

地域包括ケアシステムの構築と平成 30 年度の介護・診療報酬改定における入院医療の概要とその論点

篠原 直孝、Naotaka Shinohara・榎 宏朗、Hiroaki Enoki（医療法人財団 健和会）

はじめに

我が国は、少子高齢化により、団塊世代が 75 歳以上と後期高齢者になる時代を 2025 年問題として社会問題としている。それに呼応して厚生労働省は 2025 年を目途に高齢者の尊厳保持と自立生活支援の目的で地域包括ケアシステムの構築を推進している。この度の平成 30 年度診療報酬改定は 6 年に 1 回の診療報酬・介護報酬同時改定が行われた。地域包括ケアシステムの構築が進展していく中で、入院医療は「在院日数の短縮（早期退院）」「在宅復帰の推進」が求められている。本論では今回の改定における入院医療の概要を説明した上で論点を整理した。

入院医療の新しい報酬体系

平成 30 年度診療報酬改定で最も見直されたのは、入院医療の新しい報酬体系への移行である。入院医療の評価体系は、看護配置などの「基本的な診療に係る評価」（基本部分）と「診療実績に応じた段階的な評価」（実績部分）の 2 つの評価を組み合わせた評価体系に再編・統合された。¹⁾

急性期医療

急性期一般入院基本料で大きく見直されたのは、改定前の 7 対 1 が入院基本料と介護必要度加算 I を算定する 10 対 1 入院基本料の間に、「中間評価」として入院料 2 と入院料 3 が新設されたことである。入院料 1 との差は入院料 2 で 30 点、入院料 3 で 100 点となる。改定前は 7 対 1 が満たせず 10 対 1 に転換する場合、看護必要度加算 I を算定しても日当点は 200 点以上低くなり、200 床の病院で年間約 1 億 2000 万円の減収になると推定されており²⁾、今回の改定で各病院が医療需要に応じて弾力的に看護配置が見直せるようになったと考えられる。

急性期医療から長期療養

2014 年度に創設された地域ケア病棟は、「急性

期病床からの退院患者を受け入れるポストアキュート機能」、「急性期増悪した在宅患者などを受け入れるサブアキュート機能」、「在宅への復帰支援」の 3 つの重要な機能が付与された。しかし、実際には 7 対 1 病棟の要件が満たせず、ポストアキュート機能中心運営が目立っていた²⁾。しかし、2018 年の診療報酬改定では自宅等で療養する患者を受け入れられる機能の充実が図られた。地域包括ケア病棟入院料は、基本部分は看護配置 13 対 1 や常勤リハビリテーション専門職員 1 人以上の配置、看護必要度 I が 10%以上（看護必要度 II の場合は 8%以上）、医療機関内の在宅復帰支援担当者の適切な配置などが要件とされた。実績部分は「自宅等からの緊急入院の受け入れ実績」や「在宅医療の提供実績」が実績評価とされるようになり、算定は 200 床未満の病院に限定される。基本部分と実績部分を合わせ 1~4 の 4 段階評価とされた¹⁾。入院料 1~2 では、さらに在宅復帰率 70%以上が要件とされる¹⁾。地域包括ケア病棟の医業収益は、全体では前年同月に比べて「横ばい」が 43.6%でもっとも多かったが、改定前に比べて入院料 1 を算定する病院に限ると 55.6%が「増収」であったとの報告がある⁴⁾。入院料 1 と 3 のような 200 床未満の病院は、サブアキュート機能や在宅への復帰支援の役割を担うことが重要であると考えられる。回復期リハビリテーション病棟入院料は、基本部分は看護配置 15 対 1、理学療法士 2 人以上や作業療法士 1 人以上の配置が要件である。基本部分と実績部分を組み合わせ 1~6 の 6 段階評価とされた¹⁾。在宅復帰率の見直しは、退院先に介護サービスを提供している有床診療所が加わった¹⁾。前年度の医業収益は「増収」40.0%で、入院料 1 を算定する病院の約 9 割が平均 6 単位以上のリハビリテーションを提供されていた⁴⁾。上位の入院料を届け出るには、リハビリテーションの提供

体制を整える必要があると伺える。

慢性期医療

基本部分は看護配置 20 対 1 以上が要件とされ、実績部分は医療区分 2・3 の重症患者の受け入れ割合が用いられた。療養病棟入院料 1 では医療区分 2・3 割合が 8 割以上、入院料 2 では医療区分 2・3 割合が 5 割以上の要件とされた¹⁾。看護配置 25 対 1 以上で 20 対 1 を満たない病院や、医療区分 2・3 割合が 5 割以上を満たさない病院には、経過措置 1 として入院料 2 の 90%の点数が算定される。看護配置 25 対 1 以上が満たない病院は経過措置 2 として入院料 2 の 80%の点数が算定される。経過措置 1 は 2 年間、経過措置 2 は 2020 年 3 月までの措置とされている。在宅復帰強化加算も見直された。改定前の急性期一般入院料 1 では、在宅復帰機能強化加算を算定する療養病棟への定員のみが在宅復帰として取り扱われていたが、改定後は在宅復帰機能強化加算の有無にかかわらず在宅復帰とみなされるようになった¹⁾。一方、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料において、在宅復帰強化加算算定の有無に関わらず療養病棟への転院は在宅復帰に含まれなくなった。今回の改定で、在宅復帰機能強化加算の見直しや在宅患者支援療養病床初期加算の新設により、在宅からの患者の受け入れも対象となった。在宅復帰機能強化加算については 26.1%と算定され、復帰先は自宅が最も多かった (66.7%) との報告されている^{3) 4)}。入院料 2 の場合、収益は「横ばい」の病院が多かったが、看護配置 20 対 1 に引き上げられており、同じ利益を維持することが難しくなっている。医業収益の今後の見通しは「横ばい」が約 6 割と最も多かった。多くの病院が 2020 年までの転換を予定しており、転換先として介護医療院、療養病棟入院料 I をあげている。^{3) 4)}

考察

2025 年問題に向けて、「在院日数の短縮 (早期退院)」「在宅復帰の推進」を通じて促進させていく上で入院医療の評価は重要である。評価を適切に行うことで、医療資源をより効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。

伊藤は、病院から在宅医療・介護保険へのシフトは本改定により鮮明になったものの、限られた財源のなかでの改定で、公費負担の増大が政策的選択肢としてなかったがゆえに、受け皿となる在宅医療や介護保険の充実なしに、急性期病床削減への誘導が先行する改定結果となったと報告している⁵⁾。今改定で入院医療は大きく見直されたが、改定後の報告は少ない。地域包括ケアの推進に向けて入院医療の実態を調査していくことも重要である。

参考文献

1) 厚生労働省保険局医療課：平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I。

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>

(2018.10.25 閲覧)

2) 特集 1 2018 診療報酬改定 入院・外来・在宅医療の注目ポイントはココだ！日経ヘルスケア (2017 年 5 月号)

3) 厚生労働省：介護医療院について。介護医療院の概要。

<file:///C:/Users/Admin1/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/5BHXG8DV/000337651.pdf>

(2018.10.25 閲覧)

4) 特集 徹底分析 2018 年度診療・介護報酬同時改定。日経ヘルスケア (2018 年 4 月号)

5) 伊藤周平「診療報酬・介護報酬の同時改定とこれからの医療・介護」月刊/保険診療 1539 号 (2018 年 3 月号)