



全日病 NEWS 3/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.820 2014/3/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

14年度改定の告示通知

地域包括ケア病棟入院料 看護職員配置加算で看護職員は10対1相当に

看護職員配置加算 看護師がみなし看護補助者に7対1からの移行を促す

厚生労働省は2014年度診療報酬改定の告示を3月5日の官報に掲載、同日付で、改定項目の施設基準や算定の留意事項を通知した。同省は同日開催した都道府県や地方厚生局の担当者向け改定説明会で、それらを公表した。

消費税対応分を除くと-1.26%となる今改定は、7対1に関して、①特定除外制度の廃止、②重症度・看護必要度の再編、③在宅復帰要件の導入、④短期滞在手術の改編と大ナタが振るわれ、別病床への誘導が図られた。

3月12日に開かれた全日病の改定説明会で、厚生労働省保険局医療課の一戸課長補佐は「今改定は病床の機能分化と連携にしぼって行なわれた」と振り返った。

主要な16項目が10月1日から施行されるため、各病院は半年の間に新たな病棟政策の選択が求められる。それだけに、届出が必要な項目の見逃しがしがあり得る。厚生労働省は「くれぐれも届出の見落としがないよう注意してほしい」と注意を促している。(2・3面に通知の抜粋を掲載。4面に関連記事)

9月末で特定除外制度が廃止される7対1と10対1で療養病棟の支払いを選ぶ病棟には、この3月31日の入院患者は医療区分3とみなす措置がとられる。さらに、療養病棟の支払いに移行するうちの1病棟の2室4床は、15年9月30日までの1年間は出来高に変えることができるという特例処置が図られる。

重症度・看護必要度については名称と項目の見直しが行なわれたが、7対1要件の15%という割合は据え置かれた。この見直しにともない、激変緩和として、10対1の急性期看護補助体制加算および13対1の看護補助加算1の施設要件である新看護必要度の割合は10%から5%に下げられた。ただし、10対1における看護必要度加算の基準(1=15%、2=10%)は据え置かれ、半年間の経過措置が設けられた。

短期滞在手術等基本料の「3」は対象を21に増やして、入院5日目までの全包括とした上で、5日目までの退院は平均在院日数の計算から除外される。これまでは包括と出来高の選択制であったが、21の検査・手術は必ずこの点

数を算定することになる。

1入院払いということで点数の水準はかなり高いと厚生労働省は説明する。ただし、特別入院基本料や72時間の減算を算定している病院は「3」は算定できず、出来高となる。

入院が長引いた場合、6日目からは出来高で算定、かつ、入院日から平均在院日数に算入することができる。これはDPCの病院も同様で、短期滞在手術等基本料の対象手術はDPCから除かれた。

新たに要件とされたデータ提出加算だが、7対1でもとっていない病院が少なくない。そこで1年間の経過措置を設けるとともに、これまで年1回だった届出を5月、8月、11月、2月(各月20日)と4回に増やす。しかし、いったん届出た上で2ヵ月間の試行データを出して医療課の確認を得てから正式な届出となるため、15年4月に間に合わせるためには11月20日が届出の期限となる。

7対1の在宅復帰率は分母と分子から転棟の患者が除かれた。退院先は、自宅と居住系施設以外は在宅復帰のアウトカム評価を課せられた施設である。

療養病棟 在宅復帰強化加算で7対1の受皿機能が鮮明に

地域包括ケア病棟は看護配置の基本が13対1で、専従のリハスタッフを1人以上、専任の在宅復帰支援担当者を1人以上配置しなければならない。看護配置に関しては、特定入院料ながら看護職員の配置加算(150点)と看護補助者配置加算(150点)が設けられた。

基本的には急性期的要素と高齢患者への対応を想定したものと思われるが、都道府県向け説明会で、一戸補佐は、この点をこう説明した。

「看護職員の配置加算をとるためには、病棟全体の看護配置が10対1相当でないといけない。さらに、看護補助

医政関係主管課長会議 新基金の留意事項を提示

厚生労働省は3月3日に医政関係主管課長会議を開き、2014年度予算案に盛り込んだ同省医政局所管事業や、今国会中の医療法改正で創設する病床機能

報告制度などを都道府県の医政担当者に説明。

その中で、梶尾雅宏指導課長は、消費税増税分を投入する財政支援制度にもとづく新基金制度の留意事項等を明らかにした(別掲)。

また、①医療法人の移行に関する意



▲都道府県向けの診療報酬改定説明会が3月5日に開催された

者を加えて7対1相当まで上げると看護補助者配置加算もとれるという構図になっている。これらは別々にもとれるのだが、考え方としてそういう形になっている」

地域包括ケア病棟入院料の看護職員配置加算は50対1、看護補助者配置加算は25対1である。したがって、看護職員は10対1相当に、看護要員は7対1相当まで積みあがる。このそれぞれに「曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置」が認められる。

その上で、施設基準は「平成27年3月31日までは、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割未満をみなし看護補助者とすることができる」としている。

一戸補佐は全日病の改定説明会でもこの問題に言及し、「この看護補助加算は本来はみなしは認めない。しかし、1年間は半数はみなしとしてよいとした。7対1からの移行をしやすくするためにだ」と説明した。

70%とされた地域包括ケア病棟入院料の在宅復帰率要件の計算式は、分子に、在宅復帰強化加算をとる療養病棟への転棟が加えられた。

一方、包括化されたりハは、リハを必要とする患者には「1日平均2単位以上」求められるが、リハは全員に提供しなければならないわけではない。また、リハのスタッフは疾患別リハ等を担当する専従者との兼務はできない。包括であるため、当該スタッフが提供した疾患別リハ等を疾患別リハビリ料として算定することもできない。

療養病棟については、慢性維持透析管理加算(1日100点)の新設、超重症児

(者)・準超重症児(者)加算対象の15歳を超えて障害を受けた者への拡大など、長期療養としての受皿機能の拡充が図られた。

慢性維持透析管理加算は透析を毎日受けなくても算定できる。また、超重症児(者)等に関しては、1年の経過措置後の15年4月1日以降、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定する患者を除いて算定日数を90日までとし、一般病棟からの移行を促す。

療養病棟入院基本料1に新設された在宅復帰強化加算は、①1ヵ月以上の入院患者で1ヵ月以上の在宅生活を送る患者の割合が50%、②病床回転率が10%以上というのが要件。病床回転率の10%は平均在院日数に換算すると304日に該当する。

療養病棟は、長期患者の受け入れ環境が診療報酬の面からも整備されるわけだが、とくに、在宅復帰強化加算の届出は、7対1病棟に対する強いアピールとなる。

このほか、同一建物の場合の訪問診療料(在総管、特医総管)の半額化(同一建物以外の場合の評価の1/4化)に関しては、末期の悪性腫瘍患者が対象外とされたものの、「真面目に取り組んできた医師が撤退しないか」との懸念も出ている。

これに対して、都道府県向けの説明会で宇都宮医療課長は、「医師確保については医師会にもお願いし、そういう事態が発生した場合には、直ちに相談させていただき、医師会などから紹介していただくようにしたい」と想定していることを明らかにした。

識調査を15年度に実施する、②認定基準を下回った社会医療法人への対応に関する通知を検討している、③非営利ホールディングカンパニーの実態調査を行なう、④四病協が医療法人会計基準を策定した、ことなどを明らかにした。(4面に関連記事)



□新基金制度の留意事項等(要旨)

●2014年度はまず医療を対象とし、介護サービスは15年度から実施する。

●法成立後に国は総合確保方針(基本方針)を策定。交付要綱、基金管理運営要領等を発出する(2014年7月頃を目標)

●新基金の配分は、人口、高齢者増加割合等の基礎的要因や都道府県計画の評価等の政策的要因を勘案し、都道府県計画にもとづき予算の範囲内で行なう方針。総合確保方針を策定する協議会で配分方法を報告する。

●新基金の交付決定は年度途中となるが、年度当初から実施する必要がある事業は、交付決定まで

各都道府県が事業費を立て替え、基金設置後に当該立て替え分を支出する等により、法施行日前から執行することが可能。

●計画期間は複数年とすることができる。病床の機能分化・連携のための施設整備等は、実施する事業に応じた計画期間を設定できる。新基金は毎年度予算措置していくことを想定しているが、15年度以降の追加予算の確保を確約するものではない。

●交付の条件は次のとおり考えている。

(1)事業内容が新たな財政支援制度の対象事業に合致していること。

①病床の機能分化・連携を推進する事業、②在宅医療を推進する事業、③医療従事者の確保・養成事業

(2)官民に公平に配分するために、都道府県計画に公的・民間の割合・額を明示し、当該割合についての経緯・理由やそれに対する都道府県の見解を付すこと。

(3)都道府県計画の公正性・中立性を確保するため、官民を問わない幅広い地域の関係者(市町村長、医療受療者、医療保険者、医療機関、関係団体(医師会、看護協会、病院団体等)、学識経験者等)から意見を聴取すること。

(4)地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる事業、今回の「医療介護総合確保推進法」に新たに位置づけられた事業(医療勤務環境改善支援センター等)は実施を必ず検討すること。

2014年度改定の通知から—地域包括ケア病棟入院料ほか *下線は改定前との変更を意味する。1面記事を参照

手術・処置の時間外等加算 **交代勤務制や夜勤明けの日勤帯休日など多様な要件**

地域包括ケア入院料 **看護職員(補助者)配置加算は一定範囲で傾斜配置が可能**

□短期滞在手術等基本料について

[実施上の留意事項 別添1]

A400 短期滞在手術等基本料

(2)短期滞在手術等基本料は、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は算定しない。

(3)保険医療機関(有床診療所を除く)において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査を行う場合には、すべての患者(特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する場合を除く)について短期滞在手術等基本料3を算定するものであること。ただし、それぞれの点数に対応する手術又は検査について、手術においては入院5日以内に当該手術とは別の手術を行った場合、検査においては入院5日以内に手術を行った場合は短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、入院5日以内に当該手術と同じ手術を複数回実施したのみの場合には短期滞在手術等基本料3を算定する。(例えば、眼科において、両眼の手術を行った場合等) また、入院5日以内に他保険医療機関に転院した場合は、当該保険医療機関及び転院先の保険医療機関ともに、短期滞在手術等基本料3を算定しない。(ア～ナの手術・検査名は省略)

(4)短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、退院時の投薬に係る費用(医科点数表第2章第5部投薬に掲げる各所定点数をいう)を除き、医科点数表に掲げるすべての項目について、別に算定できない。

□7対1入院基本料の在宅復帰要件

[基本診療料の施設基準等 別添2]

第2 4の4

(1)7対1入院基本料(一般病棟、専門病院及び特定機能病院(一般病棟))に係る自宅等に退院するものとは次のア、イいずれにも該当しない患者をいう。

ア 他の保険医療機関(地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)、回復期リハ病棟入院料及び療養病棟入院基本料1(在宅復帰機能強化加算算定に限る)を算定する病棟及び病室を除く)に転院した患者

イ 介護老人保健施設(介護保険施設サービス費(I)の(ii)(iv)、ユニット型介護保険施設サービス費(I)の(ii)(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を除く)に入所した患者

(2)当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数(入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く)のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数(入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除き、(1)のア及びイに該当する患者を含む)

□療養病棟の在宅復帰強化加算

[基本診療料の施設基準等 別添2 第2]

10 療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について次の施設基準をすべて満たしていること。

(1)療養病棟入院基本料1を届け出ている保険医療機関であること。

(2)次のいずれにも適合すること。

ア 当該病棟から退院した患者(当該病棟の入院期間が1月以上に限る。以下この項において同じ)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。

なお、在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の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除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者は14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者をいう。

(イ)直近6月間に退院した患者(入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く)のうち、在宅に退院した患者数

(ロ)直近6か月間に退院した患者数(入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く)での治療が必要になり転院した患者を除く)

イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者は14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅生活が1月以上(退院時に医療区分3の場合は14日以上)継続する見込みであることを確認し、記録していること。

(3)30.4を当該病棟入院患者の平均在院日数で除して得た数が100分の10以上であること。

□地域包括ケア病棟入院料について

[実施上の留意事項]

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

(7)「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は以下の機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。

ア 急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに当該病棟又は病室が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。

急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、7対1入院基本料、10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)又は専門病院入院基本料に限る)、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、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料を算定する病棟であること。

イ 介護老人保健施設入居者等又は自宅で療養を継続している患者が軽微な発熱や下痢等の症状をきたして入院医療を要する状態になった際に、速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設入居者等における療養の継続を後方支援する。

なお、本加算を算定する病棟又は病室を有する病院に併設されている介護老人保健施設入居者等から受け入れた患者は算定できない。

[基本診療料の施設基準等 別添4]

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

(2)当該病棟又は病室を含む病棟において1日の看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において1日の看護職員が本文の規定数相当以上である場合は、当該病棟における夜勤看護職員数は2以上であること。また、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。なお、注2の届出を行う場合にあっては、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日の看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日の看護職員が本文規定数相当以上の場合は、当該病棟における夜勤看護職員数は2以上であること。また、看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること。

(3)当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者(職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援業務を適切に実施できる者をいう)が1名以上配置されていること。

また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の言語聴覚士が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は疾患別リハ等を担当する専従者との兼務はできず、当該理学療法士等が提供した疾患別リハ等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法

士等は当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。

(5)(3)のリハを提供する患者には1日平均2単位以上提供していること。なお、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したりハは、疾患別リハに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

(9)当該入院料を算定している全ての患者の状態について、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に係るモニタリング及び処置等の項目(A項目)を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(A項目の得点が1点以上)の割合が1割以上であること。

(11)地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のア、イ及びウのいずれにも該当しない患者をいう。

ア 他の保険医療機関(療養病棟入院基本料1(在宅復帰機能強化加算算定に限る)を算定する病棟及び病室を除く)に転院した患者

イ 介護老人保健施設(介護保険施設サービス費(I)の(ii)(iv)、ユニット型介護保険施設サービス費(I)の(ii)(iv)又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届出を除く)に入所した患者

ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟(療養病棟入院基本料(在宅復帰機能強化加算の算定に限る)を算定する病棟を除く)への転棟患者

3 看護職員配置加算の施設基準

当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は当該病室を有する病棟)において、1日の看護職員数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、看護職員の配置は、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

4 看護補助者配置加算の施設基準

当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は当該病室を有する病棟)において、1日の看護補助者数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である。平成27年3月31日までは、当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割未満をみなし看護補助者(みなし看護補助者を除く)とすることができる。また、看護補助者は、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定範囲で傾斜配置できる。

□がん患者指導管理料

[実施上の留意事項 別添1]

(1)がん患者指導管理料1

ア(1)悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

(2)がん患者指導管理料2

ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。

(3)がん患者指導管理料3

ア 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者(予定を含む)に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪

(3面に続く)

(2面から続く)

性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

□在宅療養支援病院

[特掲診療料の施設基準等 別添1]

第14の2 在宅療養支援病院

1 在宅療養支援病院の施設基準

(1) シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を105件以上有すること。なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間若しくは深夜に行う往診のことをいう。

ス 当該病院において、過去1年間の在宅における看取りの実績を42件以上有していること。

(2) シ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を105件以上有し、すること。かつ、当該病院において4件以上有すること。

ス 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を42件以上有し、すること。かつ、当該病院において2件以上有すること。

2 往診料の加算等の適用

(2) 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算の施設基準については、1の(3)に規定する在宅療養支援病院であって、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していることとする。

□リハビリテーション

[実施上の留意事項 別添1]

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

(1) 介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーションを受けている入院中の患者以外の者に、患者の同意を得て、適切な介護保険によるリハビリテーションへ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる2月間は、当該支援料を算定できない。

(3) 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(16) [注5]に規定する過去1年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない保険医療機関が、入院中の患者以外の者に対して実施する場合は、「注4」に掲げる点数の100分の90に相当する点数により算定する。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

(3) [注2]に掲げる入院時訪問指導加算は、区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に患者の同意を得て、保険医、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境(家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等)、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院中に1回に限り算定する。

[基本診療料の施設基準等 別添2]

4の8 ADL維持向上等体制加算の施設基準

7対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料)又は10対1入院基本料(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る)及び専門病院入院基本料)において、以下の基準を満たすこと。

(1) 当該病棟に、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(以下「理学療法士等」)が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟にお

いて当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。

また、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであること。

ただし、当該病棟内に区分番号「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。(略)

[基本診療料の施設基準等 別添4]

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準

(5) 当該保険医療機関において、休日を含めすべての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位数以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(6) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

6 体制強化加算の施設基準

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。

(2) 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上配置されていること。

□診療録管理体制加算

[基本診療料の施設基準等 別添3]

第4 診療録管理体制加算

1 診療録管理体制加算1に関する施設基準

(5) 年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計(ICD10による疾病分類等)を行うものであり、診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を除く)、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。

□手術・処置の時間外等加算

[医科点数表 第2章第9部 処置]

通則5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合に、当該処置の費用は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合で、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160

(2) 時間外加算1(入院中の患者以外の患者に行われる場合に限る) 100分の80

(3) 深夜加算1 100分の160

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 100分の80

[実施上の留意事項 別添1]

第9部 処置(通則)

4 「通則5」の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1は、次のア又はイの場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。

ア 「A000」の注7、「A001」の注5、「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、「A000」の注9又は「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても、当該加算は算定できる。

イ 初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要な不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置(休日

に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る)を開始した場合で、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が8時間以内である場合(当該処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む)

6 「通則5」の入院中の患者に対する処置の休日加算1又は深夜加算1は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。

7 「通則5」の時間外等加算1は、当該加算を算定するものとして、地方厚生局長等に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。

[特掲診療料の施設基準等 別添1]

第56の2 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準

1 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1を算定する診療科を届け出ていること。

2 次のいずれかを満たしていること。

(1) 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

(2) 災害拠点病院、へき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定

(3) 年間の緊急入院患者数が200名以上

(4) 全身麻酔による手術の患者数が年間800件以上

4 病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する次の体制を整備していること。

(1) 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担軽減と処遇改善の責任者を配置すること。

(2) 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進の委員会又は会議を設置し、後述の「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成する(略)。

(6) 当該計画には以下の項目を含むことが望ましい。

ア 医師事務作業補助者の配置

イ 短時間正規雇用医師の活用

ウ 地域の他の保険医療機関との連携体制

エ 外来縮小の取り組み

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

(1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア 当該診療科に常勤の医師が3名以上配置されていること。

イ 夜勤時間帯において、1名以上の医師が勤務していること。

ウ 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は休日としていること。

エ 日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に2名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者1名につき、4時間以上の休憩を確保すること。(略)

(2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜(以下「休日等」)に、当該診療科に配置されている医師5名毎(端数は切り上げる)に1名の緊急呼び出し当番を担う医師を置いている。

イ 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼び出し当番又は当直医(当該診療科以外の医師を含む)が行う。(略)

ウ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者について、翌日を休日としている。(略)

エ 夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った者は翌日を休日としている。(略)

(3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生局長等に届け出ていること。(略) また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼び出し当番を担う医師を置いていること。(略)

ア 当該診療科において、医師が休日等の手術又は処置(所定点数が1,000点以上に限る)を行った場合、その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等と別の手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知している。

イ 当該診療科において、医師が休日等の手術又は処置(所定点数が1,000点以上に限る)を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知している。

8 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間の間において、現に勤務することを言う。

全日病の診療報酬改定説明会

「救急医療管理加算2」は患者実態踏まえ次回改定で検討

全日病主催の2014年度診療報酬改定説明会が3月12日に東京都内で開かれ、約1,100人が参加した。(講演要旨は4月1日号に掲載。1面に記事)

講師として招かれた厚生労働省保険局医療課の一戸和成課長補佐は、今改定の主要項目を整理した中医協・診療報酬調査専門組織「入院医療等の調査・評価分科会」の事務方責任者。

一体改革が描く医療介護提供体制の一里塚となった14年度改定を仕切った一戸補佐は、「2025年に向けて今後も改定が行なわれる。今回は主に7対1に手をつけたが、その結果があるべき方向に向かうものにならなければ、次またその次と、色々な誘導が図られていくだろう」と、工程表に沿った改革がさらに展開される今後を予測した。

講演の中で同氏は手術の点数動向に言及。プラス評価が19項目にとどまったのに対して、マイナス評価が181項目にのぼったことを明らかにし、実質マイナスの14年度改定で手術が1つのターゲットとされたことを示唆した。

特異な切り口となった薬価取引の妥結率を指標とした初再診料の減算を取り上げ、「今回は来年1月からの施行となるが、その次からは、9月の結果にもとづいて11月1日から実施される。50%を切ると、途中で改善されても減算は1年続く」と、注意を促した。

今改定の特徴として、①経過措置の期間が概ね半年と短いこと、②人的配置を満たせば点がとれるという方式を避け、その結果の実績がともなわないと算定できないようにしていること、③答申附帯意見にあるように、次回改定で検証・結論出しとなる項目を明確にしたこと、④今改定でいくつかの考え方に決着をつけたこと、などをあげた。

③としては救急医療管理加算2と地域包括診療料を取り上げ、前者については「救急医療管理加算は“コ”を外して点数を半減させた。このデータを取って、“コ”とはどういう患者なのか、“コ”は本当にいるのかなどを次回改定の参考にしたい」と。

後者についても、「地域包括診療料には要件が厳しすぎるなどのご意見があ



るが、どういう結果になるか、それを見て考えたい」と、主治医制に向かうスタートと位置づける認識を披露した。

④に関しては、1つに、面積計算は壁芯をやめて内法の測定とし、地域包括ケア病棟入院料の6.4m²から適用したことをあげた。内法は15年4月からはすべての面積計算に適用される。

一方、(逆)紹介率の計算式に関しては、特定機能病院や地域医療支援病院の定義にもとづく考えを明らかにした。ただし、「基本的には医療法に準じたのが医政局の方針が改定前に確定しなかったため、とりあえず、初診の患者数から夜間休日とウオークインを外した」と釈明した。

個別項目に関しては、とくに、(1)胃瘻造設評価の見直し、(2)地域包括

診療料における服薬歴掌握と院内処方への取り組み、(3)多剤投与と長期処方の減算規定、(4)連携型の強化型在支(診)病の評価見直しなどを取り上げ、留意を求めた。

一戸補佐は、最後に、「手術を初めてして新たな届出が必要なものが少ない。気づかずに返還となったケースもある」と指摘。この4月1日から算定を行なうためには4月14日必着の届出が必要だが、締切日直前は届出が集中することが予想されるなど、できる限り早期の提出が望ましいと発言。

「都道府県説明会で地方厚生(支)局にはできるだけ柔軟な対応を求めたが、現実には難しいだろう。各病院の対応をお願いしたい」と案じた。

厚労省 都道府県に14年度中の設置を要請

全国医政関係主管課長会議 医療勤務環境改善支援センターの要綱を提示。法は10月1日に施行

3月3日の全国医政関係主管課長会議に、厚労省は、医療勤務環境改善支援センターに関する要綱を示し、支援センターの2014年度内の設置を要請した。

支援センターは、各医療機関が医療従事者を確保する上で欠かせない勤務環境の改善措置を講じるとともに、それを都道府県が支援する枠組みの核と

なる機関。医療機関が勤務環境の改善措置を講じる努力義務と都道府県による支援の枠組みは、今国会に提出されている「地域医療介護総合確保法案」の医療法改正案に盛り込まれており、改正医療法における勤務環境改善に関する規定は14年10月1日の施行を予定している。

「医療勤務環境改善支援センターの運営について」(概要) ※1面に記事

1. 趣旨と基本的な対応方針

「地域医療介護総合確保法案」による改正後の医療法には、①各医療機関の管理者が当該医療機関に勤務する医療従事者の勤務環境改善他の措置を講ずるよう努めるとともに、②都道府県は、各医療機関の勤務環境改善に対する支援を行うとともに、その拠点の確保に努める旨の規定が創設される。

これらを踏まえ、各都道府県には、こうした支援を行う中核的な拠点機関「医療勤務環境改善支援センター」を設置していただきたい。

なお、勤務環境改善に関する規定は2014年10月1日の施行を予定している。各都道府県は、14年度中に支援センターを設置いただくようお願いしたい。

2. 都道府県の責務と支援センターの設置形態

都道府県は、勤務環境改善を促進す

る事務の全部又は一部について、厚生労働省令で定める者に委託することができる。施行日までに、医療に関する公益事業を実施する非営利法人等に委託可能である旨を定める。

支援センターは、直営と委託いずれの場合にも、医療勤務環境改善支援センター運営協議会に、医師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサル協会、労働局等の関係団体・関係機関の参画を求めるなど、地域の主体的関与の下に運営されるよう配慮することが求められる。

3. 支援センターの事業内容

(1) 勤務環境改善マネジメントシステムの活用促進

厚労省は「指針」を策定するとともに、当該指針による取組等をわかりやすく解説する「手引き書」を策定する。指針は、施行日までに策定・公布され、手引き

書は年度内にも公表する予定である。

本システムは勤務環境が悪化した医療機関のみを対象とする制度ではなく、できる限り多くの医療機関を対象に、恒常的に勤務環境の改善と向上が図られるプロセスの実施を目指すものである。(3) 支援の実施体制

① 医業経営アドバイザーの配置

医業経営の専門知識を有するアドバイザーの配置が求められる。なお、医業経営アドバイザーの配置等には各都道府県に創設される「基金」を積極的に活用願いたい。

② 医療労務管理アドバイザーの配置

支援に当たっては、勤務シフトの見直し、労働時間管理、休暇取得促進、就業規則の策定・改廃、賃金制度の設計、安全衛生管理や福利厚生など労務管理全般にわたる相談支援が不可欠となることから、社会保険労務士等の専門知識を有するアドバイザー(医療労務管理アドバイザー)の配置が求められる。

③ 地域の関係機関との連携体制の構築(運営協議会の活用等)

支援センターによる支援を効果的に実施するためには、都道府県が、支援センターと地域の医療等に関わる関係者による連携体制を構築することが不可欠となる。

そのため、医療勤務環境改善支援セ

ンター運営協議会等の場を活用するなどして、都道府県の医師会、看護師会、病院協会、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会や都道府県労働局その他地域の実情に応じた関係機関との連携体制を構築することが求められる。

4. 医療勤務環境改善支援センター運営協議会

医療機関の勤務環境改善を効果的に支援するためには、都道府県の主催の下、地域の関係者が連携して支援センターの運営を図ることが必要となる。このため、おおむね、次のメンバーを含む地域の実情に応じた構成により、医療勤務環境改善支援センター運営協議会を設置いただきたい。

- ・医師会、看護協会、病院団体等の地域の医療関係団体
- ・社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会等支援を行う関係団体
- ・労働局等の関係行政機関
- ・その他必要と判断する関係者

医療勤務環境改善支援センター運営協議会は、新たに会議を設置する方法によるほか、地域の実情に応じた柔軟な方法を検討いただきたい。

6. その他の留意点

(1) 医療機関の勤務環境改善に要する助成

各都道府県に創設される「基金」は、支援センターの運営費のみならず、都道府県の判断により、勤務環境改善計画に基づく各医療機関の取組に対する助成にも活用することが可能であるので、積極的な活用を検討いただきたい。

一般社団法人 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 一般社団法人 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) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077