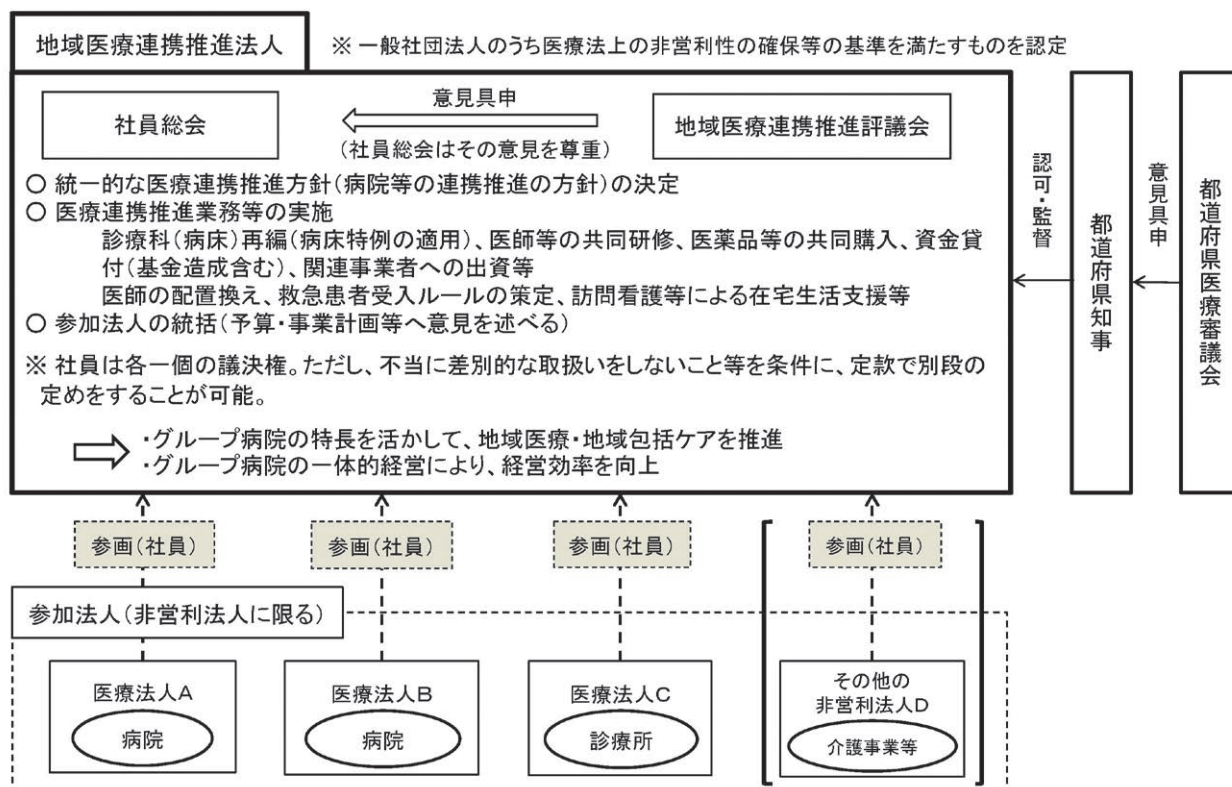


PICK UP

昨今の厚生政策に関連した役立つ情報をセレクトして詳しく解説。
今回は、地域医療が連携から統合へと変わる中での、急性期病院のあり方にスポットをあてます。

地域包括ケアシステムにおける急性期病院の経営戦略の考え方

【図1】地域医療連携推進法人制度の概要



(出典) 2015年12月11日産業競争力会議実行実現点検会合

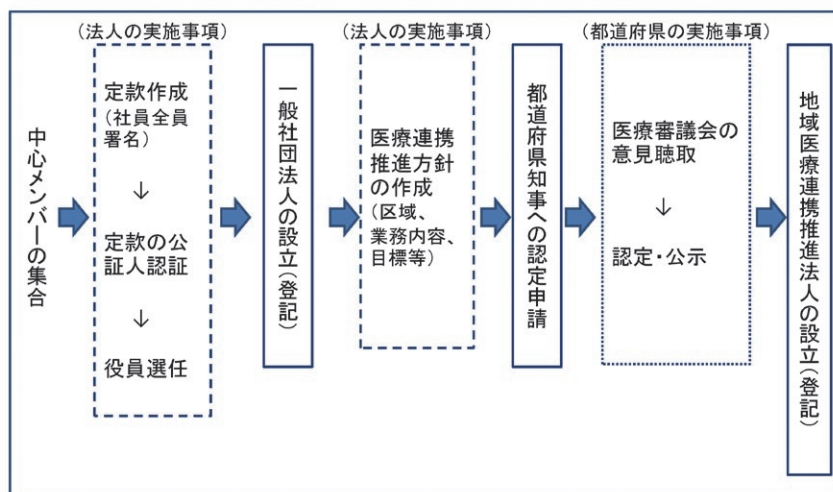
2016年度診療報酬改定から1年弱が経過し、医療機関ではさまざまな動きが出てきている。特に、2016年9月末で経過措置が切れた一般病棟入院基本料7対1（以下、7対1）を保有する病院では、病棟転換に迫られる状況も出始めている。今後も、医療機関にとっては、変革が求められる時代が暫くは続きそうだ。

医療法の改正により、2017年4月2日から地域医療連携推進法人（以下、連携法人）制度（図1、図2）が施行される。本制度の施行を見据えて、既に全国各地で連携法人の設置に向けた動きが水面下で進んでおり、公表する組織体も出てきている。正に、地域連携から地域統合に向けた大きな一歩を歩み始めるのである。

そのような中で、地域のあり方も当然変

革が求められてくることになる。今回は、急性期病院に焦点を当て、変わりゆく環境の中で、制度的動向も見据えつつどう経営の舵取りを取っていくべきなのかを考えてみよう。

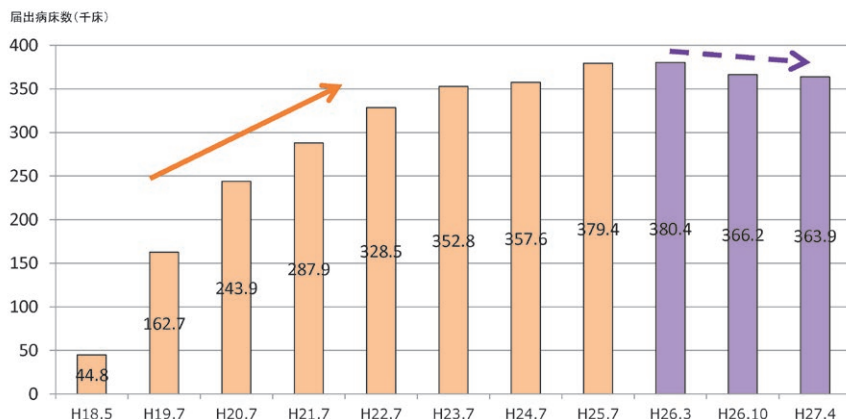
【図2】地域医療連携推進法人設立までの手続き・スケジュール



(出典) 医療法の一部を改正する法律について

【図3】一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、26年以降は減少傾向に転じている。



出典:中央社会保険医療協議会 総会(第306回 2015/10/14)

【図4】2016年6月と11月の地域包括ケア病棟(病床)届出病院数の変化

	6月1日 時点	11月15日 時点	増減		6月1日 時点	11月15日 時点	増減
全国計	1,538	1,744	+206	三重	10	12	+2
北海道	71	85	+14	滋賀	15	17	+2
青森	17	22	+5	京都	31	38	+7
岩手	9	11	+2	大阪	79	88	+9
宮城	23	27	+4	兵庫	84	101	+17
秋田	19	22	+3	奈良	19	20	+1
山形	18	18	+0	和歌山	21	24	+3
福島	15	16	+1	鳥取	15	16	+1
茨城	24	27	+3	島根	19	19	+0
栃木	17	16	-1	岡山	54	59	+5
群馬	26	34	+8	広島	48	56	+8
埼玉	36	48	+12	山口	31	32	+1
千葉	30	36	+6	徳島	18	19	+1
東京	80	90	+10	香川	6	7	+1
神奈川	53	62	+9	愛媛	32	40	+8
新潟	30	34	+4	高知	29	30	+1
富山	14	16	+2	福岡	119	130	+11
石川	23	28	+5	佐賀	23	24	+1
福井	15	16	+1	長崎	37	42	+5
山梨	8	11	+3	熊本	58	62	+4
長野	37	43	+6	大分	43	46	+3
岐阜	29	32	+3	宮崎	24	28	+4
静岡	20	24	+4	鹿児島	42	46	+4
愛知	57	58	+1	沖縄	10	12	+2

出典:(株)日本経営とメディキャスト(株)調査より作成

いだろうか。厚生労働省は、2016年度改定における要件厳格化によって、7対1病床の約3%~5%が減少するとの試算を立てていた。2018年度改定における厳格化のポイントは、2016年改定を経て7対1病床数がどの程度減少したのかによるだろう。そういう意味では、2016年度改定の経過措置が切れる2016年9月末が一つのポイントになると考えられる。

(株)日本経営とメディキャスト(株)の調査より、2016年6月と2016年11月時点の地域包括ケア病棟(病床)を取得した病院数の変化を確認してみよう(図4)。2016年6月から11月の間に、新たに地域包括ケア病棟(病床)を取得した病院は206件にのぼる。2016年6月時点の取得病院数は1,538件で、病床数は45,031床(1病院届出病床数は平均29.3床)であった。仮説ベースで考えると、約6カ月間で6,000床程度の地域包括ケア病床が増加したと推計される。2015年10月15日の第10回入院医療等の調査・評価分科会資料によると、転換病床の約60%(亜急性期病床の転換を除いて)は7対1からの転換である。そう考えると、7対1病床数は、まだ3,000~4,000床程度しか減少していないものと推察できるだ

一般病棟入院基本料7対1の要件厳格化はあり得るか？

急性期病院を取り巻く最も大きな制度的リスクは、7対1要件の厳格化の可能性だろう。2014年3月末時点で約38万床あった7対1病床は、2014年度診療報酬改定以降、約4%程度(1.1万床)減少している(図3)。しかし、減少したとはいえ、一般病床では未だ7対1の病床数が最多であった。このため、2016年度改定においても、7対1要件の厳格化が図られた。

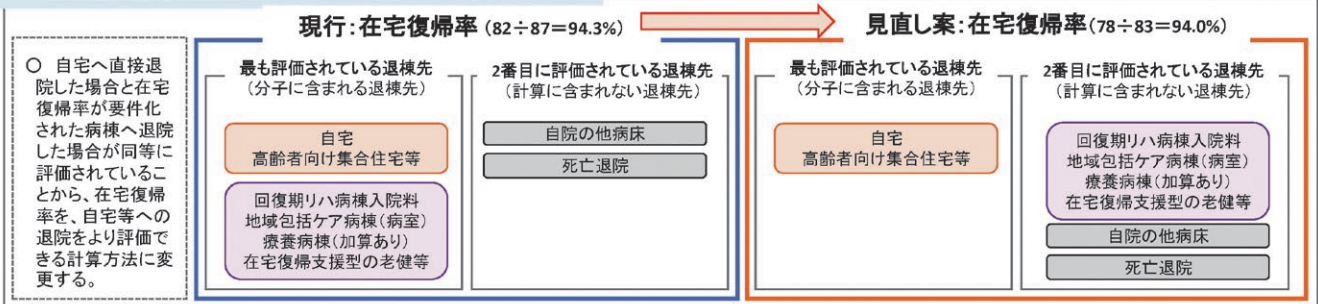
最も影響が大きかったのは、重症度、医療・看護必要度の見直しである。重症患者割合が15%から25%へ引き上げられたことによって、病棟転換を迫られた病院も多いのではな

ろう。厚生労働省は、先に述べたように、2016年度改定の要件厳格化により7対1病床数は3%~5%(10,000~18,000床程度)の減少見込みを立てていたが、現時点では到底届いていないと考えていいのではないだろうか。

そう考えると、2018年度改定においてさらに要件厳格化が検討される可能性は高い。要件厳格化の選択肢は、①重症度、医療・看護必要度の再見直し、②平均在院日数18日以内要件の見直し、③在宅復帰率85%以上要件の見直し、の3点である。現時点では、いずれも見直しの可能性があるだけに、3点それぞれのポイントを押さえておきたい。

【図5】在宅復帰率の計算方法見直し案

➤ (例1):在宅復帰率の計算方法の見直し



出典:中央社会保険医療協議会 総会(第318回 2015/12/9)

①重症度、医療・看護必要度の再見直し

2016年10月よりDPCデータのHファイルとして看護必要度のデータを提出している。2016年度改定の影響を検証する意味も含めて、Hファイルの解析結果が取り上げられる可能性は高いだろう。その検証結果は、出された時点で確認し、議論の方向性を読み解くことが求められる。

②平均在院日数18日以内要件の見直し

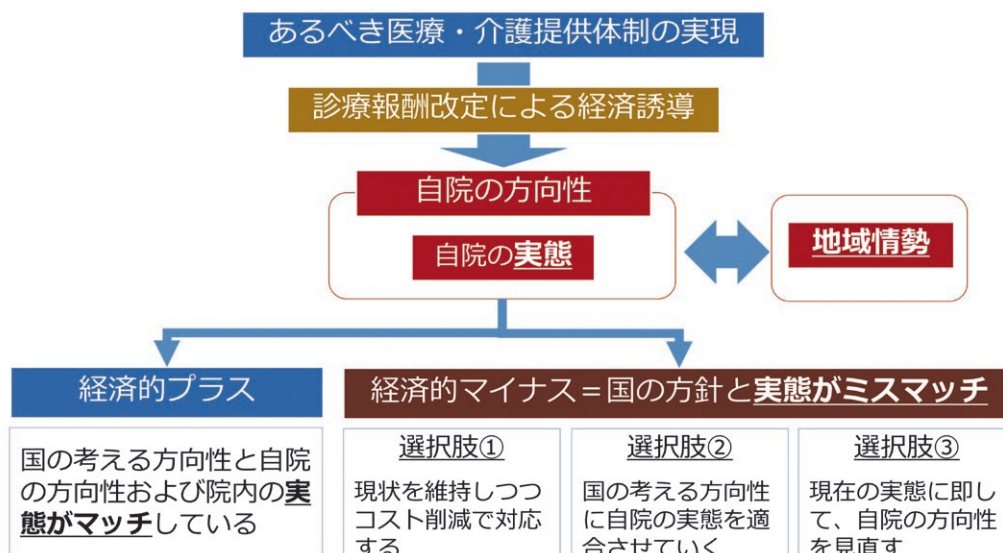
2018年度同時改定では、2016年度改定が平均在院日数に与える影響も含めて検証される予定だ。短期滞在手術等基本料の適用症例拡大も含めて、平均在院日数がどの程度、短縮傾向にあるかは要注目である。

③在宅復帰率85%以上要件の見直し

在宅復帰率は、2016年度改定で引き上げられたが、本質的な在宅復帰誘導にはつながっていないものと考えられる。在宅復帰率については、2016年度改定で提案された計算方法の見直し(図5)が改めて検討される可能性があるのではないだろうか。

7対1病院で上記施設基準3要件が現時点でギリギリの病院は、さらなる厳格化に今から備えておかねばならない。診療報酬改定の議論が定まってくる本年冬頃から対策を検討するというスピード感では、安定的な経営戦略の立案は困難である。

【図6】診療報酬改定を基にした経営戦略の考え方



経営戦略は、“国の方向性”と“自院方針”、“実際の患者像”とのギャップ認識から

急性期病院にとっては、引き続き厳しい改定見通しの中、急性期として存続に向けた病院の経営戦略をしっかりと立てておく必要がある。まずは、自院の現状を正しく認識することから始めたい。そのポイントは、「国の方向性」と「自院の方向性(方針)」、「院内の患者実態(患者像)」にギャップがあるか否かである。

たとえ「自院は急性期病院維持」との方針を打ち出しているとしても、「国の考える急性期像」に対して「院内の実態・患者が適合していない」場合には、経済的評価が得られなくなっていくことが予想される。このため、「国が考える急性期像」と「自院の方向性(方針)」、「院内の患者実態」の三つすべての整合性を取る必要があるのだ(図6)。

もし、ギャップが発生している場合に病院が取るべき選択肢は、以下の3点である。

- ①現状を維持しつつコスト削減で対応する
- ②国の考える方向性に自院の実態を適合させていく(患者構成を急性期の患者像に変えていく)
- ③現状の患者実態に合わせて医療資源(人的資源や設備等)の適正化を図る

急性期の病院は、まず、院内の患者像(患者構成)を正しく把握し、それを基に病棟構成の見直し等を検討していく必要がある。

三つのステップで病院の方向性の再確認を

自院の実態を把握し、また地域における医療需要も急性期患者の増加見込みが低いケースにおいて、急性期病床の存続が困難な場合にどう考えるべきか。
考えるステップは、大きく3点である。

①制度の厳格化に対応していけるかどうか

特に、7対1病床については、施設基準要件の厳格化の可能性がある中、制度改正に対応し続けることができるのかどうかである。7対1病床の適正化が図られた後は、10対1病床についても徐々に要件が引き上げられていく可能性がある。

②急性期として存続が難しい場合、病棟構成をどうするか

次に、一部病棟も含めて急性期病床の維持が困難な場合には、病棟構成をどのように再編成するかである。これは、院内の患者層に加えて、地域における人口動態や他病院の動向も注視しておかなければならない。“院内の患者層”と“地域マーケティング”の二つの視点より今後の病棟構成の選択肢を検討しておく。当然、経済性の試算は、前提である。

③急性期として存続が難しい場合、人員をどうするか

最後に、病棟機能の転換を検討した場合、看護人員の余力が発生する可能性が高く、その人員にどう生産性のある業務に携わってもらうかを検討する必要がある。この場合の選択肢は、“高度急性期機能を導入する(ICU,HCU等)”、“看護師で収益性が確保できる事業を展開する(訪

【図7】 急性期病院の方向性を考える三つのステップ

地域における自院の立ち位置と今後の病院のあり方

施設基準要件等の厳格化が続く中で、地域において急性期病院としてその役割を発揮し続けることができるのか

1

制度の厳格化に対応していけるかどうか

制度が厳格化されていく中で、それに対応できる力があるかどうか、どのように対応していけばいいのか

2

急性期として存続が難しい場合、病棟構成をどうするか

急性期として生き残りが厳しい場合、どのような病棟機能構成に進んでいくべきなのか

3

急性期として存続が難しい場合、人員をどうするか

7対1要件の厳格化が進んできて、制度厳格化に対応できない場合、特に看護師が余剰になってくる

【図8】 某地方急性期A病院の病棟再編の検討と課題

現状	選択肢	対応方法	重症割合の変化	検討課題等
現状 7対1:300床 (重症割合23.5%) HCU:6床 (重症割合100%) ※実際には、個々の病院の実情に応じてシミュレーションが必要	選択肢① ダウンサイズ	7対1を50床ダウンサイズし、重症度が低い長期患者を退院支援	重症割合 28.2%	ダウンサイズした分の看護人員の余力をどうするか検討が必要。
	選択肢② HCUの廃止	HCU6床を廃止して、一般病棟に戻すことで重症患者の母数を増加	重症割合 25.5%	HCU6床廃止分が減収となり、重症割合も薄氷が続く。
	選択肢③ 1病棟機能転換	1病棟を7対1から地域包括ケア病棟(13対1)に転換し、重症度の低い患者を地域包括ケア病棟に転棟	重症割合 28.2%	重症度と単価の低い患者を転棟させると収入増の可能性。看護人員の余力対応は必要。
	選択肢④ ③+HCU1	1病棟地域包括ケアに転換し、併せてHCUをHCU2(6床)からHCU1(4床)へ変更する	重症割合 28.7%	経済的にも患者重症割合的にも最も高くなる可能性。

メディキャスト株式会社編集部で作成

問看護St等) ”、“病棟転換の想定時期を見越して採用数の適正化を図る”の三つが考えられるだろう。

まずは、前述した通り、院内の患者実態を正しく把握したうえで、この三つのステップで病院の機能的な方向性を再度確認していただきたい。急性期の病院として必ず全床を急性期病床として維持するというスタンスではなく、特に地域の医療需要に応じて柔軟な形態へと徐々に機能を転換することも念頭において経営戦略を立てていかなければならない。

Case 診療報酬改定により7対1の維持が困難な急性期病院の対応

2016年度改定により、病棟構成の再編にどう対応していくかが問われている病院が全国的に多くなっている。7対1病院で重症患者割合25%要件を満たすことが難しいと予想されている病院の病棟再編について考えてみたい。

ケース病院：某地方急性期A病院
 現在の病棟構成：7対1入院基本料病床-300床
 (6病棟)、HCU2-6床
 ※わかり易くするために、稼働率は100%とする。
 重症患者割合：23.5%
 置かれている状況：改定により全床7対1を維持するのが難しく対応が迫られている

<病棟構成再編の選択肢>

A病院は、重症度、医療・看護必要度試算の結果、25%を満たせないことが濃厚だった。A病院のケースで検討した選択肢は大きく4点で、地域情勢、経済性および重症患者割合の観点から検討を行った。

<A病院の意思決定>

A病院は、院内の患者層や経済性等のシミュレーションの結果、最終的に選択肢④の方向性で改革を進めていくことを意思決定した。課題としては、7対1から地域包括ケア病棟(13対1)に転換することにより、一部看護人員の余力が発生することである。A病院では、改定により病院からの“みなし訪問”が評価されたこともあり、まずは2名体制で訪問看護事業を新たにスタートすることで、看護師の生産性を確保する取り組みを行っている。

(厚生政策情報センター)