

140407 4月朝礼訓示 #1404

平成26年度(2014年度)が始まりました。自分が入職したのが平成20年の4/7の月曜日でしたから、ちょうど丸6年が経過しました：小学校で言えば入学～卒業までの1クールです (=Kur ; 治療期間ではないのですが、悪いところを矯正し治してもらうのですから似たようなものでしょうか?)。Chicagoの学会から戻ったばかりの当時の福岡は、大変暖かい春爛漫の天候だったのですが、今年は桜花も既に大分散してしまい風の冷たい新学期のスタートになりました(九大入学式も本日よりらしいです)。

自分もそうなのですが、正月明けの1年の元旦の計が充分こなせていない方は、一旦resetのうえ、今からここから年度計画を新たに立て直してみるのも妙案かも知れません。実に自分勝手に都合のいい考えですが、4月1日から世の中のルールも少し変化しますので、決して悪くはないのではと開き直っています。例えば、消費税率up、診療報酬改定などにより、我々の回復期リハビリテーション医療の世界においても多少のルール変更が余儀なくされ、正直申して日本中の病院が困っているかと思えます(次頁)。

さて年度計画を立てる際の小さな参考までに、”時間管理のマトリックス”というモデルを使って、いかに我々が無意識のうちに然程重要でないことに対し多くの時間を割いているかにつきご紹介しましょう(「7つの習慣」からのTTPですが、、、)。

		第1領域とは「緊急かつ重要な活動」です。クレーム対応、
第1領域	第2領域	訴訟事例、災害対応、急な病気などがこれに当たります。
		第2領域とは「緊急ではないが重要な活動」です。準備や計
第3領域	第4領域	画、自己啓発や勉強、健康管理や運動などがあります。
		第3領域とは「緊急であるが重要ではない活動」です。重要
		でない飲み会の誘い、目的のはっきりしない会議出席などがあります。
		第4領域とは「緊急でも重要でもない活動」です。長時間にわたるネットサーフィン、友人同士のメール、あるいはゲームのやり過ぎなどです。

さて、皆さんは一日の活動を分析するとどんな割合になりますか?そして、どの活動に時間を多く投入したら今後の自分の成果に繋がりそうでしょうか。直感的に第1領域が多いと感じた方は要注意。第1領域に長い時間いるとストレスがたまり精神的に不調をきたす可能性があります。結論は、第2領域にどれだけ多くの時間を割くことができるかが大きな成果を得る鍵であるということのようです。

今週の土日に、東京慈恵医大にて2日間缶詰で急性期リハビリの講習会(確認試験あり)を受講するのも、今後の回復期入院期間が前倒しとなり急性期～亜急性期患者さんが当院にも増加するのではないかと言う危機感があるためです。加えて、海外発表(今年度は久しぶりに自分でも演題発表を目指します)や健康管理のための好きな運動をサボることなく継続して行きたいと考えます。若い頃は、何でも「やれば出来る」位に思っていますが、数年経てば現実には厳しいもので、「やっても出来ない」ことを思い知らされます。そういった中で、「自分にしかできない得意なものは何なのか」を見極め 精進す

ることが大切な気がします・・・「少くして学べば、則ち壮にして為すことあり。壮にして学べば、則ち老いて衰えず。老いて学べば、則ち死して朽ちず」 by 『言志晩録』

* 看護部が当院リハナースのブログを始めたようです、、是非一度 御覧下さい ☞ <http://seiaikango.blog.fc2.com>

改定のポイント

1 初診・再診

- 1 紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化（平成27年3月31日まで）
- 紹介率・逆紹介率の低い場合に低い点数の初診料等を算定する対象に、500床以上の全ての病院（一般病床が200床未満の病院を除く）を追加。
- 2 主治医機能の評価
- 複数の慢性疾患（脂質異常症、高血圧症、糖尿病、認知症のうち2つ以上）を有する患者が対象。
- 診療所における再診時の服薬管理等の加算として「地域包括診療加算（1回につき）20点」新設。（当該加算算定時は7割投与の減額対象外）
- 3 調剤報酬等における適正化・合理化
- 医薬品取引価格の妥結率が9月末日時点で5割以下の医療機関は、初診料、再診料、外来診療料を引き上げ。

2 入院料等

- 1 看護配置の手厚い病棟における基準の見直し
- 2 一般病棟入院基本料、「特定機能病院入院基本料（一般病棟）」及び「専門病院入院基本料」算定病棟において、特定除外制度を見直し（次の取り扱いから病棟単位で選択。（平成26年10月1日より））
- (1) 90日を超えて入院する患者は出来高算定とし、平均在院日数の計算対象
- (2) 90日を超えて入院する患者は療養病棟と同等の報酬体系（包括評価）（平成27年9月30日までの経過措置あり）
- 「一般病棟用の重症度・看護必要度」を「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」と変更し、評価基準見直し。
- 「7対1入院基本料」算定病棟の施設基準を追加。
- 「1」自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合
- 「2」データ提出加算の届け出 *25%以上は、即ち回復期。*
- 2 質の高い集中治療の評価
- 「特定集中治療室管理料」の施設基準を見直しして評価方法を再編し、診療体制の充実した特定治療室を評価。
- 「ハイケアユニット入院医療管理料」の評価項目、評価基準等を急性期患者の特性を踏まえた内容に見直し、「ハイケアユニット入院医療管理料」を分割し、より医療・看護必要度の高い患者の受け入れを評価。
- 3 短期滞在手術基本料の見直し
- 「短期滞在手術基本料」の対象手術拡大／検査追加。また、入院5日目までに実施する患者は「短期滞在手術基本料3」を算定し、全診療行為を包括。（診療所は対象外）
- 「短期滞在手術基本料3」のみ算定患者は、平均在院日数の計算対象から除外。
- 4 総合入院体制加算の評価

～～～中略～～～

8 注射

- 1 外来化学療法の評価の見直し
- 外来化学療法加算における投与方法及び対象薬剤の見直し。
- 「在宅自己注射指導管理料」との重複算定不可
- 対象病院は原則的に30日分以上の投薬に係る処方料、処方せん料、薬剤料を60/100に減額。
- 2 うがい薬だけを処方する場合の取り扱い
- 外来患者に治療目的以外でうがい薬のみが処方される場合は、処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料は算定不可。
- 3 適切な向精神薬使用の推進（平成26年10月1日より）
- 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬を多剤投与した場合は、処方料、処方せん料、薬剤料を減額。

9 リハビリテーション

- 1 回復期リハビリテーション病棟の評価の見直し
- 「リハビリテーション総合計画評価料」に「入院時訪問指導加算（入院中1回）150点」を新設。
- 2 維持期リハビリテーションの評価
- 要介護被保険者等であって標準的算定日数を超え、状態の改善が期待できない場合の「脳血管疾患等リハビリテーション」及び「運動器リハビリテーション」を見直し。（要介護被保険者等の経過措置期間延長、経過措置対象から入院患者除外を含む）
- 3 認知症対策の推進
- 重度認知症患者への短期集中的な認知症リハビリテーションを評価し、「認知症患者リハビリテーション料（1日につき）240点」を新設。
- 4 リハビリテーションの外来への円滑な移行の推進
- 脳卒中及び大腿骨頸部骨折患者に対する「脳血管疾患等リハビリテーション料」及び「運動器リハビリテーション料」の「初期加算・早期リハビリテーション加算」を、退院後に外来でリハビリテーションを行った場合に算定可。
- リハビリテーション総合計画を外来のリハビリテーションを行う他医療機関に提供した場合の評価として、「リハビリテーション総合計画提供料（退院時1回）100点」を新設。
- 外来患者でも「運動器リハビリテーション料（1）」が算定可。
- 5 廃用症候群に対するリハビリテーションを含む疾患別リハビリテーション等の適切な評価
- 「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合）」の評価引き下げ。
- 他の疾患別リハビリテーション等の患者は、「脳血管疾患等リハビリテーション料（廃用症候群の場合）」の対象から除外。
- 疾患別リハビリテーション等の評価引き上げ。
- 6 摂食機能療法
- 経口摂取可能な状態への回復を評価し、「経口摂取回復促進加算 185点」を新設。

10 精神科専門療法

- 1 精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進
- 24時間体制の多職種チームによる在宅医療を評価し、「精神科重症患者早期集中支援管理料（月1回）」を新設。（実施方法や対象患者の組み合わせにより個別に評価）