



全日病 NEWS 3/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.867 2016/3/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

告示・通知出る。届出期限は4月14日

2016年度診療報酬改定 7対1継続には「重症度、医療・看護必要度」新基準の9月実績が必要

厚生労働省は3月4日に2016年度診療報酬改定に関する告示・通知をあらわすとともに、同日に開催した説明会(写真)で、都道府県と地方厚生局に改定の留意点を説明した(2~3面に詳細)。

説明会で配布した資料には、経過措置の一覧が示されているほか、複雑な新要件に関しては図解を使った説明がなされている。4月1日から算定するための届出期限は4月14日とされた。

明らかにされた留意点から7対1に関するものを以下に示す。

(1)「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等が見直された。評価の対象は、

現行の「届け出ている入院料を算定している患者」から「届け出ている病棟に入院(入室)している患者」に変わる(短期滞手術等基本料は除く)。

(2)7対1新要件「重症度、医療・看護必要度」の経過措置は9月30日までだが、1ヵ月の実績が必要のため、10月1日以降も7対1を続ける場合は遅くとも9月1日から新しい基準での測定が必要。

(3)病棟群単位による届出は2年間で1回に限られる。途中から7対1に戻しても再度群単位の届出はできないが、病棟数を変える(病床数を変更する)ことはできる。



(4)7対1と10対1間の転棟は原則禁止である。止むを得ず転棟した場合は転棟の前月に遡って10対1を算定する。

(5)病棟群単位による届出は、入院基本料の実績は病棟群ごとに算出して群ご

とに基準を満たすというのが原則。ただし、月平均夜勤時間数や急性期看護補助体制加算・看護職員夜間配置加算は病棟群ごとに計算した上で両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。

地域医療構想

病床機能報告

ガイドラインとマニュアルの補正・追加を了承

地域医療構想策定GL検討会 構想の残る議論は医療計画見直し検討会に引き継ぎ。圏域や基準病床数も検討

3月10日に開催された「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」は、地域医療構想策定GLおよび病床機能報告マニュアル等を見直す具体的内容で合意に達した。

事務局(厚労省医政局地域医療計画課)は報告マニュアルを8月をめどに改正し、2016年度の病床機能報告に向けて医療機関への浸透を図りたいとしている。

一方、事務局は、2018年度から始まる第7次医療計画(～2013年度)に向けて、基本指針等の見直しについて議論する「医療計画の見直し等に関する検討会(仮称)」を16年度早期に設置、年内にもとりまとめる方針を示した。

医療計画見直し検討会は、地域医療構想を含め、2025年に向けた病床機能の分化・連携と医療・介護の連携を推進するために求められる地域医療計画の記載事項等について検討する。これを踏まえ、地域医療構想策定GL検討会はこの日をもって閉会となった。

医療計画見直し検討会がまとめる報告の内容は地域医療構想推進の施策にも影響が及ぶ可能性があるため、地域医療構想策定GLの見直しは同検討会のとりまとめを踏まえ、医療計画基本指針と同時期に施行される見通しだ。

医療計画見直し検討会には、新たに医療介護総合確保方針を踏まえるとされ、かつ、介護事業計画との整合性を確保するために計画期間が6年に延長される第7次医療計画で、①地域医療構想を有機的に位置づけるとともに、②医療と介護との具体的な連携を確保する方針を盛り込むことが求められている。

さらに、③圏域のあり方、5疾病5事業の内容、基準病床数の考え方なども検討課題にあげられている(別掲)。すでに、14年9月に施行された医療介護総合確保方針については、この夏に見直しを図る予定で議論が進んでいる。

医療計画見直し検討会は、短期間に多くの検討課題をこなすためにテーマごとにWGを設け、各論の議論を深めるという運営が予定されている。

地域医療構想は病床の機能分化・連携を地域ごとの医療ニーズに即して進めるためのビジョンであるが、地域包括ケアを推進するためには医療計画や介護保険事業計画との有機的な連携が欠かせない。

医療計画の見直し検討会は、そうした視点から、地域医療構想を包摂する医療計画の新たな役割と課題を明らかにしていくことになるが、病床機能報告や地域医療構想に関連して「4機能の定量的指標」や「4機能にもとづく病床区分」などの検討課題が提起されている。年内に終わる医療計画見直し検討会の後、それら課題をどう扱っていくかは定かではない。この点に関する本紙の質問に、地域医療計画課の担当

官は、「重要な課題であると認識しているが、どうするかはまだ明確には決めていない」と答えた。

一方、地域医療構想は16年度半ばに39都道府県で最初の策定を終える見通しで、今後は、その実現を図る調整会議の機能とそこでの議論の前提となる病床機能報告の精度が求められる。

地域医療構想策定GL検討会が最終回に了承したものは、まさに、(1)病床機能報告制度の改善、(2)調整会議の議論の進め方をめぐって、報告マニュアルと構想策定GLを補正・補強するもので、主に都道府県を対象とした“指導要領”となるが、病床機能報告の部分は各医療機関が機能を選択する上での判断材料を提供するものとなっている。

ガイドラインと報告マニュアルの見直し内容(要旨)

【病床機能報告制度の改善について】

◎地域医療構想で推計する必要病床数(病床の必要量)は、個々の病棟単位で

の患者の割合等を正確に反映したものではないことから、必ずしも、病床機能報告制度の病床数と数値として一致する性質のものではない。

◎その上で、都道府県は、地域医療構想を踏まえたあるべき医療提供体制の実現に向けた取組を推進するための参照情報として、構想区域単位で各医療

機関からの病床機能報告制度の病床数を活用すること。

◎特定入院料等を算定していない病棟は、従来通り、病棟単位の医療機能を4つの中から、各医療機関の判断で選択すること。特定入院料等を算定している病棟は、一般的には下表のとおり取り扱うこと。

病棟単位の医療機能	特定入院料等
高度急性期機能	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院管理料
急性期機能	地域包括ケア病棟入院料
回復期機能	地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、療養病棟入院基本料

【地域医療構想調整会議での議論の進め方】

◎地域医療構想調整会議での議論の進め方についての例示

ガイドラインの「II. 地域医療構想策定後の取組 2.地域医療構想調整会議の設置・運営(1)議事 イ議論の進め方」に、「i 地域の医療提供体制の現状と将来目指すべき姿の認識共有」「ii 地域医

療構想を実現する上での課題の抽出」「iii 具体的な病床の機能の分化及び連携の在り方について議論」「iv 地域医療介護総合確保基金を活用した具体的な事業の議論」ごとに、取り組むべき事項を具体的に例示する。

また、併せて、議論する上で参考となるデータ・文献等の資料を例示する。

□第7次医療計画に向けて「整理が必要と考えられる事項(例)」

- ◎2次医療圏について
 - ・5疾病5事業ごとの医療圏の設定について
 - ・介護における圏域と2次医療圏の考え方について
- ◎地域包括ケアシステムの構築に向けた介護との連携について
 - ・地域包括ケアシステムの構築に向けた医療計画のあり方について
 - ・在宅医療等の充実に向けた取組について

- ・介護保険事業(支援)計画との関係について
- ◎5疾病5事業について
 - ・対象となる疾病や事業について
 - ・各疾病・事業ごとの指標について
- ◎基準病床数について
 - ・基準病床数の考え方(算定式を含む)等について
- ◎医療従事者の養成・確保について
- ◎健康増進計画等他の計画と関係について

医師需給分科会

医師数推計と医師偏在で踏み込んだ議論

3月3日の医師需給分科会は、臨床医の数の推計方法に必要な前提や仮定等について確認。労働時間に関しては複数の仮定を設定するとともに、医師の勤務環境改善策の効果を一定程度見込んだ推計を行なうことで合意した。

この議論で、神野構成員(全日病副会長)は「必要な医療需要に概ね対応でき

ているという前提に立ち、現在の医師数を算出する」とある点に、「この前提は確認されていない」と異論を唱えた。

推計方法を提案した松田構成員(産業医科大学教授)は、「(前提に立つというのは)現在の医療機能別の診療密度か

ら推定される医師数を前提とするという意味だが、個々の医師がどういう医療を提供しているかを示すデータがDPCの原価計算しかないので、その活用も検討する」と、より精緻なデータの裏付けを確保する考えを示した。

神野構成員は、また、偏在に関して、医学部定員増措置の影響と成果を詳しく検証する必要を提起した。

本紙は4月1日号をもって紙面を刷新し、掲載記事のさらなる充実を図ります。

病棟群単位 入院基本料・加算の施設基準の適用方法に注意

C項目(手術等の医学的状況)判断基準の期間は術当日を含む日数

2016年度改定の主な留意点 都道府県向け説明会(3月4日)の資料から

□一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」

◎評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	劇傷処置 (①劇傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニター管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプ管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
B	救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開胸手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開胸手術(5日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療 ③経皮的な消化器治療)	なし	あり

◎経過措置

要件	対象病棟	経過措置
該当患者割合	7対1入院基本料、看護必要度加算(10対1)、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料	平成28年3月31日に、当該入院料等を算定している病棟については、平成28年9月30日までの間は、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たしているものとする。
評価票算修	7対1入院基本料、10対1入院基本料、看護必要度加算、総合入院体制加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1(13対1)、救命救急入院料2・4、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料(注7)	・平成28年9月30日までの間は、平成28年度診療報酬改定前の評価票を用いて測定しても差し支えない ・評価票については、所属する医療機関において平成28年9月30日までの間に、平成28年度診療報酬改定後の内容を踏まえた院内研修を受講することが必要である。 ※平成28年10月1日より当該入院料又は加算の届出を行う場合には、少なくとも平成28年9月1日より平成28年度診療報酬改定後の評価票を用いて、当該内容を踏まえた院内研修を受講したものが評価を行う必要があることに留意すること。

□病棟群単位による届出

◎入院基本料と加算等に係る施設基準

入院基本料の基準	同一の病棟を算定する範囲 病棟群 一般病棟 全体	基準の適用方法	留意点	病棟群毎に実績等を届出するもの	備考
看護職員の配置 看護師比率	○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群がそれぞれに基準を満たす必要がある。	傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。	○	・DPC対象病院の入院基本料は、10対1の機能評価係数1を選択するものとし、7対1病棟群の患者については、厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成20年厚生労働省告示第93号)に基づき、差額分を所定点数に加算する。
平均在院日数	○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。	異なる病棟群に転棟しても、新入棟・新退棟患者として計上できない。	○	
重症度、医療・看護必要度	○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。	どちらか一方の病棟群で満たせない場合、一般病棟全体で月平均夜間超過減算等を算定する。	○	
自宅等退院患者割合	7対1のみ	一般病棟全体で7対1の基準を満たす必要がある。		—	
月平均夜間時間数	○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。	どちらか一方の病棟群で満たせない場合、一般病棟全体で月平均夜間超過減算等を算定する。	○	
特別入院基本料 月平均夜間超過減算 夜間時間特別入院基本料	○	どちらか一方の病棟群が要件に該当すれば、両方の病棟群で適用される。		○	
看護必要度加算	10対1のみ	10対1入院基本料を算定する病棟群のみで算出し、基準を満たす必要がある。	10対1入院基本料を算定する病棟群のみで算出される。	10対1のみ	・異なる病棟群に転棟した場合は、入院期間中全て(前月分まで遡る)10対1入院基本料を算定する。
ADL維持向上等体制加算	病棟単位(現行通り)	届出する病棟単位で要件を満たす必要がある。	異なる病棟群に転棟した場合、ADL評価の転棟患者には含まず、退院時は退院した病棟の実績とする。	病棟単位(現行通り)	
急性期看護補助体制加算 看護職員夜間配置加算	○	病棟群毎に計算し、両方の病棟群がともに基準を満たす必要がある。	傾斜配置は同一の病棟群内のみで可能。	○	
上記以外の入院基本料等加算	○	一般病棟全体で満たす必要がある。		—	

注「一般病棟」には、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料が含まれる。

◎C項目(手術等の医学的状況)の定義

(共通事項の概要) ①検査のみを実施した場合には評価の対象とはならない。②同一疾患に起因した一連の再手術の場合は初回の手術のみ評価の対象とする。③判断基準に示された術当日からの期間については術当日を含む日数である。

項目名	定義	留意点
開胸手術(7日間)	・開胸により胸腔内に達する方法による手術	・穿頭及び内視鏡下に行われた手術は含まれない
開胸手術(7日間)	・胸壁を切開し胸腔に達する方法による手術(胸骨正中切開により縦隔に達するものも含む)	・胸腔鏡下に行われた手術は含まれない
開腹手術(5日間)	・腹壁を切開し腹腔・骨盆腔内の臓器に達する方法による手術(腹壁を切開せず後腹膜腔の臓器に達する場合を含む)	・腹腔鏡下に行われた手術は含まれない
骨の手術(5日間)	・骨切り又は骨の切除・移植を要する手術(指(手、足)の手術は除く) ・関節置換・骨頭挿入に係る手術 ・下腿・骨盤の骨接合に係る手術(指(足)は除く) ・脊椎固定に係る手術又は骨質性腫瘍に係る手術	—
胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	・胸腔鏡下に胸腔に達する手術(縦隔に達するものも含む) ・腹腔鏡下に腹腔・骨盆腔内の臓器に達する手術(後腹膜腔の臓器に達する場合も含む)	—
全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	・上記5項目に該当しないもので全身麻酔下、脊髄麻酔下に行われた手術	—
救命等に係る内科的治療(2日間)	①経皮的血管内治療 ・経皮的な血管内治療 ・t-PA療法 ・冠動脈カテーテル治療 ・胸部又は腹部のステントグラフト挿入 ・選択的血管造影による止血術 ②経皮的心的筋焼灼術等の治療(2日間) ・経皮的心的筋焼灼術 ・体外ペースメーカーキープ術 ・ペースメーカー移植術 ・除細動器移植術 ③経皮的な消化器治療(2日間) ・内視鏡による胆道・膵管に係る治療 ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術 ・肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 ・緊急時の内視鏡による消化管止血術	・検査のみの場合は含まれない ・ペースメーカー交換術及び除細動器交換術は含まれない ・体外ペースメーカーキープ術は、1入院中に初回に実施した日から2日間までに限り評価を行う ・検査のみの場合は含まれない ・内視鏡的早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術は含まれない ・緊急時の内視鏡による消化管止血術は、慢性疾患に対して予定された止血術や硬化療法を行う場合、同一病室について1入院中に再止血を行う場合、内視鏡治療に起因する出血に対して行った場合等は含まれない

◎各入院基本料における該当患者割合の要件

改定後の基準を満たす患者割合の要件
[7対1入院基本料の病棟] 当該病棟入院患者の25%以上
[急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算] 当該病棟入院患者の8%以上
[地域包括ケア病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の10%以上(A項目、C項目)
[回復期リハビリテーション病棟入院料の病棟] 当該病棟入院患者の5%以上(A項目のみ)

〔経過措置〕 7対1入院基本料については、許可病床数200床未満で病棟群単位による届出を行わない保険医療機関は、2018年3月31日までに限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者が23%以上とする。

◎10対1病棟における「重症度、医療・看護必要度」該当患者受入れの評価

改定後
看護必要度加算1 55点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が24%以上)
看護必要度加算2 45点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が18%以上)
看護必要度加算3 25点 (「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者が12%以上)

◎「重症度、医療・看護必要度」の評価方法等の見直し

現行	改定後
【評価の対象】 届け出ている入院料を算定している患者	【評価の対象】 届け出ている病棟に入院(入室)している患者 (※短期滞在手術等基本料を算定する患者は対象から除外する)
【評価対象場所】 当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とする。 [放射線治療(体外照射)]以上は、当該病棟(治療室)内以外で実施された治療、処置、看護及び観察は、評価の対象場所に含まれない。	【評価対象場所】 原則として当該病棟(治療室)内のみを評価の対象場所とするが、放射線治療及び手術等の医学的状況(C項目)においては、当該保険医療機関内で実施された治療、処置について、評価の対象場所に含まれる。
【評価対象の処置・介助の実施者】 当該病棟に所属する看護士等なければならない。	【評価対象の処置・介助の実施者】 一部の評価項目において、看護職員以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務の範囲内で実施した処置・介助等を実施する場合は、病棟所属の有無は問わない。
【評価の根拠】 医師の指示記録と当該病棟の看護士等による記録だけが評価の対象となる。	【評価の根拠】 一部の評価項目において、医師及び当該病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得る。
【評価者】 院内研修を受けたもの。	【評価者】 院内研修を受けていれば、一部の項目において看護職員以外の職種も評価者となり得る。

□療養病棟の医療区分の新たな評価

現行	改定後
【医療区分3】 ●酸素療法を実施している状態	【医療区分3】 ●酸素療法を実施している状態のうち、 ・常時流量3L/分以上を必要とする状態 ・心不全の状態(NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度) ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(実施から30日間)
【医療区分3】 ●頻回の血糖検査を実施している状態 ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)	【医療区分2】 ●酸素療法を実施している状態(上記以外) ●頻回の血糖検査を実施している状態 ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態(検査日から3日間)
●うつ症状に対する治療を実施している状態 ・うつ症状に対する薬を投与している場合 ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合	●うつ症状に対する治療を実施している状態 ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合 ・精神科専門療法(入院精神療法等)を算定している場合

一般社団法人 全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 一般社団法人 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… **(株) 全日病福祉センター** TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

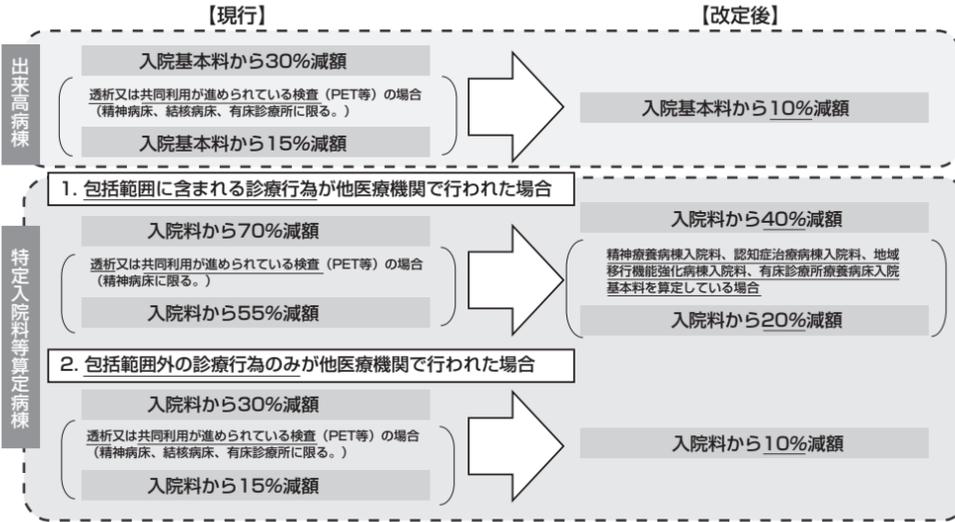
「同一建物」は在宅患者訪問診療料、「単一建物」は在総管・施設総管が対象

データ提出加算にかかわる経過措置は6ヵ月

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の見直し

現行 (7対1入院基本科)	改定後 (7対1入院基本科)
在宅に退院した患者 (1か月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。 病床回転率が10%以上であること。 平均在院日数 $\frac{30.4}{\geq 10\%}$	在宅に退院した患者 (自院の他病棟から当該病棟に転じた患者については、当該病棟に1ヶ月以上入院していた患者に限る。)が50%以上であること。 一般病棟等から入院し、自宅等に退院した年間の患者数 ≥ 0.1 当該病棟の1日平均入院患者数

入院中の他医療機関受診時減算規定の緩和



看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直し

現行	改定後
月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。	【7対1及び10対1入院基本科】 月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は、月平均夜勤時間数の計算における実人員数及び延べ夜勤時間数に含まない。
病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合又はパート勤務者などの場合には、当該看護職員の病棟勤務の時間を常勤職員の時定労働時間で除して得た数(常勤換算した数)を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。	夜勤時間帯に病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合には、当該看護職員の病棟勤務の夜勤時間を月の総夜勤時間で除して得た数を、夜勤時間帯の実人員数として算入する。

退院支援加算の見直し(算定要件・施設基準)

	退院支援加算1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-

在宅医療の評価の見直し

- 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象施設を見直すとともに名称を変更。
- 重症度の高い患者に対する評価を充実。
- 月1回の訪問診療による管理料を新設。
- 同一日の診療人数に関わらず、当該建築物で医学管理を実施している人数に応じて評価。

現行 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))	改定後 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))
同一建物居住者以外の場合 4,600点 同一建物居住者の場合 ^{※1} 1,100点	同一建物診療患者の人数 ^{※2} 1人 2~9人 10人~ 重症患者(月2回以上訪問) 5,000点 4,140点 2,640点 月2回以上訪問している場合 4,200点 2,300点 1,200点 月1回訪問している場合 2,520点 1,380点 720点

現行 (在総管：在支診)	改定後 (在総管：在支診)
同一建物居住者以外の場合 4,200点 同一建物居住者の場合 ^{※1} 1,000点	同一建物診療患者の人数 ^{※2} 1人 2~9人 10人~ 重症患者(月2回以上訪問) 4,600点 3,780点 2,400点 月2回以上訪問している場合 3,800点 2,100点 1,100点 月1回訪問している場合 2,280点 1,260点 660点

現行 (特医総管：機能強化型在支診(病床なし))	改定後 (施設総管：機能強化型在支診(病床なし))
同一建物居住者以外の場合 3,300点 同一建物居住者の場合 ^{※1} 800点	同一建物診療患者の人数 ^{※2} 1人 2~9人 10人~ 重症患者(月2回以上訪問) 3,600点 2,970点 2,640点 月2回以上訪問している場合 3,000点 1,650点 1,200点 月1回訪問している場合 1,800点 990点 720点

現行 (特医総管：在支診)	改定後 (施設総管：在支診)
同一建物居住者以外の場合 3,000点 同一建物居住者の場合 ^{※1} 720点	同一建物診療患者の人数 ^{※2} 1人 2~9人 10人~ 重症患者(月2回以上訪問) 3,300点 2,700点 2,400点 月2回以上訪問している場合 2,700点 1,500点 1,100点 月1回訪問している場合 1,620点 900点 660点

「同一建物居住者の場合」及び「単一建物診療患者の人数」の取扱い

現行	改定後
同一建物居住者の場合 対象項目 ・在宅患者訪問診療料 ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)等	同一建物居住者の場合 対象項目 ・在宅患者訪問診療料 等 単一建物診療患者の人数 ・在宅時医学総合管理料(在総管) ・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
定義 当該建築物に居住する複数の者に対して、保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合を、「同一建物居住者の場合」という。	定義 単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在総管又は施設総管を算定する者の人数をいう。(※)

データ提出加算に係る経過措置等

項目	病院種別	対象病棟	詳細	経過措置期間
重症度、医療・看護必要度(Hファイル)	データ提出加算を算定する病院	7対1、10対1、地域包括ケア(評価票により評価を行うことが必要な病棟)	・重症度、医療・看護必要度の対象患者について、患者ごとのデータを提出。	平成28年9月未まで(6ヶ月)
詳細な診療行為の提出(EFファイル)	データ提出加算を算定する病院	全ての病棟種別	・診療行為や薬剤料等が包括されている入院料を算定している場合についても、実施された診療行為等をEFファイルに出力。 ・これまでは一部入院料が対象となっていなかったが、療養病棟入院基本料や精神病棟の特定入院料を含め、全ての入院料が対象となる。	平成28年9月未まで(6ヶ月)

回復期リハビリ病棟のアウトカム評価に係る計算式等

効果の実績の評価の対象となる医療機関
3か月ごと(1月、4月、7月、10月)の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関 ①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退院した患者数(実績指数の対象となるものに限る)が10名以上 かつ ②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上 1日平均提供単位数 = $\frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$

効果の実績の評価基準
3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退院した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合 実績指数 = $\frac{\text{各患者の(FIM得点運動項目の、退院時と入棟時の差)の総和}}{\text{各患者の(入棟から退院までの在棟日数)}} \times \text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}$ の総和

現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備考
第2回「TQM(総合的質経営)の医療への適用-医療と社会と法-医療事故調査制度を切り口として」研修会(50名)	6月25日(土)・26日(日) (富山県富山市 富山第一ホテル)	64,800円(86,400円)	・受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。

一般社団法人 全日病厚生会の 全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！ 約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

1 約500,000の福利厚生優待

2 年間400%を超える利用率！

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション **検索**

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

職員の 定着率向上

採用活動 強化

損金算入 可能

育児・介護 支援制度

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

項目	職員数	通常料金	特別価格
入会金		人数を問わず無料	
月会費	1~ 10名	4,500円/社	300円/名 (ガイドブック料金を除く)
	11~ 100名	400円/名	
	101~1,000名	390円/名	
	1,001~	380円/名	

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

報告 平成28年度診療報酬改定について

厳しさの中に前向きな見直しも。日病協・四病協の要望も多く反映



副会長(中医協委員) 猪口雄二

次期同時改定までに病院はどう変わるか。気を引き締めて対応していきたい

平成28年度診療報酬改定は、2月10日の中医協で大臣諮問に対する答申が行われ、3月4日には今回の改定に関する告示・通知が発出された。

昨年10月末に任命された中医協委員として、初の改定が一応終了したこと

なる。今後は、全日病医療保険・診療報酬委員会委員としても、改定説明会やQ&Aの作成に力を注ぐつもりである。

ここでは、改定により病院運営に大きな影響があると思われる項目について触れてみたい。

改定率について

改定率は本体+0.49%、薬価等-1.33%となっているが、市場拡大再算定を入れると、今回の改定率は-1.03%であろう。ただし、その他にも、市場拡大再算定の特例、新規収載された後発医薬品

の価格引き下げ、大型門前薬局の評価適正化、経腸栄養製品に係る給付適正化、湿布薬処方枚数制限等があり、それを加えると改定率のマイナス幅はさらに増えることになる。

重症度、医療・看護必要度

最も関心の高かった重症度、医療・看護必要度は、A項目に無菌室治療室が追加され、救急搬送2日間が新設された。

また、C項目として多くの手術、麻酔、内科的治療が加えられ、7対1看護の病棟は25%という高い基準が設定さ

れた。ただし、最後に200床未満は23%という中小病院への配慮が示された。

この基準により、7対1看護病棟はどのように変化するのであろうか。内容から見て、外科系病棟が優位であることは間違いのないところであろう。

病棟群制度

日病協等が強く要望していた病床群単位の届出が認められた。ただし、一時的な規則であり、一応2年間ということで認められたものである。

さらに、4病棟以上の病院は2病棟を変更させなければならず、1年後には元の7対1病床数の60%までしか認めら

れない。

これを病棟単位で考えると50~60%の間になるであろう。また、7対1と10対1の病棟間の転棟においてはどちらにいても10対1の請求となった。このような強い規制下では、この制度を利用する病院は限られるのではないだろうか。

地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟は、手術、麻酔の出来高請求が認められた。本来、同病棟には在宅療養等の患者の急性増悪時への対応が求められており、この改定

によりさらなる発展が期待できよう。また、7対1病棟からの転換にも利用される可能性も高い。

医療療養病棟2

25対1看護の医療療養病棟2は、医療区分2または3の患者合計が5割以上となった。この基準はやや厳しいと思えるが、それを下回る場合は30対1看護

でもよく、95/100の算定となる。平成30年3月までに方向性が決まる療養病床のあり方にも大きく関与するものではないだろうか。

障害者病棟・特殊疾患病棟

これらの病棟における脳血管疾患の医療区分1,2に対しては、療養病床の報酬を基本にした包括点数が設定され

た。ただし、看護基準を配慮した設定となっている。

入院中の他医療機関受診時の減算

今回、大幅に減算幅が引き下げられた。この項目も日病協等から長年要望し

てきたものである。全廃とはいかなかったが、大きく前進したと考えられる。

医師事務作業補助体制加算

この点数は基本的に増点となっている。さらに、療養病床、精神病床、特

定機能病院にも算定が広がり、枠が大きくなった。

看護職員月平均夜勤時間の要件の見直し

今回、月夜勤16時間以下の者は平均夜勤時間数に含まない、という規定から月夜勤16時間未満に変更となった。

これにより、2交代の場合月1回の夜勤者も平均夜勤時間に含まれるようになる。現場においては朗報であろう。

常勤配置の取り扱いの明確化

施設基準上の常勤職員が産前・産後休業および育児・介護休業法に定められる休業を取得した場合、複数の非常勤職員の常勤換算方法が認められる。

また、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとなる。これも、現場で大いに利用されることを期待できる。

回復期リハ病棟におけるアウトカム評価

全国的に病床数が増えている回復期リハ病棟にアウトカム評価が導入される。入棟時と退棟時のFIM得点の差から求

めるものだが、除外規定も多く、どのような結果となるかは定かではない。今後、実態を十分調査する必要がある。

廃用症候群リハビリテーション料

廃用症候群が新たに疾患別リハに位置付けられた。また、算定期間は120日となった。高齢者を中心に廃用症候

群の該当者は増加すると考えられ、リハ施設の運用において大きな影響があるのではないだろうか。

維持期リハビリテーションの介護保険への移行

維持期リハについては平成30年3月までに介護保険に移行とされた。しかし、点数はかなり下がっており、実質的には患者数が減ると考えられる。ま

た、移行を推進する支援・管理料が設定された。維持期リハについては、デイケア施設の増加に限界があるため、今後も議論が必要である。

夜間休日救急搬送医学管理料

この報酬は平日深夜が夜間に拡大さ

れ、点数も200点から600点となった。

救急医療管理加算

加算1が800点から900点上がり、加算2は400点から300点に引き下げられた。実態としては算定の80%が加算1であり、大幅な増点となる。

病院等においてかなりの増収が見込まれる。また、重症度、医療・看護必要度に救急搬送が入ったことも相まって、救急車受け入れをこれまで以上に重視する医療機関が増えるのではないだろうか。

この2つの救急関連の評価は、2次救急

退院支援加算

従来からの退院調整等の関連点数は退院支援加算として纏められている。制度と

してかなり変更されるので、連携部門を中心として十分に対応する必要がある。

その他

今回の改定項目は、ここに述べたもの以外にも多岐に及んでいる。在宅医療関連や調剤関連等も大きく変更された。発出された医療課の説明資料や2000頁もあろうかという告示・通知から、

関連部署、医事課の職員等を中心に正確に対応することが求められる。また、今回も6か月の経過措置が数多く設けられており、この点に対しても注意が必要である。

総括

平成28年改定を一言で表すと、「きめ細かく設計された改定」と言えるのではないだろうか。

診療報酬本体のプラス改定を背景に、多くの項目で評価が上がっている。また、日病協、四病協の要望に対しても多くの項目に対応していただいた。

ここに述べた、病棟群制度、地域包括ケア病棟、入院中の他医療機関受診、医師事務作業補助加算、夜勤72時間要件、専従職員配置、救急医療の評価、等は要望事項である。

長年にわたり診療報酬改定要望の取り纏めを行ってきたが、このように対応していただいたことは初めてである。宮崎課長をはじめとする医療課のみならずには感謝する次第である。

さて、このように成立した診療報酬改

定であるが、この2年間で医療、特に病院はどのように変化するのだろうか。7対1病棟は減少するのだろうか。療養病床2はどのように変化するのだろうか。

次の平成30年改定は医療・介護の同時改定であり、地域医療構想、医療計画を含んだ医療法改定も同時進行となる。その間に消費税増税も行われるであろう。気を引き締めて対応しなければならない。

今回の報告では、全日病、四病協、日病協の診療報酬担当委員として、また中医協委員として、平成28年度診療報酬改定に関する感想を述べさせていただいた。会員の皆様の改定に関する質問等に対しては、全日病事務局にお問い合わせいただければ、診療報酬委員会として出来る限り対応する所存である。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> **メディカル クラーク®**

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

医事業務管理技能認定試験

<称号> **医事業務管理士®**

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> **ドクターズクラーク®**

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技I> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 9,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。