



医療計画の見直し事項を了承

厚労省・医療部会

回復期病床が不足する見通しに疑問の声

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は7月20日、来年度からはじまる第7次医療計画の検討状況の報告を受けた。医療従事者の確保策や地域医療構想の達成に向けた介護施設・在宅医療等の新たなサービス必要量の考え方などについて、概ね委員の理解を得た。ただ厚生労働省が、将来的に回復期病床が足りなくなると強調していることに対し、全日病会長の猪口雄二委員らが疑義を呈した。

報告内容は「医療計画の見直し等に関する検討会」で議論してきたものが中心で、①医療従事者の確保②協議の場③5疾病5事業④在宅医療⑤地域医療構想の達成に向けた取組みなど。

医師の確保に向けては、来年度の法改正を目指す抜本的な医師偏在対策とは別に、地域医療支援センターの機能強化など早期に実行可能な対策を説明した。センターが大学附属病院などと連携し、地域枠の医師のキャリア形成プログラムを策定することを義務化。地域枠の入学生を原則地元出身者に限定し、地域定着率を高め、医師確保を支援する。

部会では、地域枠を地元出身者に限定することについて、「様々な地域枠の取組みがある。地元限定すると混乱する」との意見が出た。このため厚労省は、「地域定着の考えがセットされた条件であれば認める」と回答した。

なお、歯科医師に関しては、入院患者に対する口腔機能の管理や口腔ケアが、在院日数の短縮や肺炎発症率の低下に効果があることから、病院に歯科医師が勤務することの意義が強調された。しかしこれに対し、歯科医師が病院に勤務することによる効果なのかについて疑問があるとして、再度データの整理を求める意見があった。

医療計画と介護保険事業計画の整合性を確保

協議の場合は、医療計画と介護保険事業(支援)計画の整合性を確保するため、都道府県と市町村の関係者が計画作成の段階で連携を図るために設ける。その際に地域医師会などを含めた作業部会を設置し、協議するとした。

両計画では今後の介護施設・在宅等の需要を見込む必要がある。地域医療構想では、2025年に向けて介護施設・在宅医療等で約30万人の追加需要を見込んでいるほか、高齢化により訪問診療による在宅医療で100万人の増加を見込んでいる。

約30万人の内訳は、「C3未満」(入院基本料等を除く医療資源投入量175点未満)と「療養病床の医療区分1の7割と地域差解消分」。これらをどう見込むかについて、厚労省は「C3未満」は原則外来で対応すると説明した。これに関し、日本医療法人協会会長

の加納繁照委員は「C3未満はすべて外来で対応するのか。再確認したい」と質問。厚労省は「その通り」と答えた。しかし日本医師会の委員は、「C3未満は慢性期機能と一体で推計することになっているはず。地域の状況により、退院先が在宅の場合も介護施設の場合もあり得る」と述べた。

また、追加需要の推計の考え方について、「厚労省としてできるだけデータを提示するが、どれも一長一短がある。どのようなデータを用いるかは、各調査・報告の性質を理解した上で、地域で判断してほしい」と説明した。

在宅医療の具体的な数値目標も、医療計画に書き込むことになる。訪問診療を実施する診療所、病院を把握し、診療所であれば、在宅医療専門や一般の診療所に対応できる患者数を見込み、将来の需要増に対応できるようにする。

地域医療構想の達成に向けた検討では、病床機能報告制度の見直しや地域医療構想調整会議の進め方について了承した。しかし、厚労省が地域医療構想ガイドラインに基づく全国推計で急性期病床が過剰になり、回復期病床が不足するというデータを強調していることに猪口委員が疑義を呈した。

猪口委員は、「病期としての回復期の患者の多くが急性期病棟に入院している。全国推計に基づいて、回復期の不足を強調し過ぎると、将来過剰にな



ってしまうのではないかと質問。これに対し厚労省は、「(本来回復期の病棟が急性期を選択するなど)病床機能報告制度で回復期機能がきちんと選ばれていないことが問題で、制度の改善が必要」と回答した。その上で、現状の報告では、回復期を担う病棟が不足しているとの認識を示した。

これに関連して回復期の報告が少ないことに対応するため、病床機能報告制度で、「リハビリテーションを実施していなくても、回復期を選択できることを再度、周知徹底する」と説明した。

また、国家戦略特区の提案を受け、医療放射線の管理で規制緩和を行うことを了承した。

PET(陽電子放射断層撮影)検査は現在、PET使用室での使用に限っている。しかし最近は「PET-CT、PET-MRI」という複合装置が開発され、より正確な診断を行うことができるようになった。このため、「可搬型PET装置」に限定して、MRI室等でも使用できるように規制を緩和する。その際に、放射線診療従事者や医療機関内の他の患者への放射線被曝を防護する適切な措置を求め、適正マニュアルの順守を必須条件とする。夏以降に医療法施行規則を改正する方針だ。

公的医療機関等の改革プラン策定を了承

厚労省・地域医療構想に関するWG

厚労省は病床機能の定量的データ提示

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」(尾形裕也座長)は7月19日、公的病院が地域における役割を明確化する改革プランを策定することを了承した。地域医療構想調整会議での議論に役立てる。また、厚労省が病床機能報告制度で得た情報の分析結果を示した。病院が報告した医療機能と提供している医療内容が異なることをデータ分析により指摘することに対し、慎重な対応を求める意見が相次いだ。

改革プランの策定は各公的医療機関が対象。公立病院を除く日本赤十字社・恩賜財団済生会・厚生農業協同組合連合会等の病院、共済組合・健康保

険組合・地域医療機能推進機構等の病院、他の独立行政法人(国立病院機構、労働者健康安全機構)の病院、地域医療支援病院、特定機能病院まで幅広い。

公立病院に対しては、すでに新公立病院ガイドラインがある。関係審議会等の意見を受け、公的病院にも、地域医療構想を踏まえた役割の明確化を求めることにした。

改革プランには、各医療機関が今後地域で担うべき役割や、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとの病床、診療科のあり方を記載する。さらに、公立病院改革ガイドラインと同様に、「病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項

目」、「紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目」、「人件費率等、経営に関する項目」などを求める。

病床機能報告制度で得た情報を基に厚労省が分析結果を示した。例えば高度急性期または急性期と報告している病棟で、「外科系」または「診療科で上位1位が外科系」を選択した病棟の「手術件数」「全身麻酔の手術件数」を集計した。その結果、手術件数ゼロ件が148病棟(約7%)、全身麻酔の手術件数ゼロ件が360病棟(約18%)あった。

同様に高度急性期または急性期と報告している病棟で、「呼吸器内科」を選択している病棟において「呼吸心拍監視」「酸素投与」の実施状況を集計した。

その結果、呼吸心拍監視の実施ゼロ件が40病棟(約6%)、酸素投与の実施ゼロ件が31病棟(約5%)あった。

委員からは「にわかには信じ難い。記入漏れや季節要因が大きいのでは」と精査が必要との意見が出た。

厚生労働科学研究の「入棟・退棟患者の経路に関する分析」(研究代表者=松田晋哉・産業医科大学教授)の結果も報告された。高度急性期では家庭からの入院が7割、退院先も家庭が6割など、医療機能別の入棟・退棟経路の特徴を明らかにした。その上で、入棟・退棟経路別の患者構成で、病棟の医療機能の推測が可能と示唆した。

全日病副会長の織田正道委員は、「データの分析結果は興味深いだが、一つの見方に過ぎない。主に担う医療機能を自主的に選択するのが病床機能報告制度の医療機能であり、定量的な基準とするのは難しい」と釘を刺した。

清話抄

地域連携推進法人のメリットは何か

地域連携推進法人がいくつか立ち上がったと、聞いている。

我々も、当該法人の申請を行うべく、連携している病院の理事長と申請に向けた準備を進めていた。2つの病院は、

異なるオーナーの民間病院であり、地域連携推進法人による連携強化は、有効に思えたからだ。

ただ、いろいろと経緯があり、直前で申請を取り下げることになった。

取り下げるか、否かで議論になったのは、連携推進法人の制度下でしかできないことは何か、という点だった。既に連携している2病院では、どちらもがん患者さんが多いこともあり、抗癌剤を中心に共同購買を実施している。こういった活動を行う組織として「一

般社団法人」も設立した。その社団法人のスタッフが、2つの病院で使用している異なる薬剤を調整し、一本化しながら交渉を進めた結果、既にかんりの経費削減効果が出ている。検査や清掃などの委託会社の選定も共同で実施している。

また、その社団法人に、病院の経営企画部門に似た機能を設置し、2つの病院の予算策定や予実管理、経営改善等の機能を担わせている。患者さんが行き来する際の利便性を向上させる業

務改善なども主導的に行う。オーナーが異なる2法人を越えた横断的な経営企画部門の設置は珍しいと思うが、設置する前より連携がスムーズになった。地域連携推進法人の制度下でしか実現が難しいことは、2法人間の病床移動だろうか。今のところ特に連携に支障をきたしていることはない。今後は、例えば、共同で放射線治療器を購入するなど投資リスクをシェアするといった、より一層深い連携を進めていきたいと考えている。(I)

主張

病床機能ごとの再編は 何を意図しているか

厚労省の地域医療構想に関するWGで「特定の機能を有さない病棟における病床機能報告の取り扱い」が示され、看護配置が7：1では高度急性期と急性期、10：1は急性期と回復期、13：1、15：1では回復期と慢性期などとなっている。これは病床機能報告と需要推計との食い違いを埋めるためのものであるが、今後病棟ごとに病床機能にあった患者の入院に収れんさせる方針であることから、かなり意味があると考えられる。

そもそも2013年時点の約135万床に対して2025年時点では115～119万床に需要が減少するとの見込みだが、各地域において需要に応じて病床を増減すればよだけなのだが、病床機能に基づいて病棟を収斂させなくてはならないのはなぜか。

「効率的かつ効果的」な医療提供体制には2つの意図がある。まず必要病床推計で、逆に不必要な入院はさせない意図を示した。地域医療構想で全国入院受療率を下げる目標を設定し、

重症度・医療看護必要度のためのHファイルにより、病棟ごとの不適応入院を監視する仕組みはできている。

次に高額な入院基本料の病棟に、不適合の患者を必要以上に長く入院させない意図がある。例えば7：1の病棟に回復期や慢性期相当の患者が多く入院しているようならば、高度急性期の看護体制にあった患者以外の診療報酬は減じるという具合である。

こうした目論見に存続をかけて民間病院は、患者の入院状況を鑑みて自らの病床機能を判断し、今後の投資を決定しなくてはならない。急性期で頑張るならばMRIなど急性期用設備に投

資し、回復期に転ずるならばリハビリテーションや入退院支援、在宅医療支援等を組織し、人員も13：1にまで下げる方が得策となる。

公立病院の機能については、民間病院が命運をかけた大きな選択をするとき、公立病院がその規模を維持するために地域包括ケア病床などに転換し、民間の活路を塞いでしまうようなことがあってはならない。効率性で言うなら赤字が補填される公立病院より、民間病院の方がはるかにいいのだから。地域調整会議の意味は重い。

(猪口 正孝)

支払い意思額の調査票に疑問点相次ぐ

中医協・費用対効果評価専門部会

調査結果は試行的実施の品目で活用

中医協の費用対効果評価専門部会(荒井耕部会長)は7月12日、来年度の制度化を目指す医薬品や医療機器の費用対効果評価の仕組みに関し、効果を測る基準となる支払い意思額の調査票について議論した。委員から様々な疑問点が指摘されたため、厚生労働省は一定の見直しを行い、再度委員に示して、理解を深める考えだ。また、今回の支払い額の参照値は試行的実施の品目で活用する。

支払い意思額の調査は、厚生労働科学研究費補助金による「国内の支払い意思額に関する調査」(研究者=福田敬・国立保健医療科学院部長)として実施する。本来は中医協の理解を得るものではないが、費用対効果評価の仕組みにおいては、重要な「参照値」となるため、費用対効果評価専門部会で

の理解を得る必要があるとされた。

費用対効果評価の「よい・悪い」を判断するには、増分費用効果比(ICER)を使って総合的評価(アプレイザル)を行う。ICERでは、新たな治療法に対し、1 QALY(質調整生存年)を獲得するために、X%の人がY円を支払う意思があるということ、受諾確率曲線の形で示す。

受諾確率曲線の位置により、費用対効果の「よい・悪い」が5段階で評価される。今回の調査はその受諾確率曲線を導くためのもの。具体的には、3千人以上を対象としたアンケート調査で、調査員が訪問し面接する。

質問では、完全な健康状態で1年間生存することを可能とする新しい治療法が開発され、その治療法に係る費用の総額がX円であるとき、公的保険か

ら支払うべきと考えるかを『はい』または『いいえ』で答えてもらう。あらかじめ設定した金額の組み合わせに基づき、得られた回答に応じて金額を上下させ、再度、同様の質問をする。

また、支払い意思額に影響すると考えられる収入や健康上の問題もあわせて調査し、必要に応じて補正を行う。例えば、年収や健康状態を示す活動状況を質問し、その結果が支払い意思額の回答に影響を与えているかを分析し、必要に応じて補正を行う。

過去の調査では、1 QALYあたり500～600万円程度というデータがある。WHO(世界保健機構)は、1人当たりGDPの1～3倍という数字を提示している。

委員からは、「多くの人は公的保険として支払うべき金額を十分理解でき



ない」、「対面調査という回答者の質問に調査員が違う答えをすれば、調査結果がゆがむ」、「年収など回答者の背景が受諾確率曲線にどう落とし込まれるかがまだよくわからない」など様々な疑問が出た。厚生労働省は、同日の委員の指摘を受け、調査票の見直しを検討するとともに、補足的な資料を準備する考えを示した。

調査は当初今夏に実施するとしていたが、再度中医協に示す必要が生じたため、遅れることも想定される。また、今回の調査結果は現在試行的に実施している13品目で活用し、来年度以降の制度化での活用方法は改めて検討することを明らかにした。

地域包括ケア病棟の評価を2つに分けることを検討

中医協・入院医療等分科会

回復期リハ病棟は手厚い人員配置の評価を検討

中医協の「入院医療等の評価・調査分科会」(武藤正樹分科会長)は7月21日、厚生労働省が提示したデータに基づき、地域包括ケア病棟入院料や回復期リハビリテーション病棟入院料をテーマに議論した。委員からは、「急性期病棟等と連携して患者を受け入れる機能」と「自宅等から患者を受け入れ、在宅療養を支援する機能」を分けて評価すべきとの意見が相次いだ。回復期リハ病棟は、リハビリ専門職の配置や患者の機能改善、退院後のリハビリの提供が論点になった。

同分科会では、2016年度診療報酬改定の附帯意見に基づき、入院医療関連の調査を実施し、その結果を踏まえて議論している。今回は「地域包括ケア病棟入院料・管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料」の詳細なデータが示された。その上で、厚生労働省が論点を示したが、まだ明確な方向性を示すものにはなっていない。以下、今回示されたデータをみていく。

地域包括ケア病棟の役割を議論

地域包括ケア病棟の届出病床数は増加傾向にあり、2016年10月時点で5万2,492床である。地域包括ケア病棟等は2014年度改定で導入され、その役割は①急性期からの受入れ(ポストアキュート)②在宅・生活復帰支援③緊急時の受入れ(サブアキュート)と整理されている。ただ病院の特色により、これらの機能のうち、どれを中心に担っているかには違いがある。

入院患者の状況をみると、院内の他病棟から転棟した患者の割合が90%以上の病院が全体の45%を占める。さらに、自院に7対1、10対1の一般病棟のある病院で、入棟前の場所が「自院の7対1、10対1」である患者の割合が90%以上の病院は、約3割と多い。自院の中で、7対1、10対1の病棟から地域包括ケア病棟に転棟させてポストアキュートの機能を活用するケースが多いとみられる。

地域包括ケア病棟の患者のうち入棟前の場所が「自宅等」である患者(サブアキュート)の割合が10%未満の病院は全体の35%を占め、逆にサブアキュートが90%以上を占める病院は13%だった。サブアキュートの役割を活用する病院は少ないことが確認された。

平均在院日数をみると、入棟前の場所が「自宅」の患者は28日で短く、「自院の7対1、10対1病床」の患者は54日で長かった。

地域包括ケア病棟に入院する患者の医学的な状況では、入棟前が在宅等の場合、「患者の状態が不安定で急性期の治療を行っているため、退院の見通しが立たない」が26.7%だが、在宅以外からの入院では7.9%と低く、入棟前が自宅等の方が、重症患者の割合が高い。

提供している医療内容をみると、全体で、検体検査やX線単純撮影などが、生体検査、CT・MRIに比べて多い。また、手術の実施は患者全体の3.5%にとどまっておき、輸血や胃ろう増設などが多い。リハビリは平均すると約

7割の患者が受けている。

在宅医療の提供状況を見ると、地域包括ケア病棟のある病院で、往診・訪問診療を行っている病院や、訪問看護部門や訪問看護ステーションがある病院は約半数にのぼる。約3割が在宅療養支援病院の指定を受けている。

これらのデータを踏まえ、厚生労働省は、「急性期病棟等と連携して患者を受け入れる機能」と「自宅等から患者を受け入れ、在宅療養を支援する機能」に着目して、患者の状態や医療の内容に応じた評価を検討することを論点とした。委員からは、両者の機能のどちらを担うかで、診療報酬の評価を分けるべきとの意見が相次いだ。ただ具体的などのような基準で分けるかについては「患者の重症度の違いが把握できていない」、「入棟前の場所の違いだけで分けるのは難しい」など、同日のデータでは明確に分離できないとの意見が多かった。

退院直後のリハビリが課題に

回復期リハビリテーション病棟入院料については、①リハビリ専門職の病床配置②患者の状態と機能の改善③退院直後の患者へのリハビリ提供―が論点となった。なお、2016年度改定で導入されたアウトカム評価はまだ調査結果が出ておらず、論点になっていない。

回復期リハ病棟における専従PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)のリハビリ専門職の病床配置をみると、施設基準で定める人員よりも手厚く配置する病棟が多



い。専従のPT3名、OT2名、ST1名を求めると入院料1では、合計15人以上配置している病棟が少なくなく、中には40人近く配置している病棟もある。また、入院料2、3でも入院料1の基準以上で配置している病棟がある。このため、手厚い病棟配置に対する評価を今後の課題とした。

患者の状態をみると、地域包括ケア病棟は「骨折・外傷(脊髄損傷以外)」が多いのに対し、回復期リハ病棟は「脳梗塞」が最も多い。患者の日常生活自立度は、回復期リハ病棟の方が低い。平均在院日数は回復期リハ病棟の方が倍以上長い。委員からは「回復期リハ病棟を機能の改善を目的とする病棟に統一できるか」との問題提起があり、機能改善を評価する指標が求められた。

回復期リハ病棟退院後も何らかのリハビリを必要とする患者は6割以上を占めるが、退院1カ月後のFIM(機能的自立度評価表)の運動項目の合計点数が有意に低下することを示すデータがあり、退院後に必要なリハビリを早期に受けられる体制が課題となっている。現行の疾患別リハビリテーション料では、退院直後にリハビリを行った場合の評価がないため、退院後のリハビリに円滑につなげる仕組みが必要との認識を共有した。

約30万人の在宅医療等の追加需要の考え方を整理

厚労省・医療計画見直し検討会 一般病床C3未満の取扱いに疑念残る

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」(遠藤久夫座長)は6月30日、2025年に向けて増加する介護施設、在宅医療等の需要に対応するための考え方を整理した。一般病床の医療の必要性の低い患者の退院と療養病床の再編を念頭に、医療計画や介護保険事業(支援)計画で、今後の需要増に地域で対応できる整備目標の設定を求めた。

地域医療構想ガイドラインの全国推計は、2025年の病床機能の分化・連携による介護施設、在宅医療等の需要増を約30万人と見込んでいる。高齢化で増える訪問診療の需要増も約30万人で、訪問診療を必要とする患者は約100万人になると想定される。介護施設、在宅医療等の需要増には、「C3未満」と「医療区分1の70%と地域差解消分」がある。

C3未満は、在宅等に移行できるとみなした医療資源投入量225点未満(入院料等を除いた出来高点数)に、在宅復帰に向けた調整幅を見込んだ175点未満で区切っている。地域差解消分は、

療養病床の入院受療率の都道府県の差を小さくすることで生じる病床減だ。

同検討会はこれらを踏まえ、今後のサービス必要量の整備目標・見込み量の一定の考え方をまとめた。骨太方針2017が地域医療構想について、「介護施設、在宅医療等の追加的必要量(30万人程度)を踏まえ、都道府県、市町村が協議し整合的な整備目標・見込み量を立てる上での推計の考え方等を本年夏までに示す」と明記したのを受けたものだ。

ただ全国一律の推計方法押し付けることはせず、参考となる様々なデータと提示し、地域の実情に応じて活用するとの取扱いにとどめた。

考え方を具体的にみていくと、一般病床の「C3未満」は、基本的に外来で対応できるとし、介護施設、在宅医療等の増加としては見込まない。厚労省は過去の患者調査から、一般病床から退院する患者はその後、8割強が外来で対応できると主張したためだ。

しかし全日病名誉会長の西澤寛俊構成員をはじめ、病院関係の委員は、調

査結果の解釈に疑念があると指摘するとともに、一般病床の入院患者は退院が容易でない事情もあることについて配慮を求める意見があった。

一方、療養病床の減少分は、外来、在宅医療、介護施設、新類型転換分のいずれかに移行することになる。介護保険法等一部改正法が先の国会で成立したことで、6年後の廃止が決まった介護療養病床の約6.3万床は、確実に他の施設等への転換が見込まれる。来年度からの介護保険事業(支援)計画では、移行分を一定程度見込んだ整備目標を立てる必要があり、厚労省は医療計画との整合性を図るとともに、地域医師会などの事前協議の必要性を強調した。

その上で、基本的には、2025年に約30万人が介護施設、在宅等に移行することを前提に、それを終点として、途中段階のサービス必要量を計画で比例的に推計すべきとした。

在宅医療では、医療計画の目標を立てる上で、「退院支援」、「急変時の対応」、「看取り」のそれぞれの機能ごと



の目標や、多職種による取組みを促す目標の具体的な数値目標を記載することに「努める」とした。具体的には、訪問看護や訪問歯科、訪問薬剤管理の目標を定める。

また、高齢化で今後増加する訪問診療など在宅医療の対応では、想定される患者数を、一般診療所や在宅医療専門の診療所がそれぞれどれだけ受け持つかを見込む必要があるとした。

厚労省は近く、地域医療調整会議の議論の進め方や病床機能報告制度の見直し、5疾病5事業の目標設定などとあわせ、これらの考え方を盛り込んだ通知を出す予定だ。

診療報酬の簡素化やレセプトの見直しを段階的に実施

中医協・総会

「現場が回ることを前提に進める」

厚生労働省は7月12日の中医協総会(田辺国昭会長)で、診療報酬の簡素化や事務の効率化・合理化を段階的に進めていく方針を示した。レセプトの見直しやデータの利活用の検討も同時に進める。次期診療報酬改定ですべて行うのではなく、その後数回の改定で実施する考えを示した。診療報酬の簡素化や事務の効率化・合理化には多くの委員が賛成したが、社会保険診療報酬支払基金の業務改革を背景にしたレセプトの見直しやデータの利活用には警戒感もある。

診療報酬の簡素化に大賛成

診療報酬の算定項目は、加算を含め診療行為で約5千項目、薬価は約1万6千項目、特定保険医療材料は約1千項目あり、それぞれの算定のための施設基準や留意事項がある。項目は改定の度に増加、複雑化しており、医療機関の負担感は大きい。全日病会長の猪口雄二委員は、「改定の度に医科点数表の本がどんどん分厚くなる。毎回、改定内容が決まり、通知が出て、短い期間で医療機関が対応するのはと

ても大変。医療の質向上を前提に、診療報酬の簡素化や事務の効率化・合理化は大賛成だ」と歓迎した。

厚労省は具体例として、◇各種の届出様式に重複する項目があるなど合理化の余地がある◇入院診療計画書などで求められる診療のプロセスの記載は診療録にすでにあり、別途記載が必要かを精査する必要がある◇医療情報システムなどで既存データを別の様式等への記載に活用できれば、入力の手間が省ける一などを指摘した。

レセプト情報活用の課題

レセプトについては、情報の利活用が進んでいることが強調された。厚労省のNDB(ナショナル・データ・ベース)では、匿名化処理を施した上で、全数データを集めている。その活用も大学や研究機関だけでなく、保険者によるデータヘルスの取組みにも利用されつつある。また、DPC制度では、診療実績データの提出が義務付けられているが、DPC対象病院ではない急性期の出来高対象病院からも、データ提出加算の新設により、2016年10月時

点で約3,400病院から診療実績データが収集できている。

一方で、レセプトの課題としては、◇患者の住所情報がないため、住所情報を基にしたデータ分析ができない◇診療行為の記載について、実臨床に即したコード体系になっていない◇国際的に標準化された用語や分類を参照した標準的なマスター等の整備の必要性一が指摘されている。

特に、健康・医療・介護分野のビッグデータの構築の観点では、レセプトを中核的なデータとして活用する上で、◇急性期入院医療以外の医療内容の分析が困難な項目になっている◇個々の情報を関連づけられない◇各分野特有の調査項目の設定によるデータ分析一などの課題を解決し、診療実績データとして活用することが期待されているとした。

これらの取組みを進める背景の一つに、支払基金の業務改革がある。業務改革では、レセプト審査のコンピュータチェックの寄与度を高め、AI(人工知能)を導入する。2020年度から新システム稼働を目指し、コンピュータ



チェックに適したレセプト様式の見直しを実施するとしている。

今後の対応方針として、厚労省は支払基金のシステム刷新と連動した対応の必要性を指摘。次期改定だけでなく、それ以降の数次の改定で、これらの取組みについて、次期改定でできることと、その後の改定で対応することを区分しつつ、秋以降に具体的な検討を進める方針を示した。また、届出・報告の簡略化や添付書類の省力化などはどの程度可能かの定量的な目標を定めることも提案した。

委員からは、「現場を無視した進め方は避けてほしい。システム改修の費用も大きい」との懸念が示された。これに対し厚労省保険局の迫井正深医療課長は、「現場が回ることを前提に、慎重に検討を進める」と明言した。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

従業員向け 団体保険制度

勤務医師賠償責任保険
産業医等活動保険
看護職賠償責任保険
薬剤師賠償責任保険

全日病会員病院および
勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

病院向け団体保険制度

病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
医療事故調査費用保険
医療施設機械補償保険
介護サービス事業者賠償責任保険
マネーフレンド運送保険
医療廃棄物排出事業者責任保険
個人情報漏えい保険
医療法人向けD&O 保険(役員賠償責任保険)
経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区猿楽町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿楽町ビル7F TEL. 03-5283-8066

訪問看護と他サービスの情報連携にICT導入で一致

厚労省・介護給付費分科会

特養配置医師の役割・報酬を見直すべきとの声も

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は7月5日と19日に会合を開き、5日には訪問看護を、19日には居宅介護支援と介護老人福祉施設をテーマに議論した。

ステーションに比べて低い 病院・診療所の訪問看護の単価

訪問看護を実施する事業所は2012年から2016年の5カ年で1.4倍に増えているが、介護保険の訪問看護に比べ、医療保険の訪問看護を実施する事業所数の方が伸びが大きい。とくに、病院・診療所に関しては、医療保険の訪問看護を実施する4,284カ所に比べると介護保険は1,597カ所と4割を下回る(2016年)。しかも、この数は2012年の3,874カ所に対して4割に落ち込んでいて、介護保険の訪問看護を実施する医療機関数は年々減少している。

この原因の一つに、介護報酬における訪問看護ステーションと病院・診療所との単価の格差がある。過去2回の介護報酬改定で病院・診療所による訪問看護の単価が引き上げられたが、依然として病院・診療所の単価は訪問看護ステーションの8割前後に過ぎない。

これについて老健局の鈴木健彦老人保健課長は、委員の質問に答えて「固定費の面でやはり訪問看護ステーションの方が高つく」と述べ、単価差は止むを得ないとの認識を示した。しかし、在宅ニーズの急増に対して病院・診療所が提供する訪問看護を量的にも充実させていく必要があることから、次回の介護報酬改定においても病院・診療所の単価が引き上げられる可能性がある。

規模の拡大が課題

訪問看護をめぐる論点として厚労省は、(1)緊急時や看取りへの対応のあり方、それとの関係で訪問看護ステーションの大規模化等安定的提供体制のあり方、(2)看護の一環としてのリハビリのあり方や看護職員と理学療法士等との連携のあり方、(3)訪問看護と

居宅介護支援を含む他サービスとの連携のあり方、の3点を提起した。

訪問看護ステーションの看護職員数は多くなる関係がある。24時間対応体制と緊急時訪問を評価する緊急時訪問看護加算および重度者への対応を評価する特別管理加算の届出率もステーションの規模と比例している。その一方で、看護職員数5人未満の訪問看護ステーションが全体の3分の2を占めており、規模の拡大は進んでいない。このため、厚労省は引き続き規模の拡大を促す報酬の設定を課題とする考えを示唆した。

(2)の論点は、理学療法士などを多数あるいは高い割合で従事させているステーションに24時間対応や重度者対応の回避あるいは要支援者に対するリハの提供を追求する傾向がみられること、さらには、「理学療法士のみで訪問し、アセスメントのための看護師訪問は行わない」ケースがみられるという調査結果を踏まえた検討を求めた。

日看協副会長の齋藤訓子委員は、「運営基準に、リハビリ計画を看護師と理学療法士等が共同で作成することやリハ主体の利用でも月1回は看護師が訪問してアセスメントを行うことなどを盛り込むべきではないか」と主張した。

一方、日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は、「訪問看護の提供は医療ニーズの高い中重度者を対象とし、軽度者は訪問介護で対応してはどうか。リハ担当者のみ、あるいは看護師と連携が取れていない訪問があるという現状は改善されるべきだ」と述べ、訪問看護の現状に厳しい意見を述べた。

(3)は訪問看護と他サービスとの連携のあり方をめぐる論点。訪問看護を提供している看護師やOT・PTと訪問介護や通所介護さらにはケアマネジャーとの間の情報共有をどう担保するかが課題となる。とくにターミナルでの情報連携が急がれる。

関係者が一堂に会することは難しく、ノートパソコン、タブレット、携帯電

話などのモバイル端末等を駆使したICTによる連携が必要となる。分科会もICTの活用で一致したが、同時に、書類の簡素化など煩雑な事務の効率化や事務職員の配置も必要との意見も示され、こうした取組みや配置の評価を求める声もあがった。

集中減算の見直しを求める声が多数

7月19日の介護給付費分科会は居宅介護支援と介護老人福祉施設について議論した。居宅介護支援について、厚労省は、①特定事業所集中減算のあり方、②入院時を含めた医療機関と居宅介護支援事業所のさらなる連携に向けた取組み、③身体的拘束廃止の取組みをさらに進める方策、などを論点として提示した。

作成するケアプランの80%以上が特定事業所のサービスに集中する場合に報酬を減算する特定事業所集中減算については多くの委員が見直すべきとしたが、廃止を求める声は少数にとどまった。他方で、集合住宅に対する居宅介護支援に何らかの減算を適用すべきとの意見も多く示された。

入院時の情報連携に関しては、診療報酬の「退院支援加算1」が入院後3日以内の退院困難患者抽出が算定要件となっていることもあり、入院時情報連携加算に「入院後〇日以内」とする要件を加えるかどうかが、今後論点として浮上する可能性がある。

介護老人福祉施設について、厚労省は、論点として、①入所者1人1人のニーズに即したケアを実現する方策、②看取りや医療ニーズへの対応をさらに進める方策、③身体的拘束廃止に向けた取組みをさらに進める方策、などを提起した。

このうち②の看取りや医療ニーズの議論で、日看協の委員は、介護老人福祉施設における医療対応の強化や看取り推進の必要を踏まえたとき、「これ以上の医師や看護師等の配置を求めるのは無理である」として、医療の外付けを強化すべきという考え方を表明し



た。外付けの一例として、重度の褥瘡などに対応する専任・認定看護師との連携をあげた。同時に、より充実した夜間体制を評価する新たな報酬や配置医と一体に看取った場合のより高い加算など、内部配置や体制を評価する報酬の新たな設計が必要と論じた。

こうした意見に対して、全国老人福祉施設協議会の委員は、「介護医療院との兼ね合いも含め、特養でどこまでやっていくのか役割分担を明確にしなければならない。何もかも特養というのは違う」と異論を唱えた。

これ以外にも、複数の委員から、医療と介護が手厚く提供される介護医療院の設置によって特養の位置づけが変わる可能性があるとして、そうした展望をも踏まえて特養における医療のあり方を検討する必要があるとする指摘があった。

日本医師会の委員は「老衰型の看取りまでは医師と看護師の内部配置で対応し、一定以上の医療ニーズには、介護医療院、地域の病院、有床診との役割分担を踏まえて対応していくべきである」と述べ、医療の外部利用を前提とした議論に反対する意見を展開した。

身体的拘束廃止に向けた取組みに関して、「特養には、拘束廃止だけでなく、転倒等事故の防止や感染防止などトータルな安全対策が求められている。医療機関におけるヒヤリ・ハット報告制度の導入が必要ではないか」といった提案も出た。

このほか、規制緩和によって看護師の確認で医師が死亡診断書を交付できるというガイドライン案にもとづく研修が議論にのぼり、日看協の委員は、特養をはじめとする看護師の積極的な研修参加への期待を表明した。

2025年のサービス量は介護療養型と介護医療院の合算で推計

全国介護保険担当課長会議

介護保険事業計画の基本指針を説明

厚生労働省は7月3日に全国介護保険担当課長会議を開催、都道府県や指定都市等の担当者に、6月2日に公布した介護保険法等一部改正法施行にかかわる事項および第7期介護保険事業(支援)計画策定に向けた基本指針案に関する説明を行った。

老健局の日原知己総務課長は、介護保険法等一部改正に盛り込まれた「利用者負担割合の3割への引き上げ」および「介護納付金における総報酬割の全面導入」について説明。3割負担に該当する者は受給者全体(496万人)の約3%(約12万人)であり、全面総報酬割によって負担が増えるのは約1,300万人であるのに対して約1,700万人は負担が減ることを明らかにした。

竹林悟史介護保険計画課長は第7期介護保険事業(支援)計画の基本指針案を示し、「これを基に作業を開始していただきたい」と、都道府県と市町村に求めた。

竹林課長は、基本指針の重要項目として、(1)地域包括ケアと地域共生社会の関係、(2)医療計画との整合性、(3)住宅局を含む関連部局との連携、(4)

自立支援・重度化防止の取組み、(5)人材の確保と資質向上の取組みなどをあげた。

そして、(2)医療計画との整合性については補足的な事務連絡を8月に送付する予定であること、(4)自立支援・重度化防止は市町村の事業計画の指針に初めて項目建てした事項であり、①データに基づく地域課題の分析②取組みと目標の計画への記載③指標による実績評価④インセンティブ(結果の公表と財政的措置)の付与というプロセスを踏みつつ全市町村が保険者機能を抜本的に強化して臨まなければならないと述べた。(5)人材確保も同じく初めて項目建てされたもので、都道府県による支援が不可欠であることを指摘し、留意を求めた。

「見える化」システムの概要示す

データ分析を支援する地域包括ケア「見える化」システムについては、計画策定に活用するための手引きを、近々全市町村に配するとしてした上で、「全国の実績等算出したので、8月にはシステムに掲載する」と述べ、介護

給付データを地域差分析だけでなく、全国値への収斂を誘導するツールとしていくことを示唆した。

市町村は「見える化」システムにより、サービスの見込み量を推計することができる。なお、介護医療院への転換が見込まれる介護療養型医療施設については、(1)第7期計画3カ年の利用者数は各年とも2017年度の利用者数を初期値に採用するものの、転換等を勘案し、計画期間に利用者数が段階的に減少するように量の見込みを定めること、(2)2025年の長期推計では介護療養型医療施設と介護医療院の両施設を合わせたサービス量として推計すること、(3)介護医療院の介護報酬等は未定であるため、将来推計機能上は介護療養型医療施設と同じ額を仮置きするなどの方針で臨むことを明らかにした。

三浦明振課長は、中重度者の在宅生活を支えるサービスの充実が急務であるとの認識から、「第7期計画では、普及が遅れている定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護等のニーズを的確に把握した上で、



それに対応した量を見込み、かつ整備していく必要がある」と強調した。

その際、市町村における量の見込みが円滑に実現されるよう、①公募制による事業者の指定②市町村協議制による指定拒否・条件の付加③市町村独自報酬による加算等の制度を十分活用すべきである、と指摘した。

鈴木健彦老人保健課長も、やはり伸び悩む看護小規模多機能型居宅介護(看多機)の必要性に触れ、「基本指針にあるように、第7期計画では地域の医療ニーズ等を踏まえて看多機の整備を検討してほしい」とした上で、「事業者から看多機への移行等の相談があった場合は適切な支援をお願いしたい」と訴えた。

第59回全日本病院学会 in 石川

石川学会のプログラムが確定。9月9・10日に金沢市で開催

指導的な国会議員、官僚、実業人が登壇。同時改定や改革に向けた情報が揃う

北陸で初となる全日病学会の開催が迫っている。「大変革前夜に挑め！今こそ生きるをデザインせよ」をテーマに、9月9日・10日に金沢市で開かれる「第59回全日病学会 in 石川」(神野正博学会長)はこのほどプログラムの詳細を確定した。登録演題数も710におよぶなど、全国から大勢の参加が見込まれている。

富山・福井両県支部の協力を得て石川県支部が運営する第59回全日病学会は、地域医療構想を伴った新たな医療計画と介護保険事業(支援)計画の同時施行および両計画を支える診療報酬・介護報酬の同時改定という、2018年度の大改革を目前に開催される。

それだけに、実行委員会(菊地勤委員長)は、学会テーマに即して今後の病院戦略設計に役立つ視点を提示するシンポジウム等を豊富に用意する一方、眼前に迫った改革への対応策を提起する講演等も多角的に企画、中身の濃いプログラムを組んでいる。

前者のプログラムとしては、病院には、医療だけでなく地域・社会・産業の枠組を再編していくポテンシャルがあるという認識と、それを踏まえた役割意識を呼び覚まして積極経営を提起するシリーズ企画だ。

6本のシンポジウムからなるこの企画は「デザインする(病院)」というコ

ンセプトで括られ、在宅医療、地域、医療の社会性、起業といったテーマに取り組む病院の新たな動きを、考え方だけでなく、事例・実践者を踏まえて考察する挑戦的なプログラムである。

シンポジウムには、武田俊彦厚労省医政局長(シンポ2)や唐澤剛内閣官房まち・ひと・しごと創生本部地方創生総括官(シンポ5)あるいは麻生泰(株)麻生代表取締役会長(シンポ3)など指導的立場の官僚や実業人を招聘しており、その発言に興味をもたれるところだ。

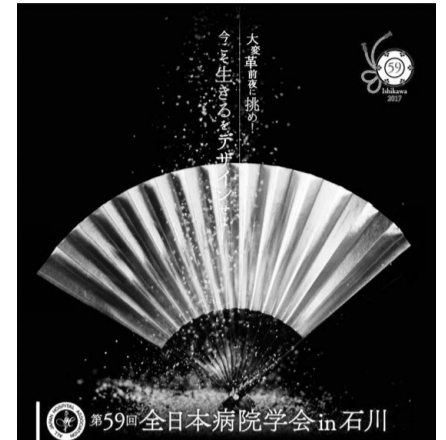
注目されるのは、「どうする医療～財務の視点、厚生労働の視点、地方創生の視点～」と題した特別シンポジウム(市民公開講座)だ。石破茂氏や田村憲久氏ほかの国会議員が議論に参加する。

一方、改革に向かう上で有用な情報を得る場としては、ニューヨーク州立Upstate Medical UniversityのR Eugene Bailey准教授による講演「米国地域医療における総合診療医、家庭医の役割」、武田俊彦厚労省医政局長による講話(特別講演2)、鈴木康裕厚労省医務技監による「平成30年医療・介護同時改定」(特別講演3)などがある。

他方で、全日病各委員会による企画として、「平成30年度医療・介護同時

改定を睨む」(パネルディスカッション1)、「持分なし医療法人への移行計画の認定制度について」(同2)、「全日本病院協会における総合医へのキャリアチェンジ支援事業について」(同3)、「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方」(同5)、「地域包括ケアと救急」(同9)などが組み立てられており、演者として登壇する会員病院の発言が貴重な情報をもたらすのは必至だ。

あるいは、教育講演の2～4では、IoT・AIや次世代デジタル医用画像解析などを取り上げ、「第四次産業革命」と臨床の今後について考察を加える。



「第59回全日本病院学会 in 石川」の開催概要

開催日 ◎2017年9月9日(土)～10日(日)
 学会長 ◎神野正博(全日病副会長・石川県支部長)
 副会長 ◎藤井久丈(全日病富山県支部長)、池端幸彦(全日病福井県支部長)
 実行委員長◎菊地 勤(医療法人社団博友会理事長)
 会場 ◎石川県立音楽堂、ホテル日航金沢、ANAクラウンプラザホテル金沢、金沢市アートホール

事前参加登録◎2017年3月6日～7月31日(予定)

参加費◎

	協会会員		一般	研究者	学生(大学院生含む)
	理事長・院長	左記以外の方			
事前登録	32,400円	10,800円	12,960円	5,400円	3,240円
当日登録	37,800円	12,960円	16,200円	6,480円	4,320円

*参加登録・宿泊の受付事務局は、(株)JTBサポート中部(中部MICEセンター)。
 TEL.052-218-2008、E-mail.mice@jsc.jtb.jp

■「第59回全日病学会 in 石川」主なプログラム

第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第7会場
石川県立音楽堂		ANAクラウンプラザホテル金沢			金沢市アートホール
2Fコンサートホール	2F邦楽ホール	3F鳳の間(東)	3F鳳の間(中)	3F鳳の間(西)	6Fホール

第1日(9月9日)

開会式 8:30～9:30					
特別講演1 9:30～10:00 横倉義武日本医師会長					
特別講演2 10:00～10:30 武田俊彦厚生労働省医政局長					
学会企画 シンポジウム1 10:30～12:00 在宅医療と病院	医業経営・税制委員会企画 パネルディスカッション2 10:30～12:00 持分なし医療法人への移行計画の認定制度について	医療の質向上委員会企画 パネルディスカッション4 10:30～12:00 病院の経営改善をデザインする	日本メディカル給食協会企画 10:30～12:00		医療従事者委員会企画 パネルディスカッション7 10:30～12:00 病院事務長研修及び看護部門長研修の成果—代表演題の発表—
学会企画 特別講演3 13:10～14:10 鈴木康裕厚生労働省医務技監 平成30年医療・介護同時改定: toward & beyond 変わるの、今だっ!!	学会企画 教育講演1 13:10～14:10 米国地域医療における総合診療医、家庭医の役割	高齢者医療介護委員会企画 パネルディスカッション5 13:10～14:40 地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方	日本医業経営コンサルタント協会企画 13:10～14:40 医療機関のための現場で使えるクレーム対応—患者の多様性と医療機関側のコミュニケーション能力—	学会企画 教育講演2 13:10～14:10 AIやIoTが社会を生活をデザインする	病院機能評価委員会企画 パネルディスカッション8 13:10～14:10 病院経営改善をデザインするための機能評価
医療保険・診療報酬委員会企画 パネルディスカッション1 14:10～16:10 平成30年度医療・介護同時改定を睨む	プライマリ・ケア検討委員会企画 パネルディスカッション3 14:10～16:10 全日本病院協会における総合医へのキャリアチェンジ支援事業について	広報委員会企画 パネルディスカッション6 14:40～16:10 病院ブランディングと街づくり		学会企画 教育講演3 14:10～15:10 イノベーションがこれからの臨床医学をどう変えるか	救急・防災委員会企画 パネルディスカッション9 14:10～16:10 地域包括ケアと救急
学会企画 特別シンポジウム(市民公開講座) 16:10～18:10 どうする医療～財務の視点、厚生労働の視点、地方創生の視点～				学会企画 教育講演4 15:10～16:10 VRがどう医療を変えるか	医療事故調査制度等支援担当委員会企画 パネルディスカッション10 16:10～17:40 医療事故調査制度への対応と課題

第2日(9月10日)

学会企画 シンポジウム2 9:00～10:30 医療の社会性をデザインする	看護師特定行為研修委員会企画 パネルディスカッション11 9:00～10:30 特定行為に係る看護師の研修制度を今後どう活用すべきか				
学会企画 シンポジウム3 10:30～12:00 地域をデザインする病院	病院のあり方委員会企画 パネルディスカッション12 10:30～12:00 2025年の医療をデザインする			学会企画 シンポジウム6 10:30～12:00 ニュージェネレーションが医療を変える～若手起業医師たちがデザインする	人間ドック委員会企画 パネルディスカッション13 10:00～12:00 医療職の働き方のデザインとメンタルヘルス
学会企画 シンポジウム4 13:10～15:10 枠を超えて生きるをデザインする病院	学会企画 シンポジウム5 13:10～15:10 チーム医療をデザインする: 医師事務作業補助領域の未来～病院の変革にどう貢献できるか～				
指定演題 15:10～16:00 BCP					
閉会式 16:00～16:20					



病院事務長に求められる役割とスキル

医療政策が大きく変わりつつある中で、経営の一翼を担う病院事務長の役割はますます大きくなっています。シリーズの第1回は、坂泌尿器科病院事務部の坂俊英部長にご寄稿いただきました。

事務長に必要なスキルとは？

いわゆる病院事務長に求められる役割とスキルに関しては、病院の形態、規模、組織成熟度、そして置かれている環境に大きく左右されると考えます。また一般的に必要なと言われていたスキルについても広く深い幅があり、事務長において求められるスキルは、一概に断言できるものではないと思います。

しかしながら役割についてはある程度共通する部分があると感じます。経営責任者に対して、的確な経営判断をしてもらうための情報収集とその提供、また下された経営判断を実行・実現するための計画立案と実行、そして進捗を管理し調整する役割を担うのが事務長だと考えます。

一般的に求められる役割は沢山ありますが、今後の医療業界を乗り切っていくためには重要な役割だと確信します。この役割に限ってスキルを選択するのであれば、情報収集と分析能力、問題解決能力、戦略策定・実行のスキルが該当するのではと思います。

また、経営責任者や院長の発信力を強めることも事務長の重要な役割だと思います。病院は非営利組織であり、患者さまへの医療サービスの提供が原則で、最終的なゴールとなります。もちろん、非営利組織とは言え、組織の維持には利益を上げることが必要ですが、最前線の現場のスタッフにはあまり関係はありません。事務長が組織のために利益を得ようと声高に旗を振るよりも、医療サービスのトップである院長が自らのビジョンを説明し、主導するほうが遥かにスマートで効果的だと思います。病院において院長は、医療法上で医療機関としての医学管理及び病院組織運営の管理者であり、全般的な権限をもってリーダーシップを発揮することが期待されています。病院運営会議等を整備して院長からの施策や情報の発信力を強化すべきです。院長からの情報発信としての場をしっかりと構築し、その言葉に含蓄をもたせ、職員へ深く浸透させていくことも事務長の重要な役割であると思います。

経営的判断をするのはあくまで経営責任者や院長であるべきです。事務長はそのサポートとしての立場であることを忘れてはなりません。しかしながら経営責任者、院長と事務長との相互の信頼は病院の成長にとってかけがえないものだと考えます。日常的に医療や経営を通して意見交換をしていくことが重要かと考えます。

事務長の情報収集

日常の業務においては経営的判断の礎となる、財務データの把握、管理はもちろんですが、医療サービス提供のための療養担当規則、そして労務等を総合的に判断する知識が必要です。全てについて深く知るのには困難なことですが、これはおかしきぞと気づく程度のアンテナの感度は必要かと思えます。

先にあげた事務長に必要なスキルの中でも、特に外部環境の情報収集は非常に重要だと感じています。事務長個人のスキルアップにも必要な活動ですが、病院のためになる情報に溢れています。事務長の勉強会などは色々な地域でも行われていることと思いますが、同じ地域で活動する同士たちとの情報交換や関わりは、必ずや自分や病院への恩恵があります。

私は札幌を中心とした病院の事務長クラスの勉強会に幹事として参加させて頂いていますが、各病院の生データや情報交換をはじめ、労務関係や助成金、経営戦略の勉強会など多岐に渡る活動を通して得るものは大きいと感じています。

例えば昨年義務化されたストレスチェックについてのディスカッションを行いました。提出されたデータを見るだけでも、各委託業者の手法別の単価が明確になります。これは今年度の契約において、委託業者との交渉に使うこともできますし、業者の切り替え等の判断にも使えます。

また、地方厚生局の適時調査・個別指導についてのアンケートも実施しましたが、厚生局発表の指導内容だけでは得ることのできない生の情報を得ることができました。過去にはエネルギー関係のコストについて共有しており、そのデータに基づいて一冬に何百万もコスト削減した病院も存在しました。

これは取り組みのほんの一例ですが、自院には些細なデータと思われることも、他院には絶大な効果を与える情報というものがありますので、外での勉強会や交流会など、積極的に参加されることをお勧めします。この集まりでは年間勉強会を10回ほど開催しており、今後も実用的な例会の開催に取り組んでいきたいと考えております。また、病院建替えなどの情報については、事務長同士の交流がとても役に立っており、個人であれば行き着くのが困難な手法さえもあつという間に得られる場合もあります。経験というのは大きなもので、先人に学ぶのは大変効率的な解決方法だと思います。組織内部での仕事の積み上げも大切ではありますが、事務長には外部で効果的な情報を集めて自院に活かすことも重要な仕事だと考えます。

今後の当院の経営方針

当院は40床の泌尿器科病院を中心とした法人です。理事長は患者さまへ安心で安全な治療の提供を唱え、内視鏡の治療や放射線治療(強度変調放射線治療)等の低侵襲の医療サービスの提供を進め現在に至ります。当院は泌尿器科がメインであり、患者の年齢層は比較的高いので、超高齢化社会においては今後も一定数の患者の確保ができる可能性もありますが、より確実に病院を存続させていくためには技術の特化が必要だと考えています。当院で言うところの経尿道的前立腺レーザー核出術(HoLEP)や経尿道的結石砕石術(TUL)、経皮的腎砕石術(PNL)、そして前立腺がんの放射線治療が主力となります。これらの手術に関しては、難易度が高い症例であっても、当院では治療が可能であることを目標に技術の向上はもとより、スループットの向上にも日々努めています。

今後の医療機関経営においては強みを持つことが非常に大切であると感じます。当院は小さな病院ではありますが、上記の強みを活かし、様々な医療機関との共生を望んでいます。この症例であればあそこに頼れば良いと医療職の皆さんに思ってもらえるような実績を作っていくことが大事だと考えています。最近では大学病院等からの紹介も増えており、治療だけでなく情報の共有の質の向上にも取り組んでいます。

病院組織に必要な人材の育成と確保

しかしながら、このように高い技術を維持するためには考えねばならない問題が山積しています。1つは技術の維持及び継承です。特に手術の手技においては医師個人の技量に依存するので、他の医師への技術指導が必須です。また、他医療機関からの見学受け入れも増やして情報発信を強化して認知度の向上に取り組んでいます。医師は出身大学等に拘らず向上心のある医師を受け入れる方針としています。

また医師以外の職員の質向上に取り組む必要性があります。当院では看護師についてはほぼ中途採用となっています。総合的に学べる大病院での教育には太刀打ちができないと考えますが、今後の高齢社会において、泌尿器関連のスキルが重要であること、個人のスキルとしても活かせることを、専門病院ならではの症例数の多さを活かして身につける教育を推進して、看護師の入職を推進し、有能な人材を育てていくことが重要だと考えています。

看護部以外の部署では、少人数の部署が多くあり、管理者のポストは埋まっています。この事実が若い職員のモチベーションを下げるのではと懸念しています。以前の対応策としては病院

を組織横断的な単位に分け、他業種に関わる業務改善等に取り組みさせるマネージャー制度を発足させ、その業務に対して手当を与える手法を取っていました。現在ではそのメンバーの多くが師科長となり、管理職業務がメインになったため、廃止としましたが、今後は権限や責任の委譲を細かく設定していくことで仕事へのやりがいを作っていくことが大切かと考えています。

また、実行には移しておらず、構想段階ではありますが、役職に付けることができない有能な職員がいた場合には、自ら退職される前にこちらから他院を紹介するのもひとつの手ではないかと考えています。相手先の病院に関しては、条件や待遇などは事務長から交渉することにより、優秀な職員との関係性は切れず、病院同士の連携も深くなっていく可能性も考えられます。

病院に求められる経営改革と事務長

現在、医療業界は機能分化と地域連携が推進されており、これを達成せずして病院の生き残りはなし得ないのでないかと考えます。まずは自院機能のポジショニングが重要で、患者、他医療機関から自院が選択したドメインで信頼を勝ち取り、存在価値を見出す必要性があります。そこから初めて生き残り戦略が見えてくるのかと思います。その決断をサポートするのが事務長の役割だと考えます。自院のリソースや外部環境の情報を把握して、判断しうるのは事務長しかないと考えます。病院の組織構成の中で見ると同じような役職には診療部長、診療支援部長、看護部長等がありますが、事務長に関しては、ただの部門の長であると考えてはいけないと思います。組織の中を横断的に調整し、病院外の活動で自院の存在価値を高める有為な情報を獲得し、自院を外部環境と繋いでいく唯一の役割を持っている役職だと考えています。

最後に

理事長や院長の夢や構想を聞かせて頂くことは、事務長にとってはとても大切な機会であり、今後の業務の質に関わる重要な要素です。そのような時間を増やして頂けるのは大変ありがたいことだと思います。周りの素晴らしい事務長を見ても、理事長や院長との繋がりを大切に、さらに他院の事務長との強固なネットワークを持っている方が多くいます。力不足の私が述べたものでは、到底参考にはなりません。様々な事務長と交流をした実感として今回の寄稿を致しましたので、何かの参考にさせていただければ幸いです。

効率化、複雑性、カバー率係数の重み付けを変更

中医協・DPC評価分科会

中医協のDPC評価分科会は7月19日、次期診療報酬改定に向け、DPC制度見直しの具体的な議論を開始した。基礎係数Ⅰ群病院とⅡ群病院の機能評価係数Ⅱの項目の重み付けの変更

激変緩和措置でも一定の方向性

では「効率化係数」「複雑性係数」「カバー率係数」を対象とすることで合意した。激変緩和措置の考え方も一定の方向性を得た。また、分科会長に山本修一・千葉大附属病院院長が就任した。

保険診療係数は、現行の評価項目のうち、「部位不明・詳細不明コードの使用割合」が20%以上であれば減算する割合を引き上げるなど厳格化する。Ⅰ群病院が厚生局に「指導医療官」を

派遣した場合の加算は、実績が少ないため、廃止を検討する。病院情報の公表は一部修正や追加項目の検討を行う。激変緩和措置については、DPC対象病院になる前の出来高収入を保障し続ける緩和措置は行わない。収入の激変を防ぐための緩和措置は実施するが、1年ごとに見直し、保障する範囲を小さくする方向で検討する。重症度係数廃止に伴う対応も図る。

原価計算方式のイノベーション評価に慎重意見

中医協・薬価専門部会

支払側は原価のデータを要求

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は6月28日、イノベーションの評価について議論した。特に、原価計算方式で算定される医薬品に対する評価が現状で不十分であるとの指摘を踏まえ、厚生労働省が見直しを求めたが、委員からは、慎重な意見が相次いだ。

イノベーションの評価については前回、特許期間中の新薬に対する新薬創出・適応外薬解消等促進加算を議論した。今回は収載時の薬価または既収載

品の薬価改定時に、臨床上の有用性等に基づき行われる評価を議題とした。薬価制度の抜本改革の基本方針には、イノベーションについて、「真に有効な医薬品を適切に見極めて、イノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る」と明記されている。

医薬品の価格設定には、類似薬がある場合の類似薬効比較方式と類似薬がない場合の原価計算方式がある。類似薬効比較方式では、画期性加算や有用

性加算などがある。一方、原価計算方式における評価は、「平均的な営業利益率に対する補正」として行われている。厚労省は、原価計算方式のイノベーション評価を見直し、不透明と批判の多い原価計算方式の正当性・透明性を向上させる考えを示した。

これに対し診療側の委員は、「原価計算方式で算定した医薬品を販売する製薬企業がかわいそうと主張しているのか」と質問。厚労省は「そういうこ



とではないが、イノベーションの評価が限定的と指摘している」と答えた。支払側の委員は「我々にはわからない原価に加算するわけにはいかない。原価を示すデータを製薬企業は明らかにしてほしい」と要望した。

支払基金の改革工程表を発表 可能な業務はコンピュータ処理に置き換え

厚生労働省は7月4日、社会保険診療報酬支払基金の改革に向けて「支払基金業務効率化・高度化計画・工程表」を発表した。ICTの活用による審査の効率化や支部組織の見直し、人員の削減などを内容としている。厚労省は、来年の通常国会で支払基金法の改正を含む法整備を行う方針だ。

レセプト審査のプロセスについては、ICTの活用方法を根本的に見直し、医療機関の請求段階から統一したコンピュータチェックを中心とし、可能な業務をすべてコンピュータ処理に置き換える考えを示している。その実現のため、2020年度中に審査支払いシステムを刷新し、ICTやAIの活用により、2022年度までにレセプト全体の9割程度をコンピュータシステムで完結させることを目指す。

一方、審査委員会は、医学的判断が定着していないレセプト審査に重点化することにより、審査委員の負担を軽減するとともに、審査業務の効率化と質の向上を図る。その際には、万全な情報管理の下で、支部のレセプトを本部に集約し、審査を可能とする。

また、審査委員会の中立性をより強化するために、利益相反ルールの厳格

化、明確化を図る。将来的には、審査委員会にかけられるレセプトは重点審査分に限り、レセプト全体の1%以下を目指す。

レセプト様式は、コンピュータチェックに適したものに見直す考えだ。定性的な記載項目については、電子レセプト上で医療機関が選択できる方式を導入する。

また、職員の業務体制や支部のあり方など現体制を全面的に見直し、業務体制の徹底的なスリム化を図る。人員体制は、遅くとも2024年度末の段階で現行定員の20%程度、約800人の削減を計画的に進める。同時に、医療専門職やICTなどの専門人材の採用拡大などにより、「自ら考え、自ら行動する頭脳集団」に相応しい人材の高度化を進めるとしている。

なお、支払基金の改革と同時並行で、国保中央会と国保連合会においても取組みを進める。厚労省が進める保健医療データプラットフォームが本格稼働する2020年度以降に順次具体化を図り、2024年度には、支払基金と国保中央会の双方の業務が整合的・効率的に機能することを目指し、審査システムのコスト削減を図る。

初の医務技監に鈴木康裕前保険局長 厚労省が幹部人事

厚生労働省は7月11日付けで幹部人事を行った。医系技官の事務次官級の新ポストである医務技監に鈴木康裕・前保険局長が就任した。保険局長は鈴木俊彦・前年金局長、医政局長は武田俊彦・前医薬・生活衛生局長、老健局長は濱谷浩樹・前大臣官房審議官になった。

【主な異動】括弧内は前職

▷厚生労働事務次官 蒲原基道(老健局長)▷厚生労働審議官 宮野甚一(職業能力開発局長)▷医務技監 鈴木康裕(保険局長)▷医政局長 武田俊彦(医薬・生活衛生局長)▷健康局長 福田祐典(大臣官房技術・国際保健総括審議官)▷医薬・生活衛生局長 宮本真司(日本年金機構理事)▷子ども家庭局長 吉田学(雇用均等・児童家庭局長)▷老健局長 濱谷浩樹(大臣官房審議官)▷保険局長 鈴木俊彦(年金局長)▷年金局長 木下賢志(内閣官房内閣審議官)

▷大臣官房総括審議官(国会担当) 坂口卓(大臣官房審議官)▷大臣官房総括審議官(国際保健担当) 山本尚子(大臣官房審議官)▷大臣官房審議官(老健担当) 谷内繁(大臣官房審議官)▷大臣官房審議官(医療保険担当)

渡辺由美子(大臣官房会計課長)▷大臣官房審議官(医療介護連携担当) 伊原和人(大臣官房年金管理審議官)▷社会・援護局障害保健福祉部長 宮崎雅則(大臣官房審議官)▷大臣官房審議官(医政、精神保健医療等担当) 椎葉茂樹(大臣官房審議官)

▷大臣官房人事課長 山田雅彦(大臣官房参事官)▷大臣官房総務課長 大西証史(健康局総務課長)▷大臣官房会計課長 中村博治(医政局総務課長)▷大臣官房厚生科学課長 浅沼一成(健康局結核感染症課長)▷医政局総務課長 榎本健太郎(保険局国民健康保険課長)▷医政局経済課長 三浦明(老健局振興課長)▷健康局総務課長 間隆一郎(年金局年金課長)▷医薬・生活衛生局総務課長 屋敷次郎(日本年金機構本部経営企画部長)▷老健局総務課長 北波孝(大臣官房付)▷老健局介護保険計画課長 橋本敬史(政策企画官)▷老健局振興課長 込山愛郎(内閣府参事官)▷保険局総務課長 依田泰(年金局総務課長)▷保険局保険課長 田中徹(社会・援護局保護課生活保護制度改革推進官)▷保険局国民健康保険課長 鳥井陽一(内閣官房内閣参事官)

2017年度 第2回理事会・第4回常任理事会・第1回支部長会の抄録 7月22日

【主な協議事項】

●入退会の状況(敬称略・順不同)

正会員として以下の入会を承認した。
千葉県 医療法人社団心和会成田リハビリテーション病院 理事長 荒井 宗房
大阪府 医療法人聖和錦秀会阪和いずみ病院 院長 湯 久浩
広島県 医療法人社団清風会五日市記念病院 理事長 梶原 四郎
愛媛県 社会福祉法人恩賜財団済生会松山病院 院長 宮岡 弘明
福岡県 社会医療法人財団白十字会白十字病院 院長 淵野 泰秀
他に退会が5会員あり、正会員は合計2,499会員となった。
準会員として以下の入会を承認した。
茨城県 社会医療法人若竹会セントラル総合クリニック 院長 榎本 貴夫
準会員は合計82会員となった。
賛助会員として以下の入会を承認した。
株式会社富士通総研 (執行役員エグゼクティブコンサルタント 細井 和宏)
株式会社INE (代表取締役 伊藤 圭二)

他に退会が2会員あり、賛助会員は合計95会員となった。

- 各委員会委員長・委員案を承認した。
- 外国人技能実習生受入れに係る事業運営要綱(案)を承認した。
- 埼玉県支部長の交代について 埼玉県支部長の中村康彦先生(上尾中央総合病院理事長)が退任し、中村毅先生(戸田中央総合病院理事長)が就任したことを承認した。
- 埼玉県支部事務局の移転変更、長野県支部事務局業務委託書の変更、静岡県支部事務局及び業務委託覚書の変更、大阪府支部事務局及び業務委託覚書の変更、高知県支部事務局及び業務委託覚書の変更、熊本県支部事務局の移転を承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請を承認した。
- 各委員長が研修会で開会挨拶するなど各委員会の役割の見直しを承認した。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「中央社会保険医療協議会総会、各専門部会・分科会等」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「社会保障審議会医療部会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、

一冊の本 book review

日本の医療と介護

著者●池上直己
発行●日本経済新聞出版社 定価●2,200円+税

医療・介護政策の複雑な現状を理解し、今後を予測するためには、過去の政策から理解しなければならない。本書では医療・介護政策の複雑な仕組みと課題が、歴史の変遷やそのターニングポイントとともに、わかりやすく解説されている。また、多死社会を迎える日本の医療介護政策において不可欠な課題となる終末期ケアに関しても焦点が当てられており、医療・介護に関わるすべての関係者に薦めたい一冊となっている。



- 「技能実習制度への介護職種の追加に向けた準備会」などの報告があった。
- 講習会、研修会について 「全日本病院協会DPC分析事業(MEDI-TARGET)」「看護必要度(Hファイル)入力点検機能」無料操作説明会、「平成29年度保健指導士更新研修会」、「平成29年度第2回AMAT隊員養成研修(石川会場)」、「第12回医療機関トップマネジメント研修コース」の概要が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について □主たる機能(3rd G: Ver.1.1 ~ 順不同)
- ◎一般病院 1
東京都 天本病院 新規
埼玉県 越谷誠和病院 更新
神奈川県 相模台病院 更新
広島県 セントラル病院 更新

- ◎一般病院 2
東京都 帝京大学医学部附属病院 更新
大阪府 北摂総合病院 更新
愛媛県 十全総合病院 更新
- ◎リハビリテーション病院
福岡県 聖マリアヘルスケアセンター 新規
- ◎慢性期病院
北海道 愛全病院 更新
静岡県 湖山リハビリテーション病院 更新
- ◎精神科病院
島根県 安来第一病院 更新
6月2日現在の認定病院は合計2,176病院。そのうち、本会会員は877病院と、会員病院の35.1%を占めている。

新専門医制度の来年度開始の準備を宣言

日本専門医機構

10月の専攻医登録目指す

日本専門医機構の吉村博邦理事長は7月7日の会見で、「来年度のスタートに向け新専門医制度の準備を進めることを理事会として決定した」と宣言した。厚生労働省の検討会などが求めている地域医療への配慮を新整備指針と運用細則に反映。機構として来年度開始の準備が整ったとの認識を示した。7月中に各基本診療領域の研修プログラムの審査を始め、10月には専攻医の登録開始を目指す。

厚労省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」が、医師偏在の拡大防止など地域医療への配慮について求めているのは、次の4点であった。

- ①専門医取得は義務ではない
- ②カリキュラム制の設置の明確化

- ③市中病院も重要な研修拠点とする
- ④運用状況の都道府県協議会への報告と情報の共有。

これらは既存の整備指針、運用細則、Q&Aに考え方として、すでに盛り込まれていたが、さらなる明確化を全国市長会や全国知事会の代表者が要請していた。

特に、④の運用状況の都道府県協議会への報告と情報の共有については、全国知事会の代表が機構から都道府県協議会への情報提供が「任意」であると読み取れる文言になっていると反発。義務的な取扱いにするべきと主張していた。機構は7日の理事会でこれらの求めに応じた内容の整備指針と運用細則の改訂を了承。吉村理事長が「来年度の開始に向け準備が整った」と宣言

した。また、松原謙二副理事長は、今後問題点が指摘されれば、改善を行う姿勢であることを強調した。その上で、「研修プログラムの内容は機構が審査・認定し、都道府県協議会が検証する。その過程で、問題があれば研修プログラムの修正をお願いする。想定はしていないが、(整備指針や運用細則に明らかに違反しているなど)あまりに不適切な研修プログラムは、取消しも視野に入れる。来年度からのスタートに自信を持っている」と述べた。

すでに各基本診療領域の研修プログラムの審査に入っており、10月の専攻医登録を目指す。定員を超える申請があった場合などの対応に時間がかかることが想定されるため、2次、3次募集の機会を設ける必要がある。そのため、10月より遅れると、支障が出る可



能性があるとした。山下英俊副理事長は、「大学の入学試験とは違って、意欲のある研修医であれば、全員どこかに収まるようなシステムとする」と説明した。

会見では、「新専門医制度の開始を1年延期し、何が変わったのか」との質問が出た。これに対し、松原副理事長は、「延期しなかったら、大都市に専攻医が集中する医師偏在がさらに加速していた」と答えた。国民にとっての新専門医制度の意義については、「機構が専門医を認定することにより、医学会が保証する信頼できる医師の証明」になると説明した。

高齢者の多剤服用対策ガイドライン作成を開始

厚労省・高齢者医薬品適正使用検討会

中間取りまとめを8月に公表

厚生労働省の高齢者医薬品適正使用検討会(印南一路座長)は7月14日、これまでの検討を踏まえ、「高齢者の多剤服用対策のためのガイドライン」を作成する方針を盛り込んだ中間取りまとめを了承した。中間取りまとめは、この日の検討会の意見を参考に修正し、8月中に公表する。その後、ワーキンググループを設置してガイドライン作成に着手する予定だ。

ガイドラインは、高齢者の薬物動態を踏まえた投与量の調整や薬物相互作用による副作用を防止することがねらい。投与量を調整するため、「止めどき」「減らしどき」についても検討。医師、薬剤師、看護師などの医療関係

者が、それぞれの立場で参照できる医薬品の適正使用情報を充実させる。

また、関連する学会の診療ガイドラインを包含した国レベルの高齢者の多剤服用に関する適正使用ガイドラインとする。ガイドラインを作成する際に検討が必要な薬剤群として、経口血糖降下剤、高血圧治療剤、高脂血症治療剤、経口抗凝固剤・抗血小板剤、認知症治療剤、睡眠導入剤・抗不安薬、抗菌剤をあげた。

医療現場の実態に応じた考え方整理

ガイドラインでは、急性期、回復期、入院、外来、在宅の各医療現場の特徴に応じた薬剤数の調整や処方変更の考

え方、複数医療機関・薬局間での薬剤数調整の考え方を整理する。

また、高齢者は疾病の状況に応じて、多様な医療現場にまたがって治療を受けることが想定される。このため、多様な職種間で、患者の服薬情報を共有する必要があり、電子お薬手帳を活用するなど多職種による情報共有を支援する仕組みを構築する考えだ。

高齢者の薬剤使用に関する医薬関係者の理解と意識を向上させる取り組みも進める。医学生にも教育段階から高齢者の多剤服用に対する意識付けを行う。多職種が連携して安全対策に取り組むために、医師、薬剤師のみでなく看護師も含め、高齢者の薬物療法を理

解する人材を育成し、確保していくことが必要としている。

同検討会は、高齢者の薬物療法の現状を分析し、次のような傾向があることを確認している。

- ①併用薬剤が60歳前後を境に増大する傾向にあり、75歳以上でより多い傾向がある。
- ②多剤服用(ポリファーマシー)の患者に複数医療機関の受診傾向がある。
- ③高齢者の生理的な機能や状態に基づく薬物動態により、増強される作用・副作用がある。
- ④服用薬剤の種類が多くなるにつれ、とくに6剤以上で薬剤関連の有害事象の頻度が高くなる傾向がある。

今後、エビデンスの収集・分析を進め、高齢者に適切な用法・用量に関する薬学的エビデンスを蓄積。それをもとに、ガイドラインを増補、改訂していく考えだ。

■ 現在募集中の研修会 (詳細な案内は全日病ホームページをご参照ください)

研修会名(定員)	日時【会場】	参加費 会員(会員以外)	備考
全日本病院協会 DPC 分析事業 (MEDI-TARGET)「看護必要度(Hファイル)入力点検機能」無料操作説明会 (25病院)	2017年8月9日(水) 【全日病会議室】	無料(5,000円) (税込)	MEDI-TARGETの新規オプションサービスである「看護必要度入力点検機能」の概要説明と活用実習のほか、「看護必要度基準の分析機能」や既存機能の操作を説明する。病院でのHファイル活用の事例報告も行う。
第21回 機能評価受審支援セミナー (石川会場) (30名)	2017年9月8日(金) 【石川県地場産業振興センター】	8,640円(12,960円) (税込)	日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価の「一般病院1」の評価項目の受審支援セミナー。3rdG ver2.0の概要説明と意見交換会を取り入れたプログラム構成とする。過去の開催から定員数を減らして実施する。
第2回 AMAT 隊員養成研修 (石川会場) (60名)	2017年9月8日(金)、9月9日(土) 【TKP金沢カンファレンスセンター】	54,000円(64,800円) (税込)	AMAT(全日病災害時医療支援活動班)はDMATに準じる医療チームの養成を目指しており、多様なチーム等との連携を含めた災害医療活動の知識・技能を習熟する必要がある。研修修了者には、受講修了証を発行する。

省電力で海水や雨水を飲料水にする浄水装置(亜硝酸性窒素を除去)



車のバッテリーで稼働 一日3.7t/1,200人分の飲料水

モーター式災害対応浄水装置 AD-CVR-M155J

世界初!低消費電力660Wを実現

従来の海水淡水浄水機の25分の1の消費電力

製品に関する詳しいお問い合わせは(0566)75-5515まで、お気軽にお問い合わせください



詳しくは、ホームページ <http://www.anjyo.co.jp> または、<http://nmt.or.jp> をご覧ください