

## 第7回医事業務研究会 (中堅職員研究会)

- 日 時 令和4年3月18日(金) 13:30~16:50
- 開催方法 Web開催
- 出席者 55病院72名・委員11名 出席

### 講演 2022年度診療報酬改定のポイントと病院経営対応

講師 株式会社ASK梓診療報酬研究所 中林 梓 所長



今回の診療報酬は本体+0.43%であるが、看護の処遇改善や不妊治療など、すべての病院には関係しないため、いわゆる真水部分は0.23%に過ぎない厳しい改定である。

情報通信機器を用いた診療や、それ以外でも活用が広がり、ICTは選択肢の一つとして検討の必要がある。

外来機能分化として、紹介状なし受診患者の定額負担徴収では、対象病院の拡大と保険給付範囲及び定額負担額が見直された。

感染対策として、地域の医療機関が連携して実施する感染症対策への参画を推進する加算が新設され、地域病院や医師会が主催するカンファレンスや訓練への参加が要件化され、一層の連携が求められている。

重症度、医療・看護必要度の評価項目から、心電図モニターが削除され、注射薬剤3種類以上に変更された。200床以上の急性期一般入院料1では、看護必要度IIが要件化された。

高度急性期機能の評価として、急性期充実体制加算が新設された。手術件数や救急搬送件数などが満たされるようであれば、他の要件を満たす体制を整え算定に繋げたい。

集中治療領域において、看護必要度IIの導入、重症患者対応の強化や新興感染症等有事にも対応できる人材育成の体制加算が新設された。また、重篤な状態の患者や家族に対する支援を行う入院時重症患者対応メディエーターの役割が示され評価された。早期離床・リハや、早期栄養介入管理加算の対象治療室が拡大され、早期の取り組みが評価された。

地域包括ケア病棟では、自院一般病棟からの転棟割合が高い場合は減算対象となるため、転棟対象者の

見直し、他施設・在宅からの受入を考える必要がある。

回復期リハでは、入院料が6から5段階へ再編され、重症患者割合の引き上げ、適切なFIM測定推進のためにも第三者評価を受けていることが望ましいとされた。

療養病棟では、中心静脈栄養患者の摂食機能または嚥下機能回復に向けた体制を有していない場合は医療区分が下げられるため、嚥下機能評価に係る体制を整えることが重要。

DPC/PDPSは、体制評価指数に感染症への体制が追加され、短期滞在3に相当する診断群分類は点数設定がD方式に設定された。

働き方改革の推進の観点から、医師事務作業補助体制加算においては、勤務年数に着目した点数に引き上げられ、また、夜間看護配置・看護補助者配置加算においても増点となっている。

質の高い周術期のチーム医療として、薬剤・栄養・術後疼痛管理加算などが新設された。

入退院支援加算の対象患者に、低栄養状態やヤングケアラーなどが追加された。

一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みが設けられ、処方箋様式が見直された。

今回の改定は、2024年の介護報酬との同時改定、医師の時間外労働への規制、第8次医療計画、また2025年の地域医療構想に向けての動きがあり、改定の意味を読み解き、2年間の経営対応を考えることが必要である。改定項目は、多岐にわたるため重要と思われる部分を要約した。

(医事業務委員 西崎幸子)