



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2015

NEWS 11/15

発行所/公益社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8
住友不動産猿楽町ビル7F
TEL (03)5283-7441
FAX (03)5283-7444

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.859 2015/11/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

猪口副会長が中医協委員に選任。11月4日の審議から参加

中医協 鈴木委員 地域包括ケア病棟について日医・四病協見解を提言

全日本病院協会の猪口雄二副会長は10月30日付で中央社会保険医療協議会の2号側(診療側)委員に選任され、11月4日の中医協総会から審議に参加した。長瀬委員(日精協副会長)の後任として、日本病院団体協議会の推薦を経て厚生労働大臣から任命されたもの。全日病としては、西澤会長に続く2人目の、日病協推薦による中医協委員となった。診療側ではほかに鈴木邦彦氏(日医常任理事)が任期満了で退任、後任に松原謙二氏(日医副会長)が選任された。(2・3面に関連記事)

中医協委員についての猪口副会長は、11月4日の中医協総会で、「日本の医療においては病院の医療が少しでもいい方に向かうように努力してまいりたい」と挨拶した。中医協では総会に出席するほか、調査実施小委員会を担当する。

猪口委員は全日病の医療保険・診療報酬委員会の委員長を長く務める一方、四病協では医療保険・診療報酬委員会を設置した2000年10月から委員長として活動、日病協でも08年4月から診療報

酬実務者会議の委員長を務めるなど、病院界を代表する診療報酬のエキスパートとして知られる(このうち日病協の職は中医協委員への推薦決定後に退任している)。

また、全日病が提唱し、四病協と日病協による提言ともなった「地域一般病棟」の発案者として、その理論的深化を担ってきた。

「地域一般病棟」は診療報酬で地域包括ケア病棟として一部実現されたが、



▲11月4日の中医協総会に臨む診療側医科の委員(左端が猪口副会長)

日医・四病協の合同提言(13年8月)とそれを深化させた四病協の追加提言(13年11月)は、その概念を、機能分化と地域包括ケアの視点から「地域医療・介護支援病院」へと発展させている。

その猪口委員に後継を託すかのよう

に、退任した診療側の鈴木委員は、3期6年務めた任期最後の中医協総会(10月28日)で地域包括ケア病棟のあり方について提言。その前向きな見直しを求めた。(下段記事を参照)

地域包括ケア病棟

鈴木委員 包括払い+診断群に応じた支払等が必要。200床以上は1病棟に限定

10月28日の中医協総会は、2016年度診療報酬改定にかかわる審議事項として地域包括ケア病棟を取り上げた。事務局(厚労省保険局医療課)は「地域包括ケア病棟の包括範囲など、その評価体系を継続することについて、どう考えるか」と論点で提起、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の評価の枠組を大きくは変えない方向を示唆した。

議論の冒頭で、診療側の鈴木委員は地域包括ケア病棟のあり方に関する「日医と四病協からの提言」(別掲)について説明し、事務局の考え方に対置した。

「日医と四病協からの提言」とは、病床機能報告制度の立案に向けて「病床

機能の区分」と「病院と病床機能との関係」について論じた13年8月の合同提言、そして、地域包括ケアシステムに必要な在宅医療支援や医療・介護連携などの病院機能を明らかにする中で、ポストとサブのアカユート機能を併せ持つ「地域支援病棟」と同病棟を有して病院として地域で地域包括ケアを担う「地域医療・介護支援病院」の整備を訴えた13年11月の四病協追加提言を指す。

追加提言は、「地域医療・介護支援病院」が有すべき機能を、高齢化社会への対応と地域包括ケア構築の視点から具体的に示すとともに、地域医療・介護支援病院の医療法・診療報酬上の扱いを提案、これに日医執行部も賛成している。

この日の総会に事務局が示した16年度改定における地域包括ケア病棟入院料の視点は、基本的に、ポストアカユート活用の視点から急性期大病院からの転換が多い現状を追認するものだ。それは7対1病棟対策とはなるが、急性期病床のさらなる機能分化と地域包括ケ

アを推進するための医療提供体制構築という視点とは異なる。

こうした考え方への対案として鈴木委員が示した見解は要旨以下の内容からなる。

- (1) 地域包括ケア病棟はポストアカユート機能の活用が中心で、サブアカユートの機能が弱い。
- (2) 超高齢化を踏まれば24時間365日の2次救急に対応する病院が必要。かつ、地域包括ケア推進のためには医療・介護連携を支援する病院が不可欠。これらは急性期の機能に位置づけられる。
- (3) これを地域に整備するためには、地域包括ケア病棟を病院機能の視点から位置づけ直し、その内容にそって診療報酬で評価する必要がある。
- (4) 機能分化を進める観点から、200床未満の病院には現行の包括算定に加えて急性期に対応する報酬体系を創設し、他の急性期対応病床を持たずに地域包括ケア病棟入院料のみを届け出た場合に算定できるようにしてはどうか。

(5) 200床未満病院における地域包括ケア病棟入院料は1病棟に限ってはどうか。

支払側の質問に、鈴木委員は「これは地域包括ケア病棟の現行機能と要件を見直すということではなく、病院としての機能を提案したものだ」と述べ、「従来の急性期型の医療機能を分化するだけでは(地域包括ケアシステムに)対応することはできない。治療目的以外の職種、体制、機能を病院に付加していくことが求められる」(追加提言)とし、病床(病棟)中心に論じられてきた機能分化に対して、異なる2つの機能を併せもつ地域包括ケア病棟は病院機能という視点を踏まえて考えていく必要があると強調した。

こうした見解に、白川委員(健保連副会長)は「そうなる範囲を含めて議論しなければならない」と応じる一方、「200床以上病院の参入を1病棟に限るといっては、療養病棟からの参入を抑える考え方と性格が異なるのではないか」と異論を唱えた。



▲地域包括ケア病棟に関する日医・四病協の提言を陳述した鈴木委員

鈴木委員の提出資料(要旨・10月28日中医協総会) *文中の下線・囲みは原文のとおり

□日医・四病協からの提言—地域包括ケア病棟のあり方(病院機能の視点より)—

「地域包括ケア病棟」の機能は「急性期病院からの急性期後の受け入れ」「在宅療養、介護施設等からの急性増悪の受け入れ」「在宅・生活復帰の支援」とされている。しかし、現時点のデータから、その機能は急性増悪時の受け入れ(手術、検査、治療)等の実施は極めて少なく、リハビリに代表される急性期後の医療が主体となっている。

今後の超高齢化を踏まれば、地域包括ケア体制の中で患者情報を共有し、急変時には24時間365日2次救急に対応する機能を持つ病院が必要と考える。

そして、地域包括ケアを推進するためには、こうした入院受け入ればかり

ではなく、退院後に安心して療養できるための支援を行うなどの地域の医療・介護連携を支援する病院を地域ごとに整備することが不可欠である。そのためには、地域包括ケア病棟を病院機能という視点から位置付け、診療報酬において評価する必要がある。

□急性期病床の考え方(下図)

病床機能から考えると、急性期には、在宅や介護施設等の患者の急性増悪対応、2次救急対応が含まれる。また、地域包括ケア推進のため、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援等も必要であり、これらは地域に密着した病院が持つべき機能である。

□病院機能に着目した診療報酬上の評価のあり方

地域の医療・介護連携を支援する病院は地域包括ケア病棟入院料として一部具体化された。しかし、地域における

機能を考えると下記のような診療報酬体系が必要である。(下図)

| 報告制度で議論されてきた病床の機能 | 病院の種類 | 医療機能に付加して病院が持つべき機能 | 診療報酬のイメージ |
|-------------------|------------|--|-------------------------------------|
| 高度急性期 | (3次救急病院等) | (例: 臨床研修機能) | 診断群に応じた支払い等(DPC、機能評価) |
| 急性期 | (急性期病院等) | (例: 2次救急) | 診断群に応じた支払い等(DPC等) |
| 回復期 | (回復期リハ病院等) | 地域の医療・介護連携を支援する病院 高齢者の救急受入れ、在宅医療支援、医療・介護連携、ケアマネジメント支援 | 診断群に応じた支払い等(DPC等) 包括支払い +機能強化 |
| 慢性期 | (療養病床の病院等) | | 包括支払い(+リハ評価等) |

□病院機能に着目した診療報酬上の評価のあり方(例示)

今後、さらに急性期の患者を扱う病院の機能分化を進める観点、また、病院全体の機能の適切な評価及び高齢者の急性増悪への対応など地域の在宅療養を支援する観点から、基幹型病院と地域密着型病院との機能の違いに着目した2つの区分と、それぞれの機能にふさわしい報酬体系の整備が必要と考える(以下は例示)。

●許可病床200床未満の病院

高齢者救急応需等、地域包括ケアにおける在宅療養支援等の機能を評価する

観点から、現行の地域包括ケア病棟の包括算定に加え、急性期に対応する場合の報酬体系(診断群に応じた支払い等)を創設し、他の急性期対応病床を持たず、地域包括ケア病棟入院料のみを届け出た場合に算定できるとしてはどうか。

●許可病床200床以上の病院

急性期の患者を扱う病院の機能分化を進める観点から、地域包括ケア病棟入院料を算定できる病棟は1病棟に限るとしてはどうか。

| 名称(仮称) | 内容 |
|--------|--|
| 急性期病床 | <ul style="list-style-type: none">急性期医療を提供する機能を持つ病床。急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する。多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床など、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされている。 <ul style="list-style-type: none">在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する。2次救急を担う。地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する。 |
| 回復期病床 | <ul style="list-style-type: none">急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。 |

医療課長 「退院支援要員の専従・専任は議論次第」

中医協総会・2016年度改定の議論 診療側「療養病棟入院基本料2の要件変更は医療区分の抜本見直しが前提」

中医協総会における2016年度改定の審議は個別テーマごとの論点にもとづく議論へと移った。以下に10月28日、11月4日、11月6日における議論の要旨を紹介する。

10月28日の中医協総会 入院医療(5)

◎地域包括ケア病棟入院料に関する論点

地域包括ケア病棟に求められる役割や、実際の医療提供の状況、入院基本料をはじめとする他の病棟との関係を踏まえ、前改定で設定された地域包括ケア病棟の包括範囲など、その評価体系を継続することについて、どう考えるか。

◎慢性期入院医療に関する論点

①療養病棟における患者像に応じた評価

・医療療養病床の機能を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料2の病棟にも医療の必要性の高い患者を一定程度受け入れるよう求めることとしてはどうか。
・酸素療法(医療区分3)、うつ状態(同2)、頻回な血糖検査(同2)に該当する患者は看護師の観察頻度等が低い傾向にある一方、急性増悪があった患者もみられるなど、状態が多様であると考えられることから、こうした項目の医療区分の評価がより適正なものとなるよう、よりきめ細かな状況を考慮することとしてはどうか。

②療養病棟における在宅復帰機能の評価

療養病棟の在宅復帰機能強化加算の要件において、在宅復帰率の算出から1ヵ月未満を除外するルールを見直す一方、より直接的に、急性期等から受け入れた患者の在宅復帰の頻度を評価することとしてはどうか。

③障害者施設・特殊疾患病棟の脳卒中患者の評価

・障害者施設等入院基本料や特殊疾患病棟入院料等の病棟に入院する意識障害を有する脳卒中患者の多くは、本来これらの病棟への入院が想定される状態像とは異なっており、引き続きこれらの病棟の入院対象とすることについてどう考えるか。
・当面脳卒中患者がこれらの病棟に入院を要する場合には、特に状態の変動が大きい患者を除き、療養病棟に入院する患者と同等の評価となるよう見直してはどうか。

◎退院支援に係る取り組みに関する論点

・退院支援に係る評価について、現在算定回数が多い退院調整加算及び介護支援連携指導料を中心として、簡素化を図ることとしてはどうか。
・患者が安心・納得して退院できるよう、退院支援に専従する職員がいくつかの病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスの実施等を通じて入院後早期に退院支援に着手するとともに、医療機関が他の医療機関等と恒常的に顔の見える連携体制を構築するなど、現行の退院調整加算の充実を図ってはどうか。

・また、地域連携診療計画管理料、新生児特定集中治療室退院調整加算など、患者や病棟の特性に応じて特に必要な評価については、退院調整加算の加算として整理してはどうか。

◎入院中の他医療機関を受診に関する論点

入院中に他医療機関を受診した場合には、入院料の点数から一定割合を控除することとされているが、

入院中の患者が異なる診療科の疾患を有する場合にも診断・治療が円滑に行われるよう、精神科病院や有床診療所など、特に診療科の少ない医療機関に入院する患者が、他の医療機関を受診する場合の減算率を緩和することについてどう考えるか。

【主な議論】

地域包括ケア病棟をめぐる議論の概要は1面記事を参照。慢性期入院医療に関して、事務局は、基本的に入院医療分科会の報告で提起された見直し課題に沿って論点を提示した。

療養病棟入院基本料2の要件に医療区分2と3の患者割合を加えるとともに、酸素療法、うつ状態、頻回な血糖検査を想定した医療区分項目を見直すという案に、診療側鈴木委員(日医常任理事)は反対を表明。むしろ、「現場の実態に合わなくなっている医療区分の抜本の見直しが必要ではないか」と提起。「今回は無理ならば、次回改定を視野に在宅医療体制を見据えた見直しを検討すべき」と提案した。

在宅復帰の評価に関しては、在宅以外からの入院患者には在宅復帰の要件を設けずに、その実績を評価すべきと提案、在宅復帰率の計算に1ヵ月未満を含める案は支持した。

障害者施設等の脳卒中患者については「本当に療養病棟の患者と同様の状態像なのか、医療区分の精緻な見直しを経てこそ検討されるべきではないか」と疑問を表明。退院支援の職員に関しては「看護師との兼務を想定すると専任でも可能なようにしてはどうか」とし、他科受診の減算率を緩和する案は「診療科の少ない中小病院も対象とすべき」と論じた。

一方、診療側万代委員(日医常任理事)は、療養病棟入院基本料2の患者割合要件化に賛意を示す一方、「医療区分の見直しと併行しないとうまくいかない」と注文をつけた。脳卒中患者の評価の見直しについては「特に状態の変動が大きい患者を除くという点は評価する」と基本的に支持した。

退院支援の評価について、宮崎医療課長は「(退院調整加算で)退院支援人員の病棟配置や協議等にもとづく医療機関連携が要件になっていないことを含めて」見直す意向を表明。人員配置の対象に現行の看護師と社会福祉士を想定、専従・専任は「今後の議論」とした。

退院支援を評価する診療報酬項目は多岐に分かれている。宮崎課長は「退院支援については簡素化+充実化を図りたい。退院調整加算の加算とするか、退院調整加算の1・2・3とするかは今後の議論による」と展望。他科受診の減算率の緩和に関しては、診療科の少ない医療機関として「精神科病院と有床診療を対象と考えている」とした。

退院支援評価の充実化に対して、万代委員は他医療機関との協議等を要件化するなど、退院支援評価のハードルを上げる考えに反対を表明した。

一方、支払側は他科受診の減算率緩和を除いて事務局提案を概ね支持した。その中で、地域包括ケア病棟に関しては「後ほどの議論としたい」(白川委員＝

健保連副会長)とし、別途時間を確保して再度深める必要を認めた。

11月4日の中医協総会 個別事項(3)

◎特定集中治療室管理料等に関する論点

・特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」について、重症患者に対する評価を充実させるため、A項目のうち「心電図」「輸液ポンプ」「シリンジポンプ」に対する評価の見直し等を図ってはどうか。また、評価の簡素化を図るため、特定集中治療室・ハイケアユニット用のB項目を一般病棟用の評価と揃えることとしてはどうか。

・特定集中治療室など高度急性期医療を行う特定入院料の病棟において、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置することを評価してはどうか。

・新生児特定集中治療室及び小児特定集中治療室において、算定上限を超えて入院している割合が高い一部の重症な患者について、算定可能な日数を一定程度延長してはどうか。

◎救急医療に関する論点

・高齢化等により増加する救急患者の受け入れ体制を確保するため、2次救急医療機関における夜間休日の救急患者の受け入れや、夜間休日における再診後の緊急入院を評価してはどうか。

・現在救急医療管理加算2で算定されている患者のうち、脳梗塞でt-PAを施行したものや、狭心症などで緊急に冠動脈の検査や治療が必要なものについては、「緊急手術を必要とする状態」に準じて救急医療管理加算1として評価してはどうか。

◎小児慢性期医療に関する論点

・小児入院医療管理料について、在宅療養指導管理料や在宅療養指導管理材料加算など在宅医療の導入に係る項目は退院した月にも算定できるようにしてはどうか。

・障害福祉サービスの1つである医療型短期入所サービスの利用中も、障害福祉サービス報酬で評価される範囲を超えた医療上の専門的な処置等は診療報酬上の評価を行なうよう、診療報酬と医療型短期入所サービスにかかる障害福祉サービス報酬の給付調整ルールを明確にしてはどうか。

・小児入院医療管理料について、小児慢性特定疾患等小児科による長期にわたる療養を要する疾病等については対象年齢の上限を延長することとしてはどうか。

◎精神疾患合併妊娠に関する論点

精神疾患を合併した場合の妊娠・出産リスク等を考慮し、ハイリスク妊娠管理加算の対象に、精神疾患に罹患している患者を加えることとしてはどうか。

◎医科・歯科連携による栄養管理に関する論点

栄養サポートチームに歯科医師が配置されている場合を評価してはどうか。また、歯科医師が勤務していない医療機関で歯科医師との連携による栄養サポートの推進を図るため、院外の診療所等から歯科医師が訪問した上で院内スタッフと協同で栄養サポート(3面へ続く)

2015年実調の結果 一般病院は赤字幅を拡大。国立・公立が顕著な赤字経営

厚生労働省は11月4日の中医協・調査実施小委員会に2015年の医療経済実態調査の結果を報告した。

それによると、一般病院は、前々年度(2013年4月～14年3月末の間に会計期間を終えた事業年度)から前年度(同14年4月～15年3月末)にかけて医業収益を1.5%伸ばしたものの、介護収益が0.3%落ち込んだ上に医業・介護費用が3.0%膨らんだため、損益差額の率は-1.7%

から-3.1%へと大きく増加。14年改定を挟んで、赤字幅は183%にも拡大した。

損益差額の率を開設主体別にみると、医療法人は2.1%(前々年度)から2.0%(前年度)とほぼ横ばいながら黒字基調で推移した。しかし、国立(国立病院機構および労働者健康福祉機構)の病院は3.3%の黒字から-0.3%へと赤字に転落。さらに、公立病院も-8.3%から-11.3%へと赤字幅を拡げているが、

13年度は旧会計基準、14年度は新会計基準が適用されているため、この数字には留意が必要だ。

一方、入院収益のある一般診療所は12.8%から11.7%へと率を下げたものの、依然大きな損益差額を得ている。入院収益のない一般診療所になると16.6%から16.1%へとほぼ横ばいを確保した。

実調の結果は調査実施小委から同日の中医協総会に報告されたが、支払側・診療側とも、報告結果を分析した上で後日の総会でそれぞれ見解を表明するとした。

中医協は、両側の見解を踏まえて2016年度診療報酬改定の率に対する意見をまとめ、厚生労働大臣に提出する。

2015年医療経済実態調査(医科・病院)の結果から

●有効回答数 病院1,365(回答率52.9%)、特定機能病院80、こども病院19など
●対象時期 2014年度および15年度の

□1施設あたりの収益(一般病院の全体/施設数816、平均病床数201) 単位:千円

| | 前々年(度) | | 前年(度) | | 金額の伸び率 |
|-------------------|-----------|--------|-----------|--------|--------|
| | 金額 | 構成比率 | 金額 | 構成比率 | |
| I 医業収益 | 3,693,585 | 99.9% | 3,750,362 | 99.9% | 1.5% |
| II 介護収益 | 4,397 | 0.1% | 4,383 | 0.1% | ▲0.3% |
| III 医業・介護費用 | 3,759,894 | 101.7% | 3,872,528 | 103.1% | 3.0% |
| IV 損益差額(I+II-III) | ▲61,912 | ▲1.7% | ▲117,784 | ▲3.1% | - |

(注) 医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の集計(特定機能病院等は含まない)

□開設主体別の損益差額(一般病院) 単位:千円

| | 前々年(度) | | 前年(度) | |
|---------------------|----------|-------|----------|--------|
| | 金額 | 構成比率 | 金額 | 構成比率 |
| 医療法人(419施設・平均135病床) | 40,099 | 2.1% | 37,987 | 2.0% |
| 国立(32施設・平均362床) | 195,736 | 3.3% | ▲19,483 | ▲0.3% |
| 公立(155施設・平均262病床) | ▲423,410 | ▲8.3% | ▲581,414 | ▲11.3% |

(注) 公立病院については13年度は旧会計基準、14年度は新会計基準が適用されているため、この数字には留意が必要。

□開設主体別の平均給与額等(一般病院・前年(度)) 単位:円

| | 病院長 | | 医師 | | 薬剤師 | | 看護職員 | |
|------|------------|------|------------|-------|-----------|------|-----------|------|
| 医療法人 | 29,304,083 | 0.1% | 15,444,200 | ▲2.1% | 5,029,382 | 1.8% | 4,374,399 | 0.1% |
| 国立 | 19,336,117 | 8.4% | 14,253,163 | 1.9% | 5,723,872 | 2.3% | 5,079,607 | 2.0% |
| 公立 | 20,690,861 | 0.9% | 14,940,182 | 1.0% | 6,079,894 | 0.8% | 5,500,787 | 1.6% |

(注) 給与年額および年間賞与額の合計。%は前々年(度)に対する伸び率。国立については、2013年度をもって東日本大震災等に対処するための院長給与減額措置が終了したためと考えられる。

重症度、医療・看護必要度

一般病棟とICU等のB項目同一化に診療側は反対を表明

中医協総会・2016年度改定の議論 猪口副会長 精緻な実態調査を踏まえた2次救急評価の充実化を要望

(2面から続く)

ートを実施することを評価してはどうか。

◎栄養食事指導に関する論点

・医師の指示に基づき管理栄養士が行なう入院・外来・在宅患者訪問栄養食事指導の対象に、がん、摂食・嚥下困難及び低栄養の患者を含めてはどうか。

・入院と外来の栄養食事指導について、より長い時間の指導を評価してはどうか。

・在宅患者訪問栄養食事指導の指導内容については、調理実技だけでなく、在宅での栄養の改善に有効な実践的な指導を行う場合を含めることにしてはどうか。

【主な議論】

この日事務局が提示した論点に対して、診療側の松本委員(日医常任理事)は「全体として概ね了解する」とした。

その上で、歯科医師不在の医療機関における口腔管理に関して「医師の指示でもできるようにしてはどうか。簡単な口腔清拭ぐらいは歯科衛生士ができるようにしてもいい」と提起。これに事務局は難色を示し、歯科の専門委員も反対した。

事務局は、論点で、すでに提起している一般病棟「重症度、医療・看護必要度」B項目の再編にICUとHCUのB項目も合わせることを提案。宮崎課長は、その場合にICU等の基準について「例えば70%にするという議論もあるだろう」と発言、8割基準も含めて見直すことを示唆した。

一般病棟とICU等の評価項目一本化に診療側中川委員(日医副会長)は疑問を表明。

猪口委員(全日病副会長)も、「B項目に認知症患者の評価項目を加えるという見直しは重要なこと」と評価した上で、「ICU等で重篤な状態でB項目を測るといふことと、一般病棟に移った後に、そこからいかによくするかが重要になる中でのB項目とでは意味が違う。両者の評価方法を同じにするというのは適当ではない」と反対を表明した。

これに対して、宮崎課長は「評価項目は揃えた方がいいというのが今回の提案で、その使い方を同じにするかどうかは別の議論である」と指摘。

「ICU等はAかつBの点数による評価であるが、一般病棟に関しては、例えばAのみの評価もあり得るとか、術後の患者の早期離床を評価するなどの見直し案を示している。ご指摘のように状態が改善されればB項目が取れなくなるという点も含めてどうしたらよいか、一般病棟の重症度、医療・看護必要度の中で提案している」と答弁した。

万代委員は、ICU等のA項目見直しは「循環器系患者への影響が大きい。直ちには賛成しかねる」と慎重な姿勢を示した。ICU等への薬剤師配置に関しては「専任まで求めるべきではない」とした。

さらに、救急医療管理加算に関して、「診療内容(対象患者)だけでなく、人の配置など検証調査で示された現場の実態を踏まえた幅の広い視点から、その評価のあり方が議論されるべき」と問題提起した。

支払側は新任の幸野委員(健保連理事)が代表して意見陳述、事務局提案を概ね支持したが、いくつかに異論と注文を唱えた。まず、B項目の見直しに関しては「色々な選択肢がある。シミュレーションを踏まえて考えたい」と意見を保留。薬剤師のICU等への配置は「専任とすることを条件に賛成する」とした。

2次救急における夜間休日の受け入れとその再診後緊急入院を評価する点に関しては「これによって2次救

急の夜間休日受け入れが抜本的に改善されるかは疑問」とし、要件に受け入れ実績を加味するよう求めた。

救急医療管理加算2の対象の重症患者を1に移す案には同意したが、「入院調査結果をみると2で受けている中に重症とは思われない患者がある」として带状疱疹、突発性難聴、虫垂炎などをあげ、その検討を求めたが、支払側の反論に再考を認めた。

小児入院医療管理料の対象年齢上限の延長に関しても「具体的な提案をみて考えたい」と保留。ハイリスク妊娠管理加算の対象に精神疾患を加える件には「精神科医が当該疾患であると判断した患者に限定すべき」と注文をつけた。

栄養食事指導についてより長い時間の指導を評価する案にも疑問を表明、その範囲を限定すべきとした。

救急医療管理加算に関連して、他の支払側委員は「将来的に加算2を廃止する考えはあるのか」と質問。宮崎課長は「今は中身の見直しを提案している。なくす考えはない」と答弁した。

この2次救急に関して、猪口委員は「高齢者の救急が増加する一方で2次救急機関が減少をたどっている中、夜間休日加算など十分な配慮をお願いしたい」と要望。

さらに、救急医療管理加算2を取り上げ、事務局提出のDPCデータによると「その算定の理由(状態像)で“ゼロ回答”となった項目が2つある。これは3次救急医療機関に搬送されたり発症率が少ないことが原因だ。2次救急医療機関は多くの疾患に対応しており、手間のかかる患者も(前出データで拾っている状態像以外にも)沢山ある。もっと精緻な調査を行なって実態に十分即した対応を考慮していただきたい」と、重ねて事務局に要望した。

11月6日の中医協総会 個別事項(4)

◎長期処方に関する論点

近年、処方日数が徐々に増加し、より長期の処方が増加する傾向にあり、何らかの制限を設けるべきとの意見もあるが、処方日数に関する現状やルールについてどう考えるか。また、新医薬品の処方日数制限について、対応できる医療機関が限られている場合に負担が大きいと指摘されているが、これらの対応についてどう考えるか。

◎高齢者への多剤処方に関する論点

特に高齢者に、多種類の服薬に起因する有害事象を防止するとともに、服薬アドヒアランスを改善するために、医療機関において、又は医療機関と薬局が連携して、多種類の服薬を行っている患者の処方薬剤を減少させる取り組みを行い、処方薬剤数が減少した場合について評価することとしてはどうか。

◎残薬に関する論点

医師の了解の下、より円滑に薬局で残薬確認と残薬に伴う日数調整を行うとともに、残薬の状況等について薬局から処方医に情報提供することで患者の指導に役立てることができるよう、処方箋様式に残薬調整の可否に係る医師の指示欄を設けることとしてはどうか。

◎分割調剤等に関する論点

・長期処方等に関して、患者が適正に服薬できるよう、長期保存が困難な場合や後発医薬品を初めて使用する場合以外であっても、処方時に、患者の同意の下で医師が指示した場合には、薬局で分割調剤ができるようにすることを検討してはどうか。

・新薬の処方日数制限について、疾患によっては投薬のための通院が負担となる場合もあるとの指摘を踏まえ、どのように考えるか。また、患者同意の下で医師の指示に基づいて分割調剤を行なう場合は、薬局の薬剤師が処方医と患者の服薬情報等を共有することを前提に新薬の処方日数制限を緩和することについてどのように考えるか。

◎後発医薬品使用の促進に関する論点

・新たな後発医薬品の数量シェア目標が平成29年央に70%と設定されていることから、薬局における後発医薬品調剤体制加算及び医療機関における後発医薬品使用体制加算の算定要件を見直すことにしてはどうか。

・併せて、入院における後発医薬品使用体制加算についても、後発医薬品の採用割合に関する指標を新指標に改めることにしてはどうか。

・また、特定の医療機関からの処方箋集中度が多い薬局の備蓄状況等を踏まえ、このような薬局の後発医薬品調剤体制加算をどのように考えるか。

・後発医薬品のさらなる促進を図るため、院内処方を実施している場合についても、後発医薬品の使用促進に関する取組を評価することにしてはどうか。

・処方せん料について、一般名処方の場合とそれ以外の場合の評価の差が広がるよう見直すとともに、一般名処方加算を算定する際には、1剤だけではなく、後発医薬品の存在する全ての医薬品について一般名処方を行なうことにしてはどうか。

・後発医薬品の銘柄を指定し変更不可として処方する場合には、処方せんに理由の記載を求めることについてどう考えるか。

【主な議論】

事務局の論点に、診療側の中川委員は、①長期処方によって残薬は増える傾向にあり、それを認める考え方は誤っている、②分割調剤の拡大とリフィル制度の導入に反対する、③一般名処方加算の要件をすべての医薬品対象とすることに反対する、と意見表明した。

長期処方に反対する日医の委員からは「(長期処方する)医師にその理由の記載を求めるべき」との提案が示された。

これに対して、支払側は「処方日数は医師の判断に委ねるべきもので、制限する、緩和するという問題ではない。(適正な薬剤使用は)分割調剤やかかりつけ医の推進の中で解決していくべきもの」(幸野委員)との見解を述べた。

同委員は「医療機関と薬局が連携して多剤投与を適正化する」考え方に違和感を表明。「方向としては賛成するが、この内容は薬剤服用歴管理指導料が求める本来業務で、これができていなければペナの対象となるべきもの。しかも、薬局と医療機関を二重に評価するのはおかしい」(幸野委員)として、提案内容の再考を求めた。

さらに、「後発医薬品調剤体制加算がある中、後発品推進に取り組んでいない薬局には何らかの措置を考えるべき」と強硬な姿勢を示した。

残薬に関して、日医の委員は「(処方日数を調整するなどして)適正化した場合は処方せん料で評価する」(松原委員)ことを提案。その一方で、処方せん様式に「残薬調整の可否に係る医師の指示欄」を設けることには反対した。

事務局の論点を概ね支持する診療側(日医)と支払側の意見は対立したが、新薬の処方日数制限の緩和には、両者とも、例外を除いて反対した。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> **メディカル クラーク**®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

医事業務管理技能認定試験

<称号> **医事業務管理士**®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> **ドクターズクラーク**®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団

医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

| | |
|-------|--------------|
| ■受験資格 | 問いません |
| ■試験会場 | 各都道府県内の公共施設等 |
| ■受験料 | 7,500円 |
| ■試験日 | 年12回(毎月) |

| | |
|-------|---|
| ■試験科目 | <実技Ⅰ> 患者接遇 <学 科> 医療事務知識 <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検) |
|-------|---|

| | |
|-------|----------------|
| ■受験資格 | 問いません |
| ■試験会場 | 各都道府県内の公共施設等 |
| ■受験料 | 8,000円 |
| ■試験日 | 年3回(7月・11月・3月) |

| | |
|-------|---|
| ■試験科目 | <実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション <学 科> 医事業務管理知識 <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検) |
|-------|---|

| | |
|-------|-------------------------|
| ■受験資格 | 医師事務作業補助職としての実務経験等があります |
| ■試験会場 | 各都道府県内の公共施設等 |
| ■受験料 | 9,000円 |

| | |
|-------|------------------------------------|
| ■試験日 | 年6回(奇数月) |
| ■試験科目 | <学 科> 医師事務作業補助基礎知識 <実 技> 医療文書作成 |

●試験の詳しい資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

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

2017年に医療介護総合確保方針を改定。厚労省が方針

医療介護総合確保促進会議 15年度基金(医療)の56%が地域医療構想関係。14年度基金の執行率は46.3%

10月28日に開かれた医療介護総合確保促進会議に、事務局(厚労省保険局医療介護連携政策課)は、15年度地域医療介護総合確保基金(医療分)2回目(基金規模292.9億円)の国費内示額を報告した。1回目は、7月に、基金規模総額903.7億円の2/3にあたる610.8億円が、介護分は5月に総額724.2億円に関する国費の交付が内示されている。

2回目の内示は大阪府が基金規模28.8億円(うち国費は2/3の19.2億円)ともっとも多く、次いで、愛知県19.5億円(13.0億円)、東京都14.1億円(9.4億円)、福岡県14.0億円(9.3億円)、兵庫県12.8億円(8.5億円)、千葉県9.7億円(6.5億円)、栃木県9.2億円(6.2億円)、富山県9.2億円(6.2億円)、北海道8.8億円(5.9億円)、広島県8.6億円(5.7億円)という順であった。

この結果、第1回内示と合わせた基金規模の上位10県は、東京都73.5億円、大阪府56.2億円、神奈川県39.4億円、福岡県36.0億円、千葉県32.5億円、愛知県32.3億円、埼玉県30.3億円、北海道33.2億円、静岡県28.8億円、徳島県26.6億円となった。

事務局は、また、14年度基金の執行状況を報告した。

基金額は、(1)病床の機能分化・連携174億円(総額の19.2%)、(2)在宅医療の推進206億円(22.8%)、(3)医療従事者の確保524億円(58.0%)の計904億円。各都道府県が14年度から実施する事業の区別割合は(3)が突出して多く、(1)は最少となった。

(3)に約6割が配分された理由として、事務局は「これまでの地域医療再生基金で実施されていた事業(約300億円)を引き継いでいるため」と説明した。

総額904億円のうち、14年度に実施するとされた事業は計画ベースで603億円(総額比66.8%)で、執行額は419億円(執行率69.5%)であったが、基金規模総額に対する執行率は46.3%にとどまった。

執行額の区別内訳は、前出(1)が計画ベースで95億円、執行額39億円(計画に対する執行率40.5%)、(2)は計画ベースで83億円、執行額46億円(55.3%)、

(3)は計画ベースで425億円、執行額335億円(78.7%)という状況であった。

(1)の「病床の機能分化・連携」に関する事業の執行率が40.5%にとどまったことについて、事務局は、「病床の機能分化・連携の施設整備に関する事業は着手に必要な調整等に時間を要するために事業開始が15年度以降になった県が見受けられたため」と説明した。

基金にもとづく事業について、医療介護総合確保の基本方針は「都道府県は事後評価を実施し、その結果を国に提出するとともに、公表するよう努める」とし、事業プランをまとめた都道府県計画に事後評価の方法を記載することを定めている。

基本方針は、また、「国は都道府県計画に記載された目標の達成状況及び事業の実施状況についての検証を行ない、都道府県に必要な助言を行なう」とともに、事後評価に供するために「適正な評価指標の設定等を行なう」とも定めている。

事務局は、促進会議に、14年度計画に対して各都道府県が実施した事後評価と区別の事業実施状況を例示というかたちで報告。さらに、「適正な評価指標の設定」に向けて、厚生労働科研究費にもとづく研究班に、結果、プロセス、構造に関する指標の開発を委託していることを明らかにした。

この研究では、基金を活用した個別事業ごとの評価だけでなく、当該地域における医療と介護の連携を図る評価指標も検討される。

ただし、研究事業は今年4月から17年3月末までの2年間であるため、定量的な評価指標にもとづく都道府県計画と個別事業の評価は17年度基金からの実施となる。

事務局は、また、昨年策定した医療介護総合確保の基本方針の見直しに着手する方針を示し、次回以降議論を開始する考えを明らかにした。

その時期について、18年度の第7次医療計画と第7期介護保険事業(支援)計画の同時改定を前に、17年度に医療計画基本方針と介護保険事業計画基本

方針の改定が行なわれることから、これらに間に合うよう、「16年内から17年初頭をめどにとりまとめる」とした。

これらの報告を踏まえ、この日の促進会議はフリートークを行なった。

基金事業の評価指標に対して、西澤構成員(全日病会長)は、「機能分化にかかわる施設整備の状況を正確に把握する必要がある」と、緻密な調査の必要を説いた。

さらに、「ハード面の整備だけでなく、機能分化の中で医療の質がどう変化しているかも調べる必要がある。厚労省は質に関する評価指標を設定して都道府県に把握するよう求めていくべきではないか」と論じた。

一方、加納構成員(医法協会会長)は「基金が公私別にどう使われたかも検証していく必要がある」と提起した。

基金の使われ方に関しては、構成員から、「特定の病院の看護師宿舎やデイケア施設がつけられている。国庫補助事業で予定されていたものを基金につけかえたという話だ」との事例が報告された。

これを受け、今村構成員(日医副会長)は「国庫補助事業からの付け替えが360億円に達している。基金における付け替えの内訳を明らかにすべきだ」と事務局に迫った。

一方、相澤構成員(日病副会長)は、「基金によって国民に何が還元されるかがみえてこない。それというのも手段が目的化しているからだ。国民に何を還元するかを目標とすべきではないか」と主張した。

□15年度基金(1,628億円)の内訳

| | 区 分 | 基 金 の 額 |
|--------|--------------|------------------|
| 医療分1回目 | 地域医療構想の達成 | 339億円 |
| 〃 | 居宅等における医療の提供 | 45億円 |
| 〃 | 医療従事者の確保・養成 | 227億円 |
| 医療分2回目 | | 292.9億円 医療計904億円 |
| 介 護 分 | 介護施設等の整備 | 634億円 |
| 〃 | 介護従事者の確保 | 90億円 介護計724億円 |

□2014年度基金904億円の執行状況 *すべて医療分

| | 2014年度事業(計画) | 2014年度事業(実績) |
|------------|----------------------|---------------------|
| 病床の機能分化・連携 | 95億円(合計額に対する割合15.8%) | 39億円(計画に対する割合40.5%) |
| 在宅医療の推進 | 83億円(13.8%) | 46億円(55.3%) |
| 医療従事者の確保 | 425億円(70.5%) | 335億円(78.7%) |
| 合 計 | 603億円(100.0%) | 419億円(69.5%) |

■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 |
|--|---|----------------------|--|
| 平成27年度医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会(150名) | 11月30日(月) 13:00~16:00 (全日病会議室) | 5,400円 (5,400円) | 本講習会は全日病・医法協の共催で実施した「医療安全管理者養成課程講習会」のための講習(1単位)に該当します。 |
| 第4回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(200名) | 12月22日(火) 13:00~18:00 (全日病会議室) | 10,800円 (16,200円) | ・院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的とします。 ・本講習会は全日病・医法協の共催で実施した「医療安全管理者養成課程講習会」のための講習(1単位)に該当します。 |
| 第5回「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会(福岡会場)(120名) | 12月24日(木) 13:00~18:00 (福岡市・JR博多シティ) | 10,800円 (16,200円) | |
| 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。 |
| 平成27年度個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース(東京会場)(90名) | 平成28年 1月13日(水) 10:00~16:30 (全日病会議室) | 12,960円 (17,280円) | ・医療機関内に個人情報保護に関する知識を持ち、職員等を指導できる人材の育成を目的とします。 ・対象者は医療機関の個人情報保護管理責任者、担当者。 |

2015年秋の叙勲で会員5人が受章

2015年秋の叙勲で全日病顧問の川野四郎氏を初めとする会員5人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章・褒章が授与された。

【2015年秋の叙勲・褒章受章者】(敬称略・順不同)

- 旭日双光章 川野四郎 医療法人社団杏風会川野病院 理事長
- 瑞宝小綬章 高橋敬治 医療法人社団松柏会至誠堂総合病院 院長
- 瑞宝双光章 田宮 崇 医療法人崇徳会田宮病院 理事長
- 瑞宝双光章 三好正規 医療法人協愛会阿知須共立病院 理事長
- 藍綬褒章 岡 治道 医療法人桂水会岡病院 理事長

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



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

団体契約者 一般社団法人 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株) 全日病福祉センター

TEL (03) 5283-8066 FAX (03) 5283-8077