

医療情報
ヘッドライン

「短期滞在手術等基本料3」について、 6日目以降の疑義解釈を発出

▶厚生労働省保健局

新専門医制度の地域医療への影響を懸念 状況次第で積極介入する姿勢を強調

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料
介護保険事業状況報告(暫定)(平成29年2月分)

経営情報
レポート

療養病床の転換先として創設
新類型「介護医療院」の行方

経営
データ
ベース

ジャンル:リスクマネジメント サブジャンル:リスクマネジメントと安全管理体制
理想的な医療安全管理体制
コミュニケーション活性化による改善策

「短期滞在手術等基本料3」について、 6日目以降の疑義解釈を発出

7月28日、厚生労働省保険局医療課は「疑義解釈資料の送付について（その13）」と題した事務連絡を発出し、「短期滞在手術等基本料3」を算定する患者について、6日目以降も入院が必要な場合の出来高算定について解釈を明らかにした。

■CT・MRI診断料の同一月算定や入金基本料等加算の同一入院時算定は不可

「短期滞在手術等基本料3」（区分番号A400）は、入院して5日以内に手術もしくは検査を行う場合に算定される項目である。終夜睡眠ポリグラフィーの携帯用装置や多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合は、必ずしも入院の必要がないため、急性冠症候群や急性脳血管障害などで緊急入院し、すぐに睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合などのみ適用される。

しかし、当初5日以内の退院が予定しても、入院期間が延びるケースは当然ある。その場合、6日目以降は出来高での算定となっていたが、今回発出された事務連絡では、「検体検査判断料およびコンピューター断層診断などの判断料」「BNP（脳性ナトリウム利尿ペプチド、いわゆる心臓ホルモン）などの検査実施料」「入院基本料等加算」の3つに対して同一月中および同一入院中の算定はしないことを明示している。

そもそも「検体検査判断料およびコンピューター断層診断などの判断料」「BNPなど

の検査実施料」は月1回に限り算定可能だが、たとえ入院が6日以上になっても加算評価はされないということになる。

「入院基本料等加算」も、入院期間中の1回または退院時の1回のみ算定できるが、入院期間が6日以上になっても加算できない点には注意が必要である。

■疾患別リハビリテーション料も疑義解釈、「シーティング」を行った場合は算定可能

このほか、「他医療機関で撮影した内視鏡検査」についての診断を行った場合の点数は、初診料を算定した日に限って算定できるとしている。これは、コンピューター断層診断の留意事項通知に示されている取り扱いと同様である。

また、注射の薬剤料について、1つのバイアルを2名の患者に同時に調剤・使用する場合、2バイアル分の請求はできないことも明らかにしている。この場合は、各患者に対する使用料に応じて請求しなければならない。

疾患別リハビリテーション料についての疑義解釈も行っており、いわゆる「シーティング」を行った場合は算定ができるとしている。

ただし、単なる離床目的で車イス上の座位をとった場合には該当しない。

理学療法士などが患者の体幹機能や座位保持機能を評価したうえで調整した場合のみ「シーティング」と評価されるため、現場での正確な判断が求められる。

新専門医制度の地域医療への影響を懸念 状況次第で積極介入する姿勢を強調

厚生労働省

8月2日、厚生労働省は「『新たな専門医制度』に対する厚生労働大臣談話」を発表し、来年度から本格スタートを予定している新専門医制度について、地域医療への悪影響を及ぼすなどの懸念を明らかにした。塩崎恭久厚生労働相はこの日で大臣職を退任したため、大臣として最後の談話となった。

■本格スタート後も、運用で問題があった場合は速やかに是正すべきと塩崎厚労相

新専門医制度は、19領域を持つ「基本領域専門医」と29領域を持つ「サブスペシャリティ領域専門医」の2つに大別し、専門医資格を希望する場合は、医学部を卒業後に2年間の臨床研修を受け、さらに3年以上の研修を受ける必要がある設計にしている。

塩崎厚労相は、これまでにない仕組みであることを踏まえ、「指導医や専攻医が基幹病院に集中することで地域医療に悪影響が生じるのではないか」「専攻医がその意思に反し、望んでいる地域、内容での研修を行えなくなるのではないか」との懸念が完全に払拭できていないと表明し、本格スタート後も、運用で問題があった場合は速やかに是正すべきとした。

■地域医療に影響を与えていると判断した場合は、「実効性ある対応を求める」

さらに、新専門医制度の構築を進めている一般社団法人日本専門医機構と各関係学会に

対して、「学会ごとの応募状況」「専攻医の配属状況」を厚生労働省に報告を求めた。

その結果、もし地域医療に影響を与えると同省が判断した場合は、「実効性ある対応を求める」としている。そのうえで、新専門医制度が地域医療や医師のキャリアプランに配慮したものを見直し、「強く期待」するとして、談話を締めくくっている。

■「総合診療領域の専門研修プログラム」の申請受付締切日を8月21日と発表

新専門医制度をめぐっては、もともと今年度中のスタートを目指していたものの、昨年6月に日本医師会や四病院団体協議会からの要請もあって、来年度スタートに延期している。2月には全国医系市長会が塩崎厚労相や菅義偉官房長官らに向けて新専門医制度の見直しを求める要望書を提出し、塩崎厚労相は「重く受け止める」としていた。

3月の通常国会でも「必要に応じて抜本的対応を求める」としており、約3年にわたって務めた大臣職を退任するタイミングで談話を発表したことからも、拭い難い不信感があることが窺える。

なお、日本専門医機構は7月28日、「総合診療領域の専門研修プログラム」の申請受付締切日を8月21日と発表した。来年4月の本格スタートに向けて着々と動きを進めており、この日の談話をいかに受け止め、今後の運用に活かしていくかが注目される。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年2月分)

厚生労働省 2017年6月1日公表

概 要

1 第1号被保険者数(2月末現在)

第1号被保険者数は、3,435万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(2月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、630万人で、うち男性が195.8万人、女性が434.2万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.0%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、391.7万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、80.7万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

施設サービス受給者数は92.7万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.1万人、「介護老人保健施設」が35.5万人、「介護療養型医療施設」が5.4万人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給付12月サービス分、償還給付1月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、7,784億円となっている。

(1) 再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,636億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,177億円、施設サービス分は2,400億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)

(2) 再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

高額介護（介護予防）サービス費は171億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は2.9億円となっている。

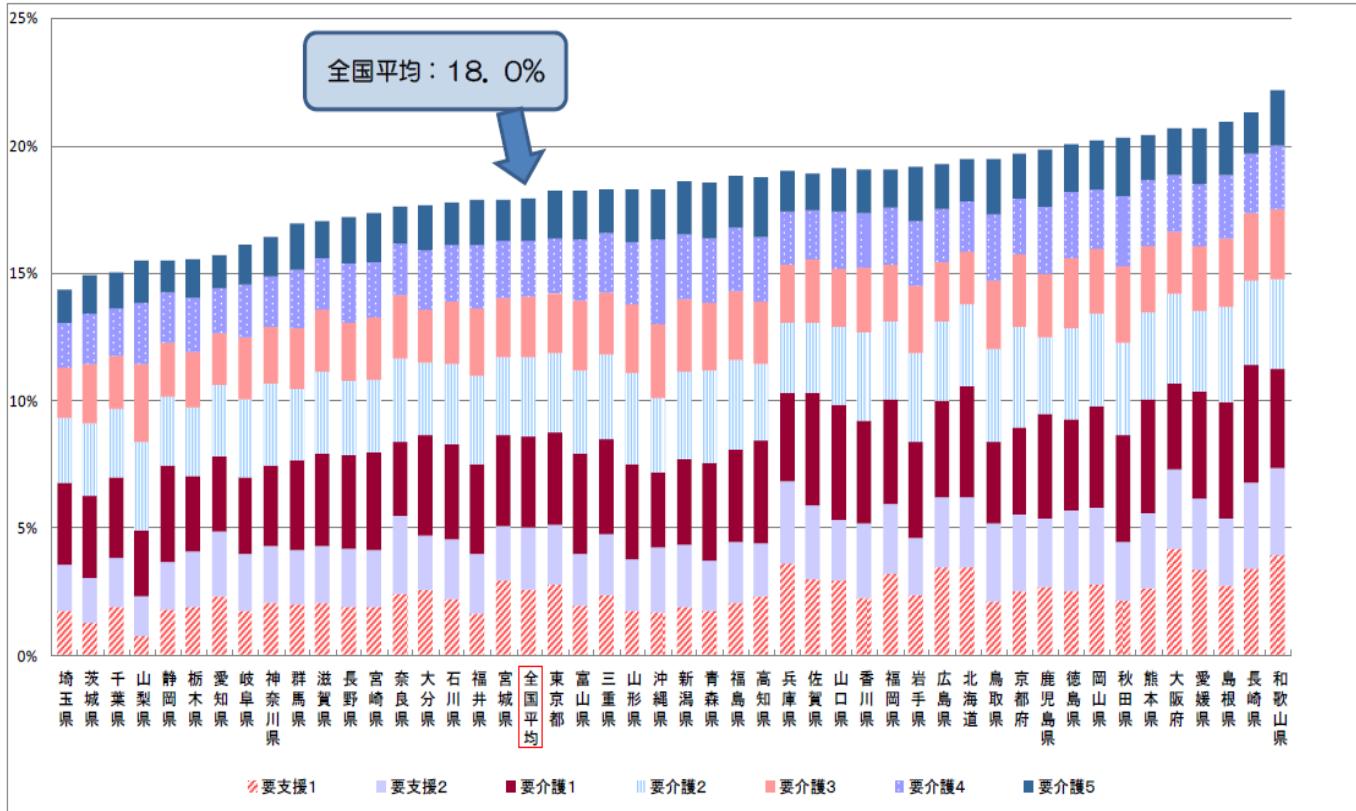
(3) 再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護(介護予防)サービス費の給付費総額は267億円、うち食費分は171億円、居住費(滞在費)分は96億円となっている。

(特定入所者介護(介護予防)サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である)

第1号被保険者一人あたり要介護（要支援）認定者割合（要支援1～要介護5） 【都道府県別】

(单位: %)



出典：介護保険事業状況報告（平成29年2月末現在）

※ 第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である

介護保険事業状況報告（暫定）（平成29年2月分）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。



医業経営

療養病床の転換先として創設

新類型

「介護医療院」の行方

- 1.迫る介護療養病床廃止と新施設類型の創設
- 2.新たな施設類型「介護医療院」の概要
- 3.医療機関の実態に基づいたタイプ別選択肢
- 4.今後の高齢者医療に期待される将来像



■参考文献

厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

厚生労働省「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」

1

医業経営情報レポート

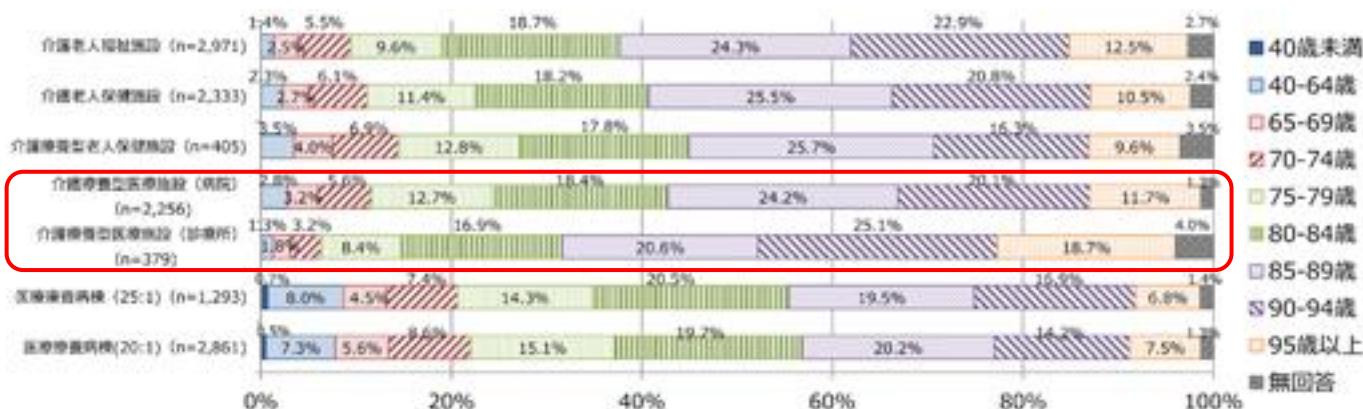
迫る介護療養病床廃止と新施設類型の創設

■ 医療費抑制を目的とした介護療養病床廃止と受け皿の整備

(1) 介護療養病床の廃止と新たな施設類型の創設

介護療養病床は、利用者の8割以上が後期高齢者であることから、社会保障費が膨らむ一因とされており、これまで廃止に向けた議論が続けられてきましたが、廃止期限を6年延長したもの、平成29年度末での廃止が決定しました。

◆ 入所者の年齢構成～介護療養型医療施設(診療所)は75歳以上が約90%



出典：平成25年度老人保健事業推進費等補助金：医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業
(公益法人全日本病院協会)

廃止に伴い、現在介護療養病床等に入院する患者の受け皿となる新たな類型が必要となることから、平成28年6月から、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」や社会保障審議会「療養病床のあり方等に関する特別部会」で、平成30年度以降の新たな受け皿施設や移行計画について、様々な議論が交わされてきました。

◆ 新たな選択肢の整理案

現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージ	
○ 要介護度や年齢が高い者が多い	→ 80歳以上の高齢者、要介護度が4以上の者が大半を占める
○ 平均在院日数が長く、死亡退院が多い	→ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約1年半の平均在院日数 → 介護療養病床は約4割、医療療養病床(25対1)は約3割が死亡退院
○ 一定程度の医療が必要	→ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病状は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な考え方	
○ 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備（「住まい」の機能を満たす）	
○ 経管栄養や導管吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や、充実した看取りやターミナルケアを実施する体制	

① 医療機能を内包した施設類型（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのリーンが想定される）

② 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型（医療機関の集約化等により、医療療養病床(20対1)や診療所に転換。隣接スペースを併設スペースに。）

医療・介護ニーズがあり、
長期滞在の必要がある者
に対応する施設

出典：厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

2 医業経営情報レポート

新たな施設類型「介護医療院」の概要

■ 新施設類型「介護医療院」の機能

(1) 介護医療院の2つのタイプ

社会保障審議会「療養病床のあり方等に関する特別部会」の提言により、「地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の成立をもって創設された介護医療院には、医療機能の整備体制から大きく分けて2つのタイプがあります。

介護医療院は、病院や診療所と区別された新類型であり、医療の必要性が比較的高い方が利用する①医療機能を内包した施設系サービス、そして、医療を外から提供する②居住スペースと医療機関併設タイプ、の2種類が設けられました。

さらに①のなかでも、主な利用者として(I)容体急変リスクのある医療必要度の高い利用者、(II)医療の必要性は多様ながら(I)に比べて容体が比較的安定した利用者、をそれぞれ想定した2つのパターンが示されました。

◆「介護医療院」の概要

		①医療を内包した施設系サービス	②居住スペースと医療機関の併設型
		(I)	(II)
施設の基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設		医療外付け型
設置根拠	介護保険法 *医療法上の医療提供施設		医療機関：医療法 居住スペース ：介護保険法 老人福祉法
主たる利用者像	重篤な身体疾患有する者 及び身体合併症有する認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	(I) と比べて比較的容体が安定している者	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定している者
施設基準(参考)	介護療養病床相当 (参考：現行の介護療養病床) 医師 48:1 看護 6:1 介護 6:1	老健施設相当以上 (参考：現行の老健施設) 医師 100:1 看護・介護 3:1	医療機関部分 :算定する診療報酬施設基準 (参考：特定施設入居者介護) 医師 基準なし 看護・介護 3:1
面積	老健施設相当 (8.0 m ² /床) ※多床室の場合はプライバシーに配慮した療養環境 整備が必要 (家具・パーテーション等)		(現行の有料老人ホーム) 居住スペース 個室 13.0 m ² /室以上

(出典) 療養病床のあり方等に関する特別部会「療養病床のあり方等に関する議論の整理」

3

医業経営情報レポート

医療機関の実態に基づいたタイプ別選択肢

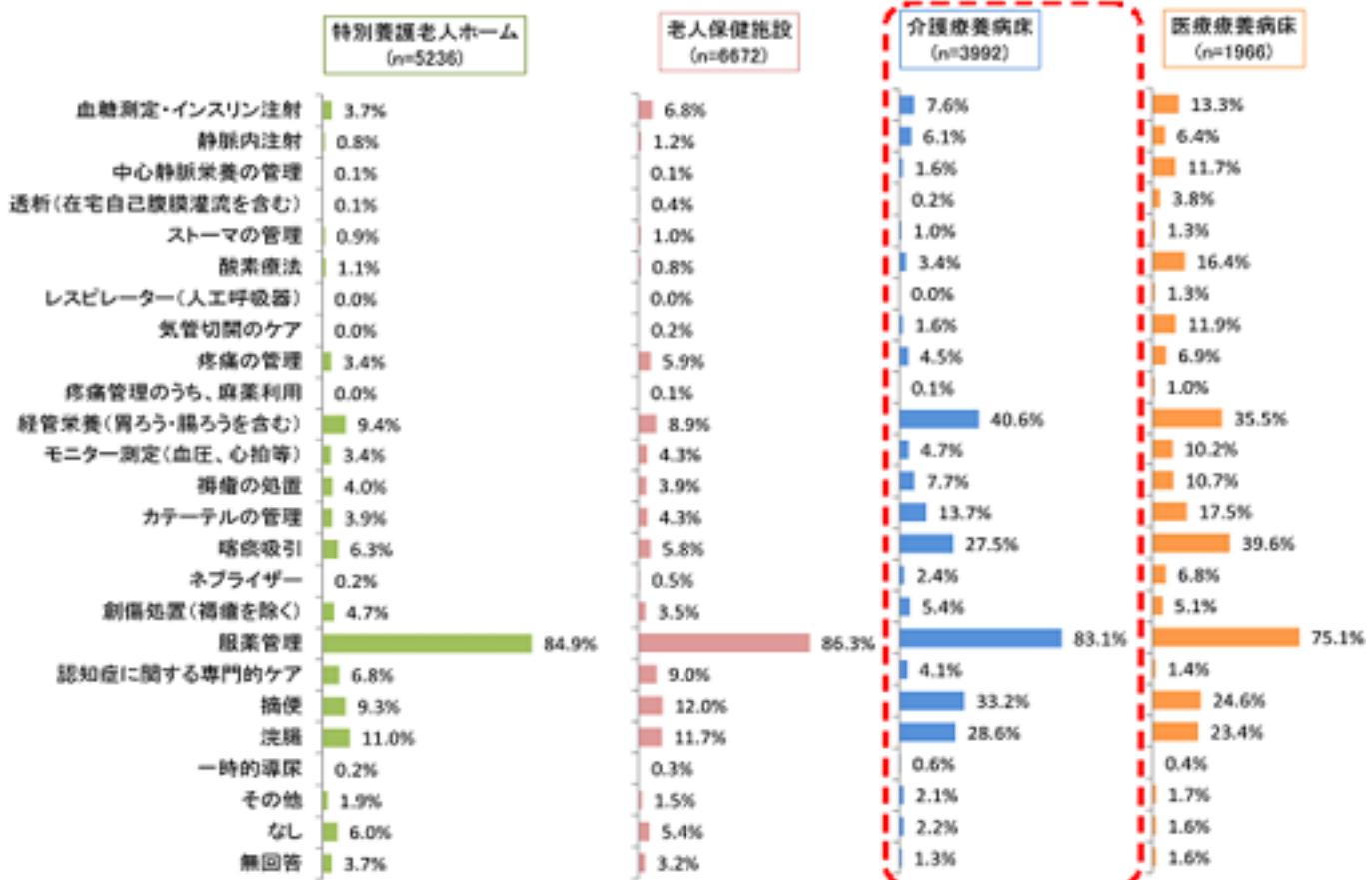
■ 介護医療院への転換検討ポイント

(1) 介護療養病床からの転換に向く施設系サービス

医療機能を内包した施設系サービスのうち、容体急変リスクを有する利用者が主体となる介護療養型タイプは、日常的・継続的な医学管理や24時間の看取り・ターミナルケア、夜間・休日対応を含む当直又はオンコール体制の整備が示され、医療ニーズへの対応が求められています。

これらは介護療養病床のなかでも、2015年介護報酬改定で新設された「療養機能強化型A・B」の機能と重なるもので、その他の介護療養病床と平均要介護度に大きな差がみられない（機能強化型4.5/その他4.3）一方、経管栄養や喀痰吸引など日常的・継続的な医学管理をする利用者が多い現状からも、機能強化型のサービス提供が期待されていることがわかります。

◆ 現在受けている治療の割合（複数回答）



（出典）厚生労働省「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～に関する参考資料」

現行の療養機能強化型が果たしている高い医療ニーズを有する高齢者の受け皿として、介護医療院への転換パターン検討では、介護療養型がより具体的な選択肢になるといえます。

4

医業経営情報レポート

今後の高齢者医療に期待される将来像

■ 介護医療院の創設がもたらす影響

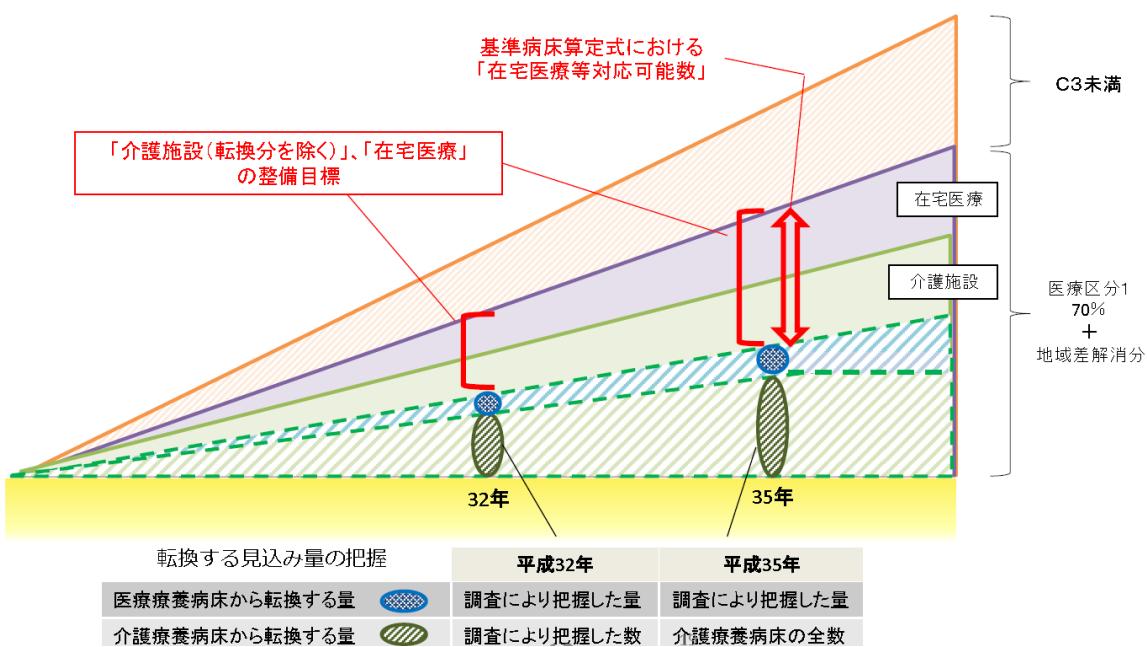
(1) 療養病床から生じる新たなサービス必要量の受け皿

平成 29 年度末で廃止となる介護療養病床、および経過措置が終了する療養病棟入院基本料 2 (25 : 1) は、病床転換への期限が迫っています。

介護医療院の創設により、当初方針の柱であった病床数の大幅削減ではなく、療養病床の受け皿としての機能を提示したことでの、今後新たなサービスの必要量を把握し、診療報酬および介護報酬の決定や、在宅医療や介護の受け皿の整備目標の設定、療養病床の基準病床の算定（在宅医療等対応数の算出）に活用するとしています。

そのため、介護医療院等への転換見込み量は、医療計画の終期である平成 35 年度時点のものを算定しています。

◆ 療養病床から介護医療院等へ転換する見込み量の把握イメージ



出典：厚生労働省「療養病床の在り方等に関する検討会」

転換見込み量は、都道府県と市町村の連携の下で調査を実施（調査すべき事項等は、国が例示）し、把握した数を活用します。ただし、介護療養病床については、経過措置期間が平成 35 年度末とされていることを踏まえ、同 32 年度時点については調査により把握した数、同 35 年度時点については全数に相当する数を下限として、転換する見込み量を設定する方針が示されています。

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。

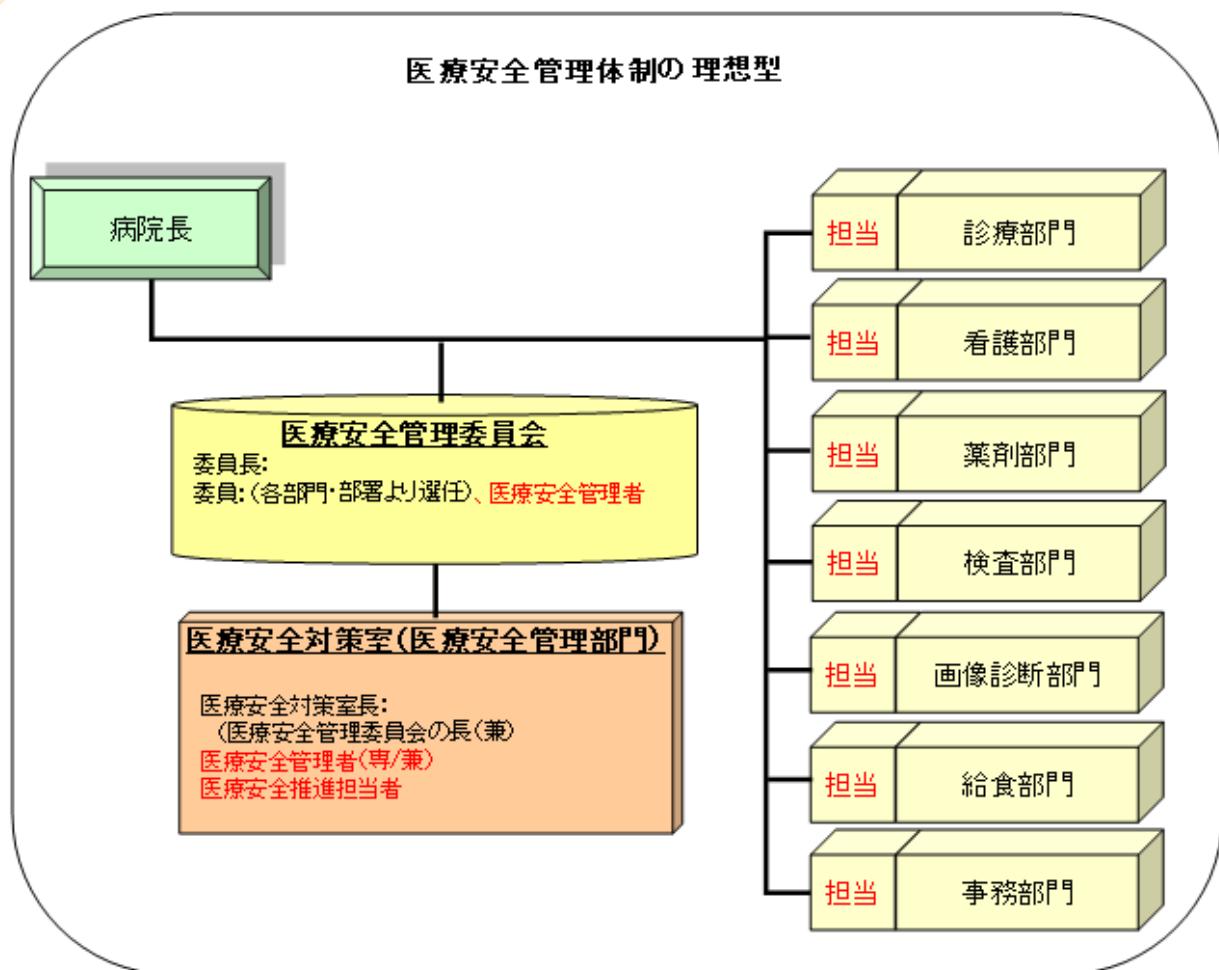
ジャンル:リスクマネジメント > リスクマネジメントと安全管理体制

理想的な医療安全管理体制

理想的な医療安全管理体制とは どのようなものでしょうか？

医療安全管理体制は、医療安全を管理する委員会と対策を講じる部門（医療安全管理者）が設置してあり、これらが連携をとりながら、院内の安全確保のために継続した業務改善が進められるシステムが理想的だといえます。

具体的には、以下の図のような構成となります。



また、平成19年4月施行の第5次改正医療法においては、従来対象外であった無床診療所も含めて、医療安全管理体制に関する義務が明記されました。

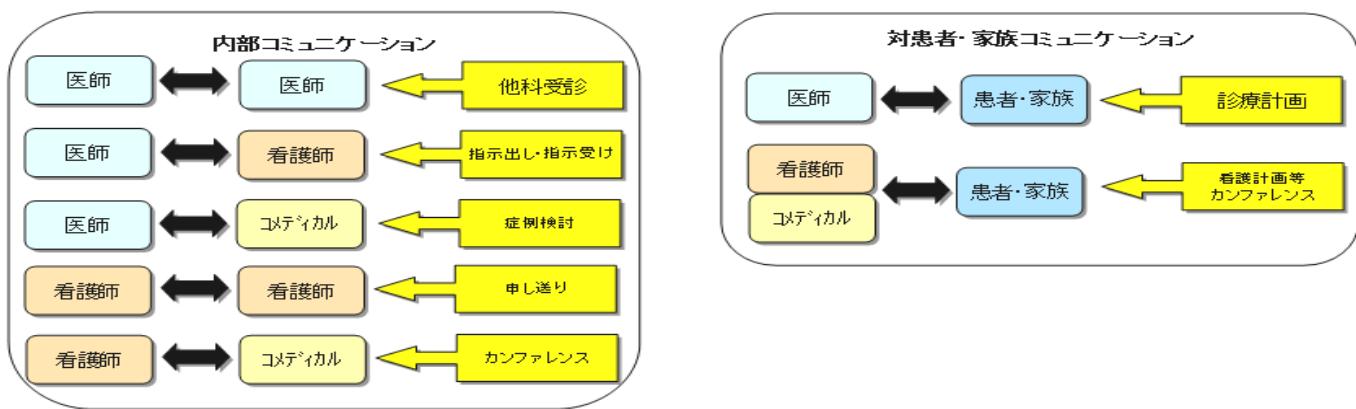
従って、現在では、自院の規模や病床・病棟の機能に関わらず、厚生労働省が定める基準に適合する医療安全管理体制を構築する必要があり、これに呼応するかたちで、保健所立入検査時の重点監視項目となっています。

コミュニケーション活性化による改善策

コミュニケーションを活性化することにより、日常業務での改善を図る策について教えてください。

昨今の医療サービスはチーム医療で提供されるものにも関わらず、現実は医師と看護師との連携が適切に取れているとはいがたい現状があります。例えば、医師の指示が変更された際、医師にその内容を直接確認するという看護師は、そう多くはないはずです。

また、日常的なコミュニケーションの不備がありながら、診療計画や看護計画、あるいはリハビリ計画などで適切なアセスメントを行うことについて、大小に関わらず障害が生じているのも否めません。「連携ができていなかった」や「説明不足」というリスク発生要因の根源にあるのは、コミュニケーション不足に起因するエラーだといえます。職員間における内部コミュニケーションが必要とされる場面、および職員と患者・家族間のコミュニケーションを必要とする場面には、次のようなものがあります。



日常的なコミュニケーションにおいては、指示命令系統上で、活性化が必要なポイントが存在します。業務多忙を理由にした不徹底の常態化が積み重なり、綿密なコミュニケーション体制構築への配慮を怠ると、エラーの連鎖に気づかないだけでなく、致命的なりisk発生に至る危険性が高くなります。

