



全日病 ニュース

2018.4.1

No.914

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

診療報酬改定説明会を開催 全国から1,201名が参加

猪口会長 2025年に向け節目の改定と強調

全日病が主催する2018年度診療報酬改定説明会が3月13日に東京・中央区のベルサール汐留で開かれた。全国の会員病院から1,201名が参加。厚生労働省の担当官から改定内容の詳細な説明を受けた。

冒頭に挨拶した猪口雄二会長は、「2018年度改定は2025年度を見据えると、実質的に最後の医療・介護同時改定になる。大きな節目の改定になることが、改定論議が始まる前から言われてきた」と述べ、医療関係者にとって非常に重要な改定であることを強調した。その結果、「0.5%という本体プラス改定の財源を用いて、多くの項目で大きな改定が行われた」と指摘。さらに、「人口減少社会で若者が減る中で、診療報酬をどのように組み立てるかということでも、いろいろと考慮された改定になっている」と述べ、きめ細かな対応が行われたとの評価を与えた。

改定説明会では、会場からの質問を受け付け、厚労省の担当官が回答した。ただ現時点で不明な点や確認が必要な項目があり、全日病としては、医療保険・診療報酬委員会が質問を整理し、厚労省に問い合わせ、迅速に情報提供していくこととしている。

●急性期一般入院基本料などを説明

厚労省保険局医療課の中谷祐貴子課長補佐が、休憩をはさみつつ約2時間半にわたって、改定内容を説明した(要旨を4~5面に掲載)。

入院基本料については、評価体系を

変更し、大きな見直しを行った背後にある考え方を説明。基本的には、医療ニーズに対し、医療資源が適切に投入されるよう、現行制度を見直し新たな評価体系に再編・統合したと述べた。

急性期一般入院基本料の評価体系は、



10対1の看護職員配置を基本に、医療の実績を評価する指標を組み合わせ、7段階の評価となった。これにより、現状の7対1入院基本料と10対1の間にある落差をなくすことで、7対1からの移行を含め、弾力的な病棟運営が可能となる。

医療の実績を測定する上で、「重症

度、医療・看護必要度Ⅱ」が導入された。これはDPCデータのEF統合ファイルを用いるもので、急性期一般入院料2、3は「Ⅱ」を使うことが必須となる。中谷課長補佐は、経過措置を含めて、「重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ」の取扱いを詳しく説明し、新たな評価体系に対する理解を求めた。

価格調整の実施はオプジーボなど3品目

費用対効果評価専門部会等合同部会

本格実施に向けた議論は波乱含み

厚生労働省は3月7日の中協の費用対効果評価専門部会・薬価専門部会・保険医療材料専門部会(荒井耕部会長)に、医薬品などの費用対効果評価の試行的導入の評価結果を示した。対象の13品目のうち、価格調整が行われたのは抗がん剤のオプジーボ(小野薬品工業)とカドサイラ(中外製薬)、ステントグラフトのカワスミNajuta胸部ステントグラフトシステム(川澄化学工業)の3品目であることがわかった。

4月1日適用の医薬品や医療機器の新価格はすでに公表されている。薬価制度の抜本改革や市場実勢価格との乖離を正し、薬価は価格改定が行われているが、今回は新たに試行的な費用対効果評価も実施された。ただ厚労省は費用対効果評価の結果について、定性的な評価だけを示し、具体的な金額は明らかにしていない。

検討過程で技術的課題が浮上

これまでの費用対効果評価の議論は、予想外の事態の連続だった。特に、厚労省の専門組織と企業の分析結果が大きく異なり、価格変動の小さい結果を採用することにしたため、当初の想定

よりも価格調整される対象品目が少なくなった。国民への「支払い意思額調査」は実施を見送った。

3品目の結果をみると、オプジーボとカドサイラは引下げ対象、カワスミNajuta胸部ステントグラフトシステムは引上げ対象となった。今後検証作業が行われ、その結果、今回と異なる結果が出れば、2018年4月1日に遡って、価格調整が行われたと仮定し、最終的な価格調整が行われる。

オプジーボは、QOLで調整した生存年(QALY)を延ばすのにどれだけの費用がかかるかを分析した増分費用効果比(ICER)で、異なる結果が出た。カドサイラは、専門組織と企業が算出したICERがどちらも「1千万円/QALY以上」だった。一般的に、費用対効果がよいとは判断されない水準である。オプジーボもカドサイラも、QOLは大きく向上しないが、重篤な疾患で生存期間が延長するという配慮規定に該当している。

逆に、カワスミNajuta胸部ステントグラフトシステムは異なる結果が出たが、いずれも費用対効果が高いとの結果が示されたとしている。

合同部会では、これらの結果を踏まえ、今後の検討の方針が話し合われた。試行的実施の検証を行いつつ、本格実施の議論も同時並行で進め、2018年度中に結論を得る方針が決まっているためだ。

しかし、費用対効果の「よい・悪い」を決める金額をどこに設定するかは材料になる「支払い意思額調査」の実施に対し、日本医師会の委員が明確に反対を表明するなど、すでに波乱含みの展開となっている。

支払側の委員からは、「厚労省の専門組織と企業で分析結果がまた異なったら、どう対応するのか」といった懸念も出て、定量的な基準設定や、今後の議論の進め方の優先順位の明確化を求める意見が相次いだ。

厚労省は、本格実施に向けた議論の進め方として、◇試行的実施で明らかになった「技術的課題」への対応の整理を待たずに、検討が可能なものから、順に検討を行う◇ICERの評価方法のうち、科学的な事項については、医療経済学等に関する有識者による検討を行い、中協の議論に活用する一の方針を示している。



東日本大震災と熊本地震の特例延長

同日、中協総会(田辺昭昭会長)は、東日本大震災と熊本地震の診療報酬の震災特例の取扱いを決めた。対象医療機関数が減り、個別の課題が明らかになっていることから、半年ごとに延長してきた特例を今回は1年の延長とする。状況の報告はこれまで通り半年ごとに求める。

東日本大震災の特例対象は2018年1月時点で4医療機関。熊本地震では5医療機関となっている。

建物が全半壊し仮設の建物で診療する医療機関があるが、移転先の造成工事が終わる時期はわかっており、特例を終了できる見通しがある。一方、退院困難な患者を抱え、退院先の見通しがなく、特例を終了できない医療機関もある。厚労省は対象医療機関が減ってきたことから、個別の医療機関の状況を把握しつつ、訪問など丁寧な対応を図り、特例の解消を目指す方針だ。

清話抄

熊本地震から2年

もうすぐ熊本地震から2年が経過しようとしている。病院避難を実施した民間病院として随分有名(?)となったが、未だに震災を情緒的に振り返るほどの余裕は無い。現実的な経営上の

難難辛苦を味わっている最中である。

というのも病院再開の四文字を掲げて職員たちとガムシャラに走ってきたが、その同志である事務職員が倒れてしまうという事態が起きたのである。言うまでもなく事務職員への負担は非常に大きい。グループ補助金申請を含めた慣れない震災後の様々な書類提出や役所とのやり取り等々に続いて今回の診療介護報酬同時改定である。復帰してくれるのを願うばかりである。

また、病棟でも半年前より88床あつ

た病床を32床として再開したが、8月と9月に応援ナースとして入職してくれた看護師も2月と3月で一気に4名も抜けてしまう。聞けば熊本県の復興応援ナースの予算も今年限りとのこと。看護師の負担も大きくなるのは免れない。

今の状況で誰かが離職するのではないとか、このまま誰も入職しないのではないかなどと考えると夜もおちおち眠れない。今回の同時改定は、当院のような弱小地方民間病院にとって

久々の福音なのだが手放して喜べない。厚労省が梯子を掛けている間に登れるか否かはスタッフ確保にかかっているのはどこも一緒だろうが、当院の場合抱えているハンディがあまりに大き過ぎる。

しかし、現実には現実として受け止め、「禍福は糾える縄の如し」とあるように、そのうちに吉報が来ることを信じて頑張るしかない。乗り越えられない困難は来ない。明けない夜は無い。

(上村晋一)

主張

看護補助者をやめて介護職としよう

4月の診療報酬、介護報酬改定で人員配置基準だけでなく、アウトカム評価を拡大したのは大きな変化である。病院団体が今まで主張していた方向が一部実現したと思われる。しかし、人の配置や、連携、書類の作成等相変わらず複雑である。特に介護保険では細かい配慮がされているが、その分複雑で理解するのに時間がかかりそうである。また、通知文書の多さも大変なものである。

日本は高齢化と少子化がどんどん進んでいる。また景気が良い事から病院で働く職員の確保がますます厳しくなりそうである。特に民間、地方で顕著になると思われる。少ない人数で今までと同じ業務を維持していくには合理化が欠かせないので、思い切って制度の簡略化や省力化できる様に国に求めていかないといけない。現場の意見を

まとめて、書類の簡素化・廃止、会議の減少等の提案をしていく必要がある。慢性期・回復期の病院では職員を確保できるかどうか大きな問題となる。特に看護補助者(介護職員)の確保に苦勞している。地方では現に集まっていない。看護補助者という名称は下働きというイメージがあり介護の専門職というイメージからはほど遠い。名称変更も考えていかないと、人集めが困難となる。今一番不足しているのは介護職員である。介護職という専門性の高い地位を明確にしないと人は益々集まらなくなる。そうしないと医療・介護の崩壊を招きかねない。

地域医療構想で慢性期病床が多いとされている医療圏が多いが、職員が確保できなくて病床を減らす病院が出てくると思われる。医療圏で必要とされている病床が確保できないところが出てくるかもしれない。回復期病床も大幅に不足しているとして地域医療総合確保基金等で整備を促してきたが、昨年9月の医政局の事務連絡で急性期病床や慢性期病床でも回復期機能を有していると思われ、回復期機能の必要な患者が入院できなくて困っている状況ではないとしている。大きく方向転換したので、地域医療構想の進め方にも影響があると思う。(木下毅)

医師偏在対策や働き方改革で対応方針示す

厚労省・全国医政関係主管課長会議

医療法・医師法の概要も説明

厚生労働省は3月9日、全国医政関係主管課長会議を開催した。武田俊彦医政局長は挨拶で、①医師偏在対策②医師の働き方改革③医療機関の広告規制の見直しに言及。当面の医政局の対応方針などを示した。榎本健太郎総務課長は、各課の個別事項とは別に、今国会に提出予定の医療法・医師法改正法案の内容を説明した。

武田局長は、地域枠を中心とした医学部の臨時定員増の入学が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている状況を踏まえ、「実効性のある医師偏在対策」が喫緊の課題になっていることを強調した。そのために、医療法・医師法改正法案を今国会に提出する予定であるとした。

都道府県担当者に向けては、医師確保計画の策定など都道府県が中心になって医師偏在対策に取り組むことや、様々な会議体が並存していた状況を見直し、都道府県で関係者が議論する場として、地域医療対策協議会に集約化することなどを説明した。

医師の働き方改革については、政府の働き方改革に伴う対応として、医師は他の業種と異なる働き方をしていることを踏まえ、来年度中に時間外労働の規制のあり方で、一定の結論を得べく議論が続いている。

武田局長は、「決して、医師の時間外労働の規制の話だけに終わらない。

医師の働き方をめぐる様々な課題があり、多様な意見が出ている」として、問題解決の難しさをにじませた。

一方、「医師の働き方改革に関する検討会」が2月27日にまとめた緊急的な取組みでは、現行制度の下で可能な医師の負担軽減策を盛り込んだ。武田局長は、「これらは医療団体と合意を得ており、医療機関に積極的な対応を促していく」と述べた。

医療機関の広告規制の見直しについては、医療機関のウェブサイトや医療法の広告規制の対象としつつ、例外規定を設けて、患者や住民の利益を損なわないよう対応する枠組みが整えられた。一方、美容医療などの虚偽・誇大広告への苦情が増えていることなどを背景に、広告規制の見直しが求められたことから、厚労省は予算事業でネットパトロールを実施するなど、問題のあるウェブサイトは厳しく取り締まる姿勢を示している。

武田局長は、規制の枠組みは決まったものの、「体験談や口コミ、ビフォー・アフターなど線引きが難しいものがある」とした上で、都道府県も窓口になるため、指導などの行政上の対応を適切に行っていくことを求めた。

医師偏在対策の効果は未知数

榎本総務課長が、医療法・医師法改正法案の内容と法案作成に至る背景を

含めて説明した。榎本課長によると、現在の医学部定員が維持された場合、2025年に人口10万人対医師数は290人でOECD加盟国の加重平均に達する見込みだ。

しかし2012年で、最少の埼玉県は153人、最大の京都府は308人であるなど、都道府県格差は大きい。全体的に「西高東低」で、平均が232人であるのに対し、中央値が176人。大学医学部の所在地に医師が多い状況にある。

医療法・医師法改正法案のポイントをみると、①医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設②都道府県における医師確保対策の実施体制整備③医師養成過程を通じた医師確保対策の充実④地域での外来医療機能の偏在・不足等への対応⑤地域医療構想の達成を図るための都道府県知事への権限追加がある。

注目されるのが、医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設だ。「医師少数区域」で一定期間勤務した経験を厚生労働大臣が認定し、その認定を受けた医師でなければ、省令で定める病院の開設者になれない制度である。

ただ「医師少数区域」の設定や省令で規定する病院をどの範囲にするかなどは、今後の検討となっている。医師偏在対策としての効果も、これらがどう決まるかによるところが大きい。



都道府県の医師確保対策では、医療計画における医師確保策の記載がばらばらで、格差があることを踏まえ、医師確保計画の策定を義務付ける。医師確保計画では、医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標を立てて、その達成に向けた具体策を講じるとした。

都道府県が医師確保の中心的役割を果たすことが制度改正のポイントであり、法的整備とあわせ、地域医療支援センターの機能強化を図るほか、都道府県と大学医学部・大学病院が連携し、医師派遣などを行うことを求めている。また、医師派遣が公立・公的病院に偏らない対応を講じる方針だ。

地域の外来医療機能の偏在については、法整備としては、医療計画に「新たに外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項を記載する」とどめめた。都道府県知事が外来医療を協議する場を設けることも盛り込んだ。

オンライン診療でガイドライン案を議論

厚労省・ガイドライン作成検討会

情報機器のセキュリティ環境を例示

厚生労働省の「情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会」(山本隆一座長)は3月9日、ガイドライン策定に向け議論を進めた。年度内に再度検討会を開き、とりまとめる予定だ。ガイドラインの対象となるオンライン診療を定義するとともに、実施に当たっての留意事項を整理した。オンラインの通信機器のセキュリティに関しては、医師と患者・家族それぞれの状況に応じたケースを例示している。

ガイドラインの対象は、オンライン診療となる。オンライン診療とは、遠隔医療のうち、医師対患者が情報通信機器を通して、診断結果を伝達するなど診療行為をリアルタイムで行うものと定義した。遠隔医療はより包括的な概念で、情報通信機器を用いた健康増進なども含む。診療科の選択など最低限の医学的判断を伴うオンライン受診勧奨や医学的判断を伴わない遠隔医療相談はオンライン診療と異なるものと位置付けた。

オンライン診療は、医師と患者に直接的な関係がすでにある場合に限り、実施されることを想定している。原則として初診は対面診療で行われる。その後も、同一の医師による対面診療を適切に組み合わせることを求めている。医師は患者・家族にオンライン診療の利点と生じる恐れがある不利益を事前に説明しなければならない。研究目的や医師側の都合で行ってはならない。

対面診療を原則とすることについては、禁煙外来など疾病を見落とすリスクが小さく、治療に伴うリスクも極めて低いものに限って、対面診療を伴わなくても「オンライン診療を行うことは許容される」とした。

オンライン診療は対面診療に比べると、得られる情報に限りがある。可能な限り多くの診療情報を得るために、「リアルタイムの視覚および聴覚の情報を含む情報通信手段を採用すること」とし、補助的な手段として、画像や文字などによる情報のやり取りは妨

げないとしている。

医師のほかに医療従事者がいる場合は、その都度患者に説明し、同意を得ることが必要になる。

場所については、医師は必ずしも医療機関にいない必要はない。ただし医療情報を保護する観点から、公衆の場でオンライン診療を行うべきではないとしている。物理的に外部から隔離される空間である必要がある。

患者については「居宅等」としている。老人福祉法に規定する養護老人ホームなどのほか、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所と定義される。患者の事情により、勤務する職場や宿泊するホテルも認められると例示した。

情報漏洩防ぐ対応図る

情報セキュリティを確保する通信環境については、「医療情報を保存するシステムとの接続を行わないケース」と「医療情報を保存する他システムと接続・連携するケース」に分けて整理



した。医療情報を保存するシステムと患者の端末が接続していると、患者の医療情報が第三者に漏洩するリスクがあり、防止対策が必要になる。

その場合は、厚労省・総務省・経済産業省が作成した情報セキュリティ対策ガイドライン(3省4ガイドライン)が準用される。

情報セキュリティに関しては、委員から様々な意見が出た。スマホやパソコンなど患者の端末が安全であることを確認するのは困難なので、患者の医療情報と接続しないオンライン診療が望ましいとする意見などが出た。

これらを踏まえると、医師は情報通信機器の使用方法や情報セキュリティに関する知識が求められることになる。委員からは、研修の実施に関する文言を追加するよう要望があった。

医師臨床研修制度の報告書が大筋了承

厚労省・医師臨床研修部会

2019年度都道府県別募集定員上限は1.12倍

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7日、医師臨床研修部会報告書の大筋了承した。報告書の内容に沿って、今後、臨床研修制度の見直しや地域枠の医学生への対応などを図る。基幹型臨床研修病院や第三者評価のあり方に関する考え方も明記した。2019年度の都道府県別募集定員上限も了承した。

必修分野を拡大

臨床研修制度では、大都市への医師偏在の拡大を防ぐため、研修希望者に対する都道府県の募集定員に上限を設けている。全体の募集定員は、2015年度に1.2倍にした後、段階的に縮小し、2020年までに約1.1倍にする予定である。これにあわせ、2019年度は1.12倍とすることを了承した。予測だと、研修希望者1万458人に対し、募集定員は1万1,713人になる。都道府県別では、京都府(▲5人)と佐賀県(▲2人)が2018年度募集定員上限を下回る見通し。

報告書は「卒前卒後の一貫した医師養成」、「到達目標・方略・評価」、「臨床研修病院のあり方」、「地域医療の安

定的確保」、「その他」の項目からなる。

「到達目標・方略・評価」では、基本的な診療能力を身につけるため、内科・外科・小児科・精神科・救急・地域医療を必修分野とした。また、柔軟な研修が可能となるよう研修期間を従来の「月単位」から「週単位」に変更する。「地域保健」とされていた選択研修は、地域医療との混同を防ぎ、その趣旨を明確化するため、「保健・医療行政」とし、国際機関や行政機関、矯正施設、産業保健などでの研修も可能であることを明確化する。

「地域医療の安定的確保」では、2020年に1.1倍とする予定の全体の募集定員の上限について、臨床研修医の都市部への集中をさらに抑制していくために、前年度採用者数を保障した上で、臨床研修病院の募集定員を2025年に1.05倍になるようさらに圧縮することにする。医師が少ない地域に配慮するため、地理的条件等の加算を増加させることも盛り込んだ。

地域枠の医師に対しては、「地域医療への従事要件等が課されているにも関わらず、従事要件等に反している例

がある」との指摘があることから、対応を図る方向だ。

具体的には、◇各都道府県は従事要件が課されている研修希望者について、厚生労働省を経由して、臨床研修病院に伝える◇臨床研修病院が、従事要件等に反する研修医を採用している場合、制度から逸脱した程度に応じて、当該病院に対して必要な対応を行う一などを明記した。罰則に踏み込むことは避けたが、「厳しい対応が必要との意見があったため、速やかにその実態を把握すべき」との文言を加えた。

基幹型病院の管理体制を議論

報告書の素案は前回の部会で議論され、大筋で了承されていた。同日は、新たに追加された「基幹型臨床研修病院のあり方」、「第三者評価」が議論になった。

基幹型臨床研修病院については、「年間入院患者数3千人以上」が要件となっている。この要件の妥当性を再検討するとともに、3千人以上であっても、指導・管理体制に課題があると考えられる基幹型病院には、訪問調査と同様



の仕組みを取り入れるべきとした。

全日病副会長の神野正博委員は、「今後は都道府県が臨床研修病院の指定・募集定員に主体的に関わる方向になっている。明確な基準を設けないと、厳格に対応できないのではないか」と質問した。

これに対し厚労省は、「都道府県が指定することになるが、質の担保のため大きな外形基準は国が定める。具体的な体制についても、国がガイドライン的なものを策定し、国と都道府県の協力体制で対応したい」と回答した。

臨床研修病院の第三者評価については、積極的に検討を進める文言を追加した。「年間入院患者数に関わらず、第三者からの評価を受けることを強く推奨する」とし、「次回以降の見直しの際に、第三者評価を義務化することを前提とした検討を行うべき」とした。ただ神野委員は、第三者評価を行う機関を特定しているような表現であったため、文言の修正を求めた。

2025年に向けた関係団体取組みの中間目標を議論

厚労省・全国在宅医療会議WG

地域医療構想等との関係で疑問も

2025年に向けて実効的な在宅医療を推進するための方策を議論している全国在宅医療会議は3月7日にワーキンググループ(WG、新田國夫座長)を開き、厚生労働省が提案した中間目標案について検討した。

同WGは、在宅医療について、関係団体が進める長期的取組みの共通目標として①医療連携モデルの構築、②普及啓発モデルの構築、③エビデンスの構築をあげ、これらの重点項目に向けて、より具体的な中期目標を設定する方向で議論を進めてきた。

この日の会合に厚労省は、前回(12月8日)以降に関係団体から提出された「実施している取組みと新たに感じる課題」を整理した結果として7点にわたる課題(表参照)を示し、これらを中間目標とすることを提案。

さらに関係団体に対して、①今後の団体活動方針、目標を中間目標に沿って立案・実行していく、②中間目標への取組みと成果に関する自己評価を1年に1度、全国在宅医療会議に報告することを提案した。

また、「普及啓発モデルの構築」に関

して、前出の各団体からの報告には該当事例が少ない上に、団体の枠を越えて取り組むべき重要な課題であることから、その具体的な進め方は小グループを構成して議論してはどうかと提案した。

厚労省の提案に対して賛同する意見が多かったが、中間目標案に対しては、複数の構成員から、「在宅医療・介護の取組みは地域医療構想(調整会議)や診療報酬などの面から進められているので、屋上屋とならないか」、「目標設定によって医療計画の議論に影響を与えることは可能か」などの疑問や意見が示された。また、在宅医療や介護にかかわる各種検討会の議論や政策展開が進む中で、全国在宅医療会議がどういう位置づけを持つのか明らかにするよう求める意見があった。

これらの意見に対して、厚労省は「中間目標は各団体が取組みを進めていく上での旗印と考えてほしい」と説明した。また、同会議が司令塔の役割を果たすことは否定する一方で、「必要な意見があれば当該検討会等に伝えることになる」と述べ、その上で、「この辺

りの関係はあらためて整理して示す」と答えた。

こうした議論を踏まえて新田座長は、「全国在宅医療会議に提案するに当たっては、文言を含め、厚労省とよく協議したい」と述べ、中間目標案を座長預かりとすることでWGの了承を得た。

3～4月に基金のヒアリング実施

この日のWGに、厚労省は地域医療介護総合確保基金の2018年度予算案について、公費ベースで1,658億円(医療分934億円。うち国分は622億円、介護



分724億円。うち国分は483億円)であると報告。また、すでに都道府県関係者からのヒアリング等を始めているが、正式には3～4月にかけて国による都道府県ヒアリング等を実施し、8月に交付要綱等の発出と都道府県への内示、9月に都道府県計画の提出という日程であることを明らかにした。

表 中間目標(案)

重点項目1. 在宅医療に関する医療連携モデルの構築

- (1) 在宅医療推進に向けた地域の病院と在宅医療との協働体制の構築
- (2) 在宅医療推進に向けた行政と関係団体との連携
- (3) 在宅医療推進に向けた関係団体同士の連携
- (4) 在宅医療推進に向けたICT等最新技術の活用

重点項目2. 在宅医療に関する普及啓発モデルの構築

- (5) 国民への在宅医療に関する普及・啓発
- (6) 在宅医療に関わる関係者への普及・啓発

重点項目3. 在宅医療に関するエビデンスの構築

- (7) 在宅医療実践に関する研究及び教育

一般社団法人 全日病厚生会の

全日病ベネフィット

病院で働く皆様の毎日を応援！
約50万のサービスを優待価格で使い放題

多岐にわたるジャンルのサービス(専門ステーション)を数多く揃えております。宿泊施設、レジャー、スポーツといった分野はもちろん、グルメ、ショッピング、育児、健康、介護まで会員特典サービスをご用意しております。

1 約500,000の福利厚生優待

2 年間400%を超える利用率！

●サービスの詳細はホームページをご参照ください。

ベネフィット・ステーション

検索

※ 入会申し込みは随時受け付けています。

福利厚生サービス導入のメリット！！

職員の
定着率向上

採用活動
強化

損金算入
可能

育児・介護
支援制度

福利厚生サービス「全日病ベネフィット」特別価格

項目	職員数	通常料金	特別価格
入会金		人数を問わず無料	
月会費	1～10名	4,500円/社	300円/名 (ガイドブック料金を除く)
	11～100名	400円/名	
	101～1,000名	390円/名	
	1,001～	380円/名	

●問合せ (一社)全日病厚生会 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
住友不動産猿樂町ビル 7F TEL. 03-5283-8066

全日病 2018年度診療報酬改定説明会(3月13日)

入院医療の評価体系を抜本的に見直す 医療提供の実績に関する評価指標を導入



2018年度診療報酬改定の概要(医科) 厚労省保険局医療課 課長補佐 中谷祐貴子(発言要旨)

今回の診療報酬改定では、入院医療の評価体系を抜本的に見直した。今までは、病床の種類プラス看護職員の配置を基本としてきたが、今回着目したのは、医療ニーズと医療資源投入の関係である。診療報酬を考えると、医療ニーズの高い人にきちんと医療資源を投入することが大切である。医療ニーズが高いのに、資源が投入されなければ粗診粗療のおそれがある。一方、医療ニーズが低いのに、投入される資源が多いと非効率である。医療ニーズと資源投入量を合わせる形で報酬がつくことを考えた。

資源投入を考えるに当たっては、人員配置だけでなく、実際に病棟で重症の患者をどれくらいの割合で診ているか、どれくらいのアウトカムを出しているかを組み合わせて評価する体系に変えた。

基本的な医療を評価する部分は看護職員配置であり、急性期医療は10対1、急性期～長期療養は15対1、長期療養は20対1を基本部分とし、2階の部分はきめ細かく、医療の実績を評価する指標を組み合わせて階段をつくった。これからは資源投入も難しくなる。ニーズやアウトカムに関する指標により、どれだけのパフォーマンスを出しているかという評価指標を入れたことが今回の改定の主眼である。

また今回は、既存の指標を使って体系を組んだが、次回以降は指標が変わる可能性がある。どういう指標で医療の実績を評価するかが今後の課題となる。

●急性期一般入院基本料

7対1と10対1の一般病棟入院料については、「急性期一般入院基本料」にまとめた。「急性期一般入院基本料」は、入院料1～7の全体を指すときに使い、個別の入院料は、「急性期一般入院料1」という名称になり、「基本」の2文字がなくなる。

医療ニーズにあわせて必要な資源を投入するべきだが、これまでは医療ニーズが低いときにすぐに10対1に移れないことが問題だった。7対1と10対1の間に点数差があって、病棟の区分が違うと看護職員の傾斜配置ができず、弾力的な運用ができなかった。このために7対1と10対1の差を取り払って、1つの入院料とした上で2階建ての構造にした。それぞれ届出は必要だが、「重症度、医療・看護必要度」(以下、必要度)以外の基準は概ね共通となっている。

7対1入院基本料は、9月30日までの間は、急性期一般入院料1とみなせることとした。必要度の基準は変わったが、それ以外の要件は基本的に同じである。

7対1と10対1の間にギャップがあったので、その間に急性期一般入院料2と3を新たにつくった。入院料3と4の間は他よりは少し差がある。急性期一般入院料の1～7のうち、入院料の2と3については、入院料1の実績が必要という条件がある。入院料2と3については、指標が的確かどうかを検証する必要があるため、調査に参加することとデータ提出に協力することが要件になっている。

入院料1と4、5、6、7は、以前の入院基本料と基本的に要件は同じであり、入院料2と3は、新しく出来たので、新規に届出が必要である。

●重症度、医療・看護必要度Ⅱを新設

表は、要件の一覧である。実績部分の評価として、「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」を新たにつくった。評価項目は、基本的に従来と同じだが、DPC提出データのEF統合ファイルを使って判定する。A・B・Cの項目のうち、AとCについて、EF統合ファイルで判定する。

入院料1の基準値をみると、必要度Ⅰが30%以上、必要度Ⅱが25%以上で、必要度Ⅱについては5%程度低い値が基準値になる。

EF統合ファイルですべての評価項目を拾うことはできないので、EF統合ファイルを使う場合には該当患者割合が低目に出る傾向がある。技術的な問題であるが、評価しようとしているものは、基本的に同じであることを検証し、必要度Ⅱとして導入した。

医療機関が急性期一般入院基本料を届け出る場合は、必要度ⅠかⅡのどちらにするかを届け出るこ

になる。

急性期一般入院料2および3は、200床以上に関しては必要度Ⅱを選択することが必須要件となっている。また、追加の施設基準がある。

届出前の3カ月において、急性期一般入院料2については急性期一般入院料1の算定実績、入院料3については入院料1または2の算定実績が必要である。

この要件については経過措置があり、2018年3月31日に一般病棟7対1入院基本料と病棟群単位の届出をしている病棟については、2020年3月31日までの間は継続して3カ月以上の入院料1または2の算定実績に係る要件を満たしているものとする。また、200床未満の病院については、2020年3月31日までの間は、必要度Ⅰを用いて差支えない。

必要度Ⅱは、データが適切であることを要件とした。事前に調査したところ、必要度Ⅱのデータの中に、もともとⅠのデータと乖離があるものがいくつかあった。このため、一定の基準を設ける必要があると考え、「Ⅱを用いる場合は、届出前3カ月において、必要度の基準を満たす患者の割合について、ⅠとⅡの各入院料等の基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと」を要件とした。

例えば、必要度Ⅱで、急性期一般入院料1を届出する場合、届出前3カ月の該当患者割合で、必要度ⅠとⅡの基準値を満たす必要がある。その上で、Ⅱの該当患者割合からⅠの該当患者割合を差し引いた値が0.04(4%)を超えないことが求められる。

仮にⅠの値が30%、Ⅱの値が35%だったとすると、それぞれ該当患者割合の基準はクリアするが、35-30=5%であり、4%を超えているので、要件を満たせないことになる。

EF統合ファイルを使って必要度Ⅱを計算するとⅠの値よりは低い値が出る傾向があり、高い値が出るのは、判定に用いるデータに不備がある可能性があるということを意味する。

必要度ⅠとⅡの切り替えをするのは、4月または10月に限られる。ただし、入院料の変更に伴う必要度の変更はいつでもよい。

なお、総合入院体制加算等の加算において、必要度の要件が定められているものについても必要度Ⅱを使えるように基準値を設定した。

急性期一般入院料2と3については、必要度Ⅰは選択できない(200床未満は選択可能)が、必要度Ⅱを届け出る際に、必要度ⅠとⅡの基準を満たすことが求められる。この場合の必要度Ⅰの基準値は、通知に定められていて、入院料2は29%、入院料3は28%である。

在宅復帰率については、名称を「在宅復帰・病床機能連携率」に変更するとともに、分子の部分を見直し、介護医療院を居住系介護施設に含めることとした。介護療養は入っていないので、介護医療院に

移れば在宅復帰率のカウント対象となる。

また、療養病棟等は、在宅復帰機能強化加算を算定している施設に限定していたが、加算の有無による違いはなくなった。

この見直しにより、在宅復帰率はベースアップになるが、基準値自体は8割のままとした。次の改定で、評価指標の見直しを検討することになっている。

13対1、15対1の一般病棟入院基本料は、地域一般入院基本料になるが、基本的に今の形をそのまま引き継いでいる。

●地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料では、特に「在宅で療養を行っている患者等の受入れ」の機能を重視した。自宅等からの緊急入院の受入れや在宅医療の提供、看取りに対する指針の策定を要件とし、インセンティブをつけた。

在宅の患者を受け入れる機能を評価する報酬体系とするとともに、この部分の評価の対象は、200床未満に限っており、200床未満の病院に限定して新たな入院料1と3ができた。

在宅復帰率では、介護サービスを担っている有床診療所を分子に参入することになった。救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期病棟から受け入れた患者と、在宅から受け入れた患者の2つに分けて、在宅からの患者の評価を充実している。また、看取りに関する指針に係る要件が追加された。

●回復期リハビリテーション病棟入院料

回復期リハビリテーション病棟は、7万床を超え、量的には満たされていると認識していて、アウトカムを出せるところをより評価することとした。FIM得点を踏まえてリハビリの実績指標で評価することになっている。

入院料1においては、管理栄養士がリハビリテーション実施計画書の作成に参画することにした。管理栄養士の病棟配置は努力義務であるが、栄養状態の評価を求めている。また、管理栄養士が入院栄養食事指導料を行った場合は、出来高算定できる。

●療養病棟入院料

長期療養では、20対1をベースとし、医療区分2・3の患者の割合で実績を評価することとした。20対1を満たさない施設は、新たに経過措置Ⅰを設けている。さらにそれも満たせない場合は、経過措置Ⅱを設けている。

72時間の夜勤の要件が療養病棟入院基本料2のみ対象になっていたが、療養病棟入院基本料1(20対1)の基準に一本化するので72時間の要件はなくなる。経過措置についても72時間の要件はなくなる。

今まで一つの病院で、療養病棟入院基本料1と療養病棟入院基本料2の両方を持つことができたが、

表 急性期一般入院基本料(急性期一般入院料1～7)の内容

	入院料7	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1	
看護職員	10対1以上 (7割以上が看護師)						7対1以上 (7割以上が看護師)	
患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ*1	測定していること	15%以上	21%以上	27%以上	— [26%以上]	— [27%以上]	30%以上
	[]内は200床未満の経過措置	重症度、医療・看護必要度Ⅱ*2	測定していること	12%以上	17%以上	22%以上	23%以上 [21%以上]	24%以上 [22%以上]
平均在院日数	21日以内						18日以内	
在宅復帰・病床機能連携率	—						8割以上	
その他	—						・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出にあたり入院料1の届出実績が必要	医師の員数が入院患者数の100分の10以上
データ提出加算	○							
点数	1,332点	1,357点	1,377点	1,387点	1,491点	1,561点	1,591点	

*1: 現行方法による評価 *2: 診療実績データを用いた場合の評価 []内は許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の経過措置

入院前の退院支援を評価、常勤等要件は緩和 医療介護連携は看取りなどできめ細かく対応

新体系では20対1に一本化したので、これはできなくなった。同一の病院は、療養病棟入院料1か2のどちらかになる。ただし、療養1と経過措置、あるいは療養2と経過措置という形の組み合わせはできる。

療養病棟に関しては、基本的に届出が必要になるので留意してほしい。

●ICUや有床診、診療実績データ

特定集中治療室管理料に、多職種による早期離床・リハビリテーションの取組みを評価する「早期離床・リハビリテーション加算」(1日500点)を新設した。特定の職種よりもチームで行うことを重視しており、ICUのスタッフで行うことで構わないが、日本集中治療医学会のガイドラインを踏まえて、20分単位にこだわらずに、取り組んでほしい。

特定集中治療室1・2の施設基準に、専門性の高い看護師の配置の要件を設けた。研修を終了した専任の常勤看護師を治療室内に週20時間以上配置する必要がある。研修内容については、今後疑義解釈で示す予定。経過措置があり、その間は特定集中治療室で6年以上の勤務経験のある看護師が配置されていれば、規定を満たしているとみなす。

特定集中治療室においても、実績をしっかりと評価していく方向にあり、DPCデータの報告の際には、患者の入退室時の生理学的スコア(SOFAスコア)を提出してもらうことにした。救命救急入院料1・3と脳卒中ケアユニット入院医療管理料は、「重症度、医療・看護必要度」の測定を要件に加える。

褥瘡については、入院中の新たな発生を予防するため、入院時に行う褥瘡に関する危険因子の評価に「スキナーテア」を加える。ADL維持向上等体制加算のアウトカム指標である院内褥瘡発生率の基準は、「厳しい」との指摘を踏まえ、発生率を「1.5%未満」から「2.5%未満」に緩和するなどの見直しを行う。

療養病棟では、褥瘡に関しアウトカム評価を取り入れる。これまでは「褥瘡評価実施加算」で、状態の確認を評価していたが、評価を2つに分けて、「DESIGN—R」の実績点で評価して、3カ月連続で褥瘡の状態が悪化している場合は、低い点数の加算で算定する。

有床診療所は、介護サービスを提供している有床診の高齢患者等の入院受入れの評価を新設するなど、基本的には、地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)を意識した改定を行っている。

データ提出加算の入院料への要件化では、今回対象が大きく広がったが、2019年3月31日までは経過措置がある(許可病床50床未満等の医療機関は2020年3月31日まで)。要件となる病床は、療養病棟も加わったため、「許可病床」に変更した。手間がかかることに配慮し、点数も上げた。また、「提出データ評価加算」(20点)を新設し、未コード化傷病名の割合が10%未満の医療機関のデータの質を評価する。

短期滞在手術等基本料は、DPC対象病院である場合は算定不可とし、DPC/PDPSによる包括評価で算定することとする。ただし短期滞在手術等基本料2、3の手術等を行った患者は、「重症度、医療・看護必要度」の対象としないという規定はそのまま維持されるので注意してほしい。

●外来と入退院支援

外来については、大病院と中小病院・診療所の役割分担を図る方向で、今回見直しを行っている。一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とし、かかりつけ医機能の強化を図るため、地域包括診療料等の施設基準や小児かかりつけ診療料の算定要件の緩和などを行っている。地域包括診療料などを算定する医療機関の初診には、「機能強化加算」(80点)を新設した。地域包括診療料などを届け出ていれば、初診の患者全員に対し算定できる。患者の同意などの要件は設けていない。

入退院支援は、全体として充実させた。入院前からの支援では、新たな評価を設けた。現行の「退院支援加算」は「入退院支援加算」に名称を変更するとともに、地域連携診療計画加算の算定対象患者の拡大や支援の対象となる患者要件の追加などを行った。退院時共同指導料は、医師や看護師以外の医療従事者が共同指導する場合も対象となる。自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

入院前からの支援を行った場合の「入院時支援加

算」(退院時200点)は、入院中の治療の説明や入院生活に関するオリエンテーションなどを入院前の外来で実施することなどを評価している。

●在宅医療

在宅医療は、「在宅医療の提供体制の確保」と「在宅患者の状態に応じたきめ細かな対応」という2つの観点で見直している。

「在宅医療の提供体制の確保」については、在宅療養支援診療所・病院を増やすことは、大体できているとの認識で、今後は在支診等以外でも訪問診療を行う医療機関を増やし、裾野を広げることが必要になる。「在宅患者の状態に応じたきめ細かな対応」については、在宅医療が必要な患者は複数疾患を抱えるなど医療ニーズが多様化・高度化しているため、それに対応する必要がある。

地域包括診療料等は点数を2つに分けた。外来中心の医療機関で、外来を経て訪問診療に移行した患者数が10人以上であれば、高い方の点数を算定できる。在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療では、他の医療機関との連携で24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料に「継続診療加算」(216点)を新設した。複数疾患を抱える患者への対応では、主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療できるようにするため、在宅患者訪問診療料を見直した。

在宅時医学総合管理料と施設入居時等医学総合管理料は、月2回以上の訪問診療を行っている場合の評価を適正化し、月1回の訪問診療を行っている場合の在支診等と在支診以外の医療機関の評価を充実させた。これも在宅医療の裾野を広げる観点での見直しである。また、併設する介護施設等に訪問診療する場合の在宅患者訪問診療料は、訪問と外来の中間的な診療形態であることを踏まえ、1日につき144点まで下げた。

訪問看護も様々な見直しを行った。今後の超高齢社会を見据え、入院と訪問の両方ができる看護職員を増やしたいとの考えがある。主に訪問看護ステーションの療養費で多くの対応を行った。ステーションは福祉や介護との連携でも重要な役割を果たすことができるため、基本的には推進の方向で改定した。

●医療と介護の連携

医療と介護の連携では、「看取り」「主治医とケアマネジャーの連携強化」「介護医療院・有床診地域包括ケアモデル」「リハビリテーション」の観点で見直しを行った。看取りに関しては、ターミナルケアに関連する診療報酬で、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」などを踏まえた対応を要件化している。

主治医とケアマネジャーの連携強化では、例えば、特別養護老人ホームに入所する末期の悪性腫瘍の患者に訪問診療を実施する場合、これまでは看取りに関する評価は診療報酬と介護報酬のどちらか一方だけの算定だった。今回はどちらも取れる取扱いにした。ただし介護報酬の看取り介護加算の算定状況により、診療報酬・療養費の算定で一部異なる。また、末期のがん患者だと、ADLが急激に低下することがあること等を踏まえ、診療報酬と介護報酬の両方で、必要な情報提供や介護サービスを受けるための手続きを簡素化する対応を行う。

●介護医療院の取扱い

介護医療院の診療報酬における取扱いは、診療内容や体制については介護療養型医療施設及び介護老人保健施設と同様となる。一方で「住まい」の機能も併せ持つため、在宅復帰・在宅移行では、「退院先」と評価され、在宅からの受入れでは「自宅」と評価される。医療提供も行う施設であることから、情報提供や共同指導で老人保健施設と同様の取扱いとなる。一方で、介護医療院のある医療機関は、総合入院体制加算を算定できないこととした。

●救急医療、AMR対策

救急医療は、二次救急を充実させた。二次救急医療機関の重症救急患者受入れに対応するため、専任の看護師を配置する評価として、夜間休日救急搬送医学管理料に「救急搬送看護体制加算」(200点)を新

設した。救急搬送以外の救急患者の対応で、専任の看護師が外来にいる場合を評価する院内トリアージ実施料は、100点から300点に上がる。救急搬送看護体制加算の専任の看護師は、院内トリアージ実施料での専任の看護師と兼務できる。

小規模の医療機関が夜間に救急医療を実施している場合に、病棟勤務の看護職員が対応することに対して、入院基本料で配慮する。やむを得ない措置として、年6日に限り、病棟の夜間看護体制が2名を満たさなくなった場合の5%の減算規定を100床未満の病院に設ける。

薬剤耐性(AMR)対策としては、抗菌薬を中途半端に使うと耐性菌が増えて、それまで用いていた抗菌薬の効果がなくなり、耐性菌が蔓延してしまう。抗菌薬を適正に使用するため、感染防止対策加算に「抗菌薬適正使用支援加算」(入院初日100点)を新設した。体制は感染防止対策加算と同じ人員で構わないが、業務として、微生物検査で耐性菌が見つかった患者に、抗菌薬の切替えを検討することなどを求める。また、小児の外来で、「小児抗菌薬適正使用支援加算」(80点)を新設し、抗菌薬が必要でないことの説明を行い、文書を提供した場合を評価する。

医療安全対策加算に、医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数を見直した。

●チーム医療の推進や勤務環境の改善

チーム医療の推進や勤務環境の改善は、過去の改定から継続して対応してきたが、今回も様々な見直しを行っている。これまでの取組みを充実させるとともに、常勤要件・専従要件、勤務場所の要件の緩和などがある。

医師事務作業補助体制加算は、勤務医の負担軽減に効果のある取組みを計画に盛り込むことを要件とした上で、点数を全体として充実した。具体的な取組みでは、連続当直を行わない勤務体制や交替勤務制・複数主治医制の実施などがある。計画の達成は要求しておらず、計画に盛り込んだ取組みが達成できたかを検証してほしい。

看護職員と看護補助者の業務分担・共同を推進するとともに、看護職員夜間配置加算の評価を新設した。「夜間16対1配置加算2」(30点)で、急性期一般入院基本料のうち、重症度の高い患者が一定割合以上入院する病棟で算定できる。ただし急性期一般入院料1では算定できない。

常勤要件の緩和では、医師は小児科・産婦人科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科などで、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行う複数の非常勤職員を組み合わせ「常勤換算」を可能とする。

専従要件の緩和では、①チームで診療を提供する項目で、チームのいずれか1人が専従であればよいこととする(緩和ケア診療加算や外来緩和ケア管理料)②チームで担当する患者数が一定程度以下の場合、いずれの構成員も専任であっても差し支えないこととする(緩和ケア診療加算や栄養サポートチーム加算)。

●DPC制度の見直し

DPC制度は、2012年度改定から実施してきた調整係数の置き換えが完了し、今後の安定した制度運用を確保する観点から、医療機関別係数の再整理を行った。調整係数は廃止になったが、新たな激変緩和措置を講じる。ただし新たな激変緩和措置は2年に1度の改定年度のみ対応とする。

基礎係数(医療機関群)は、これまでのI群を「大病院本院群」、II群を「DPC特定病院群」、III群を「DPC標準病院群」に名称変更した。さらに、I、II、IIIと序列のようになっていたので、今後の資料では、医療機関数が最も多い「DPC標準病院群」が前に来るように並べることにしている。

機能評価係数IIは、後発医薬品係数と重症度係数は廃止して、導入時からある6つの係数(保険診療、効率性、カバー、複雑性、救急医療、地域医療)を基本的評価軸に位置付けた。後発医薬品係数は、後発医薬品使用体制加算を機能評価係数Iで評価することになっている。

今後の課題としては、平均的な診療実態から外れて、診療密度が低く、平均在院日数が長いなど、DPC対象病院にふさわしくない病院については、退出を求める等の対応について今後検討する。

介護医療院の開設支援策を説明

厚労省・介護保険課長会議

診療報酬改定における認知症の対応示す

厚生労働省は3月6日、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議を開催した。2018年度から「介護医療院開設移行等支援事業」を実施することや、認知症施策に関して説明した。

冒頭、挨拶した濱谷浩樹老健局長は、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進において、「2018年度は1つの重要な節目になる年」と指摘。2018年度介護報酬改定について、地域包括ケアシステムの推進など4つの柱を紹介して、「今回の制度改正の目標と軌を一にするもの」と強調した。

医療介護総合確保基金で支援

「介護医療院開設移行等支援事業」では、療養病床の転換状況だけでなく、介護医療院への移行状況も把握する予定で、都道府県等に協力を要請した。同事業は、◇移行に係る課題の整理やその対応策等の検討◇介護療養病床を有する事業者等を対象とした研修なども行う。公募により外部に委託して

実施する予定で、研修については委託先の企画提案を受けて検討する。

地域医療介護総合確保基金による介護施設等の整備では、対象に介護医療院を追加するとともに、開設準備経費等支援事業の単価を62万円から80万円に引き上げる考えを示した。現在基金で実施されている介護療養病床から介護施設等への転換支援と同様にする方向だ。

また介護医療院については、「社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担軽減事業」の対象外とすることを示した。

認知症疾患センターは422カ所に

厚生労働省は、認知症疾患医療センターの整備数が1月末時点で422カ所になり、344の二次医療圏域のうち8割を超える291圏域で設置されたことを報告した。未設置の二次医療圏への設置など計画的な設置を都道府県・指定都市に要請した。ちなみに認知症施策推

進総合戦略(新オレンジプラン)では今年度末時点で、全国の二次医療圏に1カ所ずつ、総計500カ所設置することを目標にしている。

さらに、2018年度診療報酬改定における対応について説明した。

具体的に、認知症疾患医療センターの連携型(病院)も「認知症専門診断管理料1」(500点)の算定を可能とする。また連携型センターに、かかりつけ医が認知症の疑いのある患者を紹介した場合に、「診療情報提供料(I)認知症専門医紹介加算」の算定を可能とする。

認知症サポート医による、かかりつけ医への指導・助言を評価する「認知症サポート指導料」(450点、6月に1回の算定)を新設する。

サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について「認知症療養指導料2」を、サポート医がかかりつけ医として行う医学的管理等について「認知症療養指導



料3」を新設する。評価は、いずれも300点(月1回、算定は6月に限る)。

また昨年12月末時点での認知症初期集中支援チームの設置は1,105市町村(63.5%)、認知症地域支援推進員の配置は1,462市町村(84.0%)となっており、それぞれ4月には全市町村に置かれることを説明した。

認知症介護研究・研修センターでは今年度から、認知症ケアの標準化を目指す「認知症ケアレジストリ研究」を開始したことを説明。認知症介護指導者が所属する介護保険施設・認知症グループホームに登録を求め、認知症の人の状態および利用サービスの経過のデータを集積し、認知症の行動・心理症状(BPSD)への介入手法の類型化や介入方法の明確化、ケアのエビデンスの構築などを進めるとしている。

【資料】医療法及び医師法の改正法案の概要

※3月9日 全国医政関係主管課長会議の資料から

政府は、3月13日に医師偏在対策などを内容とする医療法・医師法改正案を閣議決定し、国会に提出した。また、3月9日の全国医政関係主管課長会議で法案のポイントの説明した。課長会議の資料から、抜粋する。

改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し等

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学枠の設定・拡充の要請権限の創設
 - ・臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
 - ・専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
- 都道府県の意見を聴いた上で、国が

ら日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設等

4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連

携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

5. その他【医療法等】

- ・地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・健康保険法等について所要の規定の整備等

医療法及び医師法の一部を改正する法律案のポイント



医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度 【基本的な考え方】 医師の少ない地域での勤務を促すため、都道府県、大学医局、地域の医療機関等の関係者の連携により、医師の少ない地域で医師が疲弊しない持続可能な環境を整備するとともに、医師少数区域等での一定期間の勤務経験を評価する仕組みが必要。 【法案の内容】	<認定医師> ①「医師少数区域」等*における医療の提供に関する一定の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が認定できることとする。(2020年4月1日施行) <一定の病院の管理者としての評価> ②「医師少数区域」等における医療の確保のために必要な支援を行う病院その他の厚生労働省令で定める病院の開設者は、①の認定を受けた医師等に管理させなければならないこととする。	(2020年4月1日施行、施行日以降に選任する管理者にのみ適用)。 <医療機関の複数管理要件の明確化> ③病院等の管理者が「医師少数区域」等に開設する他の診療所等を管理しようとする場合に、都道府県知事が許可を行う要件を明確化する。(公布日施行) *「医師少数区域」については、国が定める「医師偏在指標」に基づき、都道府県が「医師少数区域」または「医師多数区域」を定めることができる。
---	---	---

第3回TQM(総合的質経営)の医療への適用—医療と社会と法—研修会に参加して

医療法人回生会 宝塚病院 馬殿徹也

去る2017年11月22・23日に北海道で開催された表記研修会に参加しました。この研修会について報告します。

1. 研修の概要

参加申し込みをすると、事前に課題が送られてきましたので、期日までに解答を事務局に送付しました。

実際の研修では、参加者が5人前後のグループに分かれて、各講師の講義を受けた後、事前課題や講義に関連する課題をグループでディスカッションして解答を作ります。その解答に対して参加者全体で議論を深めると言うスタイルでした。

3つの講義が行われ、最初の講義は練馬総合病院の飯田修平先生から「物

事の考え方・理論思考について」、2つめの講義は東邦大学の長谷川友紀先生から「社会とは」、3番目の講義は弁護士宮沢潤先生から「法とは」のテーマで講義がありました。

研修は、2日にわたって行われましたが、1日目の終了後に立食形式の懇親会があり、講師の先生方や参加者の方々と、旧知や新しい親交を深めることが出来ました。

2. 研修受講後の感想など

事前課題の設問は、かなり漠然としたものから自院の具体的な問題点をあぶり出すものまで色々なものが設定されており、特に漠然としたものに対しては解答するのに難渋しましたが、解

答をしていると普段の思考回路から解き放たれてくるのが分かりました。普段は「正解のある問題」や「正解を求められる問題」を解いているに過ぎず、本来の問題解決というのは実際に自分で問題を見つけて正解がない問題を解くということであり、その大切さと難しさを感じました。

研修の講義やディスカッションを通して、自分なりにきちんと考えた意見はどんな意見でも受け入れられるのだという事や、仮に間違った解答を言っても自然に自分で修正していく事が出来たような気がしました。また、他職種との議論を経て出した結論は深みが増していくのがよく分かりました。

病院経営や医療というものは特殊な



ものではなく、組織管理の観点では他の業種・業態と変わりなく私達が普段の診療(診断や手術手技の向上など)で普通に行っているPDCAサイクルを回すことであると認識出来ました。このような考え方を総合したものがTQMに相当するということが分かりました。

今後は、当院の職員にも同様の考え方が文化として根付くように努力していきたいなと思っています。

医師の働き方改革と医師需給、専門医制度をめぐり討論

理事会・常任理事会

神野副会長が私案を示す

全日病は2月24日の理事会・常任理事会で、医師の働き方改革および医師需給、専門医制度をテーマに討論した。

神野副会長が、これら3つの問題について厚生労働省における検討状況を報告するとともに、これらの問題は相互に関係することから医師の働き方の規制のみ拙速に進めることは問題があると指摘。全日病として意見・提言を発するべき時期に来ているとし、議論のたたき台として自らの私案を示した。

神野副会長の提案を受けて猪口会長が発言。時間外労働の上限規制のみを進めることは、医療提供体制の崩壊、とくに救急や産科医療、へき地の医療の崩壊につながる可能性が高いと懸念

を表明するとともに、医師独自の労働法制を検討すべきだと述べた。

神野副会長の問題提起を受けて討論を行った。「専門医のあり方は医師の働き方と密接に関連している。専門医の必要数について需要予測が必要」、「働き方改革で労働時間を規制するというなら、診療科別の医師の配分を考えないといけない」など、働き方改革と専門医制度を関連付ける発言が目立った。

一方、「1人の人間としての医師の立場を尊重する必要がある。衛生委員会等の取組みを通じて、病院としてやるべきことがある」など、産業医の視点から医師の労働環境改善に取り組むべきとの意見があった。

●医師の働き方改革に関する神野私案

- ①医師の働き方改革は医師の需給・偏在対策、専門医のあり方などと極めて相関するものであり、拙速な働き方のみ規制は医療提供体制の崩壊につながる。
- ②一方、他の労働者同様、医師の過重労働は認められるべきではない。研修医を除く医師の裁量労働性を明確にしたうえで、時間に縛られない働き方を規定すべきと考える。したがって、現行の労働法制とは異なる独自の医師労働法制の制定を求めたい。
- ③また、高齢社会と疾病構造の変化を見据えた医師の仕事の中身を検討すべきである。特に病院勤務医のタスクシェアリングとして、総合的に患者を診る病院総合診療医、総合診療専門医、家庭医の大幅な養成とその業務に経済的な裏付けを付与すべきである。
- ④臓器別専門医の養成は、当該学会による規制(定員制)などには限界があり、医療需要を見据えた国家的な適正数の設定を検討すべきである。
- ⑤さらに医師のタスクシフティングとして、医師事務作業員や特定行為研修を終えた看護師の活用や養成はもとより、医師法や健康保険法(療養担当規則)における医師業務の見直し、PA(Physician Assistants)・NP(Nurse Practitioner)制度の法制化を求める。

2017年度 第4回理事会・第11回常任理事会 2月24日

【主な協議事項】

- 入退会の状況(敬称略・順不同)
 - 正会員として以下の入会を承認した。
 - 山形県 医療生活協同組合やまがた鶴岡協立リハビリテーション病院 院長 茂木 紹良
 - 埼玉県 医療法人熊谷総合病院 理事長 橋本 郁郎
 - 新潟県 医療法人社団M&Bコラボレーション北越病院 理事長 祖父江 展
 - 富山県 医療法人社団藤聖会富山西総合病院 理事長 藤井 久丈
 - 愛知県 医療法人鉄友会宇野病院 理事長 宇野 甲矢人
 - 広島県 医療法人のぞみ瀬野白川病院 理事長 白川 敏夫
- 正会員は合計2,516会員となった。準会員として以下の入会を承認した。
- 福岡県 医療法人福岡桜十字桜十

- 字博多駅健診クリニック 院長 宮本 彰俊
- 福岡県 升永医院 院長 升永 典代
- 準会員は合計89会員となった。
- 29年度事業計画の一部変更(案)を承認した。
- 29年度補正予算(案)を承認した。
- 30年度事業計画(案)を承認した。
- 30年度予算(案)を承認した。
- 公益社団法人全日本病院協会の定款改正案を第6回臨時総会に諮ることを決定した。
- 第6回臨時総会開催案内(案)を承認した。
- 富山県支部事務局変更等を承認した。
- 29年度事業報告書・事業実績説明書作業日程(案)を承認した。
- 人間ドック実施指定施設の申請を承認した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会総会」、「医

- 療計画の見直し等に関する検討会」、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」、「厚生科学審議会がん登録部会」、「社会保障審議会医療部会」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」などの報告があり、質疑が行われた。
- 第60回全日本病院学会in東京の募集要項が報告された。
- 全日病外国人技能実習生受入事業予定と今後の展望等が報告された。
- 全日本病院協会監理団体の業務の運営に関する規程(案)が報告された。
- 29年度病院経営調査が報告された。
- 全日病保健指導士の資格更新が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
- 主たる機能【3rd G: Ver.1.1】～順不同
- 一般病院1
 - 北海道 西岡病院 更新
 - 東京都 桜町病院 更新

- 神奈川県 西横浜国際総合病院 更新
- 兵庫県 松本病院 更新
- 福岡県 友田病院 更新
- 鹿児島県 池田病院 更新
- 一般病院2
 - 埼玉県 上尾中央総合病院 更新
 - 長野県 松本市立病院 更新
 - 愛知県 一宮西病院 新規
 - 滋賀県 近江八幡市立総合医療センター 更新
 - 兵庫県 公立学校共済組合近畿中央病院 新規
 - 熊本県 熊本整形外科病院 更新
 - 慢性期病院
 - 愛媛県 西条愛寿会病院 更新
 - 精神科病院
 - 熊本県 弓削病院 更新
- 1月4日現在の認定病院は合計2,179病院。うち本会会員は886病院と、会員病院の35.3%を占める。
- 「医師の働き方と医師需給、専門医制度」をテーマに討議を行った。

2017年度 第12回常任理事会 3月10日

【主な協議事項】

- 入退会の状況(敬称略・順不同)
 - 正会員として以下の入会を承認した。
 - 静岡県 藤枝市立総合病院 病院事業管理者 毛利 博
- 正会員は合計2,516会員となった。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会総会」、「社会保障審議会医療部会」、「地域医療構想に関するワーキンググループ・在宅医療及び医療・介護連携に関するワー

- キンググループ合同会議」、「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」、「全国在宅医療会議ワーキンググループ」、「高齢者医薬品適正使用検討会」、「平成29年度都道府県医療事故調査等支援団体等連絡協議会合同協議会」の報告があり、質疑が行われた。
- 病院機能評価の審査結果について
- 主たる機能【3rd G: Ver.1.1】～順不同
- 一般病院1
 - 愛知県 名古屋共立病院 更新

- 大阪府 榎本病院 更新
- 岡山県 岡村一心堂病院 更新
- 岡山県 瀬戸内市民病院 更新
- 高知県 野市中央病院 更新
- 福岡県 姫野病院 更新
- 長崎県 泉川病院 更新
- 一般病院2
 - 茨城県 筑波メディカルセンター病院 更新
 - 愛知県 公立西知多総合病院 新規
 - 大阪府 八尾徳州会総合病院

- 更新
- 宮崎県 古賀総合病院 更新
- 慢性期病院
 - 神奈川県 江田記念病院 更新
- 精神科病院
 - 北海道 旭川圭泉会病院 更新
- 2月2日現在の認定病院は合計2,179病院。そのうち、本会会員は887病院と、会員病院の35.3%を占める。
- 討議事項として、「医師の働き方改革」をテーマに意見交換を行った。

弾道ミサイルに備える救護体制を議論

地域防災緊急ネットワーク・フォーラム

第19回地域防災緊急ネットワーク・フォーラムが「弾道ミサイル発射への対応を考える」をテーマに全日病の主催で3月10日に開かれ、北朝鮮によるミサイル発射に備えた危機管理のあり方をめぐって議論した。

冒頭に挨拶した全日病の猪口雄二会長は、「自然災害以外にテロや外国からの武力攻撃、弾道ミサイルによる被害が現実的に起こり得る危機として報じられている。そうした事態に遭遇した場合にどう対応したらいいのかを考えておく必要がある。フォーラムを通じて、災害発生時における研修・訓練の重要性を再認識してほしい」と呼びかけた。

防衛医科大学校・防衛医学研究センターの齋藤大蔵教授は、「わが国の災

害対策は災害対策基本法に基づいているが、テロに対応するには限界がある」と指摘。全日病や日本医師会などが合共同で内閣府に提出した「災害医療を国家として統合するための提言」(2016年11月)の内容を説明し、CBRNE等のテロには国がトップダウンで対応するのが望まれると述べた。

内閣官房で国民保護法の制定やJアラートの仕組みづくりにかかわった大庭誠司氏(あいおいニッセイ同和損保株式会社顧問)は、北朝鮮のミサイル発射に備えた政府の危機管理体制について説明した。

米軍のレーダー等によりミサイル発射を感知すると、Jアラートが作動する仕組み。過去の例ではミサイルが日本に飛んでくるまでに約10分。Jア

ラートは3~4分で送信されるが、防災無線を整備していない市町村もある。

大地震などの大規模災害では、行政や消防などの公的機関は、必ずしも多くの人を助けることはできず、地域の防災力の向上が必須であると大庭氏は強調する。

「いざというときに動ける体制をつくるためには、危機管理を担う人を明らかにして、その人が命令できる体制が必要になる。マニュアルをつくって毎年見直し、訓練を繰り返すことが大切だ」と述べた。

軍事アナリストの小川和久氏(静岡県立大学特任教授)は、ミサイル発射を繰り返す北朝鮮の意図を解説しながら、わが国の危機管理体制の問題点を指摘。昨年8月と9月に2回、Jア



ラートが作動したが、多くの人はどうしてよいかわからず、8割以上の人が避難しなかった。

小川氏は、「現状では訓練も備えも不備がある」と述べた。危機管理の考え方として、「相手がどうであれ、やるべきことやって備える必要がある」と呼びかけた。

最後に、救急・防災委員会特別委員の山本博博氏が統括発言を行い、2020年の東京オリンピック・パラリンピックの開催に向けて、テロの発生に備えた災害の体制整備が喫緊の課題であると訴えた。

高齢者の医薬品適正使用指針を了承

厚労省・高齢者医薬品適正使用検討会

厚生労働省の「高齢者医薬品適正使用検討会」(印南一路座長)は3月9日、ワーキンググループが作成した「高齢者の医薬品適正使用の指針(総論編)」を了承した。日本老年医学会等のガイドラインを参考に、65歳以上の高齢者の薬物有害事象の回避、服薬アドヒアランス(理解したうえの服薬遵守)の改善、過少医療の回避を目指した基本的留意事項をまとめた。

4月中旬に通知として発出して全国の医療機関に周知する。検討会は今後、疾患領域別または療養環境別の指針

(詳細編)を作成し、来年1~3月に最終報告をまとめる予定だ。

今回まとめられた指針は、学会の既存のガイドラインから情報をピックアップして横断的に作成し、現場で理解しやすくした。このため、ガイドラインでなく指針と位置づけた。

指針は、多剤服用の中で有害事象につながるものをポリファーマシーとし、多剤投与とポリファーマシーを使い分けている。ポリファーマシーの是正に当たっては、一律の剤数や種類数のみに着目するのではなく、安全性の確保

からみた処方内容の適正化を求めた。

有害事象の早期発見には、多職種からの情報収集が有用であるため、多職種で情報を共有し、確認の上で処方の適正化を行っていくことを推奨した。

処方を適正化するためのフローチャートを示し、各薬剤の適応を再考するポイントとして、①予防薬のエビデンスは高齢者でも妥当か②対症療法は有効か、薬物療法以外の手段はないか③治療の優先順位に沿った治療方針かをあげた。

処方の適正化の検討では、中止可能



な薬剤はないのか、適応疾患や適正用量が推奨される範囲か、患者の病状改善に有効だったか、有効性や安全性の高い代替薬への変更は可能かを判断することを求めている。

処方の見直しのタイミングとしては、とくに退院・転院、介護施設への入所、在宅医療の導入などの療養環境の移行時に、継続的な管理を見据えて見直しを行うことを求めている。

検体検査の精度管理でとりまとめ

厚労省・検体検査の精度管理等に関する検討会 年末に省令を施行

厚生労働省の「検体検査の精度管理等に関する検討会」(楠岡英雄座長)は3月9日、とりまとめの議論を行い、検体検査の品質・精度管理の基準案を盛り込んだ報告書を概ね了承した。

報告書は、同日の議論を踏まえて一部修正の上、社会保障審議会・医療部に報告。パブリックコメントの手続きを経て、6月頃に省令を公布し、年末に施行する予定だ。

昨年6月に成立した医療法等改正により、検体検査の精度の確保に関する基準を設けて、適切に管理していくための規定が整備された。また、ゲノム医療の進展に伴って、遺伝子関連検査の品質・精度を確保して、諸外国と同様の水準を満たすことが求められている。

このため厚労省は、昨年10月に同検討会を設置し、医療機関や衛生検査所に求める具体的な基準案について議論

を進めてきた。

報告書によると、検体検査の分類を見直し、新たな一次分類として、「遺伝子関連検査・染色体検査」を新設する。病理検体を用いる病原体核酸検査、体細胞遺伝子検査、生殖細胞系検査、染色体検査は、「遺伝子関連検査・染色体検査」の2次分類に位置付ける。

検査の精度を確保するため、衛生検査所と同様に医療機関に医師または臨

床検査技師の責任者を配置する。

医療機関で遺伝子関連検査・染色体検査を行う場合は精度確保の責任者を配置するが、検査全般の精度責任者と兼任できる。病理検体を用いた遺伝子関連・染色体検査には、医師の関与が必要なことなど、留意事項を通知で示す予定だ。

医療機関には、検査項目ごとの実施件数、実施件数のうち検査エラー、不具合の発生件数を測定標準作業日誌に記録することを求める。

内部精度管理の実施、外部精度管理の受検、適切な研修の実施は努力義務と位置付けた。

がん診療連携拠点病院等に3病院が指定される

厚労省・がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会

「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」が3月9日に開催され、2018年度の新規指定として都道府県から推薦された4病院のうち、地域がん診療病院として、北秋田市民病院(秋田県・北秋田保健医療圏)、高知県立

あき総合病院(高知県・安芸保健医療圏)の2病院について指定が認められた。4月1日付の指定。

また、腹腔鏡下手術による死亡事故が発生したために2015年4月にガバナンスが不十分として指定更新が認めら

れなかった千葉県がんセンター(千葉県・千葉医療圏)は、昨年の2度にわたるヒアリングで医療安全管理体制に改善が認められたことが評価され、4月1日付で都道府県がん診療連携拠点病院として再指定が認められた。

一方、地域がん診療連携拠点病院として推薦のあった地域医療機能推進機構の諫早総合病院(長崎県・県央保健医療圏)は同一医療圏の複数指定ということで慎重に議論した結果、複数指定の必要を認めるほどの診療実績等がないなどの理由から指定が見送られた。

今回の指定は、2014年1月10日付の整備指針に基づくもの。がん診療連携拠点病院等の整備は2019年度から新指針に基づく運用が行われる。

■ 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
個人情報管理・担当責任者養成研修会 ベーシックコース (東京会場) (90名)	2018年5月17日(木)【全日病会議室】	12,960円(17,280円) (資料代・昼食代を含む)(税込)	昨年5月30日の改正個人情報保護法の全面施行を受けて、個人情報保護委員会事務局を招き、「医療・介護関係事業者における改正個人情報保護法」について講演してもらう。参加者には「受講認定証」を発行する。
病院事務長研修コース (病院管理士認定) (48名)	2018年5月~2019年1月【ホテルヴィラフォンテーヌ東京汐留、全日病会議室】	453,600円(561,600円) (税込) (1カ年・全8単位)	現在所属している施設での職歴が1年以上で理事長・院長が適格と認めた病院事務長などを対象(各施設1名)にした研修会。評価試験に合格し、全8単位中、7単位以上出席するなどの条件で「病院管理士」として認定する。