

一般病床と療養病床における病棟編成の対応支援について
能見 将志（㈱M&Cパートナーコンサルティング）

■はじめに

現在の医療制度や複雑な診療報酬体系から、近隣の医療機関の状況や人口予測を考慮して自院の立ち位置を知ることが重要である。そのためにも、自院の現状分析と地域マーケティングが必要である。まず、現状分析から、現状における最適な病棟編成や取得可能な加算の洗い出しを実施し、シミュレーションにより収入計画を立案する。さらに、地域マーケティングにおいては、近隣の医療機関の病棟編成等を把握し、患者や近隣住民、働いている職員の声を聞き、何が地域に不足しているか確認することも重要である。

効率的に医療サービスを地域住民に提供するためには、地域医療構想の実現が不可欠であり、医療機関の病棟編成を含めた医療機能の区分が重要な課題であると考える。

そこで、今回、私達が携わった医療機関におけるコンサルティング事例をここに紹介する。(図表1)

■方法

今回、ご依頼頂いた医療機関（以下、A病院）の外部環境として、人口は約13万人、県内で3番目に人口の多い都市である。しかし、A病院のある地域は、市の中心部から約18km（車で約30分）離れた場所に位置している。また、A病院の地域人口は、調査を行った年の2年前と比較しても4%減少しており、人口減が著しい状況であった。(図表2)

このような地域にあるA病院は、一般病床8床と療養病床30床の合計38床で運営が行われていた。平均入院患者数や入院数、職員数、診療単価等のデータを分析し、課題

を抽出した。次に、地域マーケティングを実施し、どの病床機能が不足しているかを把握した。さらに、地方厚生局への届出状況を確認し、実際に届出を行えば算定可能と考えられる点数を抜粋し、シミュレーションを立案した。最後に、A病院の病棟編成について、4つのパターンを作成し、どのパターンが妥当であるか、という分析を実施した。

■結果

病棟の実績として、病棟利用率は毎月96%を超えている状況、かつ、平均在院日数も療養病棟では93日と比較的入退院患者は入れ替わりがある状況でもあった。(図表3・4) また、入院診療単価を算出した結果、一般病棟の単価が療養病棟の単価を下回っている状況であることが分かった。(図表5)

そこで、シミュレーションを、以下の通り、4パターン提案した。

1. 全病床を療養病棟入院基本料へ変更した場合。
2. 一般病床を療養病床に転換し、半分を地域包括ケアへ移行した場合。
3. 一般病床から療養病床への転換が認められなかった場合、一般病床8床を返還し、30床で運営し、うち地域包括ケアを半分移行できた場合。
4. 療養病棟に全病床転換し、すべてを地域包括ケアへ移行した場合。(図表6)

結果として、4つのパターン全てにおいて、増収となることが分かり、地域包括ケア1を取得できれば、年間約5,000万円から25,000万円までの増収が期待できる結果となった。

(図表7・8・9・10)

次に、看護職員数の配置状況を確認した。現状は、一般病床8床を維持するには、10対1看護配置をキープすることができない状況であることが分かった。(図表11)

過去に8床で届出しなくてはならない理由があったようではあるが、そのままとなっており、A病院の経営状況が厳しくなっている要因でもあった。

また、地域包括ケア病棟入院料を取得するに当たり、以下の課題が見つかった。

1. 看護師割合7割以上。
2. 看護補助加算を算定する上で看護補助者数の不足。
3. 入退院支援部門の設置。
4. リハビリ単位数の不足。

特に1・3・4については、地域の人口減少に伴い、人員の確保が厳しい状況が続いており、特に社会福祉士が確保できない状況である。(図表12)

これらのことから、本来、獲得可能な収入が得られていない状況であり、全病床を療養病床へ転換することが妥当であると判断した。

まず、全病棟を療養病床へ転換した際のシミュレーションでは、入院請求額の前年度比約8.5%の増収が見込める状況であることが分かった。看護要員数も施設基準に合致しており、様式9においても精密に確認したが、人員は充足していることも判明した。

次に、レセプトや行為別集計表を確認した結果、訪問診療で算定漏れも発見され、正確に請求した際の金額が、年間約156万円であった。

更に、届出不足による増収が、全体の請求額のうち前年度比約0.8%増となり、合計すると年間の請求額が前年度比約6.2%も増収できる見込みとなった。(図表13)

シミュレーションとしては、以下の流れで

検討することになった。

1. 現状を踏まえ、地域包括ケアへの転換は困難であることから、まず療養病棟の統一を図る。

2. 療養病棟の統一の為、医療法の病床転換を実施する。

3. 療養病棟入院基本料の要件となっているデータ提出加算、ならびに診療録管理体制加算の届出を早急に実行する。

4. 在宅医療における診療報酬の算定漏れを防ぐ指導と在宅療養実績加算取得を目指す。

これらの分析結果をA病院へ報告し、実際に関与し始めることになった。

まず、実行したことは、訪問診療における診療報酬請求において、指導とレセプトの確認作業である。

そして、同時に病棟転換を実施するためのスケジュール表を作成し、A病院と弊社にて、共有化を図ることとした。(図表14)

A病院において、一般病床から療養病床への転換についてどのように行えばよいか分からない状況であったため、実際にA病院スタッフと保健所へ同行し、病床種別変更手続きの方法を確認した。当初の想定通り、一般病床から療養病床への転換は、地域医療構想調整会議にて協議が必要という回答であった。しかし、同行を終えた数時間後に保健所の担当者からA病院スタッフに連絡があり、毎年の病床機能報告において、一般病床を持ちながらもA病院の機能が全病床慢性期機能で報告を行っていたことで、一般病床から療養病床への転換が即可能であるとの連絡を受けた。そこで、保健所への病床種別変更手続きと地方厚生局へ全病床を療養病棟入院基本料1へ変更する届出を同月中に終え、翌月より療養病棟入院基本料1を1病棟で運営することが可能となった。

スケジュール通りに必要な加算等の準備等を行った後のシミュレーション結果として、病棟における収入は、前年度比10.9%増という結果であった。また、訪問診療における請求方法をレセプト時期に指導することで、在宅医療における加算や正確な請求を行うことが出来、外来請求額の前年度比10%増という結果となった。最終的にA病院全体の診療報酬での前年度比が、約10.7%の増収結果で1年目が終了した。(図表15・16・17)

■考察

A病院は、近隣の医療機関との連携による紹介入院、在宅や介護施設からの緊急入院も受け入れている医療機関である。退院後は、自宅をはじめ関連の介護施設へ退院する取り組みもなされており、自宅等へ退院した患者は、院内の訪問リハビリや関連介護事業によるデイサービス等を利用し、住み慣れた町で生活が出来ている。また、院長は、忙しい診療の合間を縫って、訪問診療も実施している。

これらを総合的に見るとA病院では、地域包括ケア病棟の役割が果たせていることが分かった。しかし、人口減少が著しく加速している地域でもあり、A病院においてもその波が来ていることは、冒頭等でも説明している。

今回の事例では、病院の機能として本来あるべき姿に変更することで、増収に転換できた事例である。今後は、人員確保を第一に新たな取組を実施し、加算の取得や地域包括ケア取得に向けた取り組みを行っていく予定である。(図表18)

■おわりに

医療機関の経営において重要なのは、データの集積と分析を行い、その後の実行である。

さらに、必要と感じられることは、診療報酬等のデータ管理と精査を実施し、院内の状況を把握することで、新たに算定できる点数を取得していくことである。これを現実の対価とするためには、関係職種との連携と情報共有が必要である。このような行動により、介護施設や在宅医療、看取りの提供を実施することで、地域の方々が、医療・介護において、住み慣れた町で安心した生活を送ることが可能となる。

中小の医療機関では、地域に密着した医療サービス提供が求められている。そのためには、回復期機能と慢性期機能を充実させ、在宅医療の強化と近隣の医療機関や介護施設の連携向上が必要である。そのためには、総合的な医療を地域に提供することが望まれると考え、強いてはこれが地域包括ケア病棟の実際の役割なのではないかと考える。

人口減少の地域において、地域包括ケア病棟の機能は果たせているものの、人材の確保が出来ない状況であり、地域包括ケア病棟入院料の施設基準が満たせない医療機関もあると考えられる。診療報酬は、全国共通であるが、人材不足は共通ではない。全国共通の診療報酬において、人材が不足している地域では、様々な職種を確保できないことが、最重要課題となっている現状がある。このように、人材不足という地域格差は重要な問題ではあるが、現在出来る範囲で地域医療を支えていかなくてはならない現実があることも理解しておく必要がある。

今後は、地域における自院の立ち位置を把握し、病院機能を明確にし、地域に信頼されることで、選ばれる医療機関に生き残るチャンスが与えられる。そのためには、医療の質を向上させ、職員や幹部の教育も重要だと考える。(図表19)