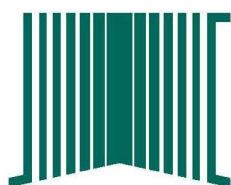


日本慢性期医療協会
平成30年度同時報酬改定影響度調査
集計結果

実 施：平成30年7月

対 象：日本慢性期医療協会 病院会員（1,045病院）

回 答：242病院



日本慢性期医療協会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

1-1. 病床数及び請求金額

	平成30年度 3月末現在		平成30年度 6月末現在		入院患者1人1日あたりの平均請求金額(円)		
	回答病院数	病床数合計	回答病院数	病床数合計	平成30年度3月	平成30年度6月	1病院あたり 増加率(%)
					1病院あたり	1病院あたり	
病院全体	198	37,408	196	37,168	25,179	25,796	2.5
療養病棟入院料1	185	16,457	184	16,626	20,300	20,714	2.0
療養病棟入院料2	37	2,647	31	2,487	16,721	16,857	0.8
うち在宅復帰機能強化加算	75	5,418	72	5,798			
回復期リハ病棟入院料1			38	2,682		41,091	
回復期リハ病棟入院料2 (旧回復期リハ病棟入院料1)	67	4,483	32	2,165	39,210	37,598	
回復期リハ病棟入院料3			19	762		36,144	
回復期リハ病棟入院料4 (旧回復期リハ病棟入院料2)	28	1,256	6	299	34,404	32,002	
回復期リハ病棟入院料5			3	122		33,639	
回復期リハ病棟入院料6 (旧回復期リハ病棟入院料3)	7	307	3	160	31,395	30,886	
地域包括ケア病棟・管理料1			32	1,052		33,510	
地域包括ケア病棟・管理料2 (旧地域包括ケア病棟・管理料1)	74	2,560	45	1,607	31,148	31,361	
地域包括ケア病棟・管理料3			3	79		26,890	
地域包括ケア病棟・管理料4 (旧地域包括ケア病棟・管理料2)	9	202	4	97	25,058	25,105	
障害者施設等7:1	1	327	1	327			
障害者施設等10:1	26	1,456	28	1,959	27,915	28,332	1.5
障害者施設等13:1	9	953	7	451	24,439	23,959	-2.0
障害者施設等15:1	1	49	1	49	21,752	22,248	2.3
特殊疾患病棟入院料1	14	795	14	794	22,104	22,115	0.0
特殊疾患病棟入院料2	1	60	1	60	18,218	18,303	0.5
急性期一般入院料1 (旧一般病棟入院基本料7:1)	8	565	8	514	45,870	48,433	
急性期一般入院料2			0	0			
急性期一般入院料3			0	0			
急性期一般入院料4 (旧一般病棟入院基本料10:1)	35	1,341	12	356	34,245	30,421	
急性期一般入院料5			10	488		39,753	
急性期一般入院料6			9	388		36,290	
急性期一般入院料7			5	174		30,791	
地域一般入院料1 (旧一般病棟入院基本料13:1)	8	331	8	331	28,693	29,328	
地域一般入院料2			0	0			
地域一般入院料3 (旧一般病棟入院基本料15:1)	15	718	15	690	26,205	27,084	
認知症治療病棟入院料1	11	962	11	963	14,990	15,649	4.4
認知症治療病棟入院料2	0	0	0	0			
精神療養病棟入院料	8	753	8	739	14,626	14,684	0.4
介護療養病床 機能強化A	50	3,479	51	3,804	15,816	15,893	0.5
介護療養病床 機能強化B	10	909	7	553	14,630	14,876	1.7
介護療養病床 その他	13	715	12	600	15,198	14,790	-2.7
老人性認知症疾患療養病棟	2	113	2	113	15,706	15,811	0.7
介護医療院(Ⅰ型)			1	60		16,227	
介護医療院(Ⅱ型)			0	0			
介護医療院(特別)			0	0			

1-2. 平成30年3月末と平成30年6月末の届出状況 クロス集計（複数回答）

1-2-1. 回復期リハ病棟

回復期リハ病棟 届出病院数		平成30年6月末						計
		入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	
平成30年3月末	入院料1	38	28	4	1	2		73
	入院料2	3	6	17	6			32
	入院料3	1	2	1		2	2	8
	届出なし						1	1
計		42	36	22	7	4	3	114

1-2-2. 地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟 届出病院数		平成30年6月末				計
		入院料1・ 管理料1	入院料2・ 管理料2	入院料3・ 管理料3	入院料4・ 管理料4	
平成30年3月末	入院料1・ 管理料1	31	43	1		75
	入院料2・ 管理料2	2	1	3	4	10
	届出なし		1			1
計		33	45	4	4	86

1-2-3. 一般病棟

一般病棟 届出病院数		平成30年6月末									計	
		急性期1	急性期2	急性期3	急性期4	急性期5	急性期6	急性期7	地域一般1	地域一般2		地域一般3
平成30年3月末	7対1	8										8
	10対1				12	10	9	4				35
	13対1								8			8
	15対1										15	15
	届出なし							1				1
計		8	0	0	12	10	9	5	8	0	15	67

1-3. 病床種別毎の病床数

	病床数の合計		全体に対する比率(%)	
	3月末	6月末	3月末	6月末
療養病棟入院料1	16457	16626	39.7	40.0
療養病棟入院料2	2647	2487	6.4	6.0
うち、在宅復帰機能強化加算	5418	5798		
回復期リハ病棟入院料1		2682		6.5
回復期リハ病棟入院料2 (旧回復期リハ病棟入院料1)	4483	2165	10.8	5.2
回復期リハ病棟入院料3		762		1.8
回復期リハ病棟入院料4 (旧回復期リハ病棟入院料2)	1256	299	3.0	0.7
回復期リハ病棟入院料5		122		0.3
回復期リハ病棟入院料6 (旧回復期リハ病棟入院料3)	307	160	0.7	0.4
地域包括ケア病棟・管理料1		1052		2.5
地域包括ケア病棟・管理料2 (旧地域包括ケア病棟・管理料1)	2560	1607	6.2	3.9
地域包括ケア病棟・管理料3		79		0.2
地域包括ケア病棟・管理料4 (地域包括ケア病棟・管理料2)	202	97	0.5	0.2
障害者施設等7:1	327	327	0.8	0.8
障害者施設等10:1	1456	1959	3.5	4.7
障害者施設等13:1	953	451	2.3	1.1
障害者施設等15:1	49	49	0.1	0.1
特殊疾患病棟入院料1	795	794	1.9	1.9
特殊疾患病棟入院料2	60	60	0.1	0.1
急性期一般入院料1 (旧一般病棟入院基本料7:1)	565	514	1.4	1.2
急性期一般入院料2		0		0.0
急性期一般入院料3		0		0.0
急性期一般入院料4 (旧一般病棟入院基本料10:1)	1341	356	3.2	0.9
急性期一般入院料5		488		1.2
急性期一般入院料6		388		0.9
急性期一般入院料7		174		0.4
地域一般入院料1 (旧一般病棟入院基本料13:1)	331	331	0.8	0.8
地域一般入院料2		0		0.0
地域一般入院料3 (旧一般病棟入院基本料15:1)	718	690	1.7	1.7
認知症治療病棟入院料1	962	963	2.3	2.3
認知症治療病棟入院料2	0	0	0.0	0.0
精神療養病棟入院料	753	739	1.8	1.8
介護療養病床 機能強化A	3479	3804	8.4	9.2
介護療養病床 機能強化B	909	553	2.2	1.3
介護療養病床 その他	715	600	1.7	1.4
老人性認知症疾患療養病棟	113	113	0.3	0.3
介護医療院(I型)		60		0.1
介護医療院(II型)		0		0.0
介護医療院(特別)		0		0.0
総病床数	41438	41551	100.0	100.0

1-4. 入院患者1人1日あたりの平均請求金額 平成30年3月から平成30年6月の増加率

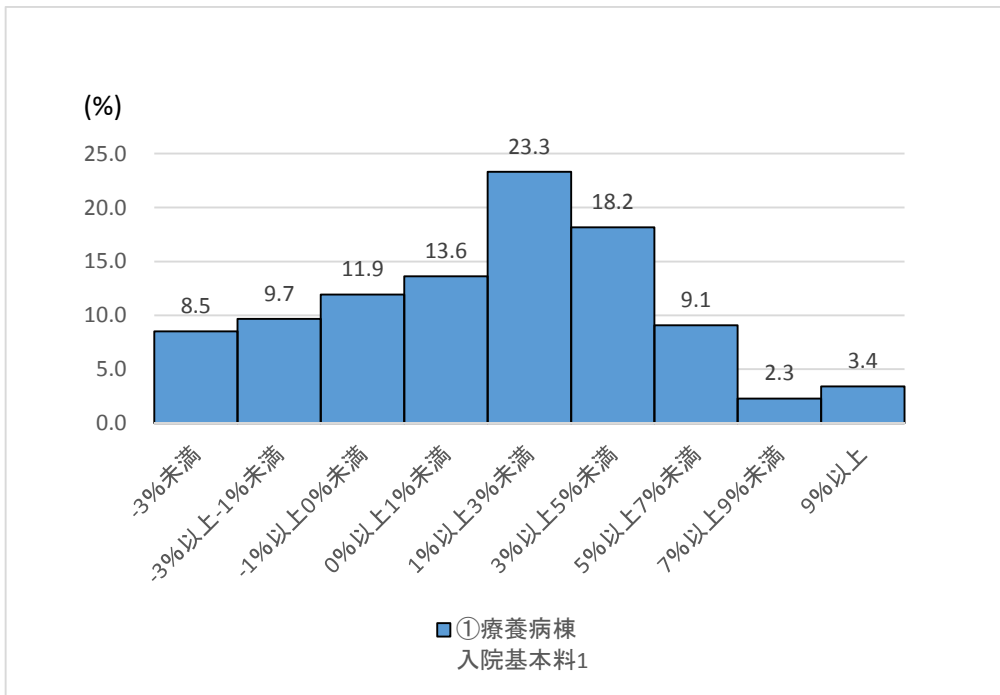
(病院数)

平均請求金額 の増加率(%)	①療養病棟 入院基本料1	②療養病棟 入院基本料2	③介護療養病床 機能強化A	④介護療養病床 機能強化B	⑤介護療養病床 その他
9%以上	6	2	0	0	0
7%以上9%未満	4	2	0	0	0
5%以上7%未満	16	2	3	0	1
3%以上5%未満	32	7	6	0	0
1%以上3%未満	41	7	11	3	2
0%以上1%未満	24	1	7	0	4
-1%以上0%未満	21	1	16	2	2
-3%以上-1%未満	17	1	4	0	2
-3%未満	15	14	2	4	2
計	176	37	49	9	13

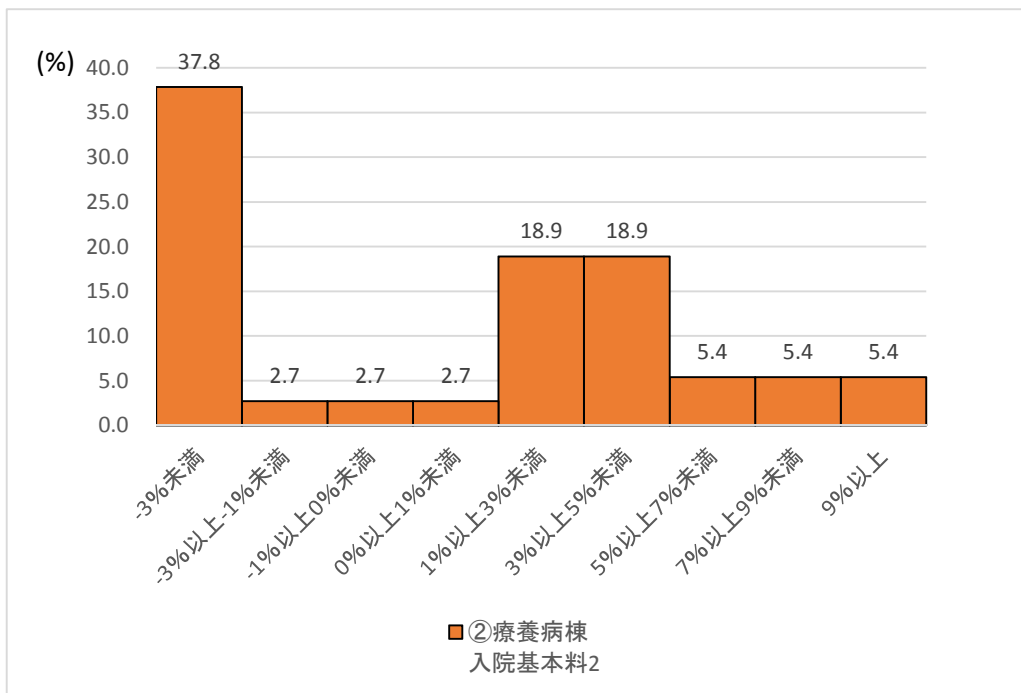
(比率(%))

平均請求金額 の増加率(%)	①療養病棟 入院基本料1	②療養病棟 入院基本料2	③介護療養病床 機能強化A	④介護療養病床 機能強化B	⑤介護療養病床 その他
9%以上	3.4	5.4	0.0	0.0	0.0
7%以上9%未満	2.3	5.4	0.0	0.0	0.0
5%以上7%未満	9.1	5.4	6.1	0.0	7.7
3%以上5%未満	18.2	18.9	12.2	0.0	0.0
1%以上3%未満	23.3	18.9	22.4	33.3	15.4
0%以上1%未満	13.6	2.7	14.3	0.0	30.8
-1%以上0%未満	11.9	2.7	32.7	22.2	15.4
-3%以上-1%未満	9.7	2.7	8.2	0.0	15.4
-3%未満	8.5	37.8	4.1	44.4	15.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

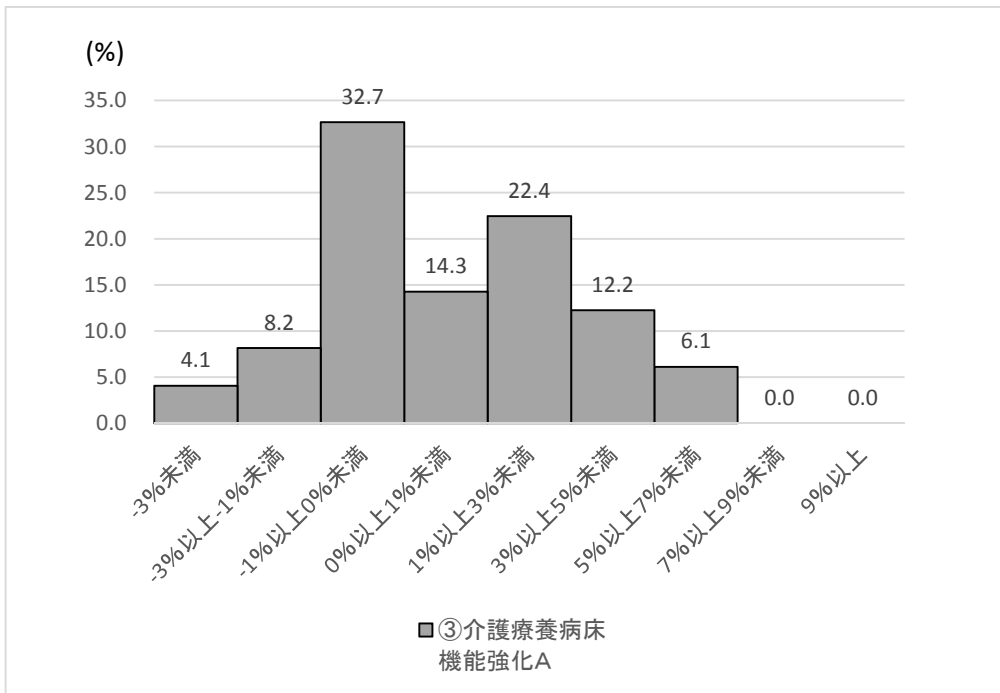
グラフ 1. 平均請求金額の増減率の分布 (割合) 療養病棟入院基本料 1 (n=176)



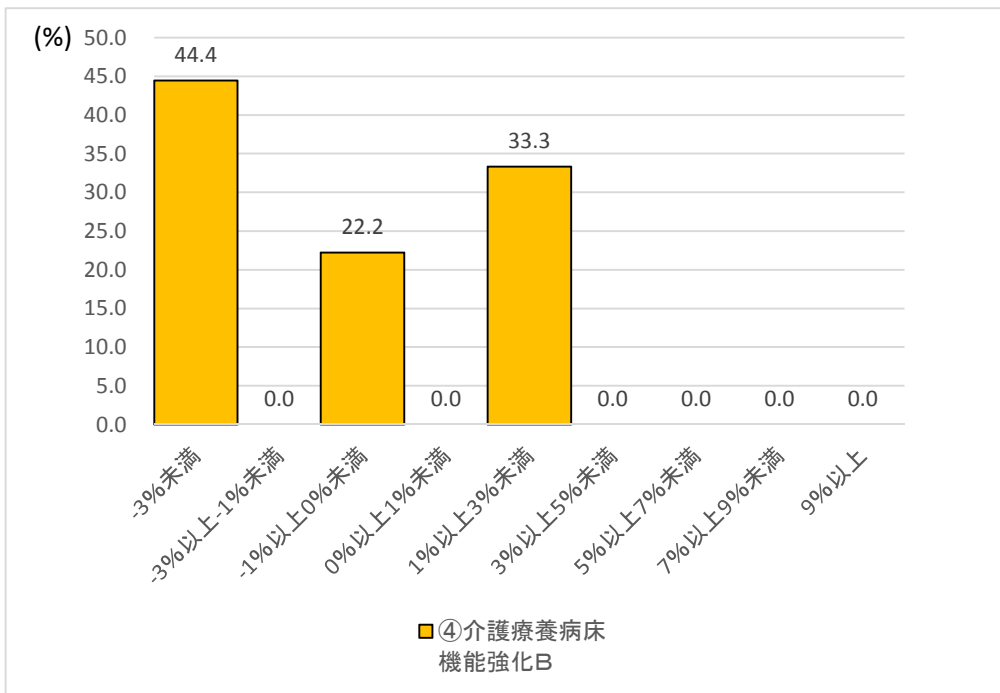
グラフ 2. 平均請求金額の増減率の分布 (割合) 療養病棟入院基本料 2 (n=37)



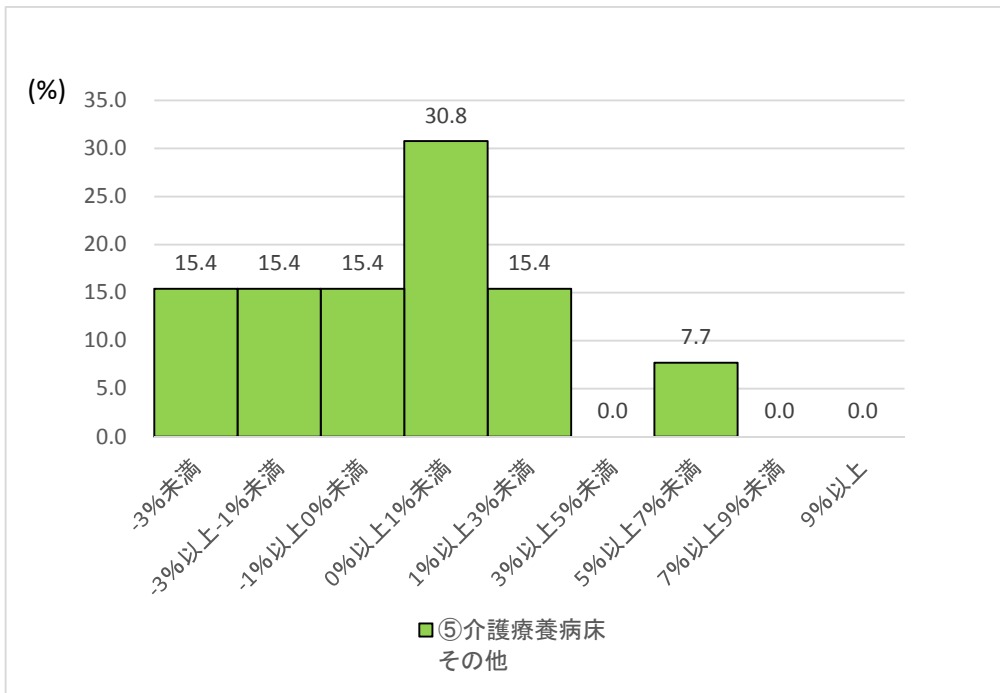
グラフ 3. 平均請求金額の増減率の分布 (割合) 介護療養病床 機能強化A (n=49)



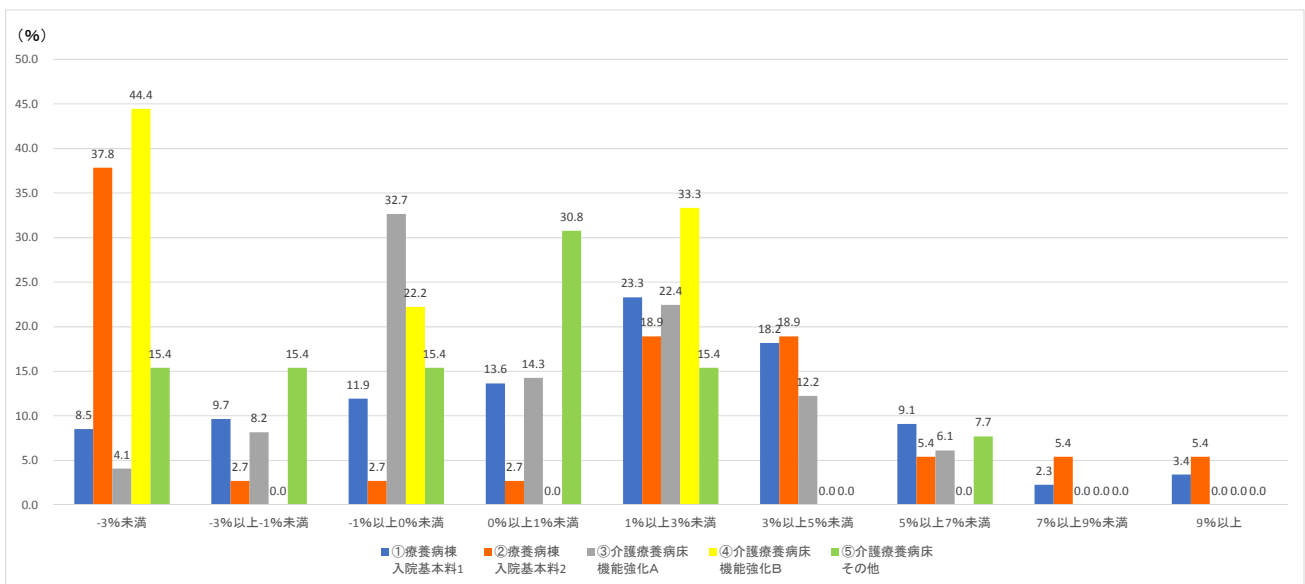
グラフ 4. 平均請求金額の増減率の分布 (割合) 介護療養病床 機能強化B (n=9)



グラフ 5. 平均請求金額の増減率の分布 (割合) 介護療養病床 その他 (n=13)



グラフ 6. 平均請求金額の増減率の分布 (割合) 全体の比較



2. 加算について

	改定前(平成30年3月以前)			改定後(平成30年6月)			
	対象病院数	算定病院数	比率(%)	対象病院数	算定病院数	比率(%)	
2-1.一般病棟	(1)25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上)	66	9	13.6%	67	11	16.4%
	(2)25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満)	66	3	4.5%	67	3	4.5%
	(3)50対1急性期看護補助体制加算	66	11	16.7%	67	10	14.9%
	(4)75対1急性期看護補助体制加算	66	0	0.0%	67	0	0.0%
	(5)夜間30対1急性期看護補助体制加算	66	2	3.0%	67	2	3.0%
	(6)夜間50対1急性期看護補助体制加算	66	3	4.5%	67	3	4.5%
	(7)夜間100対1急性期看護補助体制加算	66	0	0.0%	67	0	0.0%
	(8)夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)	66	5	7.6%	67	5	7.5%
	(9)看護職員夜間12対1配置加算1	66	1	1.5%	67	1	1.5%
	(10)看護職員夜間12対1配置加算2	66	3	4.5%	67	3	4.5%
	(11)看護職員夜間16対1配置加算1(※改定前は看護職員夜間16対1配置加算)	66	1	1.5%	67	0	0.0%
	(12)看護職員夜間16対1配置加算2				67	1	1.5%
	(13)看護配置加算	66	11	16.7%	67	11	16.4%
	(14)看護補助加算1	66	18	27.3%	67	18	26.9%
	(15)看護補助加算2	66	9	13.6%	67	9	13.4%
	(16)看護補助加算3	66	0	0.0%	67	0	0.0%
	(17)夜間75:1看護補助加算	66	1	1.5%	67	1	1.5%
	(18)夜間看護体制加算(看護補助加算)	66	6	9.1%	67	6	9.0%
	(19)救急搬送看護体制加算(夜間休日救急搬送医学管理料)				67	12	17.9%
2-2.医療療養病棟	(1)在宅復帰機能強化加算	185	94	50.8%	184	89	48.4%
	(2)夜間看護加算				207	52	25.1%
2-3.地域包括ケア病棟	(1)看護職員配置加算	82	63	76.8%	83	67	80.7%
	(2)看護補助者配置加算	82	57	69.5%	83	57	68.7%
	(3)看護職員夜間配置加算				83	5	6.0%
	(4)薬剤総合評価調整加算				83	21	25.3%
2-4.回復期リハ病棟	(1)体制強化加算1	94	41	43.6%	95	43	45.3%
	(2)体制強化加算2	94	10	10.6%	95	10	10.5%
	(3)休日リハビリテーション提供体制加算	94	37	39.4%	95	34	35.8%
	(4)入院栄養食事指導料				95	34	35.8%
2-5.障害者病棟	(1)看護補助加算				37	14	37.8%
	(2)夜間看護体制加算				37	10	27.0%
2-6.精神病棟	(1)地域移行機能強化病棟入院料	15	1	6.7%	15	0	0.0%
	(2)精神科措置入院退院支援加算				15	1	6.7%
2-7.共通	(1)機能強化加算				242	52	21.5%
	(2)医師事務作業補助体制加算1 15対1	241	1	0.4%	242	2	0.8%
	(3)医師事務作業補助体制加算1 20対1	241	9	3.7%	242	8	3.3%
	(4)医師事務作業補助体制加算1 25対1	241	2	0.8%	242	2	0.8%
	(5)医師事務作業補助体制加算1 30対1	241	4	1.7%	242	4	1.7%
	(6)医師事務作業補助体制加算1 40対1	241	1	0.4%	242	1	0.4%
	(7)医師事務作業補助体制加算1 50対1	241	12	5.0%	242	11	4.5%
	(8)医師事務作業補助体制加算1 75対1	241	8	3.3%	242	8	3.3%
	(9)医師事務作業補助体制加算1 100対1	241	1	0.4%	242	2	0.8%
	(10)医師事務作業補助体制加算2 15対1	241	0	0.0%	242	0	0.0%
	(11)医師事務作業補助体制加算2 20対1	241	1	0.4%	242	2	0.8%
	(12)医師事務作業補助体制加算2 25対1	241	0	0.0%	242	0	0.0%
	(13)医師事務作業補助体制加算2 30対1	241	2	0.8%	242	3	1.2%
	(14)医師事務作業補助体制加算2 40対1	241	3	1.2%	242	2	0.8%
	(15)医師事務作業補助体制加算2 50対1	241	4	1.7%	242	4	1.7%
	(16)医師事務作業補助体制加算2 75対1	241	2	0.8%	242	2	0.8%
	(17)医師事務作業補助体制加算2 100対1	241	2	0.8%	242	2	0.8%
	(18)医療安全対策地域連携加算1				242	7	2.9%
	(19)医療安全対策地域連携加算2				242	51	21.1%
	(20)抗菌薬適正使用支援加算(感染防止対策加算)				242	4	1.7%
	(21)入退院支援加算1(改定前は退院支援加算1)	241	65	27.0%	242	68	28.1%
	(22)入退院支援加算2(改定前は退院支援加算2)	241	60	24.9%	242	60	24.8%
	(23)入院時支援加算				242	54	22.3%
	(24)地域連携診療計画加算(入退院支援加算)	241	38	15.8%	242	50	20.7%
	(25)地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I))	241	13	5.4%	242	15	6.2%
	(26)地域包括診療料1/地域包括診療加算1				242	2	0.8%
	(27)地域包括診療料2/地域包括診療加算2(※改定前は地域包括診療料)	241	1	0.4%	242	2	0.8%
	(28)薬剤適正使用連携加算(地域包括診療料)				242	0	0.0%
	(29)認知症地域包括診療料1/認知症地域包括診療加算1				242	0	0.0%
	(30)認知症地域包括診療料2/認知症地域包括診療加算2(※改定前は認知症地域包括診療料)	241	0	0.0%	242	1	0.4%
	(31)薬剤適正使用連携加算(認知症地域包括診療料)				242	0	0.0%
	(32)連携管理加算(薬剤総合評価調整管理料)	241	3	1.2%	242	6	2.5%
	(33)後発医薬品使用体制加算1				242	35	14.5%
	(34)後発医薬品使用体制加算2(※改定前は後発医薬品使用体制加算1)	241	39	16.2%	242	13	5.4%
	(35)後発医薬品使用体制加算3(※改定前は後発医薬品使用体制加算2)	241	7	2.9%	242	12	5.0%
	(36)後発医薬品使用体制加算4(※改定前は後発医薬品使用体制加算3)	241	7	2.9%	242	6	2.5%
	(37)リハビリテーション総合計画評価料1(※改定前はリハビリテーション総合計画評価料)	241	137	56.8%	242	146	60.3%
	(38)リハビリテーション総合計画評価料2				242	115	47.5%
	(39)リハビリテーション計画提供料1				242	45	18.6%
	(40)リハビリテーション計画提供料2				242	28	11.6%
	(41)電子化連携加算(リハビリテーション計画提供料)				242	3	1.2%
	(42)データ提出加算1	241	44	18.3%	242	45	18.6%
	(43)データ提出加算2	241	56	23.2%	242	62	25.6%
	(44)提出データ評価加算				242	36	14.9%

3-1. 回復期リハ病棟 実績指数

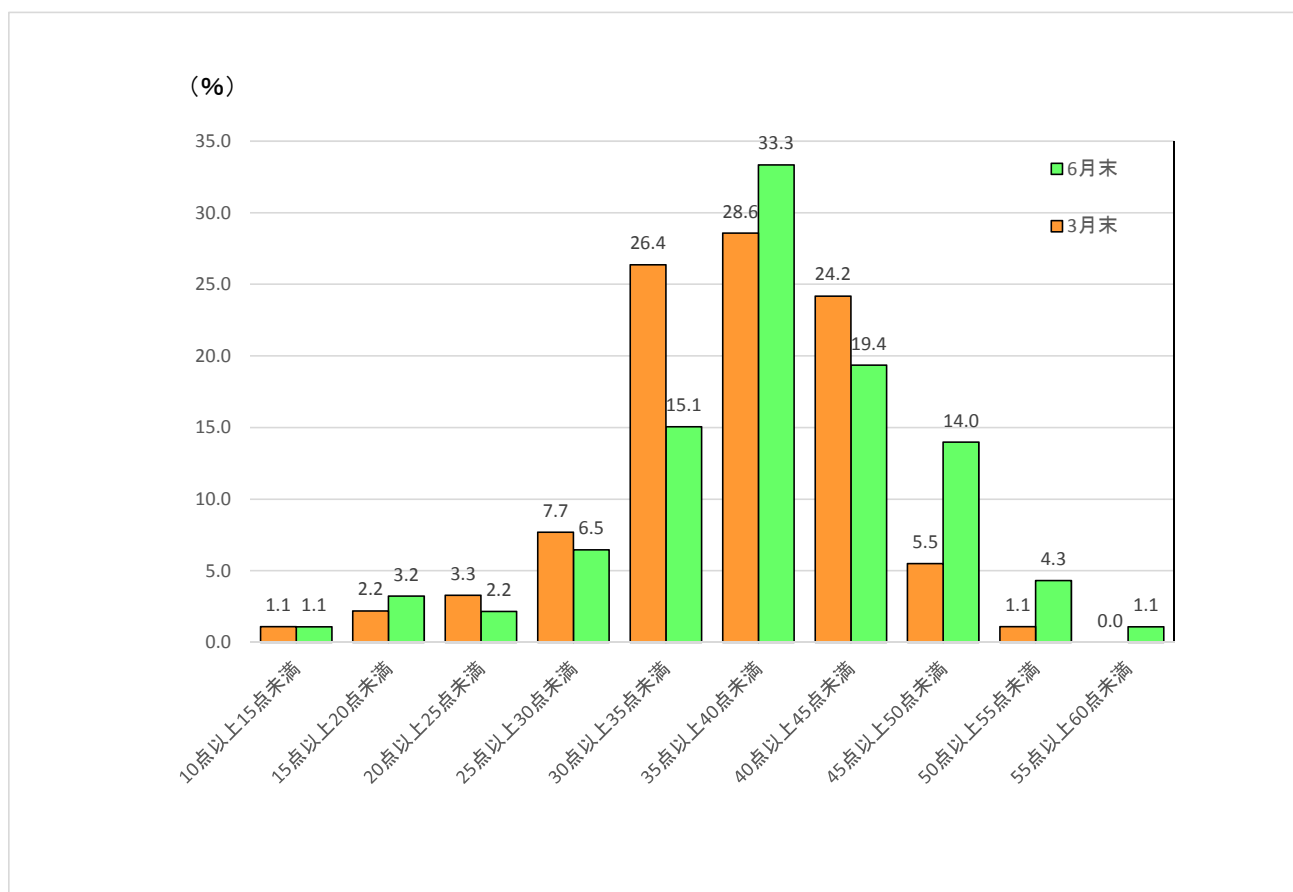
増減率(%)		病院数
プラス (+)	25%以上	6
	20%以上25%未満	7
	15%以上20%未満	6
	10%以上15%未満	15
	5%以上10%未満	16
	0%以上5%未満	16
プラス小計		66
マイナス (-)	-5%以上0%未満	12
	-10%以上-5%未満	8
	-15%以上-10%未満	1
	-15%未満	4
マイナス小計		25
計		91

回答病院数	93
-------	----

	平均	最大値	最小値
改定前(3月末)	35.9	50.2	14.8
改定後(6月末)	38.0	58.1	12.8

実績指数(点)	病院数		割合(%)	
	3月末	6月末	3月末	6月末
55点以上60点未満	0	1	0.0	1.1
50点以上55点未満	1	4	1.1	4.3
45点以上50点未満	5	13	5.5	14.0
40点以上45点未満	22	18	24.2	19.4
35点以上40点未満	26	31	28.6	33.3
30点以上35点未満	24	14	26.4	15.1
25点以上30点未満	7	6	7.7	6.5
20点以上25点未満	3	2	3.3	2.2
15点以上20点未満	2	3	2.2	3.2
10点以上15点未満	1	1	1.1	1.1
計	91	93	100.0	100.0

グラフ7. 回復期リハ病棟 実績指数の分布（割合） 3月末と6月末の比較



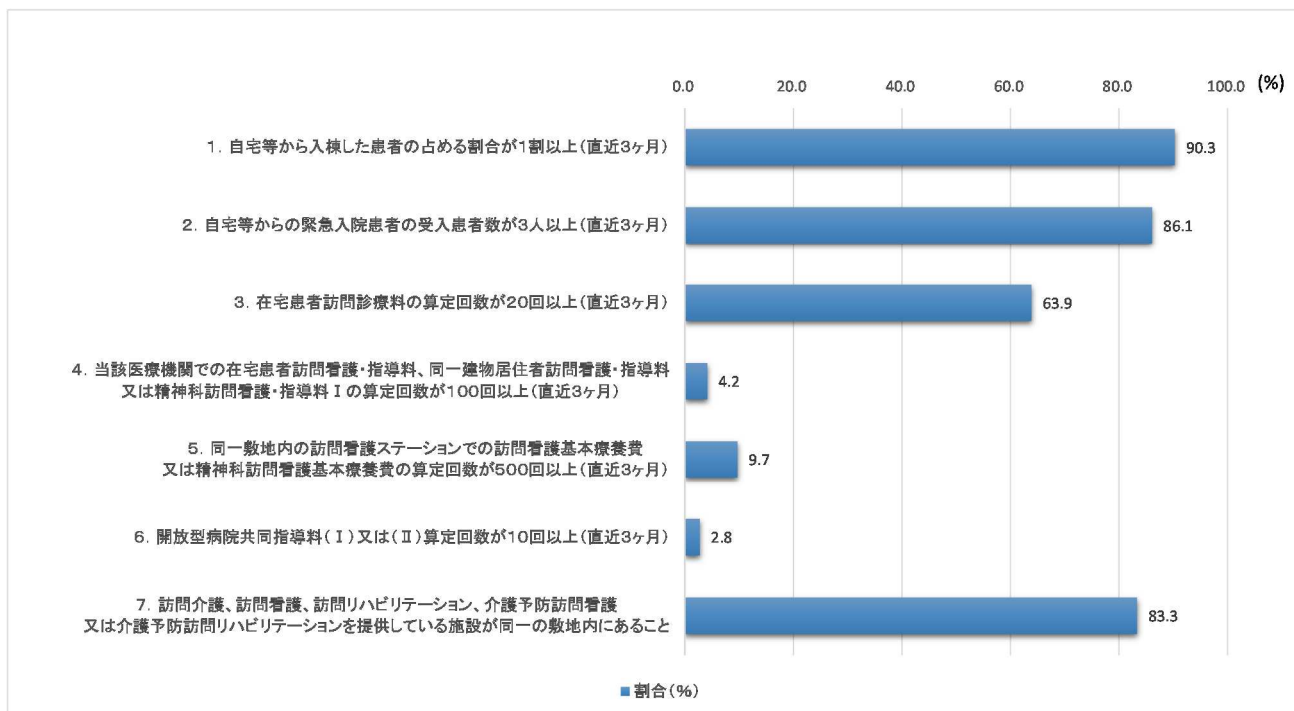
3-2.地域包括ケア病棟 施設基準の要件

回答数	72
-----	----

	病院数	割合(%)
1. 自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上(直近3ヶ月)	65	90.3
2. 自宅等からの緊急入院患者の受入患者数が3人以上(直近3ヶ月)	62	86.1
3. 在宅患者訪問診療料の算定回数が20回以上(直近3ヶ月)	46	63.9
4. 当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が100回以上(直近3ヶ月)	3	4.2
5. 同一敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が500回以上(直近3ヶ月)	7	9.7
6. 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)算定回数が10回以上(直近3ヶ月)	2	2.8
7. 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内にあること	60	83.3
回答病院数	72	100.0

要件取得数	病院数	割合(%)
1件	6	8.3
2件	9	12.5
3件	12	16.7
4件	40	55.6
5件	5	6.9
6件	0	0.0
7件	0	0.0
計	72	100.0

グラフ 8. 地域包括ケア病棟 施設基準の要件 (複数回答) (n=72)



4.経営状況

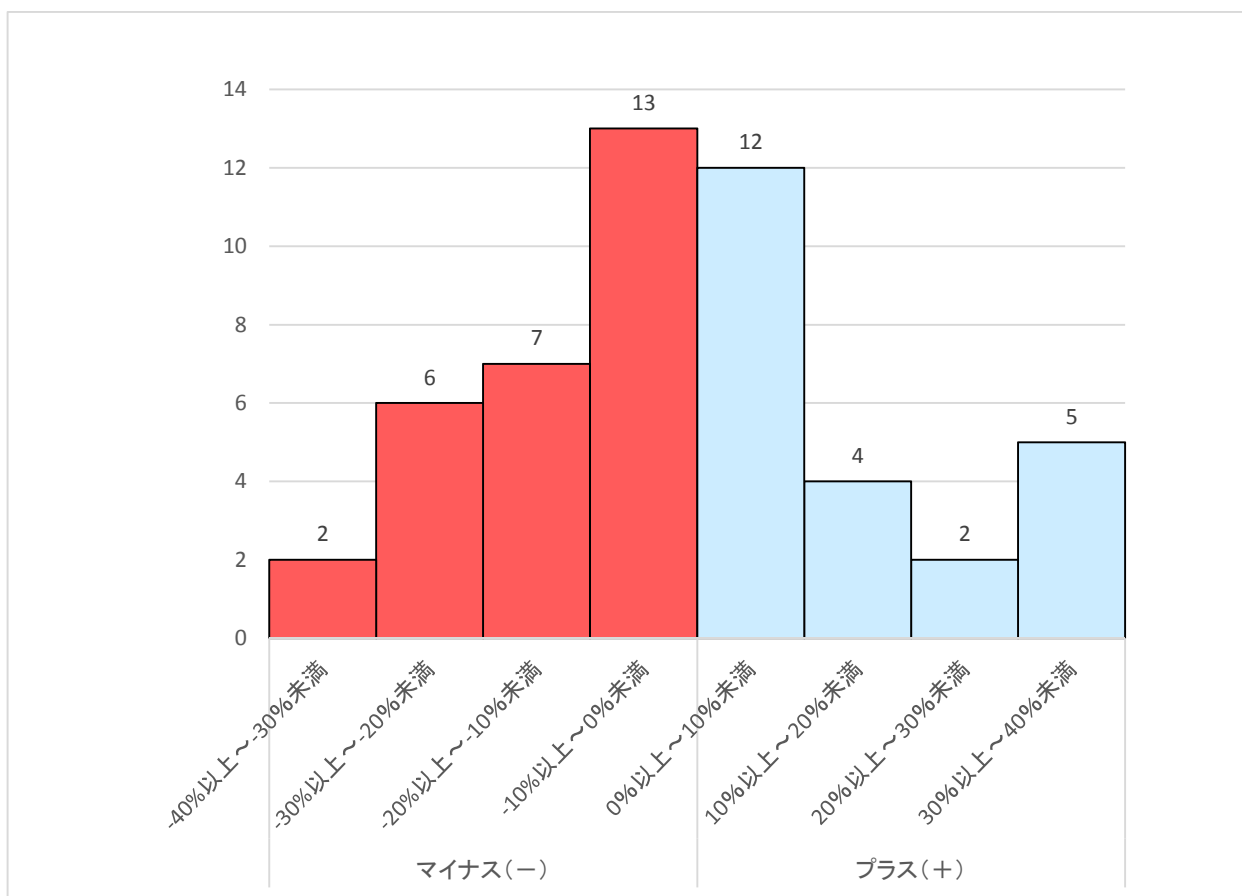
回答数	226
-----	-----

平成27年度と平成29年度の 経営状況の比較	病院数	割合(%)
1. 改善している	66	29.2
2. 大きな変化はない	78	34.5
3. 悪くなっている	82	36.3
計	226	100.0

有効回答数	51
-------	----

平成27年度から平成29年度の 決算金額の増減率(%)		病院数	割合(%)
プラス (+)	30%以上～40%未満	5	9.8
	20%以上～30%未満	2	3.9
	10%以上～20%未満	4	7.8
	0%以上～10%未満	12	23.5
プラス小計		23	45.1
マイナス (-)	-10%以上～0%未満	13	25.5
	-20%以上～-10%未満	7	13.7
	-30%以上～-20%未満	6	11.8
	-40%以上～-30%未満	2	3.9
マイナス小計		28	54.9
計		51	100.0

グラフ 9. 平成 27 年度から平成 29 年度の決算金額の変動率の分布 (n=51)



日本慢性期医療協会 平成30年度 同時報酬改定影響度調査
自由回答 一覧

- ・実施時期：平成30年8月
- ・回答病院数：242件

5-1. 平成30年度同時報酬改定全般についてどう思いますか。

1. 医療療養病床について
<p>・療養病棟入院基本料の医療区分2および3の基準が厳しすぎではないかと思えます。患者の状態によっては、医療区分2および3に該当しないが、現場ではそれ以上の大変さがあります。それにも増して、医療区分2および3の病棟全体80% or 50%以上の一本化は病院経営にも影響しますし、今後、医療区分2および3の80%以上を維持していくのは厳しいです。</p> <p>・今回の改定は、当院にとっても非常に厳しいものとなっている。医療区分の算定に関しても、医療区分2および3が80%以上となっており、もう少し緩和策があっても良いのではないかと思えます。(将来に向けて段階的に割合を決定していくことができなかつたのか)。</p>
<p>医療区分2、3の割合が徐々に低くなってきている。</p>
<p>療養病棟の当院としては、報酬の改定に何とかついていくという感じで、入院料1へ基準を合わせ、7月に何とか入院料1へ変更できたことで報酬を維持している。今回データ提出は対象外となったが、次回を心配している。</p>
<p>療養病棟入院基本料の医療区分2および3の病棟全体80% or 50%以上 の一本化ではなく、3段階的くらいに設定をお願いしたいと思います。</p>
2. 介護療養病床、介護医療院について
<p>当院のような単独小規模病院は、本来地域にとって非常に重要であるにもかかわらず存続自体が厳しい。介護療養病床においても、介護医療院に転換した場合、移行加算以外に有益性が見えず、人員確保の面からも転換か廃止かで悩むところである。例えば、転換支援策としてスプリンクラー設置等の助成金についても、介護医療院において何が認められるのか不明瞭である。</p>
<p>適正だと思うが、介護保険についてはやり過ぎであると思われる。特に同一建物減算について（ケアプランは基本単位で作成し、請求は10～15%減）は必要な身体介護サービスを自費でしか提供でしない。重度者（介護度4以上）が80%以上入所している当施設は大幅な減収となった。次回改定では見直しを希望する。</p>
<p>介護療養病棟入院料の単価は据え置きのため、移行についてはゆっくり検討したいと考えている。</p>
<p>地域包括ケアシステムを構築していくうえで、医療と介護の実情に即した改定であったと考えます。また、医療、介護および住まいを兼ね備えた介護医療院の創設は、今後の社会情勢を見据えた政策であり、評価するところであります。</p>
<p>診療報酬の改定の影響よりは、患者の診療動向の影響が大きいと考えます。具体的には、入院患者数はこの4月から大幅に減少しており、先行きも不透明な状況です。当院は、介護療養病床を有しており、介護医療院については大きな関心があります。今後は、報酬や施設基準を鑑みて、具体的に移行するのか検討する予定です。</p>

3. 在宅復帰について
在宅からの受け入れを従来から行い、在宅医療サービスを提供している病院が評価されたことは喜ばしいことである。地域包括ケア病棟からの転棟が在宅復帰扱いにならなくなった在宅復帰機能強化加算算定の療養病棟においては、転棟を受けることが運用上難しくなったが、在宅復帰機能強化加算の点数が評価されたことは良かった。
在宅医療の報酬が引き上げられ、在宅以降への充実化が進んでいるなどと思い、今度さらに在宅移行が強化されていくのではないかなと感じました。
地域包括ケアシステム構築に向け、当院でも在宅医療に目を向け充実を図らないと存続は厳しい。
在宅復帰機能強化加算の増点されたことは良い。
個別の視点ではあるが、地域包括ケア病棟からの退院先が老健になった場合の在宅復帰扱いが変更になった点が、退院先の選択肢を狭めてしまう結果となっている点。一方で、老健からの入院受入に関しては「在宅患者支援病棟初期加算」として、従来の150点から300点の増点があり、老健からの受入を積極的に行いたいが、上記の在宅復帰の扱いが変更になったため、困難となっている。
地域包括ケアの在宅復帰率から老健（在宅復帰型）が外れたことにより、在宅復帰率が85.71%（5月）から76.32%（7月）と徐々に低くなってきている。
今後、地域包括ケア病棟への移行を検討しているが、介護老人保健施設が在宅復帰率該当施設から除外されたことにより、今後の病床運営等にかなり影響があると考えられる。
在宅復帰機能強化加算の改定内容は非常に大きな影響である。入院でなく在宅での療養を目指す強い思いを感じる。当院も必死に在宅復帰への支援体制を整え加算の継続取得を目指す。
4. 地域性について
施設基準等の診療報酬には増加要因はないが、当院の個別の事情として地域の公的病院が急性期病院に特化したことにより、地域包括ケアシステムの中で、当院のプレゼンスが高まった。積極的に入院受入れと退院調整を強化したことにより、病床稼働率が向上し、赤字を脱却することができた。ただし、この公的病院が急性期病院+地域包括ケア病床の経営をした場合には、また集患に苦慮することになる。
近隣急性期病院が急性期病棟を一部地域包括ケアへ転換した事で当院回復期リハビリ病棟への紹介件数が減少している。
人員が不足している地域は病棟の転換も難しいと感じました。
5. 看護、介護について
夜間看護加算が病棟単位で評価されなかったことは、残念に思います。病棟の規模の大小で線引きをせず、評価していく方向に見直して頂けることを期待します。
夜間看護体制が評価され加算新設されたことは良い。
自院での算定は難しいが、療養病棟に夜間看護加算が付いたのは評価できる。一方、介護福祉士が医療で評価されないのは残念。
療養病棟の褥瘡対策加算において、褥瘡の無い患者でも毎日評価が必要となりましたが、現実に即しておらず、効率が悪いと感じます。
看護配置加算と看護補助加算の点数増は評価できる。

<p>看取り加算を療養病棟にも適応してほしいです。</p>
<p>6. リハビリについて</p>
<p>療養病棟でのリハビリ実施が、改定がなされるたびに、介護保険への積極的な移行を促されている事もあり、現実、退院の見込みが難しい患者様に対してのリハビリ実施を継続する事の厳しさを感じています。</p>
<p>今回の改定では入院料（特定入院料含む）の施設基準要件の中に「実績値」が導入された。これにより、自院の力が試され結果次第で、算定可能な入院基本料が改定前後で変わるという現象が発生した。当院においても影響はあった。今回の改定では「実績値」が重視され、我々医療機関はその数値により届出可能な入院基本料を選択する事になった。回復期リハビリテーション病棟入院料においても「実績値」が重視されている。我々の医療機関は、「認知症」の専門的な医療を行っているが、この「認知症」の患者に対するリハビリテーションに関してリハビリテーションを行っても「実績値」を上昇させる事は大変困難である。そもそもFIM利得による「実績値」の算出方法では当院のような医療機関にあっては施設基準で求められる「実績値」を満たす事は厳しい。今後の人口動態では「認知症」の人口は大きく増加していくことが確実視されている以上、この疾患に関して入院リハビリテーションにおける診療報酬上の評価が必要ではないかと考える。（地域包括ケア病棟もあるがリハビリテーションを積極的に行うには厳しい）</p>
<p>回復期リハのみを行い、全て急性期病院からの紹介で成り立っている病院としては、急性期からの患者紹介数が減った（季節要因もあると思うが）。他病院が実績指数のためにも、在院日数を短くした影響と地域包括ケア病棟が増えたのが影響していると考えている。</p>
<p>回復期リハビリ病棟について当院では、急性期病棟より早期に患者を受け入れ短期集中リハビリを実施している現状の中、医師も業務も多忙である。現在の診療報酬制度では、医師事務作業補助体制加算の診療報酬対価も一般病床の回復期リハビリ病棟しかない。今後の診療報酬改定にて回復期リハビリテーション病棟（療養病棟）でも診療報酬の請求を可能とするように検討して頂きたい。</p>
<p>7. 加算について</p>
<p>30年度の改定は、診療実績データ提出対象の拡大として、療養病棟もデータ提出の対象となり、加算の届出が必須となったことがポイントの1つと考えております。</p>
<p>施設基準要件が左右する傾向が強くなりました。特に構造用途の変更や定款変更にも関係してくるような事もあります。そのような場合は、期間的な猶予を設けるか、あるいは予めそのような条件が付与されるというような情報をもらえると有り難い。</p>
<p>200床以上の療養病棟に対し、データ加算の義務が加わったが準備期間が一年は短い。レセコンの入替等日数のかかる医療機関は、様式40-5の提出が遅くなるのは必然。期間の延長を希望する。</p>
<p>200床以上のデータ加算の義務化や褥瘡対策加算の労力の評価（実数が増加していない）が納得できない</p>
<p>今回の改正でデータ提出加算の届出が義務化され、当院も9月に届出予定です。今後の診療報酬改定は提出されたデータを分析してよりきびしい改定になると思います。医療保険と介護保険を使用して病院と施設のすみわけがもっともっと進んでいくと思います。</p>

<p>当院では、療養病床においては医療も介護も基本部分の報酬については下がっていないが、これまで算定していない加算や新設された加算を算定していかなければ平均単位は下がって厳しくなっていくと思います。</p>
<p>地域包括ケアシステムの推進という意味では全体的に理解できるが、各加算等の獲得を目指しても利益率は下降の一途。人件費の伸びを吸収するまでにはならず赤字体質へ。コスト管理にも限界がある。</p>
<p>データ提出加算・診療録管理加算の届出等、経過措置内に間に合うように準備中。</p>
<p>8. 改定内容等について</p>
<p>入院基本料しかり、その他加算などについても段々と施設基準等が細かくなりとても理解しにくい。</p>
<p>現在のところは大きな影響は見られない。ただし、地域に根差した病院として設立当初より運営しているが、地元の方で医療の必要度は低いが、短期の間だけ、施設入所までの間、と入院を希望される方もおられる。医療区分が低い方は介護医療院で対応するという考えもわからなくはないが、当院を慕って来られる方へは何かご要望にお応えしたいと思い日々対応している。その結果、医療区分、在宅復帰率への対応に追われてしまう。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・病床転換について制度改定等の通知・周知等が遅く思われる。4月の改定に向けて動く時、各関係機関へ問い合わせても、国からまだ通知されていない、国へ照会中の為返答できない、等の答えが多すぎる。 ・国にとっても大事な改定のはずなのに、通知・連絡文等が解釈しづらく、また不親切すぎるように思われる。
<p>今改定は、2025年を考えた良い改定だと感じています。病院機能分化が良い方向で実現し地域包括ケアシステムの構築も進んでいくと思っています。</p>
<p>今回の同時改定については慢性期医療にとっては悪くない改定だったと思う。療養病棟入院基本料20対1は評価された。ポストアキュート、サブアキュートから転院や入院してきた患者を適切に治療し、在宅復帰させるような慢性期病院は高く評価され、在宅復帰強化加算は、以前より5倍にもなり収益増につながった。又夜間看護加算35点/1日の新設により夜勤帯に看護職員等の手厚い配置に点数が付き当院もこれに向けて取り組み中である。退院後は在宅医療や介護施設等との連携を強化し、地域で必要とされる病院を目指し、地域包括ケアシステムを構築していきたい。</p>
<p>地域の中小病院が在宅事業に踏み出す上で、ぎりぎり手の届くちょうど良いハードル設定だったと考えます。しかしむやみに連携に対して加算評価されており、本当に実の伴う誘導なのかは少々疑問です。</p>
<p>医療と介護を取り巻く問題点の解消に向け、限られた医療資源を活用し、医療機関の機能分化、連携を重視した、全般的に評価できる改定内容であったと思います。</p>
<p>非常に“メリハリ”のついた改定だったのではないかと思います。療養病棟の一本化などについては、場合によっては非常に厳しい要件になった部分もあるのではないかと考えております。回復期のアウトカム評価の基準が驚くほど上がった(27→37)と思いますが、それでも結果的には「入院料1」の算定件数は維持されるのではないかと考えております。緩和ケア病棟入院料については「～1」のハードルが高すぎると考えております。純粋な緩和ケアを提供している医療機関では「1」を取得する事は厳しいのではないのでしょうか。</p>

<p>2025年の地域医療構想、地域包括ケアシステムの実現へ向け、一貫した改定だったと思います。特に、入院医療の報酬体系が今後の医療ニーズや地域差を踏まえ、基本評価と診療実績評価による2階建ての報酬体系に再編された事、地域包括ケア病棟入院料では、実績評価が200床未満に限って評価された事があります。また、同時改定から、医療から在宅、介護へ切れ目のない連携に関する部分にも主眼を置いている事、今回初めて看取りに関して医療・介護報酬両方に盛り込まれた事も、まさにその実現へ向けての土台作り改定ではないかと思います。しかしながら、よりよい医療に真摯に取り組む事と収支のバランスが取れるような制度になる事を期待しています。</p>
<p>今回の改定について医療療養については大きな改定だったと感じております。“看取り”や“褥瘡”など高齢者の長期療養の現場において本来やらなければならないことを適正に評価し点数につながっている部分について良い改正だったのではと感じています。ですが薬剤・検査などほとんどが包括されている現状で点数が低いとも感じています。</p>
<p>今改定では、人生100年時代を見据えた社会の実現、どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現、また、制度の安定性・持続可能性の確保と医療・介護現場の新たな働き方の推進が基本認識とされている。特に地域包括ケアシステムの構築を押し進めて行くことが急務であり、その地域に適した医療・介護提供体制を整えていく必要がある。医療では病床の機能分化が更に進み、自院に求められている機能・役割を理解し、早期に方向性を見出さないと今後の流れについていけなくなる恐れがある。介護では老人保健施設については、在宅復帰を強化している施設しか今後生き残れない改定となっており、また、介護医療院については多少時間はかかるが、転換を視野に入れながら検討を進めて行く。</p>
<p>今回の改定は質の改善が求められている改定だと思います。人員配置だけではなく、今後の働き方改革に関連していると思います。前回の改定で当院の様に療養病棟を4病棟算定していると、流動食の方も多く区分にメスが入ったことで、27年度と比較してマイナスになりました。今回の改定では、当院の届出している入院料にマイナスがない為、29年度と31年度を比較した時点で改善しているようにしていきたいと思います。今回夜間看護加算等当院が元々人員配置していた所に点数が付いたので、経費を増やさずプラスになったと思っています。</p>
<p>加算の種類幅が広がり、選択肢は増えたが、その分マンパワーが必要になってきたように思えます。余力のない医療機関には、まだまだ厳しい状況が続いているように思えます。</p>
<p>中小病院にとって、基準を満たすことが難しくなっています。</p>
<p>最近の報酬の傾向として、書類作成が多く煩雑である。事務作業に手間が取られ、間接的な業務が多いと感じる。また、チームによる施設基準が多く、中小病院では人員を集めることが出来ず、算定が困難である。</p>
<p>今回の改定に限らず、改定を重ねるごとにルールが複雑になっている。</p>
<p>訪問や入院料に看取りの要件が入ってきたことで手続きが増えたこと。(当院では以前から同様の対応はしていた。)また、褥瘡対策、リハビリテーションなどより点数が細分化され煩雑になった。入院料に関しては簡素化と引き換えに入院元、退院先の記述を求められることがかえって負担となって矛盾を感じる。介護保険も同様だが、事務量が増える傾向を感じる。</p>
<p>作成書類の多さ、データ取り等々に時間がかかり、成果をみるのは良いが、患者様への介入時間が減り続ける。又、同時改定はいつものことであるが、把握し対応するのに苦慮する。</p>

看取りに対する指針の取り扱いについての具体的な様式を提示してほしい
9. 経営について
経営努力として加算取得や在宅診療・居宅サービスも実施したが、得られる収入と書類や職員の負担が見合っていない。医療従事者が複数同時に退職し、人材紹介サービスの費用の捻出も厳しく、人員に合わせて病床を削減している状況であり、果たしてこれが求められる医療の在り方なのかと日々疑問に感じている。病床削減→収入減少→職員待遇低下→離職者増加→病床削減…の無限ループにはまってしまうという不安が常にある。
政府としても高齢化、人口減少問題により、急性期から慢性期、訪問診療へと舵を大きく変更しつつある。今回の改定のみならず次回改定を睨みつつ自院の方向性も明確にする必要がある。
透析関連以外は慢性期の病院において大きな影響はなかったが、来年消費税が増税されると経営的に心配である
一般病棟15:1(地域一般入院料1)、療養病棟20:1(療養病棟入院料1)には、大きな影響はなかったが、改定に対する対応が終わると次の改定が待ち受けているといった状況で、収益の改善が進まない。次回の改定によって、大きな影響が出る可能性が否定できず、今後の経営方針策定に苦心している。
同時改定の影響ではなく、平成28年度の下半期から医療病棟の病床利用率が著しく低下し始めた。30年度同時改定後も状況はほぼ変化なく推移している。
全般については、入院に関する大幅な変更があったことにより、結果的には増収につながった。
当院では、急性期病院より地域包括ケア病棟の入院患者が多く占めるため減収になった。
より地域包括ケア、在宅医療、専門性のある医療に重点が置かれた印象をうけています。ただ、回復期リハ病棟はより実績指数が重視される改定となり、高齢者の入院が多い当院としては今後この傾向が強まることを懸念しています。またリハビリ総合計画評価料が、介護保険への移行が見込まれる場合の点数が低く設定され、地域包括ケアの推進のため医療と介護の連携を重視している当院にとって減収の一因となっています。2017年度、当院は療養病棟を6月30日に中止、精神科病棟を年度末に休止しました。そのため、経営では大きなマイナスとなっております。急性期医療、医療依存度が高い部分が評価される傾向にあるため、中止せざるをえませんでした。現在、地域包括ケア病床を展開できないか模索中です。
平成30年度の改定は、診療報酬0.55%、介護報酬0.54%とそれぞれ僅かなプラス改定となった。特に病床機能が大きく変わり、一般、回復期及び慢性期病床全ての病床が再編された。従前の医療を提供すれば確実にマイナスとなる改定となった。また、より上位の基準を取得しないとプラスにならない改定となっている。介護報酬でも同様の改定となっており、通所DCの時間の細分化、医師の関わりなどの質を求める改定となった。施設サービスとして、介護医療院が新設された。病院からの受入れが在宅扱いになる点は評価できる。今後、医療療養病床の存廃など検討する際は、転換先として検討に値するものと考えている。
改定から4か月経過し、若干ではあるが当院はプラス改定と思われる。

<p>ある程度は準備をしてきたので、大きな収入減は避けられた。自院の方向性を誤らないよう情報収集等は必須である。今後は経営者の力量が問われる時代にますますなっていく。医療と経営の両輪をスピード感持って前進していくには、医療のトップの院長と病院運営を任せられる人材が必要である。医療業界は厳しいと言われているが、確実に診療報酬が入ってくる、どう増収にするかは企業努力である。加算というチャンス物を物にするもしないも企業努力である。2年に1回改定があるということは恵まれているのかもしれない。少なくとも頑張っている病院にとってはチャンスである。病院間の格差も大きくなる。無理して大きくするより、効率の良い、適正な規模と地域に必要とされる医療とサービスを提供していくことが生き残る道である。</p>
<p>2025年までの間で同時改定が、後1回(2024年)となるため、地域包括ケアシステムに向けた医療と介護の連携に誘導すべく加算が多く取り入れられた。今回の改正は当院にとってはプラス改正となっている。今後は、特に二次医療圏の人口構造の変化に注視しながら、より一層の医・介連携及び病・診の強化を行政とすすめていなければいけないと感じる。</p>
<p>2025年に向けて大きく舵を切った感を受けております。地域、在宅を中心に各医療機能がどのように連携できるか、また役割、ニーズに応じていけるかによって、今後の生き残りに大きく影響することを実感しております。診療報酬上、収入と支出のバランスも重要であります。目的、結果をしっかりと見据えた上でプロセスを組んでいかなければならないと痛感いたしました。</p>
<p>当院にとっては、事前シミュレーションより良い結果がでた。しかしながら、前回改定に比べ厳しくなった入院基本料等の継続的施設基準クリアが大前提であると同時に今後の管理が従来以上に重要になってくると思う。</p>
<p>長期の療養病院は、減算の対象病棟の対応を検討しなければならない。今後もアウトカム評価が導入されていくと考えられる。</p>
<p>平成29年度決算と平成27年度決算での減収減益の主な要因は、病院事業の譲受による経費支出によるものであり、一過性の要因を除けば若干の増収となります。</p>
<p>予想以上に甘かった。</p>
<p>医療については、それ程大きな影響はなかった。外来収入においては「機能強化加算」の算定などにより増収となった。入院についても、それぞれの入院基本料において一番高い(1)を取得することができた。</p>

(全74件)

5-2. その他、日本慢性期医療協会に対して、ご意見・ご要望があればご記入下さい。

1. 感想
武久会長のリーダーシップにはいつも感銘しております。慢性期医療の質の向上のためにも日慢協様から学び、当院にとっても質の向上に取り組んでまいります。
毎年、日本慢性期医療学会に参加させていただいておりますが、他病院、施設の研究・勉強の熱心さ、また、患者さまを思う心が伝わってきます。当院も負けずに努力いたします。
今後も我々の維持存続のため頑張ってくださいと存じます。
平素より大変有益な情報をいただき感謝申し上げます。
リハビリテーションと要介護被保険者の点数算定は算定する方も、審査する方も大変ではないでしょうか。減算された点数はセラピストの労働の価値を貶めている気がします。働き方改革が叫ばれる中、診療報酬にももっとわかりやすいシステム改革が必要ではないでしょうか。点数解釈の本は手に取ってみる厚さを超えていると思います。また、支払い側も、韓国のようなコンピューター審査で早く支払うなどの努力を希望します。しかし、3月4日の同時改定説明会は療養病棟の当院にとっては大変参考になりました。入院料1と入院料2はどちらか一方でないと算定できないという情報など説明を聞かないとわからないことで、このような気づきにくい部分の情報提供を今後も是非お願い致します。
今後の慢性期医療を牽引していく協会として、更なるご活躍を期待しております。
いつも慢性期のみならず、医療界の改善に発信していただきありがとうございます。データを用いて発信する手法は他団体の発信に比べ、わかりやすく、伝わりやすいため、応援しております。
2. 研修会について
現在、ベッド稼働率が低下し、非常に厳しい状況となっている。慢性期病院の経営戦略等、経営戦略的なセミナー研修を慢性期医療協会でご覧いただきたいと思います。
今改定の基本的視点と具体的方向性の中で、質の高い訪問診療・訪問看護の確保とある。特に訪問看護が地域において認識されていないことがたまたまある。その理由とすれば、訪問看護の行える医療行為が限定されている。よって、特定行為ができる看護師の養成が必要である。ただ、地方から研修に行く場合、非常に時間と費用を要することであり、なかなか参加できないこともあり、より近い地域において研修ができる分校を整備していただけないか。そうすることにより、受講可能な看護師が増え、地域での活躍が期待できる。
診療報酬に関しての、改定時のみではなく、中間での研修をして頂き、自院での請求漏れがないかなど、確認できる場が欲しいと思います。
今後も各種セミナーの開催をお願い致します。
2025年に向けて対応できる様に、そしてこれからの慢性期医療をささえる為、会員病院を対象に定期的な研修会を今以上にお願い致します。
3. 人材について
地域的な問題や賃金（給与）などで医師、看護師、看護補助者の確保に苦慮しています。

4. 介護医療院について
<p>介護医療院への転換も内容によっては視野に入れていきたいと考えているが、施設基準・報酬など理解するのが困難である為、介護医療院に特化した内容で素人にも理解しやすい研修会の実施を検討願います。</p>
<p>介護医療院への参入をする予定ですが、慢性期医療協会として支援していただける事はないでしょうか。4月から開始された各県の医療機関を紹介するとか慢性期医療協会が会員病院に役立つ事をお願いしたい。</p>
<p>介護医療院の情報をよろしくお願い致します。</p>
5. 行政、制度について
<p>施設基準の届出に関して直接厚生局へ聞きにくいことも多々あります。</p>
<p>調査の結果は、是非国に働きかけていただき、国が現状を理解していただき、地方の病院に不公平がないよう改定をお願いしたい。</p>
<p>今後の医療区分3（中心静脈栄養）の定義見直しについて、どうなっていくのか教えてください。</p>
6. アンケートの実施方法について
<p>いつも貴重な研修の開催や今後の慢性期医療の方向性等をお示し頂き感謝しております。ただ人員不足で喘ぐ中、似たような内容の調査やアンケートが多く、なるべく情報提供にご協力をと回答に励んでおりますが、厳しい現状にもご配慮いただけましたら幸いです。</p>
<p>アンケートの提出期日は、一般的には、依頼後、2週間～1ヶ月が多いかと思えます。貴協会では、1週間と定めることが多い様ですが、一般的な期日に見直し頂きます様、ご検討をよろしく願います。</p>

(全 21 件)