

2012年 診療報酬改定の 概要と対応策

木村 憲洋

高崎健康福祉大学 健康福祉学部 医療情報学科 准教授



木村 憲洋
(きむら のりひろ)

高崎健康福祉大学
健康福祉学部 医療情報学科
准教授

講師経歴

■ 略歴

1971年 栃木県足利市生まれ。
1994年武蔵工業大学を卒業後、国立医療・病院管理研究所研究科修了、東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 博士課程満期退学、神尾記念病院、医療法人杏林会今井病院を経て、2007年から高崎健康福祉大学 健康福祉学部 専任講師。
現在は同学部医療情報学科 准教授。

■ 著書

「病院のしくみ」
「薬局のしくみ」
「医療費のしくみ」
(いずれも日本実業出版社、共著) などがある。

はじめに

今回の診療報酬改定でプラス改定と言われていますが、私がまとめた資料では、今回の診療報酬改定は、病院にとってはマイナスになるところが大変多いだろうと思います。クリニックでは、在宅医療に関してはプラスだと思いますが、それ以外では余り影響がないでしょう。

改定の概要

診療報酬改定

4月から既に始まっている診療報酬改定は、病院にとって厳しいものとなっています。理由は、まず配分されている先が、救急、産科、外科の急性期、そして在宅医療、がん治療、認知症治療といった分野です。外科系では、オペをたくさんしているところはプラスになります。在宅医療を行っているクリニックもプラスになると思います。認知症治療は、方法によっては大幅にプラスに、がん治療に関しては拠点病院を中心にプラスになるだろうと予測しています。反対に、内科系の小さな病院は、稼働が落ちることなどにより相当マイナスになるだろうと思われれます。(資料1)

診療報酬改定のプラスの部分としては、医療の単価部分が挙げられます。しかし、国民医療費の観点から見ると、自然増の部分がプラス3%ありますので、病院で患者さんの数が自然に増えていき、収入的には少しプラスになるはずですが、ただし、今回診療報酬がマイナスになる病院も多いことが予測されるので、病院の経営は厳しくなるだろうと思います。その厳しくなるポイントに関しては、のちほど説明いたし

ます。(資料2)

今回大きくマイナスになる部分のひとつが、薬価です。薬価は、マイナス1.26%となっていますが、実質ベースで見ると、マイナス6%となっています。病院の売り上げの2～3割は薬だと思いますが、その部分がマイナス6%になるということです。(資料3)

続いて今回の改定で、私が気になっているのが、急性期、特に超急性期の部分です。適切な提供と病院の勤務医、そして看護師さんの負担軽減です。ただし、今回診療報酬改定のポイントとなっているのが、これから対応するのでは遅いものが結構あるということです。例えば、薬剤師さんの病棟配置もその一つです。これまで薬剤師さんを病棟配置していた病院はプラスになりますが、これから対応するのだとすれば薬剤師さんをすぐに充足させるのが難しいために、点数を取りにいけないことが結構あると思います。また、今回機能分化がポイントになっています。この機能分化に関しては、一般病棟でも、7対1、10対1と、13対1、15対1では、大きく方針が違っていると取ることができます。ですから、この13対1、15対1が将来どうなっていくのか、自分たちがどのように戦略を考えるかによって、病院の将来が決まっていくだろうと思います。資料4に「質が高く効率的な医療を実現する」とあります。毎度、診療報酬改定では、こうしたことが書かれていますが、これまでは効率的というと、だいたい点数を下げられるだけでした。今回は認知症治療病棟が中心になると思いますが、質を高めて効率的にどのように医療を提供していくのかということと新しい取り組みが行われました。今後こういった取り組みが増えていくのではないかとというのが予測される点です。入院基本料は、+11点/日になっています。その

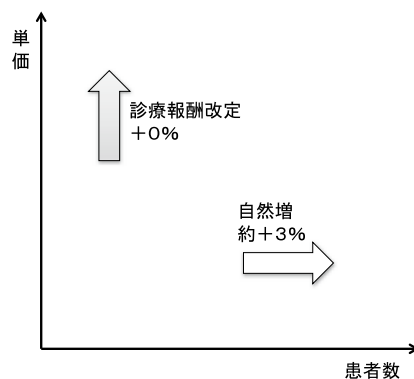
診療報酬改定

- 全体 +0.004
- 本体 +1.38%(5500億円)
 - 医科への配分(4700億円)
 - 救急、産科、外科等の急性期医療(1200億円)
 - 地域医療の再生を図る観点から早期の在宅療養への円滑な移行など(1500億円)
 - がん治療、認知症治療などの推進のため(2000億円)

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 1

診療報酬改定と国民医療費



Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 2

改定率の意味

- 診療報酬改定率 +0.004%
 - 診療報酬本体 +1.379%
 - 薬価と材料価格改定 -1.375%
 - 薬価 -1.26%(実質-6.0%)
 - 材料価格 -0.12%

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 3

分、栄養管理実施加算(12点/日)や褥瘡患者管理加算(20点/入院中一回)が包括されました。点数に関しては、毎日-1点ということです。実際に大きいと思うのは、これらの管理加算の施設基準が入院基本料の施設加算に含まれてしまったことです。ここ最近、適時指導など、病院に対する指導がいろいろと行われています。そういったところできちんと充足していないと、返還になってしまうというのが、今後恐いところです。これまで管理栄養士さんを配置していない病院はたくさんあると思いますが、栄養管理実施加算が入院基本料の中に含まれることになると、管理栄養士さんをきちんと配置していかないと、特別入院料が発生したり、点数が算定できなくなるという事態になります。これは大変大きいことだと思います。こういったことが今後あるため、群馬県でも最近、厚生局から病院に対して厳しい指導があり、億単位の返還をしました。きちんと施設基準を整えていかない限りは、病院の将来は怪しくなってしまうということがあると思います。(資料4)

今回の改定に関する雑感

これからお話しするのは私の今回の改定に関する雑感です。手術を行う病院は、大きくプラスになるだろうと思います。実際に調べてみると、外科系の病院で手術を1000回以上やっているところは、診療科にもよりますが、だいたい+1%。オペだけで+3%というところもあります。そういう観点から、今回はドクターフィーに関してはプラスだと思われれます。もう一つは、ホスピタルフィー関係——要するに病院を運営していくに当たって、毎日算定できるようなものです。そういったものに関しては、マイナスになっています。薬剤師さんの病棟配置もそうですが、点数が取れるように見えてもなかなか取りにくかったり、そんなに点数が高くなかったりします。あとは、連携に

関してはプラスになっています。今回、様々な連携の点数や退院の支援に関する点数などで努力をしていくと、結構プラスになる病院があります。ただ、何もしなければ、マイナスになってしまいます。もう一つ、ホスピタルフィー関連ですが、実は、退院を促すような点数ができていたため、病床が空いてしまう可能性が非常に高くなっています。もし、病床が空いてしまうと、病棟の稼働が空いてしまう状況になったら、病院を維持するのが厳しくなるところがあります。一方、組織的に在宅医療を提供しているところは大幅にプラスになります。在宅医療には、連携型と、自分たちの機能を強化して運営していくパターンがあります。実は、連

診療報酬改定のポイント

- 重点課題
 - 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
 - 医療と介護の役割分担や連携の促進について
- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
- 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
- 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- 入院基本料については、+11点/日
 - 栄養管理実施加算(12点/日)、褥瘡患者管理加算(20点/入院中1回)を入院基本料へ包括
- 退院支援は、退院について計画し、退院した結果の双方に点数がつくようになった。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 4

今回の改定に関する雑感

- 手術を多く行う病院はプラス
 - ドクターフィー(+)とホスピタルフィー(-)、連携(+)
- 組織的に在宅医療を提供している医療機関は大幅にプラス
- 先を見据えてサービス提供してきた病院はプラス
 - 薬剤師病棟配置加算など
- 今回、診療報酬に対して何も対応しないとマイナス
 - 何がしかの努力により現状が維持もしくはプラスとなる

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 5

携型で在宅医療を回していく病院というのは、今後非常に期待が持てるのではないかと思います。繰り返しになりますが、薬剤師さんの病棟配置のように、先を見据えてサービスを提供してきた病院はプラスになっています。そのため、どちらかという、今からの対応ではなく、前々からやっていたところがプラスになるという面があります。そうは言っても、今回の診療報酬改定に対して、何も対応しないとマイナスになってしまいます。何がしかの努力をして、現状を維持し、そしてプラスアルファをどうしていくか、患者さんをどう集めていくか、ということができないと、病院にとってはプラスにならないと思います。全体的にはマイナスになるのではないかと想定しています。(資料5)



第10回社会保障改革に関する集中検討会議資料

今回の診療報酬改定は、2025年に向けた第一歩であるという点が大きいと思います。特に、今回、急性期医療がポイントになっています。今回、一般病棟の7対1、10対1、13対1、15対1の見方が変わってきたところは、まず2025年の社会保障改革の案から連想できることが多いと思います。例えば、高度急性期は、職員が2倍になります。単価も1.9倍になります。一般急性期は、職員が6割増で、単価が1.5倍になります。また、急性期と回復期が一つになっていくようなイメージがあります

が、この二つに関しては、コメディカルを中心に職員が3割増えていきます。職員の増加は、高度急性期、一般急性期の病院の場合、医師、看護師さん、薬剤師さんを中心に、2倍であったり、1.6倍であったりすると思います。一方、急性期、回復期に関しては、たぶんリハビリの職員を中心に3割程度増えていくでしょう。今回、DPCも3群に分かれました。高度急性期は、おそらく1群と2群で、特定機能病院を中心としたところ。そして、一般急性期が今回の診療報酬改定で大きく揺さぶりを掛けられた部分ではないかと思っています。(資料6)

第10回社会保障改革に関する集中検討会議資料

(参考)改革シナリオにおける主な機能強化、効率化・重点化要素(2025年)

		2025年
機能強化	急性期医療の充実 (高度急性期の集中入院等)	・高度急性期の職員等 2割増増強(平均約3割) 旅行一般病床平均対比でみれば倍 ・一般急性期の職員等 6割増増強(平均約1.5倍) ・重症急性・回復期 3割増増強(コメディカルを中心に3割程度増強(単価は1.9倍程度))
	長期療養・回復期の充実 (急性期からの集中入院等)	・長期療養の職員 コメディカルを中心に3割程度増強(単価は1.5倍程度) ・精神療養の職員 コメディカルを中心に3割程度増強(単価は1.5倍程度)
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応)	・在宅医療利用患者数の倍 1.8倍増強 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/10程度増強(現状の割合に対する倍)・グループホーム約10万人/10、小規模多機能 約32万人/10分程度増強(現状の割合に対する倍) ・定期訪問、随時対応 約15万人/10分程度増強
	医療・介護連携推進の強化	・全体で2017年の1.5~1.9倍程度まで増
	その他各サービスにおける充実、サービス入居の連携強化など	・介護施設に1割増の3Dユニットの普及、在宅介護サービス利用量の拡大等各種サービスの充実 ・介護職員の待遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためのARF等の増強(記費削減後の職員数に於いて1~2割増強に1名程度)など
効率化・重点化	急性期医療の効率化 (平均在院日数の短縮等)	・高度急性期 平均在院日数 15~16日短縮 ・一般急性期 平均在院日数 9日短縮 ・重症急性・回復期等 平均在院日数 50日程度(19~21日の場合)
	※ 早期の退院・在宅復帰に向けた取り組みのQOLも向上	(現状一般病床についてみると、平均在院日数18~20日程度(急性期11日程度(高度急性期12~13日程度)、一般急性期11~14日程度)、回復期等約10日程度)とみられる。
	長期療養・回復期の効率化 (平均在院日数の短縮等)	・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神療養 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約60万人/10程度減少(現状の割合に対する減)
	手術(生活習慣病・介護)・地域連携・ICUの活用等	・生活習慣病手術や介護手術・地域連携・ICUの活用等により、手術については単価削減等3%程度減少(入院コースの減少に伴い増加する分を相殺)、手術については単価削減等3%程度減少
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・単価削減して、0.9%程度(原価の伸び率ケース1の場合) 〔現状の割合に対する伸び率を、単価削減による伸び率と見れば、単価削減による伸び率は、現状の伸び率を上回っている。〕
医師・看護師等の役割分担の見直し	・医師業務の業務量2割程度(高度急性期、一般急性期)	

Copyright, 木村憲洋,
PX00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料6

社会保障改革案

それがある程度想定されるのが、高度急性期の病院です。高度急性期の病院は、どちらのくくりになっても22万床です。既存の特定病院がだいたい10万床程度ですので、増えても減ってもという感じに見えます。一般急性期の病院はだいたい40万床になっていますから、どちらかという、7対1、10対1に期待して、そこに揺さぶりを掛けることで、一般急性期に落とし込んでいくのではないかと思います。もう一つが亜急性期です。急性期に残れないところは、将来的に亜急性期になるというメッセージがあると思います。今回、7対1の一般病棟の平均在院日数が、19日から18日になりましたが、将来的には9日になります。そして、亜急性期の病棟は、今回90日から60日になりましたが、既に2025年を想定して動き出しているということが分かります。こうして見ていくと、9日に平均在院日数を合わせていくには、25年までの6回診療報酬改定でずっと切り下げを行う必要があります。そして、最終的には、平均在院日数が7対1、もしくは5対1というのができるかもしれませんが、12日程度になっていく可能性はあると思います。総合病院では実際に10日前後で回してい

るところもあります。そういったところを見据えて、政策が作られ、診療報酬に落とされていることが、今回のある程度分かったのではないかと思います。(資料7)

一般病床の状況

資料8は平成22年の届出の状況です。一般病床の医療法上の届出は約91万床で、そのうち特定機能病院や専門病院の病床がだいたい20万床になっています。残りが一般病棟入院基本料で届けており、それが70万床あります。先ほど、高度急性期がだいたい20万床だと言いました。そして、一般急性の病院がだいたい40万床だと想定されています。そうすると、10対1以上が完全にマストではないかと思います。そうすると、残りの約20万床はどうするのでしょうか。ここが今回の診療報酬改定のひとつのポイントではないかと思います。また、残りの13対1以下の病床は、既に12万床しかありません。この12万床をどのようにしていくかという点から、在宅療養支援病院や急性期の病院に点数が割り振られていると見る事ができると思います。(資料8)

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2025)年度			
		現状改訂シナリオ	改訂シナリオ		地域一般病床削減
			各ニーズの単体な病床確保	【高度急性期】	
高度急性期	【一般病床】 92万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 70%程度 15~16日程度	
一般急性期	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度
亜急性期・回復期リハ等	【亜急性期・回復期リハ等】 36万床 90%程度 60日程度	【亜急性期・回復期リハ等】 36万床 90%程度 60日程度	【亜急性期・回復期リハ等】 36万床 90%程度 60日程度	【亜急性期・回復期リハ等】 25万床 90%程度 60日程度	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 125日程度	28万床、91%程度 125日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	27万床、90%程度 270日程度	
(入院小計)	166万床、81%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設	92万人分 特養 48万人分 老健(特養+介護付) 44万人分	161万人分 特養 88万人分 老健(特養+介護付) 73万人分	131万人分 72万人分 59万人分	131万人分 72万人分 59万人分	
居住系	31万人分 特定施設 15万人分 グループホーム 16万人分	52万人分 特定施設 25万人分 グループホーム 27万人分	41万人分 24万人分 17万人分	41万人分 24万人分 17万人分	

Copyright, 米村恵洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

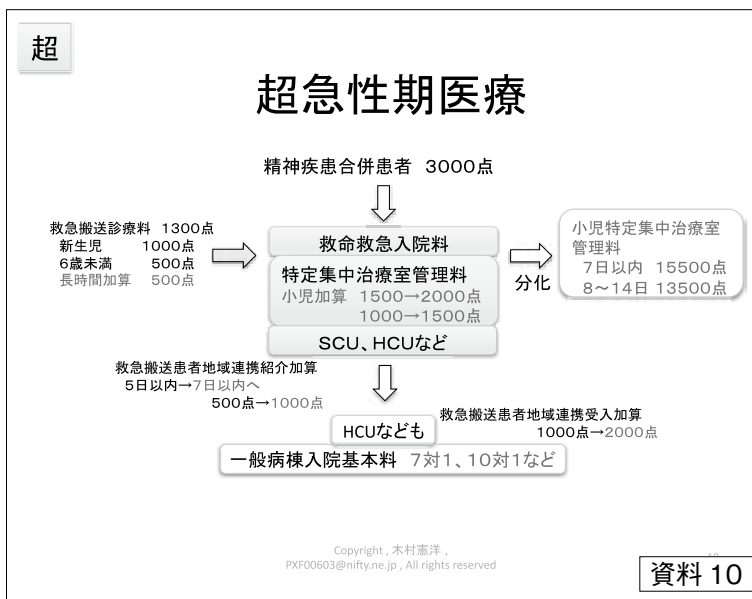
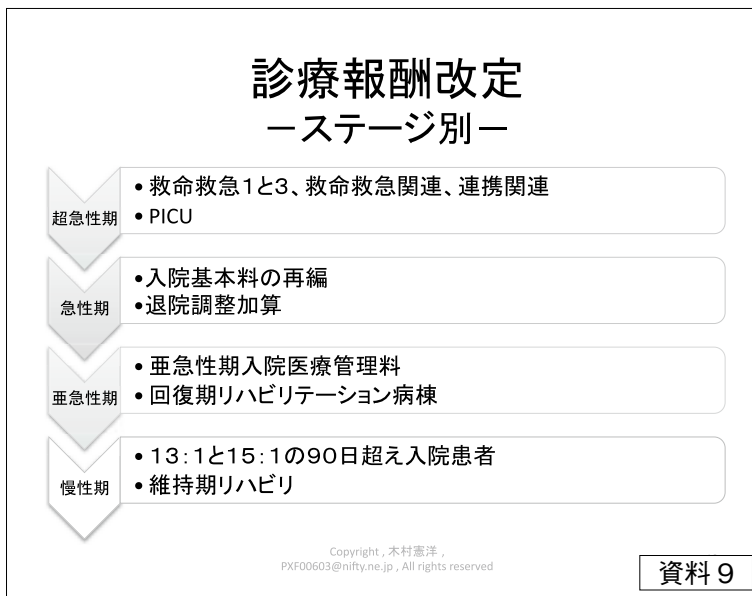
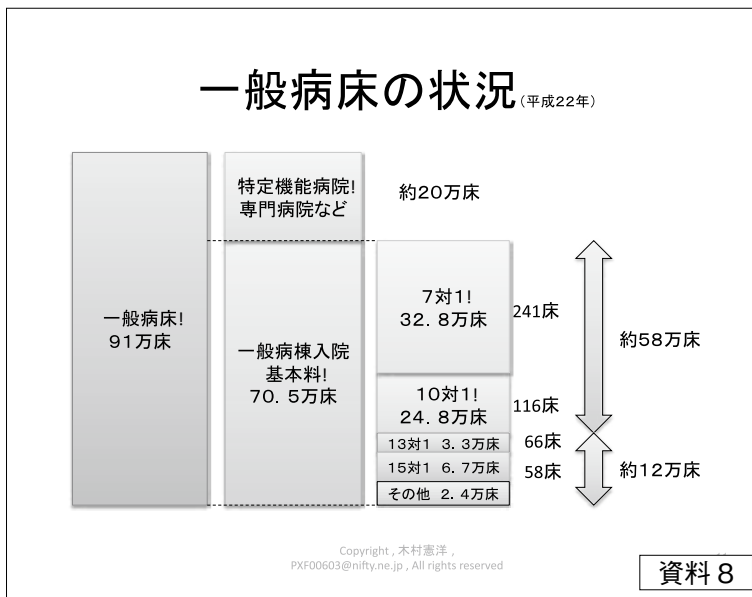
資料7

超急性期の加算状況と対策

診療報酬改定一ステージ別一

病気のステージ別に気になったところを見ていきます。救命救急や超急性期に関しては、これまで通り充実させる方向で点数が付いています。急性期に関しては、入院基本料が7対1を中心に再編されていると思います。亜急性期に関しては、亜急性期入院医療管理料と、回復リハビリテーション病棟という、似たような点数ができて、同じ括りになろうとしているように思います。そして、慢性期のところでは、13対1と15対1という90日超えの患者さんの入院の算定方法の選択が非常に気になります。(資料9)

超急性期医療は、資料10の四角く囲ったところ、もしくは矢印の右側にある点数が上がった部分です。例えば、精神疾患合併患者の救命救急の病床で受入れた場合は、3000点もらえます。この点数を取るにあたって、少し算定要件を緩和したり、精神合併症の患者さんが救命救急をしている医療機関で受けやすくなるように点数が配分されています。また、救急搬送に関して、長時間加算、救急車に30分以上医師が同乗して、病院に搬送したりするところに点数が付いていたりします。あとは小児のICUに新しく15万点以上というものができていたりします。多くの病院が関わりそうなのは、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算で、点数が倍になっています。また、これまでは救命救急医療を算定したり、救命救急の病棟に入った患者さんを5日以内に転院させるという話があったのですが、それが7日以内になりました。これはどちらかというと、ICUや救命救急の病床を開けるための紹介の加算であったり、受入の加算であるわけです。その



ため、どちらかという、受入側にメリットがあります。転院させる病院からすると、紹介した時点で1万円もらえます。これによって病床を空けるというものです。これによって、超急性期の病棟を空けていくというインセンティブもより大きくなりました。通常の7対1、10対1の病院は、こういった受入をして病床を稼働させていくということが、今後重要になっていきます。(資料10)

もう少し詳しくお話ししましょう。救命救急関係だと、救命救急入院料の1と3に関して、これまで看護師さんの配置基準が明確ではありませんでした。それが常時4:1と明文化されました。(資料11)

小児集中治療関連

もう一つが、PICUと言われる小児集中治療室です。これは、今回新しくできた特定入院料です。施設基準に関しては、8床以上の病床を有していることです。実際、これを算定できる病院というのは、全国にほとんどないと思います。小児集中治療の医師の常時配置と、看護師が常時2:1以上の配置が必要と、少し厳しい基準になっています。あと、重症者が9割以上という基準がありますが、医師と看護師の常時配置が厳しいと思います。どちらかという、各都道府県の小児医療センターで、1病院くらいが算定できる点数ではないかと思います。また、小児関係もICUの小児の入院に関して、毎日500点ずつ上がっています。(資料12)

精神疾患を合併する救急患者

これまで、精神疾患を合併する救急患者を受入れる医療機関として、精神保健医が前提でした。そして、初回3000点がついていました。また、精神保健指定医が救急センターで診察をすると、3000点もらえました。これに関して、精神保健指定医というのが外れて、精神科を標榜する医師でもよくなったというのが、大きな点数の改定だと思います。これによって点数が算定しやすくなり、救命救急を行っている医療機関は、売り上げが増える部分があると思います。(資料13)

超

救命救急関連

- 救命救急入院料1と3の看護師配置基準の明確化
 - これまで「当該治療室内に重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師及び看護師が常時配置されていること。」



常時4:1と明文化

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 11

超

小児集中治療関連

- 小児特定治療室管理料
 - 7日以内 15,500点/日
 - 8~14日以内 13,500点/日
 - 施設基準
 - 8床以上の病室を有している。
 - 小児集中治療の医師の常時配置と常時2:1以上の看護師配置
 - 小児集中治療を行うための十分な設備
 - 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室 など
- 特定集中治療室管理料の小児加算
 - 7日以内 1,500点/日→2000点/日
 - 8~14日以内 1,000点/日→1500点/日

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 12

救急搬送診療料

救急搬送診療料というものがあります。この救急搬送診療料に対して、長時間加算が500点付きました。この加算は救急搬送診療料を算定する際、診療に要した時間が30分を超えた場合となっています。基本的には、救急車やヘリコプターなどに同乗して診療を行った場合ですから、超急性期を行っている医療機関が中心になると思います。(資料14)

さらに大きいのは、救急との連携です。救急車の受入れがないことが数年前、社会問題になっていました。受入れができない理由の2割が、病床一杯だという点です。連携の紹介加算と受入加算に関しては、ICUや救急を受入れるための病棟を空けるのが一つの目的です。要するに、早く軽い患者さんを外に転院させることが、この加算の目的だと言えます。

今回変わったところは、点数が倍になったことです。500点が1000点になりました。また、これまでは紹介の病院と受入の病院は役割が決まっていたが、今回は両方とも届出ができるようになっていきます。そうすると、田舎や広域で二次救急を輪番制で行っている病院は、遠くに患者さんが入院しても、次の日に転院すれば受入加算を算定することが可能になります。この逆もあります。例えば、DPCなどのデータを見ると、小児の患者さんが少し遠くに入院し、次の日に近くに入院するという場合もあります。そういう事を想定して新しく点数が付いたと思います。実際に入院件数を増やすには、うまく救急を行っている病院と連携して、受入加算で2000点を取っていくこと。そして、その後リハビリなどすることが、病院の今後の入院件数や稼動を増やしていく方策の一つになると思います。(資料15)

超

精神疾患を合併する救急患者

- 精神疾患を合併する患者の救命救急入院料における受け入れやすい体制の整備
 - 救命救急入院料に3000点初回に加算
 - <算定要件>
 - ・「受け入れる医療機関の精神保健指定医」



「精神保健指定医(受け入れる医療機関の医師でなくてもよい)又は受け入れる医療機関の精神科を標榜する医師」

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 13

超

救急搬送診療料

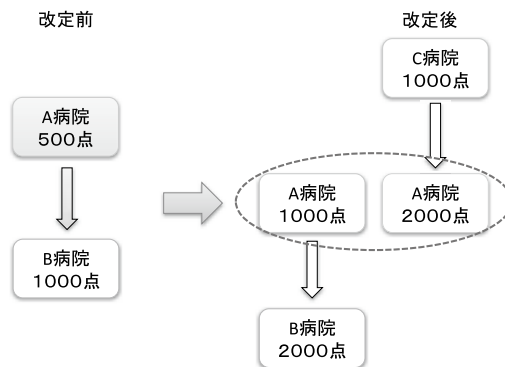
- 救急搬送診療料 1300点
 - 加算
 - ・新生児 1000点
 - ・6歳未満 500点
 - ・(新)長時間加算 500点
 - 救急搬送診療料を算定する際に診療に要した時間が30分を超えた場合に算定
 - <算定要件>
 - ・患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 14

超

救急搬送患者地域連携紹介・受入加算の変更イメージ



Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 15

もう一つ、新しく今回できたのが、新生児特定集中室の退院調整加算です。これは計画を作って退院をすると、計画を作った時点で600点もらえ、退院時にまた600点もらえるということです。(資料16)

NICU後の連携イメージ

これまでの退院調整加算は300点でしたが、それが同じ基準だと600点になり、ちゃんと計画を作って退院させると、4倍の1200点になります。実は、このあと出てくる一般病棟の退院調整加算もそうですが、計画を作って退院させるという方向になると思います。また、これまでNICUを退院した患者さんは、障害者施設や特殊疾患の入院医療管理料を取っている病棟に転院する形が作られていました。それが13:1、15:1と療養病棟にも対象が拡大になったことで、NICUから13:1、15:1と療養病棟へも受入が可能になりました。13:1、15:1と療養病棟も、急性期の受け皿として点数が付いているため、今後、療養も含めて受入を担うことになると思います。(資料17)

次にハイリスク妊産婦関連は対象が少し拡大になったのと、点数が上がり、大きく配分されています。超急性期関係は、だいたいこのような感じです。(資料18)

超

新生児特定集中治療室退院調整加算

- 1 新生児特定集中治療室退院調整加算1 600点(退院時1回)
 - これまでと同様
- 2 新生児特定集中治療室退院調整加算2
 - イ 退院支援計画作成加算 600点(入院中1回)
 - ロ 退院加算 600点(退院時1回)

<算定要件>

イ 退院支援計画作成加算
NICU管理料を算定したことがある1000g未満の児など、長期入院が見込まれる患者に対して、退院計画を作成し退院調整を行った場合に入院中に1回算定できる。

ロ 退院加算
退院支援計画作成加算を算定した患者が計画に基づいて退院調整により退院した場合に退院時に1回算定

<施設要件>

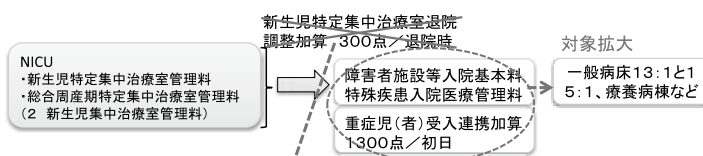
退院調整部門の設置、NICU及び退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上、または上記の経験を有する専任の看護師と専従の社会福祉士がそれぞれ1名

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 16

超

NICU後の連携イメージ



新生児特定集中治療室退院調整加算

- 1 新生児特定集中治療室退院調整加算1 600点(退院時1回)
- 2 新生児特定集中治療室退院調整加算2
 - イ 退院支援計画作成加算 600点(入院中1回)
 - ロ 退院加算 600点(退院時1回)

退院計画を作成(600点)し、退院する(600点)ことで算定

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

21

資料 17

超

ハイリスク妊産婦関連

- ・ ハイリスク妊産婦共同管理料1 500点→800点
- ・ ハイリスク妊産婦共同管理料2 350点→500点
 - 対象の拡大
 - ・ 多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延の追加
- ・ ハイリスク妊娠管理加算(1日につき)1000点→1200点
- ・ ハイリスク妊娠管理加算(1日につき)3000点→3200点

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 18

急性期から慢性期の加算状況と対策

一般病棟関連

一般病棟に関しては、資料19にまとめました。それを見ると、7:1と10:1は似たような形になっています。また、13:1・15:1という括りになっているのではないかと思います。基本的には、入院基本料が1日あたり+11点ですが、これまで毎日取れた栄養管理体制加算が取れなくなっているために、ほぼ1日あたり-(1点+a)となっています。一般病棟の話をかいつまんですると、一般病棟の7:1は、平均在院日数が19日から18日になっています。特定機能病院の一般病棟に関しては、28日から26日になっています。専門病院の入院料は30日から28日になっています。もう一つは、看護必要度です。実は、この部分が大きいのですが、10%から15%に上がっています。今の状態で、7:1を維持できない病院の話聞きます。そういう病院は、将来的に10:1にしていくか、看護必要度の低い人を退院させて15%を維持するかの、どちらかの選択になっていきます。それを考えると、看護師さんのニーズもこれまでよりは下がります。そのため、少しずつ看護師さんが採用しやすい状況になるのではないかと思います。もう一つが、データ提出加算です。これはまたあとで説明しますが、DPCのデータを提出すると、入院中1回、点数が取れるようになります。当然、点数を取りたいと思う病院も増えていくため、DPCのデータを提出すればするほど、将来的にはDPCになりやすい環境になっていくでしょう。10:1に関しては、これまで看護必要度を評価すると、点数がもらえましたが、今度は看護必

要度が10%、15%によって、毎日加算が付くようになります。15%を超えると、7:1になることができます。しかし、7:1になって、将来どこまで看護必要度が上がるのか、どこまで平均在院日数が下がっていくのか、それによって病床の数というのもきちんと考えなければいけないと思います。単純な話としては、病床を半分にすれば、職員が倍になります。どのようなプロセスで職員が倍になるか分かりませんが、そういう方向に向かって行くのは間違いないと思います。それと、13:1で看護必要度を評価すると、毎日5点がもらえます。一番厳しいのは、この13:1、15:1のところ。どこの病院もそうですが、90日を越える患者さんは、13:1、15:1の病院にはたくさんおり、病床の稼働を支えているところがあります。この場合、選択肢が二つあります。90日を越える患者さんを一般病棟のこれまで通りの出来高で算定するのか、あるいは療養病床で算定するのかです。療養で算定する分には平均在院日数に入りませんが、一般病棟の出来高で算定する場合は平均在院日数の対象となります。そうすると、例えば、13:1であれば、施設基準を満たせなくなり、患者さんを退院させるしかなくなってくるなどの問題が生じてきます。(資料19)

急

一般病棟関連

入院基本料+11点(栄養管理体制加算12点、褥瘡患者管理加算20点廃止)

一般病棟入院基本料 7:1
平均在院日数 19日→18日、特定28日→26日、専門30日→28日
看護必要度 10%→15%
データ提出加算 100点、150点、110点、160点

一般病棟入院基本料 10:1
一般病棟看護必要度評価加算5点廃止
看護必要度加算 15点、30点
データ提出加算 100点、150点、110点、160点

一般病棟入院基本料 13:1
一般病棟看護必要度評価加算 5点

一般病棟入院基本料 13:1、15:1
90日越えの患者に関する療養病床入院基本料もしくは出来高での算定

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

23

資料 19

入院基本料の改正ポイント

今回の入院基本料の改正ポイントで一番大きいのは、この毎日1点下がっている部分です。7:1と10:1、13:1と15:1の溝がくっきりしてきたということです。平均在院日数が徐々に切り下げになり、今後も続いていくことが予想されています。また、夜勤の加算が復活したというのも大きくて、夜勤の手厚い配置という方向に向かっていくのではないかと思います。そういった加算の使い方は、昔から行われています。現状、夜勤は看護師さん一人当たり72時間という基準がありますが、将来的には、64時間になるというようなこともあり得るのではないかと思います。あと、看護必要度がどこまで厳しくなるのか。ある人は、25%、35%などと言っています。一方、これまで際限なく看護師さんを集めれば、病棟の基準を上げられたのが、それができなくなってきました。そうしたところも考えて、経営をしていかななくてはいけないだろうと思います。(資料20)

一般病棟入院基本料

一般病棟入院基本料は、7:1が1566点と、改定前と比べて11点ずつ上がっています。ポイントは、やはり在院日数が切り下げになっていることです。これによって、ぎりぎりまで回していた病院は、稼動を落とさないといけません。これによって売り上げが減ることは確実です。それと、7:1を維持するには、看護必要度15%以上を維持しなければなりません。こうしたところが、結構大変だと思います。これで軽度の患者さんが多い病院では、7:1を算定するのが結構厳しくなるのではないかと思います。(資料21)

一般病棟加算関連

7:1と10:1に、DPCのデータを提出した場合のデータ提出加算ができたのも、新しい試みだと思います。データ提出加算は200床以上、200床未満で分かれています。それに100点と150点が10月から算定できるようになっています。届出は4月です。問題は次です。データ提出加算1はDPCのフォーマットで済みですが、外来のデータも添付した場合は、データ提出加算2が取れるようになります。データ提出加算1が提出できれば、データ提出加算2はコンピュータの問題だけなので、データ提出加算2を算定するようになっていくと思います。そうすると、国のほうにDPCのデータが外来も含めて入っ

急

入院基本料の改正ポイント

- ・栄養管理実施加算12点/日と褥瘡患者管理加算20点(入院中1回)が入院基本料に含まれ、入院基本料が+1点となった。
 - －入院基本料の施設基準となったためきちんと対応していないと適時指導の時に痛い目に合う。
- ・7:1と10:1、13:1と15:1の溝が一段とはっきりしてきた。
- ・平均在院日数が徐々に切り下げ
- ・夜勤加算が復活(将来の連続勤務12時間への布石?)
- ・看護必要度が一段と厳しく
- ・効率化という名のもとに、在院日数が短くなるように促す。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

24

資料 20

急

一般病棟入院基本料

改定前

- ・ 7対1入院基本料 1555点
- ・ 10対1入院基本料 1300点
- ・ 13:1入院基本料 1092点
- ・ 15:1入院基本料 934点

改定後

- ・ 7対1入院基本料 1566点
- ・ 10対1入院基本料 1311点
- ・ 13:1入院基本料 1103点
- ・ 15:1入院基本料 945点

一般病棟7:1

平均在院日数18日以内(これまで19日)
看護必要度15%以上(救命救急入院料を算定している病院は除く)

特定機能病院(一般)

平均在院日数26日以内(これまで28日)
看護必要度15%以上(救命救急入院料を算定している病院は除く)

専門病院入院基本料

平均在院日数28日以内(30日)
看護必要度15%以上(悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている医療機関は除く)

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 21

ていくため、外来も含めたDPCが走っていく可能性が高いと思います。もしそうなれば、クリニックと病院を分離したほうが得になるという議論が行われるのではないかと気がします。こうした点が、将来的に大きな問題になると思います。さらに、10:1の看護必要度の加算もあります。看護必要度加算1は一日30点と結構大きいのですが、必要度基準が15%以上を満たしていれば、算定できます。15%を超えているということは、7:1を算定できるため、当然、7:1を目指す病棟になっていきます。また、看護必要度2に関しては、10:1だと結構多いかもしれませんが、10%を満たしていると、15点上がります。ですから、どちらかというところ、大変な患者さんを診ているところは、これまで通り頑張ると点数が上がります。しかし、そうでない病院は、9%だと点数も上がりません。患者さんを退院させたりして、稼動を落とせば上がりますが、簡単にはいかないというところがあります。あと、13:1の病院は、看護必要度の評価をすると、1日5点もらえます。(資料22)

入院基本料の効率化

今回面白い仕組みができました。金曜日入院して月曜日に退院するという人の割合によって、土日の基本料を8%減額しましょうというものです。また、午前退院、午後入院に関しても、退院日の基本料を8%減額しましょうというのが始まりました。これは金曜日入院する人、月曜日に退院する人の割合を足して、40%を超える医療機関を対象に、土日の入院基本料を8%減額

するというものです。ただ、半年間様子を見るというのがあるので、そういう意味ではほどほどにやればいいのではないかと思います。とはいえ、土日の病院の稼動が落ちる対策を考えている医療機関も多いため、40%を超えるような激しい入退院は気をつけたほうがいいと思います。もう一つは、午前退院、午後入院です。普通の病院は、午前退院、午後入院がほぼ100%の割合で行われていると思います。逆に、30日以上入院する患者さんに対しては、退院調整加算を算定して、退院してもらえばいいというふうになっていくと思います。そう考えると、稼動率が低下する仕組みになっていたりします。(資料23)

急

一般病棟加算関連

- 7:1と10:1
 - データ提出加算1 100点(200床以上)、150点(200床未満)2012.10
 - ・ データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータ作成対象病棟に入院し、退院した全入院患者について、当該データを厚生労働省に提出した場合
 - データ提出加算2 110点(200床以上)、160点(200床未満)2012.10
 - ・ 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する
- 10:1
 - 一般病棟看護必要度評価加算5点の廃止
 - 看護必要度加算
 - ・ 看護必要度加算1 30点/日
 - 必要度基準が15%以上を満たしている病棟に入院している患者
 - ・ 看護必要度加算2 15点/日
 - 必要度基準が10%以上を満たしている病棟に入院している患者
- 13:1
 - 一般病棟看護必要度評価加算 5点/日
 - ・ 一般病棟13:1入院基本料、専門病棟13:1入院基本料を算定する病棟において、看護必要度を測定している場合

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 22

急

入院基本料の効率化

- 金曜日入院月曜日退院
 - 手術や処置の伴わない土日の入院基本料の8%減額
 - 対象医療機関
 - ・ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
 - ・ 入院全体のうち金曜日入院する者の割合と、退院全体のうち月曜日に退院する者の割合の合計が40%を超える医療機関
 - 対象となる入院基本料
 - ・ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、土曜日、日曜日に算定されたもので算定された日に手術、1000点以上の処置を伴わないもの
- 午前退院午後入院
 - 退院日に算定された入院基本料を8%減額
 - 対象医療機関
 - ・ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
 - ・ 退院全体のうち午前中に退院するものの割合が90%を超える医療機関
 - 対象となる入院基本料
 - ・ 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、退院日に算定されたもの
 - ・ 30日以上入院している患者で退院調整加算が算定されていないもので、算定された日に手術、1000点以上の処置を伴わないもの

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 23

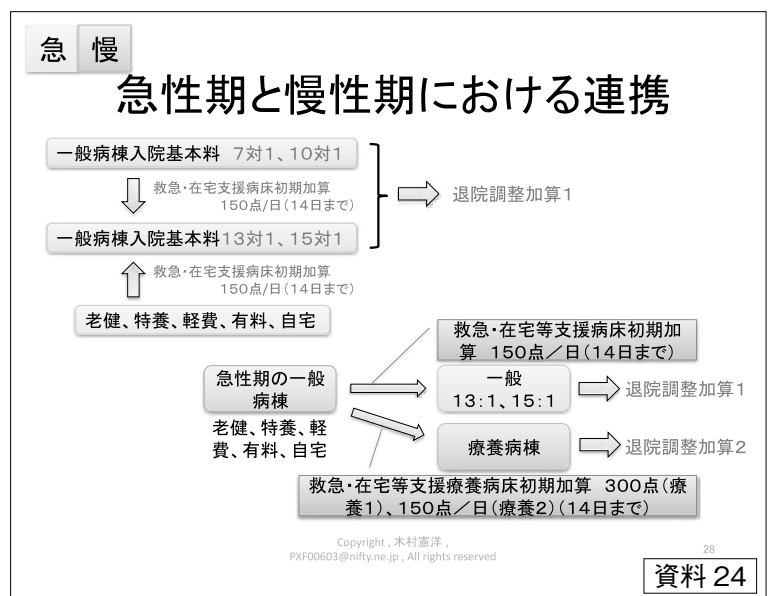
急性期と慢性期における連携

病棟が空くような仕組みが、病院にとっては一番恐いわけです。しかし、先ほどの急性期の病院もそうですが、いろいろ病床を空ける工夫がされています。一つは、退院調整加算です。退院調整加算1という一般病棟を対象としたものと、退院調整加算2という療養病棟を対象としたもの、この二つが新しくできました。もう一つ、13:1、15:1に対して、選択を迫るような仕組みができています。それが、救急・在宅支援病床初期加算で、1日150点、14日間まで付きます。これは、在宅医療を受けていた人が入院したり、一般病棟の7:1、10:1から患者さんを受入れた場合、150点取れるようになるものです。これを取るということは、どちらかという、急性期の下請けや在宅の急性増悪時の受け皿になっていきます。先ほどの90日の問題があるので、病床が空いてくると、逆に、救急・在宅支援病床初期加算を取りに行きたくなくなるでしょう。逆に、救急・在宅支援病床初期加算を取らないと、13:1、15:1は回らなくなるのではないかという気がします。もう一つ、似たような加算があります。救急・在宅支援療養病床初期加算です。これが前回150点だったのが、今回300点付いています。全く同じような患者さんが、療養で受けると1日300点、13:1、15:1で受けると150点となります。先ほど、90日以上のお患者さんを療養で算定するのか一般で算定するのか、という話が出ました。もし、療養で90日以上のお患者さんを診ていくと、13:1、15:1となります。そうすると、一般病棟は療養で算定している患者さんだけになってしまいます。なぜなら、療養病棟は20:1でもいいわけですから、療養のほうが人の配置もゆるく、300点もらえるからです。そうすると、13:1、15:1は、なし崩し的に療養になっていくという恐い仕組みになっています。(資料24)

新たなステージを迎える退院調整

病院で点数をプラスにしようとすると、退院調整加算を取るしかありません。退院調整加算1は一般病棟向け、退院調整加算2は療養病棟向けです。施設基準には、これまで退院調整加算と慢性期調整加算がありましたが、それとまったく同じです。違うのは、患者さんをスクリーニングして、退院計画を作るという点です。これまでは人を配置して、退院調整の介入をして、退院すれば点数をもらえました。今回は患者さんをスクリーニングする体制です。だいたいどこの病院でも実際はナースがやっていることですが、それをきちんとやって、退院支援の計画を作ると、これだけの点数がもらえます。(資料25)

退院困難なのに、14日で退院するという点数がありますが、どちらかという、今回点数で出されたのが退院困難者です。悪性腫瘍や認知症といった方々が、退院困難者です。こういう方々をスクリーニングして、退院計画を作って退院頂くと、この点数がもらえます。これをいかにシステムティックに行うかが、今回の点数の大きいところですが、これにも実は一つ問題があります。ケースワーカーをたくさん配置していたところは、たぶんすぐに対応できます。今まできちんと退院支援をし、スクリーニングしてきた医療機関は、スムーズに入っているのです。そして、退院計画をどうやって作るか、



そこに点数の算定のポイントがあります。ここで病院の組織力が出てくるのではないかと思います。実は、退院困難者を見ていくと、算定できる患者さんは割合多いのです。退院できない患者さんは、悪性腫瘍や認知症という方が多いので、先ほどの午前退院、午後入院、退院計画の作成がない、退院調整の加算が取られていない、というところに全て関わってきます。これをきちんと取らないと、先ほどの8%減になってしまいます。



地域連携計画加算

退院調整加算には、地域連携計画加算というおまけが300点ついてきます。簡単に説明すると、退院支援計画をクリニックなどと共有すると、300点もらえるということです。どういうことかという、退院調整加算の340点に300点が加算されます。要は、在宅医療に行かせるための仕組みが非常に手厚くなっているのです。ここが大きいポイントだと思います。そのため、在宅療養の共同指導をすると、1000点もらえます。実は、訪問看護ステーションも在宅に行かせるための点数が付いています。そういった意味で、病棟を空けて、在宅に移行させることにインセンティブがついているのです。資料26に、「退院支援計画を共有」と書いてあります。退院調整加算を取っているところの加算は、既にもう計画が出ています。それと共有していくことで点数になります。この共有をいかにシステムティックに行うかがひとつのポイントになってきます。今後、13:1、15:1をどうしていくかという問題がありますが、やはり退院してもらって、急性増悪したら、入院してもらおうという循環モデルになっていくのではないかと思います。

(資料26)

急 慢

新たなステージを迎える退院調整

- ・ 退院調整加算1
 - イ 14日以内 340点
 - ロ 30日以内 150点
 - ハ 31日以上 50点
- ・ 退院調整加算2
 - イ 30日以内 800点
 - ロ 31~90日以内 600点
 - ハ 91~120日以内 400点
 - ニ 121日以上 200点

＜施設基準＞
 ○病院の場合は、退院調整に関する部門が設置されていること、退院調整に係る専従の看護師又は専任の社会福祉士or専任の看護師又は専任の社会福祉士が配置されていること
 ○診療所の場合は、退院調整を担当する専任の者が配置されていること

- ・ 退院調整加算1
 - 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般)などを算定している患者が退院した場合に算定
 - 医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、入院7日以内に退院支援計画の作成に着手
 - 退院困難な要因を有する患者についてはできるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること
 - 退院時共同指導料と同時に算定する場合には、連携医療機関と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供すること
- ・ 退院調整加算2
 - 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特殊疾患入院医療管理料などを算定している患者が退院した場合

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 25

急 慢

地域連携計画加算

- ・ 地域連携計画加算 300点
 - 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

地域連携計画加算イメージ

入院

退院調整加算1
退院調整加算2

退院支援計画を共有
診療所
など

退院

退院時共同指導料1
在支診 1000点
上記以外 600点
+特別管理加算200点
退院時共同指導料2 300点
看護師、訪問看護ステーション

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

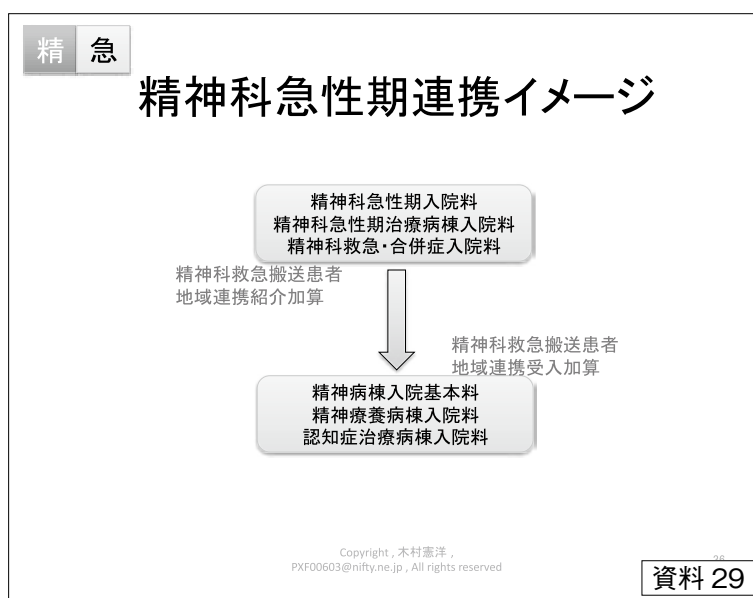
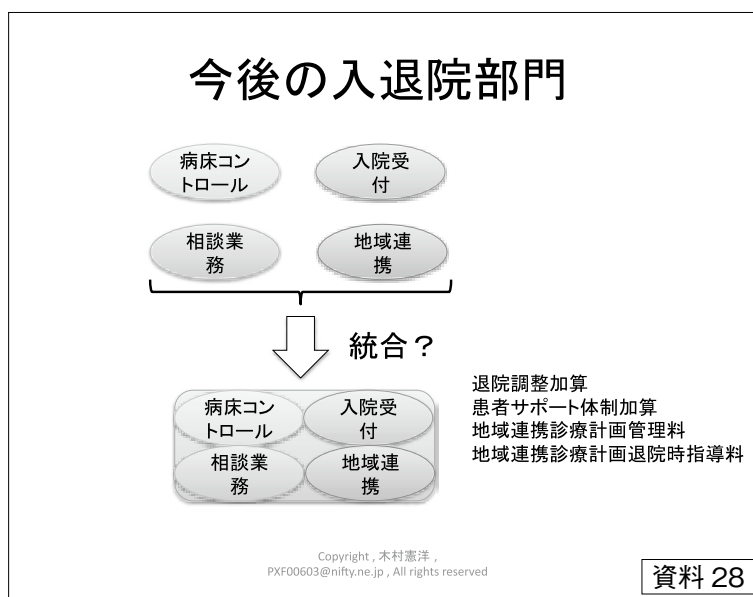
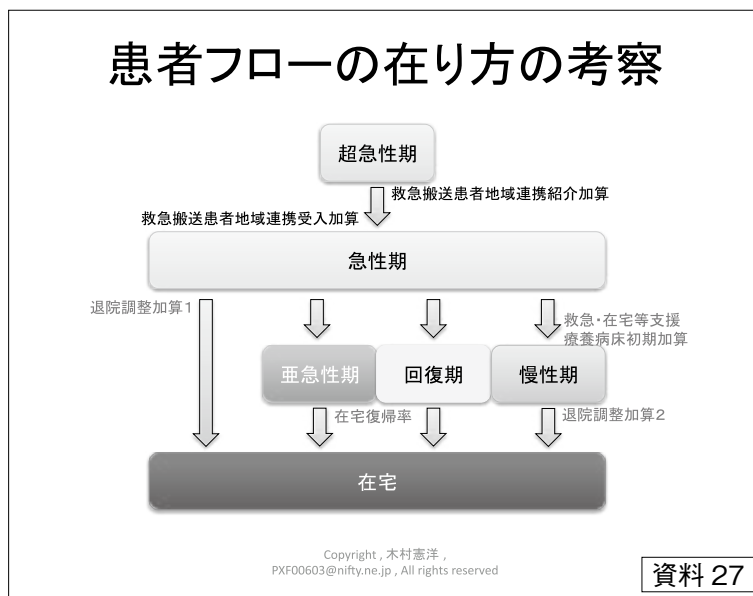
資料 26

点数を整理してみましょう。超急性期から在宅にいく仕組みとしては、紹介加算と受入加算で急性期から退院調整加算1で在宅や他院などに行く。慢性期には、救急・在宅支援、療養病床初期加算があり、療養には退院調整加算2で在宅に行く。また、亜急性期、回復期には在宅復帰率が求められているため、在宅、もしくは在宅と呼ばれる対応施設に行くというように、全てにインセンティブがついているというのが、今回の診療報酬改定の大きい点だと思います。(資料27)

今後の入退院部門

病院で気にしなくてはならないのが、退院調整加算をどうやって効率的に取っていくかということです。病院の中は業務ごとに部署が分かれています。入退院に関しては、病床のコントロールがあり、入退院の受付があって、地域連携室があって、相談室があります。こういう同じような機能を持っているところは、統合していかなくてはなりません。だいたいこの病床コントロールは看護婦が持っている、連携室や相談室は、社会福祉から派生して、別部署で行ったりしています。入院受付は事務がやっています。こういうことをきちんと統合して、本当の意味での地域連携室を作っていくことで、退院調整加算や、今回の患者サポート体制加算などが取れるようになってきます。これは完全に病院のマネジメント力で、新しく組織を改変する力であったりすると思います。(資料28)

精神科の急性期に関しては、精神の合併症に関して力が入るようになってきました。これまで問題になってきた、精神疾患を持つ患者さんの急性増悪時に、どこで、どのように治療するかといったことです。そうした点が少しずつ手厚くなるようになっていきます。



は、精神科急性期に関しても、先ほどの紹介受入加算と似た様なものができています。

精神科急性期連携イメージについては、資料29を見てもらうのが一番分かりやすいと思います。先ほどの地域連携紹介加算が1000点で、地域連携受入加算が2000点です。対象となるのは、精神科の入院料です。今後はこういった連携の紹介加算、受入加算の、1000点、2000点というのが、どんどんできてくるのではないかと思います。(資料29)

亜急性期と慢性期の加算状況と対策

亜急性期と回復期リハ病棟

2025年を予測させるものが、亜急性期と回復期だと思います。今回、そこに同じ点数のもの、亜急性期入院医療管理料2と、回復期リハ病棟1とが出てきています。いずれも1911点で、看護配置が全く同じです。こうした点で、回復期リハは亜急性期の一部分だと位置付けられていると思います。もう一つは亜急性期入院医療管理料1と、回復期リハ病棟3が11点ずつ上がっていることです。亜急性期の1と2は、これまでは施設によって違っていました。しかし、今回はやることによって違います。リハを亜急性期でやると、2を算定します。やらないと、1を算定します。回復期のリハ病棟は、当然リハをやる病棟ですから、そういった意味ではいろいろな見方ができます。一つは、効率的に亜急性期でリハをやって稼いでいた病院に対する若干のペナルティ、もう一つは亜急性期でリハをがっちりやろうという考えもあると思います。そうすると、回復期リハ病棟をやらないでも、亜急性期でリハをがっちりやる、亜急性期回復期リハ的病棟みたいなものも作れるようになります。

(資料30)

回復期リハ病棟

回復期リハ病棟に関しては、少し基準が厳しくなりました。実は、回復期リハ病棟3というのは、療養から転換もしやすく、15:1からも転換しやすい病棟になった部分もあります。これまでの回復期リハ病棟3に関しては、アウトカムのインディケータというのはありませんでした。同様に、今回もなく、逆に回復期リハ病棟2と1に関しては非常に厳しくなっています。これまでと違う部分としては、回復期リハ病棟1はこれまで看護師さんの配置が15:1だったのが、13:1になった点です。13:1の転換先として、回復期リハ病棟1もあり得るということです。ただ厳しいのが、新規の入院患者の3割以上

亜回 亜急性期と回復期リハ病棟

亜急性期入院医療管理料1	2050点	}	→	亜急性期入院医療管理料1	2061点
亜急性期入院医療管理料2	2050点			亜急性期入院医療管理料2	1911点
回復期リハ病棟1	1720点			回復期リハ病棟1	1911点
回復期リハ病棟2	1600点			回復期リハ病棟2	1761点
				回復期リハ病棟3	1611点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料30

回 回復期リハ病棟

改定前	改定後
<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハ病棟 <ul style="list-style-type: none"> 回復期リハ病棟1 <ul style="list-style-type: none"> 1720点 回復期リハ病棟2 <ul style="list-style-type: none"> 1600点 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハ病棟 <ul style="list-style-type: none"> 回復期リハ病棟1 1911点 <ul style="list-style-type: none"> 常時13対1以上の看護配置(7割以上の看護師配置)があること。 常時30対1以上の看護補助者の配置があること。 専任のリハ科の医師1名以上、専従のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上 在宅復帰率が7割以上であること。 新規入院患者のうち3割以上が重症の患者であること。 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」のA項目が1点以上の患者であること。 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善している 回復期リハ病棟2 1761点 <ul style="list-style-type: none"> 常時15対1以上の看護配置があること 常時30対1以上の看護補助者の配置があること リハ科の医師、PT、OT、STが適切に配置されている 在宅復帰率6割以上であること 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること 重症患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善している 回復期リハ病棟3 1611点

新たに包括の範囲から「在宅医療」、「人工腎臓」を除外

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料31

が重症であったり、看護必要度のA項目が1点以上、15%以上といったところです。これまで回復期リハ病棟1を取っていたところは、1を取るのか2を取るのか。2を取るにしても、重症度が上がっていかないと難しいということで、若干、回復期に関しては、厳しい取り決めになっています。(資料31)

亜急性期入院医療管理料

一方、まだまだ緩いのが、亜急性期です。その中で少し厳しくなったのが、60日という基準です。看護は13：1で、これまでと施設基準はほぼ変わりませんが、90日が60日になったのが厳しい点です。これによって、亜急性期入院医療管理料2のところは、退院させる頻度を上げなくてはなりません。あとは、一般病床数の3割以下が取れます。資料32には、200床以上だと40床、100床以下だと30床までと書いてありますが、こうして見ていくと、100床から200床までは、1病棟分くらい取れます。また、古い病院や、回復期リハのスペースが取れない病院は、亜急性期で回復期リハ的病棟を一つ作るというのも可能であると。そういったことで、病床を回していくこともありだと思えます。特に13：1などは、亜急性期入院医療管理料は在院日数の除外になるため、ありではないかと思っています。こういった考え方をすると、リハの患者の取り扱いというのも出てくると思えます。(資料32)

13：1と15：1の90日を超える患者

13：1と15：1の90日を超える患者さんに関しては、病棟単位で二つのうちどちらかを選んでくださいとなっています。資料33にあるように、①だと療養病棟入院基本料1で算定します。②に関しては、出来高で算定してもいいのですが、平均在院日数の対象とします。中小の病院にとって一番厳しいのはこれだと思います。だいたい、13：

1、15：1の病院は中小病院が多いわけですが、この選択が一番厳しいと思います。アクティビティの高いところは、患者さんをどんどん入院させて、②を取ってあげればいいわけです。しかし、そうすると、看護師さんに疲労が溜まるなど、なかなか難しいかもしれません。一方、①を取って、療養に慣れてしまうと、療養病棟に転換したほうがいいのではないかとこのころも出てくると思えます。ただ、廊下幅などいろいろあるので、算定できない病院もあるのではないかと思います。(資料33)

亜

亜急性期入院医療管理料

改定前

- ・ 亜急性期入院医療管理料
 - 亜急性期入院医療管理料1 2050点
 - 亜急性期入院医療管理料2 2050点

改定後

- ・ 亜急性期入院医療管理料
 - 亜急性期入院医療管理料1 2061点
 - ・ 60日限度、脳血管リハ、運動期リハを算定したことがない患者
 - 亜急性期入院医療管理料2 1911点
 - ・ 60日限度、脳血管リハ、運動期リハを算定したことがある患者
- ・ <施設基準>
 - 亜急性期1と亜急性期2
 - ・ 1と2の合わせて一般病床数の3割以下、200床以上は40床まで、100床以下は30床まで
 - ・ 13：1看護
 - ・ 在宅復帰率6割以上
 - ・ 診療録体制加算

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 32

慢

13：1と15：1の90日を超える患者

- ・ 一般病棟入院基本料 13：1と15：1
 - 下記について病棟単位で①と②を選択可能
 - ・ ①90日を超えて入院する患者については、療養病棟入院基本料1の例により算定する

療養病棟入院基本料1	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	945点	1380点	1769点
ADL区分2	898点	1353点	1716点
ADL区分1	796点	1202点	1435点

- ・ ②90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 33

精神科慢性期、がん疾患、感染関連の加算状況と対策

認知症関連

このほか、大きく点数がついているのが認知症関連です。認知症はこれまで60日で区切っていましたが、30日と60日で区切るようになりました。これまでと比べてみると、だいたい2割くらい上がっています。(資料34)

その答えがわかるのが、地域連携認知症集中治療加算と支援加算があります。

資料35にあるように、患者さんの具合が悪くなると、療養病棟から認知症治療病棟に入院させます。患者さんを受け取り60日以内に患者さんを元の療養病棟へ返すと、療養病棟や認知症治療病棟は、地域連携認知症集中治療加算1500点と、地域連携認知症支援加算1500点が取れるようになっています。資料に「60日以内」と書いてあるように、元の病棟に戻るのがポイントになっています。だから、どちらかという状態が悪くなった人をがっちり受け入れて、短期間で返すということです。30日という形をベストにすると、認知症治療病棟は、すごく点数が上がるようになっています。ですから、逆に認知症治療病棟というのは、今後治療を行って、どんどん元に戻していくと。一度受け取ったら終わり、というものではないという点があります。そうすることで、お互いに点数が取れます。さらに短期間で点数が上がっていますから、施設のユーティリティを上げていく方向になったということです。これが効率と質を求める点数だと思います。(資料35)

それに合わせて、認知症治療病棟は、これから大変になるだろうと思います。そのため、夜間の対応加算や指導料など、たくさん点数が付くようになっています。また、30日以内がすご

精 慢

認知症関連

改定前

- ・ 認知症治療病棟入院料
 - 認知症治療病棟入院料1
 - ・ 60日以内の期間 1450点
 - ・ 61日以上期間 1180点
 - 認知症治療病棟入院料2
 - ・ 60日以内の期間 1070点
 - ・ 61日以上期間 970点
- ・ 認知療法・認知行動療法420点/日

改定後

- ・ 認知症治療病棟入院料
 - 認知症治療病棟入院料1
 - ・ 30日以内の期間 1761点
 - ・ 31～60日以内 1461点
 - ・ 61日以上期間 1171点
 - 認知症治療病棟入院料2
 - ・ 30日以内の期間 1281点
 - ・ 31～60日以内 1081点
 - ・ 61日以上期間 961点
- ・ 認知療法・認知行動療法1 500点/日
 - 精神科を標榜する保険医療機関であること。
 - 精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定
- ・ 認知療法・認知行動療法2 420点/日

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 34

精 慢

認知症の地域医療連携

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 35

精 慢

認知症関連3

改定前

- ・ 認知症治療病棟入院料
 - 退院調整加算 100点

改定後

- ・ 認知症治療病棟入院料
 - 退院調整加算 300点
 - <施設基準の追加>
 - ・ 退院支援部門の設置
 - ・ 専従の従事者1名(Ns、OT、PSW、社会福祉士、臨床心理技術者)の配置

認知症治療病棟入院料!
退院調整加算 100点

認知症夜間対応加算 84点/日
<算定要件>
認知症治療病棟において夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が3人以上の場合に算定入院日から30日以内!
認知症療養指導料 350点/月(6月まで)
専門医療機関において認知症専門診断管理料1を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して6月に限り算定する。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 36

く点数が上がるようになっていきます。

(資料36)

また、治療を促進させるため、認知症専門診断管理料も点数が高くついています。

(資料37)

緩和ケアも同じロジックだと思えます。なるべく自宅にいて、最期の看取りを短期間で行って行くという方向だと思えます。それに合わせて、在宅で使用できる麻薬の処方日数の制限が緩和されたりしています。ホスピスも空かないという話がありますから、なるべく多くの人に利用してもらおうということだと思えます。

あとは小児に関しての緩和ケアの点数が付いています。

がん診療連携拠点病院関連

がんに関しては、二つあります。一つは、がん診療連携拠点病院加算の算定要件が変わりました。これまでは、確定診断で送った患者さんに対して加算が取れたのですが、疑いでもいとなりました。二つめは、がん治療連携管理料です。これも疑いでOKですが、加えてもう一つ、紹介を受けて拠点病院の外来で化学療法や放射線治療を行った場合に、がん治療連携拠点病院に算定されるようになりました。このように、どちらかという今回、外来の化学療法や放射線治療で点数が算定しやすくなりました。その背景には、拠点病院に患者さんを集めようということがあると思います。(資料38)

また、がんパスも、拠点病院が治療連携計画の策定を2回行うと300点取れるようになっていきます。(資料39)

精 外

認知症関連4

改定前

- ・ 認知症専門診断管理料 500点

改定後

- ・ 認知症専門診断管理料
 - － 認知症専門診断管理料1 700点
 - － 認知症専門診断管理料2 300点

認知症専門診断管理料1(一人1回算定)

入院中の患者以外のもや他の医療機関の療養病棟に入院中のものについて算定する。他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定(認知症と診断された場合は認知症療養計画を作成)し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。認知症療養計画とは、病名、症状の評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状等)、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである

認知症専門診断管理料2(一人1回算定)

入院中の患者以外のもや他の医療機関の療養病棟に入院中のものについて算定する。他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、3月に1回に限り算定

夜間ケア加算 100点/日

夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。算定した日から起算して1年以内に限る。

<施設基準>

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 37

ガ

がん診療連携拠点病院関連

- ・ がん診療連携拠点病院加算 500点(入院初日)
 - － 悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者
- ・ がん治療連携管理料 500点
 - － 悪性腫瘍と診断された患者や悪性腫瘍疑いで紹介された患者でがん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断され外来にて化学療法や放射線治療を行った場合に、がん診療連携拠点病院が算定

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 38

ガ

がん関連

改定前

- ・ がん治療連携計画策定料750点

改定後

- ・ がん治療連携計画策定料
 - － がん治療連携計画策定料1 750点
 - ・ 入院中又は退院の日から30日以内にがん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に患者に係る診療情報を文書として提供した場合
 - － がん治療連携計画策定料2 300点
 - ・ がん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合、月1回に限り算定

がん治療連携計画策定料1
がん治療計画を30日以内作成、文書で提供

がん治療計画策定病院

連携病院

がん治療連携計画策定料2
がん治療計画を変更

状態変化による紹介

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 39

あと、リンパ浮腫指導管理料やカウンセリング料なども、これまで1回だったのが、2回目以降も算定できるようになっています。医師の負担軽減になる部分としては、リハと外来の放射線に関しては、包括指示が出せるようになりました。一度診察をすると、7日間医師の診察がなくても、外来の放射線の治療が受けられるようになっています。それに合わせて、再診料は、医師が会っていない時は、算定できないということになっています。

がんの化学療法は、薬物によってAとBに分けられました。また、15歳以上か15歳未満かによっても化学療法加算が変わる事になっています。薬物のAとBの分類というのは、添付文書で分けられます。たいていは、MRが教えてくれると思いますが、通常の抗がん剤だとAが取れます。BはA以外と書いてあって、ホルモン剤などで分けられています。治療をしていてリスクを伴うものがA、そうでないものがBということになっています。

糖尿病透析予防管理料については、ヘモグロビンA1cの日本の基準が6.1となっています。特定検診が5.8ですから、特定検診、糖尿病透析指導管理料、生活習慣病管理料といったもので、糖尿病に対する管理をしていくというところがあります。もう一つ、糖尿病指導の経験を有する専任の医師、看護師、栄養士など、特定保健指導に順ずるような形があります。そういった方々が、糖尿病の予防のための健康教室を交えてやっていくと、患者さんも増えていくのでは

ないかと思います。特定検診や特定保健指導を、管理料と一緒にサービスを提供していくと、患者さんの受けもいいのではないかと思います。こういったところで患者さんを増やしていかなければならないと思います。この対象となる看護師さんや栄養士さんは、どちらかというところ糖尿病療養指導師といった方たちだと思います。

たばこ対策は、分煙や禁煙をしているところは問題ないと思います。ただし、分煙を行う場合はちゃんと部屋として区切り、分煙室を作ることが大切です。通常の病院が関係しそうなところは、例えば、生活習慣病管理料や喘息の指導料、食事の指導料などに関わるため、たばこの対策が、施設基準に入ったことは、非常に大きなことだと思います。

感染関連は、無菌室の基準がよりはっきりとしたということです。もう一つ大きいのは、感染防止対策加算の1と2です。これはたぶん今後、抗生剤の使用などに踏み込もうということだと思います。どちらかというところ、感染防止の拠点病院のようなものが感染防止対策加算1で、1と連携するのが感染防止対策加算2です。1は研修を受けた認定看護師が専従で配置されます。一方、2は専任でも構いません。病院で専従・専任になってくると、勤務表の中で、この仕事だけになってしまうので、配置が難しいかもしれません。また、研修を受けた看護師で認定看護師を持っている人が少ないのも厳しいところです。その意味で、2を取るところがほとんどだと思います。



感染関連

資料40にあるように、感染防止対策加算1が拠点病院的で、感染防止対策加算2が1の病院と連携するところになります。これによってお互い、1で400点、2で100点を入院時に1回取ることができます。実は、この100点というのは非常に点数が大きくて、安全対策管理加算から分離したと言われてはいますが、安全対策管理加算は85点です。安全対策管理加算は専従のため、なかなか取るのが大変なのですが、これは専任で100点です。ですから、どちらかという、たくさん取りましょうと。基準としては、1と2を取っている病院が年4回以上のカンファをやってくださいということ。資料40にあるように、A病院がこういったインディケータで感染症を見ていくかです。抗生剤の使い方などのガイドラインを作って、院内に広めて行くことが大切になります。また、感染防止対策加算1同士が連携すると、感染防止対策地域連携加算が取れます。つまり、1同士がお互いに連携し、互いの医療機関に行って年1回以上、感染防止に対して評価をしていくと500点取れるわけです。このように見ていくと、国は抗生剤などの使用に様々なインディケータをつけるなどして、使い方を制御していこうとしているのだと思います。(資料40)

リハビリ関連で言うと、リハビリの外來で包括指示ができるようになります。

した。実は、リハビリというのはそもそも、毎日診察をしてリハビリを行わなくてはならないのですが、診察を飛ばして、受付後にリハビリ室でリハビリをするという病院が多くあります。それに対して、7日間の包括指示、14日間の包括指示ができるのが、外來リハビリテーション診療料というものです。実は、外來リハビリテーション診療料は届け出ても別に算定しなくても構いません。これを算定すると、再診料が取れなくなるので、医療機関にとっては、リハビリだけの点数になってしまいます。そこで悩んでいる医療機関が多くて、算定しない医療機関もあると聞いています。

感

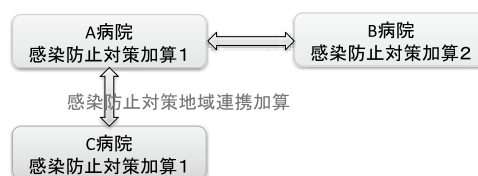
感染関連3

- 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

- <施設基準>

- 感染防止対策加算1を算定していること
- 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、お互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

新感染症対策イメージ



Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 40

リ

早期リハビリ

改定前

- 心大血管リハ、脳血管リハ、運動器リハ
- 早期リハ加算 45点

改定後

- 心大血管リハ、脳血管リハ、運動器リハ
- 早期リハ加算1(14日以内)
 - リハ医が勤務 75点
 - 上記以外 30点
- 早期リハ加算2(15~30日以内)
 - 30点

初期加算14日まで45点

早期加算30日まで30点

リハ医の不足と院内での存在感アップ

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 41

リハビリ、訪問看護、救急センター外来の 加算状況と対策

早期リハビリ

リハビリの常勤医がいると、リハビリの点数が上がるようになりました。リハビリを始めて14日間は、リハビリの常勤医師がいる場合は、1単位に関して75点が取れます。これまでは、30日まで45点でした。それが30点になります。また、初期加算という14日までの間、リハビリの常勤医師がいると45点取れます。回復期のリハだと6単位、場合によっては9単位取れるので45点です。リハビリの常勤医師がいないと30点となるので、6単位だと、掛ける15点が毎日マイナスになります。これが結構大きい点数です。

(資料41)

もう一つが、標準的算定日数超えのリハビリです。要するに、180日や150日を超える患者さんに関しては、次の診療報酬改定後は、医療保険では算定できません。即ち介護保険で算定するという事になっています。ですから、デイケアの方に移行していくと。それで、必要がなければ算定をしない、もしくは、リハビリをやらないということになっていきます。

(資料42)

リハの標準的算定日数超えの点数

それに合わせて、先ほどの標準的算定日数を超えた患者さんに関しては、点数が約10%下げられています。医療で維持期のリハビリをしないようにというインセンティブを二つ付けているのです。(資料43)

また、介護に移行させるに当たって、介護と医療のリハビリの標準的算定日数超えの人に関しては、並算定が可能です。1ヶ月目が13単位、2ヶ月目が7単位とフェイドアウトして行って、3ヶ月目には移行してくださいという形になっています。このように、維持期のリハビリは、介護保険でやっていくということになっています。

リ

維持期のリハビリテーション

改定前

- ・ 脳血管リハ、運動器リハ

改定後

- ・ 脳血管リハ、運動器リハ
 - 180日、150日超えの要介護被保険者等については、2014年3月31日まで月に13単に算定できる。

次回の改定以降は、標準的算定日数超えは、医療保険では算定不可となる。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 42

リ

リハの標準的算定日数超えの点数

改定前

- ・ 脳血管リハ
 - (I) 廃用以外 245点
 - 廃用 235点
 - (II) 廃用以外 200点
 - 廃用 190点
 - (III) 廃用以外 100点
 - 廃用 100点
- ・ 運動器リハ
 - (I) 175点
 - (II) 165点
 - (III) 80点

10%down

改定後

- ・ 脳血管リハ
 - (I) 廃用以外 221点
 - 廃用 212点
 - (II) 廃用以外 280点
 - 廃用 171点
 - (III) 廃用以外 90点
 - 廃用 90点
- ・ 運動器リハ
 - (I) 158点
 - (II) 149点
 - (III) 80点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 43

もう一つ、訪問看護は結構変化があります。まず大きく変わったのは、長時間の訪問介護に関しては、これまで120分だったのが90分になる点です。それと、超重症児や準超重症児に関しては、週に3回算定できます。これまでは、週に1回しか算定できませんでした。

なお、訪問看護療養費は点ではなく、円です。

外泊日と退院当日の訪問看護

これまで入院している患者さんが外泊している時は、基本的に訪問看護は算定できませんでした。それが試験外泊ということで、8500円取れるようになりました。ですから、退院調整加算の退院計画で試験外泊をして訪問看護をしてもらうと、医師のところに、先ほどの情報共有をしてもらうという形になります。また、退院時のお金も6000円もらえます。医師にも退院直後の訪問看護の指示で100点付くようになっていきますから、そういった形で退院計画の様々な方策ができています。そして、在宅で療養できるような環境を作ろうというのが、訪問看護のところでも見えます。(資料44)

訪問看護その他

夜間早朝加算については、特別管理加算は4日以上訪問が削除されています。また、訪問看護は、1回訪問すると、5550円ですが、それにプラス、月の初日だと、7300円が付きます。2回目以降、2950円加算されますが、これまでは12回までしか算定できませんでした。それが、制限が緩和されました。そういった点も、重症度の高い患者さんに対して、訪問をするというインセンティブが、高く付くようになっています。

看護補助者に関しては、一緒に行った場合は、3000円もらえます。看護師や准看護師などと一緒に行った場合は、週1回までしか算定できませんが、看護補助者の場合は、週3回までOKです。(資料45)

そのほか、大きいのは、褥瘡患者などをWOCの認定看護師が訪問した場合、12850円を1回の訪問でもらえる点です。精神の訪問看護に関しても、点数が変わりました。

勤務医の負担軽減で変わったのは、外来の縮小の取り組みが、一部必須になった点です。資料46の③⑦⑧⑨、そして特定機能病院で一般病床500以上のところで、こういった加算を取る場合は外来縮小の取り組みを行うということです。交替勤務制を入れる必要があるところは、③⑦⑧⑨⑩となっています。(資料46)

また、医師事務作業補助体制加算では、30:1と40:1ができました。

看

外泊日と退院当日の訪問看護

- 試験外泊時の訪問看護
 - 訪問看護基本療養費(Ⅲ) 8500円
 - 退院前訪問看護 410点 → 555点
 - <算定要件>
 - 別表第七の疾病等、別表第八に掲げる者、診療に基づき試験外泊時の訪問が必要である者
- 退院当日の訪問看護
 - 退院支援指導加算 6000円
 - 退院前訪問指導料 555点
- 退院直後の訪問看護
 - 特別訪問看護指示加算 100点
 - 算定要件に退院直後が追加

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 44

看

訪問看護その他2

改定前

- 複数名訪問看護加算
 - イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 4300円
 - ロ 准看護師 3800円

複数名訪問看護加算

- イ 430点
- ロ 380点

改定後

- 複数名訪問看護加算
 - イ 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 4300円
 - ロ 准看護師 3800円
 - ハ 看護補助者 3000円
 - イとロは週1回、ハは週3回

複数名訪問看護加算

- イ 430点
- ロ 380点
- ハ 300点

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 45

看護補助体制加算

急性期の看護補助体制加算に対しては、これまで50:1が一番大きかったのですが、25:1ができました。資料47に5割以上、5割未満とあります。この5割というのは、補助者として研修を受けた人のことです。既に50:1を取っているところは、人員を倍にすれば、5割以上になるので、5割以上が算定できます。ただし、7:1だと、15%以上の看護必要度の基準、10:1のところは10%以上の基準が必要になります。(資料47)

看護補助者夜間配置加算と、看護職員夜間配置加算ができています。看護補助者、看護職員となっていますが、点数本では、看護職員、看護要員という用語があります。看護職員というのは、看護師と准看護師のことです。なお、看護要員といった場合には、看護補助者まで入ります。実際に看護職員の50点のポイントは、入院患者の数に対して、常時12:1以上になっています。夜勤の時間の問題もあると思いますが、3人で夜勤を行っている40床未満の病院であれば、算定しやすいのがこの加算です。これから12:1と考えていくと、将来的には小さい単位の病棟のほうが72時間の事を考えると算定しやすくなります。将来10:1などができる可能性はあります。また、最初に言ったように、64時間といった基準ができる可能性もあるのではないかと思います。(資料48)

ちなみに、看護補助加算というものもあります。これは急性期看護とは違うのですが、13:1の入院基本料のところでは、これまで看護補助が30:1は取れなかったのですが、それが取れるようになりました。13:1も、これから重い患者さんを見てくれということだと思います。

軽

病院勤務医の負担軽減

改定前	改定後
A 医師事務作業補助者の配置 B 短時間正規雇用医師の活用 C 地域の他の医療機関との連携体制 D 外来縮小の取り組み E 交代勤務制の導入 F 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担	A 医師事務作業補助者の配置 B 短時間正規雇用医師の活用 C 地域の他の医療機関との連携体制 D 外来縮小の取り組み(一部必須) E 交代勤務制の導入(一部必須) F 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担(必須) G 予定手術前の当直に対する配慮

特定機能病院、一般500床以上

③、⑦、⑧、⑨、⑩

勤務医の負担軽減と加算・管理料
①総合入院体制加算、②医師事務作業補助体制加算、③ハイリスク分娩管理加算、④急性期看護補助体制加算、⑤栄養サポートチーム加算、⑥呼吸ケアチーム加算、⑦小児入院医療管理料1と2、⑧救命救急入院料、⑨総合周産期特定集中治療室管理料、⑩小児特定集中治療室管理料、⑪精神科リエゾンチーム加算、⑫病棟薬剤業務実施加算、⑬院内トリアージ加算、⑭移植後患者指導管理料、⑮糖尿病透析予防指導管理料

医の負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告すること

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 81

資料 46

軽

看護補助体制加算

改定前	改定後
<ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算1(50:1) 120点 急性期看護補助体制加算2(75:1) 80点 	<ul style="list-style-type: none"> 急性期看護補助体制加算1(25:1) <ul style="list-style-type: none"> - 5割以上 160点 - 5割未満 140点 急性期看護補助体制加算2(50:1) 120点 急性期看護補助体制加算3(75:1) 80点

5割とは、研修を受けた看護補助者のこと

急性期看護補助体制加算1の算定要件
①急性期医療を担う病院
②看護必要度の基準、7:1は15%以上、10:1は10%以上
③病棟勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること

注:2012年4月以降に新7:1を満たさないが経過措置として算定する病棟では算定できない。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 81

資料 47

軽

看護・看護補助の夜勤関連

- 看護補助者夜間配置加算(14日限度)
 - イ 入院患者に対して50:1 10点/日
 - ロ 入院患者に対して100:1 5点/日
 - 算定要件
 - 急性期看護補助体制加算1、2、3を算定している病棟
- 看護職員夜間配置加算(14日限度)50点/日
 - 施設基準
 - 急性期看護補助体制加算1を算定している病棟
 - 看護職員の数は、夜勤の時間帯を含め、入院患者の数に対して常時12:1以上

旧夜勤加算のようなものだが基準が厳しい

看護職員と看護要員の用語の違いに注意

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 81

資料 48

救急センター外来関連

救急を行っている二次救急以上の病院でトリアージの基準を作っていれば、夜間に外来に来院した患者さんに対して、実施料が算定できるようになっています。また、こういった土日休日に関して、救急センターに搬送された患者さんに対しては、初診時に夜間休日救急搬送医学管理料といった名目で200点が付くという、二次救急病院に対しては手厚くなっています。

(資料49)

地域連携小児夜間・休日診療料、地域連携夜間・休日診療料に関しても、点数が上がっています。これは、地域で連携して患者さんを作っているところになります。

また、栄養サポートチームも、これまで13:1、15:1では取れなかったのが、取れるようになりました。療養も同じくです。先ほどの急性期から受入れた患者さんに対して、栄養サポートをシームレスに行っていくための、基準緩和だと思います。

精神科リエゾンチーム加算というのは、一般病棟で精神疾患を持っている患者を受入れた時に、カンファレンスやカウンセリングなどをして、いろいろな治療評価をしたりすると取れるものです。これによって、少しずつ一般病棟に精神疾患の患者さんの受入体制ができるようになっていくと思います。

あとは、入院緩和ケア管理料と同じ算定で外来の緩和ケアの算定ができます。

病棟薬剤業務、在宅医療、その他の加算状況と対策

病棟薬剤業務の変更

今回目玉だったのが、薬剤師の病棟配置です。これは、1病棟に1週当たり20時間というのが基準になっています。これに伴って、医薬品の、どちらかというと病棟指導の初期加算だったのですが、医薬品の安全性の情報等管理

体制加算が廃止されています。週に患者さん一人当たりで100点が取れます。ポイントは20時間という点です。資料50には、薬剤指導を行った時間は除外すると書いてありますが、実質的に、週1日、半日配置しただけでは算定できません。ですから、薬剤指導をする場合は、ほぼ一人1病棟に配置していかないと、算定できない加算になっています。これによって難しいものになっていますが、看護師さんにとっては、薬剤師さんがずっと病棟にいるのは、助かることです。ですから、こういったものを算定している病院は、看護師さんの離職も減るはずですよ。(資料50)

軽

救急センター外来関連

- ・ 院内トリアージ実施料 100点
 - 算定要件
 - ・ 医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位づけが行われた場合。
 - 施設基準
 - ・ 院内のトリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。
 - ・ 患者に対して、院内のトリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへ掲示等により周知している。
 - ・ 専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている。
- ・ 夜間休日救急搬送医学管理料 200点(初診時)
 - 算定要件
 - ・ 医療機関が表示する診療時間以外の時間(土曜日)、休日、深夜に救急用の自動車やヘリコプターにより搬送された患者
 - 施設基準
 - ・ 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保している医療機関

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 49

軽

病棟薬剤業務の変更

- ・ 病棟薬剤業務実施加算 100点/週
 - <算定要件>
 - ・ 全ての病棟に入院中の患者を対象とする。
 - ・ 療養病棟と精神病棟に入院している患者は4週が限度
 - ・ 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合
 - <施設基準>
 - ・ 薬剤師が病棟において医療従事者の負担軽減及び薬物療法の質の向上に資する薬剤関連業務を実施するにあたって十分な時間を確保できる体制を有していること。
 - ・ 病棟ごとに専任の薬剤師を配置していること。
 - ・ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。
 - ・ 当該医療機関における医薬品の使用状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
 - ・ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
 - ・ 薬剤管理指導料に係る届出を行った保険医療機関であること。
 - ・ ※ 十分な時間として1病棟・1週当たり20時間を規定する予定

医薬品安全性情報等
管理体制加算廃止

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 50

在宅医療

在宅医療に関しては、機能強化された在宅療養支援診療所や病院ができました。そうした診療所や病院を単独で運営する場合と、連携して運営する場合があります。単独の場合は医師が3名以上で、緊急の往診が5件以上と看取りの実績が2件以上。都会はこのような形かもしれません。田舎は連携型だと思えますが、連携する医療機関が10件未満で、病院が連携に入る場合は、200床未満。病院を中心に連携するのはいいのではないかと、こうした機能強化があると思えます。(資料51)

往診に関しても、病床有と病床なしでは点数が違います。機能強化型が新しくできました。この病床有が一つポイントで、在宅療養支援病院というのは、これからのいいのではないかと思います。(資料52)

在宅医療との連携

ポイントは在宅医療との連携における、在宅患者緊急入院診療加算です。在宅医療をしているクリニックから、熱発したので入院させてくれという依頼を受け、受け取ると2500点もらえます。8つくらいのクリニックと連携して、入院患者さんを受入れていく。これで小さい病院でも、入院患者を受入れることができます。そうすると、先ほどの150点が14日取れます。13:1、15:1というのは小さいところが多いので、連携をして、この2500点をいかに取っていくかによって、売り上げが上がっていくということが言えます。(資料53)

在

在宅医療

- 機能強化された在宅療養支援診療所と病院を追加
 - 単独型
 - 在宅療養支援診療所の基準を満たす
 - 所属する常勤医師3名以上
 - 過去1年間に緊急の往診実績5件以上と看取り実績2件以上
 - 連携型
 - 患者からの緊急時の連絡先の一元化
 - 診療情報の共有、連携医療機関間での月1回以上の定期的なカンファレンス実施
 - 連携する医療機関数は10未満
 - 病院が連携に入る場合は200床未満の病院

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 51

在

往診

改定前

- 往診

- 在宅患者緊急入院診療加算	
• 緊急加算	650点
• 夜間加算	1300点
• 深夜加算	2300点
- 在宅患者緊急入院診療加算以外	
• 緊急加算	325点
• 夜間加算	650点
• 深夜加算	1300点

改定後

- 往診

- 在宅患者緊急入院診療加算	
• 緊急加算	650点
• 夜間加算	1300点
• 深夜加算	2300点
- 在宅患者緊急入院診療加算以外	
• 緊急加算	325点
• 夜間加算	650点
• 深夜加算	1300点

➔

在宅療養支援診療所(機能強化型)

- <病床有>
- 緊急加算 850点
- 夜間加算 1700点
- 深夜加算 2700点
- <病床なし>
- 緊急加算 750点
- 夜間加算 1500点
- 深夜加算 2500点

新設分

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 52

在 連

在宅医療との連携

改定前

- 在宅患者緊急入院診療加算

- 連携医療機関の場合	1300点
- 上記以外	630点

改定後

- 在宅患者緊急入院診療加算

- 機能強化した在宅療養支援診療所・在宅療養支援病棟での受入	2500点
- 連携医療機関の場合	2000点
- 上記以外	1000点

➔

在宅療養支援診療所

← 2500点

連携医療機関

← 2000点

連携医療機関以外

← 1000点

診療所

在宅時医学総合管理料、特定施設入居時在宅時医学総合管理料、在宅がん医療総合診療料、在宅療養指導管理料を算定している患者を診療所が紹介した場合

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 53

26

在宅緩和ケア

在宅緩和ケアもそうですが、新しく機能強化型の在支診と在支病という点数ができたり、訪問看護ステーションで看護ケアの認定看護師が訪問したりすると、12850円もらえるようになっています。これは病院の看護師さんが訪問しても同じように点数が取れます。そういう意味では、認定看護師が訪問するというのは結構大きいことです。(資料54)

あとは、特養での看取りが少し介護保険で付くようになったり、皮膚科の医師などが対象となる皮膚疾患で訪問すると、10000円分の点数がもらえるなどが在宅医療での変化です。

外来は余り変化がないのですが、再診料が2科目算定できるようになり、再診料もしくは外来診療料が取れるようになりました。その代わりに、外来管理加算などは、2科目では取ってはいけなくなっています。

クリニックが取る地域医療貢献加算は、点数はそのまま、ちゃんと自分のクリニックで対応したり、電話に出る場合は、5点もらえますが、連携して対応する場合は、1点です。これは再診料などに加算されるものになっています。

特定機能病院は、紹介のない場合は減算になる場合があります。通常270点が、200点になったりします。

患者サポートに関しては、相談室の体制がきちんとできていれば、入院の

初日に70点取れます。これはもう絶対取らなければいけないところです。

あとは医療資源の少ない地域への配慮として、施設基準が少しゆるめになりました。点数は少し低いのですが、亜急性期に関して算定できるようになっています。栄養サポートも緩和ケアもそうです。

有床診療所関連は、先ほどの2500点があります。悪性腫瘍や後天性免疫不全症候群の患者さんを受入れた場合に、150点毎日加算されたり、看取った場合は、2000点もらえたり、有床診療所には少しインセンティブが付いています。ただ、なかなか受入は難しいのが実情です。(資料55)

在

在宅緩和ケア

改定前

- 在宅末期医療総合診療料
- 在支診と在支病
 - 処方箋の交付有 1495点
 - 処方箋の交付なし1685点

改定後

- 在宅末期医療総合診療料
- 在支診と在支病(機能強化型)
 - <病床有>
 - 処方箋の交付有 1800点
 - 処方箋の交付なし2000点
- 在支診と在支病
 - <病床なし>
 - 処方箋の交付有 1650点
 - 処方箋の交付なし1850点
- 在支診と在支病
 - 処方箋の交付有 1495点
 - 処方箋の交付なし1685点

➔

新設分

訪問看護におけるがん専門訪問看護

・訪問看護療養費	がん専門訪問看護料	12850円
・在宅患者訪問看護・指導料		1285点

<算定要件>

入院以外の悪性腫瘍の患者の緩和ケアにおいて、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することによる評価
5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者への緩和ケア等に係る6月以上の適切な研修を修了した者

Copyright, 木村憲洋 .
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 54

他

有床診療所関連

- 有床診療所緩和ケア診療加算 150点/日
 - <算定要件>
 - 有床診療所に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者
 - <施設基準>
 - 夜間に看護師1名以上の配置
 - 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師、緩和ケアの経験を有する常勤看護師
- 有床診療所入院基本料などの看取り加算
 - 在宅療養支援診療所の場合 2000点
 - その他の場合 1000点
 - 入院の日から30日以内に看取った場合
 - <施設基準>
 - 夜間に看護師を1名以上配置している

Copyright, 木村憲洋 .
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 55

後発医薬品関連

後発医薬品使用体制加算というのは、病院の使用品目に関して何割かを評価する加算です。これまでジェネリックが2割を占めていれば30点だったのが、28点に下がっています。その代わりに、3割になれば35点になりました。これは仕入れなくてもよく、院内で使用することを決めたものであればいいのです。もう一つは外来の処方箋ですが、一般名で記載した場合は、2点算定できます。院内の体制と外の体制を整理しないと算定が難しいものになっています。(資料56)

CT、MRIに関しては、64列以上と3T以上について、今回初めて点数が付きました。問題は画像診断管理加算2というのが算定できていないと、点数が取れないということです。画像診断管理加算2というのは、確か1撮影につき85点ですが、放射線医師が常勤でないと取れません。どちらかという、放射線医師が常勤でいない場合は、こういった高額医療機器を買うのは抑えなさいというようなところがあると思います。(資料57)

あとは、在宅自己注というものに対して、ある程度点数が上がっています。人工呼吸器も同様です。

最後に、手術に関して。ここが病院にとって一番大きい部分ですが、項目別に見た感じでは、ほとんどのところで5割くらい上がっています。上がらないところもありますが、前回も上がり、今回も上がっているところがあるので、相当増収になるところが出てくるのではと思います。やはり、これから手術の症例を集めていくことが、病院の売り上げにつながるのではないかと思います。(資料58)

他

後発医薬品関連

改定前

- ・ 後発医薬品使用体制加算 30点/入院初日
- ・ 処方箋料
 - 7種類以上 40点
 - 7種類未満 68点

処方せんの様式変更
医薬品個々の変更の可否の明示へ変更

改定後

- ・ 後発医薬品使用体制加算
 - 後発医薬品使用体制加算1 35点
 - ・ 使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数3割以上
 - 後発医薬品使用体制加算2 28点
 - ・ 使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数2割以上
- ・ 処方箋料
 - 7種類以上 40点
 - 7種類未満 68点
 - <注の追加>
 - ・ 一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき2点を加算

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 112

資料 56

他

画像診断関連

改定前

- ・ CT
 - 16列以上 900点
 - 2~16列 820点
 - 上記以外 600点
- ・ MRI
 - 1.5T以上 1330点
 - 上記以外 1000点

改定後

- ・ CT
 - 64列以上 950点
 - 16~64列未満 900点
 - 2~16列 820点
 - 上記以外 600点
- ・ MRI
 - 3T以上 1400点
 - 1.5T以上 1330点
 - 上記以外 1000点

CTの64列以上、MRIの3T以上については、画像診断管理加算2が必須

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 113

資料 57

手術料

手術	上昇幅
皮膚皮下組織	0~50%
形成	0~50%
筋骨格系・四肢・体幹	0~50%
神経系・頭蓋	0~50%
眼	0~50%
耳鼻咽喉	0~50%
顔面・口腔・頸部	0~50%
胸部	0~50%
心・脈管	0~50%
腹部	0~50%
尿路系・副腎	0~50%
性器	0~30%

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 114

資料 58