

## EVENT Report

## 平成30年度第1回経営講座

# 30年度同時改定への対応法から 社福設立まで幅広く解説

日本医療法人協会は4月24日、「第1回経営講座」を都内で開いた。テーマは「平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定への経営対応」。講師は川原経営総合センターの病院コンサルティング部の布施修一課長、経営コンサルティング部門の田中律子氏、同部門人事コンサルティング部の神林佑介課長が務め、診療報酬改定での入院医療の評価の変更点から介護報酬改定の概観、さらに医療法人の介護事業所展開事例などを解説した。

## 診療報酬改定は 制度改革との連動に着目

冒頭、加納繁照会長が次のようにあいさつした。「厚生労働省の鈴木康裕医務技監が言うところの『惑星直列』が始まった。医療機関は先を見据えた対応を考えなければいけない段階に入っている。同時改定は指標、経営に関する方向性を出す材料と言える。『経営講座』では新しい流れの説明と時代を見据えた対応策を検討できる情報を発信していきたい」

まず、布施修一・病院コンサルティング部課長が登壇し、「平成30年度診療報酬改定の概要」と題した講演を行った。

今回の改定率について布施課長は、「本体で0.55%とプラス改定になっているが、ほとんどは『点数維持』と認識していいと思う。今回も薬価部分にメスが入り、薬価差益がだんだんなくなってきたが、こ

の傾向は今後も続くのではないか」との見解を示した。

改定内容については「『地域包括ケアシステムの構築』『地域医療構想の実現』に一步步近づいている」とし、前回改定からの議論の方向を「外来・在宅」「入院」に大別して整理した。

「外来・在宅」について、28年度改定では、▽紹介状なしの大病院(500床以上)受診時の定額負担の導入、▽地域包括診療料の要件緩和、▽新たに認知症、小児のかかりつけ医を評価——などがポイントだった。30年度改定では、▽糖尿病重症化予防、▽在宅医療体制整備、▽遠隔診療と情報通信技術の導入(外来・在宅での活用)——などがポイントとなった。

## 「急性期」「地域一般」とも 平均在院日数が課題

「入院」については、28年度改定では、▽「重症度、医療・看護必要度」の見直し、▽早期地域移行、地域関係者を含めた退院支援を評価(ケアマネジャー、訪問看護師、薬局薬剤師等の関与)——などがポイントとなった。これに対し30年度改定では、▽入院医療の評価体系を見直し、▽「退院支援」から「入退院支援」へ、多職種連携評価——などをポイントとして挙げた。こうした流れを踏まえつつ、入院医療の評価について概略を説明した。

「一般入院基本料」のうち「7対1」と「10対1」を再編・統合し、名称も「急性期一般入院基本料」と改めた。今回の改定では「急性期一般入院基本料」が

7段階に分類されている。従来の「7対1入院基本料」の要件・点数がそのまま移行したものが「入院料1」で、「入院料2～7」では基本部分として看護師体制を10対1とし、「重症度、医療・看護必要度」基準該当患者割合によって点数が段階的に増えていく仕組みになっている。

点数は「入院料1」が「7対1入院基本料1」と同じ1591点、「重症度」基準該当患者割合は、従来の25%から30%に上がった。ただし、基準が一部変更されており、実質的には3ポイント程度のアップだと見られる。布施課長は「急性期一般入院料1算定のハードルは多少上がったとみるべきだろう」と話した。

「地域一般入院料」にも言及。「一般病棟入院基本料(13対1、15対1)」を再編・統合したもので、「入院料1～3」がある。「1～2」は看護職員が13対1以上(7割以上が看護師)、「3」が15対1以上(4割

以上が看護師)となっている。「2」は1121点、「3」は960点であることを踏まえ、「3」から「2」への移行を検討する際に、課題になるのが平均在院日数だという。「1～2」は24日以内、「3」は60日以内となっている。

布施課長は「24日以内の要件をクリアするのが難しい」と指摘した。

「看護体制を整備するのはそれほど苦ではないと思われるが、15対1病棟の患者像を考えると、平均在院日数はそう簡単には短縮できないのではないか。逆に言えば、平均在院日数の課題を解決できれば、『2』を算定できる可能性が生まれる」

## 地域包括ケア病棟や回りハ病棟、療養病棟でも「厚労省のメッセージ」色濃く

地域包括ケア病棟入院料は、従来の2段階から4段階に再編された。従来は大半が「入院料1」を



診療報酬改定のポイントにとどまらず、介護経営のポイントも講義した

算定していたが、今後は機能によって枝分かれしそうだ。「入院料1」「2」と「3」「4」の大きな境目として在宅復帰率7割以上の有無、1床当たり床面積が6.4㎡以上を満たしているか否かの2つがある点を、布施課長は指摘。また「入院料1」「3」では、自宅等から直接入棟した患者の割合が1割以上、自宅等からの緊急患者受け入れが3月で3人以上となっており、「直接入棟」を重視している点も強調した。

「現在、地域包括ケア病棟の多くは、自院の急性期病棟からの転棟患者で占められている。この現状について、本来の同病棟に期待される役割とズレがあるという厚労省のメッセージが込められていると考えるべき。直接入棟の患者を受け入れることで、より高い入院料を算定できるということでもある」

回復期リハビリテーション病棟入院基本料は、3段階から6段階に再編された。実績部分では、「入院料1」「2」で重症者(日常生活機能評価10点以上)割合が3割以上、「同3」「4」で2割以上となっているほか、退院時の日常生活機能評価の改善度も要件となっている。「同1」「2」では在宅復帰7割以上も要件となっており、「数字的などところは少し厳しくなったという感覚はある」との見方を示した。

療養病棟入院基本料も再編・統合された。基本部分となる看護職員配置は20対1のみとなった。「25対1」についても経過措置として「療養病棟入院料2」の10%減で算定できるようになっているが、従前の5%減と比べて「痛手ではないか」との見方を示した。

## 今後の介護経営は“戦略×戦術”がカギ 管理能力に長けた人材育成が求められる

第二部では、2人の講師が「平成30年度介護報酬改定の概要」をテーマにレクチャー。最初に登壇し

た経営コンサルティング部門の田中律子氏は「改定の外観と経営対応／介護医療院への転換を経営的視点から検討」と題して講演した。

冒頭で「今回の介護報酬改定の特徴として、医療法人に対する“介護事業への参入促進”を挙げることができる。医療側に有利な内容が目立ち、グループ内に病院がある介護事業所には悪くない改定内容だ。一方、介護サービスだけを提供している事業所は厳しい状況が散見される」と総括した。地域包括ケアシステム構築が進められるなか、コストのわからない支援等が重視されるようになり、一方で、入院のニーズは高まるのに対して病床数は削減されるに伴い「介護でまかなう方針で、今後は医療から退院後の受け入れがポイントになる」と述べた。

事業ごとで改定の要所も列挙し、通所介護・リハビリテーションのサービス提供時間区分について「収入と人員配置のバランスを考えること」とアドバイスした。なかでも注目点として「リハビリテーションマネジメント加算Ⅳ」で、VISIT(通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業)を用いたデータ提出が要件に加わったことなどを挙げた。

訪問看護・リハに関しては基本報酬見直し、ターミナルケア加算や複数事業所やリハビリ職との連携といった内容を挙げたうえで、「看取りの在宅推進、専門職とともに介護を提供しようといった今後の方向性がわかる」と示唆。地域密着サービスについても「療養病床からの転換を促進するなど、診療所による看護小規模多機能型居宅介護運営の後押しを進める狙いがある」と指摘した。

また、これらの施策に対して人材強化は不可欠であり、事業所では人材の能力を評価する基準づくりが求められるともつけ加えた。「入退院時の医療・介護連携においてケアマネジャーの役割は大き

くなり、カンファレンスに対応できる人材は拡大しておきたい」と促した。あるいは、褥瘡や排せつ、栄養、口腔ケア、スクリーニングなどが報酬上で評価されている点を挙げ、介護職員にはさらなる専門性が必要だと強調。

最後に、「今後は地域のなかでのポジショニングや連携による受け入れ強化といった戦略、加算取得計画や能力向上計画を実践するなど人・モノ・金・情報の動かし方といった戦術が経営者には求められる。外付け医療の駆使、看取り強化、自立支援は経営を左右するキーワードで、管理職、サービス提供責任者、ケアマネのスキルアップに努めていただきたい」と締めくくった。

## 医療法人の介護事業進出について ケーススタディを通じて解説

次に登壇した、経営コンサルティング部門人事コンサルティング部の神林佑介課長は「医療法人の介護事業所展開事例／社会福祉法人設立、介護事業所等の事例紹介」と題した講演を行った。

「退院患者や老健退去者の受け皿や介護事業所が地域で不足、医療介護の一元提供・地域包括ケアの実現、安定的な収益確保といった観点、もしくは事業用地や不動産があったり、子息に病院経営を任せて自身は介護に回るなど後進の育成、医師ではない親族の活躍の場を作りたいなど、さまざまなきっかけで介護事業を始める医療法人が見られるようになってきている」と、医療法人が社会福祉法人を立ち上げて介護事業を展開するケースが増えている背景を紹介した。

そのメリットにも触れ、①法人経営のノウハウがあり、財務・実績・運営面はゼロベースで始めるより有利、②宿舎や託児所などを持っていると福利厚生の一括活用が可能、③看取り強化などに対して



は医療のバックアップ体制があるので安心感や差別化につながり、利用者・患者に包括的なケアを提供できる、④地域住民や職員にはブランド力も訴求できる——といった点を挙げた。

一方で、社会福祉法人の運営にあたっての制約面にも言及し、一例として、別法人であることから生まれる人事異動の障害を指摘。別法人同士となることから人材交流はできるがグループ間異動は退職扱いにしなければならないという。

「現状では出向扱いにするケースが多い。同職種でも賃金水準や支給ルールが異なり、人事制度は使い分けないといけない」

さらに、▽老健の敷地内にサテライト型特養を設立し、医務室や調理室を老健と兼用としたことで建築費を圧縮できた、▽施設建設に補助金が投入されていない、経営の合理性が認められるなどの一定の要件を満たしたことから、医療法人から社会福祉法人への事業譲渡が可能になった、▽建設費や運転資金を医療法人から社会福祉法人へ寄附する場合は医療法人所轄へ事前相談が必須、▽福祉医療機構を使わず市中銀行のみで施設整備をする際は諸官庁の事前承認が必要——など、事例に基づいた注意点についても紹介した。

最後に「グループ間で専門職を奪い合ったり、グループ外への営業を怠ると利用者・入居者を獲得できないなど、うまくいかないケースもある」と注意を促した。