



# 全日病 ニュース

## 2017.6.15 No.896

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

### 日本専門医機構の地域医療への対応方針を了承

#### 厚労省・医師養成検討会

#### 内科学会が新たな研修プログラムを紹介

厚生労働省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」(遠藤久夫座長)は5月25日、同検討会が求めていた新専門医制度における地域医療への配慮について、日本専門医機構の吉村博邦理事長から新整備指針を改正する方針の説明を受けて了承した。また、日本内科学会から新たな研修プログラムの説明を受けた。

#### 吉村理事長が整備指針の改正を説明

同検討会は、新専門医制度において求められる地域医療への配慮として、①専門医取得は義務付けではない②地域医療従事者や女性医師等に配慮したカリキュラム制の設置③研修の中心は大学病院のみではなく、地域の中核病院等であることの3点に整理。これに加えて、荒井正吾奈良県知事が主張した行政との連携強化、すなわち、機構は研修プログラム承認後も都道府県協議会に地域医療確保の動向を情報提供し、協議会が意見を提出した際は研修プログラムを改善する一の4点に対応して、吉村理事長が新整備指針を改正する考えを示した。

吉村理事長は同検討会が要望する見直しに対し、日本専門医機構の執行部を昨年7月に刷新し、新専門医制度の見直しを進めた経緯を紹介。新たに策定した整備指針、運用細則、Q&Aをみれば、同様の趣旨が盛り込まれているという認識を示した上で、整備指針

の改正内容を説明した。

専門医取得の義務付けについては、現在、原則として「基本領域学会の専門医研修を受けることを基本」としているが、「すべての医師が取得しなければならないものではない」ことを明確化する。その一方で、「医師として国民に信頼される安全・安心な医療を提供するための専門医研修は適正に施行されるべき」とした。

カリキュラム制の設置では、現在は「原則として研修プログラム制による研修を行う」としているのを「原則」は維持しつつ、「柔軟な対応を行う」ことを明記する。柔軟な対応を行う対象としては、「専門医取得を希望する義務年限を有する医科大学卒業生、地域医療従事者や出産、育児等により休職・離職を選択した女性医師等、介護、留学など相当の合理的理由がある医師等」をあげた。

その場合に、「研修カリキュラム制の研修年限の上限は特に設定しないが、少なくとも研修プログラム制が必要とされる期間」を求めている。

研修場所については、連携病院で採用した専攻医が希望した場合、「できる限り長期間連携病院における研修期間を設定するなど、柔軟なプログラムを作成する」とした。また、「幅広い疾患の症例の豊富な市中病院を重要な研修拠点」とし、「大学病院に研修先が偏らないようにする」との文言を新整備

指針に盛り込む。

都道府県協議会については、荒井知事が、プログラム作成で地域医療への配慮を行ったとしても、「ひとたび研修プログラムが認定された後は、専門医研修施設に医師配置が委ねられる」と指摘。その上で、専門医制度が「医師偏在の責任を主体的に持つとは考えにくい」とし、国と地方公共団体が関与することが必要と主張していた。

この意見を踏まえ、新整備指針では、「研修プログラム承認後も機構は、連携施設等の医師配置の状況を含む研修プログラムの研修実績を各都道府県協議会に情報提供する。協議会は必要があれば意見を提出し機構は、関係学会と調整し、改善を行う」とする。

厚労省は都道府県協議会が地域で機能するよう、6月中旬に改めて通知を出すとともに、説明会を開催する方針を示した。あわせて、都道府県に対して開催費を補助する予定であった。

吉村理事長が説明した改正内容を検討会として了承した。吉村理事長は6月2日の理事会で正式に新整備指針を改正する予定を示した。

#### 内科学会の取組みを評価

同日の検討会では、近畿大学医学部教授の宮崎俊一参考人が内科領域の研修プログラムを説明した。委員からは、「地域医療への配慮」と「キャリア形成への配慮」を両立させる取組みを評価



する意見が相次いだ。

宮崎参考人によると、当初は「厳正な整備基準」に基づき、プログラム作成に着手したが、様々な関係者の意見を踏まえ、基幹施設の要件などを見直したという。

大学以外の市中病院の上げを促進した結果、当初200~300のプログラムの予定が昨年の段階で523と、ほぼ倍増した。基幹施設の8割以上が市中病院で、基幹施設と連携施設の総数は現制度の2.4倍の2,937施設になった。

専攻医のキャリア形成へのきめ細かな対応を可能とするJ-OSLERという専攻医登録評価システムに委員の注目が集まった。修了要件の見直しやプログラムの改善をリアルタイムで客観的に検証できるシステムであり、施設の規模によらず、研修・指導に前向きな施設やプログラムを把握できるという。また、「全国どここのプログラムでも研修実績が損なわれることなく、研修の中断や再開が可能」と説明した。

委員からは、同システムを、他の学会にも導入すべきとの意見が出た。なお、他の学会のヒアリングも次回以降に実施する予定だ。

### 厚労省が入院基本料と医療機能の関係を例示

#### 厚労省・地域医療構想WG

#### 慎重な対応を求める意見が相次ぐ

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」(尾形裕也座長)は6月2日、今年10月報告分からの病床機能報告制度の変更を了承。施設単位で医師数などの報告を求めるとした。また、厚労省が病棟の医療機能選択で、算定している入院基本料を参考にして医療機能を選択する考えを示した。委員からは、「病院には様々な病期の患者がいる。医療機能には一定の幅を持たせることが必要」など、慎重な対応を求める意見が相次いだ。

#### 診療報酬との関連付けを示す

厚労省は同WGに、病床機能報告制度により、報告している病棟の医療機能と実際に提供している医療内容に

関する分析結果を示した。それらを材料として、定量的な基準を含めた病床機能報告制度の精緻化を進めようとしている。その際に、診療報酬項目との関連付けをどこまで強くするかが注目されている。今回厚労省は、2017年度からの病床機能報告制度の見直し項目を示し、WGとして了承した。

診療報酬項目との関連付けでは、病棟の医療機能と入院基本料との関係を示した。例えば、7対1は高度急性期と急性期、10対1は急性期と回復期、13対1・15対1は急性期と回復期・慢性期とした(図1)。これらと異なる機能を選択することを「妨げるものではない」と厚労省は説明したが、「異なる機能を選択した場合は、地域医療構想調整会議で確認する」ことを求めた。また、リハビリテーションを提供していない病棟は、回復期を選択しない傾向があるため、提供してなくても、回復期を選択できることを明確化する。

病床機能報告の項目の見直しでは、◇医師数・歯科医師数(施設単位)、管理栄養士数(施設単位、病棟単位)、診療放射線技師・臨床検査技師(施設単位)◇6年後の病床機能に「転換先の施設類型」を追加する。医師数については、「診療報酬上の算定要件との関係で「混乱を招く」との指摘があった

が、病院報告等で施設全体の医師数・歯科医師数の報告はすでに行われており、「既存の調査等の内容を転記」という整理で認めることとした。

「転換先の施設類型」は改正介護保険法の成立で介護医療院など療養病床の受け皿整備が進むことを受けたもの。

また、現在は6月単月の状況しか把握していないことから、「入院前・退院先の場所別の患者数」と「退院後に在宅医療を必要とする患者数」について、報告対象期間を1年間とする。1年間とすることで、実際の入退院の状況を把握する。また、「稼働していない病床がある場合は、その理由を報告する」とした。ただし原則として病棟単位で稼働していない場合に限る。

2018年度の病床機能報告に向けては、同時改定の内容を踏まえ、「抜本的な見直しを検討する」とし、「回復期・慢性期の機能を『見える化』する項目の検討」を例示した。

#### 急性期と報告した中小病院を分析

厚労省が2016年度病床機能報告制度から、特定機能病院の報告と急性期を選択した病院の報告内容を分析した。

特定機能病院では、高度急性期と報告する病棟が極めて多い。特に、大学病院は全体の9割以上に当たる約



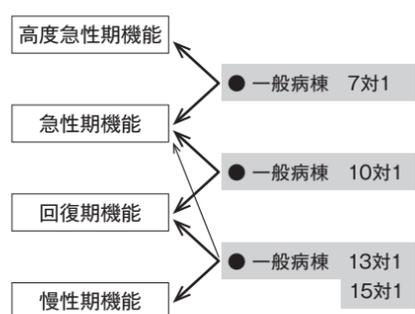
5万9千床を高度急性期と報告している。同WGでは、このことを問題とする意見が出ており、同日、全国医学部長病院長会議の小山信彌参考人が説明を行った。

小山氏は、各大学病院の選択の結果として高度急性期が多くなっているとした上で、「二次医療圏を大きく超える地域の住民を対象とする」など大学病院の特殊性を強調し、配慮を求めた。しかし大学病院を特例的に取り扱うことには委員から賛意が得られなかった。

急性期に関して、中小病院は大病院と比べ、◇看護職員数が少ない◇平均在棟日数が長い◇新規入院患者の割合がやや多いという傾向が示された。厚労省はこれを踏まえ、「必ずしも急性期を担っていない場合もあり、自主的な報告を原則としつつ、回復期等の適切な機能の選択が必要」と述べた。

これに対して、全日病副会長の織田正道委員は、「特に、病棟数の少ない中小病院は、病院としての機能を果たすために、回復期を一部担っていても、急性期と報告せざるを得ない面がある」と述べて、一定の配慮を求めた。

図1 特定の機能を有さない病棟における病床機能報告の取扱い



# 医師事務作業補助体制加算の負担軽減の効果大きい

中医協・総会

大病院の定額負担の効果は限定的

中医協(田辺国昭会長)は5月31日に総会を開き、診療報酬改定結果検証部会から2016年度改定の結果検証特別調査の報告を受けた。医師の負担軽減で効果があるのは「医師事務作業補助体制加算」との回答が最も多かった。また、外来の機能分化のため、大病院に紹介状なしの患者が受診した場合に5千円以上の定額負担を設けた効果は限定的であったことが示唆された。同日は初めて歯科医療を議論した。

2016年度特別調査は表1の5項目。このうち、⑤は別途公表することとされ、この日の説明はなかった。

調査結果から、①病棟勤務の看護職員の夜勤時間をみると、夜勤時間が72時間以上の看護職員の割合は2015年10月が38.9%、2016年10月が37.3%

%で1.6ポイント減少した。2016年度改定では看護職員の月平均夜勤時間数を72時間以下とする要件を緩和したため、日本看護協会や連合は72時間を超えて働く看護職員が増えることを懸念したが、調査結果をみる限り、その影響は表れていない。

過去数回の改定で重要項目となっている病院勤務医の負担軽減では、負担軽減・処遇改善を要件とする診療報酬で、効果が高いとの回答を得たのは「医師事務作業補助体制加算」が64.0%で最も高く、次いで「病棟薬剤業務実施加算」(44.3%)だった。ただ、全日病副会長の猪口雄二委員は、「医師事務作業補助体制加算の施設基準は大病院に有利だ。今後の議論では(どの病院が算定しているかなど)十分なデータを提示してほしい」と要請した。

を提示してほしい」と要請した。

②の調査結果から、500床以上の大病院における紹介状なし初診患者に対する定額負担の影響をみると、紹介状なし患者の割合は2015年10月で42.6%、2016年10月で39.7%と、減少は2.9ポイントに過ぎず、効果は限定的だった。ただ定額負担となる患者のうち、実際に徴収できた割合は87.3%。徴収する際に患者への説明やクレーム対応などで「困ったことがあった」と回答した病院は55.5%にのぼっている。

③在宅医療に関して、在宅医療を担当する常勤の医師数をみると、機能強化型在宅療養支援診療所の単独型で2.8人、連携型で1.3人、在支診で1.0人、在支診以外の診療所で0.9人。機能強化型在宅療養支援診療所の単独型で4.4人、連携型で3.4人、在支病で2.6人である。

在支診・病が機能強化型の届出をしない理由をみると、在支診では常勤医師の確保が難しいとする回答が多いが、在支診では「看取り等の実績4件以上を確保できない」が多くなっている。

④抗精神薬については、2016年度改



定で多剤・大量処方を適正化する改定が行われた。入院時に複数の「抗不安薬」、複数の「抗うつ薬」が処方された患者の現在の変化をみると、3割の患者でいずれも処方数が減少していた。

「か強診」の必要性を疑問視する意見

同日の総会では、歯科医療を初めて議題にした。厚労省は「口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応」を課題として提案。地域包括ケアシステムを構築する上で、かかりつけ歯科医療機能推進の観点で議論を促した。

特に、2016年度改定で新設した「かかりつけ歯科医療機能強化型診療所」では、在宅医療・介護を担う施設等と連携している歯科診療所が多いことを示した。しかし支払側の委員からは、「そもそも『か強診』がなぜ必要なのかよくわからない」との意見が出るなど、地域包括ケアにおける歯科医療の評価に対し疑問視する意見が相次いだ。

# 厚労省が社会的影響を考慮する観点を示す

中医協・費用対効果評価専門部会

委員は具体的な事例の提示を要望

中医協の費用対効果評価専門部会(荒井耕部会長)は5月31日、医薬品や医療機器の費用対効果評価の総合的評価(アプレイザル)について議論した。アプレイザルでは、増分費用効果比(ICER)の分析結果に基づき、倫理的、社会的影響の観点で評価する。厚生労働省は「公衆衛生的観点」などを示したが、委員からは「イメージがつかめない」といった意見が相次いだ。

費用対効果評価では、ICERを使って、費用と効果の関係を数値で示す。例えば、既存の医薬品より費用が安く、効果も高い新薬は、ICERで計算するまでもなく、費用対効果がよい。しかし多くの場合で費用は高くなる。このため一定の割合の人が1 QALY(質調整生存年)を獲得するために支払うこ

とを許容する額を「支払い意思額」とし、支払う意思のある人の割合に応じて、費用対効果の段階を設ける。段階は5段階とした。

「支払い意思額」は福田敬・国立保健医療科学院部長を中心とする研究班が調査する予定。現状では、500万~600万円との調査結果がある。

ICERにより、5段階評価を行って

も、それだけで評価することはせずに、倫理的・社会的影響等に関する観点を考慮する。厚労省は今回、①感染症といった公衆衛生的観点での有用性②介護など公的医療の立場からの分析には含まれない追加的な費用③長期にわたり重症の状態が続く疾患での延命治療④代替治療が十分に存在しない疾患の治療⑤イノベーション⑥小児の疾患を対象とする治療一を提示した。

しかし委員から、「イメージがつかめない」、「具体的な事例で示してほしい」といった意見が出たため、厚労省は改めて整理することとした。

# 長期収載品の薬価特例引下げ拡大の方向

中医協・薬価専門部会

先発品と後発品の価格差ゼロには賛成なし

中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)は5月31日、長期収載品の薬価引下げをめぐる議論を行った。日本の製薬企業が長期収載品に依存するモデルから、高い創薬力を持つ産業構造に転換する方針を踏まえ、長期収載品の特例引下げ「Z2」の拡大を求める意見が相次いだ。

厚生労働省は、長期収載品に依存し

ないモデルに向けた方策を次の3つに整理している。①後発品への置換えが進まない既収載品の薬価のあり方②先発品が後発品の保険給付額を超える部分の負担のあり方③長期収載品から後発品への置換えを進めるための診療報酬のあり方一である。

①後発品への置換えが進まない既収載品については、収載後5年経過して

置換えが進まない先発品の特例引下げ「Z2」の置換え率を2016年度改定で60%から70%に拡大した。置換え率が70%に満たない品目は引下げとなる。

②先発品が後発品の保険給付額を超える部分の負担では、◇先発品と後発品の差額を患者負担とする◇患者負担にはせず、先発品の薬価を後発品まで引き下げの一が論点となり、社会保障

審議会・医療保険部会でも議論されている。薬価専門部会でも医療保険部会と同様に、様々な問題が指摘され、どちらにも賛成する意見はなかった。

③後発品への置換えを進める診療報酬のあり方では、塩崎厚労相が後発品の数量シェア80%の達成時期を2020年9月に前倒ししたことを踏まえ、後発品利用促進の議論を中医協で進める。

同日の議論では、長期収載品の薬価を引き下げる「Z2」の拡大が課題となった。支払側の委員は、「5年後」という期間の短縮を主張した。製薬業界は引下げ幅の拡大に反対した。

# 医療機関別係数の見直しで中間報告

中医協・DPC分科会

I、II群の係数の重み付け変更が課題に

中医協のDPC評価分科会(小山信彌分科会長)は5月24日、次期診療報酬改定に向けてDPC制度見直しの中間報告をまとめた。DPC制度の支払いで診断群分類の包括点数に乗じる医療機関別係数のうち、基礎係数、機能評価係数II、調整係数について、見直しの方向性を示した。中間報告は、診療報酬基本問題小委員会に報告後、総会で議論される。

基礎係数は現行の大学病院本院(I群)と医療機能がそれに準じる病院(II群)、それ以外の病院(III群)の3類型を維持しつつ、名称を変更することを決めた。中間報告では、I群を「大学病院本院群」、II群を「特定病院群」、III群を「標準群」とすることを提案。III群が標準であることを明確にし、

「III群よりII群の方が高機能」という誤解を招かないようにする。

各DPC対象病院がどの類型に該当するかは、基本的にはそれぞれの要件で自動的に決まる。ただII群の要件を満たしつつも、あえてIII群を選ぶ選択肢も想定される。その場合でも、係数を設定する前に群を選択することを求める。また、III群の細分化は見送った。

機能評価係数IIには現状で、「保険診療係数」「効率性係数」「複雑性係数」「カバー率係数」「救急医療係数」「地域医療係数」「後発医薬品係数」「重症度係数」の8項目がある。このうち「後発医薬品係数」「重症度係数」については、機能評価係数IIから除外する。

「後発医薬品係数」は多くのDPC対象病院が上限の使用率70%を満たし

ていることから、機能評価係数Iに移す。「重症度係数」は、調整係数の基礎係数と機能評価係数IIへの置換え完了に伴う激変緩和措置の検討とあわせ、組換えを検討する。

その他の6項目は、機能評価係数IIの「基本的評価軸」に位置づける。これらの6項目の評価に、現状で差は設けていないが、次期改定ではI群、II群の機能評価係数IIの評価の「重み付け」を変更する方向。「重み付け」の変更は今後の大きな課題となりそうだ。

調整係数については現在、基礎係数と機能評価係数IIへの置換えを進めている。次期改定で置換えが完了し、廃止される。この方向性に委員から異論はなかった。今後は、現行の激変緩和措置の分析を進め、DPC対象病院に

経営上の急激な変化が生じることのない適切な対応を検討する。ただ中間報告では、「激変緩和の対象となる理由が過去の激変緩和の残存であると認められる場合は、激変緩和を継続するのは適切ではない」との意見を明記した。

DPC病院の合併等の取扱いを変更

厚生労働省は同日、DPC対象病院の現況を報告した。2017年4月1日時点の病院数は1,664病院となった。2016年度中に退出が2件、合併が1件あった。退出病院は伊藤病院(石川)と小千谷総合病院(新潟)となっている。

また、DPC病院の合併等の手続きを変更した。これまではすべてを個別に審査していたが、一定の要件を満たした場合に限定する。要件は①DPC算定病床の増減が年度内に200を超える②DPC算定病床の増減が当該病床の2倍以上もしくは2分の1以下となる場合。合併等でなく、DPC対象病院の増床・減床の場合も対象とする。

# 7対1病院や地域包括ケア病棟の状況明らかに

## 中医協・入院医療等分科会

厚生労働省は6月7日の中医協「診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会」(武藤正樹分科会長)に、2016年度診療報酬改定の入院医療関連の調査結果(速報値)を報告した。調査項目は①一般病棟入院基本料②地域包括ケア病棟入院料③療養病棟入院基本料④退院支援一。7対1入院基本料や地域包括ケア病棟について、患者像や病棟の使われ方を病院の類型ごとに把握すべきとの意見が委員から相次いだ。厚労省は次回、そのための追加資料を用意。改めて議論する予定だ。

7対1入院基本料は2016年度改定で「重症度、医療・看護必要度」の基

## 厚労省が2016年度調査の速報値を報告

準を見直し、該当患者割合を引き上げた(15%→25%)。その影響が懸念されていたが、2016年4月と10月の変化をみると、病床の減少は約4千床にとどまっている。転換先では地域包括ケア病棟入院料1が最も多い。7対1病院の「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合の平均は28.8%。25～30%が全体の約7割を占めるが、30%を超える7対1病院も3割弱ある。

7対1病院の病床利用率の分布をみると、80～85%の病院が最も多いが、平均は2015年10月の79.0%から78.2%に下がった。社会医療法人財団董仙会理事長の神野正博委員は、「他のデー

タと合わせても、7対1病院の患者数は減り、病床利用率が下がるなど、7対1の厳しさを示す状況が明らかだ」と述べた。また、7対1病棟の患者の入棟元・退棟先の理由を「救急」や「悪性腫瘍の治療のための予定入院」などで分けて集計することにより、「7対1の患者像がより把握できる」と述べた。

地域包括ケア病棟入院基本料等の届出病床数は2016年10月時点で5万2,492床となっており、増加傾向。他病棟との組み合わせでは、10対1が45.3%で最も多く、次いで7対1が36.2%で多い。入棟元は自院の7対1、10対1が49.4%で最も多く、次いで自

宅が26.7%となっている。退棟先は自宅が62.3%で半数以上を占める。

療養病棟入院基本料については、2016年度改定で、特に看護配置が25対1の入院基本料2の医療区分・ADL区分の患者割合見直しなどで厳格化が行われた。届出状況を見ると、20対1のみが60.3%、25対1のみが31.8%、両者を合わせた届出が7.9%となっている。20対1では医療区分2・3の患者が約9割を占め、25対1では約6割を占める。入棟元は他院の7対1、10対1が41.0%で最も多く、退棟先では死亡退院が40.1%で最も多い。自宅は16.3%となっている。

退院支援に関しては、積極的な取り組みを困難にしている理由として、「患者・家族との面会日等を調整することが難しい」との回答がどの施設類型でも多くなっている。

# 訪問リハの退院後早期利用へ医療機関の対応を求める声

## 厚労省・介護給付費分科会

社会保障審議会・介護給付費分科会は6月7日、2018年度介護報酬改定に向けた検討課題として、(1)訪問リハビリテーション(2)居宅療養管理指導(3)口腔・栄養関係一の3点を議論した。

訪問リハの利用は年を追って増え、請求事業所は3,871、利用者は約9万3千人に達している(2016年4月審査分)。事業所の84%を病院・診療所が、16%を介護老人保健施設が占め

ている。利用者の4割以上が要介護度3～5の重度者だが、近年は要支援1・2の軽度者の伸び率が高い。

訪問リハは、医療から介護への円滑な移行が期待されているが、改定検証の調査によると、退院後に訪問リハの利用を開始した者の32.0%が退院から利用開始まで2週間以上を要しており、23.5%は4週間以上かかっていた。

一方、2015年度の改定で、医師が参加したりハ会議や医師による訪問リハ計画の説明等を要件としたリハビリテ

ーションマネジメント加算(Ⅱ)を新設したが、その届出事業所は14.1%にとどまるなど、医師関与のあり方が課題とされている。こうした現状を踏まえ、訪問リハについて、厚生労働省は、①退院後や状態の悪化している利用者が早期に訪問リハを開始できる方策②医師関与のさらなる促進③医療保険・介護保険におけるリハ計画書等のあり方一などを論点に掲げた。

日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は、軽度者の中に長期の訪問リハ利用

が一定数あることをあげて、「不適切な頻回利用はないか」と疑問を示した。

また、病院団体の委員は、退院後の訪問リハ早期開始を阻害しているものとして、要介護認定に時間がかかる問題を提起。発症時からケアマネを介入させる必要があると指摘した。

これを受けて老健施設の委員が「老健では訪問等退所前の対応をしっかりやっている。これを医療機関にも求めたい」と発言するなど、医療機関における退院前の対応を求める声があった。

# 介護処遇調査を臨時に実施

## 厚労省・介護事業経営調査委員会

社会保障審議会・介護給付費分科会の介護事業経営調査委員会(田中滋委員長)は6月2日の会合で、2017年度介護従事者処遇状況等調査について協議し、実施内容を大筋でまとめた。調査内容は一部修正の上、6月7日の介

護給付費分科会に諮り、了承された。

介護従事者処遇状況等調査は、介護従事者の処遇改善が介護報酬改定で実現しているかを検証する目的で2013年度から実施され、これまでは改定の年度および翌年度に実施されてきた。

介護人材の処遇改善を目的に2017年度に期中改定が実施され、新たな介護職員処遇改善加算(Ⅰ)が設けられたことから、今回、加算(Ⅰ)に対する施設・事業所の対応状況を中心に臨時に実施する。厚生労働省は、これまでと同様10月に調査を実施する方針だ。

結果の公表時期もこれまでと同様の翌年(2018年)3月を予定している。したがって、今回調査の結果は、2018年度介護報酬改定における処遇改善加

算の議論には反映されない。

調査内容としては、これまでの調査項目を受け継いだ上で、新たに、(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の届出の有無(2)届出を行っている事業所におけるキャリアパス要件(Ⅲ)を満たす根拠となる昇給の仕組み(3)同加算(Ⅱ)を届け出ている事業所の(Ⅰ)を届け出ない理由一の3点を追加。これに伴い、これまでの調査項目で上記3点と重なる項目は削除するなどの調整を加える。

# 地域医療への配慮で新整備指針変更

## 日本専門医機構

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は6月2日、厚生労働省検討会の求めに応じ、地域医療への影響に配慮した新整備指針の改定を了承した。改定内

容は、①専門医取得が義務付けでないことの明確化②地域医療従事者や女性医師等に配慮したカリキュラム制の設置③研修の中心は大学病院のみではなく、地域の中核病院等であること④機構は研修プログラム承認後も都道府県

協議会に地域医療の確保の動向を情報提供し、協議会が意見を提出した際は研修プログラムを改善する一の4点。

また、5月17日付けで新専門医制度について、国民や今後新たな制度で研修を受ける専攻医に向けて、わかりやすく説明するための「Q&A」をホームページに掲載した。

専門医を「一定の専門性を担保しつ

つ、あくまでそれぞれの専門領域で標準的な医療を提供できる医師」と定義。これまでの専門医は、基準が統一されず、数も多かったため、国民にわかりにくかったと指摘した。このため質の向上を目的に医師の偏在に配慮しつつ、標準的な仕組みを作る必要性を強調。その上で、制度が地域医療に悪影響を与えない仕組みにしたことを示した。

# 地域包括ケアを支える病院の役割・機能で報告書

## 高齢者医療介護委員会

「地域包括ケアを支える中核医療機関の役割・機能のあり方に関する研究事業」の報告書がこのほどまとまった。地域包括ケアの中で中核医療機関が果たしている役割をアンケート調査により明らかにするとともに、地域包括ケアに参画する際のポイントを示している。高齢者医療介護委員会(委員長＝木下毅・全日病常任理事)が老人保健事業推進費補助金を受けて実施した。

アンケートは、全国の8,452病院を対象に実施(悉皆調査)。1,894病院から回答があった(回収率22.4%)。さらに詳細な調査を行うため、回答病院から510病院を抽出してアンケートを送り、197病院から回答を得た(回収率38.6%)。そのほか、回答病院から4病院を選んでヒアリングを行った。

アンケート結果は、①7又は10対1病棟を有する病院②7又は10対1

## 地域連携に関する研修など多彩な取り組みを実施

以外の一般病棟を有する病院③一般病棟を有しない病院に分類して分析した。

地域包括ケアに関して病院で実施している取り組みをみると、「地域の医療・介護関係者の連携を目的とした研修への参加」が58.0%と最も多く、次いで「職員の地域ケア会議への参加」50.4%、「地域包括ケア(退院支援)に関する院内職員への研修実施」34.5%だった。

「地域包括ケアに関する院内職員への研修」の取り組み状況を見ると、7又は10対1病棟を有する病院は44.7%が実施しているが、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では20.9%と差がみられた。研修のテーマをみると、7又は10対1病棟を有する病院では、「退院支援の具体的方法の説明」73.2%が最も多かった。急性期の病院では、患者の早期在宅復帰に伴う退院支援が求められていると考えられる。

地域包括ケアを進める上で一番重要と思われる在宅・施設患者の急変時の入院受入は、7又は10対1病棟を有する病院では74.8%、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では63.8%、一般病棟を有しない病院では44.3%が実施していた。また、地域の関係機関に退院前カンファレンスの参加を依頼したのは、7又は10対1病棟を有する病院では59.9%、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では36.5%、一般病棟を有しない病院は35.7%で、いずれも7又は10対1の病棟を有する病院の方が多かった。

7対1等の病院は規模の大きさから職員数も多く、また地域連携部門等役割に応じた様々な部門が形成されていることも多いことから、地域包括ケアに関する様々な取り組みに着手していることがうかがえた。

地域包括ケア病棟・地域包括ケア入院医療管理料算定病室を有する病院について、受入経路・機能別の退院患者数をみると、7又は10対1病棟を有する病院では「急性期からの受入」が63.9%と大半を占める一方、7又は10対1以外の一般病棟を有する病院では、「急性期からの受入」44.8%、「緊急時の受入(発症前の日常生活支援が必要)」が27.4%となっていて、病院によって地域包括ケア病棟・病室の役割は多様であることがうかがえた。

一般病棟を有しない病院では、地域包括ケアに関する院内職員の研修を実施した病院は45.9%だった。また、研修のテーマは、「厚労省が示す地域包括ケアの内容説明」58.8%が最も多かった。報告書は、地域のニーズを踏まえた病院機能を発揮するために、地域とのつながりが重要と指摘。自治会町内会単位で開催される集まりに病院職員が参加したり、地域の医療・介護専門職向けの勉強会を主催するなど、様々な機会をとらえて地域との連携を進めることができるとしている。

# 万代中医協委員の後任に島弘志・日病副会長を承認

日病協・代表者会議

## 「急性期指標」の使われ方への懸念を共有

日本病院団体協議会は5月26日の代表者会議で、10月半ばに3期目の任期を満了する中医協委員の万代恭嗣委員(日本病院会副会長)の後任として、島弘志氏(聖マリア病院病院長・日病副会長)を承認した。同時期に2期目を迎える全日病副会長の猪口雄二氏の継続も承認した。また、最近の行政をめぐる議論では、「急性期指標」で病院を評価することへの懸念を共有した。

中央社会保険医療協議会の委員の任期は2年で、最長6年とされている。万代氏が3期6年の任期を終えるため、後任を診療報酬実務者会議の委員から選出した。中医協委員候補となる島氏

は、5月27日の日病の社員総会で副会長に就任している。猪口副会長も任期を迎えるが、再任期間がある。

日病協に、一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会(栗原正紀会長)が加入することで合意を得た。ただし3カ月程度のオブザーバー参加の期間を設ける。前回加入した地域医療機能推進機構(JCHO)にも、オブザーバー参加を求めていた。

最近の行政をめぐる議論を行い、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」に示された「急性期指標」の使われ方に対する懸念を共有した。同指標は急性期の度合いを

ポイント換算で示したもので、「優れた病院ランキングとして使うことはできない」と、開発者の今村知明氏(奈良県立医科大学教授)が明言している。しかし今後、厚労省が積極的な使用を促してくることへの警戒感がある。

日病協として今回、明確な意思を表明することは差し控えたが、「急性期指標」には技術的に様々な問題点があり、「地域医療構想調整会議で使うべき指標ではない」との意見が多かったことを踏まえ、今後の対応を検討する。厚労省が地域医療構想と次期診療報酬改定を、どの程度関連づける方針であるのかを注視していくことも確認した。



地域医療に配慮するために、厚労省に新たな検討会が設置されるなど、揺れ動いている新専門医制度については、再び延期することなく来年度に制度がスタートできるよう、日病協として、「日本専門機構を支える」との姿勢を明確にした。

そのほか、診療報酬実務者会議がまとめた選定療養の追加11項目を厚労省に要望することを承認した。

# 「病院医師の働き方検討委員会」の進め方を議論

四病協・総合部会

## 入院基本料等の大幅見直しは望ましくない

四病院団体協議会は5月31日の総合部会で、政府の働き方改革に対応するため、「病院医師の働き方検討委員会」の進め方などを議論した。病院経営者だけでなく、勤務医の考えを反映させるよう工夫するとともに、医師の働き方に関する一定のデータを提示することを目指す。

政府の働き方改革では、医師に関して応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要とされており、厚生労働省に関係者が参加する検討会を設置し議論する予定となっている。四病協では、これらに対応するため、「病院医師の働き方検討委員会」を設け、すでに準備会を開いており、今月下旬にも第2回目を開く。

準備会では医師の働き方の特殊性をふまえ、「医師は労働者ではない」ことを強調する意見が出たが、総合部会では、法的に「医師は労働者ではない」と主張するのは難しく、勤務医の理解を得られない可能性があり、勤務医の意見を取り入れる工夫が必要との意見があった。

また、医師の活動のすべてが、対価を支払うべき労働とみなされた場合、病院経営に与える影響が大きいことや、医師の勤務時間が短くなった場合に「救急医療が成り立つのか」という懸念があり、これらの検討材料とするためのデータを把握する。加納議長は会見で、「医師の過剰労働が適正化されれば、地域医療に必要な医師数が想

定より増える」ことを指摘した。

そのほか、総合部会では、次期診療報酬改定の対応について協議した。中医協では入院基本料の評価に関して、患者の重症度を評価することが論点として示されている。看護配置以外の評価軸を入院医療の評価に導入することは、病院団体のこれまでの主張でもあるが、改定財源が十分でない中では、意図に反した改定が行われる可能性が高い。このため大幅な見直しを次回改定で行うことは望ましくないとの意見が大勢だった。

また、病院の急性期度合いを判断する「急性期指標」や病床機能報告制度の見直しで議論があった。厚労省は、高度急性期や急性期などの医療機能と



診療報酬項目の関連付けを検討していると考えられる。四病協としては、厚労省が関連付けを今後どう強めていくかを注視し、必要な対応を取る必要があるとの認識を共有した。

また、加納議長は今年度の事業年度から、医療法人が公認会計士による監査を受けることが義務付けられたことに関し、監査が適正価格で行われるよう働きかける意向を示した。

# 阿蘇立野病院の上村理事長が近況を報告

理事会

## 8月の病棟再開目指すが、職員の確保が課題

昨年4月の熊本地震から1年が経過したが、最も大きな被害を受けた阿蘇立野病院の上村晋一理事長が5月20日に開かれた全日病理事会で近況を報告した。同病院は4月から週1回の外来をスタートさせ、8月の病棟再開を目指している。

これまで仮設住宅の巡回診療を行っていたが、4月17日から週1回のみ外来を始めた。まだ水道が復旧していない状況だが、8月の病棟再開を目指して準備を進めているという。「冗談

のような話だが、何床から始めるかを考えている」という上村理事長。最大の問題は職員の確保だ。

同病院は、熊本地震によって、近隣の斜面が崩落して道路が寸断されたため、やむなく病院を閉鎖。140人の職員を解雇した。地域の復興と歩調を合わせて病院再開を目指すのが、復帰の打診があった職員は3人とどまり、状況は厳しい。

こうした中で熊本県が看護協会とタイアップして「くまもと復興応援ナ

ース」の制度を立ち上げている。この制度は全国のナースセンターと提携し、1カ月～1年程度の期間で、阿蘇地域の病院で働く看護師を募集するもの。乗用車が無償で提供されるほか、観光や温泉入浴券の特典もある。上村理事長は、「人材を確保して病院を再開したい。3年がんばればもとに戻せるだろう」と述べる。

この日の理事会では、熊本地震にかかる2017年度の会費免除を審議し、医療法人社団希望ヶ丘病院と医療法人

社団順幸会阿蘇立野病院の2会員について年会費および人間ドック年会費の免除を承認した。

熊本県支部長の山田一隆常任理事は、全日病の配慮に感謝の意を表すとともに、熊本県内の状況を報告。「1年経って徐々に復興が進んでいるが、まだ、4万7千人以上が仮設住宅に暮らすなど厳しい状況がある」と述べた。熊本地震で被災した多くの会員病院が厳しい運営状況に陥ったが、「今年度はしっかり立て直していきたい」と山田支部長は述べ、復興に向けて決意を示した。

### ■ 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
病院管理士・看護管理士 フォローアップ研修会 (200名)	2017年7月17日(月祝) 【全日病会議室】	6,480円(税込) ※昼食代を含む	2016年度の事務長研修と看護部門長研修の受講者が、病院の今日的課題の解決方法を発表し、討論する。本研修は、病院管理士と看護管理士の継続要件に該当する。2018年3月末に認定期間が終了する病院管理士は、この研修に参加し、レポートを提出することで5年間の継続認定が認められる。
医師事務作業補助者研修 (200名)	2017年8月24日(木)、 8月25日(金) 【全日病会議室】	30,000円(税込) ※テキスト代、昼食代を含む	本研修は、診療報酬の「医師事務作業補助体制加算」を算定するための研修要件を満たしている。研修を修了し、病院内研修レポートを提出すると、「修了証」が授与される。
第2回特性要因図作成研修会 (20病院(グループ))	2017年9月2日(土) 【全日病会議室】	1病院3～5名で参加 48,600円(75,600円)(税込) 1病院1名で参加 16,200円(21,600円)(税込) ※書籍代、昼食代を含む	医療事故調査制度は、原因究明と再発防止が基本。本研修は、根本原因分析(RCA)の骨格をなす特性要因図について座学とグループ討議で学ぶ。課題は、①退院支援・退院調整、②病床管理、③外来予約診療(検査)、④インシデント報告収集から一つを選択。
院内医療事故調査の指針 事故発生時の適切な対応研修会 (60名)	2017年9月22日(金)、 9月23日(土) 【全日病会議室】	27,000円(32,400円)(税込) ※テキスト代、昼食代を含む	『院内医療事故調査の指針 第2版』を教材に、院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を演習で学ぶ研修。グループワークが中心となるので、1病院から複数名の参加が望ましい。