

2018年度診療・介護報酬同時改定の概要

上席研究員 元木秀章
研究員 井上郷平

要 旨

1. 2025年に団塊世代が全て75歳以上を迎える「2025年問題」に備えた動きが活発化しているが、2040年頃に65歳以上の高齢者人口のピークを迎えるなど、2025年以降も、社会構造の変化は続く。一方、徳島県はその動きが全国よりも早く、2020年頃にピークを迎えると予想される。
2. 本稿では、6年に一度の同時改定となる2018年度診療・介護報酬同時改定の概要について整理し、医療・介護事業経営への影響や今後の方向性について考察した。
3. 今回の診療報酬改定は、全体の改定率では▲1.19%と、前回2016年度に続くマイナス改定となったものの、そのうち本体部分については+0.55%と、前回改定の本体+0.49%を上回った。薬価改定等の部分では2016年度の▲1.33%から今回▲1.74%と前回以上の大幅なマイナスとなり厳しい内容となった。
4. 今回の診療報酬改定の基本方針として、「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」や「新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実」など、4つの点が掲げられた。
5. 入院医療に関しては、新たな評価体系となる基本的な考え方が示され、急性期医療、急性期医療～長期療養、長期療養の3つの医療機能に整理された。これにより、医療ニーズと医療資源の投入量のバランスが取れた、適切かつ効率的な医療機能を評価する新しい報酬体系が導入されることとなった。
6. 今回の介護報酬改定は+0.54%のプラス改定となった。そして、2025年に向けて医療・介護提供体制を維持するべく、「地域包括ケアシステムの推進」や「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」など、4つの重要ポイントを定めた。
7. 今回の介護報酬改定では医療と介護の連携強化が最大のテーマとなっており、医療と介護の複合的なニーズを担うものとして、新たに介護医療院が創設された。また、自立支援・重度化防止に向けてのアウトカム評価の導入や、介護ロボット、ICTの積極的な活用などが打ち出された。
8. 徳島県内の介護の現状について、施設や事業所数の増加の伸びは一進一退であるほか、2012年度改定で新設された定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）などの地域密着型サービスの定着は進んでいない。
9. 介護人材の不足という問題を抱える徳島県内の介護事業者であるが、一方で若年層や女性が働きやすい職場環境づくりによる人材の確保・育成を進める動きも出てきている。そのほか、地域密着型サービスの定着や介護医療院への転換、アウトカム評価への対応などの課題がある。
10. 今回の同時改定では医療・介護の連携に対するインセンティブの強化やアウトカム評価の導入など、地域包括ケアシステムの構築に向けた姿勢が前面に打ち出され、徳島県内の医療機関・介護事業者もその「姿勢」が問われることは間違いない。今後はこうした課題に取り組みながら、中長期的視点で確固たる事業戦略を構築・実践していくことが求められている。

はじめに

近年、医療機関や介護事業を取り巻く環境は、医療・介護制度の抜本的改革や診療・介護報酬の改定(診療報酬は2年に1度、介護報酬は3年に1度)などに大きく左右され、その経営は常に変化への対応が求められる状況にある。その背景になっているのが後期高齢者の増加と総人口の減少、そして人口構造の変化である。

我が国では、団塊世代が全て75歳以上の後期高齢者となり、医療・介護サービスの本格的な需要期を迎える、いわゆる「2025年問題」に対応すべく、「2025年モデル」(人口構造の変化に十分対応できる仕組み)に備えた動きが活発化しており、これまで各都道府県別に医療提供体制を見直す「地域医療構想」の策定や、給付と負担の見直しなどの検討が行われてきた。

2025年以降の社会構造はこれまでと異なる様相を呈する。特に団塊世代に次いで人口が多い第2次ベビーブーム世代が65歳以上を迎える2040年頃に、高齢者人口のピークを迎える(図表1)。その一方で、「支え手」になるべき15～64歳の生産年齢人口が急速に減少し、社会保障制度そのものの存続が危ぶまれる事態になると予想されている(2040年問題)。

一方徳島県であるが、推計人口を見てみると(図表1)、2015年時点で75万人を超えていた県人口は、2025年には68.8万人に、2040年には57.4万人に減少すると推計されている。これを年齢区分別に見ると、0～14歳、15～64歳は2015年以降一貫して減少する見込みである。特に15～64歳の生産年齢人口は、2025年には2015年の約85%、2040年には約66%とおおよそ2/3にまで減少すると予想されている。

さらに65歳以上の高齢者人口の将来推計を見ると、全国では2040年までは緩やかに増加する一方、徳島県では2020年の約24.5万人をピークに緩やかに減少しはじめ、2040年では約23万人と推計されている。ただし、75歳以上の後期高齢者については2030年頃、85歳以上は2040

年頃にそれぞれピークを迎える(図表2、3)。

このように、徳島県は全国以上に早いペースで高齢者人口のピークを迎え、以後緩やかに減少していく。このことは、県内の医療機関や介護事業者にとって「市場」の縮小を意味しており、それぞれのフィールドにおける今後の需要動向を視野に、経営戦略の再構築が求められる。

そうした中、足もとの2018年度では、6年に一度の診療・介護報酬の同時改定に加え、医療計画や介護保険事業計画、医療費適正化計画など、医療と介護に関わる制度の更新時期が重なっており、まさに「2025年モデル」構築を本格化させる年と言えよう。

より具体的な方向性は、2018年度に同時改定された診療・介護報酬の内容や検討段階での議論から、今後の国の政策シナリオを垣間見ることができる。例えば、医療分野では、スムーズな入院と在宅復帰への過程を強化しつつ、かかりつけ医機能の推進や在宅医療の裾野の拡大を強化することで、在宅復帰後の患者の療養生活を支えるという方向性を示している。

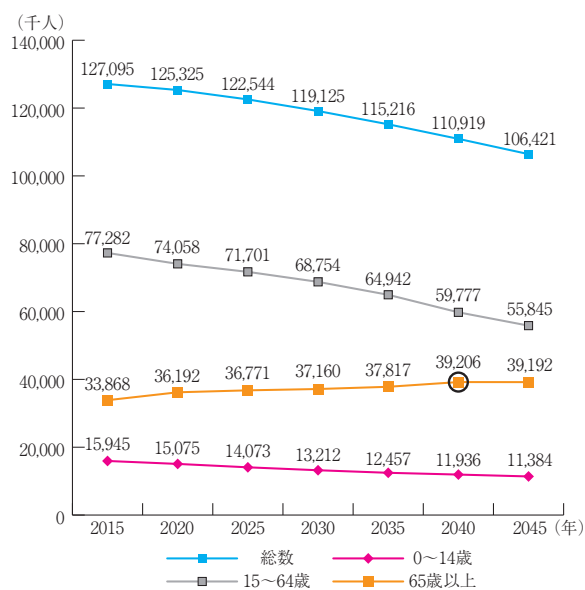
また介護分野では、早期かつ緊密な医療・介護連携が求められる中で、引き続き医療・介護サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の推進が最重要課題として掲げられている。加えて地域の専門職を介した介護事業者間の連携や、アウトカム評価の導入、介護人材不足への対策としてのICT活用の要件緩和などが明確化されている。

特に今回の同時改定で重視されているのが医療・介護の連携強化である。2024年に廃止される介護療養型医療施設(介護療養病床)の転換先の一つとして創設される「介護医療院」のほか、随所に医療・介護の連携に対するインセンティブが導入されており、連携による介護度の中重度者対応や自立支援といった役割を期待するかたちとなっている。

本稿では、2018年度診療・介護報酬の同時改定の概要について整理し、医療・介護事業経営への影響や今後の方向性について考察を加えた。

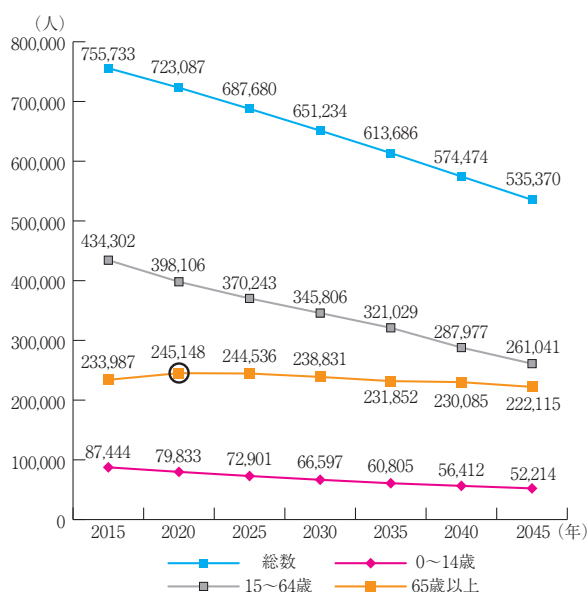
図表1 年齢3区分別推計人口

全国



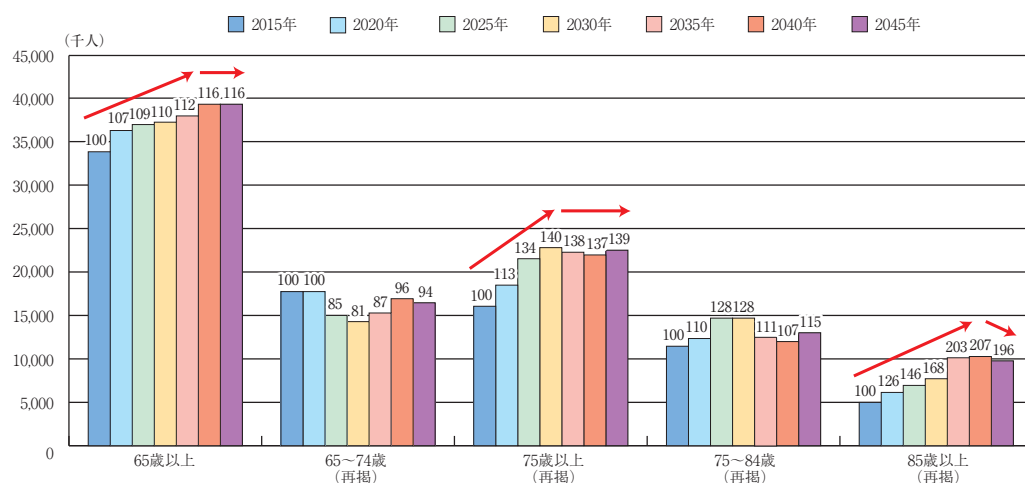
注：グラフ中の○印は65歳以上人口の最大値を示している。
資料：国立社会保障・人口問題研究所
「日本の将来推計人口（全国）」（2017年4月推計）

徳島県



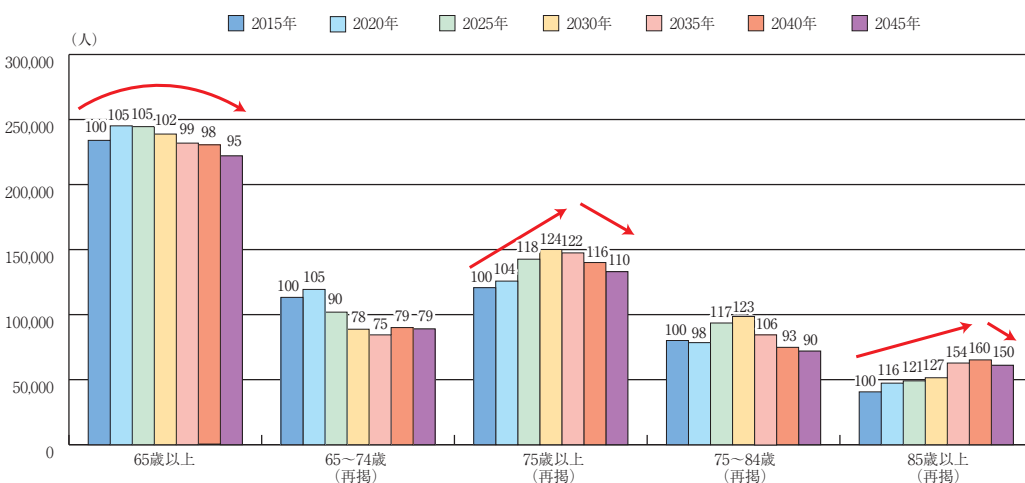
注：グラフ中の○印は65歳以上人口の最大値を示している。
資料：国立社会保障・人口問題研究所
「日本の地域別将来推計人口」（2018年3月推計）

図表2 全国の65歳以上人口の将来推計



注：図表中の数値は、2015年のそれぞれの年齢階級別人口を100とした指数を表わしている。
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国）」（2017年4月推計）

図表3 徳島県の65歳以上人口の将来推計



注：図表中の数値は、2015年のそれぞれの年齢階級別人口を100とした指数を表わしている。
資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（2018年3月推計）

1. 2018 年度診療報酬改定のポイント

(1) 診療報酬改定の全体動向

今回の 2018 年度診療報酬改定は、全体の改定率では▲ 1.19%と、前回 2016 年度の▲ 0.84%に続くマイナス改定となったものの、そのうち医療職の人件費など技術料に当たる本体部分については +0.55%と、前回改定の本体 +0.49%を上回った。なお薬価改定等の部分では 2016 年度の▲ 1.33%から今回▲ 1.74%と前回以上の大幅なマイナスとなり、厳しい内容となった。

今回の改定は、団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年と、さらにそれ以降の人口構成の変化を踏まえ、中長期的な視点から報酬体系の基盤を構築した点が特徴である。すなわち、質の高い効率的な医療提供体制の整備と同時に、新しいニーズにも対応可能な医療の実現を目指したのとなっている。そしてその基本方針として、「Ⅰ 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」、「Ⅱ 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実現・充実」、「Ⅲ 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」、「Ⅳ 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化」

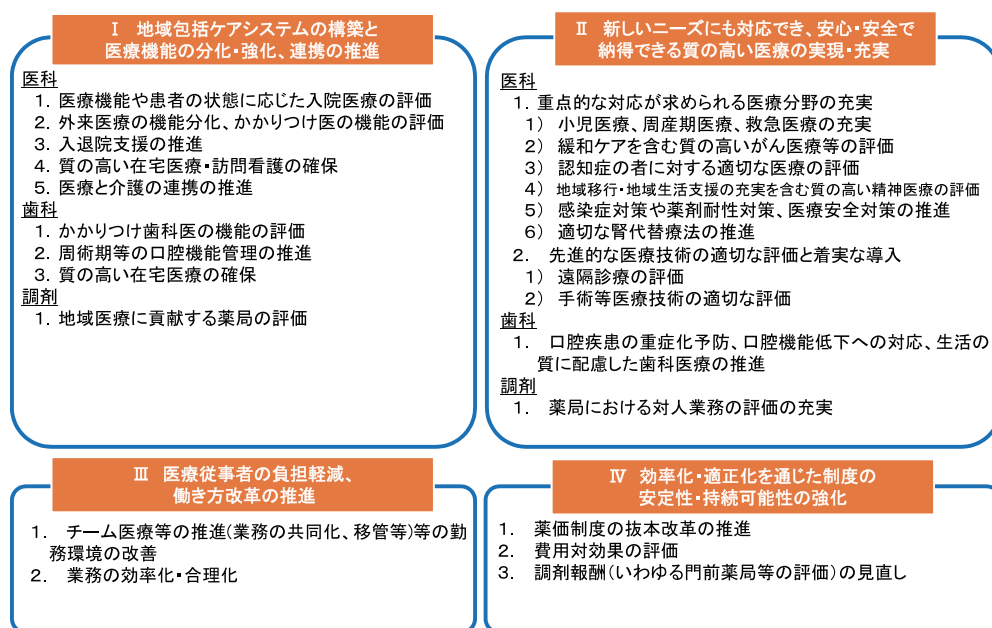
の 4 点が掲げられている(図表 4)。

この基本方針をもとに、地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進が盛り込まれたほか、かかりつけ医の機能に対する評価の充実、医療における I C T の活用、在宅医療の裾野の拡大などに関わる制度やインセンティブなどが整備された。

特に今回の同時改定で重視されている医療と介護の連携については、訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供や、末期のがん患者についての主治医とケアマネジャーとの協力の推進などに対する報酬の見直しが行われた。

また、入院医療の新たな評価体系となる基本的な考え方が示され、急性期医療(急性期入院医療を提供する機能)、急性期医療～長期療養(集中的なりハビリテーションの提供や自宅等への退院支援機能)、長期療養(長期療養を要する患者への入院医療を提供する機能)の 3 つの医療機能に整理された(図表 5)。これにより、粗診粗療や非効率な医療を回避し、医療ニーズと医療資源の投入量のバランスが取れた、適切かつ効率的な医療機能の評価する新しい報酬体系が導入されることとなった。

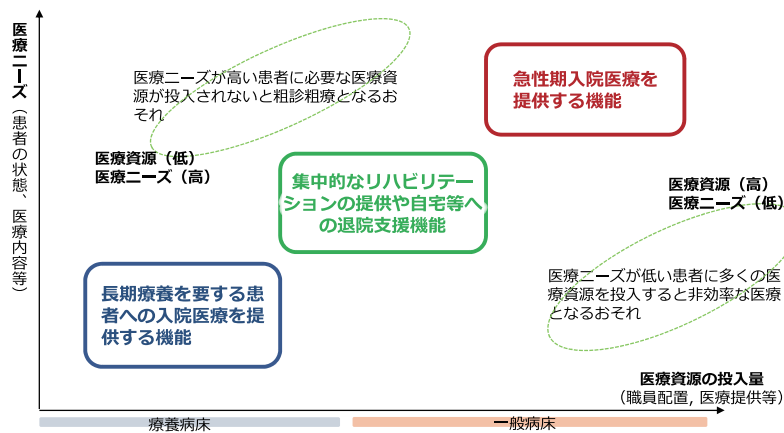
図表 4 平成 30 年度診療報酬改定の概要



資料：厚生労働省 HP「平成 30 年度診療報酬改定説明会(平成 30 年 3 月 5 日開催)」資料

図表 5 入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



資料：厚生労働省 HP「第 13 回地域医療構想に関するワーキンググループ（2018 年 5 月 16 日）」資料

入院医療に関する評価体系の見直しでは、これまで看護師の配置数を基準としていた一般病棟入院基本料が、各機能についての人員配置や平均在院日数などの、従来の入院料の基準に沿った「基本的な評価」部分と、患者の重症度やアウトカムなどの「診療実績に応じた段階的な評価」部分との二段構成に再編・統合された。新入院料により、病棟が備えるべき体制や受け入れる患者の状態、アウトカムなどが明確化され、今後の病棟の機能強化や病棟間の連携、在宅復帰の促進に繋がるものと期待されている。

同時に、今後地域医療構想を実現していく上では、各病院がどんな機能を担うべきかの議論が活発化するのには確実であり、その中で、機能転換を検討する病院も少なからず出てくるとみられ、そうした際に診療報酬面が障壁とならない仕組みが今回整備されたと言えよう。

このほか外来医療においては、かかりつけ医機能の評価拡大がポイントとなった。重視されたのは、外来患者が入院・入所したり、在宅医療に移行してもかかりつけ医が関わり続けることに対してであり、例えば、地域包括診療料・加算には外来から在宅に移行した患者数に関す

る要件が設けられた。また、かかりつけ医が必要に応じて専門医療機関に患者を紹介する初心機能を評価する機能強化加算が新設された。

在宅医療に関しては、訪問診療を提供する診療所の半数が一般診療所であり、在宅患者への 24 時間対応が多くの診療所医師にとって負担を感じているという背景から、在宅療養支援診療所の届け出件数が伸び悩んでいたが、今回の改定によって、一般診療所による訪問診療が手厚く評価され、複数の医療機関の連携による 24 時間対応に継続診療加算が設けられた。

こうしたかかりつけ医機能や在宅医療の担い手としては、今回 200 床未満の中小病院にも期待がかけられた。初診料の機能強化加算は、地域包括診療料や在宅時医学総合管理料（在宅療養支援病院）などを届け出る中小病院も算定することができる。地域包括ケア病棟入院料 1 では、在宅医療等の提供実績に関する要件が盛り込まれた。

また、在宅医療を支える訪問看護の充実が図られ、医療ニーズの比較的高い患者の住まいである介護医療院は診療報酬において在宅復帰先とみなされる取り扱いとなっている。

(2) 医療機能別のポイント

①急性期入院

今回の入院医療評価体系は、現行の看護配置による評価体系ではなく、基本的な医療の評価部分と、診療実績に応じた段階的な評価部分の二つの評価を組み合わせ、新たな評価体系としたことが特徴である。

急性期機能の基本診療科である「一般病棟入院基本料」は、従来7対1(当該病棟の入院患者7人に対して、常時看護師1人以上を配置する看護配置を表している)や10対1(当該病棟の入院患者10人に対して、常時看護師1人以上を配置。以下同様)などの看護配置を算定基準としていたが、今回の改定では、入院基本料基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価を組み合わせた評価体系が示された。これまでの7対1、10対1入院基本料が「急性期一般入院基本料」として一本化され、看護配置10対1、平均在院日数21日以内などの要件が付与された。そのうえで、新たに実績部分として一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(看護必要度)に基づいた評価を行い、その評価に伴う点数を加算する制度に見直され、新たに入院料1～7の7段階の入院料が設けられた。その中で、最も高い評価を現行の7対1と同じ点数とし、最も低い評価は現行の10対1と同じ点数とした。

段階的評価を複数導入した背景には、看護配置を変更する場合に、従前は医療機関の収益に対するインパクトが大きく大幅な利益低下となる懸念があるため、意思決定が困難であったということが挙げられる。段階的評価を複数導入することによって、看護必要度該当患者の割合に合わせた基準変更を柔軟にできるよう配慮したかたちとなった。旧制度の7対1入院基本料から10対1入院基本料へと変更した場合、10対1入院基本料で一番高い点数と比較しても200点以上低くなるため、適切な医療資源の配置のための転換に踏み切れない医療機関が多かったと見られている。

こうした課題を解決するとともに、配置転

換によって余裕が出た看護人員については、新設された訪問看護ステーションに対する評価とセットで考えることによって、地域完結型の医療提供体制を整えようという姿勢が示された。

さらに、新制度で一番点数が高い急性期一般入院料1では、自宅等への退院に加えて、療養病棟や有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院などへの転院の場合も評価に含まれることとなった(在宅復帰・病床機能連携率の要件の緩和)。

②軽度急性期・急性期後、回復期入院

高度な急性期に入院するほどではない、軽度急性期の患者や、急性期後の患者の療養において期待されているのが、地域包括ケア病棟である。今回の改定では、この地域包括ケア病棟の自宅等で療養する患者の受け入れ態勢の充実に主眼を置いている。

2014年度改定で創設された地域包括ケア病棟入院料が再編され、これまでの2区分から4区分となった。新設された入院料1、3には、自宅等からの入院患者の受け入れや訪問診療、看護、介護サービスなどの「地域包括ケアに関する実績」を算定できる(180点の加算。ただし、届け出ができるのは許可病床200床未満の病院に限定)。

一方で、この地域包括ケア病棟の届け出が「1棟まで」に制限される対象を「許可病床500床以上」から「400床以上」にし、中小病院が担うべきだということを明確にすることで、大病院との機能分化が図られた。

加えて、入院料1、2における要件の一つである在宅復帰率の対象も再編され、これまで対象だった療養病床と介護老人保健施設が外される一方、介護医療院と介護サービスを提供する有床診療所が対象となるなどの変更があった。

また、これまでの13対1、15対1入院基本料が一本化され、地域一般入院基本料となった。入院料1～3に区分され、入院料1～2は旧制度の13対1入院基本料に相当し、入院料3は15対1入院基本料に相当するかたちで整備され

た。

回復期入院においても、「回復期リハビリテーション病棟入院料」として、入院料1～6に区分された。入院料1、2はリハビリ専門職の人員や重症者(日常生活機能評価10点以上)の割合など、旧制度の入院料1相当の体制と実績が、入院料3、4は旧制度の入院料2相当の体制と実績がそれぞれ必須となった。

なお、新制度の入院料1、3、5の実績部分についてはリハビリ実績指数というかたちで、一定のアウトカム評価が導入された。

③慢性期入院

慢性期入院においても、在宅に関わる加算の大幅な見直しが行われた。第一に、病棟から患者を自宅に退院させた際に評価される在宅復帰機能加算は点数が大幅に増加された。また、介護老人保健施設や介護医療院等、自宅から入院した患者の治療方針に関する患者または家族の意思決定を支援した際の評価(在宅患者支援療養病床初期加算)や、急性期医療を担う他の病院からの患者を受け入れた際の評価(急性期患者支援療養病床初期加算)が新設され、高い点数で設定された。

慢性期入院では、「療養病棟入院基本料」に再編され、これまでの25対1以上、20対1以上の看護配置を基準としていた入院料を、基本部分においては20対1で統一し、実績部分で入院料1(療養1)、入院料2(療養2)に区分した。要件の基準として重症度が中度程度である医療区分2及び重度である医療区分3の、全患者に対する割合が用いられ、入院料1が「80%以上」、入院料2が「50%以上」と設定された。

この入院料1、2に該当しない病院については、経過措置1(入院料2の90%、看護配置25対1)、経過措置2(入院料2の80%、看護配置30対1)が新設された。

④在宅医療・訪問看護

地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療・訪問看護の重要性は増しているが、実態としては、24時間往診可能な在宅療養支援診療所

(在支診)の届け出数は鈍化するなど、提供体制が整備されているとは言い難い。こうした状況を受け、様々な見直しが行われた。

まず、在宅時医学総合管理料(在総管)や施設入居時等医学総合管理料(施設総管)において、月2回以上の訪問の場合の点数が引き下げされる一方、月1回の場合の点数が引き上げられた。これは月1回の診療を基本とし、より多くの患者を見られるようにすることが目的であるが、月1回の診療を補助するものとして、オンライン診療の導入を促す加算が付与された。ただし、通院が困難な患者に対しては、月2回以上の診療を認める評価を新設している。

また、在宅診療の裾野を広げるために、通院困難となった外来患者に対する、訪問診療による診療の継続を評価する加算(継続診療加算)について、従来の在支診に加えて、在総管、施設総管への適用が認められた。

さらに、ターミナルケア(終末期医療)に対する評価が拡充され、点数の増加のほか、老人介護福祉施設で死亡した患者に対し、介護保険の加算を取る場合でも、医療保険の加算を算出することが認められた。

訪問看護においても、地域の訪問看護における人材育成などの役割を担う訪問看護ステーションに対する評価の新設(機能強化型訪問看護管理療養費Ⅲ)や、多様化するニーズに対応するための、複数名による訪問看護の報酬の見直しなど、大幅な再編が行われた。

⑤外来医療

外来診療では、まず地域包括診療料・加算、認知症地域包括診療料・加算において、ともに上位点数が新設され、10人以上の患者に対し、外来から在宅までの継続した診療を行うことなどが要件となった。その一方で、診療所が地域包括診療料を届け出る際の常勤医師の配置条件が緩和された(2人以上→常勤換算2人以上で、常勤医は1人)。

また、こうした地域包括診療料・加算などの、かかりつけ医機能に関する報酬を届け出た医療

機関における初診時の診療機能を評価する観点から、新たな加算が新設された(機能強化加算)。

他方で、大病院と診療所などとの機能分担は強化されたかたちとなっており、紹介状なしでの大病院受診時の定額負担の対象範囲が拡大(病床数 500 床以上→ 400 床以上の地域支援病院)された。

そして、新たにオンライン診療の導入に関する評価が新設(オンライン診療料、オンライン医学管理料)されたが、本改定では質の担保が重要視され、対象患者が限定されたほか、「対面診療とオンライン診療を組み合わせた」診療計画の作成や、「緊急時に 30 分以内に対面診療が可能」な体制づくりが要件として定められた。

⑥ DPC/PDPS (診断群分類包括評価)

今回の改定で、2012 年度改定から実施した包括評価部分の暫定調整係数の機能評価係数Ⅱと基礎係数への置き換えが完了し、前年度比の推計診療報酬の激変(変動率が 2%を超える場合)に対応するため、新たに激変緩和係数を設定した(ただし、改定年度のみ適用)。

また、急性期一般入院料の判定基準の一つである看護必要度について、従来の評価基準に加えて、新たに DPC データを用いることが認められた(看護必要度Ⅱ)。新たに設定された入院料

2、3 は看護必要度Ⅱでの評価が要件となっているため、今後、DPC データによる評価が広まることも考えられる。

そのほか、現在ある機能評価係数Ⅱの係数について、後発医薬品係数と重症度係数を廃止(後発医薬品については、機能評価係数Ⅰでの評価に変更)し、導入時からある 6 つの係数(保険診療、効率性、複雑性、カバー率、救急医療、地域医療)で評価することとなった。

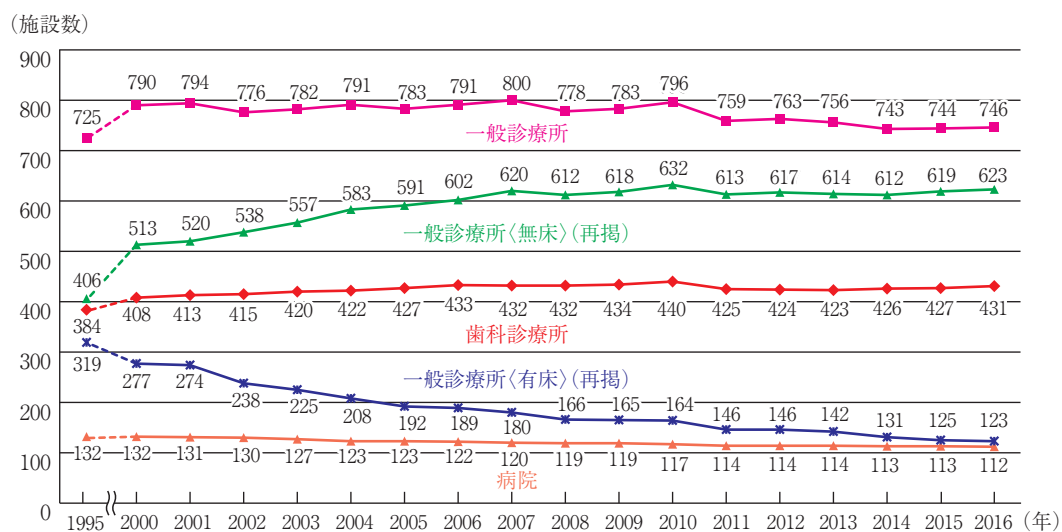
2. 徳島県の医療の現状

(1) 県内の医療施設と地域医療連携の状況

医療施設には、病院、一般診療所、歯科診療所などがある。病院は、20 人以上の患者を入院させるための施設を有するものを指し、19 床以下の施設を有するもの、あるいは病床を持たないものは一般診療所(有床、あるいは無床)、歯科診療所などとして、病院とは区分される。

徳島県内の医療施設状況を見てみると(図表 6)、直近 2016 年は病院が 112 施設で長期的に漸減傾向が続いているほか、病床数 19 床以下の一般診療所〈有床〉も 123 施設と年々減少している。この間、病床を持たない一般診療所〈無床〉や歯科診療所は 2010 年まで緩やかに増加して

図表 6 徳島県内の医療施設の推移



資料：厚生労働省「医療施設調査」

きたものの、近年は概ね横ばい傾向で推移している。

徳島県の人口あたりの病院数、一般診療所数、歯科診療所数および病院病床数は、いずれも全国上位であり、また同様に、人口あたりの医師数や歯科医師数、薬剤師数なども全国トップクラスと、徳島県の医療環境は整っているように見える。

施設面を詳しく見ると、2016年の徳島県の病院数は人口10万人あたり14.9施設で、高知県、鹿児島県に次いで全国3位。一般診療所数は同99.5施設で全国4位、歯科診療所数は同57.5施設で全国4位、そして病院病床数でも同1,978.4床と全国3位となっている。県内の病院の特徴(2016年)を病床規模別に見ると(図表7)、20～49床の病院が27施設、50～99床が34施設と、合わせて全体の54.5%(全国平均は36.0%)を占めており、病床規模は比較的小規模な病院が多い。さらに病床の種類別では(図表8)、一般病床、療養病床、精神病床など全種類において、徳島県の人口10万人あたり病床数が全国平均を上回っており、中でも特に療養病床と精神病床のウェイトが高いことが特徴である。

ところで、一般診療所(有床)が近年大幅に減少している傾向は、徳島県も全国も同様である。一般に有床診療所が地域で果たしている役割については、主に専門医療を担う診療科(産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科など)と、主に地域医療を担う診療科(内科、外科など)、双方の機能を持

つ診療科(整形外科など)に大別される。

産婦人科や眼科、耳鼻咽喉科など専門領域に特化した医療を提供する有床診療所については、そうした専門医療ニーズがある地域において、少ない人員体制で専門医療を効率的に提供可能な形態の一つとして今後も大いに期待される。

次に地域医療を担う有床診療所については(周辺に病院や介護施設が存在しない、医療・介護資源が乏しい地域での役割は引き続き重要であるが)、近い将来医療ニーズが減少することを踏まえると、医療から医療・介護の併用モデルへの転換は選択肢として有力である。具体的には、病院を退院する患者に対し療養生活に円滑に移行するために必要な医療を提供する、在宅医療を提供する、患者の病状が急変した場合に入院させ必要な医療を提供する等、地域住民の多様な医療ニーズに対応する役割を担っていくということである。こうした有床診療所は地域包括ケアシステムの構築にあたり、今後ますます重要な役割を担うことが期待されている。

現に今回の改定でも、有床診療所は介護と関わりを持つよう誘導していく方針がはっきり打ち出されている。例えば、通所リハビリテーションなどの介護事業を手がければ、入院基本料1～3の算定が可能となるほか、介護サービス提供施設で高齢患者の入院受け入れを促進すれば、インセンティブとして新設された介護連携加算を算定できることになる。

図表7 病床の規模別にみた病院数(2016年)

病 床	病 院 数		構成割合(%)	
	徳島県	全 国	徳島県	全 国
総 数	112	8,442	100.0	100.0
20～49床	27	919	24.1	10.9
50～99床	34	2,120	30.4	25.1
100～199床	24	2,754	21.4	32.6
200～299床	13	1,136	11.6	13.5
300～399床	10	706	8.9	8.4
400床以上	4	807	3.6	9.6

資料：厚生労働省「医療施設調査」

図表8 病院の種類別病床数(2016年)

病 床	実 数	率(人口10万対)	
		徳島県	全 国
総 数	14,838	1,978.4	1,229.8
精 神 病 床	3,846	512.8	263.3
感 染 症 病 床	23	3.1	1.5
結 核 病 床	37	4.9	4.2
療 養 病 床	4,361	581.5	258.5
一 般 病 床	6,571	876.1	702.3

資料：厚生労働省「医療施設調査」

一方、地域の一般診療所〈無床〉においても、地域包括ケアシステム構築の中では「かかりつけ医（歯科医、薬局含む）」としての役割が期待されている。高齢化の進行に伴い、日頃から身近な地域で住民の健康管理を行い、疾病に対する初期医療や継続的な管理を担うかかりつけ医は、地域医療の基礎を支えるものであり、医療機関の機能分化・連携の中で大きな役割を果たすものである。

しかしながら、医療需要の高度化や受診者の大病院志向などにより、症状の軽い患者でも大病院へ集中する傾向にあり、かかりつけ医の機能低下が懸念されるだけでなく、重症患者の手術・入院治療など、大病院が本来有する医療機能を阻害するばかりか、待ち時間が長くなるなど患者にとっても不便になるといった状況が見られている。

このため、かかりつけ医の普及・定着を一層進めるのはもちろん、県民が身近な地域で安心して医療を受けられるよう、診療所相互間あるいは診療所と病院との連携など、個々の機能に応じた適切な連携体制の強化を図るとともに、例えば診療時間外においても必要に応じ、往診等の対応が可能となる体制を構築するなど、その機能の強化を図っていく必要が指摘される。

地域医療の充実のためには、地域の他医療機関との連携は大変重要であり、地域のかかりつけ医が利用できるよう、病床や検査機器等を開放し、また研修会等を開催している病院「開放型病院届出医療機関」は、徳島県立中央病院や徳島市民病院、徳島赤十字病院、徳島県立三好病院など、2017年10月現在、県内に11施設となっている。医療機関相互の連携強化を図るため、引き続き地域の基幹病院において、研修会の開催や検査機器等の開放を進めていくことが求められる。

さらに踏み込んだ医療機関の連携としては、厳格な要件をクリアした基幹病院を「地域医療支援病院」に知事が承認する制度がある。地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環

として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいとの観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医（歯科医等）を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、承認されるものである。徳島県立中央病院や徳島市民病院、徳島赤十字病院、徳島県立三好病院など2016年実績として合計7病院が整備されている。

このように、徳島県では、県内で比較的大規模とされる病院は、そのほとんどがいわゆる公的病院であり、普段から周辺のかかりつけ医との連携をすでに開始あるいは模索している状況にある。地域医療支援病院や開放型病院届出医療機関と、診療所を中心としたかかりつけ医の連携が、今後さらに進展して、後に述べる「地域医療連携推進法人制度」のようなかたちに移行していくのか、その動向が注目される。

（2）病床機能報告制度と地域医療構想

今回の2018年度診療報酬改定における基本方針では「Ⅰ 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」がまず掲げられたが、これには質の高い医療の提供に加え、必要に応じて介護サービスと連携・協働するなど、地域内において切れ目のない医療・介護の提供体制を確保することが求められている。

こうした地域包括ケアシステムの構築のため、各都道府県では、医療機能体制の現状把握を目的に、2014年より病床機能報告制度を開始している。これは、各医療機関が、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に関する現時点の詳細報告や自ら選択する将来の医療機能等を、都道府県に報告する制度であり、各都道府県はその報告された情報を収集・蓄積し、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等と合わせて活用し、将来を見据えた効率的な医療提供体制を構築するため分析を進めている。そして、地域にふさわしい医療機能の分化と連携

を、適切に推進するための地域医療ビジョンを二次医療圏ごとに策定したものが「地域医療構想」である。

徳島県では、2016年度に「地域医療構想」を策定しており、この中で2025年に向けた二次医療圏ごとの各医療機能の必要量を推計し、目指すべき医療提供体制や施設整備、医療従事者の確保・育成などのビジョンを示している。

徳島県全体で2025年における必要病床数と2014年時の病床構成を比較すると、どの医療機能も両者には大きな開きがあり、将来、回復期の機能を担う病床が不足する一方、高度急性期、急性期、慢性期の機能については大幅な余剰になると推計されている(図表9)。

なお、2014年より開始された病床機能報告制度は、一般病床を有する医療機関は一部の例外を除き、自院の病床の医療機能について、毎年報告することとなっており、構想区域ごとにこの病床機能報告の内容と必要病床数を比較することにより、2025年に向けて、毎年の病床の収れん状況を確認することが可能となっている。

ただし、この病床機能報告制度における各医療機能の区分は、現時点で定性的で曖昧なものとなっており、医療機関の自主的な判断に任されているのが実情で、このため、国が報告制度の精緻化に向けて検討を行っているところである。また、2016年の診療報酬改定により、地域包括ケア病棟の要件の見直しや在宅専門診療所

図表9 2025年の医療需要と必要病床数

(徳島県全体)

医療機能	2025年の必要病床数(A) (床)	2014年の病床機能報告での病床数(B) (床)	(A)-(B) (床)	(A)÷(B)×100-100 増減率(%)
高度急性期	718	1,514	▲ 796	▲ 52.6
急性期	2,393	3,667	▲ 1,274	▲ 34.7
回復期	3,003	1,690	1,313	77.7
慢性期	2,880	5,285	▲ 2,405	▲ 45.5
合計	8,994	12,156	▲ 3,162	▲ 26.0

(二次医療圏別の内訳)

(内訳)	医療機能	2025年の必要病床数(A) (床)	2014年の病床機能報告での病床数(B) (床)	(A)-(B) (床)	(A)÷(B)×100-100 増減率(%)
東 部	高度急性期	492	1,099	▲ 607	▲ 55.2
	急性期	1,605	2,426	▲ 821	▲ 33.8
	回復期	2,080	1,228	852	69.4
	慢性期	1,946	4,027	▲ 2,081	▲ 51.7
	小計	6,123	8,780	▲ 2,657	▲ 30.3
南 部	高度急性期	179	405	▲ 226	▲ 55.8
	急性期	514	790	▲ 276	▲ 34.9
	回復期	613	278	335	120.5
	慢性期	557	574	▲ 17	▲ 3.0
	小計	1,863	2,047	▲ 184	▲ 9.0
西 部	高度急性期	47	10	37	370.0
	急性期	274	451	▲ 177	▲ 39.2
	回復期	310	184	126	68.5
	慢性期	377	684	▲ 307	▲ 44.9
	小計	1,008	1,329	▲ 321	▲ 24.2
	合計	8,994	12,156	▲ 3,162	▲ 26.0

注：表中の(A)-(B)がマイナス(▲)は「余剰」、プラスは「不足」を表わしている。
資料：徳島県「徳島県地域医療構想」(2016年10月)

の認可など、新たな動きがあったほか、特に療養病床については、新たな介護保険施設として「介護医療院」が2018年4月より創設されたことを踏まえ、療養病床を有する医療機関の介護医療院への転換意向の調査を行うなど、慢性期機能から在宅医療等への移行を進めるとともに、医療と介護の緊密な連携強化への取組みを推進していくことが期待される。

ところで、2025年の推計必要病床数と直近の2016年病床機能報告の病床数との比較は、

【医療機能】	(2014年)	→	<u>2016年</u>
高度急性期	(796床余剰)	→	743床余剰
急性期	(1,274床余剰)	→	1,168床余剰
回復期	(1,313床不足)	→	1,307床不足
慢性期	(2,405床余剰)	→	<u>2,155床余剰</u>
徳島県合計	(3,162床余剰)	→	2,759床余剰

となっており、病床機能報告制度の2014年当初と比べると、回復期の病床が不足し、高度急性期、急性期、慢性期機能については大幅な余剰という傾向に変わりはないが、それぞれの医療機能においてやや改善が見られ、2025年のビジョンに幾分近づいたかたちとなっている。

今後、県としては、病床機能報告による現状と必要病床数を毎年比較、分析することにより、構想区域ごとの状況を把握し、医療機関の自主的な取組みを促すため、必要に応じて「地域医療構想調整会議」を開催し、関係者間の連携と情報共有を図るとともに、地域医療構想を実現するための具体的な対応策を検討していくことになる。

一方、各医療機関が自らの将来のあり方を検討する際には、こうした病床機能報告制度で報告された他の医療機関の各機能の選択状況等と、将来の必要病床数を比較するなどにより、地域における自院の病床機能の客観的な位置付けを把握し、併せて「地域医療構想調整会議」を活用した医療機関相互の協議により、地域での病床機能の分化と連携に応じた自院の位置付けも確認することが可能となる。すなわち、地域における自院の役割の明確化を図ったうえで、将

来目指すべき方向への体制構築を進めていくことになるわけである。その上で、地域で求められる医療機能を提供できるよう、自主的な取り組みによる病床機能の分化及び連携を推進することが求められる。また、地域における医療機関間だけでなく、介護サービス事業所など他の機関とも連携し、地域住民へのきめ細かい体制づくりに取り組むとともに、まさに「地域包括ケアシステム」の構築・実現に向けての重要な役割を担うことが期待されている。

各医療機関はこうした方向性を見据える中で、自院が存在する地域の実情やニーズ、将来像を鑑み、余剰となる病床→不足する病床、または在宅医療等への転換も含め、今後の医療・介護事業をどう展開していくかの検討・判断が迫られている。

3. 医療経営への影響と今後の方向性

(1) 地域医療連携推進法人制度

各都道府県で地域医療構想が策定され、構想の実現に向け、またその先にある地域包括ケアシステムの構築に向け、いよいよ各地域が本格的に動き出したと言える。そうした中、厚生労働省が「医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢」として創設したのが、「地域医療連携推進法人制度」である。日本の医療提供体制は、病院の数が多く規模が小さいという特徴を持ち、利便性が高い反面、経営効率は低いということがこの制度創設の背景にある。

地域医療連携推進法人制度は2015年の医療法改正により創設され、2017年4月より開始された。2018年8月現在、全国で次の6つの法人が認定を受けている。

- 日本海ヘルスケアネット(山形県／参加法人数9法人)
- 医療戦略研究所(福島県／同4法人)
- 尾三会(愛知県／同29法人)
- はりま姫路総合医療センター整備推進機構

(兵庫県／同2法人)

○備北メディカルネットワーク(広島県／同4法人)

○アンマ(鹿児島県／同3法人)

この地域医療連携推進法人は一般社団法人として設立し、その傘下に非営利を旨とする医療法人や公益法人のほか、地方独立行政法人や自治体、NPO法人、もしくは個人の開業医などが「社員」として参画する仕組みとなっている。

地域連携推進法人は原則、地域医療構想区域内を医療連携推進区域と定め、地域における医療機関等の相互間の機能分担や業務の連携を推進する。連携推進法人に関する事項の決議を行う社員総会では、原則として全社員が病院の規模や経営状況などに関わらず同等とされる。司令塔の連携推進法人と傘下の法人との関係は緩いもので、連携推進法人と傘下法人の経営方針が合致しなくなった場合は、関係は解消できるという、いわば出入り自由の関係を基本としている。

本制度の1つの見方としては、地域医療の衰退や共倒れを防ぐために、競争でなく協調を選ぶことで、地域の医療・福祉提供体制を保持していこうというもの。もう1つの見方は、高度急性期病院を中心に、それを支える医療・福祉施設が同一法人としてがっちり連携を組もうというものである。

いずれにしても、最大のメリットとしては、合併や買収ではなく、参加法人が各々独立性を保ちながら、医薬品の共同購入や参加法人間の病床融通、人的交流、医療従事者の共同研修など、グループ化の利点を享受できる点が挙げられる。また、連携推進法人は参加法人に資金を貸し付けたり、医療機関などの開設もできる。経営効率や医療の質の向上が期待されるだけでなく、参加法人の経営の透明性も担保される点も評価されている。

一方のデメリットは、連携推進法人のトップには複数の組織をまとめあげるリーダーシップが求められるが、裏を返せば、リーダー次第で

方向性が大きく変わる可能性があり、求心力や実行力に欠ければ、法人そのものが有名無実化する恐れもある。また現実的な問題として、これまで地域内で医療機関同士が競争をしながら発展してきた経緯があることから、容易に協調できないという本音も聞こえる。

地域医療構想の実現には多少なりとも痛みが伴う。自施設や地域医療の存続に危惧を抱く法人・個人が自発的に参加し、前向きな議論を重ねて策を講じる連携推進法人という枠組みは、地域医療・地域包括ケアの構築を円滑に進めるツールの一つとして期待される。

(2) 地域包括ケアシステムの推進

医療の在り方は時代と共に大きく変わってきた。高度経済成長期より前の時代は、栄養状態や生活環境の向上、感染症対策など「健康であること」に重点が置かれ、人々を「生かす」ための医療が中心であった。医師の往診も多く、家庭という環境下で提供される医療であり、家庭での看取りも一般的であった。

その後、高度経済成長期には医療技術も発達し、病気やケガなどで社会活動を行えなくなった状態を早く治して、労働者として社会に復帰させることに重点が置かれた。医療は徐々に専門特化し、より早くより良い状態に戻す治す医療が求められ、生活の中で回復させるのではなく、医療提供体制の中で回復させるリハビリテーションや栄養指導、服薬指導などが発達した。15～64歳の生産年齢の人はもちろん、高齢者であっても健康で動ける状態に「治す」というゴールを持つようになった。しかし近年のように高齢化が進み、超高齢社会になると、必ずしも治すことがゴールではなくなり、生活が続けられるところまで回復させ、日常生活ができるように「支える」医療が求められるようになった。在宅中心の「生かす」医療から、施設中心の「治す」医療へ、そしてさらに在宅・施設、地域社会における「支える」医療へと大きく転換してきたのである。

こうした医療の役割の変化が求められる中で、一方では地域によって人口の構造や増減の傾向、高齢化のスピードなどが異なるため、全国一律での医療対策を打ち出すことが困難であり、それぞれの地域ごとに、それぞれの地域にある人的資源・医療資源を活用する仕組みが必要となる。これが「地域包括ケアシステム」という発想の基になっている。

地域包括ケアシステムは、具体的には、高齢になり弱さを抱えた生活者が、(仮に重度な要介護状態となっても)住み慣れた地域で自分らしい日常生活・暮らしを人生の最後まで続けることができる環境づくりを意味し、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援の5要素が一体的に提供される仕組みのことをいう。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、地域での生活を支えるためにも地域包括ケアシステムの構築が重要である。ただし、高齢化の進展には都市部や地方によって大きな地域差があるため、保険者である市町村や都道府県が、地域の主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが求められている。

今回の診療報酬改定は、今後の人口構造の激変に備え、2025年のみならず、2040年さらにその先も見据えた基盤づくりを重視した報酬体系が明示された形となった。すなわち、地域の実態に合った医療・介護サービスの提供を可能にするため、地域に密着した病棟やかかりつけ医、在宅医療の体制構築を誘導するため、入院医療において在宅医療を行う際に加算される評価がなされた。

また医療と介護の連携を推進するため、リハビリテーションの情報連携も簡易書式でできるようになった。そしてさらに、安心して医療が受けられる体制を整備するため、ICTによる診療や医療従事者の負担軽減の措置も取られた。前回の改定から引き続いて、7対1看護をどうするかが議論されたが、今回の改定で、一定の方向が示され、議論に決着がついたかたちとなったのである。

なお、団塊世代が75歳以上となる2025年を目途に実現することとしているため、その「2025」が何かゴールのような表現が見られるが、介護需要の増加や死亡者数の増加などはその後も継続的に続き、推計されている死亡者数がピークを迎える2040年以降も、団塊ジュニア世代が65歳に到達するため、その後も長きにわたって必要となるシステムと位置づけられている。2025年は単に介護需要の急増に向けた入口に過ぎず、こうしたシステム・仕組みの中にいかに自院・自施設を組み込み、こういった役割を果たしていくかを見極めることが、今後の医療経営にとって重要なポイントになるであろう。

(3) 生き残りをかけた経営戦略の立案と実行

近年、医療を取り巻く環境の変化のスピードが速い。各種制度の見直しや診療報酬の改定、自院・自施設が属する医療圏のニーズの変化、地域の人口動態や将来推計人口等の外部要因により、医療機能の分化・強化や他院・他施設との連携、医療と介護の役割分担、医療と介護の切れ目のない連携、診療科構成の見直し、病床の再編やダウンサイジングなど、多くの医療機関においてビジネスモデルの見極め・見直しを迫られている。こうした中で、例えば、機能転換や規模の見直しなどを判断するケースでは、建て替えや大規模修繕にかかるコスト増、またダウンサイジングすることで起きるキャッシュフローの減少、人員の入れ替えや人材確保にかかるコスト増など、資金面・財務面での負担が重くのしかかり、結局何も実現できないといったケースも多いとされる。

さらに外部要因だけでなく、医療施設内の働き方改革の断行といった内部要因にも適切な対応が必要である。医師や職員の働き方改革への取り組みは、単に労働時間を見直すだけでなく、事業モデルや組織風土の改革も検討が必要であり、医師などの採用・定着にも通ずることから最優先課題と言えよう。将来のあるべき姿に向けた、経営戦略の立案と実行が問われている。

4. 2018年度介護報酬改定のポイント

(1) 介護報酬改定の全体動向

過去2回の改定では実質マイナスの改定が続いたが、2018年度介護報酬改定は+0.54%のプラス改定となった。今回の改定は2025年に向けた医療・介護提供体制の維持を目的としたものとなっており、特に重視すべきポイントが4つにまとめられている(図表10)。

「Ⅰ 地域包括ケアシステムの推進」では、中重度の要介護者も含め、住んでいる地域を問わず、適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整えることが明記されている。そのため、医療と介護の連携強化が今回の改定の最大のテーマとなっており、その施策として目玉となっているのが、医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設である(図表11)。

介護医療院は日常的な医学管理や看取り・ターミナルケアなどの医療機能と生活施設を併せ持つ施設であり、現在の介護療養型医療施設(介護療養病床、2024年までに別の介護保険施設への転換が義務付けられている)や介護老人保健施設(老健)からの転換が想定されている。

加えて、中重度者対応やターミナルケアへの

関与を促進させるために、訪問看護における看護体制を整備した事業者に対する加算(看護体制強化加算)の拡充や、介護老人保健施設における入所者の重度化や医療ニーズに対応した施設に対する加算(配置医師緊急時対応加算など)等を通じて、利用者の医療ニーズへの対応に対するインセンティブが強化されている。

そのほか、「地域共生社会」の実現に向け、介護事業者による障害福祉サービスの提供、もしくは障害福祉サービス事業者による介護保険サービスの提供を可能とした共生型サービスが新たに導入された。

「Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」では、介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現を目指している。その中で特に重視されているのが、アウトカム評価の導入である。本改定では、リハビリテーションや通所介護(デイサービス)における心身機能の維持についてアウトカム評価に関する加算が新設された(事業所評価加算、ADL(日常生活動作)維持等加算の新設など)。

加えて、「リハビリテーションを実施している医療提供施設」でリハビリテーションを提供する理学療法士などと連携して、利用者の個別機

図表10 平成30年度介護報酬改定の概要

Ⅰ 地域包括ケアシステムの推進	Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備 【主な事項】 ○ 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応 ○ 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進 ○ 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設 ○ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保 ○ 認知症の人への対応の強化 ○ 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進 ○ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進	■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現 【主な事項】 ○ リハビリテーションに関する医師の関与の強化 ○ リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充 ○ 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進 ○ 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入 ○ 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設 ○ 身体的拘束等の適正化の推進
Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上	Ⅳ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保
■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進 【主な事項】 ○ 生活援助の担い手の拡大 ○ 介護ロボットの活用の促進 ○ 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和 ○ ICTを活用したリハビリテーション会議への参加 ○ 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し	■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保 【主な事項】 ○ 福祉用具貸与の価格の上限設定等 ○ 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等 ○ サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し ○ 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等 ○ 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

資料：厚生労働省 HP「平成30年度介護報酬改定の主な事項」

能訓練の計画を作成した場合に加算される生活機能向上連携加算が拡充されるなど、外部のリハビリテーション専門職との連携が推進されることとなった。

そのほか、介護サービスの質の向上のための加算(身体拘束廃止未実施減算の厳格化、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算)の新設、拡充が行われた。

「Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上」では、人材の有効活用・機能分化、ロボット技術などの使用、各種基準の緩和などを通じた、負担軽減や効率化の推進が図られることとなった。

この中で注目されているのが、介護ロボットやICTの活用である。介護老人福祉施設などの夜勤職員の配置に関する加算において、介護ロボットなどの見守り機器の導入により効果的に介護を提供できる場合の評価を設けた。

また、リハビリテーションを行う際、関係者の間でリハビリテーションの内容などについて話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明するリハビリテーション会議において、テレビ電話などを活用することが認められた。

さらに、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)や小規模多機能／看護小規模多機能型

居宅介護などの地域密着型サービスで行われる運営推進会議での効率化を図るため、条件付きではあるものの、複数の事業所での合同開催が認められた。

「Ⅳ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」では、介護サービスの安定性と持続性を担保するための体制が整備された。

まず福祉用具貸与について、全国平均貸与価格に基づく価格の上限が定められたほか、福祉用具専門相談員に対して、利用者への複数製品の提示や、利用者に交付する福祉用具貸与計画書をケアマネジャーにも交付することなどが義務化された。

また、訪問看護や通所系サービスの報酬体系の見直し(後述)を通して、介護サービスの適正化が図られた。

(2) 介護サービス別のポイント

① 居宅サービス

居宅サービスは、訪問系サービス、通所系サービス、居宅介護支援など多岐にわたる。ここでは、サービスごとに今回の改定のポイントについて整理する。

訪問系サービスについて、まず訪問介護では、

図表 11 介護医療院の主な人員・施設基準と基本報酬

医療機能を内包した施設系サービス		
第5回療養病床の在り方等に関する特別部会 資料(一部改定)		
	介護医療院	
	(Ⅰ)	(Ⅱ)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠(法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等(療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準(最低基準)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1(3人以上) 看護 6対1 介護 6対1 ※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設の基準) 医師 100対1(1人以上) 看護 3対1 介護 ※ うち看護2/7程度
面積	老健施設相当(8.0㎡/床) ※ 多床室の場合でも、家具やバーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮(法律)	補足給付の対象	
基本報酬(多床室の場合、1日につき)	736～1,332単位	694～1,221単位

資料：厚生労働省 HP「介護療養病床・介護医療院のこれまでの経緯」をもとに筆者加筆修正

基本報酬において生活援助がマイナスになる一方で、身体介護はプラスとなった。これは、訪問介護の自立支援・重度化防止機能を高めるために、身体介護が「自立生活支援のための見守りの援助」（平成12年3月の厚生省通知「老計10号」）に該当することを再度明確化することで、身体介護を重視する姿勢を示すものとなっている。

一方、生活援助については、担い手の裾野を広げるため、介護職員初任者研修(130時間)より時間が少ない新研修(59時間)の修了者が担えるように変更された。

次に訪問看護では、以前から利用者が軽度者中心であることに加え、リハビリ職だけが訪問し、看護職員との連携が全くないといったケースが問題視されていた。

これを受け、今回の改定では基本報酬において、要介護者向けはプラスに対し、要支援者向けはマイナスとなっている。加えて、リハビリ職による訪問についても大幅なマイナスとなっており、看護職員による定期的な訪問が必須となった。

通所系サービスについて、今回の改定で大手も含め軒並み減収の見込みとなるなど、厳しい内容となっている。

大幅な見直しとなったのは、サービス提供時間区分が1時間単位に細分化された点である。そのうえで、通所介護は「大規模」な施設での、「短時間」のサービスに対し報酬を大幅に下げっており、最大7.3%の引き下げとなっている。一方、通所リハビリテーションは「長時間」サービスに対し報酬を大幅に下げっており、最大13.0%の引き下げとなっている。

今回の改定の根拠となっているのが、介護保険法第8条である(図表12)。規定では、通所介護は「利用者の社会復帰」を促すための機能訓練を行うサービスであるとともに、在宅介護を行う家族のリフレッシュのために一時的に介護を代替するレスパイト機能を有するサービスとなっている。一方、通所リハビリテーションは

図表 12 介護保険法第8条

第8条第7項
「通所介護」とは、居宅要介護者について、(中略)老人デイサービスセンターに通わせ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うこと(中略)をいう。

第8条第8項
「通所リハビリテーション」とは、居宅要介護者(中略)について、介護老人保健施設、介護医療院、病院、診療所その他厚生労働省令で定める施設に通わせ、当該施設において、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションをいう。

心身の機能の維持回復、日常生活の自立を支援するためのリハビリテーションを行うサービスと規定されている。

つまり、通所介護はレスパイト機能を果たすために一定の時間、利用者を預かる必要があるのに対し、通所リハビリテーションはその必要がなく、あくまでリハビリテーションを行うサービスということになる。こうした経緯から、これまで明確な機能分化がなされていなかった通所系サービスについて、今回の改定で「時間」による分化が行われたのである。

また、前述のとおり通所介護にアウトカム評価が導入されたほか、生活機能向上連携加算や栄養改善を図る栄養スクリーニング加算の新設など、医療機関や他の介護事業者などとの連携に関するインセンティブが導入された。

最後に居宅介護支援については、居宅介護支援事業所の管理者が主任ケアマネジャーに限定(3年の経過措置期間あり)されるなど、運営基準が見直された。

② 施設サービス

まず、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)では、24時間の医療対応体制を整備した事業者を手厚く評価するような改定内容となっている(配置医師緊急時対応加算の新設や看取り介護加算の拡充など)。

一方、介護老人保健施設(老健)では、新たに「在宅復帰・在宅療養支援等指標」が導入された(図表13)。そして、この指標に基づいて、全ての施設が「超強化型」、「在宅強化型」、「加算型」、「基本型」、「その他」の5種類に分類された。こ

これは介護老人保健施設が果たすべき役割である利用者の「居宅における生活への復帰」（平成11年厚生省令第40号第一条の二）を促すことを目的としており、実際に在宅復帰・在宅療養支援機能を有しない「その他」に分類された施設に対しては、5類型で唯一基本報酬が引き下げられたほか、多くの加算類の対象外となるなど、厳しい内容となっている。

新たに創設されることとなった介護医療院では、手厚い転換支援策が施されている。その一つが移行定着支援加算である。これは、転換の届け出日から1年間算定でき、地元住民への説明などを行った際に評価するものである。ただし、その期限が2021年3月31日までであることに留意する必要がある。つまり、2018年4月1日～2020年4月1日の実質2年間のうちに転換しなければこの加算を受け取れないということである。

さらに注意すべきは、この加算は最初の病棟転換から1年間しか算定できない点である。裏を返せば、今後転換を考えている病院にとっては、複数の病棟を同時に転換することで大きいメリットが得られるということである。

③ 地域密着型サービス

地域密着型サービスの、今回の改定のポイント

トは次の通りである。

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

では、退院後の再受け入れ体制のある事業者を評価し、入院による減収を一定程度補助する、入院時費用が創設された。また、緊急時の受け入れに限り、条件付きで短期利用認知症対応型共同生活介護（ショートステイ）を認め、「定員＋1人」の受け入れが可能となった。

小規模多機能／看護小規模多機能型居宅介護

では、登録定員18人以下のサテライト型の看護小規模多機能型の創設が認められた。ただし創設にあたっては、医療ニーズに対応するため、常勤換算で1人以上の看護職員を配置することが義務付けられたほか、緊急時訪問看護加算の届け出をするなど、厳しい条件が課せられている。

5. 徳島県の介護の現状

(1) 介護サービス利用者の増加

「はじめに」で述べた通り、徳島県の65歳以上人口は2020年頃まで増加する見込みとなっており、それに伴って要介護（要支援）認定者の数も年々増加している。

2016年度末の徳島県内の要介護・要支援認定

図表 13 介護老人保健施設 在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価

算定要件等						
		超強化型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	在宅強化型	加算型 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	基本型	その他型 (左記以外)
在宅復帰・在宅療養支援等指標(最高値:90)		70以上	60以上	40以上	20以上	
退所時指導等		要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	左記の要件を満たさない
リハビリテーションマネジメント		要件あり	要件あり	要件あり	要件あり	
地域貢献活動		要件あり	要件あり	要件あり	要件なし	
充実したリハ		要件あり	要件あり	要件なし	要件なし	

在宅復帰・在宅療養支援等指標：						
下記評価項目(①～⑩)について、項目に応じた値を足し合わせた値 (最高値：90)						
①在宅復帰率	50%超	20	30%超	10	30%以下	0
②ベッド回転率	10%以上	20	5%以上	10	5%未満	0
③入所前後訪問指導割合	30%以上	10	10%以上	5	10%未満	0
④退所前後訪問指導割合	30%以上	10	10%以上	5	10%未満	0
⑤居宅サービスの実施数	3サービス	5	2サービス	3	1サービス	2
⑥リハ専門職の配置割合	5以上	5	3以上	3	3未満	0
⑦支援相談員の配置割合	3以上	5	2以上	3	2未満	0
⑧要介護4又は5の割合	50%以上	5	35%以上	3	35%未満	0
⑨喀痰吸引の実施割合	10%以上	5	5%以上	3	5%未満	0
⑩経管栄養の実施割合	10%以上	5	5%以上	3	5%未満	0

評価項目		算定要件
退所時指導等		a: 退所時指導 入所者の退所時に、当該入所者及びその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行っていること。 b: 退所後の状況確認 入所者の退所後30日※以内に、その居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、在宅における生活が1月※以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。
リハビリテーションマネジメント		入所者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行い、適宜その評価を行っていること。
地域貢献活動		地域に貢献する活動を行っていること。
充実したリハ		少なくとも週3回程度以上のリハビリテーションを実施していること。

※要介護4・5については、2週間。

資料：厚生労働省 HP「第158回社会保障審議会介護給付分科会（2018年1月26日）資料」

者数は48,448人、このうち65歳以上の第1号認定者は47,670人と、2015年度末と比較すると微減というかたちとなっているが、2015年度までは一貫して増加しており、2000年度の約2倍となっている。また、過去10年間(2007年度→2016年度)をみると、要支援認定者数は減少している(2007年度を100とした場合、2016年度の要支援認定者数は93)一方、要介護認定者数は増加(同125)しており、高齢者の「高齢化」に伴い、介護利用者の「重度化」が進んでいると言えよう(図表14)。

(2) 介護関連の施設、事業者の現状

このように介護ニーズが年々高まっている中で、介護サービスの提供体制はどうなっているのだろうか。ここでは、介護保険3施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)や介護サービス関連の事業所数を整理することで、提供体制の現状について概観する。

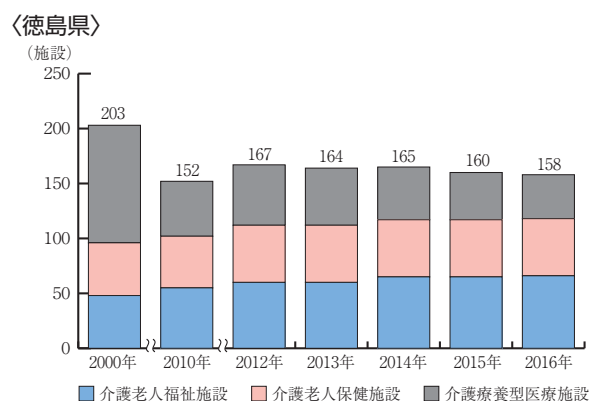
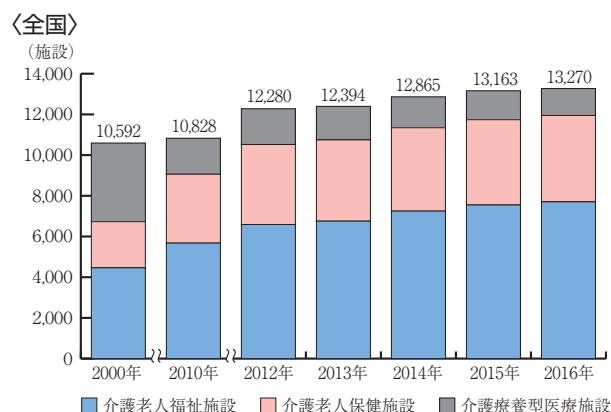
① 介護保険3施設

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の介護保険3施設の施設数の推移についてまとめたのが図表15である。まず全国の推移をみると、3施設を合わせた総数では増加傾向が続いている。介護療養型医療施設は2000年と比較して大幅に減少しているが、これ

は2006年の診療・介護報酬同時改定の際、介護療養型医療施設の廃止及び他の介護保険施設への転換が決定し、2012年以降は新設が認められなくなったことが影響していると考えられる。

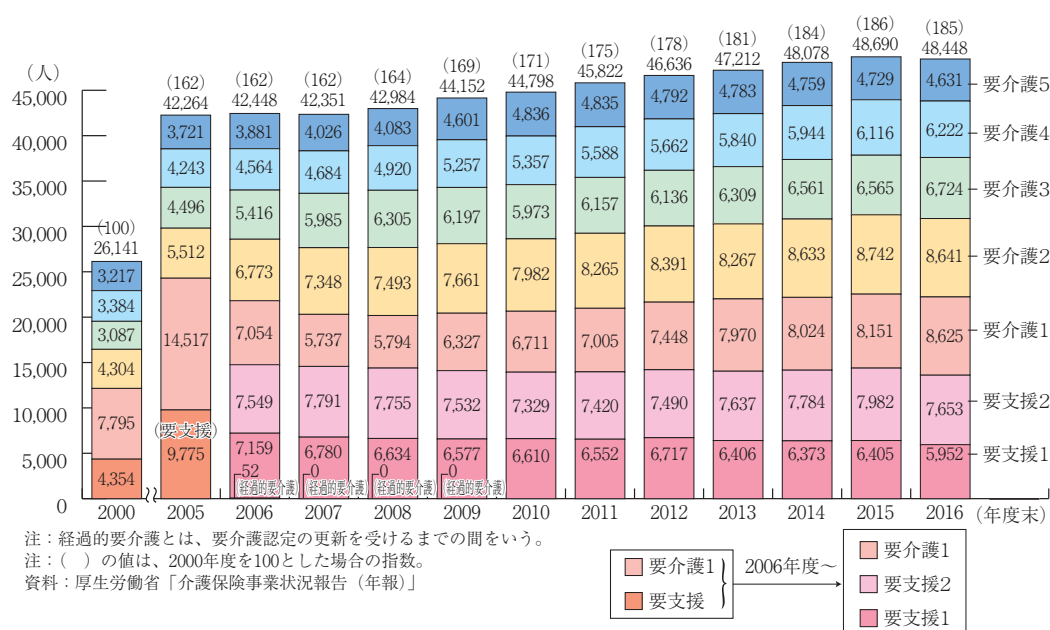
一方、徳島県内の施設数の推移をみると、2010年以降、160前後で推移しており、横ばい傾向が続いている。

図表15 介護保険3施設の施設数の推移



資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

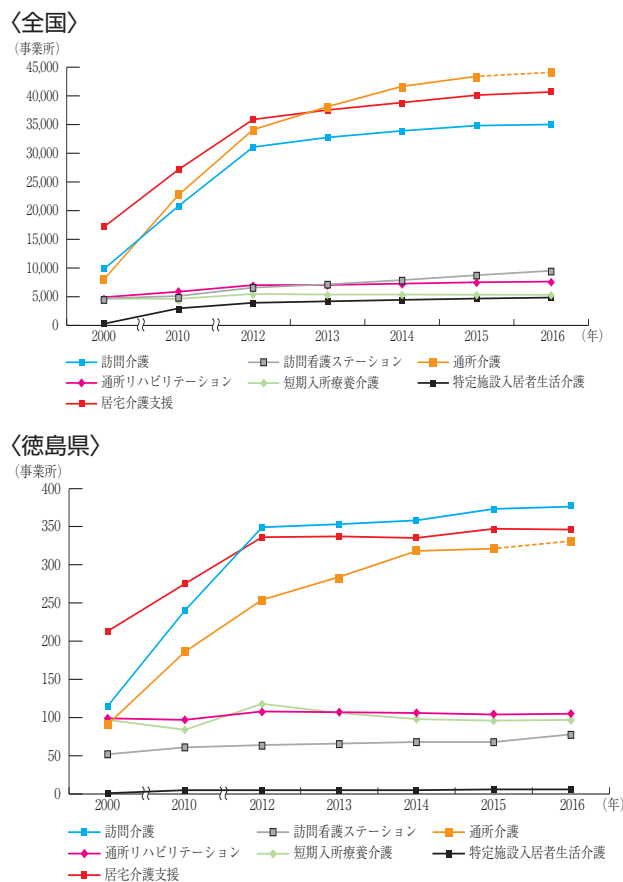
図表14 要介護(要支援)認定者数(各年度末現在)



② 居宅サービス

次に居宅サービスの事業所数の推移についてまとめたのが図表16である。居宅サービスにおいても、全国では短期入所療養介護以外の居宅サービスで緩やかに増加している一方で、徳島県内の事業所数の伸びは一進一退となっているほか、増加が続いていた通所介護も伸びが鈍化している。なお、通所介護の事業所のうち、利用定員が18人以下の事業所については、2016年4月より「地域密着型通所介護」の事業所に移行している。

図表16 居宅サービス事業所数の推移



注：2016年の通所介護の事業所数は、2016年4月に移行した「地域密着型通所介護」の事業所数を加えたもの。
資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

③ 地域密着型サービス

最後に主な地域密着型サービスとして、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能／看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)の事業所数の推移をみていく。

特に定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看

護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)は、地域包括ケアシステムの推進に向け、2012年に単身・重度の要介護者などができる限り在宅生活を継続できるよう、24時間対応できるサービスとして創設されたものである。図表17をみると、全国では創設以来順調に事業所数を伸ばしているのに対し、徳島県内では特に看護小規模多機能型居宅介護の新設数が2012年からの5年間で3にとどまっているほか、定期巡回・随時対応型訪問介護看護に至っては、2016年9月末現在でサービスを提供する事業所はなかった。

図表17 主な地域密着型サービスの事業所数

	認知症対応型 共同生活介護	定期巡回・随時 対応型訪問 介護看護	小規模多機能／ 看護小規模多機 能型居宅介護
〈全国〉			(事業所)
2012年	11,729	76	3,900
2013年	12,048	281	4,304
2014年	12,497	471	4,794
2015年	12,983	616	5,219
2016年	13,069	735	5,430

	認知症対応型 共同生活介護	定期巡回・随時 対応型訪問 介護看護	小規模多機能／ 看護小規模多機 能型居宅介護
〈徳島県〉			
2012年	135	0	30
2013年	137	0	33
2014年	136	0	33
2015年	137	0	34
2016年	139	0	35

資料：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

6. 介護分野の方向性と課題

(1) 人材の確保・育成

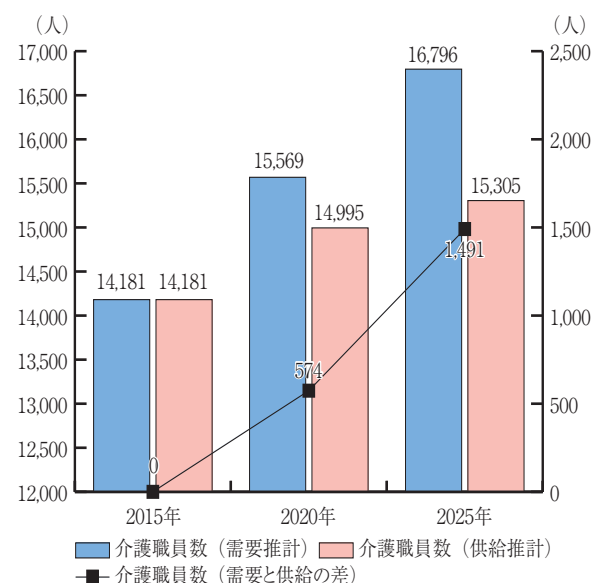
まず5.で浮かび上がってきたのは、徳島県内では、介護利用者は今後も増えていくと予想されているにもかかわらず、受け入れる施設や事業所の数が増えていないということである。現時点においては、例えば介護保険3施設の定員数などでは全国でも上位の数を有しており、施設環境が整っていると言われているが、今後も利用者が増加していく中で、その優位性を保つ

ことができるとは限らない。

施設数や事業所数が伸び悩む一つの要因として考えられるのは、介護人材の不足である。現在業種を問わず、人材不足は大きな社会問題となっているが、介護業界はより深刻な問題となっている。

徳島県によると、徳島県内で将来必要となる介護職員数について、2020 年は 15,569 人、2025 年には 16,796 人と見込んでいる。それに対し、新たな入職者や再就職者など、供給可能な介護人材として考えられている人数が 2020 年には 14,995 人、2025 年においては 15,305 人と算出しており、それぞれ 574 人、1,491 人の介護職員が不足すると予想している(図表 18)。

図表 18 徳島県の介護職員の需給推計



資料：徳島県「とくしま高齢者いきいきプラン 2018～2020（第7期 徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画）」をもとに筆者作成

2017 年 11 月に外国人技能実習制度の対象職種に介護職種が追加され、今回の改定においても、訪問介護の生活援助を担う人材の条件緩和が行われるなど、今後は介護人材の不足の解消に向けた動きが加速すると予想される。その中で、これまでの「福祉」の体質から脱却し、介護の仕事をよりカジュアルかつクリエイティブなものにしていくことで、特に若年層や女性の担い手を確保、育成しようという動きが県内で行われている。

具体的には、建物をカフェのようなおしゃれなものにしたり、小さい子どもを抱える母親など様々な事情を抱える人が働けるように、柔軟に勤務時間などの対応ができるシフト制や子どもを職場で預かる環境を整備することで、若年層や女性が興味を抱くような、自分らしく働ける職場環境づくりを進めているのである。

今後は、こうしたあらゆる働き方に対応できるかどうか、人材確保のカギを握ると予想される。

(2) 幅広い介護サービスの整備

地域包括ケアシステムの目的は、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」にすることだと明記されている。徳島県においても、そうした環境整備を進める一方で、5.で示した通り、24 時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や、小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた看護小規模多機能型居宅介護(複合型サービス)などの、地域密着型サービスの定着が進んでいない。

また介護療養型医療施設についても、2006 年に廃止・転換方針が決まって以来、2 回の廃止・転換の期限延長を経て、今回の改定で 2024 年までの廃止・転換が決まったことで、施設を抱える事業者は判断を迫られることが予想される。

さらに、これまでの廃止・転換方針では主に介護老人福祉施設などへの転換が想定されていたが、日常的な医学管理や看取り・ターミナルケアなどの機能を備える、介護医療院という転換先の選択肢が増えたことは、介護事業者だけでなく、病院などの医療機関にも大きな影響を与え、利用者を巡る競争がより激化することが予想される。今回の改定では、転換に関するインセンティブも付与されているが、2021 年 3 月末までという期限が設けられており、各事業者に残された時間はそう多くない。

いずれにしろ、地域包括ケアシステムの推進において肝となる医療と介護の連携を深化させていくためには、こうした地域密着型サービスの定着や介護療養型医療施設から介護医療院への転換などがますます重要となるであろう。徳島県内の介護事業者にとって、施設のサービスの現状を分析し、今回の改定で特に重視している、医療との連携に関わるインセンティブについて取得できるものを確実に取得していくことが、地域包括ケアシステムの推進と各事業者の経営の安定の両立を進めるうえで重要となる。

(3) アウトカム評価への対応

今回の介護報酬改定で特に強調されているのが、「自立支援・重度化防止」であり、これまでも様々な検討がなされてきた。

例えば、内閣官房に創設された未来投資会議で2017年6月にまとめられた「未来投資戦略2017」では、「自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の実現」を掲げ、介護分野へのアウトカム評価の導入を示唆している。そして、具体的なスケジュールとして、2018年度介護報酬改定で効果のある自立支援について評価するために、2017年度中に、必要なデータを収集・分析するためのデータベース構築に向けて、ケアの分類法等のデータ収集様式を作成、2018年度に構築を開始、2019年度に試行運用を行い、2020年度の本格運用開始を目指すとしている。そのうえで、2021年度以降の介護報酬改定でデータ分析による科学的な効果が裏付けられた介護サービスを評価するとしている。

つまり、国は、2021年度以降の介護報酬改定におけるアウトカム評価に基づくインセンティブの導入に向けた動きを今回の改定で見せたことになる。そのほか、2018年度介護保険制度改正における、保険者の要介護度改善に資する取り組みを評価する、国から自治体への「財政的インセンティブ」の導入なども動きの一つといえる。

介護保険の「保険者」である自治体でも独自の

インセンティブを導入するところも出てきている中で、今後「要介護度改善につながらない」、「科学的でない」介護サービスについては報酬を引き下げられるということは容易に想像できる。今回の改定においてはアウトカム評価に関わる加算は決して大きくはない。しかし、今後アウトカム評価導入に向けた動きがますます強まる中で、こうした加算を導入する事業者が今後は評価され、安定した経営を行ううえで大きなアドバンテージを得ていくことは間違いないであろう。

おわりに

本稿は「2018年度診療・介護報酬同時改定の概要」というテーマで、主に6年に一度の同時改定となった、2018年度診療・介護報酬改定の概要や今後の業界の方向性を概観した。今回の改定では、今後も高齢者の増加が見込まれる中、医療と介護の連携により、慣れ親しんだ地域、住まいでの暮らしを支援する、地域包括ケアシステムの構築に向けた意気込みが前面に出たかたちとなっている。

一方で、医療と介護を取り巻く環境の変化は速く、多くの医療機関や介護事業者にとって、自院・自施設のビジネスモデルの見極め・見直しが求められており、いかに地域に根ざした事業展開ができるかという点が、今後のポイントになろう。

言い換えれば、環境変化の流れを読み、また地域の医療・介護ニーズの変化を汲み取る中で、自院・自施設の強みとなる医療・介護サービスは何かと整理・分析した上で、そうした地域のニーズにマッチングさせられるかがカギとなる。

さらに、自院・自施設の弱みについては、お互いの機能を補完しあえる他院・他施設との連携を積極的に模索していくことが望まれる。もっとも、実際に連携をしていくためには、今回のように診療・介護報酬上のメリットがあったと

しても、病院同士に限らず、診療所や介護施設、在宅サービスを行う事業者、歯科医院、調剤薬局に至るまで、多くの異業種とのネットワークを構築しなければならず、それに対する労力は膨大であることは言うまでもない。

医療・介護業界は、それぞれの地域の事情に合った地域包括ケアシステムの構築に向け、今後も引き続き誘導されていく。徳島県内においても、こうした流れに抗うことはできず、全ての医療機関、介護事業者が対応を迫られよう。

今回の改定は、2025年に向けての通過点であり、さらに2年後の診療報酬、3年後の介護報酬改定にも注視していく必要がある。中長期的視点で確固たる事業戦略を構築・実践できるかどうか、今後のその動向に注目したい。

〈参考文献〉

- ・内閣官房「未来投資戦略2017」 2017.6
- ・厚生労働省「平成28年版 厚生労働白書」日経印刷 2016.10
- ・徳島県「第7次徳島県保健医療計画」 2018.3
- ・徳島県「とくしま高齢者いきいきプラン2018～2020（第7期徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画）」 2018.3
- ・徳島県「徳島県地域医療構想」 2016.10
- ・日経ヘルスケア「日経ヘルスケア 2018年4月号、2017年8月号」 日経BP社 2018.4、2017.8
- ・ケアマネジャー「2018年4月 介護保険改正のポイント サービス別 介護報酬・運営基準はこう変わる！」中央法規出版 2018.4