



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2012 NEWS 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.774 2012/3/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

復興から取り残される福島原発周辺の病院

東日本大震災から1年。医師等の派遣を今も望む被災病院

東日本大震災から1年が経過した。今なお地震に脅かされる中、一部では海岸堤防や道路の本格工事も始まり、被災地は復旧に取り組んでいる。被災した自治体は復興計画をまとめ上げ、2012年度予算の執行を得て、復興へと局面の転換を図ろうとしている。だが、福島第一原発の警戒区域など、復旧すらままならない地域もある。

医療について、拠点病院や自治体病院を中心とした青写真は描かれつつある。しかし、医療現場から見ると、地域医療の真の再建を可能とする計画はまだみえてこない。

東日本大震災による死亡は12都道府県で1万5,854人、行方不明は3,155人にのぼり、その91%が水死であった。97%の遺体の身元が判明したが、70代24%、80代22%、60代19%と、60代以上が64%を占めている(警察庁調べ)。

浸水した建物は太平洋沿岸6県62市町村で約22万棟、全壊建物は約12万棟にのぼった。浸水面積は計約535km²と山手線内側(約63km²)の8倍を超え、東京23区(約622km²)の86%にまで及んだ(国土交通省調べ)。

被災地を離れた住民は今も約34.4万人に達しており、47都道府県1,200市町村に散っている(復興庁調べ)。

政府はこの1年目の対応に追われたが、復興基本法にもとづく復興庁が2月10日に業務を開始、東日本大震災復興対策本部は廃止された。昨年4月の政府構想から10ヵ月かかって復興を担当する行政府が誕生したことになる。

福島第一原発では事故収束の作業が進み、昨年9月末に緊急時避難準備区域の指定が解除され、12月には原子炉の冷温停止状態が宣言されるにいたった。

復興に向けて規制緩和や税財政上の特例措置を認める復興特別区域法(対

象区域は11道県222市町村)も12月7日に成立。医療分野については、青森、岩手、茨城で各1件、宮城で2件の復興推進計画が認定された。

震災関係費として、国は2011年度第1次補正に4兆円(うち公共工事・施設復旧費は1.6兆円)、第2次補正に2兆円、第3次補正として11.7兆円(同1.5兆円)、第4次補正として67億円を組み、総額17.7兆円(同3.1兆円)に達した。さらに、2012年度予算案に3兆2,500億円(同0.5兆円)を計上。財務省は真水で18兆円が震災復興に投入されるとしている。

ただし、震災関係予算には公的融資の原資、地方が自由に使える地方交付税交付金(震災復興特別交付税財源)や国指定の事業に配分される復興交付金なども多く、被災地のインフラや公的施設の再建に直接投じられる公共事業予算は6.7兆円と1/3に過ぎない。

1年がたち、多くの被災地に復旧の兆しが表れつつある。

しかし、住民の減少、雇用の減少、瓦礫処理、除染処理など、津波堤防の再建と新たな町づくりという根底的な課題を除いても、難題は多い。その1つが医療提供体制である。

患者は回復をたどる中、休止・廃止の医療機関も

被災3県の医科医療費は、昨年7月に、全国平均が0.0%のところ、岩手は-4.1%、宮城は-3.0%、福島は-6.3%と、患者数の減少で、対前年同月比の伸び率が大きく落ち込んだ。しかし、昨年12月診療分の医療費(支払基金)によると、被災3県は件数、金額とも前年を越

えるなど、患者数は回復をみせている。

その一方で、岩手県では、被災した35の民間病院は自院で診療を再開しているが、被災28公的病院のうち3病院は、依然、仮設の状態におかれている。医科診療所も150施設が被害を受けたが、そのうち、2施設は現在も「再開見



▲土台をみせて横たわる4階建ビル(宮城県女川町)。被災地には今も手つかずの倒壊家屋等が見られる。

込み」、11が廃止(見込みを含む)、3が「未定」の状況にある。診療が再開できていない診療所はいずれも民間だ。

被災した医療機関はどれも医師を初めとする医療従事者の不足に苦しんでいる。その中でも、より深刻なのは原発事故に直面している福島県の医療機関だ。福島県の調べによると、昨年3月と比べた12月1日現在の病院常勤医は2,013人から1,942人へと71人減少。看護職員も1万3,119人から1万2,949人と170人減っている。

日本医師会(JMAT II)による、自治体の乳幼児健診、診療所や岩手県立病院等への医師派遣は現在も続けられている。診療支援は、日本小児科学会や群

馬県医師会など、今も続いている。

全国医学部長病院長会議によると、長く医師派遣を行ってきた16の自治体立病院のうち6病院が3月末で終了予定となったが、10病院は依然派遣の続行を希望している。

全日病は延116病院の協力を得て昨年3月から6月にかけて医療チームを派遣。8月から9月にかけては気仙沼の市立病院に医師を派遣した。

西澤会長は3月9日の全日病理事会で、「被災病院に対する支援はこれで終わったわけではない。長期派遣の希望がある中、ことは容易ではないが、今後も支援を組む必要があり、会員病院には引き続き協力をお願いしたい」と語った。

福島原発被害病院に賠償開始。従業員全員解雇の病院も

福島原発30km圏内に位置し、休院や患者減少などの被害を受けた13病院は、昨年9月に、損害賠償をめぐる東京電力との話し合いが合意に達した。11病院については11月に、1期(昨年3月~8月)分の損害に対する支払い(約32億円)が完了、新たに、9月~12月の損害に対する支払いも3病院が終えている。30km圏外の6病院も合意し、うち3病院は1期分の支払い(約5億円)が終わっている。

13病院のうち、4民間病院を含む7病院は避難区域の20km圏内にあるため、

現在も病院は休止状態だ。4月に20ミリシーベルト以下の地域は指定が解除されるというが、見通しは定かではない。

雇用保険や社会保険の免除措置が1月で切れたため、4民間病院のうちの1病院はやむなく1月に全従業員を解雇。さらに、1病院も解雇の予定という。そうした中、福島県病院協会(前原和平会長=福島厚生連白河厚生総合病院長)は、原発賠償金を得た病院に対する法人課税の免除を求めて訴えを開始している。

夜勤専従「144時間」を削除、72時間規定を運用緩和

2012年度診療報酬改定通知 病棟薬剤業務実施加算「1週20時間」は「必ずしも病棟で実施とは限らない」

2012年度診療報酬改定の告示と通知が3月5日付で示された(2・3面を参照)。その1つ、「基本診療料の施設基準等」の医療課長通知は、月平均夜勤時間数の計算において、「月当たりの夜勤時間数が12時間以上の短時間正職員」を実人員数と延夜勤時間数に含めることを認めた。同時に「夜勤専従者のそれぞれの夜勤時間数は72時間の概ね2倍以内」とあった規定を削除した。

看護職員の夜勤時間を月平均72時間以内とする規定は、看護職員の確保がままならない状況の下、看護シフトを組む上で、とくに中小病院を長い間悩ませてきた。しかし、今回の運用見直しによって、72時間規定の要件は一定程度緩和されるところとなった。

新設の患者サポート体制充実加算に関しては、相談窓口配置されている職員は「医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ま

しい」とされた。今後、メディエーターの養成に向うのか注目されるところだ。

新たな回復期リハ病棟入院料1については、①新規入院患者のうち重症患者(日常生活機能評価10点以上)割合が3割以上、②看護必要度評価票A項目1点以上の患者の割合が15%以上とされたが、さらに、③3割以上の患者が退院時に日常生活機能評価で4点以上改善していることと、改善度合いが1点増えるという要件強化が図られた(以上「基本診療料の施設基準等」)。

病棟薬剤業務実施加算については、施設基準で、病棟薬剤業務は「1病棟1週間20時間相当以上」必要とされたが、①複数の薬剤師による合算時間でもよい、②病棟薬剤業務の内容によっては必ずしも病棟において実施されるものではない、という注釈が盛り込まれた。

13対1と15対1に救急・在宅等支援病床初期加算が新設されたが、併設され

ている介護老人保健施設等から受け入れた患者は算定できないとされた。

急性期医療を支える療養病棟の機能を評価する療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算は、

医療部会

医療法人役員の兼務禁止等例外規定を明確化

3月7日の医療部会は、医療法人にかかわる、(1)役員等の営利法人等役員との兼務禁止、(2)他医療法人への融資等の禁止、(3)合併手続きの3点について緩和を図る事務局(厚労省医政局総務課)案を了承した。

(1)に関しては、兼務者が当該医療法人の役員を過半数を超えず、かつ、医療機関の非営利性に影響を与えないことを条件に、①兼務先との間に商取引がある場合、②兼務先から物件を賃借している場合の兼務がそれぞれ認めら

れる条件を明確にした。

再生支援2機構から派遣を受けるときは当該医療法人の理事長とならない場合には例外とする、とした。当該医療法人と兼務先との取引が小額の場合も例外となる。

(2)に関しては、融資を行なう方法である医療機関債の購入条件を具体的に規定するもの。発行元と購入先の医療法人が同じ2次医療圏に医療機関を有していることなどが条件。

回復期リハ病棟入院料1 新規入院患者の重症患者割合は3割以上

2012年度診療報酬改定通知 入院時重症の3割以上が退院時に日常生活機能評価で4点以上の改善を要す

3月5日付医療課長等通知「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」(保医発0305第2号)から *1面記事を参照

別添2 入院基本料等の施設基準等 第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4 入院患者の数及び看護要員の数等は下記のとおりとす。

(2) 看護要員の数については次の点に留意する。

イ 当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たしていること。なお、出産、育児又は家族介護に関する休業等が確保されるよう配慮を行うこと。

(3) 夜間における勤務については、次の点に留意する。

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延夜勤時間数には、専ら夜勤時間帯に従事する者及び月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は含まない。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。

ク 週当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。

ケ 夜勤専従者のそれぞれの夜勤時間数は、72時間の概ね2倍以内であること。(編集部注/今改定で当項目が削除された)

別添3 入院基本料等加算の施設基準等 第21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算1の施設基準

(1) 感染防止に係る部門を設置していること。医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

(2) (1)に掲げる部門内に以下の感染制御チームを組織し、感染防止業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師

イ 5年以上の感染管理経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師。

ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

上記の医師又は看護師のうち1名は専従であること。当該保険医療機関に上記のうち1名が院内感染管理者として

配置されていること。当該職員は医療安全管理者とは兼任できないが、院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

(7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。

(8) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。

2 感染防止対策加算2の施設基準

(1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。

(2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、医療安全管理部門に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

(3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

(7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。

第21の2 患者サポート体制充実加算 1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。

(2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。当該窓口は医療安全管理に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。

(3) (1)における相談窓口配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。

(4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。(以下略)

(5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に相談窓口が設置されていること。また、入院患者の入院時に文書等を用いて相談窓口の説明を行っていること。

第26の3 病棟薬剤業務実施加算

1 病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟(障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位に限る)を算定する病棟を除く)に配置されていること。複数の薬剤師が一の病棟で薬剤業務を実施することを妨げない。

(3) 病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟(障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位)算定病棟を除く)があつてはならないこと。

(11) 病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

別添4 特定入院料の施設基準等

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

(1) 専任の医師1名以上、専従の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等1名以上の常勤配置を行うこと。

(2) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合、重症の患者(日常生活機能評価で10点以上の患者)が新規入院患者のうち3割以上であること。

(3) 当該病棟に入院する全ての患者の状態を看護必要度評価票A項目を用いて測定し、その結果、当該病棟へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者)の割合が1割5分以上であること。

(4) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者で入院時判定で重症であったもの(入院期間が通算される再入院の患者を除く)のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4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に関する施設基準

(2) 当該病室を有する病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、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、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、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。

(6) 亜急性期入院医療管理料を算定する病室として届け出可能な病床数は、当該保険医療機関の有する一般病床の数の3割(ただし、一般病床の数が200床を超える病院にあっては40床、一般病床の数が100床以下の病院にあっては30床)以下とする。

3月5日付医療課長等通知「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」保医発0305第3号

別添1 特掲診療料の施設基準等

第6の5 夜間休日救急搬送医学管理料 1 夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準

(1) 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること、又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。(以下略)

(2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、通常の当直体制のほか重症救急患者の受け入れに対応できる医療従事者を確保していること。

(3) 夜間又は休日入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にかかじめ周知していること。

第6の7 外来放射線照射診療料

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準

(1) 放射線照射の実施時において、当

該保険医療機関に放射線治療医(放射線治療の経験5年以上)が配置されていること。

(2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。

(3) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、精度管理を専ら担当する技術者(放射線治療の経験を5年以上)が1名以上勤務していること。

(4) 合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

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

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

(1) 病院であつて、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 200床未満の病院であること又は当

該病院の半径4km以内に診療所が存在しないこと。

イ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

ウ 当該病院で24時間連絡を受ける担当者を指定するとともに、当該担当者として直接連絡がとれる連絡先等緊急時の注意事項等を患者・家族に文書で提供していること。連絡を受ける担当者は24時間連絡を受けることができる部門で差し支えない。

エ 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別であること。

カ 当該病院又は訪問看護ステーションとの連携により24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護担当者の氏名等を文書で患家に提供していること。

キ 当該病院が在宅療養患者が緊急入院できる病床を常に確保していること。

シ 当該病院が過去1年間の緊急往診の実績を5件以上有すること。

ス 当該病院が過去1年間の在宅看取りの実績を2件以上を有していること。

(2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制(診療所又は200床未満の病院で構成されたものに限る)を構築している病院であつて、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。在宅支援連携体制を構築する保険医療機関の数は10未満とする。なお、当該在宅支援連携体制は、構成医療機関がすべて在宅療養支援診療所・病院となることを想定している。(以下略)

(3) 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。(以下略。編集部注/以下は現行規定のまま)

3月5日付医療課長等通知「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(保医発0305第1号)から *1面記事を参照

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2部入院料等 <通則>

13 退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

(1) 以下のいずれも満たす病棟を有する医療機関を対象とする。

ア 一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、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を算定している病棟を有する保険医療機関であること。

イ 当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が90%を超えること。

(2) 減算の対象は30日を超えて入院している者の退院日の入院基本料で、以下のいずれも満たすものとする。

ア 退院日に1000点以上の処置又は手術を算定していないもの。

イ 退院調整加算又は新生児特定集中治療室退院調整加算を算定していないもの。

(3) (1)のイに係る計算式は退院日に一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、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を算定している患者を対象として、以下のいずれかの方法によること。

ア 電子カルテ等で退院時間が明らかな場合は以下により算定する。

1月当りの当該病棟退院患者のうち正午以前に退院した患者数/1月当りの退院患者数

イ 退院時間が明らかでない場合は、毎月16日を含む1週間に当該病棟を退院した患者を対象に、該当する退院患者の退院日、退院日前日の食事回数をもとに以下により算定する。

(退院日前日に退院患者に提供した夕食数-退院日に退院患者に提供した昼食数)/退院日前日に退院患者に提供した夕食数

ウ ア又はイのいずれかにより直近6か月の月ごとの割合を算定し、当該6か月のいずれも9割以上の場合、翌月から当該入院基本料の100分の92に相当する点数を算定する。

(4) (1)から(3)までの規定は平成24年10月1日から適用する。

14 入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定について

(1) 以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。

ア 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を算定している病棟を有する保険医療機関。

イ アに掲げる病棟の入院全体のうち金曜日に入院したものの割合と退院全体のうち月曜日に退院したものの割合の合計が40%以上の保険医療機関。

(2) 減算の対象となる入院基本料は、金曜日に入院した患者の入院基本料(一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料)又は月曜日に退院した患者の入院基本料とするが、金曜日に入院した患者については、入院日直後の土曜日及び日曜日の入院基本料であって当該日に1000点以上の処置又は手術を伴わないものであり、月曜日に退院した患者については、退院日直前の土曜日及び日曜日の入院基本料で当該日に1000点以上の処置又は手術を伴わないものとする。金曜日に入院し、月曜日に退院した患者については、要件を満たす入院日直後の土曜日及び日曜日、退院日直前の土曜日及び日曜日のいずれも減算の対象となる。なお、金曜日に入院し、その直後の月曜

日に退院した患者については、要件を満たす土曜日及び日曜日の入院基本料は100分の92に相当する点数を算定する。

(3) (1)イに係る計算式は入院患者は入院日に一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、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を算定している患者、退院患者は退院日に一般病棟入院基本料(特別入院基本料等を含む)、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を算定している患者を対象に以下の方法による。

(1月あたりの金曜日入院患者数/1月あたりの全入院患者数)×100+(1月あたりの月曜日退院患者数/1月あたりの全退院患者数)×100

直近6か月の月ごとの割合を算定し、当該6か月のいずれも4割以上の場合、翌日より(2)に該当する入院基本料を減算する。

(4) (1)から(3)までの規定は平成24年10月1日から適用する。

第1節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

(5) 救急・在宅等支援病床初期加算は、在宅患者や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供して急性期医療を支える一般病棟(13対1又は15対1に限る)の以下の機能を評価したもので、転院又は入院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を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、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)又は専門病院入院基本料に限る)、(中略)であること。なお、同一医療機関において当該一般病棟に転棟した患者については算定できない。

イ 介護老人保健施設等又は自宅療養の患者が入院医療を要する状態になった際に、一般病棟(13対1又は15対1に限る)が受け入れることにより、自宅や介護老人保健施設等の療養継続を後方支援する。なお、本加算を算定する一般病棟を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該施設等から受け入れた患者は算定できない。

A101 療養病棟入院基本料

(8) 救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療を支える療養病棟の以下の機能を評価したもので、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を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、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)又は専門病院入院基本料に限る)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に限る)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る)を算定する病棟であること。ただし、13対1及び15対1を算定する保険医療機関は救急医療管理加算の届出を行っている場合に限る。また、一般病棟と療養病棟が併存する病院で一般病棟から療養病棟に転棟した患者については1回の転棟に限り算定できるものとする。

イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が入院医療を要する状態になった際に当該患者を受け入れ、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、本加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等

から受け入れた患者については算定できない。

第2節 入院基本料等加算

A238 退院調整加算

(3) 入院後7日以内に患者の入院している病棟等において、退院困難な要因を有している患者を抽出すること。ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。(以下略)

(10) 死亡退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者は算定できない。

(11) 退院調整加算を算定する患者について、退院支援計画に加えて、地域連携診療計画と同等の事項を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有した場合に地域連携計画加算を算定できる。

A244 病棟薬剤業務実施加算

(1) 病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟1週間につき20時間相当以上(複数の薬剤師が一の病棟において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上)実施している場合に、週1回に限り加算する。ただし、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る)を算定している患者については、入院した日から起算して4週を限度として加算できる。

(2) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。(以下略)

(3) 病棟薬剤業務の実施にあたっては、次の点に留意すること。

ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。

イ 病棟専任の薬剤師は当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。(以下略)

第3節 特定入院料

A308-2 亜急性期入院医療管理料

(10) 平成24年3月31日に亜急性期入院医療管理料1を算定している患者であって、同年4月1日以降継続して亜急性期入院医療管理料1又は亜急性期入院医療管理料2を算定する患者については、当該病室に入院した日から起算して90日まで算定できるものとする。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

27 糖尿病透析予防指導管理料

(1) 糖尿病透析予防指導管理料は、糖尿病患者(通院患者に限る)のうち、ヘモグロビンA1cがJDS値で6.1%以上(NGSP値で6.5%以上)又は内服薬やインスリン製剤を使用している者で、糖尿病性腎症第2期以上の患者(現に透析療法を行っている者を除く)に対し、医師が糖尿病透析予防の指導が必要と認めた場合に、月1回に限り算定する。

(2) 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師(又は保健師)及び管理栄養士が、(1)の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づいて他生活習慣に関する指導等を個別に実施した場合に算定する。

(6) 同一月又は同一日においても、「注2」「注3」に規定するものを除き、第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

B001-2-5 院内トリアージ実施料

(1) 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対

して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、B001-2-6「夜間休日救急搬送医学管理料」を算定した患者については算定できない。

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

(2) 外来リハビリテーション診療料1の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションを1週間に2日以上提供することとしている患者である。

(3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハの提供に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、初診料、再診料又は外来診療料を算定せずに、疾患別リハの費用を算定できるものとする。

(4) 外来リハビリテーション診療料2の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリ実施計画書において疾患別リハを2週間に2日以上提供することとしている患者である。

(5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハの提供に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は初診料、再診料又は外来診療料を算定せずに、疾患別リハの費用を算定できるものとする。

B001-2-8 外来放射線照射診療料

(1) 放射線治療医が診察を行った日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る初診料、再診料又は外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、初診料、再診料又は外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

(5) 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

第2部 在宅医療

1節 在宅患者診療・指導料

C001 在宅患者訪問診療料

(3) 「在宅患者訪問診療料2」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいう。「同一建物居住者の場合」の「イ 特定施設等に入居する者の場合」は、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第20項に規定する地域密着型特定施設、又は老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームにおいて療養を行っている患者について算定する。「ロ イ以外の場合」は、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。

ア 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

イ 短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

在宅復帰支援型老健 長期入所者いても回転率に影響出ない計算式を採用

介護保険施設 栄養マネジメントと口腔機能維持管理で歯科衛生士の役割をさらに評価

全日病 「2012年度介護報酬改定説明会」(2月28日) 講演要旨

講師 厚生労働省老健局老人保健課長 宇都宮 啓

今回の改定で処遇改善交付金から介護報酬に移し変えられた処遇改善加算は、報酬としてはきわめてイレギュラーであり、この3年限りとなる。では、それが終わったら、その分マイナスになるのかというと、次期改定で各基本サービス費において適切に評価を行なうことになっている。よほどのことがない限り、基本的に、このお金はそのまま受け継ぐ形で改定に臨むことになる。なお、処遇改善加算は区分支給限度基準額の算定対象から除外される。

人件費の地域差を反映するための地域区分は7区分に見直す。人件費割合は、訪問看護のみ55%から70%へと引き上げる。加算率は処遇改善交付金の交付率と同様で変えていない。

以下、改定の各論について、重要な点を中心にお話します。

訪問看護についてはターミナルケア加算の要件を緩和し、死亡日当日も算定できるようにした。特別管理加算は診療報酬に合わせて、特別な管理を要する者の対象範囲と評価を見直し、在宅悪性腫瘍等については500単位と高い評価を新たに設けた。この特別管理加算は、緊急時訪問加算とともに区分支給限度基準額の算定対象外である。

訪問看護の理学療法士については現行の30分区分切りを20分区分切りにした。ただし、1日に2回を超えて行なう場合は1割減算、あるいは週6回限度という制約を設けた。新設の退院時共同指導加算(600単位/回)は基本的に医療保険に合わせている。訪問介護に合わせて、初回加算は300単位とした。

訪問リハは、その普及を図るために色々見直した。その1つが、リハビリの指示を出す医師の診察頻度の「1月以内」から「3月以内」への緩和である。主治医がリハビリを提供できない場合の医師に対する情報提供も「3ヵ月ごと」と、利用しやすくした。

老健施設からの訪問リハは、現在は、入所者の退所時または老健施設の通所リハを最後に利用した日あるいはその直近に行なった診療日から1ヵ月以内ということで、老健としては最後の1ヵ

月だけしか訪問リハができなかった。これでは、老健は継続的なリハができなくなるということで、「1ヵ月」を「3ヵ月」とし、病院・診療所の医師が診察を行なった場合と同様、3ヵ月ごとに診察を行なった場合に継続実施できるようにした。また、訪問リハを広げるために、サテライト型の訪問リハ事業所を認めることにした。

居宅療養管理指導については、現在、薬剤師等は在宅と居住系施設で単位数が異なるが、医師、歯科医師、看護職員はその別がない。これを、診療報酬に合わせて、すべて同一建物と同一建物以外という分け方とし、同一建物居住者について、医師・歯科医師・看護師は1割減算とした。

また、これまではケアマネに情報提供をしなくても減算にとどまったが、今回、情報提供をすることが要件になったのでご注意ください。

通所リハについては、医療保険からの移行がより円滑にできるよう要件の見直しを図るとともに、自立支援、機能回復を評価する観点から個別リハを重点的に評価し、お預かりの部分つまり長時間については引き下げた。

まず、リハビリテーションマネジメント加算の要件が「月に8回以上」の通りとなっているのを、「月4回以上」、つまり週に1回以上でとれるようにした。ただし、新規利用者については、利用開始後1ヵ月までの間に利用者宅を訪問した上でリハビリテーション提供計画を策定することを条件に加えている。

続いて、短期集中リハビリテーション実施加算に含まれていた個別リハの評価を外出しにして、所要時間1時間以上2時間未満の通所リハで個別リハビリテーション実施加算を1日に複数回算定できるようにした。

なお、通所リハの報酬の仕組みが非常に分かりにくいということなので、今回全部見直し、全体に分かりやすくした。一方で、リハビリとは少し概念が違うが、手厚い医療が必要な方を預かった場合の評価として、重度療養管理加算(100単位/日)を新たに設けた。

ショートステイに重度療養管理加算を新設

短期入所療養介護であるが、まず、算定が少ない緊急短期入所ネットワーク加算を廃止し、その代わりに緊急短期入所受入加算(90単位/日=7日間限り)を設けた。緊急とはケアプランに計画されていないということである。ケアマネジャーが認めた場合とされているが、事後承諾でもかまわない。

また、通所リハと同様に重度療養管理加算(120単位/日)を新設した。基本サービス費は少し下がったが、この加算をとっていただければ取り戻せるのではないかと。対象となる状態は経鼻胃管や経腸栄養、褥瘡、気管切開などであるが、老健施設もこうしたものが算定可能になったということである。

介護老人福祉施設であるが、個室ユニット化をさらに推進するというところで、新規つまり4月以降の多床室は既存より低い報酬を設定した。また、全体に軽度を低くして重度を重くするという見直しを行なった。

また、認知症行動・心理症状緊急対応加算(200単位/日=入所日から7日)を上限)を設けた。これは介護保険3施設共通である。

次に介護老人保健施設であるが、まず、在宅復帰機能を強化するという点で、介護保健施設サービス費(I)に在宅復帰率とベッド回転率を指標にした報酬を創設、高い単位数を設けた。

この在宅復帰支援型介護老人保健施設は、体制要件、在宅復帰要件、ベッド回転率要件そして重度者要件からなり、そのうち、ベッド回転率要件は「30.4を入所者の平均在所日数で除して得た数が0.1以上」となっている。

この回転率であるが、平均在所日数を従来の計算で行なうと、1人長期の入所者がいると一気に上がってしまい、加算をとるために長期入所者を追い出すことになりかねない。しかし、ここで採用している計算式、つまり、3ヵ月間の在所者の延日数を新規入所者と新規退所者の平均で割る方法を用いれば、別に長期入所者がいても回転率に影響はない。

したがって、例えば地方などの、特養が整備されていないために老健施設よりも特養の方がふさわしい方を受け入れざるを得ない施設でも、この計算方法であれば、残りの入所者の回転が



きちんと回ってれば、回転率は上がる。そこのところは間違いのないようにしていただきたい。今回の改定で回転率が入ったからといって、あわてて長期入所者を追い出すということは絶対しないでいただきたい。

といって、軽い方ばかりを入れて回転率を稼いでもいけないので、ある程度以上は重度者を入れるという要件もついているので、ご注意ください。

ただ、介護老人保健施設としては、在宅復帰要件50%や回転率10%のレベルには届かないが、それなりに回転し、在宅復帰ができていることを評価する在宅復帰・在宅療養支援機能加算(21単位/日)が新設されている。

介護老人保健施設には入所前後訪問指導加算(460単位=1回を限度)を新設した。入所する前または入所後7日以内に利用者宅を訪問した上で、施設サービス計画と診療方針を決定した場合に算定できる。

また、大腿骨頸部骨折と脳卒中のパスは診療報酬で加算評価されているが、当該患者を受け入れる老健施設は算定できなかった。そこで、今回、介護療養型老健施設ともども、その加算(地域連携診療計画情報提供加算=300単位)

を新設した。さらに、入所中に大腿骨頸部骨折・脳卒中等を発症し、医療機関の入院を経て再入所した場合に、これまでは4週間未満の入院の場合は短期集中リハビリテーション実施加算が算定できなかったが、疾患限定ながら、入院期間に関わらず、必要に応じて短期集中リハビリテーション実施加算を算定できるようにした。

なお、退所後3ヵ月までは同一法人の老健に入所した場合に限って短期集中リハビリテーション実施加算が算定不可であったものを、今回は、異なる法人であっても、老健から老健への転出は3ヵ月までの間は算定できないようにしたので、ご注意ください。以上の2点は介護療養型老健施設も同様である。

また、新設の所定疾患施設療養費(300単位/日=1月に1回、連続7日に限る)であるが、1週間ほどであれば、肺炎、尿路感染症、带状疱疹(点滴に限る)は老健で診られるようにした。これも、介護療養型老健施設は一緒である。

ターミナルケア加算については、死亡前日と前々日は820単位、死亡日は1,650単位というように傾斜をかけた。

介護療養型老健に医療強化型の報酬を創設

一方、介護療養型老人保健施設には、基本施設サービス費として、喀痰吸引・経管栄養を実施している利用者割合と認知症高齢者の日常生活自立度を要件とする報酬を創設し、既存のものよりも高い単位数を設けた。いわば医療強化型の転換老健である。

ターミナルケア加算の見直しは介護老人保健施設と同じであるが、介護療養型老健施設の方が単位数が若干高い。

在宅復帰支援機能加算(I)は廃止となり、在宅復帰支援機能加算(II)が、介護療養型老健施設についてのみ在宅復帰支援機能加算(5単位/日)として存続する。短期集中リハビリテーション実施加算の見直し、地域連携診療計画情報提供加算、認知症行動・心理症状緊急対応加算、所定疾患施設療養費の創設という点は介護療養型老健施設も同様である。

なお、療養病床から転換した老人保健施設を対象とした施設基準緩和等の転換支援策は、2018年3月31日まで引き続き実施する。また、有床診を併設した上で転換した場合には、当該有床診の病床数分の増床が可能となる見直しを行なう。これは介護療養型老健施設への転換にかかわる支援である。

最後に、介護療養型医療施設であるが、全体として基本サービス費は適正化させていただいた。認知症については3施設とも同様の加算をつけた。介護療養

型医療施設廃止の延長にともない、経過型介護療養型医療施設も2018年3月31日まで転換期限を延長するが、この4月以降は新規の指定が認められない。

なお、介護保険施設に関しては、経口維持加算(I)(II)について歯科医師および言語聴覚士との連携を強化すべく、経口移行加算も言語聴覚士との連携を強化する観点から、それぞれ要件を見直した。具体的には、①医師だけでなく歯科医師の指示も可とする、②180日を超えて引き続き経口維持加算を算定する場合の加算取得指示を受ける間隔を「概ね2週間毎」から「概ね1ヵ月毎」にする、③連携職種に言語聴覚士を追加する、というものだ。

また、口腔ケアの取組みを充実する観点から、歯科衛生士が入所者に直接口腔ケアを実施した場合の評価を口腔機能維持管理加算(110単位/月)として新設、従来の介護職員に対する助言・指導の加算は口腔機能維持管理体制加算(30単位/月=名称変更)とした。

すなわち、現在は歯科衛生士が介護職員に対して助言することのみを評価しているが、その場合は体制加算と名前を変え、歯科衛生士が入所者に直接口腔ケアを行なう場合を維持管理加算として単位をつける、というものである。これらの栄養マネジメントと口腔機能維持管理にかかわる見直しは決してささいなことではない。

定期代議員会・定期総会開催のご案内

下記日程で第98回定期代議員会・第87回定期総会を開催します。

社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

<p>1. 日時 2012年3月24日(土)午後1時 (総会は代議員会終了後、午後3時前 後の開催を見込みます)</p> <p>2. 場所 ホテルグランドパレス3F白樺 東京都千代田区飯田橋1-1-1 Tel.03-3264-1111</p>	<p>3. 議案 (1) 2012年度事業計画案 (2) 2012年度予算案 (3) 公益法人移行申請に係る定款変更案等 (4) その他</p>
---	--