

# 東京都病院協会 会報

東京都病院協会  
医療共済制度 引受保険会社

**MetLife** SM  
メットライフ生命

2016年(平成28年)2月23日

第226号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒100-0003 千代田区一ツ橋1-2-2 住友商事竹橋ビル12階  
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: http://www.tmha.net / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

## 平成28年度(2016年度)診療報酬改定

株式会社ASK様診療報酬研究所長 中林 梓氏



中林梓氏

### 平成28年度診療報酬改定の基本指針

2016年度診療報酬改定率は全体改定率がマイナス0.84%となつていますが、従来の改定率と内容が異なることに注意しておく必要がある(表1)。従来は薬価の市場拡大再算定による薬価の見直し分(今次改定ではマイナス0.19%)を入れ込んで改定率を計算しており、これに従うならばマイナス1.03%となるのだ。今回、市場拡大再算定分を除いたのは、年間販売額がきわめて大きい新型肝炎新薬などの保険適用に対応するため市場拡大再算定の特例を実施したことが要因と説明されている。

本体改定率はプラス0.49%。医薬品価格の適正化、大型門前薬局などに対する評価の適正化、経腸栄養製品に係る給付の適正化、医薬品の適正使用などを進めて財源を調達し、本体プラス分を確保したということであろう。それを踏まえて今回の改定を見ていくが、大きなポイントは2つある。

一つは「治す医療」から「治し、支える医療」への転換である。昨年12月7日に社会保障審議会医療保険部会・医療部会がまとめた「平成28年度診療報酬改定の基本指針」に明記された文言であるが、「治す」だけの医療に対しては大幅な点数を算定することはできないが、「支える」医療までを担う、すなわち「かかりつけ」として地域住民の暮らしを支えることを評価する点数設定がなされているのだ。

もう一つは、今次改定には「つづき」があるという点である。「基本指針」には「医療介護総合確保推進法」等の下で進められている医療機能の分化・強化、連携や医療・介護の一体的な基盤整備、2018年度に予定されている診療報酬と介護報酬の同時改定など、2025年を見据えた中長期の政策の流れの一環としての位置づけを踏まえた改定を進めていく」と明記されている。つまり、医療政策全般を俯瞰したうえで今次改定の内容を理解する必要があるのだ。

これらを踏まえて医療機関は対応策を進めなければならないが、中でも①団塊世代への対応、②ケアマネジャーとの連携、③認知症対応の強化、④カルテへの患者の要介護情報の記載――は必須と言える。

①団塊世代への対応…2025年に75歳以上になる団塊世代は今後、医療需要の最大のボリュームゾーンであり、この世代に対応できないければ、経営は成り立たないことに留意すべきである。しかも、従前から自己決定を重視し、かつ現在はインターネットやスマートフォンを使いこなして情報収集を行う世代なのだ。

②ケアマネジャーとの連携…今や3人に1人は65歳以上であり、介護保険対象者となっている。介護支援体制を見据えた患者対応は不可欠で、ケアマネジャーとの連携はその一丁目一番地となる。今回の改定も介護事業者との連携を評価する算定項目を用意している。

③認知症対応の強化…認知症患者は700万人に達すると見込まれているが、その多くは医療機関にかかることが予想される。迎える医療機関としては認知症研修を整備するなど

### 診療報酬改定説明会のご案内

厚生労働省の担当官の説明の他に医療保険・経営管理委員会、事務管理部会の委員が、改定の内容をわかりやすく解説いたします。

- 日時 2016年3月25日(金) 午後1:30~4:30
- 場所 日本教育会館 (東京都千代田区一ツ橋2-6-2)
- 講師 厚生労働省保険局医療課担当官 東京都病院協会事務管理部会委員
- 定員 先着600名(定員を超えた際はご連絡させていただきます)
- 参加費 会員 8,000円 非会員 12,000円

※上記参加費は当日会場で申し受けます。資料代(診療報酬点数表 改正点の解説(社会保険研究所))を含みます。

連絡先 事務局(TEL 03-5217-0896)

④カルテへの患者の要介護情報の記載…カルテを見ればその患者が要介護の準備を進めていただきたい。医師であれば認知症サポーター医研修、看護師や事務スタッフであれば認知症サポーター研修を受けておくべきだろう。

表1 診療報酬改定率の推移 ※( )は市場拡大再算定による薬価見直しを含めた改定率

	H18年度(2006年)	H20年度(2008年)	H22年度(2010年)	H24年度(2012年)	H26年度(2014年)	H28年度(2016年)
全体改定率	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.00%	+0.10%	▲0.84% (▲1.03%)
本体改定	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.38%	+0.73%	+0.49%
医科	▲1.50%	+0.42%	+1.74%	+1.55%	+0.82%	+0.56%
入院	—	—	+3.03%	+2.07%	%	%
外来	—	—	+0.31%	+1.01%	%	%
歯科	▲1.50%	+0.42%	+2.09%	+1.70%	+0.99%	+0.61%
調剤	▲0.60%	+0.17%	+0.52%	+0.46%	+0.22%	+0.17%
薬価改定等	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲1.38%	▲0.63%	▲1.33% (▲1.52%)
薬価	▲1.60% (薬価ベース ▲6.7%)	▲1.10% (薬価ベース ▲5.2%)	▲1.23% (薬価ベース ▲5.75%)	▲1.26% (薬価ベース ▲6.00%)	▲0.58% (薬価ベース ▲2.65%)	▲1.22% (▲1.41%)
材料価格	▲0.20%	▲0.10%	▲0.13%	▲0.12%	▲0.05%	▲0.11%

護認定に関する情報がわかるようにしておいていただきたい。そのくらい、この情報は病院経営にとって重要なものだ。今後、高齢者人口の「割合」は増えるが「実数」は減る。医療機関経営を考えれば、高齢者には地域で暮らし続けていただくことで自院の「患者」であり続けてもらう必要がある。それには「支える」医療を担わなければならないが、要介護認定の把握はその第一歩となる。

これらを踏まえながら、個別項目のうち特に病院への影響度が大きいものについて考察してみる。

## I 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

I-1 医療機能に応じた入院医療の評価について

入院基本料では一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しが行われ、A項目では「救急搬送(2日間)」が新設されたほか、「新たに「C項目(手術等の医学的状況)」も設けられている。「脊椎麻酔の手術(2日間)」「救命

等に係る内科的治療(2日間)」が加わっている点にも留意していただきたい。救急搬送受入れや手術を積極的にやっている病院には有利に働くだろ

一方B項目(患者の状況等)には、新たに「危険行動」「診療・療養上の指示が通じる」が加えられた。これは認知症患者とイメージできるし、深読みすれば認知症患者を受け入れない病棟はB項目を得点できないことを意味するとも受け取れる。「危険行動」の判断基準についてはハイケアユニットにある施設基準を参照いただきたい。

7対1入院基本料は「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を2割5分以上入院させる病棟であること」とされ、9月30日までが経過措置期間と定められた。

重症患者を受け入れている10対1病棟に対する評価の充実も図られている。「看護必要度加算」では従来の2区分から3区分になり1は24%で55点、2は18%で45点、3は12%で25点となっている。

表2

【I-1(医療機能の分化・強化/入院医療の評価)-3】

病棟群単位による届出

骨子【I-1(2)】

第1 基本的な考え方

一般病棟入院基本料の届出について、一定の期間に限り、段階的な届出を可能とすることとし、7対1入院基本料から10対1入院基本料へ転換の際の運用等の急激な変動を緩和することで、急性期医療の機能分化を促す。

第2 具体的な内容

一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。

【施設基準】

(1) 届出可能な保険医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院を含む)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。

(2) 病棟の数が4以上の保険医療機関が届出する場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。

(3) 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。

(4) 当該届出措置を利用した場合は、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く。)

(5) 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間の転換はできないこと。

とおりだが、「一つの入院基本料の病棟の数は複数」は、たとえば「7対1病棟が3棟、10対1病棟が1棟」という体制は認められないことを意味し、来年4月1日以降は「7対1病床」の割合は60%以下にしなければならないという要件もある。

さらに病棟群単位の新たな届出は2017年3月31日までにを行うとされ、2018年3月31日までの期間限定となっている。病棟再編はすでに始まっていると考えるべきだし、これは患者の流れに大きな影響を及ぼすと考えられ、近隣の病院にとっても無関係ではありえない。

特定集中治療室管理料の基準は「A項目4点以上かつB得点3点以上」となった。すなわち、心電図モニター、輸液ポンプ、シリンジポンプ(いずれも1点)だけの患者は「状態が落ち着いており、ICUでなくても管理できる」ということで、ICUの該当患者とは見なされないことになる。

「地域包括ケア病棟入院料」は包括範囲から手術、麻酔にかかる費用を除外している。200床未満で10対1や13対1病棟と地域包括ケア病棟という病院は、すべて地域包括ケア病棟に移行することも検討していただきたい。療養病棟でも「医療機能の分化・強化」が行われている。

「療養病棟入院基本料2」の施設基準として、今回新たに「医療区分2又は3の患者の割合の合計が5割以上」を加えることになった。ただこの患者割合または看護職員の配置基準(25対1)のみを満たせない場合は2018年3月31日までの2年間、つまり次回改定まで所定点数の100分の95を算定できるとされている。この減算幅はかなり抑えられたと見ていいだろう。

医療区分のきめ細かな評価も行われた。医療区分3の「酸素療法を実施している状態」、区分2の「頻回の血糖検査を実施している状態」「うつ症状に対する治療を実施している状態」の

3つについて見直しが行われている。このうち「うつ症状に対する治療」では「うつ状態に対する薬を投与している」の「精神保健指定医」ということになっている。

これがなければ「区分1」ということになるが、精神保健指定医による処方でないような「軽い」状態であれば在宅で診られる、さらには「区分1の7割は在宅へ」という政策の表れとも認識できる。

I-2 チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保について

医師事務作業補助体制への評価が強化されている。「医師事務作業補助体制加算1」では15対1〜30対1が10点、40対1〜100対1では5点が上乗せ。また業務の場所についても「医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる」とされた。「病棟又は外来において」という条件をクリアできずに「同加算2」を算定していた病院には朗報だろう。

また「50対1」「75対1」「100対1」補助体制加算の対象に、療養病棟と精神病棟も認められることになっ

表3

【算定要件】

- 保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績が一定の水準以上であるとは、過去6か月間に当該保険医療機関で回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に提供された疾患別リハビリテーションの1日平均実施単位数が6単位数以上であることをいう。ただし、過去6か月間に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者が10人未満の場合を除く。
- 効果に係る実績が一定の水準を下回るとは、過去6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した全ての患者(計算対象から除外される患者を除く)についての、①の総和と②の総和を除いたものが27未満である状態をいう。
  - 退棟時のFIM得点(運動項目)から入棟時FIM得点(運動項目)を控除したものの
  - 各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で除したものの
- 病棟中一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は、(2)の算出から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、毎月の入棟患者数の100分の30を超えない範囲で、(2)の算出から除外できる。
  - FIM運動項目得点が20点以下のもの
  - FIM運動項目得点が76点以上のもの
  - FIM認知項目得点が25点未満のもの
  - 年齢が80歳以上のもの
- 高次脳機能障害の患者が過去6か月の入院患者の40%を超える保険医療機関においては、高次脳機能障害の患者を(2)の算出から除外することができる。この場合、(3)については、「毎月の入棟患者数の100分の30」を、「毎月の入棟患者数のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。
- 在棟中にFIM得点(運動項目)が1週間7点以上低下した患者については、(2)の算出において、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなして扱ってよい。

た。こちらは次回改定では30対1や40対1への拡大も見込まれよう。療養病棟と精神病棟の病院関係者には注目していただきたい項目だ。

看護職員の月平均夜勤時間数に係る要件の見直しも行われている。このうち「7対1入院基本料および10対1入院基本料の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満のものは含まないこと」という施設基準には注意しておきたい。これは1カ月「16時間」の就業者、つまり月2回の夜勤を担うような看護職員は月平均夜勤時間数へのカウントが認められるということだからだ。シフトを作成する看護師長や人事担当者には重要な項目となる。

看護職員と看護補助者の業務分担の推進にも配慮が見られる。「急性期看護補助体制加算」は点数が引き上げられており、DPC係数も上がるようになるだろう。今回の改定は看護補助者の配置を評価している。看護補助者の採用は難しくなっているが、病院側には募集にあたって具体的な業務を明記するなど、応募する側が職場環境をイメージしやすくなるような工夫も求めた

第11回「東京都病院学会」全体プログラム一覧

Table with 9 columns (1st to 9th sessions) and multiple rows detailing various seminars, lectures, and panel discussions. Topics include medical safety, patient care, and hospital management. Includes a note at the bottom: ※真野俊樹先生の特別講演資料を東京都病院協会のホームページに掲載しております。

「主に事務的業務を実施する看護補助者として200対1までは配置して良いこととする」ともなっている。病棟クレークを看護補助者としてカウントできるようなったのだ。具体的には看護補助者に関する施設基準として従来の療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメーカー、看護用品、消耗品の整理・整頓に加えて「看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備等の業務」を追記している。

③患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるための取組の推進について
「退院支援加算」が新設されたが、現行の「退院調整加算」から名称を変更して「退院支援」と謳っているところに厚労省の「施設から在宅へ」の強い意向をうかがわせる。ただ、「同加算1」では施設基準において退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が「最大2病棟まで併任」できるとされており、逆に言えば3病棟であれば2人以上、5病棟であれば3人以上の退院支援職員の配置が求められることに留意しておきたい。

テーションの実績が一定の水準に達しない保険医療機関については、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対して1日に6単位を超えて提供される疾患別リハビリテーション料を、回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する」となっている。ただし、効果に係る実績から除外できる患者の状態を示した算定要件(3)(4)(表3)にも留意しておいていただきたい。なかなか状態が改善しにくい患者についてはきちんと除外できる

よう措置が取られているのだ。一般病棟入院基本料に対する「ADL維持向上等体制加算」は現行の25点から80点に引き上げられる。厚労省のリハビリテーションに対する考案が変化し、時間(単位数)でなくADLの維持・向上を評価しようという流れを象徴する項目と言える。これは次回改定以降もプラス評価になっていくのではないかと思われる。

も注目しておきたい。要介護被保険者に対するリハビリテーションについての機能予後の見通しの説明、目標設定の支援などを評価するものだが、算定要件に「脳血管疾患リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は運動器リハビリテーションを実施している要介護被保険者等のうち、標準的算定日数の3分の1を経過したものについて、直近3か月以内に目標設定等支援・管理料を算定していない場合、当該リハビリテーション料の100分

の90を算定する」としている。これは高齢者の足腰を守るべく通所リハビリテーションを紹介することを医療機関に促すだけでなく、それをしなかった場合は「本業」の評価まで下げってしまうというものだ。

Ⅲ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

Ⅲ-2 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について

「認知症ケア加算1・2」は身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価するものだが、算定可能病棟のなかに回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料が含まれている点に注目したい。この2つの入院料はほとんどの診療が包括化されているにもかかわらず、同加算は別途算定できる。厚労省の認知症患者のケアへの後押しに向けた姿勢をうかがうことができる。

### 私の医道

福井光壽

元東京都医師会会長

平成元年4月に東京都医師会会長に就任したが、当時「弁慶の八艘飛び」と評され、私自身も青天の霹靂と言えるほどの意外な成り行きだった。

昭和63年末に松永努会長が脳梗塞で倒れ、副会長の後藤秀倫副会長が会長代行として業務を引き継ぐことになった。翌年の会長選挙を控え、そのまま後藤先生が会長に繰り上がる雰囲気、私には副会長就任の打診があった。

#### 第8回

### 東京都医師会会長に就任

すれば選挙にはならない」と等と申され、とうとう断る理由がなくなりました。立候補を決意した。羽田先生の言ったとおり、無投票での会長就任となった。

会長就任の第一声は「医療は国民のものである。そして心温まる医療を行い、信頼される医師像を構築する」とである。これは私が常々考えていたことだった。さらに「和・活力・誠意」を三本柱に、叡智を結集するという大方針を立てた。

というデータも示して多摩格差が誤解であることを訴えた。この一件で多摩地区は私を支持してくれるようになり、大きな支持母体となった。

職員と理事者の距離は、理事の頃から感じていたし、医師会館の雰囲気も暗かった。しかし、大事なのは職員である。理事は午後から来て仕事をしますが、職員は朝から働いているのだ。彼らがいなければ医師会は動かない。職員あつての医師会なのだ。

給料を改正したのに続き、慰労会を設けた。山の上ホテルにオーダブルと寿司を注文し、さらに理事者に声をかけて酒を寄付してもらったところウイスキーやブランドイが山のように集まった。それまではビール2ダースと乾きもののおつまみ程度だったから、雲泥の差である。これで職員と理事者の距離はかなり縮まったと思う。

今回の改定は診療報酬点数の昇降にとどまらず、患者の受療行動の変化を促す内容になっている。これに対応するには院内の整備だけでは不十分である。

特に中小病院であれば、どのような外来機能があるのか、地域の急性期大病院との顔つなぎ、ケアマネジャーとの勉強会、あるいは病院の医師、看護師、薬剤師、リハビリスタッフらによる地域住民向け勉強会の開催など、対外的な広報戦略についても検討していただきたいと思う。

ところが元号が変わった平成元年2月、都医師会の代議員会議長だった市川重彦先生が「次期の会長は君がするように」と言ってきた。しかし私は理事に就任して4年あまり。先輩方もたくさんいるのでありえないと返事をすると、羽田春兎日本医師会会長の希望だという。

就任してまず考えたことは組織内の円滑化だが、なかでも理事の頃から「多摩格差」と「職員と理事者との距離」は特に気になっていた。

「多摩格差」とは、「東京都医師会が多摩地区をなおざりにしている、格差がある」という不満を表した言葉で、当時23区と多摩地区とは何かと対立していた。私は「多摩地区こそ活力があり、都医師会の牽引車」が持論だったので、多摩地区の懇談会に招かれた際に「多摩格差はない」と力説し、委員会における委員の数は多摩のほうが多

私「水を求めて井戸を掘った人」はいつまでも大切にしたいという考えもあつたからだ。

先生に面会を求めて尋ねると本当だった。固辞したが、羽田先生は「君しかない、君だったらできる」。「選挙なんて、どうすればいいのかわかりません」と申し上げると「君が立候補

最新補助金情報のお知らせ

エネルギー・フロンティア TOKYO GAS

今がチャンス!

# 補助金最大1/2

空調改修にも最適な補助金です!

節電&省エネ・省コストシステムの導入を東京ガスグループがお手伝い致します。

中小事業所熱電エネルギーマネジメント支援事業(対象:病院[200床未満]・福祉施設)

●お問い合わせは

東京ガス株式会社 都市エネルギー事業部 公益営業部 東京都港区海岸1-5-20 TEL.03(5400)7735(ダイヤルイン) <http://eee.tokyo-gas.co.jp/product/index.html>