

週刊WEB

矢業経営 マガジン

2017
497
10/24

医療情報
ヘッドライン

短期滞在手術等基本料について議論 新たに複数の手術・検査が追加される方向

▶厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会

向精神薬の処方制限をさらに強化する方針 適切な薬物療法の推進に資する評価を検討

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

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5月分)

経営情報
レポート

**医歯薬すべての分野で評価導入
「かかりつけ」機能充実への対応策**

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: 医療事故防止対策
**診療部門における事故防止のポイント
医療廃棄物処理のリスクマネジメント**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

短期滞在手術等基本料について議論 新たに複数の手術・検査が追加される方向

厚生労働省 入院医療等の調査・評価分科会

10月18日、厚生労働省の「入院医療等の調査・評価分科会」が開かれ、「短期滞在手術等基本料3」について議論が行われ、新たに複数の手術・検査が追加される可能性が高まった。

その候補としては「副腎静脈サンプリング」「子宮鏡下子宮内膜焼灼術」「子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術」「子宮内膜ポリープ切除術」が挙がっている。

■さらに対象となる手術・検査を増やし、効率的な医療を後押ししようという狙い

「短期滞在手術等基本料」は、日帰り手術や4泊5日までの入院による手術を行うにあたって必要な術前・術後の管理、検査、画像診断などを包括的に評価した診療報酬として2000年度から導入された。

その後、短期間で退院可能な検査・手術が増えていることを受け、2014年度の診療改定で21種類の手術・検査を短期滞在手術等



基本料3の対象としたうえで、包括範囲が全診療報酬点数となった。

そして、2016年度の診療報酬改定ではさらに「経皮的シャント拡張術・血栓除去術」「体外衝撃波腎・尿管結石破碎術」「ガンマナイフによる定位放射線治療」が追加されている。

次期改定に向け、さらに対象となる手術・検査を増やすことで、効率的な医療を後押ししようというねらいがある。

■短期滞在手術等基本料3の設定がさらに見直される可能性があり、今後の議論に注視

今回候補に挙げられた4つの手術・検査の選定基準は、概ね前回改定時と変わらない。

特に、「在院日数の短さ」「算定点数のばらつきの少なさ」は重視するポイントだということが改めて浮き彫りとなった。

1点だけ変更となったのが症例数であり、前回改定時は「一定の症例数が存在」だったのが、「該当症例数100件以上」に改められたことで、より具体的な実績をベースに選定しようという意図がうかがわれる。

なお厚労省は、DPCの点数設定方法D区分が、入院期間を1日で固定しているため短期滞在手術等基本料3の設定と酷似していることも問題視しており、適切な要件を定めて整理することが必要だとした。

次期改定において、短期滞在手術等基本料3の設定がさらに見直される可能性もあり、今後の議論のゆくえを注視したい。

向精神薬の処方制限をさらに強化する方針 適切な薬物療法の推進に資する評価を検討

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

10月18日、厚生労働省の中央社会保険医療協議会総会が開かれ、向精神薬の処方制限をさらに強化する方針が固まった。薬剤数、処方期間ともに見直されることとなる。

また厚労省は、薬剤師や薬局などと連携した適切な薬物療法の推進に資する評価の検討を提案している。

■海外ではベンゾジアゼピンの投与期間を制限しているケースもあり

向精神薬は、承認用量内であっても長期的に服用すると依存が生じるリスクがあるとされ、とりわけ、睡眠薬の中で最も多く使われているベンゾジアゼピンが例に挙げられる。

厚労省によれば、国内での副作用報告を分析した結果、同じ日数（15日間）服用しても、「承認用量以上より範囲内で」服用したほうが、薬物依存症例が多かったというデータがあり、実際に海外ではベンゾジアゼピンの投与期間を制限しているケースもある。しかし、日本では多くの薬剤が上限30日と定められ、レセプトデータと照合すると80%以上が22日以上の処方となっていることで、薬物依存を助長する状況となっているともいえる。

もちろん、これまで何の対策も打ってこなかったわけではない。3種類以上の向精神薬を処方されている患者に依存のリスクが高まることが明らかになつたため、2012年度以降、同一薬効の薬剤を3種類以上処方される場合には、処方せん料が68点から30点に、



また処方量が42点から20点に、薬剤料は100分の80に減算された。精神科では「精神科継続外来支援・指導料」が算定できない取扱いとなっている。

■不適切な多剤処方などに厳しい結論

しかし、厚労省が提出したデータによれば、2016年6月審査分の外来および調剤レセプトのうち、「催眠鎮静薬・抗不安薬」または「精神神経用剤」のいずれか3剤以上の処方が29%を占めた。多剤処方・多剤投与が変わらずに実施されていることが明らかになった。

さらに、外来レセプトで向精神薬1剤を処方された患者のうち、精神療法が算定される患者は10%未満に過ぎず、精神療法以外で向精神薬が大量に処方・投与されている実態がある。健康上、また膨張する社会保障費の抑制という観点でも見逃せない事実であり、今回の見直し検討のきっかけとなった。

この日の総会でも、厚労省の提案に対して反対意見はほとんどなく、不適切な多剤処方や多剤投与を行っている精神科や薬局に対し、厳しい結論が出ることが予想される。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成29年5月分)

厚生労働省 2017年8月2日公表

概 要

1 第1号被保険者数(5月末現在)

第1号被保険者数は、3,449万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(5月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、634.3万人で、うち男性が197.5人、女性が436.7万人となっている。

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)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、388.5万人となっている。

(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3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、81.3万人となっている。

(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3月サービス分、償還給付4月支出決定分)

施設サービス受給者数は93.0万人で、うち「介護老人福祉施設」が52.2万人、「介護老人保健施設」が35.7万人、「介護療養型医療施設」が5.3万人となっている。

(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3月サービス分、償還給付4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、7,891億円となっている。

(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3,780億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,203億円、施設サービス分は2,436億円となっている。

（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

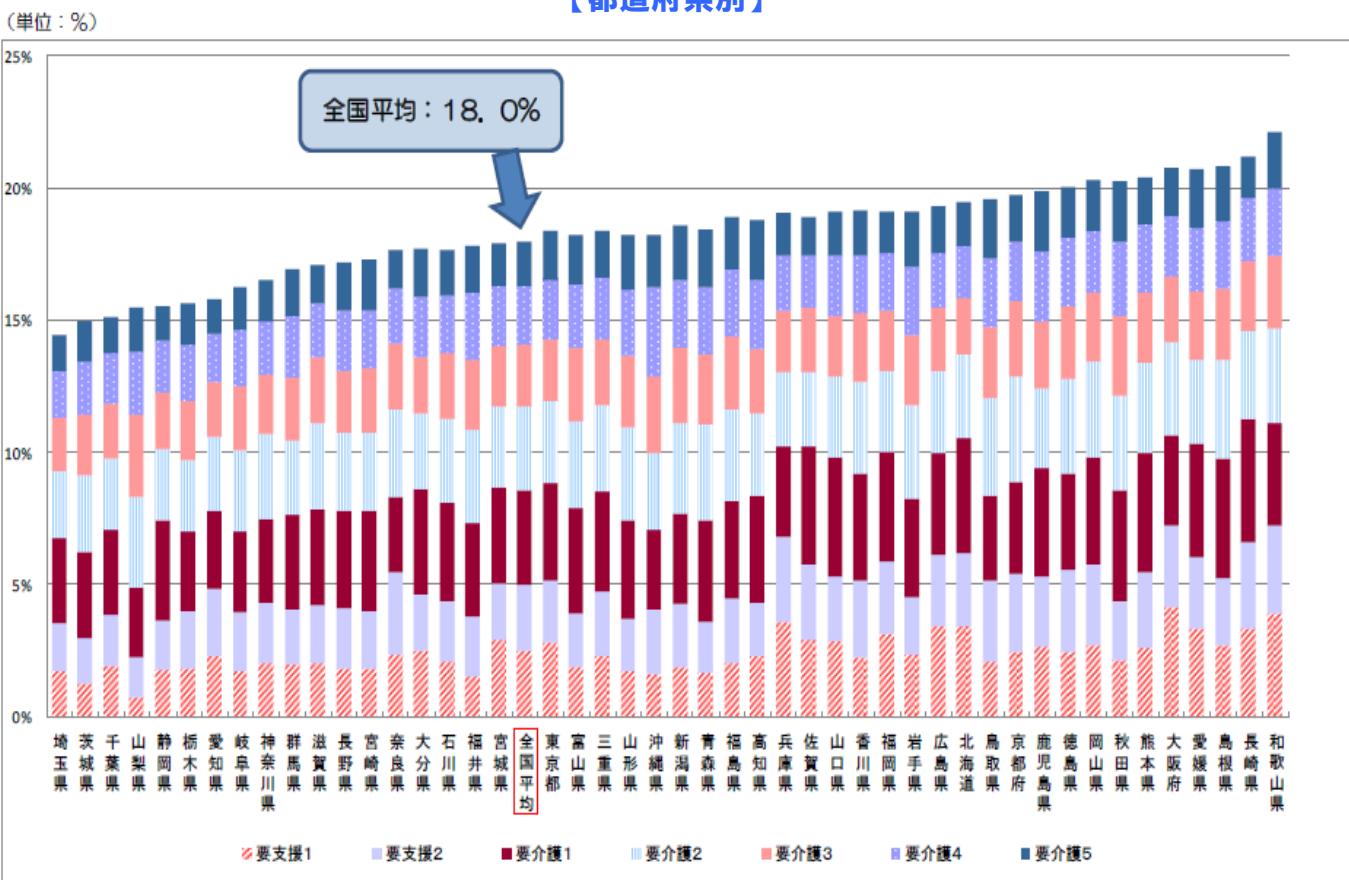
高額介護（介護予防）サービス費は145億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は60億円となっている。

(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269億円、うち食費分は172億円、居住費（滞在費）分は97億円となっている。

（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】



出典：介護保険事業状況報告（平成29年5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5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。



医歯薬すべての分野で評価導入

「かかりつけ」機能充実への対応策

- 1.多職種に拡大した「かかりつけ」機能の評価
- 2.かかりつけ機能充実を目指す将来施策動向
- 3.今後も重点化と充実を図る認知症ケア対策
- 4.診療所は外来と在宅の連携強化が重要



■参考文献

- 厚生労働省「平成 26 年度診療報酬改定の概要」
厚生労働省「平成 28 年度診療報酬改定の概要」
昭和大学病院ホームページ「ふたり主治医制度」について

1

医業経営情報レポート

多職種に拡大した「かかりつけ」機能の評価

■ 多職種協働を促す「かかりつけ」機能の充実

(1) 2016年診療報酬改定にみる「かかりつけ」機能

2016年診療報酬改定は、基本的に「地域包括ケアシステム構築」を目指すものであって、急性期から回復期への移行、さらには在宅での療養支援に至るまで、2025年を見据え、地域における生活継続を念頭に置いた改定内容となりました。

また、地域医療構想策定も踏まえて、7：1看護配置要件の厳格化（重症度・看護必要度の計算式変更、25%への引き上げ）などをはじめとする急性期病床の絞り込みに関心が向きがちでしたが、一方は、次のような「かかりつけ」機能の充実に向けた様々な評価改定が行われています。

◆「かかりつけ」機能充実に向けた主な今次改定項目

● 「かかりつけ医」機能の評価充実

⇒ 地域包括診療料・加算の要件緩和（常勤医師要件3人⇒2人）

認知症地域包括診療料・加算の新設（点数引上げ）

小児かかりつけ診療料の新設

● 「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」の新設

⇒ 歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所と定義し、施設基準を満たした場合は「歯周病定期治療（Ⅱ）：最大830点」等を算定可能

● 「かかりつけ薬剤師・薬局」評価の新設

⇒ かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料



療養支援と日常の健康管理：かかりつけ各職種によるサポート



必要に応じた入院：連携先

かかりつけ医については、前回2014年改定において「主治医機能」として評価が新設されました。上記のようにその扱い手の範囲が拡大され、医歯薬すべての分野で「かかりつけ」機能の評価が導入されることになります。

2 医業経営情報レポート

かかりつけ機能充実を目指す将来施策動向

■ 国が求めるかかりつけ医等に求める役割

2014 年診療報酬改定で評価が導入された「主治医機能」では、評価に先立ち、かかりつけ医の役割が、その検討経緯において次のように示されています。

かかりつけ医だけではなく、地域包括ケアシステムの構築推進を鑑み、多職種による協働が重視されていることがわかります。

◆社会保障審議会医療部会の意見書＜抜粋＞～かかりつけ医等の役割

- かかりつけ医について、国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、国民にわかりやすくその普及・定着を図る必要がある。かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師についても、それぞれの役割が果たせるように、その普及・定着を図る必要がある。
- 主要な事業ごとの医療連携体制を構築し、地域において実際に連携がなされるためには、かかりつけ医が、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って重要な役割を担うこと、また、診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようになるなど適切に対応すること、が求められる。
- 患者の視点に立って、どのような「かかりつけ医」の役割が期待されるか、また、その機能を発揮するために、サポート体制を含め何が必要か等、各地域での医療連携が適切に行われるよう、かかりつけ医のあり方について、引き続き検討していく必要がある。

上記のとおり、主治医機能に加えて歯科医と薬剤師についても「かかりつけ」機能を求める方針が提示され、これに基づき歯科診療所と薬剤師・薬局に関する新たな評価の導入が進められました。これを受け、今次診療報酬改定で「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」が新設され、医歯薬における各かかりつけ機能について明示されたことから、様々な職種が機能を発揮し、患者に対して適切で必要な医療を提供することで、地域で患者をサポートする体制づくりを図る基盤が固まったといえます。

■ 外来医療需要の減少に対応できる「かかりつけ」機能

経済産業省の報告によると、人口減少と高齢化に伴い、外来受診は 2025 年にピークを迎え、その後 2020 年代後半には減少となることが予測されています。

そのため、かかりつけ医としては、在宅医療への取り組みが必須となっていくと考えられます。

3

医業経営情報レポート

今後も重点化と充実を図る認知症ケア対策

■かかりつけ機能で充実を図る認知症ケア施策

(1)外来医療における認知症ケアの重点化が継続

外来医療においては、2014年度改定において主治医機能の評価（地域包括診療料および同加算）が新設されましたが、その算定件数は診療料（病院が主対象）93施設、同加算（診療所が主対象）4,713施設（2015年7月現在）にとどまっており、今次診療報酬改定での要件緩和が図られたという背景があります。

かかりつけ医機能は、その目的が認知症ケアと小児医療の充実にあるものです。

しかし、2025年問題への対応を念頭とし、今後認知症患者数が増加の一途をたどると懸念されていることから、近年の課題として指摘され、国の重点政策に位置づけられている認知症ケアについては、特に評価を充実することで地域が認知症患者を支える体制づくりが重視されました。

これを受けて、認知症治療に関する評価については、かかりつけ医（主治医）機能の推進と併せて、重複投薬等の減少を図る包括評価を導入するなどの重点化が行われたといえます。

◆認知症ケアをめぐる外来医療の主要な今次改定点

【新設】認知症地域包括診療料 1515点（月1回）

地域包括診療料を届出

認知症以外に1つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬5種類未満等

【新設】認知症地域包括診療加算 30点：再診料に加算

地域包括診療加算を届出

認知症以外に1つ以上の疾患を有する外来患者、内服薬5種類未満等

新たな評価が導入されたとはいえ、診療所が主な算定対象である上記加算は30点にとどまり、算定への大きなインセンティブになっているとはいえない状況です。

一方で、今後の診療報酬改定においても認知症ケアの重点化を通じ、かかりつけ医の役割は大きいといえるため、地域医療を担う「かかりつけ医」としての診療所は、かかりつけ機能充実を重視する必要があります。

(2)かかりつけ薬剤師との連携への期待

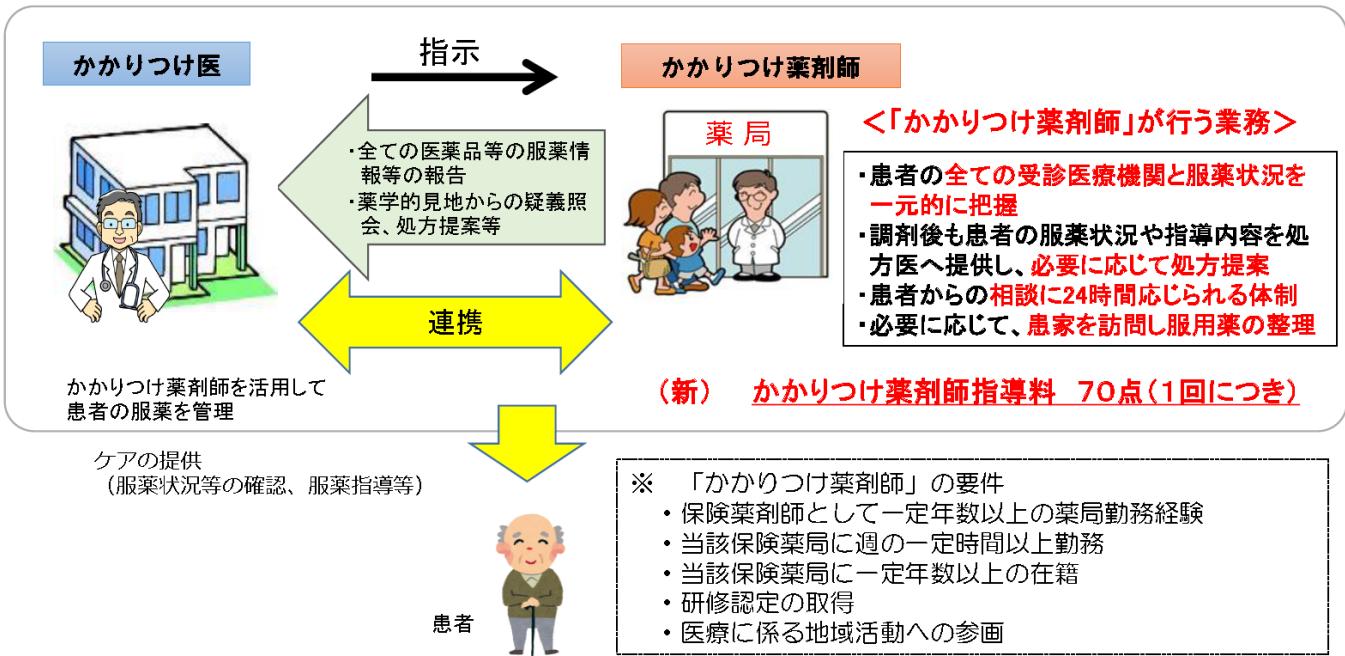
前述のように、かかりつけ医機能のなかでも焦点となっている認知症ケア評価では、薬剤を多種類併用する患者を対象外とし、減薬への取り組みが明確にされました。

そのため、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師との連携を通じて、医療費抑制策の一つとして位置づけられる多剤併用問題の解消を図るために、特にかかりつけ薬剤師との連携に期待が寄せられています。

●かかりつけ薬剤師の業務

患者の服薬状況を一元的・継続的に把握し、それに基づき患者へ指導を行い、また、得られた患者情報に基づき、かかりつけ医に服薬状況を報告するとともに、薬学的見地から処方内容の疑義紹介や処方提案等を行う。

◆かかりつけ医とかかりつけ薬剤師との連携イメージ



(出典)：厚生労働省「平成28年度診療報酬改定の概要」(2016年3月4日版)

かかりつけ薬剤師・薬局に関する社会の認知度はそれほど広がっておらず、一般化にはまだ時間がかかる見込みですが、特に在宅での減薬の取り組みでは、介護等を含め多くの職種による連携が必要であり、在宅で療養する認知症患者に対する成果が期待されています。

■ 認知症患者に対するかかりつけ機能による地域ケアのあり方

薬剤師だけではなく、今次診療報酬改定では歯科診療所に係る「かかりつけ機能の評価」が導入されたことにより、仮に歯科通院患者が認知症や脳卒中等を発症したことで在宅医療に移行した場合でも、医歯薬各分野がかかりつけ機能を発揮し、地域全体で患者のケアに取り組む体制づくりが求められています。

かかりつけ医としての診療所は、これら対象となる患者の情報の共有や退院支援に関わり、国が目指す地域全体でのケア実現に加わっていくことで、今後評価の重点化が見込まれる在宅医療における役割発揮も可能になります。

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 > サブジャンル:医療事故防止対策

診療部門における事故防止のポイント

**医療事故防止に当たり、
診療部門として留意すべき点を教えてください。**

医師は、医療行為について自分の担当する患者に対しては、最終的な責任を負っています。

これらを基本姿勢として診療に臨みます。

■診療部門で留意すべき事故防止のポイント

①患者への対応	<ul style="list-style-type: none">日常診療は、患者個人の氏名・性別・年齢等を確認してから開始する。患者との信頼関係が充分保てるように、日ごろから意思疎通が円満に図れるよう心がける。インフォームド・コンセント（十分な説明と同意）をもって患者の納得、同意を得て、検査・治療にあたる。
②他部門への対応	<ul style="list-style-type: none">医師は与薬・注射・検査など指示を出す際には、口頭のみでなく書面で行い、記載は正確に明確な字句を用いる。「あれ」、「それ」、「いつものやつ」など抽象的な指示は行わない。指示の変更など前回と異なる場合は、その変更内容が明確にわかるように対応する。
③医師および職員間での対応	<ul style="list-style-type: none">自由な発言や、建設的な議論のできる雰囲気づくりができるように、意識改革が必要。特に、上級職スタッフが率先して行うことが重要になる。医師が行った判断は、必ず他の者と意見交換し、互いに批判、検討する。医師相互間を含め、スタッフ同士お互いに協調性が保てる努力を怠らない。
④自己研鑽への対応	<ul style="list-style-type: none">自らの技術・知識を高めるとともに、臨床能力の維持や向上のため、教育・トレーニング研修会など積極的に参加する。自らの力量を過信せず、他の医師の意見も尊重する。日常においては、常に肉体的、精神的にも十分に体調を整えておく。

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故防止対策

医療廃棄物処理の リスクマネジメント

医療廃棄物処理について、リスクマネジメントの観点から具体的な取り組み方を教えてください。

医療技術の発展、進歩に伴い、ディスポーザブル容器の使用量も増加してきました。これに伴い、医療機関から排出される廃棄物の量も飛躍的に増加しています。そして、ディスポーザブル容器の発展により、器具の洗浄や滅菌の手間が大幅に省けた分、コスト高を招き、廃棄物の増加、また新たなリスク管理の必要性も生じてきました。

医療廃棄物のリスクマネジメントの基本は、まず分別することから始まります。

■廃棄物の大まかな分類

- ①一般廃棄物（紙、生ごみなど）
- ②非感染性の医療廃棄物（プラスチック、ビン、ガラス容器など）
- ③感染性廃棄物（患者の血液が付着したものなど）

これらの具体的な処理は、関係する法律に基づいて行われることになりますが、院内でリスクマネジメントの対象になるのは、主に感染性の廃棄物です。

感染性廃棄物の管理については、次のような重要ポイントが挙げられます。

■感染性の廃棄物管理のポイント

- ①感染性廃棄物のうち二次感染の起りやすい鋭利な廃棄物（注射針、ガラス類）は、他の感染性廃棄物と分けて保管し、この際には対貫通性のある容器を用いること
- ②感染性廃棄物を保管する容器にはバイオハザードマークをつけること
- ③保管は定められた場所とし、施錠するなどして関係者以外の立ち入りができないようにすること
- ④保管場所には取扱の注意事項などを明示し、保管期間をできるだけ短くすること
- ⑤廃棄処理をするものにあってはマニフェストの記入を必ず行うこと
- ⑥院内処理に当たっては定められた手順で行うこと
- ⑦処理を外部に委託するに当たっては、定められた処理業者であること

等

廃棄は、診療行為の中で日常的に発生する行為ですが、様々にリスクをはらんでいることから、組織的なリスク管理を行うことが大切です。