

第 55 号

2020.1

年 6 回発行

愛知県日本病院会 支部ニュース

発行所 愛知県日本病院会支部

〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内
TEL(052)263-0800 FAX(052)242-4353 E-mail:jha-aichi@byouin-k.jp

発行人

支部長 松本隆利

目次

- 巻頭言 1
- 公的 424 病院の統合・再編
公表から考える選択と集
中への考察 2
- 日本病院会報告
(11月、12月、1月) 4
- 支部理事会議事録(抄) 14

愛知県日本病院会支部 ニュースへのご寄稿のお願い

支部ニュースは、会員の皆様の
意見交換の場として会員の皆様
からの情報発信をお待ちしており
ます。テーマ、字数の制限は特に
ありませんので、ご寄稿よろしくお

巻頭言

支部長 松本隆利

新年明けましておめでとうございます。例年以上に温暖な年末年始となりましたが、医療環境は例年になく多難で厳しい幕開けとなりました。

昨年の日本病院会 2019 年度病院経営定期調査結果が出ました。前回の調査より日本病院会の単独調査から全日本病院協会と日本医療法人協会が加わる 3 団体合同調査となりました。調査結果からは、経営状況の判断には、相対的に黒字病院の多い医療法人が増えたことや、経営規模の小さな中小病院の比率が上がったことを考慮して見ていく必要があります。調査項目も 3 団体合同となったため調査項目などで調整が図られている点についても留意する必要があります。一見大きく変わっていないように見えますが、実際には二期連続の赤字病院は全体の 4 割もあり大きな問題です。また中には消費税の補填不足でダメージの大きな病院があったと思われます。公立病院などでは様々な形で補助金等が増えており実態は相当に厳しいと言わざるを得ません。また設備投資の縮減や、DPC 病院の中には平均在院日数延長等でしのいでいる病院がかなり増加しているように思われます。日本病院会診療報酬委員会の委員としてこの調査および検討に加わってみて実感したことは、経営実態はより厳しくなっており、病院の置かれた医療環境によってはさらに先行きに不安がよぎります。累積欠損金が積み上がっている病院が金額、病院数ともに増えています。経営だけの問題ではありません。社会保障の中の医療をどう継続維持していくかの問題であり地域全体ひいては国家の問題であると思います。

詳細に検討するため 2 期に加えて 4 期比較も行い、補助金の推移や、在院日数の推移も検討しています。調査に加わられた病院には詳細なデータが送付されますのでご覧ください。

昨年 10 月に 2% の消費増税が行われました。消費税増税に対する補填は前回と同様に、初診料や入院料など基本料で補填しているため、小手直しはされているものの補填の過不足が避けられず、特に設備投資が多い病院では不足が生じやすくなっています。抜本的解決は消費税を控除対象外の非課税から課税制度にしていくしかないと考えます。日本病院会はこの方向で各病院団体と協議し進めているところです。日本医師会は現在の手法を支持しており医療界の一本化は難しい状況です。

2020 年度診療報酬改定率が公表されました。改定率は全体ではマイナス 0.46% です。内訳は前回

同様に本体0.55%引き上げ(内126億円 0.08%は救急病院の勤務医の働き方改革への特例的な対応)、薬科はマイナス0.99%、医療材料はマイナス0.02%でした。政治決着でしょうか。個別事項については今後詰められていくと思われませんが、今回は大きな制度変更はなく働き方改革や様々な要望事項や中医協で検討されてきた内容に沿って決められていくと思われれます。予測では医療看護必要度の指標に診療実績情報データを用いたⅡに一本化することについて今回は見送られる模様です。すでに大病院などで看護師の負担を減らすため3割以上の病院で採用されていますが、手間のかかる認知症患者のケアなどが診療報酬に反映されない等の問題もあります。地域包括ケア病棟では自院内からのポストアキュートが多く、地域からのいわゆるサブアキュートの受け入れが少なく、改定の手が入ると思われれます。療養病床ではさらに医療区分要件が厳しくなり、回復期リハビリテーションでは実績指数を入れた評価が行われる見通しです。

外来診療では、紹介状なしの大病院受診では対象病院が200床以上の地域支援病院に拡大されます。議論のあった妊婦加算は形を変えて復活の見通しです。地域医療構想の地域での検討は全国的に遅れています。次回の改定ではこのあたりも後押しのための対応がとられるかもしれません。

世界は今政治的にも経済的にもきな臭い状況が続き、日本への波及が大きくなりそうです。医療も日本の経済状況とは切り離せないものであり、ひたひたと迫り来る超高齢化、働き手のヤング層の先細り、地域格差は今進行中です。未来に目を瞑ることはできません。今担当させていただいている日本病院会ニュース編集委員会では、テーマを“医療の未来をどう描くか—人口減少社会と地域格差の拡大する日本—”と題して、迫井正深厚生労働大臣官房審議官、松田晋哉産業医科大学公衆衛生学教授、相澤孝夫日本病院会会長、細木病院名誉院長 細木秀美先生をお招きして新春座談会を持ちました。極めて興味深い内容に議論が白熱し、充実した内容であり、関係各位の協力を得て、座談会の大半を6ページに渡り掲載できたので是非ご覧いただきたいと思ひます。

愛知県支部では、昨年9月に認知症ケア加算研修会に引き続き、会員病院のご協力をいただき本年1月11日～12日に医師事務作業補助者講習会を開催しました。

また、日本病院会関連学会である第47回日本診療情報管理学会学術大会を来年の2021年9月16日～17日に白鳥の名古屋国際会議場で開催します。この学会は末永裕之先生が第38回診療情報管理学会を主催され、現在同学会の理事長をされています。2022年のICD10より11への移行を目指して活動を進めており、また情報管理においてもAI化が進められているところです。情報の共有化、またNDB/DPCをはじめ様々なビッグデータの活用は病院経営や医療行政においても極めて重要であります。小生が図らずも大会長をお受けすることになり、早速に昨年の愛知県支部の理事会にて、ご支援いただくことを決めていただき大変ありがたく感謝しております。今後とも皆様のご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

今年は令和最初の正月であり、会員各位におかれましても、開かれた良き年でありますように祈念しています。本年もよろしくお願い申し上げます。

(社会医療法人財団新和会八千代病院 名誉院長)

公的424病院の統合・再編公表から考える選択と集中への考察

理事 渡 邊 有 三

令和を迎えて医療界の最大のトピックスは公的424病院の実名入りリスト公表であるといつても

過言ではない。この問題は医療費増大の主因を過剰な病床の存在と断じ、中でも経営面から高い収益性が期待できる7対1病床(急性期病床)の死守を命題とする病院管理者に向けての警告とも言える。短期間のNDBデータで一部診療機能だけを抽出した検討には課題もあるが、病床稼働率が極端に低く、急性期医療を実際には担っていない施設が抽出された可能性が高いとも言われ、医学的指標による客観的かつ科学的な判断であるともいえる。財政諮問会議を中心とした勢力は、このデータを錦の御旗として、病床削減について本腰を入れてくると危惧される。民間病院のデータも今年には公表されることとなっている(どの程度示すかは各県の対応に任されているが)。現実には世の中では公的医療機関と民間の統廃合の実例も報告され始め、全ての病院管理者にとって統廃合は対岸の火事と看過できないものとなっている。

医療機関の統合・再編を目指す背景には「選択と集中」という考え方があると思われる。「選択と集中」とは、アメリカGE社のCEOであったWelchが、競争力のある事業を「選択」し、経営資源をこの選択した事業に「集中」という経営手法に現れる言葉で、「多角的経営」とは対極的な位置にある。我が国では、バブル経済破綻後この理論が産業界を席捲した事は記憶に新しい。ただし、選択と集中は特定分野に特化するだけに、①予想外の外部環境の変化に対応できない、②目先の短期的利益確保に汲々として将来の成長の芽を摘んでしまうという欠点が指摘されている。また、過度な選択と集中は組織の独創性を奪うものともなりかねない。現在の日本の逼塞した経済状況の原因ともいえる。この理論を実行する際には、産業界では大規模なリストラ(人員整理)を伴うことが多く、長期雇用を目指す日本的経営には馴染まないという指摘もあった。

医療機関の統合・再編は医師・看護師の集中という人的資源の有効利用という観点からの発想であり、リストラにはあたらないが、新たな独立法人制度の発足は、職員にとって雇用の継続性が断たれるという痛みを生じさせる。また、1か所への統合・再編は地域住民の通院アクセスに多大な悪影響を与えかねないという疑問が残る。したがって、各自治体の首長が堂々と反論するのもうなずける。しかし、選挙対策で継続したいと思っても、ない袖は振れず、赤字垂れ流しの施設の存続は不可能であることも自明の理である。

もし、「選択と集中」を医療領域に持ち込むならば、その基本骨格をしっかりと構築しなければ、地域住民の不平・不満を高めるだけと私は考えている。私の考える構想は、日常的に遭遇する頻度高い疾患に対しては、救急対応も常時可能なように、地域の基幹病院に人員を配置して、急性期対応を行う。人口25万人程度、搬送時間20分程度を一つの目安として、その地域に基幹病院を配置する。基幹病院に対する医師配置に関しては、大学医局が責任を持つ。一方、専門性が高い領域で集学的治療が必要である待機手術が可能な疾患への対応は、大学病院やセンター病院などの特定機能病院で対応するというものである。現在、基幹病院と後方病院との間の病病連携の推進は各診療圏域で模索され。急性期から回復期・慢性期への架け橋となっているが、この一つの輪の上に高度先進医療機関の輪を作るという二層構造の構築が私の夢である。愛知県は、これまでも研修医教育に屋根瓦方式を採用し、基幹病院たる医療機関に対して積極的に医師派遣機能を果たしてきた。これこそが愛知県独自の医療供給体制であり、循環器領域、脳神経領域、外科領域など5疾病に関して基幹病院を中心としたドーナツ構造で対応されている。患者家族の付添、見舞を考えても、住居の近くに基幹病院があり、顔の見える連携で後方病院があるという構図は利便性が高いのではなからうか。なお、人口25万人を一つの単位として考えるということは疾病の発生件数と、それを有効に処理していくことが、需給バラ

ンスの面から重要と考えているからである。

この方式を構築・維持していくには、大学医局の医師派遣機能が重要な鍵を握ることが当然である。しかし、残念なことに大講座制の廃止による専門分野への細分化は、全体を睥睨できる教授の存在を自然淘汰させてしまい、それぞれの講座の視野による統一性のない医師派遣では、基幹病院が実力を発揮できないような状態を招来させた。その結果一部の機能が欠失しているだけで機能不全の落款を押され、統廃合の対象になってしまうというのが現状である。医局に頼るな。民間の医師派遣センターがあるという考えもある。しかし、営利の民間が公平かつ公正な医師派遣が可能であろうか？甚だ疑問である。私感としては、日本の護送船団方式に則り、主任教授が地域を万遍となく俯瞰し、各施設の運営に支障がないように、内科系・外科系ともに総合的な医師派遣機能権限を持つ体制作りをお願いしたいと思うばかりである。

ただ私も自治体病院の管理者であった立場から、医局からの医師派遣に関連し、選択と集中という言葉に泣かされてきた。医師派遣には、その担当講座との歴史的つながりが重視されることが多く、新たな診療科の創設を計画する際には阻害因子だけに過ぎない場合がある。その際の御断りの決まり言葉は「選択と集中」である。しかし、専門医維持のために必要症例数が要るならば、疾患が発生する地域に優先的に配置すべきではないかとも考えている。今の専門医制度は必要症例の経験数が重要みたいである。しかし、それほど対象数が多くない領域でも、その数を言い募れば、それは後継者不足に繋がるのではないか？「一将功成りて万骨枯る」では情けない結末になるのではないか。

などと、責任がなくなった今、勝手なことを書き連ねましたが、いろいろ医師派遣で苦勞した記憶から一文を書かせていただきました。特定の診療科を対象としたわけではなく、記憶も曖昧となった老人の戯言とご失念ください。

(春日井市民病院 統括顧問)

日本病院会報告 (2019年度第4回定期理事会 (2019年11月30日))

副支部長 末 永 裕 之

◎報告事項

*病院精神科医療委員会

- ・日本病院会 2020年度診療報酬改定要望: 他医療機関受診の見直し、精神科リエゾンチーム加算(診療報酬・施設基準の見直し)、栄養サポートチーム加算等を優先順位とする
- ・第70回日本病院学会シンポジウムテーマ: 「患者安全を考慮した“せん妄”対策～超高齢社会の病棟管理～」に決定

*医療税制委員会

- ・「持分あり医療法人」から「持分なし」への移行を厚労大臣が認定する「認定医療法人」を設け、医業継続に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特別措置を実施中であるが、この適用期間が令和2年9月30日までとなっている。
- ・この措置の延長「3年間」が必要 厚労省は延期すべき根拠を財務省に示す必要がある(アンケートを四病協へ依頼された)
- ・令和2年度日医・四病協連名による税制要望の「消費税」について、税制上の対応の在り方に「課税化」も含め検討する文言を追加するよう日医に申し入れたが、意見の一致を見なかった

*外部監査に関するアンケート 対象 1,592 施設中、回答病院数 250

医療法改正で外部監査基準に該当する	52%
医療法改正で外部監査基準に該当しない	14%
いいえ	34%

- ・外部監査実施でスタッフが一番負担となっていること

①監査費用が高額、②義務ではあるが効果が見えにくい、③メリットに対し高額、監査のための資料作成、準備等で時間外労働が増える 等

- ・業務運営の内部統制の構築及び助言を得られる
- ・各種プロセスの適切性及び業務の運用上の評価

*災害医療対策委員会

病院等における実践的防災訓練ガイドライン ー補遺・改訂版ー 【全国消防庁会推薦】

- ・病院火災の特性 1 過去の病院火災 2 病院火災の実態 3 主な火災原因別火災の実態
- ・病院の火災対策
- ・病院における火災等災害発生時の標準的な災害対応体制
- ・時系列による火災時対応行動
- ・行動計画書(避難誘導マップ)による実践的な火災対応訓練
- ・消防法の火災時対応訓練と避難誘導マップに基づく火災時対応訓練

*診療情報管理学会国際統計分類委員会

- ・ICF 普及推進検討会 WG に診療情報管理学会からも委員推薦
- ・2020.1.18 の ICF シンポジウムに演題を出す
- ・11月23日 ICD-11 研修会(厚労科研による)開催 510名の参加
- ・ICD-11に関する総論でV章、エクステンションコード等、各論で「基本構造」「章間の移動」「主な変化」「特徴・問題点」等に関する説明会

*令和2年度診療報酬改定要望書(第2報)

- 1 医療従事者の負担を軽減し、医師等の働きかた改革を推進する視点
- 2 患者・国民にとって身近であるとともに、安心・安全で質の高い医療を実現する視点
- 3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進に関する視点
- 4 効率化・適正化を通じて、制度の安定性・持続可能性を高める視点
- 5 その他

*日病協診療報酬実務者会議

「オンライン資格確認導入について」

厚労省保健局医療介護連携政策課保健データ企画室室長より説明：

- ・オンライン資格確認では、マイナンバーカードの IC チップまたは健康保険証の記号番号等により、オンラインで資格情報を確認することができる。
- ・医療機関・薬局ではオンライン資格確認だけでなく、患者本人の同意のもと、薬剤情報や特定健診情報の閲覧が可能となり、受付、診療・服薬指導において業務の効率化と患者サービスの向上が図られる。
- ・オンライン資格確認や特定健診情報の閲覧は令和3年3月から、薬剤情報の閲覧は令和3年10

月から開始予定

*日病協 令和2年度診療報酬改定に係る要望書(緊急) 令和元年11月22日

1. 医師をはじめとする医療従事者の働き方改革推進支援のために、入院基本料の増額を強く要望する ⇒ 難しい
2. 医師事務作業補助加算対象拡大、看護補助加算及び病棟薬剤師業務の更なる評価を要望する ⇒ 考えたい
3. 地域包括ケア病棟(病床)は、本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の増悪への対応」「在宅療養の支援」をバランスよく機能することへの評価を要望する ⇒ 考えなくもない
4. 急性期の重症度、医療・看護必要度については、認知症、せん妄、問題行動等への対応の評価継続を要望する ⇒ 難しい

*中医協総会

・ かかりつけ医機能に係る現状及び課題

【論点】①かかりつけ医機能の評価として、現行の機能強化加算及び地域包括診療科等について、算定要件及び施設基準等を見直すことについて、どのように考えるか。

②小児かかりつけ診療科及び小児科外来診療料について、対象患者等の要件を見直すことについて、どのように考えるか

・ 紹介状なしで大病院を受診する場合の定額負担

【論点】①紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象となる病院について、外来医療の機能分化を進めていく観点から、対象となる病院について拡大することとしてはどうか。

②定額負担の徴収を行わなかった患者が一定数存在することについて、その実態等を把握する仕組みを設けることとしてはどうか。

・ 医師事務作業補助体制加算に関する現状及び課題と論点

【論点】医師事務作業補助体制加算について、医師の負担軽減に効果があることや届出状況、累次の診療報酬改定による対応状況を踏まえ、評価の在り方や算定要件等をどのように考えるか

・ 病院勤務医等の負担軽減策に係る現状及び課題と論点

【論点】総合入院体制加算の「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」の選択肢として、医師の業務負担軽減につながる看護職員との業務分担、特定行為研修修了者の配置、院内助産師等の開設等について追加することとしてはどうか

・ 看護職員の負担軽減に係る現状及び課題と論点

【論点】①看護職員の夜間における負担軽減の取組について、現状の実施状況や効果の認識を踏まえ、項目内容や項目数等についてどう考えるか。

②看護補助者との役割分担について看護補助者配置の必要性や期待が高い一方で人員確保が困難な状況や、累次の診療報酬改定による対応状況を踏まえ、評価の在り方や算定要件等をどのように考えるか

・ 病棟薬剤師業務実施加算に関する課題と論点(案)

【論点】①病棟薬剤師業務実施加算について、薬剤師の病棟配置が医師等の負担軽減として効果

があるとされたことを踏まえ、医療機関の取組がさらに進むよう評価の在り方の見直しを検討してはどうか。

②2人以上の常勤薬剤師の配置が要件の診療報酬項目の見直しを検討してはどうか。

③ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病棟等において、薬剤師の病棟業務実施状況、医師等の負担軽減等の効果を踏まえ、病棟薬剤業務実施加算の評価の在り方について検討することとしてはどうか。

・栄養サポートチームに関する現状・課題と論点

【論点】低栄養等の結核患者および精神疾患患者に対する多職種協働での栄養介入による効果を踏まえ、算定可能病棟の見直しを検討してはどうか

・人員配置の合理化の推進に係る現状及び課題と論点

【論点】①常勤要件について、常勤換算が可能となっていない診療報酬項目について、常勤の医師の役割や必要性を踏まえ、要件を見直すことをどのように考えるか。

②外来化学療法加算について、柔軟な働き方を推進する観点から、看護師に係る常勤要件を見直すこととしてはどうか。

③看護師の専従要件について、業務の効率化を推進する観点から、業務を実施していない時間帯については、他の業務に従事できるような見直しを検討してはどうか。

・会議の合理化の推進に係る現状及び課題と論点

【論点】診療報酬の算定に当たり求めている会議について、会議の目的や必要性を踏まえ、開催頻度など必要な見直しをすることとしてはどうか。

・市場拡大再算定の特例品目について：キイトルーダは約18%下がる。

・一般病棟入院基本料に係る現状及び課題と論点

【論点】①重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出状況を踏まえ、業務負担軽減等の観点から、Ⅱの届出を一定程度進めることについてどのように考えるか。

②急性期の入院患者の指標として重症度、医療・看護必要度の判定基準のうち「B14またはB15に該当し、A1点以上かつB3点以上」の基準をどのように考えるか。

③原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性に応じてA項目・C項目の評価対象整理を行うことについてどのように考えるか。

④該当患者割合の施設基準については、これからの見直しが該当患者割合に与える影響を踏まえて検討してはどうか

・特定集中治療管理料に係る現状及び課題と論点

【論点】①特定集中治療室等の入院患者の適切な評価指標を引き続き検討するため、測定に係る負担に配慮しつつ、SOFAスコアの提出を要件とする対象を拡大してはどうか。

②専門性の高い看護師の配置状況を踏まえ、現行の施設基準の要件をどのように考えるか。

③特定集中治療室等において早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等の栄養管理の導入による早期離床、在宅復帰を推進する観点から、入室想起から管理栄養士が行う重点的な栄養管理の取組を評価してはどうか。

・残薬についての課題と論点

【論点】 残薬の発生防止・解消の取り組みをさらに進める上で、医療機関と薬局の連携を推進する観点から、お薬手帳や処方箋の活用についてどのように考えるか。

・ 公認心理師の評価

【論点】 公認心理師に関する国家試験が開始されることを踏まえ、診療報酬上評価する心理師については、経過措置を設けた上で「公認心理士」に統一する。

(小牧市民病院 事業管理者)

日本病院会報告 (2019年度第5回定期常任理事会 (2019年12月21日))

副支部長 末 永 裕 之

* オンライン資格確認導入について

厚生省保健局医療介護連携政策課保健データ企画室室長より説明

- ・ 健康保険証の資格確認がオンラインで可能になります～オンライン資格確認導入の手引き～
2021年3月からマイナンバーカードが健康保険証として利用できるようになります。
- ・ オンライン資格確認のほか、患者本人の同意のもと、薬剤情報や特定健診情報の閲覧が可能となり、受付、診療・服薬指導において業務の効率化と患者サービスの向上が図られます。
- ・ メリット：保険証の入力の手間が減った 資格過誤による返戻レセプトが減った 限度額認定証を持参しなくて済んだ
- ・ ベンダーに夏までに導入コストがいくらかかるかを聞いておくこと

* 経営主体別の会員の施設数と病床数

- ・ 病院数 2,488 公的：私的 36：64
- ・ 病床数 662,890 公的：私的 48：52
- ・ 病床数別：200床未満 50% 200~400床未満 28% 400~500床未満 9% 500床以上 12%

◎ 報告事項

* 医療政策委員会

① タスクシフティング WG での検討

- ・ 医師事務作業補助者：今後も拡大可能だが育成には時間と労力がかかる。検査手順の説明、電子カルテの記載などが進んでいない。医師が少ない部署などで有効。研修のマニュアルなども必要。
- ・ 薬剤師：処方権の一部委譲などは進んでいない。専門性が高く医師の負担軽減に対する効果は大きいですが、急性期大病院では病院薬剤師の十分な確保は容易ではない。本来業務が多忙でタスクシフトに対応する余裕がない。
- ・ 理学療法士：タスクシフトは現場ではかなり進みつつある。タスクシフトの推進はプロフェッショナルリズムの醸成にもつながる。リハにおける診療報酬算定要件が医師の業務負担を重くしている。
- ・ 看護師：特定行為研修のパッケージ化は医師のタスクシフトに大きな貢献が期待される。包括的指示下でのチーム医療のあり方には改めて議論を進める必要がある。NPには多くの議論が必要で今後の課題となる。
- ・ 臨床工学士：今後も増加傾向で医師の業務軽減に大きな効果が期待できる。適切な研修制度を作っていく必要がある。

② DPC データを用いた医療提供体制の把握について：石川ベンジャミン先生

・厚労省が名指ししたデータは具体的に議論を行うための入り口にしか過ぎない。公立病院で名指しされた100床未満の医療機関では病院機能の見直しを詳細に検証する必要があるが、100～200床の急性期病院は市内に唯一の病院の場合や市内に他に基幹病院がある場合がある。200床以上で診療実績が少ない病院でも今回の分析に含まれていない傷病での貢献があることもある。50万人以上の二次医療圏では再編統合なども含めてどの機能をどこが担うのかを議論する必要がある。

・今後重点支援区域を指定する場合も地域ごとの稼働率を示したうえでダウンサイジングや再編を具体的に検証すべきとの意見も。

*病院総合医プログラム評価委員会

- ・19施設から申請あり 医療法人が8施設と最多 愛知県3施設と多い
- ・期待したほどの応募が無い 特に必要とされている中小病院にアプローチできないか 現在までに153施設が参加 東京、愛知が13施設で最も多い
- ・200床未満が31%

*日病協 診療報酬実務者会議

令和2年度診療報酬改定に係る要望書(緊急)について

- ・医師をはじめとする医療従事者の働き方改革推進支援のために、入院基本料の増額
- ・医師事務作業補助加算の対象拡大、看護補助加算及び病棟薬剤師業務の更なる評価
- ・地域包括ケア病棟(病床)は本来の目的である地域包括ケアを支えるために、「急性期後の加療」「在宅等の患者の増悪への対応」「在宅療養の支援」をバランスよく機能することへの評価
- ・急性期の重症度、医療・看護必要度については、認知症、せん妄、問題行動等への対応の評価継続

*中医協

・認知症対策等に係る現状及び課題と論点

【論点(案)】①加算1の医師に係る要件を緩和してはどうか。加算2の要件に専門性の高い看護師の配置に係る要件の追加を検討してはどうか。加算2のあり方についてどのように考えるか。

②現在医療機関におけるせん妄予防の取り組みは一定程度実施されているが、介入のタイミングや取組内容は医療機関によって差があることを踏まえ、標準的な取組を行う体制を評価することについてどのように考えるか

・生活習慣病の重症化予防に係る現状及び課題と論点

【論点】①生活習慣病の重症化予防を推進する観点から、糖尿病の患者の定期的な眼科受診の必要性や患者の受診頻度、受診を中断する理由を踏まえ、算定条件の見直しを検討してはどうか。

②妊娠中の糖代謝異常は分娩後の将来的な糖代謝異常にも影響を与えることや、妊娠期からの継続支援の観点から、産褥期の者についても算定できるよう見直してはどうか。

・入退院支援に係る現状及び課題と論点

【論点】①入退院支援加算について、関係する職種と連携して入院前に必要な評価をすべて行い、

入院後の管理に適切につながった場合をさらに評価してはどうか。併せて、当該加算の取組と関連する他の加算等については、項目や要件等の整理を行うこととしてはどうか。

②入退院支援加算及び入院時支援加算で配置を求める専従・専任職員について、医療従事者の働きかたの観点から、非常勤職員による配置を認めてはどうか。

③入退院支援加算3の専従の看護師について、専任の看護師の配置に変えることを可能とするとともに、小児の在宅移行に係る適切な研修の受講を要件としてはどうか 当該加算3の届け出にあたっては新生児特定集中治療室の病床数を施設基準の要件に加えてはどうか。

・ 超急性期脳卒中加算に関する現状・課題と論点

【論点】超急性期脳卒中加算において、現在日本脳卒中学会の指針には特に記載のない項目も施設基準としているが、アルテプラザー静注療法に伴う症候性頭蓋内出血の頻度が市販調査等で低い割合であったことや、当該加算を算定できない理由として薬剤師の常時配置の要件を満たせないという回答が多かったことを踏まえ、施設基準を指針に合わせるように見直してはどうか。

・ 入院時食事療養等に関する現状・課題と論点

【論点】医療従事者の負担軽減及び業務の効率化の観点から、入院時食事療養費で求めている帳票等について、電子的データでの保管及び患者毎に個別に栄養管理が実施されている場合に簡素化する方向で検討を進めてはどうか。

・ 重症度、医療・看護必要度の記録に係る現状及び課題と論点

【論点】業務負担軽減の観点から、B項目の評価方法を「患者の状態」と「介助の実施」に分けて評価することとし、併せて根拠となる記録を不要とする対応を進めてはどうか。特定集中治療室用・ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価表の評価方法についても同様の対応をすることとしてはどうか。

・ 医療従事者の働きかたに係る現状及び課題と論点

【論点】医師の働き方改革を推進する観点から、麻酔管理の一部の診療の補助行為について、特定行為の研修や術中麻酔管理領域のパッケージ研修を修了した者が実施した場合の、麻酔医療における評価の在り方について、どのように考えるか。

・ 診療報酬改定について

1. 診療報酬 +0.55%

*1 うち、*2を除く改定分 +0.47%

各科改定率 医科 +0.53%

歯科 +0.59%

調剤 +0.16%

*2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲0.99%

*うち、実勢価格改定 ▲0.43%

市場拡大再算定の見直し等 ▲0.01%

② 材料価格 ▲0.02%

*うち、実勢価格等改定 ▲0.01%

*四病協

・専門医機構

整備指針の変更 基本は基本領域、サブスペシャル領域の2階建

機構と学会の役割分担について練り直し

サブスペシャル領域28領域の見直し・・・医道審からの意見を受けて

四病協全ての団体が社員申請・・・受け入れられず

・病院給食

病院給食が病院にとって負担になっていても診療報酬での対応は無理

*令和2年度診療報酬説明会の開催について

①日本病院会・全国公私連盟共催

令和2年3月17日(火)13:00~16:00 神戸国際展示場2号館

②全国公私連盟主催

令和2年3月16日(月)13:30~16:30 パシフィコ横浜「国立大ホール」

*全世代型社会保障検討会議中間報告(案) 令和元年12月19日

全世代型社会保障検討会議

「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大」

・大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化、かかりつけ医の普及を促進する観点から、まずは選定療養である現行の他の医療機関からの文書による紹介が無い患者の大病院外来初診・再診時の定額負担の仕組みを大幅に拡充する

・他の医療機関からの文書による紹介が無い患者が大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、負担額を踏まえてより機能分化の実効性が上がるよう、患者の負担額を増額し、増額分について公的医療保険の負担を軽減するよう改めるとともに、大病院、中小病院・診療所の外来機能の明確化を行いつつ、それを踏まえ対象病院を病床数200床以上の一般病院に拡大する。

◎協議資料より

*日病モバイル「日病アンテナ」(不感知対策)概要と進捗報告

・2020年7月にPHSの外線サービスが終了予定

・病院がPHSの代替として、大手通信会社のスマートフォンを導入した場合、PHSと比べ高くなる可能性が高い。

・これらの状況からPHSの価格と同等程度に必要なサービスを有した「日本病院会ブランドの携帯電話サービス」を提供することで、会員病院のPHSからスマホへの移動を支援したい。

ア 提供会社:(株)フロンティア・フィールドがMVNO(仮想移動体通信事業者)として会員病院に提供する。

イ 回線:(株)インターネットイニシアティブが提供するNTTドコモの携帯回線を使用

ウ 端末:基本機能として、内線電話、外線電話、チャット、ナースコール連携、エマージェン

シーコール、モバイル端末管理サービスを標準搭載 追加機能として、スケジューラーも搭載可能

エ 料金：1 端末あたり、「1GB 未満のデータ通信料・端末・基本機能込み」税別月額 1,730 円
(小牧市民病院 事業管理者)

日本病院会報告 (2019 年度第 5 回定期理事会 (2020 年 1 月 10 日))

副支部長 末 永 裕 之

◎報告事項

*病院総合医認定委員会

・2020 年度の病院総合医育成プログラム認定は 19 病院、うち愛知・岐阜県では新城市民病院、豊田厚生病院、名古屋記念病院、松波総合病院

*日病モバイル 日病アンテナ(不感知対策) 概要と進捗状況

背景と目的：2020 年 7 月に PHS の外線サービスが終了予定 病院が PHS の代替として大手通信会社のスマホを導入した場合、PHS と比べ価格が高くなる可能性が高い PHS の価格と同程度に必要なサービスを有した「日本病院会ブランドの携帯電話サービス」を提供することで、会員病院の PHS からスマホへの移行を支援したい

日本病院会ブランドの携帯電話サービス「日病モバイル」の概要

提携会社：(株)フロンティア・フィールド(FF)が MVNO として会員に提供

回線：(株)インターネットイニシアティブ(IIJ)が提供する NTT ドコモの携帯回線を使用

端末：4 つの端末から会員病院が選択 *

機能：基本機能として内線電話、外線電話、チャット、ナースコール連携、エマージェンシーコール、モバイル端末管理サービスを標準搭載 追加機能としてスケジューラーも搭載可能

料金：1 端末あたり「1 GB 未満のデータ通信料・端末・基本機能込み」で税別月額 1730 円 1GB 以上 1.5GB 未満 1980 円 1.5GB 以上 2 GB 未満 2230 円 2GB 以上 3GB 未満 2430 円

MVNO：「Mobile Vital Network Operator」の略で「仮想移動体通信事業者」

*Omni K5 CP-K19 (コヴィア) Galaxy A20 (サムソン)

AQUOS sennse3(シャープ) arrows Be3 富士通

日病アンテナ(不感知対策)

製品：4 キャリア(ドコモ・KDDI・ソフトバンク・楽天モバイル)共用アンテナ 病院は 4 キャリアと個別交渉することなく携帯電話の不感知対策が可能

価格：病院の費用は発生しない 設備の設置費用は 4 キャリアが負担 設備の電気料金が病院の負担になる可能性がある

日病モバイルの懸念事項

・FF の倒産および事業の継続性：資本増強のため銀行系ベンチャーキャピタルからの出資及びその他約 1 億円の出資を受ける予定 FF が倒産した場合通信大手会社が買い取り、事業が継続できる可能性が高い

・FF は端末を安定して供給できるか：メーカーから様々な種類のスマホ端末を仕入れ在庫しているため安心して供給できる

・FF は会員病院からの質問・相談・苦情・クレームの対応を迅速に行えるか：専用コールセンターを設置予定 電話番号は3回線を準備済み

・NTT ドコモや KDDI 等大手キャリアは病院に特化したサービスを提供しないのか：法人向け内線サービスを提供しているが、当該サービスではナースコール連携が出来ない ナースコール連携をする場合当該サービスの大幅改修が必要で大手キャリアやその他通信会社が高額な投資を行うとは考えにくい

日病モバイルの提供に関する内容

契約事務手数料：当該端末1台につき契約事務手数料は3,000円

当該端末代金及び基本機能の月額利用料金は1,730円 ただしデータ通信料により変動

*医師の働き方改革の推進に関する検討会

追加的健康確保

- ・面接指導実施医について
- ・連続勤務時間制限・勤務間インターバル・代償休息について
- ・面接指導を実施する医療機関についての考え方(案)
- ・評価機能について 産業医に関して面接指導実施医師の具体的な業務量等を明らかにするために試行的に面接指導を実施する

「これまでの議論のまとめ(案)」

- ①医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項
- ②医師の時間外労働の実態調査
- ③その他

今後の検討課題

- ・面接指導医を実施する医師への講習の具体的カリキュラム、効果的な面接指導の実施方法は来年度に検討し、その後ガイドラインを策定
- ・医師労働時間短縮計画の記載内容、策定方法のガイドラインは2020年度早期に作成
- ・評価機能関係について、組織体制、業務の実施体制の詳細な検討は今年度中に検討
- ・段階評価の付与の基準、評価者養成講習の内容は2020年度中に検討
- ・評価機能の運営費、手数料は2021年度までに検討 委員からは評価機能の手数料に関し医療機関の過度の負担にならないよう求める意見も

*全世代型社会保障検討会議中間報告(案)

令和元年12月19日 全世代型社会保障検討会議

3. 医療

(1)医療提供体制の改革

- ・人生100年時代において国民の安心を確保するため以下のような医療を取り巻く課題を踏まえ、健康を望む国民一人一人の自主的な取り組みを可能とする環境を整備するとともに、地域包括ケアシステムの構築、さらには地域共生社会の実現に向けた取り組みを進めることが重要
- ・団塊の世代が75歳以上を迎える中での高齢化による需要拡大への対応
- ・生産年齢人口が減少する中での地域医療の確保
- ・平均寿命の伸びを上回る健康寿命の延伸へ向けた予防・健康づくりの強化、セルフケア・セ

ルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上

- ・働き方改革に対応した医師の職場環境の変化と地域医療の確保の両立
- ・ゲノム医療等最先端医療の導入やデータヘルス改革の推進

あわせて、外来機能の明確化とかかりつけ医機能の強化、在宅医療・歯科医療の更なる進化と推進、訪問看護体制の強化・・・

(2)大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度の在り方

①後期高齢者の自己負担割合の在り方

②大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大

(小牧市民病院 事業管理者)

第5回愛知県日本病院会支部定例理事会議事録(抄)

日時：2020年1月21日(火) 16:00~17:00

場所：愛知県医師会館 6階 研修室

出席理事：松本隆利、末永裕之、山本直人、伊藤伸一、渡邊有三、今村康宏、岩瀬三紀、河野 弘、加藤岳人、両角國男、長谷川好規、佐藤公治、中澤 信

出席監事：細井延行

(定数報告)

・理事15名のうち13名の出席があり、理事総数の過半数を超えていることから理事会は成立。

(協議事項)

(1) 2019年度決算見込みについて

・経常収益3,481千円の見込み。内訳：会費2,322千円、本部からの支部助成金625千円、医師事務作業補助研修会533千円。経常費用3,340千円の見込み。内訳：事業費962千円、管理費2,378千円。事務職員給与1,000千円、愛知五病協負担金60千円等、会員名簿作成費等。収益から費用の差引は、+141千円を見込んでいる。

(2) 2020年度総会の特別講演について

・日時は2020年7月7日(火)午後5時~、会場はANAクラウンプラザホテルグランコート名古屋28階 クリスタルルームで開催。

・今後、医療と介護の連携について検討していく必要があることから、医療介護のデータベースを用いた分析をしている講師をお願いできないか。

(3) 地域医療構想について

- ・厚生労働省が昨年9月に公表した424病院の公立・公的病院のリストを一部修正する方向。
- ・公立・公的病院との競合状況が分かる民間病院の診療実績データについても近く県に提供。

(日本病院会報告)

(1) 第5回常任理事会(2019年12月21日)(略)

(2) 第5回定例理事会(2020年1月10日)(略)

愛知県日本病院会支部ホームページ

<http://www.byouin-k.jp/jha-aichi/>