

---

## 『今次改定の影響と行政施策にみる 精神医療の将来像』

---

### ポイント

精神医療分野における今次診療報酬改定のポイント

精神医療の現状に関する評価と検討の概要

精神医療における今後の方向性～基本的考え方

今後の施設体系のあり方とは

精神科病院の影響度～改定前後の経営指標の推移

1

精神医療分野における今次診療報酬改定のポイント

>>>平成18年度改定の大きな特徴

今次診療報酬改定において、精神医療分野に関する主眼となっていたのは、「早期退院の促進」と「地域受け入れ体制の整備」という2点です。

これは、症状が軽減あるいは安定したにも関わらず入院が長期間にわたり、家庭や社会の事情もあって退院に至らない患者を社会復帰させ、地域で生活および労働環境、すなわち社会的受け皿の整備をサポートしていく体制づくりを推進するという厚生労働省の施策に沿うものだといえます。

精神医療分野関連の改定ポイント

- ・ 精神病棟入院基本料の再編 ~ 基本的に一般病棟と同様の見直し内容  
 本体区分の簡素化、夜勤等看護加算・看護師比率による減算の廃止
- ・ 急性期医療に対する評価重点化  
 入院期間に応ずる加算点数見直し（14日以内・、91日超・）
- ・ 社会復帰支援に向けた外来精神科専門療法の見直し  
 精神科ショート・ケアの新設（標準3時間）

>>>診療報酬改定の影響度

今次診療報酬改定の影響がどのように生じているのかをみるため、本年4月分について、主要な3指標から昨年の同月実績と比較したものが次のとおりです。

総点数、総件数、総日数という3つの要素を基礎とした指標を検証します。

2006年4月レセプト実績

診療所

	1件当たり点数（点）			1件当たり日数（日）			1日当たり点数（点）		
	2005.4	2006.4	増減（%）	2005.4	2006.4	増減（%）	2005.4	2006.4	増減（%）
入院外	1132.2	998.6	11.80	1.8	1.7	10.42	613.8	604.3	1.55
院内	1454.3	1307.0	10.13	1.6	1.5	7.53	912.4	886.8	2.81
院外	1061.7	914.2	13.89	1.9	1.7	10.44	559.0	537.4	3.86

## 病 院

	1件当たり点数（点）			1件当たり日数（日）			1日当たり点数（点）		
	2005.4	2006.4	増減（%）	2005.4	2006.4	増減（%）	2005.4	2006.4	増減（%）
入 院	33721.8	33730.3	0.03	27.7	27.6	0.62	2966.0	3028.4	2.10
入院外	2158.0	2180.9	1.06	2.5	2.4	4.67	835.8	883.9	5.76

【資料：2006年度レセプト調査（日本医師会総合施策研究機構：2006年4月速報値）】

この結果では、診療科別にみる診療所は、初再診料が引き下げられて入院外の1件当たり点数が11.8%マイナスとなっているのをはじめとして、全ての指標において病院に比して大きな落ち込みとなっています。一方で、病院では入院が2.10%減となり、入院基本料改定による影響が生じていると思われます。

### >>>看護師比率の減算廃止で大幅な収入減に

今次改定で精神病棟入院基本料が見直され、一般病床と同様に老人点数との一本化を図ると共に本体の区分が簡素化されました。さらに、夜間勤務等看護加算と看護師比率による減算の廃止を受けて、正看護師が少ない医療機関にとっては大きな影響がみられます。

従来7区分だった入院基本料は4区分と特別入院基本料に整理され、看護師比率要件を満たせない場合に可能であった減算がなくなったことから、要件をクリアできなければ、より低い基準の入院基本料を算定せざるを得なくなり、これにより病院の入院点数がマイナスとなっていると推測されます。

従前の精神科病棟入院基本料3～7を算定していた約12万床のうち、看護師比率40%未満の施設は2万床にのぼるとされ（日精協による調査結果）、これらの病床については、9月30日までの経過措置終了までに要件を満たさなければ大幅な減収は免れず、これらの病床を抱える医療機関は正看護師確保に向けた活動が必至だといえるでしょう。

### >>>引き上げられた看護配置の最低基準

前述のとおり、入院基本料本体の区分が整理されたことにより、旧区分の2、6、7が廃止されて、一般病床と同様の4区分となりました。

この改定によって、従来入院基本料2を算定していた病院は、看護配置基準を10:1（旧表記2:1）以上に引き上げると共に、平均在院日数25日以内をクリアできない場合には、140点の大幅な報酬マイナスとなりました。また、入院基本料6（旧5:1以上）と7（旧6:1以上）を算定していた施設は、特別基本料を算定せざるを得ず、また特別入院基本料

についても 25:1 (旧 5:1) 以上のハードルが設定され、2008 年 3 月末まで同 25:1 未満でも算定可能とされた経過措置終了までに看護職員の配置数を増やさなければ、特別入院基本料すら算定できないということになります。

### 精神病棟入院基本料の再編

		点数	平均在院日数	看護職員実質配置	看護師比率
入院基本料 精神病棟	1	1209 点	25 日以内	10:1 (旧 2:1) 以上	70%以上
	2	800 点	-	15:1 (旧 3:1) 以上	40%以上
	3	712 点	-	18:1 (旧 3.6:1) 以上	40%以上
	4	658 点	-	20:1 (旧 4:1) 以上	40%以上
特別入院基本料		550 点	-	25:1 (旧 5:1) 以上 (*)	40%未満

(\*) 経過措置

看護配置 25:1 (旧 5:1) 未満の場合、2008 年 3 月 31 日までは特別入院基本料の算定可

### 入院日数による加算点数の変更

		入院日数による加算 (下段は老人点数)				
		14 日以内	15 日以上 30 日以内	31 日以上 90 日以内	91 日以上 180 日以内	181 日以上 1 年以内
入院基本料 精神病棟	1 ~ 4	439 点 (233 点)	242 点 (233 点)	125 点 (115 点)	40 点 (55 点)	25 点 (32 点)
	5 ~ 7	427 点 (221 点)	230 点 (221 点)	125 点 (115 点)	40 点 (55 点)	25 点 (32 点)
特別入院基本料	1 ~ 4	427 点 (221 点)	230 点 (221 点)	125 点 (115 点)	40 点 (55 点)	25 点 (32 点)

【改定後】

		入院日数による加算				
		14 日以内	15 日以上 30 日以内	31 日以上 90 日以内	91 日以上 180 日以内	181 日以上 1 年以内
入院基本料 精神病棟		459 点	242 点	125 点	20 点	10 点
特別入院基本料		300 点	155 点	100 点	15 点	5 点

精神病棟入院基本料を算定する医療機関にとって、収支面でプラス要素となっているのは、今次改定で新設された重度認知症加算です。入院後3ヶ月を限度として1日当たり100点を加算できるとされたのは、看護配置25:1以上の施設で、入院時に「認知症である老人の日常生活自立度判定基準」のランクM(\*)に該当する患者を対象とする場合です。よって、特別入院基本料しか算定できない医療機関であっても当該加算は適用できるため、従前老人点数で入院基本料を算定していた場合には、判定実施の有無と状態の確認に努めたい。

当該加算も含めて、入院期間による加算は14日以内を引き上げた一方、91日を超える場合の点数が引き下げられたのは、精神医療分野における急性期医療に対する評価を充実させることで、早期退院を促進しようとする厚生労働省の意向の具体化だといえます。

(\*) 重度意識障害 (Japan Coma Scale -3以上、Glasgow Coma Scale 8点以下の状態) にある者を除く

### >>>急性期医療に充実した評価

特定入院料については、算定する施設は極めて少ない状況(\*)ではあるものの、精神科救急入院料と精神科急性期治療病棟入院料などには、それぞれ入院期間30日を境に点数格差が設けられ、いずれも30日以内の期間の点数が高く設定されました。特に、急性期の患者に対して、より手厚い医療を提供できる体制確保につなげ、病床の機能分化促進という命題を抱えた厚生労働省の方針に沿う形で改定が実施されたことがわかります。

(\*) 「精神科救急入院料」算定施設：14施設(602床)

「精神科急性期治療病棟入院料1・2」算定施設：136施設(7212床)

<2004年7月時厚生労働省保険局医療課調べ、精神病床は全国約35万床>

また、老人性認知症疾患治療病棟入院料1・2については、いずれも看護職員・看護配置基準が同一でしたが、今次改定で1のみ基準を引き上げ、看護職員20:1(看護補助者25:1)以上としたため、看護職員の増員が達成できれば報酬は改定前よりアップしますが、逆に従来どおりの配置を継続している場合は、算定点数が大幅減となりました。

### >>>精神科ショート・ケアを新設

入院基本料など入院医療に関する見直しと共に、精神疾患を有する患者の社会復帰支援に向けて外来における専門療法についても再編がなされ、このうち新たに導入されたのが

1日3時間を標準とする精神科ショート・ケアです。

人員配置と施設基準の双方が算定要件となっていますが、精神科デイ・ケアと同一時間帯に同一場所で実施することが可能であり、加えてスタッフの兼務も認められているため、デイ・ケアを算定している施設は、ショート・ケアに関する届出もしておくことが賢明です。これは、仮に1日6時間を標準とするデイ・ケアの予定で来院した患者が、ショート・ケアの時間帯のみケアを受けた場合でも、ショート・ケアの報酬を算定できるとされているためであり（厚生労働省・疑義解釈資料）、病院のみならず初再診料が引き下げられた診療所においても、積極的な活用を図っていただきたい。

### >>>看護師比率の維持はいずれも必至

精神科の病床を抱える医療機関においても、正看護師を確保して、特別入院基本料算定を余儀なくされる事態は回避しなければなりません。

今次改定で、厚生労働省が看護配置 25:1（旧 5 : 1）以上のハードルを特別入院管理料にも求めたのは、早期退院促進を図る意図と並行して、入院医療の質の向上には最低限必要なマンパワーの基準レベルと判断したということであり、同様の趣旨から 40%以上の看護師比率がその指標となっていると考えられます。

厚生労働省は、受け入れ環境が整えば退院可能な者を地域に帰し、正看護師が確保できない精神病床を淘汰して、病床の機能分化と地域格差の解消を図る動きを進めていることから、今次改定は次回以降に予想される精神医療分野にふるわれるであろう「大なた」の露払いに過ぎないという見方もされています。

精神病床に関する現状を踏まえて、厚生労働省が描く今後の方向性を検証し、精神病床を抱える医療機関の将来像をみていきます。

## 2

## 精神医療の現状に関する評価と検討の概要

### >>>精神医療の質の向上と地域生活支援の充実を図る

精神医療をめぐる施策として厚生労働省が打ち出しているのは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本の方針です。

厚生労働省は、社会保障審議会障害者部会精神障害分会での「精神病床等に関する検討会」における議論を経て、病床数等や入院患者動態・患者病態、入院形態と処遇、地域格差などについての現状分析を実施しており、今後進めるべき施設体系の枠組みや計画的な医療提供体制の再編・病床機能分化を実現する取り組みが不可欠であるとしています。

### >>>精神病床数と患者数の年次推移

わが国の精神病床数は、1950年代においては全国実態調査を通じて不足と判断されていたため増加傾向を示していましたが、1990年代に入るとほぼ横ばいとなり、平成5年の36万3000床をピークとして、平成13年には35万7000床となっています。

一方、諸外国に目を移すと、病床削減と地域生活支援体制の強化策の成果によって、ここ数十年では一様に人口当たりの病床数が減少していますが、これに対してわが国では概ね病床数がほぼ一定して推移してきたという現状があります。

また、国内の精神病床の推計患者数は、平成8年、11年および14年の過去3回実施された患者調査によって、32～34万人前後で推移しています。

### 精神関連疾患の推計患者数推移

(単位千人)

	平成8年	平成11年	平成14年
推計総患者数	2,181	2,041	2,589
推計外来患者数	177	173	225
推計入院外患者数 (推計総患者数 - 推計入院患者数(全病床))	1,852	1,700	2,244
推計入院患者数(全病床)	329	341	345
推計入院患者数(精神病床)	326	329	321
「受入条件が整えば退院可能」な推計入院患者数(再掲)	55	72	69

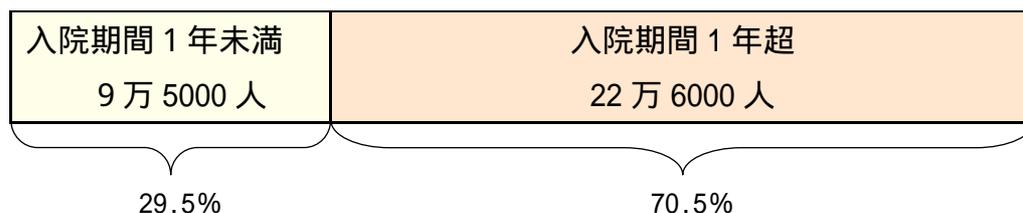
\* 厚生労働省・平成14年度患者調査報告より

## >>>入院患者の動態と患者病態の傾向

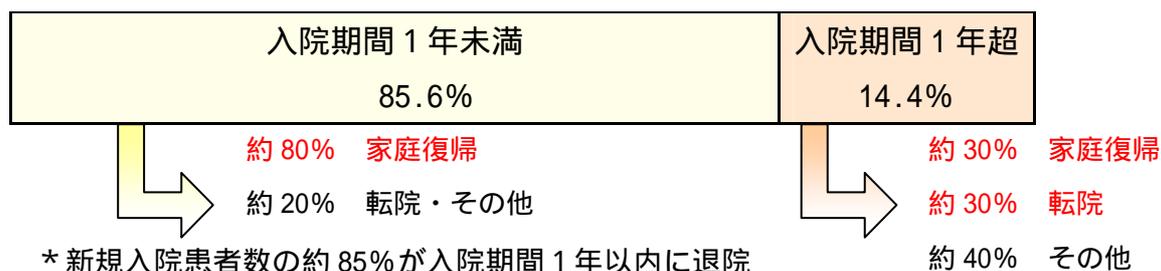
精神病床へ新規に入院する患者数は年々漸増し、平成 13 年には 30 万人を超えている半面、退院患者についても毎年 30 万人を超え、平均在院日数はこの十年で短縮傾向にあり、平成元年から同 13 年（374 日）の推移を見ると、約 120 日短縮される結果となりました。

### 入院患者の動態

- ・入院期間の内訳（平成 14 年：患者総数 32 万 1000 人）



- ・退院患者の入院期間（毎年平均）と退所先



社会復帰促進のポイントは、家庭復帰が比較的容易な**入院後 1 年までに**適切な体制と施設整備が必要とする根拠となっている

現在の入院患者層は、4 つのグループに大分でき、それぞれ 50 歳代から 60 歳代が中心の歴史的長期在院者、比較的短期間で退院となる患者層、A D L 低下等による長期在院化予備軍、高齢者の痴呆患者等のカテゴリーと考えられます。一方、入院期間が 1 年未満である患者の 61.6% が 50 歳以上、うち 60 歳以上が 42.9%、1 年以上である患者については 50 歳以上が 74.5% で、このうち 65 歳以上は 46.2% を占めており、今後はより急速な高齢化が予測されています。

## >>>退院可能とされる患者と精神病床数の関係

前掲の表の中、「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者については、医師の判断によ

りその数を確認したのですが、約7万人で推移していることがわかります。このうち3万7000人は既に退院しており、残る3万4000人が入院を継続しているわけですが、この対象患者は入院患者全体の構成とほぼ同様の入院期間であり、また動態についても同様の動きを見せていることから、この層にのみ影響する特定の要素は見当たらず、精神病床の入院患者全般と共通した課題を有しており、これら約7万人の患者については、精神病床におけるいわゆる「社会的入院」の対象者であると考えられています。

よって、療養病床における「社会的入院」患者と同様に、家庭や社会へ帰す取り組みを通じて、こうした「受入条件が整えば退院可能」な入院患者を減らし、適正な病床数に落ち着かせようという厚生労働省の意向が窺われます。

また、適正な病床数としての基準病床を検討する上で、現行の精神病床にかかる基準病床数算定式に対しては、次のような問題点が指摘されています。

#### < 基準病床数算定方式にかかる問題点 >

- ・ 在院率が高い高齢者の増加に伴って、算定計算上、基準病床数が増加する
- ・ 入院期間が短期である群と歴史的長期在院群の存在、および地域差が反映されていない
- ・ 各地域における病床利用の実態変化や将来目標を反映できない
- ・ 病床数量の計算方式のみであり、目標設定等の普遍的な活用は困難

これらの課題を踏まえ、地域単位の目標値を反映するものとして、新たな算定式を導入することが必要だとされました(平成16年8月「精神病床等に関する検討会」最終まとめ)。

そのうえで、「受入条件が整えば退院可能」な患者を地域や社会で支援する体制を整え、これらの患者が入院している病床数に対応する約7万床を削減しようというのが厚生労働省の意図であろうと推測できます。

こうした病床削減の方向性については、「少なくとも今後10年間で7万床相当」という大まかな数字のみが出ており、その時期や病床数等に関し、現時点で明確に示されたスケジュールはありませんが、療養病床再編に向けた取り組み経過を鑑み、次期改定以降の報酬改定等を通じた政策誘導によって、病床の淘汰を図っていくというのが既定路線だと考えられます。

### 3

## 精神医療における今後の方向性～基本的考え方

### >>>精神保健福祉体制づくりの基本的方針

精神医療の現状と抱える課題を検証したうえで、入院患者の早期退院を図るため、良質かつ適切な医療を効率的に提供し、退院を促す体制づくりには、次のような3つのポイントを基本の方針に置いた取り組みが必要とされています。

#### < 基準病床数算定方式にかかる問題点 >

- ・ 目標値を設定したうえでの計画的な医療提供体制の再編
- ・ 患者の病態に応じた病院・病床の機能分化
- ・ 入院形態ごとの入院期間短縮と入院患者の処遇内容の改善

まず、都道府県単位で地域実態を正確に把握した上で、障害者の動態等を踏まえた基本的な目標値を設定し、これに向かって医療と福祉が連動した計画的な取り組みが求められるとしました。新規入院患者については、入院中処遇の改善と患者のQOL向上を図りながら、できる限り1年以内に速やかに退院できるような体制整備を目指し、また既に1年以上入院患者については、本人の病状や意向に応じて、医療と地域生活支援体制の協働のもと、段階的・計画的に地域生活への移行を促すこととなります。

そして、地域の目標値を達成するために、救急・急性期、社会復帰期、重度療養等の機能に応じた人員配置、標準的な治療計画等を検討したうえで、地域生活を継続的に支える体制の構築、専門性の高い入院医療には必要に応じた施設類型等が必要だとしました。

さらに、入院形態ごとに適切に病状を確認し、早期の退院や形態移行を促す仕組みと、処遇内容の改善という観点から適正範囲の行動制限の確保、診療情報の提供や精神医療の質の向上を図ることが求められると考えています。

### >>>新たな基準病床算定式の考え方

都道府県ごとに設定する目標値を必要病床数に反映させることができるように検討されている算定式の枠組みには、平均残存率、退院率、長期入院者退院促進目標数の指標が用いられており、これにより新しい基準病床数の計算式は次のような案が示されています。

$$\text{基準病床数} = (\text{在院1年未満群}) + (\text{在院1年以上群}) + (\text{加算部分})$$

< 前提条件 >

- ・「1年未満群」 =  $(AB + C - D) \times F / E1$  : 各月の残存率平均値  
 A : 各歳別人口 (将来推計、4区分)、B : 各歳別新規入院率 (実績4区分)  
 C : 流入患者数、D : 流出患者数、E1 : 病床利用率 (95%)、F : 平均残存率 (目標値)
- ・「1年以上群」 =  $\{ G(1 - H) + I - J \} / E2$   
 : 1年以上在院患者からその後1年間に退院した患者数を当該1年以上在院患者数で除した数  
 G : 各歳別1年以上在院者数 (実績、4区分)  
 H : 1年以上在院者各歳別年間退院率 (目標値、4区分)  
 I : 新規1年以上在院者数 (1年未満群からの計算値)  
 J : 長期入院者退院促進目標数 (目標値)  
 病床数が多く (対人口) かつ退院率 (1年以上群) が低い地域が設定  
 E2 : 病床利用率 (95%)
- ・「加算部分」  $(D/E) / 3$   
 現行どおりであり、居住入院患者数 (当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住所を有する者の数) が AB より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

そして、目標達成の現実性、各都道府県の公平等の観点を踏まえ、一定の仮定条件 (＊) の下で試算した結果、少なくとも10年間で7万床相当の病床減を促す必要があることが明らかとなったことから、厚生労働省において具体化のための細部の検討を早急に進め、その結論を明示することが必要だとしました。

さらに、現在上位3～5都道府県で既に実施されている数値を概ね10年後の全国一律の目標値とし、都道府県ごとに、各現状値と目標値の間を5年後の目標としました。

(＊) 仮定条件

全国をひとつの地域として計算 (流入、加算等なし)

退院率、平均残存率は10年間の中間年で全国目標との差を1/2解消

都道府県ごとの退院率にかかる特別の退院促進目標 0 (ゼロ)

新規入院率 現在実績

人口変動 4区分 (20歳未満、40歳未満、65歳未満、65歳以上) で将来人口推計に基づき変動

平成18年からの10年間で計算

病床利用率 0.95

一定条件下の新たな算定式の試算

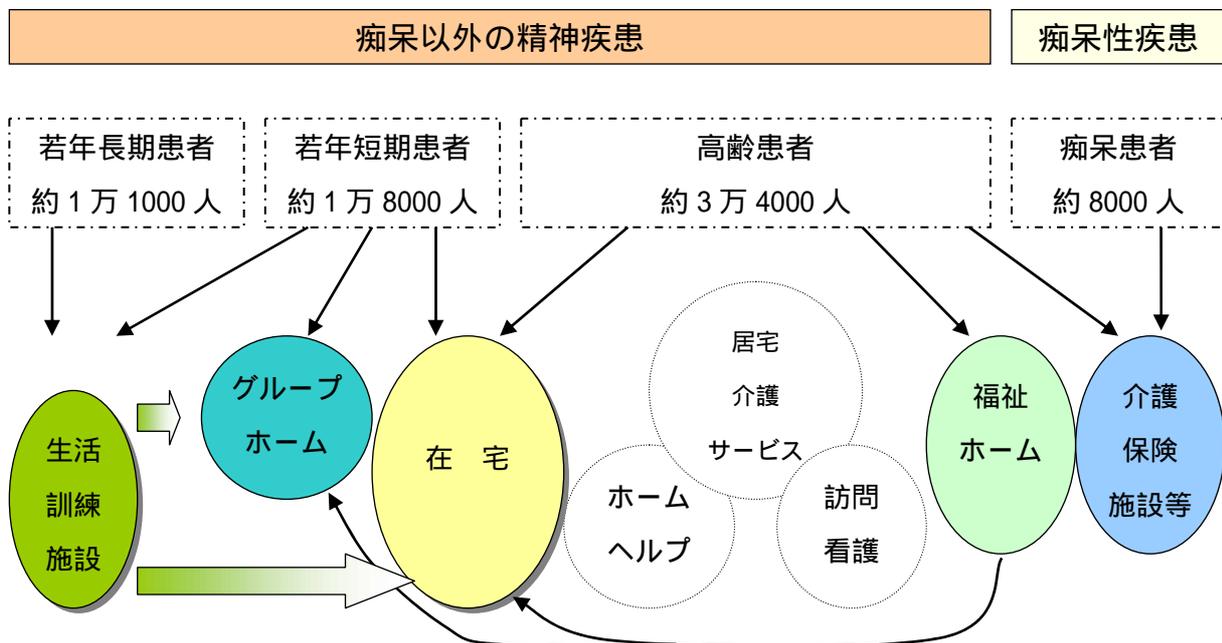
最終目標 ・平均残存率 ・退院率	平成 12 年	平成 27 年	現在病床数との差 (対 平成 27 年)
上位 3 都道府県平均	約 316,000 床 (約 97,000 床) (約 219,000 床)	約 280,000 床 (約 85,000 床) (約 195,000 床)	約 75,000 床
上位 5 都道府県平均	約 320,000 床 (98,000 床) (約 222,000 床)	約 288,000 床 (約 86,000 床) (約 202,000 床)	約 67,000 床

平成 27 年度までの  
「10 年間で約 7 万床」削減の裏づけ

現在病床数との差  
(対 平成 27 年)

\* 各欄中・下段はそれぞれ「1 年未満」群、「1 年以上」群にかかる内数

「受入条件が整えば退院可能」な者の社会復帰への流れ (イメージ)



\* 在宅においては、ホームヘルプ・介護保険・訪問看護のほか、授産施設、福祉工場、地域生活支援センター、ショートステイ等の利用が見込まれる

【資料全て：「精神病床等に関する検討会」最終まとめ（平成 16 年 8 月）より】

## 4 今後の施設体系のあり方とは

### >>>各都道府県が目標を実現するための取り組み

このようにして設定した目標値を各都道府県で実現するためには、平均残存率と退院率の改善が大きなカギを握っており、これらは在院期間により分類し、次のように具体化した取り組みについて検討が必要だと考えられています。

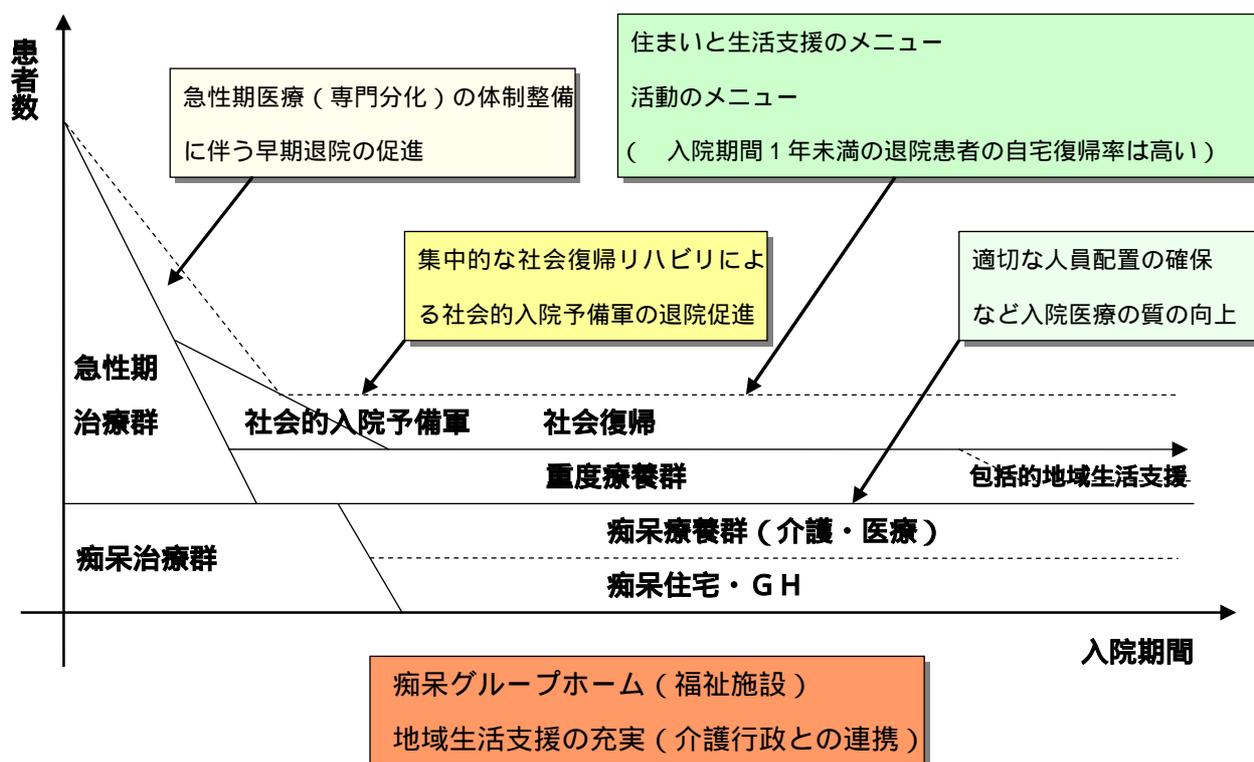
#### 在院1年未満患者群：平均残存率の改善

急性期等医療の充実によって早期退院促進、新規の長期入院患者発生の回避  
 病床の機能分化（強化）等                      入院形態別の退院促進

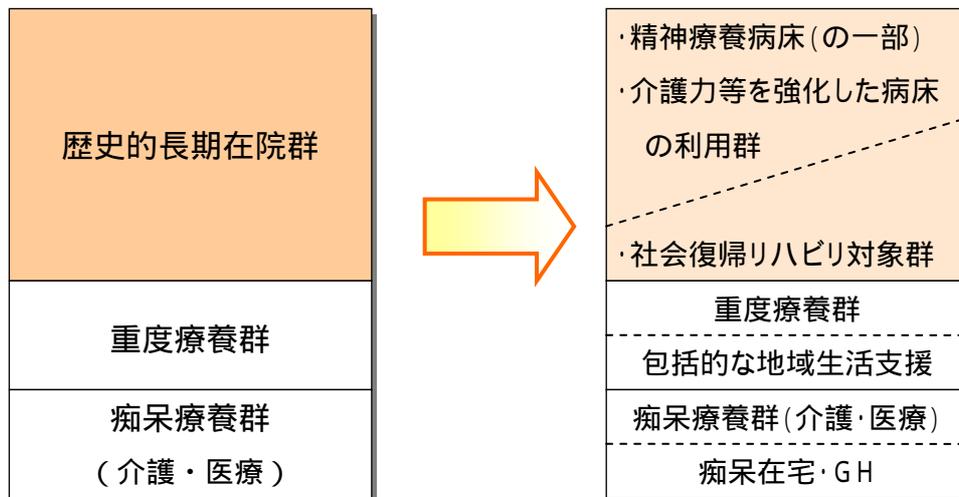
#### 在院1年以上患者群：退院率の改善

長期入院患者の退院の促進  
 病床の機能分化（強化）等                      地域における体制づくり

### 病床の機能分化のイメージ



## 長期入院群の将来イメージ



【資料全て：「精神病床等に関する検討会」最終まとめ（平成16年8月）より】

入院患者のうち、医療ニーズがあるにもかかわらずそのままでは在院が長期化する可能性の高い者については、医療的サポートに限らず地域生活を送るための総合的なサポートを提供することによって、在院の長期化を防ぎ、退院を促進することが可能になると考えられます。

また、退院に向けたサポートを要する患者については、当該患者像を明確にしつつ、1年をめどに地域ケアに移行できる状況を目指して、医療機関外の地域資源（医療的・福祉的支援、当事者同士の支えあい等）を活用した「社会復帰リハ」を専門的、かつ集中的に実施できる体制構築を図ることによって、長期在院患者の減少に資することができます。

## 5 精神科病院の影響度～改定前後の経営指標の推移

### >>>機能分化後の精神病床

診療報酬改定と行政施策の誘導する将来像は、地域ケア推進と危機介入・救急対応の充実を図ることにより、病床は減るものの人員の配置を厚くし、機能を強化する方向へ進んでいきます。

結果として、精神医療は入院医療から地域ケア中心へと変化を遂げ、医療機関と地域をつなぐケア体制と居住プログラムの整備、さらには切れ目のない社会復帰支援の具体化として、「手厚い医療による早期退院」「専門的精神医療の実施」「退院促進のための積極的リハビリテーション」などが、次回以降の診療報酬改定でもキーワードとなるでしょう。

冒頭に紹介したように、精神医療における今次診療報酬改定ポイントのうち、主要なものは入院基本料見直しに伴う看護師比率要件の引き上げ（減算廃止）でした。実際にどの程度の影響が生じているのか、そして減収への対応策を、事例により改定前後の推移から検証します。

### >>>看護師比率減算廃止によるダウンを特定入院料算定で吸収

#### < 病院概要 >

病床数	：	精神病床 80 床
診療科目	：	精神科、神経科、内科
看護配置	：	(旧) 3 : 1 ( ~平成 18 年 3 月まで )

この病院においては、改定前の「精神病棟入院基本料 3 (旧 3 : 1)」を算定していましたが、正看護師の確保が進まず、看護師比率は通年 40 ~ 50% 程度で推移している状況であったため、改定による入院基本料の見直しで低い基準の区分へ転落する影響によって、報酬が下がり大幅な減収が予測されました。

打開策を打ち出すため、まず全患者の状態を調査・把握すべく、自院の抱える患者像から適切な選択肢を列挙することから着手し、併せて看護職員・補助者の増員を図ることとしました。この結果、患者には認知症発症の高齢者が多く、さらに看護担当職員総数はある程度確保できている現状であったため、特定入院料である「老人性認知症疾患治療病棟入院料 1 (実質配置 20: 1 / 補助者 25: 1 以上)」の算定を目指し準備を開始しました。

## 今次改定の影響と行政施策にみる精神医療の将来像

特定入院料は月平均夜勤時間数 72 時間以下の計算対象とならず（日精協 Q & A：質問 7 / 回答参照）、また看護実質配置も 20: 1 以上を既にクリアできていたため、今次改定により報酬が 10 点引き上げられた同入院料 1 の要件も満たしたことにより、算定のめどが立ち、本年 5 月より算定開始となりました。

一方、改定月の 4 月においては、改定後の「精神病棟入院基本料 3」を算定しており、当月は従前より 12 点マイナスの影響から医業収入は落ち込み、正看護師確保の影響で人件費負担は増加したものの、5 月以降は特定入院料算定によって収入が回復したため、収益は次第に安定傾向にあります。

### 月次推移・前年対比表（抜粋）

（単位：千円（百円未満切捨て））

	平成 17 年 3 月	平成 18 年 3 月	平成 18 年 4 月	平成 18 年 5 月	平成 18 年 6 月
医業収入	49,100	54,500	49,500	55,200	56,300
医業費用	40,800	48,020	48,900	50,600	46,300
うち給与費	22,700	27,691	28,300	30,900	27,600
医業損益	8,284	6,489	560	4,500	9,900
経常損益	7,983	6,181	900	4,200	9,570

診療報酬改定

老人性認知症疾患治療病棟入院料  
算定開始

看護職員をめぐっては、減算廃止となった看護比率と併せて月平均夜勤時間数 72 時間以下という入院基本料の基準引き上げが、人件費に対する圧迫要因となっていることは明らかです。このケースでは、特定入院料を算定したことによって収入減と経費増加状態を脱却することができ、結果的に収益増となっています。改定による減収・経費増加の状況を補うだけの報酬アップを果たすことができたことを意味しています。

医療機関ごとに患者像を把握し、人員・施設面でのコスト負担を最小限にした打開策を検討する必要がありますが、特定入院料関連や専門療法、精神科ショート・ケアなどの積極的な活用も一案だと思われます。