



全日病

21世紀の医療を考える全日病 NEWS 2008 3/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤 寛 俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話会ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.682 2008/3/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

亜急性期入院医療管理料1と2の混在認めず

08年度改定の通知 医療クラークは派遣職員も可。専従かつ常勤と同等時間勤務が条件

厚生労働省は3月5日、2008年度診療報酬改定にかかわる「診療報酬の算定方法」(告示第59号)、「基本診療料の施設基準等」(同62号)、「特掲診療料の施設基準等」(同63号)を公布するとともに、同日付けで各告示に関する保険局長および医療課長通知を発送した。

公表された通知は「診療報酬算定に伴う留意事項」(保医発第0305001号)、「基本診療料の施設基準等」(保医発第0305002号)、「特掲診療料の施設基準等」(保医発第0305003号)など。(3面～5面に通知の概要を掲載)

施設基準に関する通知で、医師による事務作業を補助する職員配置を評価する医師事務作業補助体制加算に関して、当該職員は常勤職員(週4日以上かつ32時間以上)と同じ勤務時間をこなす専従であれば派遣職員でもよく、さらに、常勤換算による員数を配置しても差し支えないとされた。

配置に当たっては最低6か月間の研修が必要となるが、当該業務に従事しながらの研修で構わない。

また、施設要件に盛り込まれた年間200名以上の緊急入院患者に該当する疾患と状態像が明示された。ただし、「特別の関係にある保険医療機関、介護老人保健施設、居住系施設入居者等の患者」は算定されない。

回復期リハ病棟入院料に導入されたアウトカム評価(重症患者回復病棟加算)に関しては、日常生活機能評価測定票の記入者は院内研修を受けた者が行なうとされた上、当該院内研修について

も、所定の研修を受講し修了証が交付されている者(もしくは評価に習熟した者)が行なう研修であることが望ましいとされた。

この日常生活機能評価は、毎年、前年1年間の結果を地方社会保険事務局長に報告しなければならない。

亜急性期入院医療管理料については1と2の同時届出は認められない。

疾患別リハに新設された脳血管疾患等リハ(Ⅱ)の人員配置基準は、専従のOT、PT、(言語聴覚療法を行う場合は)STが各1名以上、かつ「専従の従事者が合わせて4名以上」となった。

「診療報酬実施の留意事項」の通知によると、通減制を廃止した疾患別リハで、標準的算定日数を超えた患者は1月13単位に限って所定点数を算定できる。

また、「5分」という目安が導入された外来管理加算に関しては、「提供される診療内容の事例」が書き込まれ、「5分」の主旨が具体的な表現で明らかにされ

た。

療養病棟に新設された退院調整加算(退院支援計画作成加算・退院加算)については、①退院調整・退院支援を担当する部門の設置、②退院調整の経験をもつ専従の看護師もしくは社会福祉士の1名以上配置が必置とされた。

後期高齢者を対象とした退院調整加算では、施設基準に「退院困難な要因を有する患者を抽出する体制」の確保を織り込むとともに、退院困難な患者を抽出するために「高齢者の総合的な機能評価を行うことが望ましい」とした。

在宅患者の緊急入院対応を評価する在宅患者緊急入院診療加算は、診療所の求めによらない入院でも、入院後24時間以内に当該診療所から患者の診療情報が提供された場合に算定ができる。

改定説明会 リハ総合計画評価料は回復期リハ病棟も算定可

本会は3月13日に東京都内で「08年度診療報酬改定説明会」を開催した。

厚労省保険局医療課の中野課長補佐は、リハビリ総合計画評価料の点数を下げ一方で毎月算定可能とし、回復期リハ病棟でも算定できるようにしたと説明。また、通減制がなくなった疾

▲改定説明会には約1,000名が参加した

これと似たものが後期高齢者外来患者緊急入院診療加算。“主治医”の求めに応じたものでない場合でも、入院後24時間以内に当該診療所と当該患者の診療情報を交換した場合に算定が認められる。ただし、後者は、後期高齢者診療料を算定する際の診療計画にあらかじめ緊急時入院先として記載された病院であることが要件。

このほか、「診療報酬算定に伴う留意事項」は、後期高齢者にかかわる病院、診療所、地域ケア関係者間の情報提供に関する評価の算定要件を明らかにしている。

患別リハで、標準的算定日数を超えたものについては1月13単位を上限に算定を認めることを明らかにした。新設の早期リハ加算は起算日から30日間算定できるなど、今後通知化される内容に踏み込んだ説明を行なった。(改定説明会の講演要旨は次号に掲載)

介護報酬、「6対1・4対1」でも1,073単位

介護療養型老人保健施設 経過型にも「6対1・4対1」を導入

社会保障審議会介護給付費分科会は3月3日、療養病床から転換した介護老人保健施設(介護療養型老人保健施設)の介護報酬等見直しについて答申。厚生労働省は3月6日に見直し案を意見募集の手続きにかけた。

見直しによって、介護療養型老人保健施設(介護療養型老健)は、夜間の看護配置を前提にした看護6対1・介護6対1をベースに介護4対1の配置を加算評価(27単位)する介護療養施設サービス費Ⅱ・Ⅲが新設された(Ⅲは40人以下の施設)。ただし、介護4対1の評価は転換前から配置していた施設に限られる。

要介護5(多床室)は1,073単位(介護4対1の加算を上乗せした単位数)と、介護療養型医療施設(6対1・4対1)の1,322単位より249単位、経過型介護療養型医療施設の1,224単位(新設された6対1・4対1)より151単位低い報酬となった。既存の老健施設との差も83単位にとどまった。

事務局(老健局老人保健課)は、月額で介護療養型医療施設41.2万円、既存老健施設30.8万円であるのに対して、介護療養型老健は33.4万円になると説明。介護療養型医療施設から2割下げ一方、既存老健よりは1割ほど引き上げたことを明らかにした。

分科会を傍聴していた病院関係者からは、「予想よりも低かった。療養病床の多くは転換に踏み切れないのではないかと、厳しい評価をくだす声が聞かれた。

答申結果は3月6日に意見募集にかけられた。厚労省は、5月から介護療養型への転換申請を受理できるよう、必要な改正を進める考えだ。(2面に関連記事と資料)

答申は、介護療養型老健にユニット型の施設サービス費を新設する一方、介護4対1加算評価とのバランスをとるために、経過型介護療養型医療施設に

6対1・4対1の報酬を導入した。こうした見直しは、短期入所療養介護(介護給付・予防給付)においても、同様に行われる。



施設基準については、2006年7月から12年3月末までの間に開設する介護療養型老健と期限を打った上で、①算定月を含む直近12月の「医療機関」と「家庭」からの入所割合の差が35%以上であることを標準とする、②算定月を含む直近3月の全入所者に占める「経管栄養」もしくは「喀痰吸引」実施者の割合が15%以上であること、あるいは「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」ランクM該当者の割合が20%以上であること、とされた。

①の入所経路の比率差については今年4月以降の入所者を対象に来年4月から適用する。「標準とする」とされた具体的な運用のしかたは来年4月までに検討される。

夜間の配置に関しては「入所者の数を41で除して得た数以上の看護職員を配置していること」とされ、満たしてい

ない場合には施設サービス費が3%減算される。40名以下の小規模施設に関しては「看護職員または病院・診療所もしくは訪問看護ステーションとの連携で夜勤時間帯を通じて連絡体制を整備していること」と緩和された。

現行の介護療養型医療施設で特定診療費として算定されている医療行為に関しては、医療区分3該当項目とリハビリテーションを除く行為が「特別療養費」として加算されることになった。また、30日を限度とするターミナルケア加算が240単位加算される。

一方、急性増悪時の処置範囲の拡大や緊急時施設治療管理料の新設など、医療保険との連携が充実した。

これ以外にも、療養面積の経過措置の延期や構造設備にかかわる規制緩和、さらには、サテライト型施設や小規模老健の基準緩和など、様々な手が打たれてきた。

それだけに、介護療養型老健の報酬に対する期待が高まったのは事実。しかし、現実の報酬は、必ずしも、即転換を促すものではなかった。「どの病院もしばらくは動けないだろう」と関係者はみる。療養病床をもつ病院の葛藤は、まだ続きそうだ。

清話抄

先日、医師会立看護学校の卒業式があった。医師会の看護学校担当理事になって3回目の卒業式であるが、今回は40名の卒業生を送り出した。

残念ながら、毎年何人かの進路変更があるため入学者全員が卒業できるわけではなく、経済的に続かなかつたり、学業についていけない、中には、看護

という仕事を考えると適正に問題がある場合もある。

しかし、入試のときに自分が面接をし、入学してからは成績不振で面接を繰り返した生徒が卒業となると、ほっとするとともにうれしくなる。また、性格は良いのにどうも勉強に集中できずに補習の多かった生徒も、何とかここまで来てくれたと思う。

さらに、この40名が看護師として医療機関に勤めることで、少しは看護師

不足の時代に役に立っているのかなと思う。

しかし、看護学校は経営的には厳しいものがあり、毎年多額の繰入金を経済師会の本会計から予算立てて貰っている。受益者負担ということで学生の経済的負担は少しずつ増えているものの、まだ焼け石に水である。

また、卒業生の約半数が進級するなど、医師会関連の医療機関への就職が少ないため、社会全体への貢献はして

いるが医師会への貢献になっていないという意見も聞かれる。

一方で、受験の際の履歴書を見ると、中高を卒業してからアルバイトを転々としていたフリーターであったり、派遣の仕事が続けてきた人も多く、看護師の資格を得ることが人生をリセットできるチャンスになっているのではと思うと、そちらのほうが大きな社会貢献になっているのではないかと考える。(内)

主張

医療の再生を目指して

“医療崩壊”、“病院崩壊”が喧伝され、今回の診療報酬では病院に重きを置いた、また、質重視の観点からの改訂であるといわれている。項目だけを見ると肯けるが、その内容には納得がいかない。再生産できる診療報酬でなければ継続的に医療を提供できない。

医療は“健康投資”であり、病院は“公共財”であるという認識を、国民だけではなく、我々医療者も持たなければならない。苦しいから、金をよこせと言っても理解は得られない。医療の実態と医療者の考え方を国民に

理解いただかなければ、医療費削減の動きを止めることは出来ない。国民に理解していただく努力が十分ではなかったという反省から、病院のあり方報告書の国民向け版を出版することになった。さらなる、活動が必要である。

次いで重要なことは、法律に関する正しい知識を持つことである。医療と法律の関係が極めて重要であるにもかかわらず、医療者は、法律と臨床とは別次元と考えてきた。しかし、近年、医療事故に関連して、法律は臨床そのものに大きな影を落と

している。

医療者は、医療法改正、医師法21条の解釈、医療の準委任契約、個人情報保護法対応等を、正しく把握しなければならない。法の精神を理解し、また、法律家の思考過程を理解する必要がある。法の解釈は状況により変わり、世論の影響を受けることに気づかなければならない。

医療を取り巻く法律の諸問題を考える時、法の解釈と運用に関して法の根元に立ち戻らなければならない。拡大解釈、不遡及の原理に反した解釈がある。法は権利と責任を問うので、

医療事故においては、原因追究よりも責任追究を行う性質がある。

医療では、原因追究と再発防止の視点で対応している。この視点の違いが諸問題の要因となっている。原因追究と責任追究を同じ土俵・基準で行ってはならない。混乱している現状において、死因究明制度や患者の権利法等を拙速に法制化する動きを危惧する。

国民の医療不信と実情を無視した過剰な要求、さらには、医療者に対する人権無視を是正するためにも、法の根元を理解する必要がある。(I)

制度は改善。だが、報酬は想定を下回った

転換型老健と療養病床の選択 進路選択を考える時期。療養病床目標数の一人歩きを警戒

常任理事(介護給付費分科会委員) 木下 毅

3月3日の社会保障審議会介護給付費分科会は、療養病床から転換した介護老人保健施設に関する答申を行なった。

これによって、療養病床から転換した老健施設は「介護療養型老人保健施設」(以下「介護療養型老健」と略す)と呼ばれ、従前の介護老人保健施設と区別されることになった。介護報酬は従前の老健と分け、新たに介護老人保健施設サービス費(Ⅱ)が設けられた。

施設基準としては、①医療機関から入所した者の割合が在宅から入所した者の割合の35%以上であること、②入所者の「経管栄養」「喀痰吸引」実施率が15%を上回っていること、③「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」のランクMに該当する者の割合が20%を上回っていることとされ、②および③については、そのいずれかが満たされればよいことになった。

人員配置に関しては、看護職員の夜間配置を要件に看護6対1・介護6対1を基準とした上で、介護4対1が加算評価されることになった。

夜間に関しては、40名以下の小規模な介護療養型老健施設は、オンコール

体制が確保されていればよいことになった。

必要な医療処置に関しては、介護療養型医療施設で算定できる特定診療費のうち、重度療養管理の中の医療区分3に相当する項目とリハビリを除く項目が「特別療養費」として算定できることになった。さらに、看取りの体制が評価された。

すでに、既存老健施設の報酬で評価されているリハビリについては、介護療養型医療施設で現に配置されているリハビリスタッフの数を勘案し、加配分は別途評価されることになっている。

一方、医療保険における急性増悪時の往診範囲が広げられ、さらに、医師のオンコール対応が困難な場合は併設医療機関からの訪問が認められるなど、バックアップも一応整った。

こうした点から、医療処置が必要な利用者が入所する介護療養型老健として最低限必要な体制を整える点で、我々医療提供側の主張はある程度反映されたといえよう。

また、転換上のネックであった療養室の面積要件についても経過措置が大

幅な改修・建て直しまで延長された。さらに、併設にともなう各種の規制や、サテライトにかかわる規制も大幅に緩和された。

このように、転換を円滑に進める上での障害は基本的にクリアされたのではないかと。ただし、問題は、あくまでも介護報酬の水準である。

要介護度5の1日あたり報酬は、介護療養型医療施設(6対1・4対1)が1,322単位、既存の介護老人保健施設が990単位であるのに対して、介護療養型老健施設は1,073単位(6対1・4対1)である。

月額にすると介護療養型医療施設が41.2万円、既存の介護老人保健施設が30.8万円のところ、介護療養型老健施設は33.4万円となった。

介護療養型医療施設の単価に比べて2割近く引き下げられる一方、既存老健に比べて1割弱引き上げたことになる。

これは我々の想定を下回るものであった。療養病床の新点数と比べても、医療区分1・ADL3(900点=褥瘡評価実施加算込み)、医療区分2・ADL1(1,198点)と、必ずしも十分ではない。

ターミナルケア加算が7.2万円つくのではないかという向きもあるようだが、介護療養型医療施設でターミナルを迎える患者は年間で27%に過ぎない。

いずれにしても、自院の患者の状態を分析し、加算がどれほど算定できるか、これからどういう人が入院してくるか、看護師を初めとする職員の動向などを見据え、介護療養型老健に転換するのか、医療療養で行くのか、回復期リハ病棟や、障害者病棟を選択するのかを考えなければならない。

既存の老健施設に転換する選択肢もある。また、介護療養型老健は既存老健施設とは利用者が異なる状態を維持していかなければ、いずれは費用が一本化される可能性があることから、介護療養型老健は医療の必要度の高い利用者を見てゆかなければならない。

我々としては、療養病床の意向が反映されない目標数が一人歩きすることなく、医療費適正化計画、地域ケア整備構想、介護事業支援計画とが有機的に連携して、より現場の意向を反映した療養病床の目標数が立てられる必要がある。

「介護療養型老人保健施設」の介護報酬等に係る答申の概要

3月3日 介護給付費分科会 ※1面記事を参照

●介護療養型老健における基準の緩和

(1)療養室面積基準の経過措置が終了する2012年4月以降も、06年7月1日以後に新築又は大規模改修等の工事をしていない療養病床を転換した介護療養型老健は、次の新築又は大規模改修等を行うまでの間に限り、引き続き経過措置を認める。

※12年4月以降は8.0㎡に対応している施設との均衡に配慮した評価を行う。ただし、次の新築又は大規模改修等までの間、談話室の面積を療養室の定員数で除した面積を加えたものが8.0㎡以上ということによりよいこととする。

(2)介護療養型老人保健施設における、①建物の耐火構造基準、②建物内の直通階段及びエレベーター設置の基準は、次の新築又は大規模な改修等までの

間、転換前の病院の基準と同様でよいとする経過措置を創設する。

●サテライト型施設の基準の緩和等

(1)本体施設の設置者により設置され、本体施設からの支援を受け、本体施設とは別の場所で運営される29人以下の施設であるサテライト型施設について、①医療機関を本体施設とするサテライト型小規模介護老人保健施設及びサテライト型の地域密着型特定施設の設置を認める。

また、本体施設が人員基準を満たしていることを前提に、本体施設の医師、栄養士、介護支援専門員によってサテライト型施設入所者の処遇が適切に行われるときは、当該サテライト型施設にこれらの職員を置かないことができる。

②介護老人保健施設を本体施設とする

サテライト型の地域密着型特定施設の設置を認める。

また、本体施設が人員基準を満たしていることを前提に、本体施設の医師、支援相談員、理学療法士もしくは作業療法士、栄養士または介護支援専門員によってサテライト型施設入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、当該サテライト型施設にこれらの職員を置かないことができる。

(2)本体施設である老健施設の管理者は、サテライト型の地域密着型特定施設の職務を兼務することができる。

(3)地域密着型特定施設における看護職員及び介護職員の各1名以上は常勤でなければならない。ただし、サテライト型の地域密着型特定施設については、それぞれ常勤換算方法で1名以上でよいこととする。

●小規模介護老人保健施設の基準緩和等

(1)小規模介護老人保健施設における介護報酬180日の算定日数上限をなくす。

(2)医療機関併設型小規模介護老人保健施設における支援相談員及び介護支援専門員に係る人員に関する基準について、当該施設の入所者の処遇が適切に行われると認められるときは、実情に応じた適当数でよいこととする。

■介護療養型老健の施設サービス費

介護療養型老健施設サービス費(Ⅱ)

介護療養型老健施設サービス費(Ⅰ)(従来型個室)	
a. 要介護度1	703単位
b. 要介護度2	786単位
c. 要介護度3	860単位
d. 要介護度4	914単位
e. 要介護度5	967単位
介護療養型老健施設サービス費(Ⅱ)(多床室)	
a. 要介護度1	782単位
b. 要介護度2	865単位
c. 要介護度3	939単位
d. 要介護度4	993単位
e. 要介護度5	1,046単位

特定保健指導専門研修を開催

本会は、2月26日から29日にかけて、神戸市で、特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)を開催した。

4月からスタートする特定健診・特定保健指導制度の保健指導において、積極的支援(継続的支援)の食生活改善指導者を養成する研修として、第1回目が神戸市で開講されたもの。

この研修を修了すると、看護師および栄養士も単独で食生活改善指導を担



当することができるとあって約200名が参加、4日間30時間にわたるプログラムを熱心に受講した。

第2回研修は、3月19日～22日の日程で東京渋谷区で開催される。

短時間正職員制度セミナー(個別相談会併設)開催のご案内

全日病は、厚労省より「短時間正職員制度導入推進事業」の委託を受け、モデル事業を実施してきました。その一環として、会員病院による事例報告を含むセミナーと相談会を実施します。

- 日時 ● 3月27日(木) 17:00～19:00
セミナー終了後個別相談会を開催(19:00～20:00)
- 会場 ● 御茶ノ水セントラルビルホール5B
東京都千代田区神田駿河台4-6(御茶ノ水駅聖橋口徒歩1分)
- 参加費 ● 無料
- 定員 ● 100名(先着順)

後期高齢者総合評価加算の要件に医師の研修

外来管理加算は往診も算定可。「5分」規定の留意事項に診察問答の“事例”

2008年3月5日付医療課長通知 保医発第0305002号 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(抜粋要旨)

別添3 入院基本料等加算の施設基準等

第4の2 医師事務作業補助体制加算

1 医師事務作業補助体制加算に関する施設基準

(1) 病院勤務医の負担の軽減に対する体制がとられていること。

ア 病院勤務医の負担の軽減に資する具体的計画を別添7の別紙13の2の例により策定し、職員等に周知していること。

イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて勤務医の勤務時間を把握するとともに、医療安全の向上に資するための勤務体系を策定し、職員等に対して周知していること。

(2) 院内計画に基づき、医師の事務作業を補助する専従者を、届出病床数(一般病床に限る)にかかわる基準病床ごとに1名以上配置していること。

当該補助者は、派遣職員であるなど雇用形態を問わないが、当該保険医療機関の常勤職員(週4日以上)の常勤勤務かつ所定労働時間が週32時間以上)と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、常勤換算による場合であっても差し支えない。

(3) 配置するに当たっては最低6か月間の研修(医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む)を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減に資する業務を行わせるものであること。平成20年3月以前から、医師の事務作業を補助する専従者として雇用している者に対しても当該研修は必要である。

(4) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。

ア～エ (略)

3 50対1、75対1及び100対1補助体制加算の施設基準

25対1補助体制加算の施設基準を満たしていること又は「災害拠点病院整備事業の実施について」に規定する災

害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」に規定するへき地医療拠点病院、地域医療支援病院の指定を受けていること若しくは年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院であること。

4 3の緊急入院患者数とは、救急搬送(特別の関係にある保険医療機関、介護老人保健施設、居住系施設入居者等の患者を除く)により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者で緊急入院した患者数の合計をいう。

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 重篤な代謝異常(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)

キ 広範囲熱傷

ク 外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ 緊急手術を必要とする状態

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

第24 退院調整加算

1 退院調整加算に関する施設基準

(1) 病院では、入院患者の退院に係る調整及び支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

第25 後期高齢者総合評価加算

1 後期高齢者総合評価加算に関する施設基準

(1) 当該医療機関に総合的機能評価の適切な研修を修了した常勤医師が1名以上いること。

(2) 総合的機能評価に係る適切な研修とは次のものをいう。

ア 日本医師会、日本老年医学会その他関係学会等が実施するもの

イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な

特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれている

ウ 研修内容に総合的機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。

エ 研修期間は通算して16時間以上程度のものであること。

オ ただし、平成21年3月31日までの期間は、イ又はウのいずれかを満たす研修であって、1日8時間又は通算して8時間程度の研修を修了していることで差し支えない。なお、その場合には、平成22年3月31日までに、不足内容を補足する研修を追加受講する旨届け出るものとし、研修を修了した際には改めて修了した旨届け出る。

(3) 当該医療機関内で高齢者の総合的機能評価のための職員研修を計画的に実施する。

第26 後期高齢者退院調整加算

1 後期高齢者退院調整加算の施設基準

(1) 当該医療機関に退院調整部門が設置されていること。

(2) 退院調整部門に2年以上の業務経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上いること。当該看護師又は社会福祉士は週30時間以上退院調整業務に従事していること。

(3) 退院困難な要因を有する患者を抽出する体制とは次のことをいうこと

ア 入院後早期から心理的・社会的側面からの評価を行っていること。

イ 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的機能評価を行っていること。

(4) 退院困難な要因を有する患者の抽出のためには、後期高齢者総合評価加算で実施する高齢者の総合的機能評価を行うことが望ましい。

別添4 特定入院料の施設基準等

第11 回復期リハ病棟入院料

1 通則

(1) 病棟に専任の医師1名以上、専従

の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。複数病棟で届出を行う場合は病棟ごとに各従事者が配置されていること。

(7) 入院時等に測定する日常生活機能評価は別添6の別紙22を用いて測定する。当該表の記入は院内研修を受けたものが行う。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの(修了証が交付されているもの)若しくは評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。(略)

(8) 毎年7月に、前年7月から6月まで当該病棟に入院していた患者の日常生活機能評価を地方社会保険事務局長に報告する。ただし、平成20年7月の報告は要しない。

2 回復期リハ病棟入院料1の施設基準

(1) 回復期リハ病棟入院料1を算定する場合、重症患者(別添6の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上)が新規入院患者の1割5分以上であること。

(2) 他保険医療機関へ転院した者等とは、同一医療機関の他病棟へ転院した患者、他保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者をいう。

3 注2に規定する重症患者回復病棟加算の施設基準

重症患者のうち3割以上の者が退院時に日常生活機能評価で3点以上改善していること。

第12 亜急性期入院医療管理料

1 亜急性期入院医療管理料の施設基準

(1) 同一の保険医療機関において、亜急性期入院医療管理料1及び亜急性期入院医療管理料2の届出を行うことはできない。

(3) 当該保険医療機関内に専任の在宅復帰支援担当者が1名以上配置されていること。当該担当者は在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該患者以外の患者に対して在宅復帰支援を行うことは差し支えない。

2008年3月5日付医療課長通知 保医発第0305003号 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(抜粋要旨)

別添1 特掲診療料の施設基準等

第10 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料

1 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料に関する施設基準

(2) 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の対象疾患は、大腿骨頭部骨折又は脳卒中(急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る)である。

(3) 脳卒中における急性発症又は急性増悪とは、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血を発症した患者について、画像診断等を用いて診断されたものであること。

(5) 複数の計画管理病院で共通内容の地域連携診療計画を運用している場合は、地域連携診療計画に係る情報交換の会合を合同で行っても差し支えない。

(6) 脳卒中において地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定する際には、各都道府県が作成する医療計画に脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。計画管理病院と連携する保険医療機関が別の都道府県の医療計画に記載されて

いる保険医療機関であっても差し支えないこと。

(7) 計画管理病院における一般病棟の入院患者の平均在院日数が17日以内であることについては、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動である場合には、要件を満たすものであること。

第15 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 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に関する施設基準

(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。

ア 介護支援専門員(ケアマネジャー)、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。

イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

(2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。

(3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(I)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(I)に関する施設基準

(2) 経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること。いずれか一方は専任の従事者でも差し支えない。

(3) 専用の機能訓練室(病院は30㎡以上)

第39 心大血管疾患リハビリテーション料(II)

1 心大血管疾患リハビリテーション料(II)に関する施設基準

(1) 届出保険医療機関に循環器科又は心臓血管外科を担当する常勤医師又は心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する常勤医師が1名以上勤務していること。

(3) 専用の機能訓練室(病院は30㎡以上)を有していること。

第40 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)

1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)に関する施設基準

(1) 専任の常勤医師が2名以上勤務。そのうち1名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習

会の受講歴(又は講師歴)を有すること。

(2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務。

イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務。

エ アからウまでが合せて10名以上勤務。ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関で行う当該リハを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。

(3) 専用の機能訓練室(160㎡以上)を有していること。専用とは、疾患別リハ又は障害児(者)リハを実施している時間帯に「専用」ということであり、同一の時間帯に疾患別リハ又は障害児(者)リハを同時に行うことができる。

第40の2 脳血管疾患リハビリテーション料(II)

1 脳血管疾患リハビリテーション料(II)に関する施設基準

(1) 専任の常勤医師が1名以上勤務。

(2) 次のアからエまでをすべて満たしていること。

ア 専従の常勤理学療法士が1名以上勤務。回復期リハ病棟との兼任はでき(4面に続く)

後期高齢者 緊急入院は診療計画に記載済病院が算定

脳血管疾患等リハ料(Ⅱ)の人員体制はPT・OT・ST各1名かつ計4名

(3面から続く)
ないが、運動器リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)、障害児(者)リハビリ料との兼任は可能。
イ 専従の常勤作業療法士が1名以上勤務。回復期リハ病棟との兼任はできないが、運動器リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)、障害児(者)リハビリ料との兼任は可能。
ウ 言語聴覚療法を行う場合は専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務。
エ アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務していること。ここでいう「専従」とは、当該機能訓練室で当該リハを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいうこと。
(3) 専用の機能訓練室(病院は100m²以上)を有していること。なお、専用とは、疾患別リハ又は障害児(者)リハを実施している時間帯に「専用」ということで、同一の時間帯に疾患別リハ又は障害児(者)リハを同時に行うことが

できる。ただし、言語聴覚療法を行う場合は専用の個別療法室(8m²以上)1室以上を別に有していること。
第41 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)
1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準
(1) 専任の常勤医師が1名以上勤務。
(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務。ただし、回復期リハ病棟との兼任はできないが、運動器リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)、呼吸器リハビリ料(Ⅰ)(Ⅱ)及び障害児(者)リハビリ料の常勤従事者との兼任は可能。ここでいう「専従」とは、当該保険医療機関のリハについて当該リハを実施する日若しくは時間に専ら従事することをいう。
(3) 専用の機能訓練室(病院は100m²以上)を有していること。なお、専用とは、疾患別リハ又は障害児(者)リハを実施している時間帯に「専用」というこ

とで、同一の時間帯に疾患別リハ又は障害児(者)リハを同時に行うことができる。ただし、言語聴覚療法を行う場合は専用の個別療法室(8m²以上)1室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。
第42 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)(略)
第43 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(略)
第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅲ)
1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準
(2) 経験を有する専従の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務。
第45 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)
1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

(2) 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が1名以上勤務。
第47の2 集団コミュニケーション療法料
1 集団コミュニケーション療法料に関する施設基準
(1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
(2) 専従する常勤言語聴覚士が1名以上勤務すること。
(3) 次に掲げる当該療法を行う専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。
ア 専用の療法室
集団コミュニケーション療法を行うに当たっては、集団コミュニケーション療法室(8m²以上)を1室以上有していること(言語聴覚療法以外の目的で使用するのは集団コミュニケーション療法室に該当しない。言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能)。

2008年3月5日付医療課長通知 保医発第0305001号 「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」(抜粋要旨)

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

第1章 基本診療料

第1部初・再診料

第2節 再診料

□外来管理加算

イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

[提供される診療内容の事例]

1 問診し、患者の訴えを総括する。「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」

4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ イに規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、診察を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点から診察開始時間、退室した時点までを診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。

また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨

の記載をする。
オ 往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

第2節 入院基本料等加算

□在宅患者緊急入院診療加算

(2) 診療所で在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料又は在宅療養指導管理料各区分に掲げる指導管理料(在宅自己注射指導管理料を除く)を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関で当該入院中1回に限り入院初日(起算日)に算定する。入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(3) 当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後24時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報が提供された場合でも算定できる。

(4) 在宅患者緊急入院診療加算の「1」は、当該保険医が患者又はその家族に事前に緊急時の受入保険医療機関の名称等を文書で提供し、受入保険医療機関に入院した場合に算定する。

(5) 受入保険医療機関の保険医は、入院前又は入院後速やかに患者の希望する診療内容等の情報を当該診療所の保険医に確認し共有すること。

(6) 受入保険医療機関が当該診療所と特別の関係にある場合には、在宅患者緊急入院診療加算は算定できない。

□医師事務作業補助体制加算

(2) 医師事務作業補助体制加算は当該患者の入院初日(起算日)に限り算定する。なお、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(3) 医師事務作業補助者の業務は、医師の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業並びに行政上の業務への対応に限定する。医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等は医師事務作業補助者の業務としない。

□退院調整加算

退院調整加算は、1入院につき、当該加算の要件を満たすものについて算定する。入院期間が通算される入院は1入院として取り扱う。

(1) 退院支援計画作成加算

ア 入院後病状の安定が見込まれた後早期に退院に関する支援の必要性の評価を行い、患者の同意を得て具体的な退院支援計画を作成する。

イ 当該計画を文書で患者に説明を行い、交付する。

ウ 当該計画に基づき患者又は家族に必要な支援を行う。

エ 患者の病態が急変した場合には適宜当該計画を見直す。ただし、当該加算は入院中に1回算定するものである。

(2) 退院加算

ア 退院支援計画作成加算を算定した患者が、当該計画に基づいて退院できた場合に、退院日に当該加算を算定する。

イ 退院先について診療録に記載する。
ウ 死亡による退院又は他の病院・診療所に入院するために転院した患者は算定できない。

□後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

(2) 診療所で後期高齢者診療料を入院日の属する月又はその前月に算定している患者について、病状急変等に伴い当該診療所保険医の求めに応じて入院を受け入れた場合に、当該入院を受け入れた保険医療機関(特別の関係を除く)で、入院中1回に限り入院初日に算定する。入院が緊急であり、当該保険医の求めに応じたものでない場合でも、入院後24時間以内に入院を受け入れた保険医療機関と診療所の保険医間で当該患者に関する診療情報を交換した場合には算定できる。

(3) 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算は、後期高齢者診療料を算定するに当たり患者に交付する診療計画にあらかじめ緊急時入院先として定められた病院に入院した場合に限り算定する。

□後期高齢者総合評価加算

(2) 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、後期高齢者である患者について入院中1回に限り算定する。入院期間が通算される再入院時は算定できない。

(3) 機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活

活能力、認知機能、意欲等が変化した場合には病状の安定が見込まれた後改めて評価を行う。

(4) 総合的な機能評価に係る測定は医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師または歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師・歯科医師が行わなければならない。
(7) 総合的な機能評価の測定結果に基づく評価を行う医師は、後期高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。

□後期高齢者退院調整加算

(2) 退院困難な要因を有する患者の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に、後期高齢者である患者について退院時に1回に限り算定する。なお、入院期間が通算される再入院に係る退院時には算定できない。

(3) 当該退院には他保険医療機関(特別の関係を含む)に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。

第3節 特定入院料

□回復期リハ病棟入院料

(7) 回復期リハ病棟入院料を算定するに当たっては、当該病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、地域連携診療計画管理料を算定する患者が回復期リハ病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者の地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。

□亜急性期入院医療管理料

(1) 亜急性期入院医療管理料1を算定する病室は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者でて症状の急性増悪した患者等に、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室である。

(2) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室は、急性期治療を経過した患者に安定化を図り、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供する病室である。

(8) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室については、7対1入院基本料(準7対1入院基本料を含む)、10対1入院基本料を算定している病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本

通算対象の再入院患者は医師事務補助加算算定できず

医療機関・老健以外の高齢患者に広く在宅患者訪問診療料を適用

料及び専門病院入院基本料を算定している病棟に限る。)、入院時医学管理加算、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並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかを算定している病床から転床又は転院してきた患者であり、かつ当該病室に入室した時点で、疾患の主たる治療の開始日より3週間以内である患者数が届出病室の入院患者数のうち3分の2以上であること。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

□生活習慣病管理料

(2) 生活習慣病管理料は生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであること。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えない。

(5) 生活習慣病管理料を算定する月には、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。

□退院時共同指導料1、退院時共同指導料2

(8) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。

□地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料

(3) 地域連携診療計画管理料を算定する計画管理病院からの転院時及び地域連携診療計画退院時指導料を算定する連携保険医療機関からの退院時には日常生活機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入すること。また、連携保険医療機関が退院時に行った日常生活機能評価の結果は、計画管理病院に対し文書にて報告すること。

□医療機器安全管理料

(2) 医療機器安全管理料1は、医師の指

示の下に、生命維持管理装置の安全管理、保守点検及び安全使用を行う臨床工学技士を配置した保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に1月に1回に限り算定する。

(3) 生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置(人工腎臓を除く)、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。

(4) 医療機器安全管理料2は、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関で照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定する。

(5) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置(直線加速器)及びガンマナイフ装置をいう。

□後期高齢者退院時薬剤情報提供料

(1) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料は、後期高齢者である患者の入院時に薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等(医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。)を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等を薬剤情報提供料の(2)に掲げる手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。

□後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

(1) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は、栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている入院患者の退院に際して、管理栄養士が患者、家族等に、退院後の在宅での栄養・食事管理について概ね15分以上指導を行うとともに、必要な情報を文書で提供した場合に、退院時に算定する。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料の対象となる患者は、経口摂取を行う患者であって次のアからエに掲げる要件の全てに該当するものであること。経管栄養のみの患者は対象とならないが、経管栄養と経口摂取を併用している場合は対象となる。

- ア 当該指導実施日に75歳以上である
- イ 低栄養状態にある
- ウ 栄養管理実施加算が算定
- エ 当該指導の実施日に食事が提供

□後期高齢者終末期相談支援料

(2) 保険医が終末期と判断した者について、医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書(電子媒体を含む)又は映像により記録した媒体(「文書等」)

にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定する。

(3) 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また、患者の自発的な意思を尊重し、保険医は患者に意思の決定を迫ってはならない。

(5) 入院中の患者については、特に連続して1時間以上に渡り話し合いを行ったうえで、患者の十分な理解を得ること。

(7) 入院中の患者については退院時又は死亡時、入院中以外の患者については死亡時に算定する。

第7部 リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料

□心大血管疾患リハビリテーション料

(7) 標準的算定日数を超えた患者については、注3に規定するとおり、1月に13単位に限り心大血管疾患リハビリ料の所定点数を算定できる。

(8) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における治療開始後早期からのリハ実施を評価したもので、入院中の患者に1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等(ベッドサイドを含む)で実施した場合にも算定できる。

(9) 「注3」に掲げる標準的算定日数を超えてリハを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合には、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

□脳血管疾患等リハビリテーション料(略)

□運動器リハビリテーション料(略)

□呼吸器リハビリテーション料(略)

□集団コミュニケーション療法料

(2) 集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、脳血管疾患等リハビリ料又は障害児(者)リハビリ料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚

士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。

(3) 集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士1人あたり1日のべ54単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリ又は障害児(者)リハビリを併せて行っている従事者については、実施するリハの単位数が、集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハ1単位とみなした上で、1日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療

第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

□緊急時施設治療管理料

(2) 介護療養型老健施設併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定する。ただし、患者1人につき1日1回、1月につき4回に限る。

(3) 患者の緊急時とは、次のいずれかの状態の患者に対して、当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合のことをいう。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
- エ ショック
- オ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- カ その他薬物中毒等で重篤なもの

領収書、明細書交付で通知を改正

3月5日付保険局長通知(医療費の内容の分かる領収証の交付については旧通知を改正、交付が義務付けられている領収証の新たな様式、および電算レセを実施している病院(400床以上)を対象に患者の求めに応じて発行が義務化された明細書の様式を示した。

400床未満の医療機関については、患者の求めに対する明細書発行の努力義務を課した。

明細書の費用に関しては実費相当とし、「入手の妨げとなるような高額な料

金を設定してはならない」とした。また、明細書の交付を院内掲示することが義務化されている。

DPCにかかわる明細書については、今後、診療報酬明細書の提出時に包括評価部分の診療行為内容が分かる情報が添付されることと合わせ、「入院中に使用された医薬品や検査に関する情報を明細書に付記または添付することが望ましい」と明記、その詳細は追って通知するとしている。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」

が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588

会員病院事例報告 全日病版DPC分析ソフトを導入して—DPC対象病院のケース

本会が推進するDPC分析事業は、共同開発者であるニッセイ情報テクノロジー社の分析ソフト(Medi-Target)をアウトソーシング(ASP)のかたちで使っている。高額につくソフト等が低価格で使えるだけでなく、全日病会員のみが活用できるデータ分析サービスが付加されており、参加病院には好評を博している。Medi-Targetを積極的に活用しているDPC対象病院の活用事例報告をお届けする。

明可能になったことは大きな前進と思われる。なお、各診療科に対しては随時個別対応している。

DPC分析事業でDPCデータの多角分析を実現

意味のあるDPC情報を可視化するには適切な解析ソフトが不可欠

株式会社日立製作所水戸総合病院
事務局医事係 野口栄二

DPCは診療報酬請求のための単なる手段ではない。DPC導入以後、これを共通の尺度として病院経営を含めた医療の質向上管理が展開される必要性が高まり、DPCという膨大な単なるデータを意味のある情報に変換し、分析に活用していくツールが強く求められている所以でもある。

株式会社日立製作所水戸総合病院は、全国に70数ヶ所ある企業立病院の1つであるが、2004年からDPC準備病院として参加し、2006年4月にDPC対象病院となり、同年5月よりDPCによる診療報酬請求を開始している。

DPC対象病院の問題点として、精度が低いとツールとしての利点が活かせず、請求上もアップコーディング・ダウンコーディングになる可能性もあり、

適正な診断群分類かどうかの検証が不可欠である。

包括請求開始後のDPC分析は、収入比較(包括/出来高)をDPC別、診療科別及びDPC入院期間(I未満・II未満・特定入院期間内・特定入院期間外)別に毎月の診療報酬請求と平行して行っていた。

しかし、ソフトによらない手作業ではそのキャパにも限界があり、医師全員を集めた保険委員会でも従来の返戻・差定率の推移と差ほど変わらないデータしか提出できず、DPC対象病院として意味のある情報の可視化・開示には適切な解析ソフトの導入が不可欠と判断、2007年8月に全日病版DPC分析事業に参加して「Medi-Target」を導入するにいたった。

って過剰・重複がないか、致し方ない症例であったかなどをチェックし、月1回の保険委員会で各医師に概要が説

価値を増す病院指標ベンチマーク分析

病院指標ベンチマークに関しては、同規模の医療機関における各種指標を比較することによって、当院の強み、弱みが納得でき、さらには、これらの情報を医師、薬剤師などに提供することによって、診療行為の改善に大きな変革がもたらされることが期待できる。

特に2008年4月の診療報酬改定による2年後の調整係数廃止に向けて、機

能係数への取り込みはもちろんのこと、ジェネリックの導入、紹介率の向上による術前検査の減少等は必須課題であり、そのツールとしてベンチマークは有用である。

ただし、参加施設が多ければ多いほどベンチマークの価値は高くなることから、より多くの会員病院に参加していただくことを希望する次第である。

今後の期待—非定形分析で独自の分析

DPC分析事業で提供しているサービスは、エクスプレス版(お試し版)、スタンダード版(定型分析版)、エンタープライズ版がある。

当院では定型分析と非定型分析の両

方活用できるエンタープライズ版を採用しているが、非定形分析についてはこれからの段階であり、病院独自の分析を試行し、横展開が出来ればと考えている。

収入貢献度分析から問題診断群を抽出・分析

「Medi-Target」の導入後、収入比較(包括/出来高)、差額マイナス割合、平均在院日数、入院期間区分割合、DPC別患者数、転帰別統計等の院内全体並びに各診療科毎の比較が可能となり、数値だけではなくグラフによる可視化もでき、情報の解析がスムーズになり、医師を含めた職員への還元も容易となった。

この「Medi-Target」は、定型分析によって「主要指標」「収入の視点」「効率性の視点」「質の視点」など、それぞれ

の視点からの分析が可能であるが、その中で、収入貢献度分析において差額最小値(マイナス症例)・差額最大値(プラス症例)に特に開きがある診断群を抽出し、患者別に、出来高収入構成比較、日次の収入推移(包括/出来高別・診療区分別)、行為回数分析、パス詳細分析等を行ない、実際にどのようなことが生じているかという分析を行っている。

DPCコードは同一でも、入院併存病名、入院後発症疾患、重症度によって医療資源投入量は違ってくる。したが

全日病DPC分析事業 申込受付中!

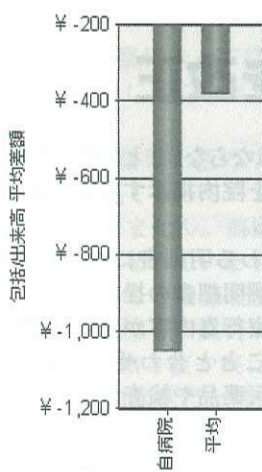
毎月のDPCデータを使って「自院分析」と「ベンチマーク」を低費用で行なうのが全日病の「DPC分析事業」です。各種指標にもとづいたベンチマーク分析ができるため、参加病院における自院の位置が把握できます。分析指標は厚労省では得られない指標が多く、経営分析には絶好のデータが入手できます。データを提出できる体制があれば、DPCを導入していない病院でも、また、どの月からでも参加できます。しかも、分析データの提供は試用版、定型分析版、フルバージョン版とニーズに応じた3タイプから選択でき、各利用料とも、全日病会員には特別価格が設定されています。

詳しくは全日病ホームページをご覧になるか、事務局までお問い合わせください。
全日病事務局 Tel.03-3234-5165 <http://www.ajha.or.jp>

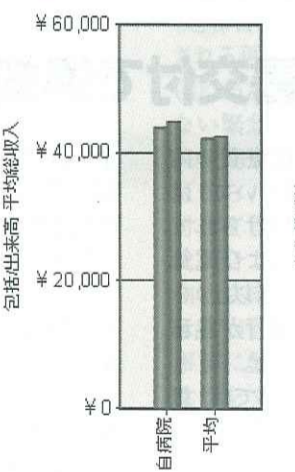
全日病版「Medi-Target」のデータ画面 (サンプル)

■収入ベンチマーク

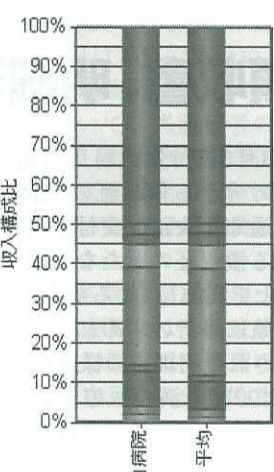
包括/出来高平均差額比較 (1症例・1日)



包括/出来高平均総収入比較 (1症例・1日)

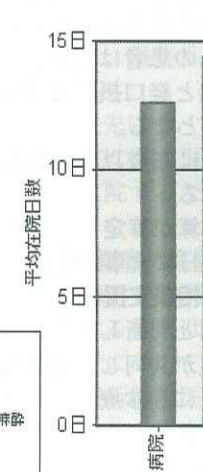


診療区分別収入構成比較

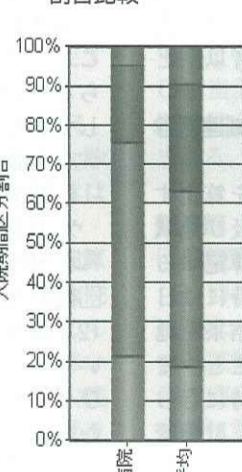


■在院日数ベンチマーク

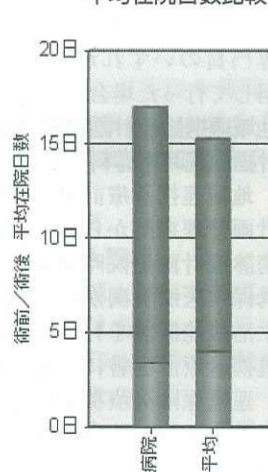
平均在院日数比較



入院期間区分割合比較



術前/術後平均在院日数比較

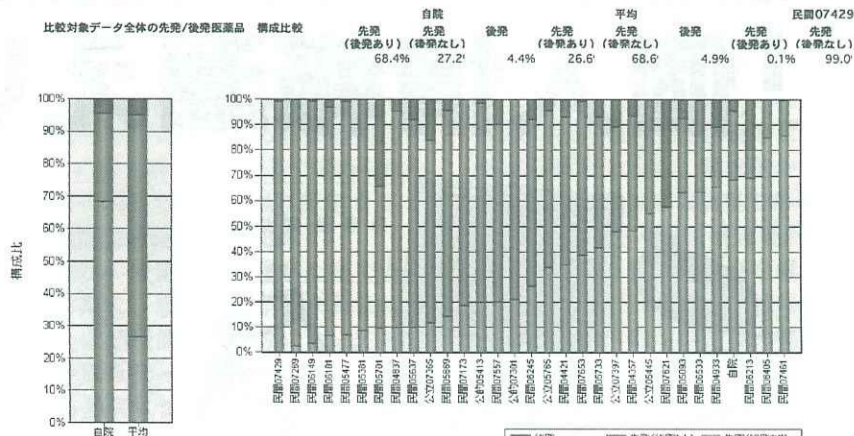


■TARGETメニュー画面



■先発/後発医薬品構成比較

■先発/後発医薬品 構成比較



■先発/後発医薬品 構成比較

薬剤分類(3桁/4桁)	先発 [後発あり]	先発 [後発なし]	後発	平均 先発 [後発あり]	平均 先発 [後発なし]	後発	先発 [後発あり]	先発 [後発なし]
111 全身麻酔剤	80.4%	13.4%	6.2%	71.1%	11.0%	17.9%	0.0%	2.5%
112 循環器薬, 抗不安剤	84.6%	15.4%	0.0%	65.4%	34.3%	0.3%	100.0%	0.0%
113 抗てんかん剤	82.6%	17.4%	0.0%	78.0%	3.1%	19.0%	-	-
114 解熱鎮痛消炎剤	67.8%	28.6%	3.6%	61.4%	33.3%	5.3%	2.6%	65.9%
115 抗パーキンソン剤	93.9%	6.1%	0.0%	70.2%	26.8%	3.0%	-	-
117 精神神経作用剤	31.1%	68.9%	0.0%	61.4%	37.7%	0.9%	12.9%	55.9%
118 総合麻酔剤	100.0%	0.0%	0.0%	95.6%	0.0%	4.4%	100.0%	0.0%

「個人情報保護に関するアンケート調査」結果報告(サマリー)

時間経過とともに、過剰反応から現実的対応へと進化

電話取次や家族確認厳格化は増加。病室名札撤去や職員の情報制限は減少

個人情報保護担当委員会 外部委員 森山 洋

●個人情報保護に関する調査について
個人情報保護担当委員会(飯田修平委員長)は、会員病院における個人情報保護の取り組み状況を把握するために、2006年に個人情報保護に関するアンケート調査を実施した。

個人情報保護担当委員会は、06年調査結果と比較をすることによって取り組み状況の経年的な変化を明らかにすることを目的に、07年7月5日から8月24日かけて、2回目の調査を実施した。

回答数は06年は579病院(同27.0%)、07年は1,079病院(回答率49.1%)と大きく増え、いずれも当協会アンケートとしては非常に高い回収率となった。

調査結果は、後日、冊子にして全会員に配布する予定であるが、今回、「全日

病ニュース」の紙面を借りて、兩年共に提出いただいた施設の回答比較に焦点を当てた報告をさせていただく。

●本サマリーの留意点

06年と07年の両年に回答をいただいた施設数は375病院であり、07年総回答数に対して34.7%にのぼった。06年と07年では設問が若干異なるため、比較は同じ内容の設問についてのみ行った。

データは、「件数」は複数回答の場合も含めて回答総数を表わし、一方、「%」は有効回答数を分母として算出している。また、紙面の都合もあり、サマリーでは兩年のデータを比べて5%以上の開きが生じた項目に着目し、その一部を抜粋した。

苦情は11.6%から16.0%へと増加傾向

●調査結果より

病院種別など、施設基本情報の構成等に大きな変化は見られなかった。

個人情報保護法への組織的対応・準備については、監査責任者の職種と役割をたずねたところ、情報システム担当者が06年の0.3%から07年の2.1%に、診療情報管理担当者が同1.7%から4.3%へと増加しており、両職の個人情報管理との関わりが高まっている傾向が見えた。

個人情報保護法への対応として整備した規定等(複数回答)では、保護方針、業者の誓約書、開示規定などの整備が進み、とくに、「情報システムに関する規定」の整備が8%以上という大きな伸びを見せ、現場で同法への理解と必要な整備が進み、各施設において着実な努力がなされていることがうかがえる。

掲示物については、前回と比較して5%以上変化した3項目のうち、増加したのは「ホームページに掲載」のみで、逆に、受付でのチラシ配付や掲示板での告知などは、法施行直後の混乱もおさまって利用者側の理解も進んだことから減少、状況に合わせた対応がなされたことが読み取れる。

法施行に対応して実施したもの(複数回答)の変化については、別掲のグラフを参照されたい。

実施した施策のうち、増加傾向があるのは、②入院患者の同意取得(5.8%増)、⑤電話取次ぎ(7.6%増)、⑥家族確認の厳格化(9.6%増)、⑦メディア・警察などへの対応(7.7%増)、などである。

逆に、減少傾向にあるのは、入院ネームプレートの撤去(6%減)、⑨職員の扱う情報の制限(17%減)、などとなっている。

この結果からも、先ほどと同様に、増減いずれも現実的に対応が必要なこととは何かを各施設が検討し、実施していることがわかる。兩年回答いただいた施設の堅実なレベルアップが感じられる。

院内研修の実施状況については、07年の「定期的な実施」という設問に対して06年は単なる「実施」をたずねたというように設問自体に違いがあったものの、「院内研修を実施している」という施設が前は96.9%もあったところ、今回の調査では、定期的に実施する施設は7割程に減少、外部研修会への参加も同様に大きく減少した。

実際には、年1回程度の内部向け研修、外部研修については、必要に応じ

て当協会などの研修に参加しているというのが現状のようだ。

苦情、相談・問合せなどについては、苦情は前回の11.6%から今回は16.0%へと増加をみせ、苦情以外の相談も14.8%から16.1%と若干増加傾向を示した。

同様に、カルテなど診療情報開示に関する設問では、年間1件以上請求があった施設の割合は、06年の59.9%から07年は65.0%と増加した。

●総括

今回、経年的に2回のアンケートに答えていただいた施設の対応を分析させていただいたが、一言で言えば「適切に進化した対応」がなされていることが、アンケート結果から読み取れた。その傾向は、回答施設全体の比較に

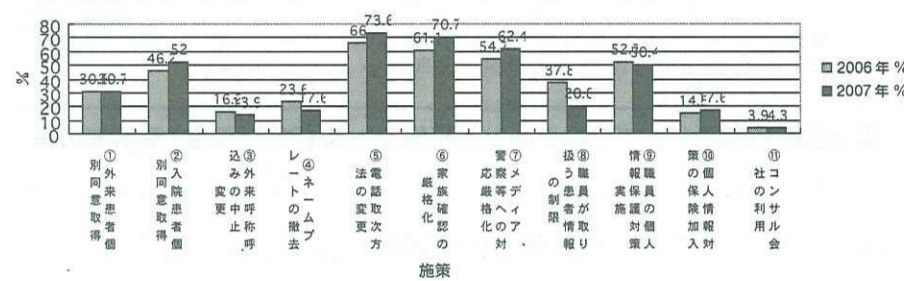
おいても明らかにかがえたが、より顕著に表れたのが、このグループの比較においてであった。

個人情報保護法の施行が医療機関に与えた環境変化は大きく、巷には過剰なほどの反応もあり、各施設は対応に随分苦慮されたはずだが、各施設でのご努力、利用者の理解の促進など時間が経過すると共に「落ち着いてきた」ことが数字として明らかにされた。

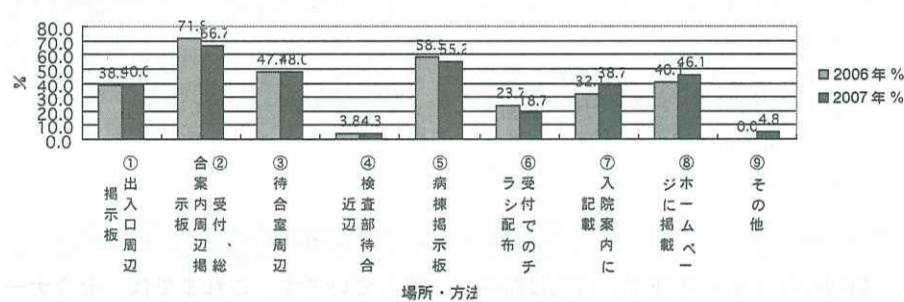
全体報告に際しても、報告書ももちいて自院との比較を行なうなど、是非ご活用頂きたい。

委員会活動として行ってきた本会ホームページ上のQ&A、出版活動、研修会の実施、また、個人情報保護団体としての地道な活動が会員の皆様にも役に立っていたなら幸いである。

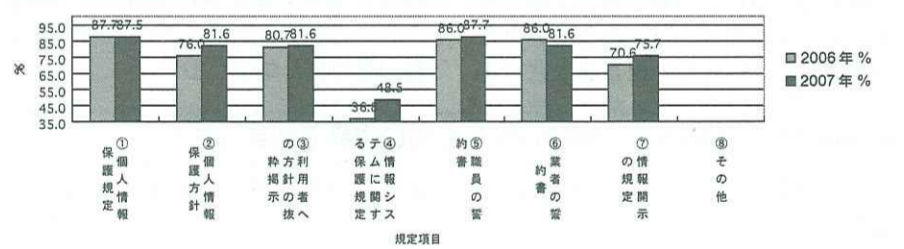
■個人情報保護法施行に対応して実施したもの(複数回答)



■掲示物の掲示場所、方法について



■個人情報保護法への対応として整備した規定等(複数回答)



第3回理事会・第10回常任理事会の詳細 1月17日

■主な協議事項

- 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の3名の入会が承認された。
北海道 滝川脳神経外科病院院長 吉田英人
福島県 南東北福島病院理事長 渡邊一夫
大阪府 中山製鋼所附属病院院長 藤本憲一
別途退会が2名あった結果、在籍会員数は2,249名となった。
- 2008年度事業計画案・予算案
08年度事業計画、予算各案ともに承認された。
- 基本財産の運用について
財務委員会は、都銀一行に預金してある

本会の基本財産について、安全担保制を踏まえた上でより高い利息を得るために国債と定期預金に分けて運用する方針を諮り、承認を得た。

●特定保健指導専門研修(仮称)の開催
人間ドック委員会から特定保健指導専門研修(仮称)の開催案が提案され、承認された。「食生活改善指導担当者研修」と題し、特定保健指導の積極的支援において食生活の面を重点に継続的支援する担当者を養成するもので、4日間30時間のプログラムが組まれる。

事務長・看護部合同研修会」の提案があったことを明らかにし、「前向きに取り組みたい」として了承を求めた。

企画主旨は、政府がとりまとめた「仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)憲章」を受け、病院現場におけるワーク・ライフ・バランス(WLB)の取り組みを支援する目的で病院長・事務長・看護部長の合同研修会を開催、WLBを実現する具体的なノウハウの検証と共有を通して、「医療従事者に選ばれる病院づくり」を考えたというもの。

日看協は提案にあたって具体的な企画原案を用意していたが、協議の結果、ゼロベースから構想を練り直すことで主体的に取り組むという方針で臨むことで共催に応じることが承認された。

■主な報告事項

●平成19年度臨床研修指導医講習会報告書

本会が昨年実施した臨床研修指導医講習会の報告書が完成したとの報告があった。

●無料職業紹介事業について
本会の無料職業紹介事業の活性化を図るために設けられた「無料職業紹介事業ワーキングチーム」による検討作業の経過報告があった。

紹介事業の見直しに際しては、①求人・求職申し込みを受けた後にマッチングを行なった上で斡旋する方法、②インターネットを利用した求人・求職情報提供、をそれぞれ検討する、というもの。今後、それぞれについて具体的な展望を検討する。

●短時間正職員制度セミナー
短時間正職員制度導入推進運営委員会は、厚生労働省から委託された「短時間正職員制度導入推進事業」の一環として、3月27日に東京都内で短時間正職員制度セミナーを開催する計画を明らかにした。

第11回常任理事会の詳細 2月16日

■主な協議事項

- 入会者の承認(敬称略・順不同)
以下の4名の入会が承認された。
宮城県 宮城中央病院理事長 鄭 昭満
千葉県 佐倉中央病院院長 岩淵康雄
東京都 大森山王病院理事長 戸金隆三
愛媛県 愛媛生協病院院長 有田孝司
別途退会が3名あった結果、在籍会員数は2,250名となった。
- 人間ドック実施施設指定の承認(順不同)
以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。
◎日帰り人間ドック
栃木県 比企病院
東京都 練馬総合病院

日帰り人間ドック実施指定は486施設となった。

◎1泊人間ドック
東京都 練馬総合病院
1泊人間ドック実施指定は24施設となった。

●特定健診・特定保健指導関連サービスの会員向け情報提供

人間ドック委員会は、特定健診・特定保健指導に関連した情報提供を行なう企業を会員に推奨し、本会会員に対する情報提供を実施する計画を諮り、承認を得た。

●病院長・事務長・看護部長合同研修会の提案について
西澤会長は、日本看護協会より「病院長・

サーベイヤー募集について (財)日本医療機能評価機構

財団法人日本医療機能評価機構は、このたび、平成20年度の評価調査者(サーベイヤー)の募集を開始しました。

応募資格は、①診療管理領域の場合、病院の院長、副院長の経験が5年以上、
②看護管理領域の場合、病院の看護部長経験5年以上、
③事務管理領域の場合、病院の事務長経験5年以上
などとなっております。応募締め切りは4月18日です。

詳細は機構のホームページをご覧ください。
ホームページ <http://www.jcqh.or.jp/>
電話 03-5217-2336 (財団法人日本医療機能評価機構 研修部)

全日病の経営哲学をプログラムにした「医療機関トップマネジメント研修コース」
2008年度第3回コース開講のご案内

生きた事例をグループワークで徹底議論・解明

意識改革の恰好の機会。回を重ねるごとに病院経営のケーススタディ教材を開発

■第3回(2008年)医療機関トップマネジメント研修コース

日 程	講 習 テ ー マ
第1単位 2008年 5月24日・25日	オリエンテーション、医療概論、経営概論
第2単位 6月 7日・ 8日	安全管理・リスク管理
第3単位 7月 5日・ 6日	人事管理、管理会計
第4単位 8月 2日・ 3日	医療連携・慢性期包括評価
第5単位 9月 6日・ 7日	DPC
第6単位 10月 4日・ 5日	BSCと広報戦略
第7単位 11月 8日・ 9日	医療における総合的質経営 (TQM)

■単位ごとの時間割(予定)

時 間	プログラムほか
土	13:00~18:00 各テーマの講義、グループワーク
	18:00~19:00 夕食
	19:00~21:00 グループ発表・全体討論
日	9:00~12:00 ケースを利用したグループワーク
	12:00~13:00 昼食
	13:00~15:00 グループ発表・全体討論・まとめ

●単位ごとにスケジュールが変更されることがあります。
●全7単位修了者には「修了証」を授与いたします



第2回医療機関トップマネジメント研修コース(2007年度)受講者の声

—修了式のスピーチから(2007年11月)—

慢性期病院院長 男性50代 事務長に意見が言えるようになった!

去年の6月に院長に就きました。1年で1週間くらいしか休まず、去年も、今年も休みは5日間だけでした。そういう中、院長になったからには何か少しでもやらなければ、とセミナー参加をしました。毎朝1時間の事務長レクチャーを受けていますが、それまでは何も

知らなかったのが、このセミナー受講によって「それではだめなのでは?」「こうすればいいのでは?」と意見が言えるようになりました。考える手を教えていただいたと思います。また数年後にこのセミナーに参加したいと思っています。

慢性期病院副理事長 男性40代 持ち帰ったテーマが院内に転がっていた!

数回のセミナーを経て、病院に持ち帰ったテーマがよくみると病院の中にちゃんと転がっていることに気がつきました。このセミナーで教えていただいたことを、病院で、担当者と共に実

践しています。これまでは、セミナーで持ちかえっても実践に移すことはなかなかありませんでしたが、このセミナーでは、「実践するのはあなた」と毎回言われた気がします。

急性期病院院長 女性40代 医者しか知らない世界できました!

うちは院長がワンマンなのですが、これからも経営の事を学ぼうと思って参加しました。医者之家に育ち、医者しか知らない世界できましたので、経済学などの講義がきけてよかったと思いました。例えば、学生であったら聴

かなかた事が、今は自分の身近なものであるというのも面白いものだなと思います。患者を診て、医者を天職とし、従業員のことを考え、世の中を考え、経営の事を見据える事が素晴らしいと思います。

急性期病院副院長 女性50代 看護師から副院長になったばかりです!

看護職から副院長になったばかりです。今回の研修は大変衝撃的で、これからトップマネジメントの仕事をしていくんだなと感じています。意思決定する事に自信がもてませんでしたがお口

が掴めました。自分自身で習った事や情報を活用しながら、地域連携について復習をさせていただきたいと思えます。連続した顧客の確保だけでは継続はできないことを学習しました。

より多くの会員病院に受講いただきたい

病院のあり方委員会委員長 徳田 禎久



全日本病院協会では、平成18年度から、会員病院の理事長・院長の方、あるいは将来の理事長・院長候補の方を対象にした「医療機関トップマネジメント研修コース」を開催致しております。

本研修コースは、平成17年度に経済産業省が行った医療機関人材育成事業に病院団体として唯一参加をし、「医療機関トップマネジメント人材教育カリキュラム開発プロジェクト」として作成を行った研修用教材を利用し、主に戦略的・効率的な医療経営を行うにあたっての実践的な知識や判断力の習得を目指すものです。

研修会の大きな特徴は、テーマに関して全般的な講義を受けた後、参加者が与えられたケースに関して、グループワークで解決方法を考える形式をとることにあります。

今年度も引き続き講師陣には、ケース作成に携わり医療現場の実情を熟知され当協会でも仕事をされている先生や、財務・経営学についての専門家の方々をお願いを致しました。

この2年間で、全国から71名が参加されましたが、医療界では数少ないケーススタディ形式の研修が大変好評でありました。また、研修後のアンケート調査から、各自が自分の考えをまとめる方法を学ぶと共に、他の参加者の考え方や経験を知ることも可能となり、管理者としての経験の浅い方にも大変有意義な研修であったことが伺えます。

現在、研修教材としての新しいケース作りも進んでおり、昨年度の研修テーマ「医療概論・経営概論」「安全管理・リスク管理」「人事管理」「医療連携・慢性期包括評価」「DPC」「医療における総合的質経営(TQM)」「医療経営戦略と財務・会計管理」に対して、今年度は、「医療経営戦略と財務・会計管理」を「BSCと広報戦略」と改め、さらに、「管理会計」を新たに追加しました。

「医療機関トップマネジメント研修コース」は、更に充実したご期待に沿える内容となっておりますので、会員病院から多くの方が参加されることを願っております。



「医療機関トップマネジメント研修コース」開講のご案内

会員の皆様へ
院長、副院長、事務長、診療部長、看護部長のマネジメントは確かですか?
受講者から共感の声しきり。全日病のトップマネジメント研修はリーダーの意識と視野を変えます!

2008年度第3回コースも受付を間もなく締め切ります—。

【募集要領】

- ・研修期間 2008年5月24日~11月9日 全14日間(7単位)
- ・受講会場 東京都内 虎ノ門パストラル(地下鉄日比谷線「神谷町駅」より徒歩2分)
- ・定 員 40名
- ・受講料 1名50万円(ケース等教材費、宿泊代・食事代を含む)
- ・申込締切 3月31日
- ・申込方法 所定の申込書を全日病事務局までお送りください。申込書は本会ホームページからダウンロードできます。

全日病事務局 Tel.03-3234-5165 <http://www.ajha.or.jp>



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の

病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

●病院向け団体保険制度

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 医療施設機械補償保険
- 居宅介護事業者賠償責任保険
- マネーフレンド運送保険
- 医療廃棄物排出事業者責任保険
- 個人情報漏えい保険

●従業員向け団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
<http://welfare-ajha.jp/>

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327