



全日病 ニュース 2017.11.15

No.906

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

総合医へのキャリアチェンジを支援

常任理事会で全日病総合医育成プログラムを討議

高齢患者が著増する中で、臓器別にとらわれない幅広い診療、多様なアクセスを担保する診療、そして、多職種からなるチーム医療のマネジメントなどが実践できる組織であることはこれからの地域に密着した病院には必須である。全日病は、こうした認識に立って、これらの課題の解決に取り組む人材として総合医の育成事業を進めている。10月21日の常任理事会では、総合医育成プログラムの概要について井上健一郎常任理事から説明を受けて議論した。

全日病総合医育成プログラムは、医師経験が概ね10年以上で、プログラムでの研修を希望するすべての診療科の医師が対象。研修期間は1年を基本単位とするが、個々の職場や個人の状況を考え、1～3年の柔軟な運営とする。修了者には、「全日本病院協会認定病院総合医」の認定証を発行。2018年1月から募集を開始し、7月から開始する予定だ。

チーム医療のマネジメントを担う

協会会員施設に勤務する一定のキャリアを持つ医師が専門性や経験を生かしつつ、さらに診療の幅を広げることがこのプログラムのねらいだ。地域包括ケアにおける複雑な課題への対応能力を高め、かつ病院組織の運営に積極的に関与し、病院内外の医師および連携施設、そして関係する多職種との連携をスムーズに行うことができる医師

を育成することを目指している。

プログラムの構成

プログラムでは、受講者がそれまでのキャリアを踏まえカリキュラム達成記録にて本人が達成目標及び研修項目を決定し、プログラムを開始する。

①診療実践

指導医の支援、全日病による支援体制を受けながら自施設で診療・実践を行うことを原則とする。

②スクーリング

「診療実践コース」、「ノンテクニカルスキルコース」、「医療運営コース」の3コースから構成される。(表)。

③e-ラーニング

プライマリ・ケアの実践に役立つ録画されたレクチャーをe-learningシステムとしてオンデマンドで配信する。

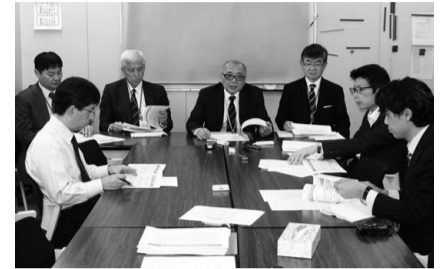
自施設での研修が原則

井上常任理事の説明に対し、専門医機構の総合診療専門医との違いなどについて質問があった。

井上常任理事は、専門医機構の総合診療専門医とは志向する方向性は同じであるが、このプログラム自体は協会独自のものであること、総合医にキャリアチェンジする医師が数年間、自施設を離れて研修することは難しいことを指摘。自施設での診療・実践を原則にプログラムを組んでいることを説明した。また、「病院の中で組織運営ができる医師を育成する必要がある。そ

のためにノンテクニカルスキルコースを用意した」と述べた。

猪口会長は、「総合診療専門医が普及するには20年かかる」とし、それを待たずに総合医のニーズに対応する必要があることを強調した。



全日病は11月10日、厚生労働省内で記者発表を行い、猪口会長と井上常任理事が総合医育成プログラムの取組みについて説明した。

表 スクーリングの構成

「今後激変するプライマリ・ケアの現場で一步踏み出せること」を目標とする。また単なる座学ではない体験型ワークショップであり、現場での実践力を身につける。診療実践コースにおいてはコースごとに診療場面を意識した到達目標を明示し、自らのバックグラウンドや診療能力と照らし合わせて必要なコースを選択して受講する。

I 診療実践コース(22単位)

【総論】

①臨床推論/EBM ②病歴聴取(コミュニケーション技法含む)/身体診察③T&A(triage & action)コース(成人、小児)④生活習慣指導(行動変容含む)⑤地域包括ケア実践⑥生活の視点、リハビリテーション

【各論】

①循環器②呼吸器③消化器④代謝内分泌⑤腎・泌尿器⑥神経⑦血液・膠原病⑧感染症⑨小児科(1)⑩小児科(2)⑪整形外科⑫産婦人科⑬眼科・耳鼻科⑭皮膚科⑮精神科⑯認知症

II 医療者のためのノンテクニカルスキルコース(10単位)

多職種を巻き込んだチームを作り、リーダーシップを発揮し、メンバーと十分にコミュニケーションを取って効果的にタスクを遂行する能力の修得を目標とする。

①MBTI(性格タイプ別コミュニケーション)②コンフリクトマネジメント③コーチング+人材育成④教育技法⑤リーダーシップ・チームビルディング⑥ミーティングファシリテーション⑦問題解決(1)⑧問題解決(2)⑨TEAMS-BI(仕事の教え方)⑩TEAMS-BP(業務改善の仕方)+TEAMS-BR(人への接し方)

III 病院運営コース(3単位)

地域で活躍する総合医に求められる、医療システム全体を俯瞰する能力を習得する。

①日本の医療の将来像②医療制度・診療報酬の理解③介護制度の理解

精神やリハビリなど個別項目の議論進む

中医協・総会

リハビリのアウトカム評価で意見分かれる

中医協総会(田辺国昭会長)は10月後半から週2回の開催となり、次期診療報酬改定に向けた本格的な議論を始めた。10月18日には精神医療、25日にリハビリテーション、27日に選定療養をテーマに議論した。11月1日の総会では、外来診療について、情報通信機器を用いた遠隔医療や生活習慣病の重症化予防などを議題とした。

精神医療では、依存リスクが高く、睡眠薬・抗不安薬として使われることが多い抗精神薬のベンゾジアゼピンの適正化が課題となった。診療報酬に多剤・大量処方に対する適正化措置がある。しかしベンゾジアゼピンは「通院・在宅精神療法」の算定も受けず、単剤で長期間処方される事例が少なくないことがデータから示されている。

これに対し、支払側の委員が適正化の必要性を強調。「一般の診療所で制限なく処方されている実態が最大の問題」と指摘した。全日病会長の猪口雄二委員は、「確かに乱用気味の実態があり、一定の規制が必要と考える。長期処方では、精神科医療がきちんと提供される体制であるべき」と主張した。

来年度は、国家資格となった公認心理師の試験が初めて実施される。公認

心理師は、患者の心理状態の観察や分析、心理に関する相談や助言・指導などを行う職種で、医療機関での勤務が想定されている。その場合に、診療報酬の「臨床心理技術者」との関係を整理する必要がある。例えば、「精神科リエゾンチーム加算」、「摂食障害入院医療管理加算」などの施設基準に「臨床心理技術者」の規定がある。

猪口委員は、「来年度改定で診療報酬による評価をすれば、臨床心理士の奪い合いが生じるおそれがある。もう少し様子を見て、安定的に増えていることを確認してから判断すべき」と、当面は現行どおりにすべきと主張した。

アウトカム評価の効果が明らかに

リハビリテーションについては、2016年度改定で導入した回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価の結果をみた。ADLスコアによる実績指数で27点未満が半年続くと、診療報酬が適正化されるが、対象となる病棟のほぼすべてで実績指数は27点を超えていた。さらに、平均在院日数、在宅復帰率、日常生活の自立度評価(FIM)などの指標は、いずれも2015年より改善していた。

これらを受け、猪口委員は「アウトカム評価の効果が出ている。今回は評価を厳しくする必要はない」と主張。一方、支払側の委員は「効果があったのは認めるが、元々の基準が緩い。段階的な評価も検討すべき」と厳格化を求めた。

退院後早期のリハビリを充実させる観点から、①退院後早期の患者は、発症からの日数上限がある疾患別リハビリテーション料の標準的算定日数の除外対象とする②病棟に専従で配置されている理学療法士などが退院後にリハビリを提供できるよう、専従要件を緩和する一の2点が提案された。猪口委員は賛意を表明した。

要介護被保険者に対する疾患別リハビリテーション料の算定の経過措置は、2019年3月31日まで延長する方向になった。2018年3月31日までが期限となっていたが、外傷性の肩関節脱臼損傷など長期間のリハビリが必要な症例があることを踏まえた。あわせて医療保険から介護保険への維持期・生活期のリハビリへの円滑な移行策を推進。医療機関が通所リハビリを実施しやすくなるよう、職員配置や設備の共用を可能とする見直しを行う考えだ。



選定療養の取扱いでは、180日を超える入院基本料の15%を患者が負担する選定療養について、例外規定を追加。現在、重度の肢体不自由者など17類型の患者への費用徴収が禁止されているが、これに「造血幹細胞移植後または臓器移植後の拒絶反応に対する治療を実施している患者」を加える。

また、治療とは直接関係のないサービスとして、患者から実費を徴収できるものに、①画像・動画情報を提供する場合②公的な手続き等を代行した場合があることを明確化する。①については、患者が他の医療機関の医師から助言を得ることを目的に、画像・動画情報を提供する場合は対象としない。

情報通信機器を用いた遠隔診療では、新たな評価を設けることを大筋で了承した。事前の治療計画の作成や患者の同意、一定の受診期間などの条件を求める。現行では再診料の特例として認めている。睡眠時無呼吸症候群の治療での遠隔モニタリング加算も新設。生活習慣病管理料は治療計画書を見直す。

費用対効果評価の価格引下げの基準は500万円

中医協・費用対効果評価合同部会

価格引上げの検討には賛否両論

中医協の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)は10月25日、費用対効果評価の試行的導入において、医薬品などの価格を引き下げる際の効果に対する費用の基準を500万円とすることで合意した。一方、価格を引き上げる調整を行うことについては賛否両論があった。

費用対効果評価の手法である総合的評価(アプレイザル)では、増分費用効果比(ICER)を使って、医薬品や医療機器の費用対効果の「よい・悪い」を判断する。その結果により、価格調整を行う。具体的には、ICERが一定基準より低い場合(費用対効果がよい)は価格調整を行わない。ICERが一定基準より高い場合(費用対効果が

悪い)は価格を引き下げる。価格を引き下げる領域には一定範囲を設け、それ以上は価格が下がらない下限を設ける。

今回、価格を引き下げる一定基準を500万円にすることを決めた。QOLを考慮した生存期間(質調整生存年)を1年延ばすのに、500万円を超えると費用対効果が悪いと判断されることになる。500万円は過去の日本の研究者の論文と、生活水準が比較的日本に近く、費用対効果評価の仕組みがある英国の評価基準を参考にして決めた。

論文によると、2010年調査で「回答者の半数が支払いを許容した金額」(支払い意思額)の50パーセントマイル値が485万円だった。英国の評価基準では、「医療技術の(保険収載の)受

入れ可能性を個別に判断する上限額」が3万ポンド(436万円)、「致命的疾患、終末期の治療でその医療技術が推奨される上限額」が5万ポンド(727万円)となっている。

費用が500万円より大きいと、引下げ額も大きくなるが、上限は1,000万円とする。世界保健機関(WHO)や英国の基準に合わせた。なお、英国の基準は、保険償還の可否に用いている基準であり、単純な比較はできない。

ICERを用いた分析では、比較対照品目(技術)と比べて、効果が増加し(または同じ)、同時に費用が削減される品目については、費用対効果を判断できない。このため厚生労働省は、別途価格調整の方法を検討する必要があるとした。そのような品目は価格引上



げの対象となる。厚労省はその条件として、①臨床試験等で比較対照品目より効果が高いことが示されている②比較対照品目と基本構造や作用原理が異なるなど、一般的な改良の範囲を超えていることをあげている。

これに対して、委員からは賛否両論があった。「医療保険財政への懸念から費用対効果評価の議論が始まった。価格の引上げはあり得ない」との意見も出たが、厚労省は「対象になる品目は多くない。比較対照品目と比べて、費用が削減される範囲で価格引上げを行う」と述べて、理解を求めた。

救急医療管理加算や慢性期のデータ提出で新たな指標

中医協・入院医療分科会

短期滞在手術等基本料の追加は再度分析

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10月18日と11月2日に会合を開き、入院医療に関する2017年度調査の分析を行うとともに次期診療報酬改定の方針を議論した。具体的には、短期滞在手術等基本料、救急医療管理加算、慢性期病棟のデータ提出項目、「重症度、医療・看護必要度」とDPCデータの連関性の分析の結果などを議題とした。

短期滞在手術等基本料3では、一定程度治療法が標準化され、短期間で退院可能な手術・検査について、4泊5日までの報酬を包括評価している。対象となる手術・検査は、◇在院日数の平均+1SDが5日以内◇一定の症例数が存在◇入院5日以内の包括範囲の出来高実績点数のばらつきが小さいを基準としている。

厚生労働省はこれらの条件に適合するものとして、「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」を提示した。しかし委員からは、「包括範囲の出来高実績点数のばらつきが必ずしも小さくない」との意見があり、再度データを分析することになった。

救急医療管理加算は、加算を算定できる患者基準の見直しが課題となっている。2016年度改定で「1」(900点)の基準が明確化されたが、「2」(300点)は基本的に「1」に準じる状態とされ、算定回数も増えている。厚労省は基準を見直すため、救命救急センターの充実段階評価の基準例や救急患者に関する指標を例示した。

救急患者に関する指標としては、「意識障害または昏睡」の判断に「JCS、GCS」、「呼吸不全または心不全で重篤な状態」の判断に「動脈血酸素分圧、NYHA分類等」、「ショック」の判断に「収縮期血圧の低下、昇圧剤の使用等」などをあげた。全日病副会長の神野正博委員は、「分析するのは賛成だが、例示は厳しすぎるようにみえる。様々な医療機関が救急医療を行っており、救命救急センターと同じ指標は使えない」と述べた。

慢性期病棟のデータ提出項目の検討は、同分科会の中間まとめで、DPC対象病院が提出しているデータ提出を一定規模以上の回復期リハビリテーション病棟や療養病棟にも求める方向性を盛り込んだことを踏まえたもの。ただ回復期や慢性期にあったデータとす

る必要があり、今回厚労省が新たな項目などを提示した。

慢性期の患者に特徴的な症状・状態としては、「脱水」「発熱」「褥瘡」「摂食・嚥下機能低下」「低栄養」「疼痛の訴え」「認知症の周辺症状」があがった。さらに、要介護度や主治医意見書に含まれる症状・状態など介護との連携に関連する項目を示した。神野委員は、急性期との連続性のあるデータを把握するため、共通項目のデータが一定程度あることが重要と強調した。

そのほか、厚労省が13年ぶりに病院の給食部門の収支を調べ、公表した。結果は、全面委託、一部委託、完全直営のいずれの場合でも、収支差額は赤字だった。患者1人1日あたりの収支は全面委託で▲661円、一部委託で▲757円、完全直営で▲706円。過去の調査より大幅に収支が悪化していた。神野委員は「給食部門で手当てがなかったことが、疑問の余地なく明らかになった」と述べた。

11月2日の分科会では、「重症度、医療・看護必要度」とDPCデータ(EFファイル)の連関性の分析結果が示された。両者の連関性が強ければ、DPCデータに入力する診療報酬項目で、看



護必要度の測定を代替できる可能性がある。分析結果では、C項目(手術等の医学的状況)では一部を除き、連関性が高いが、A項目(モニタリングおよび処置等)は、連関性が高い項目と低い項目で差があることがわかった。

委員からは、「現状でEFファイルで患者重症度の判定に用いるのは難しい」と慎重な対応を求める意見があったが、EFファイルで判定すると、調査した7対1入院管理料病棟で、該当患者割合は、看護必要度の28.8%に対し24.8%となり、より低くなった。活用する場合、神野委員は現行25%基準を下げる必要があるとした。

次期改定でのDPCデータの活用に慎重な意見が相次いだことに対し厚労省は、「判定で活用できる可能性が示唆された」ことを強調した。

地域医療係数や保険診療係数など機能評価係数Ⅱを見直し

中医協・DPC評価分科会

I～Ⅲ群の医療機関群の名称も決まる

中医協のDPC評価分科会(山本修一分科会長)は10月25日、次期診療報酬改定でのDPC制度見直しの議論を進めた。機能評価係数Ⅱの地域医療係数・保険診療係数・救急医療係数や調整係数の取扱いについて、厚生労働省の提案を大筋で了承した。I～Ⅲ群の医療機関群の名称もようやく決まった。

機能評価係数Ⅱの地域医療係数では、医療計画の5疾病5事業への取り組みを担う病院を評価しており、可能な限り実績に基づき評価する観点から、各項目の見直しを行う。具体的には、◇「脳卒中」では、t-PA療法の実施や超急性期脳卒中加算の算定実績◇「心筋梗塞等の心血管疾患」では、大動脈かい離の入院患者への手術実績◇「精神科入院」では、精神科身体合併症管理加算と精神科救急・合併症入院料の算定実績◇「災害」では、BCP(事業継続計画)の策定一の評価を追加する。

保険診療係数については、減算される未コード化傷病名の割合を20%以上から2%以上に厳格化するとともに、対象となる病名を様式1に記載されているすべての病名とする。現行では、Dファイルの4つの病名になっている。

病院情報の公表の評価は、「年齢階級別退院患者数」や「成人市中肺炎の重症度別患者数等」など現行の7項目に加え、「共通指標セット」から複数の指標を選択し、公表することを評価する。「共通指標セット」には、「薬剤管理指導実施率」や「急性心筋梗塞で病院に到着してから、PCIまでの時間が90分以内の患者の割合」などがあり、17項目が評価対象となる。

大学病院本院だけに課される「適切な保険診療の普及のための教育に向けた取組の評価」では、指導医療官の派遣の評価は廃止し、「保険診療に係る取組事例や保険診療の質的改善に向

けた考え方」を検討し、整理する。また、保険診療係数の名称を「医療の質向上係数」とする案を厚労省が提示した。しかし同日は結論が出ず、引続きの検討になった。

救急医療係数については、救急医療管理加算に基づく評価であることから、総会での出来高報酬の議論を踏まえ、対応することになっている。加算2に該当する場合の減算措置も提案されたが、全日病副会長の美原盤委員が「地域の救急医療に与える影響が大きい」と指摘し、引続きの検討になった。

医療機関群の名称は、見直しの提案後、数度の議論を行ったが、決まっていなかった。今回、Ⅲ群は「DPC標準病院群」、Ⅱ群は「DPC特定病院群」、Ⅰ群は「大学病院本院群」とすることを了承した。DPC対象病院の中で、Ⅲ群の多様性を含みつつ、DPC対象病院の標準であることを明確にした。



DPC制度において、過去の報酬を保障してきた調整係数は、2018年度診療報酬改定で、すべて機能評価係数Ⅱなどに置き換わることになる。このため調整係数はなくなるが、新たな激変緩和措置を講じる。今回、診療報酬改定のある年度に限り、医療機関別係数に激変緩和措置に相当する分を補正するという具体的な手法を決めた。新たにDPC制度に参加する病院に対しては、収入が2%を超えて下がった場合のみ、▲2%まで保障する。

診療科ごとの医師の需要を把握し、情報提供

厚労省・医師需給分科会

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂座長)は10月25日、専門医研修における医師偏在対策で一定の合意を得た。国と都道府県が地域医療や研修の機会の確保に関し、意見を述べるができる仕組みを法律に位置づける。また、診療科ごとの医師の需要を把握し、研修医などが将来の需要を見据えて、適切に診療科選択ができるようにする。

来年度からの新専門医制度の開始に向け、日本専門医機構と学会は専攻医の登録を開始し、研修プログラムの準備を進めている。昨年度からの見直しで、整備指針や運用細則を改訂し、医師偏在の拡大など地域医療への影響を考慮した対応をとっている。それでも、都道府県協議会などからは、地域医療

行政の専門医研修への関与を法制化

への影響を懸念する意見が根強い。塩崎恭久前厚労相も必要に応じて、機構に見直しを要請する旨の声明を出している。

一方で、都道府県が中心となる医師偏在対策の検討において、偏在対策を議論する場を地域医療対策協議会(地対協)に統合し、都道府県協議会の位置づけを整理する方向となっている。厚労省は、「国や都道府県が地域医療の観点や研修の機会確保の観点から意見を述べるができる仕組みを法律上設ける」と提案。委員から異論は出なかった。あわせて、都道府県協議会は地対協に統合する方針のもと、特別の事情がある場合は、地対協のワーキンググループとして都道府県協議会としての機能を残す。

情報提供で適切な選択を期待する

診療科の偏在に対しても対策を打ち出した。新専門医制度でも診療科偏在の具体策が組み込まれていないことを踏まえ、厚労省が将来の医師の需要を都道府県ごとに把握して、情報提供する仕組みを検討する。将来の医師の需要が示されることで、研修医などがそれをみて、適切な診療科を選択することを期待する。

医師の需要を明確化するに当たっては、◇医療ニーズ◇将来の人口・人口構成の変化◇医師の偏在の度合いを示す単位◇患者の流出入◇医師の年齢分布◇へき地や離島等の地理的条件などを考慮する必要がある。これらにより、定量的な医師の需要を見込んだ上で、将来の医師の働き方や医療技術の



進歩を推計に反映させるとしている。全日病副会長の神野正博委員は、「強力な偏在対策になりそうなものが出てきた」と両者の論点に賛意を表明。その上で、人口減少が大きな地域などは、医師の需要が少なく推計されることを懸念し、「地域に最低限の医師が確保されるよう配慮してほしい」と述べた。他の委員からは、情報提供だけで医師偏在の是正は難しいとして、「(需要に応じた専門医が育成されるよう)一定の強制的な措置が必要」との意見が出た。総合診療専門医の育成に時間がかかることから、「プライマリケアを担う医師の位置づけが不十分」との指摘もあった。

ウェブサイト等の広告規制で考え方を示す

厚労省・医療情報の提供内容等のあり方検討会

医療機関のウェブサイト等を医療広告の規制対象に追加した医療法等一部改正法に基づいて省令・ガイドラインの議論を行っている「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」は10月25日、(1)医療法上の広告に該当するケース・該当しないケース、(2)客観的事実が証明できない事項の具体的事例、(3)術前術後の表示の扱いについて検討した。

医療法改正によって、ウェブサイトやメルマガといったネット情報やSNSによる情報発信、さらには申込み制による詳細情報(パンフレット等)の提供は「誘因性」と「特定性」があるとみなされて規制の対象となり、虚偽、比較・誇大・反公序良俗、その他省令で

定める基準に該当する表現が禁じられるとともに、広告できる情報も14事項に限定される。ただし、省令に定める情報・媒体は限定の対象外となる。

規制の対象となる媒体として厚生労働省の例示。それによると、第3者が提供する医療機関ランキングは医療法上の広告に該当しないが、それを医療機関のウェブサイトに掲載かつ「誘引性がある」と認められる場合は広告に該当することになる。

次に口コミサイトについては、「医療機関が広告料等の費用を負担する等の便宜を図って掲載を依頼する場合は誘引性が認められて広告に該当する。第3者が運営する医療情報総合サイトからのリンクも前出と同様の場合であ

れば広告とみなされる。

SNSについては、個人のSNSが医療機関に言及してもそれだけでは医療広告とみなされないが、例えば、「△クリニックで、今日3回目のレーザーとピーリング。たった3回で肌が子どもの頃のようにすべすべになりました。おすすめです」といった表現等で、医療機関が費用を負担する等の便宜を図って掲載依頼したなどのケースは広告とみなされる。

したがって、個人のブログ等サイトで企業の商品・サービスの宣伝・販売を請け負うネットビジネス(アフィリエイト)は広告として規制が課せられることになる。同様に、検索サイトから特定医療機関へリンクするパナー広

告やリスティング広告も規制の対象となる。ただし、リンク先の医療機関のウェブサイトについては、一定の要件の下、広告可能事項は限定されないことになる。

規制の対象となる「誘因性」「特定性」に関しては概ね以上のとおりだが、規制の基準となる「虚偽」「比較・誇大・反公序良俗」等をどう定義かつ線引きするかという問題がある。

そのほか、この日の検討会では、厚労省が例示した「客観的事実が証明できない事項」と「術前術後の表示の扱い」をめぐって意見を交わした。

厚労省は次回の会合で、省令と関連のガイドラインの案を示す予定だ。



介護報酬改定に向け2巡目の議論を開始

厚労省・介護給付費分科会

厚生労働省は10月27日の社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)に2017年度介護事業経営実態調査の結果を報告するとともに、2018年度介護報酬改定の「基本的な視点」案を提示した。

今年5月に実施された同調査の有効回答率は47.2%で、介護療養型医療施設は43.5%と一段低い回答率にとどまった。介護療養型医療施設の収支差率(2016年度決算)は3.3%となり、2014年度決算の6.1%、15年度決算の3.7%からさらに低下した。

2018年度介護報酬改定に向けて、厚労省が示した「基本的な視点」案(別掲)を踏まえて議論し、委員からは改定率に対する意見が示された。介護保険施設系の委員はそろってプラス改定

プラス改定をめぐり賛否の意見

を求めた。

日本介護福祉士会や「認知症の人と家族の会」の委員もプラス改定を訴えた。連合の委員も「(次期改定は)介護人材の確保と処遇改善が最重要課題である」とマイナス改定に反対した。一方、健保連、経済団体、保険者等の委員は「プラス改定をする環境にない」として、給付のさらなる適正化を要求した。

「基本的な視点」案に関しては様々な意見が出され、引き続き議論を行っていくことを確認した。

厚労省は、次回以降原則的に週1回のペースで分科会を開催し、12月上旬から中旬にかけて基準および介護報酬改定の基本的な考え方をとりまとめる方針だ。

◎2018年度介護報酬改定に向けた基本的な視点案(骨子)

- ①地域包括ケアシステムの推進
 - ・本人の希望する場所での、その状態に応じた医療・介護と看取りの実施
 - ・医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
 - ・関係者間の円滑な情報共有とそれを踏まえた対応の推進
 - ・各介護サービスに求められる機能の強化
 - ・ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
 - ・認知症高齢者への対応
 - ・地域共生社会の実現に向けた取り組みの推進
- ②自立支援・重度化防止に資する質の

高い介護サービスの実現

- ・高齢者の自立支援と要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する介護サービスの推進
- ・介護サービスの安全・安心を確保する観点からの取り組みの推進
- ③多様な人材の確保と生産性の向上
 - ・専門性などに応じた人材の有効活用
 - ・ロボット技術・ICTの活用や人員・設備基準の緩和を通じたサービス提供の効率化
- ④介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保
 - ・評価の適正化・重点化
 - ・報酬体系の簡素化



医師臨床研修の期間と必修分野で合意へ

厚労省・医師臨床研修の到達目標・評価WG

厚生労働省の医師臨床研修の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ(福井次矢座長)は10月25日、新たな医師臨床研修制度の研修期間、および臨床研修を行う分野・診療科について合意した。研修期間は原則として2年とし、協力型臨床研修病院と共同で研修を行う場合は、原則とし

て、研修期間の36週以上は基幹型臨床研修病院で行い、基幹型病院の管理を強化する。基幹型病院での研修は1年以上が望ましいとした。

臨床研修の必修分野は、内科、救急、地域医療、外科、小児科、産婦人科、精神科および一般外来とする。内科や外科などの外来と一般外来の研修期間

のダブルカウントは認めない。

全日病副会長の神野正博委員は「現状では外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科が選択必修であり、研修医の未経験が問題となった。今回の必修分野の案に賛成する」と発言。日本医師会の委員は「基幹型臨床研修病院で、すべての必修分野に対応できるのか」と指摘した。

精神科については、委員から「専門

外来、リエゾンチームの研修に急性期の入院を加えるべき」との意見があり、急性期の入院研修が可能か、受け入れる施設や病床数のデータを収集して再検討することになった。委員からは「地方での研修医の受入れは、現実的に不可能ではないか」との指摘があった。



病床報告の定量基準として平均在棟日数を検討

厚労省・地域医療構想WG 委員からは強い反対意見

厚生労働省は10月26日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)に、病床機能報告制度で報告する医療機能の選択において、平均在棟日数を基準とすることを提案した。ただ地域医療構想と診療報酬との関連付けが強くなるおそれがあることから、委員から強い反対意見が出た。また、奈良県の地域医療構想の実現に向けた協議の進め方に関し、報告があった。

病床機能報告制度では、医療機関が病棟単位で高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれかの医療機能を都道府県に報告する。どの医療機能を選ぶかは医療機関の判断だが、提供している医療と報告した医療機能に、かい離がある場合があり、厚労省は定量的な基準の検討を求めている。

今回の提案は、入院期間に着目することにより、実態に合った報告を目指すものといえる。病床機能報告制度では、患者の病期によって異なる医療機能のうち、病棟で最も多い医療機能を報告することになっている。厚労省は2016年度の平均在棟日数を例示。それによると、高度急性期では9.5日、急性期では14.1日、回復期では58.7日、慢性期では240.5日となっており、これを目安に病棟の医療機能を判断することが考えられる。

しかし日本医師会の委員から、「地域医療構想が診療報酬にもたれかかることになる。明確に反対する」と反対意見が出た。全日病副会長の織田正道委員は、「定量的な基準に対しては慎重な検討が必要。当面は、(明らかに実態に合っていない)外れ値をなくす

ことを考えるべきだ」と主張した。特定入院料などでは、特定の医療機能との関連付けがすでに示されており、さらなる関連付けが求められるおそれがある。

医療提供の実態と報告内容がかけ離れている「外れ値」については、以下の2点を了承した。2017年度の報告で、①高度急性期または急性期と報告した病棟で、まったく急性期医療を提供していないとの疑義が生じた病棟に、その理由をきく②明らかに回復期または慢性期の患者の割合が多いのに、回復期または回復期と報告しない理由をきくこととした。

調整会議のもとで病院が意見交換会
奈良県が地域医療構想の実現に向け取り組みを報告した。奈良県は地域



医療構想調整会議とは別に意見交換会を開いている。「調整会議ではどうしても議論が抽象的になってしまう」(奈良県担当者)ため、現場の医療機関の代表が集まる会議などを開催した結果、地域の病院間で「顔の見える関係」を築くことの重要性が再認識されたという。

また、病床機能報告制度に関し、急性期を「重症急性期」と「軽症急性期」に分ける奈良方式を紹介した。「重症急性期」の目安は、50床当たりの手術と救急医療が1日2件以上とした。急性期から「軽症急性期」を取り出し、現状の回復期病床と合わせると、2025年に不足すると計算される回復期の病床数の需要にほぼ合うことを示した。

検体検査の精度管理基準、新設・見直しの議論が始まる

厚労省・検体検査の精度管理等に関する検討会

6月に公布された医療法等一部改正法に基づいて検体検査の精度確保に関する改正事項の施行に向けて、厚生労働省に設置された「検体検査の精度管理等に関する検討会」は10月27日に初会合を開き、座長に国立病院機構の楠岡英雄理事長を選出して議論に着手した。

検体検査の外部委託に関しては、院内で請負で代行するブランチラボ、および外部の衛生検査所についてそれぞれ省令によって要件が定められている。しかし、医療機関が自ら行うものについては、診療報酬(検体検査管理加算)で要件が課せられているものの法的な基準はない。

ただし、ブランチラボや衛生検査所

の場合も品質や精度管理に関する法的な根拠規定に欠ける上、基準そのものも不十分ではないかとの指摘を受けてきた。

そうした批判を踏まえ、今回の医療法改正では、医療機関が自ら行う検体検査の基準に関する根拠規定を設けるとともに、外部委託のブランチラボや衛生検査所についても、医療法と臨床検査技師法の両面から品質・精度管理の明確かつ網羅的な基準を省令で定める旨が盛り込まれた。

さらに、ゲノム医療を推進する目的から、遺伝子関連検査に関する精度管理基準の明確化と医療技術の進歩を反映したものへ検体検査分類を見直すとともにそれを省令で定めることが規定

されている。

こうした課題を受けて厚労省は、(1)検体検査分類の見直し、(2)検体検査の精度管理に関する基準の明確化、(3)遺伝子関連検査の品質・精度管理を確保するための法的措置、という3つの検討課題を示した。

この日は、(1)検体検査分類の見直しについて集中的な議論を行い、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査の6つからなる現在の1次分類について、①血清学的検査を免疫学的検査に名称変更、②寄生虫学的検査を廃止して代わりに尿・糞便等一般検査を新設、③遺伝子関連検査・染色体検査を新設した計7分類とする厚労省案を概ね支持した。



検討会は月1回をめぐりに開催し、次回以降、「医療機関の精度確保」「遺伝子関連検査の基準」「受託業者の精度確保」について検討し、来年3月の取りまとめを目指す。それを受けて厚労省は、社会保障審議会・医療部会への報告とパブコメを経て、2018年冬頃に省令を施行したいとしている。

2回目となる次期診療報酬改定要望項目を協議

日病協・代表者会議 入院基本料全体の引上げ訴える

日本病院団体協議会は10月27日、代表者会議を開き、近く厚生労働省保険局に提出する次期診療報酬改定の要望書(第2回)をめぐり、協議した。要望は7項目。前文では、多くの病院の経営状況が悪化し、入院基本料全体の引上げが必要であることを主張。財

務省の財政制度等審議会が2%半ば以上のマイナス改定が必要との考えを示したことも踏まえ、病院経営の厳しさを訴える。

一方、安倍政権は、働き方改革の推進とともに、春季の労使協定で3%の賃上げを要請している。これにならえ

ば、医療機関にも処遇改善の費用が必要になる。医療費抑制政策と人件費高騰が続く中で、現場の医療が成り立つ診療報酬を求める。

個別項目では、◇「重症度、医療・医療看護必要度」など入院基本料を評価する基準の見直しや7対1、10対1入院基本料の病棟群単位の届出◇地域



包括ケア病棟入院料の機能に応じた評価◇25対1療養病棟入院基本料の要件緩和や介護医療院と同じく6年間の経過措置の存続などを要望する見通しだ。

医師の勤務環境改善で緊急調査を実施

四病協・総合部会 「重症度、医療・看護必要度」でアンケート調査

四病院団体協議会は10月25日に総合部会を開き、医師の働き方改革について議論した。終了後に会見した全日病の猪口雄二会長は、この問題に関連して四病協として勤務環境改善に関する調査を実施していることを明らかにした。調査は、四病協の「病院医師の働き方検討委員会」が実施。全病院を対象に調査した。結果は現在集計中で、

猪口会長は「できるだけ早く公表したい」と述べた。

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」で議論が進んでいるが、10月23日の会合で、現場の医師からヒアリングを行い、医師の労働時間に厳しい規制を導入すれば現場が回らなくなるとの懸念が表明されている。

猪口会長は、「一般の労働者と同じ

規制が医師に適用されると、各地で救急医療や産科医療が崩壊する可能性がある」と危機感を表明。医療提供体制の観点から実態を調査すべきとの意見があったことを紹介した。

そのほか、「重症度、医療・看護必要度」に関するアンケート調査を全日病と日本病院会で実施していることを明らかにした。中医協の入院医療分



科会で、DPCデータを使って「重症度、医療・看護必要度」をシミュレーションする分析が議論されていることを踏まえたもの。看護必要度をチェック・記録する現場の負担感について調査することがねらいだ。こちらも現在集計中で、近く公表する予定である。

■ 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	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)	厚生労働省の「医療安全推進週間」に、医療関係者の意識向上や組織的取り組みの促進等を図るために実施する。全日病・日本医療法人協会の主催で実施した「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。