



# 全日病 NEWS

## 2017.4.15

### No.892

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

## 医療界が一丸となって制度改革に対応する姿勢打ち出す

臨時総会

外国人技能実習制度受入れ事業で定款変更

全日病は、臨時総会を3月25日に開催した。2月25日の理事会で承認した2017年度事業計画・予算、2016年度事業計画の一部変更・補正予算を報告するとともに、外国人技能実習制度受入れ事業に伴う定款変更を承認した。西澤寛俊会長は、2018年度に多くの制度改革が予定されていることから、2017年度は重要な年になると強調するとともに、日本医師会や他の医療団体と協力し、「医療界が一丸となって対応する姿勢」が大切だと述べた。

西澤会長は挨拶で、最近の不安定な社会情勢を踏まえ、「医療・介護を始めとする社会保障の充実がますます重要になっている。我々の責任もそれに伴って重くなっている」と述べた。2017年度は、地域医療構想の実現に向けた議論が本格化し、2018年度には第7次医療計画、医療・介護同時改定という大きな課題があることを示した。

さらに、「難題が次から次へと起きる」と指摘。医師の需給問題や関連する医師偏在対策の議論が停滞していることに加え、新たな専門医の仕組みが計画どおりに進まない可能性が出てきたことに懸念を示した。その上で、全日病として、様々な変化に対応し、会員病院を支援する姿勢を強調した。

来賓には、横倉義武・日本医師会

長、羽生田俊・参議院議員、自見はなこ・参議院議員が臨席された。

横倉会長は、地域包括ケアシステムを目指す中で、診療所・中小病院のかりつけ医を中心とした医療・介護連携の必要性を強調した。2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向けては、医系議員の政府・与党への働きかけが重要になるとして、積極的に支援する姿勢を示した。政府の「働き方改革」では、医師に対する時間外労働の規制について、5年間の猶予が与えられたことを説明。「地域医療の適切な提供に問題が生じない対応が必要」と今後の議論に期待した。

羽生田議員は、今国会の厚生労働省提出法案の中で、たばこの受動喫煙防止策を強化する健康増進法が最も紛糾すると予想。自見議員は、新人議員として研鑽を積む中で、厚生労働委員会で専門医制度と働き方改革について質問したことを報告。働き方改革に関して、医師の働き方の特殊性を強調し、「自分たちの働き方を議論していく必要がある」と述べた。

外国人介護人材の受入れ事業等を推進

報告事項として、猪口雄二副会長が2017年度事業計画と2016年度事業計画の一部変更、中村康彦常任理事が

2017年度予算、2016年度補正予算を説明した。

2017年度事業計画は、冒頭で、「2017年度は医療界、とりわけ病院にとって大事な年となる」と明記。具体的な課題として、「地域医療構想に基づく第7次医療計画の策定」、「医療従事者の需給に関する検討」、「2017年度末で廃止予定の介護療養病床のあり方等」、「診療報酬・介護報酬同時改定」をあげた。これらに対応するため、「日本の医療・介護現場を支える病院団体として、根拠に基づく提唱、発言、要望を続けていく」としている。

引き続き、多岐にわたる調査・研究および提言・要望活動を実施するとともに、新規事業として、外国人介護人材の受入れ・紹介事業を推進する。

第59回全日本病院学会は9月9～10日に石川県支部を中心に神野正博支部長を会長として、金沢市で開催する。夏期研修会は、7月23日に広島県支部(種村一磨支部長)で開催する。

新たな事業である「外国人技能実習生受入れに係る職業紹介事業」については、「外国人技能実習制度を活用し、技能実習生へ我が国の医療・介護技能等の移転を図り、発展途上国の医療レベル向上を担う人材育成を行う。外国人技能実習生を積極的に受入れ、国際



貢献を果たし、会員病院等が実習実施機関となり、医療従事者対策、教育研修等の経験を活かしていく」とした。

2016年度事業計画の一部変更については、「救急医療・災害時医療・感染症対策に関する事業」に、「2016年度熊本地震における被災病院等に係る支援の実施」の追加などの変更を行った。

2017年度予算では、経常収益は約6億7,600万円、経常費用は約6億7,300万円で、経常収益から経常費用を差し引いた経常増減額は約333万円を見込んでいる。2016年度補正予算では、経常収益および経常費用とも当初予算に対して増額となった結果、経常増減額は約270万円の増額を計上した。

決議事項としては、外国人技能実習制度受入れ事業に伴う定款変更を承認した。全日病の事業を規定する定款第4条に、「外国人技能実習生受入れに係る事業」と「医療従事者無料職業紹介事業」を追加。さらに、第48条に「外国人技能実習生受入れに係る事業等」の規定を設けた。

## 専門医制度と診療報酬改定の動向を報告

支部長・副支部長会

神野・猪口副会長が特別講演

臨時総会終了後に支部長・副支部長会(特別講演)が行われ、神野正博副会長が新たな専門医制度について、猪口雄二副会長が2018年度の診療報酬改定について情勢報告を行った。

専門医制度で地域医療への配慮求める



新たな専門医制度は、来年4月の実施に向けて準備が進められている。神野副会長はこれまでの経緯を説明した。

新たな専門医制度の枠組みは、2013年4月の「専門医制度の在り方に関する報告書」で決まった。報告書のポイントは、①基本領域とサブスペシャリティ領域の2段階制とする②基本領域の一つに総合診療専門医を位置づける③新たな第三者機関で認定する専門医を広告可能とする一など。

検討会報告を受けて日本専門医機構が発足し、2017年4月の実施を目指して準備作業が始まるが、一部の基本領域において、研修施設に対して厳しい基準が示されたことで地域医療への影響が懸念されることとなった。昨年6月に専門医機構の理事が総入れ替えとなり、新たな理事会において、実施を1年延期して2018年4月からスタートすることを決めた。神野副会長はこの時に四病協を代表して専門医機構の理

事に就任した。

新たな理事会の下で実施にむけて準備が進められるが、昨年11月に日本医師会の横倉会長名で出された要望書がエポックメイキングになった。横倉会長の要望書を受けて議論が一気に進み、昨年12月の専門医機構社員総会において専門医制度の憲法ともいえる整備指針が決まった。整備指針は、①大学病院以外の病院も基幹施設となれる基準とする②常勤の指導医が在籍しない施設でも研修施設群に加わる③行政、医師会、大学、病院団体などからなる「都道府県協議会」と事前協議をすることなどがポイント。

整備指針を踏まえて、3月の理事会において運用細則が決まった。細則は、基幹施設の認定基準として具体的な内容を盛り込み、各年度の専攻医が350名以上の学会(内科、小児科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、救急)は、都道府県ごとに複数の基幹施設を置ける基準とする。

また、都市部への偏在助長回避として、医師数が減少している科を除いて5都府県(東京、神奈川、愛知、大阪、福岡)で原則5年間の採用実績の平均を超えないようにする。

この運用細則は、3月23日の専門医機構の社員総会で報告予定だったが、見送られてしまった。専門医制度の見直しを求める動きが出てきたため、来年4月実施に向けて「暗雲が立ち込

めている状態」(神野副会長)だ。

診療報酬による誘導を懸念

猪口副会長は、「中医協はかなり速いペースで審議している」として、2018年度診療報酬改定に向けた検討状況を説明。中医協本体に加え、薬価専門部会や費用対効果評価専門部会の議論が同時並行で進み、毎週のように会議が開かれている。

猪口副会長は、「重症度、医療・看護必要度」の見直しなど2016年度診療報酬改定の内容を概観した上で、全日病が実施した病棟転換等状況調査の結果を紹介。「重症度、医療・看護必要度」の基準が15%から25%となったことで、7対1病棟の動向が注目されたが、調査結果では7対1入院基本料を算定する病棟数は24しか減らなかった。地域包括ケア病棟入院料が24の増となったほか、療養病棟入院基本料2が63病棟の減少となり、95%減算の療養病棟入院基本料2が52病棟となった。猪口副会長は、医療区分2・3の患者50%以上の要件は、「かなりハードルが高い」とコメントした。

また、7対1から10対1に移行した病院はわずか10病院にとどまり、病棟群単位の届出制度を利用した病院は2病院しかなかった。

今後、診療報酬改定の議論が本格化するが、猪口副会長は、第7次医療計画との関係に懸念を示し、「病床機能

報告制度における4つの医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)に診療報酬で誘導する流れが出てきそうで、要注意だ」と述べた。



第7次医療計画の策定に向けて、地域医療構想調整会議の進め方が示されている。まず、救急医療や災害医療の医療機能を位置付け、次に公的病院や国立病院を位置付ける手順が示されていて、それ以外の医療機関は、公的医療機関等が担う医療機能以外の役割を担う考えが示されている。猪口副会長は、「公的病院の役割は強く出てくるかも知れないが、調整会議で公的病院はどんな役割を担うかを決めていくことができるはずだ」と呼びかけた。

緊急アンケート調査を実施

猪口副会長の講演を受けて、司会を務めた猪口正孝常任理事が医療計画に関する緊急アンケート調査について説明した。猪口常任理事は、ある都道府県の調整会議で、急性期の指標に関する資料を行政が提出したことを取り上げた。資料は、「急性期医療の度合い」をスコア化して病院ごとのポイントを示している。猪口常任理事は、「病院の機能は本来病院が自ら決めるものであり、こうした資料を行政側が提出することは問題がある」と述べ、全国の都道府県の地域医療計画の検討状況を把握するため、アンケートへの協力を要請した。

# 生活習慣病の重症化予防の評価が課題に

中医協・総会

## 調剤報酬は次期改定でも引続き抜本的な見直しを行う

中医協総会(田辺国昭会長)は3月29日、次期診療報酬改定に向けて、外来医療と調剤報酬をテーマに議論した。外来医療では、生活習慣病に対する医学管理や重症化予防の取組みを課題とし、かかりつけ医と専門医療機関との連携や多職種協働の評価などを論点とした。調剤報酬の議論は今回が1回目。かかりつけ薬剤師・薬局を評価する調剤報酬の抜本的見直しを前回改定に引き続き議論していく方針が示された。

### 生活習慣病の重症化予防を議論

厚生労働省が示している外来医療の検討項目のうち、「予防から治療まで一貫したサービス提供・システム連携の推進」に関連して、生活習慣病に対する医学管理や重症化予防の取組みを議論した。

生活習慣に関連する主な疾患(高血圧性疾患、脳血管疾患、心疾患、糖尿病、悪性新生物(大腸がん、肺がん))の入院外医療費は約4兆円で、医療費全体の約3割を占める。外来患者数に対する割合は約2割だ。また、死因のうち、生活習慣に関連する主な疾患の割合は5割を超えるというデータがある。

生活習慣病は、生活習慣の改善によって重症化や合併症を予防することが可能だが、治療を受けなかったり、受けても中断してしまうことが少なくない。例えば、2012年国民健康・栄養調査によると糖尿病が強く疑われる40

～49歳の約5割が治療を受けていない。特に働き盛りの年齢層で、適切な治療が行われていない実態がある。

これに関し、支払側の委員は「仕事が忙しく、受診できないサラリーマンが多い。ICTを活用した遠隔診療を推進すべき」と主張した。診療側委員は、「あくまで対面診療が原則であるべき。働き方改革など社会全体の取組みも重要になる」と、遠隔診療の積極的な活用には、慎重な対応を求めた。

一方、生活習慣病に対する医学管理や重症化予防の取組みとしては、行政や保険者が実施している事業がある。厚労省は特に、健康日本21と特定健診・特定保健指導制度を取り上げた。

また、自治体の糖尿病の重症化予防の事例などを紹介した。具体的には、◇退院患者のうち重症化リスクの高い者への保健指導や連携機関との情報共有を行う糖尿病性腎症重症化予防プログラム◇検査データ等でハイリスク者を抽出し、かかりつけ医、腎臓専門医、保健師等が連携して多面的に支援◇患者の行動変容を促す積極的な介入で、BMIやHbA1cを改善一などの取組みを紹介した。

これらの状況や取組みを踏まえ、厚労省は、「かかりつけ医と専門医療機関等との連携の推進」、「かかりつけ医を中心とした多職種との連携による効果的な医学管理等の推進」、「医療機関と保険者・自治体等の予防事業との情

報共有の推進」の評価を論点とした。

ただ診療側の委員からは、「診療報酬の守備範囲を超えているものが含まれている。十分な財源が次期改定で期待できない中で、評価の対象を広げすぎるとも絞るべきではないか」との意見が出た。厚労省の迫井正深医療課長は、「診療報酬でやるべきこととそうでないものを整理し、優先付けする必要がある。ただ今回の改定は、医療・介護全体の課題を総ざらい・総点検して、その上で、やるべきことを考える必要がある。そのために早めに議論を開始している」と述べた。

### 院外調剤と院内調剤の格差是正を

調剤報酬は、2016年度改定に引き続き、「患者のための薬局ビジョン」などを踏まえ、次期改定でも、調剤報酬の抜本的な見直しを行うことが政府の方針。2016年度改定では、「かかりつけ薬剤師・薬局の評価」、「薬局における対人業務の評価の充実」、「後発医薬品の使用促進策」、「いわゆる門前薬局の評価の適正化」などを行った。

厚労省は2016年度改定について、「現時点では限られたデータ」と断った上で、一定の成果がみられるとの見解を示した。例えば、「かかりつけ薬剤師指導料等」の届出薬局は半数以上に達するなど、対人業務の増加傾向が確認できるとした。また、薬剤師の専門性の発揮が、「多剤・重複投薬の防



止や残薬解消などを通じ、医療費適正化に貢献する」と強調した。

しかし、かかりつけ薬剤師・薬局の評価を手厚くすると、院内調剤との差が拡大することになる。例えば、解熱鎮痛剤・抗生剤を7日分処方する場合、院内調剤の評価だと、薬剤料を除き、「調剤技術基本料8点+調剤料9点+薬剤情報提供料10点」を合わせて27点。これに対し、いわゆる門前薬局での評価は105点～110点、かかりつけ薬剤師・薬局では178点。その差は歴然としている。

全日病副会長の猪口雄二委員は、「差がありすぎる。同じ仕事をした場合には同じ報酬であるべきだ」と訴えた。厚労省は「独立して調剤する薬局と医療機関では評価の観点が異なる」と答えたが、他の委員からも「調剤技術基本料8点は低すぎる」との声があった。

また、論点が「患者本位の医薬分業の実現」となっていることに対し、診療側の委員から、「なぜ医薬分業ありきなのか。医薬分業でなくても、患者本位の調剤は可能だ」との疑問が出た。支払側の委員は、「患者本位の医薬分業を前提にしないと、調剤報酬の抜本見直しの議論が進まない」と反論した。

# 抜本改革に向け薬価調査の改善方法を議論

中医協・薬価専門部会

## オプジーボの効能追加でGLと通知

中医協の薬価専門部会(田辺国昭部会長)は3月29日、薬価制度の抜本改革に向けて、薬価調査の改善策を議論した。調査手法について、都道府県を経由する現在の手法を変更し、厚生労働省が直接、卸売販売業者と保険医療機関・薬局に調査票を配布し、回収することを概ね了承した。2017年度本調査からの適用を想定する。また、同日の総会で、オプジーボ(小野薬品工業)の頭頸部がんへの効能追加に伴う最適使用推進ガイドライン(GL)と留意事項通知の報告を受けた。

薬価制度抜本改革の基本方針により、2年に1度実施している薬価調査を毎年実施することになった。調査回数が増えることから、効率性の向上と関係者の負担軽減を図る必要がある。具体的には、調査における都道府県の関与をなくすることが課題となった。支払側

の委員は、「回収率が下がるのではないかと懸念を示したが、厚労省は「(調査対象への)コールセンターからの電話催促の実施などきめ細かな対応を講じる」と回答した。

厚労省はあわせて、「現行の薬価制度で、卸売販売業者はすでに調査に対応した仕組みを構築しているため、調査手法の仕組みそのものの変更は望ましくない」と指摘した。これを踏まえ、診療側の委員は、「購入側の医療機関と保険薬局の調査は不要では」と負担軽減を主張した。ただ支払側の委員は、「販売側と購入側のデータが突合できないと調査の正確性が担保できない」と難色を示した。

なお、薬価調査における国・都道府県の訪問調査では、販売側の卸売業者は全数調査、購入側の医療機関・薬局は抽出調査となっている。

### PD-L1発現率で投与可否を判断

同日の総会では、ニボルマブ(遺伝子組換え)の販売名オプジーボの効能追加に伴う最適使用推進ガイドライン(GL)と留意事項通知を3月24日に発出したことが報告された。効能追加は「再発または遠隔転移を有する頭頸部がん」。留意事項通知では、医療施設と治療の責任者の要件が示されている。

医療施設要件は基本的に、頭頸部がん以外の適用と同じ。がん診療連携拠点病院等や「外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1または2を届け出ている施設」、「抗悪性腫瘍剤処方管理加算を届け出ている施設」とする。

治療の責任者については、「医師免許取得後2年の初期研修を終了した後、5年以上のがん治療の臨床研修を行っている。うち2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨



床研修を行っている」ことなどを要件とした。医師との緊密な連携のもと、「5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち2年以上はがん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修」を行っている歯科医師も対象となる。

GLでは、臨床研修の国際共同第Ⅲ相試験において、PD-L1発現率により、有効性が異なることが示唆されていることから、PD-L1発現率を確認した上で、投与可否を判断することが望ましいとした。PD-L1発現率が1%未満であれば、他の治療選択肢を考慮すべきとしている。

# 地域枠医師に要件履行を求める対応を決定

厚労省・臨床研修部会

## 補助金減額の提案には反対意見

医道審議会・医師分科会医師臨床研修部会(桐野高明部会長)は3月23日、臨床研修制度における地域枠医師への対応を決めた。一方、地域枠で医学部に入学しながら、義務履行要件に反する専攻医を臨床研修病院が採用した場合に補助金を減額する措置については、再度議論することになった。外国の病院で研修した医師が帰国して、日本で行う臨床研修の期間は短縮する。また、2020年度の臨床研修制度の見直しに向け、「臨床研修の到達目標、方略及び評価」を了承した。

地域枠で医学部を卒業した医師に対

しては、臨床研修の期間に一定の地域で診療に従事することを要件としている場合があるが、この要件が履行されていない事例が指摘されている。

厚生労働省は今回、その対応案を提案。具体的には、◇研修医は選考過程でマッチング参加病院に地域枠の要件等を伝える◇都道府県は要件が課せられている地域枠入学者の情報を参加病院に通知することを臨床研修のマッチング参加規約に定めるとした。この提案に委員から異論は出なかった。

厚労省はこの提案の実効性を高める観点から、「臨床研修病院が義務履行

要件に反する研修医を採用している場合、当該病院に対する臨床研修補助金を減額する」することを提案した。さらに、「今後、当該病院の募集定員を削減することも検討」するとした。

### 外国で研修した医師の研修期間短縮

外国で研修を受けた医師の日本での研修期間が、一律に8カ月となっているのを短縮する。8カ月としているのは、外国の病院を臨床研修の協力型研修病院とみなしているためだ。臨床研修制度では、基幹型と協力型の臨床研修病院を設けており、基幹型での8カ

月以上の研修を必須としている。

しかし外国で十分な経験を積んだ医師もいるため、「外国病院での研修をすべて協力型で受けたとみなす規定は不合理」との指摘が出ていた。このため、外国の病院であっても、基幹型相当とみなせる場合は、日本で1カ月以上の研修を受ければよいことにする。委員から反対意見はなかったが、神野委員は、外国の病院が基幹型相当であることの基準の明確化を求めた。

また、委員から臨床研修制度見直しに際して、外科研修の必須化の要望があった。厚労省は「2017年度の大変重要な課題。全体の日程をみながら議論していきたい」と答えた。厚労省は2020年度の臨床研修制度見直しに向け、準備期間を考慮して2017年度中に中身を固める意向を示している。

# ビジョン検討会が報告書、医師数の増加に否定的な見解

## 厚労省・医師の働き方ビジョン検討会 強制力のある偏在対策示さず

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」は4月6日、報告書をまとめるとともに、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」を発表した。報告書は、医師が本来行うべき業務に注力できる環境整備を進めるための具体的方策を提言し、それを着実に実施することで、医師数を増やす必要がない環境をつくるのが重要とする立場を示した。また、医師の偏在対策については、医師の自主性を重んじ、地域が主体的に関与することが必要と強調。強制力をもった偏在対策には否定的な考えを示した。

今後、厚労省内に「ビジョン実行推進本部」を設置し、5～10年程度の政策工程表を作成。政府方針として進捗管理を行う。医師偏在対策の制度改正案を速やかにまとめ、医師需給推計を行った上で、2020年度以降の医学部定員のあり方に着手する方針を示した。

同検討会は、医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、新たな医療のあり方とそれを踏まえ医師の働き方などの骨太な方向を示すために設置された。報告書では、医療のあるべき姿を描き、それを実現すれば、医療は「高生産性・高付加価値」構造となり、その結果、「医師が高い専門性をもって本来医師が行うべき業務に注力できる環境整備につながる」との道筋を示した。

具体的な方策としては、①医療機関の人材・労務マネジメント体制の確立②地域医療支援センターの実効性向上③プライマリ・ケアの確立④タスク・シフティング/タスク・シェアリング⑤AI等のICTの活用などをあげた。

その上で、これらの方策を確実に実施すれば、「必ずしも医師を増加させ

ずとも、高齢化を踏まえた患者の多様なニーズにも応えられる」としている。

一方、医師を対象に実施した意向調査では、都市に勤務する医師の44%が今後、地方で勤務する意思があると回答。地方で勤務する意思のない20代医師の理由としては、「労働環境への不安」が最も多い回答だった。結果

を分析した井元清哉・東大教授は労働環境の改善等が医師偏在対策になる可能性があると指摘している。

ビジョン検討会は、強制的手段による医師偏在対策に否定的な見方を示し、医師のモチベーションを引き出す方策を講じるべきとしているが、現状の医師偏在の改善にどれだけの実効性があるのか疑問の残る内容となっている。

全日病は、検討会の報告書に対し下記の通りコメントを発表した。

## 「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報告書」に対しての全日本病院協会のコメント 2017年4月7日

わが国の医療を改めて社会と有機的に連動するものとして、社会の変化に変容し、また、患者・住民の価値観ばかりではなく、医療従事者の働き方に対応したパラダイムシフトの必要性にまで言及した報告書を高く評価する。

2016年12月に実施された働き方実態調査で医師の過重労働・超過勤務問題は改めて指摘された。この解決策として、「住民・患者にとって必要な機能を地域ごとにどう確保するか」という視点に立ったプライマリ・ケアの養成、地域医療支援センターの活用、タスク・シフティング/タスク・シェアリングやAI等のICT技術の活用をあげるが、これらの実効性を検証することなく、「あえて医師数を増やす必

要がない環境を作り上げていく」と直線的に結論づけていることに対して疑問を感じる。

全日本病院協会は、医師、医療職、そして診療科の地理的偏在対策の実行を最優先とすべき課題と考えている。実効性が期待されるとしても、結果がでるまでの期間の医療に、停滞は許されてはならない。少なくとも、当分の間の医師養成は強化されるべきである。

また、本報告書では、医療と介護の連携、プライマリ・ケアの充実を社会のニーズとして、重要視している。これからの日本は総力戦での医療対応が必須であり、現在すでにプライマリ・ケアの担い手である、地域と密着する中小病院の医師が、かかりつけ医とし

て除外されてはならないことを明記すべきである。

これまで、政府報告書で触れることが少なかった外来医療におけるアウトカム評価と医療費定額払い制度、リフィル処方、PA (Physician Assistant) の創設、DtdD、DtdPの遠隔医療などが触れられている。これらについて、プロフェッショナル・オートノミーのもと、しっかりした議論の場の設定が求められる。

以上、本報告書を踏まえた今後の対応に一面的な視点ではなく、本報告書の根底にある多面的、全体最適を目指した具体的議論の開始を強く望む。

# 基礎係数Ⅲ群病院の細分化は行わない

## 中医協・DPC分科会

中医協の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会(小山信彌分科会長)は3月31日、次期診療報酬改定に向け、DPC制度の医療機関別係数の対応方針を議論した。基礎係数Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ群の設定はこれまで通り維持し、Ⅲ群の細分化は行わない考えで一致した。また、厚生労働省はⅠ群、Ⅱ群の機能評価係数Ⅱのうち、「複雑性係数」や「カバー率係数」の重み付けを上げる方針を示した。調整係数は予定通り次期改定で廃止することを改めて確認した。

基礎係数は、現行の設定を維持する方向だ。ただ名称の変更が課題となっている。Ⅱ群がⅢ群よりも「高機能な病院」と誤解されることがないように、格付け的な意味合いはなく病院の役割や機能に応じた違いであることを明確にする。厚労省は、Ⅰ群を「大学病院本院群」、Ⅲ群を「標準群」とする案を

## Ⅰ、Ⅱ群病院の係数の重み付けは変更

示した。Ⅱ群の名称は示さなかった。

Ⅰ群を「大学病院本院群」とすることに委員から異論は出なかったが、Ⅱ群・Ⅲ群の名称について意見があった。具体的には、「DPC制度なので急性期という言葉は入った方がよい」、「Ⅱ群はDPC対象病院の中で、特定の要件に該当するという意味なので、そのまま表現すれば特定要件該当病院だ」などの意見があり、結論は出していない。

基礎係数の要件が定まった場合、病院がどれを選択するかの取扱いが論点となった。例えば、「Ⅱ群の要件に該当するが、Ⅲ群を選択する場合」が想定される。委員からは、「選択」は望ましくないとの意見が相次いだ。全日病副会長の美原盤委員は、「機能と名称は表裏一体。機能としての要件を定めれば自動的に名称が決まる性格のもので選択はそぐわない」と発言した。

前回の分科会では、機能評価係数Ⅱの重み付けを変えることで、Ⅲ群の細分化を検討する方向で議論が行われた。しかし今回、厚労省は、細分化を行っても「病院の特性をより反映させた評価につながる可能性がある」とした。Ⅲ群を専門病院とその他病院に分けると、専門病院では「複雑性係数」や「効率性係数」がその他病院より高い。しかし専門病院だけ集めて、相対評価を行えば、逆に係数が下がる病院が出てくる。細分化は技術的な難しさがあることに加え、機能の評価することの効果も限られることを説明した。

美原委員は、「細分化すれば、DPC制度はますます複雑化し、適切ではない。現行の機能評価係数Ⅱはバランスがとれている」と細分化しないことに賛成した。ただし「カバー率係数や効率性係数、地域医療係数は満たすのが



大変。後発品係数と等分の評価はおかしい」と主張した。

機能評価係数Ⅱのうち、導入時の6項目(保険診療、効率性、複雑性、カバー率、救急医療、地域医療)は今後も基本的に維持する方向となった。一方、「後発医薬品係数」と「重症度係数」は見直しを行う。「後発医薬品係数」に対しては、「多くの病院が要件を満たし、役割を終えた」との意見と「廃止すれば『はしご外し』といわれる」と賛否両論があった。「重症度係数」に対しては、「病院の努力が報われる仕組みにしてほしい」との意見が出た。

調整係数については、予定通り次期改定で廃止することに異論は出なかった。ただ激変緩和措置に関しては、きめ細かな対応が必要とされた。

# 日本准看護師連絡協議会ご支援のお願い

常任理事 川島 周

日本准看護師連絡協議会(准看協)は2015年11月6日に設立されましたが、このたび来る5月19日日本医師会館にて設立第1回定期総会が開催されることになりました。つきましてはお知らせかたがご支援のお願いを改めて申し上げます。

皆様もご存知と思いますが、准看協は日本精神科病院協会が設立の音頭を取っていただき、全日本病院協会・日本病院会・日本医療法人協会も賛同し、また日本医師会も同調していただき、めでたく船出をすることができるようになりました。

設立の趣旨としましては准看護師と准看護師を経て看護師となっている看護職員の資質向上を目指すことによ

り、職種の安定化を第一義的に考えております。このため既に全国的に数多くの研修会の開催が決定されております。この度の定期総会後も研修会も開催され、多くの参加者が予定されております。このように単なる地位確保だけでなく、学力向上・資質向上に基づき、制度の安定化を図るという合理的な方策をとっていることは評価されるべきであり、またこれらにより日本看護協会にも少なからずインパクトを与えたとのことであります。

そして同時にこれを支援する組織として、准看協支援協議会が立ち上げられました。現在は准看協・日医・日精協・日病・医法協からの代表者からなる委員会にて准看協への支援方法を定

期的に協議しており、私は全日病から委員として派遣されております関係上このお願いの文書を作成した次第であります。

准看協は現在約5,000名の正会員(看護師・准看護師)と約200名足らずの賛助会員(医療機関・都道府県医師会等)で構成されておりますが、会員の主体が個人会員であることもあり、財政的に安定運営に支障をきたしております。まだまだ設立初期の段階でもありますので、会員増加は大いに期待されますが、やはり医療機関等からの強力な支援も必要とされております。

われわれの民間医療機関は准看護師の存在なくして運営が成り立たないことは明白であります。ぜひ皆様の熱い

ご支援をいただき、大きく確固たる第一歩を踏み出すことができますように謹んでお願い申し上げます。

### 賛助会員を募集中

日本准看護師連絡協議会では、賛助会員・団体を募集しています。年会費は、1口1万円です(可能であれば3口以上)。くわしくは、WEBをご覧ください。

### 日本准看護師連絡協議会

〒101-0023  
東京都港区芝浦3-15-14 6階  
Tel 03-6435-0647  
Fax 03-5232-3309  
URL <http://www.junkankyo.com/>

# 次期診療報酬改定の要望8項目を了承

## 日病協 改定の方向性についての考え方盛り込む

日本病院団体協議会は3月24日の代表者会議で、厚生労働省に提出する次期診療報酬改定の要望項目を了承した。細部については、診療報酬実務者委員会で改めて協議し、代表者会議に諮る。個別点数の要件等には踏み込まず、改定の方向性について要望する。個別の要望は今秋に出す予定。また、3月末で、日本社会医療法人協会副会長の神野正博議長は、1年間の議長の任期を終え、4月から全国自治体病院協議会常務理事の原澤茂副議長が議長に就任する。

要望書では、病院が置かれている状況として、医療・介護人材の不足に起因する人件費高騰による病院経営の困難や急性期病院を中心とした経営状況の悪化をあげている。次期改定では、病院間の機能分化と連携の強化が謳われているが、地域ごとの医療資源の偏在は著しく、全国一律の大きな改定は、地域医療に大きな影響を与えることから、慎重な対応を求めた。

その上で、8項目をあげている。急性期病床の評価では、①入院基本料の評価基準の見直しと病棟群単位による届出制度の改善②急性期病床の「重症

度、医療・看護必要度」の評価(内科系疾患の評価の充実)③DPC/PDPS制度の見直し—を要望する。

入院基本料の評価については、看護師配置だけでなく、患者の状態像や病棟の機能に応じた評価とするため、抜本的な見直しが必要としている。ただし中長期的な課題と位置づけた。なお、厚労省も中医協で、類似の論点を示している。「重症度、医療・看護必要度」は、2016年度改定で一定の配慮がなされたものの、内科系疾患の評価が不十分との意見が根強く、「適切な配慮」が必要とした。DPC/PDPS制度では、特に、2016年度改定で調整係数の縮小に伴い導入された「重症度係数」の妥当性を精査することを求める。

それ以外の病棟の評価では、④医療療養病床の方向性の早期決定と看護配置基準・医療区分の見直し⑤精神疾患患者の高齢化への対応⑥地域包括ケア病棟の包括範囲の見直し—をあげた。

医療療養病床については、介護療養病床の廃止が6年延長される予定であることを踏まえ、25対1医療療養病床も同様に、最低6年の経過措置が必要と主張する。精神疾患患者に対しては、

長期入院患者の地域移行の方針がある中で、長期入院患者に高齢者が多いことに配慮した体制整備への評価を求める。地域包括ケア病棟は、2016年度改定で手術・処置の包括外算定が認められた。次期改定ではさらに、高額薬剤など患者の生命維持や治療に不可欠だが、高額な費用がかかるものを包括から除外することを要望する。

診療報酬全体に関わる項目としては、⑦診療報酬の簡素化⑧医療のICT化推進の診療報酬上の評価—がある。中長期的な課題としての抜本的な簡素化や、ICT化のシステム経費などを賄える診療報酬の評価を要望する。

### 地域医療構想の誘導は問題

同日の代表者会議では、そのほか、中医協や「医療計画のあり方等に関する検討会」、「医療と介護の連携に関する意見交換会」の議論が話題となった。

中医協では、厚労省が示した入院医療に関する論点に対し、地域医療構想が目指す病院間の機能分化・連携を診療報酬で誘導することをねらっているのではないかとの懸念が出ている。神野議長は会見で、「地域医療構想と診



会見する神野議長(右)と原澤副議長

療報酬を直接結びつけるのは問題」との姿勢を明確にした。

また、3月15日の中医協総会の資料では、「7対1、10対1」と「13対1、15対1」の違いを際立たせている。これに対し神野議長は、「『7対1、10対1』は急性期、『13対1、15対1』は回復期に位置づけたいようにみえる。しかし解釈が強引との意見があり、我々としては、理論的な裏づけをしながら発言していく」と述べた。

「医療計画のあり方等に関する検討会」で、厚労省が示した地域医療構想調整会議の議論の進め方に対しては、今秋の段階で、「機能ごとに具体的な医療機関名をあげた上で、機能分化・連携や転換の具体的な決定をする」ことに批判が相次いだという。「医療と介護の連携に関する意見交換会」で行われた議論に関しては、病院で介護職が看護補助として取り扱われることに、「時代に合っておらず、介護職として評価すべき」との意見が出たことが報告された。

# 臨床研修における外科・精神科の必須化を要望

## 四病協 働き方改革では四病協・日医の要望が反映される

四病院団体協議会は3月22日に総合部会を開いた。医師臨床研修制度が2020年度に見直されるのにあわせ、現在は選択必修の外科研修と精神科研修を必須とすることを厚生労働省に要望することを決めた。また、四病協・日本医師会が2月27日に厚労省に提出した「働き方改革」の要望の内容が報告された。政府が3月28日に策定した「働き方改革実行計画」をみると、要望は概ね反映されている。

臨床研修制度における外科の必須化

要望は、専門医の新たな仕組みにおける総合診療専門医の研修との関連で議論された。今年6月の専攻医募集に向け、総合診療専門医の研修プログラムが3月18日の日本専門医機構の理事会で概ね了承されたが、外科の取扱いで、一部にまだ異論が残っている。

現在の案によると、外科の臨床研修を受けていない場合は、総合診療専門医の研修で外科を受けることが望ましいとしており、外科の研修は必須とはされていない。総合部会では、外科の

経験がない総合診療専門医は望ましくないとの意見でほぼ一致。むしろ、臨床研修制度で外科を必須にすべきとの意見が相次いだ。なお、日本精神科病院協会の山崎学議長は、「精神科の必須化も必要」と述べた。

### 働き方改革の影響を懸念

「働き方改革」に関しては、2月27日の四病協・日本医師会の要望書で、政府の改革の方向性に賛意を示し、「勤務医の健康を守り、働く環境を改善す

る」ために、全面的に協力するとの姿勢を示した。その上で、医師は「応召義務」があるなど、職業上の特殊性があることなどを踏まえ、「請求に罰則を伴う上限規制を導入すると、地域医療が相当混乱する」と訴えた。この問題の解決のため、別途検討する場を設けることを要望した。

政府の「働き方改革実行計画」をみると、要望は概ね聞き入れられている。「医師を時間外労働規制の対象」としつつ、改正法施行期日の5年後をめどに規制を適用するとし、その間、医療界の参加の下で検討の場を設ける。2年後をめどに「規制の具体的なあり方などの結論を得る」とした。

# 療養機能強化型の届出割合はA 45.5%、B 9.3%、その他43.0%

## 厚労省・介護給付費分科会

## 2015年度介護報酬改定の効果検証

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)が3月31日に開催され、厚生労働省より2015年度介護報酬改定の効果検証にかかわる2016年度調査の結果報告を受けるとともに、同省が提示した2017年度調査の実施内容について検討、いずれも了承した。併せて、2016年度介護従事者処遇状況等調査の結果報告を了承した。

前回改定の効果検証については、2015年度調査に引き続き、①中重度者等に対するリハ提供の実態②病院・診療所等における中重度者の医療ニーズ③介護老人保健施設におけるサービスの提供体制④介護老人福祉施設における医療的ケアの現状など、7件の実態

調査が2016年度に実施された。

介護療養型施設における療養機能強化型の届出施設割合は、施設数(回答病院407)ベースで、A 45.5%、B 9.3%、届出なし43.0%、不明2.2%であった。病床数(22,713)ベースでは、A 57.0%、B 11.7%、届出なし31.4%であった。

介護療養型医療施設の55%が地域からボランティアを受け入れ、47.7%が健康教室を実施しているが、こうした地域活動は、療養機能強化型の方がそれ以外にくらべて実施率が高かった。

患者の退院先は、介護療養型では死亡退院が46.8%(医療療養型は44.0%)、「他の病院・病棟」が26.0%(同13.8%)、

「本人の家」が8.0%(同22.4%)であるが、入院(棟)前が「本人の家」の場合、「本人の家」への退院は47.8%(同56.3%)であった。

訪問看護を実施と回答の153病院中、77.8%が「介護保険による訪問看護」を、68.0%が「医療保険・公費による訪問看護」を、20.9%が「精神科の訪問看護」を実施している。ただし、病院における加算の届出率は、緊急時訪問看護は51.3%(ステーションは90.1%)、特別管理体制が47.1%(同90.1%)、ターミナルケア体制は44.5%(同81.4%)と、ステーションにおける割合が高かった。

効果検証にかかわる2017年度調査

は可能な範囲で調査対象を拡大するとともに、前倒して7~8月に実施し、9~10月に速報を報告し、同時改定の議論に反映させることを確認した。

2009年度から実施している介護従事者処遇状況等調査の2016年度結果によると、介護職員処遇改善加算(I~IV)を取得している施設・事業所における介護職員の2016年の平均給与額(月給・常勤者)は、2015年より9,530円増加した。ただし、加算を届け出していない施設・事業所が依然10.0%ある。介護老人保健施設は93.9%が届け出ているが、介護療養型は66.7%にとどまっている。

### ■ 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  |
|---|---|--------------------------|---|
| 2025年に生き残るための経営セミナー 第16弾<br>「平成30年度診療報酬改定に向けてのDPC/PDPSの展望」 (100名) | 2017年4月24日(月)<br>【全日病会議室】                             | 8,640円(16,200円)<br>(税込)  | 複雑でわかりづらいとの声が多いDPC/PDPSの仕組みについて、理解を深めるとともに、2018年度改定を見据えたDPC評価分科会の議論の要点等を厚生労働省担当者が講演する。協会の担当役員を交えた総合討論も実施する。 |
| 第1回 AMAT 隊員養成研修 (広島会場) (60名)                                      | 2017年5月13日(土)、14日(日)<br>【TKP ガーデンシティ PREMIUM 広島駅前 3階】 | 54,000円(64,800円)<br>(税込) | 病院勤務者を対象とし、3人1チームでの申込みが原則。医師の参加は必須で、1名は業務調整員(ロジ)として参加。研修修了者には受講修了証を発行する。                                    |