

包括診療における支出の変動

—回復期リハビリテーション病棟—

古木 晶子¹⁾ 勝尾 信一²⁾

要 旨：平成14年4月、6病棟が回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）として移動し、2年が過ぎた。リハビリ以外の診療行為点数と入院料が、1日1,680点に包括される病棟において、一般病棟であったと仮定した場合の点数と1,680点を比較することで、回復期リハ病棟の支出と収益について検討した。結果、2年間を通して高い収益を上げていることが分かったが、術後早期の転棟により、一般病棟においての早期加算された状態の入院料や検査・投薬・画像診断等が包括され日によってはマイナスになる傾向にあることがわかった。また、回復期リハ病棟において施行される投薬と検査が支出点数の高くなる要因であり、これひくく抑えるために、パスの作成を含めた更なる計画化とコスト管理の意識を徹底するのが今後の課題である。

（新医福誌，2005；2：1-5）

【Key words】回復期リハビリテーション病棟，包括

はじめに

平成14年4月、当院において回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）が稼動した。

回復期リハ病棟は、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などの患者に対して、摂食・寝起き・用便などの日常生活動作の向上による寝たきりの防止と社会復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを、医師・看護師・理学療法士・作業療法士などが共同で作成し、それに基づいたリハビリテーション（以下、リハビリ）を集中的に行うための病棟である¹⁾。発症日（または起算日）より90日を超え早期加算対象にはずれると、通常リハビリは一月に11単位を超える分は7割に減算するが、回復期リハ病棟にいる間は減算されず全額での請求が認められている。また転棟日から退院までの入院料が1日1,680点（1点10円）の一定であり、これにリハビリ以外の全ての診療行為に係る診療点数が包括されるのが、一般病棟との大きな違いである（表1）。

一般病棟が、入院料のほかに行った診療行為の内容に沿って算定される「出来高払い」であるのに対し、こうした計算に基づく請求は「包括払い」と呼ばれている。

こうした包括払いであるところの特定入院料を算定する場合、投薬・検査・画像診断等の診療に係る点数は収入とは直接結びつかず、病院の持出し分となる。

回復期リハ病棟の稼動からこれまでのコスト面からの成果と問題点を、実際の収入と算定されなかった保険点数を追うことにより検討したので報告する。

対象と方法

平成14年4月から同16年4月までの25ヶ月間に、6病棟に入院した整形外科患者のうち、回復期リハ病棟対象患者、のべ887名を対象にした。

計算式（表2）により、ひとりの患者1日当たりの入院料と診察行為に対する保険点数をそれぞれ1ヶ月ごとに算出し、6病棟が一般病棟であったと仮定したときの日当点と、回復期リハ病棟入院料1,680点と比較する。更に診療行為に係る保険点数を行為別に総診療点数と比較した。また平成16年3月に11病棟に入院し、同月内に回復期リハ病棟に転棟した患者20名を対象に、手術前日を1日目とし31日目まで11病棟にいたと仮定して、1日ごとの平均点数を算出、1,680点と比較した。

なお今回、検査・投薬・画像診断などの診療行為に係

¹⁾ 福井総合病院 医療事務課（福井市新田塚1丁目42番1号）

²⁾ 福井総合病院 整形外科（福井市新田塚1丁目42番1号）

（受付日 2005年3月31日）

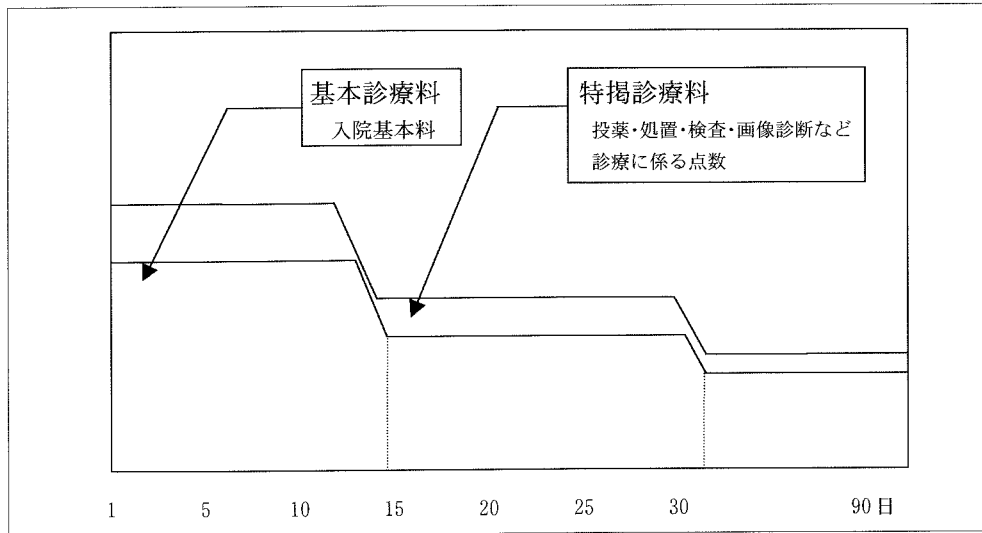


表 1 - 1. 一般病棟での診療報酬の構成

診療報酬は概ね基本診療料と特掲診療料の合計である。

入院基本料は看護体制や平均在院日数などにより細かく設定されたもので、入院初日から14日目、15～30日目、31日目～と、金額は低くなるように設定されている。そのため、行った診療にもよるが診療報酬は...低額になっていく。

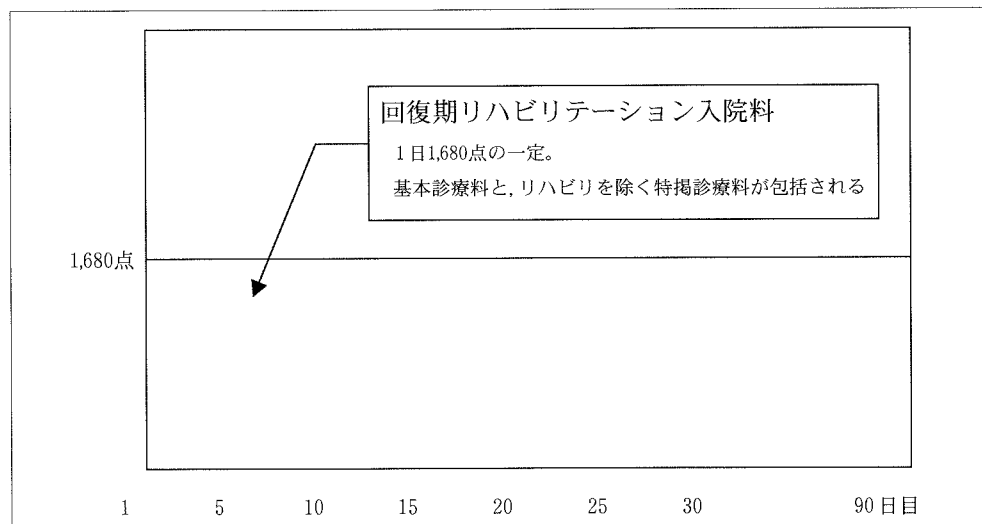


表 1 - 2. 回復期リハ病棟の入院料の構成

$$\begin{aligned}
 & \frac{\text{一ヶ月毎の総支出診療点数}}{\text{一ヶ月毎のべ日数}} + \frac{\left[\begin{array}{l} \text{1～14日目の延べ日数} \\ \times 1,417 \text{点} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{15～30日目の延べ日数} \\ \times 1,295 \text{点} \end{array} \right] + \left[\begin{array}{l} \text{31日目以降の延べ日数} \\ \times 1,145 \text{点} \end{array} \right]}{\text{一ヶ月毎の延べ日数}} \\
 & = 6 \text{ 病棟が一般病棟であった場合の日当点}
 \end{aligned}$$

表 2. 6 病棟が一般病棟であった場合の日当点を求める計算式

る保険点数を診療点数と表し、包括外で施行単位数に従って点数を算定できるリハビリを調査から省いた。食事療養費なども同様である。

計算に用いた入院料は老人入院料とし、6 病棟の看護体制より、入院基本料 3：1、正看護比率 70% 以上（入院初日～14 日目 1,417 点、15～30 日目 1,295 点、31 日目以降 1,145 点）、また 11 病棟は入院基本料 2：1、正看護比率 70% 以上とした。

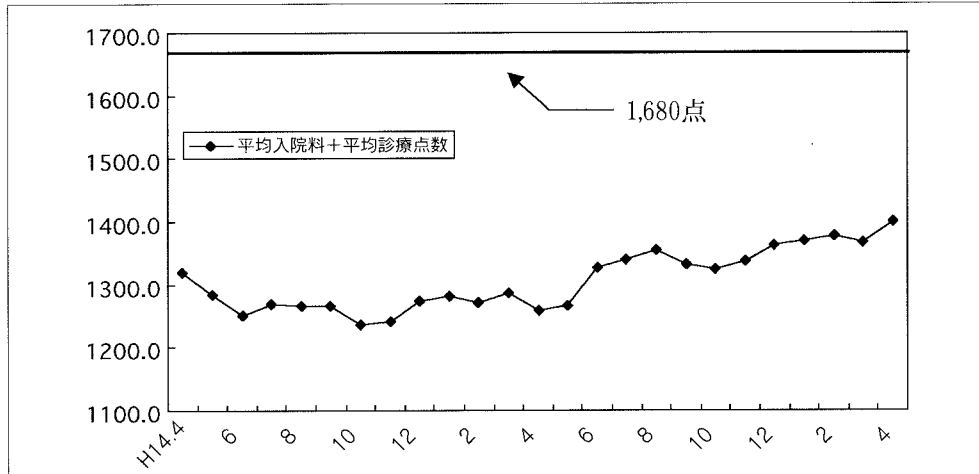


図 1. 6 病棟が一般病棟であったと仮定した場合の日当点の推移
1,680点を示す線との折れ線との間が回復期リハ病棟での収益となる。

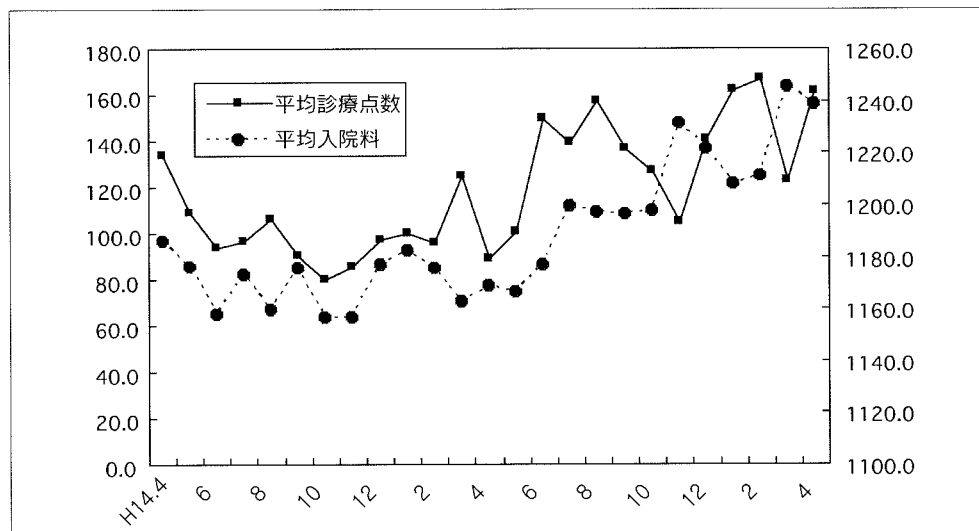


図 2. 仮定の日当点の内訳

結 果

a. 6 病棟が一般病棟であったと仮定した場合の日当点

稼働からの 2 年にわたり回復期リハ病棟は、1 人 1 日当たり 280～440 点の収益をあげていた。しかし 15 年半ばより、仮定の日当点は高くなり、収益を圧迫している状況にある (図 1)。

b. 仮定の日当点の内訳

診療点数には月によってばらつきが見られるが、入院料については 2 年間に増加の傾向にある。平成 15 年 6 月まで入院料・診療点数はほぼ連動して増減しているが、5 病棟の回復期リハ病棟稼働に伴い病床数が増えた 7 月頃からは、両者の増減は逆の動きを示している (図 2)。

c. 入院より 31 日間の日当点

入院から 14 日目までの日当点は 1,680 点を上回っている。これを下回るのは 15 日目以降になるが、術後検査等の行われる日によっては 1,680 点を上回る日も見受けられた (図 3)。

d. 平均診療点数とその内訳

処置・注射・訪問・指導は 2 年間を通して低く抑えられている。手術としてあがっているものは、数回の抜釘や褥瘡に係る創傷処理で、他はブロック注射などであった。(図 4)。診療点数が高いときには投薬と検査が多く施行され、また低くなるときには検査は少ない。画像診断は全体と連動は見られなかった。

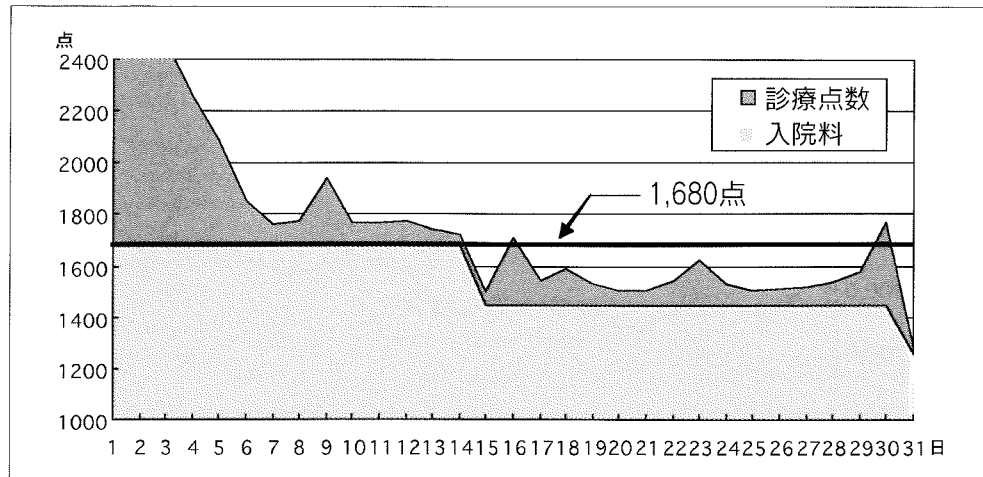


図3. 入院初日から31日目までの1日当たりの平均点数

■部は11病棟で算定する入院料、■部は診療点数を示す。1,680点の線より上は病院の持出分となり、それより下の診療点数までの空白部が回復期リハに転棟したことによる収益となる。
注) 1ヶ月間の整形外科患者20人を疾患・術式を問わず算出したものであり、この平均値が必ずしも2年間全体にわたるものではない。

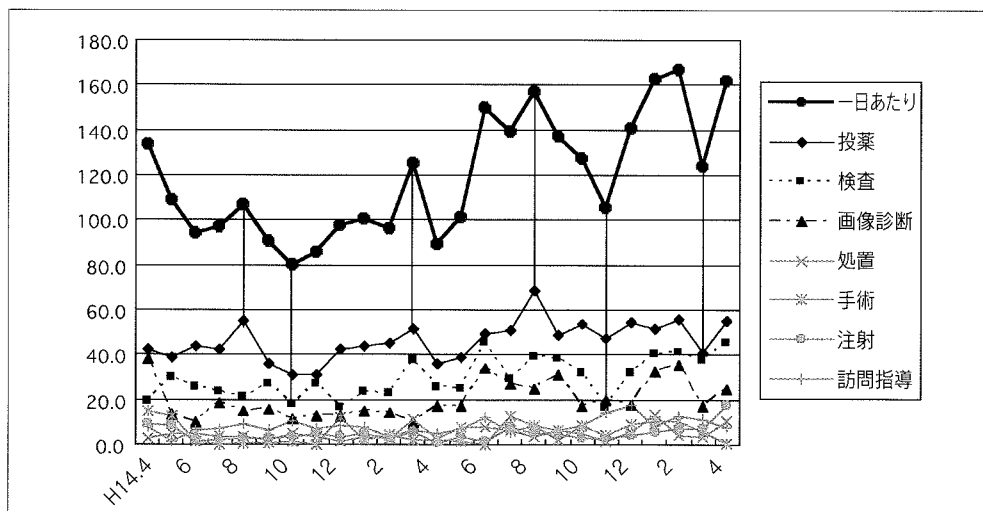


図4. 平均診療点数とその内訳

考 察

回復期リハ病棟の稼動によって全体を通して高い収益をあげているものの、5病棟の回復期リハ病棟稼動に伴い整形外科病床数が増幅した平成15年6月以降、算出した日当点は上昇し、1,680点と定められている回復期リハ病棟入院料を圧迫する傾向にある。

6病棟の整形外科患者の殆どが、整形外科急性期病棟である11病棟からの転棟である。11病棟での平均在院日数は平成15年6月以前では平均24日であったが、7月以降は15日に短縮されている。また、6病棟においても同

様に入院期間が短くなり、6月以前は76～79日ほどだった在院日数は、15年9月以降は46日前後に、16年4月には38日間であった。

つまり平均入院料の上昇は、一般病棟での早期入院料を算定できる期間内に回復期リハ病棟へと転棟する患者の増加のためと考えられる。一般病棟から回復期リハ病棟には7～9日に転棟する事例が多く、最短で入院より4日目であったが、一般病棟の入院料は老人保険の場合で1,679点であり、回復期リハ病棟入院料と殆ど変わらない。例えば術後3日、入院から4日目に転棟した場合、術後管理料・術後検査・抗生剤など診療点数は入院料と包括

され、請求できず本来得ることの出来た577点はそのまま支出となり病院の負担となる。無論実際には1,680点にリハビリ施行の点数が加算されるため、現実に入金がゼロだった日・マイナスだった日はごくまれである。しかし、術後状態で早期加算を算定できる患者の場合、一般病棟・回復期リハ病棟ともにリハビリの施行単位数などの条件も同じである以上、術後早期の転棟が高い収益に直結するとは考えにくく、むしろそれは支出点数が発生する原因のひとつとなっている。回復期リハ病棟は確実に収益を上げている一方で、日によっては支出となる点数を多く抱えているのが現状である。

診療行為別の結果は、診療点数は投薬・検査と連動していた。このことから検査と投薬を低く抑えることが、支出を少なく抑えることになるといえるだろう。定期的投薬・検査については転棟前に一般病棟での施行の見直し・計画化が必要と思われる。今回の調査で、一般病棟で行われるべき検査や、指導などを転棟後に行っているケースが見受けられた。転棟前の病棟間の確認や申し送りの徹底が重要である。臨時の施行の際は、その必要性、コストについて意識することが必要である。急性増悪で治療が必要な場合は、早い段階で一般病棟へ転棟し、状態が安定したら再び回復期リハ病棟に戻ることもできる。過剰な検査や投薬を避け、支出診療点数を低く抑えるためには、回復期リハ病棟のパスの作成を含め、更なる計画化が今後の課題となる。

現在、診療報酬請求をこの包括払いによって算定する傾向がつよくなっている。当院においても、8病棟小児科における小児入院医療管理料、7病棟整形外科における亜急性期入院料が既に稼働している（平成16年12月現在）。それぞれ算定できるものや定められた特定入院料の点数などに違いはあるものの、包括化により、医療業界全体が売り上げの向上を望むことが困難な時代になりつつある。診療単価そのものの引き下げを危惧する向きもあり、今後ますます厳しいものとなるのは想像に難くない²⁾。しかし同時に、回復期リハ病棟を、生き残り策

ととらえる医療機関も決して少なくない。全ての診療点数が包括されることを踏まえ特定入院料が高額に設定されているため、一定期間ごとに低額になる一般病棟入院料より高い収益を望むことができるからだ。そのためには、各人がコスト意識を持ち、限られた入院料をより有効に活かす努力が必要なのである。

ま と め

平成14年4月から同16年4月間に、6病棟に入院した回復期リハビリテーション病棟に入院した整形外科患者を対象に、一般病棟であった場合の仮定の日当点と、そのうち平成16年3月に11病棟に入院し同月内に6病棟に転棟した20名については11病棟に居続けた場合を仮定した場合の1ヵ月間の日当点をそれぞれ算出し、1,680点と比較検討した。また診療行為別の1人1日当たりの平均点数と総診療点数を比較した。

結果2年間を通して高い収益を得ていたが、5病棟の回復期リハ病棟稼働に伴い、病床数が増えた15年7月以降は術後早期の転棟が増え、一般病棟においての早期加算された状態の入院料や検査・投薬・画像診断等が包括され日によってはマイナスになる傾向にあることがわかった。また、回復期リハ病棟において施行される投薬と検査が支出点数の高くなる要因であり、これひくく抑えるために、パスの作成を含めた更なる計画化や申し送りなど病棟間の申し送りの徹底などが重要である。包括化によって医療費の抑制がすすむが、高額な特定入院料は使いようによって収益の向上につながり、そのためには各人がコスト意識を持つことが何より重要である。

文 献

- 1) 社会保険研究所：医科点数表の解釈 第32版，2004：101.
- 2) 田原一：診療報酬改定対応と回復期リハ病棟運営マニュアル，株式会社じほう，東京，2002：58-60，70.