



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2010 NEWS 2/15

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 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.726 2010/2/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

再診料は69点で病診統一。急性期病院は一服か

2010年度改定が決着 72時間規制未達は「20%減算」を3ヵ月算定。緩和の議論は継続

最後まで残った再診料をめぐる診療・支払両側の意見対立が2月10日に「病院・診療所の点数を69点にする」とした公益側の裁定によって決着、中医協は2月12日に2010年度の診療報酬改定の答申をまとめた。

事務局(厚労省保険局医療課)は「3月半ばまでに告示・通知を出す」としている。今回引き上げ・新設となった項目も運用いかんによっては大きく変わる可能性があるため、通知の内容が注視される。中医協の遠藤会長は答申直後の総会で「通知の内容も中医協に報告してほしい」と、医療課の専管事項に目配りする意向を示した。(3~6面に「主要項目の改定内容」、7面にDPC改定の概要を掲載)

手術料は半分を引き上げる。E・Dは50~30%増

今改定では、産科、小児、救急など急性期総合病院により手厚い配慮がなされる一方、中小の一般病院にも一定の配慮が加えられた。また、慢性期病院

には人員配置を高めて急性期後と在宅等からの患者を受け入れる後方病床の役割を期待する方向が示された。リハビリテーションに関しては、急性

□主要項目の改定結果(詳細は3~6面に)

- 7対1及び10対1入院基本料の「急性期看護補助体制加算」は50対1が120点、75対1が80点。14日を限度として算定。
- 10対1入院基本料に新設された一般病棟看護必要度評価加算は5点。
- 一般病棟入院基本料14日以内の加算は428点から450点へ22点引き上げ。
- 7対1と10対1入院基本料で、夜勤72時間以内の要件のみを満たさない場合に算定する特別入院基本料は当該点数の80%とする。算定限度は3ヵ月。
- 一般病棟15対1入院基本料は 954点から934点へ、20点の引き下げ。
- 医師事務作業補助体制加算に新設された15対1補助体制加算は810点、20対1は610点。25対1は355点から490点へ、50対1は185点から255点へ、75対1は130点から180点へ、100対1は105点から138点へそれぞれ増点。要件も緩和。
- 新設の医療安全対策加算2は35点となったが、専任要件が認められた。
- 在宅療養支援病院の要件が緩和され、200床未満の病院は算定可能に。
- 一般病棟の栄養サポートチーム加算(週1回)は200点。呼吸ケアチーム加算(週1回)は150点。
- 手術料は項目数全体の半分程を引き上げる。技術区分E・Dは50~30%増。
- 療養病棟入院基本料は1(20対1)は軒並み増点。これに対して2(25対1)は、1区分を除き一律63点と大幅のダウンとなった。
- 療養病棟の救急・在宅等支援療養病床初期加算(14日以内)は150点。
- レセプトの電子請求を行っている医療機関は原則明細書を無料で発行する。
- 後発品割合が20%以上の医療機関は後発医薬品使用体制加算(30点)を算定できる。対象は薬剤料を包括外で算定している入院患者。
- 回復期リハ病棟入院料に新設された休日リハ提供体制加算(1日につき)は60点。1日6単位以上のリハを評価するリハ充実加算(1日につき)は40点、亜急性期病棟におけるリハを評価するリハ提供体制加算(1日につき)は50点。



▲答申の出た中医協総会には300名を超える傍聴者・取材陣が押しかけた

期、亜急性期・回復期とも前向きな評価が行なわれ、大きく見直された。

焦眉の勤務医対策については、負担軽減の仕組みを要件に組み込んだ項目を増やす一方、正面から技術料評価のあり方が取り上げられ、手術料の大幅な引き上げが実現した。

また、一般病棟を中心に新設・緩和された入院基本料の諸加算には、中小病院のはたす役割への評価が反映されている。

その一方で、病院界がもっとも期待した入院基本料の底上げは実現しなかった。また、チーム医療の評価もNSTと呼吸ケアにとどまり、IT加算は粗上にものぼらなかった。

病院団体がこぞって要望した夜勤看護規制の緩和は、月平均72時間のみ未達の場合に当該点数の80%算定となった。算定限度は診療側西澤委員(全日病会長)等が強く求めた結果、「1ヵ月」から「3ヵ月」に延びた。

医療現場の疲弊は病院・診療所、地方・都市部を問わず大きく、改定議論では医業経営が直面する深刻な問題が様々取り上げられた。その結果、医科4,800億円というプラス財源の配分をめぐって懸命な調整が試みられ、多くの

テーマは、絶えず財源枠を意識した議論を余儀なくされた。

10年ぶりのネットプラス改定ではあったが、10年以上にわたる医療費抑制のつけを取り戻す上で、700億円というプラス財源は余りにも足りないことがあらためて判明した。

それでも、次期改定に向けた検討・検証課題として、①入院基本料、②看護職員の配置や夜勤時間に関する要件のあり方、③チーム医療に関する評価、④地域特性を踏まえた診療報酬のあり方が取り上げられた。

「地域特性を踏まえた診療報酬のあり方」は、今改定で熱心に議論された1つであり、データ不足などから見送られたものの、日病協や四病協の間では、人員確保における地方格差とともにコスト面では都市部が高いという「逆格差」を指摘する声も強く、今後、幅の広い議論になっていく可能性がある。

コスト、地域特性、現場実態を反映させた診療報酬を指向するとともに、技術料の議論とも向き合う。

2010年度改定は配点こそ十分ではなかったが、近年まれにみる活発かつ開かれた議論を実現、中医協の当事者能力を高めるものとなった。

3月18日に2010年度改定説明会(東京)を開催 2面に案内

医療崩壊阻止するために「中医協を改革する」

診療側委員が会見 正しいデータが先決、公平な調査を求める。委員主導の議論も模索

10年度改定答申が行なわれた2月12日の中医協総会後に、診療側の7人の委員は記者会見を開き、今改定に関する所見を述べるとともに、今後、診療報酬に関する議論を進めるためには

「中医協を改革する」必要があるという見解を表明した。

会見で診療側委員は声明を発表、その中で、①医療崩壊を止めるためには医療のグランドデザインから議論、②



正しい情報に基づく診療報酬の決定システムを構築しなければならない、③そのためには公平・中立な組織が医療の実態調査を行なう必要がある、④診療報酬はソフトとハードの両面から計算されるべきであり、ソフトの面には技術料の概念が欠かせないなど、今改定の議論を通じて浮き彫りとなった問題点と今後の課題を明らかにした。

その上で、「医療の崩壊は、低医療費、医師数抑制政策が元凶であり、こ

のことで解決する財源の議論が必要」であるが、国際的に低い医療費で医療をまかなってきた事実が国民に伝わっていないと分析。

それが中医協が機能してこなかった背景にあると指摘。今後は、「国民のために正しい情報を伝達する努力」を行ない、「国民が納得する情報を獲得できるインフラを整備する」と宣言している。

会見で、複数の委員が「今後は、厚労省の論点提起を待つのではなく、我々から論点を示して議論をリードしていきたい」と述べるなど、今改定で得た教訓を次期同時改定に活かしていくという強い意欲をのぞかせた。

清話抄

昨年「夢と志を持った経営を」という主旨の講演依頼があった。日々忙しい中「夢と志」について考える余裕はなかったが、良い機会だと思い講演の依頼をお受けし、「夢と志」について考えてみた。

志」の柱は「街創り」にあった。小病院を中心とした保健・医療・福祉の複合体である我が法人は、大病院に挟まれ、「亜急性期~慢性期、在宅まで」という道を選んだ。

その中で介護事業・予防事業に早くから力を入れ、その後、病院周囲に住まいの提供を始めた。住まいは街の空ビルや空家などを使うなど、街の活性化を目指した。様々な問題はあつても街創りが少しずつ形になってきてい

る。今後は、本格的な街創り、地域とのコラボレーションを考えている。相変わらず、色々なところで医療崩壊という言葉が聞く。医療界は疲弊しているのに何も変わる気配はない。地方における医療崩壊は、過疎化などが影響して、都会よりも進んでいる。しかし、田舎にも住む人がいて、病気になる人も介護が必要になる人もいる。

これからの医療機関は、街との共存、街の再生、地域とのコラボレーション

をもっと考えるべきではないかと思う。病院の敷居を低くして、地域の人との共存を図っていくことで、医療も街も「崩壊」するのではなく「再生」していくのではないかと。

私は、法人経営において、これからも保健・医療・福祉の提供と共に「街創り」を目指して経営していく。そして、政治や行政もこうした考えに「夢と志」をもった対応をしていただきたいと思う今日この頃である。(黒)

主張

医療費増額は実現しなかった。だが手を拱くことはない。さらに医療人の英知を集め、医療再生へ発言し続けよう！

医療の崩壊は依然として進行している。診療科目の縮小や病床の削減に歯止めがかからない。新政権が誕生し、医療の刷新が期待された。

だが、マニフェストとは大きく離れ、医療費の増加は極めて僅かにとどまった。過去10年下降し続けた差を回復し、医療の質を向上するには程遠い増加であり、羊頭狗肉の誇りを免れない。

医療崩壊の最大の要因は医療原資の不足である。税収が落ち込んだ上に盛りだくさんの政策を掲げようとすれば、まずは見映えのよい政策を手厚くして国民の最大の願いである

医療、福祉を削るのは為政者の常套手段であり、新政権も改新の期待を大きく裏切った。

医療を担当する我々も手を拱くだけでなく、この局面を回避すべく自ら努力を遂げなくてはならない。このためには現在の不合理を明示して議論を積み重ね、医療を効率よく運営するための英知を集めることが必要である。

今回の改定でも救急医療、産科、小児科等に重点をおくとのことであった。この面の医療の不足は確かであるが、単に医療費を増額し、専門医を増すだけでは解決はしない。

○救急医療の崩壊を救うには

現在、救急車を要請する患者の過半数は軽症で救急対応が不要、との報告がある。安易な救急受診を厳しく制限すべきである。これには、幼少時からの受診教育に国が責任を持つことが必要である。救急業務に要する額を明確にし、相当する金額を徴収する体制を導入すべきである。

○産科、小児科の崩壊に対応するには

専門医の育成が急がれているが、目的の達成には10～15年が必要である。専門医の育成よりも、

小児科については、一般開業医に小児科の標榜を広めるべきである。過去には内科、小児科並記の標榜が多く見られたが、小児科料金の低さ、医療のコンビニ化、家族の過大な要望に堪えかねて小児科は放棄されてきた。

細分化された専門医を養成するだけでなく、現在の医学教育研修制度全体を根本的に改革する必要がある。医学教育を数年延長し、すべての医師が全診療科目に万遍なく対応できるように医学教育、研修を引き上げる必要がある。現在の医療危機は医療の基礎体力の不足にある。(H)

無担保で8,000万円まで100%保証

景気対応緊急保証 医療も対象。2月15日開始、来年3月末まで実施

中小企業庁は2月5日、1月28日に成立した2009年度2次補正予算にもとづいて「景気対応緊急保証」を2月15日より実施すると発表、その概要を明らかにした(2月1日号既報)。

「景気対応緊急保証」とは、与信枠の確保に苦しむ主に中小企業に対して公的機関である信用保証協会が別枠の保証を提供する制度。リーマンショック後に麻生政権によって導入されたが、新たに政権についた民主党によって対象業種の指定基準・利用企業の認定基準を改めたほか、期間も2011年3月31

日まで1年間延ばすなど、制度の拡充・改善が図られた。

事業規模を30兆円から36兆円に拡大、対象業種は793から1,118業種に拡大された結果、これまでは認められなかった医療、社会福祉、介護の各事業が新たに指定業種に追加された。

発表によると、金融機関から融資を受ける際に一般保証とは別枠で、無担保保証で8,000万円(借り手の状況によっては8,000万円を超える無担保保証にも対応)、普通保証で2億円まで信用保証協会の100%保証を受けることができ

る。

今回の見直しによって、「最近3ヵ月間の平均売上高、平均売上総利益率、平均営業利益率等が前年同期比マイナス3%以上の中小企業者」という保証・審査融資の基準が緩和され、新たに「2年前比での売上減少(-3%)基準」が導入された。

併せて、「2期連続の赤字を計上し、繰越損失を抱えている場合でも、赤字の要因や取引先等からの経営支援等を幅広く勘案した上で与信を総合的に判断」するなど、「金融審査に当たって

中小企業の経営実態を十分勘案するよう保証協会に基本方針を提示」したと同庁は説明している。

さらに、「100%保証の趣旨を踏まえ、金利等の貸出条件に配慮するよう金融機関に働きかけ」ているとしている。

中小企業庁は、主な緊急相談窓口として、経済産業局(経産省の地方ブロック機関=全国に10局)、信用保証協会、日本商工会議所、日本政策金融公庫、商工組合中央金庫をあげ、ホームページ等で詳細を確かめるよう呼びかけている。

身体拘束で最高裁が違法性を否定 病院側が勝訴 医療の身体拘束で初の確定判例 しかし判断基準には至らず

一般病院における身体拘束の違法性が問われた訴訟の上告審で最高裁は1月26日、拘束を違法として病院に賠償を命じた2審名古屋高裁判決を破棄、原告の控訴を棄却。これによって原告の請求を棄却した1審の名古屋地裁(一宮支部)判決が確定した。

「厳格な要件を満たさない身体拘束は許されない」という患者側の訴えに、1審は患者の状態などから病院はとっ

た措置は合法と判断、請求を退けた。しかし、原告の控訴に2審は「同意のない拘束は原則違法」としたため、病院側は、身体拘束の合法性可否と基準判断を求めるとして上告していたもの。

身体拘束については、精神保健福祉法で精神保健指定医の診断にもとづいた以外の行動制限が禁止されているほか、介護の分野においても、介護保険指定基準で具体的な行為を特定し、禁

止している。ただし、医療には、そうした基準や法的整理がない。

今回の最高裁判決は拘束一般に対する判断基準は示さなかったが、「拘束は受傷防止などのため、必要やむを得ない場合にのみ許容されるべきである」としつつも、今回のケースは例外に当たると認定。医療における拘束を取り上げた訴訟に初の判断を示した。

この判断に際して、最高裁は当直看護師3人で27人の患者を受け持ってい

た点も考慮、「深夜に長時間、看護師が付きっきりで対応するのは困難。身体拘束に替わる方法がなく、拘束も約2時間と必要最小限だった」ことを補強材料に採用している。

高齢者や認知症患者の増加など、看護不足に悩む現場は、拘束を否定する理念と患者の安全確保を含む業務の遂行の狭間で葛藤している。訴訟への対応も含め、身体拘束に関する明確な指針が求められているのは事実だ。

2010年度診療報酬改定説明会の開催案内	
2010年度改定の説明会を開催します	
日 時 ● 3月18日(木) 13:30~16:00	定 員 ● 1,000名
会 場 ● 東京都千代田区有楽町よみうりホール	参加費 ● 8,000円 ※資料代含む
詳しくは全日病HPの案内をご参照ください	
問合せ先 全日本病院協会事務局 Tel.03-3234-5165	

シリーズ/個人情報保護に関するQ&A~実際の事例から学ぶ~ 第10回

編集●個人情報保護担当委員会 *「個人情報保護に関するQ&A」は今回で終了します。

警察からの照会・情報要請への対応は事例毎に異なる

電話への即答は不適切。かけ直した上で回答するのが確実

し、警察であることを確認した。その際、照会状で申し入れてほしい旨を伝え、照会状を受け取った後に、主治医が情報提供書を作成し、回答した。

個人情報保護担当委員会では会員病院から種々の相談を受ける。そこで、各施設が実際に体験した事例から他の参考になるような対応事例を場面別に整理し、『全日病ニュース』に連載することで要望に応えてきた。今回は公的機関からの照会への対応についての事例である。公的機関は公務で照会しているので、回答して構わないと判断する方が多いことだろう。しかし、個人情報保護の観点からは本人の意思の確認が必要な場合があるので、注意が必要である。(個人情報保護担当委員会委員長 飯田修平)

能かを確認。こちらから電話をかけ直

A 個人情報保護担当委員会の見解

電話の確認の仕方は適切と考えますが、事件の内容が不明です。事件の内容により対応が異なるからです。病状に関しては医師の判断が必要ですが、情報提供(照会への回答)に関して、医師の判断は必要ありません。①事件を起こした患者の生命に危険がある場合は回答するべきです。緊急避難と考えます。ただし、相手が警察署員と名乗っても電話での照会にその場で回答してはいけません。折り返し電話で回答することが必要です。②その他の警察からの照会にどのよう

に対応するかの判断は、実際には難しいです。厚生労働省は、法に基づく警察からの照会なので個人情報保護法に反しないという見解です。しかし、個人情報保護法に反しないというだけで、民法上で合法ということではありません。警察との関係を考慮し、それぞれの医療機関が判断することが必要です。③事件を起こした患者の逮捕等に必要であれば、令状を確認することがよいでしょう。令状を確認すれば患者の承諾は必要ありません。

個人情報保護にかかわる対応事例 その10(最終回)

Q 患者に関する警察からの問い合わせにどう対応するべきか

●事例 警察から電話で、事件を起こした人の当院への通院歴や受診状況について問い合わせがあった

●病院の対応 警察から通院患者に関する紹介の電話は地域連携室のMSW(医療福祉相談員)が受けた。そこで主治医に回答可

2010年度改定における主要項目

「急性期看護補助体制加算」は50対1 75対1 は120点と80点。14日を限度 夜勤72時間のみ未達のケースは当該入院基本料が20%減。3ヵ月が限度

「2010年度診療報酬改定における主要項目」(抜粋) 2月12日の答申から

■救急入院医療の充実に係る評価

●救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の引き上げ

現行	改定後
【救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算】(1日につき)	【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 600点	1 救急医療管理加算 800点
2 乳幼児救急医療管理加算 150点	2 乳幼児救急医療管理加算 200点

●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 (退院時1回)	500点
救急搬送患者地域連携受入加算 (入院初日)	1,000点

[算定要件]

3次又は2次救急医療機関に緊急入院した患者が当該入院日から5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

■地域の連携による救急患者の受入の評価

●地域連携夜間・休日診療料の新設

地域連携夜間・休日診療料	100点
--------------	------

[施設基準]

- 夜間、休日において救急患者を診療できる体制を有していること。
- 夜間、休日に救急患者を診療する医師(当該医療機関及び近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするもの)が3名以上いること。

●小児救急外来の評価

(1)地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

現行	改定後
【地域連携小児夜間・休日診療料】	【地域連携小児夜間・休日診療料】
1 地域連携小児夜間・休日診療料1 350点	1 地域連携小児夜間・休日診療料1 400点
2 地域連携小児夜間・休日診療料2 500点	2 地域連携小児夜間・休日診療料2 550点

(2)院内トリアージを行った場合の評価を新設する。

院内トリアージ加算	30点
-----------	-----

[施設基準]

- 院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等により受診者に周知していること。
- 患者の来院後速やかに院内トリアージが実施され、患者に説明がなされているとともに、一定時間経過後に再評価が行われていること。

[算定要件]

当該医療機関に来院した患者について、院内トリアージを行った上で診療を行った場合に算定する。

■NICU入院患者等の後方病床の充実

●新生児治療回復室(GCU)への受入れに対する評価の新設

新生児治療回復室入院医療管理料 (1日につき)	5,400点
----------------------------	--------

[算定要件]

- 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。
- ※従来の新生児入院医療管理加算算定対象と同様。
- NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

[施設基準]

- 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
- 常時6対1以上の看護配置であること。

●障害者施設等への受入れに対する評価

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受入れた場合についての加算を新設する。

重症児(者)受入連携加算 (入院初日)	1,300点
------------------------	--------

[算定要件]

新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、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床で受け入れた場合に算定する。

■手術料の適正な評価について

●外保連試算を活用した手術料の引き上げ

(1)評価対象手術

主として病院で実施している手術を優先して評価する(手術項目数全体の半分程度)。

(2)手術料の引き上げ

技術区分E及びDの手術を、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安とし、個別の点数差については外保連試算を用いて整合をとる。

(3)小児に対する手術評価の引き上げ

手術に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

■一般病棟入院基本料等の評価

●一般病棟入院基本料において入院早期の加算を引き上げる。

現行	改定後
【一般病棟入院基本料】(1日につき)	【一般病棟入院基本料】(1日につき)
14日以内の期間の加算 428点	14日以内の期間の加算 450点

●一般病棟、結核病棟、精神病棟の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せない場合には特別入院基本料を算定する(当該点数の80%の点数とする)。

一般病棟入院基本料7対1特別入院基本料 (1日につき)	1,244点
一般病棟入院基本料10対1特別入院基本料 (1日につき)	1,040点

[算定要件]

- 施設基準のうち看護職員の月平均夜勤72時間以内という要件のみを満たせない場合
- 3ヵ月間を限度として算定できる

●準7対1入院基本料は廃止する。

●一般病棟15対1入院基本料を引き下げる。

現行	改定後
【一般病棟入院基本料】(1日につき)	【一般病棟入院基本料】(1日につき)
15対1入院基本料 954点	15対1入院基本料 934点

●後期高齢者特定入院基本料は、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

■医療関係職種役割分担と連携の評価

●看護補助者の配置の評価

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)	
1 急性期看護補助体制加算1(50対1)	120点
2 急性期看護補助体制加算2(75対1)	80点

[算定要件]

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- 14日を限度として算定できることとする。

[施設基準]

- 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以上であること(看護補助者は傾斜配置できるものとする)。
- 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院又は総合周産期母子医療センターであること。
- 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入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること。
- 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること。

●多職種からなるチームによる取組の評価

(1)一般病棟におけるチームによる栄養状態改善の取組の評価を新設する。

栄養サポートチーム加算(週1回)	200点
------------------	------

[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]

- 対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回程度)
- 対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療
- 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする 等

[施設基準]

当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係る専任のチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

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)一般病棟におけるチームによって呼吸ケアを行なう取り組みの評価を新設する。

呼吸ケアチーム加算(週1回)	150点
----------------	------

[算定要件]

- 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
- 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1ヵ月以内であること
- 人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム(呼吸ケアチームという)による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する

[施設基準]

- 当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。
- 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
 - 人工呼吸器管理等について6ヵ月以上の専門の研修を受けた看護師
 - 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
 - 呼吸器リハを含め5年以上の経験を有する理学療法士

■病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置の評価

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。

現行	改定後
【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)	【医師事務作業補助体制加算】 (入院初日)
1 25対1補助体制加算 355点	1 15対1補助体制加算 810点
2 50対1補助体制加算 185点	2 20対1補助体制加算 610点
3 75対1補助体制加算 130点	3 25対1補助体制加算 490点
4 100対1補助体制加算 105点	4 50対1補助体制加算 255点
	5 75対1補助体制加算 180点
	6 100対1補助体制加算 138点
[施設基準]	[施設基準]
1 25対1補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター	1 15対1、20対1補助体制加算の施設基準 第三次救急医療機関、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 50対1、75対1、100対1補助体制加算の施設基準 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	2 25対1、50対1補助体制加算の施設基準 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補助体制加算の施設基準 1又は2の施設基準を満たしていること若しく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

(4面に続く)

2010年度改定における主要項目

医師事務作業補助体制加算は既存区分も50～135点増加

新設の医療安全対策加算2は35点。感染防止対策加算は100点

■病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

●病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を図る体制

新たに評価する項目の要件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加える。

[要件を加える項目]

- 急性期看護補助加算
- 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

■地域における医療機関の連携に対する評価

●比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算

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変更する。

現 行	改 定 後
【退院調整加算】	【慢性期病棟等退院調整加算】
	1 慢性期病棟等退院調整加算1
	イ 退院支援計画作成加算
	(入院中1回) 100点
	ロ 退院加算 (退院時1回)
	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 140点
	(2) 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 340点
	2 慢性期病棟等退院調整加算2
	イ 退院支援計画作成加算
	(入院中1回) 100点
	ロ 退院加算 (退院時1回)
	(1) 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 100点
	(2) 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
1 退院支援計画作成加算(入院中1回) 100点	
2 退院加算 (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]	[施設基準]
	退院調整1/退院調整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及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。
	退院調整2/退院調整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。

●主に急性期医療を担う病棟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、急性期治療を受け、病状安定が見込まれた患者について、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を変更、対象年齢を拡大する。

急性期病棟等退院調整加算1 (退院時1回) 140点

急性期病棟等退院調整加算2 (退院時1回) 100点

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者で、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く)を算定している患者。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算1/退院調整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が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算2/退院調整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。

■在宅復帰後を見越した地域連携の評価

●介護支援連携指導料の新設

介護支援連携指導料 (入院中2回) 300点

[算定要件]

(1) 入院医療機関の医師又は看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と、退院後に利用可能な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回に限り算定する。

(2) 退院時共同指導料の多職種連携加算(B005 注3)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。

●地域連携診療計画で退院後の通院・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。

現 行	改 定 後
【地域連携診療計画退院時指導料】 (退院時1回) 600点	【地域連携診療計画退院時指導料1】 (退院時1回) 600点
	【地域連携診療計画退院計画加算】 100点
	[算定要件]
	患者ごとに策定された地域連携診療計画に沿って、退院後の療養を担う保険医療機関又は介護サービス事業所と連携を行い、退院後の診療計画について、文書で退院後の療養を担う医療機関や介護サービス事業所等に提供した場合に地域連携診療計画退院時指導料1に加算する。
	【地域連携診療計画退院時指導料2】 (退院後初回月に1回) 300点
	[算定要件]
	(1) 診療所又は許可病床数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後の患者に対して、外来医療を提供した場合に、初回月に算定する。
	(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こと。

■がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

●がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、計画に基づいてがん患者の退院後の治療を連携して行うことを評価する。

(計画策定病院)がん治療連携計画策定料 (退院時) 750点

[算定要件] (略)

(連携医療機関)がん治療連携指導料 (情報提供時) 300点

[算定要件]

がん治療連携計画策定料を算定した患者に、治療計画に基づいて計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に診療情報を提供した場合に算定する。

■がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

●外来化学療法加算の評価の充実

(1) 外来化学療法加算の評価を引き上げる。

現 行	改 定 後
イ 外来化学療法加算1 500点	イ 外来化学療法加算1 550点
15歳未満の患者 700点	15歳未満の患者 750点
ロ 外来化学療法加算2 390点	ロ 外来化学療法加算2 420点
15歳未満の患者 700点	15歳未満の患者 700点

(2) 外来化学療法加算1又は2の届出を行っている医療機関において、老健施設入所者に対して外来化学療法が行われた場合の抗悪性腫瘍剤と注射(手技料)の算定を可能とする。

●がん患者に対する丁寧な説明の評価を新設する

がん患者カウンセリング料 500点

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に、緩和ケアの研修を修了した医師及び6ヵ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席して丁寧に説明を行った場合に算定する。

■緩和ケア・がんに対するリハビリの評価

●緩和ケア研修を修了した医師による指導をがん性疼痛緩和指導管理料の要件とする

※要件の対象となる研修は緩和ケア診療加算と同じ

●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、緩和ケア研修を受けていることを医師の要件とするとともに、評価を引き上げる。また、外部機能評価の要件について見直しを行う。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。

現 行	改 定 後
【緩和ケア診療加算】 300点	【緩和ケア診療加算】 400点
[施設基準]	[施設基準]
(1) 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こと。	(1) がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。
	(2) 緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研究会を終了していること。
	ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会
	イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等

●がん患者に対するリハビリ評価の新設

がん患者リハビリテーション料 (1単位につき) 200点

[算定要件]

(1) 対象者に、がん患者リハビリ研修を終了したOT、PT、STが個別に20分以上のリハが提供された場合に1単位として算定。

(2) 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリ計画を作成すること。

(3) がんのリハビリに従事する者はキャンサーボードに参加することが望ましい。

[対象患者]

(1)～(7) (略)

(8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

[施設基準]

(1) がん患者のリハビリテーションに関する経験(研修要件あり)を有する専任の医師が配置されていること。

(2) がん患者のリハビリテーション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名が配置されていること。

(3) 100㎡以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

■認知症医療の推進について

●認知症病棟入院料の見直し

(1) 認知症に対する入院医療について早期の評価を引き上げるとともに、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。

現 行	改 定 後
【認知症病棟入院料1】 (1日につき)	【認知症治療病棟入院料1】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,330点	イ 60日以内の期間 1,450点
ロ 91日以上期間 1,180点	ロ 61日以上期間 1,180点
【認知症病棟入院料2】 (1日につき)	【認知症治療病棟入院料2】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,070点	イ 60日以内の期間 1,070点
ロ 91日以上期間 1,020点	ロ 61日以上期間 970点

(2) 入院期間が6ヵ月を超える患者に退院支援計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が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 (退院時1回) 100点

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務していること。

●認知症患者に専門的医療機関が診断と療養方針の決定を行い、かかりつけ医がその後の管理を行うことについて、評価を新設する。

認知症専門診断管理料 (1人につき1回) 500点

[算定要件] (略)

認知症専門医療機関連携加算 (月1回) 50点

[算定要件]

外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合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)に加算する。

■新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

●新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

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類感染症患者療養環境特別加算に「陰圧室加算(200点)」を新設し、算定対象に「鳥インフルエンザ(H5N1)の患者又は新型インフルエンザ等感染症の患者」を追加する

■肝炎治療の推進について

●肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

肝炎インターフェロン治療連携加算 (月1回まで) 50点

2010年度改定における主要項目

在宅療養支援病院の要件が緩和、200床未満は算定可能

200床未満対象に「地域連携診療計画退院時指導料2」(300点)を新設

【算定要件】

肝炎治療の専門医療機関で策定された治療計画に基づいてインターフェロン治療を行い、治療状況について計画策定医療機関に情報提供を行った場合に算定する。

■居住系施設等訪問診療料の見直し及び分かりやすい点数設定について

●居住系施設等訪問診療料の見直し

在宅患者訪問診療料について、従来の「居住系施設入居者等(200点)」と「在宅(830点)」という分け方を見直し、「同一建物に居住する複数の患者(200点)」と「それ以外(830点)」という区分とする。

居住系施設入居者等訪問看護・指導料等、訪問看護基本療養費(Ⅲ)についても同様に見直す。

●分かりやすい点数設定について

(2)入院中の患者の対診及び他医療機関受診時の算定方法の整理

入院中の患者に対して対診を行う場合及び入院中の患者が他の医療機関を受診する場合の診療報酬の算定方法を明確化する。(図1、2を参照)

■明細書発行の推進及び処方せん様式等の見直し

●明細書発行義務化の拡大

(1)レセプト電子請求が義務づけられている保険医療機関等について

レセプトの電子請求を行っている保険医療機関等については、以下に掲げる正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行する。その際、その旨を院内掲示等により明示する。

明細書の発行を希望しない患者等への対応については、会計窓口にて「明細書を希望しない場合は申し出て下さい」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにするものとする。

DPCに関する明細書は入院中に使用された医薬品、行われた検査の名称を付記することを原則とする。

〔「正当な理由」の考え方〕

①発行関係

イ 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合

ロ 自動入金機を活用しており、自動入金機の改修が必要な場合

②費用徴収関係(実費徴収が認められる場合)

上記①のイ又はロに該当する場合

正当な理由に該当する場合は、その旨及び希望する患者には明細書を発行する旨を院内掲示で明示するとともに、地方厚生局長等にその旨の届出を行う。

また、各保険医療機関等は、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の額について院内掲示するとともに、その内容を地方厚生局長等に届け出る。

(2)レセプト電子請求が義務づけられていない保険医療機関等について

当該保険医療機関等の明細書発行に関する状況(明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額)を院内に掲示することとする。

●処方せん及び調剤レセプトに、都道府県番号、点数表番号、医療機関コードの記載を加える。経過措置として、2010年9月までは従前の様式でも可とする。

■再診料及び外来管理加算について

●病院と診療所の再診料を69点とする。

●外来管理加算の算定要件(概ね5分以上という時間の目安)は廃止する。引き続き「懇切丁寧な説明」については要件とするとともに、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合には外来管理加算を算定できないこととする。

■地域医療貢献に対する評価

●休日・夜間の問い合わせを受ける診療所を評価する
地域医療貢献加算 3点

■医療安全対策の推進について

●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(加算2)を新設、専任を要件とする。また、感染防止対策加算を新設する。

現行	改定後
【医療安全対策加算】(入院初日) 50点	【医療安全対策加算】(入院初日) 1 医療安全対策加算1 85点 2 医療安全対策加算2 35点
	【算定要件】 (1) 医療安全対策に係る適切な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) 100点
	【算定要件】 (1) 医療安全対策加算1の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策についてさらなる取組を行っている場合に算定する。 (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名以上が配置されていること。 (3) 3年以上の病院勤務経験をもち専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること。 (4) 感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等(カルバペネム、バンコマイシン等)の使用を管理していること。

●薬剤管理指導料に加算を新設する

(薬剤管理指導料)
医薬品安全性情報等管理体制加算 50点

●医療機器安全管理料を引き上げる

現行	改定後
医療機器安全管理料1 50点	医療機器安全管理料1 100点
医療機器安全管理料2 1,000点	医療機器安全管理料2 1,100点

●人工腎臓の評価体系を見直す

現行	改定後
【人工腎臓】(1日につき) 1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合 イ 4時間未満の場合 2,117点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,267点 ハ 5時間以上の場合 2,397点 ニ その他の場合 1,590点	【人工腎臓】(1日につき) 1 慢性維持透析の場合 イ 4時間未満の場合 2,075点 ロ 4時間以上5時間未満の場合 2,235点 ハ 5時間以上の場合 2,370点 ニ その他の場合 1,580点

■在宅における専門医療の評価

●在宅における血液透析の評価の引き上げ

(1)在宅血液透析指導管理料について評価を引き上げるとともに、要件の見直しを行う。

現行	改定後
【在宅血液透析指導管理料】(1月につき) 3,800点 2回目以降(月2回まで、初回算定から2月までの間は4回まで) 2,000点	【在宅血液透析指導管理料】(1月につき) 8,000点 2回目以降(初回算定から2月までの間、月2回まで) 2,000点
【透析液供給装置加算】(1月につき) 8,000点	【透析液供給装置加算】(1月につき) 10,000点

(2)在宅において透析を実施している患者が、症状の増悪や透析効率の低下によって当該医療機関において血液透析や腹膜灌流が行われた場合、その手技料の算定を週1回に限り認める。

●在宅における難治性皮膚疾患管理の評価を新設する
在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 500点

■疾病の重症化予防に対する適正な評価について

●入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者に対して、当該保険医療機関の外来において再び指導管理を行った場合を評価する(リンパ浮腫指導管理料の算定対象の拡大。1回に限り算定)

■質が高く効率的な急性期入院医療(DPC)の推進

※本項については7面を参照

■急性期の医療機関における入院患者の看護必要度等の評価について

●一般病棟、特定機能病院(一般病棟)、専門病院の10対1入院基本料に一般病棟看護必要度評価加算を新設する。

一般病棟看護必要度評価加算(1日につき) 5点

【算定要件】

当該入院基本料を算定している全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(1年間の測定結果を毎年7月に地方厚生(支)局長に報告する)。

■医療療養病棟の評価に係る見直し

●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

医療療養病棟における入院患者の重症化傾向等を考慮して人員配置の要件を見直すとともに、医療経済実態調査の結果等を踏まえて療養病棟入院基本料の適正化を行う。

療養病棟入院基本料1

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	934点	1,369点	1,758点
ADL区分2	887点	1,342点	1,705点
ADL区分1	785点	1,191点	1,424点

【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。

図2 入院中の患者の他医療機関受診(費用)の取扱い

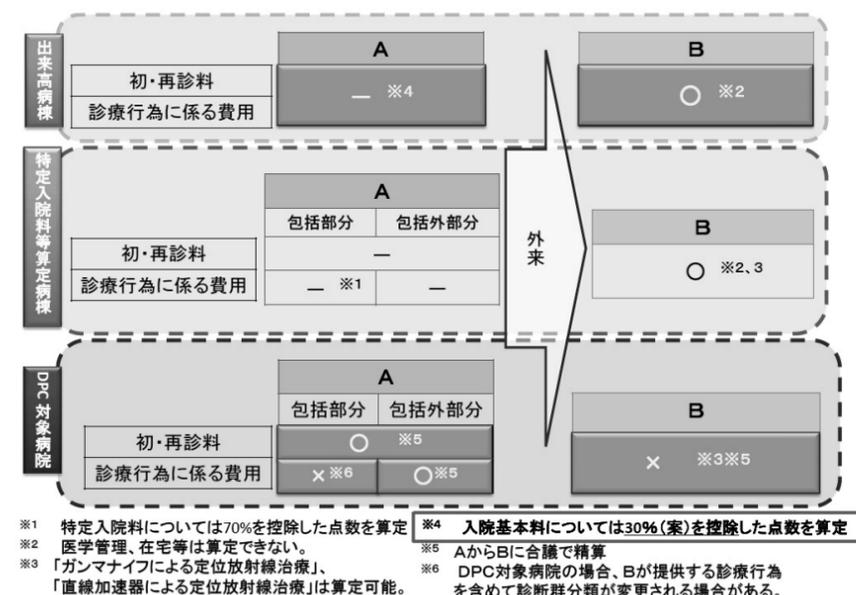
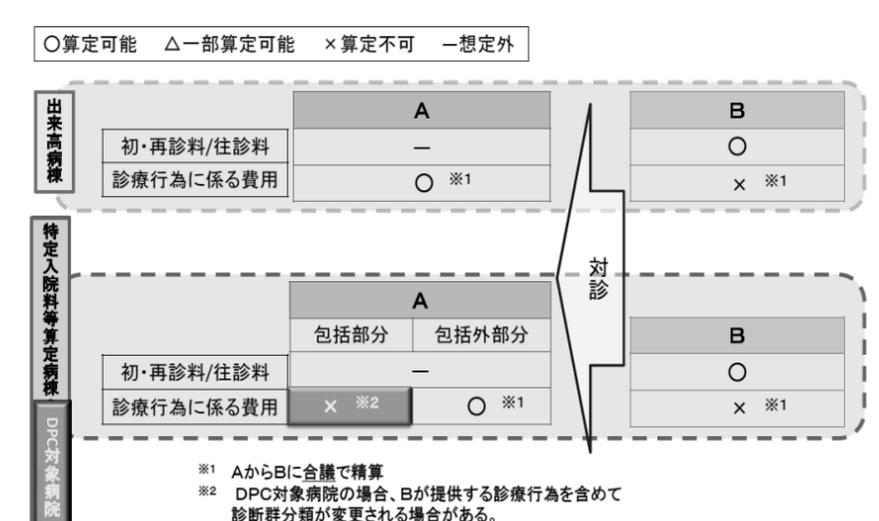


図1 入院中の患者に係る対診(費用)の取扱い



2010年度改定における主要項目

療養病棟入院基本料は1が軒並増点。2は1区分以外大幅ダウン

療養病棟入院基本料に救急・在宅等支援療養病床初期加算（150点、14日以内）を新設

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

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871点	1,306点	1,695点
ADL区分2	824点	1,279点	1,642点
ADL区分1	722点	1,128点	1,361点

【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) データ提出の要件化

慢性期包括医療の質を向上させる取組を推進するため、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。

●療養病棟における後方病床機能の評価

救急・在宅等支援療養病床初期加算

(14日以内、1日につき) 150点

【算定要件】

急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する。

●経過措置の延長

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を2011年度末まで延長する。

■疾患別リハビリテーションの充実について

●疾患別リハビリテーションの充実

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

現行	改定後
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) 235点	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1)(2)以外の場合 <u>245点</u> (2) 廃用症候群の場合 <u>235点</u>
2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) 190点	2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1)(2)以外の場合 <u>200点</u> (2) 廃用症候群の場合 <u>190点</u>
3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) 100点	3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1)(2)以外の場合 <u>100点</u> (2) 廃用症候群の場合 <u>100点</u>

(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を設ける。

現行	改定後
【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 運動器リハビリテーション料(I) 170点 2 運動器リハビリテーション料(II) 80点	【運動器リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 <u>運動器リハビリテーション料(I)</u> <u>175点</u> 2 運動器リハビリテーション料(II) <u>165点</u> 3 運動器リハビリテーション料(III) 80点
	【施設基準】 運動器リハビリテーション料(I) (1)専任の常勤医師が1名以上配置。 (2)常勤の理学療法士、作業療法士等が適切に配置。 (3)運動器リハに十分な施設。 (4)運動器リハに必要な機械、器具が具備。

(3) 心大血管疾患リハビリテーション料施設基準の見直し

現行	改定後
【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点	【心大血管疾患リハビリテーション料】 (1単位につき) 1 心大血管疾患リハビリテーション料(I) 200点
【施設基準】 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。	【施設基準】 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。

●疾患別リハの早期リハビリ加算を引き上げる。

現行	改定後
【早期リハビリテーション加算】 (1単位につき) 30点	【早期リハビリテーション加算】 (1単位につき) <u>45点</u>

●維持期のリハビリについて

介護サービスのリハを提供することが適切と考えられる患者に介護サービスの情報を提供することを要件として、月13単位までのリハビリの提供を継続する。

■回復期等における充実したリハビリの評価

●充実したリハビリを行う回復期リハ病棟の評価

(1) 回復期リハ病棟入院料1を算定する病棟における重症患者割合の基準を引き上げ、評価の引き上げを行う。

現行	改定後
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき) 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,690点	【回復期リハビリテーション病棟入院料】 (1日につき) 1 回復期リハビリテーション病棟入院料1 <u>1,720点</u>
【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)当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること (3)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 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 1,595点	【施設基準】 (1)回復期リハを要する状態の患者が8割以上 (2)回復期リハを要する患者に、1人1日2単位以上のリハが行われていること (3)当該病棟新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること (4)当該病棟退院患者のうち、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 2 回復期リハビリテーション病棟入院料2 <u>1,600点</u>
【施設基準】 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	【施設基準】 (1)回復期リハを要する状態の患者が8割以上 (2)回復期リハを要する患者に、1人1日2単位以上のリハが行われていること

(2) 土日を含めいつでもリハビリを提供できる体制をとる病棟の評価や、集中的にリハビリを行う病棟に対する評価を新設する。

休日リハビリテーション提供体制加算

(1日につき) 60点

リハビリテーション充実加算

(1日につき) 40点

【算定要件】

回復期リハを要する患者に1人1日6単位以上のリハビリが行われていること

(3) 発症から回復期リハ病棟入棟までの期間が一部定められているが、急性期病棟で1日6単位以上のリハが提供された日数は当該日数から除外して計算する。

●亜急性期病棟におけるリハビリの評価

(1) 亜急性期病棟において急性期後のリハビリを提供していることの評価を新設する。リハビリ提供体制加算を算定している患者は疾患別リハ料の算定日数上限の除外対象とする。

リハビリテーション提供体制加算

(1日につき) 50点

【算定要件】

リハビリを必要とする患者に週平均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ビリを必要とする患者を多く受け入れている場合や、他の急性期の入院医療を担う医療機関からの受け入れが多い場合には病床数の要件を緩和する。

現行	改定後
【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	【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、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。	【施設基準】 当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の1割以下であること。ただし、回復期リハビリテーション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1割以上である場合は3割以下であること(最大60床まで)。
2 亜急性期入院医療管理料2 2,050点	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床未満に限る。 (2)当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。	【施設基準】 (1)200床未満の保険医療機関に限る。 (2)当該病室の病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割以下であること。ただし、当該病室において急性期を経過した患者のうち、他の保険医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上である場合にあっては、5割以下であること。

■在宅医療を提供する医療機関の充実

●在宅移行早期加算の新設

在宅移行早期加算 (月1回) 100点

【算定要件】

(1) 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定していること。

(2) 入院医療から在宅医療に移行した後、在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料を算定し始めてから3月以内の患者であること。

(3) 患者1人につき3回に限る。また在宅医療に移行後1年以降は算定できない。

●複数医療機関の在宅療養指導管理料の評価

在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、当該在宅療養支援診療所等が実施しているものとは異なる在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料を算定できる。

●在宅療養支援病院の要件緩和

在宅療養支援病院の要件を変更、200床未満の病院の算定を可能にする。

■訪問診療の評価の充実

●往診料の評価を引き上げ720点とする。

※定期的又は計画的に対診を行った場合には往診料を算定できないことを明確化する。

●在宅ターミナルケア加算の要件緩和

在宅において手厚いターミナルケアが提供された場合は、24時間以内に在宅以外で死亡した場合にも、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

■患者のニーズに応じた訪問看護の推進

●末期の悪性腫瘍等の利用者に対し、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を3箇所までに拡大する。

●特別訪問看護指示期間中に限り、同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数を2箇所までに拡大する。

●安全管理体制の整備を要件とした上で、訪問看護管理療養費の評価を引き上げる。

【訪問看護管理療養費】

月の初日の場合	<u>7,300円</u>
月の2日目以降の訪問の場合	<u>2,950円</u>

■訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し

●ターミナルケアの後医療機関に搬送され、24時間以内に死亡した場合も評価する。(略)

■患者の状態に応じた訪問看護の充実

●重度の褥瘡のある者を重症者管理加算および在宅移行管理加算の対象に加える。

●末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して看護職員が同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行う場合の評価を新設する。(訪問看護療養費において、看護師等が、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士とする)

■入院時の総合的な評価に基づく介護との連携

●後期高齢者総合評価加算の名称から「後期高齢者」を削除するとともに、評価の内容に、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づけ、対象者を65歳以上の患者等に拡大する。

■後発医薬品の使用促進について

●医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価

後発医薬品使用体制加算 (入院初日) 30点

【算定要件】

投薬又は注射に係る薬剤料を包括外で算定している入院患者について、入院初日に限り所定点数に算入する。

【施設基準】

(1)薬剤部門において後発医薬品の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ院内の薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制を整えていること。

(2)後発医薬品の採用品目数の割合が全採用医薬品の20%以上であること。

(3)入院・外来を問わず後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨の院内掲示を行っていること。

●保険医療機関及び保険医療費担当規則等の改正

外来患者が、より後発医薬品を選択しやすいようにするため、保険医療機関及び保険医療費担当規則等において、以下のとおり規定する。

保険医は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たって、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

新係数は6つ。今回の置き換え割合は25%

DPCの2010年度改定内容 「救急医療評価」は当該医療費に基づく。残る5項目は今回等分に配分

2月12日の2010年度診療報酬改定答申によって、DPCに新たに導入される機能評価係数の内容が確定した。10年度に実施されるDPCにかかわる改定内容

と併せ、新年度のDPCについて整理してみた。(資料は答申および1月29日、2月5日の中医協総会で提示された文書からなる)

「地域医療指数」に脳卒中連携と病院群輪番制も

調整係数の段階的廃止と新機能評価係数の導入

1. 今回導入する新たな機能評価係数は以下の通り。

データ提出指数	・対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価。 ①データ提出の遅滞、②部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上、の場合に当該係数を減算する。 ③「データ提出の遅滞」についてはその翌々月に反映。当該評価を50%・1ヶ月の間減じる。 ④「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」は過去1年間のデータを反映。		
効率性指数	平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した平均在院日数の相対値により評価する。	指標から係数を設定する際には、各指標の平均±2SDを上限、下限とする。	過去1年間の実績等に基づき1年毎に設定(ただし、2010年度については、届け出や集計等に要する事務処理期間を踏まえて、実施時期を調整)
複雑性指数	対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における1入院当たり包括点数の相対値により評価する。		
カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価する。		
地域医療指数	(地域医療への貢献に係る評価) ①脳卒中地域連携(地域連携診療計画管理料またはB005-3 地域連携診療計画退院時指導料を算定している医療機関)、②がん地域連携(10年度改定で新設されるがん治療連携計画策定料またはがん治療連携指導料を算定している医療機関)、③地域がん登録への参画、④医療計画に定められている2次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設、若しくは救急救命センター、⑤DMAT(災害派遣医療チーム)指定、⑥へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている、⑦総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター、以上各項目の総ポイント数(0~7ポイント)で評価する。		
救急医療係数	(救急医療の入院初期診療に係る評価) 緊急入院において、初期治療及び確定診断を行うために要する費用に相当する係数を医療機関毎に設定。具体的には緊急入院患者と全入院患者の入院2日目までの包括範囲の費用の差額を、医療機関毎に診断群分類及び救急患者の数に応じて評価する。		

2. 新係数の置き換え割合と重みづけ

「救急医療の入院初期診療に係る評価」については、医療機関ごとに充当すべき具体的な配分額が算出できることから、これらの配分額に相当する係数を設定する。

これ以外の5項目の重みづけについては、各項目の評価特性がそれぞれ異なることから、今回の導入においては等分で配分する。

置き換え割合は、2010年度からの4改定で導入することを踏まえ、今回は25%とする。

3. 施行時期等

- 2010年4月から新たな機能評価係数による評価を実施する。
- 「地域医療への貢献に係る評価」につ

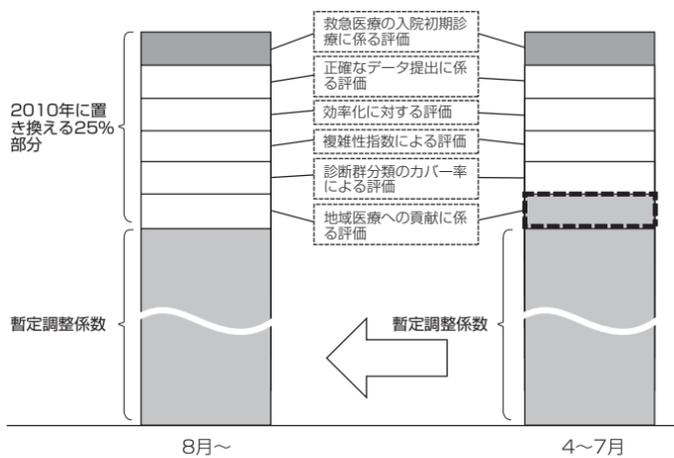
いては届け出が必要であるため、4月1日時点の状況を届け出ることとし、その結果に基づいて8月からの係数に反映させる。(次年度からは届出日を繰り上げて4月からの適用を見込む)

「正確なデータ提出に係る評価」における「部位不明・詳細不明のコード使用割合が40%以上」については、対象となるICD10コードの周知が必要であるため、11年4月からの評価に反映させる。

新たな機能評価係数の導入に対応する診療報酬については、置き換え割合に相当する報酬から、「救急医療の入院初期診療に係る評価」を差し引き、残りの項目の評価に割り当てる(10年度に関しては等分に割り当てる)。ただし、「地域医療への貢献に係る評価」が導入されるまでの間、この評価に相当する報酬分については、暫定調整係数部分に含めて評価する。(図1参照)

新係数のうち「診断群分類のカバー率」が一番病床規模の影響を受けやすいと指摘された。そこで影響の分布をみたが、総じて大きな変化はないことが判明した(この部分は事務局説明)。

■図1 「地域医療への貢献に係る評価」導入に係る経過措置



■新たな機能評価係数の試算(6項目、置き換え率25%)

25%					
病床規模	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
200床未満	390	0.0151	0.0308	0.0559	0.0063
200床以上400床未満	486	0.0222	0.0340	0.0547	0.0050
400床以上	323	0.0271	0.0402	0.0567	0.0055
特定機能病院	83	0.0327	0.0405	0.0519	0.0038
合計	1,282	0.0151	0.0350	0.0567	0.0067

DPC算定病床割合	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
100%	343	0.0151	0.0357	0.0547	0.0066
80%以上100%未満	548	0.0151	0.0363	0.0567	0.0063
60%以上80%未満	180	0.0151	0.0324	0.0559	0.0059
60%未満	120	0.0191	0.0306	0.0492	0.0065
合計	1,282	0.0151	0.0350	0.0567	0.0067

総合・がん専門・専門病院	度数	最小値	平均値	最大値	標準偏差
総合病院	1,123	0.0191	0.0355	0.0567	0.0065
専門病院	132	0.0151	0.0310	0.0526	0.0070
がん専門	27	0.0151	0.0328	0.0446	0.0068
合計	1,282	0.0151	0.0350	0.0567	0.0067

DPCに係る2010年度改定の内容

1. 診断群分類点数表の設定方法の見直し

診断群分類点数表は診療実態に合わせて分岐と点数設定の見直しを行う。

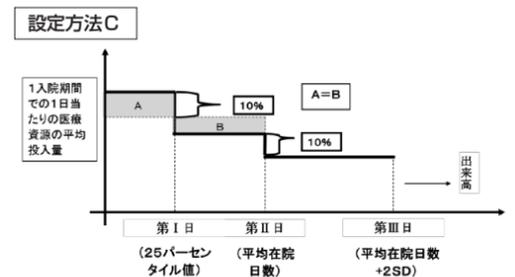
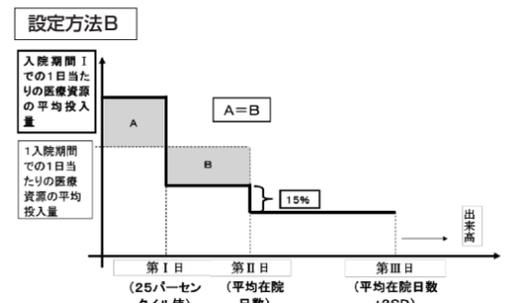
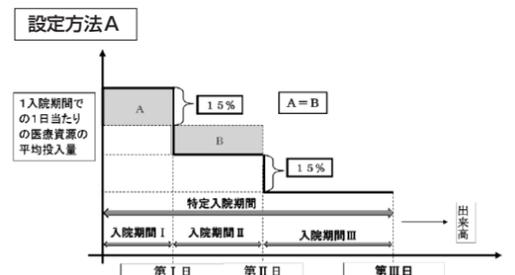
(1) 診断群分類の分岐については、さらなる精緻化を行う。

- ① 高額薬剤による分岐の追加
- ② 化学療法レジメによる分岐の追加
- ③ 副傷病による分岐の精緻化
- ④ 手術の有無による分岐の決定について、輸血管料を対象外に見直し

(2) 包括点数設定を実際の医療資源の投入量にあったものとするため、これまでの2種類の点数設定方法を、以下の基準に基づき3種類に変更する。

(基準) 「入院期間Iでの1日当たり包括範囲点数/1入院期間での1日当たり包括範囲点数」の平均及び標準偏差(SD)が

- ① 平均-1SDから平均+1SDの間の場合「設定A」とする(図参照)
- ② 平均+1SD以上の場合「設定B」
- ③ 平均-1SD以下の場合「設定C」



2. DPCにおける包括範囲の見直し

診断群分類点数表において包括評価されている以下の項目については、より適切な評価方法に見直す。

- (1) 以下のものは出来高評価とする。
 - ① 無菌製剤処置料
 - ② 術中迅速病理組織標本作製
 - ③ HIV感染症に使用する抗ウイルス薬(HIV感染症治療薬)
 - ④ 血友病等に使用する血液凝固因子製剤
 - ⑤ 慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流
- (2) 以下のものは機能評価係数での評価

とする。
検体検査管理加算

3. その他

- (1) 特別入院基本料を算定する場合の機能評価係数を設定する。
- (2) 医療法標準を満たさない場合は出来高にて算定する。
- (3) 診療報酬明細書の様式を見直し、現行では別ファイルで提出しているコーディングデータについて1ファイルで提出可能とすると共に、特定入院料等を算定している場合であってもコーディングの確認に必要な診療情報は入力を求める。

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

佐々英達名誉会長逝く

全日病の方向性を確立。その理念は今も継承

全日本病院協会の佐々英達名誉会長(さっさひでたつ=全日病前会長、特別医療法人社団時正会佐々総合病院前理事長)が2月3日午後2時15分に急性腎不全で亡くなった。

葬儀は福子夫人を喪主、佐々総合病院平塚秀雄名誉院長を葬儀委員長とし、病院葬として2月9日に田無山総持寺大日堂斎場で営まれ、医療ほか各界から1,000名が参列した。

医療界を代表して西澤寛俊全日病会長および河北博文東京都病院協会会長が弔辞を読み、哀悼をささげるとともに故人の人徳と業績を称えた。

佐々英達名誉会長は1939年(昭和14

年)3月に2代にわたって病院を経営する佐々家に生まれ、1959年に東京大学医学部に入学、1968年に東大医学部第一外科に入局した。学生時代は野球(捕手)にいそむ文武両道派であった。

父と同じ外科医を選び、1986年に佐々総合病院第3代院長に就いた佐々名誉会長は、1988年に医療法人社団時正会理事長に就任、1989年には232床の急性期総合病院へと育てた。

1908年(明治41年)に開業した佐々総合病院は2008年に創立100年を迎えたが、これを機に後進に道を譲ることを決意、昨年理事長職を退き、静養に努めていた。

全日病を大きく飛躍させた佐々名誉会長

佐々名誉会長は、1975年に全日本病院協会に入会、理事、常任理事に就くとともに、企画室委員会、医療制度・税制委員会ほかの委員長を歴任、1999年(平成11年)に、秀嶋宏元会長の勇退を受けて全日病第6代会長に就任した。

爾来2007年4月に第7代西澤寛俊会長に後継を託して名誉会長に退くまで、4期8年に及ぶ、初代小沢凱夫会長に続く長期在任を記録した。

その間、委員会に若手活動家を登用して活発な発言を引き出し、調査分析から提言を導くなど、会員病院の進路選択と経営改革に資するデータ・情報の提供に努め、現在の全日病の路線を定着させた。

後進を育て、新たな視点と活動力を得て視野の広い病院団体を育てるという佐々会長(当時)の思いは2000年以降3版を重ねた「病院のあり方に関する報告書」となって結実、病院医療の立場からわが国医療を俯瞰して発言する病院団体のあり方を提起した。

その中から、原価に基づく診療報酬あるいはケースミックスの導入といった提起がなされたほか、診療報酬にも部分的に導入された「地域一般病棟」が提案されるなど、「調査・分析・提言する」全日病の活動スタイルが定着した。

佐々会長(当時)は、病院団体の連携

と共同行動にも熱心に取り組んだ。

2000年5月に、日本病院会の中山耕作会長(当時)は、全日病、医法協、日精協の3団体からなる日本民間病院連絡協議会(民病協)へ加わりたいという申し出を佐々会長(当時)に行なった。

民病協には公的病院の比重が高い日病に対する違和感が強くあったが、病院団体の連携を強めるという理念から申し出を了承、日病と全日病の間に一時期あった不幸な関係を繰り返さないという確認を得た上で参加実現に尽力、四病院団体協議会(四病協)の結成(2000年7月)に踏み切った。

佐々会長(当時)は、さらに、日医推薦ながら全日病会長という肩書で中医協委員に任命され、2002年4月から2005年9月までの任期をまっとうしている。

在任中は医療経済実態調査の改善に努める一方、総会では診療報酬にケースミックスの考え方とエビデンス(データ)を導入することを訴えた。

会員数も1998年度末の2,020名から2006年度末の2,190名へと、佐々名誉会長の代に大きく増加した。組織と活動の活性化が会員数の増加につながったことは明らかであり、けだし佐々会長(当時)の優れた業績を証するものとして、後世に語りつがれよう。

全日病のアイデンティティを体現

2005年6月の代議員会で、佐々会長(当時)は、「当協会は、国民に安全で質の高い医療を、医療人が誇りと達成感をもって提供できるよう環境整備を行なうという基本理念を実現するために、各委員会を中心に活動を続けてきている」と述べた。

同じ挨拶で、「医療現場のデータ収集に努め、客観的な分析を行ない、医療提供体制について議論を重ね、その成果を内外に示してきた」(要旨)と全日病の活動を総括している。

また、折々の発言で、「会員病院に有用な情報を提供すること」を全日病



▲四病協会座談会で語る佐々会長(当時=04年12月)



▲弔辞を読む西澤寛俊会長

▶代議員会で挨拶する佐々会長(当時=06年3月)



の責務の1つとして強調している。

佐々会長(当時)は全日病のアイデンティティを分かりやすく表現することに長けており、①安全で質の高い医療を国民に提供する、②医療人が誇りと達成感をもって医療が提供できる環境を整える、そのためには、③データに基づいた提言を行なうことが必要であり、④それを会員病院に情報として提

供、それを、⑤委員会を中心にした活動として推進すると簡潔にまとめ、種々の挨拶等で強調した。

巨星は落ちた。だが、その軌跡と輝きは西澤執行部と各委員会に確実に引き継がれており、今やオピニオンリーダーの地位を占め、政府と医療界に影響力を行使する全日病として、新たな軌跡と輝きが生まれつつある。

西澤寛俊会長による弔辞(要旨)

先生は、昭和41年東京大学医学部をご卒業後、外科医師として都立墨東病院、東京大学医学部附属病院などの勤務を経て、昭和50年からは佐々総合病院の副院長として、さらに昭和61年から平成10年まで院長として、その後は平成21年9月までは理事長として、また、平成7年からは田無市医師会副会長として地元根付いた活動に努められ、地域住民の医療の確保と健康増進に多大な貢献をされてまいりました。

一方、全日本病院協会では、平成11年から8年間会長として活躍され、現在は名誉会長として、高所から御指導をいただいていたところです。

会長時代には「安全で質の高い医療を医療人が誇りと達成感をもって国民に提供できる環境整備を行う」という全日本病院協会の目的に向かって、優れた見識と卓越した指導力のもと、様々な活動を行い、日本の病院医療の質の向上に大きく寄与し、各界から高く評価されました。

まさしく、今日の全日本病院協会の礎を築いていただき、深く感謝しております。

また、厚生労働省医療審議会委員、中央社会保険医療協議会委員として、行政の様々な場面において民間病院の立場を主張され、今日の医療に大きな影響を与えてまいりました。

先生が、会長に就任されて以来、全日本病院協会は大きな飛躍を遂げてまいりましたが、それも、資性温厚円満にして信義に厚い徳の高い人格をお持ちの先生の指導のたまものと思っております。

先生を失いましたことは、会員はもちろん関係各界にとりまして、まさしく痛恨の極みであります。

先生の偉大なご功績とご遺徳を偲び心より哀悼の意を表し、ご冥福をお祈りするとともに、遺されました我々全日病会員は、先生の医療に対して捧げられました情熱とご遺志を受け継ぎ、協会の発展をお誓い申し上げてお別れの言葉といたします。

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