



# 全日病 NEWS 10/15

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

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.857 2015/10/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

## ICU 薬剤師配置案に「病棟薬剤師加算」の特定入院料への拡大を対置

入院医療等の調査・評価分科会 神野副会長が提起。7対1転換の選択肢拡大へ「病棟群単位の入院基本料」も主張

厚生労働省は10月1日の診療報酬調査専門組織の「入院医療等の調査・評価分科会」(写真)に2015年度入院実態調査の結果を提示。分科会は入院医療に関する議論を再開した。

14年度入院実態調査の結果を分析した結果はすでに8月の中医協総会に報告されており、16年度改定に向けて入院医療検討課題を抽出する後半の議論となる。

15年度調査の主たるテーマは、①一般病棟(7対1・10対1)における特定除外制度見直しの影響、②特定集中治療室管理料の見直しの影響、からなる。2,000施設に調査票を送り、814施設(病棟数2,130、患者数68,081人。ICU等の患者数は2,548人)から回答を得た(回収率40.7%)。

特定除外制度の見直しに関しては14年度調査でも取り上げられているが、今回15年度調査は見直しに対応した医療機関の取り組み内容など、より詳しい実態の把握に努めた。

その結果、7対1と10対1とも、90日超患者における「非医学的理由で入院する割合」がほぼ20%以下に下がっていることが判明。神野正博委員(社会医療法人財団董仙会理事長、全日病副会長)は「病院が努力した結果だ。評価されるべき」と評した上で、「本当に、患

者が困っていないか、自院・他院を含めた再入院率を調査すべき」と求めた。

特定集中治療室管理料について見直した結果を調べた部分では、「重症度、医療・看護必要度」のA項目に高い相関性をもつ項目があることやA項目3点の患者の医療密度が相対的に低いなど、ICUの重症度評価項目の問題点が浮き彫りにされた。

委員は概ねA項目の組換えや評価重みづけの変更に賛成しており、見直し課題として中医協への報告に盛り込まれるのは必至となった。

事務局は、また、ICUを薬剤師必置とすることを提案した。この提案に、神野委員は「人員配置基準というかたちで人を増やしていくのか、それとも医療の内容に応じて配置を評価していくのかで、考え方が分かれる」とした上で、後者の考え方に立つとき、チーム医療として薬剤師の役割はさらに重要になっていることから、ICUに限定するのではなく、病棟薬剤師業務実施加算を特定入院料にも広げるかたちをとるべきとの認識を示した。

ICUをもつ比較的大きな病院が対象となった15年度調査は、地域包括ケア病棟に関して、7対1や10対1からの転換意向、その使われ方、機能に対する各病院の考え方についても調べた。



それによると、利用実態はほとんどが自院および他院急性期病棟からの受皿であった。

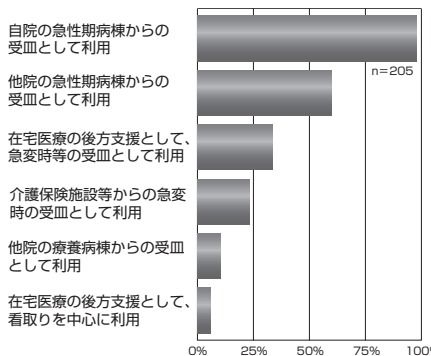
この結果について、神野委員は「ICUをもつような7対1や10対1の病院が併設する地域包括ケア病棟・病床はポストアキュートという使い方になる。その場合、在宅の急変患者は7対1や10対1に入院してから地域包括ケアに転換することになる。調査結果をみると、7対1や10対1の中に地域包括ケア病棟・病床を考えているところが少なくない。

そこで、日病協が提案しているように入院基本料を病棟群単位で算定できれば、7対1と10対1あるいは13対1が併存し、その中に地域包括ケア病棟・病床を併設していく余地が生まれることだろう」と論じ、サブアキュートという使い方を増やしていくとともに、7対1からの転換の選択肢を増やすこと

になる病棟群単位の入院基本料を検討するよう求めた。

この日の意見を踏まえて事務局は今回の入院医療分科会にとりまとめ案を提示する。そこで合意が得られれば、10月後半から、中医協を舞台に、16年度改定に向けた入院医療の具体的な議論が展開されることになる。

■地域包括ケア病棟の利用趣旨 ※複数回答あり



### 調査結果に対する事務局の分析と論点から

- 特定除外制度の見直しについて
  - ・90日超患者について、7対1の98%、10対1の80%が出来高算定を選択していた。
  - ・出来高算定患者を平均在院日数の算出に含めることで、平均在院日数の算出値が0.5日程度延長していた。
  - ・患者の退院先については自宅や一般病床以外の病床が大半であった。
  - ・特定除外制度の見直しに伴って何らかの取り組みを行なった医療機関では90日超患者の減少割合が多かった。取り組みの内容は、「退院支援や

相談窓口の充実」の他、7対1では「他の医療機関との連携強化」や「他医療機関への転院促進」が、10対1では「自院の他病棟への転院促進」が多々みられた。

- 特定集中治療室管理料の見直しについて
  - ・ICUにおける「重症度、医療・看護必要度」について、A項目が2点であっても医療密度の高い患者が入院している一方、A項目が3点の患者は相対的に医療密度が低いことや、「心電図モニター」「輸液ポンプ」「シリンジ

ポンプ」にのみ該当する患者の割合が極端に高い医療機関がみられることを踏まえ、「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすための条件についてどう考えるか。

・現状における薬剤師の配置状況や、薬剤師配置による効果を踏まえ、ICUにおける薬剤師の配置についてどう考えるか。

- その他
  - ・ICU等を持つ7対1・10対1入院基本料届出医療機関では、地域包括ケア病棟に入院している患者の約80%が

自院の急性期病棟からの転棟患者であった。また、当該病棟の利用趣旨としても、ほぼ100%の施設が「自院の急性期病棟からの受け皿として利用」していた。

・7対1病棟において地域包括ケア病棟を届け出していない理由としては、入院患者の状態・ニーズと合致していない又は制度の成行を見極めたいとする回答が多かった。10対1病棟においては、その他、スタッフの確保や在宅療養支援病院の届出等を満たすことが難しかったとの回答もみられた。

## 構成員から病院併設型住宅・病床転換型住まいの提案

療養病床の在り方等に関する検討会 土屋常任理事「医療の質、患者、病院経営者、医療従事者等の面からも検討すべき」

10月9日に開かれた「療養病床の在り方等に関する検討会」に、事務局(厚生労働省保険局医療介護連携政策課)は、「さらにご議論いただきたい事項(骨子)」と題した文書を提出し、年内とりまとめに向けた議論の具体化、加速化を促した。

文書からは、下記諸点のように、医療、老健、保険3局が共有しているとみられる現時点の視点がうかがえる。(1)医療療養(25対1)と介護療養の経過措置は2017年度末まで。具体的な改革の選択肢を整理する必要がある(2)主に医療療養(20対1)が担っている比較的医療の必要性の高い患者に対する機能は引き続き維持する。(3)比較的医療の必要性が低く、介護ニーズを併せ持つ方々に看取りやターミナルケアを中心とした長期療養と一定の医療処置を実施する機能も確保していく必要がある。

(4)こうした観点を踏まえ、現状の療養病床の施設・設備を活用するなどの新たな選択肢を考える。その際、療養病床からの転換が容易(施設整備等に多額の費用を要さない)なこと、医療費の適正化に資すること、低所得者にも配慮したものであることが必要。

(5)上記を踏まえると、「医療」「介護」「住まい」の機能を組み合わせた新たな選択肢を検討してはどうか。例えば、①要介護度は比較的低いが一定程度の医療が必要な、自宅等での生活が困難な人向けの医療と住まいが組み合わさった機能、②要介護度が高く、一定程度の医療が必要な人向けの長期療養を支える機能、③一定程度の医療が必要な人向けのショートステイなど在宅療養を支援する機能などが考えられる。(6)その際に、法的な位置づけや人員配置と施設の基準など制度上の枠組みについても、新しい類型を含めて複数

の選択肢を検討する。

事務局のこうした問題提起に応えるかのように、この日は構成員から「病床転換型の住まい」が提案されるなど、一歩踏み込んだ議論が展開された。

構成員からは、医療区分1の要介護度の高い患者を想定した上で、①25対1の一部を「病院併設型の住宅」に向けてはどうか、②(サ高住の併設といった)「医療+住まい」に対して「(既存医療施設の)敷地・建物に手を加えて住まいとする」考え方があるなど、具体的な施設類型が提案された。

### 内閣改造 塩崎厚生労働大臣は留任

第3次安倍改造内閣が10月7日に発足、厚生労働大臣には塩崎恭久氏が留任した。

厚生労働副大臣には竹内譲氏(衆議

院・公明党)、とかしきなおみ氏(衆議院・自民党)が、厚生労働大臣政務官には三ツ林裕己氏(衆議院・自民党)、太田房江氏(参議院・自民党)がそれぞれ就任、厚生労働3役の人事は塩崎大臣のみが統投となった。

①の「病院併設型住まい」にしても、②の「病床転換型の住まい」にしても、現実的には、転換に要する費用の発生だけでなく、利用者負担の増加、経営展望の不安、病院からの撤退に対する抵抗感など様々な問題が生じる。転換型老健の失敗を想起したとき、十分に慎重な検討が求められるところだ。こうした点について、全日病常任理事の土屋繁之構成員は、医療費抑制一辺倒の議論ではなく、医療・ケアの質を落とすことなく、病院が健全に運営され、医療従事者の生活が守られるような検討をつくし、関係者が納得のゆく方策を打ち出さないとまくいかないとする意見を述べ、性急な結論出しを戒めた。(4面に続く)

院・公明党)、とかしきなおみ氏(衆議院・自民党)が、厚生労働大臣政務官には三ツ林裕己氏(衆議院・自民党)、太田房江氏(参議院・自民党)がそれぞれ就任、厚生労働3役の人事は塩崎大臣のみが統投となった。

# 支払側 大病院の外来定額負担で病院「増収分」の帰属に言及

【中医協】 定額に伴う初再診料の取り扱いも検討対象。患者申出療養制度の骨格を了承

9月30日の中医協総会は、事務局(厚生労働省保険局医療課)が提示した患者申出療養制度に関する制度設計の骨格案(別掲)を了承した。同制度は2016年4月に施行される。厚生労働省は、この内容にもとづいて、必要な省令、告示、通知の準備を進める方針だ。

この日は、外来医療(2)として、「紹介状なしの大病院受診時に係る選定療養」について検討した。

紹介状なしに受診した患者に選定療養を適用して定額を徴収することを医療機関の責務とするという制度で、その運用の骨格として、事務局は別掲の考え方と論点を提示した。

支払側の鈴木委員(日医常任理事)は、対象病院を「特定機能病院+500床以上の地域医療支援病院」とすることに賛意を示した。対象外の患者についても現行制度の基準に準じるべきとした上で、「緊急性の判断は現行どおり医療機関に委ねるべき」とした。

金額については「再診時は初診時の半分程度でいい」としたが、初診時の金額は発言を控えた。当該医療機関の初再診料に関しては「基本的に現行のままでよい」とした。

このほか、支払側からは、対象外とするケースに「がんなど検診からの受診」「被災者(被災地)」「別の診療科に

通院中の患者」を加えるべきとの意見があった。

支払側の白川委員(健保連副会長)は基本的に現行制度の考え方を踏襲すべきという意見を表明。緊急性についても「医療機関の判断に委ねるのは当然である」とした。

ただし、金額に関しては「病院によって金額が異なるというのはどうか。大学病院とそれ以外とで分けるといってシンプルにした方がいい」と、地域医療支援病院の500床という区切りについても「規模ではなく、機能という視点から議論していくべきではないか」と、事務局案に異論を唱えた。

その上で「医療保険部会に示した金額を試算する資料に、“病院の増収となる案”あるいは“保険給付を減らす案”など色々な記述があった。この定額負担をすべて病院の増収としていく考え方は疑問である。今現在も(料金の自由設定というかたちで)病院の増収を認めるかたちになっているが、責務とする以上、その考えはどうか」と疑問を呈した。

この論点は初再診料の設定に影響するものだが、同委員は「定額負担による収入増をどこが享受するかについて議論すべきではないか。保険者に還元するという発想もある」と論じた。定額負担の議論は今後も続けられる。

## □紹介状なしの大病院受診時の定額負担に関する論点

- (1) 定額負担を求める大病院の範囲は「特定機能病院および一定規模以上(例えば500床以上)の地域医療支援病院」としてはどうか。
- (2) 現行制度で特別料金の徴収が禁止されている患者・ケース(緊急その他やむを得ない事情がある場合等)には定額負担を求めない、としてはどうか。
- (3) 定額負担の対象としない患者の例外規定をどうするか。

- 現行制度では患者の緊急性は医療機関の判断に委ねているが、新たな制度において、軽症の患者を除くことについて、その範囲も含めてどう考えるか。
- (4) その他、定額負担を求めない患者・ケースについてどう考えるか。
- 例えば、地域に他に診療所等がなく、大病院が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する場合は、定額負担を求めないとするこ

- とが考えられるのではないか。
- (5) 定額負担を最低金額として設定することについて、その金額を含めどう考えるか。
- 初診時の最低金額-3,000円程度、5,000円程度、10,000円程度
- 再診時の最低金額-1,000円程度、初診時特別料金最低金額の約4分の1
- \* 現行特別料金の徴収金額(平均)は初診で2,394円(1,210施設)、再診で

- 1,262円(133施設)。
- \* 厚生労働科研による調査研究は「一定規模以上の病院において初診時5,000円以上の定額負担を設定することで、軽症の場合に受診を控える可能性」を指摘している。
- (6) 定額負担を徴収する場合の初診料、外来診療料の評価についてどう考えるか。また、現行の、紹介率・逆紹介率が低い医療機関における減点の取り扱いをどのように考えるか。

## □患者申出療養の制度設計(要旨)

### 【はじめに】

患者申出療養は、患者の申出を起点とし、先進的な医療を身近な医療機関で迅速に受けられるようにするもの。したがって、国において安全性・有効性等を確認し、保険収載に向けた実施計画の作成を臨床研究中核病院に求め、国が確認、実施状況等の報告を臨床研究中核病院に求めるとした上で、保険外併用療養費制度の中に位置付けるもので、「混合診療」を無制限に解禁するものではなく、国民皆保険の堅持を前提とする。

### 【患者申出療養としては初めての医療の実施までの取扱い】

#### ○患者申出療養の対象とする医療の考え方

- ・ 保険収載を目指さないものは患者申出療養の対象とはせず、保険収載を前提に、一定の安全性・有効性等が確認されたものについて、患者申出療養の対象とする。
- ・ 患者申出療養は基本的に臨床研究として実施する。
- ・ 患者申出療養として実施される医療の種類は以下のとおり。

- ① 既に実施されている先進医療の身近な医療機関での実施
- ② 既に実施されている先進医療の実施計画対象外の患者に対する医療

- ③ 先進医療としても患者申出療養としても実施されていない医療
- ④ 現在行われている治験の対象とならない患者に対する治験薬等の使用

既に治験で使われている未承認薬の使用を希望する相談があった場合には、まずは主たる治験又は人道的見地からの治験につなげることを検討する。いずれの治験も実施されていない場合は、臨床研究中核病院が患者申出療養として実施できるか否か検討する。

○国における患者申出療養に係る審議・安全性・有効性等を審査するために国は患者申出療養評価会議(仮称)を開催、実施が承認された医療は、患者の申出を受け受理した日から原則6週間以内に告示する。

- ・ 患者申出療養評価会議(仮称)は定期的に開催、原則として公開し、審議過程及び結果を事後的に公開する。
- ・ 6週間以内に告示できない場合は、その理由を明確にするとともに、持ち回り開催でなく全体会議を開催して、慎重に議論を行なう。
- ・ 同会議は当該医療について、実施医療機関追加の判断指標として「実施可能な医療機関の考え方」および「実施医療機関の追加に係る取扱い」を定める。

・ 告示された医療は、意見書を作成した臨床研究中核病院で同会議に認められた実施計画に沿って実施できる。当該医療は、また、あらかじめ実施医療機関として実施計画に記載された医療機関(特定機能病院及び患者に身近な医療機関を含む)でも実施できる。

### 【患者申出療養として前例がある医療の実施までの取扱い】

- 実施医療機関の追加
- ・ 告示されて実施が可能となった医療は、前例がある患者申出療養として、臨床研究中核病院が実施医療機関を個別に審査し、追加することが可能となる。
- ・ 実施医療機関の追加を行なう場合も、患者から臨床研究中核病院に申出を行なう。臨床研究中核病院は実施医療機関の追加の審査を原則2週間で行なう。
- ・ 臨床研究中核病院は実施医療機関の追加を速やかに地方厚生(支)局に届け出る。実施が認められた医療機関は実施計画に沿って当該医療を実施できる。追加した医療機関に係る報告は患者申出療養評価会議(仮称)に報告する。
- 患者申出療養の実施計画対象外の患者について
- ・ 前例のある患者申出療養について

は、患者申出療養評価会議(仮称)で認められた実施計画で定められている患者適格基準から外れる患者など、実施計画対象外の患者に、当該医療を実施することはできない。実施計画対象外の患者に実施する場合には、患者から国に申出を行なう。

### 【患者申出療養の実施後に係る運用】

- 有害事象等の発生時の対応
- ・ 先進医療と同様に、重篤な有害事象等の可能性、被害が生じた場合の補償・治療の内容、費用等について、事前に患者又は家族に説明、文書により同意を得て、実施計画に記載する。
- ・ 有害事象等の発生時の対応も、先進医療と同様に行なう。
- 報告・情報公開のあり方
- ・ 国に報告された事項は、原則として厚生労働省のホームページで公開する。
- 患者申出療養を実施する場合の費用の取扱い
- ・ 患者申出療養は保険外併用療養費制度に位置付けられるものであり、その費用の額の算定に当たっては、先進医療と同様に、診療報酬の算定方法の例による。
- ・ 患者から患者申出療養に係る費用を特別の料金として徴収する場合は、先進医療と同様の取扱いとする。

# 非理事を医療施設管理者にすることができる場合の解釈を変更

厚生労働省は9月30日付で医政局長通知(医政発0930第1号「医療法人が開設する病院等の管理者の理事就任について」)を都道府県知事宛に発出、通知の「医療法人制度の改正及び都道府県医療審議会について」および「病院又は老人保健施設等を開設する医療法人の

運営管理指導要綱の制定について」をそれぞれ一部改正し、「管理者を理事に加えないことができる場合」の解釈を、これまでの「多数の病院等を開設する医療法人で、離島等法人の主たる事務所から遠隔地にある病院等の管理者の場合」から、「当該法人が開設す

る病院等の立地及び機能等を総合的に勘案し、管理者の意向を法人運営に反映させるといって医療法第4条第1項の規定の趣旨を踏まえた法人運営が行われると認められる場合」へ改めた旨を明らかにした。

新たな解釈について、「例えば、病院

等が隣接し業務に緊密な連携がある場合や病院等が法人の主たる事務所から遠隔地にある場合などが考えられるが、これらに限定されるものではない」との注釈をそれぞれの改正通知に明記した。

## 厚生労働省 5行為について看護師等に対する研修の実施を要請

厚生労働省は10月1日付で医政局看護課長名による通知(医政看発1001第1号「看護師等が行う診療の補助行為及びその研修の推進について」)を発出、同

日付で施行された特定行為に係る看護師研修制度に規定された行為には該当しないものの、侵襲性が高く、技術難易度も高いとみなされた診療補助行為

を5項目あげ、各医療機関で研修を行なうよう努めるべきとして、各都道府県に医療機関等に対する周知を要請した。

5項目は「経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの挿管」「経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの抜管」「直腸内圧測定」「膀胱内圧測定」「褥瘡又は慢性創傷における血管結さつによる止血」からなる。



