

医療情報  
ヘッドライン

## 診療報酬答申で 日医会長らが記者会見 重症度、看護必要度の基準に厳しい声

▶中央社会保険医療協議会

## パニック値の緊急連絡の遅れ事例を公表 マニュアルの見直し、再点検が急がれる

▶日本医療機能評価機構

経営  
TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査(平成 27 年 11 月末概数)

経営情報  
レポート

第 3 次答申で変わる医療・介護業界！  
業界別規制改革の概要と影響予測

経営  
データ  
ベース

ジャンル:経営計画 サブジャンル:経営計画の基本と実践  
病医院理念の必要性  
PDCAサイクルの展開方法

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

## 医療情報 ヘッドライン ①

中央社会保険医療協議会

# 診療報酬答申で日医会長らが記者会見 重症度、看護必要度の基準に厳しい声

2016 年度診療報酬改定を議論していた中央社会保険医療協議会(中医協)は、2 月 10 日に塩崎厚労相に答申し、事実上審議を終えた。これにより関係医療団体等による「答申検証」が始まる。10 日には日本医師会(日医)と四病院団体協議会(四病協)による合同記者会見が行われ、日医・横倉義武会長、日本病院会・堺恒夫会長、全日本病院協会・西澤寛俊会長が出席した。

記者会見を総括すると、「重症度、医療・看護必要度」「看護必要度」に統一)の基準が妥当か否か厳しくなった」とする声が異口同音に相次ぎ、さらに「看護必要度の影響は検証して必要という反響に依拠して見直しも辞さない」とする「早期検証待望論」が上がった。

### ■16年度診療報酬改定のポイント

横倉義武会長(日医)は、16 年度診療報酬改定のポイントを5点あげた。

- ①かかりつけ医のさらなる評価
- ②在宅医療の推進
- ③入院の機能分化
- ④医療技術の評価
- ⑤医薬品の適正使用

この5点に共通し、「今後、地域包括ケアシステムを推進していく過程で、地域の医師会と連携協力していくことで地域医療を守ることが(日医の)使命」と基本的姿勢を強調した。

中医協内の議論では、1 月 13 日の総会で、日医の「7 対 1 入院基本料の算定要件の見直し」に関して、支払側から「平均在院日数の見直し」も含めるべきと主張したことに対して、診療側は「平均在院日数の短縮は限界を

超えており、医療の姿をゆがめている。届出病床数は減っていないくても、病床稼働率は低下しており、実質的には減少している」と反論し対立している。

また、「入院基本料の病棟群単位での選択制導入」についても、支払側(健保連)が、7 対 1 要件の見直し内容が決まらない状況のまま、同時並行的に議論することへの慎重姿勢を改めて示したのに対して、中川俊男日医副会長が「医療経済実態調査でも 7 対 1 病院の赤字幅が拡大している。病棟群単位は患者ニーズに応える医療機関としての一つの対応策だ」と述べるなど、意見の隔たりは埋まらなかった。

### ■診療報酬改定に係る議論の整理(案)

「整理(案)」(平成 28 年度診療報酬改定に係るこれまでの議論の整理(案))の修正に関しては、平均在院日数の部分について文言は修正せず、

- ①議論は消滅しておらず今後中医協で議論する
- ②1 月 22 日開催の公聴会で支払側より指摘する

を条件として了承することとし、「整理(案)」は現時点での骨子とされ、パブリックコメントの募集に至ったという経緯がある。

「整理(案)」には、その他、「地域包括ケア病棟入院料の包括範囲の見直し」「入院中の他医療機関受診時の減算の緩和」「地域包括診療料又は地域包括診療加算の対象患者の拡大」「院内処方における後発医薬品の使用促進の取り組み評価」「ニコチン依存症管理料の要件緩和」「一定枚数を超えて処方する湿布薬の理由の記載」などが記載されている。

## パニック値の緊急連絡の遅れ事例を公表 マニュアルの見直し、再点検が急がれる

日本医療機能評価機構は2月15日、医療安全情報 No.111 で、「パニック値の緊急連絡の遅れ」に関する情報を公表した。評価機構は、2012年1月1日～2015年12月31日の期間に、「医師にパニック値の緊急連絡が遅れた事例が2件報告されている」としている。

パニック値とは、医学的な経験から決められた値で、積極的に治療を行うべき領域のことを指すもので、例えば検査値が、検査項目＝グルコース 50mg/dL 以下、500mg/dL 以上、検査項目＝血小板数  $20 \times 10^3/\mu\text{L}$  以下、カリウム 2.5mEq/L 以下等が該当する。

### ■患者の治療が遅れた2つの事例を報告

今回の事例では、いずれも「パニック値の緊急連絡が医師に伝わらなかった」という状況が窺われたことから、マニュアルの見直し、再点検が急がれるとした。または、院内の仕組みに不備があった、予断があったなど複数の原因が想定された。

具体的には、「患者の診察前の血液検査結果が、本来ならばパニック値として医師に報告するところ、臨床検査技師は昼休憩の時間帯で人数が少なく報告を忘れた」事例1と、「臨床検査技師が外来で採血し入院した患者が、血清カリウム値がパニック値（6.4mEq/L）であったため、病棟看護師に報告したが、“病棟看護師は、主治医不在時の連絡方法を知らなかった”ため、医師に伝わらなかった」事例2が紹介されている。

事例が発生した医療機関では、「検査値がパニック値であった場合の報告手順を院内に周

知する」、「検査部はパニック値の連絡を行った際、検査結果、連絡者、連絡先医師名を記録に残す」、「主治医不在時の連絡・対応体制を構築して周知する」などの改善を実施している。

### 事例1の背景

患者は、診察前に実施した血液検査でヘモグロビン値が低下していたため、鉄剤を処方されて帰宅した。診察時、血糖値は「検査中」と表示されていたが、実際は異常値で再検中であった。患者の血糖値は 800mg/dL であったため、本来であればパニック値として検査部より医師に報告するところ、臨床検査技師は昼休憩の時間帯で人数が少なかったため余裕がなく、医師への連絡を失念した。10日後、患者から「倦怠感がある」と電話があり、医師が前回の検査結果を確認したところ血糖値が 800mg/dL であったことが分かり、入院となった。

### 事例2の背景

外来で採血後、患者は入院した。患者は全身倦怠感があり、血圧 80/50mmHg、呼吸促進状態で SpO<sub>2</sub> が 89%であることを病棟看護師は確認した。臨床検査技師は血清カリウム値がパニック値（6.4mEq/L）であったため、再検後に外来看護師に報告した。外来看護師より、病棟に直接連絡してほしいと依頼があり、臨床検査技師は病棟の看護師に報告したが、病棟看護師は主治医が不在時の連絡方法を知らず、パニック値が医師に伝わらなかった。

# 医療施設動態調査 (平成 27 年 11 月末概数)

病院の施設数は前月に比べ 3 施設の増加、病床数は 528 床の減少。  
一般診療所の施設数は 67 施設の増加、病床数は 320 床の減少。  
歯科診療所の施設数は 23 施設の増加、病床数は 増減無し。

## 1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

|                       | 施設数      |          | 増減数  |              | 病床数       |           | 増減数   |
|-----------------------|----------|----------|------|--------------|-----------|-----------|-------|
|                       | 平成27年11月 | 平成27年10月 |      |              | 平成27年11月  | 平成27年10月  |       |
| 総数                    | 178 443  | 178 356  | 87   | 総数           | 1 672 635 | 1 673 483 | △ 848 |
| 病院                    | 8 479    | 8 482    | △ 3  | 病院           | 1 565 671 | 1 566 199 | △ 528 |
| 精神科病院                 | 1 063    | 1 063    | -    | 精神病床         | 336 122   | 336 155   | △ 33  |
| 一般病院                  | 7 416    | 7 419    | △ 3  | 感染症病床        | 1 824     | 1 814     | 10    |
| 療養病床を<br>有する病院（再掲）    | 3 842    | 3 846    | △ 4  | 結核病床         | 5 485     | 5 485     | -     |
| 地域医療<br>支援病院（再掲）      | 500      | 499      | 1    | 療養病床         | 328 732   | 328 859   | △ 127 |
|                       |          |          |      | 一般病床         | 893 508   | 893 886   | △ 378 |
| 一般診療所                 | 101 185  | 101 118  | 67   | 一般診療所        | 106 890   | 107 210   | △ 320 |
| 有床                    | 7 905    | 7 927    | △ 22 |              |           |           |       |
| 療養病床を有する<br>一般診療所（再掲） | 1 037    | 1 043    | △ 6  | 療養病床<br>（再掲） | 10 500    | 10 566    | △ 66  |
| 無床                    | 93 280   | 93 191   | 89   |              |           |           |       |
| 歯科診療所                 | 68 779   | 68 756   | 23   | 歯科診療所        | 74        | 74        | -     |



## 2 開設者別にみた施設数及び病床数

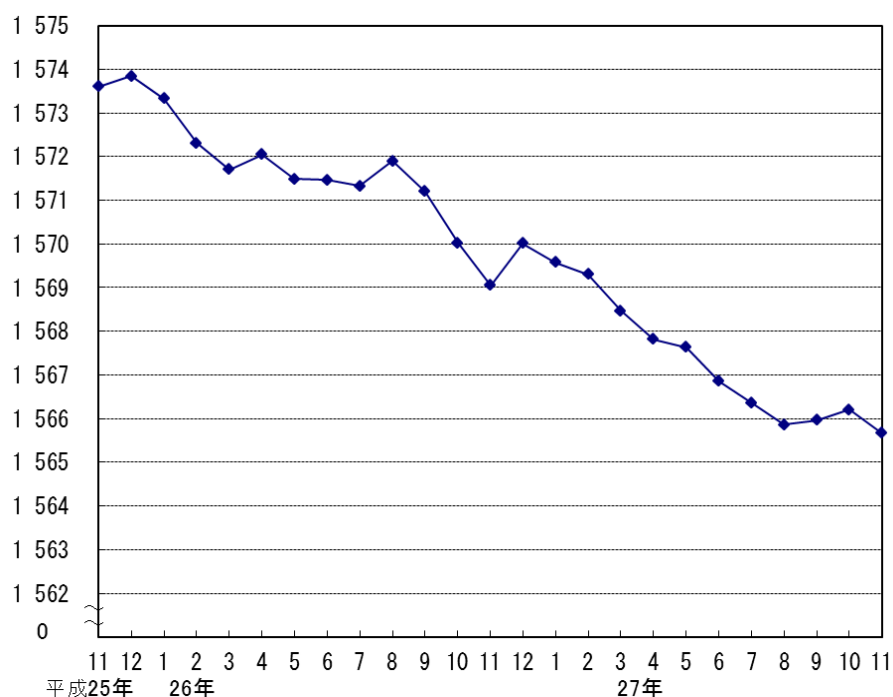
平成27年11月末現在

|                  | 病 院   |           | 一般診療所   |         | 歯科診療所  |
|------------------|-------|-----------|---------|---------|--------|
|                  | 施設数   | 病床数       | 施設数     | 病床数     | 施設数    |
| 総数               | 8 479 | 1 565 671 | 101 185 | 106 890 | 68 779 |
| 国 厚生労働省          | 14    | 5 311     | 27      | -       | -      |
| 独立行政法人国立病院機構     | 143   | 54 694    | -       | -       | -      |
| 国立大学法人           | 48    | 32 713    | 144     | 19      | 2      |
| 独立行政法人労働者健康福祉機構  | 34    | 13 065    | 5       | -       | -      |
| 国立高度専門医療研究センター   | 9     | 4 327     | 2       | -       | -      |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 | 57    | 16 203    | 1       | -       | -      |
| その他              | 23    | 3 392     | 365     | 2 210   | 3      |
| 都道府県             | 200   | 54 596    | 260     | 188     | 7      |
| 市町村              | 649   | 136 907   | 3 013   | 2 327   | 268    |
| 地方独立行政法人         | 94    | 35 302    | 17      | -       | -      |
| 日赤               | 92    | 36 436    | 214     | 19      | -      |
| 済生会              | 79    | 21 941    | 51      | -       | 1      |
| 北海道社会事業協会        | 7     | 1 785     | -       | -       | -      |
| 厚生連              | 106   | 33 762    | 73      | 64      | 1      |
| 国民健康保険団体連合会      | -     | -         | -       | -       | -      |
| 健康保険組合及びその連合会    | 9     | 1 970     | 319     | -       | 2      |
| 共済組合及びその連合会      | 44    | 13 992    | 161     | 9       | 5      |
| 国民健康保険組合         | 1     | 320       | 16      | -       | -      |
| 公益法人             | 237   | 58 876    | 567     | 301     | 120    |
| 医療法人             | 5 741 | 860 725   | 40 423  | 77 416  | 12 978 |
| 私立学校法人           | 111   | 55 462    | 182     | 65      | 17     |
| 社会福祉法人           | 201   | 34 541    | 9 182   | 314     | 31     |
| 医療生協             | 83    | 13 835    | 314     | 270     | 50     |
| 会社               | 49    | 11 073    | 1 915   | 10      | 11     |
| その他の法人           | 186   | 38 652    | 713     | 295     | 96     |
| 個人               | 262   | 25 791    | 43 221  | 23 383  | 55 187 |

■ 病院病床数

病床(千床)

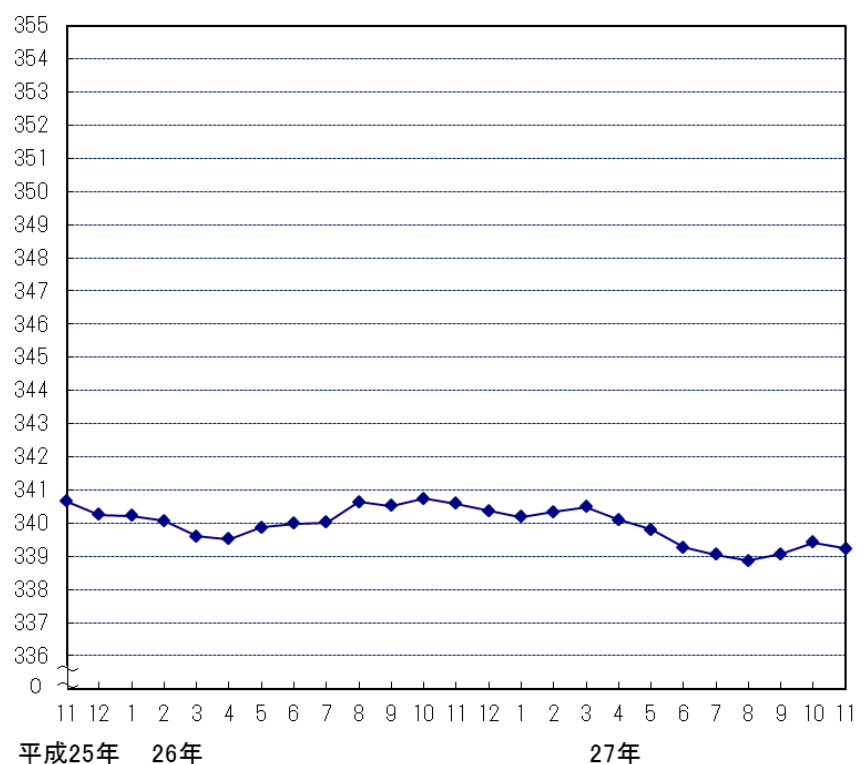
病院病床数



■ 病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床(千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計



「医療施設動態調査(平成 27 年 11 月末概数)」の全文は、  
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。

## 第3次答申で変わる医療・介護業界！ 業界別規制改革の概要と影響予測

### ポイント

- 1 分野別規制改革の検討項目と今後の実施計画
- 2 薬局業界は「かかりつけ薬局」を軸に再編
- 3 医薬品業界は薬の給付見直して残薬削減へ
- 4 医療・介護業界は経営資源の有効活用で負担軽減



#### ■参考文献

平成27年6月16日 規制改革会議 規制改革に関する第3次答申

平成27年6月30日閣議決定 規制改革実施計画

## 1 分野別規制改革の検討項目と今後の実施計画

### ■ 規制改革会議が規制緩和に対する答申提出

内閣総理大臣の諮問機関として発足した規制改革会議は平成27年6月16日、保険薬局と保険医療機関の一体的な構造規制の緩和など、医薬分業に関する規制改革などを盛り込んだ答申を安倍首相に提出しました。

規制改革会議は、平成25年1月に設置され、同25年および26年の2次に亘り、「規制改革に関する答申（第1次及び第2次答申）」を提出しています。今回提出された答申は、これまでの検討結果を取りまとめ、「第3次答申」として提出されたものです。

この「第3次答申」は、健康・医療分野のほか、重点分野の規制改革について提言しています。具体的には、下記の分野が対象となっています。

### ■ 規制改革の対象分野

- |          |          |
|----------|----------|
| ①健康・医療分野 | ④投資促進等分野 |
| ②雇用分野    | ⑤地域活性化分野 |
| ③農業分野    |          |

### ■ 健康・医療分野における規制改革

規制改革会議では改革の目的を、少子高齢化の進展により社会保障に係る負担は毎年増加しており、限られた財源の中で必要な医療・介護サービス等を確保するためには、国民の健康増進や疾病予防などの取組みのほか、給付の効率化や費用の最適化の取組みなどが求められていると位置づけました。

規制改革会議に設置された健康・医療ワーキング・グループでは、これらの課題に対処するため、国民の安心・安全の確保を前提に、「国民の利便性向上」、「医療や福祉サービスの発展による経済の活性化」、「保険財政の健全化」の3つを基本的な考えと位置づけ、さらに第3次答申の検討に当たって、以下の6つの検討項目について個別具体的な規制改革項目を整理しました。

### ■ 医療・介護分野 6つの検討項目

- ①医薬分業推進の下での規制の見直し
- ②医薬品に関する規制の見直し
- ③医療情報の有効活用に向けた規制の見直し
- ④遠隔モニタリングの推進
- ⑤介護付有料老人ホーム等に関する規制の見直し
- ⑥食品の表示制度の見直し



## 2 薬局業界は「かかりつけ薬局」を軸に再編

### ■ 医薬分業に関する規制改革の内容

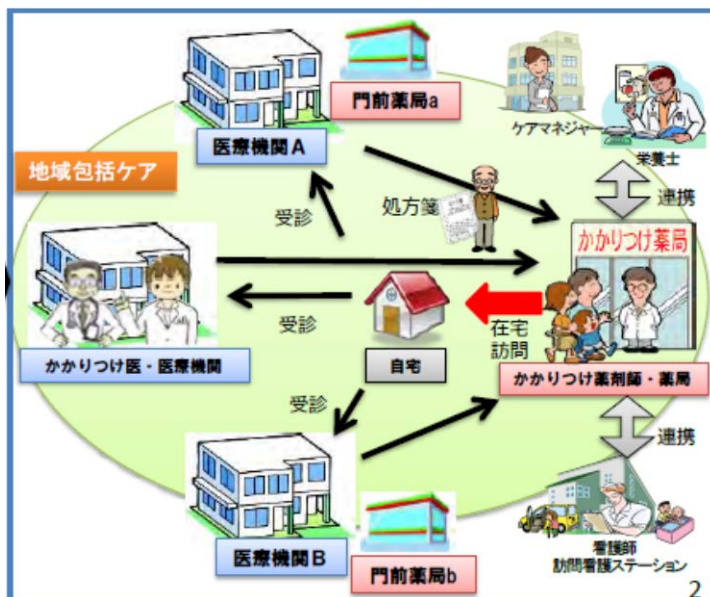
#### (1) かかりつけ薬局の要件が明確化

調剤報酬については、薬局の機能やサービスに応じた報酬体系への抜本的な見直しを行い、努力した薬局・薬剤師が評価される仕組みに改革されます。また、患者が薬局やサービスの可否を選択できるよう、薬局において分かりやすくサービスと価格を表示するほか、サービスの提供の在り方が検討されます。なお、地域包括ケアの中でチーム医療の一員として専門性の発揮が期待されている「かかりつけ薬局」については、その要件が明確化されます。

出典：健康・医療WG 医薬分業等に関する資料

#### ■ 今後の医薬分業イメージ

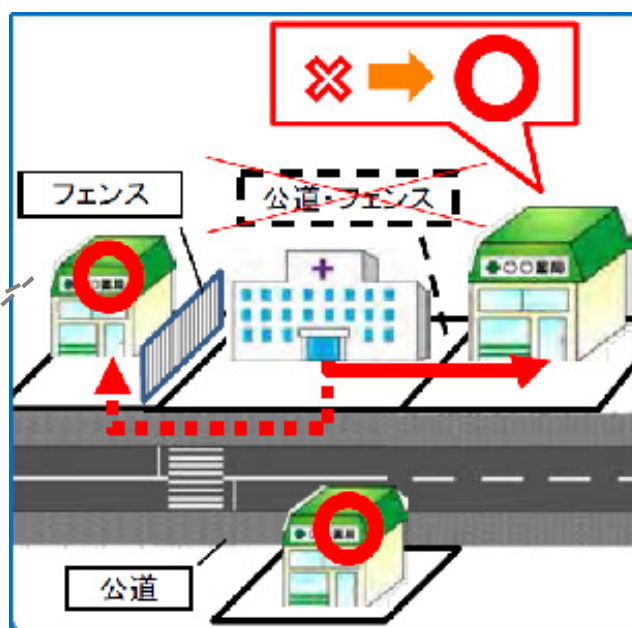
～患者は、どの医療機関を受診しても身近なところにあるかかりつけ薬局に行く～



#### (2) 一体的構造禁止から敷地内薬局認可へ

薬局の構造基準については、医療機関と薬局に公道等が必要とされ、フェンスの設置などで独立性を担保する薬局もありました。規制改革では、高齢者や車いすを使用する方に配慮する観点から、これらの規制が見直されます。

#### ■ 一体的構造禁止の緩和



薬局と医療機関の間の公道・フェンスの設置を不要にし、患者の利便性を高める

### 3 医薬品業界は薬の給付見直しで残薬削減へ

#### ■ 医薬品の取り扱いに関する現状と課題

##### (1) 重複投薬と残薬の実態

規制改革で重点的に議論されたのは、患者本位の医薬分業の実現です。長期投薬の増加などにより、飲み忘れや飲み残し、症状の変化によって生じたと思われる多量の残薬が生じていることから、特にかかりつけ薬局の機能明確化が議論されました。

平成27年4月中央社会医療審議会の総会では、東京理科大学薬学部の鹿村恵明教授が日本薬剤師会からの委託事業で541薬局を対象に行った「2013年度全国薬局疑義照会調査」の結果が示されました。

それによると、残薬の調整を全国の年間の処方せん枚数に換算すると、医療費をおよそ29億円抑制できたというデータが報告されています。

#### ■ 薬局での残薬確認による医療費削減効果

##### ● 調査概要

- 平成25年度全国薬局疑義照会調査（公益社団法人日本薬剤師会委託事業）  
（研究代表者：東京理科大学薬学部（薬局管理学） 鹿村恵明）
- 調査期間：2013年7月22日～28日（1週間）
- 回答薬局数：541（回収率10.1%）
- 調査期間中の応需処方せんのうち疑義照会を行った件数および内容等を確認

##### ● 調査結果

|  | 件数(枚数)     |
|--|------------|
| ① 応需処方せん総枚数                            | 183,532    |
| ② 上記①における、疑義照会件数                       | 5,358      |
| ③ 上記②のうち、薬学的疑義照会件数<br>(形式的な疑義照会を除いた件数) | 4,141      |
| ④ 上記③のうち、「 <b>残薬に伴う日数・投与回数の調整</b> 」件数  | <b>420</b> |

→ 薬学的疑義照会のうち、**残薬確認**に関する事項は約10.1%

○ 応需処方せん枚数183,532件のうち、  
**残薬に伴う日数・投与回数の調整は420件(0.23%)**（※1件当たり1,595.3円）  
→ 全国の年間の処方せん枚数に換算すると **約29億円** に相当

（出典：中央社会保険医療協議会 総会資料）

## 4 医療・介護業界は経営資源の有効活用で負担軽減

### ■ 空床利用のショートステイ活用で利用者家族の負担軽減

#### (1) 介護付き有料老人ホームにおける規制の現状

介護報酬算定基準である「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」において、指定特定施設（特定施設入居者生活介護の指定を受けた「介護付有料老人ホーム」等）が空室を利用したショートステイサービスを提供することにより介護報酬を算定するには、主に以下の要件を満たす必要があります。しかし、これらの要件は、特定施設入居者生活介護事業者による空室を利用したショートステイサービスの提供を抑制する要因になっているのではないかと指摘があります。

#### ■ ショートステイ算定の要件

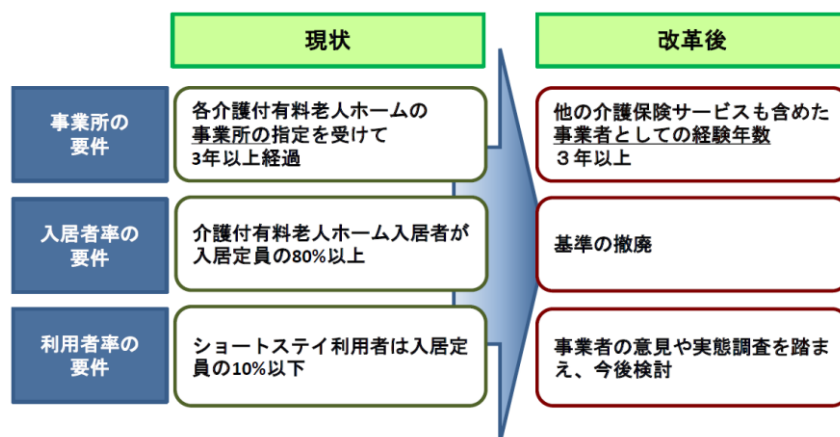
- 特定施設の指定日から3年以上経過している
- 入居者率が、入居定員の80パーセント以上である
- ショートステイ利用者率が、入居定員の10パーセント以下である

#### (2) 空室を利用したショートステイ要件の見直し

特定施設（介護付有料老人ホーム等）の事業経験年数に関する要件の他、各要件を見直し、空室を利用したショートステイサービスを提供しやすくする改革が実施されます。

これにより、家族の介護負担の軽減などのため、要介護者が一時的に施設に入所して日常生活上の介護を受けるショートステイサービスのニーズが多いにも関わらず、そのサービスを提供する施設が不足している地域の課題解消を図るねらいがあります。

#### ■ ショートステイ算定要件の緩和



（出典：厚生労働省保険局医療課）

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

# 経営データベース ①

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践



## 病医院理念の必要性

病医院理念とはどのようなものなのか。  
また、なぜ必要なのでしょう。



病医院理念は、経営を行っていく上での活動のよりどころ、指針を与えるとともに、戦略策定の際の前提となるものであり、戦略の上位概念として位置づけられます。病医院理念の策定にあたっては、次の3つの視点から検討します。

### ①存在価値・使命

社会にどんな価値を提供したいか、それが社会にどのような意味があるのか、そもそも自院が何のために存在するのか

例)「患者の健康増進に役立つ」、「安心、楽しい時をつくる」

### ②経営姿勢

経営を遂行していく上で重んじること

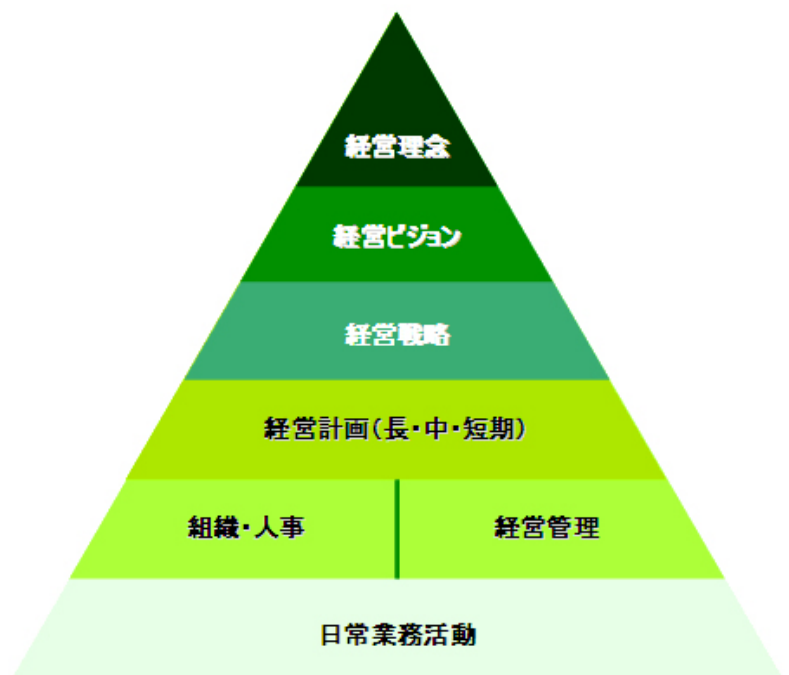
例)「創意工夫を重んじる」、「スピードを重んじた組織行動をとる」

### ③経動指針

職員一人ひとりに心がけてほしいこと

病医院運営において理念が機能するためには、理念が誰の目にも納得できるもの、価値あるもの、そして日常の行動規範として、組織の構成員一人ひとりにしみこんだ空気のような存在になることが求められます。それは、自院の風土（組織風土）となることでもあります。

そうした意味では、病医院理念は自院が依って立つところを示すことはもちろん、自院が存続していくために「すべきこと」「してはいけないこと」を明確に示すものでなければなりません。





## 経営データベース ②

ジャンル: 経営計画 > サブジャンル: 経営計画の基本と実践

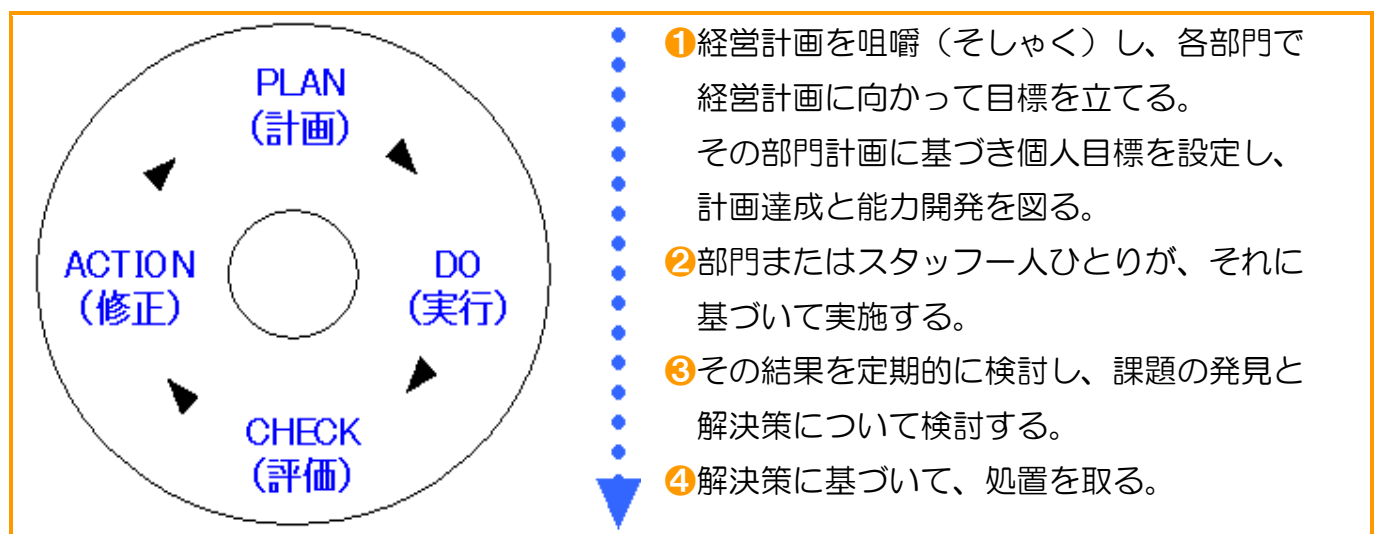


### PDCAサイクルの展開方法

経営計画を遂行するためのPDCAサイクルの展開方法を教えてください。



PDCAサイクルとは、以下の図の4段階を基本とした目標管理のプロセスです。医療機関の場合は、施設や設備に多額の投資が必要であるとともに、医療サービスの提供を担う人材が重要であり、PDCAサイクルを適切に回していくために、財務基盤の強化と併せて、人材育成・教育に力点を置かなければなりません。



また財務基盤を強化するためには、短期・中期経営計画の中で資金調達および返済計画を立てて、キャッシュフロー経営を行うことが必要です。質の高い医療サービスを提供しつづけるためには、人材の育成・教育も短期・中期経営計画の中で明確にし、実行することが求められます。

そして、その中には職員の意識改革も含まれるため、収入の確保、経費の削減といった成果への効果も期待できます。

すなわち、経営体質の基盤となる組織（医療法人、病医院）の目標は、法人（病医院）理念からスタートし、法人の経営目標、部門目標そして個人目標へと大きな目標がブレイクダウンされ、さらに職員一人ひとりがそれに向かって邁進することで、その総和が法人の経営目標の結果となるのです。

したがって、経営計画は経営目標に従ったものであり、かつ、ブレイクダウンした個人目標は経営計画に則ったものでなくてはなりません。さらに個人目標は、より具体的で達成可能なものとする事で、個々の目標達成のための意欲が喚起されます。

このことから、個人目標は、より具体的で到達可能な目標を立てやすいため、「中期経営計画」より「短期経営計画」にリンクするようにする形が望ましいでしょう。