

日医工MPS行政情報

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

「2012年同時改定を予測する」 診療報酬改定 & 介護報酬改定

資料作成：日医工株式会社営業情報部（MPS事務局）
（認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男）



資料No.230427-223



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

はじめに

お金をどうする → 消費税、保険料(介護)

人をどうする → 資格者、外国人、医療計画

施設をどうする → 役割分担、再編成

設備をどうする → 役割分担、集約

法律をどうする → 医療法改正、介護保険法改正など

日医IMPSSとして2012年度の診療報酬改定と介護報酬改定を予測しました。
既に法案が提出されているもの(実施の可能性大)から、2012年度以降に実施が検討されるものまでを一緒に記載していますが、あくまでも予測であり実施が確定したものではありませんので、ご注意ください。

医療法改正

医療連携強化→病院間、病床間、スタッフ間

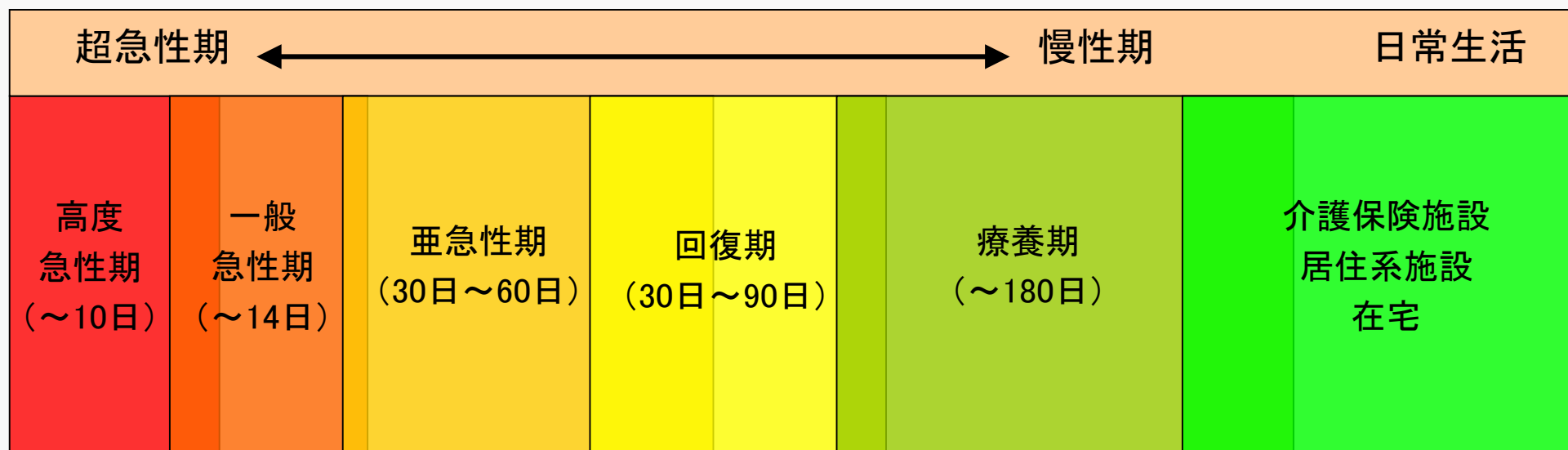
4疾病5事業の見直し→5疾病6事業

がん、糖尿病、心筋梗塞、脳卒中+(精神疾患、..)

救急、小児、周産期、災害、へき地+(在宅、..)

病床区分再構築

一般病床(13:1、15:1)の再編・定義化→役割分担



地域医療計画

2013年度から2期目(1期5年)→選ばれる医療機関(選ばれない・・・)

4疾病5事業にリストアップされる病院の厳格化

役割分担と連携の強化→医療提供体制のさらなる整備

医療計画の数値目標→アウトカム指標の追加

死亡率、検診率+(在宅復帰率、総治療期間、4疾病5事業の実績・・・)

DPCデータの活用

地域医療計画の策定と評価にDPCデータを利用する

(DPC患者を郵便番号でデータ化→地域患者管理の細分化→地域必要病床数)

医師不足・医師偏在対策

まず、データ公表→見える化

(床あたり医師数、必要医師数、充足度、求人医師数)

次に、医療圏内の基準医師数の設定→将来的対策

医師の流入の抑止(ただし法律問題=職業選択の自由)

病院（急性期病院など）

医療資源は、より高度医療を担う病院に多く配分？

DPC/PDPS

基礎係数と機能評価係数Ⅰと機能評価係数Ⅱ

（基礎係数→大学病院本院と、地域医療支援病院やケアミックス病院など）

一般病棟入院基本料→急性期病院を支える病床として再編（後方支援病院）

13:1→亜急性期として（90日超え入院料の見直し＝完全マルメ）

15:1→療養病床へのシフト（90日超患者は療養病床と同額のマルメ評価）

→介護施設へ誘導（同時改定）

リハビリテーション

1日上限6単位超えを評価→回復期リハビリの充実加算は40点（一人一日）

毎日実施加算（365日実施を評価）→回復期リハビリの休日加算は60点（〃）

重症度・看護必要度

「7:1＝15%以上」「10:1＝10%以上」→基準の引き上げ（役割分担・機能分化）

専門職の評価

チーム医療推進（新たなチーム評価、特定看護師）

医療クラークのさらなる導入促進

特定入院料

HCU(ハイケアユニット)・SCU(脳卒中ケアユニット)

充実のための評価見直し(役割分担)

亜急性期入院医療管理料

アウトカム評価(人工呼吸器離脱、経口摂取評価など)

リハビリ毎日実施評価

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院時の重症者割合、退院時の日常生活機能評価→アウトカム評価で見直し

在宅復帰率を入院料2に追加

リハビリ毎日未実施減算

精神科急性期治療病棟・精神療養病棟入院料

ALOS要件(40日以上、80日以上)の見直し、GAF尺度判定(40以下)の厳格化

看護師、精神保健福祉士の判定研修受講の要件化

認知症治療病棟入院料

研修受講要件化(認知症介護実践研修、リーダー研修)

療養病棟

医療区分の見直し

医療区分2、3に合致しないものは医療区分1になる→療養病床の整備

↳医療区分2、3の精緻化(学会等のエビデンス)

180日超入院の保険外併用療養費(入院基本料15%減)の療養病床への適用

介護施設への患者シフト(同時改定)

慢性期救急→在宅支援、急性期病床支援(役割分担)

「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の引き上げ、条件緩和(算定日数等)

空きベッドの評価

療養病床の開放型病院共同指導料の新設

一般病床(13:1、15:1)の療養病床化

施設基準(廊下幅など)で療養病床に移行できない一般病床

↳条件の細分化して移行促進(スタッフ数、面積、日数の組み合わせなど)

在宅療養支援病院（在宅療養支援診療所）

在宅療養支援診療所

看取り件数実績の評価

（2010年度：看取り件数1件以上＝5,833施設／12,487施設）

在宅医療充実→加算・減算の多用

医療連携→役割分担 後方支援（入院・24時間対応）の充実サポート

在宅療養支援病院

在宅患者のための空きベッド確保を点数評価→後方支援（共存共栄、住み分け）

24時間往診体制確保（2タイプ化）

- ・当直医以外の往診担当医を確保（現行）

- ・地域の医療機関との輪番制で24時間対応（新設、点数ダウン）

慢性期開放型病床（点数化）

在宅療養支援病院
を届け出る理由

地域の状況（在宅療養支援病院が
必要とされている）

在宅に注力（病院の経営戦
略として在宅へ進出する）

診療所（在宅療養支援診療所など）との連携
（すでに連携実績があり体制を強化）

がん患者在宅ホスピスなどの
ニーズ（病院機能が必要な在宅
医療）

現在の

資格者要件・研修要件①

(2010年4月改定)

チーム医療 (資格者配置要件・研修要件)	医師	看護師	薬剤師	社会福祉士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技士	精神保健福祉士	臨床心理士	臨床工学技士	歯科医師	歯科衛生士	ケアマネ
一般病棟看護必要度評価加算	研修要件:看護師(重症度・看護必要度の評価に係る所定の研修を修了した者が行う院内研修)														
急性期看護補助体制加算	研修要件:看護師(重症度・看護必要度の評価に係る所定の研修を修了した者が行う院内研修) 研修要件:看護補助者(急性期看護における適切な看護補助のありかに関する院内研修)														
緩和ケア診療加算 緩和ケア病棟入院料 がん性疼痛緩和指導管理料	研修要件:医師(緩和ケア研修会、もしくは、緩和ケアの基本教育の為の都道府県指導者研修会)														
重度アルコール依存症入院医療管理加算	研修	研修				○				○	○				
	配置要件:各1名以上、研修要件:アルコール依存症にかかる適切な研修														
摂食障害入院医療管理加算	経験	△						○		△	○				
	配置要件:各1名以上(△者は配置が望ましい)														
栄養サポートチーム加算	◎	○	○	△	△	△	△	○	△				△	△	
	配置要件:◎者と○者で構成される専任のチーム、うち1名は専従、△者は配置が望ましい 研修要件:◎者(医師)(栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上の研修) 研修要件:○者(40時間以上の研修で、修了証が交付されるもの。栄養管理のための専門的な知識・技術)														
	経験	研修			5年										
呼吸ケアチーム加算	配置要件:各1名以上 専任者によるチーム構成 研修要件:看護師(呼吸ケアに係る適切な研修=6月以上の研修期間)														
医療安全対策加算1		研修	研修												
	配置要件:医療安全管理者1名(専従の看護師又は薬剤師) [医療安全対策加算2は看護師が専任で可] 研修要件:医療安全に係る適切な研修(40時間以上又は5日程度)														
感染防止対策加算 (医療安全対策加算1算定が要件)	3年	研修・5年	3年							3年					
	専任者による感染防止対策チームを組織、医師・看護師のうち1名は専従 研修要件(看護師):感染管理に係る適切な研修(6月以上の研修期間)														
慢性期病棟等退院調整加算1		経験		○											
急性期病棟等退院調整加算1	配置要件:看護師及び社会福祉士(どちらか1名が専従)														
慢性期病棟等退院調整加算2		△		△											
急性期病棟等退院調整加算2	配置要件:看護師(専従)又は社会福祉士(専従)														

現在の

資格者要件・研修要件②

(2010年4月改定)

チーム医療 (資格者配置要件・研修要件)	医師	看護師	薬剤師	社会福祉士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	管理栄養士	臨床検査技士	精神保健福祉士	臨床心理士	臨床工学技士	歯科医師	歯科衛生士	ケアマネ
新生児特定集中治療室退院調整加算		△		△											
配置要件:看護師(専従)又は社会福祉士(専従)															
認知症治療病棟入院料退院調整加算										○	○				
配置要件:精神保健福祉士(専従)及び臨床心理士(専従)															
認知療法・認知行動療法	研修要件:医師(認知療法・認知行動療法に関する研修)														
がん患者カウンセリング料	研修	研修・5年													
	研修要件:医師(緩和ケア研修会、もしくは、緩和ケアの基本教育の為の都道府県指導者研修会) 研修要件:看護師(がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修)														
がん患者リハビリテーション	研修				△	△	△								
	配置要件:医師(専任、研修要件あり)、及び△者2名(専従)以上 研修要件:がん患者リハビリテーションに関する適切な研修														
介護支援連携指導料	○	指示	指示	指示	指示	指示	指示								○
	医師または、医師の指示を受けた看護師、薬剤師、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士														
医療機器安全管理料1												○			
	配置要件:臨床工学技士														
透析液水質確保加算	△											△			
	配置要件:透析液安全管理者1名(専任の医師又は専任の臨床工学技士)														

現在の

評価基準

(2010年4月改定)

項目	評価基準		
急性期看護補助体制加算	一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(A得点2点以上、B得点3点以上)を満たす患者		
	15%以上(7:1看護)、10%以上(10:1看護)、		
特定集中治療室管理料	重症度・看護必要度のモニタリング及び処置	又は	患者の状態
	(A得点3点以上)		(B得点3点以上)
ハイケアユニット入院医療管理料	重症度・看護必要度のモニタリング及び処置	又は	患者の状態
	(A得点3点以上)		(B得点7点以上)
精神10:1入院基本料	入院時GAFスコア		
	30以下が5割以上		
精神13:1入院基本料	入院時GAFスコア	又は	身体合併症の患者
	30以下が5割以上		4割以上
超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算	超重症児(者)	又は	準超重症児(者)
	判定スコア合計25点以上		判定スコア合計10点以上25点未満
精神療養病棟入院料重症者加算	算定日GAFスコア		
	40以下		
強度行動障害入院医療管理加算	強度行動障害スコア	及び	医療度判定スコア
	10以上		24以上

調剤報酬

調剤基本料(40点&24点)

40点は引き下げ→引き下げたの同一点数は無いとしても2点程度は引き下げるか？(引き下げた財源はジェネリック使用促進へ)

後発医薬品調剤体制加算

20%・25%・30%の3段階→30%以上を評価(点数引き上げ?)

在宅関連点数(同時改定による在宅重視)

在宅チーム医療への関わり、病棟活動と同様の行動を評価

処方せんに基づかない調剤報酬

「外来服薬支援料(2008年度)」のような薬剤師の裁量で算定→在宅関連か

処方せん様式の再々変更

後発医薬品変更不可欄の取り扱い

ジェネリックシェア30%の達成期限は、2012年度改定から1年後の2013年3月(2012年度末)。
強力なジェネリック使用促進策の実施が見込まれる。

介護保険法改正

「地域包括ケアシステムの実現」 & 「持続可能な介護保険制度の構築」

ネットワークの必要性・重要性

地域連携が必須(どれだけの施設と連携し、多様なサービスを揃えられるか)

努力する施設の評価

要介護度改善のインセンティブ(要介護度が悪くなる方が収入は上がる矛盾の改善)

保険者機能の強化→許認可、給付額、指導監督(都道府県)

└居宅サービスの総量規制→許認可指定の拒否や条件付けを可能に(自由参入に制限)

中重度者向け在宅サービス→地域包括ケアシステム

高齢者の住まいの整備→高齢者住まい法「サービス付き高齢者住宅」

介護保険料の抑制→財政安定化基金

訪問介護の位置付け(地域包括ケアシステム導入後)

軽度者の生活支援→中重度者の身体介護(生活支援は介護保険外へ)

24時間対応の定期巡回・随時訪問 (1日複数回の定期訪問と緊急時等の随時訪問)

「地域包括ケアシステム」

日常生活圏域(徒歩30分内=中学校区など、全国で約1万カ所)で、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制

「地域包括支援センター」と「小規模多機能型居宅介護」の発展形

事業者のエリア独占→公募と選考、情報公表制度、更新5年

↳下請制度(大手業者が夜間を担当、中小業者(地域)が昼間を担当)

看護職員の配置、訪問看護ステーションとの連携→医療と介護の一体的提供
包括定額方式を基本とする(一定範囲内)

持続可能な介護制度→事業者の収益
最初は赤字覚悟で参入か
(利用者45人でギリギリ)

医療と介護の一体的提供

「複合型サービス」(小規模多機能型居宅介護＋訪問看護)

訪問看護事業所の施設基準を緩和

↳ 看護師2.5人→(看護師＋介護職員＝2.5人など)

社会福祉士及び介護福祉士法の改正

介護職員(介護福祉士、研修終了したヘルパー)による医療ケア実施

↳ 痰の吸引、経管栄養

訪問リハビリ事業所(2012年度からの実施は?)

通所リハビリと通所介護の区別

リハビリ機能(評価)と、お預かり機能(見直し)

高齢者の住まい

「サービス付き高齢者住宅」 高齢者の住居を整備

「サービス付き高齢者住宅」(高齢者住まい法 2012年度)

高専賃、高円賃、高優賃を廃止して(経過措置2~5年)一本化

面積要件、バリアフリー、安否確認・生活相談(日中のスタッフ常駐)

家賃等料金の透明化

有料老人ホーム(グループホーム)→入居費用に規制

・入居費用の対象範囲を限定

→権利金・建設協力金は禁止

・一時金(前払い金)は入居後

90日までに解約等の場合

→返還(実際に行ったサービスは除く)

	有料老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅
法律	老人福祉法	高齢者すまい法 (高齢者の居住安定確保に関する法律)
管轄	厚生労働省	厚生労働省 & 国土交通省
管理	都道府県に届け出	都道府県(一部市)に登録
契約	利用権方式が主体	主に賃貸借契約
居室面積	13㎡以上	25㎡以上 (条件により18㎡以上)

介護施設

介護療養型医療施設(廃止期限:2012年3月末を2018年3月末まで6年延長)

経済誘導による老健等への転換促進(報酬引き下げ)

老健への転換促進(延長3年では短すぎる・・・だから6年延長)

↳ 2018年度は介護報酬と診療報酬の同時改定年

介護老人保健施設

在宅復帰支援機能(リハビリ機能の重視)

↳在宅復帰率(高→引き上げ=存続、低→引き下げ=転換促進)

介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)→厳しい改定

社会医療法人による運営→一般医療法人への拡大の可能性

社会医療法人は136法人(2011年4月)→既存施設との競合の影響は少

医療提供サービスの充実(地域医療機関との連携、医師配置要件強化)

施設受け入れ先として最後のセーフティネット(低所得者、重度者)

軽度者は在宅シフト(引下げ)、自治体の支援縮小(財政難)