



# 全日病 ニュース 2019.12.15

## No.954

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

## 機能が偏る大病院の地ケア病棟は適正化

中医協総会 DPC/PDPSからの転棟での算定は統一

中医協総会(田辺国昭会長)は11月29日、ポスト・アキュートの機能に偏る大病院の地域包括ケア病棟を適正化するとの認識で一致した。自院の一般病床から転棟した割合や病床規模で地域包括ケア病棟入院料に新たな基準を設ける方向だ。DPC/PDPSで一定の入院期間が過ぎて、点数が下がると、地ケア病棟に転棟させる問題に対しては、DPC/PDPSでの算定に統一することで概ね了解が得られた。

地ケア病棟の役割は、①急性期からの受入れ②在宅療養患者の受入れ③在宅復帰支援がある。しかし、入棟前の場所が「自院または他院の一般病床」の患者が100%の病院が割合別で最も多く、このうち「自院の一般病床」の

占める割合が100%の病院が最も多い。特に、400床以上の病院でその傾向がある。また、DPC/PDPSで入院期間が「II」になると、多くの診断群分類で地ケア病棟入院料のほうが点数が高くなる。患者の状態ではなく、点数の差で転棟を決めていると想定される事例がある。これらの問題に対し、次期診療報酬改定で適正化の対応を図る。

地ケア病棟の要件で、実績部分の「在宅医療等の提供」の要件を満たす項目が偏っていることや疾患別リハビリテーションの実施割合が低い病院があること、在宅復帰率7割以上の妥当性に対しては、支払側から厳格化を求める意見が出た。しかし、全日病会長の猪口雄二委員らは、現場の実態を説明

し、基本的には現行通りとすることに理解を求めた。看取りに対する指針の策定を求める要件の拡大では賛否があった。

回復期リハビリテーション病棟入院料で実績指数が要件の日常生活動作の指標であるFIM得点については、発症から入棟までの日数によらず、入棟時FIMが低下傾向であることなどが問題視されている。経営的な観点で人為的に、入棟時FIMが調整されることを防ぐため、患者・家族にFIMの記載内容を説明する方向になった。

回復期リハ病棟を退棟した患者の約6割が外来でのリハビリが必要であることを踏まえ、回復期リハ病棟に外来リハビリテーションの要件を設ける論点も示された。猪口委員は、「遠い場所に通院するよりも、身近でリハビリ



が実施できる環境が重要」と指摘した。

2018年度診療報酬改定で新設した入院時支援加算については、「退院先の見通しが立てやすくなった」などの効果が確認され、さらに充実した評価を設ける方向になった。猪口委員は、同加算や入院時支援加算で配置を求める専従要件の考え方の緩和を要望した。一方、高齢者の退院後の生活を念頭に置いた取組みを評価する総合評価加算は、入院時支援加算と類似の評価を行っているため、統合を示唆する論点も示された。ただ、猪口委員は、「総合評価加算の算定は増えており、対象も異なるので、統合は難しい」と指摘した。

## 計画作成前の疾患別リハ料の算定を可能に

中医協総会 事務負担の軽減で様式の簡略化も図る

中医協総会(田辺国昭会長)は11月27日、疾患別リハビリテーション料などを議論し、専門職種の配置に関する評価や一定の要件緩和で合意を得た。有床診療所は、地域に密着した機能に対する評価を議論したが、支払側が慎重な姿勢を示した。また、支払側の委員が義肢装具の技術料について、「診療報酬と療養費の二重取りがある」と主張。全日病会長の猪口雄二委員をはじめ診療側の委員は、「技術料の趣旨が理解されていない」と反発した。

脳血管疾患リハビリテーション料や呼吸器リハビリテーション料において、言語聴覚士(ST)の配置に関する規定はないが、脳卒中患者の言語障害や発声発語器の機能低下に対するSTの

介入による効果が確認されている。このためSTの配置の評価を検討する。

がん患者リハビリテーション料は、例えば、乳がんの場合は「リンパ節郭清を伴う乳房切除術」が行われた患者など対象が明確に規定されている。しかし、がんの罹患率が高まり、治療選択肢も多様化していることを踏まえ、要件の緩和を行う。摂食機能療法については、摂食・嚥下障害看護認定看護師を含む摂食・嚥下チームの介入が肺炎発症の低下に効果があることから、経口摂取回復促進加算の多職種によるカンファレンス等の要件を見直す。これらの論点について、概ね合意を得た。

疾患別リハビリテーション料を算定するタイミングに配慮した要件緩和も

概ね了承された。疾患別リハビリテーション料は基本的に、実施計画を定め、内容を患者に説明し、診療録に記載するまで算定できない。しかし、実施計画を定めるのに時間がかかり、リハビリの開始時期が遅れることがある。このため、計画作成前でも医師の具体的な指示に基づき提供する場合に、疾患別リハビリテーション料の算定を認める。また、リハビリテーション実施計画書とリハビリテーション総合実施計画書を同一の様式に整理し、重複部分をなくすなど、書類作成業務の簡略化・効率化を図る。

猪口委員は、「現場の実態に合わせて、要件緩和など負担軽減につながる見直しが必要だ」と歓迎した。

有床診療所については、◇医師や看護師を現行の各加算の配置基準より多く配置した場合の評価◇急性期病棟からの患者を受け入れる場合に加算できる有床診療所一般病床初期加算の算定も14日まで認める◇他の医療機関と連携した管理栄養士による栄養食事指導の評価を病床の有無によらず評価一が論点になった。診療側からは賛意が示されたが、支払側からは慎重な対応を求める意見が出た。

義肢装具の技術料については、医療機関と義肢装具業者の連携の実態を踏まえた評価体系の見直しと、「探型」に関する処置料の見直しを論点とした。健康保険組合連合会理事の幸野庄司委員は、「要件を満たさない処置料の算定が野放しになっている」と主張。猪口委員は「一部の不正事例は残念だが、通常は医師の指示の下に、様々な調整を経て製作される。いい加減なものは作れない」と反論した。

## 療養病棟入院基本料の「経過措置1」は延長

中医協総会 データ提出加算の必須化の対象を拡大

中医協総会(田辺国昭会長)は11月22日、入院医療に関し療養病棟入院基本料とデータ提出加算をテーマに議論を行った。療養病棟入院基本料の「経過措置1」は延長、「経過措置2」は廃止することで概ね合意を得た。データ提出加算は、出来高のレセプト情報などのデータ提出が必須の病院を拡大し、200床未満の療養病棟入院基本料と回復期リハビリテーション病棟入院料5・6も対象とする方向になった。

療養病棟入院基本料は、2018年度診療報酬改定で、看護配置が20対1に統一され、入院料1は医療区分2・3の該当患者割合が8割、入院料2は5割になった。ただし、「看護配置20対1または医療区分2・3の患者割合50%」が満たせず、入院料2が1割減算される「経過措置1」と、看護配置25対1が満たせず入院料2の点数が2割減算される「経過措置2」がある。

経過措置は2019年度末までの2年間。「経過措置2」は、2018年度に介護医療院が創設されたことに伴い、それまで

の経過措置がさらに2年間延長された。「経過措置1」の施設は2019年10月1日時点で173施設、8,631床。支払側は、転棟の意向に関する質問で「現状維持」と回答する施設が少なくないことを問題視しつつも、経過措置の延長に同意した。一方、「経過措置2」を届け出ている施設はわずか4施設、157床。診療側は、各施設の状況を把握した上で、経過措置の廃止を容認した。

今回、入院医療等の調査・評価分科会で詳細な調査が実施されたのが、医療区分3に該当する「中心静脈栄養を実施している状態」だった。療養病棟入院基本料1を算定する病床の医療区分3の患者のうち、54%が該当。中心静脈栄養の実施を示す高カロリー輸液を投与した日数の平均をみると、30日未満が最も多かったが、90日以上の日数も多かった。ガイドラインに中心静脈栄養の期間に定めはないが、長期であれば感染症のリスクが高まる。

厚労省の示した論点では、医療区分の評価を行う際に、「必要性の確認」を

行うことを要件に求めるとした。あわせて、胃瘻増設時に必要性や管理の方法を患者・家族に説明していることを踏まえ、中心静脈栄養についても、長期の栄養管理を目的に留置する場合は、「患者または家族等に説明」を行うとした。これらの論点を概ね了承した。

膀胱留置カテーテルについても、中心静脈栄養と同様の問題が指摘された。療養病棟で24%の患者に留置されており、そのうち75%の患者が3カ月以上留置されていた。一方、排尿自立指導料を算定している患者は、算定していない病棟に比べ、留置中の患者が少なく、抜去後の患者が多かった。

このため、排尿自立指導料の算定を増やす観点から、要件を見直す。入院医療等の調査・評価分科会の調査では、算定しない理由で「経験の有する医師の確保が困難」が4割で最も多く、これを踏まえた見直しを検討する方向だ。

データ提出加算の届出の必須化は、2018年度改定で急性期以外の病棟にも拡大され、経過措置を除くと、200床

未満の療養病棟入院基本料と、200床未満の回復期リハビリテーション病棟入院料5・6以外は対象となった。今回、厚労省はこの部分も必須化の対象とすることを提案した。

ただし、電子カルテシステムが導入されていないなど正当な理由があれば、データが未提出でも、入院基本料を算定できる経過措置を設けるとした。あわせて、現行の経過措置は廃止を提案した。データ提出の必須化の拡大に対し、異論は出なかった。

なお、入院医療等の調査・評価分科会では、療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料5・6ともに、50床で区切って必須化すれば、各病棟タイプの9割を超えるため、50床以上が適当との意見が出ていた。

また、作成するデータの質を評価するための現行の「提出データ評価加算」は、未コード化傷病名の割合が10%未満である場合を評価している。未コード化傷病名の割合が平均4%であるとの調査結果があり、それを踏まえた見直しを検討する。ただ、データ提出病棟の対象が拡大され、平均も下がることが想定される。このため、全日病会長の猪口雄二委員は、対象の拡大を見込んだ配慮を求めた。

# 2022年度以降の医学部入学定員見直しに向け議論開始

## 厚労省・医師需給分科会

## 2020年度の地域枠学生は特定の道県で減少

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会(片峰茂座長)は11月27日、2022年度以降の医学部入学定員を決めるため、来年春の報告書策定に向けた議論を開始した。医師の所在地の最新データを基にした医師需給推計も改めて実施する。医師の必要数が満たされる時点を見極め、医師偏在対策を実施しつつ、将来的には医師の養成数を減らすことを念頭に議論を行う。

医師需給分科会の開催は今年3月以来、8カ月ぶり。片峰座長は、医師需給に関連する状況の変化として、医師の働き方改革で2024年度から適用される医師の時間外労働規制の基準が決まったことをあげた。

また、日本専門医機構による専門医研修募集の際の上限設定(シーリング)で、医師需給推計の手法が使われたことに対し、「寝耳に水だった」と述べた。専門医研修のシーリングに需給推計の手法を用いた理由について厚労省は、「東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の5都府県にシーリングをかけ

ていたが、新たな医師偏在指標だと、神奈川県と愛知県は医師多数地域ではないことがわかり、見直しが必要になった」と説明した。需給推計の手法については、日本専門医機構の協議会でも現在、妥当性が議論されている。

全日病副会長の神野正博委員は、「一定の仮定を置いた上での推計であるので、精査を続けより精緻なものにしていく必要がある」と述べた。片峰座長は、妥当性に対し多くの指摘があることに対し、「計算方法をオープンにすべき」と求めたが、厚労省は「すべて明らかにするのは難しい」と回答した。

神野委員は、地域枠を要件とした臨時定員数が特定の道県で大きく減ったことに注目し、厚労省に説明を求めた。臨時定員数の変化は2019年度と2020年度を比べたもの。現在の臨時募集定員枠は2019年度までと変わらないが、都道府県の要請数により全体の人数が決まる。2020年度の医学部入学定員は9,330人で2019年度の9,420人から90人減った。最大の理由は、地域枠の運用

を厳格化したためと考えられる。

地域枠は2020年度から一般とは別枠で募集し、医師不足の地域で一定期間勤務することを医学部入学前に約束することを徹底させた。2020年度の地域枠の臨時定員数をみると、北海道で20人から8人、宮城県で28人から7人、山形県が15人からゼロ、和歌山県が20人から12人、熊本県が10人から5人など、特定の道県で減少が目立つ。

厚労省は、個別の道県の状況には立ち入らないとしつつ、「地域枠が厳格に運用された結果だが、一部に関係者間のコミュニケーション不足もあったようだ」と回答した。神野委員は、医学部段階の医師偏在対策で、地域枠が重要な役割を担い、臨時定員だけでなく、恒久定員にも地域枠を導入することを含めた検討が行われることから、一部の道県における地域枠の運用に懸念を示した。

**海外医学部卒業の医師を推計で加味**  
海外医学部を卒業した医師の取扱い



も議論した。海外医学部卒業後に、日本で医師免許を取得し、日本で診療に従事する医師が増加していることを踏まえ、医師需給推計を行う上で、その分を加味して推計することを了承した。今後の動向の予測は難しいものの、日本人、外国人を問わず、日本で診療に従事する海外医学部を卒業した医師が増えていく可能性は高く、対応の必要があるとの認識を一致させた。

2018年度のデータによると、海外医学部卒業生の医師国家試験合格者数は95人で、全体の1.1%に相当する。このうち、日本人が42人でハンガリーの大学が半数を占める。ハンガリー政府による日本人学生向けの奨学金制度が2014年度から始まったこともあり、近年、ハンガリーの医学部への入学が増えているという。一方、外国人では中国人が28人、韓国人が21人多い。

# 周産期、救急、へき地、精神医療などの指標見直しを了承

## 厚労省・医療計画見直し検討会

## 第7次計画の中間見直し

厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会(遠藤久夫座長)は11月28日、都道府県の第7次医療計画の中間見直しに向け、5疾病5事業および在宅医療の整備のうち、周産期、救急、へき地、精神、がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病の指標見直し案を大筋で了承した。次回の会合で、残りの小児、災害、在宅医療を議論し、年内にまとめ、2020年度からの中間見直しに反映させる考えだ。

周産期医療については、妊産婦が妊婦健診や産科医療にアクセスできる体制を確保しつつ、異常分娩に対応できる機能の集約化が必要との認識で一致。精神科との連携でハイリスク妊産婦連携指導料1・2の届出医療機関数を追加するなどの見直しを行う。全日病副会長の織田正道委員も、集約化の必要性を指摘。「集約化で勤務環境の改善も期待できる。女性医師が多い産婦人科では特に働き続けられる環境が大事」と述べた。

また、「災害小児周産期リエゾン任命者数」を重点指標に変更する。災害医療と小児医療の指標にも追加するとともに、災害医療の体制構築との整合性に留意する。周産期母子医療センターに限らず、災害時の都道府県全体の小児・周産期医療の提供体制に関わる者を任命する。

救急医療は、「救急車の受入件数」、「転院搬送の実施件数」、「搬送時間」を指標に加える。「二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数」には「多職種連携会議等」を加える。介護施設などの看取りで、不要不急の求められていない救急搬送をなくしていくことを目指す。

へき地医療では、「へき地医療拠点病院の中で主要3事業(巡回診療・医師派遣・代診医派遣)の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合」と「へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠

点病院の必須事業(巡回診療や代診医の派遣、遠隔診療の支援など)の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合」を新たな指標に加える。

織田委員は、遠隔診療を支援する具体策を質問したが、厚労省は「実施状況を踏まえつつ、8次計画に向け引き続き検討していく」と回答するにとどめた。

また、地域枠の医師との関係も整理する。へき地は、「無医地区」や「準無医地区」とされる。一方、地域枠の医師のキャリア形成プログラムでは、主に医師少数区域とそれより局所的な「医師少数スポット」で診療に従事することが想定されている。地域によっては、医師少数スポットにへき地が含まれない場合があり、地域枠の医師による医師確保のスキームに乗らない形になる。このため、へき地における医師確保については、費用を誰が負担するかという問題も含め、引き続き検討が必要とした。

精神医療は長期入院医療を是正し、「入院医療中心から地域生活中心」の対策を進めている中で、退院した患者が実際に地域で生活していることを示す指標として、「地域平均生活日数」を位置づける。現状を把握するため、地域の精神保健医療福祉資源の活用実態を網羅的に把握できるReMHRADを情報源として追加する。

がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病についても、それぞれ指標案がまとめられており、報告を大筋で了承した。

糖尿病については、足病変と1型糖尿病の指標を追加する考えが示された。足病変は下肢切断につながり、QOLの著しい低下をもたらすにもかかわらず、アウトカム指標に設定されていない。具体的には、NDB解析を用いて、新規下肢切断術の件数を把握する。1型糖尿病では、専門的治療を行う医療機関数として、「持続皮下インスリン注入療法の管理が可能な医療機関」を把握する。

# 在宅歯科医療の体制構築の指標を第7次医療計画に追加

## 厚労省・在宅医療WG

## アウトカム指標は第8次計画に向け検討

厚生労働省の在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ(田中滋座長)は11月27日、2020年度に実施する第7次医療計画の見直しで指標例に追加する項目を議論した。厚労省は在宅歯科医療の体制構築を進めるための指標を追加する案を示し、WGは了承した。WGの結論は医療計画の見直し等に関する検討会に報告される。

指標例に追加するのは、ストラクチャー指標の「在宅歯科診療に関する連携拠点数」「訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数」「在宅で活躍する栄養サポートチーム(NCT)と連携する歯科医療機関数」の3点と、プロセス指標の「歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数」「訪問口腔衛生指導を受けた患者数」の2点の計5点。

第7次医療計画では、訪問診療を実施する診療所・病院数について、都道府県は原則として数値目標を設定することになっている。全日病副会長の織田正道委員は、「医療機関数だけでなく、訪問診療を受けた患者数についても原則、数値目標を設定すべき」と主張。アウトカム指標の設定についても、例示するよう求めた。厚労省は、「第8次医療計画に向けて検討する」と回答するにとどめた。

厚労省は、第8次医療計画に向けて、都道府県が具体的な数値目標を記載すべき項目に、訪問看護に関わる項目を加える方向を示した。日本看護協会常任理事の吉川久美子委員は、「2025年に訪問看護師を12万人にまで増やすには、第8次医療計画では遅い」として、第7次医療計画の中間見直しに反映するよう求めた。機能強化型訪問看護ス

テーション数を指標に追加することも要請した。これに対し、厚労省は、第7次医療計画の見直しでの反映は難しいとして、今後の課題と位置付けた。

日本慢性期医療協会副会長の池端幸彦委員は、指標・目標の追加を提案する委員らに対して、「第8次医療計画での検討課題」と回答し続ける厚労省の姿勢に「ここまで10回も議論してきたのに、最後のまとめがこれでは残念」と苦言を呈した。

厚労省は「KDBのデータを集計中で、年度内に都道府県に示す。KDBデータを使った指標を今設定してもらうことが、必ずしも在宅医療の提供体制の推進につながるとはいえない。まずは、データの使い方を都道府県に考えてもらう。国は丁寧に都道府県をサポートしていく」と回答した。

一方、今後の在宅医療提供体制につ



いて、全国有床診療所連絡協議会常任理事の猿木和久委員が災害時に支援が必要な患者リストを地域の医師会・看護協会に提供する必要があることを指摘し、金沢市保健局担当局長の越田理恵委員が、「必要な情報を提供することについて国が指針を出せば地方自治体は動きやすい」と同調した。織田委員は、「個人情報保護法により情報共有ができないことが多く、医療現場は困っている。本人の了解が得られ、こうすればいいという方法があれば、ぜひ教えてほしい」と要望した。

# 医療法人光仁会西田病院の受審支援

派遣アドバイザー 診療担当 木村 厚  
看護担当 岩淵 泰子  
事務担当 中嶋 照夫

当協会では病院機能評価受審促進運動の一環として、今年度当初より種別一般病院1の病院に対し、受審支援活動を展開しています。多少の曲折がありましたが、上記3名の機能評価委員が、令和元年11月22日に佐賀県に所在する標記病院に出向き、受審支援および指導を行ったので報告します。

当日は曇り空の1日でしたが、満席の早朝便の空路は快適でした。到着後、福岡空港からレンタカーを駆って1時間半、薄墨を刷いたような唐津市の山並みや小島が点在する玄界灘の眺望を楽しみながら病院に向かいました。病院到着後には、早速、診療・看護・事務管理に分かれ支援を開始しました。以下に、各領域の実施内容をレポートします。

## ●診療部門

診療部門は、機能評価担当の検査科の重松科長、薬剤科の藤巻科長を中心に、放射線科、リハビリ科、検査科、栄養科の管理者が参加して行われました。医師は診療のため、院長が最初と最後に顔をみただけで、参加が無かったために詳しいことはきけませんでした。

まず、最初の1時間で質問票への答えとアドバイスをしました。質問は30項目に及び、特に薬剤科からの質問が多く、アドバイザーから答えたものと病院で考えてもらう項目がありました。続いて、病棟、外来を訪問。室内が非常に広く、無理のない作りとなっていました。緊急コールが決められているが、種類が多すぎることを指摘しました。救急カート内の薬品、器具の種類や配列がカートごとに異なっており、緊急時にあわてるのではないかと考えられました。診療録は電子カルテで、量的監査は行っているが、質的監査が行われていないと言われたが、一般病院1では院長などによる点検が時々行われれば良いと申し上げました。最後に、ケアプロセスのアドバイスを看護部門とともに行いました。キーワードは他職種連携によるチーム医療、サーベイヤールと病院との相互のやりとりであると説明しました。

今回は、主に看護部がプレゼンテーションを行ったが、本番ではまず診療部の医師が始めて、各場面ではそれぞれの担当者が、プレゼンテーションす

ることが望まれると申し上げるとともに、シナリオを作り、自分たちのペースでプレゼンテーションをすることを勧めました。

## ●看護部門

看護部門においては、先に事前質問に沿って、情報伝達エラーやクリニカルパス、医師事務補助者の業務手順の必要性、学生実習への対応等についてお答えしました。病棟概要では、医療安全管理、感染管理の視点で巡視し、救急カート、向精神薬の取り扱い、緊急コード訓練等の検討が望まれました。また、ケアプロセス調査では、症例の選び方、電子カルテの操作、身体抑制、退院支援等に課題が見受けられたため、受審するまでに克服することを期待します。参加された皆様からは、やる気がかがえ楽しく支援させて頂きました。「ワンチーム」が鍵となるでしょう。

今後も、質向上のために、継続的に支援しますので、全日病を通して連絡頂ければ幸いです。

## ●事務部門

事務部門の支援の要諦は、一に各項目で何が必要とされるかではなく、S評価を得るにはどのように準備すべき

かについて、4.2.3の項目を例としてお伝えしました。評価の要素を単に満足するのみならず、項目のプレゼンにおいて如何にキラキラ度をアップするかにかかっており、付帯的なデータ提示や、さらには関連学会等での発表の例示も有効ということを話しました。

次に、マニュアルや規定類の作成要領について、特に病院業務におけるリスクヘッジ(BCP)の問題について説明しました。単に明文化されているのみならず、規定である以上『使える規定』にすべきこと、そのための工夫の仕方などについて支援をしました。

以上の通り、各領域とも3時間ほどの短い時間ではありましたが、有効な支援活動が展開できたと考えます。当該病院では、本審査に向けて病院一丸となって、ご健闘ください。

アドバイザー一同

## 機能評価受審支援相談事業 概要

日本医療機能評価機構の病院機能評価受審準備中の病院へ出向き相談に応じる事業です。日本医療機能評価機構の病院機能評価に精通している方の中から、当委員会でご依頼しましたアドバイザーがお伺いいたします。詳細については全日本病院協会HPをご参照ください。

※注 本事業は病院の受審支援を目的としたもので、認定を保証するものではありません。

# 病院機能評価受審支援相談事業(訪問アドバイス)を受けて

医療法人光仁会西田病院  
病院機能評価委員会(臨床検査科長) 重松 聡

当院は、佐賀県伊万里市の西部に位置し、病床数118床の地域に根ざした病院です。急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟および透析を有し、入院から在宅への支援を行っています。

病院機能評価においては、過去3回の訪問審査を受け、マニュアル・手順の作成、見直しを行い、医療の質向上に向けて日々努力をしているところです。

患者に対して提供する医療の質・内容・考え方等が、ここ15年で変化しています。この度、全職員の質向上を目指す目的で評価項目への取り組み姿勢も含め、アドバイスを頂きたいと思い応募をさせて頂きました。また、電子カルテになり初めての審査となりますので、我々が気付いていない点があればアドバイスを求める考えでもありました。

【一般病院1】で受審する当院に対し、当日は診療、看護、事務管理分野3名のアドバイザーの先生方が来院され、約3時間の短い時間ではありましたが、とても有意義な時間でした。

診療部門では、21項目の質問についてアドバイスを頂きました。特に診療記録の監査について、電子カルテ導入後は量的監査はできているものの質的監査がなかなかできていませんでした。

また薬剤部門についても、根拠に基づくアドバイスを頂きました。

診療カンファレンスなどは多職種カンファレンスでも良く、クリニカルパスは現在使用している種類の明確化と使用率が重要で、作成後はバリエーションが必要とのことでした。医師はICの記録は義務であるとはっきり言われました。外来での救急車来院時、CPAなどの場合、臓器提供のネットワークに連絡が可能か?などの指摘を頂きました。

看護部門では、14項目の質問についてアドバイスを頂きました。入院診療計画書・看護計画などは、個別性が重要視され、同意を得た記録が必要となり、記録をすることの大切さを再認識しました。また診療計画書は、入院の患者に関わる多職種担当者の記名が必要であり、多職種がチームで関わっていることやケアプロセスにおいては典型的な症例を準備し、当院の取り組みを積極的にアピールすることも重要とのアドバイスを頂きました。

事務管理部門では、9項目の質問についてアドバイスを頂きました。喫煙などの職員へのアンケートでは、『現状の把握なのか? 安全衛生面なのか?』など目的を明確にし実施する必要がある。ストレスチェックなどは産業界の関わりはどのようなもの

か? また、病室に配置している温湿度計は、置いておくだけでは意味を成さず、目的が重要とのことでした。

次に病棟ラウンド、最後に今回の重要課題である『ケアプロセス調査』が電子カルテを閲覧しながら行われ、多くのアドバイスを頂きました。

総合的には、『当院に適したマニュアルおよびフローチャートを作成し、それに従って業務が運用されている』ことがポイントになってきます。形骸化したマニュアルではなく、背伸びをせずに根拠に基づいた当院に適した活きたマニュアルを更新し、全職員が実践していくことが肝要であり、頭では解っていてもなかなかできなかったのがスッキリとなりました。

医師・看護師の説明・指導などの内容が、患者・家族に対して理解度・反応までしっかりと記録を残すことが肝要です。今後の課題は、委員会・会議・カンファレンス等での決定事項などを参加していないスタッフに対して情報共有をいかにして行うか? 工夫をいかにするか?だと思っています。

今回訪問アドバイスを受けて、『目から鱗』の箇所があり、まだまだ取組みが甘いところがあり、改めて引き締めて取り組まなければと痛感しました。



診療部門アドバイス風景



看護部門アドバイス風景



ケアプロセス調査アドバイス

# 医薬品・医療機器の先駆け審査制度の進捗状況を質問

## 安藤副会長が医薬品医療機器法改正で国会質問

全日病の安藤高夫副会長(衆議院議員、自民党)は11月6日の衆院厚生労働委員会で、医薬品医療機器法改正案について質問した。

改正案は、国民のニーズに応える優れた医薬品・医療機器を安全・迅速・効率的に提供することを目的とし、医薬

品、医療機器の承認における先駆け審査指定制度の法制化などを内容とする。

安藤副会長は、現在、試行の段階にある先駆け審査指定制度の進捗状況を質問した。答弁した厚生労働省の樽見英樹医薬・生活衛生局長は、医薬品、医療機器、再生医療製品を合わせて42

品目が指定され、8品目が承認されていることを明らかにした。今回の改正で法制化されることにより、開発の予見性が向上するとともに、対象品目数の拡大に向けて、医薬品医療機器総合機構の体制強化を図る。

また、地域における薬剤師・薬局の役割についての質問に対しては、がんなど高度の薬学的管理が必要な患者が

外来で治療を受ける機会が増えてくることから、薬剤師・薬局が地域包括ケアシステムの一員として適切な薬物療法を提供する役割が重要であるとし、地域連携薬局および専門医療機関連携薬局を位置づけ、薬局の機能が患者にわかるように都道府県による認定制度を創設すると説明した。この他、安藤副会長からは、病院薬剤師と薬局薬剤師との格差の問題、災害時を含めたトレイサビリティ向上に向けての取組みなどについても質問があった。

# 次期診療報酬改定で4項目の緊急要望書を提出

## 日病協 働き方改革への対応で基本診療料の増額求める

日本病院団体協議会は11月22日、次期診療報酬改定の緊急要望書を厚生労働省の濱谷浩樹保険局長に提出した。次期診療報酬改定に対する要望書は今回で3回目だが、中医協で次期改定に向けた本格的な議論が進んでいることを踏まえ、緊急要望として、4項目をまとめた。特に、医療従事者の働き方改革への対応で入院基本料の増額を「強く要望する」と強調した。

同日の日病協の代表者会議で要望書の内容を了承した。①医師をはじめとする医療従事者の働き方改革推進支援のための入院基本料の増額②医師事務作業補助体制加算の対象拡大、看護補助加算および病棟薬剤師業務のさらなる評価③地域包括ケア病棟(病床)は、

本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の増悪への対応」「在宅療養の支援」がバランスよく機能することへの評価④急性期の重症度、医療・看護必要度については、認知症、せん妄、問題行動等への対応の評価の継続の4項目とした。

医療従事者の働き方改革に対応するための評価は次期改定の重要事項となっている。ただ、入院基本料の増額に対しては、中医協の支払側委員が明確に反対を唱えており、実現は難しい。なお、厚生省は、入院基本料等加算での対応を論点として示している。

医師事務作業補助体制加算などの評価も、医療従事者の働き方改革への対

応だ。医師から他業種へのタスク・シフトを行う場合の支援を求める。医師事務作業補助体制加算や病棟薬剤師業務実施加算は中小病院が算定しにくい要件となっていることから、改善を求めており、その方向での議論が中医協で行われている。

地域包括ケア病棟(病床)については、地域包括ケア病棟を備える大病院で、3つの機能のうち、「急性期後の加療」としての活用の仕方に偏りがあるとのデータが、中医協の入院医療等の調査・評価分科会が行った調査などから得られている。要望書では、地域包括ケアを支えるという本来の趣旨を踏まえ、3つの機能が「バランスよく機能すること」の評価を求めた。



一般病棟の「重症度、医療・看護必要度」における該当患者の基準の一つである、いわゆる基準②「B項目のうちB14またはB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」は、認知症、せん妄、問題行動等への対応を評価したもの。中医協の議論では、支払側の委員が、急性期入院医療を評価する基準として、基準②の妥当性を疑問視している。日病協としては、重要な指標であり、継続して評価すべきであることを主張した。

# 日本専門医機構の社員資格で要望書提出へ

## 四病協・総合部会 入院時食事療養費の引上げに向けて検討

四病院団体協議会は11月27日に総合部会を開き、日本専門医機構に対して社員資格に関する要望書を提出することを決めたほか、入院時食事療養費について協議し、給食部門の赤字を改善するため、食事療養費の引上げに向けて検討することを決めた。また、医師の働き方改革などの検討状況について報告を受けて協議した。総合部会終了後の記者会見で、日本精神科病院協会の長瀬輝誼副会長が説明した。

日本専門医機構の社員については、現在、四病協で1名の枠があるが、機構の運営に病院団体の意見を反映させるには社員の数を増やす必要があると判断。四病協の各団体に1名ずつの社

員を認めるよう求める要望書を提出する。

入院時食事療養費は、人件費や材料費が高騰する中で長期間、金額が据え置かれているため、委託費が療養費単価(1,920円)を上回る病院が増えている。こうした状況を改善するため、病院団体として入院時食事療養費の引上げを求めていく必要があるとの見解で一致した。

また、医師の働き方改革の推進に関する検討会の審議状況について報告を受けて協議し、B水準、C水準の医療機関に対する評価機能の仕組みについて異論があった。医師の働き方改革では、2024年度から医師に対して時間外

労働の上限規制が適用されるが、B：地域医療確保暫定特例水準とC：集中的技能向上水準の医療機関を都道府県が特定し、1,860時間までの時間外労働を認めるとともに、当該医療機関の長時間労働の実態および労働時間短縮の取り組みを外部の評価機能が分析評価することとしている。評価機能を担う組織については、現在検討会で検討しているが、評価機能による評価分析は3年に1回行うとともに受審医療機関が手数料を負担する方向が示されている。これに対し、「医師を育てる医療機関に負担を求めるのは言語道断」との発言があった。

重症度、医療・看護必要度Ⅱの計算



ソフトの検証組織(仮称)の設置について協議した。2018年度の診療報酬改定で導入された重症度、医療・看護必要度Ⅱは、DPCデータファイルから該当患者割合を計算するが、計算ソフトの信頼性を検証する必要がある、厚生労働省から四病協に対し、検証組織設置の提案があった。総合部会では、「本来厚生労働省が行うべきもの」との意見があり、引き続き医療保険・診療報酬委員会にて検討することとした。

# 「評価機能」の組織体系示す

## 厚生省・医師の働き方改革推進検討会

厚生労働省は12月2日、医師の働き方改革の推進に関する検討会(遠藤久夫座長)に、医師の時間外労働規制の特例であるB・C水準(年間1,860時間)の病院が策定する医師労働時間短縮計画の進捗を評価する「評価機能」の組織体系を示した。

B・C水準の病院は、新組織の「評価機能」により、実際に医師の労働時間の短縮の実績などの評価を受ける。評価結果は病院と都道府県に通知、住民にも公表される。B・C水準の病院は1,500程度。特例水準の指定期間は3年であり、「評価機能」は1年で500病院の計画を評価する必要がある。

厚生省は、都道府県の医療勤務環境改善支援センターとの連携や病院への訪問調査のコストなどを考慮し、中央事務局に加え、ブロック単位で事務局

を置く組織のイメージ案を示した。評価者の中立性を担保するため、各地方事務所の雇用または委託とする。ガバナンスや中立性の確保のため、第三者委員会を設ける。さらに、病院の評価結果については、病院の労働時間短縮と地域医療提供体制との関係を分析する必要があるため、地域医療構想アドバイザーの意見を聴取する。

病院への訪問調査の試行結果も示された。11月25日に、厚生省職員の医師と社会保険労務士の2名が、500床規模の高度急性期・急性期を担う病院を訪問調査した。費やした時間は250分。追加的健康確保措置の評価は今回実施していない。また、事前準備に延べ30時間程度かかった。評価は5段階。最低評価だと、取組みの改善のため、計画の見直し求められる。

# 救急医療管理加算は見直し行わず

中医協総会(田辺国昭会長)は12月4日、基準の曖昧さが指摘される「救急医療管理加算」について、次期診療報酬改定で基準は見直さず、患者の重症度を把握するための指標の記載を求

めた。指標は、患者の病態により「JCS」「GCS」「NYHA心機能分類」などが例示されている。猪口委員は、「2022年改定に向けて、救急医療の実態を調べ、十分な議論が必要である」と述べた。

一冊の本 book review

### 医の希望

著者●齋藤英彦  
発行●岩波新書  
定価●840円+税

4年に1度開催されている日本医学会総会の30回記念として出版された本書は、「革新技術を医に活用する」と「日本の医療システムのゆくえ」という2部で構成され、各分野のフロントランナー9名が最新の状況を語るという内容になっている。医療の幅広さと奥行きを深さ、そして各人の「医」にかけける熱意に圧倒されるだろう。目の前にいる患者様を助けるために、また、日本の素晴らしい医療と医療制度を次世代に残すために、私たち医療人に何ができるかを考えるために、医療・介護に関わるすべての関係者に読んでいただきたい一冊。(安藤高夫)



## ■ 現在募集中の研修会(詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
2025年に生き残るための経営セミナー第22弾「働き方改革・診療報酬改定など厳しい経営環境に向けて～令和2年度の病院の方向性を考える～」(150名)	2020年1月23日(木) 【全日病会議室】	8,800円(税込) (16,500円(税込))	診療報酬改定や医師の働き方改革の議論が行われている中で、病院経営状況を公表している福祉医療機構の本地・チーフリサーチアドバイザーと中医協委員である全日病の猪口雄二会長が講演を行うほか、質疑応答のセミナーを開催する。
病院ソーシャルワーカーと多職種で取り組む入院支援研修会(100名)	2020年2月1日(土)・2日(日) 【全日病会議室】	22,000円(税込) (29,700円(税込))	公益社団法人日本医療社会福祉協会との共催により、病院施設における医療ソーシャルワーカーを含めた多職種を対象とし、ワークショップ形式の研修会を開催する。本研修を2日間通して参加した方には、全日病より「受講修了証」を発行するほか、日本医療社会福祉協会の認定する認定医療社会福祉士のポイント認定対象となる。