

(寄稿)

## 2016 年度診療報酬改定の急性期入院への影響とその対応策

昨年 11 月 27 日付け発行の当ヘルスケアノート拙稿「地域医療構想と 2016 年度診療報酬改定以降を見据えた病棟再編成」において 2016 年度改定前の情報に基づいて総論的な病棟再編成について述べさせて頂いた。本稿はその続編にあたる 2016 年度診療報酬改定の内容を踏まえた 7 対 1 入院基本料および DPC への影響と病棟再編成に関する各論的な内容となる。内容的に慢性期病院では本稿は関係ないと思う場合もあるかも分からないが、患者紹介元で連携する急性期病院の大きな変化は把握しておく必要がある。

2016 年度診療報酬の改定率は薬価、材料費で 1.52%分を下げ、一方、診療報酬本体では 0.49%分を引き上げたため差し引きで平均 1.03%引き下げとなった。実質的なマイナス改定のために筆者のクライアント病院でも相当に厳しい内容という声が多く聞かれた。厚労省幹部は今次改定の中身を「地域包括ケア元年」と称した。ご承知のように 2025 年のフィニッシュを目指して医療・介護の提供体制は中学校の学区内で高齢者を医療、介護、福祉、住まい等の多方面から支える「地域包括ケアシステム」を地域ごとに実現していく様々な政策が現在進行形だ。明らかに今次改定内容を見ると「医療と介護の一体化」を目指している地域包括ケアシステムの実現を強く意識したものになっている。また、本年度半ばまでに各都道府県に作成することが求められている 2025 年度の高度急性期、急性期、回復期、慢性期ごとの病床数を策定する地域医療構想に関連した項目も多い。

つまり、今次改定は、地域包括ケアシステムと地域医療構想という 2 つの政策を大きく意識したものとなった。具体的には、入院では 7 対 1 入院基本料の重症度、医療・看護必要度の施設基準を 15%以上から 25%(許可病床 200 床未満は 23%)以上に引き上げて前回 2014 年度改定に続いての「7 対 1 絞り込み」と、その受け皿となる地域包括ケア病棟は手術・麻酔を出来高算定可能にして拡大を図った。また、病院から在宅等への流れを加速させるために、改定前の退院調整加算を退院支援加算に再編して加算 1 は点数を大きく引き上げたが、同時に施設基準ハードルも高くした。さらにそこでは介護支援専門員(ケアマネージャー)との連携点数算定件数も届出要件にしている。これは地域包括ケアシステム構築へ向けて診療報酬上の誘導アクセルを強く踏み込んだと言える。本稿では今次改定の病棟再編成に関する具体的な項目およびそのデータから来るべき 2025 年に向けての病院経営戦略について述べたい。

2016 年 6 月 20 日

Healthcare note

(No. 16-06)

寄稿者名：  
株式会社MMオフィス  
代表取締役  
工藤 高

編集主幹：  
野村ヘルスケア・  
サポート&アドバイザー  
市川 剛志

野村證券株式会社  
金融公共公益法人部