



# 全日病 ニュース 2019.12.1 No.953

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

## 医療法人の損益差額は2.8%でわずかに改善

### 医療経済実態調査 収益・費用がともに増える構造変わらず

厚生労働省は11月13日の中医協の調査実施小委員会(秋山美紀小委員長)に、2020年度診療報酬改定の改定率の水準を決める際の参考とする医療経済実態調査の結果を報告した。医療機関の経営状況について、2018年度診療報酬改定前後の事業年度データ(2017年度と2018年度)を比べている。病院(医療法人)の2018年度の損益差額は2.8%でわずかに0.2ポイント改善。病院全体で、収益も費用も増加し、損益差額が若干改善する傾向がみられたが、依然として、厳しい経営状況が続いていることが示された(下記表を参照)。

2018年度の一般病院全体の損益差額

は▲2.7%で、2017年度と比べ、0.3ポイント改善した。医業収益が1.9%増加し、医業・介護費用が1.5%増加している。ただ、この数字は、補助金が投入される前で赤字が二桁である公立病院や国立、公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会、社会保険関係法人、個人)病院を含む全体であるので、自院と比べる際の参考とはならない。

医療法人(平均病床数129床)は、2018年度の医業収益が18億7,441万円で1.3%増、介護収益は372万円で27.0%減、医業・介護費用は18億2,523万円で1.0%増、損益差額は5,290万円で

2.8%となり、2017年度と比べ、0.2ポイント改善している。収益も費用も伸びているのは、最近の医療経済実態調査で観察される傾向である。費用の増加は、半分以上が人件費と考えられ、人員の状況も調べている。

2017年度と2018年度を比べた1カ月当たりの人員の伸び率をみると、最も伸びが大きいのが歯科医師の4.8%増、次いでその他職員の2.6%増、医師と医療技術員の2.4%増となっている。逆に、減っているのは看護補助職員の2.7%減、役員の2.0%減となっている。

公立(平均230床)は医業収益が1.6%増、介護収益が17.6%減、医療・介護費用が1.8%増で、損益差額は▲13.2%で0.2ポイント改善している。公立はこの損益差額に、補助金などその他の収益が7億6,596万円あり、最終的な税引き後の総損益差額は、その他費用を含め、▲1.7%(▲8,400万円)となる。

国立(平均355床)は医業収益が2.4%増、介護収益が1.0%増、医療・介護費用が2.6%増で、損益差額は▲2.3%で0.2ポイント改善している。公的は医業収益が2.8%増、介護収益が2.8%増、医療・介護費用が1.6%増で、損益差額は▲0.3%で1.1ポイント改善している。

なお、病院は医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の病院を集計している。

入院診療収益なしの個人の一般診療所の損益差額は32.0%で変わらず、法人は6.3%で0.1ポイント改善した。個人の歯科診療所の損益差額は28.5%で0.5ポイント改善、法人は9.1%で0.2ポイント改善した。個人の場合、開設者の報酬や建物、設備のための内部資金も損益差額で賄う。

個人の保険薬局損益差額は9.8%で0.9ポイント悪化し、法人は5.4%で1.2ポイント悪化した。同一グループで保険調剤を行っている店舗数でみると、1店舗は1.2%で0.7ポイント悪化、20店舗以上は7.6%で1.3ポイント悪化となっている。軒並み損益差額が悪化しているが、店舗数が多いほど、損益差額が高い傾向にある。

次に、2018年度の医療法人の平均給与をみると、病院長は3,042万円で0.5%減、医師が1,574万円で0.5%増、歯科医師が814万円で4.9%減、薬剤師が525万円で1.4%増、看護職員が455万円で変化なしとなっている。また、国立の病院長は1,918万円で2.0%減、医師は1,432万円で2.2%増、公立の病院長は2,131万円で1.3%増、医師は1,514万円で0.2%増となっている。

中医協の支払側・診療側は、今回の結果を踏まえ、来年度診療報酬改定の改定率の水準を含め、今回の結果の評価について、11月中に意見表明する。

#### (一般病院全体)

(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	3,548,265	99.8%	3,614,784	99.9%	1.9%
II 介護収益	5,900	0.2%	4,958	0.1%	▲16.0%
III 医業・介護費用	3,660,792	103.0%	3,716,116	102.7%	1.5%
IV 損益差額(I+II-III)	▲106,627	▲3.0%	▲96,374	▲2.7%	-
施設数	848				
平均病床数	185		184		-

#### (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	1,849,486	99.7%	1,874,413	99.8%	1.3%
II 介護収益	5,097	0.3%	3,719	0.2%	▲27.0%
III 医業・介護費用	1,807,088	97.4%	1,825,228	97.2%	1.0%
IV 損益差額(I+II-III)	47,495	2.6%	52,903	2.8%	-
施設数	443				
平均病床数	130		129		-

#### (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	4,775,411	99.9%	4,852,409	99.9%	1.6%
II 介護収益	4,505	0.1%	3,710	0.1%	▲17.6%
III 医業・介護費用	5,400,160	113.0%	5,498,066	113.2%	1.8%
IV 損益差額(I+II-III)	▲620,243	▲13.0%	▲641,947	▲13.2%	-
施設数	152				
平均病床数	232		230		-

#### (個人診療所(無床))

(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	81,099	100.0%	81,849	100.0%	0.9%
II 介護収益	32	0.0%	37	0.0%	15.6%
III 医業・介護費用	55,200	68.0%	55,715	68.0%	0.9%
IV 損益差額(I+II-III)	25,931	32.0%	26,171	32.0%	-
施設数	719				

(注1)調査に回答した青色申告者を含むすべての医療機関等の集計である。

(注2)個人立の一般診療所の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

#### 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、2020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●2020年1月10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●The Okura Tokyo-オークラ プレステータタワー 2階「オーチャード」  
会費●1名様につき1万円(当日受付にて申し受けます)

※ご来場の際は、お名刺2枚をご用意ください。

問い合わせ先 公益社団法人 全日本病院協会  
TEL 03-5283-7441 FAX 03-5283-7444

## 清話抄

### 経過措置医療法人の今後

相続が発生した時の相続税制問題、即ち相続税を払う時に生じる多額の税金問題、これは非常に不合理な状況にある。医療法人は利益の再分配を禁じられている、即ち、利益を内部留保し

医療に再投資するための配当は禁止されている。現在の税法において、医療法人の相続時純資産計算は、その他業種に分類され、医療とは全く関係のない分配可能な組織と同じ括りになっているのである。結果、「持ち分有り」の医療法人は、将来の医療機器の買い替えや資金不足への対応、そして最大の問題は、病院の建て替え資金を蓄えている、まさにその時、相続が発生した場合の苦慮すべき対応である。内部留保を義務付けたにも拘らず、相続税発

生時には税制上の配慮がない!のである。即ち、純資産が多ければ多いほど相続税額が膨張する。

ではどう対処すればよいのか? 最後の手段とも言える「持ち分無し」医療に移行する手がある。認定医療法人として認めてもらい、持ち分無し医療法人へ移行する。これは財産権を放棄して、相続税だけが免除を受けることが出来る制度である。が、まだまだ移行する病院・医療法人は少ない。その理由は、持ち分を持っている全員の

賛同が不可欠であること。たとえ少数であったとしても持ち分を持っている人が、反対すれば移行は成立しない。

この様な点を考慮して制度改革を推進しなければ、スムーズな移行とはならないし、財産権を自らが放棄することへの抵抗は有って当然である。これからの数多くの「持ち分有り」医療法人の為に税制のあり方を正しく訴える取り組みをして行くべきだと思う。

(K)



# 主張

## 医療安全という病院の「守護神」への評価を考える

医療安全は病院にとって「もしものことがあったときの守り神」の代表とも言えると思われる。そしていざというときに患者と職員、そして病院を守るためには平時からの備えが大切で、病院業務全体の「質の向上」をたゆまず成しとげようとする日々の改善活動なくして、危機に際して組織を救うことはできないであろう。全日本病院協会では、これまでひとつであった医療安全に関する委員会を医療の質向上委員会・医療安全担当委員会の2委員会に

分け、それぞれに特色を活かした活動を行っている。

その中のひとつ、医療安全担当委員会では医療安全対策加算および相互評価加算の取得要件を満たす各種研修会を毎年開催しており、会員病院のみならず多くの大学病院や公的医療機関を含む会員外の医療機関からも多数の受講生を受け入れている。医療安全対策管理者研修もさることながら「相互評価」に至っては他団体ではあまりなされていない研修であり、我々も手探り

の状態ではあるが、研修会を通じてこれからの医療安全管理の方向性についての示唆を与えてくれ、受講生共々有意義な研修となっていると思う。

しかしいつも感じるのはこの加算点数のあまりの低さである。点数がついていること自体は良いことであるが、医療安全対策加算1で85点、2で30点。前回改定で新設された相互評価の関係する医療安全対策地域連携加算1で50点、2で20点である。依然としてこれは「点数がつくだけでありがたいと思え」的点数である。いまや質向上を含めた安全文化の醸成には、いくら効率的に行ったとしても莫大な人件費と場合によってはITなどの設備関係費など

の大きな投資が必要となる。医療安全管理の一部である感染対策と比較してもかなり低い。医療安全対策に関する点数による評価は、いくら何でももうすこし何とかならないものかと思う。

医療安全に携わるスタッフは(他部署同様)純粋に使命感を持って、本当に一生懸命に努力している人ばかりである。例えばDPCの機能評価係数に大きく反映されるのであれば励みにもなり、院内の担当部署に対する訴求力もアップするというものである。

これからも質の高い研修を企画しつつ、病院の「守護神」への評価の向上を訴えていきたいと考えている。

(今村康宏)

# 3要件を満たす業務は法改正等でタスク・シフト実現目指す

## 厚労省・タスクシフト検討会

## 放射線技師や臨床工学技士などの業務を整理

厚生労働省の医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会(永井良三座長)は11月8日、医師の働き方改革に対応するため、医師から他職種にタスク・シフト/シェアさせる業務に関する今後の議論の進め方を整理した。厚労省が示した3要件を満たす場合は、現行制度では実施できない業務についても、法改正等を行って、タスク・シフト等シェアの実現を目指す。

厚労省は今夏、30団体からヒアリングを実施し、多くの業務について、医師から他の職種へのタスク・シフト等の提案・要望を受けた。その中で、実現させるべき業務を同検討会で検討するに当たり、それぞれの項目について、①現行制度で実施可能な業務②不明確な業務③実施できない業務—に分けて分類した。

医師の働き方改革に関連する法令事項は、来年の通常国会への法案提出を目指し、現在、医師の働き方改革の推進に関する検討会で議論し、年内にまとめる予定。このため、同検討会も法改正を伴うタスク・シフト等の業務に

ついては、優先して議論を進める必要があるため、同様に年内に一定の結論を出すことになっている。

今回、厚労省は現行制度で実施できない業務の中で、タスク・シフト等の実現を目指すべき3要件を示した。具体的には、①原則として各資格法の資格の定義とそれに付随する行為の範囲内である②その職種が担っていた従来の業務の技術的基盤の上にある隣接業務である③教育カリキュラムや卒後研修によって安全性を担保できる—というものだ。

その上で、ヒアリングによる提案・要望のあったそれぞれの項目について、③の安全性の要件を除いて、2要件の該当状況を提示した。あわせて、そのタスク・シフト等が実現した場合に、どのくらい医師の労働時間を減らすことができるかの目安としての効果を示した。法律、政令、省令のどれを改正すれば、実現するかも整理した。

なお、安全性に関しては、同検討会での議論を求めるとともに、11月11日付けで、厚労省ホームページや関連団体を通じて、意見募集を行っている。

法令上可能とした場合に、「教育カリキュラムや卒後研修によって安全性を担保できるものか」をきいている。

要件①②に該当していると考えられる項目をみると、以下の通りである。

■診療放射線技師(造影剤注入装置からの動脈への造影剤注入行為、RI検査医薬品注入後の抜針および止血、CTコロングラフィの検査手技、X線検診車で胃がん検診ならびに乳がん検診の撮影での包括指示での撮影など)

■臨床検査技師(直腸肛門機能検査、筋電図検査の針電極の穿刺、眼底検査の散瞳剤の投与、検査のための採痰、眼脂等、輸血実施、シリンジポンプの操作・安全管理など)

■臨床工学技士(血液浄化装置の先端部(穿刺部)のバスキュラーアクセスへの穿刺および抜去、手術室等で生命維持管理装置とあわせて実施する輸液ポンプ等を用いた静脈ラインからの薬剤投与など)。

臨床工学技士については、提案・要望のあった多くの項目が、臨床工学士法に照らし、「該当しない」との結果だった。全日病会長の猪口雄二委員は、



「臨床工学技士が、医師の指示の下での生命維持管理装置の操作や保守点検に限定されているため、『該当しない』ということだが、生命維持管理装置以外の操作等にも業務範囲を広げるべき」と主張した。麻酔科医の立場から、済生会川口総合病院副院長の根岸千晴委員も賛同し、「チームとして行っているので、可能だと思う」と述べた。

■救急救命士(院内での静脈路確保、縫合を除く創傷処置、心臓蘇生、医師による緊急処置での一部介助、一部の緊急薬剤の投与、病歴聴取・バイタルサイン測定、トリアージ、救急救命措置の範囲にある33項目)

救急救命士の救急外来などでの活用については、看護師との役割分担めぐり、様々な意見が出たが、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」で議論することを確認した。

# 効果があり、重要な取組みと考えられる業務を職種別に例示

## 厚労省・タスクシフト検討会

## 医師労働時間短縮計画に記載

厚生労働省は11月20日、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会(永井良三座長)に、病院が医師から他職種へのタスク・シフト等に取り組む上で、時間短縮効果や業務実態を踏まえ、重要と考えられる業務を職種別に例示した。2024年度から適用される医師の時間外労働規制の特例であるB、C水準(年間1,860時間)の病院が策定する医師時間短縮計画に記載する事項として位置づける。ただ、具体的にどれを選択するかは病院の判断となる。

厚労省の例示に対しては、委員から概ね賛同を得た。今夏に30の医療関係団体・学会からヒアリングにより、提案・要望のあったものから現時点で選んだもので、他に整理中の業務もあり、引続き議論する。年内にまとめ、通知を出す予定だ。

以下で、職種ごとに業務を示すが、その中には、一定の研修を行う必要がある業務も含まれる。また、現行制度で実施可能な業務は「○」、現行制度で明確に示されていない業務は「△」を付記する。

■看護師(○包括的指示の有効な活用、○特定行為、○定型的血液検査等の指

示の代行入力、○外来でのワクチン接種、△患者に対する放射線治療についての説明・相談。抗がん剤治療中や放射線治療中の患者の検査オーダーについては、事前に合意されたプロトコルに基づいて実施)

■助産師(○院内助産、○助産師外来)

■医師事務作業補助者(○患者への説明(検査手順説明、入院説明、同意書の取得等)、○電子カルテの記載(診断書、入退院サマリー、各種パスの代行入力等)、○各種書類作成等事務業務(申請書等の草案作成、診療データ入力・解析、統計作成、当直表作成等))

■薬剤師(○術前服薬指導(持参薬の入力等含む)、○薬物療法のモニタリングの実施とその結果に伴う処方内容の見直しの提案)

■診療放射線技師(△医師の包括的指示に基づき、撮影部位の確認と追加撮影オーダーを診療放射線技師が実施する、△血管造影・IVR診療の補助行為)

■臨床工学技士(△全身麻酔装置使用に伴う麻酔作動薬や循環作動薬、輸液を投与する行為)

■臨床検査技師(△心臓・血管カテテル検査における超音波検査等の検査のための装置の操作等)

■義肢装具士(△医師の指示に基づく、断端形成、潰瘍部の免荷、ギプスの介助等)

■言語聴覚士(△医師の包括的指示に基づく嚥下検査の実施)

全日病会長の猪口雄二委員は、タスク・シフト等のあり方として、「医師の業務の一部を看護師が担う。すると、看護師の業務が増え、看護補助者が必要になる。しかし、看護補助者あるいは医師事務作業補助者は人手不足で集まらない、雇っても定着しない問題がある。タスク・シフトを行ってもシフトされた方の業務が増えないウィン・ウィンの方法を考える必要がある」と述べた。

その上で、現行制度上実施可能かどうか明確に示されていない業務の中で、「例えば、薬剤師が病棟内でプロトコルに基づいた投薬(医師の包括的指示と同意がある場合には医師の最終確認・再確認を必要とせず実施する)をすることは、医師にその都度、指示を求める手間が省け、効果的だ」と主張した。他の委員からも賛同する意見が出た。厚労省は、どのような病院で実施可能かを整理し、効果を推計した上で、重要な業務に位置づけるかを判断



するとの考えを示した。

厚労省は今回、「現行制度上実施可能な業務」と「現行制度上実施可能かどうか明確に示されていない業務」の全体を整理している。

その中から、医師の労働時間を短縮する観点で、効果が大きい業務を拾ってみると、「現行制度上実施可能な業務」では、「妊産婦の保健指導業務」(助産師・月44時間)、「看護師が状況を即座に見極め、医師が予め指示した状態像に該当するかを判断して、指示されていた検査の代行入力」(看護師・月52.5時間)、「特定行為とは別の侵襲性の低い医行為で病棟・在宅・介護施設等における包括的指示モデルを示し看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるようにする」(看護師・月25.0時間)などがある。

「現行制度上実施可能かどうか明確に示されていない業務」では、「視力測定、眼圧測定(非接触)、視野検査、色覚検査」(臨床検査技師・月16.7時間)などがある。



# 次期改定の重要事項は、「医師等の働き方改革の推進

## 社保審・医療部会

## 病院給食の適切な評価の記載も求める

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は11月18日、2020年度診療報酬改定の基本方針の骨子を大筋で了承した。重点課題を「医師等の働き方改革の推進」とすることに、前回の部会で賛否があり、今回の議論でも難色を示す委員がいたが、重点課題に位置づけることでは、一定の理解を得た。医療部会は医療保険部会とともに、12月初旬に基本方針をまとめる。

2020年度改定の基本的視点は、①医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進②患者、国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現③医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進④効率化・適正化を通じた制度の安定と持続可能性の向上の一の4点。この中で、①の医師等の働き方改革の推進を重点課題に位置づけた。

前回の議論でも賛否があったが、今回も健康保険組合連合会常務理事の河本滋史委員が、「我々は制度の効率化・適正化が最も重要と考える。医師等の働き方改革の推進は、地域医療構想と医師偏在対策を合わせた三位一体の推進の状況をみながら、急性期の勤務医負担軽減と医療安全の観点に絞って、

診療報酬での対応を考えるべきだ」と主張した。

これに対し、日本医師会の今村聡委員は、「三位一体の推進の中で、医師の働き方改革は、他の2つとは異なり、2024年度から時間外労働規制が適用されると、明確な法律違反になってしまうことを理解してほしい。また、勤務医負担軽減でタスク・シフトを行えば、他の医療従事者の業務負担も増える。患者の医療のかかり方にも影響する。地域によれば、救急搬送や緊急手術をこれまでのようには受けられなくなる。様々な影響が生じるので、2020年度改定で重点的に対応する必要がある」と説明した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員は、「先日、公表された医療経済実態調査でも一般病院の収支は厳しく、特に、人件費増が費用全体を押し上げていることが明らかになっている」と、危機感を表明した。その上で、入院時食事療養費が長期間抑えられている中で、人手不足と人件費増を背景に、外部事業者を含めた病院給食の費用が高騰し、負担が重くなっている現状を訴えた。日本精神科病院協会会長の山崎學委員も、「基本方針に、病院給食が

適切に提供できる体制への評価を書き込むべき」と主張した。

### 民間データは別の指標で公表を

地域医療構想の実現に向け、診療実績データを用いて再編統合の再検証の対象として、424の公立・公的病院の名称を公表したことに関し、公表の仕方に関し、地方3団体などから遺憾の意が示された。これを受け、厚生労働省は全国各地で地方との意見交換会を開催している。それについての報告があった。委員からは、公表の仕方では十分な配慮が必要だったとの意見がある一方で、地域医療構想の実現に向けた議論を、地域医療構想調整会議で着実に進めていくべきとの意見が相次いだ。

また、全日病会長の猪口雄二委員は、「今後、民間病院の診療実績データも公表される予定になっている。公立・公的病院の公表においては、医療計画に代表される、基幹病院としての診療実績データの指標を用いたが、民間病院は地域密着型の役割を持つ病院が多いので、違った指標を用いて分析し、関係者の意見をよく聴いた上で、公表してほしい」と求めた。これに関して、全国自治体病院協議会会長の小熊豊委



員は、「民間データを別の指標で公表する際には、公立・公的病院も改めてその指標で、診療実績データを公表し、前回のものはキャンセルしてほしい」と述べた。厚生労働省は、関係者の意見を聴きつつ、慎重に検討する姿勢を示した。

医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会の初会合の状況も説明された。猪口委員は、「救急救命士の院内での活用など、法改正を伴うものがある。時間的な制限があるので、来年の通常国会への法案提出を見据え、優先順位を設けて議論を行うべき」と述べた。日本医師会の釜范敏委員は、「専門職種に権限を与える場合は、その職種が将来的にどれだけ必要かを見極めて、養成数の大小を決めていく必要がある」と専門職種が増えすぎることへの懸念を示した。

# 共用試験CBT、OSCEとStudent Doctorを公的化

## 医道審・医師分科会

## 報告書を大筋で了承。来年の法改正目指す

医道審議会・医師分科会(中谷晴昭分科会長)は11月20日、シームレスな医師養成に向け、共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorを法制化する報告書案を議論した。大筋で了承したが、文言修正等があり、再度分科会を開く。来年の通常国会での法改正を目指し、その後、実際の運用のための議論を開始する方向になっている。

報告書は、医師を養成する上で、卒前教育と卒後教育に分断があり、一貫した養成の仕組みを求めている。最近では、共用試験CBTで一定の知識や質を確認できることから、2017年度の第112回医師国家試験以降、出題数を500問から400問に減らした。臨床研修

では2020年度から、医学教育モデル・コア・カリキュラムと整合的な到達目標・方略・評価が実施される。

卒前教育における臨床参加型臨床実習は、医師でない医学生が一定の医行為を行っても、違法にはならないとの解釈がされているものの、「十分に定着していない」。時間や労力、安全性など様々な理由が指摘されるが、今後推進を目指す上で、法的な位置づけを整える必要があるとされた。

現状で、共用試験CBTは全大学で実施され、問題の制度管理や評価手法は確立している。共用試験臨床実習前OSCEも、臨床実習前に技能と態度を試験する手段として確立している。共

用試験後に臨床実習を行う医学生は、一定の水準が公的に担保されると認められることから、医行為を行うことのできるStudent Doctorと位置づけることができる。このことから、2つの試験を公的化し、Student Doctorも国が認める資格として制度化する。

実際に行われる医行為は、診療が臨床現場で日進月歩していることを鑑みると、個別に定めることは適当でなく、「指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべきもの」とした。ただ、現状では、いわゆる門田レポートで整理された考え方や医行為が、実際に行われるものとして想定される。

Student Doctorの医行為が法的に認められても、常に医師の指導監督下で行われることが原則だ。臨床実習する場所は、大学病院以外の指導体制が十分に整った他の病院も想定されている。また、医学生に対しては、医陪責保険などに加入することを強く推奨する。

共用試験とStudent Doctorの公的化による影響としては、知識や技術だけでなく、診療チームの一員としての主体性を持ち、全人的な診療に必要な視点を獲得の機会となることを期待する。また、医師の働き方改革との関係では、医師免許取得後の臨床研修で初めて行っていた医行為が前倒しされることで、一部負担軽減になることが見込まれる。診療科偏在の是正に対する効果も期待する。

# 専門研修のサブスペ領域認定を議論するWG設置へ

## 厚労省・医道審専門研修部会

## 日本専門医機構提案の23領域を認めず

医道審議会医師分科会の医師専門研修部会(遠藤久夫部会長)は8日、日本専門医機構が認定するサブスペシヤルティ領域を議論するワーキンググループを新設すると決めた。日本専門医機構はサブスペ認定の候補とする23領域の評価表を示して理解を求めたが、地域医療への影響や国民へのわかりやすさなどに懸念を示す意見が相次ぎ、厚生労働省でも慎重に議論することになった。

日本専門医機構は、まずサブスペ領域の認定の考え方を示すため、専門医制度整備指針の改訂と、サブスペシヤルティ領域専門研修細則の案を部会に示した。

細則案では、サブスペの研修期間を原則3年と定めた。基本領域とサブスペシヤルティ領域の研修を同時並行的に行い、期間を短縮する「連動研修」も認めている。

しかし、日本精神科病院協会の野木渡委員は「連動研修を行うサブスペは

基本領域に入るべきだったのではないかと。基本領域を含めて領域を考え直しては」と領域の見直しを訴えた。

基本領域の研修と専門研修の連動研修を認めると、連動研修を受講しやすい都会の病院に専攻医が集中して地域医療に悪影響を及ぼしかねないとの懸念も、複数の委員から示された。細則は、同日の意見を受けて機構が修正した案を地域医療対策協議会で議論することになる。その後、再度、部会で議論する予定となっている。

日本専門医機構は同日の部会に、サブスペ領域として認定する候補23領域について、認知度や専門研修施設数、指導医数等を点数化した評価表を提示した。日本専門医機構理事長の寺本民生参考人が23領域について、「それなりの合格点にある」と理解を求めた。

これに対し、聖路加国際病院の山内英子委員は、23領域を評価した基準を今後、他の学会にも適用してサブスペ領域が増えていくことを想定して懸念

を表明した。「すでに94学会がサブスペに手をあげている。サブスペ領域が乱立し、診療科同士のコミュニケーションがとれなくなって診療体制の安全性が確保できなくなる事態は避けるべき」と主張した。

NPO法人COMLの山口育子委員は、「国民にわかりやすいという視点が評価基準に入っていない。理解しやすさという観点からすると23領域は見直すべき」と述べた。

日本医師会の釜范敏委員も同調し、「23領域は見直すべき」と主張した。

日本病院会の牧野憲一委員は、「標榜していい診療科と、専門研修制度の領域が合っていないため、国民にわかりやすくするために両者を近づけるほうがよいのではないかと」と専門領域のあり方の再考を求めた。

2時間の会議で委員からサブスペについて多くの意見が出され、会議の最後に山内委員はサブスペ領域を議論するワーキンググループの設置を提案し



た。これを受けて部会はサブスペについては改めてWGで議論を進めていくことを決めた。WGの構成や議論のスケジュールは未定。

釜范委員は、「研修の履歴は認められるので、日本専門医機構が認定するサブスペが決まれば、あとから連動研修として認めることは可能だ。そのため時間的には余裕がある」と述べ、慎重な議論を求めた。

厚生労働省は、基本領域の研修を終えて、2021年4月から機構認定のサブスペ研修を開始することを念頭に置いて部会を進行していたが、釜范委員の発言を受け、「さまざまな論点があるので、一つ一つ慎重に議論を進めていくべき」と述べた。



# 【資料】入院医療等の調査・評価分科会における検討結果の報告(要旨)

※2019年度11月6日の中医協総会で了承

## 概要

診療報酬調査専門組織の一つである「入院医療等の調査・評価分科会」(以下「分科会」)は、2018年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見のうち、入院医療に関連する事項について、2018年度診療報酬改定後の状況の調査・検証を行い、2020年度診療報酬改定に向けた評価・検討に資することを目的として「2018年度入院医療等における実態調査」および「2019年度入院医療等における実態調査」を実施し、調査結果の分析および技術的課題に関する検討を行った。

### 1. 急性期入院医療

#### 1-1. 一般病棟入院基本料の算定病床の動向及び施設の状況(届出入料の状況)

・一般病棟入院基本料は、2018年度診療報酬改定で、入院患者の医療の必要性に応じた適切な評価となるよう急性期一般入院料1〜7に再編された。

・改定後の届出入料の状況を見ると、2018年度診療報酬改定前に一般病棟(7対1)を届け出ている病棟のうち、2018年11月1日時点では96.5%の病棟、2019年6月1日時点では93.5%の病棟が急性期一般入院料1を届け出ている。急性期一般入院料1以外を届け出た病棟の中では、急性期一般入院料2を届け出た病棟が多かった。

・急性期一般入院料1を届け出ている医療機関にその理由を聞くと、2018年度調査および2019年度調査ともに「改定前の一般病棟(7対1)相当の看護職員配置が必要な入院患者が多い(医療需要がある)ため」や「施設基準を満たしており、特に転換する必要性を認めないため」が多かった。

・一般病棟(7対1)から急性期一般入院料2または3に転換した医療機関にその理由を聞くと、2018年度調査および2019年度調査ともに「重症度、医療・看護必要度の基準を満たすことが困難なため」が最も多く、次いで「看護師の確保が困難なため」が多かった。

・今後の届出の意向は2018年度調査・2019年度調査ともに「現状を維持」が最も多かったが、約1〜2割が「他の病棟・病室へ転換」と回答した。

(重症度、医療・看護必要度の届出状況)

・2018年度診療報酬改定において、診療実績データを用いて該当患者割合を評価する方法(重症度、医療・看護必要度Ⅱ)が新設された。届出状況を見ると、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている施設は、2018年度調査では急性期一般入院料1の19.3%、特定機能病院(一般病棟7対1)の26.5%であったが、2019年度調査ではそれぞれ、

29.8%、46.2%に増加した。

・2019年度調査において、重症度、医療・看護必要度Ⅰを届け出ている理由をみると、「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っていないため」という回答が多かったが、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている理由をみると「Ⅱの届出に必要な診療実績情報データによる評価体制が整っているため」が多かった。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱを届け出ている理由として「Ⅱを用いた場合、Ⅰよりも評価票記入者の負担が軽減されるため」という回答も多かった。

・これらの結果を踏まえ、負担軽減の観点から重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出が進むような取組を検討すべきという意見があった。他方、重症度、医療・看護必要度Ⅱの届出は負担軽減に資すると思われるものの、必要度に係る記録時間は看護師の勤務時間のうち5分程度であるという研究報告もあることから、その効果は限定的かもしれないという意見もあった。

#### (重症度、医療・看護必要度の該当患者割合等)

・重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合について、2017年度と2018年度を比較すると、2018年度調査および2019年度調査ともに、いずれの入院料においても2018年度の割合が高く、急性期一般入院料1においては平均約6ポイントの差があった。

・2018年度の重症度、医療・看護必要度ⅠとⅡの該当患者割合を比較すると、2018年度調査および2019年度調査ともに、概ねⅠの割合が高く、急性期一般入院料1においては平均約4ポイントの差があった。

・これらの結果を踏まえ、分科会においては、2018年度診療報酬改定の重症度、医療・看護必要度の施設基準の設定は概ね妥当との認識で一致した。

・重症度、医療・看護必要度Ⅰの該当患者割合の2017年度と2018年度の差や、ⅠとⅡの該当患者割合の差は、急性期一般入院料1では、病床規模が小さいほど差が大きい傾向にあった。

・ⅠとⅡの該当患者割合の差が大きい医療機関について、各基準や項目の該当状況を見ると、Ⅰの割合が相対的に高い医療機関では、2018年度診療報酬改定において追加された「B項目のうちB14またはB15に該当し、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」の基準(以下、基準②という)や「診療・療養上の指示が通じる」の項目の該当患者割合が高い傾向にあった。Ⅱの割合が相対的に低い医療機関には明らかな傾向がなかった。

・ⅠとⅡで各項目の該当状況にはばらつきが見られたが、これは判定のルールに違いがあることや、Ⅱにおける診療実績データの入力精度による影響が大きいと考えられた。

#### 1-2. 入院患者の状態

・入院料・病床規模ごとの患者の状態をみると、急性期一般入院料1では、許可病床100床未満を除き、病床規模が小さいほど、患者の年齢が高く、要支援・要介護の患者の割合が高く、自立の患者の割合が低い傾向にあった。

・基準②の該当患者の他の基準の該当状況を見ると、Ⅰ・Ⅱともにいずれの入院料でも、基準②のみに該当する患者が最も多かった。また、基準②のみに該当する患者割合は、許可病床の規模が小さいほど高い傾向にあった。

・「A得点が2点以上かつB得点が3点以上」(以下、基準①という)のみに該当する患者の該当項目をみると、Ⅰ・Ⅱともに、A2点は「呼吸ケア」と「心電図モニター管理」の組合せや、「専門的な処置・治療」が多く、B項目で該当する項目のパターンはばらついてきた。また、B項目は3点よりも4点以上の患者が多かった。

・基準②のみに該当する患者の該当項目はⅠ・Ⅱともに、A1点は「心電図モニター管理」が多く、次いで「呼吸ケア」や「創傷処置」が多かった。B項目は「診療・療養上の指示が通じる」と「危険行動」の組合せや、「乗降」「衣服の着脱」「診療・療養上の指示が通じる」の組合せが多かった。

・基準②のみに該当する患者の約半分は、基準②に該当する前日は「いずれの基準にも非該当」の状態であった。基準非該当日の各項目の該当状況を見ると、A項目は約8割が該当なし、B項目は「口腔清潔」が最も多く約8割、「診療・療養上の指示が通じる」は約5〜6割が該当していた。

・重症度、医療・看護必要度Ⅰで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」の患者の約7割、「心電図モニター管理」の患者の約6割には、Ⅱの評価法で項目に対応するレセプト電算処理システム用コードの入力がなかった。

・重症度、医療・看護必要度Ⅱで基準②のみに該当する患者のうち、A1点が「呼吸ケア」の患者は「酸素吸入」のコードが最も多く、「心電図モニター管理」の患者は「呼吸心拍監視(14日超)」のコードが最も多かった。

・重症度、医療・看護必要度の各基準に該当する患者を比較すると、基準②のみに該当する患者は他の基準に比べて、年齢が高く、認知症やせん妄を有する割合が高く、要支援・要介護の割合が高く、自立の割合が低い傾向にあった。また、看護師による直接の看護提供の頻度が多い傾向にあったが、「医学的理由のため入院継続が必要である」割合は低く、退院に向けた目標・課題として「入所先の施設の確保」や「転院先の医療機関の確保」の割合が高かった。

・基準②のみに該当する患者割合を入院料種別で比較すると、一般病棟よりも療養病棟で割合が高かった。該当する項目の内訳をみると、一般病棟は療養病棟に比べて「創傷処置」の割合が低く、「心電図モニター管理」の割合が高かった。

・これらの結果を踏まえ、基準

②のみに該当する患者であっても、急性期病棟と療養病棟では日々の患者の状態の変化に差があると考えられることから、引き続き丁寧な分析を行うべきではないかという意見があった。他方、基準②について、認知症やせん妄の患者に対するケアを適切に評価することは重要であるが、急性期入院医療の必要性を評価する指標として適切とは言えないのではないかという意見もあった。

#### 1-3. 重症度、医療・看護必要度の評価項目(省略)

・重症度、医療・看護必要度ⅡにおいてC項目の評価対象である手術について、入院で実施される割合をみると、多くの手術は入院の割合が9割以上であったが、一部には入院の割合が低い手術もあった。

・重症度、医療・看護必要度ⅡでC項目の評価対象外である手術について、入院で実施される割合をみると、入院の割合が9割以上の手術が一定数あった。また、一部の生体検査にも、入院で実施される割合が高いものがあった。

・これらの結果を踏まえ、重症度、医療・看護必要度の評価項目は、原則として入院で実施される医療を適切に評価する観点から、入院の必要性等に応じた対象の整理を行うべきではないかという意見があった。また、外来での使用が多い薬剤であっても、導入期には副作用等の評価をするために数日間入院で観察が必要なものが存在することを考慮すべきという意見があった。

・整理に当たっては、手術等の点数や件数に関わらず、入院で実施されるものを広く対象とすることを検討すべきという意見があった一方で、現行の指標で評価対象の項目との関係性も踏まえ、追加する対象は特に侵襲性の高い手術に限定すべきという意見もあった。

・また、B項目の判断基準においては、ADLを含む患者の状態と、看護職員等による評価日当りの介助の実施の有無が、一体となって評価されている。これについて、患者の状態を正確に把握するために、患者の状態と介助の実施を分けて測定することとしてはどうかという意見があった。

・検討に当たっては、臨床現場に混乱をきたさないよう配慮を求める意見や、評価方法を変更することによる得点への影響がないかを検証する必要があるという意見があった。

#### 1-4. 特定集中治療室管理料等(入院患者の評価指標)(省略)

#### 1-5. 短期滞在手術等基本料(省略)

#### 1-6. 急性期入院医療に関するその他の事項(省略)

## 2. 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料について

### 2-1. 算定病床の動向および施設の状況

・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数は増加傾向にあり、特に、入院料(管理料)1の届出の増加が顕著である。

・地域包括ケア病棟・病室を届け出ている理由は、「地域包括ケア病棟・病室にすることで、より地域のニーズに合った医療を提供できる」が最も多く、次いで「地域包括ケア病棟・病室の方が経営が安定するため」が多かった。

・地域包括ケア病棟・病室の利用に係る趣旨をみると、「自院の急性期病棟からの転棟先として利用している」が最も多く、次いで「在宅医療の後方支

### 一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の概要

※対象病棟の入院患者についてA項目及びC項目は日々の診療実績データを用い測定し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票				
A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	—
4	心電図モニターの管理	なし	あり	—
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	—
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	—
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ④放射線治療、⑤免疫抑制剤の管理、 ⑥放射線治療、⑦免疫抑制剤の管理、 ⑧昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑩抗血栓薬の持続点滴の使用、 ⑪ドレーナの管理、⑫無菌治療室での治療)	なし	—	あり
B	患者の状況等	0点	1点	2点
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15	危険行動	ない	—	ある

C 手術等の医学的状況			
	0点	1点	
16	開頭手術(7日間)	なし	あり
17	開胸手術(7日間)	なし	あり
18	開腹手術(4日間)	なし	あり
19	骨の手術(5日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり

[各入院料・加算における該当患者の基準]	
対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上



援として、急変時等の入院先として利用している」が多かった。

・地域包括ケア病棟に求められる機能を適切に評価する観点から、2018年度診療報酬改定で、入院料(管理料)1および3に係る実績部分が導入された。実績部分の状況を見ると、自宅等から入棟した患者割合は20%以上30%未満、自宅等からの緊急入院の受入は3か月で5～9人が最も多かった。

・在宅医療等の提供に係る実績は、「在宅患者訪問診療料の算定回数が3か月で20回以上」と「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している」の要件を満たす割合が高く、他の要件を満たす割合は低かった。

・重症度、医療・看護必要度の該当患者割合は、いずれの入院料(管理料)においても、約2～3割であった。

・地域包括ケア病棟入院料(管理料)の届出医療機関のうち、入退院支援部門の設置がない医療機関は10.1%、入退院支援加算の届出がない医療機関が24%、入院時支援加算の届出がない医療機関が61.5%であった。

・これらの結果を踏まえ、入院料(管理料)1および3に係る実績要件については、実態等を踏まえて必要な見直しを行ってはどうかという意見があった。また、ACPに係る要件については、入院料1および3と2および4で差を設ける必要がないのではという意見もあった。

## 2-2. 入院患者の状態

(省略)

・地域包括ケア病棟に入院している患者のうち、いずれの疾患別リハビリテーションも実施していない患者は33%であった。疾患別リハビリテーションを実施している患者の頻度や単位数をみると、過去7日間で4回以下が25%、10単位以下が34%であった。

・疾患別リハビリテーションを実施していない患者のADLは、入棟時の移乗、平地歩行、階段、更衣のいずれかに介助を要する患者が多く、そのうち多くが医療的な状態は安定していた。

・状態が疾患別リハビリテーションを実施していない患者割合を医療機関ごとにみると、割合の分布にはばらつきが見られ、入院患者の半分以上に疾患別リハビリテーションを実施していない医療機関も一定程度あった。

## 2-3. 地域包括ケア病棟・病室の利用に係る現状

(省略)

・同一医療機関の一般病棟(DPC)から地域包括ケア病棟・病室に移動する場合、他の病棟に転棟する場合と同一病棟内で転室する場合で、転棟・転室後に算定する点数が異なり、入院料の包括範囲や初期加算の取扱い等も異なる。関連して、DPC対象病棟の患者が地域包括ケア病棟に転棟する時期は、DPC/PDPSによる点数が地域包括ケア病棟入院料の点数を下回るタイミングに偏っている場合があった。

・これらの結果を踏まえ、地域包括ケア病棟・病室として施設基準等の要件が同じであるにも関わらず、算定する点数が異なることは合理性を欠くとの意見があった。また、一般病棟から地域包括ケア病棟への転棟時期が偏って

いる場合があることについて、患者の状態に応じた適切な管理と言えないのではないかという意見があった。

## 3. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

### 3-1. 算定病床の動向および施設の状態(省略)

### 3-2. 入院患者の状態(省略)

### 3-3. リハビリテーションの提供状況

・回復期リハビリテーション病棟の入院患者に対する疾患別リハビリテーションの実施頻度は、週当たり7～14回、単位数は、週当たり30～45単位前後であり、実施頻度・単位数とも入院料1が最も多かった。(省略)

・リハビリテーション実績指数は、全体的に上昇傾向にあった。特に、算定要件の実績部分にリハビリテーション実績指数が含まれている回復期リハビリテーション病棟入院料1、3または5を算定する病棟を有する医療機関において、リハビリテーション実績指数が高い傾向にあった。

### 3-4. リハビリテーション実績指数等

・発症から入棟までの期間とFIM得点の変化について、発症から入棟までの期間が短いほど、得点の変化が大きい傾向であった。

・提供した疾患別リハビリテーションの単位数が多いほど、FIM得点の変化が増加する傾向であった。

・入院料別にFIM得点の変化をみると、回復期リハビリテーション入院料1を算定する病棟において、得点の変化が最も大きかった。

・入棟時と退棟時のFIMの推移をみると、入棟時の値は平成28年度以降やや低下傾向にあり、退棟時の値はほぼ横ばいから微増傾向であった。また、FIM得点の変化の推移をみると、2016年度以降増加傾向となっていた。この関係性は、入院料ごとにみても、同様の傾向であった。

・入棟時FIMと発症から入棟までの日数の関係を経年的にみると、発症から入棟までの日数によらず、入棟時FIMが低下傾向であり、他方、入棟時FIMとFIM得点の変化の関係を経年的にみると、入棟時FIMの値によらず、FIM得点の変化が増加傾向であった。これらの関係性は、疾患区分ごとまたは入院料ごとにみても、同様の傾向であった。

・入棟時・退棟時FIMおよびFIM得点の変化と、入棟時・退棟時日常生活機能評価および日常生活機能評価の変化との関係については、平均値および中央値に着目した場合、一定程度、相関関係が見られた。

・これらの結果を踏まえ、FIM得点の経年的な変化については、FIM測定の精度の担保等を含め、適切な運用を促す仕組みが必要ではないかという意見があった。

## 4. 慢性期入院医療について

### 4-1. 療養病棟入院基本料の算定病床の動向および施設の状態

・療養病棟入院基本料の届出病床数は近年微増だが、療養病棟入院基本料(20対1)の割合が増加していた。

・改定前に療養病棟入院基本料(経過措置)を届け出ている病棟のうち、2019年6月1日時点で経過措置1を届け出ている病棟は約6割であった。経過措置1を届け出ている理由は、「医療区分2・3の該当患者割合5割を満たすことが困難であるため」が最も多かった。

・経過措置1を届け出ている病棟の今

## 同一医療機関内の地域包括ケア病棟・病室における取扱い

### 転棟・転室時の要件等にかかる取扱い

		入院料の算定方法	算定期間の取扱い	急性期患者支援病床初期加算の取扱い	入院患者の評価指標
一般病棟(DPC)から転棟	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料(リハビリ包括)	転棟した日から60日を限度	算定可	重症度、医療・看護必要度(地域包括ケア病棟の基準)
	療養病棟における地域包括ケア病室	地域包括ケア入院医療管理料(リハビリ包括)	転棟した日から60日を限度	算定可	重症度、医療・看護必要度(地域包括ケア病棟の基準)(医療区分・ADL区分から除外)
一般病棟(DPC)内で転室	地域包括ケア病室	DPC/PDPS(リハビリ出来高)	転室した日から60日を限度*	算定不可	重症度、医療・看護必要度(地域包括ケア病室の基準)

\* 診断群分類に定められた期間はDPC/PDPSで算定し、以降は医科点数表に従って算定

### 手術点数の算定方法

患者の所在		短期滞在3以外の手術	短期滞在3の対象手術
DPC対象病院	一般病棟(DPC)(地域包括ケア病室を含む)	DPC/PDPS + 手術点数等	DPC/PDPS + 手術点数等
	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等
非DPC対象病院	一般病棟(出来高)	入院基本料 + 手術点数等	短期滞在手術等基本料3*
	地域包括ケア病棟	地域包括ケア病棟入院料 + 手術点数等	短期滞在手術等基本料3*

\* 入院後所定日数内に手術等が実施された場合に限り

後の届出意向について、「一部または全部を他の病棟等に転換」と回答した病棟は2018年度調査では60.6%、2019年度調査では約44.7%あったが、「現状を維持」と回答した病棟は2018年度調査では36.4%、2019年度調査では53.2%あった。

・医療区分2・3該当患者割合は、療養病棟入院料1では約90%、療養病棟入院料2では約65%であった。また、療養病棟入院料1では95%以上の病棟が最も多かったが、療養病棟入院料2では分布がばらばらであった。

### 4-2. 入院患者の状態(医療区分・ADL区分)

・入院患者の状態をより適切に評価する観点から、2018年度診療報酬改定において、医療区分3の項目のうち、「医師および看護職員により、常時、監視および管理を実施している状態」を医療区分2と医療区分3に分けることとした。2018年度調査において当該項目の改定後の該当状況を見ると、医療区分3に該当する患者が多かった。

・3カ月間の医療区分の変化をみると、約5～7割の患者は同じ区分で変化がなかった。

・医療区分が上がるにつれて、ADL区分3の患者割合が増加し、ADL区分が上がるにつれて、医療区分3の患者割合が増加していた。また、いずれの医療区分においても、脳梗塞および脳出血の患者が多かった。

・医療区分2・3に該当する患者について、各医療区分の該当項目数は1項目が最も多かった。項目の内訳をみると、医療区分3については、「中心静脈栄養」が最も多く、医療区分2については、「1日8回以上の喀痰吸引」が最も多かった。

・入棟時に、「1日8回以上の喀痰吸引」に該当する患者は24.9%、「中心静脈栄養」に該当する患者は16.7%であった。また、入棟時および調査基準日に「中心静脈栄養」に該当していた患者の在院期間をみると、約半数が半年以上であった。

・療養病棟において高カロリー輸液を連続して投与した日数の平均をみると、30日未満の医療機関が最も多かったが、90日以上医療機関もあった。また、高カロリー輸液を投与した日数が入院期間に占める割合の平均をみると、60%以上80%未満が最も多く、次いで80%以上が多かった。

・これらの結果を踏まえ、療養病棟においては栄養の投与方法として中心静脈栄養に代わる手段がない患者も多く入院していることに留意しつつ、栄養の投与方法を検討するに当たっての患者およびその家族への丁寧な説明や、中心静脈カテーテルを長期に留置する場合の適切な管理を推進する必要があるのではないかという意見があった。(膀胱留置カテーテルの状況)(省略)

### 4-3. 療養病棟入院基本料に関するその他の事項(省略)

### 4-4. 障害者施設等入院基本料および特殊疾患病棟入院料(省略)

## 5. 横断的事項について(省略)

### 5-1. 入退院支援

### 5-2. 診療実績データの提出の評価(データ提出加算を算定する病院)

・2018年度診療報酬改定においてデータ提出加算の届出を要件として追加した、回復期リハビリテーション病棟入院料と療養病棟入院基本料について、当該加算の算定状況を見ると、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出た病床84,918床のうち52,919床(62.3%)、療養病棟入院基本料を届け出た病床220,259床のうち65,014床(29.5%)であった。

・その結果、2018年10月時点でデータ提出加算を算定する一般病床を有する病院数は4,425病院であり、一般病院の約6割を占めた。

### (データ提出加算が要件の入院料)

・2012年度診療報酬改定においてデータ提出加算を導入した後、累次の改定においてデータ提出加算の届出が要件となる入院料を拡大してきており、2018年度診療報酬改定の答申書附帯意見においても、「データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること」とされている。

・現在、許可病床数200床以上の回復期リハビリテーション病棟入院料5・6および療養病棟入院基本料を届け出る病棟については、データ提出加算を算定することが施設基準となっている。この要件を50床以上にすると、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床の87.2%、療養病棟入院基本料を算定する病床の91.7%のデータが提出されることとなる。

・これらの結果を踏まえ、データを用いた診療実績の適切な評価のためには、データ提出の対象病棟を拡大する必要があるのではないかという意見があった。他方、医療機関における電子カルテ等のシステムの導入状況も踏まえ、許可病床の少ない病院については配慮が必要ではないか、という意見もあった。(提出項目の現状)(省略)

(提出項目の追加や内容の見直し)(省略)

(提出データ評価加算の現状)(省略)

(未コード化傷病名の割合に係る評価の在り方)(省略)

### 5-3. その他の事項(省略)

## 6. 医療資源の少ない地域について(省略)

## 7. 入院医療機能の適切な評価指標や測定方法等に係る中長期的な検討について(省略)

## 8. DPC/PDPSについて(省略)



# 「重症度、医療・看護必要度」など急性期入院医療の議論が本格化

中医協・総会

## 基準②のみ該当の妥当性めぐり診療側と支払側で応酬

中医協総会(田辺国昭会長)は11月15日、2020年度診療報酬改定に向け、入院医療の議論を本格化させた。入院医療等の調査・評価分科会の報告書を踏まえ、同日は、急性期入院医療、特定集中治療室管理料、総合入院体制加算などを論点にあげた。「重症度、医療・看護必要度」では特に、2018年度診療報酬改定で導入した、いわゆる基準②の妥当性をめぐり、診療側と支払側で意見の応酬があった。

旧7対1入院基本料である急性期一般入院料1は2019年10月時点で約34万5,300床。ピークの2013年7月は約37万9,400床であり、約3万4,100床減っている。入院基本料の中で、最も高い水準である旧7対1は、一般病床の半数を占めるため、医療費抑制の観点で、入院基本料がより低い他の病棟への転換を促すことが、政府の経済財政諮問会議や財務省から求められてきた。病床の機能分化、連携を進める上で、地域包括ケア病棟入院料の創設を含め、様々な対策が講じられ、2018年度改定では、入院料体系を大きく変更する大改革が行われた(下記の図表参照)。

旧7対1を厳格化するために、最も活用されたのが「重症度、医療・看護必要度」である。項目を見直すとともに、該当患者割合の基準値を引き上げてきた。2020年度改定でも、A項目(モニタリングおよび処置等)、B項目(患者の状況等)、C項目(手術等の医学的状況)のそれぞれを見直す方向に

ある。同日の議論において、診療側と支払側の意見が最も対立したのが、2018年度改定で加えた新たな基準(基準②)だった。

基準②は「B14(診療・療養上の指示が通じる)またはB15(危険行動)に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上」。認知症やせん妄の患者が急性期病棟で他の患者よりも労力が必要になることを評価した基準見直しだった。

しかし、支払側の委員は、入院医療分科会の報告書で示されたデータから、「急性期の患者の指標として、いかなものか」(吉森俊和委員・全国健康保険協会理事)と妥当性を疑問視した。具体的には、基準②のみに該当する患者が、◇他の基準との重複が少なく、基準②のみで該当している患者が多い◇基準②のみに該当する患者の半数の直前の状態をみると、どの基準にも「非該当」◇基準②のみに該当する患者の割合は、一般病棟よりも療養病棟で高い—などに言及した。

これに対し、診療側の委員は現場の実態を説明し、理解を求めた。全日病会長の猪口雄二委員は、「認知症やせん妄の患者が骨折などで急性期病棟に入院すれば、とても手がかかる患者になる。2018年度改定ではそこを評価してもらった。認知症やせん妄があるから、急性期病棟に入院するわけではない」と強調した。日本病院会の島弘志委員は、「病院の看護師はやっ自分

たちの苦勞が報われたと思っている。基準②を外すのは論外」と訴えた。日本医師会の松本吉郎委員は、「2018年度改定で導入したばかりであり、朝礼暮改になる」と述べた。

A項目については、「専門的な治療・処置」に該当する薬剤のうち、抗悪性腫瘍剤や免疫抑制剤の内服薬は、全体的に入院で実施される割合が低いとのデータが示された。C項目については、評価対象とされる手術等で、入院で実施される割合が9割未満のものがある一方で、入院で実施される割合が9割以上であるが、現在評価対象になっていないものが多くあるとのデータが示された。入院で実施される手術等が項目に含まれるべきとの考え方から、身体への侵襲度との関係とあわせ、項目を再整理する論点が示された。方向性に関しては、概ね委員の合意を得た。

「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」は、厚労省が「Ⅱの届出を一定程度進めること」を論点にした。これに対し、支払側の委員は、「200床以上の病院は必須化とすべき」と主張した。松本委員は、「体制が整わない病院がある。選択制は残すべき」と述べた。日本看護協会常任理事の吉川久美子専門委員は、「Ⅱの採用による看護職員の負担軽減効果は限定的」とけん制した。

### SOFAスコアの拡大に慎重な意見

特定集中治療室管理料については、2018年度改定で管理料1・2に必須化



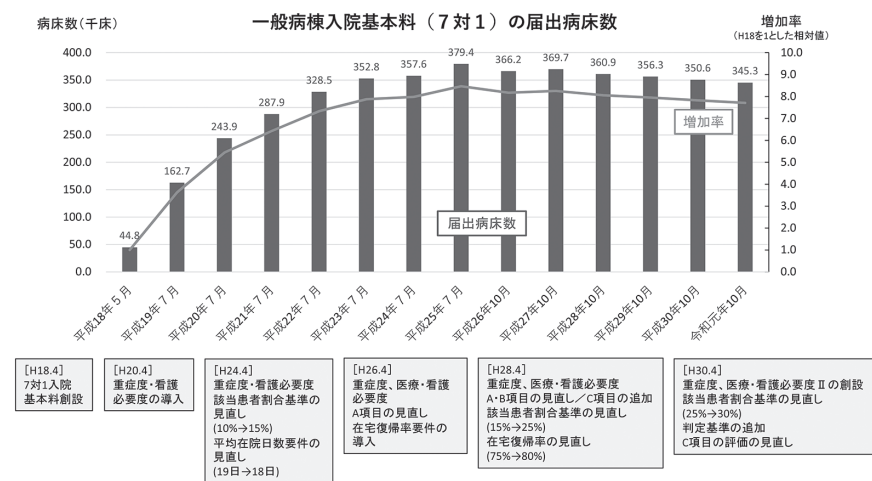
した生理学的スコア(SOFA)を管理料3・4に拡大させることが論点になった。「重症度、医療・看護必要度」と一定の関連性が確認されたことから、高度急性期の指標として標準化する狙いも想定されるが、診療側委員からは、SOFAは相当の重症者を測定する指標であり、「代替はそぐわない」との意見が出た。

2018年度改定で導入した特定集中治療室管理料1・2に対する専門性の高い看護師の配置の要件化については、現在、来年3月31日までの経過措置中だが、9割以上で要件を満たしており、予定通り経過措置は終了することで、概ね委員の了解が得られた。

総合入院体制加算については、主要な診療科をそろえた総合的な入院体制を評価しているが、地域で病院同士が診療科の機能分化、連携を進める上で、障害になっているケースがあると指摘されている。例えば、小児科や産婦人科を集約化して、病院を再編・統合した事例がある。そのようなケースを踏まえ、総合入院体制加算の要件は緩和する方向で検討することになった。

### 7対1入院基本料(急性期一般入院料1)の届出状況

○ 7対1入院基本料(平成30年度以降は急性期一般入院料1)の届出病床数は近年減少傾向。



出典:保険局医療課調べ ※平成30年度以前は7対1入院基本料、以降は急性期一般入院料1の届出病床数 ※令和元年の数値は速報値

### 重症度、医療・看護必要度(B項目、C項目)

B項目 患者自身のADLの状況、療養上の世話等の内容を測定

患者の状態	0点	1点	2点
9 寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
10 移乗	介助なし	一部介助	全介助
11 口腔清潔	介助なし	介助あり	—
12 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
13 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
14 診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
15 危険行動	ない	—	ある

C項目 手術、救命等の入院して管理が必要な侵襲性の高い治療について、実施日からの期間にあわせて測定

手術	0点	1点
16 開頭手術(7日間)	なし	あり
17 開胸手術(7日間)	なし	あり
18 開腹手術(4日間)	なし	あり
19 骨の手術(5日間)	なし	あり
20 胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
21 全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
救命等に係る内科的治療(2日間)	なし	あり
①経皮的血管内治療	なし	あり
②経皮的血管焼灼術等の治療	なし	あり
③侵襲的な消化器治療	なし	あり

# 理学療法士等による訪問リハビリテーションを適正化

中医協・総会

## 認知症ケア加算は緩和と強化

中医協総会(田辺国昭会長)は11月20日、訪問看護、認知症やせん妄対応、精神医療をテーマに議論した。訪問看護ステーションは、理学療法士等による訪問リハビリテーションの増加を踏まえ、適正化を図る方向だ。認知症ケア加算は、「1」の緩和と「2」の強化を検討する。精神医療では、最初は入院させ専門的な管理が必要なクロザピンや持続性抗精神病注射剤(LAI)の普及を促す対応を図る。

訪問看護ステーションの従事者数のうち、理学療法士等が2割を超え増加している。特に、営利法人と医療法人で理学療法士等が6割を超える訪看ステーションが散見される。そのような訪看ステーションでは、24時間体制の確保やターミナルケアの実施が少ない傾向がある。

このため、機能強化型訪問看護管理

療養費は、重症患者の受入れを要件とする評価であるので、看護職員の割合を要件に加えることを検討する。また、医療ニーズに高い患者のみ実施可能である週4日目以降の理学療法士等による訪問看護の評価の適正化を検討する。訪問看護計画書と報告書については、訪問する職種の記載を求める。このような適正化の論点に対し、全日病会長の猪口雄二委員をはじめ、複数の委員が賛意を示した。

医療従事者の働き方改革の観点では、他の診療報酬と同様に、一部の職員は短時間労働者などの組み合わせによる常勤換算を認める方向だ。同一建物居住者に対する訪問看護が増えていることに対しては、複数名訪問看護加算や難病等複数回訪問加算等において、医療機関による在宅医療と同様に、同一建物居住者の考え方を導入する。

認知症対応では、認知症ケア加算1で、認知症ケアチームの要件である専任の常勤医師の確保が困難との意見が多いことを踏まえ、医師の要件を緩和する。認知症ケア加算2は、認知症ケアチームの設置は難しいとしても、専門性の高い看護師の配置の要件を追加した評価を設ける。診療側の委員からは、評価を「3段階にすべき」との意見が出た。せん妄対応では、適切な予防の取組みを推進するため、介入のタイミングや内容に関して、標準的な取組みを行う体制を新たに評価する。

依存症については、ギャンブル依存症に効果的な集団療法のプログラムが開発されたことを踏まえ、診療報酬での評価が課題となった。しかし、支払側の委員が、「時期尚早」と難色を示した。明細書の無料発行については、電子レセプト未対応の医療機関はまだ義務化されていないなど、完全実施されていない。支払側は「無料発行開始か

ら10年の節目であり、完全実施すべき」と主張。診療側は「対応に苦慮する医療機関がある」と説明し、引き続きの配慮を求めた。

統合失調症患者への治療薬として効果の高いクロザピンは、日本で普及していないことから、2018年度診療報酬改定で特定入院料からクロザピンの薬剤料を包括範囲から除外した。しかし、現状でも普及は不十分とされる。対応としては、投薬開始時の急性期病棟での専門的な管理における入院期間(18週まで原則入院)が診療報酬の要件と齟齬を来す場合があるので、見直しを検討する。また、児童・思春期精神科入院医療管理料でもクロザピンの薬剤料を包括範囲から外す。

一方、再発統合失調症患者に推奨されるLAIも日本での処方率が低く、普及を促す対応を図る。LAIは経口ではなく、2~4週間に一度の注射で済む。治療脱落率や再入院率が低いとされ、持続性抗精神病注射剤治療指導管理料で、LAIの薬剤料を包括から除外することを検討する。



# 医師の働き方改革対応で各種加算の要件を見直し

中医協総会

常勤・専従要件や会議頻度も効率化・合理化

中医協総会(田辺国昭会長)は11月8日、次期診療報酬改定に向け、医療従事者の働き方をテーマに議論を行った。医師事務作業補助体制加算や総合入院体制加算の要件について、急性期の大病院だけでなく、中小病院でも算定しやすくなるよう見直す方向で、概ね合意を得た。そのほかの診療報酬でも、勤務医の負担軽減のため、様々な効率化・合理化の対策を講じる。

医師事務作業補助体制加算は15対1から100対1までの配置基準に応じて点数が設定されている。要件には、年間の緊急入院患者数や全身麻酔による手術件数などの施設基準がある。2018年度改定結果の検証調査では、このような要件を満たすのが難しいとの指摘があった。全日病会長の猪口雄二委員は、「急性期の大病院ではない中小病院でも、同じように事務的な作業が多い。緊急入院や手術要件の考え方を变えて、病院が柔軟に算定できるように見直すべき」と主張した。

また、病床規模の大きい病院ほど、「医師事務作業補助者の外来への配置」が医師の負担軽減に効果があるとの回答が多いことなどを踏まえ、医師作業事務補助者の外来への配置を評価することを検討する。

総合入院体制加算については、医師と看護師の業務分担の実施を評価する方向で合意した。総合入院体制加算では、医療従事者の負担を軽減するための計画作成が施設基準となっている。この計画に盛り込む項目の選択肢として、「看護職員との業務分担、特定行為研修修了者の配置、院内助産等の開設」などの項目を追加する考えだ。特に、院内助産の実施は、日本看護協会の調査によると、7割以上の施設が、産科医師の業務負担が軽減されたと認識しているという。

医師から看護師への業務分担が進め

ば、看護師の業務が増えるため、看護師と看護補助者との役割分担も改善が求められる。現行では、看護師と看護補助者の業務分担については、看護補助加算や夜間看護加算で評価している。しかし、猪口委員は、「看護補助者の採用が困難になっている。介護のような処遇改善加算もなく、給与面の改善が難しいことに配慮してほしい」と対応を求めた。

また、看護補助者の配置を評価する加算では、業務遂行のための基礎的な知識・技術の習得のため、年1回以上の院内研修を要件化している。これに対し、猪口委員は「採用時に1回を実施すればよいのではないか」と要望した。

病棟薬剤業務実施加算などで常勤の薬剤師2人の配置を要件としていることでは、要件緩和を求める意見が猪口委員をはじめ、複数の委員から出た。薬剤師をめぐっては、病院と薬局に給与格差があるため、病院での採用が難しいとの意見が相次ぎ、薬剤師の技術料に関して、医科と調剤の診療報酬のあり方の再考を求める意見が出た。

また、ハイケアユニット入院医療管理料は病棟薬剤業務実施加算の算定の対象外だったが、認める方向になった。

栄養サポートチーム加算は、栄養サポートチームの介入により、結核患者の入院期間の短縮や、統合失調症患者の空腹時総コレステロール値の異常値が改善するなどの効果が示されている。これを踏まえ、一般病棟等だけでなく、精神病棟や結核病棟でも算定できるようにすることで、概ね合意を得た。

人員配置の合理化では、2018年度改定と同様に、ライフ・ワーク・バランスへの対応の観点も含め、医師の常勤要件について、短時間勤務の組み合わせによる常勤換算を認める診療報酬を拡大する。対象となる診療報酬は多岐

にわたり、現在、厚生労働省が該当する診療報酬項目を整理している。

看護師の専従要件についても、業務を実施していない時間帯は、他の業務に従事できるよう要件を見直す方向だ。会議の効率化では、診療報酬の算定で開催が必要な会議の開催頻度などを見直す。「医療安全の係る会議」や「感染対策に係る会議」を対象に検討する。

オンライン診療料等の要件緩和  
診療側と支払側の意見は平行線

同日の総会では、ICTの利活用もテーマとした。オンライン診療をめぐって、診療報酬の要件緩和の是非を議論したが、診療側と支払側の意見は平行線をたどった。2018年度改定で新設したオンライン診療の診療報酬(オンライン診療料やオンライン医学管理料)は、対面診療を原則とし、対面診療とオンライン診療を組み合わせる形で、様々な要件を設けている。支払側委員は要件緩和を主張し、診療側は反対した。

オンライン診療料(70点)やオンライン医学管理料(100点)は、初診では算定できず、再診後も特定疾患療養管理料など特定の管理料を算定し、6カ月以上経過した患者が対象となる。対象患者でも3カ月に1度は、対面診療で行う必要がある。

オンライン診療などの算定回数は徐々に増加傾向にある。2018年度改定結果検証調査でオンライン診療を実施している施設は病院の24%、診療所の16%だった。算定できない患者の理由では、「緊急時に概ね30分以内に対面診療が可能であるとの要件を満たさない」が最も多い。

支払側委員は、オンライン診療の診療報酬の要件緩和が求められていると主張した。オンライン診療を受診した経験のある患者への質問で、8割以上



が、「対面診療と比べて、受診する時間帯を自分の都合に合わせられた」、「待ち時間が減った」、「オンライン診療の手間や費用負担に見合うメリットがあると感じた」と回答していたとの調査結果などを踏まえた。

これに対し日本医師会の委員は、「利便性に関する回答で肯定的な意見が出ているが、安全性・有効性の観点でのエビデンスは十分に確認されていない」(城守国斗委員)、「要件緩和の環境はまだ整っていない」(今村聡委員)と主張し、議論は平行線をたどった。

ただ、HTLV-関連脊髄症など一部の指定難病の遠隔医療について、要件緩和を認めることでは、概ね合意を得た。生活習慣病患者への要件緩和では、診療側・支払側で賛否があった。

オンライン診療の指針の改訂で、希少性や専門性が高く、近隣の医療機関では診断が困難な疾患について、遠隔地の医師が初診からオンライン診療を行う場合の保険診療の位置づけも論点になった。しかし、日本医師会の松本吉郎委員は、「営利目的の医療機関を助長する恐れがある」との懸念を示した。

管理栄養士が、情報通信機器を用いて糖尿病等の患者に対し、栄養食事指導を実施することも論点になったが、これについても、賛否両論があった。

診療報酬の要件となっているカンファレンスには、患者が同席するものと、医療従事者だけで行うものがある。これらのうち、医療機関間で医療従事者がリアルタイムの画像により、カンファレンスを行うことのできる要件を緩和することでは、概ね合意を得た。

# 複数医療機関による訪問診療料の要件見直し

中医協総会

在支病の24時間体制の医師要件は明確化

中医協総会は11月6日、在宅医療をテーマに議論を行った。在宅医療の診療報酬に関し、現場の状況を踏まえた改善や要件の適正化を実施する方向になった。11月13日は医療技術の評価などをテーマとしている。

在宅医療に関しては、2018年度改定で、複数の疾患を持つ在宅療養患者のため、対応できない診療科がある場合に、複数の医療機関が、1人の患者に対する在宅患者訪問診療料を算定できるようにした。2018年度以降の状況を見ると、複数診療科での算定は増えているが、一部の医療機関で医療機関同士の情報共有を行っていないことがわかった。このため、情報共有を在宅患者訪問診療料の要件化とすることが論点となった。日本医師会の松本吉郎委員は、「情報共有を行うことがインセンティブになるような評価が必要」と述べた。また、依頼された他の診療科の医療機関が患者を訪問診療できる6カ月以内の制限は緩和を検討する。

在宅療養支援病院の体制については、当直医師と往診のための医師が2人、24時間院内にいななければならないと解釈されている。しかし、往診のための医師は必ずしも院内に在る必要はなく、オンコールで対応して構わないことから、在支病の基準を明確化する。

医療資源が少ない地域での緩和措置では、在支病などの人員配置基準の緩和が論点となったが、診療側・支払側両者から、慎重な意見を表明する委員が多かった。現行では、許可病床数での緩和措置があるが、「人が確保できない」との意見が出ている。

在宅患者訪問褥瘡指導管理料については、現行では、初回カンファレンスを行って、その後、計画的な指導管理を医師、看護師、管理栄養士がそれぞれ月1回以上実施し、概ね3カ月後の評価カンファレンスが実施されるまで、算定することができない。

短期で褥瘡が治癒する場合を症例も増えていることから、現行で評価のない初回カンファレンスの段階での報酬を設けることを検討する方向で、概ね合意を得た。報酬全体の水準は管理料全体で調整される見込みだ。

医療技術の新たなエビデンス  
再評価のため研究班を設置へ

13日の総会では、費用対効果評価を含めて、高額な医療技術の新たなエビデンスを再評価するため、研究班を設置することで合意した。

新たな医療技術を保険適用する場合、基本的には既存の医療技術と有効性・安全性が同等であれば、同等の診療報

酬の評価を行う。一方、保険適用後に新たなエビデンスが確認された場合の再評価の仕組みは明確になっていない。

多くの先進国では、医療技術を再評価する評価機関がある。日本でも諸外国の事例を参考にしつつ、中立的な立場で専門的な評価が行える体制を検討する。医薬品や医療機器については、費用対効果評価の仕組みを整備し、今年度から本格的な運用が始まっている。しかし、手術など医療技術は、個別性が大きいため、一律に評価基準を設けることが難しく、別に検討することになっていた。

また、診療報酬では、医療技術の要件に関連学会のガイドラインに依拠することを求める項目がある。しかし、現状で最新のガイドラインを参照しているかなどの確認が行われていない。ガイドラインは改訂後、1年間は非公開との規定もある。厚生労働省は今回、安定冠動脈病変に対する経皮的冠動脈ステント留置術などにおいて、ガイドラインが適切に運用されていない事例があることを示し、診断における適正化の必要性を指摘した。ガイドラインについては、一般に参照可能とする対応を整える方向だ。

小児に対する在宅呼吸管理の診療報酬の評価を成人よりも高くするとの考



えで概ね一致した。在宅人工呼吸指導管理料(2,800点)は小児も成人も同等の評価となっている。しかし、小児の場合は、呼吸の苦しさを自ら訴えることができないため、24時間のモニタリングの必要があり、その機器の費用が管理料に包括されている。小児と成人で一律の評価は馴染まないとの意見に異論は出なかった。

在宅自己導尿については、コストが高いが尿路感染症のリスクを下げる「親水性コーティング付きディスポーザブルカテーテル」が適切に選択されることや、現行の評価体系が複雑であることなどを踏まえ、材料費用を含む指導管理料や材料加算を見直すとの論点が示された。

個別技術の評価では、現場の実態や最新の診療ガイドラインなどを踏まえ、適切な治療を選択する上で、現行の診療報酬と齟齬がある場合に見直しを図る。具体的には、◇下肢静脈溜◇重症急性膵炎に対する急性血液浄化療法◇網膜中心血管圧測定一〇の状況が示され、各個別技術に応じた対応を図る方向となっている。



# サブスペ領域は「今年度中には方向性決定」との見通し

## 日本専門医機構 基本領域の見直しには反対

日本専門医機構の寺本民生理事長は11月18日の会見で、サブスペシャルティ領域について、医道審議会ではワーキンググループが新設される状況だが、「今年度中には方向性が決定するのではないか」との見通しを示した。

医道審議会の医師分科会医師専門研修部会は11月8日にサブスペシャルティ領域を議論するワーキンググループの設置を決めた。これについて寺本理事長は、「医師専門研修部会の委員と私たちのやりとりが同じことの繰り返しになってきているので、(WGを設置して)違う視点から意見をいただくのはありだと思う」と評価した。

8日に日本専門医機構は23領域の評価表を医師専門研修部会に提示している。これに関して、「私たちが示した23領域の評価の基準について、(WGで)別の目から判断していただくのは、

完全に従うかは別にして、ありだと思う」と述べた。

WGで23領域すべてが機構認定のサブスペ領域と認められるとは限らないことについて記者に問われ、寺本理事長は「(機構が示した)評価表には、評価の高いものから低いものまである。(WGの評価が)ある程度一致したら、受け入れるのはやむを得ないと思うかもしれない」と述べ、23領域の見直しもありうることを示唆した。

今後のスケジュールについて、「サブスペの方向性は今年度中には決定するのではないかと、期待している」と述べた。2021年4月に、基本領域の3年の専門研修が終わった医師のサブスペ研修が始まる。それに間に合わせるために、今年度中にサブスペ認定の一定の方向が決まるとの見通しを示した。医師専門研修部会では、委員から基

本領域の見直しに言及する発言もあった。これについては、「基本領域を整理する時期は来ると思うが、今そのようなことをしたら大混乱が起きる。制度の安定が大切だ」として、基本領域の見直しには反対の見解をはっきり示した。

### 2020年専攻医の登録「順調」

2020年開始の専門研修の専攻医登録状況が明らかになった。11月15日までの一次募集では8,613名の専攻医が登録した。寺本理事長は「順調に動いている。二次募集もあるので、登録する専攻医は9,000人近くになるだろう。95%以上が専門医を目指して研修することになるのでは」と述べた。

一次募集の採否結果は12月16日に通知される。12月17日から1月10日に二次募集が実施される。今回の専攻医募集では、「地域枠」の医師はシーリングの枠外としての採用が可能になる。現



在、800名近くが「地域枠」と自己申請しているが、シーリングに関係する地域については、シーリング除外の要件に該当するか「重点的に確認する」とした。確認作業に時間がかかるため、当初の予定よりも合否判定期間は遅らせることになった。専攻医への採否結果通知の予定日は変更しない。

日本専門医機構が進めている「専門医養成数に関する検討協議会」については、「各領域学会と自治体からの意見をどう反映するか、12月中にはある程度決めていきたい」と述べた。

# 特定行為看護師で負担軽減

厚生労働省は11月20日の医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会(永井良三座長)に、2019年度厚労科学研究費補助金による「看護師の特定行為の研修修了者の活用に関する研究」(真田弘美研究代表者)の中間報告を示した。

特定機能病院(500床以上)の心臓血管外科に2名の特定行為修了者を配置した結果、2年後の医師の年間平均勤務時間が2,391時間から1,945時間まで

短縮したとの結果が示された。ただ、他の業務見直しも実施しており、特定行為研修修了者配置の効果のみとは判断できない。

二次救急拠点病院(148床)に特定行為研修修了者3名を配置した2年後の結果では、◇医師による平均指示回数が週692回から200回に減少◇19時以降の医師の平均指示回数が月77回から21回に減少◇病棟看護師の月平均残業時間が402時間から233時間に減少一との改善が示されている。

## 2019年秋の叙勲で会員5人が受章

2019年秋の叙勲で全日病の会員から下記5人の受章が決まり、それぞれに以下の勲章が授与された(敬称略・順不同)

旭日双光章	古郷米次郎	社会医療法人昴和会内山病院	理事長
	沼崎 彰	医療法人修彰会沼崎病院	理事長
	八尋 克三	医療法人社団誠友会南部病院	理事長
瑞宝双光章	生野 弘道	社会医療法人弘道会	理事長
	野中 家久	医療法人青心会郡山青藍病院	理事長

## 西澤名誉会長の旭日中綬章受章を祝う会開く

西澤寛俊名誉会長の旭日中綬章受章を祝う会が11月16日、東京・虎ノ門のホテルオークラ東京で開かれ、厚生労働省や医療関係団体の関係者約100名が出席し、西澤名誉会長の功績を讃えるとともに受章を祝った。

発起人代表として挨拶した猪口雄二会長は、西澤名誉会長の足跡を振り返り、全日病の診療報酬委員会や病院のあり方委員会における真剣な議論を通じて地域一般病棟の概念を提唱するなど多くの功績があったことを紹介し、「今日の全日病の基礎をつくった」と述べた。

来賓として挨拶した厚労省の吉田学医政局長は、「医療行政、社会保障行政の節目で、リーダーとして大きな方向づけをされた」と述べ、感謝の意を表した。



この後、四病協の会長が挨拶に立ち、日本病院会の相澤孝夫会長、日本医療法人協会の加納繁照会長、日本精神科病院協会の山崎學会長が受章を祝った。

記念品と花束の贈呈が行われ、続いて西澤名誉会長が受章者として挨拶。「多くの方々に支えられて仕事をしてきた。受章は個人の力ではなく、全日病に所属する病院や関係者が地域医療に貢献してきたことに対する評価である」と感謝の言葉を述べた。

## 2019年度 第8回常任理事会の抄録 11月16日

### 【主な協議事項】

●2020年度会議予定表(案)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、保険医療材料専門部会、総会、入院医療等の調査・評価分科会、診療報酬基本問題小委員会、調査実施小委員会、診療報酬改定結果検証部会」、「社会保険審議会医療部会」、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」、「医療介護総合確保

促進会議」、「医療安全管理体制と医療安全情報の利用状況に関する調査(令和元年度厚生労働科学研究)」及び「病院情報システムの利用状況に関する調査(全日本病院協会)」の報告があり、質疑が行われた。

#### ●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能【3rdG:Ver.2.0】～順不同

#### ◎一般病院1

東京都	久我山病院	更新
静岡県	西伊豆健育会病院	更新
兵庫県	隅病院	更新
香川県	善通寺前田病院	更新

福岡県	安本病院	更新
◎一般病院2		
神奈川県	横浜新都市脳神経外科病院	新規
大阪府	野崎徳洲会病院	新規
北海道	王子病院	更新
山形県	山形済生病院	更新
茨城県	水戸済生会総合病院	更新
千葉県	千葉西総合病院	更新
静岡県	藤枝市立総合病院	更新
京都府	洛和会丸太町病院	更新
大阪府	多根総合病院	更新
佐賀県	やよいがおか鹿毛病院	更新

◎リハビリテーション病院		
神奈川県	さがみりハビリテーション病院	更新
◎慢性期病院		
千葉県	新八千代病院	更新
◎精神科病院		
大分県	帆秋病院	更新
10月4日現在の認定病院は合計2,167病院。そのうち、本会会員は893病院と、全認定病院の41.2%を占めている。		
●討議事項として、会員資格や役員等の年齢制限をテーマに、意見交換を行った。		

## ■ 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
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)	2020年2月15日(土) 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】	8,800円(税込) (13,200円(税込))	日本医療機能評価機構との共催。「診療・看護合同領域」では、ケアプロセス調査の形式に則り、問題点や今後の課題等について意見交換する。「事務管理領域」では評価項目の解説や事前課題から見えてきた問題点への対応について意見交換する。
病院の多職種リーダー研修会 —専門職から組織人へ— (48名)	2020年2月20日(木)・21日(金) 【全日病会議室】	33,000円(税込) (44,000円(税込))	病院職員が自分の職域のみならず地域や病院全体からの課題を検討し、その解決策を模索することを目的に開催する。受講者には、事前準備として地域の医療現況や自施設の状況を把握してもらう。