

HOSPITAL Review

発行：MMPG医療・福祉・介護経営研究所 病院経営研究室

発行者：株式会社ユアーズブレン 広島市国泰寺町 1-3-29MR Rデルタビル 3F TEL:082-243-7331

《2022年度診療報酬改定から読み解く入院医療 急性期・回復期・慢性期の今後について》

■2022年度診療報酬改定財源を振り返ると

2022年度診療報酬改定の施行から1か月以上が経過しました。厚生労働省保険局医療課からQ&A形式で発出される令和4年度診療報酬改定の取扱いに係る疑義解釈資料の事務連絡も、5月25日現在で「その9」が発出されるに至っています。

今般の改定では、診療報酬本体の改定率が+0.43%となり、前回である2020年度の改定率+0.55%の約8割に相当する改定率となりましたが、その内訳として、①看護職員の処遇改善のための特例的な対応で+0.20%、②不妊治療の保険適用で+0.20%、③リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化で▲0.10%、④小児の感染防止対策の加算措置終了（医科50点分）で▲0.10%というのが予算編成段階で指定されているという異例のものでした。つまり、改定財源の一部の用途が特定の分野に限定されるスタイルになったわけです。結果として、①②③④以外で用いられる改定財源は+0.23%となりました。

従来であれば診療報酬の改定率は政府が決定し、中央社会保険医療協議会（中医協）において配分を決めるという仕組みでしたが、今回は政府が中医協の頭越しに一部の用途を指定する格好になりました。国民医療費は税金等を財源とする国庫負担が毎年10兆円以上となっていることから、政府が決定するのは当然だという考え方もあるかもしれませんが、改定内容を検討する中医協以外の経済財政諮問会議や財政制度等審議会などで診療報酬改定の骨格が形成され、さらには個別の配分にまで関与が強まるというのは気がかりなところではあります。

■早期退院が求められる急性期入院医療

改定財源が限られている中での診療報酬改定では、前回（HOSPITAL Review 80号）に記した地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料）の「急性期患者支援病床初期加算」「在宅患者支援病床初期加算」などの一部の算定項目を除き、点数そのものは変更なくとも算定要件や施設基準が見直しされるという改定内容が目立ちます。特徴的なものが「重症度、医療・看護必要度」などの実績要件で、頻回に見直しが行われ、次第に要件が厳しくなっています。

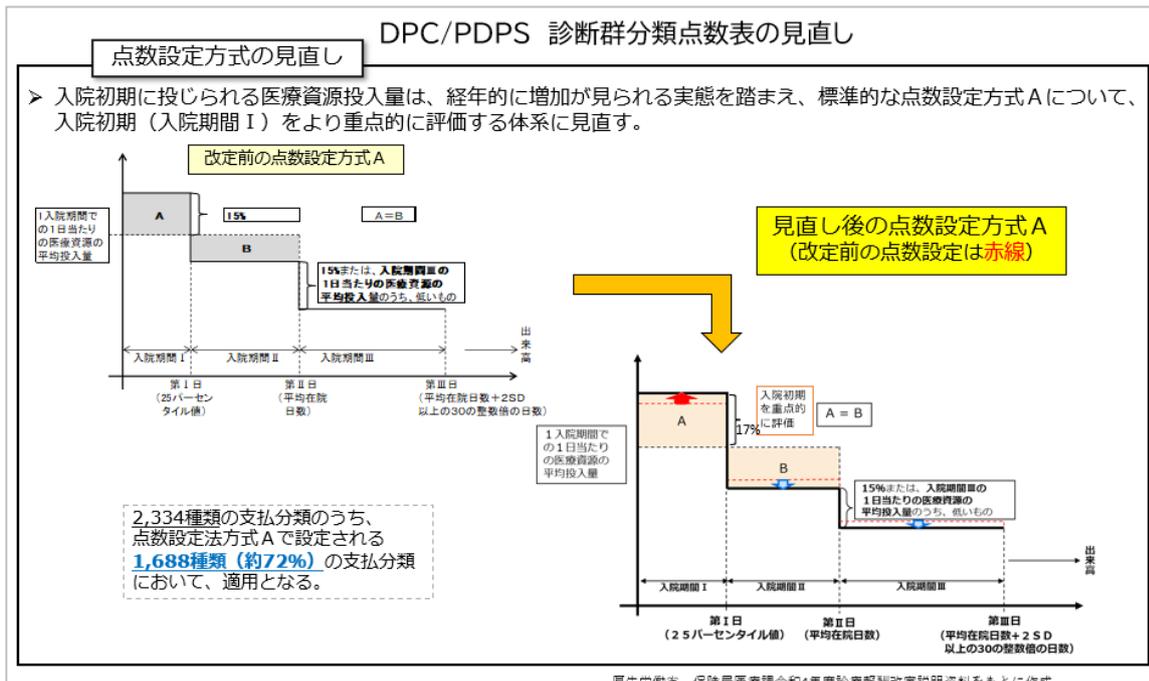
実績要件や算定要件などの見直しは、医療機関が直ちに対応することが困難な場合もあり、経過措置が設けられることも少なくありません。今般の改定でも多数の項目において、今年9月末までの経過措置が設定されています。ひとまず9月までは大きな影響が出る医療機関というのは限定的だと思われます。ただし、急性期入院医療に関しては、実質的に入院期間を短縮させなければ高い点数が算定できなくなる場合もあるので注意が必要です。

【DPC/PDPS 制度】

DPC/PDPSは、診断群分類ごとに設定される在院日数に応じた3段階の定額点数により評価されています。入院初期の医療資源投入量が経年的に増加傾向であることを踏まえて、

入院初期を重点的に評価する体系に見直しが行われました。具体的には、入院初期の評価である入院期間Ⅰの点数を引上げて、入院期間ⅡとⅢの点数を引き下げるという見直しです。これにより診断群分類によっては、入院期間を短縮して効率化を図るとともに、新たな入院患者を確保しなければ収入減となります。

この見直しの適用は点数設定方式Aに該当するものが対象となりますが、2,334種類ある支払分類のうち、7割強にあたる1,688種類に適用されるため、DPC対象病院にとっては影響が大きいことでしょう。今後も同様の見直しが定期的な実施されることになれば、DPC/PDPSの算定対象となる病床のダウンサイジングを検討する病院が出てくる可能性もあります。



【急性期一般入院料と急性期充実体制加算】

急性期入院医療を評価した加算点数として、注目を集めているのが急性期充実体制加算とそのさらなる加算の精神科充実体制加算です。

急性期充実体制加算の1日当たりの点数は、7日以内460点、8日～11日250点、12日～14日180点となっており、それぞれ急性期一般入院料1の1,650点とあわせると、2,110点、1,900点、1,830点となります。精神科充実体制加算でさらに1日当たり30点が加わります。

急性期充実体制加算の対象は、急性期一般入院料1の届出医療機関に限られます。また、施設基準の外来機能分化に係る取組に関する要件として「『病院の初診に係る選定療養の届出、実費徴収の実施』及び『紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上』」又は「紹介受診重点医療機関」のいずれかを満たすこととなっているため、一般病床200床以上というラインが意識させられます。さらに特定集中治療室等の高度急性期の治療室などの設備や、救急搬送件数2,000件/年以上、全身麻酔手術実績2,000件/年以上（緊急手術350件/年以上）等の診療実績が必要なほか、地域包括ケア病棟（病室）や療養病棟、介護老人保健施設等の併設が不可であるなどの要件が多々盛り込まれています。つまり、急性期充実体制加算の要件は、高度急性期・急性期の基幹的役割を担うべき病院像を示したものと考えられます。

急性期充実体制加算は、急性期一般入院料1の上位点数という捉え方もできます。これを図で示すと次のようになります。

急性期一般入院基本料+急性期充実体制加算							
	入院料1 + 加算	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
看護職員	7対1以上（7割以上正看）		10対1以上（7割以上正看）				
「重症度、医療・看護必要度」該当患者割合の基準 上段 必要度Ⅰ 下段 必要度Ⅱ	許可病床200床以上 改定前⇒改定後	31%⇒31% 29%⇒28%	28%⇒27% 26%⇒24%	25%⇒24% 23%⇒21%	22%⇒20% 20%⇒17%	20%⇒17% 18%⇒14%	測定していること
	許可病床200床未満 改定前⇒改定後	31%⇒28% 29%⇒25%	26%⇒25% 24%⇒22%	23%⇒22% 21%⇒19%	20%⇒18% 18%⇒15%		
平均在院日数	14日以内	18日以内	21日以内				
在宅復帰・病床機能転換率	8割以上		-				
その他	医師の員数が 入院患者数の100分の10以上		・入院医療等に関する調査 への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の 届出実績が必要		-		
データ提出加算	○（要件）						
急性期充実体制加算	○	-	-	-	-	-	-
救急搬送2,000件・24時間の救急提供等	○	-	-	-	-	-	-
ICU・NICU・HCU・SCU等治療室の届出	○	-	-	-	-	-	-
全身麻酔手術2,000件等一定以上の実績	○	-	-	-	-	-	-
外来機能の分化（紹介受診重点医療機関又は紹介割合・逆紹介割合による）	○	-	-	-	-	-	-
療養病棟・地ケア病棟の届出無し、一般病棟の病床数は許可病床総数の9割以上（精神病棟除く）	○	-	-	-	-	-	-
その他（平均在院日数14日以内、同一建物内に特養、老健施設、介護療養院、介護療養の設置無し、特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引無しなど）	○	-	-	-	-	-	-
点数	2,110点（7日以内） 1,900点（8-11日） 1,830点（12-14日） 別添、精神科充実体制加算30点あり	1,650点	1,619点	1,545点	1,440点	1,429点	1,382点

急性期充実体制加算には、一般病棟における平均在院日数が14日以内という要件があります。もともと入院料1には平均在院日数が18日以内という要件がありましたが、今回の改定によって入院料そのものではなく加算として平均在院日数の短縮に関する要件が設定されました。この流れは注視しておく必要があります。

■地域包括ケアシステムへの寄り添いが求められる回復期入院医療

【地域包括ケア病棟入院料等】

前回（HOSPITAL Review 80号）でも示したとおり、地域包括ケア病棟入院料や地域包括ケア入院医療管理料（以下、地域包括ケア病棟入院料等）は、地域包括ケアシステムと連動する形で実績要件等が厳格化されました。

地域包括ケア病棟入院料等の2と4については、①自宅等から入棟した患者割合、②自宅等からの緊急患者の受入、③在宅医療等の実績のいずれかの要件を満たすことが新たに求められるようになりました。地域包括ケア病棟入院料等の1と3については、上記の①と②の患者割合や受入患者数の要件が厳しくなりました。

全体的には、自院の一般病棟から転棟した患者割合が高い地域包括ケア病棟の評価が適正化され、特に許可病床数が100床以上であって地域包括ケア病棟入院料等の1もしくは2を算定する病棟等を有する病院については、入退院支援加算1の届出が要件化されるなど、一層地域との関わりを深めることが求められる仕組みとなりました。

さらに、許可病床数が200床以上の病院においては、自院の一般病棟から転棟した患者割合を6割未満とすることが求められ、満たさない場合には所定点数の85/100を算定、つまり15%の減算が適用されるようになりました。

その他に特筆すべきは、届出病床が医療法に規定する病床の種別によって要件等が変わる点で、一般病床である場合には救急告示病院等であることが要件とされ、療養病床である場合には所定点数を95/100に減算することが原則となります。

【回復期リハビリテーション病棟入院料】

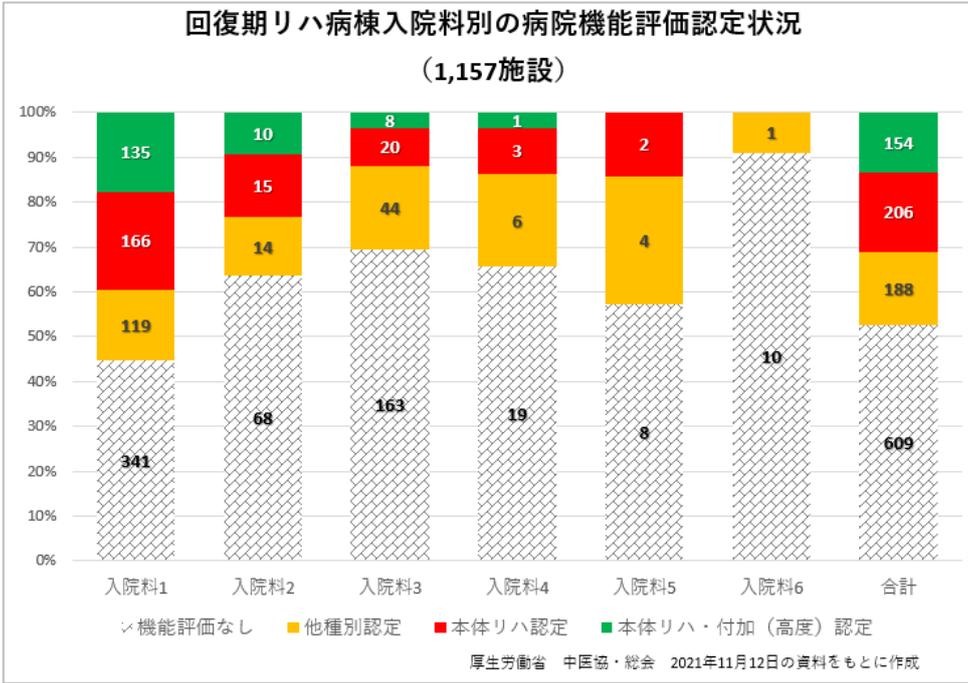
回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床は、医療法に規定する病床種別の一般病床である場合と、療養病床である場合とがあります。次回以降、地域包括ケア病棟入院料等と同様の見直しの動きがあるかどうかは注視しておきたいところです。

回復期リハビリテーション病棟入院料では、施設基準となっている「重症患者割合」が改定前に比べて1割引き上げられました。また、入院料5が廃止され、入院料6が新たな入院料5として位置付けられたことで、5段階の評価になりました。新たな入院料5は回復期リハビリテーション病棟を新たに開設する際に算定できる点数として用意されたもので、新たに算定を開始する場合には、算定を行った日から起算して2年間に限り算定することができます。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料の対象に、心大血管疾患の患者が追加されました。これは心臓リハビリテーションが必要な入院患者が今後も増加することが見込まれるためです。

その他に注目を集めているのが、回復期リハビリテーション病棟入院料1と3において公益財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価の認定を受けていることが望ましい」という第三者評価に関するものです。これは第三者評価の認定を受けていない病院の入院時運動 FIM 得点が有意に低く評価されているという指摘があったことを受けたものです。今改定では第三者評価の認定を「を受けていることが望ましい」とされていますが、過去を振り返ると数年後には義務化されたという例はいくつもあり、その点は踏まえておく必要があります。なお、5月13日付の厚生労働省保険局医療課の事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その8）」において病院機能評価に関するQ&Aが示されています。

回復期リハビリテーション病棟入院料	
(問)	区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準において、「公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院」とあるが、公益財団法人日本医療機能評価機構による医療機能評価において、副機能としてリハビリテーション病院の評価を受けている病院についても該当するか。
(答)	該当しない。



なお、適切なリハビリテーション医療のあり方に向けて、疾患別リハビリテーション料等を算定する場合におけるデータ提出に係る新たな評価が行われている点にも注視しておきたいところです。

これまで地域包括ケア病棟入院料等と回復期リハビリテーション病棟入院料についてみてきましたが、以下のように病棟の機能に応じた役割が求められていくのではないかと考えます。

回復期リハビリテーション病棟入院料	脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行う役割
地域包括ケア病棟入院料等	急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割

■患者の容態に応じて適切な管理が求められる慢性期入院医療

【療養病棟入院基本料】

療養病棟入院基本料は、前回改定においても課題とされた中心静脈栄養を実施している患者について、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制がない場合の評価が医療区分3ではなく医療区分2に相当する点数に見直され、4月1日以降入院する患者に適用されました。

また、前回改定において経過措置と位置付けられた療養病棟入院料の注11の規定により入院料を算定する病棟（療養病棟入院料2の一部の施設基準に適合しなくなったもの）の取扱いの見直しが行われています。疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を月に1回以上行っていない場合は、1日につき2単位までの出来高の算定に制限されるとともに、入院料の所定点数が85/100から75/100とさらに10%の減算となります。加えて、医療区分2の患者であって、疾患別リハビリテーション料を算定する患者に対して、FIMの測定を行っていない場合は、医療区分1に相当する点数を算定する仕組みも導入されるなど、慢性期医療におけるリハビリテーションの適正化が実施されました。

【障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料】

療養病棟以外の慢性期入院医療を評価する障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料について、それぞれの病棟（病室）に入院する対象患者とされていない脳卒中患者（重度の意識障害を有さない脳卒中患者）については、療養病棟入院基本料の医療区分に沿った評価に見直されました。

従来、各入院料に設定された対象患者が一定の割合以上であることという要件を満たしていれば、対象外となる患者の枠はある面で自由に活用できていたわけですが、ここにメスが入られました。対象外の“枠”の取扱いは、回復期リハビリテーション病棟入院料等も含めて今後どうなるのか、とても気になるところです。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患入院医療管理料・特殊疾患病棟入院料		
障害者施設等入院基本料	特殊疾患入院医療管理料	特殊疾患病棟入院料
当該病棟（特殊疾患入院医療管理料の場合は治療室）に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く）であって、基本診療料の医療区分2の患者又は医療区分1の患者に相当するものについては、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次の点数をそれぞれ算定する。		
イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,345点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,221点 ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,207点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,084点 ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,118点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 995点	イ 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点 ロ 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点	イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,717点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,569点 ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合 (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,490点 (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,341点

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等							
	障害者施設等入院基本料1	障害者施設等入院基本料2～4	特殊疾患病棟入院料1	特殊疾患病棟入院料2	特殊疾患入院医療管理料	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2
看護配置	7対1以上	10対1以上～15対1以上	20対1以上	-	20対1以上	20対1以上	
施設	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)		-	医療型障害児入所施設又は指定医療機関(児童福祉法)	-		
	患者像	-	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重篤障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	容性損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
看護要員	-	10対1以上		10対1以上(うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者20対1以上	
その他	一般病棟			一般又は精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
	超重症、準超重症児(者)3割以上			-		褥瘡の評価	

■まとめ

2022年度診療報酬改定は、機能分化の促進を促し、将来を示唆する改定となりました。今回は筆者独自の視点で報酬改定の未来を考えてみました。

各病院において、「こんなことが将来像として考えられる」「あんなことが想像できる」といった未来志向型組織人を増やす会議のテーマとして、今回の報酬改定を有効活用するのも一手ではないでしょうか。

株式会社仲野メディカルオフィス 代表取締役 仲野 豊
<https://friendly-field.jp/>