2020年診療報酬改定にともなう

"先手必勝"の準備対応と業績を築く病院経営

~2020年診療報酬改定の意見のとりまとめ、改定率、その他の最新情報から分析し

急性期・同復期・慢性期病院の影響とこれからの病院経営を探る~

2020年診療報酬改定の「改定率」が公表され、薬価引き下げを含め全体でマイナス0.46%、実質プラス0.55%改定と なった。しかし、診療報酬改定では、病院の収益を左右するのは平均の改定率ではなく、病院機能や個々の診療行為でプラ スもあれば、マイナスもあり予断を許さない。

そのような中、当会では1月25日に中医協委員をはじめ、全国を代表する病院経営者や病院経営コンサルタントを迎え、 「2020年診療報酬改定と病院経営シンポジウム」を開催した。Visionと戦略3月号特集ではその講演や討論内容をとりま とめたので報告する。

2020年度診療報酬改定の争点 Part 1

重症度、医療・看護必要度は公益裁定

2020年度診療報酬改定の方向と Part 2 2025年に向けた病院経営

リハビリテーションで患者を救う Part 3 基準リハビリテーション制度を提案

2020年度診療報酬改定の徹底予測 Part 4 働き方改革が多くの項目に反映される 『Visionと戦略』編集部

一般社団法人日本医療法人協会 副会長 医療法人財団寿康会 理事長 猪口 雄二氏

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長 医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

武久 洋三氏

HMS 診療・介護報酬指導講師 ASK梓診療報酬研究所 所長 中林 梓氏

Part 5

シンポジウム

働き方改革が反映された改定内容 病院経営の必須要件を洗い出す

一般社団法人日本医療法人協会 副会長 医療法人博仁会・社会福祉法人博友会 理事長 鈴木 邦彦 氏

シンポジスト 株式会社メディヴァ 取締役 コンサルティング事業部長 小松 大介 氏

HMS 在宅医療事業部講師 医療法人社団永生会 特別顧問 中村 哲生 氏

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長

医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長 武久 洋三氏

HMS 診療・介護報酬指導講師 ASK梓診療報酬研究所 所長 中林

梓氏



特集

看護必要度Ⅰにおける急性期

方、2号側(診療側)

は

般入院料1の基準値を現行

この意見に対して、

1号側

次回改定でも引き続き公益裁

く設定することを提案した。

2020年診療報酬改定にともなう "先手必勝"の準備対応と業績を築く病院経営

重症度、医療・看護必要度は公益裁定 2020年度診療報酬改定の争点

開いたシンポジウムの日(1 度の該当患者割合の基準値で 協総会で公益裁定によって決 なかったが、 月25日)までには決着してい 医療・福祉サービス研究会が ある。本特集で報告した保健・ を巡る中央社会保険医療協議 の議論で山場となったの 2020年度診療報酬改定 重症度、 1月29日の中医 医療・看護必要

相当な開きだが、

1号側に

だ」と喝破した。さらに幸野 ランドという概念があるよう

度Ⅰにおける急性期一般入院 については、Iよりも入院料 のだ。看護必要度Ⅱの基準値 び3への移行促進を意図した ら35%に引き上げることを提 料1の基準値を現行の30%か 1から4のそれぞれを1%低 総会で、 急性期一般入院料2およ 重症度、 1号側 医療・看護必要 (支払側

> Iよりも2%低くすべきだと 要度Ⅱについては、それぞれ の意見を述べた。 くは19%を提案した。看護必 もしくは28%へ、 の基準値から引き下げて27% 入院料4の基準値は18%もし 急性期一般

べた。 理事)は次のように意見を述 守国斗委員(日本医師会常任 0) も2号側にもそれぞれの立場 言い分がある。 2号側の城

ない制度という認識が、 期 うにして2年後の改定で急性 壊 激変させたら医療提供体制が 合わせる以外の根拠がない。 よい。1号側提案には数字を でないことを認識したほうが だが、全てを正確に表すもの 機能を規定して評価する指標 の提案の根拠だ_ ?病床数を減少させざるをえ 「看護必要度は病院の医療 れるので、激変させないよ 我

方には、いまだに7対1 機能を意味するものだ。 とは、患者像に応じた病院の ら入院料2・3に移行するこ 合連合会理事)「入院料1か の幸野庄司委員 院料1に相当)が急性期のブ (健康保険組

入

い」と主張した。 に移行してもおかしくは 置されるのなら70%が2・3 見も出たが、適正な位置に配 がある。70%の病院が入院料 して看護必要度を考える必要 委員は「そういう概念を払拭 1から落ちてしまうという意 な

意見が対立するのは必然で、 病院を守りたい立場、 再編を促したい立場、 まった。1号側、 院料1の基準値は31%に決 要度Ⅰにおける急性期 一顔を立てたのだろう。病床 公益裁定によって、 2号側双方 双方の 急性期 看護必 一般入

厚労省医政局長通知 働き方改革を後押しする

定になる可能性が高い。

観が変化している。 革以前に、医療従事者の就労 がよい」と述べた。働き方改 は、この現実を把握したほう 同じだ。ベテランの先生たち ジネスマンやOLと考え方は う価値観を持っていない。ビ て働くことが美徳であるとい 活を犠牲にして、身を粉にし 世代の医師たちは、 堅医師が「40歳前後から下の る。 でには地殻変動が始まってい 働き方改革を巡っては、 多くの項目に反映されたが ンポジウムで民間大病院の中 今回改定では働き方改革が 昨年、 全国医師連盟のシ 自分の生 す

超えた診療指示等につい 使協定・労働契約等の範囲を 師又は歯科医師の患者に対す する公法上の義務であり、 働省医政局長通知に「医師又 府県知事に発出された厚生労 Ŕ る私法上の義務ではない」「労 は歯科医師が国に対して負担 医師の応召義務につい 昨年12月25日付で各都道 医 7

された。 義務の問題ではない」と明記 係法令上の問題であり、 は、使用者と勤務医の労働関 応召

必要がある。 方、診療報酬体系には修

は、これらの問題も踏まえる

診療報酬体系に対応するに

療報酬体系がここまで複雑に と」と記載された。これは、 ないか」と指摘した。 員でもほとんどいないのでは 全て理解できる人は中医協委 なると、今日配られた資料も、 副会長)も、昨年の総会で「診 見への記載を求めたことによ る時期に来ている」と付帯意 なっている。簡素化を検討す が複雑化して、理解が困難に 協会理事)が 吉森俊和委員(全国健康保険 いものとなるよう検討するこ る関係者にとって分かりやす を踏まえ、患者をはじめとす 酬体系が複雑化していること 付帯意見には「近年、 正も求められている。 今村聡委員(日本医師会 「診療報酬体系 診療報 答申書

曲がり角に差しかかっている。 医療機関経営は多くの点で (文/編集部

2020年度診療報酬改定の方向と 2025年に向けた病院経営

診療報酬改定の争点を語る 思っていたが、細かい見直しが多かった」と振り返る中央社会保険医療協議会委員の猪口雄二氏が、 医療従事者の働き方改革が色濃く反映された2020年度診療報酬改定。「大きな改定はないと



-般社団法人日本医療法人協会 猪口 雄 Æ

に遅れていま に比べて大幅

電子カル

療界

用

は 0 0)

他 デー で、

産 業

な

V)

医 夕

医療法人財団寿康会 理事長

れている問題は何でしょうか 供体制で、 ■2025年に向けた医療提 猪口先生が着目さ

す

(別掲の図参照)。

データを取れないのが現状で

が広がるのかは不透明です。

ないので、

ラ

バ

ラで互換性がないので、

社

の仕様がバ

テにしても各

タヘルス、 体的に推進することが、デー 包括ケア提供体制の構築を一 医療機能の分化・連携と地域 **猪口** 2025年に向けては 介護ロボット、

が実証されないと国が認可し 医療界ではパッと広がらない ただ、IOTやAIは日本の 点とともに示されています。 材確保・働き方改革などの視 安全性と確実性 され、 備 医 |師偏在対策、 貫した医師養成課程 外来機能の明確化とかか

初診時5000円・再診

時

率は右肩下がりで推移してい

さらに定額負担が拡大され、

55 2

0

1

0

年

度のプラス1

%から今年度まで、

アップ

と思います。

入っていません。 障を検討する会議なのに、委 障検討会議中間報告が発表さ は医療提供体制の改革も掲載 員に医療の専門家が一人も れました。この会議は社会保 昨年12月、全世代型社会保 地域医療構想の推進 卒前・卒後の 中間報告に の整

> りつけ 医師 護体制 わざるをえません。 ら派遣される医師の副業で補 下の規模の病院は大学病院か ス以上の病院だけで、 トを組めるのは500床クラ 自院の常勤医だけでシフ この副業が挙げられまし 医機能の強化、 。 の 強化などに加えて、 ・それ以 訪問看

猪口 過度な受診抑制につながらな るという案が示されましたが、 担割合が2割に引き上げられ 得以上の方については窓口負 るのではないでしょうか。 が、ひとつの特徴に挙げられ 75歳以上であっても、一定所 ■自己負担割合が増えたこと 現役並み所得者を除く

かが懸念されます

す。 床以上の一 険の負担が軽 の定額負担制 病院の定義が必ずしも明確で いますが、一般 ように示されて 院に拡大される が病床数20 負担の対象病院 が示されてい されるように案 いて公的医療保 負担額を増額し について患者の $\begin{array}{c} 2 \\ 5 \\ 0 \\ 0 \end{array}$ さらに定額 増額分につ 円 以 Ŏ Ĺ

ラス改定になりましたが 猪 率をどのようにご覧になって 報酬改定について、 いますか。 いますが、2020年度診療 療協議会の委員に就任されて ■猪口先生は中央社会保険医 本体は0.55 まず改定 % の

> ます。 話しています。 者は皆、 常利益率は0.6~3.8で推移し 院の経常利益率は5.5~ 見ると、 ています。 していますが、一般病院の経 精神科病院は27~49%で推移 福祉医療機構の統計を 経営状況が厳しいと 過去10年、 急性期病院の経営 療養型病 7.1 %

は特定的な対応で、金額にし 方改革に充当されます。これ 病院にお が消費税財源を活用した救急 ラス分0・55%のうち0・8% また、今回の改定では、 ける勤務医の働き プ どこまで対象病院 医療・介護分野における 2025 年に向けたスケジュー 第6次 筆6期 第8期介護保除事業(支援)計画 第7期介護保険事業(支援)計画 タヘルス、介護ロボッ 診療報酬改定 診療報酬·介護報酬同時改定 診療報酬·介護報酬同時改定 酬 改 介護報酬改定 定

2020年診療報酬改定にともなう

"先手必勝"の準備対応と業績を築く病院経営

金 応する措置が取られます。 関の勤務医の働き方改革に対 救急医療を担っている医療機 一から振り分けられる公費 43億円程度が加わって、

13

医療介護総合確保基

て126億円程度です。これ

きな影響を与える」という理

度の該当患者割合の設定で、 と同様に、診療側と支払側の 公益裁定で決まった前回改定 **意見が平行線を辿ったままで** 改定作業の焦点のひとつ 重症度、 医療・看護必要

いて、 見にかなりの開きがあったの の該当患者割合の基準値につ 要度Ⅰ・急性期一般入院料1 回も支払側と我々診療側の意 で30%に決まりましたが、今 かと予想しています。 公益裁定になるのではな 前回改定では公益裁定

定されて9%となった)

院料4の間隔は3%刻みに設

料

14が20%。入院料1から入 %、入院料3が23%、入院

26

入院料Ⅱが29%、入院料2が

更は急性期医療提供体制に大 診療側は「基準値の大幅な変 医協総会で、支払側は「急性 *編集部注:1月29日 、の移行による機能分化の促 一般入院料1から2及び3 を理由に35%を提案し、 の中

> 学大学院法学政治学研究科教 田辺国昭中医協会長(東京大 由 と判断し、 中で両側の隔たりが大きい」 授)は「大詰めを迎えている 公益裁定で決まった。 に27%または28%を提案。 前回改定と同様に

22%となった。 料1が31%、入院料2が28% 看護必要度Ⅰの該当患者割合 Iより2%低く設定されて、 看護必要度Ⅰでは各入院料が の基準値は、 入院料3が25%、 その結果、 急性期一般入院 重症度、 重症度、医療 入院料4が 医療・

合がありました。

受 直されますね を理由に、地域包括ケア病棟 ■地域包括ケア病棟が創設時 入院料・入院医療管理料が見 **|趣旨とは違い、自院からの** (け皿になってしまったこと

猪 口 ٤, 0) 入棟元で最も多いのが自院 地域包括ケア病棟・病室 厚労省の調査による

るタイミングに偏っている場 ケア病棟入院料の点数を下回 区分における点数が地域包括 転棟する時期が、診断群分類 病棟から地域包括ケア病棟に ては、患者さんがDPC対象 PDPSの診断群分類によっ ありました。また、DPC 自院が100%という病院も の一般病床で43・5%でした。

とが要件になりました。 ションの必要性を判断するこ 結果等を参考にリハビリテー 時に測定したADLスコアの 部門の設置や、 支援及び地域連携業務を担う 援等を行う観点から、 そこで、適切に在宅復帰支 患者の入棟 入退院

猪口

重

症度、

医療・看護必

した。

に見直されます。 点数表に従って算定するよう 院日Ⅱまでの間、診断群分類 群分類点数表に定められた入 病棟に転棟した場合は、 C対象病棟から地域包括ケア 同 一保険医療機関内のDP 診断

から、 出を行う場合の要件が見直さ 機関が地域包括ケア病棟の届 化・連携を適切に進める観点 さらに医療機関間の機能分 許可病床数の多い医療

> の病院は、 とになりました。 れ、 療管理料を届け出られないこ 入院料と地域包括ケア入院医 許可病床数400床以上

か。 な改定が行われるのでしょう 算や負担軽減策にはどのよう 支援する措置として、 ■医療従事者の働き方改革を 常勤換

猪口 師の常勤要件などが議論され 来化学療法加算における看護 てきました。 い診療報酬項目の要件や、 常勤換算が可能になっていな

週3日以上かつ週22時間以上 能としている項目について、 合わせた常勤換算でも配置可 週24時間以上の勤務を行って 換算で配置可能となります。 常勤職員を組み合わせた常勤 の勤務を行っている複数の非 いる複数の非常勤職員を組み 改定では、週3日以上かつ

来化学療法加算で非常勤職員 算でも配置可能とする項目を 勤職員を組み合わせた常勤換 拡大し、看護師については外 医師については複数の非常

地域包括ケア病棟

でも配置可能となります。

実や、 価されます。 医療管理料を算定する治療室 棟が見直されました。 病棟薬剤業務実施加算2で評 内における薬剤師の配置を、 務実施加算1及び2の評価充 見直すとともに対象となる病 推進する観点から、 実施により医師の負担軽減を 業務実施加算について評価を また、薬剤師の病棟業務 ハイケアユニット入院 病棟薬剤 薬剤業

常勤換算については、 外

うか

響を与える要素は何でしょ

||今後の医療提供体制に影

猪口 療の集約化です。人員不足で 医のあり方、救急・急性期医 き方、総合医の広がりと専門 は、 影響因子として挙げられるの 直制度を中心とした医師の働 の役割分担、 地域医療構想による公私 医療提供体制に対する 副業問題や宿

 \mathbf{H}

療養に影響を与える問題です。 足していることも入院時食事 さらに食事をつくる人材が不 補助者)不足、 医療機関の介護職(看護 外国人の流入、

(文/編集部

リハビリテーションで患者を救う **基準リハビリテーション制度を提案**

3年前に回復期リハビリテーション病棟の名称を「リハビリテーション集中病棟」に変更するこ いる。その趣旨を武久洋三氏が解説する とを提案した日本慢性期医療協会は、さらに「基準リハビリテーション」制度の導入を提案して



般社団法人日本慢性期医療協会 会長 医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長 洋三 氏

武久

ナス、本体プラス」という改定 ■診療報酬改定は「全体マイ

率が基本的なパターンとして

しょうか。

どんどん上がるように見せか けながら、基本報酬を引き下げ 策にして、加算を取れば報酬が は基本報酬を上げずに加算政 体系を見れば分かりますが、国 ることはないでしょう。報酬 武久 今後、診療報酬が上が

ていますか。

久先生はどのようにご覧になっ 定着した印象があります。武

る方向に持って行くと思いま

例えば、有料老人ホームに

本的に問われることは何で 時代にあって、 病院経営に根 営環境が厳し でしょう。 くなっていく ■それだけ経

院は高齢者の病気をきちんと 院が増えて、約30年前に比べ せん。最近では高齢患者の入 業なので、サービス提供者と 武久 やはり病院はサービス 治せているでしょうか? て倍近く増加しています。病 ようなサービスを提供できて いるかを考えなければなりま してはサービス利用者が望む

> はそれではダメです。 薬治療で終わりでしたが、 日誤嚥性肺炎で入院された場 入居されていた女性が、 従来の医師の仕事は抗菌 ある

向 こ う 10

年で

す。その結果

20万床が減る

す。 防対策の策定―などが必須で 調整⑥退院後の誤嚥性肺炎予 設の食形態の確認、 させるリハの実施⑤退院先施 入院前以上に歩行能力を向上 底した栄養管理と筋力強化④ 練③サルコペニアに対する徹 機能評価による適切な嚥下訓 せ、廃用症候群を予防②嚥下 不全がなければすぐに離床さ 抗菌薬治療に加えて①呼吸 先方との

武久 平成22年1月から令和 ような状態なのですか。 に紹介される患者さんはどの ■急性期病院から慢性期病院

> きた患者さんの多くが、脱水 の結果、急性期から病院して 常値割合を調査しました。そ 院時検査における検査値の異 する病院を含む19病院に入院 ことが明らかになりました。 などの異常を多く抱えている 低栄養、電解質異常、 した患者5万8794名の入 元年10月にかけて、私が経営 高血糖

> > 日本慢性期医療協会は回復期

棟で改めてリハビリを集中提 リの提供がほとんどなく、筋 ています。一般病床でリハビ 果が良くなることは実証され すが、病気の発症と同時にリ 中的に行う制度になっていま 制のあり方をお尋ねします 供することが常態化していま 治療の後、回復期リハビリ病 して、平均約1カ月の急性期 力低下や関節拘縮になったり ハビリを行うことで格段に結 武久 リハビリは回復期に集 制度上の問題は何でしょうか ■リハビリテーション提供体

明いただけますか。

よりも、発症後すぐにリハビ くなってからリハビリを行う 長期臥床によって、動けな

が集まるというサービス業と 果を出せば、その病院には患者 を持っています

す。この現状に大いなる疑問

ビリはリハビリが必要な時期 が、それは間違いです。リハ という概念が広がっています リを行うことが重要です。リ に集中的に行われるべきで ハビリは回復期で行うものだ そこで2017年12月に、

ます。その趣旨についてご説 会は「基準リハビリテーショ ■さらに日本慢性期医療協 案し、記者会見を開きました。 称を「リハビリテーション集 リハビリテーション病棟の名 ン」制度の導入を提案してい 中病棟」に変更することを提

ビリを実施してすばらしい効 法士が在籍しているかを評価 で、看護師や介護士と同じよう ければリハビリができないの 武久 リハビリ療法士がいな カルの協力も得て、総合的リハ ビリ療法士を病棟に配置する したらどうでしょうか。リハ ことにより、多職種のコメディ 病棟に何名のリハビリ療

なリハビリ療法士と患者との きます。しかも、従来のよう

る

-厚労省はそう推測して

4.5単位のリハビリを実施で

人のリハビリ療法士を配置

2020年診療報酬改定にともなう

配置の場合、

現状の疾患別

"先手必勝"の準備対応と業績を築く病院経営 すれば、患者1人当たりに毎 仮定すると、患者40人の病棟

例えばリハビリ療法士20対

に「基準看護」「基準介護」「基 日本の要介護者を半減させる ります。寝たきり状態の人など ことをめざせるでしょう。 そこで病棟機能向上のため

してごく当たり前の状況にな

化が可能になるでしょう。 棟をあげてリハビリを意識 ション」の導入によって、病 準介護」「基準リハビリテー ション制度を適用させたらど を配置し、基準リハビリテー 者病棟にも、 ケア病棟、 案しています。急性期一般病 準リハビリテーション」を提 に取り組み、入院日数の短縮 うでしょうか。「基準看護」「基 あらゆる病棟が在宅復帰 地域一般病棟、地域包括 療養病棟、 リハビリ療法士 障害

> す。 リハビリ提供体制をつくれま 護職員や介護職員との個別リ 個別リハビリだけでなく、看 ハや集団リハなど病院独自の

何らかのアウトカム評価を設 改善し、入院日数に応じて高い FIM利得の総和が20点以上 IJ 置し、 けてはどうでしょうか。 実績指数が得られた場合には で、 ハビリを確実に実施した上 リハビリ療法士を病棟に配 アウトカム評価方法として ある程度のボリュームの

にしてほしいと思います。 ンで救える患者が増える制度 とにかくリハビリテーショ

■FIM利得については、不

FIM点数を3点から4点に ずか2%を上げて76%にして 診断が3点であれば50%以上 武久 FIMの7段階評価の で4%しかできないのに、わ れていますが、実際には自分 75%未満を自分で行えるとさ 自然な算定が行われている例 が散見されるようですね。

3単位×6時間=18単位」と

ビリ療法士1人1日当たり ハビリ単位で換算して「リ

> 観的な評価ができるようにし ために、動画撮影を行い、 います。こうした問題を防ぐ してはどうでしょうか 各項目2点以上の利得を評価 たらどうでしょうか。さらに 客

ではないでしょうか。 道を防ぐという狙いもあるの かい操作に走りがちです。 ると、それどころではなく細 られますが、経営が苦しくな 従事者には高い倫理観が求め 化・細分化されるのは、 療報酬体系がどんどん複雑 ■公費で賄われる保険医療の 抜け 診

ることは許されません。 うに医療保険を勝手に左右す ません。自院に有利になるよ 療報酬を請求しなければなり んと診療をして、きちんと診 供側は決められた通りにきち 制度にはなりません。医療提 は複雑化せざるを得ず、良い 暗鬼になって、診療報酬制度 との間に信頼がなければ疑心 武久 厚労省側と医療提供側

ように、誠実に患者に向き よりもっと信頼してもらえる 合 医療提供側は厚労省側に今 V, 最善の診療を行って、

うような姑息な病院が存在す 引き上げることができるとい

> せん。 酬制度を守らなければなりま 我々はもっとまじめに診療報

れますか。 いますが、 スを入れることが求められて より一層、 ■病院経営の収支管理では 細かい数字にもメ 例えば何が挙げら

らず、 例えば介護職員を募集するの を過度に節約すると人が集ま くという病院経営にとって闘 武久 病床が年々激減してい しても集まりません。 設定すべきです。安く雇おうと なら、時給は1000円以上に プクラスに合わせることです。 す。人件費の基準は地域のトッ いの時代が続く中で、人件費 病院が倒れてしまいま

う。介護職員の仕事は80歳ま もできるのではないでしょう ていた病院を選ぶという流 て入院する先に、かつて働 ますが、その時には、患者とし に元気ではなくなる時を迎え 高齢者も年を重ねていくうち でならできます。そして元気 齢者を雇用すると良いでしょ さらに介護職員には元気高

ありのまま請求すべきです。

か。

安く買っています。 売れ残っているので、 行くと、形の悪い野菜などが が毎朝6時に市場に行って、 ています。青果店などプロの 会社に委託せず、管理栄養士 ンにも取り組む必要がありま 業者が仕入れを終えた時間に 食材を調達して院内で調理し ストを下げるために給食事業 私の病院では、食事のコ 方で、 細かいコストダウ それを

度にすれば、積極的に取り組 早朝出勤手当を支払い、その 士は早起きを嫌がりません。 なりません。しかも管理栄養 はカットするので形は問題に でも、 日は早く帰ってよいという制 で買えますが、調理する時に んでくれます。 例えば1本100円の胡瓜 曲がった胡瓜なら10円

ないことをやっていると思う ない時代になったことを認識 益を確保できないという情け し、ここまで取り組まないと利 人がいるかもしれません。しか この取り組みについて、 情け

(文/編集部

すべきです

働き方改革が多くの項目に反映される 2020年度診療報酬改定の徹底予測

中林氏は指摘する。人事労務担当者も含めた幅広い協力体制による対応が求められる。その焦点を中林氏が解説する。 医療従事者の働き方改革を主題に据えた2020年度診療報酬改定は「医事課だけでは対応できない改定になる」と

梓氏

しかも2024



値が適用されるの 時間外労働に上限 年にはドクターの

ASK梓診療報酬研究所 中林

改革を実施しなけ ればならないとい

で、今から働き方

の大まかな特徴について説明 していただけますか。 ■2020年度診療報酬改定

そのためにも働き方改革を推 めて考えなければなりません。 かというような取り組みも含 数をどのぐらいまで減らすの 地域医療構想によってベッド す。そこで2025年までに、 がいないという状況になりま 者さんは増えますが、働き手 歳未満人口が相当減少し、患 **中林** 2040年には高齢者 人口が高止まりになって、 65

> 働環境の改善のためのマネジ 機関内における労務管理や労 す。 療 る取組の推進が示されました。 メントシステムの実践に資す 報酬改定の第一のテーマで 具体的方向性として、医療 うのが、今回の診

では対応できないのはないで しょうか |医療機関では医事課だけ

内でも医事課だけでは対応で 家の範ちゅうではありません 中林 マネジメントシステム は私のような診療報酬の専門 ただ言えることは今後病院

進しなければならないのです。

たいことでしょう。 ともに現場にとってはありが されたことは、会議の合理化と また、届出・報告の簡素化が示 きわめて少ないのが実態です。 て、診療報酬も知っている人は ていて、病院組織を知ってい なりますが、人事労務に長け 長けた人が医療機関に必要に きないでしょう。人事労務に

事ではないと思います。 募集するかなどは医事課の仕 勤の要件が大きく変わります。 定で、専任、専従、常勤、 が足りなくなるので、今回の改 専任と常勤を求め過ぎたら人 す。働き手が少なくなる中で、 注意点は人員配置の合理化で ただ、非常勤をどのようにして もうひとつの働き方改革の 非常

の利活用も具体的な方向性に 業務の効率化に資するICT 働き手不足の対策として、

> スなどに適用されます。 示されました。カンファレン

のように反映されるのでしょ ■働き方改革は個別項目にど

補助行為に点数がつきますが を厚労省が論点に挙げたので した者が実施した場合、麻酔 りました。麻酔管理の一部の 中林 タスク・シェアリング のは働き方改革です。 この評価の根底に流れている 管理料の評価をどう考えるか 領域のパッケージ研修を修了 定行為の研修や術中麻酔管理 診療の補助行為について、特 る報酬項目に麻酔管理料が入 る医師の働き方改革を導入す 、タスク・シフティングによ つまり特定看護師による

か」と書かれています。厚労 医療安全の確保の観点からも 進することは、医療の質及び 表現を使う時は、点数を付け 方についてどのように考える 重要であり、その評価の在り 縮に向けた緊急的な取組を推 資料には「医師の労働時間短 厚労省が中医協に提出した 「評価の在り方」という

るという意味です。

スク・シェアリング/タスク・ 見直し事項等として「医師 組みも含めた改定に変わりつ どの「評価の在り方」とは、こ 取組―という項目です。 先ほ 医師の労働時間短縮に向けた 援⑥医療機関の状況に応じた みの活用④タスク・シフティ は①医師の労働時間管理の適 けの改定から、取り組み方や仕 つまり診療報酬改定が点数だ れらの取組に対する評価です。 ングの推進⑤女性医師等の支 の自己点検③産業保健の仕 正化に向けた取組②36協定等 医療機関に対して示されたの 医療従事者の負担軽減策」「タ ておいてください(別掲の表)。 つあるのです。この表は必ず見 それから働き方改革に係る 緊急的な取組の概要として、

顕著に反映されています。 働き方改革という名目の中で 項目が点数の対象になります。 が挙げられましたが、全ての それぞれの事項に見直し項目 務の効率化・合理化」が示され、 シフティング、チーム医療の の診療報酬改定であることが、 推進」「人員配置の合理化」「業

院は書面の用意に入ってくだ

つまり国が認めた宣伝活動

2020年診療報酬改定にともなう "先手必勝"の準備対応と業績を築く病院経営

必ずしも医師からの説明でな

書面を渡すこととした上で、

さらに

「説明をする際には、

■医療機関にとっては余分な

くともよい」と提案されまし

自院が機能強化加算を

中林 加算が新設されました。 そうですか 設基準などの見直しは行われ

思います。厚労省の資料には リニックに対して初診時に機 要件等について、必要な見直 等を踏まえ、 診療加算の要件が緩くなると ましたが、今回改定で地域包括 能強化加算(80点)が新設され しょう。 しを行う」と書かれています る機能や、医療機関への負担 一医療機関に対して患者が求め おそらく要件が緩くなるで ゃ 200床未満病院とク 時間外の対応に係る 在宅医療に係る

クリニックや200床未満病 ことが要件になります とを患者さんに必ず説明する 診療代に80点が加算されるこ っている医療機関なので、 機能強化加算を取っている

> の受診をご希望の患者様、 さい。例えば次のような文面 0) 書面です 「当院は○○病院や△△病院

■かかりつけ医機能の強化に

前回改定で機能強化

施

円 強 す。 医《の役割を担う医療機関で 相 認知症のご相談、 機関です。また、 患者様のご相談を承れる医療 ます。ご理解のほどお願い申 初診料に加算分(8点=800 門医療機関の受診をお考えの し上げます 化加算が認定されており、 談にも乗れる、かかりつけ を上乗せさせていただき そのため診療報酬で機能 入院先のご 介護保険や 車

中林 医 チ らないのか?」というクレー すことが要求されるのです。 0) ますが、 ム な面倒なことをしなければな な医療機関から「なぜ、そん 手間が発生するというマイナ ス面はないのでしょうか。 、ャンスだと思っています。 メリットを文書に書いて渡 |療機関には広告規制があり が来ていますが、私は逆に 私に対して、 自院に来院すること いろいろ

> ができるので、 してください トを伝えられるような工夫を 自院 のメリ

な対応が有効ですか 上に拡大されました。どのよう が、400床以上から200床以 る場合の定額負担(初診5000 再診2500円)の対象病院

■紹介状なしで大病院を受診す

えるのですから、 してください。患者を逆紹介 支援病院を全てリストアップ ある200床以上の地域医療 未満の病院は自院の診療圏に 中林 クリニックと200床 しなければならない病院が増 リストアッ

係を強化してください るのかなどを伝えて、 患者にどんな医療を提供でき 上の地域医療支援病院の退院 能を備えていて、 ただきたい。自院がどんな機 プした上で連携を強化してい 200床以 連携関

中林 偏頭痛や慢性頭痛、 目したらよいのでしょうか。 見直されそうですが、 ライン診療料 (1月70点) も ■前回改定で新設されたオン おそらく対象疾患に 在宅自己 何に着

> すが、オンライン診療を上手 う理由で緩和されそうです。 ができなかったのですが、こ 2回訪問ではオンライン診療 要件が「月1回訪問」で、 です。さらにオンライン在宅 できるという理由で入りそう く組み込んだ在宅医療を考え ている医療機関は少ないので 在宅でオンライン診療を行 の算定要件は問題があるとい 管理料 (1月100点) の算定 注射などがテレビ電話で対応 月

が 遠 報提供を行い、 地 主 点数が付きそ h 診療を行う「D t オンライン 隔地の医 の医師に情 治医が遠隔 D Р w にも

算 た機能強 先ほど説明 12 点数が付けば、 の説明文 遠隔 地 化 0

うです。

もし

期的に通院し、 ていただきたいと思います。 さらに、主治医のもとに定

Company of the part of the last	Design process of the Conference of the Conferen
1 医師の労働時間 管理の適正化に 向けた取組	 □ まずは医師の在院時間について、客製的な把機を行う。 □ にカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。
2 36協定等の 自己点検	 □ 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。 □ 医師を含む自機関の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて見直す。
3 産業保健の 仕組みの活用	労働安全衛生法に定める衛生委員会や産業医等を活用し、長時間勤務となっている医師、診療科等ごとに対応方策について個別に議論する。
4 タスク・シフ ティング(業務の移 管)の推進	□ 点滴に係る業務、診断書等の代行入力の業務等については、平成19年通知(※) 等の趣管を踏まえ、医療安全に留意しつつ、原則医師以外の職種により分出して 実施し、医師の負担を軽減する。 開発に対しては、原師の負担を軽減する。 特定行為可修の受調の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に役割を果た せる業務分担を具体的に検討することが望ましい。
5 女性医師等の支援	 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。
6 医療機関の 状況に応じた 医師の労働時間 短縮に向けた取組	□ 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1~5のほか、各医療機関の状況に応じ、動務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直頭けの動務負担の緩和(連続動務時間数を考慮した退動時刻の設定)、勤務間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入に努める。

専門医とオンライン診療によ る連携を取っています」と書 くことをお勧めします。 これからの医療機関経営に

りも、 と増やして実稼働数を向上さ ると思います。 ン診療の実施を書くかどうか 化加算の説明文書にオンライ ホを持っているので、 団塊の世代の患者さんはスマ せることが重要だと思います。 診療報酬の10点や20点よ 患者数が大きく違ってく 患者さんを1人、2人 機能強

文/編集部

20191218中医協総会資料「個別事項その14」より 厚生労働省作成資料を一部変更

働き方改革が反映された改定内容 病院経営の必須要件を洗い出す

の病院経営の必須要件を討論した。 在宅医療の専門家が、案ずる主要項目や、急性期・回復期・慢性期・在宅を対象に2020年度以降 シンポジウムでは、2020年度診療報酬改定の答申を見通した上で、病院経営者、コンサルタント、



シンポジウム

長 座

一般社団法人日本医療法人協会 副会長 医療法人博仁会 · 社会福祉法人博友会 理事長

シンポジスト

す。

急性期一般入院料1にお

な影響を与えると思っていま

ける重症度基準が引き上げら

株式会社メディヴァ 取締役 コンサルティング事業部長 HMS 在字医療事業部講師 / 医療法人社団永生会 特別顧問

一般社団法人日本慢性期医療協会 会長 / 医療法人平成博愛会 博愛記念病院 理事長

鈴木 邦彦 氏 小松 大介 氏 哲生 氏 中村 武久 洋三 氏 中林 梓氏

2020年度改定を見越した 業績を構築する病院経営戦略

期・急性期病院の経営に大き 外される見通しで、高度急性 基準2 管理加算が対象に追加され 療・看護必要度は、 改定については、 含めて、2020年診療報酬 株式会社メディヴァ 取締役 まず1月17日現在の私見も コンサルティング事業部長 (危険行動など) が除 小松 大介 氏 重症度、 救急医療 医



小松 大介 氏

に取っていただきたい対策

は、

一刻も早く重症度、医療・

働減による収入減に備えたコ 地域連携と営業強化④病床稼 ドコントロール体制の強化③ 見直し②入院受け入れとベッ の上で①診療科と病棟編成 院の実態を分析すること。そ 地域包括ケア病棟を導入して ばなりません。 スト削減―に取り組まなけれ いる場合は、院内転棟など自 レーションを実施すること。 看護必要度の改定後シミュ

討してください。 は、 によって稼働を維持した病院 よる認知症の受け入れ強化 事例をご説明しましょう。 病棟編成のあり方を再検

とくに改定後に基準②に

数で高度医療を評価、 診時減算範囲の拡大などが改 受け入れが制限されます。 れる可能性があり、 中心に改定が行われるのでは 定の主要なテーマで、以上を らに働き方改革、 しては、院内転棟による患者 おける地域包括ケア病棟に対 ないかと思います。 この見通しを踏まえて病院 機能評価係 大病院に 外来初 さ に直面しました。 クリニックの利益は黒字でし 床稼働率が低下して、 よって在院日数が短縮し、 促進と医業技術向上の影響に 高は約70億円でしたが、退院 療法人の事例です。 院とクリニックを運営する医 関東地方で7対1のDPC病 たが、病院は赤字という状況 減益になりました。その結果、

減収

病

策が必要だと思います。 受け入れを強化するなどの対 地域包括ケア病棟を拡充して 単価も向上して、収益は回復 看護必要度のみならず、 させました。重症度、 内転棟によって稼働率を回復 未満に縮小するか、あるいは にメスが入るので、200 で重症度、 しました。ただ、今回の改定 包括ケア病棟に転換して、 そこで、病棟の一部を地 医療・看護必要度 医 入院 療 院 域

の実績要件が厳格化されます。 域包括ケア病棟の病床1・3 要度の基準②が除外され、 ては、 今から取り組む対策として 中小一般急性期病院につい 重症度、医療・看護必 地

年間売上

対

策

で

病

棟

規

模

0

維

持

が

見

2020年診療報酬改定にともなう "先手必勝"の準備対応と業績を築く病院経営

n

る

L

対

策

F

 σ

全

病 0) で

棟

0)

F 及

Ι

Μ

基 V は、

進 将

導

M

厳

格 ょ

化 う。

び

近

来

域 す 在 床 化 え か \mathcal{O} 極 保 化 ع b 認 るこ 宅 0 لح て、 め = 競 営 医 地 流 知 るこ 1 争 拡 認 ೬ 業 療 域 n 症 ズ 0) 充 と自 強 13 包 知 患 ځ 激 てく を 化 者 化 重 つ 括 症 検 るこ さ を V ケ 0) が 院 を 症 討 見 図 受 0) 度 7 高 5 7 す Ł it ح る 病 度 ĸ 実 据 患 るこ えた こと 力 体 棟 入 を 急 者 軽 を 制 n 踏 性 0) ٤ で 度 見 地 確 病 強 強 ま 期

が ア る お 栄 け 厳 ゥ 病 口 養 る 格 院 復 卜 加 管 化 期 カ 病 <u>ځ</u> 1) 理 算 A れ、 棟 項 が 評 ビ 目 価 部 IJ 13 対 要 な 院 テ F L 件 つ 料 1 Ι 7 7 化 1 シ Μ は に さ V \exists

4 3 来 退 it ĸ 計 ŀ. 院 介 算 入 (2) 向 後 け 護 除 n 連 0 外 携 た と IJ 強 患 早 強 (1) 期 化。 者 化 1] ビ 退 13 0 21 管 院 ょ ビ 体 n 理 0 る 1] 制 卓 ら 強 強 0 外 期 化 質 0 化

化 0) 込 も検 2 地 め 0 域 な 討 2 包 V することで 場 0 括 年 合 ケ -度診 ア は 病 療 棟 報 部 酬 病 病

> 床 床

りま 一療には

せ

こんが、

在宅医

療

側

で

あまり

大きな変化

は

剤

改

善さ

n

た内容で、

良

V

流

n

木 あ 医

てい

た問題が少しずつ

改

0 な

在

宅医

一療の

ポ

トには

1

③ に つ

r.V

ては、

厚

生

全

医

療機

関 ネイン v

参

加

型

0

たと思って

います。

今後

P

病

棟

病

床

0

実

績 域

を 包 1

確 括

認

`,

を

行うこと。

地 ユ

ケ \exists

度

0)

改

定

後

:

レ

シ

急 的 定で 棟 復 n 編 地 0) K 域 機 0 期 性 を 成 は、 受 実 移 能 役 1] 期 Þ 施さ 割 H 機 行 強 ١, 病 2 ゃ 促 化 強 床 7 能 0 1 進 化 地 别 n 4 0 1 た 精 域 絞 さ 強 (3) 8 など 神 療 包 ŋ b 化 病 年 棟 科 養 括 込 な 方 一度に が 型 る 針 機 ケ み 病 ア (2) 実 院 病 高 0) 能 大 施 0 院 病 口 度 流 再 々

> 宅 (3) 薄

重

症化

(病院

化

夜

0

応

は看

護

師と薬剤

師 (5) 施 宅医 全員

療2

滅院

0)

在宅参入が

?利多売

で効率化

(4)

設 加 在

لح 地 は、 0 は 経 域 個 間 社 営 々 違 戦 1 会 の V 保 医 略 ズ あ に が 障 療 ŋ 制 機 重 合 ませ 要 わ 度 関 î K せ 0) ん。 な た ح 流 るこ 独 談 n 0 自 て さ

れ

る見込みです。

問 とシ 間 住 速

看

護 フ 対 0

ス

シ 宅

彐

ン

の

ĺ٠

(6)

医療機

在

宅医

療 テ

0 ĺ 在

多

が様化?

患者 組織 成関と訪

区 化



中村 哲生 氏

強

で、

2020年度診療報酬改定 先手必勝で強化する在宅医

K

回 0 别 診 顧 簡 療 報 中 酬改定で在 村 生 宅 氏

11

。 でし

ょう

が

現

状は

届

出

とくに

液間

ま

せ

 λ_{\circ}

别

0)

表参

照

医

療法人社

団

永生会

書などIT (11) 0 0 Ġ 分による受診抑制⑧多 れます 制 看 電 子 限 取 ,処方箋 ŋ (10) **(9**) 調 化 処 剤 方箋・ 薬局店 ゃ 1緩和 電子 薬剤 情報 舗 が が死時 0) 挙 提 減 種 げ 少 代

在宅 ると 得 病 医 療 7 化 1 結果、 院は 参入はこれ な v 療 が 病 加 で う を 盛 は 棟 算 誘導 流 在宅医療をやらざる 行 ŋ 0 0 前 ②に挙げ れ 込ま j 算 新 口 が ができまし غ 定 設 改 ?見ら からも増えて 点 ħ 要 ゃ 定 た病 数 る 件 地 九 など が 域 13 とく 機 院 取 在 包 た。 在 0 n 宅 能 括

宅

医

さん b 模 を 全く聞きません。 行 が病 地 行 つ 域 て 院に流れたと 0 て 41 先生 11 る る例は聞 程 方の 度 で、 在宅患者 いう話 きま 大 規 せ

者さ 考えなけ が、 営 者 診 る b 0 方針 考 が が 療 医 うえは 問 報 一師会も在 我 んを 増えるの を掲 々はどう わ 酬 診て が下 ń 安 れ ば てきます。 げ もらうことです 報 で、 が 宅 7 医療を 対 酬 つ きま で多く 効 て、 応する 率 L 厚 高 推進、 的 た 一労省 記齢患 か ò な運 が 患 を す

供 類 えて な 在宅医療 高 とくに4 住 ŋ 13 ま せ ん。

され なけ 重 が、 看 L 13 Ś 護 症 て どう 立などへ 者 かを考え 7 師 # n V きま ば 41 が が 高 て 診 ま 配 が \widetilde{O} 入居 住 な Ŕ 0) ŋ せ 置 す 増 # 在宅医療を受けられる場所 医療機関の 訪問看護 訪問看護 訪問診療 訪問リハビリ

医療機関の 訪問リハビリ (医療保険) (介護保険) (介護保険) 厚生労働大臣が定める疾病等 要介護認定を受けていない 要介護者認定を 0 要介護者 自宅、サ高住 要介護者 受けていない、 特別訪問看護指示期間 急性憎悪時 厚生労働大臣が定める疾病等 GH、特定施設 0 X X 急性憎悪時 特別訪問看護指示期間 ービス利用前 30 日 厚生労働大臣が定める疾病等 以内に患家で訪問診療 特別訪問看護指示期間 小規模多機能 付加助同名設備が利削 (サービス利用前30日以内 患家で訪問看護を実施している 場合利用開始後30日まで) 等を算定している場合 X 複合型サービス × 急性憎悪時 利用開始後 30 日以内 (宿泊時) 日中× 末期の悪性腫瘍、 末期の悪性腫瘍 特別養護 死亡日から遡って 30 日以内 × X X 老人ホーム サービス利用削 30 Li 以内に患家で訪問診療等を ・・・ ス 場合利用開始後 - ビス利用前 30 日 末期の悪性腫瘍 短期入所 ービス利用前 30 円 × X X 以内典家で訪問看護を 算定している場合利用開始後 30 日以内 ※①

※①末期の悪性腫瘍患者はサービス利用前30日以内に実施している場合

出所:中村哲生氏講演資料

一労働 省 して 師 対 応は厚 き方改革に逆 7 のシフトに誘導しようと ます 11 て、 労省が看護師と薬 が 先生方の <u>(5)</u> 行する 実 負 流 態

では が、 は 私 不 す どんどん á 識 が 要 イ 介護 が 毎 関 な ح 作とまでは 高くなっ 月 電 わ ŋ 夜中 **施設ス** 増 1 5 話 0 あ えて を 7 えず 0 Ó か 11 タ 2 時 います。 件 てきて、 け る 先生 -程度 言 ッ 7 診 や3 フ 13 きま 療 に 0) ま 0) 電 所 時 連 せ 7 権 最 担 n す 話 13 絡 1] 利 近 が

が非常に多いのです。 ない症状だったというケース くと深夜に往診に行く必要の れてしまいますが、先生方に聞 うでもよい内容の電話も多 が夜間にかかってきます。ど れない」という評判を立てら 「あの診療所は往診をしてく しかも往診に行かないと

唱されていますが、実施して の段階から上手く進んでいま 箋などはどんどん緩和されて ですが、薬局の2時間化が提 ません。さらに⑩の調剤薬局 医療ではなかなか上手くいき とが理解できます。⑦は在宅 もかけて改革を進めているこ ションを創設するなど、何年 機能強化型訪問看護ステー が進んでいきます。厚労省も いるので、組織化・大規模化 365日対応は限界に達して が、1人の先生による24時間 いく必要がありますが、開発 ん。したがって①の電子処方 いる薬局はほとんどありませ それから⑥についてです

まもなく130万人に到達す 者さんは全国に100万人、 在宅医療が必要な患

らざるを得ない状況でした。

ている中、

帰ってきても苦労

りがないと。地方の人口が減っ 地方の50床の病院に帰るつも

談

するだけで、嫁さんも東京で

すが、どうして重点課題になっ

す。医師数が足りず、昨年12

から今年1月にかけて断

1000人にとどまっていま

1人は、親父が経営している

若い医者に聞いても、2人に

で整備されているエリア、不 護ステーションの数、患者さ 後方支援病院、薬局、 保健所単位で在宅医療機関、 備の仕方は市区町村によって る見通しです。これから整備 始めています。市区町村の中 んの移行ルートなどの調査を 大きく異なります。厚労省は しなければなりませんが、整 訪問看

を 医 月に在宅専門診療所を開設し は2800人しかいませんで 宅医療を受けている患者さん がありますが、一昨年まで在 護2以上が1万1781 した。私ども永生会は昨年4 約2万2000人の在宅需要 在宅医療の対象となる要介 1万4453人です。つまり 人、予備軍である要支援が 始めましたが、患者数は |師9人の体制で在宅医療 東京都八王子市の場合、 常勤医師3人、非常勤

全体討論 先手必勝の病院経営を考える 人口減少、建築費高騰の時代

若手医師の2人に1人は 実家の病院を継ぎたがらない

らお願いします。 補足すべきことがありました 生、これまでの講演を踏まえて 鈴木 まず中林先生と武久先

床数が120万床ぐらいにな 30万床が減少するため、 は向こう10年で10万床減って、 りません。確実に精神科病床 と思っていますが、何ともな 義者で、意外にデータに弱 武久 基本的に医者は楽観主 題に取り組まなければならな ることは既定の路線です。 いと改めて思った次第です。 般病床は20万床減って、計 何とかなるんじゃないか 全病

です。厳しいですね。

やはり経営の視点で様々な課 中林各先生のお話を伺って、 なり、 営していけません。

るでしょう。

足しているエリアが見えてく

ださったと思っています。

以外のことには悠長ですが ば、できません。病院は医療 どの辺で見極めをつけるの 暮らし続けたがっているそう と、100床規模の病院は経 経費の使い方を厳密にしな たな投資ができるかといえ か。建築費が10年前の2倍に 今経営している先生方が、 公定価格との差額で新

の講演で客観的に証明してく 先生は事務方の立場から、今日 そのことを小松先生と中村

題になりました。診療報酬改 医師等の働き方改革が重点課 今回はこれらが少し後ろに下 ち地域医療構想、これらのテー 床の機能分化と連携、すなわ 域包括ケアシステムの構築、病 鈴木 診療報酬改定では、 定の重点課題としては異例で がって、医療従事者の負担軽減 マがずっと続いてきました。 地

> かがですかっ たのでしょうか。 中林先生、い

はないかと思います。 という考えが根底にあるので 今のうちから手を打っておく 2040年に高齢者人口は高 問題を取り上げていますが、 中林 厚労省は2040 は働き手が少なくなるので、 します。つまり2040年に 止まりして、人口全体は減少 かつ65歳未満人口が激減

されましたが、これは病床を減 り組みではない」と主張してき 構想は病床を減らすための取 らす話ですね らす話が出てきました。公立 鈴木 日本医師会は「地域医療 公的病院の再編リストが発表 ましたが、ここにきて病床を減

公立・公的病院再編は

中 林 2つの病院が統合して100 減らすと補助金が出ますよね。 省の方が全国を訪問して、趣旨 を説明していると伺っていま で大きく報道されたので、厚労 かったと思いますが、メディア ただ、424病院は病床を

2020年診療報酬改定にともなう "先手必勝"の準備対応と業績を築く病院経営

200床の病院が2つ統合し ば、診療密度が高くなりますし、 から医師と看護師が異動すれ らく300床ぐらいになるで ても400床にはならず、おそ しょうが、200床の2病院

間

:病院です。300床の病院

番影響を受けるのは近隣の民

しかし、2病院の統合で一

果が期待できます

働き方改革にもなって良い結

床を減らすと、補助金が出ます。



中林 梓氏



武久 洋三 氏



中村 哲生 氏



小松 大介 氏



邦彦 氏 鈴木

が新病院に移ってしまうこと ければ、民間病院の患者さん が新設されて、診療密度が高

は十分に考えられるのではな

でしょうか。クリニックに

能性があります。 ですから、全ての医療機関に

患者さんを奪われてしまう可

病院が近くにできて、かかり とっても、かりに199床の

つけ医機能を打ち出されたら、

だきたいと思います。 療構想の怖さを認識していた 地域医療構想の動向をきちん と追いかけていただき、地域医

に機能していないと言われて か。小松先生はどう考えますか。 してきたということでしょう トアップによって実質的に機能 きましたが、424病院のリス 鈴木 地域医療構想は実質的 私の見解では、地域医

うなかたちで424病院のリ 能を発揮できなかったという 療構想の調整会議が十分に機 一面に対して、援護射撃のよ

> 性が低い施設が散見されます。 て公立・公的病院では、生産 進むと思いますが、現実とし 合は公立・公的病院を中心に えています。ただ、病院の統廃 本来は単純な統廃合ではな

数は先進国の中で断トツに多 鈴木 日本の人口当たり病床 も見えて、気になっています。

これまでは推進する流れでし れました。地域包括ケア病棟は 件が加わり、゛なんちゃって地 棟にも今回の改定で厳しい要 ケア〟はダメという判断が下さ なのでしょう。地域包括ケア病 合は必然的に考えられる政策 いので、人口減少の中で、統廃

いる病院を改築するというプ のです。皆さんが経営されて は減って、病床も減っていく 武久 どうあがいても、人口

う変わっていくでしょうか。

ストを出してきたのかなと考 出できません。 ランは改めたほうがよいです。

スタンスになっているように 総廃合すれば何かあるという と思います。統廃合ありきで、 仕組みや文化をつくるべきだ 目一杯患者さんを診るという て、各スタッフが目一杯働いて、 各病院が労働生産性を上げ 年、 です。

たが、これからの位置付けはど

地域包括ケア病棟は ハシゴを外される

鈴木 地域の人口動向を見な

中林

で東京都内は土地が高くて進 営する以外にありません。一方 人口の減り方の低い地域で経 時代になったのですね。

120万円で改築すれば債務 くれなくなるでしょうし、だ の病院は老朽化して誰も来て 改築を終えて、それから30 ができて、1985年までに 年までの10年間に多くの病院 のが1945年で、1955 超過に陥って倒産します。 からといって無理をして坪 しかし病院経営はサービス業 やっぱり諦めの境地ですね。 40年が経ちました。地方 太平洋戦争が終わった

ティング会社にお願いしても、 とを推奨します ズが残る場所を考えて動くこ なりません。きちんと医療ニー 最終決定をするのは経営者で 論で間違えています。コンサル どうすればよいのかを考え しかし、医療は絶対になく 地域の多くの病院が各

ですか?

鈴木 厳しいですね。片道切符

僕の妄想ですが(笑)、地域包 場合、地域包括ケア病棟を他の 地域包括ケア病棟を開設した りません。しかも基金を使って 件が厳しくならないはずがあ 者さんを転棟させるという使 り治療の必要がなくなった患 小松 生の意見はいかがでしょうか。 がら立地を考えて戦うという るという流れになるでしょう。 を得ない中で、点数が下げられ 括ケア病棟として運営せざる われ方をしています。これで要 包括ケア病棟は、急性期であま くだけだと思っています。地域 違いなくハシゴを外されてい しなければなりません。これは 病棟に転換すると、基金を返還 地域包括ケア病棟は間 。小松先

度の急性期一般入院料1の該 後戻りできないのです 着していませんが(*1月29日 当患者割合の基準値はまだ決 小松 基金を使ってしまうと 重症度、医療・看護必要

り決着)、どうなりそうですか。 の中医協総会で公益裁定によ やはり今回の改定では

期っぽいところは認めないと るのではないかというのが私 診療報酬でも分けた評価にな 急性期に分けられているので、 域医療構想では高度急性期と 報酬は急性期一本ですが、地 期を分けると思います。診療 急性期は認めるけれど、急性 いう判断で基準②が外されま 国は高度急性期と急性 次の2022年度改定

厚労省のやり方を見ていると、 りに行ったほうがよい。しかも ゴの上に置かれたお菓子を取 かかっている間は登って、ハシ れ外れるものですが、ハシゴが なると思います。ハシゴはいず 域包括ケア病棟で診ることに す。高度急性期と急性期に分か き残り策はあると思っていま 用意します ハシゴを外すと、別のハシゴを れた場合、高齢者の急性期は地 一方、地域包括ケア病棟の牛

は2040年ぐらいまでは残 運営すれば、地域包括ケア病棟 るというのが私の個人的な見 地域のニーズに応えながら

鈴木 厚労省は病院の規模に

> ないというのが実感です。 対応できる先生方が増えてい からの依頼が増えていますが、

将来的にもサ高住はどんど

うとしているようにも思いま ミックスにして乗り超えさせよ よって地ケアを入れて、ケア

す

中林 ます。 ことは経営面で難しいと思い 地域包括ケア病棟を開設する 病院でしょう。急性期大病院が 包括ケア病棟が残るのは中小 私もそう思います。地域

中林 そうです。ダウンサイジ サイジングでしょうか。 数短縮に対応するにはダウン 鈴木 急性期大病院が在院日

ングです。

の考えです。

武久将来は、高度急性期、急 鈴木 回復期リハビリテーショ 見通しはいかがでしょうか。 はありませんでしたが、今後の ン病棟にはあまり大きな改定

機能だけの病院経営はもう無 機 機能病院の急性期型、地域多 期、回復期、慢性期の3つに集 療養病床単独の病院はまず存 約されると私は見ています。 フェイズはなくなって、急性 在しなくなります。ひとつの つにしか集約されないので、 大学病院や国立病院、地域多 (能病院の慢性期型、この3

> 急性期型に転換したほうが収 期病院は、地域多機能病院の 理で、例えば中途半端な急性 益は安定すると思っています。

在宅専門医が追いつかない 八王子はサ高住が増えて

視点で在宅医療に取り組んで いるのですか。 どん拡大していきそうですね 聞くと、在宅医療ニーズはどん が話された八王子市の状況を にも関係しますが、中村先生 鈴木 慢性期医療は在宅医療 永生会は大病院ですが、どんな

を立てています。現にサ高住 なければならないという方針 そこでの看取りを考えていか 住がどんどん増えているので、 標数値に示しています。サ高 年間27~28万人の看取りを目 での看取りを大きく掲げて、 ていません。厚労省はサ高住 場所として意外に自宅は増え のグラフを見ると、亡くなる 発表した「最後の死に場所 **中村** 厚労省が2006年に

性期、

回復期、慢性期という

思っています。 悪くなれば病院を頼ります。 業をしなくても患者さんが増 対応できる体制を固めたいと て、在宅と入院のどちらにも いで、連携先の病院を増やし 我々は患者さんを丸抱えしな えている状況ですが、具合が ん増えていくでしょうし、営

> 賃料を取るのかというメチャ 武久 こんな部屋でこんなに

クチャに高いサ高住がありま

すよね。高いサ高住に寄せら

ますが、サ高住に入るほとん れて入るブルジョワジーもい

れればよいという発想なので、 どん増やして、自然に淘汰さ 鈴木 国土交通省は厚労省と サ高住は増えていますね。 制をかけずに、自由競争でどん 違って、サ高住の開設には規

> 平均すると安い賃料のサ高住 どの人は年金暮らしですから、

に入っています。

200床の病院にとっては

在宅患者は増えていないそう ます。一方で23区内の在宅医 らいで満床になるサ高住が多 外に速く、開設して2カ月ぐ されていますね。しかも入居 中村 どんどんサ高住が開設 療の先生方に聞いてみると ついていない実態を感じてい いので、医療側の体制が追 者さんが埋まるスピードが意

ないかと思います。在宅医療 ですが、たぶん23区内は在宅 鈴木 武久先生、慢性期病床が 子との地域差を感じています。 の先生方が増えていない八王 医療の先生方が増えたのでは した。 題を取り上げていただきまし 期から慢性期までひと通り課 が、もうそこまで来ています。 院は患者を自分で確保すると 悪くなれば入院するので、病 うパターンが増えると思いま せんから、病院が食事付きで 賃15万円以上では誰も入りま 鈴木 重要な指摘ですね。急性 院経営の自給自足という時代 いう取り組みが必要です。病 10万円のサ高住をつくるとい 退院患者のプール先としてサ た。本日はありがとうございま **高住が必要です。地方では家** サ高住の入居者は具合が

(文/編集部

Visionと戦略 2020.3 18

どう思いますか。

たくさんあるのに、サ高住がど

んどん開設されている現状を