

④ 現場や患者から発想している

ヒアリングから

「患者の生活を見なければ医療はできないと思う。病院でも全人医療を行っているが、生活を断ち切った場面での話であり、やはり生活を把握する必要がある」

「東北では冬でも部屋全体を暖めるのではなく、こたつなど一部だけ暖かくするというケースがある。低体温の患者に空気循環型のエアマットを使っていたら、使用中に死亡するケースがあった。エアマットを使わないようにしたら、そうしたケースはなくなった。絶対にそうだとは言い切れないが、エアマットの空気循環が患者の体温を奪ってしまっていたものと思われる。そうしたことも、現場での体験がないと分からないことである」

「患者（利用者）の価値観の解釈で、医師の考え方が間違っていることも少なくない。リーダー・コーディネーター・ゴールキーパー（＝最後の砦）と、場面場面に応じて役割を変化させる柔軟さが求められる」

「医療機関や医療の視点だけから患者の問題を捉えるのではなく、日々の生活を営む生活者の視点に立って物事を考える力。具体的には以下の通りである。

- 患者さんの生活の場に身をおいてみたことがある
- 医療機関に来るまでのことが想像できる
- 高齢者の生活の実際をみたことがある
- へき地の実際をみたことがある
- いろいろなことを想像できる
- 世間話ができる

こうした点は、特に若い医師には欠落していると思う」

(5) 時間外・夜間の対応を積極的にしている

① 時間外・夜間の対応を積極的に行っている

アンケートから

- 24時間対応を「している」とする割合が75%。(病院勤務医を含めた回答)
- 24時間対応を円滑にするための工夫としては、「近隣の医療機関との連携」を挙げる回答が多い。
- 24時間対応の課題としては、「患者の状況を予見して、時間外のコールを減らすこと」(4割が指摘)、「診療報酬上の措置」(3割強が指摘)、「コ・メディカルの確保」(3割が指摘) などとなっている。

ヒアリングから

「24時間対応をしている。夜間は、看護師の電話に連絡が入り、看護師の対応で済んでしまうこともある。看護師だけで済まない場合には、自分の携帯が鳴り、自分が対応することになる」

「家族の不安が高じて連絡してくるケースが多いが、自分が対応しなければならないケースはほとんどない」

「夜間対応をするために、酒は飲まなくなった」

「対応可能なら、とりあえず診ることが大切である。当診療所の場合、夜間・休日でも診療所に電話をかければ、私の携帯電話に転送されるようになっている。医師個人の事情(体調不良・遠方に外出など)で診察できなくても、アドバイスや診療所看護師での対応ですむ場合も少なくない」

「緊急対応が必要な患者については、事前に対応を予測しているし、できるようになる」

「開業医が昼間だけ診る、というのではいけない。24時間対応を全ての開業医がすべきとは言わないが、ある程度は夜も診療することが求められる」

「専門医を疲れさせないことも必要」

② 患者に緊急の連絡先を教えて、時間外・夜間の対応を行っている

ヒアリングから

「患者から、診療所に電話がかかってきた時に、時間外や休日の場合には、携帯電話の番号を流して、そちらに電話してもらうようにしている。その携帯電話は診療所看護師が出て、対応することになっている。自分が直接出ていく必要があるケースは、週1回ぐらい」

- ③ 看護師を活用している。看護師の対応のみで済んでしまうこともある

ヒアリングから

「24時間対応をしている。夜間は、看護師の電話に連絡が入り、看護師の対応で済んでしまうこともある」

「緊急時には、まず訪問看護ステーションの看護師が対応し、それでも難しい場合には、医師が対応することになる」

- ④ 患者・家族の安心感が向上し、連絡を控えてくれるようになる。地域住民が医師を大切にようになる

ヒアリングから

「患者とは良い人間関係ができているので、気を遣ってあまりかかってこない（先生が仕事を始めるであろう8時半以降にかかってくる、など）」

「平成14年度の時間外・夜間件数は年間1,100件くらいあった。平成15年度に頭部の手術をしたら、（そのことを住民にはお知らせしていなかったにも関わらず）時間外・夜間件数が年間150件くらいに減少した。住民の間に「医師を守ろう」という意識は働いているのではないか。住民が医師のことに無関心ではない、ということは重要」

「1月に1回程度は夜間に突然呼び出されるケースがあるが、当初に比べて非常に少なくなった。住民との間で信頼関係ができてくると、呼び出される回数も減少するようだ。住民の側でセーブしてくれるようになったと実感している」

(6) 往診や在宅医療に積極的に取り組んでいる

- ① 往診や在宅医療を積極的に行っている

アンケートから

- 往診や訪問診療を「している」とする割合が9割。
- 1週間で往診や訪問診療に行く患者の数は、平均11.3人
- 1週間で往診や訪問診療にかかる時間は、平均9.5時間
- 往診や訪問診療の課題としては、「患者の状況を予見して、計画的に実施すること」を挙げる割合が多い。

ヒアリングから

「開業医は往診や在宅診療を行うことが必ず必要と考える」

「往診や在宅診療は必要。それを行うと、住民の意識も高まる」

「我々の主たる業務の一つである。当診療所は在宅支援診療所になっており、積極的に活動をしている。在宅でのターミナルケアも対応している。往診要請にも基本的にすべて対応している」

「(往診には) 依頼があれば対応する。教育・研修の時から、依頼があれば断らないよう指導されてきた」

「往診自体は国民のニーズであるのだから継続した方がいい。高齢者が多い診療所などは、午前中は外来をやり、午後は往診をする、というモデルを進めれば、『診てもらえない』などの不満はでないのではないかな」

「私たちがもっとも力を入れている部分かと思う。地域全体が病院と考えれば、ベッドは自宅であり、ナースコールは電話である。医師の回診が訪問診療となっている」

「進んで行くことが望ましい。その意味で、少し高めの診療費設定はインセンティブとして有効！しかし、高くし過ぎると、患者の自己負担が増えてしまう」

「島全体が診療所だとは言わないが、少なくとも、家庭の一部が診療所だと思っている。だから、いつでも往診してあげる。365日いつでもである」

「離島における医療では100%必要である」

患者ヒアリングから

「在宅にも来てくれるのでとてもよい」

「病院の医師は往診に来てくれない。めまいがあった時に、先生に連絡したら、往診してくれて、▲▲病院を紹介してもらい、しかも先生が▲▲病院まで一緒に行ってくれた」

「ある晩、具合が悪くなって、診療所に電話したら、先生も奥さんも留守で、お子さんが出た。おそらく、お子さんから話しが行ったと思うが、先生が帰られてから、すぐに往診に来てくれた。まさか、来てくれるとは思わなかったので、有難かった」

「往診してくれるということは、自宅に来てくれるということであり、暮らしの姿、生活の場を見ながらケアしてくれるということ。それが、かかりつけ医に対する信頼の基盤である」

- ② 在宅での生活や家族全体の健康を支えるという意識が強く、患者の生活場면을把握することを重視している

ヒアリングから

「在宅で患者の面倒を見ている家族のためにはレスパイトケアも必要であり、そのために検査入院を行ったりしている。家族を休ませてあげる機会をつくることは在宅医療を続けていくためのコツである」

「患者さんはもとより家族の不安をできるだけ除いてあげることで、在宅での医療ができるのではないかと思う」

- ③ 医師だけでなく、訪問看護・訪問介護などと連携して、チームで対応している

ヒアリングから

「訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパー・デイサービス職員などと情報を共有し、連携すればするほど、在宅ケアは楽になる。カンファレンスを行う手間や時間を大きくカバーするメリットがある」

「病院からの退院が早くなっているので、往診の度合いが高く（重く）なっている。1週間に10人ちょっとの患者に往診している。訪問看護を上手に活用しながら在宅診療を行っている」

- ④ 多岐に渡る職種とのチームワークや連携能力が高い（医師が横柄な態度をとると、うまくいかない）

ヒアリングから

「医療も生活支援であり、医療職のみではできない。医療と福祉の協力が必要。介護保険のケアマネジャーよりももっと幅広く対応できる専門職が必要。そのためには、もっとMSW（医療ソーシャルワーカー）を増やして地域に配置できるようにしてほしい。現在は、MSW（医療ソーシャルワーカー）は病院の事務職として勤務しているケースがほとんどであり、その病院の退院支援しかしていないのが実情」

「医師だけでなく、訪問看護や訪問リハビリ、訪問介護などとも連携してサービスを提供している」

(7) その他

- ① 外来患者数等の状況

アンケートから

- 通常時間内の外来患者数（1日当たり）の平均値は52人。うち、新患者数は5人。
- 通常時間外の外来患者数（1日当たり）の平均値は1.7人。うち、新患者数は0.8人。

② 診療以外の活動

アンケートから

- 診療以外の活動としては、以下が多い。
 - 講演（指摘率 69.9%）
 - 健康教育（指摘率 63.5%）
 - 卒後研修の受け入れ（指摘率 51.3%）

③ 実践している活動の効果

アンケートから

- 実践している活動の効果としては、以下を挙げる割合が高い。
 - 患者さんの安心感が高まる（指摘率 89.1%）
 - 患者さんの在宅生活におけるQOLが高まる（指摘率 72.4%）
 - 不必要な受診が抑制され、社会全体の医療費が効率化する（指摘率 50.6%）

三、有床診療所の機能と今後

一制度改革の中で見直される有床診の機能と今後及び21年度有床診療所経営実態調査の概要（委員として参加した江口成美日医総研主任研究員の概要を以下のとおりまとめた。

医療・介護の提供制度の中で、有床診療所をどのように位置づけるかについての本格的な議論が早急に必要となっている。平成18年の医療法改正で病床の法的な位置づけが行われたが、診療報酬改定や療養病床再編計画の影響を受けて無床診療所に移行する施設が増加し続けている。

本稿では、医療制度改革が推し進められる状況下、制度改革の中で新たな局面を迎えている有床診療所の最新の動向を把握するとともに、有床診の機能について考え、今後のあり方を考察したい。

1. 有床診を巡る動き

1) 施設数

2007年6月時点のデータでは、有床診の施設数は12,720施設である。改訂をはさむ過去1年の間に913施設減少している。中でも、昨年7月に542施設と大きな落ち込みがみられた。過去20年あまりの施設数の推移をみると、1985年の施設数を100とした場合、現在は48.6となり、半分以下に減少していることが分かる。その一方、無床診療所の施設数は同じ時期に6割強増加している。

また、現在の病床数は158,707床、うち一般病床が138,408床、療養病床が20,299床である。医療費抑制策として推し進められている療養病床再編計画の影響で、療養病床数はここ1年の間に3,127床減少している。

2) 経営状況

周知のごとく、平成18年診療報酬改定で、有床診の一般病床の長期入院費は引き下げとなり、また、有床診の療養病床の大部分を占める医療区分1ならびに区分2の一部の入院費が引き下げとなったため、長期入院患者が多い有床診療所での病床の採算性が大きく悪化した。

厚生労働省のメディアスによれば、2007年4～9月の1日当たり医療費（算定ベース）は、対前年比で全体の1.9%プラスであるが、内科、外科はそれぞれ-1.7%、-1.0%であった。日本医師会の緊急レセプト調査では、2007年6～9月の患者1日当たり点数の対前年比が、内科で-8.2%、整形外科-2.3%、産婦人科-10.7%で、診療科によって影響度に違いがみられた。

長期的に過去20年の1日あたり点数の推移をみても、有床診療所はその伸び率が抑えられてきたことが分かる。1985年を100とした時、病院は2005年時点で160.7であるのに対して、有床診療所は138.5であった。

このような財務上の課題のみならず、人員確保の問題、院長の高齢化や後継

者問題を抱えている施設が多い。さらに、病床転換にかかわる課題、患者の大病院志向による病床利用率の低下など、有床診療所を取り巻く環境は悪化する一方である。

3) 行政、医師会、協議会の働き

有床診療所は平成 18 年医療法改正で 48 時間入院制限が撤廃されたにもかかわらず、結果的には、厳しい状況に追いやられてしまった。そもそも、医療政策の議論の中で、厚生労働省が有床診療所のあり方について、これまで十分な議論を行ってきたとはいいがたい。しかし、2007 年 4 月の「医療政策の経緯、

＜資料＞「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」より抜粋

iii それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性

(中小病院及び有床診療所の今後の位置づけ)

・・・。(中略) また、入院機能を有する診療所(有床診療所)について、看護等の職員体制が薄いといった課題もあるものの、地域における貴重な社会資源として有効な活用を図っていくべきである。こうした、個々の中小病院や有床診療所が地域において果たすべき機能、役割については、地域の様々な実情を応じて、医療計画においても可能な限り具体的に明記されるべきである。(厚生労働省 2007 年 4 月)

現状および今後の課題について」の中では、有床診療所の病床は重要な社会資源として活用する、という方向性を示した(資料)。

また、療養病床再編については、当初は病院の議論のみであったが、有床診療所の療養病床についても転換を推進すべく緩和措置や優遇措置を次々と公表し始めた。

介護施設への転換促進を目的として、小規模老健施設に転換した場合の介護支援専門員を常勤でなく非常勤でよいと緩和するなど支援策は多様にわたる。

日本医師会では、有床診療所検討委員会が平成 18 年度の答申を行っている。そこでは、①改正医療法と診療報酬との整合性の観点から、入院基本料が適正に評価あされること、②後期高齢者医療制度に係る診療報酬改定においても、有床診療所の入院医療が適正に評価されること、③地域における有床診療所の今後の役割・機能がこれまで以上に重要となること、の 3 点をあげている。さらに、全国有床診療所連絡協議会も議員連盟とともに検討を行っている。

いずれにしても、有床診療所のあり方や病床の位置づけに關しての具体案については現時点では検討中であり、地域ケア整備計画や後期高齢者医療制度の開始をひかえ、早急に議論を進める必要がある。

2. 有床診に求められている機能

有床診療所は同じ病床を有する病院とはその特性が異なる。特性の 1 つは、

医療収入のうち入院収入が2～3割で、外来収入が中心である点である。入院を中心とする病院との違いは大きい。

次に、患者の居住地との近接性である。既存調査では、約半数の患者は居住地から診療所までの時間が15分以内であった。居住地から入院施設まで近いことは、入院患者やその家族にとって多大なメリットがある。さらに、診療所という小規模な施設において、医師が身近な「かかりつけ医」となって、患者の身体的・社会的状況を踏まえた医療・介護サービスを提供できることである。これらの特性を踏まえて、病床機能を十分に発揮させることで、地域住民のニーズに細かく対応することができるはずである。

有床診療所が果たしている機能は、専門性の高い医療、病院からの早期退院患者の受け皿機能、在宅医療の後方支援、終末期医療・緩和医療である。地域のニーズに対応した介護サービスもある。これらは、今後も有床診療所に期待される機能であり、日医の検討委員会をはじめ、多くの有床診療所の施設長が指摘してきた内容でもある。

また、厚生労働省が医療制度改革の骨子としてきた重点項目でもある。すなわち、医療制度改革の重点項目には、かかりつけ医機能の強化、在宅医療の推進、終末期医療の整備、救急医療への対応が含まれている。有床診療所を有効に活用することを期待できる事項といえる。

1) 専門性

まず、専門性の高い医療であるが、有床診療所は病院と同等の医療を小規模な施設で提供している。施設数全体の中で7.9%を占める眼科、2.1%の耳鼻咽喉科のほか、整形外科、産婦人科を含めると全体の約45%がいわゆる専門単科である。また、外科や人工透析など多くの診療科で、高度な手術を含む専門性の高い医療が提供されている。施設調査からも悪性腫瘍手術の件数は年間8,000件にのぼると推計される。

2) 受皿機能

第2に、病院からの患者の受け皿機能である。これは有床診療所の重要な機能の1つであり、今後も必要度が増すことが予想される。例えば、病院の医療区分1の患者の割合は、医療区分の導入前は5割であったが、導入後は3～4割に低下している。

ところが、有床診療所では区分1の患者の割合に大きな変化がなく、依然、5～6割を占めている。つまり、病院は入院医療費の低さに耐えかね、医療必要度の低い患者を退院させ、必要度の高い患者を入れたが、有床診療所は地域のニーズに応えざるを得ず、入院医療費の低さにもかかわらず引き続き必要度の低い患者を受け入れ続けていることが想像できる。

療養病床再編案に伴う混乱の中で、有床診療所のこのような受け皿機能は今

後一層重要度が増すであろう。

3) 在宅の機能

第3に、夜間の看護職配置が行われている有床診療所は、職員の24時間体制を確保でき、後方支援としての病床を有効に用いることができる。救急医療や電話相談への対応が可能であり、在宅医療の拠点としての機能を果たすこともできる。

在宅医療については、在宅療養支援診療所の届出の内訳が公表されていないが、全国でおよそ2,000~3,000の有床診が届出を行っているとは推計できる。1人医師が多数を占める有床診療所にとって、担当医の24時間確保は必ずしも容易でなく、今後の課題も多いが、連携の強化によって対応することが必要であろう。

4) 終末期医療

第4に、終末期医療・緩和ケアについてであるが、既存調査では、有床診療所全体の中で、終末期の患者が1人以上いる施設は全体の約17%を占めている。また、在宅療養支援診療所の届出を行っている施設で、終末期医療を実施していると回答した施設は60.4%と高く、無床診療所の50.9%を上回っていた。終末期医療は現在広く議論されているが、患者の居住地に近い有床診療所が、患者やその家族にとってよりよい医療の場を提供できるに違いない。

5) 介護

最後に、全国に有床診療所の介護療養病床は8,521床(2005年)あり、介護サービスの提供が行われてきた。地域差は大きく、それぞれの地域でのニーズに即した病床の利用が行われてきた。例えば、長崎県や大分県のように600床以上ある県や、埼玉県のように診療所の介護療養病床がない地域もある。厚生労働省は2011年に介護療養病床を廃止としているが、これらの病床を今後どのように運営するかが喫緊の課題である。その際、しばしば議論されている短期入所生活介護(ショートステイ)としての活用は積極的に取り入れるべきであろう。病院と異なり、身近な場所にある有床診療所であればこそそのサービスである。

また、介護については、もともと老健やグループホームなどの介護施設や福祉施設を併設している有床診療所もある。併設施設を持つ施設の割合は全体の11%(2005年で1,539施設)にのぼっており、多角経営を行う余力がある施設は従来より介護サービスを行ってきている。

これらの機能のほかに、地域に病院がない僻地などでは、病院に代わる入院施設として大きな役割を果たす。また、現実には、有床診療所の多くが地域のニーズに応じて上記のいくつかの機能を持ち合わせている、いわゆるケアミックスの施設である。したがって、機能によって分類するのではなく、本来のサ

ービスが提供できるように、病院病床とは別の「診療所病床」として、柔軟に利用する方策を考えることがよいと思われる。

6) 診療所病床

小規模の有床診療所がその一部あるいは全部を介護に転換することは、たとえ緩和措置や優遇措置があっても投資は必ずしも容易でない。

小規模の介護施設の収益性は低く、当然ながら、介護施設に転換すれば、その後、医療病床として利用することが困難である。転換によって地域ニーズに応えることも選択肢の1つであるが、小規模施設であることを考えると、むしろ現行の病床をそのまま柔軟に活用する方策も検討してはどうであろうか。そのためには、以下のような方向性が考えられる。

まず、有床診の病床については、一般病床と療養病床の区分をはずし、「診療所病床」として一括りにするのである。19床以下という小規模の施設の中で、一般病棟と療養病床の区分、さらには療養病床の中の区分化を行うことは、必ずしも効率的な運用といえないからである。もともと、療養病床の入院料が一般病床のそれより高く設定されていたため、療養病床に患者を入院させる経済的なインセンティブが強かった。そのため、一般病床と療養病床の区分があいまいなケースもある。

平成17年の日医総研の調査では、療養病床の入院患者の6割が慢性期であったが、急性期や亜急性期の患者も含んでいた。療養病床についてのみ看護食配置基準が設置されていることも、一般病床と療養病床の運営面での非効率を生み出してきた。これらを一体化したうえで、患者のニーズに応じて、急性期、亜急性期、慢性期などの分類を診療報酬上で行うことが一案である。診療所病床という枠の中でより柔軟な運営を行い、効率性を高めることが目標である。ただし、提供する医療の質を確保し、患者の療養環境を向上させるための指針や手法を明確にすることは必要であろう。

次に、医療保険と介護保険の適用を、病室単位でなく患者単位にすることの検討である。現在、介護療養病床が1病棟の病院や診療所は、事前に届出をしておけば、2室8床まで医療保険からの給付を受けることができる。いわゆる「2室8床ルール」である。事前に届出をしなければならないという条件はあるが、既存ルールでも介護療養病床に医療保険を適用するという、病床の柔軟な利用が可能である。この考えを広げて、患者単位に保険を選択適用するというものである。

例えば、急性期医療が必要で有床診療所に入院した患者が、その後、回復しても医療介入が必要でかつ介護度が高く退院できない場合、当初は医療保険を適用し、そのあとで、介護保険を適用する。現在は医療保険と介護保険の調整が困難で、選択的な適用は急性増悪などの例外的な場合以外は行われていない。

しかし、患者やその家族への負担減、有床診療所という小規模医療機関の運営向上、さらには、医療資源の効率的な活用という 3 つの観点から、大きなメリットがあると考えられる。

上記の一般病床の療養病床について、米国の農村部・僻地の小規模病院では、病床を SWING BED として登録することで、急性期病床と長期療養病床の間で柔軟に利用する形態を用いており、その効果が評価されている。

7) 診療科別の課題

病床にかかわる課題のみならず、有床診療所では人員確保の問題など科別にさまざまな問題を抱えている。例えば、産科診療所は看護師の内診問題や助産師確保の問題があり、その施設数が減少し続けている。日本産婦人科医会の統計では、実際に「分娩を行っている」診療所の数は 1990 年の 2,497 施設から 2005 年の 1,612 施設へと 15 年間で 3 分の 2 に減少している。また、日医総研の調査では、分娩を行っている産科診療所で、「今後、病床は廃止したい」施設が全体の 19% を占めている。国内の分娩の約 47% が診療所で行われていることを考えると、社会的影響も大きいことが想像される。

3. 今後の在り方について

現実問題として、療養病床再編の 2011 年まで、そしてその後、一般病床や療養病床をどのように運営していくかの検討は、有床診療所の施設長にとって喫緊の課題である。受け皿、在宅医療の後方支援、地域連携による 24 時間体制、ショートステイを考えると同時に、かかりつけ医として外来機能をより充実させることが求められている。

近接性という病院に対する優位性と、24 時間体制を確保できるという無床診療所に対する優位性の両方を生かした経営を考えるべきである。連続性のあるケアを居住地の身近で安心して受けられるという地域住民へのメリットは多大である。もちろん、これらの機能を発揮するために必要な財政的基盤が適切に整備されることが条件である。

小規模で近接性の高い有床診療所は、その病床を「診療所病床」として確立し、介護と医療の両方からの柔軟な運営によって住民のニーズに応じていくべきである。今後、議論が活発化する地域ケア整備計画や後期高齢者医療制度の中で、有床診療所がその機能を十分に発揮できるように環境を整えることが、地域医療の将来の向上に繋がると思われる。

Ⅲ 有床診療所に関する資料－抜粋－

1 有床診療所関係診療報酬改定概要

【重点課題2-3（勤務医負担軽減／地域の医療機関連携の推進）-②】

地域医療を支える有床診療所の評価

骨子【重点課題2-3-(2)】

第1 基本的な考え方

地域医療を支える有床診療所について、手厚い人員配置や後方病床機能等に対する評価を拡充する。

第2 具体的な内容

1. 有床診療所入院基本料の再編成

手厚い看護職員の配置を行う有床診療所の評価を新設するとともに、有床診療所の実態を踏まえ、評価区分を見直す。

| 現行 | 有床診療所入院基本料1 (看護職員5人以上) | 7日以内 | 810点 |
|---------------------------|---------------------------|--------|------|
| | | 8～14日 | 660点 |
| | | 15～30日 | 490点 |
| | | 31日以上 | 450点 |
| 改定案 | 有床診療所入院基本料1 (看護職員7人以上) | 14日以内 | 760点 |
| | | 15～30日 | 590点 |
| | | 31日以上 | 500点 |
| | 有床診療所入院基本料2 (看護職員4～6人) | 14日以内 | 680点 |
| | | 15～30日 | 510点 |
| | | 31日以上 | 460点 |
| 有床診療所入院基本料3 (看護職員1～3人) | 14日以内 | 500点 | |
| | 15～30日 | 370点 | |
| | 31日以上 | 340点 | |

改定案

【重点課題1-3（救急等の再建／急性期医療に対する後方病床機能の強化）-②】

急性期医療に対する後方病床機能の評価

骨子【重点課題1-3-(2)】

第1 基本的な考え方

急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要であることから、地域医療を支える有床診療所や病院の療養病床においてこのような患者を受け入れた場合を評価する。

第2 具体的な内容

1. 有床診療所の一般病床が有する後方病床機能の評価

地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所について評価を引き上げる。併せて、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

(1) 初期加算の新設

⑨ 有床診療所一般病床初期加算 100点(7日以内、1日につき)

【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及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合に算定する。

2. 後方病床機能の評価

急性期医療及び在宅医療等に対する後方病床の機能を有する等、地域医療を支える有床診療所の機能を評価する。

(1) 初期加算の新設

地域医療を支える有床診療所における後方病床機能や在宅支援機能の評価として、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(1)を参照のこと。

(2) 医師配置加算の見直し

複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所について評価を引き上げる。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(2)を参照のこと。

(3) 重症児等の受入れの評価

有床診療所における重症児等の受入れを評価する。

「重点課題1-3-②」の第2の1.の(3)を参照のこと。

【施設基準】

一般病床を有する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。

- 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- 全身麻酔、脊髄麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）を、年間30件以上実施している。
- 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- 病院詳細審査制又は在宅当番医制に参加している。
- がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

(2) 医師配置加算の見直し

| 現行 | 改定案 |
|------------------------------------|---|
| 【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき) | 【有床診療所入院基本料】注3 (1日につき) |
| 医師配置加算 60点 | 医師配置加算1 88点 ⑨ |
| 【算定要件】 当該診療所における医師の数が、2以上であること。 | 医師配置加算2 60点 |
| | 【算定要件】 医師数が2以上であること。 |
| | 【施設基準】 医師配置加算1：初期加算と同様 医師配置加算2：上記以外 |

(3) 入院基本料等加算の拡充

有床診療所においても、所定の要件を満たした場合は、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、重症皮膚潰瘍管理加算及び特殊疾患入院施設管理加算を算定可とする。

(4) 上記(1)～(3)に伴い、診療所後期高齢者医療管理料は廃止する。

地域医療貢献に対する評価

骨子【Ⅱ-2-(1)】

2. 病院の療養病床又は有床診療所の療養病床が有する後方病床機能の評価

病院の療養病床及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を終了患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

⑧ 救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日以内、1日につき)

【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及び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。

【施設基準】

- ① 病院の場合は、療養病床入院基本料を算定していること。
- ② 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること。

第1 基本的な考え方

患者にとって、日常的な診療や健康管理等を行ってくださる診療所の存在は重要であり、特に夜間も含め、急病等の際にいつでも相談に応じてくれる診療所のニーズは高い。

健康上の不安等を気軽に相談できるだけでなく、患者からの休日・夜間の問い合わせに対応可能な診療所を評価する。

なお、このような患者からの休日・夜間の問い合わせを受ける診療所を評価することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少も考えられることから、病院勤務医負担軽減につながることも期待される。

第2 具体的な内容

患者の体質や病歴、健康状態を常に把握し、患者からの問い合わせや受診に応じ、必要に応じて専門医を紹介する等の対応を行う診療所を評価する再診料の加算を新設する。

⑧ 地域医療貢献加算 3点

【算定要件】

休日・夜間に、患者からの問い合わせや受診等に対応可能な体制を確保している場合に再診料に加算する。

【施設基準】

当該診療所において、患者からの電話問い合わせに対し、標榜時間以外も対応を行う体制を有していること。

再診料及び外来管理加算について

骨子【Ⅱ-2-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 患者の納得、分かりやすさという観点から、これまでも病院と診療所の初診料の統一等を行ってきたが、今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の1割を占める基本的な性格を持つものであることも等も考慮し、69点で統一する。

2. 外来管理加算の算定要件における時間の目安(いわゆる5分ルール)については廃止する。一方、このルールが設けられた趣旨である「懇切丁寧な説明に対する評価」をより明確化する観点から、別途要件を追加する。

上記の要件の見直しを行うこと、及び次期改定において再診料との関係も含め、本加算の在り方を検討することを前提に、現行の点数(52点)は据え置く。

第2 具体的な内容

1. 病院と診療所の再診料を統一する。

| 現行 | | 改定案 | |
|----------|-----|-------|-------|
| 【再診料】 | | 【再診料】 | |
| 1 病院の場合 | 60点 | | 69点 ㊸ |
| 2 診療所の場合 | 71点 | | |

2. 外来管理加算の算定要件について、概ね5分以上という時間の目安は廃止する。なお、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あっては、外来管理加算を算定できないこととする。

具体的な通知の改定案は以下のとおり。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| 【外来管理加算】 52点 | 【外来管理加算】 52点 |
| 【算定要件】 | 【算定要件】 |
| 1 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。 | 2 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察(視診、聴診、打診及び触診等)を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。 |
| 【提供される診療内容の事例】 | 【提供される診療内容の事例】 |
| ①問診し、患者の訴えを総括する 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」 | ①問診し、患者の訴えを総括する。 「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」 |
| ②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」 | ②身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。 「診察した結果、頸のリンパ節やどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」 |
| ③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が | ③これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。 「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰が |

訪問診療の評価の充実

骨子【Ⅲ-3-(2)】

第1 基本的な考え方

患者・家族にとっては、在宅医療における症状増悪等や看取りの対応への不安が大きいことから、こうした場合に一層手厚い対応が行われるよう、評価を拡充する。

また、小児に係る在宅医療の普及を推進する観点から、新たな評価を設ける。

第2 具体的な内容

1. 往診料の評価の引き上げ

(1) 症状が増悪した緊急時の対応など、在宅医療を行うために居宅へ赴いて診療を行うことを評価した往診料を引き上げる。

| | 現行 | 改定案 |
|-------|------|--------------|
| 【往診料】 | 650点 | 【往診料】 720点 ㊟ |

(2) また、往診料は定期的ないし計画的に診療を行った場合は算定できないものであることから、定期的又は計画的に対診を行った場合については往診料を算定できないことを明確化する。

2. 在宅ターミナルケア加算の要件緩和

死亡に至るまでの間、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、在宅以外で死亡した場合であっても、在宅ターミナルケア加算を算定可能とする。

| | |
|---|--|
| <p>なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」</p> <p>④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取り取組を行う。 「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」</p> <p>2 1に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね5分を超えて直接診療を行っている場合に算定できる。この場合において、診療を行っている時間とは、患者が診察室に入室した時点から診察開始、退室した時点までを診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。</p> <p>3 投票は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。</p> | <p>なかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスクをした方が良いでしょう。」</p> <p>④患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取り取組を行う。 「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」</p> <p>2 診察に当たっては、1に規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。</p> <p>3 投票は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等の理由により、投票のみの要請があり、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あっては、外来管理加算は算定できない。</p> |
|---|--|

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| <p>【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合に10,000点を加算。</p> | <p>【在宅患者訪問診療料】 在宅ターミナルケア加算</p> <p>(1) 在宅で死亡した患者について死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に2,000点を加算。</p> <p>(2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、死亡前24時間以内に訪問して患者を看取った場合(往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)に10,000点を加算。</p> |

3. 乳幼児加算の新設

小児に対する在宅医療については、患者数が少ないことや、専門性を求められることから十分に普及していない。こうした現状を踏まえ、在宅患者訪問診療料及び退院前在宅療養指導管理料に乳幼児加算を新設する。

| | | | |
|---|--------------|-------|------|
| 新 | 在宅患者訪問診療料 | 乳幼児加算 | 200点 |
| 新 | 退院前在宅療養指導管理料 | 乳幼児加算 | 200点 |

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

骨子【Ⅱ-2-(3)(4)】

第1 基本的な考え方

居住系施設等訪問診療料等については、複数の患者に対して訪問診療を行う場合、施設の種類により算定可能な点数が異なっていることから見直しを行う。

また、特定集中治療室管理料及び入院中の患者の対診並びに他医療機関受診時の診療報酬算定方法の整理について、分かりやすい点数体系に整理する。

さらに、地域の実情に応じた緩和措置等に関して、一部の地域がその対象から外れていることから、対象地域を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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は、平成20年度改定において、在宅患者訪問診療料2を新設し、施設等に居住する患者に対して訪問診療等を行った場合の評価として、複数回の算定も可能とした。

一方で、在宅患者訪問診療料2に該当しないマンション等に居住する複数の患者に対して訪問診療を行った場合には、在宅患者訪問診療料1を複数回算定でき、点数設定の不合理的が指摘されていることから、見直しを行う。

なお、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)についても同様に算定対象を見直す。

| 現行 | 改定案 |
|---|---|
| 【在宅患者訪問診療料】 | 【在宅患者訪問診療料】 |
| 1 在宅での療養を行っている患者 (居住施設入居者等を除く。)の 場合。 830点 | 1 <u>2以外の場合</u> 830点 ㊦ |
| 2 居住施設入居者等である患者 の場合。 200点 | 2 <u>同一建物に居住する複数の患者 に対して訪問診療を行った場合。</u> 200点 ㊦ |

2. 分かりやすい点数設定について

(1) 特定集中治療室管理料の加算の見直し

特定集中治療室管理料の重症者の割合に応じた加算については、その加算要件が既に施設基準に含まれていることを踏まえ、簡素化の観点から加算を廃止して点数を引き上げる。

| 現行 | 改定案 |
|--|-----------------------------|
| 【特定集中治療室管理料】 | 【特定集中治療室管理料】 |
| 1 7日以内 8,760点 | 1 7日以内 <u>9,200点</u> ㊦ |
| 2 8日以上14日以内 7,330点 | 2 8日以上14日以内 <u>7,700点</u> ㊦ |
| <u>重症者等を概ね9割以上入院させる 治療室の場合、所定点数の100分の 5に相当する点数を加算する。</u> | (削除) |

【Ⅲ-1 (質が高く効率的な医療の実現/急性期入院医療等) -⑤】

医療療養病棟の評価に係る見直し

骨子【Ⅲ-1-(4)】

第1 基本的な考え方

急性期医療に引き続き入院医療を提供する療養病棟について、より質の高い医療を評価する観点から以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 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。

(現行) 療養病棟入院基本料

| | 医療区分1 | 医療区分2 | 医療区分3 |
|--------|-------|--------|--------|
| ADL区分3 | 885点 | 1,320点 | 1,709点 |
| ADL区分2 | 750点 | | |
| ADL区分1 | | 1,198点 | |



(改定案) 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 | <u>934点</u> | <u>1,369点</u> | <u>1,758点</u> |
| ADL区分2 | <u>887点</u> | <u>1,342点</u> | <u>1,705点</u> |
| ADL区分1 | <u>785点</u> | <u>1,191点</u> | <u>1,424点</u> |

㊦

(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について、医療現場における実態を踏まえ、明確化する。

3. 入院基本料減算の緩和措置対象地域の見直し

医療法の医師配置標準を一定の割合で満たさない場合の入院基本料減算の緩和措置については、離島振興法の対象地域とはなっていない奄美群島などの地域は対象とはなっていない。

一方、離島加算では、離島振興法の対象とはなっていない奄美群島など、以下の3つの地域も対象となっていることを踏まえ、これらの地域も緩和措置の対象とする。

- (1) 奄美群島振興開発特別措置法第1条に規定する奄美群島の地域
- (2) 小笠原諸島振興開発特別措置法第2条第1項に規定する小笠原諸島の地域
- (3) 沖縄振興特別措置法第3条第3号に規定する離島

【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。
- 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。

(改定案) 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。

2. 療養病床における後方病床機能の評価

病院及び有床診療所の療養病床において、急性期の入院医療を経た患者、在宅療養中の患者や介護保険施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題1-3-②」の第2の2.を参照のこと。

3. 経過措置の延長

平成18年度改定及び平成20年度改定において実施した、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について、平成23年度末まで延長する。

救急入院医療の充実に係る評価

骨子【重点課題1-1-(1)】

第1 基本的な考え方

我が国における救急搬送件数は、この10年間で約1.5倍の年間約500万件まで増加している。また、救急患者のうち重症以上の傷病者については、搬送先の確保が困難なケースが生じている。

こうした状況を踏まえ、救命救急センターの評価の充実や地域において救急医療を積極的に提供している医療機関の評価を行う。

| 現行 | 改定案 |
|---|--|
| 【広範熱傷特定集中治療室管理料】 (1日につき) 7,890点 【算定日数】60日を限度として算定 | 【特定集中治療室管理料】(1日につき) 広範熱傷の場合 7,890点 【算定日数】60日を限度として算定 |
| | 【救命救急入院料】(1日につき) 広範熱傷の場合 7,890点 【算定日数】60日を限度として算定 |

(2) また、救急や手術後の患者等に高度な急性期医療を提供するために手厚い看護配置となっ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、その評価を引き上げるとともに要件の緩和を行う。

| 現行 | 改定案 |
|--|---|
| 【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 3,700点 【施設基準】 ①救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出及び診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関 ②平均在院日数17日以内 | 【ハイケアユニット入院医療管理料】 (1日につき) 4,500点 [㊦] 【施設基準】 ①診療録管理体制加算に係る届出を行って保険医療機関 ②平均在院日数19日以内 |

第2 具体的な内容

1. 救命救急入院料の評価の見直し

救命救急入院料については、救命救急センターの充実度に応じた加算を設定しているが、今般充実度評価の見直しが行われたことも踏まえ、評価の高い救命救急センターの評価を引き上げる。

| 現行 | 改定案 |
|------------------------------------|--|
| 【救命救急入院料】(1日につき) 充実度評価Aの加算 500点 | 【救命救急入院料】(1日につき) 充実度評価Aの加算 1,000点 [㊦] 充実度評価Bの加算 500点 [㊦] |

2. 特定集中治療室に関連のある入院料の見直し

(1) 広範熱傷特定集中治療室管理料については、これまで専用の治療室を用いることを要件としていたが、様々な救急患者の受入れを円滑に行うため、要件を緩和して特定集中治療室管理料及び救命救急入院料の一項目として評価を行う。

3. 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の評価の引上げ

(1) 救急搬送受入れの中心を担う二次救急医療機関を評価している救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算について、評価を引き上げる。

| 現行 | 改定案 |
|--|--|
| 【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 2 乳幼児救急医療管理加算 150点 | 【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 800点 [㊦] 2 乳幼児救急医療管理加算 200点 [㊦] |

(2) なお、入院時医学管理加算については、平成20年度診療報酬改定において、十分な設備等を備え、産科、小児科、精神科等を含む総合かつ専門的な入院医療をいつでも提供できる体制を有する病院について評価するものとなったところであり、その趣旨を明確化するために名称を変更する。

㊦ 総合入院体制加算 120点(1日につき)

4. 救急搬送患者地域連携受入れの評価の新設

地域における救急搬送受入れの中核を担う救急医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるよう、救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者についての早期の転院支援の評価を新設する。

㊦ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点(退院時1回)

㊦ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点(入院初日)

【算定要件】

三次又は二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。

【施設基準】

連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行うこと。

地域の連携による救急患者の受入の評価

骨子【重点課題1-1-(2)】

第1 基本的な考え方

救急搬送件数は増加しているが、入院を要しない軽症・中等症の患者が多く占めている。このため、地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児に関する地域連携と同様に評価する。

また、地域の小児科医が連携して夜間・休日に小児の診療が可能な体制を確保することの評価を引き上げるとともに、緊急度の高い患者を優先して治療する体制の評価を行う。

さらに、外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

第2 具体的な内容

1. 地域連携夜間・休日診療料の新設

地域の開業医等との連携により、地域における多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制を整えている医療機関について、小児における場合と同様の評価を新設する。

㊦ 地域連携夜間・休日診療料 100点

【施設基準】

(1) 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。

(2) 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。

2. 小児救急外来の評価

(1) 地域の医師が参加することにより、小児科の初期救急体制を確保する地域連携小児夜間・休日診療料の評価を引き上げる。

| 現 行 | 改定案 |
|---------------------------|-----------------------------|
| 【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) 多数の受診者に対し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】

- ①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。
- ②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。

3. 乳幼児加算の引き上げ

外来における乳幼児の診療を評価するため、乳幼児加算を引き上げる。

| 現 行 | 改定案 |
|--------------|--------------|
| 【初診料】 | 【初診料】 |
| 乳幼児加算 72点 | 乳幼児加算 75点 ㊟ |
| 【再診料】【外来診療料】 | 【再診料】【外来診療料】 |
| 乳幼児加算 35点 | 乳幼児加算 38点 ㊟ |

2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引上げと対象拡大

妊娠に係る異常による妊産婦の救急受入れを評価している妊産婦緊急搬送入院加算の評価を引き上げるとともに、妊娠以外の疾病で搬送された場合においても本加算を算定できることとする。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| 【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 5,000点 | 【妊産婦緊急搬送入院加算】（入院初日） 7,000点 ㊟ |
| 【対象者】 | 【対象者】 |
| 1 妊娠に係る異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 | 1 救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 |
| 2 他の医療機関において、妊娠に係る異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 | 2 他の医療機関において、他院での入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 |
| 3 助産所において、妊娠に係る異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 | 3 助産所において、他院での入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された妊産婦 |

【重点課題1-2（救急等の再建/小児・周産期に係る救急患者の受入れの推進）-①】

ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

骨子【重点課題1-2-(1)】

第1 基本的な考え方

産科医療の充実を図るため、合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院について評価を行う。また、妊産婦の緊急搬送による入院を受け入れた場合についても評価を充実する。

第2 具体的な内容

1. ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げ

(1) 妊娠22週から32週未満の早産などの分娩管理を評価しているハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げるとともに、対象に多胎妊娠と子宮内胎児発育遅延を加える。

| 現 行 | 改定案 |
|---|--|
| 【ハイリスク分娩管理加算】 （1日につき） 2,000点 | 【ハイリスク分娩管理加算】 （1日につき） 3,000点 ㊟ |
| 【対象者】 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性 | 【対象者】 妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性 |

(2) なお、ハイリスク妊娠管理加算についても、同様の対象疾患の拡大を行う。

【重点課題2-4（勤務負担軽減/医療・介護関係職種との連携の推進）】

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

骨子【重点課題2-4】

第1 基本的な考え方

1. 地域連携診療計画において、重急性期・回復期の病院を退院後に通院医療・在宅医療を担う病院・診療所や、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計画を運用することにより、退院後も切れ目ない医療を提供できることから、退院後の療養を見越した地域連携診療計画の運用について評価を行う。

2. 退院後の生活を見通し、入院後比較的早期から、介護サービスの導入を見越した居宅介護支援事業者等と連携する取組について評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業所等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価を新設する。

| 現 行 | 改定案 |
|----------------------------------|--|
| 【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 |

| | |
|--|---|
| | <p>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。</p> <p>【地域連携診療計画退院時指導料2】 (退院後初回月に1回) <u>300点</u> ㊦</p> <p>【算定要件】</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> |
|--|---|

2. 退院後に介護サービスの導入や区分の変更が見込まれる患者に対し、見込みがついた段階から、入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師等がケアマネジャーと共同で、患者に対し、介護サービスの必要性等について指導を行うとともに、退院後の介護サービスに係る必要な情報共有を行った場合の評価を新設する。

㊦ 介護支援連携指導料 300点 (入院中2回)

【算定要件】

- (1) 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士、社会福祉士等が、入院中の患者の同意を得て、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(8005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。

2 有床診療所に関する診療報酬改定報道内容

有床診療所の評価「実質引き上げ」－厚労省担当者

キャリアブレイン 20100308

厚生労働省保険局医療課の石井安彦長補佐は3月7日、診療報酬改定セミナー「ベール脱いだ民主政権下の医療改革 2010年改定の核心を衝く」（じほう主催）で、地域医療を支える有床診療所への評価について、「実質的には引き上げを行っていると考えていただいてよろしいかと思う」と述べた。現行では、有床診療所入院基本料で最も高い点数は、看護職員の配置が5人以上の「有床診療所入院基本料1」（7日まで810点）だが、改定後は、看護職員の配置が7人以上の「有床診療所入院基本料1」（14日まで760点）で、50点低くなる。

石井氏は、「今回の改定で、若干の誤解がある部分もあるかもしれない」と述べ、改定前後の点数を比較した。それによると、医師2人、看護職員8人の有床診療所が入院患者を受け入れた場合、現行では「同基本料1」（810点）と「医師配置加算」（60点）を算定すると、全体の点数は870点になる。これに対し、4月の改定では「有床診療所一般病床初期加算」（7日まで100点）が新設されるほか、現行60点の「医師配置加算」も要件を満たせば88点に上がり、全体では948点の算定が見込める。

引き続き行われたシンポジウムでは、全日本病院協会の猪口雄二副会長が講演し、2010年度診療報酬改定の影響を診療所、中小病院などに分けて説明した。