



全日病 NEWS 2018.11.15

No.929

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

入院料シェアを考慮し補てんのばらつきを改善

中医協・医療機関等の消費税負担分科会

見込み違いは最新データで是正

中医協の「医療機関等における消費税負担に関する分科会」(荒井耕分科会長)は10月31日、来年10月の消費税率10%への引上げにより、病院に生じる控除対象外消費税の負担に対する診療報酬の補てんについて改善策の方向性を合意した。厚生労働省が病院全体の補てん不足と病院種別のばらつきを是正するため、病院の収入全体に占める入院料シェアを考慮し、補てん点数を決定するなどの案を提示。全日病会長の猪口雄二委員は、その方向で議論を進めることに賛成した。

課税経費率の見込み違いなどを改善

診療報酬の補てんによる控除対象外消費税の現行の対応は、まず補てんのための財源を、医科・歯科・調剤の医療費シェア、次に病院と診療所の医療費シェア、その後に病院の入院料間での医療費シェアに応じて配分。その上で、医療機関に生じる控除対象外消費税を入院料種別ごとの課税経費率で把握し、補てん必要額を算出。基本診療料に上乗せした補てん点数に、想定した1年間の点数の算定回数に乗じた収入が、補てん必要額に見合うよう設定している。

このため、医療費シェアや課税経費率の変化、算定回数の見込み違いが補てん不足やばらつきの要因になる。消費税が5%から8%に上がった2014年度の対応では、病院全体の補てん不足が15%ほどあり、病院種別ごとのばらつきも大きいことが検証で明らかになった。検証の結果、初再診料や入院料の算定回数が見込みより少ないなど、実態と異なったことがわかっている。

これを改善するには、基本的には、

①医療費シェアの変化②課税経費率の変化③算定回数の見込み—をより実態に近づけることで、対応する。

厚労省は、見込みと実績の誤差を最小化する観点から、直近の通年実績のNDBデータを活用する考えを示した。課税経費率については、直近の医療経済実態調査のデータを使用し、算出区分を見直すなど、いくつかの工夫を施して、正確な把握に努める方針を示している。

入院料シェアが低い病院への対応

だが、これらとは別に、病院には入院料種別ごとに入院料シェアが異なるという大きな問題がある。実際の補てんが基本診療料など入院料で行われるため、入院料シェアが相対的に低い病院種別では、補てん不足の傾向が生じる。

例えば、一般病棟入院基本料(7対1)の点数(1,566点)に対する補てん割合は25点で1.6%、精神病棟入院基本料(15対1)の点数(811点)に対する補てん割合は13点で1.6%となり、同じだった。しかし、収入全体に占める入院料のシェアが、7対1の方が低い傾向にあるため、補てん不足が生じやすくなる(点数は当時)。

今回厚労省は、この問題への対応策を示した。具体的には、入院料種別ごとに、入院基本料、特定入院料それぞれの収入におけるシェアが異なるため、種別ごとのそれぞれの収入におけるシェアを考慮し、消費税負担に見合う補てん割合を設定する。入院基本料と特定入院料の補てん幅の決定方法の詳細などは今後検討する。

その際に、病院に対する補てんにお

ける初再診料と入院料の比率を変え、入院料の割合を高める。2014年度改定では、病院に配分される財源の範囲で、まず診療所に乗せた点数と同じ点数を初再診料に乗せ、余った財源を入院料に乗せる手法を用いた。しかし、病院間のばらつきの補てんの要因の一つになっている可能性があるため見直す。ただし、患者の納得感などの理由により、病院と診療所の初再診料は同一とし、点数差は設けない。

これらを受け、猪口委員は、「今回の案は前回よりも現実に即している。7対1入院基本料を算定するような大型急性期病院は、全体の収入が入院基本料をはるかに超えるため、いくら課税経費率を考慮しても、入院基本料毎に異なる課税経費率を考慮しなければ、補てん不足が生じる」と述べ、見直し案に賛成した。一方で、「個別項目」で対応することには、「精緻化は難しい」と否定的な考えを示した。

「個別項目」に関して、2014年度改定では、「可能な限りわかりやすい形で上乗せする」との観点から、「基本診療料との関係上、上乗せしなければ不合理になると思われる項目等に補完的に上乗せする」との対応にとどめている。「個別項目」では、「検査」と「手術」が基本診療料以外の診療報酬に占める割合が高い。「検査」の病院ごとのばらつきは小さいが、「手術」は大きい傾向がある。

厚労省は各病院の「手術」の補てん状況を分析。「手術」の割合と課税経費率に特段の相関関係はなかったが、「手術」と「補てん率」の相関関係では、「緩



やかな負の相関関係」がみられた。つまり、手術の割合が高いほど、補てん率が低くなる傾向があった。

ただ、「手術」に関して、そのようなデータを示したものの、「個別項目」全体としては、「病院ごとにばらつきが出ない個別の点数配点は、現実的に困難であり、かつ、事後的な検証も困難」との見解を厚労省は示した。猪口委員も、「個々の病院のばらつきをなくすることは不可能で、それを解決するには診療報酬以外の対応が必要となる」と述べた。

一方、支払側の委員は、「『個別項目』では対応しないという結論にはまだしたくない」と発言。それを判断するための詳細なデータの提示を厚労省に求めた。

歯科と調剤の対応を概ね了承

歯科と調剤の対応では、概ね了承した。歯科は原則として初再診料に配分するとの考えを踏襲する。補てん点数の設定に当たっては、直近の通年実績のNDBデータを使用して、より適切な配点を行う。改定率が決定した後、年明け以降に具体的な点数が明らかになる。調剤も原則として調剤基本料に配分するとの考えを踏襲する。補てん点数の設定に当たっても、歯科と同様の取扱いとす。

地域医療構想調整会議の進捗状況を報告

厚労省・地域医療構想WG

公的・公立病院改革プランで進展

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10月26日、厚労省から地域医療構想調整会議の進捗状況について報告を受けた。政府は今年度末までの2年間で、具体的な医療機関名をあげた医療機能の分化・連携の集中的な議論を行う期間と位置づけている。9月末の時点で、公的・公立病院の改革プランの合意で、一定の進展があったことが報告された。

5月21日の経済財政諮問会議で安倍首相は、「地域医療構想を着実に実現するためには、2025年までに目指す医療機能別病床数の達成に向けた医療機関ごとの対応方針の策定が重要である」と発言。厚生労働大臣に、今年秋を目途に、策定状況を中間報告することを求めた。一方、調整会議の年間4回の会議開催のサイクルでは、10月~12月は次年度の地域医療介護総合確保基金の活用を視野に入れ、具体的な議論を行う時期にあたる。

調整会議では現在、公立・公的病院が先行して、2025年を見据えた構想区域における医療機能と必要病床数の方

針を示し、その方針について、調整会議で合意するための議論を行っている段階だ。9月末時点の進捗状況を見ると、病床換算で、新公立病院改革プラン対象病院の7万3,118床(39%)、新公的病院改革プラン対象病院の16万2,911病床(52%)で、合意を得ていることがわかった。その他の医療機関では75病院、3診療所で合意を得た。

合意済みの施設数は、3月末で117施設、6月末で280施設、9月末で774施設であり、調整会議の開催頻度と歩調をあわせて増加しており、厚労省は一定の評価を与えた。また、厚労省は、非稼働病床の取扱いの議論を行うことの重要性も強調している。2017年度末の非稼働病床は全体で2万5,873床と集計されており、医療ニーズに応じた稼働が見込めなければ、調整会議で削減を決めることが選択肢となる。

全日病副会長の織田正道委員は、地域医療の関係者が地域の実情を踏まえた議論を活発に行うことの意義を強調した上で、「2018年度末までに合意を得ることを優先した拙速な議論になら

ないように」と釘をさした。日本医師会の委員は、「多数決で合意の是非を決めてしまう調整会議があるときいている。それは駄目で、合意できなかったということも、一つの結論であることを明確にしてほしい」と要望した。

調整会議を活発にするための地域医療構想アドバイザーの選定状況も報告された。アドバイザーは77名(10月26日時点)。医師会・病院団体関係者が41名、大学関係者が26名、その他が10名となっている。神野正博全日病副会長も、石川県病院協会副会長の役職で、アドバイザーに就いている。

慢性期を選択した病棟の状況を分析

2017年度の病床機能報告制度で「慢性期」と報告した6,418病棟の分析結果も示された。6,418病棟の内訳は、医療療養病棟が4,069病棟で最も多く、次いで、一般病棟の1,619病棟、介護療養病棟の342病棟、「医療療養+介護療養病床」の338病棟となっている。6年後の転換予定では、介護療養病棟で3分の2を超える病棟が、介護保険



施設等への転換意志を示している。その他の病棟では、多くは「転換予定なし」としている。

全体では「転換予定なし」が多いが、転換意志を示す医療療養病棟の中では、多くが療養病棟入院基本料2を算定していた。一般病床では、障害者施設等10対1入院基本料の算定が最も多くなっている。

委員からは、介護医療院への転換意志を示しても、介護保険制度を運営する市町村が保険料を上げなければならないことを警戒し、転換の許可が得られないことを指摘する意見が出た。

厚労省は、そのような実態が一部にあることを認めつつ、介護療養病棟と医療療養病棟については、介護保険事業計画における転換拒否の対象となる「総量規制」の対象外であることを明記した通知を发出していることを説明した。

災害医療コーディネーターの活動要領作成へ

厚労省・救急災害医療の検討会 コーディネーターの役割・運用を示す

厚生労働省の「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は10月31日、災害医療コーディネーター等の活動要領を作成することを決めた。災害医療コーディネーターは、災害時に被災地の保健医療調整本部や保健所でDMAT等の医療・保健チームの派遣調整を行うが、その運用は地域によってばらつきがあることから、厚労省が活動要領を示すことになった。

東日本大震災の経験を踏まえて、厚労省は各都道府県に対して、医療・保健チームを派遣・調整するコーディネーター機能が十分に発揮できる体制の整備を求めてきた。2014年からは、「災害医療コーディネーター」の養成を始め、前年度までの研修受講者数は計683人。特に小児・周産期領域の災害医療のコーディネーターを行う「災害時小児周産期リエゾン」については、2016年より養成を始め、受講者数は計259人となっている。

厚労省は2018年5月時点の都道府県の任命状況を検討会に報告した。全国

の任命人数が公表されるのは初めて。それによると、都道府県庁の保健医療調整本部において、全国から支援に集まったDMAT等のチームの派遣調整を行う「都道府県災害医療コーディネーター」は、44都道府県で計657人が任命されている。

また保健所で医療ニーズの把握や情報収集などをきめ細かく行う「地域災害医療コーディネーター」は、41都道府県で計907人が任命されている(兼任含む)。いずれも任命していない県があった。

一方、災害時小児周産期リエゾンが任命されているのは30府県、計155人である。

災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾンを任命している都道府県のなかで、文書による委嘱を行っていない自治体があった。特に災害時小児周産期リエゾンで、文書による委嘱があるのは13%にとどまっている。

また、災害補償を用意していない自治体もあった。都道府県災害医療コー

ディネーターでは34%、災害時小児周産期リエゾンでは87%において、災害補償が用意されていなかった。

このように、災害医療コーディネーター等の運用においてばらつきがあるため、厚労省は活動要領を作成することを同検討会に提案し、了承された。

市区町村も必要に応じて調整機能を

厚生労働科学研究班が作成した活動要領案を参考に、厚労省は活動要領をまとめる。

活動要領案では、災害医療コーディネーターについて、「災害時に、都道府県又は保健所が保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう支援する者であり、被災地の医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等を行うことを目的として、都道府県による任命された者」としている。

全日病常任理事の猪口正孝委員は、災害医療コーディネーターの構造は「市区町村層」「二次医療圏層・指定都市層」「都道府県層」の3層構造であることが重要として、「災害医療コーディネ



ターは都道府県におくだけでなく、市区町村にも場合によっては必要であることを活動要領に記載してもらいたい」と提案した。

さらに、災害医療コーディネーターは、実際には災害時小児周産期リエゾンや災害薬事コーディネーターとチームを組んで調整にあたるべきとして、活動要領に「チームでの活動」について明記するよう求めた。

一方、同日の検討会に厚労省は、熊本地震の体制をもとに作成した「災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームの一例」を示した。DMAT等の医療・保健チームの活動領域が記載されている。AMAT(全日本病院協会災害時医療支援活動班)は、転院搬送支援、関連病院の診療支援、救護所・避難所での救護を担うチームとして位置づけられている。

NDBと介護DB連結データの第三者提供で方向性

厚労省・医療・介護データ等解析基盤有識者会議 次回会合で報告書案

厚生労働省の「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」(遠藤久夫座長)は10月25日、NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)と介護DB(介護保険総合データベース)の連結データの第三者提供の枠組みについて概ね了承した。現行のNDBや介護DBと同様に研究者などにNDBと介護DBの連結データを提供することにより、医療・介護双方の課題分析が行われることを期待する。

有識者会議は同日、NDBと介護DBの連結に向けた論点の一通りの議論を終えた。厚労省は次回11月15日の有識者会議で、7月にまとめた「議論の整理」の内容とあわせ、報告書案を提示する方針。有識者会議の了承を得た上で、社会保障審議会医療保険部会・介護保険部会に報告し、来年の通常国会に法案を提出する運びだ。2020年度から連結解析を開始できるよう準備を進める。

NDBにおける第三者提供では、①利用者による申請書作成②国による審

査③国と利用者によるデータ提供の契約とデータ抽出・処理④国による利用者監査と公表物確認一の手続きの流れがある。NDBと介護DBの連結データについても、基本的には、同様の流れで手続きを定める。NDBでは、審査の短縮化などデータ提供までの期間を短くする対応を続けているが、利用者の申請も増えている。

委員からは、連結データでも、データ提供が滞ることのない対応が求められており、効率的な運用が課題となる。方向性としては、有識者による審査を行う上で、簡略化した形式で審査回数確保するなど、適切な審査頻度にする対応を検討する。

クラウド環境でもデータ提供

データ提供の手法では、従来の記録媒体(DVD等)に加え、クラウド環境を利用した提供方法を選択できるようにする。委員からは、クラウド上での個人情報の安全性を確保する方策を検討するために、別途、会議体を設置す

べきとの提案があった。

現在、NDB本体に直接つながる回線のあるオンラインセンターでも、連結データが利用できるようにする。オンラインセンターは、東京大学と京都大学に設置されており、セキュリティを確保した利用環境を準備する負担を軽減するとともに、公表を前提とした研究だけでなく、探索的な研究のために活用することを念頭に整備された。

データベースは国が保有し、第三者提供の一義的な責任は国が負う。このため、根幹に関わる部分は国が自ら担う。他方、効果的・効率的な体制とするため、第三者提供の手続き、利用者支援やオンサイトリサーチセンターの運営補助など関連事務については、他の主体との役割分担を検討すべきとした。レセプトの取扱いに関する知見や高度専門的な解析に関する豊富な知識をもつ団体などが候補となる。

費用は、データ提供の際に生じる作業に応じた費用を利用者から徴収する。ただし、NDBと介護DBは、法律に定



めた本来目的が別にあるので、本来目的に要する費用は、国の予算で支払われる。徴収するのは、個々の利用者への提供に要した作業の費用であり、データベース構築などの費用は含まれない。

また、公益性の高い利用が抑制されることのないよう、「個々の第三者提供の利用目的の公益性等を勘案し、費用負担を軽減する仕組み」を検討する。

同日は、保健医療分野の他の公的データベースとの関係も整理した。具体的には、DPCデータベース、全国がん登録DB、難病DB、小児慢性特定疾患DB、MID-NETがある。

それぞれ独自の仕組みや手続きがあり、2020年度以降順次、連結を可能とする対応を検討することになった。DPCデータは比較的、連結が容易で、患者の受診に至るまでの経路や受療行動と、医療の内容が連結解析される意義は大きいと厚労省は説明している。

ICERによる医薬品などの価格引下げは2段階に

中医協・費用対効果評価等合同部会 費用対効果の技術的問題に対応

厚生労働省は11月7日の「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合同部会」(荒井耕部会長)に、費用対効果評価の本格導入の仕組みにおいて、医薬品などの価格調整の指標となるICER(増分費用対効果費)の値を2段階とする案を論点とした。同日は結論を出さず、厚労省が改めて考え方を整理した上で結論を出すことになった。

費用対効果評価の仕組みでは、費用対効果の「よい・悪い」を判断する際に、ICERを用いる。ある治療に対する既存薬と新薬を比べて、新薬の方が効果が高いが価格も高い場合に、生活の質を考慮した生存年数を1年延ばすのに、どれだけの費用がかかるかという金額を計算する。その金額が一定額を超え

ると、費用対効果が悪いと判断され、価格引下げの対象となる。一定の基準を満たせば、引上げもある。

今年度を実施した試行的導入では、500万円/QALYを超えると費用対効果が低いと判断し価格引下げの対象とした。金額が大きくなるのに応じて引下げ幅が大きくなり、1,000万円/QALYで頭打ちとして一定とする。500万円~1,000万円の間は、連続的な値で価格調整される。しかし、ICERの計算において、分析のデータが複数あるなど、いくつかの理由で、ICERの値が一つに定まらないことが多いと試行的導入でわかった。

厚労省は、試行的導入の経験を踏まえ、本格導入においては、一定の幅をもった評価を許容するため、連続的な

価格調整方式ではなく、段階的な価格調整方式とし、基準値を2つ設けることを提案した。一定の幅をもったICERの値が、基準値をまたぐ場合の対応法などは、今後の検討課題とした。

委員からは、明確な反対はなかったものの、イメージがつかめず、仕組み全体の中での位置づけを明確にしてほしいとの意見が相次いだ。このため、同日は結論を出さず、厚労省が改めて整理し、資料を提出することになった。

試行的導入では、ICERによる価格調整範囲は、医薬品の場合、類似薬効比較方式では補正加算部分、原価計算方式では営業利益本体と製品総原価の合計額を下回らない範囲で適用し、最大9割の引下げとした。

本格導入において、類似薬効比較方



式では補正加算部分に適用することでほぼ合意を得ている。原価計算方式については、原価が不透明な状況で、価格調整範囲の妥当性が判断できないとの意見が出ており、議論がある。同日の議論では、医薬品などの安定供給を確保する観点で、価格調整範囲を設ける必要があることでは了解を得た。

また、総合的評価(アブレイザル)で、倫理的・社会的考慮要素に該当した品目について、1項目該当するごとに、ICERを5%割り引くことでも、ほぼ合意を得ている。ただし、試行的導入で用いた「公衆衛生的有用性」や「公的介護費や生産性損失」は算出が難しく、再考が必要との意見が出た。

続報・全日本病院学会 in 東京 10月6～7日に東京・台場で開かれた全日病学会の続報として、委員会企画の内容を本号と次号で紹介します

2018年度診療報酬・介護同時改定

医療保険・診療報酬委員会

医療保険・診療報酬委員会 委員長 津留英智

先ず司会者より、今回改定の総説として、改定の基本方針、基本的視点、診療報酬本体改定率、全体改定率、改定率の年次推移、入院医療の評価の基本的考え方について説明した。また、診療報酬改定に係る答申書附帯意見を踏まえ、「入院医療等の調査・評価分科会」に「DPC評価分科会」が包括され、新たに「DPCワーキンググループ」と「診療情報・指標等のワーキンググループ」が編成され、次回2020年度改定に向けて協議されることを説明した。続いて4名の演者が発言した。その要旨は以下の通り。

①急性期(急性期一般入院基本料等) (同委員会 西本育夫委員)

急性期一般入院料の再編・統合についての説明があり、入院料1と入院料2の差が少なくなり10対1に移行した場合の件数削減の面からは、医療機関の選択の幅が広がったことに言及。また在宅復帰率の対象見直しから、在宅復帰加算を算定していた療養型、老

健、有床診が他の居宅系介護施設(介護医療院を含む)と同じ扱いとなり、地域の連携体制が変革することを指摘。これに対しては柔軟な対応と、効率的な医療提供が求められるとした。

②地域一般入院基本料(地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟等) (同委員会 福井聡委員)

地域一般入院基本料が3種、地域包括ケア病棟・病床が8種、回復期リハ領域が6種の計17種の入院料に分かれた。特に地域包括ケア病棟・病床は、自宅等からの受入れ、緊急患者の受入れ、在宅医療の提供、看取りに対する指針が要件となっている。地域で自院の特色を生かせる基準は何か、急性期から慢性期へとどのように連携して、どの入院料でリハビリを提供するのか、ニーズに応え地域で選ばれる病院となることが重要と説いた。

③長期療養(療養病棟) (同委員会 杉村洋祐委員)

療養病棟入院基本料の再編・統合に

ついての説明があり、特に医療区分2・3該当患者割合に応じた段階的評価、療養病棟入院基本料2に係る経過措置の延長、医療区分の判定方法の見直し、療養病棟における在宅復帰強化加算の見直し、入院中の患者に対する褥瘡対策加算について、看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進について、診療実績データ提出対象の拡大、また入院時支援加算についても説明があった。

④介護報酬改定について(高齢者医療介護委員会 木下毅委員長)

介護報酬改定の改定率の推移、介護報酬改定の概要、入院前後における医療・介護連携の強化、退院前後における医療・介護連携の強化、医療保険で疾患別リハを受けている患者の介護保険への円滑な移行、リハビリに関する緩和要件、訪問リハにおける医師の関与の強化、介護老人保健施設のあり方、在宅復帰・在宅支援機能の見直しについて説明があった。また、介護医療院



については人員基準、施設・設備基準、算定要件について詳細な説明があった。今後の課題として人員の確保と、業務の効率化、簡略化の必要性について述べられた。

その後、総合討論が行われた。各演者に今回改定が最も「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」と関わる点について、また次期改定に向けて重要と考えられるポイントについて述べて頂いた。公立・公的医療機関の急性期非稼働病床から地域包括ケア病棟への転換については、地域完結型から自院完結とならないように注意が必要であること、介護医療院が新設され改めて今後の老健のあり方については、多機能型の施設も将来像の一つという話があった。

全日病総合医育成事業をめぐる議論

プライマリ・ケア検討委員会

プライマリ・ケア検討委員会 委員長 牧角寛郎

社会構造の変化と医療の持続可能性への不透明感等により、病院を取り巻く環境は激変しており、地域に密着した病院は、今後、臓器別にとらわれない幅広い診療、多様なアクセスを担保する診療が求められ、患者の生活全体を視野に入れた総合的な病院機能の改善を図る必要がある。こうした課題の解決に取り組む人材として、総合診療専門医が注目を集める一方、その養成制度は2018年度に始まったばかりであり、全国的に行き渡るには相応の時間を要する。こうした時代の変化に対応すべく、当協会では2018年度より「全日病協会病院総合医育成事業」を開始した。

同事業の開始に伴い、今学会のテーマも「全日本病院協会総合医育成事業について」として、講演が行われた。本事業の運営を主導するプライマリ・ケア検討委員会から、小川聡子副委員長と同委員会の宮地千尋委員が座長を務め、「姉妹」と称しての軽妙な掛け合いを展開した女性座長二人から、本セッションの狙いについて説明があった。

独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)尾身茂理事長が登壇し、「総合医育成事業への期待」について語られた。医師の絶対数は増加の一途をたどっている一方、その地域差は激しく、地域によっては少数の医師数で多科に渡る診療を行わざるを得ない点を指摘するとともに、医療の質・効率の向上の観点から、地域で働く総合医と病院で働く総合医の必要を訴えた。JCHOでは2017年から総合医の育成のプログラムを策定しており、今年度からは「全日病総合医育成プログラム」との連携がスタート。初年度となる今年度は3名が本プログラムを受講している。

病院に勤務しながらキャリアアップ

本事業のプロジェクトリーダーを務める井上健一郎委員からは、「全日病総合医育成プログラム」についての概要と実際の状況が説明された。すでに一定のキャリアを持つ医師を主な対象とし、病院に勤務しながら総合医としてのキャリアアップを目指していく。「医療運営コース」2単位、「診療実践コース」22単位、「ノンテクニカルスキ

ルコース」10単位、合計34単位のプログラム構成となっており、期間はおよそ2年程度。修了者には「全日本病院協会認定病院総合医」の認定証を発行する。受講者の平均年齢は52歳、半数程度は病院のトップマネジメントであり、その診療経験は様々であるが、小児の診療経験については、全体の2割程度にとどまっているとの傾向が示された。

筑波大学の前野哲博教授からは、現在実施されているスクーリングについて説明があった。「プライマリ・ケアの現場で一歩踏み出せること」をコンセプトとし、アクティブラーニングによる実践力向上を通じ、「適切に当直対応をして翌日専門医につなぐ」「典型的なケースをガイドラインに即して治療する」能力の習得を目標としてイメージしている。また前野教授からは他の総合医等の育成プログラムとの比較が示され、本プログラムが総合医を育てるためのスクーリングに特に力を入れている点を強調し、受講者からの好評を得ているとのアンケート結果が示された。



厚生労働省医政局医事課の加藤琢真医師臨床研修専門官は、医師養成の観点から総合医の必要性を指摘し、今後の施策として卒前卒後の「総合的」教育の必要、総合医に関する病院の理解促進、総合医のキャリアモデルの構築を私案として示した。

その後パネルディスカッションが行われ、参加者からは、総合医のキャリア形成について質問があがった。井上委員からは本事業を「キャリアアップ」であると考え、総合医が病院に必要な存在であることを、本事業を通じて証明し、病院が今後総合医を受け入れていく環境を醸成する必要性を述べた。また、尾身理事長からは、今後若い医師が総合医を目指すために「サクセスストーリー」が必要であるとの意見があがった。

小川座長は最後に、総合医の必要性和、病院がともに総合医を育てていくことの必要性を述べて、場を閉めた。

介護医療院の理念・役割とその活用方法

介護医療院協議会

介護医療院協議会 議長 土屋繁之

第1会場で小泉進次郎氏と猪口雄二会長、安藤高夫副会長による鼎談が行われている時間帯に当協議会企画のシンポジウムが開催された。案の定会場の聴衆はまばらで50人ほどだったように思う。

まず、厚生労働省老健局老人保健課課長の眞鍋馨氏に介護医療院が創設されるまでの経緯と介護医療院の位置づけ、そして現時点での課題と見直しについてお話し頂いた。厚労省は今回の介護医療院創設に向けて多くの移行支援を提示しており、在宅医療における介護医療院の活用には大きな期待を寄せている現状を話された。

次いで公立大学法人埼玉県立大学理

事長の田中滋先生に介護医療院創設における理念というべき在宅医療のあるべき姿を丁寧にご説明頂いた。介護医療院は入居者の尊厳を保ち、自らの住まいのなかでどう過ごしたいかという意思を尊重しながらご家族、地域住民との交流を充分持てる環境をつくること。そして生活機能維持は勿論のこと、穏やかな経過の中で医療が下支えをして看取りまで対応できる施設であるべきとお話しされた。

次いで当介護医療院協議会構成員である医療法人弘生会本庄内科病院理事長・院長の本庄弘次先生に中小病院が抱える介護支援課題をご提示頂き、介護医療院がその課題解決の役割を果た

せる可能性についてお話し頂いた。地域包括ケアはもともと「医療と介護の切れ目のない連携」がテーマであったが、現在の体制は入院したくてもすぐに受け入れてくれる医療機関が少なく、帰りたいときに帰れる場所も明確でない。その意味では介護医療院は大いに活用できるシステムであり、在宅医療として難しいとされる看取りが十分な環境のもとで行えることは、介護医療院の大きな魅力であると話された。

最後に全日病高齢者医療介護委員会委員である医療法人笠松会吉病院理事長の田中圭一先生に、今まで取り組んでこられた自院の地域包括ケア体制における介護医療院の果たすべき役割

についてお話し頂いた。介護医療院の大きな利点である「ご家族にとって一番安心で費用も安い住まい」として介護医療院をどのように活用すれば地域の皆さまに喜んで頂けるのか、自院で取り組んできた事例をもとに具体例をご提示頂いた。

治す医療から支える医療へ、病室を在宅として捉えることで多くの恩恵を入居者・ご家族に提供できる施設として高い理念を持って運営することが大切とお話し頂いた。

シンポジストが壇上に上がった時に会場はほぼ半分の聴衆で埋まっていた。第1会場はまだ賑わっていたが、厳しい環境にある医療・介護における新たな施設類型介護医療院への会員の皆さまの関心の高さの表れに思えた。

最後に木下毅介護医療院協議会副議長、西澤寛俊全日病名誉会長のコメントでシンポジウムを締め括って頂いた。

「院内暴力対応」テーマに元警視庁管理官が講演

全日病千葉県支部病院向けセミナー 病院としての対応が必須

全日病千葉県支部は10月31日、千葉市内で「院内暴力対応」をテーマに病院向けセミナーを開催した。元警視庁捜査一課管理官の横内昭光氏(東京海上日動メディカルサービス株式会社)が、東京慈恵会医科大学付属病院の渉外室での経験などを踏まえて講演した。

平山登志夫・千葉県支部長は冒頭の挨拶で、自身が理事長の病院での出来事を振り返りつつ、院内暴力が深刻になっていることを指摘。病院の対応が急務であることを強調した。同セミナーは、全日病の会員増強の一環として実施された。

横内氏は、病院内で発生した最近の事件報道などを示し、「他人事ではなく、明日はわが身の可能性も。いつあなたの病院で起こってもおかしくない」と警鐘を鳴らした。警察OBが病院に常駐することになった背景として、

モンスターペイシエントから受ける暴力や悪質クレマーへの対応の必要性が高まったことをあげた。院内暴力とは、「暴言」「暴力」「セクシャルハラスメント」「悪質なクレーム・脅迫」などにより、診療が停滞する状況をいう。

対応が遅れると問題が深刻に

院内暴力は、対応が遅れると、当該患者の言動がエスカレートして他の患者も真似をするようになり、医療者が萎縮し士気が低下して退職者が増加。善良な患者も受診しなくなるという悪循環に陥る。横内氏は、病院を守るために、対応策が必須であると強調した。

ある調査によると、院内暴力経験者の5割弱が、「要因は医療者側にあった」と答えている。患者が怒るのには理由があり、それを未然に防ぐことが、対応策となる。結論としては、「目で

見て対応するコミュニケーション」をあげた。そして、「患者の話を聴く」ことの大切さを説いた。

高齢患者が増えている現状に対しては、例えば名札の「名前」を大きくすることや、専門用語をなるべく使わない工夫などを提案した。説明したはずであっても相手が理解していなければ、予後の悪化などで関係がこじれる要因になる。また、待ち時間が相手を苛立たせることへの配慮も指摘した。

対策を講じて、モンスターペイシエントや悪質クレマーによる院内暴力は生じる可能性があり、対策が必要になる。横内氏は、誠実に対応した上で、「病院に不手際も過失もない場合、責任がないことを毅然と説明する」ことが重要だと強調した。それでも暴力や金銭的な要求をちらつかせるなどの問題が発生した場合は、「安全性を



最優先に、危険を感じれば、110番に電話する」ことを勧めた。相手は逆上して、「警察を呼んでみろ」と言うことが多いが、素直に電話したほうがよいと助言した。

悪質クレマーの特徴は、「粗暴な行動」「理不尽な要求」「根拠はあるが要求内容が過大」「要求の根拠が不当」である。狙いは「お金」であることもあり、「謝罪」であることもあるが、「できないことははっきり言うべき」と述べた。横内氏は、「病院職員は性善説で患者に対応する。しかし私のような『渉外室』の担当は、性悪説に立ち、事件を予防するのが仕事」と述べた。

根本厚労相を本部長に部局横断的な改革案を策定

厚労省・社会保障・働き方改革本部 医療・福祉サービス改革で生産性向上

厚生労働省は10月22日、2040年を展望した社会保障・働き方改革本部を設置した。本部長は根本匠厚生労働大臣、その他幹部を本部員とする体制。プロジェクトチームでの検討をもとに、社会保障の改革案を策定する。プロジェクトリーダーには、藤澤勝博・政策統括官を置いた。プロジェクトチームは4つのタスクフォース(TF)で構成している。

安倍首相は、全世代型社会保障改革の推進について、未来投資会議を中心に、茂木敏充内閣府特命担当大臣が主導する方針を10月5日の経済財政諮問

会議で示した。根本厚労相は、10月23日の閣議後会見で、「改革本部を立ち上げ、省一丸となって、取組みを進める」と未来投資会議に報告したことを伝えた。来年夏を目指し、健康寿命延伸や医療・福祉サービス改革のプラン策定を進める方針も示した。

社会保障・働き方改革本部が目指す社会保障改革は、2040年を見通し、現役世代(担い手)の減少を最大の課題とした。一方、「若返り」も見られる高齢者の就業増加も見込む。

今後、国民誰もがより長く、元気に活躍できるよう、①多様な就労・社会

参加の環境整備や②健康寿命の延伸を進めるとともに、③医療・福祉サービス改革による生産性の向上を図る。

また、④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を進めることも重要な課題だ。

このような改革を実現するため、部局横断的な政策課題については、従来の所掌にとらわれないことと、取り組むため、プロジェクトチームに4つのTFを置いた。

TFには、「健康寿命延伸タスクフォース」(疾病予防・介護予防に関する施策等)(主査=吉永和生審議官・健

康局)、「医療福祉サービス改革タスクフォース」(ロボット、AI、ICTの実用化等)(主査=諏訪園健司審議官・老健局)、「高齢者雇用タスクフォース」(高齢者の雇用就業機会の確保等)(主査=北條憲一郎長・雇用開発)、「地域共生タスクフォース」(縦割りを超えた地域での包括的な支援体制の整備等)(主査=伊原和人審議官・政策統括官)がある。

特に、「医療・福祉サービス改革TF」の生産性向上策が注目される。具体的には、「ロボット・AI・ICT等の実用化、データヘルス改革」、「タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進」、「組織マネジメント改革」、「経営の大規模化・協働化」が論点にあがる。「経営の大規模化・協働化」では、医療法人と社会福祉法人の経営統合をテーマの一つとしている。

介護人材の処遇改善で事業所内の傾斜配分を設定

厚労省・介護給付費分科会 柔軟な運用を可能とする

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は10月31日、来年10月の消費税率10%までの引上げにあわせて行う、さらなる介護人材の処遇改善で導入する新たな加算について意見交換を行った。

厚生労働省は、加算算定後の事業所内の配分で、経験・技能のある介護職員に手厚くするなど一定の傾斜をつけることを提案した。

厚労省は、昨年12月に閣議決定された経済政策パッケージの内容やこれまでの委員の意見を整理。その上で今回の処遇改善の基本的な考え方として、

「経験・技能のある介護職員に重点化しつつ、介護職員の処遇改善を行うこととし、その趣旨を損なわない程度において、その他の職種も一定程度処遇改善を行う」ことを提示した。

その上で、◇経験・技能のある介護職員が多いサービスが高く評価されるように各サービスの加算率を設定すること、◇事業所内での配分について、①経験・技能のある介護職員②他の介護職員③その他の職種の順に一定の傾斜を設定することを提案した。

事業所内の配分では、経験・技能のある職員について、勤続年数10年の介

護福祉士を基本としつつ、一定程度の柔軟な運用を可能とすることも示した。

加算の取得要件としては、介護現場として長く働き続けられる環境を目指す観点から、一定のキャリアパスや研修体制が構築されていることを求めることと、そうした具体的な取組みの「見える化」を促すことも提案した。

意見交換では、事業所内の配分に傾斜を設定することに委員からは賛否が出た。また介護職以外の職種の処遇改善については、「本当に必要な職種に限るべき」という意見が出された。「介護職員のいない事業所まで加算の対象



とするのは適当ではない」という指摘もあった。

日本医師会の江澤和彦委員は加算の算定要件に言及。介護職の離職理由に、「職場の人間関係」や「結婚・出産・妊娠・育児」があることから、「そこに応えていく仕組みを考えなければいい結果が出ない」と指摘。職場環境の改善例として、職員の悩み相談窓口の設置や女性の働きやすい環境の整備をあげた。

■ 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
医療安全推進週間企画 医療安全対策講習会 (150名)	2018年12月5日(水) 【全日病会議室】	5,400円 (税込)	全日病と日本医療法人協会の共催で厚生労働省の「医療安全推進週間」における取組みとして、医療安全対策に関し講習会を開催する。「医療安全管理者養成課程講習会」のための講習(1単位)に該当する。
医師事務作業補助者研修 (福岡開催) (100名)	2018年12月3日、4日(月・火) 【リファレンス駅東ビル】	30,000円 (税込) (受講料、テキスト料、 昼食代含む)	「医師事務作業補助体制加算」は2008年度に新設され、その後評価が拡大され、2018年度改定でも増点されるなど、医師不足解消の一助として注目されている。集合研修を修了し、研修提出後レポートを提出した方には、同加算の研修要件を満たす「修了証」を授与する。
第2回 「MEDI-TARGET」無料体験会 (20病院)	2018年12月17日(月) 【全日病会議室】	無料	全日病 DPC 分析事業「MEDI-TARGET」は DPC データの分析・ベンチマーク等を提供するサービス。まだ MEDI-TARGET を使用されたことがない方向けの無料体験会を開催する。
第4回 医療安全管理体制相互評価者 養成講習会【運用編】 (100名)	2019年1月5、6日(土・日) 【全日病会議室】	27,000円(32,400円) (税込) (受講料、テキスト代、 昼食代含む)	2018年度診療報酬改定では、医療安全対策地域連携加算が新設された。現時点で、研修会の受講は施設基準の要件ではないが、感染管理加算と同様に、体制構築及び運用の実態が問われると考えられる。「医療安全管理者養成課程講習会」の継続講習の意味もある。