



# 全日病 ニュース 2017.10.15

## No.904

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

## 診療報酬算定事務の効率化・合理化で対応方針示す

中医協・総会

レセプトへの住所地記載では賛否

厚生労働省は9月27日の中医協総会(田辺国昭会長)に、診療報酬の算定における事務の効率化・合理化策や情報の利活用を見据えた対応を示した。7項目の課題に対し、対応の方向性が示され、概ね了解を得た。ただし、レセプトに患者の住所地を記載することには、賛否があった。

厚労省は次期改定で対応できるものとできないものを分けて、診療報酬に係る事務の効率化・合理化と情報の利活用に向けた見直しを進める方針。今回示した対応方針は、次期診療報酬改定での実施を目指すものだ。

厚労省は、課題を表1のように整理した。

表1 事務の効率化・合理化の課題

- ①施設基準の届出項目や手続き等は合理化の余地がある
- ②入院診療計画書等の入力に手間がかかる
- ③レセプトの摘要欄の自由記載が負担になっている
- ④レセプトに患者の住所情報等がない
- ⑤診療行為コードが実臨床に即したコード体系になっていない
- ⑥傷病名や診療行為の選択が統一されていない
- ⑦データ提出加算の診療実績データの様式が急性期を中心とした項目になっている

施設基準の届出項目や手続き等の合理化では、改定内容を見据えながら、届出の省略や手続きの簡素化を図る。次期改定以降も、継続的に作業を続け、施設基準の届出や報告・受理のオンライン化を目指す。入院診療計画書などは、所定の様式があり、それに準じた記載が求められている。一方ですでに記載済みの診療情報があるため、その場合は簡略化ができる旨を明示する。

レセプトの摘要欄の自由記載欄については、選択形式にする。例えば、「在宅自己腹膜灌流指導管理料」の算定では、指導管理を行う理由を摘要欄に記載しなければならない。見直し案では、「糖尿病で血糖コントロールが困難」「腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの」など5項目の選択肢を設ける形式を例示した。選択形式にすれば、自ら記入する手間が省ける。

ただ委員からは、「選択肢に当てはまらない場合がある。自由記載欄をすべて外すのは難しいのでは」との意見があった。また、審査支払機関の審査が容易になることを評価する声がある一方で、医療の裁量が狭まることへの懸念が示された。

レセプト添付書類の見直しでは、不必要と考えられる添付書類の廃止や、レセプトへの記載で代用するなどの見直しを行う。例えば、「両室ペーシング機能付き植込型除細動器」を用いた移植術を行った患者については、レセ

プトに症状詳記を添付する必要がある。見直しでは、症状詳記の添付は廃止し、レセプト摘要欄に留意事項の要件を確認できる事項を記載するとした。現段階で、11項目で添付詳記を廃止できるという。

レセプトに患者の住所情報等を載せる提案は、地域単位での医療提供体制や医療の地域差を分析するのが目的。また、レセプトに記載する氏名は漢字またはひらがな表記であるのに対し、介護保険の受給者台帳はカタカナ表記で、両者の紐付けができないという問題がある。このため、レセプトに患者の住所地の郵便番号を記載するとともに、氏名のカタカナ表記を求める。

これに対し、委員からは賛否両論があった。全日病会長の猪口雄二委員は、「最近のレセコンは漢字からカタカナへの変換ができるが、古い機器ではできないときいている」と述べた。他の診療側委員も、住所地が確認できない場合や変更した場合などで、負担が増えることへの懸念が相次いだ。その上で、支払側の委員に、保険証への記載が可能かを尋ねた。支払側委員は、保険証に記載欄はあるが必須ではないと答えるとともに、「被扶養者と住所地が違う場合がある」など、確実な記載は困難との見解を示した。

診療行為コードについては、手術分類(Kコード)に外保連手術試案の基幹コード7桁(STEM 7)を併記する



欄を設ける。STEM 7は、臨床的な観点から体系的に整理された分類と位置づけられている。傷病名や診療行為の統一に向けた対応でも、KコードとSTEM 7の対応関係などを確認しつつ、再編の検討を進める。

データ提出加算の診療実績データの見直しは、診療実績データの提出を急性期以外の病棟にも拡大する方向性を踏まえた対応だ。回復期リハビリテーション病棟や療養病棟に拡大する場合には、急性期を想定した現行の様式を回復期や慢性期に対応したものに変更する必要がある。その際に、新たに追加するデータの内容や対象に応じて、一定の経過措置を設けるとした。

これらに対し、委員からは一部を除き、概ね賛意が示された。猪口委員は、システム改修に伴う医療機関の負担に配慮を求めるとともに、特に仕様の異なる電子カルテシステムを医療機関が持つことの非効率を指摘し、「早急に、国が提供する電子カルテシステムの標準マスタおよび、標準データフォーマットの義務化を検討してほしい」と要望した。

## がん医療や緩和ケア、感染症などで一定の結論

中医協・総会

医療用麻薬の30日処方では反対意見

中医協総会(田辺国昭会長)は10月4日、次期診療報酬改定に向け、がん医療や緩和ケア、感染症、移植医療など個別事項を議論し、一定の結論を得た。ただ緩和ケアの現場の要望に応え、2012年度以降に薬価収載された医療用麻薬の処方日数を14日から30日に延ばすことには反対意見が出た。

がん医療では、小児がん拠点病院が算定する「小児入院医療管理料」について、緩和ケアを加算で評価できるようにする。がんゲノム医療では、拠点病院を整備する方針を踏まえ、診療報酬での評価を検討するとした。

がん患者に対する緩和ケアでは、30日以内の評価が手厚い「緩和ケア病棟入院料」について、平均在棟期間60日を超える病棟がある現状を踏まえ、評価を見直す。また、化学療法により食欲が低下した患者に、管理栄養士が介入することで栄養改善が期待できることから、緩和ケアチームに管理栄養士が参加することを評価する。

医療用麻薬は原則14日処方だが、現場の要望を踏まえ、4剤を30日処方することが提案された。しかし診療側の委員から、特に注射剤(フェンタニルクエン酸塩)について、安全に管理することへの懸念から、反対意見

が出た。さらに、「医師がその都度患者宅を訪問し、注射するならば、14日処方の必要もない」と指摘した。

一方、在宅で療養する末期のがん患者に対する呼吸困難の緩和を目的とする酸素療法を「在宅酸素療法指導管理料」の対象にすることには、全日病会長の猪口雄二委員をはじめ、委員の賛同を得た。

現在、「緩和ケア診療加算」の対象は、がんや AIDS となっている。しかし心不全の終末期でもこれらの疾患と同じく、身体的苦痛が大きいため、対象に加えることでも一致した。

薬剤耐性(AMR)では、感染症のトレーニングを受けた医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師などからなる抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の取り組みを診療報酬で評価する方向となった。猪口委員は、「各病院の取り組みだけでなく、医療機関間の連携や地域での体制の評価も必要」と述べた。

そのほか、結核病棟については、小規模な結核病棟を障害者病棟と一体で運営している病院に配慮し、7対1や10対1の入院基本料が維持できるように、「重症度、医療・看護必要度」のみを満たさない場合の緩和要件を設ける。造血幹細胞移植については、移植に結

びつける調整期間を短縮させることが期待できる体制の評価を検討する。

費用対効果評価で合同部会が初会合

同日は、来年度の医薬品や医療機器への費用対効果評価の仕組みの試行的導入に向け、費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会合同部会(荒井耕部会長)の初会合が開催された。費用対効果評価専門部会が総合的評価(アブレイザル)の大枠をまとめたことを受けたもので、今後は評価結果を価格に反映させる議論が始まる。

専門部会では、基準額設定の参考とする調査手法が決まらず、議論が遅れていたが、同日の専門部会で仕組みの大枠が固まった。具体的には、◇費用



対効果の「よい・悪い」は5段階で評価しない◇基準額は過去の論文を参考とする◇英国を参照する一定の基準額は為替レートではなく、1人当たりGDP比を使う◇社会的・倫理的な観点では「インセンティブ」や「小児疾患の治療」は除外する一などを決めた。

また、厚生労働省は、既存薬より治療効果が高く、費用も下がる医薬品の価格を上げることも検討課題とした。

### 新執行部披露会・懇親会のご案内

新執行部発足に伴う「新執行部披露会・懇親会」を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 猪口雄二

□新執行部披露会・懇親会

日時 2017年11月24日(金)

午後6時~8時(予定)

会場 ホテルオークラ東京 別館 地下2階

「アスコットホール」

東京都港区虎ノ門2-10-4

TEL (03) 3582-0111

会費 1名につき1万円

※ご来場の節は名札用として、お名刺2枚をご用意ください。



# 一部転換での介護医療院の表示は医療機関の判断

## 厚労省・医療部会

## HPや看板でも変更の必要なし

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は10月5日、医療機関が介護医療院に転換した場合の名称の取扱いを決めた。外来だけを残し、その他すべてが介護医療院になる場合でも、表示の方法は医療機関の判断に任せられ、看板などで介護医療院の名称を明記する必要はないという整理になった。

医療機関が都道府県に、病棟の一部を介護医療院に転換することを申請する際には、介護医療院の名称を用い

なければならない。従前の病院や診療所の名称を併記できる特例があるが、申請で介護医療院の明記は必須だ。しかし、介護医療院を施設内でどのように表示するかについては、医療機関の判断に任せる取り扱いになった。

患者や利用者の誤解を招かないよう配慮する必要があり、例えば施設内のフロアマップや看板、張り紙などでその病棟が介護医療院であり、他の病棟とは異なることの明示が求められる。

しかしホームページや建物の看板などで医療機関の名称を用いる場合に、介護医療院を併記する必要はない。

一方、施設全部を介護医療院に転換する場合は、介護医療院の名称を用いる必要がある。従前の病院や診療所の名称をそのまま残すことはできない。

全日病会長の猪口雄二委員は、一部転換の取扱いに賛意を示すとともに、全部転換の場合も配慮が必要とした。また、同日の医療部会では、前回に



引き続き、次期診療報酬改定の基本方針策定に向けた議論を行った。猪口委員は、基本認識の文言の中で、「医療現場の人材確保」の重要性を指摘。「病院の件費比率が上がっている。診療報酬で人材の手当てができる改定にすべきだ」と訴えた。

# 紹介状なし患者定額負担の対象病院の拡大求める

## 厚労省・医療保険部会

## 診療報酬改定の基本方針めぐり議論

社会保障審議会の医療保険部会(遠藤久夫部会長)は10月4日、経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項の一つである外来時の定額負担をめぐって議論したほか、2018年度診療報酬改定の基本方針について検討した。

外来時の定額負担では、2016年度の診療報酬改定で、特定機能病院と一般病床500床以上の地域医療支援病院を対象にして、紹介状なしの患者から初診・再診の際に定額負担を求める制度

が導入されている。厚生労働省は、紹介状なし患者の定額負担徴収で病診の機能分化に一定の効果がみられるとした上で、定額負担の対象の見直しについて検討を求めた。

保険者側の委員は、「500床以上の患者の受診行動をみると、紹介状なしの患者は3%程度しか減っていないが、病院と診療所の機能分化の考え方は支持する。500床よりも小さい規模での定額負担導入を前向きに検討すべき

だ」と発言した。

日本医師会の委員は、「地域連携を図るため、200床以上の地域医療支援病院を対象を拡大すべき」と発言した。

次期診療報酬改定の基本方針については、基本認識や視点、方向性を議論した。

改定の基本的視点では、介護報酬との同時改定であることから「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」を重点課題と



することで概ね合意。そのほかの視点は、◇新しいニーズにも対応できる安心・安全で質の高い医療の実現・充実 ◇医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進◇効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上として

# 国民への情報提供に向け先進事例をヒアリング

## 厚労省・人生の最終段階の医療に関する検討会

## ACPの普及・啓発目指す

厚生労働省の「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」(樋口範雄座長)は9月29日、国民への「人生の最終段階」の医療に関する情報提供や普及・啓発に向けた議論を行った。ACP(アドバンスケアプランニング)の全国的な普及など、地域の先進事例をヒアリングした。

厚労省は地域の取り組みの実態調査の結果を示した。それによると、人生の最終段階の医療の普及・啓発を目的

とした資料を「作成」または「作成中」の都道府県は約3割弱、市区町村では全体の約1割弱だった。また、厚労省は国民への意識調査を10月に実施し、12月に公表する予定だ。

ヒアリングでは、◇自治体◇救急医療◇地域連携◇在宅医療の事例を聴取した。

自治体の取り組みでは、人生の最終段階に望む医療を書いてもらう「わたしの想いをつなぐノート」を市職員が

住民に手渡しする宮崎市の取り組みが紹介された。救急医療では、日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会の3学会合同のガイドラインが示された。全日病常任理事の木村厚委員は、ガイドラインが一定のプロセスを経た上で、人工呼吸器の取り外しなど治療の中止に言及していることに注目。全日病の終末期医療に関するガイドラインと一致していることを強調した。地域連携では、救急搬送時に本



人の意思をQRコード化した「ふくろうシート」を参照できる松戸市の事例が示された。在宅医療では、福井市の在宅医療専門の診療所(オレンジホームケアクリニック)によるACPの実践事例の説明があった。

# 地域医療構想に関する意見交換会を開く

## 都道府県における病院団体の連携を呼びかける

全日病は9月18日、「地域医療構想に関する意見交換会」を開き、全国の支部から地域医療構想調整会議の状況について報告を受け、今後の方針をめぐって活発に議論した。司会は、猪口正孝常任理事。

まず織田正道副会長が、厚生労働省の地域医療構想ワーキンググループの検討状況を説明した。全国の341の構想区域について、2015年病床機能報告の病床数と2025年における病床の必要量を比較した資料によると、回復期は336区域で病床不足(病床機能報告<病床の必要量)である一方、急性期では328区域で病床過剰(病床機能報告>病床の必要量)となっている。

入院基本料と病床機能報告の関係を見ると、13対1、15対1は急性期で報告している病院が多いが、厚労省は、13対1、15対1は回復期か慢性期として取扱うことを提案している。

これに対し織田副会長は、「本当に回復期が不足しているのか。回復期が足りなくて困っているところはほとんどない」と指摘。その理由として、「高度急性期、急性期、慢性期でも回復期の病期に該当する患者が多数入院しているからだ」と説明した。

特に急性期だけの病院は、平均病床数が87床で、1~2病棟で急性期と回復期が混在しているとみられる。また地方や過疎地では13対1、15対1でも二次救急の役割を担い、急性期の機能を果たしている病院が多いことをあげて、「急激な病棟再編により地域医療が崩壊しないようにしないといけない」と訴えた。

また織田副会長は、新公立病院改革ガイドラインに地域医療構想を踏まえた役割が記載されていると指摘。「地域医療構想で回復期が足りないと言われて、これに沿って改革プランが出てくる可能性がある」と注意喚起した。「公立病院改革の目的は公・民の役割分担にあり、民を圧迫する形で公立病院が回復期や地域包括ケアに参入してくることは問題」と述べ、公・民の役割分担を主張することを呼びかけた。

### 公立病院の動きに危機感

意見交換会では、16の支部が地域の状況を報告した。各支部に共通の課題は、公立病院が地域包括ケア病棟や回復期リハ病棟への転換を進めていることだ。「地域の公立病院がオールインワンの機能を持つと民間病院は厳しい状

態になる」「民間病院の立つ位置が狭くなっている」と訴える声が続いた。

公立病院の役割を踏まえて地域における機能分担を進めるのが調整会議だが、十分に機能していないケースもみられる。猪口常任理事は、「病院団体が調整会議にどうかかわるかが課題だ」として、東京都の取り組みを紹介した。東京では都医師会が東京都病院協会の立場で、公的病院に地域包括ケア病棟の届け出を遅らせるよう牽制している。

東京では、各病院団体の支部が東京都病院協会を立ち上げ、医師会との関係をつくってきた。現在、猪口常任理事が東京都病院協会から東京都医師会の副会長として出て、意思疎通を図っている。

他の支部からも同様の取り組みの報告があった。青森県では、村上支部長が県医師会の副会長として、県の行政に関与している。「形をつくと行政は医師会の意見を求めるようになる」と村上氏。病床稼働率が落ちている市町村立病院は老健施設に転換するなどしてベッドを減らしていると報告した。

埼玉県では今年2月、病院の窓口を一本化するため、埼玉病院協議会(埼玉病協)を立ち上げた。県の医療政策課と連

携して、各圏域の調整会議のメンバーを確認し、医療機能ごとに病院団体の代表を推薦する仕組みをつくった。

猪口会長は、病院団体から医師会に働きかけ、病院に対する理解を求めていく必要があると呼びかけた。

### 奈良県方式を紹介

猪口会長が奈良県における病床機能報告制度の対応を紹介した。奈良県では、急性期を「比較的軽度」と「比較的軽度」に分けて報告を求めた結果、軽度の急性期と回復期を合わせると、ほぼ回復期の必要病床数に近づいたという。回復期が不足する状態がなくなり、「回復期リハや地域包括ケア病棟に無理に転換する必要はなくなる」とコメントした。

回復期機能は、回復期リハや地域包括ケア病棟と同義で受け止められているが、そもそもの定義では急性期を過ぎたものをすべて含む。「地域に密着して軽度の急性期を行っている病院が回復期に手をあげることによって、回復期の枠を抑えていくやり方があるのではないかと」猪口会長は問題提起した。

地域医療構想をめぐる状況は地域によって大きく異なり、各支部における取り組みが鍵を握る。他支部の取り組みを参考にしつつ、各地の実情に応じた対応が求められる。この日の意見交換会はそのための方法論を共有する上で大きな成果があったといえよう。



続報・全日本病院学会 in 石川 9月9～10日に金沢市で開かれた全日病学会の続報として、委員会企画の内容を本号と次号で紹介しします

## 持分なし医療法人への移行計画の認定制度めぐり議論

### 医業経営・税制委員会

先の通常国会で成立した医療法等改正により、持分なし医療法人への移行計画の認定制度が延長され、10月1日から施行された。多くの医療機関は、新たな認定制度をどう利用するか悩んでいると思われる。医業経営・税制委員会の企画は、延長された認定制度をめぐって議論した。座長は、全日病の中村康彦副会長(医業経営・税制委員会委員長)。

厚生労働省医政局医療経営支援課の佐藤美幸課長が、10月1日からの新たな制度の概要を説明した。2014年10月に「持分なし医療法人」への移行計画を国が認定する制度を設け、相続税等の猶予・免除の税制措置を行ってきた。この認定制度は9月末までの措置だったが、今回の改正により3年間の延長が決まった。

認定制度の延長に伴い、役員数や役員親族要件、医療計画への記載などハードルの高い要件を緩和して贈与税の非課税対象を拡大する一方、法人の運営が適正であることを要件として追

加し、移行後6年間、要件を維持することを求めることになった。

佐藤課長は、8月のパブリックコメントをもとに、運営の適正性に関する要件を説明。要件は、◇当該医療法人の関係者に対し特別の利益を与えない、◇役員に対する報酬が不当に高額なものにならないよう支給基準を定めるなど8項目(要件は9月27日の医療法施行規則の一部を改正する省令(厚生労働省令101号)で示された)。

8項目の認定要件に基づいて厚労省が移行計画の認定を行う。移行後6年間は、年に1回の報告を求め、要件を満たしていることを確認する。満たしていない場合は改善を求め、改善されない場合には認定の取消しとなり、遡って課税される。

### 持続のために持分なしへ移行を選択

尾張温泉かにえ病院理事・事務局長の真野康子氏は、持分なし医療法人への移行に際して悩む医療法人の理事として発言した。同病院は、名古屋市近

郊の蟹江町にある118床のケアミックス病院。父親の個人病院として始まり、医療法人に移行し、地域の医療のために病院を大きくしてきたが、高齢の母親の相続を考えるとこのままでは存続は難しいと判断。病院の継続のために持分の放棄を検討する中で様々な障害があることもわかってきた。10月からの移行計画認定制度では、障害となっている同族要件がなくなり、「要件を満たしやすくなって、なんとかなると思った」という。

持分なし医療法人への移行にあたっては、要件を満たすかどうかのシミュレーションを行い、その上で親族に持分の放棄を依頼するための準備を進めている。専門的な知識が必要なので、素人が判断するのではなく、専門家の力を借りて進めることが重要と述べた。

川原経営総合センターの川原丈貴氏は、経営の観点からみた持分なし医療法人への移行について発言した。長年、医業経営を続けていると、剰余金が巨額となり、相続税の課税や持分の払い戻しが発生すると経営の大きなり



スクになる。

これまでの制度では、税務署の個別判断でみなし贈与税が課税されるかどうか判断されていたが、新たな認定医療法人制度では、厚生労働大臣の認定となった。認定の基準が医療法施行規則で定められ、認定を受けていけばみなし贈与税の課税のリスクがないことが大きなポイントだと指摘した。また、持分なし医療法人に移行後、6年間は認定基準を維持しなければならないことも重要なポイントと指摘。要件を6年間維持できるかを踏まえて決断しなければならないと指摘した。

中村副会長は「新しい認定医療法人制度は、かなり要件が緩和されたと感じている。地域の医療を守っていくために、病院の持続性を保つことは2代目、3代目の大きな役割だ。新しい制度をもとに、今後の方向を考えていく必要がある」と呼びかけた。

## 2018年度医療・介護同時改定を睨む

### 医療保険・診療報酬委員会

はじめに座長の猪口雄二会長(中医協委員)より、2018年の医療・介護同時改定について総説があった。内閣府により高齢化による社会保障費の伸びは年間5,000億円に抑えることとされており、約1,400億円分の抑制をしなければならない問題に加え、財政制度等審議会より、7対1入院医療の厳格化、介護医療院の創設、調剤報酬の見直し等々の、更に強い抑制方針が示されており、極めて厳しい改定が予想されるとした。続いて、4名の演者から発言があった。その要旨は以下の通り。

### ① DPC・急性期(医療保険・診療報酬委員会 太田圭洋副委員長)

急性期入院基本料はこれまで主に看護師配置を要件とされてきたが、新たな評価指標が作成される方向にある。ただし2018年からではなく段階的に適応される見通し。7対1、10対1の評価指標である、「重症度、医療・看護必要度」の見直しがあるのかは注視

### 医療保険・診療報酬委員会 委員長 津留英智

が必要。DPCでは、暫定調整係数の激変緩和措置の廃止に伴い、マイナス緩和措置病院には大規模な効率化が求められる。今後、入退院支援が重要なポイントとなる。

### ②回復期リハ病棟・地域包括ケア病棟(同委員会 津留英智委員長)

(回りハについて)FIMによるアウトカム評価について更なる検討が必要。また高齢者へのリハ提供については、都道府県ごとに年齢別に減点・査定ダブルスタンダードが存在するのは問題。退院後のADL低下をどう防ぐのかも課題である。

(地域包括ケア病棟について)サブアキュートの緊急時の受入、在宅・生活復帰支援を重視する方向へ検討されており、大病院が院内転棟目的で病床機能転換すると、地域における機能分化・連携を阻害しかねないことから、在宅からの入棟患者の割合などで評価される可能性がある。

### ③療養病棟入院基本料(同委員会 田蔭正治委員)

来春、介護療養(6.1万床)と医療療養25対1(27.8万床)が廃止となり、介護医療院が創設されるが、転換準備期間が6年ある。25対1医療療養が残る可能性もある。介護医療院は、介護報酬が未定であり、市町村が保険者なので、財政的な不安がある。医療区分1～3の見直しや「重症度、医療・看護必要度」との評価項目の整合性が必要であり、現行の医療区分1の70%を在宅医療・介護医療院へ移行することの弊害が危惧される。当面は「医療区分制度」が存続するだろうが、慢性期DPC等の新たな適正評価・見直しが求められる。

### ④介護保険・介護医療院(全日本病院協会 安藤高朗副会長)

国への要望としては、これまでに様々な団体より意見が出されている。創設される介護医療院については、日常的な医学管理が必要な重介護者の受

入ができること、看取り・ターミナルといった機能を持つ必要性が高いこと、居宅系施設として取り扱い、医療機関からの在宅復帰率の対象とすべきであること、円滑な転換に向けて段階的転換を検討すること、利用者の状態に応じたりハビリの提供、アウトカムを基にした評価を導入すること、認知症ケアに対する評価が必要であり、介護職員処遇改善のための支援策の継続と、急性期DPCにて出来高算定できる薬剤との統一的な扱いにして欲しい等が挙がっており、医療と介護のどちらにも関係する施設として、各団体にて活発な議論が行われている。

その後パネルディスカッションが行われた。「重症度、医療・看護必要度」に代わり、DPCデータを使った評価についての見直し、地域包括ケア病床については、地域完結型ではなく自院完結型医療としての利用は問題である点、介護医療院は介護保険財源で将来的に担保されるのか懸念される点、介護ロボットについては、未来投資会議での議論として、食事、排泄介護は困難だが、見守り、介護記録については可能性があるなどの意見があった。

## 病院経営をデザインする

### 医療の質向上委員会

学会テーマ「今こそ生きるをデザインせよ」を受けて、医療の質向上委員会は「病院経営をデザインする」をテーマに選定した。

デザインとは、問題解決のために思考・概念を組み立て、それを表現することである。重要な事項は、「問題」を把握し、その要因を分析し、「解決」しようとする意思を持ち、その「方策」を検討し、実践することである。これは、品質管理において、管理サイクル・問題解決サイクル・PDCAサイクルといわれる。組織運営にPDCAサイクルを回すことが必須である。

「病院経営改善をデザインする」ではなく、「病院経営をデザインする」とした理由は以下のとおりである。①小手先では、病院経営は継続できず、病

院経営をデザイン(再構築)しなければならない。②そのためには、医療法と品質管理(QM)の考え方、すなわち、原理・原則に基づいて、現場で現実に現物で実践する(5ゲン主義)こと、問題解決手法が必要である。③総合的質経営(TQM: Total Quality Management)が有用である。④全職員に病院経営の知識が必要である。特に病院長や幹部には必須である。

1. 座長飯田が、「なぜ、今をデザインするのか」を提示した。

かつては、経営を考えなくても病院を運営できたが、いまや、経営の仕組み(構造・体制・制度)を、小手先ではなく、基本から再検討しなければならない。経営とは制約条件の中で、環

### 医療の質向上委員会 委員長 飯田修平

境の変化にいかに対応するかである。頻繁に変更される医療制度の下で、不確実・複雑・移り変わる状態の患者に適切に対応し、極めて複雑な病院組織を運営することは、容易ではない。このような状況において、有効に「病院経営をデザインする」ことは可能であろうか。各演者にそれぞれの切り口で検討いただいた。

2. 高橋肇委員が、情報技術を駆使した情報活用、すなわち、情報管理に関して現状と今後の課題を提示した。地域医療連携システムおよび地域包括ケアネットワークシステムに関する事例を紹介し、医療・介護連携指標の作成が急務であると述べた。

3. 永井庸次委員が、情報管理の中の、情報活用、データマネジメントに関し

て、現状と今後の課題を提示した。とくに、Data Warehouse (DWH) 構築の重要性を強調し、ひたちなか健康ITネット(地域連携、医療・介護連携)における活用事例を提示した。

4. 長谷川友紀委員が、臨床指標の意義と、その診療および経営への活用に関して、現状と課題を提示した。Quality Indicator (質指標)とは、医療の質に関する標準化された、根拠に基づいた指標であり、院内のデータを用いて臨床経過や結果を容易に表すことができるものというAHRQの定義を提示した。また、国内外の医療の質と質指標に関する考え方と取り組みを提示し、全日本病院協会の医療の質評価事業の全体図を解説した。

5. 各演者の報告を受けて、質疑応答を行った。



# 医師の働き方規制による地域医療への影響訴える

## 四病協 厚労省検討会の議論の行方に警戒感

四病院団体協議会は9月27日に総合部会を開き、医師の働き方改革や新専門医制度の情勢をめくり協議した。医師の時間外労働規制について、厳格な対応を行うと、地域の救急、産科医療などが維持できなくなる可能性があることを関係者に強く訴えるべきとの意見で一致した。新専門医制度につ

ては、総合診療専門医の審査基準が十分な議論を経ずに、決まっていることへの懸念が示された。

厚生労働省の「医師の働き方改革検討会」が、医師の時間外労働規制のあり方と勤務環境改善策の議論を進めている。医師の労働者性が論点になっているが、四病協では、医師の特殊性を

考慮せず一般の労働者と同列に扱う方向で検討会の議論が進むことに警戒感がある。総合部会では、議論の行方を懸念する意見が相次ぎ、時間外労働規制を医師に厳格に適用すれば、地域の医療現場が維持できなくなることを強く訴えるべきとの方向性でまとまった。

総合診療専門医の研修では、「東京、神奈川、愛知、大阪、福岡は12カ月

以上のへき地・過疎地域、離島、被災地、医療資源の乏しい地域での研修が条件」になった。その結果、大都市の研修プログラムが絞られる傾向があるという。ただ、このプログラム認定基準が、機構で十分に議論されなかったことやプログラムの申請応募時に明確にされていないとの指摘がある。

また、全日病の猪口雄二会長は会見で、病院の一部を介護医療院に転換させた場合の病院の名称について、病院名に介護医療院の文字を併記することには問題がある、という考えを示した。

# 総合診療専門研修プログラムの認定のプロセスに疑義

## 四病協 日本専門医機構に意見書提出

四病院団体協議会は10月2日、日本専門医機構の吉村博邦理事長あてに総合診療専門研修プログラムの一次審査結果に関する意見書を提出した。プログラムの認定プロセスの公正さに疑義を感じるとし、①プログラム募集の段階で一次審査結果を明確にすること、

②認定に至らなかったプログラムに対し理由を文書で示すことを求めている。

総合診療研修プログラムの整備基準が理事会で承認され、8月10日に「総合診療プログラムについて(お願い)」が公開されているが、9月25日付で同機構のホームページに公開された一

次審査基準について、これを理事会で決定した日時を明確にすべきとしている。

また、「総合診療プログラムについて(お願い)」において、「僻地等の専門研修が含まれるものを優先すること」としているのに対し、9月25日付の一次審査基準では「…研修を条件とし

優先する」とされたことから、条件化された経緯について説明を求めた。プログラム責任者が明示的な基準を事前に確認できる体制は、公正な審査をするために必要かつ当然の原則と指摘している。そのほか、認定されなかったプログラムに対し、その理由を文書で発出することを求めた。

# 調整係数置き換えのプラス緩和措置の取扱い了承

## 中医協・DPC分科会 診療密度低く、在院日数長い病院の退出も検討

中医協のDPC評価分科会(山本修一分科会長)は9月28日、調整係数の機能評価係数Ⅱなどへの置き換えに伴い導入している激変緩和措置のプラス緩和措置について、マイナス緩和と同様に、改定のない年度は行わないことを了承した。また、他のDPC対象病院と比べ、著しく診療密度が低く、平

均在院日数が長いDPC対象病院は制度から退出してもらうことを含めた検討を行うことを決めた。

激変緩和措置は、診療報酬収入が2%を超えて減少した場合のマイナス緩和と、2%を超えて増加した場合のプラス緩和がある。医療機関の努力で、機能評価係数Ⅱが高くなった病院がプラス

緩和で、報酬が減るのは不合理との判断がある。一方で、プラス緩和を受けるとは理由が様々で、対応が必要とされた。

さらに、プラス緩和を受けている病院を含め、診療密度と平均在院日数が平均からかけ離れた病院があることが、今回明らかになり、DPC制度として適切でないとの観点から、何らかの対

応を検討することになった。

機能評価係数Ⅱの「地域医療係数」「保険診療係数」の各評価項目の見直しでも一定の方向性を得た。「保険診療係数」は名称も変更する予定。ただ基礎係数Ⅲ群のカバー率係数で、カバー率が低くなりがちな専門病院に配慮し、係数の下限値を設定していることについて、他の項目との整合性の観点から、なくすとの提案があった。これに対し、全日病副会長の美原盤委員は、「DPC対象病院が総合病院を目指すものでない以上、反対する」と述べた。

# 地域定着を図るため臨床研修制度を見直し

## 厚労省・臨床研修部会 地域枠の医師に研修病院の別枠設ける

厚生労働省は9月27日の医道審議会・医師臨床研修部会(桐野高明部会長)に、医師の地域定着を図るための臨床研修制度の見直し案を示した。地域枠の医師が研修する臨床研修病院に、一般のマッチングとは別枠を設けるとともに、募集定員の設定に当たり都道府県が主体的に関わることとした。また、都道府県別の研修医の希望者に対する募集定員の比率は1.05倍程度まで圧縮することを検討する。次回に具体的な計算式を示し、年内に臨床研修制度における医師偏在対策をまとめる。

の臨床研修病院などに、一般とは別枠を設け、地域枠の医師が出身大学の都道府県により多く残れるようにする。

また、現在は国が定めている臨床研修病院・大学病院の指定・募集定員設定を、都道府県が決めるようにし、柔軟な対応を促す。国より都道府県の方が、地域の実態を把握しており、地域医療に責任を持つとされる都道府県の関与が限定的との指摘を踏まえた。

全日病副会長の神野正博委員は、研修医募集定員を適正化する中で、地域枠の医師を別枠で優先することなく都道府県の調整機能で対応すべきと主張した。厚労省は、地域枠医師の別枠は地域の状況に応じ、慎重に対応すると説明し、次回に具体案を示すとした。

現在、医師の大都市への集中を防ぐため、2020年に向け全体で1.1倍にすることを狙っている研修医の希望者

に対する募集定員の比率は、さらなる圧縮を検討する。全体の比率が決まると、一定の基準により、都道府県別の募集定員が決まる。比率を高くし、結果として募集定員が増えると、希望者が多い大都市に研修医が集中してしまう。逆に、募集定員が減れば、全国に研修医が配分されるが、過去の実績を下回る都道府県が出てきてしまう。

厚労省は比率を1.1より下げた場合の試算を示した。2025年度に1.05倍だと、京都府で募集定員上限が2017年度実績を下回る。2025年度に1.00倍だと、東京都、大阪府、福岡県、京都府で下回る。熊本県や奈良県も上限が実績に近づくため、1.05倍が現実的とされた。厚労省は次回以降、計算式を示すと述べた。

また、地域枠で入学したにも関わらず、約束した従事要件に反する研修医



を臨床研修病院が採用した場合の対応を決めた。従事要件に反する研修医を採用した病院には臨床研修費補助金または募集定員の削減、あるいはその両方を課す。前回の部会では、金銭的なペナルティーは望ましくないとの意見が出て、調整していたが、一定の対応を図る。桐野部会長は「地域枠が本来の趣旨とは違う使われ方がされない対応が必要」と強調した。周知期間を経た上で、2019年度から実施する。

一方、委員からは研修医本人に対しても、何らかの罰則を求める意見が相次いだ。しかし、行政処分以外に不利益処分を行う法令がないため、当面は病院への対応の運用状況を確認した上で、再度検討するとした。厚労省は口答で注意することは可能としている。

# 移行計画認定医療法人の運営の要件で省令改正

## 理事・監事の報酬基準求める

厚生労働省は9月27日、先の国会で成立した医療法等の改正法が10月1日から一部施行されることに伴い、省令改正を公布し、「持分なし医療法

人への移行計画認定制度」において、認定医療法人が守るべき運営に関する要件を示した。それによると、社員や理事、監事など当該医療法人の関係者

に特別の利益を与えないことや、理事・監事の報酬が不当に高額にならないよう支給基準を定めることを求めている。また、持分なし医療法人へ移行してから6年間、運営状況を厚生労働大臣に

報告することを求めている。

そのほか、社会保険診療、健康増進事業、予防接種、助産、介護保険法の規定による保険給付の収入金額の合計額が、全収入金額の80%を超えることが求められる。予防接種については◇麻しん◇風しん◇インフルエンザ◇おたふくかぜ◇ロタウイルス感染症一とすることが29日付の告示で示された。

### ■ 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	備考
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2017年12月13日(水) 【全日病会議室】	5,400円 (税込)	医療安全対策に関し、医療関係者の意識向上や医療機関・関係団体等における組織的取り組みの促進等を目的に開催する。全日病、日本医療法人協会の主催で実施している「医療安全管理者養成課程講習会」の講習(1単位)に該当する。