



全日病 21世紀の医療を考える全日病 2013 NEWS 9/15

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.809 2013/9/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

病棟の主たる機能

高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分で報告

病床機能情報の報告制度 検討会で合意。日医・四病協の合同提言と同じ病床機能区分を採用

9月4日に約2ヵ月ぶりに開かれた「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」は、病床機能情報報告制度でもちいる一般病床と療養病床の医療機能は、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」からなるという考え方で基本的に一致した。

4区分はあくまでも「主たる機能」であり、当該機能以外の病期の患者も混在しているという認識が前提だ。その実態をどう報告していくかは、具体的な報告事項を定めていく中で検討される。

合意された医療機能の区分案は次回の医療部会に報告、病床機能情報報告制度の法制的措置に向けた議論へと受け継がれる。

検討会は、次回から各機能の具体的な報告事項に関する議論に入ることを確認した。

病床機能のカテゴリーに関して、これまで事務局(厚労省医政局総務課)は、「急性期」「亜急性期(仮称)」「回復期リハビリテーション」「地域多機能(仮称)」「長期療養」の5つからなる提案してきた。

しかし、前回(7月11日)の会合で、亜急性期と重なる部分があるという理由で「地域多機能(仮称)」を撤回。亜急性期についても「検討中」とし、別の呼称を採用する考えを明らかにした。

この日の会合に、事務局は前回案から「検討中」のカテゴリーを撤回。新たに「高度急性期」というカテゴリーを追加するとともに、「回復期リハビリテーション」を「回復期」とあらためた案を提示した。議論の結果、検討会は事務局案を首肯した上で、「長期療養」を「慢性期」と言い換えることで基本的に合意した。

その結果、病床機能の区分案は、8月8日に公表した日医と四病協の合同提言「医療提供体制のあり方」に示された考え方とまったく同じとなった。

この日の検討会で、遠藤久夫座長(学習院大学経済学部長)は、報告対象となる医療機能について「本日合意を図りたい」と宣言、議論を始めた。これまでの議論で論点が出ついている上、日医と四病協の合同提言によって医療側の意見が一致したことから、議論はスムーズにいくと思われた。

しかし、医療側の構成員から「長期療養機能は慢性期機能と称するべきではないか」という疑問が示された。

事務局が提案した「長期療養機能」という呼称の対象は、療養病床および一

般病床における重度の障害者や難病患者等を受け入れる病棟・病室(診療報酬の上では障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料を算定)である。

これに対して、「病期という区分からは慢性期と呼ぶ方が分かりやすい」という声が複数の構成員からあがり、その考えを支持する意見が相次いだため、遠藤座長は「長期療養を慢性期と言い換えたい」と議論を引き取った。

これに関連して、一般病床と療養病床の双方に認められる機能を報告の上でどう整理するか、あるいは、一般病床でも複数の機能をもつ病棟の場合はどう報告するというのをめぐって、色々な意見が交わされた。

一般病床の中には、「急性期」をベースとしながら「回復期」を提供している病院が非常に多いからだ。これは有床診でも同様である。

この問題について、事務局が提案した資料には、「病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する」と明記された。

この問題については、構成員から「複数の機能を選択してはどうか」という意見も出たが、事務局は「1つのカテゴリーを選んでいただく」(土生総務課長)という考えを堅持する姿勢を崩さない。

一方、支払側の委員からは、1つのカテゴリーを選ぶ結果、「報告の結果



は、全体としては急性期の機能に偏したものになるのではないか」との懸念も示された。

土生課長は「(提供している機能の)具体的内容が詳しく把握できるような報告内容にしたい」とする一方、「報告内容は、当座は定性的にならざるを得ない」とも説明。複数機能があることを説明する有効な指標を用いるには一定の時間がかかることを認めている。

しかし、定性的に1つのカテゴリーを選んでなされる1回目の報告から最初の地域医療ビジョンが策定される。

報告制度の次は「病床区分」設定の議論か？!

9月4日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」には、国民会議の報告を受けて政府が8月21日に閣議決定した「法制上の措置の骨子」が報告された。

この中の「医療・介護サービスの提供体制改革」の中に、「病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度の創設」と「地域医療ビジョンの策定及びこれを実現するために必要な措置」という施策が盛り込まれているが、後者には、括弧書きで「必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化等」という内容説明が加えられている。

検討会で、三上構成員(日医常任理事)は、この箇所を取り上げ、「我々は病床機能報告制度のために病床機能の区分について議論してきたが、それと『病床区分の設定』とは意味が違う。両者はどういう関係になるのか」と質した。

この段階で把握される医療機能分布の実態と、それを各都道府県が「補正」した医療機能分布目標の設定は、今後の機能分化を大きく左右する恐れがある。

このように、医療機能の区分について合意したというものの、機能区分の選択は、実は、選択基準や報告における表記項目などの設計と大きく関係している。

どこまで実態を正確に反映した医療機能マップができるのか。報告内容をめぐる第2ラウンドの議論はこれから始まるが、むしろ、こちらの方が機能区分の確定よりも重要な議論となろう。

これに対して、土生総務課長は、「(病床機能情報の)報告制度がまずあり、そして、それを踏まえた地域医療ビジョンを策定する。さらに、そのビジョンを実現するためにはどのような施策が必要なのか。その中に、病床区分をどういった設定で行なうのが適切なのか。そういった順序で議論をしていくことだと事務局としては理解しているが、この部分は医療部会で議論していただくことになるのではないか」と説明した。社保審医療部会の審議事項になるとのことだが、病床機能情報報告制度の法制化に続いて、一般病床を新たに区分する議論が求められることになりそうだ。

医療機能の名称(事務局案)の推移

5月30日(事務局案)	7月11日(事務局案)	9月4日(合意)
急性期機能	急性期機能	高度急性期機能
亜急性期機能(仮称)	【検討中】	急性期機能
回復期リハビリテーション機能	回復期リハビリテーション機能	回復期機能
地域多機能(仮称)	?	?
長期療養機能	長期療養機能	慢性期機能 (事務局案は長期療養機能)

厚労省の14年度税制改正要望

「社会医療法人への寄附金に対する控除等優遇措置」外される

厚生労働省は2014年度の税制改正要望をまとめ、9月2日に公表した。医療関係では、①社会保険診療報酬に係る非課税措置の存続(事業税)、②医療法人の社会保険診療以外部分に係る軽減措置の存続(事業税)、③医薬継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置の創設(相続税、贈与税)、④社会医療法人の認定取消時の一括課税の見直し(法人税、法人住民税、事業税)、⑤医療に係る消費税の課税のあり方の検討(消費税、地方消費税)などが取り上げられた。

13年度まで掲げられてきた「社会医療法人に対する寄附に係る寄附金控除等の創設」が14年度要望事項から外された。厚労省は「昨年度の政府税調検討事項にも採用されなかった。要望できる情勢ではない」と説明している。

「医療に係る消費税の課税のあり方の

検討」に関して、厚労省は、要望内容を「消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関等の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十

分に配慮し、医療関係者、保険者等の意見も踏まえ検討し、結論を得る」と整理。

さらに、「医療機関等における消費

厚労省の14年度予算概算要求

データ分析の取り組みに新規予算を求める

厚労省の2014年度予算概算要求(一般会計)は30兆5,620億円と、前年度概算要求を1兆1,300億円上回った。社会保障の自然増は9,700億円を見込んだ。「消費税率引上げに伴う支出増は予算編成過程で検討する」ため、増税分を財源とした予算要求は含まれていない。

政府の日本再興戦略は「国民の健康寿命の延伸を目指し、予防サービスを充実しつつ、『健康長寿社会の実現』を図る」としている。

これを踏まえ、概算要求は「予防・健

康管理の推進等」を「新しい日本のための優先課題推進枠」(1,617億円)に組み入れ、医療保険者によるデータ分析に基づく保健事業(データヘルス)の推進に97億円、レセプト等データを活用した医療保険者の「重複・頻回受診者等に対する取組への支援」に22億円を要求するなど、データ分析にもとづく取り組みに新たな予算を求めている。

日本再興戦略の関係では、一部を推進枠とした上で、「日本版NIHの創設に伴う医療分野の研究開発の促進等」

税負担に関する分科会」における検討状況を紹介する中で、「10%引上げ時の対応」に関して、「診療側は、診療報酬による対応では限界があるとして、税制による抜本的な解決を強く要望」と記述、病院団体が掲げる原則課税という要望に触れている。

に1,082億円の確保を求めた。他方で、「介護・医療関連情報の『見える化』の推進」に対しても、推進枠として、7.2億円を要求した。

推進枠以外の施策としては、医療提供体制の分野で、「専門医に関する新たな仕組みの導入に向けた支援」に9.7億円、アウトカムデータなど「良質な医療の提供に資する情報基盤の整備」に4.2億円を要求している。

また、医療提供体制推進事業費補助金(171億円)の中に「持分なし医療法人への移行の促進」のための新規予算を確保する方針。これらはいずれも新規の取り組みとなる。

「法制上の措置」にもとづく医療保険法改正の議論始まる

医療保険部会 高齢者医療、外来・入院の給付見直し、国保の都道府県移管は15年通常国会で法改正

9月9日の社会保障審議会医療保険部会は、8月21日に閣議決定された「社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく法制上の措置(骨子)」にもとづく、医療保険法等改正事項の議論を開始した。

「法制上の措置(骨子)」は、「必要な措置を2014年度から17年度までを目途に順次講ずる。法改正が必要な措置については、必要な法律案を2015年通常国会に提出することを目指す」としている。

事務局(厚労省保険局総務課)は「法制上の措置(骨子)」に記載された医療保険制度関係の検討事項と実施スケジュールを示し、議論を求めた。

それによると、70~74歳の一部負担金の取扱いや高額療養費の見直しな

ど、14年度の税制改正とそれにもとづく予算措置あるいは14年度内の政令改正等で実施できる改正事項を先行議論し、年末の予算編成までに方針をまとめる。この日の部会は、まず、高額療養費の見直し問題を取り上げた。

国保運営の都道府県への移行問題や高齢者医療の費用負担のあり方など、法改正を必要とする事項は来年4月以降に議論を開始、11月をめどに方針をとりまとめ、年末に改正法の要綱にまとめることになる。

14年度に始まる法改正事項の検討では、若年(療養病床)および一般病床の入院給食費の取り扱いや受診時定額負担など、外来・入院の給付の見直しも狙上りのぼることになる。

高額療養費制度の見直しで厚労省がイメージ案

厚労省は、9月9日の医療保険部会に、高額療養費制度における自己負担限度額の見直し案(イメージ)を示した。

自己負担限度額の現行の仕組みのうち、「上位所得者」と「一般所得者」(70歳未満)、「現役並み所得者」と「一般所



得者」(70歳以上の2割・3割負担)の区分を細分化することによって、月単位の自己負担上限額を、新たな所得の線引きにもとづいて引き上げる、引き下げる、据え置くというように、応能負担の考え方を踏まえて再編成するというもの。

この日は、自己負担限度額の新たな区分のイメージが示されたにとどまるため、部会はもっぱら質疑応答に終始した。

事務局(厚労省保険局総務課)は次回部会に、所得線引きの数字を入れた具体的な案を提示する方針だ。

予防給付の地域支援事業移行に多くの懸念。認知症施策にも不安の声

介護保険部会 高齢者医療、外来・入院の給付見直し、国保の都道府県移管は15年通常国会で法改正

9月4日の社会保障審議会介護保険部会は、前回(8月28日)の同部会に提示された介護保険法改正に向けた諸課題の具体的議論を開始した。

事務局(厚労省老健局総務課)は、①予防給付の地域支援事業への移行、②認知症施策の推進、③介護人材の確保の3点を取り上げ、それぞれについて現状と課題を説明した。

社会保障制度改革国民会議報告書は、要支援者に対する介護予防給付を「(市町村が担う)新たな地域包括推進事業(仮称)に段階的に移行させていくべきである」と提起した。

新たなと謳っているが、市町村が現在実施している地域支援事業を再構築した上で、要支援者に対する予防給付をそこに移していくという話である。

地域支援事業とは、要支援認定や要介護認定にいたらない第1号被保険者を対象に、全国一律の規定にもとづく個別給付ではなく、市町村がそれぞれの判断で実施している介護予防事業である。

人員や運営等の基準はなく、メニューも、通所型・訪問型の介護予防サービス、配食・見守り等の生活支援、家族介護支援、ケアマネジメント支援など、地域の事情に応じて幅が広い。

移行後の要支援者に対する予防は、サービス提供を受けるにあたって要支援認定やケアプラン作成が必要な点は

現在と変わらないが、全国一律の法定のサービス類型、運営基準、単価等から外れ、市町村の判断で実施されることになる。

大幅な自由化によって「市町村の裁量でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の地域資源を効果的に活用できる」(事務局資料)ため、費用を含む効率化が期待できるというわけだ。

こうした提案に、委員からは、「地域支援事業は現在も市町村の間に格差がある。介護予防給付の地域間格差が進まないか」など、裁量を自治体に委ねることへ懸念を示す意見が相次いだ。また、「介護予防給付と地域支援事業で確保されている財源は引き続き確保できるのか」と、財源に対する不安の声もあがった。

要支援者に対する予防給付は約4,100億円、地域支援事業は約1,570億円(ともに2011年度)。

こうした声に、事務局は「いずれの財源も引き続き確保できるよう尽力したい」と述べ、移行にともない、介護給付見込額の3%以内など、市町村ごとに設定されている地域支援事業費の上限を見直す必要があると答えた。

「段階的な移行」に関して、事務局の担当官は「16年度から18年度を想定している」ことを明らかにした。

認知症施策については、これまでも

地域支援事業の一環として取り組まれている上、今年度より「認知症施策推進5ヵ年計画(オレンジプラン)」(12年9月)が推進されているが、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者が要介護等認定者の約6割を占めるなど、事態は深刻度を増している。

事務局は、論点で「認知症施策は全ての市町村において今後重点的に取り組むべき課題である。そのため、地域支援事業において認知症施策を充実すべきではないか」と提起。介護保険における認知症への取り組みを、あらためて、市町村が実施する地域支援事業に位置づけた。

具体的には、地域包括支援センター等における、①初期段階の認知症高齢者とその家族を個別訪問で支援する「認知症初期集中支援チーム」(保健師等の医療系職員、介護福祉士等介護系職員、医師=嘱託も可、で構成)、②「認知症地域支援推進員」(保健師・看護師等で構成)の各配置を、それぞれ地域支援事業に位置づけるとともに、③早期診断等を行なうために認知症の専門医療機関の整備を積極的に促進し、医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携を図る、とした。いずれも「オレンジプラン」であげられている施策である。

こうした考えに、認知症家族の会に属する委員ほかからは、「人員配置や

運営の基準がないサービスで認知症に対応できるのか」「市町村に専門家が確保できていない状況で適切な対応が可能か」などの疑問が投げかけられた。

「オレンジプラン」は「認知症の早期診断等を行なう医療機関を12~17年度に約500ヵ所整備する」と宣したほか、これを受けた3部局課長の連名通知(12年10月9日付)は「認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも2次医療圏に1ヵ所以上、人口の多い2次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1ヵ所程度(特に65歳以上人口が多い2次医療圏では認知症疾患医療センターを複数ヵ所が望ましい)を確保する」という目標を掲げているが、こうした具体的な取り組みは、いまだみえていない。

一方、一体改革が示す介護サービスにおける2025年の人材は237~249万人と推計されている(12年度の推計値は149万人)。これをクリアするには、毎年6.8~7.7万人の増加が必要となるが、離職者数を加味すると、年々23.7~24.6万の入職者がいるというのが事務局の見立て。

このために、①新たな人材の参入促進、②キャリアパスの確立、③職場環境の整備・改善、④処遇改善を柱とした細かな施策を提示したが、この日は十分な議論にいたらなかった。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは… (株)全日病福祉センター TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077

医療上の必要性の高い抗がん剤の保険併用までの時間を半減

中医協総会 先進医療制度の見直しで厚労省が提案

9月4日の中医協総会は、現在の先進医療制度を見直し、医療上の必要性の高い未承認または適応外の抗がん剤を用いる医療技術の審査時間を短縮する仕組みを今秋にも導入するという事務局(厚労省保険局医療課)提案を承認した。いわゆるドラッグラグ解消の具体策である。

先進医療として保険併用を認めるか否かの審査は厚労省内に設置された先進医療会議が担当しているが、現在、承認までにおよそ6~7ヵ月間かかっている。

ただし、厚労省の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が認めた抗がん剤に関しては、あらかじめ定めた外部評価機関が技術評価するという業務分担を導入することで個別技術の適否や実施医療機関の適否といったプロセスが割愛でき、先進医療会議は実施計画の適否のみを行えばよいことになる。

こうした見直しによって、計画では審査期間を半分に短縮、およそ3ヵ月で保険併用が開始できるという。

事務局案によると、抗がん剤は、前出検討会議で「医療上の必要性が高い」とされたうち、1年経過しても開発開始や治験着手にいたらなかったものが対象となる。

また、外部機関には、臨床研究中核病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定機能病院等の中から、実施医療機関群の要件を満たした医療機関を選定する。

今回承認されたのは外部評価機関が技術評価を担当するという見直しの枠組み部分であり、具体的な運用方法は、先進医療会議でさらに検討された後に中医協総会に諮られる。

厚労省は、今後、先進医療会議と役割分担した専門評価体制の創設を再生医療や医療機器等へと拡げ、デバイス

ラグの解消に努める方針だ。

ドラッグラグやデバイスラグへの対応の1つとして、厚労省は保険併用への道のりを短縮するために先進医療制度の見直しを検討する中で、2011年5月18日の中医協に、(1)先進医療の外部機関における評価制度、(2)先進医療申請における実績要件の廃止、(3)先進医療専門家会議と高度医療評価会議の一本化という改革案を提示、承認を得ている。

このうち、(2)と(3)は12年10月より実施されているが、(1)については具体化にいたってなく、安倍政権による日本再興戦略(13年6月14日閣議決定)で「本年秋を目途に抗がん剤から開始」するよう求められた。

そのため、この6月12日の中医協総会に、保険外併用の評価の迅速化・効率化を進める仕組みとして「最先端医療迅速評価制度(抗がん剤・再生医療・

医療機器等)(仮称)の創設案」を提示していたが、今回、その枠組みにそった枠組みを提案したものだ。

規制改革など安倍政権の要求は「保険診療と保険外の安全な先進医療を幅広く併用して受けられるようにする」というもの(日本再興戦略)。

したがって、外部機関が評価するとして事務局案には、「検討会議において医療上の必要性が高いとされた抗がん剤は速やかに先進医療の外部評価の対象とする」とも書き込まれ、「1年経過しても開発開始や治験着手にいたらなかった」抗がん剤は、最終的に厚労省は、検討会議で必要とされたすべての抗がん剤に拡大する方向で検討する考えだ。

先進医療制度の下で慎重に管理してきた混合診療だが、今回の見直しは、より幅の広い混合診療へと大きく歩を進める可能性がある。

「基本小委を開き、基本診療料の議論を再開すべし」

中医協総会 西澤委員、森田会長に再開を強く要請

9月4日の中医協総会で、診療側の西澤委員(全日病会長)は、総会の下に常設されている診療報酬基本問題小委員会(基本小委)が休会しているため基本診療料の議論がストップしていることを指摘し、その再開を強く求めた。

昨年4月11日の総会で前改定答申の附帯事項に新たに盛り込まれた項目の取り扱いを検討した結果、基本診療料のあり方については基本小委で検討する方針が打ち出された。その際、基本診療料のあり方にかかわる「診療報酬の構成、機能・役割、水準の在り方および基本診療料の評価範囲」は「2012年度前半を目途にまとめを行なう」とされた。

これを受けて、基本小委は昨年4月から10月までに5回開かれ、基本診療料の議論を行なったが、その後休会が続いている。この7月24日に約10ヵ月ぶりに開かれたが、基本診療料は議題に取り上げられていない。

このように、12年度改定答申書附帯意見の第1項に記された「初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏ま

え、その在り方について検討を行うこと」という命題は、事実上、たなざらにされてきた。

西澤委員は、総会の席で数回この問題に言及して議論の再開を事務局(厚労省保険局医療課)に促してきたが、今日まで明確な反応がみられないことから、9月4日の総会で、強い口調で基本小委の開催と基本診療料をめぐる議論の再開を求めたもの。

西澤委員は、「長い期間休んでいたため、基本診療料の議論は急がなければならない。今後は月に1~2回開いてほしい」と求めた上で、「この件については森田会長に回答願いたい」と述べ、中医協会長の良識に期待を寄せた。

この要請に、森田会長は「この件は

適宜事務局とも話し合ってきた。ただ、基本小委と総会がメンバー構成も含めて似ているという問題がある。私は基本小委は限られた人数で中身の濃い議論をする場かと認識している。しかし、現実には総会と変わらない構成であり、その点はどうかと考えている」と釈明した。

これに対して、西澤委員は「総会と基本小委は役割が違う。総会というのは最終的な決定の場である。基本小委は検討すべきことを議論する場である。したがって、総会とメンバーが同じだからというのは筋違いの話である」と反論。

その上で、「この際、総会、基本小委、各種分科会の役割をもう一度見直

してはどうか」とも提起。「ただし、見直しをしてから動くのではなく、例えば基本小委を動かしながら、それと並行して見直しを行なうようにしていただきたい」と述べ、「見直し」が延期の口実とされないよう釘を刺した。その上で「今月中に必ず基本小委を再開していただきたい」と念を押した。

森田会長は、「それ(総会と基本小委が似ているということ)を議題等でどう分けて運営していくかという点は、1号側、2号側のご意見もうかがった上で、事務局と相談の上で調整させていただきたい」と検討する意向を示したが、「再開の方向で検討する」という前向きな言葉は出なかった。

中医協総会 診療報酬の被災地特例の半年延長を決める

9月4日の中医協総会は、この9月末に期限を迎える東日本大震災の被災地を対象とした診療報酬上の特例措置について検討。事務局(厚労省保険局医療課)提案のとおり、福島県の医療機関に対しては来年3月末まで、その他

の都道府県の医療機関については、10月1日時点で利用している特例措置に限り来年3月末まで、それぞれ届け出の上、被災地特例の措置を半年間延長する方針を了承した。

被災地特例は、仮設建物による保険

診療等、定数超過入院、72時間規定関係、看護配置関係、平均在院日数要件など25項目(医科)にのぼり、7月1日時点で、岩手県14、宮城県13、福島県9、山形県1の計37施設が利用している。

在宅への円滑移行や医療・介護の連携に対する評価の必要を提起

14年度診療報酬改定 厚労省が「一体改革関連の基本的な考え方」を公表

厚生労働省は9月6日に、「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方について」と題した文書を公表した。

副題に「これまでの社会保障審議会医療保険部会・医療部会における議論を整理したもの」と銘打っているように、社保審の両部会でなされた、2014年度改定にかかわる一体改革に関連した考え方を整理したもの。ただし、当該議論は、医療保険部会で3回、医療部会では2回しか行なわれず、いずれも総花的な意見陳述に終始している。

「基本的な考え方」は、14年度改定の「基本認識」において、医療機関の機能分化・連携という課題を「医療機関の機能分化・強化と連携」と言い換えた上で、その「性急な措置によって医療現場が混乱し、患者が必要な医療を受けられない事態が発生しないよう、段階的かつ着実に進める必要があ

る」と、留意を求めている。

併せて、「現在別途検討が行われている病床機能報告制度とできる限り整合性が図られよう、留意しながら検討を進めるべきである」と指摘した。

また、機能分化を促す診療報酬と補助金の役割に関して、「診療報酬により、医療機関の自発的行動や経営努力を促すことが好ましいが、行き過ぎたインセンティブとならないよう注意する必要がある」とも指摘した。

入院医療に関しては、高度急性期と一般急性期を担う病床の機能強化を謳う一方、「回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料等)」については、「例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど、回復期(診療報酬上の亜急性期入院医療管理料・回復期リハビリ病棟入院料等)の病床の機能に応じた評価について検討を行う必要

がある」と記述した。

外来については、①診療所や中小病院におけるかかりつけ医機能の評価、②大病院の専門外来評価、③大病院の紹介外来を更に推進する方策等、をあげた。

在宅に関しては、①看取りを含めた在宅療養支援診療所・病院の機能強化、②在宅診療・在宅病以外の医療機関によ

る在宅医療、③訪問診療の適正化等を課題にあげた。

さらに、「地域の実情に応じた地域完結型の医療のネットワークを構築する必要がある」とした上で、「病院から在宅への円滑な移行や、医療と介護の切れ目ない連携を図ることに対する評価について検討を行う必要がある」と提起している。

全日病「2013年度第9回看護部門長研修コース」のご案内

看護部門長の「経営革新・実践力強化」を目的に、全6日間(第1単位3日間・第2単位3日間)をかけて講義・演習等を行ないます。

日 時	●第1単位	第2単位
	10月4日(金) 13:00~20:00	12月6日(金) 13:00~18:25
	10月5日(土) 9:00~18:00	12月7日(土) 9:00~18:10
	10月6日(日) 9:00~14:30	12月8日(日) 9:00~14:30

会 場 ● ホテルヴィラフォンテーヌ汐留(東京都港区東新橋)

参加費 ● 1人 会員15万円、会員以外25万円

定 員 ● 48名

申込締切 ● 9月27日(金)

*詳細は全日病HP掲載の案内をご参照ください



地域医療指数 在宅医療評価の採用で「在支病」に強い拒否感

DPC評価分科会 機能評価係数Ⅱの見直しで議論。次回に14年度DPC改定の中間まとめ

8月28日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、2014年度診療報酬改定に向けた検討課題として、機能評価係数Ⅱの見直しと病院指標に関する調査実施案(2013年度特別調査)の2点を取り上げ、議論を行なった。

係数Ⅱの14年度改定における検討の方向性については、すでに、5月22日の分科会で概括的な議論を行ない、(1)枠組みとしては前改定の考え方(現行6項目)を維持すること、(2)その上で6項目について見直しの必要の有無を検討すること、(3)7つ目として「病院指標の作成と公開の実施」を新設することの実効性を調べる調査を今年中に実施、その結果を踏まえて検討すること、などを確認している。

この日の分科会に事務局(厚労省保険局医療課)は、現行6項目に関して、①データ提出指数にデータの質に関する評価項目を追加する、②効率性指数に後発医薬品の使用割合による評価を新設する、③地域医療指数については、医療計画における5疾病5事業と在宅医療のそれぞれに、体制評価に加えて定量評価の導入を検討する、④カバー率指数、複雑性指数、救急医療指数は現行の評価方法を継続する、という見直し案を提起した(別掲)。

①に関しては、データの質評価の1つとして様式1における「副傷病の記載を評価する」という案に対して、「副傷病記載の質の担保はどう図るのか」

などの疑問が示され、引き続き検討することになった。

②については概ね賛成が得られたが、「評価は出来高部分に限定すべき」「出来高病院にも同様の評価を入れるべき」などの意見が出るなど、引き続き議論が必要とされた。

地域医療指数においては、定量(シェア)評価の導入に関連して在宅医療が取り上げられた。分科会は、地域医療指数に関する基本的な考え方として「評価項目は医療計画にかかる指針等にもとづく」ことを確認している。

しかし、在宅医療の拠点となる在宅療養支援病院に関しては、「急性期医療を評価するDPC制度で200床未満が対象の在支病を評価するのは難しい」という意見が相次いだ。これは精神科医療についても同様で、さらなる検討が必要とされた。

このように一部の課題に異論や慎重論も出たが、部会としては事務局案を概ね了承するという意見が大勢を占めた。

このほかにも、事務局は、機能評価係数Ⅱ見直しにかかわる検討課題として、①レセプトの未コード化病名の使用率による評価の採用、②臨床研修医に対する保険診療教育に対する評価の採用、③I群およびII群病院は必須となっている外来EFファイル提出のIII群病院への義務化(係数Ⅱにおける評価の廃止)という3点を提示した。

このうち、①と②に関しては具体的

な議論にいたらなかったが、③については、その方向で検討することで概ね合意した。

「病院指標の作成と公開に関する調査」は、共通の指標を使って、各病院が自院のDPCデータから、「がんのステージ別症例数」「診療科別の手術症例数」などの診療実態をHP上で公開することを評価する方向で、DPC対象・準備病院の対応能力など、その実行可能性を探るというもの。

分科会は調査実施を了承。事務局は、中医協総会の承認を経た上で、実施時

□現行6項目の見直しの考え方(事務局案の要旨)

(1) データ提出指数

DPCデータの質に関する評価項目を追加する。

①副傷病記載件数が著しく少ない場合は減点してはどうか。

②データ属性等が適切に記載されていない場合は減点してはどうか(a.同じ患者で性別・生年月日・郵便番号が異なるデータが一定以上ある場合、b.それらの記載内容が一連の入院で変わるデータが一定以上ある場合)。

③EFファイルと様式1、様式4、Dファイル間の記載内容に矛盾がある場合は減点してはどうか。

(2) 効率性指数

後発医薬品の使用割合による評価を新設する(後発医薬品の使用割合が60%未満の医療機関は減点の対象としてはど

期など調査実施の実務を固めたいとしている。調査結果から「病院指標の作成と公開」が機能評価係数Ⅱの追加項目として妥当という方向が出たとしても、その導入は14年度改定以降のことになる。

DPCの14年度改定の方向性に関する議論は大枠の議論が一巡しつつある。事務局は、次回の分科会にこれまでの議論の中間的整理案を示すとしており、中医協総会で中間まとめの承認を得た後に、最終ラウンド(具体的改定内容)の検討に入ることになる。

うか)。

(3) 地域医療指数

①「地域における患者シェアによる評価」及び「医療機関別の評価」の考え方を維持しつつ、医療計画の5疾病5事業と在宅医療のそれぞれに、可能な限り、体制評価に加えて定量評価の導入を検討する。

②体制評価については、I群・II群は3次医療圏単位、III群は2次医療圏単位でみた場合に妥当と考えられる評価方法を基本とする。

③定量評価については、I群・II群は3次医療圏単位、III群は2次医療圏単位による評価方法(患者シェア等)を基本とする。

(4)カバー率指数、複雑性指数、救急医療指数は現行の評価方法を継続する。

地域がん診療病院を整備、拠点病院とグループ指定

特定領域がん診療病院も整備。がん診療提供体制のあり方で最終報告書

厚生労働省は9月5日に、新たながん診療提供体制に関する最終報告書を公表した。同省に設けられた「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」が8月2日の会合で合意した結果をまとめたもの。

がん診療提供体制については2001年からすべての2次医療圏にがん診療連携拠点病院を原則1つ設置する目標で整備され、現在397の医療機関が指定されているが、今も107の医療圏が空白である上、拠点病院間で診療実績の格差があるなどの課題が指摘されている。

これを改善するために昨年12月に「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」が設置され、今後の提供体制整備方針について検討が加えられた。

その結果、今年4月24日に、新たながん診療提供体制整備の考え方(「今後のがん診療提供体制のあり方について」)をまとめ、(1)地域のがん医療を

担う「地域がん診療病院」を設置して、空白の2次医療圏を中心に拠点病院と地域がん診療病院をグループで指定する、(2)特定領域で高度な診療機能をもつ「特定領域がん診療病院」を設置して既存の拠点病院とグループ指定するなど、新たな制度設計を提唱した

(5月15日号既報)。

これを踏まえ、今年5月に「がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ」を設置して拠点病院等に課す新たな要件等を検討、その具体案が8月2日の検討会に報告された(8月15日号既報)。

全日病

「病院職員のための認知症研修会」を開催

全日本病院協会は9月11日に「病院職員のための認知症研修会」を本部会議室で開催、全国の病院から集まった148人の看護職、リハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカーが受講した。

認知症研修会は、プライマリ・ケア検討委員会(丸山泉委員長)が進める、会員病院のプライマリ・ケア、在宅医療および認知症への取り組みを支援する一環として企画された研修事業の第1弾。

11日と12日の2日間にわたって、病院専門職として身につけておくべき認



▲認知症研修会で開講の挨拶を述べる西澤寛俊会長

知症に関する知識とケアの考え方等について講演を受けた後、現場対応の実際とユマニチュード(仏発祥の認知症向

けケア理論)の2つをテーマにした講義とワークショップで、病院における認知症ケアのあり方を学んだ。

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。
- 従業員の負担増なしで手厚い給付。
- 短期間の加入も、すべて将来の給付に反映。
- 将来の不安解消による労働意欲の向上。
- 優秀な人材の募集、確保・定着に寄与。
- 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	