



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2010 NEWS 2/1

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.725 2010/2/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

入院基本料加算が充実。医療クラーク評価も底上げ

2010年度診療報酬改定 夜勤看護72時間規制に「緩い減額」を導入!

2010年度改定の議論が大詰めを迎えている。長妻厚生労働大臣から諮問が行なわれた1月15日の中医協総会は改定議論を整理した具体的な方針案(「改定の検討状況」)をまとめ、厚労省はそれを意見募集にかけた。

約2,000件の意見を集めたパブコメは1月22日に終わり、厚労省は1月27日と29日の中医協総会に、数字未定の個別項目改定骨子案を提示、大筋で了承を得た。

中医協は残された項目と合意に至らなかった事項の議論を続けるが、個別項目の改定骨子案をみると、急性期総合病院により多く配分されるだけでなく、一般病棟入院基本料の初期加算や医師事務作業補助加算など、中小病院にも一定の配慮がみられる。

焦眉の再診料については、支払・診療側間で最後まで決着がもつれる公算が強い。答申は2月12日となる見込みだ。(2・3面に数字未定の点数表骨子案を掲載)



▲中医協は1月22日に福島市で公聴会を開催した

亜急性期のリハを評価。病床規制も“緩和”

救急、産科、小児に関しては各項目で点数引き上げや項目新設が打ち出されているほか、手術についても、外保連試案を参考に点数が底上げされるとともに手術間の配分バランスが見直される。ただし、2次救急に関してはまだまだ足りないとする向きが強い。

病院勤務医に関しては、負担軽減と処遇改善の取り組みを要件とする現行3項目に、新たに7対1と10対1の急性期看護補助体制加算、栄養と呼吸ケアのチーム加算などを追加する。要件の内容もかなり細くなる見込みだ。

また、医師事務作業補助加算は、現行の配置数別4項目に15対1と20対1が追加される。いずれも年間の緊急入院実績が800名以上が要件。25対1と50対1は現行では50対1以下の要件であった緊急入院200名以上を新たな要件とする。75対1と100対1もこれまで200名以上であった緊急入院が100名以上とな

るなど全体に緩和され、ランクアップや新規算定が可能となった。一般病棟以外への適用は実現しなかった。

入院基本料については、一般病棟の初期加算(14日以内)が引き上げられるほか、新たに栄養サポートと呼吸器ケアのチーム体制に算定がつく。また、医療安全対策加算が点数増となるとともに、要件を緩和した評価が新設される。このほか、一般病棟入院基本料には看護必要度評価加算も新設される。さらに、10対1に看護必要度評価加算が設けられる。入院基本料の底上げこそ実現しなかったが、がん患者へのリハ提供が評価されるなど、一般病院も算定可能な項目が充実した。

7対1と10対1に導入される急性期看護補助体制加算は50対1と75対1(新表記による実質配置数。傾斜配置ができる)の2通り。ただし、年間200名以上の緊急入院実績や一般病棟用の重症

度・看護度を満たす患者割合(15%・10%)をクリアする等の要件がつく。

一方、15対1入院基本料は引き下げが決まり、準7対1は廃止となる。15対1は入院14日以内は加算引き上げで補填が可能とみられるが、それ以降は減収が避けられない。ただし、200床未満の場合、再診料で最低でも5~6点の引き上げが見込まれる。

一般病棟に入院する90日超の75歳以上で除外規定に該当しない特定患者は包括の後期高齢者特定入院基本料を算定することになっていたが、後期高齢者医療の廃止にともなって特定入院基本料の名称から「後期高齢者」が外され、その対象が全年齢に拡大される。

除外規定は引き続き残るため、該当する患者は必要な医療を長く受けることが可能となる。一方、それに該当しない新たな特定患者も退院支援状況報告書の提出によって従来どおりの出来高算定が可能となる。

リハに関しては、疾患別では、脳血管疾患等リハ(I)(II)の増点と廃用症候群に対するリハ評価の新設など、全体に拡充される見込みだ。回復期リハ病棟には1人1日2単位以上のリハ提供が求められるが、リハビリ充実加算や休日リハ提供体制加算が設けられるな

ど評価の幅が広がった。

亜急性期病棟にはリハビリ提供体制加算が導入される。リハ提供もしくは7対1病院からの受け入れを条件に病床数の規制も緩和される。

連携に関しては、これまでの退院調整加算を再編する。療養病棟等の退院加算に高い点数を追加する一方、一般病棟等の急性期に退院調整加算を2タイプ新設し、対象も65歳以上(または40歳以上の特定疾患患者)と拡大した。

地域連携診療計画にかかわる評価も拡充、退院計画加算が新設されたほか、介護サービスとの連携を評価する指導料を新設した。

今改定のポイントの1つは、療養病棟に急性期および在宅の後方病床という機能が認められたことだ。

療養病棟に関しては点数が9区分に細分化され、「20対1・20対1」の配置および「2・3患者が8割以上」(療養病棟入院基本料1)がスタンダードとなる。この病棟はこれまで72時間要件は適用外であったが、その取り扱いがどうなるかは不明。療養病棟入院基本料は全体に下がるが、2週間の初期加算新設や急性期後と在宅・介護施設患者の受け入れを促す方向性が示されたため、今後、2極分解が進む可能性が強い。

7割を超える看護師長等が「柔軟な勤務体系」を希望!

四病協 72時間規制で調査—3日間で82.9%の回答。西澤会長が中医協でより緩和を求める

2010年度診療報酬改定で日病協と四病協が運用緩和を要望している「看護職員の夜勤月平均72時間以内規制」について、四病院団体協議会が看護現場を対象に緊急実施したアンケート調査によると、7割を超える病院が規制実施後に夜勤状況が厳しくなったと受け止め、毎月の勤務調整に苦しみ、「柔軟な勤務体系」を望んでいることが判明した。

中医協の西澤委員(全日病会長)は1月29日の中医協総会で調査結果を紹介、「夜勤72時間規定のみを満たせない病院」に現行よりは緩い減算を課すという「見直し」を7対1と10対1入院基本料算定に限り「1カ月間を限度」に認めるという厚労省案のさらなる拡充を求め、議論の継続を提起した。

四病協の調査は1月15日の医療保険・

診療報酬委員会(委員長・猪口雄二全日病副会長)で実施が決まり、4病院団体会員から無作為に抽出した496病院を対象に1月19日から21日に実施、1月28日の総合部会に報告された。

率直な声が聞きたいということで看護部門長もしくは看護職員の配置責任者に回答を求めたところ、3日間というきわめて短期間にもかかわらず82.9%

(411病院)という異例の高率回答となったことから、72時間規制がいかに看護現場に深刻な影響を与えているかが分かる。

四病協は、この調査結果を基に中医協における10年度改定の最終議論で運用緩和案の拡大を求める一方、改定後の医療課長通知に向けた要望活動を強化する方針だ。

四病協「看護基準に関する緊急アンケート調査」結果(骨子)

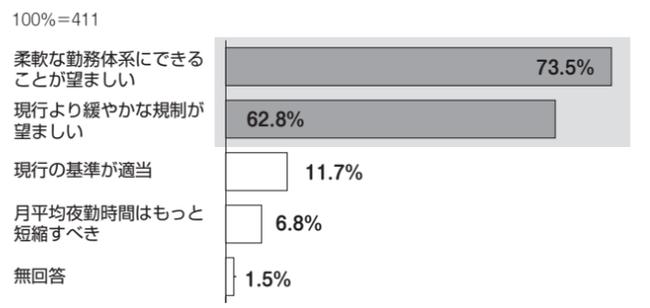
・看護師の充足度について、13.9%が「大いに不足」、57.9%が「不足している」と回答。
・看護師求人の反応について、22.1%が「極めて悪い」、60.8%が「悪い」と回答。
・夜勤72時間の勤務調整について、8.3%が「極めて困難」、62.8%が「困難」、26.5%が「容易」と回答。
・72時間規制後の夜勤状況について、8.3%が「とても厳しくなった」、62.8%が「厳しくなった」、17.0%が「楽になった」と回答。
・72時間規制の医療安全に対する寄与について、9.0%が「逆効果である」、62.5%が「効果はない」、22.9%が「寄与した」、0.5%が「大いに寄与した」と回答。(無回答5.1%の半数は「変わらない」と回答)
・今後の看護基準について、73.5%が「柔軟な勤務体系」を、62.8%が「現行

より緩やかな規制」を希望。11.7%が「現行の基準が適当」、6.8%が「月平均時間はもっと短縮すべき」と回答。(複数回答)
【設立主体別の回答】
・看護師の充足度は、国公立の62.8%が「大いに不足・不足」、37.2%が「十分充足・充足」と回答。医療法人の72.2%が「大いに不足・不足」、27.5%が「十分充足・充足」と回答。
・看護師求人の反応は、国公立の65.1%が「極めて悪い・悪い」、34.9%が「良好」(「極めて良好」はゼロ)と回答。医療法人の85.6%が「極めて悪い・悪い」、14.4%が「良好」(「極めて良好」はゼロ)と回答。
・72時間の勤務調整は、国公立の41.9%が「困難」(「極めて困難」はゼロ)、55.8%が「容易・極めて容易」と回答。医療法人の74.7%が「極めて困難・困難」、23.7%

が「極めて容易・容易」と回答。
・72時間規制後の夜勤状況について、国公立の34.9%が「厳しくなった」(「とても厳しくなった」はゼロ)、27.9%が「楽になった」(「とても楽になった」はゼロ)と回答。医療法人の75.0%が「とても厳しくなった・厳しくなった」、16.6%が「とても楽になった・楽になった」と回答。
・医療安全に対する寄与について、国公立の27.9%が「効果はない」(「逆効果である」はゼロ)、55.8%が「寄与した」(「大いに寄与した」はゼロ)と回答(無回答16.3%のうち約5割は「変わらない」と回答)。医療法人の

76.8%が「逆効果である・効果はない」、19.7%が「大いに寄与した・寄与した」と回答。
・今後の看護基準(複数回答)について、国公立の72.1%が「柔軟な勤務体系」を、46.5%が「現行より緩やかな規制」を希望。医療法人の74.4%が「柔軟な勤務体系」を、65.9%が「現行より緩やかな規制」を希望。

■今後の看護基準について(全体の回答・複数回答)



入院基本料

初期加算を引き上げ。医療安全加算は増点・緩和

2010年度改定の個別項目案 急性期看護補助体制加算は14日を限度。15対1入院基本料は引き下げ

「2010年度改定の個別項目改定案」の概要 *1面記事を参照

【骨子における重点課題関連項目(入院)】 1月27日

■救急入院医療

1. 評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

【救命救急入院料】(1日につき)

充実度評価Aの加算 〇〇〇点 改

充実度評価Bの加算 〇〇〇点 新

2. 特定集中治療室に関連のある入院料
(1) 専用治療室の要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価する。

【特定集中治療室管理料】(1日につき)

広範囲熱傷の場合 7,890点 改

算定日数/60日を限度

【救命救急入院料】(1日につき)

広範囲熱傷の場合 7,890点 改

算定日数/60日を限度

(2) ハイケアユニット入院医療管理料の評価を引き上げ、要件を緩和する。

【ハイケアユニット入院医療管理料】

(1日につき) 〇〇〇点 改

施設基準/診療録管理体制加算の届出、平均在院日数〇〇日以内

3. 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

(1) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算を引き上げる。

【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】(1日につき)

1 救急医療管理加算 〇〇〇点 改

2 乳幼児救急医療管理加算 〇〇〇点 改

(2) 入院時医学管理加算は名称を変更する。

総合入院体制加算 (1日につき)

120点 改

4. 救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

救急搬送患者地域連携紹介加算

〇〇〇点 (退院時1回) 新

救急搬送患者地域連携受入加算

〇〇〇点 (入院初日) 新

算定要件/3次・2次救急の患者が入院から5日以内に転院した場合に算定する。

■ハイリスク妊産婦に係る医療 略

■新生児集中治療・救急医療 略

■小児急性期救急医療

1. 小児入院医療管理料

小児入院医療管理料に常勤小児科医9人以上の区分を新設する。また、小児入院医療管理料1及び2を算定する医療機関に小児救急医療等の提供を要件に追加する。特定機能病院も小児入院医療管理料の算定を可能とする。

2. 小児急性期集中治療

外傷や不慮の事故等による重篤な小児救急患者に救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。

救命救急入院料小児加算

〇〇〇点 (入院初日1回) 新

特定集中治療室管理料小児加算

〇〇〇点 (7日以内) 新

〇〇〇点 (8日以上14日以内)

■NICU入院患者等の後方病床

4. 障害者施設等への受入れ

NICUの患者を障害者病棟入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している病棟が受入れた場合の加算を新設する。

重症児(者)受入連携加算 〇〇〇点

(入院初日) 新

■急性期医療に対する後方病床

2. 病院の療養病棟が有する後方病床機能の評価

病院の療養病棟が急性期入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の評価を新設する。

療養病棟初期加算 〇〇〇点

(14日以内、1日につき) 新

■一般病棟入院基本料等

1. 一般病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(一般病棟)の入院早期加算(14日以内)の引き上げを検討する。

2. 一般病棟等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たさない場合、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

※該当入院基本料点数の〇〇〇%の点数と設定する。

算定要件/施設基準のうち月平均夜勤72時間以内のみを満たさない場合に1カ月間を限度として算定

3. 一般病棟、結核病棟、専門病院における準7対1入院基本料は廃止する。

4. 一般病棟15対1入院基本料の評価適正化を検討する。

5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに75歳以上という年齢要件を廃止。新たに対象となる90日超の除外規定に該当しない患者は、退院支援状況報告書の提出によって従来通りの出来高による算定を可能とする。

■医療関係職種役割分担と連携

1. 看護補助者配置の評価

7対1及び10対1入院基本料について看護補助者の配置の評価を新設する。

急性期看護補助体制加算

(1日につき) 新

1 急性期看護補助体制加算1

(50対1) 〇〇〇点

2 急性期看護補助体制加算2

(75対1) 〇〇〇点

算定要件/14日を限度として算定

施設基準/

(1) 1日の入院患者数に対する看護補助

者の配置数が50対1又は75対1以上である(ただし傾斜配置できるものとする)

(2) 年間の緊急入院患者が200名以上の病院又は総合周産期母子医療センター

(3) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1では15%以上、10対1は10%以上であること

(4) 看護補助者に急性期における看護補助に関する院内研修会を行なっていること

2. チーム医療の評価の新設

(1) 一般病棟でチームを編成し、栄養状態改善の取組が行なわれた場合の評価を新設する。

栄養サポートチーム加算 (週1回)

〇〇〇点 新

対象患者/一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者 等

算定要件/①栄養カンファレンスと回診の開催(週1回以上)、②栄養治療実施計画の策定等、③1日当たりの算定患者数は1チームにつき概ね30人以内

施設基準/所定の研修を修了した常勤の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士からなる栄養管理の専任チームが設置されていること。いずれか1人は専従であること。上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) 後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 一般病棟でチームを編成し、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行なう場合の評価を新設する。

呼吸ケアチーム加算 (週1回)

〇〇〇点 新

算定要件/①一般病棟、特定機能病院(一般病棟)及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること、②人工呼吸器装着後の一般病棟入院期間が1ヶ月以内であること 等

施設基準/呼吸ケアチームは、①人工呼吸器管理等について十分な経験ある医師、②6カ月以上の専門研修を受けた看護師、③人工呼吸器等の保守点検経験を3年以上もつ臨床工学技士、④呼吸器リハを含め5年以上の経験をもつ理学療法士から構成(いずれも専任)

■病院勤務医の負担を軽減する体制

1. 病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を図る体制

(1) 今般新たに評価する以下の項目に病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制を要件に加える。

急性期看護補助体制加算、栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算、小児入院医療管理料1及び2、救命救急入院料(注3に掲げる加算を算定する場合)等

(2) より効果の期待できる勤務医負担軽減のための体制を要件とする。

算定要件/①タイムカード等を用いた勤務時間の把握、②勤務医負担の改善に関する提言を行なう責任者の配置、③多職種からなる委員会の設置と勤務医負担軽減計画の策定や評価等必要時の開催、④具体的な取組や目標達成年次等を入れた計画の策定と厚生局への提出、⑤目標の達成状況の年1回厚生局への報告

2. 軽症患者が救命救急センター(平成22年1月1日現在、全国で221施設)を受診した場合については、一定の条件を付した上で、保険給付の範囲外で患者からの費用徴収を可能にする。(この項は合意に至らず)

■病院勤務医事務補助職員の配置

医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。

【医師事務作業補助体制加】(入院初日)

1 15対1補助体制加算 〇〇〇点 新

2 20対1補助体制加算 〇〇〇点 新

3 25対1補助体制加算 〇〇〇点 改

4 50対1補助体制加算 〇〇〇点 改

5 75対1補助体制加算 〇〇〇点 改

6 100対1補助体制加算 〇〇〇点 改

施設基準/

1 15対1、20対1補助体制加算—3次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院

2 25対1、50対1補助体制加算—1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院

3 75対1、100対1補助体制加算—1又は2の施設基準を満たしていること又は年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院

「骨子における重要課題関連項目(入院)及び4つの視点関連項目(入院中心)」 1月29日

編集部注/個別項目の改定案提示は1月29日でも終わらず、残りは2月の中医協に持ち越された

■地域における医療機関の連携

1. 療養病棟等における退院調整加算の見直し

従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を慢性期病棟等退院調整加算に変更する。

1 退院支援計画作成加算

(入院中1回)

2 退院加算1 (退院時1回)

イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 〇〇〇点 新

ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 〇〇〇点 新

3 退院加算2 (退院時1回)

イ 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点

ロ 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 300点

施設基準/

退院加算1 退院調整部門の設置、経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士の配置 改

退院加算2 退院調整部門の設置、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

2. 急性期病棟等における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、

介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行なう。

急性期病棟等退院調整加算1

〇〇〇点 (退院時1回) 新

急性期病棟等退院調整加算2

〇〇〇点 (退院時1回) 新

算定要件/一般病棟入院基本料(特定入院基本料を除く。)を算定している65歳以上又は40歳以上の特定疾病患者を対象患者とする

施設基準/

急性期病棟等退院調整加算1 退院調整部門の設置、経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看

護師及び専従の社会福祉士の配置 改

急性期病棟等退院調整加算2 退院調整部門の設置、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

■在宅復帰後を見越した地域連携

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハ等を担う病院・診療所・介護事業所等も含めた連携と情報提供が行われている場合の評価を新設する。

地域連携診療計画退院時指導料1

(退院時1回) 600点

(上記に加算) 地域連携診療計画退院時指導料2

〇〇〇点 新

地域連携診療計画退院時指導料2

〇〇〇点 新

算定要件/①診療所又は200床未満の病院において、地域連携診療計画に基づき、地域連携診療計画退院時指導料1を算定する医療機関を退院した患者に、通院あるいは在宅医療を提供した場合に初回月に算定、②退院日の属する月の翌月までに、地域連携診療計画管理料を算定する医療機関に対して診療状況を報告する

2. 介護支援連携指導料の新設

介護支援連携指導料

〇〇〇点 (入院中2回) 新

算定要件/①入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、居宅介護支援事業者等と退院後の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定、②退院時共同指導料他職種連携加算を算定する場合には、同日に行った指導について介護支援連携指導料は算定できない

■がん診療連携拠点病院 略

■緩和ケア・がんに対するリハビリ

1. がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。 改

2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、講習会を受けて診療に当たることを医師の要件とするとともに、診療報酬上さらなる評価を行う。また、外部による医療機能評価の要件を見直す。緩和ケア病棟入院料についても同様に要件の変更を行う。

3. がんに対するリハビリテーション

がん患者リハビリテーション料

(1単位につき) 〇〇〇点 新

算定要件/がん治療の入院患者に20分以上の個別リハを提供した場合に1日6単位を限度に算定する。

施設基準/

- (1)がん患者のリハに関する経験(研修要件あり)を有する専任医師の配置
- (2)がん患者のリハに関する経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置
- (3)100㎡以上の機能訓練室があること

■認知症医療の推進

1. 認知症病棟入院料の見直し

- (1)認知症病棟入院料の名称を認知症治療病棟入院料に改めるとともに早期の評価(60日以内)を引き上げる。
- (2)入院が6ヶ月を超える患者に退院支援計画を策定、退院した場合の加算を新設する。

認知症治療病棟退院調整加算

〇〇〇点 (退院時1回) 新

2. 認知症外来医療の評価

認知症専門診断管理料

〇〇〇点 (1人につき1回) 新

算定要件/認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明を行った場合に算定する。

認知症患者地域連携加算

〇〇〇点 (月1回) 新

算定要件/外来で管理している認知症患者について、症状の増悪や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に算定する。

■感染症対策

1. 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応

大流行時に新型インフルエンザ患者が療養病棟に入院する場合、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等については出来高での算定を可能とする。

2. 陰圧室管理の評価 略

3. 結核病棟について 略

■精神科急性期入院医療 略

■精神科慢性期入院医療

1. 精神科地域移行実施加算の評価の引き上げ 略

2. 非定型抗精神病薬加算の見直し

抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることについて、精神科救急入院料等の特定入院料の非定型抗精神病薬加算において評価する。

3. 精神療養病棟入院料への重症度評価の導入

【精神療養病棟入院料】(1日につき)

〇〇〇点 改

重症者加算(1日につき)

〇〇〇点 新

[算定要件]

重症者加算：当該患者のGAFスコアが40以下であること。

■精神科専門的入院医療 略

■地域における精神医療 略

(編集部注 以下の項目は1月29日に事務局より提示されたが、同日、中医協では合意にいたっていない)

■医療安全対策

1. 医療安全対策加算の充実

医療安全対策加算を引き上げるとともに、要件を緩和した評価を新設する。また、感染症チームによる病棟回診や感染防止対策の取り組みの評価を行う。

【医療安全対策加算】(入院初日)

1 医療安全対策加算1

〇〇〇点 改

2 医療安全対策加算2

〇〇〇点 新

[算定要件]

- (1)医療安全対策の研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が配置されていること。
- (2)その他の基準は1と同様。
- 3 感染防止対策加算(入院初日1回) 〇〇〇点 新

[算定要件]

- (2)感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上
- (3)3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置など

2. 医薬品安全性情報等の管理体制の充実 略

3. 医療機器安全管理料の充実 略

■急性期入院患者の重症度等の評価

急性期の入院医療を担う一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料の10対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度」に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

一般病棟看護必要度評価加算

(1日につき) 〇〇〇点 新

[算定要件]

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定している患者であること
 - ②当該入院基本料を算定している全ての患者の状態を一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること
- ※なお、毎年7月において、1年間の測定結果を地方厚生(支)局長に報告すること。

■検体検査評価の充実 略

■安全な麻酔管理体制 略

■医療療養病棟の評価見直し

1. 療養病棟入院基本料の見直し

(1)療養病棟入院基本料の再編成

医療療養病棟の人員配置要件を見直すとともに療養病棟入院基本料を適正化する(9区分に応じた評価とする)。

療養病棟入院基本料1の施設基準/

- ①看護職員及び看護補助者が20対1

配置以上であること。

②医療区分2又は3の患者が全体の8割以上であること。

療養病棟入院基本料2の施設基準/

看護職員及び看護補助者が25対1配置以上であること。

(2)患者の病像や提供されている医療サービスに関するデータ提出を要件化する。

2. 療養病床における後方病床機能の評価〔再掲〕

3. 平成18年度改定及び平成20年度改定において実施した特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合等に対する経過措置について、平成23年度末まで延長する。

■疾患別リハビリテーション

1. 疾患別リハの充実

(1)脳血管疾患等リハ(I)(II)の評価を引き上げる。また、(I)~(III)に廃用症候群に対するリハの評価を設ける。

(2)運動器リハにより充実した人員配置を評価した新たな区分(I)を新設する。

[運動器リハビリ料(I)の施設基準]

(1)専任常勤医師の1名以上配置

(2)常勤理学療法士、作業療法士等の適切な配置

(3)運動器リハを行う十分な施設

(4)運動器リハを行うに必要な機械、器具の具備

(3)心大血管疾患リハ料(I)の施設基準を見直す。

[施設基準]

(1)届出保険医療機関(循環器科又は心臓血管外科を標榜するものに限る)において、循環器科又は心臓血管外科の医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、心大血管疾患リハビリテーションが行われていない時間については、患者の急変等に対応できる体制を備えていること。 改

2. 発症早期からのリハビリテーションの充実

疾患別リハビリテーションの早期リハ加算を引き上げる。

3. 維持期のリハビリテーション

介護サービスとしてのリハを提供することが適切と考えられる患者に、維持期における月13単位までのリハの提供を継続する。

■回復期等のリハビリテーション

1. 回復期リハ病棟の評価

(1)リハビリの単位数基準を設け、重症患者割合を引き上げるとともに評価を引き上げる。

【回復期リハ病棟入院料】(1日につき)

1 回復期リハ病棟入院料1

〇〇〇点 改

[施設基準]

(1)回復期リハを要する状態の患者を8割以上入院させていること

(2)回復期リハを要する状態の患者に1人1日あたり2単位以上のリハビリテーションが行われていること

(3)新規入院患者の2割以上が重症の患者であること

(4)当該病棟において退院患者のうち、

他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

2 回復期リハ病棟入院料2

〇〇〇点 改

[施設基準]

(1)回復期リハを要する状態の患者を8割以上入院させていること

(2)回復期リハを要する状態の患者に1人1日あたり2単位以上のリハビリが行われていること

(2)土日を含めいつでもリハを提供できる体制をとる病棟や集中的リハを行う病棟に対する評価を新設する。

休日リハ提供体制加算

(1日につき) 〇〇〇点

リハビリテーション充実加算

(1日につき) 〇〇〇点

[算定要件]

1人1日あたり6単位以上のリハビリが行われていること

2. 亜急性期病棟におけるリハの評価

(1)リハビリ提供体制加算

(1日につき) 〇〇〇点

[算定要件]

平均週16単位以上の疾患別リハが提供されていること

(2)合併症を有するリハを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期入院機関からの受け入れが多い場合は病床数の要件を緩和する。

【亜急性期入院医療管理料】(1日につき)

1 亜急性期入院医療管理料1 2,050点

[施設基準]

当該病室の病床数は当該医療機関の一般病床の1割以下であること。ただし、回復期リハを要する状態の患者で合併症を有する患者の受け入れ割合が10%以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。 改

2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点

[施設基準]

(1)許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る

(2)当該病室の病床数は当該医療機関の一般病床の3割以下であること。ただし、7対1入院基本料等算定病床から3週間以内に受け入れた患者が当該病室に入院する患者の1割以上である場合は5割以下であること。 改

■がん・難病患者に対するリハビリ

1. がんに対するリハビリの評価〔再掲〕

2. 難病患者リハビリテーションの評価

難病リハビリ料を引き上げるとともに短期集中リハ実施加算を新設する。

■ケアマネージャーとの連携

1. 後期高齢者総合評価加算を「総合評価加算」に変更するとともに、評価内容に、退院後を見越した介護保険によるサービスの必要性等を位置付け、対象者を65歳以上の患者および40歳以上の特定疾患患者に拡大する。

2. 退院後に介護サービスの導入や変更が見込まれる患者に、入院医療機関の医師又は看護師等がケアマネージャーと共同で、患者に介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る情報共有を行った場合の評価を新設する。〔再掲〕

2010年度特定健診・特定保健指導 集合契約A「委任状」について(お知らせ)

人間ドック委員会委員長 西 昂

全日病は、特定健康診査・特定保健指導に参加する医療機関のとりまとめ機関として各保険者団体と集合契約Aを締結していますが、2010年度も引き続き集合契約Aを締結しますので、現在、会員各施設の参加意思確認作業を行っています。ついては、2010年度の集合契約Aに参加される会員施設は、「委任状」を早期に提出いただくようお願いいたします。

集合契約Aは単年度契約であるため自動更新はされません。したがって、2010年度の集合契約Aに参加する施設は、必ず、新たに「委任状」をご提出ください。

回答がない施設は、2010年度集合契約Aの締結を辞退したものとして取扱いますのでご注意ください。

【お問合せ先】全日病事務局(特定健診・特定保健指導集合契約担当)
Tel.03-3234-5165 (平日9:30~17:30 土日祝を除く)

保証協会の「緊急保証」を医療・介護にも適用

直嶋経産大臣が国会で答弁。四病協の要望に応える

四病院団体協議会は1月15日に、政府の「緊急保証制度」対象業種に医療・介護を含むよう求める要望書を直嶋正行経済産業大臣に提出した。

1月20日には四病協を代表して全日病猪口副会長と日病池澤副会長が増子輝彦経済産業副大臣と面会。猪口副会長が病院経営の現況を表わす資料を詳しく説明、改めて要望の実現を求めた。

直嶋経産大臣は1月20日の参院本会議で、代表質問に対する答弁において、現行緊急保証制度の対象業種基準などを変更して新設する「景気対応緊急保証」(2009年度第2次補正予算案に計上済)の対象業種に医療機関と介護事業者を盛り込むと言明した。

「緊急保証」対象業種への追加は、2次補正予算成立後、2月半ばにも施行される。「緊急保証制度」は、業況が悪化している業種の中小企業を対象に、民間金融機関から融資を受ける際に信用保証協会が保証するもの。

医療・介護が対象業種になることによって、所定の要件をみたす中・小規模医療機関は、金融機関から融資を受ける際に、信用保証協会の一般保証とは別枠で同協会の100%保証を受けることができるため、緊急融資を必要とする中小病院にはまさに朗報といえる。

中小企業が融資を受ける際に債務保証を提供する公的信用保証制度は、1955年以降、公的機関である全国信用保証協会(52法人)が担っており、その保証対象業種には医療法人・社福等(従業員数が300名以下)も入っている。

これに対して、「緊急保証」は、08年10月30日に、金融不安や景気後退の影響を受けやすい業種の中小企業を対象に、それまでの一般保証とは別枠に無担保保証で8,000万円、普通保証で2億円まで、一般保証よりも安い保証料で保証協会が融資額を100%保証する「原材料価格高騰対応等緊急保証」として始まった。

対象は、①直近の売上が減少している、②直近の主要原材料や主要仕入れ

商品が値上がりしている、③それにもかかわらず価格転嫁ができない545業種の中小企業。ただし、医療と介護はこの対象から除かれた。

その後、「緊急保証」の対象業種は昨年12月で793業種に増えたが、この間も医療と介護の追加は実現していない。その主な理由として、中小企業庁の関係者は、医療・介護・福祉を対象に事業資金の融資を行なう福祉医療機構の存在をあげていた。

しかし、民主党政権の下、医療支援策の一つとしてこの問題が取り上げられ、09年度2次補正に計上されたことが、経産相の国会答弁で明らかとなったもの。

四病協は昨年11月30日に、福祉医療機構による経営安定化資金融資の継続



▲猪口副会長(左)は増子経済産業副大臣(中)に要望内容を説明した

を求める要望書を民主党に提出しているが、信用保証制度は民間金融機関が対象のため、福祉医療機構は対象金融機関に該当していない。今回の要望書はその点も取り上げ、経営安定化資金融資も信用保証の対象に加えるよう求めている。

増子経産副大臣は、「緊急保証」の適用拡大について、「直嶋大臣の指示のもと、すでに医療・介護分野への拡大を決定している。是非とも全国の病院に本制度を活用していただきたい。例え赤字病院であっても、しっかりと経営を行ってれば、金融機関が融資を

行なうように働きかけていきたい」と、病院を支援する意向を表明した。

増子副大臣は経営安定化資金融資を「緊急保証」の対象とすることには否定的であったが、猪口副会長は、「多数の病院が福祉医療機構から融資を受けている。ぜひ、適用拡大を検討していただきたい」と再度の検討を要望した。

ただし、「緊急保証」が適用される企業の条件(別掲)は、長年経営逼迫におかれてきた病院の実情にそぐわない面がある。この点についても、猪口副会長は病院経営の実態を説明、善処を求めた。

■緊急保証の条件

- 指定業種に属し、以下のいずれかに該当する中小企業
- ①最近3か月間の平均売上高等が前年同期比マイナス3%以上の中小企業者。
 - ②製品等原価のうち20%を占める原油等の仕入価格が20%以上、上昇しているにもかかわらず、製品等価格に転嫁できていない中小企業者。
 - ③最近3か月間(算出困難な場合は直近決算期)の平均売上総利益率又は平均営業利益率が前年同期比マイナス3%以上の中小企業者。
計算例：最近3か月の平均売上総利益率が33%で、前年同期が35%だった場合
(35-33)/35×100=5.7% 5.7%≥3% (認定基準クリア)
 - ④新型インフルエンザの影響を受けた後、3か月間の売上高等が前年同期比で3%以上減少。

全日病がメディカルツーリズムに参画

経産省の委託事業に会員11病院が参加。常設委員会を設置

1月14日に開かれた第3回理事会・第10回常任理事会は「国際メディカルツーリズム事業委員会」の設置を決め、委員長に神野正博副会長が就任した。

同委員会は、全日病が野村総研およびJTBグループと共同で応募した経済産業省補助事業「国際メディカルツーリズム実証事業」のスキームに採択されたことを受け、同実証事業の窓口を担うために設置された。

西澤執行部は、「国際メディカルツーリズム事業委員会」が、検査・治療目的で来日する外国人を受け入れるメディカルツーリズム事業を全日病として本格的に進める機関となることを期待している。

「国際メディカルツーリズム実証事業」は、経産省に設けられた「サービス・ツーリズム(高度健診医療分野)研究会」が昨夏にまとめた報告にもとづいてメディカルツーリズムの導入を試行、事業化に向けた諸課題の掘り起こしと検証を行なうもの。

野村総研が事業全体のコーディネー

ターとなり、JTBグループが事務局となって集客と移動を担当する企業による国際サービス支援センターをまとめ、全日病が国際サービス推進コンソーシアムの事務局として外国人の受診を受け入れる医療機関を組織するというのが実証事業のスキーム。

全日病が会員病院に実証事業への参加をよびかけた結果、11病院の参加が決まり、1月から実証事業が始まった。

ツアー募集の対象国はロシアと中国。3月には報告をまとめなければならないなど、限定的な試行事業ではあるが、経産省は2010年度にも予算を計上しており、実証事業の結果を踏まえて、事業化に向けた検討と調査の継続的な実施が見込まれている。

神野副会長は、「メディカルツーリズムの導入は、日本の医療産業の国際化と国際社会に対するわが国医療の情報発信の両面から大きな付加価値が期待できる」として、同事業を意欲的に進める考えでいる。

地域医療再生計画案 94計画が出揃う。「関係者の参加と議論が不足」という声も

5年間にわたって2,350億円が投入される各地の地域医療再生計画案を評価する「地域医療再生計画に係る有識者会議」が1月25日に、厚労省内で開催された。

地域医療再生計画は、各都道府県から医師確保、医療機関の機能分担・連携、救急・周産期・小児医療、在宅医療など計94事業の構想が提出され、厚労省のホームページ上で公表されている。

メンバーからは、一部の計画を高く評価する意見も示されたが、全体として、「具体性に欠ける」「施設等の整備が先行している」などの不満が相次いだ。

医師確保関係事業について「県、大学、医師会が医師をどう配置していくかという議論を介した共同作業が必要」とい

う提起がなされたほか、病院の再編・統合を進める上では「住民の合意を得る」ことが欠かせないなど、「地域で計画の情報を共有する」視点が乏しいという意見も出た。

また、機能分担と連携推進に関しては「医師会の関与が少ない」という指摘がなされ、メンバーの1人である日医の内田常任理事が「全国の医師会に計画づくりに必ず参加するよう呼びかけたが、結果としてこうなった」と説明する一幕もあった。

厚労省は、早ければ2月内に交付金の交付を決め都道府県に通知するが、有識者会議で示された評価や意見を当該都道府県に伝えるとしている。

新年の集い

西澤会長「政府に総合的支援を期待」 細野民主党副幹事長「病院経営を支援する」

全日本病院協会は1月14日に「2010年新年の集い」を東京のホテルオークラで開催、250名が参加した。政界からは、細野豪志民主党副幹事長、細田博之自民党前幹事長ほか、21名の国会議員がおとずれた。

挨拶に立った西澤寛俊会長は10年度診療報酬の改定率に言及し、「民主党のマニフェストをみる限りではもっと高くなると思ったが、経済情

勢からは止むを得なかった面もあるのだろう。しかし医療費は診療報酬がすべてではない、補助金や交付金もある。それらを含めて、政府には総合的な支援をしていただきたい」と鳩山政権に注文。

さらに、「改定は2年に1回と限らず、できれば毎年でも実施していただきたい」と提起した。

民主党の細野豪志副幹事長は、「(民主党は)公的病院とは異なる立場から、しっかり経営を守っている病院を支援していく。我が党と皆さんの方向性は一致している。ぜひ、今後とも一緒に歩んでまいりたい」とエールを送った。



診療報酬改定セミナー 主催 日本医療流通改善研究会

- 日時・会場 ●2月20日(土) 13:30~17:00 笹川記念館(東京都港区)
2月28日(日) 13:30~17:00 大阪国際会議場(大阪市北区)
- プログラム ●講演(計3題)
「2010年度診療報酬改定のポイント」厚労省保険局佐藤医療課長 他
シンポジウム「事業仕立てと今後の医療行政~GPOの設立など」
基調講演「医療機器流通改善・厚生行政のあり方」
南東北病院グループ理事長 渡邊一夫
シンポジスト
尾立源幸参議院議員、安藤高朗全日病副会長、神野正博全日病副会長 他
- 料 金 ●1人1万円
申 込 ●ホームページを参照 //nihon-iryu.org/

全日病DPC分析事業「MEDI-TARGET 再追加説明会」開催のご案内

DPC分析事業特別キャンペーンの説明会・追加説明会が定員に達したため、再度説明会を開催します。

- 日時・会場 ●①大阪会場 2月11日(木) 14:00~17:00 京阪淀屋橋ビル(大阪市中央区)
●②東京会場 2月25日(木) 14:00~17:00 全日病6F(東京都千代田)
- 参加費 ●無料
定員 ●大阪会場60名 東京会場50名
申込方法 全日病ホームページ掲載の開催案内をご参照ください