



# 全日病 NEWS 6/1

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.825 2014/6/1 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## 「話し合いで、地域に不足する、必要なものを事業提案すべき」

全日病第2回「経営セミナー」 佐々木室長 病院団体の“周旋”に期待。西澤会長 各支部に事業案提案を呼びかける

全日病は5月18日に第2回「経営セミナー」を開催。厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室の佐々木昌弘室長が医療法等改正案の全体像と新基金について講演。続いて西澤寛俊会長が、病床機能報告制度を中心に、当面する焦眉の問題と対応すべき課題を解き明かすとともに、病院のとるべき策を論じた。(6面に講演要旨)

新基金について、佐々木室長は「(それを必要とする)地域の事情が適正であることが、個々の医療機関に投入される前提条件だ」と述べ、それだけに「地域の医療関係者による話し合いが大切」で、それをまとめていく「病院団体の役割が重要になる」と指摘した。

西澤会長は、病床機能報告制度の意味するところを詳しく説明した上で、将来の機能別必要量を超越する場合でも「すでにある病棟に機能の転換を求めることはない」と説明する一方、「しかし、例えばオーバーしたらいずれかの病院はやっていけない。県による指導とは別に、我々が自主的主体的に対応していくことが大切だ」と述べ、医療提供体制改革に初めて“協議の場”が設けられた意義を指摘した。

また、新基金に関しては「地域の病院団体が一体となって都道府県と話し合うことが必要」と述べ、支部を軸に結束して動くこと、そして、6月の厚労省による都道府県ヒアリングの前までに、事業案を提案していかなければな

らない」と、支部と会員病院の取り組みを促した。

福岡、兵庫、愛知など各地からかけた参加者からは、新基金をめぐる地元の動きなど、具体的な実情を踏まえた質問が多く出た。「県からは何も言っていない」「県の病院協会から情報は来ている」など、病院団体と県との距離間によって新基金への対応が分かれる現実が浮かび上がった。



## 次期改定に向けたDPCの検討方針を承認

【中協】 I～Ⅲ群のあり方が俎上。医療法の改革を反映、DPC対象病院の範囲とあり方も議論

5月28日の診療報酬基本問題小委員会は「DPC/PDPSに係る今後の検討方針」を承認。続いて開かれた中協総会もこれを了承した。(3面に「検討方針」を掲載)

DPC評価分科会がまとめた「検討方針」は、診断群分類による点数設定については、研究班が手がけている「重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)への対応」とともに高価な薬剤・材料を用いる診断群分類に適用されている「点数設定方式Dのあり方」や「短期滞在手術等基本料3との整合性」を検討課題にあげた。

事務局(厚労省保険局医療課)の佐々木企画官は、点数設定方式Dを「1入院あたり包括支払いに近い方式」とした

上で、「診療の標準化が進んでいる診断群分類等、ほかにも(Dに)ふさわしい分類があるか検討していく」と、拡大の方向で検討していくことを示唆した。

さらに、「検討方針」は、診療の標準化が進む疾患を短期滞在手術3というDRG的評価で括ってDPCから除外した今改定の措置を踏まえ、今後に向けて、その整合性を検討していくことも課題にあげた。

「医療機関別係数」に関しては、「適切な医療機関群のあり方に関する検討」が正式な検討テーマに入った。

佐々木企画官はI群、II群、III群とも俎上にのぼることを認めたが、基本小委では、「大学の本院と分院がなぜ区

分されなければならないのか。違いは医学教育だけだ(診療側中川委員)など、診療実績にもとづかない区分に強い疑問が出た。

このうち、III群のあり方の検討は、「中長期的な検討課題」として示された。「小規模病院や単科専門病院等、多様な施設がDPC制度に参加していることを踏まえ、医療提供体制全体の見直しの方針との整合性も踏まえつつ、DPC制度の対象病院のあり方や対象範囲等について中長期的な課題の整理が必要」という論点とリンクする。

次期改定に向けたDPC制度の議論は、診療報酬という枠組みでの検討に加え、医療法による機能分化の流れをより反映するものとなった。

## 規制改革会議 「選択療養制度」(仮称)の答申盛り込みを決定

6月の新成長戦略のメニューに加えるよう安倍首相に提言

規制改革会議は5月28日、現行の保険外併用療養費制度に、選定療養や評価療養とは別に、新たに「選択療養制度」(仮称)を創設する案をまとめ、6月の総理大臣宛答申に盛り込むことを決めた。政府が同月に策定する新成長戦略のメニューに加えるよう提言する。

- 提言の骨子は、
- ①医師は一定要件を満たす診療計画をエビデンスとともに書面で提示して同意を得る
  - ②医師から申請があったそれらの書類を、専門家が全国統一的に中立的・客観的な立場から、治療の安全性・有効性等を迅速に確認する
  - ③その結果を患者に直接情報提供する仕組みを設ける
  - ④「選択療養」の実績を「治療結果報告書」として当局に提出し、評価療養のプロセスに載せることで将来の保険取載につなげる
  - ⑤「選択療養」から評価療養に移行さ

せる場合に、当該診療を受けられる医療機関へのアクセスが制限されることがないように十分な配慮を行なう

というもの。  
同会議は3月27日の会合で「選択療養」の構想を示し、その後、4月16日

## 「選択療養制度(仮称)の創設に反対する」

【四病院団体協議会】 四団体の各機関決定を踏まえて決定

四病院団体協議会は5月28日に総合部会を開き、規制改革会議が創設を提案している「選択療養制度」(仮称)に反対することで4団体の意見が一致した。

かねてから混合診療の実現を求めてきた規制改革会議は、技術ごとに定められた施設基準を満たした医療機関に実施を認める現行先進医療制度(評価療養の1つ)に対して、新たに、医師と患者の話し合い(同意)の内容を専門家が確認できればどの医療機関でも保険診療との併用ができるという仕組みを対置、3月27日に、その創設を提言した。

その後、一定の修正を加えたが、実

施医療機関を事実上自由化する、したがって混合診療を制度的に認めるといった構想の骨格は変わっていない。

この構想に、早くから日本医師会、保険者団体、患者団体等が反対を表明、



と4月23日の会合で、手続き面を中心とした修正案をまとめている。

今回の提言は、①から③の骨格部分は修正案を踏襲、現行の評価療養につなげて「将来保険取載される可能性のある診療が「選択療養」に留まらないように」する仕組みとして④と⑤を追加している。

5月14日には40団体が参加する国民医療推進協議会でも反対決議が行なわれた。

四病協の各団体も国民医療推進協議会に参加しているが、このほど、各団体内部の議論と反対する旨の機関決定が出揃ったため、同日の総合部会で四病協として反対することを正式に確認した。

## 四病協 消費税10%に「原則課税を求める」方針の堅持を確認

5月28日の四病協総合部会は、来年10月に見込まれる消費税率の10%への引き上げを前に、病院団体として「原則課税を求めていく」方針を確認した。

この4月の8%への引き上げに際してはやむなく診療報酬による補填を甘受したが、病院の間では「改定による補填では控除対象外消費税を回収できない」とする声が圧倒的だ。

このため、四病協の医療経営・税制委員会(委員長・伊藤伸一医法協副会

長)は、今改定の補填でどの程度カバーされているか、実態調査を行なう方針を決めている。

「社会保険診療報酬等の非課税を見直し、課税制度に改める」方針について、四病協は2011年度の税制改正から4年間続いて日医と連名で要望書を提出している。四病協は、今後もこれま

「清話抄」は3面に掲載しました。

### 第2回定時総会 開催のご案内

下記日程で第2回定時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 西澤寛俊

□第2回定時総会

日時 2014年6月21日(土) 午後2時

会場 ホテルグランドパレス 3F「白樺」

東京都千代田区飯田橋1-1-1

Tel.03-3264-1111

報告事項 2013年度事業報告

議決事項 (1) 2013年度決算(案)

(2) その他

なお、定時総会終了後に、「医療提供体制の制度改革について」と題して、厚生労働省医政局梶尾雅宏指導課長による特別講演が行なわれます。

# 主張

## ロコモティブシンドロームに対応していく それが介護・医療の負担を軽減し、健康寿命を延ばす

厚生労働省の調査によると、2012(平成24)年の日本人女性の平均寿命は86.4歳となり、香港を抜いて世界第1位に返り咲いた。男性は79.9歳で第5位である。しかし、健康寿命は、女性で約8年、男性で約7年も平均寿命より短いのが現状である。

超高齢社会を迎えた我が国では、変形性膝関節症、変形性腰椎症、骨粗鬆症など複数の運動器の機能不全を抱えている人が非常に増えている。要支援・要介護になる原因は、転倒・骨折、関節疾患、脊椎疾患など運動器の障害が23.1%で第1位である。国民や運動器の健康を保ち、健

康寿命を延ばすことが喫緊の課題である。

2007(平成19)年に日本整形外科学会が「ロコモティブシンドローム(運動器症候群=通称ロコモ)」を提唱し、運動器の健康を保って健康寿命の延伸を目指している。ロコモティブシンドロームとは、加齢に伴う筋力低下、関節軟骨障害や骨量低下などの運動器の障害によって自立度が低下し、要介護になるリスクの高い状態をいう。

我が国においては健康増進の取り組みとして「国民健康づくり対策」が、1978(昭和53)年から数次にわたって

展開されているが、2000(平成12)年には「21世紀における国民健康づくり運動(第1次健康日本21)」として、メタボリックシンドロームが取り上げられた。

2013(平成25)年3月に行われたWeb調査の結果では、国民のメタボ認知度は92.7%にまで上昇しているが、ロコモ認知度は26.6%と低い。

同年からの国民の健康づくり運動「健康日本21(第2次)」でロコモティブシンドロームが取り上げられ、国民のロコモ認知度を10年後に80%に引き上げるという数値目標が設定された。

高齢を迎え、何歳になっても適度な運動を継続することは、筋力、バランス能力や骨量を保つことができ、ロコモを予防・克服することができる。

メタボの人はメタボでない人に比べてロコモの主要疾患である変形性膝関節症に1.5倍もなりやすいなど、メタボとロコモとの関連も明らかになりつつある。

国民のロコモ認知度を高めて、運動器の健康を維持・向上させることが、介護や医療の負担を軽減し、活力ある社会作りに貢献できると思われる。(H)

## 資源配分の「高齢者から子供へのシフト」を提起

経済財政諮問会議 50年後の日本の成長モデルで「中間整理」

5月15日の経済財政諮問会議に「『選択する未来』委員会の中間整理」が報告された。「選択する未来」委員会は、50年先の日本をどうすべきかというテーマの下、わが国の中長期的な発展を可能とするための課題とその解決の方向を探るために、1月に諮問会議に設置された専門調査会。

将来どんな日本を選択するのかという問題意識から「選択する未来」委員会と称し、3つのワーキンググループを設けて議論を重ねた結果、基本的な考え方がまとまったことから、諮問会議の議論に付すため、中間報告として報告したもの。

同委員会の三村明夫委員長(日本商工会議所会頭)は、「中間整理」の主な

メッセージは、(1)「現状のまま何もしない場合には極めて困難な未来が待ち受けている」という危機意識を共有する必要、(2)しかし、「制度、政策、人々の意識が速やかに変わるならば、未来は変えることができる」という決断と実行の必要、の2つであると説明した。

「現状のまま何もしない場合の未来像」に「制度、政策や人々の意識が速やかに変われば、『人口急減・超高齢社会』への流れは変えられる」と成長・発展モデルを対置した「中間整理」は、「50年後に1億人程度の人口保持」を国家目標に掲げ、「資源配分を高齢者から子供へシフトしていく」ことを提起。改革・変革の視点の1つに、「社会保

障・財政を含む基盤的な制度」を含む「社会を支えている土台を大切に」、「一流国としての発信力・貢献力を保持すること」をあげた。

そして、「現状のまま何もしない場合の未来像」に「医療・介護費の増加による財政破たん」の可能性をあげ、費用増加に歯止めをかける方向として、①ITの活用や技術革新による費用の抑制、②高額医療の原因となる疾病を中心に生活習慣の改善などの予防の取り組み、③サービスの地域的偏在の是正を含め、人材・技術面等の効率的・効果的なサービス提供体制の構築を求めた。

さらに、「ICTの活用や多様な人材・主体間の連携・交流による広域ネットワークの形成」によって地域を集約



化・活性化して再生、農林水産業、観光・交流、医療等の分野に「働く場所をつくる」ことを提起している。

「選択する未来」委員会は、引き続き定量的な分析を進め、重点課題と中長期的な政策の枠組みについて議論を重ね、年内をめどに最終報告を取りまとめる予定だ。

甘利内閣府特命担当大臣は、「中間整理」の方向性を6月の骨太方針に盛り込む考えを明らかにした。

## 「日本版NIH」2法が成立。3省研究事業の一部を一元化

文科省、厚労省、経産省に分かれている医療分野の研究開発事業に司令塔をおいて一元管理する「日本版NIH」構想の法律が、5月23日の参院本会議で成立した。可決されたのは「健康・医療戦略推進法」と「独立行政法人日本医療研究開発機構法」の2法。施行は公布日、一部は公布から3ヵ月以内の政令で定める日となる。

「健康・医療戦略推進法」は、(1)内閣総理大臣を本部長とし、全閣

僚を構成員とする健康・医療戦略推進本部を内閣に置く

(2)推進本部は医療分野の研究開発と健康長寿産業の創出・活性化等に関する健康・医療戦略を策定、閣議決定する

(3)推進本部は健康・医療戦略に即した医療分野研究開発の具体的推進計画を決定する

(4)推進計画は日本医療研究開発機構が医療分野の研究開発等の実施・助成

で中核的役割を担うよう作成するというもの。

「独立行政法人日本医療研究開発機構法」は、医療分野の研究開発とその環境整備にかかわる実施・助成等を目的として設立するとし、その業務の範囲等を定めている。その中で、「理事長の任命と中期目標の策定等に当たっては健康・医療戦略推進本部の意見を聴くものとする」と、推進本部の関与がうたわれた。

機構の設立は2015年4月1日が予定されている。

「日本版NIH」構想に関しては、当初は、文科省、厚労省、経産省が所管する研究開発事業(予算)のすべてが一元管理されるとみられたが、結果的に、それらの一部、年間にして約1,200億円(14年度予算ベース)が委譲されるにとどまった。したがって、3省はこれまでと同様に、各省予算として研究開発事業を要求することになる。

## 「社会保障・税番号」の2016年開始に向け課題と論点を整理

マイナンバー制度 医療等の事務効率化、医療情報の蓄積・分析・管理等も用途の1つ

政府のIT総合戦略本部に付設された「新戦略推進専門調査会マイナンバー等分科会」は5月16日、国民に社会保障と税の共通番号を割り当てるマイナンバー制度の普及に向けた作業課題と論点を整理した中間とりまとめを了承した。

マイナンバー制度は2013年5月に成立した「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」(マイナンバー法)他関連3法により導入が決まった。

市町村長は住民に個人番号(マイナンバー)を、国税庁は法人等に法人番号を割り振り、国・地方の機関における社会保障、税そして防災等の分野で申請・届出等の事務に利用する、というのが制度の主旨。

マイナンバーは、国税・地方税の賦

課徴取事務や被災時の対応だけでなく、年金、労働、福祉・医療他の社会保障分野で、中央省庁、都道府県、市町村の各機関を結びつけた情報提供ネットワークを介した資格取得や確認、各種の手続きそして給付事務に使われる「社会保障・税番号制度」である。

こうしたシステムの構築によって、例えば、住民は医療・介護・健康等の自己情報を閲覧できるが、行政は住民の医療費の使用状況の把握など、事務効率率以上の利活用が期待できる。

さらに、マイナンバーにともなって住民には顔写真付きの個人番号カードが交付されるが、そこに埋め込まれたICチップの空き領域を利用すると、様々な情報提供ほかのサービスも可能となる。

3月に設置された「マイナンバー等

分科会」は、こうした「社会保障・税番号制度」について、(1)名寄せ(個人番号と法人番号)、(2)本人確認(個人番号カード)、(3)電子サービス(①マイポータル=情報提供等記録開示システム、②マイガバメント=行政のコンシェルジュとなるオンラインサービスやワンストップ型サービス)という3つの面から検討を重ね、実現に向けた方策の論点整理を行ない、中間報告とした。

「社会保障・税番号制度」導入にいたるロードマップは、2015年10月をめどにマイナンバーの通知を開始し、2016年1月から本人申請による個人番号カードの交付を始め、並行してマイナンバーを使った照会、相談、公的書類への記載などの利用をスタート。17年1月にマイポータルの運用開始を予定

している。

中間とりまとめは、「マイナンバーの利用範囲拡大」の対象に「医療・介護・健康等に係る事務の効率化や全国的なサービス連携等に関連する医療・介護・健康情報の管理及び医療情報の蓄積・分析等に係る事務」をあげ、制度基盤の活用可能性、想定される利用方法、期待される効果、制度・運用面の課題等について検討を進め、秋をめどに、検討状況を政府のIT政策統括責任者に報告するとしている。

こうした議論の中で、医療・介護・健康情報の蓄積・分析の一環として、患者の診療情報(電子カルテ)を個人番号につなげることは是非が議論されたが、情報漏えいの恐れから見送られた。

中間とりまとめを含め、IT総合戦略本部は6月に大綱をまとめる。

# 論点に「定期巡回・随時対応」を特養・老健に認める方向性

介護給付費分科会 総論の議論を開始。複合型サービスや訪問看護等を議論

5月23日に開かれた社会保障審議会の介護給付費分科会は、2015年度介護報酬改定に向けた総論的な議論を開始。この日は、①定期巡回・随時対応サービス、②小規模多機能型居宅介護、③複合型サービス、④訪問看護を議題にとりあげた。

地域包括ケアを中核的に支えるものとして期待される、訪問介護と訪問看護が一体的または密接に連携しながら訪問する定期巡回・随時対応サービスについて、厚労省の老健局振興課は、5月19日に、2014年3月末の事業所数等を公表している。

それによると、制度開始2年目の13年度における事業所数は277から434へと57%、利用者数は2,417人から6,792人へと187%増加し、認可している保険者数も142から196に38%増えた。しかし、全国に1,742ある保険者(市区町村)の11.2%に過ぎず、青森、秋田、宮城、栃木、鳥根、徳島の6県はゼロだ。

第5期介護保険事業計画における同サービスの実施見込みは、13年度で283保険者と到達度は69.3%に達したものの、利用者数(6,792人)は厚労省の見込み(1万2,000人)をさらに下回る56.6%にとどまった。

こうした伸び悩みに、前回4月28日の分科会では「老人保健施設で夜間訪問介護ができるよう配置基準など柔軟な対応を図ってほしい」という声も出たが、この日も、委員からは「訪問看護との連携」を含む基準や要件の緩和

を求める意見が相次いだ。

この日示された論点で、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、「特別養護老人ホームや老人保健施設による定期巡回・随時対応サービスへの参入促進に資する兼務要件」を提起、サービス提供者を介護保険施設に広げる方向性を打ち出した。

さらに、同サービスにおける24時間訪問についても、「オペレーターについて、特に人材が不足する夜間・早朝等における配置基準や資格・兼務要件についてどう考えるか」と、緩和の方向での議論を促した。

また、「看取りに取り組む体制づくり」および「同一の集合住宅の利用者とそれ以外の住居の利用者に対する介護報酬」や「集合住宅に併設された複合型サービス事業所の運営」のあり方も、論点に織り込んだ。

定期巡回・随時対応サービスと同じく12年度に創設された複合型サービスも、医療ニーズの高い利用者、通い、泊まり、訪問看護、訪問介護を組み合わせる重要なサービスであるにもかかわらず、請求事業所数は103、利用者数は約1,580人と低迷している(14年2月審査分)。

請求事業所を開設主体別にみると営利法人が約46.6%と最も多い。登録利用者1,042人についてみると、84.5%が何らかの医療ニーズをもち、5.9%に「看取り期のケア」が実施されている

(13年10月1日時点)。

しかも、要介護3以上の中重度者が利用者の約62.5%を占めているにもかかわらず、社会福祉法人(社協以外)と医療法人の割合は40%弱しかない。

訪問看護ステーションの指定がある場合は複合型サービス登録利用者以外にも訪問看護を行なえるため、請求事業所の約6割がその指定を受けており、1事業所あたりの看護職員数(常勤換算)は平均4.3人となっている。

登録定員は通いと宿泊の合計で25名以下とされているが、事業者調査によると1事業所あたりの定員は平均24.8人に達しており、事務局は、「定員の増員希望や定員の柔軟な運用を希望する事業者が多い」と説明した。

訪問看護指示書の利用者が6割を超える事業所は約4割に達し、特別管理加算の算定者が2割を超える事業所は4分の1を占めている上、看護職員数が多数になるほど特別管理加算を算定している傾向にあるなど、訪問看護ステーションとの連携・併設がますますキーとなっている。

そのため、論点には、複合型サービスにおける看護業務のあり方、特別な管理や重度者対応のあり方など、地域における訪問看護の展開をどう強化していくかという視点が優先課題に取り上げられた。

さらに、訪問看護ステーションの参入を促すために、「開設時の公的支援や事業開始時支援加算(14年度末まで

の時限措置)」の延長可否も論点に織り込まれた。

訪問看護の利用者数は約34万9,700人、ステーションの数は6,992カ所(14年2月審査分)と、増加傾向にある。

事務局は、論点に「引き続き規模拡大を推進すべきではないか」と書き込んだ上で、「14年度改定で新設された機能強化型訪問看護ステーションについて、次期介護報酬改定における対応をどう考えるか」と提起、介護報酬でも同様の対応を図る方向を明示した。

その一方で、訪問看護の利用を望まない利用者本人・家族に「単価の高さや限度額との関係を理由」とする向きが多く、「訪問看護ステーションに空きがない」というのはきわめて少ないことや、訪問看護ステーションの看護職の不満に、給与水準とともに通所系・施設系に比べて過重な勤務形態が多くあげられているという現状を説明。

論点で、訪問看護職員の確保については「実態に即した推進が必要不可欠と考えるがどうか。その際、新たな施策の展開も必要と考えるがどうか」という認識を示した。

同時に、13年度までの訪問看護推進事業を新たな財政支援制度に付け替え、「在宅医療推進協議会の設置・運営」や「訪問看護の促進・人材確保を図るための研修等の実施」に必要な経費に対する支援を行なう方針を明らかにした。

DPC/PDPSに係る今後の検討方針・スケジュール等 5月28日 中医協総会 ※1面記事を参照

## (1)「診断群分類点数表」に係る検討課題

### ①基本方針について

(ア) ICD-10(2013年度版)に係る対応について

現行のDPC制度はICD-10(2003年度版)を元に運用されているが、平成26年度中にICD-10(2013年度版)が告示される。DPC制度における対応について検討が必要。

(イ) 重症度を考慮した評価手法(CCPマトリックス)について

厚生労働科学研究班(伏見班)で研究が行われている新たな評価手法(CCPマトリックス)について、どのように対応するか検討が必要。

(ウ) 点数設定方式Dのあり方

現在、点数設定方式Dは高価な薬剤や材料を使う診断群分類に適用されているが、診療の標準化が進んでいる診断群分類等、現行の他にもふさわしい分類があるか検討が必要。

(エ) 短期滞在手術等基本料3との整合性

平成26年改定で大幅に拡大された1入院あたりの包括支払に近い「短期滞在手術等基本料3」とDPC/PDPSによる包括支払との整合性について検討が必要

②DPC検討WGにおける検討について

[WGにおける検討課題]

・MDC毎に最新の診療実態を踏まえ

た適切な診断群分類の検討

・診断群分類の見直しに合わせた「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト」の見直し

## (2)「医療機関別係数」に係る検討課題

### ①基本方針について

○適切な医療機関群のあり方に関する検討

○調整係数の置き換え完了に向けた枠組み

○激変緩和措置のあり方

### ②各係数の見直し

○機能評価係数Ⅱの各7項目の見直し

<今後の検討方針と考え方>

○平成26年度中に①を一定程度取りまとめた上で、機能評価係数Ⅱの各項目等について、平成26年度の調査結果等を踏まえつつ、医療圏別の評価のあり方や医療の標準化等の観点も含めて検討を行う。

## (3)「算定ルール」等に係る検討課題

### ①検討すべき課題

・同一傷病による7日以内再入院(再転棟)ルール

・持参薬の使用に関するルール(退院時処方を含む)

・DICでコーディング際の症状詳記の添付

・特定入院期間超えの化学療法に係る算定方法 等

## (4)「DPC導入の影響評価に係る調査(退院患者調査)」に係る検討課題

①平成25年度・26年度退院患者調査の取りまとめ

②調査項目の整理(簡素化)と新規の追加項目

## (5) その他、中長期的な検討課題

①特定入院料の差額加算のあり方について

平成22年改定以降DPCデータ(EFファイル)により特定入院料の包括部分のより詳細が把握可能となりつつあり、その結果を踏まえた課題の整理等が必要。

### ②DPCデータの質の向上について

○DPCデータの質の向上に向けて、DPCデータの記載内容にかかる確認の方法や評価方法等について、課題の整理等が必要。

○各病院が独自に指標を作成し公開することについて、実現に向けた課題の整理や機能評価係数Ⅱとして評価すべきかどうか等も含め、引き続き検討す

る必要がある。

### ③請求の仕組みについて

○請求の仕組みの簡素化やより適切なレセプト請求の実現等に向けて、下記の観点から具体的な対応案について課題の整理等が必要。

・差額調整の仕組み

・特定入院期間超えの出来高算定ルール

・「コーディングデータ(包括範囲内の診療情報)」の取り扱い

・コストアウトライヤーの算定方法 等

### ④その他(DPC制度のあり方等)

○小規模病院や単科専門病院等、多様な施設がDPC制度に参加していることを踏まえ、医療提供体制全体の見直しの方針との整合性も踏まえつつ、DPC制度の対象病院のあり方や対象範囲等について中長期的な課題の整理が必要。

<今後の検討方針と考え方>

○検討すべき課題について論点の整理を行いつつ、必要に応じて特別調査等を実施しつつ検討を行う。

全日病

## 14年度第1回AMAT研修を開催

全日病は5月24日、25日の2日間、本部大会議室で「2014年度第1回AMAT隊員養成研修」を開催、19病院から医師を含む医療チーム計60人が参加した。



## 清話抄

厚労省医療課長によれば、2014年度診療報酬改定は、前回12年度の医療・介護同時改定に続く2025年のあるべき姿に向けた2歩目の改定と位置づけている。さらに、今回の改定の特徴は急性期や長期療養をも含めた在宅復帰の指標を入れたことで、「ただ家に帰すだけではなく、患者が家で生活できる

ように機能を回復させた上で、家に帰すという発想を医療者には持っていたきたい」と強調している。

今回は、7対1の急性期病院のみならず新設された13対1の地域包括ケア病棟及び20対1療養型病院にも在宅復帰率が設定された。いうならば、アウトカム評価が新設されたということだ。では、2015年度介護報酬改定との関連性はどうかだろう。これまで以上に在宅への流れを重視した2014年度診療

報酬改定を踏まえると、医療が積極的に在宅復帰を推進する中で、介護も今まで以上にきめ細かな在宅サービスを提供しなければならぬことは当然である。

早期退院・早期離床が求められ、従来は急性期や回復期に継続入院していたような患者が在宅へ流れてくる。しかし、それら全てを在宅サービスで対応することが不可能なのは明白だ。

病院や介護保険施設数が限られる中、

認知症高齢者の数は今後ますます増加する。さらに、在宅や居住系事業所での「看取り対応」にも限界がある。在宅等での対応がどうしても無理な人は必ず存在する。

これらの人々のためにも、介護療養型がより一層「看取り、慢性疾患を持つ認知症患者」を診る役割を果たし、その結果を「アウトカム」評価し、2018年度以降も存続させることが必要ではないか。(紘)

2014年度改定への対応—会員病院の報告

□7対1病院の進路選択／一部病床の地域包括ケアへの転換を検討

# 急性期大病院のある地域。高齢者受入と専門急性期の複合機能を志向

## 改定への単なる対応はだめ。地域包括ケア病床の機能を明確にして転換すべき



社会医療法人春回会 井上病院 理事長 井上健一郎

今回の平成26年度診療報酬改訂はいわゆる地域医療ビジョンと連動した今後の地域の医療・介護提供体制の再編につながる大変革の入り口と言えよう。

私達の病院が属する長崎医療圏は長崎市を中心とした人口51.2万人、高齢化率(65歳以上)24.3%の地域である。全国の県庁所在地の中では屈指の人口減少が予想されており2025年には人口45.3万人(高齢化率34.0%)となるといわれている。

病院総数は50施設、総病床数10,320床であるが、そのうち一般病床は4,799床、療養病床数は1,893床であり、基準病床に対し1566床の過剰である。

このうちDPCを算定する病院が13病院で、その病床は2997床である。一般病床数は長崎大学病院(862床)、市民病院(408床。工事終了後に513床)、日赤病院(360床)の順に多く、DPC病床のうち私的病院が占めるものは1/3にすぎず、いずれも中小規模である。

長崎市は平成24年に長崎市地域医療検討会を発足させ、長崎市の地区別の課題と今後の方向性をまとめた。

この中で、井上病院が属する市中央部は医療機関が集中し、医療資源としては恵まれた状況にあるが、40才以下の病院勤務医は全国平均より少なく、勤務医の高齢化や疲弊が懸念されている。一方、病床は全体として過剰で、中でも急性期医療にかかわる病床は過剰ながら、ポスト急性期病床は不足することが予測されている。

1965年に設立された井上病院は地域の2次救急輪番制に加わってきたもの

の、内科、外科、形成外科、眼科等を標榜する内科系のウエイトが大きい中小病院である。

病床数は112床、うち一般病床(7対1、DPC)が104床、亜急性期病床8床、職員数は常勤284名(医師23名、看護師131名、薬剤師7名、リハビリ27名)で、平成25年度の患者数は、1日平均外来数200人、年間救急車搬送950人、入院は、年間新入院数3,126人、平均在院日数10.2日、病床稼働率93.7%である。

入院経路としては、当院外来から46%、他医療機関からは紹介41%、救急13%である。

もともと当院の看護職員の配置は比較的多く、7対1看護が始まった平成18年にも、特に増員することなく移行可能であった。さらに、早い時期からリハビリ療法士、薬剤師などの病棟配置を行ってきた。

平成25年度の状況に話を戻すと、DPCデータでは、退院数2,828件のうち、手術ありは843件、救急搬送は367件、平成26年度改訂における短期入院手術に相当するものが約900件と、病院の性格は、一部専門領域を有しつつも全体としてはいわば地域一般病棟的な役割を果たしている。

法人(社会医療法人春回会)の中には長崎北病院と出島病院があり、前者は神経難病、脳疾患リハビリテーションを専門とし、後者は緩和医療を専門とする病院であるが、これらの病院とともに地域の中でのなるべく幅広く対応することで地域住民の方々の安心を得ることを、法人の社是としている。

さて、この中で井上病院が今回の診療報酬改訂にどのように対応していくかということであるが、短期的目標として7対1を維持するというのであれば、①平均在院日数18日、②「重症度、医療・看護必要度」15%、③在宅復帰率75%への対応が課題となる。

①は短期滞在手術へ移行するものがあり10日前後が12日へ延長する。②は平成25年度は約18%であったが、平成26年4月～5月の実績では14%から16%である。③は85%である。

重症度15%を維持するためには、7対1病床を一部地域包括ケア病床に転換する必要がある。地域包括ケア病床はDPC病床からの転床が可能で、重症度の低い患者を地域包括ケア病床に転床するというにすれば、重症度15%を満たすことのできる病床は100床弱ということになり、地域包括ケア病床を15床程度申請することになる(ただし、地域包括ケア病床のルールが未確定であり、DPC期間中の重症度が7対1へ反映するとのことであれば、1病棟を地域包括病棟に変換することも検討)。

国は7対1病床36万床のうち1/4の9万床を削減すると考えているようだが、今回の改訂でかなりの病床が脱落するのではないかと思う。平成28年度改訂以降の7対1病床削減の進捗具合によっては、さらに基準の厳格化がみられるであろう。

その場合はさらに地域包括ケア病床に転換するのか…。しかし、診療報酬改訂に条件反射的に反応して数合わせをするのではなく、地域包括ケア病床

の機能を明確にして転換していかなければならないと思っている。

地域包括ケア病床には、従来の亜急性期に近いポスト急性期の機能と在宅からの増悪に対応するという機能があるように思われる。

在宅患者の増悪を考えた場合、これは高齢者急性期病床というべきものであり、複数疾患を有し、多数の問題を抱える患者の治療ということを考えれば、より多数の看護師、多数のコメディカルを要する医療となるはずである。

こういった機能が将来の地域包括ケア病床にあるとすれば、急性期を志向する規模の大きい公的病院が多数を占める地域において、私達の病院の方向性は、高齢者をきちんと診ていくことができる地域包括ケア病床と得意とする専門領域をみる急性期病床の組み合わせということになるであろう。

これまで看護・コメディカルの配置を厚くすることによってのみ質の向上を図ろうとしてきたことも事実である。しかし、今後の日本の財政、労働力の状況を考えると、医療資源の無制限な投入は考えられない。

私たちの医療圏のように、中都市からなる医療圏では、中小病院はそれぞれが高齢者をきちんとみていく機能を持ち、加えて臓器別専門医療に関してはそれぞれが集約して病院間で補完して診療する体制を作ることで、より効率的な医療を提供できるのではないかと考える。

□7対1病院の進路選択／一部病床の地域包括ケアへの転換を検討

# 地域包括ケア病棟を想定。減収は在宅復帰機能強化加算で補う

## 在宅に向かう流れを強化。訪問看護と訪問リハにも注力。高度急性期の受皿も目指す



医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長 仲井培雄

### ●初めに

全日病には、第1回医療機関トップマネジメント研修コースやヤングフォーラムなどに参加し、色々勉強させていただきました。

### ●当院の現状

当院は、人口5万人の石川県能美市に建つ、まじめなケアミックス病院です。

一般病床(200床)は7:1で、そのうちDPC対象病床が140床、亜急性期病床が28床、障害者病棟が32床という構成で、さらに、療養病床(120床)は医療療養60床と介護療養60床からなり、急性期から慢性期までの医療を提供しています。

予防医療介護複合体として、健診センター、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設、小規模多機能型介護施設、訪問看護ステーション、高齢者対応賃貸住宅を併設していますが、診療所は持たず、地域のかかりつけ医と連携しています。

開設以来31年、地域の準公的病院としての機能を果たしてきました。小児科・産婦人科等の他、精神科と心臓血管外科以外はほぼ標榜している旧総合病院のような体裁をなしていますので、

生まれつき財務基盤は脆弱です。

### ●地域包括ケア病棟

2014年度診療報酬改定で「地域包括ケア病棟」が新設されました。高度急性期等からの患者の受け入れ(post-acute)、在宅療養あるいは居住系介護施設等に入所されている高齢者の急性疾患の患者の受け入れ(subacute)、在宅復帰支援の3つの機能を持ち、地域包括ケアシステムの要となります。

要件として、在宅復帰率7割以上(入院料・管理料1のみ)、重症度、医療・看護必要度10%以上、リハビリテーションを含む包括点数、データ提出加算の届け出が特徴的です。病床単位でも届け出できます。

### ●当院の対応策

当院は元々PPC(progressive Patient care)システムを採用していましたので、病棟は前述のように細分化されています。亜急性期病床では回復期のリハビリを、障害者病棟ではPost-acuteと難病等を診ています。まず、7:1が何床維持できるか、2014年4月の実績からシミュレーションしてみました。

「重症度、医療・看護必要度」は新基準で14.1%です。新基準の「A項目2点以上かつB項目3点以上」の延患者数は459人ですので、7:1の限界ベッド数は102床(459÷0.15)となり、利用率が80%であれば、7:1の必要ベッド数は128床(102÷0.8≒128)となります。在宅復帰率は79%(≧75%)ですから、7:1は140床から128床へと12床の削減で稼働させます。

一方、2014年4月の実績から、バーチャルな地域包括ケア病棟を亜急性期病床+障害者病棟で作ってみました。入院日数60日以内の実患者83人(延患者数1,196人)を対象としました。

病床数と利用率を50床と80%に設定すると、「重症度、医療・看護必要度」は16.5%、在宅復帰率は85.7%、1件1日単価は4月実績で28,400円となりました。地域包括ケア病棟入院料1に看護加算と看護補助加算を加えると、単価は実績値より高くなります。

リハビリ提供単位数は1日平均4.1単位でした。亜急性期病床との比較によるシミュレーションでは、地域包括ケア病棟のリハビリ提供は4単位までなら実施可能と思われますので、点数設定はうまくできています。

話を現実に戻します。入院日数60日を超えた難病等の方17人をどこで看るかという課題と、9月30日までの経過措置期間中は病棟構成変更が制約されることから、7:1や障害者病棟の病棟構成の変更は時期尚早と判断しました。

亜急性期病床は9月30日までなので、9月1日から1ヵ月の実績を取り、10月1日に地域包括ケア病棟を届け出ます。実際の病棟は亜急性期病床28床+7:1病床12床のB1F病棟を、実際の患者は亜急性期病床と障害者病棟のpost-acuteの患者を想定しています。収入は7:1の削減で減収となります。

7:1病床のみの病院が、DPC2SD越えの受け皿として一部病床を地域包括ケア

病棟(病床)にする場合は、包括点数のおかげで増収になる場合もあります。また、療養病床からの参入の場合は、人員を増強し、救急受け入れの文化を醸成すると、やはり増収になると思います。

しかし、当院のように既に亜急性期病床を持っていて、「重症度、医療・看護必要度」の低下によって7:1を減らざるを得ない病院にとって、減収は避けられないと思います。つまり、地域包括ケア病棟の点数が低いのではなく、7:1の減少が問題なのです。

この穴をどうやって埋めるか? 当院では、医療療養病棟の在宅復帰機能強化加算取得を目指します。同時に、7:1病床、地域包括ケア病棟、医療療養病床はダムのない急流のように変化するので、流れを止めないオペレーションを実践し、在宅復帰へと導き、訪問看護、訪問リハビリに注力します。

病床利用率を上げる事も重要なので、病病連携を活性化させて、高度急性期の受け皿も目指します。後はいろんな事の3Sです!

### ●最後に

地域包括ケア病棟はこれからの病棟です。現在の国状に合わせて質と効率化を求められていて、本病棟に相応しい医療の提供や人材の育成、経営のあり方が重要になると思います。

できれば多くの皆さんと勉強を重ねていきたいと思っています。ちなみに、5月15日に地域包括ケア病棟協会が設立され、協会長を拝命しました。

2013年度の主な実績	
新規入院数	約3,300人
外来患者数(1日平均)	約450人
紹介患者数	3,110件
救急車受け入れ台数	754台
消化管内視鏡件数	8280件
全身麻酔件数	451件
冠動脈PCI件数	41件
外来化学療法件数	648件
摂食機能療法算定件数	10,510件
リハビリテーション算定点数	約4,000万点
糖尿病透析予防指導管理料	307件
健診センター利用者数	7129人
居宅介護支援事業所 利用件数	1,994件

## 地域包括ケア

## 救急・在宅等支援病床初期加算は転棟の場合も算定できる

ADL維持向上等体制加算 算定終了後であれば専従者も疾患別リハの担当は可能

## 2014年度診療報酬改定 Q&amp;Aの抄録

2014年度診療報酬改定については、すでに、厚労省保険局医療課による疑義解釈が「その6」まで出ている。会員病院の質問を受け、全日病が独自に医療課にたずねた質問も3回を重ねており、すべて回答が出そろった。そこで、疑義解釈と全日病に対する回答から、重要と思われる項目を抽出してみた。

\*全日病による質問に対する厚労省の回答はHPに掲載してあります。

各質問回答の末尾は当該質問の出典を意味する。各出典の正確な資料名は以下のとおり。  
 「Q&A集改定」=全日病「平成26年度診療報酬改定説明会(3月12日)」のQ&A集改定  
 「Q&A集」=全日病「平成26年度診療報酬改定の全体像を考える」Q&A集(5月20日)  
 「疑義照会」=全日病「疑義照会(5月8日)」  
 「疑義解釈」=厚労省保険局医療課「疑義解釈資料」(1~6)

## 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)

**Q1** 同一医療機関の異なる病棟において、地域包括ケア病棟入院料と地域包括ケア入院医療管理料は同時に届出することは可能か。可能な場合は、一方は地域包括ケア病棟入院料1、もう一方は地域包括ケア入院医療管理料2など、異なる施設要件の混在は可能か。

**A** 異なる病棟において、それぞれ施設基準を満たしている場合は、届出可能。異なる施設要件の混在も可能。

※一般病棟の中にある地域包括ケア入院医療管理料を届け出ている病室から、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟へ転棟した場合、救急・在宅等支援病床初期加算を算定できない。(「Q&A集改定」46)

**Q2** A308-3地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)の「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算の算定は、同一医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料算定する病室を持たない一般病棟から、別の一般病棟内にある地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室へ移動(転棟)した場合は算定可能であると解釈するが如何か。

**A** 算定可能(「疑義照会」1)

**Q3** 在宅復帰率の経過措置について、「平成26年3月31日時点で7対1入院基本料の届け出を行っている病棟については平成27年度3月31日までの間、当該割合に係る実績を満たしているものとする」とあるが、経過措置は26年9月30日までなのか。

**A** 平成26年3月28日付け事務連絡にお

いて、経過措置の期間は、「平成26年3月31日時点で7対1および10対1の届出を行っている医療機関は、平成26年9月30日までの間、当該割合に係る実績を満たしているものとする」と訂正されていることから、経過措置期間は平成26年9月30日までとなる。(「Q&A集」問7)

**Q4** 地域包括ケア病棟入院料の施設基準において、「リハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上実施すること」とされているが、土・日・祝祭日も対象となるのか。

**A** 対象となる。(「疑義解釈2」問27)

**Q5** 専従の理学療法士等は入院医療管理料の場合、7対1、10対1のADL維持向上体制加算と兼ねても良いか。

**A** その通り。(「Q&A集改定」15)

**Q6** 救急・在宅等支援病床初期加算は、同一病棟内にある一般病床から地域包括ケア入院医療管理料の対象となる病床に転床した場合も算定可能か。

**A** 転床は算定できない。(「Q&A集改定」18)

**Q7** 入院料(入院医療管理料含む)2の1人当たりの居室面積は、4.3m<sup>2</sup>以上と考えると良いのか。

**A** その通り。但し、内法による測定であること。なお、平成27年3月31日までの間は、床面積について、壁芯による測定で届け出ることができるものとし、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。(「Q&A集改定」13)

## 短期滞在手術等基本料3

**Q8** 特定入院料や療養病棟入院基本料等を算定する病棟においても、該当する手術等を行い4泊5日以内の入院の場合は、当該基本料を算定するのか。

**A** 診療所を除く保険医療機関で当該手術を行った場合は、当該基本料を算定する。(「Q&A集改定」10)

## データ提出加算

**Q9** 7対1入院基本料および地域包括ケア病棟入院料等については、平成27年4月1日以降は必須となるが、それ以外の病棟については、加算の届出対象と解釈して良いか。

**A** 当該加算は、病棟単位で届け出るものではなく、病院単位で届け出るものであり、データ提出加算を届出後は、病院の全病棟からDPCデータを提出する必要がある。(「Q&A集改定」44)

## ADL維持向上等体制加算

**Q10** ADL維持向上等体制加算において、病棟専従の常勤理学療法士等は疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないのか。

**A** できない。ただし、ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を提供する場合につい

ては差し支えない。なお、理学療法士等が提供できる疾患別リハビリテーション等は1日6単位(2時間)までとする。また、当該病棟専従の常勤理学療法士等は、疾患別リハビリテーション料等の専従の理学療法士等として届け出ることにはできない。(「疑義解釈3」問2)

## 在宅復帰機能強化加算

**Q11** 在宅復帰機能強化加算の施設基準において、「在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者については14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、(略)当該患者の在宅におけ

る生活が1月以上(退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上)継続する見込みであることを確認」することとなっているが、当該保険医療機関が当該患者に対して外来診療を行う際に、在宅における生活が継続する見込みであ

ることを確認した場合は、当該患者の居宅を訪問する必要はないか。

**A** 他の医療機関や介護老人保健施設に入院・入所していない等、外来診療時に、患者本人や同行した家族からの聞き取り等によって、当該患者が在宅にお

る生活が継続する見込みであることを確認ができる場合は、必ずしも当該患者の居宅を訪問する必要はない。なお、この場合において、在宅から通院していることを確認できた理由を診療録等に記録すること。(「疑義解釈5」問1)

## 救急医療管理加算

**Q12** 緊急に入院が必要であると認められた患者のうち、入院後に悪化の可能性が存在する患者については、救急医療管理加算2の対象患者である「その他「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な患者」に該当するのか。

**A** 該当しない。当該加算は入院時に重篤な状態の患者に対して算定するものであり、入院後に悪化の可能性が存在する患者については対象とならない。(「疑義解釈1」問27)

## 夜間休日救急搬送医学管理料

**Q13** 精神科疾患患者等受入加算の「イ過去6月以内に精神科受診の既往がある患者」とあるが、6月とは暦月でよい

か。また、精神科受診であれば病名は問わないか。

**A** 暦月でよい。(「疑義解釈4」問12)

## 医師事務作業補助体制加算

**Q14** 施設基準に示される「医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。」について、

① 医師事務作業補助者一人一人が80%以上である必要があるか。

② 放射線科や病理科などにおいて、入院医療や外来医療を行ってはいないも

の、医師の直接の指示下で医師事務作業補助業務を行っている場合は、病棟又は外来での勤務時間数に含まれるか。

**A** ①そのとおり。

② 医師からの直接の指示下で医師事務作業補助業務を行っている場合は、病棟又は外来での勤務時間数に含まれているとみなして差し支えない。(「疑義解釈2」問19)

## 地域包括診療料(地域包括診療加算)

**Q15** 地域包括診療料は初診時には算定できないが、初診を行った日と同一月に再度受診があった場合、当該日より算定可能か。

**A** 可能である。(「疑義解釈2」問1)

**Q16** 月初めに地域包括診療料を算定後、急性増悪した場合等に、月初めに遡って地域包括診療料の算定を取り消し、出来高算定に戻すことは可能か。

**A** 可能である。(「疑義解釈1」問5)

**Q17** 地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定している保険医療機関におけるすべての患者が、7剤投与の減

算規定の対象外となるのか。

**A** 地域包括診療料を算定している月、又は、地域包括診療加算を算定している日に限り、当該点数を算定する患者に対して適用される。(「疑義解釈1」問8)

**Q18** 地域包括診療加算を算定する患者が、対象疾病以外で受診した場合でも算定できるか。

**A** 他の疾患の受診時に、当該点数の対象疾患についての管理も行い、他の要件をすべて満たしていれば算定可能である。(「疑義解釈2」問3)

## 在宅患者訪問診療料

**Q19** 在宅患者訪問診療料2を算定する場合に記載する「別紙様式14」について、「診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式14のとおりの内容が記載された症状詳記を添付すること。」とあるが、平成26年4月診療分から添付することとなるのか。

**A** 在宅患者訪問診療料2を算定する場合には、「疑義解釈資料の送付について(その4)」(平成26年4月23日付事務連絡)において、①診療報酬明細書の症状詳記に記載することで電子請求を行うことが可能であること、②当該医療機関で用いている訪問診療計画等の様式が「別紙様式14」の内容を全て含んでいる場合は、当該訪問診療計画等をコピーして紙で、診療報酬明細書に添付することが可能であること等を示したとこ

ろである。「別紙様式14」については、本来は平成26年4月診療分から添付するものであるが、電子請求を行うための準備期間等を考慮し、平成26年9月診療分までは添付を省略してもやむを得ないものである。(「疑義解釈6」問1)

**Q20** C001 在宅患者訪問診療料について、留意事項の(10)の①にある同意書を作成するのは4月以降の新規の患者のみでよいか。

**A** 訪問診療を行う患者すべてについて同意書が必要である。ただし、平成26年3月以前に訪問診療を始めた場合であって、訪問診療開始時に同意を得た旨が診療録に記載してある場合には、必ずしも新たに同意書を作成する必要はない。(「疑義解釈5」問3)

## DPC 退院時処方について

**Q21** 退院時処方は、「退院後に在宅において使用するために薬剤を退院時に処方すること」とあるが、転院先で使用するために薬剤を処方する場合も退院

時処方として医科点数表に基づき算定することができるのか。

**A** 算定することができない。(「疑義解釈1」DPC 問10-2)

## DPC 7日以内の再入院について

**Q22** 「一連」の入院とみなす7日以内の再入院では、ICD10コードが異なっている場合、診断群分類番号上2桁が同

一であれば、「一連」とみなすのか。

**A** そのとおり。(「疑義解釈1」DPC 問9-3)

全日病 第2回「経営セミナー」 「医療法等改正案の全体像と新たな財政支援制度への対応」 講演要旨 (5月18日)

# 新基金地域の事情の改善に資する。これが投入される条件

## 事業主負担も求めることができる。ビジョンに沿った機能転換調整も新基金を想定

厚労省医政局指導課医師確保等地域医療対策室 佐々木昌弘室長



医療法改正案の軸は、①病床機能報告制度、②地域医療ビジョン、③医療計画画本体、④協議の場、⑤新たな基金制度、の5つである。

### ◎新たな基金制度

新基金は、現にある提供体制の不足を補い、地域で真に必要とされる医療を提供してくれる医療機関に投入される。

近代化資金(医療施設近代化施設整備事業)などの従来の補助金は個々の医療機関の事情が要綱に合えば交付対象となったが、新基金は、(それを必要とする)地域の事情の改善に資することが、医療機関に投入される前提条件である。

新基金は、地域の隅々に行き渡らせるために、再生基金のように公的を中心に投入されるという使われ方はしない。地域包括ケアを構築するための細かな目配りが求められる。

事業計画をつくるにあたって、都道府県には現場の声をよく聞いてほしいと伝えてある。

### ◎病床機能報告制度

病床報告から得られるデータは、①当該医療圏の将来推計を示すビジョン、②「協議の場」での議論、③住民に開示する地域医療の姿、の根拠データに用いられる。医療法の医療監視や健保法の監査指導に用いられることはない。

医療計画は5年先の推計にもとづいて基準病床を定めてきた。

しかしビジョンは、2025年という中

長期の推計を行なうもので、2025年の、①入院外来別・疾患別の患者数、②医療機能別の必要量、③医療従事者の確保を含めた解決策の3点を見通し、その対策を医療計画に反映する。②と③は今までの医療計画より充実されることになる。

医療計画は2018年度の同時改定のときに6年のサイクルとなるが、以降、今まで以上に医療計画と診療報酬はリンクするし、医療と介護の計画は密接なものになる。

ビジョンで明らかになる必要量と現状との乖離等について医療提供者が自主的に話し合う「協議の場」では、病床報告のデータを基に、行政的な権限行使の対象となる原則2次医療圏ごとの最初の案がつくられる。

ここでの議論結果は都道府県ごとに設置される医療審議会に持ち込まれ、そこでも調整がつかない場合に、知事が、公的病院には命令を、民間病院には要請を行なうことになる。いわば3審制だ。

民間病院は命令ではなく要請というかたちになるわけだが、それでも民間病院からは「その前に公的病院間の調整をきちんとすべきではないか」といった不満が出ることだろう。

こうした調整も含め、機能転換等により地域医療の改善に資する場合には新基金が投入されることを想定している。

経営の選択肢が多いのは民間病院であり、柔軟性が欠ける病院が主役となってもしかたがない。問題は、そうし

た議論をうまくまとめられるリーダーとしてコーディネーター的存在が生まれるか否かだ。

### ◎質疑応答から

新基金については4月下旬に都道府県のヒアリングを行なったが、この時点で都道府県に求めていることは、現場のプロ、様々な関係団体等から意見を聞くことであった。その結果、5～6月にかけて様々な提案が集まり、精査する作業に都道府県は移っていくことになる。

現場の声を汲み上げる上で現場のプロ意見をとりまめる必要があるため、この点では県医師会の役割が大きい。そこには難しい宿題が課せられる。つまり、事業選定にいたる経緯、選定の理由、結果の配分割合、県庁の見解など、合理的な根拠を県に示してもらうことになり、その役割も担うからだ。

事業の提案は個々の医療機関が行なうこともできるが、それは個別医療機関のニーズというよりも「この地域には、こうした機能が足りないから」という理由付けが必要となる。地域の事情を無視した我田引水な事業提案は困る。

事業資金のすべてが国と県から出るわけではない。国が2/3で都道府県が1/3というのは税金を投入する負担の按分を意味しており、事業主負担も求めることができるが、その場合でも、一律のカットや基準の当てはめをするのではなく、個別事業の中身に依じた判断が必要である。

これまでの補助金の感覚で、事業提

案する事業体に1/2負担を義務づけるという県があるようだが、我々はそうしるとは一言も言っていない。

新基金は特定目的に特化したものではなく、一括交付金のような性格がある。したがって、事業の重要性に応じた優先順位付けが必要になるし、さらには年度ごとの計画性も求められる。

これまでの感覚でいる県と、新基金の目的を読み切っている県とで、対応は分かれるだろう。

新基金について我々は護送船団方式をとるつもりはない。評価をきっちりに行ない、それ踏まえて各県の改善を促すことにより、各県なりの解決方策や計画立案が成長していくのを支援するという考え方である。

だからこそ、現場の意見が大切であり、現場の考えや声をまとめていくことが大切と思っている。

たった数人による提案なのか、あるいは地域の多くの関係者の話し合いによるものなのかで、事業案はおのずと違ったものになる。

そうしたプロセスを残し、検証可能なものとするために、厚労省は各県に、話し合いの内容や結果の割合がどうなったかを具体的に示すよう求めている。

こうした問題に対応するためには、病院団体といった横のつながりが必要であることから、全日病そして加盟病院もまた成長していくことを期待するし、カウンターパートである行政も、また、成長していきたい。



全日病 第2回「経営セミナー」 「病床機能報告制度と地域医療構想(ビジョン)への対応」 講演要旨 (5月18日)

# 新基金 提供者側が自ら動いて都道府県に提案していくことが大切

## 将来予測が必要量より多くても、既存施設に機能変更を求めることはない

西澤寛俊会長



地域における医療介護総合確保法案は多くの法改正からなるが、ここでは、病床機能報告制度と新基金制度の2つを取り上げる。

### ◎病床機能報告制度

報告制度は、現時点で、各病院が病棟ごとに主たる機能を明記、レセプトに病棟のコードを付加することによって、提供している医療の内容を把握することが決まっている。

ただし、併せて報告する機能ごとの「今後の方向」の考え方など、引き続き検討すべき課題も残されている。

法案が通ればこの10月から施行されるが、レセプトへの病棟コード追加は次期改定からとしたので、初年度は、7月現在の設備構造・人員を病棟単位で、7月診療のレセプトを病院単位で、報告するようになった。

この報告結果にもとづいて各都道府県は、各2次医療圏の、機能ごとの病床必要量を予測して地域医療ビジョンに明記し、医療計画の一部とする。

この制度によって、ビジョンで予測

された機能ごとの病床数と、各病院が時系列で報告してくる「今後の方向」を踏まえた数との乖離をどう調整していくかという課題が生じる。

この調整を担うのが、各2次医療圏に設置される「協議の場」である。

ここで調整ができない場合、都道府県知事は医療審議会の意見も聞いたうえで、①開設・増床許可に不足している機能を担うという条件を付ける、②過剰な機能への転換の中止を求める、③遊休病床の削減を求める、などの権限の行使ができるとされた。

拡大される都道府県知事の権限で、開設・増床許可時に条件を付すというのは分かるが、「今後の方向」の段階で「過剰な機能への転換の中止を求める」ということがあれば、それは大変おかしなものとなる。

この辺りは、今後、よく議論しなければならない。

これらの権限行使は、もちろん、既存の病棟に機能の転換を求めるということではない。その点をご安心いただきたい。

### ◎新たな基金制度

新基金は、いわば、今までの補助金の考え方を改めようということである。具体的には、この基金には、医療の現場したがって関係団体に色々話し合いをさせようという意図がある。その中に病院団体が入ったという点大きい。

単年度のもの、継続のもの、それぞれに我々は提案できる。しかし、ばらばらにやってもダメで、連合を組んでやらなければならない。

整備対象はどれをとっても病院なはずである。そこで、病院関係団体の皆が議論し、納得できる使われ方をしてほしいということだ。

新基金については、全日病として3月に支部長および全会員宛に文書を出した。

我々の懸念は、地域の病院に何も説明もせず事業計画をまとめてしまうという、今までのやり方を都道府県がとることである。

医師会に働きかけることもよいし、県内の病院協会が集まって動くことも

必要だが、今回の基金は、各病院が自分から動いて提案していくこと、これがきわめて大切である。

### ◎質疑応答から

2025年に向けた分化の推進は(次の同時改定の)18年が1つのめどとなる。報告制度における「今後の方向」の時期は18年以降がいいかもしれない。

必要な既存データはある。そして報告の結果、地域ごとに提供体制のばらつきが分かる。したがって(機能の)変更は必然的に生じる。そして、18年ぐらいまでに、ある程度フィックスにしていくことが望ましい。その後に協議による話し合いとなる。

なお、「今後の方向」が必要量より多くても、既存のところに変更命令は出ない。

しかし、例えばオーバーしたらいずれかの病院はやっていけない。県による指導とは別に、我々が自主主体的に対応していくことが大切だ。

# 厚労省 離職時の届出制など潜在介護福祉士の掘り起し等を検討

厚生労働省の省内7局による横断的会議「人材不足分野等における人材確保・育成対策推進会議」は、人手不足が顕著な介護、保育、看護、建設を喫緊の対応が求められる「重点4分野」に位置づけ、付設の連絡調整会議で対策を検討してきたが、5月20日に、その中間報告を公表した。

推進会議は、佐藤厚生労働副大臣をトップに、医政、労働基準、職業安定、職業能力開発、雇用均等・児童家庭、社会・援護、老健の7局長からなり、具体策をまとめた連絡調整会議は、古都審議官を主査とする課長クラスで構成されている。

中間報告は、人手不足を解消するために、労働局と都道府県の担当部局が連携して各地の産業団体を対象に雇用管理改善の支援・周知啓発を行なうとともに、中小労働環境向上助成金等メニューの拡充を行ない、雇用管理改善に取り組む事業主を支援。各業界に雇用管理改善キャンペーンを組織するこ

とを方針に掲げた。

中小企業労働環境向上助成金とは、医療・福祉、建設業等の中小企業事業主が基準にそった雇用管理制度の整備・導入を実施した場合に、30～40万円を支給するというもの。

現在の助成対象は評価・処遇制度、研修体系制度、健康づくり制度。これに休暇や労働時間に関する制度等も追加、目標を達成した際の上乗せ助成措置も創設する方針だ。

さらに、人材不足分野の中小企業における雇用管理改善モデル事業を実施し、雇用管理改善の取組の有効性や効果等を検証、その成果の普及・啓発に取り組むとともに、助成金拡充への反映・活用を行なうとしている。

通常国会で審議中の医療法等改正案には、離職した看護師等の届出制度の導入などナースセンター機能の強化による復職支援促進策が盛り込まれたが、介護分野では、これを参考に介護福祉士の離職時届出制度を検討、その

掘り起こしに取り組む。

また、有資格者の再就職を支援するために、教育訓練給付の拡充や公共職業訓練メニューの拡充など能力開発施策を強化する。

さらに、企業内での認定職業訓練の一部に補助金を出すことも検討すると

している。

ただし、看護分野に関しては、「医療勤務環境改善支援センター」の開設に向けて各都道府県が動いていることから、「この取組を引き続き進めていく」としている。

## 「ADL維持向上等体制加算研修」の7月開催を決定

医療保険・診療報酬委員会(猪口雄二委員長)は「ADL維持向上等体制加算研修」(仮称)の開催を決めた。7月5日・6日の2日間、全日病本部の大会議室で開催する。

ADL維持向上等体制加算は2014年度の診療報酬改定で、7対1または10対1病棟にリハビリテーション専門職を配置した場合の評価として新設された。

その施設基準の1つがリハビリテーション医療の研修を修了した常勤医1名以上の配置。同委員会は要件を満たす研修内容を決め、厚労省より確認を得た。

医療保険・診療報酬委員会は、また、例年どおり医師事務作業補助者研修を開催する。7月30日・31日(東京)と10月29日・30日(大阪)の2会場で行なう。

総合評価加算研修についても11月8日・9日の2日間、東京での開催が決まっている。

そのほか、やはり今改定で新設された体制強化加算(回復期リハ病棟入院料1)と地域包括診療料の要件を満たす研修も予定しており、医療保険・診療報酬委員会は今年度に診療報酬関連の5つの研修を実施する予定だ。

### 2014年度 第1回常任理事会の抄録 4月19日

#### 【主な協議事項】

##### ●2013年度事業報告書案

2013年度事業報告書案が承認された。

##### ●医療従事者委員会委員の追加

医療従事者委員会の委員に平成立石病院の青柳裕子副院長・看護部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)

以下の正会員の入会が承認された。

群馬県 角田病院 理事長 角田紘二  
千葉県 流山中央病院 理事長 国吉 昇  
神奈川県 かわさき記念病院 院長 福井俊哉  
愛知県 東海記念病院 理事長 岡山政由  
香川県 麻田総合病院 理事長 青木伸弘  
別途13人の退会があり、在籍会員は2,415人となった。

#### 【主な報告事項】

##### ●厚生労働省「平成25年度老人保健健康増進等事業」報告書

「平成25年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)」の調査研究3件の報告書がまとめられ、その内容の報告があった。

##### ●「医師の就業動向に関する調査」結果

2012年9月に実施した医師の就業動向調査の結果が報告された。

##### ●「終末期医療に関するガイドラインの利用状況調査」結果報告

13年9月から12月にかけて実施した「『終末期医療に関するガイドライン』の利用状況調査」の結果について報告があった。

##### ●「13年度人間ドックに関する調査」の実施

指定施設対象の「2013年度人間ドックに関する調査」を5月～6月に実施する旨の報告があった。

##### ●病院機能評価の審査結果

3月7日付で以下の25会員病院(主たる機能)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

北海道 札幌しらかば台病院 更新  
青森県 八戸城北病院 更新  
埼玉県 丸山記念総合病院 更新  
大阪府 島田病院 更新  
兵庫県 宝塚病院 更新  
岡山県 高梁中央病院 新規  
広島県 松尾内科病院 新規  
徳島県 近藤内科病院 更新  
香川県 広瀬病院 更新  
高知県 高知厚生病院 更新  
高知県 高知高須病院 更新  
福岡県 さくら病院 更新  
長崎県 長崎腎病院 更新  
熊本県 慈恵病院 更新

##### ◎一般病院2

北海道 札幌北楡病院 更新  
北海道 恵み野病院 更新  
北海道 共愛会病院 新規  
福島県 竹田総合病院 更新  
茨城県 筑波メディカルセンター病院 更新  
千葉県 千葉西総合病院 更新  
兵庫県 明和病院 更新  
兵庫県 川崎病院 更新  
鹿児島県 相良病院 更新

##### ◎慢性期病院

熊本県 はまゆう療育園 更新

鹿児島県 井ノ上病院 更新

##### ◎精神科病院

北海道 石金病院 更新

□副機能(3rdG/Ver.1.0:順不同)

##### ◎慢性期病院

岡山県 高梁中央病院 新規

3月7日現在の認定病院は合計2,342病院。そのうち本会会員は985病院と、会員病院の40.7%、全認定病院の42.1%を占めている。

### 2014年度 第1回理事会・第2回常任理事会の抄録 5月17日

#### 【主な協議事項】

##### ●2013年度事業報告書案

2013年度事業報告書案が承認された。

##### ●2013年度決算報告書および監査報告書

13年度決算報告書および監査報告書が承認された。

##### ●岩手県支部長・副支部長の交代

岩手県支部長・副支部長が以下のとおり交代した旨の報告があり、承認された。

旧支部長 岩淵國人 新支部長 赤坂俊幸  
旧副支部長 赤坂俊幸 新副支部長 長澤 茂

##### ●職員就業規則等の改定

本会事務局の人事・労務管理にかかわる諸規則の改正・新設案が承認された。

##### ●「選択療養制度(仮称)」に対する当協会の考え方

政府の規制改革会議が提言する「選択療養制度(仮称)」について議論が行なわれ、その導入に反対することを全会一致で確認した。

##### ●新たな財政支援(新基金制度)について

新たな財政支援(新基金)に関して対応がとれていない支部があるとして、執行部はすでに提案を行なっている支部の事業案を示し、「事業案作成にいたっていない支部は早急な対応が必要」との認識を表明、了承を得た。

##### ●消費税率10%への引き上げへの対応について

執行部は消費税率が10%に引き上げられる場合の対応策について議論を提起。「非課税のままがいい」とする考えに対する賛否を挙手で求めたところ、賛成者は1人もいなかった。この結果を踏まえ、執行部は「現行非課税を認める意見は皆無であった」と議論を総括した。

##### ●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の正会員の入会が承認された。

愛知県 常滑市民病院 院長 中山 隆  
奈良県 平成まほろば病院 院長 鴻池義純  
岡山県 近藤病院 院長 近藤秀則

熊本県 成尾整形外科病院 院長 成尾政一郎  
熊本県 嶋田病院 理事長 嶋田英敬

別途5人の退会があり、在籍会員は2,415人となった。

#### 【主な報告事項】

##### ●研修会の開催

第13回病院事務長研修コース、「ADL維持向上等体制加算研修」、2014年度第1回「病院職員のための認知症研修会」、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)の各開催要項が報告された。

##### ●海外視察先に関するアンケートの実施

ハワイ研修旅行に代わる海外視察先のアンケートを実施することが報告された。

##### ●病院機能評価の審査結果

4月4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

宮城県 永仁会病院 更新  
広島県 寺岡記念病院 更新  
高知県 竹下病院 更新  
福岡県 福岡リハビリテーション病院 更新  
福岡県 原病院 更新  
大分県 天心堂へつぎ病院 更新

##### ◎一般病院2

福島県 寿泉堂総合病院 更新  
福井県 福井県済生会病院 更新  
大阪府 東住吉森本病院 更新  
福岡県 新古賀病院 更新

4月4日現在の認定病院は合計2,327病院。そのうち本会会員は986病院と、会員病院の40.8%、全認定病院の42.4%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 東京都千代田区猿楽町2-8-8  
住友不動産猿楽町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

支部訪問／第6回 大阪府支部  
全日病各支部の現状と地域医療の課題を探る

大阪府支部の会員数は117人。会員数は年々拡大をたどり、2007年度から25%も増加した。大阪府は歴史のある病院団体がしっかり根を張っている。その中で全日病の存在感をどう打ち出し、今後も組織強化を果たしていくか。行岡支部長に大阪府支部の現況と今後の展望をうかがった。(支部訪問は不定期に掲載します)

# 「他団体との連携を大切にしつつ、全日病の独自性を出したい」

## 会費負担に悩む病院は入会メリットを問う。だが、支部には資金不足という問題も

2011年度に河崎見前支部長の後を受け継いだ行岡正雄支部長(医療法人行岡医学研究所行岡病院理事長・院長)は、その前からの会員増加傾向を受け継ぎ、在任3年間で104人から117人に拡大した。

「何か秘訣でも」と話を向けると、返ってきたのは、支部が置かれた複雑な状況の説明であった。

「大阪府には病院が535あります。うち373病院を国公立を含む大阪府病院協会(大病協)が、313病院を私立病院協会(私病協)が組織しています。ほかにも96病院が医法協に加盟し、別途、日精協も支部を持っています。最近では日慢協も支部をつくりました。

全日病には117病院が入っていますが、会員の多くは重なっているため、会費や集会参加費の負担が大きいのしかかっています。それと、大阪府との交渉は医師会が担い、その医師会との関係は、歴史のある大病協や私病協が担うという役割分担ができています。

こうした状況にあるので、支部としては、なによりも他団体との連携を大切にしていますが、その中で、全日病ならではの独自性も打ち出していかなければならない。この点をどうするか、悩むところではあります」

大阪は全日病生誕の地ではあるが、歴史的に日本病院会や日本医療法人協会の存在感が大きく、現在は、社団法人である大病協と私病協がオピニオンリーダーとなっている。

喫緊の課題である新基金への対応も、医師会と大病協・私病協間の協議に基本的に委ねるつもりだという。こうした状況は、しかし、全日病の影響を広げる上で有利にははたらかない。

では、どうして会員が増えているのか。

「病院はどこも中央の情報を欲している、会員以外も参加できる講演会が大切になります。今回の改定でも、急遽3月に猪口副会長にきていただきました。ここ数年、講演会後に会費制の懇親会をもっていますが、病院もつ色々な問題を話し合うことができる好評です。しかし、支部長や副支部長だけでは動員に限界がある。そこで、主だった出席者に声をかけて運営幹事になっていただき、より広い範囲に参加の声かけをしてもらっています。いわば“支部応援団”です」

全日病は行政に積極的に物申している、中医協など生の情報が早く入る、あるいは公益法人であるなど、信頼を得る理由はいくつかあるが、支部として大きいのはこうした地道な努力ではないかと、行岡支部長は支部の取り組みを振り返る。

また、他団体の幹部を務める会員には相談役になってもらい、色々と助言をもらっていることも明らかにした。こうした努力が、例えば、支部事務所の確保につながった。

今まで、大阪府支部の事務所は支部長の病院の事務方が担当してきた。そのため、会議する場所にことかくこともあった。しかし、大病協・私病協が入っている大阪府病院年金会館に事務所をもつ医法協の協力を得ることができ、今年に入ってから、医法協と共同で事務処理を行なう態勢を徐々に整えつつあるという。

「これで、中央の四病協と同様の関係が築けます。これまで大阪では、全日病だけ事務所がなかったから」と、医法協への事務委託の実現を評価した。

「それにしても」と、行岡支部長は悩みを語る。「活動費が足りない。集会を増やしたくても、会員は複数加入でかさばる年会費や参加費に苦しんでいるので、高い参加費をとるわけにはいかない。支部としては講演会も年2回打てば赤字になる」と。

大阪府支部は支部会費を徴収していない。全国で5番目に多い会員を誇っているが、本部からの助成金にも限り



▲「全日病の独自性を出したい」と語る行岡大阪府支部長

がある。そこで、「兵庫県や他の関西支部と共同で大きな講演会を行なって収益を確保することも必要」と考えている。

## 民間病院は地域にどうかかわるのか。我々は説明を求められている

では、支部として全日病の独自性をどう出していくのか。

1つの案として、「本部がやっている研修会を関西にも投げてもらって、複数支部による共同事業にしていく。そして、それで得た資金を会員に還元していく、そういう循環経路をつくれれば」と、行岡支部長は関西支部としての心情を吐露した。

その上で、現下の問題意識をこう語った。

「支部の会員病院は多くがケアミックスですから、当然、慢性期もやっているし、新しくできる地域包括病棟に近い一般病床もあります。この辺りで色々新しい動きが出てきていますが、どうも、はっきりしません。こうした問題に的確な情報を出していけないと、病院は声の大きな方に動いていきます。そこで、支部としても情報提供していかなければならないと思うのです。そうしないと全日病の存在感が薄れてしまうのではないかと心配しています。

高度の急性期は基本的に民間病院には関係ない話ですが、慢性期、地方包

括ケア、介護というのは、多くの民間病院にとって守備範囲です。中でも、地域包括ケアというのは地域によって全然違う。だから、地域とどういうふうにかかわっていくのかとかは、我々が発言していかなければならない。これこそ、今、支部がやらなければいけないのですが、そのためには本部がその基となる話をしてくれなければならないのです」

「全日病・日病という過去のしがらみ」を乗り越え、病院団体との連携に努めてきた大阪支部は、今、「複数加入による会費負担に悩む病院」による淘汰に直面している。そうした実感を真摯に受け止める行岡支部長は、インタビューをこう締め括った。

「全日病のアイデンティティーをどこに置くのかが問われる時代になっています。地域を支える民間病院が、今後、どう地域を支えていくのか。支部としては、その問題に答えていかなければ会員も減っていくのではないかと懸念しています。そのためにも、本部に期待することが大なのです」

# 消防庁 急性期や夜間救急等を除く3,000m<sup>2</sup>未満病院の設置義務化を提案

## 有床診・病院火災対策検討部会 安藤副会長は急性期病院の義務化除外案に慎重な議論を求める

総務省消防庁が主催する「有床診・病院火災対策検討部会」が、5月21日に2ヵ月ぶりに開かれ、事務局(消防庁予防課)は、スプリンクラーの設置基準を、(1)有床診は病院と同じ3,000m<sup>2</sup>以上とする、(2)3,000m<sup>2</sup>未満の有床診と病院に関しては、「特に必要性の高い類型の施設」かつ「一定の構造要件等」を満たしていない施設に設置を義務づける、(3)施行は公布から1年数ヵ月後とし、既存施設には8年間施行を猶予する、という案を提示した。

「特に必要性の高い類型の施設」とは、患者の状態や看護体制の状況から「火災時に避難が困難な者が入院する施設」を意味する。そのため、有床診では「夜勤の看護職員が配置される等、夜間においても態勢が確保されている」施設、病院では「急性期医療や夜間の診察を行なっている病院」は、義務化対象から外すとした。

ただし、病院のうちの療養病床を「特に必要性の高い類型」とすることは概念的に分かるとしても、「急性期医療や夜間の診察」の有無で一般病床にどう線引きを入れるのか、提案には曖昧さが残る。

この点に関して、事務局は「規制の対象となる類型を外形的・客観的に特定できる仕組みとする必要がある」とし、「既存の制度を用いて対象を特定

する必要がある」と論じた。

救急告示や2次救急あるいは診療報酬上の届出を想定していると思われるが、同席した厚労省医政局の梶尾指導課長は「類型をはっきりさせるのであれば、地域でどういうポジションを占めているかという点から考えてみてはどうか」とサジェッションした。この論でいくと、あたかもDPCの機能評価係数Ⅱにも似ていく。

事務局は、前回提示した、3,000m<sup>2</sup>未満の有床診で義務化から外れるものとして、診療科による線引きを提案したが、反対意見にあり、この日は修正案を提示した。しかし、今回の提案も議論混迷化につながる可能性もある。

検討部会は昨年11月7日に「有床診療所火災対策検討部会」として設置され、その名のとおり、有床診のスプリンクラー設置基準を見直す議論に着手した。

その結果、第3回会合(3月7日)で、1972年の導入以後据え置かれてきた有

床診の設置基準(6,000m<sup>2</sup>)を3,000m<sup>2</sup>に引き下げることで合意。さらに、3,000m<sup>2</sup>未満でも、「職員が避難誘導に専念する必要がある施設」には、面積に係わらず設置を義務づけることで概ね一致した。

第3回会合では、同時に、1987年に6,000m<sup>2</sup>から3,000m<sup>2</sup>に改正された病院の設置基準も見直す考え方が提起された。その結果、第4回会合(3月27日)から名称を「有床診・病院火災対策検討部会」と変え、3,000m<sup>2</sup>未満の病院に対する設置基準の検討も同時並行で進めることになった。

四病協から委員に出ている全日病の安藤副会長は、スプリンクラーに関して、「四病協としては、医療安全の立場から、原則としてすべての医療機関に設置されるべきと考える。病院団体として未設置の病院に働きかけていきたいが、同時に、前向きな病院には補助金をつけるべきである」と訴えた。

### ■新規募集開始の研修会(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1回病院医療ソーシャルワーカー研修会(128名)	7月24日(木)、25日(金) 全日病会議室	20,000円 (27,000円)	●対象/医療機関等に所属しているおむね経験年数3年以上のソーシャルワーカー
平成26年度 医師事務作業補助者研修(200名)	7月30日(水)、31日(木) 全日病会議室	30,000円	●本研修は、診療報酬の「医師事務作業補助体制加算」を算定するための研修要件を満たしています。 ●本研修内で実施するレポートを全て提出した方に「修了証」を授与いたします。
日本医師会認定産業医教育講演－ 2014年度人間ドック研修会(200名)	9月21日(日) 福岡県福岡市ヒルトン 福岡シーホーク	無料(ただし、別途学会 参加費が必要となります)	●対象/全日病HPをご参照ください。 ●全日本病院学会内の委員会企画として行う研修ですので、学会に一般参加の場合は事前申し込みが不要です。

スプリンクラー