

# 日医工MPI行政情報

<http://www.nichiiko.co.jp/stu-ge/>

## (ただいま議論中) 2014年度診療報酬改定は？ 医科

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）

菊地祐男（公社）日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217



Nikky

2014年度の診療報酬改定について、現在議論中の話題を集めました。  
MPI見解も記載していますが、まだ何も決定していないのでご注意ください！

資料No.20131020-330-1



株式会社日医工医業経営研究所

# 医科報酬財源

## 2014年度診療報酬改定の方向

社会保障政策の影響→社会保障制度改革国民会議報告書など

## 医科報酬財源の分配

2012年度4700億円→(医師等負担軽減1200億円、在宅等1500億円、医療技術等2000億円)

2012年度改定率	医療費ベース		備考
薬価改定率	▲1.26%	▲約5000億円	▲6.00%(薬価ベース) 通常改定、再算定(市場拡大、長期収載、等)
材料価改定率	▲0.12%	▲約500億円	
(薬価+材料)	▲1.375%	▲約5500億円	
診療報酬改定率	+1.38%	+約5500億円	<b>医科:歯科:調剤</b> <b>1 : 1.1 : 0.3</b> (1.55%:1.70%:0.46%) (4700:500:300)億円
	+1.379%		
全体改定率	+0.00%	±0?	医師等負担軽減 1,200億円 在宅医療充実等 1,500億円 医療技術評価等 2,000億円
	+0.004%	+約16億円	+約4億円(国庫負担)

全体でプラスの可能性?  
→2012年度並み(+0.00●%)

2014年度の分配のテーマは、  
「医療連携&病床再編」?  
診療所、中小病院へ重点配分か?  
(MPI)

# 診療報酬の決まり方（2012年度）



2011年春：中医協で2012年度診療報酬改定の議論が本格化

2011年11月下旬～12月上旬：中医協で2012年度診療報酬改定の方向性を提示 『～してはどうか？』

2012年1月18日：厚生労働大臣が中医協に「諮問」

2012年1月18日：中医協が「骨子」を提示 『改定する項目のみ』

2012年1月27日：中医協が「短冊」を提示 『〇〇点』

2012年2月10日：中医協が厚生労働大臣に「答申」 『点数確定』

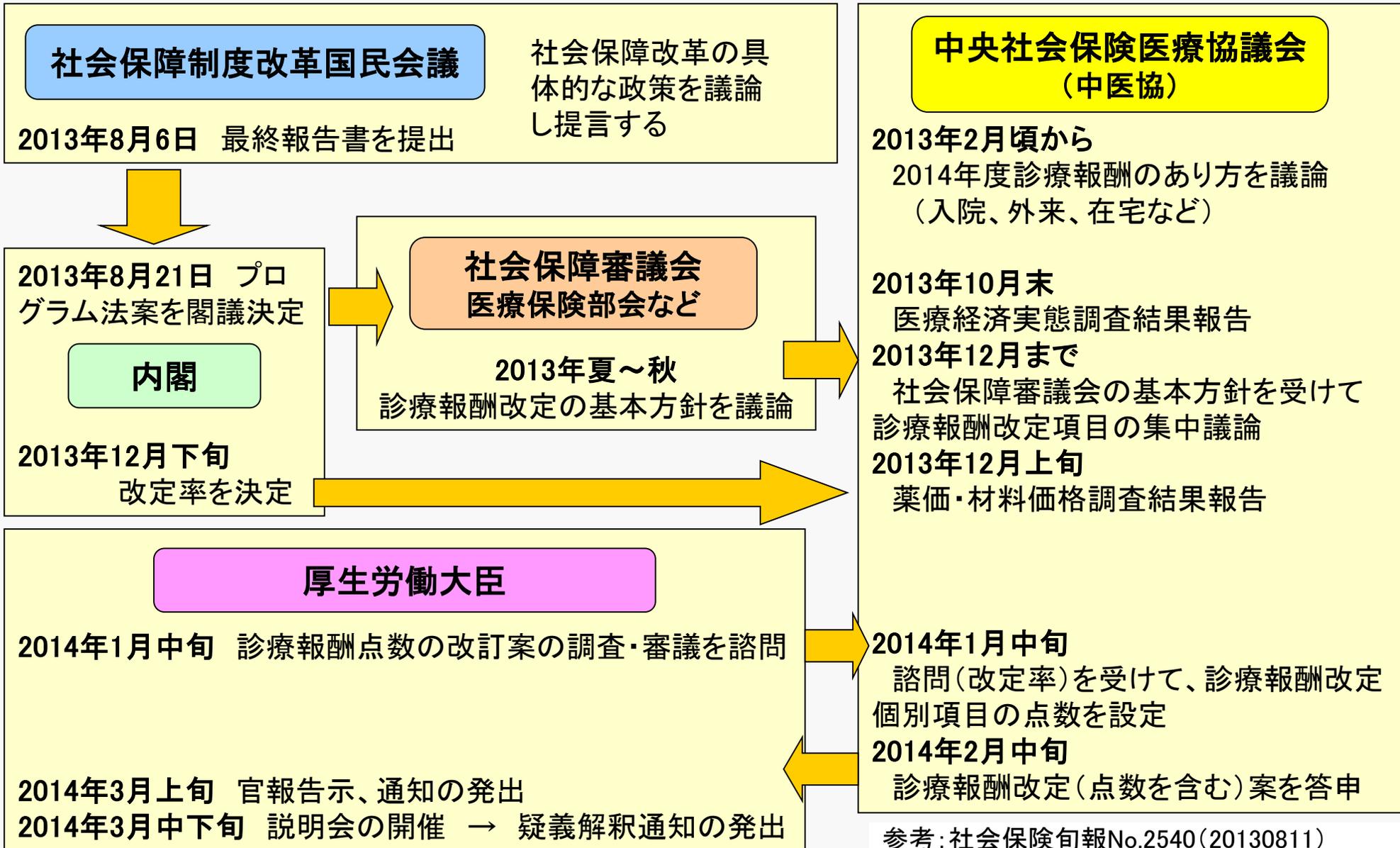
2012年3月5日：「官報告示」 『通知』

2012年3月中旬以降：厚労省等の説明会 『質問の収集』

2012年3月下旬以降：厚労省から疑義解釈「Q&A」(No.12は2013年3月21日付け)

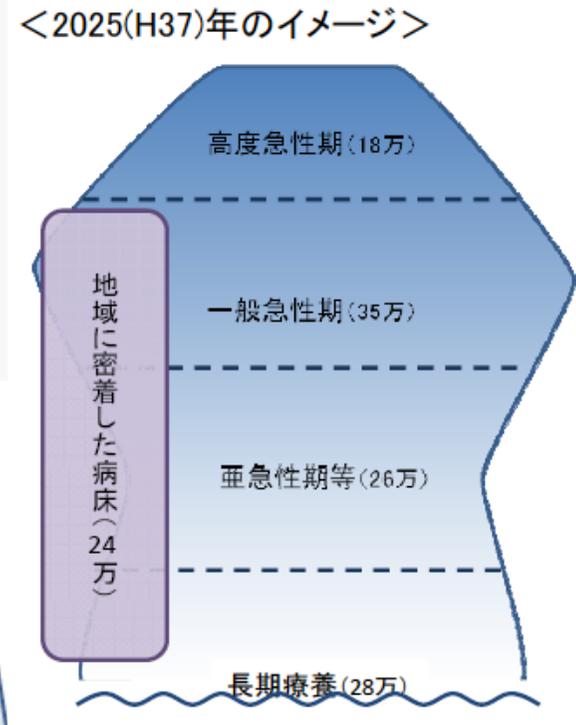
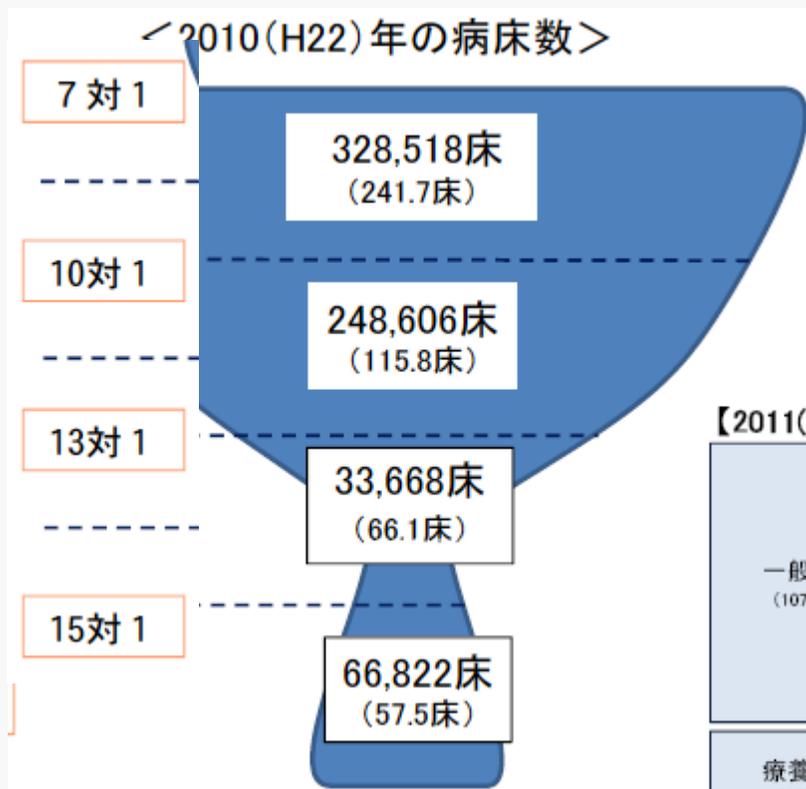
2012年5月10日：4月診療分のレセプト請求

# 2014年度診療報酬改定のスケジュール



参考: 社会保険旬報No.2540(20130811)

# 病床再編



【2011(H23)年】



【2025(H37)年】



＜病床機能報告制度＞

- 高度急性期
- 急性期
- 回復期
- 慢性期

参考：208回中医協総会配布資料より  
(2011年11月25日)

# 地域医療ビジョン

病床機能報告制度等で収集する情報を活用して都道府県が策定するビジョン

## <厚労省が求める3つをビジョン>

- ★入院・外来別患者数、疾患別患者数など2025年の医療需要
- ★2次医療圏(在宅医療・地域包括ケアについては市町村)ごとの医療機能別の必要量
- ★目指すべき医療提供体制を実現するための施策(医療機能の分化・連携を進めるための施設整備、医療従事者の確保や養成など)

### 病床機能報告制度

各病院の病床機能の現状と方向性を毎年病棟単位で都道府県に報告する制度。2014年秋から運用を開始し、都道府県は医療需要の将来推計と調整をしながら、2015年度からの地域医療ビジョン策定に反映させる。

### 病床機能の分類

「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」

# 高度急性期（7：1）

## 定義（機能・役割）

「複雑な病態をもつ急性期の患者に対し、高度な医療を提供すること」

### 定義に合った病棟とするための検討項目

→ 看護配置（ストラクチャー）評価から機能（プロセス・アウトカム）評価へ

- 平均在院日数の短縮
- 平均在院日数計算の対象から、短期滞在手術基本料（4泊5日）の対象患者を除外する【10:1も】
- 特定除外患者の見直し（平均在院日数計算対象外で出来高or対象で包括）【10:1も】
  - ・ 対象疾患の見直し（11項目）
- 看護必要度・重症度の見直し
  - ・ 急性期にふさわしい看護必要度とは？
  - ・ 項目の見直し？（「時間尿測定」「血圧測定」「褥瘡処置」「痰吸引」など）
- DPCデータ提出（DPC非参加病院）
- 回復期等への転院・転棟・転床を含めた在宅復帰率
  - ・ 高度急性期でも関節拘縮や褥瘡発生を予防し在宅復帰をサポート
  - ・ 退院支援の評価充実（退院調整、共同指導、ケアカンファレンス）
- 早期リハビリテーションの実施（体制評価、施設基準化）

2012年度の13:1、15:1と同様

慢性期病床に多い項目？

# (主な) 一般病棟 入院基本料

2012年度  
診療報酬改定

主な一般病棟 入院基本料	基本点数		平均在院日数		看護師 比率	看護必要度		初期加算	
	改定前	改定後	改定前	改定後		改定前	改定後	14日以内	30日
7対1入院基本料	1,555	1,566	19日以内	18日以内	70%以上	10%	15%	450	
10対1入院基本料	1,300	1,311	21日以内		70%以上	評価加算	要件化 10%以上	450	
13対1入院基本料	1,092	1,103	24日以内		70%以上	—	評価加算	450	
15対1入院基本料	934	945	60日以内		40%以上	規定なし	規定なし	450	
特別入院基本料	575		規定なし		規定なし	規定なし	規定なし	300	

## 特定除外制度の見直し

特定患者（病棟に90日を超えて入院し、別に定める疾患に該当しない患者）の対応

2012年度診療報酬改定【13:1、15:1】 → 2014年度診療報酬改定【7:1、10:1】？

(1) 療養病棟と同等の報酬  
体系(包括評価)とする。



(2) 出来高算定とするが、平  
均在院日数の計算対象とする。

「1割の患者が90日を超えて長期在院しても7  
対1は堅持できる」(50床の5床が90日以上で  
も、残り45床が15日以内なら18日以下は維持  
可能) (宇都宮医療課長)

# < 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 >

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置	なし	あり	—
2 血圧測定	0から4回	5回以上	—
3 時間尿測定	なし	あり	—
4 呼吸ケア	なし	あり	—
5 点滴ライン同時3本以上	なし	あり	—
6 心電図モニター	なし	あり	—
7 シリンジポンプの使用	なし	あり	—
8 輸血や血液製剤の使用	なし	あり	—
9 専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理)	なし	—	あり
			A得点

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
			B得点

本来の急性期病床入院患者を評価できる指標(項目)に見直しか?(MPI)

A得点 2点以上 & B得点 3点以上  
看護必要度の基準を満たす患者

## 亜急性期→回復期

### 定義(機能・役割)

- ①急性期病床からの患者の受入れ
- ②在宅等にいる患者の緊急時の受入れ
- ③在宅への復帰支援

#### 「回復期」と「亜急性期」

医療機能と診療報酬評価の整合性→順次統合へ(2014年度は別々か)

### 届け出施策(案)

- ・病床種別にかかわらず届出を認める(療養病床も可)
- ・病室単位から病棟単位へ(届け出数の拡大)

### 施設基準(案)

- ・人員配置基準、重症度・看護必要度、二次救急病院の指定及び在宅療養支援病院の届出、在宅復帰率、DPCデータ提出など

# 主治医機能（厚労省）・かかりつけ医（日本医師会）

## 主治医機能

- ①健康管理（検診勧奨・健康相談）
- ②在宅医療の提供・24時間対応
- ③介護保険制度との連携
- ④服薬管理

診療所や中小病院の医師が専門医療機関などと連携し、複数の慢性疾患を持つ患者を継続的・全人的に診療する「主治医機能」を次期改定で評価する（医療課長）

## 連携評価のイメージ

複数の慢性疾患を持つ患者に医師（主治医）が専門性を持った医療機関と連携しながら一元的に患者の管理を行う

- 後期高齢者診療料をイメージした点数（2008年度診療報酬改定で新設された包括点数）
  - ・患者と医師「1:1」の関係の評価
- 院内処方服薬管理
  - ・調剤薬局薬剤師との連携
  - ・多剤投与規制の撤廃を要求
- 大規模病院の外来抑制
  - ・初再診料の減額（紹介率、逆紹介率）→対象を全ての500床以上病院に拡大？
  - ・紹介状なし患者の初診時定額負担（1万円）、再診時定額負担（5千円）

2012年度  
診療報酬改定

# 病院の外来患者の抑制

初診・再診料		改定前	改定後	
初診料	診療所 病院		270点 (同一日2科目の場合:135点)	
	病院(500床以上)*		200点 (同一日2科目の場合:100点)	紹介状なし
再診料	診療所 病院(200床未満)		69点 (同一日2科目の場合:34点)	
	外来管理加算	診療所 病院(200床未満)	52点	
外来診療料	病院(200床以上)		70点 (同一日2科目の場合:34点)	
	200床以上病院 病院(500床以上)*		52点 (同一日2科目の場合:25点)	逆紹介拒否

\* : 紹介率が40%未満の特定機能病院及び、一般病床500床以上の地域医療支援病院(逆紹介率が30%以上の場合を除く)

紹介率要件をやめて、全500床以上病院が対象となる可能性？(MPI)

許可病床が500床以上の病院は449病院(2012年10月時点 医療課)

# 病棟薬剤業務実施加算

“業務”の評価から“配置”の評価へ(エビデンスに基づいて)

算定対象の拡大(日病薬の要望)

- ・精神科、療養病棟の4週制限の廃止
- ・障害者施設等の対象拡大

2013年6月時点の算定施設数  
1050施設(12.2%)  
(500床以上では2~3割)

## 手術

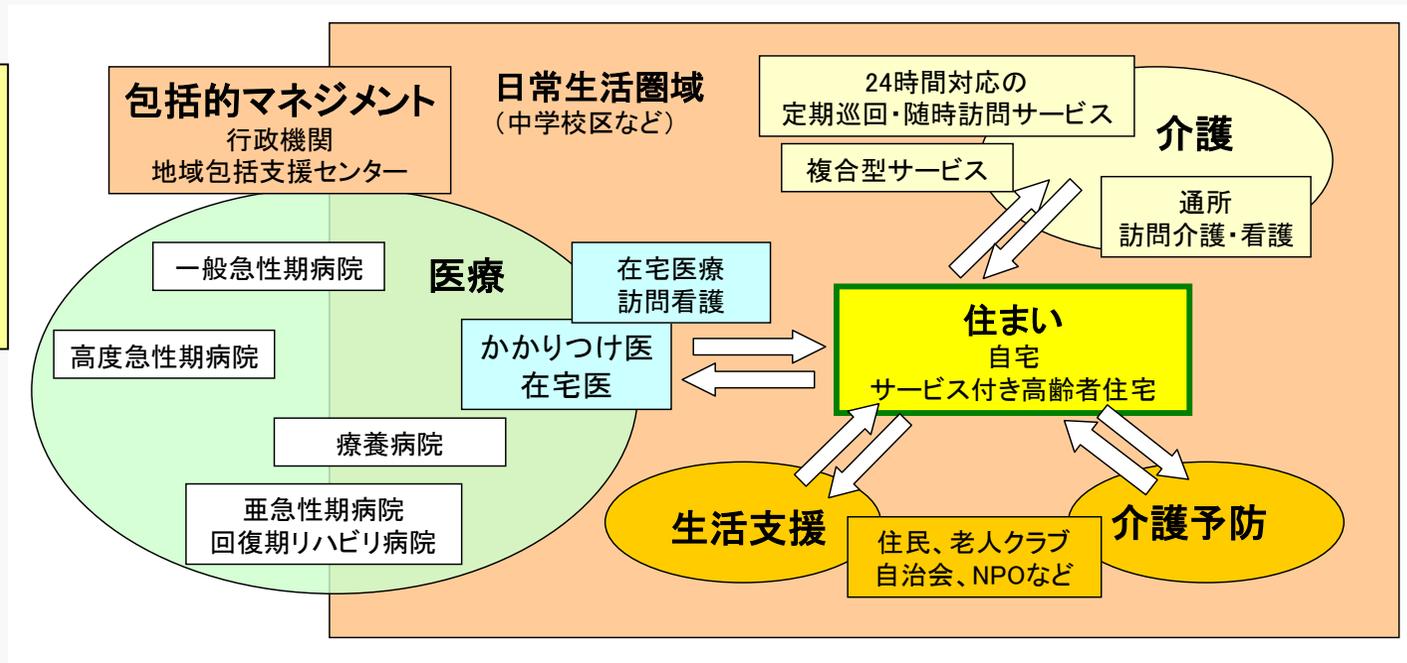
外保連の主な要望

- ・技術料と材料の分離評価
- ・同一手術野または同一病棟に同時に行う手術の診療報酬評価の見直し(2つ目の手技料は50%算定)
- ・麻酔試案の公認に向けた努力

# 地域包括ケアシステム

## 医療と介護の連携（診療報酬と介護報酬の連携）

「2025年に構築を目指す地域包括ケアでは、マネジメントできる人材として医療者の参加が必要」（地域包括ケア構築の診療報酬改定）（宇都宮医療課長）



### 在宅医療

→量の評価から質の評価へ（看取り、機能強化型）

### 訪問看護

→エビデンス（必要な報酬）に基づく引き上げ

### 有床診療所

→急性期病院の受け皿

→看取りの評価、緩和ケアの評価

→管理栄養士の配置要件を緩和

「不適切な在宅医療の対応」（高い倫理感が必要）（宇都宮医療課長）

認知症の早期発見、積極治療を診療報酬上の加算で評価？（MPI）

# DPC/PDPS

## データ提出指数→質の評価(減点)

- 支払いに関係のない副傷病名の記載がほとんどない
- 質が低くて分析できないデータをたくさん提出する

## 効率性指数→出来高算定の後発医薬品の評価

- 退院時処方や手術中に用いる薬剤等

## 基礎係数Ⅲ群の細分化はしない(Ⅲ群:1326病院)

## 基礎係数Ⅱ群の要件見直し(Ⅱ群:90病院)

医師研修実施→基幹型のみを評価(協力型は外す)→現時点で1病院が該当(Ⅱ群から外れる)

# 後発医薬品

## 社会保障・税の一体改革大綱(2012年2月17日)

### 第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

#### 3. 医療・介護等②

##### (9) 後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等

○後発医薬品推進のロードマップを作成し、診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者の信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。またイノベーションの観点にも配慮しつつ、後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。

○医薬品の患者負担の見直しについては、「社会保障・税一体改革成案」に「医薬品に対する患者負担を、市販医薬品の価格水準も考慮して見直す」とあることを踏まえ、検討する。

長期収載品の薬価を引き下げる？

湿布剤、ビタミン剤などの保険負担率の見直し？

### 処方医への評価(後発品使用促進)

2012年度は「一般名処方加算」

2014年度は??

長期収載品や市販医薬品を考慮し牽制しながら、後発医薬品の使用促進策は続けられる。(MPI)

### DPC/PDPS

出来高算定の薬剤(退院時処方や手術中に用いる薬剤など)の後発医薬品の使用を評価の方向

## まとめ（日医IMPI）

### 国が進めたい方向

「病院完結型」→「地域完結型」（地域包括ケアシステム）

- ・在宅医療支援の評価
- ・介護サービスへの関わり（急性期も）の評価

### 地域のニーズに合っているか？

点数が高いから「7:1」を選択→今はまだやっていける、でも・・・

### 自治体の意向に沿っているか？

病床機能、医療連携、在宅支援など

### 転換・再編の推進（地域医療ビジョン）

基金・補助金→補助金の条件は？

患者と地域の支持

『制度を見ずに患者をみる』