



全日病 ニュース 2017. 2. 15

No.888

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

次期改定に向け入院医療の議論に着手

中医協総会

診療報酬と地域医療構想の関係で診療側・支払側の意見分かれる

2018年度の診療報酬改定に向けて検討作業に入っている中医協(田辺国昭会長)は1月25日に総会を開き、入院医療の総論的な議論を行った。厚生労働省が入院受療率や平均在院日数、許可病床数の減少など、最近のデータを示すとともに、限られた資源で、医療ニーズの変化に対応できる、質の高い効率的な医療提供体制の評価に向けた検討を求めた。また、診療報酬と地域医療構想の関連をめぐって、診療側と支払側で意見の違いが表面化した。

次期改定に向けた初めての入院医療の議論に際し、厚労省が現状を示す様々な資料を提出した。それによると、入院医療をめぐる状況は厳しい。外来患者の微増に対し、入院患者数は減少傾向にあるほか、入院受療率の低下は65歳以上で顕著である。病院数はゆるやかに減少し、一般病床もやや減少傾向を示している。なお、病床の半数以上(約55%)を医療法人が占める。

病床利用率は低下から横ばいの状況にあり、平均在院日数は減少している。一般病床の平均在院日数は16.5日(2015年)。一方、1日当たり入院医療費は伸びている。1人当たりは0~4歳、75~84歳の伸び幅が大きい。医療経済実態調査で一般病院の損益率をみると、2013年度の1.3%から2014年度は▲2.8%に悪化した。医療法人は2.2%から2.0%で、ほぼ横ばい。

7対1入院基本料は届出病床数、1月当たり算定回数ともに減少している。7対1以外を含め、一般病棟入院基本料の稼働率は、概ね低下傾向にある。

これらの実態とあわせ、厚労省は、◇高齢化の進展で認知症などのニーズが増加◇人口減少で支え手が減少◇開

設者別に医療機関の運営実態に違いがある◇前回改定で、医療機能に応じた適切な評価の推進と手厚い医療の評価の充実を図ったことを留意点としてあげた。

診療報酬の関連付けは時期尚早

また、地域医療構想に関する資料が多く提出された。これに対して、診療側の委員から、「診療報酬で、地域医療構想の実現を誘導するのか」と質問があった。診療側委員は、内閣官房の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」が作成した2025年の推計値を資料に盛り込んだことにも反発。「地域により異なる医療機能別の病床の必要量を全国ベースで積み上げて意味はない。医療機能の分化・連携は、医療機関の自主的な取り組みにより、取れんしていくものだ」と述べた。

専門調査会の推計は、医療機能の分化・連携により、2025年までに、病床数を全国で34万床程度削減しても医療ニーズを満たせると推計している。

厚労省の迫井正深医療課長は、「地域医療構想に診療報酬が、どう寄り添うかは、今後議論になる」と回答した。

一方、支払側の委員からは、「地域ベースでみても、将来的に多くの地域で、急性期が過剰になり、回復期が不足する。その是正を診療報酬がやるとまでは言わないが、その環境を作る必要はある」、「地域医療構想が想定する病床の必要量に近づけるために、診療報酬改定を考えるのは自然」などの意見が出た。

全日病副会長の猪口雄二委員は、「病床機能報告制度で、医療機関に自主的

に医療機能を判断してもらっている段階。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の地域医療構想の4機能を、診療報酬と関連付けるのは時期尚早であり、今後もそうならない」と述べ、診療報酬による直接的な誘導に反対した。

また、厚労省が示した論点に、「地域において求められる医療機能や、患者の状態に応じた入院医療の提供体制の推進」との文言があったため、支払側から、「地域独自の診療報酬を設定するのか」との質問が出た。迫井課長は、「地域の取組みの推進に資する診療報酬の意味で、必ずしも地域独自の診療報酬を考えているわけではない」と答えた。

医療療養病床25対1の取扱いについては、介護療養病床から「介護医療院」などへの転換の経過措置が、6年になったことから、「25対1の期限も6年間延長すべき」との主張があった。

そのほか、「前回改定で、7対1と10対1の病棟群単位の届出が認められたが、使い勝手が悪い。病棟群のあり方を含め、改善が必要」、「大病院が地域包括ケア病棟を増やしている。地域包括ケア病棟の届出を開設者別、医療機関の病床数別に把握し、対応を検討すべき」などの意見が出た。

キイトルーダのガイドライン案了承

厚労省は1月25日の中医協総会に、キイトルーダ(MSD)の最適推進使用ガイドライン案を示した。効能・効果は、「PD-L1陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」。オプジーボと同じく、がん細胞による免疫システム抑制を防ぎ、免疫システムががん細胞を異物として除去するよう作用する。



一般名は、ペムプロリズマブ(遺伝子組換え)。

オプジーボでは、化学療法が未治療の患者の有効性・安全性が確立されていないのに対し、キイトルーダは化学療法未治療の患者にも投与できる。

施設要件は、◇がん診療連携拠点病院等、地域がん診療病院◇特定機能病院◇がん診療連携病院◇外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1または2を取得する施設一とした。

また、肺がんの化学療法及び副作用発生時の対応に、十分な知識と経験を持つ医師を責任者として、配置することなどを求める。5年以上のがん治療の臨床研修を受け、うち2年以上は臨床腫瘍学の研修を受けた医師などの要件を明記する。

ガイドライン案について、特に異論がなかったため、厚労省はキイトルーダの保険収載時に、留意事項通知を发出する予定とした。

部会の委員からは、キイトルーダの薬価について、オプジーボよりも市場が拡大する可能性が高いため、それを見込んで「薬価を低くすべき」との意見が出た。厚労省は、現行の薬価算定のルールに従って、薬価を設定する考えを示した。

強力な医師偏在対策の必要性を強調

働き方ビジョン検討会

神野副会長が四病協の考えを説明

厚生労働省の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(渋谷健司座長)は1月26日、前回に引き続き、関係団体からヒアリングを行った。同日は、四病院団体協議会を代表して全日病の神野正博副会長が、参考人として「医師偏在是正に関する四病協の考え方」を説明した。神野副会長は、「医師偏在対策なくして、医師需給の議論はない」と主張。地域の医師不足に対応するため、強力な医師偏在対策が必要と訴えた。

医師不足の現状を訴える

神野副会長はまず、勤務医不足の現状を説明。病院に対する調査で、全体の8割が「医師が不足」と答え、地方では「不足」の割合がさらに高まることを示した。「指定都市・中核市等」では72.7%、「その他の市」では86.3%、「郡部・町村」では92.5%の病院が医師が不足と答えた。また、勤務医確保が地方であるほど困難である現状を、

データに基づいて示した。

1カ月の時間外勤務時間が80時間を超える常勤医師の割合が2割を超える病院は、「指定都市・中核市」で23.9%、「その他の市」で18.0%、「郡部・町村」で28.6%と、いずれも高くなっている。地域の医師数の増減をみても、過去10年で医師の都市への偏在は進んでおり、地方の医師不足に拍車をかけている。

女性医師の働き方については、日本女医会が作成した推計を紹介。それによると、男性医師の労働力を100%とした場合、「配偶者あり・子どもあり(中学生未満)」の女性医師は50%、「配偶者あり・子どもあり(中学生以上)」は60%の労働力と推計している。一方、医師需給分科会の医師需給推計では、女性医師の労働力を男性医師の8割として計算している。女性の労働力を少なく見込むと、推計においては、より多くの医師が必要という推計結果が導かれる。

偏在対策なしに医師需給の議論ない

神野副会長は医師不足の状況を説明した上で、医師需給と偏在の関係の考え方を、「バケツの水」に例えて説明した。「大都市・人気診療科」というバケツに、医師の供給という水が入る。偏在対策が不十分だと、バケツが大きくなり、供給数を増やしても、バケツに水(医師)は満たされない。偏在対策が十分であれば、バケツは小さくなり、やがて、バケツに水(医師)は満たされ、あふれた水(医師)が「地方・すべての診療科」に行き渡る。

そのため、強力な医師偏在対策を講じる必要がある。神野副会長は、「偏在対策なくして、医師需給の議論はない。強力な偏在対策により、はじめて需給調整が可能になる」と訴えた。その上で、医師需給分科会で、厚労省が整理した医師偏在対策の提案を取り上げ、早急に議論する必要があると強調した。偏在対策が実現できなければ、「医師数を増やさざるを得ない」と主

張した。

具体的な医師偏在対策としては、特に、◇保険医定数制◇開業規制◇総合診療医のアイデンティティの早期確立と臓器別専門医の抑制一を例示した。さらに、ワークシェアやチーム医療、ICTによる遠隔医療(診断・治療)、AIの発展が、間接的な医師偏在対策になることを示した。

同日の検討会では、そのほか参考人として、日本看護協会の坂本すが会長、唐津市民病院きたはたの大野毎子院長、亀田総合病院の八重樫牧人内科部長、慈恵医大脳神経外科・先端医療情報技術研究講座の高尾洋之准教授、東京大学医科研遺伝子・細胞治療センターの横山和明助教が意見発表を行った。

同検討会は前回と今回の計11人の参考人の意見発表を踏まえ、年度末の最終報告に向けた議論を行う。初の10万人規模の医師の働き方の全国調査の結果は、現在集計中であり、2月中に同検討会に報告される予定。社会保障審議会・医療部会では、医師偏在対策の議論が遅れていることから、同検討会が早期に最終報告をまとめ、医師需給分科会を再開し、医師偏在対策の議論を進めるよう求める意見がある。

外国平均価格調整のあり方を議論

中医協・薬価専門部会 米国薬価は調整から除外すべきとの意見が大勢

中医協の薬価専門部会(西村万里子部会長)は1月25日、薬価制度の抜本改革に向け、外国平均価格調整のあり方を議論した。他の比較国と比べて、極端に高額になりがちな米国の薬価の取扱いが焦点となっている。米国の参照価格の基準が他国と異なり、市場実勢価格の把握が難しいことから、委員からは米国の薬価は除外すべきとの意見が相次いだ。

外国平均価格調整は、薬価の算定において、外国価格とのかい離が大きい場合に調整を行うものである。平均を算出する際に、「米、英、独、仏」の4カ国の価格を用いる。類似薬効比較方式と原価計算方式のいずれかで、調整前の薬価が、外国平均価格の1.25倍を上回る場合は引下げ調整を、0.75倍を下回る場合は引上げ調整を行う。また、「新規性に乏しければ、引上げ調整は行わない」などの特例がある。

米国の価格が、他国よりも高く、平均価格を引き上げる傾向にあることが、以前から問題となっていた。このため、◇最高価格が最低価格の3倍以上であれば、その外国価格は除く◇最高価格がそれ以外の平均価格の2倍超であれば、最高価格を平均価格の2倍とみなす一などの仕組みを導入した経緯がある。過去3年で、日本の収載品目の価格と外国価格との比率の平均値を見ると、英国は1.19倍、ドイツが1.64倍、フランスが1.14倍であるのに対し、米国は3.41倍で突出している。

米国の薬価が高いのは、他の国が公的医療保険制度における公定価格等であるのに対し、製薬企業の希望小売価格である、いわゆるリストプライスを採用しているためとの指摘がある。米国は、民間保険が主体の自由価格であり、市場実勢価格を反映した価格の把握が難しいとの事情がある。

このため支払側の委員から、「米国の薬価を他の国と同様に参照するのは、違和感がある」との意見が出た。診療側は、米国の薬価の市場実勢価格を把握することの可否を厚生労働省に質問した上で、「把握が無理なら、米国の薬価は除外すべき」と主張した。他の委員からも、米国の薬価を除外して、平均価格調整を行うべきとの意見が出た。

トランプ大統領に懸念示す

一方、診療側・支払側双方の委員から、以前から薬価算定に関する要望を表明してきた米国において、貿易で2国間協議を重視するトランプ氏が大統領に就任したことに懸念を示す意見が出た。これに対し、厚生労働省の迫井正深医療課長は、「薬価制度は公平・公正の原則のもと、適切に運用している。薬価制度を適切に運用するため、覚悟を持って臨む」と答えた。



なお、厚労省は外国平均価格調整の参照国のほか、今後の検討課題を以下のように整理している。◇引上げまたは引下げ調整の対象とする医薬品の範囲◇類似薬効比較方式で、新薬の1日薬価を既存類似薬の1日薬価に合わせる設定のあり方◇引上げまたは引下げ調整の対象となった医薬品の調整方法◇世界に先駆けて日本で上市された医薬品の薬価が、収載後に外国価格と著しく異なる場合の調整一。

急性期から回復期・維持期の速やかな連携求める

厚労省・脳卒中WG ADL改善目標や再発防止が課題

厚生労働省の「脳卒中に係るワーキンググループ」(小川彰座長)は2月3日、脳卒中診療における急性期と回復期・維持期の連携体制について議論したほか、熊本市市民病院の橋本洋一郎診療部長からヒアリングした。厚労省は、回復期や維持期でADL改善の目標を設定することや再発予防の治療を継続できる体制を課題にあげた。同WGは6月に検討結果をまとめ、「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」に報告し、2018年度からの医療計画に反映

させる考えだ。厚労省は、脳卒中の回復期・維持期の現状についてADLが低下する背景を説明。脳卒中の急性期治療終了後の患者像は様々で、回復期リハビリテーション病棟の在院日数にばらつきがみられる。また、回復期リハビリの整備状況やリハビリ従事者の分布にも、地域格差がある。回復期リハの開始時期が早いほど、ADLの改善度は良好で、在宅復帰率は高くなる。

また、脳卒中の再発率は、初回発作後1年間で約12%、5年間で約35%

であることを報告した。一方、脳卒中の約7割を占める脳梗塞では、抗血小板薬を内服すると1年再発率は約4%に下がるが、治療継続の割合は1年後で約5割というデータがある。脳卒中の再発や合併症の発症は、再入院の原因となる。

厚労省はこれらを踏まえ、◇患者の状態に応じた目標ADLとリハビリテーションプログラムの設定◇再発予防目的の治療を継続できる体制◇かかりつけ医と脳卒中診療や回復期リハを主に担当する医師等が連携し、維持期の

経過を診る体制◇急性期から回復期・維持期への速やかな移行◇再発や合併症等の病状の増悪で適切に急性期と連携できる体制一を論点にあげた。

全日病副会長の美原盤委員は、「回復期リハ病棟に求められる機能は在宅復帰であり、リハビリに乗らない重症患者を回復期リハ病棟の適応とするのは問題がある。これからの高齢者社会を鑑みれば、脳卒中患者に対する連携を、急性期、回復期、維持期の病院という一つの流れでは解決が困難である」と強調した。また、「脳卒中患者は重症度によって改善に要する日数は異なり、算定上限を180日とすることは不適切と思われる」と主張。回復期リハ病棟の算定要件の再検討が求められるとした。

特定健診・保健指導の実施率向上へ運用方法を見直し

厚労省・健診検討会 健診項目は基本的に維持、一部の項目を見直す

2018年度からの第3期特定健診等実施期間における特定健診・保健指導の運用の見直しを検討してきた厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」(座長=多田羅浩三・日本公衆衛生協会会長)は1月19日、議論のとりまとめを行った。特定保健指導の実施率を向上させるため、特定健診時の初回面接を可能にするなどの運用方法の見直しを盛り込んでいる。今後、具体的な運用方法やシステム改修の仕様について、検討会の下の実務者ワーキングで協議を進める方針だ。

血清クレアチニンを詳細な健診項目に

同検討会は、保険者全体の特定健診・保健指導の実施率向上を図る観点から、第3期特定健診等実施計画期間(2018~2023年度)における制度の運用について検討を進めてきた。

特定健診については、腹囲基準や健診項目は基本的に維持した上で、科学的知見や実現可能性、費用対効果などを踏まえ、一部の項目を見直すこととした。

血中脂質検査は、引き続き中性脂肪、

HDLコレステロールおよびLDLコレステロールとするが、定期健診等において中性脂肪が400mg/dl以上や食後採血のため、LDLコレステロールの代わりにnon-HDLコレステロールを用いて評価した場合も血中脂質検査を実施したとみなす。

血糖検査は、原則として空腹時血糖またはヘモグロビンA1cを測定し、空腹時以外にヘモグロビンA1cのみを測定としている。しかし、やむを得ず空腹時以外にヘモグロビンA1cを測定しない場合、食直後を除き随時血糖による血糖検査をできることとした。

詳細な健診項目としては、血清クレアチニン検査や心電図検査、眼底検査について医師が必要と認める場合に対象とする。特に、糖尿病性腎症に対する重症化予防の取組みを保険者が推進していることから、腎機能の評価である血清クレアチニン検査を健診項目に追加した。

標準的な質問票については、歯科口腔保健の取組みにつながる「食事をかんで食べる時の状態」の項目を新たに追加した。

ポイント見直し含む検証モデル実施

特定保健指導については質を確保しつつ、全体の実施率の向上につながるような実施方法の見直しを行う。

特定健診当日に初回面接を行うことは、実施率の向上につながることを期待されるため、検査結果がそろわない場合でも把握できる状況のもとに初回面接を行い、後日、専門職が電話等で本人に相談しつつ、行動計画を完成させることができることとした。

動機付け支援や積極的支援の行動計画の実績評価は、現行6カ月経過後に評価を行うこととしているが、3カ月経過後に短縮して行うことができるようにする。

2年連続して積極的支援に該当した者で、2年目に改善した者について、2年目の特定保健指導は動機付け支援相当の支援でも認めることとした。

また、積極的支援の180ポイントの見直しを含めて新たな指標を検証するため、保険者による柔軟な運用によるモデル実施を行うこととし、その結果、柔軟な運用が合理的である場合には第3期計画の期間中であっても指標を見



直す方針を示している。

さらに、保険者が情報通信を活用した遠隔面接による初回面接を導入しやすくするよう、国への実施計画の事前届出を2017年度から廃止し、2018年度からは他の保健指導の項目と同様に、実施状況報告(XMLファイル)のなかに遠隔面接を位置付けることとする。

そのほか、治療中の者の同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受けて特定健診結果のデータとして活用できるようにルールを整備するほか、被用者保険から市町村国保への委託を推進するために保険者間の再委託要件を緩和する。また、一定の要件を満たして保健指導を実施している看護師については引続き従事できるように2023年度末まで暫定期間を延長することなどを盛り込んでいる。

■ 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
第20回 機能評価受審支援セミナー(岡山会場) (診療・看護領域 80名/80名) (事務管理領域 75名)	2017年3月19日(日) 【岡山商工会議所】	5,400円(7,560円)(税込)	診療・看護領域では、ケアプロセスの実践を診療・看護の合同チームで学び、事務管理領域では、機能評価受審に向けた事務管理部門の役割と受審対策について学びます。

2017年度の制度改革事項を説明

厚労省・医療保険部会 今後の検討テーマとスケジュールを協議

社会保障審議会の医療保険部会(遠藤久夫部会長)は、1月25日に会合を開き、厚生労働省から2017年度政府予算案に盛り込まれた保険局関係の主な事項について説明を受けた。

医療保険部会は昨年末、(1)70歳以上の高額療養費、(2)後期高齢者の保険料軽減特例、(3)医療療養病床入院時の光熱水費(65歳以上)の見直しを了承。これらの制度改革は、並行して行われた与党との調整および塩崎厚生労働大臣と麻生財務大臣の折衝を経て、2017年度政府予算案に反映された。

この見直しによる給付費等への影響について厚労省は、(1)は720億円(給付費ベース)、(2)は190億円、(3)は55億円(給付費ベース)と説明。これらによる医療費適正化効果は1,000億円以下にとどまることを明らかにした。

これに対し、健保連副会長の白川修二委員は「改革案をまとめたことは評

価できるが、医療費全体からみると小さい。この程度の適正化では、医療保険の財政が近い将来破綻するのを避けることができない」と指摘し、引き続き改革が必要との認識を示した。

保険局関係の予算では、新規項目の一つに「医療と介護のデータ連結の推進」(1.5億円)がある。これについて、厚労省は「医療・介護のレセプト、特定健診・保健指導、要介護認定に係る情報等を連結したデータベースの構築に向けた調査研究を行う」と説明した。

医療に関するデータ(NDB)と介護に関するデータ(介護保険総合データベース)は、それぞれ異なる方式で格納されているため、いまだに連結されていない。それを統合したデータベースの方式をどう設計するか。まだ緒についたばかりだが、厚労省として初めて予算計上した。

外来時定額負担は2017年末に結論

また、今後の議論の進め方を協議した。保険局の城総務課長は、今後議論するテーマとして、(1)2018年度診療報酬改定の基本方針、(2)医療保険改革(経済・財政再生計画改革工程表2016改定版)、(3)任意継続被保険者制度の見直し、(4)データヘルス改革、(5)高齢者医療制度のあり方、(6)医療に要する費用の適正化・医療保険の保険給付の範囲、などをあげた。

(2)については、「経済・財政再生計画改革工程表」で2016年末を期限として検討が求められていた事項のうち、(1)金融資産等の保有状況を考慮に入れた負担のあり方、(2)かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担、(3)スイッチOTC化された医療用医薬品に係る保険償還率のあり方の3点が「継続」となっている。いずれも「改革工程表の2016改定版」(12月21日の



経済財政諮問会議)で、あらためて「検討・結論・措置」の日程が記載されている。

昨年の同部会で先送りとなった「外来時定額負担」については、①関係審議会等において具体的な検討を進め、2017年末までに結論を出す、②検討の結果に基づいて2018年度末までに必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む)と記載され、その施行が求められている。

今年の医療保険部会は、2018年度改定基本方針の議論を進める一方で、外来時定額負担やスイッチOTC(2018年度末までの措置)という難しいテーマに引き続き取り組むことになる。

【資料】医療法等改正案の概要 (2017年1月18日 医療部会資料より)

通常国会に提出する医療法等改正案の内容が1月18日の社会保障審議会・医療部会で了承された。改正事項は、多岐にわたる。医療部会の資料から、改正のポイントを抜粋する。

持分なし医療法人への移行促進策の延長

1. 現状と対応

○法人財産を持分割合に応じて出資者へ分配できる「持分あり医療法人」は、2006年の医療法改正以降、新設を認めず、「持分なし医療法人」への移行を促進。持分あり医療法人では、出資者の相続が発生すると相続税支払いのため払戻請求が行われるなど法人経営の安定について課題がある。

○「持分あり医療法人」から「持分なし医療法人」への移行計画を国が認定する制度を設け、相続税猶予等の税制措置を実施。この認定期間が、2017年9月までとなっていることから、延長が必要。【医療法改正・税制改正】

2. 改正のイメージ(下図参照)

医療機関を開設する者に対する監督規定の整備

1. 現状と課題

○病院等(病院、診療所又は助産所)の開設主体は様々であるが、医療法人に対しては、医療法の規定により開設者への立入検査等を通じて法人の運営に対する監督を行うことができる。一方、医療法人以外の病院等を開設する法人の運営に対しては、医療法による規制が及ばず、各法人の根拠法によって監督の内容が異なる。

○特に、一般社団法人・一般財団法人

等については登記のみで設立が可能であり、かつ法人自体を監督している行政庁がないため、開設者に対する指導が十分できていないという課題がある。

2. 対応方針

○医療機関の適正な運営を確保するため、医療法を改正して、医療機関を開設する者に対する監督規定の整備を行う。

・現行の医療法では、都道府県知事等による医療機関への立入検査のみ可能だが、医療機関の開設者の事務所その他病院等の運営に関係する場所への立入検査も可能とする。

・医療機関の運営が著しく不適切である場合、開設者に対し、都道府県知事等による改善命令、業務停止命令等を可能にする。

妊産婦の異常の対応等に関する説明の義務化

1. 現状

○分べんにおける急変時に助産所から医師・医療機関への連絡がなかったことにより、母児が死亡するケースが発生。

○助産師会の調査により、妊婦に対して、妊娠中に起こりうる異常・合併症、医療機関との連携(転院、搬送の可能性)等の出産リスクに関する事前の説明文書の作成が十分に行われていない現状が明らかとなった。

2. 制度改革のポイント

○妊産婦の更なる安全の確保のため、助産所の管理者に対して、妊産婦の異常に対応する医療機関名等について、担当助産師が妊産婦へ書面で説明することを義務付ける。

看護師等に対する行政処分に関する調査規定の創設

1. 現状

○現在、看護師等の行政処分の基となる事実関係については、

・刑事罰が科せられた場合は、刑事判決を入手すること

・刑事罰が科せられない場合は、任意協力や都道府県からの報告により、行政庁自らが入手することにより、これを確認している。

○しかしながら、現行の法律では、事実関係を把握するための調査権限に関する規定が設けられていないため、仮に、任意協力が拒まれた場合に調査を行うことが困難な状況となっている。

2. 制度改革のポイント

○医師・歯科医師と同様に、看護師等について行政処分をすべきか否かを調査する必要がある時に、関係者から当該事案についての報告を求め、当該事案に関係する病院等に立ち入り検査ができるよう、厚生労働大臣の調査権限規定を創設する。

遺伝子関連検査等の品質・精度の確保

1. 現状と課題

○医療機関における検体検査には、品質・精度管理の基準について法律上の規定がないなどの課題がある。

○特に遺伝子関連検査の精度管理については、ゲノム医療タスクフォースにおいても指摘を受けている。

2. 対応方針

○医療機関が自ら実施する検体検査について、品質・精度管理に係る基準を定めるための根拠規定を新設する。【医療法改正】

○これに合わせてブランチラボや衛生検査所に業務委託される検体検査について、精度管理に係る行政指導等の実効性を担保するため、品質・精度管理に係る基準を省令で定める旨を明確化する。【医療法・臨検法改正】(注)具体的な基準については、現在厚生労働科学研究の研究班で検討中であり、その成果を踏まえ、別途検討会で議論する予定。検討会では、医療機関の現

状を踏まえつつ、医療機関の特性、実施されている検査の内容等に応じた基準となるよう、議論する予定。

特定機能病院のガバナンス改革

1. 現状

東京女子医科大学病院及び群馬大学医学部附属病院において医療安全に関する重大事案が発生。

2. 対応方針

「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」及び「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」の議論を踏まえ、特定機能病院の医療安全管理体制の確保を図るため、医療法の改正を行う。

○特定機能病院は、高度かつ先端的な医療を提供する使命を有しており、患者がそうした医療を安全に受けられるよう、より一層高度な医療安全管理体制の確保が必要であることを法的に位置付け

○特定機能病院の開設者は、管理者が管理運営業務を遂行するために必要な権限を明確化することを義務付け

○特定機能病院の開設者は、管理者が医療安全を確保できるよう、適切な管理者の選任、監査委員会の設置などの措置を講ずることを義務付け(詳細は省令において規定)

医療機関のウェブサイト等の取扱い

1. 現状

○美容医療サービスに関する消費者トラブルの相談件数が増加

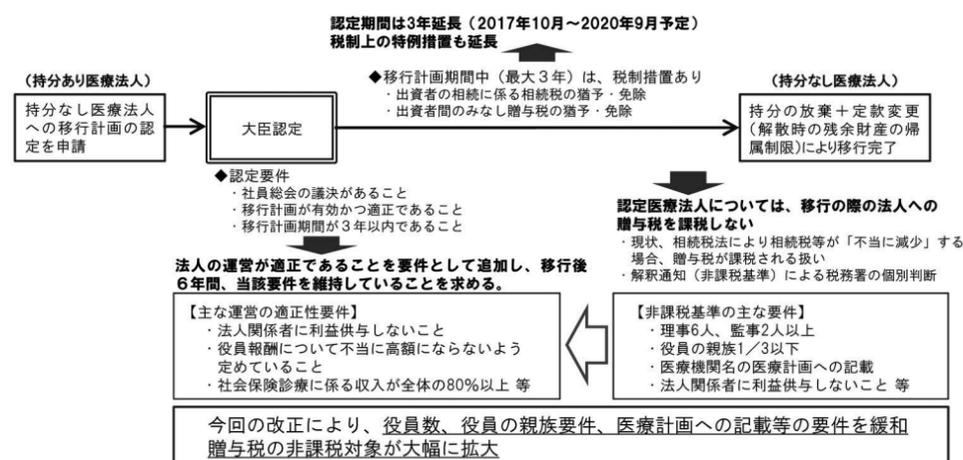
○消費者委員会が「美容医療サービスに係るホームページ及び事前説明・同意に関する建議」をまとめる(2015年7月)

○「医療情報の提供内容等に関する検討会」において4回にわたり議論(2016年3月～9月)

2. 対応方針

医療機関のウェブサイト等を広告可能事項が限定される医療法上の広告とすると、患者が知りたい情報(詳細な診療内容等)が得られなくなる等の懸念を踏まえ、引き続き、現行の医療法上の広告規制の適用対象とはしないが、医療法を改正し、虚偽・誇大な内容等の不適切な表示を禁止し、広告と同様の命令及び罰則を課すことができるよう措置する。

図 持分なし医療法人への移行計画に関する改正イメージ



次期診療報酬改定の要望書を4月に提示

日病協 次期議長に原澤茂・公私病連常任理事

日本病院団体協議会(神野正博議長)は1月27日に代表者会議を開いた。中医協で次期診療報酬改定に向けた議論が始まったことから、厚生労働省に対する改定要望書を通常より早く4月に提出することを決めた。10～11月にはより詳細な要望書を提出する。会議では、病棟群単位の入院基本料の評価や医療療養病床25対1のあり方、在宅医療との関係などが議論になった。

また、4月からの議長に、日本社会医療法人協議会の神野副会長に代わり、全国公私病院連盟の原澤茂常任理事が就任することを承認した。診療報酬実務者会議の委員長には、日本慢性期医療協会の池端幸彦副会長が就く。

中医協は例年より早く年明けから次期診療報酬改定に向けた議論を開始し、すでに在宅医療、入院医療の総論的な議論を行った。改定答申までの大まか

なスケジュールも示されている。このため、日病協は通常より早く、4月に要望書をまとめることとした。4月の段階では、全体の方向性を示すにとどめ、10～11月に個別項目ごとに整理した詳細な要望書とする予定だ。

入院医療に関し、代表者会議では、病棟群単位の入院基本料の評価や医療療養病床25対1が議論になった。

病棟群単位の恒久化を求める方向

前回改定で、7対1入院基本料から10対1に変更する際に限り、2年間の時限措置で、医療機関に7対1と10対1の病棟の混在を認めた。病棟群単位の届出は、日病協の要望でもあった。しかし次回改定以後については、現時点では不明であり、代表者会議は、「使い勝手が悪い」との評価を共有した。

病棟群単位の届出については、恒久

的な措置とするよう働きかける方向だ。まだ、意見集約は図っていないが、原澤副議長は、「病院内の傾斜配分が認められており、全体で7対1を維持すべきとの意見がある。しかし次期改定で、7対1の要件がさらに厳しくなれば、難しくなる病院が出てくる」と述べた。

7対1の転換先としては、地域包括ケア病棟を選択する医療機関が少なくない状況。しかし、包括部分や加算を考慮すると、急性期としての10対1の位置づけが重要になる。このため日病協として、10対1の患者像や必要とされる医療機能を整理すると決めた。

医療療養病床25対1については、様々な意見があり、意見集約を図る必要性を確認した。前回改定では、医療区分2・3の患者割合を5割以上とする一方、報酬を95%とした上で、2018年3月31日まで5割未満を認める特例を設けた。しかし、「加算が取れず、95%以上の影響がある」との評



会見する神野議長(右)

えがあり、医療区分2・3が5割未満の病棟に対し、別の区分を療養病床入院基本料に設けるべきとの意見が出たという。

在宅医療については、政府が推進の方針を掲げる中で、「在宅は施設と比べ、安いわけではない」(神野議長)ことを確認。神野議長は「在宅医療が拡大すれば、入院医療との財源配分が関心事になる。同時改定なので介護費との関係もある」と述べ、次期改定に向けて、「お金がかかることを覚悟の上で、議論を進めてもらいたい」と述べた。

専門医の新たな仕組みの進捗状況などを報告

四病協 総合診療専門医の研修案は差し戻しに

四病院団体協議会(山崎学議長)は1月25日に、総合部会を開いた。新たな専門医の仕組みの進捗状況を、日本専門医機構理事の神野正博・全日病副会長と森隆夫・日本精神科病院協会常任理事が報告。総合診療専門医の研修案が突然提示されたため、差し戻したことがわかった。また、社会保障審議会・医療部会で、今国会に提出する医療法等改正法案の事項を了承したことが報告された。

新たな専門医の仕組みについては現在、各基本診療領域の運用細則の議論が続いている。新たな専門医の名称や、医師偏在の拡大を防ぐための大都市の専攻医の上限設定などについても、一定の理解を得ている。しかし総合診療専門医の議論は遅れている。

1月13日の基本問題検討委員会で、松原謙二副理事長が私案を提示。内科・外科・小児科のいずれかを1年、救急を1年、内科を1年の合計3年を基本

領域の研修とし、それを終えた後に、サブスペシャリティとして、「プライマリーケア総合診療専門医」「家庭医総合診療専門医」「病院総合診療専門医」のいずれかを選ぶという案を示した。

しかしこの案は、基本問題検討委に突然提示され、総合診療専門医に関する委員会では議論されていないことから、神野理事らが差し戻しを求めた。このため、改めて総合診療専門医委員会で議論することになったという。

医療部会の報告では、医療法等改正法案の内容が示された。特に、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行の際の、みなし贈与税の免除等の要件が、大幅に緩和されたことに対しては、評価する声があがった。ただ山崎議長は、詳細が明らかになるまで、「油断できない」との見解を示した。

また、厚生労働省の「環境自主行動計画フォローアップ会議」の四病協代表の構成員として、全日病の織田正道副会長が出席することを了承した。

第3期がん対策基本計画の全体目標に「予防」を追加

がん対策推進協議会 希少がん・難治性がんの課題を整理

厚生労働省のがん対策推進協議会(会長=門田守人・堺市立病院機構理事長)は1月19日、2017年度から始まる第3期がん対策推進基本計画の策定に向けて議論し、全体目標にがん予防に関する項目を追加することで一致したほか、希少がん・難治性がんを分野別施策の柱に追加することを決めた。

これまでのがん対策推進基本計画の全体目標は、◇がんによる死亡者の減少◇全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上◇がんになっても安心して暮らせる社会の

構築の3つが柱となっている。次期計画では、改正がん対策推進基本法の基本理念を踏まえて全体目標を設定することとし、がんの早期発見・治療にとどまらず、がんの罹患を予防する一次予防の概念を加える方向で一致した。

希少がん・難治性がんについては、第3期計画で重点分野の一つとする方向で一致している。膵がんや胆道がんのようにいまだ治療困難ながんは、5年生存率も低く、患者は診断時に多大な精神的苦痛を抱える。難治性がんに対する有効で安全な治療法の開発や効

果を期待できる治療法を組み合わせた集学的治療の開発が求められている。

希少がんについては、「年間罹患率が人口10万人当たり6例未満」と定義されているが、難治性がんの定義は曖昧で検討が必要。部位別だけでなく、「早期発見が困難、高い薬剤耐性がある、5年生存率が50%を切る、早く転移してしまう」ものを難治性がんとして整理することが提案されている。

希少がん・難治性がんについては、診療提供体制の構築が課題だ。地方においても正確な診断と治療が実施でき



るよう、医療機関間の連携による長期的な診療体制が求められる。国立がん研究センターの「希少がんホットライン」と全国のがん診療連携拠点病院の「がん相談支援センター」が連携し、詳細で正確な情報提供を行う体制整備が課題とされている。

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

一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

■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

■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

たしかな安心
大切なあなたを守ります...

●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

一般社団法人 全日病厚生会