

21世紀の医療を考える全日病 発行所/公益社団法人 全日本病院協会 発行人/西澤寬俊 〒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

JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.864 2016/2/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

護必要度」の患者割合は25%、200床未満は23%

点数据え置きのまま手術・麻酔を外出し。病棟群単位の届出期間は1年

2月10日に開かれた中医協総会は、2016年度診療報酬改定に関する厚生労働大臣の 諮問に事務局(厚労省保険局医療課)案のとおり答申した。

16年度改定は、療養病棟入院基本料2や障害者施設等入院基本料などの慢性期病床を 除くと基本診療料レベルで目立つ引き下げはなく、一見、穏やかな趣きをみせている。 しかし、短期滞在手術等基本料3の対象の大幅拡大と現行各項目の点数引き下げや回復 期リハ病棟へのアウトカム導入など、本体報酬改定率を+0.49%にとどめるべく、随所 に抑制をきかせている。

最優先事項となった一般病棟7対1入院基本料算定病棟の削減に向けて、一般病棟用 「重症度、医療・看護必要度」該当患者の割合は25%(現行15%) とされた。在宅復帰 率は分子に在宅復帰機能強化加算を算定する有床診を追加しつつ75%から80%への微 増にとどまった上、平均在院日数要件は現状維持となったことから、7対1病床の命運は 25%基準にほぼゆだねられることになる。

一方、10対1への移行を促す措置として病棟棟群単位の届出制度が導入された。また、 大病院には病棟数の制限がついたものの、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)は 手術と麻酔が包括から外され、7対1病床の移行先として、その機能に対する関心を高め るものとなった。

このほか、退院支援の整理・強化、かかりつけ医機能の普及、在宅医療の拡充とその 報酬体系の再構築、夜勤看護体制評価の充実など、今改定は硬軟をとりまぜ、調整のき いた診療報酬をつくりあげた。

告示・通知は3月4日が見込まれている。(2・3面に改定内容の概要を掲載)

16年度改定の焦眉の課題であった一 般病棟用「重症度、医療・看護必要度」 については、「手術等の医学的状況」 に関する評価項目が導入されたが、当 初案でM項目(M得点)とされていたの が、最終的にC項目(C得点)となった。

一般病棟用の該当基準は、①A得点 2点以上 + B 得点3点以上、②A得点3 点以上、③C得点1点以上のいずれか で、地域包括ケア病棟入院料に関して は、これが「A得点1点以上またはC得 点1点以上」となる。

見直しにともなう該当患者割合要件 は、7対1入院基本料に関しては25%(現 行15%)に、10対1入院基本料の急性期 看護補助体制加算と看護職員夜間配置 加算の要件としては6%(5%)に、それ ぞれ引き上げられた。

いずれも16年9月30日までの経過措 置が認められたが、さらに、200床未 満の7対1病院で病棟群単位の届出を行 なわない場合は、「重症度、医療・看 護必要度」の患者割合は18年3月31日ま で23%とする緩和措置が設けられた。

また、10対1入院基本料の看護必要 度加算にかかわる当該患者の割合は、 1が24%以上(現行15%以上)、2が18% 以上(10%以上)、新設された3は12%以 上となり、配点も引き上げられた。看 護必要度加算1・2の経過措置は16年9月

30日までとされた。

7対1病院における病棟群の届出期間 は17年3月31日までの1年間。届出病院 における7対1の病床数は、17年4月1日 以降は、一般病棟入院基本料病床数の 6割以下とすることが必須となる。

7対1の施設基準になっている自宅退 院した患者については、計算式の分子 に在宅復帰機能強化加算を算定する有 床診を加えたものの、その割合を80% 以上(現行75%以上)とする小幅な引き 上げにとどまった。

地域包括ケア病棟入院料(入院医療 管理料を含む)1にかかわる計算式も同 様に見直されたが、その割合は現行 (70%以上)のままとなった。

療養病棟入院基本料2の施設基準に 加えられた「医療区分2・3患者の割合」 は5割以上。経過措置は16年9月30日ま でと短いが、この基準あるいは看護25 対1のみを満たさない病棟で、3月31日 時点で療養病棟入院基本料1または2 を半年以上続けている上、30対1看護 を満している場合は、17年度末でまで 所定点数の95%を算定できる。

この措置について、関係者からは「新 たな施設類型の成立をみこしたもの か」との声も出ている。

今改定で特筆すべきは月平均夜勤時 間数の計算が見直されたことだ。これ



▲ 2016年度改定の答申に臨む診療側委員

までは、計算に「月当たりの夜勤時間 数が16時間以下の者は含まない 」とさ れてきたため、2交代制の場合の月1回 夜勤の看護職員は計算に入らなかっ た。

しかし、今回、7対1と10対1の病棟 に関しては「16時間未満の者は含まな い」としたため、月1回夜勤も計算に加 えることができる。

さらに、それ以外の病棟は「8時間未 満の者は含まない」と見直されたため、 3交代制の場合は月2回までの看護職員 を計算に含めることができ、さらに、 早出・遅出等の時間外勤務にも対応し やすくなる。

また、72時間規定のみを満たさない 医療機関に適用される月平均夜勤時間 超過減算の幅が20%から15%に縮小さ れ、それでも看護要員に欠く場合にや むなく算定するものとして、減算幅 30%の夜勤時間特別入院基本料が創設 された。

このほか、7対1·10対1のADL維持向 上等体制加算が25点から80点へと大幅 に引き上げられた。また、土曜日・休 日および深夜に限定されていた診療時 間外の救急搬送患者に対する診療の評 価(夜間休日救急搬送医学管理料)が平 日の診療時間外に広がった上、200点 から600点に引き上げられた。

さらに、50対1以下の医師事務作業 補助体制加算の対象に、療養病棟入院 基本料と精神病棟入院が追加された。

主要な点数が据え置きあるいは引き 下げられるなど厳しい内容ではある が、夜勤計算の見直しや医師事務作業 補助体制加算の対象拡大など、永年の 要求が実った改定ともなった。

診療側が会見。病院団体は25%に強い懸念

2月10日の中医協総会で2016年度診 療報酬改定の答申を終えた診療側の医 科委員は、日本医師会と四病院団体協 議会の合同による記者会見を日医会館 で開いた。5人の医科委員とともに横 倉日医会長および病院団体の4会長が 会見に臨んだ。

横倉日医会長は「かかりつけ医機能 の強化が一定進んだ」と今改定を前向 きに評価。7対1病床の移行を促す措置 に危惧を示す一方、病棟群単位の届出 措置や夜勤看護の計算方法見直しは評

病院団体は、とくに、「重症度、医療・ 看護必要度」の 25%基準に対する懸念 を表明した。

全日病の西澤会長は「看護必要度の 項目は救命救急中心、したがって外科 中心の評価であるため、内科系の中小 病院ほど7対1に留まれなくなる。こう した項目が急性期の評価として適正で あるのか、しっかりした調査と検証が 必要である」との認識を表明した。

中医協委員である全日病の猪口副会 長は、「回復期リハ病棟へのアウトカ ム評価の導入や療養病棟入院基本料 2 算定病棟の動向に括目しつつ、医療提 供側としてデータを蓄積して次期改定 に臨んでいかなくてはならない」との 認識を表わした。

医師需給

医学部構成員

神野副会長

分科会「偏在が医師不足の本質」に「全体に足りない。絶対数を増やすべき」と反論

2月4日に開催された医療従事者の需 給に関する検討会の医師需給分科会 は、①医師需給数の推計方法、②医師 偏在にかかわる課題ついて議論した。

医師需給数については、介護・福祉 分野も含む臨床医師と臨床以外に従事 する医師とに分けて推計、①前者は、 地域医療構想との整合を図るために構 想策定に用いた医療需要の推計方法を 踏襲し、②後者は各分野毎に推計する とした上で、①に関しては構成員であ る松田晋也産業医科大学教授が担当す るとして、推計方法について、地域医 療構想における 2025年医療需要の考え 方に沿って説明した。

この推計方法に関して、神野構成員 (全日病副会長)は「現在の労働時間を 追認した医師数ではうまくいかない。 その補正はどうするのか」と質した。

これに対して、松田構成員は「医療 機能によって重み付けを変えた係数を 設ける。労働時間については、データ を踏まえつつ関係部局と相談するが、 目的は常勤換算医師数の推計であり、 超過労働の分は補正する必要がある。」 と回答。

さらに、「外来については、在宅や 介護施設にかかわる医師数増加をどう 読み込むかが重要ではないか」との神 野構成員の質問には、「療養病床から 在宅に移る患者数も織り込み、いくつ かのシナリオで対応したい とした上 で、「医師数は(現在よりも)増えるか もしれない」との所感を表わした。

大学医学部の構成員からの「(専門医 等) 今後の研修制度を考えたときに、こ の方法で15年ほど先の推計がどこまで 可能か」との質問には、「この方法で必 要数は出る。問題は、その時点の養成 数を含む医師数との調整をどう考える かではないか」と反問した。

一方、事務局(厚労省医政局医事課) は、(1) 医師偏在に係る課題についてど う考えるか(さらに追加すべき課題は ないか、従前から指摘されている課題 について状況はどう変化しているか)、 (2) 今後これら課題の背景や要因を検討 する上で留意すべき点は何か、(3) 今後 これら課題の対応策を検討する上で留 意すべき点は何かと論点を整理した課 題案を提示して、議論を促した。

この議論の中で、医学部に所属する 構成員は、日医と全国医学部長病院長 会議が打ち出した緊急提言を紹介。「医 師の絶対数不足に対しては医学部定員 増の効果が現れてくる。現在の医師不 足の本質は医師の地域・診療科の偏在 であり、求められているのは医学部新 設ではない」とする意見を述べた。

医学部定員増措置の解消に対して、 神野構成員は、「病院管理者の一番の仕 事は医師の確保だ。偏在は存在するが、 事務局資料も緊急提言も医師不足を認 めているように、現状の問題は全体と して足りないということであり、絶対 数を増やすことが求められている」と の認識を表わした。

10対1 看護必要度加算1~3の該当患者割合は24%、18%、12%

2016年度診療報酬改定

病棟群単位の届出期間は16年4月1日から1年。7対1病床数は一般病棟の6割以下

「個別改定項目について」および「医科診療報酬点数表」から 下線部分は見直し箇所を示す。括弧内は現行の数値。 ※1面記事記事を参照

□一般病棟用の「重症度、医療看護必要度」に係る 基準(該当患者割合の要件)

●7対1入院基本料

<u>25%</u>以上(15%以上)

●(10対1)急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算 6%以上(5%以上)

[経過措置] 2016年9月30日まで。200床未満の病院で 病棟群単位の届出を行わない場合は、18年3月31日ま で、7対1施設基準の25%を23%と読み替える。

●看護必要度加算(10対1)

看護必要度加算1

55点(30点) 24%以上(15%以上)

看護必要度加算2

45点(15点) <u>18%</u>以上(10%以上)

看護必要度加算3 (新設) 25点 12%以上 [経過措置] 16年3月31日に看護必要度加算1または2 を届け出ている病棟は、16年9月30日まで、看護必要 度加算2または3の基準を満たしているものとする。

□病棟群単位による届出の施設基準

(1) 届出可能な医療機関は16年3月31日時点で直近3月 以上一般病棟7対1(特定機能病院、専門病院を含む) を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を 複数有すること。

(2) 病棟の数が4以上の医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は複数とすること。

(3) 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、16年4月1 日から17年3月31日の期間に行われること。

(4) 当該措置を利用した場合には、17年4月1日以降は、 7対1の病床数は、当該医療機関の一般病棟入院基本 料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病 院は除く)。

(5) 当該措置を利用した場合は、原則として7対1入院 基本料の病棟と10対1入院基本料の 病棟と間での転 棟はできない。

|短期滞在手術3は9件追加

□短期滞在手術等基本料3の見直し

【新設の手術等】

水晶体再建術1
他のもの(両側)限内レンズを挿入する場合
27,054点

 水晶体再建術2
 限内レンズを挿入しない場合(両側)

 級内的シャント拡張術・血栓除土術
 37,588 内

経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37,588点 ヘルニア手術5 鼠径ヘルニア(3歳未満に限る)

<u>35,052点</u>

<u>ヘルニア手術5</u> <u>鼠径ヘルニア(3歳以上 6歳未満に限る)</u> 28,140点

腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る) 68,729点

<u>腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る)</u> 55,102点 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術(一連につき)

28,010点

<u>20,010</u>無 50.855 占

ガンマナイフによる定位放射線治療 59,855点 □自宅等に退院した患者割合に関する基準の見直し

- 7対1入院基本料 80%以上(75%以上)
- ●療養病棟入院基本料(在宅復帰機能強化加算) [施設基準](抜萃)

②当該病棟から退院した患者(自院の他病棟から当該

病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること。

④自院又は他院の一般病棟・地域包括ケア病棟(病室)から当該病棟に入院し、自宅・居住系介護施設等に退院した年間の患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く)の数を当該病棟の年間平均入院患者数で除した数が100分の10以上であること。

[経過措置] 16年9月30日まで

■ 療養病棟入院基本料 2 ■ **2年間減算率5%の緩和措置**

□障害者施設等入院基本料等の見直し

●障害者施設等入院基本料算定病棟に入院する重度の 意識障害(脳卒中の後遺症に限る)の患者で医療区分2 又は医療区分1に相当するもの(以下はすべて新設)

イ 7対1又は10対1病棟に入院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの (2) 医療区分1の患者に相当するもの ロ 13対1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入 院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの (2) 医療区分1の患者に相当するもの ハ 15対1 入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入 院している場合

(1) 医療区分2の患者に相当するもの1,219 点(2) 医療区分1の患者に相当するもの1,086 点

□療養病棟入院基本料2の施設基準の見直し

療養病棟入院基本料2の施設基準に「当該病棟の入院患者のうち医療区分2又は3の患者割合の合計が5割以上」を加える。ただし、当該基準又は看護職員の配置(25対1)のみを満たさない病棟が、下記の基準を満たしている場合には、18年3月31日までに限り、所定点数の100分の95を算定できる。

(1) 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員 25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満すこと。

(2)16年3月31日時点で 6ヵ月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ていること。

[経過措置] 16年9月30日まで

| 月平均夜勤時間の見直し | フ対1・10対1は夜勤16時間から計算

□看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件等の見直し

1. 月平均夜勤時間数の計算方法の見直し [入院基本料の施設基準] (抜萃)

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び 延べ夜勤時間については、次の点に留意すること。

②夜勤時間帯に看護要員が病棟勤務と外来勤務等を 兼務する場合は、当該看護要員が夜勤時間帯に当該 病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護要 員の月当たりの延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務 の時間を含む)で除して得た数を、夜勤時間帯に従事 した実人員数として算入する。

③ 7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人 員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間 数が16時間未満の者は含まない。ただし、短時間正 職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職 <u>員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上</u> のものを含む。

④ 7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の 実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤 時間数が8時間未満の者は含まない。

キ削除

2. 月平均夜勤時間超過減算の算定額を見直す。

【一般病棟入院基本料・療養病棟入院基本料】月平均 夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から 100分の<u>15</u>(20)に相当する点数を減算する。

3. 月平均夜勤時間数の基準のみを満たさなくなった場合に算定する夜勤時間特別入院基本料を新設する(一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料2等)。

<u>夜勤時間特別入院基本料</u>(新設)

(1) 入院基本料の100分の70に相当する点数 (2)(1)の点数が特別入院基本料の点数を下回る 場合は特別入院基本料に10点を加えた点数

□夜間看護体制の充実に関する評価

1.7対1又は10対1の病棟で看護職員の手厚い夜間 配置をしている場合及び看護職員の夜間勤務負担軽 減に資する取組を行なっている場合

【看護職員夜間配置加算(現行=50点)】

1 看護職員夜間12対1配置加算

 イ 看護職員夜間12対1配置加算 1
 80点

 ロ 看護職員夜間12対1配置加算 2
 60点

 2 看護職員夜間16対1 配置加算(新設)
 40点

2.7対1又は10対1一般病棟入院基本料等を算定する 病棟の看護補助者の夜間配置の区分を見直すととも に、看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取り組み の評価を新設する。

(1) 看護補助者の夜間配置の評価

【急性期看護補助体制加算】

イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 40点(35点)

口 夜間50対1急性期看護補助体制加算 35点(25点)

ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 <u>20点</u>(15点) (2) 看護職員の夜間勤務負担軽減に資する取組の評価

夜間看護体制加算(新設) 10点

3. 13対1等を算定する病棟に看護補助者の夜間配置 の評価を新設する。

<u>夜間75対1看護補助加算</u>(20日を限度・新設)

30点(1日につき)

150点

4. 看護補助加算(13対1、15対1、18対1、20対1入院 基本料を算定する病棟)を算定する病棟において、看 護補助者の夜間配置を含めた看護職員の夜間勤務負担 軽減に資する取組をしている場合の評価を新設する。

夜間看護体制加算(入院初日·新設)

夜間休日救急搬送医学管理料

平日の診療時間外も算定可能に

□ ADL 維持向上等体制加算の見直し

(7対1又は10対1の)患者について、入院した日から 起算して14日を限度とし、1日につき<u>80点</u>(25点)を所 定点数に加算する。

□認知症ケア加算の新設

<u>認知症ケア加算 1</u>

 イ 14日まで
 150点

 ロ 15日以降
 30点

 翌知症ケア加算 2

認知症ケア加算 2

<u>イ 14日まで</u> <u>30点</u>



個人情報が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 5283-8066 (AX) 5283-8077

夜勤時間数 7対1・10対1は16時間、他は8時間の者を含めて計算

医療区分2・3患者5割要件に2年限り95%算定の緩和措置

<u>口 15日以降</u> [算定可能病棟]

10点

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、障害 者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回 復期リハ病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料等

□救急患者の受入れ体制の充実

●救急医療管理加算

1 救急医療管理加算1 900点(800点) 2 救急医療管理加算2 300点(400点)

●夜間休日救急搬送医学管理料 600点(200点) 診療時間以外の時間(休日を除く土曜日以外は夜間に 限る)、休日又は深夜に、救急用の自動車等により緊急 に搬送された患者に対して初診の日に限り算定する。

●時間外、休日深夜における再診後の緊急入院 時間外、休日深夜における再診後に緊急入院となっ た場合も再診料及び外来診療料の時間外、休日およ

び深夜加算を算定可能とする。

□データ提出を要件とする病棟の拡大

- ●10対1の施設基準にデータ提出加算の届出を加える (200床未満の病院を除く)。経過措置は17年3月31日まで。
- ●データ提出加算の評価の充実
 - 1 データ提出加算1

イ 200床以上の病院の場合 120点(100点) 170点(150点) ロ 200床未満の病院の場合 2 データ提出加算2

イ 200床以上の病院の場合 130点(110点) ロ 200床未満の病院の場合 180点(160点)

□退院支援に関する評価の充実

- ●退院支援加算の新設
 - 1 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点

<u>2</u> <u>退院支援加算2</u>(退院調整加算を改称)

イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 <u>635点</u> 3 退院支援加算3 1,200点

●退院後訪問指導料の新設

580点(1回につき) 退院後訪問指導料 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した 別に定める状態の患者の円滑な在宅療養への移行及 び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患 者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導 を行った場合に、当該患者が退院した日から起算し て1月以内の期間(退院日を除く)に限り、5回を限度 として算定する。

回復期リハ病棟

アウトカム評価は来年1月開始

□質の高いリハビテーションの評価等

●回復期リハ病棟におけるアウトカムの評価 [算定要件](抜萃)

(2) 過去6ヵ月間に回復期リハ病棟から退棟した全患 者(計算除外患者を除く)について、①の総和を②の 総和で除したものが27未満である場合に「リハの実績 が一定の水準に達しない」とみなす。

①退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時のFIM得 点(運動項目)を控除したもの

②各患者の入棟から退棟までの日数を入棟時の状態 に応じた算定上限日数で除したもの

(3) 在棟中に一度も回復期リハ病棟入院料を算定しな かった患者及び在棟中に死亡した患者は(2)の算出か ら除外する。また、入棟日に次に該当する患者は毎 月の入棟患者数の100分の30を超えない範囲で(2)の 算出から除外できる。

- ① FIM 運動項目得点が20点以下のもの
- ② FIM 運動項目得点が76点以上のもの
- ③ FIM 認知項目得点が25点未満のもの
- ④年齢が80歳以上のもの

(4) 高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の 40%を超える保険医療機関は、高次脳機能障害の患 者を(2)の算出から全て除外することができる。

(5) 在棟中にFIM得点(運動項目)が1週間で10点以上 低下した患者については、(2)の算出において、当該 低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして 扱ってよい。

[経過措置] 16年4月1日以降の入院患者について17 年1月1日から実施する。

●体制強化加算

体制強化加算1 200点 体制強化加算2(新設) 120点 [体制強化加算2の施設基準]

当該病棟に専従の常勤医師2名以上及び専従の常勤 社会福祉士1名以上が配置されていること。(略)

●廃用症候群リハビリテーション料の新設

1 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 180点

(1単位) 2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) 146点

3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)

77点

□地域包括診療料等の施設基準の緩和

●地域包括診療料

[施設基準]

イ 病院の場合

① (第2次救急医療機関、救急病院、病院輪番群制 病院であること) (削除)

ターミナルケア加算を新設

□在宅医療診療報酬の再編成

- ●在宅時医学総合管理料
- 1 在支診又は在支病で別に厚生労働大臣が定めるも のの場合
 - イ 病床を有する場合

(1) 別に定める状態の患者に月2回以上訪問診療 <u>を行っている場合</u>

①単一建物診療患者が1人の場合 5,400点 ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

4,500点 2,880点

③①及び②以外の場合

(2)月2回以上訪問診療を行っている場合((1)の場 <u>合を除く)</u>

①単一建物診療患者が1人の場合 4,600点 ②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

2,500点 ③①及び②以外の場合 1,300点

(3)月1回訪問診療を行っている場合

①単一建物診療患者が1人の場合 2,760点

②単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,500 点 780点

③①及び②以外の場合

ロ 病床を有しない場合(略)

2 在支診又は在支病(1に規定するものを除く)の場合 イ 別に定める状態の患者に月2回以上訪問診療を

行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 4,600点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合

3,780点

(3)(1)及び(2)以外の場合 2,400点 ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合(イの場

合を除く)

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 3,800点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>2,100点</u>

(3)(1)及び(2)以外の場合 <u>1,100点</u>

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

(1) 単一建物診療患者が1人の場合 2.280点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 1,260点

660点

(3)(1)及び(2)以外の場合 3 1及び2に掲げるもの以外の場合(略)

●重症者加算

【名称と点数の見直し】 頻回訪問加算

600点(1,000点)

●在宅時医学総合管理料と特定施設入居時等医学総 合管理料における「同一建物居住者」の名称及び定義 の見直し

[単一建物診療患者の人数] 当該建築物に居住する者 のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医 <u>学管理を行っている者の数を「単一建物診療患者の人</u> <u>数」という。ただし、在宅時医学総合管理料に限り、</u> 保険医療機関が医学管理を行う患者数が当該建築物 の戸数の10%以下の場合には単一建物診療患者が1 人であるものとみなす。

●在宅患者訪問診療料の評価の見直し

在宅患者訪問診療料

1 同一建物居住者以外の場合 833 点 203 点(新)

2 同一建物居住者の場合 イ 特定施設等に入居する者の場合 (削除)

<u>ロ イ以外の場合</u> (削除)

●特定施設入居時等医学総合管理料

【名称の見直し】 施設入居時等医学総合管理料(略)

●退院直後の在宅療養支援に関する評価

退院後訪問指導料(新設) 580点(1回につき) 訪問看護同行加算(新設) 20点

●在宅医療における看取り実績に関する評価(以下は すべて新設)

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(緊急、夜間・ <u>休日又は深夜の往診)</u> 100点 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(ターミナルケ ア加算) 1,000点 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在宅時医学総

単一建物診療患者数が1人の場合 400点 単一建物診療患者数が2~9人の場合 200点 その他の場合 100点

在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(施設入居時等 医学総合管理料)

単一建物診療患者数が1人の場合 300点 単一建物診療患者数が2~9人の場合 150点 その他の場合 <u>75点</u> 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算(在宅がん医療 総合診療料) 150点

〈実技Ⅱ〉 診療報酬請求事務(明細書点検)

〈実技Ⅱ〉 診療報酬請求事務(明細書点検)

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

■受験料 8.000円

■受験資格

■試験会場

■受験資格

■試験日 年12回(毎月)

■試験科目 〈実技 I 〉 患者接遇・院内コミュニケーション

■試験科目

〈実技 I 〉 患者接遇

〈学 科〉 医療事務知識

合管理料)

各都道府県内の公共施設等

〈学 科〉 医事業務管理知識

■試 験 日 年3回(7月·11月·3月)

問いません

医師事務作業補助職としての

実務経験等があります 各都道府県内の公共施設等 ■試験会場 ■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。

般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿楽町 2-2-10-1923 TEL 03(3294)6624 http://www.jme.or.jp

特定入院料と4機能の関係を一般化。病院機能の面からも分析

地域医療構想策定GL等検討会

構想策定後の取り組みを都道府県に補足。次期医療計画の見直し課題も明示

2月4日の「地域医療構想策定ガイド ライン等に関する検討会」に、事務局 (厚労省医政局地域医療計画課)は「病 床機能報告制度の改善」と「地域医療構 想策定後の取り組み」に関する考え方 を提示し、構成員の意見を聞いた。

前者は、2014年10月の報告に機能選 択と医療内容等との"不整合"がみら れるとして事務局が示した報告方法の 改善策をめぐる前回(11月26日)の議論 で、構成員から示された様々な意見を 踏まえた再提案である。

再提案は、冒頭で、「構想区域ごとの 必要病床数は、個々の医療機関内の病 棟構成や病棟単位での患者割合等を正 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の病床数と数値 として一致する性質のものではないこ とに留意する必要がある」とした。

その上で、「病床機能報告はあるべ

き医療提供体制に向けた取り組みの進 捗を評価するために不可欠であり、報 告内容の更なる活用方法等について引 き続き検討が必要」とし、改善策をあ らためて提案している。

その中で、病棟機能に着目した情報 の分析・活用として、(1) 報告された機 能と算定している特定入院料との間の 「親和性が高い | ことから、この関係性 を「一般的取り扱い」としていく、(2)病 棟票で報告される患者の入退院経路や 「重症度、医療・看護必要度」の割合等 の項目と4機能との関係について分析 していく、(3)16年度報告から付記され る病棟コードから病棟単位の医療の把 握が可能となることから、これを活用 した具体的分析方法の検討を進めてい く、ことを提案。

続いて、病院機能に着目した情報の 分析・活用として、(4)ICUやHCU等特 定機能の有無を手術や救急受入数など 病院の機能としてもっていると考えら れる機能、(5) 高度急性期病棟の多寡な ど病院・病棟の規模や構成割合と病院 機能との関係、をあげた。

事務局は、(1)の「一般的取り扱い」は 16年度の報告マニュアルに追記してい く方針で、その考え方として「特定の 機能を有する病棟における病床機能報 告の取扱案」を示した。そこには「地域 包括ケア病棟入院料は回復期または急 性期」とあったが、構成員から「同入院 料を算定する中には慢性期機能の病棟 もある」との指摘が出たため、その取 り扱いは再検討するとしている。

後者の「地域医療構想策定後の取り組 み」は、都道府県からの求めに応じて、 地域医療構想策定GLに示した「構想策 定後の取り組み」に関する補足説明をま とめたもので、「留意事項」として都道 府県に伝達する体裁となっている。

この「留意事項」について、事務局は「GL を見直すか、別の方法で都道府県に伝達 するかはこれから考えたい」としている。

「留意事項」に示された「現状と将来 目指すべき姿の認識共有」や「地域医療 構想を実現する上での課題の抽出」等 について、「構想策定の過程において も、これらに準じた議論を進めること が重要となる」としているが、すでに 都道府県の半数近くは15年度末までに 策定が終わる見通しだ。

この点に関して、事務局は、「策定後も 見直しが必要になる」ため、「現時点で決 して遅いとはいえない」との認識を表した。

この日の検討会は事務局の考え方を 大筋で認めたが、表現の修正を求める 意見も出たため、事務局は再度修正案 を提示、了承を得た上で都道府県に示 していきたいとしている。

◆病床機能報告制度の改善に向けて(前回の意見を踏まえた対応案=要旨)

2. 前回の検討会のご意見を踏まえた 対応(案)

- (1)前回の主なご意見(病床機能報告制 度の改善に向けて案)
- ・病床と病棟と病院の機能について整 理してはどうか。
- ・手術や救急受入は病院としての機能 を示すものではないか。
- ・ICUやハイケアユニットという病棟ご との検討は意義があるのではないか。
- ・医療機能を評価する際に診療報酬に基 づいたものもあってよいのではないか。
- (2)ご意見を踏まえた対応(案)

②対応案

- 1)病棟の機能に着目した情報の活用 に向けた検討
- ●特定入院料算定情報の活用に向けた 検討

2014年度の報告から病棟機能と特定 入院料の間に一定の相関が認められた ことから、これらの病棟が有する機能 はそれぞれの病床機能と親和性が高い と考えられる。これを一般的な取り扱 いとしてはどうか。

●病棟票の活用に向けた検討 病棟票で報告される「入棟前や退棟 先別の入院患者の状況、退院後に在宅 医療を必要とする患者の状況、重症度、 医療・看護必要度を満たす患者の割合、 リハビリの状況」等と4機能の関係を分 析をしてはどうか。

●病棟コードの活用に向けた検討

16年度の報告からレセプトに病棟 コードが付記され、病棟単位の医療の 把握が可能となることから、これを活 用した具体的分析方法の検討を進めて はどうか。

2)病院の機能に着目した情報の活用に 向けた検討

病棟単位の分析と併せ、病院の機能 に着目し、次の項目について検討して はどうか。

- ●病院が有する機能に着目した分析 (検討の視点の例)
- ・ICUやHCU等の特定の機能を有して いるかどうか
- ・手術件数や救急車受入数等に一定以 上の実績を有しているかどうか
- ●病院・病棟の規模や構成割合に着目

病院における当該病棟の規模や構成割 合に着目した分析を行ってはどうか。

◆地域医療構想の実現に向けた取り組みについての留意事項案(要旨) -

2. 地域医療構想策定後の取り組みに ついて

(1)現状と課題

地域医療構想策定GLに構想策定後の 取組の手順の概要を示しているが、都 道府県からは、より具体的な方法や詳 しい考え方を示してほしいとの意見が 提示されている。

(2)調整会議での議論の進め方の例示

地域医療構想策定GLに示した策定後 の取り組みについて、補足として、以 下のような例を情報提供するので参考 にされたい。構想策定の過程において も、これらに準じた議論を進めること が重要となる。

●「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」

例えば、以下に挙げる医療提供体制 の現状、病床区分ごとの将来の医療需 要と必要病床数(病床の必要量)につい て、関係者で共通の認識を持つ。

- ①医療ニーズを推測する基礎データと なる将来の推計人口
- ②医療圏の現在の病床数・診療所の数 及びその位置
- ③医療従事者数の配置状況
- ④地域に不足する医療機能の把握
- ⑤病院間の診療実績の比較(DPCや病 床機能報告から病院毎の機能の評価や 比較が可能)
- ⑥疾患ごとのアクセス時間
- ⑦在宅医療と介護サービスとの提供体制
- ●「構想を実現する上の課題の抽出」

GLでは「現状を踏まえ、地域医療構 想を実現していく上での課題について 議論」することが求められている。例 えば、次の課題例について議論するこ とが必要と考えられる。

- ①診療科や主要な疾患に対する医療提 供体制の確保
- ②地域で複数の医療機関が同様の機能 を担い、近接している場合

- ③医療圏での救急搬送時間や疾患ごと の病院までのアクセス時間が長い場合
- ④医療従事者の確保
- ⑤地方自治体の取組体制や人材育成の

上記をはじめ、地域の実情は様々で あり、特定の病棟・病床の機能を無理 に特定の類型に当てはめるだけでは、 地域の実情に合わなくなる。数字だけ の議論にとどまらず、地域の課題を十 分に議論し、地域にとって最も適した 計画を策定することが望ましい。

●「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」

「認識の共有」と「課題の抽出」の議論 を踏まえ、さらに、次のような手順で、 丁寧に将来の在り方について議論する ことが必要である。

- ①各医療機関の病床機能の地域での位 置付けの把握
- ②各医療機関の役割分担の明確化

- ③在宅医療や介護サービスの利用度や 整備状況の共有
- ●「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」(略)
- 3. 次期医療計画の改定に係わる対応に おいて整理が必要と考えられる事項 第7次医療計画は、地域医療構想と整合

性を図ったものとすることが求められ る。第7次医療計画に当たっては、例 えば、次の事項について整理すること が必要と考えている。

- ●2次医療圏(5疾病5事業毎の医療圏の 設定、介護における圏域と二次医療圏 の考え方)
- ●地域包括ケアシステム構築に向けた 介護との連携
- ●5疾病5事業(対象となる疾病や事業、 各疾病・事業ごとの指標)
- ●基準病床数について(算定式を含む 基準病床数の考え方等)

■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
平成27年度 第18回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム (50名)	3月12日(土) 16:30~19:20 (全日病会議室)	 無 料 	テーマは「災害・イベント時における組織の リーダーシップのあり方について」です

一般社団法人 全日病厚生会の

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。

- 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

※ 入会申し込みは随時受け付けています。



採用活動 職員の

福利厚生サービス導入のメリット!!

定着率向上

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		
	11~ 100名	400円/名	200m /A	
	101~1,000名	390円/名	300円/名 (ガイドブック料金を除く)	
	1,001~	380円/名		

(一社)全日病厚生会 〒101-0064 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 03-5283-8066