

# 勤務医委員会 NEWS (静岡県医師会)

Vol. 2 (2018年4月号)

皆様、こんにちは。新年度を迎えましたが、「診療報酬改定」や「介護報酬改定」などが同時期に実施され、医療（病院）関係者は何かとバタバタしているかと思われます。その一方で、病院内では、臨床研修医を含む数多くの新入職員が働き出し始め、新鮮な気持ちになれる季節でもあります。「勤務医委員会NEWS」の発行も第2回目となりますが、関係者の皆様にとって魅力的な情報を継続的に発信できるように努力していきます。

## ① 「診療報酬改定」のポイント

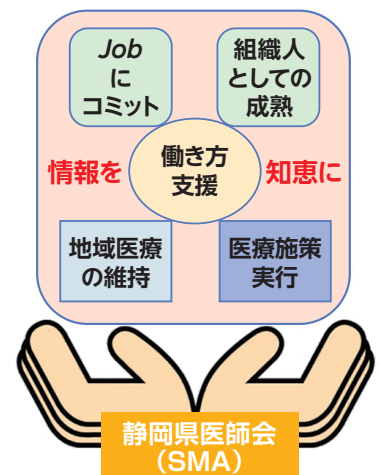
### [1] 病床数が200床未満か？400床以上か？

病床機能分化の観点から、200床未満の病院には、診療所とともに「かかりつけ医」機能を担ってほしい・・・

- ・「地域包括診療料・認知症地域包括診療料」の人員要件緩和
- ・「機能強化加算」新設や「特定疾患処方管理加算」増点など
- ・「地域包括ケア病棟入院料1」は200床未満のみ申請可
- ・「入院時支援加算」：200床未満は看護師配置が専任で可
- ・許可病床400床以上の地域医療支援病院は「紹介状なし」に特定療養費徴収を義務付け

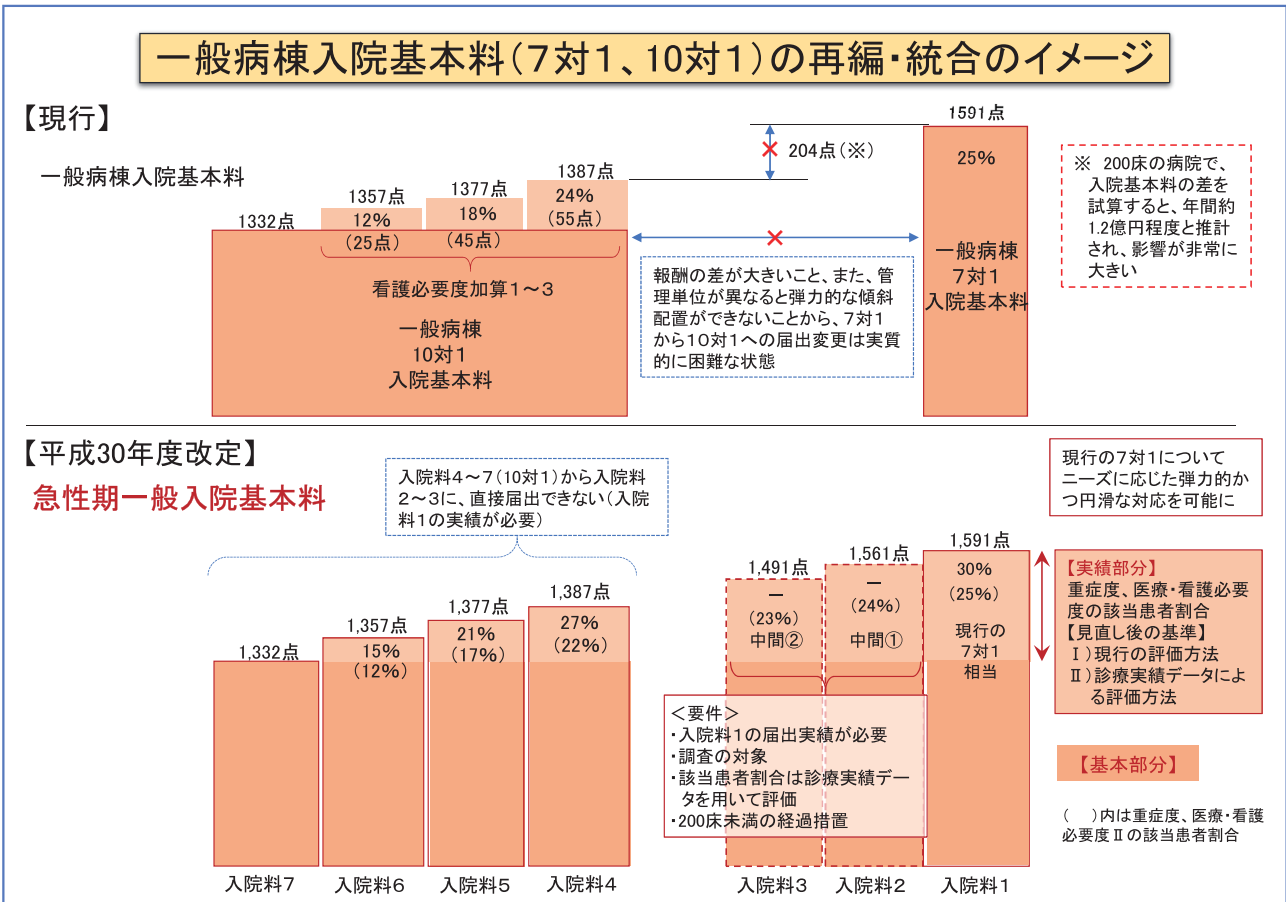
### [2] 外来診療において

- ・「妊婦加算」：問診票などで「妊娠していますか？」の項目追加を！
- ・認知機能検査（「長谷川式」問診など）の点数化
- ・「創傷処置」における乳幼児加算を「3歳未満」から「6歳未満」に
- ・「鶏眼・胼胝処置」は「月1回」から「月2回」まで算定可
- ・「認知症サポート指導料」新設：「認知症サポート医」の要確保！
- ・「オンライン診療料」「オンライン医学管理料」「遠隔モニタリング加算」の新設（原則：特定の疾患・患者、受診間隔の長くない再診、事前の合意と計画書、安全性）
- ・長期投薬抑制の徹底：200床以上の病院での処方料等減額、処方箋の様式変更
- ・ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の「長期投与」への処方料・処方箋料新設
- ・「小児抗菌薬適正使用支援加算」：通常の上気道炎・下痢症への抗菌薬処方抑制（小児科担当の専任医師によること、説明内容記載が必要）
- ・がん患者の就労支援：「療養・就労両立支援指導料」「相談体制充実加算」の新設（産業医との要連携）
- ・「小児運動器疾患指導管理料」新設：かかりつけ医からの依頼で整形外科医が管理
- ・透析「人工腎臓」の施設環境に基づいた点数改正（3段階に）



### [3] 入院診療において

- ・「医師事務作業補体制加算」の一律50点アップ
- ・看護補助者配置へのインセンティブ（身体拘束等の行動制限最小化）
- ・「一般病棟入院基本料」の再編（下図：厚生労働省の資料から）  
（既存の「10対1」から「入院料2・3」には上がれない、既存の「7対1＝入院料1」から「入院料2」に降りても30点減額・「10対1」・在院日数3日間の余裕あり）



- ・「一般病棟入院基本料（13対1・15対1）」→「地域一般入院基本料（1・2・3）」
- ・「地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料（1・2）」→「～（1・2・3・4）」
- ・「回復期リハビリテーション病棟入院料（1・2・3）」→「～（1・2・3・4・5・6）」
- ・「療養病棟入院基本料（1：[20対1]・2：[25対1]）」  
→「療養病棟入院基本料（1・2）」は基本「20対1」・「区分2・3患者」割合で分ける
- ・「入院時支援加算」の新設：看護師配置（200床以上は専従・200床未満は専任）
- ・褥瘡リスクアセスメントに「皮膚の脆弱性（スキン・ケアの保有・既往）」を追記
- ・「医療安全対策地域連携加算」：医療安全対策加算に地域連携加算を新設
- ・「抗菌薬適正使用支援加算」の新設  
（従前のICTと同じメンバーでのAST構成も可能だが、各々に専従者1人は必要）
- ・「緩和ケア診療加算」への管理栄養士参画による「個別栄養食事管理加算」追加
- ・「退院支援加算」→「入退院支援加算」（「虐待」「生活困窮者」追加）と「小児加算」（「地域連携診療計画加算」の算定が復活）
- ・「退院時共同指導料」は医師・看護師以外の専門職種による対応も可

- ・ 2種類の「重症度、医療看護必要度」の選択（下図：厚生労働省資料から）  
（Ⅰ：従来法、Ⅱ：レセプトで [A・C] を評価+ [B] のみ申請）「Ⅰ」≒「Ⅱ」+ 5%

◇ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し(評価票)

➤ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A モニタリング及び処置等				C 手術等の医学的状況			
	0点	1点	2点		0点	1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	—	16 開頭手術(7日間)	なし	あり	
2 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—	17 開胸手術(7日間)	なし	あり	
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—	18 開腹手術(4日間)	なし	あり	
4 心電図モニター管理	なし	あり	—	19 骨の手術(5日間)	なし	あり	
5 シリンジポンプ管理	なし	あり	—	20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり	
6 輸血や血液製剤管理	なし	あり	—	21 全身麻酔・脊椎麻酔の手術(2日間)	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、⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり	22 救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり	
8 救急搬送後の入院(2日間)	なし	—	あり	[各入院料・加算における該当患者の基準]			
B 患者の状況等				基準			
	0点	1点	2点	対象入院料・加算	基準		
9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上		
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助		・A得点3点以上 ・C得点1点以上		
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—	総合入院体制加算	・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上		
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助		・A得点2点以上 ・C得点1点以上		
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助	地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上		
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—				
15 危険行動	ない	—	ある				

- ・ 「麻酔管理料」アップによる常勤麻酔科医の支援
- ・ 特定集中治療室における「早期離床・リハビリテーション加算」の新設
- ・ 「特定集中治療室管理料1・2」における「研修修了・専任看護師」配置の要件化
- ・ 「特定集中治療室管理料」に「入退室時SOFAスコア」のDPCデータ報告の要件化

[4] 「働き方」関連

- ・ 小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等の領域は、週3日以上かつ週24時間以上で「常勤配置」要件への適用可
- ・ 「救命救急入院料」等の医師「常時・専任」→「看護師と連携し一時的に離れても可」
- ・ 「緩和ケア診療加算」で患者数1日15人以内の場合、チームメンバーは専任で可
- ・ 「総合入院体制加算」「医師事務作業補助体制加算」→医療従事者負担軽減体制の強化
- ・ 対面を求めるカンファレンスでのICT活用  
(感染防止対策加算・入退院支援加算1・退院時共同指導料ほか)
- ・ 「画像診断管理加算」「病理診断料」「病理診断管理加算」でのICT利用可

[5] その他

- ・ 医療技術に関して、新規107件の保険導入と既存技術200件の評価見直し
- ・ 200床以上の「回復期リハ病棟(入院料5・6)」「療養病棟」での「データ提出」義務化
- ・ DPC/PDPSにおける「調整係数」の終了
- ・ DPC対象病院での「短期滞在手術等基本料2・3」の算定不可
- ・ 「臨床心理技術者」→「公認心理師」へと統一

\* 記載内容はQ&A等で解釈が変わることもありますので、詳細は再確認してください

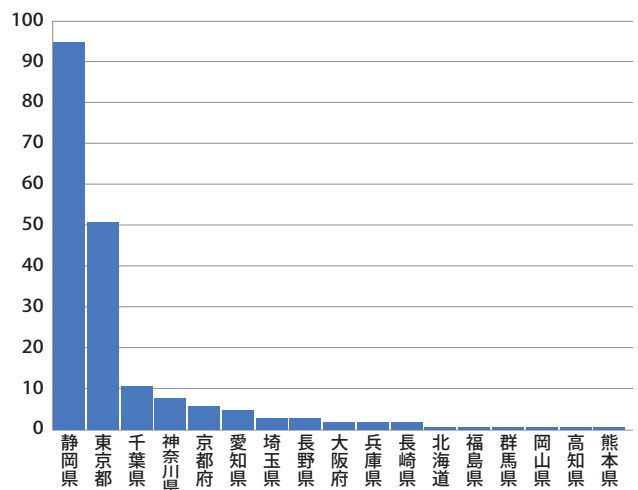


## ② 「新専門医制度」実施にともなう静岡県専攻医の動向

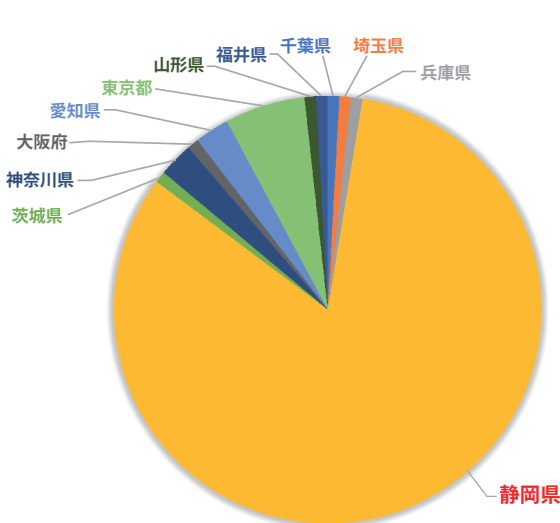
制度設計時から問題視され、事前準備不足などもあって1年間延期された「新専門医制度」が2018年4月から動き出しました。県内に「医学部のある大学」が一つしかなく、人口あたりの医師数が少ない静岡県は、これまで奨学金制度などを活用して臨床研修医を比較的多く県内に誘導してきましたが、今回、専攻医（3年目の医師）を県内医療機関のプログラムに十分マッチさせられず、多くの医師が東京を中心とする県外へと流出していきました。このような状況が数年続くと、静岡県の医療提供体制は大きな危機を迎え、救急医療などの面で県民の医療需要に応えることができなくなります。静岡県医師会では、現在、「医師確保対策」が県内での最大課題と捉え、中長期的な対応策を関係者と協議・検討しています。具体的には、数年前から「臨床研修医」を支援するイベントを催しつつ、2年前からは、県内の指導医が「屋根瓦式」に若手医師を育てる場を提供してきました。また、県行政や浜松医科大学とも協働して、「女性医師支援」に向けたネットワークの構築も強化してきました。2018年度は、「静岡県への医師のUターン・Iターン支援活動」と「医師バンク機能の構築準備」を事業計画の一つに考えています。即効性のある解決策はないと思いますが、何もせずジリ貧となることがないように、様々な「打ち手」を実行していくつもりです。

とにかく、県内の医療関係者が、あらゆる知恵を出し合うことが大切だと考えています。何か良い対応策や企画等がありましたら、県医師会事務局までご一報ください。

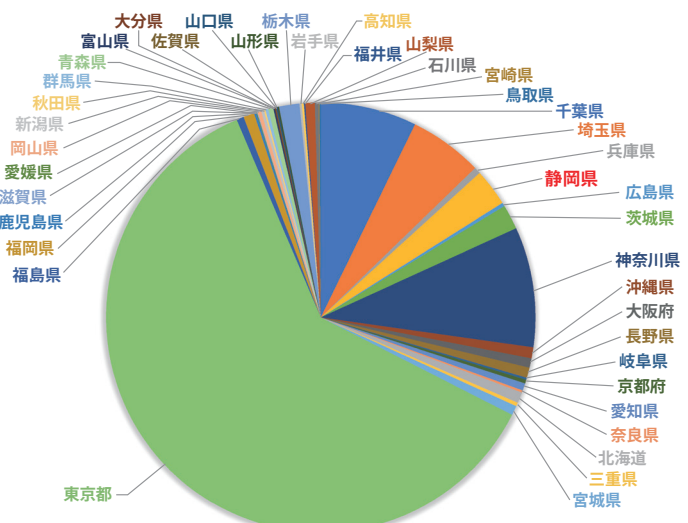
(文責：静岡県医師会理事・勤務医委員会委員 小林利彦)



静岡県の臨床研修医の専攻先都道府県



静岡県に登録した専攻医の臨床研修都道府県



東京都で専攻医となる医師の臨床研修都道府県

\* お問い合わせ先：静岡県医師会地域医療部事務局

電話：054-204-3310 Email：drsupport@jim.shizuoka.med.or.jp

