



# 全日病

21世紀の医療を考える全日病

# NEWS 2/15

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.818 2014/2/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

## 回復期や在宅など中小病院の領域に大きな変更

2014年度診療報酬改定 地域包括ケア病棟入院料1は2,500点。“主治医”は1,500点(月1回)

中医協は2月12日の総会で2014年度診療報酬改定案を答申した。7対1見直しのインパクトが大きく、さながら“7対1改定”の趣きとなったが、その受皿だけでなく、在宅関係にも大きな変更が加えられた。

受皿となる地域包括ケア病棟入院料1は2,500点。現行の亜急性期入院医療管理料1と比べると20%以上の増額となり、新設3加算と合わせると3,000点近い算定が可能となる。

ただし、包括範囲がどこまでなのか、したがってどれほどの出来高が算定できるのかなど、具体的内容は通知をまつしかなく、現時点で評価は難しい。

14年度改定は地域包括ケア体制の構築に対応し、高度急性期から在宅復帰にいたる医療提供プロセスに道筋をつけ、地域に厚みのある療養環境を整える意図をもって行なわれた。

そのために、まず、塊となった7対1病床の解体に着手。一般急性期から回復期・慢性期そして在宅への流れを円滑化すべく、川上から川下へと受皿の開発に努めた。

その象徴が、急性期後の患者を受けだけでなく、自らも在宅等の患者に対応する地域包括ケア病棟の創設である。入院料と入院医療管理料の1と2の違いは在宅復帰率と1人あたりの居室面積であり、4.3m<sup>2</sup>の場合は2をとることになる。

患者の1割以上が「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」A項目1点以上とされ、在宅復帰率も7割以上と厳しくなったが、いずれも回復期リハ1と同水準ではある。

地域包括ケア病棟は、7対1に導入された退院患者にかかわる在宅復帰率の対象となる。また、自院の急性期病棟からの転棟は救急・在宅等支援病床初期加算の対象となる。詳しくは通知で確かめる必要があるが、仮に7対1の在宅復帰率に同病棟への転棟がカウントされるとすると、患者の流れはより円滑となり、その存在意義も高まることだ。

地域包括ケア病棟は病室単位(許可病床200未満)も病棟単位も可能なため、大規模病院の参入が見込まれるほか、療養病棟との併設も可能となる。ただし、併設には、例えば、特定入院期間中のDPC患者はリセットできない(200床未満)、あるいは、(看護配置の調整を活かした)7対1の新規届け出ができないといった制約もある。

### 消費税対応分の上乗せ点数決まる

消費税率8%への引上げに伴う診療報酬の対応方法で、中医協の支払側と診療側は意見が対立したが、2月5日の総会で公益委員は「基本診療料への上乗せが妥当であり、個別項目への上乗せは難しい」とする



回復期リハ病棟入院料1は、休日リハ提供体制加算の60点そのまま乗せられて包括化されたが、新たに体制強化加算(200点)が設けられた。

7対1等の特定除外制度見直しは今年10月1日の施行で、7対1と10対1は、医療区分にもとづく報酬を選択すると二重の経過措置が受けられる。7対1に新設される在宅復帰率基準は、一見、対象となる退院経路の幅が広いが、療養病棟も老健も在宅復帰実績が評価された施設に限られるなど、75%は決して楽ではない。

加えて、基準が大幅に厳しくなった「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」が10月1日から施行される。厚労省は、平均在院日数がらみの措置と併せて、35万床を超える7対1の1/4ほどが移行を迫られると見込んでいる。

在宅復帰実績の評価は療養病棟入院基本料1にも導入される。老健施設の在宅復帰・在宅療養支援機能加算とはほぼ同じ内容だが、10%という回転率が難関だ。

今改定のもう1つの特徴が主治医機能(地域包括診療料)と在宅療養後方支援病院で、ともに在宅医療を支える新たな担い手として登場する。200床以上が対象の後方支援病院は在宅の難病等患者に高度な医療を提供する役割を担うことになる。

地域包括診療料(1,500点)は月1回の算定。02年10月に廃止された外総診(月2回分)と同水準の点数となったが、院外処方から院内処方へと指向が変わるとともに、対象患者も4疾患に限定された。

地域包括診療料は医療と介護がクロスする橋頭堡となることを期待されてもいるが、運用には難しい面が多く、このままでは病院の参入は難しい。

その一方で、機能強化型在支診・在支病の実績要件を引き上げるとともに連携医療機関のそれぞれに実

裁定を下し、事務局(厚労省保険局総務課)の方針を採用する考えを表明した。

支払側と診療側はともに公益裁定を了承。消費税率引き上げへの対応問題は、基本診療料に上乗せした事務局案で決着した。以下は、消費税対応分の点数を含む、主要項目の新点数である(別掲)。

績を求める、さらには、常勤医要件はだめでも、緊急往診と看取りの実績がある在支診を新たに評価するというように、在支診・在支病に手が加えられる。

単なる“ぶら下がり”は許さないという厚労省の認識によるものだが、在宅の前線強化というよりも在宅からの後退を増やすことになる危険性もある。

今改定について、厚労省は激変を回避したと説明する。そうした一面は否定しないが、激変には制度と時間の2つの軸がある。また、制度改正には、新たな不整合さを産出して現場の負担と疲労を増すだけという“隠れ激変”もある。

2025年に向けた工程をもう少し具体的に、かつ前倒しで示し、早い段階から各病院の経営計画に盛り込ませた上で自らの進路選択として医療機能と報酬評価を選んでいく、あるいは、現場のシミュレーションによって事前計画を修正していくという、そうしたソフトランディングが望まれるところだ。

### ■消費税率引き上げに伴う対応の主な項目(括弧内は消費税対応分の点数)

初診料	282点 (12点)
再診料	72点 (3点)
外来診療料	73点 (3点)
一般病棟入院基本料	
7対1入院基本料	1,591点 (25点)
10対1入院基本料	1,332点 (21点)
13対1入院基本料	1,121点 (18点)
15対1入院基本料	960点 (15点)
療養病棟入院基本料1	
入院基本料A	1,810点 (41点)
入院基本料B	1,755点 (39点)
入院基本料C	1,468点 (33点)
入院基本料D	1,412点 (32点)
回復期リハビリテーション病棟	
(改)入院料1	2,025点 (54点)
(改)入院料2	1,811点 (50点)
(改)入院料3	1,657点 (46点)

### 田村大臣「改定はうまくいった」



田村憲久厚生労働大臣は、2月12日の会見で、2014年度診療報酬改定について、「今改定で急性期の受皿となる地域包括ケア病棟がつけられ、在宅の受皿も充実される。もう1つは主治医機能である。地域包括ケアを推進するうえでも主治医の役割は大切であり、こうした面でもうまくいったのではないかと答申を評価した。

焦点の7対1については、「7対1病棟は地域包括ケア病棟等へ移ることが期待されているが、激変は好ましくない。幸い、0.15%の財源が確保されている。これを移行措置として使いながら、看護職も適正な数へ導くなど、スムーズな移行を進めてまいりたい」と語った。

「0.15%の財源」とは7対1の移行を支援するために公費を財源として確保された200億円のことである。

### 14年改定で四病協と日医が共同会見



四病院協議会と日本医師会は2月12日、2014年度診療報酬改定の答申後に共同会見を開き、今改定に対する両団体の見解を表明した。

横倉日医会長は、有床診の役割が評価されたことや消費税への対応として初再診料等に上乗せされたことなどをあげ、「一定の成果があった」と評した。

堺日病会長は、政府が目指す方向が必ずしも現場の実感と一致しているわけではないことを指摘。「あ

あした改革が本当に効果があるのか(疑問に)思う」と述べたうえで、「薬価の引き下げ分を本体報酬に回さないというのは今回限りであり、既成事実にはしないようお願いしたい」と訴えた。

改定に対する所感を求められた全日病の猪口副会長(左から2人目)は、「答申段階では正確なところがみえない。やはり通知などと照らし合わせた段階でないと、きちんとした評価はできない」と語った。

### 四病協 改定率と消費税で意見書

四病協は2014年度の診療報酬改定率に対する意見をまとめ、2月5日に田村厚労大臣宛に提出した。

意見書で、四病協は、今回の改定は消費税の補填分を除いた「通常改定分」は1.26%と断じた上で、「税率引き上げの年に診療報酬を大幅に削減することが、どうして社会保障の充実につながるのか」と批判。

さらに、「医療の消費税問題は原則課税でしか解決できない」として、消費税率10%の際には非課税をやるべきであると訴えた。

# 7対1の在宅復帰率は75%。地域包括ケア病棟入院料は70%

地域包括ケア病棟「重症度、医療・看護必要度」A項目1点以上が1割。回りハ1と同じ

2014年改定「個別改定項目について」から 2月12日 \*1面記事を参照。特定入院料の点数は消費税対応分を含んでいない。

## ◎急性期病棟における特定除外制度の見直し

13対1、15対1一般病棟入院基本料以外の一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病院入院基本料を算定する病棟は、90日を超える入院患者について、病棟単位で、(1)出来高算定とするが平均在院日数の計算対象とする、(2)原則として療養病棟入院基本料1と同等の報酬体系とする、のいずれかを選択する。

### [経過措置]

- ①上記の取り扱いは2014年10月1日から施行する。
- ②(2)を選択した場合、14年3月31日に入院している患者は当分の間、医療区分3とみなす。
- ③(2)を選択した病棟のうち1病棟は、15年9月30日までの間、当該病棟の2室を指定し、その中の4床までに限り出来高算定を行なう病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

## ◎「一般病棟用重症度・看護必要度」の見直し

・「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」とする。  
・A項目について項目を見直す。

※激変緩和措置として、10対1の急性期看護補助体制加算と13対1の看護補助加算1の施設要件を「重症度、医療・看護必要度基準」10%以上から5%以上とする。

## ◎在宅復帰率等の基準の新設

7対1病棟の施設基準に以下を新設する。  
(1)退院患者のうち、自宅、回復期リハ病棟、地域包括ケア病棟(病室)、療養病棟(在宅復帰機能強化加算を届け出ている病棟に限る)、居住系介護施設または介護老人保健施設(在宅強化型介護老人保健施設または在宅復帰・在宅療養支援機能加算を届け出ているものに限る)に退院した者の割合が75%以上であること。  
(2)データ提出加算の届出

### [経過措置]

- ①14年3月31日に7対1を届け出ている医療機関は、14年9月30日まで(1)を満たしているものとする。
- ②14年3月31日に7対1を届け出ている医療機関は、15年3月31日まで(2)を満たしているものとする。

## ◎短期滞在手術基本料の見直し

- 名称を「短期滞在手術等基本料」と改め、対象手術を拡大、一部検査も対象とする。また、包括範囲を全診療行為とし、該当する手術・検査を入院5日目までに実施する患者は、他に手術を実施した患者を除いて短期滞在手術等基本料を算定する。入院6日目以降は通常通りの診療報酬を算定する。
- 短期滞在手術等基本料3のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。6日目以降も入院している場合は、入院日から平均在院日数の計算対象に含める。

## ◎療養病棟(床)における慢性維持透析等の評価

(新)慢性維持透析管理加算 100点(1日につき)

\*算定要件は療養病棟入院基本料1の届出ほか。

## ◎療養病棟における在宅復帰機能の評価

療養病棟入院基本料1届出病棟に、在宅復帰率が50%以上等の基準を満たす病棟に対する評価を新設する。

(新)在宅復帰機能強化加算 10点(1日につき)

## ◎地域包括ケアを支援する病棟の評価

1. 急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、新たな施設基準を設定した病棟等の評価を新設する。

(新)地域包括ケア病棟入院料1 2,500点(1日につき)

(新)地域包括ケア入院医療管理料1 2,500点(1日につき)

(新)地域包括ケア病棟入院料2 2,000点(1日につき)

(新)地域包括ケア入院医療管理料2 2,000点(1日につき)

(新)看護職員配置加算 150点(1日につき)

(新)看護補助者配置加算 150点(1日につき)

(新)救急・在宅等支援病床初期加算 150点(1日につき・14日まで)

[算定要件]

- ①60日を限度として算定。②(地域包括ケア入院医療管理料)自院で直前にDPC/PDPSで算定していた患者が転床した場合、特定入院期間中は引き続きDPC/PDPSで算定する。

### [施設基準]

## ●地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1及び2

- ①疾患別リハ又はがん患者リハの届出を行なっている。
- ②入院医療管理料は病室単位とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③療養病床は1病棟に限り届け出ることができる。
- ④許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤14年3月31日に10対1、13対1、15対1を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1を届け出ることできない。
- ⑥看護職員13対1以上、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1名以上及び専任の在宅復帰支援担当者1人以上が配置されている。
- ⑦「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」A項目1点以上を10%以上入院させている。
- ⑧(ア)在宅療養支援病院、(イ)在宅療養後方支援病院(新設)として年3件以上の在宅患者の受入実績、(ウ)2次救急医療施設の指定、(エ)救急告示病院、のいずれかを満たす。
- ⑨データ提出加算の届出を行なっている。
- ⑩リハを提供する患者について1日平均2単位以上提供している。

## ●地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1

- ①在宅復帰率が7割以上である。
- ②1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である。

## ●看護職員配置加算

- ①看護職員が入院料施設基準の最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されている。
- ②入院医療管理料の場合は、当該病室を含む病棟全体の看護職員が最小必要人数に加え、50対1以上の人数が配置されている。

## ●看護補助者配置加算

- ①看護補助者が25対1以上配置されている。
- ②入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護補助者が25対1以上配置されている。

### [留意事項]

- ①施設基準⑨は15年4月1日から適用する。
- ②施設基準②は、15年3月31日までに届け出た医療機関は壁芯での測定でも差し支えない。
- ③看護補助者配置加算は、15年3月31日までは必要人数の5割未満であれば看護師を看護補助者とみなしても差し支えない。  
\*亜急性期入院医療管理料は14年9月30日をもって廃止する。

## ◎回復期リハ病棟の評価の見直し

1. 回復期リハ病棟入院料1を算定する病棟に体制強化加算を新設する。

(新)体制強化加算 200点(1日につき)

### [施設基準]

当該病棟に3年以上の経験及びリハビリ医療の研修を修了した専従の常勤医師1名以上及び退院調整に3年以上の経験を有する専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。

2. 休日リハ提供体制加算を回復期リハ病棟入院料1に包括する。

(改)回復期リハビリテーション病棟入院料1 1,971点

### [経過措置]

14年3月31日に回復期リハ病棟入院料1を届け出ている病棟で休日リハ提供体制加算の届出をしていない医療機関は、14年9月30日までは上記基準を満たしているものとする。

3. 回復期リハ病棟入院料1における「重症度、医療・看護必要度」A項目の得点が1点以上の患者の割合を「1割以上」に見直す。

### [経過措置]

14年3月31日に回復期リハ病棟入院料1の届出を行なっている病棟は、14年9月30日までは上記基準を満たしているものとする。

4. リハビリ総合実施計画を作成した場合の評価を新設する。

(新)リハビリテーション総合計画評価料 入院時訪問指導加算 150点(入院中1回)

## ◎医療資源の少ない地域に配慮した評価

1. 地域包括ケア病棟入院料と地域包括ケア入院医療管理料について要件を緩和する。

(新)地域包括ケア病棟入院料1(特定地域) 2,141点(1日につき)

(新)地域包括ケア入院医療管理料1(特定地域) 2,141点(1日につき)

(新)地域包括ケア病棟入院料2(特定地域) 1,713点(1日につき)

(新)地域包括ケア入院医療管理料2(特定地域) 1,713点(1日につき)

2. チーム医療等に関する専従要件等の緩和を行なう。  
栄養サポートチーム加算(特定地域) 100点  
緩和ケア診療加算(特定地域) 200点

(新)外来緩和ケア管理料(特定地域) 150点

(新)糖尿病透析予防指導管理料(特定地域) 175点

(新)褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域) 250点

(新)退院調整加算(特定地域) (一般病棟14日以内の場合) 170点 等

3. 夜勤72時間の緩和対象となる特定一般病棟入院料について、一般病棟が1病棟のみの病院を対象に加える。

## ◎主治医機能の評価(その1)

中小病院と診療所に外来における再診時の包括的な評価を新設する。

(新)地域包括診療料 1,500点(月1回)

### [包括範囲]

下記以外は包括とする。当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定、算定しなかった月は包

(3面に続く)

# 有能な人材確保に貢献します

## 全国の病院厚生年金基金に、ぜひご加入を!!

病院厚生年金基金は、省コストで充実した年金を支給し、優秀な人材の募集・確保に貢献します。



- 事業主掛金は経費算入できる優遇措置。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 優秀な人材の募集、確保・定着に寄与。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 将来の不安解消による労働意欲の向上。
- 基金の福祉事業の利用で福利厚生を充実。

## お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道	☎011-261-3172	兵庫県	☎078-230-3838
秋田県	☎018-824-5761	奈良県	☎0742-35-6777
山形県	☎023-634-8550	和歌山県	☎073-433-5730
福島県	☎024-522-1062	鳥取県	☎0857-29-6266
茨城県	☎029-227-8010	島根県	☎0852-21-6003
栃木県	☎028-610-7878	岡山県	☎086-223-5945
群馬県	☎027-232-7730	広島県	☎082-211-0575
埼玉県	☎048-833-5573	山口県	☎083-972-3656
千葉県	☎043-242-7492	徳島県	☎088-622-1602
東京都	☎03-3833-7451	香川県	☎087-823-0788
神奈川県	☎045-222-0450	愛媛県	☎089-921-1088
新潟県	☎025-222-3327	福岡県	☎092-524-9160
富山県	☎076-429-7796	長崎県	☎095-801-5081
石川県	☎076-262-5261	熊本県	☎096-381-3111
長野県	☎0263-36-4834	大分県	☎097-532-5692
静岡県	☎054-253-2831	宮崎県	☎0985-26-6880
滋賀県	☎077-527-4900	鹿児島県	☎099-227-2288
京都府	☎075-255-1312	沖縄県	☎098-869-3521
大阪府	☎06-6776-1600		

(2面から続く)

括されない。

- ①(再診料)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
  - ②地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)
  - ③在宅医療に係る点数(訪問診療料を除く)
  - ④薬剤料(処方料、処方せん料を除く)
  - ⑤急性増悪時に実施した検査、画像診断、処置費用のうち550点以上のもの
- [算定要件]

①高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く)を有する患者が対象。当該医療機関で診療する対象疾病と重複しない対象疾病を他医療機関で診療する場合に限り、当該他医療機関も当該診療料を算定できる。

②対象医療機関は診療所および許可病床が200床未満の病院。

③担当医を決める。当該医師は関係団体主催の研修を修了していること(当該取り扱いは15年4月1日から施行)。

④以下の指導、服薬管理等を行なっている。  
ア)患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導・診療を行なう。

イ)患者がかかっている医療機関をすべて把握、処方薬をすべて管理、カルテに記載する。

ウ)病院において、患者の同意が得られた場合は、24時間開局等のすべてを満たす薬局に対して院外処方を行なうことを可能とする。

エ)病院で院外処方を行なう場合は下記の通りとする。(詳細略)

キ)当該患者について、当該医療機関で検査(院外委託を含む)を行なうものとし、その旨を院内に掲示する。  
ク)当該点数を算定している場合は7剤投与の減算規定の対象外とする。

⑤以下の健康管理等を行なっている。(詳細略)

⑥介護保険の相談を行なっている旨を院内掲示し、要介護認定の主治医意見書を作成しているとともに下記のいずれか一つを満たすこと。

- (ア)居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供している、(ウ)ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けている、(エ)介護保険の生活期リハを提供している、(オ)当該医療機関の同一敷地内に介護サービス事業所を併設している、(ク)医師がケアマネージャーの資格を有している、(ケ)病院は総合評価加算の届出を行なっている又は介護支援連携指導料を算定している 等

⑦在宅医療の提供と24時間の対応について院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たす。(病院の場合)

(ア)2次救急指定病院又は救急告示病院である、(イ)地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定している、(ウ)在宅療養支援病院である

⑨初診時には算定できない。

◎紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

1. 紹介なしに受診した患者等に係る初診料と外来診療料に保険外併用療養費の枠組みを活用する対象を、①特定機能病院と許可病床500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率50%未満かつ逆紹介率50%未満の施設、②許可病床500床以上の全病院(特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院、並びに再診料を算定する病院を除く)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設、拡大する。
2. 対象病院は、一部薬剤を除き、原則的に30日分以

上の投薬に係る評価(処方料、処方せん料、薬剤料)を60/100に適正化する。

[経過措置] 1、2とも15年3月31日まで

◎機能強化型在支病等の評価の見直し

1. 機能強化型在支診・在支病の実績要件等を引き上げる。

[機能強化型在支診・在支病の施設基準]

①在支診又は在支病の要件を以下の通り見直す(下線部)。

- イ 在宅医療を担当する常勤医師3名以上
- ロ 過去1年間の緊急往診の実績10件以上
- ハ 過去1年間の在宅看取りの実績4件以上

②複数の医療機関が連携して①の要件を満たしても差し支えないが、それぞれの医療機関が以下の要件を満たしていること。

- イ 過去1年間の緊急往診の実績4件以上
- ハ 過去1年間の看取りの実績2件以上

[経過措置]

①14年3月31日時点で機能強化型を届け出ている医療機関は、14年9月30日まで、上記基準を満たしているものとする。

②経過措置①の対象医療機関で、14年9月30日の時点で単独で在支病の基準を満たす医療機関は、過去6月間の緊急往診の実績が5件以上かつ看取りの実績が2件以上の場合、15年3月31日まで緊急往診と看取りの実績基準を満たしているものとする。

③経過措置①の対象医療機関で、14年9月30日の時点で複数の医療機関が連携して基準を満たす場合は、各医療機関が過去6月間の緊急往診が2件以上かつ看取りが1件以上であって、連携医療機関全体で経過措置②の基準を満たしている場合は、15年3月31日までの間、緊急往診と看取りの実績基準を満たしているものとする。

2. 3名以上の常勤医はいないが、緊急往診と看取りの十分な実績を有する在支診・在支病に対する評価を新設する。

(新)在宅療養実績加算(緊急、夜間又は深夜の往診) 75点

(新)在宅療養実績加算(ターミナルケア加算) 750点

(新)在宅療養実績加算(在宅時医学総合管理料)  
同一建物居住者以外の場合 300点  
同一建物居住者の場合 75点

(新)在宅療養実績加算(特定施設入居時等医学総合管理料)  
同一建物居住者以外の場合 225点  
同一建物居住者の場合 56点

(新)在宅療養実績加算(在宅がん医療総合診療料) 110点

[施設基準]

過去1年間の緊急往診の実績が10件以上かつ看取りの実績が4件以上。

◎在宅療養における後方病床の評価

1. 在宅療養後方支援病院を新設し、当該医療機関が後方受入を行なった場合を評価する。

【在宅患者緊急入院診療加算】(入院初日)  
(改)1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合 2,500点

[施設基準(在宅療養後方支援病院)]

- ①200床以上の病院であること
  - ②入院希望患者について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
  - ③入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること
2. 在宅療養後方支援病院に、在宅医療を担当する医

師と共同で訪問診療等を行った場合の評価(在宅患者共同診療料)を新設する。

(新)在宅患者共同診療料

1 往診の場合	1,500点
2 訪問診療(同一建物居住者以外)	1,000点
3 訪問診療(同一建物居住者)	
イ 特定施設等に入居する者	240点
ロ イ以外の場合	120点

◎救急医療管理加算の見直し

「その他患者の状態に準ずるような重篤な状態」の評価の適正化を行なう。

(新)救急医療管理加算2 400点

[算定要件]

1. (新規)ただし、当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

(改)救急医療管理加算1 ア～ケ  
(新)救急医療管理加算2 コ その他、に準ずるような重篤な状態

2. (新規)年に1度「コ」に該当する患者の概要について報告を行なうこと。

◎急性期病棟におけるリハビリ専門職配置に対する評価

7対1、10対1に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置した場合の加算を新設する。

(新)ADL維持向上等体制加算 25点(1日につき、14日を限度)

※当該加算を算定している患者は疾患別リハ等を算定できない。

[施設基準]

①当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上の常勤配置すること。

②当該医療機関に、リハに関する3年以上の臨床経験と研修を修了した常勤医師が1名以上勤務していること。

③当該病棟の直近1年新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は循環器系の疾患、新生物、消化器系、運動器系または呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

④アウトカム評価として以下のいずれも満たすこと。  
ア)直近1年間に当該病棟を退院した患者のうち、入院時よりも退院時にADLの低下した者の割合が3%未満であること。

イ)当該病棟入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している割合が1.5%未満であること。

◎夜間における看護補助者の評価

【夜間急性期看護補助体制加算】  
(新)イ 夜間25対1急性期看護補助体制加算 35点(1日につき、14日を限度)

(改)ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 25点

(改)ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 15点

◎医師事務作業補助者の評価

医師事務作業補助者の業務を行なう場所について、一定以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設する。

(新)医師事務作業補助体制加算1

イ 15対1	860点(入院初日)
ロ 20対1	648点(入院初日)
ハ 25対1	520点(入院初日)
ニ 30対1	435点(入院初日)
ホ 40対1	350点(入院初日)
ヘ 50対1	270点(入院初日)
ト 75対1	190点(入院初日)
チ 100対1	143点(入院初日)

## 医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> **メディカル クラーク**

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 6,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

## 医事業務管理技能認定試験

<称号> **医事業務管理士**

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 7,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

## 医師事務作業補助技能認定試験

<称号> **ドクターズクラーク** 【主催】公益社団法人 全日本病院協会  
一般財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等。
- 受験料 8,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

- 試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
- ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

第1回病院医療ソーシャルワーカー研修会の報告

# 地域との接点かつ院内連携の要となる病院MSW

## 初の研修に定員を超える申し込み。彼らに系統的教育を提供するのは病院協会の役割



常任理事(プライマリ・ケア検討委員会委員長) 丸山 泉

第1回病院医療ソーシャルワーカー(以下病院MSW)は、プライマリ・ケア検討委員会の企画で、2月5日、6日の2日間、本協会本部で開催された。定員150名のところに200名近い応募があったため、少なからぬ申込者には、次の機会への参加をお願いすることとなった。

西澤寛俊会長に挨拶をお願いし、全日病がプライマリ・ケア宣言(2013年8月7日)をなぜ行ったか、病院医療ソーシャルワーカーの研修とどのような関係性があるかについて話をしていた。

引き続き、共催していただいた日本医療社会福祉協会(医福協)の佐原まち子会長から、参加者に、開催目的やスケジュールについての説明が行われた。



その後、厚生労働省医政局指導課の佐々木昌弘医師確保等地域医療対策室長から、「医療を取り巻く情勢の現状と将来」と題した講演をいただいた。

そして、当日急用で出席できなかった藤井久丈プライマリ・ケア検討委員会委員の代理として、私が「組織が求める医療ソーシャルワーカーの機能と役割」について話をし、この二つを基調とし、これを展開させる形でグループワークに入った。

医福協から参加していただいたスタッフは、参加者の心をつかみながらのさすがに手慣れた進行をみせ、「現状分析、業務評価シート記入の実習」が円滑に行われた。

2日目は、法政大学の佐野哲先生と本協会の神野正博副会長が「医療ソーシャルワーカーに求められるマーケティングの視点」についてお話された後、日本福祉大学田中千枝子先生による「連携技術・方法論」の講義が行われ、

そして「SWOT分析演習」に入った。最後は、医福協の伊藤正一理事によって「専門性と組織論で葛藤する事例」の検討会が行われ、猪口雄二副会長のまとめで、2日にわたる研修が終わった。

今回の病院MSW研修会はきわめて有意義で効果的なものとなった。

プライマリ・ケアの強化というコンテキストで病院医療を語る場合、病院MSWは地域との接点となり、かつ院内多職種連携の要ともなる。しかしながら、病院やその関連施設を場としているMSWには日常的に課せられた業務が多く、そのことへの系統的学びの場が不足していることも事実である。

これを提供することは病院協会の役目でもある。仕事の間が世間問題を多く持つところである以上、その学びは現実に即したものでなくてはならない。

しかし、病院MSWが本来持っている他者への優しさなどを、私どもの施設の多忙という理由で、また、不十分

な病院MSWへの認識や過剰な期待で摘み取ってはならない。彼らが本来持つその特性を組織の中で十分に発揮できること、同時に私たちが常に持ち続けている経営の厳しさとの共有感とのバランスある育成が必要である。

マーケティングの講義の中で最も大切だと指摘された、「患者の期待を裏切らないように、関係部門の諸機能を統合する役割」に彼らが向かって成長するかどうかは、むしろ私たちの意識の改革にあるのかもしれない。

初日のスケジュール終了後に懇親会を開催した。立食粗宴であったが、会話の中から、多くの参加MSWが真剣に個々の所属施設の健全な発展を願い情報収集していたことを、断片的であるが、聞き取ることができた。

次年度の開催への反省も含め、委員全員がお世話の甲斐を感じた2日間であった。最後に、進行役の牧角委員に感謝する。

## 第1回AMAT隊員養成研修に27病院(105人)

### 2日間の講義と実技。受講者に隊員登録証、ベスト、ヘルメットを配布

大規模災害における病院や救護所等に対する支援体制を整備するために、全日病は2013年度に災害医療支援活動体制の見直しを図り、各支部に「災害時医療支援活動指定病院」を指定したほか、災害時医療支援活動班として「AMAT」(All Japan Hospital Association Medical Assistance Team)の編成に着手した。

この医療チームの養成を目指す第1回研修会(2013年度AMAT隊員養成研修)が2月8日と9日に、救急・防災委員会(加納繁照委員長)の主催で開催された。49年ぶりの大雪という中、東京都内の会場(全日病本部)に、北海道から沖縄まで27病院(105人)が集まった。

DMATやJMATなどと連携しつつ、技能的にはDMATに準ずる知識・技能を目指すAMAT研修は、医師を含む3人1チームによる受講が原則。会場には、医師、看護師とともに、薬剤師、栄養士、リハスタッフ、事務職員など多様

な職種からなるチームが顔を揃えた。

開会の挨拶を述べた神野正博副会長は、「3.11のときも医療チームを派遣した。今さら、なぜAMATなのかと訊ねる向きもある。しかし、大規模災害に立ち向かうには標準とルールが欠かせない。3.11には民間病院が後回しにされた。そうしたことへの反省から、仲間の病院を助ける体制を整えようという機運が生まれ、AMAT創設にいたった」と、AMAT誕生の意義と目的を明らかにした。

「AMAT概論」「災害概論」「トリアージ」「災害時の情報通信」といった講義に加え、医療専門職には「トリアージ机上訓練・タグ記入」の実習が、業務



調整員には「ロジスティクスの基本」「通信確保と衛星電話」という講義・実習が行なわれた。

2日目は、「医療連携、関係機関の役割」「指定病院支援及び避難所をめぐる課題」「災害要援護者」の各講義に加え、「AMAT派遣シミュレーション」(実技)をこなし、全員が筆記と実技からなる試験を受けた。

受講した会員病院には、もれなく、AMATの隊員登録証、ベスト、ヘルメットが支給されたが、閉会の挨拶を述べた加納繁照救急・防災委員会委員長は、「AMATが今後どう評価されるかは、皆さんの活躍いかんにかかっています。ぜひ、研修内容を各病院に持ち帰ってすぐれたチームの養成に努めていただきたい」とエールを送った。

NHK 「クローズアップ現代」が「認知症研修会」を取材・放映

全日病

全日病が1月11日・12日に開いた「第2回病院職員のための認知症研修会」がNHK「クローズアップ現代」の取材を受け、2月5日に放映された。「病院職員のための認知症研修会」は、看護、リハ、MSW等のスタッフを対象に、プライマリ・ケア検討委員会(丸山泉委員長)が開催している認知症ケアを学ぶ講習会で、昨年9月に第1回が開かれている。

この研修会の特徴は、講義とワークショップをベースに、フランス発祥の、あたかも友人や家族であるかのように、病人としてではなく“人間”として接することによって信頼の絆をつくり、周辺症状の改善を引き出すというユマニチュードの考え方を取り入れていることだ。

第2回研修会には、ユマニチュードを考案したイヴ・ジネスト氏(ジネスト・マレスコッティ研究所長)が出席し、その哲学を述べるとともに、

150あるとされるユマニチュード技法の一部を受講者に指導した。「クローズアップ現代」は、認知症ケアに苦悩する臨床現場をフォーカスする一方、ケアメソッドとして取り入れた事例として全日病の研修会を取り上げ、「見つめて 触れて語りかけて」と題した30分のレポートにまとめた。

その中で、「病院職員のための認知症研修会」で披露されたユマニチュードの技法や受講者の感想を紹介するとともに、講師を務めた本田美和子氏(東京医療センター総合内科医長)とイヴ・ジネスト氏に対するインタビューを行なっている。

「第16回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム」のご案内

日時 ● 3月15日(土) 16:30~20:30

会場 ● 全日本病院協会 大会議室2 JR総武線水道橋駅東口下車 徒歩4分

テーマ ● 頻発・激甚化する気象災害を考える

講演 ● 総務省消防庁次長 市橋保彦  
(株)ウェザーマップ代表取締役 森田正光  
茨城県つくば市消防本部 中島千尋 他

参加費 ● 無料(定員80名)

問合せ先 全日病事務局  
Tel.03-5283-7441(代) 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F

一般社団法人 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

一般社団法人 全日病厚生会

お問合せ (株)全日病福祉センター  
〒101-0064 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.03-5283-8066

あんしんとゆとりで仕事に専念