

2016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28年4月15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 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。

はじめに

こんにちは。今回の診療報酬改定はとても細かいため、本日、参加者の皆さんの名簿(参加申込者リスト)を拜見しまして、大きい話として病院にどのような影響があるのかというようなことを中心に話をさせていただきます。

今回の改定は、多分、中小の病院にとっては相当厳しい内容となっております。大きい病院も、DPCで係数がとても下がっていますが、大きい病院は逃げ道がたくさんあります。但し、小さい病院というのは逃げ道があまりなく、これから先、大きい病院の戦略次第では、小さい病院というのは破綻していくというふうにご理解ください。

2016年度 診療報酬改定

診療報酬改定については改定率が色々出ていますが、病院の特性によって全然違うため、改定率というのはマクロの話ですから、あまり気になさらない方がよいのではないかと考えています。

(資料1)

2016年度 診療報酬改定

- 診療報酬改定 改定率-1.03%
 - 診療報酬本体 +0.49%
 - 医科 +0.56%
 - 薬価・材料改定率 -1.33%

資料1

診療報酬改定に対する前提

では、診療報酬改定をどのように見ていけばよいのかにつきましては、やはり2025年問題がございますので、2025年に向けてどう病院が関わっていくのかということになってきます。まず、2025年の医療政策の方向性というのは診療報酬の点数にあるため、これをどのように皆さんは考えますかということです。また、地域包括ケアシステムの意義というのも、非常に点数に込められているため、地域で病院がどのように関わっていくのかというところが、まず1つあります。また、実はここがポイントになる所で、

これから先、効率性をどう上げていくのかということを考えていない病院は、おそらく駄目です。別の見方をしますと、効率性を上げようと考えている病院であっても、効率性を上げられない病院はこれから先、もう生き残ることが難しいでしょう。ポイントは、全てそこにあるということです。

この2025年問題は、非常に簡単な問題です。医療需要が伸びるということです。医療需要が伸びていくのですが、国はお金がないのです。そこで、国の戦略はどこにあるのかということ、やはり1症

診療報酬改定に対する前提

- 2025年問題を意識する。
 - 医療政策の方向性がここにある。
 - 地域包括ケアシステムの意義

資料2

例当たりの効率性を上げてもらうしかありません。例えば、1990年代は、1ベッド当たり、一ヶ月に1人が入院し、退院するという時代でした。2010年ぐらいになってからの今は、大体2人が入院して2人が退院するという状況です。国がこれから、先にやりたいのは、3人若しくは4人が入院をして3人か4人が退院してほしいということです。簡単に言うと、国は、1人当たりの人件費の原価を下げるだけだということです。それが理解できているかどうかです。つまり、入退院が頻回になるということです。入退院が頻回になる中でどう対応するのかが大変重要であり、ここに対応できない病院は、これから先はもうやっていけないということです。

実際に、今そのような病院が多くなってきていることは確かです。「稼働を上げる」ということは、簡単です。しかし、それに対応できるように組織を作っていかなければ、組織は崩壊するわけです。ここが一番難しい問題なのです。今回の改定で取らなければならない点数というのが有的のです。それが、例えば、看護師の夜勤加算等です。そもそも、看護師の夜勤加算が取れない病院というのは、もう効率性が上げられないのです。そういう話も交えながら、今日は講演をさせていただきます。(資料2)

① 2025年問題

まず、2025年問題は、高齢者人口が3,500万人になるといったところから始まります。2015年にベビーブーム世代が前期高齢者になり、その10年後ということは、2025年にはその世代が後期高齢者になるということ。そこがポイントです。要するに、後期高齢者の問題というのはずっと言われておきまして、入院する確率、罹患する確率が高くなり、退院することが難しくなるということです。そこで、今の病床数、若しくは、これから先の医療費をどれくらいの伸びで抑えるかというところに課題があります。

そのような時に1つポイントになるのは、そうは言っても、国は高度急性期、急性期の病床を減らすということです。医療需要が大変伸びるにも関わらず、病床を減らすのです。当然、効率性を上げていく方向に舵が切られるため、それをきちんと想定できているかどうかということが、大変重要な問題です。今、大体50ベッドの病院で、1ヶ月に患者を100人ぐらい受けるということです。稼働は20日ぐらいのため、1日平均5人ほど受けるのですが、1病棟で毎日10人を受けられる病院はどれぐらいあるかということになります。国は、今お伝えしたような方向に持っていこうとしており、そうすると現場は必ず破たんします。破たんしないためにどうするのか、という負荷分散をどう考えるかで、病院の方向性が全て決まるということです。実は、そこに対応できない病院が多く、これから先は、とても大変です。病院の現場では入院時に負担がかかるわけで、それが一番大変なのです。医師にも看護師にも負担がかかります。(資料3)

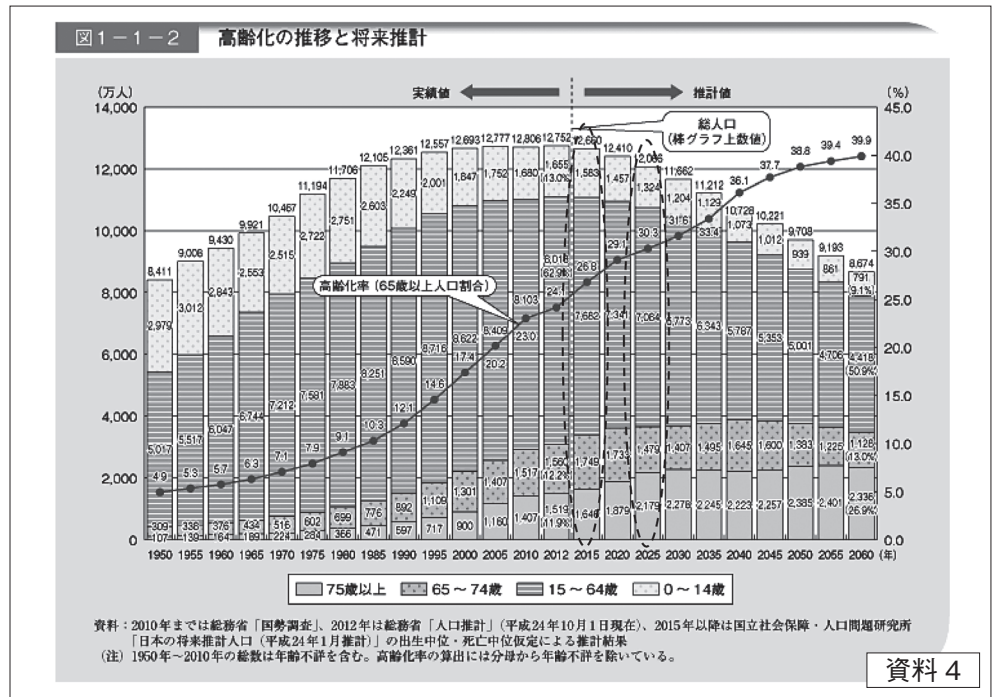
① 2025年問題

- ・ 2015年に「ベビーブーム世代」が前期高齢者に到達
 - ・ 10年後:「ベビーブーム世代」が後期高齢者に到達
- ・ 2025年には高齢者人口が3500万人に達する。
- ・ これまでの高齢化の問題は、高齢化の進展の「速さ」、これからは、高齢化率の「高さ」が課題

資料3

図1-1-2 高齢化の推移と将来推計

これから先は、高齢者が増えていきます。資料4のグラフで、破線の丸い枠で囲んだ箇所の左側が2015年で、右側が2025年の数値です。高齢者がどんどん増えていき、高齢化率が上がって人口も減るといことです。そうした時にどのように対応していくのかということで、2つのポイントがあります。供給側と需要側の2つの見方があります。若手が減っていき、働く人も減っていくわけです。



資料 4

これに関連して、つい最近、私も驚いたことがあります。ある国で言われていたことですが、今現在でも、高校の卒業生の内、10%が医療系の学校、大学若しくは専門学校に進んでいるということでした。これから先、後10年、15年経っていくと、医療系の学校に進む方は2割になるようです。言い方を換えれば、2割ないと対応できなくなるということでした。今のような時代がそろそろ来るといことです。もう既に10%の学生が医療系に進んでいるというだけでも驚くような時代です。これから先の医療を提供する側の考えも非常に重要になっていくといことです。(資料4)

認知症高齢者数の見通し

そして、もう1つポイントになるのが認知症の高齢者です。これまで認知症の問題は非常に深刻だと言われてきましたが、今までの認知症に対する対策は、認知症治療病棟とグループホームぐらいだったのです。果たしてそれで対応できていたのかといくと、対応できていないわけです。そのため、今回の加算に、「これから認知症の患者をきちんと急性期の病棟でも診ていかなければいけない」といことが入ってきます。(資料5)

認知症高齢者数の見通し

- 認知症高齢者数は、2002年に約150万人
 - 2025年には約320万人
- 2002年9月現在では、要介護者の1/2は、認知症の影響が見られる。

認知症対策は？
認知症を持つ方の病気の治療は？

資料 5

高齢者の世帯の見通し

これから先についてももう1つポイントがあります。もう1つは、高齢者の世帯です。先ほどお伝えしたように、高齢者の人口が増えれば、高齢者の世帯は増えていきます。そういった時に、安心して住まうということが地域包括ケアシステムの中で大変重要なわけです。高齢者の世帯が増えてくると、当然、父親か母親が亡くなり、独居ということになります。高齢者独居です。高齢者独居の果てがどうなるかという、当然、孤独死というようになるわけです。最近、孤独死ということに関してテレビやニュース

で騒がれませんが、その理由は、孤独死が普通のことになってしまっているからです。そういう意味では、もう既に孤独死というのは非常に多くなってきているということです。その孤独死に対して、どのように対応していくのかということです。孤独死の問題というのは、大変な問題を含んでいます。孤独死をすると隣の人が驚くということもありますが、孤独死をしてしまったら、誰が対応するのか。対応するのは警察なのです。(資料6)

死亡者数の推移

統計を見ていただくとお分かりのように、これから先、死亡者が増えていきます。そうした場合、昨年(2015年)の段階で死亡者がどのような人数かと言いますと、年間死亡者数を365日で計算しますと、大体1日に4,000人ほどの方々が亡くなることが分かります。では、1日に100人ほどの方が孤独死をしてしまった場合、なおかつ医師が対応していないということになると、検死が入ってしまいます。何人かの警察官が半日取られてしまうということです。そうしますと、警察官の人数が足りなくなってしまうのではないかと考えています。このように、社会資本としての問題も含んでいるということです。そういう意味では、地域でどのように支えていくのかという問題になります。これから先、地域包括ケアシステムを通してどのように皆さんをケアしていくのかということがポイントになることは確かです。

また、先ほどの独居の方をどう見ていくのかといった時に、介護と医療の連携をどのようにしていくのかといったところがあります。ここ最近、救急センターなどを見ていて驚きますのが、DOAで運ばれる人が多いことです。昔は、心臓が止まっていたら絶対に運んでくれなかったのですが、最近は、救急センターに運んで死亡確認をするのが普通になっています。

では、先ほどお伝えしたように、病床も減らして行く中で、こういった方々をどこで看取っていくのかという問題で、やはり一番問題になるのは、死亡診断書を誰が書くのかということです。結

高齢者の世帯の見通し

- 世帯主が65歳以上である高齢者の世帯数は、2005年現在1340万世帯程度
 - 2025年には、約1840万世帯へ増加
- 2025年には、高齢者の世帯の約7割を一人暮らし、高齢者世帯が占めると見込まれる。
- 高齢者の一人暮らし世帯の増加が著しく、一人暮らし世帯は約680万世帯(約37%)に達する見込み。

高齢者の世帯をどうするか？

高齢者の世帯の次に何が起きる？

資料6

死亡者数の推移

- 年間死亡者数
 - 2015年約140万人(65歳以上約120万人)
 - 2025年約160万人(65歳以上約140万人)

資料7

局、在宅の医師が必要であるというのは、死亡診断書を誰が書いてくれるのかという問題にもつながっています。(資料7)

都道府県別高齢者人口の見通し

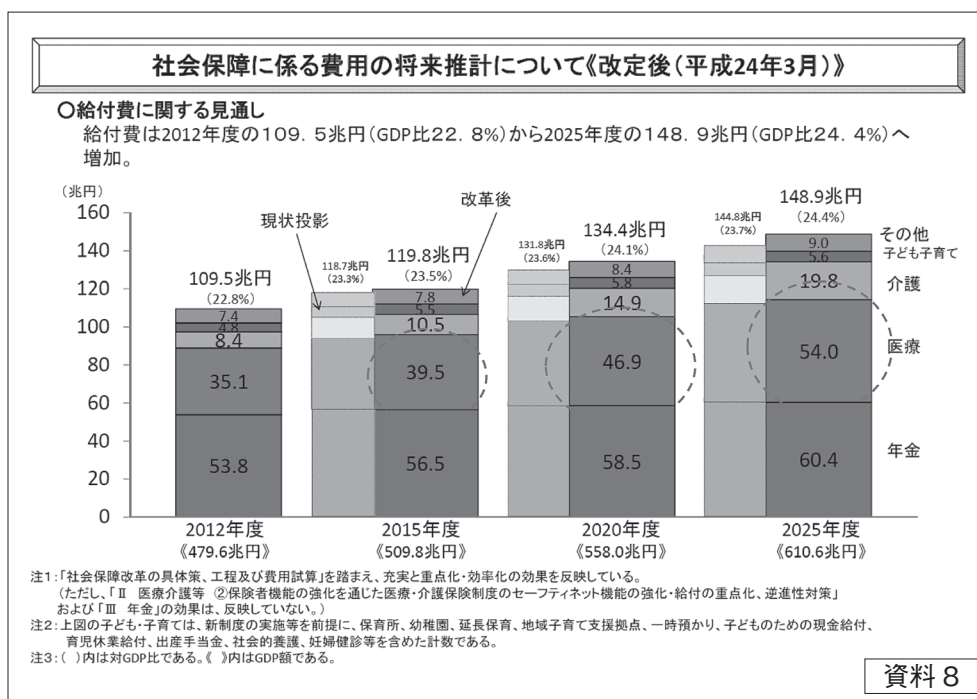
そして、よく言われている話ですが、「これから先、都会は高齢化が激しいですよ」と言われている問題があります。

高齢化と財政

やはり認識しなくてはならないのは、誰が医療費と介護保険の費用を払うのかという問題になっていきます。

社会保障に係る費用の将来推計について

現在でも、医療費だけ4人家族で月に10万円くらい負担しないと40兆円くらい払えないわけですから、それが、介護と医療を合わせて2025年で75兆円になっていきますと、一家計で月に20万円払えるのかどうかといったところになっていきます。(資料8)



医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

資料9に記載のように、2025年にはやはり病床を減らし、稼働も7割ほどにしていこうということです。高度急性期、急性期と在院日数を短くし、稼働も落ちるといことが本当に可能なかどうかというところがあります。診療報酬の点数は、そのようにきちんとシフトしてきているため、そういう意味では、これから先は、医療現場は相当大変になるといことです。

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	退院患者数 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 亜急性期等 75日程度 重症急性期等 57~58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値 152万人/月	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等			【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		
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分		
特養	48万人分	86万人分	72万人分		
老健(老健+介護療養)	44万人分	75万人分	59万人分		
居住系	31万人分	52万人分	61万人分		
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分		
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、概ね人口6~7万人未満の自治体に暮らす者(今後2000~3000万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

資料9

ここで、病床を減らして回転率が高くなるという時に、「10対1にする病院は大丈夫ですか」という疑問が出てくるかもしれません。7対1が維持できませんということではなく、今回の改定では、7対1を絶対に維持していかなければ次はないのです。そのため、「10対1にしようかな」と言っている病院は、これから先、必ず看護師がどんどん辞めて破たんの方角に持っていかれます。このことが感覚的に分からない病院というのは、非常にまずい状況になるでしょう。7対1を死守しなければならない理由は、7対1が10対1になると、必ず最終的に人も減っていくからです。どれくらいの人数が減っていくのかというと、大体、看護師が3割減になります。先ほどお伝えしたように、受け入れる患者の数を増やしていかなければならないのにも関わらず、看護師が3割減になって、文句が出ない職場というのは絶対にありません。また、看護師の夜勤が3人で回っていた病院で看護師が3割減になると、大体、2人夜勤ぐらいになるのです。そうした時に効率は絶対に上がりません。最終的に10対1にしていこうという病院があるわけですが、そういったと病院は、2年、4年、5年後で考えた場合、必ず人が定着しない、多分もう手が付けられない病院になるであろうというふうに私は想定しています。(資料9)

マンパワーの必要量の見込み

もう一つ感慨深いのは、資料10です。マンパワーがどう推移していくのかというところをざっくり見ていきますと、医師は2025年になっても1割ぐらいしか増えません。そして、看護師だけは2割から3割増えて、介護員も2割から3割増えるというような形で資料に書かれています。つまり、簡単に言うと、医師ができることをそれ以外の職種にやらせる、看護師がやれる仕事を他の職種にやらせるというような権限委譲をしていく、若しくは、チーム医療と称して彼らにやってもらおうということになっていくため、現場の中では、当然、看護師等の人がいなければならない状況になっていくということです。(資料10)

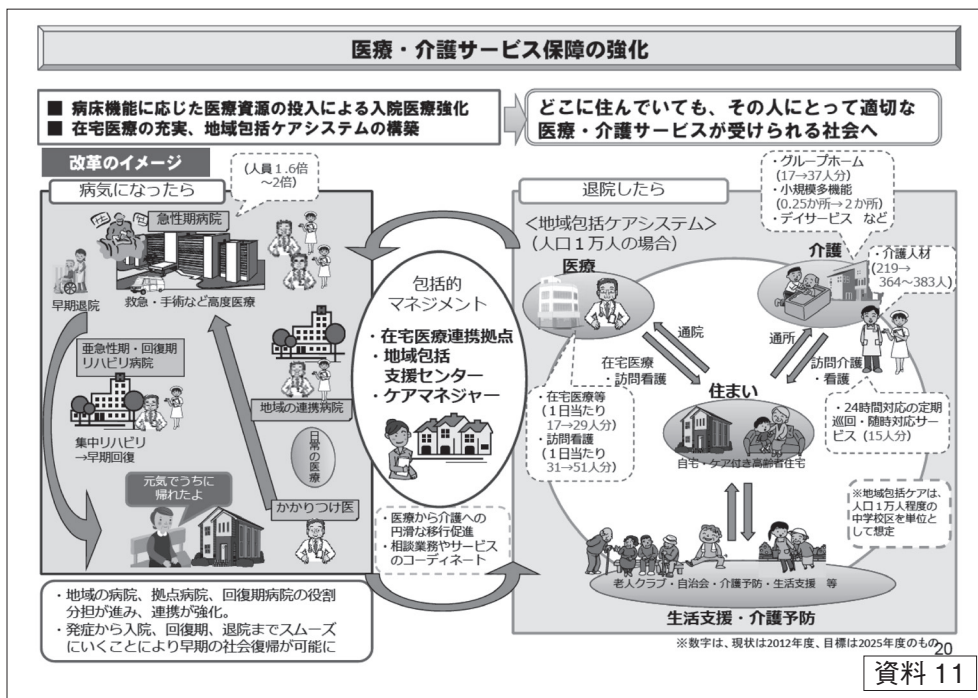
パターン1	平成23年度 (2011)	平成27(2015)年度		平成37(2025)年度	
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	現状投影シナリオ	改革シナリオ
医師	29万人	30～32万人	30～31万人	33～35万人	32～34万人
看護職員	141万人	151～158万人	155～163万人	172～181万人	195～205万人
介護職員	140万人	161～169万人	165～173万人	213～224万人	232～244万人
医療その他職員	85万人	91～95万人	91～95万人	102～107万人	120～126万人
介護その他職員	66万人	76～80万人	79～83万人	100～105万人	125～131万人
合計	462万人	509～534万人	520～546万人	620～651万人	704～739万人

(注1) 医療機関及び介護サービス事業所に従事する全ての職員を対象として、実数として推計したものである。医師及び看護職員については、行政、研究機関、産業医、他の福祉施設等で従事する者も含んでいる。
※ 社会保障国民会議の医療・介護シミュレーションでは、医療や介護のその他職員には一定の職種のみを含む形で表章されており、本推計の表章値が比較的大きく見えることに留意が必要。
(注2) 非常勤の割合について現行から変動する可能性があるため、5%程度幅のある推計値となっている。(医療については現状+5%程度の幅を仮定、介護については現状+2.5%程度の幅を仮定。)
(注3) 医師及び看護職員については、病床については病床当たりの職員配置を基本に配置増を繰り込んで推計し、外来については患者数の伸びに比例させて推計した。また、在宅の看取りケアの体制強化を一定程度見込んだ。さらに、急性期等の病床に勤務する医師及び看護職員については、役割分担による負担軽減を見込んで推計している。医師については、他の職種との役割分担により、20%業務量が減ることを見込んだ。看護職員については、医師の業務を分担する分と、他の職員に分担してもらう分が相殺すると仮定した。
(注4) 介護職員は、施設・居住系については利用者数の伸びにより、在宅については利用者数及び利用回数の伸びにより推計している。また、改革シナリオでは、施設のユニット化推進による職員増と、訪問介護員については非正社員(1月の労働時間61.0時間)が介護職員の非正社員(1月の労働時間117.2時間)並に勤務すると仮定して推計している。(財)介護労働安定センター「平成21年度介護労働実態調査」による。
(注5) 医療その他職員には、病院・診療所に勤務する薬剤師、OT、PTなどのコメディカル職種、医療ソーシャルワーカー(MSW)、看護補助者、事務職員等が含まれ、介護その他職員には、介護支援専門員、相談員、OT、PTなどのコメディカル職種等が含まれる。

資料10

医療・介護サービス保障の強化

先ほど言いましたように、診療報酬改定全てが、地域包括ケアシステムをどうやって構築していくのかということに影響されてきます。安心して住まう、そして、医療と介護の連携も今回の点数が強調されています。自治体等も含めた連携をどのようにしていくのかといったところがポイントになります。中小の病院は、やはりここに今後の活路があり、そして、大病院はやはりこちらの方に専従していただくようになっていくであろうということです。但し、どういう戦略を大きい病院が取るかは分かりません。そこが、これから先、地域での不確定要素になっていきます。(資料11)



資料11

地域包括ケアシステム

これから先、この地域包括ケアシステムをどのように作ろうかというところを考えていけばよいのであって、それが、これから先の点数、若しくは、経営を考えるにあたって重要な部分であります。

医療政策の方向性は？

先ほどからお話をしておりますように、ここが大変重要な部分です。今、医療政策の方向がどちらに向かっているのかというのが、一番のポイントです。社会保障改革案の中で、国が取っていないのは医療費の削減戦略です。医療費を削減しているように見えますが、削減戦略を一切取っていません。医療費は毎年伸びているので削減はされていません。今、国が一番重要だと認識しているのは、効率性の向上です。効率性の向上が第一で、もう1つが質の向上です。このことは、答申等にも文章で書いてありますように、効率と質ということです。(資料12)

医療政策の方向性は？

- 皆さん医療政策の方向性について、どのような方向だと思えますか？
 - 医療費削減戦略
 - 医療の質向上戦略
 - 医療の効率向上戦略
 - その他

資料 12

外来

紹介状なしの大病院の受診

これから点数のことについて入ってきます。今回の診療報酬改定で、紹介状なしの大病院の受診についてですが、初診が5,000円、再診が2,500円となります。これが何を意味しているのかということをお伝えします。大病院とは、特定機能病院と一般病床が500床以上の地域医療支援病院であるため、統計上で見ると、対象となる病院は200病院あるかないかです。つまり、影響はほとんどありません。それでも、国は何故そのようなことをするのか考えてみると、要するに、国としては、うまくマスコミを使って、「大きい病院に行くと外来等で余分にお金を取られる可能性が高い」というメッセージを入れたいのではないかと考えています。マスコミは、当然、特定機能病院や一般病床が500床以上の地域医療支援病院の具体的な説明はできないため、大きい病院に行くとお金がかかるというプロモーションになるわけです。そういった意味では、大きい病院の外来は少しずつ抑制がかかっていく可能性があると考えています。(資料13)

紹介状なしの大病院の受診

- 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+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) 内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擁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。

資料 13

地域包括診療料の基準緩和

また、もう1つ、やはり手を入れてきたのがかかりつけのところ。前回の診療報酬改定から地域包括診療料というものができていますが、施設基準を緩和しています。クリニックであれば、今までは常勤の医師が3名必要であったものが2名となります。小さい病院が対象になりますが、病院の場合、救急医療を実施していなければ駄目だというようなことが記載されておりましたが、それが削除されています。つまり、中小病院とクリニックに関しては、かかりつけを進めていってもよいということになっています。また、かかりつけとして頑張りましょうということです。これが記載されているものが、再診料に加算されるものです。こちらは、先ほどの施設基準とほぼ同じです。かかりつけの問題になっています。(資料14)

地域包括診療料の基準緩和

施設基準

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。

ア 診療所の場合

- 1 時間外対応加算1の届出を行っている
- 2 常勤の医師が3名以上配置されている
- 3 在宅療養支援診療所である

イ 病院の場合

- 1 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院群輪審制病院であること。
- 2 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- 3 在宅療養支援病棟の届出を行っている

在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の対応を実施している旨を院内掲示し、以下のすべてを満たしていること。

ア 診療所の場合

- 1 時間外対応加算1の届出を行っている
- 2 常勤の医師が2名以上配置されている
- 3 在宅療養支援診療所である

イ 病院の場合

- 1 医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関、救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は「救急医療対策事業実施要綱」第4に規定する病院群輪審制病院であること。
- 2 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。
- 3 在宅療養支援病棟の届出を行っている

資料 14

小児かかりつけ診療料

そして、小児に関してもかかりつけという言葉が出てきました。やはり、国はこれから先、クリニックにかかってもらって、そこから紹介してもらおう。そういったことを考えていることが、小児かかりつけ診療料も、先ほどの地域包括診療料も同じだと思います。

認知症に対する主治医機能

今お伝えしたものに加えて、地域包括診療料にプラス α をした認知症地域包括診療料というものができています。これは、先ほどの地域包括診療料と同様で、月に1回かかると地域包括診療料は1,503点、認知症地域包括診療料は1,515点がもらえます。つまり、通常の外来の単価からすると非常に高いということです。そのかわりに、かかりつけとしての機能を果たしてもらいたいということがあります。では、何が違うのかというと、対象疾患が違うのです。地域包括診療料は、高血圧、脂質異常、糖尿病、認知症の4つの疾患の内、2つ持っている場合に算定してもよいです。認知症地域包括診療料は、認知症プラス α で算定できるようになっています。これを逆から見ると、患者を囲うという見方できます。患者を毎月1万5,000円で囲うというようにして外来を確保しつつ、外来から何かあれば当然入院になるため、入院を吸い上げていかない限りは、小さい病院というのは相当厳しいであろうと考えています。小さい病院が何故相当厳しくなるのかについてお伝えします。最近、都内でも大病院に救急車が集まるようになってきています。結構小さい病院でも救急を頑張っていた病院に、救急車が

認知症に対する主治医機能

- 認知症地域包括診療料 1515点/月
- 算定要件
 - 認知症患者であって以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合(初診の日に行った場合を除く。)に、患者1人につき月1回に限り算定する。
 - 認知症以外に1以上の疾患(疑いは除く。)を有する、入院中の患者以外の患者であること。
 - 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。
 - 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。
 - 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの。
 - 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料の算定要件を満たすこと。
- 施設基準
 - 地域包括診療料の届出を行っている。

資料 15

来ないです。そういう時代になりつつあります。つまり、これから先は、地域医療計画などに書かれた病院に救急が行くというような機能分化ができていきます。

では、小さい病院はどうすればよいのかがポイントになります。(資料15)

また、認知症地域包括診療加算の30点は、再診料に加算されるものです。

診療所型認知症疾患医療センター

もう1つは、認知症の専門施設を評価した点数です。診療所でも中核になるようであれば500点あげますというものです。資料16に、認知症疾患医療センターのリストが掲載されている厚生労働省の資料のURLを記載しておりますので、参考にしてください。認知症疾患医療センターが、全都道府県にはないということがポイントでもあります。(資料16)

診療所型認知症疾患医療センター

点数算定

認知症専門診断管理料1 認知症専門診断管理料2	700点 300点	→	認知症専門診断管理料1 イ 基幹型または地域型 ロ 診療所型 認知症専門診断管理料2	700点 500点 300点
----------------------------	--------------	---	---	----------------------

現行の施設基準
 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準
 「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」(平成20年3月31日障発第0331009号)における認知症疾患医療センターであること。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisihakushi/kaigi_shiryou/dl/20120220_01_05-04.pdf
 認知症疾患医療センター
 設置場所: 身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置
 設置数: 全国(都道府県・指定都市)に約175ヶ所設置予定
 人員: 専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

資料 16

在宅自己注射指導管理料

細かい話になりますが、在宅での自己注射については、前回の診療報酬改定で月に3回や4回で分けられましたが、こちらが月に27回以下と28回以上になったということです。(資料17)

在宅自己注射指導管理料

点数算定

1 複雑な場合 1,230点 2 1以外の場合 イ 月3回以下 100点 ロ 月4回以上 190点 ハ 月8回以上 290点 ニ 月28回以上 810点 注2 導入初期加算 500点	→	1 複雑な場合 1,230点 2 1以外の場合 イ 月27回以下 650点 ロ 月28回以上 750点 注「2」については、難病外来指導管理料との併算定を可能とする。 注2 導入初期加算 580点
---	---	---

資料 17

外来化学療法

次は、外来化学療法です。外来化学療法加算1に関してはそのまま点数が上がっています。要するに、化学療法等はなるべく外来でやりましょうということが1つあります。外来化学療法加算1と加算2がありまして、加算1の質の方が高いわけです。こういった質の高い病院はどんどん評価をしていきたいと思いますという方向になっているということがあります。(資料18)

外来化学療法

点数算定

イ 外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算 A		
1 15歳未満	780点	
2 15歳以上	580点	
(2) 外来化学療法加算 B		
1 15歳未満	630点	
2 15歳以上	430点	
ロ 外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算 A		
1 15歳未満	700点	
2 15歳以上	450点	
(2) 外来化学療法加算 B		
1 15歳未満	600点	
2 15歳以上	350点	

➔

イ 外来化学療法加算1		
(1) 外来化学療法加算 A		
1 15歳未満	820点	
2 15歳以上	600点	
(2) 外来化学療法加算 B		
1 15歳未満	670点	
2 15歳以上	450点	
ロ 外来化学療法加算2		
(1) 外来化学療法加算 A		
1 15歳未満	740点	
2 15歳以上	470点	
(2) 外来化学療法加算 B		
1 15歳未満	640点	
2 15歳以上	370点	

資料 18

在宅酸素療法指導管理料

もう1つ、在宅酸素療法指導管理料は今まで1,300点だったものが、520点と780点に分けられました。合計すると1,300点になるため、毎月診ていけば1,300点ですが、外来は1ヶ月で3ヶ月分を出せるため、外来を減らそうと思えば効率化もできてしまうということになっています。(資料19)

在宅酸素療法指導管理料

点数算定

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合		
	1,300点	
2 その他の場合	2,500点	

➔

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合		
	520点	
2 その他の場合	2400点	

【在宅酸素療法材料加算】(3月に3回)

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合		
	780点	
2 その他の場合	100点	

資料 19

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

また、在宅持続陽圧呼吸療法も、前回と比較してみますと大変点数が上がっているように見えますが、こちらは重症の患者となりますので、点数を取れる場合は少ないのです。資料20に機器の加算についても書いてありまして、機器に関しては、非常に点数が下げられているといます。そういう意味では、下げられるところはきちんと下げていこうという国の考えが見えます。(資料20)

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

点数算定

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料		
	250点	

➔

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1		
	2250点	
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2		
	250点	

対象患者

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1
以下の全ての基準に該当する患者を対象とする。

1 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されていること。

2 CPAP療法を実施したにも関わらず無呼吸低呼吸指数が15以下にならない者に対しCASV療法を実施したこと。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2
以下のいずれかに該当する患者を対象とする。

1 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の対象患者以外の患者にASV療法を実施したもの。

2 心不全であるもののうち、日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ないもの。

3 以下の全ての基準に該当する CPAP療法実施患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が20以上である患者については、2の要件を満たせば対象患者となる。

ア) 無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が20以上

イ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している場合

ウ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する場合

【在宅持続陽圧呼吸療法治療器加算】(3月に3回) 【在宅持続陽圧呼吸療法材料加算】(3月に3回)

1 ASVを使用した場合	3750点	100点
2 CPAPを使用した場合	1100点	

資料 20

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導

もう1つ、今回新しく入ったのが糖尿病透析予防指導管理料です。名前としては普通ですが、考え方は斬新です。保険者から病院に問い合わせがあった場合に情報提供をしたら350点をくれるというものです。これは、昨年の国民健康法等の改正の時に、保険者機能の強化が入っていたからこのようになったと考えられます。要するに、保険者としてきちんと加入している被保険者を管理していきましょうという意味合いが入っています。今回、保険者に加入している被保険者の罹患率が高いなどの場合に、ペナルティ

が入るようになっていきます。自分達で管理しましょうということで、管理ができるようになります。ただ、すぐに病院に問い合わせが来るかということ、それほど多くの問い合わせはないと考えられますが、これから先、5年、10年かけていくと、保険者からの問い合わせがあることが日常茶飯事になっていくと考えられます。アメリカ型の医療にかなり近づいていき、保険者機能がどんどん強化されていくであろうということを感じさせる今回の点数になっています。(資料21)

また、糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算では、糖尿病の方に運動をさせましょうというところで、透析にしないようにということで100点が入っています。

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導

- 糖尿病透析予防指導管理料 350点
 - 算定要件追加
 - 保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

資料 21

ニコチン依存症管理料

もう1つは、禁煙外来についてです。35歳以上でブリンクマン指数が200以上の患者が対象になるということが入っています。

実は、外来に関することはこれだけです。外来はそんなに大きくは変わっていませんが、実は入院の方は色々と大きく変わっていています。(資料22)

ニコチン依存症管理料

資料 22

- ニコチン依存症管理料
 - 1 初回 230点、2 2回目から4回目まで 184点、3 5回目 180点
 - 別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定
 - 別に厚生労働大臣が定める基準
 - 当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上であること。但し、過去一年にわたりニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす。

算定要件

ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

1 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものであること。

2 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であること。

3 (略)

別に厚生労働大臣が定める基準の実績に係る部分は平成29年7月1日から実施。

平成28年4月1日から平成29年3月31日の「実績」⁴⁰

特定集中治療室 ICU

まず、ICUとHCUに関してはB項目が一緒になる箇所があります。こういったところはあまり大きくないです。

特定集中治療室への薬剤師の配置

大きいのは、病棟薬剤業務です。薬剤師の病棟配置を評価している点数です。今までは患者一人につき、週に100点と非常に点数が低かったわけですが、今回は、1日に80点という加算ができました。その代わり、資料23の算定要件に書かれているような超急性期の病院だけが対象になります。今までは、病棟薬剤業務実施加算の点数を取ろうとすると、実際は、全病棟に薬剤師の配置をしていなければなりませんでした。今回の改定によって、1週間診たら560点もらえるという見方ができます。それは、救命救急、ICU、SCUに限られるわけですが、そこは手間がかかるために点数をあげてあげましようというところが見えます。(資料23)

特定集中治療室への薬剤師の配置

点数算定

病棟薬剤業務実施加算 100点/週	➔	病棟薬剤業務実施加算1 100点/週 病棟薬剤業務実施加算2 80点/日
-------------------	---	---

算定要件

救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、病棟薬剤業務実施加算1と同様の病棟薬剤業務を実施していること。

施設基準

- 1 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っていること。
- 2 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

資料23

ハイケアユニット

次に、ハイケアユニットです。ハイケアユニットもB項目が統一されましたということです。

脳卒中ケアユニット

そして、SCUについてです。国がSCUを増やしたいということで、答申でもありました。今までは保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師がいなければなりませんでしたが、今回、土日や夜間であれば、3年以上の経験の医師でも問題ないということになります。これによって、SCUを増やしてほしいということがあります。実は、脳卒中関係は、ハイケアユニット等を入れてもあまり点数になりません。そのため、SCUにもっていきたいというような国の考えも見えます。これは、病院の方であれば分かるのではないかと考えています。(資料24)

脳卒中ケアユニット

施設基準

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。

➔

当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いる。ただし、夜間又は休日であって、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する担当の医師が院外にいる場合に常時連絡が可能であり、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療に必要な情報を直ちに送受信できる体制を用いて、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能な体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこと。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。

神経内科又は脳神経外科の経験5年の医師が夜間や休日に常時いなくても良くなった。ただし、連絡が取れる体制が必要となる。

資料24

NICU関連

次は、NICUについてです。NICUは、対象疾患が追加になっています。(先天性心疾患の追加)超急性期関係も、大体今お伝えしたような内容の改定です。

急性期

急性期のポイントは、やはり急性期なのです。一般病棟に関わるところが大変重要です。これから先、一般病棟をどう扱っていくのが、大変重要です。

救急患者の受入関連

一般病棟で一番重要なのは、これからは救急搬送についてです。救急搬送をどう扱っていくかです。ただ、先ほどお伝えしたように、スタッフが少ない病院に救急搬送をやらせると、病院が破綻をするのは時間の問題です。救急搬送をどのように考えるのが重要になっていきます。救急搬送が重要な理由は、夜間休日救急搬送医学管理料の点数にあります。今までは、土曜日の夜間だけだったものが、今度は平日も加算を取ってよくなり、200点だったものが600点になっています。これは大きいです。

救急医療管理加算1(800点→900点)

もう1つあります。救急医療管理加算1は、重篤な状態の患者に対しての点数です。800点が900点になります。これに準ずる状態の場合は、400点だったものが300点に下がっています。さらに、緊急カテーテル治療・検査とt-PA療法に関しては追加項目になる為、本当に危ない状態の患者が運ばれてくるとこの点数が取れるのです。救急搬送を実施している病院では、結構大きな増収が見込まれるものになっています。(資料25)

救急医療管理加算1(800点→900点)

対象患者

ア 吐血、喀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

→

ア 吐血、喀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、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

資料 25

総合入院体制加算

もう1つ、総合入院体制加算があります。地域の中核病院では取りたい加算です。地域の中核病院であることに加えて精神科の対応がどうかということで、ある程度取れるものです。総合入院体制加算1、2、3とありまして、今までは加算1と2しかなかったものが、今回の診療報酬改定では加算3までできました。重要なのはアウトカムです。アウトカムを全てクリアできると加算1が取れます。4つだと加算2が取れ、3つだと加算3が取れます。アウトカムを4つクリ

総合入院体制加算

総合入院体制加算1	240点	→	総合入院体制加算1	240点
総合入院体制加算2	120点		総合入院体制加算2	180点
			総合入院体制加算3	120点

施設基準

総合入院体制加算1
①年間の手術件数が800件以上であること。また、実績要件をすべて満たしていること。
②当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度・医療・看護必要度に係る評価表におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること
③公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院

総合入院体制加算2
1年間の手術件数が800件以上であること、年間の救急用の自動車等による搬送件数が2000件以上であること。また、実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも4つ以上満たしていること。
2精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。)があり、以下のいずれも満たすこと。
イ 精神科リエンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っていること。
ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上であること。
3 当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度・医療・看護必要度に係る評価表におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であること。
4 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

総合入院体制加算3
①年間の手術件数が800件以上であること。また、実績要件について全て満たしていることが望ましく、少なくとも3つ以上を満たしていること。
②精神科については、24時間対応できる体制があり、以下のいずれかを満たすこと。
・精神科リエンチーム加算、又は認知症ケア加算1の届出を行っている。
・精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法の算定件数が年間20件以上
③当該保険医療機関の算定対象病棟において、一般病棟用の重症度・医療・看護必要度に係る評価表におけるA得点が2点以上又はM得点が1点以上の患者が2割7分以上であること。

人工心肺を用いた手術	40件/年
悪性腫瘍手術	400件/年
腹腔鏡下手術	100件/年
放射線治療(体外照射)	4000件/年
化学療法	1000/年
分娩件数	100件/年

経過措置
平成29年3月31日まで

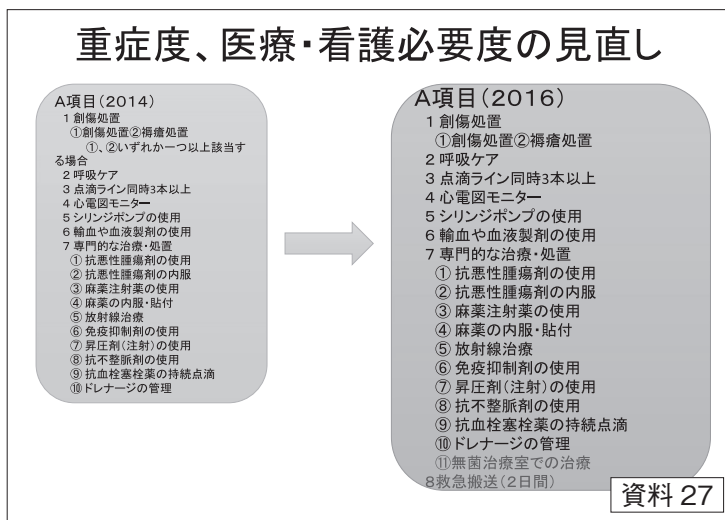
資料 26

アすることは、非常に困難です。

それに加えて、もう1つ基準があります。加算1を取るためには、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票におけるA得点が2点以上又はC得点が1点以上の患者が3割以上であることも必要です。加算2に関しても同様に、3割以上と入っています。加算3に関しては2割7分以上と入っています。どこの病院にとっても、この点数は結構大きいです。A得点が2点というところで、気になることがあるのではないのでしょうか。救急搬送を受け入れると2点を取ることができまして、このようなところが実はポイントになっています。(資料26)

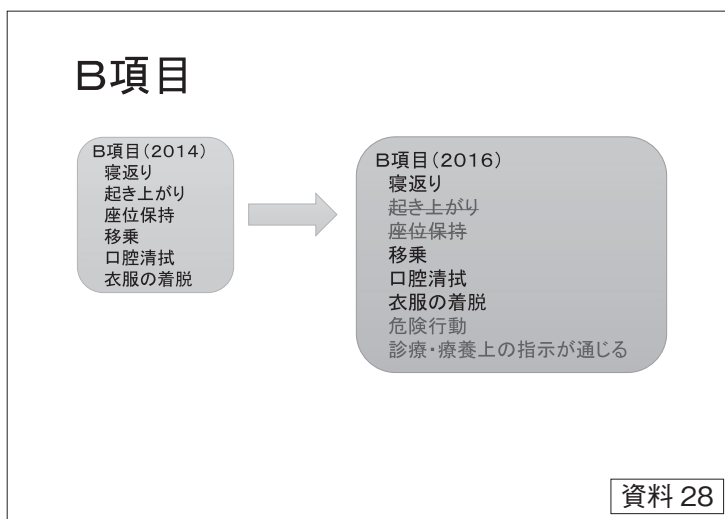
重症度、医療・看護必要度の見直し

もう1つ、先ほどお伝えしたように、重症度、医療・看護必要度のA項目に救急搬送(2日間)が追加され、2日間取れるため、2点入ります。そして、無菌治療室での治療というものも追加されました。これは、普通の病院ではあまり関係のないものです。しかし、救急搬送では大きな影響があります。(資料27)



B項目

次に、B項目です。今回、B項目は取りづらくなるようになっていきます。どちらかと言うと、医療依存度が高いA項目、C項目で頑張っている病院は必要度が上がっていくような形になっています。B項目では、起き上がりや座位保持がなくなり、危険行動と診療・療養上の指示が通じるということが追加になっています。(資料28)



C項目

そして、C項目です。開頭と開胸の手術が7日間で、開腹と骨の観血的手術が5日間、胸腔鏡・腹腔鏡手術が3日間、全身麻酔・脊椎麻酔の手術と救命等に係る内科的治療が2日間となります。今お伝えしたようなところが新しく追加され、C項目となったということです。(資料29)

C項目

C項目(2016)

開頭の手術	7日間
開胸の手術	7日間
開腹の手術	5日間
骨の観血的手術	5日間
胸腔鏡・腹腔鏡手術	3日間
全身麻酔・脊椎麻酔の手術	2日間(上記を除く)
救命等に係る内科的治療	2日間

資料 29

A項目、B項目、C項目

では、A項目とB項目とC項目を並べた時に、どう見たらよいのかについてお伝えします。まず、基準を満たす患者の割合が25%をクリアしなければならないということです。但し、200床未満であれば、23%でよいと資料30に記載されております。そうなった場合に、皆さんはどうでしょうか。この中でどうやってクリアすればよいと思いますか。実は、パッと見て、現場からするとすぐ

A項目

- 1 創傷処置(①創傷処置、②褥瘡処置)
- 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(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
⑪無菌治療室での治療
- 8 救急搬送

B項目

寝返り
移乗
口腔清潔
食事摂取
衣服の着脱
危険行動
診療・療養上の指示が通じる

C項目

開頭の手術
開胸の手術
開腹の手術
骨の観血的手術
胸腔鏡・腹腔鏡手術
全身麻酔・脊椎麻酔の手術
救命等に係る内科的治療

平成 28 年 3 月 31 日に当該入院料の届出を行っている病棟(病床数 200 床未満の保険医療機関が有するものに限る。)であって、当該入院料の病棟群単位の届出を行わないものにあつては、7対1入院基本料の施設基準について、平成 30 年 3 月 31 日までに限り、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合について、2割5分を2割3分と読み替えたものを満たす必要がある。

資料 30

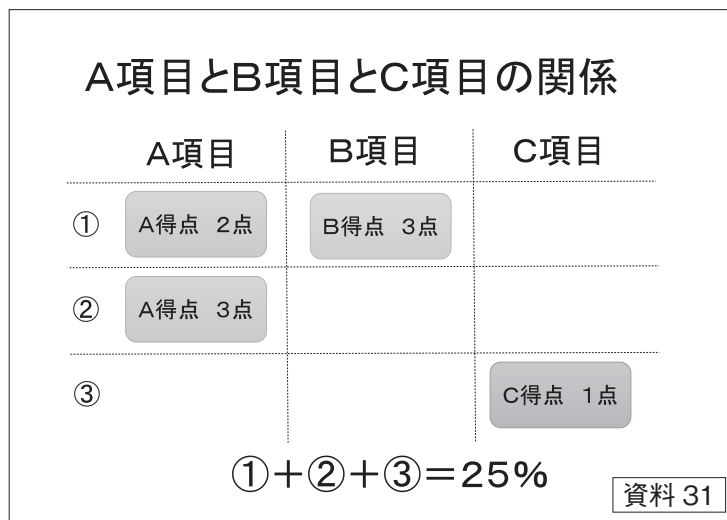
分かるのですが、救急搬送をどうやって扱うのかということになるのです。救急搬送と心電図モニターで3点になります。これから先、救急搬送をされた時に、外来で患者を帰しては駄目です。救急搬送をされてそのまま帰すというパターンがよくありますが、そうするとその後が取れません。救急搬送をされた後、経過観察で1日入院させると点数が取れるということになります。これから先、地域によっては救急車の出動が増えるところが間違いなくあります。色々な病院の院長や副院長等の先生方と話をしていると、夜間に介護施設から患者を受ける場合が多いようです。「救急車で来てもらおうかな」と冗談で言っている医師もいますが、半分本気ではないかと考えています。救急車で来て処置室に行ってもらって、仕方がないから明日帰ってもらおうというように、病院の都合で、外来で帰している場合が結構あります。それを入院させられるようにできるかどうかなのです。やはり、そこがポイントなのです。そして、夜間の対応をどれくらいできるのかです。

先ほどお伝えしましたように、夜勤の看護師が少ないところは、まず受けられません。看護師が辞める要因になるのです。その為、夜間に看護師が最低3人はいて、取りあえず夜間の救急搬送を

とって、よいという状態にすることが必要です。同じ日に同じ病棟に看護師を3人入れると、多分人が辞めると思いますが、そうでなければ、きちんと受け入れられる体制ができた病院は、必要度のある程度上げることはできます。そういう意味では、実はこの点数は非常に危なくて、むやみに救急車が増える可能性もありますし、取りあえず入院させるということもかなり増え、夜に入院をして朝には帰るといった病院も増えてくることは間違いないです。先ほど言いましたように、救急搬送に加えて心電図モニターの3点で必要度をクリアするため、そういったところがこれから先、必ず増えていくというところでは、(資料30)

A項目とB項目とC項目の関係

そして、A、B、Cの項目がどうなっていくのかについてお伝えします。A得点2点とB得点3点で今は15%を超えているところがあるようですが、それに加えてA得点の3点とC得点の1点で10%を乗せられるかどうかです。必要度をクリアできる病院というのは、多分救急病棟の病院が多いでしょうし、オペも多くなければ必要な点数は間違いなく取れません。(資料31)

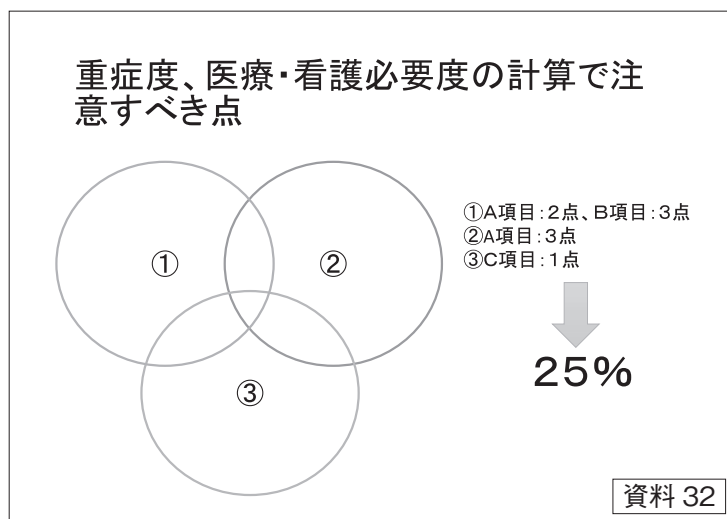


重症度、医療・看護必要度の計算で注意すべき点

但し、重なる部分があるため、重なる部分を省いていった時にどうなるのかというところでは、重要なのは、これから先、オペが増えていかなければ困るということでは、(資料32)

先ほどお伝えしましたように、必要度をクリアして、7対1を死守していかなければなりません。その為の方法がもう1つあります。要するに、重症度の対象外になったら早く退院させるということでは、退院させれば、当然稼働が悪くなります。稼働が悪くなる為、余計に受け入れをしたいという願望が強くなります。

今お伝えしたところが、効率性を上げていかなければならない部分になっていきます。その為、これから先、7対1が10対1になるということは、病院としては本当に破綻を意味することになっていくと思います。地域に看護師が沢山いて、転職ができない状況であればよいのですが、間違いなくそうではないと考える為、これから先、大変だということでは、(資料32)



Q. 必要度がクリアできないときの病棟の転換

どこの病院もそうですが、必要度がクリアできなかった場合にどうするのかというところがあります。まずは、必要度がクリアできない時の院内の説明や、何に転換するのかということについて話をしなければなりません。

看護必要度と稼働の考え方

看護必要度の計算は非常に簡単です。計算対象となる分母と分子の問題だけである為、資料33に記載のXとYを操作すればよいのです。先ほどお伝えしましたように、Xが救急患者の受け入れで大きく変動するのであれば、救急医療をたくさん増やせばよいのです。しかし、増やせば増やすほど、先ほどお伝えしましたように、当然、現場が苦しくなります。その為、もう1つの方法として、Yを小さくする為にはどうすればよいのかを考えると、2つの方法しかありません。(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) ÷ 延べ患者数(Y)
- Y(↓)、X(↑) or Y(↓)、X(-)

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

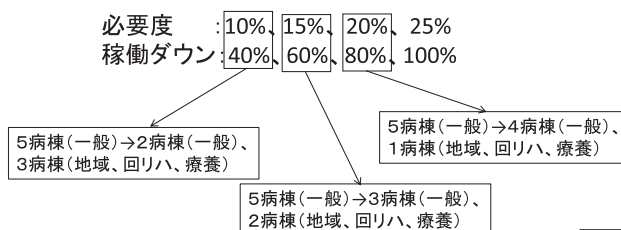
資料 33

必要度と稼働の組み合わせ

例えば、必要度が10%になってしまった場合にどうするのかという話があります。そうなった場合は、稼働を40%まで落とせばよいのです。このようにいわれると簡単であるかのように感じますが、稼働を40%まで落とすことは、なかなかできません。この場合は、5病棟が一般病棟の7対1であったものを2病棟にして、残りの3病棟を計算対象外になる「地域包括ケア」、「回復期リハビリテーション」、「療養」の病棟にすればクリアできます。今度は、必要度が15%だった場合は、2病棟を転換すればよいのです。必要度が20%だった場合は、1病棟を転換すればよいのです。非常に簡単です。ただ、今お伝えしたことをきちんと実行できる病院がどれくらいあるのかということです。これは、一歩間違えると10対1にしようということになり、大変なことになってしまうのです。(資料34)

必要度と稼働の組み合わせ

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



資料 34

病棟の転換

皆さんが関わっている、若しくは見ている病院で、最近、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を作っている病院が多くあるのではないのでしょうか。全て、今お伝えしたような考え方で行っています。さらに問題があるのは、地域の中核病院が先に病棟の転換をやってしまうということです。これから先、中小病院に一番差し迫っている危機は、地域の中核病院が地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を作った時に、小さい病院に打つ手があるのかということなのです。中堅病院が自

分たちの病院で急性期的な病棟を作った時には、当然、優先的に都合のよい患者を自分の病院に回すことができます。中堅病院にとっては、今まで外に出していた連携先の病院には、都合の悪い患者を送る、若しくは、患者を送らないという手が出てくるわけです。そこが、これから先、小さい病院には非常に危ない部分なのではないかと考えています。二次医療圏ごとに、どのような病院が地域包括ケア病棟をもっているのかを調べてみると、思った以上に大きい病院が多いということがお分かりになるでしょう。

さらに、大きい病院にとってよいことがあります。特に公立病院にとってよいことがあります。地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を作ると稼働が上がるのです。議員から「補助金繰入が多くて何とかするように」と言われていたのが、稼働が上がって収益性が良くなります。その為、収益性が良くなった病院を別の公立病院が見て自分の病院も早く同じようにしようというふうに、どんどんなっていってしまいます。病院としては本当に簡単です。大きい病院であれば、1病棟分くらい空き病床分くらい取れます。あとは、院内調整ができるかどうかということだけです。そういう意味では、先にやられてしまった地域は、小さい病院は本当に大変だろうということです。(資料35)

病棟の転換

- 病棟群による届出
- 地域包括ケア病棟
 - 病棟単位or病室単位
- 回復期リハビリテーション病棟
- 療養病棟

資料 35



各病棟の概要

これから先、病棟を転換するにあたっては色々方法があります。大きい病院が簡単に10対1になることがない為、7対1を死守しながら先ほどお伝えしたケアミックス化していくことは、もう間違いありません。そうした時に色々転換の方法はあります。それをまとめたものが資料36に記載の表になります。

地域包括ケア病棟は、亜急性期的に近い病棟ですが、病床機能報告制度においては急性期になります。私も、公立病院での地域包括ケア病棟でいくつかお手伝いをさせていただきました。その時に、

「届け出は急性期だからいつでも戻せるので心配ないですよ」とお伝えすると、病院の方は、「ああ、そうなんだ。では、地域包括ケア病棟をやろう」ということになります。

回復期リハビリテーション病棟は、回復期になってしまう為、そういう意味では、少しハードルが上がります。また、リハビリを充実させなければいけないということになる為、人員の問題もあります。そういったところでは、少し大変です。療養病棟は、慢性期になってしまう為、一番ハードルが高いです。

病棟の転換においては、今お伝えしたところをどのように考えるのかということになってきます。この中でどのように管理していくのかということを見ると、やはり、地域包括ケア病棟は単価が高いのです。また、院内でも急性期という扱いになる為、そういう意味では、本当に調整がしやすい病棟であるということがあります。地域包括ケア病棟を入れた病院では、大体、月次で1病棟分で1,000万円くらいプラスになることがあります。病床コントロールだけでそれくらい上がるため、実質的にはコストはほとんどかかっていないということになります。その為、そのまま利益となります。但し、問題が1つあります。今からやって大丈夫なのかということですが、やはり、やる時は早くやらなければ駄目だという部分もあります。(資料36)

病棟群単位による届出

そして、もう1つポイントになるのが、病床群単位による届出です。10対1と7対1を混在してもよいというものです。最終的には10対1にしなければならないと記載されており、そのようになっていきます。人が減って文句が出ない職場が本当にあるのでしょうかというところがポイントです。

もう1つポイントになるのは、人が減ったからといって、症例は今までと変わらないであろうということです。つまり、仕事が増えるだけだということです。そして、単価が減るというところで、不満

各病棟の概要

	特徴
地域包括ケア病棟	①亜急性期の病棟 ②病床機能報告制度において急性期として届出が可能 ③入院できる疾患を選ばない ④加算全でとると3008点となる。 ⑤算定のハードルは低い。
回復期リハビリテーション病棟	①回復期の病棟 ②病床機能報告制度において回復期として届出 ③入院できる疾患が規定されている ④回復期リハ病棟1になるためには最低半年かかる。それまで回復期リハ3となるため点数が低い。 ⑤患者を集められるかが勝負
療養病棟	①慢性期の病棟 ②病床機能報告制度においては慢性期として届出 ③入院できる疾患を選ばない ④療養病棟1と在宅復帰強化型が必須となる。 ⑤在宅復帰強化型への道が厳しい。

資料 36

病棟群単位による届出

- 一般病棟入院基本料の届出において、7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、保険医療機関が、平成28年4月1日から2年間、7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。
 - 届出可能な保険医療機関は、平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料(特定機能病院、専門病院を含む)を届け出ており、当該入院基本料を算定する病棟を複数有する保険医療機関であること。
 - 病棟の数が4以上の保険医療機関が届け出る場合、一つの入院基本料の病棟の数は、複数とすること。
 - 病棟群単位の新たな届出は1回に限り、平成28年4月1日から平成29年3月31日の期間に行われること。
 - 当該届出措置を利用した場合には、平成29年4月1日以降は、7対1入院基本料の病床数は、当該保険医療機関の一般病棟入院基本料の病床数の100分の60以下とすること(特定機能病院は除く)。
 - 当該届出措置を利用した場合は、原則として7対1入院基本料の病棟と10対1入院基本料の病棟との間で転棟はできないこと。

資料 37

が出るということはあるのではないかと考えています。今後、10対1にした病院でよくありそうなパターンとして、形式上は10対1にしても、7対1の人数がいなければ無理だと言われた為、実質は7対1にするという病院が増えるのではないかと、ということ想定しています。そのようになってしまうと、ただ単に、1日に患者1人あたり2,500円を下げて何をしようかということになる為、本当に大変なことになるのではないかと考えています。(資料37)

急性期看護補助体制加算

先ほどから、受入体制をどのようにして効率性を上げていくのか、というところに点数がついているとお伝えしていますが、まず、急性期看護補助体制加算というのがあります。要件としては、7対1は変わっていませんが、10対1は5%から6%となっており、大変クリアしやすくなっています。(資料38)

急性期看護補助体制加算

- 急性期看護補助体制加算(1日につき)
 - 1 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上) 160点
 - 2 25対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割未満) 140点
 - 3 50対1急性期看護補助体制加算 120点
 - 4 75対1急性期看護補助体制加算 80点
- 施設要件
 - 7対1 : 15%→25%
 - 10対1: 5%→ 6%

資料 38

10対1における看護必要度関連

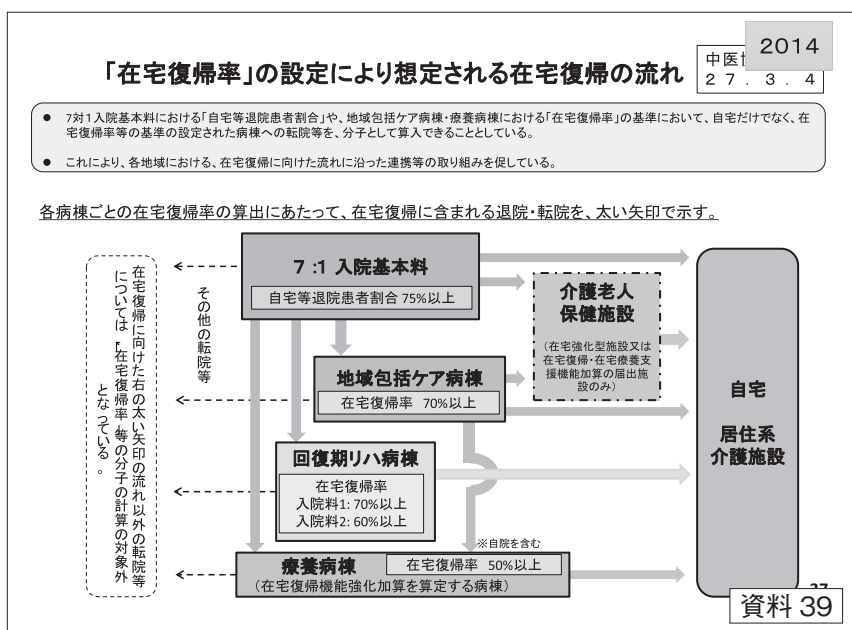
もう1つ、10対1においては、看護必要度加算が大幅に上がるということになっています。

一般病棟入院基本料7対1

もう1つ中小病院を苦しめる原因が、7対1の在宅復帰率になっていきます。2014年から在宅復帰率75%という基準が入っています。

「在宅復帰率」の設定により想定される在宅復帰の流れ

75%という基準は、国が定めた場所に75%の患者が行ってもらわなければならないということです。前回の説明を聞かれた方はお分かりのように、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、介護老人保健施設、療養病棟、居宅に75%、4人が退院をした場合は3人がこのいずれかに行かなければならないという基準です。もう1つ注釈がついていますように、介護老人保健施設と療養病棟に関しては、在宅復帰強化でなければならぬと決まっています。



今、都内の大学病院では、地域医療連携室が地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を中心に退院患者を送っています。それに加えて、介護老人保健施設と療養病棟に関しては、在宅復帰強化を取っていないところには患者を送らないということになっています。最近、介護老人保健施設が埋まらないという話を聞いたことがある方もいらっしゃるでしょう。埋まらない施設の施設基準を調べてみてください。恐らく在宅復帰強化を取っていないと考えられます。在宅復帰強化を取っているところは、今、大量にお金が入ってきているのです。療養病棟の場合も同じです。結局、この75%という基準が怖いのです。(資料39)

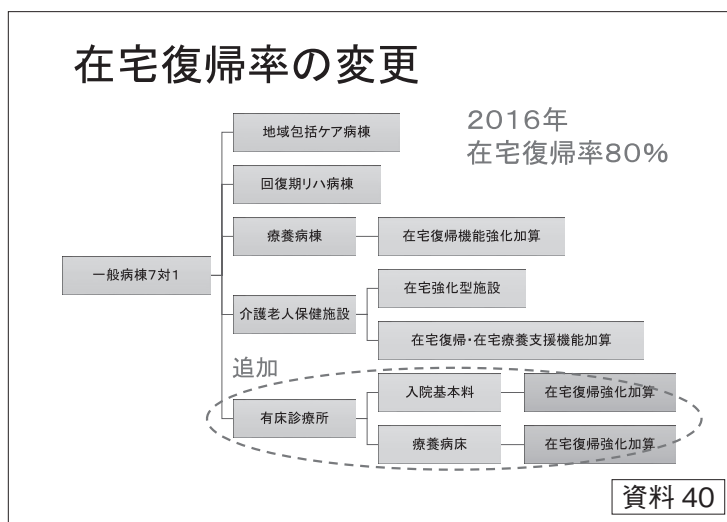
在宅復帰率の変更

そして、今回の診療報酬改定で、在宅復帰率は80%になります。基準が、5人退院したら4人が在宅復帰しなければならないということになります。つまり、一人は先ほどお伝えしたように例外に退院患者を送ってもよいということです。例外とは一般病床です。世の中の病院の4分の1はケアミックスで、一般病棟と療養病棟を持つようなことです。元々、私もケアミックスの病院にいましたから、大体感覚的に分かりまして、送ってこられた患者をまず一般病棟に入れて検査を沢山した後で、療養病棟に送ります。

そうすることによって一般病棟が潤って、在院日数もクリアできます。しかし、今後、このオペレーションがしにくくなるということなのです。在宅復帰率80%をクリアするためには、紹介する側としては、一般病棟には絶対に入れないでほしいという注釈をつけて送ります。そのようにしているのが、今の都内の大学病院の地域医療連携室です。つまり、これから先、在宅復帰率の基準がさらに上がっていくと、さらにケアミックスである病院には退院患者が送られてこない状況になっていくということになります。

今回、拡大されて有床診療所もよいということになりますが、有床診療所で在宅復帰強化加算を取れるところがどれだけあるのでしょうかという話ですが、ほぼありません。そういう意味では、ただ単に数字が上がっただけだということです。つまり、やはり、連携は非常に厳しいということです。これに加えて、さらに、先ほどお伝えしたように中核の病院が地域包括ケア病棟を取ったとすると、中小病院に送られてくる患者はほとんどいなくなってしまいます。国はどう考えているのか分かりませんが、そういう意味では、中小病院にとっては大変厳しい時代になってしまったということです。これからどんどん厳しくなっていきます。

言い方を変えれば、地域包括ケア診療料を取って外来で患者を沢山抱えて、地域包括ケア病棟を持てば、大病院からは非常に退院患者を送りやすいですし、自分達で入院も確保しやすくなっていくということです。つまり、その決断ができるかどうかということが、これから先の病院の重要な方向性の1つではないかと考えています。(資料40)



手術・処置の時間外等加算1

手術・処置の時間外等加算1はあまり関係がないです。それは、夜勤が6人以上いる病院に対する加算であり、そのような病院はほとんどないからです。

周術期口腔機能管理と医科歯科連携

もう1つポイントになるのが、医科と歯科の連携です。周術期の管理についてはずっと言われています。医科点数表で、悪性腫瘍の手術で全身麻酔を実施した場合の点数が前回からできています、100点だったものが、今回の診療報酬改定から200点になっています。

歯科と病院との連携

その為、これから先、歯科と病院との連携は大変重要であるというふうになっています。

周術期口腔機能管理

歯科医院との連携に関することにしても、歯科衛生士に関する箇所と同様に点数が上がっています。

栄養サポートチームと歯科医師

さらに、もう1つ点数が上がっているのが、栄養サポートチーム体制に関する加算のところで、栄養サポートチームに歯科医師が入っていると50点が加算されます。大した点数ではありませんが、既に歯科医師が回っている病院では、そのまま点数がつくわけです。つまり、今後の点数のもう1つのポイントは、患者にとってよいことをやっていると結果的にお金がついてくるということ、自分達で考えてやっていかなければならないということです。点数がついたからそれを実施するとなった時に、どこの病院でも月に最大で1万5,000円ぐらい稼げるようにはなるでしょうが、その為に歯科医を雇っても仕方がないのですよね。このように、点数がついてから考えるのではなく、実施していたことが点数になるということです。つまり、患者の為、そして効率性を上げる為にどうするのかということ、日々考えている病院が、これから先存続するのだということです。（資料41）

栄養サポートチームと歯科医師

・ 歯科医師連携加算 50点（医科で算定）

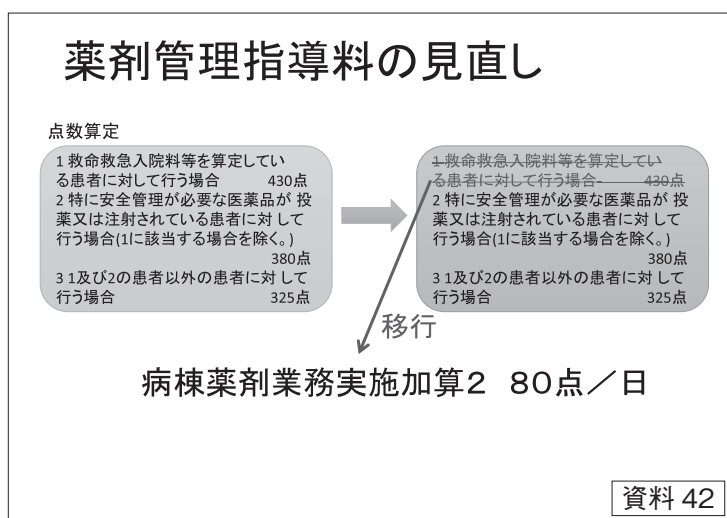
算定要件

院内・院外の歯科医師が参加により算定
院内又は院外の歯科医師が、栄養サポートチームの構成員として、以下に掲げる栄養サポートチームとしての診療に従事した場合に算定する。
栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。3 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時指導を行い、その内容を栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。
当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

資料 41

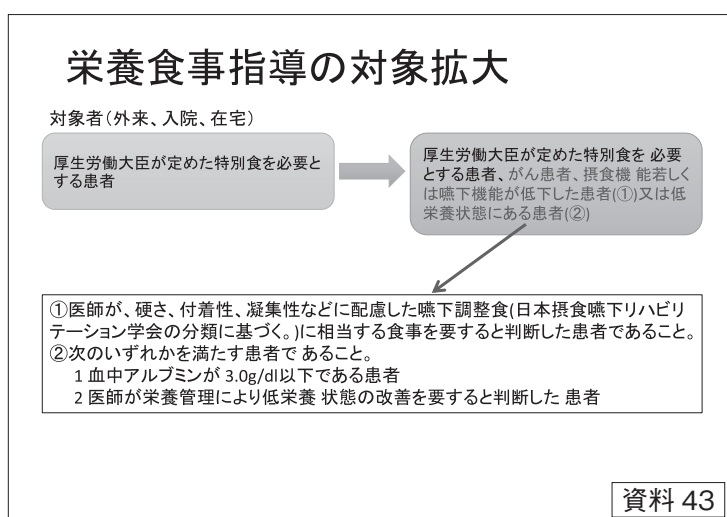
薬剤管理指導料の見直し

先ほどお伝えした超急性期の特定集中治療室への薬剤師の配置において、病棟薬剤業務実施加算2として週に560点になるという話がありまして、それにあわせて病棟薬剤指導の超急性期部分が削られています。(資料42)



栄養食事指導の対象拡大

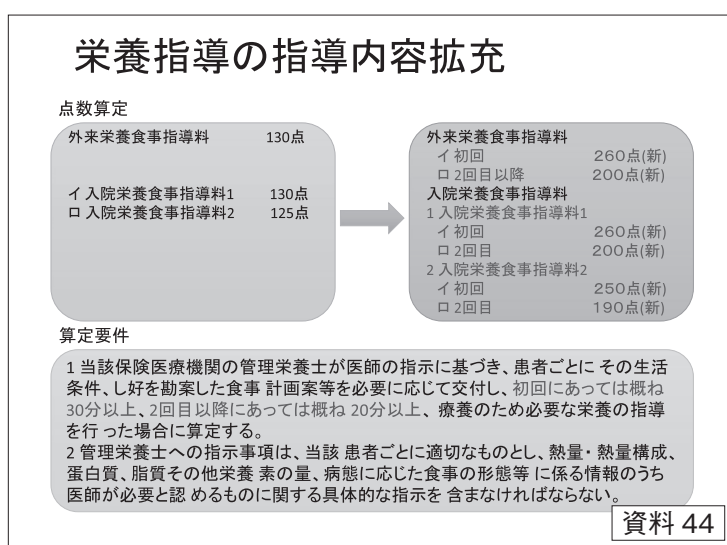
もう1つ、やはり退院を早く進めたいという国の思いが表れていると考えられるのが、管理栄養士の業務拡大です。業務拡大というよりは、まずは、栄養指導の対象が増えました。要するに、嚥下機能が低下した患者と栄養状態が悪い患者を栄養指導の対象にしましょうということになります。今までは、特別食を必要とする患者だけが栄養指導の対象でしたが、今回対象となる患者が拡大されました。(資料43)



栄養指導の指導内容拡充

そしてもう1つ、栄養食事指導の単価も上がりました。今まで130点だったものが初回260点になっています。(入院栄養食事指導料1)そして、食事の指導に関しては、今までは15分の指導で130点が取れたという話がありましたが、初回30分以上にしてくださいということになった為、それほど変わらないようにも感じました。しかし、病院の現場を見ていると、大体30分ぐらい指導に時間をかけている為、そのまま点数が上がるはずです。

栄養食事指導の対象が拡大されて単価が上がるということは、今までにほとんどなかったことです。そういう意味では、これから先、管理栄養士も非常に重要です。やはり、献



立も重要なのですが、どのようにして指導をする体制を作っていくのかというところが重要になっていくのではないかと考えています。(資料44)

看護職員夜間配置加算

次に、先ほどから説明している看護師の夜間配置についてお伝えします。こちら、今までやっていた病院は、そのまま点数がつくのです。つまり、今から体制を作るといことは、半歩遅れているということになります。まず、夜勤が3人必要だということ。上手くいかなくなった病院に行くと、大体が、夜勤が2人なのです。もっとすごい話では、60床を夜勤が2人で急性期と言っている病院もありますが、そういう病院では大体、人の定着が悪いのです。病院の人が「定

着が悪い、悪い」と言っているのですが、その状態では、そもそも無理なのです。60床で夜勤が2人の病院では看られる患者の数は30人なのです。よくよく考えると病床数はこの倍あります。このような病院は大体、稼働も悪いのです。何故稼働が悪いのでしょうか。やはり、稼働が上がらないように、心理的になってしまっているのです。そういう意味では、これから先、病床数をどう考えるのかという1つのポイントにもなります。

今までも12対1で50点が加算されていましたが、今回、80点になっています。80点とはどれくらいのインパクトかと言うと、100ベッド当たりで日に8万円です。1ヶ月に換算すると、240万円になります。年間では、3,000万円弱になり、大きな金額であります。

そして、今回新しくできた看護職員夜間16対1配置加算は、16対1で40点です。資料45に記載の「1のイ」と「2」の加算を取るにあたっては、施設基準に記載の7項目の内、4項目をクリアしてくださいということです。大抵はクリアできます。何故クリアできるのかと言うと、「1」から「3」は勤務表の作り方です。そして、「7」は厳しいのですが、「5」と「6」に関しては私立の病院であれば、ほぼ取れるものです。

簡単に説明すると、「1」は、1つの勤務の終了から、次の勤務開始までに空いている時間が11時間あればよいというもので、勤務表の作り方になります。次の、3交代の勤務の病棟においては、勤務開始が前回勤務より遅い時間になればよい為、これも勤務表の作り方になります。3つ目の、夜勤の連続回数は2回までというものも勤務表の作り方になります。これで、「夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成(シフト)」の4つの項目の内、3つをクリアします。あとは、「4、5、6、7」の内、1つをクリアすればよいのです。まず、「4」に関しては、業務量の調査をしてそれを何とかしなさいというようなことが書いてあって面倒臭い為、これは飛ばします。次に、「5」は看護補助者を夜勤時間帯に配置していることとある為、看護補助者の夜勤加算を取っていればクリアします。そして、「6」に関しては、看護師を看護補助者として勤務表に載せている場合はみなし看護者となりまして、その比率が5割以上ということ。これは、民間病院では全く考えられないことです。今お伝えしたように考えると、4つくらいはクリアできます。「7」に関しては、夜

看護職員夜間配置加算

点数算定

看護職員夜間配置加算 50点	<ul style="list-style-type: none"> 1 看護職員夜間12対1配置加算 <ul style="list-style-type: none"> イ 夜間看護体制が充実している場合 80点 ロ イ以外の場合 60点 2 看護職員夜間16対1配置加算 40点
----------------	---

夜勤の看護職員が3人以上

施設基準

(1) 看護職員夜間 12 対1配置加算

イ 夜勤を行う看護職員数は、常時 12 対1以上であること。
 ロ 1のイは、次に掲げる夜間看護体制の充実に関する項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が4項目以上の場合に限り算定する。

<夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成(シフト)>

1 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
 2 3交代制勤務の病棟において、勤務開始が前回勤務より遅い時刻(正循環)となる勤務編成(シフト)であること。
 3 夜勤の連続回数は2回までであること。<夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置>
 4 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。

<看護補助者と看護職員の業務分担の推進>

5 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
 6 みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
 <院内保育所の設置> 7 夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

(2) 看護職員夜間 16 対1配置加算

イ 夜勤を行う看護職員数は、常時 16 対1以上であること。
 ロ (1)のロを満たすものであること。

資料 45

勤時間帯を含む院内保育所を設置するというこゝで、24時間の保育になってハードルが高いためこちらはクリアできないとしても、4つはクリアできます。今お伝えしたように、4つはクリアできるということは、これは取らなければならないということなのです。

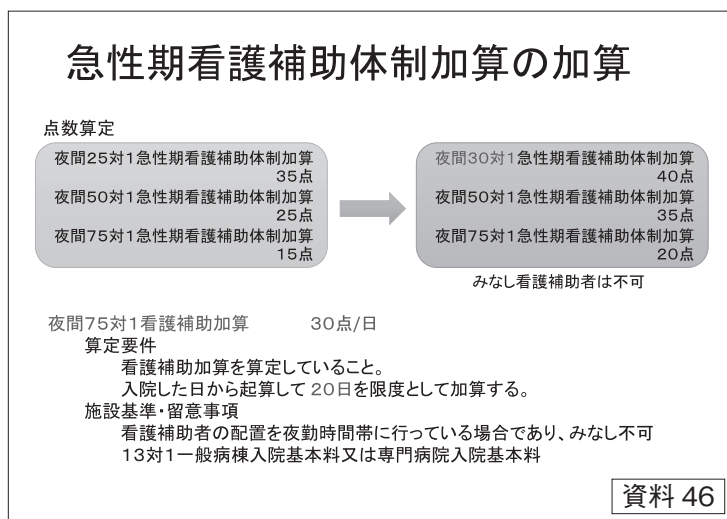
また、もう1つの見方があります。12対1と16対1をどのように考えるのかということなのです。12対1の12を3倍にすると36床になります。そして、16対1の16を3倍にすると48床になります。どういふことかといいますと、ここ最近の公立病院での中核病院になるところは、1病棟を何病床で構成しているのかという話につながります。大体、40床未満で作っているように見受けられます。40床以下、若しくは40床未満です。つまり、大体、1単位を40床くらいで構成している病院はクリアできるということなのです。

そして、もう1つあります。16対1についてです。日本の平均は、大体1単位が50床くらいです。そこで、3人で夜勤をしている病院は、まず点数を上げましょうという話です。つまり、そこから外れている病院は、ほぼ急性期ではないという見方をされていると言われても、おかしくはないです。そこから外れていると、まず、回らないだろうという話です。そう考えると、今から60床で病院を建てるといふのは論外ですし、これから先はできれば、40床以下で病院を建てて、40床の9割稼働であれば、12対1の加算を取れるという方向にもっていかなければならないということなのです。

「では、夜勤を4人にすればよいのではないか」という質問がよく出てきますが、4人の夜勤では72時間がクリアできない為、加算を取れません。たまに加算が取れてしまうところもありますが、4人の夜勤はほぼ無理です。つまり、逆に、12対1、16対1を逆手にとって、求人原稿にはこういったことをきちんと入れていくべきなのです。「他の病院と比べてみなさい」ということで求人原稿に入れておくと、離職防止にもつながりますし、求人にも非常に効果があるものになります。言い方を換えると、加算を取れない病院は、もっと厳しくなるという見方もあります。(資料45)

急性期看護補助体制加算の加算

そして、もう1つは、急性期看護補助体制加算という助手についての加算です。加算の加算というものがあつて、夜間の25対1が30対1になります。施設基準が緩くなったのに、点数が上がつています。先ほどの急性期看護補助体制加算の80点と今回の40点の両方が取れるのです。つまり、120点が取れるということなのです。120点ということは、先ほどお伝えしたように、月に100床当たりで360万円となり、大きな金額となります。要するに、看護師の負担が軽減され、点数がさらにもらえるということなのです。(資料46)



看護職員の夜間勤務負担軽減

そして、もう1つあります。夜間看護体制加算というのがあります。先ほどの急性期看護補助体制加算の夜勤のところに10点がつき、40点が50点になります。夜間看護体制加算は、看護職員夜間配置加算の施設基準として7項目あった内の5項目目だけを落としたものの中から3つをクリアすれば、10点がもらえます。つまり、看護職員夜間配置加算の施設基準の7項目の内、4項目をクリアしている病院は、自動的に加算を取れるということです。最大で加算を取ると、130点が取れるということです。130点のインパクトは、月に390万円だということになります。100床当たり、年間で5,000万円弱です。500床だと2億5,000万円になる為、大変大きいものです。今まで普通にやっていたところは、何もせずにプラスになるということです。先を見てこれから動いていけない限りは、よくないのではないかとということです。(資料47)

看護職員の夜間勤務負担軽減

- 夜間看護体制加算 10点
 - 算定要件は、夜間急性期看護補助体制加算を算定していること。
 - 施設基準
 - 次に掲げる夜間看護体制の充実に係る項目のうち、当該加算を算定する病棟及び保険医療機関において満たす項目が3項目以上の場合に限り算定する。
 - <夜間を含む交代制勤務を行う看護職員の負担軽減に資する勤務編成(シフト)>
 - 1 一つの勤務の終了時から、次の勤務の開始までの間の時間が11時間以上であること。
 - 2 3交代制勤務の病棟において、勤務開始が前回勤務より遅い時刻(正循環)となる勤務編成(シフト)であること。
 - 3 夜勤の連続回数(は)2回までであること。
 - <夜間の看護業務量に応じた看護職員の配置>
 - 4 所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜間を含めた各部署の業務量を把握し調整するシステムができており、かつ部署間での業務標準化を図り過去1年間に当該システムを夜間に運用した実績があること。
 - <看護補助者と看護職員の業務分担の推進>
 - 5 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
 - 6 みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
 - <院内保育所の設置>
 - 7 夜勤時間帯を含む院内保育所を設置していること。

資料 47

看護の夜間加算

今お伝えしたように、取る気になれば3つの加算を取れるわけですが、これを取っていく為には、先ほどお伝えしたような、夜間の受け入れもそれなりにしていってもらわなければ困りますし、そうすることによってよい効果が出てくるということです。点数も取れて夜間の入院もしやすくなる方向に、どのようにしてもっていくのかということを考える必要があります。(資料48)

看護の夜間加算

看護職員夜間配置加算

+

急性期看護補助体制加算
夜間急性期看護補助体制加算

+

夜間看護体制加算

資料 48

看護補助と事務業務

また、看護補助者で、事務員のところが200対1と決められてしまいました。入院患者200人に対して1人、事務をする看護補助者を認めてもよいという項目が入りました。もしかすると、将来的には、看護事務という形で独立する可能性もあります。そういう意味では、この点数に合うように、どのようにクラークを教育していくのかというところが、やはりポイントなのではないかと考えています。今は、クラークは点数が取れない為、最終的に施設基準が50対1になっていった時に、クラークの点数が取れたら、そのまま点数が上がっていく、何もせず上がっていくというものになります。(資料49)

看護補助と事務業務

施設基準

看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)のほか、病室内の環境整備、ベッドメイキング、看護用品及び消耗品の整理整頓等の業務を行うこととする。

→

1 看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品・消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理・作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
2 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すことに1に相当する数以下であること。

(1) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務範囲について、年に1回は見直しを行うこと。
(2) 所定の研修を修了した看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

資料 49

データ提出関連

次は、データ提出加算についてです。データ提出加算も200床以上の10対1については、病棟の施設基準として入ります。その為、データ提出加算を取れるうちに早く実施しておいた方がよいのではないかと考えています。今回点数が上がっており、やはり早く実施した者勝ちというような部分があるため、早く実施することです。(資料50)

データ提出関連

- 200床以上の10対1(一般、特定機能一般、専門病院)については、データ提出加算が病棟の施設基準として入る。

点数算定

1 データ提出加算1 イ 200床以上の病院の場合 100点
ロ 200床未満の病院の場合 150点
2 データ提出加算2
イ 200床以上の病院の場合 110点
ロ 200床未満の病院の場合 160点

→

1 データ提出加算1 イ 200床以上の病院の場合 120点
ロ 200床未満の病院の場合 170点
2 データ提出加算2
イ 200床以上の病院の場合 130点
ロ 200床未満の病院の場合 180点

資料 50

小児入院医療管理料関連

小児に関しては、いくつか基準が緩くなっています。緩くなっているのは、小児慢性の患者に関しては、今までは小児病棟に入院するのが15歳未満だったものが20歳未満まで引き上げられました。また、小児病棟に関しては、今まで在宅療養指導管理料等が退院する月には取れなかったものが、退院する月にも取れるようになります。(資料51)

小児入院医療管理料関連

- 下記項目を包括から外して退院月にも算定可能となった。
 - 第2章 特掲診療料
 - 第2部 在宅医療
 - 第2節 在宅療養指導管理料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
- 小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている患者については、小児入院医療管理料の算定対象年齢を15歳未満から20歳未満に引き上げる。

資料 51

小児入院医療機関への評価

また、部屋単位で取れる省に入院医療管理料が3、4、5とありまして、ここで重症児受入体制加算が取れるようになります。

小児加算

そして、小児加算として、今まで新生児加算が100分の60だったものが100分の80になるなどの変更があり、小児に関しては点数を増やしています。点数を増やしているのですが、小児は減っているわけです。そう考えると、ポーズとは言いませんが、国としては、小児に手厚くしているように見えるようにしているということです。(資料52)

小児加算

	生体検査	画像診断	放射線治療
新生児加算	80/100	80/100	80/100
乳幼児加算(3歳未満)	50/100	50/100	50/100
幼児加算(3~6歳未満)	30/100	30/100	30/100
小児加算(6~15歳未満)			20/100

処置料

【ドレーン法(ドレナージ)】

注 3歳未満の乳幼児の場合は、110点を加算する。

【高位浣腸、高圧浣腸、洗腸】

注 3歳未満の乳幼児の場合は、55点を加算する。

(※)既存の加算項目について、点数を1割増点する。

【救急搬送診療料】

新生児加算 1500点 乳幼児加算 700点

長時間加算(診療に要した時間が 30分以上) 700点

資料 52

介護支援連携指導料と退院時共同指導

今回、点数として一番ポイントになるのは、やはり介護支援連携指導料です。地域包括ケアを意識するには、この点数が一番重要です。介護支援連携指導料についてはあとでまた説明します。点数が300点から400点になっています。また、患者が入院してから退院するまでに2回点数を取れます。2回点数を取ったら、800点になってしまいます。こういったところが、地域と病院をつなぐ非常に重要なところになってきます。(資料53)

介護支援連携指導料と退院時共同指導

点数算定

【介護支援連携指導料】

介護支援連携指導料 300点

【退院時共同指導料】

退院時共同指導料1

1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点

2 1以外の場合 600点

退院時共同指導料2 300点

【介護支援連携指導料】

介護支援連携指導料 400点

【退院時共同指導料】

退院時共同指導料1

1 在宅療養支援診療所の場合 1,500点

2 1以外の場合 900点

退院時共同指導料2 400点

資料 53

亜急性期(地域包括)

地域包括ケア病棟

今回、地域包括ケア病棟の点数が若干変わっています。変わったのは、手術と麻酔で点数が取れるというところです。今までは、手術が必要になると一般病棟に患者を戻していましたが、今回の診療報酬改定で、患者を戻さずに手術を行えるようになったということです。

実は、地域包括ケア病棟は、いろいろな使い方があるのです。DPCの対象外のオペは地域包括ケア病棟で行った方が、点数が高くなります。もう1つあります。短期滞在手術を地域包括ケア病棟で運用している病院も結構多いです。そういう意味では、地域包括ケア病棟も使い方次第というところもあります。(資料54)

地域包括ケア病棟

- 包括範囲の見直し
 - 第2章 特掲診療料
 - 第10部 手術
 - 第11部 麻酔
- 地域包括ケア病棟を算定する場合は1病棟のみの届出
 - 許可病床500床以上の病院
 - 以下の施設基準を届け出ている病院
 - 救命救急入院料
 - 特定集中治療室管理料
 - ハイケアユニット入院医療管理料
 - 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 - 小児特定集中治療室管理料

平成28年1月1日時点で既に届け出た病棟はOK

資料54

回復期

初期加算、早期加算

回復期はこれから逆風なのではないかと考えています。今までは、回復期にリハビリのスタッフを入れると1人につき、1,000万円というようなことがありました。給料分を差し引いたらほぼ利益になるというような計算ができましたが、これから先は多分厳しいであろうと考えられます。理由としては、アウトカムが入ったということと、廃用症候群、リハビリの開始日の読み方が若干変わっている部分があります。つまり、初期加算の点数が取りにくくなっていくということです。それが、初期加算と標準的算定日数のところに入っているということです。(資料55)

初期加算、早期加算

算定できる期間

心大血管疾患
脳血管疾患等
運動器
呼吸器

リハビリテーション料の算定患者のうち入院中のもの
(急性疾患、手術、及び慢性疾患の急性増悪等の患者に限る。)

廃用症候群

廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から30日

初期加算

心大血管疾患
呼吸器

治療開始日

発症、手術もしくは急性増悪から7日又は治療開始日のいずれか早いもの

廃用症候群

廃用症候群に先行する急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群の急性増悪から14日

資料55

標準的算定日数の起算日

廃用症候群リハビリテーション料の算定日数の上限が120日になっています。脳血管疾患は180日までよかったものが、120日になったということは、簡単に言いますと、日数が3分の1減ったということです。廃用症候群回復期リハビリテーション病棟というものが、世の中には結構あります。そういったところでは、今までは、廃用症候群の患者を1人入れたら、その患者が病床を6ヶ月間は埋めてくれていたわけですが、今度は4ヶ月間しか埋めてくれなくなるということです。その分、患者を受け入れなければならないようになっていくということです。廃用症候群は逆風です。点数が下がったりもしている為、これから先、本当に廃用症候群に頼っていくのかということになっていくと考えています。(資料56)

180日 → 120日

- 廃用症候群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(I)(1単位) 180点
 - 廃用症候群リハビリテーション料(II)(1単位) 146点
 - 廃用症候群リハビリテーション料(III)(1単位) 77点

算定要件

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患者(※)に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内に限り所定の点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。(※)急性疾患等(治療の有無を問わない。)に伴う安静による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの

施設基準

(1) 廃用症候群リハビリテーション料(I)(II)(III)につき、それぞれ脳血管疾患等リハビリテーション料(I)(II)(III)と同様。
 (2) 専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士については、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)又は(II)、運動器リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、呼吸器リハビリテーション料(I)又は(II)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士、常勤作業療法士との兼任は可能であること。
 (3) 専従の常勤言語聴覚士については、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求めない別項目について、別に定めがある場合を除き兼任は可能であること。

資料 56 経過措置は、早期加算などと同様

回復期リハビリテーション病棟とアウトカム

そして、回復期リハビリテーションにはアウトカムが入っていますが、一定基準を超えなければ、1日6単位から先は差し上げませんということになってしまいます。通常は、回復期に関しては、1日9単位となることも非常に多いのですが、6単位以上は算定ができないということになってしまいますと、リハビリのスタッフを入れたら点数が上がるという時代ではなくなっていくということです。

最近、リハビリの査定も非常に多いため、そういう意味では、これから先、アウトカムをどのように扱っていくのかということです。今後、国がどうするかは分かりませんが、徐々に厳しくはしていくであろうところがあると考えています。(資料57)

回復期リハビリテーション病棟とアウトカム

- リハビリテーションのアウトカムが一定の水準に達しない場合は、1日6単位を超えて提供される分について入院料に包括
 - 別に厚生労働大臣が定めるもの
 - 入院中の患者に対する、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、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又は廃用症候群リハビリテーション料であって1日につき6単位を超えるもの(告示別表第9の3に規定する「脳血管疾患等の患者のうちで発症後60日以内のもの」を除く。)の費用(当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの提供実績が一定の水準以上であるとともに、効果に係る実績が一定の水準を下回る場合に限り。)

資料 57

体制強化加算(回りハ)

また、体制強化加算(回りハ)については、これまでは体制強化加算が1つだけあって200点でしたが、今度は体制強化加算2として120点ができました。新しくできた体制強化加算2の120点は、国が決めたルールに従ってやれば、外来を行ってもよくなったというようなイメージのものです。(資料58)

体制強化加算(回りハ)

点数算定

体制強化加算 200点

➔

体制強化加算1 200点
体制強化加算2 120点

体制強化加算1
これまでの体制強化加算と同様

体制強化加算2
当該病棟に専従の常勤医師2名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。専従する常勤医師のうち2名は、以下のすべてを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることではない。

ア) 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を実施していること。

イ) 当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めてしていること。

ウ) 週に32時間以上は、当該2名の医師のうち少なくとも1名が当該病棟業務に従事していること。

エ) 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週8時間以上従事していること。

資料 58

慢性期

療養病棟入院基本料2

実は、今回厳しいのは療養病棟です。療養病棟は少し厳しいかもしれませんが、まず1つ目として、療養病棟入院基本料2に、今度、医療区分2又は3の患者の割合の合計が5割以上という基準が追加されました。これは、何とかクリアしていくのではないかと考えています。今までは、5割以上という基準はなかった為、医療区分1の患者が100%でもよかったわけですが、今度、医療区分2又は3の患者の割合の合計が5割以上ということになります。(資料59)

療養病棟入院基本料2

- 施設基準の追加
 - 医療区分2又は3の患者の割合の合計が5割以上
 - 別に定める基準(入院基本料の95/100)
 - (1) 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員 25対1」を「看護職員 30対1」に読み替えたものを満たすこと。
 - (2) 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ている病棟であること。
 - 移行措置
 - 平成28年3月31日に届出を行っている場合は、平成28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。

資料 59

療養病棟の加算・在宅復帰機能強化加算

もう1つは、在宅復帰機能強化加算についてです。今までは加算を少し取りにくかったのですが、今度は、一部取りやすくなります。計算式が若干変わりました。今までは、1ヶ月間入院した患者が計算対象になっていましたが、自分の病院の中での移動における1ヶ月ルールは残りますが、外から来た患者に関しては1ヶ月ルールを外すというようになっています。在宅医療に対して努力をしている病院であれば、先ほどの件はよい方向に向くというのがあります。(資料60)

療養病棟の加算 在宅復帰機能強化加算

- 施設基準
 - 療養病棟入院基本料1
 - 当該病棟から退院した患者(自院の他病棟から当該病棟へ転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限る。)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること
 - 退院患者の在宅生活が1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。
 - 自院又は他院の一般病棟・地域包括ケア病棟(病室)から当該病棟に入院し自宅・居住系介護施設等に退院した年間の患者(自院の他病棟から当該病棟に転棟して1か月以内に退院した患者は除く。)の数を当該病棟の年間平均入院患者数で除した数が100分の10以上であること。

資料 60

経過措置:平成28年9月30日

療養病棟全般

一番厳しいのはここです。まず、酸素療法です。医療区分3と医療区分2の酸素療法と、医療区分2の頻回の血糖検査とうつ症状に対しての見直しがありました。

医療区分3

まず、酸素療法については今までは酸素療法をしていれば、医療区分3になるというところがありました。しかし、今度は、1分間に3リットル以上の常時流用がなければ駄目だということになりました。そして、そうでない場合は、医療区分2にするということになっています。医療区分2と3の違いは大体患者1人当たり1日3,000円です。今までは何かあれば、とりあえず酸素療法をするというようなことがありましたが、それが全部駄目ということ。そうすると、私が各方面で聞いたところによりますと、酸素関係で療養病棟は年間で1,000万円、或いは1,500万円のマイナスになるという病院が結構多くあります。酸素関係はとても加算を取りやすいのです。

医療区分2

もう1つが、頻回の血糖検査についてです。こちらも加算を取りづらいとされています。血糖検査が取れなければ医療区分1になります。酸素療法は、今回は医療区分2で残りましたが、次はどうなるか分かりません。医療区分2にまた基準ができてしまったら、今度は医療区分1になってしまいます。頻回の血糖検査については、インスリン等の注射を1日1回以上やって、1日3回以上の頻回な血糖検査を実施している状態であることが基準に入っています。

もう1つあります。もう1つはうつ症状についてです。老人で、寝たきりで、とりあえずうつ症状なのではないかという患者を診断すると、今までは医療区分2にできていました。そこが、うつ状態で治療をしているとして、「精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投薬している場合」という基準が入ってしまっています。しかし、普通の病院には精神保健指定医はいません。そういう意味では、これだけでも療養病棟にとっては、相当厳しいです。その為、これから先、療養病棟をやめる病院も出てくるかもしれませんし、破たんをする病院も結構出てくるのではないかと思います。イメージをしています。(資料61)

療養病棟全般

- ・ 医療区分3
 - ・ 酸素療法
 - ・ 常時流量3リットル/分以上を必要とする状態
 - ・ 常時流量3リットル/分未満を必要とするじょうたいであってNYHA重症度分類Ⅲ度若しくはⅣ度の心不全の状態又は肺炎等急性増悪により点滴を実施した場合
 - ・ 肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、30日間は本項目に該当
- ・ 医療区分2
 - ・ 酸素療法
 - ・ 医療区分3の酸素療法に該当する以外
 - ・ 頻回の血糖検査を実施している状態
 - ・ 糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回な血糖検査を実施している状態。
 - ・ 検査日から3日間まで、本項目に該当
 - ・ うつ症状に対する治療を実施している
 - ・ うつ症状に対する治療を実施している状態(精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合)
 - ・ うつ症状に対する入院精神療法、精神作業療法、心身医学療法を算定している場合

資料61

障害者施設等入院基本料

障害者施設等入院基本料も、病名を変えるとクリアできてしまうという話もあり、それほど大したことではないというようにことを言っている人もいます。今回、障害者病棟に関しては、重度の意識障害で脳卒中の患者が療養病棟の医療区分1又は2に該当するのであれば、資料62に記載の点数で算定するという事になっています。(資料62)

障害者施設等入院基本料

重度の意識障害者(脳卒中の後遺症の患者)の疾患および状態が療養病棟入院基本料規定する医療区分1又は2に相当する場合は、各々医療区分に従い、所定点数を算定する。医療区分3相当のものは、従来通り、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定する。

	7対1	13対1	15対1
医療区分2	1465点	1317点	1219点
医療区分1	1331点	1184点	1086点

資料 62

結核病棟入院基本料

結核病棟については今回の診療報酬改定で、「61日～90日以内の期間」という加算ができたということです。

短期滞在

短期滞入手術等基本料3

そして、もう1つ厳しいのが短期滞在についてです。前回、白内障について両眼の場合でも、片眼の場合でも27,093点という基準ができましたが、今回、片眼と両眼のそれぞれについての点数ができました。片眼が22,096点、両眼が37,054点になりました。この点数を見て、どこの病院も困ったと言っております。27,093点で両目の手術を行っていた病院は絶対にありません。これまでは、みなさん片眼ずつ2回手術を行っていました。つまり、今回の診療報酬改定で、両眼で54,186点だったものが37,054点になり、片眼で約5,000点下がったということになっているわけです。それでも、44,192点が取れる為、片眼ずつ手術を行うという病院もあるのですが、それについては病院によって異なります。これも金額にすると、何千万円の単位になります。そういった意味では、この白内障の療養病棟は大変厳しいということです。また、鼠径ヘルニアの基準が年齢により細くなりました。(資料63)

短期滞入手術等基本料3

リ K282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	→	リ K282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(片眼) 22096点 又 K282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(両眼) 37054点
又 K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合ロその他のもの 21,632点	→	ル K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合ロその他のもの(片眼) 20065点 ヲ K282水晶体再建術2眼内レンズを挿入しない場合ロその他のもの(両眼) 30938点
タ K633ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 24805点 レ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳未満に限る。) 56183点	→	ネ K633ヘルニア手術5鼠径ヘルニア(15歳以上に限る。) 24805点 ナ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳未満に限る。) 24466点 ラ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(3歳以上6歳未満に限る。) 68729点 ム K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(6歳以上15歳未満に限る。) 55012点 ウ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) 43912点
ソ K634腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(15歳以上に限る。) 51480点		

資料 63

短期滞在手術等基本料3-2

新設

短期滞在手術等基本料3で今度、「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」、「体外衝撃派腎・尿管結石破碎術」、「ガンマナイフによる定位放射線治療」が短期滞在手術等基本料の3になりました。

包括範囲から除外

短期滞在手術等基本料3の問題は、在院日数の計算対象から外れてしまうことと、包括になってしまうということの2つがあります。実際には、プラスになる病院もあります。今まで在院日数を短くして回していた病院はプラスになっています。つまり、どのように効率的なオペレーションをして数をこなしていくのかということしかなく、やはり、どのようにして効率性を高めるのかということが一番のポイントになっていくということです。

そして、今回包括範囲から除外になったのは、人工腎臓や在宅療養指導管理料等がありますが、正直、人工腎臓ぐらいしか、多分プラスにならないというところがあります。一部抗癌剤などを使っている場合もありますが、ほとんどが人工腎臓のところなのではないかと考えています。(資料64)

短期滞在手術等基本料3-2

・新設

- ・ K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 37588点
- ・ K768 体外衝撃派腎・尿管結石破碎術 28010点
- ・ M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59855点

・包括範囲から除外

- ・ 第2章 特掲診療料
 - ・ 第2部 在宅医療
 - ・ 第2節 在宅療養指導管理料
 - ・ 第3節 薬剤料
 - ・ 第4節 特定保険医療材料
- ・ 人工腎臓
- ・ 抗悪性腫瘍剤
- ・ 疼痛コントロールのための医療用麻薬
- ・ エリスロポエチン、ダルボポエチン
- ・ インターフェロン製剤
- ・ 抗ウイルス剤
- ・ 血友病の治療に係る血液凝固製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

資料 64

入院料加算

認知症ケア加算1、認知症ケア加算2

やはり、2025年問題を考えますと、認知症ケア加算1が非常に重要になります。認知症ケア加算1と2では、1日あたり120点も違います。そういった意味では、やはり、加算1を取らなければならないということです。認知症に対するケア加算では、感染症に対する安全管理と同じで、まずチームがあり、そのチームがラウンドをして病棟と連携をして計画を立てたり、アセスメントをしたりします。そして、職員の教育もするということが重要になってきます。(資料65)

・認知症ケア加算1

- ・ イ14日まで 150点/日 □ 15日以降 30点/日

・認知症ケア加算2

- ・ イ14日まで 30点/日 □ 15日以降 10点/日

資料 65

〔算定可能病棟〕

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神病棟除く)、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患 病棟入院料、特定一般病棟入院料

算定要件

- (1) 対象患者は、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」におけるランクⅢ以上に該当する者。
 - (2) 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。
- 認知症ケア加算1
- (1) 病棟において、チームと連携して、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。
 - (2) 看護計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討する。
- チームは、以下の内容を実施する。
- 1 週1回程度カンファレンスを実施し、各病棟を巡回して病棟における認知症ケアの実施状況を把握するとともに患者家族及び病棟職員に対し助言等を行う。
 - 2 当該保険医療機関の職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的開催する。
- 認知症ケア加算2
- 病棟において、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられるよう環境調整やコミュニケーションの方法等について看護計画を作成し、計画に基づいて実施し、その評価を定期的に行う。

施設基準

一番のポイントは、資料66の施設基準内の枠内に記載されている「認知症ケア加算1」の(1)の2に記載のとおり、専任の常勤看護師がいなければならないということです。この専任の常勤看護師というのは、認定看護師のコースに通っている人でなければならないということになっている為、ハードルが一番高いのが、認知症ケア加算1の(1)の2の基準になってきます。

これから先は、この加算を取っていき、そして、加算を取った病院はきちんと認知症の患者を受け入れていくというような時代になっていきます。また、そこがきちんとできなければならないということです。

さらに、もう1つ気付かされるのは、昔からきちんと教育をしていた病院は、今回の加算が取れるということです。しかし、今からしようとすると加算が取れるのは1年後です。やはり、点数は後からついてくるといことで、自分たちにとって何が必要であって、どのような体制を整えるのかということを経験からやっていたらなければならないということです。今から加算をとりに行くのは、やはり大変です。既に、認定看護師のコースが満員で入れないという話を聞いており、そういった問題もあります。(資料66)

施設基準

認知症ケア加算1

- (1) 保険医療機関内に、1~3により構成される認知症ケアに係るチームが設置されている。
 - 1 認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師
 - 2 認知症患者の看護に従事した経験を有し適切な研修を修了した専任の常勤看護師
 - 3 認知症患者の退院調整の経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- (2) (1)のチームは、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

認知症ケア加算2

- (1) 認知症患者が入院する病棟には、認知症患者のアセスメントや看護方法等について研修を受けた看護師を複数配置する。
- (2) 身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、保険医療機関内に配布し活用する。

資料 66

医師事務作業補助体制加算1

地域加算が変わり、医師事務作業補助体制加算についても加算1だけがそのまま点数が上がっています。加算1については、読み替えが少しあり、書類を作成している時には病棟の外来にいらなくてもよいということで、時間の計算の仕方が変わりました。(資料67)

医師事務作業補助体制加算1

点数算定

15対1補助体制加算	860点	15対1補助体制加算	870点
20対1補助体制加算	648点	20対1補助体制加算	658点
25対1補助体制加算	520点	25対1補助体制加算	530点
30対1補助体制加算	435点	30対1補助体制加算	445点
40対1補助体制加算	350点	40対1補助体制加算	355点
50対1補助体制加算	270点	50対1補助体制加算	275点
75対1補助体制加算	190点	75対1補助体制加算	195点
100対1補助体制加算	143点	100対1補助体制加算	148点

施設基準の変更

- 20対1は、25対1、30対1、40対1と同じ施設基準へ
 75対1、100対1の施設基準における年間の緊急入院患者数は、100件から50件へ緩和する。
 療養病棟入院基本料と精神病棟入院基本料で50対1、75対1、100対1が算定可能
 特定機能病院で加算1について算定可能

業務の場所の定義変更

医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。

医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。

資料 67

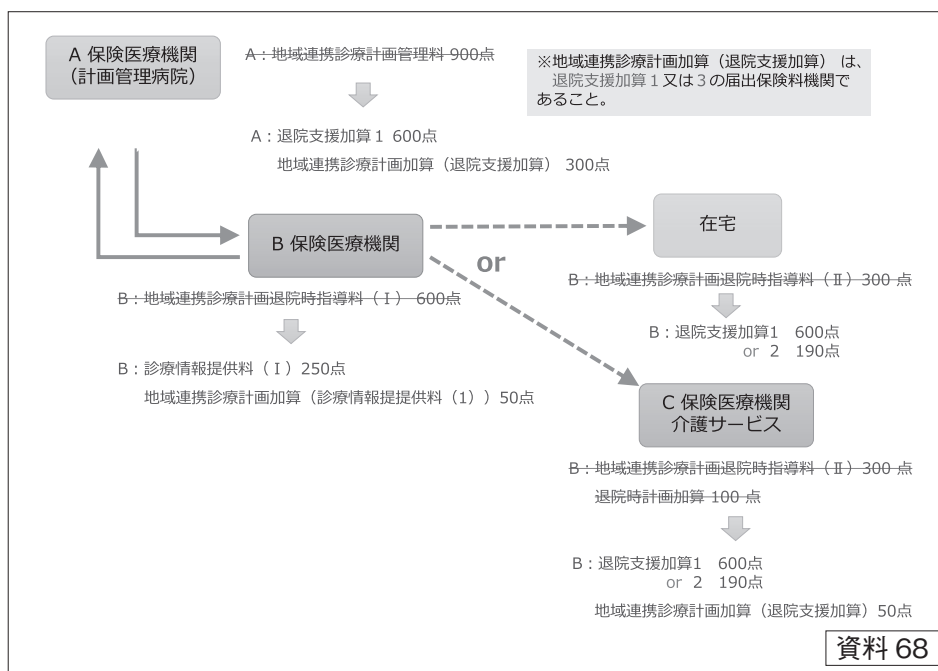
後発医薬品使用体制加算

また、後発医薬品使用体制加算も改定されました。今までは、本当にざるのような考え方で、薬品の採用品目数の割合で、使っていないなくてもよかったのです。しかし、今度は、DPCと同じで使った量で加算することになりました。今までは採用品目数で加算がされていた為、採用していれば使わなくてもよかったというようになっていました。

連携関連

廃止される連携に係る加算

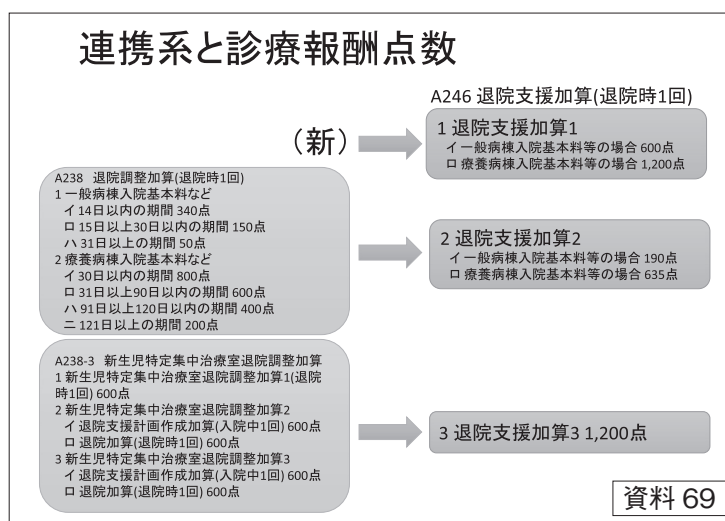
次に重要になってくるのは、連携関連の点数です。まず、連携パスがなくなったということで、廃止されました。今度は、連携パス加算がなくなり退院支援加算1に加えて、今度の新しい連携パス加算(地域連携診療計画加算)300点も取ると同じ900点になるということです。結構盲点なのですが、連携パス加算は、今までは脳卒中と大腿骨の頸部骨折に疾患が決まっていますが、今回は疾患が記載されておりません。作る気になれば何でも連携パスを作ることができます。そういう意味では、非常に重要な変更となっています。



但し、退院困難な患者が中心であるため、退院困難な患者に対する連携パスが適応できる疾患は何かということを考えなければならないということです。もしも、退院支援加算1をとれなければ、連携パス加算はとれない為、今まで連携パスを運用していた病院としては「連携パスはありません」となってしまい、非常に恥ずかしい状況になってしまいます。そういう意味では、きちんと退院支援加算1を取ることが、連携パスを運用する病院にとって必要不可欠になっていくということです。(資料68)

連携系と診療報酬点数

今回、退院支援加算というものに統一されましたが、退院支援加算には加算1、加算2、加算3があります。まず、退院支援加算3から説明をします。加算3は、NICU用です。その為、対象になる病院は少ないのです。加算2は、今までの退院調整加算がそのまま置き換わりになっています。そして、今回新しくできた退院支援加算1が重要だということになります。(資料69)



退院支援への評価

退院支援加算1(新)

退院支援加算1では、一般病棟では600点がもらえ、療養病棟では1200点がもらえます。算定要件としては、今まで退院調整加算を取っていた病院は、ほぼ実施していた内容です。まず、入院して3日以内に、退院が困難な人を抽出します。次に、7日以内に患者や家族と症状や退院後の生活も含めた話し合いをします。そして、7日以内に、退院支援部門と退院調整ナース等とでカンファレンスをするというようになっています。これらをクリアできれば点数がとれます。(資料70)

施設基準

しかし、そうはいかないのが施設基準です。施設基準のところが一番重要です。施設基準としては、まず、最大2病棟まで併任というのがあります。退院支援・地域連携の業務、つまり、地域連携室の看護師又は社会福祉士が、最大2病棟を担当できるということです。前回の診療報酬改定の内容を把握されている方はお分かりのように、病棟配置になるのではないかと思います。1病棟に1人にはなっていませんが、今回、社会福祉士が2病棟に1人は必要になっています。今からはもう採用できません。

次に、20以上の保険医療機関又は介護サービス事業者等と転院・退院の連携を図っていることがあります。多分、連携に関する協定書を20通以上握っていなければ駄目だということがあります。これは、看護師でもよいわけです。しかし、看護師を配置するとコストがかかります。その為、やはり社会福祉士を配置する方がよいのです。

そして、協定書を握っている医療機関と年3回のFace to Faceの関係を作りましょうというようになっています。これは、地域ケア会議でもよいかもしれませんが、若しくは、個別に訪問するのかもしれませんが、それができていなければ、先ほどの退院支援加算1は取れません。

これに加えてもう1つ要件に加わったのは、先ほど重要であることをお伝えした介護支援連携指導料の400点が、100ベッド当たり年間15回以上算定されることが施設基準として記載されています。その介護支援連携指導料について簡単に説明します。これは、入院してきた患者が医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等がケアマネージャーと共同して、患者の状態等を考えてケアプランを作るなどをして、患者への説明等をする、入院中に2回点数がもらえるということです。資料71に記載のように「看護師、社会福祉士等が…」と記載されてある為、社会福祉士に対応

退院支援への評価

・退院支援加算1(新)

- ・ イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点(退院時1回)
- ・ ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1200点(退院時1回)

算定要件

- (1) 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画を立案し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。対象患者は、現行の退院調整加算の対象者に加え、連携する保険医療機関からの転院であって、転院前の保険医療機関において当該加算を算定した者(1度の転院に限る)。
- (2) 現行の退院調整加算における退院調整に加え、以下の支援を行っていること。
 - 1 当該保険医療機関の退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等にアウトクなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。
 - 2 各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後3日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な要因を有している患者の抽出を行う。
 - 3 退院困難な要因を有する患者について、原則として入院後7日以内(療養病棟等については14日以内)に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行う。
 - 4 入院後7日以内に、病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを行った上で退院調整に当たること。なお、カンファレンスに当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

資料70

施設基準

現行の退院調整加算の施設基準に加え、以下の基準を満たしていること。

- (1) 退院支援・地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。ただし、退院支援業務について、最大2病棟まで併任することが可能。
- (2) 2以上の保険医療機関又は介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っていること。
- (3) 連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等の職員と当該保険医療機関の退院支援・地域連携職員が、3回/年以上の頻度で面会し、転院・退院体制について情報の共有等を行っていること。
- (4) 当該保険医療機関における介護支援連携指導料の算定回数が、当該加算の算定対象病床100床当たり年間15回以上(療養病棟等については10回以上)であること。
- (5) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、病棟に専任の退院支援職員及びその担当業務を掲示していること。

介護支援連携指導料

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号8005の注3に掲げる加算(居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。)、別に算定できない。

資料71

してもらうのが一番よいです。つまり、介護保険を持っている方が入院をしてきたら、入院時にケアマネージャーを呼べば、1回算定され、退院前にもう1回ケアマネージャーを呼べば、2回になるということです。これを看護師がしていると時間がかかる為、やはり社会福祉士が一番よいわけです。今お伝えしたような連携をしていくと介護支援連携指導料として800点を取れるということです。いかに連携をシステムティックにして、患者を早く退院させるようにもっていくのが重要になっていくわけです。

今お伝えしたような加算をどのように取っていくのか、そして、連携をどのように構築していくのかということシステムティックにできなければ駄目です。また、その為の人員配置ができていなければ、病院経営が回らないということです。退院支援加算2と3は割愛します。(資料71)

地域連携診療計画加算

そして、先ほどの退院支援加算1に加算される、地域連携診療計画加算(退院支援加算の加算)が300点あります。こちらは、資料72に記載されておりますように、退院支援加算1又は3の届出保険医療機関でなければならないというようになっています。その他、地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I)の加算)として50点がありますが、基本的には、地域連携診療計画加算(退院支援加算の加算)の300点でなければ恰好がつかないというようになっています。診療情報提供料(I)の250点プラス50点でもよいのですが、地域の中で少し恥ずかしい状況になってしまうということです。(資料72)

施設基準

地域連携診療計画加算(退院支援加算の加算)

- (1) 退院支援加算1又は3の届出保険医療機関であること。
- (2) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関又は介護サービス事業所等と共有されていること。
- (3) 連携している保険医療機関又は介護サービス事業所等と3回/年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

地域連携診療計画加算(診療情報提供料(I)の加算)

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関と共有されていること。
- (2) 連携している保険医療機関と3回/年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

資料72

その他

常勤の取り扱い

その他変わったところとしては、常勤の要件が、育児短時間等の場合は週30時間以上でよいというようになっています。こちらは、様式9に関わる部分で軽減しているわけではないです。様式9に関しては看護師がいる人数についてである為、どちらかという、感染症や退院支援加算1で、常勤が何人という要件がついているところは育児短時間等の場合は週30時間でもよいというようになるだけです。(資料73)

常勤の取り扱い

- 基本診療料と特掲診療料の施設基準において、育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

資料73

入院中の他院の受診

もう1つ、入院中に他の病院やクリニック等にかかる場合についての内容です。今までは一般病棟は入院基本料が30%減算になっていた為、7対1だと大体5,000円位マイナスになっていました。しかし、今度は10%減算でよいことになっています。また、療養病棟や包括算定の病院は70%が減算だったものが40%の減算でよいということになっています。しかし、基本的には、他の医療機関にかかるのは止めた方がよいというものです。

在宅医療

次は、参加者の皆さんが気になっている在宅医療についてです。在宅医療は点数を取ることが大変です。まず、特定施設入居時等医学総合管理料についてです。今までは特定施設として対象施設が資料74に記載の4施設だったものが、今度は特定施設入居時等医学総合管理料になって、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホーム等が対象施設に入ります。(資料74)

在宅医療

在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料

- (1) 月1回の訪問診療による管理料を新設
- (2) 重症度が高い患者をより評価
- (3) 「同一建物居住者の場合」の評価を、単一建物での診療人数によって細分化

【特定施設入居時等医学総合管理料】[対象施設]

- 1 養護老人ホーム
- 2 軽費老人ホーム
- 3 特別養護老人ホーム
- 4 特定施設

- 1 養護老人ホーム
- 2 軽費老人ホーム
- 3 特別養護老人ホーム
- 4 特定施設
- 5 有料老人ホーム
- 6 サービス付き高齢者向け住宅
- 7 認知症グループホーム

資料 74

在総管と施設総管

機能強化

そして、施設入居時等医学総合管理料になると点数が下がるのです。集合住宅内の診療患者数が1人まで、9人まで、10人以上というようになっていまして、表にすると資料75のようになります。まず、横軸が施設の中、若しくは、建物の中に月間にいる人数で、「1人」、「2～9人」、「10人以上」となります。そして、縦軸は、「重症患者」、「月2回以上訪問」、「1回訪問」に分けられています。縦軸と横軸が交わったところで算定することになるのです。資料75は機能強化についての点数で、縦軸のそれぞれの項目の上の段が病床有りで下の段が病床無しとなっています。まず、重症患者は対象が決められています。そして、月2回と1回の違いについては、日本は医師の裁量権が認められている為、医師が2回と言えば2回で、医師が1回と言えば、1回の訪問になります。これを表にして見比べてみると点数が大幅に違います。要するに、症状が軽くて訪問が1回でよいという患者については10人以上で780点しか取れないということです。重症の方も1日だけ診る場合は1ヶ月で5400点がもらえますが、10人以上診てしまうと

在総管と施設総管

	機能強化(病床有り、無し)		
	集合住宅内の診療患者数		
	1人	2～9人	10人以上
重症患者(月2回以上訪問)	5400点	4500点	2880点
	5000点	4140点	2640点
その他(月2回以上訪問)	4600点	2500点	1300点
	4200点	2300点	1200点
その他(1回訪問)	2760点	1500点	780点
	2520点	1380点	720点

1. 以下の疾病等に罹患している状態
末期の悪性腫瘍、スモン、難病の患者に対する医療等に関する法律に規定する指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を超える褥瘡
2. 以下の処置等を実施している状態
人工呼吸器の使用、気管切開の管理、気管カニューレの使用、ドレーンチューブ又は留置カテーテルの使用、人工肛門・人工膀胱の管理、在宅自己腹膜灌流の実施、在宅血液透析の実施、酸素療法の実施、在宅中心静脈栄養の実施、在宅成分栄養管理の実施、在宅自己導尿の実施、植え込み型脳脊髄電気刺激装置による疼痛管理、携帯型精密輸液ポンプによるプロスタグランジン2製剤の投与

資料 75

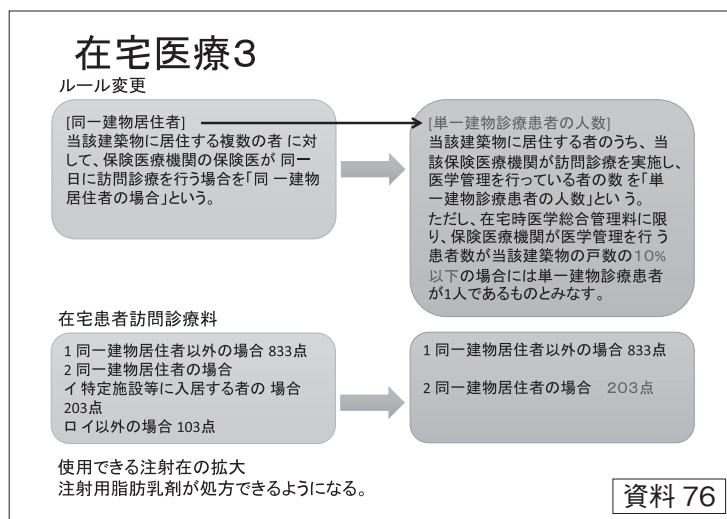
同じ施設でも2,880点になってしまいます。(資料75)

在宅療養支援、在宅療養支援以外

その他、在宅療養支援と在宅療養支援以外についても同様に、患者数と重症患者、その他の患者の訪問回数で点数が変わってきます。

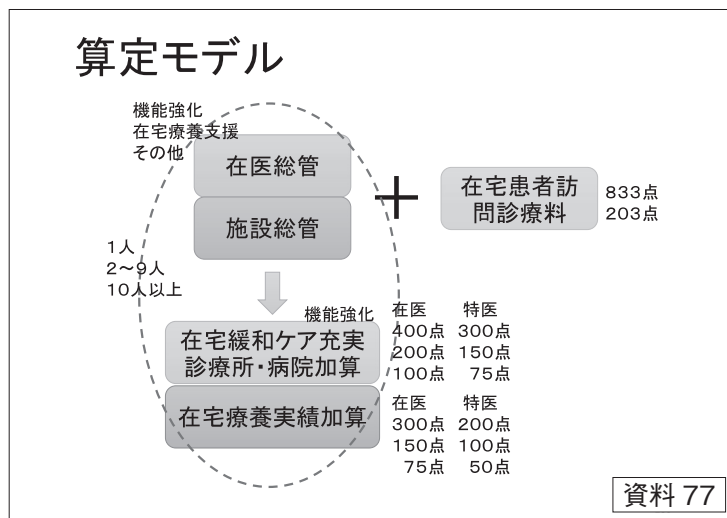
在宅医療3

訪問診療については月に1回先ほどの点数が取れて、1回当たり833点と203点がもらえます。1つの施設で1人だけ診た場合は833点です。その施設で2人診た瞬間に203点ずつになってしまいます。つまり、2人診るとマイナスになるということです。3人診てもマイナスです。4人診てもマイナスです。5人診るとプラスになるのです。このような計算になっており、非常にひどいものです。(資料76)



算定モデル

算定モデルは資料77のようになっています。月に1回取れる施設総管と在医総管があり、毎回取れるのが、在宅患者訪問診療料というものになっています。また、施設のグレードによって、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算や在宅療養実績加算というものが追加されます。(資料77)



在宅療養支援診療所(重症)

在宅医療の加算を足すと資料78のようになります。資料78の在医総管の1人のところの計算は、月に1回もらえる点数4,600点に加えて、毎回1人ずつ診たと仮定すると在宅患者訪問診療料として2回もらえる為、833点プラス833点とし、それに在宅療養実績加算300点をプラスして合計6,566点となっています。この計算方式が重症の方のモデルになっています。後ほどご確認ください。(資料78)

在宅療養支援診療所(重症)

- 在医総管
 - 1人
 - 4600点+833点+833点+300点=6566点
 - 2~9人
 - 3780点+833点+833点+150点=5596点
 - 10人以上
 - 2400点+833点+833点+ 75点=4141点
- 特医総管
 - 1人
 - 3300点+833点+833点+200点=5166点
 - 2~9人
 - 2700点+833点+833点+100点=4466点
 - 10人以上
 - 2400点+833点+833点+ 50点=4116点

資料 78

在宅療養支援診療所(月1回)

患者の症状が軽くなってくると、資料79の一番下に記載されているように合計で1,393点というような点数になってしまいます。このように非常に大変なものになっているということです。(資料79)

在宅療養支援診療所(月1回)

- 在医総管
 - 1人
 - 2280点+833点+300点=3413点
 - 2~9人
 - 1260点+833点+150点=2243点
 - 10人以上
 - 660点+833点+ 75点=1568点
- 特医総管
 - 1人
 - 1710点+833点+200点=2743点
 - 2~9人
 - 945点+833点+100点=1878点
 - 10人以上
 - 510点+833点+ 50点=1393点

資料 79

在宅医療専門の医療機関

また、在宅医療専門の医療機関というものを開設できるようになりましたが、それについては保健所マターの話です。



在宅医療専門診療所と在宅療養支援診療所の施設基準

在宅医療専門の医療機関を開設した後には重要なのは、在宅療養支援診療所になれるかどうかということです。資料80の「(1)」に「0.95」という数値が記載してあります。簡単に言うと、20人の患者を在宅で診た時に外来で1人の患者を診ていれば、在宅療養支援診療所にしてあげるといことです。そして、一番ポイントになるのは「(4)」です。施設総管と在医総管の割合を計算した時に施設総管が70%以上を超えた場合は、在宅療養支援診療所にしないといことです。また、資料80の「(5)」に、要介護3以上の患者の割合が50%以上でなければ在宅療養支援診療所にしないと記載されています。(資料80)

在宅医療専門診療所と在宅療養支援診療所の施設基準

- 診療所であって、現行の機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること。
 - (1) 在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95以上であること。
 - (2) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
 - (3) 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症小児の十分な診療実績(15歳未満の超・準超重 症児に対する総合的な医学管理の実績が過去1年間に10件以上)を有していること。
 - (4) 施設入居時等医学総合管理料の算定件数を、施設入居時等医学総合管理料及び在宅時医学総合管理料の合計算定件数で除した値が0.7以下であること。
 - (5) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する患者のうち、要介護3以上又は当該管理料の「別に定める状態の場合」に該当する者の割合が50%以上であること。

資料80

在宅療養支援診療所の施設基準変更

先ほどお伝えしたように在宅で20人を診て外来で1人を診た場合は、こちらの基準でよいというようになっている為、そういう意味では、患者の割合として95%を普通の診療所と在宅療養支援診療所の区切りにしているという見方もできます。その為、今回、在宅のクリニックは、大体どこのクリニックも売上の3分の1は無くなってしまったのではないかと考えています。そのくらいインパクトだと考えています。どこのクリニックも、月の売上が1,500万円くらいだったとすると500万円くらいが無くなったというほどの計算になっています。私の知っているクリニックは大体そのようになっています。(資料81)

在宅療養支援診療所の施設基準変更

- 現行の在宅療養支援診療所について、在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95未満であることを施設基準として追加する。
- 在宅医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援診療所の施設基準を満たさないものは、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、所定点数の80/100に相当する点数により算定する。

経過措置
平成29年3月31日

資料81

病院・診療所からの訪問看護

これからもう1つポイントになるのは、病院・クリニックからの訪問看護です。今までは555点でいけたわけですが、今度は580点になっています。在宅のクリニックも、やはり自分たちの点数が下がっている為、訪問看護をいかに使うのか、要するに、看護師の訪問をどのようにさせるのかという方向にしています。また、往診をどのようにして増やそうかというところで、皆さんがいろいろと考えているようです。(資料82)

病院・診療所からの訪問看護

点数算定

【在宅患者訪問看護・指導料】

- 1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合
 イ 週3日まで 555点
 ロ 週4日以降 655点
 2 准看護師による場合
 イ 週3日まで 505点
 ロ 週4日以降 605点
 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡(じよくそう)ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

- 1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合
 イ 同一日に2人
 (1) 週3日まで 555点
 (2) 週4日以降 655点
 ロ 同一日に3人以上
 (1) 週3日まで 278点
 (2) 週4日以降 328点
 2 准看護師による場合
 イ 同一日に2人
 (1) 週3日まで 505点
 (2) 週4日以降 605点
 ロ 同一日に3人以上
 (1) 週3日まで 253点
 (2) 週4日以降 303点

【在宅患者訪問看護・指導料】

- 1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合
 イ 週3日まで 580点
 ロ 週4日以降 680点
 2 准看護師による場合
 イ 週3日まで 530点
 ロ 週4日以降 630点
 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡(じよくそう)ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

【同一建物居住者訪問看護・指導料】

- 1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合
 イ 同一日に2人
 (1) 週3日まで 580点
 (2) 週4日以降 680点
 ロ 同一日に3人以上
 (1) 週3日まで 293点
 (2) 週4日以降 343点
 2 准看護師による場合
 イ 同一日に2人
 (1) 週3日まで 530点
 (2) 週4日以降 630点
 ロ 同一日に3人以上
 (1) 週3日まで 268点
 (2) 週4日以降 318点

資料 82

リハ関連

維持期のリハ - 目標設定等支援・管理料 -

次に、リハビリについてです。老人で介護保険を持っている人は、例えば、心大血管疾患も脳血管疾患も同じでして、期限が切れると介護保険に移行しなければならないということがあります。60日を経過した時点で、介護保険に移行するための目標設定をしましょうというものが今回出てきました。目標設定ができていなければ、点数を100分の90にしてしまうというような基準ができています。要するに、目標設定をして、介護保険にどのように移行していくかということです。(資料83)

★ 目標設定等支援・管理料

- 1 初回の場合 250点
- 2 2回目以降の場合 100点

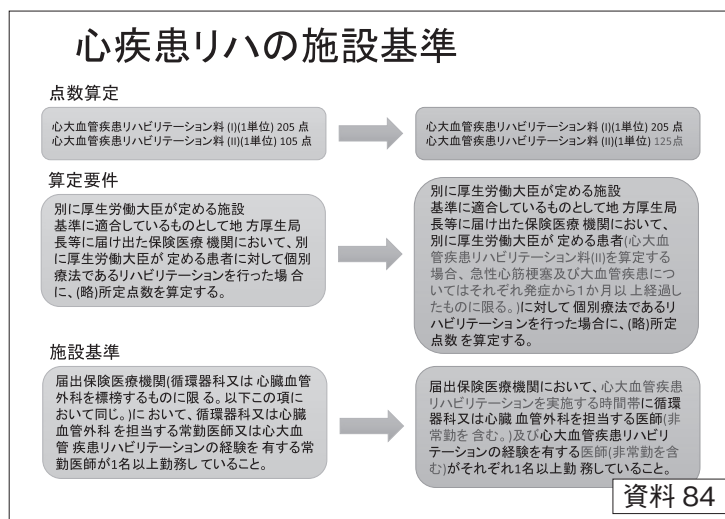
医師およびその他の従事者が共同して目標設定等支援管理シートを作成し、医師は患者に説明し患者がどのように説明を受け止め理解したかについて評価のうえ診療録に記載する。

疾患別リハ	新要件 (平成28年10月1日開始)
心大血管疾患 リハビリテーション料 (150日)	
脳血管疾患等 リハビリテーション料 (180日)	60日経過した時点で直近3ヶ月以内に「目標設定等支援管理料」を算定していない場合、当該リハ料は90/100の点数となる。
運動器 リハビリテーション料 (150日)	50日経過した時点で直近3ヶ月以内に「目標設定等支援管理料」を算定していない場合、当該リハ料は90/100の点数となる。
呼吸器 リハビリテーション料 (90日)	
廃用症候群 リハビリテーション料 (120日)	40日経過した時点で直近3ヶ月以内に「目標設定等支援管理料」を算定していない場合、当該リハ料は90/100の点数となる。

資料 83

心疾患リハの施設基準

もう1つポイントになるのは、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の105点が125点になっています。また、もう1つポイントになるのが、施設基準が大変緩くなったということです。今までは、循環器科や心臓血管外科の医師がいなければならなかったものが、今度、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師がいればできるようになりました。このリハビリテーションがどのくらいよいのかと言うと、通常はPT・OTは1人当たりで1人の患者しか看ることができませんが、これは同時に5人看ることができます。そういう意味では、125点×5人になります。そのような点数になっています。ある意味、少し研修に行ってもらって経験がある医師になってもらい、この施設基準を取ることもできるということです。スペースも、やっている時間は心大血管疾患リハビリテーションになりますが、それが終わると脳血管リハビリテーションのスペースとしても使えます。そういう意味では、施設基準が緩くなったことは、ポイントとしては高いです。(資料84)



リハビリその他

また、運動器リハビリテーション料の点数が少し上がっています。

摂食機能療法

次は、摂食機能療法についてです。VEやVFのエビデンスをきちんと持ってリハビリテーションをしてくださいというようになっています。

その他

排尿自立指導料 200点

次に排尿リハビリテーションについてです。医師、看護師、理学療法士が対象になりまして、排尿リハビリテーションというものも新しい概念として入ってきているということです。但し、これは少し点数を取るのが大変になっています。

多剤投薬の患者の減薬(入院)

皆さんは、「多剤投薬の患者の減薬(入院)」が気になるかもしれません。薬剤総合評価調整加算についてです。入院前に6種類以上あった薬が2種類以上減った場合は、250点を加算するというものです。これをどれだけの病院が取りにいくのかといった時に、手間がかかりますし、薬をそんなに減らせないということもある為、それほど取りにいかないです。一部、合剤くらいであればよいのではないかとこのようなことが言われていますが、それくらいしか言われていません。基本的には減らせるような薬は出していないということです。削ることが可能だとしても、湿布とビタミン剤くらいではないかと言っている医師が多いということは確かです。(資料85)

多剤投薬の患者の減薬(入院)

- 薬剤総合評価調整加算 250点(退院時)
- [算定要件]
 - 保険医療機関に入院している患者であって、以下のいずれかの場合に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。
 - 入院前に6種類以上の内服薬(入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者の退院時に処方される内服薬が2種類以上減少した場合
 - 精神病床に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて退院までの間に抗精神病薬の種類数が2以上減少した等の場合。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、クロルプロマジン換算で1000mg以上内服していたものについて、2000mg以上減少した場合を含めることができる。

資料 85

多剤投薬の患者の減薬(外来)

もう1つは、外来で取れる点数があり、連携管理加算というものがあります。他の病院、若しくは、他のクリニック、他の薬局から、こちらに「薬を減らせるのではないか」と言われた時に、「いいですよ」と言った場合に50点加算されるというものができています。(資料86)

多剤投薬の患者の減薬(外来)

- 薬剤総合評価調整管理料 250点(月1回)
- 連携管理加算 50点
- [算定要件]
 - 薬剤総合評価調整管理料保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。)が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。
 - 連携管理加算
 - 処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号 B009 診療情報提供料(I)は算定できない。

資料 86

医薬品の適正使用

また、重要な変更として、湿布が1処方に対して70枚になったということもあります。

人工腎臓関連

人工腎臓のところも点数が下がっています。

下肢末梢動脈疾患重症化予防

透析のクリニックや病院にとって重要なのは、人工腎臓加算の100点です。連携している医療機関がきちんと定められれば、検査料とこの100点が毎月取れるというようになっていきます。

入院時の経腸栄養用製品の使用

また、療養病棟でもう1つ厳しいのが、入院時の結腸栄養用製品の使用についての改定です。濃厚流動食等を出していると1食当たり640円だったものが、575円になってしまうということがあった為、こういったところも、少し厳しいです。

精神科関連

長期入院の精神疾患患者の地域移行

精神関係として病床を減らせば点数を取れるのが、地域移行機能強化病棟入院料です。これは、ずっと病床を減らしていなければならないということで病床を減らした代わりに高い点数を加算するというものです。(資料87)

長期入院の精神疾患患者の地域移行

- ・ 地域移行機能強化病棟入院料 1527点/日
 - ・ 重症者加算160点/日
 - ・ 重症者加算230点/日
 - ・ 非定型抗精神病薬加算 15点/日

施設基準

- (1) 看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び看護補助者が15:1以上で配置されていること。うち、看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士が6割以上であること。
- (2) 専従の精神保健福祉士が2名以上(当該病棟の入院患者が40を超える場合は3名以上)配置されていること。
- (3) 届出時に、当該保険医療機関全体の精神病床に、許可病床数の90%に相当する数以上の患者が入院していること(下回る場合は許可病床数の変更届を提出することとする。)
- (4) 当該病棟からの1年以上の長期入院患者の退院が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%に相当する数以上であること。
- (5) 当該保険医療機関全体で、1年当たり、当該病棟の届出病床数の5分の1に相当する数の精神病床を減らしていること。
- (6) 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (7) 平成31年度までに新規の届出を行うこと。

資料 87

精神デイ、デイ・ナイト、ナイト、ショートの算定要件見直し

また、精神デイ、デイ・ナイト、ナイト、ショートに関して、今までは週5回までを限度に取れたものが、今度は週3回以上については要件がついたということで、とりづらくなるということです。

身体合併症を有する精神疾患患者の受入

一般病棟としてこれから点数を意識したい部分が、精神科の病棟に入院している患者で身体的に何かを患った場合に受け入れると1日だけ1,000点もらえるという加算です。こちらも届出が必要です。

先ほどお伝えしたように、認知症とこのような精神の身体合併症というものも非常に重要になっていくということです。

向精神薬の適切な処方

また、向精神薬を減らしましょうというところが入っています。

精神その他

少し精神関連のところ駆け足になってしまいましたが、今お伝えしたような形です。精神関連で重要なことは、早く家に帰すことと、身体合併症の患者をどのように一般病棟で受けるかといったところになっていきます。

本日の講演は以上となります。ご静聴いただきまして、誠に有難うございました。

※ 当日配布資料のカラー版は、当会のホームページよりダウンロードが可能です。

■ (一財)医療関連サービス振興会ホームページ (https://ikss.net/about_ikss/seminar.html)