



全日病 ニュース

2016.4.1

No.868

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

診療報酬改定説明会を開催 全国から1,350名が参加

西澤会長 2回連続のマイナス改定に危機感を表明

全日病が主催する2016年度診療報酬改定説明会が3月14日に東京・新宿のベルサール新宿グランドで開かれ、全国の会員病院から1,350名が参加して厚生労働省の担当官から診療報酬改定の詳細な内容について説明を受けた。

冒頭に挨拶した西澤寛俊会長は、「診療報酬本体はプラス0.49%となっているが、ネットではマイナス1.31%という厳しい改定だ」と述べ、2014年度改定のマイナス1.21%に続いて2回連続のマイナス改定となったことを指摘した上で、「前回の改定で病院経営が弱まっているところに再度のマイナス改定であり、影響は大きい」と危機感を表明した。

西澤会長は、今回の改定について「2025年に向けて地域包括ケアシステムを推進するための改定である」と述べた上で、7対1入院基本料の削減をねらった「重症度、医療・看護必要度」の見直しや病棟群の導入、救急医療の見直しなど、今回改定の特徴的な項目をあげ、「我々からみて評価できる内容と評価できない内容が入り混じっている。今回の改定の意図するところをしっかりと理解して、適切に対応してほしい」と呼びかけた。

全日病は、会員病院から寄せられた質問に対し、医療保険・診療報酬委員会を中心に対応し、厚生労働省に問い合わせを迅速に情報提供していくこととしている。

●改定内容を詳細に説明

厚生労働省保険局医療課の田村圭課長補佐が、休憩をはさみつつ2時間にわたって改定内容を詳細に説明した。はじめに改定の概要を説明し、続いて個別改定項目について、算定要件や留意点について説明した(要旨を4~5面に掲載)。

田村補佐は、入院医療の機能分化・強化に関して、2つの柱があるとし、「医療機能ごとの患者像に応じた評価」と「医療機能の強化のための評価」をあげた。「患者像に応じた評価」では、今回改定の焦点となった「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行った。それとセットで重症患者を受け入れている10対1一般病棟の評価の充実を図り、「患者像に応じた評価を行っていく」と述べた。

一方、「医療機能の強化」では、特定集中治療室等における薬剤師配置を例示。「薬剤師の配置は特定集中治療室の施設基準になかったが、薬剤師を配置して薬剤管理を充実させている特定集中治療室が多々みられた。このように医療の質を向上させるところは積極的に評価するべきと考えている」と述べた。

続いて一般病棟入院基本料の評価の見直しについて説明した。

急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるように、「重症度、医療・看護必要度」の項目を見直し、新たにC項目(手術等の医学的状況)を加えた。

これに伴い、7対1入院基本料の基準を見直し、「重症度、医療・看護必要度」を満たす患者の割合を15%から25%に引き上げる。あわせて、在宅復

帰率について、退院先として有床診療所を加え、基準を75%以上から80%以上に上げた。10対1入院基本料についても、重症患者の受け入れを評価するため、看護必要度加算の評価を充実させた。

●病棟群単位の届出認める

7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する場合に限って、病棟群単位の届出が可能となる。2016年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することができる。

病棟群単位の届出に当たって取扱いが示されている。4以上の病棟がある医療機関では、一つの入院基本料について少なくとも2病棟以上の届出を行う必要がある。また、2017年4月以降は7対1の病床数は全体の60%以下にすることが求められる。

病棟群ごとの届出を行う場合は、それぞれの施設基準を満たす必要があるが、平均在院日数については、異なる病棟群に転棟しても、新入棟・新退棟患者として計上できない。

地域包括ケアシステムを推進するため、退院支援の評価を充実させている。田村補佐は、「在宅復帰に当たってどういった診療を行うか、積極的に退院支援を評価していく観点から評価の充実を図った」と述べ、新設された退院支援加算について説明した。

新設の退院支援加算1は、退院支援業務に専従する職員を病棟に配置することが求められる(2病棟に1名以上)。連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的に面会を行う(年3回以上)ほか、介護支援専門員との



連携実績を求めている。退院支援加算2は、従来の退院調整加算と同じ要件。

●外来の機能分化を進める

外来の機能分化・連携を進めるため、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担を導入する(初診は5,000円、再診は2,500円)。あわせて、かかりつけ医の普及を図るため、地域包括診療料・加算の要件を緩和して算定しやすくするとともに、認知症地域包括診療料・加算を新設した。基本的なコンセプトは、従来の地域包括診療料・加算と同じだが、認知症と認知症以外の疾患を持っている患者が対象で、多剤投与に関する制限を設けている。

●単一建物における人数に応じた評価に

在宅医療についても大幅な見直しを行った。「患者の状態・居住場所等に応じた評価」を行うため、同一日に診療した人数にかかわらず、当該建物において医学管理(在総管・施設総管)を実施している人数に応じた評価に改めた。

また、在宅医療を専門に行う医療機関に対する評価を新設した。在宅患者の割合が95%以上、要介護3以上の患者と重症患者をあわせて5割以上であることなどを施設基準としている。

質の高いリハビリテーションを提供するため、回復期リハビリテーションにアウトカム評価を導入した。アウトカム評価が一定の水準に満たない場合は、6単位を超える部分について包括の扱いとなる。

●療養病棟に重症患者の受け入れ求める

療養病棟入院基本料2の施設基準を

見直し、医療区分2と3の患者が5割以上とする要件を加え、重症患者の受け入れを求めることとした。ただし、医療区分2・3の患者割合、または看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟については、看護職員配置30対1を満たしていれば、所定点数の95%で算定できる(2018年3月末まで)。

救急医療の評価では、「緊急カテーテル治療・検査またはt-PA療法」を救急医療管理加算1の対象に含めることとし、加算1の点数を800点から900点に上げる。加算2の点数は400点から300点に引下げる。

●後発医薬品の促進等盛り込む

後発医薬品については、後発品の数量シェアを2017年半ばに70%以上とすることが政府目標となっていることをふまえ、診療報酬でも促進策をとった。院内処方を行う診療所の後発品使用体制に関する評価を新設したほか、病院、薬局の後発品使用体制に関する評価の基準を上げた。また、すべての医薬品を一般名で処方した場合の評価を新設している。

残薬を減らすため、6種類以上の薬剤を内服している患者について、薬剤を2種類以上減らした場合の評価を新設した(薬剤総合評価調整加算、薬剤総合評価調整管理料)。

そのほか田村補佐は、2016年度から制度化される患者申出療養および費用対効果評価の仕組みについて説明した。

最後に新たな項目について4月1日から算定するためには、4月14日(木)までに厚生労働省に届出を行う必要があることを周知した。

清話抄

高額になる医薬品

先日、C型肝炎の講演会に参加した。インターフェロン(IFN)を中心とした治療法に次ぐIFNフリー治療法に関するものである。なかでも第2世代の直接作用型抗ウイルス薬の紹介であった。

この講演を聞ききっかけになったのは、年齢80を過ぎたC型肝炎の患者からこの抗ウイルス薬を使うべきか意見を求められたからだ。この患者にとってウイルスを排除することで得られる利益と危険性を天秤にかけると、明らかに利益が高いと思われる。しかも現段階の報告では高い比率(9割以上)でウイルスを駆除できるのである。しかし、何せ高額なのである。講演では2種の薬剤のうち、一つは12週投与で約700万円、他方は同じく約450万円

とのことであった。

また、別の機会に聞いた話によると、昨年12月に適応となった切除不能な非小細胞肺癌の免疫チェックポイント阻害薬については、何と1年間投与すると約3,500万円。脚光を浴びているiPS細胞が一般市場に出てくるときは一体どのくらいの費用がかかるのか想像するのもおぞましくなってしまう。

国民皆保険制度を有する我が国の少子超高齢社会において一体誰がこの費用を負担できるのか。政府、あるいは

厚生労働省、財務省、経産省の官僚、加えて企業はどういう考えをお持ちなのだろうか。

すでに打合せを済ませているために市場に進出できたのか。TPPにおける米国との取引があるのか。思いを巡らせると国家的な問題となるのだが、目の前の高齢者の抗ウイルス薬をどうするのかですらも決めかねている自分がある。我が国が抱える古くて新しい「医療亡国論」の一幕である。

(上村晋一)

主張

高齢者の定義「75歳以上」に変更を

日本は少子化、超高齢社会を迎え総人口も減少する。医療介護の世界も同様で、当分は高齢者は増加し患者さんも増加傾向にあると思われる。一方、若年者の減少で医療従事者の不足が現実味を帯びてきている。外国人労働者の導入も行われてきているが、その数は少なく需要を満たすものではない。

現在は65歳以上を高齢者としているが、これは1965年の国勢調査で導入された高齢者の定義である。この年の平

均寿命は男68歳、女72歳であった。そろそろ高齢者の定義を変えるべきであろう。そうすれば統計の数字も変わってくる。高齢者を70歳以上、生産年齢人口を19～69歳と変更すると、表1に示すように2015年の高齢化率：26.8%⇒19.1%、高齢者を75歳以上とすると、13.0%となる。2025年でもそれぞれ24.6%、18.1%となる。高齢者1人を支えるのに必要な生産年齢人口も表2に示すようになる。この際思い切

って高齢者を75歳以上とするべきと考える。高齢社会先進国の日本が世界に先立って変更したらどうだろう。平均寿命の違う国の高齢者の定義が同じなのはおかしい。後期高齢者という言葉は廃止したほうが良い。多様な形で75歳まで働ける環境の整備が必要となる。こうすることで労働力不足もいづらか解決できるのではないか。

2025年には団塊の世代が後期高齢者になるとして政策がすすめられているが、団塊の世代にはより自立してもらう必要がある。物を言う世代だからサービスを充実しておかないという意見があるがそれは無理であろう。(木下毅)

表1 高齢化率

高齢者の定義	2010年	2015年	2025年
65歳以上	22.8%	26.8%	30.3%
70歳以上	16.4%	19.1%	24.6%
75歳以上	11.0%	13.0%	18.1%

表2 高齢者1人を支える生産年齢の人数

高齢者の定義	2010年	2015年	2025年
65歳以上	2.6	2.1	1.8
70歳以上	4.0	3.5	2.7
75歳以上	6.4	5.4	3.7

医療・介護連携の核となる人材めぐり議論

医療介護総合確保促進会議

厚労省の医療介護総合確保促進会議(田中滋座長)は3月9日、医療・介護の連携を促進するための総合確保方針改定の議論を本格化させた。厚労省は改定に際しての論点を提示。論点のうち、「医療・介護連携の核となる人材」をめぐり、活発な議論が交わされた。

総合確保方針は、「地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護を総合的に確保するため」のもの(地域医療介護総合確保促進法)。都道府県の医療計画と市町村の介護保険事業計画が2018年度に同時改定となるため、両者の整合性を図る観点から、それにあわせ総合確保方針も改定する。

現行の総合確保方針の基本的な方向性は、①効率的で質の高い医療提供体制の確保と地域包括ケアシステムの構築②地域の創意工夫が生かせる仕組み③質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進④限りある資源の効率的かつ効果的な活用⑤情報通信技術(ICT)の活用。これらは次期改定でも堅持される方向だ。

厚労省は現行の総合確保方針や前回の議論をふまえ、3つの論点を提示した。具体的には、①各計画との一体的かつ整合的な方針の策定②在宅医療、在宅医療と介護の連携の推進③医療・

介護連携の核となる人材——を示した。同日の議論では、「医療・介護連携の核となる人材」に関して、多くの意見が出された。

病院関係者の委員から、「今から新しい職種をつくるのは大変だ。その点、介護支援専門員は介護保険制度発足以来、調整役を担ってきた。医療に弱いところは、地域医師会で研修を受ければ、コミュニケーションも図れる」として介護支援専門員に期待する意見があった。

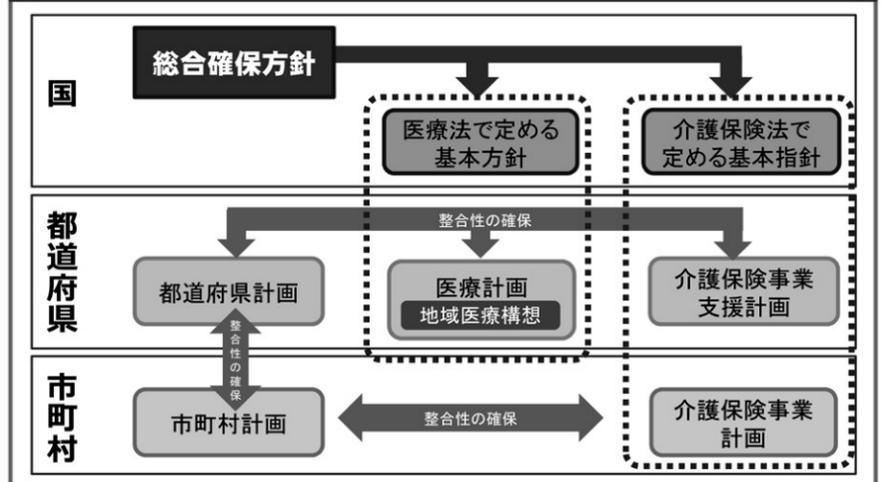
また、学識者の委員は、介護支援専門員の資格を持つ看護師が地域の連携拠点で中核的な役割を担っている事例を紹介し、地域医師会の協力が不可欠であると強調した。

別の病院関係者の委員は、病院内で多職種連携が進む一方で、「入院から在宅に移ると連携はうまくいなくなる」と指摘。訪問看護師がより活発に働けるよう、訪問看護ステーションの拡大を求めた。

これらの意見をふまえて、全日病会長の西澤寛俊委員は、「おおもとの働く人自体が少ない。それが一番の問題で、どう増やすかを考える必要がある。人材不足の中、補い合いながら働いている現場感覚が大事だ」と述べた。人材確保をめぐってはほか、社会福祉士の活用や行政職の専門性向上を求める意見が出た。



医療法の基本方針と介護保険法の基本指針の基本事項 医療と介護に関する各計画の整合性の確保



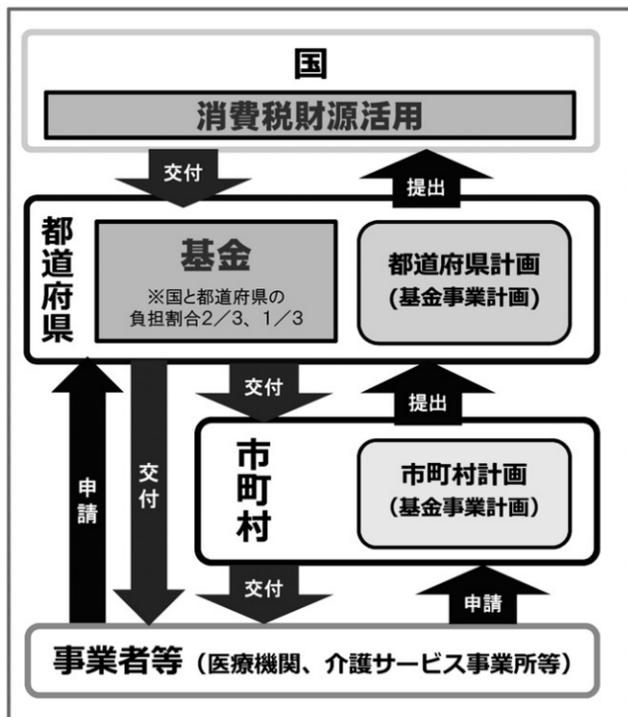
新三本の矢で基金規模が大幅に拡充

厚労省は同日の促進会議に、地域医療総合確保基金の2015年度補正予算と2016年度予算案を報告した。安倍首相が掲げる新三本の矢の一つである「安心につながる社会保障」(介護離職ゼロ)の実現に向け、2015年度補正予算で1,561億円(国1,040億円)を計上したため、基金規模が大幅に拡充されている。

2016年度予算案においては、医療分904億円(国602億円)、介護分724億円(国483億円)で、2015年度予算と同規模となっている。これは社会保障・税一体改革により、消費税増収分で安定財源を確保し、地域医療構想の達成や医療・介護従事者の確保などをめざし、それを基金事業に

充てるとされたためだ。

2015年度補正予算の中身では、国費1,040億円のうち、921億円を「在宅・施設サービスの整備の加速化」に投入する。残りの119億円は介護人材の確



保に使われる。これについて委員が、「医療分の基金事業に使うことは検討されなかったのか」と質問。厚労省は、「新三本の矢に直結するものが対象になった」と説明した。

総合確保基金の交付状況が確定

厚労省は同日の促進会議で、2015年度地域医療介護総合確保基金の交付状況を説明した。医療分の2回目の交付が1月6日に決定したため、2015年度の交付事業がほぼ確定した。公民の割合は2016年1月現在で、医療分は民間機関が68.1%で410.3億円、公的機関が25.4%で152.9億円、交付先未定が6.5%で39.2億円となっている。

ここでいう公的機関とは、都道府県・市町村、公的医療機関・国などが開設する医療機関など。設置主体が「公」で、事業主体が「民」の場合は「公」に計上する。ただし、交付先が民間機関であっても民間医療機関が対象になるとは限らず、数字の見方には注意が必要だ。交付先未定とは、交付先を公募等で決定する事業で、公民の配分が未定の事業のことだ。

医療分を事業別にみると、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業」が50.3% (302.9億円)、「居宅等におけ

る医療の提供に関する事業」が7.2% (43.1億円)、医療従事者の確保・養成に関する事業」が42.6% (256.4億円)となる。

事業別の公的機関と民間機関の交付額の配分は、「居宅等における医療の提供に関する事業」で、民間機関が81.1% (35.0億円)と高い割合となっている。

都道府県別では、東京都が49.0億円が最も多い。次いで、大阪府の37.5億円、神奈川県26.3億円、福岡県の24.0億円。逆に、最も少ないのは大分県、宮崎県の5.7億円。次いで、秋田県、山梨県、佐賀県の5.8億円となっている。

介護分は民間機関が71.1%で343.0億円、公的機関が2.9%で14.0億円、交付先未定が26.0%で125.8億円である。

基金の交付先について老健施設の関係者から、「医療分と介護分のどちらに入れるか判断が難しいとの理由で落とすことのないように」との要望があった。

また、学識者の委員から「大幅に人口が減る地域の医療・介護サービスの維持に、診療報酬・介護報酬で対応するのは難しい。全国で一定のサービスを維持するため、基金財源を使うべき」との意見があった。

震災による診療報酬の被災地特例を半年間延長

中医協総会 福島にも新規の届出認めず

中医協総会(田辺国昭会長)は3月9日、東日本大震災に伴う診療報酬の被災地特例延長を了承した。現に特例を利用する医療機関の半年間の延長を認めるが、今回は福島についても新規の申請は認めないことにした。

現状の利用状況は岩手4(うち歯科1)、宮城5、福島9の18医療機関。件数では21件。2015年7月時点の21医療機関から3医療機関減少したが、1医療機関を除き、継続を希望している。

特例措置は半年ごとに延長を更新しており、今回は2016年3月31日まで。今回延長すると、9月30日までとなる。対象は岩手、宮城、福島の3県だが、原子力発電所の事故の影響が続く福島を除き、現に特例を活用している医療機関だけに延長を認めていた。今回は2015年4月以降に新規の届出がないことに鑑み、福島についても新規の届出は認めないことにする。

診療報酬の要件の緩和など特例措置の中で利用が多いのは「定数超過入院」の7件(宮城4、福島3)。次の

で、「月平均夜勤時間数」の5件(福島5)、「看護配置」の3件(福島3)となっている。

これらのうち、「月平均夜勤時間数」、「看護配置」に関しては、看護職員の雇用状況に関わる。このため厚労省は、特例を認めるに当たり、看護職員の確保や勤務環境の改善の取り組みを促す観点から、医療機関に「県、県ナースセンター、医療勤務環境改善支援センター等に相談」を求めることとした。

また、前回に引き続き、届出の際に「特例措置の利用が被災の影響と認められない場合、または利用しなくても施設基準等を満たすことができている場合」は、届出を認めない。なお、今後、被災者や被災医療機関の状況に変化があれば、別途対応を検討するとした。

中医協議事規則を改正

中医協総会は同日、議事規則の改正を了承した。内容は◇保険医療材料専門組織の所掌事務に体外診断用医薬品



を追加◇費用対効果評価専門組織を規定——の2点となっている。

体外診断用医薬品については、保険適用を保険医療材料専門組織で議論するとの取扱いに対応するもの。

費用対効果評価専門組織は、4月から医薬品と医療機器の費用対効果評価

の仕組みが試行的に導入されることに伴い、発足させる。同組織は専門的見地から、医薬品や医療機器の再分析結果の科学的な妥当性や倫理的、社会的な影響に関する問題点を総合的に評価する。中医協が「意見をきくことができる」組織として位置づけた。

在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を報告

在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議 都道府県に市町村への支援を要請

厚労省老健局は3月8日、市町村で2015年度から実施している「在宅医療・介護連携推進事業」の状況調査結果について、「都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議」で報告した。調査から小規模市町村における在宅医療・介護連携推進事業への取り組みが遅れがちになる傾向が示された。調査をふまえ老健局は都道府県に市町村への支援を要請した。

医療介護連携調整実証事業を実施

老健局は2014年度および2015年度に「都道府県医療介護連携調整実証事業」に取り組んでいる。

「都道府県医療介護連携調整実証事業」は、モデル2次医療圏を設定し、都道府県・保健所の支援のもと、圏域内の病院と、市町村・ケアマネジャー等の間で入退院患者の情報の引継ぎなど情報共有に関する連携ルールの策定などに取り組み、医療・介護連携を促進するもの。昨年度は9府県で、今年度は8県で実施している。

「都道府県在宅医療・介護連携担当

者・アドバイザー合同会議」には、同事業に取り組む県をはじめ、そのアドバイザー、各都道府県担当者らが参加し、同事業および医療・介護連携の推進に向け、意見交換・情報共有を進めてきた。

国は県・保健所で医療・介護連携等に先駆的に取り組んできた複数の担当者によるアドバイザー組織をつくり、同事業に取り組む県を支援している。

小規模市町村ほど取り組みが遅れる

このほど老健局は2015年度から介護保険の地域支援事業に導入され、市町村で実施されている「在宅医療・介護連携推進事業」の実施状況を調査し、合同会議に報告した。

在宅医療・介護連携推進事業は、①地域の医療・介護の資源の把握②課題の抽出と対応策の検討③切れ目のない体制整備④関係者の情報共有の支援⑤在宅医療・介護連携に関する相談支援⑥関係者の研修⑦住民への普及啓発⑧関係市区町村の連携——など8つの取り組みで構成されている。事業実施は

2017年度末まで猶予することができるし、一つの取り組みからの実施も可能だが、2018年度からは全面実施が求められている。

昨年9月に全1,741市町村を対象に実施状況を調査したが、8つの取り組みのすべてを実施しているのは44市町村と2.5%に止まった。同事業の取り組みを全く実施していないのは348市町村で20%となった。

人口規模別に事業の実施状況をみると、小規模な市町村ほど取り組みが遅れている傾向が明らかになった。例えば「医療・介護関係者の研修」については人口1万人未満の自治体では74.1%で実施していない。一方、人口50万人以上の自治体では73.5%で実施している。

8つの取り組みの平均実施数をみると2.5だが、上位3県は①福井5.6②滋賀5.5③岡山4.8と多い。都道府県・保健所による市町村への支援の有無をみると3県は多く、福井では17市町村中16市町村が受けている。滋賀では19市町村中18、岡山では27市町村中20となっている。

事業の手引きを改正へ

こうした調査結果をふまえ、老健局は合同会議で、市町村に示している「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」を2016年度に改正し、都道府県・保健所の役割を盛り込むことを検討していることを説明した。

老健局は「在宅医療・介護連携の推進では、市町村および都道府県の間で役割分担が必要」と考えており、都道府県・保健所の役割として◇小規模市町村等に対する効果的な事業の導入・展開に向けた支援◇広域的な在宅医療・介護連携の推進に向けた支援——をあげた。

具体的には、小規模市町村の事業への取り組みの技術的な助言や情報提供、市区町村間の連携において支援することなどが求められている。

あわせて老健局は「都道府県医療介護連携調整実証事業」の全国展開に向け、今年度中に病院・ケアマネジャー等の入退院患者の情報共有のルールに関するマニュアルを策定する考えを示した。

一般社団法人 全日病厚生会の

全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！
約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

- 1 約500,000の福利厚生優待
- 2 年間400%を超える利用率！

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

職員の
定着率向上

採用活動
強化

損金算入
可能

育児・介護
支援制度

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

項目	職員数	通常料金	特別価格
入会金	人数を問わず無料		
月会費	1～10名	4,500円/社	300円/名 (ガイドブック料金を除く)
	11～100名	400円/名	
	101～1,000名	390円/名	
	1,001～	380円/名	

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒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

全日病・2016年度診療報酬改定説明会(3月14日)

急性期から慢性期まで医療機能ごとの患者像に 応じて評価、C項目の詳細示される

2016年度診療報酬改定の概要(医科) 厚生労働省保険局医療課 課長補佐 田村圭(発言要旨)

2016年度診療報酬改定の概要

2016年度診療報酬改定の改定率は、本体がプラス0.49%、薬価改定がマイナス1.22%、材料価格改定がマイナス0.11%となっている。基本的な考え方については、例年どおりだが、社会保障審議会医療保険部会・医療部会が昨年12月に基本方針を策定し、それに沿って個別項目をまとめている。

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しでは、急性期の密度の高い医療が必要な患者が評価されるよう見直しを行った。具体的には、①手術②救命等に係る内科的治療(経皮的血管内治療、経皮的心筋焼灼術、侵襲的な消化器治療など)③救急搬送④認知症・せん妄の症状——などの評価を拡充している。

これとあわせて、7対1入院基本料の「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を15%以上から25%以上に見直した。この点に関して、許可病床数が200床未満の医療機関で、病棟群単位による届出を行わない医療機関は、2018年3月31日までに限り、23%以上とした。

在宅復帰率の見直しも行っている。従来は自宅等に退院する者の割合が75%以上としていたが、有床診療所への退院を評価するとともに、80%以上に引き上げている。10対1入院基本料を算定する病棟に対しても、重症患者を受け入れているところを積極的に評価した。具体的には、看護必要度加算について、現状の2段階を3段階とし、評価を充実させている。

病棟群単位による届出については、7対1から10対1に変更する場合に限って、複数の入院基本料を病棟群ごとに届け出ることが可能とする。これは特に看護職員の雇用の問題があり、7対1から急に10対1に移行するのは、難しいだろうということを配慮し、病棟群単位で2年間届出を行うことを認めることにした。

在宅復帰を促すため、前回改定から在宅復帰率を施設基準に加えるなどの対応を行っている。今回改定では、「在宅復帰をするべきである」ということだけでなく、在宅復帰に当たってどういった診療を行うのか、あるいはより積極的な退院支援に関しては、それに応じて評価していくべきとの観点から、評価の充実を図った。評価する取り組みとしては、「病棟への退院支援職員の配置」「連携する施設の職員との定期的な面会」「介護支援専門員との連携」「多職種による早期のカンファレンス」をあげている。

具体的な改定項目では、従来の「退院調整加算」が「退院支援加算2」になる。新設の「退院支援加算1」が従来と変わった点としては、要件として、「退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)」、「連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)」、「介護支援専門員との連携実績」がある。こういった取り組みを積極的に評価する。従来の点数と比べると、一般病棟入院基本料等の場合が190点から600点に、療養病棟入院基本料等の場合が635点から1,200点に引き上げられる。

外来については、かかりつけ医の普及に向けた評価が主なものとなっている。前回改定で地域包括診療料・加算を設けた。これに付随するものとして、認知症に対する主治医機能を評価するのが今回の大きな項目となっている。ほかにも小児に対するかかりつけ機能を充実させている。また、従来の地域包括診療料・加算の要件を緩和している。あわせて、紹介状なし大病院受診時の定額負担を導入する。

新設する認知症地域包括診療料・加算の基本的なコンセプトは、従来の地域包括診療料・加算(4つの疾患のうち2つ以上該当する患者が対象)と同じだが、認知症と認知症以外の疾患を一つ持っている患者が対象になる。もう一つ異なるのは、認知症では多剤の服薬管理がなかなかできないだろうということで、「内服薬5種類以下うち向精神薬3種類以下」の制限を設けた。従来の地域包括診療料・加算は、主治医がきちんと服薬管理をしていることを前提とし、7剤以上の減算規定の対象外とした。しかし、認知症の患者では、それだけの多剤を管理する

のは難しいと判断した。

従来の地域包括診療料・加算は要件を緩和し、地域包括診療料について、2次救急指定病院等の施設基準の緩和、地域包括診療料・加算については、常勤医師の施設基準を3人から2人に緩和している。こういった点数を積極的に取りにいてほしい。

紹介状なし大病院受診時の定額負担の対象は、特定機能病院と一般病床500床以上の地域医療支援病院となった。現状の選定療養を義務化する。初診は5,000円、再診は2,500円で、原則として徴収することで、病診の機能分化を進めてほしい。

在宅医療は前回改定よりも大きな見直しを行い、在宅医療専門の医療機関に関する評価を新設した。在宅医療全体を補完する観点から、在宅医療を専門に行う医療機関を一定の要件で認める。

これまで評価されていなかった休日の往診を、評価することにした。「患者の状態・居住場所等に応じた評価」は前回に続き、大きな見直しになっている。

リハビリテーションでは、早期からのリハビリテーションを評価し、初期加算・早期加算について、発症後なるべく早期に実施してもらうことが重要であるため、起算日や算定日数を見直す。

回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーションを集中的に提供する病棟として創設されている。このため一定のアウトカムを求めることとし、現状は1日患者1人当たり疾患別リハビリテーション料を9単位まで取れるのを、アウトカムの評価が一定の水準に満たない場合に6単位を超える上積み部分に関して包括とする。3か月ごとに実績を測り、2回連続で満たせなかった場合に包括となる。ただし、途中で満たせるようになった患者は改めて9単位まで算定できるよう届け出ることになっている。

認知症対策では、昨年オレンジプランが見直されたことにあわせて診療報酬も充実させる。早期診断・早期対応のための体制を整備するため、診療所型認知症疾患医療センターを評価する。従来は病院が中心だったが、より身近な医療機関として、診療所型を評価する。入院関連では、認知症ケアチーム等による病棟の対応力とケアの質向上を図るため、認知症ケア加算を新設する。手のかかる患者を適切にケアし、チーム医療に取り組んでもらうことで、充実したケアにつながっていくと考えている。

精神医療については、馴染みのある病院とそうではない病院に分かれてしまうかもしれない。だが一般の総合病院でも、「身体合併症を有する精神疾患患者への医療」の評価ということで、精神科病院からの患者をきちんと受け入れることや、総合病院の精神病棟に手厚い医師配置を行うことを評価する。一般の総合病院でも、精神病患者を診てもらえるよう評価を充実させている。

今回の改定では、小児医療に対する対応をきめ細かく行っている。大きなところでは、小児かかりつけ医による幼児期までの継続的な評価を充実させている。また、重症小児の受入体制・連携体制の強化を行っている。入院・外来・在宅のそれぞれの観点から、入院医療では、重症新生児等を受け入れている小児入院医療機関やNICU等における重症児の入院日数の延長を評価する。在宅医療では、機能強化型在宅療養支援診療所・病院や機能強化型訪問看護ステーションの実績要件に重症児の診療を追加する。外来では、小児慢性特定疾病に関する医学管理を評

価することとしている。

救急医療の評価の充実では、救急医療管理加算について、前回改定で加算1と加算2に分けて、加算2を400点に減点したことで、現場に大きな影響が生じたと言われた。今回改定では、加算2の中でも、特に重症の状態・疾患であると考えられる「緊急カテーテル治療・検査またはt-PA療法」を加算1の対象に含めることにした。その上で、加算1の点数を800点から900点に引き上げ、加算2の点数を400点から300点に引き下げた。それに加えて、夜間休日救急搬送医学管理料は、算定要件に「深夜」の受け入れのほかに「夜間」を加えた上で、点数を200点から600点に引き上げた。

このように充実した評価にすることで、2次救急を担う病院には積極的な患者の受け入れをお願いしたい。



個別改定項目

●重症度、医療・看護必要度

「重症度、医療・看護必要度」は、項目の見直しを行った。まず、A項目の専門的治療・処置で、無菌治療室の治療が加わった。また、救急搬送後の入院が加わった。救急車で搬送された場合に、当日と翌日の2日間が対象となる。注意が必要なのは、医療機関が所有する救急車ではなく、自治体の救急車で搬送された場合に対象となる点で、医療機関から医療機関に搬送した場合は含まない。

B項目では、「診療・療養上の指示が通ずる」「危険行為」の2項目が加わったが、認知症やせん妄の患者に対するケアを評価するねらいである。

C項目は、開頭・開胸の手術、あるいは救命等に係る内科的治療ということで、新たな項目を追加している。

こうした項目の追加にあわせて該当基準を見直した。従来は、「A項目2点以上かつB項目3点以上」が基準だったが、早期離床・早期リハが推奨されていることから、B項目を満たさなくても「A項目3点以上」であれば急性期の患者像として評価することとした。また、「C項目1点以上」でも該当することとした。

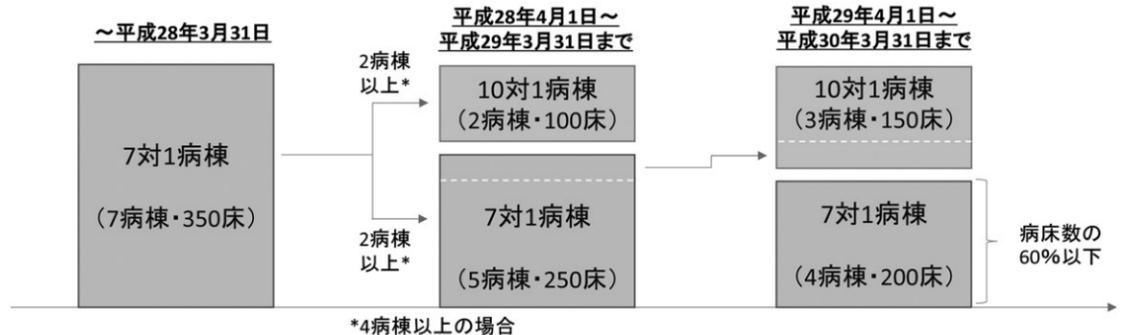
C項目では、手術ごとに該当する日数が異なり、開頭・開胸手術であれば手術当日を含めて7日間、開腹手術では5日間、胸腔鏡・腹腔鏡では3日間、全身麻酔・脊椎麻酔の手術では2日間となっている。救命等に係る内科的治療は2日間である。

手術等の医学的状況については定義が定められており、例えば開頭手術であれば、「開頭により頭蓋内に達する手術」であり、穿頭および内視鏡下で行われた手術は含まない。骨の手術は、手や足の指の手術は除いて関節置換術などが対象となる。

内科的治療は、①経皮的血管内治療として、一般的なカテーテル治療、脳血管のカテーテル治療、t-PA療法などがあげられている。②経皮的心筋焼灼術は、アブレーションやペースメーカー移植術が対象。③侵襲的な消化管治療には、内視鏡による胆管、膵管に係る治療、あるいはラジオ波焼灼術などがある。

(5面へ続く)

図1 ●病棟群単位による届出



地域包括ケアの構築に向け、退院支援加算を創設 在宅医療をきめ細かく評価、認知症の評価も充実

(4面から続く)

「重症度、医療・看護必要度」の項目の見直しに伴って該当患者割合の見直しを行い、7対1入院基本料は15%から25%に引上げとなる。地域包括ケア病棟入院料は10%の基準は変わらないが、C項目が対象に加わった。回復期リハビリテーション病棟は、従来の10%から5%に緩和された。10対1病棟の看護必要度加算は、基準を上げた上で増点している。

●病棟群単位による届出

7対1入院基本料と10対1入院基本料を病院全体ではなく、病棟群ごとに届出することができるようになる。病棟が4以上ある医療機関については、少なくとも2病棟以上の届出を行うことが原則となっている。

図1(4面)に示したように、7病棟・350床の医療機関では、4病棟以上なので、10対1に少なくとも2病棟を移す必要がある。この届出ができるのは、2016年4月1日から2017年3月31日までで、1回限りの届出になる。

もう一つ要件があり、2017年4月1日以降、7対1の病床数は全体の60%以下にしなければならない。図の例では、2016年4月以降に2病棟・100床を10対1に転換し、7対1は5病棟・250床となっているが、このままでは7対1が60%以上となってしまうので、2017年4月までに7対1を60%以下にするため、7対1は1病棟減らして4病棟・200床とし、10対1を3病棟・150床にして、要件を満たすことになる。

病棟群ごとの届出を行う場合に、それぞれの施設基準を満たす必要がある。注意を要するのは平均在院日数だ。基本的に病棟群ごとに計算することになるが、病棟群の間で転棟した場合、平均在院日数の計算においては新入棟・新退棟患者として計算しない。自宅等退院患者割合は、7対1のみが対象となるが、一般病棟全体で7対1の基準を満たす必要がある。

7対1入院基本料の在宅復帰率は、評価の対象となる退院先として在宅復帰機能強化加算の届出を行った有床診療所が追加され、基準は75%から80%に引上げられている。地域包括ケア病棟入院料の在宅復帰率は基準の引上げは行わないが、評価の対象に有床診療所を加えている。

●療養病棟入院基本料2

療養病棟入院基本料2の見直しを行う。療養病棟入院基本料1は、医療区分2または3の患者が8割以上であることが要件となっていたが、療養病棟入院基本料2には特段の要件がなかった。一方、療養病棟入院基本料2の病棟では医療区分2・3の重症患者が減っていて、介護療養病棟では増えているという状況があり、機能分化の観点から療養病棟入院基本料2の病棟に重症患者を受け入れていただくべきと考え、今回、医療区分2と3の患者が5割以上を施設基準の要件に追加した。ただし、医療区分2・3の患者の割合、または看護職員の配置基準(25対1)のみを満たさない病棟については、看護師の配置が30対1以上という最低ラインを満たした上で、所定点数の95%で算定することができるよう例外規定を設けた。

あわせて医療区分の項目についても見直しを行っている。医療区分3については、酸素療法を実施している状態が対象になっているが、①常時流量3ℓ/分以上を必要とする状態②心不全の状態③肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態(30日間)の患者を医療区分3の対象とすることとした。

また、医療区分2の血糖検査については、糖尿病に対するインスリン製剤またはソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行っている患者を対象として明確化した。うつ病については精神保健指定医が診て投薬している場合を対象とした。

●医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算では、加算の評価を充実するとともに、各基準の要件を緩和している。20対1の要件を見直したほか、50対1、75対1、100対1加算の対象として、療養病棟入院基本料および

精神病棟入院基本料を追加した。

●看護職員の月平均夜勤時間

看護職員の月平均夜勤時間72時間について、現状は夜勤時間が「16時間以下」の場合に夜勤時間の計算に含めないこととしているが、7対1および10対1については、「16時間未満」に変更した。また、7対1および10対1以外の入院基本料については、月当たりの夜勤時間が「8時間未満」の者を対象に含めないこととした。

このほか夜勤時間超過の減算について、100分の20から100分の15としたほか、これまでの特別入院基本料にかわり「夜勤時間特別入院基本料」を新設し、減算を100分の70に緩和している。

また、夜間の看護体制の評価に関して、①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上②勤務開始時刻が直近の勤務時刻の概ね24時間以降③夜勤の連続回数が2回以下であることなど、看護職員の夜間の勤務体制に関して要件を満たしている場合に別途加算を算定できるように新たに評価を行った(看護職員夜間配置加算など)。

●退院支援加算

退院支援加算を新設した。施設基準は若干複雑である。

①病院全体で退院支援を行う部門を設置すること。
②退院支援部門に十分な経験を持つ専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。看護師と社会福祉士のどちらかを専従とし、もう一方を専任とすることが必要。

③退院支援および地域連携に専従する看護師または社会福祉士が算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。業務としては、退院支援業務を専従で行うが、病棟については、2つの病棟まで専任で兼務できる。この場合、20床未満の病棟については、2つの病棟に含めなくてよい。病棟に専任の看護師または社会福祉士は退院支援部門の専従の職員を兼務することはできないが、専任の職員を兼ねることはできる。

④連携する保険医療機関または在宅介護サービス事業所、地域密着型サービス事業所、居宅介護支援事業者もしくは施設介護サービス事業者の数が20以上であり、年3回以上の頻度で面会し、情報共有を行っていること。

⑤病床当たり一定数で、介護支援連携指導料を算定していること。

●在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

在宅の中で主だった管理料は、特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)と在宅時医学総合管理料(在総管)である。看護師の配置のある施設が特医総管、それ以外の施設が在総管の対象となっているが、今回、対象施設の見直しを行い、施設入居時医学総合管理料(施設総管)として、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、認知症グループホームが対象施設に加わった。

経過措置があり、来年の3月まで1年間は在医総管が算定できるが、来年4月以降、有料老人ホームに入居している高齢者は施設総管を算定することになる。また、末期の悪性腫瘍の患者あるいは難病の患者、人工呼吸器を使用している患者は重症度が高いことから、それ以外の患者と評価を分けることとした。

従来は、同じ日に診療したか、別の日に診療したかで4,600点と1,100点の2種類の点数があったが、今回、図2のように、重症な患者かどうかで評価を分けた。その上で、単一の建物に「1人」、「2～9

人」、「10人以上」の3種類の評価を行うこととした。

それに加えて月1回訪問している場合の管理料をつくった。従来は、月2回訪問していないと管理料が算定できなかったが、月1回でも医学的管理ができる場合もある。月1回の管理料をつくり、医師の裁量にまかせて訪問回数を調整できるようにした。

従来、同一建物居住者の場合とそれ以外で評価が分かれていた。同一建物居住者は、「複数の患者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合」と定義し、同じ日に診た場合は同一建物居住者となり、個別に診た場合は同一建物居住者以外になる整理だった。管理料を算定するためにわざわざ個別に施設を訪問するということがあり、非効率で医師の負担も大きかった。このため管理料に関しては、その月に在総管または施設総管を算定する患者の人数に応じて評価することとした。

訪問診療料は、同じ日に診たかどうかで従来どおりの考え方であるが、在総管、施設総管については、その建物の中で算定した患者が何人いるかで算定する。

●在宅医療を専門に行う診療所

在宅医療を専門に行う診療所を認めることとした。従来、フリーアクセスの観点から外来診療を行うことが前提となっていたが、在宅医療の需要が増えていることから、在宅医療を専門に行う診療所を認めることとし、次の5つの要件を設けている。

- ①在宅患者の占める割合が95%以上
- ②年間5か所以上の医療機関から紹介を受けている
- ③看取りの実績が年間20以上である
- ④施設と在宅の両方を診る
- ⑤要介護3以上、あるいは重症の患者が5割以上地域の中で役割を担い、重度患者の対応や看取りの実績を求めることとしている。

●データ提出を要件とする病棟の拡大

2014年度の改定で、7対1入院基本料にデータ提出加算の届出が要件になったが、今回、10対1入院基本料(一般病床200床以上の病院に限る)についても一定の経過措置を設けて届出を要件化する。加えて、提出するデータの内容も変更し、重症度、医療・看護必要度(Hファイル)の提出を求め、評価も増点した。

●回復期リハビリテーション病棟の見直し

対象施設には2つの要件があり、①報告の前月までの6か月間に退棟した患者数が10名以上、かつ②リハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上であることである。

その上で、効果の実証の評価基準を設けた。1入院当たりのFIMの改善がどのくらいになるかを標準化して指標としたもので、計算から除外する患者を細かく定めている。

●認知症ケア加算

認知症対策の一環として認知症ケア加算が新設された。加算1と加算2があり、加算1は、認知症のケアチームをつくり、その中で常勤の医師および認知症専門の常勤の看護師を含めることとし、認知症ケアチームが中心となって各病棟と連携しながら、認知症ケアの向上に努める場合に加算を算定する。

加算2は、認知症専門看護師の配置は不要で、9時間以上の研修を受けた看護師を複数名配置するほか、身体的拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書を作成し、活用することが施設基準となっている。

図2●在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価

現行 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))		改定後 (在総管：機能強化型在支診(病床なし))			
同一建物居住者以外の場合	4,600点	単一建物診療患者の人数※2			
同一建物居住者の場合※1	1,100点	1人	2～9人	10人～	
※1 同一建物居住者の場合：当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合		重症患者(月2回以上訪問)	5,000点	4,140点	2,640点
※2 単一建物診療患者の人数：当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数		月2回以上訪問している場合	4,200点	2,300点	1,200点
		月1回訪問している場合	2,520点	1,380点	720点

介護保険担当課長会議を開催

一般病院の看護職員向けの認知症対応力向上を目指し 研修実施へ

厚生労働省は3月7日、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議を開催し、2016年度の介護保険関係の施策の方針を示した。一般病院の看護職員向けの認知症対応力向上研修の実施などを説明した。

医療・介護連携で都道府県から市町村への支援を要請

冒頭、三浦公嗣老健局長が挨拶。社会保障審議会介護保険部会が次期制度改正に向け議論をスタートし、検討事項として①地域包括ケアシステムをどのように推進していくのか②介護保険制度の持続可能性を確保していくために何をしなければいけないのか——の2点を示したことを紹介した。

その上で、地域包括ケアシステムの推進に向け、「保険者と都道府県が一

体となった取り組み」の重要性を指摘した。

さらに2018年度の診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる予定であることをふまえ、医療・介護連携の重要性を改めて強調し、「医療については都道府県に大きなノウハウがある。医療と介護の連携の進め方では都道府県から市町村に対してご支援いただきたい」と要請した。

認知症ケア加算2の要件を満たす方向で調整

厚労省は、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)をふまえた、「看護職員認知症対応力向上研修」の実施について説明した。この研修を修了した看護師の配置が2016年度診療報酬改定で導入された「認知症ケア加算2」の要件の一つとなる方向で調整中だ。

同研修は、一般病院におけるリーダー的な役割の看護職員を対象とし、カリキュラム案は①基本知識②対応力向上③マネジメント——の3部構成。3日間程度の内容を予定している。②では、個々の認知症の特徴・症状に対

するより実践的な対応力(アセスメント、看護方法・技術、院内外連携手法)の習得を目指す。③では、施設全体および部門ごとのマネジメント(人員、環境、情報管理等)の実践的な対応方法および研修計画策定や教育技法を習得する。

また新オレンジプランで、2017年度末で約500か所の整備を目指している認知症疾患医療センターは2月末現在、全国で総計336か所あることを示した(予定も含む)。うち2014年度から導入された「診療所型」は19か所だ。



虐待防止で柔軟な指導・監査を要請

厚労省は、大手介護事業者グループが運営する複数の事業所において、職員による高齢者虐待が発生した事案を紹介。虐待防止に重点を置いた機動的な指導・監査の実施を改めて指示した。

通報等の内容が利用者の生命、身体に関わるものである場合は、事前の通告なしで監査することを要請した。実地指導でも同様の対応を求めた。関連して指導指針を見直す予定だ。

他方、介護職員処遇改善加算を算定しているにもかかわらず介護従事者に支給せずに、多額の報酬を不正に請求した事業所の問題について紹介。

厚労省は、不正が疑われる場合は監

査において賃金改善状況の把握と厳正な対応を要請。実地指導でも賃金改善状況の確認の徹底を求めた。

同加算の不正請求を防止するために、近く通知を発出する予定を示した。

通所・訪問リハの質の向上を目指す

「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」を2016年度から実施することを説明した。同事業では、リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション計画書等の作成を支援するソフトを開発。ソフトを活用し、リハ計画書等のデータを集め、そのデータを解析し、質を評価する仕組みの導入を目指す。

レセプト情報等データベースの取扱いを整理

レセプト情報等有識者会議

厚労省は「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」(山本隆一座長)を3月16日に開き、調査や研究に使うレセプト情報等データベースの取扱いを整理。①社会医療診療行為別統計②基本データセット③オンラインリサーチセンター——に関し、厚労省の提案が概ね了承された。

社会医療診療行為別統計は、かつて

は抽出調査で、レセプトの全数調査がなかった時期の診療行為の内容を知るための重要資料だった。現在はレセプト情報等データベースを活用し、全数調査を可能にしている。今回、統計情報部による他部局へのデータ提供で、特別集計を行うことをガイドラインに明記するとともに、定期的に保険局・有識者会議に報告することを決めた。

基本データセットは、レセプトデータを大幅に加工したもので、それ程厳しくないセキュリティ水準で、研究テーマに合わせ、入院・外来・疾患別などの情報を分析できるデータセット。2014年3月で2件の提供があった。データセットには「C」「D」があり、「D」からは、患者の入院エピソードの詳細が把握でき、情報漏洩した場合の影響が大きい。委員から今後データ活用が増えることをふまえ、慎重な検討の必要性が指摘された。このため「もう少し整理する」ことにした。

オンサイトリサーチセンターは、昨年12月に東京大学、今年2月に京都大学に設置した。「利用の前後に厳格な審査を行う」ことで、オンサイト内では一定の自由を確保することを了承した。

計報

全日本病院協会顧問の太田舜二氏が2016年1月に逝去された。

太田顧問は1986年度に理事に就任。1989年度から90年度まで参与、91年度から92年度まで理事、93年度から96年度まで常任理事を務めた後、99年度より顧問を務めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献した。



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。

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。

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 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500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)

- 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 8,000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)

- 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 9,000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。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>

回復期を選択する医療機関が増加

地域医療構想ガイドライン検討会

2015年7月時点の病床機能報告の速報値を公表

前号既報のとおり、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」(遠藤久夫座長)が3月10日に開かれ、厚労省が、2015年度病床機能報告制度の医療機関による報告状況の速報値を公表した。2014年7月1日時点と比べると、高度急性期を選択する医療機関が減少し、回復期を選択する医療機関が増加していることがわかった。

病床機能報告制度では、医療機関が病棟単位で、①各年の7月1日時点の医療機能②6年後の医療機能③2025年の医療機能(任意)——を厚労省に報告している。医療機能は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4種類から選ぶ。

2015年7月1日時点の報告について、今年2月16日に保険局医療課のデータクリーニングが完了し、集計がほぼ終了した(病院98.2%、有床診療所92.5%)。医療機関全体の報告率は95.6%となっている。

2015年7月1日時点の報告状況をみると、2014年7月1日と比べて、高度

急性期が15.5%から13.6%に減少、急性期が47.1%から47.6%にわずかに増加、回復期が8.8%から10.4%に増加、慢性期が28.6%から28.4%でほぼ横ばいだった。

病床数では、高度急性期が16万9,367床、急性期が59万2,634床、回復期が12万9,100床、慢性期が35万3,528床、合計が124万4,629床となっている。なお、回復期のうち一般病棟は7万6,072床、療養病床は5万3,028床で、療養病床が4割を示している。

6年後の状況についての報告でも、ほぼ同じ傾向がみられた。高度急性期は減少、急性期は増加、回復期も増加、慢性期はほぼ横ばいといった状況だ。2025年度も同様の傾向だが、慢性期については27.3%から26.7%に、若干減少した。

診療報酬と報告との関係を整理

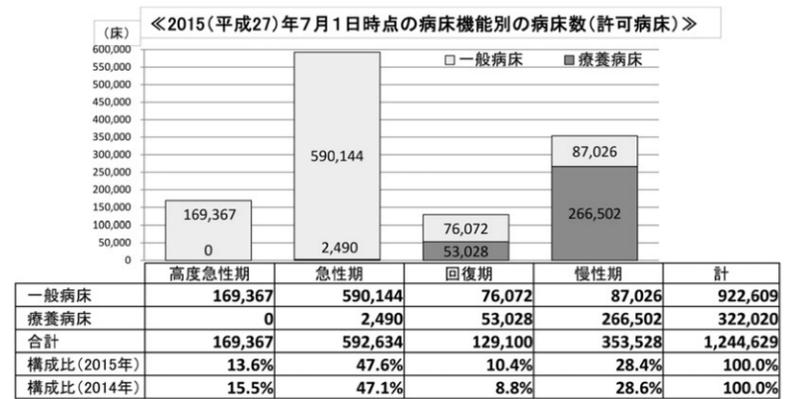
病床機能報告の精緻化に向けて同検討会は、報告制度の改善策をまとめた。地域医療構想で推計する必要病床

数と病床機能報告制度は性格が異なり、「数値として一致する性質のものではないことに留意する必要がある」と明確にしている。その上で、一部の特定入院料の施設基準と「親和性の高さ」があることから、その関係を整理をして示した。

具体的には、「救急救命入院料」「特定集中治療室管理料」「ハイケアユニット入院医療管理料」「脳卒中ケアユ

ニット入院医療管理料」などを算定していれば、高度急性期として位置づけている。

また、「地域包括ケア病棟入院料」は主に担っている機能として、急性期と回復期のいずれかの判断をゆだねた。慢性期の選択肢も否定していない。「特殊疾患入院医療管理料」「特殊疾患病棟入院料」「療養病棟入院基本料」は慢性期とした。

若手経営者の会が消費税問題で勉強会
控除対象外消費税の税額計算の演習も

第5回若手経営者の会が「病院経営と消費税」をテーマに2月6日に全日病会議室で開かれ、消費税問題の現状について講義を受けるとともに、控除対象外消費税の税額を計算する演習を行い、研鑽を積んだ。

冒頭に挨拶した西澤会長は、「若手経営者の会は次世代経営者の交流とネットワークづくりを目的にしている。消費税は2017年度に決着することになっていて、今が大事な時だ」と述べた。

続いて、若手経営者育成事業委員会委員長の中村康彦常任理事が趣旨説明を行い、「病院経営が悪化して赤字になった場合、法人税は免れるが消費税は必ず払わなければならない。その意味で消費税は、病院経営において無視できないものであり、本日は十分に勉強してほしい」と呼びかけた。

この後、四病協の医業経営・税制委員会委員長の伊藤伸一氏(社会医療法人大雄会理事長)が「医療機関におけ

る消費税問題解決に向けて」と題して講義した。伊藤氏は、医療における消費税問題の経緯を説明。1989年の消費税導入時と1997年の引上げ時に補填された診療報酬38項目のうち、16項目が包括化ないし廃止されており、その分は医療費の0.62%(2,560億円)に当たると訴えた。

2014年の消費税率8%への引上げの対応では、控除対象外消費税分の3%分について、「診療報酬によりマクロでは補填されたものの補填状況にバラツキがある」と指摘した。

2016年度税制改正大綱で、「特に高額な設備投資に係る負担が大きいとの指摘等もふまえ、2017年度税制改正に際し総合的に検討し結論を得る」と明記されたことを紹介。現在、医療界として、「病院についてはすべての仕入税額控除を受けることができる方式、診療所は診療報酬への上乘せを要望していく」ことを主張しているが、これ

について伊藤氏は、「抜本的方法である課税を主張しないのは、医療界の総意として要望をまとめるためであった」と説明した。

今後の課題としては、①消費税は税で解決する②補填のバラツキの要因を分析する③マクロだけでなく個々の病院への影響を議論する④仕入税額控除が可能な方式を考える——などの点を上げた。また、4月までには与党に

要望を上げる必要があるとの見通しを示した。

伊藤氏の講義に続いて、税理士・医業経営コンサルタントの船本智陸氏による演習が行われた。消費税の基本的な知識についての説明の後、実際の控除対象外消費税の計算事例に沿って税額を計算した。実際に計算してみると、実感として消費税負担の重さを学ぶ機会となった。

一冊の本 book review

『医療政策を問いなおす
—国民皆保険の将来—』

著者●島崎 謙治
発行●筑摩書房 定価●920円(税別)

機能分化と連携の必要性など医療政策の理念や手法から、地域包括ケア、地域医療構想、医師の偏在や総合医の問題、さらには財源問題、後半部分では今後の課題まで網羅されており、わが国の医療の来し方行く末がコンパクトにまとまっている秀逸の一冊。

今後さらに急速に進む少子高齢社会に向けて我々はどうのような医療提供体制を選択すべきかを考えるために、病医院等の医療関係者はもちろん、幅広い方々にも是非読んでほしい本である。(安)



471施設となった。

【主な報告事項】

●2016年度診療報酬改定

2016年度診療報酬改定の省令・告示、通知が示されたことが報告された。

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会総会」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「医療介護総合確保促進会議」、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」、「2015年度中央におけるナースセンター事業運営協議会」の報告があり、質疑が行われた。

●「織田病院(佐賀県)」の病院見学

若手経営者育成事業委員会による織田病院(佐賀県)の見学会を6月4日に行うことが報告された。

●病院機能評価の審査結果

□主たる機能(3rdG:Ver1.0～:順不同)

2月5日付けで以下の13病院が、日本医療機能評価機構による病院機能評価に

認定・更新されたと報告された。

◎一般病院1

新潟県 長岡西病院 更新
島根県 出雲市民病院 新規

◎一般病院2

北海道 砂川市立病院 更新
千葉県 船橋総合病院 更新
神奈川県 横浜新緑総合病院 更新
神奈川県 湘南厚木病院 更新
鹿児島県 出水総合医療センター 更新

◎リハビリテーション病院

東京都 初台リハビリテーション病院 更新
徳島県 鴨島病院 更新

◎慢性期病院

広島県 廿日市野村病院 更新
沖縄県 与勝病院 新規

◎精神科病院

新潟県 田宮病院 更新
福岡県 倉光病院 更新
現在の認定病院は合計2,229病院。全日病会員数のうち、認定病院数の占める割合は42.0%となっている。

2015年度 第4回理事会・第12回常任理事会の抄録 3月12日

【主な協議事項】

●2015年度の入退会状況

正会員として以下の入会を承認した。

群馬県 前橋協立病院
院長 岩森秀樹
千葉県 みつわ台総合病院
理事長 神野大乗
千葉県 千葉白井病院
院長 筒井雅人
広島県 八千代病院
院長 伊村郁夫
愛媛県 くらだ病院
院長 黒田典生

3月分は、入会が5会員、退会が3会員、正会員から準会員への種別変更が1会員で、合計2,452会員となった。

●2015年度事業計画の一部変更

2015年度事業計画の一部変更案を承認した。

●2015年度補正予算

2015年度補正予算案を承認した。

●2016年度事業計画

2016年度事業計画案を承認した。

●2016年度予算

2016年度予算案を承認した。

●全日本病院協会における研究に係る規程等の制改定

全日本病院協会における研究に係る規程等の制定案および改定案を承認した。

●2016年度 AMAT 隊員養成研修

2016年度のAMAT 隊員養成研修を一般社団法人日本医療法人協会との共催で開催することを承認した。

●「ベトナム看護師の日本における介護人材への登用」に関するアンケート

ベトナム看護師の日本における介護人材への登用」に関するアンケートを実施することを承認した。

●人間ドック実施指定施設の申請

人間ドック実施指定施設として、申請のあった以下の施設を承認した。

・日帰り人間ドック
福島県 渡辺クリニック
日帰り人間ドック実施指定施設は合計

日本准看護師連絡協議会が設立総会を開催

准看協総会 四病協が設立を支援 准看護師の教育研修体制の整備へ

日本准看護師連絡協議会(滝田浩一会長)は3月4日、設立総会を開催した。同協議会は、日本医師会と四病院団体協議会の支援により昨年11月6日に設立された。設立総会では塩崎恭久厚労相が祝電を寄せ、准看護師の教育研修体制の整備に期待を示した。

滝田会長は挨拶で、「准看護師養成制度の存続と、准看護師の全国レベルの能力向上を目指し生涯教育研修体制を確立することを目的に設立された」と説明した。

滝田会長は活動方針として①准看護師の会員登録および教育研修体制の構築②准看護師が看護師を目指すことを支援する③准看護師の意見集約の場を確保し、社会的地位の向上を図る④准看護師養成環境の改善・強化を行う⑤潜在准看護師の再就職を支援する——の5点を示した。

准看護師は約34万人(2014年時点)が就労し、看護職員の約22%を占める。同協会の正会員は准看護師の資格保持者で、募集は4月から行う。賛助会員は総会の時点で団体433、個人187人と

のこと。来賓として、塩崎恭久厚生労働大臣の挨拶を神田裕二医政局長が代読した。「2025年には約200万人の看護職員が必要と推定される。看護職員の確保が重要な課題だ。准看護師は、診療所や慢性期医療など地域における活躍が期待されていることや、看護師へのステップアップにつながることで、雇用の受け皿になることから、重要な職種と考えている。准看護師の教育研修体制が構築され、准看護師のさらなる能力向上が図られることを期待する」と述べた。

医師会立養成所を活用して研修を

日本医師会の横倉義武会長の挨拶を、釜池敏常任理事が代読した。「今後、医師会立看護師・准看護師養成所を活用するなどして、准看護師の研修体制を整えてほしい。日医として、准看護師養成制度を堅持し、誇りを持って働けるよう取り組んでいきたい」と述べた。

四病協の代表として挨拶した日本医療法人協会の加納繁照会長は、「四病



協は日医とともに2011年3月から准看護師の教育のあり方を検討してきた。本日、設立総会に至ったことはその成果である」と述べた。

安倍晋三首相が祝電で「本協議会の設立はこれからの医療にとってまことに心強い。医療の現場で大きな力となって活躍することを期待する」との言葉を寄せた。

萩生田光一内閣官房副長官は「総理もお祝いのメッセージを送り、政府が太鼓判を押した」と述べた。

尾辻秀久元厚労相は「名称は『連絡協議会』でいいのか。設立目的を連絡

協というゆるやかな組織で実行できるのか」と述べ、今後の活動拡大に期待を寄せた。木村義雄元厚労副大臣は准看護師の養成を検討する議員連盟の活動を報告。「協議会には今後、厚労省と直接議論してほしい」と要請した。

赤枝恒雄衆院議員は、日本看護協会が、准看護師養成所を看護師養成所に転換して看護師養成に一本化しようとしていることを念頭に、「過重労働や当直負担の多さが問題になる看護師を助けることが、准看護師養成の目的でもある。看護師と決して敵対するものではない」と強調した。

大規模災害時に医療を迅速に提供する体制づくり

全日病・地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム開催

全日病は3月12日、第18回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムを開催した。テーマは「災害・イベント時における組織のリーダーシップのあり方について」。東日本大震災発生から5年が過ぎた節目に当たり、大規模災害などで多数の人が同時に医療を必要とする状況に陥る場合に備えた対応などが、話し合われた。

同フォーラムは阪神・淡路大震災をきっかけに始まったもので、「災害医療を志す者が広く交流できる場」と位置づけている。今回は、江戸消防記念会の杉林仁一幹事(第七代目新門辰五郎)、日本赤十字社の富田博樹事業局長、東京防災救急協会の野口英一副理事長が講演を行った。最後に、本会、

救急・防災委員会の山本保博特別委員(東和病院病院長)が今後、首都直下型大地震が生じる可能性をふまえ、ますます複雑化する災害対応の展望を語った。

杉林氏は、江戸時代から明治にかけて名をはせた町火消し組頭「新門辰五郎」の第七代目。浅草神社三社祭の宮頭を務めている。「観光立国日本と浅草の祭の雑踏」と題する講演の中で、政府が観光立国を目指していることを背景に、小さな事故が絶えなかった三社祭も、事故が起こらないように対応がなされてきた経緯を説明した。

杉林氏は、神輿の担ぎ手たちの事故防止策とともに、観光客に外国人が増えたことから英語や中国語を交えなが

ら、メガホンで大声を出して、注意を促す様子を伝えた。

富田事業局長は、「日本赤十字社の災害救護における連携調整等について」をテーマに講演した。日本赤十字社は、災害救護活動を法律に基づく本来業務としている点で、DAMT(災害派遣医療チーム)やAMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班)と異なる。

阪神・淡路大震災後の中規模災害では初動の遅れが指摘されたが、東日本大震災においては、本部の指示を待つことなく、病院長判断で迅速に救護班を派遣できたとした。今後の大規模災害の備えでは、消防庁や海上保安庁、自衛隊などとの関係づくりを進めており、特に消防庁と海上保安庁とは包括的な協定を締結していることを伝えた。

野口副理事長は、東京消防庁での経験をふまえ、「多傷病者事故活動」において災害現場に設けることが不可欠な機能などを説明した。多傷病者が発生する事案では、指揮系統を維持し、

初期においては救護の提供量よりも必要量の方が多い状況をふまえ、①トリアージ②応急処置③搬送——に現場で迅速に対応する必要性を強調した。

秋葉原の歩行者天国で2008年6月8日に発生した無差別殺傷事件では、事件現場が400メートルの長さまで及んだ。本来は被害者を1か所に集めて、トリアージすべきところを、個別に対応してしまい、効率面で問題が生じたとした。ただ重傷者を「動かすことがよいのか悪いのか」の判断が難しかったと述べた。

山本特別委員は、これらの講演をふまえ、将来起きる可能性が高いことが予測されている首都直下型大地震に対する備えを語った。具体的には「必ず来る」との覚悟を持ち、「平時に経験していないことは、もしもの場合行うことができない」ことを心に留め、起きた場合には、「行政、消防、警察、自衛隊、医療がスクラムを組み、総力戦で対応する」ことの必要性を強調した。





あんしんとゆとりで仕事に専念

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066