

生き残りをかけた今後の経営戦略

2012 年診療・ 介護報酬改定予測

- 1 次回同時改定のポイントと経営戦略
- 2 急性期 DPCのゆくえと一般病床の対応策
- 3 療養病床と精神科病床のゆくえと経営戦略
- 4 診療所・在宅医療の役割重視と今後の経営戦略



1 | 次回同時改定のポイントと経営戦略

診療・介護報酬改定のポイントと経営戦略

2012 年度は、診療報酬改定と介護報酬改定が同時に行われる予定です。3月の震災による影響から、日本医師会が診療報酬改定の先送りを求める意見を厚生労働省に申し入れています。現時点では政府・厚生労働省ともに延期等の意向は持っておらず、引き続き諸機関において議論・検討が進められており、当初の予定に従って年内には方向性が示され、来年4月から新報酬が適用されます。

次期診療報酬改定は、全体で0.19%のプラス改定となった前回の改定とは、明らかに社会情勢が異なっています。復興予算編成などにより財政的な制約が強まることが確実視される中、経営環境がどのように変化を遂げるかを早期に予測し、必要な対応策をとることが必須だといえるでしょう。

(1) 次回改定で予測される 10 のポイント

次期診療・介護報酬同時改定に対応するためには、社会・人口構造の変化による環境変化を予測して、予め注目すべきポイントを把握しておくことが重要です。

同時改定で注目すべき 10 のポイント

都道府県単位ではなく二次医療圏間で面積・人口・高齢化進展の違いがある
 医療・福祉提供体制の現状把握
 今後の医療需要と供給（提供）体制
 今後の介護需要と供給（提供）体制
 今後の機能分担と役割分担
 二次医療圏における医療の効率的な提供推進
 入院・施設中心（キュア）から地域包括ケアへ
 延命医療から「自然死」への移行
 超高齢化社会（長寿化）と認知症ケア
 超高齢化社会と地域包括ケアシステム

次期改定については、民主党内で前回のネットプラス改定が政権交代の象徴的効果であった点も考慮し、負担と給付のメリハリをつけることで全体的な効率化を図ろうと検討を

進めています。

(2)改定を予測した経営戦略の策定ポイント

医療機関の対応として、環境変化を予測し、経営に直結する診療報酬と介護報酬改定内容を把握するのは当然の取り組みです。単に新設された評価項目や点数変更の内容を把握したり、算定の可否を検討したりするだけではなく、改定の考え方を理解したうえで自院の方針を決定し、その機能と役割に応じた経営戦略を策定することが必要なのです。

前述した10のポイントのうち、重要なものについて、具体的に整理します。

今後の機能分担と役割分担

機能分担(医療・介護の分担を含む)

地域中核機能 ~ 地域密着型

特養、老健 ~ 通所・訪問系までの地域包括ケアシステム化
(30分圏内アクセス、住み慣れた地域)

役割分担(医療と介護の分野を含む)

チーム医療(組織内連携・組織間連携)から地域包括ケアシステム
地域内連携 = ケアの継続性

医療の効率的な提供の推進(二次医療圏)

病院・病床別役割分担の推進

地域連携パス参加医療機関の増加

認知症疾患医療センターとの連携 等

急性期医療の機能強化(重症度・看護必要度)

高度先進、救命救急、総合周産期等の地域中核的医療機能の強化

+

個々の病院、病床の特性(専門分野)の強化

4疾病5事業から、5疾病6事業へ

入院・施設中心(CURE)から地域包括ケア(CARE)へ

リハビリテーションと在宅医療の充実

- 超急性期リハ（脳卒中ケアユニット、ICU、がんリハビリ 等）
- 急性期リハ（休日リハ、充実加算評価）
- 回復期リハ（重症者回復病棟 + 生活機能改善）
- 生活期リハ（通所リハ、短期集中リハ等、認知症対応を含む）

在宅医療の充実・連携

- 在宅療養支援病院（開放型病床）と在宅療養支援診療所（歯科及び保険調剤薬局を含む）連携

社会復帰支援・アウトリーチの充実

- ケアホーム、グループホーム（受け皿）と在宅支援ケアへ
- 精神科デイケア、ナイトケアから訪問看護支援へ

入院・施設ではない「ケア付・サービス付住宅」へ

- 消灯時間、面会時間が制限される集団生活からの脱皮志向
- 出前型医療と介護の時代へ 外付け機能

超高齢社会と地域包括ケアシステム ~ なぜ地域包括ケアシステムなのか

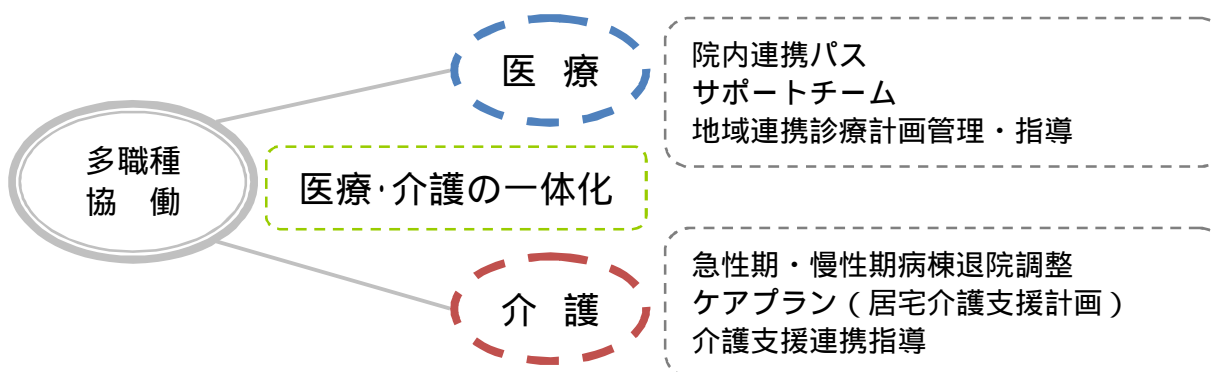
後期高齢者の急増への対応 「医療と介護」が必要

援護・支援の必要と対応からニーズアプローチへ

高齢者自身の負担の増大

「特養・老健」から「小規模施設」「居住施設」への移行

地域包括ケア キュア（治療）からケアへ、健康づくり、在宅ケア、リハビリ



2 | 急性期 DPCのゆくえと一般病床の対応策

急性期病床(DPC/PDPS)はどうか

これまで急性期病院の目指す方向として実施されてきたDPCは、2010年12月16日中医協・DPC評価分科会において、「DPC/PDPS」という新たな類型で進められることとなりました。

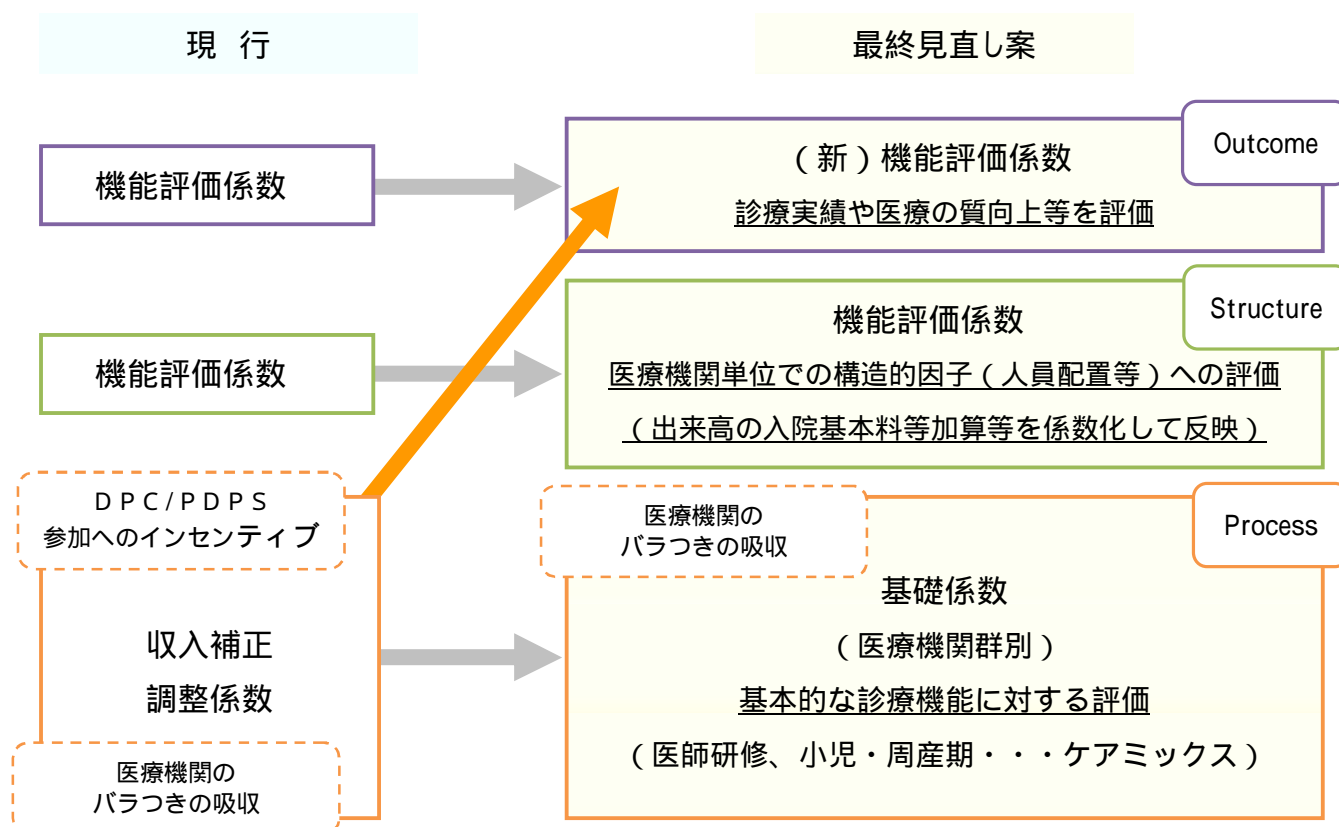
DPC(1日定額支払い制度)

DPC/PDPS(1日当たり定額報酬算定制度)

(1) 次期改定予測～DPC/PDPS医療機関別係数のあり方

現行の医療機関別係数は、「機能評価係数 + 機能評価係数 + 収入補正調整係数」で算定されます。このうち、収入補正調整係数は激変緩和の観点から過去4回の診療報酬改定を経て廃止され、新たに機能評価係数に転換されます。その設定方法に関しては、次期改定を目途としてあり方を整理することとされ、次のような概念が提示されています。

DPC/PDPS調整係数見直し後の医療機関別係数(参照:厚生労働省DPC評価分科会資料)



最終見直し案で提示されたのは、「新機能評価係数」として診療実績や医療の質向上等を評価する係数であり、これは毎年改定されることが決定しています。

つまり、毎年4～10月のDPCデータに基づいて改定することとされ、これは次のような項目で評価されます。

DPC / PDPS「機能評価係数」を算定する項目 ～ 前回診療報酬改定で決定

- <項目1> データ提出指数
- <項目2> 効率性指数
- <項目3> 複雑性指数
- <項目4> カバー率指数
- <項目5> 地域医療指数
- <項目6> 救急医療係数

- * 救急医療係数は医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額を算出し、これらの配分額に相当する係数を決定
- * ほかの5項目は、残りの調整係数からの置き換え分を等分で配分

(2) 前年度並収入確保のための算定検討

調整係数は過去、DPCに参加したことに対するインセンティブや、出来高と比較した際のバラつきを吸収する機能を担っていましたが、廃止により改定後は前年度並みの収入確保が困難となる可能性が出てきます。

したがって、前年度並み収入を最低限維持するためには、DPCに併せて算定が可能な特定入院料等(下記)の診療点数を把握し、自院の機能に応じて可能な算定基準を満たす検討が必要です。前回の診療報酬改定において、追加および新設されたDPC併算定が可能な診療点数には、次のようなものがあります。

DPCに併せて算定が可能な診療点数の例 ～ 特定入院料

- 救命救急入院料3【平成22年追加】
- 救命救急入院料4【平成22年追加】
- 特定集中治療室管理料2【平成22年新設】
- 小児加算(7日以内、8～14日以内)
- 新生児集中治療室管理料2【平成22年新設】
- 新生児治療回復室入院管理料【平成22年新設】
- 小児入院医療管理料2(専門病院、他DPC対象病院)【平成22年新設】

一般病床13:1と15:1はどうなる？

(1) 一般病棟入院基本料の前回改定内容にみる方向性

7:1入院基本料の新設など、一般病床は急性期医療に対する評価が重視されており、それは前回診療報酬改定でも明らかとなっています。この方向性は次回改定においても継続されると予測されます。

平成22年改定における急性期重視の項目

入院早期の加算引上げ ~ 入院14日以内について22点引き上げ
 夜勤72時間以内を満たせない場合の減算点数新設(7:1、10:1入院基本料)
 上記の場合、3か月間を限度としてそれぞれ特別入院基本料を算定可能に
 準7:1入院基本料 廃止
 一般病棟看護必要度評価加算の新設(10:1入院基本料)
 重症度・看護必要度に係る評価票を用いて継続的に測定、評価している場合の加算
 15:1入院基本料の評価引き下げ
 後期高齢者特定入院料(90日超)の名称変更・年齢要件廃止
 すべての年齢に適用するものとして、「特定入院基本料」に名称を変更

(2) 今後の看護配置13:1と15:1のゆくえ

急性期医療に対して手厚い評価がなされる傾向が続くと予測される現在の診療報酬体系の下では、一般病棟入院基本料13:1および15:1の算定病院は、組織の成長と発展にさまざまなハードルがあるといえます。

一般病床13:1、15:1が抱える問題

組織の必要医業収益
 看護職員(特に正看護師)の確保
 急性期疾患患者への対応

一般病床は、今後急性期への機能特化に向けてより再編が進むと推測されるため、DPC対象病院ではなく、かつ13:1以下の入院基本料を算定している場合は、自院機能と経営資源(人材を含む)を検証し、今後の経営対応策を選択する必要があります。

3 | 療養病床と精神科病床のゆくえと経営戦略

療養患者に対する国の政策方針

本来、療養病床に求められているのは、急性期病院の入院患者や在宅や施設で療養中の患者・利用者急変時における受け皿機能（後方支援病床機能）です。現実には、社会的入院の増加や入院患者の重症化傾向など、療養病床が果たすべき機能と役割が果たせなくなっています。また、医療制度改革によって打ち出された病床再編方針でも、療養病床の削減が明示されているなど、療養病床をめぐる経営環境は厳しい状況が継続しています。

さらには、地域包括ケアシステムづくりに向けた居住機能として「サービス付高齢者向け住宅」制度が創設されるなど、患者・利用者側は、施設やケア付き高齢者住宅と同じ選択肢として療養病床を位置づけている状況があります。

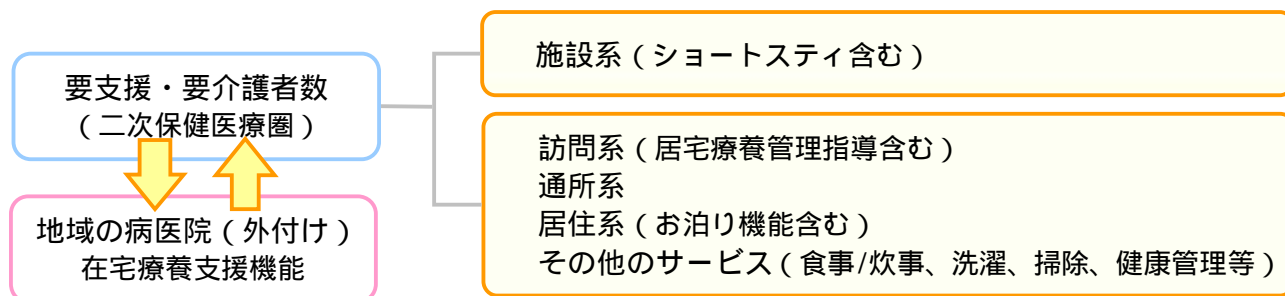
(1) 今後求められる施設・サービス

療養患者や施設・介護サービス利用者も、住み慣れた地域でこれまでと同じ生活を続けたいというのは真の願いです。可能であれば、自宅で療養生活を送り、看取りまでそのまま暮らせることを願う人は多くなっています。

在宅の願いは叶わないまでも、医療や介護関連施設等の「生活支援施設」をベースとし、より充実した生活を送るためのサービスを提供する居住施設や医療施設が求められているのです。

高齢者住まい法の改正も含め、大きく高齢者住宅マーケットが変わる時期に差し掛かっていますが、これから求められる施設・サービスとは、大きく施設系（介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設等）と訪問・居住系（有料老人ホーム、適合高専賃等）に分類できます。

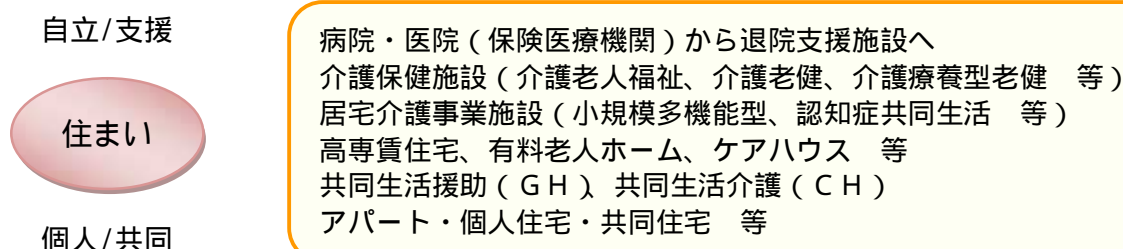
施設とサービスの必要性



(2) これからの入院患者の受け皿

今後の急性期に入院した患者の受け皿には、どのような選択肢があるのでしょうか。国は下記のような多様な選択肢の整備を進めています。

「住まい」の考え方と分類



(3) 療養病床の存続・成長要件～将来予測を含む

療養病床については、療養病床をこのまま維持するか、あるいは施設に転換するのかの決断の時が迫っています。次のような診療報酬点数の施設基準を満たせるかどうかを検討した上で、療養病床の維持か施設転換かを決断すべきです。

入院基本料 A～F（医療区分2・3）

看護職員 20：1 + 看護補助 20：1、看護師比率 40%以上

在宅復帰率 30%以上

未達成時には長期入所介護保険適用施設も検討

臨床研修病院入院診療加算（協力型施設）

平均在院日数 180日以内

180日超、かつ在宅復帰率 30%未満の場合

：介護保険適用施設（特定施設入居者生活介護）に移行

特定入院料病棟

回復期リハビリ（180日 120日 90日へ）、社会復帰率 60%以上

通所リハ（個別リハ実施）、難病リハ施設、小規模多機能型居宅介護施設、

療養通所介護施設等の併設

医療の質の確保と向上 シームレスケアへの一歩に

イ．医療安全対策

ロ．診療録管理体制加算

ハ．療養病棟療養環境加算 / グループケア・ユニット

ニ．在宅患者応急入院診療加算

ホ．疾患別リハ施設基準 2 以上の届け出が不可欠

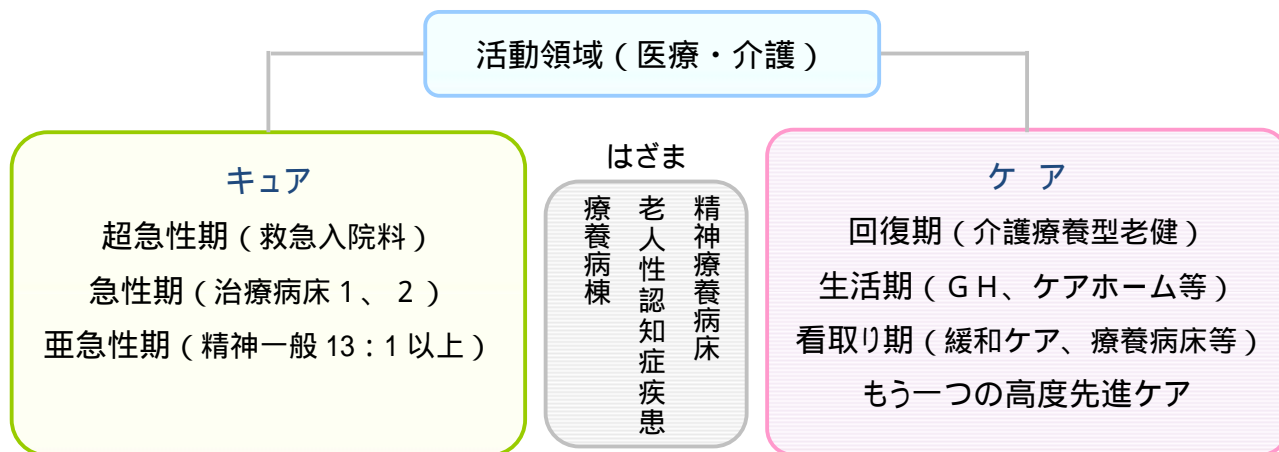
心大血管 1、脳血管 1、運動器 1、呼吸器 1 / 通所リハ（個別）

これからの精神科病床のあり方とは

(1) 医療・介護の活動領域のはざまに存在する

精神科病床は、下記の図のとおり医療と介護のはざまに位置しているため、キュア（治療）とケアのいずれかだけを重視することはできません。一方で、キュアとケアの双方を、医療機関が自己完結することは困難なケースがほとんどです。ここに精神科病床の方向性決定の困難さがあります。

精神科病床の位置づけ



(2) 精神科病床種別に求められる経営戦略

精神科病床では、急性期から生活期などの機能未分化、また病態特性に不適合な状態や、専門的アプローチ不足などの課題が指摘されています。

したがって、その病床種別で役割と機能を明確にしたうえで、必要な医療と介護を効果的に確保する方策を検討する必要があります。

充実したサービス提供体制と効率的資源活用へ

地域住民、ボランティア、NPO、保健・医療・福祉施設などの活用	
急性期医療（機能未分化、スタッフ不足）	短期治療
亜急性期/回復期医療（リハビリ不足、長期滞留）	リハビリ重視
生活期（介護施設不足、居宅介護支援が不十分）	アウトリーチ不足



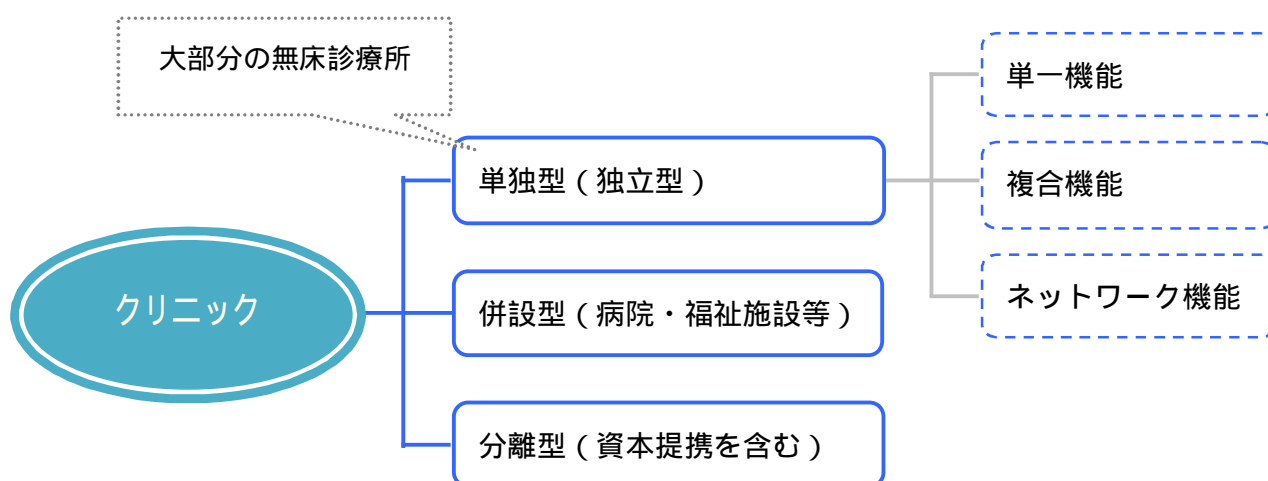
疾病特性別・症状/病態別 入院機能の充実	
メンタルヘルスケア中心機能、認知症	慢性期疾患中心機能
急性期疾患中心機能	その他の付加価値機能（生活支援、相談機能）

4 | 診療所・在宅医療の役割重視と今後の経営戦略

クリニックの使命と役割

クリニックの主要な機能は外来です。その種類は下記の図のとおり多様化してきており、今や自院が強みとする特色を打ち出すことが経営戦略の基本となっています。

機能別にみるクリニックの分類



外来分離のあり方

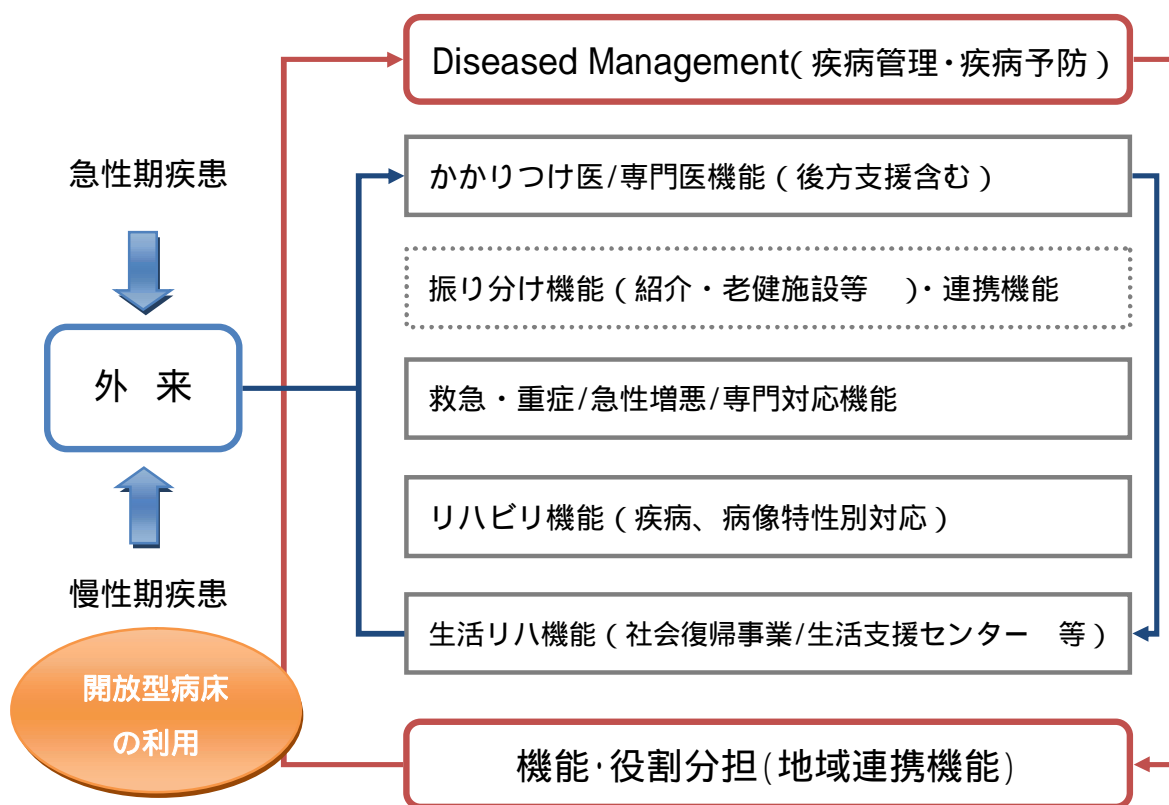
- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| 1. 病院敷地内・門前クリニック型分離 | 4. 在宅支援型分離 |
| 2. ドクターオフィス型分離（専門外来） | 5. 経営分離型分離 |
| 3. サテライトクリニック型分離（専門外来） | 6. 相談センター型分離
（認知症、DV、幼児虐待、生活支援等） |

(1) クリニックが目指すべき外来機能と役割分担

クリニックが地域でその機能と役割を確立するためには、自院が担う位置づけを明確にし、積極的にその機能を活用する連携体制を構築することが重要です。

そのキーワードの柱となるのは、これまでも主張されていた「機能分化」と「専門性」の確立です。自院のみ、あるいは法人グループで完結可能な診療所は、そう多くはありません。診療所一つひとつが、地域の中で医療を完結するための一部門としての機能を担っているととらえるべきでしょう。

疾病特性別・症状/病態経過別外来機能の充実



(2) クリニックがとるべき経営戦略

診療報酬改定は、診療所にとってプラス要素が少ない傾向が続いています。今後も存続するためには、次のような点に考慮し、必要な資源投下を進める必要があります。

クリニックの経営戦略

特色

自院の強み（得意分野・専門分野）の鮮明化

振り分け機能および連携機能

保健・医療・福祉・居宅介護連携、急性期、慢性期を問わず

病床・療養介護活用の徹底化

医療保険（短期入院主体）、介護保険（短期入院＋中期入院）

検査診断体制の充実（生体検査を含む）

高齢化等による身体合併症への対応が急務

付加価値機能

個々の役割・機能で対応（地域性も考慮）

疾病別、性差医療、年齢別 等の深耕化を含む

今後も重視される在宅医療への取り組み

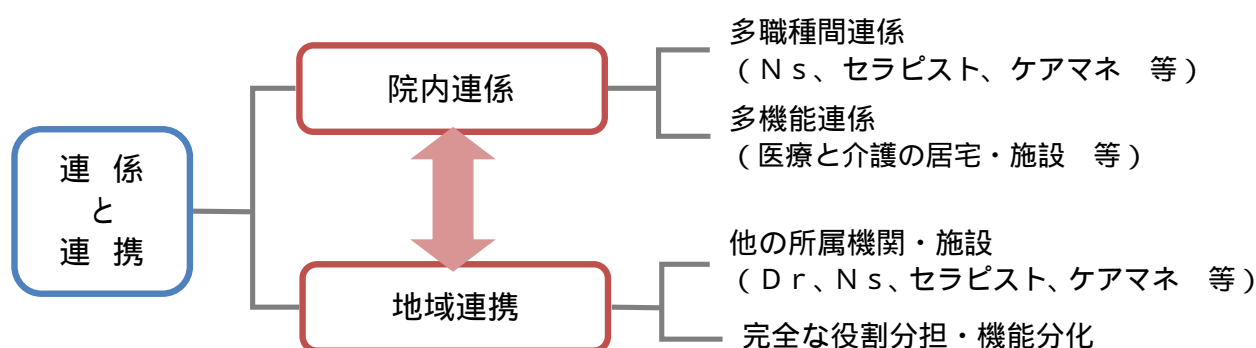
地域包括ケアシステムの推進施策と併せて、病院とクリニックはそれぞれに果たすべき役割があります。療養中の住民がこれからも住み慣れた地域で暮らしていくためには、必要な時に必要なだけ医療サービスを提供する医療機関が、どのように地域医療連携に携わっていくかが、今後の医療施策にも重要な取り組みとして位置づけられます。

(1) 在宅医療は院内の多職種連携と地域連携がカギ

在宅療養支援診療所（病院）の登場によって、在宅医療に特化した医療機関も増えていますが、今後も地域の在宅医療を支えていく体制を維持するためには、様々な連携が重要になります。

診療報酬改定においても、医療機関と在宅療養を支援する診療所等との連携の評価は、今後も充実化されると予測できます。

「単一型」から「協働型」への業務体制転換



(2) 訪問看護は質の向上が必要

前回の診療報酬改定では、訪問看護に関する評価が一部見直されました。その中で乳幼児等への訪問看護や、がん末期の対象者に対する複数名訪問の評価が新設されました。理想の在宅医療を推進する上で、訪問介護は大きな役割を担うことになります。

今後も算定対象や安全管理体制整備に関するものについては、在宅患者のニーズに合致したサービス提供に向けた改定が推進されると考えられます。

地域ケア将来像から描く在宅医療のあり方

- ・ 住み慣れた地域・居宅での暮らしを継続：かかりつけ医、終末期ケア、在宅医療
- ・ 緊急時・急性増悪時の後ろ盾：有床診療所の役割強化
- ・ 安心して暮らせるための身近な医療：医療・介護のシームレス化、通所・生活リハ

★本稿は、
2011年6月15日開催の医業経営セミナー（主催：株式会社吉岡経営センター）
「2012年 診療・介護報酬同時改定予測と生き残りをかけた今後の経営戦略」
（講師 株式会社ヘルスケア経営研究所 代表 萩原 輝久氏）
における講演内容および配布レジюме資料を加筆・再構成して作成したものです。

医業経営情報レポート

生き残りをかけた今後の経営戦略 2012年診療・介護報酬改定予測

【著者】日本ビズアップ株式会社

【発行】森田 務 公認会計士事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。