



# 全日病 NEWS 4/1

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.729 2010/4/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 20年先の医療ビジョンを模索

代議員会・定期総会「あり方報告書2010年版」を作成。各種制度改革への対応検討も盛り込む

第94回定期代議員会および第83回定期総会が3月27日に東京都内で開催され、2010年度事業計画案および同予算案をともに満場一致で承認した。(2010年度事業計画は次号に掲載)

冒頭挨拶で、西澤会長は09年度の政権交代と診療報酬改定を振り返る一方、12年度の診療報酬・介護報酬同時改定の前後に医療法あるいは介護保険法の改正が見込まれると指摘した。その上で、「我々には、2年先だけでなく10年、20年先を見据えたビジョンが求められている」と提起。10年度に著される「病院のあり方報告書」で「12年度とともに将来を見通した対応を検討」、その作業に全日病総研を活用する方針を明らかにした。

10年度事業計画には、「病院のあり方に関する報告書2010年版の作成」と「経産省委託・国際メディカルツーリズム事業の実施」が新たに盛り込まれたほか、広報活動の1つに「ITを利用した行政関連情報の会員への周知」が加えられた。

### ■西澤会長の冒頭挨拶(要旨)

平成22年度の改定率はプラス0.19%と、我々の期待したものは1桁違っていた。医科は4,800億円のプラスで

「ITを利用した行政関連情報の周知」とは、広報委員会(織田正道委員長)が準備してきたメーリングリストを活用した同報サービスで、行政情報を着信情報として迅速に会員の登録アドレスに送信する仕組みである。

また、12年度には各種の制度改革が予想されることから、①次期医療法改正、②医療法人制度改革、③地域医療計画に基づく連携体制のあり方、④地域における中小病院のあり方、⑤慢性期医療のあり方、を検討テーマに掲げている。

「全日病総研事業」の具体的な調査・研究テーマには、「病院のあり方に関する報告書の作成補助」とともに「ホスピタルフィーのあり方」と「全国の病院に関する資料・データの収集・蓄積」があげられている。

2010年度予算(一般会計)は、当期収入として09年度当初予算比1,800万円減の4億6,027万円、前期繰越収支差額を加えた収入合計として5億3,400万円を計上している。



あったが、救急、産科、小児科、外科を中心とした



入院医療に4,000億円、それ以外の入院に400億円、外来に400億円という枠がはめられ、大変やりにくい環境で改定に臨まざるを得なかった。

しかし、少しでも中小病院あるいは慢性期や精神科に配分してほしい、厚労省と粘り強く交渉、枠の縛りがある中で、ある程度バランスのとれた配分が実現できたのではないかと考えている。

では、この改定で医療崩壊が止まるのかと聞かれれば、否と答えざるを得ない。この程度の財源ではどうしようもない上、医療崩壊を止めるには、診療報酬だけでなく、医療制度改革など多様な問題すべてに対処していかなければならないからである。

わずかな引き上げではあったが、我々は、これを何らかの改善に結び

つけることによって、24年度もさらなるアップ改定にしていくことが可能となる。

24年度同時改定の前後には医療法あるいは介護保険法の改正もあるだろう。我々は、そうした情勢変化のすべてに、今から対応していかなければならない。22年度の事業計画には、そうした課題が織り込まれている。

だが、我々には、2年先だけでなく、さらに10年、20年先を見据えたビジョンが求められている。

わが協会は「病院のあり方報告書」の2010年版を予定している。この作業には、昨年設置した全日病総研を活用する方針である。

このように我々は、22年度に、24年度とともに将来を見通した対応を検討してまいりたい。

## 「法制化を視野に試行」と報告書

特定看護師の導入 実現への過程短縮化を志向。修士課程未了でも資格認定の可能性

「チーム医療の推進に関する検討会」は3月19日、看護師ができる診療補助行為の範囲を拡大する方向で明確化するとともに、医師の包括的指示の下で侵襲性の高い医行為ができる特定看護師(仮称)の導入に向けた試行に取り組むという内容の報告書をまとめた。

とりまとめは全委員の一致ではなく、報告書には「特定の医行為は特定看護師しか実施できないとした場合には医療現場が混乱するおそれがある」として、特定看護師の導入に強い懸念が表明された」と書き込まれた。

### 他職種補助行為も拡大。リハ専門職に喀痰吸引を提起

報告書は、2月18日検討会に提示された素案から看護師にかかわる論述を大きく削る一方、他職種における診療補助行為の範囲拡大と明確化に関する提起を詳細に書き込んだ。とくに、理学療法士等のリハ専門職種に関しては、療法上必要が認められる喀痰吸引の実施を認める方向が提起されている。

素案には「(特定看護師の)確保が困難な場合などやむを得ない事情がある場合には、特定看護師以外の看護師が(特定医行為を)実施することも可能となるよう考慮する」と例外を認める考え方が示されていたが、報告書では、特定医行為の範囲を検討する過程で特定看護師以外が実施できる「行為があるかどうか合わせて検証する」と、例外を認めるよりも、現時点で特定医行為とみなされている業務の診療補助行為化を図る考え方が打ち出されている。

また、特定看護師の資格化に関して、素案は「法制化すべきである」としていたが、とりまとめ案では「法制化を視野に入れた具体的な措置を講じるべき」と間接的な表現に変えた。ただし、事

務局(厚労省医政局医事課)は「法制化の方向が基本的に容認された」と受け止めている。

特定看護師になるには特定看護師の養成機関となる大学院修士課程の修了と臨床実習が必要となる。

同日の検討会で厚労省医政局杉野医事課長は、「特定看護師の誕生まで(来年度から2カ年の修士課程を終える必要から)最短で3年かかる」という見解を披露したが、検討会後、報道陣に対しては「最短3年」という考えを否定、何年かかるかという見解表明を控えた。

報告書には「修士課程修了の代わりに比較的短期間の研修等を要件とするなど、弾力的な取扱いとするよう配慮する必要がある」と書き込まれており、修士課程に入ってからの2年間が絶対的要件とはされていない。現在在籍中の学生でも、所定の研修を終えれば資格認定を認める余地を残しており、実現までの期間が3年より短くなる可能性がある。

3月26日の会合で「ナース・プラクティショナー(NP)」に関する「調査審議意

見」をまとめた構造改革特別区域推進本部評価・調査委員会の医療・福祉・労働部会は、「来年度から特定看護師による特定の医行為の実施を早急かつ幅広くに試行し、その結果を踏まえ、制度化

に向けた検討を進められたい」と厚労省に求めている。

厚労省は4月早々に準備委員会を設置、診療補助行為の実態調査とその明確化、修士課程のカリキュラムと養成校の要件、実施できる特定医行為の範囲等の詳細について検討を始める。併行して第三者機関について省内検討を始めるが、現時点で医療機能評価機構への委託には否定的であり、新たな機関設置を想定している。

### 参院選比例代表 安藤たかお氏が政策を発表

7月の参議院議員選挙(比例代表)に民主党から立候補が予定されている安藤たかお氏(全日病副会長)は、3月11日に安藤たかおサポーターズクラブで記者会見を開いて選挙に臨む政策を発表するとともに、「医療は社会保障そのものである」という立場から、国政の場で「医療改革」を目指す」と決意を表明した。

安藤たかお氏の民主党公認が決まった3月3日以降、全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本慢性期医療協会の4病院団体は安藤たかおサポーターズクラブ(会長・日野頌三医法協会会長)を開設したほか、各団体もそれぞれに支援体制を整えるなど、病院団体の態勢は急ピッチで整いつつある。

また、安藤たかお氏が理事長を務める医療法人社団永生会には激励やボランティアの申し込みが殺到するなど、民間病院を中心にした支援の輪も急速に広がっている。

そうした中、自身のホームページ



▲記者会見に臨む安藤たかお氏(中)と全日病西澤会長(左)

(<http://www.ando2.jp/index.html>)も開設されるなど、安藤たかお氏の周辺は大きな手応えと盛り上がりを感じている。

記者会見で、安藤たかお氏は、①医療崩壊を止めます、②医療と介護の質を向上させます、③安心・安全で質の高い医療を提供します、④国民皆保険を守ります、⑤安定的な医療機関の運営を目指しますと、自身が平素実現を求めてきた医療・介護に対する考えを5点に集約し、選挙に臨む政策として発表した。

全日病 2010年度診療報酬改定説明会 ※4面記事を参照

# ハイケアユニット入院医療管理料の届出要件を緩和

## 7対1・10対1 特別入院基本料には「看護職採用状況報告」が必須

「2010年度診療報酬改定説明会」講演要旨 3月18日 講師 厚生労働省保険局医療課 課長補佐 佐々木 健

今改定の重点課題である救急医療であるが、ICUに準じて、救急や術後の患者に集中した管理等を提供している病床を評価したハイケアユニット入院医療管理料についても、その手厚い配置を評価するという今改定の方針にしたがって点数を引き上げるとともに、その仕立て直しを行なった。

具体的には、施設基準から「救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行った医療機関」という要件を削除、平均在院日数も「17日以内」を「19日以内」へと緩和した。所定の体制を整え、診療録管理体制加算の届出を行なっていれば算定できるということであり、術後管理等でうまく活用していただきたい。

2次救急に関しては、今回、救急医療管理加算を600点から800点へ引き上げた。

新設した救急搬送患者地域連携紹介加算(500点=退院時1回)と救急搬送患者地域連携受入加算(1,000点=入院初日)は、3次もしくは2次の救急医療機関に緊急入院した患者が病状回復がよくて他院でも診れるというときに5日以内に他の医療機関に転院した場合に、紹介元と受入先とが算定できる。

急性期入院医療の評価としては、14日以内の期間に加算を設けるということで、一般病棟入院基本料のすべてを22点引き上げることになった。

さらに、10対1について、7対1と同様に患者の重症度・看護必要度の測定を行なっている場合は一般病棟看護必要度評価加算を算定できるようにした。

また、看護師不足から月平均夜勤時間72時間以内の要件のみ満たせないケースについては、特別入院基本料を算定するまでの激変緩和措置として入院基本料の80%の点数を算定するという7対1及び10対1特別入院基本料を新設した。

ただし、算定期間は3ヵ月間で1年以内は再び算定することができない。また、算定期間は毎月、どのくらい看護師補充に努めているかを明らかにする「看護職員採用活動状況報告」を出してもらう。夜勤看護の問題は、次の改定に向けて引き続き検討される。

一般病棟の長期入院患者については、後期高齢者に限定している要件点を改め、対象を全年齢に広げた特定入院基本料とした。ただし、入院料減額の対象となる特定患者に関しては、「退院支援状況報告書」を厚生局に提出すれば、それまでと同様の入院基本料が算定できるという措置を設けた。

7対1と10対1にも導入した看護補助者配置の評価は、急性期入院にかかわる評価として、重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1は15%以上、10対1は10%以上である必要があるなど、13対1や15対1とは違った概念にした。

新設の栄養サポートチーム加算については、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士のいずれか1人は専従かつ所定の研修を終えている必要がある。専任のスタッフに関しては、11年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることにより。

算定要件に「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」とあるが、「1日30人以内」というのは、現行の緩和ケア診療加算と同様である。

呼吸ケアチーム加算は、対象患者が人工呼吸器装着後の一般病棟の入院期

間が1ヵ月以内であることがポイントで、集中治療室に入っている患者は対象外である。チームを構成する医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士は、いずれも専任でよい。

今回、チーム医療としてこの2つがなぜ評価されたのか。中医協では、入院期間の短縮とか生命予後を向上させているといった文献レベルのエビデンスがあるものが議論の俎上にのぼる。医療現場では、今回のものに限らず、様々なチーム医療が取り組まれていると思う。できれば関係する学会等と連携するなど評価につながる具体的な根拠を確保し、次期改定に向けて準備していただきたい。

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価は、前回の3項目から8項目へ増えた。今までは負担軽減と処遇改善にかかわる計画の策定が求められたが、今改定では、計画を実行に移すために具体的な体制をとっていただくことを念頭においている。年度内に参考となる事例を示したい。

医師事務作業補助体制加算については、今までの配置の点数を引き上げるとともに新たに手厚い配置を評価する点数を設けた。施設基準も今までのランクのものを1つづつ上にあげて取りやすくしている。

ベッドとの対比で配置数を表示しているために「医師事務作業補助は外来では使えない」と誤解されている向きがあるようだ。通知でどのような業務に従事したらよいか示しているように、医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行なう限り配置場所は問わない。各科に均等配置するのではなく、とくに忙しい診療科に集中的に配置することもできる。

退院調整の評価としては、1つに、慢性期病棟等退院調整加算1の退院加算(140点)と慢性期病棟等退院調整加算2の退院加算(100点)がある。専従と専任の看護師・社会福祉士がいる場合が140点で、専従1名の場合は100点となる。つまり、専任が1人多く配置されるかの違いである。

急性期病棟における退院調整については、後期高齢者退院調整加算の名称を変更して急性期病棟等退院調整加算とした。介護保険サービスとの連携を念頭に置いているために、対象は65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者としている。同加算の1は140点、2は100点である。140点と100点との違いは慢性期病棟の場合と同じである。

地域連携パスは大腿骨頸部骨折、脳卒中に関する地域連携診療計画を共有する入院医療機関を対象としてきたが、今回、病病連携の2段階に加え、在宅につなげる3段階目も加えた評価とした。すなわち、亜急性期・回復期の病院を退院した後に通院医療や在宅医療を担う病院・診療所、さらに、リハビリテーション等の医療系サービスを担う介護サービス事業所までも含めた連携までも評価するというものである。

通院医療や在宅医療を担う200床未満の病院と診療所は地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)を算定でき、送り手となる亜急性期・回復期の病院は、受け入れ先が介護サービス事業所の場合も含めて、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)に地域連携診療計画退院計画加算を加算することができる。

介護保険サービスとの連携は次期改定に向けて大きな課題になっているが、今回は、その第一歩として介護支援連携指導料を新設。ケアマネージャーが病院を訪れてスタッフと退院後の介護サービス等について共同して指導を行なった場合に算定できるとした。これは当然ながら入院先の医療機関が算定するが、退院時共同指導料との併算定はできない。

がん治療に関しては、がん診療連携拠点病院等と地域連携診療計画を共有する連携医療機関が、拠点病院が作成した治療計画にもとづいて外来・在宅

### 「同一建物」の2人以上訪問は全て訪問診療料2を算定

居住系施設等訪問診療料については「同一世帯」の取り扱いを変えていないが、今まで「同一世帯」以外は「居住系施設」と「高齢者円滑入居賃貸住宅、マンション等」に分けていたところ、今回は、「同一建物」の場合には施設類型に関係なく、1人のみ訪問の場合は訪問診療料1を、2人以上訪問の場合はすべて訪問診療料2を算定することにした。

入院中の患者にかかわる対診と他医療機関受診の取扱いであるが、これまで取り扱いが明確ではなかったDPC対象病院に対する対診について、包括部分はDPC対象病院から対診元に合議で支払うこととした。それ以外はこれまでと変わらない。

他医療機関への外来受診については、出来高病棟に入院する患者とDPC対象病院に入院する患者のケースを明確にした。出来高病棟の場合は入院基本料の30%を控除した点数を算定、医学管理や在宅等は受診先の他医療機関が算定する。特定入院料等の算定病棟はこれまでと変わらないが、DPC対象病院の場合には、包括外を含めてすべてDPC対象病院から受診先医療機関に合議で支払うこととした。受診先医療機関は医学管理や在宅等を算定することはできない。なお、資源投入量の多寡によっては診断群分類が変更される場合がある。

医療安全対策加算に関しては、専従の場合(医療安全対策加算1)の点数を引き上げるとともに専任という要件の点数(医療安全対策加算2)を新設した。やっという内容は変わらない。

今改定では療養病棟入院基本料の再編成を行なった。まず、看護要員の配置によって入院基本料を20対1(医療区分2・3が8割以上)と25対1に分けた。その上で、日々の患者の状態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に追加。さらに、急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養、自宅等からの転入院患者を受け入れた場合に14日まで算定できる救急・在宅等支援療養病床所期加算を創設した。

リハビリテーションも大きな見直しを図った。脳血管疾患等リハビリについては廃用症候群に対するリハビリの評価を外出しにするとともに、廃用症候群以外の場合のリハビリについては(Ⅰ)(Ⅱ)の評価を引き上げた。

運動器リハビリに関しては、入院中の患

### 救急・在宅等支援療養病床初期加算 非併設なら特別関係の介護保険施設からの受入も算定可

#### 会場からの質問に対する回答

Q 一般病棟入院基本料を算定している患者について他の医療機関に往診を求めた場合、入院医療機関は減算を行



医療を提供する患者の情報を拠点病院に提供した場合に算定するがん治療連携指導料が新設された。

者に急性期のリハを個別に20分以上提供した場合に算定する運動器リハビリテーション料(Ⅰ)を新設。心大血管疾患リハでは、「常時勤務」とされていた医師を「心臓血管疾患リハを実施している時間帯には常時勤務」とし、施設基準を緩和した。

回復期リハ病棟入院料は点数を引き上げるとともに、回復期リハを要する患者に1人1日2単位以上のリハが提供されていることを施設基準とした。また、回復期リハ病棟入院料1を算定する病棟については重症患者の割合を15%から20%へ引き上げた。

新設の休日リハビリテーション提供体制加算は、土日を含め週7日間、いつでもリハを提供できる病棟を評価するものであり、体制をとっていれば毎日算定することができる。

さらに、回復期リハを要する患者に1人1日6単位以上のリハが提供されている病棟に対する評価としてリハビリテーション充実加算を新設した。「1人1日6単位」とは平均のことである。

亜急性期病棟についても急性期後のリハを提供していることを評価することとし、新たにリハビリテーション提供体制加算を設けた。週平均16単位以上の疾患別リハの提供が要件である。この加算を算定している患者は、疾患別リハビリテーション料の算定日数上限の除外対象者となる

リハビリテーション提供体制加算を設けたのは、合併症を有するリハが必要な患者を亜急性期病棟にも引き受けたいからでもあるが、そうした患者や他の急性期入院医療機関からの受け入れが多い亜急性期病棟については病床数の要件を緩和した。

具体的には、亜急性期入院医療管理料1を算定する病床は、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1割以上であれば一般病床数の3割(最大60床)まで認められ、亜急性期入院医療管理料2を算定する病床は、急性期を経過した患者のうち他医療機関から転院してきた患者の割合が1割以上であれば一般病床数の5割まで認められる。

在宅医療においては、在宅療養支援病院の対象を、半径4km以内に診療所が存在しない地域の病院または200床未満の病院というように広げた。

なうことになるのか。

A 今改定において、出来高病棟に入院する患者にかかわる対診の取扱いは変

全日病 2010年度診療報酬改定説明会 ※4面記事を参照

# 医師事務作業補助は外来も可。診療科で傾斜配置できる

## 栄養Sチーム加算の専任スタッフは10年度末までの研修修了見込みで届出可

更が生じていない。従来と同様、入院医療機関について減算されることはない。

**Q** 対診については通知に「当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限り」とされているが、標榜する診療科に関係なく、医師の判断で対診を求めることはできるのか。

**A** その通り。

**Q** 看護夜勤の72時間規定に関して、「1割以内の変動」で満たさない場合には、最長何ヵ月後に7対1、10対1の特別入院基本料の届出を行ない、何ヵ月後に届出後の点数を算定することになるのか。

**A** 「1割以内の変動」で満たさない場合は5ヵ月後に特別入院基本料の届出を行ない、6ヵ月後から特別入院基本料の点数を算定することになる。

**Q** 救急・在宅等支援療養病床初期加算は同一法人の診療所からの受け入れも算定可能か。

**A** 診療所から入院した患者については算定できない。

**Q** 療養病棟に併設されている介護保険施設から受け入れた場合には救急・在宅等支援療養病床初期加算は算定できないとされているが、併設されていない場合は、特別な関係にある介護保険施設からの受け入れについては算定できるのか。

**A** 算定できる。

**Q** 併設されている介護保険施設から併設一般病棟を経て転棟してきた患者について救急・在宅等支援療養病床初期加算は算定可能か。

**A** 同一医療機関内において一般病棟

から療養病棟に転棟してきた場合は、その他の要件を満たしていれば1回に限り算定できる。

**Q** 療養病棟については褥瘡または尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を医療区分・ADL区分に係る評価票に記載することになっているが、治療・ケアの内容の評価表にまとめ、病棟ごとに備え付ける必要はないのか。

**A** 治療・ケアの内容の評価表は今改定で廃止された。ただし、ADL区分3の患者に褥瘡等が発生した場合は、治療・ケアの確認リストを用いて現在の治療・ケアの内容の確認をするなど新たな要件を設けているので、施設基準通知等を参照されたい。

**Q** すべてが研修未実施の専従職員の場合に、6ヵ月後に研修を修了する見込みがある場合には医師事務作業補助体制加算の届出は可能か。

**A** 従来から可能である。

**Q** 急性期看護補助体制加算については、通知に「傾斜配置できる」とあるが、夜間や昼日等の配置がなくとも人員基準を満たせば算定は可能か。

**A** 可能である。

**Q** 急性期看護補助体制加算については重症度・看護必要度を算定する必要があるが、特定入院料を算定する患者は除外してよいか。

**A** 除外してよい。

**Q** 救急医療管理加算を算定した患者はすべて年間緊急入院患者数のカウントの対象となると理解してよいか。これは医師事務作業補助体制加算においても同様と考えてよいか。

**A** その通り。

**Q** 栄養サポートチーム加算については、チームを構成する医師が10時間以上、他職種は40時間以上の研修を修了しなければならないとされているが、専従者が当該研修を修了した後でなければ届出はできないのか。

**A** 専従者については研修を修了することが届出の要件である。

**Q** 退院調整加算にかかる専従の者とは他の退院調整加算の専従の者と兼ねることは可能か。

**A** 可能である。

**Q** 急性期病棟、慢性期病棟および新生児特定集中治療室の退院調整加算にかかる社会福祉士については、08年7月10日の退院調整加算に関する疑義解釋と同様、5年以上の経験を有する者については当該要件を満たすと考えてよいか。

**A** 10年3月31日に退院調整に関する5

### 介護支援連携指導料 非併設なら同一法人のケアマネも算定可

**Q** 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟において、人工腎臓等にかかわる処置点数は算定可能か。

**A** 人工腎臓は回復期リハビリテーション病棟入院料の包括範囲に含まれているため、算定できない。一方、亜急性期病棟において人工腎臓は出来高で算定評価されている。合併症をもつ患者は、基本的には亜急性期病棟で受け入れるというのが、今改定で示された診療報酬の方向性である。

**Q** 休日リハビリテーション提供体制加算にかかわる理学療法士または作業療法士は、年末年始を含む365日配置しなければならないのか。

**A** その通り。

**Q** 休日リハビリテーション提供体制加算は休日以外にも算定は可能か。

**A** 所定の体制をとっていれば毎日算定できる。

**Q** リハビリテーション充実加算は「1人1日当たり平均6単位以上」が要件とされたが、患者ごとに6単位提供しなければならないのか。

**A** 1日あたりのリハビリテーションは1人平均が6単位以上であればよい。これは、回復期リハビリテーション病棟入院料の「1人1日あたり2単位以上」についても同様である。

**Q** 介護支援連携指導料は併設する居宅介護支援事業者が実施した場合でも患者の選択であれば算定可能とあるが、同一法人内でも同様の取り扱いと解釈してよいか。

**A** その通り。

**Q** 介護支援連携指導料については、通知に「当該医療機関に併設する介護

年以上の経験を有する者として従事している者に限り、当分の間、加算野要件に必要な社会福祉士として認めて差し支えない。

**Q** 救急搬送患者地域連携受入加算に関しては、入院5日以内の転院患者を受け入れた場合、救急医療管理加算は引き続き7日間を限度に算定可能か。

**A** 算定できない。

### 介護支援連携指導料 非併設なら同一法人のケアマネも算定可

保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合は算定できない」とあるが、併設されていない場合は特別な関係にある介護保険施設等の介護支援専門員であっても算定は可能か。

**A** 可能である。

**Q** 同一建物に居住する同一世帯を構成する複数の患者を訪問したときには、1人目は訪問診療料1を算定するのか。

**A** 従来通りに1人目は訪問診療料1を、2人目以降は初・再診料等を算定する。

**Q** がん性疼痛緩和指導管理料にかかる施設基準の医師には研修に関する経過措置が設けられているが、がん患者カウンセリング料の施設基準における医師については経過措置はないのか。

**A** がん患者カウンセリング料は新設項目であり、経過措置は設けていない。

**Q** 退院時薬剤情報管理指導料は、入院中に薬剤管理指導を実施していない場合にのみ算定可能なのか。

**A** 退院時薬剤情報管理指導料は入院時に当該患者の薬剤服用歴や持参薬を確認するとともに、入院中に使用した薬剤等を手帳に記載し、退院時に薬剤服用等に関する指導を行った場合に算定するものであり、別途、薬剤管理指導を実施していても算定可能である。

**Q** 検体管理加算(Ⅲ)以上については、一部でも検査器具や試薬等が受託業者から提供されている場合には届出はできないのか。

**A** 届出はできない。

**Q** DPC算定除外の患者について後発医薬品使用体制加算は算定可能か。

**A** DPC算定病棟に入院する患者は出来高であっても算定できない。

### ■居住系施設等の訪問診療料(改定後)

訪問診療料1(下記以外)	830点
訪問診療料2(同一建物の複数患者)	200点
I. 同一世帯の場合	
1人のみ訪問	1人目 訪問診療料1 2人目以降 初・再診料等
2人以上の訪問	1人目 訪問診療料1 2人目以降 初・再診料等
II. 施設類型に関係なく同一建物の場合	
1人のみ訪問	1人目 訪問診療料1 2人目以降 訪問診療料2
2人以上の訪問	1人目 訪問診療料2 2人目以降 訪問診療料2

### ■疾患別リハの点数と人員配置(改定後)

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
P T / O T 等	10名	(I)245点 (235点*)		
	4名	(II)200点 (190点*)	新(I) 175点*	
	2名	(I)200点	新(II) 165点	(I)170点
	1名		新(III) 80点	(II) 80点
	常勤でない 従事者1名	(II)100点		
算定日数上限	150日	180日	150日	90日

\*雇用症候群の患者に行った場合 \*入院中の患者に限る

### 特養職員の医行為に「違法性阻却」を認める

厚労省の「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」は3月25日、特養に配置された介護職員が行なう口腔内の痰吸引(咽頭の手前まで)と胃ろうにもとづく経管栄養を

「違法性が阻却される行為」とみなす報告書を大筋で了承した。介護職員による前出行為は、一定の研修を受けること、医師の指示の下で看護師と連携しながら実施することが前提。経管栄養についてはチューブ接続な

どは看護職員が行なうほか、施設内に委員会を設置、記録やマニュアルなどの体制整備、本人の同意を文面で得ることなどが条件とされている。

報告書を受け、医政局は近々、介護職員の前出行為を認める医師法と保助看法の解釈通知を发出する。

## 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

# 回復期リハ病棟「休日リハ提供体制加算」は毎日算定できる

## 2010年度診療報酬改定説明会 「リハを要する合併症患者は基本的に亜急性期病棟で受け入れる」

全日病は3月18日に東京都内で「2010年度診療報酬改定説明会」を開催、厚生労働省保険局医療課佐々木健課長補佐が今改定のポイントを説明するとともに、質問に答えた。説明会には首都圏の会員病院から約1,000名が参加した。(2・3面に講演要旨を掲載)

質問に答える中で、佐々木課長補佐は、夜勤72時間規定にかかわる7対1および10対1特別入院基本料に関して、「1割以内の変動で満たさない場合は5ヵ月後に特別入院基本料の届出を行ない6ヵ月後から特別入院基本料の点数を算定することになる」と説明。従来の届出猶予期間と併せると特別入院基本料の

算定は6ヵ月後からの3ヵ月間になることをあらためて明らかにした。

また、亜急性期入院医療管理料に新設されたリハビリテーション提供体制加算の1つの目的として「合併症を有するリハが必要な患者を亜急性期病棟にも引き受けていただく」ことをあげ、したがって、「そうした患者や他の急性期入院医療機関からの受け入れが多い亜急性期病棟は病床数の要件を緩和した」と説明。「合併症をもつ患者は、基本的には亜急性期病棟で受け入れるというのが、今改定で示された診療報酬の方向性である」と指摘した。

今改定で回復期リハ病棟入院料に導入した「休日リハビリテーション提供体制加算」については、要件を満たす「土日を含め週7日間いつでもリハを提供できる」体制をとっていれば毎日算定できると言明。「いつでも」とは、年末年始を含む365日の体制であると強調した。

さらに、チーム医療の加算について説明する中で、「今回、チーム医療としてこの2つがなぜ評価されたのか」と提起。「中医協では、入院期間の短縮とか生命予後を向上させているといった文献レベルのエビデンスがあるものが議論の

組上にはのぼる」と、根拠のある改定要求が採用される必須条件であることを示した上で、「医療現場では、今回のものに限らず、様々なチーム医療が取り組まれていると思う。できれば関係する学会等と連携するなど評価につながる具体的な根拠を確保し、次期改定に向けて準備していただきたい」と求めた。



### 2010年度改定疑義解釈資料

## 7対1・10対1特別入院基本料の届出手続について説明

厚生労働省保険局医療課は3月29日付事務連絡で2010年度診療報酬改定に関する疑義解釈資料(その1)を送付、疑義

照会に対する回答を明らかにした。その中で、夜勤月平均72時間を満たせずに7対1または10対1特別入院基本

料を算定する場合に、1割以内の超過で3ヵ月の届出猶予に続く4ヵ月目も満たせない場合および1割以上の超過のケ

ースを取り上げ、その後要件を満たす実績に復した場合を含め、届出の変更をめぐる解釈を、図式を用いてあらためて明らかにした。

疑義解釈(その1)は、医科についてDPCを含む285点の質問に答えている。

### 3月29日付事務連絡「疑義解釈資料の送付(その1)」別添1 (医科診療報酬点数表関係「入院基本料」から抜粋)

**Q12** 月平均夜勤時間数が72時間の1割を超過した場合は、いつから7対1特別入院基本料等を算定するのか。

**A** 72時間の1割を超過した場合には、翌月に届出を行い、翌々月より新たな入院基本料を算定する。つまり、3月に1割を超過した場合には4月に届出を行い、5月より7対1特別入院基本料等を算定する。

**Q13** 7対1特別入院基本料等を3ヵ月算定後、新たな届出はどのようにすればよいのか。

**A** 7対1特別入院基本料等を3ヵ月算定後の翌月1日に必ず届出を行うこと。

**Q15** 7対1特別入院基本料等の算定に当たり「看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月提出すること」とあるが、具体的にどのようなものを提出すればよいのか。

**A** 特に様式は定めていない。

**Q35** 例えば、月平均夜勤時間数が、7月は72時間であったが、8～10月の3ヵ月間の毎月の実績が79時間(1割以内)であり、さらに11月の実績も79時間であった場合、どのように届出の変更を行えばよいのか。

**A** 従来通りである。具体的には、12月中に変更の届出を行い、1月より新たな入院基本料を算定する。ただし、

月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、12月の実績が要件を満たしていれば、1月の初日に変更の届出を再度行い、1月より新たな入院基本料を算定する。(別紙1)

**Q36** 例えば、月平均夜勤時間数が7月は72時間であったが、8月の実績が80時間(1割超)であった場合、届出の変更は具体的にどのようにすればよいのか。

**A** 従来通りである。具体的には、9月中に変更の届出を行い、10月より新たな入院基本料を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定することになるため、その後、9月の実績が要件を満たしていれば、10月の初日に変更の届出を再度行い、10月より新たな入院基本料を算定する。(別紙2)

**Q39** 急性期看護補助体制加算について、看護職員による勤務時間の一部を看護補助加算の勤務時間とみなしている場合、看護職員(みなし看護補助者)にも院内研修は必要か。

**A** 看護職員であれば院内研修は不要である。

**Q40** 急性期看護補助体制加算の要件である院内研修は院外の業者が行って

いる研修を受講することでもよい。また、院内で行う場合も派遣元の業者に委託しても構わないか。

**A** 院内での研修を要件としており、外部への研修を受講では要件を満たさない。また、通知で示したア～カまでの基礎知識を習得できる内容の一部を当該医療機関の職員と共に派遣元の業者等が行ってもよいが、医療機関の実情に合わせた実務的な研修を行うこと。

**Q41** 看護補助者が、急性期看護補助体制加算の算定要件である院内研修の受講時間を勤務時間として計上することはできるか。

**A** できない。勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、休憩時間以外の病棟で勤務しない時間は算入できない。

**Q43** 急性期看護補助体制加算について、入退院を繰り返す場合でも、入院日から各14日間の算定はできるか。

**A** 当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

**Q44** 急性期看護補助体制加算を算定

している保険医療機関において、看護必要度の測定・評価により重症者の割合が10%又は15%を満たさない月が出た場合、直ちに届出の変更を行う必要があるのか。

**A** 従来どおり、該当患者の割合については、暦月で3ヵ月を超えない期間の1割以内の一時的な変動であれば、届出の変更は不要である。また、1割を超えた場合には翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。

**Q47** 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者が外来等を兼務できるか。例えば、午前3時間を加算に係る病棟で勤務し、午後3時間を外来で勤務した場合はどのようにすればよいのか。

**A** 兼務できる。この例の場合は、午前に病棟で勤務した3時間を勤務時間として計上し、時間割比例計算により常勤換算とする。

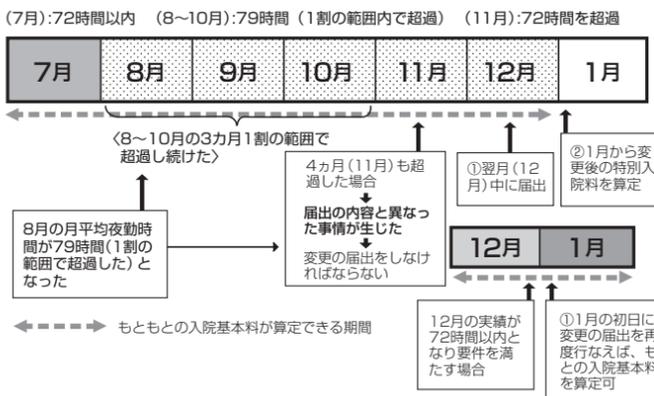
**Q48** 急性期看護補助体制加算及び看護補助加算にかかる看護補助者の勤務時間として、有給休暇や残業時間を算入することができるか。

**A** 従来どおり、看護要員の勤務時間として計上できるのは、当該病棟で勤務する実働時間数であり、有給休暇や残業時間は算入できない。

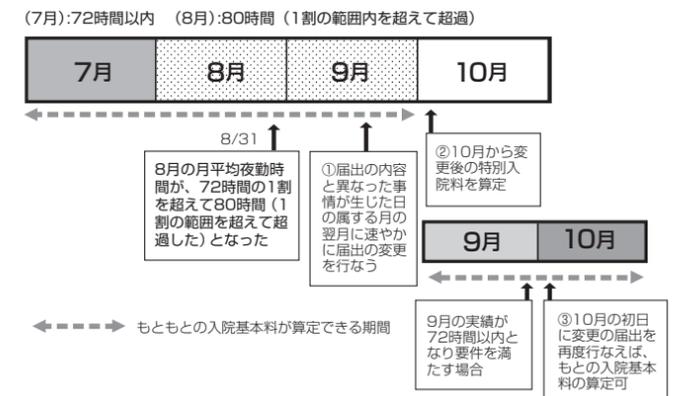
**Q49** 看護補助加算の施設基準告示が変更になり、実質配置の表記になったが、届出区分の変更をしない場合であっても4月に新たに届け出を行う必要があるか。

**A** 届出区分の変更を行わない場合には新たな届出は不要である。ただし、新規や変更の際には所定の様式を用いて届出を行う必要がある。届出を行わない場合でも、当該保険医療機関において入院基本料と同様に基準を満たしているかどうかを毎月確認する必要がある。

#### 別紙1 届出受理後の措置のイメージ図



#### 別紙2 届出の内容と異なった事情が生じた場合の届出事務のイメージ図



## 若手経営者ネットワーク 全日病 50名が参加。活動へ結集を呼びかける

全日病主催の「若手経営者、経営者候補のネットワークの会」が3月27日に



本部会場で開かれ、全国の会員病院から30～40歳代の会員および会員ジュニア50人が参加した。初会合には西澤会長とともに猪口、安藤、神野各副会長も参加、参加者との交流を楽しんだ。

全日病学会で開催されてきた「ヤング・フォーラム」の次世代メンバーを発掘することが会の目的。執行部は、若手の登用を重視する考えから全日病の

重要事業に位置づけ、今後、会員病院の二世経営者や経営予備軍に積極的に

情報交換と勉強の機会を提供、委員会などへの参加も呼びかける方針だ。

## 死因調査を継続。中立機関へ実績造りを進める

3月24日の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」運営委員会は提言をまとめ、2009年度で終える同事業を、日本医学会などが設立する一般社団「日本医療安全調査機構」に継承する方針を決めた。

提言は、病院から要請があった場合に限ってきた死因究明を、医師法21条

にもとづいて届け出る事例にまで拡げるよう、厚労省に警察庁、法務省との調整を求めている。

また、「日本医療安全調査機構」のモデル事業で実績を重ね、2年をめどに医療事故を調査する第三者機関の制度化に向けた実績づくりを進めるとしている。