



# 経営情報レポート



## 2025 年に向けた医療提供体制の再構築 2014 年 診療報酬改定の 概要

- 1 2014 年診療報酬改定の視点と重点課題
- 2 入院は急性期病床の機能の明確化と受け皿整備
- 3 外来は主治医機能の評価と在宅医療の充実
- 4 有床診の評価と基本診療料の引き上げ

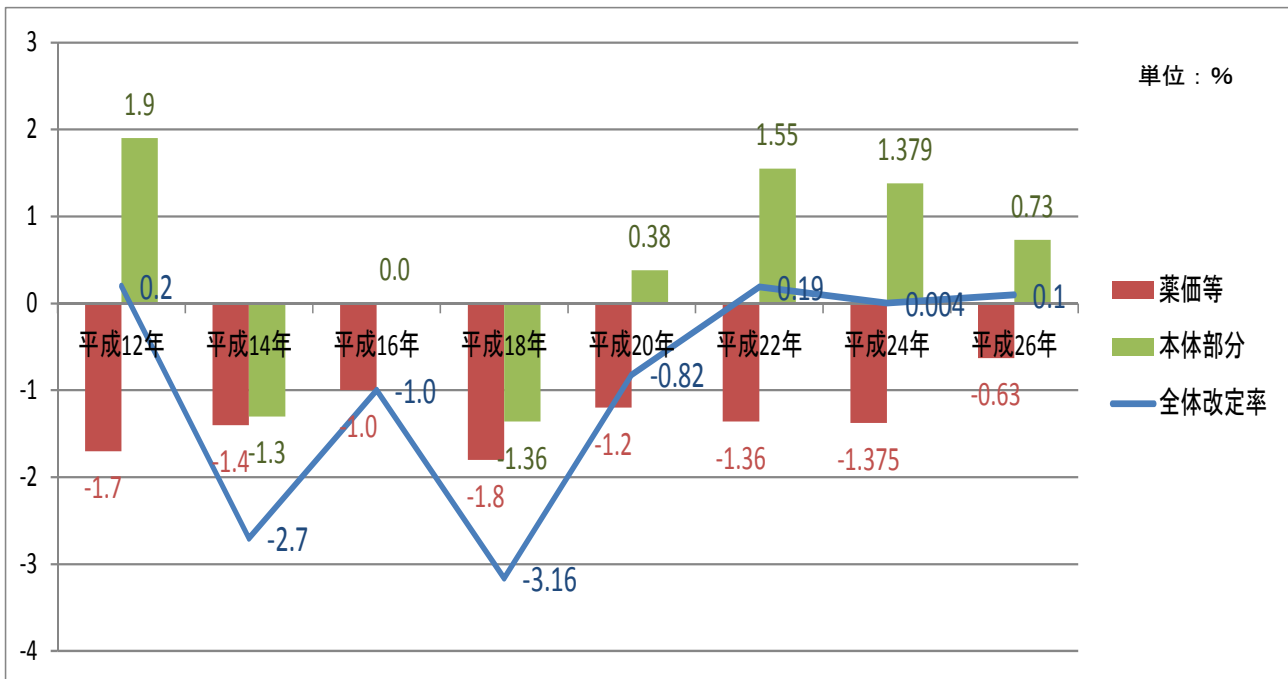
# 1 | 2014年診療報酬改定の視点と重点課題

## 1 | 改定率と答申内容について

### (1) 過去改定率の推移

2014年（平成26年）診療報酬改定に関する改定率が昨年12月に発表され、全体の改定率はプラス0.1%となりました。平成14年から平成18年にかけて続いた史上最悪のマイナス改定時代後の全体改定率の推移を見ますと、前回、前々回に続いて、かろうじてプラス改定を維持した形となりました。

#### ◆改定率の推移



出典：厚生労働省

### (2) 名目プラス、実質マイナス改定

全体改定率はプラス0.1%となりましたが、この4月から消費税が5%から8%と引き上げられるため、実際には増税分仕入コストが増加します。そのため、本改定では医療機関への消費税補てん分（計1.36%）がプラスされました。このプラス分を除いた実質改定率ではマイナス1.26%となります。

実質プラス改定を求めてきた厚労省、日本医師会と総額での削減を主張していた財務省との間を取った首相官邸が痛み分けを演出した形となりました。

## ◆2014 年診療報酬改定率の内訳

	改定率	うち仕入れコスト増の補てん分	実質改定率
本 体	+0.73%	(+0.63%)	+0.10%
薬価等	-0.63%	(+0.73%)	-1.36%
全 体	+0.10%	(+1.36%)	-1.26%

## 2 | 改定の重点課題とその対応

### (1)機能分化・強化と連携、在宅医療の充実

改定の重点課題については、入院医療における病床機能を再評価のうえ、細分化を進める一方、一部の機能強化を行うとしています。そして、病院完結型の医療から地域完結型の医療へのシフトを目指し、外来・在宅医療の充実、介護施設とのシームレスな連携を構築し、2025 年モデルを実現するとしています。

### ◆重点課題について

#### 1. 入院医療

- ①高度急性期と一般急性期を担う病床機能の明確化とそれらの機能に合わせた評価
- ②長期療養患者の受け皿の確保、急性期病床と長期療養を担う病床の機能分化
- ③急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価
- ④地域の実情に配慮した評価
- ⑤有床診療所における入院医療の評価

#### 2. 外来医療の機能分化・連携の推進

- ①主治医機能の評価
- ②紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

#### 3. 在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療の推進

#### 4. 医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価

### (2)急性期に相応しい病床機能の推進

2025 年モデルでは、高度急性期の担い手として位置づけられた病床は 18 万床ですが、現在の 7 対 1 一般病床は 35 万床と、約 2 倍となっていることが大きな問題となっています。また、急性期医療を掲げながら、その実は慢性期患者（90 日超の入院患者）が相当数存在していることも厚労省の調査で明らかになってきました。

こうした背景をもとに、今次改定では7対1病床の絞り込みを進め、急性期に相応しい病床機能の明確化と役割分担を推進する内容となっています。詳細については入院医療の項目で触れますが、今後自院がどの方向に舵をきるのか（あるいはきらないのか）大きな決断を迫られる改定内容であるといえます。



出典：厚労省保険局医療課

### (3)地域包括ケアの実現に向けた導入ステップ

今回の改定は、病院完結型から地域完結型への移行の基礎作りと言えます。それは、今後増え続ける高齢者が、住み慣れた地域の中で、健康で活力ある暮らしが継続できるように、地域全体で支えていくというコンセプト実現への第一ステップです。

#### ◆地域包括ケアの5つの取組み

- ①医療との連携強化（在宅医療、訪問看護、リハビリテーションの充実）
- ②介護サービスの充実強化（特養等の整備、24時間対応巡回サービス等）
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など多様な生活支援サービスの確保や権利擁護
- ⑤高齢期になっても住み続けることができる高齢者住まいの整備（サ高住等）

## 2 | 入院は急性期病床の機能の明確化と受け皿整備

### 1 | 厳格化される急性期病院の要件

急性期病院においては、機能の明確化が重点課題とされました。今回の改定は、35万7千床にまで増加した、特に7対1一般病棟基本料を算定している医療機関に対して厳しい内容となっています。

#### ◆一般病棟入院基本料の主な見直し方針

		特定除外制度の見直し	重症度・看護必要度の見直し	平均在院日数の計算方法の見直し	DPCデータ提出の義務化	在宅復帰率要件の導入
		経過措置あり	猶予期間あり	猶予期間なし	猶予期間あり	猶予期間あり
一般病棟 入院基本料	7対1	○	○	○	○	○
	10対1	○	○	○	×	×
	13対1	—	—	○	×	×
	15対1	—	—	○	×	×

出典：日経ヘルスケア 2014年2月号

### (1) 特定除外制度の見直しによる平均在院日数の長期化

平均在院日数自体の短縮（7対1で18日以内等）は見送られましたが、90日超の入院患者に係る特定除外制度が以下のとおり見直されることになりました。

#### ■ 7対1、10対1の病棟についての特定除外制度見直し

- ① 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系（包括）とする。  
（平成26年3月31日に入院している患者は、当分の間、医療区分3とみなす）
- ② 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

こうした特定除外患者を除くと、7対1病院の14.8%、10対1病院の18.4%が平均在院日数の要件をクリアできなくなるといわれています。

また、平均在院日数の短縮に大きく寄与する内視鏡下手術などの「短期滞在手術等基本料（手術・検査19項目）」についても見直しが行われ、4泊5日までの場合は平均在院日

数の計算対象から除外し、6日以降の入院については同日数の対象に含むこととなり、平均在院日数の要件を満たすためには、院内での管理体制をさらに徹底しなければならない改定内容となっています。

## (2) 厳格化される重症度、医療・看護必要度測定

現行の「重症度・看護必要度」が名称変更となり、A・B項目のうち、前者の見直しが行われました。7対1病院においては、重症度の基準は入院基本料の施設基準となっているため、この基準を満たす患者を15%以上入院させることが必要です（10対1病院は入院基本料の加算として取り扱われる）。

### ◆一般病棟入院基本料の主な見直し方針

現行(A項目)	改定後(A項目)
1 創傷処置	1 創傷処置 褥瘡処置 いずれか1つ以上該当する場合
2 血圧測定	(削除)
3 時間尿測定	(削除)
4 呼吸ケア	2 呼吸ケア (喀痰吸引のみの場合を除く)
5 点滴ライン同時3本以上	3 点滴ライン同時3本以上
6 心電図モニター	4 心電図モニター
7 シリンジポンプの使用	5 シリンジポンプの使用
8 輸血や血液製剤の使用	6 輸血や血液製剤の使用
9 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理	7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤)、② 抗悪性腫瘍剤の内服 ③ 麻薬注射薬の使用 ④ 麻薬の内服・貼付 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の使用、⑦ 昇圧剤の使用、⑧ 抗不整脈剤の使用、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴 ⑩ ドレナージの管理

・1～6は各1点  
・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

これにより、現行のA項目のうち、2) 血圧測定や3) 時間尿測定の患者が加点対象から削除され、さらに4) 呼吸ケアの患者から喀痰吸引のみの場合が除外されました。

このように平均在院日数と重症度・看護必要度の両面において、7対1病院にとって、非常に厳しい改定となっていることがわかります。

## 2 | 急性期後の受け皿となる病床整備

### (1) 亜急性期と回復期の入院

2025年モデルで一般病棟を支える位置に存在するのが、回復期病棟を含む亜急性期病棟であり、今次改定で評価を充実させる方向性が示されています。現行の亜急性期病棟管理料からは、病棟単位で算定が可能な「地域包括ケア病棟入院料」、また中小病院が現行どおり病室ごとに算定できる「地域包括ケア病棟入院医療管理料」の2つに分類するという変更が行われています。

主な施設基準としては、①二次救急医療施設や救急告示病院、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院（今回新設）の届出病院、②リハビリ職員の配置（PT，OT，STのうち1名専従）、③重症者割合（A項目1点以上患者が10%以上）、④データ提出加算届出病院となっています。また在宅復帰率は、現行の60%から70%へ引き上げられました。

#### ◆現行の入院料と地域包括ケア病棟入院料の比較

入院料	現行点数	改定後点数
亜急性期入院医療管理料	1,911点～2,061点	1,965点～2,119点
回復期リハビリテーション病棟入院料	1,791点～1,911点	1,811点～2,025点
地域包括ケア病棟入院料	—	2,058点～2,558点
地域包括ケア病棟入院医療管理料		

## (2)療養病棟は新たな加算項目が追加

現行の療養病棟入院基本料について大きな変更点はありませんが、消費税引き上げに伴い、基本料が13点から41点アップしているほか、以下の加算が新設されました。

#### ◆療養病棟で算定が可能となる項目

<p>①超重症者・準超重症者入院診療加算【変更】（現行100～800点/1日） ～療養病棟における超重症者等の受入を促進するため、療養病棟における超重症者・準超重症者入院診療加算の対象を、15歳を超えて障害を受けた者に拡大</p>
<p>②在宅復帰機能強化加算【新設】（10点/1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●療養病棟入院基本料1を届け出ていること</li> <li>●在宅に退院した患者（1か月以上入院していた患者に限る）が50%以上であること</li> <li>●退院患者の在宅生活が1か月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続することを確認していること</li> <li>●病床回転率が10%以上であること</li> </ul>
<p>③慢性維持透析管理加算【新設】（100点/1日）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●療養病棟入院基本料1を届け出ていること</li> <li>●自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている患者について算定する。毎日実施されている必要はないが、持続的に適切に行われていること</li> </ul>

なお、地域包括ケア病棟入院料については、療養病床についても1病棟に限り届出が可能とされています。

### 3 | 外来は主治医機能の評価と在宅医療の充実

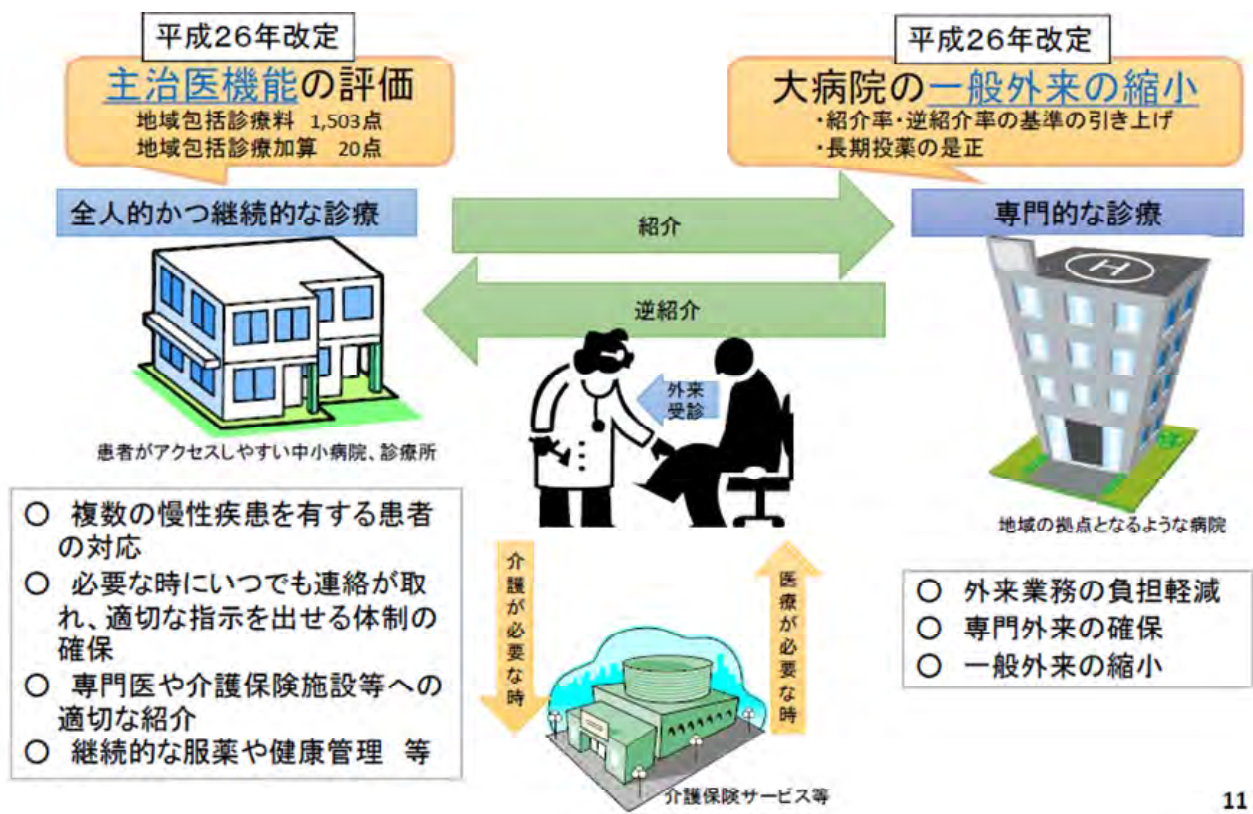
#### 1 | 外来診療の評価

##### (1) 新設された主治医機能の評価

地域包括ケアを強力に推進していく上において、診療所におけるかかりつけ医機能の充実、これまでも重要課題として掲げられてきました。

この方向性を受けた今次改定において、外来におけるキーポイントは主治医機能に関する評価の新設です。

#### ◆主治医機能の評価と外来診療の役割分担



11

主治医機能については、新設された「地域包括診療料」の要件に詳しく定められていますが、「患者の受診歴や服薬情報などを一元的に把握して、継続的な指導管理を進めるとともに、適宜健康診断・検診の受診勧奨を行う」など、日常的な管理体制を構築する必要があります。



## (2)主治医機能の評価と地域包括診療

新設された「地域包括診療料」のコンセプトは、「外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う」であり、その担い手は診療所と200床未満の病院に限定されます。

主な要件は、以下のとおりです。

### ◆新設された地域包括診療料の主な要件等

#### ●地域包括診療料【新設】(1,503点/1月)

- 診療所または許可病床数が200床未満の病院に限る
- 初診時には算定不可

#### ■算定要件

- 対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上を有する患者とする。
- 担当者を決めること。また当該医師は、関係団体主催の研修会を終了していること（当該取扱いは平成27年4月1日から施行する）。
- 以下の指導、服薬管理を行っていること。（略）
- 以下の健康管理を行っていること
  - イ)健康診断・検診の受診勧奨を行いその結果等をカルテに記載するとともに、患者に渡し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
  - ロ)健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
  - ハ)敷地内禁煙であること。
- 介護保険に係る相談を行っている旨を院内掲示し、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、下記のいずれか一つを満たすこと。（略）

尚、診療所の主治医機能についてのみ評価するとし、出来高算定可能な「地域包括診療加算(20点/1回)」も新設されていますが、算定要件が若干異なるため、注意が必要です。

## 2 | 実績重視の在宅医療

### (1)徹底したアウトカム評価型へ

在宅医療支援機能の充実を図るため、手厚い評価がなされてきたことを背景として、在宅療養支援診療所(在支診)・同病院(在支病)などの届出数は増加した一方、緊急往診や看取りといった実績がほとんどない医療機関も存在していました。今次改定では、これら評価の適正化を目的とし、実績要件が引き上げられています。

### ◆機能強化型在支診・在支病の実績要件の引き上げ

現行	改定後
在宅医療を担当する常勤医師3名以上	在宅医療を担当する常勤医師3名以上
過去1年間の緊急往診の実績5件以上	過去1年間の緊急往診の実績10件以上
過去1年間の在宅看取りの実績2件以上	過去1年間の在宅看取りの実績4件以上
複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えない。	複数の医療機関が連携して上記の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。 イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上 ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

上記要件に挙げた緊急往診実績や看取り実績を有する在支診及び在支病については、「在宅療養実績加算」の算定を認めるなど、評価が重点化されています。

### (2)同一建物への訪問系医療の厳格化

今次改定では、訪問診療や在総管、特医総管などの訪問系医療について、不適切事例への対策推進を目的に掲げ、同一建物への訪問及び同一建物における同一日の複数訪問時の再評価を行い点数の大幅引き下げを行うとともに、「保険医療機関が高齢者住宅等からの経済的誘因による患者紹介を受けることを禁止する」と明示しています。

### ◆訪問診療料の比較

現行		改定後	
訪問診療科1(同一建物以外)	830点	訪問診療科1(同一建物以外)	833点
訪問診療科2(特定施設等)	400点	訪問診療科2(特定施設等)	203点
訪問診療科2(上記以外の同一建物)	200点	訪問診療科2(上記以外の同一建物)	103点

### (3)後方支援の評価

現在連携型在支診及び在支病に付与されている「在宅患者緊急入院診療加算(入院初日2,500点)」が、新設される「在宅療養後方支援病院」にも適用されることとなりました。

施設基準としては、①200床以上の病院、②入院希望患者について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること、③入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること、となっています。

## 4 | 有床診の評価と基本診療料の引き上げ

### 1 | 有床診療所入院基本料

#### (1)機能に応じて細分化された評価

有床診療所をめぐる評価については、地域包括ケアシステムにおいて、診療所が主治医機能を持ちながら、病院等からの退院患者のフォローや急変時の受入れなどの在宅医療やターミナルケア、介護保険サービスなど多様な機能を担うポジションにあるため、入院基本料評価が細分化されています。

#### ◆有床診療所入院基本料で設定された上位ランク3種

現行	改定案
有床診療所入院基本料（1日につき）	有床診療所入院基本料（1日につき）
（新設）	1 有床診療所入院基本料 1 イ 14日以内（846点） <b>【新設】</b> ロ 15日～30日以内（657点） <b>【新設】</b> ハ 31日超（557点） <b>【新設】</b>
（新設）	2 有床診療所入院基本料 2 イ 14日以内（757点） <b>【新設】</b> ロ 15日～30日以内（568点） <b>【新設】</b> ハ 31日超（512点） <b>【新設】</b>
（新設）	3 有床診療所入院基本料 3 イ 14日以内（558点） <b>【新設】</b> ロ 15日～30日以内（523点） <b>【新設】</b> ハ 31日超（493点） <b>【新設】</b>

現行の看護職員の配置に応じた区分は、一定の実績要件（急変時受入れ実績等）を満たす場合の上位ランク3種類を設定し、合計6種類の体系に改定されました。

今後は時間外対応加算1や夜間看護配置加算1・2などの届出のほか、自院の入院患者に占める他の医療機関の一般病床からの患者受入実績、看取り件数などの実績管理を徹底し、ランクアップを進めることが重要テーマとなります。

また、看護補助配置加算（5～10点/1日）の取得も看護師不足の診療所においては積極的に検討すべき項目といえるでしょう。

## (2)管理栄養への取り組み評価

すでに入院基本料に包括された栄養管理実施加算（12点/1日）ですが、管理栄養士の確保が厳しい実情を踏まえ、入院基本料から引き去り措置を行った一方、管理栄養士を配置している診療所については、加算として今回評価が復活しました。

なお、管理栄養士がいない診療所において、他の医療機関や栄養ケアステーション等の管理栄養士が医師の指示に基づき対面で指導をした場合には、今次改定で新設された入院時栄養食事指導料2（125点）が算定可能です。

## 2 | リハビリテーションの評価・再評価

### (1)維持期リハビリテーションをめぐる評価

介護保険への移行促進の観点から、標準算定日数を超えた患者で、その状態の改善が期待できると判断されない場合、脳血管疾患等リハビリテーションのうち廃用症候群の評価を見直すとして引き下げが行われました。

#### ◆脳血管疾患等リハビリテーションの比較

現行	改定案
<b>脳血管疾患等リハビリテーション料</b>	<b>脳血管疾患等リハビリテーション料</b>
イ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (2)廃用症候群の場合 235点	イ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (2)廃用症候群の場合 180点
ロ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (2)廃用症候群の場合 190点	ロ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ) (2)廃用症候群の場合 146点
ハ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (2)廃用症候群の場合 100点	ハ脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (2)廃用症候群の場合 77点

### (2)疾患別リハビリテーションに関する評価

維持期リハビリテーションに関する各点数が引き下げられた一方で、疾患別リハビリテーションをめぐる評価は充実し、点数の引き上げが行われています。

また、地域連携パスの主要疾患である脳卒中及び大腿骨頸部骨折については、①脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーションの初期加算、②退院後に外来でリハビリテーションを行った場合の早期リハビリテーション加算、について算定が可能となりました。

### ◆疾患別リハビリテーションの比較

現 行	改定案
心大血管疾患リハビリテーション料	心大血管疾患リハビリテーション料
I : 200 点 II : 100 点	I : 205 点 II : 105 点
運動器リハビリテーション料	運動器リハビリテーション料
I : 175 点 II : 165 点 III : 80 点	I : 180 点 II : 170 点 III : 85 点
呼吸器リハビリテーション料	呼吸器リハビリテーション料
I : 170 点 II : 80 点	I : 175 点 II : 85 点

## 3 | その他の改定項目

### (1)基本診療料

4月からの消費税3%アップに伴う措置は、入院基本料だけではなく、初診料等の基本診療料にも講じられます。

### ◆基本診療料の評価(消費増税措置)

現 行	改定案
初診料 (270 点)	初診料 (282 点)
初診料【同一2科】(135 点)	初診料【同一2科】(141 点)
再診料 (69 点)	再診料 (72 点)
再診料【同一2科】(34 点)	再診料【同一2科】(36 点)
外来診療料 (70 点)	外来診療料 (73 点)
外来診療料【同一2科】(34 点)	外来診療料【同一2科】(36 点)

### (2)その他の評価項目

その他よく算定される項目のうち要件・点数等が変わった項目を以下に列挙しました。

- ①内視鏡検査の時間外等の評価【新設】(時間外 40/100、深夜・休日 80/100)
- ②経口摂取回復促進加算【新設】(185 点)
- ③人工腎臓 すべて引下げ
- ④在宅自己注射指導管理料【現行】(820 点)  
⇒ 月3回以下(100 点)、4回以上(190 点)、8回以上(290 点)、28回以上(810 点)
- ⑤CT 64列以上マルチスライス 950 点 ⇒ 1,000 点
- ⑥MRI 3テスラ以上 1,400 点 ⇒ 1,600 点

医業経営情報レポート 3月号

2025 年に向けた医療提供体制の再構築 2014 年診療報酬改定の概要

---

【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

大阪府中央区大手前 1-7-31 OMMビル 13F

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。

