

PICK UP

病院経営と、切っても切り離せない関係にあるのが厚生政策です。その対応が病院の将来に大きく影響します。今回は、2020年度の診療報酬改定を間近に控えて、医療機関はどのような備えが求められるのか見ていきましょう。本質をとらえるには、2040年の医療提供体制も念頭に入れておく必要があります。

2020年度診療報酬改定の位置付けと病院への影響 (改定の大局が重要)

2020年度診療報酬改定まで3カ月をきった(本執筆は2020年1月17日時点)。今回の診療報酬改定の位置付けを、皆さんはどう考えておられるだろうか。

2018年度診療報酬改定は、2025年のあるべき医療・介護提供体制の改革に向けて、惑星直列とも言われ大きな注目を集めた診療報酬・介護報酬の同時改定であった。大きな変革があるのではないかと予想された方々にとっては、思ったより大きな影響がなかったと安心しておられる方もいるかもしれない。しかし、改革は始まったに過ぎず、ここからジワジワと大きなうねりとなって病院経営に影響を与えてくることだろう。

今回は、「2020年度診療報酬改定の位置付けと病院経営への影響」と題し、今回の診療報酬改定が持つ意味と病院経営にどのような影響を与えるかについて考察してみたい。

診療報酬改定のとらえ方

はじめに、診療報酬改定のとらえ方について説明しておきたい。本内容は、ちょうど1年前ごろに発行されている『OPERA Times』に寄稿した際にも書いたものであるが、2020年度改定を前にして、改めて認識いただきたいの思いから、再度抜粋した次第である。

診療報酬改定には、大きく2つのとらえ方がある。1つ目は、各医療機関(自院)への直接的な影響の見極めだ。これは、診療報酬項目や施設基準の見直し等における対応であり、院内の内部的な取り組みが主体となる。2つ目は、診療報酬改定によって起こりうる地域の患者の流れの変化の見極めだ。これは、診療報酬改定によって、病期別に医療機関がどのように行動変容し、それにより地域の患者の流れがどのように変化していくかを予見していくことである。その予見に対し、対策(戦略)を立て実行していくことが重要であり、外部的な取り組みも必要となってくる。

診療報酬改定は、このように自院への影響度だけを読み解くのではなく、地域を俯瞰した患者の流れの変化を意識して読み解くべきである。そのために重要となるのは、診療報酬改定後の結果情報ではなく、改定に向けた議論のプロセスに関する情報収集だ。ここから、改定まで2カ月半を、どのように考え、行動に移すかが重要である。是非、前述した視点を踏まえて、地域を俯瞰した考察を行っていただきたい。そして、できる限り早期に、行動に移していただきたいと思う。

2020年度改定の位置付け

2020年度改定は、医療政策のマクロ的な枠組みの中で、どのような位置付けと考えられるだろうか。

結論から申し上げると、2020年度改定は、2018年度改定で仕込まれた2025年に向けた改革の大きな枠組みを調整するという位置付けの改定だろうと考えている。すなわち、それほどドラスティックな見直しは行われず、2022年度、2024年度改定に向けた調整弁的な役割である。今の中医協等の議論の内容をみても、その認識に大きな違いはないだろうと思う。ただし、個別病院には比較的影響を与えそうな内容も含まれているので、注意は必要である。

では、2020年度改定で議論されている内容は、2025年までの改革の中で、どのように影響を及ぼす可能性があるのだろうか。

三位一体改革と2020年度改定

2025年に向けた改革の中で、病院経営に大きな影響を与える要素が2つあると考えている。それは、次の2点だ。

1. 三位一体改革
2. 中長期的な入院医療機能評価の見直し

1. 三位一体改革

今の医療提供体制の改革において、外すことができないのが三位一体改革である。今の医療政策の柱は、この三位一体改革を主軸に動いているといっても過言ではないだろう。

三位一体改革の内容を本記事では詳細に解説しないが、「地域医療構想の実現」「医師・医療従事者の働き方改革」「医師偏在対策の推進」の3つから構成される。なぜ三位一体改革が重要か、それは、三位一体改革の内容が病院経営の根幹にかかわる内容だからである。

まず、医療や介護は、基本的に地域密着型事業である。高度急性期病院であっても来院している患者の7割～8割程度は二次医療圏内であろう。また新入院患者は、地域によって受療率が何倍も変わるなど考え難い。そうすると、限られたエリアかつ限られた患者数の中で経営努力を行い、地域の他病院との差別化を図っていくしかないのである。そこに、地域医療構想という、病院の戦略・方向性自体を地域で共有して考えていこうという枠組みができてしまった。これによって、(特に公立・公的病院は)病棟構成の再編や病床の増減等、戦略にかかわる大きな意思決定の権限が狭められたことになる。

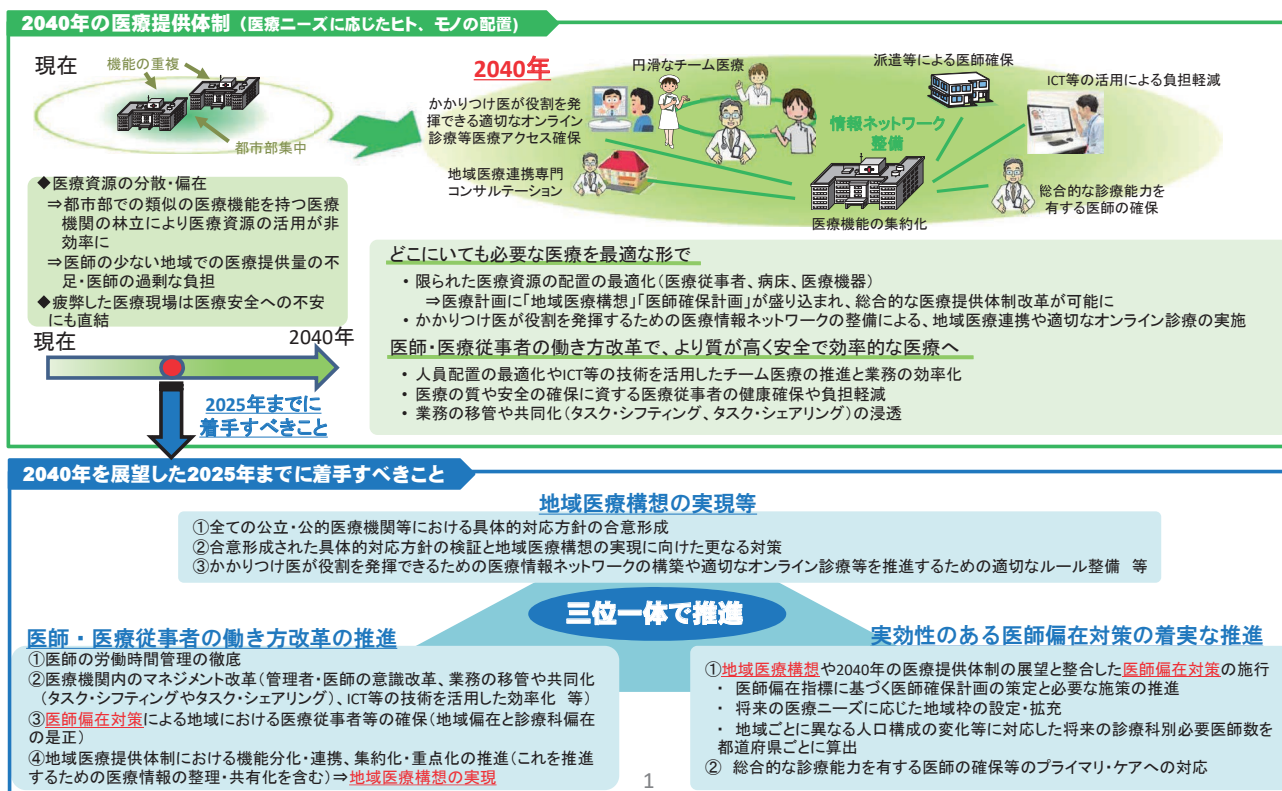
さらに、医療・介護は、労働集約型事業でもある。すなわち、医師や看護師等の人的資源がなければ、病院経営どころか運営すること自体できない事業モデルである。そこに、働き方改革というテーマが経営課題として入ってきた。医療業界は、一般企業と比較して、時間的猶予は設けられているものの、この一大テーマに真剣に向き合わなければ、病院存続の危機に陥る可能性は大いにあるだろうと考えている。

この三位一体改革は、大きな枠組みの中で相互に、かつ緊密に連動している。図-1で示されているように、国が目指す2040年の医療提供は、「医療機能の集約化」である。それは、図にも書かれているように、「医療ニーズに

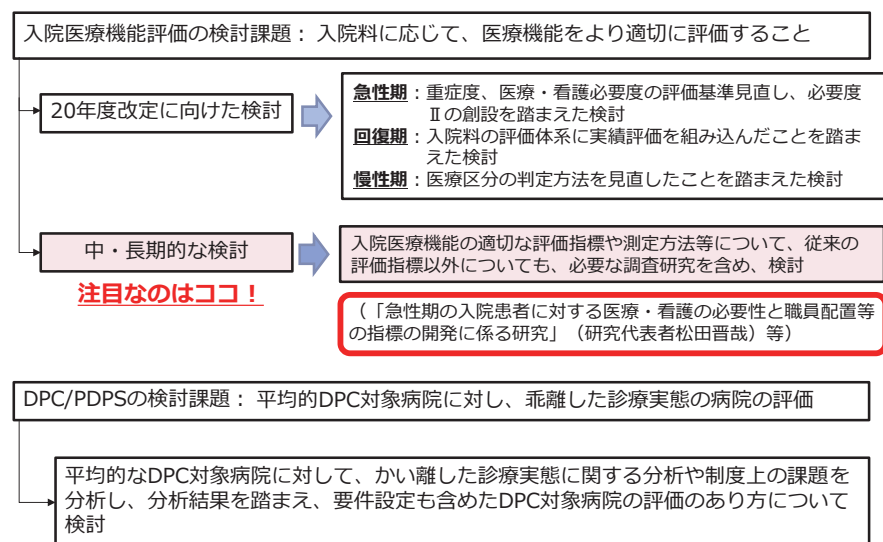
応じたヒト、モノの配置の集約化」を意味している。モノの配置の集約化はそれほど大きな問題なく実現できるだろうが、ヒトの配置の集約化は簡単に実現できるものではない。そこで、出てきたのが「医師・医療従事者の働き方改革」と「医師偏在対策」なのである。病院において働き方改革の推進をしていくと、①医師のリソースの増強が必要となる可能性、②人件費の増加により病院経営にマイナスの影響を与える可能性、の2点に直面することになる病院が出てくるだろう。特に、働き方改革における勤務間インターバル規制に対する対応は困難を要することになる可能性がある。現在の医師の働き方が見直しの対象となる病院では、間違いなく医師リソースの不足が発生する可能性がある。これが全国多くの病院で出てくるとどうなるだろうか、医師のマンパワーが圧倒的に足りないという状況に直面する。また、看護師を主体とした他の医療従事者についても同様である。果たして、これらの対応によって経営的に事業継続の困難を伴う病院がどの程度出てくるだろうか。働き方改革への対応は、今から真剣に考えておくべきである。2020年度改定のメインテーマが働き方改革への対応であることから、その重要性は読み取れるはずである。

本記事は、診療報酬改定がテーマであるため、これ以上の説明は割愛するが、とにかく三位一体改革の内容は、

【図-1】2040年の医療提供体制と三位一体改革



【図-2】 2020年度診療報酬改定における入院機能の検討課題



出典：入院医療等の調査・評価分科会（2019年度第1回4月25日）より筆者作成（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000505267.pdf>）

の適切な評価指標や測定方法の検討」ということが示されたこと自体に大きな意味がある。

ここで、もう1つ重要なことがある。それは、調査研究の代表者が松田晋哉先生であることだ。ご存知の通り、DPC制度構築の第一人者である。ここから読み解けることは、将来的には急性期から慢性期まで一貫通貫したDPC/PDPSの構築を目指しているのかもしれないということである。このことは、入院医療等の調査・評価分科会第6回（2019年9月5日）の資料（図-3）を見ても明らかである。この研究報告は、まだ第6回でしか報告されている

のを見ていないように思う。

重々認識しておいていただきたい。

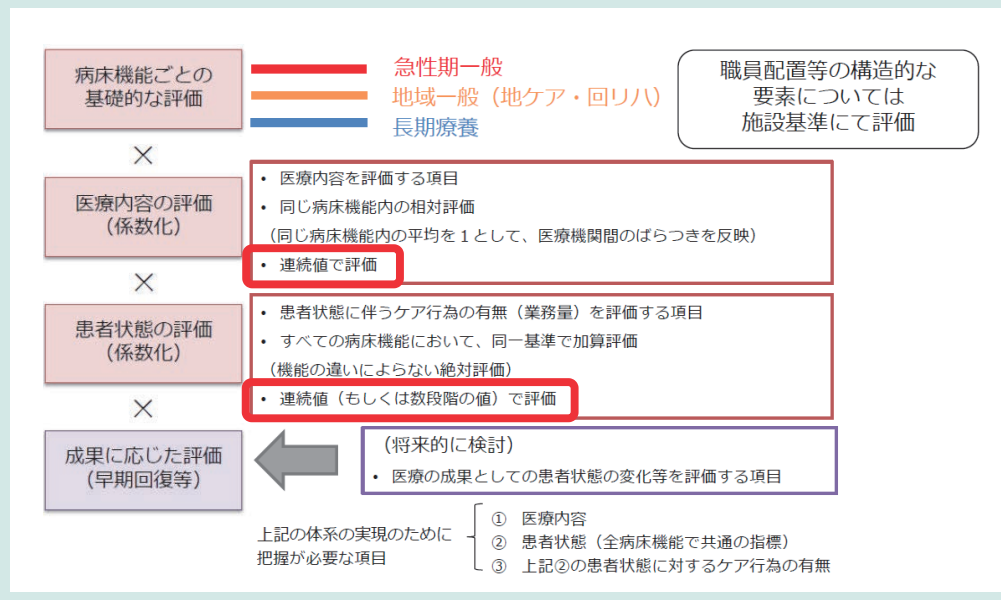
2. 中長期的な入院医療機能評価の見直し

次に、病院経営において重要な意味を持つと考えられるのが、「中長期的な入院医療機能評価の見直し」である。これは、2020年度改定を議論する入院医療等の調査・評価分科会の第1回（2019年4月25日）において、厚生労働省から示された課題認識である。筆者個人の見解としては、2020年度改定の議論（資料等含む）の中で、最も重要で病院経営に影響を与える内容はこれだ、と確信したことを昨日のように覚えている。「中長期的な入院医療機能評価の見直し」は、何を意味しているか、もう少し具体的に確認しよう。

図-2は、入院医療等の調査・評価分科会第1回（2019年4月25日）の内容を筆者がまとめたものである。ここで見ていただきたいのは、入院医療機能評価の検討課題における「中長期的な検討」である。筆者は、この意味を、将来的な「入院医療機能の見直し」を念頭に置いたものであると考えている。検討課題において、厚生労働省から「入院医療機能

では、仮に急性期から慢性期まで一貫通貫したDPC/PDPSが構築されると、病院経営にはどのような影響を与える可能性があるのだろうか。最も大きな影響は、患者の病棟間転棟による経済的評価の喪失の可能性である。例示すると、急性期一般DPC病棟から地域包括ケア病棟への院内転棟をイメージしていただくと分かりやすい。今でも問題視されているが、DPC対象患者がDPC点数の下がった時点（地域包括ケア病棟の点数よりも低くなった時点）で地域包括ケア病棟に転棟させ、経済的利益を得るという手段だ。病院としては、ルールの範疇における経営努力ではあるが、患者状態による病棟

【図-3】 中長期的な入院に係る評価体系（研究班イメージ案）



出典：入院医療等の調査・評価分科会（2019年度第6回9月5日）より一部筆者加工（<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000544731.pdf>）

間転棟ではないという意味においては本質的ではない。

その点、DPC/PDPSの評価体系になると、病棟の機能的評価以上に、患者の状態評価がメインとなってくる。すなわち、「どのような医療提供体制を取っているか」よりも、「どのような患者を診ているか」が評価のポイントになる。現在の入院基本料(特定入院料等含む)評価は、患者状態の評価よりも医療提供体制の評価軸がいまだに大きい。2018年度改定において、アウトカム評価が入院基本料に導入されたことにより徐々に患者の状態評価へと移行してきているが、大きな課題がある。それは、病期(取得入院料等)によって、患者評価が連続性を持たないことである。急性期、回復期、慢性期、それぞれの患者状態評価は行われ

ているものの、それらが連続的評価になっていないという課題である。図-3の中に、「連続値で評価」というキーワードがあるが、これこそが入院基本料等評価の見直しの最重要テーマではないかと考えている。この連続的評価を実現するには、共通基盤となる評価の枠組みが必要であり、それこそがDPC/PDPSであると考えている。2020年度改定においてデータ提出加算の対象病棟がさらに拡大される見通しであるが、この辺りは下地作りと考えていいだろう。

DPC/PDPSの病期を超えた連続的評価体系の構築によって、経営的側面からの対応の選択肢は狭まっていくのではないだろうか。

2020年度改定の病期別・外来の一言ポイント

ここまで2025年に向けた大きな枠組みにおける2020年度改定の位置付けを説明してきたが、最後に、2020年度改定の病期別と外来の主要点だけまとめておきたい。

病期／外来	主な内容のみ（1月17日時点の見直し）
働き方改革	●看護補助者／医師事務作業補助者の評価引き上げ・拡大 ●医療従事者の専従要件の緩和 ●会議負担の軽減（カンファのICT活用を拡大）
高度急性期	●救命救急入院料の実態に合った看護必要度評価の検討 ●ICUのSOFAスコア提出義務化の拡大 ●ICUの専門性高い看護師配置経過措置廃止／セラピスト要件見直し ●NICU等の評価引き上げ
急性期	●重症度、医療・看護必要度の見直し - A項目：免疫抑制剤（内服）の除外 - B項目：評価体系の見直し - C項目：入院実施率が高い手術・検査の対象を拡大 - C項目：手術の重症対象日数を延長 - 基準②：「A1点、B3点」評価を廃止
回復期	<回復期リハビリテーション病棟> ●リハビリ実績指数の引き上げ ●管理栄養士の配置義務化／努力義務対象病棟の拡大 ●退棟後の継続的なリハビリ実施の評価 <地域包括ケア病棟（病室）> ●200床以上病院の「院内転棟患者割合」の制限の導入 ●200床未満の在宅実績要件の見直し ●DPC対象病棟からの転棟患者評価の見直し ●400床以上病院の新規開設は地域医療構想調整会議で説明へ
慢性期	●経過措置2の廃止（経過措置1は延長） ●医療区分3（中心静脈栄養）の要件厳格化 ●在宅復帰率の算出方法の見直し ●医療事故対策・褥瘡対策の評価
外来	●紹介状なし受診時の外来定額負担制度の対象病院の拡大 ●機能評価加算の評価見直し

（厚生政策情報センター）

ご案内

毎週の重要政策のポイントを解説した動画(週1～2本)を配信しています(NK-Academia)。是非、会員登録をしてお視聴ください(聴くください) (<http://nkacademia.nkgr.co.jp/>)



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」を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。