



# 全日病 ニュース

## 2017.9.15 No.902

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

### 大変革前夜に挑め！ 石川学会で病院の生き残り戦略を議論

第59回 全日本病院学会 in 石川 2,900名が参加、演題数は710に

「第59回 全日本病院学会 in 石川」が9月9・10日、石川県支部の担当で「大変革前夜に挑め！ 今こそ生きるをデザインせよ」をテーマに金沢市で開かれた。2018年度は診療報酬・介護報酬の同時改定が行われるほか、地域医療構想を含む医療計画や介護保険事業計画が始まる。また、新たな専門医制度がスタートし、医師の働き方改革の議論も佳境を迎える。石川学会は、こうした2018年度の大変革を目前に控え、多彩なプログラムを用意。人口減少社会における病院の生き残りを考える機会となった。発表演題は710に上り、全国の会員病院から2,900名が参加した。

9日の開会式は、日本最大の曳山、能登七尾のか山木遣り衆の演舞で開幕。力強い木遣り唄が参加者を出迎えた(写真右)。

神野学会長は、「日本各地のまつりの賑わいと伝統文化こそ日本活性化の源だ」と述べるとともに、「病院も極めて地域密着だ。地域が廃れば病院は成り立たず、病院がなくなれば人は、安心を求めて去っていく。病院はセイフティ・ネットであると同時に地方創生の切り札になる」と強調。学会テーマの趣旨を説明した上で、「人口減少社会の中でこれまでと同じ医療を行って

いたのでは衰退は目に見えている。我々は何に挑戦しなければならないか、大いに語り合う学会にしたい」と呼びかけた。

#### 北陸で初めての開催

石川学会は、北陸で開催する初めての学会となった。石川だけでなく、富山、福井の27病院で実行委員会を組織し、開催した。

挨拶した全日病の猪口雄二会長は、学会準備に当たった関係者に謝意を示すとともに、「日本の医療は変わらざるを得ないところに来ている。学会を通じて大いに語り合いたい」と述べた。

開会式には、来賓として、武田俊彦厚生労働省医政局長、横倉義武日本医師会会長、谷本正



憲石川県知事、山野之義金沢市長、加納繁照日本医療法人協会会長ほかが列席し、祝辞を述べた。

厚労省の武田医政局長は、「2018年度は医療と介護の関連制度の一体改革にとって大きな節目となる年だ」として、学会テーマは時宜を得たものと述べた。地域医療構想については、調整会議における関係者の熱心な議論を期待した。

日本医師会の横倉会長は、2018年度の改革に向けて、「病院団体と医師会

がしっかり連携する中で意見をとりまとめ、広く提言していかなければならない」と強調。山積する諸問題の解決に向けて全日病の理解と支援を求めた。

開会式に続いて横倉会長と武田局長による特別講演が行われた後、各会場に分かれてシンポジウムやパネルディスカッション、演題発表が行われた。改革の動向と病院経営の将来戦略をめぐって熱心な討論を交わした。

(石川学会の報告は、10月1日号、15日号、11月1日号に掲載します)



### 看護必要度の置換え可能性でシミュレーション実施

中医協・入院医療等分科会

診療報酬項目との相関をみる

中医協の「入院医療等の調査・評価分科会」(武藤正樹分科会長)は9月6日、7対1、10対1入院基本料などの要件である「重症度、医療・看護必要度」を診療報酬項目に置き換えることが可能かを検証するため、シミュレーションを実施することを了承した。急性期の医療提供をDPCデータだけで把握できるかを検討する。

厚生労働省は「重症度、医療・看護必要度」(看護必要度)について、◇医療機関によっては報酬算定の手続きとしての意味しかない◇現場の負担感が大きい◇患者像に応じた医療提供より、基準値を満たすことが重要になる一などの状況があることの問題を指摘している。前回の分科会では、看護必要度を診療報酬項目に置き換えることを念頭に、両者の相関を検証することを論点とした。今回はさらに詳細なデータを示し、シミュレーションの実施を提案した。

看護必要度のA項目(モニタリング及び処置等)、B項目(患者の状況等)、C項目(手術等の医学的状況)の中で、A、C項目について、一定の工夫を行えば、置換えを行うことが可能であることを示唆した。

例えば、A項目の「呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)」と診療報酬のJ024「酸素吸入」の患者が一致する相関をみたところ、結果は強い関連があるとされる「ファイ係数0.7~1」の範囲に収まる0.72だった。さらに、J045「人工呼吸」など類似の9項目のいずれかに該当する患者で、同様に相関係数を測ると0.77まで上がった。

一方、B項目は、診療報酬項目に該当せず、DPCデータの様式1(ADLスコア)と比べても、◇身体活動でも項目が異なる◇「診療・療養上の指示が通じる」、「危険行動」に関する項目はADLスコアにない◇測定頻度が異なる一など相違点が多く、Hファイル

のB項目をそのまま用いるとした。

シミュレーションの実施に、多くの委員が賛成した。董仙会理事長の神野正博委員は、「来年4月に反映させるかは別として、DPCデータで急性期の患者の状態を把握できるかを検討するため、検証は必要」と述べた。一部に反対意見もあったが、分科会として、了承した。シミュレーションでは、医療機関ごとに現行の看護必要度の該当患者割合と、対応する診療報酬項目による該当患者割合の分布を比較する。

DPCデータの提出を入院基本料の要件とする範囲の拡大も議論した。現在は7対1と10対1(200床以上)、地域包括ケア病棟入院料に課されているが、これを回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料に義務化することが課題となる。

データ提出加算により、データ提出はDPC対象病院以外の病院にも広がっており、すべての一般病院の45%



がデータを提出する状況にある。ただDPC対象病院以外の病院、特に病床数の少ない病院で、データに誤りがある割合が高い。委員からは、方向性に賛意を示す意見が多く出た。急性期とは違う機能が求められる病棟であるため、その機能に応じたデータとする必要があり、「項目の追加や入力頻度の設定等」を課題にした。

療養病棟入院基本料については、「2」で医療区分2・3の患者の割合にばらつきがあることが示された。これを受け、神野委員は、「『2』は全部が介護医療院に行くわけではなく、有床診療所と同じく、類型化した議論が必要」と述べた。また、1週間当たりの平均リハビリ回数が多いと在宅復帰率が高まるとのデータが示されたものの、エビデンスの不足が委員から指摘された。

# 今後の医療提供に関し鈴木医務技監に要望書

## 四病協

## 診療報酬体系の見直しなど求める

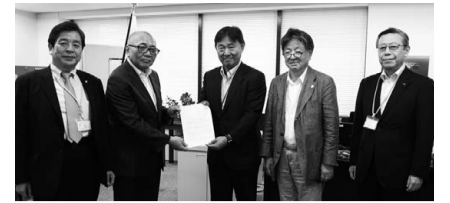
四病院団体協議会は9月7日、厚生労働省の鈴木康裕医務技監に「今後の医療提供における要望書」を手渡した。要望項目は、①診療報酬体系の見直し②電子カルテシステムの標準化③政策医療、不採算医療の範囲や収支の明確化の3点。次期診療報酬改定など、目の前の課題よりも先を見据えた時間軸で、実現すべき課題と位置づけた。「診療報酬体系の見直し」については、「現行の診療報酬体系は極めて複

雑で、理解することが困難なほどの通知、告示等が存在する」と指摘。その上で、「今後は各々の医療機関の創意工夫で、質を向上させるとともに、効率的な運営が可能となるよう、診療報酬体系を抜本的に見直し、簡素化すること」を求めた。

全日病の猪口雄二会長は会見で、診療報酬が複雑化することに伴う事務負担の増大とともに、「新しい診療報酬を算定しても、様々な要件が課される。

収入が増えても同時にコストが上がるので、利益に結びつかない。医療の質が維持されるのであれば、ある程度は病院にまかせてほしい」と述べ、診療報酬の簡素化を主張した。

「電子カルテシステムの標準化」については、「ベンダー間の互換性が乏しく、価格・維持費ともに極めて高価なため、医療経営を圧迫している」と訴えた。このため、「早急に、国による標準マスタ、標準データフォーマット使用の義務化」を要望した。それにより、「他医療機関とのデータ連携、



システム交換時のデータ継続性確保」が可能となり、費用を圧縮することもできると強調。国の主導するデータヘルス改革にも寄与すると主張した。「政策医療、不採算医療の範囲や収支の明確化」については、補助金の対象となる政策医療、不採算医療の範囲を規定し、「診療報酬の中で対応できる制度」とすることを要望した。

# 「重症度、医療・看護必要度」に関する要望を保険局長に提出

全日病は9月4日、日本病院会、日本看護協会と共同で3会長連名の要望書を厚生労働省の鈴木俊彦保険局長に提出した。入院基本料の主要な評価指

標である「重症度、医療・看護必要度」の見直しに当たり、①2018年度改定で拙速な変更を避けること②「重症度、医療・看護必要度」のあり方を中・長

期的に検討すること③検討の場において関係団体の意見を十分に反映し、根拠に基づいた議論を行うこと一の3点を要望した。なお、「重症度、医療・

看護必要度」におけるICT（DPCデータ）の利用は、医療の効率的な運用において有効と考えられるので、十分な検討を行うよう併せて要望している。

# I群、II群病院の機能評価係数IIの重み付け変更見送り

## 中医協・DPC評価分科会

## 委員から慎重な意見が相次ぐ

中医協のDPC評価分科会(山本修一分科会長)は9月1日、DPC対象病院の基礎係数(I群、II群)の機能評価係数IIの重み付け変更について議論したが、委員から慎重な意見が出たため、変更しないことを決めた。厚生労働省は、I群病院は平均在院日数短縮(効率性係数)、II群病院は総合的な体制(カバー率係数)の係数の割当て分を増やすことを論点としたが、見送る。

DPC制度の機能評価係数IIは現在8項目(保険診療指数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数、後発医薬品係数、重症度係数)。次期診療報酬改定では、後発医薬品係数と重症度係数は廃止し、導入時の基本6項目に戻す方針だ。その上で、現在は「等分」で評価している基礎係数(I群、II群、III群)ごとの重み付け変更を課題とし議論してきた。

特にIII群については、病院間のばらつきが大きく、重み付けの変更が議論された。しかし、例えば、専門病院とその他病院で分けて、重み付けを変更

し、相対評価を行うと、専門病院が得意とする複雑性係数は下がり、苦手とする地域医療係数は上がるなど、変更後の方が、評価が低くなった。このため見直しは行わないことを決めている。今回、厚労省は残る課題のI群とII群の重み付けの変更を議題にした。

具体的には、①I群は在院日数短縮の努力を促すため、効率性係数を重くする②II群は総合的な体制をより評価するため、カバー率係数(1カ月12症例以上算定する診断群分類数を評価)を重くする一の2点が論点になった。

I群を構成する大学病院本院は、多くが高度な機能の医療を提供する特定機能病院で、総合的な体制があり、症例の特性から在院日数が他の病院と比べると長くなる傾向があると指摘される。複数の疾患で2003年と2016年の状況を比べると、平均在院日数は短縮し、病院間のばらつきは小さくなった。しかしそれでもII群やIII群と比べると、長い傾向があり、在院日数短縮の取組みを促すことが提案された。

しかし委員からは、「地域性の問題が大きいの。大学病院も在院日数短縮に努力するが、転院・退院が難しい事情がある」、「軽症患者を多く入院させれば、見かけ上は、平均在院日数が下がる問題がある」など慎重な意見が相次いだ。一方で、全日病副会長の美原盤委員は、「重症患者が大学病院に多いという明らかなエビデンスがない以上、平均在院日数が長くてよいとの理由にはならない」と指摘。ただ「必ずしも重み付けをする必要はない」と主張した。

### カバー率係数の重み付けは変えず

II群については、「診療密度」、「医師研修の実施」、「一定の医療技術の実施」、「一定以上の複雑性」の要件で、III群より高い基礎係数が設定され、より高い総合的な体制が期待されていると、厚労省は指摘した。I群よりカバー率係数は低く、III群を含めた全体との比較でも、カバー率係数が低いII群病院があるため、論点にあがった。

しかしこちらについても、「同じ地



域にII群病院があり、得意分野を活かして連携する病院がある。カバー率係数の割り当て分を増やせば競合し、地域医療構想にも反する」など、慎重な意見が多かった。美原委員も、「今回重み付けを変更する必要はないと思う。ただDPC制度は、効率性と複雑性が評価されるものであってほしい」と述べた。これらの意見を踏まえ、分科会としては、I群とII群の重み付けは変更しないことで合意した。

救急医療係数についても議論した。現在、「救急医療管理加算」を算定している病院は、その算定患者を対象に係数を計算し、算定していない病院は別の要件で対象患者を計算している。対象患者の基準が異なる上に、それぞれの算定患者の判定でも病院の判断が異なっていると指摘がある。このため中医協での「救急医療管理加算」の見直しの議論を踏まえ、整理を行う。

# 次期診療報酬改定の基本方針の議論を開始

## 厚労省・医療保険部会

社会保障審議会の医療保険部会(遠藤久夫部会長)は9月6日、2018年度診療報酬改定の基本方針の策定について議論をスタートした。厚生労働省は、

改定に当たっての基本認識や基本的視点、具体的方向性を提案。基本方針は、医療部会でも平行して議論し、12月上旬に決定する見通し。

改定に当たっての基本認識では、①健康寿命の延伸、人生100年時代を見

据えた社会の実現②どこに住んでいても適切な医療・介護を安心して受けられる社会の実現(地域包括ケアシステムの構築)③医療・介護現場の新たな働き方の実現、制度に対する納得感の向上一をあげた。

基本的視点は、①地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点②安心・安全で質の高い医療を実現・充実する視点③医療従事者の負担を軽減し、働き方改革を推進する視点④効率化・適正化を通じて制度の安定性・持続可能性を高める視点。この4つの視点では、それぞれ具体的方向性を明示している。

# 高齢者医薬品適正使用ガイドラインは2段階で作成

## 厚労省の高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成WGが初会合

厚生労働省は9月1日、「高齢者医薬品適正使用ガイドライン作成ワーキンググループ(WG)」(主査=秋下雅弘・日本老年医学会副理事長)の初会合を開いた。WGは、高齢者医薬品適正使用検討会の下に設置されたもので、高齢者の多剤服用(ポリファーマシー)対策のためのガイドライン案を作成する。今年度中に包括的なガイドライン、来年度中に詳細なガイドラインを作成する方針だ。

8月23日に公表された高齢者医薬品適正使用検討会の中間とりまとめは、各学会の診療ガイドラインを包含した

「国レベルの包括的な高齢者の内服薬の多剤服用に関する適正使用ガイドライン」を作成する必要があると提言した。これを受けて、WGは高齢者の薬物療法に関する現状を分析するとともに、高齢者の多剤服用に関する適正使用ガイドライン案を作成する。

初会合で挨拶した宮本真司医薬・生活衛生局長は、「高齢者の薬物療法については学会におけるガイドライン作成や個別医療機関・薬局での対応などさまざまな取組みが行われている。現状を正確に把握した上で、臨床現場で役に立つガイドライン案の作成に向け

て忌憚のない意見をいただきたい」と述べた。

初会合では厚労省がガイドラインの考え方を説明。新たに調査分析を実施するには、時間と費用がかかる一方、関連学会のガイドラインなどで一定のコンセンサスが得られたものがあることを考慮し、2017年度は包括的なガイドライン、2018年度は病院機能別の詳細ガイドラインの2段階で作成する方針を示した。

第1段階の包括ガイドラインは今年12月までに骨子案を作成し、検討会に中間報告を行う。その後、検討会の意

見を踏まえてガイドライン案を作成し、2018年3月に報告する。

第2段階の詳細ガイドラインは、各種調査を実施した上で、その結果を踏まえてガイドライン案を作成。2019年3月までに検討会に報告し、検討会が最終ガイドラインをまとめる方針。

初会合では、構成員からガイドラインについて「複数の疾患を併存した患者への考慮が必要」「地域包括ケアシステムの現場を意識したものにしてほしい」などの意見が出た。

秋下主査は、「急性期・慢性期・在宅・外来では、患者の期待しているものや医療者側の考え方も異なる。できれば場面に分けて示し、現場で使いやすい視点を盛り込みたい」と述べた。

# 厚労省が社会保障費29兆4,972億円を要求

## 2018年度予算概算要求

## 年末までに増加額を5,000億円まで圧縮

厚生労働省は8月31日に、2018年度政府予算の概算要求を財務省に提出した。厚労省予算の大部分を占める社会保障費は29兆4,972億円で、6,491億円の増加となった。経済・財政再生計画に沿って年末までに社会保障の増加分を5千億円程度まで圧縮することになるが、他省庁予算分の減少額が200億円あり、これを含めて約1,300億円を減らす必要がある。診療報酬・介護報酬・障害報酬改定が予定される中で、財務省との厳しい交渉が予想される。

厚労省予算の要求額は31兆4,298億円で対前年度比2.4%増。大部分を占める医療、年金、介護など社会保障費は29兆4,972億円で同2.3%増となっている。また、安倍政権が重視する政策

に対して重点配分する優先課題推進枠には2,005億円を要望した。

7月20日に閣議決定した概算要求基準では、高齢化などに伴う社会保障の自然増を6,300億円の範囲で要求した上で、合理化・効率化に取り組み、2016～2017年度と同じく、5千億円程度まで抑制する方針を示した。その手段は、経済・財政再生計画の改革工程表に示されているが、2018年度予算に効果が出るものである必要がある。

厚労省は今回の概算要求の政策的経費を3つの理念で整理した。①働き方改革の着実な実行②質の高い効率的な保健・医療・介護の提供の推進③すべての人が安心して暮らせる社会に向けた環境づくりである。3つの理念に基

づく政策を実施することで、「成長と分配の好循環の拡大」を目指す。

医療・介護に関わる予算は、②が中心となるが、①③にも多くの施策を盛り込んでいる。特に、働き方改革に関わる予算や医療分野の科学技術の振興に関わる予算は、政府方針に沿うものとして、新規・既存ともに予算の増額を求めている。

働き方改革に関しては、医療従事者等の業種ごとの勤務環境改善(48億円)がある。医師をはじめとする医療従事者の長時間労働は正に向け、都道府県の医療勤務環境改善支援センターの充実・強化を図る。また、産業医・産業保健機能の強化(45億円)では、全国の産業保健総合支援センター

において産業医・保健師の訪問指導を拡充する。

データヘルス改革の推進(92億円)では、健康・医療・介護のビッグデータを連結した「保健医療データプラットフォーム」の構築に向けた作業を進める。医療分野等の研究開発は661億円を計上。日本医療研究開発機構(AMED)を中心に、基礎研究から実用化まで切れ目のない支援を行う。保健医療分野のAI開発の加速化に3,100万円を要望した。新オレンジプラン(94億円)では、認知症高齢者の見守りネットワークの普及・拡大を図る。

地域医療確保対策等(1,091億円)は、大部分が地域医療介護総合確保基金だ。2017年度と同じく、医療分で904億円、介護分で724億円を要求した(公費)。社会保障・税一体改革により、消費税増収分を充てる分の社会保障の充実は、全体で1.34兆円(公費)とした。

# リハマネ加算の要件見直し、通所リハのリハ専門職増員を提案

## 厚労省・介護給付費分科会

## 事業者団体からヒアリング

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は9月6日、2018年度介護報酬改定に向けた事業者団体ヒアリングの1回目を開催し、各団体から、現行の介護報酬と各種基準に対する意見・要望を受けるとともに、委員との間で質疑応答を行った。

この日は、高齢者住まい事業者団体連合会(高住連=全国有料老人ホーム協会ほか3団体)、全国個室ユニット型施設推進協議会(旧全国新型特養推進協議会)、リハビリ専門職(PT、OT、ST)の3団体、日本リハビリテーション医学会などリハビリ関係の4団体、デイケアサービス「このゆびとーまれ」(富山県)が招かれた。

特定施設の集まりである高住連は、管理栄養士による専門的な栄養管理の加算評価、自立支援・重度化予防から認知症ケア・看取りにいたる総合力を評価する加算制度の創設などを求めた。

住宅型有料老人ホームとサ高住における訪問介護や通所介護等の過剰サー

ビスという不適切事例に関しては「その廃絶が目的となるのはやむを得ないが、適正な事業者が経営困難に陥らないようにしてほしい」と要望した。

全国個室ユニット型施設推進協議会は、まず、ユニット型個室の名称を「ユニット型個室的多床室」に変えた上で、ユニット型個室の評価を上げるなど差違化を図るよう提案。その上で、食費と居住費の基準費用額の見直し(引き上げ)や準ユニットケア加算における設備基準の明確化などを求めた。

さらに、医療提供のあり方についても、①看取りなどにおいて、非常勤の配置医が勤務日以外にもオンコールや直接対応の体制が取れている場合の評価、②施設内で行われている医療的処置に対する評価の引き上げ、③看取り加算について、配置医の対応に関する評価を設ける、ことを要望した。

日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会の3団体は、通所リハと訪問リハの利用割合が

介護保険サービス全体の13%ときわめて低いことを指摘。「その増加を促す必要がある」と提起した。

その上で、(1)受給者を市町村の総合事業に移行させる上でリハ専門職の関与、(2)リハスタッフがいないサービスに外付けでリハ専門職が指導・助言するなど訪問看護ステーションのリハ専門職と多職種・多機関の連携、(3)外出行動などを評価した生活行為向上リハ加算の取得とその対象者を増やす必要など、地域に効率的にリハを行きわたらせる上でリハ専門職の役割が重要になっていることを指摘し、自立支援に資する、さらなる活用を訴えた。

日本リハビリテーション医学会、日本リハビリテーション病院・施設協会、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会の4団体は、通所リハを地域包括ケアシステムにおけるリハの拠点に位置づけ、リハ専門職の人員基準を現行の100対1から50対1ないしは25対1に引き上げるよう提案した。



同時に、各種データから従来型(6～8時間)の利用者における改善効果が大きいとして、その継続を求めた。

また、通所リハと訪問リハに関してはリハマネジメント加算の、特にⅡの届出を増やすことが重要であるとして、医師の関与をさらに促す仕組み、あるいはその算定要件の変更等を検討する必要があるとした。

## 外国人実習生も配置基準に算定

厚生労働省は、11月から外国人の技能実習制度に「介護」が追加されることを踏まえ、介護報酬での取り扱いを報告した。訪日後の研修の後、就労開始の6カ月後から配置基準に算定する方針を示した。日本語能力試験N2を取得している者は、就労開始時から算定を可能とする。

# 2015年度の総合確保基金の執行率は46%

## 厚労省・総合確保促進会議

## 目標の達成状況を事後評価

厚生労働省は9月7日の「医療介護総合確保促進会議」(田中滋座長)に、地域医療介護総合確保基金の交付状況などを報告した。2015年度に、都道府県に対して交付した904億円(医療分)のうち、2016年12月時点で実際に使われたのは419億円で執行率は46%にとどまることがわかった。同会議は厚労省に執行状況を適切に把握するとともに、都道府県が基金を効率的に活用するよう努めることを求めた。

事業別にみると、①「地域医療構想

の達成に向けた医療機関の施設または設備の整備に関する事業」は454億円に対し78億円で、17%②「居宅等における医療の提供に関する事業」は65億円に対し34億円で、52%③「医療従事者の確保・養成に関する事業」は385億円に対し307億円で、80%となっており、①の執行率の低さが際立つ。厚労省は2016年12月以降の執行状況を精査し、次回の促進会議に報告する。

2015年度の事後評価では、例えば、静岡県事例で、「急性期病床の転換に

より、地域包括ケア病棟を4病院で合計154床整備し目標を達成した」などの実績が示された。委員からは「単純に回復期病床を増やすべきではないのに、わざわざ実績として目立たせるのはいかがなものか」との指摘があった。

2016年度の交付状況については、2016年11月現在の公民の割合が報告された。交付額に占める割合は、公的機関が26%で156億円、民間機関が66%で395億円、交付先未定が9%で51億円だった。ただ都道府県別にみると、

大きくばらついており、公的機関は、鳥取県(80%)、三重県(60%)などで多くなっている。民間機関が多いのは、福岡県(97%)、東京都(93%)、埼玉県(91%)などだ。交付先未定は青森県が66%となっている。

2017年度については、904億円の都道府県別の内示額が示された。基金規模が最も多いのは東京都の92億円、最も少ないのは滋賀県の6.9億円。

また、国立社会保障・人口問題研究所の泉田伸行部長が、基金の効果的な活用のための研究を報告。個別事業をアウトプット指標で評価し、それを患者・住民が期待する効果としてアウトカム指標で測定する手法などを説明した。

# 緩和ケア研修会を見直し、医師以外の従事者も参加へ

## 厚労省・がん等における緩和ケアの推進に関する検討会

厚生労働省の「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」が9月4日に開かれ、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」開催指針の改正案を概ね了承した。

緩和ケア研修会は、第2期がん対策推進基本計画にその実施が目標として掲げられたことから、苦痛のスクリーニングとその結果に基づいた症状緩和、

がん疼痛やそれ以外の身体症状に対する緩和ケア、不安や抑鬱などの精神的症状に対する緩和ケアなどを主な内容として、基本的にはがん診療に携わる医師と歯科医師を対象に、2日間で12時間以上かけて実施されている。

実施主体は主にごん診療連携拠点病院だが、特にがん診療連携拠点病院では、がん診療に携わる全医師の研修の

修了が目標。同日の検討会で、厚労省は、同研修を修了した者が7月で1万人を超え、目標を達成したと報告した。

開催指針は、①医師が受講しやすくする、②病院と受講者の開催・参加にかかる負担を軽減する、③受講者を拠点病院以外、医師以外、がん以外の診療従事者へと広げる、④継続研修を実施する、ことを目的として改正される。

具体的には、座学部分へのe-ラーニングの導入や1日の集合研修への変

更など研修会の実施形式を見直すほか、がん患者の家族・遺族等に対するグリーフケアに必要な研修プログラムを追加するなどの案が示された。

厚労省は、年内に研修開催指針を改正し2018年4月に施行、1年の移行期間を経て、2019年の4月から新方式の研修会に完全移行したいとしている。

同日の検討会に、厚労省は、主にごん患者を対象に進めてきた緩和ケアを循環器系の疾患にも広げるワーキンググループ(WG)の開催要項と構成員名簿を報告した。WGは検討結果を2018年夏までに報告する。

# 病院団体の「協議の場」への積極的な参加求める

## 四病協・総合部会 会員病院に通知出す

四病院団体協議会は8月23日に総合部会を開き、地域で開催される「協議の場」に、病院団体が積極的に参加することを求める通知を出したことを報告するとともに、働き方改革や新専門医制度をめぐる協議した。「協議の場」への各地域の取組みには、ばらつきがあり、病院団体が参加できていない地域がある。

通知は8月18日付けで出した。現

在、「協議の場」という名称で様々な会議体が都道府県単位や二次医療圏単位で設置されている。具体的には、①地域医療構想調整会議②新専門医制度に関する都道府県協議会③都道府県の地域医療対策協議会④都道府県と市町村の圏域連携会議⑤医療事故調査制度の支援団体等連絡協議会を明記して、会員病院に積極的な参加を呼びかけた。

働き方改革については、厚生労働省

の「医師の働き方改革に関する検討会」が、「時間外労働規制の具体的なあり方」を検討事項としたことへの危機感を共有するとともに、厳格な対応が取られると、救急や産科医療の現場が崩壊するおそれがあると訴える方針を確認した。新専門医制度については、地域医療への悪影響が想定される場合に対応することを前提として、厚労省は来年度の制度開始の方針を認めている



ことが報告された。

また、四病協は医療政策に対する意見を厚労省に提出することを決めた。次期診療報酬改定に関わる要望は、日本病院団体協議会としてまとめている。それとは別に、次期改定に限定せず大きな医療政策に対する要望とする。

# 新専門医制度の詳細なスケジュールを報告

## 日本専門医機構

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は9月1日の会見で、来年度に開始する新専門医制度のスケジュールを報告した。総合診療専門医を含むすべての基本診療領域の審査を10月1日までに終わらせ、各学会のホームページ(HP)で登録を開始。12月1日～15日までに採否を決定する。1次募集で決ま

らない場合の2次募集も12月16日から翌年1～2月にかけて実施する。

新専門医制度の来年度開始に向け、機構と各学会は準備を急いでいる。今回、理事会で詳細なスケジュールを了承した。現在は10月1日に1次登録が始めるよう研修プログラムの審査を進めている。機構が実施する1次審査を通った研修プログラムは、順次各学会のHPに掲載している。ただ都

道府県協議会のチェックを受ける2次審査はまだ終了しておらず、変更が加わる可能性は残るとした。

10月1日には、すべての基本診療領域の研修プログラムの2次審査を終え、1次登録を開始する。1次登録の期間は10月1日～11月15日で、11月16日～30日に採用確認と調整を行う。その後、12月1日～15日に採否を決定する。1次登録で研修先が決まらなかった研修医のために12月16日～1月31日までを2次登録の期間とする。同様に2月1日～14日で調整し、2月

15日～28日に採否を決定する。

吉村理事長は、「それでも決まらない場合は空席のある研修施設と調整する」と述べた。また来年度は「1次登録を5～6月には開始したい」と述べた。

機構が設計した専攻医の登録システムは、ほぼ完成しており、近く登録マニュアルをHPに掲載する予定という。総合診療専門医以外の基本診療領域は、各学会のHPから登録する。

総合診療専門医については、「研修場所は各地域・へき地が望ましい」ことを同日の理事会で確認した。

# がん検診の受診率を検証

厚生科学審議会・地域保健健康増進栄養部会の健康日本21(第二次)推進専門委員会は9月6日、2016年国民生活基礎調査の公表を受け、目標項目の

「がん検診の受診率の向上」と「足腰に痛みのある高齢者の割合の減少」の進捗状況について議論した。

がん検診受診率の目標値は、2016年

## 健康日本21 推進委員会

度で50%(胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%)。国民生活基礎調査では、男性の胃がん46.4%、男性の大腸がん44.5%、男性の肺がん51.0%、女

性の肺がん41.7%で目標値に到達した。

足腰に痛みのある高齢者の割合の目標値は1,000人当たり男性200人、女性260人(2022年度)。これに対し男性は210人、女性は267人だった。年度内に中間評価報告書をまとめ、2018年度前半に最終報告書を発表する。

### ■ 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
第2回 災害時のBCP研修(大阪会場) (60名)	2017年10月14日(土) 【TKP ガーデンシティ東梅田】	20,000円(21,600円) (税込)	地震や台風などの災害が発生した場合でも自院の事業を継続し、復旧を速やかに遂行するために作成するBCP(事業継続計画)の研修。今回の研修では、BCP/BCM(事業継続マネジメント)の説明や大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応を把握する。
特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修) (40名)	2017年10月14日(土)、15日(日)、28日(土)、29日(日) 【全日病会議室】	54,000円(64,800円) (税込) (昼食代、テキスト代含む)	特定保健指導の実施者育成を目的とした「厚生労働省告示第十号」食生活改善指導担当者研修に該当する30時間の研修会。研修修了者は「食生活の改善指導に関する専門的知識及び技術を有すると認められる者」になる。研修受講者には、受講修了証を発行する。
第2回 病院看護師のための認知症対応力向上研修会 (250名)	2017年10月20日(金)、10月21日(土) 【福岡県中小企業振興センター】	16,200円(21,600円) (税込) (資料代、昼食代(2日目)等含む)	「認知症ケア加算2」の施設基準に対応する研修会。プログラムの一部が「厚生労働省 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」に該当する。「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」、「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の受講修了証を発行する。
医師事務作業補助者研修実践力向上セミナー (100名)	2017年10月22日(日) 【全日病会議室】	7,000円 (税込) (受講料、テキスト料、昼食代含む)	医師事務作業補助者の要の業務である医療文書作成の演習・解説だけでなく「医師事務作業補助技能認定試験の模擬試験」による実践力向上を目的とした内容。医師事務作業補助技能認定試験の受験対策を兼ねる。
臨床研修指導医講習会 (40名)	2017年11月11日(土)、11月12日(日) 【全日病会議室】	65,000円(85,000円) (税込) (昼食代、資料代含む)	指導医講習会は様々な関係機関で実施されているが、全日病・日本医療法人協会の共催による本講習会では、自院をより良い臨床研修病院にするため、これまでの指導医講習会とは違った視点からプログラムを構成した。厚生労働省の開催指針に則っている。

## 医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> メディカル クラーク®

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

## 医事業務管理技能認定試験

<称号> 医事業務管理士®

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

## 医師事務作業補助技能認定試験

<称号> ドクターズクラーク®

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団  
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 9,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

●試験の詳細な資料をご希望の方は右記へご請求ください。  
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

### 一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923  
TEL 03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>