



# 全日病 ニュース

## 2018.3.1

### No.912

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

## 猪口会長が入院医療見直しや人員要件緩和を評価

### 2018年度診療報酬改定

四病院団体協議会は2月7日、中医協が2018年度診療報酬改定を加藤勝信厚生労働大臣に答申したことを受け、日本医師会と合同で会見を行った。全日病の猪口雄二会長は、中医協委員の立場から個別項目についてコメントし、入院基本料の評価体系の見直しや医療従事者の常勤・専従要件の緩和などを評価するとともに、現場の作業量が反映される評価体系とするために、「次期改定までにデータを蓄積し研究する必要がある」と述べた。

### 地域医療構想に寄り添う改定

会見は、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会の三師会と合同で行われた。冒頭、日本医師会の横倉義武会長が全体の評価について考えを述べた。横倉会長は、今回改定を100点満点で採点した場合の評価を問われ、「本体改定率0.55%に対しては60点をつけた。その限られた財源の中でよい配分をしたと理解している。その意味では60点より少し上の点数」と答えた。

改定全体の考え方としては、「2025年に向けた医療提供体制を構築するために、都道府県では地域医療構想が実行に移されており、改定はそれに寄り添うものとして行われる。地域包括ケアシステムの構築では、かかりつけ医を中心とした切れ目のない医療・介護体制を確保する必要がある。厳しい財政状況だが、超高齢社会に対応するために、必要な財源を医療に配分するこ

### 四病協・日医が中医協答申後に合同会見を行う

とが不可欠だ」と訴えた。

改定率は政府の歳出抑制目標に従った予算編成の中で決定された。一方、今夏に閣議決定する経済財政運営の「骨太方針2018」では、新たな歳出抑制目標が議論される。横倉会長は、「社会保障が過度に抑制されることがあってはならない」と警戒感を示した。

### 急性期医療の評価は今後の議論重要

続いて、四病協の代表が感想を述べた。猪口会長は、中医協委員であることから、全体としての評価よりも、個別改定項目に関して発言した。

最初に、急性期入院医療の評価体系の見直しの方向性を評価した。「7対1入院基本料と10対1の間ができて、7対1から10対1に移るときの落差が大きかったことを考えると、よい方向だと思う。『重症度、医療・看護必要度』のDPCの診療実績データによる判定も、人手からICTの活用観点で評価できる」と述べた。

その上で、「しかし、まだまだ過渡期の段階であり、あるべき姿の方向性も示されている。それに向けて、十分に検証しデータを蓄積し研究した上で、できれば次期改定までに、現場の作業量がきちんと反映される『重症度、医療・看護必要度』にする必要がある」と発言。急性期入院医療の評価に向けて今後の議論が重要との見解を示した。

地域包括ケア病棟に200床以上の病院が算定できない入院料等が新設され

たことについては、「自宅等からの入院や介護との連携強化、地域で求められる多様な役割・機能が評価されることはよい方向性だ」と述べた。一方で、厳しい査定が行われていると指摘される救急医療管理加算の要件見直しがなかったことに対し、「次期改定までにデータを蓄積して、適切な評価が行われるよう見直ししてほしい」と要望した。

医療従事者の負担軽減と働き方改革の推進が大きなテーマとなり、医療従事者の常勤・専従要件の緩和などが行われたことに対しては、「大いに評価する」と強調した。「今後の人口減、若年層の減少を踏まえれば、人材の有効活用の観点で、病院の運営を考えなければならなくなる。その方向性で診療報酬を見直していくべき」と、引き続きの課題とすることを求めた。

日本病院会の万代恭嗣委員は、急性期入院医療の評価体系の見直しについて、「方向性は日病として常々議論してきたものと同じ。日本病院団体協議会で要望したものとも一致する」と評価した上で、猪口会長と同様に、「今後データを蓄積し、入院医療の現場に

どのような影響をもたらしているかを検証し、早急に公開すべき」と述べた。また、「病院がどの評価の区分を選択しても、経営が維持される診療報酬を目指すべきだ」と強調した。

日本医療法人協会の加納繁照会長は、「今回改定が最終的に経営に与える影響」を懸念した。福祉医療機構の病院経営状況分析によると、前回改定のあった2016年の一般病院の医業収益率は0.3%となり、2014年改定後より下がったことを指摘。2018年でさらに悪化することを心配した。個別項目に関しては、「努力により経営改善できる要素はあり努力したいが、急性期の一般病棟に厳しい改定であることが垣間みえる」と述べた。

日精協の長瀬輝暉委員も、医療経済実態調査の数字を引いて民間の精神科病院の厳しさを訴えた。特に、給与比率が65%を超えて、経営を圧迫しているとした。改定内容に関しては、長期入院患者の地域移行や生活支援で様々な改定があり、影響について今後検証する考えを示した。精神科薬のクロザピンが入院料の包括から外れたことを指摘し、「非常に使いにくかった状況が改善され、評価できる」と述べた。



会見に臨む猪口会長(左から3人目)

## 労働時間短縮の緊急的な取組みまとめる

### 医師の働き方改革検討会

厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」(岩村正彦座長)は2月16日、医師の労働時間短縮に向けた「緊急的な取組み」と「中間的な論点整理」をまとめた。緊急的な取組みでは、現行制度のままで可能な医師の負担軽減策を列挙。すべての医療機関が取り組む



### 中間的な論点も整理

むよう要請する項目と医療機関に応じた対応を分けている。

すべての医療機関が取り組むよう要請する項目は、◇医師の出退勤時間を記録し在院時間を的確に把握◇医師への周知を含めた36協定などの自己点検◇既存の産業保健の仕組みの活用◇医師以外の他業種への業務移管◇女性医師などへの支援一となっている。

業務移管では「薬の説明や服薬の指導」や「診断書等の代行入力」など各行為を示し、現行で業務移管が可能であることを強調した上で、可能な限り代替させることを求めた。看護師の特定行為研修の受講も促した。

医療機関に応じた対応では、◇勤務

時間外に緊急でない患者に対しては、病状説明を行わない◇当直明け勤務の負担緩和◇複数主治医制の導入一などをあげた。

一方、「中間的な論点整理」は、これまでの検討会の委員の意見を併記したもので、方向性を示す整理とはなっていない。来年度中にまとめる時間外労働

の上限規制を医師にどう適用するかの本丸の議論に向け、論点となり得る事項が盛り込まれている。

制度的な対応が必要な負担軽減策や予算措置と関連する事項とあわせ、時間外労働を計算する際に論点となる「宿日直」や「自己研鑽」の時間に対する意見などが記載された。

### 第6回臨時総会 開催のご案内

下記日程で第6回臨時総会を開催します。

公益社団法人全日本病院協会 会長 猪口雄二

□第6回臨時総会  
日時 2018年3月31日(土)  
午後1時~午後2時30分(予定)  
会場 全日本病院協会 大会議室  
東京都千代田区神田猿樂町2-8-8  
住友不動産猿樂町ビル7F Tel.03-5283-7441

正会員の皆様には郵送にて開催案内をお送りいたします。

目的事項  
報告事項  
(1) 平成30年度事業計画について  
(2) 平成30年度予算について  
(3) 平成29年度事業計画の一部変更について  
(4) 平成29年度補正予算について  
(5) その他  
決議事項  
第1号議案 定款の変更について  
その他

## 清話抄

### 地域医療構想と第7次医療計画

私は現在、県医師会常任理事として、一昨年の地域医療構想策定に携わり、現在、県の第7次医療計画の策定に携

わっています。

地域医療構想策定の時期は、マスコミ等にて「病床削減」という言葉が先走り、多くの医療機関より不安の声が聞かれました。そして、各都道府県において、地域医療構想が策定されました。

「地域医療構想は、構想区域ごとに2025年の医療需要(入院患者数)の推計を示し、それに向けて各医療機関の自主的な取り組みを通じて、必要病床数が次第に取れんしていくことで、不

足る機能の解消を目指すもの」とされていますが、全国的にみるとこの十数年の間に、病院数、病床数は減少しております。これは、平均在院日数の短縮、病床利用率の低下により入院受療率が低下しており、これには介護施設への移行の影響もあると思われます。つまり、高齢者の増加ほど入院患者数は伸びていないといえます。

また、地域医療構想ガイドラインには、「2025年に向けて、拙速に陥るこ

となく確実に、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて各医療機関の自主的な取り組み等を促す」とあります。

第7次医療計画策定において、国・県等より医療資源、人口動態等の資料が提供されております。各医療機関がしっかりとビジョンを持ち、早急に行動することが重要だと考えております。

全日本病院協会の更なる取り組みに期待したいと思います。(I)

# 主張

## 地域と歩む病院

医療機関における地域連携活動が盛んになって、10年あまりが経過しました。私どもの医療法人でも、手探り状態でスタートした連携室の機能を高めるために、スタッフの増員や研修に努めてきました。現在では日本中の病院で、病診・病病連携、医療介護連携など、急性期から生活期にいたるまで、様々な連携活動を行っています。

さて、日本の社会保障制度の方針としては、二つのテーマが私達の業界に

与えられています。一つは「地域医療構想」であり、もう一つは「地域包括ケアシステム」であり、双方とも「地域」に視点を置いていることで共通しています。前者は地域のそれぞれの病院事業の方向性と継続性を明らかにするもので、後者は医療介護と地域との連携強化を進めるものと考えています。

人口減少社会においては、すでに地域の生き残りをかけた取り組みが必要となっています。医療介護システムの

整備による地域の安心・安全が、人口の流出に歯止めをかけ、将来的な地域の持続性を保つ可能性を持ち合わせています。それぞれの地域の継続性こそが、地域密着型企業である病院にとっての死活問題とも言えます。

病院と地域との連携強化については、住民が地域内での生活を継続していくための基盤作りが目的となり、相互のコミュニケーション力向上が重要になります。そのためには、従来型の業界内連携のみならず、自治会を中心とした地域活動に参画し、地域のニーズを探ることが求められます。また行政と協力して、より良いシステム構築に向

けての検討の場を作ることも必要となります。

病院広報の情報発信力の向上には、病院の情報開示も重要になります。組織内に対する広報活動では、職員教育や意思伝達が重要であり、院内のガバナンスにおいて欠かせません。一方、地域への広報活動のレベルを高めることで、病院組織の可視化を高め、地域住民にメリットをもたらすことを模索しています。

結果的に、病院が地域の継続性に寄与できると考えています。

(大田泰正)

# 医療界の生産性向上の取組みを神野副会長が説明

## 生産性向上国民運動推進協議会

## 恵寿総合病院の好事例も紹介

政府は2月15日、オールジャパンで生産性向上を高めるため、「生産性向上国民運動推進協議会」を開催した。安倍首相出席の下、医療界からは日本医師会の横倉義武会長と全日病の神野正博副会長が参加。神野副会長は、生産性向上を目指す上での医療界の特殊性を説明するとともに恵寿総合病院(石川県七尾市)の取組みを紹介した。

同協議会は、働き方改革とともに生産性向上と人づくり改革を一体的に進めるため、各業界の先進的な取組みを聴取し、全国展開することを目指すもの。安倍首相は冒頭から終了まで出席。挨拶で、「国民生活に最も密着している皆さんが生産性の向上に成功すれば、

間違いなく日本全国津々浦々でどんどん成長していく。そういうチャンスを得ることができる」と、先進事例の広がりについて期待を示した。

横倉会長は「科学技術の発展は医療現場の効率化、働き方の改善につながる。医療の生産性を上げ、我が国の社会経済に貢献したい」と述べた。

神野副会長は、医療界における生産性向上の取組みとして、医療機能の分化・連携やチーム医療の推進、ICTの活用などをあげた。その上で、医師事務作業補助者のデータを示し、医師以外の職種で可能な業務がどこまで代替されているかは、病院でばらつきがあり、「横展開の余地がある」と説明した。

一方、医療業界の特殊事情を指摘。「医療はその中心が公定価格による保険診療収益であり、単純な労働力の投入だけでは生産性の変化が見えづらい。また、病院等における医療従事者の配置数には一定の基準がある」と述べ、生産性向上の取組みと制度との間に齟齬が生じる場合があるとした。

その上で、勤務環境改善策が当面の課題であると強調し、◇長時間労働を是正する経営管理◇タスクシフティングなどの普及◇ICTの活用による診療業務の効率化―が重要になるとした。

神野副会長は、生産性向上の事例として、恵寿総合病院の「ユニバーサル外来」を紹介した。一般的な病院では、



診察室は各診療科にある。「ユニバーサル外来」では、電子カルテを持ち運び可能(クラウド化)にすることで、「どの診療科でも使える診察室」を実現した。これにより、混雑状況に応じて柔軟に診察室を割り当てられ、患者の誘導も容易になった。患者の受診先が特定されず、プライバシーの保護にもなる。

また、受付を統一したため、複数診療科に精通する職員が育ち、受付事務の人員を半減し、他の業務に回すことができたという。これらは2017年度のグッドデザイン賞につながった。

# オンライン診療でガイドラインを作成

## 厚労省・情報通信機器診療検討会

## 医師对患者の外来・在宅診療で活用

厚生労働省の「情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会」(山本隆一座長)は2月8日に初会合を開き、情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた論点を大筋で了承した。年度内にガイドラインをまとめる。ガイドラインは医師对患者の外来・在宅診療を対象とし、それを「オンライン診療」と呼ぶことでも合意を得た。情報通信機器の急速な発展に伴うオンライン診療の拡大に備える。

医師法第20条は、医師が「自ら診察しないで治療すること」を禁止している。厚労省は、情報通信機器が部分的に対面診療を代替できるようになるのに応じて、通知などでこの条文の解釈を変えてきた。例えば、2015年の事務連絡では、離島・へき地での遠隔診療だけを認めるそれまでの限定を外した。2017年の通知では、一定の条件の下であれば、対面診療を行わなくても医師法違反にならない考えを示した。

こうした解釈の変更は、法令に違反

しないことを示すものであり、情報通信機器を用いて適切な診療を行うためのルールは未整備だった。今回、政府の「新しい経済政策パッケージ」(2017年12月8日閣議決定)で、年度内に遠隔診療のガイドラインの整備が求められたことを踏まえ、検討会を開催することになった。

一方、2018年度診療報酬改定では、オンライン診療料(70点)やオンライン医学管理料(100点)を新設し、報酬面の対応を行った。診療報酬では、対面診療を原則とし、対面診療と対面診療の間の一定期間内のオンライン診療を評価する取扱いとなった。ガイドラインが整備されれば、診療報酬の取扱いも、それに従うことになるが、診療報酬の要件はガイドラインよりも狭まると考えられる。

初会合で厚労省は①遠隔診療の定義と名称②基本理念と倫理指針③ガイドラインの項目―を論点として示した。これらに関して、「情報通信機器を用いた診療に関するルール整備に向けた

研究報告」を基に、議論を行った。

ガイドラインの対象は、医師对患者の「外来・在宅診療」にすることで合意した。名称については、「遠隔診療」とすると、距離が著しく離れているという印象を与えるが、今後の広がりを想定すると、必ずしもそうではないため、「オンライン診療」という名称を用いる。また、「診療」ではない「遠隔医療相談」との違いについて、ガイドラインで一定の基準を示すことが必要とされた。

基本理念と倫理指針では、患者の求めがある場合に実施することの徹底や医療の質を担保するオンライン診療であることの必要性などが指摘された。ガイドラインの項目としては、「適用の基準」と「提供体制」がある。

「適用の基準」では、オンライン診療は医師・患者双方が事前に取り決めた診療計画に沿って、対面診療と適切に組み合わせるべきとの意見が多かった。情報通信機器の発展を踏まえれば、対面診療を完全に代替でき、初診でも活



用できる場合を見込むべきとの意見もあったが、「その都度ガイドラインを見直せばよい」ということで落ち着いた。

また、急変時の対応はオンライン診療で安全性を担保できないので除外すべきとの指摘があったが、在宅医療で急変時の対応を含め診療計画を立てている場合は除外しない整理になった。

「提供体制」では、場所について医師は「必ずしも医療機関内で診療を行う必要はないが、最低限の体制確保が必要」、患者は「患者居宅等、日常生活や社会生活を営む場所が望ましい」とされた。情報通信機器を使う環境や端末に関しても、一定のルールを設ける方向だ。プライバシー保護のためのセキュリティについて、内部監査・外部監査が必要との意見が出ている。

これらの論点を検討会は大筋で了承。これを受け、厚労省は次回会合でガイドライン案を示す見込みだ。

# 地域がん診療連携拠点病院をA・B・Cの3区分に

## がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG

## 指定取り消しの手順定める

厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」(西田俊朗座長)は2月13日、地域がん診療連携拠点病院の指定をA・B・Cの3区分とし、要件を満たさない施設についてはCの指定として、指定取り消しを含めて検討する内容を整備指針に盛り込む方向を了承した。

地域がん診療連携拠点病院は、2次医療圏に1病院が指定されているが、

人口が多い2次医療圏では複数の病院が指定されている。

「地域がん診療連携拠点病院A」は、2次医療圏に複数の病院が指定されている場合で、指定の必須要件に加え、医師・医療従事者の配置など望ましい要件を満たし、同一の医療圏のうち診療実績が最も優れた病院を指定する。厚労省は「2次医療圏内の病院が競争し、レベルアップすることをめざす」

と説明。補助金でメリハリをつける考えを示している。

「地域がん診療連携拠点病院B」は、現行の地域がん診療連携拠点病院と同様である。

「地域がん診療連携拠点病院C」は、既指定の拠点病院のうち、必須要件を満たしておらず、指定検討会で取扱いの引下げが妥当と判断された場合に指定する。現行の整備指針では、指定要

件を満たさない場合の対応が定められていないことから、要件を満たさないことが疑われる場合の対応を明記する。

委員からは、「2次医療圏に1病院の場合では、BはAよりランクが下と誤解される」と指摘があり、厚労省は「名称の工夫を検討する」と回答した。

ワーキンググループは、4～5月に指定要件に関する報告書をまとめ、親会議の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で確認。同検討会が改定後の整備指針に基づいて2019年1～2月に拠点病院の指定を行う予定としている。

# 地域医療構想の議論の進め方を関係者で議論

厚労省・2018年度医療計画研修会

地域医療介護総合確保基金の配分示す

厚生労働省は2月9日、医療計画策定研修会を開催した。都道府県関係者や地域医師会、大学関係者などが集まり、地域医療構想の進め方などを議論した。会場からは、公立・公的病院の過剰病床を整理する実効性のある取組みを求める意見が相次いだ。また、地域医療介護総合確保基金を配分する具体的な事業内容の事例が示された。

## 今年度中の協議入りを求める

厚労省は、地域医療構想の進め方に関する2月7日付けの通知の内容を説明。今年度中に地域医療構想調整会議が、具体的な対応方針の協議に入ることを求めた。政府の経済財政諮問会議は昨年、地域医療構想調整会議で、2年間の集中的な議論を行い、具体的な病院名をあげて、医療機能の分化・連携の道筋を示す方針を示した。厚労省は、結論に時間がかかることは考慮しつつ、議論の開始をできるだけ早めた

い考えだ。

公立・公的病院は、調整会議の前に改革ガイドラインを策定し、調整会議に提出しなければならない。その場合に、民間病院では担えない政策医療が期待されていることから、民間病院との役割分担を確認し、公立・公的病院だけが担える機能に重点化されているかを関係者が了解する必要があるとしている。

今後の人口減少で地域により医療需要は小さくなると予想される。調整会議は将来の医療需要を見込み、関係者で調整する仕組み。病床機能報告制度で、過剰になると見込まれる医療機能への病床転換を考えている病院や、新たな開設・増床を計画する病院があれば、調整会議への出席と説明を求める。協議が調わない場合の都道府県知事の権限も定められている。研修会ではこれらの内容について説明があった。

医療機能については、特に回復期に

ついて、昨年9月29日の事務連絡を参照することを求めた。

地域医療構想の医療機能別の病床数の必要量の推計で、急性期と慢性期が過剰で、回復期が不足という結果が多く地域で出ている。このため回復期に相当する診療報酬である回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟への転換が公立・公的病院で増えていて、問題視されている。事務連絡は、全国的に回復期が不足している状況ではないと指摘。診療の実態に応じた病床機能報告を求めた。

## 補助金・繰入金金の活用状況を開示

また、経営主体の異なる病院の役割分担を考える上で、「個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金金の活用状況を開示すること」と明記した。民間病院には原則公的な財政支援がないが、公立・公的病院には財政支援がある。両



者の役割が重なり、競合している状況を調整する上で公平な議論を求める考えだ。

地域医療介護総合確保基金は、医療分で2018年度の財源が例年より30億円多い934億円になったことを報告した。30億円分については、「居宅等における医療の提供」と「医療従事者の確保」の事業に使う。ただし全体のうち500億円は地域医療構想達成のための施設整備などに用いる。

また、30年度は例年8月頃まで遅れてしまう内示を早めるため、29年度中に調整を進めるとした。3月中旬から4月中旬にかけて、都道府県別の個別ヒアリングを実施する。

医師偏在対策では、調整中のものを含め医療法改正案の概要を示した。

# 【資料】医療法及び医師法の改正法案の概要(検討中の内容)

※1月24日社会保障審議会医療部会資料から

厚生労働省は、1月24日の社会保障審議会・医療部会で、今国会に提出を予定している医療法・医師法改正案の概要を説明した。改正案は、医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会の議論を踏まえて、医師偏在対策を盛り込んでいる。なお、検討中の内容である。

## 改正の趣旨

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及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。

## 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【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院等の管理者として評価する仕組みの創設

①「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、「医師少数区域」等における医療の提供に関する一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師と

して厚生労働大臣が認定した医師に管理させなければならないこととする。②病院等の管理者は、都道府県知事の許可を受けた場合は、「医師少数区域」等に開設する他の病院等を管理することができることとする。

## 2. 都道府県における医師確保の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学医局等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し等

①医療計画において、二次医療圏ごとに、新たに定める「医師偏在指標」を踏まえた医師の確保数の目標を含む「医師確保計画」を策定する。

②都道府県は、「医師偏在指標」に基づいて、「医師少数区域」(仮称)又は「医師多数区域」(仮称)を定めることができることとする。

③地域医療対策協議会は、「医師確保計画」の実施について必要な協議を行うこととする。

④地域医療支援事務の内容として、キャリア形成プログラムの策定や、「医師少数区域」への医師の派遣等の事務を追加する。

⑤地域医療支援事務と医療勤務環境改善支援事務の実施に当たり、相互に連携を図らなければならない旨を定める。

## 3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【①については医療法、②～④については医師法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を見直し、各過程における医師確保対策を充実

①都道府県の知事から大学に対して地域枠又は地元枠の創設又は増加を要請できることとする。

②法律及び臨床研修の実施に関する厚生労働省令に定める基準に基づいて、都道府県知事が臨床研修病院を指定することとする。

③都道府県知事は、厚生労働大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の範囲内で、毎年度、都道府県の区域内に所在する臨床研修病院ごとの研修医の定員を定めることとする。

④厚生労働大臣は、医師の研修機会確保のために特に必要があると認めるときは、研修を実施する日本専門医機構等に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請できることとする。また、日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重要な影響を与える場合には、あらかじめ厚生労働大臣及び都道府県知事の意見を聴かななければならないこととする。

## 4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

①医療計画に、新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載することとする。

②都道府県知事は、二次医療圏ごとに外来医療の提供体制に関する事項(地域の外来医療機能の状況や、救急医療体制構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の方針)について協議する場を設け、協議を行い、その結果を取りまとめて公表する。

## 5. その他

地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の在り方

## 施行期日

平成31年4月1日。ただし、1②、2③から⑤及び3④は公布日、1①並びに3②及び③は2020年4月1日から施行する。

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

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

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

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8  
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿樂町ビル7F TEL. 03-5283-8066

# 【資料】一般病棟入院基本料の評価体系見直しの概要

## 2018年度診療報酬改定

## 基本的医療の評価部分と診療実績に応じた評価部分の組み合わせで評価

2月7日の中医協資料から

中医協(田辺国昭会長)は2月7日、2018年度の診療報酬改定について了承し、加藤勝信厚生労働大臣に答申した。団塊の世代が75歳以上となる2025年とそれ以降の社会経済の変化に対応するため、医療機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの構築を進め、質が高く効率的な医療提供体制を整備する。特に入院医療については、評価体系を全面的に組み換える大幅な改定となった。

### 改定率はプラス0.55%

診療報酬の改定率は表1のとおりで、技術料に当たる診療報酬本体はプラス0.55%となり、前回改定の0.49%を上回った。薬価・材料価格の引下げ(▲1.74%)と合わせた全体の改定率はマイナス1.19%である。このほかに、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。

### 入院医療の評価の基本的考え方

入院医療の評価の基本的考え方として、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効率的・効果的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。

入院医療の評価体系は、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分の二つの評価を組み合わせる新たな評価体制に再編・統合する。

再編の対象となるのは、一般病棟入院基本料、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、療養病棟入院基本料である。

### 一般病棟入院基本料の見直し

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

現在の7対1入院基本料と10対1入院基本料は、急性期一般入院基本料に再編する(図1)。

現在の7対1と10対1の中間の評価を設けることにより、全体で7段階の評価となる。最も高い急性期一般入院料1は1,591点で現在の7対1と同じ点数だ。一方、急性期一般入院料7は1,332点で現在の10対1と同じ点数である。現在の10対1入院基本料の看護必要度加算1~3の点数も維持し、急性期一般入院料4~6とする。

新たに設ける中間的な評価の急性期一般入院料2は1,561点、急性期一般入院料3は1,491点となった。急性期一般入院料2は現在の7対1の1,591点に近い1,561点になっている。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からの転換を妨げていたと考えられることから、その差を小さくすることで、7対1からの転換を促す考えがあるとみられる。

なお、急性期一般入院料2と3を届け出るためには、急性期一般病棟1の届出実績が必要であり、急性期一般入院料4~7から急性期一般入院料2または3に直接届け出ることにはできない(2018年3月31日時点で、7対1を届け出ている病棟は2年間の経過措置がある)。

### DPCデータによる評価を導入

急性期一般入院基本料は、「重症度、医療・看護必要度」を満たす患者の割合が要件として設定される。「重症度、医療・看護必要度」は、認知症・せん妄の患者を該当しやすくするなどの見直しを行った上で、7対1相当の急性期一般入院料1の該当患者

表1 診療報酬の改定率	
診療報酬本体	+0.55%
各科改定率	医科 +0.63%
	歯科 +0.69%
	調剤 +0.19%
薬価等	
①薬価	▲1.65%
※うち、実勢価格等改定	▲1.36%
薬価制度の抜本改革	▲0.29%
②材料価格	▲0.09%
なお、上記のほか、いわゆる大型門前薬局に対する評価の適正化の措置を講ずる。	

図1 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

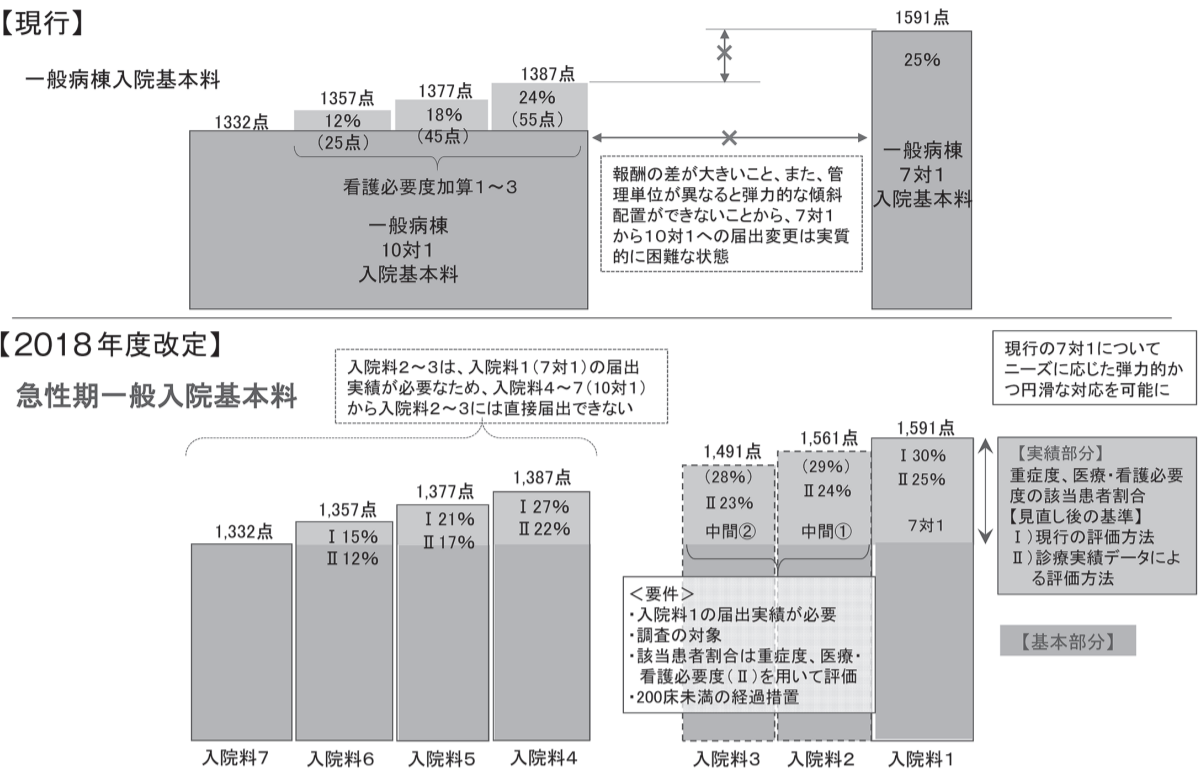


図2 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)の再編・統合のイメージ

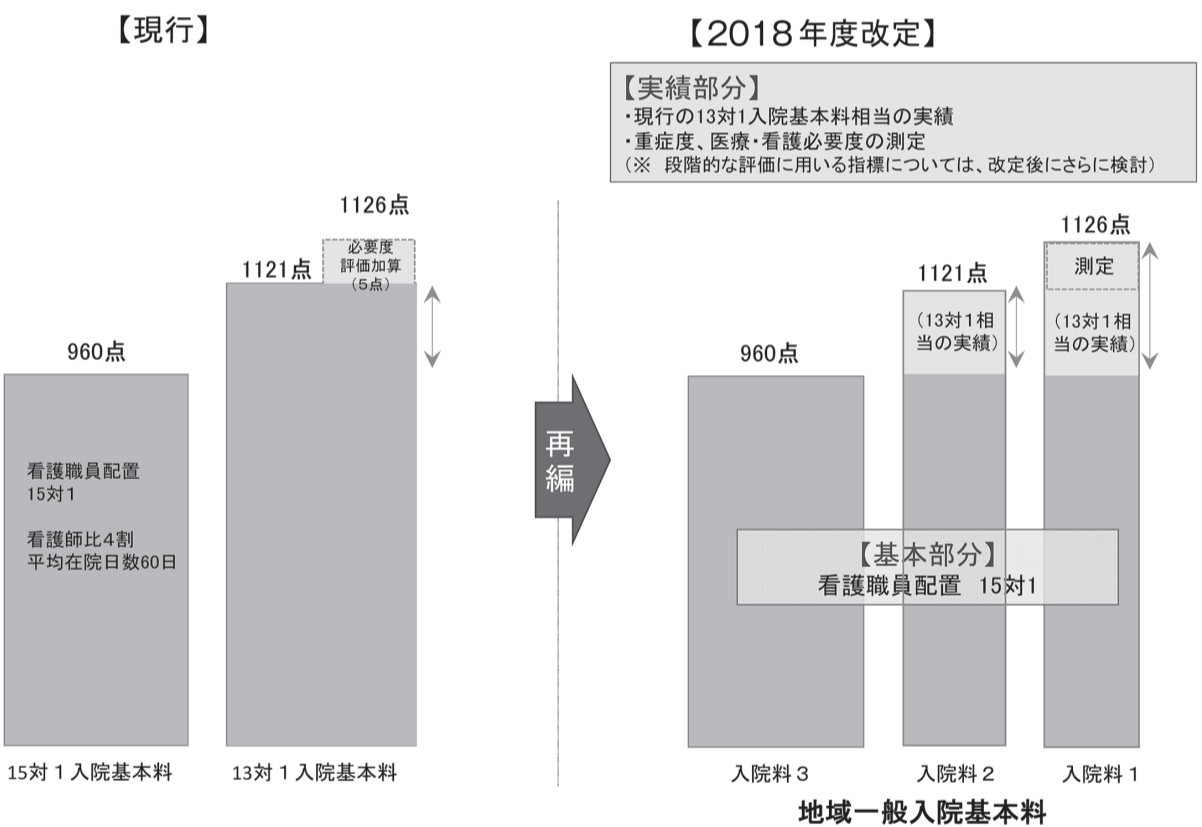
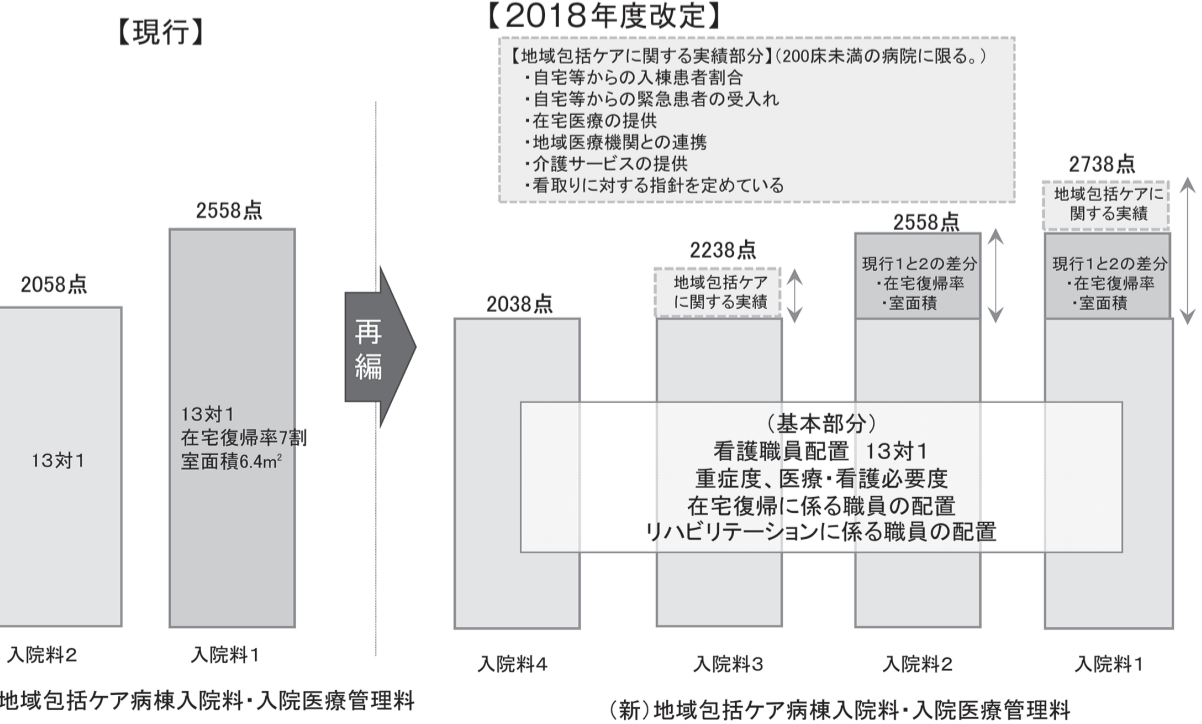


図3 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ



割合は「25%以上」から「30%以上」になり、条件が厳しくなった。

また、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ようになった。従来の「重症度、医療・看護必要度」は、「重症度、医療・看護必要度Ⅰ」となり、DPCデータによる判定は「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」となる。

病院は、いずれの判定方法を採用してもよいが、DPCデータによる測定では該当患者割合の基準は3~5%低くなる。なお、7対1相当の急性期一般入院料1からしか移れない急性期一般入院料2と3は、診療実績データのみでの患者判定となる(200床未満の病院は、2年間はどちらの判定方法を用いてもよい経過措置が設けられた)。

現行の13対1入院基本料と15対1入院基本料は、地域一般入院基本料となる(図2)。看護職員配置15対1を基本として、13対1相当の実績や「重症度、医療・看護必要度」の測定を評価して3段階の評価となっている。地域一般入院料1は1,126点となり、現行の13対1と必要度評価加算を合わせた点数と同じである。

地域包括ケア病棟入院料で中小病院を評価

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1と入院料2が新設された(図3)。いずれも地域包括ケアに関する実績部分に加わり、従来よりも高い点数が設定されている。13対1の看護配置を基本に、現行の入院料1と2の間に在宅復帰率や室面積の評価による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」があり、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。

回復期リハ病棟に実績指数を導入

回復期リハビリテーション病棟入院料は15対1の看護職員およびPT2名・OT1名の配置を基本に、一定の体制と実績による評価が加わった。さらにリハビリテーションの「実績指数」が組み込まれた(図4)。「実績指数」は、現行のリハビリテーション充実加算の要件である、リハビリテーションの実績指数(1日当たりのFIM得点の増加を示す指数)を用いる。

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」「自宅等に退院する割合が7割以上」であり、さらに実績指数37点以上が要件となる。

療養病棟は20対1に統一

療養病棟入院基本料の看護職員配置は20対1に一本化するとともに、医療区分2・3の該当患者割合に応じた2段階の評価に見直すことになった(図5)。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」が要件となる。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。20対1または医療区分2・3の「5割以上」を満たせない場合の経過措置が設けられている。25対1は経過措置1、25対1を満たせない30対1は経過措置2として扱い、経過措置1は1割、経過措置2は2割の減算となる。

25対1の経過措置1については、最終的な経過措置の終了時期は次期改定時に改めて検討することとし、経過措置期間は「まずは2年間」と設定されている。療養病床再編全体の動向にあわせて、介護医療院と同様に6年間となる見込みだ。なお、30対1の経過措置2は「2年間」とされている。

在宅復帰率の要件の見直し

在宅復帰率の指標について、医療機関間の連携や在宅復帰の機能をより推進する観点から、指標の定義等の見直しを行った(図6)。急性期一般入院料1の在宅復帰率は、「在宅復帰・病床機能連携率」に名称を変更。居住系介護施設等に介護医療院を含めることとしたほか、療養病棟と有床診療所、介護老人保健施設は加算を算定していた施設に限定していたしぼりをなくした。

地域包括ケア病棟では、療養病棟と介護老人保健施設への退棟を分子に算入できなくなったほか、有床診療所については、介護サービスを提供している施設に限ることとした。

図4 回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合のイメージ

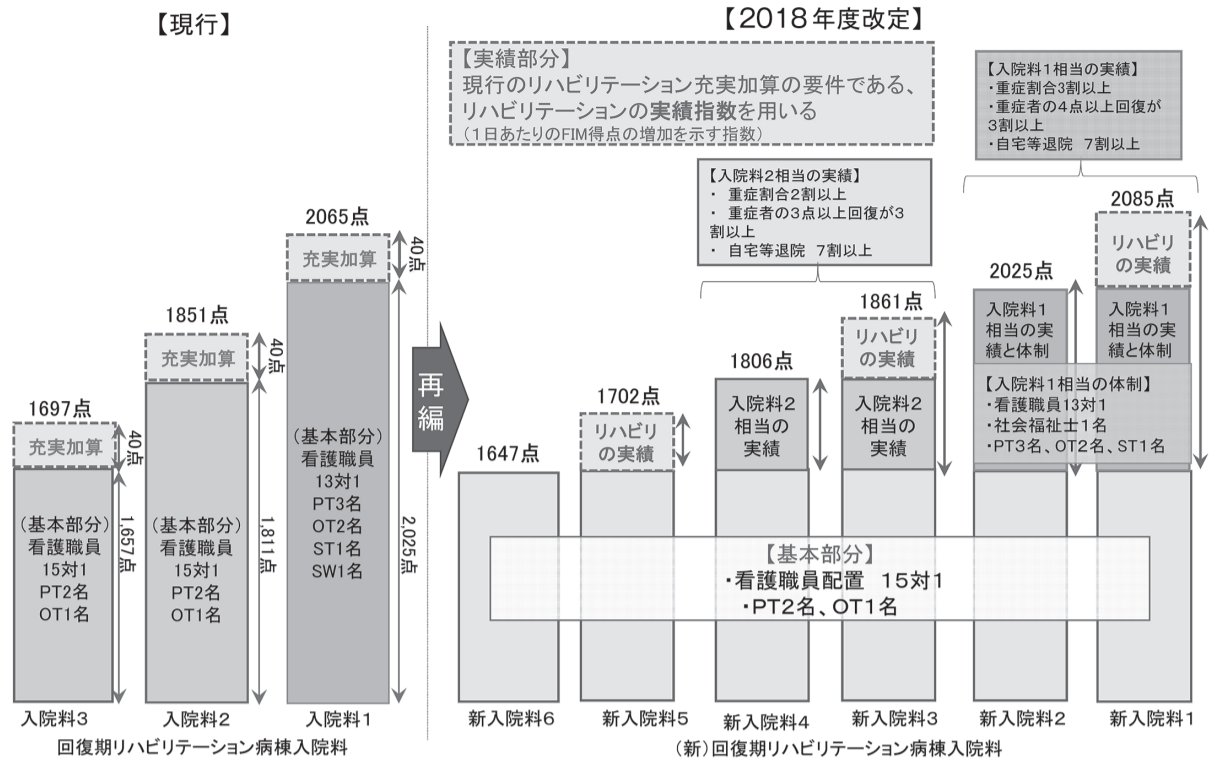


図5 療養病棟入院基本料の再編・統合のイメージ

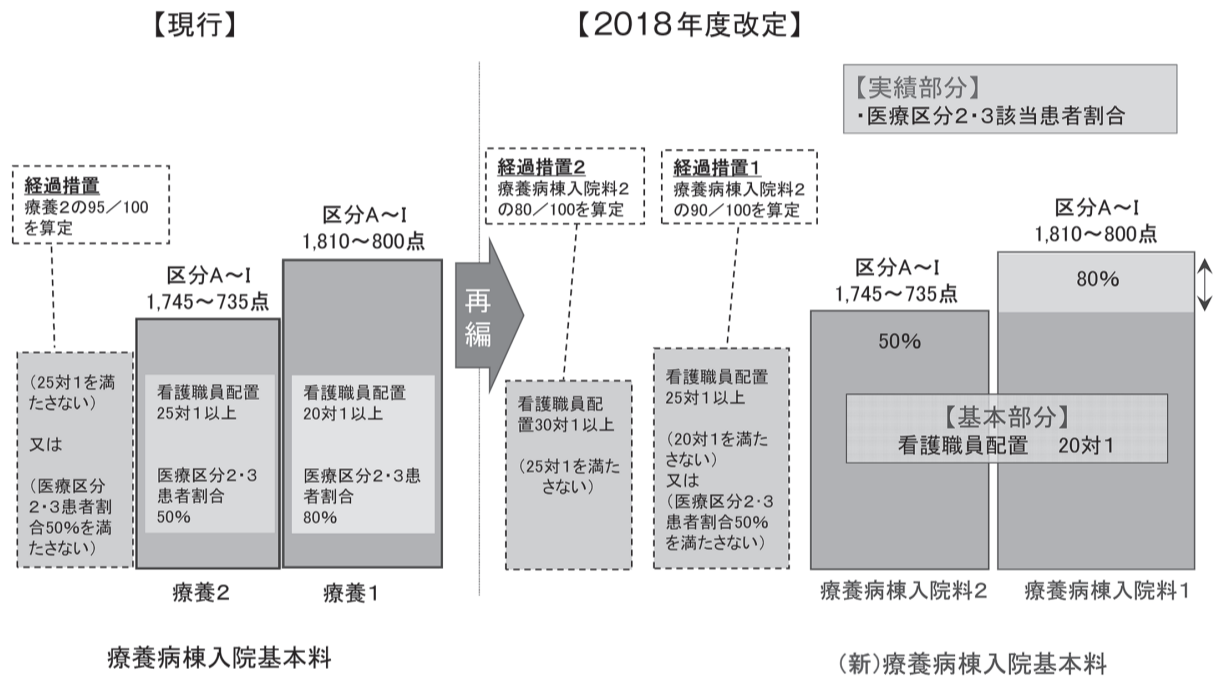
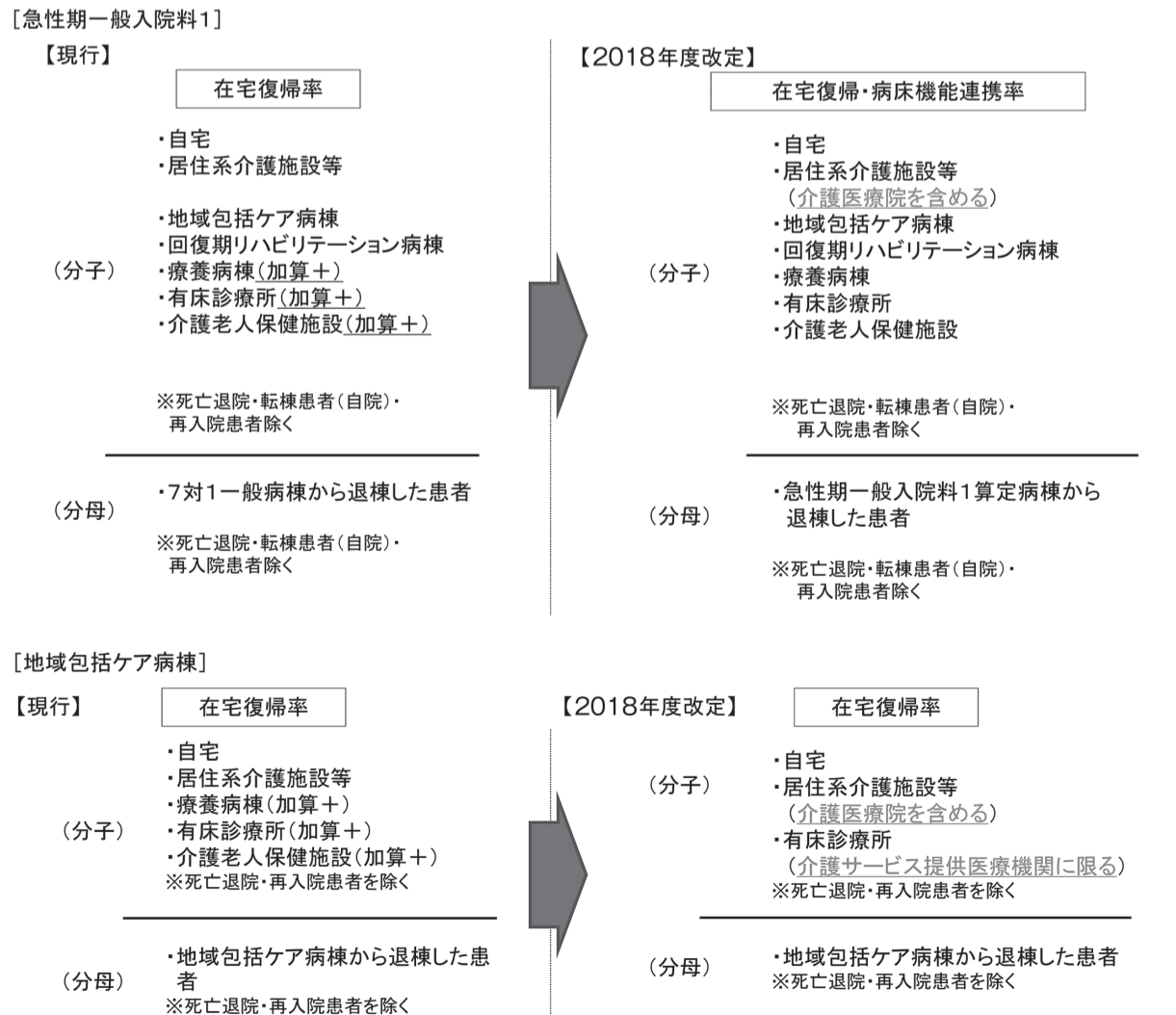


図6 在宅復帰率の見直し



シリーズ●先進的な病院広報活動の紹介——その②

# 社会貢献活動を通じて病院のブランドをつくる

社会医療法人博愛会 相良病院



先進的な広報活動に取り組む病院を紹介するシリーズの第2回は、鹿児島市の乳がん専門病院「相良病院」を紹介する。相良病院グループを率いる社会医療法人博愛会理事長の相良吉昭氏に病院のブランディング戦略について聞いた。

## ●乳がんにおける唯一の がん診療連携拠点病院

相良病院を運営する博愛会は、鹿児島市内に機能別に四つの医療施設を持つ。①外来部門の「相良病院附属プレストセンター」、②乳がんの手術、治療を行う「相良病院」(80床)、③術後のフォローを行う「さがら女性クリニック」、④再発・転移した患者の放射線治療などを担当する「さがらパース通りクリニック」である。

現在、創立70周年を機に、これら四つの機能を再統合した「新相良病院」(地下1階、地上12階)の計画を進めていて、2年後に開業する予定だ。新病院はドイツに本社を置く医療機器の多国籍企業「シーメンス」とパートナーシップを結び、同社の医療機器を展示・使用するアジアで初の「ショールーム」の役割も持つ。

相良病院は、全国で唯一、乳がんにおける「特定領域がん診療連携拠点病院」に指定されている。

がん診療連携拠点病院の指定は、一般的に5大がんの手術症例の実績が必要だが、そのハードルを乗り越えて2014年8月に指定を受けた。特定領域がん診療連携拠点病院は、2014年に制度化され、5大がんすべてにおいて、現在でも相良病院のみの認定である。その背景には、乳がんの高い診断技術に加えて同病院のへき地医療や女性医療の取組みがある。これらの社会貢献活動を病院の主要な事業と位置づけ、ブランドとしてアピールすることにより、病院のM&Aや海外企業との業務提携など、積極的な事業展開に結びつけている。

## ●離島にがん専門医を派遣

病院は、相良氏で3代目となる。1946年に相良氏の祖父が12床の外科医院として鹿児島市に開業した。それを継いだ父の代から乳がん治療の専門病院となる。当時、鹿児島は乳がん治療の後進地域だったことから、一念発起して乳がんに特化。1973年に九州初のマンモグラフィを導入するなど、乳がん治療の分野で実績を重ねてきた。

2011年4月に3代目の相良氏が継承し、乳がん専門病院としての活動をさらに広げる。その一つが、へき地医療である。理事長就任と同時に社会医療法人に衣替えし、乳がん専門病院の社会貢献活動として、へき地・離島におけるがん医療に取り組んだ。

それまでも離島に「検診バス」を送っていたが、相良氏の代になって、奄美大島、沖永良部島、徳之島、甌(こしき)島の4島の医療機関に専門医を派遣し、乳腺科特別外来を実施した。離島の患者が、がん治療を受けるための負担は大きい。飛行機に乗って鹿児島に来て、治療を受けて、また飛行機で帰るといふ不便を強いられていた。「みなさん高齢ですし、お金もかかるので大変だったわけです。我々が医師を送るこ

とで、離島でも標準医療を受けられるようになりました。乳がんの専門病院としてがん医療の均てん化という社会的使命があるので、へき地・離島医療には力を入れています」と相良氏。その実績が評価されて、相良病院は2014年11月に鹿児島県の「へき地医療拠点病院」に指定されている。

## ●女性が治療に専念できる 環境づくり

相良病院は、「女性のための専門病院」を謳っている。乳がんの専門病院として培った女性医療の専門性を基礎に「女性のためのトータルケア」に取り組む、予防から診断、治療、術後のサポート、緩和ケアまで一貫した医療体制を実現している。なかでも、がん治療においては、がんと向き合い、治療に専念できる環境づくりが大切だ。その一環として、乳がんの親を持つ子どもへの心のサポートプログラムを行っている。

対象は小学生で、親ががんであることを隠すのではなく、どういう病気を子どもに伝えて、薬の副作用から来る体の変化なども説明する。困難から逃げるのではなく、困難に立ち向かう力を与えてサポートする活動だ。

プログラムを実施するには、スタッフをそろえ、教育・研修が必要になるが、診療報酬の手当があるわけではない。「お金をもらうことができないので、経営的には非効率です。しかし、お金にならない活動をどれだけしているかが強みだと思っている」と相良氏は言う。

「一般企業はお金にならないことはやらない。でも病院はお金にならないことが実は大事だったりする。その取組みに持続性を持たせて、事業化するには、それを支える経営がなければできません」と相良氏。

ブランドとして認知されていないものをブランドに育て上げるマーケティング手法をブランディングという。へき地医療や女性医療の取組みを通じて、がん医療の向上に取り組むことが相良病院の価値であり、これらの社会貢献活動を病院のブランドとして確立したのが、相良病院の広報戦略と言えよう。「たまたまそうなっただけ」と相良氏は言うが、病院のブランディング戦略



新相良病院の完成予想図

として成功例と言えるだろう。

## ●M&Aでグループ病院を拡大

がん診療連携拠点病院の指定を受けたことは、相良病院グループの価値を高め、飛躍の基盤となった。いわば跳び箱の踏み板の役目を果たすことになる。その一つが、M&Aによる乳がん専門病院のグループ化である。しかし、通常の企業買収とは異なり、大きな資

金をかけることはない。

提携相手となるのは、経営上の問題を抱えていたり、後継者難で困っている乳がん専門病院やクリニックだ。相良氏は、グループに加わることによって、経費節減をはじめ大きなメリットがあることを説明。「我々のグループに入って一緒に乗り越えませんか」と提案する。

具体的には、医薬品や医療機器の購入費用がグループに入ることによって大幅な削減になることを数字をもって示した。

抗がん剤などの医薬品は、グループの共同購入により、卸業者から安価で仕入れることができる。「たぶん日本で一番安く仕入れている」と相良氏。病院グループの年間の乳がんの手術症例数は年間1,200と圧倒的に多いからだ。医療機器は業務提携しているシーメンスを通じて効率的に調達できる。

CT、MRI、PETの画像は、グループが東京・恵比寿に置く「SWHG東京」に送られ、読影・診断を行う。個人のクリニックでは、放射線や病理の専門医を確保するのが難しいが、遠隔画像診断により、同グループの放射線科や病理の専門医のネットワークを活用することができる。

提携相手の病院は、「経営的な見通しが明るくなるなら、一緒にやりたい」という納得づくの合併である。グループに入るに当たっては、持分なしの医療法人に移行した上で、役員数の過半数を相良病院グループから受け入れることが条件となる。グループには現在、医療法人月桃会(沖縄県浦添市)、医療法人一步一景会(香川県高松市)が加わり、さがらウィメンズヘルスケアグループを形成する。その他の地域からの問い合わせも数多くある。グループ全体の症例数を生かした共同研究や臨床試験に取り組んでいる。

## ●シーメンスとの業務提携

乳がん専門病院としてのブランド戦略の効果で、海外の企業から業務提携の提案を受けるようになった。その中で、「一番しっくりきたのがシーメンスだった」と相良氏。

2015年にシーメンスとパートナーシップを締結。翌年には同社製のハイエンド超音波画像診断装置や日本でも4台しか稼働していないMRIとPETで高精度の診断ができる「MR-PET」を導入している。同病院はシーメンス製の医療機器しか置かない代わりに、導入や保守管理のコストを低く抑えることができる。

ブランディング戦略が成果をあげているのは確かだが、とりわけ広報活動に力を入れているわけではない。へき地や女性医療の取組みは、病院の理念として、ホームページを通じて発信しているほか、わかりやすくスライドにまとめ、厚生労働省にプレゼンテーションした。そのことが奏功し、がん拠点病院の指定につながった。

一般的に病院の広報活動は、院内のイベントを単発的に紹介することが多い。単発の広報では、一時的には患者が増えるが、時の経過とともに戻すばかりになることが多い。相良病院グループの広報は、乳がん専門病院の役割を認識し、それを自らの主要な事業と位

置づけるとともに、ブランドとして発信した点に特徴がある。その結果、がん診療連携拠点病院として国の制度とつながり、他の医療機関とつながり、シーメンスなど異業種とつながる相乗効果をもたらした。

## ●既存施設のスクラップ・アンド・ビルドで新病院を建設

グループは今、新たな展開に向け動き出している。四つある病院を解体し、緑豊かな神社の地に新病院を作っている。スクラップ・アンド・ビルドである。「がん拠点病院としての形がある程度できたので、そこで完成してしまうのが嫌だった。できた形をもう一回壊そうと思った」と相良氏。

鹿児島でも今後、人口減少が進む。四つの機能を一か所に集める方が効率的である。この新病院が、前述したようにシーメンスの「ショールーム」の側面も持ち、神社の境内に新病院を建設することで地域ともつながる。新病院が完成するのは2020年。再編後の現病院施設は、女性のコミュニティの場や人間ドックの施設で再利用することを考えている。

## ●国際展開も視野に

最後に、相良氏に国際展開について考えを聞いた。「海外から積極的に患者を集めようとは考えていない」という。新病院がシーメンスの「ショールーム」となることで、その医療活動は同社のネットワークを通じて全世界に発信される。その効果で、まずアジアの医療者が病院の見学に訪れることを期待する。「その次の段階で、インバウンドの患者さんが来てくれるなら…」と相良氏は述べ、自ら動いて海外の集客広報をするつもりはない。

一方、アウトバウンドでは、中国に技術提携するがんクリニックの計画が進行中だ。相良グループのブランド力を「のれん分け」をすることで、相良病院の医療技術を伝え、アジアのがん医療の向上に寄与したい考えだ。

最近、米・シリコンバレーのIT企業と画像データのやり取りを行う新たなシステムの業務契約を結んだ。全国展開する「乳がん検診バス」の画像データを瞬時にクラウド上に集め、そこから遠く離れた画像読影センターに分配するネットワークサービスの提供を研究の段階より委託されている。

相良病院グループのブランディング戦略は、これまでのところ成果をあげていると言えそうだ。

### 【病院の概要】

所在地：鹿児島県鹿児島市松原町3-31  
代表者：博愛会理事長 相良吉昭  
診療体制：  
(入院) 一般病棟56床(乳腺科・甲状腺科・婦人科)／緩和ケア病棟24床  
(外来) 外来化学療法・術後外来(乳腺科)・マンモトーム・リンパ浮腫外来・乳房再建・遺伝相談外来・治験

# 【資料】介護医療院の施設基準と介護報酬を設定

## 2018年度介護報酬改定

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について了承し、同日答申した(前号既報)。厚労省は改定案について2月24日までパブリックコメントを実施し、3月中旬の告示を予定している。

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、地域包括ケアシステムの構築を進める。なお、基準省令は1月17日に諮問・答申され、同18日に公布された。答申から、介護医療院に係る内容をまとめた。

### 2つのサービスを導入

昨年の介護保険法の改正により、介護療養病床等の受け皿として4月から介護医療院が創設される。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型療養床の2つのサービスが導入される。

人員配置(表1)は、長期療養を主目的としたサービスを提供する観点から設定され、Ⅰ型では、医師48:1(施設で3以上)、看護職員6:1、介護職員5:1とされている。また、リハビリ専門職・栄養士・放射線技師等は施設全体として配置することを念頭に設定される。

施設基準(表2)をみると、療養室は定員4名以下、1人当たり床面積8.0㎡以上とし、4名以下の多床室でもプライバシーに配慮した環境とすることに努めることとされている。

運営基準は、介護療養病床と同様。医師の宿直は求めるが、一定の条件の下で配慮することとしている。

医療機関と併設する場合は、宿直の医師を兼任できるようにするなど人員基準を緩和するとともに、設備の共用を認める。

### 手厚い基本報酬を設定

基本報酬は、表3のとおりである。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報酬が設定された。例えば、Ⅰ型介護医療院サービス費(Ⅰ)について相当する療養機能強化型Aと比較すると、各要介護度でそれぞれ25単位高くなっている。厚労省は、介護療養型医療施設より療養環境が充実することなどを理由にあげている。なお、療養環境の基準を満たさない場合には25単位の減算となる。

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。

### 介護医療院への転換支援

介護療養型医療施設または医療療養病床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を緩和し、配慮する。

## 基準を緩和し、療養病床からの転換に配慮

療養室の床面積は、大規模改修までの間、1人当たり床面積6.4㎡以上で可とするほか、廊下幅も大規模改修までの間、1.2m以上(中廊下1.6m以上)で可とする。

### 移行定着支援加算を新設

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。介護療養型医療施設や介護療養型老健のみならず医療療養病床からの転換でも算定できる。

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である。さらに入所者及びその家族と地域住民等との交流が可能となるよう、地域の行事や活動に積極的に関与することを求めている。

介護療養型医療施設で評価されている加算等は、引き続き算定できる。名称は必要に応じて変更し、例えば「特定診療費」は「特別診療費」とする。

緊急時の医療は、「緊急時施設診療費」として評価する(緊急時治療管理、511単位/日)。

なお、介護医療院が提供できる居宅サービスは、通所リハ・訪問リハ・短期入所療養介護の3サービスである。

### 認知症への対応を評価

重度の認知症疾患への対応については、精神保健福祉士や看護職員の手厚い配置に加え、精神科病院との連携等を「重度認知症疾患療養体制加算」として評価する。看護職員の配置等により、加算(Ⅰ)と(Ⅱ)を設定し、加算(Ⅰ)では要介護1・2で140単位を算定できる。

施設サービスで評価されている「認知症専門ケア加算」「若年性認知症患者受入加算」「認知症行動・心理症状緊急対応加算」も設定される。

### 身体拘束の適正化を推進

身体拘束の適正化を推進する観点から、介護医療院に「身体拘束廃止未実施減算」を設定する。これまで介護療養型医療施設では5単位/日減算だったが、10%/日減算となる。なお、居住系サービスでは新設する。

### 排せつ支援加算を新設

排泄障害等のため、排泄に介護を要する入所者に対して支援した場合の評価として、「排せつ支援加算」(100単位/月)を新設する。多職種が共同して支援計画を作成し、その計画に基づき支援し、排泄に係る要介護の改善に向けた取組みを評価する。

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、施設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)が新設さ

れる(再入所時栄養連携加算は、介護療養型医療施設は除く)。

栄養マネジメント加算の要件を緩和し、常勤の管理栄養士1名以上の配置に関する要件について、同一敷地内の他の介護保険施設(1施設に限る)との兼務の場合にも算定を認めることとする。

### 療養食加算は1日単位に

療養食加算について、1日単位で評価を行っている現行の取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として、1回6単位の評価とする。

ユニット型準個室について、その名称を「ユニット型個室的多床室」に変更する。

### 処遇改善加算の見直し

介護職員処遇改善加算(Ⅳ)及び(Ⅴ)は、報酬体系の簡素化の観点から踏まえ、

廃止する。要件の一部を満たさない事業者に対し減算された単位数での加算を認める区分であることや、当該区分の取得率の低さが廃止の理由となっている。ただし、一定の経過措置期間を設ける。

その間、介護サービス事業所に対してはその旨の周知を図るとともに、より上位の区分の取得について積極的な働きかけを行う。

### 介護療養型医療施設は従来どおり

介護療養型医療施設は2024年3月31日まで6年間延長される。基本報酬は従来どおりだ。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を満たさ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。なお、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。

表1 介護医療院の人員配置基準

	類型(Ⅰ)	類型(Ⅱ)
医師	48:1(施設で3以上)	100:1(施設で1以上)
薬剤師	150:1	300:1
看護職員	6:1	6:1
報酬上の基準	6:1 うち看護師2割以上	6:1
介護職員	5:1	6:1
報酬上の基準	5:1~4:1	6:1~4:1
支援相談員		
リハビリ専門職	PT/OT/ST:適当数	
栄養士	定員100以上で1以上	
介護支援専門員	100:1(1名以上)	
放射線技師	適当数	
他の従業者	適当数	
医師の宿直	医師:宿直	—

※厚生労働省資料に基づき編集部で作成。

表2 介護医療院の施設基準

	指定基準	
施設設備	診察室	医師が診察を行うのに適切なもの
	療養室	定員4名以下、床面積8.0㎡/人以上 ※転換の場合、大規模改修まで、6.4㎡/人以上で可
	機能訓練室	40㎡以上
	談話室	談話を楽しめる広さ
	食堂	入所定員1人当たり1㎡以上
	浴室	身体の不自由な者が入浴するのに適したもの
	レクリエーションルーム	十分な広さ
	その他の医療設備	処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所
構造設備	他設備	洗面所、便所、サービスステーション、調理室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室
	医療の構造設備	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備
	廊下	廊下幅:1.8m、中廊下の場合は2.7m ※転換の場合 廊下幅:1.2m、中廊下1.6m
	耐火構造	原則、耐火建築物(2階建て又は平屋建てのうち特別な場合は準耐火建築物) ※転換の場合、特例あり

表3 介護医療院の基本報酬(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。

# 2019年度の研修に向けた専攻医募集は9月1日

## 日本専門医機構 サブスペシャリティ領域の議論も進む見通し

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は2月9日の理事会で、新専門医制度の2019年度の研修に向けた専攻医募集を9月1日に開始する方向で、準備を進めることを決めた。また、療養中だった吉村理事長が同日から復帰。吉村理事長が主導し、サブスペシャリティ領域の議論が進む見通しになった。

当初、2017年度からスタートする予定だった新専門医制度は2018年度の開始となり、最初の専攻医募集は昨年10月10日になった。現在、2次募集が終了し、3次募集の手続きに入っている。2月16日から募集を開始し、年度内に

採用を決定する予定。ただし、福岡、大阪、愛知、東京、神奈川の大都市の5都府県は募集枠の上限に達しているため、新たな募集は行わない。

これにより、来年度から新専門医制度における初年度の研修が始まる。松原謙二副理事長は、現時点で制度を変更しなければならない事態は生じていないとの見解を示した。総合診療専門医の研修についても、山下英俊副理事長が「問題なく、粛々と進行している」と述べた。

2019年度の研修に向けた専攻医の募集は9月1日とすることを決めた。4

月末までに研修プログラムの申請を受け付け、各学会が1次審査を行う。その後、都道府県協議会に報告し、地域医療の観点から変更を求める意見があれば調整する。その上で、機構が2次審査を実施する運びだ。

一方、サブスペシャリティ領域については、吉村理事長が業務に復帰したことで、議論が進む見通しになった。近く吉村案を提示し、それをたたき台に具体的な検討に入る予定だ。

また、松原副理事長が厚生労働省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」(遠藤久夫座長)に、

吉村理事長の代理で出席したことを理事会に報告した。検討会では、5都府県の専攻医の上限設定がどのデータに基づいているかが不明確であることや、大都市の基幹病院に登録した専攻医が関連病院に確実に派遣されるかなどを確認すべきとする意見が相次いだ。これについて松原副理事長は、早急にデータを集め、公表する考えを検討会で示している。

その後の状況について、松原副理事長は「学会からシーリングについて、数字の根拠の説明は受けた。最終的な数字が固まれば、報告したい。また、我々が知りたいのは、東京の基幹病院が関東圏の関連病院に専攻医を派遣するかだ。それを把握するためのスケジュールを出してもらおう学会に要請している」と述べた。

# 介護医療院に転換後も会員資格は維持

## 理事会・支部長会で討論 非医師の経営者の加入についても意見交換

全日病は1月12日の理事会・常任理事会・支部長会で、介護療養病床および医療療養病床から介護医療院に転換した場合の会員資格の取扱いについて討論し、引き続き正会員として扱う方向で一致。3月の総会で定款に附則を追加する改正を行うことを了承した。

昨年の介護保険法改正によって4月から介護医療院が創設されることが決まり、全日病は介護医療院協議会を設置して準備を進めてきた。

療養病床から介護医療院へ転換した場合、病床の一部または外来を残していれば、名称として「〇〇病院・介護医療院」などを使用できるが、医療法上の病院ではなく介護保険法上の施設として位置づけられることになる。一方、全日病の定款では、会員資格は「病院の代表者」とされているため、介護医療院に転換し、医療法上の病院として位置づけられなくなった場合の会員資格の取扱いが課題となっていた。

全日病は、この問題をめぐり12月16

日の常任理事会で討論。会員が自ら介護医療院へ移るのではなく、法律改正で療養病床が廃止される経緯を勘案し、「全日病の会員として残っていただくべきではないか」との提案があった。

12月の常任理事会を受けて全日病は、各支部に対するアンケートを実施した。その結果、「これまで正会員であった介護医療院等は引き続き正会員として認めるべきである」という意見が27支部だった。一方、「病院ではなくなるため正会員でなく準会員とすべきではないか」との意見が3支部であった。

この結果について猪口会長は、「正会員として認めるべきだ」という意見が圧倒的に多かった」と総括。今後の手順として、定款の附則として介護医療院に関しては、今までどおり正会員として扱う規定を加えることとし、3月の総会で承認を得る考えを示した。

非医師の会員資格について討論  
また定款変更に関連して、正会員は

医師でなければならないとする規定を見直すべきだという意見があることから、これについて意見交換した。

中村副会長が若手経営者育成事業委員会の状況を報告。事業継承をして、医師のライセンスを持たずに事務長などの形で病院経営に関わる人が増えていて、若手経営者委員会に参加しているが、正会員ではないので理事会等に参加する機会を逸している状況があると指摘した。

その上で「定款を変更するのであれば、何らかの条件を付けて事業継承した非医師の経営者も会員の資格を認める方法がないか」と提起した。

これに対し理事会では、「医師ではない人がオペレーションしている病院が増えていて、力のある病院も多い。医師でなければならないという規定は不要だと思う」という意見や「医療の質を確保しつつ、しっかり経営することを前提とすれば非医師の経営者を排除する必要はない」との意見があった。

また、他の病院団体の動向を確認する必要があるとの意見があったほか、会員の間口を広げるのであれば基準を明確にする必要があるとの指摘があった。猪口会長は、「この問題については様々な意見があると思う。引き続き検討したい」と述べた。

# 高齢者の医薬品適正使用で指針

## ガイドライン作成WG

厚生労働省の「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」(秋下雅弘主査)は2月21日、高齢者の医薬品適正使用の指針案をまとめた。高齢者の多剤服用の弊害を踏まえ、

患者が受診する診療科・医療機関をすべて把握することを求め、処方見直しの手順を整理した。ただし機械的な減薬は状況を悪化させる場合があると指摘。慎重な経過観察が必要だとした。

## 2017年度 第3回理事会・第10回常任理事会・第2回支部長会の抄録 1月12日

- 【主な協議事項】
- 入退会の状況(敬称略・順不同)
    - 神奈川県 医療法人社団健育会湘南慶育病院  
院長 松本 純夫
    - 鹿児島県 医療法人厚生会立神リハビリテーション温泉病院  
理事長 小原 該一
  - 他に退会が1会員あり、正会員は合計2,513会員となった。
  - 準会員は合計87会員となった。
  - 賛助会員は合計94会員となった。
  - 平成30年度会議予定表(案)について承認した。
  - 外国人技能実習生受入事業 外部監査人候補者の推薦について承認した。
  - 「全日本病院協会総合医育成」事業について承認した。
  - 人間ドック委員会の委員の追加について、人間ドック実施指定施設の申請について承認した。

- AMAT活動要領(修正案)について承認した。
- 栃木県支部事務局業務委託書の変更、埼玉県支部事務局業務委託書の変更、佐賀県支部事務局及び支部事務局業務委託書の変更について承認した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
  - 「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」、「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総会」、「社会保障審議会医療部会」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「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」の報告があり、質疑が行われた。
  - AMAT隊員の資格更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 第2回災害時の病院管理者等の役割研修」、「平成29年度 第3回災害時のBCP研修」、「平成29年度 第19回地域防災緊急医療ネットワーク・フォーラム『弾道ミサイル発射への対応を考える』」、「第4回医療機関トップマネジメント研修インテンシブコース」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.1.0】～順不同
  - ◎一般病院1
    - 熊本県 熊本第一病院 新規
    - 兵庫県 神戸マリナーズ厚生会病院 更新
    - 宮崎県 城南病院 更新
    - 鹿児島県 青雲会病院 更新
  - ◎一般病院2
    - 福岡県 千鳥橋病院 新規
    - 群馬県 沼田脳神経外科循環器科病院 更新

- 埼玉県 赤心堂病院 更新
- 東京都 厚生中央病院 更新
- 愛知県 総合大雄会病院 更新
- 大阪府 松原徳洲会病院 更新
- 兵庫県 順心病院 更新
- ◎リハビリテーション病院
  - 沖縄県 ちゅうざん病院 更新
- ◎精神科病院
  - 福岡県 中村病院 更新
- 12月1日現在の認定病院は合計2,181病院。そのうち、本会会員は884病院と、会員病院の35.2%を占めている。
- 討議事項として、「支部活動の活性化と会員増強について」、「介護医療院に全部転換等した会員の会員資格について」をテーマに掲げ、意見交換を行った。

