



全日病 ニュース

2016.8.15

No.877

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

高額薬剤への対応でガイドラインを策定

中医協

医療保険上の取扱いを検討

中医協(田辺国昭会長)は7月27日の総会で、高額薬剤が医療保険財政に大きな影響を与えつつあることを踏まえ、その対応方針を了承した。高額薬剤の最適な使用方法を定めたガイドラインを作成するとともに、高額薬剤の医療保険制度上の取扱いを検討する。薬価改定後に効能・効果が追加され、大幅に売上げが増えたオプジーボの薬価見直しも議論する。これらについて年内に一定の結論を得るとともに、2018年度診療報酬改定に向け抜本的な改革の議論も始める。

高額薬剤への対応については、中医協の診療側と支払側が一致して、厚生労働省に見直しの方針を示すことを求めている。がん免疫療法の抗がん剤治療薬のオプジーボ(小野薬品工業)の効能・効果に肺がんが追加され、肺がん患者の多くが使い始めると、年間1兆7千億円の医療費がかかることを示す資料が財務省の財政制度等審議会のヒアリングで提出されるなど、高額薬剤が医療保険財政に与える影響に懸念が高まっている。

このような状況で、2018年度の診療報酬改定を待たずに、早急に対応する必要性が出てきた。

今回、厚労省が示した対応方針は、年内に結論を得るものとして、①作用機序が新しい医薬品の最適な使用を進めるためのガイドラインを策定し、その医療保険制度上の取扱いを検討②効能・効果の追加で売上げが大幅に増えたにもかかわらず、2016年度薬価改定に間に合わなかったオプジーボの特例的な対応の2つがある。

最適使用ガイドラインの策定は、保険局との連携のもと、医薬・生活衛生局が担当する。ガイドラインは厚労省の依頼により、関係学会とPMDA(医薬品医療機器総合機構)が科学的根拠に基づき策定する。内容には、「対象

医薬品の使用が最適だと考えられる患者の選択基準」と「対象医薬品を適切に使用できる医師・医療機関等の要件」を盛り込む。試行的に「抗PD-1抗体製剤オプジーボとその類薬」、「抗PCSK9抗体製剤レパーサとその類薬」を対象にした。

ガイドラインの拘束力をめぐって、診療側と支払側で意見の違いが出た。支払側はガイドラインに反する使用の場合、審査・支払機関が査定できる対応を求めた。一方、診療側の委員からは最適な使用を促す一方で、「医師の裁量権」が確保されるべきとした。特に、高脂血症治療薬のレパーサ(アステラス製薬)では、保険適用に関して、「家族性コレステロール血症」に限定する仕組みの是非が今後の検討課題となる。

厚労省はガイドラインの内容を留意事項通知に記載することで、一定の拘束力をもたせる考えを示した。

オプジーボの薬価を見直し

オプジーボの特例的な対応については、2018年度診療報酬改定を待たずに薬価を見直す「期中改定」の検討も含んでいるとの見解を厚労省が示した。オプジーボは昨年9月に、「根治切除不能な悪性黒色腫」を効能・効果に保



険適用された。ピーク時の販売金額は31億円、対象患者は470人。薬価は「100mg 10mL」1瓶で72万9,849円とされた。

しかし昨年12月、効能・効果に「切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」が追加された。これにより、オプジーボの年間販売額は1,260億円、対象患者は2万人弱になったとされる。診療側の委員からは、「悪性黒色腫の効能・効果で開発費用が回収できる金額で薬価が決められた。効能・効果が追加され、販売額が増えれば、薬価を下げることは可能」との指摘があった。

一方、薬価を2018年度を待たずに下げる「期中改定」については、慎重な意見が出た。薬価改定と医科本体の診療報酬改定が切り離されれば、薬価改定財源を本体に充当する考えは成り立たなくなるためだ。

過去数回の改定で薬価と本体の改定財源の関係が不明確になっていることも懸念を生んでいる。鈴木康裕保険局長はこれに関し、「医療機関の収入の一定割合が薬剤費であることを考えれば、薬価引下げは医療機関の経営に影響

を与えると認識している」と述べた。

2018年度診療報酬改定に向けては、さらに薬価のあり方を抜本的に見直す議論を薬価専門部会で行うとしている。一方、改定時には2016年度改定で導入した「年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施」や費用対効果評価の仕組みの試行的な実施がある。これらの仕組みにより、オプジーボをはじめ要件を満たす高額薬剤の薬価は下がる。これらを含めて、製薬企業の開発意欲を失わせないことにも留意しつつ、国民皆保険を維持するために、高額薬剤への対応を図ることになる。

なお、同日の総会では、費用対効果評価の対象品目として、医療機器のBrio Dualニューロステイミュレータ(セント・ジュード・メディカル)の追加が承認された。パーキンソン病などの振戦等を効能とする埋め込み型神経刺激装置であるアクティバRC(日本メドトロニック)の類似品で、保険償還価格は207万円となっている。精査の結果、当該製品が類似品であることが判明したという。

基準病床数と地域医療構想の関係を議論

厚労省・地域医療構想WG

厚労省が9項目の論点示す

厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」は7月29日に初会合を開き、2018年度から始まる第7次医療計画における基準病床数と地域医療構想の必要病床数(病床の必要量)の関係について議論を開始した。この日は、厚労省が示した9項目の論点について議論。基準病床数と必要病床数を近づけていくべきとする意見があった一方で、両者は全く違うものであり、拙速に整合性を求めるべきではないとする意見もあった。

同WGは、基準病床数制度と地域医療構想の必要病床数(病床の必要量)の関係を整理するために、「医療計画の見直し等に関する検討会」のもとに設置された。初会合を含めて、3回程度の会合で意見をまとめ、9月をめどに検討会に報告する予定だ。座長には尾形裕也・東京大学政策ビジョン研究センター特任教授が選出された。

基準病床数は、都道府県の医療計画において、現時点で必要とされる病床数として二次医療圏ごとに定められて

いる。一般病床、療養病床、精神病床、感染病床、結核病床に分けて全国統一の算定式により算定される。都道府県知事は、既存病床数が基準病床数を超える場合には、公的医療機関等の開設・増床を許可しないことができる。

これに対し地域医療構想における必要病床数は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に必要となる病床数を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能ごとに推計したものである。これらの関係性を整理することが同WGの役割だ。

なお、地域医療構想では、医療機関の自主的な取り組みを前提として地域の関係者の協議により構想の実現を図ることとしているが、協議が不調に終わった場合など、都道府県知事の権限も定めており、その具体的な要件も同WGの検討課題となっている。

基準病床数と必要病床数(病床の必要量)の関係について厚労省が示した論点は、表1のとおり。

このうち、論点①「用いる人口の時点」は、基準病床数算定に当たってど

の時点の人口を用いるかというもの。従来の考え方によれば、7次医療計画は2016年の住民基本台帳もしくは2015年の国勢調査を用いることになる。7次医療計画の終了年は2023年であり、地域医療構想が想定している2025年との差は2年となる。

用いる人口の時点をそろえるかが論点となるが、WGでは、保険者を代表する構成員から、「基準病床数と地域医療構想は可能な限り近づけてほしい」との発言があった。これに対し、全日病副会長の織田正道構成員は、「基準病床数制度と地域医療構想は性格が異なる。あまり急ぎすぎると地域医療が混乱するおそれがある」と発言し、拙速に整合性を求めるべきではないとの考えを示した。

また、地域医療構想では、都市部の医療需要が高まることを見込んでおり、例えば、大阪府では地域医療構想による必要病床数推計が約10万床であるのに対し、既存病床数が約9万床で、1万床の不足が見込まれる。しかし、基準病床数が7万床であるため増



表1 基準病床数と地域医療構想の必要病床数(病床の必要量)の関係に関する論点

(一般・療養共通)
①用いる人口の時点
②退院率、平均在院日数及び入院受療率
③算定する圏域
④患者の流出入
(一般)
⑤病床の利用率
⑥医療資源投入量の少ない患者(療養)
⑦入院受療率
⑧介護施設対応可能数等
⑨病床の利用率

床できない状況にある。

厚労省は、地域により既存病床数、基準病床数、地域医療構想の必要病床数の状況は異なると説明。次回の会合で、地域医療構想が策定された地域について病床数の違いを整理した資料を示すとした。

概算要求基準を閣議了解 28.1兆円の経済対策を決定

来年度予算 社会保障費自然増は6,400億円 合理化・効率化で5,000億円まで圧縮か

政府は8月2日、2017年度予算の概算要求基準を閣議了解するとともに、28.1兆円に及ぶ経済対策を決定した。

概算要求基準は、高齢化で医療や年金などの経費が増える分を6,400億円の範囲内で認めることとした。ただし、概算要求段階の数字であり、今後の予算編成過程で圧縮する議論が行われると予想される。経済対策は、「未来への投資を実現する経済対策」と銘打ち、一億総活躍社会の実現を加速させるため、介護人材・保育士の処遇改善などの事業を盛り込んだ。

概算要求基準は、8月末に各省庁が財務省に来年度予算を要求・要望する際の基準を決めるもの。今回の概算要求基準では、基本方針で「経済・財政

再生計画の枠組みの下、手を緩めることなく本格的な歳出改革に取り組む」とするとともに、「無駄の徹底的な排除」「予算の大胆な重点化」と明記した。

医療・介護や年金など社会保障費については、「高齢化等に伴う増加額として、6,400億円を加算した額の範囲内」で要求するとしている。ただし、6,400億円の増加額について、「過去4年間の増加額が高齢化による増加額に相当する伸びになっていること、経済・物価動向等を踏まえ、その基調を継続していくことを目安」にするとしている。

これは昨年夏の概算要求基準とほぼ同じ内容。経済・財政再生計画では、2016～2018年度の3年間の社会保障

費の伸びを1.5兆円程度としているので、「高齢化による増加額に相当する伸び」は1年間で5,000億円程度となる。

2016年度予算では、概算要求で6,700億円を要望し、予算案で約5,000億円まで圧縮した。今回は6,400億円なので、年末までに1,400億円を圧縮することになりそうだ。

歳出抑制の手段は、「経済・財政再生計画」の改革工程表に記載がある。工程表に沿って、合理化・効率化に取り組み、2017年度予算に反映させる考えだ。

医療では高額療養費制度、介護では高額介護サービス費や軽度者に対する福祉用具貸与・住宅改修に係る給付の適正化などがある。

月額約1万円の介護職員の処遇改善

経済対策は、財政投融资を含めて28.1兆円の規模となった。一億総活躍社会の着実な実現につなげるため、3.5兆円を充てる。2020年代初頭までに介護の受け皿を50万人以上に拡大するための予算を2016年度補正予算と2017年度予算に計上する。

介護人材の処遇改善では、月額平均1万円相当の改善を2017年度から実施する。そのための予算を2017年度当初予算に計上し、2018年度の介護報酬改定を待たずに「期中改定」を行うとともに、保険料の上昇を回避するため、「財政安定化基金への特例的積み増し」を検討する。

在宅医療と介護の整合性を図るための指標を議論

厚労省・在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

厚生労働省の「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」は8月3日に初会合を開き、第7次医療計画に盛り込むべき在宅医療の指標について議論した。医療機関が実際に提供しているサービスの実績を指標に加えることで意見が一致した。また、医療・介護連携の取り組みを医療計画に位置づけることを厚労省が提案した。

同WGは、「医療計画のあり方等に関する検討会」のもとに設けられ、初会合を含め3回程度の会合で意見をまとめ、9月をめどに検討会に報告する。座長には、田中滋・慶應義塾大学名誉教授が選出された。

地域医療構想では、慢性期機能の医療需要と在宅医療等の患者数を一体的

に推計し、①療養病床の入院患者のうち医療区分1の患者の70%は在宅医療等で対応、②療養病床の入院受療率の地域差を解消することで医療需要を推計、③一般病床のC3基準(175点)未満の患者は慢性期・在宅医療等の患者数として推計している。その結果、在宅医療等で追加的に対応する患者数は30万人とされ、そのニーズに対応する医療・介護の提供体制整備が課題となっている。

増大する慢性期のニーズに対して、在宅医療を含む医療・介護のネットワーク全体で対応することが必要となる。また、介護保険事業計画で設定される介護保険施設等の定員に応じて、在宅医療サービスの需要は変化すると考え

られる。このため医療計画において、介護保険事業計画における介護サービスの整備目標と整合的な形で在宅医療の目標を設定することが求められる。

一方、現在の医療計画で設定されている在宅医療の目標は、いわゆるストラクチャーに関するものが中心であり、その多くは「根拠が希薄」(厚労省)だ。例えば、ほとんどの都道府県で在宅療養支援診療所・病院の施設数増加を目標としているが、在支診であっても、十分な在宅医療を提供しない施設もある。このため実際に提供しているサービスの実績を目標に加えることを厚労省が提案し、概ね賛同を得た。

医療・介護連携については、2015年度からの介護保険の地域支援事業の中



で、市町村が行う事業として「在宅・医療・介護連携推進事業」が位置づけられた。一方、医療に関する取り組みは都道府県が主に担ってきた経緯があり、市町村の多くは、医療関係者と連携した経験が少ないとされる。

このため厚労省は、「在宅医療・介護連携推進事業」を計画に位置づけ、都道府県による市町村への支援を充実させることを提案した。

新専門医制度の1年延期を社員総会で了承

日本専門医機構 9月初旬には対応方針を四病協に報告

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は7月25日の社員総会で、前号既報のとおり、新専門医制度の開始を1年延期し、「2018年度から一斉にスタートする」方針を了承するとともに、当面のスケジュールを決めた。7月中に各学会から地域医療への配慮した対応を聴取。8月中にその内容を精査し、9月初旬には結果を四病院団体協議会や日本医師会、社会保障審議会・医療部会などに報告する。

日本専門医機構は7月20日の理事会で、新専門医制度の1年延期の方針を決めた。社員総会でその方針を伝え、社員から反対はなかった。2017年度は、各学会に従来のプログラムの実施を求めるが、新制度のもとで準備しているプログラムについても地域医療への配慮が確認された場合は「暫定プログラム」として認める。社員総会では、今後の方針が決まったことを受け、当面のスケジュールを固めた。

まず7月中に18基本診療領域の学会から、2017年度の対応を報告してもらう。従来の研修を継続するのか、あるいは新たな研修を「暫定プログラム」として実施するのかを聞いた上で、従来・暫定プログラムを問わずに、地域医療に配慮した取り組みを聴取する。8～9月にかけて、各学会からの報告内容を精査し、問題が残ると判断した場合は学会と協議する。

地域医療への配慮としては、「様々なオプションがある」(吉村理事長)としているが、医師偏在の拡大が懸念される中で、最も問題視されているのは、これまでの研修の実績と募集定員との倍率であり、例えば1.2倍程度に収めることを求める。現状ではどのプログラムも倍率が2倍を超えていて、大都市に「専攻医」が集中するおそれがある。

また、基幹施設と連携施設との関係、連携施設や指導医の要件の緩和なども重要な対応となる。

対応策が決まれば、各学会が都道府県の医療対策協議会に報告する。あわせて専門医機構が厚生労働省や社会保障審議会・医療部会に説明する。6月7日に地域医療への懸念を表明し、機構に文書を送付した四病院団体協議会と日本医師会に対しても報告するとしている。これらを9月上旬までに行う。

吉村理事長は予定どおり進めば、「専攻医」の募集が9～10月に始められるとの見通しを示した。

今回の見直しで、来年度は機構が正式に認定する形での研修は行わず、18基本診療領域の学会が責任をもって実施することになった。一方、総合診療専門医には既存の研修がない。総合診療専門医も2018年度にスタートすることになっているが、2017年度の暫定的な措置については、「理事会で今後協議する」とした。

サブスペシャリティの議論を早急に

社員総会では、専門医の資格の更新やサブスペシャリティ、「専攻医」の身分保障の問題など様々な質問や意見が出た。

機構が認定する専門医は将来、医療法で規定する「広告できる専門医」とするよう厚労省に働きかける予定。しかし機構が認定する研修はあくまで2018年度からであり、それまでの更新の位置づけが不明確になる。このため更新については機構認定の専門医になれるよう週と措置を検討する。

基本診療領域の専門医取得後に進むことが想定されているサブスペシャリティについては、現状で「ほとんど決まっていない状況」(松原謙二副理事長)。社員総会では、それを懸念する意見が多かったという。特に、がん関連の学会から、早急に議論を始めることを求める強い意見が出た。また、複数の基本診療領域の専門になる、いわゆるダブルライセンスを「認めるべき」との意見があった。

「専攻医」の身分保障に関しては、雇用関係を明確にすることが必要との認識を共有した。給与について松原副理事長は「雇っている病院が支払うのが当然だと思う」と述べた。

新たな別の「検討の場」を設置

新専門医制度を1年延期する今回の方針は、機構に新たに設けた「検討の



場」の7月20日の協議の結果を受けて、決まった。「検討の場」に参加した地域医療機能推進機構の尾身茂理事長は、今後の人口構造や疾病構造の変化を踏まえ、あるべき専門医と専門医制度のあり方を検討する場の設置を提案。これを受け、新たに別の「検討の場」を設けることになった。

その「検討の場」では、2018年度の開始に向けた喫緊の課題ではなく、中長期的な時間軸で、「大局的な大方針」を描くとしている。具体的な議論は、9月以降に始める。

今回の機構の見直しにより、機構と学会の役割分担が変わり、医学教育に関わるものは学会が多くを担う方向となった。一方、機構の役割は専門医の認定や学会のサポートに縮小することになるが、あわせて、どのような専門医が地域にどれだけ必要かなど大局的な視点を示す役割も期待されている。そのような課題が、新たな「検討の場」で議論されることになりそうだ。

第58回全日病学会を10月8日・9日に熊本市で開催

第58回全日本病院学会 in 熊本 熊本学会の成功は復興の第一歩。全国から多数病院の参加を期待

「第58回全日本病院学会 in 熊本」(学会長・山田一隆社会医療法人社団高野会理事長)は「地域医療大改革～豊かな未来への取り組みをくまもとから～」をテーマに、熊本県支部(山田一隆支部長)の担当で、10月8日・9日の2日間、熊本市で開催される。

一般演題の登録数は2014年度の福岡学会を上回る579題に達した。学会実行委員会(委員長・田中英一医療法人田中会理事長)は8月24日まで事前参加の登録を受け付けており、全国から多数の参加を期待している。

地域医療連携推進法人、今後の診療報酬、医療事故調査制度等多彩な企画

熊本学会は一時熊本地震によって開催が危ぶまれたが、余震の恐れがなくなる中、運営に当たる熊本県支部は、宿泊施設や会場に支障がないことを確認した上で予定どおり開催することを決定。これを踏まえ、全日病は第1回理事会(5月21日)で、熊本学会の開催方針を支持し、全面的に支援する方針を確認した。

熊本地震を受けて、学会実行委員会は、災害時の医療提供のあり方をテーマとするプログラムの追加を決めた。

具体的には、1日目の特別講演Ⅰ・Ⅱに続きメイン会場で熊本県による特別講演を予定。さらに、同じ会場で、熊本地震における医療提供体制の報告・検証および災害時の病院運営を確保するBCPに関する講演が予定されている。

プログラムの概要はすでに固まっている。

学会実行委員会が計画する学会企画では、まず、都道府県による策定が今夏にほぼ終わる地域医療構想の内容を把握するとともに、地域医療と各医療機関に与える影響の分析を試みる「地域医療構想の現状と今後の対応」が注目される。

演者には、全国2次医療圏の人口構成と医療介護提供体制の将来予測をデータベース化した国際医療福祉大学の高橋泰教授と、各都道府県に医療計画と地域医療構想策定に要するデータブックの提供等に務めた産業医科大学の松田晋哉教授を予定。

一方、医療提供側からは当協会の役員等が出演を予定しており、地域医療構想に課せられた課題と問題点について考察を加える。

次に、日本看護協会が取り組む看護の質データベース事業DiNQL(Database for improvement of Nursing Quality and Labor)を取り上げる「DiNQLで病院を変える！看護を

変える！～看護の質評価事業～」が関心を集めそうだ。

インターネットを通じて労働と看護の質評価指標に関するデータを収集し、ベンチマーク評価を行うDiNQLは、2015年4月に本格運用が始まったばかりだが、急性期の病院を中心に大きな広がりをみせている。日看協の川本利恵子常任理事に基調講演をお願いするほか、事業に参加している病院の看護責任者に事例報告をしてもらう予定だ。

そのほか、学会企画では、熊本市出身の姜尚中東京大学名誉教授による講演「医療と健康と震災」が組まれている。

委員会企画は、今回も主要委員会が積極的なテーマで準備を進めている。その中で、救急・防災委員会は、今回出動したAMATの医療支援活動について検証を試みる。

一方、医療の質向上委員会は、昨年10月に施行された医療事故調査制度について、制度の仕組みをあらためて確認するとともに、1年間の経験を踏まえた制度運用の留意点と制度改善に向けた課題を議論する予定だ。

医療経営・税制委員会は来年4月に施行される地域医療連携推進法人をテーマとしたセッション「地域医療連携推進法人の設立に向けて」を企画している。厚生労働省は2016年度に入って全国で説明会を開催しており、医療機関の関心も高まりつつあるが、具体的な仕組みについてわからない点も少なくない。医政局医療経営支援課に詳細な解説をお願いしているが、この解説を踏まえ、全日病の神野正博副会長ほかの演者がその意義と問題点を明らかにするものと期待されている。

さらに、病院のあり方委員会は、このほど刊行した「病院のあり方に関する報告書2015-2016年版」について、原稿を執筆した委員自らがその内容を深化させる報告と議論を行う予定だ。

このほか、医療保険診療報酬委員会は「平成28年度診療報酬改定とこれからの診療報酬等について」と題したセッションを予定している。

熊本学会の主会場となる熊本市市民会館は日本が誇る名城熊本城に面している。地震による被害で熊本城は多くの部分が立入禁止となっているが、会場の近くから天守閣や櫓(やぐら)などを見ることはできる。

また、熊本学会の開催日には、会場近くで、ろうそくの灯りで街を幻想的に彩る市民祭「熊本暮らし人祭り“みずあかり”」も行われる。全国会員病院の積極的な参加が待たれるところだ。

◎予定されている委員会企画

委員会名	テーマ
救急・防災委員会	熊本地震における全日病のAMATの対応を検証する(仮)
医療保険診療報酬委員会	平成28年度診療報酬改定とこれからの診療報酬等について
病院機能評価委員会	機能評価受審に向けて克服したケースについて(仮)
人間ドック委員会	職場におけるメンタルヘルス対策とストレスチェック(仮)
医療従事者委員会	病院事務長研修及び看護部門長研修の成果一病院事務長研修の優秀演題発表一
医療の質向上委員会	医療事故調査制度の概要と対応の問題
看護師特定行為研修検討プロジェクト	これからどうなる看護師特定行為研修
医療経営・税制委員会	地域医療連携推進法人の設立に向けて
広報委員会	病院の広報戦略一先進的な広報活動を知る一
病院のあり方委員会	病院のあり方に関する報告書2015-2016
高齢者医療介護委員会	病院・施設における身体拘束の現状と予防策
プライマリ・ケア検討委員会	社会の変化に病院はどう対応すべきか一プライマリ・ケアの視点から

◎「第58回全日本病院学会 in 熊本」の開催概要

学会テーマ	「地域医療大改革～豊かな未来への取り組みをくまもとから～」		
開催日程	2016年10月8日(土)・9日(日)		
開催場所	熊本市市民会館(シアーズホーム夢ホール)、熊本市国際交流会館、熊本ホテルキャッスル、一番館		
主催	公益社団法人全日本病院協会		
学会長	山田一隆(社会医療法人社団高野会理事長・高野病院院長、全日本病院協会熊本県支部長)		
実行委員長	田中英一(医療法人田中会理事長)		
事務局	全日本病院協会熊本県支部(社会医療法人社団高野会高野病院内)		
運営事務局	学会サポートセンター熊本(株式会社コンベンションサポート九州) 〒860-0811 熊本市中央区本庄1-1-1 熊本大学医学部附属病院内 Tel.096-373-9188 Fax.096-363-0867 E-mail: ajha58kumamoto@higo.co.jp		

◎参加費

協会会員	事前登録	理事長・院長 / 32,400円	左記以外の方 / 10,800円
	当日登録	理事長・院長 / 37,800円	左記以外の方 / 12,960円
一般・学生	事前登録	一般 / 12,960円	学生 / (当日登録のみ)
	当日登録	一般 / 16,200円	学生 / 1,080円

◎主な学会企画

- 特別講演Ⅰ 横倉義武日本医師会会長
- 特別講演Ⅱ 神田裕二厚生労働省医政局長(予定)
- 特別講演Ⅲ 石井孝宣 石井公認会計士事務所所長
- 特別講演Ⅳ 川原文貴 川原経営総合センター社長
- 学会企画1 「地域医療構想の現状と今後の対応」
- 学会企画2 「DiNQLで病院を変える！看護を変える！～看護の質評価事業～」
- 特別企画 「うつくしいひと」上映会
- 特別企画 講演「医療と健康と震災」 姜 尚中東京大学名誉教授

[熊本地震関連企画]

- 特別講演「熊本地震一医療提供のあり方について」 熊本県「災害時における医療提供のあり方」(熊本地震と医療体制一県内・県外の動き)
- 「BCPについて」

消費税引上げの必要性を主張する方針で一致

四病協 CT・MRIの保有制限には反対

四病院団体協議会は7月20日の総合部会で、社会保障を充実させるために消費税の引上げが必要であることを積極的に主張していく方針で一致した。また、厚生労働省がCTやMRIなど医療機器を病院が保有することに制限を加える検討を始めるのであれば、反対していく姿勢も明確にした。

消費税10%への引上げが再延期されたことで、社会保障に充てる財源確保の見通しが不透明になっている。政府の財政健全化方針を踏まえると、2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定の改定率も厳しいものになるとの予想もある。総合部会では、社会保障の充実のためには、財源確保が不可欠であり、消費税の引上げが必要であることを政府・与党に強く訴えるべきとの

発言が相次いだ。

ただ安倍首相が経済状況を勘案して再延期を決断し、国民の過半数も再延期に賛意を示していることから、主張の具体的内容については、消費税のあり方の整理を含め、医業経営・税制委員会で詰める。また、2019年10月までの2年半の延期となっているが、それを待たずに引き上げることが必要との意見もあったという。

7月15日に開かれた厚労省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で、CTやMRIなど医療機器の配置と安全管理が議題になったことについて議論になった。厚労省は現段階で方針を明示していないものの、今後、医療機器の保有を制限することを提案した場合には、病院団体として反対するとして

厚労省は「医療計画の見直し等に関する検討会」の資料で、日本のCT・MRIの台数がOECD(経済協力開発機構)諸国の平均より、それぞれ4.1倍、3.3倍であることを示している。都道府県別では、それぞれ最大3.2倍、3.0倍の開きがある。

CT・MRIとも徳島、高知、鹿児島などで保有台数が多く、埼玉、千葉、東京、神奈川、滋賀などで少ない。また、病床規模の大きい施設ほど安全管理の責任者の設置率、保守点検計画の策定率が高いとした。その上で、厚労省は医療機器の配置状況や稼働状況、安全管理の取り組み状況を考慮した検討を進めることを論点としている。

全日病の西澤寛俊会長は終了後の会見で、「すでに多くの医療機関が保有している。検討会でも意見が出たよう

に『今さら』という感じだ。保有を制限しても効率化につながるとは考えにくいし、診断の水準が下がるおそれがある。そもそも診療報酬点数は低く、諸外国と比べても全体では日本は高くない」と述べた。

同検討会で医療計画における医師確保策が議題となったことについては、改めて「医師の絶対数が不足している」との認識を示した。また、厚労省が都道府県の地域医療支援センターを積極的に活用して、医師確保の役割を担わせようとしていることに対しては、現状では十分に機能していないことを不安視する意見があった。

新専門医制度の見直しを議論している日本専門医機構に対しては、四病協の各団体がそれぞれ社員になることを報告した。

重症度指数と救急医療指数の相関を調査

日病協 DPC制度の救急医療への影響を把握

日本病院団体協議会は7月22日の代表者会議で、DPC制度の「重症度指数」と「救急医療指数」の相関を調査し、2016年度診療報酬改定が救急医療を担う医療機関にどのような影響を与えたかを把握することを決めた。また、厚生労働省が基準病床数制度の見直しを検討していることに対しては、医療機能別の病床数に基準病床数を設けるのは「時期尚早」との意見で一致した。

DPC制度においては2016年度改定で、病院収入を保障するために設けた調整係数の段階的廃止に伴い、機能評価係数Ⅱに「重症度指数」を新設した。「診断群分類点数表で表現しきれない、患者の重症度のかい離率を評価」するもので、診断群分類点数表に基づく包括点数より包括範囲の出来高点数の方が高い場合は、その差が補てんされる形になる。

ただし救急入院2日目までの包括範

囲出来高点数は除外された。従来からある「救急医療指数」で、入院後2日間までの包括点数と包括範囲出来高実績点数との差額をすでに評価しているため、「二重評価を避けるため」と厚労省は説明している。しかし日病協の会員からは、「救急医療を2016年度改定で評価したはずなのに、整合性がとれていない」、「全体として病院の収入が下がった」といった不満が出ている。

日病協はこれらの状況を受け、まずは実態を把握するため、「重症度指数」と「救急医療指数」の相関を調査することとした。実際の調査は、四病院団体協議会で行う。また、調整係数をすべて廃止する予定の2018年度改定で、機能評価係数Ⅱでの適切な評価が難しくければ、基礎係数にすべて配分すべきとの意見が出ていることもわかった。

これらを考慮した日病協の主張を、全日病の美原盤副会長が委員の厚労省

の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会に伝えていく考えだ。

病床機能ごとの基準病床「時期尚早」

厚労省の「医療計画の見直し等に関する検討会」で、基準病床数制度が議題にあがったことに対しては、地域医療構想の医療機能別の病床数との関係が議論になった。医療機能別の病床数については、病床機能報告制度において、医療機関の判断で医療機能を報告している段階。高度急性期、急性期、回復期、慢性期のそれぞれで基準病床数を設定することは「時期尚早」との意見で一致した。

代表者会議終了後の会見で神野正博議長は、「(基準病床数制度と病床の必要量の両者が)しばらくはダブルスタンダードで進まざるを得ない状況だ」と述べた。

同検討会で、CT・MRIなど医療機



器の適正配置が議題になったことに対しては、四病院団体協議会と同じく、厚労省が保有を制限する考えを示した場合には、反対する方針を確認した。

新専門医制度に関しては、日本専門医機構の理事に就任した神野議長が状況を報告。神野議長は、「すべての医師が専門医になる必要はない」との認識を共有したことを明らかにした。日病協として新専門医制度は基本的には議論の俎上に載せないとしつつ、「お互いが情報を出し合い、病院団体と学会がWin-Winの関係をつくりたいというのが共通意見だった」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
ADL 維持向上等体制加算研修 (150名)	2016年9月18日(日) 9月19日(月・祝日) 【全日病会議室】	32,400円(43,200円)(税込) ※受講料、テキスト代を含みます。	ADL 維持向上等体制加算の施設基準に合致した、医師を対象としたリハビリテーションの研修です。終了後に、「修了証」を発行します。
機能評価受審支援セミナー(熊本会場) (診療・看護合同領域 80名・事務管理領域 50名)	2016年10月7日(金) 【TKP ガーデンシティ熊本】	5,400円(7,560円)(税込)	診療・看護領域は「一般病院1」を対象としたケアプロセスの実践を診療・看護のチームで学び、事務管理領域は機能評価受審に向けた事務部門の役割について学びます。

医療事務技能審査試験(医科・歯科)

<称号> **メディカル クラーク®**

医療事務技能審査試験は、医療事務職の知識と技能を審査・証明する試験として、約40年にわたり、医療事務関連試験のスタンダードとして実施しています。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 7,500円
- 試験日 年12回(毎月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇
- <学 科> 医療事務知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医事業務管理技能認定試験

<称号> **医事業務管理士®**

出来高請求および包括評価請求での診療報酬請求事務業務をはじめとした、病院医事業務従事者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 問いません
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 8,000円
- 試験日 年3回(7月・11月・3月)

- 試験科目
- <実技Ⅰ> 患者接遇・院内コミュニケーション
- <学 科> 医事業務管理知識
- <実技Ⅱ> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

<称号> **ドクターズクラーク®**

【主催】公益社団法人 全日本病院協会・一般財団法人 日本医療教育財団
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得科目に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等があります
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等
- 受験料 9,000円

- 試験日 年6回(奇数月)
- 試験科目
- <学 科> 医師事務作業補助基礎知識
- <実 技> 医療文書作成

●試験の詳細な資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

一般財団法人 日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町 2-2-10-1923
TEL 03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>