



全日病 NEWS 12/15

21世紀の医療を考える全日病 2013

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.815 2013/12/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

医療部会報告 「医療法等改正への意見」、次回まとめへ

医療部会 「新たな財政支援創設」「医療法人間の合併・権利の移転」も盛り込む

12月11日の社保審医療部会に、事務局(厚労省医政局総務課)は、病床機能報告制度創設と地域医療ビジョンの策定を踏まえ、機能分化・連携の推進を支える関係者(国、地方公共団体、病院・有床診、国民・患者)の役割と責務を医療法に規定することを提案、部会は基本的に了承した。

事務局は、また、持分なし医療法人への移行を支援する「移行計画認定制度」を医療法に位置づける方針をあらためて明らかにした。移行に計画的に取り組む医療法人を、国(厚労省)が「認定医療法人」(仮称)に認定、厚労省が指導・助言等の支援を行なうというもの。

移行検討を書き込む定款変更や移行計画の作成などが認定の要件であるが、補助制度や融資制度による支援だけでなく、出資者の死亡にともなって発生する相続税納税猶予などの仕組みを創設する。

この相続税納税猶予は、2014年度税

制改正大綱(12月12日)に、「医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の創設」として盛り込まれた。

事務局は、さらに、医療部会の審議内容を整理した「医療法等改正に関する意見(案)」を提示、各委員から修正追加等の意見を受けた。「意見(案)」これまで検討してきた法制上の改正項目(別掲)をすべて網羅。

とくに、病床機能報告制度と地域医療ビジョンから始まる病床数を医療機能別必要量に収斂させていくプロセスについては、医療機関による自主的な協議をベースにした取り組みなど、同部会における合意内容と今後の検討項目が詳細に書き込まれている。

2014年度中に病床機能報告制度を開始、同年度中にGLを策定。都道府県は15年度から16年度にかけてビジョンを策定すると、日程の展望も確定した。ただし、ビジョンの策定期限は「一定幅のあるものとすべき」と、都道府県に配慮したものとなった。

「(消費税増収分を財源とした)新たな財政支援の仕組みの創設」や「医療法人間の権利の移転に関する制度度の

西澤会長

病棟と病院の機能概念の違いを指摘。診療報酬と機能区分の間の齟齬を追及

この日の医療部会で、西澤委員(全日病会長)は、日医・四病協共同提言の追加提言として四病協がまとめた「医療提供体制のあり方—地域包括ケアシステム構築に向けて」を詳しく説明。急性期と回復期の機能をもつ「地域医療・介護支援病院」および「地域支援病棟」の概念を解説した。

藤本委員(NPO法人地域医療を育てる会)は、「これは地域住民には非常に重要なものだ。高齢者の受入れが期待できる」と提言を評価した。

西澤委員は、「亜急性期入院医療管理料は病棟化される方向だが、在宅急変を受け入れてはどうかと提案している。つまり、急性期と亜急性期が混在する病棟というわけだ。この病棟は、病床

見直し」も盛り込まれた。

「医療法等改正に関する意見」は次回にとりまとめられる見通しだ。

機能報告制度で用いられる4区分のうちの急性期になるのか、回復期になるのか」と質した。

さらに、「2025年に向かう中、診療報酬と医療提供体制が異なる概念でつくられようとしている。厚労省としての統一見解をうかがいたい」と追及。他方で、急性期や回復期等に特化可能な病棟と、地域の必要で複合的な機能を提供する病院とでは機能概念が異なってくる地域医療の実態を理解する必要を説いた。

これに対して、土生総務課長は、「これまでは病棟単位で医療機能を論じてきた。病院単位というのは次のステップの議論かと思われる」という認識を表わした。



医療部会報告 「医療法等改正に関する意見(案)」の項目

□医療機能の分化・連携、在宅医療及び在宅介護の推進

- 病床機能報告制度の創設
- 地域医療ビジョンの策定、ビジョン実現に必要な措置(必要な病床の区分や都道府県の役割強化等)
- 在宅医療の充実

医療計画への在宅医療提供体制整備目標の記載、都道府県と市町村の連携と役割分担、在宅医療に関わる医療従事者の研修等

●医療と介護の連携の推進

市町村に対する在宅医療連携拠点事業のノウハウ等の情報提供、医療・介護の連携コーディネーターの人材育成等

●医療・介護の一体的推進のための医療計画の役割強化

医療計画と介護保険事業支援計画の期間同一化、地域医療ビジョンにおける市町村ごと在宅医療の必要量記載、医療計画における在宅医療を担う医療機関の目標・役割分担の記載、医療計

画における在宅医療と介護の連携に係る市町村の役割の位置づけ、医療・介護・保健福祉等関係者による協議等

●国・地方公共団体・病院・有床診及び国民の役割

さらなる機能分化・連携推進のための方策、特定機能病院(認定更新制を含む)と地域医療支援病院のあり方

□地域の実情に応じた医師・看護師等の確保対策

●医師確保対策

キャリアアップ支援等の環境整備、地域医療支援センター機能の位置づけ、同センターの病院・大学・公益法人等への委託可能化、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開設者等に行なうことができることを医療法で明確化、都道府県で必要な医療確保に関する施策に協力することの努力義務対象者の範囲拡大(地域医療対策協議会を構成する医師会・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)、専門医制度の創設等

●看護職員確保対策

看護師等資格保持者のうちの一定状況にある者のナースセンターへの届出・登録義務化、医師会や病院団体等も入ったナースセンター運営協議会等

●医療機関の勤務環境改善

勤務環境改善マネジメントシステムの創設、都道府県における専門的な支援体制等

●新たな財政支援の仕組みの創設

消費税増収分を財源に各県に基金を造る方向で検討

●チーム医療の推進

特定行為に係る看護師の研修制度、各医療職種の業務範囲と業務実施体制等の見直し

□医療法人に関する制度の見直し

●持分なし医療法人への移行の促進

持分あり医療法人に関して、移行に計画的に取り組む医療法人を国が認定する仕組みを法に位置づけ、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。

●医療法人間の合併・権利の移転に関する制度等の見直し

医療法人社団と医療法人財団の合併に関して法整備を行なう。

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については、中小規模の医療法人を大規模集約する目的ではなく、地域の医療提供体制において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、経営に行き詰まった医療法人を健全な形で再生するという観点から、引き続き検討することが必要。

□医療事故調査の仕組みの医療法への位置づけ

民間の第3者機関の設立等

□臨床研究の推進

臨床研究中核病院の位置づけ

□その他

外国医師等の臨床修練制度の見直し、歯科技工士国家試験の全国統一化

「非営利ホールディングカンパニー型」医療法人の議論に着手

医療法人の事業展開等に関する検討会 産業競争力会議が議論を先行。検討会は慎重論が大勢。議論は継続

□医療法人が行なう配食サービスに関する議論のまとめ(事務局資料)

医療法人が行う配食サービスに関して、以下の点について概ね了解された。

医療法人の運営する病院・診療所の医師が栄養・食事の管理が必要と認める疾患患者であって、

①当該医療法人が開設する病院・診療所に入院していた者もしくは通院している者

②または当該医療法人が開設する病院・診療所から在宅医療を受けている者

に対して配食を行なう業務を、医療法第42条第6号「病院等の業務に支障がない限り行うことができる附帯業務」のうち、保健衛生に関する業務の1つに位置づける。

12月4日の「医療法人の事業展開等に関する検討会」は「非営利ホールディングカンパニー型」医療法人を取り上げた。

経営統合の核となるホールディングカンパニー型医療法人は、臨時国会で成立した「社会保障制度改革プログラム法」で「必要な措置を講ずる」とされた「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」を象徴するテーマとなっており、産業競争力会議の医療・介護等分科会でも議論が進んでいる。

検討会ではその創設に慎重な意見が多数を占めたが、「その目的を明確にし、地域包括ケアや良質な医療提供体制を構築していく上で、地域の医療法人等が連携等を行なって効率的な経営を目指していくことの意義や課題、そしてその手段としてどのような枠組みが考えられるか」という観点から、議論を継続するという方向性を確認した。

この日の検討会は、前回(11月28日)行なった医療法人による配食サービスに関する議論のまとめについても合意。さらに、医療法人社団と医療法人財団の合併規定を医療法に明記することを大筋で了承した。

回復期リハ 病棟専従医師・社会福祉士を評価。休日リハ加算を包括化

療養病棟 亜急性期が可能に。在宅復帰率と透析も評価か。亜急性期病棟 6.4㎡は緩和の可能性も

11月27日●入院医療(5) 一般病棟入院基本料等の見直しについて

【論点】

□7対1における一般病棟用重症度・看護必要度

- (1) 必要度の項目を見直しはどうか。
- ①時間尿測定と血圧測定は項目から削除
- ②創傷処置は褥瘡の処置とそれ以外の手術等の縫合部等の処置を分ける
- ③呼吸ケアは喀痰吸引を定義から外す
- ④抗悪性腫瘍剤の内服、麻薬の内服・貼付、抗血栓薬の持続点滴をA項目に追加する

(2) 救命救急入院料算定7対1の要件に該当患者割合(15%以上)を導入してはどうか。

(3) 名称は「重症度、医療・看護必要度」としてはどうか。

□7対1病棟のその他指標

(1) 要件に自宅、亜急性期・回復期病床、在宅復帰実績ある老健施設を対象とした在宅復帰率を導入してはどうか。

(2) DPCデータ提出を要件とし、データを元に診療実績を要件とすることを引き続き検討してはどうか。

(3) データ提出加算の算定対象をすべての一般病床、療養病床、精神病床とし、データ提出を複数回にしてはどうか。

□療養病棟における在宅復帰率の評価

一定の在宅復帰率をもつ療養病棟を評価してはどうか。

□亜急性期入院医療管理料等の見直し

(1) 亜急性期入院医療管理料

・病棟単位の評価を原則とする。ただし、200床未満の病院は、①看護師の夜勤時間を所属病棟に算入する(現在と同様)、②入院したDPC患者は引き続きDPC点数表で算定するとして、1病棟まで病室単位を算定可能としてどうか。

・200床未満の医療機関は全病棟を亜急性期として届出できる。

・亜急性期病棟の要件は、①2次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届出、②在宅復帰率等、③重症度・看護必要度A項目1点以上の患者が回復期リハ病棟入院料1と同程度、④原則として6.4㎡/床、⑤医療内容のデータ提出を求める、としてはどうか。

・療養病床も1病棟(60床)に限り亜急性期病棟の届出を可能にしてはどうか。

□特定除外患者の受入の評価等

①15歳超で障害を受けた超・準超重症児(者)入院診療加算の算定を療養病棟等で認める。

②障害者入院基本料等を算定する病棟以外の一般病棟に日数上限を設ける。

③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のあり方を継続的に議論する。

④療養病棟における透析患者に対する評価を検討してはどうか。

【議論】

事務局は、一般病棟用看護必要度を提案のとおりにすると、該当患者が15%以上は7対1の56.5%、10%以内の変動範囲にあるのは70.6%に、また、救命救急入院料を算定する7対1では15%以上は42.9%、10%以内にあるのは71.4%へと、それぞれ減少するという推計値を示した。

診療側は、看護必要度に関して、A項目の細目に注文をつけたものの大筋で了解。療養病棟の在宅復帰率評価に関しては在宅復帰率の計算式を他病棟と揃えるよう求めた。医療課長は療養病棟の在宅復帰率を回復期リハ入院料Iと同水準にする可能性を示唆した。

亜急性期の病棟評価に関して、診療側からは、①古い病院に6.4㎡は困難、②病室単位をもう少し柔軟に認めてはどうか、③200床以上にも200床未満の特例や経過措置を認めるべき、④都道府県で指定が異なる2次救急病院よりも消防庁指定や救急車実績の方がよい、⑤同じ看護配置の13対1は救急・在宅等支援病床初期加算がとれるため、新たな亜急性期病棟の包括点数は出来高の13対1と十分な整合性を確保すべき、などの意見が出た。

支払側や専門委員からは、⑥6.4㎡の要件は議論が必要、⑦看護配置は10対1が妥当かつ看護補助の配置も必要、⑧療養病棟が亜急性期を担うというのはイメージがわからない、などの疑問や意見が出た。療養病棟における透析患者の評価には支払・診療双方から疑問の声があがった。

医療課長は、2次救急については消防庁指定等を含む幅広い評価を検討していること、また、6.4㎡の要件には地域特性など一定配慮する可能性を認めた。

10対1も「地域に配慮した評価」の対象に

11月29日●入院医療(5) 地域に配慮した評価 等

【論点】

□地域に配慮した評価

・前改定で導入した地域に配慮した評価は、対象医療機関と評価項目を継続した上で、亜急性期入院の新たな要件を緩和した評価を導入する。

・チーム医療等の専従要件等の緩和は、

対象を外来緩和ケア管理料、糖尿病透析予防指導管理料、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院調整加算へと拡げる。

・夜勤72時間の緩和対象となる特定一般病棟入院料の対象に、一般病棟が1病棟のみの病院を加える。

□入院医療の適正化



▲改定率の引き上げを期しつつ診療報酬の議論に臨む診療側委員

前改定で導入した「金曜入院・月曜退院」「正午までの退院」の評価は継続する。

□外来診療の機能分化の推進

◎大病院の紹介率・逆紹介率

・許可病床500床以上の全病院(精神科単科や療養病床のみの病院は除く)について、紹介率40%未満・逆紹介率30%未満の施設は前改定と同様(初再診料の減額)とする。

・その際、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院は紹介率50%未満・逆紹介率50%未満を対象とする。

◎長期投薬について

「紹介率50%未満・逆紹介率50%未満の特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院」および「それ以外の許可病床500床以上の全病院(精神科単科や療養病床のみを除く)のうち紹介率40%未満・逆紹介率30%未満」は、一部薬剤を除き、投薬回数によって投薬費用(処方料、処方せん料、薬剤料)を制限してはどうか。

◎7種類以上の内服薬投薬の低減措置をどう考えるか。

□個別事項(2) 精神医療について (略)

【議論】

維持期リハの経過措置を延長。廃用症候群のリハは厳格化

12月4日●個別事項(3) リハビリテーション等

【論点】

□リハビリテーションについて

◎早期リハの評価の充実

・循環器系、新生物、消化器系の患者が多く、65歳以上の患者がX割以上の急性期病棟(7対1、10対1)に理学療法士等を配置した場合の評価を新設。「退院時にADLが低下した者の割合がX%以下」等の数値目標を要件としてどうか。

・大腿骨頸部骨折と脳卒中に限り、退院後の外来でも初期加算・早期加算の算定(算定日数は入院と通算)を認め、外来リハが別の場合は当該医療機関への早期紹介を評価する。

・他の疾患別リハと同様、運動器リハ料Iも外来患者に算定可能とする。

◎回復期リハ病棟入院料の見直し

・回復期リハ病棟入院料I算定病棟への病棟専従医師や社会福祉士の配置を評価する。

事務局は「地域に配慮した評価」の対象に10対1を含む考えを示した。また、チーム医療等については専従以外の要件も緩和見直しを検討するとした。

診療側は、「地域に配慮した評価」を容認した上で、「亜急性期入院医療の新たな要件を緩和した評価を導入とは15対1で13対1の評価を行なうということか」と質問。医療課長は「それを含めてご議論いただく」と答弁した。

診療側は、「金曜入院・月曜退院と正午までの退院の評価継続」「大病院の初再診料減額の継続」は了解。「長期投薬」は概ねよいとした上で、「投薬回数によって投薬費用を制限する」ことの内容を質した。多剤投与に関しては反対を表明、見直しを求めた。

「投薬費用の制限」について、医療課長は「何らかの低減措置導入を検討したい」とした。

診療側は、また、7剤規制の撤廃を求めた。現行の維持を求める支払側は、「剤数、減額水準、薬剤料も減額など、7剤規制の運用に議論の余地はある」(白川委員=健保連)と応じる一方、「主治医制の下で7剤規制を管理する労力を加算評価してはどうか」と提起した。

・また、同病棟について、休日リハ提供体制加算を包括かつ要件とする。

◎廃用症候群の評価の見直し

廃用症候群にリハを実施する場合には、それ以外のリハが適用にならない理由を評価表や実績報告書に記載し、その適用を厳格化する。

◎維持期リハについて

医療保険の維持期の経過措置を延長する一方、居宅介護支援事業所の介護支援専門員等との連携や事業所への紹介等を評価する。

【議論】

診療側は7対1・10対1への理学療法士等配置の評価に疑問を表明。とくに、病棟専従医師配置の評価に「専門医が少ない。時期尚早ではないか」と異議。万一導入しても「加算評価とすべき」(万代委員=日病)と注文をつけた。社

(3面に続く)

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。

(2面から続く)
 会福祉士の専従化には賛成した。
 休日リハ提供体制加算の包括化にも「包括化は時期尚早」と反対(万代委員)。万導入の場合は「点数を下げるべきではない」(鈴木委員=日医)とした。
 廃用症候群に関しては「一律の規制は問題がある」としつつ、「不適切な事

例を明らかにする上では記載欄を設けることはよい」(鈴木委員)と賛成。
 要介護者等が医療保険で維持期リハを受けるのを14年3月31日までとしている経過措置の延長に支払・診療側とも同意したが、支払側は移行が進まない背景に介護保険における体制整備の怠慢があると強い不満を表わした。

夜間休日救急搬送医学管理料に精神疾患や薬毒物中毒の加算 医師事務作業補助者は事務職等との役割分担明確化の上増点か

12月6日●個別事項(5) 勤務医等の負担軽減等

- 【論点】**
 □勤務医等の負担軽減等について
 ◎病院勤務医等の負担軽減
 ・時間外・休日・深夜の内視鏡検査に新たな評価を設けてはどうか。
 ・時間外・休日・深夜の処置(1000点以上)・手術の評価を充実させる。その際、①医師の時間外・休日・深夜の対応に関する配慮(予定手術前の当直の免除や交代勤務制の導入、時間外・休日・深夜の対応に対する手当)を実施する、②採血・静脈注射・留置針によるルート確保について他業種との役割分担を推進する、ことを要件としてはどうか。
 ◎医師事務作業補助者
 勤務場所に一定の制限を設けた上で、医師事務作業補助者との適切な業務分担による勤務医負担軽減をさらに推進してはどうか。
 ◎看護職員の負担軽減
 ・重症度が高い患者を多く受け入れている病棟の夜間急性期看護補助体制加算と看護職員夜間配置加算の評価を充実してはどうか。
 ・月平均夜勤時間72時間要件のみが満たされない場合の緩和措置は、7対1と10対1だけでなく、72時間が要件の他入院基本料も同様にしてはどうか。
 □チーム医療の評価について
 ◎病棟薬剤師
 ・療養病棟と精神病棟における病棟配置の「入院後4週間」制限の見直しを検討する。
 ・14年度以降も病棟薬剤業務実施加算を継続する。その際、退院時の薬剤指導等を病棟薬剤業務に位置づける。
 ・また、当該病棟入院患者に対して退院後も引き続き、必要に応じて、在宅患者訪問薬剤管理指導を行なうものとする。さらに、在宅患者訪問薬剤管理指導をできるようにする。
 □院内感染防止対策、救急、周産期・小児医療について
 ◎院内感染防止対策
 サーベイランスへの参加を感染防止対策加算1の算定要件としてはどうか。
 ◎救急医療
 ・救急医療管理加算算定要件の「他項目に準ずる重篤な状態」を見直してはどうか。
 ・状態が不安定な患者を一時的に高次医療機関へ搬送し、治療を継続するた

- めに再び搬送元の医療機関等へ搬送する場合(一般病棟入院基本料を算定)に、医師が同乗して診療を行なった場合の評価を設ける。
 ・救命救急入院料における精神疾患診断治療に関する評価は救命救急入院料の算定期間中、精神科医が最初に行なったものについて算定する。
 ・救命救急入院料における薬毒物中毒患者の分析について、①単なる薬物血中濃度測定等を行なう場合と日本中毒学会のGLに基づく詳細な分析装置を用いたものとの評価を分け、②救命救急センターでも算定可能とする。
 ・夜間休日救急搬送医学管理料に精神疾患合併患者や薬毒物中毒患者加算を設ける。
 ◎周産期・小児医療
 ・新生児特定集中治療室退院調整加算はハイリスク患者への早期退院調整を要件とする。
 ・周産期医療センター等と連携し、在宅へ帰ることを前提に急性期病院でNICU後の重症児を受け入れることや当該病院における退院支援を評価する。
 ・連携先医療機関で在宅療養指導管理料を算定している場合でも、他医療機関と別の指導管理が行なわれた場合には在宅療養指導管理料を算定可能とする。
 ・パピゾマブの注射当日の診療は出来高で算定できるようにする。
 □認知症対策について
 ◎認知症疾患医療センター診療所型(仮称)の評価
 他医療機関からの紹介を受けて認知症の鑑別診断を行なった上で療養方針を決定した場合や認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けて療養計画を示した場合は、認知症疾患医療センター診療所型(仮称)も認知症疾患医療センターに準じた評価をする。
 ◎重度認知症加算
 3月以内の算定となっている重度認知症加算について、認知症治療病棟入院料と同様、より短期間に限って重点的に評価する加算へ見直す。
 ◎認知症リハビリテーション
 精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした認知症治療病棟に入院したBPSD患者に対する認知症リハビリテーションを評価する。
 *(編集部注)褥瘡対策以降の論点は後

日に回された。
【議論】
 医療課長は、重度認知症加算を「1月以内に絞る」考えを明らかにした。時間外等の内視鏡検査の評価について、「これまでは外科系の評価を高めてきたが、内科系も充実させるべきと考えた」と説明した。
 医師事務作業補助者の「勤務場所の一定制限」については、「施設基準では医師以外の職種の指示の下に行なう業務はできないとされている点を明確にした上で、評価の充実を考えてはどうか」と説明、加算する意向を示した。
 退院時の薬剤指導等を追加して「病棟薬剤業務を充実させる」意味については、「評価の充実とするかは議論次第である」と引き上げも選択肢の1つとした。これに、白川委員は「これは薬剤師の当然の業務。要件に加えることに留めるべきだ」と反対した。
 福井専門委員(日看協)は、「急性期

看護補助体制加算の算定有無にかかわらず夜間急性期看護補助体制加算がとれるようにしてほしい」と要望。他方で、「13対1や15対1の夜勤時間は60時間台で推移している。緩和措置はいらぬ」と適用拡大に反対。夜勤専従者の夜勤上限144時間が廃止されたことにも言及、その復活を求めた。花井委員(連合)は「緩和措置は7対1・10対1についても廃止すべき」と主張した。
 万代委員は「緩和措置は72時間要件のみを満たせない病院に対する特例。ぜひお願いしたい」と実現を求めた。併せて、入院基本料から72時間要件を除く件について、「今回は緩和措置の適用拡大で仕方がないが、次々期の改定に向けて議論してほしい」と要請した。
 救急医療管理加算の要件の「他項目に準ずる重篤な状態」の見直しについて、診療側は「これは問題。こうした状態像の内容分析を先行させるべきだ」(鈴木委員)と批判した。

12月11日●個別事項(6) 明細書の発行等

- 【論点】**
 □褥瘡対策 *個別事項(5)の続き
 ・特定日の褥瘡の患者数、院内発生患者数等の報告を求めているかどうか。DPCデータ提出病院には入退院時の褥瘡の状況を提出させてはどうか。
 ・訪問看護利用者の褥瘡状態のリスク評価について明確に規定、訪問看護ステーションに褥瘡患者の報告を求めているかどうか。
 ・在宅ですでに褥瘡が発生している患者にはチームによる褥瘡ケアを評価してはどうか。
 □HCUの「重症度、医療・看護必要度」見直し *個別事項(5)の続き
 評価方法を現行の「A項目3点以上またはB項目7点以上」から「A項目3点以上かつB項目7点以上」に変更するとともに、評価項目を一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の見直しを踏まえて修正、一定期間の経過措置や基準該当患者割合の緩和等を検討する。
 □ICUにおける重症度の見直し *個別事項(5)の続き
 ・「A項目3点以上またはB項目3点以上」の評価を「A項目3点以上かつB項目3点以上」に変更、一定期間の経過措置の設置や、基準該当患者割合の緩和等を検討する。
 □明細書の発行 *個別事項(6)
 ・電子レセプト請求が義務化されている400床未満の病院にも明細書の無料発行を義務づけてはどうか。
 ・明細書発行機能がないレセコンを使用しているなど、無料発行に対応できない「正当な理由」に該当する医療機関には、レセコン改修時期などを届出させてはどうか。
 ・明細書発行の費用について、1,000円を超える料金を徴収する場合は、料金設定の根拠等を提示することについて

- どのように考えるか。
 □技術的事項 *個別事項(6)
 ◎喀痰吸引指示書について 略
 ◎遠隔モニタリングによる心臓ペースメーカーの指導管理料等について 略
 ◎胃瘻等について
 ・胃瘻の造設前の嚥下機能評価の実施や造設後の連携施設への情報提供を推進するために、どのような評価を行なうか。
 ・一旦経口摂取不可とされた患者について、高い割合で経口摂取可能状態に回復させている医療機関における胃瘻閉鎖術や摂食機能療法の評価をどう考えるか。
 ◎画像診断管理加算
 画像の読影等を行なう外部の機関を利用した場合は、画像診断管理加算の評価の対象としないこととしてはどうか。
 ◎在宅自己腹膜灌流指導管理料算定患者の他院受診
 在宅自己腹膜灌流指導管理料を請求している患者は他の医療機関で人工透析を行なっても算定できないことを明確にしてはどうか。
【議論】
 診療側は、ハイケアユニット入院医療管理料と特定集中治療室管理料の重症度等必要度の基準変更「激変過ぎる」と強く反対、再考を求めた。
 また、400床未満にも明細書発行を義務づける案には「200床未満は現行どおりとする」ことを提案。「レセコン改修時期などの届出」にも「改修時期の確定は容易ではない」と難色を示した。
 嚥下機能の評価に関しては、①胃瘻の造設前・造設後の嚥下機能強化、②在宅患者の嚥下機能強化、③胃瘻から経口摂取への回復に対する各評価を連携も含めて検討するよう求めた。

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。

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

「予算編成の基本方針」改定の記述を「抑制」から「適正評価」へ修正

2014年度診療報酬改定 西村内閣府副大臣は「基調に変化はない」と“後退”説を否定

12月11日の中医協総会は2014年度診療報酬改定に対する意見をまとめた。意見書には、「マイナス改定とすべき」「全体(ネット)改定は必須であり、従来どおり薬価引下げ財源を診療報酬全体の改定財源とすべき」と、支払・診療各側の意見が併記された。

14年度診療報酬の改定率は、12月24日とみられる予算編成が終わるまで予断を許さない厳しい情勢が展開されている。

11月15日の経済財政諮問会議で、安倍首相は「14年度予算で講じる措置が新たな国民負担につながることは厳に抑制しなければならない」と発言、プラス改定を否定したと受け止められた。

一方、財政制度等審議会が採択した「14年度予算の編成等に関する建議」

(11月29日)は、①本体部分をマイナス改定とする、②薬価改定引き下げによる財源を本体部分の補填にまわさない、ことを求めた。

これを受け、「14年度予算編成の基本方針案」(12月5日の経済財政諮問会議)には、14年度改定で「新たな国民負担につながることは厳に抑制する。薬価と診療報酬本体を一体としてみるのではなく、薬価は市場実勢価格を反映させるとともに、診療報酬本体も、これまで相対的に高い伸びを示してきたことを踏まえ、抑制する」と書き込まれた。

しかし、そうした局面に転換の兆しが生じた。諮問会議が12月12日に答申、同日閣議決定された「14年度予算編成の基本方針」で、前出部分が次のとお

り修正されたからだ。

「消費税率引上げに伴う医療機関等のコスト増の問題に適切に対応しつつ、新たな国民負担につながらないように努める。しかし、医師不足など地域における医療に係る諸問題に的確に対応しなければならない。診療報酬本体と薬価のそれぞれについて真に必要な分野への重点的な配分を行う。(中略)診療報酬本体については、医療費の増加に伴う国民負担の増加を勘案しつつ、これまでの改定による影響なども踏まえ、適正な評価を行う」。

この背景には、自民党所属国会議員からなる「国民医療を守る議員の会」が12月10日に採択した「平成26年度診療報酬改定に関する決議」と、これを受けた党内調整および官邸への強力な

働きかけがある。

もっとも、諮問会議後の会見で、西村内閣府副大臣は「『歳出改革』の『社会保障』前文に“新たな国民負担の発生を厳に抑制し”とあるなど、基調に変化はない」と述べ、“後退”説を否定した。

その上で、「最終的には適正な評価を行なうということ、予算編成の中で判断をしていくということである」と、予算編成作業で政治決着に持ち込まれる可能性を示唆した。

一方、消費税増税にともなう診療報酬上乘せ分の財源(改定率)に関しては、消費者物価への影響を加味した1.23%に対して、日医を初めとする医療団体は3%の引き上げ分をそのまま反映した1.36%を主張している。

14年改定のDPC対応方針

「3日以内再入院の算定ルール」と「後発医薬品指数」は再検討

12月12日の中医協総会は、2014年改定に向けたDPC制度の対応方針を整理した「中間とりまとめ案」について議論、

分科会で再度検討すべきとした「3日以内再入院の算定ルール」と「後発医薬品指数」の2点を除いて了承した。

2014年改定に向けたDPC制度の対応(中間とりまとめ案=要旨) 12月12日

●機能評価係数Ⅱの見直しについて

①データ提出指数

・名称は「データ提出指数」から「保険診療指数」に変更する。

・I群病院で指導医療官を1年間派遣(出向)した場合に指数を一定加算する評価を導入する。

・「様式間の記載矛盾」があるデータの割合が「1%」以上ある場合、当該医療機関の指数を一定程度減じる評価方法を導入する。

・未コード化傷病名の割合が20%以上の場合に指数を一定減じる評価方法を導入する。

⑤救急医療指数

評価対象患者として、現行の「様式1

の救急医療入院の有無」に加え、「重症な患者が算定すると考えられる入院料(救急医療管理加算、救命救急入院料等)を入院初日から算定していること」を追加する。

⑥地域医療指数(体制評価指数について)

・現行の10項目に「急性心筋梗塞の24時間診療体制」と「精神科身体合併症の受入体制」を追加した12項目で評価する。

・現行10項目については「小児がん拠点病院」を追加。さらに、2015年度以降は評価対象を「地域がん診療病院」と「特定領域がん診療病院」に変更することを今後検討する。

・「災害時における医療」に、災害拠点

病院に加えて、新型インフルエンザ等特措法で指定地方公共機関に指定された医療機関を評価する(15年度からの導入を14年度以降に検討)。

・体制評価指数の評価上限(現行は10項目中7ポイント)は医療機関群別に設定する。

⑦後発医薬品指数(新設)

・評価対象となる薬剤の範囲は入院で使われる全薬剤(包括部分+出来高部分)とする。

・ロードマップの目標値である60%を評価上限とし、連続値で評価する。*編集部注/再検討とされた

●算定ルール等の見直し

(1) 退院後3日以内に再入院となった場合の算定ルール *編集部注/再検討とされた

・前回入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の上2桁コード(MDC)が一致するものは「一連」と見なす。

・「7日」以内の同一病名の再入院は「一連」として取り扱う。

・再入院時の悪性腫瘍の化学療法を実施する症例は当該ルールの適用を除外する。

・「一連」と見なされる再入院における退院期間の日数は入院期間とはみなさない。

(2) 持参薬について

・持参薬については下記のような規定を設ける。

DPC対象病院は、入院が予め決まっている患者に入院の契機となった傷病を治療するために使用する薬剤は、特段の理由がない限り、当該病院の外来で事前に処方する等患者に持参させて入院中に使用してはならない(特段の理由がある場合は診療録に記載する)。

●退院患者調査の見直し

・入院経路や退院先など様式1の一部項目を見直す。

・15年度以降から様式4を様式1に統合する。

・外来EF統合ファイルは、I群・II群に加え、III群のDPC対象病院も提出を必須化する。等

2014年度診療報酬改定の基本方針まとまる

回復期機能に対する診療側の意見を併記

社保審の医療部会(11月22日)と医療保険部会(11月29日)は2014年度診療報酬改定の基本方針をまとめ、12月6

日の中医協総会に報告された。基本方針は12月5日の経済財政諮問会議に提示され、議員からは様々な意見が示さ

れた。

先行してまとめられた「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革

関連の基本的な考え方」(9月6日)の記載を多く採用したため、これまでの入院医療の議論で使われてきた「亜急性期等」を「回復期」と言い換えるとともに、入院医療分科会の報告で示された亜急性期医療の機能に対する診療側の反論を盛り込み、両論併記とした。

2014年度診療報酬改定の基本方針(要旨)

1. 重点課題

①入院医療

i. 高度急性期・一般急性期

急性期病床の患者像の検証を基に以下の事項について検討する。

・急性期病床の担う機能の明確化による高度急性期と一般急性期を担う病床の機能強化

・重症度・看護必要度の見直し等による患者の状態に応じた医療の提供

・入院早期からのリハビリや退院・転院支援の推進

・退院・転院に係る連携の強化

・急性期病床の平均在院日数の短縮等

ii. 慢性期(長期療養)

機能分化を図る観点から以下の事項について検討する。

・急性期における長期入院患者の評価の適正化

・長期療養を担う病床の急性期等との連携強化、受入体制の充実等

iii. 回復期(亜急性期入院医療管理料等)

回復期リハ病棟との機能の違いを踏まえつつ、例えば、急性期病床からの患者の受入れ、在宅・生活復帰支援、

在宅患者の急変時受入れなど、亜急性期入院医療管理料における患者像や機能を明確化し、回復期病床の機能に応じた評価について検討を行なう。

他方、在宅患者の急性増悪には急性期病床が対応すべきであり、また、亜急性期という表現の中で急性期と回復期を含むと非常に分かりにくいいため、病期に応じて報告する病床の区分に合わせ議論を整理すべきという意見があった。

iv. 地域特性について

12年改定で行なった地域の実情に配慮した評価のあり方について検討する。

v. 有床診療所における入院医療

地域包括ケアシステムの構築を目指す中で有床診療所の評価について検討する。

②外来医療

外来医療の機能分化・連携を更に推進するため、以下の事項について検討する。

・診療所や中小病院における主治医機能の評価

・大病院の専門外来の評価

・大病院の紹介外来を更に推進する方策等

③在宅医療

介護報酬との連携に留意しつつ、以下の事項について検討する。

・看取りを含め、在宅療養支援診療所・病院の機能強化

・在宅療養支援診療所・病院以外の医療機関による在宅医療の推進

・機能に応じた訪問看護ステーションの評価、その大規模化の推進

・訪問診療の適正化等

④医療機関相互の連携や医療・介護の連携によるネットワークについて

機能分化・連携や医療・介護の連携をさらに推進するため、病院、医科・歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所等のネットワークで、病院から在宅への円滑な移行や医療・介護の切れ目のない連携を図ることへの評価を検討する。

2. 改定の視点

(1) 充実化の視点

・緩和ケアを含むがん医療の推進

・精神病床の機能分化、精神疾患に対する医療の推進

・若年性認知症を含む認知症への対策の推進

・救急医療、小児医療、産産期医療の推進

・在宅復帰を目指したりハビリの推進

・手術等の医療技術の適切な評価等

(2) 安心・安全で質の高い医療を実現する視点

・医療安全対策等の推進

・明細書無料発行の推進

・入院中のADL(日常生活動作)低下の予防

・患者データの提出等

(3) 医療従事者の負担を軽減する視点

・医療従事者の負担軽減の取組

・救急外来の機能分化の推進

・チーム医療の推進等

(4) 効率化余地がある分野を適正化する視点

・後発医薬品の使用促進

・長期収載品の薬価の特例的な引下げ

・平均在院日数の減少、いわゆる社会的入院の是正等

Ⅲ. 消費税率8%への引上げに伴う対応

Ⅳ. 将来を見据えた課題 略