

# 診療報酬改定 新点数が確定



中医協答申後に会見する診療側委員

## 中医協答申 10年ぶりプラス改定 急性期入院医療に重点配分

平成22年度診療報酬改定の内容が決定した。中央社会保険医療協議会(遠藤久夫会長)は12日に総会を開き、具体的な点数を盛り込んだ改正案を了承する旨の答申をまとめ、長妻厚労相に対して提出、これにより新点数表が確定、4月1日から実施に移されることになった。薬価・材料価格を1・36%引き下げる一方、診療報酬本体部分は1・55%アップ、全体として0・19%と小幅ながら実に10年ぶりの実質プラス改定となる。医科の急性期入院への4千億円配分など地域医療の再生が最大の眼目となる。

(2面に関連記事、4〜7面に答申の概要)

## 長妻厚労相も出席 答申は委員の思いの集大成

遠藤会長から答申を受  
け取った足立信也厚労政務  
官は「生命の重さを感じさ  
せる答申になっている」と

思う」としたほか、今回の  
診療報酬改定が「この国の  
医療、世界一の医療を守っ  
ていくために、その第一歩  
になる」と強く思っている。  
危機打開は、まず医療費を  
増額すること、医療提供  
体制をしっかりとさせること  
が基本だと思ふ。これを車

の両輪として検討してい  
たい」と述べた。  
途中から出席した長妻昭  
厚労相は「中医協より答申  
をいただいた。長期間の議  
論を経て、遠藤会長をはじめ  
委員の皆さんの色々な  
思いを込めた集大成が本日  
でき上がった。行政として  
この答申の理念を表現  
請した。

## NICUの評価アップ

### 小児科当直兼務の評価新設

22年度診療報酬改定の内  
容のうち重点課題関係(4  
〜7面に掲載)では、まず  
救命救急センターの充実度  
評価見直しに沿って、評価  
の高い救命救急入院料の充  
実度評価Aの加算を1日5  
00点から1000点に倍  
増(評価Bの加算は500  
点のまま)、広範囲熱傷特  
定集中治療室管理料は様々  
な患者受入れを円滑に行う  
ため専用の治療室は不要  
(要件緩和)とし、特定集  
中治療室管理料、救命救急  
入院料の1項目として評価  
を行なう形に改めた。  
ハイケアユニット入院医  
療管理料は1日3700点  
から4500点に上げ、要

件は診療録管理体制作算の  
届出のみ、平均在院日数も  
17日以内から19日以内に緩  
和。二次救急病院を評価し  
ている救急医療管理加算は  
1日600点から800点  
に、乳幼児救急医療管理加  
算は150点から200点  
にそれぞれアップ。また、  
連携病院間であらかじめ協  
議を行い、三次・二次病院  
に緊急入院した患者が5日  
以内他の病院に転院した  
場合の支援の評価として、  
救急搬送患者地域連携紹介  
加算500点(退院時1

回)、同受入加算1000  
点(入院初日)を新設。  
小児救急外来の評価で  
は、初期救急の地域連携小  
児夜間・休日診療料1は4  
00点に、同2は550点  
にそれぞれ50点アップ、院  
内トリージ加算30点を新  
設。小児と同様、大人版の  
地域連携夜間・休日診療料  
100点も新設する。外来  
の乳幼児加算(初診料およ  
び再診料・外来診療料の評  
価はそれぞれ2点アップ。  
ハイリスク分娩管理加算  
は、対象疾患に多胎妊娠、  
子宮内胎児発育遅延を追加  
(同妊娠管理加算同様)、  
評価は1日2000点から  
3000点に増額。妊産婦  
緊急搬送入院加算(入院初  
日)は5000点から70  
00点に増額。妊娠以外の  
疾病で搬送された場合も算  
定できるように改める。  
新生児特定集中治療室管  
理料(NICU)は1日8  
500点を10000点に  
アップ、NICU担当医師  
が小児科当直業務を兼務す  
る場合の評価(1日600  
0点)を新設、一時的な定  
員超過入院や症状増悪時の  
再入室の場合の算定要件を  
緩和する。新生児や小児の  
専門医療機関の連携により  
ハイリスク児の円滑な受入  
を図るため、救急搬送診  
療料の乳幼児加算は1回1  
500点を5000点にアッ  
プ、新生児加算1000点  
を新設する。

## 新点数の詳細は 日病HPに掲載

### 無影灯

診療体制の  
集約化は、医  
師不足、地域  
医療の疲弊に  
向けての対策  
のひとつであ  
る。小児科では学会を中  
心に医療機関の集約化、  
地域医療センター化が推  
進されている。医師が特  
定の医療機関に集中し、  
専門的医療を提供するこ  
とは地域医療の活性化に  
は必要であるかもしれな  
い。しかし、医師不足に  
起因する医師の疲弊を防  
ぐための集約化では  
なく、地域医療の充実の  
ためのものでなくてはな  
らない。診療の集約化  
が、結果として地域の医  
師、地域医療の偏在を増  
幅するようにならないか  
は、重要な課題である。集  
約化には医療資源の集約  
と機能的分散のネットワ  
ークにより効率的な診療  
体制を構築することが不  
可欠である。そのため  
は、診療所、地域医療機  
関と地域中核的病院とが  
一体となって医師派遣や  
救急医療連携を図って地  
域医療を支えるという基  
本姿勢を維持することが  
肝要である。

(H・E)

有料職業紹介サイト

## 日病人材サポート

<https://www.nichiby.jp/>

医師をお捜しの医療機関は是非ご登録ください。

◆ 社団法人日本病院会会員むけの有料職業紹介サイトです。

全国的に深刻化している医師不足、看護師不足問題に対処するため、日本病院会の唯一の関連組織である(株)日本病院共済会が(社)日本病院会会員病院の要望に沿った人材を斡旋する紹介事業を展開いたします。

登録費、広告費などの初期費用は有りません。成約手数料についても、会員価格を設定いたします。詳しい内容はお問い合わせください。



<https://www.nichiby.jp/>

株式会社 日本病院共済会  
東京都千代田区一番町13番地 一番町法眼ビル5階  
☎ 0120-973-797  
電話: 03-3264-9888 FAX: 03-3222-0016  
有料職業紹介許可番号 13-ユ-303883

# 日本病院会ニュース

発行所  
社団法人 日本病院会  
〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3  
TEL (03) 3265-0077  
購読料 年6,000円  
(購読料は会費に含まれます)  
(毎月10日、25日発行)  
発行人 山本 修三

お客様へ  
安心と情報をお届けします。  
日本病院共済会

保険代理店業務  
書籍出版・販売業務  
労働者派遣事業  
特定健診・保健指導用DVD/CD/タブレット  
IT関連業務  
各種斡旋業務

## 新点数の詳細は 日病HPに掲載

# プラス改定 期待とは違おう

## 現場での変化も課題

診療側会見

中医協の診療報酬改定は、7委員が改定を終えて、管轄後直ちに記者会見を行い、22年度診療報酬改定に對する「声明」を発表、中澤寛俊委員長(全日本病院協)の改定にも言及した。会長は「10年ぶりのプラス改定を終えて、我々の期待とは違おう。今回の改定で現場が変わるのかという課題が残るし、検証が必要」と述べた。

# 声明(中央社会保険医療協議会)での平成22年度診療報酬改定を終えて

## 中医協2号側(診療側)委員

平成22年2月12日 声明

中央社会保険医療協議会での平成22年度診療報酬改定を終えて

中央社会保険医療協議会2号側(診療側)委員 安達秀樹、嘉山孝正、鈴木邦彦、西澤寛俊、邊見公雄、渡辺三雄、三浦洋嗣

今回の中央社会保険医療協議会(中医協)は、9月に政権交代があり、本格的議論の開始が約1ヶ月遅れました。このように時間が限られた中で、厚生労働省の外口保険局長、佐藤医療課長をはじめ、日夜の事務業務に携われた厚労省職員

「はじめに」 今回の中央社会保険医療協議会(中医協)は、9月に政権交代があり、本格的議論の開始が約1ヶ月遅れました。このように時間が限られた中で、厚生労働省の外口保険局長、佐藤医療課長をはじめ、日夜の事務業務に携われた厚労省職員

に慰労を送ります。また、中医協連合会長には、短時間かつ集中的な議論の中で、多くの意見を取り入れ、取りまとめに当たられた御苦労に感謝いたします。さらに、公益側、1号側委員をはじめ、すべての専門委員におかれましては、真剣に日本の医療を良くしようとの観点からの御意見に敬意を表します。

1. 国民および医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、理学療法士、言語療法士、臨床検査技師、栄養士、ソーシャルワーカーなど、医療に携わるすべての医療者が、医療

を社会的共通資本としてとらえ、医療のグランドデザインを議論し、健全な医療体制を構築、育成することが、現在の医療崩壊や今後のさらなる医療政策(診療報酬改定の基本方針)を止める(資料1、2略)

2. 正しい情報に基づく診療報酬の決定システムを構築する。医療情報に関する実態調査を厚生労働省が行うのではなく、公平・中立な組織で行う。その際、医療の現場をよく理解している人および統計調査、分析に詳しい人がその調査に加わる。(資料3、4略)

3. 医療にかかる資源をソフト(人、知識、技術)、ハード(物)の両面から計算し、現実にかかっている資源との乖離を算出する。その際のソフトは単なる人件費だけではなく、すべての専門家の技術をも勘案する。その上で、ソフト面での技術料の概念を中医協に導入する(再診料の議論)

4. 国民、つまり患者さんの医療は、大学を含めた特定機能病院や地域の中核病院から、地域の病院、個人診療所、在宅医療・看護、さらに在宅介護へと移行する。この流れ、歯科医療を支える歯科診療所への流れ、さらには、一般病棟入院基本料の14日以内の加算は1日428点から450点へ22点引き上げ、7対1、10対1で月平均夜勤72時間以内の要件

# 直潮

## 2010年度診療報酬改定

2010年度診療報酬改定は、診療報酬全体で0.19%(改定財源から外された「後発薬品のある先発薬品の追加引き下げ」600億円を計算に入れた実質値)0.03%、医科本体では1.74%のプラス改定と決まりました。民主党のマニフェストで、総医療費を対GDP比でOECD先進諸国平均まで引き上げることによって、もっと大幅なプラス改定を期待していましたが、この数値にはがっかりしました。

また、3度目の管轄に携わった邊見公雄委員長(全日本病院連合会長)は、月に1回程度しか開催されない社会保障審議会(2部会)が大きな医療政策(診療報酬改定の基本方針)を決定するに決まっています。中医協より先に決めてしまおうことに対して「機能していないし、逆だ」という問題視した。

名は、国民の医療を守ってきた現場からの実績と、国民の視点から中医協のより良い発展と今後の日本の医療をより良くする目的で、ここに以下の7項目から成る声明文を公表し、今後の中医協を改革することを決意いたします。

1. 国民および医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、理学療法士、言語療法士、臨床検査技師、栄養士、ソーシャルワーカーなど、医療に携わるすべての医療者が、医療

その機能を発揮するためには、後方支援となる慢性期病院や診療所の経営も安定しなければなりません。この観点から、DPC病院は▲1.5%から▲5.2%の経営内容は一層定めてもらいたい。また、急性期病院は▲1.5%から▲5.2%の経営内容は一層定めてもらいたい。また、急性期病院は▲1.5%から▲5.2%の経営内容は一層定めてもらいたい。

2. 正しい情報に基づく診療報酬の決定システムを構築する。医療情報に関する実態調査を厚生労働省が行うのではなく、公平・中立な組織で行う。その際、医療の現場をよく理解している人および統計調査、分析に詳しい人がその調査に加わる。(資料3、4略)

3. 医療にかかる資源をソフト(人、知識、技術)、ハード(物)の両面から計算し、現実にかかっている資源との乖離を算出する。その際のソフトは単なる人件費だけではなく、すべての専門家の技術をも勘案する。その上で、ソフト面での技術料の概念を中医協に導入する(再診料の議論)

4. 国民、つまり患者さんの医療は、大学を含めた特定機能病院や地域の中核病院から、地域の病院、個人診療所、在宅医療・看護、さらに在宅介護へと移行する。この流れ、歯科医療を支える歯科診療所への流れ、さらには、一般病棟入院基本料の14日以内の加算は1日428点から450点へ22点引き上げ、7対1、10対1で月平均夜勤72時間以内の要件

5. 日本の医療でのソフト(医師の外科技術等)のレベルは世界一であるので、ハード面でも医薬品、医療機器の開発に国家を挙げて取り組める診療報酬体系を設計する。

6. 国民、つまり患者さんの医療は、大学を含めた特定機能病院や地域の中核病院から、地域の病院、個人診療所、在宅医療・看護、さらに在宅介護へと移行する。この流れ、歯科医療を支える歯科診療所への流れ、さらには、一般病棟入院基本料の14日以内の加算は1日428点から450点へ22点引き上げ、7対1、10対1で月平均夜勤72時間以内の要件

ただ、昨年の事業仕分け後、現在の経済情勢、財政状況を根拠に、財務省は全体で3%のマイナス改定を強く主張しています。この数値でも納得するしかないのかもしれませんが、今までのマイナス改定の流れが止まるまで、重点課題も(1)救急、産科、院も一気に4割減少するなど、

診療報酬を決める。(資料5略) 7. 以上の問題が、従来の中医協で解決できなかった大きな要因は、先進国(OECD)加盟30カ国で21位という低い医療費および26位という少ない医師数を国民に伝達してこなかったすべての関係者の責任で

今回の診療報酬改定で、外保連試案を活用、病院の手術を優先する形で外科系の手術料を相当程度引き上げ、特にD難度・E難度は50%増、30%増の評価を行う。

7. 以上の問題が、従来の中医協で解決できなかった大きな要因は、先進国(OECD)加盟30カ国で21位という低い医療費および26位という少ない医師数を国民に伝達してこなかったすべての関係者の責任で

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

また、再診料に関しては「患者の納得、分りやすさ」という観点から、これまで病院と診療所の初診料の統一を行ってきたが、今回再診料についても病診の統一を行う。具体的な水準については、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対応させるを得ないが、その一方で再診料は診療所にとっても収入の1割を占める基本的な性格を持つものであること等も考慮し、69点で統一する」というものであった。

村上 信乃

# 夜勤72時間規制に危機感

## 私的中小病院、勤務調整困難も

四病協調査

四病院団体協議会は、看護職員の月平均夜勤72時間規制により71・1%が(毎月)夜勤72時間の勤務調整を困難と回答。特に私的の200床未満の病院が多かった。

「規制後の夜勤状況」も71・1%が厳しくなるとし、病床規模が小さいほど苦勞している状況だ。また医療安全上の危惧、などを7割が訴えていることがわかった。緊急調査ながら、496病院のうち411病院が回答(回答率82・9%)、同規制に対する危機感が浮き彫りになった。

「看護師の充足度」は、71・8%が不足と回答。また「看護師求人への反応」は、71・5%が「柔軟な勤務体系が望ましい」(73・5%)、現行より緩やかな規制が望ましい(62・8%)

「規制後の夜勤状況」も71・1%が厳しくなるとし、病床規模が小さいほど苦勞している状況だ。また医療安全上の危惧、などを7割が訴えていることがわかった。緊急調査ながら、496病院のうち411病院が回答(回答率82・9%)、同規制に対する危機感が浮き彫りになった。

### 診療報酬改定説明会

3月10日・東京、15日・神戸で

日本病院会は全国公私病院連盟(竹内正也会長)と共催で「診療報酬改定説明会」を3月10日・東京、15日・神戸でそれぞれ開催する。平成22年4月から実施される改定の概要について、厚生労働省保険局医療課担当官が説明する。申し込みについては、東京会場は全国公私病院連盟、神戸会場は日本病院会が受け付ける。

日本病院会は全国公私病院連盟(竹内正也会長)と共催で「診療報酬改定説明会」を3月10日・東京、15日・神戸でそれぞれ開催する。平成22年4月から実施される改定の概要について、厚生労働省保険局医療課担当官が説明する。申し込みについては、東京会場は全国公私病院連盟、神戸会場は日本病院会が受け付ける。

日本病院会の西能代議長(医療法人財団五省会理事、富山)が1月12日午後5時8分、逝去された。66歳。西能家と五省会による合同葬はすでに執り行われた。慎んで哀悼をお祈りいたします。

西能代議長(医療法人財団五省会理事、富山)が1月12日午後5時8分、逝去された。66歳。西能家と五省会による合同葬はすでに執り行われた。慎んで哀悼をお祈りいたします。

西能代議長(医療法人財団五省会理事、富山)が1月12日午後5時8分、逝去された。66歳。西能家と五省会による合同葬はすでに執り行われた。慎んで哀悼をお祈りいたします。

### 代議員

### 記念病院

### 米島秀夫(医療法人) 秀和

### 西病院

### 佐々元全日病

### 会長が逝去

### 四病協要望で

### 緊急保証適用に

### 信用保証協会

### 今回の「景気対症緊急保証

# 次期代議員118名を選出

- 代議員
  - 《新人》▽現職
    - 《北海道》▽川口勲(厚生連) 帯広厚生病院▽赤坂嘉宣(共済及連合) KKR札幌医療センター▽小笠原篤夫(医療法人) 小笠原クリニック札幌病院▽高田竹人(社会福祉法人) 函館五稜郭病院
    - 《青森》▽坂田優(市町村) 三沢市立三沢病院▽淀野啓(公益法人) 鳴海病院
    - 《岩手》▽齋藤和好(済生会) 北上済生会病院▽小西一樹(医療法人) 盛岡整温泉病院
    - 《宮城》▽桃野哲(日赤) 仙台赤十字病院▽志村早苗(公益法人) 光ヶ丘スベルマン病院
    - 《秋田》▽小野地章一(厚生連) 仙北組合総合病院▽白山公幸(医療法人) 藤原
  - 《山形》▽小田隆晴(都道府県) 山形県立中央病院▽仁科盛之(公益法人) 三友堂病院
  - 《福島》▽前原和平(厚生連) 白河厚生総合病院▽本田雅人(公益法人) 竹田綜合病院
  - 《茨城》▽永井秀雄(都道府県) 茨城県立中央病院▽岡裕爾(会社) 日立総合病院▽永井庸次(会社) 水戸総合病院
  - 《栃木》▽高原保之(日赤) 大田原赤十字病院▽島田和幸(学校法人) 自治医科大学付属病院
  - 《群馬》▽柴山勝太郎(市町村) 公立富岡総合病院▽山崎學(医療法人) サンピエール病院
  - 《埼玉》▽細田洋一郎(全社連) 埼玉社会保険病院▽米島秀夫(医療法人) 秀和綜合病院▽小島武(医療法人) 堀の内病院
  - 《千葉》▽小林繁樹(都道府県) 千葉県救急医療センター▽加藤誠(日赤) 成田赤十字病院▽花岡和明(医療法人) 井上記念病院▽龜田信介(医療法人) 龜田綜合病院
  - 《神奈川》▽別所隆(厚生連) 伊勢原協同病院▽坂田壽衛(全社連) 社会保険横浜中央病院▽小林泉(医療法人) 小林病院▽新納憲司(医療法人) 大口東病院
  - 《新潟》▽上村朝輝(済生会) 済生会新潟第一病院
  - 《富山》▽野口正人(日赤) 福井赤十字病院▽中村康孝(医療法人) 中村病院
  - 《山梨》▽小森貞嘉(市町村) 村詰市立病院▽中澤良英(医療法人) 加納岩総合病院
  - 《長野》▽小口壽夫(日赤) 諏訪赤十字病院▽関健(医療法人) 城西病院
  - 《岐阜》▽加藤俊彦(日赤) 岐阜赤十字病院▽松波英寿(医療法人) 松波総合病院
  - 《静岡》▽安藤幸史(日赤) 浜松赤十字病院▽池田誠(個人) 池田病院▽平井達夫(医療法人) 藤枝平成記念病院
  - 《愛知》▽伊藤健一(市町村) 蒲郡市立病院▽千木良晴(市町村) 東海市民病院▽小林武彦(医療法人) 小林記念病院▽横山泰久(医療法人) 横山胃腸科病院
  - 《三重》▽濱田正行(厚生連) 厚生連鈴鹿中央総合病院
  - 《大阪》▽今岡真義(都道府県) 大阪府立成人病センター▽島野高志(市町村) 市立豊中病院▽生野弘道(医療法人) 守口生野記念病院▽福原毅(医療法人) ヘルランド総合病院▽簡泉正春(医療法人) 高槻病院
  - 《和歌山》▽森脇宏(市町村) 国保日高総合病院▽上野雄二(医療法人) 誠祐記念病院
  - 《鳥取》▽下田光太郎(国立病院機構) 国立病院機構鳥取医療センター▽野島文夫(医療法人) 野島病院
  - 《島根》▽桑公平(日赤) 松江赤十字病院▽木田誠(医療生協) 松江生協病院
  - 《岡山》▽清水信義(労働者健康福祉機構) 岡山労災病院▽小出尚志(医療法人) 倉敷記念病院▽佐能量雄(医療法人) 光生病院
  - 《広島》▽黒田義則(厚生連) 厚生連尾道総合病院▽長崎孝太郎(医療法人) 長崎病院▽辰川自光(医療法人) 山陽病院
  - 《山口》▽水田英司(日赤) 小野田赤十字病院▽西田一也(医療法人) 阿知須同仁病院
  - 《徳島》▽大木宗(国立病院機構) 国立病院機構徳島病院▽矢野勇人(医療法人) 碩心館病院
  - 《香川》▽小川裕道(済生会) 香川県済生会病院▽白川洋一(医療法人) 回生病院
  - 《愛媛》▽洲上志彦(日赤) 松山赤十字病院▽山本祐司(公益法人) 松山市民病院
  - 《高知》▽堀見忠司(市町村) 高知医療センター▽島津津栄一(医療法人) 島津病院
  - 《福岡》▽安井久喬(共済及連合) KKR浜の町病院▽津田泰夫(会社) 福岡通信病院▽平祐二(医療法人) 原三信病院
  - 《佐賀》▽樺木等(都道府県) 佐賀県立病院好生館
  - 《長崎》▽楠本征夫(市町村) 長崎市立市民病院▽時本恭(医療法人) 田上病院
  - 《熊本》▽東大弼(日赤) 熊本赤十字病院▽吉田仁爾(医療法人) 表参道吉田病院
  - 《大分》▽明石光伸(厚生連) 厚生連鶴見病院▽高田三千尋(医療法人) 大分記念病院
  - 《宮崎》▽小柳左門(国立病院機構) 国立病院機構都城病院▽千代反田晋(特定医療法人) 千代田病院
  - 《鹿児島》▽青崎眞一郎(済生会) 済生会川内病院▽大勝祐祐(医療法人) 大勝病院
  - 《沖縄》▽高良英一(日赤) 沖縄赤十字病院▽安里哲好(医療法人) ハートライフ病院

(5面の続き)

ビリテーションが提供された場合に1単位として算定する。

(2) がん患者に対してリハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成すること。

(3) がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

[対象患者]

(1) 食道がん・肺がん・縦隔腫瘍・胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん、大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された又は施行される予定の患者

(2) 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された又は施行される予定の患者

(3) 乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された又は施行される予定の患者

(4) 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された又は施行される予定の患者

(5) 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された又は施行される予定の患者

(6) 血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行う予定又は行った患者

(7) がん患者であって、当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法を行う予定の患者又は行った患者

(8) 緩和ケア主体で治療を行っている進行がん、末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

[施設基準]

(1) がん患者のリハビリテーションに関する経験(研修要件あり)を有する専任の医師が配置されていること。

(2) がん患者のリハビリテーションに関する経験を有する専任の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中から2名が配置されていること。

(3) 100㎡以上の機能訓練室があり、その他必要な器具が備えられていること。

< I-2 (充実が求められる領域/認知症医療の推進) > (略)

< I-3 (充実が求められる領域/感染症対策の推進) >

■新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進

1. 新型インフルエンザ流行時の療養病床における対応について

新型インフルエンザが大流行した状況において、院内感染対策が十分に行われた上で患者が療養病棟に入院する場合、一般病棟入院基本料の算定を認め、検査や投薬等についても出来高での算定を可能とする。2. 陰圧室管理の評価

現行:【二類感染症患者療養環境特別加算】

1 個室加算 300点

改定:【二類感染症患者療養環境特別加算】

1 個室加算 300点

2 陰圧室加算 200点 (新)

現行の要件に、「鳥インフルエンザ(H5N1)又は新型インフルエンザ等感染症の患者」と個室のほかに「陰圧室に入院した者」を加える。

< I-4 (充実が求められる領域/肝炎対策の推進) >

■肝炎治療の推進について

第1 基本的な考え方

肝炎のインターフェロン治療について、副作用の不安を解消するための詳細な説明や、長期間の通院が必要な患者の利便性に配慮した専門医とかかりつけ医との連携により治療を継続しやすくする取組について、診療報酬上の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 肝炎インターフェロン治療計画料の新設

肝炎インターフェロン治療計画料

700点(1人につき1回)(新)

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において、肝炎イ

ンターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。

[施設基準]

(1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。

(2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。

(3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。

2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設

肝炎インターフェロン治療連携加算

50点(月1回まで)(新)

[算定要件]

肝炎治療の専門医療機関において策定された治療計画に基づいて、インターフェロン治療を行い、副作用等を含めた治療状況について計画策定医療機関に対する情報提供を行った場合に算定する。

< I-5 (充実が求められる領域/質の高い精神科医療等の推進) -①>

■精神科急性期入院医療に係る評価

1. 精神科入院基本料の見直し

(1) 精神科病棟において、15対1を超えた手厚い看護体制を提供している病棟について、看護配置区分の評価を新設するとともに、入院患者の重症度に関する基準を導入する。

精神科病棟入院基本料13対1入院基本料

920点(新)

[施設基準]

①新規入院患者のうち、重症者(GAFスコア30以下又は身体合併症患者)の割合が4割以上であること。

②身体疾患への治療体制を確保している医療機関であること。

③平均在院日数が80日以内であること。

(2) 10対1精神科病棟入院基本料について、精

神疾患の特性を踏まえて平均在院日数の要件を緩和する一方、入院患者の重症度に関する基準を導入する。

精神科病棟入院基本料 10対1入院基本料

1,240点

[施設基準]

①平均在院日数が40日以内であること。

②新規入院患者のうち、重症者(GAFスコア30以下)の割合が5割以上であること。

(3) 精神科病棟入院基本料の加算について、入院早期をより重視した評価体系とする。

【精神科病棟入院基本料加算】

14日以内 459点 →465点

15日以上30日以内 242点 →250点

31日以上90日以内 125点 →125点

91日以上180日以内 20点 →10点

181日以上1年以内 5点 →3点

(4) 特定機能病院入院基本料(精神科病棟)についても、同様に見直す。

2. 精神科急性期の特定入院料の引き上げ

(1) 精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料について、入院早期の評価を引き上げる。

【精神科救急入院料】(1日につき)

1 精神科救急入院料1

30日以内 3,431点 → 3,451点

31日以上 3,031点 → 3,031点

2 精神科救急入院料2

30日以内 3,231点 → 3,251点

31日以上 2,831点 → 2,831点

【精神科救急合併入院料】(1日につき)

30日以内 3,431点 → 3,451点

31日以上 3,031点 → 3,031点

(2) 精神科急性期治療病棟入院料についても、評価の引き上げと施設基準の緩和を行う。

【精神科急性期治療病棟入院料】(1日につき)

1 精神科急性期治療病棟入院料1

30日以内 1,900点 → 1,920点

31日以上 1,600点 → 1,600点

2 精神科急性期治療病棟入院料2

30日以内 1,800点 → 1,820点

31日以上 1,500点 → 1,500点

[算定要件等]

カッコ内の現行規定を削除(当該病院の全病床数の7割以上又は200床以上が精神科床である若しくは特定機能病院である。)

(3) 精神科救急入院料、急性期治療病棟入院

料及び精神科救急・合併症入院料の算定について、医療観察法の入院処遇が終了した者の転院を受け入れた場合の算定を認めるとともに、当該月については措置入院等と同様、入院患者数の算定から除外して扱うこととする。

3. 身体合併症の対応に関する評価

精神疾患、身体疾患の双方について治療を行った場合の評価である精神科身体合併症管理加算について、評価を引き上げる。

【精神科身体合併症管理加算】(1日につき)

現行: 1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点

2 精神科病棟入院基本料(10対1、15対1)、特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、15対1(精神科病棟に限る。))を算定している患者の場合 200点

改正:【精神科身体合併症管理加算】

(1日につき) 350点

[算定要件]

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科病棟入院基本料(10対1、13対1、15対1)又は特定機能病院入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1(精神科病棟に限る。))を算定している病棟であること。

< I-5 (充実が求められる領域/質の高い精神科医療等の推進) -③>

■精神科専門的入院医療に係る評価

1. 児童・思春期精神科入院医療管理加算

発達障害や思春期うつ病など、児童・思春期の精神疾患患者の治療を行う専門病棟についての評価を引き上げる。

現行:【児童・思春期精神科入院医療管理加算】

(1日につき) 650点

改正:【児童・思春期精神科入院医療管理加算】

(1日につき) 800点

2. 強度行動障害児に対する入院医療の評価

個人の特性等に配慮した特別な医学的ケアを必要とする強度行動障害児に対する入院医療について、新たな評価を設ける。

強度行動障害入院医療管理加算

(1日につき) 300点(新)

[算定要件]

(1) 強度行動障害児(者)の医療度判定基準スコアが24点以上の者であること。

(2) 行動障害に対する専門的な医療提供体制が整備されていること。

3. 重度アルコール依存症入院医療の評価

重度のアルコール依存症治療において、高い治療効果が得られる専門的入院医療について、新たな評価を設ける。

重度アルコール依存症入院医療管理加算

(1日につき) 30日以内 200点(新)

31日以上 60日以内 100点(新)

[算定要件]

(1) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る研修を修了した専任の医師、専任の作業療法士又は精神保健福祉士又は臨床心理技術者が配置されていること。

(2) アルコール依存症の治療プログラムに基づく治療が提供されていること。

4. 摂食障害に対する入院医療の評価

治療抵抗性を示すことの多い摂食障害について、専門的な入院医療に対する新たな評価を設ける。

摂食障害入院医療管理加算(1日につき)(新)

30日以内 200点

31日以上 60日以内 100点

[算定要件]

(1) 重度の摂食障害による著しい体重減少が認められる者であること。

(2) 当該保険医療機関に摂食障害の専門的治療を行う医師、臨床心理技術者等が配置されていること。

(3) 摂食障害の治療について、一定の実績を有する保険医療機関であること。

< I-5 (充実が求められる領域/質の高い精神科医療等の推進) -④> (略)

■地域における精神医療の評価(略)

< I-6 (充実が求められる領域/歯科医療の充実) -①~⑧> (略)

重点課題Ⅲ-1(質が高く効率的な医療の実現/急性期入院医療)-①のDPC関連項目については、次号に掲載予定。

(6面からの続き)

<重点課題2-2(勤務医負担軽減/医師業務の軽減に向けた取組の推進)一①>

■病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

1. 実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、今後新たに評価する項目について、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に資する体制を要件に加える。

(要件を加える項目)

- ・急性期看護補助体制加算
- ・栄養サポートチーム加算
- ・呼吸ケアチーム加算
- ・小児入院医療管理料1及び2
- ・救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

2. 病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

[算定要件]

- ①病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ②勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。
- ③役割分担の推進のための多職種からなる委員会を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

<重点課題2-2(勤務医負担軽減/医師業務の軽減に向けた取組の推進)一②>

■病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価

第1 基本的な考え方

医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設けるとともに、評価の引き上げと要件の緩和を行う。

第2 具体的な内容

【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)

15対1補助体制加算	810点(新)
20対1補助体制加算	610点(新)
25対1補助体制加算	355点→490点
50対1補助体制加算	185点→255点
75対1補助体制加算	130点→180点
100対1補助体制加算	105点→138点

[施設基準]

- 1. 15対1、20対1補助体制加算の施設基準  
第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院
- 2. 25対1、50対1、補助体制加算の施設基準  
1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院
- 3. 75対1、100対1補助体制加算の施設基準  
1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院

<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)一①>

■地域における医療機関の連携に対する評価

1. 比較的長期の療養を担う病棟における退院調整加算の見直し

従来の退院調整加算について、手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更する。

【退院調整加算】→【慢性期病棟等退院調整加算】

- 1 慢性期病棟等退院調整加算1
  - イ 退院支援計画作成加算 (入院中1回) 100点
  - ロ 退院加算(退院時1回)
    - (1)療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 140点(新)
    - (2)障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 340点(新)

退院支援計画作成加算(入院中1回、100点)と退院加算(退院時1回、100点)および障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合(300点)については慢性期病棟等退院調整加算2として区分する。

[施設基準]

退院加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従・専任の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。

2. 主に急性期医療を担う病棟における退院調整加算の新設

後期高齢者退院調整加算について、急性期治療を受け、病状の安定が見込まれた患者について、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から、名称変更及び対象年齢の拡大を行う。

急性期病棟等退院調整加算1	140点(退院時1回)
急性期病棟等退院調整加算2	100点(退院時1回)

[対象患者]

65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、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(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

[算定要件]

適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。

[施設基準]

急性期病棟等退院調整加算1:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

急性期病棟等退院調整加算2:退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配

22年度改定の主要改定項目

置されていること。

<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)一②>(略)

■地域医療を支える有床診療所の評価(略)

<重点課題2-4(勤務医負担軽減/医療・介護関係職種の連携の推進)>(略)

■在宅復帰後を見越した地域連携の評価(略)

<I-1(充実が求められる領域/がん医療の推進)一①>

■がん診療連携拠点病院の評価

第1 基本的な考え方

がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの開催、院内がん登録の更なる充実も含めて、一層の評価を行う。

第2 具体的な内容

【がん診療連携拠点病院加算】

(入院初日)400点→500点

[算定要件]

- ・がん診療連携拠点病院であること。
- ・カンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

<I-1(充実が求められる領域/がん医療の推進)一②>

■がん診療連携拠点病院を中心とした連携の充実

がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)(新)

[算定要件]

がんと診断された患者で、がん診療拠点病院又は準ずる病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。

がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)(新)

[算定要件]

がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治

療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

<I-1(充実が求められる領域/がん医療の推進)一③>

■がん治療及び丁寧な説明に対する評価の充実

1. 外来化学療法加算の評価の充実

- (1)外来化学療法加算の評価を引き上げる。
  - イ 外来化学療法加算1 500点→550点  
15歳未満の患者 700点→750点
  - ロ 外来化学療法加算2 390点→420点  
15歳未満の患者 700点→700点

2. 放射線治療病室管理加算の引き上げ  
放射線治療病室を用いた治療に対する評価を拡充する。

【放射線治療病室管理加算】

(1日につき)500点→2,500点

3. がん患者に対する丁寧な説明の評価  
がんの診断及び治療方針の説明を行う際に、当該患者に対して多面的に配慮した環境で丁寧な説明を行った場合の評価を新設する。

がん患者カウンセリング料 500点(新)

[算定要件]

がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6か月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分に配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する。

<I-1(充実が求められる領域/がん医療の推進)一④>

■緩和ケア・がんに対するリハビリテーションの評価

第1 基本的な考え方

外来におけるがんの疼痛コントロールを含めた緩和ケアの質の向上や入院における緩和ケア診療の充実、がんの疾患特性に配慮したリハビリテーション料を新設する。

第2 具体的な内容

1. 疼痛緩和ケアの充実

がん性疼痛緩和指導管理料において、緩和ケアに係る研修を修了した医師による指導を要件とする。

【がん性疼痛緩和指導管理料】100点

[施設基準]

緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等

2. 入院における緩和ケア診療の評価の充実

緩和ケア診療加算について、緩和ケアの質の向上を図るため、がん緩和ケアに携わる医師に対し、緩和ケアに関する研修を受けて診療に当たることを要件とするとともに、診療報酬上、さらなる評価を行う。

また、外部による医療機能の評価を受けていることとする要件について、見直しを行う。なお、緩和ケア病棟入院料についても同様に、要件の変更を行う。

現行:【緩和ケア診療加算】300点

[施設基準]

財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。

改正:【緩和ケア診療加算】400点

[施設基準]

(1)がん診療連携拠点病院若しくは準じる病院又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けた施設であること。

(2)緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を終了していること。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)等

3. がんに対するリハビリテーションの評価

がん患者リハビリテーション料 200点(1単位につき)(新)

[算定要件]

(1)対象者に対して、がん患者リハビリテーションに関する研修を終了した理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が個別に20分以上のリハ

(4面へ続く)

(7面の続き)

■手術料の適正な評価について

第1 基本的な考え方

評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)作成による「手術報酬に関する外保連試算」(以下「外保連試算」という)の精緻化が進んでいるため、これを活用する。

また、先進医療専門家会議及び診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1. 外保連試算を活用した手術料の引き上げ 「外保連試算第7版」を活用し、外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を要する手術をより高く評価する。

(1) 評価対象手術

外科系の診療科で実施される手術の評価には病院勤務医の負担軽減対策という観点もあることから、主として病院で実施している手術を優先して評価する。なお、病院で実施されることが多い手術を対象とすると、手術項目数全体の半分程度を評価することができる。

(2) 手術料の引き上げ

外保連試算においては、技術度・協力者数・所要時間等を勘案し、それぞれの技術に応じた費用が算出されている。こうしたデータを踏まえ、現行点数との乖離が大きい一方で高度な専門性を要すると分類されている技術度区分B及びDの手術について、それぞれ現行点数の50%増及び30%増とすることを目安としつつ、個別の点数差については外保連試算を用いて整合をとることとする。

(3) 小児に対する手術評価の引き上げ

現行上、3歳未満の小児に係る手術については乳幼児加算が認められているが、3歳以上6歳未満の小児についても同様に高度な技術が求められることから、加算の対象年齢を6歳未満に拡大する。

2. 先進医療技術に係る新規手術

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

①腹腔鏡下肝部分切除術(肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る。)

②エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)

③膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)

3. 新規保険収載提案手術の保険導入

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規手術について保険導入を行う。

(導入された技術の例)

①肝門部胆管癌切除術(1血行再建あり 2血行再建なし)

②膵中央切除術

③バイパス術を併用した脳動脈瘤手術

④経皮の大動脈形成術

⑤バルーンカテーテルによる大動脈遮断

⑥副咽頭間隙腫瘍摘出術

⑦脾温存脾体尾部切除術

⑧経肛門の内視鏡下手術(直腸腫瘍)

⑨重度腹部外傷例に対するダメージコントロール手術

⑩肺動脈血栓内摘除術

⑪前置胎盤帝王切開術

<重点課題2-1(勤務医負担軽減/急性期入院医療の評価)①>

■一般病棟入院基本料等の評価について

1. 一般病棟入院基本料において、入院早期の加算を引き上げる。

【一般病棟入院基本料】(1日につき)

14日以内の期間の加算 428点→450点

2. 一般病棟入院基本料等の7対1及び10対1入院基本料において、月平均夜勤時間72時間以内の要件のみを満たさない場合は、7対1、10対1特別入院基本料として評価する。

一般病棟入院基本料 7対1特別入院基本料

1,244点(新) ※

一般病棟入院基本料 10対1特別入院基本料

1,040点(新) ※

結核病棟入院基本料 7対1特別入院基本料

1,158点(新) ※

結核病棟入院基本料 10対1特別入院基本料

954点(新) ※

精神病棟入院基本料 10対1特別入院基本料

992点(新) ※

※該当入院基本料点数の80%の点数と設定する。

【算定要件】

①一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行っている病棟が、施設基準のうち看護職員の月平均夜勤時間数72時間以内であることの要件のみを満たさない場合

②3か月を限度として算定できることとする。ただし、7対1、10対1特別入院基本料を算定後、1年以内において再度算定することはできない。

③7対1、10対1特別入院基本料を算定期間中、看護職員の採用活動の状況等について毎月地方厚生局長等に報告すること。

3. 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料における準7対1入院基本料は、算定している医療機関が少ないこと等を踏まえ、廃止する。

4. 医療経済実態調査の結果等を踏まえ、一般病棟入院基本料における15対1入院基本料の評価を適正化する。

【一般病棟入院基本料】(1日につき)

15対1入院基本料 954点→934点

5. 後期高齢者特定入院基本料について、名称から「後期高齢者」を削除するとともに、75歳以上に限定していた対象年齢の要件を廃止する。ただし、新たに対象となる患者については、退院支援状況報告書の提出により、当該入院基本料の算定ではなく、従来どおりの出来高による算定も可能とする。

現行：【後期高齢者特定入院基本料】(1日につき) 特定患者(高齢者医療確保法の規定による療

22年度改定の主要改定項目

養の給付を受ける者(以下「後期高齢者」という。)である患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)

改定：【特定入院基本料】(1日につき)

特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。))

<重点課題2-1(勤務医負担軽減/急性期入院医療の評価)②>

■医療関係職種との役割分担と連携の評価

第1 基本的な考え方

1. 急性期入院医療において、手厚い人員体制を確保することで、多職種が連携し、より質の高い医療を提供するとともに、病院勤務医の負担軽減にも寄与するような取組を評価する。

2. 急性期の入院医療においても、患者の高齢化等に伴い、看護補助業務の重要性が増している。病院勤務医の負担軽減の観点からも、医師が行っている業務の一部を看護職員が担いつつ、看護職員でなければできない業務に専念するため、看護補助者の配置を評価する。

3. 急性期入院医療においては、栄養管理や呼吸器装着患者の管理等について、多職種からなるチームによる取組が行われている。このような取組により、医療の質が向上するとともに、病院勤務医の負担軽減にもつながることから、試行的に評価を行う。また、導入後にその影響について検証を行う。

第2 具体的な内容

1. 看護補助者の配置の評価

急性期の入院医療を担う7対1入院基本料及び10対1入院基本料について、看護補助者の配置の評価を新設する。

【急性期看護補助体制加算】(1日につき)

急性期看護補助体制加算1

(50対1) 120点(新)

急性期看護補助体制加算2

(75対1) 80点(新)

【算定要件】

(1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。

(2) 14日を限度として算定できることとする。

【施設基準】

(1) 1日の入院患者数に対する看護補助者の配置数が、50対1又は75対1以上であること。

※ただし、看護補助者の配置については傾斜配置できるものとする。

(2) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、又は総合周産期母子医療センターであること。

(3) 一般病棟用の重症度・看護必要度の基準を満たす患者の割合が7対1入院基本料においては15%以上、10対1入院基本料においては10%以上であること。

(4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っていること。

2. 多職種からなるチームによる取組の評価

(1) 急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。

栄養サポートチーム加算200点(週1回)(新)

【対象患者】

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料のうち、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者のうち、栄養管理実施加算が算定されており、栄養障害を有すると判定された者等

【算定要件】

①対象患者に対する栄養カンファレンスと回診の開催(週1回程度)

②対象患者に関する栄養治療実施計画の策定とそれに基づくチーム診療

③1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とすること等

【施設基準】

当該保険医療機関内に、専任の①~④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

①栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師

②栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師

③栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師

④栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

(2) 栄養サポートチーム加算の新設に合わせ、後期高齢者退院時栄養・食事指導料は廃止する。

(3) 一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)(新)

【算定要件】

①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料の届出病棟に入院しており、48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。

②人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。

③人工呼吸器離脱のための医師、専門の研修を受けた看護師等による専任のチーム(呼吸ケアチームという)による診療等が行われた場合に週1回に限り算定する。

【施設基準】

当該保険医療機関内に、専任の①~④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

①人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師

②人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師

③人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士

④呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

(5面へ続く)

# 平成22年度診療報酬改定の主要改定項目(概要)

## — 2月12日、中医協による答申 —

《平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について》

### 重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

＜重点課題1-1(救急等の再建/地域連携による救急患者の受入れの推進)一①＞

#### ■救急入院医療の充実に係る評価

- 1. 【救命救急入院料】(1日につき)
  - ・充実度評価Aの加算500点→1,000点
  - ・充実度評価Bの加算 500点(新)

- 2. 【広範囲熱傷特定集中治療室管理料】
  - ・現行:(1日につき) 7,890点
  - 【算定日数】60日を限度

・改正後:要件を緩和、算定対象を拡大、評価区分を以下の2種類に再編

- 【特定集中治療室管理料】(1日につき)
  - 広範囲熱傷の場合 7,890点

- 【救命救急入院料】(1日につき)
  - 広範囲熱傷の場合 7,890点
  - 【算定日数】上記2種類とも60日を限度

- 【ハイケアユニット入院医療管理料】(1日につき) 3,700点→4,500点

①現行の要件の内、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外し、診療録管理体制加算のみとする。

- ②平均在院日数 17日以内→19日以内

- 3. 【救急医療管理加算】(1日につき) 600点→800点

- 【乳幼児救急医療管理加算】(1日につき) 150点→200点

入院時医学管理加算は、趣旨を明確化するために名称を変更。

- 総合入院体制加算 120点(1日につき)

- 4. 救急搬送の中核病院において緊急入院後、状態の落ち着いた患者の早期転院の評価を新設

- ・救急搬送患者地域連携紹介加算 500点(退院時1回)(新)
- ・救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点(入院初日)(新)

上記2種類は3次又は2次救急医療機関への緊急入院日から5日以内に他医療機関に転院した場合に算定等。

＜重点課題1-1(救急等の再建/地域連携による救急患者の受入れの推進)一②＞

#### ■地域の連携による救急患者の受入の評価

- 1. 【地域連携夜間・休日診療料の新設】

地域連携夜間・休日診療料 100点(新)

夜間、休日の救急患者を多数受け入れる診療体制を有し、夜間、休日に医師(当該医療機関及び近隣の診療所等に勤務)が3名以上いる。

- 2. 【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 1 350点→400点
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 2 500点→550点

院内トリアージ加算30点(新)

- ①院内トリアージの実施基準を定め、院内掲示等で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を実施し、患者への説明を行なう。一定時間経過後に再評価が行われている。

- 3. 【乳幼児加算の引き上げ】

- ・初診料: 乳幼児加算72点→75点
- ・再診料・外来診療料: 乳幼児加算35点→38点

＜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)一①＞

#### ■ハイリスク妊産婦に係る医療の更なる評価

- 1. 【ハイリスク分娩管理加算】(1日につき) 2,000点→3,000点

対象者に多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延を追加。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。

- 2. 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引き上げと対象拡大

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の算定も追加する。ただし、他院での入院医療を必要とする異常が認められる妊産婦とする。

- 【妊産婦緊急搬送入院加算】(入院初日) 5,000点→7,000点

＜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)一②＞

#### ■新生児集中治療・救急医療の評価

- 1. NICU(新生児特定集中治療室管理料)について

新生児特定集中治療室管理料の評価を引き上げるとともに、NICU担当医師が小児科当直業務との兼務を行う場合の評価を新設する。また、NICU満床時に緊急受入れのために、一時的に定員超過入院となるケースや、症状の増悪等により再入室するケースに配慮した評価とする。

- 【新生児特定集中治療室管理料1】(1日につき) 8,500点→10,000点

なお、総合周産期特定集中治療室管理料についても同様の評価の引き上げを行う

- 【新生児特定集中治療室管理料2】(1日につき) 6,000点(新)

- ① 専任の医師が常時、当該医療機関内に勤務していること
- ② 新生児特定集中治療管理を行う専用の治療室を有していること

#### 【ハイリスク新生児受入れのための要件緩和】

新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料について、満床時の緊急受入れのために一時的に定員超過入院となる場合や、症状の増悪による再入室の場合の算定要件を緩和。

- ①一時的な定員超過入院

ア) 助産師又は看護師の数が常時4:1以上を超えない範囲で、24時間以内に常時3:1以上に調整すること。

イ) 超過病床数は2床までとすること。

- ②症状増悪時の再入室

症状増悪等により当該治療室に再入室した場合に再度算定できる。ただし、前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。

- 2. 救急搬送診療料について

救急搬送診療料の乳幼児加算の評価を引き上げるとともに、新生児加算を新設する。

- 【救急搬送診療料】(1回につき) 1,300点→ 1,300点

新生児加算 1,000点(新)

- 乳幼児加算150点→ 500点

＜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)一③＞

#### ■小児急性期救急医療の評価

- 1. 小児入院医療管理料の再編成

小児入院医療管理料に、常勤の小児科医の配置を9人以上とする新たな区分を新設する。なお、他の区分の点数は据置き。

- 【小児入院医療管理料】(1日につき) (常勤小児科医9人以上) 4,000点(新)

小児入院医療管理料1及び2を算定する医療機関については、小児救急医療等の提供を要件に追加する。特定機能病院についても小児入院医療管理料の算定を可能とする。

- (1) 小児入院医療管理料1【施設基準】

- ①入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ②小児重症患者に対する集中治療を行うための体制を有していること。
- ③年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。

- (2) 小児入院医療管理料2【施設基準】

- ①入院を要する小児救急医療の提供を行っていること。
- ②常勤の小児科又は小児外科の医師が9人以上配置されていること。
- ③7:1以上の看護配置であること。
- ④平均在院日数が21日以内であること。

- 2. 小児急性期集中治療の評価

重篤な小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに引き続く急性期の専門的集中治療が提供されることについて、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料の加算を新設する。

- 救命救急入院料 小児加算 5,000点(入院初日1回)(新)

【算定要件】 15歳未満の重篤な小児救急患者を受け入れた場合。

#### 【施設基準】

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

- 特定集中治療室管理料 小児加算(新) 1,500点(7日以内) 1,000点(8日以上 14日以内)

【算定要件】 15歳未満の重篤な小児患者に対し、特定集中治療室管理が行われた場合。

#### 【施設基準】

専任の小児科医が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。

#### ■NICU入院患者等の後方病床の充実

- 1. 【新生児特定集中治療室退院調整加算】 300点(退院時1回)(新)

【算定要件】 当該入院期間中に新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料(新生児集中治療室管理料の場合)の算定のある患者について、看護師又は社会福祉士が患者の同意を得て退院支援のための計画を策定し、退院・転院に向けた支援を行った場合、退院時に算定する。

#### 【施設基準】

退院調整部門が設置されており、当該部門について専任の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

- 2. 【新生児治療回復室入院医療管理料】

NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち、新生児治療回復室(GCU)について、新生児入院医療管理加算に代えて、新たな評価区分を新設する。

- 5,400点(1日につき)(新)

【算定要件】 (1) 高度の先天奇形、低体温等の状態※にある新生児について、十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

※従来の新生児入院医療管理加算の算定対象と同様。

- (2) NICUを算定した期間と通算して30日間を限度として算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ120日又は90日を限度として算定する。

#### 【施設基準】

- (1) 新生児特定集中治療室管理料を算定していること。
- (2) 専任の小児科の常勤医師が1名以上配置されていること。
- (3) 常時6対1以上の看護配置であること。

- 3. 超重症児(者)入院診療加算の見直し

判定基準を見直し、評価を引き上げるとともに、要件を緩和する。さらに、在宅療養中の超重症児(者)が入院した場合について加算を新設する。

- 【超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算】

- 6歳未満の場合 600点→800点
- 6歳以上の場合 300点→400点

・算定要件の一部を緩和。

- (2) 算定医療機関の拡大(有床診療所も可)
- (3) 【在宅重症児(者)受入加算】 200点(5日以内、1日につき)(新)

【算定要件】 在宅療養を行っている超重症児(者)・準超重症児(者)が、医療上の必要から入院した場合に算定する。

- (4) 超重症児(者)及び準超重症児(者)の判定基準の見直し

超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の対象となる超重症又は準超重症の状態についても見直しを行う。

- 4. 障害者施設等への受入れに対する評価

障害者病棟等において、NICUに入院していた患者を受け入れた場合の加算を新設する。

- 重症児(者)受入連携加算 1,300点(入院初日)(新)

【算定要件】 新生児特定集中治療室等退院調整加算が算定された患者を、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受け入れた場合に算定する。

＜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)一②＞(略)

＜重点課題1-4(救急等の再建/手術の適正評価)＞

# 第60回日本病院学会の開催概要

## 演題募集、参加事前登録受付中

テーマ  
「医療人の協働と明日を拓く力」  
「人間50年から100年へ」

7月22・23日、岐阜市で

第60回日本病院学会(学会会長 山田實紘 社会医療法人厚生会 木沢記念病院理事長・病院長)が平成22年7月22日(木)・23日(金)の両日、岐阜市内の長良川国際会議場、岐阜都ホテル、岐阜グランドホテルの3施設を使用して開催する。メインテーマに「医療人の協働と明日を拓く力」(人間50年から100年へ)を掲げ、幅広い病院医療の現状を踏まえて、病院医療の将来の方向性を探究することとしている。一方、すでに学会事務局では一般演題募集(締切3月4日)と学会参加(事前登録 同4月30日)をそれぞれ受付している。

〔第60回日本病院学会の開催概要〕

▼学会テーマⅡ「医療人の協働と明日を拓く力」(人間50年から100年へ)

▼会期 2010年7月22日(木)・23日(金)

▼会場 長良川国際会議場(岐阜市長良福光2695-2)・岐阜都ホテル(同)・岐阜グランドホテル(岐阜市長良648)

▼名譽学会長 松波英一(社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院名譽院長)

▼学会会長 山田實紘(社会医療法人厚生会 木沢記念病院理事長・病院長)

▼特別講演Ⅱ「医療の原点」 会医療法人厚生会 木沢記念病院理事長・病院長

▼特別講演Ⅰ「医療の原点」 古代ギリシャの医師を訪ねて 慈生会ベトレムムの病院顧問 星和夫 市民公開講座「歴史に学ぶ変革期のリーダーと組織のあり方」 歴史家・作家 加来耕三

▼「救急医療の問題点の解決に向けた具体的戦略」 社会医療法人厚生会 木沢記念病院理事長・病院長

▼「救急医療の現状と展望」 日本病院会会長 前厚生労働大臣・参議院議員 山田實紘

▼「招待講演」 演題未定 日本病院会会長 前厚生労働大臣・参議院議員 山田實紘

▼シンポジウムⅡ「中小病院は地域を守る」 中山小児科 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅠ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅢ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅣ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅤ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅥ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅦ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅧ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅧ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅨ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅩ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅪ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅫ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅬ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅭ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅮ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅯ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅰ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅱ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅲ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅳ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅴ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅵ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅶ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅷ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅸ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅹ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅺ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅻ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅼ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅽ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅾ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一

▼シンポジウムⅿ「救急医療の構築」 救急医療の構築 院長 岩崎 功一



山田 實紘  
第60回日本病院学会会長

伝説ある日本病院学会を、関係の皆様方の多大なご支援のもと、平成22年7月22日(木)・23日(金)の両日、岐阜の地で開催させていただきます。この機会に感謝申し上げます。

本学会は回を重ねること60回、還暦の年を迎えることになりました。この記念すべき年に、戦国時代日本統一の足がかりとなった場所、日本の病院医療の未来について皆様と共に考える機会を得ることができました。これを大変光栄に感じています。

さて、医療界はいま長く続いている混沌期にありま。医療制度改革が次々と実施され、病院の体系化と医療費抑制の影響により病

院数は減少しています。また、医師を始めとする人材確保も深刻さを増しています。このような時代であるからこそ、医療に携わる私たちが、日本の医療の将来

を守るために一丸となって改善していかなければなりません。

本学会の特徴は、医師だけの学術集まりとは異なり、

「医療人の協働と明日を拓く力」としました。日本

において、各病院の職員が真摯に取り組まれてきた研究等について、多数の皆様より発表をいただき、学び

たい。古い文化の地でもありますが、この機会に岐阜の観光もお楽しみください。

本学会は岐阜県病院協会会長 松波英一氏を名譽学会会長として、岐阜県病院協会会員病院の協力のもと準備を進めております。

終わりに、この学会が多くの皆様楽しく学んでいただき、美り多い学習の場になりますよう心から祈念いたします。ご挨拶とさせていただきます。

(社会医療法人厚生会 木沢記念病院理事長・病院会運営事務局(前掲) まで。

下牧子(初ハリビリーション病院院長)「医療関連感染対策のあり方を考える」これまでわかったこと、これから解決すべきこと」座長 三嶋廣繁 愛知医科大学大学院医学研究科感染制御学教授

▼ワークショップⅡ「日本病院会精神科医療委員会」一般救急と精神科救急の連携をめざして」岐阜県看護協会「患者の健康生活を支援する看護の連携」岐阜県理学療法士会、岐阜県作業療法士会、岐阜県言語聴覚士会「リハビリテーションの将来展望」医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

シンの将来展望 医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

シンの将来展望 医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

シンの将来展望 医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

シンの将来展望 医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

シンの将来展望 医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

シンの将来展望 医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

シンの将来展望 医療・福祉の枠組みを超えての連携」岐阜県病院薬剤師会「喘息治療への医薬・薬学・連携の取り組み」岐阜県放射線技師会「診療支援部門に期待される役割を考える」病院経営管理学会「先端事例に学ぶ病院経営活性化の糸口」医療人の集い(情報交換会) 7月22日(木) 18時(予定)より、岐阜グランドホテルにて開催。参加費1名5千円。

▼医療・福祉機器展示、書籍展示等

一般演題募集

「一般演題募集要項(オンライン)」

▼演題登録に関して 演題応募は、学会ホームページ(http://www.congre.co.jp/jha2010)からオンライン登録により受付している。演題種別は応募時に発表形式を「口演」か「ポスター」または「どちらでもよい」を選ぶ。募集期間は3月4日(木)正午まで。応募演題の採否および発表方法(口演、ポスター)は学会長に一任。

▼優秀演題の表彰 優秀な演題は、座長の推薦により日病雑誌編集委員会の選考を経て、次期学会で表彰(優秀、優良演題)し、日病雑誌に掲載する。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(株)コングレ中部支社内(TEL052-9500-3369、FAX052-9500-3370、E-mail:jha2010@congre.co.jp)

事前参加登録

〔事前参加登録概要〕

▼事前参加登録について 原則として学会ホームページ(前掲)でのオンライン登録となる。締切は4月30日(金)正午まで。

▼学会参加費 ①事前登録費(プログラム、抄録集を含む)は1万円②当日登録費(同)は1万2千円③学生登録は当日登録のみで2千円(プログラム・抄録集は別途3千円で購入)。

▼問合せ 第60回日本病院学会運営事務局(前掲)まで。

診療点数早見表

2010年4月版【医科】

## 診療点数早見表

★2010年4月改定による最新点数、通知、事務連絡、材料価格、施設基準、届出様式、療養担当規則、明細書記載要領、その他関連通知——を全て掲載した診療報酬点数表の完全取載版。オリジナル解説・算定例・Q&Aも多数掲載。

★全国多数の医療機関・公的機関・審査機関等でも採用。徹底した多重検証システムにより絶対の正確性を実現し、絶大な信頼と支持を得ています。

本書の6つの特長

1. 抜群のわかりやすさ…オリジナル解説・算定例・Q&Aを随所に付記。わかりやすさ抜群です。
2. 改定部分が一目でわかる…今改定の全変更部分にマーキング。請求・点検に画期的に便利です。
3. 4色刷の機能的レイアウト…多彩な色に意味を付与して機能的に分類。見やすく整理しています。
4. スピーディな検索機能…詳細な目次・精密な索引・施設基準との緊密な連携で、自在に検索可能!!
5. 画期的な「診療報酬一覧表」…点数と要件が一目でわかる一覧表。算定がさらにスピードUP!!
6. アフターサービスも万全…改定後に厚労省から大幅な追加通知が出た場合は「追補」を無料送付。

【ご注文方法】①HP・ハガキ・FAX・電話等でご注文下さい。②振込用紙同封で書籍をお送りします(料金は後払い)。③または書店にてご注文下さい。

〒101-0051 東京都千代田区神田神保町2-6 十歩ビル  
tel.03-3512-0251 fax.03-3512-0250  
ホームページ https://www.igakutushin.co.jp

**医学通信社**

2010年4月 下旬刊 予定

※前回2008年4月版は4月25日刊

わかりやすさを極めた最高機能の点数表!!

★多色刷で点数・通知・★曖昧な解釈を★施設基準とのリンク★施設基準が簡単に確認できます

★確かな裏付けのある★緑色のマーキングで★関連規定を一括掲載。★重要な内容を★変更部分を★全規定が一覧で見えます★オリジナル解説★通知・事務連絡

★施設基準の該当ページ・該当項目を★施設基準が簡単に確認できます