

2014 年度診療報酬改定と医療機関の経営対策

1. 診療報酬改定の全体像

2014 年度の診療報酬改定は病院経営に大きなインパクトを与えることになりそうだ。団塊の世代の方々が 75 歳を迎える 2025 年までに社会保障費の抑制にある程度の道筋を立てて行くのが国のストーリーであるが、今回の改定はそれに向けて大きく舵を切ったと言える。

まず今回の診療報酬改定を大きく分けると以下の 5 項目に分かれる。

① 高度急性期のさらなる評価

☞ 特定集中治療室管理料 (ICU) などの診療報酬項目に更なる上位の項目を設け、「超高度急性期」の病院を評価した。

② 病床機能再編の強化

☞ 7 対 1 入院基本料などの病床機能再編の更なる明確化や地域包括ケア病棟入院料などの新設など、患者の地域包括ケアへの移行やそうした地域包括ケアの提供体制の中で発生する「軽微な救急」の受け皿の確保を行った。

③ 在宅は実績重視・機能強化型訪看の新設

☞ 在宅医療については、実績を重視する項目を新設、さらに地域包括ケアの中心的存在ともなる訪問看護ステーションに「機能強化型」を加えて規模 (人数) やターミナル加算などの実績を重視する形とした。

④ 在宅等へ復帰させるためのメッセージ

☞ 病院からの在宅移行を促進するため、7 対 1 入院基本料の施設基準に「自宅等退院患者割 75%」を追加し、さらに「ADL 維持体制等向上加算」など、急性期病棟から自宅等への退院に向けてのプロセスを明確化するよう各病院に促すような「メッセージ性の強い項目」を新設した。

⑤ これまでグレイゾーンとなっていた算定の明確化

☞ これまでグレイゾーンとなっていた算定については全て見直しを行った。

(例「救急医療管理加算」「外来化学療法加算」「在宅における同一建物」「DPC3 日ルール」「予定入院の外来処方薬持参」など)

では、

これらの項目は「病院経営」に対して、どのような影響
を与えるか？

どのような対策が必要か？ について次頁から解説を
行います。

① 高度急性期のさらなる評価

今回の改定では、「特定集中治療室管理料(ICU)」「新生児特定集中治療室管理料(NICU)」に上位の項目が新設され、「超高度急性期」を担える病院はさらに手厚いスタッフの配置や受入実績が求められている。

ただ新要件では、重要度、医療・看護必要度の厳格化も行われ、A得点 3 点以上、かつB得点 3 点以上と両方を満たすことが条件となった。

編集部も、この厳格化がどの程度の影響となるかについて、400 床以上の病院でICUを持つ 20 病院に問い合わせ/調査を行った。

回答/調査の結果としては、現状のままでは新必要度基準を満たせない病院が 5 割(10 病院)に上るなど、今後はICUの病床規模の縮小や新ハイケアユニットなどへの機能転換を迫られる可能性が高くなっている。

またNICUにおいても、2500g 未満の新規入院が年間 30 件以上ないとGCUなどの機能転換を迫られることになる。

総合入院体制加算にはさらに上位項目を新設し、高度急性期の病院が、さらに「超高度急性期」を目指せる状況となった。

これまで施設基準上でクリアが難しかった退院患者の「治癒等が 4 割以上」の要件が新加算 2 から外れ、これまでよりも届出しやすくなった。この項目は大病院のコストを少しでも補う項目であり、複数の 500 床以上の病院が算定を目指して取組を始めている。

② 病床機能再編の強化

今後の高度急性期を担う「7 対 1 入院基本料」の病床数を現行の 36 万床弱から 2025 年に 18 万床を目途として機能転換を図るため、施設基準の更なる厳格化として、「重症度、医療・看護必要度」の見直し、平均在院日数に関わる「特定除外患者」「短期滞在手術等基本料」の見直しなどを行った。

まず「看護必要度」に「医療」という文言が加わった。これは次期改定からは手術件数など、さらにA得点の見直しが行われることになりそうだ。

看護必要度の項目については、創傷処置に「褥瘡」が残ったが、これは事前調査で療養病棟の方が患者数が多いとの結果で外されかけたものが、近年の褥瘡患者の増加により、現状把握のために残ったようなものであり、16 年改定以降は外される可能性も高いと予測される。

「90日を超える特定除外患者」については、「①出来高＋平均在院日数の計算に組込む」「②療養病棟入院料算定＋平均在院日数からは除外」の2つからの選択肢となった。この選択はすでに2012年度改定において13対1、15対1に実施されており、それらの病棟では70%以上が①を選択した。これは13対1等であっても療養病棟入院料算定よりも出来高算定の方が上回ることを意味しており、まして7対1および10対1以上であれば、①を選択することになると考える。ただ、平均在院日数がコントロールできていない病院では、7対1の基準である18日を上回る可能性があるため、やむを得ず②を選択する病院も多いと予測される。弊社の調査では①を選択した場合、200床を超える病院では0.6～0.8日ぐらいの在院日数の延長が多いようである。

同じ在院日数に関しては「短期滞在手術等基本料」の適用拡大が注目される。ただ、今回の改定内容はこれまでの短期滞在手術とはかなり異なる考え方であり、全く違う項目と見ても良いほどである。

☞ この短期滞在手術等基本料の仕組みはこうである。

- ① 例:短期滞在手術等基本料に該当する患者が入院する。
 - ※この患者はDPC病院であっても、DPC算定対象とはならず、5日までは包括点数で算定する。
 - ※短期滞在手術等基本料は自動算定となる。
- ② 該当する患者が、6日以降も入院する場合は、6日目からは「出来高算定」となる(DPC病院であっても出来高で算定する)
 - ※6日以降も入院する患者は、初日にさかのぼって平均在院日数の計算対象となる。

短期滞在手術等基本料には、白内障手術やポリペク、睡眠時無呼吸症候群検査などが含まれ、病院によっては平均在院日数が3日以上の上乗せとなる病院も多くなっている。

16年改定ではさらに拡大することも予測されるため、今回の改定で安心している病院でも、16年改定に向けて対策が必要である。

[経過措置の影響]

もう1つ大きな影響としては、経過措置が9月30日までということである。10月以降も7対1を算定するためには、9月中に新基準での届出が必要となるが、現状の施設基準では、

- ・平均在院日数は、届出前直近3か月実績
- ・看護必要度は、届出前直近1か月実績

(平成24年3月30日通知より)

以上が必要であり、いずれも医師の夏季休暇の影響で、年間で一番患者数が少なく重症者の少ない8月が含まれることになる。各病院とも昨年の8月の看護必要度実績を確認する必要がありそうだ。

※もしかすると、この部分については疑義解釈通知等で「激変緩和措置」が取られる可能性があるかも知れない。

[経営上の課題]

仮に7対1から10対1に変更となった場合、4月以降の新点数では稼働病床100床あたり約9,400万円の減収となる。これにより、対象となる各病院では看護師の人員をどのようにシフトするか対策が必要となる。

ただこれには大きな問題点もあり、今後10対1に転換する病院では「患者の質」が変わらない状況で7対1から転換することになるため、仮に病棟から看護スタッフを間引けば、病棟繁忙度が大幅に上がり看護の離職につながりかねない。

増して夜間で7対1等で行ってきた「看護師の4人夜勤」などは、10対1の人員体制では難しい状況となるため、手術後の患者(術患)や夜間の救急受入など、夜間に急変が発生しそうな重症患者にどのように対応していくか、経過措置が6か月しか無い中において、早急な対応に迫られる。

繁忙度対策では、さまざまな対策方法が考えられる。

前述以外のリスクや「7対1のこれらの対策、病床機能再編」など、

[Webビデオ講演](#)で解説致します。

病院内の企画スタッフの早急な育成が必要です。

※今後中期的に安定した経営実現へのプロセスを示す予定です。

[免責事項およびご注意]

1. この資料は、医療機関向および医療系のメーカー等が今後の制度改革をどのように乗り切るか、その参考として作成したものです。この資料内容を参考に営利目的で経営コンサル・経営支援を行うことに対しては、事前に弊社までご連絡ください。
2. この資料およびサイト内にて表現されている内容については、あくまでも作成時点のものです。活用する場合は、その都度の法制度等をご確認いただきますようお願い申し上げます。
3. この資料およびサイト内に表現されている内容はあくまでも参考資料です。仮に表現されている内容を活用し、利用者側に被害があっても弊社は一切の責任を負いかねます。
4. 同業者等、弊社に不利益と判断した会員のお申込みにつきましては、お断りする場合がございます。

この医療制度改革は、中途半端に急性期を追いかけると赤字を増やすことになります。

「身の丈にあった診療機能は何か？」をしっかりと考えていける、その参考になれば幸いです。

2014年3月

日本ヘルスケアプランニング株式会社

