



# 全日病

## 21世紀の医療を考える全日病 2015 NEWS 11/1

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 東京都千代田区猿樂町2-8-8  
住友不動産猿樂町ビル 7F  
TEL (03)5283-7441  
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.858 2015/11/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

### 全日病の療養病床転換予測等の調査結果を報告

療養病床の在り方等に関する検討会 土屋常任理事「大切なことは患者の視点であり、病院の思いではないか」

10月23日の「療養病床の在り方等に関する検討会」(写真)で、構成員から、療養病床の転換先となる“新たな施設類型”のイメージとして「看取り中心の医療強化型の住まい」が提唱された。

その機能は「療養病床をもつ有床診」が担ってきているとして、別の構成員からは「病院の一部を有床診に転換できないか」との提案も出た。さらに、「看護師と介護要員が24時間常駐する住まい」とし、医療(医師)は外付けとするイメージが語られた。

こうしたイメージに対しては「特養や老健施設とどう違うのか」との疑問も示された。

“終の棲家”とされる特養の入所者よりは医療のリスクを負っているが、在宅復帰を目指してリハを受けている老健入所者のような「短期」利用は想定されない、一定程度の医療を必要とするが在宅での療養が困難な患者。すなわち医療区分1に該当する患者を、医療施設体系の外でみていく“新たな施設類型”のイメージが口々に語られた。

しかし、イメージを具体化するに当たって、例えば、①住まいにふさわしい環境の確保、②緊急時への対応、③入所者の費用負担など、依然として難しい問題が横たわる。

これらに関して、①医療隣接というメリットを踏まえて6.4㎡で臨む、②併設した病院の当直医に関する規制を緩和する、③低所得者の負担は“補足給付”するが一般所得の利用者は当然の負担を容認してもらう、といった“解決策”を述べる向きもあった。

保たれるべき医療の質に関しては、“新たな施設類型”に重症度の高い患者が集まることのないよう、医療区分を見直すべきとの意見が少なからぬ構成員からあがった。

では、こうした“新たな施設類型”は病床規制の対象となる医療施設なのかという点については、一部から肯定する見解が表わされたものの、こうしたイメージを唱える構成員の多くは発言を控えた。

つまり、規制の外に置くという意味も含め、医療保険で丸抱えする医療施設ではないというのが検討会の暗黙の前提である。では、介護保険の枠内に位置づけるとすると、介護付き有料老人ホームや軽費老人ホームなどの特定施設を上回る看護・介護配置とするのか、それは特定施設の新基準とどう異なるのかなどが問われるが、この日の議論はそこまで踏み込まれなかった。

保険制度に関連して、ある構成員からは、医療へのアクセスが十分とは言えない老健施設をあげ、「介護+医療とするならば、介護も医療も使い勝手に設計されなければならない」との声があがった。

厚労省(医政・老健・保険の3局。庶務は保険局の医療介護連携政策課)はこの日、(1)「医療と住まいを同じ場所で提供する」ことをベースに、(2)それに「夜間・休日の当直体制またはそれを補完する医療機能」が付加される、(3)住まいは「プライバシーが尊重され、自立した日常生活を送ることができる環境」が確保されるといったイメージを



提示した。この日語られた“新たな施設類型”には厚労省の想定を超えるものもあった。検討会後の囲み取材で、担当官は、「我々の想定しないかたちで議論が進んだ。議論内容をよく整理しないと、次回提出する資料を誤りかねない」と戸惑いを隠さなかった。

「次回提出する資料」とは、終了直前に遠藤座長(学習院大学教授)が所望した、「本日の議論をまとめ、次回に“新たな施設類型”の骨格案を示してほしい」ということを意味している。

このように、この日は、前回よりもさらに踏み込んだ議論が展開され、医療区分や「診療報酬と介護報酬の調整」の見直しといった重たい提案のほか、「仏における医療と介護が一体化したシステム」を検討すべきとの要請も出るなど、意見は多岐にわたった。

その中には、現実とかい離れたものや相互に矛盾した関係にある考え方も少なくなく、残り2~3回で収束するのにかみえないところもある。

しかし、論じられるべき最大のテーマは、1つには現在よりもサービス水準が引き下げられる患者の思いにどう対応するのかであり、もう1つは、介護療養病床や25対1病床を運営している病院経営者と医療従事者の思いにど

う応えるかである。少なからぬ構成員が「転換型老健がなぜ失敗したかを想起すべきだ」と指摘、「重要なことは患者の視点ではないか」とも訴えたが、この面の議論が深まることはなかった。

その中で、全日病常任理事の土屋繁之構成員は、全日病が実施した療養病床をもつ会員病院の実態と意識状況を探る調査の結果を報告。介護療養と25対1の病棟をもつ病院の多くがそれらの廃止・終了に反対する一方、仮に廃止・終了となった場合に、多くの病院は20対1療養病床への転換を企図していることを明らかにした(8面に調査結果)。

土屋構成員は「当該病院は医療の継続を強く希望している」と指摘した上で、「転換を忌避する理由の大きな1つは患者の医療度の高さである。(皆さんが想像するよりも)はるかに重い医療度の患者を我々はみている。この医療度と介護度の問題を考えないと判断を誤ることになる」という認識を表わした。

「つまり、転換型老健をもってしても医療ニーズには対応できなかったということか」との座長の質問に、土屋構成員は「そのとおりだ」と答え、その証左の1つである前出調査結果の意味するところを読み取るよう言外に訴えた。

### 医療費適正化基本方針、外来定額負担、入院時生活療養費等を検討

医療保険部会 改革工程の具体化に向けた議論を開始。診療報酬特例も狙上に

10月21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、「経済・財政再生計画」にうたわれた改革工程の具体化に向けた検討課題を提示した。

「骨太方針2015」には2020年度までの改革工程を今年末に策定することが明記され、「経済・財政再生計画」に社会保障分野における検討事項が明記されている。

渡辺総務課長は「経済・財政再生計画に盛り込まれた課題のうち医療・介護関係が38項目を占めている」と述べ、

それらは、(1)医療費適正化に向けた取組み、(2)医療費用の負担のあり方、(3)保険給付の範囲・内容等からなる整理、その具体的項目を説明した。

このうち、(1)に位置づけられる都道府県医療費適正化計画に関しては、「国として本年度中に基本方針を策定するが、その基本的方向は内閣官房のWGが検討しており、その内容を当部会で議論していただく」とした。

同じく、(1)として提起されている診療報酬特例に関しても、「高齢者医療確保法において都道府県別の診療報

酬をつくるのが可能。この際、そのあり方を検討してはどうか」と提案した。

(2)には、紹介の有無にかかわらず「外来時の定額負担」が含まれているが、渡辺課長は過去議論された「受診時定額負担」を例示し、「骨太ではこうしたことも含めての検討が提起されている」と説明。大病院、紹介の有無、外来などに限定されない定額負担制度も狙上へのほることを認めた。

(3)に位置づけられる、生活習慣病治療薬等にかかわる「費用面も含めた処方あり方等の検討」について、宮崎医療課長は「欧米では費用面を基準に処

方を判断するという実例がある」ことを紹介。「安い薬から処方する」ということになるのだろうが、これが日本になじむかどうかも含めて議論していただくということではないか」と解説した。

渡辺課長は、また、かつて導入が試みられた「参照価格制度」に言及。議論対象となる可能性を示唆した。

改革工程は経済財政諮問会議の専門調査会がまとめるが、厚労省は医療保険部会で12月までに数回の議論を重ね、工程に反映させたいとしている。

「清話抄」は2面に掲載しました。

#### 改革工程の具体化に向けた医療保険部会の検討課題(事務局資料から)

##### (1) 医療費適正化に向けた取組み

①外来医療費をデータに基づき地域差を分析し、重複受診・重複投与・重複検査等の適正化を行ないつつ地域差を是正する。

②地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が2015年度中に標準的な算定方式を示す(都道府県別の医療費の差の半減を目指す)。○医療保険制度改革法により、都道府県は最速で16年度から医療費適正化計画を見直し、第3期計画(～24年

3月)を策定することが可能となった。国としても都道府県の計画策定を支援するため、本年度中に医療費適正化基本方針を策定する必要がある。その際、NDB等を活用して医療の「見える化」を行ない、個々の行動目標の項目や医療費の推計式について検討する。

○内閣官房の「医療介護情報の分析・検討WG」で9月から議論を開始し、年内に医療費適正化基本方針の大きな方向性を検討し、医療保険部会等の議論も経て、年度内に告示。

○都道府県の行なう病床再編や地域

差是正の努力を支援する取り組みとして「高確法第14条の診療報酬の特例の活用あり方の検討」がある。

##### (2) 医療に要する費用の負担のあり方

①医療・介護を通じた居住費負担の公平化の検討(入院時生活療養費)

②かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討

③世代間・世代内での負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求めるとの観点からの検討

- a. 高額療養費制度の在り方
- b. 医療保険における後期高齢者の

##### 窓口負担の在り方

##### (3) 保険給付の範囲・内容等

公的保険給付の範囲や内容を適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討。

- a. 生活習慣病治療薬等について、費用面も含めた処方のあり方等の検討
- b. 市販類似薬に係る保険給付について見直しを検討
- c. 後発品の価格等を踏まえた特許の切れた先発品の評価の仕組みやあり方等の検討

# 主張

## 地域の裁量を認めるために医療法を見直すべきではないか

医療法上に医療計画の条項が出現したのは1985年の第一次医療法改正の時であった。このとき医療法の第三十条の三には「都道府県は、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画(以下「医療計画」という。)を定めるものとする。」と記され、以後医療計画は医療提供体制確保の計画ということになった。この根拠に基づき各都道府県は医療計画を定めるのだが、どこの計画も「医療法に基づき」という枕詞を並べて始まり、努力目標を掲げているものばかりである。それは医療に対

する定義と理念がはっきり医療法に記されていないことによる。医療法第一条二には「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、(中略)良質かつ適切なものでなければならぬ。」と書かれ、2も「医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療提供施設、(中略)の有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。」となっているのみで、定義が不明瞭なのであ

る。これでは都道府県が分かりやすい医療計画を作れないのは当然である。今回の地域医療介護総合確保推進法では、総則の第一条に「この法律は、(中略)国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。」と明記された。そして、「地域医療構想は、都道府県が地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、構想

区域ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するために策定し、医療機関による自主的な機能分化・連携の推進をはかる」と記されたため、かなり具体的に物事が進むと思われた。しかし、やはり医療法の壁があり、結局は自由な構想を策定することは困難なようである。もう少し地域の裁量権を活かせるようにはならないのだろうか。30年のツケを解消するチャンスだというのに。(I・M)

## 安倍首相 費用対効果や「地域間格差の見える化」の政府一体による推進を指示

経済財政諮問会議 塩崎大臣 経済・財政一体改革の具体化・加速へ厚労省方針を説明。16年度改定の課題も

10月16日の経済財政諮問会議は「経済・財政一体改革の具体化・加速」について議論した。「経済・財政再生計画」に掲げられた歳出改革の主要80項目は、諮問会議に付設された経済・財政一体改革推進委員会の手で、改革の具体的内容、定量的な目標値と達成時期、実施主体等を工程表に落とし込む作業が進められている。その工程化に関して、推進委員会委員でもある伊藤元重議員(東大大学院教授)は、同委員会における現時点(10月13日)の考え方(中間整理)を報告した。「中間整理」は、社会保障分野における重点課題として、①入院医療、②外来医療、③薬剤・調剤、④介護、⑤国民の行動変容をあげ、例えば、①には「地域医療構想実現に向けた都道府県

の取組状況を測る指標」を、②には「外来医療費の地域差是正に向けた都道府県・保険者の取組状況を測る指標」や「外来医療費の地域差を測る指標」といったKPI(評価指標)を検討、それぞれに2018年度、2020年度の目標値を設定して進捗状況を毎年度点検・評価していくという考え方を示している。「中間整理」について説明した伊藤議員は、5月の諮問会議に示した「地域差を半減できれば2.2兆円の医療費が抑制される」という試算に言及。その削減を目指すKPI等のツールと、それと表裏一体の関係にある医療費の見える化の考え方を明らかにした。それによると、社会保障の分野では「都道府県別一人当たり医療介護費・薬剤費(年齢等補正後)の地域差の半減」を重点課題とし、それを実現するため

の中間ターゲットとして「患者(入院・外来)数、要介護認定者数、処方箋数」あるいは「平均在院日数、外来回数、利用日数、処方日数」などからなる「セミマクロ指標」を取り上げ、これら1つ1つにKPIを設けていく必要を提起。その中で、同議員は、KPIごとに「関係する政策群」を明示して、対応すべき省庁と施策という主体を明らかにした。データヘルス推進で10月中旬に医療ICT活用推進懇談会 伊藤議員に続いて塩崎恭久厚生労働大臣は経済・財政一体改革の具体化・加速に向けた厚労省の対応について説明した(別掲)。塩崎大臣に対して、民間議員からは、「経済・財政一体改革の計画初年度である16年度に診療報酬改定に改革を具体的に反映するようお願いしたい。また、

見える化に関しては、地域差を軸とする「医療介護の提供体制の実態」「入院・外来・薬剤調剤費及び保険料負担の実態」「DPC・NDB・レセプトを用いた受療内容等と生活習慣等の経年変化(例、食事等と疾病の関係)の実態」などを例示。KPIと同様に、「見える化」すべき事項ごとに厚労省や保険者などの実行主体を明らかにした。医療費の地域差の解消に向けて、優良事例の横展開を強力に進めていただきたい」という要望意見が示された。安倍首相も「民間議員からの提案を踏まえ、費用対効果や地域間格差の見える化を政府一体で推進してほしい」と指示した。

### 塩崎厚生労働大臣の説明内容(要旨)

- (1)地域医療構想については全都道府県で策定のための会議の設置が終わり、議論が始まっている。各都道府県に2016年半ば頃までの策定を要請しており、16年度中に全都道府県で策定できるよう支援していく。
- (2)医療費適正化計画に関しては、今年度中に国の医療費適正化基本方針を見直し、各都道府県は16年度以降に策定する。基本方針に向けて、厚労省として、医療費適正化の取組を測る指標(「特定健診等の実施率」に加えて「後発医薬品の使用状況」「重症化予防の取組」等)および都道府県が医療費目標を算定する標準的推計式を今年度中に策定する。
- (3)18年度からの「保険者努力支援制度」の趣旨を現行インセンティブ強化制度に前倒して反映させるなど、インセンティブを強化する。具体的には、「後発医薬品の使用状況」や「重症化予防の取組」等に関する評価指標を今年度中に作成。「保険者努力支援制度」を待たずに、16年度から、上記のような施策に積極的に取り組

- む自治体に特別調整交付金を傾斜配分する。
- (4)10月中旬に医療ICT活用推進懇談会(仮称)を立ち上げ、医療等におけるICT活用の中長期的な戦略や医療ネットワークのインフラ整備、保健医療データの活用・分析方法の具体化、電子カルテデータの標準化等に向けた議論を加速し、「データヘルス」を推進する。
- (5)16年度改定に向けては、「保健医療2035」の提言を踏まえ、総合的な診療を行なうかかりつけ医の普及・確立、患者の価値やアウトカムを考慮した診療報酬体系・インセンティブの設定など、20年後を見据えた保健医療のあり方の転換を実現するための検討を進めていく。
- (6)上記も含め、16年度改定に向けて、主に次の課題について検討を進めていく。
  - ①急性期・回復期・慢性期等の病床機能に応じた評価を行い、病床機能の分化・連携、機能強化を推進していく。
  - ②地域のかかりつけ医が、患者の状

- 態や価値観も踏まえ、適切な医療を円滑に受けられるようサポートする「ゲートオープナー」機能を確立していく。
- ③かかりつけ薬剤師・薬局の評価、薬学管理や在宅医療等への評価・適正化、いわゆる門前薬局の評価の見直し。
- ④残薬や多剤・重複投薬を減らすための取り組みの推進
- ⑤後発医薬品について診療報酬・調剤報酬上の使用促進策を検討。その薬価水準についても検討。
- ⑥イノベーションの評価、基礎的医薬品の安定供給の確保
- ⑦16年度に費用対効果評価を試行的導入、引き続き本格的な導入に向けて検討。医療サービスの効果・価値等を点数に反映させるなど、パフォーマンスに応じた診療報酬体系を構築していく。
- (7)予防・健康づくりへ、データヘルス計画に基づき、今年度から、各医療保険者がレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施。

- 厚労省として、データヘルス事業の評価基準を今年度中に策定し、好事例集の作成や横展開を進める。また、呉市国民健康保険における後発医薬品の使用促進、各種保健事業(糖尿病性腎症等の重症化予防、重複・頻回受診者の指導など)、レセプト点検の推進を横展開していく(全国展開した場合の医療費削減効果は約0.2兆円=機械的試算)。
- (8)経済界・医療団体・保険者・自治体等が参加する「日本健康会議」で20年までの数値目標を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。先進事例の全国展開のためWGを設置した。
- (9)個人のインセンティブ強化等(ヘルスケアポイント付与等)を推進する。
- (10)「経済・財政再生計画」(16~20年度)を踏まえ、関係審議会等、負担能力に応じた公平な負担と給付適正化の検討を開始。その結果を踏まえ、法案提出も含めた所要の措置を講じる。

### 清話抄

#### 開業100年を前にして

私の病院は後3年で創業100年を迎えます。祖父、父、私そして子供達と現在4代に渡り医業を続けています。祖父が開業したのは大正7年ですが、その当時私の町には医師が4人しかおらず、外科・内科・整形外科・産婦人科・

眼科・耳鼻科・泌尿器科などほとんどの診療科を一人で診ていました。その頃はもちろん保険診療ではなく、自由診療の時代でした。やがて太平洋戦争が始まりました。当時私は3歳でしたが、アメリカ軍のグラマン戦闘機の音と、祖父が診療の為に作っていた地下壕で負傷した人達を治療していたことを、今でもうっすらと覚えています。祖父は戦前・戦中・戦後の時代を経

て、父は昭和26年より、私も昭和54年より当病院に勤務し、地域の人達の診療を行っています。私の住んで居る市は1965年(昭和40年)には、人口42,543人でしたが、2015年(平成27年)10月1日現在で30,547人と、急速に過疎化が進んでいます。現在、国が2025年を見据えて推し進めている地域医療構想の中で、私の病院が2次医療圏ごとの医療提供体制を実現するためにどのような機能を選択

し目指していくのか、また、2018年3月末に廃止期限を迎える介護療養型医療施設についても、療養病床再編に向けていよいよ仕上げの段階に入ってくる中でどのように対応していくのか、過疎化の進む地域で、今後の地域医療ニーズと自院の現状を分析して経営を行っていかねばならないと考えます。このような難しい現状踏まえながら、祖父と父に続いて、地域に根差した病院を続けていきたいと願っています。(直)

# 厚労省「医療機能の分化・連携と地域包括ケアシステムの推進」を重点課題に

医療部会・医療保険部会 16年度改定基本方針の議論 主治医とかかりつけ医、早期退院めぐり、保険者と医療系で認識の乖離

2016年度診療報酬改定基本方針の検討を進める社会保障審議会は、医療部会、医療保険部会とも、厚労省が提示した草稿(要旨を別掲)にもとづいて実質2回目の議論を終えた。厚労省は11月半ばに3回目の議論を行ない、とりまとめたいとしている。

草稿で、厚労省は、基本認識として「超高齢社会における医療政策の基本方向」「地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築」「経済・財政との調和」を提示。

さらに、基本的視点に「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」「安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療の実現」「重点的対応が求められる医療分野の充実化」「効率化・適正化」の4点をあげ、それぞれに「具体的方向性の例」を列挙した。

その上で、「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」を重点課題に位置づけることを提案した。

### 医療保険部会(10月21日)の議論

「経済・財政との調和」が基本的視点に位置づけられたことを保険者や経済団体の委員は高く評価。「社会保障費を2018年まで計1.5兆円の増に抑えるという方針はきわめて大切。この文言を基本方針に盛り込んでほしい」(藤井委員=日本商工会議所)という注文も出た。基本認識に「費用対効果」が書き込

まれたことを踏まえ、「16年度改定での試行的導入を明確に記すべき」との声も上がった。

一方、地域医療介護総合確保基金への言及が「医療従事者の確保・養成等」のみとなっていることに、保険者からは「基金の活用は機能分化がもっとも重要であり、その旨を明記してほしい」という意見が示された。

さらに、「具体的方向性に地域包括ケアの推進方策を可能な限り列挙すべきではないか」という注文も出た。

そうした中で、白川委員(健保連副会長)は「かかりつけ医」を取り上げ、「その概念も含めてよく議論・整理した方がいい。また、“かかりつけ医の評価”と書かれると点数付けととられかねない。書き直すべきである」と主張した。

医療側の委員からは、「“かかりつけ医の評価”は“かかりつけ医機能の評価”とされるべきだ。また、第3者評価のインセンティブを検討する旨を加えてほしい。不正が発覚した調剤報酬に関する検証も必要」(松原日医副会長)などの意見が示された他、「回復期リハへのアウトカム評価の導入、医療区分への認知症の追加、療養病床の障害者病棟への参入」など、中医協並みの各論を展開する向きもあった。

### 医療部会(10月22日)の議論

「かかりつけ医」をめぐる解釈は、医

療保険部会に続いて医療部会でも取り上げられ、保険者の委員は「かかりつけ医と主治医の概念がよく分からない」と疑問を呈した。

これに、中川委員(日医副会長)は、「主治医は1人に限定すべきとの考えもあるようだが、かかりつけ医は診療科ごとにいてもよく、病院の勤務医がなくてもよい。主治医という言葉をかかりつけ医に上書きしてほしい」と説明、かかりつけ医をベースに地域包括ケアシステムを支える地域の医療体制を整備すべきとの認識を表わした。

さらに、西澤委員(全日病会長)は、「日医と四病協の合同提言(13年8月8日)にかかりつけ医の定義が示されている。医療部会にも報告しており、皆さんの理解が得られていると思う」と発言。かかりつけ医(機能)に関する認識の共有を求めた。

保険者の委員は「早期の在宅復帰が重要。診療報酬の面からも平均在院日数の短縮など早い退院を促すべき」とも述べ、改定基本方針で重要課題に位置づけるよう求めた。

この発言に、医療系の委員からは、平均在院日数に偏した効率化の考え方に疑問と反論が相次いだ。その中で、西澤委員は「医療スタッフが多ければ平均在院日数は短縮できる。平均在院日数はひとつの問題も含めて議論されなければならない」と指摘、安直な平均

在院日数短縮論を戒めた。早期退院に関しては、患者団体を代表する委員からは、「病院が退院を強く促すことに患者からは不安感が出ている」と、機械的な早期退院への取り組みに対する疑問が示された。

他方で、医療側からは、「退院後に在宅で医療が受けられる仕組みができない。地域包括ケアを支える中核となるべきとして地域包括ケア病棟が創設されたが、果たして機能しているか」と疑問を投げかける声もあがった。

加納委員(医法協会会長)は高齢者救急体制の整備が急務と指摘し、具体的方向性にその旨を書き込むよう求めた。

このほか、医療側からは、災害医療や病棟クラークの精神科病院への配置、調剤報酬見直しなどを具体的方向性に明記すべきなどの意見が示された。

一方、日看協の委員は、看護師の負担軽減から「看護師人材確保法に基づく国の基本指針に明記された措置(月8回以内の夜勤体制に向けた努力)」を基本方針に盛り込むことを求めた。さらに、具体的方向性に特養に対する訪問看護の拡大を書き込むよう訴えた。

負担軽減に関しては、医療側からも勤務医の疲弊困憊を憂慮する意見が示され、「当直明け勤務から解放しようとした前改定の措置が現場に周知されていない。もっと工夫をもった手を打ってほしい」との注文がついた。

## 「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」が重点課題

「次期診療報酬改定に向けた基本認識、視点、方向性等について」(要旨)

### I. 改定に当たっての基本認識

#### 1. 超高齢社会における医療政策の基本方向

2025年に向けて、あらゆる世代の国民が、状態に応じた安全・安心で質が高く効率的な医療を受けられるようにすることが重要。疾病構造が変化していく中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められる。医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、尊厳をもって人生の最期を迎えることができるようにしていくことが必要。費用対効果等「患者にとっての価値」を考慮した報酬体系を目指していくことが必要。

#### 2. 地域包括ケアシステムと効率的で質の高い医療提供体制の構築

2025年を見据えた中長期政策の位置づけを踏まえた改定を進めていくことが必要。医療従事者の確保・定着に向けては基金による対応との役割分担を踏まえつつ、医療従事者の負担軽減など診療報酬上の措置を検討していくことが必要。

#### 3. 経済・財政との調和

「骨太方針2015」「日本再興戦略2015」等も踏まえ、無駄の排除や医療資源の効率的配分、イノベーションの評価等を通じた経済成長への貢献にも留意することが必要。

### II. 改定の基本的視点について

#### 1. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムを推進する視点【重点課題】

- 患者にとって安心・安全で納得できる効率的で質の高い医療を実現する視点
- 重点的対応が求められる医療分野を充実する視点
- 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

### III. 具体的方向性に盛り込むべき事項(考えられる具体的方向性の例)

- 視点1
  - ◎医療機能に応じた入院医療の評価
  - ◎チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
  - ・多職種の活用(基金を活用した医療従事者の確保・養成等と並行した取組)
  - ◎地域包括ケアシステム推進のための

#### 取組の強化

- ・診療所等の主治医機能(かかりつけ医機能)の確保
- ・退院支援、医療介護連携、医・歯・薬連携、栄養指導等の多職種連携による取組の強化
- ◎質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ◎医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化
  - ・大病院の専門的な外来機能の確保と勤務医の負担軽減
- ・診療所等の主治医機能(かかりつけ医機能)の確保(再掲)
- 視点2
  - ◎かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
  - ◎情報通信技術(ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集の推進
  - ◎質の高いリハビリテーションの評価等、疾病からの早期回復の推進
  - ・アウトカムに着目した評価
- 視点3
  - ◎緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
  - ◎「認知症施策推進総合戦略」を踏まえ

た認知症患者への適切な医療の評価

- ◎地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
- ◎難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
- ◎救急医療、小児医療、周産期医療の充実
- ◎口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ◎かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- ◎医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションの適切な評価
- 視点4
  - ◎後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
  - ◎退院支援等の取組による早期の在宅復帰の推進
  - ◎残薬や多剤・重複投薬の減少など、医薬品の適正使用を推進するための方策
  - ◎いわゆる門前薬局の評価の見直し
  - ◎重症化予防の取組の推進
  - ◎医薬品、医療機器、検査等の市場実勢価格を踏まえた適正な評価

## 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 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)

## 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 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)

## 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 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

中医協  
16年度改定の議論

# 短期滞在手術の拡大に診療側は慎重。「がん」の論点は概ね了解

2016年度改定の議論は10月後半から個別事項の検討が加わるなど、中医協

総会の審議が本格化した。以下に10月14日、21日、23日の議論を紹介する。

## 10月14日の中医協総会

### ◎入院医療(3)

#### 「短期滞在手術等基本料」に関する論点

・水晶体再建術は両眼手術と片眼手術で評価を分けてはどうか。また、年齢によって出来高実績点数に大きな差が出る手術は年齢で評価を分けてはどうか。  
・人工透析など、患者が別に有する疾患等で発生する高額な医療で、頻度の低いものは包括から除外してはどうか。  
・短期滞在手術等基本料の対象に「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマ

ナイフによる定位放射線治療」を加えてはどうか。

#### 【主な議論】

この日は「急性期入院の機能分化推進(7対1)」「チーム医療推進」に関する論点も示された。  
7対1について、支払側は「平均在院日数、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率の要件、とくに15%は見直す方向で議論すべきだ」との見解を表明。短期滞在手術等基本料に関しては論点に同意した。

診療側からは病床削減を企図した7対1の要件引上げに反対する意見が相次いだ。短期滞在手術について、万代委員(日病常任理事)は、見直しの方向

を肯定した上で、対象手術の拡大を疑問視した。また、「病棟群単位の入院基本料」を組上にのぼらせるよう求めた。

## 10月21日の中医協総会

### ◎個別事項(1) がん対策等

#### (1)「がん」に関する論点

・「地域がん診療病院」および「小児がん拠点病院」の体制を評価してはどうか。  
・がん性疼痛緩和指導管理料は緩和ケア研修の受講を要件にしてはどうか。  
・終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価してはどうか。  
・緩和ケア病棟が在宅生活を支援する役割を果たすことができるよう、地域

連携の取り組み等について評価するとともに短期間の入院をより評価してはどうか。

・医師主導治験については、同種同効薬の投薬及び注射に係る費用も保険外併用療養費の支給対象としてはどうか。  
(2)「ニコチン依存症の診療」に関する論点  
若年層も治療を受けられるよう算定要件(BI200以上)を緩和してはどうか。  
(3)「難病対策」に関する論点(5面に続く)

# 地域包括ケア病棟や褥瘡の評価等で中間報告を一部手直し

## 入院医療等の調査・評価分科会 16年改定に向けた入院医療の報告を中医協が了承、入院各論審議の基礎資料に

10月15日の入院医療等の調査・評価分科会は、2016年度改定に向けた入院医療に関する15年度調査結果の分析を終えるとともに、8月の中医協総会に中間報告した14年度調査の分析と合わせた最終報告(「入院医療等の調査・評価分科会における検討結果」)をまとめた。

「検討結果」は中間報告に、その後議論された「特定除外制度の見直し」と「ICU等の重症度、医療・看護必要度」に関する分析結果を加える一方、中間報告の内容を一部修正・補正する

ものとなった。  
特定除外制度の見直しに関しては自宅に戻った患者で在宅医療を受ける割合が少ないことが明記され、「退院支援の状況や退院後の状況を引き続き注視する必要があるとの意見があった」ことが書き込まれた。

ICU等の「重症度、医療・看護必要度」についてはA項目の一部評価項目の整理統合が提起されている。

その他、中間報告の内容に関しては、地域包括ケア病棟入院料の部分に「7対1・10対1や特定集中治療室等の届出

を行っている医療機関は、自院の急性期病床から地域包括ケア病棟へ転棟した患者が特に多くなっていた」と追記され、7対1等からの転換が主にポストアキュート利用に偏している事実が指摘された。

また、慢性期における褥瘡に関しては、中間報告にあった「入院期間中に新たに褥瘡が生じたことをもって、それまでの医療区分を変更する必要はないものと考えられる」という断定的な記述が削除され、入院時に発生した褥瘡による医療区分評価をめぐる賛否両

論を併記した。

「検討結果」は10月21日の診療報酬基本問題小委員会を経て中医協総会に提示され、了承された。

基本小委で、診療側中川委員(日医副会長)の「これは報告であり、すべては中医協で議論するという考え方でいいか」との質問に、宮崎医療課長は「そのとおり。分科会はデータと論点を提示したに過ぎない」と回答。その上で、「検討結果の内容は、今後の入院医療に関する各論の議論に付される」と説明した。

**「入院医療等の調査・評価分科会における検討結果」から** \*10月21日の中医協総会で了承された「検討結果」は8月の「中間とりまとめ」(9月1日号に要旨を掲載)にその後の議論内容を追加するとともに、「中間とりまとめ」を一部修正している。ここでは、「中間とりまとめ」への追記・修正部分を報告する。

## II. 検討結果の概要

### 1. 急性期入院医療について

#### 1-1. 7対1入院基本料の算定病床の動向について

・7対1入院基本料から他の入院料へ転換した理由としては、10対1入院基本料に転換した医療機関では、「重症度、医療・看護必要度の基準を満たさないため」、「看護師の確保が困難なため」「平均在院日数の基準を満たすことが困難」、一部の病床の届出を他の特定入院料等に変更した医療機関では、「より患者の状態に即した医療を提供できる」等の回答が多くみられた。また、7対1入院基本料からの転換を行わなかった理由としては「施設基準を満たしており、転換する必要がないため」とする回答が最も多かった。(この項は「中間とりまとめ」に大幅な加筆・修正が加えられた)

#### 1-2. 特定除外制度の見直しに伴う影響について

・7対1、10対1一般病棟で90日を超えて入院している患者について、平均在院日数の計算対象として出来高算定とするか、平均在院日数の計算対象から除いて療養病棟と同等の報酬体系とするか病棟ごとに選択することとされているが、ほとんどの病棟で、出来高での算定が選択されていた。また、療養病棟と同等の報酬体系を届け出た医療機関が少なかったことから、2室4床に限って出来高算定が可能となっている経過措置を届け出ている医療機関数や病床数も少なかった。(この項は「中間とりまとめ」に下線部分が加筆された)

・7対1、10対1一般病棟に90日を超えて入院していた患者の退棟先は自宅が最も多く、他病院の急性期病床へ転院した患者は5~7%程度であった。こうした患者が減少した医療機関の多くでは退院支援室や地域連携室が設置されていたほか、制度の見直しに伴い、「退院支援や相談窓口の充実」「他の医療機関との連携強化」等の取り組みを進めた医療機関では90日超の患者が減少した割合が高かった。また、現在も90日を超えて入院している患者の入院理由として、「医学的な理由のために入院医療が必要である」患者が約6割みられた一方、「医学的には外来、在宅でもよいが、他の要因のために退院予定がない」患者も約2割みられた。この他、介護を要する患者や経口摂取が困難な患者が、90日未満の入院患者と比較して多いとの特徴もみられた。なお、90日を超えて入院した患者の退院先の多くは自宅であったが、在宅医療を受けた患者はわずかであったこと等から、退院

に向けた支援の状況や退院後の状況を、患者側の視点も含め、引き続き注視する必要があるとの意見があった。(この項は「中間とりまとめ」に大幅な加筆・修正が加えられた)

#### 1-3. 重症度、医療・看護必要度について

・今後、こうしたデータを活用し、「重症度、医療・看護必要度」のA項目について、診療報酬の算定項目に基づく評価や項目の統一・簡素化により、評価の負担を軽減できる可能性があるか検討すべきとの意見があった。(この項は上記のとおり「中間とりまとめ」が修正された)

#### ●特定集中治療室管理料について(この項はすべて「中間とりまとめ」に追加された)

・特定集中治療室に入院している患者の90%以上が「重症度、医療・看護必要度」A項目の「心電図モニター」「輸液ポンプ」に該当しており、これらの項目には高い相関がみられた。「重症度、医療・看護必要度」該当患者において最も多くみられたA項目の組合せは「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」の3項目に該当する患者であり、全体の13%を占めた。

・A項目が3点の患者は、A項目が2点以下の患者よりも、医師による指示の見直しが頻回な患者や看護師による頻回の処置・観察が必要な患者の割合が少なく、包括範囲出来高実績点数の低い患者も多くみられる。このことから、A項目が2点であっても医療密度の高い患者が特定集中治療室に入院している一方、A項目が3点の患者には相対的に医療密度が低い患者も多いことが考えられる。また、特定集中治療室に入院する患者のうち「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」にのみ該当する患者の割合が平均よりも著しく高い医療機関がみられる。例えば、こうした項目にのみ該当する患者の「重症度、医療・看護必要度」に関する評価を適正化したうえで、基準から外れる患者は一定の割合に限って入室の対象とするなど、特定集中治療室を重症患者が一層適正に利用するための要件の設定について検討を要する。

・ハイケアユニットにおいても、心電図モニターや輸液ポンプに該当する患者は極めて多かったことから、今後同様の観点から分析し検討していく必要があるとの意見があった。

・現在、病棟薬剤業務実施加算の算定対象に特定集中治療室等は含まれていないが、実際に、約半数に専任

の薬剤師が配置され、「医師・看護師の業務負担が軽減した」「副作用の回避、軽減や病状の安定化に寄与した」等の効果がみられたとする回答が得られた。

### 6. 地域包括ケア病棟入院料について

・地域包括ケア病棟の入棟前の居場所では、急性期からの受入、緊急時の受入及び在宅復帰支援等の役割が期待されており、調査結果においても自宅及び自院・他院からの入院患者が多数を占めた。また、7対1・10対1入院基本料や特定集中治療室等の届出を行っている医療機関においては、自院の急性期病床から地域包括ケア病棟へ転棟した患者が特に多くなっていた。(この項は「中間とりまとめ」に下線部分が加筆された)

### 8. 慢性期入院医療について

#### 8-3. 医療区分の評価項目について

・「褥瘡」の患者は、入院期間が長期に及ぶ患者により多くみられた。また、入院時からの褥瘡保有率が高いにも関わらず、入院中に発生した褥瘡保有率が低い医療機関が存在する一方、入院時からの褥瘡保有率が低いにも関わらず、入院中に発生した褥瘡保有率が高い医療機関もみられた。これら入院期間中に新たに褥瘡が生じた患者に対する評価については、褥瘡をもって入院してきた患者と同様に医療区分2として高く評価することは妥当でないとする意見があった一方、栄養状態が悪い場合等もあり、やむを得ず褥瘡が生ずる場合もあるとの意見があった。いずれにしても、褥瘡の発生をできるだけ防ぐ取り組みを、一層推進していく必要がある。(この項は「中間とりまとめ」から一部を削除し、下線部分が加筆された)

### 9. その他

#### 9-1. 退院支援に係る取組について

・平成26年度診療報酬改定において、7対1入院基本料や地域包括ケア病棟に在宅復帰率の要件が設けられた。こうした病棟から、自宅への退院と、在宅復帰率が要件となっている他の病棟への転院・転棟は、分子として同等に評価されることとされたことから、在宅復帰率の算出値は、実際に自宅へ退棟している割合よりも高い値となるが、7対1入院基本料においては、在宅復帰率の基準(75%)を上回り、90%を超える医療機関が多かった。地域包括ケア病棟においては、基準(70%以上)を一定程度上回る、80~90%の医療機関が多かった。(この項は「中間とりまとめ」がゴシック部分へと修正された)

中医協  
16年度改定の議論

## 総合入院体制加算と「重症度、医療・看護必要度」は議論の深化へ

(4面から続く) 新たな指定難病も現行の難病と同様に評価してはどうか。

### (4)「感染症」に関する論点

・一類感染症患者入院医療管理料の評価は発生時に必要な検査・注射等に対応しやすい体系とするともに、14日までの制限をなくし、入院措置中は算定できるとしてはどうか。

・結核等感染症患者の受け入れ等評価

### 10月23日の中医協総会

#### ◎入院医療(その4)

(1)急性期医療における患者像の評価に関する論点

・手術直後の患者、認知症・せん妄の患者等を含め、急性期に密度の高い医

療の対象に精神病床を加えてはどうか。

#### 【主な議論】

この日は入院分科会の最終報告を了承した。診療側は個別事項(1)の論点に概ね同意したが、がん性疼痛緩和指導管理料の研修要件については「経過措置が必要」とした。支払側も個別事項(1)の論点を支持したが、過去改定と同様、禁煙外来の評価に疑問を呈した。

療を必要とする状態が「重症度、医療・看護必要度」等で適切に評価されるよう見直してはどうか。

・併せて、B項目の集約など評価の簡素化を図るとともに、術後の早期離床

等の促進や看護職員以外のチーム医療の推進にも資するよう、評価方法等を見直してはどうか。

#### (2)総合入院体制加算に関する論点

・精神疾患の患者や認知症患者等を受け入れるよう、体制だけでなく、実際の取り組みや実績も要件に含めてはどうか。

・「1」の化学療法実施件数要件を見直すことについてどう考えるか。

・機能分化を図る観点から、「重症度、医療・看護必要度」A項目のように、病床数に対する医療の提供密度に関する要件を設けてはどうか。

・「2」にも一定程度の実績要件を求めることについて、どう考えるか。

#### 【主な議論】

「重症度、医療・看護必要度」に見直しに関して、診療側からはA項目に追加する無菌治療室管理加算やB項目から削除される「座位保持」への疑問が示された。「7対1のICU化だ。病床削減の手段になっている」との批判も。見直しの必要を認める診療側委員からも「内科的な指標として無菌治療室はいいが、具体的な内容は吟味が必要」と慎重な議論を求める声があがった。

総合入院体制加算に関しては見直しの方向に概ね同意する一方、前改定における安易な「1」の新設に対する批判も示され、「重症度、医療・看護必要度」と同様、議論の深化を求める意見が多数を占めた。

## Ⅲ群病院における「基礎係数と係数Ⅱの重み付けの見直し」は先送り

DPC評価分科会 「各係数の重み付けの見直し」も。DPC(基礎係数・医療機関群)見直し案で合意

診療報酬調査専門組織のDPC評価分科会は、10月14日の会合で、2016年度改定におけるDPC制度の見直しに関して、医療機関群と基礎係数に関する議論を大筋でまとめた。

さらに、同日と10月26日の会合で機能評価係数Ⅱに関する議論も大筋で終え、16年度改定における見直しの方向性で概ね合意に達した。細部の詰めと残る検討課題の議論を11月半ばまでに終えて診療報酬問題基本小委員会に報告、以後の議論を中医協総会に委ねる。

16年度DPC制度見直し課題のうち、医療機関群に関しては、10月14日の会合で、Ⅱ群病院の要件(高度な医療技術)に内科系の診療実績を加えることで一致。

機能評価係数Ⅱに関しても、同日の議論で、

①分院よりも機能の低い大学病院本院

あるいは精神病床を備えていない本院とⅡ群病院は保険診療指数で減算する

②「重症患者への対応機能」を評価するために「包括範囲出来高実績点数と診断群分類点数表との比を表現する係数」の試行導入を検討する

③保険診療係数と救急医療係数を除く各係数における各医療機関の係数の分散度合が均等になるように係数を調整する

④カバー率係数については「専門病院・専門診療機能」に配慮し、その評価方法に関して今後検討を行なう

⑤後発医薬品使用割合の評価上限を16年度改定で暫定的に70%とするなどの点で合意に達した。

①の「精神病床を備えていない」ことによる減算に関して、10月26日には、精神病床の有無だけでなく、「保護入院」

受け入れの実績も合わせて指標化する方針を確認している。

検討されてきた「Ⅱ群病院に対する『地域における機能』の要件化」「Ⅲ群病院における基礎係数と係数Ⅱの重み付けの見直し」「各係数への報酬配分(重み付け)の見直し」については、10月14日の議論でいずれも「引き続き検討する」とされ、先送りされた。

他方、「5疾病・5事業」等医療計画に明記される取り組みの評価は「都道府県から得たアンケートの結果を踏まえつつ検討を進めていく」ことを確認。

さらに、Ⅲ群における「専門病院・専門診療機能」の評価に関してはカバー率係数で対応することで部会の意見が一致。事務局は10月26日の部会に「カバー率指数の最小値(下限値)として30%tile値を採用する」ことを提案、了承さ

れた。

このほか、「請求の仕組みを簡素化する」という大義名分から、入院日Ⅲの規定を変えて診断群分類ごとの包括期間(入院期間Ⅲ)を現行より長くする、DPCの請求方法を一入院で統一し、月をまたいで請求方法(診断群分類)が変更された場合はレセプト返戻による再請求を行なうといった重要な変更を行なう方針が、10月14日の部会で了承された。

また、10月26日の議論では、2次医療圏ごとの救急応需率を係数Ⅱで評価する方向が確認されたほか、様式1(簡易診療録情報)の基本的な考え方に「病院の機能を医療機関別係数で評価するための調査項目」という視点を追加することが了承されている。

### 2016年度改定におけるDPC制度見直しの方向 (DPC評価分科会10月14日の議論結果から)

#### 1. 医療機関群(Ⅱ群の選定要件)について

##### ●地域における機能の評価と絶対値要件について

基本小委において、Ⅱ群病院について、「地域における機能を要件」とした「絶対値による基準値」の設定を検討すべしとされたが、現時点で、機能分化を評価するためのデータおよび基準値がないために絶対値が設定できない。したがって、引き続き検討課題とする。

##### ●高度な医療技術の評価について

「外保連試案」を評価対象としているⅡ群の実績要件「高度な医療技術」に内科系の診療機能に関する要件がないため、内保連の「特定内科診療」(14年度版で25疾患)にもとづく診療実績(3項目)を加えてはどうか。

#### 2. 基礎係数について

基本小委において、Ⅲ群病院について、基礎係数と機能評価係数Ⅱの重み付けを客観的に納得できる方法で見直すことを検討する方針が打ち出された。

そこで、16年度にⅢ群の基礎係数を現行の1.0276より下げるというシミュレーションを行なったところ、激変緩和措置によるマイナス緩和の対象病院が増えるという結果となった。加えて、医療機関群をまたいで設定されている係数(効率性係数、後発医薬品係数、及び救急医療係数)をⅢ群のみへ分配することが難しいため、Ⅲ群の基礎係数の財源を機能評価係数Ⅱへ置き換えることが行なうことは困難である。

したがって、基礎係数の財源配分の見直しは16年度改定では実施せず、医療機関群の更なる精緻化などでの対応を引き続き検討することにしてはどうか。

#### 3. 機能評価係数Ⅱの見直しについて

##### (1)Ⅰ群およびⅡ群にかかわる見直し

基本小委において、他の大学病院本院と比較して機能の低い医療機関への評価は係数Ⅱで対応するとされた。そこで、①Ⅱ群の実績要件4項目のうち、一定項目以上が大学病院本院よりも機能が高分院(DPC対象病院)を持つ本院、②Ⅱ群の選定要件決定の際に外れ値に該当した大学病院本院、③精神病床を備えていない本院とⅡ群病院は、それぞれ保険診療指数で減算してはどうか。

##### (2)病院の実績報告について

「病院指標の作成と公開に向けたインセンティブの

あり方」等について引き続き検討し、17年度より係数Ⅱの保険診療指数の中で「実績報告」を評価することを検討してはどうか。

##### (3)「点数表で表現しきれない重症度の差」について

調整係数が担ってきた「診断群分類点数表で表現しきれない重症度の差」を新たな係数で担うべきとの指摘があったが、「重症患者への対応機能」の観点から、包括範囲出来高実績点数と診断群分類点数表との比を表現する係数の試行導入を検討してはどうか。

##### (4)地域における医療機関の取り組みの評価について

地域における役割分担と連携など、地域ごとの医療への取り組みの評価に関しては引き続き検討する。

##### (5)地域医療指数について

地域医療指数のうち、医療計画にもとづく取り組みの評価のあり方については、47都道府県から得たアンケート調査の結果を踏まえつつ、検討を行なうてはどうか。

##### (6)後発医薬品係数について

「骨太方針2015」に従い、後発医薬品使用割合の評価上限を16年度改定では70%とし、その後、目標値が見直された場合に、適宜評価上限の検討を行なうことにしてはどうか。

##### (7)各係数への報酬配分(重み付け)について

「各係数の評価に関する重みが異なるために、各係数で医療機関の努力が適切に反映されていない」との指摘があったが、それぞれ独立した概念からなる7項目間で評価の軽重を設定することが難しいことから、報酬額(財源)は等分とする現行の考えを継続してはどうか。ただし、医療機関の努力が反映されるために、保険診療係数と救急医療係数を除く各係数における各医療機関の係数の「分散」が均等になるように係数を調整してはどうか。なお、カバー率係数に関しては「専門病院・専門診療機能」に配慮し、評価方法に関して今後検討を行なうことにしてはどうか。

#### 4. 持参薬のルールについて

入院の契機となる傷病の治療に係る薬剤の持参は引き続き原則禁止とするが、特別な理由として、「臨時採用薬が使用可能となるまでの入院初期(2日程度)の持参薬使用」や「退院後不要となる薬剤の使用」等

は了解可能とするが、「病院側の方針」や「医師の方針」などを特別な理由とすることは認めないことにしてはどうか。加えて、持参薬を使用した場合には使用量も含めたデータ入力を求めることにしてはどうか。

#### 5. 請求の仕組みについて

(1)入院期間Ⅲの日数と点数に関して以下の通り改めてはどうか。

①包括算定期間(入院期間Ⅲ)が終わる入院日Ⅲ(平均在院日数+2SD)を、現行より大きく、現行に最も近い30の整数倍とする。

②入院期間Ⅲの点数は、基本的には現行どおり「入院期間Ⅱの点数から15%(点数設定方式Cは10%)引いたもの」とするが、入院日Ⅲが延長することに伴い、「現行の入院期間Ⅲの点数設定」と「平均在院日数を超えた期間の1日あたり医療資源投入量の平均値」を比較し、「現行の入院期間Ⅲの点数設定」の方が高い場合には「平均在院日数を超えた期間の1日あたり医療資源投入量の平均値」を採用する(図を参照)。

(2)DPCにおける請求方法は一入院で統一してはどうか(特定入院期間を超えて出来高請求となった場合を除く)。月をまたいで請求方法が変更になった場合は、医療機関の取り下げ依頼に基づくレセプト返戻による再請求を行なうことにしてはどうか。

#### 6. 退院患者調査における「退院時転帰」「再入院種別」の定義の見直し

##### ●転帰に関する新定義(案)

「現行の治療と軽快を合わせて『治療・軽快』と定義する」考えが多いが、一方で、「現行の治療に『経過観察のみの外来通院』を含める」とする案を是とする意見もあった。

##### ●「再入院調査」について

前回退院日より6週間以内の再入院である場合に、「再入院種別(計画的再入院、予期された再入院、予期せぬ再入院)および「理由の種別」を入力する。計画的再入院とは「前回退院時に当該入院日が決定していた場合」を、計画的再入院とは「前回退院時に当該入院日が決定していなかった場合」をいう。「再転棟調査」も同様の方向性で見直す。

2016年度診療報酬改定 入院医療の検討課題と見直しの方向性について

# 項目を見直す「重症度、医療・看護必要度」は15%を継続すべき

## 地域包括ケア病棟は手術等の包括と包括外で入院料を分化させるのが適当

副会長(入院医療等の調査・評価分科会委員) 神野正博

10月15日の第10回入院医療等の調査・評価分科会をもって、2014年度改定の影響調査とその結果の解釈についての議論が終わった。2016年度の診療報酬改定に向けて、「検討結果の(最終)とりまとめ」は、膨大な別添資料と共に武藤

正樹分科会長によって、10月21日の中医協総会で報告された(4面を参照)。本稿では、特に今後の会員病院の存続にかかわることが大きいと考えられる項目を中心に議論の流れと今後のあるべき姿を提言する。

### 急性期入院医療と重症度、医療・看護必要度について

厚生労働省医政局所管となる地域医療構想区域ごとに、2025年度の推定機能別必要病床数に収斂させるのは、区域毎に構想会議(協議の場合)での話し合いであるとされる。一方、保険局所管の診療報酬では、財務省の圧力の下、病院の思いや地域における希望とは裏腹に、いわば『兵糧攻め』で2025年度の姿に、「早急に」収斂させようとしていると言える。

その陰には、2020年のプライマリーバランスの黒字化という現内閣・財務省の国際公約が足かせとして見え隠れする。

今回の調査結果でも、7対1入院基本料(以下7対1)から10対1入院基本料(以下10対1)へ転換した理由の第1は重症度、医療・看護必要度であり、ついで平均在院日数と続く。ならば、7対1を国の意志を持って減らすならば、攻めどころは重症度、医療・看護必要度ということになる。

そこで、これを簡素化するという大義の下で見直しをすることによって、より高度急性期患者のみを7対1で診るようになろうという方向性と、それにどう賡うかがカギとなろう。そもそも、諸外国では高度急性はICU、HCU以上の看護配置が常識であり、7対1などと言ったら笑われるだけである。

紹介状を持って、歩いて来院し、予定手術がなされる患者ではB項目を稼げない。そういった「高度急性期病院」

### 地域包括ケア病棟入院料と病棟群別入院基本料について

地域包括ケア病棟が増え続けている。7対1の基準維持が厳しくなった場合、病院が選ぶ道は、全病棟を10対1以下にするか、一部の病棟を特定入院料病棟にするかしか道はない。全体を10対1にする減収効果よりも後者を選ぶ経営判断が多いことだろう。このような思惑で地域包括ケア病棟を選択するのは大病院に多い傾向が今回の分科会で示され、これら病院では、当然のことながら、ほとんどの患者が急性期後の患者であった。

この流れに賡うには、われわれ四病協・日病協が提言している病棟群別入

救済の意味でA項目のみで評価する要件が入った。今回「せん妄」に関する項目の入れ込みに力を注いだ。全日病調査においても看護現場におけるせん妄患者の増加が大きな問題になっているからだ。本来は、A項目に値すると主張したがB項目入りとなった。

さて、問題は項目を見直した上で、要件となる現行15%をどうするかということになる。中医協の議論に委ねられるが、分科会では、項目を見直しても患者数は変わらないという前提だった。したがって、項目の見直しの上で15%のままが基本となる。いたづらな%アップは現場の混乱を招くだけと考える(表)。

さらに、この重症度、医療・看護必要度、データ提出加算と共に7対1だけではなく、広く他の入院基本料、特定入院料に拡がる可能性がある。

病棟間で役割機能分化されているのか、それとも同じ病状の患者あちこちの種別の病棟にいるのか? この問いに対しては、それなりに機能分化されているはずであるという立場に立つと、各種別間で統一された評価基準を提出するという方針に反対するわけにはいかないと考える。

7対1以外の病院も、これらの項目に対しての準備に掛かるべき時期と考える。今回、必須項目にならなくとも、加算項目として収益アップに貢献するかもしれない。

### 地域包括ケア病棟入院料と病棟群別入院基本料について

院基本料制度の導入しかない。7対1全病棟を転換するのではなく、患者の病状に合わせて病棟群で転換し、同じ病棟群の中における看護師の傾斜配置を認めるといものである。

これによって、(背伸びしている)7対1病棟は確実に減少するはずである。もし、10対1から7対1へ増加するのではないかと危惧する勢力があるとすれば、10対1から7対1へのアップは認めないという一歩を付けばよいだけであろう。

分科会では、この地域包括ケア病棟における手術料と麻酔料などを包括外

にすべきか、現行の包括内のままでいかかという議論があり、両論併記となった。

地域包括ケア病棟入院患者には大きく2つの累計がある。病床機能報告制度で回復期に属する急性期後の患者と急性期に属する在宅からの軽度急性患者である。前者の手術料等は包括内、後者のそれは包括外であるべきと考える。すなわち、地域包括ケア病棟入院料の2分化である。

病棟群別を認めないまま、7対1の要件を厳しくすれば、複数病棟で7対1を持つ病院はケアミックスとして地域包括ケアへ行かざるを得ない図式となる。場合によっては10対1よりも少ない看護師に患者の安全な周術期管理を任せることで現場の疲弊を招く。いわば、医療の粗悪化かつ安売りである。したがって、手術料等を包括外にして

### 慢性期入院料について

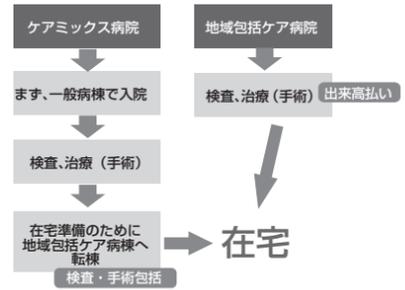
療養病棟から在宅復帰患者は自宅から入院した患者の在宅復帰は高いものの、他の病院からの転院者のそれは極めて低かった。かつ、在宅復帰機能強化加算の算定病棟の退院患者の入棟期間は31日以上入院患者が多かった等のデータから、他院・自院の入院から在宅からといった入院経路によって在宅復帰率の算定式が変わる可能性がある。

また、療養病床で診る患者の多様化によって、現行の医療区分の定義、対象病態は見直す時期に来ている。きちんとした議論の早急な開始を望みたい。障害者施設等入院料及び特殊疾患病

ここで手術患者を管理させようという考え方には反対である。

一方、在宅医療を支援する小病院においてすべての病棟を地域包括ケア病棟とする場合(いわば地域包括ケア病院)があり得る。その際には、地域から在宅患者の軽度急性期を任されることもあり得る。ここでは、小手術や輸血などの手術料等を出来高払いで認めるべきであるとする(図)。

図 7対1病棟と地域包括ケア病棟



棟入院料等の見直し、廃止、療養病床との統合論が渦巻いた。しかし、意識障害を有する脳卒中の患者など、状態像が療養病棟の対象患者と重複している患者が一定程度入院しているという資料が出たものの、同時に明らかにこれら入院料病棟への入院患者は、療養病床に比して医師、看護師の診療、観察密度が高いことを主張し、その必要性を唱えた。

脳卒中患者の入棟基準に関して何らかの変更はやむを得ないものの、これら病棟の必要性は訴え続けていただきたい。

表 重症度、医療・看護必要度の見直し

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 ①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニター管理	なし	あり	
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ②抗悪性腫瘍剤の内服管理 ③麻薬の使用(注射剤のみ) ④麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤の管理 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨抗血栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレーナの管理	なし		あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 起き上がり	できる	できない	
3 座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

測定・評価が要件となるもの	重症度※の割合
7対1入院基本料	15%以上
10対1入院基本料	測定・評価のみ(要件なし)
看護必要度加算 一般病棟10対1入院基本料、 専門病院10対1入院基本料	10%又は15%以上
急性期看護補助体制加算 一般病棟7対1及び10対1 入院基本料上	7対1の場合 15%以上 10対1の場合 5%以上
一般病棟看護必要度評価加算 一般病棟13対1入院基本料 専門病院13対1入院基本料	測定・評価のみ(要件なし)

※A得点が2点以上、かつB得点が3点以上の患者

今回の見直し案
A項目に追加 ・手術直後の患者 ・救急搬送後の患者 ・無菌治療室での管理 B項目の見直し 1. 寝返り 2. 移乗 3. 口腔清潔 4. 食事摂取 5. 衣服の着脱 6. 診療・療養上の指示が通じる 7. 危険行動 A得点3点以上 または、 A得点2点以上かつB得点3点以上  〇〇%以上

2016年度診療報酬改定 DPC制度の検討課題と見直しの方向性について

# 様式1を「医療機関別係数で評価するための調査」と位置づけ

## 「基礎係数と係数Ⅱの配分見直し」と「係数Ⅱの項目ごとの重み付け」見送りは残念

副会長(DPC評価分科会委員) 美原 馨

現在、2016年度改定におけるDPC制度の見直しについて議論が進められている。

詳細については本紙記事(5面)を参照していただくことにして、ここでは病院運営の上で留意しておきたい点について述べたい。

退院患者調査における様式1の基本的な考え方に関しては、16年度改定をもって、病院の機能を医療機関別係数で評価するための調査であると改められる。

様式1については、退院時転帰や再入院の定義などの幾つかの変更がなされるが、併存症・続発症の記入数が増えたことへの対応が必要である。コー

ディングにCCPマトリックスが採用されるようになれば、主病名以外の病名を確実につけることが必要となり、担当医は併存症・続発症の病名も十分に意識することが求められる。

医療機関別係数における基礎係数と機能評価係数Ⅱの配分は見直されなかった。医療機関別係数における基礎係数の配分は大きく、大規模病院にとって有利な印象は免れない。

個人的には、頑張っている病院が報われるために機能評価係数Ⅱの配分が大きくなることを期待していたので残念である。Ⅲ群病院からⅡ群病院への移行を目指そうとする病院もあると思

われるが、そのハードルは厳しいものがある。

機能評価係数Ⅰは医療機関のストラクチャーを評価するものであり、現行のまま継続される。

各医療機関の努力を反映させるために機能評価係数Ⅱの項目ごとに重み付けがなされることを期待したが変更はされなかった。

その代わり、機能評価係数Ⅱの各項目の分散が均等になるような調整が検討されようとしている。しかし、それが各医療機関の努力を適切に反映されるものになるかは疑問に感じている。

とは言うものの、各医療機関はそれ

ぞれ項目への対策が必要であろう。例えば、後発医薬品係数、効率性係数、救急医療係数などの向上は、対応可能であるように思われる。

また、機能評価係数Ⅱとして評価されることが検討されている項目にも留意すべきである。

例えば、病院の「実績報告」は2017年度から開始される予定であり、また、「指定難病の実績評価」「二次医療圏ごとの救急車の受け入れ状況の評価」「地域医療連携推進法人の評価」などの項目が検討されており、今後の適切な病院運営のために、情報を把握しておくことが必要である。

報告 医療事故調査制度における医療事故調査等支援団体としての取り組み

# 担当委員会を設置し、支援団体としての全日病の活動を開始

事故調査専門家の派遣や人材育成研修等を実施。遺族の質問や相談にも対応

医療事故調査等支援担当委員会(仮称)担当理事・常任理事 飯田修平

## 初めに

医療事故調査制度(本制度)が制定され(2014年6月)、本年10月1日に実施された。

全日本病院協会(全日病)は、医療法第6条の11に定められた医療事故調査

等支援団体(支援団体)として告示された。10月の常任理事会で、医療事故調査等支援担当委員会(仮称)担当理事として活動承認を得たので、概要を報告する。

## 医療事故調査制度の概要

本制度の目的は、医療事故(医療に起因し、予期しない死亡又は死産と病院管理者が判断した事例)の原因究明と再発防止である。医療事故発生時には、院内事故調査を実施し、遺族に説明し、医療事故調査・支援センターに報告し、調査終了時には、遺族に説明し、医療

事故調査・支援センターに報告する義務がある。

医療事故調査等支援団体と医療事故調査・支援センターが8月に告示された。全日病は支援団体として告示されたが、会員病院名は告示されていない。

## 医療機関の準備状況

重大な医療事故発生は稀であり、重大な医療事故調査の経験がある医療機関でも事故調査の方法を熟知した職員は少ない。本制度対象事例か否かの判

断、剖検あるいはオートプシーイメージング(Ai)、事故に関連する専門家招聘等が困難な医療機関も多い。

## 医療事故調査等支援担当委員会(仮称)の設置

全日病は支援団体申請に際し、会員病院に参加の可否と支援可能項目をアンケート調査した。病院の機能や規模からは困難と思われる項目も可とする回答があり、再度、全回答病院に項目毎の可否を確認した。

都道府県毎に支援団体協議会を設置して連携するという議論はあるが、具体的には決まっていない。各支援団体の具体的活動も未定である。放置できないので、筆者は、常任理事会に委員会規程案を提示し、支援団体活動の開

始を諮った。

## 委員会(仮称)の概要

### 1)目的

支援業務の目的は、医療機関が院内事故調査を行うために必要な支援を行うことである。また、医療の信頼の創造のために、遺族の質問や相談にもできる限り対応する。

### 2)支援内容

i. 相談・助言(本制度全般、医療事故判断、院内事故調査手法、院内事故調査報告書作成、院内事故調査委員会設

置・運営)

ii. 院内事故調査の専門家派遣

iii. 人材育成研修等

iv. 遺族の質問・相談受付

医療法には規定されていないが、医療の信頼の創造のために、遺族の質問や相談に対応

v. 他支援団体と連携・協力

3)費用(相談・助言業務の実費、遺族の質問や相談は無料)

## おわりに

本制度には満足できないが、医療界の合意を経て制定されており、評価すべき事項も多い。制定後2年以内(2016年6月まで)に見直すことが参議院で付帯決議されている。

医療事故調査に関する厚生科学研究で、全国アンケート調査・病院訪問調査・他分野の事故調査実務者と意見交換等を実施し、出版、講演、全日病ニュースや雑誌への寄稿、指針作成等を実施し、会員病院に周知した。また、本制度開始を知らせるポスター(病院職員向けと患者向け)を作成し、会員病院内に掲示している。

第1回医療事故調査・支援センター運営委員会で、遺族には相談窓口がないという発言があった。

これに対して、筆者は「本制度では遺族の相談受付はセンター業務ではないので、支援団体が自主的にすべき」と発言した。本制度における支援団体業務に規定されていないが、常任理事会で支援団体業務として認められた。

満足できないのは医療提供側だけではない。本制度を実効あるものとして、全日病の目標である『医療における信頼の創造』を目指さなければならない。会員諸氏のご理解とご協力をお願いしたい。

# 25対1の8割弱、介護療養の6割が医療療養20対1への転換を予測

医療療養病床・介護療養病床に関する全日病調査 当該病棟をもつ病院の72.2%が介護療養と25対1の廃止に反対を表明

全日病は、2018年3月末に予定されている介護療養病床の廃止や療養病床25対1経過措置の終了にかかわる会員病院の実状と意識を把握するために「医療療養病床・介護療養病床に関するアンケート」を実施、このほど、その中間報告をまとめた。

アンケートは高齢者医療介護委員会(木下毅委員長)の手で、会員のうち療養病床を有する1,346病院を対象に9月末

から10月初めにかけて実施され、546病院から回答を得た(回答率40.6%)。

介護療養病床の廃止と25対1経過措置の終了に対する賛否については、回答した546病院の43.0%が反対と回答した。反対との意見は、介護療養病床もしくは25対1を有する234病院では72.2%の高率に達している。

両病棟の法的根拠が失われた2018年4月時点の当該病棟についてたずねた

ところ、25対1の77.2%、介護療養の59.7%が、それぞれ「医療療養20対1に転換する」との意向を示した。介護保険施設や介護施設への転換を予測したのは、前者の3.1%、後者の18.2%に過ぎない(複数回答)。

こうしたことを踏まえつつ、中間報告は「慢性期の患者を在宅でケアする体制がでない状態で病床再編を行なうのは問題があり、並行して在宅医

療の充実と体制づくりをしていかないと医療・介護難民が出てくる恐れが大きい」と指摘。当該病棟の病院から施設へと一方的に誘導を図ろうとする行政の意図に警鐘を鳴らした。

高齢者医療介護委員会副委員長である土屋繁之構成員は、10月23日の「療養病床の在り方等に関する検討会」で中間報告の内容を説明した。(1面記事を参照)

## 全日病「医療療養病床・介護療養病床に関するアンケート」中間報告

(1)回答546病院の許可病床数(2015年9月現在)

一般病床/29,191、療養病床/51,364、その他の病床/7,265 病床の合計/87,820

(2)回答病院における療養病床(51,364床)の内訳

医療療養20対1/25,823(50.3%)、同25対1/6,986(13.6%)、回復期リハ病棟/9,120(17.8%)、地域包括ケア病棟/667(1.3%)、介護療養・機能強化型A/4,601(9.0%)、介護療養・機能強化型B/1,644(3.2%)、介護療養・その他/2,523(4.9%)

(3)回答病院のうちの療養病床のみの病院

176病院(21,188床)

(4)療養病床のみの病院における病床の内訳

医療療養20対1/10,644床(50.2%)、同25対1/2,502床(11.8%)、回復期リハ病棟/2,966床(14.0%)、地域包括ケア病棟/137床(0.6%)、介護療養・機能強化型A/2,272床(10.7%)、介護療養・機能強化型B/1,292床(6.1%)、介護療養・その他/1,375床(6.5%)

(5)25対1経過措置終了と介護療養病床廃止を踏まえた2018年4月の病床予測対象病院/回答のうち医療療養25対

1・介護療養病床を有する234病院(38,372床)。内訳は医療療養25対1保有

病院が127病院(6,986病床)、介護療養病床保有病院が159病院(8,768病床)。

医療療養25対1保有病院の転換予測 *病院数は延数。						
病床返還・休床 2病院・67床	一般病床 3病院・100床	医療療養20対1 98病院・5,183床	回復期リハ病棟 14病院・636床	地域包括ケア病棟 8病院・381床	その他の施設 4病院(介護療養型老健施設2、介護老健施設1、その他1)	未定 11病院
介護療養病床保有病院の転換予測 *病院数は延数。ゴシックは当該病院数に対する割合						
閉鎖・一部閉鎖 6病院(138床)	一般病床 6病院(129床)	医療療養20対1 95病院(4,621床)	回復期リハ病棟 9病院(267床)	地域包括ケア病棟 11病院(422床)	その他の施設 29病院(介護療養型老健施設21、介護老健施設3、サ高住1、その他4)	未定 22病院

(6)25対1経過措置終了と介護療養病床廃止に対する意見

	賛成	反対	どちらでもない	未回答
回答した546病院	31病院 (5.7%)	235病院 (43.0%)	207病院 (37.9%)	73病院 (13.4%)
25対1・介護療養病床を有する234病院	10病院 (4.3%)	169病院 (72.2%)	51病院 (21.8%)	4病院 (1.7%)

(7)自由記載意見から(抜粋)

・療養病床が漫然と患者を入院させているわけではなく、機能向上や質の向上等の努力をしていることを国に伝えてほしい。

・医療資源の乏しい地域では、医師や看護師等の確保が難しく、25対1の経過措置が終了すると病院運営ができなくなる。

・慢性期患者の中でも在宅や介護施設等に入居が困難な事例も多数あり、受け皿となる場所の確保が課題である。それが無いうちに療養病床を廃止すれば、医療難民が多数出てしまう。

・「土地」「建物」「人材確保」の費用が重くのしかかり、容易に転換できない。

・居宅系事業者の重症者受入体制の整備を並行して行なわなければ、国が推進する在宅への流れは遅々として進まないと思う。

・「寝たきりを作らない」ことを目的とする新たな類型が必要である。

・療養病床の廃止や見直しを否定しないが、介護難民・医療難民が出ないような体制作りを希望します。

・早く結論を出してもらわないと、平成30年3月末までに体制を整えることができない。

(8)まとめ

調査の結果から、医療療養は20対1病棟が半数を占めており、重度の患者を多くの職員でケアしていることがうかがえる。

医療療養25対1と介護療養病棟とも、平成30年4月時点の病床予測においては医療療養20対1等への転換を想定している。

回復期リハや地域包括ケアの病棟へ転換予定と回答している病院も少なからずある。その一方、介護保険施設等と回答した病院は少ない。

ただし、転換に際して「土地」「建物」「人材確保」など困難なことが多く、実現できるかどうかは不明である。

在宅での慢性期医療の提供体制がみえてこないことから、慢性期の患者を在宅でケアする体制がでない状態で病床再編を行なうのは問題があり、並行して在宅医療の充実と体制づくりをしていかないと医療・介護難民が出てくる恐れが大きい。

患者・利用者に対するメッセージが出されていないのは地域住民を無視していると思われるも仕方がない。

病床数だけを検討するだけでなく、地域の医療・介護提供体制を一体として考えないといけない。

報告 地域医療構想と支部の取り組み(4) 福岡県支部

# 県医師会が牽引、県と病院団体が密な協議を重ねる

## 10月末に県内初の調整会議、11月末までに全区域で1回目を開催



福岡県支部(全日病福岡) 監事 津留英智

### 早くから模擬協議を開催—模擬演習を重ねる

地域医療構想策定については病院病床が主体となる制度であるが、県医師会・県行政・県内病院団体が三位一体となり、各構想区域における2025年のあるべき医療提供体制について前向きに協議することが求められる。

10月26日に、福岡県朝倉医療圏で、県内初めての地域医療構想調整会議が開催され11月末までに全区域(13医療圏)で第1回目の調整会議が終了する。地域医療構想策定に向けて、福岡県が、決して早い取り組みが出来ているというわけでは無い。

これまでの準備段階として、厚労省

「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」委員でもある産業医科大学の松田晋哉公衆衛生学教授には、当初より、県医師会での研修会、講演会、模擬協議の場等々あらゆる場面で、「地域医療構想について」繰り返しご講義を頂き、ご提供頂いた各医療圏のDPC、NDBに基づいた様々なデータを参考に、本年1月から模擬協議の場で、地域の現状と課題について、模擬演習を繰り返して来た。

この経験は大きく、ある程度機を熟した所で、地域医療構想調整会議本番を迎えることになった。

療介護部部長始めとする人事異動があったため、5月11日に県医療指導課に直接赴き、私病協として担当者に今後の策定スケジュールの確認を行った。

その結果、①福岡県は民間業者委託や大学等研究機関への協力依頼などはせずに県独自でデータを出す、②構想調整会議議長には保健所所長を考えている、③構想区域に関しては2次医療圏を考えている、④6~7月の県議会で構想策定のスケジュールを説明後、7月6日の福岡県医療審議会およびその後の医療計画部会にて確認・承諾を得て、今後のスケジュールに関して公表を行う、という回答を得た。

その間も、7月30日に、県医師会の主催で、県行政と病院団体からなる協議会として「第1回地域医療構想プロジェクト委員会」がもたれ、地域医療構想策定に向けたすり合わせが行われた。

結果として、①原則として調整会議議長には各地域医師会会長を任命すること、②地域医療構想のデータは産業医大公衆衛生学教室に協力をお願いすること、③構想区域は取りあえず2次医療圏とする等々が確認された(これらの事項は最終的には福岡県医療審議会と医療計画部会で決定される)。

### 福岡県支部の取り組み—福岡学会が大きな契機

平成26年9月20日・21日に、福岡で第56回全日本病院学会を開催し、全国から約2,800名の参加があった。

厚労省医政局地域医療計画課医師確保等地域医療対策室の佐々木昌弘室長(当時)による「医療法改正と地域医療ビジョン」の特別講演があり、また、

メインシンポジウム2においても、「病床機能報告制度から病院医療の明日を探る」というテーマの下、活発な議論があった。学会を通じてある程度、次年度の地域医療構想に向けた心構えができたと思う。

### 策定作業の開始—日程、会議体、調整会議構成メンバー決まる

7月6日の第1回福岡県医療審議会に、地域医療構想策定体制案、地域医療構想策定会議と地域医療構想調整会議の

設置運営要綱案、各会議の構成員、構想策定スケジュール案(図)が提示された。

### 今後の策定スケジュール(平成27年度)

年度	年月	医療審議会・計画部会	地域医療構想調整会議等	県等	
平成27年度	6月			・策定体制等の検討 ・医療需要等の推計 ・分析作業	
	7月	7/6 医療審議会(策定体制等)			
	8月	8/28 計画部会(医療需要推計・構想区域等)			
	9月			・委員の任命 ・会議日程調整 ・会議資料の作成等	
	10月			委員向け地域医療構想説明会(上旬) 第1回地域医療構想策定会議(上旬) 第1回地域医療構想調整会議(中下旬)	他県との調整協議
		11月		調整会議意見集約・課題分析(構想区域、慢性期の目標設定、区域間調整等) 第2回地域医療構想策定会議(中旬)	
	12月				
	1月			第2回地域医療構想調整会議(1月中旬)	
	2月		計画部会(中下旬) (策定状況報告、構想区域確定)		
	3月		医療審議会(中旬)(策定状況報告)		
	28年度	4月			構想の素案策定に着手(H28年7~8月頃まで)

### 病院団体が合同研究会—あらかじめの意見交換

県内には病院団体が複数あるが、民間主体の団体が「一般社団法人福岡県私設病院協会」(以下私病協)である。会員数223の民間病院を中心とした団体で、福岡県支部とはほぼ同じ会員構成であり、昨年、理事役員を中心に「全日病学会in福岡」を運営した。もう一つ、公的医療機関を多く含む「公益社団法人福岡県病院協会」がある。

今回の地域医療構想策定に関しては、各々の病院団体から互いの情報交

流を求める形で、「福岡県地域医療構想合同研究会」が設立された(平成27年5月12日)。県医師会担当役員にも参加して頂き、およそ月1回のペースで開催している。特に福岡市内には公的な大病院が多く、DPC病床過剰地域であり、今後の病床機能区分、必要病床数に関しては、地域医療構想調整会議以前に、このような会合において、あらかじめ活発な意見交換を行うことの必要性を感じている。

地域医療構想調整会議の構成員は、郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、福岡県病院協会、私病協、全国自治体病院協議会、県精神病院協

会、有床診療所連絡協議会、県医療法人協会、医療保険者、市町村、保健所の13名を基本とすることになった。

### 私病協の取り組み—各調整会議の委員を選んで情報共有

私病協では、平成27年3月より、各構想区域(13医療圏)調整会議の各委員を選出した。各委員には、模擬協議の場に出席して頂いた後にアンケートを取り、本番の調整会議で問題となりそうな課題や、病院協会に対しての要望など多くの意見を集約した。

その後10月6日に、各委員を一同に集めた合同会議を開き、事前に理事会で取りまとめた「地域医療構想に当たって、私病協としての統一的な論点及び留意点について」の文書を手渡し、構想調整会議で民間病院の立場をどのように主張すれば良いか等々の打合せを行った。さらに、「地区連絡懇話会」

として、区内の会員病院を集めて情報共有の場を設置した医療圏もあった。

私病協では毎月様々な研修会を行っているが、今年10月の研修会では、西澤寛俊会長とともに人事異動で就任間もない厚労省医政局地域医療計画課迫井正深課長をお招きし、「地域医療構想に民間病院はどう対応すべきか」をテーマに講演会を行った。

私病協では、また、会員の情報共有の為にホームページをリニューアルし、地域医療構想調整会議で議論された内容が、同一医療圏の会員にすぐに情報伝達できるように、会議報告書を掲載するように準備している。

### 課題山積の構想策定作業—関係団体とともに九州支部協の取り組みも重要

以上、福岡県のこれまでの動向を中心に述べたが、各構想区域(13医療圏)の調整会議は始まったばかりであり、初回から構想区域間の流入・流出の問題がスムーズに協議されるとは考え難い。さらに県境での流入・流出の協議ともなれば、とても予定されている年内の調整は困難と思われる。

今回の構想調整会議の委員構成を見ても、慢性期から在宅への移行を議論するに当たっては、そこに関わる慢性期(療養型)病床の団体、あるいは在宅医、老健施設等の団体は委員として

入っていない。特定の協議に関しては部会やワーキンググループを置くことになっており、メンバーの再調整が必要となるであろう。

地域医療構想策定に関して、特に県内でも過疎地においていかに医師、看護師マンパワーを確保するかなど、これからも、県行政、県医師会、各病院団体が継続して協議していかなければならない課題が山積みされている。

今後とも、全日病九州支部連絡協議会等での情報交換を通じて、最善の解決法を見出して行きたい。

### 九州支部連絡協議会の取り組み—各支部の取り組みや課題で情報交換

「全日病ニュース」(8月1日号)で、長崎県支部長の井上健一郎先生が『九州支部連絡協議会発足』の記事をご報告されているが、陣内重三福岡県支部長の声かけの元、この6月1日に準備会議を開き、7月に九州支部連絡協議会が設立された。月1回の会合を開き、進捗

状況を含めた各支部の取り組み・課題について情報交換する、有意義な会となっている。

第2回の協議会に合わせて、8月29日に厚労省医政局の佐々木室長(当時)と猪口雄二副会長を講師として招き地域医療構想についての研修会を行った。

### 県医師会が牽引した準備期間—模擬協議やデータブックの説明会

これまでに模擬協議が、第1回(平成27年1月20日)、第2回(3月3日)、第3回(8月23日・30日)と3回行われた。各地域の医師会担当理事、各病院団体の担当役員、地域の保健所担当者等々が多数参加し、産業医大公衆衛生学松田教授からの基調講演と実践的な演習が行われた。

また、県医師会の主催で、3月には厚労省医政局地域医療計画課高山義浩課長補佐による「地域医療構想の策定に向けて」と題した講演が行われた。8月4日には「医療計画作成支援データブックDISK1」および「地域医療構想策定支援ツール」利用に関する説明会があり、9月より使用可能となった。

### 「構想プロジェクト委員会」の設置—県・医師会・病院団体の協議体

本年4月の地方選の影響で県行政の

動きもしばらく停滞したが、県保健医

### 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病HPをご参照ください)

研修会名(定員)	日時/会場	参加費/会員(会員以外)	備考
第7回看護師特定行為研修指導者講習会(福岡会場)(50名)	12月27日(日) 9:55~17:30 (福岡県福岡市・TKPガーデンシティ博多5F「阿蘇1」)	10,000円 (10,000円)	・受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。
第8回看護師特定行為研修指導者講習会(広島会場)(50名)	平成28年1月10日(日) 9:55~17:30 (広島県白島市・TKPガーデンシティ広島3F「ダイヤモンドホール」)	10,000円 (10,000円)	・受講要件、プログラム等は全日病HPをご参照ください。