

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。
急性期病院の今後の経営に対する方策や戦略を考える上で、何がポイントになるのかを見ていきましょう。

地域包括ケアシステムにおける病棟再編の考え方と実際

2025年の医療・介護提供体制の改革に向けた一つの節目が来年度の診療報酬・介護報酬の同時改定であると言われている。既に、診療報酬改定に向けた検討結果の中間とりまとめが提示され、これから年末にかけて本格的な議論へと移っていく。そのような中、病院は政策的な方向性を予見しつつ、自院の存在意義を地域包括ケアシステムの中でどのように見出ししていくかが求められている。今回は、特に急性期病院の病棟再編に焦点を当て、その考え方と実際について考察したい。

地域医療構想で進む自主的病棟機能選択の包囲網

2018年度診療報酬改定の動向が注目されている昨今であるが、2018年度の注目テーマは同時改定だけではない。病院経営を担う経営者や経営幹部は、更に俯瞰*的なテーマに目を向け将来を予見していく必要がある。

その一つが「医療計画の見直し等に関する検討会」の議論内容である。2018年度は、第7次医療計画のスタート元年でもある。本検討会では、特に地域医療構想をどのように実現させていくかが専ら議論されている(地域医療構想に関するワーキンググループ:以下、地域医療構想WG)。地域医療構想は、既に47都道府県全てで策定が完了している。「地域医療構想は計画であって、その通りには進まない」と認識している経営者もいるかもしれないが、そのように認識している場合は改めた方が良いでしょう。立てた以上、それを実現していく

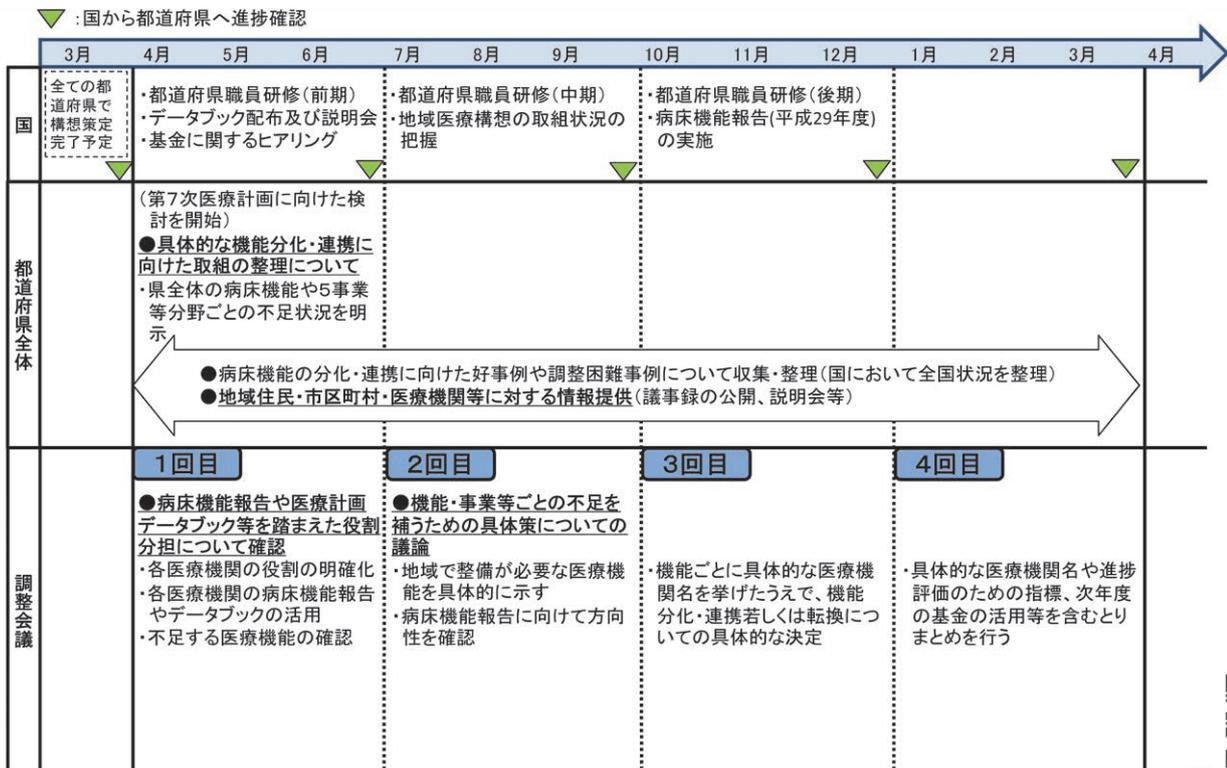
ためにどのような施策を打っていくべきかが議論されているのが、本検討会である。

ここで、本検討会の議論のポイントを押さえておこう。

- ① 地域医療構想を実現するために、地域医療構想調整会議をどのように活用するか
- ② 自主的に申請している病床機能報告制度の実態を解析し、「その機能らしさ」をどう反映させていくか

まず、地域医療構想調整会議(以下、調整会議)の活用であるが、今年度も年4回の調整会議が構想圏域ごとに実施される。この調整会議は、立てた地域医療構想を具体的に実現させていくために、どう活用するかが問われている。図1に示す

【図1】 地域医療構想調整会議の進め方(平成29年度)について(案)

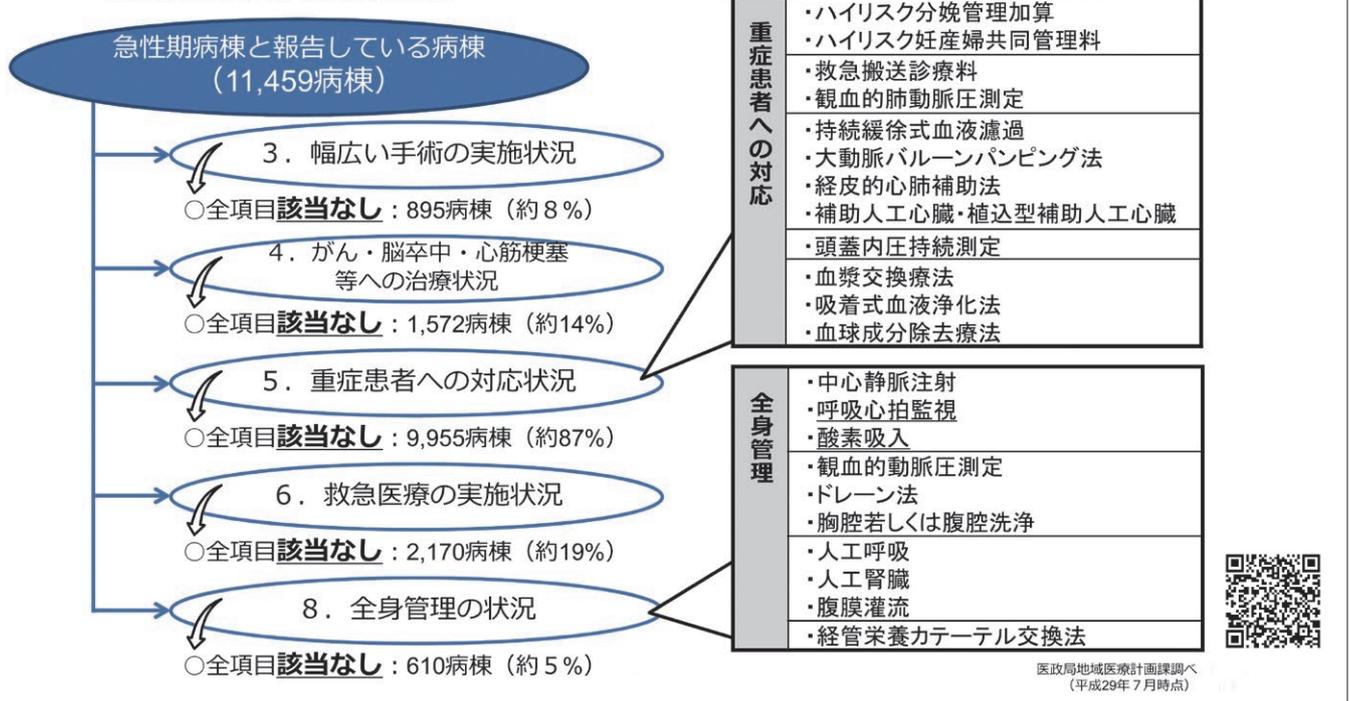


(出典) 第10回医療計画の見直し等に関する検討会

*俯瞰【ふかん】 高いところから見おろし眺めること。または、客観的に全体を見渡すこと。

【図2】 具体的な医療の内容に関する項目と病床機能

※ 平成28年度病床機能報告において、様式1で急性期機能を報告している病院の病床のうち、様式2で以下の項目でレセプト件数、算定日数、算定回数が全て0件と報告された病床数を算出



(出典)第7回地域医療構想に関するワーキンググループ

通り、4回の調整会議で具体的に何を行っていくかも進め方として定められているのである。

次に、将来的に重要な意味を持つと考えられるのが、病床機能報告制度の実態解析結果による「その機能らしさ」の評価である。現在の病床機能報告制度は、医療機関が自主的に病棟ごとの機能を選択して報告を行っている。自主性に基づく機能選択報告であるため、その実態は不透明であった。今回、地域医療構想WGにおいて、それぞれの病期における「その機能らしさ」を定義付けし、病床機能報告と「その機能らしさの定義」との整合性の実態が解析された(図2)。その結果、「その機能らしさの定義」にそぐわない病棟の存在が報告されることとなった。この意味するところは、将来的に病期別の「その機能らしさ」が定義付けされ、自主報告とされている病床機能報告制度が定義に則った形での報告制度に変化していく可能性を秘めているということである。そうすると、「自院は急性期を担う病棟を有している」と主張したとしても、実態が伴っていなければ急性期とは見なされないということが考えられる。病床機能報告制度における「その機能らしさ」の定義が精緻化していくとすると、病床機能報告制度における機能と診療報酬における入院基本料等の施設基準要件が整合性を持つてくる可能性も否定できないだろう。

病院経営者にとって診療報酬改定は重要であるが、中長期を見据えて経営の舵取りを行う場合、本検討会で議論されている内容は見過ごすことができない重要な意味を持っているといえる。

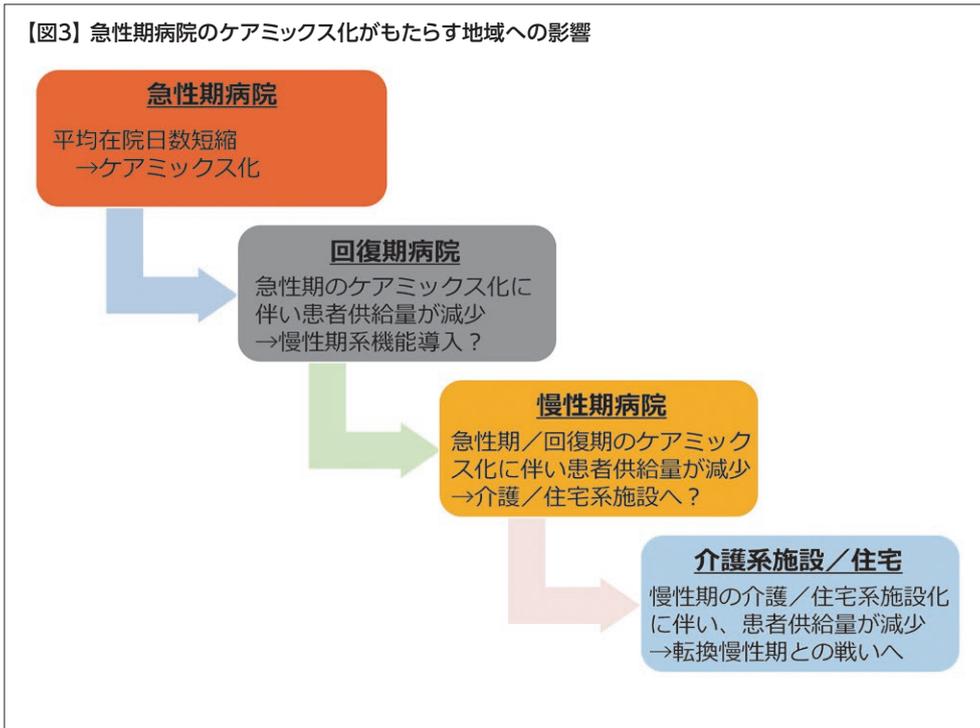
急性期病院の病床再編が及ぼす地域への影響

前述したように、病床機能報告制度は病期ごとに「その機能らしさ」の定義が明確化していく可能性が高いといえる。そうすると、病院にとって最も重要な指標は、「院内の入院患者実態」ということになる。これは、2018年度診療報酬改定で入院医療の論点で示されている「患者の状態に応じた入院医療の提供体制の推進に資する評価のあり方」とも整合性が取れており、ここから推察するに、これからの入院評価は「患者実態」が最重要視されるだろうということである。詳細は、後半に譲るとして、要は「実際に入院している患者の実態」が評価軸の基本になるだろうということだ。

では、病院経営の視点から考えると、どういう影響があるか。それは、病期ごとに定義付けされた要件を満たさない病棟は、病棟転換の必要性に迫られる可能性があるということである。それゆえに、病院経営者は、前述した「医療計画の見直し等に関する検討会」における「その機能らしさ」の要件の行方を十分に理解しておく必要があるのだ。

病院経営の根幹は、今もこれからも「機能と患者実態の一致」という一言に尽きる。これまでの病院経営でも、経営改善を行っていくということは「保有している機能と入院している患者の実態を一致させていくこと」であった。保有している医療機能や担っている医療機能に対して、入院している患者実態が「その機能らしさ」と整合性があるかどうかである。これからの病院経営では、そこが格段に重要となってくるだろう。

【図3】急性期病院のケアミックス化がもたらす地域への影響



厚生政策情報センターにて作成

これらの要因から、急性期病院がダウンサイジングを選択する可能性は極めて低く、徐々にケアミックス化していく病院が増加していくと予想される。自院の経営を維持する観点からは、そう判断せざるを得ないというのが実態かもしれない。しかしながら、地域の最上流にある急性期病院の経営者は、自院がケアミックス化していくことによる地域への影響は認識しておかなければならない。その影響が、巡りめぐって自院の経営にも影響してくることになるためだ。

急性期病院がケアミックスすると、地域にどのような影響を及ぼすか。それは、図3に示して

機能と患者実態に整合性が無い場合、収益性は悪化し、経営自体が厳しい状況に置かれる可能性が高い。その場合、改善するための手段は、「医療機能に合わせて、その機能に適合している患者を集める」か「現状の院内の患者実態に合わせて、医療機能を見直す」かのどちらかである。今回は、後者のケースを取り上げるが、患者実態に合わせて医療機能を見直すということは、病棟機能を見直すということと捉えてもいいだろう。

今回は、急性期病院の病棟転換における地域への影響を考察してみたい。まず、急性期病院が病棟転換を行うということは何を意味するか、それは、急性期病院のケアミックス化を意味すると捉えてもいいだろう。要は、急性期として担っていた機能を回復期や慢性期といった機能に転換するということである。この場合に、まず問われることは「地域包括ケアシステムにおける機能分化と連携の中で、急性期病院がケアミックス化することの是非」であろう。しかしながら、急性期病院側の論理で考えると、ダウンサイジングを選択することは非常に困難である。その要因は、ダウンサイジングによる売上の減少と返還した病床の再取得が困難という点にある。

まず、ダウンサイジングによる売上の減少は、特に借入の多い病院には経営的に大きなインパクトを持つ。ダウンサイジングによって飛躍的に利益率が向上すればいいが、現在の制度設計の中で、現実的には難しい。次に、病床数は医療計画によりその地域における基準病床数が定められている。多くの医療圏で既存病床数が基準病床数を上回っており、病床過剰地域となっている。即ち、一度返還した病床を再度取得するということが極めて困難な状況にある。

いる通りである。影響を受けるのは、急性期病院から紹介を受けていた後方病院である。これまで急性期病院は、在院日数短縮化等の目的からできる限り早期に後方病院に紹介を出していた。しかしながら、例えば地域包括ケア病棟を導入したとすると、これまで紹介していた患者を院内の急性期病棟から院内の地域包括ケア病棟へと転棟させる。そうすると、必然的に後方病院は急性期病院からの紹介患者が減少していくこととなる。紹介患者が減少し稼働率が低下した後方病院の多くは、急性期病院が選択した意思決定と同様に、ダウンサイジングするのではなく更にその後方の機能へと転換していくことが予想される。このように、急性期病院がケアミックス化していくということは、地域の後方病院や介護系施設等に波及的に影響が及んでいくのである。

回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟への転換における留意点と実際

地域医療構想における回復期領域には、一般的に地域包括ケア病棟(同入院医療管理料)と回復期リハビリテーション病棟の2つがある。急性期病院が病棟転換を検討する際、最初の選択肢に上がるのは、主にこの2つだろう。回復期領域は、全国的に病床数が圧倒的に不足しており、病床数整備に向けて政策的にも比較的優遇された状態である。そのため、急性期病棟からの転換シミュレーションを行った場合、経済合理性だけで判断すると概ね良好な結果となる。経済合理性の結果が良好なことから、転換意思決定は比較的し易いのだが、ここに幾つかの落とし穴がある。ここで、転換を検討する際の主な留意点を確認しておきたい。

1. 病棟転換における医療的な意義付けはできているか
2. 病棟の運用ルールは策定されているか
3. 病棟転換によって他院からの急性期の新入院患者紹介が減る可能性はないか

急性期病棟から回復期領域の病棟への転換にあたっての主な留意点は上記の3点である。それぞれについて、解説したい。

1. 病棟転換における医療的な意義付けはできているか

病棟転換において失敗するケースの代表的な留意点である。例えば、地域包括ケア病棟へ転換をしたものの、当初想定していた以上に稼働率が上がらず、苦戦している病棟が散見される。このケースで多いのは、医療従事者がその病棟における医療的な意義を理解できていないことだ。医療従事者の視点から考えてみると、例えば、医師は担当病棟以外に地域包括ケア病棟に足を運ばなくてはならなくなるし、看護師は患者への説明や転棟の理解を求めらる必要があり、負担が増えることとなる。その際に必要なことは、なぜ、地域包括ケア病棟を導入し、患者にとって必要なことなのか、という医療的な意義付けである。例え経済合理性を加味した経営的判断であったとしても、院内に対しての説明は大儀が必要なのである。これは、病棟転換を行う全てのケースで同様である。

2. 病棟の運用ルールは策定されているか

病棟転換したものの稼働率が上がらず、想定通りに運用が上手くいかないケースも多い。それは、病棟転換の医療的意義付けをしっかりと行っていた場合においても起こりうる。理由は、運用ルール等の管理面の体制ができていないためだ。ケアミックス病院にとっては、病棟運用ルールの策定は必須である。特に、急性期病棟から地域包括ケア病棟への転換ケースにおいては、運用が上手くいかないと、急性期病棟の重症度、医療・看護必要度が低下したり、リハビリが必要な患者ばかりが地域包括ケア病棟に集まり経済性が低下したり、地域包括ケア病棟に転棟しない方が経済性が高い患者が多くなったり、ということが起きる。そのため、運用ルールの策定が不可欠なのである。感覚的に運用している病院は、やはり上手くいかないケースが多い。

3. 病棟転換によって他院からの急性期の新入院患者紹介が減る可能性はないか

急性期病棟から回復期等へ転換するケースでは、経営者の本音としては急性期病棟で運用したいという病院が多いのではないだろうか。しかしながら、政策的影響により転換せ

ざるを得ない。この場合、病棟転換を行う際意思決定に注意が必要だ。それは、院内の最適化を優先するあまり、他院との関係性を考慮しないことによる急性期新入院患者の紹介数の減少である。特に、病棟転換によって、これまで友好関係を維持してきた病院等との競合関係を発生させ、連携が途絶えてしまうケースである。結果として、先に述べたような望んでいなかった結末を迎える可能性がある。「連携する」ということはどういうことか。それは、「補完関係」になるということである。急性期病院がケアミックス化していくことは、これまで連携関係にあった後方病院と競合する機能を院内に整備していくということだ。よって、特に注意が必要なのは、これまで良好な関係を維持してきた後方病院（もしくは後方病院の法人グループ）から急性期の新入院患者の紹介を受けていた場合、競合機能整備により連携関係が希薄化することで、急性期の新入院患者の紹介が減ってしまう可能性がある。このリスクは、必ず念頭に置いておかなければならない。

改定議論で見え隠れする入院基本料の抜本改革の行方と病院への影響

2018年度改定のメインテーマは、「患者評価の再定義」だと考えている。これは、冒頭に述べた地域医療構想における「その機能らしさ」と連動していると考えてもいいだろう。要は、それぞれの病期における「患者像」を定義付けしていくという捉え方をしている。この「患者評価の再定義」は、将来的な入院基本料の抜本改革に向けた足がかりになる可能性を秘めていると考えている。入院医療の評価は、総論的（入院基本料単位）から各論的（患者単位）に進んでいくことになるだろう。

昨年の10月よりDPCデータにHファイルを作成して提出することとなった。蓋を開けてみると、E,FファイルとHファイルとの整合性が取れていなかったりと、検証に耐えうるデータではなかったようだが、現状の重症度、医療・看護必要度の実態が明らかになったことに意味があった。これらのデータの整備は、必ず正され、精緻化をしていくことになるだろう。そうすると、DPC診断群分類別に患者の重症度が測定できるようになってくる。DPCデータと重症度、医療・看護必要度データの紐付けは、将来的な患者評価のあり方を大きく変える可能性を秘めている。

入院医療を提供する病院が目指すことは、突き詰めると、やはり「機能と患者実態の一致」なのである。病院経営を行っていく上の原則であるが、2018年度改定以降、より本質的にここが求められてくるということだろう。

(厚生政策情報センター)