



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2014 NEWS 2/1

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.817 2014/2/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

点数除く改定案で合意。消費税対応は次回決着。2月半ばに答申

【中医協総会】「亜急性期」に代わり「地域包括ケア」。主治医包括評価は200床まで

中医協は1月29日の総会で改定項目の骨子を整理した事務局(厚労省保険局医療課)案について、消費税引き上げ分の対応方法を除いて合意に達し、点数や具体数を除く、2014年度診療報酬体系の全容を固めた。

次回2月5日の総会には消費税対応分の改定方針に関する公益側裁定が示され、消費税の取り扱いが決着する。事務局は2月12日の答申を目指しており、2025年に向けたロードマップを踏まえた医療提供体制と診療報酬の一体改革が本格的に動き始める。(4・5面に「改定項目の骨子」を掲載)



▲2014年診療報酬改定の公聴会では10人が意見を述べた

7対1は患者基準と平均在院日数の締め付けで移行を迫る

中医協は1月15日の総会で14年改定の「議論の整理」をとりまとめ、16日～24日にかけてパブリックコメントに付した。一方、1月24日には仙台市で公聴会を開催、医療関係者や市民の声を聞いた。そして、29日の総会に「点数や具体数の入らない改定案」が示され、消費税対応分を除いて支払側・診療側が合意。14年度から運用される診療報酬の改定部分が実質的に決まった。

急性期病院に激変をもたらしかねない今改定の内容は、まず、7対1病棟に関しては、特定除外制度の廃止、「重症度、医療・看護必要度(A項目)」の強化、DRG/PPS化される「短期滞手術等基本料3」の対象を2から21の手術・検査に増やした上で平均在院日数から外す、在宅復帰率を導入するなどの荒業を駆使し、もっぱら専門病院や中小病院を中心に、移行を促すものとなる。

在宅復帰率の対象となる患者の経路は、在宅から回復期リハ、「亜急性期」、療養の各病棟と幅が広い。

その1つの亜急性期入院医療管理料は地域包括ケア病棟入院料(病棟単位)

と地域包括ケア入院医療管理料(病室単位)とに再編される。療養病棟も届出できる回復期リハタイプとなる一方、病床数のくびきがなくなり、大規模病院から小規模病院まで運営可能な特定入院料となる。

「重症度、医療・看護必要度A項目〇点以上の患者を〇%以上」という基準を設けるなど、回復期リハと似た評価が目立つが、2次救急と在宅支援の役割が期待されている点で両者は異なる。

すなわち、ポストアキュートとサブアキュートの併存であり、四病協が昨年11月に提唱した「地域医療・介護支援病院」と通じるものがある。しかし、認知症への対応など、より高齢化時代の地域包括ケアを支えようとする「地域医療・介護支援病院」に対して、地域包括ケア病棟はリハと在宅復帰を重視するなど、地域における位置づけの考え方は必ずしも一致しない。

療養病棟から「7対1」まで多彩な看護配置からの参入が考えられる中、医療課は、加配の評価(看護職員配置加算)によって、一本化される看護配置

へ収斂させていく考えのようだ。

今改定の目玉になった主治医機能の評価は、中小病院(許可病床200床未満)と診療所が対象の包括評価(地域包括診療料)と診療所対象の加算(地域包括診療加算)からなる。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2疾病以上をもつ患者が対象で、重ならなければ複数医療機関での担当も可能となる。

服薬管理に力点を置いており、当該患者に関しては院内処方に対応する。もう1つの重点は介護保険との橋渡しだ。

地域包括診療料を届け出る病院は、①2次救急病院、②地域包括ケア病棟、③在宅療養支援病院という3機能をすべて満たすことが求められる。他方で、今回、④緊急時にいつでも入院対応できる機能をもつ在宅療養後方支援病院が新設される。

これらから、主治医機能と合わせた前出の5機能が、今後、地域における中小病院のあり方を示すメルクマールになっていくのは必至だ。

夜間急性期看護補助体制加算に25対

1を新設、50対1と100対1の点数が引き上げられる。一方、72時間要件を満たさない場合の緩和措置が13対1、15対1さらには療養病棟(25対1)にも適用される。

医師事務作業補助体制加算には、一定以上の割合を病棟・外来とする限定性を強めた加算1が新設される。

こうした現場の負担を軽減させる見直しの反面、救急医療管理加算の見直し(重篤な状態のうちの「その他」の減算)、胃瘻造設術の減算、廃用症候群に対するリハの減算など、効率化と称した引き下げが目白押しだ。

中でも、200床以上病院における薬剤仕入れの妥結率が低い場合に、初再診料や外来診療料を引き下げるという方針には留意が必要だ。

消費税対応分の改定方針については、事務局が示した「初診料に12点、再診料と外来診療料に3点乗せる」などの案(入院基本料関係は未定)に支払側が強く反発。合意は難しいとみた診療側は公益裁定を提案、判断は公益委員に委ねられた。

厚労省 新基金で既存補助金の付け替え?!

【新たな基金】「官民公平」を貫けるのか。既存補助金の扱いが新たな論点に

消費税増収分を活かした基金の概要が明らかになってきた。厚労省は、2014年度予算案や全国厚生労働関係部局長会議などで、その概要を明らかにした。

それによると、消費税増収分を投入する基金は543.7億円(国362.4億円、地方181.2億円)。これに、2014年度は、別途、公費として360億円(国240億円、地方120億円)が上乘せされ、創設時の規模は903.7億円(国602.4億円、地方301.2億円)となる。

法的根拠を得ることによって、上乘せ措置分を除いた消費税増収分は毎年度計上されることになる。

基金の対象事業は、(1)病床の機能分化・連携、(2)在宅医療・介護サービスの充実、(3)医療従事者等の確保・養成とされているが、(1)は厚労省の14年度予算の資料では「医療提供体制の改革に向けた基盤整備」と記し、「ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備」や「医療従事者の確保に資する医療機関等の施設及び設備等の整備」などと説明、地域医療再生基金を想起させる幅広い考え方が示されている。

こうした使い道について、基金を所管する医政局の資料は、「既存事業の充実に充てることは可能であるほか、

地域包括ケア、地域医療の充実のための事業等に活用出来る」と記し、地域医療支援センター、看護師養成所運営費、医療提供体制推進事業費補助金(一部の補助事業)、医療提供体制施設整備交付金(一部の補助事業)などを列挙、「既存事業については継続して実施するよう都道府県に周知していく」としている。

全国厚生労働関係部局長会議で、原医政局長は「補助内容が重複する従前の補助事業は新たな財政支援制度の中でより拡充して実施していただくことが可能」と、都道府県担当者に説明した。

厚労省補助金の多くの負担率は国が1/3～1/2であるが、基金の負担率は、国が2/3で都道府県は1/3であるため、都道府県には朗報といえる。かくて、消費税を投入した基金は、既存の補助金の付け替えにも使われようとしている。

自民党の社会保障制度に関する特命委員会・厚生労働部会合同会議(1月21日)で、「目的が重複する既存の補助金事業は13年度末に廃止し、基金の方で対応する」という厚労省の方針に、「基金は改定率を補うもの。診療報酬と同じ使い方でない」と困る」などの不満が相次いだ。

既存補助事業を基金に付け替えるときに、新たな事業計画を介して民間病院への交付枠が拡大するのか。再生基金の反省から「官民公平」を強調する新基金の意義が問われるところだ。

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

・医療・介護等制度改正一括法案で「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正、そこに法律上の根拠を設ける。
・まずは医療を対象に2014年度より実施、介護は15年度から実施する。病床の機能分化・連携に関して14年度は回復期病床への転換など現状でも必要なもののみを対象とし、15年度からの地域医療ビジョン策定後にさらなる拡充を図る。

●新たな財政支援制度の枠組み

- ①国は法律に基づく基本方針を策定し、対象事業を明確化する。
- ②都道府県は整備計画を厚生労働省に提出する。
- ③国・都道府県・市町村が基本方針・計画策定する際には、公平性、透明性を確保するための協議の仕組みを設ける。(国が策定する基本方針や交付要綱の中で、都道府県に、官民に公平に配分することを求める旨を記載する、などの対応を行なう)
- ④国と都道府県の負担割合は2/3:1/3とする。

通常国会が開会。医療・介護改正一括法案が提出へ

第186回国会(2014年通常国会)が1月24日に召集された。会期は6月22日までの150日間となる。

厚労省は、今国会に、(1)医療法や介護保険法等改正一括法(「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」=仮称)、(2)難病新法(「難病の患者に対する医療等に関する法律案」=仮称)、(3)児童福祉法の一部改正(小児慢性特定疾患への医療費助成制度)、(4)医薬基盤研究所と国立健康・栄養研究所を統合、「医薬基盤・健康・栄養研究機

構」(仮称)とするための「医薬基盤研究所法の一部改正案」など、11本の法案提出を予定している。

別途、内閣官房所管で日本医療研究開発機構案(日本版NIHの設立)が提出される。

医療保険制度改革に関しては、臨時国会で成立したプログラム法で「2015年通常国会に提出することを目指す」とされている。また、議員立法で尊厳死法案が提出される見込みだ。

「清話抄」は7面に掲載しました。

主張

日本の医療を最良のものにする為に努力する。それが正当に報われる様な仕組みを構築できないのか

巷では医学部入学試験の真っ最中で、暫くすると医師国家試験が始まるが、医師を志し又どの領域に進もうかと考えていた頃には、医療の経済的側面等は全く眼中に無かった。経営サイドのスタンスで医療に携わる様になって久しいが、近年の統制経済下で枝葉末節の事柄に右往左往・一喜一憂する自身及び周囲の姿を俯瞰するにつけ、原点回帰して純粋な心で英断を下したいと言う願望が頭を擡げて来る。

あくまで個人的な見解にしか過ぎないが、診療報酬関連の様々な立場での対応において、全日病では概ね

同じ様な環境下でのディスカッションとなり、「大同小異」という事で一定の結論は出易い様に思われる。それでも「小異を捨てて大同につく」と言うよりは、本来の「求大同、存小異」、即ち「小異を残して大同につく」と言うのが現状であろう。

四病協の議論は、スタンスの差異から合意の範囲を狭めざるを得ず、例えて言うなら「中同中異」ではあるが、対他団体的には協調は容易である。日病協は病院団体の集合体で設立母体が多岐に亘り、あちらを立てればこちらが立たずで、一見合意には至っても「同床異夢」が常態化し

ている。

中医協での診療側としての共通点を除き、日医との立場の相違は「大異小同」で、本音の所では相容れ難い意見の相違が多々存在する様に思われる。看護協会を始め、各種医療関連団体とのスタンスの差異も枚挙に暇が無い。担当官庁の厚労省に至っては、本来可能な限りの共同歩調をとって国民に最善の医療を提供できる環境を構築すべきであるのに、かなりの部分で対峙する構図となり、性善説等は霧散してしまっており、このエネルギーを本来の医療に投入すれば多大な成果が得られる筈であ

るが、互いに疑心暗鬼となり貴重な時間と労力を浪費している。

それぞれの所属団体・組織の主義主張を強く前面に出し、互いに相容れない状況となっているが、国民の賛同・後押し無くしてそれぞれの主張は認められる筈もない。その原義は別としても「三方一両損」の様な解決策は無い物か、皆が原点に回帰して日本の医療を最良のものにする為に努力し、且つ、それが正当に報われる様な仕組みを構築できないのか。若く純真な心を失ってしまった者達だけが集まって議論しても光は見えて来ない。(Y)

2014年度予算案

医療保険

社会保障費30兆円台に。給付の伸びは自然増の範囲に抑制

政府は12月24日に2014年度予算案を閣議決定した。「社会保障・税一体改革を実現する最初の予算」と位置づける14年度予算は一般会計の歳出総額が95兆8,823億円。社会保障関係費はそのうちの31.8%を占め、30兆5,175億円(13年度当初予算比1兆3,951億円=4.8%増)と、初めて30兆円を超えた。

厚労省所管の予算は一般会計30兆7,430億円(+4.5%)、うち社会保障関係は30兆2,251億円(+4.4%)、そのうち、医療には11兆1,990億円(6,403億円=6.1%増)、介護には2兆6,257億円(1,340億円=5.4%増)と、消費税増収分の配分によって充実が図られる。

ただし、医療保険給付費は9兆1,576億円(3.1%増)と、「合理化・効率化に最大限取り組む」結果、自然増の範囲にとどまっている。医療費国庫負担の増加

額も概算要求の3,500億円から1,500億円へと2,000億円節減された。

医療・介護分野の主な予算(公費・国費)は以下のとおり。

- 医療費国庫負担10兆8,373億円(うち医療保険給付費9兆1,576億円)
- *医療費国庫負担の対前年度増加額が概算要求の約3,500億円から約1,500億円に減少した要因は、①薬価調査を踏まえた薬価の市場実勢の反映(-1,336億円)、②医療費国庫負担の伸びの鈍化(-473億円)、③7対1病床の要件厳格化(-150億円)、④うがい薬のみ処方方の保険適用除外-61億円などによる。
- 消費税率引上げに伴う課税仕入れコスト増への対応 医療/3,235億円(うち消費税増収分の社会保障4経費への充当額は1,899億円)、介護/516億円(同342億円)

- 消費税増収分の診療報酬への活用 602億円
- 新たな財政支援制度(基金)の創設 904億円(うち消費税増収分は544億円)
- 地域包括ケアシステムの構築 65億円
- 高額療養費制度の見直し 79億円
- 70~74歳の自己負担軽減のための経費 1,806億円
- がん診療連携拠点病院の機能強化 40億円(拠点病院等機能強化事業21億円、緩和ケア推進事業3億円、院内がん登録促進事業10.8億円 等)
- MC協議会に専任医師配置などの救急医療体制強化事業 8億円(新規)
- 専門医認定支援事業 3.4億円(新規)
- ナースセンター機能強化など看護職員の確保対策 6.9億円(一部新規)
- 医療事故調査第三者機関の設立準備

- 0.35億円(=新規)
- 人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 0.54億円(新規)
- 医療施設の防災対策の推進 115.2億円(防火対策101.3億円、耐震化13.9億円)
- 医療の国際展開の推進 2.9億円(外国人患者受入認証制度推進等事業1.6億円、医療国際展開推進等事業0.7億円等)
- 医療保険者によるレセプト・健診情報等を活用した保健事業の推進 35億円
- 日本版NIHの創設(15年4月設立予定) 1,215億円(うち厚労省関係476億円)
- 「認知症施策推進5か年計画」の着実な推進 32億円
- 介護・医療関連情報「見える化」の推進 4億円(新規)

2014年度税制改正の大綱

移行課税の納税猶予等で「認定医療法人」制度を創設

政府は12月24日に2014年度税制改正の大綱を閣議決定。医療に関して、(1)社会保障診療報酬非課税措置および社会保障診療以外の軽減措置(事業税)を存続

する、(2)社会保険診療報酬の所得計算特例の対象に難病等医療の収入を加える(法人税も同様とする)、(3)相続税・贈与税の納税猶予等にかかる認定医療法

人(仮称)を創設する、ことが決まった。難病と小児慢性特定疾患に関しては、今通常国会で「難病の患者に対する医療等に関する法律(仮称)」の制定と児童

福祉法の改正が図られる結果、その収入は、所得計算特例(所得税・法人税)と事業税非課税・軽減措置の対象に加えられる。

認定医療法人(仮称)の概要

■相続税

個人(相続人)が持分ある医療法人の持分を相続・遺贈により取得した場合に、その医療法人が相続税申告期限に認定医療法人(仮称=医療法等改正法に規定される移行計画について認定制度施行の日から3年以内に厚生労働大臣の認定を受けた医療法人)であるときは、担保の提供を条件に、納付すべき相続税のうち当該認定医療法人の持分に係る相続税額は移行計画の期間満了まで納税を猶予し、移行期間内に当該相続人が持分の全てを放棄した場合は猶予税額を免除する。

●税額の計算

(イ) 通常の相続税額の計算を行い、持分を取得した相続人の相続税額を算出する。

(ロ) 持分を取得した相続人以外の者の取得財産は不変とした上で、当該相続人が持分のみを相続したものととして相続税額の計算を行い、当該相続人の相続税額を算出し、その金額を猶予税額とする。

(ハ) 上記(イ)の相続税額から上記(ロ)の猶予税額を控除した金額を持分を取得した相続人の納付税額とする。

●猶予税額の納付

移行期間内に持分の定めのない医療法人に移行しなかった場合または認定の取消し、持分の払戻し等が生じた場合には猶予税額を納付する。また、基金拠出型医療法人に移行した場合は持分のうち基金拠出した部分に対応する猶予税額についても同様とする。

●利子税の納付

上記ハにより猶予税額の全部または一部を納付する場合には、相続税の申告期限からの期間に係る利子税を併せて納付する。

●税額控除

相続の開始から相続税の申告期限までの間に持分の全てを放棄した場合は納税猶予は適用せず、上記ロの計算により算出される猶予税額に相当する金額(基金として拠出した部分に対応す

る金額を除く)を相続人の納付すべき相続税額から控除する。

■贈与税

イ 概要

持分のある医療法人の出資者が持分の放棄により他出資者の持分価額が増加することについて、その増加額(経済的利益)に相当する額の贈与を受けたものとみなして当該他の出資者に贈与税が課される場合に、その医療法人が認定医療法人であるときは、担保の提供を条件に、当該他出資者が納付すべき贈与税のうち当該経済的利益に係る課税価格に対応する贈与税額は移行計画の期間満了まで納税を猶予し、移行期間内に当該他出資者が持分の全てを放棄した場合には猶予税額を免除す

る。

ロ 税額の計算

(イ) 上記イの経済的利益及びそれ以外の受贈財産について通常の贈与税額を算出する。

(ロ) 上記イの経済的利益のみについて贈与税額を算出し、その金額を猶予税額とする。

(ハ) 上記(イ)の贈与税額から(ロ)の猶予税額を控除した金額を納付税額とする。

●猶予税額の納付、利子税の納付及び税額控除は相続税と同様とする。

■その他所要の措置を講ずる。

(注) 上記の改正は、移行計画(仮称)の認定制度の施行の日以後の相続もしくは遺贈またはみなし贈与に係る相続税又は贈与税について適用する。

国家戦略特区諮問会議が発足。3月に区域指定

臨時国会で国家戦略特区法が成立したことを受け、安倍首相は12月13日の閣議で新藤義孝総務大臣を国家戦略特区担当大臣(兼務)に任命。1月7日には国家戦略特別区域諮問会議を開いた。安倍首相を初めとする6閣僚と有識

者5人の11議員からなる国家戦略特区諮問会議は、その基本方針、特区の区域指定、特区計画の認定などに、総理諮問というかたちで意見を提示する役割が与えられており、区域指定や計画認定を決める機関となる。

初会合では、国・自治体・企業が三位一体となって規制改革を活かしたビジネスモデルを創出するという国家戦略特区を各所に展開していくための基本方針や今後の審議方針等について検討。必要に応じて専門調査会等のWGを設置しつつ、3月に具体的な地域を決定し、地域ごとの方針を示すことを確認した。

権限委譲 病院の開設許可は指定都市に、複数県医療法人の監督は都道府県へ

全国厚生労働関係部局長会議 都道府県はNDB他のデータを2次圏単位等で把握可能に

厚生労働省は全国厚生労働関係部局長会議を1月21、22日に開催。原徳壽医政局長は医療提供体制改革をめぐる諸課題と2014年度の施策を都道府県の担当者に説明した。

その中で、病院開設等にかかわる事

務の都道府県から指定都市への移譲、複数県にわたる医療法人の監督権限の国から都道府県への移譲が検討されていることを明らかにした。

原局長の説明と関連資料から重要な点を整理した。



全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科会)における原徳壽医政局長の説明(要旨) 1月21日

●医療法等の改正

医療法等の改正案は2月上旬の閣議決定を目指し、現在、与党と相談をしている。

●医療計画

医療計画の実効性を高めるために研究会を設置し、都道府県に対する支援策を検討している。2013年度内に報告書等を取りまとめる。併せて、医療計画の評価と見直しを支援するために、参考となる指標のデータを集計・可視化したものなどを収めたデータブックを本年度中に配布する予定だ。

* (資料から) 都道府県による医療計画の評価・改善をサポートするために、①NDBレセプトデータ等各種統計の集計・可視化(13年度～)、②データ分析ソフトの開発(13年度)、③上記のデータ等を収めるデータベースの構築(14年度)を進めており、都道府県は指標としてNDB等を情報源とするデータを2次医療圏単位等で把握可能になる。

●病床機能報告制度

病床機能報告制度は医療法等改正の大きな柱である。都道府県はこの情報を活用して地域医療ビジョンを策定、医療計画に盛り込んでいただく。報告制度、地域医療ビジョンそして新たな財政支援制度によって、医療機関の自主的な機能分化と連携を推進してもらう。

●都道府県の役割の強化

一方で都道府県の役割の強化も考えている。各都道府県は地域の医療機関が参加する「協議の場」を設置し、医療機関相互で機能分化・連携について協議を行なうことになる。

ただし、協議が整わない場合には、都道府県知事が病院の開設許可の際に条件を付す、地域で過剰な医療機能への転換の中止要請をする、一定期間稼動していない病床の削減の要請、などの措置を講じることができるようになりたい。

□「事務・権限の移譲等に関する見直し方針」の医政局所管事項

■国から地方公共団体への権限の移譲

- ・医療法人(二以上の都道府県にわたるもの)の監督の移譲
- ・医療関係職種の養成施設等の指定権限等の移譲
- ・国開設病院等の開設の承認権限等の移譲(検討中) 等

■都道府県から指定都市への権限の移譲

- ・病院の開設許可等の権限移譲(検討中)

□複数の都道府県にわたる医療法人の監督の移譲

- ・二以上の都道府県の区域にわたる医療法人の監督等の権限を国(地方厚生局)から都道府県に移譲。国の関与は特段設けない。
- ・主たる事務所が所在する都道府県の都道府県知事へ移譲。
- ・都道府県間の連携(一方の都道府県が報告・意見等を述べることができる)について法令上の措置を検討。
- ・病院等の監督(立入検査、報告、業務停止命令、開設許可の取消等)は従来どおり。

●在宅医療の推進、介護との連携

医療計画と介護保険事業支援計画を一体に策定するべく両計画の期間を揃える。2018年度以降医療計画を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分は中間年(3年)で必要な見直しを行なうかたちにもっていく。

また、市町村等ごとの将来の在宅医療必要量を地域医療ビジョンに示していただく。さらに、在宅医療を担う提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床確保のあり方等を医療計画に盛り込んでいきたい。

在宅医療連携拠点は、モデル事業や地域医療再生基金の事業によって各都道府県で形成されつつあるが、さらに、全国の市町村で取り組んでいただく必要がある。そのために、介護保険法の中に在宅医療連携拠点を制度化し、地域支援事業の包括的支援事業に位置づける。市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ取り組むことをお願いしたい。

●人生の最終段階における医療

人生の最終段階に患者の意思を尊重した医療を実現するため、適切な情報提供と説明の上で医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本として進めることが重要と考える。14年度には相談員の配置など体制を整備するとともにガイドラインの周知徹底を図りたい。

●医療従事者の勤務環境の改善

勤務環境改善への取り組みを今回の医療法等改正に位置づける。具体的には、(1)国が策定した指針等により医療機関が計画的に勤務環境改善に向けた取組を行なう「勤務環境改善マネジメントシステム」の創設、(2)都道府県ごとにこうした医療機関を総合的に支援する「医療勤務環境改善支援センター」の設置などである。

医療勤務環境改善支援センターの運営は新たな基金の対象事業とし、その詳細と留意事項案を2月の全国医政関係主管課長会議で示す予定だ。

各都道府県は、医師会、看護協会、病院団体、社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会他の地域関係者や都道府県労働局等との協議の場を設置するなど連携体制の構築に努め、可能な限り14年度中にセンターをスタートしていただきたい。

●新たな財政支援制度

新たな財政支援制度は都道府県に基金を設け、各都道府県が作成した整備計画に基づき実施する。対象事業は、大きく、(1)病床の機能分化・連携、(2)在宅医療・介護サービスの充実、(3)医療従事者等の確保・養成である。

国が策定する基本方針や交付要綱の中に、都道府県に、官に偏ることなく官民に公平に配分すること、さらに、地域の医師会など医療関係団体などの意見をよく聞いた上で計画を作成することなどを記載する予定である。

新たな財政支援制度の補助内容が重複する従前の補助事業は、新たな財政支援制度の中で、より拡充して実施していただくことが可能となる。

新たな基金の留意事項案は2月の全国医政関係主管課長会議に提示する。また、「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」の改正後速やか(7月頃を目標)に、基本方針の策定、交付要綱、基金管理運営要領等を発出する予定である。

●自治体への権限委譲

13年12月20日に「事務・権限の移譲等に関する見直し方針」が閣議決定された。厚生労働省医政局の所管する事

務・権限の一部も都道府県と指定都市へ委譲される。

「国から地方公共団体へ権限移譲する」として検討されるのは、①複数都道府県にわたる医療法人の監督、②医療関係職種養成施設等の指定権限、③国開設病院等の開設承認権限等、である。都道府県から指定都市への権限移譲としては「病院の開設許可等」がある。

今回の事務・権限委譲のうち、法律改正事項は通常国会に改正法を提出し、15年4月1日の施行を予定している(別掲の資料を参照)。

●地域医療支援病院の承認要件の見直し
地域医療支援病院の承認要件の見直し案が固まった。この4月1日の施行を予定し、省令と通知の改正を行なう。

各都道府県は、新たな申請には新たな要件に基づく承認判断を、既に承認されている病院の業務報告(14年10月)については、新要件を満たさない場合は2年程の期間の改善計画を提出させ、必要に応じて都道府県医療審議会等で審議するなどの対応をお願いしたい。

●外国人患者受入環境の整備

20年の東京オリンピック開催決定を受け、それまでの7年間を外国人患者受入環境の集中整備期間とし、外国人患者が安心・安全に日本の医療サービスを受けられるよう、13年度補正予算より準備を開始した。14年度から医療通訳・外国人向けコーディネーターを育成し、全30カ所の拠点病院に配置する事業を行なう。

●看護職員の確保対策

第8次需給見通し(16年から20年)策定の作業が必要であり、今年5月をめどに「第八次看護職員需給見通しに関する検討会」を開始する。

□国開設病院等の開設の承認権限等の移譲(検討中)

- ・国の開設する病院等(官公庁、国立大学法人、独立行政法人)の開設承認と監督(地方厚生局)は都道府県等(診療所は保健所設置市等)に移譲する予定。国の関与は設けない。
- ・病院病床数の増床等の協議は、国全体として政策医療等を行う機関の配置を全国的な見地から判断すべきとの観点から、引き続き厚労省で実施。
- ※国開設病院等の病床については、引き続き、公的病院に対する許可の制限や病床数の増加等に対する勧告の対象とはならない。
- ・移譲する場合は2015年4月1日施行を予定。

□病院の開設許可等の権限移譲について(検討中)

- ・病院の開設許可およびそれに付随する事務(変更許可、休廃止届、開設許可取消等)は指定都市に移譲する。
- ・病院の開設許可については、例えば指定都市と都道府県が協議する等、指定都市と都道府県の間での情報の共有を図るための工夫を講じた上で移譲する。
- ・移譲する場合は2015年4月1日施行を予定。

【参考】

■病院開設等に係る各種事務

- 開設許可、変更許可、休止届、廃止届、開設者の管理免除許可、管理者の兼任許可、使用制限命令等、開設許可の取消 等

医療保険、医政、医療・介護連携に各々専任の審議官

厚労省 保険局に診療報酬と介護報酬・医療計画の調整を図る課を新設

厚生労働省は12月24日に組織改革を発表した。(1)地域包括ケアなど「医療・介護の連携」、(2)医療提供体制の整備と医療保険制度改革の一体的推進、(3)医薬品等産業振興等を図る改

革に、それぞれ対応するのが目的。

このうち、(1)と(2)に関しては、①大臣官房に医療介護連携と医政担当の各専任審議官を新設する(現在は「医療保険、医政、医療・介護連携担当」審

議官)、②保険局に医療介護連携企画課(医療計画・診療報酬等の医療政策の総合調整及び医療・介護の連携支援を所掌)を新設する、③医政局の総務課、指導課、国立病院課を、「総務課」「地域医

療計画課」「医療経営支援課」に再編成する、というもの。

医療介護連携企画課は診療報酬と介護報酬(老健局)との連携、診療報酬と医療計画との調整を担当する。

(3)に関しては、専任の審議官(医薬品等産業振興担当)および大臣官房参事官(医療機器・再生医療等製品審査管理担当)をそれぞれ新設する。

◎急性期病棟における特定除外制度の見直し

7対1と10対1の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(13対1を含む)を算定する病棟は、90日超の入院患者について、病棟単位で、(1)出来高算定とするが平均在院日数の計算対象とする、(2)原則として療養病棟入院基本料1と同等の報酬体系とする、のいずれかを選択する。

[経過措置]

- ①上記の取り扱いは○年○月○日から施行する。
②(2)を選択した場合、○年○月○日に入院している患者は当分の間、医療区分○とみなす。
③(2)を選択した病棟のうち1病棟は、○年○月○日までの間、当該病棟の○室を指定し、その中の○床までに限り出来高算定を行なう病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

◎一般病棟用重症度・看護必要度の見直し

・名称を「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」とする。

【新たな評価項目(A項目)】 (略)

※激変緩和措置として、10対1の急性期看護補助体制加算と13対1の看護補助加算1の施設要件を「重症度、医療・看護必要度基準」10%以上から○%以上とする。

◎在宅復帰率等の基準の新設

- 7対1算定病棟に以下の基準を新設する。
(1)自宅や在宅復帰機能をもつ病棟、介護施設へ退院した患者割合の基準
(2)データ提出加算の届出

[経過措置]

14年3月31日に7対1を届け出ている医療機関は、○年○月○日まで、(1)および(2)を満たしているものとする。

◎短期滞在手術基本料の見直し

- 1.名称を「短期滞在手術等基本料」と改め、対象手術を拡大、一部検査も対象とする。診療所は対象外とする。また、包括範囲を全診療行為とし、該当する手術・検査を入院○日目までに実施する患者は、他に手術を実施した患者を除いて短期滞在手術等基本料を算定する。入院○日目以降は通常通りの診療報酬を算定する。
【短期滞在手術等基本料3】
点数は手術・検査ごとに設定。包括範囲は全診療報酬。対象は全21手術・検査。
2.短期滞在手術等基本料3のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。○日以降も入院している場合は、入院日から、平均在院日数の計算対象に含める。

◎療養病棟(床)における慢性維持透析等の評価の新設

(新)慢性維持透析管理加算 ○点(1日につき)
*療養病棟入院基本料1

◎療養病棟における超重症児(者)等受入の評価の新設

療養病棟における超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算の対象を15歳を超えて障害を受けた者にも拡大。○年○月○日以降、一般病棟(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除く)の算定日数に上限を設ける。

◎療養病棟における在宅復帰機能の評価

療養病棟に在宅復帰率の基準を満たす病棟の評価を新設する。
(新)在宅復帰機能強化加算 ○点(1日につき)
*療養病棟入院基本料1

◎地域包括ケアを支援する病棟の評価

急性期後の受入を初めとする地域包括ケアシステ

ムを支える病棟の充実が求められていることから、亜急性期入院医療管理料を廃止した上で新たな評価を新設する。

- 1.急性期後・回復期を担う病床を充実させるため、新たな施設基準を設定した病棟等の評価を新設する。

- (新)地域包括ケア病棟入院料1及び2 ○点(1日につき)
(新)地域包括ケア入院医療管理料1及び2 ○点(1日につき)
(新)看護職員配置加算 ○点(1日につき)
(新)看護補助者配置加算 ○点(1日につき)
(新)救急・在宅等支援病床初期加算 ○点(1日につき・14日まで)

【算定要件】

①○日を限度として算定。②(地域包括ケア入院医療管理料)自院で直前にDPC/PDPSで算定していた患者が転床した場合、特定入院期間中は引き続きDPC/PDPSで算定する。

【施設基準】

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1及び2
①疾患別リハ又はがん患者リハの届出を行なっている。
②入院医療管理料は病室単位とし、届出は許可病床○床未満の医療機関で○病棟に限る
③療養病床は○病棟に限り届け出ることができる。
④許可病床○床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
⑤○年○月○日に10対1、13対1、15対1を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1を届け出ることはいできない。
⑥看護職員○対1以上、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士○名以上及び専任の在宅復帰支援担当者○人以上が配置されている。
⑦「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」A項目○点以上を○%以上入院させている。
⑧次のいずれかを満たす。
(ア)在宅療養支援病院の届出、(イ)在宅療養後方支援病院(新設)として年○件以上の在宅患者の受入実績がある、(ウ)2救急医療施設の指定を受けている、(エ)救急告示病院である
⑨データ提出加算の届出を行なっている。
⑩リハを提供する患者について1日平均○単位以上提供している。

- 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料を含む)1
①在宅復帰率が○割以上である。
②1人あたりの居室面積が内法による測定で○m²以上である。

- 看護職員配置加算
①看護職員が入院料施設基準の最小必要人数に加え、○対1以上の人数が配置されている。
②入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護職員が最小必要人数に加え、○対1以上の人数が配置されている。

- 看護補助者配置加算
①看護補助者が○対1以上配置されている。
②入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を含む病棟全体の看護補助者が○対1以上配置されている。

【留意事項】

- ①施設基準⑨は○年○月○日から適用する。
②施設基準②は、○年○月○日までに届け出た医療機関は壁芯での測定でも差し支えない。
③看護補助者配置加算は、○年○月○日までは必要人数の○割未満であれば看護師を看護補助者とみな

しても差し支えない。
*亜急性期入院医療管理料は○年○月○日をもって廃止する。

◎回復期リハ病棟の評価の見直し

- 1.回復期リハ病棟入院料1を算定する病棟に専従医師及び専従社会福祉士を配置した場合の評価(体制強化加算)を新設する。
2.回復期リハ病棟入院料1の休日リハ提供体制加算を算定要件として包括する。

[経過措置]

- 14年3月31日に回復期リハ病棟入院料1の届け出ている病棟で休日リハ提供体制加算の届出をしていない医療機関は、○年○月○日までは上記基準を満たしているものとする。
3.回復期リハ病棟入院料1における「重症度、医療・看護必要度」A項目の得点が1点以上の患者の割合について見直しを行なう。
4.患者の自宅等を訪問し、退院後の住環境等を評価した上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合の評価(入院時訪問指導加算)を新設する。

◎主治医機能の評価(その1)

中小病院と診療所に外来における再診時の包括的な評価を新設する。

(新)地域包括診療料 ○点(月1回)

【包括範囲】

下記以外は包括とする。当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定、算定しなかった月は包括されない。

- ①(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
②地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)
③在宅医療に係る点数(訪問診療料を除く)
④薬剤料(処方料、処方せん料を除く)
⑤急性増悪時に実施した検査、画像診断、処置に係る費用のうち550点以上のもの

【算定要件】

- ①対象は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く)を有する患者とする。当該医療機関で診療する対象疾病(4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(4疾病のうち2つ)を他医療機関で診療する場合に限り、当該他医療機関も当該診療料を算定可能とする。
②対象医療機関は診療所および許可病床が200床未満の病院。
③担当医を決める。当該医師は関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いは○年○月○日から施行する)
④以下の指導、服薬管理等を行なっている。
ア)患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導・診療を行なう。
イ)患者がかかっている医療機関をすべて把握、処方薬をすべて管理、カルテに記載する。
ウ)当該患者には院内処方と当該医療機関で検査(院外委託を含む)を行ない、その旨を院内掲示する。
オ)当該点数を算定している場合は7剤投与の減算規定の対象外とする。
⑤以下の健康管理等を行なっている。(略)
⑥介護保険の相談を行なっている旨を院内掲示し、要介護認定の主治医意見書を作成しているとともに(5面に続く)

一般社団法人 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。
TEL 5283-8066 FAX 5283-8077

(4面から続く)

下記のいずれか一つを満たすこと。

(ア)居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等を提供している、(ウ)ケアマネージャーを常勤配置し、居宅介護支援事業所の指定を受けている、(エ)介護保険の生活期リハを提供している、(オ)当該医療機関の同一敷地内に介護サービス事業所を併設している、(ク)医師がケアマネージャーの資格を有している、(ケ)病院は総合評価加算の届出を行なっている又は介護支援連携指導料を算定している 等

⑦在宅医療の提供と24時間の対応について院内掲示し、夜間の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めるとともに、下記のうちすべてを満たす。(病院の場合)

(ア)2次救急指定病院又は救急告示病院であること、(イ)地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること、(ウ)在宅療養支援病院であること

⑧地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

⑨初診時には算定できない。

◎主治医機能の評価(その2=地域包括診療加算)
*診療所が対象 (略)

◎紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化

対象病院は、一部薬剤を除き、原則的に〇日分以上の投薬に係る評価(処方料、処方せん料、薬剤料)を〇/100に適正化する。

[経過措置] 〇年〇月〇日まで

[算定要件]

①特定機能病院と許可病床が500床以上の地域医療支援病院のうち、紹介率〇%未満かつ逆紹介率〇%未満の施設。(改)

②許可病床数が500床以上の全ての病院(特定機能病院および許可病床が500床以上の地域医療支援病院並びに再診料を算定する病院を除く)のうち、紹介率40%未満かつ逆紹介率30%未満の施設。(新)

③紹介率・逆紹介率等を年に1回地方厚生(支)局長等に報告する。(新)

◎機能強化型在支病等の評価の見直し

1.機能強化型在支診・在支病の実績要件(緊急往診・在宅看取り)を引き上げるとともに、連携して基準を満たしている場合に、連携各医療機関それぞれにも一定の実績(緊急往診・在宅看取り)を必要とする。

[経過措置]

①14年3月31日時点で機能強化型を届け出ている医療機関は、〇年〇月〇日まで、上記基準を満たしているものとする。

②経過措置①の対象医療機関で、〇年〇月〇日の時点で単独で在支病の基準を満たす医療機関は、過去〇月間の緊急往診の実績が〇件以上かつ看取りの実績が〇件以上の場合、〇年〇月〇日まで、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

③経過措置①の対象医療機関で、〇年〇月〇日の時点で複数医療機関が連携して機能強化型在支診又は在支病の基準を満たす場合は、各医療機関が過去〇月間の緊急往診実績が〇件以上かつ看取り実績が〇件以上で、連携医療機関全体で経過措置②の基準を満たしている場合は、〇年〇月〇日まで、緊急往診及び看取りの実績基準を満たしているものとする。

2.3名以上の常勤医はいないが、緊急往診と看取りの十分な実績を有する在支診・在支病に対する評価を新設する。

(新)在宅療養実績加算(緊急・夜間又は深夜の往診) 〇点

(新)在宅療養実績加算(ターミナルケア加算) 〇点

(新)在宅療養実績加算(在宅時医学総合管理料) 〇点

(新)在宅療養実績加算(特定施設入居時等医学総合管理料) 〇点

(新)在宅療養実績加算(在宅がん医療総合診療料) 〇点

◎在宅療養における後方病床の評価

1.在宅療養後方支援病院を新設し、当該医療機関が後方受入を行なった場合を評価する。

【在宅患者緊急入院診療加算】(入院初日)

(改)1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合 2,500点

[算定要件]

①当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者に対して算定する。

②〇床以上の病院については、〇歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは〇歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が〇kg未満の患者又は神経難病の患者に限り、算定することができる。

[施設基準(在宅療養後方支援病院)]

①〇床以上の病院であること

②入院希望患者について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること

③入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、〇月に〇回以上、診療情報の交換をしていること

2.在宅療養後方支援病院に、在宅医療を担当する医師と共同で訪問診療等を行った場合の評価(在宅患者共同診療料)を新設する。

◎がん患者指導管理の充実

がん患者カウンセリング料について、名称を変更するとともに、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理指導の評価を新設する。

【がん患者指導管理料】(改)

(新)2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 〇点

(新)3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 〇点

◎救急医療管理加算の見直し

「その他の加算の対象となる患者の状態に準ずるような重篤な状態」の評価の適正化を行なう。

(新)救急医療管理加算2 〇点

[算定要件]

1.ただし、当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。

②救急医療管理加算2

コ その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

2.年に1度、「コ」に該当する患者の概要について報告を行なうこと。

◎精神疾患を有する救急患者等受入の評価

1.夜間休日救急搬送医学管理料について、精神疾患の既往がある患者又は急性薬毒物中毒の患者について評価を新設する。

◎急性期病棟におけるリハビリ専門職配置に対する評価 7対1、10対1について、理学療法士、作業療法士、言

語聴覚士を配置した場合の加算を新設する。算定にあたって、ADLに関するアウトカム評価を要件とする。

◎リハビリの外来への円滑な移行の推進

1.脳卒中と大腿骨頸部骨折について、脳血管疾患等リハと運動器リハの初期加算、早期リハ加算を、退院後に外来でリハを行なった場合でも算定可能とする。

2.リハ総合計画を外来リハを提供する別の医療機関へ提供した場合の加算を新設する。

(新)リハビリテーション総合計画提供料 〇点(退院時1回)

[算定要件]

入院中にリハ総合計画評価料を算定し、退院時において地域連携診療計画管理料を算定した患者について、地域連携診療計画に基づき、退院後の治療を担う他医療機関に対して、リハ総合計画を文書により提供した場合に、発症、手術又は急性増悪から14日以内に限り、退院時に1回に限り所定点数に加算する。

3.外来の患者も運動器リハ料Iを算定可能とする。

◎疾患別リハ等の適切な評価

1.廃用症候群に対するリハの評価を適正化するとともに、対象患者から他の疾患別リハ等の対象患者を除く。

2.疾患別リハ等の評価を充実する。

◎胃瘻等について

1.胃瘻造設術

胃瘻造設術の評価を見直すとともに、胃瘻造設時の適切な嚥下機能検査に係る評価、胃瘻抜去術の技術料を新設する。

(改)胃瘻造設術 〇点

(新)胃瘻造設時嚥下機能評価加算 〇点

(新)胃瘻抜去術 〇点

◎DPCのデータ提出等に係る評価

1.データ提出加算について、すべての医療機関でデータ提出加算の届出を可能とする。

2.診療録管理体制加算について、コードに基づく診療録の管理や専従の職員の配置等、充実した診療録管理体制を有している場合の評価を新設する。

◎医療機関における褥瘡の対策と発生状況等の報告

病院は、入院基本料の届出に院内褥瘡発生者数等を加え、毎年7月1日現在の届出書の記載事項の報告の際、褥瘡患者数等を報告する。

◎手術・処置の休日・時間外・深夜加算の見直し

手術・処置の休日・時間外・深夜加算について、より高い評価を新設する(従来の加算は各加算の2とする)。

◎内視鏡検査に係る休日・時間外・深夜加算の創設

内視鏡検査において、時間外・休日・深夜の加算の新設を行う。

◎夜間における看護補助者の評価

夜間急性期看護補助体制加算に25対1を新設し、50対1、100対1を引き上げる。

◎月平均夜勤72時間要件を満たせなかった場合の緩和措置

月平均夜勤72時間要件のみを満たせない場合に8割相当の入院基本料を算定できるよう、一般病棟、療養病棟(25対1)、結核病棟、精神病棟、障害者施設等の各入院基本料に2割減算の規定を入れる。

◎医師事務作業補助者の評価

医師事務作業補助者の業務を行なう場所について、一定以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設する。

(新)医師事務作業補助体制加算1 15対1~100対1

◎妥結率が低い保険薬局等の適正化

許可病床が200床以上の病院において、妥結率が低い場合は、初診料、再診料、外来診療料の評価を引き下げる。

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。

■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 6,500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)

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。

■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 7,000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)

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 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 8,000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

●試験の詳細な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

「地域医療ビジョンは病院団体を含む幅広い参画も得て策定すべき」

医療部会「医療法等改正に関する意見」をまとめる

社会保障審議会医療部会「医療法等改正に関する意見」(概要) 2013年12月27日

II. 具体的な改革の内容について

1. 医療機能の分化・連携及び地域包括ケアシステム構築に資する在宅医療の推進

(1) 病床機能報告制度の創設

○医療機関が、その有する病床(一般病床と療養病床)で担っている医療機能の現状と今後の方向を選択して都道府県に報告する仕組みを、医療法上の制度として設けるべき。

○医療機能は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分とし、病棟ごとにいずれかを選択して都道府県に報告する。実際の病棟には様々な病期の患者がいることから、併せて報告する具体的事項は提供している医療内容が明らかとなるようなものとする必要がある。

○各医療機能の内容(報告の基準)は制度開始当初は定性的なものとするが、今後、報告内容を分析して、定量的なもの(指標)としていくべき。

(2) 地域医療ビジョンの策定

○都道府県は、医療計画の一部として、2次医療圏等ごとに地域医療ビジョンを策定するべき。

○地域医療ビジョンでは主に以下の内容について定めるべき。

- ・2025年の医療需要-入院・外来別、疾患別患者数等
- ・2025年に目指すべき医療提供体制-2次医療圏等(在宅医療は市町村等を単位)ごとの医療機能別の必要量
- ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策

○地域医療ビジョン策定のためのガイドラインは、都道府県、医療者、医療保険関係者等も参画する検討会で具体的に検討するべき。

○ガイドラインで医療需要の将来推計、医療機能別の必要量を算出する標準的な計算式等を示すが、必要量の算出に当たっては、都道府県が一定範囲で補正できるようにすべき。

○2014年度中に病床機能報告制度を開始、この内容を踏まえて、同年度中に地域医療ビジョンのGLを策定すべき。それを受けて都道府県は15年度から16年度にかけて地域医療ビジョンを策定すべき。その際、各都道府県の策定期限は一定の幅のあるものとするべき。

○地域医療ビジョンは、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療審議会及び市町村の意見を聴くとともに、病院団体を含めた幅広い関係者の参画も得ながら、策定されるべき。

(3) 地域医療ビジョンを実現するために必要な措置

○医療機能の分化・連携は、病床機能報告を踏まえた地域医療ビジョンに将来の需要と各医療機能の必要量が示され、もって医療機関の自主的な取組と相互の協議が行われることにより進められることを前提とすべき。

○医療機関相互の協議を実効的なものとするために国と都道府県は以下の措置を講ずる。

①「協議の場」の設置

・都道府県は、医療機関や医療保険者等の関係者が参加し、個々の医療機関の機能分化・連携について協議する「協議の場」を設置。医療機関に、「協議の場」への参加とそこでの合意事項への協力の努力義務等を設ける。

②医療保険者の意見を聴く仕組みの創設

・都道府県が医療計画を策定する際には医療保険者の意見を聴くべき。その際、都道府県ごとの保険者協議会の意見を聴くことも必要。

③医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化(後述)

④新たな財政支援の仕組みの創設(後述)

○こうした措置を通じて、医療機関による自主的な取組や相互の協議を実効的なものとし、地域医療ビジョンの必要量に向けて病床数を取れんさせていくことが基本となる。

○「協議の場」の合意に従わず、過剰な医療機能に転換しようとする場合や「協議の場」が機能しない場合に対処するために、以下の措置を設ける必要がある。

[病院の新規開設・既存医療機関による増床]

・都道府県知事は、医療計画の達成上必要な場合には、新規開設・増床の許可の際に、不足している医療機能を担うことを条件に付し、事後的にその遵守を求める。

[既存医療機関による医療機能の転換]

①過剰な医療機能に転換しようとする場合

・都道府県知事は、医療機関に医療審議会での説明や転換計画書の提出を求めた上で、転換にやむを得ない事情がない場合は転換の中止を要請・指示することが

できる。

・医療機関が都道府県知事の要請等に従わない場合には、現行の医療法上の措置に加えて以下の措置を講ずることができる。

イ) 医療機関名の公表

ロ) 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外

ハ) 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

(注) 将来的には、過剰機能病床への転換に診療報酬の対応の是非を検討する必要がある。

・上記措置によっても転換を行なった場合は、過剰な機能に転換した当該病床に限って、国が保険医療機関の指定を行なわないことも考えられ、引き続き検討する必要がある。

②「協議の場」が何らかの事情により機能しなくなり、医療機関の自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合

・現行で、都道府県知事は、公的医療機関等の一定期間稼働していない病床の削減を命令することができるが、これに加えて、公的医療機関等以外の一定期間稼働していない病床についても、一定期限までの稼働・削減の要請を行なうことができるようにする。

・都道府県知事は、公的医療機関に、過剰な機能から不足している機能への転換や回復期機能等の充実等の指示を行なうことが、公的以外には要請が、できるようにする。

・要請等に従わない場合は、上記①イ・ロの措置を講ずることができるようにする。

(4) 在宅医療の充実、医療と介護の連携の推進等

①在宅医療の充実

○在宅医療の提供体制は、市町村が主体となって地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等と協働して推進する必要がある。

○在宅医療の提供体制については、市町村の意向を踏まえ、都道府県は適切な圏域を設定し、医療計画の中に在宅医療の提供体制の整備目標を定めることが必要。

②医療と介護の連携の推進

○在宅医療には多様なニーズがあることから、今後構築される在宅医療・介護連携拠点の機能等を活用しつつ、多様なニーズに幅広く対応できるような方向性を目指すべき。

③医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化

○医療・介護サービスの一体的整備を進めるため、医療計画は以下の見直しを行なうべき。

・医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本指針を整合的に策定する。

・両計画の期間が揃うよう、18年度以降、医療計画の期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分は中間年(3年)で必要な見直しを行なう。

○在宅医療の提供体制や介護との連携推進のため、医療計画は以下の見直しを行なうべき。

・地域医療ビジョンで市町村等ごとの将来の在宅医療必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の目標や役割分担、病床確保のあり方等を医療計画に盛り込む。

・在宅医療と介護の連携等に係る市町村の役割を医療計画に明確に位置づける。

○医療・介護サービスに係る整合的な基本方針や計画を策定・実行するために、国・都道府県・市町村は医療・介護・保健福祉等の関係者による協議を行なう。

(5) 国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民(患者)の役割・責務

病床機能報告制度と地域医療ビジョンの導入を踏まえた国、地方公共団体、病院、有床診療所及び国民(患者)の役割・責務を医療法に位置づけるべき。

2. 地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策

(1) 医師確保対策

医師の偏在の解消にさらに取り組むため、以下の施策を実施すべき。

・地域医療支援センターの機能を医療法に位置づける。

・地域医療支援センターの機能は病院や大学、公益法人等に委託することも可能とする。

・都道府県知事が、医師不足病院等への医師派遣要請を病院の開設者等に行なうことができることを医療法上、明確化する。

・医療従事者の確保に関する施策等都道府県で必要とされる医療確保に関する施策への協力の努力義務の対象範囲を広げる。具体的には、地域医療対策協議会を構成している医師会、特定機能病院、地域医療支援病院、大学他の医療従事者養成機関等は、都道府県知事からの医師派遣要請を含め、都道府県の施策に協力するよう努める。

・専門医の養成数は、患者数等を基本としつつ、専門医等の分布状況等の地域の実情も総合的に勘案して設定されることが望ましい。

(2) 看護職員確保対策

○復職支援として次の措置を講ずるべき。

・看護師等資格者のうち今後離職する者その他一定状況にある者にナースセンターへの届出・登録を義務化する。

・義務対象者以外も届出・登録等を行なうよう努めるものとすることも検討する。

○ナースセンターによる看護職員確保対策は、医師会や病院団体等も入った中央及び都道府県双方のナースセンター運営協議会等で協議して進める必要がある。

(3) 医療機関の勤務環境改善

○医療機関の管理者が計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み(勤務環境改善マネジメントシステム)を創設する。

○より医療従事者の定着率を高める必要がある医療機関に、都道府県が、地域の医療関係団体等と連携して、勤務環境の改善策を助言・指導するなどの対応ができるようにすべき。

3. 新たな財政支援の仕組みの創設

○医療機能の分化・連携の推進、医療従事者の確保、機能分化・連携に伴う介護サービスの充実等のために、新たな財政支援の仕組みを、消費税増加分を財源として創設すべき。

○新たな財政支援は、病院の機能転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものもあり、都道府県に基金を造成する仕組みとする方向で検討すべき。その際、在宅医療は市町村の役割を念頭においた仕組みとする必要がある。

○医療機関への補助に当たっては、公的と民間を公平に取り扱うことを含め、地域に必要な事業に適切かつ公平に支援が行なわれる仕組みとすべきである。

4. チーム医療の推進

チーム医療の推進については、チーム医療推進会議の議論を踏まえ、各医療職種の業務範囲及び業務実施体制等について、以下の見直しを行なうべき。

(1) 特定行為に係る看護師の研修制度の創設(以下略)

5. 医療法人に関する制度の見直し

(1) 持分なし医療法人への移行の促進

○移行を計画的に行なう医療法人を国が認定する仕組みを法律に位置づけ、医療法人による任意の選択を前提に、持分なし医療法人への移行促進策を講じていくべき。

(2) 医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直し

○医療法人社団及び医療法人財団の合併に関して法整備を行なうべき。

○医療法人間の合併及び権利の移転に関する制度等の見直しは、医療法人の大規模集約化ではなく、医療法人間の横の連携を強化して地域医療の再構築を進める観点や、地域医療を提供できなくなる医療法人を健全な形で再生する観点から検討することが必要。

6. 医療事故に係る調査の仕組み

13年5月の「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」を踏まえ、医療事故に係る調査の仕組み等を医療法に位置づけるべき。

7. 臨床研究の推進

臨床研究中核病院(仮称)を医療法上に位置づけるべき。

8. その他の改正事項

(1) 外国医師等の臨床修練制度の見直し

○外国医師等の臨床修練制度について、手続・要件の簡素化を図るべき。

○教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師及び歯科医師は、一定要件を満たす場合は診療を行なうことを認めるべき。

○今回の見直しは、外国の医師を日本の医師免許として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法の特例を認めるものである。

(2) 歯科技工士国家試験の全国統一化(略)

介護報酬の消費税改定を答申。改定率は+0.63% (342億円)

介護給付費分科会 老健は6～10、介護療養型は6～12単位を上乗せ

1月15日の社会保障審議会介護給付費分科会は介護報酬消費税改定について議論した結果、事務局(厚労省老健局老人保健課)が提示した考え方を承認。介護報酬の新たな単位数等を示した厚生労働大臣の諮問を了承する旨答申した。

介護報酬改定の概要は以下のとおり。
(1)消費税引き上げに対応した改定率は+0.63%(342億円)とする。
(2)対応は基本単位数への上乗せを基本とし、上乗せ率は、各サービスにおける施設・事業所の課税割合に税率引上げ分を乗じて算出する。
(3)消費税負担が相当程度見込まれる加算にも上乗せするが、基本単位数に対する割合で設定されている加算や福祉用

具貸与の加算への上乗せは行なわない。
(4)加算のうち、課税費用の割合が大きいものは基本単位数と同様に課税費用に係る上乗せ対応を行なう。課税費用の割合が小さいなど上乗せ分を個別に算出することが困難なものについては、基本単位数への上乗せに際して、これらの加算に係る分も含めて対応する。
(5)特定入所者介護サービス費(居住費・食費等)は据え置く。
(6)従来のサービス量を受けられるよう区分支給限度基準額(特定福祉用具販売と住宅改修は除く)を引き上げる。
こうした結果、特養に対しては基本単位数が3～6、老健施設には6～10単位、介護療養型には6～12単位の上乗

せが行なわれる。
また、この日の分科会には、介護給付費の請求方法について、これまでの原則ISDN回線から、本年11月以降はインターネット化するという省令改正が報告された。

□介護保険施設の改定内容

- 介護福祉施設サービス費 3～6単位の上乗せ
- 介護保健施設サービス費 6～10単位の上乗せ
介護老健施設短期入所療養介護費 4～8単位の上乗せ
(加算)緊急時治療管理 500 → 511単位、所定疾患施設療養費 300 → 305単位
特定診療費 重度療養管理 120単位 → 123単位
- 介護療養施設サービス費 6～12単位の上乗せ
病院療養病床短期入所療養介護費 3～7単位の上乗せ
(加算)特定診療費 重度療養管理 120単位 → 123単位

□介護保険サービスの費用構造推計(抜粋)

介護老人福祉施設	19.7%
介護老人保健施設	25.2
介護療養型医療施設	28.5
訪問看護(介護予防を含む)	16.4
訪問リハ(介護予防を含む)	27.1
通所リハ(介護予防を含む)	28.7

保険者協議会を高齢者医療確保法に明記

医療保険部会 「医療計画策定で意見聴取」とする医療法改正に対応

1月20日の社会保障審議会医療保険部会に、事務局(厚労省保険局総務課)は、各都道府県に設置されている保険者協議会について、(1)「高齢者の医療の確保に関する法律」に明記する、(2)その業務として、①特定健診等と高齢者医療制度に関する保険者や関係者間の連絡調整、②保険者に対する助言と援助、③医療費用等に関する調査・分析等の3点を法的に位置づける、(3)今後同協議会が機能を十分に発揮できるための方策等の検討を進める旨を法令上明記するという方針を提示、了承を得た。

施行は地域医療ビジョンの策定が始まる2015年度に合わせる方針だ。
保険者協議会は、2002年に制定された健康増進法で、各医療保険者に健康増進事業の推進が努力義務化されたことを受け、04年6月の厚労省告示「健康診査の実施等に関する指針」にもとづいて各都道府県に設置された。
同協議会の活動目的には医療費の調査・分析・評価もあるが、もっぱら、特定健診・特定保健指導の各都道府県における集合契約の支援業務を進めてきた。
事務局が保険者協議会の法的位置づけを提案したのは、1月24日に開会した通常国会に提出される医療法等改正一括法案で、「医療計画策定に際して都道府県は保険者協議会の意見を聴く」旨が明記されることに対応、医療費適正化計画を定めている高齢者医療確保法に正式に位置づけるため。

厚労省は、医療法改正を踏まえ、「15年の医療保険制度改正までに医療費適正化計画のあり方を見直す」(全国厚生労働関係部局長会議)方針であるが、医療費適正化計画策定における保険者協議会の役割を重視する考えだ。
保険者協議会の位置づけについては、国保の運営者を都道府県に移管するという大きな枠組みづくりが背景にあ

る。
医療法に書き込む目的は地域の医療提供体制改革に保険者の声を反映させるといったもの。したがって、保険者協議会は、保険料率を決定する立場の保険者として、今後は、医療提供体制に大きく関与していく方向に向かうものとみられる。
この日の部会は、また、プログラム

法にもとづいて「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議(国保基盤強化協議会)を再開する」という方針を了承した。

この協議会は、国保の財政問題の解決策を探るとともに、その都道府県移行を模索する場となる。構成メンバーは、厚労省が政務3役、地方は栃木県知事、高知市長、井川町長(秋田県)。同時に、保険局各課長と全国知事会等の実務担当者からなる事務レベルのWGも再開され、この7月には、方向性の中間的なとりまとめを行なうとしている。

産科補償制度見直しで合意 15年1月から実施。今後は省内に制度検討の場を設置

1月20日の医療保険部会は産科補償制度の見直しについて検討、同制度を運営する日本医療機能評価機構が示した案のうち一般審査と個別審査の各基準を見直すことで合意、2015年1月から実施することを決めた。
この結果、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺(身体障害者障害程度等級1級または2級相当)の補償対象とする一般審査の基準を、在胎週数は33週以上から32週以上へ、出生体重は2,000g以上から1,400g以上へと拡大。
一律に補償する基準を下回る場合の個別審査基準には「心拍数基線細変動の消失」などの所見を追加した。
評価機構の提案には、日本産婦人科医会など7学会が支持する「在胎週数を31週以上とする」考え方があった。
しかし、同部会は、「脳性麻痺の発生

率には31週、32週と33週との間に統計学的な有意差はない」ことを根拠にした31週説を「統計学的な根拠は乏しい」と判断、32週説が採用された。
評価機構は、「先天性要因や新生児期の要因等の除外基準、重症度の基準および補償申請期間の基準の見直しは行なわない」としたほか、補償水準(3,000万円)と支払方式(一時金600万円+毎年120万円を20回)についても現行方法を維持すると提案、了承された。
2009年1月に開始された産科補償制度は5年後に見直すと言われていた。
したがって、厳密には14年1月からの見直しとなるが、保険会社から評価機構に返還される剰余金と制度変動リスク対策費の考え方などをめぐり、健保連や協会けんぽなどの保険者が評価機構に強く再考を迫るとともに、在胎

週数を31週以上とする案に難色を示した結果、当初予定した14年1月の保険契約に間に合わず、見直しの実施は15年1月の保険契約へと延期された。

在胎週数ごとの発症率をめぐる議論で、評価機構は脳性麻痺のデータ掌握の困難さを再三指摘した。
これに関して、部会の委員からは、「無過失補償は本来は国の仕事。調査も運営も評価機構に任せ切りにして不満ばかり述べるのはいかなものか」などの意見が出た。
一方、保険者は、「保険者も負担する公的制度の見直しを民間組織である評価機構の提案にもとづいて議論するのは不合理。厚労省内に検討作業の場を設けるべき」と主張した。
このため、この日の部会は、見直し案にもとづく補償対象児の推定値、掛金水準、剰余金と制度変動リスク対策費のあり方など積み残しの問題、さらには脳性麻痺に関する調査などを検討する場を医政局に設けることで合意した。

四病協 賀詞交歓会に684人。話題はもっぱら改定率

1月9日にホテルオークラ東京で開催した四病院団体協議会の2014年賀詞交歓会(新年の集い)に684人が参加した。政界からは田村憲久厚生労働大臣を初めとする国会議員85人(代理人を含む)、厚労省の原徳壽医政局長を初めとする省庁関係者も34人が出席した。
消費税の8%への引き上げを踏まえた

診療報酬改定を前に、会場は、もっぱら改定率をめぐる話題であふれた。
そうした中、当番団体である日本病院会の堺常雄会長が主催者を代表して挨拶。「率直に申し上げると、ネットでプラス0.1%と発表された改定率は、実質にはマイナス1.26%ではなかったか」と指摘した。
その一方で、「四病協にはしっかり

同時に、薬価引き下げ分が本体報酬の財源とならなかったことに言及、「これが前例にならないようにしていただきたい」と国会議員に注文。
田村大臣は、祝辞で、「消費税対応分の1.36%はちゃんと押さえた。全体でプラス0.1%は少ないという声もあるが、900億円の基金を確保した。必要なものはそれらで対応してまいりたい」と改定率を擁護。
その一方で、「四病協にはしっかり



▲祝辞を述べる田村厚生労働大臣と地域の医療を支えていただきたい」と注文した。

清話抄

「フラット型チーム医療」

従来、病院は医師の指示のもとに業務を行う医師中心のピラミッド型組織であった。しかし、この時代の変化の中で、病院における医師の役割や業務は、あまりにも多岐にわたり煩雑となってきた。単に日常の診療だけを見ても、高度化する医療技術の習熟、患者層の高齢化に伴う数々の問題への対応、後

発品を含めた多種目薬剤の把握、さらには増え続ける記録類の処理など、数えれば限がない程に業務が増えている。
このようなことから医師中心のピラミッド型組織では、すでに限界がきているのは明らかである。そして医師疲弊の原因もそこにある。
国も、改善策として、各種医療専門職の業務拡大や医師の業務軽減が図られる対策を講じるようになった。しかし、どの病院も、これまでの医師中心の慣習を変えるのはそう簡単ではない。
そのような中、先駆的な取り組みで

注目されているC病院を視察した。実際に病棟等を見て驚いたのは、医師、看護師だけでなく、薬剤師、管理栄養士や他のコメディカルも聴診器を持ち、当たり前のようにベッドサイドに赴き、患者情報を得ている光景であった。
その上で薬剤師は、薬剤の効果や副作用などの患者情報を医師に伝え、さらに薬剤選択の提案までを行う。また、管理栄養士も、同様に食事の献立を作るだけでなく、患者の栄養状態の把握に努め、医師をサポートしていた。

まさに、そこには「医師中心のピラミッド型チーム医療」から、「多職種協働からなるフラット型チーム医療」に脱皮した理想的な組織体制が構築されていた。
今後、病院は、更に平均在院日数の短縮化が求められ、医療現場の業務は増大していくのは間違いない。同じチーム医療でも、それぞれの専門職がその力量を発揮し、プロ意識を持って行動できる「多職種協働からなるフラット型チーム医療」への転換が望まれる。
(織)

病床機能報告にレセプト。病棟コードを追記、次回改定から実施へ

病床機能情報報告のあり方に関する検討会 厚労省が提案、検討会は大筋で合意。14年度からは病院単位で報告

第6次医療法改正で導入される病床機能情報報告制度における医療機関からの報告事項と報告方法に関して、事務局(厚労省医政局総務課)は、12月27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」に具体案を示した。

それによると、報告項目は、大きく、(1)構造・設備・人員配置など、(2)具体的な医療内容(全身麻酔手術件数、放射線治療件数など)からなる。

このうち、(2)に関しては、医療機関の負担を軽減するために報告内容は必要な事項に限定し、①既存調査(医療機能情報提供制度等)との重複を避ける、②関連する診療報酬の項目を中心とするために、レセプトを活用した報告とする、ことを提案している。

ただし、レセプトを用いる場合には、医療機関単位で作成されるレセプトをどう病棟単位の情報に組み替えるかと

いう問題が生じる。

これについて、事務局案は、電子レセプトの診療情報レコード(SI)に、機能区分と病棟別からなる9桁の病棟コードを追記、これによって、各レセプトと病棟を紐づける方法を提案した。

この場合、病棟コードは健保法等のレセプト記載事項とはせず、あくまでも、病床機能報告制度上の記載事項に限定する。また、病棟とコードの対応関係は各医療機関で追記かつ管理されることになる上、病棟コードが付記されたレセプトで診療報酬請求が可能となるよう、医療機関だけでなく、審査支払機関と医療保険者もシステム改修を行なう必要が生じる。

事務局案によると、次に、病棟コードを付記したレセプトの匿名化とレセプト情報の病棟単位集計をどう行なうかという問題が生じる。

これについて、事務局は、(1)いずれ

も医療機関の側で作業した上で各都道府県に提供する、(2)レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)の枠組みを活用する、という2案を対置した。

(1)の場合は、各医療機関に匿名化と集計プログラムの導入が必要になる上、それらの作業が発生する。これに対して、(2)の場合は、既に運用されているNDBの流れにしたがって、支払い機関が匿名化等の処理を行ない、国を介して都道府県に提供されるため、医療機関の負担は大きく軽減される。

ただし、(2)にも、NDBの活用目的を「医療費適正化計画の作成等のための調査・分析等」に限定している高齢者医療確保法の改正が求められることや、同レセプトが保険者にも供される点をどうするかという問題が生じるなど、それぞれに論点がある。

こうした事務局提案を前に、多くの委員は、医療機関の負担がより小さい

(2)の方法が妥当とした。

一方、(2)では、医療機関に病棟コードを付記したレセプト作成に対応したシステム改修の負担が発生するが、システム改修は診療報酬改定時に対応する方が効率的である。

この点について、事務局は2014年度改定からの報告は難しいとし、レセプトを活用した病床機能報告は次回改定からの実施になるとの認識を示した。ただし、病床機能報告は、医療法改正成立後、14年度にも実施されるため、とりあえずは病院単位で報告を受けて生きたいとしている。

次回改定は16年度に限らない。法律上は15年10月に消費税の10%への引き上げができる。そうなると同月に消費税改定が行われる。早ければ、この消費税改定までに必要な準備を終え、病棟コードを付記したレセプトによる病床機能報告が実施される可能性もある。

「救急医療体制等のあり方検討会」報告書 「認知症を含む高齢者救急は主に2次救急が担っている」

12月26日に開催された「救急医療体制等のあり方に関する検討会」は最終報告書案について概ね了承し、字句修正等を座長と事務局(厚労省医政局)に委ね

た。報告書は1月内に公表される予定。

検討会には2次救急を担う救急病院しかも民間病院から3人が参画、2次救急医療体制に関して初めて本格的な意

見が交わされた。

その結果、報告書には、(1)認知症を含む高齢者救急は主に2次救急が担っており、2次救急医療機関の底上げ

が必要、(2)都道府県は医療計画上の「2次救急医療機関」と「救急告示病院」の一元化を進めるべきなどの重要な指摘が書き込まれた。

救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書(抜粋) ※本報告書は1月末までに公表されていない。そのため以下は12月26日に示された最終案に基づく。

第2. 救急医療体制や取組に関する現状及び課題

○2次救急医療機関について

2次救急医療機関が本来の機能や、地域の高齢化・疾病構造の変化などによる救急需要の増加・変化に対応するためには、新たな対策が求められている。

また、2次救急医療機関には、都道府県が医療計画で位置付けている「2次救急医療機関」と都道府県が告示する「救急病院(いわゆる救急告示病院)」の2種類が存在する。

1997年12月にまとめられた「救急医療体制基本問題検討会報告書」で2次救急医療機関と救急告示病院の一元化が提案されているが、いまだに一元化が図られていない。

第3. 今後検討すべき事項と方向性

2. 救急医療機関・救急医療体制の充実強化について

(3)2次救急医療機関の充実強化について

2次救急医療機関が医療計画で求められている機能を果たすため、都道府県や2次救急医療機関は地域の高齢化や疾病構造の変化等を把握し、より適切な体制の構築を行なわなければならない。

増加する認知症を含めた高齢者の救急患者の受入れは主に2次救急医療機関が多くを担っていることから、2次救急医療機関の対応能力の底上げが必要であるとともに、受入れのための地域でのコンセンサス作りが必要である。

特に、重症度が中等症である症例が増加しており、複数の医療機関に受入れを断られる事案も後を絶たないため、2次救急医療機関がその役割を的確に果たすことのできるような支援措置が求められる。

また、2次救急医療機関は、地域の救急医療の担い手として地域MC協議会に積極的に参画し、実施基準の策定や実施に協力すべきである。同時に、3次救急医療機

関が2次救急医療機関のバックアップ体制をより積極的にとるシステム作りも必要である。なお、2次救急医療機関の充実強化のためには、2次救急医療機関の機能や地域で果たしている役割を客観的に把握し、質の保証とその向上を図るための指標を作成すべきである。

このようにして2次救急医療機関の対応能力を各地域で全体的に底上げする必要があるが、救命救急センターのような充実段階評価の導入はまだ時期尚早であると思われる。

救急告示医療機関と2次救急医療機関はこれまでも一元化の必要性が指摘されているが、今なお、2次救急医療機関でありながら救急告示医療機関に位置付けられていない施設がある等分かりにくい部分がある。都道府県は、両制度の趣旨や制度のあり方を含めた検討を行った上で一元化を進め、市民や救急隊に分かりやすい制度にすべきである。

地域医療支援病院 新承認要件決まる。4月1日に施行

特定機能病院・地域医療支援病院のあり方検討会 新要件を満たさない病院は改善計画を策定して2年間猶予

12月25日に開かれた「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」は、特定機能病院と地域医療支援病院の承認要件見直し案(中間とりまとめ)を了承した。

事務局(厚労省医政局総務課)は見直し案をパブリックコメントにかけた上で確定させ、省令改正と関連通知の発出を行ない、新たな承認要件を4月1日に施行する方針。厚労省は、引き続き、法改正を視野に、両類型に関するあり方の議論を進めていくとしている。

今回の改正で、特定機能病院には「特定領域に特化した特定機能病院」が制度化される。当初案にあった更新制度は見送られた。

地域医療支援病院は紹介率から救急搬送患者数が外され、独立要件となった。救急搬送患者数については「基準値を満たしていない場合でも都道府県知事が認めた場合は承認可能」と例外要件が設けられた。また、地域医療支援病院における第三者評価受審が努力義務化された(特定機能病院も同様)。

そのほか、承認後のフォローアップ強化として、①地域医療支援病院の年次報告書の確認等を行なうこと、②基準を満たしていない場合は2年程度の

改善計画策定を求める、③それによっても改善が図られない場合は承認取消を含めて取扱いを検討すると、新要件

にともなう経過措置が盛り込まれた。

この経過措置に関して、1月21日の全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科

会)で、原医政局長は別掲資料のとおり説明、各都道府県の担当者に留意を求めた。

□地域医療支援病院承認要件の主な見直し事項

○紹介率等：紹介患者への対応と救急患者への対応を同一の算定式で評価していたものを別々に評価する算定式に見直すとともに、基準値を厳格化

【新基準】

算定式 紹介率=紹介患者数/初診患者数、逆紹介率=逆紹介患者数/初診患者数

※新基準の初診患者数は救急搬送患者を除く。

基準値 紹介率80%以上、又は紹介率65%以上かつ逆紹介率40%以上、又は紹介率50%以上かつ逆紹介率70%以上(既存地域医療支援病院の適合率は83.2%)

○救急医療の提供：救急搬送患者の受入れを要件化。

【新基準】原則として下記のいずれかを満たすこととする。

〈要件1〉救急搬送患者数÷救急医療圏人口×1000≧2(適合率71.1%)

〈要件2〉当該医療機関の年間救急搬送患者の受入数≧1,000(適合率73.6%)

※救急搬送患者：地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診患者(搬送時間は問わない)。ただし、救急搬送患者数の基準値を満たしていない場合であっても、都道府県知事が適当と認めた場合には承認可能。○地域の医療従事者に対する研修を年間12回以上主催する(適合率74.9%)。

□新たな承認要件の取扱い(経過措置)等について(全国厚生労働関係部局長会議・厚生分科会の資料から)

○各都道府県における取扱い

地域医療支援病院の2014年4月1日以降の取扱いは以下を参考に対応を願いたい。

①新たに承認申請があった場合の取扱い：新たな承認要件に基づき、承認の是非を判断

②既に承認を受けている病院の業務報告(14年10月)の取扱い様式/新たに定める厚生労働省様式例を参考に各都道府県で作成

業務報告の取扱い/新たな承認要件の一部を満たさない場合には以下の対応を行なう

1) 満たさない基準について、2年程度の期間の改善計画を策定し、業務報告と併せて都道府県へ提出するよう当該病院に依頼

2) 改善計画を参考とし、必要に応じて、都道府県医療審議会等で審議すること

なお、16年の業務報告等で、改善計画によってもなお改善が図られない場合には、必要に応じて、地域医療支援病院の承認の取扱いも含めて検討されたい。

③承認後のフォローアップ：業務報告のみで評価するのではなく、必要に応じてヒアリングや現地調査の実施等の検討