

2018年診療報酬改定 —病院全体でどのように対応するのか—

平成30年4月27日(金) 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

講師略歴

■ 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 病院管理専攻科・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。

■ 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

・『だれでもわかる！医療現場のための病院経営のしくみ

—医療制度から業務管理・改善の手法まで、現場が知りたい10のテーマ』(共著)日本医療企画 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

・『図解雑学 病院の仕事のしくみ』(共著)ナツメ社 2008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。

こんにちは。今日は、1時間半というお時間をいただいておりますが、全部話すのは結構厳しいのです。実は今年3月に川越さんと一緒に出した本がありますので、もし足りなければそちらをご購入いただけたら幸いです。

0. 診療報酬点数の方向性

まず、診療報酬の改定なのですが、直近改定の3回をこちらの医療関連サービス振興会でお話をさせていただいています。国の方向性は特に変わっていません。もう一度、方向性を確認したいと思います。(資料1)

0. 診療報酬点数の方向性

- 医療と介護の関係
- 効率性と重症度
- 症例とコスト
- 病床の管理のあり方

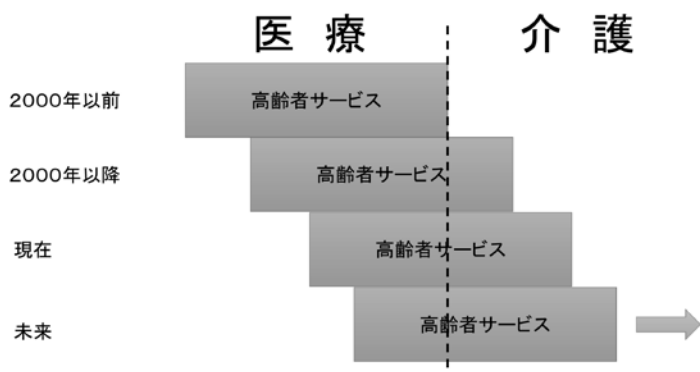
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料1

医療と介護の方向性

まず、医療と介護というものが別物だという発想はもうなくしていただいたほうがよろしいと思います。医療と介護は今、線が引けている状況なのですが、元々は高齢者に対するサービスというのは、2000年よりは前は診療報酬で支払われていました。それが高齢者のサービスに関しては、2000年以降は、介護のほうに少しずつ押し出されてきました。押し出される理由付けというのが、医療依存度が低い、そういった人たちは診療報酬という医療保険で支払うのはいかなものかというロジックだったと私は記憶しています。

医療と介護の方向性



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

資料2

では最近はどうなっているかと言いますと、高齢者に関して提供されているサービスというのは、介護のほうにもっとシフトしています。それは非常に簡単で、最近介護施設で看取りを行うということが言われています。看取りというのは、医療サービスの一番重要な部分であるわけですが、そういったも

のが介護施設で提供されていっています。

もう1つ考えますと、将来はどうなるのでしょうか。さらにもっと介護のほうに医療の部分は押し出されていくのは間違いないと思います。それをどういうふうを考えればいいのかというと、非常に簡単です。介護の事業者というのは、きちんと医療の目線を持たなければいけないということだけです。そして医療サービスを提供している病院、および診療所は介護を意識しなければいけないということです。元々は自分たちのサービスであったわけですが、それが介護になったから分からない、見ないといったことはよくないわけです。

ですからそういう意味では、医療と介護の融合ということが最近言われていますが、国としては少し線を引き過ぎてしまったと思います。押し出していく過程で、患者、介護からいうと利用者の不都合が生じています。これに関してこれから先、直していこうとするのであれば、医療と介護を一体的に提供する、そして介護からすると医療のことを理解して介護を提供していくということが必要になってきます。

(資料2)

■ 病院と介護施設で考えるべきこと

ではなぜそういうふうになっているかと言いますと、先ほどの点線の部分というのがどこで引けているのかということは非常に分かりやすいのですが、例えばもう1つの考え方として、一般病棟で患者を1ヵ月見るとすれば、統計的には月130万円かかります。例えばこれが急性期のばりばりの病院であれば、1ベッド当たり200万かかるかもしれません。療養病棟であれば50万円です。

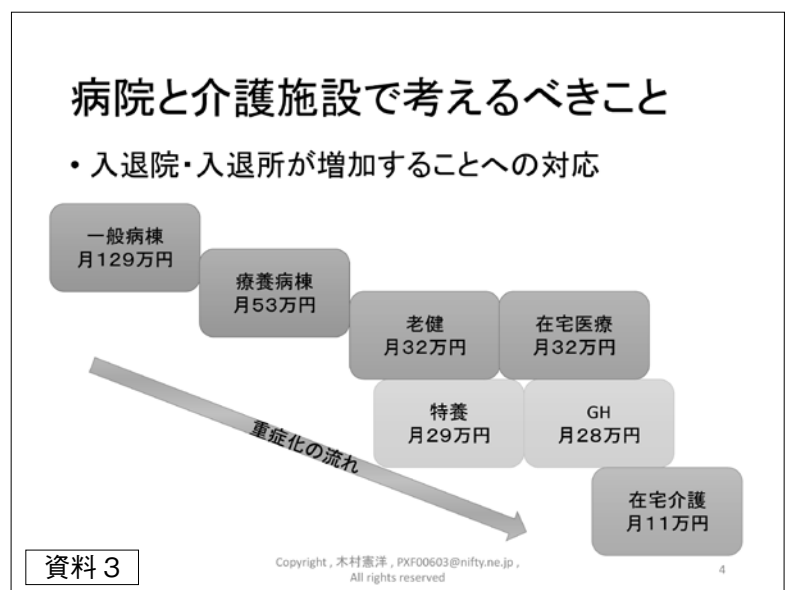
例えば一般病棟で見れている患者が療養病棟で見れるのであれば、80万円安くなります。質が同じだったらそちら

で見るのが当然で、そのほうが保険財政にとってはいい、こういったことを国は考えているわけです。それに合わせて、機能分化という言葉ができてきました。

では、ここ最近言われている療養病棟にいる患者が、老健施設や在宅医療で対応可能ではないかという話があるわけですが、そういったことを考えますと、療養から老健であれば、20万円安くなります。在宅医療でも20万円安くなります。

同じように質を落とさずサービスを提供するためにどうするか、いかに効率性を高めていくかというところにポイントがあるわけです。ということは、当然療養にいた人が老健、グループホーム、在宅医療、特養というところにどんどんシフトしていくわけですから、ここに書いてあるように、重症化の流れは介護のほうに移っていくわけです。

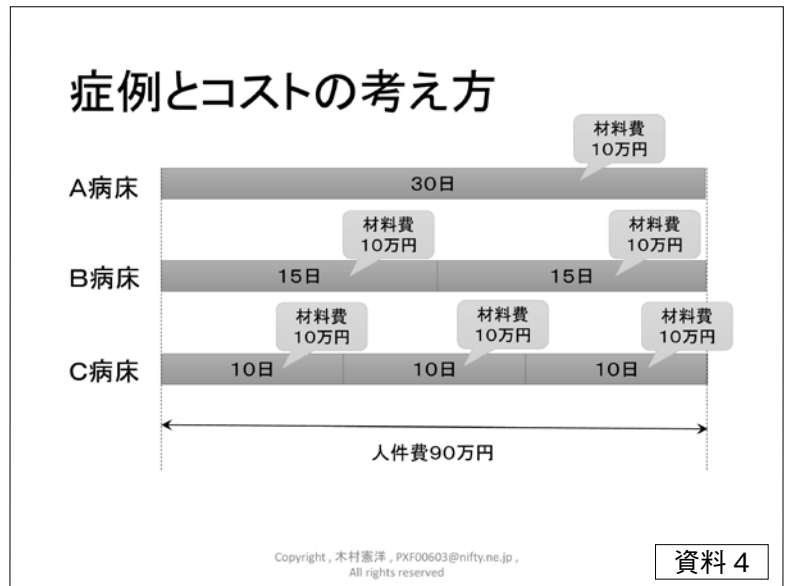
だから重症度が高い方を見ない限りは、収入が減るような構造にどんどん介護報酬は持っていかれますし、医療も当然そういう方向になっていきます。(資料3)



■ 症例とコストの考え方

そしてもう1つ、症例とコストの考え方です。例えば1ベッドを1ヵ月運営するのに、人件費が90万円かかるとします。1つ治療をするのに、材料費が10万円かかったとします。全て同じ症例だと仮定し、A病床、B病床、C病床があったとします。A病床であれば、30日入院して、1人退院します。B病床は2人入院して、2人退院します。2人治療することです。C病床は3人治療することです。C病床は3人治療することです。

原価の観点からすると、A病床は、1人の治療に100万円かかります。B病床は55万円、C病床は40万円です。ということは、何かお気付きな部分があると思いますが、A病床というのは、90年代の日本の急性期病床です。2000年代はB病床で、C病床は2010年代です。(資料4)

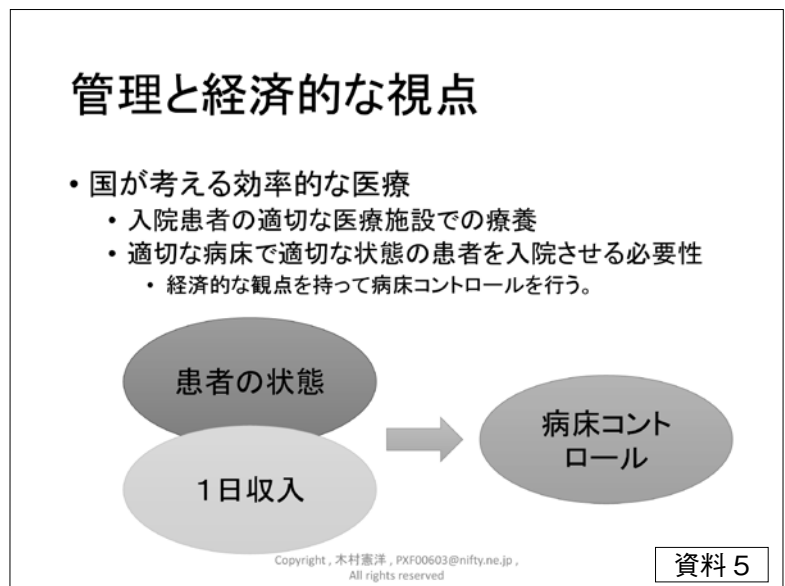


■ 管理と経済的な視点

ということは、国は医療従事者の給料を減らすとかそういうことではなく、抜本的には、いかに高いベッドというのを効率的に運用していくかというのがポイントになるということです。ですから、DPCによって、ここ最近の病院の在院日数が短くなっているというのは、きちんと制度が作られた上で、それに病院が乗っているということになるわけです。

そう考えると、病院というのはどう考えて運営していかなくてはいけないのか、これが非常に重要な部分になります。国は効率的で質の高い医療というのを推し進めたいわけです。

病院として考えなくてはならないのは、患者の状態と1日の収入というのを意識しながら、病床コントロールをしていかなければいけないようになっています。こういったことが非常に重要であって、実はこういうシンプルなところから診療報酬点数に結び付いている部分というのがたくさんあります。それがここだと分かる人は方向性が分かっている、もしくは病院のことが分かっているということになります。(資料5)

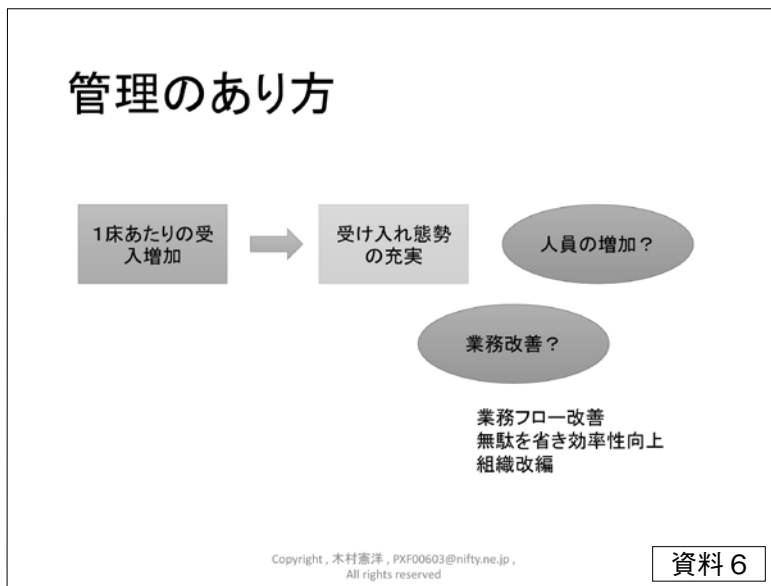


■ 管理のあり方

そしてもう1つあります。国は7:1というのを減らしたいと言っていますが、要は、人が増えれば、先ほどの1ベッド当たりのコスト、原価がかかります。原価がかからないようにどうしていくのか、病院も考えなくてはなりません。ということは、これから先、1ベッド当たりの受け入れ増加というのは間違いない話になっていきます。その中で人員を増加して対応するのか、それとも業務改善をして効率性を上げていくのか、この両方を考えていかなければいけません。

病院の経営から考えると、業務フローを改善する、無駄を省いて効率性を向上させるという方向でいかなない限り、経営はよくなるのであろうということです。筋肉質な体質になったら人員を増加していくという方向でない限りは、病院経営というのは決してよくなりません。

こういうことを思いながら、今回の診療報酬改定のポイントを聞いていただければと思います。(資料6)



■ 初診料と再診料の加算

まずポイントになりますのは、これは少し細かい話ですが、今回、初診料と再診料に妊婦の加算が付きまして。小児の加算に「(妊婦も含む)」とあっていただければと思います。(資料7)

外来

初診料と再診料の加算

- **初診料 妊婦加算 75点**
 - 時間外
 - 夜間 200点、休日 365点、深夜 695点
 - 2次救急の保険医療機関 230点
 - 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関
 - 夜間 200点、休日 365点、深夜 695点
- **再診料・外来診療料 妊婦加算 38点**
 - 時間外
 - 夜間 136点、休日 260点、深夜 590点
 - 2次救急の保険医療機関 180点
 - 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関
 - 夜間 136点、休日 260点、深夜 590点

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

資料7

■ 小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

それと小児の抗菌薬の適正使用支援加算というものが、80点付いています。簡単に言いますと、「薬を出してください」と言われたときに、薬を出さないでいい症例というものが当然あるわけです。そういったものに対してきちんと説明をして薬を出さないで済んだら80点が付きます。こういったところで、やはり無駄な薬を使わない、そして耐性菌を作らないという実質的な方向に向いているということです。(資料8)

外来

小児抗菌薬適正使用支援加算 80点

- **算定要件**
 - ・ 急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。
- **施設基準**
 - ・ 感染症の研修会等に定期的に参加していること。病院においては、データ提出加算2を算定していること。
- **その他**
 - ・ 再診料の地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料を算定する場合は、抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うことを要件として追加する。

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

資料 8

■ 大病院の定義の変更

もう1つは大病院の定義が500床から400床に変更されました。簡単に言うと、ポイントが2つあります。1つは、今までの1,000床、900床、800床という病院は、先ほどの回転を上げていくということを考えてどうなるでしょうか。

例えば1,000床で在院日数が30日だったところが10日になったとします。そうすると、昔の90年代の3,000床と一緒にです。

だからそういう意味では、今は400床でも大きい病院だとされています。もう1つは特定機能病院の基準が400床だということもあるのですが、そういったまず400床に照準を合わせてきたというのが、大病院の定義です。(資料9)

外来

大病院の定義の変更

- **大病院とは** 適用:平成30年10月1日 500床 → 400床
 - ・ 特定機能病院
 - ・ 許可病床数が400床以上で一般病床が200床以上の病院
- **施設基準の変更**
 - ・ **在宅患者緊急入院診療加算(平成31年4月1日より適用)**
 - ・ 在宅療養後方支援病院 1500点
 - ・ **地域包括ケア病棟入院料(H30.1.1現在に届出ている病院は複数の病棟を維持できる。)**
 - ・ 届出できる病棟数の要件
 - ・ **在宅患者共同診療料1 往診の場合 1,500点**
 - ・ 後方支援病院の要件

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

資料 9

■ 紹介状なしの大病院の受診

そして400床の定義に変更になって一番重要なのは、紹介状なしの大病院の受診です。なぜこういうことをするのでしょうか。紹介状がないと5,000円がかかる、再診では2,500円かかります。

ここに書いてあるのは、特定機能病院か、一般病床400床以上の地域医療支援です。当然ですが、対象

になる医療機関というのは限られてくるわけです。ではなぜこういった病院に外来の制限を掛けるのでしょうか。これは非常に簡単です。先ほどの入院の効率性を高めてもらうためには、入院のところに人材資源を配分しなければいけないという国の考え方があります。

皆さんもご存じだと思いますが、大学病院の医者などは、午前中の外来が3時ごろに終わるわけです。ではそこから入院を見るというのは、少し無理ではないでしょうか。だからやはり入院に集中させて、入院の効率性を上げていくためには、外来を減らしていく必要があります。

そしてもう1つあるとしたら、今回400床になっていますが、もし300床になったらどうするのでしょうか。また地域医療支援病院という名前が外れたらどうなるのか、いろいろな考え方があります。

だからこれから先、病院は入院に集中させていくというのは当たり前の話であって、そこに対してどのように国が施策を打ち、そして周りがどういう影響を受けるかということが1つのポイントになると思います。

門前の薬局はこれが対象になった瞬間に、当然外来患者は激減するわけです。だからそういったことで、患者の流れというのは大きく変わっていくでしょう。(資料10)

救急関連

もう1つ外来に絡むとすると、救急患者のところの点数です。今回の改定のポイントは、救急搬送、看護体制加算、院内トリアージ実施料です。(資料11)

紹介状なしの大病院の受診

400床

適用:平成30年10月1日

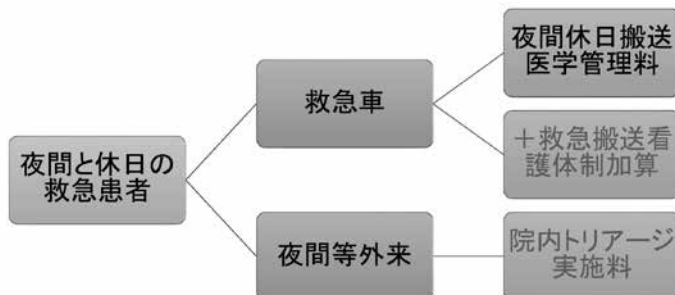
- 大病院とは、特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院
- 定額負担
 - ・ 選定療養十定額負担 初診 5000円、再診 2500円
- 定額負担しないでいい場合
 - ・ 緊急その他やむを得ない事情がある場合
 - ・ 救急の患者、公費負担医療の対象患者、無料低額診療事業の対象患者、HIV感染者
 - ・ その他、定額負担を求めなくて良い場合
 - ・ (1) 自施設の他の診療科を受診中の患者
 - ・ (2) 医科と歯科の間で院内紹介した患者
 - ・ (3) 特定健診、がん検診等の結果により精密検査の指示があった患者
 - ・ (4) 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
 - ・ (5) 外来受診後そのまま入院となった患者
 - ・ (6) 地域に他に当該診療科を標榜する診療所等がなく、大病院が外来診療を 実質的に担っているような診療科を受診する患者
 - ・ (7) 治療協力者である患者
 - ・ (8) 災害により被害を受けた患者
 - ・ (9) 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
 - ・ (10) その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

Copyright, 木村憲洋, PKF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料10

救急関連



Copyright, 木村憲洋, PKF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料11

救急患者受入関連

簡単に言うと、救急車で夜間とか休日に来るのか、それとも救急センターに夜間外来で来るのかといったところの扱いになります。やはり救急の受け入れというのは、国としてはしてほしいのです。ここにあるように、2,000点程度なので、大した点数ではないのです。この200点を差し上げますと、よく見ると、救急車は年間で200台、そんなに大したことはないのです。

ではなぜこういう点数を作るのでしょうか。2次救急をやっている救急車をあまり取っていないところは結構あります。だからそういったところとの差を付けていくというのは当たり前なのです。そういったことをきちんとしていきましょうということです。もしかすると、これが次は300点とか、400点になるかもしれません。よく国がやりがちなところですよ。

外来のウォークインで来る夜間の外来とかですが、院内トリアージです。100点だったのが300点になるということで、夜間帯の外来に看護師さんを配置しやすくなるというようなところがあったりします。(資料12)

2016 外来

救急患者の受入関連

- 夜間休日救急搬送医学管理料 600点
 - 時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院となった場合であっても再診料及び外来診療料の時間外、休日及び深夜加算を算定可能とする。
 - 夜間休日救急搬送医学管理料の評価を充実するとともに、現在、土曜日だけに限定されている時間外加算について、午前8時以前と午後6時以降の時間に限り他の曜日でも算定可能とする。

+

2018
救急搬送看護体制加算 200点

- **施設基準**
 - (1) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。
 - (2) 専任の看護師が配置されていること。

院内トリアージ実施料 100点

➔

院内トリアージ実施料 300点

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

資料 12

小規模病院の夜間救急外来対応

次に、これは逆の問題です。100床未満の小規模の病院です。100床未満の病院というと、病棟が1つもしくは2つの病院だと思います。そういうところは、夜間の外来用に看護師が配置されておらず、当直していません。ではなぜ今回こういうものができるのでしょうか。簡単に言うと、病棟から外来用に看護師が降りてくる場合があります。それは場合によっては、施設基準上アウトです。1病棟、夜勤の看護師は最低限必ず2人いなければなりません。1人抜けてしまったらそれはずるです。今まではそういう

オペレーションをしていましたが、そのグレーのところをはっきりさせましょうということです。簡単に言うと、年6回までは降りることがあってもいい、その代わり診療報酬点数5%減で入院料を算定しな

外来

小規模病院の夜間救急外来対応

- **算定対象**
 - 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、地域包括ケア病棟入院料
- **算定要件**
 - (1) 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。
 - (2) 当該病棟において当該入院料を算定できるのは年6回までとする。
- **施設基準**
 - (1) 厚生労働大臣が定める保険医療機関
 - 1 許可病床数が100床未満であること。
 - 2 当該日の夜勤時間帯において、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、看護職員1を含む2以上であること。ただし、当該日における当該病棟の入院患者数が30人未満の場合は、本文の規定にかかわらず、当該時間において、当該病棟における夜勤を行う看護職員は、1以上であること。
 - (2) 厚生労働大臣が定める日当該病棟における夜勤を行っている看護職員が、夜間救急外来対応のためにやむを得ず一時的に当該病棟外で勤務したことにより、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が2未満となった日

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

資料 13

さいとなっています。(資料13)

■ かかりつけ医と初診料

続いてこれも外来です。初診料に800円プラスになる加算ができました。これはとても点数が取りやすいのです。これは何かと言うと、これを見ていくと一番取りやすいのは、在宅時医学総合管理料です。訪問診療をしている医療機関であれば、初診料282点にプラス80点付けましょうというところが今回できました。これは全員取れます。毎月1,000人初診がいる病院であれば、80万円です。そのぐらいのインパクトがあります。

在宅時医学総合管理料を届け出ようと思う医療機関は、200床未満が対象と

なりますが、200床未満のところは当然多くなっています。これをやるとどうなるのでしょうか。在宅に行きやすくなるのです。実は今回、在宅を始めるとお得になる点数が2つあります。そのうちの1つがこれです。もう1つが、地域包括ケア病棟に入っているということです。

だからどちらかと言うと、今回は、中小の病院というのは、いかに在宅医療を少しやってみるかというお試し期間だと思っていただければと思います。そこがポイントです。(資料14)

■ 地域包括診療料

今回は、地域包括診療料があります。生活習慣病がらみの疾患が2つある場合、取れる点数です。1,560点という高い点数ができています。前回までは、1,503点と1,515点というものでした。

では何が違うのでしょうか。よく見ると外来をやっているクリニックが中心になるのではないかと思います。(資料15)

外来

かかりつけ医と初診料

- ・ **初診料 機能強化加算 80点**
 - ・ 地域包括診療加算、地域包括診療料、認知症地域包括診療加算、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在支診又は在支病)、施設入居時等医学総合管理料(在支診又は在支病)を届け出等している保険医療機関(診療所又は200床未満の保険医療機関に限る。)において、初診を行った場合に、所定の点数に加算する。

資料 14

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

外来

地域包括診療料

地域包括診療料	➔	地域包括診療料1 1560点
		地域包括診療料2 1503点
認知症地域包括診療料	➔	認知症地域包括診療料1 1580点
		認知症地域包括診療料2 1515点

施設基準
診療所
・時間外対応体制加算1の届出、常勤換算2名以上の医師が配置、1名以上が常勤の医師、在宅療養診療所
病院
・地域包括ケア病棟入院の届出、在宅療養支援病院

1の基準
・外来から訪問診療に移行した患者数が10人以上
・直近1ヶ月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満

資料 15

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

■ 入退院時支援加算

先ほどの入院の効率性を上げるために重要な点数が、今回ここに仕込まれています。これは病院の収入としては大きくありません。しかし業務プロセスを考えるに当たっては非常に重要な点数です。それが入院時支援加算です。

今まで退院支援加算というものがありました。早く出しましょうという加算です。そしてそれが入退院支援加算という名前になって、入院時から退院時まで管理をして、目を配って、そして早く退院してもらうようにしましょうというものです。

今回対象になるのは、ここの虐待とか、医療保険未加入者というような話がありますが、私はこれが一番重要と思っています。何が重要なのでしょうか。簡単に言うと、大きい病院に行くと、入院支援センター、もしくは入退院支援センターというものがあると思います。これはある意味、入院支援センター加算です。よく見ると、そんなに大して取れないのです。大きい病院でも、多分年間100件くらいなので、20万円とかそういうところです。(資料16)

連携

入退院時支援加算

退院支援加算

1、2、3

➔

入院時支援加算

1、2、3

+

入院時支援加算

+

小児加算

対象患者の拡大
ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること。イ 緊急入院であること。ウ 要介護認定が未申請であること。
 エ 虐待を受けている又はその疑いがあること。
 オ 医療保険未加入者又は生活困窮者であること。
 カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること。)、キ 排泄に介助を要すること。ク 同居者の有無に関わらず、必要な介護又は養育を十分に提供できる状況にないこと。ケ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む。)が必要なこと。コ 入退院を繰り返していること。ソ 他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

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

資料 16

■ 入院時支援加算 200点(退院時1回)

連想ゲームの話です。まず予定入院の患者が対象です。入退院支援加算を算定する患者です。ここで普通の病院の方であれば、そんなに取れないというのは分かりますが、まずわれわれとして考えるに当たっては、先ほどの入院をたくさん受け入れて、そしてたくさん退院させていくのが、これからのトレンドです。ではそこで病院の中で何が一番重要か、どこがボトルネックになっているかなのです。

そうすると必ず入院時の事務処理というのが、看護師にとってボトルネックになっています。だから業務の負荷分散を考えるに当たっては、ここに書いてあるようなことというのをいかに入院の病棟に上げないかということが重要なポイントなのです。これが病院の経営を左右します。

連携

入院時支援加算 200点(退院時1回)

- **算定対象**
 - ・ 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者であること。
 - ・ 入退院支援加算を算定する患者であること。
- **施設基準**
 - ・ 入退院支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。
 - ・ 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、入院前支援を行う担当者を病床規模に応じた必要数、入退院支援部門に配置すること。
 - ・ 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- **留意事項**
 - ・ 入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有すること。
 - ・ 1 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
 - ・ 2 褥瘡に関する危険因子の評価
 - ・ 3 栄養状態の評価
 - ・ 4 持参薬の確認
 - ・ 5 入院中に行われる治療・検査の説明
 - ・ 6 入院生活の説明
 - ・ 7 退院困難な要因の有無の評価

}

 入院センター
の仕事

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

資料 17

だからよく病院に行くと、1日何人しか入院できませんというのは、看護師が忙しくなるから入院をさせたくないだけなのです。病棟は空いています。それはそうです。1人の患者を入院させるのに、看護師は1時間ぐらい時間がかかります。では1病棟10人入院したら、2人の看護師が1日つきっきりになります。そしてストレスがすごくなります。

そういったことがあるので、まず予定入院の患者ぐらひはこういったことを終わらせておきましょう。これは点数を取れる取れない関係なく、前々からやっている病院というのは多いです。入院時にアナムネを取る、持参薬の確認を先にしておく、退院困難な場合は社会福祉を最初から付けておく、こういったことがすごく重要なのです。これは本当に簡単な業務フローの改善です。

だから最初のほうのスライドで話をしたように、回転数を上げていく、それと業務改善をどのように考えるかというところで、今回初めて業務プロセスに点数を付けたというのが1つ大きいポイントではないかと思ひます。

ではなぜそんなに算定できないものに国が点数を付けたかといひますと、恐らくこういうやり方があるということを知ってもらうために付けたのだと思ひます。もうからないからやらないというのではなく、現場の負荷分散というものを考えていくに当たって、そして当然入院患者が増えれば病院は売上が上がるわけですから、そういったことを考えるに当たって、その感度がいいかどうかの問題になっていきます。

栄養状態とか、持参薬の確認などは本来的には多職種連携です。管理栄養士が、やはり入院支援センターにいる、薬剤師がいる、それによってワンストップで全て入院前に同意書も含めて事務的な仕事が終わっているといったことが求められています。(資料17)

■ 入退院時支援加算

施設基準に関しても、大体どこの病院も、入院支援センターにこのくらいの人員配置はしています。今まで点数は付いていませんが、このぐらひのことはやっているというところで、大体施設基準がなっています。(資料18)

施設基準

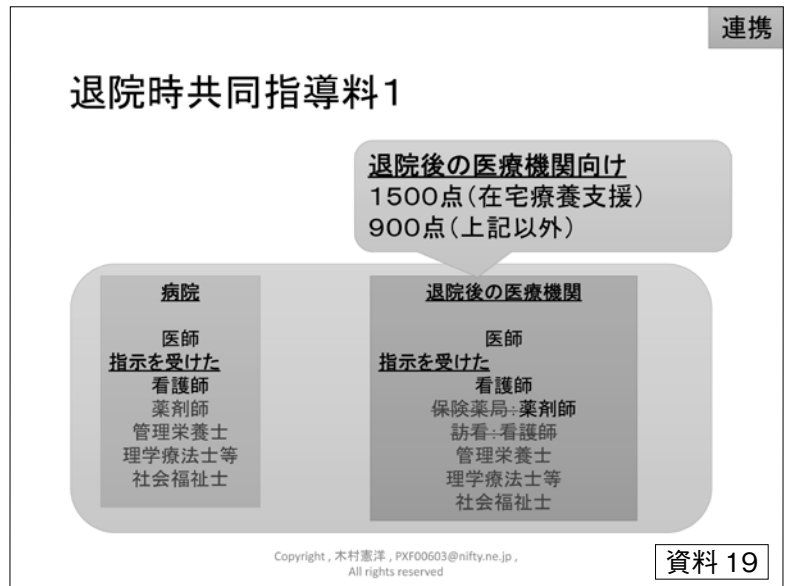
入院時支援加算

- ・ イ 入院前支援を行う者として、入退院支援及び地域連携業務を担う部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。ただし、許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。
- ・ ロ 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・ 入院時支援加算に規定する厚生労働大臣が定めるもの
 - ・ イ 自宅等から入院する予定入院患者(他の保険医療機関から転院する患者を除く。)であること。
 - ・ ロ 入退院支援加算を算定する患者であること。

資料18

■ 退院時共同指導料 1

今回もう1つ大きいのは、退院時共同指導料1と2です。1はあまり変わっていません。1と2の関係を簡単に言います。1は退院後、患者を引き受ける医療機関がもらう点数です。(資料19)



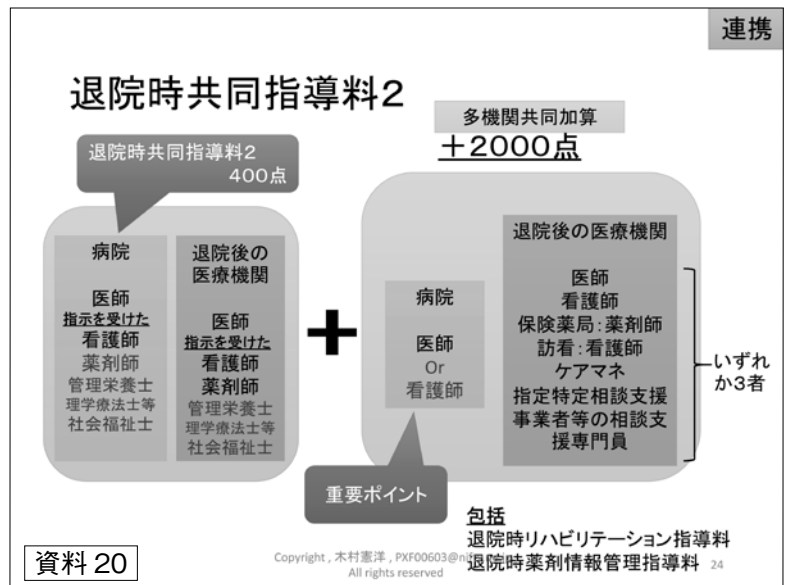
■ 退院時共同指導料 2

2は、退院させる医療機関が算定する点数です。基本の点数は400点です。ではこれで何が変わったかという、赤い部分です。退院時共同指導料2というのは400点なのですが、一番ポイントになるのが、実はこの2,000点の加算です。そうすると合計で2万4,000円の点数になります。

どうやれば2万4,000円になるかというと、病院に呼んで拡大カンファをやるのです。拡大カンファというのは、簡単に言うと在宅だと、クリニックの医師か看護師、保険薬局の薬剤師か、訪問看護ステーションの看護師かケアマネ、支援相談員を呼んでカンファレンスを実施することです。大体、医師、看護師、ケアマネ等が一番フォーマルな形だと思います。外の方、3者を呼んで、来れば、2,000点加算で、病院がもらえます。

今までは、病院の主治医がその場にいないけなかったのですが、今回は看護師だけでできるようになったのです。ということは、クリニックの看護師が声を掛けて、訪看の看護師、ケアマネを呼ぶと2万4,000円です。

こういった点数をどうやって取っていくかということは非常に大きいです。ということは1入院で2万4,000円プラスになる可能性は高いのです。こういったことをきちんとやりましょう、要は医療と介護の



連携がきちんとできていないから、そこに点数を付けたということです。これはすごく大きい点数だと思います。

今までですと、医師が出てこないとする、看護師、外のクリニックの医師、訪看の看護師、ケアマネがいる、3者で400点しか取れなかったのが、今度は看護師単独でOKになったので、2万4,000円になるということです。(資料20)

■ 特別な関係と入退院時の連携強化

それともう1つすごいのが、今まで、退院時共同指導料は特別な関係のところだと算定できなかったのが、今度は特別な関係のところでは算定ができてしまいます。

こういった非常に算定しやすいものというのをきちんと算定していくということが重要です。最初に言ったように、厚生労働省は線を引き過ぎたので、その間をつなぐということが重要なポイントでこういったところに点数を付けているということです。(資料21)

連携

特別な関係と入退院時の連携強化

- (1) 在宅患者緊急入院診療加算
- (2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
- (3) 入退院支援加算1
- (4) 精神疾患診療体制加算
- (5) 退院時共同指導料1
- (6) 退院時共同指導料2
- (7) 在宅患者連携指導料
- (8) 在宅患者緊急時等カンファレンス料
- (9) 施設入所者共同指導料

} グループ内で算定可能

資料 21

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

■ 介護支援等連携指導料

もう1つはこれはあまり大した話ではないのですが、「介護支援連携指導料」に「等」が付きました。要は障害者福祉が絡んできたので、相談支援専門員が対象になります。(資料22)

連携

介護支援等連携指導料

- 連携対象が、ケアマネだけでなく、相談支援専門員も対象となる。
- これにより、導入が望ましい介護サービスだけではなく、障害者福祉サービスなどについて説明および指導を行うこととされる。

資料 22

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

要介護者の退院時の連携

もう1つ重要なのは、要介護者が入院してきたときにどうやって連携するかです。先ほどの拡大カンファだけではなく、もう1つ重要なポイントがあります。ケアマネは運営基準が変わりました。自分の受け持ちケースの方が入院されたら、速やかに病院に連絡しなければなりません。病院に連絡したら、病院はケアマネと情報共有をしなければなりません。どういうふうにするのでしょうか。介護支援連携指導料であれば、ケアマネに来てもらいます。

もう1つは診療情報提供料です。紹介状と同じですが、それで返事をします。もう1つすごいことに、ケアマネは3日以内に連絡をすると200単位、7日以内だったら100単位です。当然ですが、3日以内に連絡すると思います。

そのようなことが裏側に点数がきちんとあります。4月以降、病院にケアマネからたくさん連絡があると思います。だからそういったことを分かりながら、いかに体制を整えていくかということです。また国はそういうものを用意しています。(資料23)

連携

要介護者の退院時の連携

**介護支援
等連携指
導料**
OR
**診療情報
提供料**

- ケアマネなどとの連携
- 入院中2回算定可能

- 退院日の前後2週間
- 介護連携指導料を算定する場合は算定できない。

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

資料 23

救命救急病棟入院料と必要度

救命救急病棟の入院料のところに、今度評価によって、S、A、Bと充実加算が付きます。これは国が評価基準というものを出していますので、それによって点数が付きます。もう1つはICUにリハの加算が付きます。やはり入院してすぐからリハをやるということです。(資料24)

超急

救命救急病棟入院料と必要度

- 注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救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
 - ・ イ 救急体制充実加算1 1500点(S)
 - ・ ロ 救急体制充実加算2 1000点(A)
 - ・ ハ 救急体制充実加算3 900点(B)
- 救急体制充実加算1の施設基準
 - ・ 「〇〇〇〇」(平成〇年〇月〇日〇発第〇号、以下「新評価基準」という。)の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Sであるものであること
- 救急体制充実加算2の施設基準
 - ・ 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものであること
- 救急体制充実加算3の施設基準
 - ・ 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Bであるものであること
- 経過措置:平成31年4月1日から適用とし、平成31年3月31日までの間は、なお従前の例による。

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

資料 24

■ 特定集中治療室管理料

これを見ていくと重要なのは何かというと、やはり看護師なのです。ICUの認定看護師、トラウマケアの認定看護師の資格があるのですが、その方がいるかどうかです、十分な経験を有する理学療法士というのはどうにでもなりますが、この研修要件だけはどうしても厳しいのです。そうすると1日、ICUにいる患者は500点が取れます。要はPTがより早期に介入をしていくのです。より早期に介入すればするほど、復帰が早くなるということになっています。(資料25)

超急

特定集中治療室管理料

- **早期離床・リハビリテーション加算 500点(1日)**
- **算定対象**
 - ・ (1) 特定集中治療室に入室後早期から離床等の必要な取組が行われた場合には、14日を限度として、所定点数(特定集中治療室管理料)に加算する。
 - ・ (2) 特定集中治療室での早期離床・リハビリテーションに関する多職種からなるチームを設置し、患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、チームと連携して、患者の早期離床・リハビリテーション実施に係る計画を作成し実施した場合に算定する。
- **施設基準**
 - ・ (1) 特定集中治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームを設置すること。
 - ・ 1 集中治療の経験を5年以上有する医師
 - ・ 2 集中治療に関する適切な研修を修了した看護師
 - ・ 3 十分な経験を有する理学療法士
- **包括範囲**
 - ・ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料

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

資料 25

■ 特定集中治療室管理料 1、2

もう1つあります。これがやはりよくできています。ICUの1と2の基準に関してです。これもやはり認定看護師のことです。認定看護師が配置されていることが入ります。しかし今回、認知症の認定看護師と同じように、突然需給がひっ迫しないように、措置が取られています。

まずは31年3月31日までの間に、1人用意してくださいと。ということは、今年1回研修に行けます。もう1つあります。今回駄目だったら、来年32年の研修でクリアしてくれと、それまでは6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていなければいいということになっています。2年間の猶予があるということになっており、認定看護師を早めに作らないとICUの1と2は取れなくなります。(資料26)

超急

特定集中治療室管理料 1、2

- **施設基準追加**
 - ・ 集中治療に関する適切な研修を修了した看護師が配置されていること。

[経過措置]
(1) 平成30年3月31日において現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例による。
(2) 平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、適切な研修を修了した看護師を配置されているとみなす。

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

資料 26

■ 特定集中治療室管理料

その一方で厳しいのは、ICUは今度生理学的スコアを付けなさいと書いてあります。付けなさいイコール、今度それを元に分析するという事です。ということは、今、必要度の基準で縛られていますが、必要度の基準だけではなく、もしくはこういった生理学的スコアで入退室の基準というものが決まってくるかもしれません。

だからそういう意味では、ここ最近ICUを取ろうという病院が多いのですが、そういったところで医療費が高騰するのを抑えようという国の動きが透けて見えるというところがあります。

当然ですが、病院の経営を考えると、やはり単価をどうやって上げていくかということになっていきますから、病床を埋めて単価を上げるということが一番いいのです。それをどういうふうにか考えるかです。(資料27)

■ 重症度、医療・看護必要度のその他

重症度、医療・看護必要度を、救命救急と脳卒中に入れます。ICUの基準を救命救急に入れて、SCUのところは、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が入っていくということで、やはりデータ分析、データ分析に基づく診療報酬改定につながっていくということになります。(資料28)

超急

特定集中治療室管理料

- 生理学的スコア(SOFAスコア)の入退室時の測定を要件とする。
 - 呼吸機能、凝固機能、肝機能、循環機能、中枢神経機能、腎機能の6項目を、それぞれ5段階の点数でスコア化し、全身の臓器障害の程度を判定するもの。
- 特定集中治療室等の治療室に備えるべき装置・器具について、緊急の事態に十分対応できる場合は、救命器具以外は他の治療室等と共有できるような施設基準を見直す。
 - ※ 他の治療室における装置・器具の規定についても同様

資料 27

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

超急

重症度、医療・看護必要度のその他

- 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度
 - 救命救急入院料1、3
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度
 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

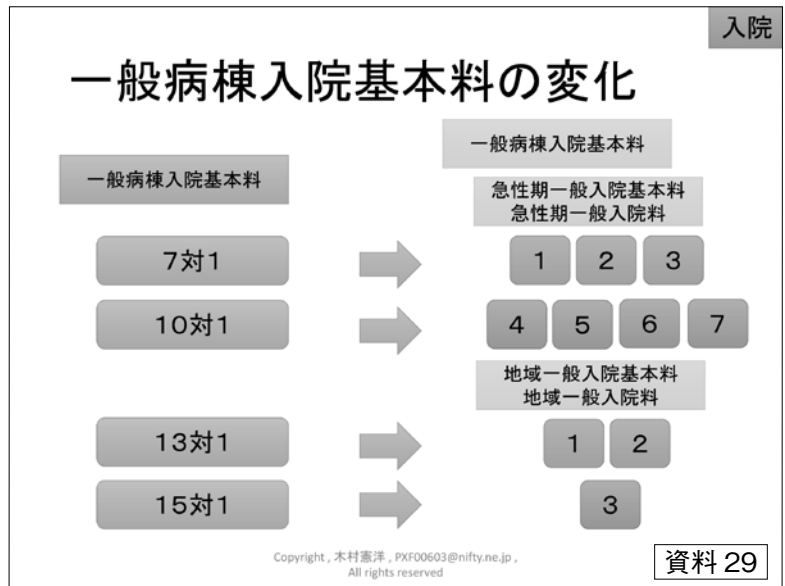
資料 28

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

■ 一般病棟入院基本料の変化

次は一般病棟です。皆さんが一番興味があると思います。一般病棟がどうなったのかというと、特に何も変わっていません。大きく変わったのは名前です。

これが非常にいやらしい改定になっています。何がいやらしいかというと、1、4、5、6、7と、地域の1、2、3というのは、今まで点数がありました。新しくできたのは、この急性期の2と3だけです。地域という名前がまたいやらしいです。それは少しまたあとで話をしたいと思います。(資料29)

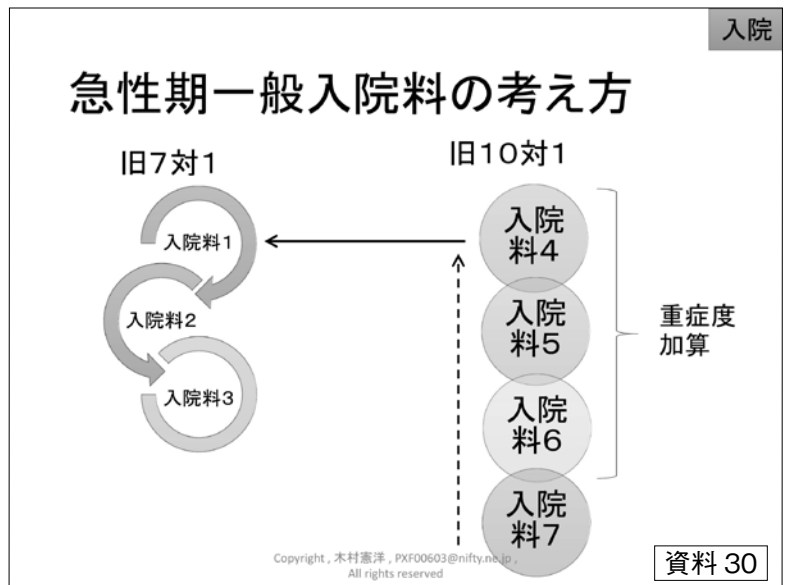


■ 急性期一般入院料の考え方

急性期の一般入院料はどのように考えればいいのでしょうか。今まで、4、5、6、7は10対1でありました。重症度加算が入ったもので、全く点数は同じです。7対1も今までと点数が変わっていません。何が変わったかということ、必要度が少し変わりました。

では、2と3はどうなっているのでしょうか。新しく何かできました。ではこの2と3の扱いというのが、どうなっているのでしょうか。今までは、10対1から7対1に行くという考え方があったのですが、今度は入院料4から3と2には行けません。入院料4からは1しか行けないわけです。1に行ければいいですが、2と3には行けませんので、1になったところだけが2と3には落ちることができるとい形になっています。

だからそういう意味では、ウツボカズラみたいな意味です。ここに入ったらここに落ちることはできるけれども落ちたら大変です。(資料30)



急性期一般入院料のアウトカム

もう1つ、皆さんに見ていただければと思うのですが、2から下は10対1でいいという、中医協の資料を見たと思います。確かに10対1でいいのです。10対1でいいのですが、簡単に言うと、必要度1であれば30%というのが、入院料1です。必要度2であれば、入院料1は25%というものがあります。ここから1%ずつ下がっていき、4になります。考えていただきたいのは、たかだか1%違うだけで、人員配置基準とかが一緒で、1日1,000円違うのです。こちらは1,800円違うのです。

急性期一般入院料のアウトカム				
	在宅復帰率	平均在院日数	必要度	点数
入院料1	8割	18日	30%、25%	1591点
入院料2		21日	29%、24%	1561点
入院料3		21日	28%、23%	1491点
入院料4		21日	27%、22%	1387点
入院料5		21日	21%、17%	1377点
入院料6		21日	15%、12%	1357点
入院料7		21日	必要度Iで評価	1332点

200床未満の場合は、平成32年3月31日まで必要度Iで評価可能

注: 現行の病棟群単位での届出及び許可病床数 200床未満の7対1一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、廃止し、急性期一般入院料2の要件を満たしているものとする。

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

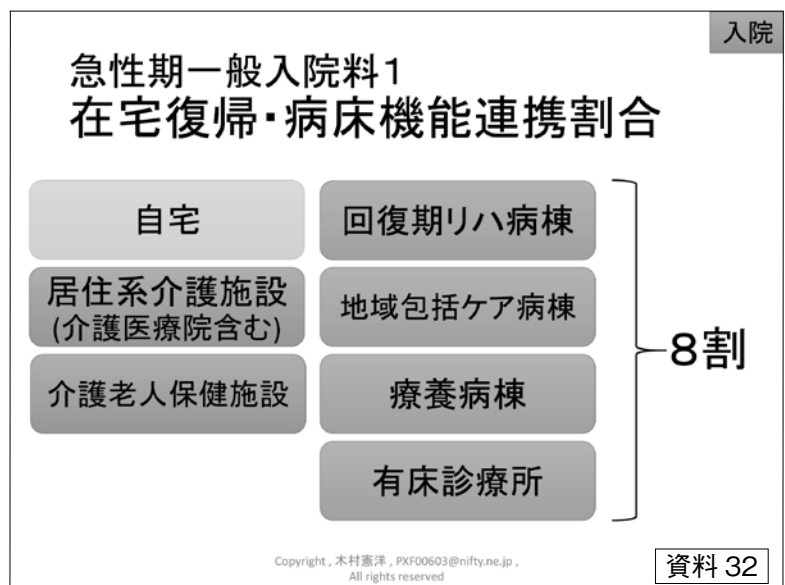
資料 31

これは普通の入院料4のところはどう思いますか。普通はずるいと思うのです。そのずるいと思う状況は何年続けられるのでしょうかということ。6年が限界でしょう。間違いなくそうなると思います。ですからそういう意味では、少し2と3で6年ぐらい息をつくのはいいですが、そこから先は多分厳しいと思います。だからある意味、入院料1を死守するためにどうするかということ。病院では考えなくてはなりません。しかし別に1を死守するのは、そんなに難しい話ではありません。少し工夫をすれば、誰でも別に1はクリアできます。(資料31)

急性期一般入院料1 在宅復帰・病床機能連携割合

在宅復帰は入院料1だけに付いています。今回、介護老人保健施設と、療養に関しては、在宅復帰強化という言葉がないです。それはなぜでしょうか。彼らは今回の改定で相当きついです。老健はすごくきついですし、療養もきついです。

だからそういう意味では、今回は在宅復帰のところは全然厳しくありません。どんどん老健、療養に、7対1は患者を送れます。(資料32)



■ 看護職員夜間配置

今回はやはり、入院のところにリソース配分したいのはもう間違いありません。夜間の負担軽減ということに力が入っています。より夜間の配置加算というものを取ってもらいたいということで、80点が95点になり、15点上がっています。それほど工夫をしなくても、この15点プラスのところはもらえます。

国としては、やはり病棟にたくさん人を配置していく、患者1人当たりの人員資源の配分というのを厚くしていきたい、それによって早く退院させたいということをややはり考えています。

今回、新しくできたのが、16対1の配置加算2、30点です。これがよくできています。これは誤植ではありません。急性期一般入院料2から下だけが取れるというものです。これもうさんくさいにおいがします。

少し見てもらえると分かるのですが、急性期入院料1と2が30点の差なのです。よくできています。入院料2を取って、この16対1を取れば点数が変わらないという出来高の病院はと、一瞬思うのですが、そこにはまったく少し痛い目に遭うかもしれないということが実はあります。

だからそういう意味では変わらないと言う人がいるのですが、多分2に落としたり、そのままずるずる行ってしまいます。7対1から10対1になると、人材管理が楽になるのです。様式器具などもルーズに行けてしまいます。ルーズに行ってしまうと、自動ドアが閉まってくるときに7対1のところに戻れないということになっています。

そういったところがあるので、この点数にだまされないようにということが1つです。わながたくさん仕掛けてあります。(資料33)

入院

看護職員夜間配置

看護職員夜間配置加算

1看護職員夜間12対1配置
イ配置加算1 80点
ロ配置加算2 60点
2看護職員夜間16対1配置
40点

➔

看護職員夜間配置加算

1看護職員夜間12対1配置
イ配置加算1 95点
ロ配置加算2 75点
2看護職員夜間16対1配置
イ配置加算1 55点
ロ配置加算2 30点

看護職員夜間 16対1配置加算2の施設基準

(1) 夜勤を行う看護職員の数、常時 16対1以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、3以上であることとする。

(2) 急性期一般入院料2、急性期一般入院料3、急性期一般入院料4、急性期一般入院料5又は急性期一般入院料6を算定する病棟であること。

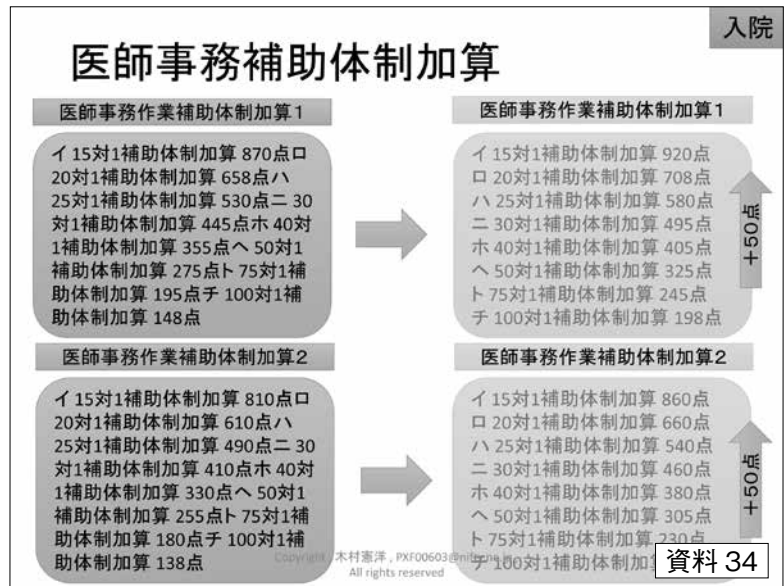
(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

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

資料 33

■ 医師事務補助体制加算

一方でやはり、医師事務もそうですが、こうやって負担軽減のところには点数が付いています。これは入院時1回なのですが、こうやって診療密度が上がっていくように、入院に資源配分がされているわけです。(資料34)

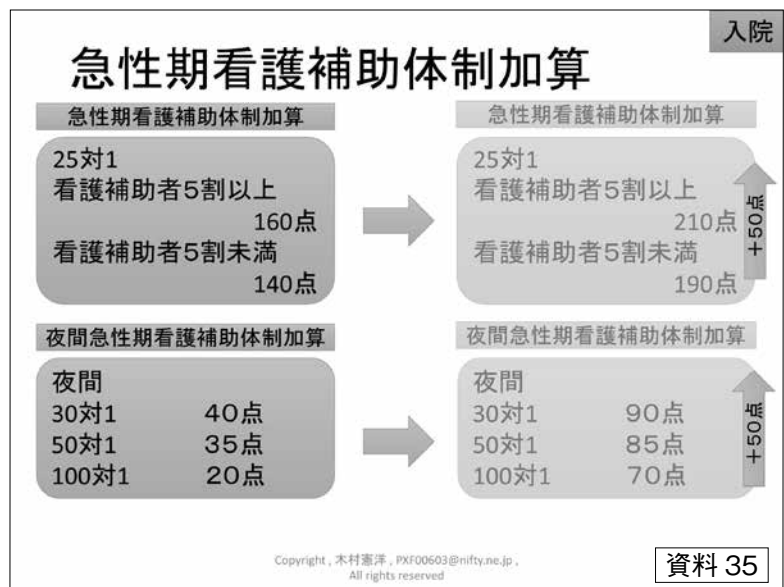


■ 急性期看護補助体制加算

もう1つあります。急性期の看護補助です。7対1、10対1の病院であれば、看護補助者を昼間配置25対1にすれば、50点です。これは14日間付きます。夜間も30対1とか、50点上がっています。

だからそういう意味では、やはり人をたくさん配置しなければいけないと持っていつているところで、10対1はおいしいという話をして、そこに気付くのが重要なポイントになります。

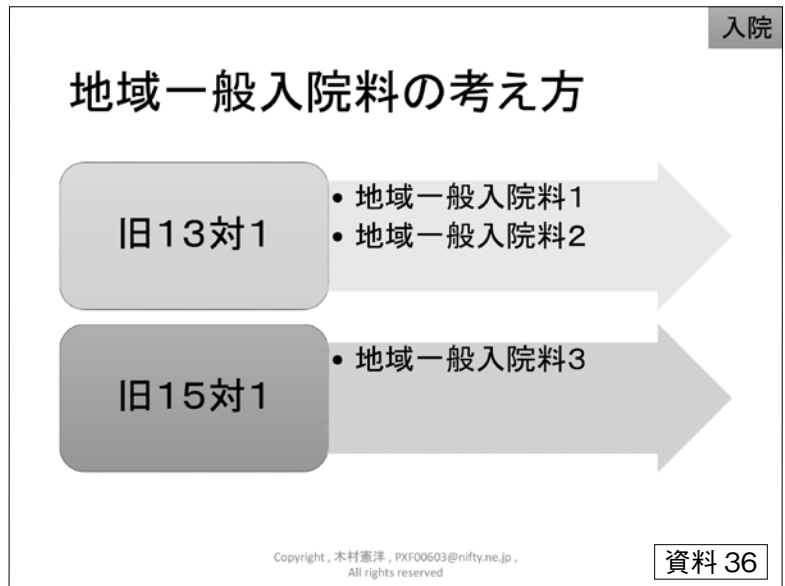
(資料35)



■ 地域一般入院料の考え方

あともう1つ、政策誘導っぽいにおいがするのが、この地域一般入院料です。地域一般入院料を、こういうふうにご覧ください。地域出来高病棟だと思ってください。そうすると地域の支払い病棟というものがあります。地域包括ケア病棟です。

「地域」という名前を付けるのが非常にいやらしくていいです。なぜいやらしいのでしょうか。「地域」と付いた瞬間に、地域包括ケア病棟と必ず意識をします。13対1はそのままスライドで地域包括ケア病棟に行けます。(資料36)



■ 地域一般入院基本料の施設基準

では点数を見てみましょう。今までと変わっていません。1,126点です。地域包括ケア病棟は今回点数を上げました。2,738点です。ではそれを見て、はっきり言って、2,738点を取れるのであれば、多分13対1で3万円いかない病院は、どちらを取るかも明白です。当然地域包括ケア病棟のほうが、多分1日当たりの単価は高くなります。

そういった計算を少しすれば分かります。ここにもう1つのポイントがあります。ということはあとは入院料3、15対1のところだけです。ここはどうなる

のでしょうか。回復リハに行こうかと思うかもしれません。そういう意味では、13対1、地域一般入院基本料というのは気付いたらないかもしれません。ここ数年でなくなる可能性は高いと思われます。(資料37)

入院

地域一般入院基本料の施設基準

	看護配置	平均在院日数	必要度	点数
入院料1	13対1 7割以上	24日	評価している	1126点
入院料2	13対1 7割以上			1121点
入院料3	15対1 4割以上	60日		960点

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

資料 37

地域一般入院料基本料

救急・在宅等支援病床の初期加算

そしてもう1つ、地域一般入院料と地域包括の違いとして考えていただきたいのが、入院時に150点が14日間付く加算があります。

これはいわゆる在宅といわれるところ、急性期の病院から受け入れると、14日間150点付きます。これは覚えておいていただきたいと思います。少し先の地域包括ケア病棟の話聞いてもらえればと思います。(資料38)

地域一般入院基本料 救急・在宅等支援病床の初期加算

救急・在宅等支援病床初期加算150点(14日)

➔

地域一般入院基本料

急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 資料 38

重症度、医療・看護必要度

その前に重症度、医療・看護必要度の話をしたいと思います。まず、大きく変わった部分は4つです。重症度、医療・看護必要度1と2に分かれました。チェックの方法が2種類になりました。そして今まで1ヵ月で見てきたのが、3ヵ月の平均になりました。これはばらつきが減るということで、非常にいいことです。開腹手術は5日だったものが4日になりました。(資料39)

入院

重症度、医療・看護必要度

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度	➔	重症度、医療・看護必要度 I 重症度、医療・看護必要度 II
1ヶ月	➔	3ヶ月
開腹手術5日	➔	4日
A1点、B3点(B14,B15を含む)追加		

Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved. 資料 39

A項目とB項目とC項目の関係

また新しくA1点、B3点というものが追加になりました。毎度ですが、必要度を改定すると、必ず逃げ道を用意してくれるのが厚生労働省です。非常に今回もほのぼのとして見えています。今回30%というところがあるわけですが、やはりポイントはこのB得点3点のB14とB15が該当するということです。

このB14とB15、認知症に絡むところですが、指示が通らないとか、そういったところでは、もしかすると、全国的に、前は救急車が増えるのではないかと話をしていましたが、今回は認知症が世の中に相当増えるのではないかと心配があります。1点の3点というものを付けるようになっていく病院というのが増えるはずで、(資料40)

入院			
A項目とB項目とC項目の関係			
	A項目	B項目	C項目
①	A得点 2点	B得点 3点	
②	A得点 3点		
③			C得点 1点
新④	A得点 1点	B得点 3点	

注: B14、B15に該当

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

資料 40

短期滞在手術等基本料2、3の扱い

短期滞在手術の2と3に関しては、DPCで算定します。平均在院日数と重症度からは除外ということになっています。なぜそのようになっているのでしょうか。DPCというのはそもそも競争をさせる仕組みです。短期滞在のところ、全国の病院と競争をするのではなく、急性期のいけいけの病院と競争をさせようということで、DPCに入っているということが実際の話だと思います。(資料41)

入院	
短期滞在手術等基本料2、3の扱い	
<ul style="list-style-type: none"> • DPC/PDPSの医療機関は、短期滞在手術2、3の対象となる手術については、DPC/PDPSで請求する。 • 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度において短期滞在2、3は評価の対象としない。 • 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度において短期滞在2、3は評価の対象としない。 • ハイケアユニットの重症度、医療・看護必要度において短期滞在2、3は評価の対象としない。 	
<small>Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.</small>	
資料 41	

重症度、医療・介護必要度 I と II

もう1つは先ほどの必要度の I と II の件です。必要度 I に関しては、今までと評価方法は同じです。

II に関しては、データ自動で A と C は吸い上げてくれます。ただしここで問題があります。一部うわさになっているのを皆さんもお聞きだと思います。ベンダーによって必要度の数字が変わるとい話が出ています。I と II を選択するに当たっては、6ヵ月おきになると思いますが、やはり I と II の両方を見ながら、数字を詰めていかないと、気付いたら I は取れないという話になってしまふということがあります。(資料42)

では、II はどういうふうになっているのかというと、このようにレセ電算のコードに全部ひもづいています。だからそういう意味では、簡単に言うと、点滴ライン3本とか、中心静脈注射をしていれば、CVが入っていれば、もう2点が取れます。そういった点滴ライン3本とか、そのチェックが入ります。

モニターのところとかであれば、こういったオーダリングで項目が入っていない限りは、心電図モニターの1点が入りませんので、そういう意味では非常に細かくなりますし、自動のデータというのは怖いんです。(資料43)

必要度 I	評価	必要度 II	評価
A項目	看護師	A項目	自動診療データ
B項目	看護師	B項目	看護師
C項目	看護師	C項目	自動診療データ

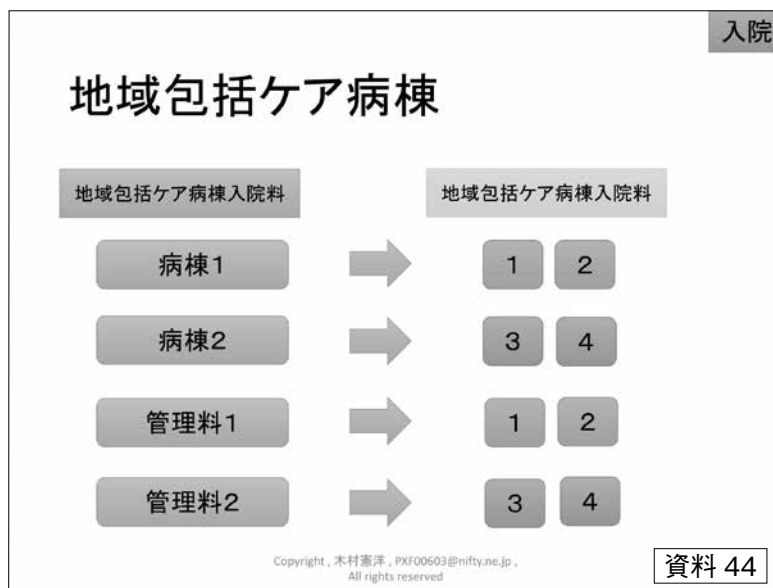
資料 42

高滴ライン所持3本以上の管理	13004410 中心静脈注射
	130040670 中心静脈注射(血液成分製剤(文書)加算)
	150247310 経線外麻酔後における経静脈麻酔剤の持続的注入
	150255670 経線外麻酔後における麻酔剤の精密持続的注入加算
	150224810 自家採血輸血(1回目)
	150208210 自家採血輸血(2回目以降)
	150224910 保存血液輸血(1回目)
	150208310 保存血液輸血(2回目以降)
	150227510 自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)
	150227610 自己血貯血(6歳以上)(凍結保存)
	150247010 自己血輸血(6歳以上)(凍結保存)
	150224910 自己血輸血(6歳以上)(凍結保存)
	150208310 術式自己血輸血(6歳以上)
	150225010 交換輸血
	150225210 骨髄内輸血加算(その他)
	150225110 骨髄内輸血加算(胸骨)
	150366370 血管置出術加算
	150225310 血液型加算(ABO式及びRh式)
	150225410 不規則抗体加算
	150247110 HLA型検査クラス1加算(A, B, C)
	150278910 HLA型検査クラス2加算(DR, DQ, DP)
	150225510 血液交叉加算
	150225610 閉経薬加算
	150366470 血小瓶洗浄術加算
	150225850 自家製凍した血液成分製剤を用いた注射の手術料(1回目)
	150297450 自家製凍した血液成分製剤を用いた注射の手術料(2回目以降)
心電図モニターの管理	160072510 呼吸心拍監視
	160102210 呼吸心拍監視(3時間超)(7日以内)
	160165510 呼吸心拍監視(7日超14日以内)
	160165610 呼吸心拍監視(14日超)
	160173750 カルジオスコープ(ハートスコープ)
	160102750 カルジオスコープ(ハートスコープ・3時間超)(7日以内)
	160165850 カルジオスコープ(ハートスコープ)(7日超14日以内)
	160196050 カルジオスコープ(ハートスコープ)(14日超)
	160073050 カルジオタスコープ
	160102850 カルジオタスコープ(3時間超)(7日以内)
	160166150 カルジオタスコープ(7日超14日以内)

資料 43

■ 地域包括ケア病棟

続いて地域包括ケア病棟です。非常にすごいことになっています。(資料44)



■ 地域包括ケア病棟入院料のアウトカム

今まで一番高い点数は、2,558点でした。それが2,738点、1日1,800円上がっています。50床の病棟であれば、1日9万円上がる計算です。ということは30日で、270万上がりますから、これは真水で入ってくるので、全部利益になります。これを取らない手はないのです。逆にこれを取れないというのは、大丈夫ですかという感じです。

だからこういったところに機動力を発揮して、すぐに取りれる病院か、取れない病院かというのがやはり利益に差が出ます。私が関わっているところは、なぜか偶然、全ての病院で、すぐ点数が算定できるようになっていました。簡単に言うと、自宅からと、緊急入院と、次に出てくる施設基準のところでの在宅医療をやっていたりしたということがあったりします。(資料45)

入院

地域包括ケア病棟入院料のアウトカム

	在宅復帰率	必要度	自宅から	緊急入院	点数
入院料1	7割	必要度 I 10%	1割	3月で3人	2738点
管理料1					2738点
入院料2	7割	必要度 II 8%	1割	3月で3人	2558点
管理料2					2558点
入院料3	7割	A1点 Or C1点	1割	3月で3人	2238点
管理料3					2238点
入院料4	7割	A1点 Or C1点	1割	3月で3人	2038点
管理料4					2038点

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

資料 45

■ 地域包括ケア病棟入院料 1

施設基準は、まず許可病床が200床未満ということで、小さい病院対象です。200床未満という施設基準を斜めから読んでいくと、200床未満で、地域包括ケア病棟を持っているところは、このaからdをクリアしなければいけません。(資料46)

地域包括ケア病棟入院料1

- ・ イ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること
- ・ ロ 当病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- ・ ハ 許可病床数が200床未満の保険医療機関であること。
- ・ ニ 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上であること。
- ・ ホ 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが3月で3人以上であること。
- ・ ヘ 以下のa、b、c又はdのうち少なくとも2つを満たしていること。
- ・ a. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。
- ・ b. 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・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・指導料の算定回数が3月で100回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、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3月で500回以上であること。
- ・ c. 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料(I)又は(II)の算定回数が3月で10回以上であること。
- ・ d. 介護保険における訪問介護、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。
- ・ ト 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。

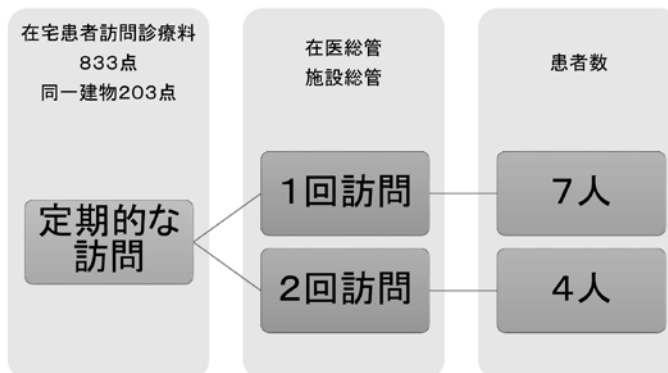
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,
All rights reserved

資料 46

■ a.当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。

ではどういうことかという、ここに書いてあるように、訪問診療料を3カ月で20回以上とかです。20回以上、aからdを2つクリアすればいいのです。月1回訪問であれば、7人いればいいし、月2回訪問だったら、4人でいいのです。このぐらいの緩い基準になっています。一番クリアしやすいのはこれです。(資料47)

a. 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上であること。

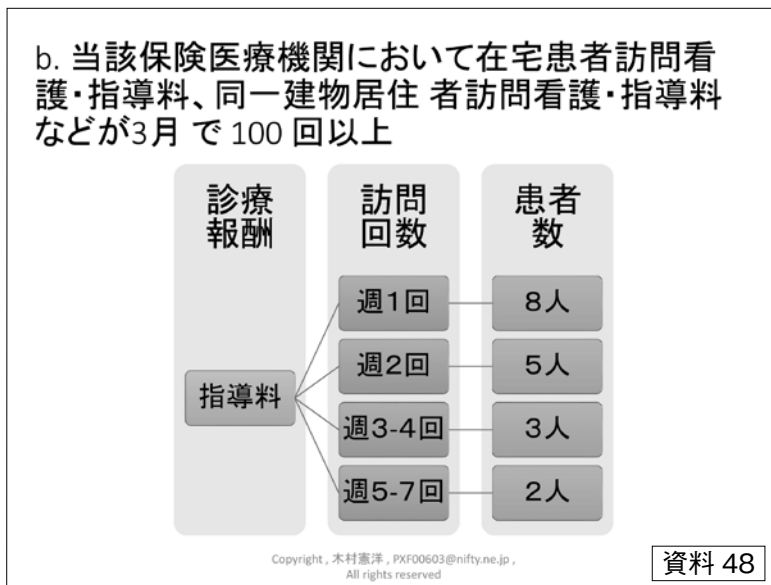


Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp,
All rights reserved

資料 47

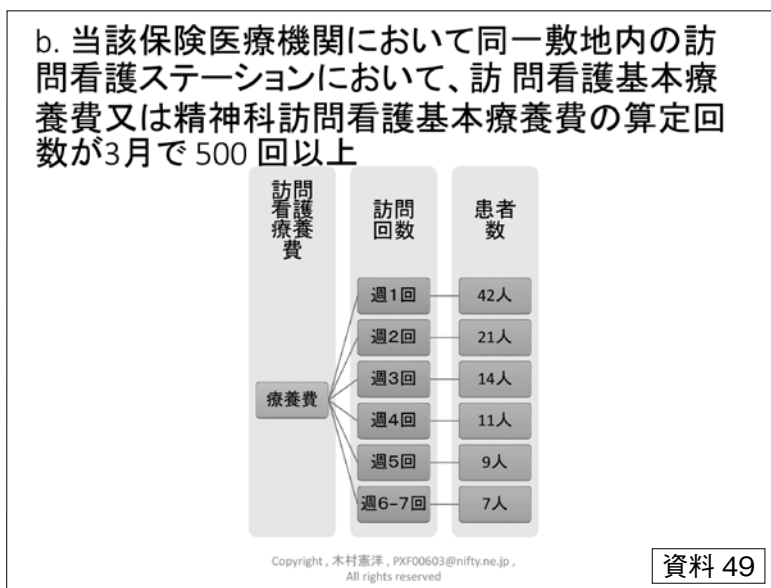
b.当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料などが3月で100回以上

もう1つはこちらです。外来から行く訪問看護です。それが週1回の患者であれば、8人抱えればよいということになっています。(資料48)



b.当該保険医療機関において同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、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3月で500回以上

そして訪問看護ステーションが同一敷地内にあれば500以上と書いてあるので、これでもいいです。開放型病院は普通は取れません。(資料49)



d.介護保険における訪問介護、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

もう1つ、すごく簡単なものがあります。介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハが同一敷地内で実施していること、これは訪問看護ステーションを作った時点で、普通はもう実施なのです。訪問診療をやる、訪問看護ステーションの届け出をやることで取れます。

そういう意味では、3ヵ月で20回、別に3月の中医協の答申が出た時点で、訪問診療料ですから、在総管と書いていないので、訪問診療を20回行っていけば、別にとれた話です。3月中にやったわけではなく、前々からたまたまやっていたというだけなのですが、そういう点数です。

だから機動力を上げてできたかどうかなのです。20件はそんなに大したことはありません。こういったことができるのと180点上がって、1ヵ月取り漏れると、50床であれば、270万損をしたという話です。5月に届け出ができなかったら、540万損をするというただそれだけです。全部利益ですから、もったいないです。そういったことができるかどうかなのです。(資料50)

d. 介護保険における訪問介護、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等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施していること。

- ・訪問介護と訪問看護、訪問リハビリテーション、などを同一敷地内の施設等で実施
 - ・みなし看護などで可能

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

資料 50

地域包括ケア病棟入院料

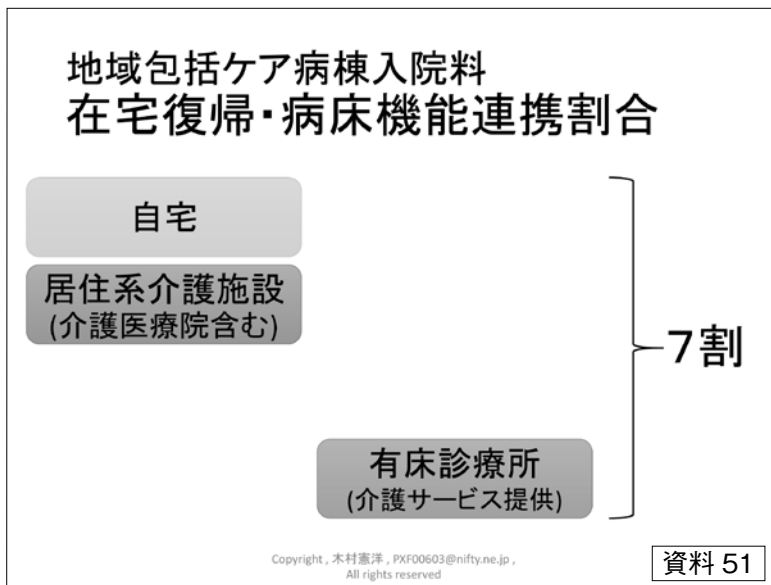
在宅復帰・病床機能連携割合

これでやはり少し一瞬思うのが、先ほどの機能強化加算とも絡んでくるわけです。先ほど20件なので、在宅を少しやらせようとしているということが見えるわけです。

もう1つあります。地域包括ケア病棟は、ここに老健と、療養の在宅復帰強化とあったのが、なくなりました。多分これは、地域包括ケア病棟で一番痛い話です。

自宅、もしくは居住系の介護施設、「介護医療院含む」と書いてありますが、ここで経営者は必ず思います。有料老人

ホームとサ高住をうちで持っていたら、在宅医療も取れるし、そして在宅復帰にもなるし最高ではないかと、多分そういう感じになります。そのようにこれから先、多分、中小病院も、優良、サ高住を必ず検討するようになります。(資料51)

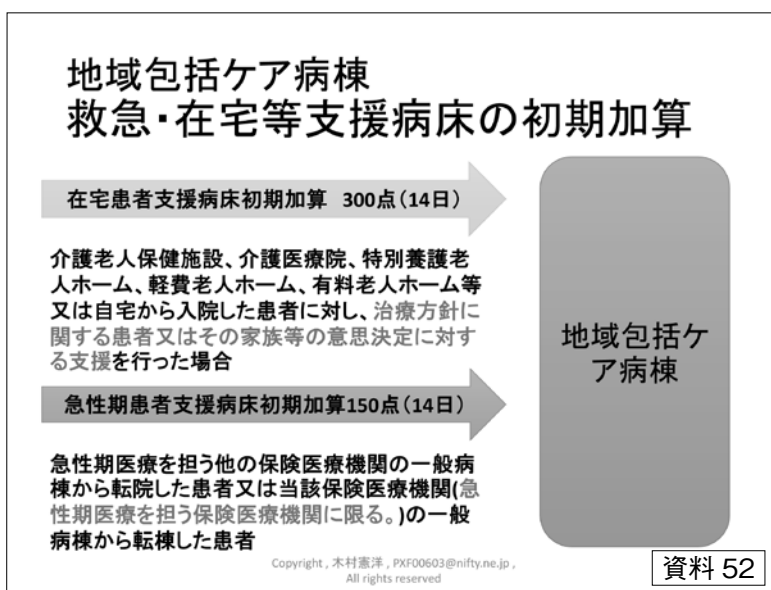


地域包括ケア病棟

救急・在宅等支援病床の初期加算

もう1つあります。在宅患者支援病床初期加算です。いわゆる在宅というところから患者を引き入れる、入院させる、直入ですと300点付きます。そうすると2,738点に300点付いて、3,038点です。さらに看護の50対1と助手の25対1の加算を乗せると3,338点になり、食事が乗ると3万5,000円コースです。

そういう意味では、この3万5,000円コースと、先ほどの1,126点の地域出来高病棟のどちらがいいかというのは、少し考えると分かるのです。そうすると早く転換しないと損をするという感じに間違いなくなっていくます。



こういったところで何がどういうふうに進んでいるか、そしてどのように自分たちの病院というのを動かしていけばいいかということを考えればいだけなのです。(資料52)

地域包括ケア病棟 看護職員夜間配置

またすごいことに、看護職員夜間配置加算で、16対1の加算が地域包括にも入りました。その代わりに、B14とB15も患者が3割以上という基準が入っていますが、それはそんなに大変ではありません。という、地域包括ケア病棟は、実は3万6,000円の世界に多分突入します。

自分たちの病院が3万6,000円になったら、もしかすると、内科系の7対1でもクリアできない可能性がありますので、そういうことを考えていくと、地域包括ケア病棟は少し高過ぎかなと、今回は私は思います。(資料53)

入院

地域包括ケア病棟 看護職員夜間配置

- **看護職員夜間配置加算 55点**
- **施設基準**
 - (1) 当該病棟又は病室を含む病棟において、夜勤を行う看護職員の数、常時16対1以上であること。
 - (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準(B項目のうち、「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」)を満たす患者を、3割以上入院させる病棟であること。
 - (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- **算定要件**
 - 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。

資料 53

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

回復期リハ病棟

地域包括ケア病棟が高くなって問題になるのは、回復期リハです。非常にかわいそうです。恐らく、これから地域包括ケア病棟に回復期リハから転換する病院というのは相当出てくると私は見えています。(資料54)

入院

回復期リハ病棟

回復期リハ病棟入院料

回復期リハ病棟

入院料1

➔

1

2

入院料2

➔

3

4

入院料3

➔

5

6

アウトカム
クリア

資料 54

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

回復期リハとアウトカム

それは何かと言うと、アウトカムをクリアするかしないかで、まず点数が分かれた部分があります。先ほど言ったように、3万4,000円くらいまで点数が上がる地域包括ケア病棟と、回復期リハの1ですら、1万5,000円ぐらゐの差があります。

人をたくさんリハで投入した挙句、脳血管疾患でも4万円とか言われている時代に、地域包括が、別にリハを投入しなくても、4万円ぐらゐ、3万6,000円行ってしまうところはどゆするのかということとは必ず考えます。

だからもしかすると、ここら辺の回復期3から下というのは、地域包括にしようと思つていてるところは相当多いと思つます。施設の建物の基準はそんなに変わりません。回復期リハをつぶすつもりなのもあるのかなと一瞬思つます。

これからもしかすると、PTとかが余るかもしれません。管理するのが大変だと思つた瞬間に、別に地域包括ケア病棟でもいいので、そのような動きが間違いなく出てくるだろうと思つています。(資料55)

施設基準	実績指数	在宅復帰	点数
回復期リハ1	37	7割以上	2085点
回復期リハ2			2025点
回復期リハ3	30		1861点
回復期リハ4			1806点
回復期リハ5	30		1702点
回復期リハ6			1647点

入院

回復期リハとアウトカム

廃止
リハビリテーション充実加算
重症度、医療・看護必要度の基準

追加
専任の管理栄養士常勤1名(回復期リハ1:努力義務)

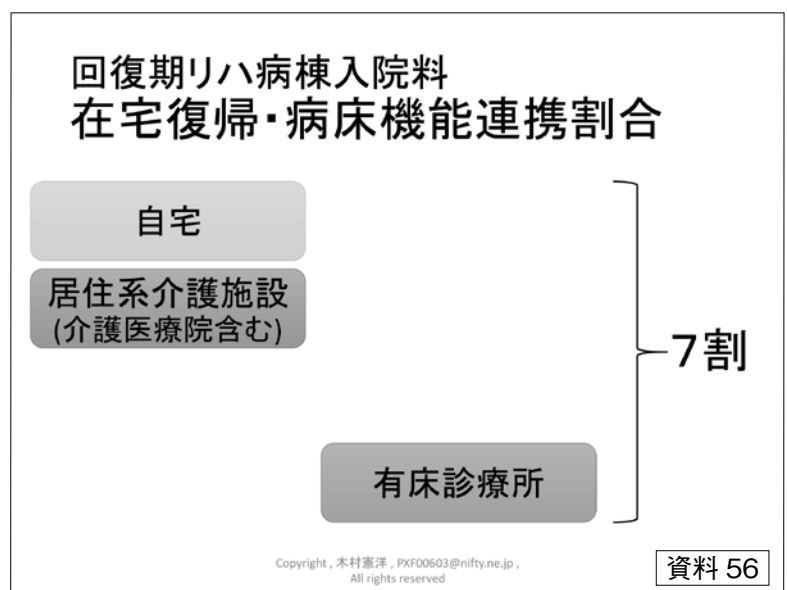
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved

資料 55

回復期リハ病棟入院料

在宅復帰・病床機能連携割合

在宅復帰に関しても、基本的には地域包括と同じになっています。(資料56)



■ 回復期リハ病棟専従要件の緩和

回復期リハの専従要件のところで、専従の人たちが外来を見てもいいとされています。それは実績指数が37以上である必要があるとなっています。

(資料57)

入院

回復期リハ病棟専従要件の緩和

- **施設基準: 通則**
 - 当該病棟に専従の常勤理学療法士が2名以上、常勤作業療法士が1名以上配置されていること。(回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2にあっては専従の常勤理学療法士が3名以上、常勤作業療法士が2名以上、常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。)
 - ただし、以下のア及びイを満たす場合に限り、専従の規定にかかわらず、当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟に入院中の患者に対してB007 退院前訪問指導料の算定及び当該病棟から退院して3か月以内はC006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定並びに外来におけるリハビリテーションの提供が可能である。
 - アリハビリテーション実績指数が37以上である。
 - イ当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施している。

資料 57

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

■ 回復期リハ病棟と栄養管理

そしてもう1つは入院食事栄養指導料は回復期リハ1のところだけ算定してもいいということです。また回復期リハ1のところは管理栄養士を、努力義務ですが1人付けるというようところが入っています。

6年我慢すれば、回復期リハ1は、周りがいなくなるので、点数で結構いい思いができるのではないかという気はしています。だから無駄なりハをしないようにという方向にどンドンなっていくのだと思います。(資料58)

入院

回復期リハ病棟と栄養管理

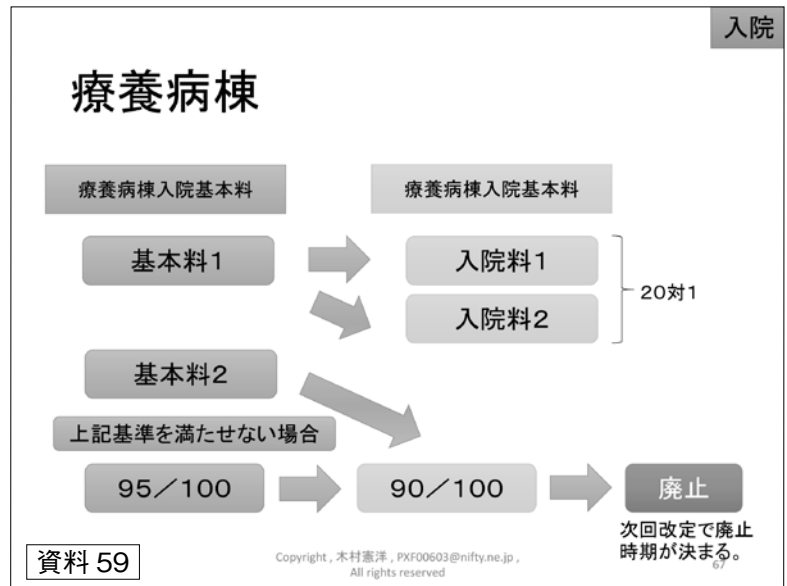
- **算定要件: 回復期リハ病棟**
 - (1) リハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえた計画を作成すること。なおその際、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目(※)については、必ず記載すること。
 - (※) リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書に、栄養状態等の記入欄を追加。
 - (2) 管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを、共同して行うこと。
 - (3) 栄養障害の状態にある患者、栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者その他の重点的な栄養管理が必要な患者については、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うこと。
- 入院食事栄養指導については、「回復期リハ病棟1」で算定可能となる。

資料 58

専任の管理栄養士常勤1名(回復期リハ1: 努力義務)
All rights reserved

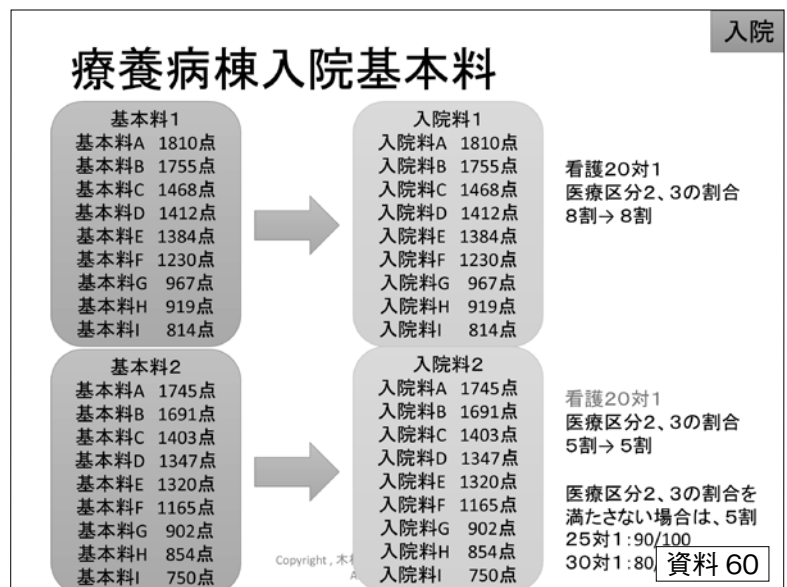
療養病棟

一番かわいそうなのは、療養です。基本料という名前から、入院料という名前になりました。25対1だったのが、全部20対1になりました。気付いたらさくっと25対1が廃止になっていました。(資料59)



療養病棟入院基本料

これを見ていくと分かるのですが、全く点数が変わらず、25対1が20対1になっています。簡単に言うと、人件費を余計にかけなくてははいけません。だから入院料2というのは、そもそももう要らないといわれているので、8割にして、入院料1にしていくということが求められているのは間違いありません。(資料60)



療養病棟における看護体制加算

療養病棟も16対1という基準が夜間にできました。35点です。こちらに関しては、看護師1そしてそれ以外は助手でもいいということで、16対1の基準ができました。(資料61)

入院

療養病棟における看護体制加算

- **夜間看護加算** 35点(1日)
- **施設基準**
 - 夜勤を行う看護要員の数は、常時 16 対1以上であること。
 - ADL区分3の患者を 割以上入院させる病棟であること。
 - 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- **留意事項**
 - 夜間看護加算は、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16 対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護要員の最小必要数を超えた看護職員1人を含む3人以上でなければ算定できない。
 - 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

資料 61

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

褥瘡管理関連2

褥瘡はアウトカムが下回ったら、5点になります。(資料62)

入院

褥瘡管理関連2

療養病棟入院基本料加算(有床診療所も可)

注4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態の場合は、当該基準に従い、当該患者につき、褥瘡評価実施加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

➔

注4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 褥瘡対策加算1 15点
ロ 褥瘡対策加算2 5点

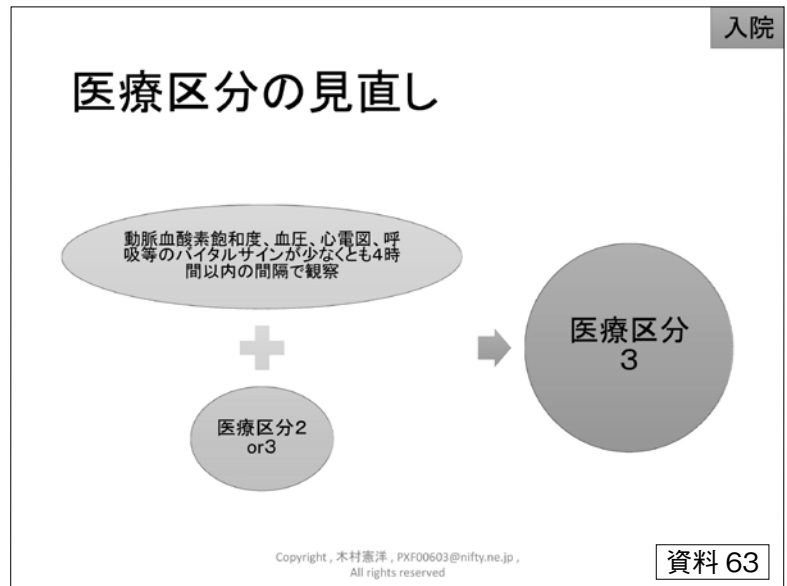
[留意事項]
患者の褥瘡の状態を、DESIG N-R分類を用いて定期的に評価し、下記の要件に該当する場合に算定する。
ア DESIGN-Rの合計点が直近3か月連続して前月の合計点に比べ上回っていない場合は、褥瘡対策加算1を当該月から算定すること。
イ DESIGN-Rの合計点が直近3か月連続して前月の合計点に比べ上回った場合は、褥瘡対策加算2を当該月から算定すること。なお、入院後暦月で3月を超えない限り、褥瘡対策加算1を算定すること。

資料 62

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

医療区分の見直し

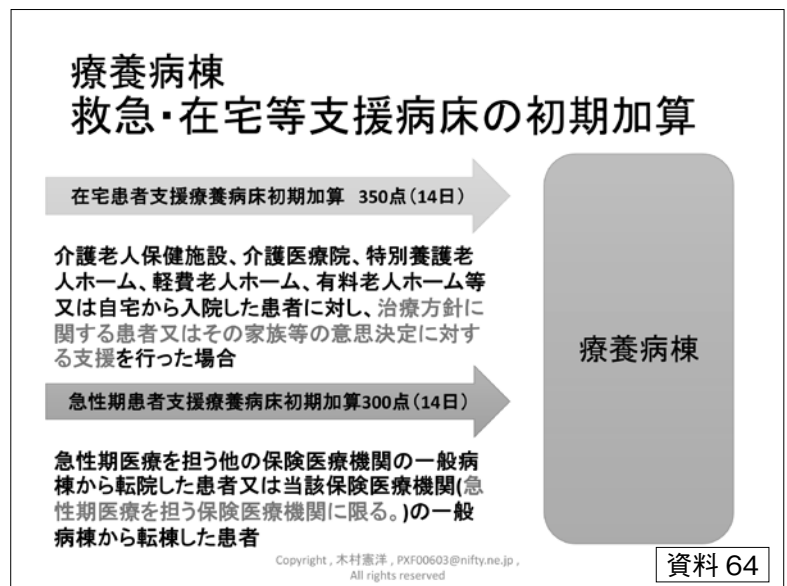
もう1つ療養病棟に関しては、今まで4時間間隔で観察が必要な人というのが医療区分3だったのが、今度は医療区分2と3が絡まないと3になりません。こういったところが厳しいのではないかと思います。(資料63)



療養病棟

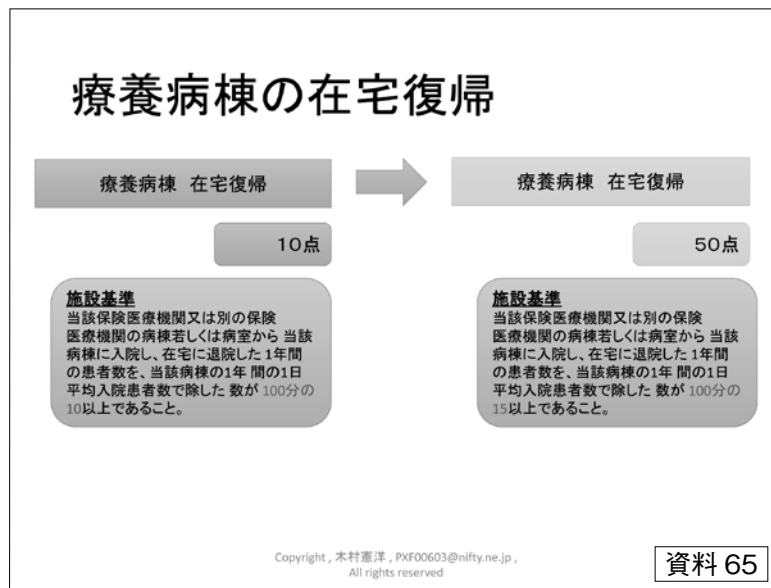
救急・在宅等支援病床の初期加算

在宅から受け入れると350点で、急性期の病院から受け入れると300点ということで、14日間付きます。要は療養病棟も回転させていくということで、収入が上がっていくことになります。(資料64)



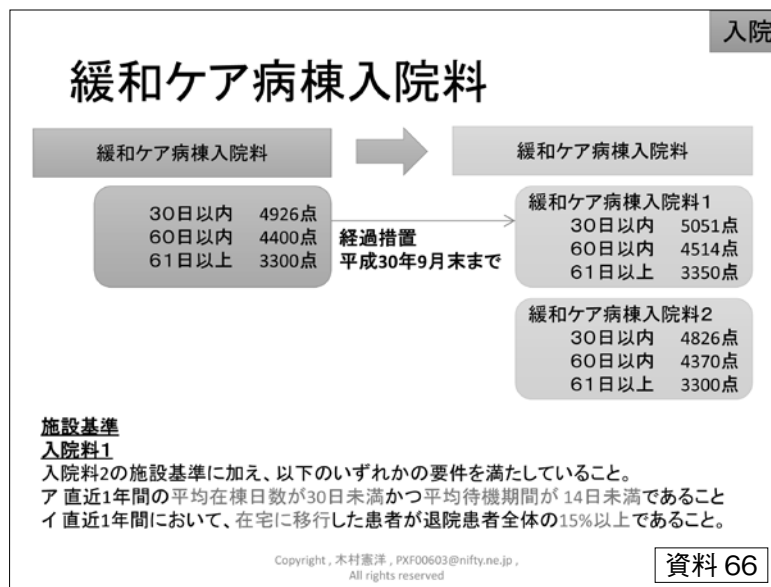
療養病棟の在宅復帰

そしてもう1つ回転させるために重要なのは、療養病棟は今まで在宅復帰の加算10点だったのですが、50点になっています。その代わりに、よく見ると分かるのですが、回転が10%だったのが、15%になっています。より多くの患者を外出ししていかなければなりません。外に出したら受け入れる350点がもらえるというような形になっていきます。(資料65)



緩和ケア病棟入院料

緩和ケアに関しては、今回1というのが新しくできました。どちらを取るかという問題になっていきますが、より高い点数を取るためには、中に入っている日数が平均で30日未満、そして平均の待機期間が14日以内ということになっています。こちらも在宅復帰の移行が重要になっていきます。だからホスピスも最後までずっとではなく、ときどき家に帰ったりするというイメージの建て付けになっています。(資料66)

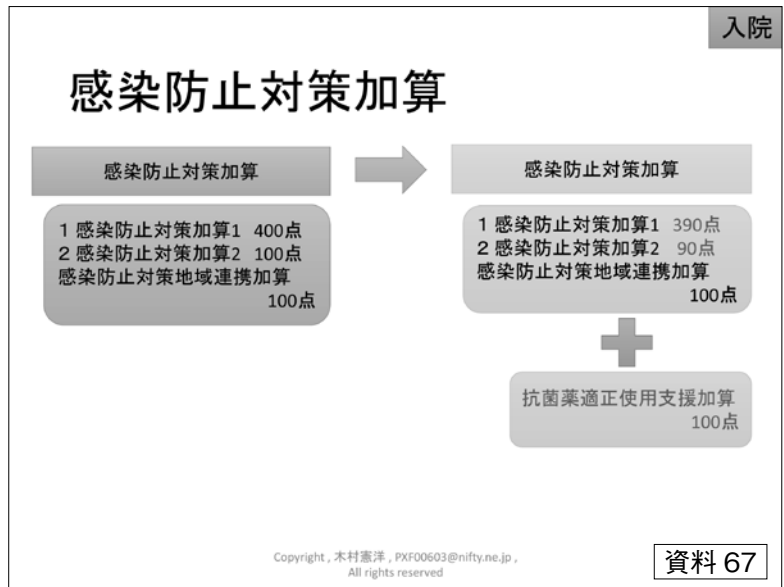


■ 感染防止対策加算

感染防止対策加算

抗菌薬適正使用支援加算 100点

一番重要なのは感染防止対策加算の抗菌薬適正使用加算です。100点が付ききます。微妙に点数を下げています。感染1とか2は10点ずつ下げて、今度抗菌薬の適正使用加算というものが100点できています。(資料67, 68)



入院

感染防止対策加算 抗菌薬適正使用支援加算100点

- ・ 算定要件
 - ・ 院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行っていること
- ・ 施設基準
 - ・ (1) 感染防止対策地域連携加算を算定していること。
 - ・ (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。
 - ・ 1 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)
 - ・ 2 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
 - ・ 3 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
 - ・ 4 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
 - ・ 1に定める医師又は2に定める看護師のうち1名は専従、3に定める薬剤師又は4に定める臨床検査技師のうち1名は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。

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

資料 68

■ 抗菌薬適正使用支援チームの業務

簡単に言うと、何をやるかのところになります。要はカルバベネムとか、第3世代以上のセフェム系の薬等が出たら、患者個別に、チームでモニタリングをするということです。モニタリングは大変だというのがポイントです。チームを作らせて、薬剤師がいる、看護師がいる、そこでモニタリングを全部させるのです。これは逆の見方です。させられるから大変だから、先生を出さないようにしろということを進めようとしているのではないかという感じがあります。

そういう意味では、要はこれから先、抗菌薬の使用をいかに減らしていきたいかという国の若干嫌がらせという感じがあります。点数を取るか取らないかという問題があるのですが、これを取れる病院はあまりないというところもあります。そこがこれから先、届出がどうなっていくかというところです。(資料69)

入院

抗菌薬適正使用支援チームの業務

- 1 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状態に応じて設定する。
- 2 感染症治療の早期モニタリングにおいて、1で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
- 3 適切な検体採取と培養検査の提出(血液培養の複数セット採取など)や、施設内のアンチバイオグラム作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- 4 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- 5 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
- 6 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。
- その他: 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談を受けている。

資料 69

■ 医療安全対策加算

医療安全と地域連携

医療安全も地域連携の時代となるということで、新しい地域連携の加算が50点、20点というものができました。(資料70, 71)

入院

医療安全対策加算

医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1 85点
2 医療安全対策加算2 35点

➔

医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1 85点
2 医療安全対策加算2 30点

+

医療安全対策地域連携加算

イ医療安全対策地域連携加算 50点
ロ医療安全対策地域連携加算 20点

資料 70

医療安全と地域連携

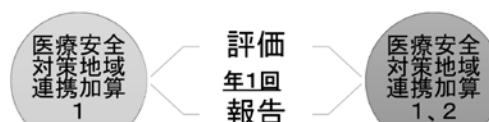
・医療安全対策加算(入院初日)

・注 医療安全対策地域連携加算

- ・イ 医療安全対策地域連携加算1 50点
- ・ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点

・算定要件

- ・医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っていること。



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

資料 71

医療安全対策地域連携加算

簡単に言うと、医療安全Iを取っているところは、地域連携も1となります。1と1の連携ということも可能です。年に1回評価・報告をしなければなりません。

医療安全と感染症に関しては、地域で連携をして情報共有をしていくということになっています。医療安全の地域連携加算は、専任の医師が必要となります。(資料72)

医療安全対策地域連携加算

・医療安全対策地域連携加算1 50点

- ・(1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- ・(2) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。
- ・(3) 医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。
- ・(4) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

・医療安全対策地域連携加算2 20点

- ・(1) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- ・(2) 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。
- ・(3) 医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

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

資料 72

■ データ提出加算

国がいろいろデータ分析をしています
が、データベース加算がまた上がります。
30点上がって、未コード化傷病名の使用
割合が10%未満の場合は20点付くとい
うことで、実質的には50点付きます。1
入院50点プラスになります。簡単に言
うと、データ売って、自分たちの診療
報酬改定の首を絞めるということが今後
どんどん続いていきます。(資料73)

入院

データ提出加算

データ提出加算 I
200床以上の病院の場合 120点
200床未満の病院の場合 170点

データ提出加算 II
200床以上の病院の場合 130点
200床未満の病院の場合 180点

提出データ評価加算
注 未コード化傷病名の使用割合
が10%未満の場合 20点

データ提出加算 I
200床以上の病院の場合 150点
200床未満の病院の場合 200点

データ提出加算 II
200床以上の病院の場合 160点
200床未満の病院の場合 210点

資料 73

経過措置
 データ提出加算の1のロ又は2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれら
 の規定に基づく届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床以上の
)については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の通りとする。

■ データ提出加算の義務化

今回、データベースが義務化されると
ころが、急性期4から7ということで、
10対1は全部です。それと回復期リハも
4までです。これで大体網羅された感じ
になります。やはりこういう点数はもら
えるうちに早くもらっておいたほうがい
いです。もらってどうせデータ提出をさ
せられるので、皆さんで早めに収入を確
保しておくということです。(資料74)

入院

データ提出加算の義務化

- 急性期一般入院料4、5、6、7
- 特定機能入院基本料10対1
- 専門病院入院基本料10対1
- 回復期リハ病棟1、2、3、4
- 200床以上
 - 療養病棟入院料1、2
 - 回復期リハ病棟5、6

経過措置
 平成30年3月31日において、一般病棟入院基本料(10対1)、療養病棟入院基本料、
 特定機能病院入院基本料(一般病棟10対1)、専門病院入院基本料(10対1)及び回
 復期リハビリテーション病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関にお
 いては、平成31年3月31日までの間(許可病床50床未満又は1病棟のみを有する保
 険医療機関においては、平成32年3月31日までの間)に限り、当該施設基準を満たし
 ているものとみなす。

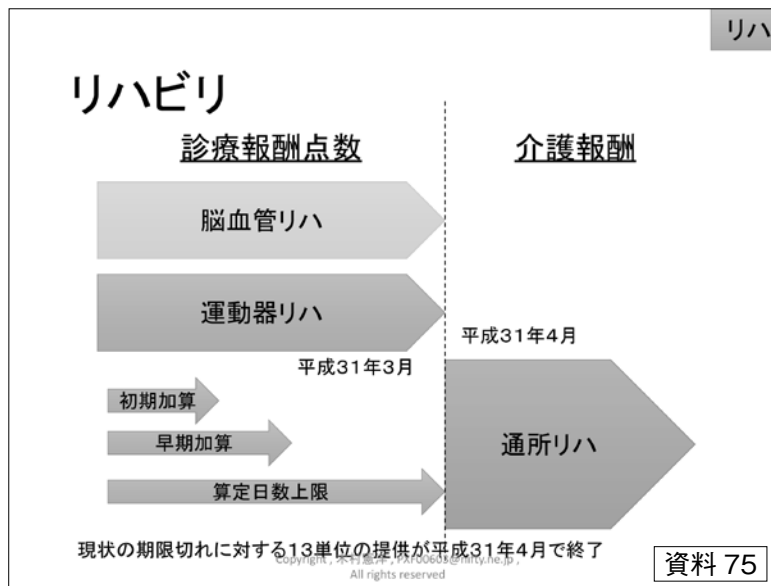
Copyright, 木村憲洋, PXF00603@nifty.ne.jp, All rights reserved.

資料 74

リハビリ

続いてリハです。リハが期限切れの方についてです。脳血管疾患など180日とか、運動器150日というものがありますが、期限が切れると、1カ月13単位ということになります。平成31年3月末で、この期限切れの患者の面倒は見ないということになります。つまり自費、もしくは介護保険でやるかのどちらかになります。

国は通所リハを用意していて、通所リハの施設基準を緩くしようということで、介護保険でも書いてあるのですが、リハ室を、通所リハと一体的に運営してよいとなっています。ということは、要介護、もしくは要支援を持っている人は、リハの期限が切れ、デイケアで使えるとき、まず人も融通できますし、リハの機械も融通できるということが今回書かれています。(資料75)



リハビリの算定日数

一番困るのは、多分病院で今まで医療保険でリハをやっていた方が、今度介護の給付になった瞬間に給付の上限額というのがありますので、外の事業者が影響を受ける可能性が出てくるのではないかと思います。病院、クリニックと取り合いになる可能性はあり得ると思います。そういったところで、若干デイサービスと、病院が作ったりするデイケアとフリクションが起きる可能性は出てくるのではないかと思います。(資料76)

■ リハビリの算定日数上限の除外

一応除外規定もあります。(資料77)

リハ

リハビリの算定日数上限の除外

- ・算定日数の上限の除外対象の追加
 - ・ 軸索断裂の状態にある末梢神経損傷(発症から1年以内のもの)
 - ・ 外傷性の肩関節腱板損傷(受傷後180日以内のもの)
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟を退棟した日から起算して3月以内の患者(在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。)

資料 77

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

■ リハビリテーション計画書関連

リハの計画書関連ですが、今まで100点だったのが、リハの事業所が絡むと275点あげるとか、総合計画評価料に関しても、介護と一体的で簡単なものであれば、300点だったものが240点でいいというようなものがあったりします。(資料78)

リハ

リハビリテーション計画書関連

リハビリテーション総合計画提供料

➔

リハビリテーション総合計画提供料

100点

提供料1 275点

電子化連携加算 5点

提供料2 100点

算定要件

提供料1
脳血管疾患等リハビリテーション料・廃用症候群リハビリテーション料・運動器リハビリテーション料を算定する患者であって、介護保険のリハビリテーションの利用を予定している者について、介護保険のリハビリテーション事業所にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

提供料2
入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する入院中の患者であって、発症等から14日以内に退院する者について、退院後のリハビリテーションを担う医療機関にリハビリテーション実施計画書等を提供した場合

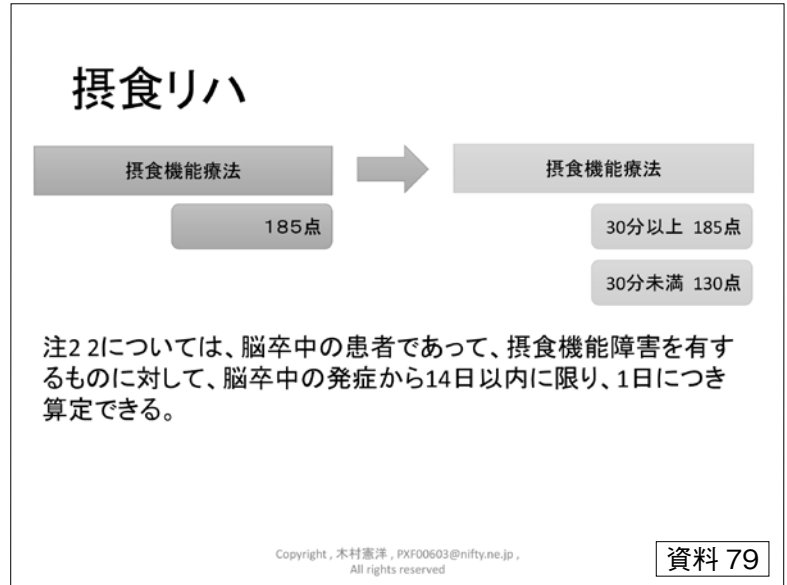
資料 78

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

■ 摂食リハ

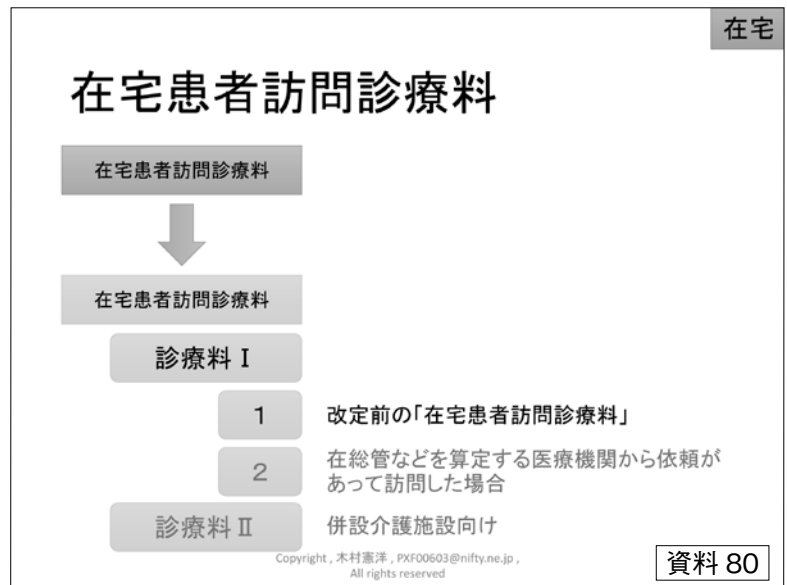
いかに肺炎にしないかというところが重要ですが、今度30分未満というものができました。脳卒中で入院した場合、14日以内だと130点です。ということは、これは安い点数を取るのかという問題ではなく、30分未満というのは、1分も30分未満ですから、口腔ケアをしましょうと。5分だと少しクレームが来るかもしれませんので、10分でも15分でもやるのです。そうすればそれによって肺炎が防げれば大きい効果があるだろうということです。そういったところがいろいろ手が加えられているので、こういったものをきちんと捉えて、摂食リハをやっていくということが重要だと思います。

看護師がよく食事介助に付いて、口腔清拭をしてなどとやっていますが、30分付いているわけではありません。だからそういったところに点数が付くというイメージです。(資料79)



■ 在宅患者訪問診療料

在宅医療ですが、少し大変です。今までの点数はIの1となって、今度新しくできたのが、Iの2とIIです。(資料80)



■ 在宅患者訪問資料料 I - 2

1の2は、訪問診療に行っているクリニックがあって、主たるものが例えば内科だったとしたら、整形の先生にクリニックに行ってもらいたいというとき、Iの2で算定します。そういった点数、在総管は取れないのですが、往診料よりは高くていいということです。多分データ分析などを使うかもしれません。

(資料81)

在宅

在宅患者訪問診療料 I - 2

在宅時医学総合管理料
在宅患者訪問診療料

在宅患者訪問診療料 I - 2
同一建物居住者以外 830点
同一建物居住者 178点

[算定要件]
 在総管、施設総管又は在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の医療機関の依頼を受けて訪問診療を行った場合に、一連の治療につき6月以内に限り(神経難病等の患者を除く)月1回を限度として算定する。

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

資料 81

■ 在宅患者訪問診療料 II

もう1つは併設の医療機関です。クリニックで優良とかを持っているところは133点、週3回限度になるということで、非常に大変です。(資料82)

在宅

在宅患者訪問診療料 II

- 併設する介護施設等の入居者の場合144点(1日)
- 算定要件
 - 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、その同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に、当該患者1人につき週3回を限度として算定する。

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

資料 82

在総管と施設総管の加算

在宅の今回のクリニックのポイントは、150点の包括的支援加算をいかに取るかです。要介護2以上、自立度ランクⅡb以上、週4回以上の訪問看護の患者をいかに見ていくかになります。(資料83)

在宅

在総管と施設総管の加算

- **包括的支援加算** 150点(月1回)
- **対象患者**
 - 要介護2以上に相当する患者
 - 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
 - 週4回以上の訪問看護を受ける患者
 - 訪問診療時又は訪問看護時に処置(簡単な処置を除く)を行っている者
 - 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理等の処置を行っている患者
 - その他、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

資料 83

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

在宅時医学総合管理料 —機能強化型在支診・病—

なぜかという、在総管の月2回というものです。重症の方は何も変わっていません。月2回の方は100点下げています。ということは、要介護2になると50点上がるということです。建て付けがそういうふうになっています。

今回は、麻酔も含めて、100点下げて150点上げるという手法が多いです。そういったところがあります。(資料84)

在宅

在宅時医学総合管理料 —機能強化型在支診・病—

<ul style="list-style-type: none"> • 病床を有する場合 • 月2回 <ul style="list-style-type: none"> • 1人 4600点 • 2-9人 2500点 • 10人 1300点 • 月1回 <ul style="list-style-type: none"> • 1人 2760点 • 2-9人 1500点 • 10人 780点 		<ul style="list-style-type: none"> • 病床を有する場合 • 月2回 <ul style="list-style-type: none"> • 1人 4500点 • 2-9人 2400点 • 10人 1200点 • 月1回 <ul style="list-style-type: none"> • 1人 2760点 • 2-9人 1500点 • 10人 780点
--	--	--

100点 ↓

資料 84

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

■ 往診料等の取扱い

往診料については、往診に来てと言われたら、可及的速やかにとなっています。記録をきちんとやっておかなければなりません。施設ですと、まず往診から入って、訪問診療料を取るというオペレーションをやっていると思いますが、そういったところに対するけん制が若干入りました。(資料85)

在宅

往診料等の取扱い

- 往診料
 - ・ 往診料は、患者又は家族等患者の看護・介護に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。
- 緊急往診加算
 - ・ 緊急往診加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害若しくは急性腹症等が予想される患者又は医学的に終末期であると考えられる患者(当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。)をいう。
- 夜間・休日加算、深夜加算
 - ・ 夜間(深夜を除く。)とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日加算及び深夜加算は算定できない。

資料 85

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

■ 在宅ターミナルケア加算

在宅ターミナルケア加算は、看取ったときですが、5,000円上がっています。(資料86)

在宅

在宅ターミナルケア加算

在宅ターミナルケア加算

➔

在宅ターミナルケア加算

1.機能強化
病床を有する 6000点
有しない 5000点

2.在宅療養支援 4000点

3.その他 3000点

●有料老人ホーム等以外

1.機能強化
病床を有する 6500点
有しない 5500点

2.在宅療養支援 4500点

3.その他 3500点

●有料老人ホーム等

1.機能強化
病床を有する 6500点
有しない 5500点

2.在宅療養支援 4500点

3.その他 3500点

算定要件追加

ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

資料 86

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

■ 在宅がん医療総合診療料

在宅がん医療総合診療料に関しては、今までこの赤い文字はありませんでした。「医学的に末期であると判断した段階で」ということで、今までこの末期というのは何かというものがあつたのですが、医者が「末期」と言ったら末期であるということをちゃんと書いたということです。1年生きても、医者が「末期」と言ったら末期なので、算定はできます。

居宅介護支援事業所に情報提供をしなければいけないということがあります。(資料87)

在宅がん医療総合診療料

在宅

・算定要件追加

- ・悪性腫瘍の患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する居宅介護支援事業者に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、情報提供すること。

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

資料 87

■ 在宅療養中のがん末期の酸素療法

在宅ターミナルケアで酸素療法加算で2,000点が付いています。末期の方に関しては、点数がだいぶ付くようになりました。(資料88)

在宅療養中のがん末期の酸素療法

在宅

・在宅ターミナルケア加算

- ・酸素療法加算 2000点

・算定要件

- ・がん患者であつて、在宅ターミナルケアを行っている者に対し、酸素療法を行っていた場合に所定点数に加算。

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

資料 88

医療機関と訪問看護

訪問看護ステーションで、共同指導料が6,000円だったのが、8,000円になります。特別な関係のところは取れませんが、取れるようになりますので、もうがんがんやりましようという話です。(資料89)

在宅

医療機関と訪問看護

- 退院時共同指導加算(訪看)6000円→ 8000円
- 退院時共同指導料
- 在宅患者連携指導加算(訪看)
- 在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪看)

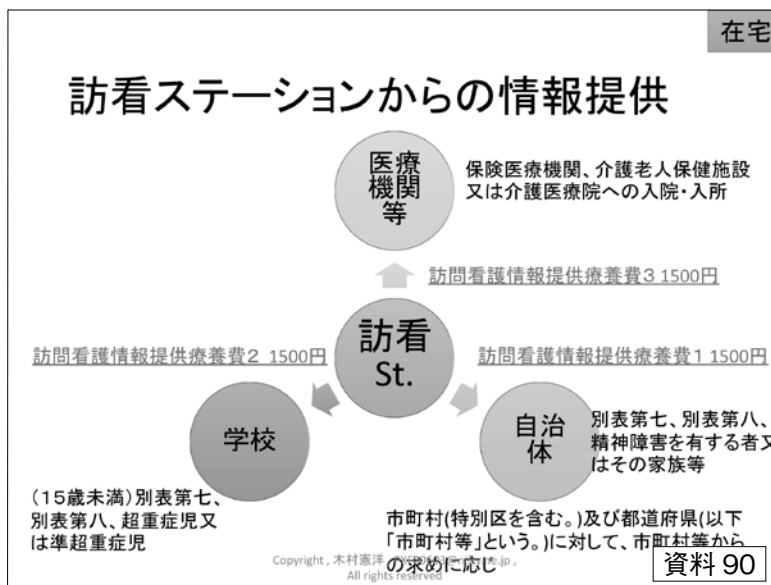
- 訪問看護ステーションと特別の関係でも算定できるようになった。

資料 89

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

訪問看護ステーションからの情報提供

情報提供のところは整理されました。(資料90)



機能強化型訪問看護管理療養費3

今回、医療の訪問看護ステーションの部分ですが、機能強化型の訪問看護管理療養費3というものが今回できました。機能強化3ができたのです。今までは1と2です。1は、1万2,400円、2は、9,400円、今度3が、8,400円というものができました。

しかし、これは大したことはありません。元々、1回目の訪問で、7,400円もらえます。1回目の訪問で1,000円上げるとい話です。だから施設基準は緩いのです。

元々、訪問看護ステーションを作るとき、2.5以上だから、大体3人ぐらいで作るのですが、4以上ということで、もう1人入れるのと、あとは重症の方が少しいたら取れるという感じになっています。基本的には、機能強化の入門編ということになっています。(資料91)

機能強化型訪問看護管理療養費3

在宅

- 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師の数が4以上であること。 **8400円**
- 24時間対応体制加算を届け出ている。訪問看護ステーションと同一開設者で同一敷地内に医療機関がある場合は、営業時間外の利用者・家族からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該医療機関の看護師が行うことができる。
- 特掲診療料の施設基準等の別表第七に該当する者、別表第八に該当する者又は重症な精神科疾患を有する者が月に10人以上、若しくは、複数の訪問看護ステーションと共同して訪問看護を提供する重症な利用者が月に10人以上。
- 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- 訪問看護ステーションと人材交流する医療機関以外の保険医療機関との間において行われる退院時共同指導の実績があること。
- 訪問看護ステーションと同一開設者で同一敷地内に医療機関がある場合は、利用者のうち、当該医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合が1割以上。
- 地域の医療機関の看護職員が訪問看護ステーションにおいて、一定期間勤務する等、訪問看護ステーションと当該医療機関との間での看護職員の相互交流による勤務の実績があること。
- 地域の医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修を年に2回以上実施していること。
- 地域の訪問看護ステーションや住民に対する訪問看護に関する情報提供 **資料 91** 施していること。

24時間対応体制加算

24時間対応体制加算のところですが、連絡体制加算、電話を取るという加算があったのですが、それは廃止になりました。今回、対応体制になったので、行くということです。行くところが評価されるというところで一本化されました。

対応体制になると、若干、夜間の連絡体制のところとかがちゃんとしていないとまずいかもかもしれません。(資料92)

24時間対応体制加算

在宅

24時間連絡体制加算 廃止

24時間対応体制加算



24時間対応体制加算

1つの訪問看護ステーションが算定

算定要件追加

必要時の緊急時訪問に加えて、営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者や家族への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するものである。

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

資料 92

■ 訪問看護ステーションとリハビリ

リハビリ単独は基本駄目、評価は看護師がするというところが入りました。最初はすごく厳しくするぐらいの勢いだったのですが、最後のほうは、計画書ができていればいいぐらいになってしまったので、あまり大した話ではありません。ただし、介護保険のところでは、単位が下がったりしているので、これから先、訪問看護でリハビリ単独のところというのは、どんどん収入が減るように持っていかれるのは間違いありません。(資料93)

在宅

訪問看護ステーションとリハビリ

- ・訪問看護療養費**
 - ・理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員(准看護師を除く。)と理学療法士等が連携し作成すること。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたっては、訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ定期的な看護職員による訪問により利用者の状態の適切な評価を含むこと。

資料 93

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

■ 訪問看護ターミナルケア療養費

これも看護です。5,000円上がっています。(資料94)

訪問看護ターミナルケア療養費

訪問看護ターミナルケア加算	➔	訪問看護ターミナルケア加算
20000円		25000円
在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算 同一建物居住者訪問看護・指導料 同一建物居住者ターミナルケア加算	➔	在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算 同一建物居住者訪問看護・指導料 同一建物居住者ターミナルケア加算
2000点		2500点

算定要件追加
ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人と話し合いを行い、患者本人・家族の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

資料 94

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

機能強化型の診療所等と訪問看護ステーションの実績

これは実績要件です。診療所と訪問看護ステーションの機能強化ですが、6ヵ月以上見ていた患者は、どこかに入院して7日以内に死亡した場合は、実績にカウントしてよくなります。お金をあげるという話ではなく、カウントしてよいということだけです。(資料95)

機能強化型の診療所等と訪問看護ステーションの実績

在宅

・診療所等

- ・6月以上の訪問診療を実施した患者であって、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又はオにおける受入医療機関で7日以内の入院を経て、死亡した場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

・訪問看護ステーション

- ・6月以上の指定訪問看護を行った利用者であって、あらかじめ聴取した利用者・家族の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関の病床で死亡した利用者数

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

資料 95

ICTと医療

もう1つは、皆さんが気になっているとは思いますが、オンライン診療です。遠隔診療でだいぶ秋ごろはすごく騒がれていました。(資料96)

ICTと医療

ICT

・遠隔診療

- ・オンライン診療と医学管理、在宅管理
- ・精神科オンライン在宅管理

・遠隔モニタリング

- ・在宅持続陽圧呼吸療法、在宅患者酸素療法

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

資料 96

遠隔診療

オンライン診療概要

遠隔診療

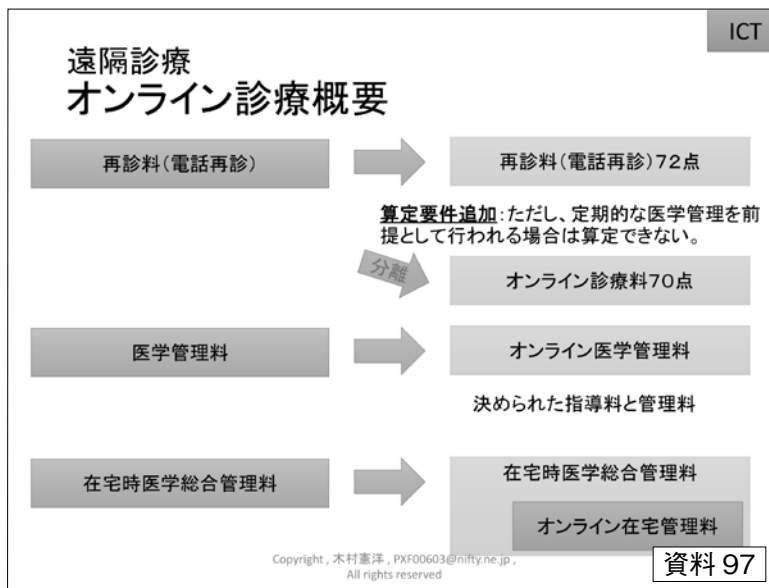
オンライン診療概要 70点

今回、基本的には算定できません。なぜかということがいくつかあります。今までは電話再診で72点取っていました。今回はオンライン診療料ということで、一本化されます。それにプラスオンライン医学管理料ということで、70点プラスが、ここは100点なので、100点になっていきます。

ではオンライン診療料がどれだけいいのかということを見ていきます。まず初診から6ヶ月以上経過した患者ということで、腹痛は無理、風邪も無理です。6ヶ月間、風邪をひいていたならそれはおかしい、違う病気です。

もう1つあるのは、連続で3ヶ月は駄目です。よく見たら、オンライン診療料算定可能は患者というのは、この管理料を取っている人のみです。風邪は無理だと分かります。

そもそも70点と点数が低いです。そしてこのオンライン診療料の100点になる部分ですが、この管理料はととも点数が高いものですから、基本的にはやりたくないものになります。(資料97, 98)



ICT

遠隔診療
オンライン診療料 70点

・算定要件

- ・(1)別に定めるオンライン診療料が算定可能な初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る初診から6ヶ月以上を経過した患者(初診から6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る。)に対して、オンラインによる診察を行った場合に算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。
- ・(2)患者の同意を得た上で、対面による診療(対面による診療の間隔は3月以内に限る。)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付していること。
- ・(3)当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行うこと。
- ・(4)オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。
- ・※オンライン診療料を算定する場合の処方箋料の取扱い等については、有効性及び安全性等に配慮し、別に定める。

オンライン診療料が算定可能な患者
特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料又は精神科在宅患者支援管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る初診から6ヶ月以上を経過した患者

資料 98

施設基準(オンライン診療料)

施設基準があります。緊急時におおむね30分以内に診察可能な体制と書いてあります。もう1つは「オンライン診療料の算定回数に占める」と書いてありますが、再診料、要は外来がいっぱい来ていて、そのうちの1割までだったらいいということです。外来の再診を受けている人の1割だったらいいと書いてありますので、そういう意味では、オンライン診療特化とかはまず無理です。(資料99)

施設基準(オンライン診療料)

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。(ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。)
- (3) 当該保険医療機関において、一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

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

資料 99

遠隔診療

オンライン医学管理料 100点

施設基準(オンライン医学管理料)

オンライン医学管理料もそうです。これしか取れません。2ヵ月しか取れず、なぜ2ヵ月100点に点数を下げなければいけないのでしょうか。そう考えると、基本的にはなしということになります。(資料100, 101)

遠隔診療

オンライン医学管理料 100点

算定要件

- (1) 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を継続的に行っている患者に対して、療養計画に基づき対面診療とオンライン診療を組み合わせた管理を行った場合に、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月の場合に限り、所定の管理料に合わせて算定できる。(ただし、対面診療で特定疾患療養管理料等を算定する月においては、オンライン医学管理料は算定できない。)
- (2) 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者(初診から6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る。)であること。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面による診療の間隔は3月以内に限る。)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。
- (4) 当該管理料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。
- (5) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

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

資料 100

ICT

・施設基準(オンライン医学管理料)

- ・(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- ・(2) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。(ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。)
- ・(3) 当該保険医療機関において、一月あたりの再診料等(電話等による再診は除く。)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

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

資料 101

在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点

施設基準(オンライン在宅管理料)

では在宅の部分です。緊急時にオンライン在宅管理料で取るということですが、これだけは併算定できるらしいのですが、先ほどのものは、再診料とオンライン診療料は併算定できないので、再診に来たら、再診料で一本化されてしまいます。

そういう意味では、基本的には、オンライン診療に対して、国というか、中医協は払う気がありません。だからオンライン診療をやるのだったら、自費でやってくれというのが実際の話だと思います。

これだけは訪問診療料が在総管にプラスアルファでもらえたりするという感じです。これも初診から6ヵ月たっていないと駄目です。要は2ヵ月分しか無理だと書いてあります。緊急時におおむね30分以内というものがあるので、そういう意味では、オンライン診療は少し厳しいのではないのでしょうか。

保険診療でのオンライン診療というのは、基本的には少し難しいというのが実際の話になっていきます。(資料102, 103)

ICT

在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点

・算定要件

- ・(1) 在宅での療養を行っている患者(施設入居者等を除く)であって通院困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に情報通信機器を用いた医学管理を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- ・(2) 在宅時医学総合管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者(初診から6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限る。)であること。
- ・(3) 患者の同意を得た上で、対面による診療(対面による診療の間隔は3月以内に限り。)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付していること。
- ・(4) 当該管理料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。
- ・(5) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。

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

資料 102

・施設基準(オンライン在宅管理料)

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。(ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。)
- (3) 当該保険医療機関において、1月あたりの再診料等(電話等による再診は除く。)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下であること。

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

資料 103

ICTを利用した死亡診断

唯一できるのが、このICTを利用した死亡診断です。死亡診断加算をICTでできます。定期的、計画的な訪問診療に行っているか、死亡診断を書くのに12時間以上なのか、離島とかそういったところかというところになっていきます。

これを見ていくと、基本的に本州では無理でしょう。例えば、東京で死亡診断をテレビ電話で「お亡くなりですね」と言われると、皆さんの家族だったら少しむかつきませんか。だから普通は少し無理ではないか、最期ぐらい先生に来てほしいと普通はなると思います。だからそれ

を考えると、まだ離島とかだと仕方ありませんが、やはり本州では死亡診断は少し無理ではないかという気がしています。相当山の中で行けないとか、そういうことがあるのではないかと思います。(資料104)

ICTを利用した死亡診断

・在宅患者訪問診療料 死亡診断加算

・算定要件追加

- 「情報通信機器(ICT)を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い死亡診断加算を算定する場合は、以下の要件を満たしていること。
 - ア 定期的・計画的な訪問診療を行っていること。
 - イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。
 - ウ 離島地域等に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

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

資料 104

ICT利用と勤務場所の緩和

病院にとって非常にいいのはこれです。画像診断とか、病理診断の管理加算のところ。週24時間、だから3日間働いてくれば、管理加算を取ってよいとなっています。常勤扱いをしてくれると書いてあります。

その代わり、ひどいことも書いてあります。家でも読影していいと書いてあるのです。今、画像管理加算の要件として、CTとかを例えば日曜日とかに撮ったら、24時間以内に読影のレポートを医師が出さなければいけません。今までは病院に来たりして、読影したりしているのです。休めなくてかわいそうです。

簡単に言うと3日勤めていれば、常勤扱いしてあげるの、あとは旅行に行っても、コンピューターで読影してもいいと、どこまで働かせるのかという話です。そのようなことになっています。結構世知辛いなと見えています。ある意味、病院は助かります。「今日は医者がいないので、読影をどうしよう」みたいなことはなくなるので、いいかというところです。それだけ放射線科の先生と病理の先生が少ないということもあるのですが、そういったところが、ICTで若干共有されました。(資料105)

ICT

ICT活用と勤務場所の緩和

- **画像診断**
 - ・ 区分番号E001(写真診断)、E004(基本的エックス線診断料)、E102(核医学診断)、E203(コンピューター断層診断)及び画像診断管理加算について、画像診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。
- **病理診断料、病理診断管理加算**
 - ・ 区分番号N006病理診断料及び病理診断管理加算について、病理診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

資料 105

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

人工腎臓 1

人工腎臓も点数が下がっています。これはいずれかが外れていけば1が取れます。26台未満か、3.5未満ということで、大体1が取れるのではないかと思います。超効率的に大規模にやっているところは、3になって、点数が5%ぐらい下がるという話になっています。

そういう意味では、透析も毎度定例で下がっていますが、こちらだと1.5%下がるというイメージになっています。(資料106)

特掲

人工腎臓 1

人工腎臓

1慢性維持透析を行った場合
 イ4時間未満の場合 2,010点
 ロ4時間以上5時間未満の場合 2,175点
 ハ5時間以上の場合 2,310点

➔

人工腎臓

1慢性維持透析を行った場合
 イ4時間未満の場合 1980点
 ロ4時間以上5時間未満の場合 2,140点
 ハ5時間以上の場合 2,275点

慢性維持透析を行った場合1
 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。
 イ透析用監視装置の台数が26台未満の保険医療機関であること。ロ透析用監視装置の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5未満であること。

慢性維持透析を行った場合2
 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。
 イ透析用監視装置の台数が26台以上の保険医療機関であること。ロ透析用監視装置の台数に対するJ038人工腎臓を算定した患者数が3.5以上4.0未満であること。

慢性維持透析を行った場合3
 慢性維持透析を行った場合1又は慢性維持透析を行った場合2のいずれにも該当しない保険医療機関であること。

資料 106

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

人工腎臓(注関連)

より患者のニーズに合わせて、時間外とか、休日、夜間透析とかをやっているところは、300点が380点になります。

もう1つは、この導入期加算の400点が取れるのかどうかということになっているところは多いと思います。この導入期加算は、CAPDが確か12カ月で12件でしたか。そして「腎移植の推進に係る取組の実績があること」というのは、2年に1件です。確かそのようになっています。自分の施設で移植しなくてもいいということになっています。(資料107)

人工腎臓(注関連)

注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、300点を所定点数に加算する。

注2 導入期1月に限り1日につき300点を加算する。

注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。

注2 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行った場合には、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 イ 導入期加算1 300点
 ロ 導入期加算2 400点

施設基準
導入期加算1
 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
導入期加算2
 1 導入期加算1の施設基準を満たしていること。
 2 腹膜透析の指導管理に係る実績があること。
 3 腎移植の推進に係る取組の実績があること。

資料 107

人工腎臓(注関連2)

障害と、もう1つ一番大きいのは、水質確保加算です。20点が10点になるということがあるので、こういったところで微妙に点数が下がっています。(資料108)

人工腎臓(注関連2)

注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、1日につき120点を加算する。

注9 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行った場合には、透析液水質確保加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
 イ 透析液水質確保加算1 8点
 ロ 透析液水質確保加算2 20点

注3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。

注9 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行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。

資料 108

人工腎臓(注関連3)

長時間の透析をやっていれば、150点が入ったりします。実際に世の中では、点数が上がっているところもあります。今、24時間透析をやっているところも増えてきています。そういったところは点数が上がっています。月並みにおいしいところだけやっているところは、基本下がるという形になっています。(資料109)

人工腎臓(注関連3)

追加

→

注11 通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。

追加

→

注13 1から3までについては、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慢性維持透析過濾過(複雑なものに限る。)を行った場合には、慢性維持透析過濾過加算として、所定点数に50点を加算する。

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

資料 109

麻酔管理料

全麻の方です。先ほど言ったように、普通のところは100点ずつ下がっています。

困難な方は高い点数なのですが、基本100点下げて、常勤がいるところは150点上がります。管理料1のところは150点上がるとか、そのような形で点数が構成されています。(資料110)

特掲

麻酔管理料

<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> 麻酔管理料(Ⅰ) </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 200点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 900点</p> </div>	→	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> 麻酔管理料(Ⅰ) </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 250点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 1050点</p> </div>
<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> 麻酔管理料(Ⅱ) </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 100点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 300点</p> </div>	→	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> 麻酔管理料(Ⅱ) </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔 150点</p> <p>2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 450点</p> </div>

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

資料 110

後発医薬品使用

後発医薬品使用加算ですが、70から85になり、大体85が取れています。DPCのところでも、85になっていますので、85というのが基本になっています。一般名処方のところも、2品目以上あれば6点取れますが、点数が倍増しています。(資料111)

後発医薬品使用		特掲
後発医薬品使用体制加算 体制加算1 42点(70%以上) 体制加算2 35点(60-70%) 体制加算3 28点(50-60%)	→	後発医薬品使用体制加算 体制加算1 45点(85%) 体制加算2 40点(80%) 体制加算3 35点(70%) 体制加算4 22点(60%)
DPC制度における後発医薬品係数の見直しに伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加		
外来後発医薬品使用体制加算 体制加算1 18点(70%以上) 体制加算2 22点(60-70%)	→	外来後発医薬品使用体制加算 体制加算1 18点(75%) 体制加算2 22点(80%) 体制加算3 26点(85%)
処方箋料 一般名処方加算1 3点 一般名処方加算2 2点	→	処方箋料 一般名処方加算1 6点 一般名処方加算2 2点
		資料 111

処方と処方箋関連

分割調剤もいろいろ聞いていますが、面倒くさいのでやりたくないという医療機関が多いです。長期処方1点上がっているといったところがあります。(資料112)

処方と処方箋関連	特掲
<ul style="list-style-type: none"> 診療所又は許可病床数が200床未満の病院の外来が患者(別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。)の28日以上の処方についての加算 <ul style="list-style-type: none"> 65点 → 66点 分割調剤 <ul style="list-style-type: none"> (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は3回までとすること。 (2) 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。 (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきであることを説明すること。 (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。 (5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とする。 	資料 112

■ 認知症専門診療

(資料113)

精神

認知症専門診療

認知症専門診断管理料1
 イ 基幹型又は地域型の場合 700点
 ロ 診療所型の場合 500点

➔

認知症専門診断管理料1
 イ 基幹型又は地域型の場合 700点
 ロ 連携型の場合 500点

(新)認知症サポート指導料 450点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関からの依頼により、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、患者又は患者家族の同意を得て、療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り所定点数を算定する。

施設基準

以下の要件を満たす常勤の医師が配置されていること。
 ア 認知症サポート医に係る研修等を修了していること。
 イ 認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っていること

資料 113

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

■ 精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

精神のところは、基本的には措置入院関係の退院後のところが手厚くなっています。(資料114)

精神

精神科措置入院退院支援加算 600点(退院時)

・ **算定要件**

- 措置入院者(緊急措置入院者及び措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者を含む。以下同じ。)]に対して、入院中から、自治体と連携して退院に向けた支援を実施するため、以下の体制をとっていること。
- (1) 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、措置入院者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。
- (2) 自治体が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で協働して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。
- (3) 退院後支援に関する計画を作成する自治体に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を当該自治体へ提出すること。

資料 114

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

自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等

精神科在宅患者支援管理料

通院もそうですし、精神の訪問診療とかも点数がすごく上がっていきたりします。措置入院後をどのようにしていくかというところがあります。(資料115, 116)

精神

自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等

- ・ **1 通院精神療法**
 - ・ イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 600点
 - ・ ロ 初診の日において60分以上行った場合 540点
 - ・ ハイ又はロ以外の場合
 - ・ (1) 30分以上の場合 400点
 - ・ (2) 30分未満の場合 330点
- ・ **2 在宅精神療法**
 - ・ イ 自治体で作成する退院後の支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者に対し、当該計画において療養を提供することとされている医療機関の精神科医が行った場合 660点
 - ・ ロ 初診の日において60分以上行った場合 600点
 - ・ ハイ及びロ以外の場合
 - ・ (1) 60分以上の場合 540点
 - ・ (2) 30分以上の場合 400点
 - ・ (3) 30分未満の場合 330点

措置入院後継続支援加算 275点(3月に1回)
算定要件
 (1) 医師の指示を受けた看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上の頻度で、服薬、日常生活、社会参加等の状況を踏まえて、療養上の指導を行っていること。
 (2) 患者の同意を得た上で、退院後の支援に係る全体調整を行う自治体に対し、資料 115
 状況について情報提供を行っていること。

精神

精神科在宅患者支援管理料

精神科重症患者早期集中支援管理料

1 精神科重症患者早期集中支援管理料1
 イ 単一建物1人 1800点
 ロ 単一建物2人以上 1350点

対象患者
 精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)
イ及びロの算定患者
 イについては以下の全て、ロについてはいずれかに該当する患者であること。
 ア 1年以上入院して退院した者、入退院を繰り返す者又は自治体で作成する退院後支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者
 イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分(感情)障害又は重度認知症の状態(認知症高齢者の日常生活自立度のランクMに該当する状態)の状態、退院時におけるGAF尺度による判定が40以下の者

資料 116

精神科在宅患者支援管理料

1 精神科在宅患者支援管理料1
 イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者
 (1) 単一建物1人 3000点
 (2) 単一建物2人以上 2250点
 ロ 重症患者等
 (1) 単一建物1人 2500点
 (2) 単一建物2人以上 1875点
 ハイ又はロ以外の患者
 (1) 単一建物1人 2030点
 (2) 単一建物2人以上 1248点

2 精神科在宅患者支援管理料2
 イ 重症患者等のうち、集中的な支援を必要とする患者
 (1) 単一建物1人 2647点
 (2) 単一建物2人以上 1850点
 ロ 重症患者等
 (1) 単一建物1人 2056点
 (2) 単一建物2人以上 1542点

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

精神科救急入院料 1、2

精神科救急入院料1、2に関してはアウトカムが入りました。(資料117)

精神

精神科救急入院料 1、2

- 施設基準へのアウトカム基準導入
 - ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話再診を除く。)件数の実績が年間150件以上、又は次の地域における人口万対1.875件以上であること。そのうち初診患者(精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関に受診していない患者)の件数が30件以上又は2割以上であること。
 - イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における当該病棟への入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口万対0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)等からの依頼であること。
 - ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。

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

資料 117

看護職員夜間配置加算 55点(1日)

精神の救急なども、16対1が入っています。(資料118)

精神

看護職員夜間配置加算 55点(1日)

- 精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料の夜間配置
- 算定要件
 - 入院した日から起算して30日を限度として、所定点数(精神科救急入院料、精神科救急・合併症入院料)に加算する。
- 施設基準
 - (1) 夜勤を行う看護職員の数は、常時 16 対1以上であること。
 - (2) 患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。
 - (3) 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
 - (4) 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
- 留意事項
 - (1) 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、16 対1配置を満たしていても、各病棟における夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。
 - (2) 当該加算を算定する病院は、行動制限最小化委員会において、入院医療について定期的な評価を行うこと。
 - (3) 当該加算を算定する病棟は、入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、行動制限を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

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

資料 118

■これから何をすべきか？

最後になりますが、ではこれから病院は何をすべきかということが非常に重要なポイントになります。(資料119)

これから何をすべきか？

- 急性期一般入院料の場合
- 地域一般入院料の場合
 - 地域包括ケア病棟への転換
 - 回復期リハビリテーション病棟への転換
- 療養病棟の場合
- 在宅医療の場合

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

資料 119

■急性期一般入院料の場合

やはり基本的な課題としては、急性期1-3です。元7対1のところで、1-3がありますが、要は1を取る必要があります。そして急性期の一般の4-7というのは、入院料へ上げられるのだったら上がる、そして病床を転換するのだったら転換するといったことをいろいろ考えていくとよいということがあります。やはりポイントは負担軽減です。(資料120)

急性期一般入院料の場合

- 基本的課題
 - 急性期一般入院料1-3
 - 200床未満:2018年3月の必要度25%でなければ入院料1が取れない。
 - 急性期一般入院料4-7
 - 入院料1への道
 - 病床転換
 - 夜間看護配置加算が算定できるかどうか

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

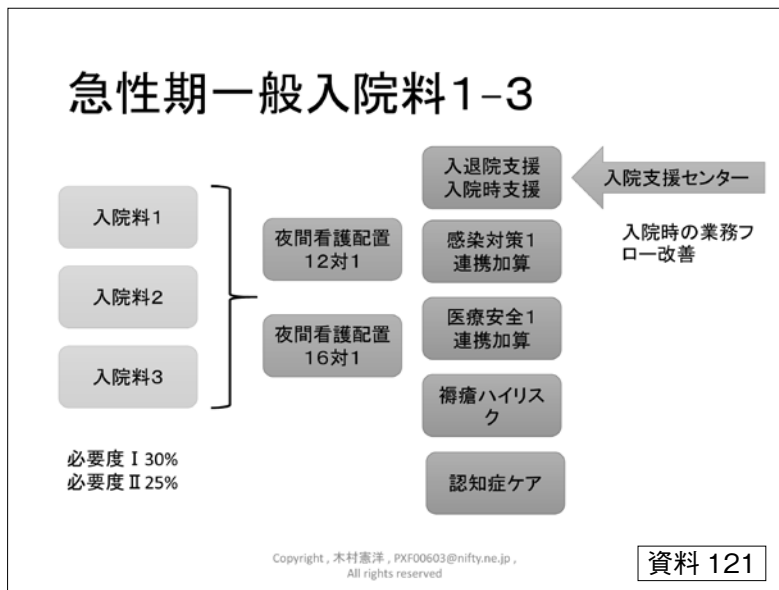
資料 120

■急性期一般入院料1-3

入院料1, 2, 3のところは、やはり必要度1であれば、30%をずるをしないでどうやってクリアするかということです。重要なのは、やはり夜間の配置加算の12対1, 16対1のどれかを取っていかなければいけません。取れないと少しきついと思います。やはり3人夜勤で、16対1であれば、50床未満、48床ぐらいいまでにしないと少し回せないはずです。

12対1というのは、40床未満にしなければならないので大変だと思いますが、やはり50床を超えるよ

うな病棟で、急性期というのは少し無理だと思えます。まず目が届きません。病棟を大きくすればするほど、1単位を大きくすればするほど、他の診療科が入ってくるので、また危険性も高まります。要は看護師が覚えられないし、薬もバリエーションが広がってしまうので、50何床とかいってくると、3診療科が入ってきたら、多分対応ができないです。結局は、稼働ができない状況になり、単価が上がらないという状況になると思えます。そこを考えなければいけません。(資料121)



■ 入院支援センターのポイント

入院患者をたくさん受け入れるに当たっては、入院支援センターを作っていかなければなりません。入院時の業務改善と、フロー改善をしていかないと、忙しくて辞めようかみたいな看護師が出てきます。また新人が入ってくるとどうなるかという、技術集積が進まないの、質が上がらず、またやはり回転ができません。そういうところに全部つながります。

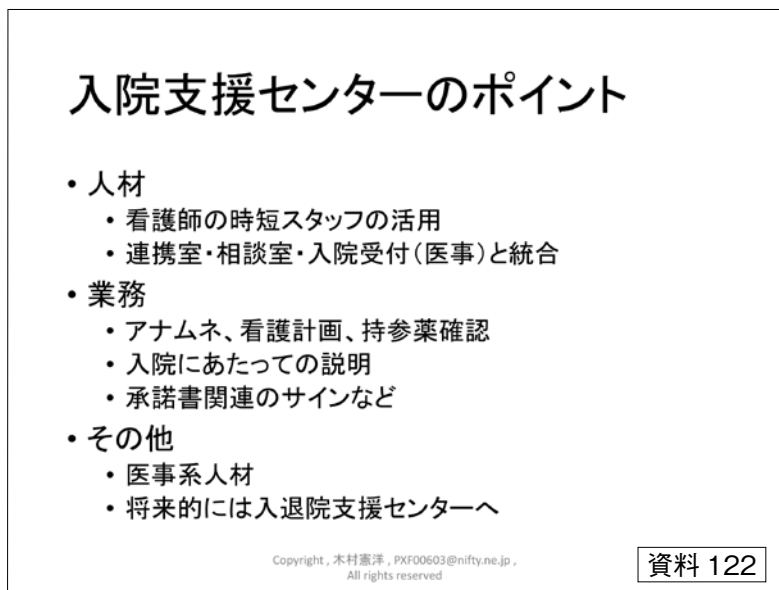
入院支援センターのポイントはやはり人材です。看護師の時短スタッフを活用するという考え方はあります。別に9時

-6時でいる必要はありません。いかにこういった時短のスタッフを使っていくかということになります。

連携室、相談室と入院受付というのを絶対統合しなければいけません。効率がよくなりません。患者が聞きたいことは決まっています。お金だったり、制度だったり、自分のオベがどうなるかとか、それをワンストップで解決する組織にしていかなければなりません。

業務でアナムネ、看護計画、持参薬の確認、承諾書、やはりこの一番の重い仕事をやはり入院前に終わらせておくことは重要です。入院してからやらせると、絶対書類が抜けます。それから看護師はこれが一番嫌な仕事だということがあったりします。

医事系人材とか、将来的には入退院支援センターに持って行って、そういったところで統合して、いつでも開いている組織にしなければいけません。(資料122)

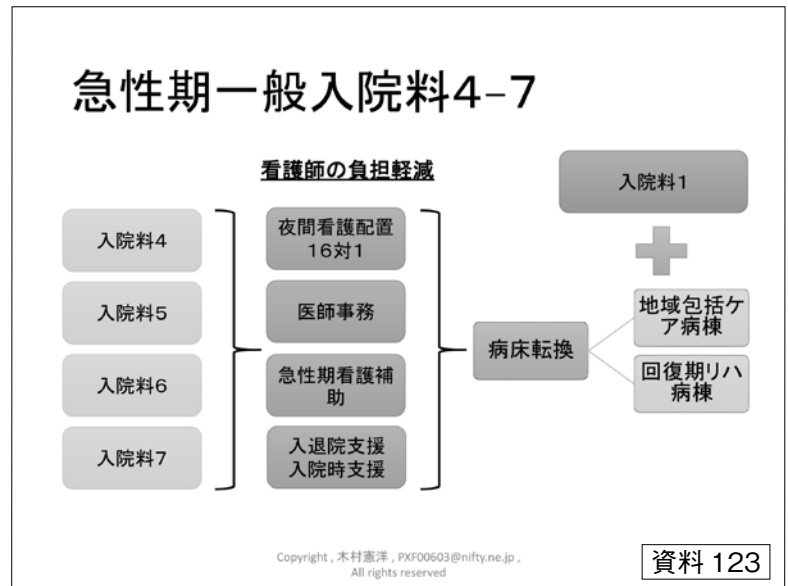


急性期一般入院料4-7

急性期一般の4-7は、将来的にどうするかというと、多分12対1は、72時間の関係で厳しいのです。だから16対1をまず夜間に取りましょう。夜間の負担軽減をすることによって、やはり人材の定着を図っていきます。あと医師事務とか、急性期看護補助とか、入退院支援とか、こういったものを作って業務負荷分散をしていかないと回転しません。回転しないということは、単価が下がり、収益率は落ちていきます。

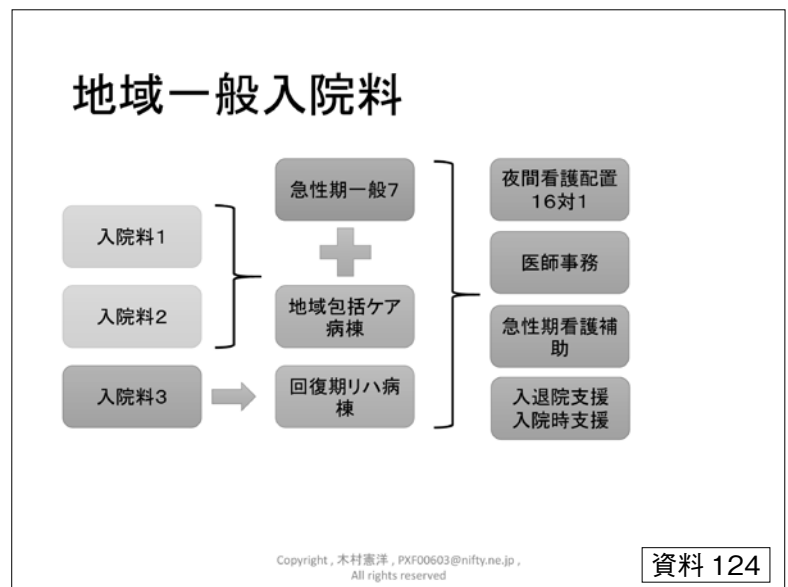
病床転換として、やはりメリハリを付ける意味では、地域包括ケア病棟か回復期リハを取る、そして入院料1にします。地域包括を先に取ってしまうと、入院料1にはできないのですが、

やはりどうやって人を集約化していったって単価を上げていくか、効率性を増すかということに持っていかなければならないということです。そうでないと生き残れません。(資料123)



地域一般入院料

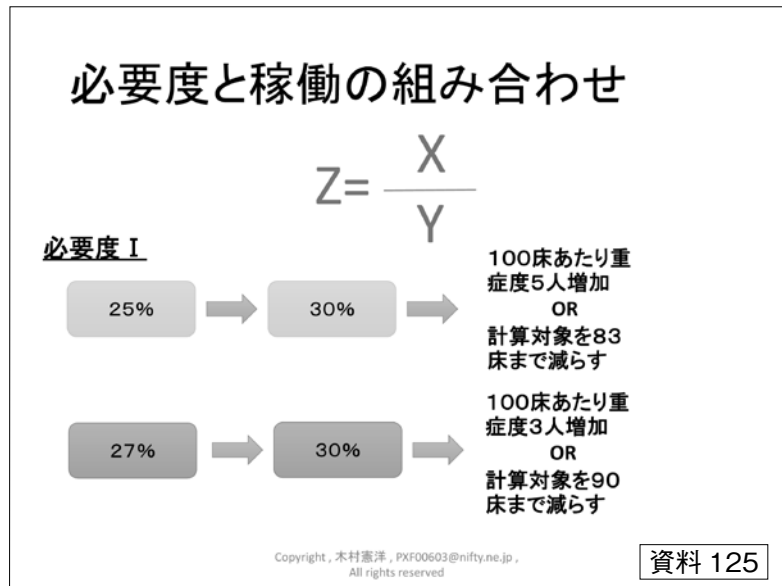
地域一般は、先ほど言ったように、地域包括か、回復期ではないかと思えます。あとは急性期一般7を取れば取るというところに行きます。7を取ったら、やはり夜間の看護配置とか、メリハリを少し付けないと駄目ではないでしょうか。7を取ったら、先ほどの急性期の4-7と同様になっていきます。(資料124)



必要度と稼働の組み合わせ

必要度の考え方です。前回は説明していますが、非常に重要な部分です。ただか分数です。ということは、数字をどういうふうにすれば数字がどうなるかということは簡単に分かります。変数は、XとYの2つしかありません。Zが30になればいいのです。25%だったら、30にするには、100床当たり重傷者を5人増やすか、計算対象のYを83床分まで減らすかです。17は、地位包括のベッドとか、計算対象外にすればいいのです。

27だったら30にするには、3人増加させるのか、計算対象を90床まで減らすか、稼働を落とすかどちらかです。それだけでいいのです。それでクリアできるのだから、クリアすればいいのです。わざわざオール・オア・ナッシングで、クリアできたらそのまま残ってクリアできなかったらやめるみたいなことはやらないということです。そうでないと人が大変になるだけです。(資料125)

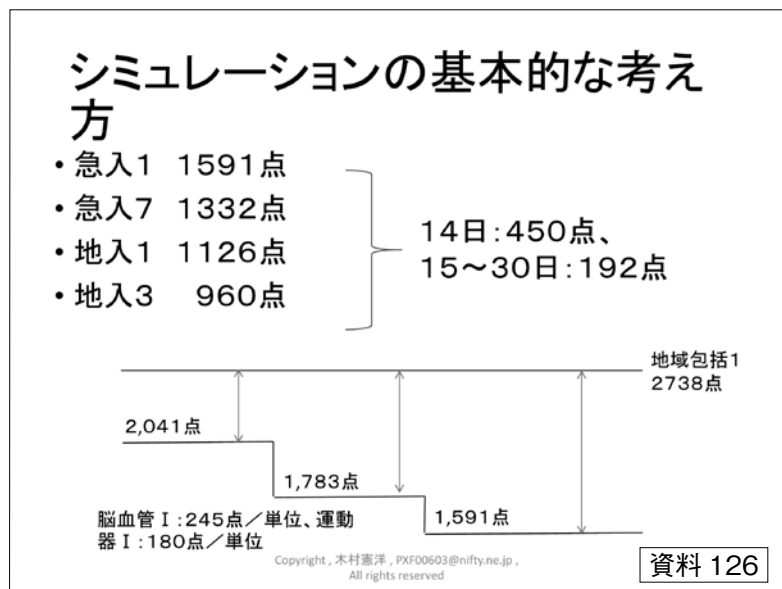


シミュレーションの基本的な考え方

シミュレーションの基本的な考え方ですが、急性期1、1,591点です。地域一般1は1,126点という点数があり、初期の加算が450点付きますが、地域包括の2,738点と、7対1の2,041点を比較しても、1日に簡単に700点ぐらい違うわけです。そういったことを考えるとどうでしょう。

もう一つ、究極にあるのが、前回の診療報酬改定で、地域包括でオペも出来高になっています。別に地域包括でオペをしてもいいと思うのです。1日700点の治療はどれだけしているのかという話

です。もしそれが心配だったら、14日たったら動かせば、ここで見ると950点ぐらい違うわけです。950点の治療というのがどれだけあるのかという話です。(資料126)

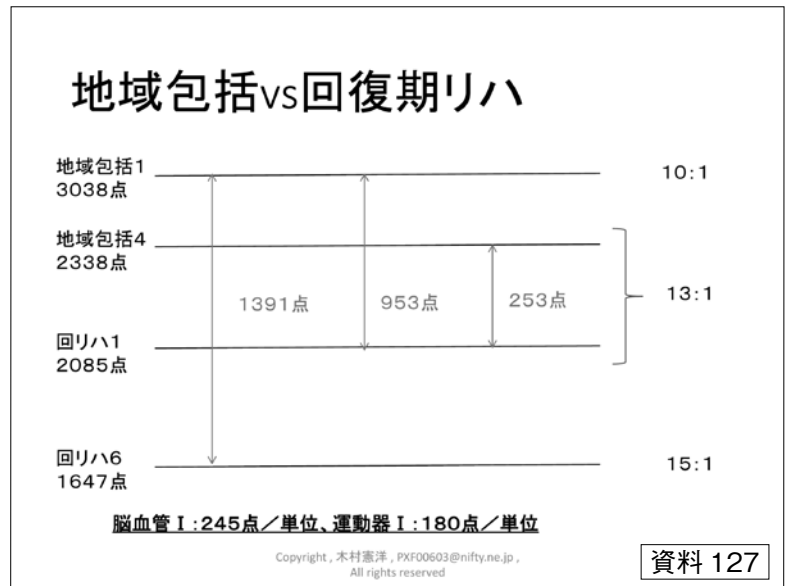


■ 地域包括 vs 回復期リハ

もう一つひどいのが、これです。地域包括10対1相当、50対1の加算と、さらに助手の加算を付けていくと、昔の3の回復期6との差が1,391点もあるのです。これはいくらリハを乗せても、多分超えられません。

回復期リハ1と比べても、953点です。ということは、運動器5単位分が乗っかっているということです。毎日運動器が5単位分必要ですかという話です。別に3単位でもいいのではないですか。3単位やれば、500何点なので、こちらのほうが絶対得という話になります。原価

の話です。そういった考えを持っていかない限りは、多分利益は出ません。国も世知辛いので、こちらも世知辛くないかなければ駄目です。別にこれは不正請求ではありません。ちゃんとオペレーションをしています。(資料127)



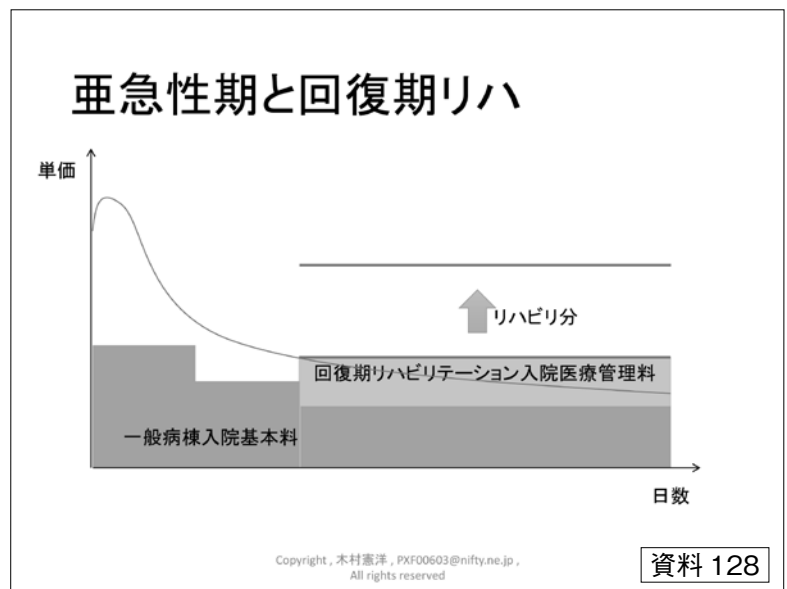
■ 亜急性期と回復期リハ

1日当たりの収入をきちんと自分たちの病院を患者ごとに捉えられているかという話です。それができない病院は、これから先も絶対よくなりません。これは間違いありません。大体医事課に聞くと、「出せません」と言うのです。そういう病院は駄目です。ちゃんと出せる病院はあるのですから、それが簡単なデータ分析の入門です。

別にDPCで何日で退院したほうがいいのか、そういう問題ではなく、1日、今日いる人たちの売上がどれくらいかということが分かるだけでいいのです。

その中で一番低い人を移動すればいいのです。それができるかどうかだけです。それが分かればいいのです。質を落とさなければいいのです。

やはりいつ移動するかという話と、これが1日当たりの単価の動きですから、こういうもので、どこで動かしていけばいいかということです。(資料128)



療養病棟(介護)

療養に関しては、看護が20対1に統合されているので、これから地域包括ケア病棟からの転院というのは少し流れが変わるわけですが、どうするかということがあります。もう1つは、療養の介護は、介護医療院になりました。介護医療院がまた非常にいい感じがするということがあるので、介護医療院と悩んでいる病院があったら、自分たちのそれ以外の病棟を見て、介護医療院をどう作るか、在宅復帰になりますから今のうちです。

何でもそうですが、早くやった者勝ちなのは間違いがないと思います。だから今ごろ地域包括がいいとか言っているところは、4年分損をしていますから、損をしないように、早く動きましょう。(資料129)

療養病棟(介護)

	指定基準	
	類型Ⅰ	類型Ⅱ
医師数	48:1	100:1
薬剤師数	150:1	300:1
看護職員数	6:1(看護師2割以上)	6:1
介護職員数	5:1	6:1
リハビリ専門職	PT/OT/ST適当数	
栄養士	定員100以上で1以上	
介護支援専門員	100:1(1名以上)	
放射線技師	適当数	
他の従事者	適当数	

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

資料 129

在宅医療／算定モデル

この150点がキーポイントになります。この150点をいかに取るかというところが、収入が上がるか、下がるかの境目になります。(資料130, 131)

在宅医療

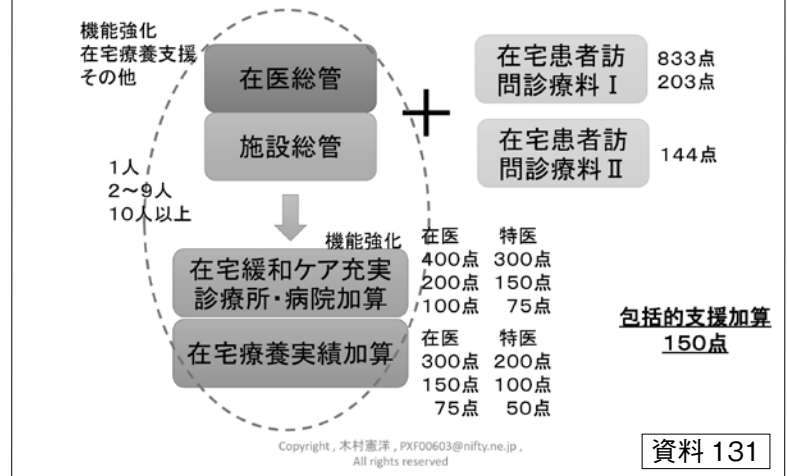
・包括的支援加算 150点/月

- ・要介護2以上に相当する患者
- ・認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者
- ・週4回以上の訪問看護を受ける患者
- ・訪問診療時又は訪問看護時に処置(簡単な処置を除く)を行っている者
- ・特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師がたんの吸引、胃ろう・腸ろうの管理等の処置を行っている患者
- ・その他、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

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

資料 130

算定モデル



診療報酬改定連載

私がたまに原稿を書いていますので、このサイトで、診療報酬点数などの情報を仕入れていただければと思います。

ここで終わりにさせていただければと思います。ありがとうございました。(資料132)

診療報酬改定連載

- 看護管理者支援サイト
- <http://nsmgt.org>

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

資料 132