

平成18年度診療報酬改定に思う

院長 工藤 靖夫

多くの病院同様、当院においても病院収入の大半は保険診療によるものであり、自由診療の割合は1%に満たない。ゆえに、保険診療の対価としての診療報酬の改定は、よくも悪くも病院の財務基盤を直撃する。2年に一度のこの改定は、今までは中医協の中で、診療・支払い・患者代表が顔をそろえ、大まかな妥協の元に決定されていた。しかし、今年度からは、日歯連の贈収賄事件に端を発した中医協改革により、診療報酬改定の大枠の決定は官邸主導で行われることになった。そのために、より大局的見地に立った医療改革となることは好ましいが、どうしても国家財政に元づく統制が厳しくならざるをえない。今回は、特に医療と介護の同時改定となり、その影響も大きかった。

4年前の改定で、初めて診療報酬の本体部分の削減が行われ、今回も過去最大3.16%（本体1.36%、薬価材料1.8%）の引き下げが行われた。多くの病院の経常利益は5%以内であることを考えれば（当院の平成17年度経常利益も5%）、この3.16%の削減の意味の重大さもおのずと知れよう。今回の改定の当院における影響度の大きいものから、すこし概説してみたい。

- ① 昨年の閣議で決定された医療制度改革関連法案は、現在の通常国会に上程されていますが、今後6年間で療養病床の60%削減を骨子としています。当然、厚生労働省もこれを踏まえて、2月15日の中医協で療養病床の医療区分別診療報酬体制を決定致しました。これによれば、医療度の低い“いわゆる社会的入院”は、診療報酬をほぼ半減し退院を促し、病院にはベッド変更を迫る内容になっております。当院においても、療養病床で1億円に近い減収となることが予想され、ベッド変更を余儀なくされたことは記憶に新しいと思います。当院の療養病床は新設して2年が経過し、ようやく軌道に乗ってきたところですので、職員の皆さんに大きな苦勞をかけたことは慙愧の念に堪えません。
- ② 人工腎臓に関しても大幅な点数の引き下げがありました。慢性透析患者外来医学管理料は約6%の減額となり、夜間・休日の加算も引き下げられました。人工腎臓の技術料もエリスロポエチン製剤が包括対象となり、現在のままでは当院でも年間1000万円近い減収となることが試算され、エリスロポエチン製剤の適正使用を徹底している所です。特定保険材料のダイアラライザーの引き下げもあり、透析医療環境は厳しさを増しています。
- ③ リハビリテーション部門も全面的再編が行われた。大きく変わった点は疾患別に4つに分け、算定上限日数を設けたことです。ここでも慢性患者に対する逆風は強く、当院でも約25%の減収が予想されます。
- ④ 改定は慢性期のみならず、急性期部門も直撃しています。急性期病院は、従来から紹介率の向上と平均在院日数の短縮を両輪として運営されてきました。当院も将来は紹介率30%を越えて急性期入院加算を目指していましたが、今回の改定で紹介率を算定条件とする点数項目は廃止されました。外来分離などを行ってこの要件を満たしてきた病院などは大打撃となっています。
- ⑤ 4年後には、全ての急性期病院はDPCでの管理下になることになっています。今から、対策を立てて、パスの見直しなど、将来を見据えた中期的な戦略を練っていかねばいけません。
- ⑥ 今回の点数改定の大きな特徴は、在宅医療への誘導を意識した過激ともいえる点数の引き上げです。在宅医療支援診療所への点数配分は異常なほどに大きい。多くの診療所は転換を加速していくと思われます。当院でも在宅医療に対するスタンスを根本的に考え直さなければならない時期に来たと思われます。

以上簡単に、今年度の診療報酬改定にまつわる当院での問題点について概説しました。

〈対策と戦略〉

- 短期的戦略として、まずは今回の診療報酬改定を乗り切るために、部門ごとに対策を立てて、努力してもらっています。
- 中期的戦略としては、4年後のDPC導入・病院機能評価の更新を見据えての体制の確立が求められます。
- 長期的戦略としては、ドックや健診などの予防医学から、生活習慣病を含めた保存期患者の管理、急性期患者の治療、慢性期・終末期の医療、在宅医療という“当院を中核に据えた地域完結型の医療の再構築”を今後の将来目標にしたいと思っています。

ただし、ここで強調しなければならないことは、戦略を立てても、それを実行するのは人だということです。私の尊敬するGEのCEOだったジャックウェルチの言葉を引用して、締めくくりたいと思います。

“人材なくして戦略なし” 適材適所の人材活用は戦略の構築よりもはるかに重要だ。

この真実はあらゆる種類の事業にあてはまる。