PICK UP　昨今の厚生政策のなかから、役立つ情報をセレクトして詳しく解説。
今回は、平成28年度診療報酬改定において、急性期病院を対象に注目のポイント等を紹介します。

2016年度診療報酬改定、医療機能に応じた入院医療を評価

政策の柱におかれる地域包括ケアシステム

2025年以降の本格的な超高齢社会の到来を見据えて、医療・介護提供体制の構造改革はソフトランディングを目指しつつも、その姿は大きく変貌を遂げようとしている。あらゆる改革の柱は、地域包括ケアシステムであり、その推進こそが現在議論されている施策だ。

2016年度診療報酬改定は医師の技術料等にあたる本体部分については、プラス0.49%（国費約500億円）引き上げられたものの、全体では0.84%のマイナス改定（市場拡大再算定による薬価の見直しを踏まえると、実質マイナス1.03%）となった（図1）。

基本方針で示された2016年度診療報酬改定における重点課題は「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化と連携」であり、前回（2014年度）改定同様に、医療・介護提供体制「2025年モデル」の実現を目指した内容となっている。

地域包括ケアシステムの目的は、「保健医療2035策定懇談会」提言書でも示されたように、超高齢社会における「キュア中心の時代」から「ケア中心の時代」への転換の対応であり、地域主体の医療・介護提供体制の構築である。そのため、前回の2014年度改定では、入院医療の主役を担うべく、地域包括ケア病棟（病床）が創設された。また、地域包括ケアシステムにおける重要な役割を担う“かかりつけ医”の評価も新設された。正に、診療報酬改定も同様に、地域包括ケアシステムを推進していくための歯車として、その役割を果たしているといえる。

前述したように、2016年度改定においても、地域包括ケアシステムの推進が診療報酬改定基本方針の重点課題として設定された。2025年までに行われる診療報酬改定では、この前提事項を念頭に置いておく必要がある。

【図1】2016年度診療報酬改定率

			改定率
ネット			▲0.84%
	診療報酬本体		0.49%
		医科	0.56%
		歯科	0.61%
		調剤	0.17%
	薬価等		▲1.33%
		薬価	▲1.22%
		材料価格	▲0.11%

編集部にて作成

それを踏まえて、今回の診療報酬改定のポイントを要約すると、次の3点だろう。

1. 入院医療の厳格化
2. 地域包括ケアシステムの推進に資する機能の評価
3. 門前薬局の評価の見直しと薬剤の適正使用

入院医療の厳格化については、急性期のみならず、すべての病期において重症患者や医療必要度の高い患者を入院させることが一層求められることとなった。更に、そういった患者を多職種連携、地域連携により早期に効率的に在宅へと退院させていく力が求められている。

地域包括ケアシステムの推進に資する機能の評価については、地域包括ケアシステムの核を担う“かかりつけ医”の評価を更に拡大する方向となった。「地域包括診療料（同加算）の施設基準の緩和」、「認知症地域包括診療料（同加算）の新設」、「小児かかりつけ医機能の評価」が該当するだろう。特に、“かかりつけ”機能については、医療機関や医師だけではなく、薬局・薬剤師にまで求められることとなった。今回の改定では、調剤薬局・薬剤師と医療機関・医師との情報連携を求める内容がふんだんに盛り込まれている。地域包括ケアシステムを構築するキープレイヤーとして調剤薬局や薬剤師が果たす役割が明確にされたといえる。

門前薬局の評価の見直しと薬剤の適正使用では、大型チェーン薬局などが厳しい評価となっている。前述した通り、特に門前薬局は“かかりつけ薬局”として、これからは地域に根ざした活動を行っていくことが求められている。また、医薬品の適正使用を促すために、30日超の処方に関する制限や分割調剤の対象の拡大、さらには、入院・外来において減薬を評価する項目が新設されていることに注目がされる。特に、30日超の処方に対する制限については、急性期の病院で対応によっては単価の低い再診患者が多くなる等の影響を与えるだろう。

国が推進する地域包括ケアシステムは、診療報酬改定だけではなく大病院の紹介状なしの外来定額負担制度の導入等、すべての制度・政策が連動している。この明確な国の方針に対して、地域包括ケアシステムの中で具体的に自院がどのような役割を担っていくのかを考え、他の医療機関や介護事業者等を巻き込みながら実行していくことが求められているのである。

地域連携から地域統合の時代に向けて

今や「機能分化と連携」というキーワードは、医療・介護業界では誰もが知り得る重要なキーワードといえる。医療機能の分化と地域医療連携が取り沙汰されたのは、2006年に成立した第5次医療法改正だ。今年、第5次医療法改正からちょうど10年を迎えた。しかしながら、「機能分化と連携」はキーワードとしては定着したものの、実態としては十分に満足いく結果には至っていないのが実情だろう。

そもそも「機能分化と連携」は、総論賛成各論反対の世界なのだ。総論ベースでは、地域医療の最適化は誰もが賛成する考え方だろう。しかしながら、各論ベースでは、それぞれの医療機関が各々の経営を成り立たせていかなければならない中で、やはり意思決定としては地域医療の最適化ではなく自院における最適化（地域医療の視点からだと部分最適）を図るのだ。だからといって、この意思決定は否定できない。自院の経営が成り立ってこそ、地域医療の安定化にもつながるからだ。

第5次医療法改正から10年を迎えた2016年度診療報酬改定を俯瞰的に捉えてみると、これからの時代は「地域連携の時代」から「地域統合の時代」へと移りゆくのではないかと捉えることができる。それは、地域を一つの総合病院として捉え、その中で自院がどのような役割を果たしていくかが求められていると言い換えることができる。あらゆる医療機関が患者を中心として、継続的にそれぞれの役割を果たしていく時代になっているのである。1医療機関だけの取り組みで対応できる時代ではなく、また自院の担う領域の役割だけを果たしていればいいという時代でもなくなってきていることは、十分に理解しておかなければならないだろう。

2015年9月に地域医療連携推進法人の設立に関する制度が成立し、2017年4月からにも開始されようとしている（図2）。まさに、地域統合の時代の到来と、そうした時代への適応を今回の診療報酬改定は促しているようにも見えてくる。

では、地域統合の時代の到来に備えて医療機関は、何を考えておかねばならないのだろうか。重要な視点は次の2点と考えられる。

1. **医療機能として地域での存在意義を確立する**
2. **地域との関係性の深耕を積極的に図っていく（行政、地域医師会、他医療機関、介護事業者等）**

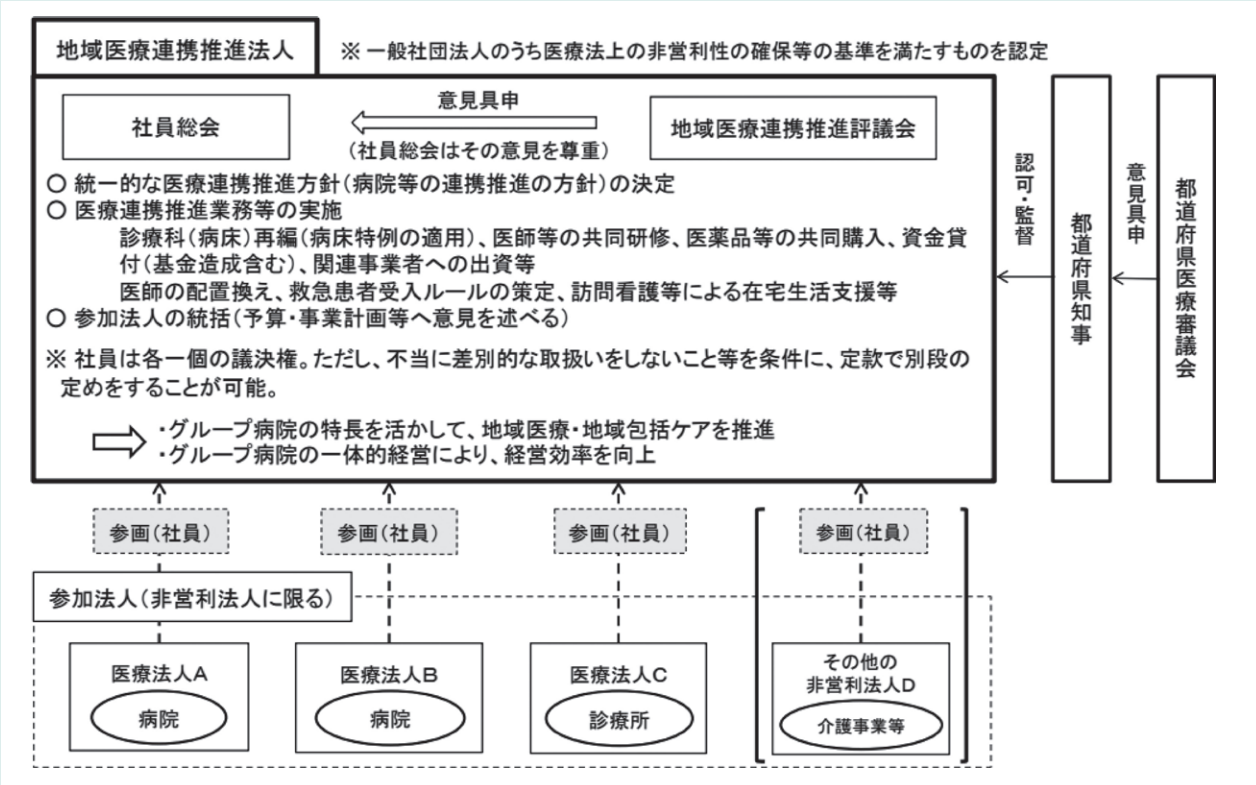
まずは、医療機能として地域での存在意義を確立することが重要だ。それは何も、特殊な医療を行うということを意味しているのではなく、患者、他医療機関、介護事業者等から必要とされる存在になることである。

次に、地域との関係性を一層密に取っていくことである。地域統合の時代においては、あらゆるステークホルダーとコミュニケーションを取りながら地域医療に貢献していく姿勢が求められるのだ。

総合入院体制加算では、化学療法の実績要件見直しと認知症対応、第三者評価の受審を

これまでも議論されてきた化学療法の実績について、4,000件／年から1,000件／年へと大幅に見直されることとなった点には

【図2】 地域医療連携推進法人の全体像



出典：第28回　産業競争力会議実行実現点検会合（2015年12月11日）より抜粋

注目が必要だ。これにより、届出がしやすくなることが考えられる。また、今回から総合入院体制加算は3区分となり、実績要件を一定水準以上満たすことの他、重症度、医療・看護必要度の評価結果、第三者評価の受審（区分3は不要）が求められている。また注意が必要な点としては、区分2・3においては、精神科リエゾンチームもしくは「認知症ケア加算1」が求められる点だ。「認知症ケア加算」とは今回の改定から新設されたもので、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上の認知症患者が該当し、身体拘束等を実施した場合は減算した加算点数で評価されるもの。加算1の場合は、認知症に関する十分な経験と知識のある専任の常勤医師、認知症に関する十分な研修を積んだ専任の常勤看護師、認知症患者の退院調整の経験がある専任の常勤社会福祉士か精神保健福祉士からなるチームが設置されていることなどが条件となっている。週1回程度のカンファレンスや研修の実施なども要件として加えられているので、カンファレンスや研修に関する記録を残しておくことが重要になる。身体疾患のある認知症や精神疾患患者の受け入れ体制を整備しておくことが求められる（図3）。

重症度、医療・看護必要度の見直しと病棟転換時の留意点

改定における注目ポイントといえば、やはり一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しだろう。7対1入院基本料を算定している病院にとっては、大きな影響を受ける内容だった。

厚生政策情報センターの調査によると、7対1病院の約60%（母数59病院）が重症患者割合25%の基準を満たさないという結果であった。特に厳しい結果となったのは、救命救急入院料やICU等の高度急性期機能を算定している病床を多数保有している病院であった。特定入院料の病床（病室）については一般病棟の重症度、医療・看護必要度の評価対象から除外されるために、一般病棟の重症患者割合が25%を満たさない状況となっているようだ。病院によっては、高度急性期機能の病床を一般病床に戻すといった検討を行っている病院もあるようだ。

それでは、重症度、医療・看護必要度における改定内容と病棟転換を行う際の留意点について確認してみよう。

【図3】総合入院体制加算は、3区分の評価へ

（2016年3月まで）

診療報酬項目	点数	係数
総合入院体制加算1	240点	0.0574
総合入院体制加算2	120点	0.0287

（2016年4月から）

項目	点数	係数
総合入院体制加算1	240点	0.0582
（新設）総合入院体制加算2	180点	0.0437
総合入院体制加算3	120点	0.0291

	施設基準の変更点	加算1	加算2	加算3
	年間の手術件数（全身麻酔）	800件以上	800件以上	800件以上
新設	年間の救急用自動車等の搬送件数	－	2000件以上	－
	実績要件（6つ）⇒化学療法件数が要件見直し	全て満たす	4つ以上	2つ以上
新設	A得点2点以上又はC得点1点以上の患者割合	3割	3割	2割7分
新設	第3者評価（医療機能評価）	○	○	－
新設	精神科（24時間対応できる体制の確保）	必須	連携可	連携可
新設	－精神科リエゾンチーム加算or認知症ケア加算1	－	連携可いずれも満たす	連携可いずれかを満たす
新設	－精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料注2加算の算定件数が年間20件以上	－		

編集部にて作成

【図4】重症度、医療・看護必要度評価票の見直し

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
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）	なし	あり	－
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	－
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	－
4	心電図モニターの管理	なし	あり	－
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	－
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	－
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）	なし	－	あり
8	救急搬送後の入院（2日間）	なし	－	あり

B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	－
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	－
15	危険行動	ない	－	ある

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術（7日間）	なし	あり
17	開胸手術（7日間）	なし	あり
18	開腹手術（5日間）	なし	あり
19	骨の手術（5日間）	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術（3日間）	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（2日間）	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療（2日間）（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）	なし	あり

［各入院料・加算における該当患者の基準］

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体制加算	・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む）	・A得点1点以上 ・C得点1点以上
回復期リハビリテーション病棟入院料1	・A得点1点以上

出典：平成28年度 診療報酬改定説明会（3／4）≪厚生労働省≫

病院の方向性に最も影響を及ぼす、重症度、医療・看護必要度の見直し

7対1病床の適正化が求められる中、主な施設基準3要件（平均在院日数18日以内、重症度、医療・看護必要度15%以上、自宅等退院患者割合75%以上）の中で、特に影響を及ぼすのが、患者の「重症度、医療・看護必要度要件の見直し」だ（図4）。

今回の見直しで注目されたのは、次の3点だ。

❶A項目、B項目の評価内容の変更
❷C項目の評価新設による影響
❸重症度、医療・看護必要度の該当患者割合15%以上要件を25%へ引き上げ

変更点を整理すると、以下の通りである。

❶A項目、B項目の評価内容の変更

- ▶A項目の「専門的な治療・処置」に1項目「無菌治療室での治療」を追加し、「あり」の場合を2点とする。なお、「心電図モニターの管理」の削除が議論となっていたが、最終的には残されることとなった（ただし、将来的に再度削除対象となる可能性はある）。
- ▶A項目に「救急搬送（搬送日より2日間）」を新設し、「あり」の場合を2点とする。
- ▶B項目で現行の「起き上がり」、「座位保持」を、「危険行動」と「診療・療養上の指示が通じる」に置き換え、「危険行動」は「ある」の場合を2点、「診療・療養上の指示が通じる」は「いいえ」の場合を1点とする。これは、「認知症患者」、「せん妄患者」への対応が新たに評価されたものである。

❷C項目の評価新設による影響

- ▶新しく「C項目」が新設された。これは、手術患者に関連する項目となり、「開胸・開頭の手術」、「開腹・骨の観血的手術」、「胸腔鏡・腹腔鏡手術」、「その他の脊椎麻酔・全身麻酔の手術」、「救命等に係る内科的治療」の5項目が新設され、「あり」の場合を1点とし、1点以上であれば重症度、医療・看護必要度の該当患者とみなされる。

❸重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は15%から25%以上へ引き上げ

- ▶A項目の増加およびC項目の新設による定義の変更により、現在の15%要件が25%となった。ただし、200床未満の7対1病院については、2018年3月31日までは要件が23%となっているので、注意が必要だ。

重症度、医療・看護必要度の見直しに合わせて、看護必要度加算も評価体系見直しへ

これまで10対1入院基本料算定病棟において、一定の重症患者が存在した場合に看護必要度加算（加算1:30点、加算2:15点）として評価されていた。今回は、重症度、医療・看護必要度の見直しに合わせて、看護必要度加算が2区分から3区分（加算1:55点、加算2:45点、加算3:25点）に見直されているのとともに、評価点数は大幅に引き上げとなっている。今回の看護必要度評価加算の評価体系見直しと点数の引き上げは、7対1病棟から10対1病棟へ転換する病院の救済の意味合いが含まれているのではないかと考えてしまうところである。10対1病院においては、収益的に非常に大きな評価ポイントであったといえる（図5）。

10対1入院基本料を届け出る医療機関に注目

重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、7対1入院基本料の届を見直す医療機関が増えることが考えられる。こうした中で、今回は7対1入院基本料を届け出る医療機関においては、10対1入院基本料への転換を条件とした複数病棟群による届出を認めることとなった（図6）。

転換する10対1入院基本料については、今回の診療報酬改定でどういった変化・影響があるだろうか。ポイントを3つあげると、前述のように1つ目は、重症度、医療・看護必要度は必須要件ではなく加算であり、その加算の点数区分が見直され、評価が上がった点があげられる（図4）。2つ目は、ADL維持向上等体制加算が見直され25点から80点へと大幅に点数が引き上げられた点だ。そして、3つ目に、今回新たに退院直後の訪問看護を評価する項目が設定されたことがあげられる。

3つ目についていえば、10対1入院基本料に転換することで発生する看護師の余剰人員を、医療機関内に新たに在宅医療部門を作り、そこで訪問看護を行っていくためのスタッフとして配置することなどが考えられる。今回の改定では、「退院後訪問指導料580点（1回につき）」「訪問看護同行加算　20点」といった退院直後に病棟看護師が訪問することを評価する項目が新設されている。当然ながら、既存の10対1入院基本料を届け出る医療機関にとっても今回の見直しはプラスに働く要素があるといえる。

非常に制約は多いものの、全床7対1から10対1へと引き下げるよりも、やはり経済的なマイナス影響は軽減される見込みだ。2年間の時限的な措置ではあるが、病院によっては活用するケースも出てくるだろう。

【図5】看護必要度加算

現行	改定案
イ 看護必要度加算1　30点（15%）	イ 看護必要度加算1　55点（24%）
ロ 看護必要度加算2　15点（10%）	ロ 看護必要度加算2　45点（18%）
（新設）	ハ 看護必要度加算3　25点(新)（12%）

【経過措置】
平成28年3月31日に看護必要度加算1又は2の届出を行っている病棟については、平成28年9月30日までの間、それぞれ看護必要度加算2又は3の基準を満たしているものとする。

編集部にて作成

重症度、医療・看護必要度の経過措置は2016年9月30日まで。7対1病院は、半年間で何をすべきか

一般病棟の重症度、医療・看護必要度の変更に伴い、2016年9月30日まで経過措置が設けられた。7対1病院であって重症患者割合が25%を満たさない病院にとっては、この半年間の間が非常に重要な意味を持つ。では、この半年間で何をすべきなのだろうか。

この半年間で、以下のように施設基準の転換を完了させなければならない。

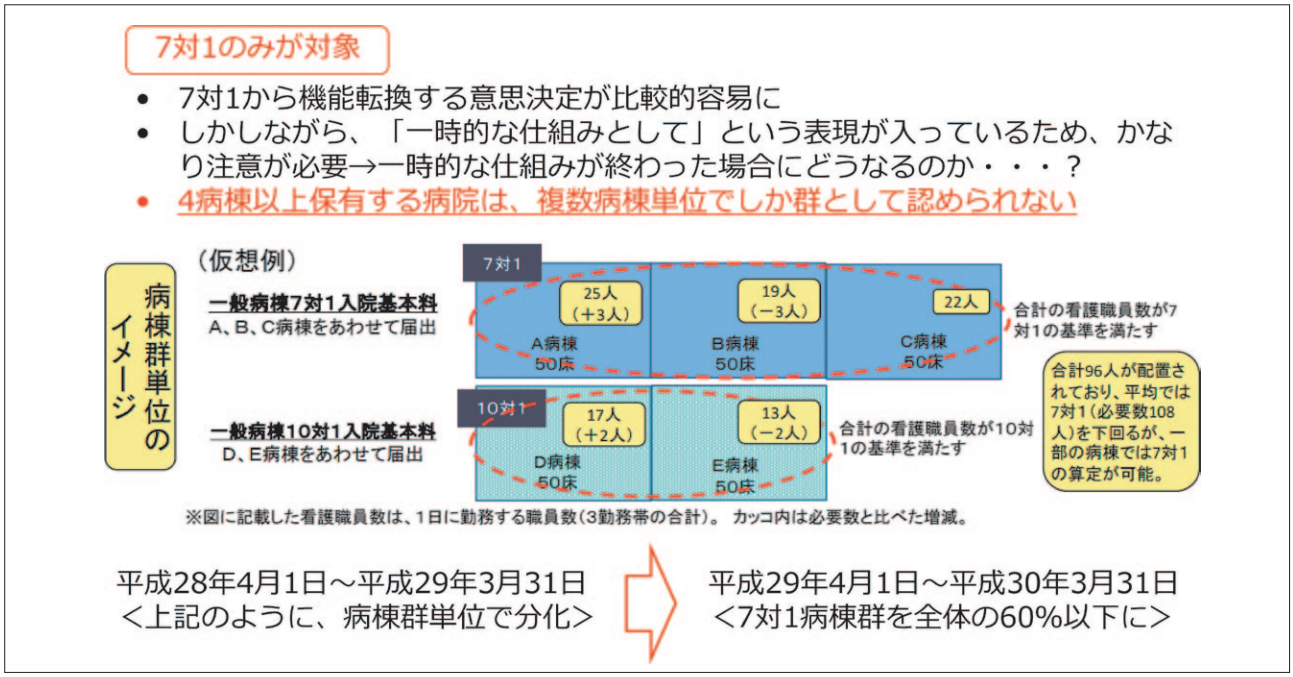
1. 病院の方針を明確にする
2. 病院の方針に沿って、病棟転換先を決定する
3. 病棟転換の準備（実績作りや運用方法の決定等）
4. 転換先の施設基準の届出

7対1病院で重症患者割合が満たさない病院にとって、実は半年の期間というのは非常に短い。例えば、7対1病棟から地域包括ケア病棟に転換する場合、最低でも届出をするための実績作りが3ヶ月間必要となる。そのため、9月末の経過措置を見越して10月1日から地域包括ケア病棟を運用するとしても、遅くとも7月から実績作りをしなければならないのだ。そうなると、意思決定のための時間は4月から6月の3ヶ月間しかない。さらには、地域包括ケア病棟の運用や残された7対1病棟の重症度、医療・看護必要度が25%以上を満たすかどうか等を確認しようとすると、できれば5月頃には実績作りのための準備に入りたい。要するに、意思決定のための時間はそれほど残されていないのだ（図7）。

7対1病院で重症患者割合25%を満たさない病院は、まさに、今すぐにでも病院の方針を決めていかなければならないといえる。

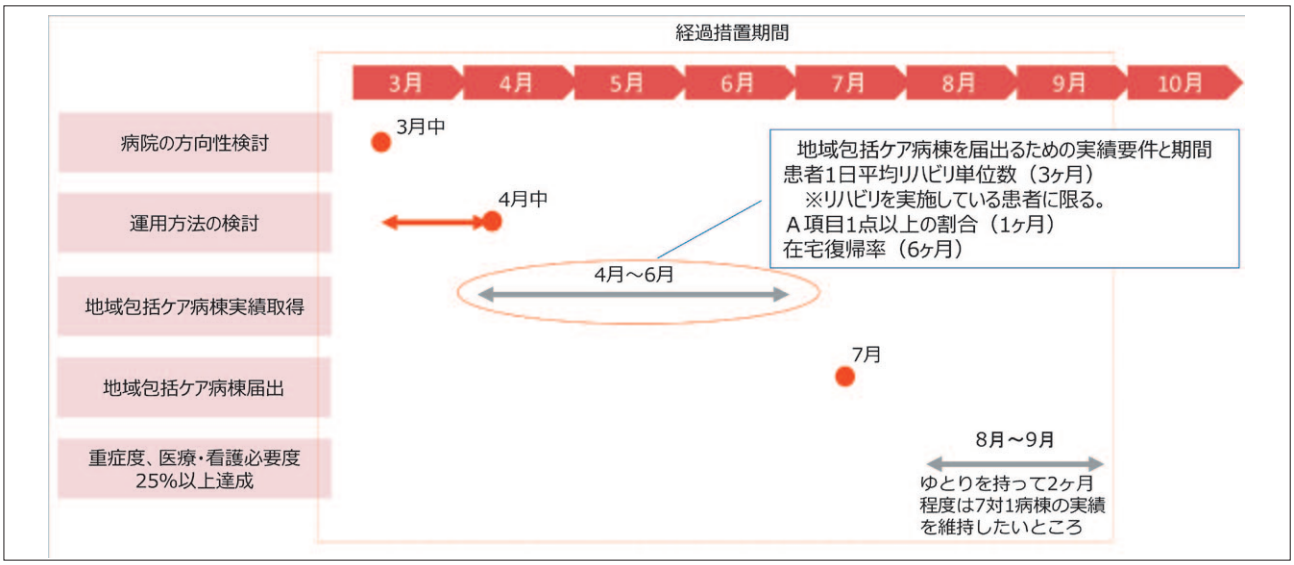
（厚生政策情報センター）

【図6】一般病棟を群単位で基本料を算定することが可能



出典:中央社会保険医療協議会 総会（第318回　2015／12／9）《厚生労働省》

【図7】地域包括ケア病棟転換を見越した準備スケジュール



編集部にて作成