



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2010

NEWS 11/1

発行所/社団法人全日本病院協会

発行人/西澤寛俊

〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビルTEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

NO.743 2010/11/1

http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

15対1・13対1へ慢性期包括評価導入を企図

中医協総会 次期改定で、慢性期入院の調査・検証を慢性期分科会に委託



▲中医協総会に臨む診療側(左から)西澤委員(全日病会長)、鈴木委員、嘉山委員、安達委員

10月15日に開催された中医協総会は、慢性期入院医療のあり方に関する総合的検討を「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」に委託することを決めた。委託内容は、概ね、診療側が要求していた調査・分析事項にそった内容となった。

具体的には、①2010年度改定における療養病棟入院基本料区分変更の影響を検証する、②慢性期入院医療のあり方の総合的検討に役立つ各種の検証を行なう、③今後の認知症患者の状態把握方法、その適切な評価のあり方について検討する、というもの。

事務局(厚労省保険局医療課)は、②の慢性期入院に関する検証作業には、一般病床長期入院患者に対する医療区分・ADL区分に基づく包括評価導入の可否と特定患者および特定入院基本料のあり方という課題も含まれる、と説明した。

この検証作業は、直接には支払側の提案を受け入れたものだ。15対1・13対1の長期入院患者に慢性期入院の包括評価を導入する考えは、2010年度改定では診療側の強い否定で見送られた。しかし、医療課は引き続きこの実現を企図しており、次期改定で重要な争点になろうとしている。

この論点に影響するデータとして、横断調査で、不正確な方法で療養病棟と一般病棟の患者特性と医療的処置の実施状況を比較していることが判明。それを指摘した診療側西澤委員(全日病会長)は、一般病棟の長期入院患者に対する新たな詳細調査を提案した。

鈴木康裕医療課長は、慢性期分科会の判断によっては15対1・13対1病棟の詳細調査を追加実施する可能性があることを認めた。

慢性期分科会は慢性期病床の実態を探る横断調査を2010年度内に実施することを決めていたが、厚労省が独自判断で横断調査を実施したため、今回の中医協指示を基に、あらためて、追加調査を含む検証・検討作業に取り組むことになった。

中医協の事務局は、10月15日の総会に、厚労省が今年1・4月に実施した「療養病床の転換意向等調査」と6月に行なった「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」の結果を報告した。

鈴木課長は、横断調査の結果について、2005年と08年の医療療養病棟と介護療養病棟における医療区分分布の比較から「機能分化が進んできている」と評価。医療区分3のカテゴリーに入る中心静脈栄養や酸素療法等の実施率を紹介し、「医療的処置はかなり医療療養に特化してきている」と説明した。

鈴木課長は一般病床と医療療養病床の比較にも言及、軽快・治癒の割合を取り上げて、「医療療養だと10%内外と非常に低い、一般病棟の13対1は約6割、

15対1は約5割と、療養病棟と一般病棟では患者の予後がかなり違う」と指摘。さらに、「そのほかにも、例えば患者さんの平均年齢や在院日数などかなりの違いがある」と両病棟における患者特性が異なっていることを認める一方、「詳しくは慢性期分科会で分析をさせていただきたい」と述べ、慢性期分科会に分析を委託することを提案した。

この件に関して、同課長は、さらに、「一部、一般病床に入っている患者と療養病床に入っている患者と類似している点が見られるが、転帰なり平均在院日数等がかなり違う面もある」とも指摘。「このところをどう考えたらいいのか」という問題意識を示した。

横断調査の一般病棟と療養病棟の比較に異議!

一般病棟全患者に慢性期入院指標を当てはめて療養病棟と比較

13対1・15対1の一般病床には、前述の軽快・転帰率で明らかなように急性期かつ非高齢の患者が少なくないにもかかわらず、厚労省の横断調査は、一般病棟の全入院患者に医療区分とADL区分をあてはめてその分布をみるグラフを、あるいは療養病棟における医療的

処置の実施割合を一般病棟の全患者にあてはめたグラフを、注釈なく載せた。

この、誤解を招きかねない、恣意的とも思える調査結果の表示の仕方について、診療側の西澤委員(全日病会長)は、再三、事実関係を確認した上で、「急性期の病床と慢性期の病床を年齢

とか在院日数も関係なく比較されると、13対1や15対1よりも医療療養の方が医療提供をしている割合が高いように見える。しかし、これは、あくまでも療養病床における医療処置を拾い出したもので、急性期の疾患すべてに当てはまる医療行為ではない。これを使うと、あたかも医療療養と一般病棟における医療提供に差がない、あるいは、医療療養の方が医療必要度が高いという誤った認識を持たれかねない」と批判した。

これに対して、鈴木課長は「この数字は、もちろん、若い人も在院期間の短い人も含めての数字である」ことをあらためて認めた。

その上で、「この統計は一般病棟の13対1・15対1に入っている全患者について調べたものであるが、年齢等々はすべてとってあるので、それに分けて分析することは可能である。それから、この調査結果を我々が説明する際には必ず、これはそのまま素直には比較できないと、その点は注意していきたい」と釈明した。

鈴木課長の説明を受け、西澤委員は、厚労省横断調査の再集計ではあきらまず、一般病棟の患者特性を明らかにした上で医療提供の実態を捕捉する詳細調査を求めた。

議論の結果、(1)一般病棟との比較を含めて、慢性期入院医療のあり方を検討する上で、慢性期分科会が必要とするデータがあれば、分科会として詳細な追加調査を行なうことを認める、(2)今後、中医協として療養病床の問題を議論する場合は、介護療養の関係者を招聘し、意見を聞く機会を持つ、ことを確認した。

さらに、診療側委員からは、中医協委員として慢性期入院医療現場の見学を行なうという提案がなされたが、具体的な対応は遠藤中医協会長の検討に委ねることになった。

議論の過程で、診療側は、15対1・13対1の長期入院患者に医療区分を適用したいとする医療課の意図を拒否した結果、その方針が見送られた前改定に言及、次期改定においても、そうした考えに変わりはないことを強調した。

これに関連して、診療側は、「地域によっては15対1・13対1の病院が急性期入院医療を担っている」と指摘した。この指摘について、鈴木課長は、急性期医療を担っている15対1・13対1の存在は「地方特性の問題」という認識を明らかにし、15対1・13対1の機能一般の評価とは別問題とみなす可能性を示唆した。

医療区分見直し議論の可能性

慢性期入院医療に関する診療側意見の中には、医療区分・ADL区分と診療報酬点数の関係を検証するよう求める意見もあった。さらには、医療区分・ADL区分の内容見直しに踏み込むべしとの要求も出た。

鈴木課長は、前者の問題については、前回改定で5段階を9段階へ増やしたことが適切であったか否かの評価を踏まえ、その手直しの必要性有無を調査する必要性を認める一方、医療区分・ADL区分の内容見直しにまで踏み込むことには否定的なニュアンスを示したものの、最終的には分科会と中医協の議論に従うという意向を明らかにした。(3面に続く)

緊急総合経済対策で医療・介護に8,200億円

地域医療再生基金を拡充、3次圏の医療提供体制を整備

政府は10月26日の閣議で2010年度補正予算案(総額4兆4,292億円)を決定した。補正予算は「円高・デフレ対応のための緊急総合経済対策」(10月8日)を実施するための措置を行なうもので、既定経費減額分(1兆4,313億円)を加えた実質補正額は5兆8,605億円。このうちの4兆8,513億円が「緊急総合経済対策」に当てられた。公共事業契約の前倒し(2,388億円)を加えると、経済対策の規模は5.1兆円程になる。

財源は税収の増額分や余剰金等に依拠、補正予算(経済対策用)としては1999年度1次補正以来、11年ぶりに国債の新規発行を見送った。

緊急総合経済対策のうちの厚生労働省関連は総額1兆4,322億円、医療関連としては6,701億円が計上された。そのうちの2,599億円が「地域医療の再生と医療機関等の機能強化」に投入される。介護の枠は1,506億円にとどまった。

その内訳は、①都道府県を単位とした高度・専門医療、救急医療等の整備・拡充等2,100億円(都道府県の地域医療再生基金を拡充し、高度・専門医療や救命救急センターなど3次医療圏の広域的な医療提供体制を整備・拡充する)、②院内感染対策サーベイランス事業の機能強化4,900万円、③医療機関の機能・設備強化499億円。

昨年度の補正予算で一部執行停止となった地域医療再生基金の拡充が図られることになる。ほかに、「疾病対策の推進」1,200億円、「現行高齢者医療制度の負担軽減措置の継続」2,807億円が計上された。「疾病対策の推進」には子宮頸がん等のワクチン接種の促進として1,085億円が組み込まれた。

今回の緊急総合経済対策は、「新成長戦略実現に向けた3段階の経済対策」(9月10日閣議決定)の「ステップ2」となる。「ステップ1」は同日閣議決定された「急激な円高やデフレに対応する追加経済対策」で、事業規模は約9.8兆円。

ただし、その実態は、10年度予算で

景気対策用に新設された「経済危機対応・地域活性化予備費」(1兆円)を投入するほかは、100項目にのぼる規制・制度改革が中心の「お金を使わない経済対策」だ。

それでも、この「追加経済対策」には、①短期滞在ビザに「医療」を明示した「医療滞在ビザ」の設置、②訪問看護ステーション開設要件の緩和(10年度中に結論)、③薬事承認審査の手続きの緩和(年度内に薬事・食品衛生審議会の規定を改正)などの規制緩和以外に、④災害拠点病院などの耐震化対策ほか盛り込まれた。

政府は、「ステップ3」として来年度予算や税制改正、11年度新成長戦略の本格実施を講じる中で、デフレ脱却と景気自律的回復に向けた道筋を見出したとしている。

「レセ情報を活用、それを医療改革に繋げるべき」

審査支払機関在り方検討会 長谷川委員が提起。厚労省は抜本改革の議論に消極的

10月26日に開かれた厚労省の「審査支払機関の在り方に関する検討会」は4回にわたった関係者による審査・支払業務に関する実情報告を一巡させた。今後、総括的議論に入り、年末までに3回の会合を予定、報告のとりまとめを目指す。

検討会はすでに7回開かれているが、審査査定基準の標準化といった議論はともかく、国保連や支払基金における業務改革の現状と展望をテーマとした釈明と決意表明が前面に出る傾向が強く、ややもすると「職員を削減する」とか「審査要員が不足している」など瑣末な話題が先行しがちで、さながら、「統合」におびえる国保連と支払基金のアプローチ合戦というおもむきが強かった。

同日も、冒頭、いきなり国保連の委員が支払基金が用意したペーパーを取り上げ、「支払基金が業務と組織について国保連と対比した資料を出している。自らの事を述べるのはよいが、わ

ざわざ他機関を引き合いに出すのはいかがなものか」と述べ、事務局(厚労省保険局保険課・国民健保課)の見解を求める異例の場面があった。

これについては、事務局も、「今後、そうした類の資料は私どもが用意しましょう」ととりなしたが、その直後、ゲストスピーカーである東京都国保連の審査委員が報告する段になると、「実は、私が用意した資料にも支払基金さんとの比較が入っている。こういうことになるとは思わなかったのですから」と詫び、会場の失笑を買った。

組織防衛に走る両機関の低次元なやりとりにより業を煮やした構成員からは、「一体、この検討会は審査支払機関の統合を含む大枠をどう設計するかということから始まったのではないか。それとも業務改善のための助言にとどまるのか」と苛立ちの意見が示されたが、議論はこれまで、業務改善策中心に展開されてきた感が強い。

その中で、構成員の1人である長谷

川東邦大医学部教授は、「現状を基にしたマイナーチェンジと抜本的なチェンジではまったく違う。電子化とはレビューのフロー、業務のフローを一変させるもの。それを、わずかな業務改革や2~3日支払を早める話に矮小化させるのであればIT化の意味がない。米国も韓国も請求後2週間での支払いが当たり前とされている。第一、ITによって、被保険者の健康状況が一目瞭然となるというのに、それを活かす議論がまったくなされていない。マイナーチェンジですむのであれば自前で議論してもらえばよい。ITで世界はどう変わっているか。そのことに目を向けて議論しなければならぬ」と、検討会の現状を批判した。

長谷川教授は、さらに、「レセプトは重要な情報だ。そこから医療の形がみえる。それを駆使して医療改革につなげられる支払機関であるべきだ」とも提起、審査支払機関とともに保険者にも自覚をうながした。

これに、森田座長(東大大学院教授)も「IT化は世界の流れ。しかし、それだけで(審査や支払機関の短縮などが)変わるものではない。例えば診療報酬のあり方、つまり、枠の外の問題も絡んでくることだろう。しかし、枠の外の問題に言及することも必要かもしれない」と応じた。

こうしたやりとりにより、事務局は、「医療制度全体にまで言及すると審査支払機関のあり方を議論している検討会の範囲を超える」と否定的見解を示したが、同検討会は、審査支払機能の抜本改革議論に踏み込むべきとする意見と部分手直しでよしとする意見が混在するまま、総括的議論に入ろうとしている。

同日の検討会に、事務局は、「IT化にともなう支払早期化」という課題が社保審の医療保険部に提起されたことを紹介した。

この問題に対して、検討会にオブザーバー参加している健保連の高智参与は、「支払早期化は当初、小規模の組合に大変かと思っただけ、調査したところ、実は大きな組合も資金繰りの上で困難視していることが分かった。要請に応えることは難しいかもしれない」と発言した。

係数Ⅱの改定日は4月1日

DPC評価分科会 次期改定に向け、DPC制度の見直し議論に着手

DPCに関する2010年度影響調査および特別調査の設計と実施要領を決めたDPC評価分科会は10月26日、次期改定に向けたDPC制度の見直し議論をスタートさせた。

事務局(厚労省保険局医療課)は、まず、今改定で導入された機能評価係数Ⅱの運用方法の考え方を提起。続いて、「DPC制度の基本的な考え方に関連する論点」を提示した。

前者について、事務局は、毎年改定すると決められた係数Ⅱの改定実施日を、改定年と中間年ともども4月1日とすることを提案、了承を得た。

評価対象のうち、体制評価については基本的に医療機関からの届出事項に依拠するが、診療実績(データ提出指数、効率性指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療係数)に関しては毎年4~10月と7ヵ月分の実績データで評価するが、2011年度改定に際しては7月~10月までの4ヵ月分で評価する。

さらに、体制評価のうちの地域医療指数に関しては10月1日を評価基準日とすることを、それぞれ了承した。

改定日を4月1日とすると、事務処理期間を斟酌する必要から、評価対象データはおのずと前年10月までの実績に限られる。これに対しては、複数の委員から「冬の疾患が実績に入らない。

それでは循環器系などの専門病院は不利ではないか」という疑問が出た。

しかし、改定日を変えるあるいは改定日をまたいだ期間を対象とすることも難しいことから、当面はこの方法で実施。影響度を把握して指数上有意な違いがあることが検証された時点で再度検討する、ということに合意した。

また、データ提出指数の取り扱い、すでに、(1)提出遅滞の場合は「翌々月に当該評価を1ヵ月50%減じる」、(2)「部位不明・詳細不明コード使用割合が40%以上」の場合は当該評価を1年間5%減じる」とされているが、②の「部位不明・詳細不明コード」については、これまでの3桁コードレベルの判定を、4桁以上コードレベルでのより正確な判定に変えることにした。

続いて、事務局は「DPC制度の基本的な考え方に関連する論点」を提示、①DPCの対象患者、②DPCの包括範囲、③包括評価の算定方式(1日あたりの点数)、④医療機関別係数による評価のあり方と、現行DPCのあり方を見直す上で、4つの論点を提起した。

4つの論点のうち、①の包括範囲の検討課題としては、「精神病棟へのDPC制度適用についてどう考えるか」ということが示された。一般病棟の精神疾患患者に適用されているMDC17に属す

る諸分類を総合病院の精神科病床(急性期)に適用するというテーマである。

包括範囲に関しては、議論の中で、DPC対象外となっている「入院後24時間以内の死亡」も見直し論点に上がった。

議論の結果、包括範囲(高額薬剤の取り扱いなど)と医療機関別係数のあり方を重点的に議論することで意見が一致

した。

また、この日の議論で事務局は、1入院期間単位で支払うDRG/PPSよりも1日単位で支払うDPCの方がわが国では好ましく、現行DPCの基本型に対しては「何の問題意識ももっていない」という認識を表明した。

□DPC制度の基本的な考え方に関連する論点 10月26日 DPC評価分科会

機能評価係数の見直し、抗がん剤を含む高額薬剤等の取扱い(包括範囲のあり方)等、今後の具体的な検討を進める上で、DPC制度の基本的な考え方に関連した以下のような事項や論点についてどう考えるか。	③包括評価の算定方式(1日当たり定額報酬算定) ・包括評価の算定方式として、現行DPC制度では、制度導入時の様々な検討の結果として、1日当たりの定額報酬算定方式が採用されている。 ・現時点でこの算定方式について課題があるか。課題があるとすれば、どのような課題か。 ・1日あたり定額報酬の具体的な設定方法として、平均在院日数を勘案した3段階の設定方式(入院期間Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)としているが、この評価手法について課題はあるか。あるとすればどのような課題か。
①包括評価の対象患者 ・現行DPC制度の対象患者・除外患者の整理について課題はあるか。あるとすればどのような課題か。(基本的考え方に照らして見直すべき点はあるか) ・精神病棟へのDPC制度適用についてどう考えるか。	④医療機関別係数による評価 ・医療機関別係数のあり方については、次回以降、更に具体的な論点を整理して検討する予定。 ・その前提で、現行の医療機関別係数の設定による評価(定額報酬に対する乗数設定)という基本的な考え方について、課題があるか。あるとすれば、どのような課題か。
②包括評価の対象とする診療報酬項目(包括範囲) ・包括範囲については、今後、抗がん剤を含む高額薬剤等の取扱い等に関する検討の中で改めて議論し整理する予定。 ・その前提で、現行包括範囲の設定の基本的考え方について、課題があるか。あるとすればどのような課題か。	



IFHE 国際病院設備学会

最新の「安全管理」や「感染管理」に関するセッションが多数行われるIFHE国際病院設備学会 (¥10,000) が無料!!
参加ご希望の方は、HOSPEX Japan事務局 (TEL:03-3434-1377) までご連絡を!!



第39回 日本医療福祉設備学会

(※但し、医療従事者に限らせていただきます。)

The 35th International Healthcare Engineering Exhibition

HOSPEX

ホスピタリティジャパン Japan 2010

会期 2010年11月17日(水)~19日(金)
10:00~17:00

会場 東京ビッグサイト・東展示棟

主催 一般社団法人 日本医療福祉設備協会
社団法人 日本能率協会

入場参加料(1,000円)が無料になる事前登録はHOSPEX Japan 公式ホームページへ!
<http://www.jma.or.jp/hospex/>

＜一部抜粋＞ (敬称略)

特別講演会 定員 100名 事前登録制 会場:東展示ホール会場内

11月19日(金) 16:00~16:50 **ユビキタスICTがもたらす“医領”解放構想 - iPad・iPhone医療支援から手術ロボット開発へ -**
神戸大学 大学院 医学研究科 消化器内科 特命講師 杉本 真樹

団体/企業セミナー 定員 100名 事前登録制 会場:東展示ホール会場内

医療機器安全管理セミナー (主催:東京都臨床工学技士会)

	会員	非会員
1日参加の場合	1,000円	2,000円
2日参加の場合	1,500円	3,000円

申込み方法 HOSPEX Japan 公式ホームページの専用事前登録フォームよりお申し込み下さい。
(参加料のお支払いは後日、東京都臨床工学技士会事務局より請求書が届きます。)

<p>11/17(水) 13:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 医療機器安全管理責任者の業務について 病院立ち入り調査の現場レポート 医療機器研修の新しい形~シミュレーションラボ 輸液ポンプの効率的なメンテナンス 	<p>11/18(木) 13:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 医療スタッフのための電気設備の安全 医療スタッフのための医療ガスの安全 人工呼吸器のトラブルとその対策 NPPV人工呼吸器の注意点
---	--

※発表者の都合により、セミナーの中止またはテーマが変更になる場合がありますのでご了承ください。

展示会・セミナーに関する問い合わせ先 **HOSPEX Japan 事務局** 社団法人 日本能率協会 産業振興事業ユニット内 〒105-8522 東京都港区芝公園3-1-22
TEL:03(3434)1377 FAX:03(3434)8076 E-mail:hospex@convention.jma.or.jp

焦点は一般病棟長期入院患者への医療区分導入の可否

中医協総会で慢性期入院のあり方の検討をめぐって議論

10月15日の中医協総会は、厚労省が実施した横断調査の結果をめぐり、療養病棟包括評価のあり方とその15対1・13

対1病棟への導入可否について、診療側委員と厚生労働省の間で厳しいやりとりが交わされた(1面記事から続く)。

鈴木医療課長は、2012年度ダブル改定の最大課題は慢性期入院医療であると公言しているが、早くも前哨戦が始

まった格好だ。中医協総会の議論を再現してみた。

□中医協総会における慢性期入院のあり方検討をめぐる議論(要旨) 10月15日 *断りがない限り委員名はすべて診療側である

鈴木医療課長(横断調査の結果について)横断調査で、療養病床に限らず、一般病棟の13対1、15対1の施設、老健施設等についても、横ぐして調査した。医療療養と介護療養の中の医療区分は、平成17年は1、2、3の割合が余り違わなかった。直近はどうか。平成20年は、20対1病棟では88～89%が医療区分の2、3だが、介護療養病棟は27%程度と、入院患者は極めて異なっている。機能分化が進んでいるといえる。

医療療養と介護療養における処置内容の違いをみると、特に医療区分3にかかわる中心静脈栄養や酸素療法などはかなり医療療養に特化している。介護療養は実施割合が非常に少ない。

これを、一般病棟と医療療養病棟で比べてみた。軽快・治癒の割合は、医療療養では10%内外で非常に低いが、一般病棟では、13対1が約6割、15対1は約5割と、療養病棟と一般病棟では患者の予後がかなり違う。

そのほかにも、例えば患者の平均年齢や在院日数等かなり違いがある。この辺りは慢性期分科会等で分析させたい。慢性期分科会を再開して取り組んでもらう作業課題を示す(別掲)。
鈴木委員 横断調査は中医協が依頼したわけではない。

医療課長 中医協答申の附帯意見に入っている横ぐし調査というのが横断調査に入っている。療養病床再編について評価する、今後のあり方について考える際に必要なデータということで、転換意向等連続して調査してきた。

鈴木委員 今度の調査によると機能分化が進んでいると。どうして変わったと思っているのか。

医療課長 1つには医療療養病床の評価の仕方があるのでは。医療療養病床では医療区分1の評価が2、3に比べて低い。それが影響している可能性はあると思うが、この辺りは分科会で今後調査をしてもらう必要があるかと思う。

鈴木委員 経営がやれない点数をつけて転換させたのでこういう結果が出たと私は思う。今後はそういう荒っぽいやり方は避けたほうがいい。

西澤委員 一般の13対1、15対1は年齢や在院日数等で分けた患者のことか。それともすべてか。

医療課長 若い人も在院期間の短い人も含めての数字だ。

西澤委員 15対1、13対1に入っている患者すべてということは、急性期の患者を含めてADLと医療区分等をやったと。つまり、長期入院の慢性

期患者に対する調査を一般にそのまま当てはめたということか。

医療課長 今入っている患者全員について調査した。

西澤委員 前回の改定議論で私は、一般病床、特に急性期の患者にこれ(医療区分)は当てはまらないのではないかと申し上げた。分科会で協議するときにはその点を留意してほしい。

嘉山委員 一般病床の長期患者へ医療区分を入れるという考え方がありますが、15対1には色々な病態の患者さんがいる。病床での医療区分からストレートに診療報酬が決められるかどうかについて再検証をする必要はないか。

遠藤会長 つまり、現状の区分の仕方は診療報酬と対応させるには適切ではないという発言だが、これはここで議論をする話。もし、問題があるのであれば、その可否を専門組織に分析してもらうことになる。その問題はこれからやりたいと思うが、今は調査結果についてやりたい。

嘉山委員(転換意向調査結果について)未定という回答が多い。「地域では療養病床が必要」という回答も多いし、「受け入れ先がない」という不安も多い。一度、介護療養の方も呼んでいただいた方がよいと思うが。

医療課長 医療と介護の問題を議論する際に来ていただくことは必要かもしれない。

西澤委員 今後の検証というのは、この横断調査をもとにして進めるということか。新たに調査をする可能性はないのか。

医療課長 分科会で必要だと判断すれば新たな調査をすることになる。

西澤委員 私はもっと詳細な調査をすることも視野に入れるべきかと。13対1・15対1の全患者に医療区分を単純に当てはめてやったということには疑問が残る。それから13対1、15対1における医療提供が出ているが、このように急性期の病床と慢性期の病床を年齢とか在院日数も関係なく比較されると、これだけでは、13対1、15対1よりも医療療養のほうに医療提供をしている割合が高いように見えてしまう。しかし、この医療提供というのは、あくまでも療養病床における医療提供ということで拾い出した項目であり、急性期疾患すべてに当てはまる医療行為ではない。これは、例えば医療提供に差がないとか、あるいは医療療養のほうが高いとか、そういう誤った認識を持たれる資料であり、その辺は誤解のないようなきちんとした分析を今

後お願いしたい。

医療課長 この統計自体は確かに一般病棟の13対1、15対1に入っている方全員についてお示ししたものが、2つの点がある。1つは、年齢等々はすべてとってあるので、それに分けて分析することは可能である。もう1つは、この調査について説明する際には必ず、これはそのまま素直には比較できませんとしているということだ。

遠藤会長 次に、慢性期評価分科会にどのような調査を依頼するか議論したい。既に、医療区分・ADL区分と診療報酬との関係が適切かどうか分かる調査をしてほしいと、それから、先ほど追加の調査が必要ではないかという意見が出たが。

鈴木委員 慢性期分科会では医療区分の見直しも含めて行なうということよろしいか。

医療課長 アプリオリに見直すということより、5段階から9段階に分けたことの評価をした上で、何らかの手直しをする必要があるかどうかを含めて分科会で検討いただければいい。

鈴木委員 もう少し広く見直してほしい。13対1、15対1への医療区分導入は前改定のときに、慢性期の指標をいきなり急性期病床に入れるのはおかしいということで見送られた。地域によっては一般病床の15対1で急性期医療を担っている病院もあるし、1病棟しかない病院では、1つの病棟に急性期から慢性期まで幅広く入れて診ている。そういった病棟・病院をどのように扱うのか。ぜひその辺の検討をしっかりと行なってほしい。

医療課長 その点については、基本的には分科会で、例えば地域特性をどう考えるのかということも含めて議論いただき、最終的には、この総会で、議論、判断いただきたい。

安達委員 医療区分1、2、3を決めたときのデータの扱いが極めて乱暴だったと我々は思っている。それが転換意向調査で、行き先を決められないでいる1つの大きな理由である。医療区分1には、軽度のものから相当重度のものまであり、本当にこんなものが区分1かというものもある。医療と介護における平成17年と平成22年の区分1の具体的な中身は、これからの議論に必要なので、ぜひデータとして出していただきたい。

支拙側白川委員 医療区分1について、ある程度つかめるような調査は必要かと思う。

安達委員 基本的に、我々は、この区分の区分けと点数設定を行なった

ときの基礎データに非常に強い不満と不信感を持っている。医療提供指示の変更頻度で、1ヵ月あるいはそれ以上長い期間としたケースは、実質的に厚労省で「医療必要度が低い」ところに分類された。これはやはりおかしい。急性期病床ではないのだから、指示の変更が高頻度でないからといって医療提供が軽いということには決してならない。重症だけど、安定しているから指示はそのままという場合を含んでいる。したがって、医療区分の分布に経年変化が出たのであれば、その中身がどう違っているのかを見ることは大事な作業なのではないのか。分類の中身の変更を検討する議論を実態に即してやった方がよい。

白川委員 どういう調査項目にするかは、慢性期分科会で検討後、この場でもう一度議論する場面があると思う。基本的には私は、特に医療区分の1については、中身が分かる調査をするということには賛成だ。

医療課長 医師の医療提供頻度で医療区分をしているわけではない。むしろ、具体的な医療手技もしくは病名で切っている。医療区分1の中の割り振りについては、分科会の方で、まずは今ある調査の中で分かるのかどうかということを見ていただいて、不能であれば、それは新たに調査をかけるということになるかと思う。

遠藤会長 要するに既存データで分かるのかどうかということ。分かるか分からないかも分からない状態があるので、その辺りも分科会の方で検討するというので、依頼事項としてはそういうことになるのでは。

安達委員 今の話は全く容認できない。区分の中身を決めたのはその調査ではないが、点数設定ではその調査を使ったはずだ。そうでなければ、あの改定後の介護保険部会で慢性期分科会の池上座長がわざわざ会場で開いて、「我々が議論したのはこんな内容ではなかった」とおっしゃることはなかった。あの設定のやり方は極めて乱暴であったと改めて申し上げる。

嘉山委員 この辺でそろそろ現場においてはどうか。この医療区分で医療現場がどうなっているか、一度、公益委員も1号側も現場に行っていて、この医療区分でどういう問題が起きているかというのを一度ぐらいみてもどうか。

遠藤会長 その件は私に預らせていただけないか。

□慢性期入院医療に係る調査・検証の進め方 10月15日 中医協総会

慢性期入院医療の包括評価調査分科会で、今後、慢性期入院医療に関して、以下の調査・検証を進めてはどうか。

(1) 2010年度改定で行った療養入院基本料変更の影響についての検証
平成22年度改定で行った算定要件

と包括評価の区分の見直し等の影響を確認する。

(2) 慢性期入院医療の在り方の総合的検討に資する検証(一般病床における長期入院患者への医療区分・ADL区分に基づく包括評価導入及び特定患者の定義および特定入院基本料のあり方の検討に資する検証も含む)

「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」において、本年6月の医療療養病棟、一般病棟(13対1・15対1)、障害者病棟等における患者実態、施設特性を調査していることから、これらの詳細な検証を行なう。
(3) 認知症患者の状態像に応じた

評価の在り方についての検証

今後の認知症患者の状態把握方法、適切な評価の在り方について検討を行なう。「横断調査」で、医療療養病棟、一般病棟(13対1・15対1)、障害者病棟等における認知症高齢者の日常生活自立度を調査していることから、これらも併せて検証を行なう。

厚労省が医療提供体制のグランドデザイン

1年ぶりに医療部会 10年度内に策定。医療部会の議論とは別

社会保障審議会の医療部会が10月15日に1年ぶりに開かれ、当面する医療提供体制の諸課題に関する議論を開始した。

事務局(厚労省医政局総務課)が提示した医療部会の検討テーマ(別掲)は多岐にわたるが、それらの背景には、今年6月18日に閣議決定された「新成長戦略」工程表の「Ⅱ 健康大国戦略(医療・介護サービスの基盤強化)」に盛り込まれ、政府から「早期実施事項(2010年度に実施する事項)」と、期限付きで実現を求められている諸課題が控えている。

その筆頭に書き込まれているのが、「医療提供体制(マンパワーを含む)に関する今後の需要予測を踏まえたグランドデザインの策定」である。

医療部会の招集は、当然に、この「医療・介護サービスの基盤強化」の設計図面となる「グランドデザイン」策定のための議論が目的かと思われた。

しかし、部会の冒頭に、委員の1人から「グランドデザインの策定に、医療部会や検討会は関与できるのか」とたずねられた事務局は、「グランドデザインは今年度いっぱい作成する。グランドデザインの作成スケジュールと関連検討会は必ずしも一致していない。状況に応じて対応したい」(岩淵豊総務課長)

と、事実上、省内のみの検討でまとめる意向であることを明らかにした。

その背景には、グランドデザイン作成の手順が省内で明確になっていないという事情がある。部会終了後の報道陣とのやりとりで、医政局の幹部は、民主党および政務3役との意思疎通が円滑に進まず、諸課題の優先順位設定、実現の方向性と方策、そして対応の手順と工程をフィックスすることが難しく、多くの政策課題が流動的であることを示唆した。

医療部会で、事務局は、①調査結果から明らかになった都道府県ごとの医師不足への対応は「地域医療支援センター(仮称)」を拠点とし、各都道府県の裁量で対応していく、②2013年度からの次期医療計画の開始に向けて「医療計画の見直しに関する検討会(仮称)」を開催、11年度中を目途に検討結果をとりまとめる、ことを明らかにした。

「地域医療支援センター」については、(1)大学医学部との連携を構築し、もっぱら地域枠で育った医師を対象に派遣体制を確保する、(2)中核病院とも協力体制を維持し派遣可能な医師を確保する、(3)県内の医師確保対策の情報を一元的に提供する総合窓口となる、③求

人・求職情報を全国的に提供する、というイメージが考えられている。

同日の部会で、日看協の委員は「夜勤明けから12時間おかないと次の勤務に就けないよう、勤務条件の改善を労基法と照らし合わせて検討するよう医療部会として労働基準局に提案できないか」と提起した。

「医療計画改訂の際に、2次医療圏を見直してはどうか」あるいは「必要医師数は毎年見直す必要がある」と問題提

医療部会の当面の開催予定

- 年内に、以下のようなテーマに沿って数回程度開催(予定)
- 医療を支える基盤(ソフト)・医師等医療人材の確保・情報提供・広告・安全確保・医療法人
- 医療を支える基盤(ハード)・医療施設体系・特定機能病院、地域医療支援病院
- 地域における医療体制・医療計画・救急医療、小児・周産期医療・在宅医療
- ※医療計画については別途検討会を設置

医療計画の見直しに関する検討会(仮称)について(案)

1. 検討項目
 - ・医療体制の構築に係る指針に示された、4疾病5事業に係る医療機関に求められる医療機能の見直し
 - ・医療計画の達成状況を把握するための指標の在り方
 - ・医療計画策定のためのデータ集積・分析等の在り方等
2. スケジュール
 - 2013年度からの次期医療計画の開始に向けて11年度中を目途に検討結果をとりまとめる。

会員病院は直接払い制度を支持。業務改善求める声も

全日病が出産育児一時金でアンケート。医療保険部会に報告

全日病は9月に「出産育児一時金制度についてのアンケート」を実施、その結果を、神野正博副会長が10月13日の社保審・医療保険部会で発表した。

産科・産婦人科を標榜する200床以上の会員病院(140病院)のうち81病院がアンケート調査に回答(回答率57.9%)、そのうち93.8%が「直接支払い制度は患者さんのためになった」と回答した。

産科医療機関に対する出産育児一時金の直接支払いは、2009年10月に、支

給額を38万円から42万円へ引き上げるのと同時に実施された。

ただし、支払いまで1~2ヵ月要することから、資金繰り等で対応できない産科医療機関には10年3月末までその実施を猶予。実施猶予はこの4月に、さらに1年間延期された。11年4月以降の取り扱いをどうするかは、現在、医療保険部会で審議されている。

その医療保険部会では、今後の支払方法に関して、①保険者から妊婦等へ

直接支給する方法(申請者・被保険者、受取人・被保険者=出産後)、②受取代理制度(申請者・被保険者、受取人・医療機関=出産前)、③直接支払制度(申請者・医療機関、受取人・医療機関=出産後)、④(申請者・被保険者=医療機関の代行可、受取人・被保険者=※被保険者の希望で医療機関を受取者とする可=出産前)と4案が提案され、



▲神野副会長(右)は全日病の調査結果を医療保険部会に報告した

議論は膠着状態にある。そうした状況に、医療保険部会の出産育児一時金に関する専門委員に任命されている神野副会長は、産科を有する病院の実態と意見を議論に反映させる必要があると考え、全日病会員病院を対象に、今回の調査を実施したもの。

全日本病院協会「出産育児一時金制度についてのアンケート」結果

調査客体 会員病院のうち産科・産婦人科を標榜する200床以上の病院(140病院)

調査内容 出産育児一時金の直接支払い制度導入による影響

調査期間 9月28日~10月5日

回答数 81病院(回答率 57.9%)

「直接支払い制度は患者さんのためになったと思うか」という質問に対して、93.8%の病院が「患者さんのためになった」と回答した。「ならない」は1.2%、「どちらともいえない」が2.5%であった。

「直接支払い制度導入による事務負担

量の変化」については、「増えた」51.9%、「増えたが許容範囲」35.8%、「変わらない」6.2%、「減った」4.9%と、9割近くの病院で事務負担が増加しているが、そのうちの42%は「許容範囲」とし、軽微な増加に過ぎないとみなしている。

直接支払いによる患者からのクレームがあったのは4.9%で、大多数(95.1%)はクレームが生じていない。

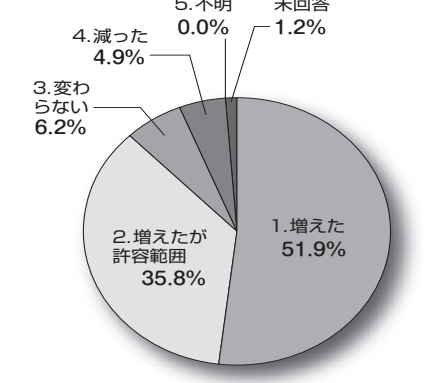
直接支払い制度導入による経営への影響については、79.0%が「ない」と、19.8%が「(運転資金の)借入れまでは必要ない」と答え、未回答(1.2%)を除く

すべての病院が経営への影響は生じないと答えた。

直接支払い制度開始後の分娩費未払い状況は、「変わらない」6.2%、「変わらない(元々ない)」18.5%、「減少した」72.8%と、7割以上が未払いの減少を認めた。

2011年度以降の出産育児一時金制度については、「継続」が59.5%、「改善して継続」が31.0%と、9割の病院が、改善を含めて直接支払い制度の継続を望んでいる。ただし、継続するにあたっては、手続の煩雑さを改善するなど事務負担の軽減を求める意見が出ている。

直接支払い制度導入による事務負担量の変化



訪問看護ステーションで「実施率10%以下」の行為

看護業務検討WG 高難易度医行為が200床以下に目立つ—看護業務実態調査の解析結果

厚生労働省の「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」は、10月20日、前回に引き続いて看護業務実態調査の結果分析について議論した。併せて、特定看護師養成調査試行事業に指定された大阪府立大学院と大分県立看護科学大学大学院からモデル事業の説明を受けた。

WGでは、まず、看護業務実態調査を実施した厚労省研究班の前原主任研究者(防衛医科大教授)が、WGメンバーからの求めに応じてまとめた調査結果の解析データについて報告した。

解析結果の1つ「“現在看護師が実施”が10%以下の施設区別回答数(看護師

回答)」は、WGメンバーの神野正博総合恵寿病院長(全日病副会長)が依頼したデータ。神野氏は「訪問看護ステーションは、(実施率10%以下という)難しい行為を実施している者の割合が、特定機能病院、それ以外の病院、診療所、認定看護師、専門看護師のカテゴリーにくらべて高い」と、在宅医療に携わる訪問看護師の業務に関心を示した。

さらに、「中心静脈カテーテル挿入」を例に取り上げ、「実施率10%以下の行為には、チーム医療として、専門の人がいるところでマンツーマンで教育すべきものがより多い。教育の問題としてジェネレーターをどうするかという問題

が、この10%以下のところにある」という所感を表わした。

この指摘に、前原主任研究者は、「病床規模別で比較すると、確かに病床数が少ないところでよく業務がなされている。経管栄養用の胃管の挿入・入れ替え、手術時の助手、造影剤の投与等は200床以下の病院で多い。中心静脈カテーテル挿入などは若い医師にも難しい行為だ。それが訪問看護師でされている」と評価した。

看護業務実態調査については、同じ内容の行為リストを使って日本医師会が独自に行っている。これについて、



同日のWGは、日医所属委員が、親会議であるチーム医療推進会議(10月29日)に調査結果を報告、その場でWGにおける取り扱いを決めることを確認した。

また、前原主任研究者は、看護師以外の職種にかかわるチーム医療の実態を捕捉するために、日本薬剤師会や日本理学療法士会など9団体の協力を得てアンケートを実施するとともに、関係学会への聞き取り調査も進めていることを明らかにした。