

月刊

# 保険診療

*Journal of Health Insurance & Medical Practice*

# 4

2023.Apr.

Vol.78 No.4

Ser.No.1597

## 特集／“医療DX” 総まとめ

～現在と未来，その大いなる課題～

**Objection** 新型コロナウイルス感染症の5類感染症への移行をどう考えるか

**視点** 「医師の働き方改革」まで残り1年の現状と課題



## 「新入院患者数増→在院患者数増→単価を上げる」 病院経営には順番も大事



【病院紹介】1987年、鹿児島市下荒田町に310床で開院。県の洋上救急、ドクターヘリの協力病院としての指定を受けている。赤字経営が続いていたが、地域のニーズに合わせて経営方針を転換したことにより黒字経営に。新型コロナ禍では、外来患者数は減少したが、コロナ肺炎の患者を多く受け入れたことにより、医業収益は減ったものの利益は増加。2021年12月、谷山地域に新築移転。



★ 1 ★ 2 ★ 3 ★ 4

元・鹿児島徳洲会病院 院長（現・千葉徳洲会病院院長） 池田佳広

### ▶ 新入院患者増の次の一步は…

経営が悪い病院のほとんどに共通するのは「入院患者数が少ない」ということです。ですから**病院経営を良くする第一歩としては、入院患者数を増やすことが重要**です。前回書いたように、市立病院や大学病院での高度な治療後、まだそれなりに急性期の治療が必要だけれどリハビリが必要な患者さんや、精神病や認知症をもち、他の病院では受け入れづらい精神科や療養病院の患者さんを自ら出向いて集めれば、新入院患者数は増えていきます。

基本的に患者さんは良くなれば退院します。急性期病棟では、たくさん入院しても、どんどん退院してしまうため、在院患者数がそこまで増えない場合もあります。急性期の病院で、特に若い医師の場合には、患者さんが入院して、肺炎や心不全などの病気が治るとすぐに「退院」の指示を出す傾向があるようです。しかし、病気が治ったけれど、「トイレまで歩けないのに自宅に戻っても困る」「食事がもう少し摂れないと困る」といった患者さんもいらっしゃいます。そうした場合に、病気が治ったあとにもう少しリハビリなどを行ってから帰ってもらえばよいのではないのでしょうか。

医者は医療に関しては専門家ですが、介護や看護、リハビリについては看護師や他のスタッフのほうがよく知っていることも多いと思います。ですから鹿児島徳洲会病院や宇和島徳洲会病院では、**退院の許可は医師が出しますが、実際にいつ退院させるかは、病棟棟長やMSW、地域連携室などに任せるやり方**をとっていました。そうすることでベッドコントロールもしやすくなります。

### ▶ ベッドコントロールの重要性

多くの病院では、「月曜日の入院患者数と金曜日の退院患者数が多い」「夏と冬は入院患者数が多いが、春と秋は少ない」ことを経験していると思います。寒いと心筋梗塞や心不全、脳梗塞が増え、骨折も増えるので、自然にだけ任せるとどうしてもそうなります。そこでさらに入退院を全部医者に任せると完全に自然任せになって、入院患者数の増減が多くなってしまいます。

私の場合は、**ベッドコントロールナースという役割を作り、毎週ベッドコントロールミーティングで退院患者の調整**をしました。もちろん早く自宅に帰れる患者さんなどの退院を無理に伸ばしたりはしません。リハビリがどの程度進んでいるか、ど

のくらい進めば自宅や施設に帰れるのかを見極め、**施設からの入院者が多い場合には施設との退院日の調整などを検討**します。

最初は私が全部介入して資料の作り方を指導したり経営的な話もしましたが、ある程度できるようになった時点で、あえて私は出ないで任せるようにしました。そういう試みを行った結果、入院患者数も増えて経営も安定するようになりました。

図表1は私が宇和島徳洲会病院にいた時の曜日ごとの入退院の人数です。①では月曜日の入院患者が多く、金・土曜日の退院患者数が多いことがわかります。こうなると週末にベッドが埋まらずガラガラ…ということが起こります。そこで、「施設に退院する患者さんに関しては、可能であれば週末を避けて週明けにしてもらうように調整してください」と指示を出しました。結果が②です。人数がばらけ、指示を忠実に守ってもらったことで逆に月曜日の退院患者数が多くなりすぎたというちょっとした弊害が出ています。

そこで施設への退院は週明けの月曜日だけでなく、月曜日、火曜日にばらけるようにと指示すると、ばらつきがなくなりました(③)。

このように、**まずはグラフや表で**

「見える化」を行う。その後、具体的な指示を出す。数カ月したら結果がどうなったのか確認作業を行い、再度検討する。これをできるまでやり続けることで、ほとんどの課題が改善します。そしてこのあとに入院患者の単価を上げることを考えます。同時並行するのが理想的ですが、現実的に単価を上げることのほうがむずかしいため、やりやすく効果の高いほうから始めるのが基本です。

### ▶ 入院単価を上げ売上をアップ

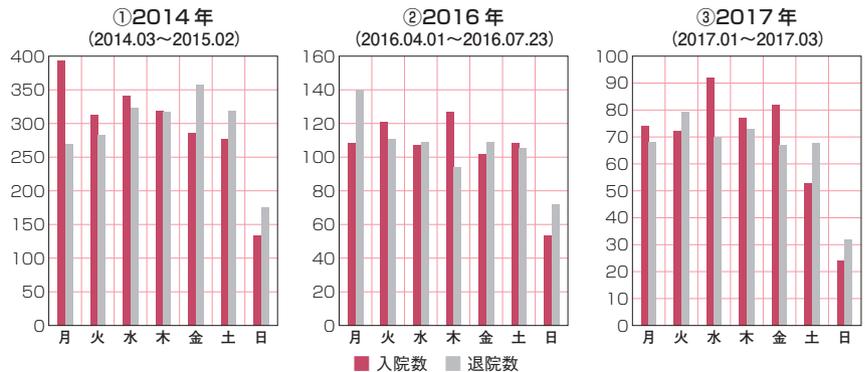
「単価を上げる」というと最初に思いつくのは手術、胃カメラや心臓カテーテル検査などの高額な検査を行うことですが、どちらも専門的な医師がいないとむずかしく、多くは「医師がいなくてできない」と言い訳して終わってしまいます。

しかし医師がいなくてもある程度の単価を上げることは可能です。例えば、救急医療管理加算や退院時診療状況添付加算、退院時リハ指導料など、「加算」にはコストがほとんどかからず純粋に売上分だけ利益が上がります。ほかに栄養指導や薬剤指導などの指導料もそうです。これらが取得できているかを定期的に見える化し、目標管理することで少しずつ単価を上げることができます。

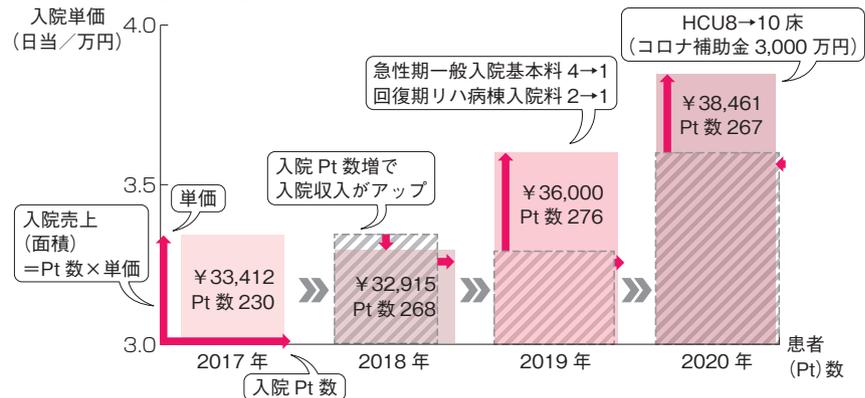
さらに、人件費はかかりますが、医師事務や看護補助者の配置による医師事務補助体制加算、また、看護師を増やし、7対1看護、ICUやHCUの2対1・4対1看護ができれば大きく単価は上がります。

「入院売上」は、縦軸を入院患者の単価、横軸を入院患者数にとり、「入院患者数×入院単価の面積」になります。入院売上アップは、最初に入院患者数を増やす（＝横長の長方形を作る）、次に横の長さをなる

図表1 曜日別入院数・退院数



図表2 入院売上の推移



べくキープしながら、縦にも伸ばして面積を増やすイメージで行います。

鹿児島徳洲会病院の場合を図表2に示しました。2018年に入院患者数が急増していますが、単価はほぼ横ばい、2019年には患者数は横ばいですが、単価が上がっています。これは2019年に急性期一般入院料4(旧10対1看護)から急性期一般入院料1に変更したこと、回復期リハビリテーション入院料3から1に変更したことによります。2020年にはHCUを8床から10床に増床。看護配置の問題から急性期一般入院料は1から2に落としてしまいましたが、実はそこでは単価はさほど下がりがありません。さらに看護補助体制加算25対1、夜間看護体制100対1なども取得しました。2020年からは新型コロナの影響で救急車数と患

者数が減っているのでは純粋な比較はできないのですが、入院単価についてはその後も上がっています。

入院単価は「1日当たりの1患者の単価」ですから、在院日数が短くなれば単価は上がります。急性期病院で「在院日数の短縮」という方針はよくあると思いますが、患者数を増やす前に在院日数を短くし過ぎると、単価は上がったけど患者数は減った（＝横長の長方形が縦長になったけど面積が小さくなった）ということがあります。見える化をしながら定期的にチェックし、患者数が減る春や秋などに在院日数を短くし過ぎない工夫や仕組みを取り入れるとよいでしょう。重要なのは順番です。まずは入院患者数を増やして、その後に単価を上げる、在院日数を短くすることが肝腎です。