



# 全日病 NEWS 4/1

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.821 2014/4/1 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

第1回臨時総会

## 西澤会長「改定対応と将来の機能選択に整合性を確保すべき」

公益社団法人全日本病院協会は第1回臨時総会を3月29日に本部大会議室で開催、理事会が承認した2014年度の事業計画と予算、2013年度の事業計画変更と補正予算の各報告を受けるとともに、顧問委嘱案を承認した。(2014年度事業計画を7面に掲載)

第1回臨時総会で挨拶した武見参議院議員は「医療介護総合確保法によって、都道府県の組長が医療計画と地域医療ビジョンという2つを掌握して改革に臨むことになる。そうした中で、全日病の各支部は地域における病院団体としての役割を果たしてもらうことになる」と、2025年に向けた改革の主旨は都道府県と地域の医療提供者である旨を指摘した。

一方、西澤会長は冒頭挨拶で、「改定が行なわれたが、各病院は点数の多寡だけで判断するのではなく、自院の将来ポジションを考えて進路を選択していただきたい」と、会員病院に呼びかけた。

その理由に病床機能報告制度と地域医療ビジョンをあげ、「報告制度では、

現在の医療機能とともに将来の方向すなわち自院の将来ビジョンを報告することになる。したがって、制度改革への対応と診療報酬改定への対応を整合性をもって行なう必要がある」と論じた。新たな基金制度に対しても、執行部として「支部と協力しながら対応を図る」方針を表明した。

具体的には、(1)14年度改定への対応、(2)改定と制度改正との整合性を確保した対応、(3)2025年に向けた医療提供体制のあり方の検討という3つの課題を、「正副会長会議を中心に、関連委員会の協力を得て、必要な情報を会員に提供するとともに



対応のあり方を示し、会員病院と議論していく」考えを明らかにした。

## 「支部と会員病院は新基金に積極的に手上げしてほしい」

西澤執行部 各支部に事業案を用意し、都道府県と早期に協議するよう行動を提起

3月29日の第2回支部長・副支部長会で、西澤会長は今後の制度改革について、猪口副会長は2014年度診療報酬改定について、それぞれ執行部見解を表明した。

西澤会長は、新たな財政支援制度(新基金制度)の2014年度交付に向けた行政の動きが急ピッチで始まっていることを指摘。「全日病の各支部は新基金を活用した事業案を用意し、都道府県との話し合いに参画していかねばならない」と強調した。

新基金について、厚生労働省は、(1)

公民に公平に配分する、(2)事業計画の策定にあたっては広く関係者・関係団体の意見を聞くという指針を示すとともに、各都道府県が9月に策定する事業計画を踏まえて10月に内示するとしている。

この意見聴取対象の1つに各都道府県の病院団体が、関係者には個別医療機関が入る。厚労省は都道府県に対するヒアリングを4月から5月に2回実施し、関係者・関係団体の意見聴取を含めた検討状況をたずねるとしている。

こうしたことを踏まえ、西澤会長は「各支部と各医療機関は、県医師会と

連携しつつ、地域医療の底上げに寄与する事業案を早期に作成し、4月中旬の第1回ヒアリングの前に各都道府県に提案、協議してほしい」と行動を提起。

「支部独自で、あるいは個別医療機関が共同してもよいし、医師会と連携してもよい。いずれにしても、民間病院が積極的に手を挙げていかないと、(公的中心に配分された)再生基金の二の舞になる」と警鐘を鳴らした。

西澤会長は、また、こうした主旨を具体的に述べた文書を各支部長宛に3月24日付で送付したことを明らかにした。

## 新基金事業計画 関係団体からの意見聴取を重視。病院団体・病院も対象

新たな財政支援制度都道府県担当者会議 各県は9月に計画、10月内示。4~5月の国との協議前に意見聴取を先行

厚生労働省は3月20日の「新たな財政支援制度にかかる都道府県担当者会議」に、新基金の交付要綱案、対象事業例、日程の展望等を示し、都道府県との質疑応答に応じた。都道府県は9月に計画を策定、10月に内示を得、11月に交付が決まる。

交付事務に当たる医政局指導課は、新基金の事業計画を策定する上で、(1)官民への公平な配分(都道府県計画で公的・民間の割合・額を明示)、(2)官民間わす幅広い地域の関係者・関係団体からの意見の聴取を条件とする考えを都道府県に示し、「関係団体」として、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体等を例示した。関係者には個別医療機関も入る。

その上で、事前のヒアリング(4~5月)で意見聴取を含む検討状況の報告を求めると説明。各都道府県にヒアリング前に関係団体の意見聴取を済ませておくよう要請した。

指導課は、さらに、関係者意見聴取の窓口として都道府県医師会を推奨、新基金の都道府県計画を都道府県医師会との連携を踏まえて策定することが適切との認識を表明した。

これまで補助金について都道府県から意見聴取を受けることがなかった病院団体であるが、この機会にどう積極的に関与していくか、存在意義が問われている。(3面に資料)

新たな財政支援制度は、医療を対象に2014年度から実施され、介護は15年度からの着手となる。基金の総額は14年度は公費による上積みもあって904億円だが、15年度以降は増税分のみが財源となる。

この規模について、指導課の幹部は、「消費税増税分を財源とする新基金は法に書き込まれた恒久的制度だ。14年度に確保した増税分の544億円は1年間の増収額ではなく、低く見積もられている。次年度も6~700億円程の確保は可能ではないか。10%になればさらに積み増しされる」と展望している。

医療に限った14年度の事業は、①病床の機能分化・連携、②在宅医療、③医療従事者等の確保・養成の3領域が対象。このうち①について、厚労省は、「14年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみを対象とし、15年度からの地域医療構想(地域医療ビジョン)の策定後に更なる拡充を検討する」としている。

すなわち、「病床の機能分化・連携」は、今後は地域医療ビジョン実現の財政ツールとなるわけだ。その一方、「時間の経過とともに、提供体制の課題は

診療報酬に重点が置かれていく」と、前出高官は予測する。増税分投入の枠組は続くが、投入額は永久保証できないというわけだ。

新基金の交付にいたる日程は、①4月から6月にかけて都道府県別のヒアリングを2回実施し、事業構想と規模、関係者との意見交換を含む検討状況をチェックする、②7月に国は総合確保方針を提示し、交付要綱等を発出する、③9月に各都道府県は計画を策定、④10月に内示して11月に交付を決定する、となる。

この日程に、一部の都道府県は「9月議会に補正予算案を出さないと14年度の予算執行に間に合わない」と、日程の前倒しを求めた。

厚労省は、「交付決定前から実施する必要がある事業は、(補正予算で)各都道府県が事業費を立て替え、交付決定後に基金から支出する等により、法施行前から執行することが可能」としつつ、「単年度事業ではないので15年度への繰り越しができる」とも説明した。

新基金の交付を所掌する厚労省の問題意識は、(1)地域包括ケアを推進するために医療・介護提供体制の底上げを図る、(2)国民・住民が納得する使い

方とすること、である。

(1)は、2025年の地域包括ケア体制に向け、今まで軽視されてきた、地域の医療・介護提供体制の再構築を期すというコンセプトを意味している。したがって、公的中心的拠点病院ではなく、中小病院への投入が重要という認識が導かれる。

(2)は、消費税増税分を財源にする限り、広く関係者・関係団体の声が反映した事業を組まなければならない、ということの意味する。

いずれにしても、今回の補助金は、役所の目が届く公的医療機関が優先されてきた従来方式の安直な使い方は許されないというわけだ。

この会議で、指導課の担当官は、7割が公的に投入された再生基金の使い方を「バランスが悪い」と指摘しつつ、そうした考え方を都道府県担当者に繰り返し語った。

しかし、少なからぬ都道府県から、「公的に7割というのが何か問題はあるのか」「県内は公的病院が多く、かつ、不採算医療を担っている。国民から見れば官民という議論は不毛ではないか」など、公的病院を擁護する意見が出た。

こうした疑問に、医師確保等地域医療対策室の佐々木室長は、「地域医療ビジョンが稼働する前に地域包括ケアの底上げを図りたい。それは2次圏よりはもっと細かな生活圏であり、拠点だけでは不十分で、民間医療機関が大切になる」と答え、理解を求めた。

県医師会が仲介役となって関係団体の意見聴取を進めることについても、「事前に意見を聞けば採用されるとの期待が生じる。それが不採択になると後がややこしい」「医師会からのプレッシャーが強まる」といった声が上がった。

しかし、指導課は「4、5月のヒアリ



ングの際には、関係団体等の意見聴取の進捗具合をうかがう」と譲らず、従来方式に慣れた都道府県には戸惑いを露わにする向きもみられた。

指導課は、さらに、前出3分野の54におよぶ事業例を示し、そのうち29の事業を「地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業」として推奨した。

54のうち25例(274億円)は既存の補助事業を基金用に振り替えたものであり、新たな事業の枠は630億円に縮まるが、いずれも連携の仕組みづくり、モデル事業の立ち上げ、研修の実施、各種団体事業への支援など、いわゆるソフトが中心で、再生基金のようなハードは少ない。

事業例をみると、「在宅患者の退院調整や急変時の入院受入れ整備等に資する病院との医療連携体制の運営にかかわる人件費や会議費などに対する支援」などの「活動費」があるほか、「病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備の整備を行う」というように、例えば4.3㎡を6.4㎡に改築することも対象となり得る。

意見聴取は県内の病院団体にも行なわれる。各団体が協同する方式も含め、新基金の補助を受ける事業を提案、かつ、当事者としての力量を示すことができなければ、補助金は、県内の医師会、看護協会、薬剤師会等の事業に投入されるか、従来どおり行政が机上で立案する事業に消費される。

「清話抄」は2面に掲載しました。

# 主張

## 救急医療管理加算の見直しは2次救急に大きな痛手 2次救急体制のコスト、高齢者・認知症のデータ収集等理論武装が必要

全日病の救急・防災委員会委員長並びに四病協の二次救急に関する検討委員会委員長という立場で考えると、平成26年度診療報酬改定は非常に厳しいものになったというのが偽らざる実感である。

平成19年のWAM(独立行政法人福祉医療機構)のデータによると、二次救急の多くを占める一般病院の経常利益率ははいよいよゼロという事態を迎えた。

その後、平成22年度改定で救急医療管理加算が600点から800点に増点

され、平成24年度改定では夜間休日救急搬送医学管理料(200点)の新設など、診療報酬で二次救急への支援が行われ、平成24年には、一般病院の利益率は、療養型病院の6.4%には及ばないものの、精神科病院の3.7%とほぼ同じ水準の3.6%にまで回復した。

今回はそれをすべて打ち消す様に、平成18年に二次救急病院への支援という形で増設された、それこそ大事な点数であった救急医療管理加算2の「コ その他」を救急医療管理加算

(2)に置き換え、さらに要件の厳格化が行われ、大きく減点された。

二次救急は、これから増加する高齢者救急を踏まえて、今まで増点もし、補強もされてきた。

それが、「慢性期でも二次救急は出来る」といった非現実的な意見が席卷し、それなら安価でいけると考える一号側委員(保険者側)を含め、また、これを真に受けたのか、5,000億円(-1.26%)のマイナス改定に利用されたのか、今回は厳しい改定となり、直接ダメージを受ける多くの

二次救急病院である一般病院の経常利益率が1%台に下がる事は明白と思われる。

今後は二次救急病院の時間外救急体制の維持にかかる1病院1億円前後の費用負担を明確にし、また、昼間しか救急を行わない「なんちゃって二次救急」と称される医療機関を自ら正し、再度、高齢者救急、特に差し迫って認知症患者の急患時の搬送応需の必要データの収集等の現実的な理論武装をしていく必要がある。

(K)

## 中医協総会 先進医療の規制緩和を容認。国家戦略特区に導入

国内未承認薬への適用を抗がん剤から医薬品全般に拡大。審査をさらに短縮化

3月12日に開かれた中医協総会は、「国家戦略特区における先進医療制度の運用」を議題にとりあげた。

これは、日本経済再生本部で方針化している国家戦略特区で実施すべき規制改革事項の1つに「保険外併用療養の拡充」があることを踏まえ、事務局(厚労省保険局医療課)が、先進医療の運用を見直して国家戦略特区に導入する考えを提案したもの。中医協総会はこの方針を了承した。

日本経済再生本部の方針(「国家戦略特区における規制改革事項等の検討方針」=2013年10月18日に決定)は、医療に関して、「特区内に『国際医療拠点』をつくり、相当の外人患者受け入れを見込む医療機関に以下の規制改革を認める」とし、3点をあげている。

- (1) 国際医療拠点における外国医師の診察、外国看護師業務の解禁
- (2) 病床規制の特例による病床の新設・増床の容認
- (3) 保険外併用療養の拡充

そして、このうちの「保険外併用療養の拡充」について、「医療水準の高い国で承認されている薬品等について、臨床研究中核病院等と同水準の国際医療拠点において、国内未承認の医薬品等の保険外併用の希望がある場合に、速やかに評価を開始できる仕組みを構築する」とした。

すなわち、未承認医薬品等の保険外併用を可能にする評価の仕組みを国家戦略特区に導入するという考えである。

ただし、国家戦略特区における規制緩和の実施には、法改正と法改正以外の方法とがある。事務局は「先進医療制度の見直しは中医協の審議事項である」として、特例実施の適否を諮ったもの。

未承認医薬品等の保険外併用を可能にする評価の仕組みは、現在、先進医療制度において実施されている。先進医療制度とは、将来的な保険導入のための評価を行なうために、保険診療の対象に至らない先進的な医薬品等と保

険診療との併用(評価療養)を認める仕組みである。

未承認薬の早期承認を促すために、かつて高度先進医療と先進医療とに分れた評価体制を一本化した上、医療上の必要性が高いとされた抗がん剤は外部機関(国立がん研究センター)に評価を委ねるとともに実施医療機関群(臨床研究中核病院、早期・探索的臨床試験拠点、特定機能病院及び都道府県がん診療連携拠点病院)を特定するなど運用の効率化を図り、先進医療を適用するまでの期間短縮につとめてきた。

この日事務局が示した、特区に導入する先進医療の規制改革案は、抗がん剤にとどまっている対象を国内未承認の医薬品全般に拡大した上で、審査期間を現状の半年から3ヵ月にまで縮めるというもの。

未承認薬・適応外薬等検討会議の基準と同様、日本と同程度の医薬品等の承認制度をもつ英米独仏加豪の6ヵ国で承認を得ている医薬品を対象とし、審査のさらなる迅速化を実現した上で、実施医療機関も、現行の臨床研究中核病院または早期・探索的臨床試験拠点に加え、個別審査をパスした他医療機関を起用するという構想だ。



3月の区域決定を目指して「国家戦略特別区域基本方針」を決め、2月25日に閣議決定を得た国家戦略特区諮問会議は、2月に地方自治体へのヒアリングを実施している。

日本経済再生会議等諮問会議の方針と地方自治体の具体的なアイデアや意向を踏まえて区域と規制改革項目の決定を行なうとしているが、国家戦略特区諮問会議では、区域は「都道府県ないし都市圏を基本とする指定」と、一定の分野については明示的条件で領域を特定した上で特区化する「バーチャル特区型の指定」という2つのタイプに分ける案が有力視されている。

厚労省は、先進医療の特例的な規制緩和は、「バーチャル特区型の指定」ではなく、都道府県や都市圏による「広域的な指定」に導入したいとしているが、いずれにしても、区域指定に合わせ、

13年度内には先進医療の要綱と通知の改正を終える予定だ。

ただし、昨年11月28日に行なわれた公開討論で、規制改革会議は、「保険適用につなげていく併用」ではなく、併用療養の恒常化まさに混合診療そのものを求め、厚労省の考えとの違いをあらためて明確にしている。

政府が狙う国家戦略特区は、「岩盤規制」を突破する先行モデルの実現であり、特区から全国展開へのプロセスを切り開くもの。

地方自治体等のヒアリングでどういう規制緩和項目がリストアップされたかは、区域決定まで公表されない。

先進医療に関して、厚労省の考えどおりの特例措置で進められるのか、他の規制緩和項目ともども、成り行きが目される。

## 規制改革会議 第3の保険外併用として「選択療養」創設を提案

混合診療 対象技術は限定せず、手続き等をルール化。6月報告に盛り込む。厚労省に検討を要請

3月27日の規制改革会議は、厚労省を招いて、保険診療と保険外診療の併用を認めている現行制度の枠組みに、新たに、必要な手続き等のルールを課した「選択療養(仮称)」という選択肢を導入、保険外併用療養の対象をいっきよに拡大することを提案した。

規制改革会議は、この案をさらに深化させて6月の報告に盛り込む考えだが、並行して、厚労省とも協議を重ねていきたいとしている。

論点整理によると、「評価療養」と「選定療養」からなる現行保険外併用の枠組みに「選択療養」という第3のルート

を導入するが、対象となる診療行為の範囲は限定せず、医師と患者間の説明と合意にもとづいて、患者ごとに個別適用していく。また、先進医療のように実施医療機関を限定することもない。

合意にあたって医師は「診療計画書」を作成、未承認医薬品や新たな技術を使う必要性・効果とリスクを書面で説明した上で、書面で了承を取る。これらの書類は電子データで保存するだけでなく、保険外診療のアウトカムとともにデータベース化していく、というのが「選択療養」の概要だ。

規制改革会議は、今後は、合意内容

を「診療契約書」化して保険者に届け出るなど過剰な診療を抑制する対策や「選択療養」にふさわしくない技術を除外するネガティブリスト的な仕組みなど、運用上の担保策を検討していく予定だ。

また、データ蓄積の中から汎用性や有効性が認められる技術が確認できれば、評価療養の対象に組み込むなど、保険取扱いにつなげるルートをつくることも視野に入れている。

会議には、厚労省から神田裕二大臣官房審議官ほかが出席したが、規制改革会議の提案に、「持ち帰ってよく検討したい」と答えるにとどめた。

### 清話抄

近年医療は専門化、臓器別化が進み、広い範囲にわたりある程度対応できる医師が少なくなってきた。医師の診療範囲は学会主導の専門医制度により狭い領域に細分化している。地域の中小病院である当院では、幅広くプライマリケアのできる医師の確保には常に腐心している。

現在、専門医制度の改革が進められ、その一環として総合診療専門医が創設されるという。総合診療医といえば、某TV番組で診断困難症例を鋭い診断力で正確な診断に到達するドクターを思い浮かべるかもしれない。

しかし、ここで提唱されている総合診療専門医像は、以下のとおりである。▶日常的に頻度が高い領域の疾病について適切な初期対応と継続医療を全人的に提供することができる。▶また、

従来の領域別専門医が「深さ」が特徴であるのに対し、「扱う問題の広さと多様性」が特徴である。▶予防、介護、看取り、保健活動に対応できる「地域を診る医師」としての視点も有する。▶他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供する。▶もちろん救急医療への対応も可能である。

まさに、地域医療に必要とされている医師像ではないだろうか。

総合診療専門医を定着させるには、まず、ジェネラリストとして何でも相談できる総合診療医の重要性について国民のコンセンサスを得なければならぬ。また、若い医師が魅力を感じるキャリアパスを明確に示すことが重要である。

さらに、地域の中小病院にとっては、総合診療専門医に選ばれる病院となるよう、努力、工夫を継続することが生き残り戦略の一つとなるであろう。(千)

# 医療内容の報告 14年度は7月審査分のレセ(病院単位)の対応で合意

## 病床機能情報の報告のあり方に関する検討会 「今後の方向」— 何年先を展望するかで意見分かれる

3月27日の「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」は、医療介護総合確保推進法が成立した場合に2014年10月施行となる病床機能報告に関して、医療内容の報告は、施行初年度の14年度は病院単位とし、7月審査分の単月データで対応することで合意した。

検討会は、また、事務局(厚労省医政局総務課)が提示した、医療機能(医療内容)に関する報告項目の素案も基本的に了承した。

ただし、施行初年度であっても、構造設備・人員配置等に関する報告は病棟単位の報告とする。前回(2月26日)の会合で、7月1日現在の構造設備・人員配置等の報告を10月に行なうことで合意している。

医療内容の報告は、初年度は7月審査分のみとすることにしたが、前回の会合で、医療側は「季節や地域による変動を考えると通年もしくは複数月分のデータを報告するのが望ましい」と、検討を求めた。

この問題について、事務局はそうし

た見解が妥当であることを認めた上で、「制度の運用状況や調査研究事業の状況を見て、複数月分のデータを集計する方法をあらためて検討したい」と説明。医療側もこれを容認した。

医療機能に関する報告項目の素案は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分共通の項目とした上で、(1)医療機能(現在の機能、将来時点の機能の予定)、(2)「構造設備・人員配置等に関する項目」として32件、(3)「具体的な医療の内容に関する項目」として91件があげられた。

この日の議論で、(3)に「臨床病理」を追加する意見が支持を得たため、報告事項は、全部で123件となる。今回は、報告事項の構成を大枠として認めたということであり、今後も、細部の変更があり得る。

「具体的な医療の内容」92項目のうち、78項目はレセプトで代用されるため、医療機関が入力するのは14項目に過ぎない。「構造設備・人員配置等」のうち17項目もレセプトから導かれるので、入力15件。(1)と合わせると、全部

で30項目が医療機関による入力が必要とする。

これら項目のうち、(2)の19項目は病院単位の事項であるが、残りはすべて病棟単位の事項となる(重複が2項目ある)。

この日の検討会に、事務局は、前出(1)を構成する報告事項の1つ「現在の機能、将来時点の機能の予定」について、法案で、①「現在の機能(現状)」は「基準日における病床の機能」であるが、「将来時点の機能の予定」したがって「医療機能の今後の方向」は「基準日から省令で定める期間が経過した日における病床の機能の予定」とされていると説明。

この「省令で定める期間が経過した日」をいつにするかとして、「2025年度の時点とする」案と「6年先の時点とする」案の2案を提起した。

「2025年度」とすると、報告初年度からは11年先となるため、各医療機関は自院の病棟単位の医療機能を展望できない恐れがある。それに対して、「6年先」は次期から見直される医療計画の期間と一致するなど、一見、展望可能

かと思われた。

しかし、両案に対して、医療系の構成員は「6年先でも展望がつかない。医療機関は2年ごとの診療報酬改定を目安に病棟政策等を見直す。2年先とするのが妥当ではないか」と異議を唱えた。

「今後の方向」の報告を求めるのは、ビジョンが示す2025年の機能別の病床必要量と「今後の方向」から導かれる量との乖離をもって、協議の場における調整課題とするためだ。

しかし、地域のニーズ、自院資源、他医療機関との関係性、診療報酬や制度など複雑な要素から各医療機関は政策を選択する。しかも、その情報は流動的である。

「それだけに“1年先の方向”とし、報告制度の開始から毎年毎年、各医療機関に医療機能の選択を考えさせた方が、結果として必要量への収斂に近づいていくことにならないか」として、「1年先」を提案する構成員も出るなど、意見は分かれた。

検討会は、この問題を、次回さらに議論することを確認した。

### 新たな財政支援制度の交付要綱案(いずれも未定稿) 3月20日の担当者会議から \*1面記事を参照

#### □交付の条件

都道府県計画を策定する際には、次の点を交付の条件とするので留意されたい。

- (1) 国が定める総合確保方針に従うこと。事業内容が新たな財政支援制度の対象事業に合致していること。
- (2) 官民を問わない幅広い地域の関係者(市町村長、医療を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体等)、学識経験を有する者等)から意見を聴取すること。
- (3) 新基金の趣旨に鑑み、官民に公平に配分することとし、都道府県計画で公的・民間の割合・額を明示し、当該割合についての理由や都道府県の見解を付すこと。
- (4) 地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業や、「医療介護総合確保推進法案」に位置づけられた事業(地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター)は、実施を必ず検討すること。検討状況を都道府県個別ヒアリング及び国の総合確保方針を策定する協議会で報告することを予定している。

#### □留意事項(関係省庁等と調整中のため変更もありうる)

##### 【新基金の配分方法】

・新基金の配分は、都道府県人口、高

齢者増加割合等の基礎的要因や都道府県計画の評価等の政策的要因を勘案して、都道府県計画に基づき、予算の範囲内で行うことを検討。

・総合確保方針を策定するための国の協議会で配分方法を報告。

##### 【新基金の対象事業】

・診療報酬や他の補助金等で措置されているものは対象としない。また、既に一般財源化されたもの及び地方単独事業の単なる新基金への付替えは慎重に検討すること。

・病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備は、2014年度を含め、地域医療構想(ビジョン)策定前は、回復期機能を担う病床等への転換など、その地域での整備が必要であることが明らかとして都道府県計画に定めたものが対象となること。

##### 【新たな財政支援制度における対象事業(案)】

○は地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業

①病床の機能分化・連携(例)

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備

○精神科長期患者の地域移行を進め、医療機関の病床削減に資するため、精神科病床のデイケア施設や地域生活支援のための事業—の移行を促進するための施設・設備整備

○がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備

○地域医療支援病院やがん診療連携拠

点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進 等

②在宅医療(歯科・薬局を含む)の推進(例)

○在宅医療の実施に係る拠点の整備

○在宅医療に係る医療連携体制の運営支援

○在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成、在宅医療推進協議会の設置・運営

訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施

○認知症ケアパスや入退院時の連携パスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築

○認知症疾患医療センター診療所型における鑑別診断の実施

○早期退院・地域定着支援のため精神科医療機関内の委員会への地域援助事業者の参画支援 等

③医療従事者等の確保・養成

ア) 医師確保対策(例)

地域医療支援センターの運営(地域枠研修学資金の貸与事業、無料職業紹介事業、定年退職後の医師の活用事業を含む)

○地域医療対策協議会における調整経費

産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援

○医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施

○女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

イ) 看護職員等確保対策(例)

新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施

看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備

○看護職員が都道府県内に定着するための支援

○医療機関と連携した看護職員確保対策の推進

看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舎整備等

ウ) 医療従事者の勤務環境改善対策(例)

○勤務環境改善支援センターの運営

各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組—の支援

電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備

○後方支援機関—の搬送体制整備 等

#### □スケジュール案(6月法律成立の場合)

4月中旬 ●第1回都道府県別ヒアリング(14年度事業として想定している内容、基金の規模感等)

5~6月 ●第2回ヒアリング(14年度事業の検討状況、15年度の規模感等)

7月 ●国に協議会設置、総合確保方針の提示。交付要綱等の発出(発出から都道府県計画の提出まで1~2ヵ月程を想定)

9月 ●各都道府県で計画を策定

10月 ●都道府県へ内示

11月 ●交付決定

**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

# 訪問診療料「同一建物」の複数患者に除外規定など、当初案を一定緩和

## 救急医療管理加算2は報告が要件。患者実態を捕捉、次回改定に向けて検証

「2014年度診療報酬改定(医科)の概要」(要旨) 厚生労働省保険局医療課 課長補佐 一戸和成

\*文中の点数表記は該当項目の場合は消費税分を含んでいる



2014年度改定の改定の契機となったのは、病床の機能分化や地域包括ケアシステムを進めていくべしとの考え方を提唱した社会保障制度改革国民会議の報告書である。これを踏まえて、社会保障審議会は、重点課題を「医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等」の1点に絞った基本方針をまとめた。その結果、主に7対1病床のあり方が見直されることになった。

7対1病床が存在することが悪いということではないが、現在の病床分布のままでは、高齢社会のニーズに耐えられない。今改定で、現在の病床分布が「2025年の姿」に近づく方向がみられなければ、次またその次と、色々な誘導がかけられていくことだろう。

まず、7対1については、特定除外制度、重症度・看護必要度、短期滞在手術、在宅復帰率、そしてデータ提出について見直しが行われた。

特定除外の廃止は、12年度改定における13対1、15対1病棟と同様、病棟ごとに、①出来高で算定する場合は平均在院日数に組み込む、②療養病棟の支払いと同等にする場合は平均在院日数には組み込まない、という選択を行っていただく。

ただし、療養病棟の支払いを選択した病棟について、14年の3月31日時点で入院している患者は医療区分の3とみなす特例を設ける。さらに、療養病棟の選択をしたうちの4床だけは1年間(15年の9月30日まで)、出来高で算定でき、かつ、平均在院日数の対象から除外もできる特例を設けた。

「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に関しては、血圧測定と時間尿測定を削除し、呼吸ケアについては喀痰吸引だけの場合はカウントしないとしたほか、必要な項目を追加した。また、これまで重症度・看護必要度がなかった救命救急入院料を算定する7対1の医療機関にも導入すること、さらに、1割に据え置かれていた悪性腫瘍専門病院の基準を1割5分に引き上げることも行なった。

一方、10対1には急性期の看護補助体制加算というのがあるが、現在の規定では、重症度・看護必要度の基準が1割以上でないとして算定できない。今回の見直しによってかなりの医療機関がこの加算を算定できなくなるので、基準を5%に緩和した。

ICUには上位区分(特定集中治療室管理料1と2)を設けた。経験を5年以上有する医師2名以上、病床面積20㎡以上、臨床工学技士の24時間院内常駐要件となる。そして、ICUの新看護必要度の基準は、今までの「A3点またはB3点以上が9割」というのを、「または」から「かつ」に変えた。これは、現行項目も同様であるが、新看護必要度に関しては9割のところを8割に緩和している。

ICUの見直しに対応できない医療機関の受け皿として、点数差が大きかったハイケアユニットに上位区分(ハイケアユニット入院医療管理料1)を設けた。ここも新看護必要度における「または」を「かつ」に変えたが、その代わりに2,000点引き上げている。

この基準を満たせない場合は、500点引き下げたハイケアユニット入院医療管理料2をとっていただくことになる。ハイケアユニットの1は常時4対1であるが、2は常時5対1と看護配置も緩めている。

したがって、ICUの新看護必要度を満たせない場合はハイケアの1を、それがとれなくなったら2をとる。これでだめなら、7対1を算定していただくという形の設計になっている。今改定の経過措置は基本的に半年であるが、ICUの見直しは影響が大きいので、経過措置は1年とした。

短期滞在手術等基本料3は21種類の検査・手術について入院払い方式とした。どんな病態であっても、5日目までに21種類の手術・検査を行なった場合は必ず短期滞在手術基本料3で算定していただく。

5日以内に退院した場合は平均在院日数の計算対象から除外するが、6日目以降は出来高となる。これはDPCの病院も同様で、DPCではなく、出来高の点数でとっていただくことになる。

7対1の在宅復帰率(75%以上)は計算式から転棟や死亡退院を除いた。死亡退院は、これに限らず、すべての計算式で分母・分子から除いている。退院先の施設は必ず在宅復帰率がかかっており、ここに記されている以外の施設は分子にならない。7対1の新た

な届け出には直近6月間の実績が必要となる。

最後のデータ提出の要件化であるが、これまでデータ提出加算は年1回しか受け付けなかったが、要件化にともなって年4回の受け付け期限を設けた。経過措置は1年としたが、今届け出していない病院は2月に届け出たのでは多分間に合わない。3回目を11月20日とする予定であるが、ここまですべて出していないと間に合わない可能性がある。

次に、総合入院体制加算1(240点=14日以内)を新設した。

これまでの総合入院体制加算は全身麻酔手術800件

### 病室面積は15年4月以降内法で測定

療養病棟入院基本料1を届け出て自院で透析を行なっているところには慢性維持透析管理加算(100点)を設けた。これは、患者ごとに算定できるが、透析を受けていない日もとれる。さらに、療養病棟における超重症児(者)・準超重症児(者)加算の対象を、15歳を超えて障害を受けた者にも拡大した。その代わりに、1年の経過措置を設けた上で、一般病棟における算定日数を90日とする。ただし、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については算定上限を設けないことにした。

一方、療養病棟入院基本料1に導入された在宅復帰機能強化加算(10点)は基準を50%以上とした。他の在宅復帰率と違って1ヵ月以上の入院かつ在宅生活が1日以上(医療区分3は14日以上)継続の患者に限るので、短期で回転する患者はカウントされない。

在宅生活の1日以上継続という点は、医療機関の方で訪問していただくか、在宅を担当している医療機関に確認をとっていただくことになる。病床回転率が10%以上というのは平均在院日数が304日以下ということになる。この加算がとれる病棟は7対1の在宅復帰率計算で分子に入るの患者受け入れの窓口となり、非常に重要な意味をもつと考える。

さて、新設の地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)であるが、重急性期入院医療管理料にはない要件として、専従リハ職の配置、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」A項目1点以上が10%以上であること、データの提出、そして、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、2次救急医療機関、救急告示病院のいずれかに該当すること、というのがある。在宅復帰率は6割以上から7割以上に引き上げた。

また、看護職員配置加算と看護補助者配置加算そして救急・在宅等支援病床初期加算(14日まで)があり、それぞれ150点となっている。

よく、疾患別リハを出来高でとれないのかという質問があるが、リハは包括されているのでとれない。また、「リハは2単位以上提供していること」とされていることに対して「3単位目以降は出来高になるのか」という質問もあるが、すべて含まれているので、それもできない。当然のことながら、リハはそれを必要とする患者に実施されるものであり、すべての

### 紹介率初診患者からウオークインや救急車を除く

外来に関しては、まず、地域包括診療料(1,503点=月1回)であるが、これは、診療所または許可病床200床未満の病院が対象になっている。地域包括診療料は今後につなげていきたいと考えている。

要件であるが、まず、4疾患のうち2つ以上に該当する患者でないと算定できない。疑い病名は認められない。その上で、算定する患者については7剤投与の減算規定を外す。1月単位で算定したりしなかったりができる地域包括診療料であるが、算定していないときに7剤以上出すと減算規定にかかるので注意していただきたい。

担当医としてまず取り組んでほしいのが服薬管理で、患者に処方されている薬のすべてを把握し、カルテに書いてもらう必要がある。具体的には、お薬手帳をコピーしてカルテに貼付するわけだが、電子カルテの場合は手で打ち込んでいただくようお願いしている。

また、担当医には医療と介護のつなぎ役を務めてもらうということで、主治医意見書の作成や介護保険サービスを提供しているなど介護保険制度との関わりを要件にしている。それから、当該点数を算定

以上というのが要件の基本であったが、新たな上位区分は、全麻800件の要件で望ましい基準とされてきた手術等の実績をすべて満たすとした上で、救命救急センターや精神科病棟を有し、かつ、地域包括ケア病棟入院料や療養病棟入院基本料は届け出していないといった、病院全体が急性期であるところを対象としている。地域包括ケアや療養病棟を有しないというのは、点数が据え置かれた総合入院体制加算2の新規届け出の場合も同様である。

患者に提供する必要はない。

看護職員配置等の加算は、入院基本料等の他の看護配置関係加算との併算定はできない。地域包括ケア病棟入院料は13対1の看護配置であるが、看護職員配置加算は病棟全体で10対1の看護配置になっていないととれない。さらに、看護補助者を加えて7対1相当になると、さらに、看護補助者配置加算の150点が加算になるという計算になる。

看護師の数は10対1となる看護職員配置加算までしかカウントされず、看護補助加算は基本的にみなし補助者は認められない。つまり、看護師を補助者としてカウントするのは認められないわけだが、1年間に限り、看護補助者の半分を看護師として当てることができるという規定にしている。したがって、7対1から地域包括ケア病棟へは、それほど看護師を減らさなくても移行が可能ということになる。在宅復帰率であるが、7対1と違って分母と分子に、行先は療養病棟だけであるが、転棟が入っている。

なお、10対1の病院が仮に4病棟のうち2つを地域包括ケアに振り替えるとすると、10対1と13対1の間の配置差を活用して残りの病棟に看護師を寄せると7対1が取りやすくなる。したがって、この3月31日まで10対1以下の病院は地域包括ケア病棟入院料と7対1入院基本料を4月1日以降同時に届け出することはできない。それらの病院が7対1と地域包括ケアに移行したければ、一回、7対1に移ってからあらためて地域包括ケアを届け出る必要がある。

また、病室面積については、今回、15年4月以降、壁芯ではなく内法により測定するということを明確にした。地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の1と2の違いは在宅復帰率と面積だけであるが、15年の3月31日までの届け出は壁芯の6.4㎡でよい。

なお、DPC病棟の中に地域包括ケアの入院医療管理料を設ける場合、一度DPCを算定した患者は、この病室に移っても、出来高になるまではDPCの点数を取り続けることになるので、ご留意いただきたい。つまり、地域包括ケアの点数が高いからといって、DPCが安くなったときに移しても地域包括ケアの点数はとれないということである。

する患者には24時間対応していただかなくてはならない。

処方については、病院、24時間開局の薬局であれば院外処方できるが、24時間薬剤師がいる薬局がなければ、その患者については院内処方していただくということになる。

大病院の外来については、12年改定で特定機能病院と一般病床500床以上の地域医療支援病院の初再診料に紹介率と逆紹介率の要件を入れたが、今回、その要件を、特定機能病院と許可病床500床以上の地域医療支援病院は50%・50%に上げ、これらを除く許可病床500床以上の全病院(一般病床が200床未満を除く)には40%・30%という要件を入れた。

これに加え、この要件を満たさずに減算を受ける医療機関が、一部薬剤を除いて、30日分以上の投薬を行なった場合は処方料、処方箋料、薬剤料を60%にすることにした。

ここで、紹介率と逆紹介率の初診患者数の定義であるが、今までは夜間・休日にウオークインや救急車の患者をすべて加えていたが、医政局の検討もあ

(5面へ続く)



# 7対1から地域包括ケア病棟への移行で看護師余剰はそれほど生まれず

## 10対1の急性期看護補助体制加算は新看護必要度の基準を5%に緩和

(4面から続く)

り、除くことにした。

在宅医療であるが、12年改定で導入した機能強化型在支診・在支病の実績要件(緊急往診5件以上、在宅看取り2件以上)を倍にした。さらに、複数の医療機関が連携して常勤医を3人以上確保している場合は、それぞれの医療機関が緊急往診4件以上、看取り2件以上を満たしていることとした。

つまり、連携を組むところすべてに実績がないとダメだということである。半年間の経過措置があるので、その間に連携の組換えを行なっていただく必要がある。その一方、機能強化型の新たな要件をクリアできる支診・在支病は、医師が3人いなくても高い点数の加算をとれるようにした。

それから、在宅医療を後方支援する病院を設けた。在宅療養後方支援病院は必ずしも在宅をやらなくてもよいが、あらかじめ届け出ている在宅患者を緊急入院させると在宅患者緊急入院診療加算(2,500点=入院初日)が算定できる。ただし、500床以上の病院については難病の患者等に限られる。さらに、在宅を担当している医療機関と共同で往診や訪問診療を行なった場合に算定できる在宅患者共同診療料を新設した。

不適切事例への対応ということで、訪問診療料や在宅時医学総合管理料(在総管)と特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)の「同一建物」の点数を引き下げた。

誤解があるようだが、例えば、サ高住とか有料老人ホームに行って1日1人を診た場合も、いきなりこの安い1,200点(機能強化型の在総管=同一建物)かという、それはそうではなく、1日に1人しか診なかった場合の訪問診療料(1=同一建物以外)は833点であり、在総管は5,000点(同一建物以外)を算定していただくことになる。

在総管や特医総管は月2回訪問すればいいので、今回は、1回だけはまとめて診察してもよいが、残り1回は必ず1人に1回ずつ行なっていただく。それであれば高い点数をとってもいい。つまり、2回のうち1回が「同一建物以外」の高い点数をとっていれば、管理料(在総管、特医総管)も高い点数をとって構わな

いという形にしてある。ただし、同一患家等で夫婦等が共に訪問診療の対象である場合は管理料は減額されない。

それから、今まで在総管や特医総管は往診と訪問診療料でもとれたが、今回、訪問診療料を2回算定しないとダメだということにしたので、そこはご注意ください。

また、「同一建物」の複数人という考え方に除外規定を設けた。1つは、例えば午前中に訪問診療した後、午後別の患者が急に発熱して往診しなければならなくなった場合は、同一建物のカウントから外す。さらに、末期の悪性腫瘍とか亡くなる直前の患者は「同一建物」としてカウントしない。つまり、例えばがんの末期の患者を2人診た場合には、2人とも高い訪問診療料を算定するという形になっている。

今回の改正で、業者による患者紹介とかは療養担当規則で禁止される。療担規則は省令であり、通知レベルと違って非常に重く、一般的には療担に違反すると保険医療機関の取り消しとかに至ることもあるので、よくよく注意していただきたい。

訪問看護も同一建物については厳しくする。ただし、訪問診療が2人目からなのに対して、訪問看護は3人以上の場合に1人目から減額となる。

訪問看護については機能強化型訪問看護ステーションの評価を新設した。看護職員が7人あるいは5人以上いて、24時間対応で難病患者やターミナルのケアを行なっている場合は、月の初日の訪問看護管理療養費を5,000円もしくは2,000円引き上げる。

また、訪問看護の算定要件に褥瘡対策を追加した。リスクアセスメントを行なって褥瘡に対応するとともに、毎年1回、褥瘡患者に関する報告をしていただくという内容だ。

この褥瘡対策については在宅患者訪問褥瘡管理指導料(750点)を新設した。医師、看護師、管理栄養士による在宅褥瘡対策チームが生まれ、月1回以上訪問したりカンファレンスを行なった場合に、3ヶ月毎に1回、2回まで算定できる。

在宅自己注射に関しては、導入の初期加算(500点)を設けた上で、1月の注射回数に応じて指導管理料の点数を設定するという見直しを行なった。導入初期加算は投与薬剤を変更した場合にも、1年に1回であるが、算定できる。

続いて医療・介護連携であるが、維持期のリハに関しては、入院患者については期限を設けず月13単位の対象とし、外来患者については、14年3月31日までの経過措置を2年間延長した。その際に、過去1年間に通所リハ等介護保険の実績がない医療機関は1割減算する一方、医療保険から介護保険のリハに移行させた場合は、介護保険リハビリテーション移行支援料として500点加算する。これは、当該患者について1回限りである。

加算のBとし、皮下注、皮内注、筋注は対象から除外するというようにした。

救急医療管理加算(800点)に関しては、アからコマである要件のうちの「コ」という「準ずる状態」が非常に多い医療機関があり、重症患者を診ているとは言えないといったデータもあることなどから、400点とした。この「コ」については医療機関に報告を出していただくことにした。次回改定に向けて、現在の規定で加算の対象として妥当であるにもかかわらず算定できない患者はいるのか、そもそもこの規定が要るのかということなどを検証していくことになる。

続いてリハビリテーションであるが、一般病棟の7対

1、10対1でリハ専門職を配置した場合に評価するADL維持向上等体制加算(25点)を設けた。これはリハ専門職を専従で配置した場合にとれるのだが、疾患別リハの患者は算定できない。さらに、ADLが低下した人の割合が3%未満、院内で発生する褥瘡の割合が1.5%未満でなければいけないという規定をクリアしなければならない。

このADLは、現時点では、パーセルインデックス(BI)で評価してもらうことを考えている。DPCにはBIの代用となるADL評価表があるので、DPCは、15年3月31日までは、そのデータで新たな届出ができる。ただ、最終的にはBIを用いることになるのでご留意いただきたい。なお、常勤医の研修要件には1年間の経過措置が適用される。

リハの早期加算、初期加算は、入院申しかたれないものを、脳卒中と大腿骨頸部骨折の患者で地域連携バスをつかった場合には外来でもとれるようにするというものだ。外来でとれなかった運動器リハのIも、今回、外来でもとれるようにした。

次に廃用症候群に対するリハの評価の見直しであるが、本来、疾患別リハでとるべき患者でありながら、点数が高かったがために何でも廃用症候群にしていたところがあるので、運動器リハの点数と同じ180点とした。運動器リハIは175点であるが、今改定で、脳血管リハを除いた他の疾患別リハともども5点引き上げている。

回復期リハ病棟入院料1に新設した体制強化加算(200点)は専従医師と専従社会福祉士の1名ずつ配置が要件であるが、医師は専門医というだけではなく、研修も受けていなければならない。さらに、病棟に張りつきということで、外来をすることは認められない。この要件を緩めるつもりはまったくなく、1日でも外来に出たらさかのぼって全部返還ということになるので、ご注意ください。

この回復期リハ病棟入院料の1は休日リハビリテーション提供体制加算を包括し、半年間の経過措置を設けた。また、重症度・看護必要度の見直しは多くの回復期リハ病棟をして「1」がとれなくなる恐れがあることから、A項目1点以上の割合を1割5分から1割に引き下げた上、半年間の経過措置を設けた。

リハビリテーション総合計画評価料に新設した入院時訪問指導加算(150点=入院中1回)は、在宅復帰率がある中で、患者の自宅の構造を知らずにリハビリ計画を立てても役に立たないということで、入院したときに自宅などの退院先まで訪問してもらい、それに基づいた計画を立てた場合に150点加算するというものだ。

手術に関しては、新たに届け出が必要な手術というのが必ず出てくる。今回は改定説明会等を通して、届出が必要なものをすべて出している。「知らなかった」というのは通用しないし、我々も規定どおり運用していくので注意していただきたい。

胃瘻については造設術の点数を4,000点引き下げて6,070点とした。ただし、胃瘻造設を行なう前に、その患者さんの嚥下状態の機能を評価した場合は胃瘻造設時嚥下機能評価加算として2,500点戻す。その上で、年間の実施(頭頸部悪性腫瘍を除く)が50件未満であればいずれも100/100算定できるが、50件以上で、全例に術前の嚥下機能評価を実施、かつ、経口摂取回復率が35%以上という要件を満たさないとともに2割減算されるかたちにした。

また、摂食機能療法に経口摂取回復促進加算(185点)を設けた。この要件も、経口摂取回復率が35%以上である。さらに、胃瘻カテーテルの抜去・閉鎖を評価する胃瘻抜去術の技術料(2,000点)も新設した。

が要件である。

内視鏡検査にも休日・時間外・深夜加算を創設した。また、急性期看護補助体制加算に上位区分(25対1)を設けた上で、現行の50対1と75対1の点も引き上げた。

さらに、医師事務作業補助体制加算にも新しい高い点数を設定(医師事務作業補助体制加算1)し、現行のものは2とした。新たな1は医師事務作業補助者は病棟または外来で8割以上仕事することが要件であり、医事課とみまがうような業務はまかりならないということである。これ以外にも、1と2とも、貴重な看護職員を医師事務作業補助者として届け出ることにはできない。



### 廃用症候群は運動器リハと同じ180点

ここからは個別課題に移る。まず、がんについては、転院先を含めて最大2回しかとれなかった患者相談(がん患者カウンセリング料1=500点)を拡充し、心理的不安の場合は看護師(同2)が、抗がん剤を飲んでいたり点滴している場合は薬剤師(同3)が相談に乗った場合にそれぞれ200点(いずれも6回限り)を新設する。

外来化学療法は、点滴の抗がん剤を外来で実施する体制を整備した施設を評価するという本来の趣旨に沿った形に戻した。すなわち、点滴で行なう抗がん剤は点数の高い外来化学療法加算のA、点滴で行なう一部のリウマチ薬等は点数の低い外来化学療法

### 手術・処置の休日・時間外・深夜加算を大幅アップ

実は、今改定のメインテーマの1つは各医療機関にデータを出していただくということである。そこで、今まで対象病棟が限られていたDPCのデータ提出加算は全病棟を対象にすることにした。

この加算の算定要件は診療録管理体制加算の届出であるが、今までは規模にかかわらず点数が同じであったため、今回上位区分を設け、年間退院患者数が2,000名当たり1人の専任の常勤の診療録管理者が配置され、1人が専従である場合は診療録管理体制加算1として100点とした。これまでの加算は2となる。

ただし、2,000名未満であっても1人は専従者でないとして100点算定できない。それと、退院してから14日以

内に退院時要約を作らなければならないが、その割合は9割である。これは、医師のお尻を相当たたかないとできないことだろう。

最後に、勤務負担軽減についてお話ししたい。今回、手術と1,000点以上の処置について、休日や時間外、深夜の加算を大幅に引き上げ、従来の加算は2とした。

新たな加算は、(1)予定手術前の当直(緊急呼び出し当番を含む)の免除の実施、(2)交代勤務制かチーム制の導入あるいは「時間外・休日・深夜の手術(または1,000点以上の処置)を行なう医師への手当支給」のいずれかの実施、(3)採血・静脈注射・留置針によるルート確保は医師以外が実施していること、など

公益社団法人 全日本病院協会 2014年度事業計画

全日本病院協会の目的は、定款に明記されているごとく、「全国の病院の一致協力によって病院の向上発展とその使命遂行に必要な調査研究等の事業を行い、公衆衛生の向上、地域社会の健全な発展に寄与すること」である。その目的を実現するために、医療制度改革や医療環境の変化に対応した事業活動を続けている。

平成25年4月、全日本病院協会は「公益社団法人」に移行した。また、同年7月より現在の本部に移転した。この社屋には最大250名利用可能な研修室の他、様々な会議等が随時開催可能な設備を備えている。平成26年度の事業計画における会議・研修会の多くが本部において開催可能となったことは、今後の全日本病院協会の発展に大きく寄与すると考えられる。

平成26年度に実施する事業として、まず、調査研究の一環として全日病総研による事業を充実させる。現在、4種類の調査・研究事業を予定している。その他、例年通り多岐にわたる調査・研究を実施する。一方、他団体との連携において、本年度よりプライマリ・ケアに関連する学会及び団体等との連携を充実させることとした。

第56回全日本病院学会は平成26年9月20日、21日、福岡県支部の担当により、陣内重三福岡県支部長を学会長として、ヒルトン福岡シーホークにて開催される。また、夏期研修会は平成26年8月31日、熊本県支部の担当により、熊本県阿蘇市にて開催される。

教育・研修事業は、開設者、医療従事者、医療安全管理者、特定健診担当者等を対象に20を超える研修会等が開催を予定しており、また多くの資格認定事業も行われる。

現在、常設委員会は21設置されており、多方面における事業が展開されることとなる。日本の超高齢・少子社会の中で、医療・介護はそのあり方が問われている。医療提供体制、診療報酬体系等の制度も大きく舵を切ろうとしている。

全日本病院協会は、さらなる会員の協力・支援により、一丸となってこの厳しい情勢を乗り越えなくてはならない。公益法人として、今後もさらに広範な活動に取り組んでいく所存である。

I. 社会保障制度、医療制度その他病院に関係する諸制度に関する調査研究及び提言並びに政府その他の関係機関関係団体との連絡協議

1. 調査・研究事業

- 1) 病院経営調査の実施
- 2) 平成26年度診療報酬改定に関する調査の実施
- 3) 平成26年度老人保健健康増進等事業の実施
- 4) 医療従事者賃金実態調査の実施
- 5) 人間ドック実施状況調査の実施
- 6) 全日病総研事業の実施
  - 亜急性期における看護必要度の基準の作成、地域一般病棟(仮称)に関する研究の実施、認知症患者の非薬物療法に関する研究の実施、手術業務及び薬剤業務における多職種間の連携を担保する業務プロセスの再構築によるリスク軽減と評価方法の確立と質保証に基づく安全確保に関する研究の実施
- 7) 厚生労働科学研究事業の実施及び研究支援
- 8) その他、本会として必要な調査・研究活動

2. 国民のための医療・介護にかかわる制度の構築と提言

- 1) 医療制度等に関する検討及び要望
- 2) 医療関連税制に関する検討及び要望
- 3) 平成27年度税制改正要望書に関する検討
- 4) 平成27年度政府予算等への要望に関する検討
- 5) 介護保険制度についての提言
  - 介護療養型医療施設の在り方の検討、転換状況等の調査・要望、平成25年度老人保健健康増進等事業において実施した調査研究結果に基づく介護報酬改定対応や各方面への提言
- 6) 病院における総合診療医の育成と総合診療医のあり方への提言
- 7) 病床機能報告制度と地域医療ビジョンに関する検討
- 8) 病院のあり方に関する報告書の検討
- 9) 各種提言の実現に向けての国民への広報、国会・行政への要望と対応

3. 医療関連団体との協力と連携

- 1) 四病院団体協議会事業等の推進
- 2) 公益社団法人日本医師会との連携
- 3) 日本病院団体協議会における活動
- 4) 公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故防止センターへの協力・連携
- 5) プライマリ・ケアに関連する学会及び団体等との連携

4. 広報活動推進事業

- 1) 全日病ニュースの内容の充実と配布の拡充
  - WEBを利用したリアルタイム情報配信の検討
- 2) インターネットを利用した情報提供の推進
  - ITを利用した行政関連情報(政省令・通知等)の紹介
- 3) 協会ホームページの拡充
  - ホームページのコンテンツの追加(研修会等動画配信の検討)
- 4) 他団体と連携した広報活動の推進 (HOSPEX Japan等への参加)
- 5) 新しいメディアの活用 (SNS等)
- 6) WEB会議導入の検討

II. 病院の管理運営及び病院施設の改善向上に関する調査研究及び提言

5. 病院機能評価事業

- 1) 公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審促進
  - 病院機能評価受審相談事業の実施、「機能評価受審支援セミナー」の実施、病院機能評価取得に関する施策案の検討、認定病院及び未受審病院に対するアンケート調査の実施
- 2) 病院機能評価体系ならびにその運用方法についての検討
  - 新評価体系についての提言、新評価体系に関する情報提供

6. 医療安全対策事業

- 1) 医療安全管理者の養成
  - 「医療安全管理者養成課程講習会(及び継続講習(演習)会)」の実施、医療安全に関する講演会・セミナーの実施、医療安全対策セミナーの実施
- 2) 病院における医療安全推進に関する啓発
  - 医療の質、医療事故調査等に関する出版

7. 医療の質向上に関する事業

- 1) 医療の質評価公表事業の実施
  - DPC分析事業の実施(MEDI-TARGET)
- 2) IT技術を利用した医療の質向上推進事業の実施
  - 病院情報システムを基盤とした安全確保と質保証
- 3) TQM(Total Quality Management)の医療への展開
  - TQM講演会・シンポジウムの実施、業務フロー図作成研修会の実施

8. 個人情報保護に関する事業

- 1) 認定個人情報保護団体としての活動の実施
  - 苦情等処理業務の実施
  - 対象事業者等への情報提供・相談・研修
  - 個人情報保護法Q&A改訂版の作成
  - 個人情報保護の動向に関する調査研究
- 2) 個人情報保護に係る普及・啓発の推進
  - 当協会指針の公表
  - 認定団体業務の取り組み等についての周知
  - 個人情報保護に関するセミナーの実施
  - 「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」の実施

9. 救急医療・災害時医療・感染症対策に関する事業

- 1) 救急医療
  - 高齢者救急(在宅医療・増加する認知症患者と2次救急)のあり方に関する検討、救急ネットワークのあり方の検討、精神科救急と一般救急の問題点の検討
- 2) 災害医療
  - AMAT研修の実施及び災害発生時における被害状況の把握と医療救護班の編成・派遣、DMAT・JMAT・自衛隊・日本赤十字社等の他団体との連携、国際災害支援・国際NGOとの連携、指定病院のネットワーク化を含めた災害時医療システムの構築、学会活動(日本集団災害医学会・日本航空医療学会・日本救急医学会)、地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催、防災訓練の実施
- 3) 感染症対策
  - 新型インフルエンザ等の感染症対策の検討

10. 国際活動推進事業

- 1) 諸外国の医療施設、医療制度等の調査・研修
- 2) 諸外国の病院団体との交流
- 3) 発展途上国及び被災国への医療支援

III. 病院資質の向上に資する医師その他病院関係職員の実務的、理論的及び倫理的なレベルの向上に関する教育研修及び検定並びに普及啓発

11. 学術研修事業

- 1) 第56回全日本病院学会(福岡県支部担当)の実施
- 2) 夏期研修会の実施
- 3) ブロック研修会(1回)の実施
- 4) 全日本病院協会雑誌の発行(年2回)

12. 教育・研修事業

- 1) 開設者・管理者・幹部職員研修の実施
  - 「業務フロー図作成研修会」(再掲)、「病院事務長研修コース(及びフォローアップ研修)」、「看護部門長研修コース(及びフォローアップ研修)」、「総合診療医に関する管理者向け研修」(仮称)、「医療機関トップマネジメント研修コース(及びフォローアップ研修)」
- 2) 勤務医師、看護師、薬剤師、その他医療従事者の研修の実施
  - 「臨床研修指導医講習会」、「医師事務作業補助者研修」、「総合評価加算に係る研修」、「特定保健指導実施者育成研修コース」(基礎編・技術編)、「特定保健指導専門研修コース」(食生活改善指導担当者研修)、「特定保健指導アドバンス研修」、「個人情報管理・担当責任者養成研修(ベーシックコース及びアドバンス研修)」(再掲)、認知症に関する研修、医療ソーシャルワーカーに対する研修
- 3) DPCデータを活用した経営分析・質向上に関する研修会の実施
- 4) 医療安全管理者の養成
  - 「医療安全管理者養成課程講習会(及び継続講習(演習)会)」の実施(再掲)、医療安全に関する講演会・セミナーの実施(再掲)、医療安全対策セミナーの実施(再掲)
- 5) 機能評価受審支援セミナーの実施(再掲)
- 6) AMAT研修の実施(再掲)
- 7) 地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラムの開催(再掲)
- 8) 次世代の若手経営者育成事業の実施
- 9) 海外研修旅行の実施(再掲)

13. 資格認定事業

- 1) 病院管理士の認定並びに更新制度の実施
  - 「病院事務長研修コース(及びフォローアップ研修)」(再掲)
- 2) 病院看護管理士の認定並びに更新制度の実施
  - 「看護部門長研修コース(及びフォローアップ研修)」(再掲)
- 3) 保健指導士の認定
  - 「特定保健指導実施者育成研修コース」(基礎編・技術編)(再掲)
  - 「特定保健指導専門研修コース」(食生活改善指導担当者研修)(再掲)
- 4) 医療事務技能審査事業の実施
  - ・メディカルクラークの付与
- 5) 医事業務管理技能認定事業の実施
  - ・医事業務管理士の付与
- 6) 医師事務作業補助技能認定事業の実施
  - ・ドクターズクラークの付与

14. 無料職業紹介事業の体制整備

IV. その他この法人の目的を達成するために必要な事業

15. その他、本会の運営に必要な事業

- 1) 支部活動及び組織の強化
  - 会員(正会員・準会員・賛助会員)の増強、学術研修の推進(全日本病院学会への支援等)、各都道府県病院学会への協力及び支援、各種研修会・セミナー・講習会・講演会の実施、各種政策・提言・要望活動の実施、各種調査・研究活動の実施、医療保険制度の検討、介護保険制度の検討、地域医療活動の実施、広報活動の推進、支部機関誌及び会報等の発行、各都道府県医師会及び病院協会等関係団体との連携、福祉事業の拡充及び推進、各種会議、支部総会の実施、勉強会、意見交換会等の実施、医療制度等に関する情報収集及び情報提供活動の実施、支部会員相互の情報交換及び親睦活動の実施、若手指導者育成事業の実施、医療従事者対策の推進、病院機能評価の普及及び促進、看護師確保・養成対策の推進、医療安全対策の推進
- 2) 支部研修会及び講演会等開催のための支援(講師派遣等)
- 3) 支部通信員活動の推進
- 4) 会員増強(正会員・準会員・賛助会員)
  - 会員数の少ない都道府県における加入促進事業の実施、ブロック研修会等の開催時における積極的な入会勧誘
- 5) 厚生労働科学研究に係る利益相反の管理
- 6) 日帰り人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 7) 一泊人間ドック実施指定施設の指定事業の実施
- 8) 「健康の記録」・「問診表」の販売
- 9) 日帰り人間ドック更新料減免調査の実施
- 10) 一泊人間ドック更新料減免調査の実施
- 11) 特定健診・特定保健指導の集合契約の締結
- 12) 会員病院データベースの構築と更新

全日病

# AMAT初の出動訓練を兼ねた病院防災訓練を実施

全日病の救急・防災委員会は2月22日に、AMATとして初の出動訓練を兼ねた病院防災訓練を実施した。

医療法人伯鳳会グループ暁明館病院の新病院と旧病院(いずれも大阪府)を被災現場に想定、同グループの赤穂中央病院(兵庫県)と白鬚橋病院(東京都)に加え、グループ外から加納総合病院(大阪府)が参加した。

「大阪湾沖を震源とする震度6強の地震が発生。免震対応の新病院は死傷者なく、ライフラインも使用可能だが、

リハビリ病棟の旧病院(入院患者数48人)は倒壊し、患者44人が自力脱出できなかったものの、他患者は瓦礫の下に埋もれている模様」というのが状況設定。

新病院はAMATを1チーム旧病院へ送って救出にあたる一方で、全日病に支援を要請。これを受けて全日病は赤穂中央病院と加納総合病院にAMATの派遣を要請し、両病院よりチームが出動。新病院にAMAT活動拠点本部を置いて新病院と合同で救援活動にあたる、というのが訓練活動のシナリオ。



大阪市消防局此花消防署のレスキュー隊と消防隊も加わり、①病院災害対策マニュアルに沿った大阪暁明館病院の訓練、②大阪暁明館病院と此花消防署の合同防災訓練、③AMAT活動要領に基づいたAMAT隊の活動を検証する実動訓練からなる、病院防災の総合的合同訓練として取り組まれた。

訓練には病院側から事務職を含め約

170名が参加。傷病者のトリアージ、救急治療、患者移送などに加え、此花消防隊はがれきの下に埋もれた被災者の救出活動も行なった。

## 医療法人の附帯業務 配食と海外の医療施設運営を追加

厚生労働省は医療法人の附帯業務を拡大して配食サービスを追加するという改正を行ない、3月19日付で医政局長通知(医政発0319第4号)を各都道府県に発出した。

さらに、厚生労働省は、附帯業務に「海外における医療施設の運営に関する業

務」を追加。「当該業務を実施するに当たり必要な現地法人への出資も可能とすること。その際、出資の価額は繰越利益積立金の額の範囲内とする」旨を注記した。

これらの改正は3月19日より適用となった。

内とする。その際、医療法人会計基準(2014年3月19日医政発0319第7号)を適用した会計処理を行なう。また、出資を行なう前に、監督庁に、出資する法人の名称、出資の価額等を届け出る。

## 四病協 医政局長通知 医療法人会計基準の活用促進を都道府県に促す

厚生労働省は、3月19日付の医政局長通知(医政発0319第7号「医療法人会計基準について」)で、四病院団体協議会が策定した「医療法人会計基準」は「医療法に規定する一般に公正妥当と認められる会計の慣行の一つとして認められる」ことを明らかにするとともに、

に事業報告書を厚労省に提出する。また、厚労省の求めに応じて、適宜、必要な報告を行なう。

4. 社会医療法人が国際展開に関する業務を行なう場合は、以降、収益業務ではなく附帯業務として扱い、出資の価額など本通知等で定める事項を遵守する

## 医療法人の海外経営で「遵守すべき事項」—厚生労働省が通知

厚生労働省は3月19日付で医政局長通知(医政発0319第5号「医療法人の国際展開に関する業務について」)を発出、医療法人の附帯業務に追加した「海外における医療施設の運営に関する業務」で遵守すべき事項を明示した。

その中で、①現地法人への出資額は医療法人会計基準にもとづく貸借対照表の繰越利益積立金の範囲とする、②社会医療法人で収益業務とされた海外

経営は、今後、附帯業務とするなどの規制方針を打ち出した。

「遵守すべき事項」は以下のとおり。

1. 本業務を実施するに当たっては、本来業務である病院、診療所、介護老人保健施設の業務に支障のない範囲内で行なわれる。
2. 必要な現地法人への出資の価額及びその総額は、直近の会計年度で作成された貸借対照表の繰越利益積立金の範

## 2013年度 第11回常任理事会の抄録 2月15日

第11回常任理事会は定足数を割ったため、懇談会として開催された。

### 【主な協議事項】

●災害時医療支援活動指定病院の申請 「全日本病院協会 災害時医療支援活動指定病院」への会員病院の申請が了承された。

●福島県支部長・副支部長の交代 新たな福島県支部長に土屋繁之氏(土屋病院長)、副支部長に坪井永保氏(医学研究所理事長)並びに本田雅人氏(竹田総合病院長)の就任が報告され、了承された。

●入会者の承認(敬称略・順不同) 以下の正会員入会が了承された。東京都 グレイス病院 理事長 藤田 正 東京都 野村病院 理事長 野村幸史 熊本県 武蔵ヶ丘病院 理事長 田中英一

●人間ドック実施指定施設の承認 人間ドック実施施設として以下施設の指定が了承された。□日帰り人間ドック 東京都 うえの井口クリニック 日帰り人間ドック実施指定は合計484施設となった。

### 【主な報告事項】

●2014年度診療報酬改定について 西澤会長より2014年度診療報酬改定の答申について報告があった。

●病院機能評価の審査結果 1月6日付で以下の会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まり、報告された。□主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

- ◎一般病院1 福島県 松村総合病院 新規 千葉県 平和台病院 新規 東京都 木村病院 更新 大阪府 白鷺病院 更新 徳島県 沖の洲病院 更新 沖縄県 海邦病院 更新

- ◎一般病院2 岐阜県 松波総合病院 更新 静岡県 静岡県立静岡がんセンター 更新 福岡県 福岡青洲会病院 更新 沖縄県 那覇市立病院 更新

- ◎リハビリテーション病院 熊本県 御幸病院 更新 ◎精神科病院 福岡県 みなかぜ病院 新規 12月6日現在の認定病院は合計2,353病院。そのうち、本会会員は984病院と、会員病院の40.1%、全認定病院の41.8%を占めている。

## 2013年度 第4回理事会・第12回常任理事会の抄録 3月15日

### 【主な協議事項】

●福島県支部長、副支部長の交替 福島県支部長・副支部長の交代が承認された。(第11回常任理事会を参照)

●2013年度事業計画の一部変更 2013年度事業計画の補正が承認された。年度途中で、(1)プライマリ・ケア検討委員会が常設委員会の昇格したこと、(2)厚生労働省補助事業であるチーム医療推進事業を受託したことにもなうもの。

●2013年度補正予算 2013年度補正予算案が承認された。

●2014年度予算案の修正 2014年度予算案の修正案が承認された。

●AMAT研修ワーキンググループ構成員の追加 AMAT研修WGの構成員に山形県立中央病院救命救急センターの森野一真副所長を追加することが承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同) 以下の正会員入会が承認された。□2月の入会者 (第11回常任理事会を参照)

- 3月の入会者 北海道 札幌江仁会病院 院長 山岸雅彦 神奈川 脳神経外科東横浜病院 理事長 郭 水泳 愛知県 済衆館病院 理事長 今村康宏 大阪府 大阪警察病院 院長 越智隆弘

別途、正会員および賛助会員からの会員種別変更があり、準会員は59人となった。

●人間ドック実施指定施設の承認 人間ドック実施施設として申請のあった以下施設の指定が承認された。

- 日帰り人間ドック 大阪府 朋愛病院 日帰り人間ドック指定は484施設。 □1泊人間ドック 兵庫県 尼崎中央病院 1泊人間ドック指定は29施設となった。

●病院機能評価の審査結果 2月7日付で以下の10会員病院に病院機能評価の認定・更新が決まった。

- 主たる機能(3rdG/Ver.1.0:順不同) ◎一般病院1 福島県 福島第一病院 更新 神奈川 牧野記念病院 更新 愛媛県 大洲中央病院 更新 熊本県 菊陽台病院 更新

- ◎一般病院2 神奈川県 東名厚木病院 更新 愛知県 名古屋記念病院 更新 大阪府 馬場記念病院 更新 大阪府 耳原総合病院 更新 兵庫県 神戸百年記念病院 更新 ◎リハビリテーション病院 青森県 青森慈恵会病院 更新 2月7日現在の認定病院は合計2,344病院。そのうち、本会会員は984病院と、会員病院の40.5%、全認定病院の42.0%を占めている。

あんしんとゆとりで仕事に専念

## 一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための  
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
  - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
  - 医療施設機械補償保険
  - 居宅介護事業者賠償責任保険
  - マネーフレンド運送保険
  - 医療廃棄物排出事業者責任保険
  - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
  - 勤務医師賠償責任保険
  - 看護職賠償責任保険
  - 薬剤師賠償責任保険

一般社団法人  
**全日病厚生会**

お問合せ (株)全日病福祉センター  
〒101-0064 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. 03-5283-8066

# 2014年度診療報酬改定にどう対応するか

—— 会員病院と各支部の課題

副会長(医療保険・診療報酬委員会委員長) 猪口雄二



## 医療制度改革と診療報酬改定

2014年度診療報酬改定が施行された。医療本体は0.1%の引き上げであり、消費税に対応する引き上げ分を除くと、実質-1.26%の改定である。また今回の改定は、2025年に向けた医療提供体制改革を念頭に置いた改定であり、それを実現するため多くの仕掛けが設定されている。

2014年中には病床機能報告制度が開始となる。並行して作成されるガイドラインに沿って、都道府県は地域医療ビジョンを策定することとなる。病床機能報告制度では、現在の一般病床と療養病床を、「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」の各病棟(病床)に区分する。

そして、地域医療ビジョン作成の過程で、2025年の人口、高齢化率等を基礎に2次医療圏における4区分の病棟(病床)のそれぞれの必要量が計算され、病院経営者の自主的な、もしくは「協議の場」における話し合いで、現状の病床数を医療機能別の必要病床数に収斂させようというものである。

全日病の各支部は、この「協議の場」に参加し、現場の意見を反映させる必要がある。

## 新たな財政支援制度

今回、地域の医療・介護の整備推進のために新たな基金が設けられた。その予算は904億円に上り、各都道府県に分配される。

新基金の用途として、病床機能分化・連携、在宅医療・介護の充実、医療従

事者の確保・育成等が描かれている。

この補助金の交付内容は本年度前半に固められる。

したがって、全日病の各支部は、早急に、新たな財政支援を活用した事業を提案する必要がある。

## 診療報酬改定のポイント

今回の診療報酬改定は、病床機能分化に対応するための改定という意味合いが強い。このような観点で改定項目を見てみる。

●「高度急性期病床」の位置づけに向けた診療報酬

「高度急性期機能」の病床を整えるために、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット、総合入院体制加算、手術・処置の休日・時間外・深夜加算等において、さらに上位の施設基準の点数が用意された。

これらの要件を満たせる「高度急性期機能」の病院は、特定機能病院や都道府県単位の基幹病院等が対象となろう。

●7:1看護からの退出と「急性期機能病床」の診療報酬

7:1看護基準を減らすことは、今回の診療報酬改定の大きな目標である。このために、「重症度、医療・看護必要度」の見直しはより厳しいものとなった。その他、短期滞在手術の平均在院日数からの除外、退院患者の在宅復帰率75%以上等も7:1からの退出のために設けられた。

また、救急医療管理料は「上記に準ずる重篤な状態」が半額に引き下げられた。2次救急指定病院等の「急性期機能病床」では、この引下げによる減収が痛手である。

●「地域包括ケア病棟」の創設

「亜急性入院医療管理料」は「地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)」に変化した。リハビリテーションが包括され、看護と看護補助の人員配置加算がついた。また、急性期対応の加算も付いたが、不十分なものと言わざるを得ない。

そもそも、この病棟の機能は、報告制度における「急性期」なのか「回復期」なのかははっきりしない。

在宅や介護施設からの急性期医療に対応するためには、相応の診療報酬が必要である。また、今後の超高齢社会においては、この病棟において急性期

機能と回復期機能の両者を提供することが必要なのである。

このような考え方を、「地域包括ケア病棟」の今後の発展型として、全日病の各病院が自ら提唱していく必要があるのではないだろうか。

●「医療療養病棟」の診療報酬

「慢性期機能病床」の代表である医療療養病床には、透析加算、在宅復帰加算が設定された。また、いままで算定できなかった超重症児(者)等の加算対象が拡大され、医療区分2,3を多く扱う療養病棟入院基本料1は、かなりの増収が可能となるであろう。そして、療養病床にも関わらず、1病棟は地域包括ケア病棟に移行可能となった。

このように、今回の改定では病床機能分化を念頭に置いた改定項目が並ぶ。また、このように目的の定まった改定は2018年度改定まで続くと考えられる。

この状況において、全日病の各支部に必ず関与していただきたい点は、

◎地域の医療・介護の整備推進のための新たな基金に関する事業の提案

◎地域医療ビジョン策定における「協議の場」への積極的参加

の2点である。

病院機能の再編は始まった。各支部には地域における民間病院の代表であることを認識していただき、今こそ、地域医療の要として機能しなくてはならない。

## 医療機関群 IIからIIIへは26病院、IIIからIIへは34病院。手術評価が影響

14年度改定におけるDPC 機能評価係数IIの最大格差係数は救急医療。救急医療管理加算2の新設が大きく影響

3月26日の中医協総会に、事務局(厚生労働省保険局医療課)は、2014年度改定におけるDPC対応の結果を報告した(別掲)。それによると、この4月1日現在のDPC対象病院は1,585と前改定時より80病院増加、全病院の21.0%を占め、初めて20%を超えた。

対象病院の36.8%(583病院)を200床未満が占め、100床未満は210病院にの

ぼっている。

DPCを算定する病床は49万2,206で、一般病床(89万9,385)の54.7%を占めている。

今回の見直しによって、基礎係数II群の病院は90から99に増加した。また、機能評価係数IIにおける最小値と最大値の係数格差は、救急医療が0.02602ともっとも開いた。救急医療管理加算2の新設が大きく影響しているとみられる。

新設の後発医薬品も0.01544と大きく開いたが、約190病院で60%の目標値がクリアされている。

DPCの今後の運営に関連して、事務局は「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト」に言及し、「14年改定における診断群分類点数表の改定に応じた見直しを行なった上で、3月内に公開する」ことを明らかにした。

### 機能評価係数IIの分布範囲

係数	最小値～最大値
効率性	0.00000～0.01563
救急医療	0.00000～0.02603
後発医薬品	0.00000～0.01544
保険診療	I群 0.00694～0.00731
	II群 0.00695～0.00732
	III群 0.00658～0.00731
複雑性	I群 0.00000～0.01332
	II群 0.00000～0.01633
	III群 0.00000～0.01640
カバー率	I群 0.00412～0.01045
	II群 0.00349～0.01296
	III群 0.00529～0.01045
地域医療	I群 0.00319～0.01534
	II群 0.00071～0.02972
	III群 0.00007～0.02167

□2014年度改定におけるDPCの対応結果 ●診療報酬改定(出来高報酬体系)の見直しの反映

・診断群分類点数表の集計に、入院料(一般病棟10対1)増点分の21点を反映。・包括範囲の報酬水準の見直しとして、医療機関別係数(機能評価係数Iを除く)の設定に、改定率(消費税増税分を除く)を反映(全体に0.9874を乗じる)。



・各診断群分類および各医療機関の包括範囲出来高実績に基づき、入院料、薬価等の各項目の消費税引上分に相当する額をDPC 点数表と医療機関別係数の設定に反映。

●診断群分類点数表の改定

・診断群分類数は総計で2,873。うち包括対象のDPCは2,309。

・高額薬剤等に係る診断群分類は28。

●医療機関別係数の見直し

実績要件にもとづいて全DPC病院をI群～III群として設定し、群別に基礎係数を設定。

I群の病院 80(基礎係数 1.1351)  
II群の病院 99(基礎係数 1.0629)  
III群の病院 1,406(基礎係数 1.0276)

\* (編集部注) II群→III群は26病院、III群→II群は34病院、準備病院→II群は1病院。医療課によると、II群とIII群との間の移行の理由は、一部は「実績要件2(医師研修の実施)」であるが、主には「実績要件3(高度な医療技術の実施)」

であった。とくに、外保連試案の8版から8.2版への変更が大きく影響した。

●機能評価係数I

・新設された「平均夜勤時間超過減算」「栄養管理体制減算」は、機能評価係数Iとして評価。

・「患者サポート体制充実加算」は、一部患者ごとの評価が含まれるため、機能評価係数。の評価対象外とした。

●機能評価係数II

・救急医療係数は、救急医療管理加算の見直しに合わせ、加算2に相当する症例は加算1に相当する症例の半分の比重によって評価した。(係数IIの分布表は別掲)

●激変緩和措置

調整係数の置き換えにともなう医療機関別の変動による診療報酬への影響をみると、135病院が-2.0%を下回り、82施設が+2.0%を上回った。これらについては、影響が2.0%を超えない範囲で暫定調整係数を調整した。

## 厚生労働省が都道府県に通知

### 理事長医師要件緩和規定を阻害する運用の改善を求める

厚生労働省は3月5日付で医政局指導課長通知「医師又は歯科でない者の療法人の理事長選出に係る認可の取扱いについて」(医政指発0305第1号)を各都道府県に発出、医療法人理事長の医師要件の運用を緩和する「但し書き」規定があるにもかかわらず、一部の都道府県では事実上その適用を阻害する制限要件が設けられているとし、そうした運用

を見直して柔軟に対応するよう要請した。

「医師の理事から選出する」とされている理事長要件に関して、医療法には「ただし、都道府県知事の認可を受けた場合は、医師又は歯科医師でない理事のうちから選出することができる」とした、但し書きが設けられている(第46条の3第1項)。

この運用について、旧厚生省は「候

補者の経歴、理事会構成候補者の経歴、理事会構成等を総合的に勘案し、適切かつ安定的な法人運営を損うおそれがないと認められる場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、都道府県知事の認可が行われる」という解釈を示している(1986年6月16日付健政発第410号健康政策局長通知)。

しかし、同省が昨年実施した調査の

結果、一部の都道府県では「理事としての経験年数が一定期間あることや財務状況が黒字であることなど」、緩和規定に独自の要件を設定して運用している事例がみられたことから、通知は、「このような要件を設定して門前払いをするのではなく、しっかりと候補者の経歴、理事会構成等を総合的に勘案し、都道府県医療審議会の意見を聴いた上で、当該認可について判断するよう」、現在の運用の改善を検討することを要請したもの。