

日医工MPI行政情報

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

2012年度診療報酬改定動向 「入院医療」

第208回 中医協総会（2011年11月25日）

株式会社日医工医業経営研究所（日医工MPI）

資料作成：菊地祐男（日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4217）



nikky

資料No.231128-243



株式会社日医工医業経営研究所

医療提供体制 検討項目とスケジュール

208回総会(2011年11月25日)で審議

第1回 入院医療(11月25日)

高度急性期・一般急性期、亜急性期等、長期療養、有床診療所、地域特性

第2回 外来医療

特定機能病院等での専門特化外来等

第3回 医療連携

退院調整、後方病床連携、在宅-入院連携等

第4回 院内体制

勤務医負担軽減、チーム医療、院内感染対策、リハビリテーション等

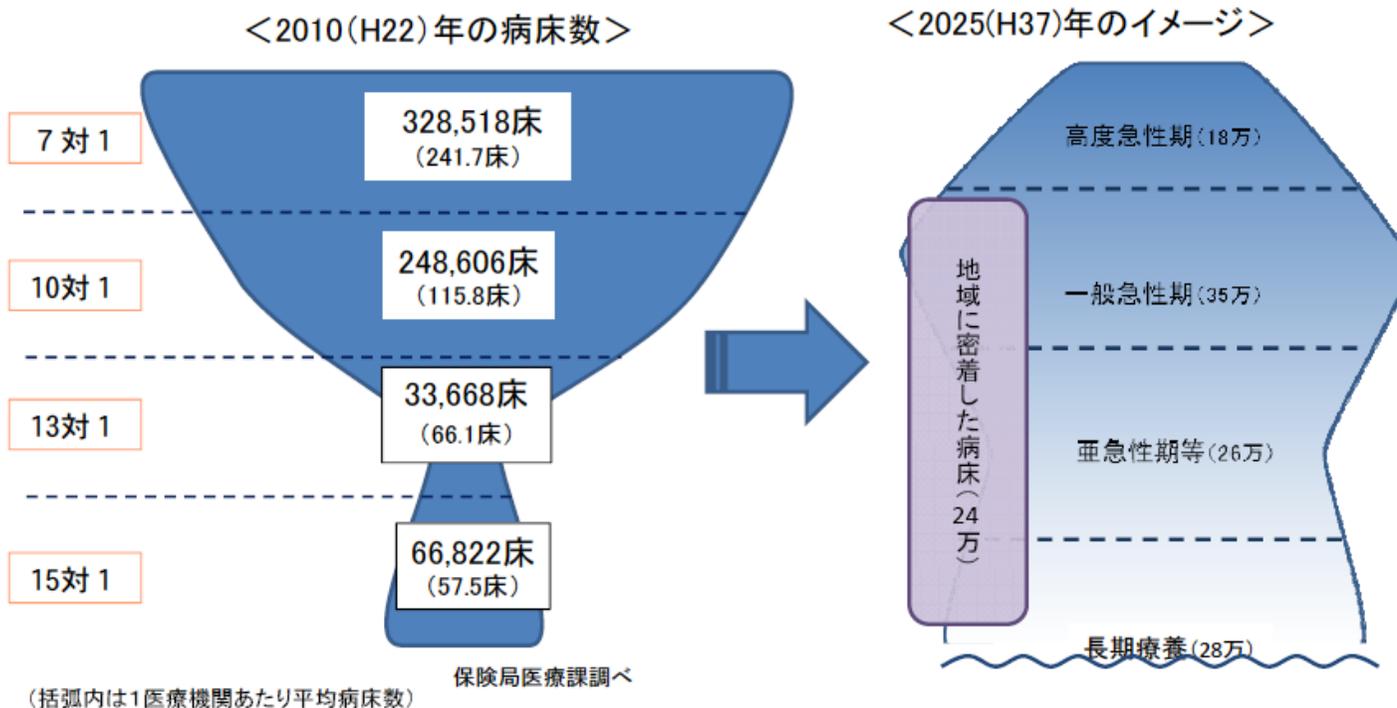
今後の審議予定

高度急性期・一般急性期について

7対1が最も多い現状 → 2025年の姿へ
(これから7対1は選別されていくのか?)

現在の一般病棟入院基本料の病床数

【一般病棟入院基本料】



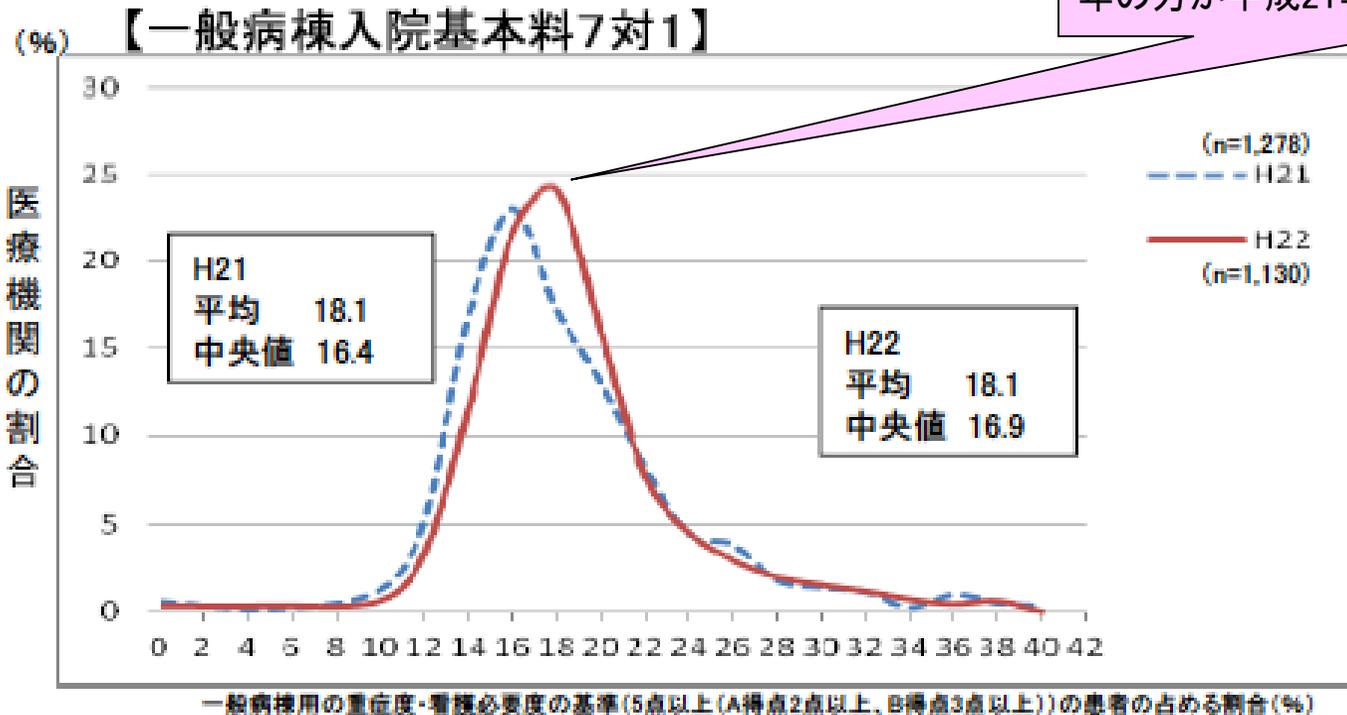
○ 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準の患者の占める割合の比較

[5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上)]

重症度・看護必要度の高い患者の割合が平成22年の方が平成21年に比べて高くなっている



7対1の算定要件である「看護必要度が高い患者が1割以上」を少し厳しくしてはどうか(厚労省)

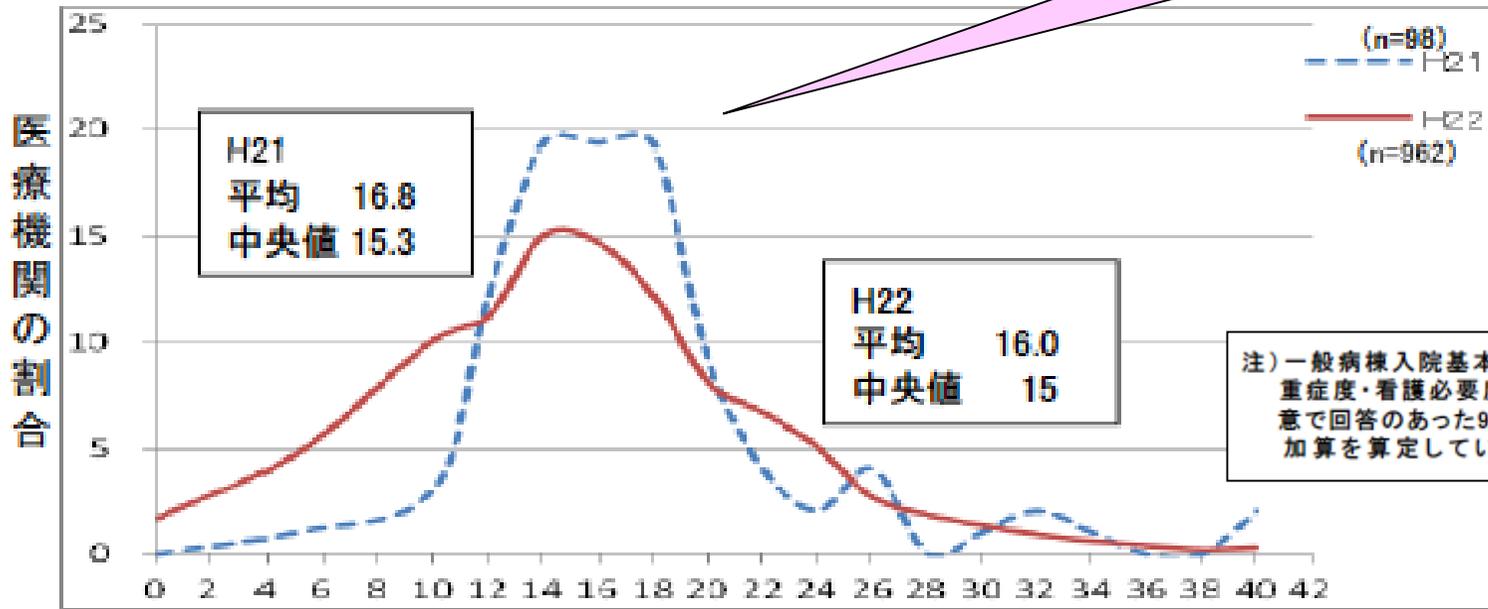
208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準の患者の占める割合の比較

[5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上)]

重症度・看護必要度の高い患者の割合が、概ね10%以上となっている

(%) 【一般病棟入院基本料10対1】



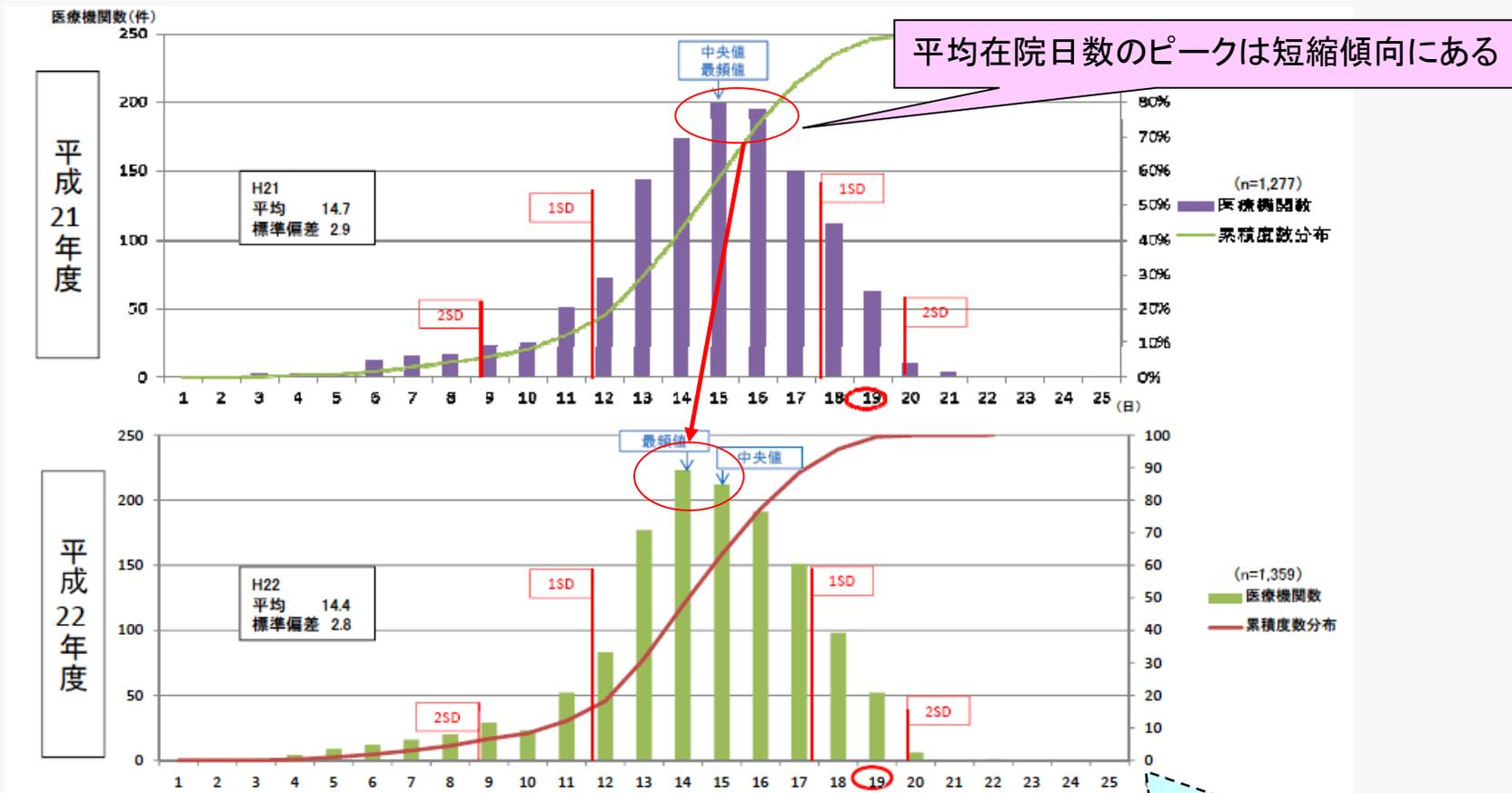
注) 一般病棟入院基本料10対1は、H21は一般病棟用の重症度・看護必要度を測定している医療機関のうち任意で回答のあった98、H22は一般病棟看護必要度評価加算を算定している医療機関962の回答より作成

一般病棟用の重症度・看護必要度の基準(5点以上(A得点2点以上、B得点3点以上))の患者の占める割合(%)

10対1の「看護必要度」
現在は“加算”で評価、これを要件化し加算と組み合わせるとはどうか(厚労省)

208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

一般病棟7対1入院基本料届出医療機関 平成21年と平成22年の平均在院日数の比較

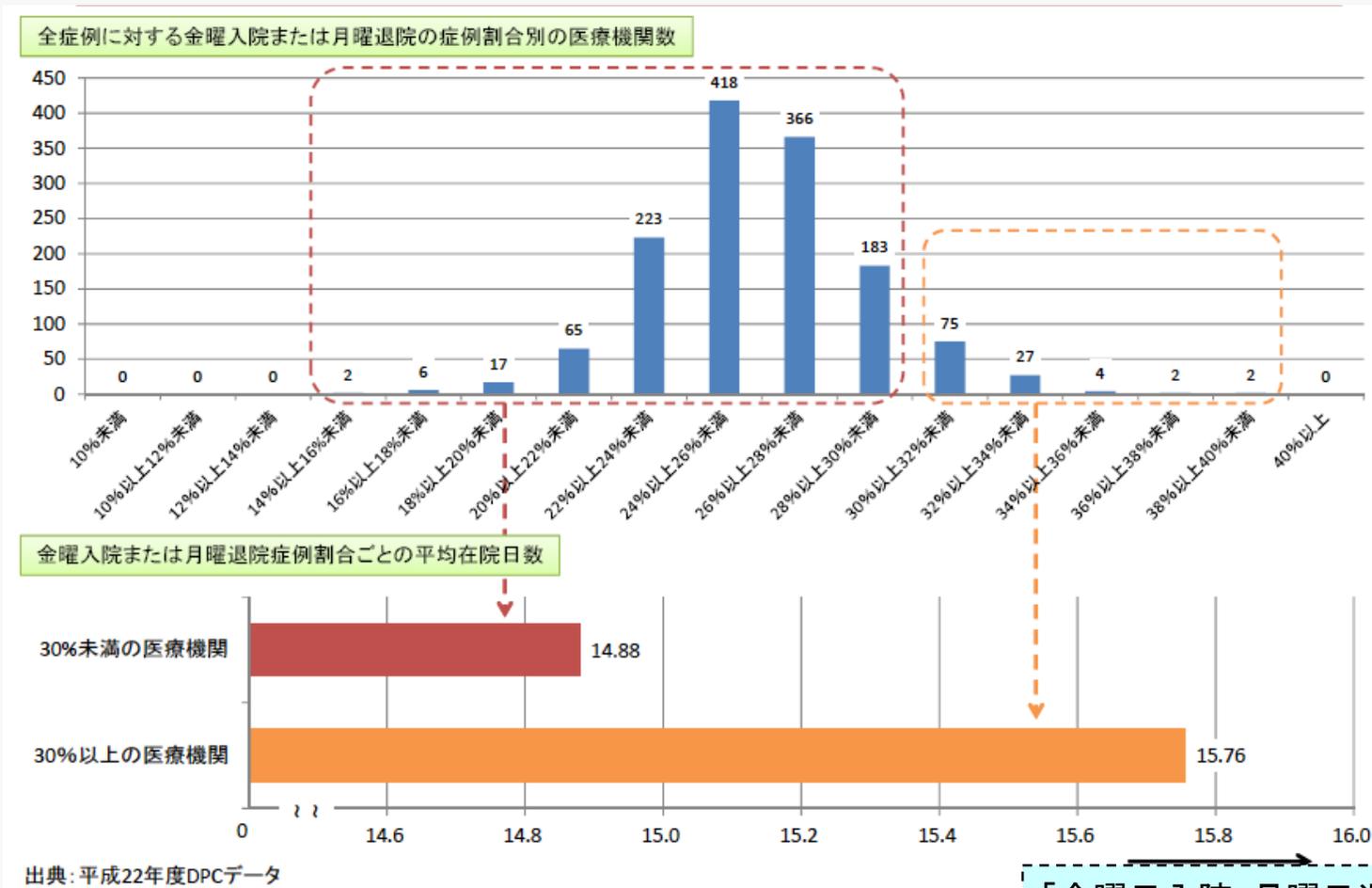


208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

7対1の「平均在院日数算定要件19日以内」を18日以内にしてはどうか(厚労省)

入院日及び退院日の曜日について

金曜入院または月曜退院症例割合ごとの平均在院日数

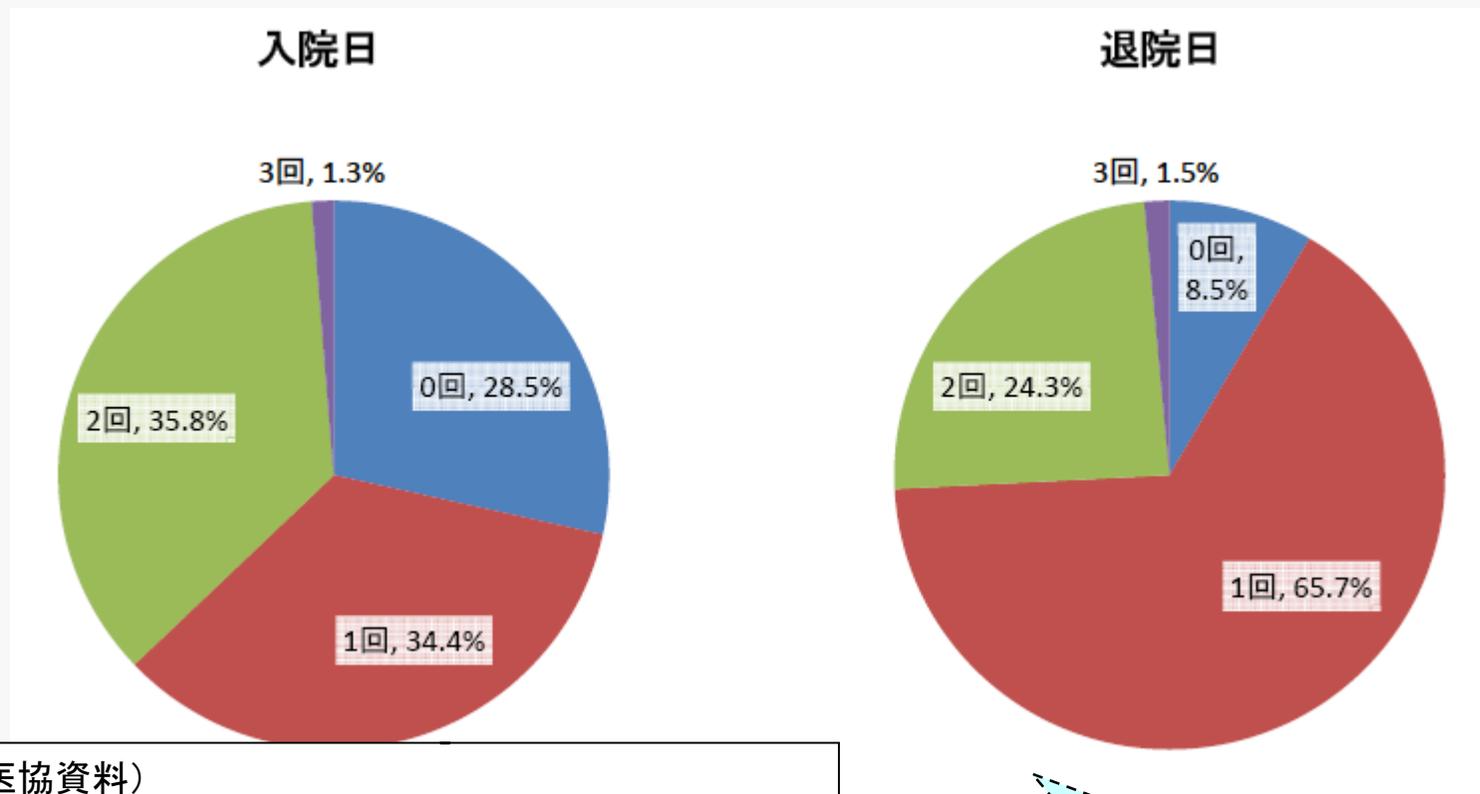


208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

「金曜日入院・月曜日退院」で平均在院日数が比較的長くなっている状況をどうするか？(厚労省)

入院日、退院日の評価について

入院日、退院日の食事回数



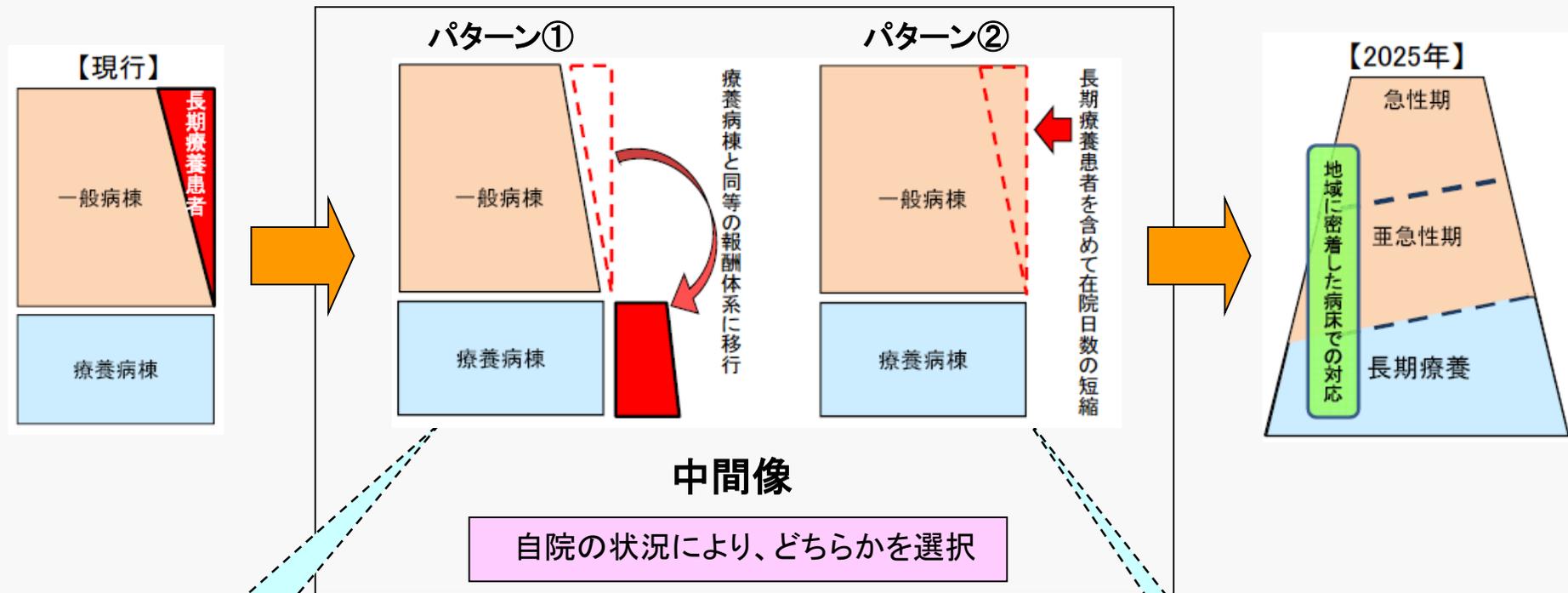
(中医協資料)

- ・入院日の食事回数については、0～2回がほぼ等しく分布している。
- ・他方、退院日の食事回数については0～1回(昼食前退院)が3/4を占める。

208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

退院日には3/4の患者が午前中(昼食まで)で退院しているとみられる。短い時間の入院に一定の対応をとってはどうか?(厚労省)

一般病棟の長期入院について



パターン①

長期入院患者が比較的多い一般病棟(13対1・15対1)で、90日を超える入院患者については、療養病棟入院基本料と同じ報酬体系(医療区分とADL区分を用いた包括評価)としてはどうか → 将来は療養病床に (厚労省)

パターン②

長期入院患者が比較的少ない一般病棟(13対1・15対1)で、90日を超える入院患者については、出来高評価を継続するが、平均在院日数の算定ベースに加えてはどうか → 将来は亜急性期に (厚労省)

208回中医協総会配布資料より
(2011年11月25日)

亜急性期病床と回復期リハビリテーション病棟の相違点

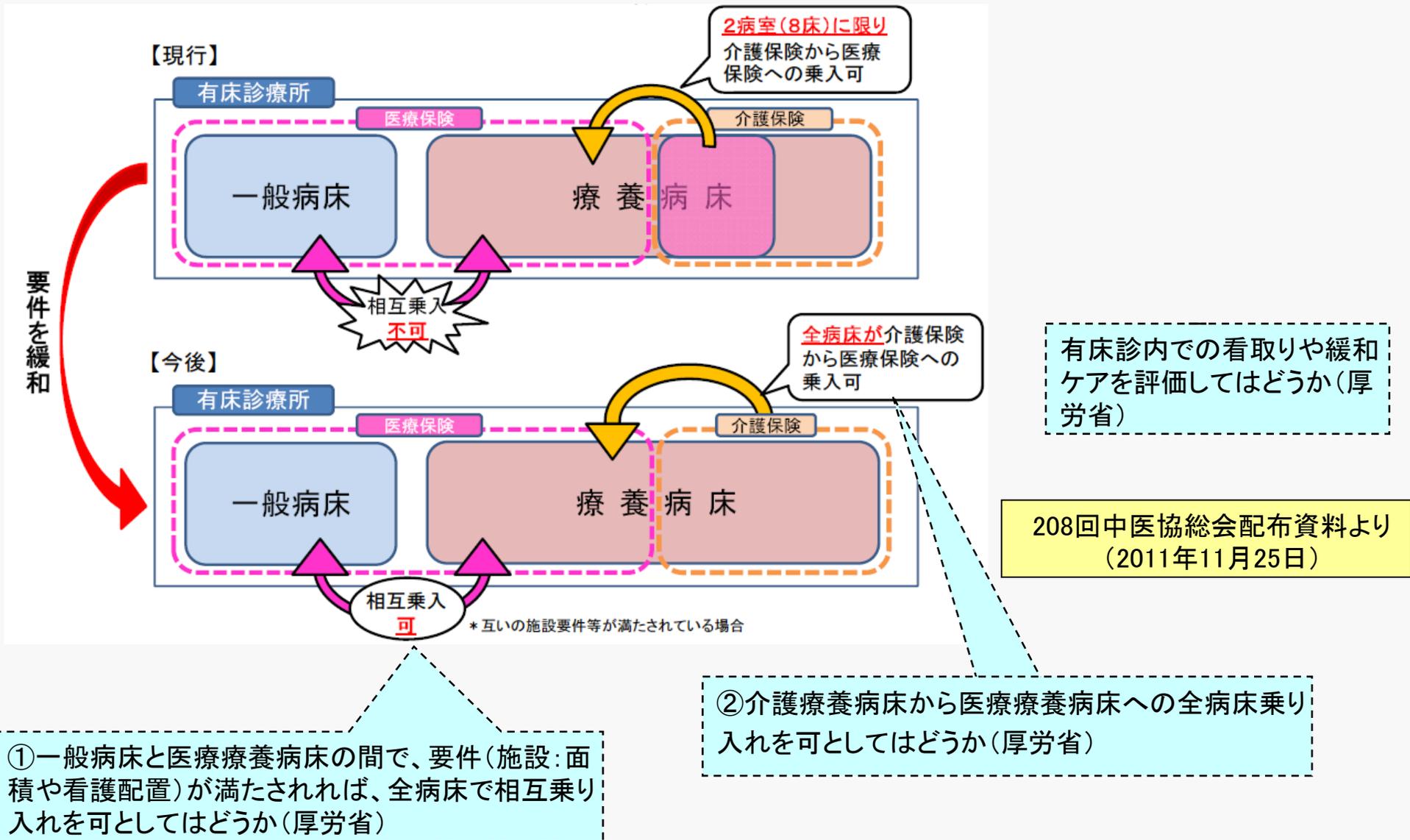
	亜急性期入院医療管理料 ¹	回復期リハビリテーション病棟入院料 ¹
入室・入棟前の居場所	急性期からの受入が77.4% うち、自院からの入室は97.5%	急性期からの受入が71.6% うち、自院からの入棟は37.3%
主病名	筋骨格系疾患が最多	脳神経系疾患が最多で筋骨格系疾患が2位
入室・入棟時の平均日常生活機能評価	5.0点	6.4点
合併症患者の割合	25.2%	41.2%
リハビリテーション実施状況	入室後1週間 平均13.8単位 退室前1週間 平均14.4単位	入棟後1週間 平均34.4単位 退棟前1週間 平均35.6単位
日常生活機能評価の平均改善点数	2.6点	3.6点
平均在室・在棟日数	38.5日	76.4日
退院支援に関わる人員配置	2.6人	5.0人
在宅復帰率	89.8%	83.8%

208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

「病棟(回復期リハ)と病室(亜急性期)の違いを考慮しつつ、一体化を見据えた、包括範囲や点数設定が可能ではないか」(厚労省)

社会保障と税の一体改革(2025年の姿)では、亜急性期病床と回復期リハビリテーション病棟は区別されていない

今後の有床診における診療報酬・介護報酬のイメージ

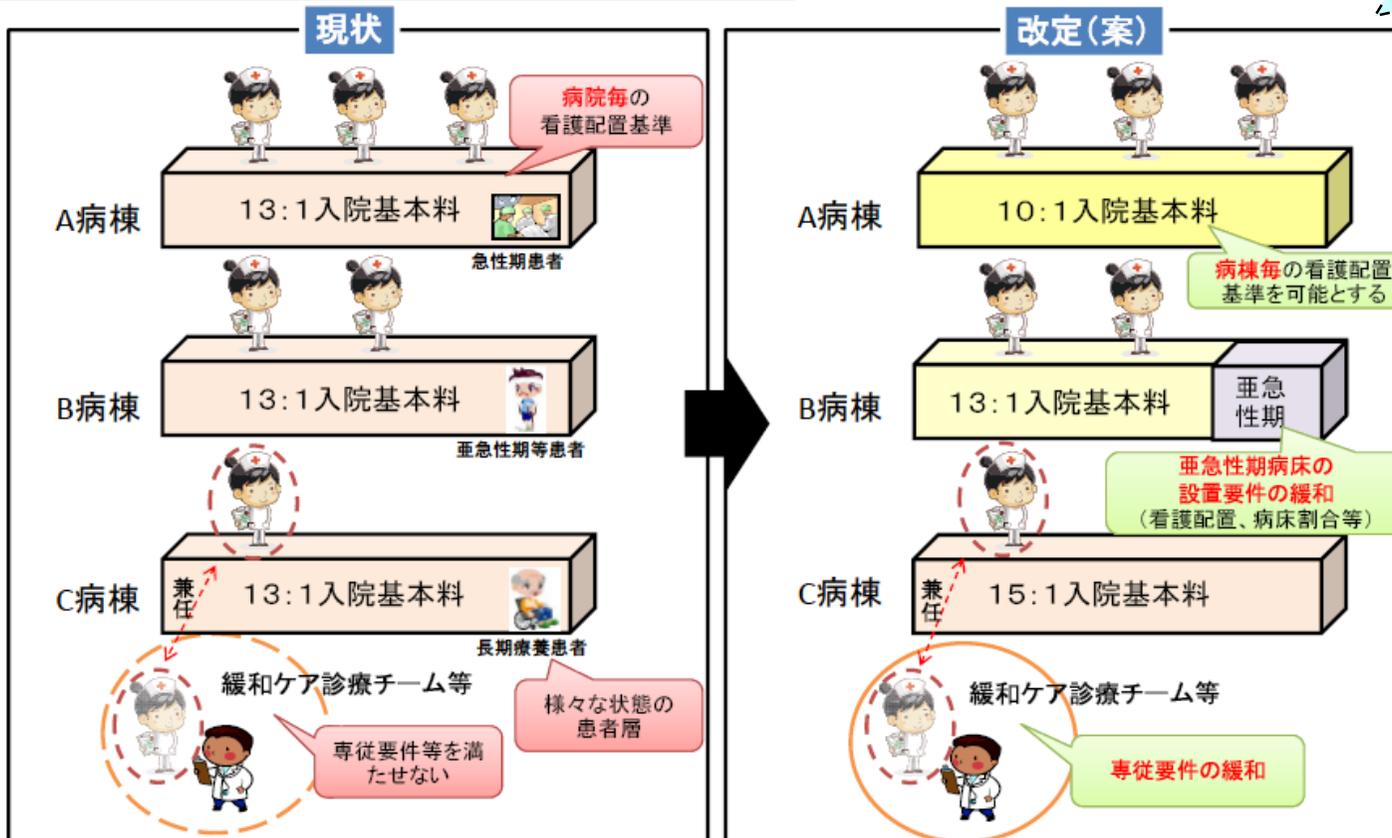


地域特性について

医療資源の限られた地域に対する診療報酬上の対応について (イメージ)

- ① 自己完結 (流入流出が少ない) した医療提供
 - ② 医療従事者の確保が困難
 - ③ 医療機関が少ない
- 現時点では、43医療圏程度が候補地

医療資源の限られた地域において現行ルールを緩和し、1つの病棟に複数の入院基本料を設定できるようにしてはどうか (厚労省) [現行ルール: 病棟全体で1つの入院基本料を算定する]



208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

小児医療

	小児集中治療室 (PICU)	特定集中治療室 (ICU)
患者像	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他院からの転院、手術後、院内急変など様々な状態の患者を受け入れる*1 ・ 心筋炎、脳炎などの重篤な感染症や、脳神経系、循環器系疾患の中でも先天奇形に由来する疾患が多い ・ 体外補助循環療法、血液浄化療法など成人と同様の高度な治療が行われる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手術後の患者が多く、一部院内の急変患者等も受け入れる*2 ・ 脳卒中、心筋梗塞などの加齢に伴って増加する疾患が多い ・ 特定集中治療室入院料算定患者の97.7%は成人
必要な対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児に特化した集中治療を専門とする医師が必要 ・ 年齢に応じて体格が様々であり、年齢に応じた機材の確保が必要 ・ 1歳未満等、特殊な患者の体外補助循環療法、血液浄化療法等に対応するコメディカルスタッフが必要*3 ・ 両親をはじめとした家族への手厚い対応が成人以上に必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 集中治療を専門とする医師が必要 ・ 小児に対応した機材の確保は必ずしも必要ない ・ インファントウォーマーなど小児特有の医療機器の確保も必ずしも必要ではない。

208回中医協総会配布資料より(2011年11月25日)

精神病棟における小児患者の長期療養に即した「小児入院医療管理料」を検討してはどうか(厚労省)

小児ICU及び救命救急を受け入れている病院を評価してはどうか(厚労省)

第208回 中医協総会（2011年11月25日）

厚労省より提案された主な項目（まとめ）

- 7対1の算定要件である「看護必要度が高い患者が1割以上」を少し厳しくしてはどうか？
- 7対1の「平均在院日数算定要件19日以内」を18日以内にしてはどうか？
- 10対1の「看護必要度」は“加算”で評価されているが、これを要件化し加算と組み合わせではどうか？
- 入退院の曜日により平均在院日数が比較的長くなっている状況をどうするか？
- 退院日の午前中（昼食まで）で退院するなどの“短い時間の入院”に一定の対応をとってはどうか？
- 一般病棟（13対1・15対1）での90日を超える入院患者について
 - ・パターン①（長期入院患者が比較的多い場合）→将来は療養病床に療養病棟入院基本料と同じ報酬体系（医療区分とADL区分を用いた包括評価）としてはどうか？
 - ・パターン②（長期入院患者が比較的少ない場合）→将来は亜急性期に出来高評価を継続するが、平均在院日数の算定に加えてはどうか？
- 亜急性期入院医療管理料と回復期リハビリテーション病棟入院料について
 - ・2025年までの一体化を見据えた包括範囲の見直しや点数設定を行ってはどうか？
- 有床診療所について
 - ・一般病床と医療療養病床の間で全病床で相互乗り入れを可としてはどうか？
 - ・介護療養病床から医療療養病床への全病床乗り入れを可としてはどうか？
 - ・有床診内での看取りや緩和ケアを評価してはどうか？
- 医療資源の限られた地域においては1つの病棟に複数の入院基本料を設定できるようにしてはどうか？
[現行ルール：病棟全体で1つの入院基本料を算定する]
- 精神病棟における小児患者の長期療養に即した「小児入院医療管理料」を検討してはどうか？