



全日病 NEWS 2/15

21世紀の医療を考える全日病 2012

発行所/社団法人全日本病院協会
 発行人/西澤寛俊
 〒101-8378 東京都千代田区三崎町
 3-7-12 清話ビル
 TEL (03)3234-5165
 FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.772 2012/2/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

在宅と介護連携が充実。2次救急、外来など手広く評価

2012年度診療報酬改定 答申なる バランスを意識した配分。一般病棟によっては苦渋も



▲2月10日の中医協総会は2012年度改定の答申を行なった。

中医協は2月10日の総会で2012年度診療報酬改定案を厚生労働大臣に答申した。併せて、18項目にのぼる次回改定等に向けた検討課題をまとめ、意見として答申書に付帯した。

焦点となっていた、同一日2科目の再診料は、最終局面で支払側が運用を厳格にすることを条件に承諾。初診料の場合と同様、外来診療料ともども概ね5割の34点で実現した。

今改定で、本体報酬の増額分(5,500億円)は、①病院勤務医等医療従事者の負担軽減・処遇改善に1,200億円、②在宅医療の充実に1,500億円、③がん、認知症など医療技術進歩の促進・導入に2,000億円、④歯科500億円、⑤調剤300億円と「重点配分」された。

その結果、急性期入院医療とともに、今回は、訪問診療や訪問看護など在宅医療の底上げが大きく図られた。介護との連携も強化された。

また、認知症への対応や精神科救急の面から精神科病棟にも一定の配分が確保されたほか、急性期後の受皿に加えて在宅からの受け入れが期待される療養病棟も評価の上積みが行なわれた。

さらに、2次救急、病院外来に対しても一定の評価がなされるなど、全体としてバランスのとれた改定となった。

しかし、入院基本料にかかわるハードルが高められた7対1や13対1、15対1など、一般病棟の入院基本料については、各種加算が新設・算定可能となる一方で、病棟によっては厳しい算定を余儀なくされることもあるなど、評価が分かれる改定ともなった。(4面に関連資料)

されると1月当たり、13対1で約12万円、15対1で約5万円の減収になる(慢性期分科会資料)だけに、当該病棟に与えるダメージは大きい。

その13対1と15対1に対しては、①救急・在宅等支援病床初期加算(新設。1日150点=14日限り)、②栄養サポートチーム加算(新規算定。週1回200点)、③30対1の看護補助加算(13対1における新規算定=看護必要度を満たす患者10%以上が要件。1日109点)、④一般病棟看護必要度評価加算(13対1のみに新設。1日5点)、⑤重症児(者)受入連携加算(新規算定。2,000点=入院初日)が実現した。

医師事務作業補助体制加算についても、50対1(255点)の要件が「年間の緊急入院患者数100名以上」と緩和された。

ただし、これらは13対1、15対1病棟のすべてが算定できるものではなく、例えば、13対1は重急性期入院医療管理料の算定を検討するなど、進路選択に工夫が求められよう。

充実化が図られた在宅医療には、新たに「機能強化型の在宅診療・在宅病」が創設された。

既存の在宅療養支援診療所・病院に比べると、往診料で200~400点、在宅時医学総合管理料で400~800点、特定施設入居時等医学総合管理料で300~600点、在宅患者緊急入院診療加算で500点、在宅がん医療総合診療料で150

~300点などの点数格差が生じる。在宅実績がある、とくに200床未満の病院には朗報だ。

重急性期入院医療管理料については、当初、回復期リハ病棟入院料との一本化が提案されたが、診療側の反対で撤回された。その結果、回復期リハ(脳血管疾患等または運動器リハ)を受ける患者についてのみ同等の評価体系に改められることになった。

これまでポストアキュート機能の特性で分けられていた重急性期入院医療管理料は、今回、前出2つの疾患別リハを受けない患者が対象の「1」と受ける患者が対象の「2」とに組みかえられる上、算定期間も60日に一本化される。

評価の、ハコ(病棟単位)から患者(疾患ベース)への転換ということだが、400床未満は病室制限が緩和される。

前出リハを受けない「1」は現行点数(2,050点)が継続されるが、リハを要する「2」の点数は1,900点と150点引き下げられる。これは回復期リハ病棟入院料に新設される「1」と同じ点数だ。

その回復期リハ病棟入院料は「1」の新設で3段階となった。13対1看護、専任医師、専従のPT3名・OT2名・ST1名、専任の在宅復帰支援担当者に加え、今までなかった「一般病棟用重症度・看護必要度」A項目1点以上の重症者が15%以上と、「1」は、医療依存度がより高い患者向けに要件が大幅に強化される。

7対1入院基本料は、一般病棟が19日から18日へ、特定機能病院が28日から26日へ、専門病院は30日から28日へと平均在院日数が縮められた上、看護必要度基準を満たす患者割合も10%から15%へと引き上げられる。

少なからぬ病棟が7対1から撤退を余儀なくされるものとみられるが、10対1に移行する病棟は次回改定までの2年間、改定後の7対1を算定できる。ただし、この経過措置を受ける病棟は、新設された急性期看護補助体制加算1(25対1、160点または140点)が算定できないというハンディキャップを負わされる。

その10対1入院基本料(一般病棟)については、これまで加算評価の対象であった看護必要度評価の要件化が図られる(7月1日実施)。その上で、必要度基準を満たす患者割合が15%以上であ

れば30点、10%以上であれば15点の加算が算定できる(7月1日実施)。前改定までの7対1を後追いした格好だ。

その看護必要度評価は、新たに、一般病棟と専門病院の13対1に加算として導入されるが、厚労省は重症患者の分布を機能分化の指標に、7対1(37.5万床)、10対1(24.2万床)、13対1(3.3万床)と、看護師配置がより多い方に病床が偏している一般病床の「ねじれ」の修正に取り組もうとしている。

その一方で、13対1と15対1については、届出にもとづいて90日超患者に医療区分を用いた包括評価を適用するとし、診療報酬の上で一般病床を療養病床として取り扱うかたちで慢性期への誘導を開始する。

当該患者の割合は概ね2割前後とみられるが、療養病棟入院基本料が適用

診療側が会見「バランスとれた改定」と評価

2月10日の答申後、中医協診療側委員は記者会見を行ない、今改定に対する見解を表明した。会見で、7人の委員は12年度改定の内容を概ね肯定する一方、積み残された課題が多いことを指摘。次回改定に向けた議論に12年度早々取り組んでいく考えを明らかにした。

診療側を代表して嘉山委員(国立がん研理事長)は、積み残された課題として、(1)再診料や入院基本料の引き上げ、(2)看護職員の72時間要件の見直し、(3)いわゆるドクターフィー導入の是非の検討、(4)複数科受診の再診料の評価などをあげた。

また、「基本診療料のあり方の明確化と、その上でのコスト調査の実施とそれにもとづく評価」などの必要に触れ、「診療報酬体系のあり方に関わる根本的な問題について、中医協で本格的に議論することが不可欠」と論じた。

西澤委員(全日病会長)は、「改定に際しては、東日本大震災の被災地や2025年に向けた歩みということを念頭においた。それが結果としてどうであったかを検証していくべきであり、それが新たな改革につながる。今回、これまで主張してきた「地域」という概念が導入された。今後も、そうした主張はしていきたい」と、今改定を振り返った。

その上で、「前回十分でなかった中小病院については、今回は、在宅や介護との連携、急性期以降といった点やがん治療などである程度評価された。中小病院にもっと配分があってもよいとも考えるが、全体としては、役割機能を踏まえた、バランスのとれた配分になったのではないか」という認識を示した。

改定結果については、重点配分を取り上げた安達委員(京都府医師会副会長)は「今回の配分は入外、病診の枠

決めがなく、非常に工夫されたものだ」と評価。

鈴木委員(日医常任理事)は、「東日本大震災への対応など課題がある中、それなりの議論と対応が行なわれた」という所見を表わした。

日病協要望が少なからず実現。入院基本料等課題も残る

今改定において、日本病院団体協議会の要望事項のうち、①外来リハ診療料の新設、②チーム医療の評価(病棟薬剤業務実施加算の新設)、③手術料の底上げ、④同一日2科目再診料、⑤入院患者の他医療機関受診時減算の一部緩和、⑥夜間休日救急搬送医学管理料等の新設、⑦急性期看護補助体制加算(25対1)と看護補助者夜間配置加算の新設、⑧医師事務作業補助体制加算の精神科救急への拡大と、一部項目が実現した。

それら項目のうち、他科受診減算の見直し(⑤)はきわめて狭い範囲での減算緩和で終わったほか、医師事務作業補助体制加算の全病棟への拡大(⑧)も実現しなかったが、他の項目は、一定の成果を得たといえるだろう。

一方、すべての病院団体が強く望んでいる入院基本料等の「根拠にもとづ

万代委員(日病常任理事)も「前回評価されなかった2次救急が今回報われた。勤務医以外の医療スタッフの評価も行なわれるなど、点数の多寡は別として納得のいく改定であった」と、改定結果を首肯した。(4面に関連資料)

く算定」は、答申の付帯意見に盛り込まれたものの、いまだ、検討組織の設置にいたっていない。

また、とくに中小病院にとって切実な、看護基準における平均72時間など夜勤時間にかかわる規定の見直しは、中医協の議論にのぼることもできなかった。

ただし、付帯意見について意見を交わした2月1日の中医協総会は、「引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行う」とある文面には72時間規定などの看護師夜勤問題も含まれるという西澤委員の意見を了承している。

日病協の診療報酬実務者会議(委員長・猪口雄二全日病副会長)は、入院基本料のあり方とともに、72時間ルールの運用等見直し問題は病院にとって重要課題であると考えており、今後も、中医協に、その検討を求めていく方針だ。



10対1の看護必要度評価は7月1日から導入

2012年度診療報酬改定 7対1から10対1へ移る場合も次期改定まで新7対1点数を算定

改定結果資料「個別改定項目について」から 中医協総会2月10日 *1面記事を参照
(編集部) 新設項目は(新)と明記、点数の増減は矢印で表わした。したがって、現行の項目で矢印のない点数は据え置きを意味する。下線は現行要件における改定箇所を示す。

■救急搬送患者地域連携紹介加算・受入加算
救急搬送患者地域連携紹介加算 (退院時1回) 500点 → 1,000点
救急搬送患者地域連携受入加算 (入院初日) 1,000点 → 2,000点

算定要件・施設基準/①対象患者を入院7日以内に拡大。
②同一医療機関による紹介加算・受入加算の同時届出が可能。
③受入加算は療養病棟、精神病棟各入院基本料でも算定可能。

■救急・在宅等支援(療養)病床初期加算
(新)救急・在宅等支援病床初期加算(1日につき) 150点
算定要件/当該患者を一般13対1、15対1で受け入れた場合に14日以内に限り算定。

(新)救急・在宅等支援療養病床初期加算1 300点
救急・在宅等支援療養病床初期加算2 150点
算定要件/1は療養病棟入院基本料1、2は同2を算定する病棟で14日に限り算定。

■医師事務作業補助体制加算 (入院初日)
(新)4 30対1補助体制加算 410点
(新)5 40対1補助体制加算 330点
施設基準/災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔の手術件数が年間800件以上の病院、等。

6 50対1補助体制加算 255点
施設基準/年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院、等。

■急性期看護補助体制加算等
(新)急性期看護補助体制加算1 25対1(1日につき、14日を限度)
イ 看護補助者が5割以上の場合 160点
ロ 看護補助者が5割未満の場合 140点

算定要件/②看護必要度基準を満たす患者が7対1病棟は15%以上、10対1病棟は10%以上(2012年3月31日まで7対1で4月1日以降は経過措置の新7対1点数を算定する病棟は算定不可)、等。

(新)看護補助者夜間配置加算(1日につき、14日を限度)
イ 入院患者数に対して常時 50対1以上 10点
ロ 入院患者数に対して常時 100対1以上 5点

算定要件/新たな急性期看護補助体制加算1、2、3を算定している病棟であること。

(新)看護職員夜間配置加算(1日につき、14日を限度) 50点
施設基準/①急性期看護補助体制加算1を算定している病棟。②当該病棟の看護職員数は、夜勤時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者数が12又はその端数を増すごとに1以上。

看護補助加算1(30対1、1日につき) 109点
算定要件・施設基準/算定病棟に13対1入院基本料を追加。ただし、13対1病棟については看護必要度基準を満たす患者を10%以上入院させていること。

■院内トリアージ実施料
(新)院内トリアージ実施料 100点
*地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算は廃止する。

■夜間休日救急搬送医学管理料
(新)夜間休日救急搬送医学管理料(初診時) 200点

■地域連携(小児)夜間・休日診療料
地域連携小児夜間・休日診療料1 400点 → 450点
地域連携小児夜間・休日診療料2 550点 → 600点
地域連携夜間・休日診療料 100点 → 200点

■再診料・外来診療料
(新)再診料(同一日2科目) 34点
(新)外来診療料(同一日2科目) 34点
算定要件/①同一日に他の傷病(1科目と同一の疾病又は関連のある疾病以外の疾病)について、患者の意思により新たに別の標榜診療科を再診として受診した場合(1目科と同一の保険医から診察を受けた場合を除く)に算定。②2科目は加算は算定できない。

■特定機能病院等における初診料・外来診療料

(新)初診料(紹介のない場合) 200点
(新)外来診療料(200床未満の病院・診療所へ紹介したにもかかわらず受診した場合) 52点

算定要件/①紹介率が40%未満の特定機能病院及び500床以上の地域医療支援病院が対象。②逆紹介率が30%以上の場合は該当しない。
経過措置/当該初診料・外来診療料を導入するのは2013年4月1日とする。

■栄養サポートチーム加算
栄養サポートチーム加算(週1回) 200点
*算定可能病棟に一般病棟13対1、15対1、専門病院13対1、療養病棟を追加。ただし、療養病棟は入院から6月以内に限り、1月までは週1回、2月以降は月1回算定可能。

■外来緩和ケア管理料
(新)外来緩和ケア管理料 300点

■病棟薬剤業務実施加算
(新)病棟薬剤業務実施加算(週1回) 100点
算定要件/すべての病棟が対象。療養病棟、精神病棟は入院から4週を限度する、等
施設基準/①薬剤師が病棟で薬剤関連業務を実施する十分な時間(1病棟・1週当たり20時間=予定)を確保できること。②病棟ごとに専任の薬剤師を配置。③勤務医の負担軽減・処遇改善体制が整備されていること。④薬剤管理指導料を届け出ていること。

*薬剤管理指導料における医薬品安全性情報等管理体制加算は廃止する。

■機能強化型の在支診・在支病
●往診料
(新)機能を強化した在支診・在支病病床を有する場合 緊急加算 850点
夜間加算 1,700点
深夜加算 2,700点

●在宅時医学総合管理料
(新)機能を強化した在支診・在支病病床を有する場合
イ 処方せんを交付する場合 5,000点
ロ 処方せんを交付しない場合 5,300点

●特定施設入居時等医学総合管理料
(新)機能を強化した在支診・在支病病床を有する場合
イ 処方せんを交付する場合 3,600点
ロ 処方せんを交付しない場合 3,900点

機能強化型の施設基準/(1)従前の在支診・在支病の要件に、①常勤医3名以上、②過去1年の緊急往診5件以上、③過去1年の看取り2件以上を追加。(2)次の要件を満たす場合は複数医療機関の連携で(1)を満たすことができる。①緊急時連絡先の一元化、②連携医療機関間で月1回以上のカンファレンス、③連携医療機関数10未満、④連携病院は200床未満。

●在宅患者緊急入院診療加算
(新)1 機能を強化した在支診・在支病間での受入の場合 2,500点
2 連携医療機関の場合 1,300点 → 2,000点
3 1、2以外の場合 630点 → 1,000点

●在宅がん医療総合診療料(名称変更と新設)
(新)機能を強化した在支診・在支病病床を有する場合
1 処方せんを交付する場合 1,800点
2 処方せんを交付しない場合 2,000点

■在宅患者訪問診療料
1 同一建物以外 830点
(新)2 同一建物(特定施設) 400点
3 同一建物(2以外) 200点

同一建物の要件/介護保険法に規定する特定施設、地域密着型特定施設または特養

■ターミナルケア加算

| 現行 | 改定結果 |
|------------------|--|
| | (新)機能を強化した <u>在支診・在支病</u> 病床を有する場合 ターミナルケア加算 6,000点 看取り加算 3,000点 |
| | 病床を有しない場合 ターミナルケア加算 5,000点 看取り加算 3,000点 |
| 在支診・在支病 10,000点 | 在支診・在支病 (新)ターミナルケア加算 4,000点 (新)看取り加算 3,000点 |
| 在支診・在支病以外 2,000点 | 在支診・在支病以外 (新)ターミナルケア加算 3,000点 (新)看取り加算 3,000点 |

算定要件/①ターミナルケア加算は死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上往診または訪問診療を実施した場合、②看取り加算は患家で看取りを行った場合
特養における算定要件/(在宅患者訪問診療料=ターミナルケア加算含む、特定施設入居時等医学総合管理料)末期の悪性腫瘍患者に加え、以下の場合について算定可能とする。①介護報酬における看取り介護加算の算定要件を満たしている特養において、②在支診・在支病または特養の協力医療機関の医師が、当該特養において看取った場合、③疾患に限らず死亡日からさかのぼって30日に限り医療保険の給付対象とする。

■退院調整加算

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

対象/退院調整加算1は一般病棟、特定機能病院(一般)、専門病院、有床診各入院基本料、退院調整加算2は療養病棟、有床診(療養)、障害者施設等各入院基本料等。
算定要件・施設基準/略

■地域連携計画加算
(新)地域連携計画加算 300点
*退院支援計画を作成し、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に評価。

■総合評価加算
総合評価加算(入院中1回) 50点 → 100点
*算定可能病棟に療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を追加

■維持期リハビリテーション
2月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能。

算定要件/標準的算定日数を超えてリハを行った場合は1月13単位に限り算定できる。ただし、要介護被保険者等に2月間に限り医療保険から疾患別リハを算定している患者は、2月目は1月7単位に限り算定できるものとする。

●脳血管疾患等リハビリテーション料
注3 発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハを行った場合は、1月13単位に限り算定できる。ただし、要介護被保険者等については2014年3月31日までに限る。

脳血管疾患等リハビリテーション料(1単位につき)要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えて状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合には、下記の点数を算定する。

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
イ ロ以外の場合 245点 → 221点
ロ 廃用症候群の場合 235点 → 212点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
イ ロ以外の場合 200点 → 180点
ロ 廃用症候群の場合 190点 → 171点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)
イ ロ以外の場合 100点 → 90点
ロ 廃用症候群の場合 100点 → 90点

●運動器リハビリテーション料
注3 発症、手術又は急性増悪から150日を超えてリハを行った場合は1月13単位に限り算定できる。ただし、要介護被保険者等については2014年3月31日までに限る。

運動器リハビリテーション料(1単位につき)要介護被保険者等であって標準的算定日数を超えて状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合には、下記の点数を算定する。

- 運動器リハビリテーション料(Ⅰ) 175点 → 158点
- 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 165点 → 149点
- 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点

■リハビリテーション
●回復期リハビリテーション病棟入院料
(1日につき)
(新)回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,900点
回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,720点 → 1,750点
回復期リハビリテーション病棟入院料3 1,600点

機能強化型の在宅療養支援病院を重点評価

2012年度診療報酬改定 在支病、特養の看取りが解禁。在支病以外も在宅看取りが大幅増点

施設基準／

回復期リハ病棟入院料1 ①13対1以上の看護配置(看護師7割以上、夜勤看護職員2名以上)。②30対1以上の看護補助者配置。③専任のリハビリテーション科医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任で在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上の配置。④在宅復帰率が7割以上。⑤新規入院患者のうち30%以上が重症(日常生活機能評価で10点以上)。⑥新規入院患者のうち15%以上が「一般病棟用重症度・看護必要度評価表」A項目が1点以上。⑦重症患者の30%以上が退院時にADLが改善。

回復期リハ病棟入院料2 ⑥重症の患者の30%以上が退院時にADLが改善していること。

*重症患者回復病棟加算は入院料に包括。在宅医療およびJ-038人工腎臓を包括から除外。

●早期リハビリテーション加算

◎心大血管疾患リハビリ料、呼吸器リハビリ料 注2 (1単位につき)

早期リハビリテーション加算1 (14日以内)
(新) イ リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合 75点
□ その他の場合 45点 → 30点

早期リハビリテーション加算2 (15日以上30日以内) 45点 → 30点

算定要件／

早期リハビリテーション加算1 治療開始日から14日以内に限り算定する。
早期リハビリテーション加算2 治療開始日から15日以上30日以内に算定。

◎脳血管疾患等リハビリ料、運動器リハビリ料 注2 (1単位につき)

1 早期リハビリテーション加算1 (14日以内)
(新) イ リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合 75点
□ その他の場合 45点 → 30点

2 早期リハビリテーション加算2 (15日以上30日以内) 45点 → 30点

算定要件／

早期リハビリテーション加算1 発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り算定。
早期リハビリテーション加算2 発症、手術又は急性増悪から15日以上30日以内に算定。

●外来リハビリテーション

(新) 外来リハビリテーション診療料1 (7日につき) 69点

(新) 外来リハビリテーション診療料2 (14日につき) 104点

算定要件／

外来リハ診療料1 ①リハ実施計画で週2日以上疾患別リハを実施する外来患者が対象。②算定日から7日間は診察を行わない日でもリハを実施してよい。
外来リハ診療料2 ①リハ実施計画で2週間に2日以上疾患別リハを実施する外来患者が対象。②算定日から14日間は診察を行わない場合でもリハを実施してよい。

■緩和ケア

●緩和ケア病棟入院料 (1日につき)
3,780点 → 1 30日以内の場合 4,780点
2 31日以上60日以内の場合 4,280点
3 61日以上の場合 3,280点

施設基準／⑧がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院若しくはそれに準じる病院であること。*緩和ケア診療加算の施設基準も同様に変更。

●がん性疼痛緩和指導管理料

(新) がん性疼痛緩和指導管理料1 200点
がん性疼痛緩和指導管理料2 100点

■糖尿病透析予防指導

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点

■屋内の全面禁煙

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には屋内全面禁煙を要件に加える。ただし、緩和ケア病棟入院料および精神病棟の各入院料を算定している病棟は分煙でも可(2012年6月30日までは従前の通り算定可能)。

■感染防止対策加算

(新) 感染防止対策加算1 (入院初日) 400点

(新) 感染防止対策加算2

(入院初日) 100点

感染防止対策加算2の施設基準／一般病床300床未満を標準とする、等。

*医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

■患者サポート体制

(新) 患者サポート体制充実加算 (入院初日) 70点

施設基準／①患者相談窓口を設置、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること、等

●栄養管理実施加算と褥瘡患者管理加算の入院料包括

栄養管理実施加算(1日12点)および褥瘡患者管理加算(入院中1回20点)は入院基本料、特定入院料に包括、入院基本料、特定入院料をそれぞれ11点引き上げる。

経過措置／①2012年3月31日に同加算を届け出ている医療機関は、2014年3月31日までは栄養管理体制整備計画策定等を課した上で栄養管理体制を満たしているものとする。

●入院基本料等

●一般病棟7対1入院基本料

施設基準／①平均在院日数が一般病棟は18日(特定機能病院は26日、専門病院は28日)以内。②看護必要度基準を満たす患者の割合が15%以上。

経過措置／2012年3月31日に7対1を算定している病棟で、4月1日以降に改定後の10対1を算定する病棟に限り、2014年3月31日までの間、改定後の7対1を算定できる。

●一般病棟10対1入院基本料

施設基準／当該病棟(特定機能病院、専門病院含む)における看護必要度の評価を行っていること。

*一般病棟看護必要度評価加算は廃止する

経過措置／10対1算定病棟への看護必要度評価導入は2012年7月1日とする。

(新) 看護必要度加算1 (必要度基準を満たす患者割合が15%以上の病棟) 30点

(新) 看護必要度加算2 (必要度基準を満たす患者割合が10%以上の病棟) 15点

●一般病棟13対1入院基本料

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 (1日につき) 5点

算定要件／一般病棟、専門病院の13対1病棟で看護必要度の測定を行っている場合に算定。

●(新)金曜入院・月曜退院の割合が高い医療機関について土曜・日曜入院基本料の減算

一般病棟、特定機能病院及び専門病院各入院基本料算定医療機関で、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が40%を超える医療機関は、手術や1,000点以上の処置等を伴わない土曜日、日曜日に算定された入院基本料を8%減額する。

経過措置／上記の取り扱いは2012年10月1日から施行する。

●(新)午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について退院日入院基本料の減算

一般病棟、特定機能病院及び専門病院各入院基本料算定医療機関で、午前中退院の割合が90%を超える医療機関について、30日以上入院している者(退院調整加算が算定されていない者)で、退院日に手術や1,000点以上の処置等を伴わない場合には、退院日に算定された入院基本料を8%減額する。

■亜急性期入院医療管理料

現行 (1日につき)

亜急性期入院医療管理料1 2,050点
亜急性期入院医療管理料2 2,050点

[算定要件]
1 亜急性期入院医療管理料1
90日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

2 亜急性期入院医療管理料2
60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。

[施設基準]
1 亜急性期入院医療管理料1
①届出可能病床は一般病床数の10%以下。ただし、400床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大10床まで届出可能。

②看護職員配置が常時13対1以上。
③診療録管理体制加算を算定していること。
④専任の在宅復帰支援者が勤務していること。
⑤在宅復帰率が6割以上であること。

2 亜急性期入院医療管理料2
①200床未満であること。
②届出可能病床は一般病床数の3割以下。ただし、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。

③看護職員配置が常時13対1以上。
④診療録管理体制加算を算定していること。
⑤専任の在宅復帰支援者が勤務していること。
⑥在宅復帰率が6割以上であること。
⑦治療開始日より3週間以内に7対1入院基本料、10対1入院基本料等算定病床から転床又は転院してきた患者が2/3以上であること。

改定結果

亜急性期入院医療管理料1 2,050点
(新) 亜急性期入院医療管理料2 1,900点

[算定要件]
1 亜急性期入院医療管理料1
①60日を限度として一般病棟の病室単位で算定する。
②脳血管疾患等リハ料又は運動器リハ料を算定したことがない患者について算定する。

2 亜急性期入院医療管理料2
①60日を限度として一般病棟の病室単位で算定。
②脳血管疾患等リハ料又は運動器リハ料を算定したことがある患者について算定する。

[施設基準]
1 亜急性期入院医療管理料1
①届出可能病床は亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の30%以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。

②看護職員配置が常時13対1以上。
③診療録管理体制加算を算定していること。
④専任の在宅復帰支援者が勤務していること。
⑤在宅復帰率が6割以上であること。

2 亜急性期入院医療管理料2
(削除)
①届出可能病床は亜急性期入院医療管理料1と2をあわせて一般病床数の30%以下。ただし、200床以上の病院は病床数にかかわらず最大40床まで、100床以下の病院は病床数にかかわらず最大30床まで届出可能。

②看護職員配置が常時13対1以上。
③診療録管理体制加算を算定していること。
④専任の在宅復帰支援者が勤務していること。
⑤在宅復帰率が6割以上であること。
(削除)

●一般病棟入院基本料 (13対1・15対1)

(1)90日を超えて入院する患者については療養病棟と同等の報酬体系とする。

■一般病棟入院基本料 (13対1・15対1)

現行 (1日につき)

特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く)をいう)に該当する者については、特定入院基本料として928点を算定する。

改定結果

届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。

(2)90日を超えて入院する患者は出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

上記の2つの取扱いは、病棟単位で医療機関が選択する。

経過措置／上記の取り扱いについては2012年10月1日から施行する。

●療養病棟における褥瘡治療の評価

入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後1ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とする。当該取り扱いを採用する病院は、自院における褥瘡発生率等医療の質に関する内容の公表を要件化する。

■DPCフォーマットデータの提出

出来高算定病院(7対1または10対1)についても、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。DPC対象病院における外来診療や入院診療の出来高算定患者(包括対象外)のデータ提出も同様な評価を行う。

(新) データ提出加算1
イ 200床以上の病院 100点(退院時1回)
ロ 200床未満の病院 150点(退院時1回)

(新) データ提出加算2
イ 200床以上の病院 110点(退院時1回)
ロ 200床未満の病院 160点(退院時1回)

*外来診療データについては2012年10月1日診療分を目途に受け付ける方向で対応する。

■後発医薬品の使用促進

●後発医薬品使用体制加算 (入院初日)
(新) 後発医薬品使用体制加算1 35点
後発医薬品使用体制加算2 30点 → 28点

後発医薬品使用体制加算1の施設基準／当該保険医療機関において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が3割以上であること。

●処方せん料 (一般名処方)
(注を追加) 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点を加算する。

レセプト情報・特定健診情報にDPCデータを追加

ナショナルデータベース提供で、厚労省が方針示す

2月10日に開かれた厚労省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」で、事務局(厚労省保険局総務課保険システム高度化推進室)は、提供情報の対象に新たにDPCのデータを追加する方針を示し、有識者会議の同意を得た。

「有識者会議」は、医療費適正化計画の作成等を目的に厚労省が構築しているレセプト情報・特定健診情報等のデータベース(いわゆるナショナルデータベース=DB)のデータを、外部の研究機関等に提供するための仕組みづくりを検討するために設置されている。

情報提供の本格運用に向けた試行として、データ提供のガイドラインを策定した上で、昨年、国の行政機関、都道府県、独法の研究開発機関、大学、保険者中央団体、公益法人を対象に1回目の申請を受けつけた。

しかし、43団体から申し出があったにもかかわらず、提供が認められたのは6機関・団体にとどまった。狭すぎる門ということで申請団体等からは疑問の声があがっており、提供不承諾とされた団体等からの質問と不服意見の申し立てが、同日、非公開で行なわれた。

全日病も提供を希望している団体の

1つ。長らく手がけているアウトカム調査との比較を試みたいとして申請したが認められなかった。

同日の会議で、事務局は、ナショナルDBから一定基準にもとづいた抽出を行なって匿名性を高めた「基本データセット」の作成を提案した。

「基本データセット」とは、DBに格納された膨大なデータのクラスターや標本等をすべて網羅したフルスペックに対

して、何らかの基準で範囲や数を限定したミニDBをいう。

事務局は、匿名性の確保だけでなく、データ容量やデータ抽出作業の煩雑さなども理由に、「基本データセット」で可能な研究にデータの提供を試みる方針で、その整備を急ぎ、4月には、第1回の申し出で不承諾とされた団体を対象に申し出の受付を開始したいとしている。「基本データセット」は、「入院レセプト

の5%抽出」や「外来レセプトの0.2%抽出」といった系統抽出型データとする方向が見込まれている。他方で、フルスペックの情報提供についても4月に第2回目の申請を受け付ける予定だ。

DPCデータには、様式1(簡易診療録情報)などレセプトだけでは把握できない情報があることから、ナショナルDBの提供を求める団体はさらに増加することが予想される。

全日病「若手経営者の会」

40代中心に40人が参加

全日病は2月4日に第1回「若手経営者の会」を開催、40歳代を中心に40人の院長等が参加した。次代の活動家を育てる事業を手がける若手経営者育成事業委員会(中村康彦委員長)が企画・主催した。

会合には西澤寛俊会長も出席、挨拶で、「私も皆さんと同じ頃から全日病の活動をスタートさせた。それが、いつのまにか、介護保険の第1号被保険者証が届き、世代交代を急がなければと思った」と、「若手経営者の会」に託す

る思いを披露した。

第1回会合は「どうする？ 僕らの時代の舵取り」と題し、病院のあり方委員会



の徳田禎久委員長が登壇、「病院のあり方に関する報告書2011年版と社会保障税一体改革」について講演。質疑応答で、地域一般病床の意味と自院進路などに関する熱心な質問に答えた。

参加者は終了後の懇親会で全日病役員・委員や参加者との交流を楽しんだ。

一定のプロセス指標と患者満足度の公表に取り組む

医療情報提供のあり方検討会に報告書案が提示

「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」に、事務局(厚労省医政局総務課)は、2011年度内にまとめるとして、空白箇所を残したまま、要旨以下の報告書案を提示した。残り1、2回の議論でとりまとめにいたる見込みだ。

●医療機関のホームページは当面の間「広告」と見なさず、自由診療を中心としたガイドラインを国が作成、関係団体等による自主的な取組を促す。それでも改善が見られない場合には、対象を絞りつつ法規制も含めてその後の対

応を検討する。

●医療広告はポジティブリスト方式を引き続き採用する。併せて、現行の「包括規定方式」の下で広告可能事項の拡大について検討する。

●アウトカム指標等の公表について

は、①手術前抗菌薬投与率などのプロセス指標(医療の質の評価・公表等推進事業で公表されたもの)、②患者満足度を優先し、客観性の確保や共通化・標準化を図る。そのため、(1)医療の質の評価・公表等推進事業のフォローアップおよび当該事業による医療の質の評価・公表の取組の普及、(2)アウトカム指標等の共通化・標準化、を進める。

2号委員「2012年度診療報酬改定答申を終えて」(要旨) 2月10日*1面記事を参照

今回の改定は+0.004%にとどまり、「医療崩壊」を解決するには不十分と言わざるを得ない。しかし、未曾有の大震災が発生し、社会経済情勢の厳しさが増す中でのプラス改定は、評価できると考える。

今回改定では、限られた財源の中で、病院勤務医の疲弊軽減、救急・産科・小児・外科等の医療提供体制立て直し等の事項を重点的に評価するものとなったが、これら事項は今後の我が国の医療提供体制の質の向上に寄与する内容になったと考える。

ただし、再診料や入院基本料の引き上げ、看護職員72時間要件の見直し、いわゆるドクターフィー導入の是非の検討等が取り上げられることなく審議が進められたことは極めて遺憾である。

また、複数科受診の再診料評価は

我々の主張が十分に認められたとは言えない。これらの点で次回改定に向けての課題が残されたと考えている。

したがって、我々は来年度早々から、(1)今後の医療のグランドデザインに基づく中長期的な視点からの議論、(2)基本診療料(特に初再診料と入院基本料)のあるべき姿の明確化とコスト調査に基づいた評価、(3)ものと技術の分離を原則とした診療報酬体系の構築、(4)技術評価の重視と技術評価プロセスの見直し、(5)いわゆるドクターフィー導入の是非も含め、病院勤務医等の負担軽減・処遇改善に向けた更なる検討、(6)業務の量と質に応じた公正な診療報酬点数の設定の推進といった観点を重視、議論に取り組んでいく所存である。

中医協「2012年度診療報酬改定答申書附帯意見」(抜粋) 2月10日*1面記事を参照

1. 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。また、医療機関等の経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
3. 医療従事者の勤務体制改善等の取組に係るさらなる措置について、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
8. 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、重急性期入院医療管理料等の見直しの影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の改定に反映させること。特に、13対1、15対1算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平

- 均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、7対1、10対1を含む一般病棟、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。
11. 医療提供体制が十分ではない地域に配慮した評価見直しの影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
 18. 上記のほか、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。
 - (1) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
 - (3) 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況
 - (5) 診療報酬における消費税の取扱い



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の
病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会

お問合せ (株) 全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327