



# 全日病 ニュース 2017.12.15

## No.908

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

## 全日病が新執行部の披露会・懇親会を開く

国会議員・厚生労働省・関係団体から400人が参加

全日病は11月24日、新執行部披露会・懇親会を都内のホテルで開いた。全国の会員病院をはじめ、国会議員や厚生労働省、医療団体の関係者約400人が参加し、6月に発足した新執行部の船出を祝った。

冒頭に挨拶した猪口雄二会長は、地域医療構想や診療・介護報酬同時改定、医師の働き方改革などをあげて、「医療制度改革の動きが速すぎる」と述べ、新執行部では担当役員が分担して対応していることを紹介。新執行部発足後の7月には全日病の会員数が2,500を超えたことを報告し、「その分、われわれの責任が重くなった」と述べた。全日病が



外国人技能実習制度の監理団体の認可を受けるための活動を行い、来年度から海外からの介護人材の招聘に取り組むことを紹介。また、来年度は総合医療養成事業をスタートさせて、会員病院で働く医師のキャリアアップを支援したいと意欲をみせた。

新執行部としては、情報を集めて会員に伝達すると述べる一方、都道府県によって医療事情が大きく異なることを踏まえ、「各支部の意見を集約して全日病としての意見を発信していきたい」と会務運営の方針を述べた。

### 猪口会長のリーダーシップに期待

来賓として挨拶した加藤勝信厚生労働相は、西澤寛俊前会長の10年におよぶ貢献に敬意を表すとともに、猪口会長のリーダーシップに期待した。

加藤厚生労働相は、地域医療構想をはじめとする医療提供体制の再構築や地域

包括ケアの推進が求められていると指摘。今後は、地域医療構想に沿って、転換する病床数など具体的な方針の策定に向けて、2年間程度で集中的に検討することになると述べた。

全日病の会員に対して、地域医療構想調整会議への参加をはじめ地域医療構想の実現に向けて協力を求めるとともに、地域医療介護総合確保基金による支援を行う考えを示した。

また、次期診療報酬改定については、「ICTの活用を含め、現場の負担軽減にもつながる効率的で質の高い医療の実現に資するように検討を進める」と述べた。

日本医師会の横倉義武会長は、「高齢社会における私的病院のあり方について会員病院を指導していただき



い」と要望するとともに、全日病の執行部に対し「荒波の中へ船出をすることになる。ともに戦っていこう」とエールを送った。

四病院団体協議会を代表して挨拶した日本病院会の相澤孝夫会長は、「大きく激しい変化が始まっている。病院は、変革の渦に巻き込まれ、疲弊している」と危機感を表明。四病協が一致団結して難局に当たらなければならないと強調した。

このあと、日本病院団体協議会の原澤茂議長が乾杯の音頭をとった。

## 7対1、10対1の評価体系の大幅な変更を検討

中医協・総会

基本部分と診療実績に応じた加算を組み合わせ

厚生労働省は11月24日の中医協総会(田辺国昭会長)に、一般病棟入院基本料を大幅に見直す提案を行った。現行の7対1入院基本料と10対1に、看護職員等に応じた基本部分と診療実績に応じた段階的な評価部分を組み合わせた評価体系を検討する。その結果、7対1と10対1の間に中間的な評価が設けられる。委員から強い異論はなかったが、具体的な基準が示されないと賛否を明らかにできないとする意見が大勢だった。

中医協は次期診療報酬改定に向けた議論を加速させている。11月29日には性同一性障害の手術の保険適用など技術的事項を審議。12月1日はICTを活用した遠隔診療の新たな評価や対面要件の緩和、12月6日は再び急性期入院医療をテーマとして議論した。また、11月22日の薬価専門部会では、薬価制度の抜本改革案が示された。

### 基準値は現行どおりを主張

一般病棟入院基本料について厚労省は、高齢化・人口減少社会の中で「より高い医療資源を投入する医療ニーズは減少し、中程度の医療資源を投入する医療ニーズが増加する」との基本認識を示した上で、医療ニーズが低い患者に多くの医療資源を投入するのは「非効率」との考えを示した。

現行の7対1入院基本料と10対1をみると、7対1は1,591点であるのに対し、10対1は最も高い加算を取っても1,387点で、その差は大きい。200床の病院で、この差を試算すると、年間約1.2億円程度と推計され、病院経営に与える影響は非常に大きい。このことが、7対1からの転換をとどまらせ、医療ニーズに対応した「弾力的で円滑な選択・変更を困難にしている」

と厚労省は認識している。

新たな報酬体系のイメージは次のようなものだ。看護職員等に応じた基本部分が現行の10対1に相当し、それに診療実績に応じた段階的な評価部分が加算され、段階的な評価の最も高い部分が、現行の7対1水準となる。最も高い部分では、7対1の看護職員配置をそのまま適用するとしている。10対1からの段階的な加算になるので、現行の7対1と10対1の水準の間に中間的な評価が設けられる。

このような評価体系に対し、強い異論はなかった。しかし具体的な基準が示されないと賛否は示せないという意見が大勢だった。特に、診療実績に応じた段階的な評価部分は、「重症度、医療・看護必要度」(以下、看護必要度)やDPCデータのEF統合ファイルでの測定が想定される。その基準値がどう設定されるかが重要となる。全日病会長の猪口雄二委員は、「評価体系が変わるのに病院が対応するのは大変なこと。その上に基準値が動けば現場は混乱する」とし、7対1水準の評価が得られる基準値は現行どおりにすべきと主張した。

厚労省は今回、患者の急性期医療の必要性を、看護必要度ではなく、EF統合ファイルで判定することが可能であるとのデータを示している。希望する病院は来年4月からDPCデータを活用することが可能になる見通しだ。その際には、看護必要度の該当患者割合25%に相当する基準値を設定する必要がある。試算では、看護必要度の該当患者割合の平均は28.8%、DPCデータでは23.3%となっている。

ただし、この試算は「入院医療等の調査・評価分科会」に示されたものから変更があった。当初は24.8%だった

が、単純ミスを修正し、両者のばらつきがより小さくなるよう追加分析を行った結果だ。しかし追加分析では、看護必要度のA項目「救急搬送後の入院」が削除された。DPCデータでの該当が厳しくなる可能性があり、猪口委員は「反対」を表明した。

### ICU、地域包括ケア病棟の見直し

特定集中治療室管理料等(ICU等)については、◇救命救急入院料1および3、脳卒中ハイケアユニット管理料も「重症度、医療・看護必要度」の測定を要件とする◇特定集中治療室管理料にアウトカム評価として入院時の患者の生理学的スコアの記載を求める◇特定集中治療室で重症患者に対するケアに関する研修を受けた看護師の配置を特定集中治療室管理料1・2の要件とする一などが論点になった。

猪口委員は、研修を受けた看護師を要件とすることに対し、「9割以上の病院で配置されているというが、逆にいえば1割が取れない」と反対した。

地域包括ケア病棟入院料等については、「自院・他院の急性期病棟からの受入れ患者(ポストアキュート)」と「自宅等からの受入れ患者(サブアキュート)」で評価を分けることで概ね合意した。「救急・在宅等支援病床初期加算」を見直す考えだ。

四病院団体協議会と日本医師会が提言した「地域包括ケア病棟のあり方」に沿った対応も進める。地域の医療・介護連携の支援病院として、地域包括ケア病棟入院料等の要件に「訪問系サービスの提供」を選択肢の一つに設けることや、在宅医療や介護サービスの実績を加味した評価などを検討する。

在宅復帰率については、◇自院の他病棟への転棟患者は評価対象(分子)



に含めない◇在宅復帰機能強化加算なしでも介護老人保健施設などを評価対象(分子)に含める◇見直しの影響を検証できるよう自宅等への退院患者と他医療機関への退院患者を区別した内容で報告を求める一ことを検討する。

12月1日は、ICTを活用した遠隔診療の新たな評価の具体案が示されたほか、医療・介護従事者の対面でカンファレンスを求める要件を緩和する。緩和対象の診療報酬項目としては、感染防止対策加算や退院支援加算1、退院時共同指導料1・2などがある。

12月6日は、急性期入院医療を再び議論。厚労省が看護必要度の項目変更案を示した。A項目の救急搬送後入院(2日間)を、救急医療管理加算の算定患者(2日間)に置き換えるなど3項目を見直す。これにより、現行25%の該当患者割合の基準を引き上げることの是非が議論の焦点になりそうだ。

### 薬価制度の抜本改革を議論

11月22日の薬価専門部会では、薬価制度の抜本改革案が議論された。長期収載品の薬価を最終的に後発医薬品に合わせ、後発品への置換えを加速させるとともに、革新的新薬創出等促進制度を創設し、指標の達成度・充足度に応じて加算にメリハリをつけるなどの対応を図る。しかし11月29日の日米欧の製薬企業へのヒアリングでは、特に革新的新薬創出等促進制度に対し「評価が不十分」との意見があった。

# 診療報酬改定などの要望を野党議員に伝える

## 野党共同団体ヒアリング

## 医師の働き方改革で質問も

四病院団体協議会は12月1日、野党共同団体ヒアリングに出席し、診療報酬改定などに関する要望を行った。①民間病院の賃金上げの実態②診療報酬の常勤要件などの見直し要望③医療経済実態調査に対する声明④次期改定の要望書—の内容を説明。野党議員からは、医師の働き方改革に関し質問があり、全日病の猪口雄二会長は、時間外労働規制を医療現場に適用するこ

とが難しい現状を訴えた。民間病院の賃金については、四病協を代表して猪口会長が説明し、ベースアップの実施率、賃金の改定額・改定率のいずれでも他の産業と比べ、改善が遅れている調査結果を示した。常勤要件については、多様な働き方や人材の有効活用の観点から、複数の非常勤従事者で常勤と認める緩和を行うべきであることなどを主張した。

医療経済実態調査については、病院全体の経営状況が悪化していることは明白であり、次期改定で大幅なプラス改定が必要と訴えた。具体的な要望項目では、日本病院団体協議会でまとめた7項目を説明。すべての入院基本料の引上げが必要であることなどを伝えた。

野党議員からは、医師の働き方改革に対して質問が出た。猪口会長は、働



き方の改善が必要であることを前提とした上で、「医療現場に医師不足や長時間労働が常態化している状況で、時間外労働の上限規制をそのまま適用すれば、救急医療や産科医療など地域医療は崩壊してしまう」と危機感を表明した。

# 医師少数地域で働いた医師の認定制度めぐり議論

## 厚労省・医師需給分科会

## インセンティブとして不十分と神野委員が指摘

厚生労働省の医療従事者に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂座長)は11月22日、医師少数地域に勤務した経験のある医師を厚労省が認定する制度をめぐり議論を深めた。認定された医師でない一定の医療機関の管理者になれないインセンティブの付与については、地域医療支援病院以外にどの病院まで広げることが論点になった。認定医師であることを診療所の開設要件にすることは賛否両論があった。来年度以降に厚労省が示す「医師の偏在の度合い」の指標をもとに、客観的なデータに基づき指定する医師少数区域で勤務した一定期間の経験を評価して認定を行う。一定期間の長さは今

後検討するが、臨床研修や専門研修など断続した期間を通算できるようになると見込まれる。医師少数地域における勤務を認定されることのインセンティブとして、一定の医療機関の管理者になる要件を位置づける。厚労省は◇地域医療支援病院◇臨床研修病院◇社会医療法人◇公的医療機関◇地域医療機能推進機構(JHCO)をあげて、この中から「限定的な範囲」で、始めることを提案した。管理者に関する要件を設定する対象者は「施行日以降」に臨床研修を開始する者とする。これに対し、全日病副会長の神野正博委員は、「認定医にいかにかインセン

ティブをつけるかがカギだが、この提案でドライブするとはあまり思えない。本当に医師少数地域に医師が行くようにするには、保険医登録の規制まで踏み込む必要があるのではないかと。外來のニーズを可視化したとしても、それでドライブするとも考えにくい」と疑問を呈した。他の委員からも、同様の意見が相次いだ。一方で、日本医師会の委員は、外來のニーズが可視化されれば、適切な開業が行われると主張した上で、「開業を制限することは相当慎重に考える必要がある」と強調した。厚労省は医師偏在の解決策として、診療所の開業規制に手をつけることに



は慎重な姿勢をみせる。別途検討するインセンティブ対策として、「予算上の措置」や「税制上の措置」も今後あり得るとの考えを示した。診療報酬についても全国一律の点数設定が原則だが、医療資源が少ない地域に一定の緩和措置を講じていることを説明した。

# 院内処方と院外処方の格差是正を要求

## 厚労省・医療部会

## 医師の宿直義務免除の要件定める

厚生労働省の社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は12月6日、2018年度診療報酬改定の基本方針について議論。院内処方と院外処方の間で大きな点数差があることにに対し、見直しを求める意見が相次いだ。同部会はこの日、基本方針の議論を終え、文案の修正を座長に一任した。また、先の通常国会で成立した介護保険法等一部改正を受けて、医師の宿直規定を見直し、常時連絡がとれて速やかに病院に駆けつけられる場所にいる場合は、病院内での宿直義務を免除することとした。11月24日の同部会では、今年度末で期限を迎える療養病床の看護配置基準に関する経過措置を6年間延長することを了承した。

日本医療法人協会会長の加納繁照委員も、病院薬剤師の確保が難しい状況を訴え、「院内の薬剤師も門前薬局と同じことをしているのに差があるのは理解できない」として是正を求めた。これらの発言に対し、日本薬剤師会の委員が反論。薬剤師が疑義照会することで薬剤治療の質の確保に取り組んでいることや、後発医薬品の使用促進で財政効果をあげていることを説明し、医薬分業の成果を強調した。厚労省は、具体的な点数を改定の基本方針に書き込むことは難しいと答えたが、この日の議論は、中医協の議論に反映するとみられる。

して厚生労働省令で定める場合は医師の宿直義務を免除することとなった(2018年4月1日施行)。この改正を受けて省令で定める具体的内容を検討。厚労省は病院で宿直が不要になる場合として、(1)隣接した場所に待機する場合と(2)速やかに診療が行える体制が確保されている場合を提示。(2)の基準として、次の4点をすべて満たすことを提案し、了承された。①病院の看護師等が常時連絡できる体制が確保されている ②医師が連絡を常時受けられる ③医師が速やかに病院に駆けつけられる ④医師が適切な診療が行える状態である



換が完了するまでの医療法上の経過措置を延長する(2023年度末まで)。医療法では、療養病床は4対1の看護師・准看護師の配置を標準としている。ただし、療養病床からの転換を予定している病院については、経過措置として2017年度末までの間は6対1の配置を認めている。介護保険法の改正により、新たな介護保険施設として介護医療院の創設が決まり、介護療養病床については転換期限が6年間延長された。また、「療養病床の在り方等に関する特別部会」の議論では、療養病床の人員配置基準の経過措置について、「原則として2017年度末で終了するが、必要な準備期間に限りて延長を認めるべき」と整理している。こうした経緯を踏まえ、厚労省は、医療療養病床の経過措置について「転換が完了するまでの最大6年間延長」することを提案し、了承された。介護療養病床にかかる医療法上の経過措置も同様に6年間延長することとし、了承された。

## 院内処方に点数配分求める

病院団体の委員を中心に調剤薬局の院外処方と病院の院内処方の点数差の見直しを求める意見が相次いだ。日本精神科病院協会会長の山崎學委員は、「患者は院内調剤の4~5倍の値段を払っている。今回の診療報酬改定で調整してもらいたい」と要請。

医師の宿直規定を緩和  
病院の管理者は、医師法第16条により医師を宿直させなければならないとされている。介護保険法改正で介護医療院が創設されるに当たり、併設医療機関からの医師の往診等により、夜間・休日の対応が可能になるよう配慮することが求められていた。このため、医療法第16条のただし書き部分を改め、「医師が速やかに診療を行う体制が確保されている場合と

療養病床の経過措置を6年間延長  
11月24日の同部会で、今年度末で期限を迎える療養病床の看護配置基準に関する経過措置を6年間延長することを了承した。介護保険法改正によって、介護医療院が創設されるとともに、介護療養病床は6年間、転換期限が延長されたことを踏まえ、療養病床の転

# 病院への外来受診時の定額負担は拡大の方向

## 社保審・医療保険部会

## 経済財政計画改革工程表の指摘事項を協議

社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)は12月7日、経済財政再生計画の改革工程表で指摘された2017年度中に結論を得るべき事項についてまとめた「議論の整理」を協議。概ね了承し、部会長預かりとなった。現在、特定機能病院と500床以上の地域医療支援病院で実施している紹介

状なしの病院への外来受診時の定額負担については、「外來の機能分化・連携を推進する観点から、定額負担の徴収義務の対象となる医療機関を拡大するという方向性には異論がなかった」と明記した。しかし、日本労働組合総連合会の委員は「患者の選択肢が制限される」と

徴収義務の拡大に懸念を表明。これに対し、日本医師会の委員は「病院に患者が集中して勤務医の負担が過重にならないようにすることがポイント」と理解を求めた上で、「当面、200床以上の地域医療支援病院から始めることでよいのではないかと提案した。先発医薬品の価格のうち、後発医薬

品に係る保険給付額を超える部分の負担のあり方では、先発品と後発品の差額を患者負担とする考え方については慎重意見が多かったとした。高齢者医療確保法第14条の診療報酬の特例の活用方策では、導入には慎重な意見があることを示した。一方、部会では2018年度診療報酬改定の基本方針案についても議論した。一部修正を求める意見があり、部会長預かりとした。

# 介護医療院・介護療養病床の報酬・基準案を概ね了承

## 社保審・介護給付費分科会

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は11月22日、介護医療院の報酬・基準案について議論し、厚生労働省の提案を概ね了承した。転換支援策の加算には一部に慎重な意見があった。

介護医療院のうち、介護療養病床(療養機能強化型)相当のI型については、①人員基準は療養機能強化型と同様だが介護職員は5:1とする、②医師の宿直は必要だが、医療機関併設の場合は宿直医師を兼任できる等基準の緩和や設備の共用を可能とする、③療養室は4名以下、1人当たり8.0m<sup>2</sup>以上とし、転換の場合は大規模改修まで6.4m<sup>2</sup>を認める、④廊下幅は1.8m、中廊下は2.7mとし、転換には廊下幅1.2m、中廊下1.6mを認める、などとしている。

I型の基本報酬に関しては、療養機能強化型を基に医療処置や重度者要件等を設ける一方、介護療養病床より療養環境が充実していることも評価することとした。その上で、介護療養型の現行加算等を継承、さらに、介護老人保健施設の緊急時施設療養費と同様の評価を設けるとしている。

転換支援策としては、①療養室面積と廊下幅等の基準を緩和する(前出)、②転換後1年間算定できる加算を新設

## 介護医療院I型に医療処置と重度者の算定要件

する(期限は2021年3月末)方策を示した。

一方、介護療養型医療施設にとどまる病院の報酬に関しては、①介護老健施設の算定要件である一定の医療処置または重度者要件を基本報酬の要件とする、②療養機能強化型以外の介護療養病床にDPCコードの記載を求める方針を打ち出した。

### 介護療養型医療施設、介護医療院 報酬・基準案の概要

#### □介護医療院について

##### 【人員・施設基準】

○介護医療院のI型とII型は療養棟単位で提供できる。ただし、規模が小さい場合は、これまでの介護療養病床と同様、療養室単位でよい。

○開設に伴う人員基準については、①医師、薬剤師、看護職員、介護職員は、I型とII型に求められる医療・介護ニーズを勘案して設定し、②リハ専門職、栄養士、放射線技師、その他の従業者は施設全体としての配置を念頭に設定する。

○療養室は、定員4名以下、1人当たり床面積を8.0m<sup>2</sup>とする。

○療養室以外は診察室、処置室、機能訓練室、臨床検査設備、エックス線

装置等の設置を求める。

○医師の宿直は引き続き求めるが、一定の条件を満たす場合は医師の宿直が必要ない。

○医療機関と併設する場合は、宿直の医師を兼任できる等人員基準の緩和や設備の共用を可能とする。

#### 【基本報酬等】

○基本報酬は、I型は介護療養病床(療養機能強化型)を参考とし、II型は介護老人保健施設の基準を参考に24時間の看護職員配置が可能となることに考慮して設定する。

○その上で、I型、II型それぞれに設定される基準に応じた評価を行い、一定の医療処置や重度者要件等を設けメリハリをつけた評価とするとともに、介護療養病床よりも療養室の環境を充実させていることもあわせて評価する。

○介護療養型医療施設の加算等は介護医療院においても同様とする。

○介護老人保健施設と同様に緊急時施設療養費と同様の評価を行う。

○I型には、療養機能強化型と同様にDPCコードの記載を求める。

#### □介護医療院等への転換について

○療養室の床面積や廊下幅等の基準緩和



和等、転換する上で配慮が必要な事項は基準の緩和等を行う。また、最初に転換した時期から1年間に限り算定可能な加算を新設する。ただし、2021年3月末までの期限を設ける。

○介護療養型老人保健施設からの転換にも同様の支援策を用意する。

#### □介護療養型医療施設について

○介護療養型老人保健施設の算定要件である一定の医療処置(喀痰吸引または経管栄養の割合が15%以上)または重度者要件(日常生活自立度ランクM以上の認知症の割合が20%以上)を介護療養型医療施設の基本報酬の要件として設ける。

○療養機能強化型以外の介護療養型医療施設も、介護給付費明細書にDPCコードの記載を求める。

# ウェブサイトの広告規制で省令・ガイドライン案を了承

## 厚労省・医療情報の提供内容等に関する検討会

## 患者の体験談とビフォー・アフターの写真は原則禁止

厚生労働省の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」(桐野高明座長)は11月29日に会合を開き、医療機関のウェブサイトに対する広告規制の施行に向けて、省令およびガイドライン案を検討。文言等の修正を座長に一任した上で、パブリックコメントの手続きに入ることを了承した。厚労省は、来年6月の施行にむけて準備を進める。

新たな広告規制は、美容医療に関するトラブルが続発したことを受けて、6月に成立した医療法等一部改正案に盛り込まれた。医療機関のウェブサイトや医療広告規制の対象とするとともに、国民・患者に対する情報提供を妨げない観点から一定の条件の下にウェブサイトの広告可能事項の制限を解除する取扱いを定める。

懸案になっていた患者の体験談や手術のビフォーアフターの写真について

は、原則禁止とした上で、ビフォー・アフターの写真に治療内容やリスクなどの説明を加えた場合は禁止対象外となることをガイドラインで示すこととした。

これまで、医療機関のウェブサイトは原則として広告規制の対象外とされていた。近年、美容医療に関する相談事例が増加。消費者委員会から医療機関のウェブサイトに対する法的規制を求める建議が出され、これを受けて医療法改正により、医療広告規制を見直すことになった。一方、他の広告媒体と同様に医療機関のウェブサイトの情報を制限すると、患者が求める情報提供が妨げられるおそれがある。このため、一定の条件の下に広告可能事項の制限を解除することとした。

厚労省は、広告可能事項が限定されないウェブサイトの要件として次の3点を示した。

①ウェブサイトのように入手する情報であり、医療機関が医療に関する適切な選択に資する情報を提供しようとするものである場合  
②当該情報について、問い合わせ先の記載等により、内容について容易に照会が可能であり、情報の非対称性の軽減が担保できる場合  
③自由診療について情報提供する場合は、◇通常必要とされる治療等の内容、費用等に関する事項、◇治療に係る主なリスク、副作用等に関する事項が記載されている場合

このうち自由診療について、日本医療法人協会副会長の小森直之構成員が質問。その大半が自由診療に含まれる予防接種をめぐって問題が起きていることを踏まえ、検討を求めた。厚労省は、予防接種に関する副反応、副作用は患者にとって必要な情報であり、具体的な情報を記載する必要があると回



答。個々のワクチンによって必要な情報は異なることから、関係部局と確認した上で、どのような情報が必要かを示したいと答えた。

そのほか、DPC制度において医療機関がウェブサイト上で公表を求められているデータは広告可能事項とすることを了承した。また、国際的な評価認定機関であるJCI(Joint Commission International)の認定を受けていることを広告可能事項とする(告示改正)。

# 地域医療構想と医師の働き方改革で意見交換

## 常任理事会

## 回復期機能は不足していないことを確認

全日病は11月18日の常任委員会で地域医療構想および医師の働き方改革をテーマに討議した。猪口会長と織田副会長が厚生労働省の検討会等での検討状況を報告した上で意見交換した。

地域医療構想に関して、9月29日付けで厚労省から出された事務連絡について質問があった。事務連絡は、地域医療構想・病床機能報告における回復期機能の考え方を示すもの。回復期機能は、回復期リハビリテーション病棟入院料などを算定する病棟のみを指すものではないことを確認した上で、「現時点で全国的に回復期機能を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期機能の医療を受けられない患者が多数生

じている状況ではない」との認識を示している。

病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量の比較から、「回復期を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解されている」と懸念を示し、各医療機関に対し、診療の実態に即した医療機能を報告するよう求めている。

織田副会長は、「回復期が足りない」という議論が各県で行われていて問題になっていた。事務連絡によって理解が得られたのではないかとコメントした。

猪口会長は「厚労省もこのまま進めていくと、回復期リハ病棟が増えて困

ったことになる」と認識しているようだ」として、厚労省の対応が変わってきた印象があると述べた。また、「回復期」という名称が誤解を招いているとし「例えば、亜急性/回復期とすれば、選択する病院も増えるだろう。しかし、法律で決まっていることなので変えるのは難しい」と述べた。

#### 医師の働き方に国民の理解必要

医師の働き方改革について猪口会長は、若い医師の働き方に関する感覚が変わってきていることから、時間外労働の規制を含め、医師の働き方を変えていく必要があることに一定の理解を示しつつ、現状のまま規制が実施され

ると医療機関は診療時間を短縮せざるを得なくなるとし、「救急医療や産科医療を崩壊させないために何が必要かについて、訴え続けていく必要がある」と強調した。

その一方で、医師の働き方を変えるのであれば、夜間・深夜の救急車の利用を含め、国民の理解を求める努力が必要と述べた。

出席者からは、医師の働き方改革に対応するとすれば、軽度の医療を保険給付から外し、重症者の医療に保険給付を重点化するなど、医療保険の給付範囲の見直しにつながる抜本的な改革が必要になるのではないかと意見があった。

# 指定要件に院内がん登録とEF等データの提出

## 厚労省・がん拠点病院指定要件WG 免疫療法に関する実態調査の結果を報告

厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ(WG)」が11月29日に開かれ、第3期がん対策推進基本計画を踏まえた整備指針の策定に向け、がん診療連携拠点病院等の指定要件見直しに関する本格的な議論を開始した。

この日は、同WGがまとめた論点のうち診療体制・診療従事者の配置、診療実績、相談支援センターにかかわる各要件のほか、医療安全や支持療法、保険適応外の免疫療法など要件に追加すべき事項を取り上げて議論した。

診療実績にかかわる要件に関して厚

労省は、「標準的治療等」にかかわる論点を示し、「標準的治療の実施に関する評価を行い、その結果を国民に提供する」「院内がん登録やDPC等のデータを活用して自施設のがん診療を評価する」ことなどを追加することを提案した。

これは、院内がん登録とリンクしたDPC(EFファイル)やレセプトのデータを所定機関に提出し、その分析から導かれるがんごとの標準診療実施率を質の指標として用い、ベンチマーク化するなど利活用することを想定している。

また、厚労省は保険外診療の体制整

備を求めるとともに、科学的根拠を集積するために保険外の免疫療法は原則として臨床研究の枠組みで実施。その上で、臨床研究で実施される治療は臨床研究法(2018年4月施行)に則った体制を求めると提起した。

厚労省は、拠点病院等における免疫療法に冠する実態調査(今年9月1日時点)の結果を報告した。それによると拠点病院等全434施設のうち84の施設で免疫療法が行われていた。うち79施設は治験などの臨床研究の枠組みで実施、5施設は臨床研究によらない自由診療として行っていた。さらに、



そのうちの1施設は院内倫理審査委員会にかけていなかった。

今回の調査は免疫療法に限ったもので、同じ保険外でも、ゲノム医療の実態は捕捉されていない。また、免疫療法以外に保険外で実施される各種治療にどう対応していくかという問題は残されている。WGは、免疫療法の臨床研究枠組みによる実施、および院内がん登録やDPCのデータ等の届出を指定要件に盛り込むことに賛成した。

# 財務省の実調分析に反論し大幅プラス改定を主張

## 日病協 地域包括ケア病棟協会が日病協に加わる

日本病院団体協議会は11月24日の代表者会議で、今回の医療経済実態調査が「病院全体の経営状況が悪化傾向にあることを明確に示している」ことを訴える声明をまとめ、発表した。その上で、「昨今の働き方改革の動向等も考え合わせ、大幅なプラス改定を求めると主張した。

11月8日に公表された医療経済実態

調査では、一般病院全体で収益差額が▲4.2%に悪化し、病院経営の厳しい状況が明らかになった。しかし財務省は、調査の対象になった病院タイプの構成比を、実際の病院タイプの構成比に変更して集計すれば、国公立を除く一般病院の収支は「むしろ改善している」と指摘している。

これに対し日病協は、医療経済実態

調査の回答率が56.2%と向上していることも踏まえ、「財務省の分析は、現場の実情とかけ離れている」と指摘した。「病院の苦しい経営実態が多くのデータにより示されたことは間違いない」とし、医療経済実態調査の結果を真摯に受け止めた上で、大幅なプラス改定が必要と主張した。

また、地域包括ケア病棟協会(仲井培雄会長)の日病協への入会を承認し



た。8月18日から3カ月のオブザーバー期間を設けていた。日病協では現在、加入に関する規定を設けていないが、法人格の取扱いなど一定の規定を設ける方向で検討することを確認した。

# 予定通り消費税率の引上げを求める声明を発表

## 四病協・総合部会 非常勤従事者の常勤要件および専従要件の見直し要望書

四病院団体協議会は11月22日に総合部会を開き、消費税に関する声明を提出する方針を決めたほか、非常勤従事者の常勤要件および専従要件の見直しに関して厚生労働省に要望書を提出することを了承した。消費税に関する声明は11月30日に発表したほか、常勤要件および専従要件に関する要望は同29日に厚労省に提出した。

消費税に関する声明は、これまでの四病協の主張を踏まえ、2019年10月の消費税率の引上げを確実に実施することを求めている。会見した全日病の

猪口会長は、過去に2回にわたって引上げが延期されたことにより、診療報酬の改定財源が厳しくなるなどの影響が出ていると指摘。患者の自己負担増につながっていることを懸念した。

また、非常勤従事者の常勤要件および専従要件の見直しは、医療従事者の多様な働き方と負担軽減を目的とするもの。11月29日の要望書は、①医療従事者の常勤要件で「複数の非常勤従事者による常勤換算」を認める②専従要件の「所定労働時間のすべて」を大幅に緩和するとともに、配置場所につ

いても医療の質が確保できる範囲で基準を緩和する一の2点を求めている。

常勤要件については、労働基準法の「産前・産後休業」と育児・介護休業法の「育児・介護休業」の取得中の期間は現行でも、複数の非常勤従事者を常勤換算することができる。専従要件についても現行では、育児・介護休業法の「短時間勤務制度」を利用する正職員は、週30時間以上の勤務で常勤扱いにできる。これらの特例は2016年度診療報酬改定で導入された。

常勤要件および専従要件の要件緩和



保険局医療課の中谷課長補佐(左)に要望書を手渡す診療報酬実務者委員会の太田副委員長

は、11月8日の中医協でも議論されている。四病協は、日本の労働力人口が減少し、政府が「女性の活躍推進」や「仕事と家庭の両立支援」を推進するなかで、人件費増が病院経営を悪化させている現状を踏まえ、人材を有効活用できる制度が必要だと主張している。

# 臨床研修制度は再び7科必修へ。到達目標等で合意

## 厚労省・医師臨床研修制度WG

医師臨床研修制度の次回見直しに向けて、到達目標や評価のあり方を検討してきた「医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ」は、12月7日に「臨床研修の到達目標、方略及び評価」について検討。7科を必修とすることを了承し、細部にわたる修正を座長の福井次矢・聖路加国際病院長に委ねた。

「到達目標・方略・評価」案は11月15日の医師臨床研修部会で大筋了承されており、この日は、医師臨床研修部

会に示したものを一部修正した具体案について議論し、合意が得られた。

これによって2020年度実施予定の臨床研修制度見直しにおける方略(カリキュラム)が確定した。

「到達目標・方略・評価」のうち、方略に関する概要は以下のとおり。

- ①内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。一般外来での研修を含める。
- ②原則として、内科24週以上、救急12週以上、外科、小児科、産婦人科、

精神科及び地域医療それぞれ4週以上の研修を行う。外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療は8週以上の研修が望ましい。

③原則として、各分野はブロック研修を基本とするが、救急は、4週以上のブロック研修を行った上で、週1回の研修を通年で実施するなど特定期間に一定頻度の研修(並行研修)を行うことも可能である。また、麻酔科の研修が救急の研修と同等の内容を含むときは、4週を上限として、麻酔科の研修

期間を救急の研修期間とすることができる。

④一般外来の研修はブロック又は並行研修により4週以上とするが、8週以上が望ましい。

⑤地域医療の研修は、原則として2年次に、一般外来と在宅医療の研修を含め、へき地・離島の医療機関、200床未満の病院又は診療所を適宜選択して行う。

⑥経験すべき症候を29、経験すべき疾病を25に絞り込む。

### ■ 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
個人情報管理・担当責任者養成研修会ベーシックコースの開催(大阪会場) (90名)	2018年1月11日(木) 【大阪府病院年金会館 コンベンションルーム】	12,960円(17,280円) (税込) (資料代含む)	5月30日の改正個人情報保護法の全面施行を受け、個人情報保護委員会事務局が「医療・介護事業者における改正個人情報保護法」を講演する。参加者には「受講認定証」を発行する。
AMAT隊員養成研修(東京会場) (60名)	2018年1月20日(土)、21日(日) 【レンタルプレイスなかぎん】	54,000円(64,800円)(税込) (AMAT隊員登録証発行、AMATベスト等の費用含む)	現在、AMAT隊員数は600名を超えるが、今後発生が予想される南海トラフ地震、首都直下地震等に対応するには十分ではない。今回より、1名からの参加も可能。受講修了者には後日、AMAT隊員登録証、AMATベスト等を送付する。