



全日病 ニュース 2015 12/15

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 東京都千代田区猿樂町 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.861 2015/12/15 http://www.ajha.or.jp/ mail:info@ajha.or.jp

主要改定項目の議論終わる。7対1病院は再び激震か

2016年度診療報酬改定 地域包括ケア病棟はほぼ現行どおり。中小病院には負担が大きいDPCの見直し

2016年度改定の議論は12月11日をもってほぼ終わり、中医協総会は12月16日に補足的な議論を行なった後は、改定率の報告を受けるのみ(12月25日)となった(2~3面に関連記事)。

在宅医療では、患者の状態、居住場所、診療人数に応じた新たな報酬体系の案が示され、在総管・特医総管の算定要件に「月1回訪問」を新設する方向となった(11月11日)。

リハに関しては、提供量に対する実績が基準を下回る回復期リハ病棟は1日6単位を超える疾患別リハを算定できないとする厳しい見直し案が示された(12月2日)。

また、廃用症候群のリハの縛りを強

化する一方で、維持期リハの要介護者を移行させるために医療保険と併用した介護保険のリハを試行させる提案も行なわれている。

最重要課題の7対1病棟に関して、事務局は、一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の新項目を示し、患者該当割合を15%から大きく引き上げること示唆した(12月7日)。

それだけでなく、平均在院日数と在宅復帰率の要件も見直される方向だ。

この7対1病棟に関しては、その移行を円滑にする目的で、一定期間、7対1を病棟群単位で届け出ることができるという案も提示された(12月9日=写真)。

病棟種別毎という現行届出の欠陥

を補う策となるが、事務局は「7対1からの移行に限定した一時的な措置だ」と説明、本格的導入を否定している。

医療従事者の負担軽減に関連して、月平均夜勤時間の計算方法を実態に即して見直すことや月平均夜勤時間超過減算の期間延長と特別入院基本料との間にもうひとつ階段を設ける案が検討されている(11月25日)。

さらに、医師事務作業補助体制は加算1の算定をより拡大する方向で要件を見直していく、あるいは、夜間急性期看護補助体制加算の評価を引き上げる中で看護補助者の役割分担を広げる方向が示された(12月11日)。

一方、データ提出加算届出の要件を

10対1にも適用する方針が示された(12月11日)。

DPCに関しては、Ⅲ群における基礎係数と機能評価係数Ⅱの配分の見直しが先送りされ、機能評価係数Ⅱの各係数への配分を変えるという話も否定された。その一方で、算定ルールの変更、使用持参薬時のデータや「重症度、医療看護必要度」のEF統合ファイルへの入力など、中小のDPC病院は負担が強まる改定となりそうだ。

16年度は比較的動きの少ない改定とみられてきた。現に、地域包括ケア病棟に関しては大きな見直しが見送られた。しかし、7対1病院が受ける影響は前改定にもまして大きなものとなりそうだ。



新たな施設類型

療養病床の在り方等に関する検討会

療養病床の移行先となる新たな施設類型について議論している「療養病床の在り方等に関する検討会」の11月27日の会合に、鈴木構成員(日医常任理事)は、一歩踏み込んだ新類型の考え方を提示した(12月1日号既報)。

日医と四病協の連名による考え方で、新類型の枠組として、(1)医療機関に特例的機能をもつ空間を併設し、当該医療機関が特例部分に医療を提供する「医療外付型」、(2)特例部分と医療機関が複合化した「医療内包型」(老健施設・特養より手厚い医療提供が可能な入所施設)の2タイプを打ち出した。

一方、厚労省も、①医療を内包した施設、②医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設施設という、2

タイプの枠組を提起した。

鈴木構成員の提案は、医療機関と入所施設の併設による「医療外付型」と入所施設の医療機能を充実させた「医療内包型」からなり、厚労省の案と枠組は重なっている。

病院に住まいを併設するとして院内SNW(Skilled Nursing Ward)を提起した池端構成員(池端病院院長)は「四病協の案に賛成する。SNWを提案したが、それにこだわるつもりはない」と賛意を示すなど、検討会は、日医・四病協案と厚労省案を軸に、新たな類型の具体化に向かうことになりそうだ。

検討会は12月25日の会合で新類型の論点を深掘りし、1月半ばの取りまとめを目指している。

□構成員を務める土屋繁之常任理事の談

議論がだいぶ煮詰まってきた。厚労省は、介護療養病床の廃止は譲れないとしているが、医療療養病床25対1に関しては、経過措置ないしは算定要件未達による減算などの対応も可能とすることに含みを残している。

そんな中で、現在入所・入院している患者の受け入れをどのような新しい類型で行うかが議論されてきたが、「介護」と「住まい」ともなうという点

が概ね共通認識になった。

しかし、それに医療をどのように付けるかということになると、議論はまとまらなくなる傾向がある。

この医療を担っているのが我々であるが、新しい類型ができて、その内容が理解でき、魅力を感じ、経営的にも安定するという展望がなければ、進んで移行することは難しい。ここがこれからの重要な論点となると思われる。

日医・四病協案と厚労省案を軸に具体化か

□鈴木構成員提出 日医・四病協「療養病床の今後の在り方について」の要旨

1. 基本的考え方

●新類型の検討にあたっては、提供される機能の組み合わせが異なる複数の類型を提示すべきである。また、施設設備の基準・人員配置には十分な配慮が必要である。

2. 具体的な方向性

新類型には概ね次の2種類が用意されるべきで、どちらの類型への移行も可能とする。

①特例部分と医療機関の併設型(医療外付型)

- 医療機関部分は適切な規模に集約して存続、その他の部分に特例的機能を持たせる。
- 特例部分に必要な医療は併存する医療機関から外付けで提供する。
- 医療機関部分は病院(20対1療養病床)・有床診・無床診とする。
- 施設設備・人員配置は特例部分と医療機関部分との一部共用を認める。

※現在も2施設併設型は可能だが、医療法人は特養を設置できない、施設・人員の共用が認められない等の制約があるため、新類型(又は新特例)として新たに整理することが必要。

②特例部分と医療機関の複合型(医療内包型)

現行の老健施設・特養より手厚い医療提供が可能な入所施設とする(近隣医療機関との連携も含め、当直・24時間の医療対応や看取りが可能な体制とする)

□新たな選択肢に関する論点の要旨(事務局提出資料から)

◎新たな選択肢としては、「住まい」機能の強化を中心とすると、「医療を内包した施設類型」「医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設型」等が考えられる。

◎新たな類型の中心的な利用者像として、「日常的な医学的管理を長期にわたり継続して必要、かつ、一定程度の介護も必要な者」「基礎疾患の症状が重いなど医療の必要性が高い等の理由により容体が急変するリスクを抱える者」「医療必要性の程度が多様だが、容体は比較的安定している者」など、一定程度幅のある状態を想定すべきと考えられる。

◎各利用者像を受け入れる類型にどのような医療機能や介護機能を持たせるべきか。

医療機能の例/日常的な医学的管理程度の医療、夜間・休日の医療、看取り・ターミナルケアの機能、生活機能維持向上のためのリハ等

必要なサービス提供体制の例/夜間・休日の当直体制、想定される中心的な状態に応じた医療に関する人員・設備、「住まい」としての構造設備

介護機能の例/適切な介護サービス(入浴、排泄、食事等)等

消費税分科会 支払側・診療側 「診療報酬への上乗せ対応は限界」で一致

11月30日の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」に事務局(厚労省保険局医療課)は「消費税率8%への引上げに伴う補てん状況の把握結果」を報告した。

その結果(要旨)は以下のとおり。

- ①対象医療機関等が仕入れて負担した3%相当額は合計で2,594億円、これに対して報酬上乗せ分は2,648億円。したがって、補てん差額は54億円、補てん率は102.07%であった。
- ②補てん率は病院、一般診療所、歯科

診療所で100%を超えたが保険薬局は100%を下回った。

③病院全体の補てん率は102.36%であるが、特定機能病院やこども病院は100%を下回った。

④一般病院については、医療法人は106.21%であるが、国立や公立は100%を下回った。

⑤一般病棟入院基本料算定病院の補てん率は99.21%と100%を下回った。療養病棟入院基本料算定病院は130.94%であった。

この結果を踏まえ、分科会は、中医協総会に「3%分はマクロでは補てんされていることが確認されたものの、補てん状況にはばらつきがみられた」と報告することを確認した。

議論において、支払側の白川委員(健保連副会長)は、「設備投資の課税分は減価償却期間を合算して補てんされるが、実際には設備投資のときに消費税を負担しているため、医療機関の痛感はかなり大きいだろう。これは診療報酬で手当てする方式の宿命だ」と

指摘。

その上で、「これが続くと医療機関の不満は解消されずにくわいで、そろそろ国の税調で解決策を見出す時期ではないか」との認識を示した。

診療側の西澤委員(全日病会長)も「医療機関個々の補てんのばらつきが大きく、これをもって補てんされているとみなすことはできない。むしろ、診療報酬による上乗せではうまくいかないことがあらためて明確になった。やはり抜本的な改革が必要である」と述べ、医療への消費税課税へと議論を進める必要を訴えた。

回復期リハビリ

厚労省 アウトカムいかに「1日6単位超の疾患別リハは入院料に包括」

2016年度診療報酬改定 廃用症候群に対するリハを独立項目に。体制強化加算の医師専従要件を緩和

中医協総会における2016年度改定の審議は最終局面を迎えた(1面記事を参照)。以下に12月2日、12月9日、12月11日における議論の要旨を紹介する。

12月2日の中医協総会 個別事項(5) リハビリテーション

◎リハの質に応じた評価に関する論点

回復期リハビリ病棟のリハは医療機関ごとのリハの効果に基づく評価を行なうこととし、提供量に対する効果が一定の実績基準を下回る医療機関は、1日6単位を超える疾患別リハの提供を入院料に包括してはどうか。

◎廃用症候群のリハに関する論点

・廃用症候群に対するリハは脳血管疾患等リハから独立した項目にしてはどうか。

・急性疾患に伴う安静によって生じた廃用症候群については、原疾患に対する治療の有無にかかわらず、廃用症候群に対するリハの対象としてはどうか。等

◎維持期リハに関する論点

・要介護者被保険者の維持期リハの介護保険への移行の例外とすべき状態等として現行規定以外にどのようなものがあるか。

・脳血管疾患等リハ又は運動器リハを実施している、将来介護保険によるリハが必要と考えられる要介護者に対して、標準的算定日数の3分の1が経過する日までを目安に、介護保険によるリハの体験等の提案を評価してはどうか。また、そのような対応を伴わずに行なわれる疾患別リハの評価を見直してはどうか。

・体験として必要な介護保険のリハを医療保険のリハと併用できるようにしてはどうか。

◎施設基準等における人員配置の弾力化に関する論点

1) 心大血管疾患リハビリテーション料

・例えば、循環器科や心臓血管外科の標榜がなくても、一部の疾患について、心大血管疾患リハの経験を有する医師が実施する場合などは実施できるようにしてはどうか。

2) リハ職の専従規定(略)

3) 回復期リハビリ病棟入院料1 体制強化加算

・回復期リハビリ病棟の専従常勤医が入院外診療にも一定程度従事できるようにしてはどうか。

◎早期からのリハ実施の促進等に関する論点

1) ADL維持向上等体制加算

・質や密度の高い介入を行なっている病棟のADL維持向上等体制加算の評価を充実させてはどうか。

・例えば、入院直後に全身麻酔を伴う手術を行なった患者は手術日前後のADL低下を除いて評価できるようにしてはどうか。

2) 初期加算、早期加算、慢性疾患等の取り扱い

・「治療開始日」を基準に一定期間算定可能とされている初期加算と早期加算は発症や手術の日に基づいて起算することを原則としてはどうか。また、慢性疾患(廃用症候群を含む)は初期加算と早期加算の対

象外としてはどうか。

・廃用症候群を含む慢性疾患に対する疾患別リハの標準的算定日数を超過したかの判断及び回復期リハを要する状態の判断に際しては、当該疾患と最初に診断された日(慢性疾患を複数回診断する場合でも医学的に一連のものはこれを含む)を起算日としてはどうか。

◎リハに関するその他の論点

1) 医療機関外におけるリハ

・一定条件の下、医療機関外で行なわれるリハも疾患別リハとして評価してはどうか。

2) リンパ浮腫(略)

3) 摂食機能療法(略)

【主な議論】

この日は、まず、2016年度改定に対する意見が支払側・診療側の双方から示された。また、「消費税率8%への引上げに伴う補てん状況」が報告された(1面を参照)。

診療側の中川委員(日医副会長)は廃用症候群に対するリハの見直しを肯定した上で、「前改定で引き下げた点数を戻す」ことを求めた。介護保険リハへの移行に向けた医療保険リハとの併算定を認める案には、「まずは試行としてはどうか」と提案した。

リハの提供量に対する改善効果が一定の実績基準を下回る回復期リハビリ病棟は1日6単位を超える疾患別リハを入院料包括とし、算定を認めないという事務局(厚労省保険局医療課)の提起に、診療側の猪口委員(全日病副会長)は、「患者特性によってリハの効果には差が出る。高齢や認知症などの患者は1日6単位では足りないかもしれない」と反対した。

また、維持期リハにおける介護保険と医療保険の併算定に関連して「今は通所リハよりも訪問リハのニーズが高い」と指摘、病院や診療所が訪問リハにより取り組めるような措置を求めた。

リハにかかわる専従規定を緩和する案には賛成を表明。その上で「専従は常勤が前提とされてるが今や短時間労働が増えているので常勤換算を認めるべき」と、ADL維持向上等体制加算の評価充実に対しても「その普及を図るなら、まずは、25点という低い点数の引き上げが肝心」と注文をつけた。

慢性疾患に対する疾患別リハや回復期リハ提供の判断にあたって最初の診断日を起算日とする案で、「慢性疾患を複数回診断する場合も医学的に一連のものはこれを含む」とある点にも、「急性発症の疾患はともかく、慢性疾患は他疾患の併発ごとに状態は悪化をたどる」として、「一連とするのは止め、診断ごとの起算を認めるべき」とした。

さらに、「医療機関外でのリハも疾患別リハとして評価する」案には、「生活の色々な場面での訓練が重要。色々な場面でのリハを一連として20分とするのではなく、場面場面で切って算定できるようにすべきではないか」と要望した。

一方、支払側は維持期リハの介護保険移行に関する経過措置の再延長に反対した。要件を緩和する項

目は点数も見直すべきと主張。ADL維持向上等体制加算について要件を追加して評価を高める案には賛成を表明する一方で、初期、早期、ADL維持向上等体制と3段階にわたる加算の整理を行なうことを提案した。

12月9日の中医協総会 入院医療(7)

◎急性期入院医療に関する論点

・平均在院日数が長い医療機関では診療密度が低い傾向がみられるが、こうした医療機関についてどう考えるか。

・急性期医療の必要な患者像を適切に評価し、急性期医療の機能分化を進めるための、7対1病棟における「重症度、医療・看護必要度」該当割合の水準についてどう考えるか。

・7対1病棟等における在宅復帰率の評価の見直しについてどう考えるか。

◎入院基本料の病棟単位による届出に関する論点

・7対1を届け出ている病棟が届出を他入院基本料に変更する際に、一時的な仕組みとして、一部病棟に限り、病棟群単位で7対1の届出を併せて認めることについてどう考えるか。

【主な議論】

この日は、まず、改定基本方針が報告された(別掲記事を参照)。

事務局は、すでに提起済みの一般病棟用「重症度、医療・看護必要度」の見直しを、A項目については、「7. 専門的な治療・処置」に「無菌治療室での治療」を加えた上で、8として「救急搬送(搬送日より1~2日間程度)」を新設。B項目については「危険行動」と「診療・療養上の指示が通じる」を追加する、と整理。

さらに手術等の医学的状況を表わすM項目(①開胸・開頭の手術=術当日より5~7日間程度、②開腹・骨の観血的手術=術当日より3~5日間程度、③胸腔鏡・腹腔鏡手術=術当日より2~3日間程度、④その他の全身麻酔の手術=術当日より1~3日間程度)を新たに設け、「A得点が2点以上かつB得点が3点以上」「A得点が3点以上」「M得点が1点以上」のいずれかに該当する場合に重症者とみなす考え方で臨むことを提案した(3面の図を参照)。

さらに、①一般病棟入院基本料の平均在院日数要件の引き下げ、②7対1における「重症度、医療・看護必要度」該当患者割合の引き上げ、③7対1病棟等における在宅復帰率の評価の見直しを提起した。

事務局は、新たな該当患者割合で試算した結果、23%とすることで7対1は減床に転じ、25%では現在の病床数に対して2.9%~4.9%の幅で、28%では9.1%~11.1%の幅で減床すると予測。

在宅復帰率の評価の見直しについては、計算式と在宅復帰率の水準をともに変更する可能性を示唆した。

事務局は、また、7対1病床の移行を促すために、7対1入院基本料の届出を他の入院料に変更する場合に限って、一定期間、一定数の病棟を7対1入院基

16年度改定基本方針決まる

12月2日の社保審医療保険部会と12月4日の同医療部会では2016年度診療報酬改定の基本方針案についてそれぞれ合意に達し、細部にわたる文言修正と両部会間の意見調整を各部会長と厚労省に委ねた。その結果、厚労省は12月7日に基本方針を公表した。

基本認識に「経済成長や財政健全化との調和」が書き込まれた初めての改定基本方針となったが、4つの基本的視点にそって例示された「具体的方向性」にも、「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」「費用対効果評価の試行的導入」「質の高いリハビリテーションの評価」「退院支援等の取組」「調剤報酬の見直し」など、

中医協総会で先行して審議されつつある16年改定の焦点の課題が盛り込まれた。

また、最終章の「将来を見据えた課題」には、「地域医療構想を踏まえた第7次医療計画が開始される平成30年度に向けた診療報酬上の対応」の検討が書き込まれた。

「多剤投薬をすべて否定するのはいかがか」あるいは「長期投薬の制限を盛り込むべきではないか」などと、最後まで議論となった多剤投薬・長期投薬に関する表現は、「不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組」「不適切な多剤投薬・長期投薬の削減」と、「不適切な」という表現をかぶせた文言とすることで合意された。

日病協 16年度改定の要望に「救急医療の評価の見直し」等を追加

日本病院団体協議会は12月1日に2016年度診療報酬改定に対する要望書を厚労省に提出した。7月の第1次要望に続くもので、要望項目は8点からなる。そのうちの5項目は第1次の要望項目を再掲、新たに3項目を追加した。

改定要望項目は以下のとおり。

1. 入院基本料の病棟群単位での選択制の導入
2. 入院基本料等における「重症度、医療・看護必要度」

の見直し

3. 救急医療の評価の見直し(新規)
4. 維持期リハの継続
5. 入院中の他医療機関受診時における制度の見直し
6. 医療を推進するためのコスト分析およびその反映
7. 同一日複数科受診の評価(新規)
8. チーム医療における他職種の連携の評価(新規)

全日病 病院経営調査の結果を医療課に報告

全日病の猪口雄二副会長と医療保険・診療報酬委員会の津留英智副委員長は、12月1日に厚労省保険局医療課を訪れ、全日病の2015年度病院経営調査報告書を提出した。

医療法人が圧倒的に多い会員病院の今年5月の収支状況を調べた15年度病院経営調査は、全体の医療収支率が14年5月の104.6%から99.8%へと4.8ポイントも落ち込み、「医療法人の収支は黒字を維持」とした15年医療経済実態調査とは対照的な結果となった。

とくに、医療収支率は、1993年の調査開始以来初めて100%を割り込む赤字となった。

猪口副会長と津留副委員長は、宮崎雅則医療課長に調査結果の内容を詳しく説明した上で、16年度改定においては前改定の再現を回避すべきと訴えた。



厚労省 7対1からの移行に病棟群で7対1が届出できる一時的な措置を提案

2016年度診療報酬改定 「重症度、医療・看護必要度」にM項目(術後管理)を新設。7対1の該当割合基準は大幅引き上げか

■一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

A項目 モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、 ②褥瘡の処置)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	
4 心電図モニター管理	なし	あり	
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	
6 輸血や血液製剤管理	なし	あり	
7 専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ②抗悪性腫瘍剤の内服管理 ③麻薬の使用(注射剤のみ) ④麻薬の内服・貼付、坐剤管理 ⑤放射線治療 ⑥免疫抑制剤管理 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ドレナージ管理	なし		あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし		あり

B項目 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
2 危険行動	ない		ある
3 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

M項目 手術等の医学的状況	0点	1点
①開胸・開腹手術(術日より5~7日間程度)		
②開腹・骨の観血的手術(術日より3~5日間程度)		
③胸腔鏡・腹腔鏡手術(術日より2~3日間程度)		
④その他の全身麻酔手術(術日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

M得点が1点以上の患者

本料として届け出ることができる“特例措置”の導入を提案した。

この“特例措置”は日病協や四病協が提案している「病棟群単位による入院基本料の届出」の考え方を採用している。ただし、宮崎医療課長は「普遍的恒常的に導入するものではない。7対1からの移行を目指す病院に限った話だ」としている。

事務局の提案に、猪口委員は「前改定に対応するために7対1の病院は大変苦労した。前回に続く大きな変更は病院の疲弊を強めるもので好ましくない」と強い疑問を呈した。

「重症度、医療・看護必要度」の見直しにも、「これですべての重症患者を拾えるかは疑問、この項目がすべてではない」とした上で、「事務局の試算はやり過ぎだ。影響率をもっと小さくしないと現場は混乱する」と否定的な見解を示した。

診療側の委員は、平均在院日数要件の引き下げを含め、7対1の算定要件厳格化には総じて反対した。一方、支払側は、7対1の算定要件を見直す事務局

提案に概ね賛成したが、7対1届出に伴う“特例措置”には慎重な姿勢をのぞかせた。これについて、幸野委員は「頭から否定するものではない。7対1算定要件の見直しを明確にした上で、その移行を促す策として検討することであれば(導入に)やぶさかではない」と述べ、今後の展開に含みを残した。

12月11日の中医協総会 個別事項(6)——(略) 個別事項(7) 勤務医等の負担軽減

◎医師事務作業補助者に関する論点

医師事務作業補助体制は加算1の実施をより推進し、その際、診断書作成の補助と診療録の代行入力を実施場所を問わず加算1の対象としてはどうか。

◎夜間等における医師の負担軽減に関する論点
・脳卒中ケアユニットについて、院内に常時おくべき医師の経験年数を緩和してはどうか。

・画像診断管理加算の算定に当たっては、当該医療機関の常勤の医師がICTを活用して自宅で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととしてはどうか。

◎手術・処置における休日・時間外・深夜加算1に関する論点

予定手術前の当直免除の要件は、病院全体で届出する場合に限って、予定手術の前日における当直等の日数の上限を病床規模に応じて緩和してはどうか。

◎看護職員の負担軽減に関する論点

・夜間急性期看護補助体制加算の評価を充実してはどうか。
・看護補助業務のうち一定の部分は看護補助者が事務的業務を実施することができることを明確にしては

どうか。
・例えば看護管理者が看護補助者活用の研修を受けるなど、看護職員と看護補助者の業務分担の取組が進むよう促してはどうか。

◎常勤配置の考え方に関する論点

・常勤従事者が育児・介護休業法に定める休業を取得した場合に、一定の期間、同等の資質を有する複数の非常勤従事者が常勤換算で施設基準を満たすことを認めてはどうか。

・育児休業後等の従事者が短時間勤務制度を利用して正職員として勤務している場合、育児・介護休業法で定める期間は週30時間以上の勤務で常勤扱いとしてはどうか。

◎認知療法・認知行動療法に関する論点 (略)

【主な議論】

この日は、公益委員の起草になる「2016年度診療報酬改定に対する中医協の意見」を採択し、厚生労働大臣宛に提出した。

病院代表の委員は、個別事項(7)「勤務医等の負担軽減」の論点に概ね賛同しつつ、いくつかの意見・要望を示した。

診療側の万代委員(日病常任理事)は、実施場所を問わず加算1の対象となる行為は「診療録の代行入力等」とし、広く解釈するよう求めた。

「予定手術前の当直の免除」で、加算を算定する診療科による届出ではなく、「病院全体で届出する場合に」要件が緩和される点に関連して、同委員は、「予定手術前日の当直等の日数が算定診療科の合計で年間12日以内」とある現行規定を「診療科ごとに年間12日以内」と緩和するよう求めた。

猪口委員は、急性期を対象とし、年間の救急患者が最低100名以上を要件としている医師事務作業補助体制加算を「全病床に拡大してほしい」と要望。育児・介護休業法との関係で常勤配置の考え方を見直す点には賛成した。

「勤務医等の負担軽減」について、支払い側は特段の意見を示さなかった。なお、常勤配置の考え方見直しにおける「同等の資質を有する」点について、事務局は「例えば研修要件を満たすこと」と説明した。

報告 2016年度診療報酬改定 これまで中医協の議論より

「重症度、医療・看護必要度」「病棟群単位」が最後の大きな論点

全体的に抑制傾向のリハ見直しには注意が必要。夜勤看護は実態的に改善

平成27年12月11日の中医協総会における議論をもって大まかな論点整理は終了した。今後、12月21日頃に予定されている改定率の決定に従い、具体的な項目、点数が決定されることとなる。今回、これまでの中医協における議論について、主要な内容についてここに報告する。

●医療経済実態調査の結果(11月4日)は、一般病院の損益率が▲1.7%から▲3.1%に低下、民間病院では一般病棟入院基本料7対1の赤字が▲1.3%(前々期▲0.4%)となり、一般病院の病床規模別ではすべての規模で連続赤字、という結果となった。全日病の経営調査の結果も、総じて悪化という結果である。

●「消費税調査」の結果(12月2日)は、5%より8%の引き上げにおける診療報酬改定の対応による補てん状況は、マクロでは概ね補てんされているものの「ばらつき」が見られた、とされている。今後、この「ばらつき」について十分検証していくことを確認した。

●在宅医療に関しては、長期間にわたる重症者の医学管理の評価、1ヵ月に1回の医学管理の評価、同一建物における同一日診療の評価の組み換え等で、大きく点数設定が変化すると考えられる。

●二次救急については、夜間休日救急搬送医学管理料のさらなる評価、t-PA実施および冠動脈の検査・治療は「緊急手術を要する状態」として加算1を算定できる等の見直しが行われよう。しかし、我々は、より多くの状態、疾患について評価するよう要望している。

●DPCにおいては、①機能評価係数Ⅱの各項目重み付けの標準化、②入院期間Ⅲの点数調整、③「重症度、医療・看護必要度」「持参薬」「医療区分、ADL区分」のEF統合ファイルへの記入が計画されている。ソフト変更にかかる手間、費用についても十分考慮するよう申し入れている。

●リハビリテーション関係は大幅な見直しが行われそうである。まず、回復期リハについては、ベッド数や診療報酬の増加が著しいため、抑制の方向が打ち出されているが、その方法論として、アウトカム評価による単位数の抑制が打ち出されており、大きな焦点となっている。

また、廃用症候群が疾患別リハの一つに位置付けられ、多くの疾患・状態がここで算定することとなるようである。維持期リハについても、入院以外は強く抑制されそうである。このように、リハビリテーションは全体的に抑制傾向が強くなり、今後も十分注意する必要がある。

●夜間看護72時間の規定については、平成18年改定の導入以来大きな論点となってきたが、今回、月平均夜勤時間数の計算対象に含まれる従事者を一定程度拡大する方向が打ち出された。

具体的には、月当たりの夜勤時間数が16時間以下の者は夜勤時間数の算定から外されていたがそれを計算式に含むよう変更する等の見直しとなりそうである。看護基準による入院基本料の設定は変更されないが、実態的な改善が行われると考えられる。

●7:1入院基本料の病床数はやや減少に留まっているが、実際の入院患者数は前年度より大きく下っており、空床率が増加していることが想像される。
・「重症度、医療・看護必要度」は大きく見直される。A横目に「無菌室治療」「救急搬送」が入り、B項目に「危険行動」「指示が通じない」が入る。さらにM項目として「術後管理」が入る。そして、重症者の算定は「A項目2点+B項目3点」「A項目3点」「M項目1点」の患者数の合計となる。
・これにより重症者の数は増加することとなるが、問題は現行の15%がどうなるかである。シミュレーションの結果からは25%というラインが強く打ち出され

た。これにより影響を受ける病床数は9.9%とされている。しかし、この数値は7:1病床の35%が他の病床区分に変更することが前提となっており、実際には45%の病床が影響を受ける。日病協実務者会議では、急ぎ、各病院でシミュレーションを施行中であるが、実際に25%ラインとなると大問題となろう。

・上記の改正に伴い、これまで7対1入院基本料を届け出ている病棟が他の入院基本料に届出を変更する際に、一時的な仕組みとして、一部の病棟に限り、病棟群単位で7対1入院基本料の届出を併せて認める、という案が打ち出された。

この一時的とはどのぐらいかという質問が多かったが、2年後の見直しとなると選択する病院が多くなるのではないだろうか。

●「手術・処置の時間外加算1」の見直しとして病床規模に応じた緩和が出ている。これについては、本来に必要である多忙な診療科では届け出できないという意見が多かったため、改善の方向となろう。

また「常勤配置の考え方」として、施設基準において複数の非常勤従事者の常勤換算を認める、育児・介護休業法で定める期間は週30時間で常勤扱いとする、という考え方が出された。これは四病協の要望事項が認められたことであり、喜ばしい。

以上のように、平成28年度も多岐に渡る診療報酬の変更項目が設定されている。特に、「重症度、医療・看護必要度」「病棟群制度」については、提示された内容を踏まえ、今後も大きな論点にする必要がある。

今後、内閣府による改定率の決定がなされた後、それに則った点数設定が行われ、諮問に対する答申案が作成され、さらに細かい通知等が作成されることとなる。全く気の抜けない時期であるが、会員諸氏からのご意見を頂き、他団体との連携を行いながら、実のある診療報酬改定が実現できるよう努力したい。



中医協委員(全日病副会長) 猪口雄二

総合診療専門研修プログラム整備基準について

総合診療専門医育成を目指す病院は準備を開始されたい

遅くとも17年1月初旬にはプログラム申請の公募が始まる予定

日本プライマリ・ケア連合学会 理事長 丸山 泉 (全日病常任理事)
日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長 草場鉄周

平成25年4月に厚労省「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告書が発表され、専門医制度全体の抜本的な改革と併せて「総合診療専門医制度」の設立が明記された。その後、26年5月に日本専門医機構が設立され、同機構内に設置された「総合診療専門医に関する委員会」で制度設計への議論が7月より始まり、27年8月にプログラム整備基準が発表された。

このような経緯で作成された整備基準に示された総合診療専門研修プログラムの概要を、その経緯に関わってきた立場から概説する。

1. 総合診療専門医養成の背景

専門医の在り方検討会では総合診療専門医養成が必要な理由として4点挙げられている。

- (1) 特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師が必要であること。
- (2) 複数の疾患等の問題を抱える患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師による診療の方が適切な場合もあること。
- (3) 地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多いこと。
- (4) 高齢化に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えること。

2. 総合診療専門医制度の理念と専門医の使命

- 制度の理念は以下の3点である。
 - ①総合診療専門医の質の向上を図り、以て、国民の健康・福祉に貢献することを第一の目的とする。
 - ②地域で活躍する総合診療専門医が、誇りをもって診療等に従事できる専門医資格とする。特に、これから、総合診療専門医資格の取得を目指す若手医師にとって、夢と希望を与える制度となることを目指す。
 - ③我が国の今後の医療提供体制の構築に資する制度とする。
- 他の領域に比べて独自性が強いのは②である。歴史的に臓器別専門医などの既存の専門医に比べて、領域の認知の低かった総合診療医が医師のキャリアとして選ばれにくい状況であったことを踏まえ、本制度がこの分野を志す若手医師に健全なアイデンティティを与えることを目指している。

3. 総合診療専門研修の目標

専門研修の到達目標は、6つのコアコンピテンシーで網羅された到達目標と5つの経験目標で構成されている(別掲)。

【人間中心の医療】は、単に生物医学的問題のみではなく、患者自身の健康観や病いの経験、さらには患者を取り巻く家族、地域社会などのコンテクスト(注)を全人的に理解した上で診療・ケアを提供することを重視し、【包括的統合アプローチ】は疾患のごく初期の未分化で多様な訴えに対する適切な臨床推論に基づく診断・治療から、複

また、総合診療専門医の位置づけについては、「現在、地域の病院や診療所の医師が、かかりつけ医として地域医療を支えている。今後の急速な高齢化等を踏まえると、健康にかかわる問題について適切な初期対応等を行う医師が必要となることから、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、新たな専門医の仕組みに位置づけることが適当である」ともされている。

いずれも、高齢化に伴う多疾患合併患者への適切な医療を担う医師、また心理社会的な要因への対応も含む全人的な医療を提供できる医師に対する喫緊の時代の要請が背景にあることを如実に示している。

また、総合診療専門医は「日常遭遇する疾病と傷害等に対して適切な初期対応と必要に応じた継続的な診療を全人的に提供するとともに、地域のニーズを踏まえた疾病の予防、介護、看とりなど保健・医療・介護・福祉活動に取り組み、絶えざる自己研鑽を重ねながら人々の命と健康に関わる幅広い問題について適切に対応する使命を担う」とされた。

特に「地域のニーズ」が重要なキーワードである。時代の変化、そして、人口やその構成、医療資源の密度など、地域の医療事情により、地域医療の現場で求められる医療・ケアの在り方は変化することがプライマリ・ケアには求められる。このためにも、総合診療専門医が日本の医療の中で、一領域として確立されることへの期待は大きいのである。

数の慢性疾患の管理や複雑な健康問題に対する対処、さらには健康増進や予防医療まで、多様な健康問題に対する包括的なアプローチを、継続的な医師・患者関係の文脈で提供することと説明されている。

また、地域での連携を視野に入れた目標として定義された【連携重視のマネジメント】では、地域の多職種との良好な連携体制の中での適切なリーダーシップの発揮に加えて、医療機関同士あるいは医療・介護サービス間での円滑な切れ目ない連携が明記された。

■ 総合診療専門医 専門研修カリキュラムの目標

【到達目標：総合診療専門医の6つのコアコンピテンシー】

<p>1 人間中心の医療・ケア</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 患者中心の医療 2) 家族志向型医療・ケア 3) 患者・家族との協働を促すコミュニケーション 	<p>4 地域志向アプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 保健・医療・介護・福祉事業への参画 2) 地域ニーズの把握とアプローチ
<p>2 包括的統合アプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応 2) 効率よく的確な臨床推論 3) 健康増進と疾病予防 4) 継続的な医療・ケア 	<p>5 公益に資する職業規範</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 倫理観と説明責任 2) 自己研鑽とワークライフバランス 3) 研究と教育
<p>3 連携重視のマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 多職種協働のチーム医療 2) 医療機関連携および医療・介護連携 3) 組織運営マネジメント 	<p>6 診療の場の多様性</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 外来医療 2) 救急医療 3) 病棟医療 4) 在宅医療

【経験目標】

<ul style="list-style-type: none"> 1. 身体診察及び検査・治療手技 2. 一般的な症候への適切な対応と問題解決 3. 一般的な疾患・病態に対する適切なマネジメント 	<ul style="list-style-type: none"> 4. 医療・介護の連携活動 5. 保健事業・予防医療
--	---

また、地域を診る姿勢は【地域志向アプローチ】として全住民を対象とした保健・医療・介護・福祉事業への積極的な参画と同時に、地域ニーズに応じた優先度の高い健康関連問題の積極的な把握と体系的なアプローチによる地域全体の健康向上への貢献とされた。

これらの4つのコンピテンシーは総合診療専門医の専門性の高さを明確に示しており、一つの専門領域としての確立を裏付けるものと考えて良いだろう。

また、【公益に資する職業規範】では、

4. 総合診療専門研修の方法と評価

研修の方法は「職務を通じた学習(On-the-job training)を基盤とし、診療経験から生じる疑問に対してEBMの方法論に則って文献等を通じた知識の収集と批判的吟味を行うプロセスと、総合診療の様々な理論やモデルを踏まえながら経験そのものを省察して能力向上を図るプロセスを両輪とする」とされた。更に、外来医療ではプリセプティングやビデオレビュー、在宅医療では症例カンファレンス、病棟医療では回診や病棟カンファレンスと現場に応じた教育方法が示されている。

研修の評価は研修手帳と最良作品型ポートフォリオで実施される。前者には経験目標とその到達度を記録する評

5. 研修プログラムの構成と施設要件

研修プログラムは総合診療専門研修Ⅰ・Ⅱを合計18ヶ月(それぞれを最低6ヶ月ずつ)、内科研修6ヶ月、小児科研修3ヶ月、救急科研修3ヶ月、自由選択研修6ヶ月で構成され、合わせて3年となる。3年間の研修のイメージを「研修プログラム例」として示す(別掲)。

研修を統括する専門研修基幹施設は総合診療専門研修ⅠあるいはⅡの実施施設である必要がある(大学病院は除く)、プログラム運営に欠かせないいくつかの基準が設けられているが、いわゆる初期臨床研修病院である必要はなく、地方の小病院や診療所であっても認められる点が重要である。総合診療領域が地域での研修を基盤としていることが、ここに色濃く反映されており、他の専門18領域と大きく異なる。

各施設の要件は多岐にわたるが、ここでは主たる研修である総合診療専門研修の特徴について以下に示す。

- (1) 総合診療専門研修Ⅰ
 - 診療所・中小病院を基盤とした研修であり、以下の診療内容を含み、診療実績として、のべ外来患者数400名以上/月、のべ訪問診療件数20件以上/月が必須。
 - 外来診療/日常よく遭遇する症候や疾患への対応(外傷も含む)、生活習慣病のコントロール、患者教育、心理社会的問題への対応、高齢者ケア(認知症を含む)、包括ケア、継続ケア、家族志向型ケアにも従事すること。
 - 訪問診療/在宅ケア、介護施設との連携などを経験し在宅緩和ケアにも従事すること。
 - 地域包括ケア/学校医、地域保健活動などに参加すること。
- (2) 総合診療専門研修Ⅱ
 - 病院の総合診療部門における研修であり、以下の診療内容を含み、診療実績として、のべ外来患者数200名以上

■ 研修プログラム例

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
後期研修 1年目	内科(必修)			小児科(必修)			救急(必修)					
後期研修 2年目	総合診療専門研修Ⅰ(診療所・小病院) +領域別研修(1日/週)【精神科、皮膚科】											
後期研修 3年目	総合診療専門研修Ⅱ (病院総合診療部門)						領域別研修 【整形外科】			領域別研修 【産婦人科】		

専門性の自覚と自己研鑽や教育・学術活動への貢献を強調し、最後の【診療の場の多様性】では、外来のみならず、救急・病棟、更には在宅でも総合診療医の活躍が期待されることを示し、それぞれで求められる対応能力が明記された。

経験目標は各種の手技や症候、疾患、そして具体的な地域での連携活動や事業が網羅されており、ここでは詳説できないが、日本専門医機構のHPをご確認頂きたい。

備表があり、専攻医と指導医で共にチェックすることが可能となっている。また、定期的な指導医との振り返りの記録も必要である。後者は「学習者がある領域に関して最良の学びを得たり、最高の能力を発揮できた症例・事例に関する経験と省察の記録」とされ、研修手帳でコアコンピテンシーに沿った20項目のポートフォリオテーマが提示されている。

また、修了判定は全ローテート研修の履修、専攻医自身による自己評価と省察の記録、作成した最良作品型ポートフォリオによる到達目標の達成、研修手帳を通じた経験目標の到達基準の達成にて実施される。

／月、入院患者総数20名以上／月が必須。

○病棟診療/臓器別ではない病棟で、主として高度医療技術の必要のない成人・高齢入院患者や複数の健康問題(心理・社会・倫理的問題を含む)を抱える患者の包括ケア、癌・非癌患者の緩和ケアなどを経験すること。

○外来診療/臓器別ではない外来で、救急も含む初診を数多く経験し、複数の健康問題をもつ患者への包括的ケアを経験すること。

以上、整備基準を概説してきたが、これ以外にも各診療科の指導医やプログラム統括責任者の認定要件、研修の場と目標の関係性、研修プログラム管理委員会の役割など、多岐にわたる内容が盛り込まれている。

自院での総合診療専門医育成を何らかの形で意図する場合は、機構のHPにある資料を閲覧し、準備を進めたい。遅くとも2017年1月初旬にはプログラム申請の公募が始まる予定である。また、本プログラムに直ちに関与することがない施設においても、地域に密着した医療における総合診療の重要性については十分にご理解していただいていると考えている。

会員病院におかれては、今後の診療の中で総合診療をどう位置づけるのかの本格的検討をはじめていただきたい。10年後を見通した舵取りが必要である。

注) コンテクスト/患者の持つ疾患、病気の経験、健康観を理解する上で重要な様々な状況・要因のことで、その患者の個人的な生い立ち、家族、仕事、社会との関わりや歴史から、その人が住んでいる地域・国の環境、文化、言語、さらには私たちが住んでいる地球の条件(地球温暖化、感染症の大流行、自然大災害など)までを含む(葛西による)。