



全日病 ニュース

2017. 2.1
No.887

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

医療法等改正案に盛り込む事項を了承

社保審・医療部会

検体検査の精度管理は別途検討会で議論

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は1月18日、通常国会に提出する医療法等改正案の制度改正事項について審議し、了承した。前回の部会で合意を得られなかった医療機関の管理者権限の明記は、特定機能病院に限定する規定にしたほか、検体検査の品質・精度管理に関しては、別途設置する検討会において、具体的な基準を議論するなどの対応で了承することになった。

制度改正事項は、前回までに議論した◇遺伝子関連検査等の品質・精度の確保◇特定機能病院のガバナンス改革◇医療機関のウェブサイト等の取扱いと、同日議論した◇持分なし医療法人への移行促進策の延長◇医療機関を開設する者に対する監督規定の整備◇妊産婦の異状の対応等に関する説明の義務化◇看護師に対する行政処分に関する調査規定の創設ととなっている。

なお、医師偏在対策については、今回の法改正には盛り込まない方向だ。

遺伝子関連検査等の品質・精度の確保については、医療機関が実施するすべての検体検査の品質・精度管理の基準を定める内容としたことに批判が出ていた。厚生労働省は、法改正の内容は変えないものの、具体的な基準は「医療機関の現状を踏まえ、医療機関の特性、実施されている検査の内容等に応じた基準」となるよう別途、検討会を設置して議論すると説明し、了承を得

た。

特定機能病院のガバナンス改革でも、検体検査の場合と同様に、特定機能病院の改革がすべての医療機関に関する規定とされたことに反対が相次いだ。このため特定機能病院に限って、「管理者が管理運営業務を遂行するのに必要な権限を明確化」することにした。

医療機関のウェブサイト等の取扱いは、当初の提案どおり、医療法上の広告規制の対象外とするが、虚偽・誇大なウェブサイトに対し、罰則を課す。

持分なし医療法人への移行促進策は、2017年度税制改正で、相続税猶予等の期限が2017年10月から3年間延びるほか、みなし贈与税の猶予・免除が、税務署の個別判断から税法上の規定になった。これに対し、委員から評価する声があがった。厚生労働省は「役員数、役員数の親族要件、医療計画への記載等の要件を緩和し、贈与税の非課税対象が大幅に拡大する」と説明した。

一般社団法人や一般財団法人の医療機関に対しては、監督規定を強化する。具体的には、都道府県知事等の医療機関への立入検査だけでなく、「開設者の事務所その他病院等の運営に関する場所への立入検査」も可能とする。医療機関の運営が著しく不適切であれば、改善命令・業務停止命令を可能とする。医療法人に対しては、現行でこのような規定は存在している。一般社団法人や一般財団法人は、登記のみで

設立が可能であるにも関わらず、法人自体を監督する行政庁がないことの問題が指摘されていた。

妊産婦の異状に対する説明の義務化は、分娩の急変時に助産所から医療機関への連絡がなく、母児が死亡する事例が発生したことに対応するものだ。具体的には、助産所の管理者に、妊産婦の異状に対応する医療機関名等を担当助産師が妊産婦に書面で説明することを義務づける。

看護師等の行政処分については、医師・歯科医師と同様に行政処分をすべきか否かを判断する際に、関係者から事案の報告を求め、関係する病院等に立入検査ができるよう、厚生労働大臣の調査権限規定を創設することとした。

医師偏在対策の議論の遅れに不安の声

厚生労働省は同日の医療部会に、「医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ」と「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の中間的な議論の整理」を報告した。委員からは、医師偏在対策の議論が遅れているために、医療従事者の確保等に関する医療計画の記載事項が決まっていなかったことなどを不安視する意見が相次いだ。

全日病会長の西澤寛俊委員は、「都道府県は来年度から医療計画の作成を始めるのに、医師偏在対策の議論が始まるのは来年度だという。地域医療に



とって人をどう確保するかが最も大変なことだ。医師偏在対策が3月までに議論できるよう対応すべきだ」と主張した。厚生労働省は医療計画作成のための指針について、医療従事者の確保等の部分を切り離して、通知する考えを示した。

働き方ビジョン検討会の中間報告については、「医師を鼓舞する内容になっている」と評価する意見もあったが、「総論的で具体策になると心細い」「今までに言われていることが多く、目新しい内容はない」といった意見が多かった。

中間報告は目指すべきビジョンとして、◇地域が主導して医療・介護と生活を支える◇個人の能力と意欲を最大限発揮できるキャリアと働き方を実現する◇高い生産性と付加価値を生み出すと整理。あわせて、医師偏在対策に対する考えも示しており、「強制的手段のみに依存するのではなく、地域が主体となって、医師の意欲と能力を喚起し、能動的な関わりの結果として是正される方策の模索が必要」とした。

在宅医療に関するエビデンスを蓄積

全国在宅医療会議WG

入院医療と対立しない対応求める

厚生労働省の「全国在宅医療会議ワーキンググループ」(新田國夫座長)の初会合が1月12日に開かれた。在宅医療に関するエビデンスや医療連携、普及啓発モデルを蓄積し、親会議の全国在宅医療会議に報告するのが目的。「在宅医療の推進」が強調される中で、入院医療と対立的に捉えられることがないように配慮を求める意見が相次いだ。医療連携では、行政と地域医師会の連携体制構築を求める意見が出た。

昨年7月に開かれた全国在宅医療会議で、「アウトカム指標といった在宅医療の効果の研究の充実」、「地域の医療資源を踏まえた普及啓発の手法」、「看取りまで対応できる医療提供体制

が必要との指摘があった。これを踏まえ、根拠や事例に基づいた在宅医療を具体化するために同WGが設置された。「在宅医療に関するエビデンスの蓄積」と「在宅医療に関する医療連携、普及啓発モデルの蓄積」を論点として検討し、骨子をまとめて、全国在宅医療会議に報告する予定だ。

在宅医療に関するエビデンスでは、現在、名古屋大学大学院の葛谷雅文教授を中心とする組織がガイドラインを作成している。今年8~9月の公開を予定していることを説明。葛谷教授は、「科学的根拠が重要」だが、様々な臨床的疑問に答える論文は少ないとし、「まずは何が明らかで、何が明らかで

ないかを知ることが大事」と強調した。

続いて、神奈川県横浜市と横須賀市の在宅医療に関する取組みが報告された。横須賀市は、「住み慣れた家で療養したいという人が、在宅での療養・さらには看取りという選択ができるよう、地域医療の体制づくりを進める」との考えに基づき、2011年度から取り組んだ。その結果、自宅での死亡率は2011年度の18.4%から2016年度に22.9%まで上がっている。横須賀市の担当者は普及啓発事業のポイントとして、「市民に在宅療養という選択肢について、まずは知ってもらい、理解してもらおう」ことが重要とした。

ただ委員からは、「在宅医療」の内容



が不明確なままで、「推進」が前提になる状況は注意すべきとの意見があった。

全日病会長の西澤寛俊会長は、「患者自身が『自宅』というときに、サ高住やグループホームが含まれているのかなどが明らかでない」として、住民意識の正確な把握が必要だと指摘した。また、「入院医療と在宅医療が対立的にみえる」ことのない対応を求めた。

他の委員からは、「自宅死」であっても、「孤独死」など「幸せではない自宅死」が少なくない可能性を指摘する意見もあった。

清話抄

団塊の世代の療養期にどう備える

我々が活動している埼玉県でも、地域医療構想がまとまった。先日、医療圏ごとに説明会が行われ、年明けから、各地域で将来の医療提供について協議

が始まることになる。

埼玉県では今後急速に高齢者が増加し、これに伴って医療需要も急増する。入院患者は2013年から2025年にかけて約1.3倍になる。その中で、慢性期つまり療養病床の患者は1.2倍程度に留まるという推計になっている。もちろん、これには政策的なねらいが込められていて、慢性期の患者は療養病床のみではなく、老人保健施設や在宅医療でも対応することにして、療養病床からはみ出た患者は、「在宅医療」の患

者として計上しているためである。では在宅医療等の患者はどうかと見てみると、約1.8倍になるのである。つまり、10年足らずの期間にほぼ倍増する在宅患者に対応できるよう備えなくてはならない。大丈夫だろうか。

これまで療養病床に関する国の政策は二転三転してきた。今改めて療養病床の在り方の検討が行われており、介護療養病床の転換のための制度が設けられることになるようだ。検討を急いでほしいし、手厚い施策を講じてほし

い。在宅医療はまだ先駆者が様々な考え方や手法で試行錯誤を重ねている段階で、もっと強力に推進する必要がある。

団塊の世代は次第に老いを深め、夫婦で老々介護しながら人生の最終ステージの準備に入っている。あまり時間はない。病院も地域包括ケアシステムに参加し後方支援するだけではなく、もっと積極的に在宅医療に関わっていくことが必要ではないかと感じている。

(中村 毅)

主張

医療需要の二極化に対応した地域医療構想調整会議

2018年4月に各都道府県で第7次医療計画がスタートする。この医療計画には地域医療構想も含まれる。また、これまで病床数を制限していた基準病床数もそのまま残され、その算定式はほぼ従来通りで全国統一である。

さて、今後、首都圏をはじめとした大都市では、75歳以上人口の急増が予測される。この年齢層の増加に伴い医療需要はピークに向かう。よって、基準病床数が押し上げられ一転して既存病床数より増加に転じるため、これま

で過剰病床地域であった構想区域(以下医療圏)でも不足地域となり、大幅な増床や新規病院開設も可能となる。ただし、このことは地域での医療連携や、医療従事者不足等にも影響を及ぼす。そこで基準病床数が急増する大都市では、地域医療構想における病床の必要量(以下必要病床数)との整合性を図るために、基準病床数見直しを、特例により毎年行うこととし、病院開設等が新たに申請された場合は、地域の実情を十分に踏まえたものであるか

どうか調整会議や分科会で検討されることになる。よって必然的にこの調整会議等の役割は、重要性を増すものと考えられる。

一方、総人口の減少が著しく、75歳以上人口もピークを過ぎる地方では、医療需要も減少する。しかし、医療計画における基準病床数も地域医療構想の必要病床数も、民間病院が持つ既存病床の削減を強制するものではない。よって病院トップは、外部からの圧力ではなく、自主的に2025年に向けて自院が地域から求められている役割や立ち位置を判断し、「如何に時代のニーズに合わせてソフトランディングする

か」を考えなくてはならない。そのためには都道府県が出す医療情報を把握すると共に、積極的に医療圏での意見交換の場に出て行く必要がある。佐賀県では県病院協会と県庁が音頭を取り、各医療圏単位で、病院同士の情報交換を目的とした懇親会を立ち上げた。これまで声をかけてもなかなか参加しなかった病院も出席率はよい。この懇親会がお互い忌憚のない意見交換ができる場に発展し、そこで合意できた意見を調整会議や分科会の場に持ち込むことで、県の地域医療構想の流れを民間病院ペースにしていければと願っている。(織田正道)

薬価制度の抜本改革の検討スケジュール示す

中医協・薬価専門部会

高額薬剤の市場拡大への対応で論点

厚生労働省は1月11日の中医協・薬価専門部会(西村万里子部会長)に、昨年12月20日に決定した薬価制度の抜本改革の基本方針(資料参照)を踏まえた今後の検討スケジュールを示すとともに、「効能追加等に伴う市場拡大への対応」の論点を示した。基本方針では、新薬掲載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直すとしており、その具体的な手法を今後議論していく。製薬企業の新薬開発意欲を失わせない対応も課題となっている。

厚労省は、薬価制度の抜本改革の基本方針を薬価専門部会での検討スケジュールに沿って整理。検討事項を①効能追加等に伴う市場拡大への対応②薬価算定方式の正確性・透明性、類似薬効比較方式・原価計算方式③外国平均価格調整のあり方④中間年の薬価調査・薬価改定⑤後発品の薬価のあり方⑥その他に分け、5月頃までに議論を一巡させる方針を示した。

一定の方向性を出した上で、関係団体からヒアリングを行い、6月以降2巡目の議論を行う。10月にもう1度、関係団体からヒアリングを行い、12月に骨子をまとめる予定だ。

市場拡大再算定の手法を参考に

当日は、「効能追加等に伴う市場拡大への対応」を議題とした。当初の予測より、市場が大幅に拡大した高額薬

剤については、抗がん剤のオプジーボ(小野薬品工業)の薬価を2月から半額に下げる対応を特例で行っている。薬価専門部会は、オプジーボのような事例の対応ルール化を検討することになる。当初の予測を超えて市場が大幅に拡大する高額薬剤に対して、現行の薬価制度が柔軟に対応できていないとされているためだ。

薬価制度改革の基本方針では、その対応として、「新薬掲載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す」とした。オプジーボの場合は当初、悪性黒色腫の効能で薬価が決まったが、その後、肺がんや腎がんへの効能が追加され、市場が大幅に拡大した。現行制度では、薬価は次の改定時まで維持されるため、製薬企業の「企業戦略」に疑念が生じる要因にもなっている。

当初の予測を超えて市場が大幅に拡大した医薬品に対する薬価引下げの仕組みとしては、市場拡大再算定の「通常」と「特例」がある。「通常」では「予想年間販売額の10倍以上かつ年間販売額が100億円以上」などの場合に最大25%薬価を下げる。「特例」では「予想年間販売額の1.3倍以上かつ年間販売額1,500億円超」などの場合に最大50%薬価を下げる。これらの引下げは2年に1度実施される。委員からは「市場拡大再算定の考え方を基本にすべき」との意見が出た。



再算定については、そのほか用法・用量に変化があった場合に、1日薬価を同額とする「用法用量変化再算定」や、効能・効果の変更があった場合に、類似薬の1日薬価に近づける「効能効果再算定」がある。

検討課題としては、まず対象となる医薬品の範囲の問題がある。市場拡大再算定のように、年間販売額が候補になるが、その場合に、①薬理作用類似薬がなく新たに医薬品市場が拡大するケース②競合品との市場獲得率を変化させているだけで、医療保険財政への影響がほとんどないケースがあり得ると指摘された。加茂谷佳明専門委員は、「医療保険財政への影響が小さいものは除外してほしい」と要望した。

対象となる医薬品の範囲が決まると、それに該当するかを判断する必要があるが、薬価調査を毎回行うのは困難であるため、別の方法を検討する。厚労省は、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を、四半期ごとに市場拡大の程度を把握するために

用いることを提案した。委員からは、「NDBだと、DPC制度の包括評価部分に含まれる薬剤費が把握できないのではないか」との疑問が出た。

制度の導入時期については、2017年度中の実施が論点となっている。今後の議論の進展により、「効能追加等に伴う市場拡大への対応」を先行実施する可能性がある。

厚労省はそのほか、「医薬品の研究開発投資を回収することが困難な薬価引下げにつながった場合、効能追加に係る新薬開発意欲を失わせることになる」と指摘した。これに対しては、診療側から「オプジーボの薬価は半額にしても、まだ英国のほうが安い。どこまで下げれば、開発意欲を失うのか」との意見が出た。

また、薬価が下がると、医療機関や薬局、卸売販売業者の在庫価値が下がることも留意点としてあがった。このため、施行時期や経過措置を検討することとなっている。

【資料】薬価制度の抜本改革に向けた基本方針

(2016年12月20日・4大臣合意)

薬価制度の抜本改革の基本方針が12月20日、菅義偉官房長官と麻生太郎財務大臣、塩崎恭久厚生労働大臣、石原伸晃経済財政担当大臣の4大臣の合意で決まった。保険収載後に効能追加などで一定規模以上市場が拡大した医薬品の薬価を年4回見直すほか、全品を対象とした薬価調査を毎年実施し、市場実勢価格との乖離が大きい医薬品の薬価を毎年改定する内容となっている。

4大臣合意による基本方針は次のとおり。

* * *

昨今、革新的かつ非常に高額な医薬品が登場しているが、こうした医薬品に対して、現在の薬価制度は柔軟に対応できておらず、国民負担や医療保険財政に与える影響が懸念されている。

「国民皆保険の持続性」と「イノベーションの推進」を両立し、国民が恩恵を受ける「国民負担の軽減」と「医療の質の向上」を実現する観点から、薬価制度の抜本改革に向け、PDCAを重視しつつ、以下のとおり取り組むものとする。

とする。

1. 薬価制度の抜本改革

(1) 保険収載後の状況の変化に対応できるよう、効能追加等に伴う一定規模以上の市場拡大に速やかに対応するため、新薬掲載の機会を最大限活用して、年4回薬価を見直す。

(2) 市場実勢価格を適時に薬価に反映して国民負担を抑制するため、全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う。

そのため、現在2年に1回行われている薬価調査に加え、その間の年においても、大手事業者等を対象に調査を行い、価格乖離の大きな品目(注)について薬価改定を行う。

(注) 具体的内容については、来年中に結論を得る。

また、薬価調査に関し、調査結果の正確性や調査手法等について検証し、それらを踏まえて薬価調査自体の見直しを検討し、来年中に結論を得る。

(3) 革新的新薬創出を促進するため、新薬創出・適応外薬解消等促進加

算制度をゼロベースで抜本的に見直すこととし、これとあわせて、費用対効果の高い薬には薬価を引き上げることを含め費用対効果評価を本格的に導入すること等により、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開発投資の促進を図る。

なお、費用対効果評価を本格的に導入するため、専門的知見を踏まえるとともに、第三者的視点に立った組織・体制をはじめとするその実施のあり方を検討し、来年中に結論を得る。

2. 改革とあわせた今後の取組み

(1) 薬価算定方式の正確性・透明性を徹底する。具体的には、製薬企業にとって機密性の高い情報に配慮しつつ、薬価算定の根拠の明確化や薬価算定プロセスの透明性向上について検討し、結論を得る。また、特に高額医薬品等について、制度の差異を踏まえつつ外国価格をより正確に把握するなど、外国価格調整の方法の改善を検討し、結論を得る。

(2) 薬価制度の改革により影響を

受ける関係者の経営実態についても機動的に把握し、その結果を踏まえ、必要に応じて対応を検討し、結論を得る。

(3) 我が国の製薬産業について、長期収載品に依存するモデルから、より高い創薬力を持つ産業構造に転換するため、革新的バイオ医薬品及びバイオシミラーの研究開発支援方策等の拡充を検討するとともに、ベンチャー企業への支援、後発医薬品企業の市場での競争促進を検討し、結論を得る。

(4) 安定的な医薬品流通が確保されるよう、経営実態に配慮しつつ、流通の効率化を進めるとともに、流通改善の推進、市場環境に伴う収益構造への適切な対処を進める。特に、適切な価格形成を促進するため、単品単価契約の推進と早期妥結の促進について効果的な施策を検討し、結論を得る。

(5) 評価の確立した新たな医療技術について、費用対効果を踏まえつつ国民に迅速に提供するための方策の在り方について検討し、結論を得る。

2018年度診療報酬改定に向けた議論を開始

中医協総会

2025年見据え、節目の同時改定

中医協(田辺国昭会長)が2018年度診療報酬改定に向けた議論を開始した。厚生労働省は昨年(2017年)の12月14日と21日の中医協に、次期改定の「現状と課題」(資料参照)および今後のスケジュールを提示。1年間を第1～3ラウンドに分けて、在宅、入院、外来、歯科、調剤の議論を行う方針を示した。次期改定は薬価制度の抜本改革や費用対効果評価の本格的導入などもあり、例年以上の過密スケジュールとなりそうだ。年明けの1月11日の総会では、在宅医療の総論的な議論を行った。

2018年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定。団塊世代がすべて75歳以上となる2025年を見据えると、2024年度の同時改定は直前になるため、2018年度が最重要の同時改定となる。さらに、2017年度は医療介護総合確保方針や医療計画、介護保険事業計画の見直しのほか、国民健康保険の都道府県単位化など、様々な制度改正が重なり、医療・介護の提供体制にとって、大きな節目となる。

一方で、社会保障をめぐる財政状況は厳しい。厚労省は、一般歳出の約55%を社会保障関係費が占めていることや、歳出が歳入を上回り、国債残高が累増している財政の現状を説明した。さらに、少子化による人口減少で、医療・介護の「支え手」が減少していることを指摘。また、医療費の増加要因として高齢化だけでなく、「バイオテクノロジー、ICT、AI(人工知能)」といった革新的技術により、医療その

もののあり方が変わりつつある」と指摘したことも一つの特徴だ。

同時改定であることから、医療・介護の連携が、特に重要だと考えられる事項が示された。具体的には、①療養病床・施設系サービス②居宅等における医療(訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等)③維持期のリハビリテーションがあがった。①については、介護療養病床の見直しに伴う、外付け医療サービスの給付調整のあり方が検討課題となる。

全日病副会長の猪口雄二委員は、「医療療養病床25対1を早い段階で整理してほしい」と要望した。また、「医療区分・ADL区分の見直しは行うのか」と質問。厚労省は「見直しありきではないが、様々な指摘を踏まえ、検討する」と回答した。

また、2012年度の同時改定と同様に、中医協総会と介護給付費分科会の委員の意見交換会を設けることを、12月21日の総会です承した。意見交換会は中医協での議論が本格化する前に行う。

今後のスケジュールをみると、1月から6月半ばを第1ラウンド、6月半ばから10月を第2ラウンド、10月から12月半ばまでを第3ラウンドとして、在宅医療、入院医療、外来医

療、歯科医療、調剤報酬の区分けで、議論を行っていく。入院医療調査結果の速報は6月、紹介状なしの大病院受診等は9月、急性期入院医療や地域包括ケア、退院支援は10月に議論する。

幕開けは在宅医療を総論的に議論

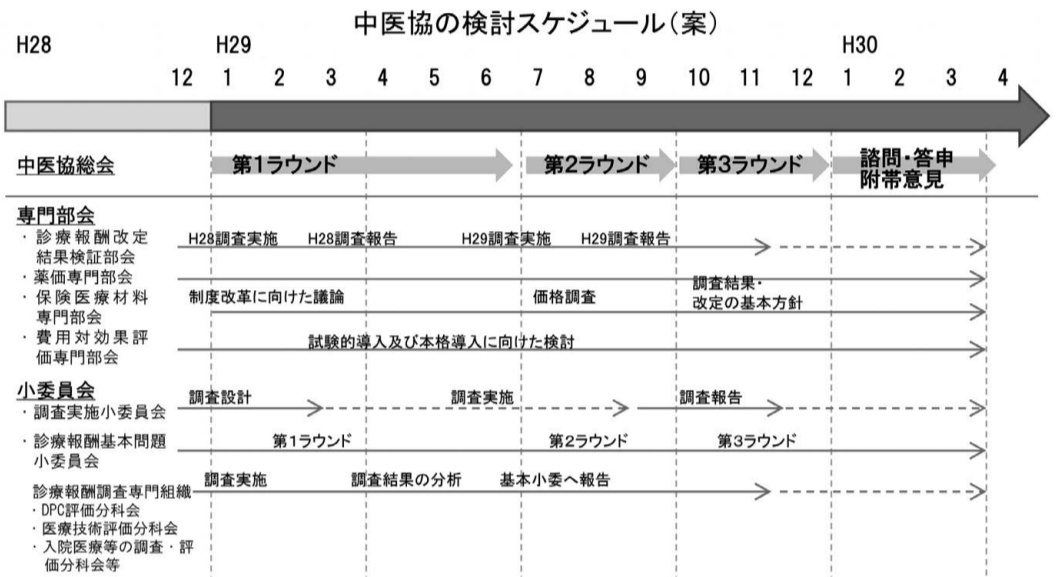
幕開けとなる1月11日の中医協総会では、在宅医療の総論的な議論を行った。厚労省が在宅医療を取り巻く現状を説明。その上で、「多様化する患者のニーズに応えることができるよう新たなサービスの提供のあり方や、地域の状況、個々の患者の状態、医療内容、住まい、住まい方等を踏まえた評価」を論点とした。質と量の確保とあわせ、効率性の観点も重要と指摘した。

厚労省は、◇最期を迎えたい場所と



して、「自宅」の回答が54.6%で最も高い◇長期にわたり療養を要する児童の数が増加傾向にある◇在宅療養支援診療所・病院の届出は増加から横ばいである◇在宅医療を提供する診療所が相当数ある◇ターミナルケア加算は一部の算定回数が多い医療機関が全体に占める割合が高いなどを説明した。

診療側からは、在宅医療専門の診療所が患者を囲い込むことに対する懸念が出た。支払側は、訪問診療対象患者のうち46%が、「健康相談」「血圧・脈拍測定」「服薬援助・管理」にのみ該当していることに注目した。



【資料】2018年度の診療報酬改定に向けた現状と課題

(2016年12月14日・中医協資料から抜粋)

①基本認識

2018年度の診療報酬改定に向けた検討においては、医療と介護を取り巻く環境等を共有するとともに、診療報酬が、医療と介護の提供体制の確保に多大な影響を及ぼす仕組みであることから、以下の点に留意する必要がある。

- ・2025年に向けた医療介護ニーズ増大への対応体制構築のためには、2018年度の次の同時改定が2024年度となることを踏まえれば、2018年(平成30年)度の同時改定が極めて重要な意味を持つものであること
- ・医療介護ニーズの変化(2025年に向

けた急増加、その後、横ばいから減少)とともに、今後の生産年齢人口減少トレンドを考慮すれば、医療と介護の提供体制の確保にあたっては、2025年から先の将来を見据えた対応が求められていること

②医療と介護の連携に関する主な検討項目

医療と介護を取り巻く現状課題等を踏まえつつ、近年の診療報酬改定では、地域包括ケアシステムの構築の推進や医療と介護の連携に関する検討が行われている。2018年度の診療報酬改定は、介護報酬との同時改定であることから、

医療と介護の連携に関するこれまでの検討を踏まえ、両者の連携が特に重要と考えられる以下のような内容を今後の検討事項に含めることとしてはどうか。

- ア) 療養病床・施設系サービスにおける医療
- ・介護療養病床の見直し(新施設体系)を踏まえた、外付け医療サービスの給付調整の在り方について
- ・療養病床の入院患者の患者像を踏まえた適切な評価の在り方について
- イ) 居宅等における医療(訪問診療・訪問看護、歯科訪問診療、薬剤師の業務等)

- ・介護報酬における居宅療養管理指導による評価と、診療報酬における訪問指導管理の評価の在り方について
- ・医療と介護の訪問看護のサービスの在り方について
- ・居宅等における看取り支援の在り方について
- ウ) 維持期のリハビリテーション
- ・外来や通所におけるリハビリテーションの在り方について
- ・地域(居宅等)におけるリハビリテーションの在り方について

2017年度期中改定で答申。改定率は1.14%

介護給付費分科会

介護職員処遇改善加算Iを新設

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)が1月18日に開催され、2017年度介護報酬改定に関する塩崎厚生労働大臣の諮問を受け、「諮問のとおり、介護職員処遇改善加算に新たな加算を設けるために関係告示を一部改正する」という結論を社会保障審議会(西村周三会長)に報告することを了承した。

この結果、「介護職員に対して2017年度より月額平均1万円相当の処遇改善を実施する」という政府方針に従った期中の介護報酬改定の大枠が固まり、介護職員処遇改善加算を対象に、全体で1.14%(うち在宅分0.72%、施設分0.42%)の改定率とすることが確定した。

この日の審議報告を受けて、社会保障審議会から大臣に即日答申された。今後、約1カ月のパブリックコメント

を踏まえて、関係告示の改正および関係通知の発出が行われる。

この改定によって、処遇改善加算は、「経験・資格等に応じた昇給制度もしくは定期昇給制度の設置」を内容とする新たなキャリアパス要件と、現行の算定要件をすべて満たすことによって、当該職員あたり月額3万7,000円相当の報酬が支払われる加算Iが新設され、現行のI～IVの加算はそれぞれII～Vに移行することになる。

新加算Iの加算率は、介護老人福祉施設が8.3%、介護老人保健施設が3.9%、介護療養型医療施設が2.6%となるが、これに伴って新加算のIIとIIIの加算率が調整される。

介護給付費分科会と中医協が共同議論

厚労省は、12月28日に開催された社

会保障審議会・介護給付費分科会に、2016年度介護事業経営概況調査(2016年5月実施)の結果を報告した。それによると、2015年度の介護報酬改定を挟んで、21の分野で収支差率が下がった。

施設サービスは、介護老人福祉施設が▲0.5%、介護老人保健施設が▲0.7%、介護療養型医療施設が▲2.4%と軒並み収支差率を下げた。

厚労省は、また、2017年度介護事業経営実態調査の実施案を提示し、了承を得た。概況調査は、これまで改定後1年目の1年分の収支等の状況を、実態調査は改定後2年目の1カ月分の収支等を把握するために行われ、いずれも改定の基礎資料とされてきた。概況調査はすでに2016年度より改定前後2年分のデータを対象とする調査に変更



されたが、実態調査も、2017年度から調査対象期間が1年分のデータ(2016年度決算)に変更される。今年5月に実施、10月に結果の公表を予定している。

厚労省は、この日の分科会に報酬改定の議論に先立って、「医療と介護の連携に関する主な検討項目は、分科会と中医協委員で意見交換を行う場を設ける」ことを提案、承認を得た。12月21日の中医協の決定を踏まえたもので、2018年のダブル改定をより緻密なものにしたいと厚労省が提案した。早ければ3月にも実施したいとしている。

医療機能の分化・連携の事業に基金を重点配分

厚労関係部局長会議

制度の持続可能性確保の観点から患者負担増を求める

厚生労働省は1月19、20日の両日に全国厚生労働関係部局長会議を開催し、都道府県担当者に向けて制度改正や予算事業など2017年度の厚労行政の方針を説明した。神田裕二医政局長は、医療介護総合確保基金の配分について、医療機能の分化・連携に資する事業に重点的な配分を行う方針を示した。鈴木康裕保険局長は、患者負担増の見直しについて、「適切なサービスが受けられる制度を持続可能にするため」と説明して理解を求めた。

始めに、堀内詔子厚生労働大臣政務官が厚生労働行政全般を説明し、安倍政権が「最大のチャレンジ」と重視する「働き方改革」に言及した。社会保障については、経済財政諮問会議で策定した経済財政再生計画の工程表に沿って、「引き続き重点化・効率化」に取り組むと述べた。2017年度予算案では、医療・介護の見直しで1,400億円程度を抑制している。

診療報酬・介護報酬同時改定については、「地域包括ケアの構築とあわせ、AI、IoT、ロボット等の革新的技術を、十分なエビデンスをもとに活用・推進していく」とし、これらを報酬に反映させる考えを示した。また、保健・医療・介護の情報をデータベース化し、「ICTをフル活用した次世代型の保健医療システムを構築」する方針を示すなど、最近の医療政策のポイントを説明した。

実質的な地域包括ケア計画に

神田裕二医政局長は、「2018年度から医療計画と介護保険事業(支援)計画が同時に始まるため、実質的な地域包括ケア計画になる」と述べた。医療計画については、基準病床数と地域医療構想の病床の必要量の関係を整理したほか、地域医療構想調整会議の進め方を紹介した。「調整会議の話し合いが成立しない場合や、医療機関が過剰な医療機能に取って代わる場合は、

都道府県知事による行政勧告の仕組みがある」と説明した。

医療介護総合確保基金については、現状で、①病床の機能分化・連携②在宅医療・介護の推進③医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等に使われている。2016年度の状況を見ると、①が458億円、②が47億円、③が399億円で、①と②③が概ね半々となっている。一方、骨太方針2016では、「基金のメリハリのある配分等により、病床の機能分化・連携を推進する」と明記されている。

このため神田局長は、医療機能の分化・連携に資する事業に重点的に配分する方針を示した。「在宅医療や医療・介護従事者の確保などへの配分は、地域に不可欠な事業であることに配慮しつつ調整する」と述べた。また、基金以外の他の補助金が使えらる事業であれば、できるだけそちらを活用するよう都道府県に要請。基金の造成により、予算事業から基金事業に切り替えた事業についても、補助額を精査した上で、予算事業として配分する考えを示した。

災害医療に関しては、BCP(事業継続計画)を策定している災害拠点病院が14.5%(2013年10月)にとどまっていることに対し、「非常に問題」と指摘。2017年度予算案で研修会などの予算を確保したと述べた。

地域医療連携推進法人は4月の施行を踏まえ、設立の意欲のある医療機関の把握を要請。厚労省として相談に応じるとした。また、「地域医療構想を達成するための一つの選択肢であり、地域の病院が、その役割分担について、腹を割って話し合いをするという意味でも有力な手段になる」と述べた。

医療従事者の確保・養成等との関連では、「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」の検討状況を説明。10万人規模の医師の勤務実態調査の結果とあわせ、精緻な医師需給推計と働き方の改善に

つなげるとした。

新たな専門医の仕組みについては、日本専門医機構の整備指針改訂のポイントを整理。医師の地域偏在の拡大を防ぐため、行政、医師会、大学、病院団体で行う都道府県協議会の運営に関し、厚労省は昨年3月に通知を出している。しかし新たな専門医の仕組みの実施が1年延期され、2018年度になったことから、改めて通知を出す方針を示した。

看護師の特定行為の研修制度が始まり、2016年8月現在で指定研修機関は28機関ある。しかし20都道府県の設置にとどまり、空白県が少なくないことから、神田局長は「都道府県に最低1カ所は研修機関を作してほしい」と述べた。全日病などが座学のeラーニングや指導者講習会を開催していることを踏まえ、2017年度においても、助成の予算を確保したことを報告した。

惑星直列といわれる重要な時期

鈴木康裕保険局長は、医療保険関連だけに限っても、2018年度は診療報酬・介護報酬同時改定、国民健康保険の財政運営の都道府県単位化、医療費適正化計画などがあり、「惑星直列といわれる重要な時期」と強調した。その上で、「一番大切なのは、団塊の世代がすべて75歳以上になる2025年に制度を持続可能とし、患者が適切なサービスが受けられるようにすることだ」と述べた。

年末の予算編成では、社会保障費を1,400億円抑制するため、医療・介護の制度改正を行うことを決めた。医療保険関連では、70歳以上の高齢者の高額療養費制度、後期高齢者医療制度の保険料軽減の特例措置、入院時の光熱水費に関し、患者の負担増となる。これについて鈴木局長は、「世代間・世代内の負担の公平化を図る」との観点から見直したと説明。高齢者であっても、所得に応じて負担を求めることに



理解を求めた。

薬価制度の抜本改革の基本方針については、革新的だが高額な医薬品の登場を踏まえ、「国民皆保険の持続性」、「イノベーションの推進」、「国民負担の軽減」、「医療の質の向上」の4つが見直しを進める上の観点になるとした。

蒲原基道老健局長に代わって説明した坂口卓審議官は、今国会に提出する介護保険制度の改正内容を説明。特に、保険者機能の強化等による自立支援・重度化防止に向けた取組みを推進すると強調した。そうした取組みを強化するため、インセンティブの仕組みを制度化していく考えを示した。

医療保険制度と同じく、負担増の制度改正も少なくない。現役並み所得者の利用者負担は3割となる(2018年8月実施)。第2号被保険者に対する介護納付金の分担方法が加入者割から総報酬割に変わること、比較的所得の高いサラリーマンや公務員の負担が増加する。

介護職員の処遇改善については、「2017年度からキャリアアップの仕組みとあわせて、月額平均1万円相当の処遇改善を行う。従来の処遇改善加算Iの要件に加え、経験や資格等に応じて昇給する仕組み、または一定の基準に基づき定期的に昇給する仕組みが要件になる」と述べた。従来の処遇改善加算の届出の計画書は、2月末が提出期限だが、新加算の創設で期限を一定程度延長する方向で検討する。

支払基金の業務見直しやビッグデータ活用で報告書

厚労省・有識者検討会

レセプトのコンピュータチェックのルールを公開

厚生労働省は1月12日、社会保険診療報酬支払基金の業務効率化策やビッグデータ活用を議論してきた「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」(西村周三座長)の報告書を公表した。今夏に支払基金改革の政府方針を決定するため、春をめどに、「支払基金業務効率化計画・工程表」と「ビッグデータ活用推進計画・工程表」の基本方針をまとめる。2018年度通常国会に支払基金法等の改正案を提出する予定だ。

有識者検討会は、支払基金の組織を含め、審査のあり方をゼロベースで見直すことを求める規制改革会議の指摘を踏まえ、昨年4月25日の初会合から9回の議論を重ねてきた。課題として、①審査業務の効率化・審査基準の統一化②ビッグデータ活用③支払基金の組織・体制のあり方の3つがある。①と②の課題については、一定の方向性を示したが、③支払基金の組織・体制のあり方では、多くの論点が両論併記となった。

①審査業務の効率化・審査基準の統一化に関しては、「審査支払機関のレセプト審査におけるコンピュータチェックの寄与度を高め、徹底的な審査業

務の効率化を行うとともに、地域ごとに差異のある審査基準の統一化を図ることが課題」とした。

支払基金の現時点の「システム刷新計画」については、業務改革の検討が不足していると指摘し、全面的な見直しを求めた。

これを実現するため、支払基金に専任のCIO(最高情報責任者)とICTの専門家によるタスクフォースを設置する。審査プロセスの見直しでは、コンピュータチェックのルールを公開することを原則とし、医療機関がレセプトの請求前に、レセプトの返戻を少なくするため、事前にコンピュータチェックを行うことを可能とする。

あわせてレセプト形式の見直しも求めた。例えば、電子的情報送付のオプションとして、ある医療行為を行った理由や対象部位などを電子レセプトに選択式の項目として記載し、医療機関がそれを選択して送付できるようにする。そうすれば、「医療機関の処理時間の短縮や手戻りの減少による利便性向上が図れる」と主張した。

審査の不合理な差異の解消も、引き続きの課題。ただ「時間的制約もあり、全体像はいまだ判明していない」とし、

「より多面的な把握・分析による見える化」を進める方針を示した。

②ビッグデータ活用に関しては、レセプト電子化で支払基金に年間約20億件のデータの集積が進んでいることを踏まえ、「健康・医療・介護のデータベースを連結し、プラットフォーム化していく取組みを進め、ビッグデータとして分析可能とする」とした。その際に、支払基金・国民健康保険中央会が医療等IDを発行し、その活用の検討をすべきとしている。

支部の体制などは両論併記に

③支払基金の組織・体制のあり方に関しては、多くが両論併記となっている。まず、審査事務における職員の業務量が減少すると考えられることから、47都道府県の支部の体制を「必要最小限のものに縮小していくべき」との方針では一致した。

その際に、「支部のブロック化を含め集約化・一元化すべき」との意見と「支部は各都道府県に残すべき」との意見の両論を併記した。両者とは別に、支部に必要な機能を今後明らかにした上で、「方向性を定めるべき」との意見もあった。

審査の一元化についても、「将来的には、韓国HIRAのように全国一元化することが適切」との意見がある一方で、「当面、全国一元化やブロック単位での審査は困難」の両者があった。

全国一元化を推進する立場からは、◇原則、本部で審査し、無理なものはブロック単位や都道府県支部で行う◇本部の常勤医師等を増やす一などの提案があった。一元化は困難との立場からは、「日本は混合診療を認めている韓国と異なり、必要とされる医療はすべて公的医療が原則で、診療報酬に係る告示・通知の適用を比較的幅広く認める必要がある」との主張があった。

支部の審査委員会に対しては、審査される立場の医師が同時に審査する立場になることから、「利益相反を禁止する必要がある」と明記した。

自ら関連する医療機関の審査は行わないなどの現在の取扱いを規則として明文化することや、再審査の一部を本部で行うことなどが提案された。審査委員の都道府県間での相互乗入れを行うべきとの意見もあった。また、これらから見直しに当たっては、「高い使命感を持つ審査委員の意欲を損ねないように十分に配慮する」との文言が加わった。

医療・介護の見直しで社会保障費を抑制

2017年度厚労省予算 自然増を5,000億円の伸びにとどめる

政府は昨年12月22日、2017年度予算案を閣議決定した。一般会計総額は97兆4,547億円で、このうち厚生労働省予算は30兆6,873億円で、1.2% (3,763億円)の増となった。厚労省予算の大部分を占める社会保障関係費は30兆2,483億円で1.3% (3,852億円)の増である。内閣府の予算になっている子ども・子育て支援新制度などの予算を合わせると、社会保障費は全体では32兆4,735億円となり、1.6% (4,997億円)の増となった。

昨年夏の概算要求の段階では、社会保障費の「自然増」を6,400億円と見込んで、経済財政再生計画に基づいて1,400億円を圧縮し、5,000億円程度の伸びに抑えることになった。そのため的手段として、医療・介護の給付抑制を行うことを決めている。

骨太方針2015で財政再生計画示す

政府は一昨年の骨太方針2015で経済財政再生計画を示し、2016～18年度の3年間の社会保障費の伸びを1兆5,000億円に抑える方針を示した。景気に配慮して、消費税率の上げを先送りする中で、財政健全化を進めるための方策として、社会保障の伸びを抑制する目標(目安)を打ち出した。1年にすると5,000億円に抑えることになり、厚労省は難しい予算編成作業を強いられることになった。

2016年度は、診療報酬と薬価の改定で予算を削減し、社会保障費の抑制を達成した。2017年度は診療報酬・薬価の改定がなく、大きな制度改正も予定されていないことから、達成は難しいと見られていたが、医療・介護の見直しで1,400億円を削り、伸びを4,997億円に抑え、目標を達成した。

そのための具体策が、昨年12月19日の塩崎恭久厚生労働大臣と麻生太郎財務大臣の閣僚折衝で決まった。医療で▲630億円、介護で▲450億円を抑制するほか、全国健康保険協会(協会けんぽ)の国庫補助額を320億円減額し、合わせて1,400億円となる。

医療の▲630億円の内訳は、①高額療養費の見直し(▲220億円)②後期高齢者の保険料軽減特例の見直し(▲190億円)③入院時の光熱水費の見直し(▲20億円)④高額薬剤(オプジーボ)の薬価引下げ(▲200億円)である。一方、介護の▲450億円の内訳は、⑤高額介護サービス費の見直し(▲10億円)⑥介護納付金の総報酬割の導入(▲440億円)である。

高額療養費の見直し

高額療養費制度は、医療費が高額になった場合に患者負担が過大になることを防ぐための制度で、1カ月の医療費の自己負担の上限を定めている。負担上限は、年齢と所得に応じて定められているが、今回は70歳以上の負担を段階的に見直すことにした。

今年8月から、70歳以上の現役並み所得者と一般所得者の外来の窓口負担上限(外来特例)を引き上げる(低所得者は据置き)(図1)。現役並み所得者は、4万4,400円から5万7,600円とする。一般所得者は1万2,000円から1万4,000円とするが、年間の上限額(14万4,000円)を設ける。また、一般所得者の自己負担限度額(外来と入院を合わせた上限)を5万7,600円に引き上げる。

さらに、2018年8月から現役並み所得者について、外来上限を撤廃した上で、新たな所得区分による負担上限を設け、細分化する。一般所得者は、外来特例の上限を1万8,000円に引き上げる。

なお、医療保険と介護保険における1年間の自己負担の合算額が高額になる場合に、負担を軽減する制度として高額介護合算療養費制度があるが、高額療養費制度と同様に、現役並み所得者について所得区分を細分化し、負担上限を引き上げるようになった(2018

年8月実施)。

75歳以上が加入している後期高齢者医療制度に対する保険料軽減特例を段階的に解消し、法律本則に戻す。後期高齢者医療制度は2008年に発足したが、当時、制度に対する批判が高まったため、所得割や元被扶養者に対する軽減特例を設けた。今回、制度が安定的に運営されていることを踏まえ、特例の軽減措置を段階的に解消することを決めた。

入院時の患者負担を引き上げ

入院時の光熱水費相当額の患者負担は、65歳以上で医療療養病床に入院する患者(医療区分Ⅰ)で日額320円から370円に上がる(2017年10月)(図2)。医療区分Ⅱ・Ⅲの患者に対しても、2017年10月から日額200円、2018年4月に日額370円の負担を求める(難病患者は除く)。なお、食事代の引上げは別途、2016年度から実施されている。

抗がん剤のオプジーボの薬価引下げは、他の項目と若干性質が異なる。オプジーボは、薬価が極めて高額で、適用拡大により医療保険財政に対する懸念が高まったことから、2018年の薬価改定を待たずに、2月から薬価を半額に引き下げるようになった。

介護の高額介護サービス費の見直しでは、2017年8月から一般区分の月額

上限を3万7,200円から4万4,400円とする。ただし、1割負担の被保険者のみの世帯に対しては、時限的な配慮がある。現役世帯並みの所得者の利用者負担は、2018年8月から3割になる。

介護納付金の総報酬割は、2017年度から段階的に実施する。すでに実施されている後期高齢者支援金の総報酬割と同じく、被用者保険が負担する介護納付金の按分方法を、現行の加入者割から総報酬割に移行させる。介護納付金の負担方法が、加入者割から総報酬割に変わること、協会けんぽに投入されている国費が削減される。

消費税を財源にした社会保障・税一体改革の社会保障の充実、国・地方分を合わせて、1兆8,368億円を確保した。子ども・子育て支援新制度で1千億円規模の増額を行ったほか、地域医療介護総合確保基金は医療分で904億円、介護分で724億円と、今年度と同額を確保した。

主に医政局が所管する医療提供体制の確保の予算は、対前年度比130億円増の622億円を確保した。新規では、医師の地域的な適正配置のためのデータベース構築(900万円)がある。新たな専門医の仕組みの導入に伴う医師偏在の拡大防止のため、都道府県協議会の経費を増額するとともに、日本専門医機構のシステム開発の経費を補助する(3.3億円)。在宅医療の推進では8,100万円、医療事故調査制度における医療事故調査・支援センターや支援団体等連絡協議会の運営などの経費では11億円を充てている。

図1 高額療養費制度の見直し

○現行(70歳以上)			○2017年8月～2018年7月			○2018年8月～		
区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)	区分	外来(個人)	限度額(世帯※1)	区分(年収)	外来(個人)	限度額(世帯※1)
現役並み 健保 標準28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>	現役並み 年収370万円以上	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>	年収約1160万～ 標準83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	
一般 健保 標準26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満	12,000円	44,400円	一般 年収156万～370万円	14,000円(年間 14.4万円 上限)	57,600円 <44,400円>	年収770万～1160万 標準53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円 + 1% <93,000円>	
住民税非課税		24,600円	住民税非課税		24,600円	年収370万～770万 標準28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円 + 1% <44,400円>	
住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円	住民税非課税 (所得が一定以下)	8,000円	15,000円	一般 (年収156万～370万円)	18,000円(年間 14.4万円 上限)	57,600円 <44,400円>
						住民税非課税	8,000円	24,600円
						住民税非課税 (所得が一定以下)		15,000円

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者
<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目の限度額(多数該当)

図2 入院時の居住費(光熱水費相当額)の見直し

<2017年10月以前>		<2017年10月～>		<2018年4月～>	
65歳以上 医療療養病床	負担額	65歳以上 医療療養病床	負担額	65歳以上 医療療養病床	負担額
医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	320円/日	医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日	医療区分Ⅰ (ⅡⅢ以外の者)	370円/日
医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の高い者)	0円/日	医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の高い者)	200円/日	医療区分ⅡⅢ (医療の必要性の高い者)	0円/日
難病患者		難病患者	0円/日	難病患者	

全日病会員病院および勤務する方のための、充実の補償ラインナップ

一般社団法人 全日病厚生会の 病院総合補償制度

■病院向け団体保険制度

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 医療事故調査費用保険
- 医療施設機械補償保険
- 介護サービス事業者賠償責任保険
- マネーフレンド運送保険
- 医療廃棄物排出事業者責任保険
- 個人情報漏えい保険
- 医療法人向けD&O保険(役員賠償責任保険)
- 経営ダブルアシスト・業務災害補償制度

■従業員向け団体保険制度

- 勤務医師賠償責任保険
- 産業医等活動保険
- 看護職賠償責任保険
- 薬剤師賠償責任保険

たしかな安心
大切なあなたを守ります...

一般社団法人 全日病厚生会

●お問合せ (株)全日病福祉センター 〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8
(取扱幹事代理店) 住友不動産猿樂町ビル7F TEL.03-5283-8066

病棟転換等状況調査の結果を公表

全日病 7対1は6病院、875床の減少

全日病は12月20日、2016年度診療報酬改定に伴う病棟転換等状況調査の結果を公表した。全日病会員病院を対象に、2016年3月と同年10月の病棟転換の状況を比べた。7対1入院基本料を算定する病院は875床減った。地域包括ケア病棟は1,257床増と大きく増えた。療養病棟入院基本料2は3,030床減少し、その多くが95%減算の特例を選んでいた。

2016年度診療報酬改定では、入院基本料の基準が大きく見直され、その影響が懸念されていた。経過措置の多くが2016年9月30日までだったので、それが切れる2016年10月と同年3月の状況を比べた。2016年9月時点の全会員2,489病院を対象に調査を実施。有効回答数は963件で、回答率は38.7%だった。

下記の集計結果をみると、まず7対

1が「24病棟、875床」減っている。ただし、10対1から7対1に転換した病院数が5(20病棟、858病床)あるので、7対1をやめた病床数はその倍程度あることになる。7対1からの移行先では、10対1(10病院、22病棟、881床)、地域包括ケア病棟(14病院、14病棟、544床)、地域包括ケア入院医療管理料(13病院、152床)の順になっている。新たに導入した10対1の病棟群単位制度は、「2病院、2病棟、95床」とどまっている。

2016年度改定では、特定集中治療室やハイケアユニットの要件も厳しくなった。このため特定集中治療室は「3病院、14床」、ハイケアユニットは「1病院、8床」が7対1に移った。

特に影響が懸念された「重症度、医療・看護必要度」の見直しについては、172病院(68.5%)が「問題なく満

せた」と回答した。「対策を講じて基準を満たした」は76病院(30.2%)だった。基準を満たすために苦勞した項目では、A項目(モニタリング及び処置等)が40病院(52.7%)、B項目(患者の状況等)が2病院(2.6%)、C項目(手術等の医学的状況)が10病院(13.2%)。A項目を満たすのに苦勞した病院が多かった。

講じた対策としては、「病棟群単位の届出を行った」「救急患者の受入れを強化した」「7対1の算定病床を減らした」「記入もれがないよう責任者のチェックを徹底した」「看護師の能力練度向上のための研修会を実施した」などの回答があった。

充実を図った10対1の「看護必要度加算」については、320の10対1病院のうち、「1」を算定しているのが32病院(10%)、「2」が115病院(35.9%)、「3」が94病院(29.6%)、届出なしが76

病院(23.6%)だった(2016年10月時点)。また、10対1で看護必要度加算の算定に必要な「重症度、医療・看護必要度」を「問題なく満たせた」との回答は215病院(89.2%)、「対策を講じて基準を満たした」は26病院(10.8%)だった。

地域包括ケア病棟入院料は「29病棟、1,257床」と大きく増えた。7対1からの移行が最も多いが、次いで、地域包括ケア入院医療管理料から「10病院、195床」、療養2から「4病院、4病棟、162床」、療養1から「4病院、4病棟、143床」となっている。

療養病棟入院基本料2は63病棟、3,030床の大きな減少になった。「医療区分2・3の患者割合が5割以上」となったことが影響したと考えられる。この基準と看護配置25対1を満たせない場合のみに算定できる「95%減算」(2018年3月31日まで)が52病棟、2,518病床となっていることから、多くが「95%減算」を選択した模様。

【調査結果の全文については、当協会ホームページからダウンロード可能】

●猪口副会長コメント 今回の調査からは、7対1看護基準は急性期入院医療における標準的な人員配置になっていること、地域包括ケア病棟が増えており、

地域における病病連携にとって問題になること、療養病棟2の95%減算が多く、新類型への移行に大きく関与しそうなこと、などが示唆された。

1-1. 2016年3月1日時点と2016年10月1日時点の病棟数及び病床数の比較について

	2016年3月		2016年10月		差異	
	病棟数	病床数	病棟数	病床数	病棟数	病床数
一般病棟7対1入院基本料	1,075	47,308	1,051	46,433	▲24	▲875
一般病棟10対1入院基本料	499	21,709	501	21,763	2	54
一般病棟13対1入院基本料	54	2,517	54	2,497	0	▲20
一般病棟15対1入院基本料	108	5,045	108	5,047	0	2
障害者施設等入院基本料	127	5,859	123	5,649	▲4	▲210
地域包括ケア病棟入院料	132	5,280	161	6,537	29	1,257
地域包括ケア入院医療管理料		1,970		2,191	0	221
回復期リハビリテーション病棟入院料	332	14,948	338	15,201	6	253
特定集中治療室管理料		626		573	0	▲53
ハイケアユニット入院医療管理料		605		603	0	▲2
療養病棟入院基本料1	519	23,881	517	23,771	▲2	▲110
療養病棟入院基本料2	193	8,826	130	5,796	▲63	▲3,030
療養病棟入院基本料2(95%減算)			52	2,518	52	2,518
(※上記以外の入院料)		18,234		18,229		▲5
合計	3,460	156,808	3,460	156,808	0	0
(※休床)	24	1,781	24	1,781	0	0

1-2. 一般病棟7対1入院基本料の主な転換先について

①2016年3月1日時に一般病棟7対1入院基本料を算定していた病棟の転換先について

	病院数	病棟数	病床数
7対1→10対1	10	22	881
7対1→10対1(病棟群単位制度)	2	2	95
7対1→地域包括ケア病棟	14	14	544
7対1→地域包括ケア入院管理料	13	0	152
7対1→回復期リハ	3	1	46
7対1→ハイケア	1	0	4
7対1→上記以外	7	5	3
合計	50	44	1,755

②2016年10月1日時に一般病棟7対1入院基本料に転換した病棟の3月1日時の算定入院料について

	病院数	病棟数	病床数
10対1→7対1	5	20	858
集中治療室→7対1	3	0	14
ハイケア→7対1	1	0	8
合計	9	20	880

③2016年10月1日時に地域包括ケア病棟入院料に転換した病棟の3月1日時の算定入院料について

	病院数	病棟数	病床数
7対1→地域包括ケア病棟	14	14	544
10対1→地域包括ケア病棟	5	5	109
障害者→地域包括ケア病棟	2	2	83
地域包括ケア入院管理料→地域包括ケア病棟	10	0	195
回復期リハ→地域包括ケア病棟	1	1	18
ハイケア→地域包括ケア病棟	1	0	2
療養1→地域包括ケア病棟	4	4	143
療養2→地域包括ケア病棟	4	4	162
合計	41	30	1,256

④2016年10月1日時に療養病棟入院基本料2(95%減算)に転換した病棟の3月1日時の算定入院料について

	病院数	病棟数	病床数
療養1→療養2(95%減算)	1	2	114
療養2→療養2(95%減算)	37	50	2,404
合計	38	52	2,518

【資料】医療計画の見直し等に関する検討会「意見のとりまとめ」

医療計画の見直し等に関する検討会の「意見のとりまとめ」が12月26日に公表された。基準病床数および医療計画の作成に関する部分を抜粋する。

○基準病床数

①病床利用率について

基準病床数の病床利用率は、これまで、直近の病院報告の値を用いて算定することとしていたが、地域医療構想では一定の値を用いていることから、直近6カ年の一般病床、療養病床それぞれの病床利用率を用いて、一定の値を定めることとする(一般病床76%、療養病床90%)。

また、各都道府県における直近の病床利用率が、この一定の値に比べて高い場合は、その数値を上限、一定の値を下限として、各都道府県が定めることとする。

②平均在院日数について

直近の病院報告(平成27年)までの6年間(平成21～27年の6年間)の平均在院日数の変化率を基礎とし、地域差の是正を進める観点から、i)各地方ブロックの平均在院日数が

その全国平均を下回っている(短い)場合、当該ブロックの変化率を用いるii)各地方ブロックの平均在院日数がその全国平均を上回っている(長い)場合、「全国値+a」と当該ブロックの変化率を比較し、より高い変化率を用いる(aについては、地域差の是正を目的として適当とする値を定める。)

③介護施設対応可能数について

介護施設対応可能数から、在宅医療等対応可能数へ見直すこととする。この在宅医療等対応可能数については、都道府県知事が各都道府県の状況等に依拠して見込むことができるよう、今後その考え方について国で整理し、都道府県に示すこととする。

また、療養病床の在り方等の検討状況を踏まえ、必要に応じて見直すこととする。

○今後病床の整備が必要となる構想区域における基準病床数の対応

病床過剰地域で、病床の必要量(必要病床数)が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、①高齢者人口の増加等に伴う医療需要

の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討すること

②医療法第30条の4第7項の基準病床数算定時の特例措置で対応することとする。

○地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場(地域医療構想調整会議)を構想区域ごとに設置している。

今後は、地域医療構想調整会議での議論を通じて取組を進めることとなるため、その議論の進め方の手順について、次のとおり、整理を行う。

<地域医療構想調整会議の役割を踏まえた議論の内容及び進め方の整理>

1 医療機能の役割分担について

ア 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有

(ア) 構想区域における医療機関の役割の明確化

○将来の医療提供体制を構築していく

ための方向性を共有するため、当該構想区域における医療機関であって、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うか明確にすることが必要である。その際に、次の各医療機関が担う医療機能等を踏まえ、地域医療構想調整会議で検討を進めること。

- ・構想区域の救急医療や災害医療等の中心的な医療機関が担う医療機能

- ・公的医療機関等及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能(公立病院の担う医療機能については、新公立病院改革ガイドラインに基づき検討すること)

- ・地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能

等

○上記以外の医療機関については、これらの医療機関との連携や、これらの医療機関が担わない医療機能(例えば、重症心身障害児に対する医療等)や、地域の多様な医療ニーズを踏まえ、それぞれの役割を明確化すること。

塩崎大臣が出席「薬価制度改革は医療関係者の意見を聴いて詰めていく」

四病協が賀詞交歓会開く

四病院団体協議会は2017年の賀詞交歓会(新年の集い)を都内の帝国ホテルで開き、政界109人、厚生労働省等省庁52人を含め、755人が参加した。

四病協を代表して日本精神科病院協会の山崎学会長が挨拶。米国のトランプ大統領の就任を例にあげて、「今年は激動の年になる」と予測した上で、社会保障について考えを述べた。山崎会長は、医療保険制度と介護保険制度の持続可能性に懸念を表明し、「医療



山崎日精協会長が医療・介護の抜本改革求める

と介護を別々の制度で運営することは無駄が多い。医療保険と介護保険は一本化して、一つの制度で地域を包括的に支えるほうがいい」と述べた。また、介護保険はサービスを手厚くしすぎたとの認識を示し、「少子高齢化が進むときに持つはずがない」と指摘。介護保険は、現物給付と現金給付を分けるべきだと主張した。

また、山崎会長は高齢化でがんの患者が増えるとして、「オプジーボのような高額な抗がん剤を給付していたら、医療費は必ずパンクする」と懸念を表明。医薬品は、医療保険の外に出して、国が買い上げて現物給付する制度に変えないと負担に耐えられないと述べた。

続いて、塩崎恭久厚生労働大臣が挨拶し、「昨年は熊本地震をはじめ自然災害が多かった。熊本では、医療関係者が全力投球で復旧に取り組んでくれた。心から感謝したい」と述べた。

また、昨年末に薬価制度改革の基本方針をまとめたことを報告。オプジーボのような高額薬剤に柔軟に対応できる仕組みとするとともに、具体的な内容は「今年1年、皆さんの意見を聞きながら詰めていく」と述べた。

塩崎大臣は、「今年は各都道府県で地域医療構想が具体化していく大事な年」とし、「地域包括ケアシステムでは医療と介護を一緒に考えていただきたい。病院の役割が極めて重要だ」と述べた。

日本医師会の横倉義武会長が挨拶し、イギリスのEU離脱などで国民は経済の先行きに不安を感じていると指摘。「こうしたときこそ、病気になっても安心して医療を受けられる国民皆保険体制を堅持していかなければいけない」と強調した。

横倉会長は、「来年は診療報酬・介護報酬の同時改定があり、その財源を



確保するための予算編成が今年の年末にある。国民が必要な医療と介護を受けられるために、全力を尽くしていかなければならない」と述べるとともに、「国民が望む医療を提供できる体制を、政治においてもしっかりつくっていただきたい」と出席した国会議員に呼びかけた。

また、日医が取り組んでいるかかりつけ医の技能研修制度を紹介。「国民が相談できる身近な医療の専門家として、かかりつけ医をつくっていく。地域のかかりつけ医をバックアップしてほしい」と病院関係者に呼びかけた。

医療事故調査支援団体の中央協議会が発足

医療事故調査制度の普及・定着に向けて、「中央医療事故調査等支援団体等連絡協議会(中央協議会)」が12月28日に発足した。昨年6月の医療事故調査制度に関する省令改正で、医療事故調査支援団体の連絡協議会を、中央と都道府県に1カ所ずつ設置することになった。

これを受けて日本医師会や全日病、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会など10団体が発起人会のメンバーとなって規約等の準備を進め、12月28日の初会合となった。中央協議会は、発起人会メンバーを含め29の支援団体が参加する。

初会合では、会長に日本医師会の横

倉義武会長を選出。副会長には、全日協の西澤寛俊会長、全国医学部長病院長会議・大学病院の医療事故対策委員会の有賀徹委員長を選んだ。今後は、発起人会メンバーを中心とした運営委員会で実務的な対応を協議する。

中央協議会は、重大な協議の際に開催される。医療事故調査制度の標準的

な取扱いを検討するほか、事故調査等支援団体の活動に関して情報共有・意見交換し、地方協議会のあり方や研修の実施について協議する予定だ。

なお、発起人会メンバーは、四病協のほか、日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会となっている。

訃報

全日本病院協会元常任理事の藤原恒弘先生が2016年12月に逝去された。

藤原先生は1986年度に理事、87年度から98年度まで常任理事を務めるなど、永きにわたり全日病の発展に貢献した。

◆訂正◆

全日病ニュース No.886 (1.1/15合併号) 8面の医療保険部会の記事で、誤りがありましたので、お詫びして訂正いたします。医療保険部会が取りまとめた内容は政省令事項が中心で、法律改正事項は含まれていません。

【タイトル部分】
「健保法等改正へ意見とりまとめ」
→「医療保険部会が意見とりまとめ」
【本文・左から1段・2行目】
「次期通常国会に提出する健保法等改正事項」
→「経済・財政再生計画で検討が求められていた事項」

一冊の本 book review

『医政羅針盤 ~激動する医療と政策の行方』

著者 ●村上正泰

発行 ●株式会社 医業経済社 定価 ●1,620円(税込)

雑誌『医業経済』に連載されてきた「医政羅針盤」は、連載当初から政治家や省庁関係者をはじめ、非常に多くの医療関係者より注目を集め、書籍としての出版が待ち望まれていた。羅針盤の字のごとく、日本の医療政策の歴史からこれから行おうとする取り組みまで、幅広く日本の医療政策を学ぶバイブル的な書籍といっても良いものである。厚生労働という分野にて長年活躍されてきた村上先生ならではの切り口をぜひご覧いただきたい。



2016年度 第9回常任理事会の抄録 12月17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。
 - 石川県 石川勤労者医療協会城北病院 院長 大野 健次
 - 愛知県 三九朗病院 理事長 加藤 真二
 - 熊本県 熊本セントラル病院 理事長 安倍 弘彦
 - 他に退会が4会員あり、正会員は2,489会員となった。
 - 準会員として以下の入会を承認した。
 - 鹿児島県 内村川上内科 理事長 川上 秀一
 - 準会員は78会員となった。
 - 賛助会員として以下の入会を承認した。
 - 株式会社安城電機(愛知県 代表取締役 林典英)、ソフトバンク株式会社(東京都 医療・健康事業推進室長 高橋宏祐)
 - 賛助会員は97会員となった。
- 平成29年度定時総会に向けた日程(案)を承認
- 【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」、「社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会」、「社会保障審議会医療部会」などの報告があり、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.1.0 ~ 順不同)
 - ◎一般病院1
 - 埼玉県 埼玉慈恵病院 更新
 - 埼玉県 埼玉西協同病院 更新
 - 大分県 佐伯中央病院 更新
 - ◎一般病院2
 - 茨城県 筑波記念病院 更新
 - 埼玉県 春日部中央総合病院 更新
 - 神奈川県 横須賀市立市民病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
 - 沖縄県 沖縄リハビリテーションセンター病院 新規
 - ◎慢性期病院
 - 宮城県 石巻健育会病院 更新
- 11月4日現在の認定病院は合計2,194病院。そのうち本会会員は870病院と、会員病院の34.9%を占める。

2016年度 第3回理事会・第10回常任理事会等の抄録 1月13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。
 - 東京都 慈秀病院 理事長 稲垣 雄一郎
 - 神奈川県 さいわい鶴見病院 理事長 塚本 喜昭
 - 新潟県 新潟手の外科研究所病院 理事長 牧 裕
 - 愛知県 あいちリハビリテーション病院 理事長 中澤 信
 - 広島県 荒木脳神経外科病院 理事長 荒木 攻
 - 福岡県 福岡県済生会福岡総合病院 院長 岡留 健一郎
 - 他に退会が2会員あり、正会員は2,493会員となった。
- 平成29年度定時総会に向けた日程(案)を承認
- 平成28年度事業報告書・事業実績報告書作業日程(案)を承認
- 第4回臨時総会(案)を承認
- 看護師特定行為研修委員会について 看護師特定行為研修検討プロジェクト

- ト委員会を看護師特定行為研修委員会に変更することを承認した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会薬価専門部会」、「中医協総会」、「療養病床の在り方等に関する特別部会」などの報告があり、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.1.0 ~ 順不同)
 - ◎一般病院1
 - 北海道 帯広病院 新規
 - ◎一般病院2
 - 神奈川県 東戸塚記念病院 新規
 - ◎リハビリテーション病院
 - 沖縄県 沖縄リハビリテーションセンター病院 新規
 - ◎精神科病院
 - 大分県 大貞病院 更新
 - 12月2日現在の認定病院は合計2,189病院。そのうち、本会会員は872病院と、会員病院の35.9%を占める。

より良い研修病院を目指し、臨床研修指導医講習会を開催

平成28年度臨床研修指導医講習会 チーフタスクフォース 江村 正

全日病・日本医療法人協会の「臨床研修指導医講習会」は、会員病院の医師および管理者に、今まで以上に教育に目を向けてもらうことをコンセプトに2007年度から開始された。年1回、11月に行っており、昨年11月には第12回を開催し(2008-2009年度は年2回開催)、全国から40名が参加した。

前年同様に「より良い研修病院になるために-問題点を挙げる-」「カリキュラム作成」「より良い研修病院になるために-問題点の解決策を考える-」の3つのワークショップを柱とし、その前後に、「医師臨床研修制度の理念



と概要(到達目標と修了基準を含む)」「臨床研修と地域医療」「今の研修医は卒前教育で何を学んでいるか」「情報交換会」「特別講演」「コーチング」「研修医のメンタル・ヘルス」を入れ、有機的に結びつように工夫した。

「医師臨床研修制度の理念と概要」は、このテーマに関して最も詳しい厚生労働省医政局医事課長の武井貞治先生にお願いした。初期研修を中心に、専門医制度のことも含め、医師の教育に関して網羅的な話が聞けた。質疑応答にも十分な時間を割いてもらった。

引き続き、「臨床研修と地域医療」と題して、比較的規模の小さい会員病院の事例を紹介した。その次に、「より良い研修病院になるために-問題点を挙げる-」の討論を行った。今回は、ワールド・カフェ方式で自分のグループ以外に移動し、情報を共有するという方法を用いた。発表をせずに、多くの情報を十分共有できたと思われた。

医学部卒前教育の紹介は、PBL、

TBL、OSCE、CBTといった医学教育用語の理解を深めてもらい、すでに医学生ではない研修医に何を修得させるかということを考えてもらうヒントとしてもらう目的で取り入れた。

カリキュラム作成に関しては、今回も、目標、方略、評価作成まで作業が一通り終わってから、「My ミニカリキュラム作成」と題して、明日から自分の職場で使える、SBO、方略、評価を作成してもらった。各グループから、すぐれたカリキュラムを選び、それを報告書に載せることとした。

特別講演は、「研修医が研修病院に求めること」と題し、現在の医師臨床研修制度で研修を修了した3名の若手医師より、講演してもらった。質疑応答に十分な時間をかけることができたので、非常に有用だったようである。来年度は、もう少し時間を延ばす予定である。

コーチングを用いた指導スキルに関しては、タスク・フォースのロール

プレイを含めた講演とした。研修医のメンタル・ヘルスについても説明を行った。

参加者は皆、非常に熱心な討論を行った。

以前に比べ、グループ作業が早く、かつ、問題点が深く掘り下げられ、対応策等も十分練られていた。

全日病・医法協の「臨床研修指導医講習会」は、今年も11月に開催する(11-12日の予定)。2007年度から開始し、ちょうど10年が経過した(回数は12回)。少し内容を見直し、より会員病院のニーズにあった研修会にバージョン・アップしていくつもりである。是非周りの人への参加を勧めてほしい。



研修の運用細則の考え方を概ね了承

専門医機構

大都市の専攻医の募集に上限設定

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は1月13日の理事会で、専門医の新たな仕組みの2018年度のスタートに向け、各基本診療領域が定める運用細則の考え方を概ね了承した。大都市がある6都府県の専攻医の募集人数に、上限を定める手法を導入する。また、一定規模の基本診療領域では、大学病院以外を含む複数の基幹病院を設けるよう調整する。次回2月中旬の理事会で運用細則を決定する方向だ。

新たな専門医の仕組みは当初の予定から1年延期となり、2018年度から始まる予定。今年6月に専攻医の募集を始められるよう準備を急いでいる。医師偏在の拡大が懸念されたことが延期の最大の理由であり、昨年12月に改訂した整備指針では地域医療への配慮を

盛り込んだ。だが、具体策は、各基本診療領域の運用細則に委ねている。

今回、大都市がある6都府県について、基本診療領域の募集人数に上限を設けることを了承した。過去3年の実績をもとに、その実績の一定範囲を超えないようにして、大都市に専攻医が集中しないようにする。現行の臨床研修制度のマッチングでは、都道府県別の募集定員に上限を設けて、東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡に、研修医が集中しないよう誘導している。

ただし「外科」「産科」「臨床検査」「病理」は除く。専門医の希望者数自体が減少傾向にあるためだ。

研修を行う基幹病院は、大学病院以外の病院を含め、複数の基幹施設が認定される基準とすることを改めて確認

した。ただし、一定以上の規模の基本診療領域を対象とする。

19の基本診療領域の専門医の名称は「日本専門医機構 基本領域〇〇専門医」となる。サブスペシャリティの名称は「日本専門医機構 〇〇専門医」。サブスペシャリティは内科系13領域・外科系4領域ですでに了承されているが、その他についても、今後機構が認定していく。基本的には、基本診療領域との組み合わせで認定するが、「人間ドック」など単独での認定を検討する場合もある。

また、将来的には、機構が認定する専門医が、厚生労働省が定める「医療に関する広告が可能な専門医」になることを想定した対応が求められる。

総合診療専門医は引き続き検討

1月11日開催の基本問題検討委員会で、1年目に外科、小児科または内科を1年間、2年目に救急を1年間、3年目に内科を1年間、それぞれの専門領域の指導医のもとで行い、地域総合診療医として認定してからサブスペシャリティとして、プラマリケア総合診療医、家庭医療総合診療医、病院総合診療医をつくっては如何かという案が提示されたという報告があった。

これに対して、この案は総合診療専門医に関する委員会で検討されていないこと、プログラムに総合診療の関係者の関与がないことなどから反対であるとの発言があったほか、「1回の委員会と2回のワーキンググループでの議論で結論は出ないのではないか」などの意見があり、引き続き総合診療専門医に関する委員会で検討することとなった。

6病院のがん診療拠点病院の新規指定を了承

厚労省検討会

今後の検討スケジュール示す

厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」(山口建座長)は1月12日、新しく6施設をがん診療連携拠点病院等に指定することを了承した。10都道府県が計13病院を推薦し、うち6病院の指定を了承した。4月から指定する。

6病院は次のとおり。◇小樽市立病

院(北海道、地域がん診療病院)◇北海道中央労災病院(北海道、地域がん診療病院)◇小山記念病院(茨城、地域がん診療病院)◇都立墨東病院(東京、地域がん診療連携拠点病院)◇南奈良総合医療センター病院(奈良、地域がん診療病院)◇北部地区医師会病院(沖縄、地域がん診療病院)。

熊本市立熊本市市民病院の地域がん診療連携拠点病院の指定を、6日付で取り消したことが報告された。熊本地震で被災した影響で要件が未充足となり、推薦した熊本県が指定辞退を申し出た。

そのほか、厚労省が、今後のがん診療連携拠点病院と小児がん拠点病院のあり方に関する検討のスケジュールを

示した。2017年6月に第3期のがん対策推進基本計画を作成し、2つの拠点病院のあり方に関する検討会で議論する。2018年3月にがん診療連携拠点病院と小児がん拠点病院整備指針を改正して、2019年1月に拠点病院を指定し、2019年度から新指針に基づく運用を開始する。

■ 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
第3回 AMAT 隊員養成研修 (大阪会場) (60名)	2017年2月18日(土) 2月19日(日) 【大阪大学医学部学友会館・医療情報センター 银杏会館】	54,000円(64,800円)(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します。
第3回 医療機関トップマネジメント研修インテンシブコース (30名)	2017年3月4日(土) 3月5日(日) 【全日病会議室】	75,600円(税込) 懇親会費10,800円(希望者のみ) ※テキスト代と昼食代(2日目)を含みます。	「病院新築移転」「病院の組織統合」「在宅医療」の3テーマについて、ケース教材を用いた講義とグループ討議を行います。
第20回 機能評価受審支援セミナー (岡山会場) (診療・看護領域 80名/80名) (事務管理領域 75名)	2017年3月19日(日) 【岡山商工会議所】	5,400円(7,560円)(税込)	診療・看護領域では、ケアプロセスの実践を診療・看護の合同チームで学び、事務管理領域では、機能評価受審に向けた事務管理部門の役割と受審対策について学びます。