

2020年度診療報酬改定の影響と対応策

Part2 シミュレーション

後方支援病院は 「地域」での役割の再考を

(株)川原経営総合センター

病院コンサルティング部 コンサルタント 中村匡志 (作業療法士)

令和2年度診療報酬改定は、急性期病床と同様に、回復期病床（地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟）と療養病床も施設基準が厳格化されたことが特徴です。それぞれの施設基準の要件の変化から見てくるものは、後方支援病院それぞれが地域包括ケアシステムの構築に向けて「地域」とどのようにかわるべきなのか、病院の運営を再考しなければならないということです。

地域包括ケア病棟に求められた 「在宅」とのつながりの重要性

地域包括ケア病棟の施設基準として、主に以下の内容について変更がありました。

【共通】

- ・重症度、医療・看護必要度（以下、必要度）の該当患者を必要度Ⅰで10%から14%、必要度Ⅱで8%から11%に引き上げ
- ・入退院支援および地域連携業務を担う部署の設置に加えて、人的要件（十分な経験を持つ専従の看護師または社会福祉士の配置）の厳格化

【許可病床数400床以上の医療機関】

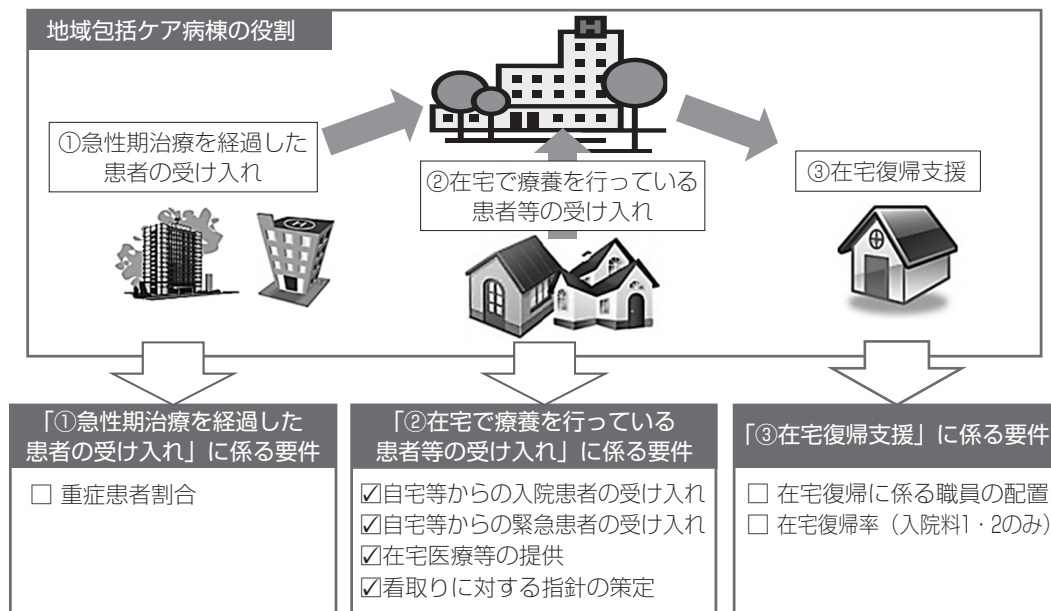
- ・地域包括ケア病棟の新設は不可（令和2年3月31日時点で届け出ている場合には維持）
- ・同一医療機関内の一般病棟からの転棟患

者の割合を60%未満に制限

【地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1、3】

- (ア) 該当病棟において、入院患者に占める自宅等から入院したものの割合を10%から15%以上に引き上げ
- (イ) 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受け入れ人数を、前3カ月間において3人以上から6人以上に引き上げ
- (ウ) 2つ以上を満たす選択肢を、4つから以下の6つに変更
 - ①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）および（Ⅱ）を前3カ月間において30回以上算定している
 - ②在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料または精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）を前3カ月間において60回以上算定している

図表1 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の役割（厚生労働省より）



✓：地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1・3における実績要件（新規）

※上記のほか、地域包括ケアに係る機能等に関連した要件がある

③訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費を前3カ月間において300回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されている

④在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前3カ月間において30回以上算定している

⑤介護保険法に規定する訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護または介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が併設されている

⑥退院時共同指導料2を前3カ月間において6回以上算定している

※入院医療管理料1・3は、(ア)病床数

が10床未満の場合には、前3カ月間において6人以上であること。

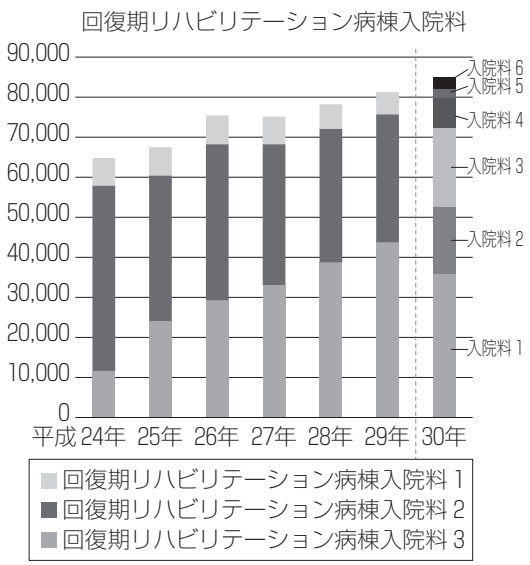
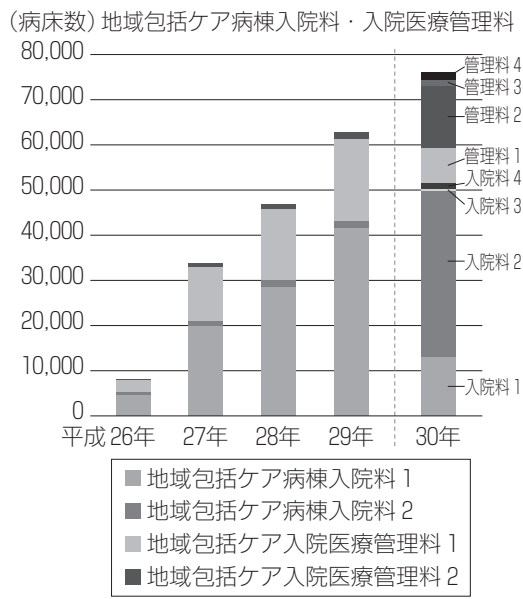
今改定で特に議論がなされていたのは、地域包括ケア病棟の3つの役割である①急性期治療を経過した患者の受け入れ、②在宅療養を行っている患者等の受け入れ、③在宅復帰支援を推進すること、でした（図表1）。

地域包括ケア病棟の病床数は平成26年度から年々増加を続けていますが（図表2）、多くの病院では、「①急性期治療を経過した患者の受け入れ」として、自院からの転棟（転室）先として活用されていました（図表3）。

その要因として、急性期病院における施設基準の厳格化によって必要度の確保や平均在院日数の調整、診療単価を踏まえたベッドコントロールの一環として、地域包

図表2 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出状況（厚生労働省より）

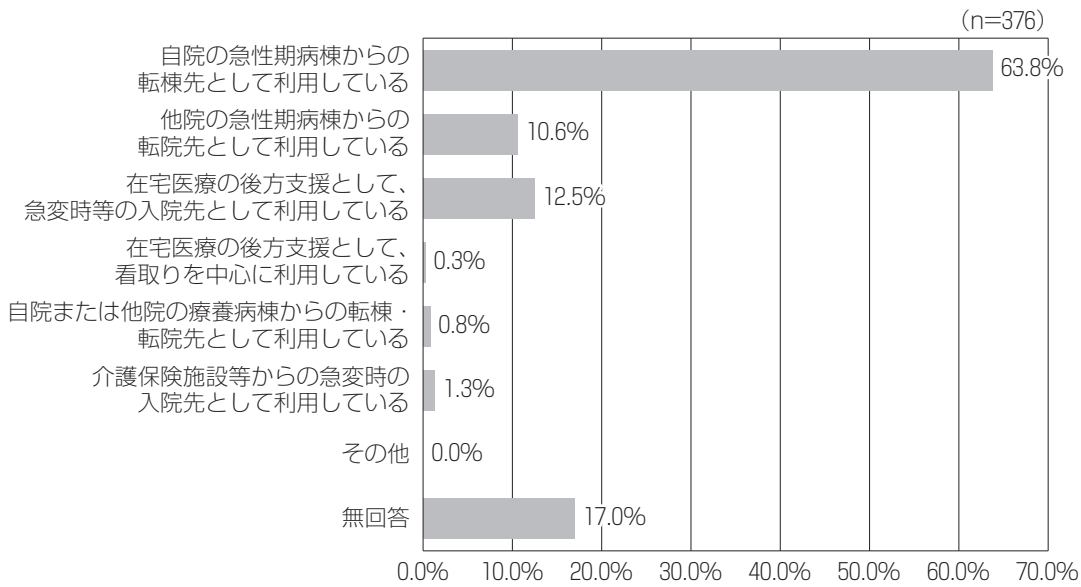
○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向
 ○回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数は増加傾向



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

図表3 地域包括ケア病棟・病床の利用に係る趣旨について（厚生労働省より）

○地域包括ケア病棟・病室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転棟先として利用している」が最も多く、次いで、「在宅医療の後方支援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。



出典：平成30年度入院医療費等の調査（施設票）

図表4 許可病床400床以上の転棟制限における影響
(平成29年度DPCデータより)

地域包括ケア病棟へ転棟した患者割合平均 (2.53%)

	対象 医療機関	分析 対象数	想定地域包括 ケア転棟者数	60%未満 の場合	差
北海道	29	266,294	6,729	6,051	678
青森	7	61,913	1,565	1,407	158
宮城	10	109,822	2,775	2,496	280
新潟	12	105,471	2,665	2,397	269
茨城	11	98,165	2,481	2,231	250
東京	61	753,802	19,049	17,130	1,919
愛知	34	442,959	11,194	10,066	1,128
大阪	40	456,096	11,526	10,365	1,161
山口	6	56,835	1,436	1,292	145
福岡	25	253,235	6,399	5,755	645
鹿児島	4	35,360	894	804	90

地域包括ケア病棟へ転棟した割合が60%を超えた部分を
59.9%に修正した場合の転棟患者割合 (2.27%)

括ケア病棟(病床)が活用されたことが想定されます。

入院料1、3では自宅等から入院した患者割合が10%から15%に引き上げられたことから、今後、地域包括ケア病棟(病床)は自院で完結するのではなく、他の急性期病院や在宅など、「地域」との関係性を重視することが求められている病棟機能だといえます。

また、400床以上の医療機関は自院からの転棟が60%未満に制限されたことで、ある一定数の患者は地域包括ケア病棟へ転棟できず、別の選択を迫られます。

「DPC導入の影響評価に関する調査」(厚生労働省)の平成29年度集計結果(以下、集計結果)をもとに、一部の都道府県における影響をシミュレーションしました(図

表4)。

集計結果では、一般病棟から転棟する患者の中で地域包括ケア病棟へ転棟する患者は、医療機関群別でⅠ(大学病院本院群):0%、Ⅱ(特定病院群):29.95%、Ⅲ(標準病院群):69.97%、準備病院:65.05%(全件数から地域包括ケア病棟へ転棟する患者割合は全体の2.53%)でした。

これを転棟割合が60%を超えているⅢ(標準病院群)と準備病院の割合を59.9%として、改定前後で地域包括ケア病棟へ転棟できない患者数を算出すると、東京、愛知、大

阪では1,000人を超える患者が「地域包括ケア病棟への転棟」ではなく、別の選択肢を探さなければいけないこととなります。

自院からの転棟が60%以上に該当する医療機関では、退院経路として連携している地域包括ケア病棟を有する医療機関、またはこれまで連携をとっていなかった医療機関との関係づくりが求められます。

一方で、回復期機能を有する医療機関は新たな患者を獲得できる可能性があるため、今回の改定で影響を受けるであろう医療機関の連携部門との関係性について、改めて確認してください。

DPC対象病院での算定基準が DPCに統一される影響

直接の入院基本料の点数ではありません

図表5 DPC対象医療機関 地域包括ケア病棟の算定要件変更に伴う収支シミュレーション

【対象病院】
 急性期一般入院料1（約300床）
 地域包括ケア病棟入院料2（約40床、1病棟）
 対象：1カ月間に退院した地域包括ケア病棟入院患者68人

純増減点数
▲11,480点

主に診療単価が下がった患者

	I期	II期	III期	在院 日数	転棟日	総増減 点数
急性出血性十二指腸潰瘍	2,462点：(12日)	1,820点：(24日)	1,547点：(60日)	14日間	10日目	▲1,339点
急性上気道炎	2,760点：(4日)	2,160点：(10日)	1,836点：(30日)	7日間	3日目	▲1,160点
老人性嚔下性肺炎	2,762点：(9日)	2,078点：(19日)	1,766点：(60日)	27日間	12日目	▲1,640点
誤嚥性肺炎	2,762点：(9日)	2,078点：(19日)	1,766点：(60日)	17日間	13日目	▲1,385点
老人性嚔下性肺炎	2,762点：(9日)	2,078点：(19日)	1,766点：(60日)	19日間	17日目	▲695点
老人性嚔下性肺炎	2,762点：(9日)	2,078点：(19日)	1,766点：(60日)	39日間	16日目	▲1,090点

主に診療単価が上がった患者

	I期	II期	III期	在院 日数	転棟日	総増減 点数
脳梗塞	2,754点：(8日)	2,035点：(16日)	1,730点：(60日)	28日間	16日目	+547点
心原性脳塞栓症	2,754点：(4日)	2,035点：(16日)	1,730点：(60日)	28日間	14日目	+1,366点
左外傷性慢性硬膜下血腫	2,841点：(4日)	2,174点：(9日)	1,848点：(30日)	12日間	5日目	+2,635点
左外傷性慢性硬膜下血腫	3,546点：(3日)	2,046点：(8日)	1,739点：(30日)	11日間	6日目	+2,349点

が、DPC対象病棟・病室から地域包括ケア病棟へ転棟・転室した場合の算定について、以下のような基準が設けられました。

- ・地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合は、入院期間IIまでは診断群分類点数表に従って診療報酬を算定し、IIを超えた日以降は地域包括ケア病棟入院料を算定する
- ・地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合は、入院期間IIIまでは診断群分類点数表に従って診療報酬を算定し、入院期間IIIを超えた日以降は地域包括ケア入院医療管理料を算定する

「DPC導入の影響評価に関する調査」の平成29年度集計結果では、分析対象病院で地域包括ケア病棟（病室）を有する医療機

関数は2,137となっており、影響を受ける医療機関は決して少なくありません。

弊社クライアントの、ある1カ月間の退院患者データ（68人分）での今改定の影響を、出来高算定も含めて検証してみると、全体として114,800円（月額）の減収となることが分かりました（図表5）。

また、シミュレーションを実施するなかで、今後の運営で考慮すべきことが2つ確認されました。

一つめは、誤嚥性肺炎の患者です。今回のシミュレーションで、主に診療単価が下がった患者の多くは誤嚥性肺炎（DPC算定期間IIで診療報酬が2,000点前後）での入院でした。さらに、この患者の特徴は、出来高算定の項目がほとんどないことでした。

図表6 回復期リハビリテーション病棟入院料 改定による変更点(まとめ)

	実績指数		管理栄養士		データ提出					
	旧	新	旧	新	旧	新				
入院料1	37以上	40以上	望ましい	1人以上	義務	義務				
入院料2		—		望ましい			義務			
入院料3	30以上	35以上			望ましい			義務		
入院料4		—					望ましい		義務	
入院料5	30以上	—						望ましい	200床以上	
入院料6		—							望ましい	200床以上

—：変更なし

従来は、DPC算定期間Ⅱで地域包括ケア病棟に転棟することによって、DPC算定病棟に入院し続けるよりも高い単価を確保していましたが、今回の改定によって1日あたりの入院単価は約7,000円減少することが分かりました。

今後のベッドコントロールのポイントは、誤嚥性肺炎患者が入院する際は直接、地域包括ケア病棟を選択することが望ましいと思われまます。

二つめは、脳血管疾患患者のベッドコントロールです。脳血管疾患では、DPC算定期間ⅠとⅡで2,000点を超える診断群分類が多く、かつ出来高算定としてリハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、初期加算、早期加算）が安定して算定できていました。そのため、地域包括ケア病棟に転棟した患者については、実はDPCで算定したほうが収益を確保できることが分かりました。

脳血管疾患患者への早期からのリハビリテーション実施は必要性が非常に高く、各療法士も積極的に訓練を実施します。さらに、疾患別リハビリテーションの中で、脳血管疾患等リハビリテーション料は最も高

く設定されているため、出来高算定部分を安定して確保できます。

シミュレーションをしてみると、1日あたり入院単価は5,000円以上増加する日もありました。病態や必要度、病院内の事情等もあるため一概にはいえませんが、脳血管疾患患者を地域包括ケア病棟へ転棟させるタイミングは、各医療機関にて今回の改定を機会に、改めて確認が必要となる事項の一つといえるでしょう。

回復期リハビリテーション病棟でさらに求められた「質」への対応

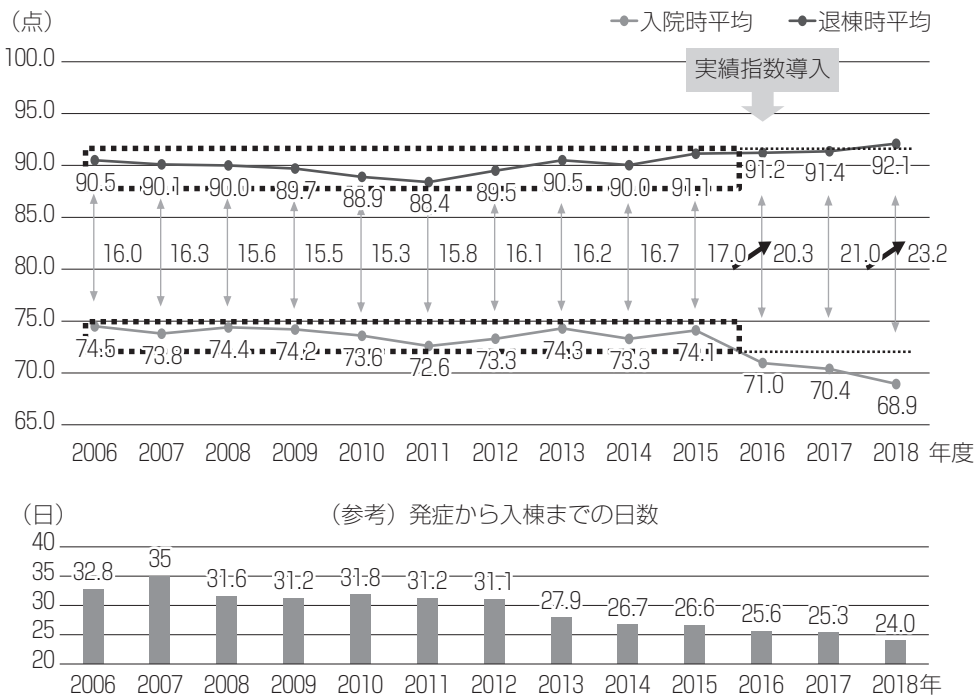
回復期リハビリテーション病棟入院料は大きな変更はありませんでしたが、要件がより厳格になりました。変更点は図表6のとおりです。

今回の改定では、「実績指数の引き上げ」、「管理栄養士の配置」、「データ提出の実施」が算定に関する変更事項です。

近年の診療報酬改定で回復期リハビリテーション病棟は、アウトカムに関する評価が多くなっています。地域医療構想でも、在宅での生活を支援するためのリハビリテーションの必要性について議論されてき

図表7 入退棟時FIMおよびFIM利得の年次推移（厚生労働省より）

○入棟時と退棟時の FIM（運動・認知合計の平均値）の推移を見ると、「入棟時」は2016年度以降やや低下傾向にあり、「退棟時」はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM 利得（運動・認知合計の平均値）の推移を見ると、2016年度以降増加傾向となっていた。



出典：「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（2019年7月）」（一社）回復期リハビリテーション病棟協会

ました。その中で、リハビリテーションに関する議論の焦点は、「量」から「質」へと変化しています。

今回の改定で入院料1と3はFIMの実績指数（ADLの指標）が引き上げられたことで、該当病棟はさらに実績指数を向上させるための取り組みや戦略が求められます。

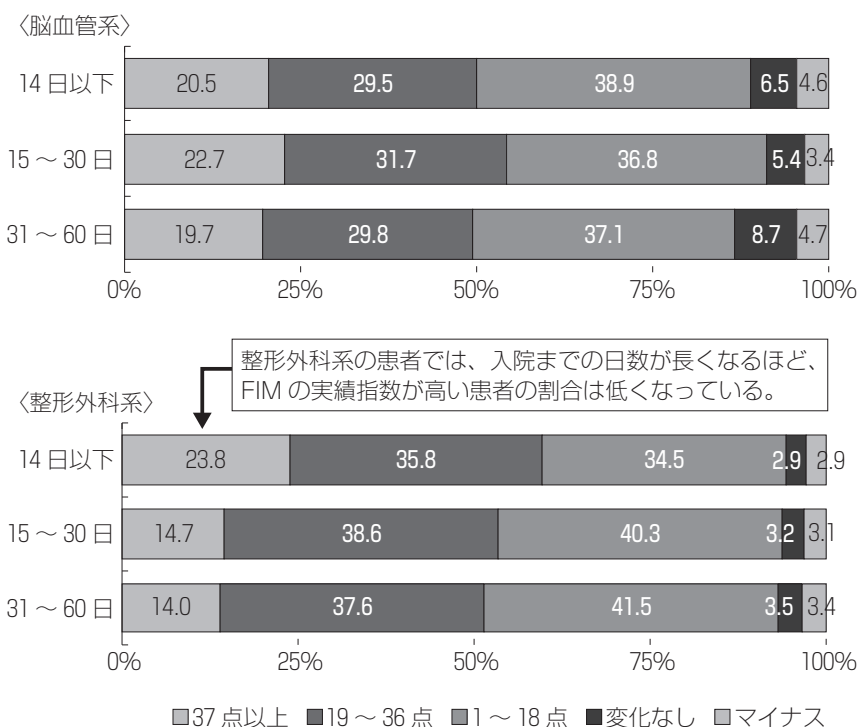
一方、今回の改定には含まれませんが、FIMの実績指数を全入院料に組み込むことや第三者評価を要件に加えること等が一部議論されていました。このため、回復期リハビリテーション病棟は、「質の向上」をどのように確保していくかが今後の

運営の重要な要素といえます。

また、FIMの実績指数向上への対応として、発症から回復期リハビリテーション病棟への入院日数を短縮し、早期からリハビリテーションを提供していた医療機関も多かったと思います。

しかし、注意しなければならない点は、急性期一般入院料の必要度の基準変更の影響です。今回の改定で、C項目の評価対象日数が延長されました。これにより、急性期病棟からの転院（転棟）調整に影響し、早期の転院（転棟）が難しくなる可能性があります。

図表8 疾患・入棟までの日数別 FIMの実績指数ごとの患者割合
(回復期リハビリテーション病棟協会)



図表7のように、発症から入院までの日数短縮とFIMの実績指数の向上には一定の関係があるため、入院までの日数を延長してしまうと、実績指数が基準を下回ってしまう可能性があります。特に、整形外科疾患は、発症から14日以内に入棟した患者のFIMの実績指数が高いため（図表8）、疾患別の入院患者割合を今一度、確認することが重要です。

療養病棟全体に問われた 今後の病床機能の選択

療養病棟入院基本料は、今回の改定で経過措置2が廃止されました。経過措置1は令和4年3月31日まで延長されましたが、点数の減算幅は所定点数の10%から15%に

拡大されました。

厚生労働省によると、経過措置2を算定する医療機関が4施設（157床）であったことを踏まえて廃止したということです。今後、経過措置1の医療機関173施設（8,631床）は、令和4年3月末まで医療療養として残るのか、介護医療院等の介護サービス関係に移行するかの判断が迫られます。

介護医療院への移行状況を見ると、平成31年3月31日から令和元年12月31日までの9カ月間で、病床数は2倍近くになりました（図表9）。

移行前の病床機能等を確認すると、療養病棟入院料1または2の算定病床からの転換が2倍強に増加しています。その他の療養病棟入院基本料（経過措置）でも、医療

図表9 介護医療院 開設状況（厚生労働省作成資料より川原経営総合センター編集）

	平成31年 3月31日時点	令和元年 6月30日時点	令和元年 9月30日時点	令和元年 12月31日時点
I型 療養病床	6,858床	10,346床	11,495床	13,552床
II型 療養病床	3,170床	4,098床	4,566床	5,379床
合計	10,028床	14,444床	16,061床	18,931床
(内 訳)				
介護療養病床（病院）	6,491床	9,594床	10,605床	12,458床
介護療養病床（診療所）	111床	133床	155床	214床
老人性認知症疾患療養病棟（精神病棟）	0床	60床	60床	112床
介護療養型老人保健施設	1,833床	2,215床	2,581床	2,958床
医療療養病床（入院料1、2）	832床	1,433床	1,612床	2,031床
医療療養病床（経過措置）	723床	953床	989床	1,049床
医療療養病床（診療所）	34床	49床	52床	78床
介護療養型医療施設・ 医療療養病床以外の病床	3床	3床	3床	3床
その他のベッド	0床	0床	0床	0床
新設	1床	4床	4床	28床

区分2、3以上の患者確保や看護職員の確保が難しいこと、院内での機能分化を推進する等の理由から、介護医療院へ転換する医療機関も多く存在していることが見てとれます。

今回の改定では、基本となる療養病棟入院基本料1、2について大きな変化ありませんでした。しかし、急性期や回復期での施設基準や算定要件の厳格化、在宅での療養生活を推進する地域包括ケアシステムの推進を考慮すると、今後の改定で療養病棟入院基本料も医療区分の割合や対象疾患について厳格化される可能性は否定できません。

今後の病床機能の選択は、経過措置の医療機関だけでなく、療養病棟を有する多くの医療機関でも考えなければならない事項といえます。

また、今改定の議論の中で、医療区分3

の「中心静脈栄養を実施している状態」が長期にわたって該当する患者が多いことを踏まえ、中心静脈カテーテルを適切に管理することを目的とする基準等が新設されました。

求められる主な内容は、中心静脈カテーテルを使用する際の感染防止に関する指針や感染症発生状況の把握、中心静脈栄養の必要性の記録、患者・家族への情報提供です。どの内容も、現時点で実施している医療機関はあると思いますが、施設基準等が厳格化されたことにより、組織的に取り組むことが必要となります。

地域での役割を踏まえて、経営者は「ビジョン」を現場職員へ辛抱強く伝える

令和2年度診療報酬改定は、入院基本料に限っては点数変更というよりも、基準の

変更であったといえます。機能分化を推進する観点から、機能別に求められる医療提供体制や患者割合、診療実績等が明確化されたことによって問われたのは、「自身の医療機関でどのような医療を提供するのか」という内向きのビジョンではなく、「地域で求められる医療を考える」という外向きの視点を持つことです。

経営層はこれまで以上に地域医療構想や地域住民に強い関心を持ち、自院の運営方針等を決定する必要があります。

また、経営層だけでなく、実際に医療を提供する現場職員も中長期的な展望を踏まえながら臨床にあたることは、組織として円滑な運営を実施するうえで重要な要因です。

しかし、現場職員に対して「地域で求められる役割は〇〇です。だから、われわれは××をしなければならないのです」と単純に伝えるだけでは、思うような組織運営

は実現できません。なぜその役割が必要なのか、その役割を果たさなければどうなるのか等、現場職員は「理由」を求めているからです。

医療機関を取り巻く環境は複雑性を増しているため、現場職員が「理由」を理解できるように、説明に多くの時間と労力を費やすべきでしょう。しかし、経営層がこの努力を怠ると、組織全体で運営に取り組むことは困難です。経営層の皆さんには、現状についての説明を辛抱強く職員に向けて実施し、組織全体が同じ方向性を持って進むことを目指していただければと思います。

2回にわたり病院・病棟機能別の診療報酬の変更点やシミュレーション結果を説明してきました。今回の内容を参考にしながら、各医療機関がどのような選択をするのかの判断材料、そして説明根拠の参考として活用していただけることを願います。