

2020年度診療報酬改定の影響と対応策

Part 1 対談 急性期病院における 診療報酬改定の読み方



2020年度診療報酬改定は、医師の働き方改革がスタートする2024年度を見据えた働き方改革、地域医療構想を後押しした2018年度改定のブラッシュアップ、医療の質の向上、少子化を見据えた改定となった。

そこで、今回の改定を急性期病院はどのように見ているのか、そして、改定の影響とそれに対してどのような方針で対応していくのかを聞いた。

病院概要

名称 医療法人社団愛友会 金沢文庫病院
所在地 神奈川県横浜市金沢区釜利谷東
2丁目6番22号
病床数 147床（うち、一般109床（含・地域包括ケア病床24床）、障害38床）
急性期一般入院料1、障害者施設等入院基本料（10対1）、地域包括ケア入院医療管理料4、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、急性期看護補助体制加算25対1、看護職員夜間配置加算16対1、夜間急性期看護補助体制加算50対1、医師事務作業補助体制加算30対1、精神疾患診療体制加算

名称 公益財団法人筑波メディカルセンター
筑波メディカルセンター病院
所在地 茨城県つくば市天久保一丁目3番地の1
病床数 453床（うち、一般450床（救命救急センター30床（うちICU10床）、特定集中治療室（ICU）10床、緩和ケア20床、成人366床、小児27床）、第二種感染症3床）
急性期一般入院料1、総合入院体制加算2、医師事務作業補助体制加算15対1、急性期看護補助体制加算25対1、看護職員夜間配置加算12対1、精神科リエゾンチーム加算、救命救急入院料1・4、緩和ケア病棟入院料
DPC対象病院

病院全体をマネジメントできる能力が問われる

——まず全体観ですが、どのような印象をお持ちでしょうか。

清水 「医療介護総合確保推進法」により、2015年4月から都道府県が「地域医療構想」を策定してから議論されている中で、急性期一般入院料1（7対1）がふるいにかけられているのかなと思いました。

当院に当てはめてみると、2019年9月までは、147床のうち急性期病床は109床（うち、地域包括ケア病床16床）で、入院料1を算定してきました。しかし、7対1の平均在院日数の要件が厳しくなってきたため、地域包括ケア病床を増床（16床→24床）し、7対1から地域包括ケア病棟に患者を転棟させて7対1の平均在院日数要件を維持してきました。

しかし、今回の改定で7対1の重症度、医療・看護必要度が見直されたこともあって、入院料1を入院料2へと見直す可能性が出ています。

2018年度改定は地域医療構想を実現する方向性の改定だったと思うのですが、実際に地域の地域医療構想会議などに行っても、「病床再編などに関しては、特に議題に上がらないな」と思っていました。これは「今後、誰かが『病床再編を行います』と言わなければ始まらない」と思っていたのですが、いよいよ、今回の改定でそれが来たのかなという印象です。

今後、大病院・中小規模病院の役割が分かれ、国が描いた地域医療構想につなが

ていく改定だと感じました。

中山 当院は地方の急性期病院で、自院のみで完結できるような地域包括ケア病棟もなければ回復期リハビリテーション病棟もありません。急性期一本でやっている病院の立場から言うと、近年は非常にプレッシャーがかかる改定になっているなという気がします。

項目などを詳細に見ていくと、急性期は特にレセプトの記載が増えているので、医事課の負担が増えるのは当然ありますが、同時に働き方について多くの項目・要件が出されているため、システムなどのこれまでは改定とは関係が薄かった総務課や人事課といった部署の力が大きく求められているのかなと思います。

そういう意味から、事務の組織力が問われる改定になっているのではないかと思います。その意味で大きなプレッシャーです。

これまでの診療報酬改定は、医事課は「何が算定できる」という部分に目が行きがちでしたが、今回は基本料や総合入院加算など、いわゆる根幹となる部分について、負担軽減策だけでなくその結果を求めていく、医師の労務管理まで追求されているため、他部門と連携ができないと、その施設基準すら取得できないような改定になっています。

このため医事課だけでなく、病院の各部門全体をマネジメントできる力が問われているのではないかと思います。

清水 そうですね。ただ、一番難しいのは全体をマネジメントできる人材が採用できないのです。人材が他産業に流れてしまう

一方で、最近是有能な事務職員の採用が大変になっています。このため、マネジメントに長けた人材、医事のスペシャリストを育てるといことは本当に難しい状況です。

上尾中央総合病院では、事務のラダーをつくっており、人材育成に力を入れてグループ全体に普及させることを考えているところです。

中山 今ほど人材不足ではなかった時代においても、病院事務にはなかなか目が向けられませんでした。特に大卒などで管理職を目指そうという人、病院で何かをしようとする人は本当に少なかったと思います。それが今の人材不足になってからは、ますます拍車がかかっています。

清水 医事や医療秘書などを学ぶ専門学校などに行って先生から話を聞くことができるのですが、今は人気がなく、学生が少ないと聞きます。

このため病院の事務で求人を出すと、大学病院など知名度の高い病院に目が向き、民間病院のほうにまで人材が来ないというのが実情です。あとは、医療事務と一般企業の事務職の賃金を比べると、医療事務のほうが低いので、一般企業に流れていっていると聞きます。

中山 つい先前的日経新聞に業種別の初任給が出ていたのですが、一般企業だと大卒で21万円ぐらいだったと思います。当院は基本給で18万円弱ですから、基本給表示だけを見ると大きく差がついているので、大卒はなかなか来ないです。

手当を入れれば何とか追いつきますが、ベース部分で考えると、最初から圧倒的な

差があります。当院などの単独の病院もそうですが、大きなグループ病院は人数が多く必要なので、もっと大変かもしれませんね。

あと、介護職の採用も厳しく、集まりません。最近では、看護職は比較的集まるようになってきています。7対1看護を行う病院、特に公立病院の退職者が少なくなってきたようで、その影響かもしれません。**清水** 当院の場合、医療職では医師がなかなか集まりません。看護師は比較的集まるのですが、介護士はグループ全体で積極的に取り組んでいるという状況です。外国人に頼らないといけないかなというところもあります。

具体的には、海外の日本語学校と提携して、外国の看護師資格を持っている人に特定技能実習生として来日してもらい、こちらで介護士の技能を身につけてもらうということをグループとして取り組んでいます。現在はパイロット病院だけでやっているのですが、今後グループ全体に波及させていくという段階です。

診療報酬改定の影響

.....
——今回の改定で、経営に対する影響はありますか。

中山 2月末にDPCの内示がありました。当院は、2019年度までは特定機能病院群でしたが、2020年度から標準病院群になります。

その結果、基礎係数が大きく下がったため、その影響でDPCの基礎係数と機能評価係数Ⅱの部分だけで1,500万円ぐらいのマイ



「いよいよ7対1をふるい落とそうとする改定がきたという印象です」 清水氏

ナスです。全体で見れば、新たな地域医療体制確保加算などが加われば、マイナスにはならないのかなという印象ですね。

標準病院群になったとはいえ、係数では上のほうに入っていますから、基礎係数だけで7,000万～7,500万円ぐらいマイナスになるところですが、機能評価係数Ⅱによって1,500万円ぐらいのマイナスにとどまり、何とかダメージを少し抑えられているかなという印象です。

清水 当院では出来高ベースでの試算ですが、急性期一般入院料1は維持できないので、入院料2となってしまう可能性が高いです。

先ほどお話ししたのですが、重症度、医療・看護必要度の31%がクリアできない見通しです。入院料2の重症度、医療・看護必要度は28%も厳しい数値です。入院料1から入院料2になり、月約55万円程度はマイナスになりそうです。

その一方で、急性期看護補助体制加算など増点されているものを加えると、リカバ

リーできる見通しです。

——重症度、医療・看護必要度部分は計算方法でⅠとⅡがありますが、いかがですか。

中山 入院料1のⅠで31%、Ⅱで29%ですが、当院は400床以上なので、Ⅱで計算します。重症度、医療・看護必要度はおそらくクリアできると思います。

清水 当院はもともと400床未満ですので、ⅠでもⅡでもどちらでも用いることが可能です。今まではⅠで計算すると35%程度だったので、問題なくクリアできていました。

特に、当院が所在する横浜南部医療圏には、名だたる急性期病院がいくつかありますので、当院の役割は地域の病院と連携するという形で医療を提供しています。

年々高齢化率が上がり、患者さんも年をとっていくので、やはり認知症を持つ患者さんが増加しているのは確かです。重症度、医療・看護必要度のB項目のうち、「診療・療養上の指示が通じる」または「危険行動」に該当する患者であって、A得点1点以上かつB得点3点以上の患者さんに関する項目が削除されたことは、今後の点数改定に影響がありそうなので、注視していく必要があります。

——急性期入院料2になった場合、看護配置は今まで7対1でしたが、10対1にされる予定ですか。

清水 入院料1から2になったからといって、患者の状態や疾病構造などが変わるわけではないので、人員を減らすことはあり

ません。それはどこの病院もそうだと思うのですが、病院の方針でいままで7対1を算定していて入院料が変わったからといって看護師を減らすことはできないと思いますので、今後は看護部長とよく話し合いながら、人員数を考えていきたいと思います。

中山 国から言わせれば、7対1にそぐわない患者が多く入院していたと言うのかもかもしれませんが、実態として7対1の看護体制でやっていて、10対1に変わったからといって、患者さんの構成が急に10対1に合わせた内容に変わるわけはありません。国の理想はあるにしても、現場としてはいきなり看護師を減らすことは危険だし、実質無理でしょう。

働き方改革への対応

.....

——2020年度診療報酬改定の重点項目に働き方改革がありますが、常勤配置の見直しで、今まで週22時間以上働いている職員を組み合わせで常勤換算もできること、医師事務作業補助体制加算で50点という比較的大きな引き上げもありましたが、病院の対応はいかがですか。

中山 働き方改革の問題は、これをマネジメントする力が重要になります。施設基準の届出などは簡素化され、これも以前から継続されていますが、結局のところ、適時調査でそこは同じように見られるので、事務としては手が抜けないわけです。

届出時に施設基準を満たすためのマニュアル整備はそれほど苦ではありませんが、その内容に沿ったことを組み立て、病院全体できちん^と行き届くようにマネジメント

していくことは、やはり、今回は事務の力、医事以外の力を加えて医師の働き方、勤務管理が求められているのでしょう。

特に、医師については単にタイムカードで「入った」、「出た」だけを管理すればいいのではなく、在院中の勤務内容、残業内容が自己研鑽^{けんさん}なのか、本当に仕事なのかなどを含めて時間管理をしなければなりません。

そこは医師に任せたとこ^ろで進みません。本筋ではないのかもしれませんが、当院では事務職員を1.5人ぐらいつけて、事務がフォローして最終的に勤務表を整えて、医師の勤怠管理の負担を軽減しています。そういうところに対しても、事務はどのようにかかわっていったらいいのか、負担を軽減するという^{こと}を、現場の目で見^て対応しています。

あとは、看護の施設基準はそれぞれの部署で進めてもらっていますが、最終的には、例えば72時間の基準を守っているかどうかなど、施設基準が分かる事務職がチェックしています。そういうスタッフの継続的な雇用ができていないと厳しいなと思います。

働き方改革への対応は、緊急的にやらなくてはいけない項目に挙げられているものについてはほとんどクリアしていますが、ただクリアするのではなく、それを実際にもう少し深掘りし、もっと実質的に医師の負担軽減や労働時間短縮を図るには何をすればいいかを考えるのは、やはり事務が介入していく必要があると思います。

——今まで診療報酬改定というと、医事課

中心で病院全体にアナウンスして「今回こうなるからこうしてほしい」みたいなことが多かったと思うのですが、今回の改定だと、そういうわけにいかなくなってきています。

中山 これまで診療報酬改定に対しては、どうしても医事課中心の対応でした。新しい点数ができたから対応してほしいなどと説明していましたが、これから先は目線を変えて幅広く見ていかないといけません。

清水 働き方改革に関しては、当院の場合、医師は9時～17時30分で勤務してもらっています。医師の働き方改革についてはこれまでどおり、通常の勤務をしてもらえば問題ないと考えています。しかし、医師1人体制の診療科では、対策をとらなければならないかもしれません。

中山 もう、システムの出来上がっているのですね。

清水 はい。2019年4月から遅番診療（17時30分～19時）をなくしました。17時30分で終わらない場合もあるのですが、ほとんどの科の医師は17時30分までには帰宅します。

その大きな理由として、医師を招聘する際に「金沢文庫病院での勤務時間は9時～17時30分で、定時に帰れる職場です」と伝え、その約束をこちらがしっかり守っているためです。ゆとりをもって仕事をし、家庭と両立させたいという医師が集まっているので、9時～17時30分という形で働いていただいています。

——すでに残業時間など働き方改革をクリ

アしている中で、ほかに取り組むことなどはありますか。

清水 当院はまだ電子カルテもオーダーリングも入っていないので、医師に記載の負担をととてもかけています。記載時間をもう少し患者さんのほうに向けられれば、さらに患者さんによい医療が提供できるのではないかと考えています。このため、医師事務作業補助者の充実などに力を入れていこうと考えています。

さらに、医師だけではなく看護部門にも事務作業補助者のようなスタッフを配置して、タスク・シェアリング、タスク・シフティングを進めたいと考えているのですが、やはり人材がいなくなかなか動かないという実態があります。

——働き方改革に関連して、今回、麻酔管理料（Ⅱ）の一部について、特定看護師に初めて点数がつきました。

中山 当院の特定看護師は、主にICUで術後管理などを行っています。そういう面では非常に助かっています。麻酔は、今のところ医師が実施しているのですが、診療報酬で特定看護師にも認められる業務があれば、看護部と検討してみたいと思います。

——特定看護師は何人いるのですか。

中山 今資格を持っているのは3人ですが、特定行為の研修の学校に行っている人もいますから、これから増えていくと思います。研修もパッケージ化されてきていますが、1人がすべてというより、選択して履修しているようですね。今後は活躍の場も広がっ

ていくと思います。

ICT・オンライン化拡大への対応

——オンライン診療や感染防止対策加算、入退院支援加算、退院時共同指導料などのカンファレンスに情報通信機器を使い、オンライン化が認められました。

中山 オンライン診療などは、簡単にセットできる仕組みがないと普及しないのではないのでしょうか。例えば、通常のノートパソコンにすべてのソフトが入っていて、特別な設定をしなくてもできるようなものがが必要です。

例えば、1対1ならLINEなどの既存のソフトでできると思いますが、多対多のカンファレンスなどは仕組みがないとできません。セキュリティーを考えた仕組みをつくるにも費用がかかりますし、なかなか取り組みにくい部分もあります。点数はついたけれども、現場感とするとまだ使いにくい状況です。

清水 仮にシステムを整備することを考えると、費用面に関して、例えば交通費との比較だと、整備するよりも、今までどおりのカンファレンスの方法がいいのかなと思います。

中山 茨城県から毎回東京で行う会議に出るという場合であれば、オンライン化によって時間を短縮できますが、医療では基本的に自分の病院の割と近くで開催する連携の会が主です。移動に多くの時間や交通費がかかるというわけではないので、オンライン化をしたとしても、それほど大きなメリットにはならないのではないのでしょうか。地



「最近の改定は病院全体のマネジメント力が問われています」 **中山氏**

域性があるかもしれません。顔を突き合わせて話したいと思うのは古いのでしょうか。

急性期病院に対する評価

——急性期に関して注目している項目などはありますか。

中山 特定機能病院や地域医療支援病院の大病院外来の定額負担です。当院は400床以上の地域医療支援病院なので、2018年度の改定で5,000円を徴収することになりました。それが今回は200床以上になってどうなるのか注目しています。

当院の場合は働き方改革の一環で、労力を救急搬送に向けて救急のウオークインを減らす目的があり、2018年度改定のときに400床以上が対象になることを見越して、もともと選定療養として1,000円の定額負担を2,000円に上げていました。さらに、いきなり5,000円となる前にワンステップおいて3,000円に上げ、2018年度改定で5,000円と段階的に引き上げてきました。

その結果、ウオークインが減りました。

患者さんには日中、できるだけ開業医のほうへ行ってもらい、夜間は地域医療支援病院の一つの役割だろうということで受けていますが、5,000円になってからは減っています。

——紹介率はどの程度ですか。

中山 地域医療支援病院なので紹介率は78%、逆紹介は125%です。それをすることによって救急医の負担が軽減され、本当に重症救急に重点を置けるようになります。

救急医療のあり方や急性期病院のあり方の理想をイメージして、それに合った対応をしていきます。そのためには、申し訳ないのですが、軽症の患者さんは周りの医療機関に任せていきたいと考えています。

——外来患者は1日あたり何人ぐらいですか。

中山 当院は453床の病院ですが、平日は600人まではいかず500人台です。休日を含めると400人台です。救急車は年間で5,300台ぐらいです。

清水 当院は250人ぐらいです。救急車は2次救急でだいたい月60台ぐらいですので、年間にすると700台強となります。

——急性期医療の評価として、新設された地域医療体制確保加算の520点はとれますか。

中山 今回の点数の中では、それが本丸です。もちろん、それをとらなかったらDPC係数が変わりマイナスになるので、この点数で元に戻すしかないと思っています。

この加算は医師の負担軽減や処遇改善など、すべての働き方改革の仕掛けが入っていますので、働き方改革の取り組みができないと、この加算はとれません。届出ですので、事務の総合力でここをとりこにしようと思っています。

清水 地域医療体制確保加算は、地域の救急医療体制を充実させ、救急医療に一生懸命に取り組む病院を評価していると思います。

中山 一方で、少し残念なのは夜間休日救急搬送医学管理料の救急搬送看護体制加算1です。算定できるのは2次救急までで、当院は3次救急なので対象になりませんでした。患者さんは自分で2次や3次だと思って来ているわけではないので、当院としては残念なところです。

救急体制は患者さんが来ても来なくても、その体制を維持していなければならず固定費がかかるので、それに対して点数をつけてくれるとありがたいです。

——金沢文庫病院の救急機能はいかがですか。

清水 当院は救急車が年間で1,000台も来ていないので、救急関係の加算は、救急医療管理加算しか算定できません。今回、救急医療管理加算は50点上がっているので、それを取りこぼさないようにしていくしかないと思っています。

当院は2次救急を担っていますが、400床以下で救急の少ない病院にターゲットを絞って、高度急性期病院と一般急性期病院に分けているのかなと、この救急関係の加

算の施設基準をみて思います。

救急車は2,000台以上、または1,000台以上だと加算がありますが、少なくとも1,000台以上ないと高度急性期病院として評価されないということなのでしょうね。

課題となった項目は

——筑波メディカルセンター病院は緩和ケア病棟をお持ちですが。

中山 緩和ケアを担当する専門医が4人で、緩和ケア病棟入院料1を算定していましたが、改定によって、常勤精神科医がいないと1は算定できなくなりました。

逆に言うと、これまで緩和ケアの医師が疼痛緩和から精神的なフォローまで、精神科リエゾン専門看護師と総合的にかかわって運用してきましたが、それより緩和医師1、精神科医師1のほうが評価されたと感じてならないです。精神科医師だけの問題で、点数が変わるのはどうなんだろうと思います。

清水 当院で課題になったのは透析です。透析を開始するために招聘した腎臓内科の専門医がおり、2020年2月に透析を始めたばかりでした。また、その医師はシャント手術もできるため、内シャントの設置から透析の導入を開始した矢先に点数が下げられてしまいました。

診療報酬改定のたびに透析は下げられているので、今回も下がると思っていたのですが、シャント手術は医療技術を伴うものなので下げられないと思っていましたが、6,000点も減点となってしまいました。

中山 透析について、当院では循環器の患

者さんが合併症で必要性があって透析をする程度なので、大きな影響はありませんでした。

——管理栄養士やSTをはじめ、食べることにに関して各所に出てきていますが、関係する部分はありますか。

中山 ICUの早期栄養介入管理加算、化学療法の外来栄養食事指導料の加算など注目するところはありますが、当院にもう少し管理栄養士がいてくれるととりやすかったですね。準備はしていますけれど、項目が多いため負担感は強いですね。

管理栄養士はNST以降、注目されてはいるのですが、基本は一般の入院患者さんにきちんとした栄養計画を提供していくことです。そのうえにNSTです。そのためにも、安定的に管理栄養士を採用し続けていく必要があるのです。

清水 摂食・嚥下についてはSTがとても積極的に介入しています。

今回、STが疾患別リハや摂食・嚥下、訪問看護などで評価されることになったのは、超高齢化社会を見越して誤嚥性肺炎の患者をなるべく少なくするように誘導しているのではないかと思います。そういったところは、とても現場の意見を聞いてくれていると思います。

中山 基本的には在宅へ戻したいわけですから、その中で食べるという行為がきちんとできなければ在宅になかなか戻れないわけであって、だから急ですよ。胃ろうの問題とか出始めて、どんどん食べて帰すという施策が出てきています。

まとめ

——最後に、今回の診療報酬改定について、まとめをお願いします。

中山 当然、とれる基準はとっていくのは当たり前ですが、最初に言ったように、それをやるためのトータルなマネジメントが必要です。総務にしても人事にしても、良い人材をきちんと確保できるかどうかが大きな問題です。

今回、中国で新型コロナウイルス感染症が発生して物がなくなる前に、現場スタッフの感度がよくて、「当院のマスクは中国産なので危ないよ」と警鐘を鳴らしてくれたため、早めに対応できたのでいまだに何とかマスクは残っています。それぞれの場所で自分の仕事だけではなく、付随する情報や近隣の状況などに対して「感度」を上げて動いてくれれば、病院は非常に活発化すると思います。

例えば人事課なら、今回の改定でも栄養だったり薬剤だったり、いろいろな人的基準が緩くなったといっても絶対的に必要な人員数があるわけで、それに対してどう動けばいいのか、日頃から施設基準や診療報酬を理解して、必要な人材の業界動向をとらえていれば確保の先手がとれるわけです。その「感度」が欲しいのです。事務職が感度を高くして動き、それを最終的にみんなでどうまとめ、考えていくかが大切だと思います。

——改定の院内での説明は、今までとやり方は変わっていますか。

中山 変わっていません。施設基準の適時調査など、昔は事務主導でしたが、今は病院主導でやっています。施設基準の項目を全部コピーして、これは看護、これは技術、これは委員会とみんなに見てもらって、それに必要な書類を渡して、全部そこで用意してもらって、説明もそれぞれの部署でやってもらいます。だから事務はまとめ役です。

施設基準は事務がやるのではなく、その基準によって仕事をしているそれぞれの現場の人たちにその内容が求められているわけですから、全部署にかかわってもらうというやり方に切り替えています。これはタスク・シフトとは別だと思っています。

それをまとめるのが事務方です。ですから事務方はもっといろいろな部署とのコミュニケーションと幅広い感度を持ってやっていかないと、まとめきれません。敏腕病院長・事務長がいたとしても、全部に目は行き届きませんから、それぞれの部門から良い情報を早めに持ってきてくれるような職員を育てていかないといけないだろうなど、事務の立場から言うと焦っています。

清水 当院も今までは事務職だけで改定に関する説明会に行っていたのですが、今回からは各部署のチーフが行くように変更しました。さらに、そのチーフが認める人であれば部下も連れていくようにしています。点数改定は事務職だけが対応するものではないため、医療職を含めて全員で対応する方針としています。

そういった意識づけにより、一人ひとり

が「あれが算定できるのでは?」、「この項目がランクアップできるのでは?」という気づきが生まれます。

今回の改定はやはり、当院としてはかじ取りが極めて重要になると考えています。例えば、在宅医療や地域包括ケア病棟ですが、今後は地域包括ケア病棟の需要が増えてくると思います。レスパイト入院などの増加にも備えていきたいと考えています。

救急については2,000件とか1,000件で加算があります。やはり急性期病床を持つのであれば、その方向にかじを切らないと生き残っていけないのではないかと感じています。

同時に人も集めなければいけないのですが、集めるにしても、やはり専門学校の実習生を受け入れることで、就職先の一つとして候補に挙がってくると考えます。病院の各部門を知ってもらって、ここで働きたいと思ってもらうことが大切だと思うのです。

病院経営はおもしろいということを、学生たちに知ってもらわなければ人は来ません。病院の業務内容を知らなければ、病院で働きたいとは思わないのです。

——ありがとうございました。