



全日病 NEWS 2017.12.1 No.907

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

次期診療報酬改定の要望書を厚労省に提出

日病協 病院経営の悪化を訴え、現場が維持できる報酬求める

日本病院団体協議会は11月9日、2回目となる次期診療報酬改定の要望書を厚生労働省保険局に提出した。近年の医療費抑制政策と人件費高騰が病院経営を急激に悪化させていると強調し、病院経営が維持できる診療報酬とすることを求めた。すべての病院の入院基本料の大幅引上げなど7項目を要望。政府が進める働き方改革や賃金引上げなどとの整合性を診療報酬で図るべきとの考えもにじませた。

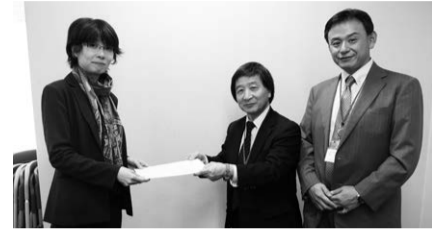
前日の8日には、医療経済実態調査

が発表され、一般病院全体の収支が悪化し、過去3番目の▲4.2%であることが明らかになった。最大の要因は人件費増であり、費用の増加に収入の増加が追いついていない。要望書では、現場で求められる医療を提供するために費用が増大しているにもかかわらず、近年の医療費抑制政策により診療報酬という収入を十分に確保できない状況があることを訴えている。

具体的な改定項目に関しては、7項目を要望した。まずは、病院経営を継

続していくため、すべての病院の病棟入院基本料の大幅な引上げを求めた。

それに続き、◇重症度、医療・看護必要度と多職種配置を主軸とした中長期的な入院基本料評価基準の抜本的見直しと、病棟群単位届出制度の改善◇地域包括ケア病棟における在宅等からの受入れ機能の評価◇療養病床の医療区分による患者評価制度の中長期的抜本的見直しと、DPCデータ加算提出の促進、25対1療養病床の要件緩和◇精神科医療費の増額と疾病特性を踏



保険局医療課の中谷課長補佐(左)に要望書を手渡す診療報酬実務者委員会の池端委員長(中央)、太田副委員長(右)

まえた在宅移行のあり方の見直し◇特定入院料算定病棟における包括対象範囲の見直し◇診療報酬体系の簡素化と医療ICTの推進一を列挙した。

医療経済実態調査で一般病院の収支が▲4.2%に悪化

中医協・総会 給与費による費用増が病院経営を圧迫

中医協の調査実施小委員会(野口晴子小委員長)は11月8日、2016年度診療報酬改定を挟む2015年度と2016年度の病院などの経営状況を調べた医療経済実態調査をまとめ、総会に報告した。2016年度の損益差額は一般病院で前年度より0.5ポイント悪化して▲4.2%となり1967年以来、過去3番目の低さとなった。給与費増による費用の増加が病院経営を圧迫する実態が明らかになった。政府は医療経済実態調査を参考に2018年度の改定率を決める。

一般病院の損益差額は▲3.7%から▲4.2%に悪化した。一般病院のうち、医療法人は2.1%から1.8%に低下、国立は▲1.3%から▲1.9%に悪化、公立

は▲12.8%から▲13.7%に悪化している。公民問わず、医業収益がわずかに増加しても、それより費用の増加が大きく収益が悪化する状況になっている。費用増の影響は給与費の寄与が大きい。厚生労働省は他の統計を確認した結果、1人当たり賃金の上昇と就業者数の増加の両者が影響していると考えている。

国や自治体からの補てんがあり、赤字体質が続く国立に対し、医療法人はわずかに黒字だが、損益状況をみるとより厳しい状況にある。

医業収益の伸びは、国立が0.8%であるのに対し、それ以外は0.2%である。医業・介護費用の伸びは、国立が1.5%であるのに対し、それ以外

は0.4%と、国立ほど費用が伸ばせない状況だ。給与の伸びは、国立が2.6%に対し、それ以外が1.7%で、こちらも差が出ている。

DPC対象病院の損益差額は、全体で▲4.4%、国立を除いても▲0.4%とマイナスが続いている。国立を除いた7対1病院は▲0.4%、10対1は▲0.2%で、急性期は軒並みマイナスとなる。これに対し療養病床60%以上の一般病院の損益差額は5.7%だが、2015年度の6.4%より悪化した。

全日病会長の猪口雄二委員は、「病院経営が悪化しているのは明らかだ。国立は補助金・繰入金等に依存して何とか経営を続けている。民間病院はそれもなく、経営維持が困難になるような状況に陥っている」と強調した。



いて、短時間勤務の複数の医師の組み合わせを常勤医師とみなす緩和策を提案した。集中治療室の医師の勤務要件の緩和やICTを活用した場合の医師の柔軟な配置基準を検討する。看護師、管理栄養士、歯科衛生士、歯科技工士についても、常勤の必要性が高くない業務における常勤要件の緩和を図るとした。

これに対し猪口委員は「常勤が難しい医師が増えている。人材の有効活用の観点から、働きやすい環境を提供することが必要だ」と歓迎した。また、「リハビリテーションの職員も対象にしてほしい」と述べた。ただ支払側の一部の委員は「医療の質と安全」の観点から、慎重な検討を求めた。

そのほか、負担軽減策としての有効性が確認されている医師事務作業補助体制加算などの見直しや関連する事務の手続きの合理化も検討課題とした。(中医協の議論は2面にも掲載)

表1 一般病院(医療法人) (単位:千円、%)

	前々年(度)		前年(度)		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	1,950,721	99.8%	1,956,503	99.8%	0.3%
II 介護収益	3,347	0.2%	3,209	0.2%	▲4.1%
III 医業・介護費用	1,913,713	97.9%	1,924,758	98.2%	0.6%
IV 損益差額(I+II-III)	40,355	2.1%	34,954	1.8%	-

表2 一般病院(国立) (単位:千円、%)

	前々年(度)		前年(度)		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	6,208,864	100.0%	6,239,686	100.0%	0.5%
II 介護収益	450	0.0%	594	0.0%	32.0%
III 医業・介護費用	6,291,255	101.3%	6,361,140	101.9%	1.1%
IV 損益差額(I+II-III)	▲81,941	▲1.3%	▲120,861	▲1.9%	-

表3 一般病院(公立) (単位:千円、%)

	前々年(度)		前年(度)		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	5,370,747	99.9%	5,416,733	99.9%	0.9%
II 介護収益	3,962	0.1%	4,181	0.1%	5.5%
III 医業・介護費用	6,064,163	112.8%	6,164,255	113.7%	1.7%
IV 損益差額(I+II-III)	▲689,454	▲12.8%	▲743,342	▲13.7%	-

医師などの常勤要件の緩和を提案

同日の総会では、診療報酬改定の個別事項として、医療従事者の多様な働き方支援・負担軽減をテーマとした。厚生労働省が「小児科・産婦人科・その他専門性の高い特定の領域や、夜間等の緊急対応の必要性が低い項目」にお

四病院団体協議会 賀詞交歓会(新年の集い)開催のご案内

全日本病院協会、日本病院会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会の四団体は、2018年の賀詞交歓会(新年の集い)を、下記の要領で開催します。

日 時●2018年1月12日(金) 午後5時30分～午後7時30分
(受付開始 午後4時30分)

会 場●バレスホテル東京 2階「葵」

会 費●1名様につき1万円(当日受付にて申し受けます)

問い合わせ先 公益社団法人 日本精神科病院協会
TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309

清話抄

医師の「働き方改革」について

東京都内の病院に勤務していた男性研修医(30代)が自殺したのは過労が原因だったとして労災認定されたのは、今年8月のことだった。この男性研修医の残業時間は月平均160時間前後で多い時には200時間を超えていた。ま

た同5月には新潟県の病院に勤務していた女性研修医(30代)が自殺したケースも直前の残業時間が月176時間と、同様に労災が認められた。

これらのケースを、我々医師はどのように受け止めるべきなのか。

医療の現場では「労働時間を管理する」という概念が欠けているということが課題とされるが、実際医療資源には限りがあり、医師の労働環境整備は一般企業のそれと比較することが非常に難しい。

医師が労働時間を厳しく管理されれば、患者のニーズには応えられず、質の高い医療を継続して行うことが困難となる。また、必ずしも皆が長時間労働を負担と感じているわけではなく、自発的に診療に当たり自己研鑽の為に時間を費やす医師が多いことも事実だ。そういった医師たちの向上心を摘み取るようなことがあってはならない。

つまり我々医師には、「働かされている」のではなく「働きたい」環境整備が必要なのではないか。

現在、厚生労働省が「医師の働き方改革に関する検討会」を開催中であり議論が進められている。

我々は、ただ自身の負担を軽減したいわけではなく、医師であれば誰もが継続して安定的に医療を提供したいと心から考えている。その為には職能間の協力、更には患者の理解を得ながら働き方改革と医療の質の向上を両立させたい。

検討会ではこの両立を目指した議論が望まれる。(細川吉博)

主張

一般病院の経常利益率が緊急事態 急性期病院の経営維持が最重要

独立行政法人福祉医療機構(WAM)が10月13日に発表した2016年度病院経営状況分析速報値によると、急性期を担う一般病院の経常利益率が0.7%と、2015年度の1.5%から半分以下となりました。これは、医療収益は経年的に増加していますが、医療従事者の増員による人件費率が上がったことが大きな要因と分析されています。

この集計は福祉医療機構の貸付先病院を対象に行われたもので、その内訳は急性期を主に担う一般病院(全病床

に占める一般病床の割合が50%を超える病院/638病院)、慢性期を担う療養型病院(全病床に占める療養病床の割合が50%を超える病院/457病院)、精神科病院(全病床に占める精神病床の割合が80%以上の病院/243病院)の決算データから算出されています。

一般病院では、病床1床あたりの医業収益は12年度1,844万円、15年度2,004万円、16年度で2,033万円となっています。人件費率は12年度51.3%、15年度52.4%、16年度53.2%と増加し

ていますが、1人あたりの人件費は12年度617万円、15年度627万円、16年度625万円と殆ど変わりません。そのため、福祉医療機構では人件費率の上昇は医療従事者の増員が背景にあると見えています。また、経常収益対経常利益率は12年度3.6%、13年度2.3%、14年度15年度1.5%、16年度0.7%と激減しました。

療養型病院では、病床1床あたりの医業収益は経年的に増え、人件費率は12年度57.1%、16年度59.3%であり、経常利益率は12年度6.4%、16年度5.5%となりました。

精神科病院では、病床1床あたりの医業収益は12年度600万円、16年度622

万円であり、人件費率は12年度60.5%、16年度62.2%。経常利益率は15年度3.5%、16年度3.6%となりました。

再投資できる経常利益率は、一般的に約10%程度必要だと言われており、1%を切るというのは極めて厳しい結果です。過去、2006年度の診療報酬改定(改定率▲3.16%)の時には、2007年度に経常利益率が0.0%にまで落ち、殆どの急性期病院が赤字か赤字近くなりました。救急のたらい回しや地域医療崩壊がマスコミによって叫ばれ、大きな社会問題となりました。2018年度改定において同じ轍を踏まないように、急性期医療の評価をよく考えていただきたいと思います。(加納繁照)

在宅医療や訪問看護、入院医療などの議論進む

中医協・総会

療養病床再編にも対応

中医協総会(田辺国昭会長)は次期診療報酬改定に向け、活発な議論を行っている。11月は週2回の開催で、個別事項の議論が続いている。以下で、11月10日、15日、17日の総会の議論を概観する。10日は在宅医療、15日は訪問看護、17日は入院医療などをテーマとした。

在宅医療については、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームに併設した医療機関が、併設する居住施設に訪問診療を提供した場合の新たな医学管理の評価を新設することを厚生労働省が提案した。訪問診療で移動の手間が少ないことや併設医療機関の受診でも初再診料が算定できることなどに対応する。

療養病床再編に伴う医療外付け型サービスへの対応も背景にある。介護医療院については、「介護療養型医療施設や介護老人保健施設における取扱いを参考に、医療保険と介護保険に係る給付調整の取扱いを整理する」とした。

看取りに関しては、末期のがん患者への訪問診療を念頭に、「医療機関と

ケアマネジャーとの間の情報共有・連携等を在宅時医学総合管理料等の要件」とする。在宅療養患者が救急搬送され、最期は病院で亡くなる場合に、関係機関の間で患者の意思を共有した場合の評価を新たに設ける。「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を診療報酬上に位置づける。これらに関して、概ね了承した。

訪問看護ステーションをめぐるのは、病院に併設している場合の評価を手厚くすることが論点になった。医療機関による訪問看護の件数は、訪問看護ステーションの約3分の1。医療機関全体約3.9%にとどまり、医療機関の中では精神科訪問看護の割合が高くなっている。

一方、病院に併設する訪問看護ステーションは約15%あり、平均利用者数、平均訪問回数、緊急訪問の実施数、重症の利用者の受入れ数のいずれも、そうでない訪問看護ステーションより多い。「地域ケア会議への参加も積極的である」というデータもある。これら

を踏まえ、何らかの評価を検討する。

「併設」の具体的な規定について、厚労省は「物理的な近接性」と説明した上で、今後整理するとした。委員から慎重な意見が出たが、日本看護協会の委員は歓迎した。猪口委員はあわせて、病院からの訪問看護の報酬を手厚くすることを主張した。

また、退院時共同指導加算は、「特別な関係」にある医療機関と訪問看護ステーションは算定できない。厚労省はこれを見直す考えを示した。猪口委員は、「地域医療連携推進法人の取扱いを整理してほしい」と求めた。

療養病棟については、今年度末に医療法の看護配置基準の特例措置が期限を迎えることへの対応が課題となる。看護配置25対1の取扱いは、20対1を基準にした上で、医療区分2・3の割合にばらつきがある現状を踏まえ、経過措置も含めて、今後も議論が必要である。療養病床を持つ200床以上の病院には、慢性期医療に合った形でのデータ提出を必須化するという案が示された。



有床診療所は、「地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)」を位置づける。稼働率の低い有床診療の空きベッドを介護サービスとして利用する考えだ。

価格影響が低い分析結果を採用

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(荒井耕部会長)は11月10日、来年度から始まる費用対効果評価の試行的導入について検討。総合的評価(アブレイザル)に関して、企業と厚労省専門組織が行った分析結果が大きく異なったため、価格引下げがより小さくなる方を採用することを決めた。来年度の価格反映は限定的な対応になる可能性がある。

ただし、厚労省はその後も分析を実施し、最終結果が出た場合、それが2018年4月の価格改定で反映された場合と同等の価格改定を事後的に行うと説明している。

調整会議や医師派遣における民間病院の位置づけ主張

厚労省・医療部会

武田局長が「医療機能で公民に変わりない」と発言

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は11月10日、医師偏在対策や医師の働き方改革など最近の医療提供体制の課題について協議した。厚生労働省が、◇地域医療構想◇医師偏在対策◇医師の働き方改革◇有床診療所◇療養病床一〇の現状と課題を説明し、委員から意見を求めた。

都道府県の地域医療構想調整会議の議論について、日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、民間病院の意見を

十分に反映させる体制確保を要望。医師確保策では、都道府県の地域医療対策協議会の構成メンバーに、民間病院団体が入ることを明記するよう求めた。

これに関連して全日病副会長の神野正博参考人(猪口雄二会長の代理)は、地域枠の医師の派遣先についても、「公的・民間の設置主体によって差別をしないほしい」と訴えた。

こうした発言に対し、厚労省の武田俊彦医政局長は「医療法上、公的医療

機関と民間に分かれているが、機能に着目した場合、公的・民間に変わりはない。機能面では私どもも民間医療機関に相応の期待をしている」と述べた。

医師の働き方改革については、他の病院団体代表から「赤字の病院が多いなかで、改革が急速に実行されるとほとんどの病院は経営が難しくなる」、「人も金もない地方の中小病院で改革を行うと、三次救急の病院に患者をすべて送ることになってしまう」などの



意見が出て、拙速な対応をとらないよう求めた。神野参考人は、「医師の働き方と医師需給の問題は一緒に考えてほしい」と注文した。

地域医療構想と不整合なら改革プランを修正

厚労省・地域医療構想WG

公的病院の役割を議論

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11月20日、「地域医療構想の進め方に関する議論の整理」について議論し、公立・公的病院が地域医療構想と整合的ではない改革プランを作成した場合は、改革プランの修正を求めることを了承した。調整会議においては、公立・公的病院の経営に関する情報も共有し、議論することにする。

公立病院と公的病院は、現在、ガイドラインに則って改革(2025)プランの策定を進めている。公的病院の10月

末時点の状況を見ると、日本赤十字社は92病院のうち20病院、恩賜財団済生会は79病院のうち63病院、国立病院機構は137病院のうち91病院が策定済みだ。改革プランでは山間へき地・離島の医療や、救急・小児・周産期・災害・精神の不採算医療など注力すべき機能を示しているが、地域医療構想との関係は不明確だ。

そこで、改革プランにおいて必要と主張する機能が、その公立・公的病院でしか担えない役割であるのかを調整会議で確認し、民間病院と競合するな

ど、地域医療構想と整合的でないことが明らかになれば、改革プランを修正する。調整会議では、公立・公的病院の病床稼働率や紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報を共有し、地域医療介護総合確保基金を含む各補助金の状況も開示する。

全日病副会長の織田正道委員は、「官と民の適切な役割分担のため、調整会議でいかに協力して議論ができるかが重要だ。これまで情報が不足していたが、今後は地域の実情に応じた対応を図ることができる」と強調した。

なお、「議論の整理」では、民間病院



も必要に応じて公立・公的病院の改革プランに準じたプランを策定することを求めている。織田委員は、「繰入金等がない民間病院が、不採算医療などに関し同じプランを作成するのは難しい面がある」と指摘した。日本医師会の中川俊男委員は、公立病院に対し運営交付金・補助金等が5,530億円、国立などを含めると約6,000億円、その他税などの優遇措置があることを示した。

来年度税制改正や予算で全日病の主張を展開

公明党ヒアリング

猪口会長が民間病院の窮状訴える

全日病の猪口雄二会長は11月15日、公明党の厚生労働部会(榊屋敬悟部会長)のヒアリングで、2018年度の税制改正要望と予算要求を行うとともに、「民間病院の賃金引上げの実態調査」の結果を説明した。民間病院の賃金改善が遅れている実態を説明し、それを解決するために、次期診療報酬改定で大幅なプラス改定が必要であることを訴えた。

税制改正要望では、2019年10月の消費税10%への引上げを見据え、医療機関の消費税負担問題を解決するための

対応を求めた。「医療機関が負担する仕入れ消費税額が現行の診療報酬の補てんを上回る場合、超過額の還付が可能な税制上の措置」を新設すべきとした。

そのほか、◇事業税の特例措置の恒久化◇社会医療法人に対する寄付税制の整備および非課税範囲の拡大等◇公益社団法人等および一般社団法人等に対する固定資産税等の減免措置◇病院用建物の耐用年数の短縮◇介護医療院への転換時の改修等に関する税制上の支援措置の創設◇中小企業経営強化税

制の医療機器への適用等を要望した。2018年度予算の要求は、厚生労働省が財務省に概算要求するにあわせて、作成したものと同様。◇病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業◇救急体制の維持に伴う医師確保のための新たな取組みの創設と補助◇在宅・医療介護連携推進事業の増額◇熊本地震からの復旧・復興への支援に伴う財源の継続的な支援一がある。

「民間病院の賃金引上げの実態調査」については、医療の質と安全を確保し、技術革新についていくために、雇用を



公明党のヒアリングに臨む猪口会長(左)

増やさざるを得ない中で、診療報酬が上がらないために、民間病院は賃金改善を行えず、アベノミクスの恩恵を受けることができない窮状を説明した。

民間病院の賃金引上げの改善遅れる

四病協会見

四病院団体協議会は11月15日に会見を開き、民間病院の賃金改善が、その他の産業全体と比べ、遅れていることから、賃金引上げを行うためにも診療報酬の大幅なプラス改定が必要と訴えた。全日病がまとめた「民間病院の賃金引上げの実態」によって、①ベースアップの実施率②賃金の改定額③賃金の改定率のいずれにもおいても、その他の産業全体の伸びを下回る結果となったことを踏まえた。

調査は全日病会員の民間病院(2,405病院)を対象に全日病が集計し、日本医師会総合政策研究機構が分析した。ただ病院により正確に実態を把握できていない項目があり、項目ごとに回答数が異なり、全体では22.3%の回答率となった。アベノミクスが始まった2012年から2016年までの全産業と民間病院の状況を比べている。2017年は民

間病院の状況のみ記載した。

ベースアップの実施率をみると、2012年は全産業合計(管理職以外)が12.1%、民間病院(医師以外)は12.9%で両者に差はない。それが2013年以降に次第に差が出てくる。2015年には、全産業合計(管理職以外)が25.0%であるのに対し、民間病院(医師以外)は16.0%であり、9ポイントの開きがある。管理職でも全産業計は20.5%で、上昇しているのに対し、民間病院の医師は6.7%にとどまる。

全日病の猪口雄二会長は、「ベースアップだけでなく、定期昇給も十分にできていない中小病院が少なくないのではないか」と述べた。

賃金の改定額(1人当たり改定額の加重平均値)をみると、2012年は全産業合計で4,036円、100~299人規模の全産業合計で3,563円、民間病院で3,866円であり、民間病院はほぼ中間にある。しかし2015年になると、全

産業合計が5,282円、100~299人規模の全産業合計が3,947円、民間病院が3,747円で、中小企業の全産業合計に追い抜かれる形となる。2017年で民間病院は3,544円で、さらに下がっている。

賃金の改定率(1人当たり改定率の加重平均値)の開きは、さらに目立った。2012年は全産業合計、100~299人規模の全産業合計、民間病院とも1.4%で並んでいた。それが2016年になると、全産業合計で1.9%、100~299人規模の全産業合計で1.8%、民間病院で1.3%だった(表参照)。

これらの結果から、「我が国の産業全体が2014年以降、明らかな賃金の改

表 1人当たり賃金の改定率(加重平均値)

	2012年	2014年	2016年
全産業計(全規模計)	1.4%	1.8%	1.9%
全産業計(100~299人規模)	1.4%	1.6%	1.8%
民間病院	1.4%	1.3%	1.3%
(常勤従事者人数)	(42,140)	(53,804)	(62,014)
(1病院当たり人数)	(254)	(270)	(270)



善傾向がみられるのに対し、民間病院の賃金の引上げの改善は遅れている」と結論した。猪口会長は「診療報酬の要件を満たすために努力して、人を増やせば人件費が上がり、経営を圧迫し、1人当たりの賃金が増やせない。診療報酬の専従要件の緩和など柔軟な対応が必要であるとともに、診療報酬の底上げが必要だ」と訴えた。

日病協が診療報酬改定要望書を厚生労働省に提出

5月の要望に続く第2弾 すべての病院の入院基本料の大幅引上げを求める

日本病院団体協議会(原澤茂議長)は11月9日、加盟14団体の総意として、2018年度診療報酬改定に係る要望書を厚生労働省の鈴木俊彦保険局長に提出した(1面参照)。要望は、5月9日に続く第2弾。病院の経営状況は急激に悪化しているとし、すべての病院の入院基本料の大幅引上げが不可欠と訴えている。要望書の全文は次の通り。

診療報酬改定に係る要望書(第2回)

平成30年度(2018年度)は診療報酬と介護報酬の同時改定であるが、医療の現場に於いても、医師・看護師に限らず様々な職種が協働して診療にあたるのが求められている一方、医師の働き方改革への早急な対応が大きな課題となってきている。しかし、近年の医療費抑制政策と人件費の高騰等により、多くの病院経営調査においても、大小を問わず多くの病院の経営状況は急激に悪化している実態が報告されている。

日本病院団体協議会としては、このような状況を鑑み、まず全ての病院の病棟入院基本料の大幅引き上げが不可欠と考える。更に、中央社会保険医療協議会でのこれまでの議論を踏まえ、前回(平成29年5月9日)の要望内容を基本として、中長期的な視野に立ち、より安全安心かつアウトカム重視で持続可能な医療提供体制の実現を目指して、下記の全7項目を要望する。

記

1. 全ての入院基本料の引き上げ

安全安心な地域医療を継続していくためにも、全ての病院の病棟入院基本料の大幅な引き上げを要望する。

2. 重症度、医療・看護必要度と多職種配置を主軸とした中長期的な入院基本料評価基準の抜本的見直しと、病棟群単位届出制度の改善

現行の重症度、医療・看護必要度について、診療報酬請求区分(DPCデータ)を使った該当患者割合の分布や相関などを詳しく検証することにより、重症度、医療・看護必要度と多職種配置を基本にした新たな入院基本料の評価基準を創設し、より良質の医療が効率よく提供出来るよう、中長期的な視点で抜本的な見直しを要望する。

ただし次回改定では、現行の重症度、医療・看護必要度の拙速な見直しを避けることを要望する。

また、病棟群単位の届出制度については、より利用しやすい制度に改善することに加え、7対1入院基本料と10対1入院基本料の評価の差がおおきいことを踏まえ、その間を補完する段階的評価の創設を要望する。

3. 地域包括ケア病棟における在宅等からの受け入れ機能の評価

地域包括ケア病棟には主として、急性期病棟からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、緊急時の在宅等からの受け入れの3機能があるが、特に在宅等か

らの受け入れについては、患者状態、検査等の実施など、より医療資源を投入する必要がある状況を鑑み、他の機能より手厚い評価を要望する。

一方で、自院他病棟からの受け入れを主とする当該病棟の是非については、地域における3機能の組み合わせによる地域包括ケア病棟の有用性を期待し普及させる観点から、前段の評価とは別に引き続き現状の3機能を維持することを要望する。

4. 療養病床の医療区分による患者評価制度の中長期的抜本的な見直しと、DPCデータ加算提出の促進、25:1療養病床の要件緩和

療養病床に関して、急性期と同様中長期的には、患者の重症度や医療必要度と多職種の人員配置、更には療養環境の組み合わせで、より効率的かつ良質な医療提供が出来るよう医療区分による患者評価制度の抜本的な見直しを要望する。

また、療養病床のデータ提出を促進するためにも、小規模病院が多い実態に配慮しつつ、提出項目の簡素化や新たな慢性期指標の導入を要望する。

更に、25対1病棟については、前回改定から要件化された医療区分2・3割合5割以上の要件取得が困難な現状を考慮し、今後6年以上の当該病棟存続と共に、当該割合については、一部緩和した段階的基準の導入を要望する。

5. 精神科医療費の増額と疾患特性を踏まえた在宅移行の在り方の見直し

精神科医療については、国がその医療政策を担うべき医療であり、長年に渡る精神科医療費抑制策を根本から撤回すべきである。特に平成29年2月8日に示された精神障害者にも対応したアウトリーチを含めた地域包括支援システムの構築を含めた「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」を推進できるよう診療報酬で早急に評価されるべきである。

また、精神科医療においても在宅復帰率のアウトカム指標が設定されているが、頻回再発例や長期入院難治例の存在、生活能力障害や家族機能の脆弱さなど精神疾患の特性を考慮して大幅な見直しを要望する。

6. 特定入院料算定病棟における包括対象範囲の見直し

昨今の高額薬剤の動向や病床機能の分化・連携の促進の観点から、薬剤が包括化された特定入院料を算定している病棟において、患者の生命維持や治療に不可欠かつ代替困難な高額薬剤等に関しては、一定の条件のもと、包括対象から除外することを要望する。

7. 診療報酬体系の簡素化と医療ICTの推進

年々複雑化する診療報酬体系について、抜本的な簡素化を要望する。

また、更なるICT推進による重症度、医療・看護必要度や医療区分等の情報入力省力化と、システム導入・維持・更新等に伴う診療報酬上の評価を要望する。以上

看護必要度の一部項目はDPCデータで判定可能

中医協・入院医療等分科会

来年度以降は両者を併用し基準値や加算で評価

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11月9日、次期診療報酬改定に向け入院医療に関する報告書をまとめた。焦点となっていた急性期入院医療の評価手法に関しては、現行の「重症度、医療・看護必要度」(看護必要度)をDPCのEFファイルの一部の項目で判定可能と整理。次期改定では両者を併用し、急性期病棟の該当患者割合の基準値や加算の段階的評価で試用する方向を示した。ただし結論は、総会が議論して決める。

同日は、全日病と日本病院会が行った「重症度、医療・看護必要度に関する緊急アンケート(中間集計)」の説明があった。それによると、一般病棟の施設基準の届出で、DPCデータのEFファイルを用いて計算する手法による評価が選択可能になった場合、「選択を検討する」との回答は約6割だった。「検討しない」との回答の理由で最も多かったのは、「具体的な内容がわからない」。看護必要度の評価・入力作業の時間は、1勤務当たり「30分以上60分未満」の病院が約5割で最も多かった。

また、看護必要度と診療報酬項目との突合や検証を実施している病院は約

6割だった。アンケートは447病院から回答を得たもの(回答率36%)。全日病副会長の神野正博委員は、「アンケート結果は2016年度改定で該当患者割合の基準が25%以上になったことで病院が苦勞している実態を示す。取りこぼしのないようきちんと把握しないと25%は難しい」と強調した。

一方、日本臨床看護マネジメント学会も、「看護必要度に関する研修会で実施した受講生アンケート調査」を説明。看護必要度の方がDPCデータよりも患者の重症度の実態を表しているとの回答が約7割で多く、患者1人当たりの看護必要度の評価に要する時間の平均値は約6分との結果を示した。

アンケート結果を踏まえ、厚生労働省が整理した「急性期の入院医療の評価手法の分析」をもとに議論した。まず厚労省は、看護必要度が有用な指標と指摘しつつ、「報酬算定のための評価手法や事務手続きの視点からは必ずしも適切な運用ではないとの指摘がある」とした。

一方、DPCデータのEFファイルは、医事会計システムにより、正確なデータが自動的に記録される。看護必要度で測定される患者情報が、EFファイ

ルで把握できるのなら、DPCデータの活用が選択肢になる。ただ厚労省は、両者のデータの定義と性質が異なることから、「判定結果が一致しないことは自明」と指摘。その妥当性を評価するのが今回の分析の目的ではなく、「急性期の入院患者」を把握するため、どのような活用が可能であるかを確認するのが目的と強調した。

看護必要度とEFファイルの連関性の分析は11月2日の分科会で示されている。例えば、A項目の「3点滴ライン同時3本以上の管理」は、EFファイルの「点滴注射」と「輸血」でみている。なお、B項目(患者の状態)はDPCデータでの把握は困難であり、対象から外した。

該当患者割合を比べると、EFファイルの方がより低い割合となる項目がA、C項目で多数を占めた。EFファイルの該当患者割合の平均は24.8%。看護必要度の28.8%よりも、4ポイント低かった。医療機関ごとにもみると、高くなる場合も低くなる場合もある。

分析結果を踏まえ、厚労省は、すべての項目ではなく、両者がほぼ一致する項目に限ることや、一定の配慮を行えば、「現行の該当患者割合を判定す



る際に、その一部の項目で、DPCデータを用いることは可能」と整理。また、該当患者割合がEFファイルで低くなる傾向があるため、EFファイルを用いることを医療機関の判断とし、両者を並存させることを検討課題とした。

さらに、入院基本料での具体的な評価手法を考えると、7対1のように基準値(カットオフ値)として使う可能性と、10対1のように段階的な加算として使う可能性がある。厚労省は、基準値(カットオフ値)は、入院医療に必須である「基本的な要素」で評価し、診療実績に応じた広範で段階的な評価は、入院基本料の中に含まれる「変動的な要素」で行うとの考えを示した。

これらの厚労省の整理に対し、一部に委員の意見を受けた修正があったが、概ね了承した。神野委員は、該当患者割合の基準が実質的に厳しくならないよう釘をさした上で、賛意を示した。

地域での診療実績を管理者要件にすることで賛否

厚労省・医師需給分科会

認定制度を設ける方向性では一致

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11月8日、医師偏在対策として、地域医療への従事を医療機関の管理者要件とすることの是非をめぐる議論したが、賛否が分かれた。医師が少ない地域の診療に従事する医師を、厚労省が認定する仕組みを創設する方向性では、委員の意見は概ね一致した。

厚労省が、医師少数区域で一定期間以上の勤務経験のある医師を認定する仕組みを提案した。その上で、認定を受けるモチベーションを上げるため、「認定医師であること」を広告できる事項にするとした。さらに、「地域医療支援病院等一定の病院の管理者としての認定医師を評価」することを論点として示した。

また、外来医療に関して、診療所の

開設が都市部に偏っているなど現状を示した上で、地域ごとの「医師偏在の度合い」による客観的な指標を作成することも踏まえ、経営判断を行うに当たっての有益な情報を、開業を検討する医療関係者に伝える仕組みを検討する考えを示した。

その際に、伝える情報の内容については、地域の医療関係者が事前に協議できるようにする。医療関係者による協議では、「地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の外来医療機関間での機能分化・連携の方針」も話し合うべきと指摘した。

委員からは、地域医療への従事を医療機関の管理者要件とすることをめぐり様々な意見が出た。地域医療支援病院の管理者要件とすることにも反対意

見が出たが、診療所を含むことについて、賛否が分かれた。

全日病副会長の神野正博委員は、「強力な医師偏在対策が必要な状況になっている。地域医療での診療経験を管理者要件とすることは、日医医学部長病院会議の合意事項のはずだ。この点を含めて、都道府県の医療審議会で、病床規制と同様に開業の是非を判断するのは『あり』だと思う。一定の規制がないと有効な医師偏在対策にならない」と訴えた。

一方、日本医師会の委員は、「診療所の開業の制限は相当慎重に検討しなければならない問題だ」と強調した。

なお、厚労省は診療所の開設を規制する場合に解決しなければならない課題として、◇自由開業制との関係◇医療法の性格との整合性◇新規参入と医



療の質の関係◇新制度導入前の駆け込み開設一を指摘し、これらを解決しなければ、導入は困難と説明した。ただ病院・有床診療所に対しては、基準病床数制度や地域医療構想での都道府県知事の権限など一定の規制がある。

そのほか、同日の分科会では、2カ所の病院・診療所の開設者になれる特例を法令に位置づけることで明確化し、その理由に明示することが提案され、委員の了承を得た。現行では、都道府県知事の許可を得る理由として、「無医地区など医療施設が少ない地区に開設する病院等の兼任管理」などを医療法のQ&Aで示すにとどめている。

四病協等病院団体が医師の勤務環境改善の取組みを報告

厚労省・医師の働き方改革に関する検討会

時間外労働の上限設定など政府の「働き方改革実行計画」を踏まえ、医師に関する時間外労働規制のあり方と労働時間の短縮策等について検討している厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」は11月10日、日本医師会、全国医学部長病院長会議、四病院団体協議会(四病協)、全国自治体病院協議会へのヒアリングを実施した。

四病協からは、検討会の構成員である馬場武彦・社会医療法人ベガサス理事長が、医師の勤務環境改善策の取組み状況に関する調査結果(回答は639施設)を提出。時間外と休日労働にかかわる労使協定(三六協定)を締結していない施設が14.9%、締結しているが特別条項を締結していない施設が34.0%、宿日直勤務の許可申請を行わずに宿日直勤務をさせている施設が19.2%あるほか、過去1年間の衛生委

員会等で医師の長時間労働を議題としたことがない施設が69.0%にのぼっていると報告した。

また、同じく構成員である千葉大学医学部附属病院の山本修一院長は、全国医学部長病院長会議が実施した同様の調査結果を紹介した。

それによると、回答した73施設のうち、三六協定を交わしていない施設が10、労基監督署に対する宿日直の許可申請を行わずに宿日直勤務させている施設が6あった。また、労働衛生管理を担う委員会等で過去1年間医師の長時間労働を議題としたことがない施設が半数ある。

また、日本医師会の市川朝洋常任理事は、医師の勤務環境改善に向けた日医の取組みを紹介。「勤務医の労務管理に関する分析・改善ツール」「勤務医の健康支援のための15のアクション」

などを説明し、「勤務環境は改善傾向をみせているが、大きく改善されているとはいえない」との認識を示した。

宿日直基準は実態とかい離

病院団体の2つの調査結果から、病院がそれぞれの事情に応じて、土曜日一般外来の廃止、入院複数主治医制の導入、24時間保育所の院内設置、女性を含む短時間勤務医師の雇用、医師事務作業補助者の配置、当直明け勤務の配慮など、勤務環境改善に向けた様々な措置をとっていることがわかった。

四病協調査によると、勤務改善策を実施している施設の64.5%が「何らかの効果があった」と回答している。これを踏まえ、馬場構成員は「協定等の締結が必要な医療機関には責任を持って実施を徹底していきたい。(勤務改善に向けた)良い取組みは他の施設にも普及させていきたい」と表明。

その上で、「許可申請を行わずに宿



日直勤務している医療機関が一部あるが、これは医療機関の宿日直実態と労働基準法の宿日直基準がかけはなれていることが一因であり、救急対応などを行っている医療機関の実態にあった宿日直の仕組みが必要。もし、宿日直勤務をすべて労働時間とするのであれば、それでも医療提供体制の維持が可能な労働時間上限設定をしなければ地域医療が崩壊する」と指摘した。

山本構成員は「医師の負担軽減のため医師事務作業補助者等の活用、他職種へのタスクシフティングなどを十分に行えるよう、国は制度的、財政的支援をしてほしい」と訴えた。

在宅医療のあり方とエビデンスめぐる議論をWGに求める

厚労省・全国在宅医療会議

連携モデルの実態を年明けに調査

全国在宅医療会議(座長・大島伸一 国立長寿医療研究センター名誉総長)は11月8日に第3回会議を開催、今後取り組むべき課題について議論した。

同会議は、地域医療構想と地域包括ケアシステム構築の鍵となる在宅医療提供体制を整えるために、サービス提供者と学術・行政の連携を図る場として設置され、「在宅医療に関するエビデンスの蓄積」「在宅医療の医療連携・普及啓発モデルの蓄積」を当面の重点課題にかかげ、WGを設置して具体的な検討を進めてきた。

この日は、WGが検討した以下の論点について、議論を求めた。

①国民への普及啓発に取り組む手法を具体的に検討する必要がある。

②必要なエビデンスについて関係団体が取り組む事業との関係を整理していく必要があるが、そのためには、団

体の枠を越えた連携が求められる。

③各団体が取り組む在宅医療の研修を、設定目標の違いを明確にした上で整理する必要がある。

WGの報告を受けて、「モデル事例には在宅を支えるリハも取り上げてほしい」「小児在宅医療も取り上げるべき」「生活支援の視点からレスパイトなどの施設サービスも視野に収めては」といった要望・提案が出された。

その一方で、「(関係団体で)エビデンスの定義がバラバラではないか」「在宅医療のファクターは複雑。どう区分していくか」「多職種が在宅医療の概念をどう共有していくかが大切」「治す医療ではなく支える医療を基底に置くべきではないか」など、在宅医療のあり方とそれを分析するデータ(エビデンス)の捉え方をめぐって活発な意見を交わした。また、「多職種に共通した

中長期目標を設定すべき」との声もあがった。

全日病名誉会長の西澤寛俊構成員は、「在宅医療をめぐるのは職種間で共通した表現に欠ける面がある。ましてや医療と介護の間では概念が大きく異なっており、これをどうしていくか。また、在宅と入院の連携をどう進めていくかということも大切な課題である」と問題提起した。

同会議は、こうした意見を踏まえ、さらなる議論の深化をWGに求めることを確認した。

厚生労働省は、在宅医療連携モデル実態調査と「人生の最終段階における医療の普及・啓発等の取組に関する実態調査(自治体)」を2018年早々に実施することを明らかにするとともに、在宅医療に関する公開可能な統計情報を収集し、1,741の基礎自治体別に再集



計した地域別データ集をHPに掲載したことを紹介し、「医療連携・普及啓発モデルの構築」に関する各団体の取組を報告した。これは、在宅医療にかかわる27団体の事業を一覧にしたもので、全日病に関しては、高齢者医療研修会、病院医療ソーシャルワーカー研修会、病院職員のための認知症研修会、病院看護師のための認知症対応力向上研修会、看護師特定行為研修の推進の5事業が紹介されている。

訪問リハに対する医師関与の実効性確保へ見直し案示す

厚労省・介護給付費分科会

2018年度介護報酬改定に向けて検討を進めている社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は、11月1日、8日、15日、22日に会合を開き、介護保険の各サービスについて、厚生労働省が示した基準・報酬の見直し案を検討した。

1日には、訪問介護について議論。厚労省は、◇生活援助を中心に担う人材の新研修の創設◇生活機能向上連携加算の見直し—などを論点にあげた。

新たな研修は、生活援助中心のサービスを行う上で必要な知識等に重点を置く。自宅における利用者の状態を把握し、関係者と情報共有するため、サービス提供の際に観察すべき視点を習得するほか、認知症高齢者に関する知識を学ぶ。来年4月の導入を予定している。

また、生活機能向上連携加算は、取得率が低いことから見直しを行う。現行の訪問リハ・通所リハ事業所のOT・PT・STによる訪問に加えて、リハビリを提供している医療機関のOT・PT・STおよび医師による訪問に対する評価を追加するとともに、現行の単位を引き上げる方向を提案した。

また、リハ専門職や医師が利用者宅を訪問することが困難であっても、ICTを活用した動画等にもとづいて定期的に助言できる体制を整え、その助

言を踏まえてサービス提供責任者が訪問介護計画を作成(変更)することに対する評価を同加算に新設することを提案した。

看護補助者の同行訪問を評価

11月8日の会合では訪問看護や訪問リハ、通所リハなどについて議論した。

訪問看護について、厚労省は①看護体制強化加算の算定要件である緊急時訪問看護加算等算定者割合の算出期間(現行3カ月)を長くする②同加算にターミナルケア加算の算定者数が多い場合を評価する新区分を設ける③2回目以降の緊急時訪問に早朝・夜間、深夜の加算を算定できる対象者(現行は特別管理加算算定者のみ)を拡大する④複数名訪問加算に看護補助者の同行を評価する区分を新設する—などの見直し案を示したほか、⑤「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に沿って行うことをターミナルケア加算に明示する考えを示した。

訪問リハに関しては、医師関与の実効性を確保する視点から、①医師は毎回のリハ実施に当たって詳細な指示を出すとともに、3月以上の継続が必要と判断する場合はリハ計画書に通所サービスへの移行見通しを記載することをリハマネジメント加算の算定要件に

追加することを提案。

また、②リハマネジメント加算(Ⅱ)の算定要件にあるリハ会議への医師参加としてテレビ電話を認める③同加算の要件である家族・利用者に対する説明に関して、医師の指示を受けた理学療法士等が代行できるものとするなどの見直し案を示した。①と②の見直しは通所リハにも適用する考えだ。

厚労省は、さらに、④訪問リハ事業所に専任の常勤医師を配置することも提案した。ただし、事業所である病院、診療所、介護老健施設の常勤医師との兼務を認めるほか、病院・診療所が併設する介護老健施設には当該病院・診療所の常勤医師との兼務を認めている。

特養の看取りで評価新設を提案

11月15日の会合では、介護老人福祉施設について議論した。厚労省は、(1)一定の要件を満たした上で配置医師による早朝・夜間・深夜の診療の評価を新設する(2)夜勤職員配置加算に看護職員または認定特定行為業務従事者を配置していることの評価を加える(3)一定の要件を整えた施設における看取りをより手厚く評価する(4)個別機能訓練加算にリハ提供医療機関のリハ職・医師等と特養職員が共同で個別機能訓練計画を作成し、多職種が共同し



て、計画的に機能訓練を実施することに対する評価を新設する—などの案を提案した。

介護医療院の報酬・基準を了承

11月22日の会合では、2018年4月に創設される介護医療院の報酬・基準案について議論し、厚労省案を概ね了承した(詳細は次号)。療養病床等から介護医療院への転換を促進するため、転換した場合の療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和を行うことや新たな加算を導入することを提案した。

新たな加算は、生活支援の充実など転換に伴うサービスの変更内容等を利用者および家族、住民等に丁寧に説明する取組を評価する。転換時期を起算日として1年間に限り加算の算定を可能とする。加算の設定は2021年3月末までの予定。

介護医療院の基本報酬は、介護療養病床と同水準の医療提供や、充実した療養環境が求められることを踏まえ、評価していく方針だ。

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

ベトナム・ダナンで開催された国際看護学術会議で日本の介護を紹介

国際交流委員会の須田副委員長と大田委員が講演 技能実習制度における全日病の取組みを説明

10月26日、27日にベトナム・ダナンで開催された第8回国際看護学術会議(ベトナム看護協会主催:会長Mr. MUC)において、国際交流委員会の須田副委員長が「日本における介護の紹介とベトナムにおける介護の展望」、大田委員が「外国人技能実習制度(介護)における全日本病院協会の今後の取組み」について講演を行った。

ベトナム看護協会と全日本病院協会は過去2年間、毎年共催セミナーを実施しているなか、今回、会長のMr. MUCから同学術会議へご招待いただいたもの。

会場の出席者との間で質疑応答も行われ、ベトナムと日本の看護・介護の情報共有を行い、お互いの認識を深めた。



講演する須田副委員長

後日、会長のMr. MUCから今回の講演に対する謝辞をいただいた。

以下は、その原文である。
Our conference has been successful. We would like to thank you team for your participation and presentation. Your presentation is

great and nursing Vietnam is very interested. We appreciate your presentation. We hope you team will continue to cooperate with us in the future.

Thank you with my best regards,



中央の背広・眼鏡姿の方が、ベトナム看護協会会長Mr. MUC



Mr. MUC会長と握手する国際交流委員会の大田委員

後期高齢者の窓口負担を議論

厚労省・医療保険部会

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は11月8日、①経済・財政再生計画改革工程表の指摘事項②オンライン資格確認等および訪問看護レセプトの電子化③国保保険料(税)の賦課限度額一について協議した。

改革工程表の指摘事項では、後期高齢者の窓口負担のあり方と、金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担のあり方について議論した。工程表では2018年度末までの結論を求めている。

後期高齢者の窓口負担は、2014年4月に新たに70歳になった者から5年間

かけて2割とする70~74歳の段階的な引上げの実施状況なども踏まえつつ、結論を求めている。

健保連や協会けんぽは、70~74歳の自己負担の特例措置の見直しで1割負担から2割負担への引上げ対象である2014年4月以降に70歳になった人が、75歳となる2019年度から2割負担に引き上げることを提案。一方、日本医師会や全国老人クラブ連合会は引上げに反対した。

健保連の委員は「後期高齢者を全国民で支える考えに賛成だが、現役世代

が耐えられない。2014年度から70歳の人は2割負担になったが、2019年度からはその人たちが後期高齢者になるため、その時点から2割負担を継続することが自然なやり方ではないか」と述べた。

日医の委員は「後期高齢者の人が不安に思わないで生活していけるようにすることを考えるべきだ。1割から2割にすることは反対」と述べた。

介護保険の補給給付の要件見直しで導入された金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担のあり方についての改革工程表は、マイナンバーの導入など



正確な金融資産の把握に向けた取組みを踏まえつつ、医療保険制度における負担への反映方法の検討を求めた。

経団連の委員は「負担能力をみるには、金融資産などを考慮した仕組みが必要」と述べた。日医の委員は「もともと生活保護の考え方が介護保険に導入されたもので、医療保険に入れることには違和感がある」と懸念を示した。

自立支援や重度化防止の交付金の評価指標案示す

厚労省・介護保険部会

厚生労働省は11月10日の社会保障審議会・介護保険部会(遠藤久夫部会長)に、高齢者の自立支援、重度化防止等の取組みを支援するための交付金に関する評価指標を示した。交付は2018年度からの予定で、厚労省は年度内に指標を確定する方針だ。

交付金は地域包括ケアシステムの構築等に向けた保険者機能の強化や都道府県による市町村支援を狙いとしたもの。市町村向けの指標案は59項目、都道府県向けは20項目が示された。

また、新たな交付金に加え、財務省からは調整交付金を活用することも提案されているが、賛否両論が出された。

要介護状態の改善を指標に

厚労省は指標について「アウトカム

指標とプロセス指標を組み合わせる」と説明。各指標について点数化して積み上げ、それに応じて交付する考えだが、詳細は今後検討する。

市町村向けの指標は、◇PDCAサイクルによる保険者機能の強化に向けた体制等の構築◇自立支援、重度化防止等に資する施策の推進▽介護保険運営の安定化に資する施策の推進一の3つに大別し、計59項目が示された。

市町村向けの指標案のうち、「PDCAサイクルによる保険者機能の強化に向けた体制等の構築」については8項目をあげた。具体的には、地域包括ケアの「見える化」システムの活用や、2025年度に向けて自立支援、重度化防止に資する施策の目標および目標を実現するための重点施策の決定、介護保

険事業計画の目標が未達成の場合の具体的な改善策や、理由の提示、目標の見直しといった取組みを講じているかなどが盛り込まれた。

「自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」としては、①地域密着型サービス②介護支援専門員・介護サービス事業所③地域包括支援センター④在宅医療・介護連携⑤認知症総合支援⑥介護予防/日常生活支援⑦生活支援体制の整備⑧要介護状態の維持・改善の状況等一の8つカテゴリーで計44項目が示されている。

このうち、⑧要介護状態の維持・改善の状況等では、一定期間における要介護認定者の要介護認定等基準時間と要介護認定の変化率の測定が求められており、状態の維持・改善の割合をみ



ていくこととなる。

「介護保険運営の安定化に資する施策の推進」については、①介護給付の適正化②介護人材の確保一の2つのカテゴリーで7項目があげられている。

人材の確保は第7期計画から市町村の任意記載事項となったことから、人材確保に向けた保険者の取組みを評価する。

臨床研修に外科など5科目の必修が復活

厚労省・医師臨床研修部会

医道審議会の医師分科会医師臨床研修部会(桐野高明部会長)は11月15日、卒後臨床研修の必修科目として、外科、小児科、産婦人科、精神科の4診療科を復活させることを了承した。現在の必修科目(内科、救急、地域医療)と合わせて必修は7科目となり、2020年度から実施される。

2002年度から始まった臨床研修制度は当初、7科目を必修としていたが、2010年度の見直しで研修プログラムを弾力化。3科目必修+2科目選択必修

地域密着型臨床研修病院を了承

とした。今回、総合的な診療能力を身につける観点から7科目の必修に戻すことを決めた。

また、研修医の都市部への集中を抑制するため、臨床研修病院の募集定員を圧縮することを決めた。現在、研修希望者に対する募集定員の比率を2020年度に1.1倍まで縮小することとしているが、さらに縮小し、2025年度に1.05倍にする。

地域枠の出身者に限定した研修枠として、地域密着型臨床研修病院(仮称)

を指定した上で、地域枠等限定選考を行うことを厚生労働省が提案し、了承された。

限定枠の上限は、臨床研修期間中に従事要件が課されている者(地域枠等)の2割または5人の少ない人数とする。現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が診療義務が課された地域で勤務できない可能性があるため、地域枠の医師の選考を一般のマッチングと分けて実施する。

全日病副会長の神野正博委員は、「地

域医療を志しても、地域枠等限定枠に入れないとモチベーションが低下するので、志望者にきちんとした説明が必要だ」と指摘し、厚生労働省は「公平性の観点から、地域枠等限定の採用をあまり大きくできない。試行的な運用で、近い将来に病院の魅力を感じる研修をつくっていききたい」と答えた。



総合医育成事業で記者発表

総合医としてのキャリア形成を支援

全日病は11月10日、厚生労働省内で総合医育成プログラムについて記者発表を行った(前号既報)。会見には、猪口会長のほか、プライマリ・ケア検討委員会の牧角寛郎委員長、井上健一郎常任理事、プログラム作成に加わった筑波大学の前野哲博教授が出席した。

冒頭、猪口会長が総合医育成プログラムの経緯を説明。地域包括ケアにおける病院の役割を考えると、来年度から養成が始まる総合診療専門医は大きなインパクトがあるとし、「この制度で資格をとった医師が中小病院にきてくれれば非常にマッチングしたものになる」と期待を表明する一方、総合診療専門医が全国に行き渡るには相当の年数を要すると指摘。全日病の会員病院で働く医師が総合医としてキャリア形成することを支援するためにプログラムを検討したと説明した。

そのあと、井上常任理事がプログラムの概要を説明した。対象は、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。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」の認定証を発行する。2018年1月から募集を始め、7月からプログラムの開始を予定している。病院で働く医師は、多様な背景をもっていることから、それに対応するプログラムにしたいと井上常任理事は説明した。

ノンテクニカルスキルを習得

プログラムは、①指導医の支援による自施設での診療実践②スクーリング(35単位)③eラーニングで構成されている。

プログラムのコアになるスクーリングについて筑波大の前野教授が説明した。「プライマリ・ケアの現場で一歩踏み出せる医師」を育成するため、単なる座学ではなく体験型のワークショップで構成し、「確かな力を確実に身につける」ことを目指す。イメージとして、「当直時に適切に対応して、翌日専門医につなぐ」、「日常よく遭遇する疾患の典型例をガイドラインに即して治療する」などの姿を示した。

スクーリングのもう一つの柱がノンテクニカルスキルだ。ノンテクニカルスキルとは、「組織人としてチームをつくり、人を育て、リーダーシップを発揮して、効果的にタスクをマネジメントするスキル」。医師の働く現場では、組織人としてのスキルが求められるが、医師が体系的にこれらを学ぶ機会が少なく、個人の努力に任ざられてき



た面がある。ノンテクニカルスキルを体系化してトレーニングすることがプログラムの大きな特徴となっている。

牧角委員長は、高齢者の特徴として多疾病、フレイル、認知機能の低下があるとし、「これに対応するには、従来型の臓器別専門医では立ち行かない。総合診療医的な要素を持つ医師が対応しなければならない」と強調した。しかし、総合診療専門医が普及するには5～10年かかる。「医療現場は待たない。臓器別専門医に総合医的なエッセンスを身につけてもらえば、充実した地域医療ができる」と牧角氏は述べて、プログラムの意義を強調した。

地域包括ケア研究会の報告書について意見交換

常任理事会

社会福祉法人を中心とした地域統合の動きに注意喚起

全日病は10月21日の常任理事会で、地域包括ケア研究会の報告書「2040年に向けた挑戦」について討議した。

報告書は、今年3月に公表されたもの。地域包括ケア研究会は、2008年の報告書で2025年に目指すべき社会の姿として、地域包括ケアシステムの概念を提案した。今回の報告書は、2040年に向けて、予測されるニーズや社会環境の変化を踏まえて対応すべき課題を整理している。

常任理事会では、徳田常任理事が報

告書の概要を説明した。徳田常任理事は、団塊世代が75歳以上となる2025年から団塊世代を看取る2040年に向けた視点の変化があることを指摘するとともに、地域包括ケアシステムが当初想定したように進展しないことから、修正する動きがうかがえると述べた。

また、サービス事業者の法人として、医療法人を中心とする「地域医療連携推進法人」の創設が可能となったが、社会福祉法人を中心とした連携を想定した「地域包括ケア推進法人」の推進

を強調していることに注意を促した。

出席者からは、団塊世代の医療・介護ニーズが急増する2040年を見据えた

対応が必要との意見があったほか、研究会報告は、民間の多様性を軽視しているとの指摘があった。

2017年秋の叙勲・褒章で会員3人が受章

2017年秋の叙勲で全日病の会員から下記3人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章・褒章が授与された(敬称略・順不同)。

旭日双光章	山内 英樹	医療法人八重瀬会 同仁病院
瑞宝双光章	山本 好信	医療法人曙会 和歌浦中央病院
藍綬褒章	鈴木 邦彦	医療法人博仁会 志村大宮病院

一冊の本 book review

欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆

著者●松田晋哉
発行●勁草書房 定価●3,200円+税

増大する社会保障費の削減が叫ばれるなか、限られた財源で質の良い医療を持続的に提供していくためには、医療制度をどのように再構築するかが重要である。本書で述べられている欧州4カ国(イギリス、フランス、オランダ、ドイツ)における医療制度改革とその結果は、日本における医療制度のあり方だけでなく、各病院が今後の経営を考えていく上でも多くの示唆を与えてくれるだろう。すべての病院経営者・経営管理者に薦めたい一冊。

2017年度 第8回常任理事会の抄録 11月18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。
茨城県 医療法人社団青燈会小豆畑病院
院長 小豆畑丈夫
愛知県 医療法人名古屋澄心会名古屋ハートセンター
理事長 大川 育秀
岡山県 瀬戸内市立瀬戸内市民病院
院長 竹内 龍三
正会員は合計2,510会員となった。
- 栃木県支部事務局業務委託書の変更について承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請について承認した。
- 「全日本病院協会総合医育成」事業について承認した。

【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」、「中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会」、「中央社会保険医療協議会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」、「中央社会保険医療協議会DPC評価分科会」、「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」、「中央社会保険医療協議会保険医療材料専門

- 部会」、「中央社会保険医療協議会入院医療等の調査・評価分科会」、「中央社会保険医療協議会調査実施小委員会」、「中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会」、「中央社会保険医療協議会基本問題小委員会」、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」、「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ」、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」、「全国在宅医療会議」、「社会保障審議会医療部会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「日本医学健康管理評価協議会ワーキンググループ」の報告があり、質疑が行われた。
- ベトナム人材送し機関・国際弁護士との業務協定内定の擦り合わせおよび第8回国際看護学術会議の結果について報告された。
- 外国人技能実習制度ーベトナム人材送し機関との業務協定の締結について報告された。
- 「入会のご案内」の刷新について報告された。
- 講習会、研修会について
「平成29年度個人情報管理・担当責

- 任者養成研修会ベーシックコース(大阪会場)」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
岡山県 倉敷記念病院 更新
福岡県 共立病院 更新
◎一般病院2
埼玉県 イムス富士見総合病院 新規
千葉県 千葉中央メディカルセンター 更新
東京都 立正佼成会附属佼成病院 更新
広島県 中国中央病院 更新

- ◎リハビリテーション病院
埼玉県 春日部厚生病院 更新
- ◎慢性期病院
山口県 光風園病院 新規
山形県 川西湖山病院 更新
東京都 永生病院 更新
- ◎精神科病院
宮崎県 野崎病院 更新
10月6日現在の認定病院は合計2,179病院。そのうち、本会会員は882病院と、会員病院の35.2%を占めている。
- 討議事項として、「地域医療構想」、「医師の働き方」をテーマとして掲げ意見交換を行った。



NDBオープンデータの最小集計単位を変更



は100歳以上とする。そのほか、東京大学と京都大学にあるオンサイトリサーチセンターの模擬利用の取扱いを了承。◇研究目的◇データ利用期間◇利用者メンバー◇過去の実績などを非公開で審査する。

厚労省・レセプト情報等有識者会議

厚生労働省の「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」(山本隆一座長)は11月17日、利用者の要望に応じてNDBオープンデータの集計方法を検討し、現在、1,000となっている注射薬の最小集計単位を400に引き下げることを了承した。

計単位を定め、患者数であれば10人未満になることがないようにしている。薬剤については患者1人で何回も算定されるため整合性をとって、最小集計単位を設定。錠剤であれば、1日3回内服が30日分で90錠となることから、10人分で1,000としている。しかし多くの注射薬では、集計単位が1,000未満であり、マスクされて解析ができな

いことから、集計単位を引き下げる要望が寄せられていた。注射薬は使用方法により使用数が異なるため、本来であれば、個々のケースで対応するのが望ましいが、作業が煩雑になるので、一律の上限を設け、最小集計単位を400とした。年齢区分についても要望があり変更することとした。現行では、85歳以上をひとまとめにしているが、85歳以降も5歳刻みとし、ひとまとめにするの

医療機関が実施する検体検査の基準を議論



あり、安全が確保できなければ検査を外部委託すべき」との指摘があった。同検討会は6月に成立した改正医療法に基づいて設置。医療機関が実施する検体検査の精度管理にかかる基準を法的に定めるとともに、プランチラボや衛生検査所に業務委託される検体検査の精度管理の基準を省令で定める。

厚労省・検体検査の精度管理等に関する検討会

厚生労働省の「検体検査の精度管理等に関する検討会」(楠岡英雄座長)は11月20日、医療機関が自ら実施する検体検査の品質・精度の確保について議論した。構造設備、管理組織、精度管理の方法の3点について厚労省が案を示し、このうち検査を担う組織の責任者として、医師または臨床検査技師の配置を求めることで意見が一致した。

精度管理の確保に関する研究班報告書」(代表研究者=矢富裕・東京大学臨床病態検査学教授、2016年度厚労科学研究)に基づいて、医療機関が検査を実施する際の具体的な基準を提案。組織管理の責任者については、医師または臨床検査技師とし、臨床検査技師を責任者とする場合は、指導監督医を選任することとした。「臨床検査技師等」として、臨床検査技師以外の職員を責

任者として認めるよう求める意見があったが、当面は「臨床検査技師」と記載することで合意した。構造設備基準に関して、結核菌などの抗酸菌検査は院内感染のリスクがあるため、専用の微生物学的検査室を設ける必要があるとした。委員からは「地方の民間病院は専用検査室の設置に対応できない。検査室の改築に資金がかかるので、経過措置を設けてほしい」との要望があった。一方で、「患者や職員の安全が第一で

新専門医制度の一次登録が終了

日本専門医機構

登録者数は7,989人

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は11月17日の会見で、来年度から開始する新専門医制度の一次登録が15日に終了したことを報告した。登録者数は7,989人で、初期臨床研修を終える医師の9割以上が新専門医制度に参加す

ることになる。そのうち内科は2,554人、総合診療専門医は158人。その他は精査が必要としている。登録IDを取得しながら、登録を済ませていない専攻医も110人ほどいるという。

一方、応募人数が多く、一次登録から漏れた専攻医がいる。新専門医制度では大都市に医師が集中するのを防ぐため、様々な措置を講じている。その手段として、福岡、大阪、愛知、東京、神奈川の5都府県に対し、過去の実績をもとにした定員上限を設けた。この上限を超過した専攻医が75名いる。このため、二次登録では別の研修プログラムに応募すると見込まれる。山下英俊副理事長は、「専攻医の都

市部への集中は起きていない。特に内科では地方での研修が増えた」と述べた。ただ眼科が前年度の採用実績より50人ほど増えたことに懸念を示した。診療科ごとの正確な人数を把握するには、厚生労働省のデータを用いた精査が必要だ。また、研修での診療実績に、医薬品医療機器総合機構(PMDA)と日本医療研究開発機構(AMED)での勤務を含めることを了承した。

第4次安倍改造内閣が発足

加藤厚生労働大臣が再任

10月22日に投開票された第48回衆議院選挙を受けて、第4次安倍改造内閣が11月1日に発足し、すべての閣僚が再任された。加藤勝信厚生労働大臣は2日の閣議後会見で、再任に当たっての見解を示

した。加藤大臣は、引続き厚生労働行政や働き方改革を担当することになったことを紹介し、「総理からは生産性革命と人づくり革命を断行するため、全世代型社会保障制度の構築、介護人材のさらなる処遇改善、保育の受け皿

整備の前倒しなどの指示をいただいた。働き方改革の断行や受動喫煙対策の徹底なども含めて、さまざまな課題に全力で取り組んでいきたい」と抱負を述べた。また、「質の高い介護人材を確保するため、他の産業との賃金格差をなくすという目標のもとに、さらなる処遇改善を進める。限られた財源の中でより有効な形での処遇の改善、それを通じて最終的には質の高い介護サービス

が提供されて介護離職ゼロが実現できるように、いろいろと知恵を絞っていききたい」と述べた。今回の選挙で、全日病の安藤高夫副会長が東京・比例区で初当選を果たしたほか、元厚労省医系技官の國光文乃氏(茨城6区)が初当選した。また、2日には、衆議院の厚生労働委員会の委員が決まり、委員長には元内閣府副大臣の高鳥修一氏(自民党)が選ばれた。

■ 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(会員以外)	備考
個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコースの開催(大阪会場) (90名)	2018年1月11日(木) 【大阪府病院年金会館 コンベンションルーム】	12,960円(17,280円) (税込) (資料代含む)	5月30日の改正個人情報保護法の全面施行を受け、個人情報保護委員会事務局が「医療・介護事業者における改正個人情報保護法」を講演する。参加者には「受講認定証」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

公益社団法人 全日本病院協会 賛助会員

AC100V DC12V
家庭用コンセント または発電機可 (インバーター使用)

AEE The impression beyond your expectation
Anjo Electric Engineering
株式会社 安城電機

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