係



©株メディチュア 渡辺 優



ユートブレン発行「卸ニュース」の工藤原稿(16年4月)抜粋

■重症度係数は下がるような努力をすべき

- 同係数が高い病院は大きく二つに分類されるでしょう。第一はがんや循環器などに特化した全国から患者が集まるような高度専門病院です。同じ診断群でも重症患者が多く、必然的に医療資源投入量(出来高換算点数)が多くなります。重症度係数はそのような病院の経済的損失を補てんするものです。背景には「暫定調整係数が高い病院＝医療資源投入量が多い」ということがあり、暫定調整係数廃止の激変緩和を目的にしています。しかし、暫定調整係数はDPC対象病院となった際の出来高収入の高さを保証したものであり、現在は多くの病院で医療資源投入量は効率化しているはずですが。
- 第二は「DPC導入目的のひとつである医療の質の標準化ができていない病院」です。過剰な投薬や注射、検査、画像診断などを行えば重症度係数は上がりますが、「包括部分出来高点数が高い＝医療の質が高い」ではありません。
- I～Ⅲ群ごとの重症度係数分布グラフを見ても、すべての群で重症度係数が最も低い病院が数的には最も多くなっています。とくにI群、Ⅱ群病院において重症度係数が低い病院は決して重症患者が少ないわけではありません。たとえば「脳梗塞」や「急性白血病」に対して全国標準的な医療資源投入量ならば重症度係数は低くなります。そして前述の第二のタイプの病院では高くなります。
- 重症度係数はⅡ群病院で最大で0.02程度です。DPC包括収入が年間50億円程度の大病院で考えれば、この係数だけで1億円近い増収です。では、この1億円の増収を目指し意図的に医療資源投入量を増加させて、いわゆる「過剰診療をすべきかどうか」ですが、それはコスト高となって大幅な経済的損失となります。
- むしろ、今回、重症度係数が高かった病院では適切な医療資源投入を目指し、重症度係数が下がるような努力をすべきです。もちろん、本当に他院と比較して重症患者が多い第一のタイプの病院は何もする必要はありません。



トランプ大統領なみの個人的暴言(実現不可能な妄想的意見)

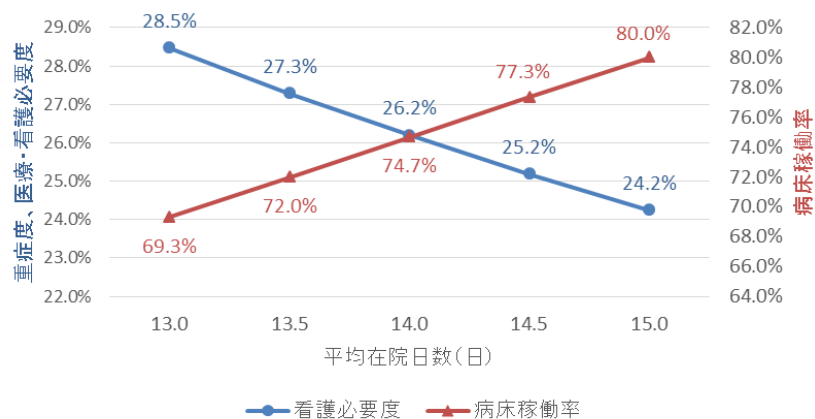
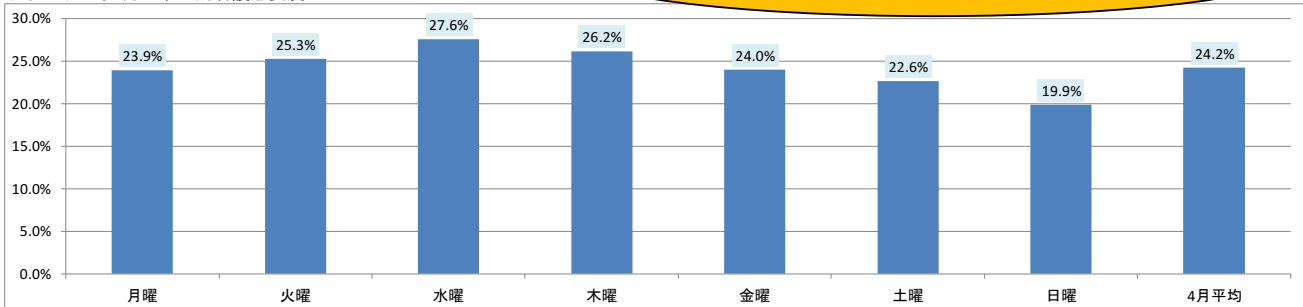
- 機能評価係数Ⅱは在院日数短縮を評価した「効率性係数」ひとつでいいというSimple is Bestという暴論
- そうならば現在の8倍財源+2018年度はプラス25%財源で評価
- 急性期病院は「病床回転率」が勝負となり「病床稼働率の呪縛」からの開放
- 実質的な1入院当たり包括のDRG/PPSと同じ機能になる
- ただし、そのためには再入院率や再手術率等のCI(臨床指標)のインフラが先



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拙稿

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



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)



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日当たり入院料が逡減することなく60日入院可能

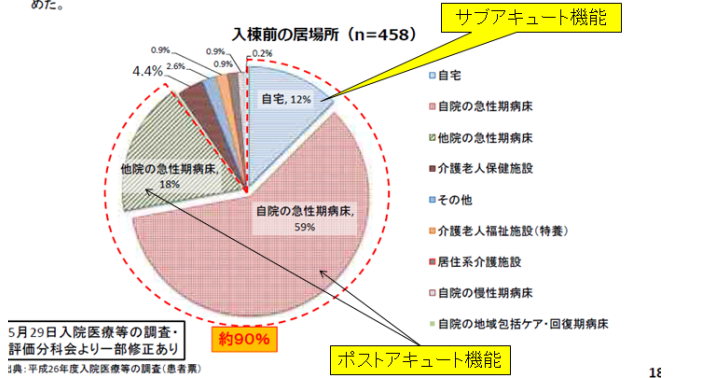


機能はサブアキュート(亜急性期)とポストアキュート(急性期後)

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。



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



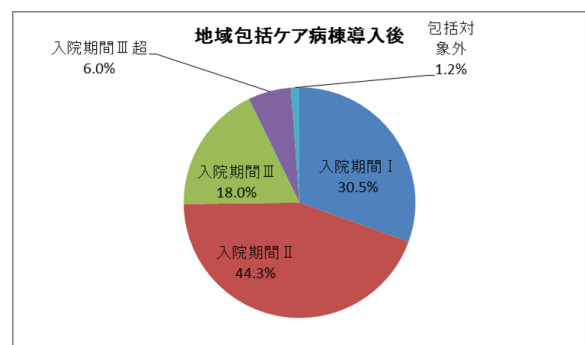
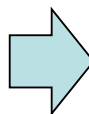
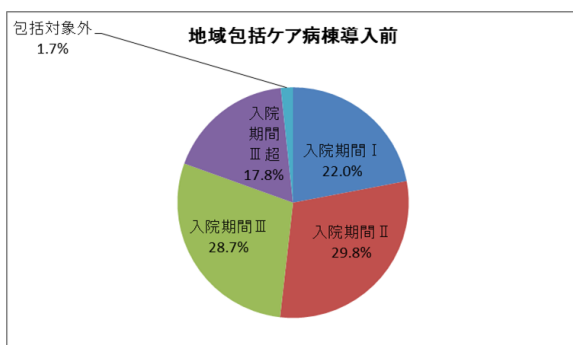
C病院(160床)は10対1の平均在院日数20日が13日へ

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、DPCの平均在院日数13日

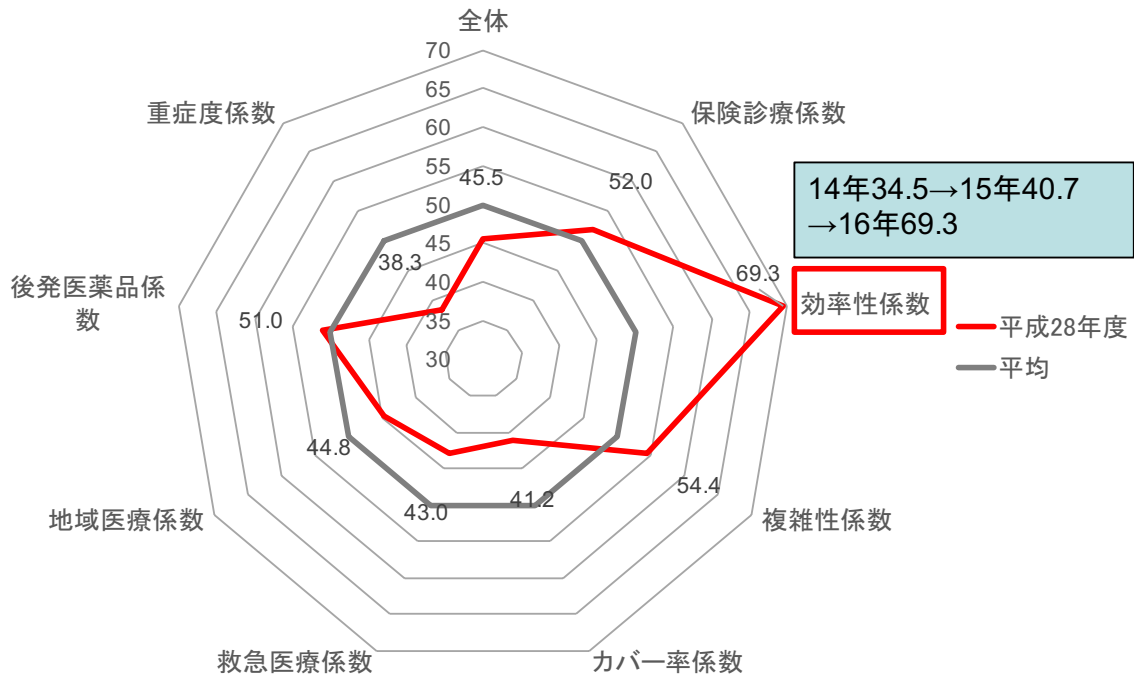
地域包括ケア病棟「導入前 入院期間 I + II 51.8%→74.8%」



(株)MMオフィスで試算

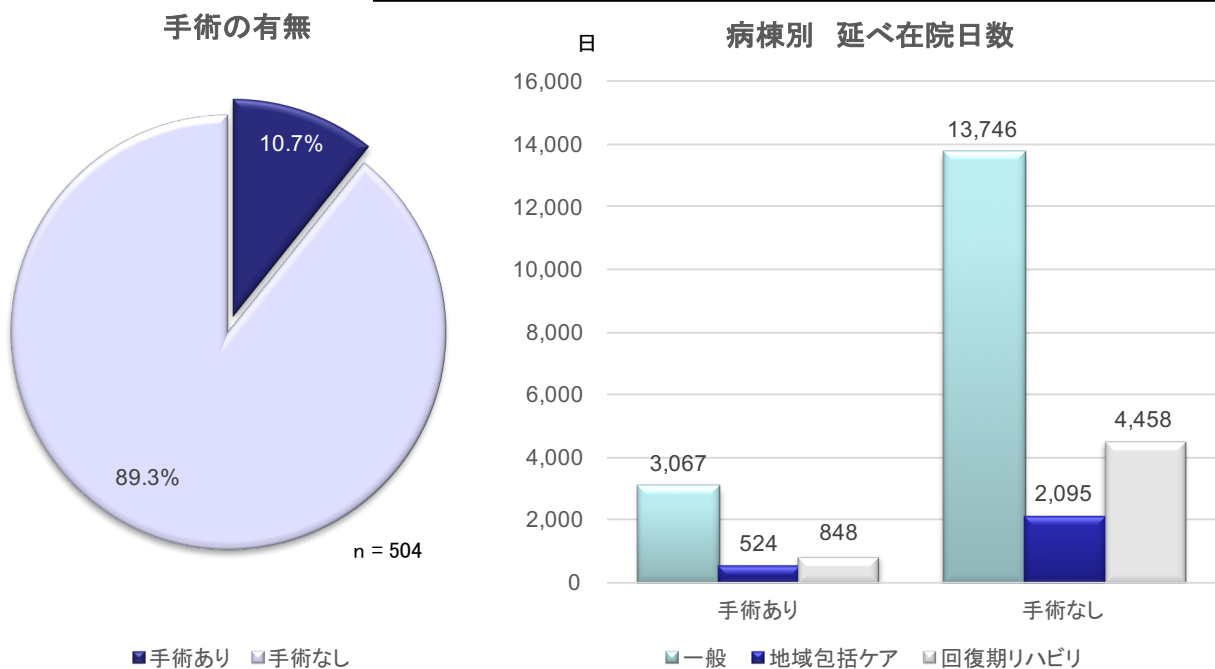


効率性係数の偏差値(2016年度) 14年度は34.5から69.3へ



D病院(180床)の手術実施症例の状況(短手3症例を除く)

180床(DPC2病棟、そのうち地域包括ケア病室単位22床、回復期リハ病棟と療養病棟を1病棟ずつ)

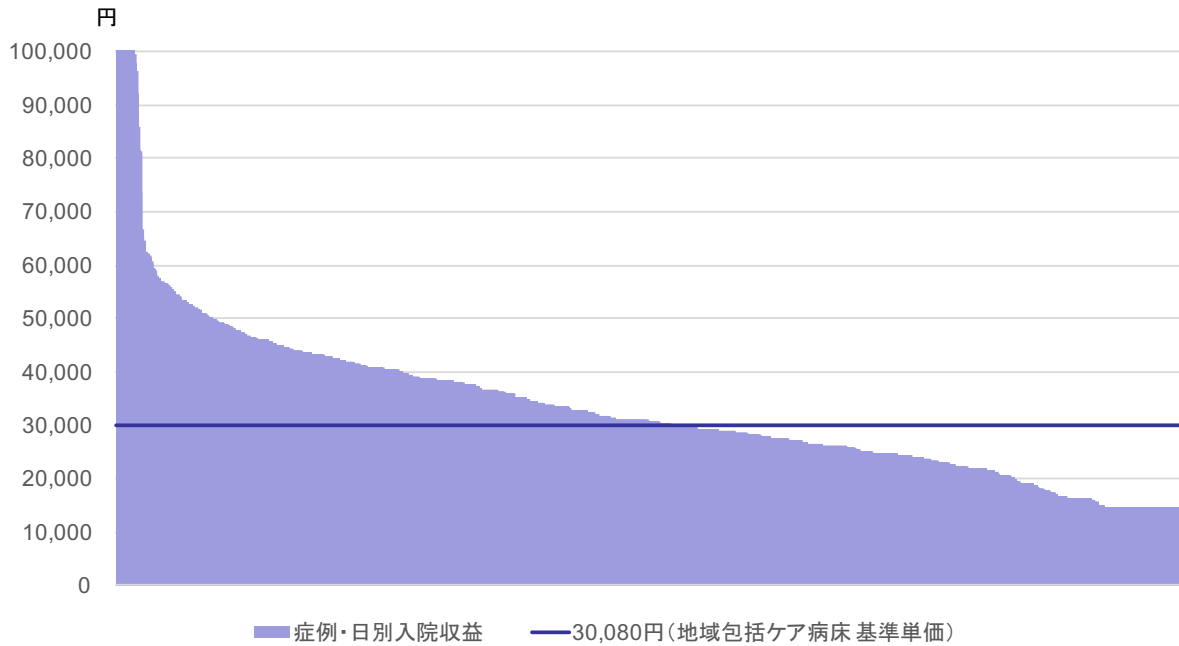


2015年10月～2016年2月の期間に退院した症例



一般病棟 手術実施症例 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38,415円(食事料、退院時処方料を除く)。
- 病床単価は10万円を超える日がある一方で、病床単価が3万円を下回る日が半数近くある。

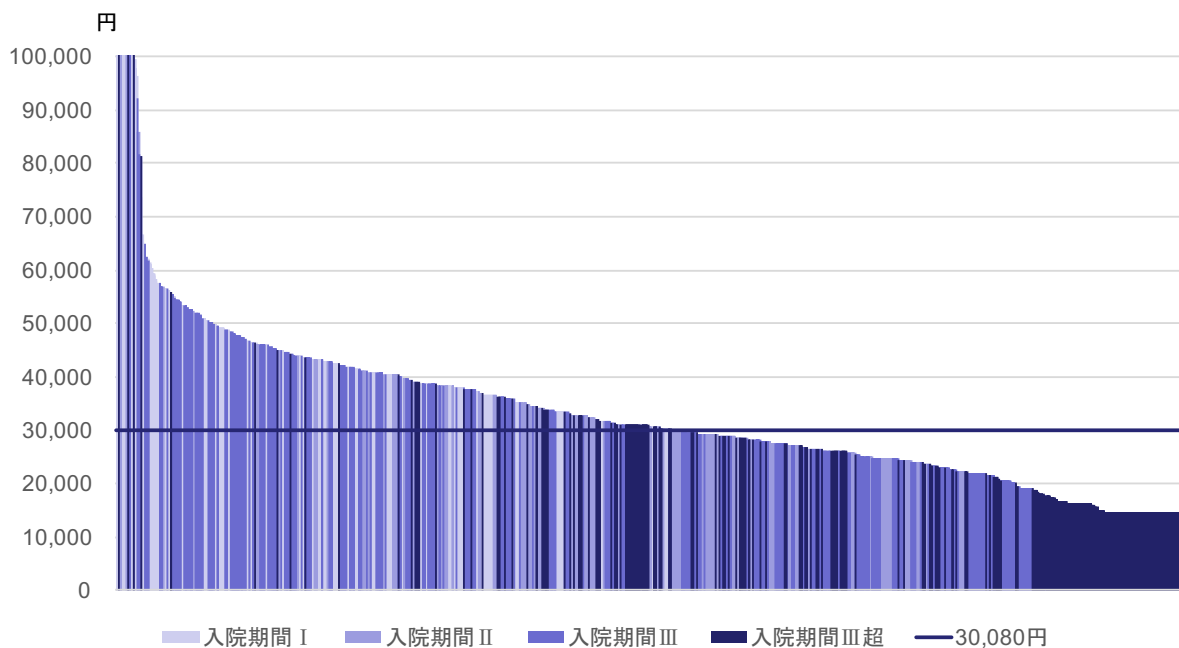


2015年10月～2016年2月のEFファイルより作成、保険診療の症例のみ、入院収益には食事料、退院時処方料を含まない



一般病棟 手術実施症例 在院日別 入院収益の分布(短手3症例を除く)

- 入院期間Ⅲ以降においても、基準単価を上回るケースが多く見受けられる。

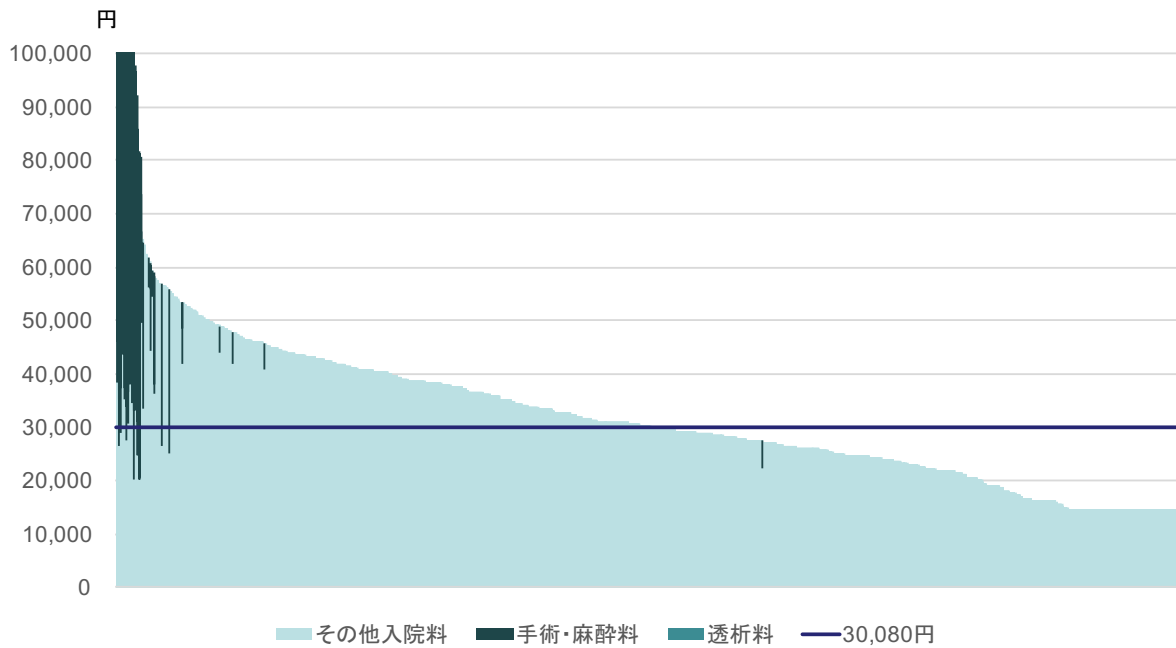


2015年10月～2016年2月のEFファイルより作成、保険診療の症例のみ、入院収益には食事料、退院時処方料を含まない



一般病棟 手術実施症例 在院日別 入院収益の分布 (短手3症例を除く)

- 1日あたりの入院収益が多い日に、手術実施日が集中している。
- 手術実施日であっても、手術料を除くと基準単価を下回る日がある。

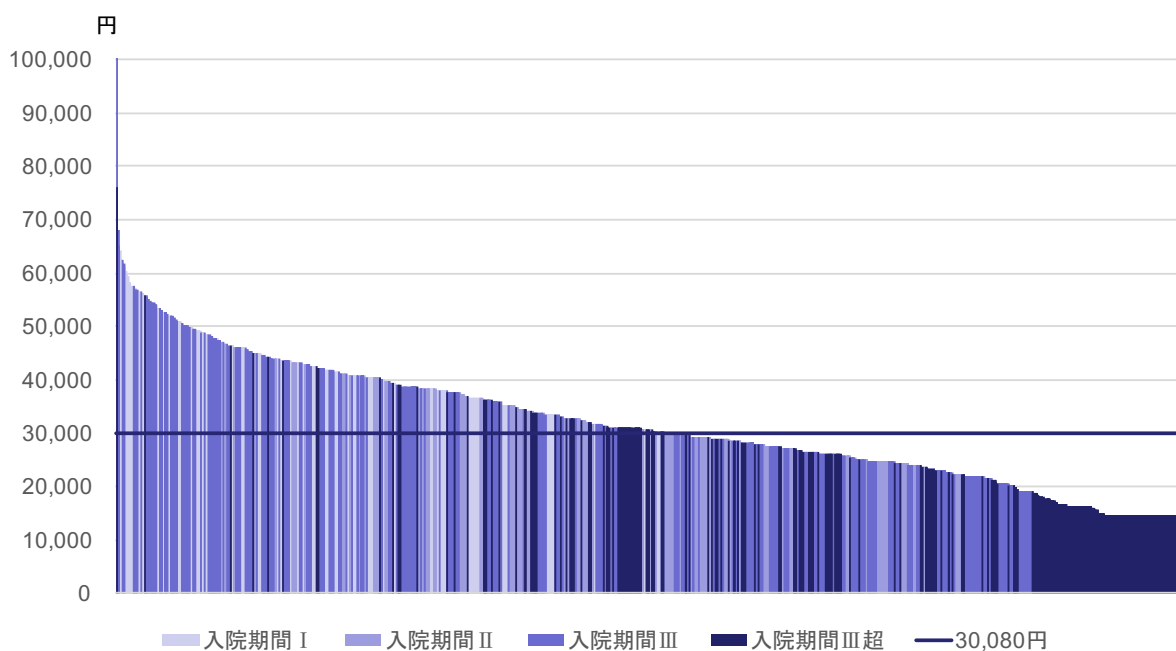


2015年10月～2016年2月のEFファイルより作成、保険診療の症例のみ、入院収益には食事料、退院時処方料を含まない



一般病棟 手術実施症例 在院日別 入院収益の分布 (短手3症例を除く)

- **手術・麻酔料、透析料を除いた場合。**
- 入院期間Ⅲを超えると、原則、基準単価を下回ることがわかる。



2015年10月～2016年2月のEFファイルより作成、保険診療の症例のみ、入院収益には食事料、退院時処方料を含まない



地域包括ケア病棟稼働が高まらない理由

□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

医療・介護の経営情報誌

日経ヘルスケア 特別セミナーのご案内

人口動態、病院数、病床数、地域医療構想などを掛け合わせて実際の医療圏を徹底分析！
医療需要や必要病床数などのデータを基に、
貴院の戦略を提示

医療データ分析が分かる！
すぐ使える！

2017年 5/21(日) 開催！
132名限定

病院サバイバル時代の 経営戦略

急性期、回復期、慢性期の医療機能ごとに将来構想を学べる1日

▶セミナーのポイント

1. 2018同時改定を見据え、地域医療構想などのデータを基に戦略を徹底分析
2. 診療報酬とデータ分析のプロがあなたの病院の立ち位置を指南
3. 実際の医療圏を通じて病院カテゴリーごとに今後の生き残り策を提示

▶講師紹介



【講師】
株式会社
MMオフィス代表
工藤 高氏



【講師】
株式会社メディチュア
代表取締役
渡辺 優氏

＜講師経歴＞1958年生まれ。82年日本大学経済学部卒業。同年4月、都内の河北総合病院入職。亀田総合病院の分院などの計18年間にわたる医事課中心の病院勤務を経て99年より現職。専門は診療報酬制度からの病院経営戦略立案。現在、急性期、ケアミックスを中心に900床から100床未満まで多くの病院の経営コンサルティングを行っている。関東学院大学大学院経済学研究所（医療経済学担当）のほか、3大学、1看護協会で認定看護管理者サードレベル「医療福祉経営」の講義を担当。そのほか、執筆活動多数。2012年10月より「日経ヘルスケア」で「コンサルタント工藤高の病院経営最前線」を連載中。

＜講師経歴＞1977年生まれ。2000年東北大学工学部電気工学科卒業。2002年同大学院工学研究科電子工学専攻博士課程前期修了。超音波による血管測定について研究。2002年7月、コンサルティング会社のアクセンチュア株式会社に入社し、金融機関（主に保険会社）の業務改善等を担当。その後、医療系コンサルティング会社に転職し、急性期病院向けに診療内容を基点とした経営改善に従事。診療費の分析や健康保険組合向けのデータ分析にも注力。2012年に株式会社メディチュアを設立。医療介護・健康関連の情報提供サービスやアプリケーション開発のほか、医療機関・健康保険組合向けのコンサルティングを手がける。

「地域医療構想をふまえたDPC病棟再編成のケーススタディ」

昨年2016年3月5日日経ヘルスケアセミナー資料より
一部資料は(C) (株)メディチュア 渡辺 優代表
※3回目を2017年5月21日(日)に東京で行います



著作権の関係で資料は未掲載です



まとめ



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



戦う土俵を合理的に見極めることが「戦略」

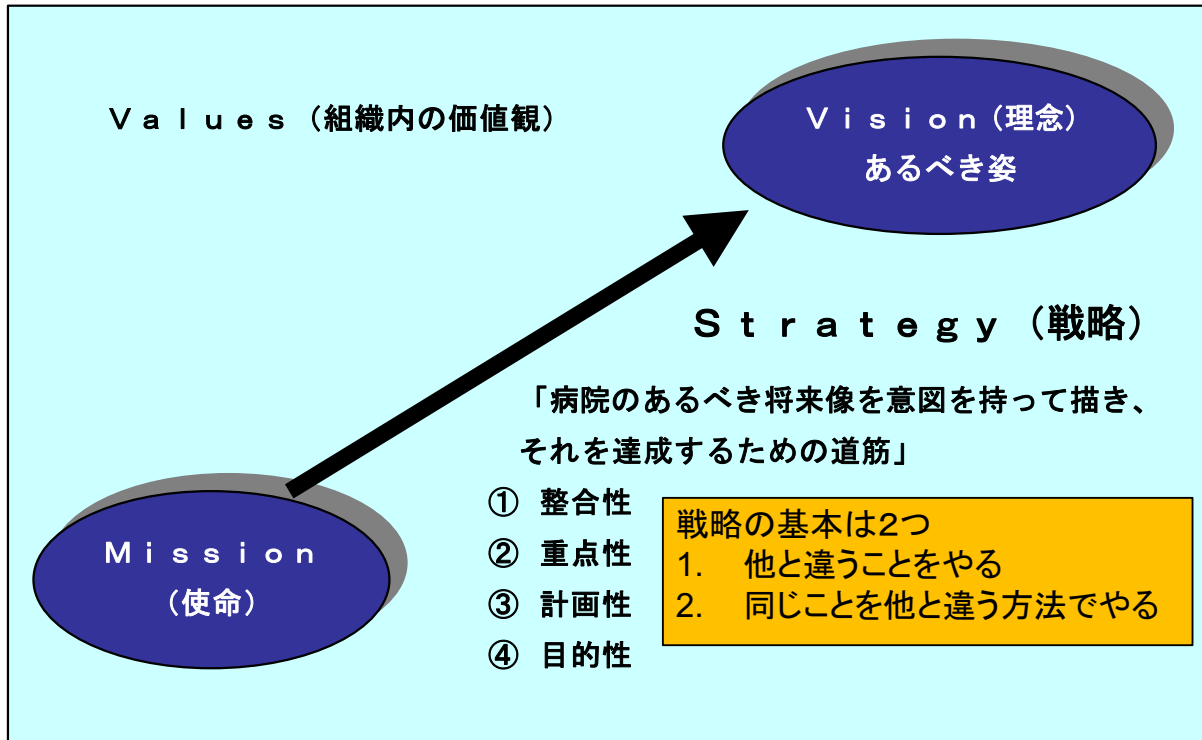
- 経営とは「際立つ」ことである。
- 自社ならではの独自価値を生み出し、競争相手と一線を画す「際立つ存在」を目指すことが経営の主題である。
- そのためには、どこで戦えば際立つ存在になれるのかを見極め、自らが「戦う土俵」を冷徹に吟味しなければならない。
- 戦う土俵を合理的に見極めることが戦略である。

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**



自院のビジョンが職員へ浸透していますか



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. 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
7. 早期リハビリを充実
8. 多職種協働によるチーム医療と同評価点数の算定、十分な職員研修予算確保
9. 看護師確保のために中・長期採用計画、卒後教育の充実
10. 得意な診療科目や医療分野をより強化する



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/>