

機能分化・強化へ 向けての第一歩

早稲田大学教授 野口 晴子



1. 2018年度改定を 振り返って

去る2月7日、中央社会保険医療協議会(中医協)において、2018年度診療報酬改定についての答申がなされた。今回の改定では、6年に一度の医療と介護の同時改定であったことから、団塊の世代が後期高齢者となる2025年時点での両者の需給を見据え、それに対応するための基盤整備へ向けたいくつもの抜本的な見直しが行われた。

なかでも、今回集中的な審議が行われたのは、地域包括ケアの更なる推進へ向けた医療の機

能分化・強化のための入院基本料の評価体系、イノベーションに対する評価と逼迫する保険財政とのトレード・オフに直面した薬価制度、そして、試行的検証結果に乖離が生じ、分析の連続性について更なる検討が求められることになった費用対効果等に関わるイシューであった。

ここでは、「急性期一般入院基本料」と「地域一般入院基本料」の2区分に再編・統合された一般病棟入院基本料のうち、支払側と診療側の調整が難航した結果、2014年度改定の消費税引上げに関わる議論以来の公益裁定となった「7対1入院基本料」について振り返って

みることにする。

2. 「7対1入院基本料」 導入の背景と結果

超高齢社会となった日本において、現行の診療報酬制度による価格調整メカニズムの下、医療サービスの質の維持・向上を図りつつ、持続可能な医療保険制度を確立するためには、より一層の医療サービス供給の効率化が求められる。

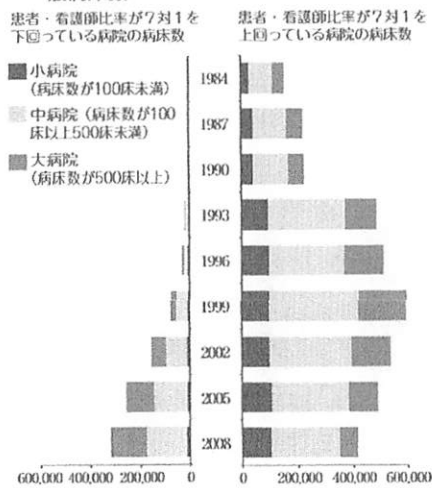
2006年における「7対1入院基本料」の導入には、こうした政策目的を見据え、厚生労働省が、急性期病院における患者と看護師の比率を引き下げ、平均在院日数を短縮化するインセンティブを強化する診療報酬点数の改定を継続的に行ってきたという背景がある。これら二つの政策目的が一定程度達成されつつある反面、他方では、医療サービスの供給者が価格(診療報酬点数)におそらくは、厚生労働省の予想以上に、弾力的に反応したために、看護配置の厚い急性期病床数が急増し、高齢者医

療を根幹から支える重急性期病床の供給が過少になるという結果をもたらした。

図は、厚生労働省が実施している「病院報告」と「医療施設調査」に基づき、患者と看護師の比率が7対1を下回り、かつ、平均在院日数が19日以下の病院の一般病床数を左側に、それ以外の病院の一般病床数を右側に、病床規模別に示したものである。なお、この図にある7対1病院とは、看護配置と平均在院日数の点で「7対1入院基本料」の基準を潜在的に満たしている病院であって、当該入院基本料が実際に算定されている病院とは異なるのでご注意頂きたい。

この図から、2000年以降、とりわけ、中病院と大病院において、看護配置が厚い病床数が大幅に増大していることがわかる。人口や世帯の構造の動向を見れば、独居高齢者が今後ますます増えることが予想されるなか、病院の機能分化・強化を図り、高齢者に対して医療と介護の連携による切れ目のない支援

図 病床規模別、患者・看護師比率が7対1の一般病床数



出所: 病院報告・医療施設調査(厚生労働省)に基づき、一般病床数、平均在院日数、患者・看護師比率を算出。
注: 7対1病院とは、いわゆる「7対1入院基本料」を満たしている病床ではなく、患者・看護師比率が7対1以下でかつ、平均在院日数が19日以下という条件を満たしている病床数であることに注意。

3. 抜本的な見直しへ向 けての第一歩

過去2回の改定では、7対1病床群について、価格(診療報酬点数)の引下げや要件の厳格化を行い、供給量を減少させる

ようなインセンティブを与えてきたが、病床の転換は思ったようには進まなかった。その一因として、7対1と10対1の診療報酬点数に大きな隔たり(崖)があることが指摘されていた。そこで、今回の改定では、「7対1入院基本料」と「10対1入院基本料」の間に中間的な二つの点数(入院料2、3)を新設し、それらの病床群に対する看護配置の要件を緩和することで、病院経営の観点から、転換に対するハードルを下げるというインセンティブ設計を行った。

そうした方向性については合意が得られたものの、7対1病床群の重症患者割合について、現行の25%の維持を要求していた診療報酬に対し、重症度や医療・看護必要度の定義が見直されたことから、30%以上への引上げを主張した支払側との間で調整が見つからず、公益裁定による決着を見ることとなった。

結果、現行の25%維持のままでは、病床の転換が進まない可能性が指摘され、当該割合が、7対1に相当する「急性期一般入院料1」では30%まで引き上げられ、10対1との中間点として新設された同入院料2と3ではそれぞれ、29%と28%に設定された。理論上は、価格が下がることによって、供給量は減少するはずである。ただし、新設された中間的な点数と1%刻みでの要件緩和に、供給側がどの程度反応するか、その大きさ(供給の価格弾力性)については、ア prioriに予見することができないため、今後、データによる定量的検証を行う必要がある。

医療費抑制の観点から言えば、新たな点数設定と要件緩和によって、一時的に入院医療費が増えってしまう可能性は否定できない。たとえば、従来の「7対1入院基本料」の要件となっていた重症度や医療・看護必要度を満たすために、空き病床を余儀なくされていた病院で、比較的軽度の患者を空き病床へ入院させたり、看護配置の変更により人件費が削減されたりすれば、当該病院の経営状況が改善する一方で、入院医療費が増えるかもしれない。しかし、価格メカニズムを通して、医療供給体制の機能分化・強化を図ろうとするならば、供給者に対し病床転換のインセンティブを与えることが必要不可欠となる。

いずれにしても、今回の改定は、当該政策目的へ向けての第一歩に過ぎず、診療報酬点数という公定価格による調整機能が政策目的に適合するか否かについて、継続的なモニタリングを行う必要がある。