

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社



MetLife
メットライフ生命

2020年(令和2年)3月27日

第275号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL : http://www.tmha.net / E-mail : tmha@mri.biglobe.ne.jp

会長談話

新型コロナウイルス感染症対策

東京都病院協会の取り組みについて

一般社団法人東京都病院協会会長 猪口 正孝

現在、新型コロナウイルス感染症が疑われる方々は、新型コロナウイルス受診相談窓口（帰国者・接触者電話相談センター）に電話で相談し、受診が必要と判断された場合は新型コロナウイルス外来（帰国者・接触者外来）の紹介を受けて受診するという手順がとられています。ただ既に、新型コロナウイルス以外の医療機関にも新型コロナウイルス感染症が疑われる方が多く来院しているともいわれ、大半の医療機関が新型コロナウイルス感染症に対応しなければいけない事態に至っていると認識すべきでしょう。

東京都病院協会としては、東京都の医療提供体制のなかで、病院が担うべき役割を果たすことを全力で支援していきます。医療現場の状況を踏まえながら必要な対応策を講じるほか、適宜、東京都に対しても申し入れをしていく考えです。



猪口正孝

例えば各病院の喫緊の課題として、院内感染防止の徹底が挙げられますが、それにはマスクやPPE（個人用防護服）といった消耗品類が大量に必要です。会員病院のなかには帰国者・接触者外来を開いているところがありますが、そうした病院への手厚い供給を求めることはもちろん、それ以外の病院にも十分行き渡るよう、働きかけていきます。そのために会員病院向けにアンケート調査を実施し、必要量の把握に努めています。都病協独自で調達路を確保するほか、東京都にも供給を要望していきますので、引き続きご協力をお願いしたいと思います。

また東京都では感染症対策の専門家による意見交換の場が立ち上がっています。私も東京都医師会副会長として出席し、病院の立場を代弁しているところですが、病院の受け入れ体制として、急性期病院をはじめとする「診療可能病院」と、慢性期病院や透析医療、産婦人科、がん専門など、感染した場合の重篤化が予想される患者の多い「診療不可能病院」を切り分けて対応していくべきといったことを申し上げています。

今後、感染がオーバershootして広がった場合、東京都では次のような事態と医療体制を想定しています。

- ▽重篤患者（約700人）Ⅱ医療処置として人工呼吸器やECMO（体外式膜型人工肺）の使用が必要と想定され、感染症指定病院や救命救急センターの感染症病床や一般病床で入院治療を実施
- ▽中等症患者Ⅱ医療処置としては低流量酸素が必要と想定され、感染症指定病院のほか、新たに設ける感染症指定連携病院（仮称）、診療可能な一般病院の一般病床で入院治療を実施

ご挨拶

第14回東京都病院学会中止について

第14回東京都病院学会会長 竹川 勝治

今年2月23日に開催を予定していた「第14回東京都病院学会」は、新型コロナウイルス感染症の広がりを踏まえ中止とすることを決定いたしました。開催に向けて多大なお力添えをいただいただけでなく、今回の中止に際してもご理解を頂きました関係者各位に改めてお礼を申し上げます。



竹川勝治

今年2月23日に開催を予定していた「第14回東京都病院学会」は、新型コロナウイルス感染症の広がりを踏まえ中止とすることを決定いたしました。開催に向けて多大なお力添えをいただいただけでなく、今回の中止に際してもご理解を頂きました関係者各位に改めてお礼を申し上げます。

あわせて「第15回東京都病院学会」を2021年2月28日の日曜日に開催することが正式に決定したことをご報告申し上げます。

学会長は引き続き私・竹川勝治が拝命し、学会テーマは「持続可能な病院医療を考える」と致しました。第14回学会でご登壇予定だった講師の方々からも多数、ご協力のお返事をいただいております。よりパワーアップした内容で盛り上げていきたいと考えています。

残念ながら中止となりました第14回東京都病院学会の抄録は会員病院の皆様のお手元に届いていると思います。が、広告を載せていただいた企業の皆様に深く御礼申し上げます。

そしてご寄付としていただいた皆様にも厚く御礼申し上げます。

多くの企業の方々、ご寄付を頂いた方々から「次回もきちんと対応いたします。頑張りましょう！」という言葉を頂き感謝いたしました。

今回のご寄付に関しては次回の学会に生かさせていただきます。

第15回学会への皆様のご参加を心よりお待ちしております。

今年2月23日に開催を予定していた「第14回東京都病院学会」は、新型コロナウイルス感染症の広がりを踏まえ中止とすることを決定いたしました。開催に向けて多大なお力添えをいただいただけでなく、今回の中止に際してもご理解を頂きました関係者各位に改めてお礼を申し上げます。

解説

2020年度診療報酬改定の背景

病院運営の効率化を後押しする
改定項目が随所に盛り込まれる

公益社団法人全日本病院協会会長
一般社団法人東京都病院協会副会長
猪口 雄二
寿康会病院理事長

2020年度診療報酬改定は「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」が重点課題とされ、これを後押しする改定項目が盛り込まれた。一方で病院の機能分化を推し進める内容も目につく。ここでは、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)委員として議論の最前線に立った、全日本病院協会の猪口雄二会長(東京都病院協会副会長、寿康会病院理事長)に、改定に至った背景などを解説していただく。

救急の勤務医働き方改革は
診療報酬と基金の二本立て

2020年度診療報酬改定の重点課題として「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」が掲げられたが、病院として考えなければならぬのは、生産年齢人口が確実に減っていく社会環境があるということだ。病院はIoTやAI等の導入を進めて代替可能な業務は置き換えていくだろうが、いかに医療の質を落とさずに病院を効率的に運営するかがカギになる。私もそうした話を中医協でさせていた



猪口雄二

だいたし、そういう視点の改定が随所に入っている。

改定率はプラス0.55%、うち消費財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がプラス0.08%となっている。この「プラス0.08%」の財源は公費で126億円となっている。このほか保険料、自己負担も合算すると約450億円になるだろう。それから地域医療介護総合確保基金として公費143億円が計上されている。

診療報酬の具体的な対応として新設されたのが「地域医療体制確保加算」である。要件として救急搬送受入件数が年間2000件以上であることなどが設けられた。入院基本料に対する加算で、900弱の病院が該当するが、先ほどの約450億円を単純に割り振ると1病院あたり5000万円の増収となる計算だ。

基金事業の対象イメージは救急搬送

受入件数が1000~1999件、あるいは1000件未満でも夜間休日時間外件数が500件以上、離島やへき地に所在する病院といった要件が挙げられているが、こちらは医政局の管轄になるので、いつ要件等を明示するかは注意深く見守る必要がある。

「基準②」削除は
認知症加算などでカバーを

2018年度診療報酬改定で最大の目玉となったのが一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合だ。名称は「急性期一般入院基本料」と改められ、従前の7対1入院基本料から10対1入院基本料への移行を促すべく、加算も含めてさまざまな仕掛けが設けられた。19年度調査によると、7対1入院料からの移行は全体の6.5%。これだけでも約2~3万床は移行しているとの見方も成り立つ。

今回は「重症度、医療・看護必要度」の見直しを中心とした「C項目(手術等の医学的状況)」は、すでに相当な数の手術が評価対象となっているが、さらに広げて入院で90%以上実施される2万点以上の手術はすべて対象とすることにした。ただし、実際にはそれほど対象手術は増えていない。むしろ問題になったのは「基準②」「A1点・B3点」(B項目(患者の状況等)のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者)であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者の削除である。急性期病院にも多くの認知症患者、あるいはせん妄を起こす患者が入院しており、現場はその対応で労力を費やしている。ただ、該当する患者のうち

「A項目」(モニタリング及び処置等)で心電図モニター等の管理が49.4%を占めていることなどもあり、受け入れざるを得なかった。ただし、一方で「認知症加算」が算定しやすくなったほか、「せん妄ハイリスク患者ケア加算」も新設されている。

地域包括ケア病棟は
「本来の役割」追求

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料は前回改定で在宅医療など地域包括ケアへの貢献の「実績」を評価する加算が設けられた。地域包括ケア病棟協会の調査によると、200床未満の病院の半数以上が加算を取っているという。

一方で問題になったのが、「自院の一般病床から転棟してくる患者」の割合だった。全体では43.5%で、大規模病院のなかには地域包括ケア病棟の全患者が自院からの転棟患者というところもあった。かつ、何もしないで60日間、入院させるというケースもあつ

たようだ。在宅復帰や在宅支援、在宅の急性増悪の受け入れ機能といった地域包括ケア病棟のあるべき機能とは全く異なるということで、整理することになった。

具体的には200床未満の病院については自宅等からの入棟割合を15%以上、400床以上病院については自院の一般病床からの入棟割合を60%未満に制限することとなった。60%以上の場合10%減算となる。さらに「許可病床数400床以上」の病院による新設は認めないことになった。

またDPC対象病棟からの転棟した患者については、転棟後も入院期間IIまではDPCで算定することになった。地域包括ケア病棟に転棟する時期が、DPC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ことが背景にある。ただし、これによって地域包括ケア病棟は算定する報酬が異なる事態が生まれてしまった。私見だが、地域包括ケア病棟の機能を推進するに

図表 2020年度改定の改定率と勤務医の働き方改革への対応

診療報酬改定	
1. 診療報酬 +0.55%	
※1うち、※2を除く改定分	+0.47%
各科改定率	内科 +0.53%
	歯科 +0.59%
	調剤 +0.16%
※2うち、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	+0.08%
2. 薬価等	
①薬価	▲0.99%
※うち、実勢価等改定	▲0.43%
市場拡大再算定の見直し等	▲0.01%
②材料価格	▲0.02%
※うち、実勢価等改定	▲0.01%

勤務医の働き方改革への対応について	
診療報酬として	公費 126億円程度
地域医療介護総合確保基金として	公費 143億円程度
なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。	

厚生労働省資料を基に編集部で作成

は、一般病床から転棟する際は転院を厳しくしたり、ポストアキユートと在宅から入院させる場合は点数を変えたりといった方策も考えられる。

入院時FIM測定で「患者の目」を導入

回復期リハビリテーション病棟入院料では、入退棟時のFIMとFIM利得のあり方が課題になった。患者に対して入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、退棟に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計と項目別内訳を記載したりハビリ実施計画書を作成し、説明の上で患者の求めに応じて交付することとされた。

これは患者の日常生活動作を判定する際、FIMの設定に不透明感があるとの指摘があったが、患者一人ひとりのFIM設定に第三者が毎回介入するのは現実的ではないとの考えから、「患者の目」という第三者評価を加えたと考えられる。

中心静脈栄養は感染対策と説明が必須に

「療養病棟入院料」は18年度改定で25対1体制が経過措置とされ(療養病棟入院料2 経過措置1・2)、実質的に20対1入院体制(療養病棟入院料1・2)のみとなった。医療区分2・3の患者割合が80%以上で「療養病棟入院料1」、50%以上で「同2」となる。今回、30対1病床は廃止、25対1体制は経過措置が2年延長されるが、15%減算される。

問題になったのは中心静脈栄養だ。中医協の議論では保険者側から「必要

のない患者にまで適用しているのではないか」との指摘が挙がり、医療側からは急性期病院で中心静脈カテーテル留置した患者は介護施設では受け入れが難しいために、療養病床が受け入れざるを得ず、結果的に増えているという反論も出た。一部の療養病院で、ほとんどの患者が中心静脈カテーテルを挿入しているケースも見られたことは事実だ。いずれにしても胃腸と異なり、感染対策をしつかり行うことが求められるのでそのことが要件化され、必要性を確認して診療録に記載することが

解説 2020年度診療報酬改定の影響

改定を受けた病院の対応が地域へ波及する可能性も考慮すべき

株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン
コンサルティング部門シニアマネジャー
湯原 淳平氏

2020年度診療報酬改定は、入院基本料の体系を大きく改めた18年度改定を補完する内容との評価がある。急性期一般入院料における「重症度、医療・看護必要度」や地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション入院料におけるリハビリテーション関連の要件見直しはその好例と言える。ここでは、株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンコンサルティング部門の湯原淳平シニアマネジャーに、そうした特徴的な見直しを取り上げ、解説していただく。

視点① 重症度、医療・看護必要度

急性期病棟では患者の奪い合い加速

「重症度、医療・看護必要度(以下、必要度)」の見直し内容(図表)を検証していくと、病院によっては経営に大きな影響を受けることが予測できま

求められた。しかも、患者やその家族への必要性を説明することを通じて、必要性を証明するという考え方をとり入れることになった。

※

医療提供体制に対する影響因子としては、地域医療構想や医師の働き方あるいは地域医療連携推進法人など、診療報酬以外にもさまざまなものが想定できる。制度は一つひとつ丁寧に議論していくべきだが、病院としては、医療の質を担保しつつ、効率化を図っていくことが一層求められるだろう。

す。該当患者割合の変更を「急性期一般入院料」の1〜6別に見ると、「入院料1」「同2」はアップ、「同3」は必要度Iはダウン、必要度IIは据え置き、「同4」はダウン、「同5」は必要度Iはダウン、必要度IIはアップ、「同6」はアップとなっています。注目すべきは「同4」で、認知症項目(A1点、

B3点)で必要度を稼いでいた病院は必要度低下の影響が大きく、この入院料を算定するのは難しくなるという印象を持つています。必要度Iで見ると、「同3」が25%であるのに対し、「同5」は20%。開きは5ポイント分しかないのです。「同3」を満たせなかった場合、「同5」も満たせず、18%の「同6」あるいは必要度の該当患者割合が要件化されていない「同7」まで移行してしまうことは十分、ありえます。特に中小病院の場合、少数の患者さんの増減が大きな影響を及ぼすので注意が必要です。

DPCデータで算定できる必要度IIへの移行を促すというのが厚生労働省の基本方針ですが、そのようななか、「同2」「同3」で必要度Iが新たに認められました。これは中小病院の実態にも沿ったものと言えます。100床以下の病院では電子カルテを導入しておらず、スタッフが病棟を回ってデータを集め、手入力で記録を作成しているケースがありますが、それによって日々の重症度を把握し、ベッドコントロールに役立てているのです。必要度IIで判定すると、レセプトデータをもとに算出するので、データが集まるのは月末になってしまい、ベッドコントロールへの活用役に役立てることができません。不必要に病棟にとどめるのは



湯原 淳平氏

図表 重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

[カッコ内は許可病床数200床未満の経過措置]

	現行		改定後	
	必要度I	必要度II	必要度I	必要度II
急性期一般入院料1	30%	25%	31%	29%
急性期一般入院料2	-(27%)	24%(22%)	28%(26%) ^{*1}	26%(24%) ^{*1}
急性期一般入院料3	-(26%)	23%(21%)	25%(23%) ^{*2}	23%(21%) ^{*2}
急性期一般入院料4	27%	22%	22%(20%) ^{*3}	20%(18%) ^{*3}
急性期一般入院料5	21%	17%	20%	18%
急性期一般入院料6	15%	12%	18%	15%
7対1入院基本料(特定)	28%	23%	-	28%
7対1入院基本料(専門)	28%	23%	30%	28%

※1 現に急性期1又は2を届け出ている病棟に限る。 ※2 現に急性期1、2又は3を届け出ている病棟に限る。
※3 現に急性期4を届け出ている病棟に限る。

【経過措置】
(全体)2020年3月31日時点で施設基準の届出あり⇒2020年9月30日まで基準を満たしているものとする。
<急性期一般入院料4>2020年3月31日時点で施設基準の届出あり⇒2021年3月31日まで基準を満たしているものとする。
(200床未満)許可病床数200床未満の病院⇒2022年3月31日まで割合の基準値を緩和する。

厚生労働省資料を基に編集部で作成

問題ですが、どの状態の患者が何人、入退院しているのかを日々、把握することは、特に中小病院には重要です。患者が一人減るだけで数ポイント上下することはよくあります。いずれは「必要度II」に一本化されるでしょうけれど

ど、必要度を常時把握できる体制は整えておくべきでしょう。

「B項目」の評価方法の見直しも注目ポイントです。「患者の状況等」から「患者の状態×介助の実施」で点数化することになりますが、この変更の影響はかなり大きいでしょう。「A1点・B3点」(B14〈診療・療養上の指示が通じる〉又はB15〈危険行動〉)に該当する患者であつて、A得点が1点以上かつB得点が3点以上)で該当患者数を積み上げていた病院が多いとのデータが中医師協で示されましたが、手術にそれほど力を入れていない病院であればC項目に該当する患者はほとんどいないでしょうし、「A2点・B3点」に該当する患者もそう多くはないのではないかと考えられます。

特定機能病院の動きを注視する必要がある

必要度の見直しで私が注目しているのは特定機能病院です。特定機能病院は必要度IIのみで5ポイントアップの28%となつていますが、救急搬送患者での積み上げがあまり期待できないことを踏まえると、かなり厳しい運営を迫られるでしょう。

地域の一般病院にとつても、これは対岸の火事ではありません。仮に特定機能病院(多くは大病院)が重症患者割合を維持するために早期退院を促し、その結果、病床稼働率が低下すれば、当然、救急搬送受け入れに注力することが考えられます。地域によっては病院の役割分担等を綿密に話し合い、「救急搬送患者の奪い合い」を極力回避するといった取り組みも必要になると思います。

視点② 地域包括ケア病棟入院料要件の見直し 400床以上病院で 直接入院が増えるか

「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料」でも大きな見直しがありました。許可病床400床以上の病院の場合、自院の一般病棟からの転棟患者の割合が60%を超えると10%減算されることになりました。地域包括ケア病棟の患者を集める方策が必要になりますが、手立てとしては2つ考えられます。

一つは、従来は急性期病棟で受けていた患者でも、可能なならば直接、地域包括ケア病棟で受け入れること。具体的には短期滞在手術等の患者が想定できます。今回の改定で「短期滞在手術等基本料」は軒並み下がっていますから、DPCへの影響も踏まえると、地域包括ケア病棟での受け入れは検討の余地があるでしょう。

もう一つは、これまで受け入れなかった軽症患者を受け入れること。在宅療養患者のご家族が家を留守にする際などにレスパイト入院のかたちで受け入れるといった対応が考えられます。

DPC病棟から地域包括ケア転棟した場合、DPC期間IIまではDPC支払いが継続される点も重要です。これまでは必要度が低くなった患者さんについては、点数が下がるまで転棟を待つ傾向にありました。あるいはたとえ点数が下がったとしても地域包括ケア病棟に転棟させざるを得ませんでした。が、今回の見直しによってDPC期間IIの点数が担保されることになったために、重症度を見て早期の転棟が可能となります。本来の病棟機能の利用が可能になるとも言えます。

「リハビリの必要性を患者・家族に説明」の影響

患者さんの入棟時に測定したADLを参考に、リハビリテーションの必要性を判断してカルテに記載し、かつ患者・家族へ説明することが要件に盛り込まれました。これは中医師協で疾患別リハビリを実施していない患者が3割もいたことが問題視されたのも背景にあります。リハビリ提供の機会が増えることは間違いありません。

この影響は地域包括ケア病棟だけでなく、地域包括ケア病棟から回復期リハビリ病棟へ転棟する患者の場合、地域包括ケア病棟でのリハビリによって状態がある程度改善したところから、リハビリを始めることになるのです。回復期リハビリ病棟のFIM利得に影響が出かねません。

視点③ 回復期リハビリ病棟のFIM利得

「他者の目」によって 入院時FIMが決まる

「回復期リハビリテーション病棟入院料」では、入院時FIMと目標とするFIMについて、リハビリ実施計画書を用いて説明し、計画書を交付することが要件となりました。また回復期リハビリでの重症者の定義に、日常生活機能評価からFIM総得点の代用が可能になりました。地域連携診療計画に加算を算定した患者については、地域連携診療計画に記載されたFIMを入院時FIMとして使用することになります。

回復期リハビリ病棟としては入院時FIMの測定において「他者の評価」を用いるわけですから、対応策を講じる必要があるでしょう。具体的には、患者の送り手である急性期病院との合同勉強会を開催して認識を共有することなどが挙げられます。

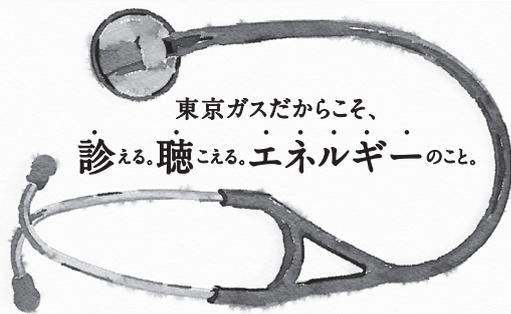
「重症者割合も無視できません」。「入院料1」「同2」は、重症者割合が3割以上で重症者における退院時の日常生活機能評価が4点以上改善、「同3」「同4」は重症者割合が2割以上、退院時の日常生活機能評価が3点以上改善を求めています。各病院をお訪ねすると、かなりギリギリで回している様子が見えます。特に厳しいのが「同3」で、リハビリテーション実績指数30以上を求められ、これをクリアできない場合は「同4」に移行します。「同3」が1861点、「同4」が1806点。患者1人の日当円で600円の差が出てくるのですから、見過ごせません。両者とも専任常勤医1名以上、看護職員15対1以上(4割以上が看護師)、リハビリ専門職専従常勤PT2名以上、OT1名以上と、人員配置は同じですから、経営への影響は大きいと考えられます。地域包括ケア病棟へ機能転換させる病院も出てくる可能性がありますし、そうなれば、地域内での競争がいつそう激しくなることが考えられます。

※

このように、ある病院が今回の診療報酬改定を受けて対応を進めると、玉突き的に地域内の患者の流れが変わり、他病院にも影響を及ぼす可能性が出てきます。地域医療構想調整会議等を通じて、しっかりと病院それぞれの役割分担などを話し合っておく必要があるのではないのでしょうか。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。



東京ガスの電気は顧客満足度第1位!

2017年度JCSI(日本版顧客満足度指数)調査 電力小売部門 ※調査対象5社(ENEOSでんき・auでんき・大阪ガス・J.COM電力・東京ガス)

ぜひ、下記までお問い合わせください

東京ガス株式会社 都市エネルギー事業部 公益営業部 東京都港区海岸1-5-20

TEL.03-5400-7735