

「2014年診療報酬改定の概要と 病院全体で考える対応策」

平成26年4月9日(水) 15:00～17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

木村 憲洋

(きむら のりひろ)

高崎健康福祉大学

健康福祉学部 医療情報学科 准教授

講師経歴

■ 略歴

1971年 栃木県足利市生まれ。

1994年武蔵工業大学卒業後、国立医療・病院管理研究所 研究科修了、
東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 博士課程満期退学。

医療法人財団神尾記念病院、医療法人杏林会 今井病院勤務を経る。

2007年からは高崎健康福祉大学 健康福祉学部 専任講師。

現在は、同学部 医療情報学科 准教授。

■ 主な著書

- ・『イラスト図解 医療費のしくみ』(共著)日本実業出版社 2014年
 - ・『病院の上手な使い方』扶桑社文庫 2012年
 - ・『診療報酬の見方・読み方・使い方 超イロハ』日総研出版 2010年
 - ・『イラスト図解 薬局のしくみ』(共著)日本実業出版社 2006年
 - ・『イラスト図解 病院のしくみ』(共著)日本実業出版社 2005年
- その他多数。

はじめに

こんにちは。桜が終わった後の診療報酬改定につきまして、皆さんいかがでしょうか。本日は病院の方は少ないということですが、今後病院がどのようになっていくか、興味のある方は多いと思います。現在、私の関わっている病院は、急性期の400床、200床前後が2つ、100床前後が2つです。そういった事例を交えながらお話をしたいと思います。資料に書いてあることは、皆さんもう大体お分かりではないかと思いますが、そこで今後病院がどうなっていくのか、クリニックはどうなっていくのかというようなお話ができればと思っています。

2014年度 診療報酬改定

診療報酬改定は、プラス0.1%と言われていますが、皆さんが関係している病院で、プラスになるという話を聞いたことのある方はどれくらいいらっしゃるでしょうか。また、マイナスだという話はどれくらいお聞きになっているのでしょうか。もしかすると、関わっている先はよく分からない方が多いでしょうか。私が聞いた中では、2~3%売上が落ちるだろうというのが大方の見方です。したがって、今回の診療報酬改定は、約2~3%マイナスの病院が非常に多いです。0.1%プラスというのは、まずないでしょう。私がプラスと聞いたことがある病院は、1つだけです。それは、相当田舎にある300床の病院で、10対1でやっている所です。それ以外は、急性期・超急性期を担っている病院でも、マイナスになっているのが実際のところですよ。(資料1)

2014年度 診療報酬改定

- 診療報酬改定 改定率+0.1%
 - 診療報酬本体 +0.73%(+0.63%)
 - ・ 医科 +0.82%(+0.71%:消費税相当分)
 - 薬価・材料改定率 -0.63%(+0.73%)

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 1

診療報酬改定に対する前提

では、何か対策があるかということ、対策をしてもあまり変わりません。マイナスはマイナスです。そうしますと、これからどういうことが起こるのでしょうか。一番怖いのは、地域の中で病院が、機能分化ではなく、本当の意味での再編になるということです。その再編の中に巻き込まれるのが、やはり100床から下の病院です。

もう一つ、私が危険だと思っているのは、最近病院の建て替えを行った所です。借り入れをして建て替えをした所が、資金をきちんと予定通り返せない為にリスケジュールさせてほしいという話は、これから相当出てくると思います。その時にどうするかということです。そこで銀行がどう動くかによって、病院の運命が決まることとなります。

社会保障改革案2025年

これから地域でどのように再編が起こるのかが一番のポイントになります。診療報酬改定を語るにおいて一番重要なのは、2025年の着地がどこにあるのかということです。2025年は、このような感じで着地できればというシナリオが、厚生労働省から2つ出されました。今回の改定は、おそらく資料2の右側の改革シナリオを想定してつくられているようです。一般急性期が35万床、高度急性期が18万床、そして、地域を担う医療機関が約24～25万床、亜急性期が26万床となっています。

社会保障改革案2025年

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19～20日程度 一般急性 13～14日程度 亜急性等 75日程度 亜急性(等) 57～58日程度 長期等 190日程度 ※種別補	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 106万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

Copyright © 2023 日本医療政策研究機構
PXFO0603@nrc.jp 第10回社会保障改革に関する集中検討会 資料2

資料2の左側に、既存の一般病床が107万床とあります。この107万床には、少し数字のトリックがあり、有償診療所まで含んでいます。有償診療所を引くと、約90万床です。そして、病床単位で高度急性期等を語られる部分がありますが、実際は、特定機能病院と高度な医療センターで約20万床は埋まってしまいます。したがって、残りの地域の中核病院は、70万床の一般病床のうち35万床ぐらいいしか残れません。その中でどうしていくのかということです。(資料2)

2025年を見据えた時、地域が均等に各病床を減らすでしょうか。私は、まずあり得ないと思います。強い所が病床を維持するため、小さい所は維持できません。そのようになっていくのが、今回の改定です。ある意味、今回の改定は厳しい改定です。

そして、今回の改定の一番のポイントは、今までテクニックで算定できたようなことが、全てできなくなりました。おそらく現場にいる人は分かると思いますが、テクニックで算定できるようなことはたくさんありました。例えば、7対1を取るに当たり、平均在院日数を下げる為にどうするかにおいても、全て手が加えられています。したがって、これまで楽をしていた病院は、これから苦しくなるでしょう。

皆さんが病院と取引をするに当たり、一つサインがあります。それは、今度の夏のボーナスがどうなるかということです。ボーナスがどのくらい下がるかで、その病院がどれくらい厳しいかが分かります。そのようなところで見ていただければと思います。

ちなみに、現在、一般病床の平均在院日数は18日前後です。それを、9日にするということが出てきます。はたして9日にすることをクリアできる病院があるのでしょうか。私は、あまりないと思います。9日というのは、それほど簡単ではありません。はっきり言って、皆さんがよく知っているような、急病者をたくさん取っている有名病院くらいしか、9日を超えられる所はないのです。これを分かっていたいただければと思います。

社会保障改革案2015年

資料3は2015年のものです。これは診療報酬改定から1年後の国の目標数値です。現在18日のところが、12日になります。診療報酬改定にプラスして医療法改正がありますので、その2つで12日まで追い込んでいくことになると思います。(資料3)

社会保障改革案2015年

パターン1	平成23年度 (2011)	現状投影シナリオ	平成27(2015)年度	
			現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 114万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 73~74%程度 18~19日程度	【高度急性期】 18万床 73~74%程度 18~19日程度
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 性 15日程度 急 19~20日程度 一般急性 12~14日程度 重症急性等 75日程度 重症急性等 57~68日程度 長期等 190日程度 ※推計値 134万人/月	【一般急性期】 53万床 73~74%程度 12日程度 97万人/月	【一般急性期】 40万床 73~74%程度 12日程度 73万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【亜急性期等】 34万床 79~80%程度 70~71日程度 112万人/月	【亜急性期等】 25万床 79~80%程度 70~71日程度 97万人/月
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	27万床、91%程度 150日程度	23万床、91%程度 150日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	36万床、90%程度 300日程度	33万床、90%程度 291~292日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	178万床、80%程度 30~31日程度	165万床、80%程度 28~29日程度	165万床、80%程度 29~30日程度
介護施設	92万人分 特養 48万人分 老健(老健+介護療養) 44万人分	115万人分 61万人分 54万人分	106万人分 57万人分 49万人分	
居住系	31万人分 特定施設 15万人分 グループホーム 16万人分	38万人分 18万人分 20万人分	38万人分 18万人分 20万人分	

資料3

需要予測

もう一つ、きちんと見ておかななくてはならないのが、国が出している医療需要予測です。資料4の表で破線で囲まれた3カ所にはそれぞれ特徴があります。表の中の一般急性期~介護施設の所は、2011年に比べて減っています。

2025年でよく言われるのが、少子高齢多死社会。高齢者の死に場がないという話です。なぜ需要が減るのでしょうか。国が政策で「高齢多死社会で死に場がない」と言っているのに、減っているのです。

表の中の高度急性期の所は、大学病院のような高度な所だと考えますと、これは変わっていません。そして、居住系~外来・在宅医療うち在宅医療等の所は増えています。これはどう見ても、国の拠出が大きい一般急性期~介護施設の所は減らして、

需要予測

パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
高度急性期		86万人/日	16万人/日	97万人/日	16万人/日
一般急性期	80万人/日	39万人/日	39万人/日	33万人/日	33万人/日
亜急性期・回復期等		27万人/日	27万人/日	31万人/日	31万人/日
(急性期小計)	(80万人/日)	(86万人/日)	(82万人/日)	(97万人/日)	(79万人/日)
長期療養(慢性期)	21万人/日	24万人/日	21万人/日	31万人/日	25万人/日
精神病床	31万人/日	32万人/日	29万人/日	34万人/日	24万人/日
(入院小計)	(133万人/日)	(143万人/日)	(133万人/日)	(162万人/日)	(129万人/日)
介護施設	92万人/日	115万人/日	106万人/日	161万人/日	131万人/日
特養	48万人/日	61万人/日	57万人/日	86万人/日	72万人/日
老健(老健+介護療養)	44万人/日	54万人/日	49万人/日	75万人/日	59万人/日
(入院・介護施設小計)	(225万人/日)	(297万人/日)	(238万人/日)	(323万人/日)	(260万人/日)
居住系	31万人/日	38万人/日	38万人/日	52万人/日	61万人/日
特定施設	15万人/日	18万人/日	18万人/日	25万人/日	24万人/日
グループホーム	16万人/日	20万人/日	20万人/日	27万人/日	37万人/日
在宅介護	304万人/日	342万人/日	352万人/日	434万人/日	449万人/日
うち小規模多機能	5万人/日	6万人/日	10万人/日	8万人/日	40万人/日
うち定期巡回・随時対応	-	-	1万人/日	-	15万人/日
(居住系・在宅介護小計)	(335万人/日)	(380万人/日)	(391万人/日)	(486万人/日)	(510万人/日)
うちGH・小規模多機能	(21万人/日)	(26万人/日)	(30万人/日)	(35万人/日)	(77万人/日)
外来・在宅医療	794万人/日	812万人/日	807万人/日	828万人/日	809万人/日
うち在宅医療等	17万人/日	19万人/日	20万人/日	20万人/日	20万人/日
上記利用者(重複あり)	(1353万人/日)	(1449万人/日)	(1436万人/日)	(1637万人/日)	(1580万人/日)
(参考)総人口	1億2729万人	1億2629万人	1億2629万人	1億2157万人	1億2157万人

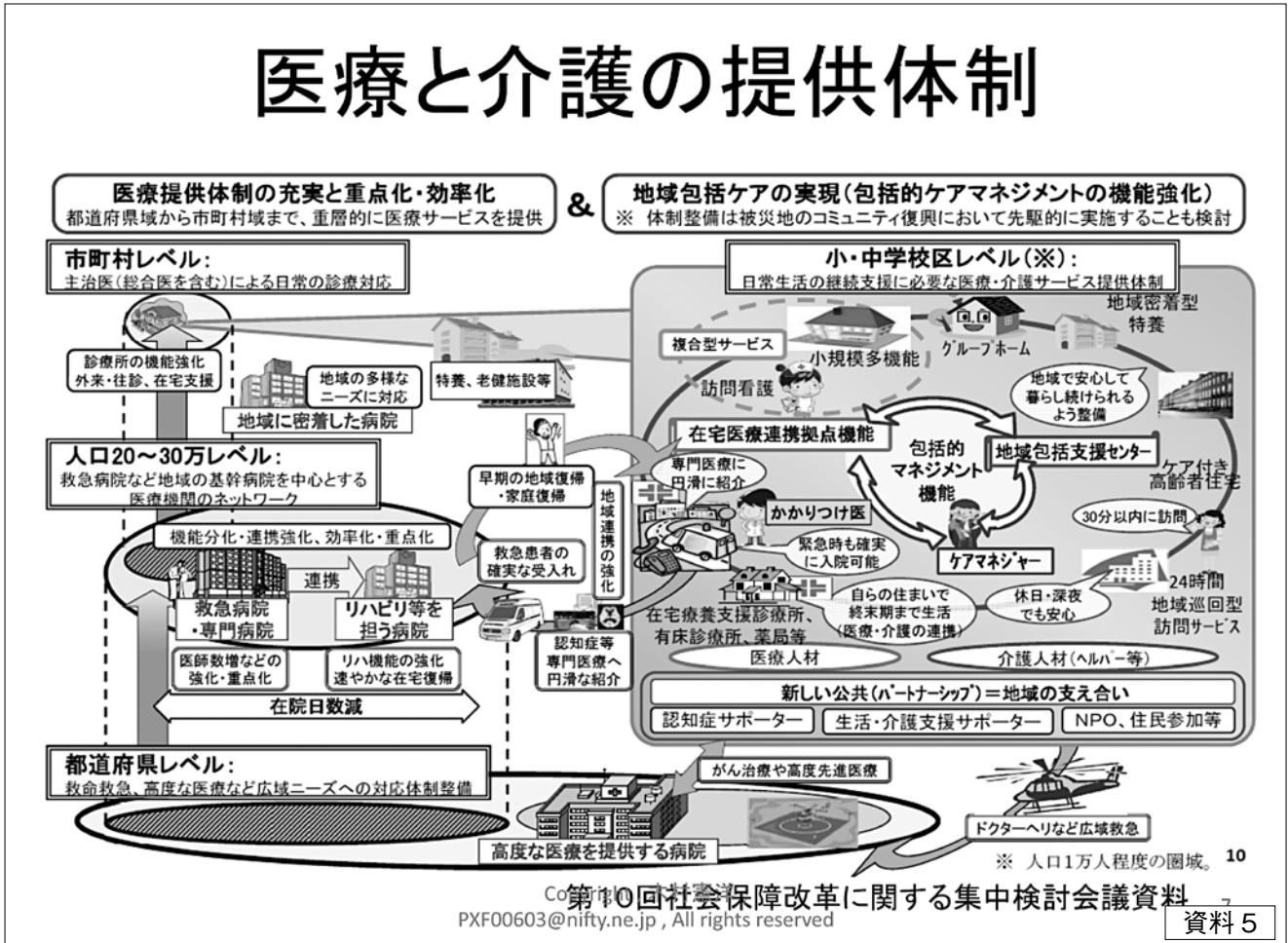
国の拠出が少なく利用者の負担が大きい高度急性期の所を増やしていく方向に誘導するということです。したがって、今回、病院の病床数を維持していくのは相当厳しいということが一つ言えます。これは地域単位で進んでいきますから、地域の中でどこが勝ち、どこが負けるかが、はっきりすることが今回の改定だと思います。(資料4)

資料4

月例セミナー
(木村講師)

医療と介護の提供体制

医療と介護の提供体制です。地域包括ケアをつくり、国としては地域に任せるといことです。きちんとしたモデルは出せませんが、地域包括ケアをつくり、クリニック・中小病院に任せ、何かあれば中核の病院が救急で受け入れます。そして、高度な医療は少しかアクセスが悪いので、色々なものを使いアクセスしてもらいましょうという体制をつくらうとしています。この2つのポイントがあり、今回の診療報酬改定があります。(資料5)



今回の診療報酬改定のポイントは、DPCのデータと電子レセプトのデータが非常に分析され、大きく役立っている改定だと言えます。ここまで踏み込んでくるのかと驚くようなことも多いです。そのようなことを少し交えながらお話をしたいと思います。

そして、今回の診療報酬改定は、医療業界があまり騒いでいません。大変厳しい為、いつもは「こんなのはあり得ない」と声明を出すなど色々しますが、なぜ出てこないのでしょうか。一つは、国のプロモーションが上手になってきたことがあると思います。もう一つは、今回そんなことを言っている場合ではないということもあるのではないかと思います。病院は相当厳しくなります。

そして、もう一つは、医師会の先生方に関係するような項目は、あまり大きく動いていないということです。どういうことかといいますと、これから説明する外来の部分は、ほとんど変動がありません。したがって、クリニックはあまり影響を受けないのが今回の改定です。どちらかという、大きく影響を受けるのは病院です。特に、小病院は今回本当に厳しいと思います。実際、私のいる群馬も、4月を待たずにクリニックになった病院が2つあります。この2年間で、二次医療圏に1つから2つの病院は、クリニックになってしまうことや、病院から撤退したりするだろうと思います。そのくらい、今回の改定は逃げ場がないということです。

外来のポイント

初診料

まず、外来から説明します。外来は、先ほど言ったようにほとんどありません。簡単に説明すると、一つは、初診料が270点だったのが、12点上がりました。12点上がったと聞いてどうでしょうか。初診患者が100人来て、1万2,000円です。あまり消費税の補填になっている気がしません。その程度なのです。

もう一つは、紹介のない場合の初診料と妥結率が低い場合の初診料で

す。500床以上の地域医療支援病院、特定機能病院、要するに大学の付属病院等は、紹介率により点数を下がる場合があります。紹介率が低い場合は、282点から209点にしてしまいます。そして、200床以上の病院は、問屋さんとの妥結の状況により点数が下がります。したがって、妥結するのは通常より早い9月末頃までになると思います。ただ、どのようにチェックするのか、手の内は分かっていません。どこも怖いので妥結はすると思います。今年は妥結が早い間に来るのではないかと思います。それが200床以上の病院です。薬価総額の50%以上妥結しないといけないとなっています。ほぼ全て妥結する為関係ないと思いますが、実際にはこういう微妙なものが改定に含まれています。(資料6, 7)

外来のポイント

- 大病院の外来と医薬品の間屋との妥結
- 地域包括診療料
- 外来化学療法と在宅自己注射

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 6

初診料

- 初診料 282点
 - (同一日2科目) 141点
- 初診料(紹介のない場合) 209点
 - (同一日2科目・紹介のない場合) 104点
- 初診料(妥結率が低い場合) 209点
 - (同一日2科目・妥結率が低い場合) 104点

[算定要件]

経過措置:平成27年3月31日
1 毎年9月末時点での医薬品に関する納入価格を医薬品卸と妥結状況に応じて減算する。
2 薬価基準に記載されている医薬品の薬価総額の割合が50%以下の200床以上の病院と保険薬局

[算定要件] 経過措置:平成27年3月31日

- 1 特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率 50%以上かつ逆紹介率 50%未満の施設
- 2 許可病床数が500床以上の全ての病院(特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに再診料を算定する病院※を除く。)のうち、紹介率 40%未満かつ逆紹介率 30%未満の施設
- 3 年に1回、紹介率・逆紹介率等を 地方厚生(支)局長等に報告する。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 7

特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率

大きい病院に影響があるのが、先ほどの特定機能病院と、500床以上の地域医療支援病院です。

また、30日以上分の投薬が減算になります。30日以上出してはいけないということです。これは、どういうことを意味しているか分かるでしょうか。病院が外来の患者さんを減らすのは簡単です。来る回数を減らせばよいのです。来る回数を減らすということは、処方せんを長期で書きます。例えば、4年前、6年前には14日で処方せんを書いていたところ28日になりました。さらに外来を減らすように言われると、今度は56日になります。つまり、患者さんを抱えたまま、外来患者さんを減らしたように見せ掛けることをやめ、患者さんを逆紹介できちんと外に出しましょうというのが、今回の改定のこの点数の趣旨になります。

では、30日以上分の投薬をするとどうなるのでしょうか。処方せん、処方料、薬剤料が60%へ減算になります。これは病院にとって非常に大きい問題です。今後はクリニックの先生方に逆紹介を送ることが増えると思います。怖いのは、逆紹介によってクリニックの先生方が目いっぱいになるのではないかということです。外来は、間違いなく増えるはずで

す。(資料8)

再診料・外来診療料

再診料・外来診療料が3点ずつ上がっています。外来に関してはこれくらいです。

小児科外来診療料

次に、小児科です。小児科外来診療料は今まで包括だったのですが、パリビスマブというRSウイルスの予防薬を外来で投与した場合は、出来高で取れることになりました。色々計算してみると、

病院は小児科外来診療料を取ってもマイナスなので、実質的にはクリニックなどはこれで大幅にプラスになります。(資料9)

小児科外来診療料

- 1 処方箋を交付 初診 572点、再診 383点
- 2 上記以外 初診 670点、再診 493点

－算定要件

- 3歳未満のすべての患者を対象とする。ただし、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパリビスマブ(商品名:シナジズ)を投与している患者(投与当日に限る)については、小児科外来診療料の対象とならない。

- 注:パリビスマブ(商品名:シナジズ)とは、RSウイルス予防薬
- http://www.synagis.jp/for_dr/product/index2.html

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料9

特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院の紹介率・逆紹介率

- 紹介状なしの初診
- 初診料 209点
- 逆紹介したが病院を受診
- 外来診療料 53点
- 30日以上分の投薬、処方料(42点、29点)、
処方せん料(68点、40点)、薬剤料
- 60%へ減算

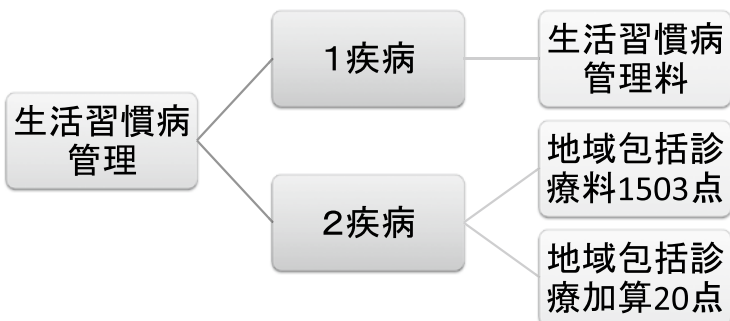
経過措置
27年3月31日

経過措置
27年3月31日

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料8

生活習慣病の管理



Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 10

生活習慣病の管理

今回、かかりつけ医の先生方に対して点数が付いたのが、地域包括診療料というものです。これは、本当にかかりつけ医の先生方が登場したら毎月1回取れる点数です。これまで生活習慣病の管理は、1疾病の場合「生活習慣病管理料」というのがありました。今回は2疾病です。どちらかという、生活習慣病に認知症が入った形になります。その2疾病を管理してくれれば1万5,000円差し上げます、という点数になっています。(資料10)

地域包括診療料と地域包括診療料加算

何が大変かという、高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち、2つ持っている患者さんに対するの管理です。対象医療機関は、診療所および許可病床が200床未満の病院になります。(資料11)

・ 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(疑いは除く。)を有する患者とする。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- 対象医療機関は、診療所および許可病床が200床未満の病院とする。
- 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 11

－ 以下の指導、服薬管理等を行っていること。

- ・ ア) 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
- ・ イ) 他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載すること。
- ・ ウ) 当該患者について院内処方を行うこと。また、当該患者について、当該医療機関で検査(院外に委託した場合を含む。)を行うこととし、その旨を院内に掲示すること。なお、診療所においては、当該患者について原則として院内処方を行うが、エ)の場合に限り院外処方可能とする。
- ・ エ) 診療所において院外処方を行う場合は、下記の通りとする。
 - － a. 24時間対応をしている薬局と連携していること。
 - － b. 原則として院外処方を行う場合は当該薬局を対象とするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡すこと。
 - － c. 当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡すこと。
 - － d. 患者は受診時に薬局発行のお薬手帳又は当該医療機関発行のお薬手帳を持参すること。その際、医師はお薬手帳のコピーをカルテに貼付し、レセプトに添付すること。
- ・ オ) 当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする。

－ 以下の健康管理等を行っていること。

- ・ ア) 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。
- ・ イ) 健康相談を行っている旨を院内掲示すること。
- ・ ウ) 敷地内禁煙であること。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 12

地域包括診療料1万5,000円です。こんなに高いのはなかなかありません。これを取るにはどのぐらい大変かということ、ポイントは、イ)「他の医療機関と連携の上、患者さんがかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載する」というところです。どういうことかということ、一人のかかりつけのお医者さんにきちんとかかって、そこが患者さんの代理機能を果たしていくということになると

思います。よく言われる、「あちらにかかって、こちらにかかって」というのを減らしていこうというのが目的にあります。そして、信頼関係をつくります。ただ、これはとても大変なことだと思います。患者さんに「どこにかかっていますか」「どんな薬を飲んでいますか」と聞かなければいけません。それをカルテに残します。

もう一つは、健康診断を勧めます。そして、その結果をカルテに書いて患者さんに渡し、健康状態の管理もします。つまり、健康状態をきちんと管理して、病気になったらきちんとした所を紹介してくださいということです。月1回でも良いようです。しかし、これをきちんと行うとすると、1人の患者さんに一回30分ぐらいかかります。下手すると、さらにかかります。したがって、算定する医療機関はそれほど多くないのではないかと思います。

そして、介護保険もやることになっています。どちらかということ、かかりつけ医の先生となる宣言をするというような点数になっています。(資料12)

生活習慣病管理料

生活習慣病管理料は、先ほどの資料10の1疾病のほうです。これは非常に不思議に思われるかもしれませんが、病院ではこのような算定の仕方をします。

処方せんを交付する場合は650点、700点、800点で、処方せんを交付しない場合は高い点数です。どういうことかということ、これまで国は、薬代はこの中に入っているという考えでした。しかし、算定の仕方、薬を一切出していないということは、処方せんも交付していないのだから、こちら

で取ってもよいのではないかという解釈です。そういうことのできる項目が、まだまだ幾つかあります。

そういう算定の仕方をしていく医療機関が多かったために、きちんと院内処方を行わない場合は1で算定することになったのが、今回の点数です。在宅もこういう点数があります。在宅も含め、そういう算定の仕方があり、そのような所に網が掛けられたのが今回の改定です。まじめにやっている所からみれば、ばからしいと思われるかもしれませんが、そういった所にきちんとメスが入ったのが今回の改定です。(資料13)

生活習慣病管理料

- 1 処方箋を交付
 - 脂質異常症 650点、高血圧症 700点、糖尿病 800点
- 2 1以外
 - 脂質異常症 1,175点、高血圧症 1,035点、糖尿病 1,280点
- 変更点
 - 院内処方を行わない場合は、「1」により算定する。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

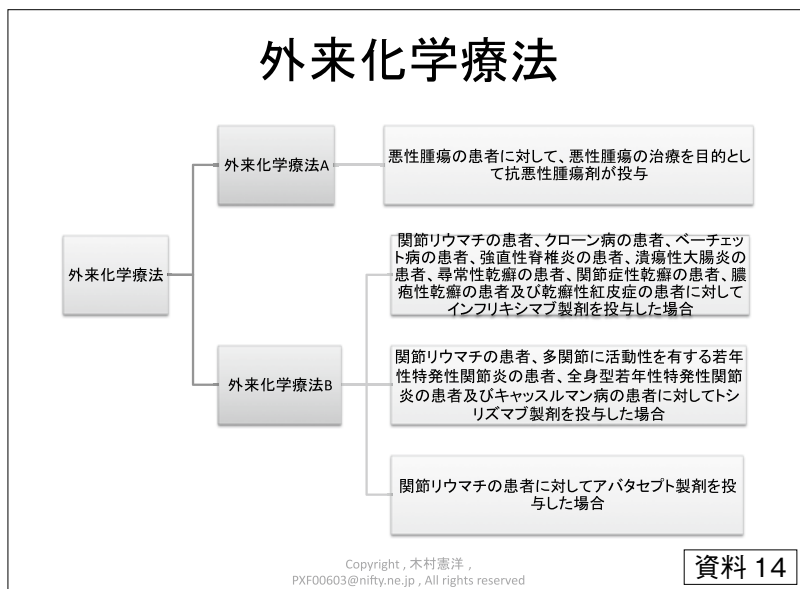
資料 13

うがい薬だけの処方の取り扱い

うがい薬だけの処方せんの取り扱いはできないことになりました。悪い所の話ばかりしても仕方ないのですが、これによって病院やクリニックがどうなるかということ、おそらくビタミン剤を出すようになるだけで、あまり影響はないのではないかと思います。

外来化学療法

もう一つ大きく変わったのが、外来の化学療法です。これまで、外来の化学療法A・Bと分かれていて、AとBの分かれ目は、「副作用が激しいかどうか」という書き方でした。「何となくこちらは



激しそうではないか」という感じで、Aを採ってしまうこともありました。今回、それをはっきり分けました。抗悪性腫瘍剤がA、それ以外のアレルギー・リウマチ関係がBときちんと分けられました。これによって算定がしやすくなりました。そして、はっきり分けられたことにより、どのようにオペレーションしていくか、点数を取っていくか、ということがきちんとされました。(資料14)

外来化学療法加算AとB

外来の化学療法に、もう一つ大きいことがあります。「皮内、皮下及び筋肉注射の場合は算定できません」ということが入りました。これにより、泌尿器系で算定できなくなる抗がん剤があるのです。実は、診療科によっても影響を受ける所は結構あります。これはデータ分析による部分が大いのだと思います。(資料15)

在宅自己注射

次に、在宅の自己注射とあります。インスリンなどを打つ場合です。これまで月1回820点でした。だいたい糖尿病の患者さんは月の初めは点数が高く820点だったのですが、注射の回数で点数が変わるようになりました。28回以上フルでやっても10点下がるといふことで、お怒りの方もいらっしゃいます。(資料16)

在宅自己注射指導管理料

実質的には導入初期加算が付いて、きちんと指導した所には、3カ月間、月1回500点ずつ点数が付きます。実際には、医師が指導をして、その後、薬剤師さんや看護師さんがインスリンの指導などを行っている所に点数が付くようになっていきます。つまり、きちんとやっている所ほど評価され、適当にやっている所は点数が取れないようになっていくのです。(資料17)

外来はこれだけです。その為、クリニックを中心とする医師会の先生方からは、それほどクレームが来ないはずなのです。

外来化学療法加算AとB

- 外来化療A
 - ①入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が投与された場合に算定する。
 - ②G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。
 - ③加算の対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。
 - ④この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。
- 外来化療B
 - ①入院中の患者以外の患者であって以下の場合に限り算定する。
 - ・ ア 関節リウマチの患者、クローン病の患者、ベーチェット病の患者、強直性脊椎炎の患者、潰瘍性大腸炎の患者、尋常性乾癬の患者、関節症性乾癬の患者、膿疱性乾癬の患者及び乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合
 - ・ イ 関節リウマチの患者、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者、全身型若年性特発性関節炎の患者及びキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合
 - ・ ウ 関節リウマチの患者に対してアバセプト製剤を投与した場合
 - ②G000皮内、皮下及び筋肉注射により投与した場合は算定できない。
 - ③この場合において、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定しない。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 15

在宅自己注射

在宅自己注射指導管理料

820点



【在宅自己注射指導管理料】

1 月3回以下 100点
2 月4回以上 190点
3 月8回以上 290点
4 月28回以上 810点

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 16

在宅自己注射指導管理料

- 在宅自己注射指導管理料
 - 820点 → 月3回以下 100点
 - 月4回以上 190点
 - 月8回以上 290点
 - 月28回以上 810点
- 導入初期加算 500点
 - 在宅自己注射の導入前には、入院又は週2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行うこと。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。
 - 導入初期加算は、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、3月の間、月1回に限り算定する。ただし、投与薬剤の種類を変更した場合は、さらに1回に限り算定することができる。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 17

入院のポイント

問題は、やはり入院です。今回は一般病棟入院基本料7対1と言われていますが、実は7対1だけではありません。超急性期も結構やられています。そこが、今回の一番の問題点です。(資料18)

超急性期と収入

では、超急性期の何が問題なのでしょうか。色々と見ていきますと、ICUも、ハイケアユニットも取りにくくなりました。ICUが取れなければハイケアユニットを取ればいいし、ハイケアユニットを取れなければどうしましょうか、という世界が今回の改定です。看護師の配置を1として点数を見ていきますと、ハイケアユニットの4対1の1を取れば、ICUとほぼ点数は変わらないという仕掛けがしてあります。実は、こういう仕組みが幾つか隠されているのです。(資料19)

救命救急入院料

超急性期から説明していきます。救命救急入院料の加算で、急性薬毒物中毒加算が5,000点ありました。これが1と2に分かれました。なぜ1と2に分かれたのでしょうか。以前は、救命救急センターで、急性の薬毒物の患者であれば急性薬毒物中毒加算は取れたのです。そこで国は、ガイドラインに基づいてきちんと分析をしている場合は5,000点、分析をしないと350点としました。どういうことかということ、レセプトの問題です。病名を付けられれば取れるものはいくらでもありますから、病名を付けて点数を5,000点取っているのは全て排除していこうということです。そういうものが幾つかこの後にもあります。そのようなことがこれからたくさん行われていくことを想定しますと、先ほど言ったように、維持加算のテクニックで算定しているものは、次第に点数が取れなくなっていくと思います。きちんと行った所しか、点数が取れなくなっていくと思います。(資料20)

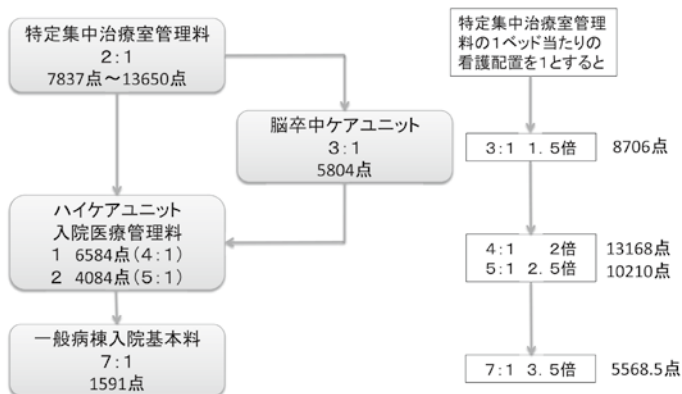
入院のポイント

- 一般病棟入院基本料7対1を取り巻く環境
 - 超急性期から一般病棟7対1
 - 一般病棟7対1から在宅へ
- 平均在院日数と特定入院除外、短期滞在手術問題
- より在宅医療へ向けた対策の強化

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 18

超急性期と収入



Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 19

救命救急入院料

救命救急入院料

急性薬毒物中毒加算 5000点
[施設基準]
高度救命救急名センターであること。



救命救急入院料

急性薬毒物中毒加算1 (機器分析) 5,000点
急性薬毒物中毒加算2 (その他) 350点
[算定要件]
急性薬毒物中毒加算1(機器分析)については日本中毒学会によるガイドラインに基づいた機器分析を自院で行った場合にのみ算定する。
[施設基準]
—高度救命救急名センターであること。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 20

特定集中治療室関連

そしてICU(特定集中治療室)です。ここは色々な問題があります。まず、これまでICUの広さが1床当たり15㎡以上だったのが、20㎡以上でなければいけません。それから、経験5年以上の医師が2人以上いなければなりません。ここら辺はクリアできると思います。

問題はこういったところなんです。追加で、施設基準に「専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している」とあります。

ずっと臨床工学技士がいるというのは、相当大きい病院で、相当数を抱えていないとできません。そういった厳しい基準が入りました。

もし、これをクリアできなければどうするのでしょうか。先ほどありましたように、ハイケアユニットにするしかありません。ICUは看護の配置が2対1です。これがハイケアユニットになると、4対1になります。半分でよいのです。そういう意味では、今回、看護師の配置というのは超急性期から全て崩れていきます。

さらに厳しいのが、看護必要度の基準です。今まで、A項目とB項目のどちらかが3点以上を満たす人が9割以上でよかったのが、今度はA項目とB項目の両方を満たす人が、9割以上の場合にはICUの1と2、8割以上の場合にはICUの3となっています。皆さんも、データベースの検索で「AorB」と書くのか、「AandB」で書くのかで、引っ掛かってくる件数が違うでしょう。こういったところが、看護必要度の見直しで厳しいところです。これがICUになります。(資料21)

特定集中治療室関連

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。
- (2) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、1床当たり9平方メートル以上であること。
- (3)から(6)略
- (8) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「重症度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が9割以上いること。
- (9)略

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む。
- (2) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは1床当たり20平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、1床当たり9平方メートル以上であること。
- (3)から(6)略
- (8) 当該入院料を算定している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「重症度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が9割以上いること。
- (9)略

A項目3点以上、または、B項目3点以上である患者が9割以上

A項目3点以上、かつ、B項目3点以上である患者が(ICU1、2)9割以上、(ICU3)8割以上

追加
専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務している。

Copyright, 未付著作権,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 21



ハイケアユニット入院医療管理料

ハイケアユニットは、これまで入院医療管理料4,511点でした。約4,500点と見てください。これまで、看護師が常時4対1で、A項目が3点、B項目が7点でした。そのどちらかを満たしている人が8割以上でよかったのです。今度は、両方満たす人が8割か6割かで点数が変わります。さらに、常時4対1で、両方満たして頑張っていた所は、そのまま2,000点上がっています。一日2,000点ですから、とても大きいです。

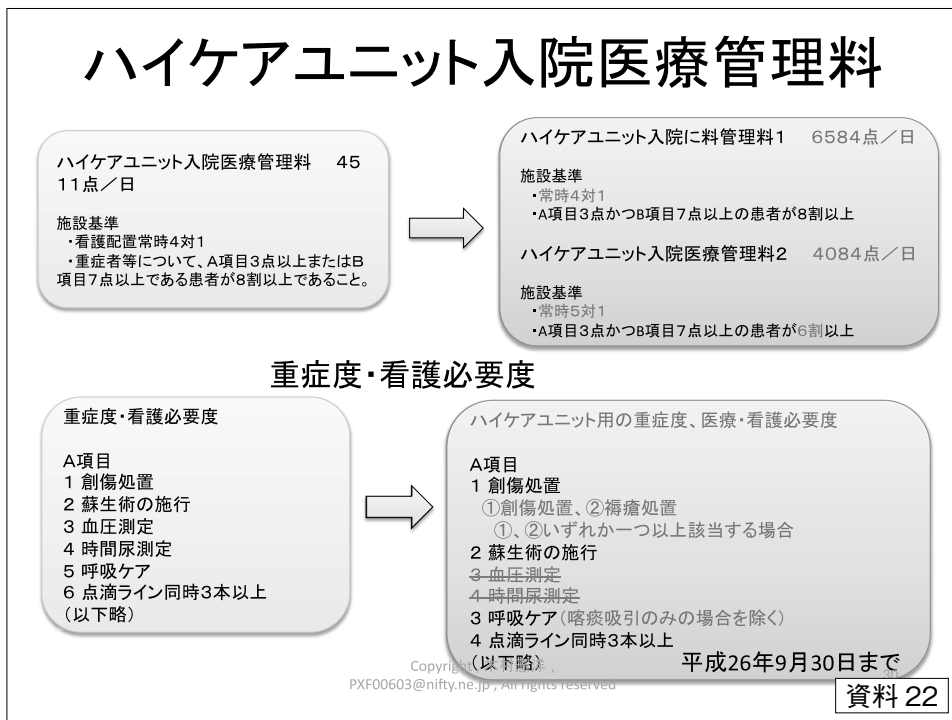
8割は満たせないけれども6割は満たせる、つまり、2割足りない所は500点マイナスです。この500点は相当大きいです。一日1床5,000円ですから、頑張って埋めていけば2,000点プラス、一日2万円プラスになっています。

もし、両方満たせなかった場合は、はっきり言って一般病床です。7対1になるしかありません。4対1から7対1にするということは、看護師が半分要らないことになります。

さらに、「AorB」が「AandB」になって厳しい中、点数を稼いでいたA項目の血圧測定と時間尿の測定が削られています。だいたいどこの病院もそうですが、これまで必要度が厳しくなってくると血圧測定と時間尿の測定をやり、あとはモニターを付けるか、呼吸ケアで3点取っていたのです。2つ取れないことは、相当厳しいです。これが最近では、モニターを付けて1点と、呼吸ケアで酸素を出せないかというオーダーで1点、それでも2点です。1点足りません。そのようなことが4月以降入ってきています。そういうところが厳しいのです。

ただ、9月30日まで時限措置があります。実は、病院の実力を見るに当たっては、今が一番よいのです。4月にハイケアユニットをそのまま1で届け出た所は、ポテンシャルがある病院です。9月末

まで引っ張った所は、結構厳しかったことが分かっています。届け出の日付は毎月厚生局がオープンにします。それを見ていくと、その病院が今後どうなっていくのか分かるようなところもあります。4月5月でクリアできる所はまだよいのですが、9月末まで引っ張った揚げ句、取れない所も結構多いと思います。そういった所は大変だろうということです。(資料22)



小児特定集中治療室管理料

PICUは、少し基準を緩くしたそうです。そのくらいで、特に大きく何が変わったということはありません。(資料23)

小児特定集中治療室管理料

1 7日以内、15,500点
2 8日以上14日以内 13,500点

【施設基準】

①当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。



1 7日以内 15,752点
2 8日以上14日以内 13,720点

【施設基準】

次のいずれかを満たす。

① 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

② 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 23

新生児特定集中治療室

少し変化があったのはNICUです。NICUは、完全にアウトカムで分かれるようになっています。点数はほぼ一緒ですが、アウトカムで④が追加になっています。

INCUには1と2があります。例えば、1を取りたいければ、看護師の配置などは一緒です。イか口のどちらかを満たすということです。「イ 出生体重が1,000グラム未満の新規入院患者が、1年間に4名以上」。もう一つは、「ロ 当該治療室に入院中の患者の開頭、開胸、開腹手術が、1年間に6件以上」。このどちらかを満たしていれば、1が取れます。これが満たせていなければ、「出生体重が2,500グラム未満の新規入院患者が、1年間に30名以上であること」かです。つまり、今回からはアウトカムによって点数も違うということが大きくあります。これからは、クリニカルインディケータを活用してやっていかなければいけない時代であると感じさせています。(資料24)

新生児特定集中治療室

【新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)】

【新生児特定集中治療室管理料2】

【算定要件】

新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日(出生体重が1,500g以上の場合)を限度として算定する。



【新生児特定集中治療室管理料1、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)】

【新生児特定集中治療室管理料2】

【算定要件】

新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)及び新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して35日(出生体重が1,500g以上であって、以下の疾患の患者の場合)を限度として算定する。

施設基準

【新生児特定集中治療室管理料1】 10174点

①専任の医師が常時治療室内に配置されていること。

②看護配置が常時3対1以上であること。

③救急蘇生装置等の装置、器具を治療室内に常時備えていること。

④以下のいずれかを満たすこと。

イ 出生体重1000g未満の新規入院患者が1年間に4名以上であること。

ロ 当該治療室に入院中の患者の開頭、開胸又は開腹手術が1年間に6件以上であること。

【新生児特定集中治療室管理料2】 8109点

①専任の医師が常時、保険医療機関内に勤務していること。

②看護配置が常時3対1以上であること。

③救急蘇生装置等の装置、器具を治療室内に常時備えていること。

④出生体重2500g未満の新規入院患者が1年間に30名以上であること。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 24

NICUとGCU

GCUとは、NICU後の回復室です。簡単に言いますと、患者さんである赤ちゃんの状態によって、何日いられるかははっきりしたということです。NICUだと、例えば、1,000グラム未満だと90日だったのが、GCUだと120日までいられます。30日のギャップがあります。そのように見ていただければと思います。

今回は、ICUもNICUも全て、いかに空けていくかという方向にシフトしています。その為、実際には基準を厳しくして、どんどん患者さんを外に出します。先ほどのICUもそうですが、9割以上です。満たさなくなれば、すぐほかに移動させます。そのようなオペレーションをしないと、すぐに9割を割ってしまうのです。そういうことが点数に仕込まれているのです。(資料25)

NICUとGCU			
出生体重	NICU		GCU
1000g未満	90日	30日	120日
1000g～1500g未満	60日	30日	90日
1500g以上で一部の先天性奇形などがある場合	35日	15日	50日
1500g以上	21日	9日	30日

NICU1: 10174点/日
NICU2: 6011点/日
5499点/日

資料25

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.



新生児特定集中治療室の退院

平成24年に、NICUから退院した患者さんを受け取った所が、計画を作って退院させると、加算が600点ずつ付くことになりました。今回、600点を取って退院してきた患者さんを受け取った病院が、計画を作って患者さんを退院させると、さらに600点ずつもらえることになりました。つまり、どんどん連携をして受け取っていくと、受け取った先も点数がもらえて、退院調整をしていけるように仕組みがつくられています。これが、今回のNICU後のところですよ。ここまでは、超急性期になります。(資料26, 27)

実際、超急性期はどうなっていくのでしょうか。看護必要度の基準が相当厳しくなっていますから、病床を空けざるを得ません。つまり、早く患者さんを動かさなければいけないのです。動かさないといけないということは、「空く・受け入れる」ことを国が狙っています。もし、それができないのであれば、その病棟はグレードダウンを余儀なくされることになっていきます。それが、今回の改定にあります。

新生児特定集中治療室の退院

NICU
・新生児特定集中治療室管理料
・総合周産期特定集中治療室管理料
(2 新生児集中治療室管理料)

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、
一般13:1と15:1、療養病棟など

重症児(者)受入連携加算
2000点/初日

→

新生児特定集中治療室退院調整加算

H24

1 新生児特定集中治療室退院調整加算1 600点(退院時1回)

2 新生児特定集中治療室退院調整加算2
イ 退院支援計画作成加算 600点(入院中1回)
ロ 退院加算 600点(退院時1回)

H26

新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を算定したことがある患者に対して、退院調整を行った場合に、退院時に1回(退院支援計画作成加算については入院中に1回)に限り算定する。

新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室管理料に入院した日から起算して7日以内に以下に該当する患者を抽出し、退院調整が必要となる可能性がある者について、入院7日以内に家族と現在の病状及び今後予想される状態について、病状に応じて退院後の生活も含めて話し合いを開始した上で、入院1月以内に、退院調整が必要かどうかを医師、看護師および社会福祉士を含む関係職種が合同で家族と退院後の生活について話し合い、退院支援計画の作成を開始した場合、退院時に1回(退院支援計画作成加算については入院中1回)に限り算定する。
ア 先天奇形の患者、イ 染色体異常の患者、ウ 出生体重1,500g未満の患者、エ 新生児仮死(Ⅱ度以上のものに限る)、オ その他、生命に関わる重篤な状態のもの

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 26

新生児特定集中治療室退院調整加算

H26

3 新生児特定集中治療室退院調整加算3
イ 退院支援計画作成加算 600点(入院中1回)
ロ 退院加算 600点(退院時1回)

1 新生児特定集中治療室退院調整加算1 600点(退院時1回)

2 新生児特定集中治療室退院調整加算2
イ 退院支援計画作成加算 600点(入院中1回)
ロ 退院加算 600点(退院時1回)

[算定要件]

- 前医で新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定している患者について、転院受入後、7日以内に退院支援計画を策定した場合、入院中1回に限りイを算定する。自宅へ退院した場合、退院時1回に限りロを算定する。
- 本点数を算定した患者に対し、退院時に緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を取っていること。

[施設基準]

小児入院医療管理料3を届け出ている医療機関又は周産期母子医療センターであること。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 27

一般病棟7対1関連

マスコミで色々と言われているのは、一般病棟7対1です。7対1で私が一番厳しいと思っているのは、看護必要度ではありません。連携がどうなるのかが一番怖いのです。それが、75%ルールです。これが地域に与える影響は相当大きいです。私は病院にずっといましたし、今もいろいろな病院とやりとりしているので分かります。資料28の文章を読むと、自宅および回復期リハビリテーション病院の病棟、それから今度新しく

きた地域包括ケア、もしくは療養で機能強化加算を取っている所、それから老人系の施設、これらに退院患者さんの75%を行かせないといけないということです。これが7対1の基準に入りました。

通常の病院は、患者さんを退院させて転院させると、ダイレクトで回復期リハビリテーションや地域包括ケア病棟には入れません。一回一般病棟に入ってもらってから、回復リハビリテーションなどに行ってもらうのです。これは病院にいる人なら分かると思います。つまり、7割5分がダイレクトに回復期リハビリテーション等に行かなくてはならないということは、紹介先の一般病棟を機能してもらっては困るということです。ダイレクトで回復期リハビリテーションに入れてくださいと、注文を付けてくる病院が増えてくるということです。つまり、75%以上ということは、4人退院するうちの3人は決められた所に行ってもらわないと困り、4人のうち1人だけは一般病棟に行ってもいいということです。

そうしますと、連携の形が大幅に変わります。一般に入れないという連携になっていきます。そうした時に、ケアミックスの病院は一般病棟を持っている意味がなくなってきます。これが一番怖いのです。なぜケアミックスの病院は一般病棟に一回行かせるかということ、検査をすることと、在院日数を縮める為の方策だからです。そうしますと、地域によっては連携の流れが大幅に変わります。完全に回復期リハビリテーション、地域包括ケア専門の病院が出てきて、そちらに患者さんが大幅に流れるようになってきます。

つまり、決断の遅れた病院は大変だということです。地域包括ケア、回復期ケア、ケアミックスの病院は、小規模・中規模が多いです。ここで「私たちは一般病棟をやっていくのだ」と言い切って頑張れば、紹介の流れが止まる可能性がとても高いです。では、大学病院はどうするのでしょうか。大学病院も、この7割5分をクリアできない病院があったとすれば、当然、紹介に対して病棟を選別する圧力はとても高くなります。これが一番、地域の医療を崩壊させる可能性があるのです。

もう一つ怖いのが、実際、一般病床の退院を9日に向かって早めていくことになると思います。そうした時に、大きい病院は自病床が空きます。患者さんが増えないことが前提だとすると、皆さんはどうしますか。回復期リハビリテーションをやらうとしている病院はとても多いです。この近くでも、済生会の川口は回復期リハビリテーションをやります。あそこは救急センターを持っています。そうしますと、地域の回復期リハビリテーションをやっている病院はどうなるのでしょうか。

一般病棟7対1関連

—一般、特定機能、専門病院—

- 看護配置が常時7対1以上であること。
- 看護職員の7割以上が看護師であること。
- 平均在院日数が18日以内であること。
- 重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を1割5分以上入院させる病棟であること。
- 常勤の医師が入院患者の10%以上であること。
- 退院患者のうち、自宅、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行っている病棟、地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の届出を行っている病棟若しくは病室、療養病棟(在宅復帰機能強化加算(新設・後述)を届け出ている病棟に限る)、居住系介護施設又は介護老人保健施設(いわゆる在宅強化型介護老人保健施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を行っているものに限る)に退院した者の割合が75%以上であること。
- データ提出加算の届出を行っていること。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 28

地域包括もそうです。おそらく第1選択は、急性期の病院は回復期リハビリテーションをやります。それが、ほかの点数に一番影響がありません。第2選択は、地域包括ケアです。実際、私の関わっている400床の病院で、ディープに関わっている所の一つは公立病院です。そこは地域包括ケアを10月から始めます。総合入院体制加算を返上しても、十分プラスになるからよいということです。もう一つ、群馬県で関わっている病院は、建て替えと同時に回復期リハビリテーション病棟を造ります。そうしますと、これまで地域で回復期リハビリテーション病棟を持ってやっていた所は、非常に大変な患者さんだけが紹介を持ってくることになります。これは実際、経営会議でリハビリテーションの先生が、「自分たちはおいしいところをもらって、外に面倒くさいのを出します」とはっきり言っています。当然、自分たちの稼働を考えていくとそうなるのです。

このように、おそらく地域の連携の仕方は大幅に変わります。入院件数を稼げる病院が有利に働くことは間違いありません。そのような中で、はたしてどのように生き残っていくのかというのが、一つのポイントになると思います。(資料28)

看護必要度・重症度の見直し

資料29は一般病棟用の看護必要度です。先ほどのハイケアユニットと同じように、血圧と時間尿測定がなくなりました。右側が見直された部分です。1～6が1点。7から下は、1つで2点です。(資料29)

看護必要度・重症度の見直し

・ 名称: 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

A項目

- 1 創傷処置
- 2 血圧測定
- 3 時間尿測定
- 4 呼吸ケア
- 5 点滴ライン同時3本以上
- 6 心電図モニター
- 7 シリンジポンプの使用
- 8 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(注射)の使用
 - ⑥ 抗不整脈剤の使用
 - ⑦ ドレナージの管理

➔

A項目

- 1 創傷処置
 - ① 創傷処置②褥瘡処置
 - ①、②いずれか一つ以上該当する場合
- 2 血圧測定
- 3 時間尿測定
- 2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
- 3 点滴ライン同時3本以上
- 4 心電図モニター
- 5 シリンジポンプの使用
- 6 輸血や血液製剤の使用
- 7 専門的な治療・処置
 - ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用した場合)
 - ② 抗悪性腫瘍剤の内服
 - ③ 麻薬注射薬の使用(注射剤を使用した場合)
 - 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(注射)の使用
 - ⑧ 抗不整脈剤の使用
 - ⑨ 抗血栓薬の持続点滴
 - ⑩ ドレナージの管理

Copyright © 本村憲洋
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 29

看護必要度に関するポイント

A項目とB項目があり、一般病棟はA項目が2点、B項目が3点です。おおよそB項目の3点は取りやすいです。1項目2点のところを見ていただくと、がん関係が多いです。もう一つが、心臓や脳関係です。これを頭に入れておいてください。

これは普通の病院にどのくらい影響があるのでしょうか。ほぼありません。なぜでしょうか。逆から読んでいくと分かります。専門病院入院基本料7対1であった場合は、10%でよかったのです。これは主にどこが取っているかということ、がんセンターです。つまり、がんセンターなどを救う為に、先ほどの項目を増やすと15%がクリアできるということです。データ分析から入っているので、実質、一般病院にはそれほど影響はありません。逆に、一般病院でがんの患者さんをたくさん抱えていると、在院日数が長くなってしまいます。そのように非常に厳しい面もあります。したがって、看護必要度で追加された部分はそれほど影響はなくて、国は厳しくきいているということです。(資料30)

資料31は参考です。上がA項目、下がB項目です。一番左がICU用の看護必要度、真ん中がハイケアユニット用の看護必要度、一番右が一般用の看護必要度です。重複しているものもあります。こうして見ていくと、何かが外れたら病棟が変わっていくという形になっています。これから先、本当はクリティカルパスの中にこういう必要度のところできちんと管理をしていかないと、簡単に9割を割ってしまいますし、8割も割ってしまいます。それくらい厳しい病床コントロールをしなければいけないということが、病院に求められているのです。(資料31)

看護必要度に関するポイント

- 一般病棟入院基本料7対1では、入院患者の15%が看護必要度の基準を満たしている必要がある。
- A得点: 2点、B得点: 3点
- これまで一般病棟入院基本料7対1は、救命救急入院料を算定する保険医療機関では、15%の基準は免除されていた。
- 専門病院入院基本料7対1であった場合は10%でよかった。
- 10対1入院基本料の急性期看護補助体制加算及び13対1入院基本料の看護補助加算1の施設要件を重症度、医療・看護必要度基準10%以上から5%以上とする。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@mifty.ne.jp, All rights reserved

資料 30

別紙17 A項目	別紙18	別紙7
<p>心電図モニター 輸液ポンプの使用 動脈圧測定(動脈ライン) シリンジポンプの使用 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) 人工呼吸器の装着 輸血や血液製剤の使用 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル) 特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)</p> <p>A項目3点かつB項目3点以上 ICU1、ICU2: 9割以上 ICU3: 8割以上</p>	<p>創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置) 蘇生術の施行 血圧測定 時間尿測定 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) 点滴ライン同時3本以上 心電図モニター 輸液ポンプの使用 動脈圧測定(動脈ライン) シリンジポンプの使用 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) 人工呼吸器の装着 輸血や血液製剤の使用 肺動脈圧測定(スワンガンツカテーテル) 特殊な治療方法等(CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定)</p> <p>A項目3点かつB項目7点以上 HCU1: 8割以上 HCU2: 6割以上</p>	<p>創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置) 血圧測定 時間尿測定 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く) 点滴ライン同時3本以上 心電図モニター シリンジポンプの使用 中心静脈圧測定(中心静脈ライン) 輸血や血液製剤の使用 専門的な治療・処置(2点) ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤を使用) ②抗悪性腫瘍剤の内服 ③麻薬注射薬の使用(注射剤を使用) 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抗血栓薬の持続点滴 ⑩ドレーナの管理</p> <p>寝返り(何かにつかまればできる1点、できない2点) 起き上がり(できない1点) 座位保持(支えがあればできる1点、できない2点) 移乗(見守り・一部介助1点、できない2点) 移動方法(介助を要する1点) 口腔清潔(できない1点) 食事摂取(一部介助1点、全介助2点) 衣服の着脱(一部介助1点、全介助2点) 他者への意思の伝達(できるときとできないときあり1点、できない2点) 診療・療養上の指示が通じる(はい1点) 危険行動(ある1点)</p> <p>A項目2点かつB項目3点以上 7対1: 1割5分以上</p>

資料 31

国民医療費

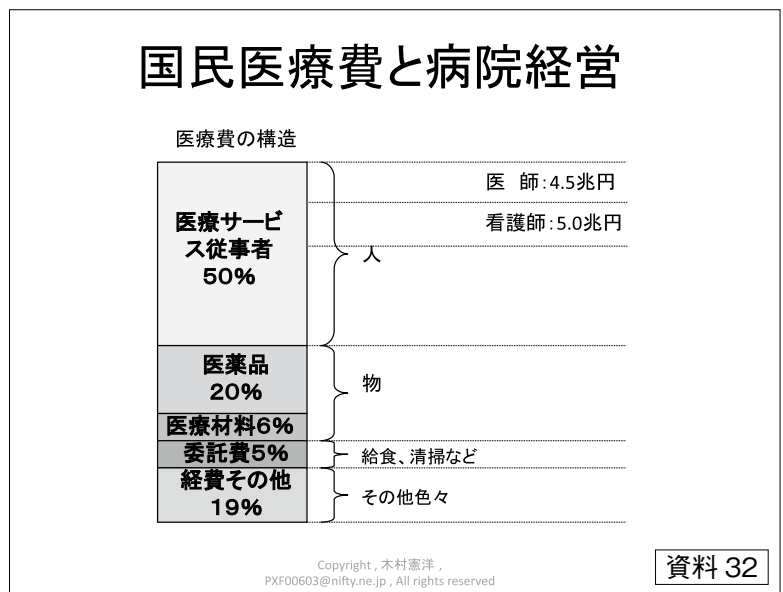
では、なぜ一般病棟や超急性期を厳しくするのでしょうか。それは、やはり国民医療費です。国民医療費が80年代からずっと年間1兆円ずつ伸びてきて、2000年代になって5,000億円の伸びになりました。このほかに介護保険があるので、ほぼ1兆円は伸びているのです。しかし、民主党が政権を握ったら非常によい思いができました。その分を取り返しにくるのだらうというのが、今回一つあります。

病院における医療従事者(再掲)

その中で一つポイントになるのが、クリニックを除いて、病院で働く医療従事者です。人材の推移を見ていきますと、医師は順調に伸びていますが、看護師の伸び方はすごいスピードです。2000年に52～53万だったのが、2009年に65万を超えています。これはどういうことでしょうか。

国民医療費と病院経営

この人たちが働けるということは、給料が出せるということです。売上が立たないと、払えません。これがポイントです。色々調べていきますと、国民医療費の構造としては、やはり医師・看護師の給料の占める割合が非常に高いです。医師に関しては、概算で4.5兆円ぐらい、看護師は5兆円ぐらいです。医師の給料を国は下げようと思いましたが、下げられないということで、ずっと足りない状況です。なぜ足りないのでしょうか。機能分化できるからです。(資料32)



そこで、次に目を付けたのが看護師です。看護師の需給バランスを壊せば、当然給料が下がります。ちなみに、看護師の初任給が一番高い所はどれくらいだか、皆さん知っていますか。大卒の看護師の初任給で、450万です。2年目で520万です。これは高くありませんか。下手すると、薬剤師よりも高いです。そのようなところにメスを入れます。給料は高いのですが、実は、病院の中は人が足りません。

そこで、今問題になっているのは、夜勤をやってくれる人です。今、時間短縮勤務がとても多いです。時間短縮勤務の人とパートの人を雇わないと、人がそろえられないのです。この状況を打破するには、受給を一回壊さないと無理だということは間違いありません。そういったことから、今回の大なたが振られたのだと思います。したがって、これから先は、夜勤ができる人が確保しやすくなります。それによって、看護師さんもさらに労働環境が良くなるはずですよ。このようなところがポイントになります。

実際、今、紹介業の方々と色々やりとりしていますが、看護師さんの紹介は変わってきています。「紹介業は要らない」という病院が増えてきています。使わなくてもきちんと集められるということです。逆に、今集められていない所はカウントダウンです。このような状況になっています。

これから、間違いなく病院は新卒を採ります。中途は、徐々に採りづらい状況にしていきたいということがあります。特に、40代50代はそういう方向になっています。

看護必要度と稼働の考え方

もし、看護必要度を取れない病院があったらどうするでしょうか。看護必要度の計算はとても簡単です。満たす人の数と病床の稼働している数を割返しただけです。その中で、15%を超えればよいというのが計算式です。つまり、分母のYが小さくなればよいのです。もしくは、Xが大きくなればよいのです。ただ、Xというのは、重症度の高い人が来ないといけません。入院件数というのは、重症度の高い人を増やすのは難しいです。したがって、Yを減らすしかありません。

そうしますと、回復期リハビリテーションや亜急性期、地域包括ケア、もしくは療養病棟に転換して、計算式から外すようにすればよいのです。これしかテクニックはありません。(資料33)

看護必要度と稼働の考え方

- 一定基準以上の看護必要度の患者割合(Z)
=一定基準以上の看護必要度の患者(X)÷
患者数(Y)
- Y(↓)、X(↑) or Y(↓)、X(-)

$$Z = \frac{X}{Y}$$

入退院数を増やす。
→ 連携
→ 広報

稼働を減らす。
→ 亜急性期、回復期
→ 稼働病床を減らす。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 33

必要度と稼働の組み合わせ

10% → 15%

必要度: 10%、11%、12%、13%、14%、15%

$$Z = \frac{X}{Y}$$

患者数: 66%、73%、80%、86%、93%、100%

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 34

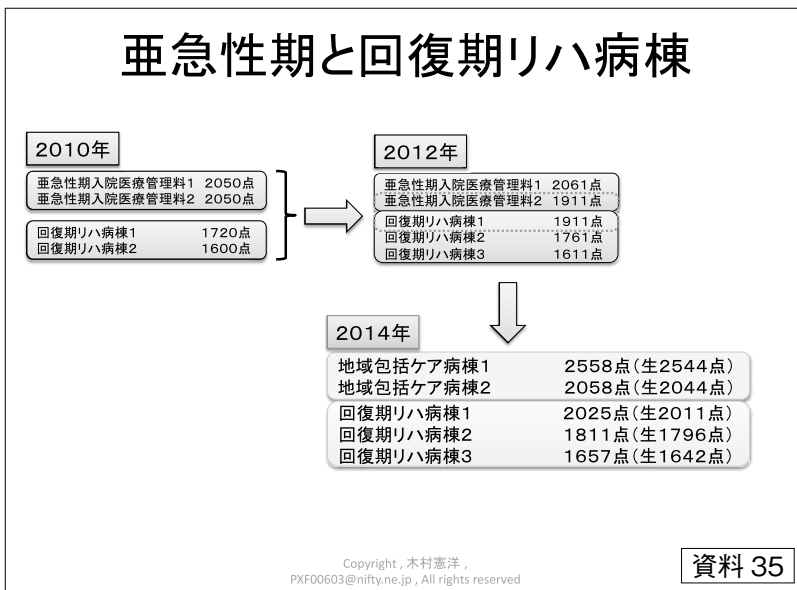
必要度と稼働の組み合わせ

そうしますと、例えば、新基準で必要度が10%しか満たせない病院があったとすると、6割6分まで計算対象を下げれば、15%をクリアできます。したがって、3分の1の病棟を何か違うものに転換すればよいのです。もしくは、稼働を落とせばよいのです。稼働を落とす、転換する。結局は、看護師が余る話です。これが、今回一番のみそです。その方向に業界は必ず向かっていきます。(資料34)

亜急性期と回復期リハ病棟

その中で、一つポイントがあるとすると、地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟です。病院は、回復期リハビリテーション病棟はなかなか取りにくいのです。なぜ取りにくいかというと、対象となる疾患が決まっています、算定しにくいのです。それから、リハビリテーションの数が多くなければ困ります。つまり、人をたくさん配置しないといけません。でも、この地域包括ケアは、今回見ている限りとても緩いです。

私の知っている200床の整形外科の病院は、7月までに半分を地域包括ケアにするということで、既に4月1日からやり始めています。なぜ、そんなに早くやったのでしょうか。計算すると、100床で、原価をすべて引いても年間1億2,000円プラスになります。それぐらい大きいのです。なぜそんなに大きいかというと、一般病棟の7対1は今回1,591点です。約1,000点のプラスになります。一日1万円の治療をすることはあまりありません。リハビリテーションをやったとしても、プラスになるのです。内科病棟は、ほぼ全員入れてもプラスになります。そのぐらいインパクトがある点数です。(資料35)



回復期リハビリテーション病棟1 施設基準追加事項

まず、回復期リハビリテーションからお話ししていきます。回復期リハビリテーションは、1が厳しくなりました。2と3はほぼ変わらず、1だけが厳しくなっています。

まず、週7日リハビリテーションできる体制があるということが施設基準に入りました。これまでは、週7日やると加算がもらえました。それが施設基準に入ったとことで、リハビリテーションのスタッフは絶対に出ないといけなくなりました。ここに、少し心理的な抵抗があります。

もう一つ、これまでは重症度を満たす人が3割だったのが、今回、入院時に看護必要度のA項目1点以上の患者さんが1割以上というのが入りました。つまり、患者さんを2つの基準で見られます。

回復期リハビリテーション病棟1 施設基準追加事項

施設基準追加事項

- ・休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
- ・当該病棟へ入院する患者全体に占める一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目の得点が1点以上の患者の割合が1割以上であること。

平成26年3月31日に回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟については、平成26年9月30日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

回復期リハビリテーション病棟入院料1

体制強化加算 200点(1日につき)

[施設基準]

当該病棟にリハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した専従の常勤医師1名以上及び退院調整に関する3年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。

資料 36

このようなことがあって、これは算定しにくいということです。

逆に、回復期リハビリテーションの1を取ると、体制強化加算が一日200点、2,000円もらえます。これは厳しくありません。常勤の、専従の社会福祉士が1名以上いますから、退院に向かって頑張ってくださいということなのです。それほど厳しくありません。そういう意味では、回復期リハビリテーション1を取ってれば収入が上がりますが、取りにくいです。(資料36)

回復期リハビリテーション病棟

もう一つ、回復期リハビリテーション病棟1～3に関するものです。患者さんの退院する先を見てリハビリテーションの計画を作ると、リハビリテーションの総合計画評価料にプラス150点付けます。それはそうです。「家に帰ることを想定してリハビリテーションしてください。それを計画に入れてください」ということです。「やみくもに、ただ歩かせるのではありません」ということなのです。そのような、きちんとした計画を作ることになっています。

それから、点数の見方で間違っはいけないのは、家を訪問する人は、基本はPT(理学療法士)・OT(作業療法士)・ST(言語聴覚士)です。なぜ、「医師・看護師」と書いてあるかというと、PT・OT・STができるということは、医師・看護師もできるからです。「医師と看護師」と書いてありますが、ほかの点数にも「医師」と必ず書いてあります。看護師だけ単独で取れるものではなくて、看護師が取れるものは医師も取れるのです。そのように点数は書かれています。実質、これはPT・OT・STが取れる点数になっています。(資料37)

地域包括ケア病棟入院料について

問題の地域包括ケアです。これから先、本気で病院をどうするかと考えると、やはり地域包括ケアは避けて通れません。返済をリスケジュールするのは最悪のことです。そのようなことをしたら、おそらく病院はなくなります。そうしない為に、自分たちの病院をどうするかというのは、この地域包括ケアを交えて見ないといけません。先ほど言ったように、プラス1,000点、一日1万円です。

あとは、これまでの亜急性期の基準とほとんど変わりません。これまで亜急性期の入院医療管理料は部屋単位だったので、7対1の病院は7対1の配置でした。これが今度、病棟単位でも取れるようになっています。ポイントは、病棟単位でいかに取るかです。(資料38)

回復期リハビリテーション病棟

- 回復期リハビリテーション病棟1
 - 体制強化加算 200点/日
 - 施設基準
 - 当該病棟にリハビリテーション医療に関する3年以上の経験及びリハビリテーション医療に係る研修を修了した専従の常勤医師1名以上及び退院調整に関する3年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。
- 回復期リハビリテーション病棟1～3
 - リハビリテーション総合計画評価料
 - 入院時訪問指導加算 150点/入院中1回
 - 施設基準
 - 入院前7日以内又は入院後7日以内の訪問に限る。
 - 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、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の少なくとも1名以上が、必要に応じて社会福祉士等と協力して、退院後生活する自宅等を訪問し、退院後生活する住環境等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に算定する。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料37

地域包括ケア病棟入院料について

- 地域包括ケア病棟入院料1 2558点(1日につき)生2544点
- 地域包括ケア入院医療管理料1 2558点(1日につき)生2544点
- 地域包括ケア病棟入院料2 2054点(1日につき)生2040点
- 地域包括ケア入院医療管理料2 2054点(1日につき)生2040点
- 算定要件
 - ① 60日を限度として算定する。
 - ② 地域包括ケア入院医療管理料について、自院で直前にDPC/PDPSで算定していた患者が転床した場合は、特定入院期間中は引き続きDPC/PDPSで算定する。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料38

地域包括ケア病棟入院料などの施設基準 —地域包括ケア病棟入院料1、2、入院医療管理料—

そのポイントが資料39の⑥です。看護職員13対1以上です。7対1を13対1にするということは、看護師は半分ぐらいでよいのです。とても緩いのです。そして、ここに書いてあるように、専従のPT・OT・STを1名以上置きます。この3者のいずれか1名がいればよいのです。こんなに緩い基準はありません。

先ほど、「回復期リハビリテーション1は社会福祉士」と書いてありましたが、これは在宅復帰支援担当者です。とても緩いのです。なぜ在宅復帰支援担当者になっているかというところ、おそらくこれを算定する病院は多いでしょうから、「社会福祉士」という文言をここに入れたら人材がいなくなってしまうので、「在宅復帰支援担当者」という名前になっているのだと思います。つまり、これは取る為の点数であるのは間違いないのです。

こういう高い点数は、数が多くなれば必ず下がります。早く取った者勝ちなのです。そこは病院の実力も出てくると思いますが、院内の決断の早さと、それに対する内部の調整ができるかどうかだけです。4月に届け出た所は内部調整ができた病院だと思います。内部調整できない所は、ずるずると1年後ぐらいに時期を過ぎ過ぎてから算定し、2年後に点数が削られることになると思います。それがまず一つです。あとはそんなにたいしたことは書いてありません。やはりポイントは13対1でよいということなのです。(資料39)

地域包括ケア病棟入院料などの施設基準 -地域包括ケア病棟入院料1、2、入院医療管理料-

- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションの届出を行っていること。
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることにはできない。
- ⑥ 看護職員13対1以上、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されていること。
- ⑦ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者を10%以上入院させている。
- ⑧ 次のいずれかを満たすこと
 - ① 在宅療養支援病院の届出
 - ② 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の在宅患者の受入実績があること
 - ③ 二次救急医療施設の指定を受けていること
 - ④ 救急告示病院であること
- ⑨ データ提出加算の届出を行っていること。地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1及び2の施設基準⑨については、平成27年9月30日から適用するものとする。
- ⑩ リハビリテーションを提供する患者について、リハビリテーションを1日平均2単位以上提供していること。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 39

地域包括ケア病棟入院料1 (入院医療管理料を含む)

- ①在宅復帰率が7割以上であること
- ②1人あたりの居室面積が内法による測定で6.4㎡以上であること。

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1の施設基準②については、平成27年3月31日までに届出を行った医療機関にあっては、壁芯での測定でも差し支えない。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 40

地域包括ケア病棟入院料1 (入院医療管理料を含む)

この点数の緩さはもう一つあります。①在宅復帰率が7割以上であることです。今までの亜急性期を取っている所はクリアしているはずですが、そして、②居室面積が内法で6.4㎡以上であることです。これは、2000年以降の医療法改正の基準を満たしていれば取れるものです。つまり、①は取れないわけがないのです。そうしますと、2,500点取れるのが普通なのです。(資料40)

看護配置加算(地域包括ケア)

150点/日

さらに、何が緩いかというと、13対1にプラスアルファで50対1以上の看護師の配置です。10対1とほぼ同じと言っていました。10対1と同じ看護師の配置にすると、150点加算になり一日2,700点です。(資料41)

看護補助者配置加算(地域包括ケア)

150点/日

看護補助者25対1以上が配置されると、さらに150点で、2,850点です。ここまでは取れるのです。

先ほどの、年間で1億2,000万円プラスになる病院は、この25対1を入れずに、2,700点で計算してその点数です。実際、2,850点取れますから、さらに上がります。そのように見ていくと、いかに自分たちの病院のことを分かり、どう決断して、どう調整するかということです。逆に、環境が変化している時は、組織を環境に合わせることであった所が生き残れるということがあります。そこをどのように自分たちが対応していくのか。そういった病院でない限り、おそらく今後は生き残れないだろうと思います。(資料42)

救急・在宅等支援病床初期加算 (地域包括ケア病棟を追加)

さらに、救急・在宅等支援病床初期加算の点数のすごいところは、在宅や、ほかの7対1、10対1の病院から受け入れると、14日間で150点取れます。そうしますと、3,000点を超えて倍になります。結構なことをやってもプラスになるのです。この地域包括ケアというのは、皆さんやましようと言っているのではなく、一つの病院の考え方としてはよい点数になっています。(資料43)

看護配置加算(地域包括ケア) 150点/日

- 看護職員が地域包括ケア病棟入院料の施設基準の最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。
- 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護職員が最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されていること。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 41

看護補助者配置加算(地域包括ケア) 150点/日

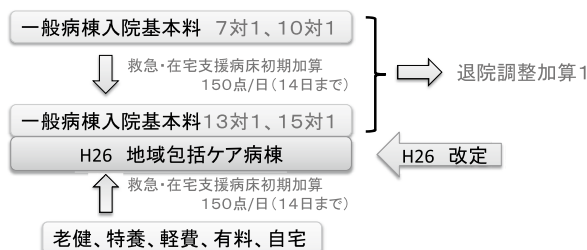
- ① 看護補助者(看護師を除く)が25対1以上配置されていること。
- ② 地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護補助者(看護師を除く)が25対1以上配置されていること。

看護補助者配置加算については、平成27年3月31日までの間は必要人数の5割未満であれば看護師を看護補助者とみなしても差し支えない。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 42

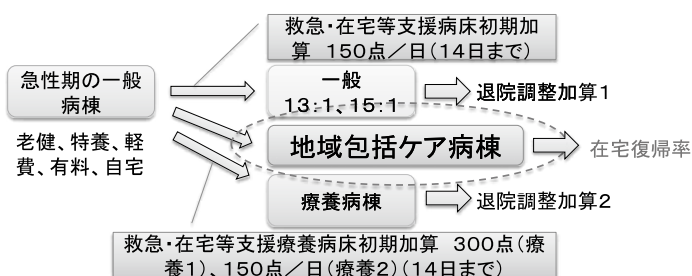
救急・在宅等支援病床初期加算(地域包括ケア病棟を追加)



Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 43

連携による入退院



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 44

連携による入退院

現在、この連携をするに当たって取れる加算は、13対1、15対1の一般病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟、どれも150点ずつ取れるようになっています。療養1の場合は300点取れます。こういう形で、急性期から受け入れがしやすいように点数が仕組みられています。ここで経済的に連携を誘導している部分はあるのですが、ここに早く入り込んで患者さんのフローを良くすることが、これからの病院が地域を生き残る方法の一つなのだと思います。(資料44)

患者フローの在り方の考察

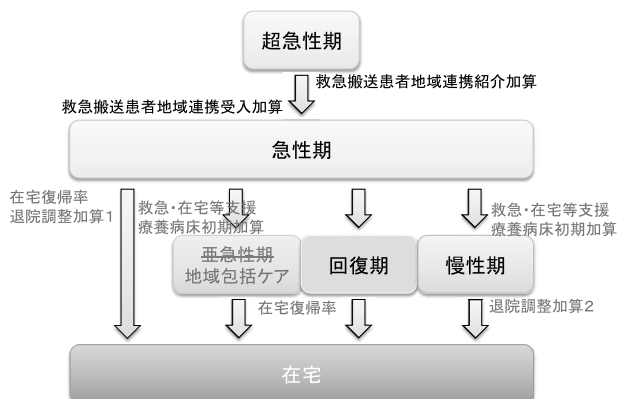
資料45は平成24年の改定の時に行ったもので、わざと「亜急性期」に線が引いてあります。超急性期から色々な加算を使って患者さんを外に出していくのですが、今回、急性期と在宅の間のコメント部分がプラスアルファになっています。在宅の患者さんがオーバーフローをするような形になっていて、先ほどの需給関係に近いところになっていくでしょう。当然、13対1、15対1、先ほどの75%ルールから外れる病院は、患者さんの受け入れが厳しくなっていく

ます。そうした時に、どのようにして病棟を埋めるのでしょうか。埋まらなくなってから気付いて地域包括ケアにするのは、おそらく良くありません。急性期の病院に「うちは地域包括ケアをやっていますから、早く送ってください」ということを、もう4月の時点にやっているかどうかです。やはり人間は最初に聞いたことを覚えます。そういったところが連携でのポイントになると思います。(資料45)

夜間における看護補助者

夜勤の72時間について、減算がはっきり書いてあることと、夜間急性期看護補助体制加算に新しく25対1というのができたということがあります。

患者フローの在り方の考察



Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 45

特定除外患者の見直し

もう一つ、7対1と10対1を厳しくする、特定除外患者の見直しというものがああります。平均在院日数が短かったとしても、病院に長期で入院している患者さんはたくさんいます。これは意外と分からないのですが、計算から除外してよい患者さんというのがいます。抗がん剤を使っている、90日以上入院していると、計算対象から除外してよいのです。そうやって引いていきます。内科の病院で在院日数を短くできるのは、長期の患者さんがたくさんいて、平均在院日数の計算対象から外せるからなのです。ここに今回メスが入りました。(資料46)

特定除外患者の見直し

- 90日を超えて入院している患者については特定入院基本料928点で算定する。
 - 90日を超える厚生労働大臣の定める状態にある患者は、特定入院基本料で算定しなくて良い。
 - 平均在院日数の計算における延べ日数にカウントしないのでよい。

90日を超える患者 → 特定患者
 90日を超える患者 → 療養病棟入院基本料

対象 取扱26年10月1日
 一般病棟入院基本料: 7対1、10対1
 特定機能病院入院基本料(一般): 7対1、10対1
 専門病院入院基本料: 7対1、10対1

療養病棟入院基本料 届出必要

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 46

13:1と15:1の90日を超える患者

その患者さんを平均在院日数の計算対象にするか、もしくは療養病床で計算するかです。前回もお話ししていますが、13対1、15対1は、90日を超える患者さんの扱いが24年の改定で入っています。これが入ったことにより、一般で頑張った所は病床が埋まらなくなりました。なぜ埋まらなくなるかということ、例えば東京を見ると、入退院件数はほぼ横ばいです。入院の長い人を退院させると、在院日数を維持する為にはそこが空いたままになります。そうすると、だんだん病床が空いていきます。

これが7対1、10対1に迫っています。特に、内科系の病院は結構深刻だと思います。どこの病院も、この患者さんを最後まで看取ってあげたいからということで、何となく緩和ケア的に入院させている病棟はあります。そのような所の運用をどうしていくか考えなくてははいけません。(資料47)

2012年改定

13:1と15:1の90日を超える患者

- 一般病棟入院基本料 13:1と15:1
 - 下記について病棟単位で①と②を選択可能
 - ①90日を超えて入院する患者については、療養病棟入院基本料1の例により算定する

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	945点	1380点	1769点
ADL区分2	898点	1353点	1716点
ADL区分1	796点	1202点	1435点

- ②90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 47

特定入院除外患者の課題

90日以上の厚生労働大臣の定める
状態等の患者の延べ日数を除外
直近3ヶ月の
在院患者延日数

直近3ヶ月の
入院患者数と退院患者数の合計 ÷ 2
90日以上の厚生労働大臣の
定める状態等の患者分を除外

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 48

特定入院除外患者の課題

資料48は、平均在院日数の計算式です。実際、90日以上はどこに影響を与えるかという、分子のところです。分母は、入退院しないから関係ありません。計算式は、入院患者の数と退院患者の数の合計の半分を、在院患者の延べ日数で割ります。つまり、ここから除外できていたものが乗ることによって、7対1であれば18日を、10対1であれば21日を簡単に割ってしまいます。15対1が一番緩くて60日、13対1も24日です。簡単です。そういったところが、今回とても厳しいと言われているものです。(資料48)

総合入院体制加算の変更

総合入院体制加算 120点

より充実して実績を出した医療機関

総合入院体制加算 1 240点

総合入院体制加算 2 120点

これまでと同様であるが、地域包括ケア病棟入院料や地域包括ケア入院医療管理料、療養病棟入院基本料を算定すると届出ができない。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 49

総合入院体制加算の変更

少し話が変わります。アウトカムが厳しく入ったのが、総合入院体制加算です。120点でしたが、そこに240点というのができました。そして、総合入院体制加算1と2に分かれました。通常はこのまま2になります。(資料49)



総合入院体制加算1への道

何が厳しいかという点、この1から4までをすべて満たさなければいけないことです。人工心肺40件以上、悪性腫瘍400件以上など、このア～カを全部満たさなくてはなりません。さらに、救命救急

を行っていて、精神病床を持っている所ということで、全国に10病院ぐらいいかないと言われていいます。こういうアウトカムによって点数が変わってくるのが、少しずつ入っています。(資料50)

総合入院体制加算1への道

総合入院体制加算 120点

① 全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカを満たすことが望ましい。
ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
イ 悪性腫瘍手術400件/年以上
ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
エ 放射線治療(体外照射法) 4,000件/年以上
オ 化学療法 4,000件/年以上
カ 分娩件数 100件/年以上

② 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている。
ア「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)……

総合入院体制加算 1 240点

① 全身麻酔(手術を実施した場合に限る)の患者数が年800件以上である。なお、併せて以下のアからカの全てを満たすこと。
ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
エ 放射線治療(体外照射法) 4000件/年以上
オ 化学療法 4000件/年以上
カ 分娩件数 100件/年以上

② 救命救急医療(第三次救急医療)として24時間体制の救急を行っていること。

③ 医療法上の精神病床を有する医療機関であること。また、精神科病棟入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

④ 地域包括ケア病棟入院料(新規・後述)、地域包括ケア入院医療管理料(新規・後述)および療養病棟入院基本料の届出を行っていない医療機関であること。

⑤ 総合入院体制加算2の要件を全て満たすこと。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 50

総合入院体制加算2の基準

2の基準は簡単です。満たすことが望ましいです。そういう違いが出てきています。

救急医療管理加算

もう一つ、救急医療管理加算はこれまで800点でした。この中身を分離しました。状態がはっきりしているア～エに関しては、そのまま800点です。点数本によくありますが、準ずる状態は400点で、半額にするということがあります。このように、テクニックで点数を取っていた所はみんな点数が下がっているというのは、先ほどからの話の通りです。(資料51)

救急医療管理加算

救急医療管理加算 800点

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術を必要とする状態
コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

現状の状態を判断するものであり、入院後に悪化する可能性では算定できないこととなった。

救急医療管理加算1 800点

ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
イ 意識障害又は昏睡
ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ 広範囲熱傷
ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
ケ 緊急手術を必要とする状態

救急医療管理加算2 400点

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 51

診療録管理体制加算

もう一つ変わってきたのが、診療情報管理士を配置していると取れる、診療録管理体制加算というものです。これまでは30点でした。それが今度、1と2ができて、100点と30点になりました。その基準が、年間の退院患者2,000人当たり1名以上の専任の診療記録管理者がいて、1人が専従であればよいというものです。1万人退院するのであれば、5人いればよいのです。それによって、この1が取れます。

大変なのは、退院後のサマリーが14日以内に9割以上できていないといけません。14日以内にほぼ体制がきちんとできていけばよいということです。ただ、これは考え方です。医師が書くのか、医師事務作業補助者が作るのかという問題です。実質的には、医師の負担を減らすことを考えると、医師事務作業補助者が行えばこの点数は取れるということになります。(資料52)

医師事務作業補助者

それに併せて、医師事務作業補助者も変わりました。これまで、医師事務作業補助者の加算は1つだったのが、1と2に分かれました。1と2の違いは、1は、医師事務作業補助者の業務している場所が、病棟か外来に8割以上

です。つまり、「病棟か外来にいる」ということがはっきり書かれています。そうしますと、例えば15対1であれば50点上がっているのです。したがって、医局にいて何かをするとか、院長秘書とかではなくて、医師事務をきちんとやることで点数が評価されている部分があります。したがって、実際はこの「医師事務作業補助者+サマリー」で、2つの点数を取るのが一番の王道だと思います。(資料53)

診療録管理体制加算

診療録管理体制加算1 100点/初日

- 施設基準

- 年間退院患者実数2000名あたり1名以上の専任の診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。
- 各退院患者の「氏名」、「生年月日」、「疾病名」及び「入院中の手術」等に関する電子的な一覧表を有し、診療録の検索・抽出が速やかにできる体制を確保していること。
- 前月に退院した全診療科の全退院患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成され、中央病歴管理室に提出された者の割合が9割以上であること。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 52

医師事務作業補助者

医師事務作業補助体制加算

イ 15対1 810点(入院初日)
ロ 20対1 610点(入院初日)
ハ 25対1 490点(入院初日)
ニ 30対1 410点(入院初日)
ホ 40対1 330点(入院初日)
ヘ 50対1 255点(入院初日)
ト 75対1 180点(入院初日)
チ 100対1 138点(入院初日)

医師事務作業補助体制加算1

イ 15対1 860点(入院初日)
ロ 20対1 648点(入院初日)
ハ 25対1 520点(入院初日)
ニ 30対1 435点(入院初日)
ホ 40対1 350点(入院初日)
ヘ 50対1 270点(入院初日)
ト 75対1 190点(入院初日)
チ 100対1 143点(入院初日)

医師事務作業補助体制加算2

イ 15対1 810点(入院初日)
ロ 20対1 610点(入院初日)
ハ 25対1 490点(入院初日)
ニ 30対1 410点(入院初日)
ホ 40対1 330点(入院初日)
ヘ 50対1 255点(入院初日)
ト 75対1 180点(入院初日)
チ 100対1 138点(入院初日)

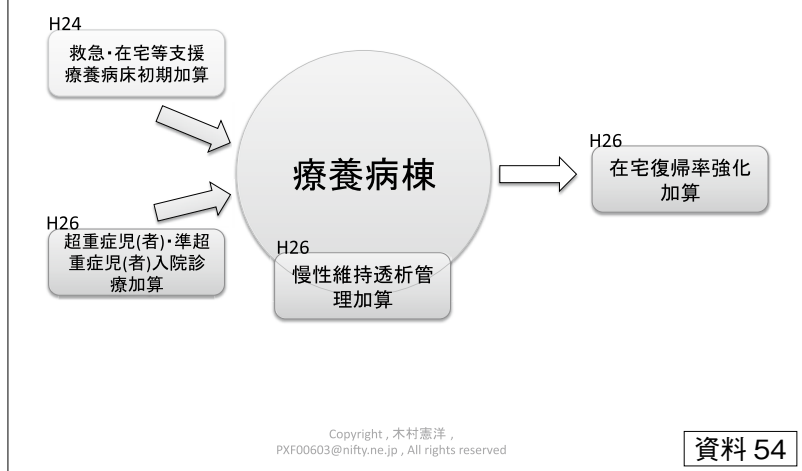
[施設基準]

- 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。
 - 看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。
- ※ 従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可とした上で、医師事務作業補助体制加算2とする。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 53

療養病棟と診療報酬点数



療養病棟と診療報酬点数

もう一つは、療養病棟の役割が少し変わります。今回新しく入ったのが、H26の部分です。療養病棟は、先ほどのNICU後の受け入れがしやすいように加算ができたのと、透析の患者も受け入れやすいように透析の加算ができました。さらに、在宅復帰率強化加算を取らないと、先ほどの7対1の75%に入れません。これを取って、さらに透析も、ということがあると思います。(資料54)

療養病棟の在宅復帰

先ほどの、在宅復帰機能強化加算は10点です。これを見ていくと、1か月に在宅に退院した患者が50%以上です。つまり、国が言いたいのは、「死亡退院ばかりではなく、一回ぐらい介護施設等に行かせなさい」ということです。

そして、「退院患者の在宅生活が1か月以上継続する(医療区分3の患者さんは14日以上)」と書いてあります。これは、介護のショートを使ってくださいとしか見えません。分かる人には分かると思いますが、在宅

のショートを使って、医療費を付け替えているだけではないかという気もします。それと、病床回転率が10%以上、300日ぐらいということです。それが満たせればよいとなっています。(資料55)

療養病棟慢性維持透析管理加算

そして、「入院の透析は一般でやらずに療養でやってください。100点加算します」ということが付いています。

療養病棟の在宅復帰

・ 在宅復帰機能強化加算 10点/日

－施設基準

- ・ 療養病棟入院基本料1を届け出ていること
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 病床回転率が10%以上であること

より一層の社会福祉士の確保

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@mifty.ne.jp, All rights reserved

資料 55

データ提出加算

データ提出加算は全病棟に拡大になりました。したがって、次の改定もさらに厳しく精査して見ていくことになると思います。これはレセプトコンピュータを替えて、あとは少し医事会が努力すればできます。そういう意味では、次の改定も相当厳しいと踏んでおいたほうがよいと思います。

有償診療所は、医師・看護師の配置をすればするほど点数が上がるようになっていきます。今回も、ここに看護補助配置など色々な点数が付いていますが、そのようなものにプラスしてアウトカムが入ったということです。

短期滞在手術入院基本料1、2、3

もう一つの問題が、短期滞在手術です。今回、3が大幅に変わりました。どのくらい変わったかという、日本版DRGと言われるぐらい、一入院がいくらとなりました。これは参考資料で付けています。短期滞在の1と2と3の違いが算定できるものが、分かるように一覧にしてあります。このように、

算定できるものや、1や2など、幾つかあります。(資料56~59)

しかし、こうして見ると、3はありません。「基本診療料と特掲診療料は全部3に含まれます」と書いてありますから、ないのです。つまり、一入院これしか取れないという点数です。

短期滞在手術入院基本料1、2、3

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合(同一の日に入院及び退院した場合に限る。)は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合(入院した日の翌日までに退院した場合に限る。)は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。
- 保険医療機関(診療所を除く。)において、当該手術を行った場合(入院した日から起算して5日までの期間に限る。)は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 56

短期滞在手術基本料1

- 第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。
- イ 尿中一般物質定性半定量検査
- ロ 血液形態・機能検査
- ハ 出血・凝固検査
- ニ 血液化学検査
- ホ 感染症免疫学的検査
- ヘ 肝炎ウイルス関連検査
- ト 血漿蛋白免疫学的検査
- チ 心電図検査
 - D208の1 心電図検査:四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導
- リ 写真診断
 - E001の1 写真診断:単純撮影
- ス 撮影
 - E002の1 撮影:単純撮影
- ル 麻酔管理料(I)
 - L009 麻酔管理料(I)
- ラ 麻酔管理料(II)
 - L010 麻酔管理料(II)

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 57

短期滞在手術基本料2

- 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。
 - イ(略)
 - ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。)

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 58

短期滞在手術等基本料3

- 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるものは、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 59



短期滞在手術入院料3 -3

対象になる手術を見ていくと、一覧にしてありますが、点数を入れたものが資料60と資料61になります。ここで問題になるのが、例えば、前立腺針生検などです。ここ最近、泌尿器科は入院日数を稼げません。その為、こういうもので入院を稼いでいたのですが、これが一入院いくらになってしまうと「日帰りのほうがよい、長くても1泊2日」という判断になっていくわけです。もう一つ、どこの病院も泌尿器科は平均在院日数が短いです。それは、こういうものがあるからです。

今回、短期滞在3の問題点は、先ほど、分母に平均在院日数の計算で入院退院件数がありました。その分母の入退院件数に、短期滞在の3は入れてはいけないことになっています。それがとても大きい問題なのです。そこで問題になるのが、この前立腺と水晶体再建術、睡眠時無呼吸の検査です。このようなもので在院日数を短くする為に、病院は件数を増やしているのです。それをすべて計算対象から外すことになると、とても大変です。

さらに、もう一つあります。鼠径

ヘルニアとポリペクトミーです。これは、在院日数を下げる為の常とう手段です。本当は日帰りできるものもあるのですが、これまでの病院経営では1泊2日させるのがセオリーでした。それを、国は認めないことにしました。これが、短期滞在3の厳しいところです。

それから、今回は入院が2日でも3日でも4日でも点数が同じです。病院としては、オペレーションとして早く退院させる方向にドライブがかかります。そうすると、病棟が空きます。病棟が空くということは、看護師の必要数が減るということです。そのようなところで大きい問題になっているのが、この短期滞在の3です。

特に一番問題になっているのが、白内障の手術です。病院は両目をやるがありますが、両目でも片目でもこの点数です。そのことで、今どうしようと言っている病院が多いです。そういう意味では、ここは厳しいです。眼科に頼って平均在院日数を下げている病院は多いです。内科、眼科で7対1を取っている所は多いのですが、今度は在院日数がクリアできないことが普通になってきます。そのような時にどうするかです。(資料60, 資料61)

短期滞在手術入院料3 -3

- ・ イ 終夜睡眠ポリグラフィ-1 携帯用装置を使用した場合 16,773点(改)
- ・ ロ 終夜睡眠ポリグラフィ-2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 9,383点(改)
- ・ ハ 終夜睡眠ポリグラフィ-3 1及び2以外の場合 9,638点(改)
- ・ ニ 小児食物アレルギー負荷検査 6,130点(改)
- ・ ホ 前立腺針生検法 11,737点(改)
- ・ ヘ 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術 17,485点(改)
- ・ ト 関節鏡下手根管開放手術 20,326点(改)
- ・ チ 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側) 43,479点(改)
- ・ リ 水晶体再建術1眼内レンズを挿入する場合 ロその他のもの 27,093点(改)

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 60

- ・ ヌ 水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合 21,632点(改)
- ・ ル 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満 20,112点(改)
- ・ ヲ 下肢静脈瘤手術1抜去切除術 27,311点(改)
- ・ ウ 下肢静脈瘤手術2硬化療法 9,850点(改)
- ・ エ 下肢静脈瘤手術3高位結紮術 12,371点(改)
- ・ ヨ ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳未満) 29,093点(改)
- ・ タ ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳以上) 24,805点(改)
- ・ (レ) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳未満) 56,183点(改)
- ・ ソ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上) 51,480点(改)
- ・ ツ 内視鏡的結腸ポリ-プ・粘膜切除術1長径2cm未満 14,661点(改)
- ・ ネ 内視鏡的結腸ポリ-プ・粘膜切除術2長径2cm以上 18,932点(改)
- ・ ナ 痔核手術2硬化療法(四段階 注射法) 13,410点(改)
- ・ ラ 子宮頸部(腔部)切除術 18,400点(改)
- ・ ム 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,524点(改)

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 61

特定入院除外患者の課題

短期滞在手術1と短期滞在手術3
の患者を延べ日数の計算から除外
90日以上の厚生労働大臣の定める
状態等の患者の延べ日数を除外
直近3ヶ月の
入院患者延日数

直近3ヶ月の
入院患者数と退院患者数の合計 ÷ 2
90日以上の厚生労働大臣の定め
る状態等の患者分を除外

短期滞在手術1と短期滞在手術3の
患者の入退院数を計算から除外(6
日目以降、入院している患者を除く)

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 62

特定入院除外患者の課題

先ほどの資料48の計算式から、この分母に影響のあるところにいろいろ仕掛けたのが、先ほどの短期滞在の3です。病院としては、こう考えなくてはなりません。例えば、200床あれば、どのように自分たちの病棟を維持していくかを考えなくてはならないのです。(資料62)

一般病棟と地域包括ケア病棟

見ていただきたいのは、一般病棟です。もし、一般病棟200床で7対1を取っている病院があったとすると、看護師数が143人いて、満床であればクリアできます。一日の入院基本料の収入は、313万円です。1単位を地域包括ケアの病棟にすると、看護師を16人減らしても一日40万プラスです。

さらにすごいことに、10対1にして1病棟をつくったとしても、一日11万円プラスで、看護師を50人近く減らしても回ってしまいます。これはとても大きな問題で、看護師が3分の1いなくなっても大丈夫ということです。これが今回の一番のポイントになっています。(資料63)

自分たちでどうアレンジメントをしていくかということがあります。余った人材でハイケアユニットをつくるということもあるかもしれませんが、でも、全然維持できずに10対1にしたというのもあるかもしれません。そうした時に、これからの病院の戦略としては、どちらかという補充をしない方向に間違いなくなっていくと思います。

これから、人も少しずつ動かなくなっていくと思います。看護師さんも今回の改定が厳しいことは分かっているようで、最近動きが止まっている病院が多いです。辞める人が減っている病院が多いです。

最近、病院にハローワークや紹介業からの話がとても多いです。そういう意味では、少しずつ余剰感が出ています。4月の時点でこうですから、実際には10月からが本番で、マーケットが変わることは間違いのない話になっています。おそらく需要があるのは小さい病院だけです。そこは相変わらず出たり入ったりの病院です。ただ、小さい病院はそれだけキャパが少ないので、そんなに大きくは動きません。気付くと、そのうち小さい病院は一つ二つなくなっていく形になるのではないかと思います。大手の紹介業もだいぶ影響が出てきているという話を聞いています。最大手がそう言っていますので、そういう意味では、これから先、10月からどうなるかというのは見ものかもしれません。

一般病棟と地域包括ケア病棟

病床数	看護単位	看護配置	看護師数	1日収入	
一般200床	4単位	7:1	143人	3,132,000円	
一般200床	3単位	7:1	107人	2,349,000円	3,628,000円 +396,000円
病棟	1単位	13:1	20人	1,279,000円	
一般200床	3単位	10:1	75人	1,966,500円	3,245,500円 +113,500円
病棟	1単位	13:1	20人	1,279,000円	
一般200床	3単位	7:1	107人	2,349,000円	3,628,000円 +396,000円
管理料	1単位	7:1	36人	1,279,000円	
一般200床	3単位	10:1	75人	1,966,500円	3,245,500円 +113,500円
管理料	1単位	10:1	25人	1,279,000円	

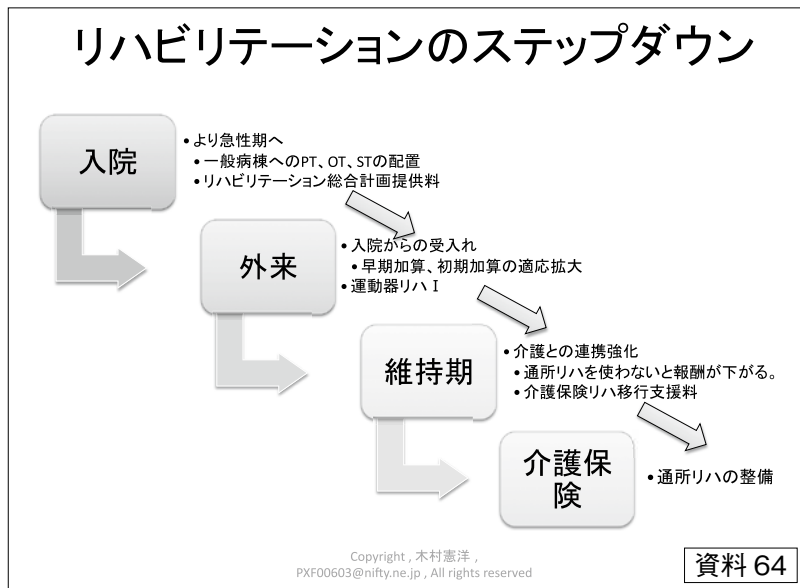
Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 63

リハビリのポイント

リハビリテーションのステップダウン

リハビリテーションに関しては、非常に単純明快です。より急性期の所に人が配置されるようになり、外来でもできるものは外来で評価されます。維持期のリハビリテーションは、今回の改定では介護保険のほうに行くことになっています。(資料64)



維持期のリハビリテーション

介護保険に行くのが、この加算です。介護保険リハビリテーション移行支援料というもので、500点(5,000円)ももらえます。「介護保険のリハビリテーションを行ったほうがよい」と言うだけです。維持期は、おおかた介護保険に行きましょうとになっています。

現行の通所リハビリテーション(介護保険)

そして、介護保険に行くとは何がよいのでしょうか。通所リハビリテーションの点数は、前回の改定で、デイサービスの短い所はプラスに、長い所はマイナスにしています。その為、短い時間のキャパを増やして受け入れ態勢を整えるようにしています。介護保険は今後もこのあたりが充実してくるのだろうと予想されます。(資料65)

• 現行の通所リハビリテーション(介護保険)

	+	
<p>デイサービス 1～2時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 270単位/日 要介護2 300単位/日 要介護3 330単位/日 要介護4 360単位/日 要介護5 390単位/日 	+	<p>デイサービス 1～2時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 270単位/日 要介護2 300単位/日 要介護3 330単位/日 要介護4 360単位/日 要介護5 390単位/日
<p>デイサービス 2～3時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 270単位/日 要介護2 324単位/日 要介護3 378単位/日 要介護4 432単位/日 要介護5 486単位/日 	+	<p>デイサービス 2～3時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 284単位/日 要介護2 340単位/日 要介護3 397単位/日 要介護4 453単位/日 要介護5 509単位/日
<p>デイサービス 3～4時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 386単位/日 要介護2 463単位/日 要介護3 540単位/日 要介護4 617単位/日 要介護5 694単位/日 	+	<p>デイサービス 3～4時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 386単位/日 要介護2 463単位/日 要介護3 540単位/日 要介護4 617単位/日 要介護5 694単位/日
<p>デイサービス 4～6時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 515単位/日 要介護2 625単位/日 要介護3 735単位/日 要介護4 845単位/日 要介護5 955単位/日 	-	<p>デイサービス 4～6時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 502単位/日 要介護2 610単位/日 要介護3 717単位/日 要介護4 824単位/日 要介護5 931単位/日
<p>デイサービス 6～8時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 688単位/日 要介護2 842単位/日 要介護3 995単位/日 要介護4 1149単位/日 要介護5 1303単位/日 	-	<p>デイサービス 6～8時間未満</p> <ul style="list-style-type: none"> 要介護1 671単位/日 要介護2 821単位/日 要介護3 970単位/日 要介護4 1121単位/日 要介護5 1271単位/日

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 資料 65

初期加算と早期加算

そしてもう一つ、地域連携パスにかかわるような脳血管疾患と運動器のリハビリテーションに関しては、初期加算、早期加算が取れるようになっていました。そうしますと、外来でもよいことになり、早く退院させるインセンティブも付いてくることになります。

疾患別等のリハビリテーションの改定

問題は、廃用症候群のリハビリテーションの点数が大幅に下がっていることです。脳血管のリハビリテーションはほぼ点数が変わっていませんが、廃用だけは大幅に点数が下がっています。それ以外の、心臓や運動器に関しては上がっています。今まで運動器のリハビリテーションを外来でやる場合は、施設基準Iを取っていても運動器IIしか取れませんでした。それが今度は、運動器Iが取れるようになり、外来でのリハビリテーションもだいぶ力を入れられるようになりました。(資料66)

疾患別等のリハビリテーションの改定

心大血管リハI 200点/日 心大血管リハII 100点/日	心大血管リハI 205点/日 心大血管リハII 106点/日
脳血管リハI廃 235点/日 脳血管リハII廃 190点/日 脳血管リハIII廃 100点/日	脳血管リハI廃 180点/日 脳血管リハII廃 146点/日 脳血管リハIII廃 77点/日
維持期 脳血管リハI廃 212点/日 脳血管リハII廃 171点/日 脳血管リハIII廃 90点/日	維持期 脳血管リハI廃 162点/日 脳血管リハII廃 131点/日 脳血管リハIII廃 69点/日
運動器リハI 175点/日 運動器リハII 165点/日 運動器リハIII 80点/日	運動器リハI 180点/日 運動器リハII 170点/日 運動器リハIII 85点/日
維持期 運動器リハI 158点/日 運動器リハII 149点/日 運動器リハIII 80点/日	維持期 運動器リハI 163点/日 運動器リハII 154点/日 運動器リハIII 85点/日
障害児(者)リハ 1 6歳未満 220点 2 6~18歳未満 190点 3 18歳以上 150点	障害児(者)リハ 1 6歳未満 225点 2 6~18歳未満 195点 3 18歳以上 155点

運動器Iの外
来への適応

呼吸期リハI、
IIも+5点

Copyright, 木村講師
0603@nifty.ne.jp, 0914-222-1111

資料66



在宅医療のポイント

問題は在宅です。在宅は大きいところはありません。

在宅医療における同一建物問題

大きいのは、同一建物問題です。点数が約4分の1になるというものです。

在宅時医学総合管理料

どれくらい低くなるかというところ、5,000点が1,200点、5,300点が1,500点というように、大幅に点数が下がっています。これによって、既にグループで訪問診療をしている所は、2つ閉めたなど、色々話を聞いています。そういう意味では、下がることは下がると思います。特に影響を受けるのは、サ高住などを中心に展開している事業者ではないかと思っています。連携をしにくくなる状況があるため、クリニックもあまり行きたくないという話も本気で言っています。したがって大きな問題ではないかと思っています。

在宅患者訪問診療料

ちなみに、訪問診療一回当たり、通常は833点ですが、同一建物だと103点となります。外来で72点と言っている所で、外来管理加算を取るとさらに52点が付きますので、外来より点数が低いです。そのような状況で同一建物問題がどうなるか分かりませんが、今後2年は相当大変です。点数が低いところに気を付けないといけません。(資料67)

在宅患者訪問診療料

1 在宅患者訪問診療料
同一建物居住者 特定施設等入居者 400点

2 在宅患者訪問診療料
同一建物居住者 特定施設等以外入居者 200点

➔

1 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等入居者 203点

2 在宅患者訪問診療料 同一建物居住者 特定施設等以外入居 103点

[算定要件]

1 訪問診療を行った日における当該医師の在宅患者診療時間(開始時刻と終了時刻)、診療場所及び診療人数等について記録し、診療報酬請求書に添付する。

2 訪問診療を行うことについて、患者の同意を得ること。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 67

在宅と褥瘡管理の充実

病院に対して、非常に優遇されているのは褥瘡です。褥瘡はずっと優遇されています。認定看護師さんが訪問すると、一回の訪問で約1万3,000円もらえます。さらにプラスして、病院で褥瘡チームによるカンファレンスをする、750点もらえるようになりました。(資料68)

在宅と褥瘡管理の充実

カンファ
在宅患者褥瘡管理指導料750点

医師

看護師

栄養士

褥瘡対策チーム

薬剤師

➔ 認定看護師

患者

訪問
在宅患者訪問看護・指導料
1285点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 68

在宅における薬剤と衛生材料の扱い

- これまで在宅医療において、高カロリー輸液などは算定が可能であった。今回の改定で、電解質や注射用抗菌薬が医師の処方箋により交付することが可能となった。
- 保険薬局で特定保険医療材料を支給することが可能となった。
- 衛生材料の提供を保険薬局が可能となった。
 - － 主治医が衛生材料を供給できる体制を有していることを届出し、「在宅患者訪問薬剤管理指導」を行っているやっきよに対して、衛生材料の指示をした場合に提供される。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@mifty.ne.jp, All rights reserved

資料 69

在宅における薬剤と衛生材料の扱い

次に、在宅医療向けについてです。これまでは高カロリー輸液しか出せなかったのですが、今度は電解質と注射用抗菌薬が処方せんで、出せるようになっていきます。そのため、発熱と脱水で入院する患者さんが減ります。在宅で抗生剤を出せるということは、入院させないで済む方向につながっていきます。したがって、小規模の病院は厳しく入退院が制限されることが多く隠されているのです。(資料69)

また、在宅療養後方支援病院というのが今度できましたが、これはあまり大した話ではありません。

これまで連携医療機関があり、診療所から患者さんを受け取って入院させると2,000点でしたが、在宅後方支援にグレードアップすると2,500点になるというだけです。あまりすごいことではありませんが、今回こういう点数ができています。

機能強化型訪問看護ステーション

次に、機能強化型の訪問看護ステーションです。機能強化型訪問看護管理療養費1は、月の初日に訪問した際に取れる療養費です。7,400円が1万2,400円になり、5,000円上がりました。訪問看護ステーションはこれですごく上がるかという、そうではありません。医療で訪問している患者さんの1回目ですので、約2～3割しかいません。その為、100人抱えていたとしても10万円、15万円ぐらいです。取れる分にはいいですが、あまり多くはないです。そのような点数になっています。(資料70)

機能強化型訪問看護管理療養費2になると2,000円プラスですので、取っている割にはそうでもありません。逆に、2を取ると、もしかすると居宅の分がマイナスになる可能性が高いのではないかと思います。(資料71)

CVポートも腹膜灌流もそうです。

機能強化型訪問看護ステーション

- 機能強化型訪問看護管理療養費1 12400円(月の初日の訪問の場合)
 - － 常勤看護職員7人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
 - － 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
 - － 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上。
 - － 特掲診療料の施設基準等の別表第7※に該当する利用者が月に10人以上。
 - － 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。
 - － 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

機能強化型、従来型を問わず、訪問看護事業所について、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うこととする。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@mifty.ne.jp, All rights reserved

資料 70

- 機能強化型訪問看護管理療養費2 9400円(月の初日の訪問の場合)
 - － ①常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
 - － ②24時間対応体制加算の届出を行っていること。
 - － ③訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上。
 - － ④特掲診療料の施設基準等の別表第7※に該当する利用者が月に7人以上。
 - － ⑤指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画が必要な利用者のうち、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画を作成されている者が一定程度以上であること。
 - － ⑥地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。
 - － ※ 特掲診療料の施設基準等・別表第7に掲げる疾病等
 - ・ 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷、人工呼吸器を使用している状態

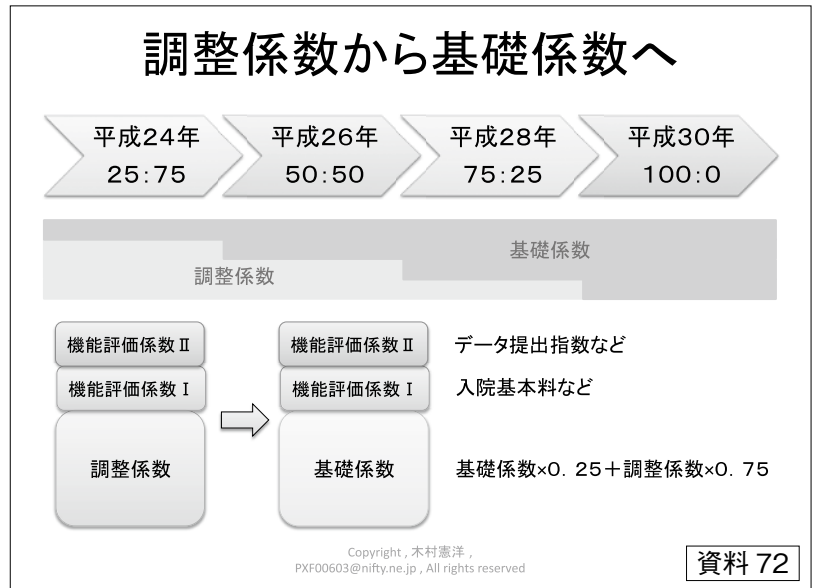
Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@mifty.ne.jp, All rights reserved

資料 71

DPC関連

調整係数から基礎係数へ

全国のDPCの病院は、今回の係数が約2～3%マイナスで来ています。今回は、調整係数でこれまでのことを加味したのが半分、そして、基礎係数という頑張った分が半分で、50対50になります。したがって、下がっている所はこれまで余力で来ていた部分があるかもしれません。(資料72)



DPCのその他

- 再入院のルール
 - 再入院期間を「3日」から「7日」に延長する等、必要な見直しを行う。
- 入院時の持参薬の扱い
 - 入院前に外来で処方して患者に持参させる事例等に対応するため、予定入院の際に入院の契機となった傷病に対して用いる持参薬については、入院中の使用を原則として禁止する。
- 傷病名のコーディング
 - 「DPC傷病名コーディングテキスト」の作成と公開等の対応を行う。
- 点数設定方式D
 - 心臓カテーテル検査を行う診断群分類へ適用を拡大する等の見直しを行った上で継続する。

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 73

DPCのその他

DPCで大きく変わったのは、再入院の期間が3日から7日に延長したことや、持参薬は原則禁止などです。これは大きいと思います。どうやら、どこかのコンサルタントが、病院で治療する内服の抗がん剤を外来で出して持ち込ませるというオペレーションを指導していたということから来ているようです。そういうところがどんどん厳しくなっています。(資料73)



精神科のポイント

精神病床関連

精神科急性期治療病棟入院料に関しては、人を配置すると高くなっています。それから、在宅へのシフトがさらに進むようになっていきます。例えば、通常、精神科の一般病棟は、医師16対1です。精神は48対1でよいのですが、16対1にすると一日500点プラスします。また、診療計画をきちんと作ると200点です。そのようなことが付いたりしています。(資料74)

精神療養病棟入院基本料

プラスアルファで、精神の療養は、通常だと「常勤の精神保健指定医」と書かれている部分が、「専任の常勤の精神科医が1名以上」となりました。(資料75)

精神保健福祉士配置加算

PSWと言われる精神保健福祉士が配置されると、一日30点付くようになっていきます。

つまり、精神病院も人をきちんと配置することで点数が上がるということです。逆を言うと、既に配置されている所は評価されています。後追いは決してよくないということです。(資料76)

精神病床関連

- 精神科急性期治療病棟入院料1
 - 精神科急性期医師配置加算(16対1) 500点/日
 - [算定要件]
 - 新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること。
 - 過去1年間の時間外、休日又は深夜における入院件数が8件以上であること。
 - 過去1年間の時間外、休日又は深夜における外来対応件数が20件以上であること。
- 院内標準診療計画加算 200点/退院時
 - [算定要件]
 - 入院した日から起算して7日以内に医師、看護師及び精神保健福祉士等が共同して、院内標準診療計画書を策定し、当該計画書に基づき診療を行い、当該患者が60日以内に退院した場合に退院時1回に限り所定点数に加算する。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 74

精神療養病棟入院基本料

施設基準

1 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。
2 医療法施行規則第19条第1項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。



1 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が2名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神科医が1名以上配置されていること。
2 当該病棟の全入院患者に対して、入院後7日以内に退院後生活環境相談員を選任すること。その上で、退院支援のための委員会を設置・開催の上、退院に向けた相談支援、地域援助事業者等の紹介、退院調整等に関する院内における業務を実施すること。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 75

精神保健福祉士配置加算

- 30点/日
 - 精神療養病棟入院基本料及び精神科入院基本料に対する加算
 - 施設基準
 - 1 当該病棟に専従の常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
 - 2 1とは別に、退院支援部署又は地域移行支援室に常勤精神保健福祉士を1名以上配置すること。
 - 3 措置入院、鑑定入院、医療観察法入院で当該保険医療機関に入院となった者を除いた当該病棟の新規入院患者のうち9割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、在宅へ移行すること。

Copyright, 木村憲洋,
PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 76

精神疾患患者の地域移行

精神疾患患者を地域へ移行するたびに点数がいろいろ付いてきます。在宅への移行するための点数と、それを受ける訪問看護ステーションが評価されています。しがたって、これから精神は在宅への移行でどんどん点数が付いていくことになります。この点数をきちんと見て、在宅の受け皿と、病院はこれから人をたくさん配置して、精神も高密度な治療をする方向へ進んでいきます。一昔前の急性期の一般病床と同じような経緯をたどっていくのではないかと思います。(資料77)

精神訪問看護

移行に併せて、在宅へ出した人の通院や在宅精神療法関しての点数が、さらにプラスアルファで付くようになっていきます。(資料78)

精神科身体合併症管理加算

合併症は450点だったものが、「7日以内」と「8日以上10日以内」に分かれました。

認知症関連

認知症は、より短くなっています。点数は同じですが、100点で3カ月だったことが、1カ月で300点になるなど、より短く高密度な方向になっています。

少し厳しいのは、認知症の患者さんのリハビリテーションです。これまで緩く書いてあったことが、「週3回限度」「一日20分以上」「従事者1人につき18人まで」とはっきり書かれているため、少しずつ厳しくなっているかもしれません。(資料79)

精神科身体合併症管理加算

合併症は450点だったものが、「7日以内」と「8日以上10日以内」に分かれました。

精神疾患患者の地域移行

精神科重症患者早期集中支援管理料(月1回)

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1 保険医療機関が単独で実施する場合 | 2 訪問看護ステーションと連携して実施する場合 |
| イ 同一建物居住者以外の場合 1800点 | イ 同一建物居住者以外の場合 1480点 |
| ロ 同一建物居住者の場合 | ロ 同一建物居住者の場合 |
| (1) 特定施設等に入院する者の場合 900点 | (1) 特定施設等に入院する者の場合 740点 |
| (2) (1)以外の場合 450点 | (2) (1)以外の場合 370点 |

- ・ [対象患者]
 - 以下のすべてを満たす者。
 - 訪問診療を月1回以上及び精神科訪問看護を週2回以上(うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士が訪問)実施している患者に対し、退院した日から起算して6月以内の期間に限り算定する。
 - 1年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者※。
※ 直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者。
 - 統合失調症、気分障害又は重度認知症の患者で、退院時のGAF40以下の者。
 - 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者。
 - 障害福祉サービスを利用していない者。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 77

精神訪問看護

- ・ 病院・診療所
 - 精神科複数回訪問加算 450点(1日に2回)
 - 精神科複数回訪問加算 800点(1日に3回以上)
- ・ 訪問看護ステーション
 - 精神科複数回訪問加算 4500円(1日に2回)
 - 精神科複数回訪問加算 8000円(1日に3回以上)
- ・ [算定要件]
 - 精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する患者であること。
- ・ [施設基準]
 - 1 精神科訪問看護療養費の届出を行っている訪問看護事業所であること。
 - 2 24時間対応体制加算の届出のある訪問看護事業所であること。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 78

認知症関連

- ・ 精神科入院基本料、特定機能病院入院基本料
 - 重度認知症加算 100点/日(3ヶ月)→300点/日(1ヶ月)
- ・ 認知症患者リハビリテーション料 240点/日
 - [算定要件]
 - ・ 1 認知症治療病棟入院料等を算定する患者又は認知症の専門医療機関に入院している重度の認知症患者に対し、入院した日から1月以内に限り週3日を限度として、1回20分以上施行した場合に算定。
 - ・ 2 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行う。
 - ・ 3 患者数は、従事者1人につき1日18人を限度とする。
 - ・ 4 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料を算定していること。
 - [施設基準]
 - ・ 1 当該保険医療機関内に、認知症患者の診療の経験を5年以上有する専任の常勤医師又は認知症リハビリテーションに係る研修を終了した専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
 - ・ 2 当該保険医療機関内に、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上勤務していること。

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 79

CT、MRIなどの見直し

1 CT撮影 イ 64列以上 950点 ロ 16列以上64列未満 900点 ハ 4列以上16列未満 780点 ニ 上記以外 600点	⇒	1 CT撮影 イ 64列以上 1000点 ロ 16列以上64列未満 900点 ハ 4列以上16列未満 770点 ニ 上記以外 580点
MRI撮影 1 3テスラ以上 1,400点 2 1.5テスラ以上 1,330点 3 上記以外 950点	⇒	MRI撮影 1 3テスラ以上 1600点 2 1.5テスラ以上 1330点 3 上記以外 900点
眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合 56点	⇒	眼底カメラ撮影 1 通常の方法の場合 イ アナログ撮影 54点 ロ デジタル撮影 58点

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 80

その他のポイント

CT、MRIなどの見直し

CT、MRIは、高い所だけ点数が上がっています。これは放射線科医がいる所は取れますが、それ以外の所は大体、一昔前のハイスペックの機械ですが、それは点数が同じです。そして、一部は点数が下がっています。(資料80)

透析関連

慢性維持透析患者外来医学管理料

2305点	⇒	2250点
別に算定できない検査 赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)	⇒	別に算定できない検査 赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)、ヘモグロビンA1c (HbA1c)

人工腎臓

1 慢性維持透析 イ 4時間未満 2,040点 ロ 4時間以上5時間未満 2,205点 ハ 5時間以上 2,340点 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 2,255点	⇒	1 慢性維持透析 イ 4時間未満 2030点 ロ 4時間以上5時間未満 2195点 ハ 5時間以上 2330点 2 慢性維持透析濾過(複雑なもの)を行った場合 2245点
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 81

透析関連

クリニックなどは大変になると思います。まず透析の管理料が下がり、ヘモグロビンA1cが包括になります。そして人工腎臓が下がっています。(資料81)

血漿交換療法

血漿交換療法 4200点	⇒	血漿交換療法 4200点 当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき21回を限度として算定する。
---------------------	---	---------------------------------------------------------------------

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 82

血漿交換療法

血漿交換は4,200点で、21回までとなっています。(資料82)

がん患者カウンセリング

がん患者カウンセリング料500点

注別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回(当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合に、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

- がん患者指導管理料
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- がん患者指導管理料
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- がん患者指導管理料
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 83

がん患者カウンセリング

がん患者のカウンセリングです。これまで500点だけでしたが、今度は、医師または看護師が、患者さんの不安軽減の為に面接を行った場合は200点です。これは看護師向けに付くものです。看護師ができるから、医師も書いてあるだけです。医師がやってもよいのです。

また、薬剤師が薬に関する説明等をした場合、200点です。そして、医師も取れることになっています。これが施設基準です。(資料83)

胃瘻造設

いろいろ言われているのが、胃瘻です。胃瘻は、1万点だったのが6,070点になっています。ちなみに、胃瘻を入れるのが6,070点、それにプラスして、口腔の機能評価が2,500点です。この2つはセットだと思ってください。したがって、実質的に1万点が8,570点になりました。

この施設基準は50件までです。50件以上だと施設基準を満たさなくなるという、少し変わった点数です。50件以内だと施設基準を満たしていて、50件以上だと施設基準を満たさなくなります。

もう一つ、胃瘻は入れて抜くという考えの下に、抜去が2,000点取れます。そして、摂食リハビリテーションにプラスアルファで取れるものですが、経口摂取回復促進加算として、185点が取れるようになっています。(資料84)

胃瘻造設

施設基準を満たす。

頭頸部の悪性腫瘍の患者への胃瘻造設を除く胃瘻造設の実施件数が50件未満 6070点

胃瘻造設患者全員に、嚥下造影又は内視鏡嚥下機能評価検査 2500点

1年以内に経口摂取のみの栄養法への回復割合35%(新規受入のすでに鼻腔栄養や胃瘻を使用している患者を含む) 2000点

施設基準を満たさない。

80/100で算定

胃瘻造設時嚥下機能評価加算

185点
経口摂取回復促進加算
胃瘻抜去術

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 84

胃瘻からの離脱に関する加算等

胃瘻を入れたら評価をします。それが、胃瘻造設時嚥下機能評価加算2,500点です。これはVF(心室細動)もしくはVE(嚥下内視鏡)で、その点数も取れるということです。

経口摂取回復促進加算185点(摂食リハ185点に加算)

大きいのは、経口摂取回復促進加算です。摂食リハビリテーション185点にプラスして、185点取れます。これは胃瘻が入っている場合はされたほうがよいと思います。そして、抜去することになります。

冠動脈形成術とステント留置

急性心筋梗塞AMIに対しては、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術に1万円ずつプラスです。計画的にやっているのはどちらかです。したがって、救急をやっている所は点数が上がります。10万円プラスです。(資料85)

冠動脈形成術とステント留置

経皮的冠動脈形成術 22,000点	⇒	【経皮的冠動脈形成術】 1 急性心筋梗塞に対するもの 32000点 2 不安定狭心症に対するもの 22000点 3 1、2以外のもの 19300点
経皮的冠動脈ステント留置術 24,380点	⇒	【経皮的冠動脈ステント留置術】 1 急性心筋梗塞に対するもの 34380点 2 不安定狭心症に対するもの 24380点 3 1、2以外のもの 21680点

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 資料 85

周術期の口腔機能管理

周術期は、図を見るのが一番簡単です。歯科医の先生に、オペ前にこの手術に関して来てもらい、口腔ケアをしてもらうと手術加算が100点です。来てもらうのに紹介状を書くと、プラスして100点もらえるということです。これは標榜していない医療機関です。標榜していたら取れません。

外の歯科医院の先生が、周術期の口腔機能管理料を取れることになっています。(資料86)

周術期の口腔機能管理

歯科を標榜していない医療機関

情報提供
 ⇨
 周術期管理
 ⇩

歯科医院など

歯科医療機関連携加算 100点
 手術料加算 100点
 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(Ⅱ)
 (歯科点数表)

対象
第6款(顔面・口腔・頸部)、第7款(胸部)及び第9款(腹部)に掲げる悪性腫瘍手術、第8款(心・脈管(動脈及び静脈は除く。))の手術若しくは造血幹細胞移植を行う患者

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 資料 86

手術・処置・内視鏡の 夜間・休日・深夜加算

それから、手術・処置の夜間・深夜加算が取れるようになっていきます。これまでが左側です。今度はさらに点数の高い1ができました。内視鏡も取れるようになりました。(資料87)

手術・処置・内視鏡の夜間・休日・深夜加算

処置・手術 休日加算 80/100 時間外加算 40/100 深夜加算 80/100	⇒	処置・手術 休日加算1 160/100 時間外加算1 80/100 深夜加算1 160/100 休日加算2 80/100 時間外加算2 40/100 深夜加算2 80/100
内視鏡 休日加算 なし 時間外加算 なし 深夜加算 なし	⇒	内視鏡 休日加算 80/100 時間外加算 40/100 深夜加算 80/100

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 資料 87

消費税と病棟関連

今回、一般病棟は消費税関連でどれくらい上がっているかというと、7対1で、一日プラス25点です。それほど上がっていません。消費税分がどれくらいプラスになったかというと、村税になる所が多いと言われてしています。したがって、消費税分持ち出しでマイナスの所が多い中、先ほどありましたように、点数の算定要件が変わって取れないものも多く、そして、今までテクニックで取っていたものが大幅にマイナスになっていたりします。そういうことを考えますと、病院は今年相当厳しいです。

厳しい所が最初にアクションとして出てくるのが、7月のボーナスです。ボーナスが、遅れはしなくても減ると思います。そういった病院は危険信号かと思えますので、色々病院の方と密にコミュニケーションしながら、病院のお手伝いなどをしていただけたらうれしく思います。

(資料88, 資料89)

以上で、私の講演は終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

消費税と病棟関連

- 【一般病棟入院基本料】(1日につき)
 - 7対1入院基本料 1,591点 (+25点)
 - 10対1入院基本料 1,332点(+21点)
 - 13対1入院基本料 1,121点(+18点)
 - 15対1入院基本料 960点(+15点)
 - 特別入院基本料 584点(+9点)
 - 特定入院基本料 966点(+27点)
 - 特定入院基本料(特別入院基本料等算定患者) 812点(+22点)

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 88

- 療養病棟入院基本料1
 - 入院基本料A 1,810点(+41点) (生活療養を受ける場合) 1,795点(+40点)
 - 入院基本料B 1,755点(+39点) (生活療養を受ける場合) 1,741点(+39点)
 - 入院基本料C 1,468点(+33点) (生活療養を受ける場合) 1,454点(+33点)
 - 入院基本料D 1,412点(+32点) (生活療養を受ける場合) 1,397点(+31点)
 - 入院基本料E 1,384点(+31点) (生活療養を受ける場合) 1,370点(+31点)
 - 入院基本料F 1,230点(+28点) (生活療養を受ける場合) 1,215点(+27点)
 - 入院基本料G 967点(+22点) (生活療養を受ける場合) 952点(+21点)
 - 入院基本料H 919点(+21点) (生活療養を受ける場合) 904点(+20点)
 - 入院基本料I 814点(+18点) (生活療養を受ける場合) 800点(+18点)
- 療養病棟入院基本料2
 - 入院基本料A 1,745点(+39点) (生活療養を受ける場合) 1,731点(+39点)
 - 入院基本料B 1,691点(+38点) (生活療養を受ける場合) 1,677点(+38点)
 - 入院基本料C 1,403点(+31点) (生活療養を受ける場合) 1,389点(+31点)
 - 入院基本料D 1,347点(+30点) (生活療養を受ける場合) 1,333点(+30点)
 - 入院基本料E 1,320点(+30点) (生活療養を受ける場合) 1,305点(+29点)
 - 入院基本料F 1,165点(+26点) (生活療養を受ける場合) 1,151点(+26点)
 - 入院基本料G 902点(+20点) (生活療養を受ける場合) 888点(+20点)
 - 入院基本料H 854点(+19点) (生活療養を受ける場合) 840点(+19点)
 - 入院基本料I 750点(+17点) (生活療養を受ける場合) 735点(+16点)
 - 特別入院基本料 576点(+13点) (生活療養を受ける場合) 562点(+13点)

Copyright, 木村憲洋,
PXFO0603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 89