



全日病 NEWS 2018.2.15

No.911

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

加藤厚労相に2018年度診療報酬改定を答申

中医協・総会

入院医療の評価体系を大幅に見直し、人員体制要件を緩和

中医協総会(田辺国昭会長)は2月7日、2018年度診療報酬改定の内容を了承し、加藤勝信厚生労働大臣に答申した。今回の改定は、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据え、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築を目指すとともに、働き方改革への対応も図った。特に入院基本料では、評価体系を全面的に組み換える大幅な改定となった。答申後の会見で中医協委員の猪口雄二・全日病会長は「急性期入院料の大幅な組み換えや、超高齢化社会の進展、若年層の減少を視点に置いた改定となった」と述べた。

入院基本料を再編

入院医療については、一般病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料等、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の評価体系が変わることになった。様々な経過措置があり、当面の変化は小さいが、将来的に大きな変化となる可能性がある。

現行の7対1、10対1入院基本料は、急性期一般入院基本料となる。現行の7対1と10対1の中間の評価を設けることで、7段階の入院料となる。最も高い急性期一般入院料1は1,591点で現行7対1と同じ評価となる。急性期一般入院料7は1,332点で現行10対1と同じ。10対1に看護必要度加算1～3を加えた点数もそのままだ。

一方、新たにできた中間的な評価の急性期一般入院料2は1,561点、同3は1,491点である。特に、「2」は現行7対1の1,591点に近い。これまで7対1と10対1の点数差が大きいことが、7対1からの転換を躊躇させる要因の一つとされており、それを縮小することで転換を促す考えだ。

看護配置は「1」が7対1、その他は10対1で、10対1が基本になる。

7対1相当の急性期一般入院料の要件である「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合は「25%以上」から「30%以上」に上がり、厳しくなった。認知症・せん妄の患者を該当しやすくするなど、項目・定義の見直しにより、基準自体が緩和された面もあるが、支払側が厳格化を主張し、診療側と意見が対立。公益委員の裁定によって決着が合ったが、両者の言い分を踏まえ、「30%」という水準になった。

DPCデータの診療実績データを「重症度、医療・看護必要度」の代わりに用いることができることも注目される。病院は、従来の方法とDPCデータによる判定方法を選択できるが、7対1からしか移れない急性期一般入院料の2と3は、診療実績データのみで患者判定となる。なお、200床未満の病院には、どちらの判定方法も用いることができる経過措置が設けられた。

地域包括ケアで中小病院を評価

地域包括ケア病棟入院料は200床未満の病院だけが算定できる入院料が設けられた(入院料1、3)。現行の2,558点に対し、2,738点である。13対1の看護配置などを基本に、現行の入院料1と2の間の在宅復帰率や室面積の評価に、実績評価部分加わる。実績評価部分は「自宅等から入棟した患者割合が1割以上」、「自宅等からの緊急患者の受け入れが3月で3人以上」、「在宅医療等の提供」「看取りに対する指針」がある。地域包括ケアを担う中小病院を評価する内容となっている。

回復期リハビリテーション病棟入院料は看護職員やPT・OTの配置を基本に、一定の体制と実績、「実績指数」(1

日当たりのFIM得点の増加を示す指数)の評価が加わる。入院料1(2,085点)の場合、実績部分は「日常生活機能評価10点以上の重症者の割合3割以上」「重症者における退院時の日常生活機能評価で3割以上が4点以上改善」であり、実績指数は37点以上となっている。点数は2,085点で、現行の入院料1の2,065点を上回る。

療養病棟は20対1に統一

療養病棟入院基本料は現行の20対1に統合する形となる。療養病棟入院料1の医療区分2・3の該当患者割合は「8割以上」、療養病棟入院料2は「5割以上」となった。その上で、各患者の医療区分・ADLの状況で点数に差がつく。点数は基本的に、現行と同じだ。また、20対1または医療区分2・3の「5割以上」を満たせない25対1と、25対1を満たせない30対1は経過措置として残る。前者は1割、後者は2割の減算となる。

25対1の経過措置は「まずは2年間」としたが、介護医療院と同様に6年間となりそうだ。30対1の経過措置は明確に「2年間」としている。

診療実績データの提出は多くの病棟に広がった。現行では「7対1、10対1(一部)、地域包括ケア病棟入院料」が対象だが、「急性期一般入院料1～7、特定機能病院入院基本料(一般病棟10対1)、専門病院入院基本料(10対1)、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院料」になる。急性期ではない病棟が含まれるため、データ項目を見直す。

医療介護の連携を強化

「退院支援加算」は「入退院支援加算」



に名称を変更し、入院前を含め、切れ目のない支援を行うことを明確化する。さらに、同加算に対する加算である地域連携診療計画加算を算定できる医療機関を拡大するとともに、生活困窮者など支援の対象となる患者要件を追加する。入院前からの支援では、「入院時支援加算」(200点)を新設する。

廃止が予定されていた要介護・要支援被保険者への維持期・生活期の疾患別リハビリテーション料は、1年間に限り延長された。一方で、介護保険への移行策を用意した。医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を設け、それを使って、介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合の「リハビリテーション計画提供料1」(275点)を新設する。

働き方改革を念頭に、人材を有効に活用するための改定を多く盛り込んだのも今回の特徴だ。100床未満の病院には、一時的に夜間の救急外来で看護体制が満たせなくなった場合なら入院基本料の5%の減算で済む措置を設ける(年6日)。医師の常勤配置の緩和では、「小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科等」で「週3日以上かつ週24時間以上」の勤務の非常勤職員を組み合わせ常勤換算を認める。専従要件の緩和では、緩和ケア診療加算などチームで診療する場合の専従者を減らすほか、患者数が一定数以下なら全員専任を認める。

そのほか、かかりつけ医機能の評価する初診での加算(80点)やオンライン診療料(70点)の新設、病床数500床以上を要件とする診療報酬を「400床」にするなど様々な見直しがある。

民間病院と公的病院の適切な役割分担求める

社保審・医療部会

医療法等改正法案の概要も明らかに

厚生労働省は1月24日、地域医療構想に関するワーキンググループがまとめた「地域医療構想の進め方に関する議論の整理」を社会保障審議会の医療部会(永井良三部会長)に報告した。委員からは、民間病院と公立・公的病院との関係をめぐって、補助金などで公民に格差がある中で、両者が競合し民業圧迫とならないよう適切な役割分担を求める意見が出た。

「地域医療構想の進め方に関する議論の整理」は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)がまとめた。地域医療構想の実現に向け、調整会議で公民の病院が適切に役割分担し、地域の医療ニーズに合った医療機能の必要量を整備するのが目的だ。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「都会で民間病院が担える分野に、一般会計繰入れや補助金をもらっている公立・公的病院が、急性期病床を回復期病床や慢性期病床に転換する

現象が進んでいる」ことを問題視した。

「議論の整理」では、公立・公的病院に期待する役割として、①民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療②不採算部門に関わる医療③県立がんセンター等の高度・先進医療④広域的な医師派遣の拠点としての機能一をあげている。

これに関し、猪口雄二委員の代わりに出席した全日病副会長の神野正博参考人は、加納委員の発言を踏まえた上で、「①～④の役割を果たしていない公立・公的病院が、急性期病床の稼働率が悪いとあって、回復期や慢性期に病床転換することに対しては、国がきちんと指導してほしい」と要請した。

これに対し、厚労省は、「国が直接指示をするのではなく、考え方を通知する。あとは地域の調整会議で関係する医療機関同士で議論してほしい」と述べ、「議論の整理」の内容を関係者に通知する考えを示した。

厚労省が医療法等改正案を説明

厚労省が医療法等改正案を説明した。法案は3月上旬に閣議決定し、今国会に提出する見通しが示された。「地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限および研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる」ことが改正法案の趣旨だ。

具体的には、①医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設②都道府県における医師確保対策の実施体制の強化③医師養成過程を通じた医師確保対策の充実④地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応一を講じる。その他で、地域医療構想の達成を図るための医療機関の開設・増床の都道府県知事の権限を新たに創設する。

医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設について日本医師会



の委員は「医師少数区域をどのように決めて、どのような規模になるかがわからないことが一番大きな問題だ」と指摘し、関係者による議論を求めた。

医師養成過程を通じた医師確保対策の充実として、専門研修において国から日本専門医療機構や学会に対して必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設を盛り込むことに対し、神野参考人は、「プロフェッショナルオートノミーといいながら、専門医機構のガバナンスが効いていない。法的な措置を講じたほうが今後の専攻医の偏在対策にも有効だ」と述べ、法制化に賛意を示した。

【資料】一般病棟入院基本料の評価体系を抜本的に見直し

2018年度診療報酬改定 診療実績データを用いた評価として「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新設

「個別改定項目について」及び「医科診療報酬点数表」から

□一般病棟入院基本料の評価体系の見直し

○一般病棟入院基本料(7対1、10対1、13対1、15対1)について再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料とする。

○急性期一般入院基本料の段階的な評価については、現行の7対1一般病棟と10対1一般病棟との中間の評価を設定する。

○現行の病棟群単位での届出及び許可病床数200床未満の7対1一般病棟における重症度、医療・看護必要度の基準値に係る経過措置については、廃止する(200床未満については、2年間の経過措置あり)。

(新)急性期一般入院基本料(1日につき)

一般病棟入院基本料(7対1、10対1)を再編・統合し、新たに、急性期一般入院基本料とする。

(1)当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が10またはその端数を増すごとに1以上(急性期一般入院料1にあっては7またはその端数を増すごとに1以上)。

(2)看護職員の最小必要数の7割以上が看護師。

(3)当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内(急性期一般入院料1にあっては18日以内)。

(4)データ提出加算に係る届出を行った保険医療機関。

急性期一般入院料1 1,591点

(1)重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が3割以上、または一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が2割5分以上。

(2)自宅等に退院するものの割合が8割以上。

(3)常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じた数以上。

急性期一般入院料2 1,561点

(1)重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が2割4分以上。

(2)届出時点において、届出前3月の間、急性期一般入院料1を届け出ていること。

急性期一般入院料3 1,491点

(1)重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が2割3分以上。

(2)届出時点において、届出前3月の間、急性期一般入院料1または2を届け出ていること。

急性期一般入院料4 1,387点

重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が2割7分以上、または一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が2割2分以上。

急性期一般入院料5 1,377点

重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が2割1分以上、または一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が1割7分以上。

急性期一般入院料6 1,357点

重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が1割5分以上、または重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が1割2分以上。

急性期一般入院料7 1,332点

当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

※「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」は、現行の「重症度、医療・看護必要度」であり、「重要度、医療・看護必要度Ⅱ」は、診療実績データを用いた評価である。

【経過措置】

(1)2018年3月31日時点で許可病床数200床未満の病院で7対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟が、急性期一般入院料2または急性期一般入院料3を届け出る場合は、2020年3月31日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度の評価において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いても差し支えない。

(2)2018年3月31日時点で7対1一般病棟入院基本料及び病棟群単位の届出を行っている病棟は、2020年3月31日までの間に限り、急性期一般入院料2または急性期一般入院料3の施設基準を満たしている場合は当該入院料を届け出ることができる。

(3)2018年3月31日に10対1一般病棟入院基本料の届出を行っている病棟のうち、2018年4月1日以降、急性期一般入院料7を算定する病棟については、名称変更となるが、新たな届出は必要ない。

(新)地域一般入院基本料(1日につき)

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)を再編・統

合し、新たに、地域一般入院基本料とする。

(1)1日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が15またはその端数を増すごとに1以上である(地域一般入院料1及び2にあっては13またはその端数を増すごとに1以上である)。

(2)看護職員の最小必要数の4割以上が看護師であること(地域一般入院料1及び2にあっては7割以上であること)。

(3)入院患者の平均在院日数60日以内であること(地域一般入院料1及び2にあっては24日以内であること)。

地域一般入院料1 1,126点

入院している患者の重症度、医療・看護必要度Ⅰについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

地域一般入院料2 1,121点

地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。

地域一般入院料3 960点

地域一般入院基本料の施設基準を満たすこと。

□重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し

(1)2016年度に新たに追加した評価項目について、項目の定義及び該当患者に関する判定基準を一部見直す。

(2)医療機関が一定の要件を満たす場合には、該当患者割合の判定について、診療実績データを用いた判定方法を選択可能とする。

(3)上記の見直し及び入院医療の評価体系の見直し等を総合的に勘案して、基準値の見直しを検討する。

(4)救命救急入院料1及び3並びに脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、重症度、医療・看護必要度の測定を要件とする。

【評価項目の見直し】C項目(手術等の医学的状況)

開腹手術(5日間)→開腹手術(4日間)

【基準の見直し】(追加)

モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が1点以上、患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上で、かつ「B14 診療・療養上の指示が通じる」または「B15 危険行動」のいずれかに該当。

○現行方法による評価

現行の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」は、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ」と名称を変更する。

○診療実績データを用いた場合の評価

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のA項目及びC項目に対応する診療報酬請求区分について、診療実績データを用いて、重症度、医療・看護必要度のB項目とあわせて該当患者割合を判定する手法を、重症度、医療・看護必要度の評価として設け、医療機関が現行の評価方法と当該方法とを選択できるようにする。

(新)一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ

(1)重症度、医療・看護必要度ⅠまたはⅡの基準を満たす患者の割合は、届出前3月間の平均値を基本とする(ただし、届出受理後の措置である「暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動」は適用とならないため、3月の平均値が該当基準を下回る場合は直ちに変更の届出が必要となる)。

(2)重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は届出をすること。重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの判定方法の変更の届出頻度は6月おきとするが、入院料の変更に伴う判定方法の変更はこの限りでない。

(3)重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出を行う場合は、届出前3月間において、重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合と重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合の差が、別に定める割合の範囲内である。

□地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し

地域包括ケア病棟入院料を基本的な評価部分と在宅医療の提供等の診療実績に係る評価部分とを組み合わせた体系に見直すとともに、在宅医療や介護サービスの提供等の地域で求められる多様な役割・機能を果たしている医療機関を評価する。

(新)地域包括ケア病棟入院料1 2,738点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,724点

(新)地域包括ケア入院医療管理料1 2,738点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,724点

(新)地域包括ケア病棟入院料2 2,558点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,544点

(新)地域包括ケア入院医療管理料2 2,558点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,554点

(新)地域包括ケア病棟入院料3 2,238点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,224点

(新)地域包括ケア入院医療管理料3 2,238点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,224点

(新)地域包括ケア病棟入院料4 2,038点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,024点

(新)地域包括ケア入院医療管理料4 2,038点

(生活療養を受ける場合にあっては) 2,024点

(1)施設基準通則

イ 看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が13またはその端数を増すごとに1以上。

ロ 看護職員の最小必要数の7割以上が看護師。

ハ 重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者が1割以上、または一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者が0.8割以上。

ニ 在宅復帰支援を担当する者が適切に配置。

ホ 常勤の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士が1名以上配置。

ヘ データ提出加算の届出。

ト 特定機能病院以外の病院。

チ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料またはがん患者リハビリテーション料に係る届出を行った。

リ 地域包括ケア入院医療を行うにつき、必要な体制を有している。

ヌ 病院の一般病棟または療養病棟の病棟(入院医療管理料1、2、3及び4にあっては病室)単位で行うものである。

(2)地域包括ケア病棟入院料1の施設基準

イ 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上。

ロ 病室の床面積は、患者1人につき6.4平方メートル以上(内法)。

ハ 許可病床数が200床未満の保険医療機関。

ニ 自宅等から入棟した患者の占める割合が1割以上。

ホ 緊急入院患者の受入れが3月で3人以上。

ヘ 以下のa、b、cまたはdのうち少なくとも2つを満たしていること。

a. 在宅患者訪問診療料の算定回数が3月で20回以上。

b. 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料または精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が3月で100回以上、同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費の算定回数が3月で500回以上。

c. 開放型病院共同指導料(Ⅰ)または(Ⅱ)の算定回数が3月で10回以上。

d. 介護保険における訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護または介護予防訪問リハビリテーション等の介護サービスを同一敷地内の施設等で実施。

ト 厚生労働省「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」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めている。

※上記(2)のニ、ホ、ヘ及びトが、「診療実績の評価」に係る新たな要件。

(3)地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準

イ 退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上である。

ロ 自宅等から入室した患者の占める割合が1割以上(当該病室が10床未満の場合は自宅等から入室した患者を前1月において1人以上受け入れている)。

ハ 緊急入院患者の受入れが3月で3人以上。

ニ (2)のロ、ハ、ヘ及びトを満たす医療機関である。

(4)地域包括ケア病棟入院料2の施設基準

(2)のイ及びロを満たす医療機関である。

(5)地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準

(2)のロ及び(3)のイを満たす医療機関である。

(6)地域包括ケア病棟入院料3の施設基準

(2)のハ、ニ、ホ、ヘ及びトを満たす医療機関である。

(7)地域包括ケア入院医療管理料3の施設基準

(2)のハ、ヘ及びト並びに(3)のロ及びハを満たす医療機関である。

(8)地域包括ケア病棟入院料4の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関である。

(9)地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準

通則の施設基準を満たす医療機関である。

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準について、訪問看護サービスを併設している医療機関についても、要件の一つとする。

2018年度介護報酬改定案を諮問・答申

社保審・介護給付費分科会

介護医療院の報酬は介護療養病床より手厚く

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は1月26日、加藤勝信厚生労働大臣から諮問された2018年度介護報酬改定案を了承し、社保審も同日答申した。全体の改定率はプラス0.54%。団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、改定により地域包括ケアシステムの構築を進める。基準省令はすでに1月17日に諮問・答申され、同18日に公布された。

廃止が決まっている介護療養病床等の受け皿として介護医療院を創設する。介護療養病床(療養機能強化型)相当のI型療養床と、介護療養型老健施設相当のII型療養床を導入。報酬はI型・II型ともそれぞれに相当する療養機能

強化型や介護療養型老健施設よりも手厚い(療養室等の療養環境の基準を満たさない場合は減算あり)。

基本報酬の算定要件をみると、I型は相当する療養機能強化型の要件と同様であり、II型も一部を除き、同様である。それぞれ相当する施設の要件を満たしていれば算定が可能となるように設定されている。また、介護療養型医療施設等からの転換に当たり療養室の床面積や廊下幅などの基準緩和などが配慮されている。

さらに、転換支援として「移行定着支援加算」(93単位/日)が新設される。算定要件は転換後、介護医療院を開設した旨などを地域の住民に周知すると

ともに、入所者やその家族等への説明に取り組んでいること。さらに入所者およびその家族等と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動等に積極的に関与していることとしている。

他方、介護療養型医療施設の廃止は2024年3月31日まで6年間延長される。基本報酬は従前どおりとなっている。ただし、介護療養型老健施設の要件を踏まえ、一定の要件を満たす入院患者の数が基準に満たない場合の減算が新設される。所定単位の100分の95となる。減算が適用となった場合、一部の加算の算定が認められなくなる。

また、老健施設では在宅復帰・在宅

療養支援機能を評価する観点から算定要件や報酬等を見直す。基本報酬は現行の2段階から3段階とする。在宅復帰在宅療養支援機能加算も二つとして、在宅復帰・在宅療養支援機能を現行の3段階から5段階で評価する形になる。

施設・居住系サービスでは身体拘束の適正化を推進し、基準・減算幅を見直す。「排せつ支援加算」(100単位/月)を新設し、施設では排泄に係る要介護の改善に向けた取り組みを評価する。低栄養リスクの改善に対する「低栄養リスク改善加算」(300単位/月)や施設入所者が医療機関に入院し、入所時と大きく異なる栄養管理が必要となり、対応した場合の「再入所時栄養連携加算」(400単位/回)なども新設される。

介護医療院 基本報酬 (多床室の場合) (単位/日)

	I型療養床			II型療養床		
	I型介護医療院サービス費(I) (療養機能強化型A相当) (看護6:1 介護4:1)	I型介護医療院サービス費(II) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護4:1)	I型介護医療院サービス費(III) (療養機能強化型B相当) (看護6:1 介護5:1)	II型介護医療院サービス費(I) (転換老健相当) (看護6:1 介護4:1)	II型介護医療院サービス費(II) (転換老健相当) (看護6:1 介護5:1)	II型介護医療院サービス費(III) (転換老健相当) (看護6:1 介護6:1)
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

※療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

地域医療構想の病床規制で新たな知事権限設ける

厚労省・医療計画見直し等検討会

人口減で医療需要が小さくなる地域が対象

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1月22日、病院が増床や新規開設を計画する際に、基準病床数に余裕があっても、既存病床数が2025年の病床数の必要量を超えていれば、都道府県知事が許可を与えない権限を法律に設けることで合意を得た。今通常国会での法律改正を目指す。人口減で今後、医療需要が現状よりも小さくなる地域が見込まれる地域が対象。厚労省はそのような地域が29構想区域であると説明している。

厚労省は、同検討会や地域医療構想に関するワーキンググループにおける議論を踏まえ、「既存病床数が2025年の病床数の必要量を上回っている場合は、たとえ基準病床に照らしてアンダーベッドであっても、病院の新設・増床はいかなるものか」という結論はあり

える」という意見を紹介。基準病床数と病床数の必要量の関係の整理が必要として、新たな知事権限について提案した。

基本的には、基準病床数は足元の医療需要に応じた病床数であり、地域医療構想は将来の医療需要を想定した病床数である。各都道府県はすでに地域医療構想を策定。2025年の病床数の必要量を計算している。これまでは基準病床数に達しなければ、追加的な病床の整備が可能だが、人口減などで、現状が2025年の病床数の必要量を上回る場合の新たな病床規制となる。

具体的には、そのような場合に該当する病院が増床や開設を申請する際に、①知事に理由書を提出②調整会議の議論に参加③都道府県医療審議会での説明を行う必要がある。その上で、「やむを得ない理由」として認められな

ければ、病床は規制される。公的病院であれば、知事は許可を与えない。民間病院であれば「勧告」だが、勧告に従わなければ、保険医療機関の指定で、病床の一部を除外できるようにする。

救命救急センターの評価見直し

救命救急センターの充実段階評価の見直しを了承した。見直しでは、新たに「S評価」を設けて4段階評価とし、見直し後は改善を求め、段階的に評価基準を引き上げる方針だ。新たなS評価は100点満点の評価点で90点以上かつ是正を要する項目数がゼロである場合。現行の救命救急センターでは3.8%、11病院が該当するという。

見直し後は、段階的に評価基準を引き上げる。是正を要する項目数を段階的に厳しくするとともに、全項目が適切に行われていれば90点になる現行の



評価基準も引き上げていく。委員からは、充実段階評価が補助金や診療報酬にも反映されていることから、厳格な対応を求める意見が出た。

また、第7次医療計画が来年度から始まることを踏まえ、都道府県が計画期間中に、5疾病・5事業の定期的な取組み状況を確認することも了承した。ホームページなどに掲載し、状況を関係者が広く共有できるようにする。

新専門医制度の採用・登録状況について報告受ける

厚労省・医師養成あり方等検討会

大都市への偏在めぐり、正確なデータが求められる

日本専門医機構は1月29日の「今後の医師養成のあり方と地域医療に関する検討会」(遠藤久夫座長)に、来年度から始まる新専門医制度の専攻医の採用・登録状況を報告した。2次登録を終えた採用者数の合計は8,342人。松原謙二副理事長は、「大都市への医師偏在は拡大していない」と強調した。ただ、大都市集中を否定する明確なデータが示されておらず、機構は専攻医の従事場所などを今後把握していく姿勢を示した。

同検討会は医師偏在の拡大への懸念から新専門医制度の開始が1年延期されたことなどを受けて、設置された。厚生労働省は検討会を通して、新専門医制度の問題を把握し、必要があれば、具体策を講じる役割を負っている。

松原副理事長の報告によると、機構

は昨年10月10日に1次登録を開始し、11月15日の締切りまでに7,989人が登録した。12月15日までに7,791人の採用を決めたが、その後18人が辞退した。12月16日から2次登録が始まり、1月15日の締切りまでに569人が新たに登録された。その結果、2次登録までの合計は8,342人となった。

機構は大都市部への専攻医の集中を抑制する観点から、5都府県(福岡、大阪、愛知、神奈川、東京)の採用者数が過去5年の専攻医採用実績の平均値を超えないよう上限を設定した。現時点における5都府県の領域別の採用者数と2次登録者数の合計は、「いずれも過去5年の専攻医採用実績の平均値を超えておらず、都市部への集中は抑制されている」と松原副理事長は説明した。

内科・外科などの領域別の専攻医数についても、概ね過去5年の専攻医採用実績と一致しているという。

しかし採用・登録状況に関しては、「東京に専攻医が集中している」、「内科の専攻医数が大きく減った」など各方面から様々な指摘が出ている。委員からも、それらを懸念する意見が相次いだ。松原副理事長は、機構は都道府県の専攻医を基幹病院の採用人数で計算しており、従事場所で計算している厚労省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」と比較すると誤差が生じることなどを説明した。

ただ、委員からは、医学部に地域枠などの定員増があり、人数が増えている状況で、偏在が拡大しているようにみえることは問題との意見があった。日本医療法人協会会長の加納繁照委員

は、初期臨床研修制度では、大都市偏在が緩和されているのに、専門医の研修ではむしろ拡大していることを問題視した。同日、奈良県知事の荒井正吾委員の提出資料で、2016年度の5都府県以外の初期臨床研修医は全体の60.3%であるが、専攻医では53.9%(2020年度見込み)とのデータが示されている。

機構が都道府県の専攻医を基幹病院の採用数で把握しているために、派遣先の実際の従事場所での把握ができないことに対しては、機構として、今後状況を把握する意向を示した。現時点での5都府県の上限設定やその調整の詳細なデータも提出するとした。基幹病院が近隣県に専攻医を派遣することで医師偏在を緩和することに対し委員からは、「人事権を握られる」、「大学医局の復活になる」との懸念が出た。

厚労省が「基礎医育成・研修コース」の創設を提案

医道審・臨床研修部会

報告書の素案を了承

厚生労働省の医師臨床研修部会(桐野高明部会長)は1月25日、年度内にまとめる報告書の素案を大筋で了承した。次回報告書案を提示する。報告書案に同日、厚労省が提案した「基礎医育成・研修コース」を盛り込むほか、臨床研修病院の要件や第三者評価について、一部の文言を追加する方向だ。

厚労省が提案した「基礎医育成・研修コース」は、基礎医学に従事する医師を対象に、臨床研修と基礎研究を両立させることを目指すもの。基礎医学

系の大学院修士課程入学者に占める医師免許取得者の割合が低下していることを踏まえ、臨床研修制度で支援する。基礎医学論文数は、国際的にみて日本は低調にあり、基礎研究分野の国際競争力は低下傾向にあるという。

大学病院を念頭に、一般のマッチング枠・募集定員とは別枠で設置し、1大学原則1名の枠で、基礎系の大学院に進学する意欲のある学生を募集する。基礎医学を志す若者自体が減っている中で、その傾向を反転させるような仕

組みではないが、基礎医学を専攻しても臨床研究ができる体制を整える。

一方で、基礎医学研究を行う医師でも、診療ができる能力を身につけるため、臨床研修で到達目標を満たさなければならない。厚労省は到達目標を満たす必要があるため、必修以外の期間がすべて基礎医学に充てられるようなことはないとの見方を示した。

ただ「基礎医育成・研修コース」には、慎重な意見が一部にあり、報告書への記載の表現は今後の調整になる。

臨床研修を中断する医師に対しては、

引き続き同一病院での研修再開に、柔軟に対応することの配慮を継続することで合意した。研修医の1%強が臨床研修を中断する傾向は変わらないが、再開する人は増えている。8割近くが再開しており、増加傾向にある。中断理由としては病気療養の割合が約5割で高く、メンタルヘルス関連が増えている。

これらの新たな内容を含める報告書の素案は4つの構成となる。①卒前卒後の一貫した医師養成②到達目標・方略・評価③臨床研修病院④地域医療の安定的確保である。委員からは、「年間入院患者数3千人以上」という臨床研修病院のあり方や第三者評価の義務付けの是非などで様々な意見が出た。

新たな広告規制の省令・告示、ガイドラインを了承

厚労省・医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(桐野高明座長)は1月24日、医療機関のウェブサイトに対する広告規制の施行に向けて、省令・告示およびガイドラインを検討。パブリックコメントを踏まえて厚労省が修正した案を協議し、座長に一任する形で了承した。省令・告示等は年度末までに公布する予定で、施行は6月1日。

新たな広告規制は、美容医療に関するトラブルを受けて、昨年の医療法等改正に盛り込まれた。医療機関のウェブサイトを広告規制の対象にするとともに、これまでの虚偽・誇大広告に加

え、患者の体験談や術前術後の写真による広告を禁止事項に追加。その一方で、国民・患者に対する情報提供を妨げない観点から一定の条件の下でウェブサイトの広告事項の制限を解除する取扱いを定める。

医療法改正により、広告規制の対象を「広告その他の医療を受ける者を誘引するための手段としての表示」に変更。これにより、ウェブサイトのほか、メルマガや申込みによる詳細なパンフレットも規制の対象となる。また、法律・省令により禁止事項とされていた虚偽や誇大広告、比較優良広告に加え、患者の主観・伝聞に基づく体験談およ

び治療前後(ビフォー・アフター)の写真による広告が禁止される。

一方、広告可能事項を限定しないウェブサイトの要件として次の4項目を省令で規定した。このうち、③と④は自由診療を行う場合に限る。

①医療に関する適切な選択に資する情報であって患者等が自ら求めて入手する情報を表示するウェブサイトその他これに準じる広告

②表示される情報の内容について、患者等が容易に照会ができるよう、問い合わせ先を記載するなどの方法により明示する

③自由診療に係る通常必要とされる治



療等の内容、費用等に関する事項について情報を提供する
④自由診療に係る治療等に係る主なりリスク、副作用等に関する事項について情報を提供する

なお、予防接種については、リスク・副作用の情報提供が求められる自由診療の範囲に含めない形で整理することとなった。

急性期一般入院料1の基準値30%以上は「厳しい」

日病協・代表者会議 認知症の患者数など地域や病院で異なる

日本病院団体協議会は1月26日の代表者会議で、次期診療報酬改定をめぐり議論した。同日の中医協で急性期一般入院料の「重症度、医療・看護必要度」の基準値が決まったことから、様々な意見が出た。現行の7対1入院基本料の水準である急性期一般入院1の基準値が「30%以上」になったことに対しては、「厳しい」との声があがった。

会議終了後に会見した原澤茂議長は、

「30%という数字に関しては、ハードルが高く、かなり厳しいと受け止めている」と述べた。山本修一副議長も、「診療側は25%を主張してきた。『重症度、医療・看護必要度』で認知症やせん妄の患者を適切に評価するようにしたとしても、地域や病院の特性により、シミュレーションどおりには基準値が上がらない病院もある」と指摘した。

代表者会議では、急性期一般入院料

「2」が29%、「3」が28%、「4」が27%と、1%刻みになったことに対し、「7対1水準に近い水準にしている」との意見が出るなど、点数差を小さくして、7対1水準からの転換を促しているとの見方が示された。

また、新たな評価体系については、看護職員の配置よりも、医療ニーズに応じて医療資源を適切に投入する体制を柔軟に評価する方向で見直していく

ことに対し、大半が賛意を示している模様だ。

急性期一般入院料以外では、医療従事者の負担軽減や働き方改革に対応した診療報酬の常勤要件や専従要件の緩和を評価する意見が相次いだ。

2020年度の診療報酬改定に向けた附帯意見については、地域により審査支払機関での査定が厳しくなっていると指摘される救急医療管理加算について適切な見直しが必要との文言を入れてほしいとの要望が出た。

福祉医療機構に民間病院向け緊急融資求める

四病協・総合部会 厚労省に機構への予算措置を要望

四病院団体協議会は1月24日の総合部会で、民間病院の経営悪化を救済するため、福祉医療機構が緊急融資に応じるよう加藤厚生労働大臣に要望書を提出することを決めた。福祉医療機構が民間病院向けの緊急融資として、1病院につき上限10億円程度の長期運転資金貸付制度を設けられるようにするため、厚労省に福祉医療機構に対する予算措置を求めている。

要望書は、医療経済実態調査などにより一般病院の経営悪化が明らかになっていることを踏まえたもの。医療経

済実態調査では、一般病院全体の損益差額が2015年度に▲3.7%、2016年度に▲4.2%と連続してマイナスになった。福祉医療機構の2016年病院経営状況分析でも、一般病院の医業収益対医業利益率は0.3%、経常収益対経常利益率は0.6%であり、「利益が限りなくゼロに近づいている」と指摘した。

四病協は、金融機関が民間病院への融資に消極的になりつつあることを懸念し、「約10年前に生じた金融機関の貸し渋り、貸しはがしによる病院経営の危機の再現」になりかねないと危機

感を示した。このような状況から、独立行政法人である福祉医療機構の緊急融資が可能となるよう厚労省の対応を求める形となった。

また、同日の総合部会では、来年度から始まる新専門医制度の登録状況が議論になった。

日本専門医機構は、新専門医制度が医師の大都市への偏在を助長しない対応で、福岡・大阪・愛知・東京・神奈川の5都府県に、過去5年を平均した実績を超えないよう専攻医数を調整する措置を講じ、今回の登録ではそれを



満たしたと説明している。しかし、具体的な基準や調整を各学会に委ねており、実際の各都道府県の専攻医数などの把握ができていない状況にある。

四病協は日本専門医機構に対し情報公開を求める要望書を昨年12月26日に提出している。引き続き透明性の確保や説明責任を求めていく方針だ。

■ 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
2018年度介護報酬改定及び介護医療院に関する説明会 (700名)	2018年3月1日(木) 【TKP ガーデンシティ竹橋】	8,640円(12,960円) (税込)	2018年4月からの介護報酬改定に伴い、厚生労働省老健局の鈴木健彦老人保健課長を招き、改定内容と介護医療院について講演してもらう。
2018年度診療報酬改定説明会 (1,200名)	2018年3月13日(火) 【ベルサール汐留】	10,800円(16,200円) (税込) (資料代「点数表改正点の解説」含む)	2018年度4月からの診療報酬改定に伴い、厚生労働省保険局医療課から担当者を招き、医科とDPC制度(DPC/PDPS)について講演してもらう。