

経営課題 Q&A 2019年度版

その4 運営課題に対する対応②

医療制度は年々変わっていきます。「ぶれない経営を目指す」といっても、やはり制度変更への対応が必要になることもあります。例えば、救急医療に注力したい、DPC対象病院になりたいなど、方針転換を考えることも少なくありません。

前号に引き続き、病院を運営するうえで発生する課題の代表的なものについて、回答を掲載します。

回答者

「運営課題に
対する対応②」

株式会社A&Kメディコンサル.com 代表取締役

佐藤勝浩

運営課題に対する対応②

回答者 株式会社A&Kメディコンサル.com

代表取締役 佐藤勝浩

Q 1

10月に消費税率が8%から10%へアップします。診療報酬・介護報酬改定によって補てんされるようですが、非課税となっている診療報酬や介護報酬に消費税分を正確に反映させることは不可能です。今回の対応はすでに決まっていますが、次回以降、医療・介護における消費税の位置づけや政府の対応は変わっていくのでしょうか（例えば非課税から課税にするなど）（ケアミックス 200床以上）

A 1

2019年10月の消費税引き上げに伴う診療報酬等改定率は図1のとおりである。

10月の改定は、2年に一度行われる診療報酬等改定との併用ではなく、消費税10%

への引き上げだけの対応として行われる。

ポイントは、①診療報酬および材料価格はプラス改定、②薬価は実勢価格に消費税分を上乗せしたもののマイナス改定、③医科・歯科は前回8%時より高い引き上げ幅、

図1 19.10.1消費税8%⇒10%の引き上げと診療報酬改定（19.2.13厚労省発表）

〈19.10.1の消費税10%予定での診療報酬等改定〉

診療報酬改定（全体）	+0.41%	薬価改定（全体）	▲0.51%	材料価格改定（全体）	+0.03%
うち（医科）	+0.48%	うち（消費税対応分）	+0.42%	うち（消費税対応分）	+0.06%
（歯科）	+0.57%	（実勢価改定等）	▲0.93%	（実勢価改定等）	▲0.02%
（調剤）	+0.12%				



乖離率（薬価差益率スライド）
前回同様実質差益額で
2%程度ダウン？！

〈14.4.1 診療報酬改定全体〉

診療報酬改定（全体）	+0.73%
うち（医科）	+0.82%
（歯科）	+0.99%
（調剤）	+0.22%

消費税分+通常分=全体

〈14.4.1の消費税8%時の診療報酬等改定〉

診療報酬改定（全体）	+0.63%	薬価改定（全体）	▲0.58%	材料価格改定（全体）	+0.05%
うち（医科）	+0.71%	うち（消費税対応分）	+0.64%	うち（消費税対応分）	+0.09%
（歯科）	+0.87%	（通常分）	▲1.22%	（通常分）	▲0.14%
（調剤）	+0.18%				

⇒全体で約5,600億円の補填

2019年度診療報酬改定の主な点数

初診料	288点(282点)
再診料	73点(72点)
外来診療料	74点(73点)
オンライン診療料	71点(70点)
急性期一般入院料	1:1650点(1591点)
	2:1619点(1561点)
	3:1545点(1491点)
	4:1440点(1387点)
	5:1429点(1377点)
	6:1408点(1357点)
	7:1382点(1332点)
地域一般入院料	1:1159点(1126点)
	2:1153点(1121点)
	3:988点(960点)
精神科棟入院基本料	10対1:1287点(1271点)
	13対1:958点(946点)
	15対1:830点(824点)
	18対1:740点(735点)
	20対1:685点(680点)

④医科は外来より入院へ大きな配分、である。

今回の消費税10%引き上げ対応における医療機関経営への影響は、院外処方を行う病院を中心に収入がプラスに働き、そのまま収益にも寄与すると考えられる。

今後の消費税の動向であるが、時期は不明だが、引き続き引き上げ方向に動くのは

間違いない。

一方、患者は消費税が含まれた診療報酬点数や薬価等をもとに支払いをしているが、診療報酬は非課税扱いであるため消費税を支払っているという意識は希薄である。このため、早急な課税、外税といった制度変更は難しいと思われる。

Q 2

他院で救急をしている理事長の息子が帰ってきたので、これまで以上に救急患者への対応ができるようになりました。このため、より多くの救急車を受け入れたいと考えていますが、救急隊対応などで注意すべきことはありますか。例えば、救急隊にコーヒーや軽食などの差し入れをしている病院もあると聞きますが、どのようなことをしているのか教えてください（ケアミックス 200床未満）

A 2

救急医療の実態として、もともと救急部門は不採算であり、さらにそこに慢性的な医師不足が追い打ちをかけ、救急医療の看板を降ろす病院が相次いだ。

そこで厚労省は、地域医療の確保を図るべく、救急医療を担う病院に対して診療報酬で加算などを設け、さらに一般病床だけでなく療養病床へも「初期加算」を設けるなど、さまざまなステージの救急患者受け入れ態勢の整備に取り組んできた。

病院での救急医療体制の拡充におけるポイントは、次のとおりである。

1点目は、救急部門だけでなく、病院全体の経営への寄与の確認である。具体的には、他科の患者が増える、入院患者が増える、全体の収益が上がる、病院としての余力につながるなどである。そのためには、地域貢献に基づいた計画は必要であり、病

院全体で診療および経営上での補完関係ができるかどうかについてもシミュレーションをしておくべきである。

2点目として、管轄消防署または救急隊への配慮である。管轄消防署は、医療機関の救急対応を資料蓄積およびランク付的なものを内々で作成しており、例えば、①疾病の重症度別の医療機関の実力や対応、②時間や曜日ごとの医療機関の対応、③救急受け入れの対応の良しあし（姿勢・指示）などがあり、救急医療を担う病院は消防署との関係を密にし、電話応答には慎重かつマニュアル化などで対応すべきである。

管轄消防署との密接な関係を考えると、救急患者の応需だけでなく、救急隊員に対して勉強会を催すなど積極的な働きかけと招待、逆に消防署の催しへの積極的な参加・協力により、相互関係・相互理解を深め、“顔なじみ＝安心感”のライン（絆）をつく

り上げていく必要がある。

コンサルティングでかかわったある病院では、理事長が看護師とともに定期的に消防署へ出向き、救急隊員への勉強会をしていたケースがある。

病院内における救急車の搬送口の工夫、救急隊員の控室の充実などを考えている病院も多く、特に救急医療の比重が多くなる脳外科系や心臓外科系などの循環器系病院では、救急隊員の控室にコーヒーや軽食を用意したり、持ち帰りやすいように包装し

ているケースもある。

また、どの程度の機器・設備を保有しており、どの程度の救急患者の受け入れ対応が可能かなど、病院をよく理解してもらうことも必要である。

救急患者を増やしたい場合は、繰り返しになるが、一番のポイントは管轄消防署および救急隊と「良い関係を築く」、「信頼関係を築く」ことが大切であり、病院側から積極的にアプローチしていく必要がある。

Q 3

当院はこれまで急性期医療を中心に運営してきましたが、このほど、地域包括ケア病棟を開設しました。全国的に地域包括ケア病棟は増加しているようですが、他院では対象患者の選定や他病棟との関係、他の病院や介護施設との連携など、どのような運用をされているのでしょうか（主に急性期 200床未満）

A 3

図2は、2018年11月時点での「地域包括ケア病棟・病床数」である。

2018年4月の診療報酬改定以降、入院料1を算定する病院が増加している。

対象とする患者

対象となる患者の選定は、併設する急性期病棟から移動する患者が最も多い。それは、急性期病棟の平均在院日数の調整（対策）が一番の理由である。2018年度診療報酬改定で、地域包括ケア病棟への点数が高配分となったため、現状では、急性期病棟から地域包括ケア病棟へ移動させるケースが多いようである。

具体的には、併設する急性期一般病棟または地域一般病棟の維持を目的に、平均在院日数が長くなりがちな高齢患者を対象に、地域包括ケア病棟へ移動させることが多い。

この場合、病床削減を伴わないメリットもある。

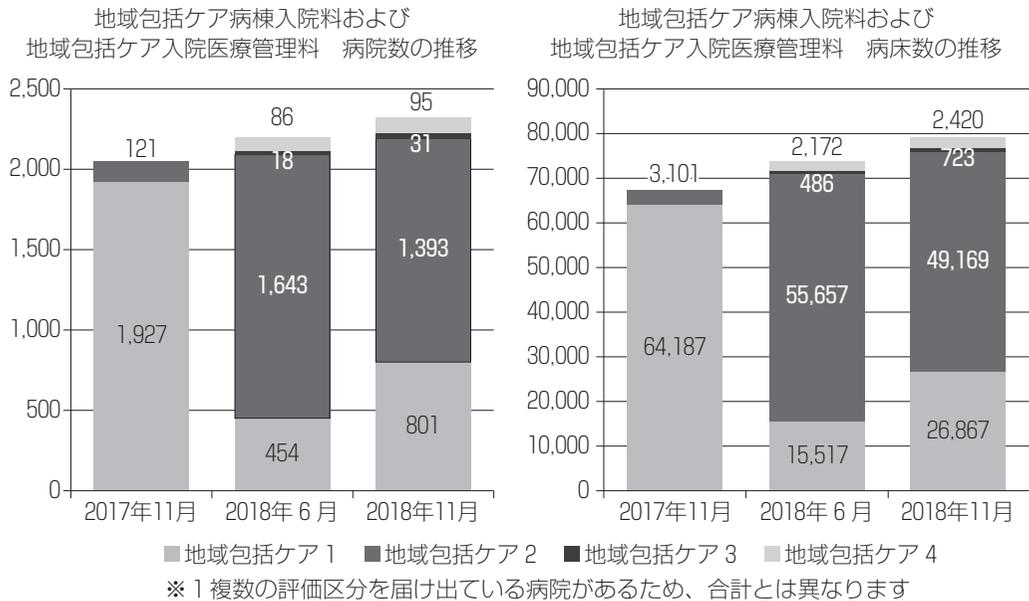
地域一般入院料（15対1）を算定している病院が地域包括ケア病棟へ機能転換する場合は、看護配置を13対1としなければならないが、点数的にはアップし、患者層の違いはほとんどないため、機能転換に支障はない。

院内・院外の体制

院内体制のつくり方は、まず、看護職員の配置と意識の把握であり、急性期病院では地域包括ケア病棟への理解や抵抗感が存在する場合がある。そのため、看護部門の責任者が主となり、ミーティングや病棟会議などでの常時・定期的な看護職員への説明が必要である。

また、院内連携として、リハビリテーショ

図2 地域包括ケア病棟に関する病床数の推移



資料出所：2019.3.18 株式会社日本アルトマーク：Press Release

ン部門をはじめとするコ・メディカルへの周知も必要であることから、会議等への参加を呼び掛け、さらに、非常勤医師等への説明を事務部門等で行い、理解をもらう取り組みも求められる。

急性期病院でも高齢患者が増えていることから、地域包括ケア病棟を設ける場合には、看護面での対応マニュアルや院外研修をできるだけ積極的に行うべきである。

院外的な活動では、地域連携室や訪問看護ステーション、併設する介護関係事業があれば、3者の連携をもとに他の医療機関や介護・福祉施設へのアピール活動は必要で、昨今では地域包括ケア病棟の増加による競合も発生しており、自院の特徴・専門性を決めたくうえで、積極的なアピールが必要である。

Q 4

当院は病院の敷地内に訪問看護ステーションのサテライトを設置しています。2018年度診療報酬改定で病院と訪問看護ステーションによる退院時共同指導料について、「特別の関係」の要件が外れたため算定増を期待したのですが、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料での退院時共同指導料の算定は不可となっています。

地域包括ケアシステムを推進するうえでは必須の連携と思いますが、次期改定で緩和等の見込みはないのでしょうか（主に慢性期～回復期 200床以上）

A 4

地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料のいずれも医学管理等は入院料に包括されている。このため、別に算定することはできない。

日本医師会も、2018年度診療報酬改定にあたり、退院時共同指導料を包括範囲から外すことを要望していたが、実現していない。

地域包括ケア病棟は、手術部分が出来高算定となったため救急医療への対応が求められ、同時に在宅医療の取り組みも求められている。同じ地域包括ケア病棟でも、さまざまな機能を持った病院が存在すること

になる。ただ、2018年4月から始まった地域包括ケア病棟入院料1・3の実績要件と重症度、医療・看護必要度の結果集計によって、地域包括ケア病棟の機能や役割がより明確になっていくものと思われる。

回復期リハビリ病棟も同様に、施設基準である重症者対応、実績指数から病床機能が明らかになっていくものと考えられる。

前述したように、日本医師会も医学管理等のうち退院時共同指導に関しては問題意識を持っていることから、点数の有無にかかわらず、救急、在宅支援、リハビリテーションなどの積極的な取り組みが必要と思われる。

Q 5

当院は今後も回復期医療を中心に運営していくつもりだが、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の診療報酬の行方について知りたい（ケアミックス 200床未満）

A 5

回復期リハビリテーション病棟は2018年10月現在で84,786床／1,905病棟と、増加傾向は緩やかになったものの、いまだ増加している。地域包括ケア病棟は、2018年11月現在で、267病院（対前年13.1%増）11,891床（17.7%増）となっている。

現時点で回復期リハビリテーション病棟は急性期一般病棟の機能に近く、術後や入院治療後の経過やリハビリを要する患者の受け皿などが役割である。地域包括ケア病棟は、自宅や施設等との懸け橋としての役割を担い、救急医療と在宅医療の機能を有する受け皿の役割もあると考えられる。

このため診療報酬では、回復期リハビリ

テーション病棟は外科系後方機能病棟であり、リハビリ機能面（アウトカム・ADLの向上）での評価が進む。地域包括ケア病棟は内科系後方機能病棟であり、高齢者急性期疾患への救急医療対応や在宅医療、さらには看取りまでを評価していくものと考えられる。

団塊の世代が75歳を迎える2025年問題、さらにその先の10年間を考えると、日本の医療提供体制のなかで、回復期機能を持つ医療機関の受け入れ体制整備は差し迫った課題である。昨今は、データに基づいて診療報酬改定が実施されるため、よい医療を提供し続けることが求められる。

Q 6

訪問診療、訪問看護の必要性はよく分かるが、医師・看護師ともに不足しており、訪問診療・訪問看護ができる体制が整わない。対応策を教えてください（ケアミックス 200床未満）

A 6

日本看護協会は5月、厚労省老健局へ訪問看護の体制整備と人材確保に向けた「『訪問看護推進総合計画』の策定」を要望書として提出している。

要望書では、2025年までに訪問看護従事者数が約12万人必要とされているが、現状では約5万人であり半数にも満たない。そこで「訪問看護推進総合計画」を策定し、各都道府県に拠点として「(仮称) 訪問看護総合支援センター」を創設したいとしている。

実際に、地域包括ケア病棟入院料1を算定する地方の医療法人小規模病院では、院内で訪問診療に従事する医師がいないことから、70歳を過ぎた理事長自ら併設・近隣の介護関係施設、自宅等へ訪問診療で出向しているケースもある。

在宅医療の必要性が高まっているが、医

師、看護師ともに積極的な行動はなされておらず、院内診療より関心が薄いように見える。

このため、まずは「訪問診療」および「訪問看護」の位置づけを病院として明確にし、従事する医師および看護師への適正な評価が必要だと考える。

さらに、院外活動で看護師が受けるセクハラ・パワハラ対策や院内で相談できる体制の整備、人材ローテーション制などの導入など、訪問診療・訪問看護に取り組み環境整備を、まず病院として整えるべきである。

職員への「処遇」は決して「給与」面だけでなく、待遇や研修、そして職場の居心地（環境）が離職の予防となり、積極的に業務に取り組む一つの動機と考える。

Q 7

医療機関の経営がギリギリとなるような点数設定ができる厚労省のデータ管理と処理との結果が今の点数ですが、今後、経営的に余裕ができるような点数設定にはならないでしょうか（ケアミックス 200床以上）

A 7

日本経済の後退から医療費抑制という大きな流れがあり、診療報酬では出来高制から包括制への移行がポイントであったが、DPC制度の導入でデータ提出を皮切りに、データをもとにした診療報酬改定へと変化してきた。

データ提出はDPC病院だけでなく、一般

急性期病院から特定入院料の一部の病棟まで拡大されるなど、今までの人数や施設設備、広さなどのプロセス評価から診療の中身を数値化したアウトカム評価へ移る準備をしてきた。

現実に重症度、医療・看護必要度により、病院ごとの患者層が把握でき、それが急性

期一般病棟入院料の段階的点数に通じ、回復期リハビリテーション病棟のFIM評価（アウトカム評価）により、有効なりハビリの機能が見えてきた。

さらに、2018年度診療報酬改定では地域包括ケア病棟入院料1と3でも実績要件が

加わったことから、地域包括ケア病棟の役割も明白になってくると考えられる。

今後、その先に予想されるものはデータを根拠とした大幅な包括制であり、包括という枠組みのなかでアウトカムを残せなければ、病院の淘汰が進むであろう。

Q 8

急性期医療ではDPC/PDPSが定着しました。今後、急性期病棟（病床）は出来高方式が縮小され、いずれ包括払い一択になるのでしょうか（ケアミックス200床未満）

A 8

DPCを主体とする急性期医療は慢性期医療と異なり、現段階では包括だけの評価は困難として、出来高制となる医師の診療技術提供部分を評価したドクター・フィーとして医学管理等、手術、麻酔、放射線治療などを評価しており、包括制と出来高制を組み合わせる診療報酬体系となっている。

診療報酬制度は、急性期においてプロセス評価からアウトカム評価へと移行、2つめは重症度、医療・看護必要度の比率による医療提供の実態、3つめはDPCをはじめデータ提出によるデータの蓄積より、点数配分が行われている。

2年に一度の診療報酬改定およびその改定作業等を考えると、包括制の拡充が進むほうが効率的であり、医療機関の対応や取り組みもしやすくなると考えられ、機運としては包括制への動きは感じられる。

しかし、急性期医療における診療技術提供を評価するドクター・フィー部分を、将来的にすべてデータによって数値化して、点数配分するには無理があり過ぎると考える。現段階では医師をはじめとする医療従事者と患者の関係は、日本医療の特色である国民皆保険制度・出来高制の主旨に沿い、出来高制と包括制の両者の組み合わせによる診療報酬体系の継続が望ましいと考える。