



2020年診療報酬改定の見通しと “先手必勝”の経営戦略を探る

～我が国の診療報酬研究の第一人者の中林梓氏が

20年改定の「意見のとりまとめ案」を基に改定の方角と影響を徹底解説～

中医協における2020年度診療報酬改定の審議も終盤となり、11月末「意見のとりまとめ案」が出され、12月20日、政府は2020年度診療報酬の改定率について、全体でマイナス0.46%、本体は0.55%引き上げ、薬価は0.99%、材料価格は0.02%に引き下げることを選定した。そこで「Visionと戦略」2月号特集では、我が国の診療報酬研究の第一人者である株式会社ASK梓診療報酬研究所所長の中林梓氏を迎え、当会が12月15日に開催した2020年診療報酬改定の「意見のとりまとめ案」の徹底解説と施行に向けた準備と対応策セミナーをとりまとめたので、報告する。

Part 1

働き方改革改定、に向かう 2020年度診療報酬改定

「Visionと戦略」編集部

Part 2

働き方改革とオンライン診療が随所に反映 2020年度診療報酬改定を見通す

ASK 梓診療報酬研究所 所長 中林 梓 氏



ASK 梓診療報酬研究所 所長 中林 梓 氏

働き方改革改定に向けて

2020年度診療報酬改定

報酬と基金で269億円
働き方改革に充当する

2020年度診療報酬改定の改定率は、全体マイナス。本体プラスという大方の予想通りで、全体はマイナス0.46%、本体は0.55%のプラスだった。このうち0.08%が消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応で、本体改定率から特例的な対応を除くと改定率は0.47%。各科改定率は医科プラス0.53%、歯科プラス0.59%、調剤プラス0.16%だった。薬価改定率はマイナス0.99%。うち実勢価等改定が0.43%。市場拡大再算定の見直し等が0.01%。材料価格はマイナス0.02%。うち実勢価等改定が0.01%だった。今回改定では勤務医の働き方改革への対応として、診療報酬として0.08%に相当する

126億円程度、さらに地域医療介護総合確保基金から公費143億円程度が充当される。厚生労働省が示した診療報酬改定の4つの基本方針で、働き方改革が「重点課題」として他の3方針よりも上位に位置付けられたことで、中央社会保険医療協議会の1号側(支

払側)も、結局は受け入れざるを得なかったのではないかと。中医協総会で1号側は、地域医療構想、医師の偏在対策、働き方改革の三位一体改革の進捗を理由に「三位一体改革が上手く進んでいない中で、働き方改革に次回改定で対応することに明確に反対する。三位一体改革の進捗を見ながら検討すべきだ」と主張した。だが、1号側には働き方改革をリードする団体の連合(日本労働組合総連合会)代表委員が加わり、しかも連合

には、ヘルスケア労協(保健医療福祉労働組合協議会)や

自治労(全日本自治団体労働組合連合)が加盟している。1号側でありながら連合は、医療従事者側(2号側)にも立つという微妙な位置に置かれている。1号側が足並みを揃えて、働き方改革の診療報酬への反映に、強硬に反対することは難しかったはずだ。

改定率の決定を受けて、診療報酬改定の検討事項について、1号側と2号側委員がそれぞれ提示した。

機能強化加算の算定要件 支払側、文書説明を要求

1号側がとくに強調したのは機能強化加算の要件である。昨年12月20日に開かれた中医協総会で「継続的な指導管理が必要な患者に診療を行う前に、かかりつけ医機能を有する医療機関であることや、患者が享受するメリット、初診料に加算される費用等について、文書で丁寧説明す

ることを算定要件に追加すべきである」と強調した。さらに医師等の働き方改革には、入院基本料に反映させることに注文をつけ、「総合的な取り組みを推進すべきであり、入院基本料などで一律に評価するなど、安易に患者へ負担を生じさせる対応とすべきでない」と主張。その上で「救急病棟の勤務医の負担を軽減するために、診療報酬上の評価にあたっては、段階的な目標設定と進捗状況の報告の要件化」を検討事項に示した。

一方、2号側からは、医科について「中医協で検討してきた項目は財源次第での議論であり、改定率を踏まえ、メリハリを付けたり、優先順位を決め、実施しないものが出てくることは当然」と前置きをして、次の検討事項を挙げた(一部を抜粋)。

初・再診料では▽初・再診料、外来診療料の適切な評価(引き上げ)▽同一医療機関における同一日複数科受診の評価▽かかりつけ医機能の点数引き上げ。入院基本料では▽多

種の医療従事者の人件費評価▽重症度、医療・看護必要度で「II」一本化への検証・分析▽入院医療の評価体系に新たな指標導入▽急性期一般入院料で下位から上位への移行。入院基本料等加算・特定入院料では▽救急医療管理加算のさらなる評価▽医師事務作業補助体制加算の算定病棟拡大▽急性期看護補助体制加算の見直し。在宅医療では▽複雑化した在宅時医学総合管理料等の算定要件の簡素化▽主治医の専門以外の診療科のチーム医療でも在宅療養指導管理料を算定可能など。

昨年12月、ある中医協委員は民間セミナーで「中医協の議論は厚労省が誘導したい舞台の上でのパフォーマンスのように思える」と語った。この発言の当否はともかく、厚労省の方針が示されているのは中医協資料に項目ごとに記載される「論点」である。第2ラウンドの論点の流れを見れば、大まかな着地点は見当たっていく。読み返していただきたい。

(文/編集部)

働き方改革とオンライン診療が随所に反映 2020年度診療報酬改定を見通す

今春の診療報酬と過去の診療報酬改定との最も大きな違いは、医療従事者の働き方改革が4つの基本方針の中に、あえて「重点課題」と明記されて盛り込まれたことである。その狙いは、厚生労働省が中央社会保険医療協議会に提出した多くの診療料や加算の「論点」に反映された。今回改定は、いわば「働き方改革改定」といえるのではないだろうか。日本医師会幹部が「診療報酬改定で影響力を持つ専門家」として発言内容を注視する中林梓氏に、改定の見通しを尋ねた。



ASK 梓診療報酬研究所 所長 中林 梓氏

言語聴覚士と管理栄養士が
点数に大きく影響する

■2020年度診療報酬の大
枠を概観していただけます
か。

中林 前回の改定は点数改定
ではなくロジックの改定でし
た。2025年までの改定シ

ナリオはできあがっている
と思います。前回の改定は地
域医療構想に寄り添う改定と
して、急性期と慢性期の病床
を人口推移に合わせてやすいロ
ジックで組み立てられ、人口
減と病床数と医療経営が三位
一体となっていました。それ

を受けた今回の改定の大きな
特徴は働き方改革を診療報酬
に結びつけたことです。
改定の基本方針として毎回
4つの柱が設けられるので
が、「令和2年度診療報酬改
定の基本方針」では、①医療
従事者の負担軽減、医師等の
働き方改革の推進②患者・国
民にとって身近であって、安
心・安全で質の高い医療の実
現③医療機能の分化・強化、
連携と地域包括ケアシステム
の推進④効率化・適正化を通
じた制度の安定性・持続可能
性の向上。この4つが示され
ました。これまでの改定にな
かった柱は①です。しかも「重
点課題」と明記されました。
この柱は絶対に改定に反映さ

せるという厚生労働省の覚悟が見
て取れます。

実際、基本方針を策定した
社会保障審議会の議論では、
この時代に働き方改革に取
り組むことは当たり前であっ
て、わざわざ診療報酬に反映
させるのはおかしいという意
見も出ましたが、厚生労働省
には「これだけは絶対に退か
ない」という覚悟があったの
ではないでしょうか。

■今回の改定で必ず評価され
ると予想できる診療報酬はど
んな項目でしょうか。

中林 今回の改定で、絶対に
点数が下がらないのは、高齢
患者が増加していることか
ら、退院支援と退院調整に関
する項目です。私の予想では、
新設の点数が設定される可能
性もあります。それから医療
介護連携と地域連携も、絶対
に点数が下がらないでしょ
う。高齢者が増えて介護保険
サービスの利用者も増えるの
で、この点数を下げるわけに
はいきません。さらに認知症
対応・早期診断です。認知症
患者700万人時代を目前に

控えて下げるわけにはいきま
せん。

口から食事を取ることを促
す目的で、口腔ケア・嚥下訓
練・栄養食事指導の点数も下
がらないでしょう。この3
つは様々な点数に反映される
ので、言語聴覚士と管理栄養
士を確保しておけば点数に有
利に作用します。2つの職種
は奪い合いになるでしょうか
ら、人事労務担当の方は念頭
に置いてください。

リハビリでは単位数ではな
く、FIMの数値など質を担
保したりリハビリが評価される
と思います。

■改定率は全体でマイナス
0・46%、本体は前回と増減
なしのプラス0・55%でした。
この改定率をどのようにご覧
になりますか。

中林 これまでの改定では点
数を付けるべき項目にきちん
と付けられてきたので、私は
改定率にはあまり重きを置
いていません。今回は医療従
事者の働き方改革を前面に出
せば前回並みのプラス改定を
確保できると厚生労働省は読



んでいたのではないでしょう
か。中医協の支払側委員の各
所属団体も、連名でマイナス
改定を主張しましたが、医療
崩壊だけは避けなければなら
ないという認識では、診療側
委員と一致しています。私の
印象ですが、ある程度のコン
センサスが取れていたのでは
ないでしょうか。

■中医協の議論では、支払側
が「働き方改革は地域医療構
想と医師偏在対策とともに三
位一体改革で進めるべき施策
なので、今回の改定に反映さ
せることには反対する」と主
張し、診療側は「働き方改

革を今実行しないと2024
年4月の医師の時間外労働の
上限規制の適用に間に合わな
い」と主張しました。

中林 予算折衝で厚労省は診
療報酬とは別枠で働き方改革
の手当を提言し、プラス改定分
のうち0・08%が働き方改革
に充当されることになりました
。医師の時間外労働の上限
規制は2024年からですが、
診療報酬は2年に1回なので、
今改革を実施しないと間に合
わないことを支払側も理解し
たのではないのでしょうか。

診療報酬が原因で倒産する
病院はありませんが、働き方
改革が原因で倒産する病院
が出てくる可能性があります
。支払側も議論
の場では反対しても、
働き方改革のコストを
理解したのだと思いま
す。

■医療従事者の働き方
改革では何がポイント
に挙げられるのでしょ
うか。

中林 働き方改革がど
の点数に該当するの

は見えにくいと思いますが、
特定の点数に該当する取り組
みではなく、いろいろな点数
に反映されます。重要なポイ
ントは、まず人員配置の合理
化です。専従、専任、常勤、
非常勤の配置数が変わって施
設基準が変更される項目も出
てくるでしょうから、必ず
チェックしてください。

それから業務効率化に資す
るICT利活用の推進です。
例えばICT利活用によるカ
ンファレンスが認可される見
通しですが、若い看護師は、
ICTを活用したカンファ
レンスを実施している医療機
関と、実施していない医療機
関のどちらに就職するでしょ
うか？いろいろな項目にICT
Tが関わってくるのでチェッ
クしておいてください。

**機能強化加算の要件に
文書での事前説明が入る？**

■中医協で診療側と支払側
の主張が対立した議論に、前
回改定で200床未満の病院
と診療所を対象に新設された
機能強化加算（初診時に80
点）があります。支払側は、

医師による説明は診察時間が
延びて医療現場が崩壊すると
いう診療側の意見を受け入れ
て、文書による説明の要件化
を求めています。診療側は
「様々な加算の中で、なぜ機
能強化加算をターゲットにし
るのか？」とピンとをずらし
て抵抗していますね。

中林 患者さんにとって、受
診してみなければ機能強化加
算分を支払うことが分からな
い点を指摘した支払側の意見
は一理あります。まだ何も決
まっていないことを断定口調
で言ってしまうのは私の悪い
癖ですが（笑）、ホームページ
や文書で「うちの病院やク
リニックはかかりつけ医とし
てメリットを提供するので、
機能強化加算を支払いに乗せ
ている」という説明をするこ
とが要求されると思います。

その根拠は厚労省が中医協
に提出した資料です。中医協
に提出される資料は厚労省が
誘導したい方向に沿ったもの
が用意されますが、資料の中
に、機能強化加算を算定され
た患者さんが望む対応を質問
したものがありません。回答で

多かったのは「院内掲示でよ
い」「診療前に事務スタッフ
に説明してほしい」ですが、
質問と回答の選択肢を作成し
たのは厚労省でしょう。

資料で提示した論点にも
「説明をする際には、書面を
渡すこととした上で、必ずし
も医師からの説明でなくとも
よいこととしてはどうか」と
書かれています。論点に書
かれたことは反対意見が強く
ても6割ぐらいは採用されて
います。

■診療前の説明が要件化され
た場合、医療機関はどんな
対応を取ればよいのでしょ
うか。

中林 機能強化加算が新設さ
れた時から、私がクライアン
トの病院に提案して実行して
いることをお話しします。全
ての患者さんに配る文書に、次
のような説明を掲載していま
す。
「当院は〇〇病院や△△病
院の受診をご希望の患者様、
専門医療機関の受診をご希望
の患者様のご相談に乗ること
ができる医療機関です。ま

た、介護保険や認知症のご相談、入院先のご相談にも乗ることができ、かかりつけ医の役割を持っている医療機関です。そのため診療報酬で機能強化加算が認定されており、初診料に加算分（80点＝800円）を反映させていただきます。ご理解のほどお願い申し上げます。

〇〇病院や△△病院には固有名詞を書いています。そのほうが、インパクトが出るからです。さらに、この説明の下に例えば「紹介状を持たずに〇〇病院を受診すれば自費で5000円を支払わなければなりません、当院からの紹介なら負担金として診療情報提示□□円で済みます」という注釈も付けています。もし厚労省の提案どおりに文書説明が機能強化加算の要件になったら、医療機関にとってはチャンスだと思います。広告規制に抵触しない方法で自院のアピールができるのですから。ぜひ200床以下の病院とクリニックは診療報酬改定でチェックして、チャンスにしてください。

■かかりつけ医機能は200床未満の病院と診療所にとつて、機能強化加算の算定に加えて紹介ルートの拡充にもなりますね。

中林 紹介状なしで受診すると5000円の定額負担が発生する病院が、特定機能病院と400床以上の地域医療支援病院から、特定機能病院と200床以上の地域医療支援病院に拡大が予測されますが、200床未満の病院とクリニックにとつてはチャンスです。逆紹介が増えるからです。特定機能病院には逆紹介率が低いと再診料が引き下げられるというルールがありますが、このルールを200床以上の地域医療支援病院にも拡大する可能性があるのです。そのためにパイプを強化しておいてください。とくに200床未満の病院とクリニックの院長が、大病院の医師と医局の先輩後輩の関係にある場合は旧交を温めていただきたい。なぜなら、同じ連携でも顔見知りのほうが強いからで、大病院の医師が患者さんを逆紹介する

場合、近くのクリニックの院長が同じ医局出身なら、人情的にそこに逆紹介するものです。旧交を温め、地域連携室や院長や医局長などを紹介してもらって、自院の特徴をお伝えしてください。

■オンライン診療の推進も中医協では意見が対立しました。支払側は現役世代の患者にとつて利便性が高いという調査結果をもとに、オンライン診療の推進を主張していますが、診療側は「医療に利便性を持ち込むのは間違いだ」と思想論争のような反論もしていました。中林先生の見解はいかがでしょう。

中林 おそらくオンライン診療を拡大する方向で診療報酬が改定されると思います。まだオンライン診療を導入していない医療機関には、絶対にチェックしていただきたい。例えば今のところという前提ですが、慢性頭痛と偏頭痛の診療はオンラインでOKになりそうな見通しです。私に相談いただく病院でも試験的にオンライン診療を導

入していますが、患者さんはスマホで診療を受けられるため、良い評判が集まっているそうです。例えば外来の待ち時間の解消や実患者の増加を考えている医療機関は、オンライン診療料、オンライン医学管理料、在宅児医学総合管理料のオンライン在宅管理料を検討していただきたい。

これから医療ニーズが高まっていく団塊の世代はスマホを持っていて、病院を選ぶ時にはネットで検索をして「当院はオンライン診療も行っています」と説明されていたら、その病院を選ぶ可能性も高いと思います。しかも団塊の世代は発信力もあり、仲間意識も結構強いので「きみは、どの病院に行っているの？」という会話にオンライン診療を行っている病院名が出たら、その病院に切り替える人も出て、SNSなどで評判が広まっていくでしょう。その意味で、実患者数を増やして稼働率を上げたい病院にとつては、団塊の世代に受け入れられる対応が必要です。このことは意識しておい

てください。

オンライン診療は適用対象が拡大する

■団塊の世代はこれまでの高齢者とは全くタイプが違うので、ひとくくりに高齢者という枠組みでは対応できないのではないのでしょうか。

中林 一部の人たちですが、若い時に学生運動を行っていた方もいるという世代です。た方ね（笑）。この間、訪問したデイサービスで65歳の利用者さんがいたのですが、スタッフが「皆さん、これから童謡を歌います」と言った途端、怒って帰ってしまいました。私が若いスタッフを呼んで「どうして帰ったか分かりますか？」と聞いたら「分かりません。皆さん喜んでるのに」と。喜んでるのは皆85歳以上です。今65歳の人が若い時に流っていた音楽はビートルズ等の曲なので、童謡を歌ってもらうことには無理がありますが、若いスタッフはそのことを知らないのです。また70歳の女性の利用者さんは「私

は若い頃ミニスカートをはいていたのよ。ツイッギー（1949年生まれ。ミニスカートの女王）と呼ばれたイギリスのモデル」の世代だから」と話していましたが、やはり若いスタッフはツイッギーを知らなかった。

その日は、70歳の利用者が90歳と95歳の方と同じグループに組み込まれたことで怒ってしまいました。何て言って怒ったと思いますか？「親父と同じ年齢の人といっしょにしないでくれ！」と怒ったのです。

このように若いスタッフは、高齢者は皆同じだと考えていますが、これからの高齢者はこれまでの高齢者と違うことを知ってもらう必要があります。

また、他のエピソードとしては、私はクライアントの病院で戦後の年表を作って、各時代に流行ったことや事件を記入し、患者さんと話が合うようにサポートしたところ、若い職員はあさま山荘事件を知らませんでした。

これからの時代は、団塊の

世代が若い時の時代を知っているスタッフががいる病院に、外来も入院も患者さんが集まり、知らないスタッフだらけの病院からは患者さんが離れていくと思います。「あそこの病院は酷いね。人を年寄り扱いして！」という評判が広まったら、患者さんが減ってしまいます。

少し話が飛んでしまいました。少し話から患者対応ですが、これからの患者対応では団塊の世代を意識すべきで、オンライン診療は無視できません。オンライン診療は在宅医療でも行われていますが、月1回訪問するという要件が緩和される可能性があります。

■オンライン診療で新たに点数が付きそうな項目には何がありますか。

中林 「D to P with D」という診療形態です。希少性の高い疾患など専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な場合、事前に主治医が遠隔地の医師に情報提供を行って、患者への説明と同意の獲得という条件を満たせば、初

診からオンライン診療が認められそうです。「D to P with D」が認可されれば、主治医の医療機関は機能強化加80点を算定できるようになります（別掲の図参照）。

さらに、糖尿病などの患者さんに継続的な栄養指導を推進することを理由に、ICTを活用した栄養食事指導にも点数が付く可能性があります。在宅持続陽圧呼吸療法の遠隔モニタリングが電話指導でも算定できるように検討されています。このようにオンライン診療は様々な項目に拡大する流れにあります。

さらにICTを用いたカンファレンスも緩和の流れにあります。退院時共同指導料2（400点・入院中1回）の算定で、職員のスケジュール調整や指導への移動時間を踏まえてビデオ

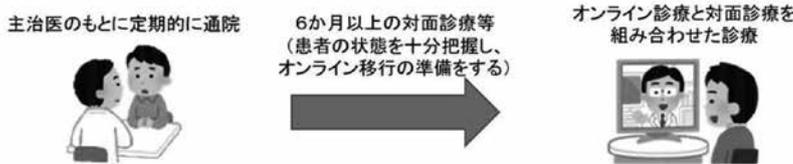
通話を認めることや、訪問看護ステーションでの退院時共同指導料加算（8000円）の算定で「やむをえない場合」に限りICT活用を認める方

向で検討が進んでいます。これは働き方改革にも関わる改定でもあります。厚労省の医療介護政策は一つの政策が様々な分野に関わることが多いのですが、診療

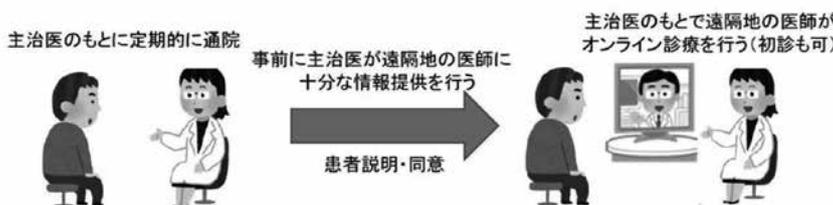
指針におけるD to P with Dのイメージ

○ 指針におけるD to P with Dでは、希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患である場合等について、事前に十分な情報提供を行い主治医等のもとで実施する場合に限り、遠隔地の医師が初診からオンライン診療を行うことを可としている。

通常のオンライン診療（保険診療で行う場合）



指針におけるD to P with D（イメージ）



©リンクアップラボ/©ASK

20191108中医協総会「横断的事項その2」資料より

出所：厚生労働省作成資料

報酬改定でも、多くの項目にオンライン活用の推進と働き方改革が関わっていることが分かります。

■急性期一般入院料など入院医療評価体系では、どのような改定が行われるのでしょうか。

中林 重症度、医療・看護必要度の見直しで、A項目から「麻薬の内服」が外され、C項目は拡大するのではないかと思います。検討が進んでいるのは①重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況を踏まえ、業務負担軽減等の観点からⅡの届出を一定程度進めること②入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、急性期の入院患者の指標として、重症度、医療・看護必要度の判定基準のうち「B14又はB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準の見直しなどです。

特定集中治療室管理料については、SOFASコア（臓器障害の重症度を判定する点数体系）で重症度、医療・看護必要度では評価できない患者像を評価できることや、早期経腸栄養プロトコルを用いた管理栄養士による経腸栄養の開始によって、死亡率の低下や平均在院日数の減少が報告されています。これらの報告を踏まえて、SOFASコアの提出を要件とする対象の拡大、管理栄養士による重点的な栄養管理の点数化が実施される可能性があります。

回復期リハビリ入院料は実績要件が見直される

■入院医療評価体系に働き方改革はどのように反映されそうですか。

中林 例えば救急医療管理加算（加算1＝900点、加算2＝300点）に反映されるでしょう。救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会で、救急搬送を年間1000件以上受け入れている医療機関が全体の約85%の搬送に対応し、脳卒中や急性心筋梗塞等の緊急治療対応の大部分を担っていることが報告されました。なかでも救急搬送を年間2000件以上受け入れている医療機関は、医

師の労働時間が長時間になる傾向が指摘されました。

この現状を踏まえ、中医協に対して、厚労省は「救急医療の提供体制の見直しに関する議論や、医療従事者の働き方改革の観点等を踏まえ、地域における救急医療提供体制を確保するにあたり、重篤な患者に対する診療に係る更なる評価のあり方についてどのように考えるか」と論点を示しました。重篤な患者に対する診療の点数を上げたいという方針が読み取れます。

■緩和ケア診療加算では管理栄養士の参画を評価する案が厚労省から示されています。このインタビューの冒頭で、今回の改定では管理栄養士が評価されると説明されましたが、他にも例を挙げたいだけですか。

中林 まず緩和ケア診療加算では、緩和ケアチームに管理栄養士が参画することを推進するために、個別栄養食事管理加算に対して、緩和ケア診療加算と同様に後天性免疫不全症候群と末期心不全患者を

対象疾患に加えることが検討されています。

また、外来化学療法の対象患者で栄養介入の必要な患者が2～4割含まれていて、管理栄養士が継続的に栄養指導を行った場合、体重が維持されて、食事からの必要栄養量の摂取割合も維持されるという調査結果が出ています。この調査結果を受けて、外来化学療法を実施しているがん患者に関する専門的な知識を持つ管理栄養士の栄養指導が、診療報酬で評価されることが考えられます。

管理栄養士が作成した食事計画の交付が要件になっている入院栄養食事指導料では、評価対象が拡大されそうです。入院栄養食事指導を受けたい患者さんに対して、退院後の後方病床などを担う保険医療機関と情報を共有する観点から、厚労省は栄養情報を提供する場合に点数を付けることを提案しています。

■回復期リハビリテーション病棟入院料の見直しについても教えてください。何がポイントでしょうか。

中林 実績指数の見直しを検討されています。回復期リハビリテーション病棟では、発症から入棟までの期間とFIM得点の変化において、発症から入棟までの期間が短いほど得点の変化が大きい傾向が見られました。さらに発症から入棟までの日数が経年的に減少傾向で、発症後などの期間に係る要件を大きく下回っていました。

この現状から、厚労省は2つの検討課題を示しています。ひとつは、リハビリテーション病棟入院料1、3及び5を届け出ている病棟におけるリハビリテーション実績指数の実態を踏まえて、リハビリテーション実績指数の基準値を見直すこと。もうひとつは、リハビリテーション病棟における患者の早期受入の実態及び受入に係る評価の現状等を踏まえ、入院患者に係る要件のうち、発症後の期間に係る要件を見直すことです。

■今回の改定で大きくメスが入れられる報酬に、機能強化

特集 「2020年診療報酬改定の見通しと
“先手必勝”の経営戦略を探る」



型訪問看護療養費があるので
はないでしょうか。機能強化
型訪問看護ステーションに理
学療法士割合の多い事業所が
多く、理学療法士割合が40%
以上の事業所では、重症者の
受け入れとターミナルケアの
実施が少ないことが明らかに
なっています。中医協でも診
療側と支払側の双方が、制度
が健全に運用されていないこ
とを指摘していました。

中林 機能強化型訪問看護療

養費の要件は変わる可能性が
あります。より手厚い看護提
供体制を評価する観点から、
看護職員の割合を要件に加え
ることや、理学療法士による
訪問看護と看護職員による訪
問看護の提供内容の違いを加
味して、理学療法士による週
4日目以降の訪問看護の評価
が変わるかもしれません。

■認知症対策では何に着眼す
べきでしょうか。

中林 認知症ケア

加算です。加算1
(14日以内は150
点、15日以上は30
点)と加算2(14
日以内は30点、15
日以上は10点)が
あり、加算1を届
け出ていない理由
で最も多いのは認
知症ケアチームの
要件である「精神
科又は神経内科の
経験を5年以上有
する専任の常勤医
師を確保できない
こと」で、加算2
を届け出ていない

施設では、この理由を挙げた
施設の割合がより高かったの
です。加算1の医師に関する
要件が緩和されるかもしれな
いので、チェックが必要です。
それから、せん妄の頻度減
少と合併症予防のために、予
防的介入に点数が付くのでは
ないかと思えます。

■ところで、人口構成の推移
を踏まえると、医療市場はど
のように変化していくと認識
すべきでしょうか。

中林 前回改定の時に厚労

省が問題にしていたのは
2025年問題でしたが、今
は2040年問題にスポット
を当てています。人口構成の
推移を見ると、2040年に
かけて、高齢者人口の増加よ
りも65歳未満人口の激減のほ
うが顕著で、2040年にな
ると働く人が激減してしまう
のです。この2040年問題
を念頭に置いたのが2020
年度診療報酬改定です。さら
に働き方改革で残業時間が
減ってしまう中で、何とか医
療が成り立つようにするとい
うのが改定のテーマです。

繰り返しになりますが、こ
れからの病院は診療報酬が原
因で潰れることはないでしょ
うが、働き方改革によるコス
ト増などで潰れる病院が出て
くる可能性はあります。病院
には人事労務や時短マネジメ
ントに長けた人材の確保が問
われてきます。

一方、高齢化には地域差が
あります。2025年にか
けて65歳以上人口増加数の約
60%は東京都、大阪府、神奈
川県、埼玉県、愛知県、千葉県、
北海道、兵庫県、福岡県で占
められ、高齢化のピークを迎
えている県では、たんに人口
が減っていくだけです。その
ような県では、全ての病院で
ベッド稼働率が下がっていま
す。従って診療報酬だけでな
く、自院の地域の人口は5年
後、10年後にどうなるかを確
認してください。

■同じ都道府県でも県庁所在
地と郡部では、人口推移の状
況が大きく異なります。人口
推移は、都道府県ベースでは
なく診療圏ベースで把握する
必要がありますね。

■同じ都道府県でも県庁所在
地と郡部では、人口推移の状
況が大きく異なります。人口
推移は、都道府県ベースでは
なく診療圏ベースで把握する
必要がありますね。

中林 都道府県別の高齢者
人口推移の統計には大きな
落とし穴があります。例えば
北海道の場合、2025年ま
で65歳以上人口が増えていき
ますが、「高齢者が増えるの
で医療需要も増えていいので
は？」と思う院長もいるかも
しれません。北海道で65歳
以上人口が増えていくのは札
幌と旭川だけです。2040
年に人口が半減する自治体も
あり、そうした自治体では、
病院とクリニックがいくつ

閉鎖する事態になるでしょ
う。福岡県でも福岡市の高齢
者人口は増えますが、周辺自
治体の高齢者人口はほとんど
減っていきます。

こうした人口変動を見据え
て、5年後や10年後の自院の
診療科やベッド数の在り方を
考えておく必要があります。
例えば小児科の開業を考えて
いるのなら5年後、10年後の
15歳未満人口の推移を調査し
ておかなければなりません。

■医療需要の見通しも、入院
医療と外来医療に分ける必要
があると思いますが、医療提



2022年度の改定までに結論を出すので、3年後から本丸的な地域医療構想が本格的に進むのではないのでしょうか。

じつは、この問題には民間医療機関も関わってきます。実施時期は未定ですが、地域医療介護総合確保基金の活用状況の検証結果を踏まえて、病床のダウンサイジング支援が確定しています。つまり病床数を減らせば、補助金が支給されるのです。

供体制はどんな推移を示しそうですか。厚労省は「2040

年を展望した医療提供体制」で国公立病院の再編統合策として対象病院の固有名詞を出して、一部の県知事が批判しましたね。

中林 団塊世代の全員が90歳になる2040年までは入院だけでなく介護施設への入所需要も増加していきますが、2040年以降は高止まりすると見られています。90歳を過ぎれば外来やデイサービスへの通所需要は減っていき、在宅医療介護も困難になるため、高齢者の暮らし方をサポートする施設として介護医

療院が創設されました。

「2040年を展望した医療提供体制」では再編・統合要請をされた公立・公的424病院が発表され、県知事の中には「いきなり公表した」と反発した人もいますが、

厚労省は以前から公表することを告知していました。マスコミが公立・公的病院が潰されるかのような報道をしたために感情的な反発を招きましたが、再編統合は潰すための施策ではなく、生かすための施策であると思います。厚労省の告知の仕方が不十分だったので、いきなり感が出てしまったのでしょうか。

地域包括ケア病棟に対して 自院からの転棟割合に制限

■公立・公的病院が再編統合されれば、患者の流れにも変化が起きるのではないのでしょうか。

中林 例えば再編統合策によって250床の2つの公立・公的病院が合併して、補助金を活用し2院の中間地域に300床の病院が新設された場合、その地域の民間病院

の患者は新しい病院にほとんど移っていく可能性があまりありません。民間病院の建物が老朽化していれば、なおさら新しい病院に移って患者が減ってしまうかもしれません。

あるいは合併して新設される病院が199床を選択したり、既存の公立病院が病床数を199床にダウンサイジングしたらどうなるでしょうか。在宅支援病院として外来機能を拡大するでしょうか。クリニックが大きな影響を受けるでしょう。逆に元の公立病院の地域では、病院が撤退した分、クリニックの患者が増える可能性もあります。

このように公立・公的病院の再編統合は非常に奥の深い問題で、影響を受けない民間医療機関はありません。地域医療構想による公立・公的病院の再編統合の動きを把握しておくことが重要です。

■地域医療構想に関しては、厚労省が、許可病床数400床以上の病院が地域包括ケア病棟を届出る場合は調整会議に

申請して、了解されたら届出るという段取りを中医協に提案しました。支払側も診療側も、調整会議が活性化していないのに事前申請には意味がないと反論していましたね。

中林 厚労省の提案は流れると思います。ただし、診療報酬の要件にはならないでしょうが、「調整会議で地域のコンセンサスを取るべき」などの一文が入る可能性があります。厚労省には調整会議を活性化させたいという思いがあつて、事前申請を提案したのではないのでしょうか。

■地域包括ケア病棟の現状について、患者がもつぱら自院の急性期病棟からの転棟先のみ利用され、ポストアキユート、サブアキユート、在宅復帰支援という3つの役割が機能していないことが問題視されています。地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料には、どんなメスが入りそうですか。

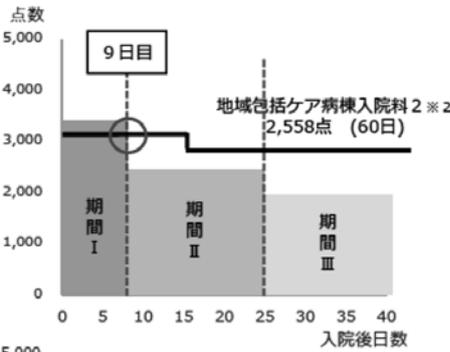
中林 許可病床数200床以上の病院に対して、自院の一般病床からの転棟割合に一

DPC対象病棟からの転棟について

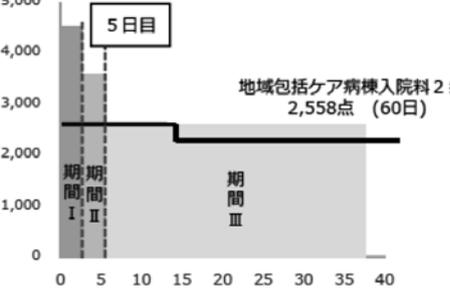
診調組 入-2-2
元. 7. 25 (改)

○ DPC/PDPSの診断群分類区分によっては、患者がDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

DPC/PDPSによる報酬※1と転棟先での報酬

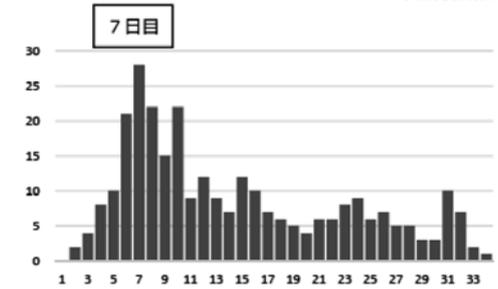
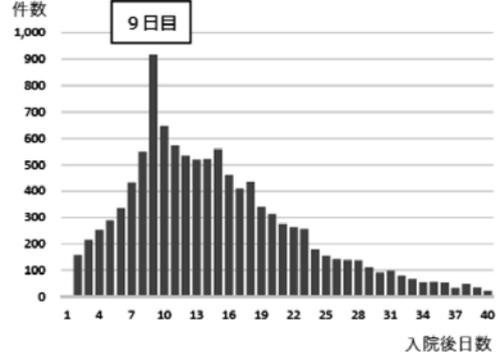


胸椎、腰椎以下骨折損傷
(胸・腰髄損傷を含む)
手術なし
(160690xx)



狭心症、慢性虚血性
心疾患
手術なし
(050050xx99000x)

地域包括ケア病棟への転棟時期※3



中医協総会2019. 12. 06 入院医療その4 資料

出所：厚生労働省作成資料

定の制限が設けられることが中医協で議論されています。さらに入院料と管理料1・3で評価されている「地域包括ケアに係る実績」において、自宅などからの患者の受け入れや、在宅患者訪問診療料の算定回数について基準を引き上げる一方で、訪問看護などの回数について基準を引き下げることが検討されています。

■最後に医療機関経営に求められる鉄則を整理していただけますか。
中林 患者さんの生活を守ることです。カルテに介護認定情報の掲載は必須で、単独世帯や老老世帯など家族状況を把握して、生活状況を聞き取ることが重要です。さらに歩行状況、栄養状態、嚥下状況、認知症などのチェックも重要です。

地域包括ケア病棟では、DPC病棟からの転棟も問題になっていきます。患者がDPC病棟から地域包括ケア病棟に転棟する時期が、DPC/PDPS診断群分類区分における点数が地域包括ケア病棟入院料を下回るタイミングに偏っているのです。この問題を是正するために、DPC病棟からの転棟した場合の算定は、DPC/PDPS診断群分類区分の算定に一本化して、算定する期間を入院期間II(DPC対象病院全体の平均的な在院日数)までの期間にすることを厚労省は提案しています(別掲の図参照)

そのうえで3つの施策に取り組んでください。一つ目は、退院支援・地域連携を強化すること。介護保険を知らないと平均在院日数は伸びてしまいます。二つ目は、認知症対策の徹底です。認知症患者700万人時代を迎えるので、認知症診断・対応のできる医療機関が求められてきます。そして三つ目は、地域の質の高い介護事業者、診療所との連携が重要であることです。連携なくして医療機関の経営は成り立ちません。

■詳しくご説明をいただき、ありがとうございました。

(文/編集部)