

PICK UP

病院経営にとって、切っても切り離せない関係にある厚生政策。それにどう対応するかが病院の未来に大きく影響します。今回は、介護報酬との同時改定で注目を集める2018年度の診療報酬改定に対して、2025年問題を見据えてどのような戦略が必要になるのか見ていきましょう。

## 2018年度診療報酬改定を読み、経営戦略を考察する(急性期)

いよいよ2018年度診療報酬改定の全体像が明確化されてきた。この原稿が行き渡っているころには、短冊が出され、答申も出されている時期だろう(本原稿は、2018年2月5日時点で執筆)。そこで、診療報酬改定項目の各論の内容は答申に譲るとして、今回は2018年1月12日中央社会保険医療協議会「これまでの議論の整理(案)について」から読み解く、診療報酬改定のポイントを取りまとめた。

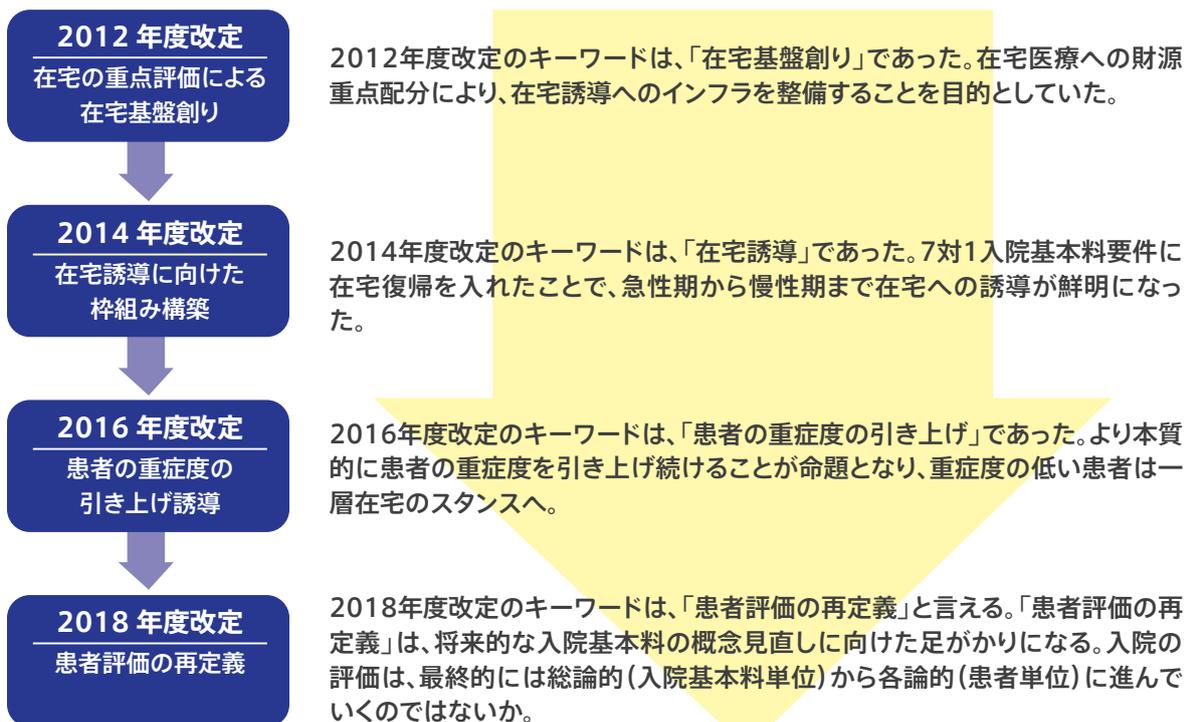
### 2018年度診療報酬改定は、医療機関の選択と集中に向けた本格的なスタート元年

「これまでの議論の整理(案)について」を読んで感じることは、税と社会保障の一体改革で示されている2025年に向けた、医療・介護提供体制の改革を進めていくための方向性が具体的に示されたということである。これで、少なくとも医療機関は、どこに向かっていかなければならないのかが相当明確になってきたものと考えている。

税と社会保障の一体改革の内容を踏まえた第1回目の診

療報酬改定は、2012年度改定と言える。そこからの診療報酬改定は、すべて税と社会保障の一体改革で示された方針に基づいて行われていると言っても過言ではない。今回は誌面の都合上詳しい話は割愛(概要は、図1を参照)するが、現在の診療報酬改定はすべて税と社会保障の一体改革に基づいているのである。これは、毎回の診療報酬改定を各論でとらえていると、見落としてしまいがちなことである。医療機関(特に経営幹部)は、ここの認識を大前提に持っておかなければ、毎回の診療報酬改定の各論に自院の経営戦略が揺さぶられて

【図1】2012年度改定からの流れ



改定を追うごとに、本質化している

しまうのである。これは、永続的な経営を行っていく上では、非常に危険である。

さて、2018年度診療報酬改定に話を戻すと、本改定のテーマは「医療機関の選択と集中に向けた本格的なスタート元年」であるとしてとらえている。それはどういうことかという、2018年度診療報酬改定によって医療機関を取り巻く環境が激変する訳ではなく、本格的な生き残りの戦いはこれからスタートするということである。それだけに、この改定を持つ意味合いを正しく認識することが大事である。

では、医療機関の選択と集中は、これからどう成されていくのだろうか。それは、図1にも記載している「患者評価の再定義による、あるべき医療機能の明確化」によって進んでいくだろうと予見している。もう少し噛み砕くと、前号の『OPERATimes』でも触れたが、「病期ごとに、その機能に見合った“らしさ”」が求められ、その機能に見合った患者像を受け入れていかなければ経済的にも評価されないということである。そもそも、医療機関経営自体、以前から“保有している機能”と“実際に診ている患者像”にギャップが発生していると成り立たない、というのは前号で述べた通りである。要は、2018年度改定以降、これが顕著になってくるということだ。

そして、2018年度改定はそのスタート元年であり、2020年度改定、2022年度改定と、改定のたびに一層、各論に落とし込まれていくことになるだろう。経営幹部は、そこを念頭に置いて経営の舵取りを考えていかなければならない。

## 2018年度診療報酬改定の全体感

2018年度改定の全体感をまとめると、図2のイメージである。すべてを記載することはできないが、全体感をつかむための参考としていただきたい。それぞれの区分に応じたイメージは、次の通りである。

高度急性期	一概ね現状維持
急性期	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在、7対1入院基本料であって看護必要度が25%~30%程度の病院は減収可能性高い</li> <li>10対1入院基本料病院は、概ね現状維持か若干のプラス評価の可能性</li> </ul>
回復期	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケアは、直入患者が多い病棟はプラス評価</li> <li>回復期リハは、アウトカム実績指数を満たさない病院は減収傾向</li> </ul>
慢性期	医療区分3「常時監視」厳格化の影響が大きく、減収傾向
精神科	概ね現状維持かプラスの評価

かかりつけ医 外来	<ul style="list-style-type: none"> <li>総じてプラスの評価</li> <li>400床以上病院で紹介率、逆紹介率の減算要件を満たさない病院は減収</li> </ul>
--------------	--

## 急性期は、現在7対1入院基本料算定で看護必要度30%未満の病院は苦戦予想

急性期病院は、何といても入院基本料の見直しによる影響が最重要ポイントであろう。今回の入院基本料の再編・統合により、7対1、10対1入院基本料は統合・再編され、急性期一般入院料となる(図3)。基本的には、看護配置要件は10対1に統一され、重症度・医療看護必要度の実績によって加算評価されるというイメージだ。しかしながら、実績評価の最も高い入院料1は、7対1看護配置が求められるという構造となっている。今回、入院料1の重症度・医療看護必要度の実績評価要件は、30%以上で決着している。そのため、現在、7対1入院基本料を取得している病院は、7対1看護配置を維持するためには、重症度・医療看護必要度を30%以上に引き上げる必要が出てくるのである。

今回の改定によって、病院経営に与えるインパクトを考えてみよう。まず、入院料の見直しによって、経済的にプラスになりそうな病院はどこだろうか。可能性があるとする、現在10対1入院基本料を算定する病院であって、重症度・医療看護必要度が高い病院群である。しかしながら、入院料の設計と要件を見ている限り、極端に増収になる可能性は低く、プラスに作用したとしてもそれほど大きな金額にはならないと想定される。一方で、経済的にマイナスになりそうな病院は、比較的明確である。それは、現在、7対1入院基本料を算定しており、新たな重症度・医療看護必要度要件30%以上を満たさない病院群である。この病院群は、ほぼ間違いなく減収になるだろう。この減収がほぼ確実視される病院群は、対応策として以下2つの選択肢が考えられる。

1. 病棟機能再編により急性期一般入院料1(7対1相当)の維持を優先するか
2. 急性期一般入院料2~3を前提として、看護人員の適正化を図るか

### 1. 病棟機能再編により急性期一般入院料1(7対1相当)の維持を優先するか

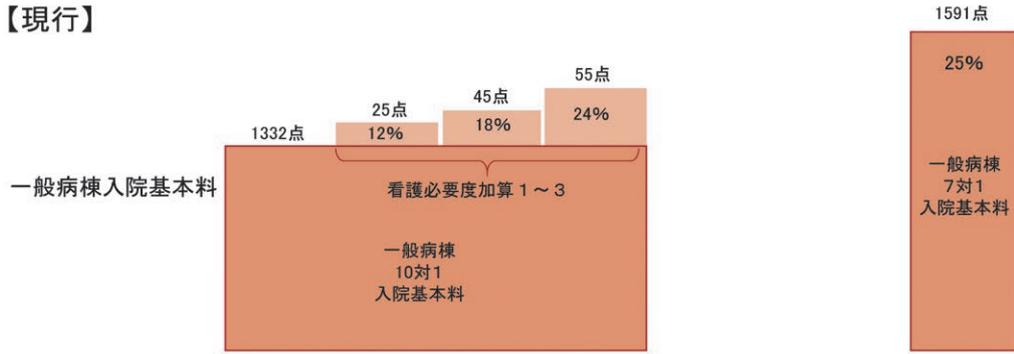
まず第1の選択肢は、病棟機能再編により入院料1の維持を優先するという考え方である。これは、現在保有している機能と病床規模に左右されそう。急性期病床からの病棟転換を図る場合の選択肢は、概ね、地域包括ケア病棟か回復期リハ病棟への転換が多いだろう。注意が必要なのは、

【図2】 2018年度改定の区分別の要点

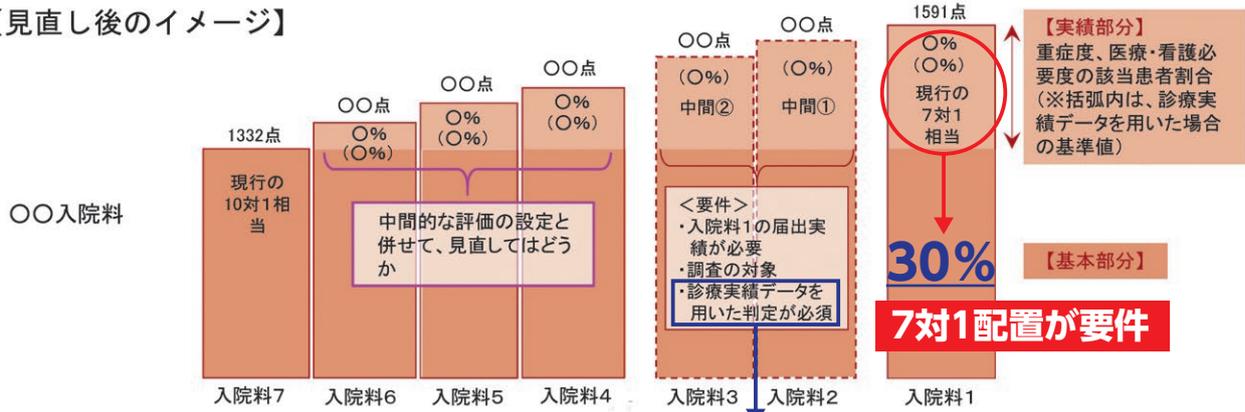
区分	入院基本料見直し	主な評価ポイント	主な適正化ポイント
高度急性期	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●ICU                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・早期離床の取り組み評価</li> <li>・救命装置以外の設備要件緩和</li> </ul> </li> <li>●救命救急における医師勤務場所要件が一部緩和</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●救命1・3、脳ハイケアの看護必要度測定要件化</li> <li>●ICU                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・集中ケア等看護師配置要件化</li> <li>・生理学的スコア記載要件化</li> </ul> </li> <li>●外来定額負担制度、初診・外来診療料等の対象範囲拡大(500床から400床へ)</li> </ul>
急性期		<ul style="list-style-type: none"> <li>●重症度、医療・看護必要度評価項目一部見直し(平均的にプラスに作用)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅復帰率の計算式見直し</li> </ul>
回復期	<ul style="list-style-type: none"> <li>●入院基本料は、再編・統合→患者状態に応じた評価へと抜本改革。患者状態の評価が低い医療機関は経済的にマイナス評価へ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域包括ケア                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅直入患者の評価</li> <li>・認知症患者が多い病棟の夜間看護職員配置評価</li> </ul> </li> <li>●回復期リハ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・早期リハ推進(マイナス影響も)</li> <li>・退棟後3ヵ月以内リハ上限撤廃</li> <li>・回復期専従リハスタッフが外来兼務可</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域包括ケア                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・規模の大きい病院の設置</li> <li>・転棟患者の評価見直し</li> <li>・在宅復帰先の要件が厳格化</li> </ul> </li> <li>●回復期リハ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハ実績指数要件引き上げか</li> <li>・200床超データ提出加算要件化</li> <li>・リハビリテーション充実加算の廃止</li> </ul> </li> </ul>
慢性期		<ul style="list-style-type: none"> <li>●看護補助者の評価                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養の夜間看護補助配置評価</li> <li>・障害者病棟(7対1、10対1)の看護補助加算新設</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●25対1、介護療養の廃止</li> <li>●医療区分3「常時監視」の厳格化</li> <li>●200床超データ提出加算要件化</li> <li>●在宅復帰機能強化加算の一部要件厳格化</li> </ul>
精神科	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●長期の認知症患者の評価充実</li> <li>●かかりつけ医との連携評価</li> <li>●精神科重症患者早期集中支援管理料は点数引き上げか</li> <li>●夜間看護職員の配置評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●精神科救急病床届出可能病床数の上限設定</li> <li>●向精神薬の処方制限強化</li> <li>●通院精神療法における指定医の評価引き下げ</li> </ul>
かかりつけ医	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域包括診療料(同加算)等                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診料に機能強化加算が新設</li> <li>・施設基準の一部要件緩和</li> <li>・患者同意の取得要件を緩和</li> <li>・かかりつけ薬局、老健等との連携評価</li> </ul> </li> </ul>	—
外来	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●初診料、外来診療料等の減算要件厳格化                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・500床から400床へ(初診料、外来診療料は▲26%ほど)</li> </ul> </li> </ul>	—
その他	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●抗菌薬適正使用支援チームの評価</li> <li>●医療安全対策加算に関する医療機関間連携の評価を新設</li> <li>●リハビリ                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護リハとの併用に係る施設基準緩和</li> <li>・一部患者のリハ上限日数の撤廃等</li> </ul> </li> <li>●透析                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・腹膜透析等の取り組み、実績を評価</li> <li>・障害者等加算の評価等</li> </ul> </li> <li>●ICTによるオンライン診療の評価</li> <li>●複数医療機関による訪問診療を評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●後発医薬品関連は、要件厳格化</li> <li>●透析                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析液水質確保加算の適正化</li> <li>・効率性を踏まえた評価に見直し</li> <li>・慢性維持透析濾過の評価を細分化</li> </ul> </li> <li>●生活習慣病管理料の要件厳格化</li> <li>●往診料の算定要件明確化と夜間休日加算の評価適正化</li> </ul>

【図3】急性期一般入院料への統合・再編

【現行】



【見直し後のイメージ】



**DPCデータでの必要度評価が必須に**

出典:中央社会保険医療協議会総会\_20180110

地域包括ケア病棟への転換で、高度急性期機能を保有している病院もしくは400床以上の大病院は1病棟までしか保有できない。この場合、既に地域包括ケア病棟を有している病院は、そもそもの転換の選択肢が限られてくることになる。

今回、重症度・医療看護必要度が30%を満たさない病院は、7対1基本料相当の基準維持にとらわれるのではなく、現在の院内の患者実態から適切な入院料の算定に努めた方が賢明なのではないだろうか。

**2. 急性期一般入院料2～3を前提として、看護人員の適正化を図るか**

第2の選択肢は、7対1基本料相当の維持ではなく、7対1と10対1の中間評価の位置付けである入院料2および3のいずれかの取得を検討する場合である。この選択は、売上が減収になることは間違いないだろう。そうすると、経営状況を悪化させないためには、看護人員の適正化が必須となってくる。入院料2～入院料7については、施設基準上の看護配置人数は10対1以上である。すなわち、入院料2もしくは3(激変緩和的位置づけなので、大幅な減収にならないと想定される)を算定して看護配置を限りなく10対1配置に近づけることができれば、数字上は減収額以上に人件費コストが抑制できる可能性はある。

このように、現在7対1入院基本料を算定している病院で

あって、30%要件をクリアできない病院については看護人員の適正化が図られなければ間違いなく経営状況は悪化していくことが予見されていると言える。

ここで必要になってくることは、看護師の業務量評価である。「診療報酬の見直しにより看護人員を減らします」では、現場の納得は得られない。看護師の業務量評価により、病院自らが看護人員の適正配置人数を算出していかなければならないのである。さらに付け加えるとすれば、看護師の業務量評価をした場合に、タスクシフトを明確にするということである。それは、「看護師でしかできない業務量」、「看護師以外で対応できる業務量」、「人が介在しなくても対応できる業務量」の3区分である。奇しくも働き方改革が、今回の改定でも重要テーマに位置付けられているが、経営的にも大きな意味合いを持つことは間違いないだろう。

(厚生政策情報センター)



執筆  
**濱中 洋平**  
メディキャスト株式会社  
NKアカデミー事業部 統括マネージャー  
急性期から慢性期まで幅広い病院の経営改善を専門としつつ、2016年10月より「全ての病院に真の医療経営人材を」と理念とした医療経営人材育成事業(1日で学ぶ病院経営講座 <https://nkgr.co.jp/seminar002/>)の立ち上げに取り組んでいる。