

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すると言っても過言ではありません。今回は、2024年度の診療報酬改定を見据えて、急性期病院がどのような対応を求められるのかを見ていきましょう。人的資本に対する考え方がポイントの1つになりそうです。

構造的な転換点となるか急性期病棟の行方 ～24年改定の注目ポイント(主に高度急性期、急性期入院医療)～

(注) 本原稿は2024年2月に発刊ということなので、この原稿を読んでいただいている時点で答えは出ているだろう。12月末時点における筆者の推察の答え合わせとして一読いただければ幸いである。



✓ **人的資本経営を本気で取り組む転換期**

✓ **増え続ける高齢者の救急搬送への対応をどうするか? という社会課題の解決**



働き方改革に関する見直し

注目 医療機関のタスクシェア・タスクシフトが推し進められ、看護師やその医療職の処遇改善がもとめられており、看護職は特定行為研修修了看護師の配置の評価が拡大する可能性は高いだろう。



「急性期一般10対1における新たな入院料評価の創設案」(12月15日提案)

注目 13対1の看護配置では現実的に救急搬送や緊急入院患者の対応を増加させていくことに限界があるためその対応案として厚労省から提案された。急性期一般7対1病床を大幅に削減する起爆剤になる可能性があるし、急性期病院の新たな病棟構成の希望になる可能性も秘めている改定である。



「一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直し案」(12月20日提案)

注目 急性期一般7対1はPost HCUのような位置付けに。10対1の新たな入院料の設計次第で、重症度、医療・看護必要度の厳格化レベルは左右されることに。



「DPC点数設計の見直し」と「効率性指数の計算方法見直し」

注目 今回の見直しで全国的な在院日数短縮の取組みを加速させる狙い。

患者数の多い疾患の平均在院日数短縮は、病床回転率を大きく高めるため、新入院患者の確保が一層重要になってくる。

“人的資本経営”の思考が医療にも求められる時代に

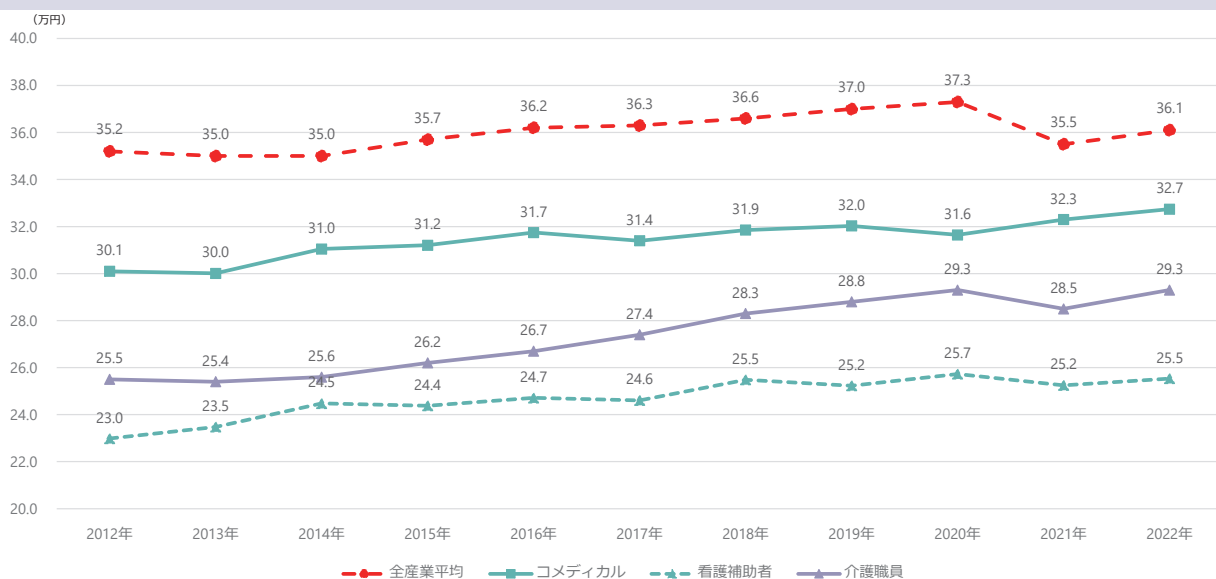
2023年3月期以降の決算から、上場企業には「人的資本」に関する情報開示が義務付けられている。人的資本経営とは、人材を「資本」として捉え、その価値を最大限に引き出すことで、中長期的な企業価値向上につなげる経営のあり方を指す。診療報酬改定や働き方改革の議論を見ても、一般企業と同様に医療機関経営においても人的資本経営の考え方は避けては通れないだろう。

働き方改革に関する見直しの主な論点

1. 地域医療体制確保加算
 - ・「労働時間短縮の実績」の要件化の検討
2. 手術・処置の時間外等加算
 - ・勤務間インターバル時間の新設の検討
 - ・複数主治医制などの要件の見直し
3. 医療機関におけるタスクシェア・タスクシフトの推進
 - ・急性期充実体制加算での特定行為研修修了看護師の配置評価の可能性
4. 看護職やその他医療職の処遇改善
 - ・看護職や、特に給与水準の低いコメディカルの処遇改善の検討

医療関係職種の給与込み給与の推移について

○ コメディカル（医師・歯科医師・薬剤師・看護師を除く医療関係職種）の給与の平均は全産業平均を下回っており、うち看護補助者については全産業平均を大きく下回っている状況。



注1)「給与込み給与」は、「さきまて支給する現金給与額(労働協約、就業規則等によってあらかじめ定められている支給条件、算定方法によって支給される現金給与額)」に、「年間賞與其他特別給与額(前年1年間(原則として1月から12月までの1年間)における賞与、期末手当等特別給与額(いわゆるボーナス))」の1/12を加えて算出した額。

注2)「10人以上規模企業における役職者」を除いて算出。「コメディカル」とは、「看護補助者、診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、歯科衛生士、歯科技工士、栄養士」の加重平均。

出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」に基づき保険局医療課において作成。(https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001162303.pdf)

高度急性期入院医療の論点とポイント

高度急性期入院医療における論点とポイントは、以下表の通りである。

急性期充実体制加算

1. 施設基準の見直し

- ・300床未満を対象とする病床当たりの実績要件の削除検討
- ・外来化学療法の促進に向けて外来化学療法の実施割合を要件として設けることを検討
- ・人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス手術の実施件数の要件化の検討

2. 診療体制

総合入院体制加算から急性期充実体制加算へと施設基準届出を変更する場合に、総合入院体制加算で求められていた精神科や産科などの医療提供体制の要件が無くなることで地域医療体制に影響を与えないため、医療提供体制の継続などの要件が入るかどうか。

手術関連

手術関連については、有用性や安全性のエビデンスが示された177件の医療技術について新たに保険適用(56件)や、点数の引き上げ・施設基準見直し(121件)が行われる予定である。

今回の改定においては、学会等から780件の医療技術や先進医療等が提案されており、そのうちの177件が中医協総会で承認された。提案医療技術等の評価結果の詳細は、こちら(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001209023.pdf>)から確認されたい。

ICU(特定集中治療室)

1. 患者状態の評価

看護必要度評価とSOFAスコアを組み合わせた新たな重症度の評価体系を検討しており、12月6日の中医協総会において「ICU看護必要度+SOFAスコア」で評価していく方針は概ね固まった状況。「ICU看護必要度要件」+「入室時SOFAスコア要件」の2軸が個々に設定され、その両方の基準を満たす形への見直しとなるのではないかと。

2. 重症患者対応体制強化加算

施設基準要件の「重症度、医療・看護必要度における特殊な治療法等の該当患者が15%以上」という要件の緩和見直しが議論されている。ICUは、そもそもの計算対象母数が少ないため、1患者当たりの変動要素が大きいと。

3. 宿日直医師勤務の高度急性期治療室

宿日直許可基準に照らして考えると、当然ながら「宿日直医

師勤務の高度急性期治療室」と「通常勤務医師が勤務している高度急性期治療室」とでは業務内容に差が発生しているとも考えられる。そのため、「宿日直医師配置の治療室用の入院料の新設」「宿日直医師配置の場合の特定行為看護師の配置要件化」「遠隔ICUの評価新設」が議論されている。イメージ的には、宿日直医師配置時に特定行為看護師が配置されていない場合に、低い入院料を算定するような評価体系になるのではないかな。

🔍 HCU(ハイケアユニット)

1. 重症度、医療・看護必要度

<評価票の見直し案>

- ・「創傷処置」「呼吸ケア」の評価対象診療行為を必要度Ⅱ基準に統一する(－)
- ・「点滴同時ライン3本以上の管理」について、①注射薬剤3種類以上の管理に変更、②評価開始から7日前までを評価対象、③「静脈栄養に関する薬剤」の除外(－)
- ・「心電図モニターの管理」「輸液ポンプの管理」を削除した上で、HCU該当基準をA1点に見直し(+)

<評価基準の見直し>

現 行 A項目3点以上かつB項目4点以上
見直し案 以下の2つの該当割合基準を満たす

該当基準①

「蘇生術の施行」「中心静脈圧測定」「人工呼吸器の装着」「輸血や血液製剤の管理」「肺動脈圧測定」「特殊な治療法等」の項目で該当基準を満たす割合を評価

該当基準②

全ての評価対象項目で該当基準を満たす割合を評価

🔍 MFICU(母体・胎児集中治療室)

1. 母体・胎児集中治療室の専任医師常勤配置

現状の施設基準要件「専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務」について、院内にいる医師でも10分以内に対応できている実態に即して、要件の緩和を検討。

急性期入院医療の論点とポイント

急性期入院医療の改定内容の各論を論じる前に、今回の改定の重要な鍵について触れておきたい。それは、後に詳述する「急性期10対1における新入院料の創設案」である。筆者は、この入院料の設計が「特定入院料」として設定されるのか、通常の「入院基本料」として設定されるのかに大いに注目している。

恐らく、「特定入院料」として創設することになるのではないだろうかと予想しているし、そうすべきだと考えている。特定入院料にすることで、「急性期7対1病棟」と「新たな10対1特定

入院料病棟」が混在できる可能性があるからである。厚労省もそれを想定しているのではないかなと思う。

これが実現すれば、7対1病棟を保有する病院にとっては戦略の幅が広がるとともに経営改善にも繋げられる可能性があるし、厚労省にとっても減らない7対1病棟を減らす絶好の機会になるからである。それ故、この「新入院料のあり方」次第で、特に7対1をターゲットにした重症度、医療・看護必要度や平均在院日数要件の厳格化の度合いなどが大きく変わって行くことになると考えている。

それを前提として、ここからお読みいただきたい。

急性期入院医療は関連項目が多いため、「重症度、医療・看護必要度」「DPC点数設計の見直しと効率性係数の見直し」「急性期10対1新入院料の創設」の3点のみ取り上げ、急性期に与える影響を考察する。

🔍 重症度、医療・看護必要度

急性期一般入院料における重症度、医療・看護必要度は、大きな見直しが想定されている。

1. 評価票の見直し

今回の改定では、多数の評価項目の見直しが取り上げられている。図1は12月22日に示された評価項目の見直し案と見直しによる影響度を取りまとめたものである。

特に影響が大きいと想定されるのが、「救急搬送後の入院／緊急に入院を必要とする状態の見直し」「注射薬剤3種類以上の管理の見直し」「B項目の削除(7対1のみ)」だろう。

今回、比較的多数の項目で見直し(厳格化)が行われる可能性は高いのではないだろうか。それに伴って、評価基準も見直されると予想するが、10対1については項目厳格化のマイナス影響を考慮した評価基準が設定されるものと推察している。一方、7対1については「10対1新入院料の創設」の内容次第では、かなり厳しいものになると予想している。

2. 急性期一般7対1における評価基準の見直し

7対1病棟においては、評価基準も大きく見直しされる案が提案されている。前述したICUやHCUにおける見直しと同様に、現行の「対象患者●%以上」という評価軸から、図2の通り2つの基準(割合①かつ割合②を満たす)に見直しされる模様である。

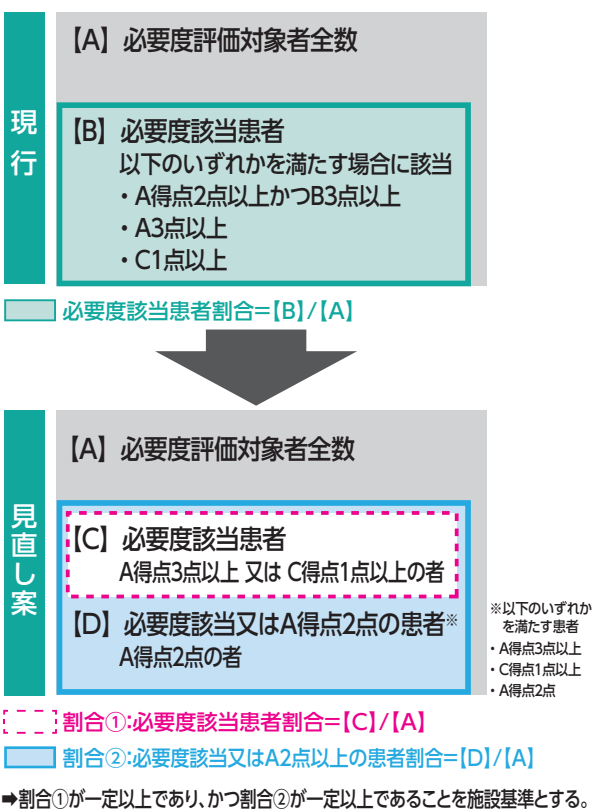
仮に、この通り見直しがなされた場合に見える将来の姿はわかり易い。より重視されていく評価は、割合①(A3点以上又はC1点以上)であり、2026年度改定からは割合①の基準を少しずつ引き上げていくような議論が行われることになるだろう。7対1病棟はより重症な患者を集め続けなければ、7対1病棟の維持が困難になっていくということである。

【図-1】一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の項目の変更による該当患者割合への影響

変更する項目	変更内容	該当患者割合への影響 (急性期一般入院科1~5)
1-1 A-7:救急搬送後の入院 /緊急に入院を必要とする状態	評価日数を1日とする。	-4.5%
1-2	評価日数を2日とする。	-3.3%
2-1 A-1:創傷処置	現行の必要度Ⅱにおける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とするとともに、「重度褥瘡処置」のみ実施の場合は評価対象外とする。	-0.4%
3-1 A-2:呼吸ケア	現行の必要度Ⅱに於ける評価対象となる診療行為が実施されている場合に評価対象とする。	-0.2%
4-1 A-3:注射薬剤 3種類以上の管理	入院期間中に初めて該当した日から7日目までのみを評価対象の候補日とする。 4-1の上で、対象薬剤から「アミノ酸・糖・電解質・ビタミン」等の静脈栄養に関する薬剤を除外する。	-0.8% -1.2%
5-1 A-6①:抗悪性腫瘍剤の 使用（注射剤のみ）	入院での使用率が60%未満のものは対象薬剤から除外する。 5-1の上で、得点を3点とする。	-0.1% +0.1%
5-2		
6-1 A-6②:抗悪性腫瘍剤の 内服の管理	入院での使用率が70%未満のものは対象薬剤から除外する。	-0.5%
7-1 A-6:専門的な治療・処置	「専門的な治療・処置」のうち「麻薬の使用（注射剤のみ）」、「昇圧剤の使用（注射剤のみ）」、「抗不整脈薬の使用（注射剤のみ）」、「抗血栓塞栓薬の使用」及び「無菌治療室での治療」の得点を3点とする。	+0.9%
8-1 B項目及び該当基準	急性期一般入院科1において、該当基準のうち基準①(A2点以上かつB3点以上)を廃止する。	-7.7%(急1)
9-1 C項目	令和3年度及び4年度の実績に基づき、対象手術を変更する※。	+0.1%
9-2	対象手術における手術実施日から退院日までの日数の実態を踏まえ、評価日数を変更する。	-1.2%
10-1 評価対象者	短期滞在手術等基本料の手術等を実施した患者についても、評価対象とする。	-0.2%

出典：DPCデータ（令和5年1月～令和5年3月）(https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001192170.pdf)

【図-2】7対1病棟における重症度、医療・看護必要度の基準の見直しについて（案）



DPC/PDPSの見直し（一部のみ説明）

急性期病院に与える影響として、DPCの見直しにも触れておきたい。今回のDPCに係る見直しを一言で表現すると「入院期間短縮の促進」と言える。今回の見直しは、全国的な在院日数短縮の取組みを間違いなく加速させることになる。重要なポイントは、「DPC点数設計の見直し」と「効率性指数の計算方法見直し」の2点である。

1. DPC点数設計の見直し

誌面の関係上詳しくは述べないが、既存の診断群分類（2,181分類）のうち4割近い診断群分類の点数設計がより入院期間Iの評価が手厚い点数設定方式Bに見直しされる可能性がある。

2. 効率性指数の計算方法見直し

効率性指数の計算方法が分母、分子ともに見直しされる可能性がある。こちらも詳述はしないが、結論を言うと「自院の患者数の多い診断群分類について、同じ診断群分類との全国平均在院日数の差が鍵になる」ということだ。これまでの算出式が一部に不合理を生み出していたことから、見直しされる可能性は高いだろう。各病院は、自院の患者数の多い疾患の平均在院日数を短縮させていくことで、効率性係数が上がる。

り易くなる。当然ながら、患者数の多い疾患の平均在院日数短縮は、病床回転率を大きく高めるため、新入院患者の確保が一層重要になってくる。

急性期10対1における新入院料の創設

急性期10対1における新入院料の創設案の背景は、2040年頃をピークに増え続けると予想される高齢者の救急搬送への対応をどうするか、という課題からである。当初は、地域包括ケア病棟での受入促進策について議論されていたが、13対1の看護配置では現実的に救急搬送や緊急入院患者の対応を増加させていくことに限界があるということで、その対応案として厚労省から提案された。

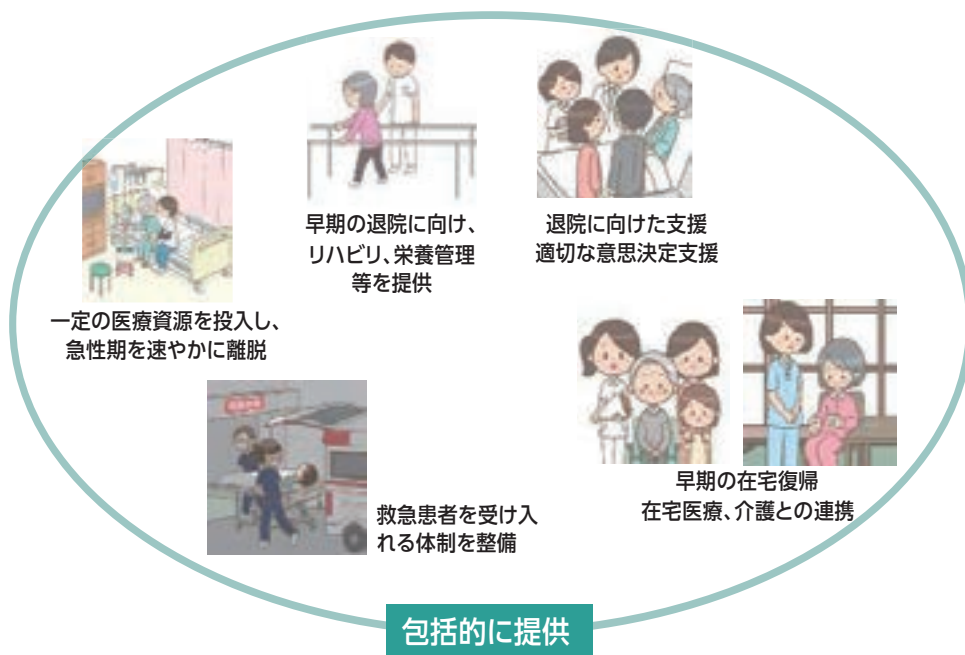
個人的には、もっと早い段階で10対1への新入院料の創設は想定しており、ある程度の設計は既に終わっているのだろう

と捉えている。ここまで述べてきた通り、本当に「特定入院料」として新入院料が創設されると、急性期病院にとっては経営戦略の幅が大きく広がる可能性を秘めているためである。是非、期待したい。

さて、そんな10対1新入院料の基本的考えは何だろうか。それは、先に述べた「高齢者の救急患者等への対応」である。高齢者対応に求められる包括的な医療提供を行うことを求める内容になりそうだ。簡単に言うならば、現行の地域包括ケア病棟の上位互換の機能ということになるだろう。それ故に、施設基準で求められる内容も、地域包括ケア病棟の基準をベースとしつつ、救急搬送の受入や緊急患者の受入が積極的に求められる内容となりそうだ。

まだ詳細な設計は出てきていないが、本改定一番の注目内容と言えるだろう。

高齢者の救急患者等に対応する入院医療(イメージ)



出典：<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001178990.pdf>



執筆

濱中 洋平

株式会社日本経営

アカデミー共創事業部 事業責任者

日本経営入社後、病院経営戦略の策定や経営改善支援業務に従事した後、「病院経営の本質的な改善のためには、病院職員への体系的かつ実践的なマネジメント学習の浸透が不可欠だ」と気付き、日本経営のコンサルティングノウハウを前提とした医療マネジメントeラーニング「Waculba(ワカルバ) <https://waculba.com/>」の事業を立ち上げている。