

平成30年度 診療報酬改定等の影響に関するアンケート結果について

福祉医療機構では病院を対象に、平成30年度診療報酬改定等に関するアンケート調査を実施した。

急性期一般入院基本料では、大半が改定前と同等の入院料を算定しており、今次新設された入院料2・3を算定する病院はなかった。また、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合をはじめ、各種要件については高い水準でクリアする傾向にあった。

地域一般入院基本料では、利用率の低下を主因に約4割が前年同時期と比較して減収したとした。

地域包括ケア病棟入院料では、入院料1で改定による単価の増加を主因に6割弱が増収したとした。許可病床200床未満の病院の約半数が入院料1または3を算定していたが、未算定の病院においては地域包括ケアに関する要件のうち、在宅医療の提供実績がハードルとなっているケースが多くみられた。

回復期リハビリテーション病棟入院料では、約7割が入院料1・3を算定しており、全体では約4割が増収したとした。入院料1を算定する病院では約9割が、入院料3を算定する病院では約7割が患者1人1日当たり6単位以上のリハビリを提供していた。

療養病棟入院基本料では、約半数が収益の変化は横ばいとした。現在、入院料2を算定している病院のなかには、入院料1への移行を検討している病院が一定数いた。

介護療養病床の転換候補先としては、介護医療院（Ⅰ）がもっとも多く、過半が移行定着支援加算の算定可能期限である2020年までに移行を検討していた。

精神科病床では、約半数が収益は横ばいとした。今次改定で見直しされた通院精神療法（イ・ロ）は半数以上が算定していた。

訪問看護ステーションでは、利用者の増加を主因に約4割が増収したとした。今次一本化された24時間対応体制加算は約8割の事業所で算定していた。

はじめに

今次改定で入院医療においては基本部分と実績部分の2段階評価が導入され、実績に応じて入院料が細かく再編されたのが大きな特徴であった。併せて実績部分に係る要件の見直しなども行われたため、改めて自院の立ち位置等を見直しを行った、もしくは現在も検討している病院が多いと思われる。

本レポートは、福祉医療機構の貸付先を対象に実施した診療報酬改定等の影響に関するアン

ケート結果から、病院および訪問看護ステーションにおける今次改定が経営に与えた影響や加算の算定状況等を紹介することで、医療機関における今後の経営の参考資料となることを目的とする。なお、本レポートで言及されているデータのうち、図表を掲載していないものやその他レポートで紹介しきれなかった設問に関する回答状況については、別添の詳細版を参照されたい。



1 アンケート調査について

1.1 概要

対象： 病院（1,331 施設）
 有効回答数： 183 有効回答率： 13.7%
 実施期間： 平成 30 年 7 月 19 日（木）～
 平成 30 年 8 月 17 日（金）
 方法： Web アンケート

1.2 回答者属性

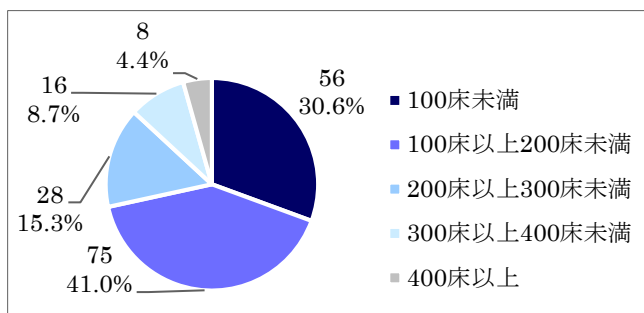
(1) 設置主体

	施設数	割合*
急性期一般入院基本料	74	40.4%
地域一般入院基本料	21	11.5%
地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料)	55	30.1%
回復期リハビリテーション病棟 入院料	45	24.6%
療養病棟入院基本料	83	45.4%
精神科病床	44	24.0%
介護療養病床	22	12.0%
病院数**	183	
訪問看護ステーション	108	

*今次サンプルとなった病院において、算定(実施)している割合。
 なお、本調査結果における「割合」は単数回答の設問ではサンプルに占める割合、複数回答の設問ではサンプル施設が当該選択肢を選じた割合を意味する

**複数の基本料等を算定している場合があるため、基本料等の合計と病院数は一致しない

(2) 病床規模 (n=183)



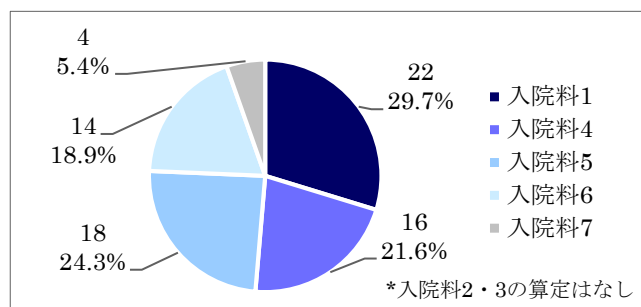
2 急性期一般入院基本料の状況

【大半が改定前と同等の入院料を算定。該当患者割合をはじめ、各種要件は高い水準でクリア】

2.1 入院料の算定状況

本調査における入院料の算定状況は図表 1 のとおりである。改定前の算定状況と比較すると、ほぼ相当する入院料を算定していた（図表 2 中の色掛け部分）。なお、調査時においては旧 7 対 1 と旧 10 対 1 の中間的評価として設けられた入院料 2・3 を算定している病院はなかった。

(図表 1) 入院料の算定状況 (n=74)



(図表 2) 改定前後の算定入院料の状況 (n=74)

改定後	改定前				
	7 対 1	10 対 1 (看護必要度加算別)			
		加算 1	加算 2	加算 3	加算なし
入院料1	22	-	-	-	-
入院料4	-	12	3	1	-
入院料5	-	1	13	3	1
入院料6	-	1	1	9	3
入院料7	-	-	-	-	4

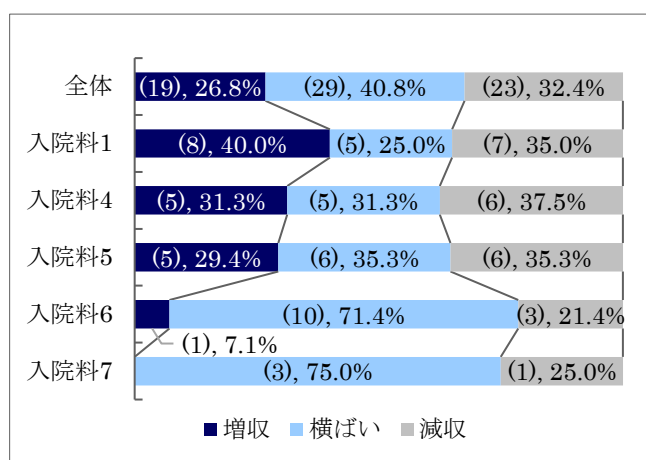
2.2 収支状況

急性期一般入院基本料の入院料は、旧一般病棟入院基本料の点数がそのまま採用された。本調査ではほとんどの病院が改定前と同等の入院料を算定していたこともあり、改定後の医業収益は前年同時期と比較し「横ばい」と回答した施設が 40.8% ともっとも多かった（図表 3）。

そのなかで、入院料 1 のみ「増収」と回答した

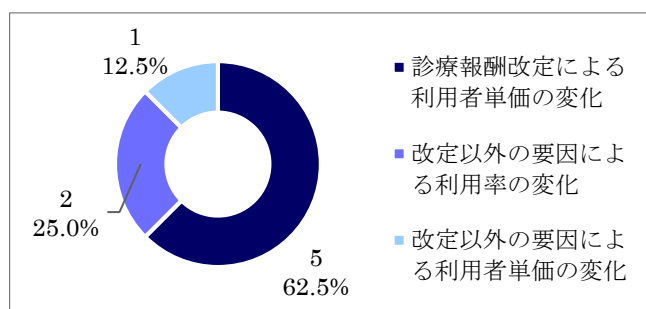
割合が4割ともっとも多く、増収の要因としては「診療報酬改定による利用者単価の変化」が6割以上を占めた(図表4)。今回、医療従事者の負担軽減策の一環として、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等の評価が引き上げられたが、入院料1ではこうした加算の算定実績が高いことが、利用者単価の増加に影響していると思われる(図表5)。

(図表3) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=71)

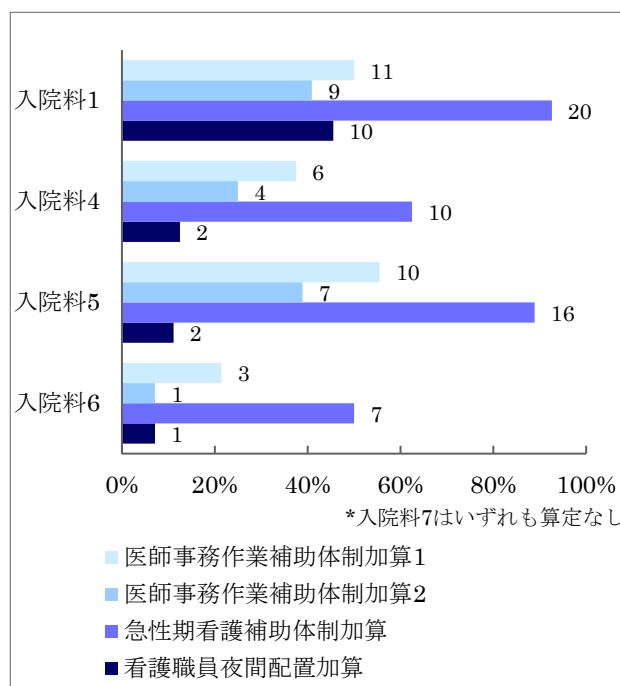


注) サンプルからは病棟転換等により比較不可能な病院を除外(以下、同様の設問では同じ)

(図表4) 入院料1において医業収益が増加した要因 (n=8)



(図表5) 各種加算の算定状況 (n=70)

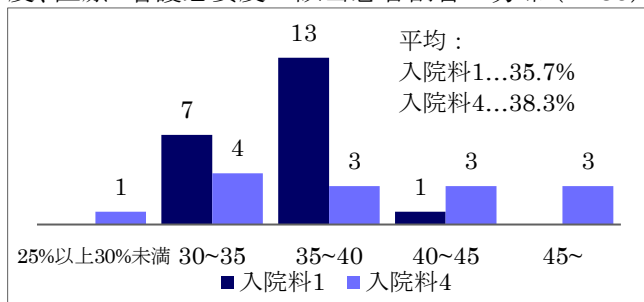


2.3 改定結果を踏まえた今後の動向

本項では主な改定事項に関する調査結果を踏まえ、入院料1を中心に今後同基本料を算定する病院の在り方等について考察してみたい。

改定前の中央社会保険医療協議会での議論では、7対1相当の医療提供実績を示す10対1があることが取り上げられ、入院医療の2段階評価が導入されるきっかけの一つにもなった。看護必要度の該当患者割合もその一つであるが、本調査における該当患者割合の平均は、入院料1が35.7%、入院料4が38.3%と入院料4の方が高く、分布でも入院料1を上回る入院料4がみられた(図表6)。

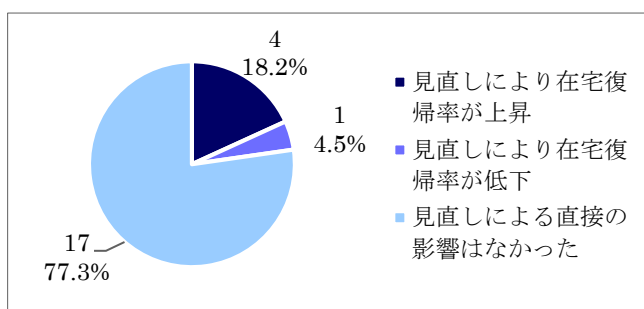
(図表 6) 入院料 1 および入院料 4 における重症度、医療・看護必要度の該当患者割合の分布 (n=35)



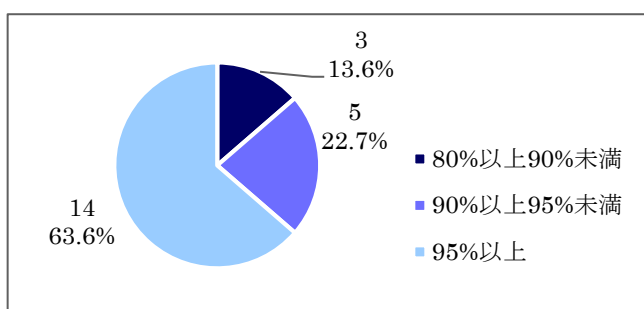
注) 数値は重症度、医療・看護必要度 I による評価

そのほかに入入院料 1 の要件である在宅復帰・病床機能連携率 (以下「在宅復帰率」という。) では、復帰先の療養病棟や介護老人保健施設 (以下「老健」という。) から在宅復帰に係る加算要件が除外されたことで要件は緩和した。その結果、約 2 割が在宅復帰率が上昇したとし (図表 7)、在宅復帰率が 95%以上の医療機関は 63.6%と、すべての病院で要件の 8 割を余裕をもってクリアしていた (図表 8)。

(図表 7) 在宅復帰に関する要件の見直しが生じた在宅復帰・病床機能連携率に与えた影響 (n=22)



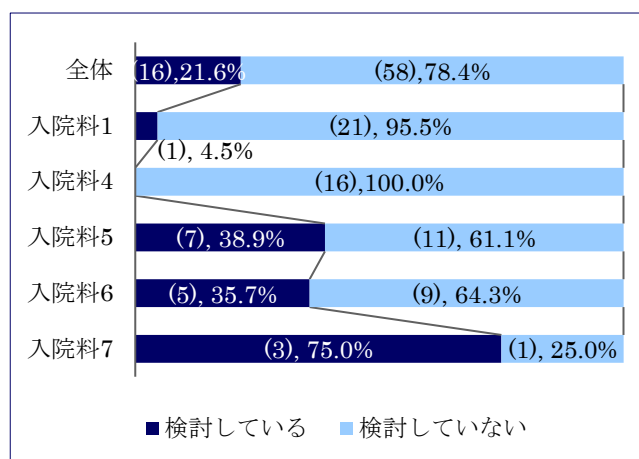
(図表 8) 在宅復帰・病床機能連携率の分布 (n=22)



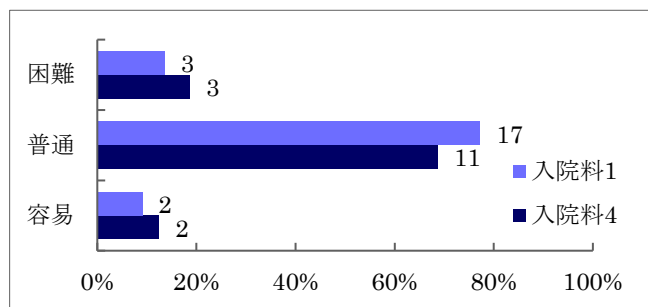
今次改定では 7 対 1 から 10 対 1 に円滑に移行するため中間部分の入院料 2・3 が設けられたが、本調査ではすべての 7 対 1 は入院料 1 に移行しており、ほとんどが算定入院料の変更は検討していないとした (図表 9)。改定から間もないこともあり状況の変化は十分考えられるが、本調査の結果からは、7 対 1 が入院料 1 以外の急性期一般入院料や他の基本料に移行している、もしくは今後移行が進むことは考えにくい。また、看護必要度の該当患者割合や在宅復帰率では要件を上回る実績を出している病院が多数あったため、次期改定ではさらに実態に合わせ要件が厳格化されることが予想される。

これを踏まえると、現時点で算定入院料の要件を満たすのに苦労している病院は、将来的にはさらに要件の達成が厳しくなる可能性が高い。本調査では該当患者割合の要件を満たすことが困難であると回答した入院料 1 が 13.6%あったが (図表 10)、この例に限らず、求められる医療機関像と実態に乖離のある場合は、早い段階で自院に適した入院料の算定を検討する必要があるだろう。

(図表 9) 入院料の変更に関する検討状況 (n=74)



(図表 10) 該当患者割合要件の達成困難度 (n=38)



3 地域一般入院基本料の状況

【おもに利用率の低下で約 4 割が減収】

3.1 入院料の算定状況

入院料の算定では改定前に 13 対 1 を算定していた病院は入院料 1 あるいは 2 を、15 対 1 を算定していた病院は入院料 3 を算定していた (図表 11)。入院料 1・2 は 13 対 1 相当を実績部分としたものであり (入院料 1 はそれに看護必要度の測定が実績に追加)、地域一般入院基本料においてもおおむね改定前後で同等の入院料を算定していた。

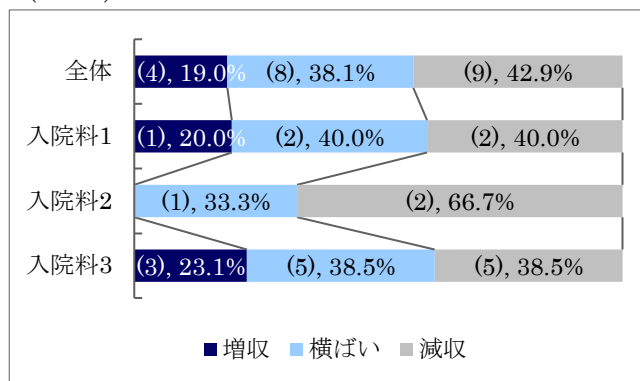
(図表 11) 改定前後の算定入院料の状況 (n=21)

改定後	改定前 (一般病棟入院基本料)		
	13 対 1	15 対 1	その他
入院料 1	5	-	-
入院料 2	3	-	-
入院料 3	-	12	1

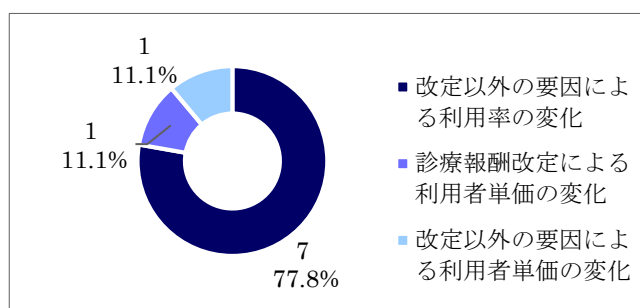
3.2 収支状況

他の基本料等では、医業収益の変化について「増加」や「横ばい」とした病院が多くを占めたなか、地域一般入院基本料は唯一「減収」としたとした回答がもっとも多く 42.9% だった (図表 12)。減収した要因としては、約 8 割が「改定以外の要因による利用率の変化」と回答した (図表 13)。

(図表 12) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=21)



(図表 13) 医業収益が減少した要因 (n=9)



3.3 改定結果を踏まえた今後の動向

減収が多くみられた同基本料であるが、改定前の平成 29 年度の 13 対 1 および 15 対 1 の経営状況をみると、平均病床利用率は 13 対 1 で 68.1%、15 対 1 で 81.0% と、とくに 13 対 1 で稼働が低迷していた (図表 14)。医業収益対医業利益率 (以下「医業利益率」という。) は 13 対 1 でマイナス 1.9%、15 対 1 でマイナス 0.5% となっており、今回の減収を受けて状況はさらに厳しくなっていることが推察される。

地域一般入院基本料でもっとも点数の高い入院料 1 でも 1,126 点と入院料 2 の 1,121 点をわずかに上回るだけで、高い報酬は見込めない。今後、算定入院料の変更を検討している施設は 3 割弱にとどまったが (図表 15)、一定の収益を確保できるだけの病床利用率が見込めない場合は、今後の方向性を見直すことも必要であると思われる。

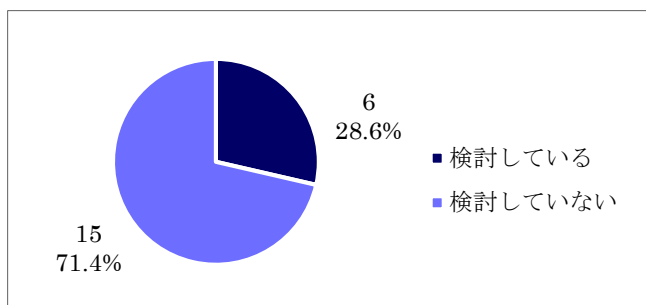
(図表 14) 13 対 1 および 15 対 1 の平成 29 年度の経営状況 (n=57)

	主たる算定入院料*	
	13 対 1	15 対 1
施設数	21	36
病床利用率	68.1%	81.0%
医業収益対医業利益率	Δ1.9%	Δ0.5%

*全病床の 50%以上を算定する入院料 (以下、同じ)
注) 数値は速報値であり今後公表される数値とは異なる場合がある

資料出所: 福祉医療機構

(図表 15) 入院料の変更に関する検討状況 (n=21)



4 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の状況

【入院料 1 では 6 割弱が増収。入院料 1 の算定には在宅医療の提供実績が高いハードルに】

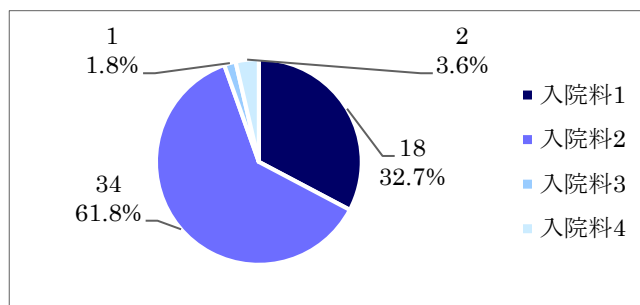
4.1 入院料の算定状況

今回、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 (以下「地域包括ケア病棟入院料」という。図表中も同様) において、もっとも多く算定されていたのは入院料 2 で 61.8%、次いで多かったのが入院料 1 で 32.7%だった (図表 16)。旧入院料 2 を算定していた 9 病院のうち 8 病院は入院料 2 を算定しており、これらの病院については実質上位へ移行した形となった (図表 17)。旧入院料 2 に相当する入院料 4 は 20 点の減額となるため、減収を避けたものと考えられる。

今次改定では許可病床 200 床未満の病院 (以下「200 床未満病院」という。) において、地域包括ケアに関する実績要件を満たすことで算定できる、

上位の入院料 1・3 が設けられた。200 床未満病院において入院料 1 もしくは 3 を算定している割合は 40 病院中 19 病院と約半数だった (図表 17)。

(図表 16) 入院料の算定状況 (n=55)



(図表 17) 改定前後の算定入院料の状況 (n=55)

改定後	改定前 (地域包括ケア病棟入院料)					
	入院料 1		入院料 2		その他	
	200 床以上	200 床未満	200 床以上	200 床未満	200 床以上	200 床未満
入院料 1	-	17	-	-	-	1*
入院料 2	10	15	4	4	-	1
入院料 3	-	1	-	-	-	-
入院料 4	-	-	1	-	-	1**

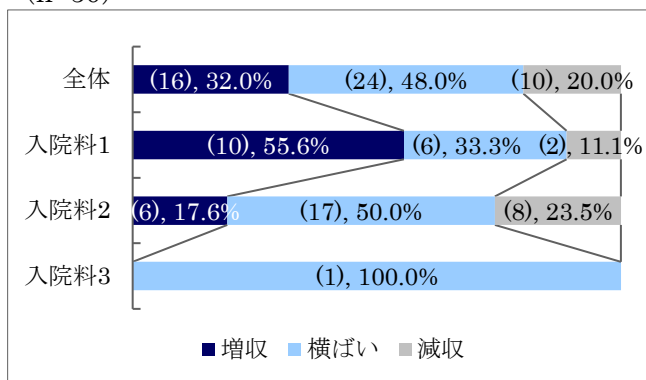
*療養病棟入院料 1 を一部転換

**一般病棟入院基本料 13 対 1 を一部転換

4.2 収支状況

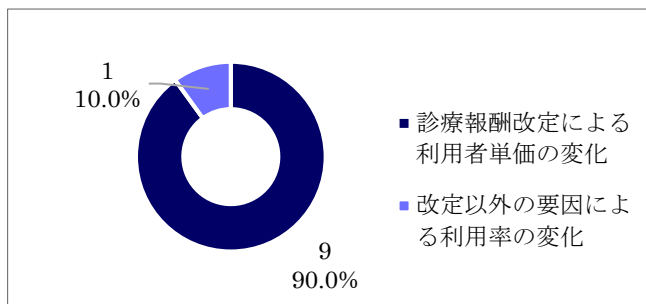
医業収益の変化では「横ばい」とする回答がもっとも多く全体の約半数を占めたが (図表 18)、旧入院料 1 の 2,558 点を 180 点も上回る入院料 1 では、おもに改定による利用者単価の増加により「増収」したとする回答が 55.6%と最も多かった (図表 18、19)。

(図表 18) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=50)



注) サンプルからは病棟転換等により比較不可能な病院を除外 (以下、同様の設問では同じ)

(図表 19) 入院料 1 において医業収益が増加した要因 (n=10)



4.3 改定結果を踏まえた今後の動向

今次改定において、地域包括ケア病棟入院料には急性期治療後の患者の受入れ、在宅療養患者の受入れ、在宅復帰支援の 3 つの役割を担うことが明確化され、とくに在宅療養患者の受入れと在宅復帰支援を評価した内容となった。この傾向は次期改定でも引き継がれると思われるため、今後はこの 2 つの役割においてとくに実績を残していくことが重要となる。

また、今回 200 床未満病院に限り算定できる上位入院料が設置された背景には、中小病院が地域包括ケアシステムの構築に寄与することへの期待がある。そのため、200 床未満病院においては入院料 1 もしくは 3 を算定することが、求められる役割と収入の双方の面から望ましいだろう。

本項では上記に関連する調査結果を踏まえ、今

後の地域包括ケア病棟入院料を算定する病院の方向性を考えてみたい。

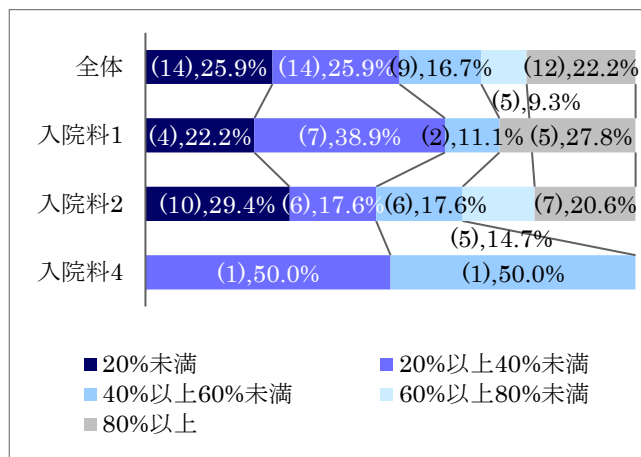
(1) 在宅療養患者の受入れ

在宅療養患者の受入れについては、今回、患者を急性期病棟から受け入れた場合と在宅から受け入れた場合で算定できる加算が分けられ、在宅から受け入れた場合は在宅患者支援病床初期加算により高い点数が算定できるようになった。

本調査では在宅等から入院する患者のおおよその割合 (以下「在宅患者割合」という。) は 40% 未満が約半数を占める一方で、8 割以上の施設も 22.2% あった (図表 20)。在宅患者の受入れ経路では「自宅」がもっとも多く、「特別養護老人ホーム」

(以下「特養」という。) や「老健」を挙げた施設も約 4 割 あった (図表 21)。「自宅」「特養」「老健」が地域包括ケア病棟における在宅患者のおもな受入れ経路といえ、今後は受入れを強化するために、居宅介護支援事業所やこれらの施設との連携の強化が求められるだろう。

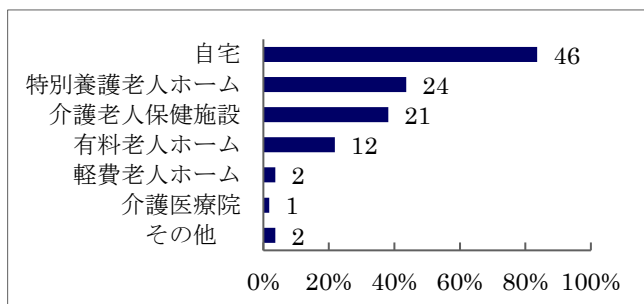
(図表 20) 在宅等から入院する患者の割合 (n=54)



注) 入院料 3 はサンプルが僅少なため除外



(図表 21) 在宅患者の受入れ経路として多いもの (n=55) ※3 つまで選択可

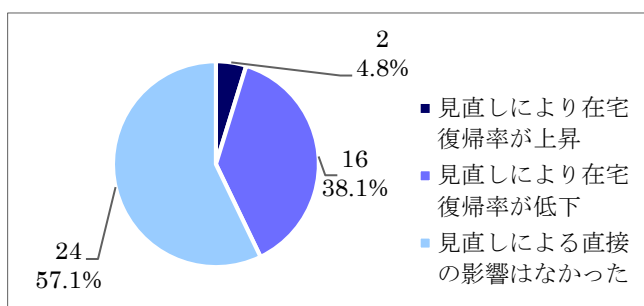


(2) 在宅復帰支援

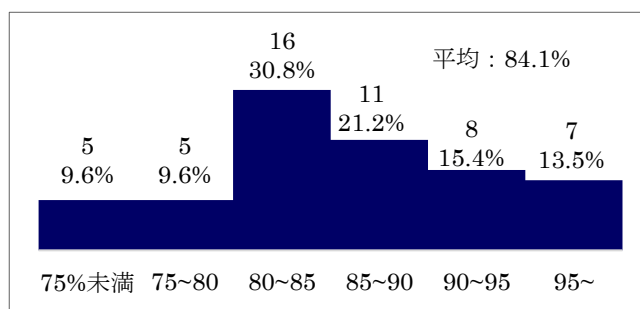
在宅復帰については、入院料 1・2 で在宅復帰率 7 割以上が要件化されている。今次見直しで在宅復帰先から療養病棟と老健が除外されたため、実質要件は厳格化、これにより約 4 割が在宅復帰率が低下したと回答した (図表 22)。

ただし、在宅復帰率の平均は 84.1%と要件の 7 割以上を大きく上回っており、約 3 割は 9 割以上の実績があった (図表 23)。復帰先としてはもっとも多いものとして約 9 割が「自宅」を挙げたが、在宅患者の受入れと同様、在宅復帰を促進していくために今後はいっそう居住系介護施設との連携も重要となってくるだろう (図表 24)。

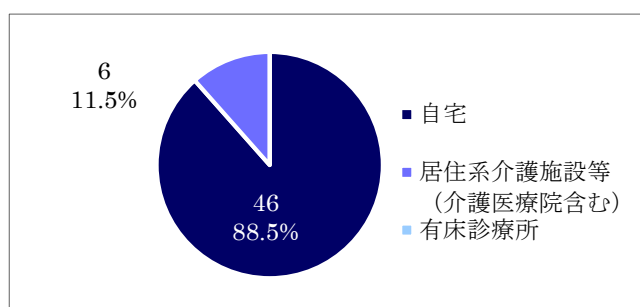
(図表 22) 在宅復帰に関する要件の見直しが在宅復帰率に与えた影響 (n=42)



(図表 23) 在宅復帰率の分布 (n=52)



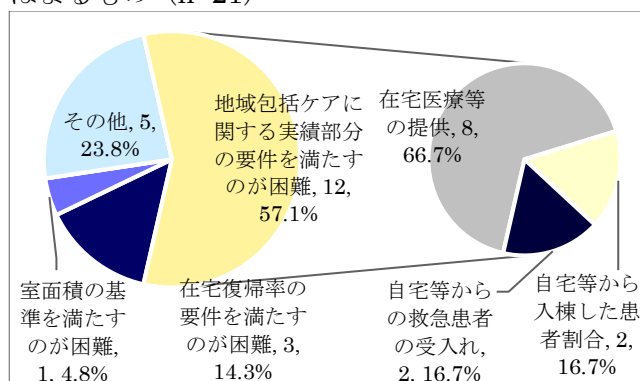
(図表 24) 在宅復帰先でもっとも実績の多いもの (n=52)



(3) 200 床未満病院における今後の動向

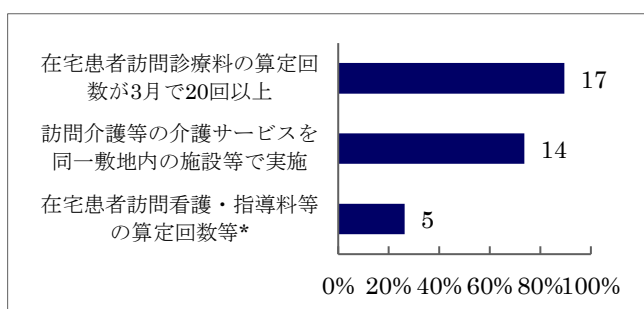
入院料 2・4 を算定している 200 床未満病院においては、上位の入院料 1 もしくは 3 を算定したいところであるが、算定しない理由としては「地域包括ケアに関する実績部分の要件を満たすのが困難」とする回答が約 6 割を占め、うち約 7 割の施設が「在宅医療等の提供」の要件達成がもっとも困難と回答した (図表 25)。

(図表 25) 200 床未満の病院において、入院料 1 または 3 を算定しない理由についてもっとも当てはまるもの (n=21)



入院料 1・3 を算定する病院で在宅医療等の提供で満たしている要件をみると、多く挙げられたのが「在宅患者訪問診療料の算定回数が 3 月で 20 回以上」(89.5%)、「訪問介護等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施」(73.7%) となっており(図表 26)、在宅医療等の提供部分で実績を作る場合は、上記の要件が取組みやすいのではないと思われる。

(図表 26) 入院料 1 または 3 を算定している病院において「地域包括ケアに関する実績」における「在宅医療等の提供」のうち要件を満たしているもの (n=19) ※複数回答



*在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料 I の算定回数が 3 月で 100 回以上、若しくは同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が 3 月で 500 回以上

5 回復期リハビリテーション病棟入院料の状況

【約 4 割が増収。入院料 1 では約 9 割が 1 人 1 日当たり 6 単位以上のリハビリを提供】

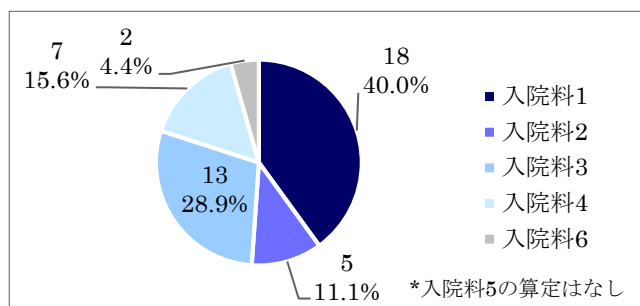
5.1 入院料の算定状況

回復期リハビリテーション病棟入院料(以下「回復期リハ病棟」という。)は 6 つの入院料に編成され、入院料 1・3・5 に実績指数を要件化したより高い点数がついた。算定状況は入院料 1 が 4 割ともっとも多く、次いで多かったのが入院料 3 で約 3 割だった(図表 27)。

改定前の算定入院料と比較すると、改定後の基本部分と実績部分が改定前の基本部分と同一である入院料のうち、実績指数を要件化したより上位の入院料が算定されている傾向にあった(図表 28

中の色掛け部分)。

(図表 27) 入院料の算定状況 (n=45)



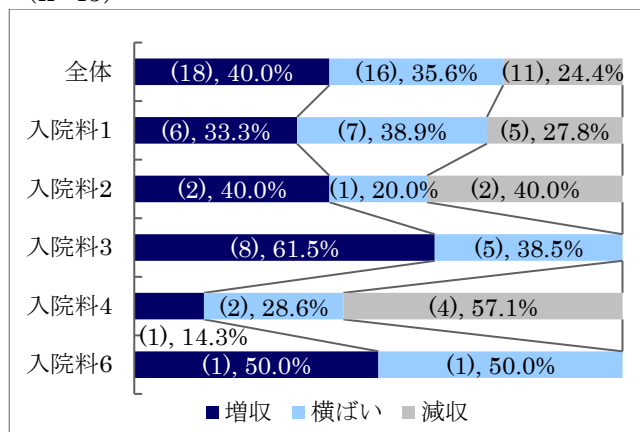
(図表 28) 改定前後の算定入院料の状況 (n=45)

	改定前 (回復期リハビリテーション病棟入院料)			
	入院料 1	入院料 2	入院料 3	その他
改定後				
入院料 1	17	1	-	-
入院料 2	4	1	-	-
入院料 3	-	13	-	-
入院料 4	-	5	1	1
入院料 6	-	-	2	-

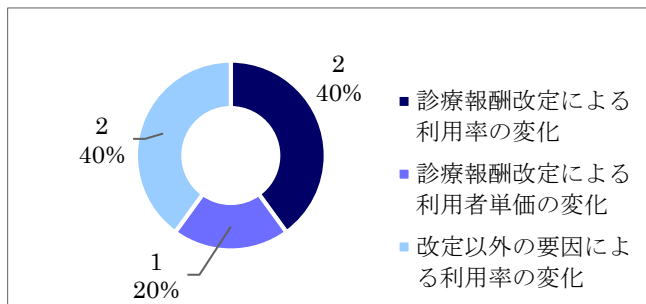
5.2 収支状況

医業収益は全体では「増収」と回答した施設が 4 割ともっとも多かった(図表 29)。高い点数のついた入院料 1 で「増収」の割合がそれほど多くないのは、利用率の減少により「減収」した病院が一定数あるためである(図表 30)。

(図表 29) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=45)



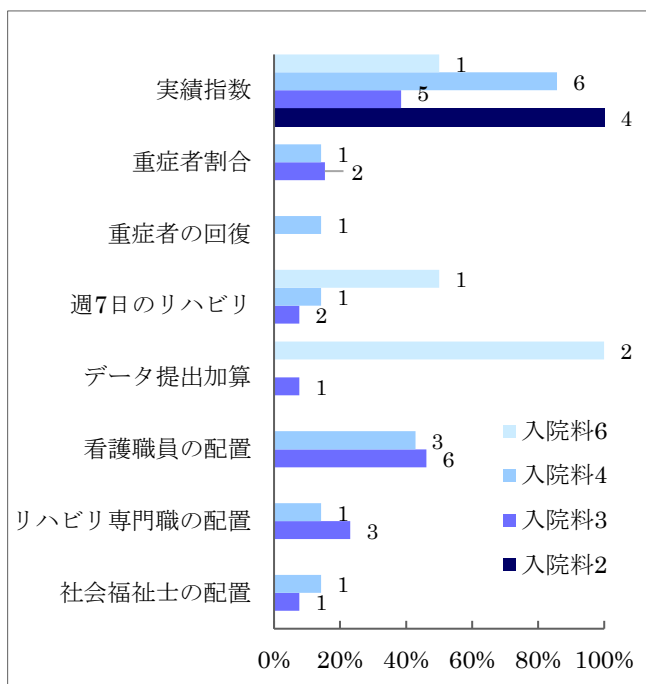
(図表 30) 入院料 1 において医業収益が減少した要因 (n=5)



5.3 改定結果を踏まえた今後の動向

現在、入院料 2 ないし 6 を算定している病院に、上位の入院料を算定しない理由を問う設問では、「必要性を感じない」を選択した病院はなく、すべての病院が上位の入院料を目指していた。上位の入院料を算定するにあたり、満たすのが困難な要件としてほとんどの入院料で多く挙げられたのが「実績指数」、入院料 3・4 では「看護職員の配置要件」も 4 割強から 5 割弱の施設が挙げた (図表 31)。

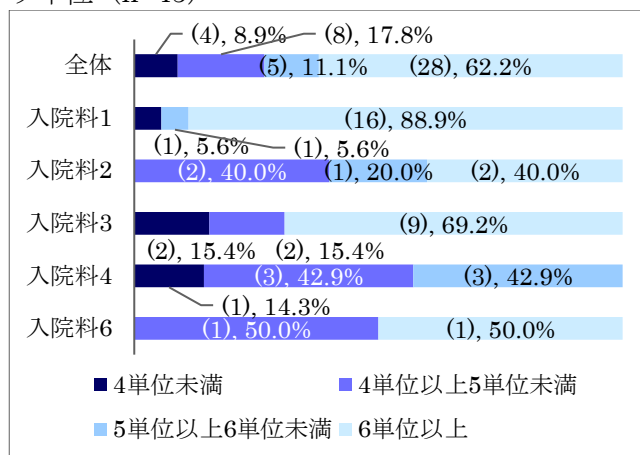
(図表 31) 上位の入院料の算定にあたり満たすのが困難な要件 (入院料 2~6 別) (n=26) ※3 つまで選択可



本項では多くの病院にとってハードルとなっている実績指数を上昇させるためのポイントについて、調査結果から考えたい。

実績指数を上げるには、リハビリ単位を増やすことが一般的には必要となる。入院患者 1 人 1 日あたりの平均リハビリ単位をみると、6 単位以上提供している施設は入院料 1 で約 9 割、入院料 3 で約 7 割となっており、実績指数の要件達成には 1 人 1 日あたり 6 単位以上のリハビリを提供することが標準的であるといえるだろう (図表 32)。

(図表 32) 入院患者 1 人 1 日あたりの平均リハビリ単位 (n=45)



ほかに上位の入院料では職員の加配や専任・専従配置が要件となる。リハビリ専門職について入院料 1・2 では専従常勤の PT、OT の加配に加え、ST も必要とされる。10 床当たりの配置数をみると、PT、OT、ST の配置数は入院料 2 が 1 を上回っていた (図表 33)。図表 31 のとおり入院料 2 ではすべての施設が実績要件を理由に入院料 1 を算定できないとしていたが、この結果からは専門職員の数と実績指数は単純には結びつかないことがうかがえる。



(図表 33) 専従または専任で配置している常勤職員の数 (10 床当たり) (n=45)

	専従 常勤 PT	専従 常勤 OT	専従 常勤 ST	専任常 勤社会 福祉士	専任常 勤管理 栄養士
入院料 1	2.21	1.56	0.55	0.29	0.23
入院料 2	3.11	2.16	0.91	0.29	0.17
入院料 3	1.94	1.27	0.27	0.21	0.07
入院料 4	1.42	0.84	0.19	0.16	0.11
入院料 6	0.83	0.42	0.00	0.42	0.21
全体	2.08	1.41	0.44	0.25	0.16

単位：人

その他、FIM 利得への有意な影響が確認されている栄養状態の改善や、在棟日数の短縮、それに必要な発症早期の患者の受入れ等についても実績指数の上昇には欠かせない要素となる。実績指数の要件を満たし、より上位の入院料を算定するには、リハビリ単位の充実、職員の配置、栄養状態の改善、在棟日数の短縮等、総合的に取り組んでいくことが必要となるだろう。

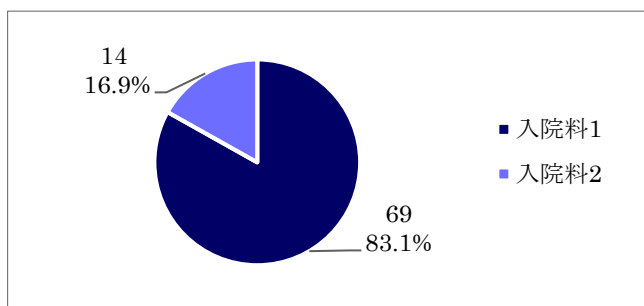
6 療養病棟入院基本料の状況

【収益は約半数が横ばいとなったが、入院料 2 の収支は悪化が予想】

6.1 入院料の算定状況

療養病棟入院基本料では入院料 1 を算定している病院が 83.1%と太宗を占めた (図表 34)。ほとんどが旧入院料 1 からの移行であったが、旧入院料 2 から移行している病院も 15 病院中 3 病院あった (図表 35)。

(図表 34) 入院料の算定状況 (n=83)



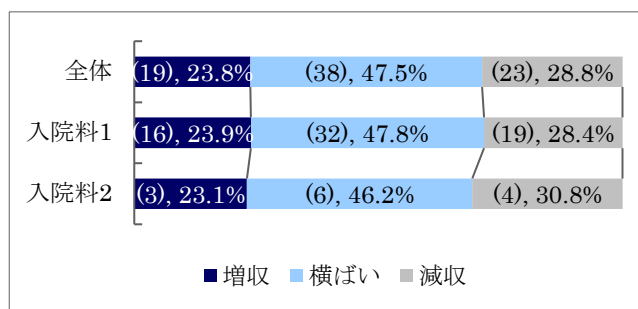
(図表 35) 改定前後の算定入院料の状況 (n=83)

改定後	改定前 (療養病棟入院基本料)	
	入院料 1	入院料 2
入院料 1	66	3
入院料 2	2	12

6.2 収支状況

医業収益は入院料 1・2 とともに「横ばい」とした回答が約半数とともっとも多かった。ただし、入院料 2 については看護配置基準が 25 対 1 から 20 対 1 に引き上げられたため、人件費の増加により医業利益は低下していることが予想される。

(図表 36) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=80)



6.3 改定結果を踏まえた今後の動向

今後算定・移行を予定している、もしくはその可能性のある入院料としては、現在入院料 1 を算定している病院はほとんどが入院料 1 と回答、現在入院料 2 を算定している病院は、おおむね入院料 1 と入院料 2 に分かれた (図表 37)。

(図表 37) 今後算定・移行を予定している、もしくはもっともその可能性のある入院料等 (n=83)

現在	今後算定・移行予定のある入院料等				未定
	療養 入院料 1	療養 入院料 2	介護医療 院 (I)	その他*	
入院料 1	47	-	5	4	13
入院料 2	6	5	1	-	2
全体	53	5	6	4	15

*地域包括ケア病棟、他院と統合 等

平成 29 年度の療養病棟入院基本料の経営状況をみると、入院料 2 は医業利益率がマイナス 0.7% とかなり厳しい状況にある (図表 38)。人件費の増加分を賄うためにも病床利用率を上げて増収しなければ、平成 30 年度以降の収支はさらに厳しくなることが予想される。増収の見込みが低ければ入院料 1 への移行かもしくは介護医療院をはじめとする他施設への転換を検討していく必要が生じるだろう。

(図表 38) 療養病棟入院基本料の平成 29 年度の経営状況 (n=223)

	主たる算定入院料	
	入院料 1	入院料 2
施設数	179	44
病床利用率	87.3%	82.0%
病床 1 床当たり年間医業収益 (千円)	9,119	7,221
人件費率	58.0%	60.9%
医業収益対医業利益率	6.2%	△0.7%

注) 数値は速報値であり今後公表される数値とは異なる場合がある

資料出所：福祉医療機構

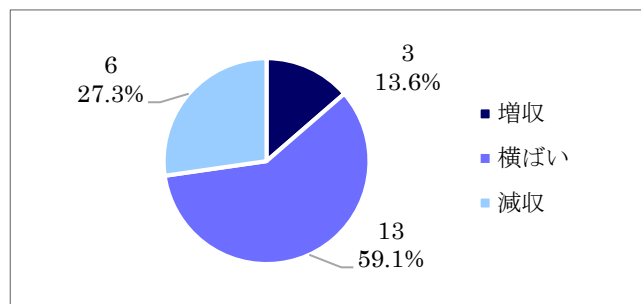
7 介護療養病床の状況

【転換先としては介護医療院 (I) がもっとも多く、過半が 2020 年度までの転換を検討】

医業収益は「横ばい」とした回答がもっとも多く約 6 割を占めた。介護療養病床を保有する病院における目下の課題は転換先とその時期である。転換先としてもっとも多く挙げられたのが「介護医療院 (I)」であり、転換時期は移行定着支援加算の算定可能期限である 2020 年度までを検討している病院が過半を占めた (図表 40)。そのほかには「療養病棟入院基本料 1」や「介護医療院 (II)」も転換先として挙げられた。

2017 年度末に廃止・転換期限を迎え、転換期限が迫ってきたこともあり、転換先については目星を付けているところがほとんどであったが、転換時期については未定のところもあった。

(図表 39) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=22)



(図表 40) 検討している転換先および転換時期 (n=22) ※複数回答

転換先	転換時期 (年度)					全体
	2018	2019	2020	2021	未定	
療養病棟入院基本料 1		1	1		3	5
療養病棟入院基本料 2				1	1	2
介護医療院 (I)	3	1	3	1	4	12
介護医療院 (II)			2		2	4
居住スペースと医療機関の併設			1			1
介護老人保健施設			1			1
未定					1	1

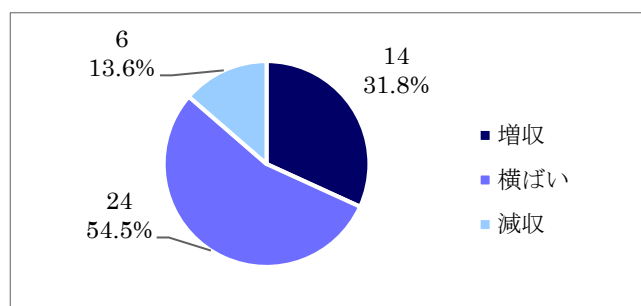
8 精神科病床の状況

【収益は「横ばい」が過半。通院精神療法イ・ロは半数以上が算定】

8.1 収支状況

精神科病床を保有している病院の医業収益は「横ばい」が過半を占めた (図表 41)。

(図表 41) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=44)

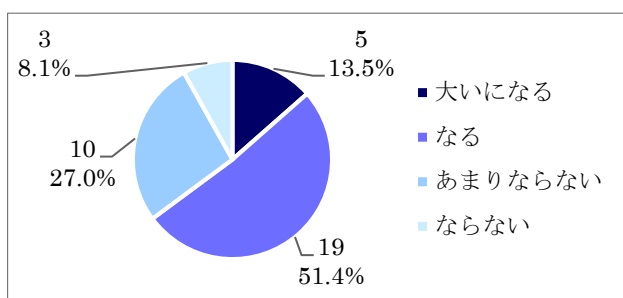


8.2 在宅復帰・退院支援

今次改定では入院患者の地域移行を促進するための様々な見直しがなされた。在宅移行に係る要件の見直しもその一つであり、入院患者の高齢化を踏まえ、精神科急性期治療病棟入院料等における在宅移行に係る要件の移行先に老健および介護医療院が追加された。

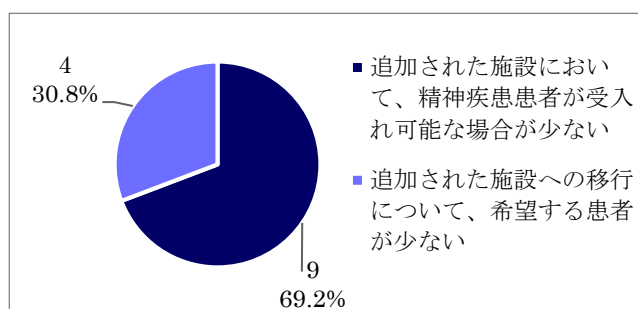
実際に老健等が有力な移行先になり得るかについては、約半数が「なる」と回答し、「大いになる」と合わせると7割弱が見直しについてポジティブな反応を示した（図表 42）。

（図表 42）在宅移行の移行先に追加された施設は、移行先として有力な候補となり得るか（n=37）



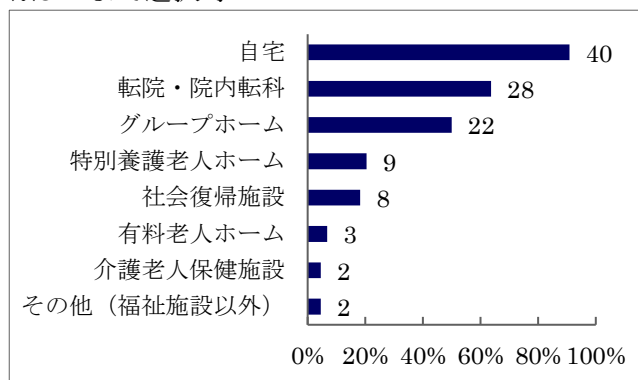
一方で「あまりならない」や「ならない」と回答した病院においてはそのおもな理由として、「追加された施設において精神疾患患者が受入れ可能な場合が少ない」や「追加された施設への移行について、希望する患者が少ない」を挙げた（図表 43）。受入れ可能な施設が増え、患者の老健等に対する理解が浸透していくことで、今後は老健等が精神科病院の入院患者の退院先として主要な施設になることが期待されるが、在宅復帰を重視する流れにある老健で受入れが進むかについては難しいところである。

（図表 43）移行先に追加された施設が有力な移行先にならない理由としてもっとも当てはまるもの（n=13）



なお、現在退院先としてもっとも実績が多いものとしては「自宅」、その後に「転院・院内転科」と続き、施設では「グループホーム」がもっとも多かった（図表 44）。「特養」「有料老人ホーム」「老健」を挙げた病院も一定数あり、高齢化と今回の要件の見直しを踏まえれば、今後はこのような居住系の施設への退院のニーズが増えていくものと思われる。

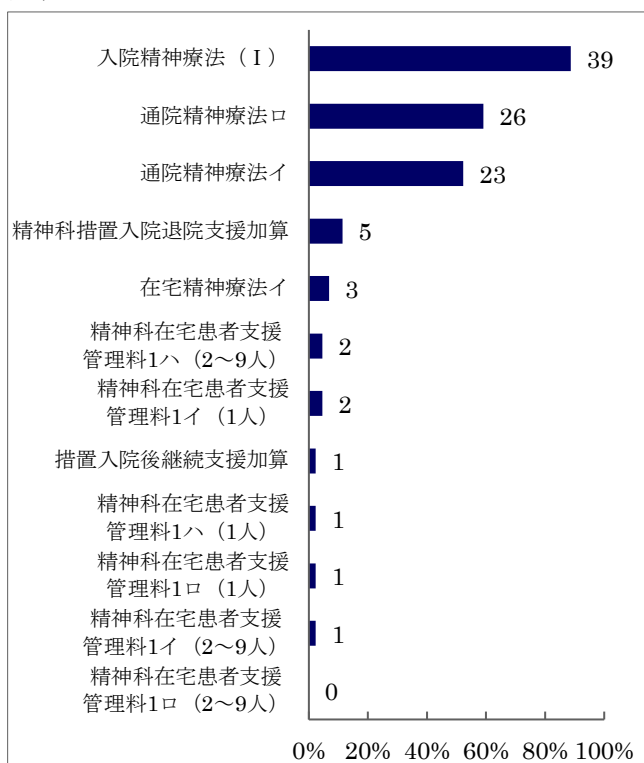
（図表 44）退院先として実績の多いもの（n=44）
※3 つまで選択可



8.3 加算の状況

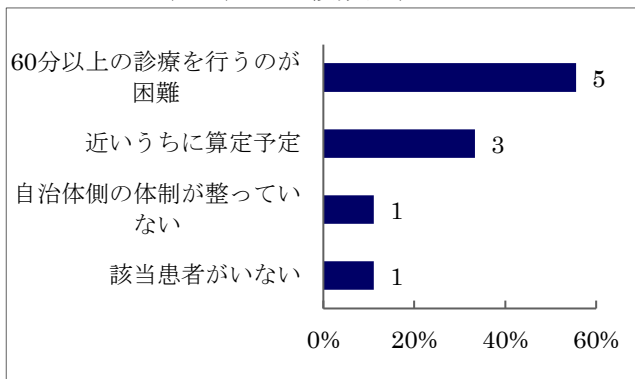
今次改定で見直しや新設された加算の算定状況についてみたのが図表 45 である。今次サンプルの半数以上が算定していたものとしては、点数が引き上げられた「入院精神療法（I）」、精神保健指定医に係る評価が廃止され、初診の日における実施時間が引き上げられた「通院精神療法ロ」、措置入院患者に対する自治体との連携を評価するものとして新設された「通院精神療法イ」があった。

(図表 45) 算定実績のある加算 (n=44) ※複数回答



多くの病院が算定していた通院精神療法であるが、イ、ロいずれも算定していない病院においては算定しないおもな理由に「60分以上の診療を行うのが困難」を挙げた(図表 46)。改定前は初診日における実施時間が 30 分以上であったのが今回 60 分以上に拡大されたことが算定におけるハードルとなっていることがわかる。ただし、「近いうちに算定予定」とした施設もあったことから、今後は算定病院の増加が見込まれる。精神保健指定医以外でも算定可能となったこともあり、同加算については算定したいところである。

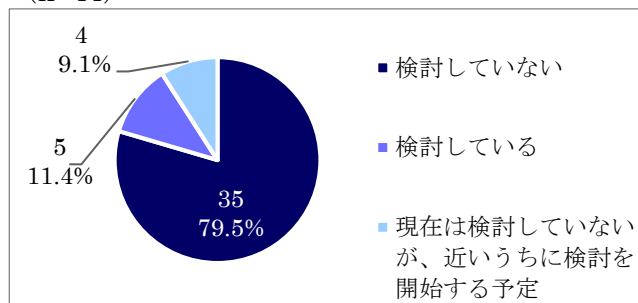
(図表 46) 通院精神療法 (イもしくはロ) を算定しない理由 (n=9) ※複数回答



8.4 改定結果を踏まえた今後の動向

今後の方向性として病床数の見直しを検討している病院は約 2 割あった(図表 47)。多様な機関との連携が求められ、高齢化により患者像も変化するなど精神科病院を取り巻く環境が変化していくなか、病床数についても検討する病院が一定程度あるものと推察される。

(図表 47) 病床数の見直しに関する検討状況 (n=44)



9 訪問看護ステーションの状況

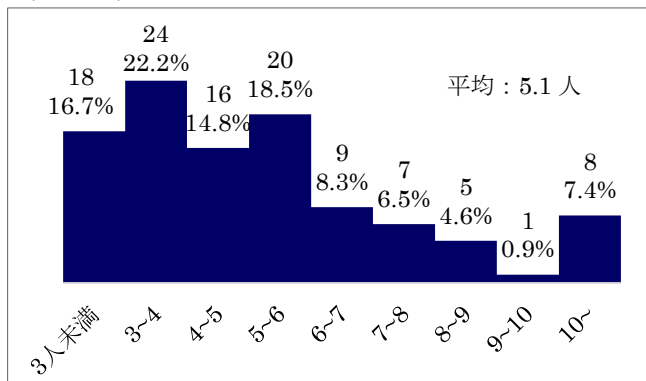
【おもに利用者の増加により約 4 割が「増収」。24 時間対応体制加算は約 8 割が算定】

9.1 常勤看護職員数

訪問看護ステーションの 1 事業所当たりの常勤看護職員数は平均 5.1 人、「3 人以上 4 人未満」の事業所がもっとも多く、全体では 6 人未満の事業所が 6 割弱を占めた(図表 48)。



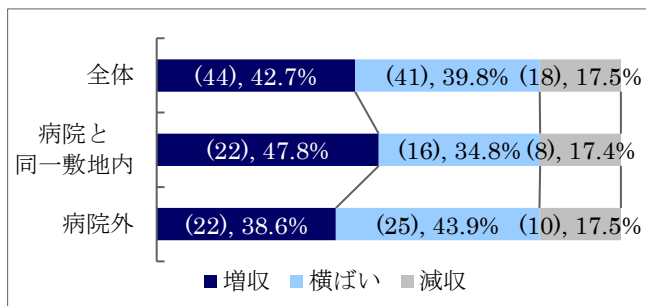
(図表 48) 1 事業所当たりの常勤看護職員数 (n=108)



9.2 収支状況

医業収益は病院と同一敷地内にある訪問看護ステーション（以下「敷地内事業所」という。）では「増収」が約 5 割ともっとも多かった（図表 49）。病院外にある訪問看護ステーション（以下「病院外事業所」という。）では「横ばい」が 43.9%ともっとも多く、「増収」が 38.6%と続いた。

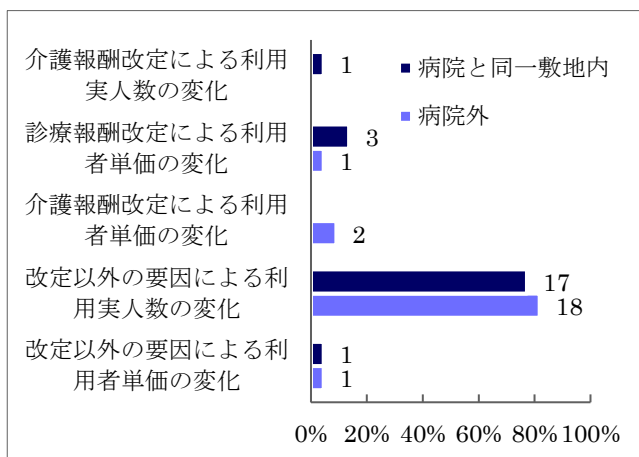
(図表 49) 前年同時期と比較した医業収益の変化 (n=103)



注) サンプル内訳：病院と同一敷地内…46、病院外…57

増収の要因は敷地内事業所、病院外事業所のいずれにおいても「改定以外の要因による利用実人数の変化」がもっとも多く、敷地内事業所で 77.3%、病院外事業所で 81.8%だった（図表 50）。また、敷地内事業所では「診療報酬改定による利用者単価の変化」を挙げた事業所も 1 割強あった。今次改定では病院と同一敷地内にある事業所が算定しやすい加算等もあり、敷地内事業所で増収した事業所が多かった要因の一つであると推察される。

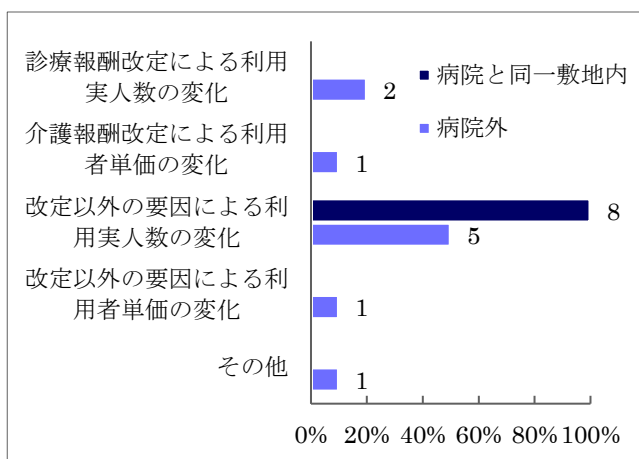
(図表 50) 医業収益が増加した要因 (n=44)



一方で減収した要因でも「改定以外の要因による利用実人数の変化」がもっとも多く、敷地内事業所では 100%を占めた（図表 51）。病院外事業所でも半数がこれを挙げ「診療報酬改定による利用者実人数の変化」を合わせると 7 割が利用実人数の減少が減収の要因となった。

訪問看護ステーションの数は近年とくに増加が著しいが、利用者の確保が安定した収入には欠かれないことがわかる。

(図表 51) 医業収益が減少した要因 (n=18)



9.3 加算の状況

本項では今次改定で注目された加算の算定状況についてみていきたい。

(1) 24 時間対応体制加算

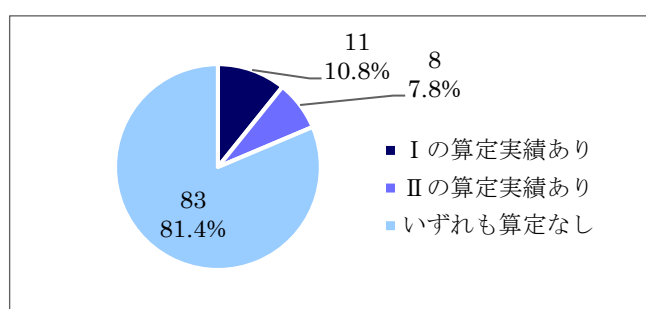
24 時間対応に関する評価のうち、24 時間連絡体制加算は廃止され「24 時間対応体制加算」に一本化された。同加算では緊急時訪問に加え、営業時間外の利用者や家族等との電話連絡および指導や体制整備等が要件として記載されており、24 時間体制の内容が明確化されたのが特徴である。旧 24 時間対応加算より 1,200 円増額したため、同加算を算定することは経営上大きい。本調査では 78.1%が算定していると回答した。

(2) ターミナルケアに関する加算

特養等、施設の入所者に対しターミナルケアを実施した場合に算定可能となる「訪問看護ターミナルケア療養費」では、従来は施設側が看取り介護加算を算定している場合、訪問看護ステーションでは算定できなかったが、今回は施設側が看取り介護加算を算定している場合、訪問看護ステーションで算定可能な療養費 2 が新設された。これにより同加算を算定できる機会が増えたわけであるが、42.9%が療養費 1 もしくは 2 を算定していた。調査時点では改定から数か月しか経過していなかったため、今後はさらに算定する事業所が増えると思われる。

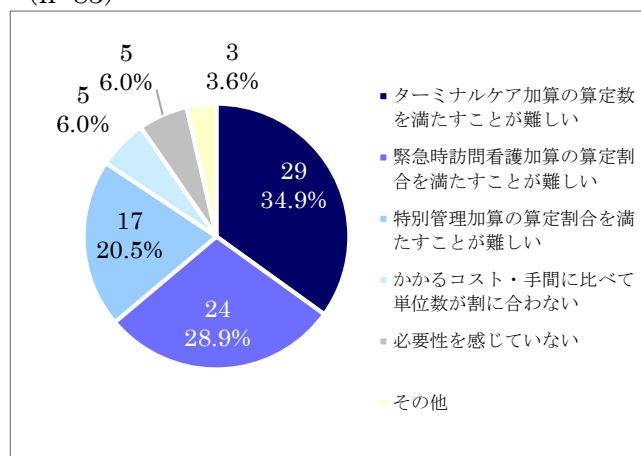
また、介護報酬においても、ターミナルケアを評価する「看護体制強化加算」について、ターミナルケア加算の算定者数が多い場合（年間 5 名以上）の評価が新設された。算定状況は新設の同加算 I が 10.8%、従来からある II が 7.8%と、算定していない事業所が大半だった（図表 52）。

(図表 52) 看護体制強化加算の算定状況 (n=102)



算定しない理由としては「ターミナルケア加算の算定者数を満たすことが難しい」が 3 割強を占めた（図表 53）。平成 29 年度にターミナルケア加算を算定した事業所は約 6 割となっており、算定者の数の問題以前に、一度も算定しなかった事業所が一定数あることがわかる。

(図表 53) 看護体制強化加算を算定しない理由 (n=83)



(3) 退院時共同指導加算

退院に向けて医療機関と連携した場合に算定可能な「退院時共同指導加算」では、連携推進のため報酬が 6,000 円から 8,000 円に増額し、特別の関係にある医療機関等と連携した場合も算定することが可能となった。本調査時において算定実績のある事業所は 41.0%とまだ半数には満たなかったが、増額し算定機会も拡大したため、同加算も押さえておきたいところである。

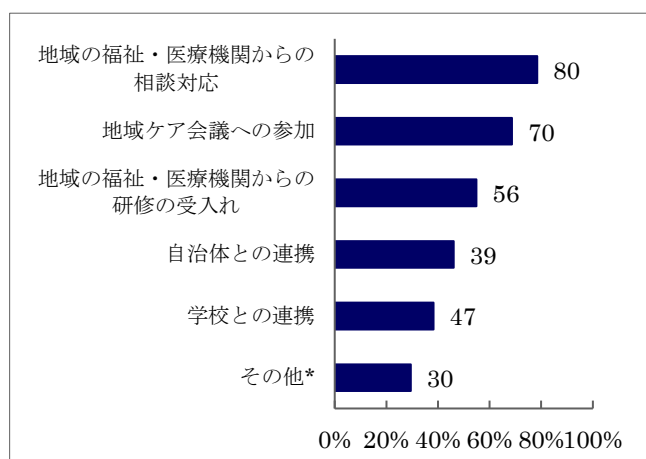
9.4 改定結果を踏まえた今後の動向

前項でみてきたように、今次改定で訪問看護においては在宅療養支援の体制、ターミナルケア、医療機関との連携等について評価された。そのほかにも、多くの利用者のニーズに対応するため、複数名での訪問看護が実施できる対象を拡大（複数名訪問看護加算）、利用者の生活をあらゆる場面で支援するため、学校や自治体等関連機関への情報提供を評価（訪問看護情報提供療養費）、地域の

訪問看護に関わる人材育成等を評価（機能強化型訪問看護管理療養費）するなど、訪問看護においては様々な役割が期待されている。

上記に挙げた加算等については改定から間もないこともあり、算定実績のある事業所は少なかったが（詳細版参照）、訪問看護ステーションにおいてはとくに重要となる利用者確保のために、各種加算を算定できる体制を整え、多様なニーズに応えていくことが求められる。そのためには多くの事業所が挙げていたように、「地域ケア会議への参加」や「地域の福祉・医療機関からの相談対応」の実施により、関係機関との連携に取り組んでいくことも必要となるだろう（図表 54）。

（図表 54）他の機関と連携を促進するために実施している取組み（n=102） ※複数回答



*地域ケアマネネットワークへの参加、外部サービス利用型居住系施設との連携、在宅医療介護連携推進チーム会議等への参加、連絡協議会、看護協会や企業からの講義依頼などの社会貢献、訪問看護連絡会参加、看護学生実習の受入れ、地域研修 等

おわりに

本レポートでは病院および訪問看護ステーションの医業収益やおもな改定項目について、改定後の状況を概観した。入院料が細かく再編されたのが今次改定の特徴であったが、算定する入院料を大きく変更したケースはあまりみられず、一部地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟入院料などで、実績部分でより上位の入院料を算定している傾向がみられた。

医療の提供体制の実態に合った入院料の選択が可能にすることで、機能分化を促進することが入院料再編の狙いだったが、実態に合った入院料を算定しているかといった点に関しては、現時点ではそうとはいえないだろう。

例えば、急性期一般入院基本料における入院料 1 と 4 で看護必要度の該当患者割合に差がみられなかったり、利用率の低下で減収しているような場合は、算定している入院料と自院の医療提供体制がかい離している可能性がある。本調査では看護必要度の該当患者割合や在宅復帰率等、入院料の要件については高い水準で達成する病院が多くみられたが、次期改定では引き続き機能分化を推し進め、より実態と算定入院料が合った内容にすべく要件の見直しが必要と思われる。

改定から半年が経過したばかりであるが、要件の達成で良しとするのではなく、自院の地域における立ち位置が曖昧な場合は、現段階から地域のニーズと自院の資源を勘案し、長期にわたって安定した経営が可能となるような方向性を検討していくことが望まれるだろう。



- ※ 本資料は情報の提供のみを目的としたものであり、借入など何らかの行動を勧誘するものではありません
- ※ 本資料は信頼できると思われる情報に基づいて作成されていますが、情報については、その完全性・正確性を保証するものではありません
- ※ 本資料における見解に関する部分については、著者の個人的所見であり、独立行政法人福祉医療機構の見解ではありません

《本件に関するお問合せ》

独立行政法人福祉医療機構

経営サポートセンター リサーチグループ

TEL : 03-3438-9932 FAX : 03-3438-0371