

## 短期的な経営改善策について



# 比較的短期間に実行が可能であり、かつ、新たな投資が最小限で済む経営改善策として、新たな診療報酬の算定を検討いたしました。

## 短期的経営改善策の考え方

短期的 経営改善策	■ 市立病院・本吉病院における、新たな診療報酬の算定の検討
上記を検討した理由	<ul style="list-style-type: none"><li>• 経営改善策は、収益の増加と費用の削減の2種類の対策が考えられます。</li><li>• 市立病院では、前回審議会「新改革プランの点検・評価(平成29年度分)」において示されたように、医業費用は職員給与を除いた全項目でプラン上の目標値を達成している一方、医業収益は目標未達となっています。</li><li>• また、短期的な経営改善策として、PDCAサイクルの観点から、比較的短期間での実行と効果測定が可能であることが求められます。</li><li>• 以上のことから、市立病院については「新たな診療報酬の算定」を検討すべき経営改善策として選択しました。また、同様の検討を本吉病院に横展開して実施しています。</li></ul>
検討にあたり、 留意した事項	<ul style="list-style-type: none"><li>• 検討に当たっては、経営改善が期待できるだけでなく、当該診療報酬の算定により、医療行為の提供水準の平準化、医療安全や医療の質の向上、患者に対する適切なケアの充実などにつながることを念頭に置いています。</li><li>• 病院職員の現場での取組や提供している医療内容を適切に評価する(適切に診療報酬を得る)という観点も念頭に置いています。</li><li>• 現場職員への過度な負担の発生や、現在提供している医療内容とのかい離が発生しないよう留意をしています。</li><li>• 短期間での対策が可能であることを踏まえ、新たな投資は最小限で済む診療報酬を選定しています。</li><li>• 一方で、短期的な改善策に加え、地域ニーズがあると考えられる医療機能については、長期的な準備や新規投資が必要であっても検討項目として抽出しています。</li><li>• 今回提示をした診療報酬については、算定可能性が全て担保されているものではありません。あくまでも検討を開始するためのたたき台です。今後、<u>関連する部署の職員で構成される「組織横断的な議論の場(ワーキング・グループ、資料2-1参照)」で議論・検討を進めて行く予定</u>です。</li></ul>

# 検討内容は以下のとおりです。

## 検討内容概要(市立病院)

分類	分類内容	代表例	増収見込額概算(年間・千円)	
			実績等からある程度増収見込額が一定のもの	実施状況次第で増収見込額の変動が大きいもの(概算値)
可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 比較的容易に実施が可能な事項</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>急性期一般入院料1の届出</li> <li>入退院支援加算の算定件数増加</li> </ul>	90,000	2,300
要対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内での実施体制構築が必要なもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時リハビリテーション指導料の全件実施</li> <li>診療録管理体制加算1の届出</li> <li>総合評価加算の届出</li> <li>入院時支援加算の届出</li> <li>退院時共同指導料の算定</li> <li>医療機器安全管理料の届出</li> <li>外来迅速検体検査加算の算定徹底</li> </ul>	9,860	29,960
要協議	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期間の準備や投資、あるいは実施に当たっては病院の方針決定が必要なもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケア病棟入院料2の届出</li> <li>開放型病院の届出</li> <li>時間外特例医療機関加算の算定(17~18時)</li> </ul>	70,300	40,000
困難	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の科の医師の採用など、来年度中には実施が困難なもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>体制強化加算(回復期リハビリテーション病棟)の届出</li> <li>超急性期脳卒中加算の届出</li> </ul>	18,130	-

## 検討内容概要(本吉病院)

分類	分類内容	代表例	増収見込額概算(年間・千円)	
			実績等からある程度増収見込額が一定のもの	実施状況次第で増収見込額の変動が大きいもの(概算値)
可能	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 比較的容易に実施が可能な事項</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症ケア加算2の届出</li> <li>退院時リハビリテーション指導料の全件実施</li> </ul>	1,000	1,400
要対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内での実施体制構築が必要なもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時共同指導料の算定</li> <li>生活習慣病管理料の算定</li> </ul>	-	17,000
要協議	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期間の準備や投資、あるいは実施に当たっては病院の方針決定が必要なもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援病院の届出</li> <li>地域包括ケア入院医療管理料2の届出</li> </ul>	22,000	-
困難	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の科の医師の採用など、来年度中には実施が困難なもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>開放型病院共同指導料</li> <li>療養環境加算の届出</li> <li>重症者等療養環境特別加算の届出</li> </ul>	2,900	7,000

# 市立病院検討内容(詳細)

## 市立病院で検討を行った施設基準①

区分	名称	概要	増収見込額概算(年間)	結論	理由	参照ページ
入院料	急性期一般入院料1	急性期医療の充実体制(7対1看護配置)を評価	<b>年間9,000万円の増収</b> 1日200人と仮定して、204点差×3か月、その後入院料2に類下げとなった場合174点差	可能	増員を図らずに届出できる可能性がある	P13 P14
入院料	地域包括ケア病棟入院料2	ポストアキュート・サブアキュートの患者に対し在宅復帰に向けた診療体制・看護体制を評価	<b>年間7,000万円の増収</b>	要協議	病院の機能や在り方についてあらかじめ検討しておく必要がある	P15
入院料	小児入院医療管理料5	小児に対する入院医療を評価	減収	困難	届出は可能なものの、該当患者が少なく、また入院料以上の濃密な医療が提供されているため	—
入院料加算	体制強化加算(回復期リハビリテーション病棟)	医師・MSWが回復期リハビリテーション病棟専従となっている体制を評価	<b>年間1,750万円の増収</b> (病棟稼働率50%で試算)	困難	リハビリテーション経験のある医師を病棟専従とできない MSWの病棟専従ができない	P16
入院料加算	診療録管理体制加算1	適切な診療情報の管理体制を評価	<b>年間550万円の増収</b>	要対策	診療情報管理士1名の専従配置が困難	P17

## 市立病院で検討を行った施設基準②

区分	名称	概要	増収見込額概算(年間)	結論	理由	参照ページ
入院料加算	総合評価加算	入院時に高齢者の日常生活能力・認知機能・意欲等を計測・総合評価することを評価	<b>年間400万円の増収</b> 65歳以上退院患者半年で2,000人×100点×2≒400万円	要対策	医師の研修受講ができていない	P18
入院料加算	超急性期脳卒中加算	緊急時t-Pa療法が可能な体制を評価	<b>年間63万円の増収</b> t-Pa療法件数半年で7件×4,500点×2≒年間63万円	困難	薬剤師がオンコール体制となっている。当直体制を敷く必要がある 専用治療室を確保する必要がある	P19
入院料加算	入退院支援加算	在宅復帰困難な患者に対する退院支援を評価	<b>年間230万円の増収</b> 高齢退院患者3割に算定可能として試算	可能	現在入退院支援加算が半年で19件(3.6万円)のみ。算定対象患者の見直しにより大幅増可能	P20
入院料加算	入院時支援加算	退院支援に当たり入院前からの介入を評価	<b>年間240万円の増収</b> 上記入退院支援加算の件数にあわせて算定	要対策	現在連携室で検討中	P21
初再診料	時間外特例医療機関加算	救急応需体制を評価	<b>年間30万円の増収</b> 時間外加算算定実績より	要協議	17～18時の算定について厚生局に書面にて請求基準を問い合わせる必要あり	—

### 市立病院で検討を行った施設基準③

区分	名称	概要	増収見込額概算(年間)	結論	理由	参照ページ
在宅医療	開放型病院共同指導料	開放型病院として病床を共同利用することを評価 (診療所等の医師が指導した場合に、診療所側で算定)	<b>年間4,000万円の増収</b> 常時3床と仮定して	要協議	近隣診療所との連携や届出ができていない	P22
指導管理料	退院時共同指導料	退院時の在宅⇄外来担当医療機関との共同カンファレンスを評価	<b>年間100万円の増収</b> 月20件と仮定して	要対策	本吉病院や近隣診療所と、退院時の共同カンファレンスができていない	—
指導管理料	退院時リハビリテーション指導料	退院時の社会復帰や機能回復に向けた指導を評価	<b>最大年間1,750万円増収</b> 半年間での算定33件から、算定可能患者2,913×300点×2	要対策	現在ほとんど算定できていない(増加を図る必要あり)	—
指導管理料	医療機器安全管理料	生命に関わる医療機器の適切な管理体制を評価	<b>年間36万円の増収</b> 人工呼吸患者半年で181件×100点×2=年間36万円	可能	現状の体制で算定できる可能性がある	P23
検査	外来迅速検体検査加算	当日中の検査結果交付を評価	<b>年間906万円の増収</b> 半年での非算定9,067件×50点×2	要対策	現在、半分程度の患者にしか交付できていない(増加を図る必要あり)	—



# 本吉病院内容結果(詳細)

## 本吉病院で検討を行った施設基準①

区分	名称	概要	増収見込額概算(年間)	結論	理由	参照ページ
入院料	地域包括ケア入院医療管理料 <sup>2</sup>	ポストアキュート・サブアキュートの患者に対し在宅復帰に向けた診療体制・看護体制を評価	年間1,000万円程度の増収 5床分を転換として	要協議	療法士・診療情報管理士の配置や、DPCデータ作成のためのシステム改修費用、現行の病院訪問看護をステーション化することなどが課題	P15
入院料加算	療養環境加算	入院時の快適な療養環境を評価	年間91万円の増収 特定の10床で算定すると仮定して	困難	現在の2床室について、個室化・一部休床化し患者当たりの病室面積を広くとることで可能	P24
入院料加算	重症者等療養環境特別加算	手術後等で観察を要する患者を収容する病室に加算	年間200万円程度	要協議	観察室の個室化・映像監視装置の設置により可能	P25
入院料加算	認知症ケア加算 <sup>2</sup>	認知症ケアに関し所定の研修を修了した看護師の配置を評価	年間140万円程度	可能	病棟職員を対象とした研修を行うことで届出可能	—
指導管理料	生活習慣病管理料	生活習慣病に係る包括的な指導・管理を評価	年間数十万円～最大で1,600万円	要対策	患者の同意を得て包括的な指導管理を行うことで可能	—

## 本吉病院で検討を行った施設基準②

区分	名称	概要	増収見込額概算(年間)	結論	理由	参照ページ
指導管理料	退院時共同指導料	退院時の在宅⇄外来担当医療機関との共同カンファレンスを評価	月2～3件と仮定して、年間30万円	要対策	市立病院に定期的に看護師(訪問を含む)やMSWが訪れてカンファレンスを行う体制が必要	—
指導管理料	退院時リハビリテーション指導料	退院時の社会復帰や機能回復に向けた指導を評価	445件×300×12/10×0.7(概算)=年間100万円程度	可能	これまで算定していなかったため、今後算定が必要	—
在宅医療	開放型病院共同指導料	開放型病院として病床を共同利用することを評価 (診療所等の医師が指導した場合に、診療所側で算定)	仮に1床として、年間700万円	困難	1次医療圏の患者受入れを想定した病院なので、近隣に診療所が少なく、20以上の診療所との連携要件が満たせない病床5床を確保できず実施困難	P22
在宅医療	在宅療養支援病院	24時間の往診体制等、在宅療養を支援する診療体制に対する評価	年間1,200万円の増収 (初診時機能強化加算の算定と在医総管の類上げ)	要協議	医師・看護師の確保が困難 24時間の往診体制が困難	P26

# Appendix: 施設基準について

急性期入院基本料1の届出には、7対1看護配置の達成が必要です。また、1の基準を3か月間維持することにより、10対1の看護配置で2・3の届出が可能となります。

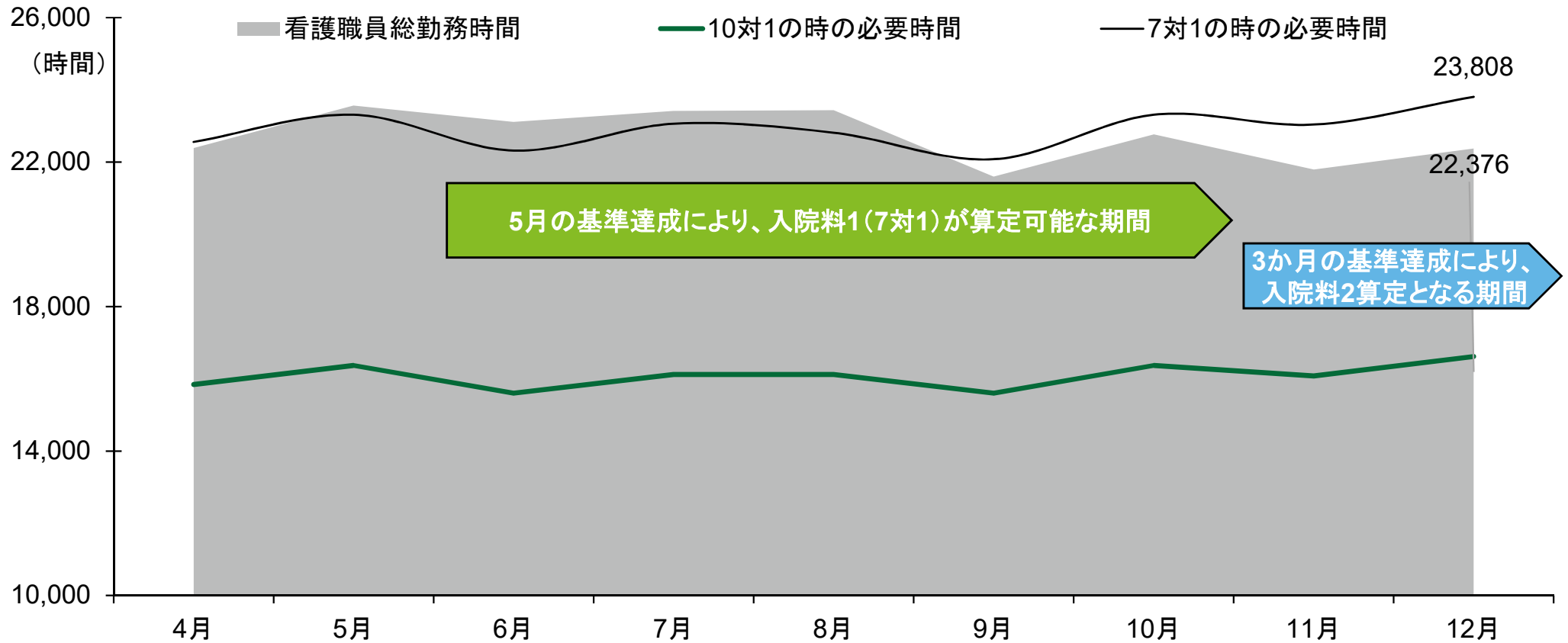
### 急性期入院基本料の施設基準

現在ここ

	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1	入院料1 基準達成状況
点数	1,332	1,357	1,377	1,387	1,491	1,561	1,591	
看護配置	10対1						7対1	▲
入院料1or2の 届出実績					必要※			
看護必要度	評価必要	( I )15%又は ( II )12%	( I )21%又は ( II )17%	( I )27%又は ( II )22%	( II )23%	( II )24%	( I )30%又は ( II )25%	○
在宅復帰率							80%	○
平均在院日数	21日以内						18日以内	○
市立病院の 届出可能性	—	—	—	現在	入院料1が維持できなくなった場 合に届け出ることができる		看護配置 基準の 達成を要する	

2018年度の看護職員勤務時間を見ると、5~8月に7対1看護配置を達成しています。来年度も同様に一時的な達成があった場合には、届出が可能です。

### 2018年度における看護職員の勤務時間数



出所: 市立病院様式9データより作成

市立病院では、地域包括ケア病棟入院料2の届出が可能です。一方、本吉病院ではDPCデータ提出や療法士の配置など、回復期機能への転換整備費用が発生します。

### 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準

	入院料4 入院医療管理料4	入院料3 入院医療管理料3	入院料2 入院医療管理料2	入院料1 入院医療管理料1	入院料2 基準達成状況	
点数	2,038	2,238	2,558	2,738	市立	本吉
看護配置	13対1 7割が看護師				○	○
在宅復帰支援担当者	医療機関内に専任1名				○	×
療法士	病棟に専従1名				○	×
施設基準届出	診療録管理体制加算、データ提出加算、疾患別リハビリテーション料の届出				○	×
施設機能	在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院・救急指定・訪問看護ST併設のいずれか				○	▲
看護必要度	Ⅰ：10%、またはⅡ：8%				○	▲
病床数(許可病床)		200床未満		200床未満	×	○
病室面積			6.4㎡/床	6.4㎡/床	○	▲
在宅復帰率			70%	70%	○	○
自宅等からの入院患者		10%以上		10%以上	?	○
自宅等からの緊急入院患者(3か月間)		3人以上		3人以上	○	▲
訪問診療料算定件数が3か月で20回 3月で100回、又は併設施設で500回の訪問看護 開放型病院共同指導料算定件数が3月で10回 同一敷地内で訪問介護・リハ・看護等の実施 看取りに対する指針		いずれか2つ		いずれか2つ	×	○
			×		▲	
			×		×	
			×		▲	
			必要			必要
市立病院の届出可能性	可能	不可	可能	不可		
本吉病院の届出可能性	要協議	要協議	要協議	要協議		

回復期における在宅復帰に向けた機能強化として必要な体制であるものの、医師確保の見通しから短期での届出は困難と考えられます。

体制強化加算(回復期リハビリテーション病棟)の施設基準

	体制強化加算2	体制強化加算1	加算2 基準達成状況
点数	120	200	
医師	病棟に常勤専従2名 (平日の非勤務日については別の医師専従配置で可能)	病棟に専従1名 (平日の非勤務日については別の医師専従配置で可能)	×
	2名のうち1名は週32時間、 1名は8時間以上病棟勤務		×
	リハビリテーション医療経験3年以上		○
	リハビリテーションに係る14時間以上の所定研修受講		×
社会福祉士	病棟に専従1名	病棟に専従1名	×
	退院調整経験3年以上	退院調整経験3年以上	○
リハビリテーションの提供	外来リハビリテーションの実施	外来リハビリテーションの実施	○
市立病院の届出可能性	不可	不可	



# 診療情報管理の体制について、医事課と診療情報管理室による業務分掌の見直し・検討が必要です。

## 診療録管理体制加算の施設基準

	診療録管理体制加算2	診療録管理体制加算1	加算1達成状況	加算2達成状況
			市立病院	本吉病院
点数	30点(入院初日)	100点(入院初日)		
医療機関体制	診療記録(過去5年間のカルテと3年間の看護記録等)を全て保管・管理		○	○
	中央病歴管理室の設置		○	×
	医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに準拠した体制		○	○
	診療録管理部門又は診療記録管理委員会の設置		○	○
	診療記録保管・管理にかかる規定の明文化		○	○
	患者に対する診療情報(求めに応じてカルテ等が開示可能な体制)		○	○
診療記録管理者	全患者の退院サマリー作成	全患者の退院後2週間以内の退院サマリー作成率が9割以上	?	○
	1名以上の専任担当者	退院患者数2,000名ごとに1人以上の常勤担当者	×	×
診療情報管理体制	—	1名以上の専従配置	×	—
	ICD大分類程度以上での疾病統計の作成	ICD細分類以上での疾病統計の作成	×	×
	疾病分類別の診療記録の検索・抽出	退院患者の氏名・生年月日・年齢・担当医・疾患名・手術名等の項目を全て含む診療記録表の作成	○	×
市立病院届出可能性	現在届出	要対策		
本吉病院届出可能性	要対策	不可		

総合評価加算の届出に当たっては、1名以上の医師が16時間の研修を受講し、研修や入院時の機能評価体制等を整備することで、可能となります。

### 総合評価加算の施設基準

	総合評価加算	加算 基準達成状況
点数	100(入院初日)	
医師	高齢者の総合的な機能評価に係る 16時間以上の所定研修の受講者1名	▲
医療機関体制	高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を 計画的に実施	○
市立病院の届出可能性	可能	

## 超急性期脳卒中加算の施設基準

	超急性期加算	加算 基準達成状況
点数	100／300	
医師	10年以上の脳卒中の診断及び治療の担当経験があり、t-Pa適正使用に係る講習会を受講した医師が1名以上いる	?
薬剤師	夜間休日を含め常時配置されている	×
放射線技師	夜間休日を含め常時配置されている	○
臨床検査技師	夜間休日を含め常時配置されている	○
医療機関体制	脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されている	○
	脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有している	×
	当該治療室に救急蘇生装置・除細動器・心電計・呼吸循環監視装置を常時備えている	○
	CT・MRI・脳血管造影等の画像診断が常時行える	○
	rT-Pa静注療法適正治療指針を踏まえて適切に行われている	○
市立病院の届出可能性	不可	

## 入退院支援加算2の対象患者

	算定要件
算定対象患者	退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望する者
算定回数	<ul style="list-style-type: none"> <li>ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること</li> <li>イ 緊急入院であること</li> <li>ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。)</li> <li>エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること</li> <li>オ 生活困窮者であること</li> <li>カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること。)</li> <li>キ 排泄に介助を要すること</li> <li>ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと</li> <li>ケ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと</li> <li>コ 入退院を繰り返していること</li> <li>サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合</li> </ul>
支援時期	7日以内の状況把握と家族面談・退院支援計画の作成着手
算定不可	死亡による退院 療養病棟等において、他の病院又は診療所に入院するために転院した患者

入院前からの退院支援体制と、在宅復帰に向けた地域連携体制を構築することで、届出が可能となります。

### 入院時支援加算の施設基準

	入院時支援加算(200床以上)	加算(200床以上) 基準達成状況
点数	200(入院初日)	
病床数	許可病床200床以上	○
施設基準	入退院支援加算の届出	○
入退院支援部門又は 地域連携業務部門	専従看護師1名以上 又は専任看護師1名と専従社会福祉士1名	○
医療機関体制	転院又は退院体制等について、1以上の連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること	○
市立病院の届出可能性	可能	

## 開放型病院共同指導料の施設基準

点数	開放型病院共同指導料	指導料達成状況	
	220点(紹介元医療機関医師共同指導時)	市立病院	本吉病院
医療機関体制	病院の施設・設備の開放について地域の医師会等との合意があり、 病院の運営規定等で明示されている	○	○
	以下のいずれかの連携登録がある  ①二次医療圏内の20以上の診療所(医科・歯科)の登録 ②二次医療圏内の5割以上の医師・歯科医師の登録 ③二次医療圏内の一つの診療科を主として標榜する10以上の診療所(医科・歯科)の登録 ④二次医療圏内の一つの診療科を主として標榜する5割以上の医師・歯科医師の登録	○	×
	開放する病床が概ね5床以上ある	?	×
	地域医療支援病院の場合は上記すべて満たすものと見なす	—	—
医師	上記の医療機関体制で③④の場合、当該診療科の医師が病院に常時勤務(24時間365日)している必要がある	▲	▲
市立病院届出可能性	要協議		
本吉病院届出可能性	困難		

## 医療機器安全管理料の施設基準

	医療機器安全管理料	管理料 基準達成状況
点数	100	
臨床工学技士	常勤1名以上	○
医療機関体制	医療安全管理部門の設置	○
	医療機器安全管理のための責任者配置	○
	医療機器安全使用のための研修の実施	○
	医療機器の保守点検の適切な実施	○
市立病院の届出可能性	可能	

2床室を固定化するなど一部非稼働病床の休床により、施設基準の届出が可能です。

### 療養環境加算の施設基準

	療養環境加算	加算 基準達成状況
点数	25	
病棟	内法で1病床当たり平均8㎡以上 (差額室料・廊下・診察室等を除く)	×
	内法で1床当たり6.4㎡未満の病室がない	一部休床等により可能
医療機関体制	医療法に定める以上の医師・看護師数	○
本吉病院の届出可能性	困難	



同じく一部非稼働病床の休床により、施設基準の届出が可能です。

重症者等療養環境特別加算の施設基準

	重症者等療養環境特別加算	加算 基準達成状況
点数	100／300	
病室	個室又は2床室	○
	心拍監視装置又は映像による患者観察システム等がある	▲
	酸素吸入・吸引装置がある	○
	差額室料室ではない	○
病棟	当該届出病床数が平均入院患者数の8%未満 (特別の診療機能を備えている場合は10%未満)	○
本吉病院の届出可能性	要協議	

# 土日の往診体制を別の医療機関との医師連携により構築する必要があります。

## 在宅療養支援病院の施設基準

	強化型支援病院		強化型以外	基準の達成状況 (強化型以外)
	単独型	連携型		
届出可能な医療機関	診療所又は 許可病床200床未満の病院	連携する診療所及び病院 (200床未満):連携病院は10未満	診療所又は 許可病床200床未満の病院	○
①医師の人員	在宅医療を担当する医師が3人以上		-	-
②緊急の往診回数	過去1年間の緊急の往診実績が10件以上		-	-
③看取り件数	過去1年間の在宅における看取りの実績、又は超重症児の在宅医療の実績のいずれか4件以上		-	-
実績基準	-	上記①～③について在宅支援連携性を構築する医療機関で満たせばよい。ただし、各機関で、②1年の往診実績4件以上③看取り件数2件以上を満たす必要がある。	-	-
24時間連絡受付体制	24時間連絡を受ける担当者及び担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供			○
24時間往診体制	支援病院において、または別の医療機関の医師との連携により、患者家族の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保(単独型の場合は自院で確保)			×(土日)
24時間訪問看護体制	支援病院または別の医療機関もしくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者家族の求めに応じて、在宅支援病院の医師の指示に基づき、24時間訪問看護が可能な体制を確保。			×
本吉病院	要協議			