



全日病 NEWS 2018.8.15 No.923

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

控除対象外消費税の大幅な補てん不足が明らかに

中医協・消費税負担分科会 病院の補てん率は2016年度で85%

厚生労働省は7月25日の中医協・医療機関等における消費税負担に関する分科会(荒井耕分科会長)で、控除対象外消費税に対する診療報酬の補てんにおいて、大幅な不足があることを明らかにした。これまでは、病院類型によりばらつきはあるものの、全体の補てん率は100%以上としていた。しかし、計算ミスにより間違いがあることがわかった。医療界に衝撃が広がっている。

控除対象外消費税は、保険診療が非課税であるために、医療機関が仕入れの際に支払った消費税を患者に転嫁できずに医療機関の負担となる問題。現行では、診療報酬に控除対象外消費税相当分を補てんすることで対応してきた。

医療機関により控除対象外消費税の金額は異なるため、診療報酬で正確に補てんすることは不可能だ。しかし、これまでは、控除対象外消費税が生じやすい診療報酬項目を選ぶことで、便宜的に対応してきた。消費税が8%に上がった2014年度の診療報酬改定では、基本診療料を中心に補てんを行っていた。

同分科会では、5%から8%への引上げに伴う補てんが十分であったかを検証してきた。2015年11月に示された2014年度調査によると、控除対象外消費税に対する診療報酬による補てん率は、全体で102.07%と100%を超え、病院は102.36%、診療所は105.72%、歯科診療所は100.68%、保険薬局は86.03%で、100%を下回ったのは保険薬局だけだった。

今回、その結果が修正された。原因は計算ミスで、DPC病院の包括部分の補てんについて、複数月にわたる入院日数を各月に重複して計算していたために生じた。補てん分の点数を含んだ診療報酬項目が、実際より多く算定され、収入が大きくなったため、その分、控除対象外消費税と比べた場合の補てん率が過大になった。

修正された2014年度のサンプル調査の結果をみると、全体では90.6%で

100%を下回った。病院は82.9%、診療所は106.6%、歯科診療所は101.6%、保険薬局は88.6%だった。病院以外にも多少変化があるが、計算ミスの原因を反映し、病院において補てん率が大きく下ぶれしている。

厚労省は今回、2016年度のサンプル調査の結果も公表した。全体の傾向は2014年度のサンプル調査に近いが、若干数字が上がり、全体では92.5%だった。それでも病院は85.0%、診療所が111.2%、歯科診療所が92.3%、保険薬局が88.3%となっている。

注目されるのは、病院間のばらつきである。具体的に見ると、一般病院は85.4%、精神科病院は129.0%、特定機能病院は61.7%、こども病院は71.6%と、特定機能病院の低さが際立つ。届出入院基本料別では、一般病棟入院基本料算定病院が78.9%、療養病棟入院基本料算定病院は107.5%。一般病棟入院基本料のうち、7対1は79.5%、10対1は75.8%、13対1は90.5%、15対1は83.9%となっている。最も低い類型は、非DPC病院の7対1だが、対象が34と少なく、判断が難しい。

委員から厳しい指摘

これらの結果に対し、分科会の診療側委員からは厳しい指摘が相次いだ。

全日病会長の猪口雄二委員は、「病院経営に与える影響は計り知れない」と危機感を表明した上で、「明らかに急性期の大型の病院で補てん率が低い。前回の対応では基本診療料を中心に補てんしたが、大型急性期病院は手術や検査など入院基本料以外の収入が大きいため、補てん不足を免れない。病院を細かく分類して、病院の特性に対応するとしても高額投資への対応を含め、診療報酬だけの対応には限界がある。抜本的な対策を講じないと、関係者の納得は得られない」と訴えた。

他の委員からも、「衝撃を受けている」、「もし昨年わかっていたら、2018年度改定で対応できた」、「検証結果が間違っていたのが大変問題」といった意見が出て、厚労省は釈明に追われた。

病院間のばらつきは是正できるか

補てん率を100%とするには、収入面での診療報酬の補てんが、支出面での控除対象外消費税に見合っていないと見られる。収入面は「消費税分の補てん点数」×「補てん点数項目の1年分の算定回数」であり、支出面は医療経済実態調査による課税経費率から補てん必要額を算出する。

補てんに際して、一定の分類で補てん率が100%になるよう配分したにもかかわらず、その分類において補てん率にばらつきが生じるとすると、①課税経費率の変化②補てん点数項目の1年分の算定回数の見込みが実際と異なるなどの原因が考えられる。そうでなければ、配分方法自体に間違いがある可能性がある。

厚労省は、全体で補てん不足があったことから、補てん率を100%にするための検討とあわせ、病院間のばらつきを是正するための議論を分科会で行う方針を示した。その際に、病院間の



ばらつきは病院を細かく分類するなど一定の工夫で、診療報酬での対応ができるとの見通しを示した。ただし、高額投資については、現行の方法では対応困難としている。

今回の補てん不足は、消費税5%から8%への引上げに伴う対応での問題だった。来年10月には消費税が10%に引き上げられる予定であるため、それへの対応も同時に必要になる。さらに、5%までの補てんで十分であったかの判断や、10%を超えて消費税が引き上げられることも想定する必要がある。税制改正大綱では税制での対応を検討することになっており、税制論議での動きを把握しつつ、分科会での議論を進めていくことになる。

2016年度 補てん状況把握結果【病院】

- 病院全体としての補てん率は、85.0%であった。
- 一般病院は85.4%、精神科病院は129.0%、特定機能病院は61.7%、こども病院は71.6%であった。

	病院全体	一般病院	精神科病院	特定機能病院	こども病院
報酬上乗せ分(A)	17,860千円	16,865千円	12,667千円	148,716千円	79,688千円
3%相当負担額(B)	21,005千円	19,739千円	9,820千円	241,114千円	111,307千円
補てん差額(A-B)	▲3,145千円	▲2,874千円	2,847千円	▲92,398千円	▲31,619千円
補てん率(A/B)	85.0%	85.4%	129.0%	61.7%	71.6%
医業・介護収益(C)	2,964,340千円	2,844,417千円	1,473,927千円	28,686,225千円	13,186,547千円
医業・介護収益に対する補てん差額の割合((A-B)/C)	▲0.11%	▲0.10%	0.19%	▲0.32%	▲0.24%
集計施設数	(994)	(785)	121	68	20
平均病床数	(248)	(194)	237	839	455

※ 病院全体、一般病院の値は、施設の類型別に算出した値を、全国施設数(平成28年度医療施設調査)に応じて加重平均したものである。

4年間の補てん不足は病院全体で1千億円程度

四病協・総合部会 「抜本的な対策が必要」(猪口会長)

四病院団体協議会は7月25日に総合部会を開き、控除対象外消費税の補てん不足の問題を中心に議論した。消費税が8%に引き上げられた2014年度以降の補てん不足は、病院全体で1千億円程度とされる。全日病の猪口雄二会長は、「本来補てんされるべきものが補てんされていない」と訴え、過去の補てん不足に対する対応を検討する必要があるとした。

診療報酬だけの対応は限界

総合部会では、補てん不足の問題をめぐり、様々な意見が出た。終了後の会見で猪口会長は、「(基本診療料を中心に補てんを行った)2014年度診療報

酬改定以降、全体では補てんされているという前提が崩れた。すぐに正しい検証ができていれば、2016年度、2018年度改定で対応できたはずだ。本来補てんされるべきものが補てんされていない」と語気を強めた。

病院間のばらつきが大きいことについては、「厚労省は今後、病院の特性を細かく分類し、精緻な対応を図ることを分科会で議論するというが、高額投資の問題を含め、診療報酬だけで対応するには無理がある。抜本的な対策が必要ではないか」と述べた。

日本医療法人協会の伊藤伸一会長代行は、病院経営に与えた影響に言及。2016年度の結果から、病院1施設当た

りの補てん不足である314万5千円に病院数を乗じると年間で265億円程度の補てん不足があり、4年分だと1千億円を超えると試算(病院類型ごとの集計だと888億円)。近年、低下傾向にある病院の経常黒字を失わせる水準であると強調した。

また、病院団体が2016年度改定以降に独自で調査した結果があり、それによると、今回修正されたものに近い補てん率だった。しかし、厚労省の「マクロでは概ね補てんされている」という結果と齟齬があり、対象病院も少なかったことから、積極的に喧伝しなかった経緯がある。これについて、伊藤会長代行は「忸怩たる思いだ」と述



左から会見する猪口会長、山崎会長、伊藤会長代行

べた。

総合部会議長の山崎學・日本精神科病院協会会長は、「補てん不足は利子をつけて病院に戻すべき」と主張した。今後の対応については、特に、補てん率の低い特定機能病院や公立病院の意見を踏まえつつ、医療界として対応するために、日本医師会とも連携し、慎重に対応を図る姿勢だ。

高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施

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7月19日、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を検討する有識者会議を設置することを了承した。有識者会議は保健事業・介護予防の研究者のほか、保険者団体や四師会などの代表で構成する。介護保険部会も同26日に了承した。

加藤勝信厚生労働大臣は、4月の経済財政諮問会議で、健康寿命の延伸に向けた取組みとして、「口腔、運動、栄養等のフレイル対策を含む介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を一体的に実施する枠組みの構築」を目指す介護予防と保健事業の一体的実施を提案していた。

6月に閣議決定した骨太方針2018では、予防・健康づくりの推進として、「高齢者の通いの場を中心とした介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援を都道府県等と連携しつつ、市町村が一体的に実施する仕組みを検討す

新たに有識者会議を設置

る」ことが盛り込まれた。

ただ、高齢者に対する生活習慣病対策・フレイル対策は医療保険、介護予防は介護保険という棲み分けがあり、制度ごとの実施となっている。加えて、医療保険の保健事業については、75歳を境として、保険・国民健康保険から、後期高齢者医療制度に移行するため、保険者により、事業内容が異なる。

さらに、後期高齢者医療制度の保険者である後期高齢者医療広域連合は、都道府県ごとの管内の全市町村で構成する特別地方公共団体だが、職員は市町村等からの派遣であり、専門職の配置が困難となっている。こうした組織の特性から、保健事業の体制整備には、限界があると指摘されている。

一方、法律上の位置づけとして、市町村の行う介護予防は介護保険法で義務づけられている。しかし、広域連合が行うフレイル対策は、高齢者医療確保法の努力義務となっている。このため、事業を実施している広域連合は

2017年度で32、事業実施市町村は66にとどまっている。

こうした現状を踏まえ、厚労省は高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、制度的・実務的な論点を整理するため、有識者会議を設けて検討することを提案した。保険者代表や医師会代表からは、賛成する意見があがった。

有識者会議は今後、一体的実施のあり方について、市町村や広域連合など保険者間の役割分担とともに、財源や計画など事業内容を検討する。初会合以降、月1回程度開催し、年内にまとめる。検討結果は医療保険部会と介護保険部会に報告し、両部会で議論する。

後期高齢者の窓口負担引上げに賛否

医療保険部会は同日、骨太方針2018、未来投資戦略2018、規制改革実施計画に盛り込まれた医療保険制度改革の項



目も議論した。

後期高齢者の窓口負担の引上げについて、保険者団体代表からは早期に実施すべきとの意見が出る一方、高齢者団体の代表からは慎重な対応を求める声があがった。

一方、厚労省の医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議の「議論の整理」の報告を受け、了承した。有識者会議は今秋にも報告書をまとめ、医療保険部会に報告する方針。議論の整理は、NDBと介護DBの連結解析に当たっての、データの収集・利用目的、対象範囲、第三者提供、実施体制、費用負担などで今後の方向性を示している。

地域枠違反の医師採用の臨床研修病院にペナルティ

厚労省・臨床研修部会

医道審議会・医師臨床研修部会(桐野高明部会長)は7月26日、医学部入学時の取り決めに違反した地域枠卒業の医師を採用した臨床研修病院にペナルティを科すことを決めた。具体的には、臨床研修部会でヒアリングを行った上で、補助金の減額や採用人数の減員、臨床研修病院の指定の取消しを検討する。

地域枠では、地域医療に従事する強い意志を持った学生に奨学金を貸与し、へき地など特定地域や特定診療科で一定期間従事することを条件に、奨学金の返済を免除している。政府は医師偏在に対応するため、大学医学部の地域枠拡大を進めてきた。今後の対策でも、地域枠は重要な位置づけにある。

しかし、地域枠で入学したにもかかわらず、卒業後に研修する際に、奨学金を返し、取り決めに破棄する医師がいる。地域枠の契約は民法に基づく金銭貸借契約であるため、奨学金返還の

『被害者』の臨床研修病院への配慮も

意思があれば、契約の破棄は可能である。しかし地域枠の趣旨を考えれば、道義的責任はあるというのが、関係者の一致した意見。

条件に合致しない医師が9人

現状で厚生労働省は、臨床研修病院に地域医療への従事要件が課されている医師のリストを送付し、従事要件と研修プログラムに齟齬がある医師は採用しないよう通知している。それでも2017年度で、齟齬がある医師が9人確認された。9人はマッチング採用希望順位の登録時や採用試験を行った時点では、奨学金を完済せず、従事要件がかかっていたが、採用決定前後に奨学金を返済するなどし、契約を破棄していた。

9人は、地域枠利用者805人のうち、臨床研修中に何らかの従事要件のある764人の1.2%に当たる。この数字に対し、委員からは「まだ少ない」という

意見と、「厳しい対応を取らないと今後増える」との意見が出ている。分科会では同日、9人を採用した臨床研修病院からヒアリングを行った。対象病院は、いわき市立総合磐城共立病院、愛媛生協病院、太田記念病院、近畿大学医学部奈良病院、熊谷総合病院、神戸救済会病院、国立病院機構京都医療センター、昭和大学藤が丘病院、日野市立病院。

ヒアリングでは、委員から厳しい指摘が相次いだ。一方で、「特別な理由がある人もいる。100%駄目というのではなく、総合的に判断すべき」との意見もあった。これらを踏まえ、厚労省は、地域枠の趣旨を再度周知するとともに、それでも趣旨に反した採用をした臨床研修病院に対して、「臨床研修部会でヒアリングを行った上で、必要に応じて、補助金の減額、採用人数の減員または指定の取消しを検討する」と提案。概ね了承を得た。



ただ、全日病副会長の神野正博委員は、「優秀な医師で本人が大丈夫と言っていれば、臨床研修病院が断るのは難しい。都道府県や大学での話が伝わらずに、結果的にだまされる形で『被害者』となりかねない臨床研修病院が、一方的にペナルティを受けるのはおかしい。そうならない仕組みにすべきだ。都道府県や大学にはしっかりと対応を求める」と配慮を求めた。

また、臨床研修病院が地域枠の医師を誤って採用しないよう、マッチングの希望順位登録に関して、システムの改修を行う。

そのほか、2016年の熊本地震の被災地にある基幹型臨床研修病院の指定に関し、熊本市市民病院が今回更新時期を迎え、基準を満たせないことがわかったことから、特例を設けて、指定継続が受けられることにした。

災害医療コーディネータの位置づけを議論

厚労省・救急災害医療体制検討会

秋頃をめどに活動要領

厚生労働省の救急・災害医療提供体制の在り方に関する検討会(遠藤久夫座長)は8月1日、災害時に都道府県が設ける保健医療調整本部に置く災害医療コーディネータの役割や組織の位置づけをめぐる議論した。DMAT(災害時派遣医療チーム)やAMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班)など、被災地で活動する保健医療活動チームの調整のあり方が課題となっている。

直近では、西日本を中心とする豪雨災害で、様々な保健医療活動チームが支援活動を行った。また、災害の都度、新たな課題も生じており、特に、熊本地震ではコーディネータの位置づけが不明確で、調整不足が生じた。保健医療活動チームが現地で長く待機したり、連携不足で支援が必要な場所への派遣がない事態も生じた。

保健医療活動チームには、公的な位置づけのあるDMATや日本赤十字社

の救護班、DPAT(災害派遣精神医療チーム)のほか、JMAT(日本医師会災害医療チーム)やAMATなどがある。厚労省は、これらのチームを指揮し、情報連絡系統を明確にする体制を調整本部に設ける方針だ。

災害時の医療体制は、基本的には都道府県が担う。保健医療調整本部を置き、保健所と連携しつつ、①保健医療活動チームに対する指揮または連絡および派遣調整②保健医療活動チームと情報連携③収集した保健医療活動に係る情報の整理および分析を一元的に実施する体制を目指している。

災害医療コーディネータは地元の人が望ましい

災害医療コーディネータは、調整本部に置く都道府県災害医療コーディネータと、避難所を管理する市町村との調整役を受け持つ地域災害医療コーディネータに分かれる。同日の議論で

は、調整本部の災害医療コーディネータが保健医療活動チームを統括する役割を担うべきとの意見が多かった。大阪北部地震の際のDMAT調整本部では、そのような体制が敷かれ、2人いる副本部長のうち1人が、その役割を担当した。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、災害医療コーディネータは地域の関係者が任命されるべきと主張。「地域のことわかる災害医療コーディネータを災害医療のテクニカルな知識を持つ外部のチームが支援する形がよい」と述べた。「特に、地域災害医療コーディネータは、地域の医療機関を熟知している地元の人が望ましい」とした。

厚労省は、同日の議論を踏まえ、秋頃をめどに都道府県に示す活動要領をまとめた考えだ。

また、厚労省は、7月25日付けで、ドクターヘリの安全運航のための取組みの通知を発出したことを報告した。



神奈川県でドクターヘリが到着する事故があったことを踏まえ、安全運航の体制を強化するのが目的だ。

ヘリを運用する「ドクターヘリの導入促進事業」の事業者は、補助要綱で設置が求められている「運航調整委員会」に加え、必要に応じて、「安全管理部会」を設置する。安全管理部会は、実際にドクターヘリに関連する業務に従事する人で構成する。

役割は、①運用手順書案の作成②安全管理方策に関する協議③インシデント・アクシデント情報の収集・分析等とし、その結果を運航調整委員会に報告する。インシデント・アクシデントを速やかに報告し、深刻な事故につながらない体制を整える。

診療報酬改定シリーズ 2018年度改定への対応⑥

外来機能(入退院支援)、在宅医療・訪問看護(看取りを含む)、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するGL

医療保険・診療報酬委員会 委員 杉村洋祐

2018年度改定における外来機能、在宅医療・訪問看護、ターミナルケアに関する改定内容を確認したい。

外来医療については、かかりつけ医の機能の充実および情報共有、情報提供、連携等に関する評価が主な対応だったと言える。まずは、かかりつけ医機能の充実として、初診料の機能強化加算が新設された。地域包括診療加算、地域包括診療料、在宅時医学総合管理料(在支診、在支病200床未満)等の、かかりつけ医機能に係る施設基準の届出を行っている医療機関において、初診時に専門医療機関への受診の要否の判断等、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から新設されたものだ。健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談および夜間・休日の問合わせへの対応を行っていること、そしてそのことを施設内に掲示することが要件となっていることは忘れてはいけない。

また、2014年度改定で新設された、地域包括診療料と地域包括診療加算の施設基準の緩和も行われた。「高血圧症」「脂質異常症」「糖尿病」「認知症」のうち複数の疾患を持つ患者が対象で、療養上の指導や服薬管理、在宅患者への24時間対応等を行うことで算定する診療報酬である。常勤医2名以上の配置要件を、常勤換算で2名以上(うち1名以上が常勤医)に変更、さらに在宅療養支援診療所以外の診療所が算定することを想定し、在宅患者への24時間対応の基準もそれぞれ緩和した。このことで、かかりつけ医機能が充実するかは疑問ではあるが、算定しやすくなったことは事実である。

認知症診療における連携を評価

情報共有、情報提供、連携に関して

は、認知症サポート指導料、認知症療養指導料2・3がそれぞれ新設されている。認知症サポート指導料については、地域において認知症サポート医が行う、かかりつけ医への指導・助言について評価したものであり、認知症療養指導料2・3については、その指導・助言を受けた、かかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等についての評価である。まさに連携した双方が算定できる内容となっている。

さらに、がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実として、療養・就労両立支援指導料、相談体制充実加算も新設された。がん患者の治療と仕事の両立の推進等から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直しや再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価で、相談体制充実加算については、専任の看護師等が、がん患者に対し就労を含む療養環境の調整に係る相談窓口を設置した場合も併せて評価された。そもそも、医師、看護師の人材が不足している地域では、なかなかハードルの高い診療報酬ではあるが、連携強化を強く意識した診療報酬である。

さらに、同一医療機関内での連携では、入院時支援加算が新設され、入院を予定している患者が入院後にどのような入院生活や、どのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前に実施し支援を行った場合に算定する。入院医療の加算ではあるが、外来で実施したことに対する評価である。

そして入退院時の連携に関するこれまでもあった診療報酬のうち、入院医

療機関等が連携先の機関と特別の関係にある場合も、算定できるように見直しも行われた。一つの例として、退院や、在宅療養を行う際にカンファレンスや共同で指導にあたった場合に算定する、在宅患者緊急時等カンファレンス料や、退院時共同指導料等の要件に、特別の関係にある訪問看護ステーション等も加えられたことは、収益の観点からだけではなく、実績に対する評価として明確に位置付けられた。

在宅医療の評価

訪問診療等の在宅医療についても、多様な在宅医療のニーズへの対応として様々な評価がなされている。その一つに、在宅時医学総合管理料等を算定する患者に対して、患者の状態に応じたきめ細かな評価とするため、要件に該当する患者に対し包括的支援加算が新設された。要件の一例をあげると、要介護2以上に相当する患者、認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者等である。当該管理料を算定する患者であっても状態は様々であり、いわゆる重度の患者に対する対応が評価された形だ。

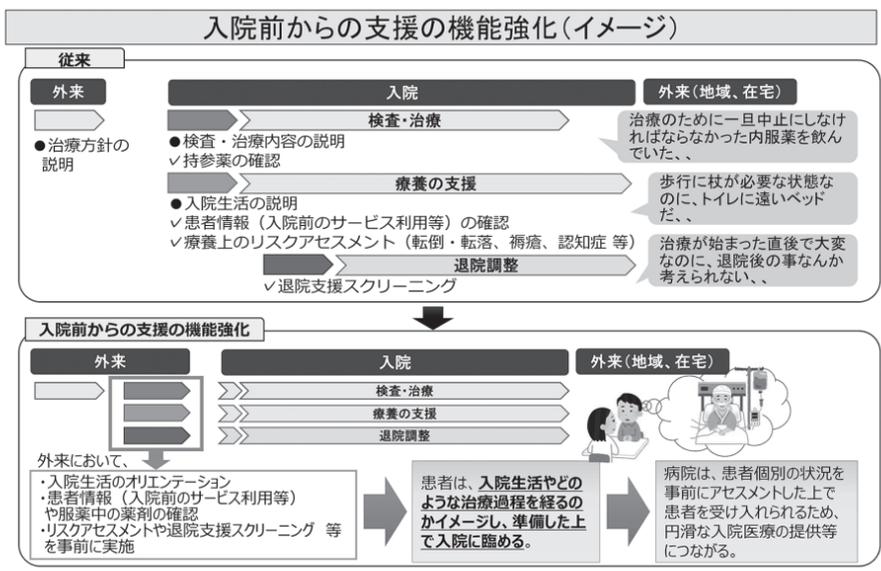
また、適切な往診の推進、看取り期の患者に対する往診の評価として、算定要件に、患者または家族等の看護・介護に当たる者が、「保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに」の一文が追加され、往診料の算定が可能である旨を明確にした。この追加された「可及的速やかに」の解釈については、2018年5月25日疑義解釈(その4)で、「往診は、患家等からの依頼に応じて、医師が往診の必要性を認めた場合に行うものであり、往診の日時についても、

依頼の詳細に応じて、医師の医学的判断による」とされた。当然と言えば当然の回答ではあるが、曖昧と言えば曖昧だ。さらに、緊急往診加算の要件に「医学的に終末期であると考えられる患者」も対象に加えられた。

人生最終段階における医療

今回の改定で、入院医療にも加算等の算定に要件化されていて、在宅医療等に限った内容ではないが、国民の希望に応じた看取りの推進として、ターミナルケア等に関連する報酬において、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応が算定要件に盛り込まれた。このガイドライン等の内容を踏まえ、患者本人およびその家族等と話し合いを行い、その意思決定を基本に他の関係者とも連携の上対応することとされた。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定」という表現に対し、「看取りの同意書」を取る必要があるのかと疑問に思った方も多いようだが、決してそういった趣旨ではなく、人生の最終段階でどのような医療を受けたいか、自分らしく生きるためにどうすべきか、どういった支援を受けたいかなどについて話し合うということだろう。例えば、症状が回復不能と考えられる状態になった場合に、どのような医療を希望するか、回復の見込みがなく死期が迫った場合の人工呼吸器装着や、蘇生処置を受け延命を目的とした治療を希望するか、苦痛を和らげる治療(緩和ケア)を希望するかなどだ。当然、現時点で決められないといった思いも、話し合った結果と云ってよいはずであり、前述した「看取りの同意書」もその一つである。



国民の希望に応じた看取りの推進

ターミナルケアに関連する報酬において、「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」等を踏まえた対応を要件とするとともに、ターミナルケアの充実を推進する

診療報酬改定における対応 (在宅医療・訪問看護のターミナルケア関連の報酬)	
現行	改定後
【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】	【在宅ターミナルケア加算(在宅患者訪問診療料)】
機能強化型在支診・在支病(病床あり) 6,000点	(有料老人ホーム等とそれ以外で報酬を区分)
機能強化型在支診・在支病(病床なし) 5,000点	機能強化型在支診・在支病(病床あり) 6,500点
在支診・在支病 4,000点	機能強化型在支診・在支病(病床なし) 5,500点
その他の医療機関 3,000点	在支診・在支病 4,500点
【訪問看護ターミナルケア療養費】 20,000円	その他の医療機関 3,500点
	【訪問看護ターミナルケア療養費】※
	訪問看護ターミナルケア療養費1 25,000円
	(新)訪問看護ターミナルケア療養費2 10,000円

【算定要件】ターミナルケアの実施については、「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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人及びその家族等の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

※在宅患者訪問看護・指導料・同一建物居住者訪問看護・指導料の当該加算についても同様

介護報酬改定における対応

(訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問看護看護、看護小規模多機能型居宅介護)

- ターミナルケア加算の要件として、下の内容等を通知に記載する。
- ・「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」等の内容を踏まえ、利用者本人と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の医療及び介護関係者との連携の上、対応すること。
- ・ターミナルケアの実施にあたっては、居宅介護支援事業者等と十分な連携を図るよう努めること。

保険局長に樽見氏、医政局長に吉田氏、老健局長に大島氏

厚労省人事 鈴木医務技監は留任

厚生労働省は7月24日、31日付発令の幹部人事を公表した。厚生労働事務次官には鈴木俊彦・前保険局長、保険局長には樽見英樹・前官房長、医政局長には吉田学・前子ども家庭局長、老健局長には大島一博・前内閣府大臣官房審議官、健康局長には宇都宮啓・前大臣官房生活衛生・食品安全審議官が就任している。

蒲原基道・前厚生労働事務次官、武田俊彦・前医政局長、福田祐典・前健

康局長らは辞職した。鈴木康裕医務技監は留任した。

加藤勝信厚労相は会見で、留任を含め、適材適所で特に労働分野の幹部に女性を多く登用したことを強調した。

医療・介護関連の主要幹部は以下のとおりとなっている。

(主要審議官)

迫井正深・医政等担当(前保険局医療課長)、諏訪園健司・老健等担当(前大臣官房審議官)、山本麻里・医療介

護連携担当(前内閣官房内閣審議官)、度山徹・年金担当(前参事官)、伊原和人・総合政策担当(前大臣官房審議官)(主要課長)

辺見聡・大臣官房人事課長(前大臣官房参事官)、横幕章人・大臣官房会計課長(前大臣官房付)、北波孝・医政局総務課長(前老健局総務課長)、鈴木健彦・医政局地域医療計画課長(前老健局老人保健課長)、佐々木健・医政局医事課長(前医政局地域医療計画課長)、伯野

春彦・医政局研究開発振興課長(前大臣官房厚生科学課医療イノベーション企画官)、鈴木建一・健康局総務課長(前社会・援護局保護課長)、武井貞治・健康局健康課長(前医政局医事課長)、黒田秀郎・老健局総務課長(前保険局医療介護連携政策課長)、尾崎守正・老健局振興課長(前大臣官房総務課企画官)、眞鍋馨・老健局老人保健課長(前文部科学省高等教育局医学教育課企画官)、野村知司・保険局国民健康保険課長(前大臣官房付)、込山愛郎・保険局高齢者医療課長(前老健局振興課長)、宮崎敦文・保険局医療介護連携政策課長(前年金局資金運用課長)、森光敬子・保険局医療課長(前医政局研究開発振興課長)

控除対象外消費税の補てん不足に「強い憤り」

日病協・代表者会議 不足分の返還には踏み込まず

日本病院団体協議会は7月27日に代表者会議を開いた。終了後の会見で、山本修一議長(千葉大学医学部附属病院長)は、控除対象外消費税の診療報酬による補てんに不足があったことについて、「強い驚きと憤りを覚えるとの意見が相次いだ」と報告した。「本音を言えば、返してほしい」と述べたものの、不足分の返還要求には踏み込まなかった。

消費税10%への引上げに向けた今後

の対応では、「様々な難しい問題がある。しかし医療界としては一丸となって対応していきたい」と強調した。

補てん不足の返還要求に踏み込まなかったことについては、例えば、精神科病院の補てん率は129.0%(2016年度)であるなど、病院の類型により、補てん不足の病院と、十分に補てんされている病院があることが背景にある。考え方としては、不足に対する給付があれば、過剰に対する減額もあり得る

ことになる。

また、厚生労働省は中医協・医療機関等における消費税負担に関する分科会で、「診療報酬で補てんしているため、『不足だから補てんする、逆に過剰だから戻してもらう』といった仕組みではない」との見解を示している。

補てん不足の問題以外でも、様々な指摘があった。特に、計算ミスで検証結果が間違っていたことは、厚労省のデータの信頼性を傷つけた。代表者会



議では、「後から第三者が検証できるように、データはすべて公開し、透明性のあるものにしてほしい」といった意見が出ている。

そのほか、代表者会議では診療報酬実務者会議に、診療報酬の救急医療管理加算のあり方を検討するワーキンググループを設置することを了承した。

電子カルテの仕様の標準化で医療部会が一致

厚労省・医療部会 厚労省に検討を要請

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は7月27日、地域医療連携や費用削減の観点から、各業者が開発する電子カルテなどのシステムの仕様を標準化すべきとの意見で一致した。全日病会長の猪口雄二委員が「電子カルテが統一化されれば、様々な利活用が見込まれる」と述べたのを皮切りに、賛成意見が相次ぎ、永井部会長も「次世代電子カルテシステムの構築に向け、検討してほしい」と厚生労働省に要請した。政府の「未来投資戦略2018」にも「データ共有を行うための標準規格等を策定する」とあり、電子カルテの仕様の標準化が大きく前進することが期待される。

病院団体は電子カルテの導入や更新

に多額の費用がかかり、医療連携を進める上で妨げとなっていることを問題視している。診療報酬による手当もないことから、日本病院団体協議会の改定要望に盛り込んで働きかけてきた。地域で医療機関同士が医療連携を進めようとしても、互換性のない電子カルテでは、データを連結できないなどの不都合が生じている。

猪口委員はこれらを踏まえ、国が主導して電子カルテの仕様を標準化することを主張。多くの委員の賛同を得た。日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「電子カルテの費用は病院経費の15%を占め、経常黒字を相殺してしまう水準」と述べ、電子カルテの標準化は病院収支の改善につながると強調

した。

同日の医療部会ではそのほか、「医師の働き方改革に関する検討会」、「地域医療構想の進捗および病床機能報告制度の見直し」、「医療放射線の適正管理に関する検討会の検討状況」、「骨太方針2018」、「医療法および医師法の一部を改正する法律の成立」の報告があった。

医療放射線の適正管理に関する検討会の検討状況については、同検討会がまとめた「議論の整理」が説明された。それによると、医療放射線の安全管理を病院管理者が管理すべき体制の一つとして位置づけ、新たな規則を省令に追加する。具体的には、「医療放射線に係る安全管理」を新たに設けて、「指



針の策定」や「職員研修の実施」、「医療被ばくの線量管理」、「医療被ばくの線量記録」などの規定を整備する。

線量記録や線量管理の対象は、CTエックス線装置、血管造影検査に用いる透視用エックス線装置、診療用放射線同位元素ならびに陽電子断層撮影診療用放射性同位元素を用いた診療としている。関連学会などが策定したガイドラインなどを参考に、患者の被ばく線量を検証できる様式を用いて行う。

秋までに省令改正案を医療部会に示し、了承されればパブリックコメントを経て、省令を改正する予定だ。

来年度の募集で東京の専攻医を5%減らす

日本専門医機構 「医師が行き届くよう配慮」寺本理事長

日本専門医機構(寺本民生理事長)は8月3日の会見で、来年度の専攻医の募集方針を示した。専攻医の募集は10月半ばの開始予定。医師の偏在は是正の観点から東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の5都府県の募集人数に上限を設けているが、東京の上限は募集人員へのキャップではなく、今年度実績の5%減とすることを目安とした。他の4府県は昨年度どおりとする方向。

新専門医制度は昨年度から始まり、初年度の募集では全国8,409人の専攻医に対し東京は1,825人だった。全国の約22%で、約1割の人口割合を大きく上回り、東京に専攻医が集中した形だ。専門医研修における医師偏在の是

正が課題となる中で、機構の前執行部は、「偏在は元々あり、新専門医制度が偏在を拡大させたわけではない」と説明していた。

7月の役員改選で機構の執行部が変わり、今回、新執行部として初めて専攻医の募集に対する考えを示した。寺本理事長は、「偏在を助長しないよう対応する必要がある、ある程度見直す」と述べた。具体的には、募集人数に上限を設けている5都府県のうち、東京については、前回の実績を5%減らす考えだ。5%で90人程度の減になる。

ただ、医師数が減少している外科や産婦人科、採用実績の少ない病理、臨床検査などは上限設定から除外するた

め、正確に5%減になるかは今後の調整次第とした。

同日は、新執行部による2回目の理事会で、寺本理事長、今村聡副理事長、兼松隆之副理事長が所信を述べた。

寺本理事長は、「きちんとした診療能力を持つ医師を養成する必要がある。一方で国民にあまねく医師が行き届くよう配慮することも重要である」と、専門医の質の確保と地域医療への配慮の両者が必要と強調した。

機構のガバナンスを強化する対応としては、「(特定の委員会が実質的に重要案件を決定してしまうのではなく)各委員会の議論をすくい上げる機構運営を図りたい」とした。



会見する寺本理事長(中央)と兼松副理事長(右)、今村副理事長(左)

今村副理事長は、「新専門医制度は、(当初の開始予定が延期されるなど)産みの苦しみがあり、紆余曲折があった。何より外部からみて、信用される組織とする必要がある。適切かつ迅速に対応したい」と、組織に対する信頼性の確保を強調した。

兼松副理事長は、「前身の日本専門医制評価・認定機構時に、理事として関わった。当時と比べ、制度は大きく変わりつつある。専門医の質の確保を重視したが、これからは地域医療に配慮することに微力を尽くしたい」と述べた。

■ 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
医師事務作業補助者研修 実力向上セミナー (100名)	2018年9月24日(月・祝) 【全日病会議室】	7,000円 (税込) (テキスト代、昼食代含む)	本セミナーは、医師事務作業補助者にとって要となる業務である医療文書作成の演習・解説だけでなく「医師事務作業補助技能認定試験の模擬試験」による実践力向上を目的とした内容となっている。
個人情報管理・担当責任者養成 研修会 アドバンストコース (90名)	2018年9月28日(金) 【全日病会議室】	22,680円 (税込) (資料代含む)	全日病は国の「認定個人情報保護団体」の認定を受けている。アドバンストコースでは、個人情報保護の取組みに関して、ベーシックコースではできなかった法の解釈のより深い議論を行うため、弁護士3人を講師に招き、事例検討を中心とした応用的な研修会を実施する。「個人情報管理・担当責任者養成研修会アドバンストコース」受講認定証を発行する。
医療機関トップマネジメント 研修コース (30名)	2018年9月～2019年1月、開始日 (第1単位)9月22日(土)・23日(日) 【全日病会議室】	324,000円(全4単位) (税込) (食事代、懇親会費含む)	経済産業省の委託事業で開発したトップマネージャー向けの研修用教材と会員病院での取組みから作成されたケースで、戦略的・効率的な医療経営のための実践的な知識や判断力の習得を目指す。全般的な講義後、参加者がグループワークで解決方法を考えるケーススタディ形式。
機能評価受審支援セミナー (東京会場) (診療・看護合同領域60名、事務管理領域60名)	2018年10月5日(金) 【診療・看護合同領域:全日病会議室】 【事務管理領域:日本医療機能評価機構会議室】	8,640円(12,960円) (税込)	2018年4月から新たな病院機能評価の枠組みと評価項目(機能種別版:3rdG:ver.2.0)の運用が開始されている。新たな評価項目改定の概要説明と受審対策を行う。講師は、各領域とも全員、全日病・病院機能評価委員会の委員であり、日本医療機能評価機構のサベイヤヤーとしての経験を有する。