




# 経営情報レポート



## 「2025年モデル」実現を目指す 2014年 診療報酬改定の 行方

- ① 次期診療報酬改定の動向と改定スケジュール
- ② 入院医療をめぐる改定の方向性
- ③ 外来・在宅医療に関する評価の拡充
- ④ 医療・介護連携評価と精神科医療の行方

# 1 | 次期診療報酬改定の動向と改定スケジュール

## 1 | 社会保障・税一体改革における次期改定の位置づけ

本年8月の社会保障制度改革国民会議報告書で示された提言を踏まえて、2014年診療報酬改定は、前回に引き続き「2025年モデル」の実現を目指す方向で検討が進められています。また、次期改定は8%への消費増税と同時期に実施されるため、この増収分の振り分けに対する関心が高いところでもあります。

消費税引き上げに伴う増収分は、基本的に全て社会保障の充実と安定化に配分するというのが国の方針として示されています。

これらを全て診療報酬に反映させた場合、算定件数の増加で財政負担が増えるという懸念もあることから、新たに設置を目指している基金からの補助金との組み合わせによって、次期改定の財源が確保される見通しとなっています。

### ◆「2025年モデル」に向けた医療機能再編と次期改定の基本的考え方

急性期 (高度・一般)	病床機能の明確化と機能に合わせた評価 ⇒ 平均在院日数の短縮、長期入院患者の評価の適正化 重症度・看護必要度見直し、入院早期リハビリの推進 等
回復期	急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
長期療養	長期療養患者の受け皿確保
外来医療	身近な「かかりつけ医」を受診し、必要に応じて大病院などの紹介を受けられる体制の整備
在宅医療	質の高い在宅医療提供の推進
その他	医療資源の少ない地域実情に配慮した評価、有床診療所機能に応じた評価

出典：「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方（概要）」  
(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)



### ■次期改定において注目される分野

- 入院医療の機能分化・強化、連携の推進 ～高度急性期・一般急性期病床の機能強化
- 急性期入院に対する医療資源の重点的投下 ～7：1病床の絞り込み、亜急性期評価
- かかりつけ医機能の評価 ～社会保障制度改革国民会議報告書における提言を踏まえて

## 2 | 次期改定の視点と検討の方向性

### (1)2014年改定 検討の方向性 ～重点課題と視点

次期診療報酬改定の方向性は、次のとおり基本的に前回改定を踏襲するものですが、その最大の課題は7：1病床の絞り込みです。

#### ◆2014年度診療報酬改定の基本方針と検討の方向(案)

##### ●重点課題(案)について

##### ①医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等

ア 社会保障・税一体改革において、消費税率を引き上げ、その財源を活用して、医療の機能評価と同時に重点化・効率化に取り組むこととされている中、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に重点的に取り組む

#### ◆【改定の視点】～平成25年11月8日「第70回社会保障審議会医療保険部会」資料2

##### ①充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- |   |                    |   |                 |
|---|--------------------|---|-----------------|
| ア | がん医療の推進            | オ | リハビリテーションの推進    |
| イ | 精神疾患に対する医療推進       | カ | 口腔機能の維持向上等(略)   |
| ウ | 認知症対策の推進           | キ | 手術等の医療技術の適切な評価  |
| エ | 救急医療、小児医療、周産期医療の推進 | ク | イノベーションの適切な評価 等 |

##### ②患者等から見てわかりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- ア 医療安全対策等の推進
- イ 明細書無料発行の推進
- ウ 診療報酬点数表の平易化・簡素化
- エ 患者データの提出 等

##### ③医療従事者の負担を軽減する視点

- ア 医療従事者の負担軽減
- イ 救急外来の機能分化の推進
- ウ チーム医療の推進 等

##### ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- ア 後発医薬品の使用促進
- イ 長期収載品の薬価の特例的な引き下げ
- ウ 平均在院日数の減少、社会的入院の是正
- エ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 等

## (2)次期診療報酬改定に向けたスケジュール

本年8月、社会保障制度改革国民会議の報告書が提出された点も踏まえて、次期診療報酬改定は2025年モデルに向けて、医療機能再編の移行を進めるための布石となる内容になる見込みです。

現在は、中央社会保険医療協議会（中医協）において、医療経済実態調査（実調）結果報告の検証をベースに、個別項目に関する議論が続けられています。

2014年診療報酬改定は、今後次のようなスケジュールで検討され、来年3月上旬には告示・通知が出される予定です。

### ◆2014年度診療報酬改定のスケジュール(案)

#### <2013年>



## 2 | 入院医療をめぐる改定の方向性

### 1 | 絞り込みが進む急性期入院とDPC要件見直し

#### (1) 機能に着目した評価による7:1病床

2025年モデルによれば、高度急性期の担い手として位置づけている病床は18万床ですが、現在の7:1病床は約35万8000床にのぼります。

このため前回改定に続いて、7:1病床の絞り込みがより本格化されると予測され、具体的には7:1入院基本料をめぐる、①平均在院日数、②重症度・看護必要度、③その他新要件、の3分野にわたる見直しが行われます。

#### ◆7:1入院基本料の3つの変更案

##### ①平均在院日数の変更案

短期間で退院可能な手術（5日以内）・検査（3日以内）に関する入院を除外  
特定除外制度の廃止（\*10:1一般病棟も対象）、「18日以内」の短縮化

##### ②重症度・看護必要度のA項目変更案

「削除」：創傷処置、血圧測定、時間尿測定、呼吸ケア（喀痰吸引を定義から除外） 等  
「追加」：専門的な治療・処置（抗悪性腫瘍剤の内服等）  
計画に基づいた10分間以上の指導・意思決定支援

##### ③その他の指標案

退院して自宅復帰、亜急性期・回復期病棟に転院・退院したりする患者の割合  
DPCデータの提出、早期リハビリテーションの実施

また、急性期入院については、在宅復帰をにらみ、入院中のADL低下や褥瘡の発生予防の観点から、入院早期のリハビリテーション推進にかかる評価も焦点となっています。具体的には、PT・OTの病棟配置などが検討されています。

#### (2) 2014年改定におけるDPC/PDPSの見直し

DPC/PDPS制度に関する改定は、①医療機関群について「II群」の要件見直し、②機能評価係数IIの見直し、が行われます。

①では「医師研修の実施」について要件を厳格化し、②の「データ提出指数」は減算要件の拡大、「効率性指数」では後発医薬品の使用割合を評価する仕組みが導入されることとなります。

その他、入院期間リセットルールについても、同一傷病か否かの判断基準を見直す案（「医療資源を最も投入した傷病名」の一致）が検討されています。



## 2 | 亜急性期と回復期リハビリテーション

亜急性期医療については、7：1病床の絞り込みと抱き合わせで見直しが進められると予測されています。つまり、急性期を脱した患者の受け皿となる病床が不足している現状を改善し、高度急性期病院の病床稼働を高めるねらいがあるのです。

亜急性期病床を改めて定義しなおしたうえで、評価の拡充が検討されています。

### (1) 亜急性期は拡大の方向

新たな亜急性期入院医療管理料は、現行の病室単位から病棟単位の評価へ移行し、療養病床からの届出も認める方向で検討が進められています。

例えば、DPC算定病棟でも1日入院単価が低く、在院日数が長めならば、DPC病棟の看護必要度アップ、平均在院日数短縮と効率性係数アップが図れることから、自院内病床機能分化には亜急性期病床が不可欠であるといえます。

#### ◆ 亜急性期病床の地域医療に果たす役割を踏まえた要件



出典：厚生労働省 資料

### (2) 回復期リハビリテーションに関わる改定の検討

回復期リハ病棟のモデルとして位置づける回復期リハビリテーション病棟入院料1に関しては、リハビリ関連団体より、①休日リハビリテーション提供体制加算、②リハビリテーション充実加算、の二つの加算を入院料に包括し、これらを算定のための届出要件とし

たうえで点数引き上げ、というように見直しを求める要望書が提出されており、要件の厳格化の可能性があります。

また、診療報酬算定要件における廃用症候群の定義を拡大解釈することで、査定・返戻対象となってしまうケースが生じていました。さらに、都道府県によってその解釈が異なる事態もあり、厚生労働省も問題視していたところでした。こうした事態を解消するため、リハビリ関連団体が廃用症候群の説明に次のような3点を追記し、定義を明確化し審査を厳格化、拡大解釈を原因とする査定・返戻を減らす方向で検討が進められています。

#### ◆「廃用症候群」の定義と算定要件見直し ～審査の厳格化

##### 【脳血管疾患等リハビリテーション料】

###### ● 算定要件

###### 「外科手術、肺炎等の治療時の安静による廃用症候群」

治療開始時にFIM：115以下、BI：85以下の状態などの場合に算定  
(廃用の原因や前回評価からの改善や変化などを用紙に書いてレセプトに添付または同様の情報を摘要欄に記載し、写しを診療録に添付する)

追記

- ① FIMもしくはBIが2週間以内に5点以上低下した患者に限る
- ② 廃用症候群となる前の状態が、FIM23以上、BI：5以上の患者に限る
- ③ 骨折後および骨折の手術後の廃用症候群は適応外とする

### 3 | 医療療養型病床の方向性

療養病棟の在宅復帰率は、自宅(34.7%)と特養を含む在宅系施設(11.3%)を合わせて46%という調査結果があります(日本慢性期医療協会による)。

一方、慢性期医療には、①回復期機能、②重度慢性機能、③在宅復帰機能、④がんの患者支援機能、⑤(身体疾患合併の)認知症機能、の5大機能があります(同協会)。どの機能を担い、特化して実践していくのかが、療養型病院に求められている役割であり、経営の選択肢となっています。

医療療養型病床の今後は、急性期・在宅医療の後方支援機能を強化して、「急性期病院から頼りにされる療養型病院」となることが求められています。前回改定に続いて、次期改定においても、急性期病院・在宅からの患者受入や、退院支援に取り組む病院を手厚く評価する方向で検討が進むとみられます。

## 3 | 外来・在宅医療に関する評価の拡充

### 1 | 外来と診療所に係る評価

#### (1) 外来医療の役割分担と機能分化

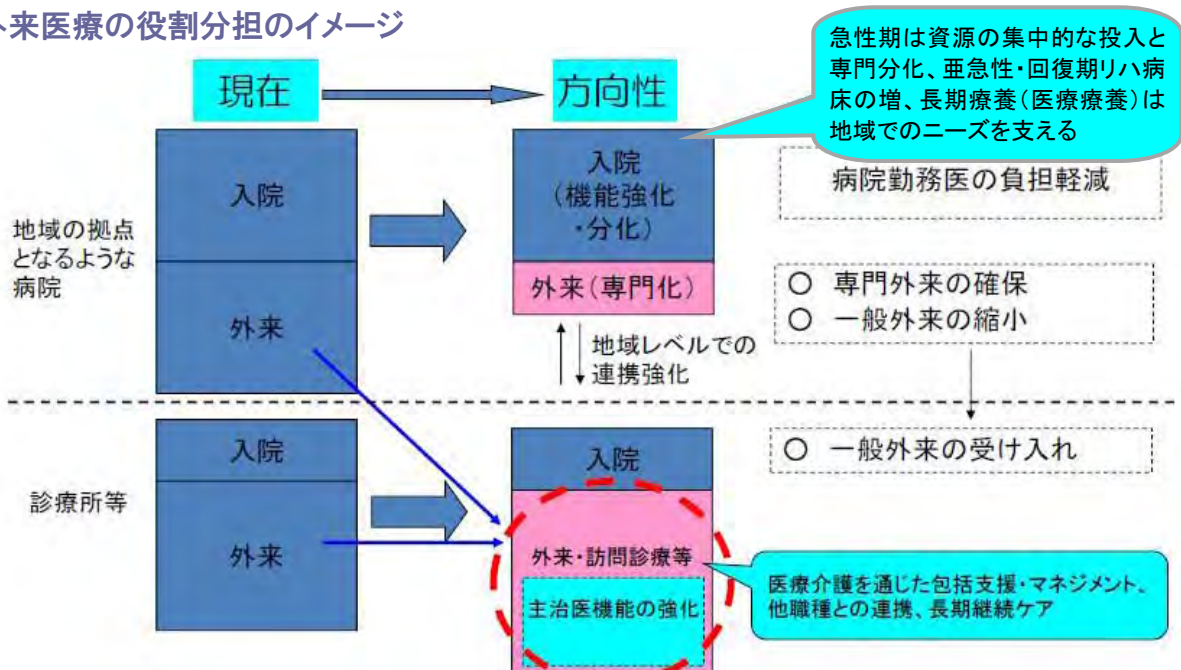
社会保障制度改革国民会議の報告書には、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするという明確な方向性が示されました。このことから、外来医療提供体制は、相談機能を意識して整備する必要があります。

#### ◆ 社会保障・税一体改革における外来医療の基本的考え方

1. 高齢化がさらに進展する中で、まずは身近なかかりつけ医を受診し、必要に応じて大病院や専門病院を紹介してもらおうとともに、ある程度回復し、又は病状が安定したら、かかりつけ医に逆紹介される体制を整備することが重要である。
2. 複数の慢性疾患を持つ患者に適切な医療を提供しつつ、外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討を行う必要がある。
  - 診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価
  - 大病院の専門外来の評価
  - 大病院の紹介外来を更に推進する方策 等

患者にとって身近な診療所や中小病院は、医療と介護を通じた包括的支援を提供する役割を、入院機能を強化する拠点病院・専門病院との間で、地域レベルでの連携強化によって分担していくことが求められています。

#### ◆ 外来医療の役割分担のイメージ

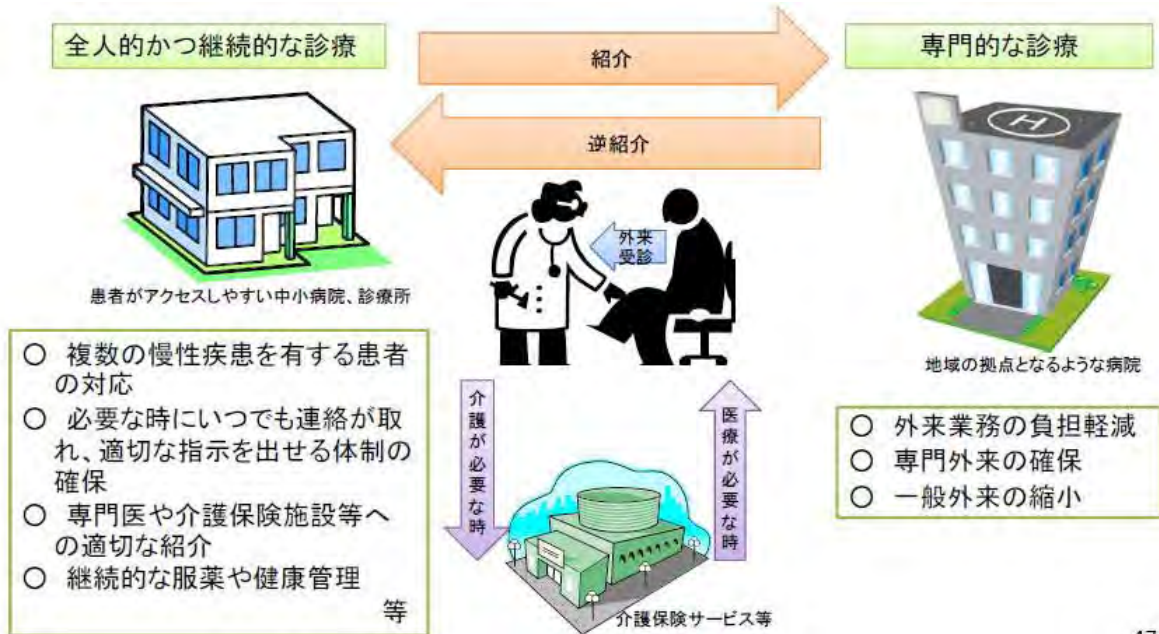


出典：厚生労働省資料～中医協 総-3 (23.11.30)



慢性疾患を持つ患者に継続的かつ全人的な医療を提供するために、専門的診療を提供する医療機関とその機能を分化し、連携させることで実現を図るというものです。

◆外来医療の機能分化と連携 ～粗いイメージ図



47

(2)主治医が果たすべき機能とその評価

本年10月9日中医協総会において、上記のような主治医機能(=かかりつけ医)の評価に関する議論が行われ、4つの機能と対象患者が示されました。これを算定できるのは、診療所と200床未満の中小病院に限られます。

◆主治医機能の要件

●対象患者

高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症を有する患者 \*年齢制限なし

●果たすべき機能

- ① 該当患者の通院医療機関すべてを把握しての服薬管理
- ② 健診受診を勧奨し結果をカルテに記載して健康管理
- ③ 介護保険制度への理解と連携  
～介護保険の要介護認定の主治医意見書作成や居宅療養管理指導など介護サービス提供
- ④ 在宅医療の提供と24時間対応体制

主治医機能は出来高報酬による評価が難しいため、包括報酬として新設されると見込まれます。特に診療所の外来機能を地域包括ケアの担い手として期待し、これらに積極的に取り組む医療機関を評価することで、連携の強化などを促す意向もうかがわれます。

## 2 | 在宅医療関連評価の重視は継続

在宅医療や訪問看護分野は、近年の改定で評価拡充の方向が維持されていますが、現状には課題も指摘されており、地域包括ケアへの貢献をキーワードにした体系の見直しが検討されています。

### (1) 在宅医療の現状と見直しの方向性

2012年度改定で新設された「機能強化型」在宅療養支援診療所・病院は、点数を高く設定したことから、連携型での届出件数は多くなったものの、実績などに問題があるケースがみられるのが現状です。

#### ◆在宅医療をめぐる評価の課題に対応した見直し案

##### ■実績がない機能強化型在支診・在支病への対応

- 連携型の機能強化型在支診・在支病要件に「自院での緊急往診や看取りの実績」を追加

##### ■機能強化型以外でも十分な実績を有する在支診・在支病の評価

- 緊急往診や看取りの実績が十分にある機能強化型以外の在支診・在支病を評価

##### ■在支診・在支病以外でも在宅患者の緊急時の受け入れの評価

- 緊急時に必ず受け入れる旨をあらかじめ患者に文書で通知し、実際の受け入れを評価

##### ■不適切な事例に対する措置～過剰診療

- 在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料に「同一建物の複数人」の報酬体系を新設など

### (2) 訪問看護ステーションに関する評価の見直し

訪問看護ステーションの数、および利用者は増加していますが利用者ニーズも24時間対応や重症化対応、頻回訪問などに拡大してきている現状があります。

そのため、規模や機能に要件を付加した「機能強化型」訪問看護ステーションに対する評価の導入が検討されています。

#### ◆「機能強化型」訪問看護ステーションの要件(案)

- ①24時間対応体制の届出
  - ②一定以上の看取り数（ターミナルケア療養費算定数）
  - ③重症度の高い患者の受け入れ
  - ④居宅介護支援事業所併設もしくは法人内での一体的運営
- 【規模の要件】看護職員（常勤換算）の数：7.5～10人以上

## 4 | 医療・介護連携評価と精神科医療の行方

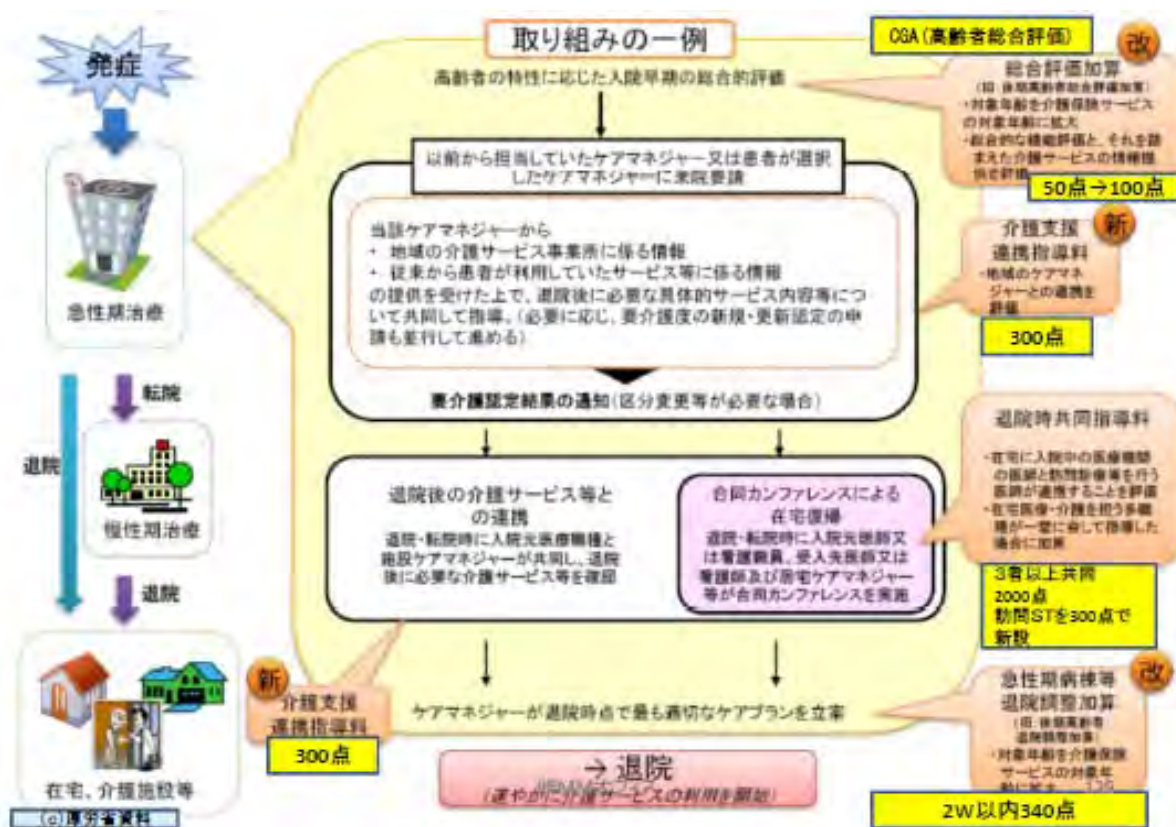
### 1 | 医療・介護の連携によるネットワークに対する評価

診療報酬においては、これまでも、地域連携パスを活用した医療機関の連携、救急医療における後方病床の患者の受入れ、入院中の多職種による退院指導、ケアマネジャーとの連携等の評価が行われてきました。

次期改定に向けても、医療機関の機能分化・強化と連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、入院医療、かかりつけ医、在宅医療、歯科医療、薬局、訪問看護、介護などのネットワークにおいて、患者を支えるこれらが協働して機能を発揮し、患者の状態に応じた質の高い医療を提供することや、病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目のない連携を図ることに対する評価の導入が検討されています。

厚生労働省が想定する、病院から在宅へのシームレスな移行や連携としては、次のようなイメージが示されています。

#### ◆急性期病院における退院後の介護サービスを見越した取り組みの評価





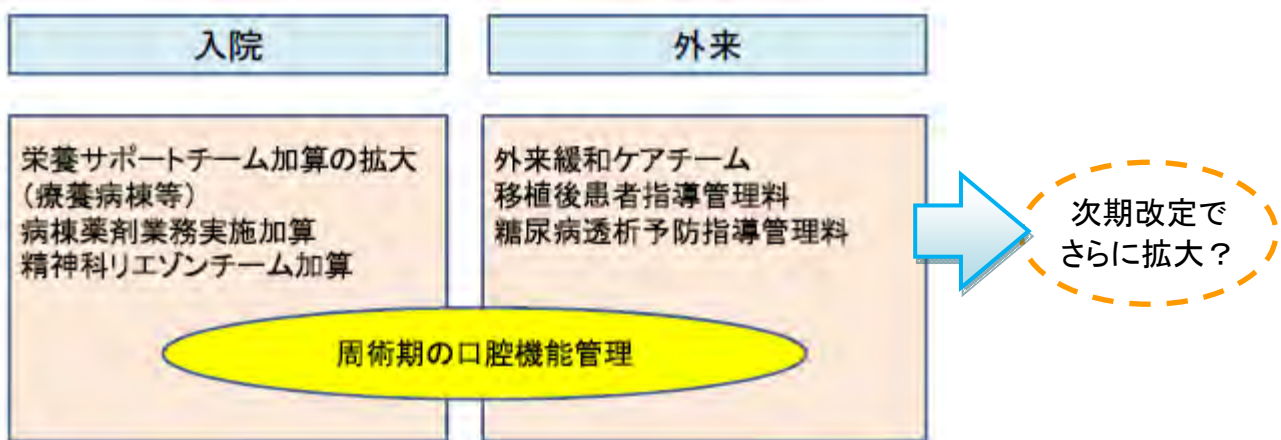
## 2 | チーム医療の評価項目も拡大の動き

### (1) 診療報酬上でのチーム医療の評価

医師や看護師の負担軽減を目的とするチーム医療の推進は、近年厚生労働省が取り組んできた課題の一つです。

そのため、前回改定においても、チーム医療を評価した点数は増加しており、2014年改定も同様の流れになるとみられます。

#### ◆2012年改定におけるチーム医療の評価項目



例えば、チーム医療ととらえるとある程度の規模と部門、職員を有する病院しか適用されないと考えられがちですが、多職種協働によって看護師の負担軽減につながる業務や体制整備について、基本料や加算の点数をアップし、算定のモチベーションを高めることも考えられます。

#### ◆多職種協働により看護師の負担軽減につながる業務・体制の例

- 臨床検査技師による外来採血、病棟採血
- 薬剤師によるミキシング、退院時服薬指導
- 病棟に配置した理学療法士・作業療法士による早出および遅番、365日実施可能なリハビリテーション提供体制
- 看護補助者、病棟事務担当者の多数配置等

病棟には看護師だけでなく、薬剤師や管理栄養士、理学・作業療法士、臨床検査技師、ケースワーカーを常時配置しておくことで、看護業務の軽減につながり、同時に早期リハビリテーションの開始やNSTなどにも効果的です。



## (2) 医師事務作業補助の採算性

勤務医の負担軽減は、医師事務作業補助点数が導入されたことも含め、看護師同様近年の課題となっていました。

この場合は、機会損失コストを踏まえた検証が必要だといえます。

本来は時給の高い医師が「代替性」のある事務作業を行うことによって、多大な「機会損失コスト」が発生していることとなります。

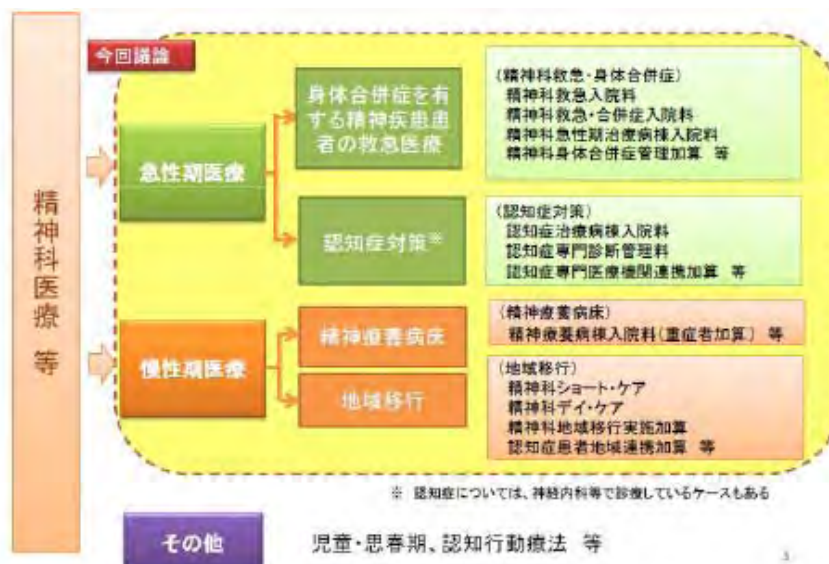
### ■例

- ① 5,250 円の入院証明書を 1 時間で 4 枚 = 21,000 円を生み出す
- ② 上部内視鏡検査を 1 時間で 4 件  
 11,400 円/件 × 4 件 = 45,600 円を生み出す  
 ∴ ② - ① = 24,600 円が機会損失コストに該当する

この機会損失コスト発生に気づいていない病院がまだ多く存在しています。医師事務補助点数を算定できる病院は限られますが、事務作業と有資格者の業務を整理し、本来時間投下すべき業務に集中すると、算定件数増で機会を最大活用することも可能になるはずで

## 3 | 精神科医療に係る診療報酬上の課題

2025年モデルとは直結しないものの、精神科医療については、精神病床の機能分化が進められており、それぞれの病床機能に応じて、患者が早期に退院し、地域生活に移行できる体制の構築と環境整備が求められています。診療報酬では、次のような評価が設定されていますが、次回以降の改定に向けて、必要な加算の導入と評価引き下げとの組み合わせによる誘導が図られるとみられています。



\*本レポートは、2013年11月13日（水）、(株)吉岡経営センター主催診療報酬改定セミナー「2014年診療報酬改定 その行方と病医院経営戦略」（講師：(株)MMオフィス 代表取締役 工藤 高氏）の講演要旨および配布レジュメをベースとし、一部を再構成して作成したものです。掲載の図表については、出典を明記したものを除き、全て本セミナーレジュメに使用されたものです。

## 医業経営情報レポート 12月号

### 「2025年モデル」実現を目指す 2014年診療報酬改定の行方

---

【著 者】日新税理士事務所

【発 行 者】桐元 久佳

【発 行】日新税理士事務所

大阪府中央区船越町 2-1-11 2F

TEL : 06-4790-9707 FAX : 06-4790-9710

---

落丁・乱丁本はお取り替え致します。本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。その場合は、あらかじめ小社あて許諾を求めて下さい。

