

単価を下げる、(2) 10対1の単価を上げる、(3) (1) と (2) の両方を実施する、が考えられます。改定財源との関係もあり現時点で読み切るのは難しいですが、過去の場合にかんがみれば、少なくとも (2) が行われる可能性が高そうです。

### 重症患者割合の活用方法をそろえるのはどうか

具体的な手法として厚労省は「重症患者割合」に着目しているようです。7対1病棟では、「重症度、医療・看護必要度の評価票にあるABC項目で患者の状態を測定し基準値を満たす患者の割合（重症患者割合）が25%以上でなければならない」といった旨の施設基準が設定されています。一方、10対1病棟では「測定すること」が施設基準として設定され、病棟ごとの重症患者割合に応じて、25～55点の加算（看護必要度加算）で評価されています。

実際の病院における重症患者割合を見ると、10対1病棟では広い分布が見られるのに対し、7対1病棟では「25%以上30%未満」が飛び抜けて多く、ややいびつな分布になっているとわかります（【資料2】）。

中医協の下部組織である診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」では、重症患者割合の活用方法の違いが分布に影響していると指摘し、「指標自体の妥当性や合理性を、十分に検証する必要があります」との見解を固めています。

7対1では、「25%をクリア」することのみが重要で（クリアできなければ7対1の届け出ができなくなる）、重症患者割合を引き上げていくインセンティブが存在しません。一方、10対1では、7対1のような「カットオフ値」（7対1では25

## 重症度、医療・看護必要度が2018年度改定で大きく方向転換の可能性も

### 7対1と10対1で

# 重症患者割合の活用方法をそろえる方向を模索

2018年度の次期診療報酬改定に向けた議論が

中央社会保険医療協議会（以下、中医協）で行われています。

入院医療やDPC制度については下部組織で検討が進み、

具体的な改革後の姿も見え始めてきました。

今回は、▽急性期入院医療、▽地域包括ケア病棟、▽DPC制度——の3つの焦点を絞り込み、改革論議の行方を探ってみましょう。

### 7対1と10対1で患者像に大きな違いはない

厚生労働省（以下、厚労省）が7対1病棟と10対1病棟とで入院患者の状態を詳しく調べたところ、たとえば▽1日当たり包括出来高点数、▽効率性指数、▽複雑性指数——には、相当程度の重複があるとわかりました（【資料1】）。

複雑性指数においては「10対1病棟のほうが若干高め」という状況です。つまり入院患者像について、7対1と10対1とで明確な

違いがない実態が示されています。

一方で、患者ひとり1日当たりの請求点数、つまり単価を見ると、7対1が5,215点なのに対し、10対1では3,748点（2014年11月10日から12月26日のレセプトをもとに厚労省で分析）と大きな開きがあります。入院患者像には明確な違いがないにもかかわらず、単価に大きな開きがある状況は好ましいとは言えません。そこで2018年度次期診療報酬では、7対1と10対1との単価の格差が是正されていくのではないかと予想されます。手法としては（1）7対1の

%) こそありませんが、重症患者割合に応じた加算が設けられているため「重症患者割合を高めていこう」という意識が醸成されます。

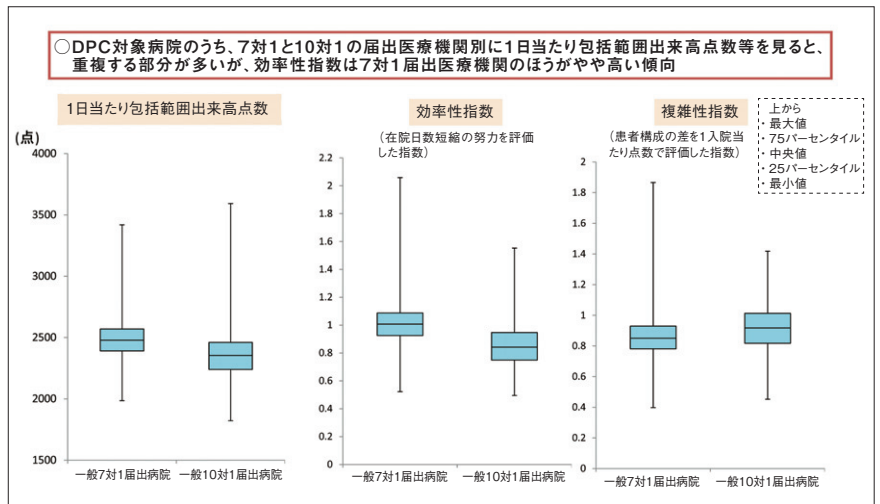
実際に、2018年度改定に向けてどのような見直しが行われるのかについては今後の議論を待つ必要がありますが、筆者は「7対1、10対1のいずれでも最低ラインの施設基準として重症患者割合を用いるとともに加算できめ細かく評価する」方法も考えられると見通しています。たとえば「10対1病棟では施設基準（最低ライン）として、重症患者割合10%以上を設定し、15%以上、17%以上、20%以上などを満たせば各々加算で評価する。7対1病棟では施設基準（最低ライン）として25%以上を設定し、27%以上、30%以上などを満たせば各々加算で評価する」といった設定が考えられるかもしれません。さらにベースとなる入院基本料の調整により「なだらかな点数の階段」を設定できれば7対1から10対1へ円滑な移行も期待されます。

なお現在、重症患者割合は「重症度、医療・看護必要度のABC項目」をもとに計算されますが、現場の負担を考慮し、「診療報酬算定区分」での評価に置き換えられないかが検証されています。

## 地域包括ケア病棟で 自宅等患者の受け入れ促進

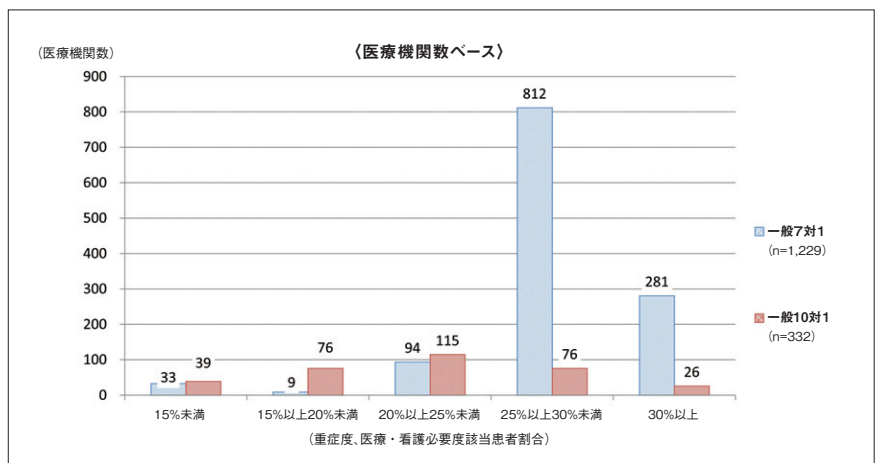
地域包括ケア病棟は、①急性期後患者の受け入れ、②自宅などからの緊急時の受け入れ、③在宅・生活復帰支援の3つの機能を持つ病棟として、2014年度診療報酬改定で新設されました。しかし、厚労省が地域包括ケア病棟入院患者の状況を詳しく調査したところ、▽①の患者が9割を占める病棟が多いが②の患者を一

## 【資料1】7対1と10対1の患者像比較



出典：厚生労働省中医協総会（2017年3月19日）総-6（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000155341.pdf>）

## 【資料2】重症患者割合の分布



出典：厚生労働省入院医療等の調査・評価分科会（2017年9月15日）入-1（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000177538.pdf>）

定程度受け入れている病棟もある、▽①の患者と②の患者とを比べると②のほうが状態が不安定な傾向がある——と判明しました。患者の状態を詳しく見てみると、次のような状況が浮かび上がってきています。

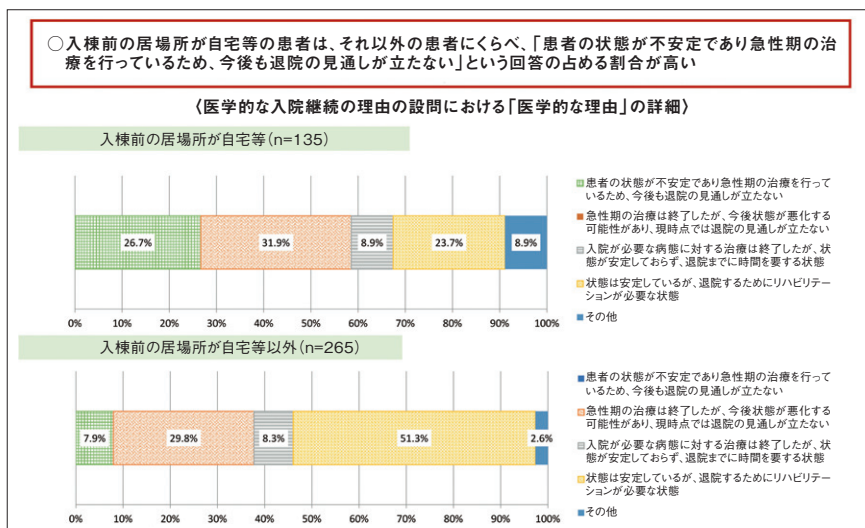
- 状態が不安定で急性期治療を行っているので退院できない患者の割合を見ると、「自宅などからの入院患者」(26.7%)が、「自院の7対1などからの転棟患者」(8.6%)、「他院の7対1などからの転院患者」(3.2%)よりも高い（【資料3】）
- 患者の医療的な状態を見ると「安

定している」患者の割合は、「自宅などからの入院患者」(67.1%)が、「自院の7対1などからの転棟患者」(76.2%)、「他院の7対1などからの転院患者」(70.7%)より低い

• 医学的な要因以外で退院できない患者の割合を見ると、「自院の7対1などからの転棟患者」(17.3%)が、「他院の7対1などからの転院患者」(10.6%)、「自宅などからの入院患者」(8.2%)より高い

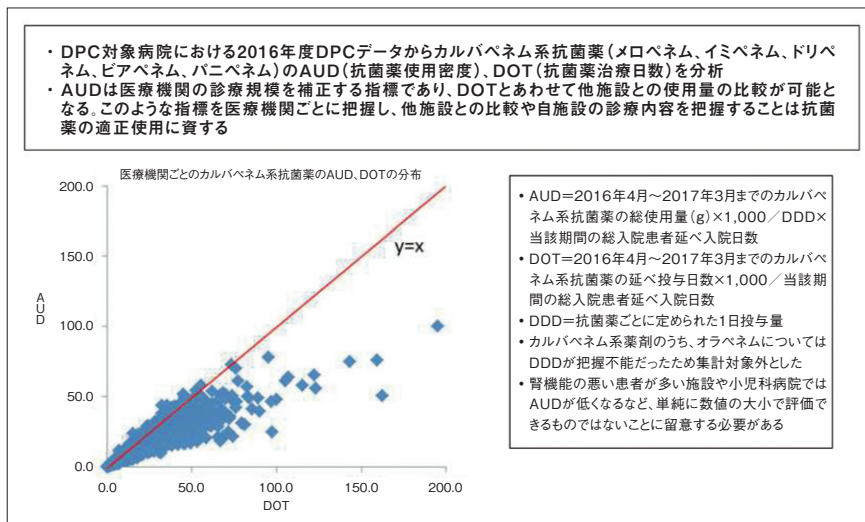
厚労省は具体的な方向性を示していないものの、2018年度改定において「②の患者の評価を手厚くし受

### 【資料3】地域包括ケア病棟入院患者の入院継続の理由



出典：厚生労働省入院医療等の調査・評価分科会(2017年7月21日)入-1 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000171846.pdf>)

### 【資料4】抗菌薬使用状況の分布



出典：厚生労働省DPC評価分科会(2017年9月28日)D-1参考 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000178842.pdf>)

け入れを促進する」ことを狙っていると考えられます。

さらに具体的な評価手法については、「救急・在宅等支援病床初期加算」の見直しが見込まれます。現行の救急・在宅等支援病床初期加算は▽急性期を担う他院の一般病棟、▽自宅、介護老人保健施設、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、有料老人ホームなど、▽急性期を担う自院の一般病棟——からの患者について14日まで1日当たり150点が入

院料に上乗せされるものです。たとえば算定対象を②の患者に限定し、①の患者での算定を不可とすれば、患者ひとり当たり最大2,100点(21,000円、150点×14日)の格差を設けられます。今後、中医協で具体的な点数設計論議が行われるでしょう。

### DPC機能評価係数IIを大幅に見直す

DPC改革については診療報酬調査

専門組織「DPC評価分科会」で議論が進められており、これまでに「3つの医療機関群は維持する(ただし名称の見直しを検討)」、「機能評価係数IIについて大きな見直しを行う」、「暫定調整係数の機能評価係数IIへの置き換え完了にとまない、現在の激変緩和措置は廃止する」といった方針が固められています。

まず機能評価係数IIの見直し方向を確認すると、次のようになっていきます。

#### 〈保険診療指数〉

- 部位不明・詳細不明コードの使用割合について、現在の「20%以上で0.05点減算」を「10%以上で0.05点減算」へと厳格化する

- 未コード化傷病名の使用割合について、現在の「20%以上で0.05点減算」を「2%以上で0.05点減算」へと厳格化する

- 病院情報の公表について、項目の一部見直し(▽DPC別患者数、▽診療科別主要手術別患者数——などで上位3項目の記載を必須とし、5項目まで記載可能とするなど)を行うとともに、「抗菌剤の使用状況を地域単位で比較可能としてはどうか」といった検討を行う(厚生省は耐性菌対策の一環として抗菌剤の適正使用を掲げており、地域の状況をDPCデータとして見える化する方向で検討を行っている、【資料4】)

- I群の「指導医療官派遣による加算」を廃止する

- II群の「精神科病床未設定の場合の減算」を廃止する(地域医療係数での評価を検討する)

#### 〈効率性指数〉

- 現時点で大きな見直しは検討されていない

#### 〈複雑性指数〉

- 現時点で大きな見直しは検討されていない

### 〈カバー率指数〉

・中小規模の専門病院に配慮した特例（最低値を「全体の30パーセント値」とする）について、各指数が独立のものである（専門病院ではカバー率は低くなるが、効率性は上げやすい。総合病院はカバー率は高くなるが、効率性は低くなりがちである）といった点を再確認し、特例を行わないこととする

### 〈地域医療指数（体制指数）〉

・医療計画の見直しや、評価項目の公平性（現在は、がん医療や脳卒中は2項目で評価されているが、へき地医療は1項目でしか評価されていない、など）を考慮し、次のような見直しを行う。

#### 〔がん〕医療の評価

▶現在の「がん地域連携」と「がん診療連携拠点病院」の2項目を統合し、ひとつの評価項目とする

▶現在のB005-6-2「がん治療連携指導料」は、「他院での計画にもとづく診療」でも算定可能なため急性期入院医療の評価軸として不適切な可能性もあり、評価項目から削除する

▶将来的に「診療ガイドラインにもとづく治療実施割合」などの評価も

#### 検討する

#### 〔脳卒中〕医療の評価

▶現在の「脳卒中地域連携」と「24時間t-PA体制」の2項目を統合し、ひとつの評価項目とする

▶「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」が段階的な評価となるようにする

#### 〔心筋梗塞などの心血管疾患〕医療の評価

▶対象疾患を「心筋梗塞などの心血管疾患」とする（第7次医療計画に沿う）

▶現在の評価軸（PCIなどの実績）に加え「急性大動脈解離の手術実績」も評価軸とする

▶「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」が段階的な評価となるようにする

#### 〔精神疾患〕医療の評価

▶現在の評価軸（A230-3「精神科身体合併症管理加算」、またはA311-3「精神科救急・合併症入院料」の施設基準取得）を維持するが、より重篤な診療実態のある精神科救急・合併症入院料を高く評価する

#### 〔災害時における医療〕の評価

▶現在の「災害時における医療」と

「EMIS参加」の2項目を統合し、ひとつの評価項目とする

▶評価軸として、現在の「災害拠点病院」や「DMAT指定」、「EMIS参加」に加えて「事業継続計画（BCP: Business Continuity Plan）策定」も評価軸とする

▶引き続き、「新型インフルエンザ等対策にかかる指定地方公共機関の指定」の評価軸化を検討する

### 〈救急医療指数〉

・救急医療管理加算の見直し検討状況（入院医療分科会や中医協総会で議論）を踏まえ、定義の妥当性などを検討する

### 〈後発医薬品指数〉

・廃止し、「後発医薬品使用体制加算」の中で評価していく（機能評価係数Iとして評価される見込み）

### 〈重症度指数〉

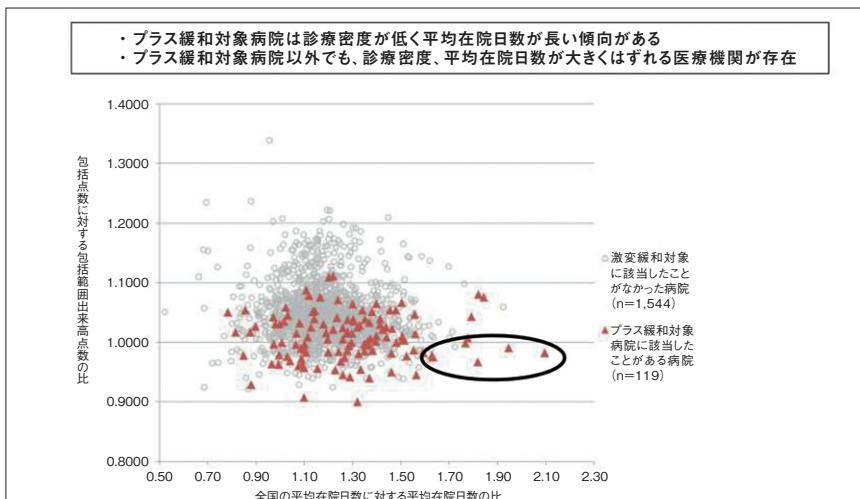
・廃止する

## 診療密度が低く、在院日数が長い病院はDPCからの退出も

激変緩和措置については、「現在の措置」は廃止されます。

しかし、診療報酬改定の影響を受けて経営が難しくなる病院があるのも事実であり、新たに「改定年度1年限りの激変緩和措置」が新設される見込みです（現在は、2年間の措置）。この点に関連して厚労省は、「診療密度が著しく低く」、「平均在院日数が著しく長い」病院について、「そもそもDPCへの参加が適切なのか」との考えのもと、2018年度改定で「退出基準」を新たに設定する方向で検討を進めています（【資料5】）。

### 【資料5】診療密度、平均在院日数の分布



出典：厚生労働省DPC評価分科会（2017年9月28日）D-2参考（<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000178845.pdf>）



医療ジャーナリスト

鳥海 和輝