発行：バイエル薬品株式会社　制作・編集：メディキャスト株式会社

バイエル薬品がお届けする最新の医療政策情報です

BAYER Medical News

特　集　診療報酬改定から読み解くこれからの入院医療と連携の視点

診療報酬改定から読み解くこれからの入院医療と連携の視点

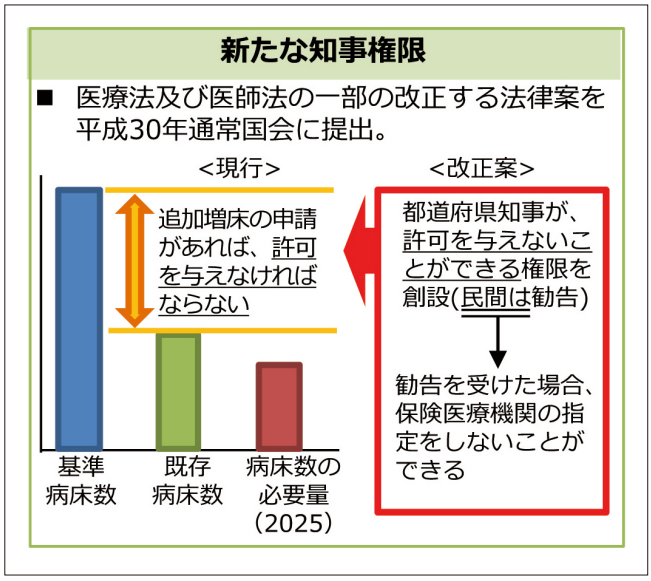
■診療報酬改定後、注視していきたい地域医療構想

今回の診療報酬改定を振り返ると、大きく3つのポイントで構成されていることがわかる。具体的には、▽地域包括ケアシステムの構築～かかりつけ医機能の普及・強化～、▽地域医療構想を後押しする入院医療の評価の見直し、▽働き方改革、の3つだ。

また、2018年度は「惑星直列の年」ともいわれている。「惑星直列」とは、先述した診療報酬と介護報酬の同時改定だけではなく、医療計画や医療費適正化計画などの見直しや、医師・看護師の需給見通しも明確にされるなど、医療・介護に関するこれからの政策の元年ともなる年であることを示す。これまでの医療政策は、2006年の小泉政権による聖域なき構造改革で形がつくられ、2011年の社会保障・税一体改革と2025年ビジョンに基づき進められている。その中で、今後の医療提供体制に大きな影響力を持ってくるのが地域医療構想だ。

地域医療構想とは、二次医療圏を基本に考えられた「構想区域」内における2025年までに整理すべき必要病床数を、病床の種類毎（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に設定するもの。あくまでも、医療計画の一部である。そのため、国ではなく、都道府県が主体となって整備していく。そこで、この4月からは国民健康保険の管理を市町村だけではなく都道府県も一体となって行うこととなり、財源も含めてこれからの医療提供体制は都道府県が管理、実行していくこととなる。さらに、現通常国会で審議されていることだが、地域医療構想の実現可能性を高めるために、都道府県知事の権限をさらに高めることとなっている。具体的には、民間病院からの追加増床等に関する要望に対して、許可を与えない勧告の権限を与える、というものだ（図表1）。なお、民間病院が勧告を受け

図表1　都道府県知事の権限を強化へ



（出典）社会保障制度改革推進会議（第8回　5／28）《内閣府》より抜粋

入れなかった場合、都道府県は保険医療機関の指定を取り消すことができる。

ここで、確認しておきたいのが基準病床数と必要病床数の考え方だ。基準病床数とは、現状の病床稼働率などを踏まえた一定の計算式に基づき算出されるもの。必要病床数とは、人口動態等を踏まえた地域医療構想における2025年に必要とされる病床数だ。そのため、現在の基準病床数と、将来の病床需要である必要病床数には乖離があり、将来のあるべき姿を実現するためには、必要病床数に合わせる必要がある。多くの地方都市では必要病床数が基準病床数を下回っているが（図表1）、従来は、基準病床数の範囲内であれば追加増床が可能であり、都道府知事は追加増床を断ることができなかった。今回の都道府県知事の権限強化にはこうした背景がある。診療報酬改定の影響と地域医療構想の今後の動向も確認しつつ、これからの入院医療の方向性について確認していこう。

■入院医療の動向

200床を境とし、回復期機能の病床の有無で、病院がとるべき大まかなポジショニングを整理した（図表2）。

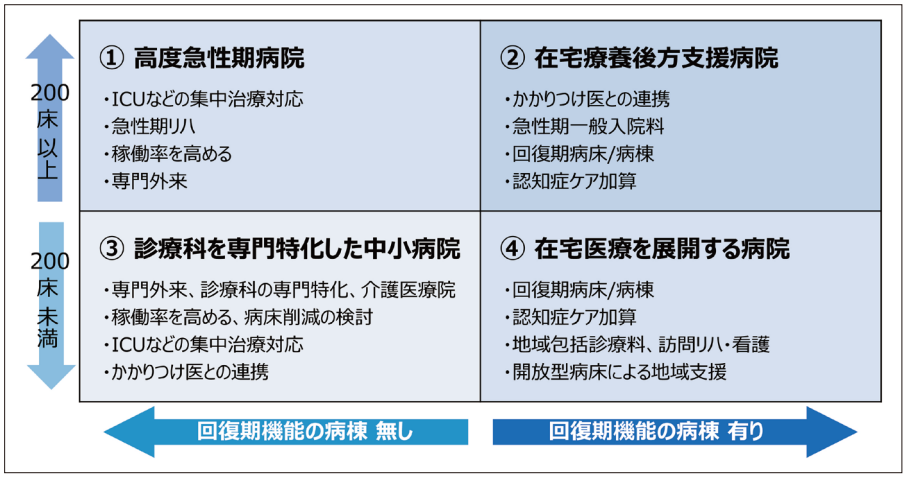
200床以上の病院においては、高度急性期（図表2-①）または地域のバックアップ病床として在宅療養後方支援病院（図表2-②）を担っていくことが求められる。一方、200床未満の病院においては、回復機能を持つ（図表2-④）ことで在宅までを自院の病床と見立てた取り組みをしていくことが求められている。なお、診療科や病床機能を専門特化していく病院（図表2-③）もある。急性期領域に専門特化していくのであれば稼働率を上げていく必要があり、回復期や慢性期の領域に専門特化していくのであれば、200床以上の病院からの受入など強化していくことが必要だ。とるべき方向性によって、医療従事者の働き方なども変わってくることが考えられる。病院だけではなく、医療従事者自身もこれからのあり方を見据え、ポジショニングを決め、どういった知識や技能が求められるのかを考え、身につけていく取り組みが必要だ。

在宅療養後方支援病院（図表2-②）には、かかりつけ医との連携が必須となる。事前に病院と患者との間で、緊急時には当該病院に入院することを取り決めしておくことが求められる。患者だけではなく、在宅医療に取り組む医療機関をサポートするものといえる。そのため、近隣で在宅療養支援診療所や在宅時医学総合管理料の届出、地域包括診療料など、在宅や外来のかかりつけ医機能を持つ医療機関に対する積極的な働きかけが重要となってくる。

■連携の視点から

病院の立ち位置を明確にしたとしても、当然のことながら、患者の流れがすぐに変わるわけではない。病院の立ち位置を地域で周知してもらうために、近隣の医療機関に対する広報が必要となる。近隣の医療機関と連携を推進していくためには、連携が診療報酬上の評価にもつながることを合わせて伝えていくことが重要だ。例えば、今回の診療報酬改定で「退院支援加算」から名称変更された「入退院支援加算」では、予定入院や、地域医療連携クリティカルパスを活用することで評価に

図表2　200床・回復期病棟の有無で変わる入院医療の方向性



編集部にて作成

つながる。予定入院については、「入院時支援加算」という評価がある。すでに入院が決まっている患者に対して、手術等に関する説明や持参薬に関する確認を事前に行い、実際に入院から退院に至ることで評価されるものだ。さらに地域医療連携パスを利用した連携ネットワークをあらかじめ構築し、その地域医療連携パスを利用した患者が、当該病院から退院し、翌月までに連携先医療機関にて診療等を受け、連携元の病院に情報提供することで、連携先となる医療機関でも診療報酬で評価が得られる。

今回は診療報酬だけではなく、介護報酬も同時に改定されている。この介護報酬においても、介護支援専門員（ケアマネジャー）を基点とした病院との連携で評価されるものがある。とりわけ、退院に向けた早急介入が連携促進のポイントだといえる。医療機関としても、地域の介護支援専門員との情報共有などより密にしていくことが求められるだろう。

さらに、連携においては減薬の視点を取り入れることがポイントだといえる。前回の診療報酬改定から、内服薬6種類以上を服用している患者を2種類以上減薬することで評価されるようになったが、今回の診療報酬改定でもさらに拡大され、かかりつけ医からの情報提供を起点とする新たな減薬に関する評価ができている（図表3）。具体的には、かかりつけ医機能を持つ医療機関から患者を病院や介護老人保健施設に紹介する際に、薬歴や処方情報を同時に提供し、入院・入所期間中に1種類以上減薬し、そのまま退院・退所し、かかりつけ医に連絡があった場合に算定できるもの。前回改定で誕生した減薬の評価であるが、積極的な取り組みが少なかったといわれている。その理由として考えられるのが、かかりつけ医の了承なくして、減薬はできない、というものだ。

今回の新たな評価は、そうした課題への対応といえる。当然ながら一定要件を満たすことにより、入院期間中の減薬で病院も評価が得られることとなる。先述した予定入院を評価する診療報酬を活用していくことで、病院にとってはさらなる評価につながり、減薬対象患者のスクリーニングにもなるため、病院から、かかりつけ医機能を持つ医療機関に積極的に働きかけていくことが重要だといえよう。

なお、減薬対象患者のスクリーニングをするためにも、同一薬効群の医薬品の有無から確認していくことがポイントといえる。患者は、同一薬効群の医薬品であっても、名前が異なれば別の医薬品と思い、重複して服用していることは決して少なくない。減薬するということは、患者の症状が今より悪化しないように、本当に必要とされる薬だけに絞り込み、確実に飲み続けてもらうことが目的である。

闇雲に減薬するのではなく、減薬可能な患者を選ぶという視点が必要だ。

■介護医療院という新たな在宅復帰先

地域医療構想では、新たな在宅ニーズが30万人程度出てくるものと想定している。現在、全死亡者のうち自宅・施設で亡くなる方の割合は、合わせて2割となっている。今後、本格的な多死社会が訪れ、終焉の場所をめぐる問題が起きてくる

図表3　減薬に関する評価一覧と配合剤利用の場合の評価

管理料等（加算）（種別）	算定要件	点数(単位)算定時
薬剤総合評価調整管理加算 （医科・入院）	入院前に６種類以上の内服薬が退院時に２種類以上減少	**250 点** （退院時に１回）
薬剤総合評価調整管理料 （医科・外来/在宅）	６種類以上の内服薬が２種類以上減少	**250 点** （月１回に限り）
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算 （医科・外来/在宅）	外来･在宅の医療機関と別の保険医療機関又は薬局との連携で減薬に繋がった場合に評価	**50 点** 上記算定時
薬剤適正使用連携加算 （医科・かかりつけ医）	かかりつけ医機能の医療機関から処方内容と共に連携された患者が入院中に１種類以上減薬でき、かかりつけ医に連絡あれば加算	**30 点** （退院日又は翌月までに１回）
服用薬剤調整支援料 （調剤）	６種類以上の内服薬の処方が２種類(うち保険薬剤師の提案により１種類以上)減少	**125 点** （月１回）
かかりつけ医連携薬剤調整加算 （介護保険・介護老人保健施設）	かかりつけ医と連携して、老健医師による６種類以上の内服薬が１種類以上減少	**125 単位/日** （退所時）

2018年4月10日時点の情報に基づき、編集部にて作成

ことを考えると、そうした場所の確保・整備が急務だ。

このような問題に対応すべく、2018年に誕生したのが介護医療院で、既存の療養病棟入院基本料2や介護療養病床からの転換先として大きな期待が寄せられている。

介護医療院とは病院ではなく、介護保険施設であるが、同時に医療提供施設でもある。これは、介護老人保健施設にとっては、改めて在宅復帰機能を強化しなければならないという本来あるべき姿への「純化」を促すものとなるだろう。また、介護医療院は医療機能を持った住まいであり、看取りまで担う施設である。医療機能が主に外付けとなっている介護老人福祉施設（特養）にとってみれば、看取りに関する意識を高めていかなければ、今後生き残れなくなる可能性がある。介護医療院の誕生は、地域医療構想の実現にも大きく貢献し、最期の場所をめぐる問題の重要な選択肢の一つとして、今後大きな期待が寄せられていくだろう。

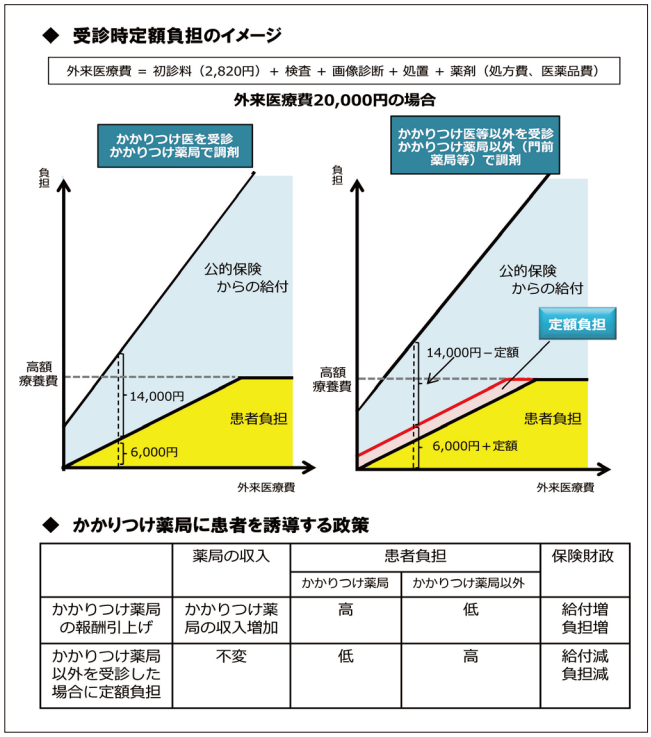
■さいごに

6月15日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2018（骨太の方針2018）」では、急性期入院医療における2018年度診療報酬改定の影響を踏まえた今後の改革の方針を明確にすることや、外来における受診時定額負担の導入（図表4）の検討が促されている。

受診時定額負担とは、かかりつけ医以外に受診する場合、別途少額の自己負担が発生するというものだ。しかしながら、今回の診療報酬改定ではかかりつけ医への初診でも80点の加算（機能強化加算）が算定されることとなっていることから、金額に差はあれども、外来受診における軽症者の自己負担のあり方については、大きな見直しの方向性が考えられる。

今後は、地域医療構想調整会議も進み医療提供体制のあり方が本格的に議論されていく。骨太の方針2018においても、病床数のダウンサイジングを支援する取り組みが追加の施策として盛り込まれた。今回の診療報酬改定の影響なども踏まえ、病院だけではなく、診療所においてもかかりつけ機能なのか、専門機能なのか、地域における役割を明確にしていくことがより重要となり、その意思決定を早く進め、地域における認知度を高めていくことが重要となってくるだろう。

図表4　受診時定額負担の導入イメージ



◆ かかりつけ薬局に患者を誘導する政策

	薬局の収入	患者負担		保険財政
		かかりつけ薬局	かかりつけ薬局以外	
かかりつけ薬局の報酬引上げ	かかりつけ薬局の収入増加	高	低	給付増 負担増
かかりつけ薬局以外を受診した場合に定額負担	不変	低	高	給付減 負担減

（出典）新たな財政健全化計画等に関する建議（5／23）《財務省》より抜粋、一部編集

本資料は、メディキャスト株式会社がバイエル薬品株式会社との契約に基づき作成、監修し、医療機関及び福祉・介護事業者向けの一般的な情報提供を目的としたものです。内容に関する一切の責任は、メディキャスト株式会社に帰属します。また、この資料のいかなる部分も一切の権利はメディキャスト株式会社に所属しており、電子的又は機械的な方法を問わず、いかなる目的であれ無断で複製又は転送等はできません。使用するデータ及び表現等の欠落、誤謬等につきましてはその責めを負いかねます。なお、内容につきましては、情報の提供を目的として一般的な法律・税務上の取り扱いを記載しております。このため、諸条件、行政指導等に係る事項については都道府県により本資料の内容とは異なる取り扱いがなされる場合がありますのでご留意ください。対策の立案・実行は税理士・弁護士等の方々と十分ご相談の上、ご自身の責任においてご判断下さいますようお願い申し上げます。

バイエル
発行：バイエル薬品株式会社
大阪府大阪市北区梅田 2 - 4 - 9 ブリーゼタワー
http://byl.bayer.co.jp/