

# 病床数の調整と医療機関の適正評価で 2025年の医療供給体制改革につなげる

2018年度の診療報酬改定に向けた議論が中央社会保険医療協議会などで行われている。次回改定で何がどのように変わるのか？ 現在、議論されているテーマから見直される項目を予想する。

厚生労働省医務技監の鈴木康裕氏は、2018年度を“惑星直列”と呼んでいる。同年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定があり、医療計画・介護保険事業(支援)計画、国民健康保険の都道府県化がスタートするなど、大きな動きが連続することを指したもので、医療関係者の間にもこのキーワードは浸透している。本来の意味の惑星直列が起こるとき、「太陽系レベルで重力バランスが偏るため、大きな天変地異が起こる」という予測をする者が現れるが、そういった意味で“惑星直列”を使う医療関係者もいる

ようだ。

特に次回の診療報酬・介護報酬同時改定は、団塊の世代が75歳以上に達する2025年に向けた医療供給体制の改革を実現するための重要なマイルストーンで、2012年度改定が“ホップ”、2018年度が“ステップ”、2024年度が“ジャンプ”と三段跳びになぞらえられている。

では、2018年度改定で、診療報酬はどのように変わるのか？ これを予測するため、中央社会保険医療協議会(中医協)などで行われている議論のポイントを見ていく。

## ■ 看護必要度などの厳格化で急性期病床数を絞り込む

内閣府の第5回経済財政諮問会議で、病床機能報告から「2015年7月現在の急性期病床数と2025年の急性期病床必要数の差は19万2000床」とし、その過剰を指摘している。

7対1一般病棟入院基本料の算定回数は2013年度から減少傾向にあるが、さらなる削減のためにその要件である「重症度、医療・看護必要度」の基準が厳しくなるとみられる(表1)。

これまで数度の改定で基準が見直されてきたものだけに、医療現場に

表1 「重症度、医療・看護必要度」の基準

A	モニタリング及び処置等	B	患者の状況等
1	創傷処置(①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	9	寝返り
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	10	移乗
3	点滴ライン同時3本以上の管理	11	口腔清潔
4	心電図モニターの管理	12	食事摂取
5	シリンジポンプの管理	13	衣服の着脱
6	輸血や血液製剤の管理	14	診療・療養上の指示が通じる
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用(注射剤のみ)、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療)	15	危険行動
8	救急搬送後の入院	C	手術等の医学的状況
		16	開頭手術
		17	開胸手術
		18	開腹手術
		19	骨の手術
		20	胸腔鏡・腹腔鏡手術
		21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術
		22	救命等に係る内科的治療(①経皮的血管内治療、②経皮的心筋焼灼術等の治療、③侵襲的な消化器治療)

【該当基準】A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上又はC項目1点以上

出典：平成28年度診療報酬改定の概要(2016年3月4日版)を一部改編

かかる負担の大きさから、変更すべきではないとの意見が中医協で出ている。

だが、2016年度改定で導入された、「重症度、医療・看護必要度」を記入した「Hファイル」の分析結果を踏まえた、7対1一般病棟の医療機能、そこに入院する患者像に、より合致した基準に改められることはあり得る。

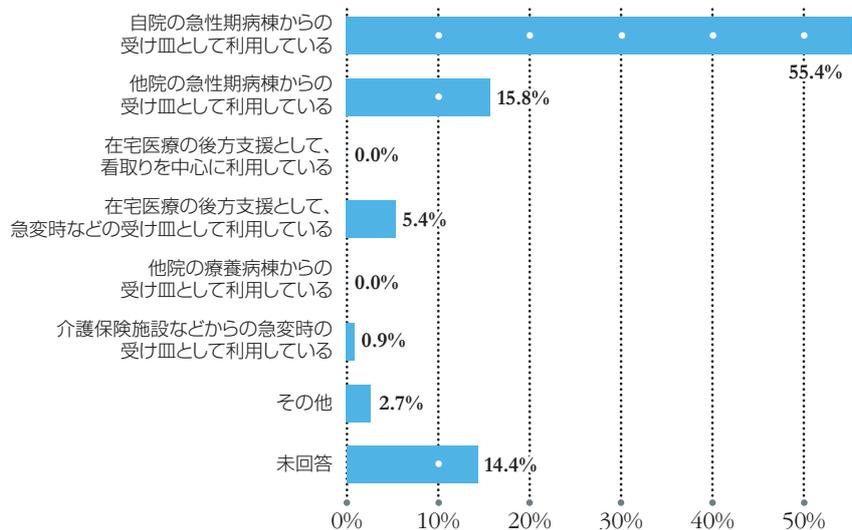
### 地域包括ケア病棟のサブアキュート機能を重視

2014年度の改定で導入された地域包括ケア病棟の評価に対する見直しも行われると考えられる。地域包括ケア病棟は、急性期病棟からの退院患者受け入れ(ポストアキュート機能)、急性増悪した在宅患者などの受け入れ(サブアキュート機能)、在宅への復帰支援の3つが重要な機能とされている。

しかしながら現場を見ると、厳しくなった7対1一般病棟の要件を満たせなくなった場合の受け皿として、地域包括ケア病棟に転換したケースが増加している。この場合、急性期治療後の患者を受け入れるポストアキュート機能中心の運営となっている。中医協の資料中のアンケート結果も、このことを示している(図1)。

2025年に向け地域包括ケアシステムなどを推進し、在宅で健康維持や必要な医療サービスを受ける仕組みを整えていくという視点で見ると、サブアキュート機能を担う地域包括ケア病棟が不足している。その対策として、サブアキュート機能を積極的に評価し、誘導していく改定が行われる可能性がある。

図1 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨



地域包括ケア病棟・病室1を届け出ている医療機関に、利用に係る趣旨を聞くと、「自院の急性期病棟からの受け皿として利用している」(ポストアキュート機能)が最も多かった。一方で「在宅医療の後方支援として、急変時などの受け皿として利用している」、「介護保険施設などからの急変時の受け皿として利用している」(いずれもサブアキュート機能)と回答した医療機関はいずれも数%にとどまった。

出典：中医協、2017年6月14日付の資料を一部改編

### 病棟群単位の届け出制度の延長に対応するか？

一方、医療機関側からの要求として、「病棟群単位の届け出」制度の延長がある。これは「重症度、医療・看護必要度」の要件が厳しくなったことで、基準を満たせなくなった7対1一般病棟を10対1一般病棟に転換する際の激変緩和措置である。7対1一般病棟と10対1一般病棟の併存を認めるものだが、2年間に限られ、2018年4月にはすべて10対1一般病棟にしなければならない。

そうすると、医療機関は大幅な減収に見舞われる。すべて7対1一般病棟にするといった運用を決断する医療機関が出てくると、7対1一般病棟削減に逆行することになりかねない。この制度を利用している医療機関は必ずしも多くないが、対応が注目される。

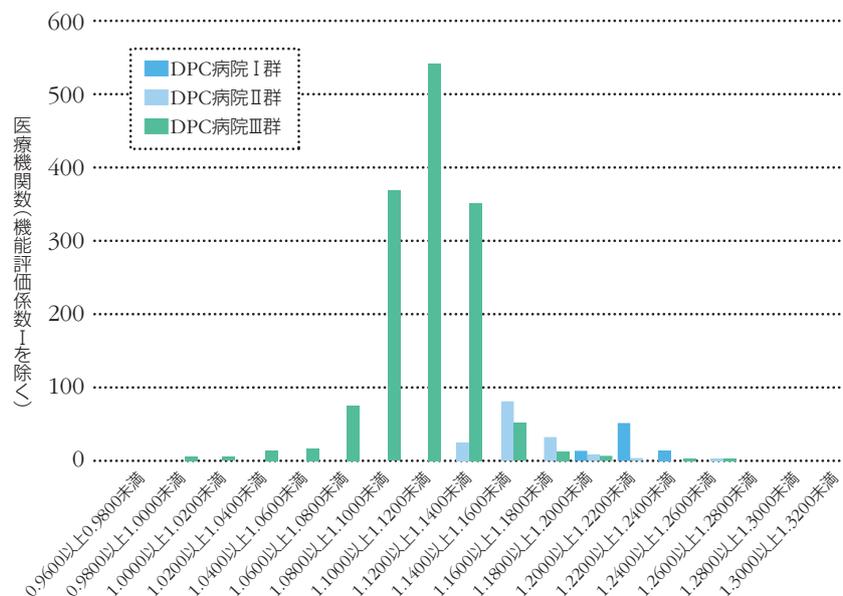
### 医療機関群について名称変更などを検討

DPC関連でも、見直しを検討している項目がある。

まずは、Ⅰ～Ⅲ群の群分け。Ⅲ群の医療機関は特性に応じて細分化すべきという議論は残っているが、それぞれの群を構成する医療機関を見るとばらつきが比較的小さいこともあり3つの群に分けることは変わらない見込みだが、名称変更の議論がある(次ページ図2)。

Ⅱ群は「高機能病院」という定義から、Ⅱ群への移行を目指して、重症患者を選別して受け入れるなど、担うべき医療機能を過度にコントロールするⅢ群の医療機関が出るのが懸念されている。そこで、Ⅲ群を「標準群」、Ⅱ群を「特定病院群」、Ⅰ群を「大学病院本院群」とするなどの案が出て

図2 2016年度医療機関別係数の分布



DPC病院I群、II群、III群とも、ばらつきがなく、機能評価係数Iを除いた係数の分布はまとまっている。

出典：中医協、2017年3月31日付の資料を一部改編

表2 機能評価係数IIの各項目とその考え方

項目	評価の考え方
保険診療係数	DPC対象病院における、質が遵守されたDPCデータの提出を含めた適切な保険診療実施・取り組み・公表を評価。また、医療機関群(I群・II群)における総合的な機能の評価
効率性係数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価
複雑性係数	各医療機関における患者構成の差を1入院当たりの点数で評価
カバー率係数	さまざまな疾患に対応できる総合的な体制について評価
救急医療係数	救急医療(緊急入院)の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価
地域医療係数	地域医療への貢献を評価(中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価)
後発医薬品係数	各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価
重症度係数	診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価

出典：中医協、2017年3月31日付の資料を一部改編

いる。

逆にII群の要件を満たしていても、III群残留を求める医療機関がある。III群の医療機関は多様性を前提としているため、「地域医療に特化している」、「特定の診療領域に専門特化している」など、他の医療機関と異なる自

院の機能を考慮してのことだ。次回改定で、後述するI群、II群での機能評価係数IIの重み付けが実現した場合、II群移行によって減収となる可能性がある。

現行では、II群の要件を満たすかどうかで振り分けられるが、前もって

III群残留を意思表示している医療機関に対して、どのように対応すべきかが検討されている。

## 矛盾を指摘される重症度係数

DPCの機能評価係数IIの見直しは、毎回の改定で注目を集めるところである(表2)。

まず、重症度係数。その目的は「診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度の乖離率を評価」するものだ。同じ診断群分類でも医療資源の投入量が多くなる患者を重症者と捉え、特に評価する。つまり、診断群分類点数表に収まらないケースを想定したもので、重症度が高い患者を受け入れることが期待されている医療機関への配慮ともいえる。

半面、医療資源の適正投入を前提に、標準化や効率化を進めた医療機関ほど、重症度係数は小さくなる。逆に、この努力をしていない医療機関、懐疑的な視点から不必要な検査など過剰な医療資源を投入している医療機関を利するものとの意見もある。

DPC分科会は重症度係数を廃止の方向で検討している。

## 後発医薬品係数は「役割を終えた」か?

次に、後発医薬品係数。医療費抑制のため低価格の後発医薬品処方へ誘導する目的の係数だが、医療機関の支出抑制にもつながるため、対応が進んでいる。前回の改定で後発医薬品の使用割合が数量ベースで60%から70%に引き上げられたが、多くの医療機関が既にこの基準を満たし

ている。

「経済財政運営と改革の基本方針2017」で、「2020年9月までに後発医薬品の使用割合を80%」と求めていること、「頻繁な見直しは避けるべき」という考えから存続を求める関係者もいる。

基準の引き上げを求める声もあるが、大方の医療機関が上限値に達していることから、後発医薬品係数は「一定の役割を終えた」と評価するDPC分科会委員がいる。ただし、単に廃止するのではなく、機能評価係数Ⅰに移行するなどして、後発医薬品処方推進の傾向に水を差さない配慮をした見直しを検討される。

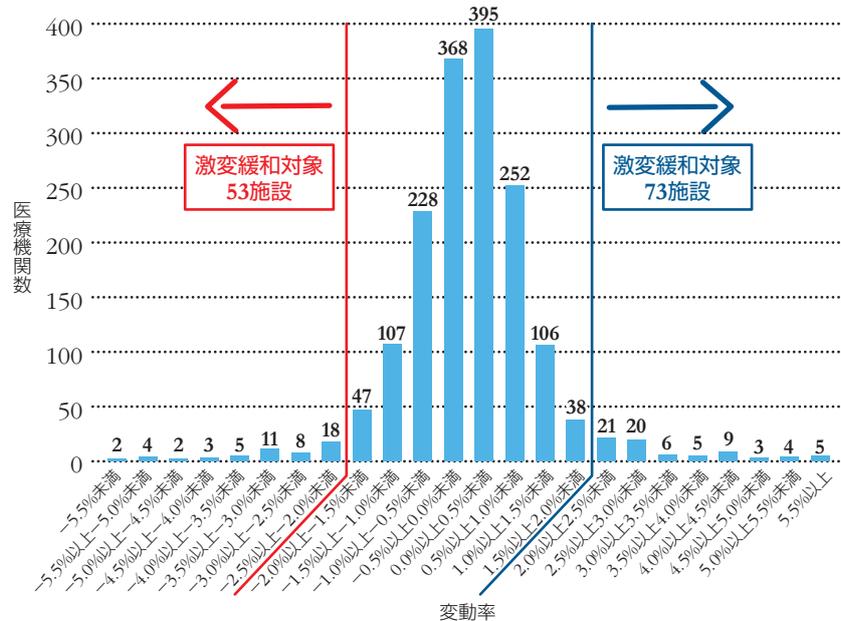
### I、II群医療機関の機能評価係数Ⅱに重み付け

現行制度では、機能評価係数Ⅱの「保険診療係数」、「効率性係数」、「複雑性係数」、「カバー率係数」、「救急医療係数」、「地域医療係数」、「後発医薬品係数」、「重症度係数」各係数の重み付けはなく、均等となっている。だが、I群とII群の医療機関はそれぞれ一定の機能を有する医療機関として群分けされているため、係数ごとの重み付けの必要性が指摘されている。暫定調整係数がなくなり、機能評価係数Ⅱなどに置き換えられて評価に占める割合が増すこともその必要性の1つだ。

医療機関側からは、各係数を高めるに当たって取り組む内容に大きな差があるため、係数ごとに重み付けしてほしいという要望が挙がっている。

一方、独立した概念の各項目で重み付けすることの困難を訴える声もある。そのため、従来通りの均等割り

図3 2016年度改定での調整係数置き換えによる推計変動率の分布



激変緩和の対象となったのは、-2.0%未満と2.0%以上の医療機関で、その数は合わせて126施設であった。  
出典：中医協、2017年3月31日付の資料を一部改編

を維持することを前提としながらも、次の点の検討を求めている。

「保険診療係数」と「救急医療係数」はそのままに、その他の係数は分散が均等になるように係数を調整すること。ただし、「カバー率係数」だけは「専門病院・専門診療機能」に配慮した見直しが必要だ。

ただし、多様な機能や特性を有する医療機関が含まれるIII群には機能評価係数Ⅱの重み付けを行わない。

### 調整係数置き換え完了で緩和措置の検討が必要

調整係数は、DPC導入時に、入院医療に関する収入の激変緩和のために設定された(図3)。2012年度以降、基礎係数と機能評価係数Ⅱへの置き換えが段階的に進められ、予定通り2018年度改定で置き換えを完了

することに異論は出ていない。

完全に調整係数がなくなるため、これまで以上に収入が大きく変わる医療機関が現れることが予想される。これへの対策として、現在、激変緩和措置が適用されている医療機関の分析を行うことを厚労省が提案している。DPC分科会の委員からも詳細な分析を求める意見が出ている。

\* \* \*

2018年度改定は、2025年のあるべき医療供給体制への誘導と、現状の問題点解消の2つの視点で進められる。これに、医療と介護をよりシームレスにつなぐ目的の見直しや新制度の創設も考えられる。改定後の医療機関の収入変動を最小限にするためにも、中医協やDPC分科会の議論を押さえ、それに対応した医療機関運営の方針構築と実践が重要になる。