



全日病 ニュース

2017.4.1 No.891

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

調整会議の進め方に委員から反発相次ぐ

厚労省・医療計画検討会 一般病床の退院患者の対応でも異論

厚生労働省は3月8日の「医療計画の見直し等に関する検討会」(遠藤久夫座長)に、地域医療構想調整会議の具体的な議論の進め方の案を示した。厚労省が、2017年度の調整会議のスケジュールを示したが、今秋の段階で、機能分化を促す医療機関名を具体的にあげるとした点に対し、委員から「現場が混乱する」との意見が相次いだ。医療資源投入量の低い一般病床の患者が将来、在宅医療等に移行する際に、「外来」で対応できるとする厚労省の説明にも、「納得できない」との意見が出た。

担う役割を確認する。病床機能報告の病床数と将来の病床の必要量を比較し、不足する医療機能を確保する方策を検討する。回復期が不足する場合、現状で急性期と報告している比較的人員配置が薄い医療機関に回復期を担ってもらうことで、地域全体で充足するかを確認する。回復期の機能が充足しない場合、急性期を担う他の医療機関に回復期への転換を求めるかが検討課題となる。

ルール案の位置づけや地域医療構想の趣旨を明確化することを求めた。また、調整区域内のすべての病院が議論に参加できる場の設置を改めて要請した。

病床機能報告制度の病棟コードの導入については、公表様式の基準や活用方法を今後、地域医療構想ワーキンググループで議論し、2018年度の病床機能報告制度に反映させることを了承した。病棟コードは、2016年度診療報酬改定に伴うシステム改修にあわせて、運用が始まった。病棟が担う医療機能のほか、提供している医療の内容(手術件数等)、人員配置、構造設備などが電子レセプトを通じて、報告される。

報告内容は6月診療分のみ。個人情報保護の観点から、10未満の件数は「*」等の記号で秘匿されるため、病棟単位で1カ月の手術件数などを示すのは難しくなる。ただし調整会議において、「必要性が認められる場合に、10未満でも開示が可能となる。

一方、厚労省は、病棟ごとの治療件数など具体的な医療の内容を集計し、◇外科病棟の部位別全身麻酔手術の実施件数◇脳神経外科病棟の脳卒中の治療実施件数◇回復期病棟の疾患別リハビリ等の実施状況と退院先などを分析。高度医療機器の保有状況の評価などとあわせ、医療機関の役割分担の検討につなげる方針を示している。また、現在の定性的な病床機能報告制度について、定量的な基準の検討も目指すとの方針だ。

これらを踏まえ、病棟コードを反映した病床機能報告制度については、活用方法を今後議論し、実際の公表は2019年1月頃になる見込みだ。



厚労省の分析は現場感覚と違う

一般病床の医療資源投入量の低い患者(1日当たり175点未満)が、在宅医療等に移行する際に追加的に発生するサービス必要量について厚労省が整理し、基本的に「通院」で対応するとされたことをめぐり議論があった。前回の会合で厚労省は、現状の一般病床の退院後の状況を見ると、8割が通院で対応していることを示す資料を提出した。しかし高齢者が急増する状況で、現状のデータが妥当かを疑問視する意見が委員から出ていた。

厚労省は今回、年齢階級別のデータを提示。75歳以上は通院で対応できる割合が減るが、死亡退院等を除くと、どの年齢階級でも9割が通院で対応できているとのデータを示した。しかし委員からは「臨床現場の感覚とはやはり違和感がある」との意見が相次いだ。厚労省は、「個別の患者が退院後にどのような転帰をたどるかではなく、あくまで追加的なサービス量をどの程度見込むかの話」と理解を求めた。

西澤委員は、厚労省のデータが患者調査によるものであり、長期入院患者の退院が結果に表れにくいことを指摘。「データに限界があることに留意して対応してほしい」と求めた。また、「患者の退院先が居宅なのか、サ高住なのかも明確でない」とも問題視した。

調整会議の進め方に疑問の声

厚労省が、前回よりも詳細な調整会議の進め方の案を提示した。委員の意見は、2017年度の調整会議のスケジュールに集中した。厚労省案は、2016年度中にすべての都道府県が地域医療構想を策定するのを踏まえ、4月以降の調整会議の開催を見込み、2017年度は年4回の開催を予定。1回目は3月下旬以降の春、2回目は6月下旬以降の夏、3回目は9月下旬以降の秋、4回目は12月下旬以降の冬とした。

1回目では、病床機能報告や医療計画データブックなどを踏まえ、各医療機関の役割を明確化し、不足する医療機能を確認する。データブックで、地域の現状を分析し、関係者間で結果の解釈について理解を深める。例えば、救急医療の場合、医療機関ごとの救急車受入れ実績(3次、2次、救急告示)や救命救急入院料の算定件数などをみて、担っている役割を確認する。

2回目の調整会議では、構想区域内の各医療機関が担っている役割と将来

3回目以降の詳細な資料は提示されていないが、3回目の会議の位置づけが問題となった。スケジュール案では、「機能ごとに具体的な医療機関名をあげた上で、機能分化・連携もしくは転換についての具体的な決定」を行うと明記された。これに対し「3回の議論で結論を出せるとは思えない。現場が混乱する。案を修正するべき」といった意見が相次いだ。

厚労省は、地域医療介護総合確保基金を充当する医療機関を決める必要があると説明。その上で、「すべての医療機関の役割を明確化する必要はなく、その時点で決まったものをあげてほしい。2018年度以降も同じサイクルを繰り返していく」とし、調整会議の議論の進捗に応じて対応する考えを示した。

全日病会長の西澤寛俊委員は、「地域の医療機関の自主的な取り組みで達成する」ことが地域医療構想の趣旨であるとし、厚労省が示した調整会議の進め方はこの趣旨に沿っていないと疑問を呈した。その上で、スケジュール案が誤解を与えることを懸念し、スケジ

医師偏在対策、働き方改革など新たな課題に全力で対応

全日病臨時総会

外国人技能実習生受入れ事業で定款変更

全日病は3月25日、臨時総会を開催した。2月25日の理事会で承認した2017年度事業計画・予算、2016年度事業計画の一部変更・補正予算を報告するとともに、外国人技能実習生受入れ事業に関する定款の変更を了承した。総会後に開かれた支部長・副支部長会では、神野正博副会長が新専門医制度、猪口雄二副会長が2018年度診療報酬改定をテーマに講演した(次号詳報)。

冒頭、西澤寛俊会長が挨拶。「2017年

度は、病床機能報告制度に基づく地域医療構想、それを含む第7次医療計画、そして医療・介護同時改定に対する対応が非常に重要になる」と当面する課題をあげた上で、「さらなる問題が起きている」と指摘。「医師の需給、医師偏在対策の議論は止まったまま。働き方改革の時間外労働の規制は5年間の猶予期間が与えられ、今後の検討になる。医師の自律性のもとで議論している新専門医制度は計画どおりに進まない可

能性が出てきた」と懸念を表明し、全力で対応していく必要があるとした。

続いて、来賓として招かれた横倉義武・日本医師会会長、羽生田俊・自民党参議院議員、自見はなこ・自民党参議院議員が挨拶した。横倉会長は、国家財政が厳しい中で、2018年度同時改定に向け、医系議員を積極的に支援し、政府・与党に働きかける方針を示した。

2017年度事業計画では多岐にわたる調査・研究事業を実施するとともに、



医療・介護に関わる問題に対し提言・要望を行っていく方針を示した。四病院団体協議会や日医、日本病院団体協議会との連携を図る方針も示した。定款の変更では、全日病の業務に◇外国人技能実習生受入れに係る事業◇医療従事者無料職業紹介事業を追加した。これに伴い外国人技能実習生受入れ事業等の規定(第48条)を設けた。

清話抄

今、改めて少子化を考える

最近、行政の説明会に参加するとすべての計画が少子高齢化を大前提として進められている様であり、そこには

若干の戸惑いと寂しさを感じる。地域医療構想は言い換えれば地域医療の集約化と効率化であり、その背景にも少子高齢化の急激な進行と国の財政悪化があると言えよう。

天然資源の乏しい本邦において子どもは宝であり希望であるはずだ。残念ながら現在の出生率は1.41ほどで年々人口は減少し続け、このままではこの国は消滅してしまう。本邦における喫緊の課題はこの少子化を直ちにストップさせ、日本に再び希望と活力を取り

戻すことではないだろうか?

一方、海外に目を向けると、フランスは近年少子化の危機から再び咲いた。フランスにおける家族関係支出の対GDP比は本邦のそれが1.32であるところ、2.94と2倍以上も支出されており、その中身は3人子政策や産休期間の延長、子ども手当の充実、高校までの公立校授業費の無償化、不妊治療の無償化など様々な工夫がなされている。

平成27年度少子化社会に関する国際意識調査において、本邦独身者の不安

に思うこと一番には結婚生活にかかるお金の不安があげられ、育児の支援施策としても教育費の支援が一番であると答えている。実際、教育費に関して本邦の支出はOECDにおいて最低ランクで、少ない分を家庭が負担している。

いまこそ少子化対策や教育に思い切った財政出動をし国民のマインドを変えていく必要がある。明るい日本の未来を切に希望してやまない。

(S)

主張

医療の質は向上しているか

我々は、「病院のあり方に関する報告書2000年版」から質向上の取り組みの重要性を記載し続けてきており、最新版でもその多面性を示し解説した。全日病は、プロセス管理に必須でEBMにつながる標準的診療に関するクリティカルパス使用や標準的診療録記載方法を書籍として発刊し啓発してきたが、臨床指標としてのプロセス・アウトカム指標の確定と評価はこれからの課題である。

厚労省「医療の質の評価・公表等推

進事業」が行われて久しいが、ここ3年全日病、民医連、日慢協、労働者健康福祉機構、全自病が実施しているものの、継続的取り組みは全日病の行なう日本で唯一のベンチマーク事業である診療アウトカム評価事業のみである。しかし、参加病院は平成22年27病院から24、32、43、42、42という推移であり、任意とはいえ加入病院のわずか2%の取り組みでしかない。

診療対象が高齢者中心となり複合病変を持つ患者が多く、従って各施設が

最高の診療提供を行ってもガイドラインに沿った標準的診療計画通りに経過する場合が少ないのかもしれないが、行政も我々現場の多くの施設も積極的にこの課題に取り組もうとしていないのではないだろうか？

すべての疾患で在院日数が短縮してきており、各施設共より短期間に好成績を出すように一定程度の努力をしているように見えるが、単に診療報酬上の各機能別在院日数の縛りやDPC運用における損益分岐点や病床稼働率を横目で見ながらの「医は算術」的な医療をせざるを得ない結果に過ぎないの

ではないだろうか？

今や診療報酬改定では、膨大な診療情報の分析結果を踏まえた行政からの攻勢が著しく医療提供者側が劣勢に追い込まれ続けている。

これを逆転するには、積極性に欠ける行政の取り組みを待たず、全日病が全会員病院の診療録電子化を推進し、アウトカム評価につながる情報取捨・評価分析方法を開発・実施し、これによる質と効率化を担保にして我々の要求を行政や国民に示すことが必要と考える。

(徳田 禎久)

患者の状態に応じた病棟の評価などを検討

中医協・総会

7対1や10対1の要件見直しも検討対象に

中医協(田辺国昭会長)は3月15日に総会を開き、入院医療の評価をめぐる議論した。厚生労働省は一般病棟入院基本料が、主に看護配置を要件として段階的に設定されている現状に対し、「患者の状態に応じた評価と機能に応じた評価との整合性」を図る観点から見直すことを論点とした。支払側委員は、7対1を算定する病棟の削減を求め、診療側委員は診療報酬の評価において、過度に機能の明確化を進めることは問題があるとした。

看護職を加配している実態を説明

一般病棟入院基本料のうち、最も看護配置等が手厚い7対1が約半分を占める。厚労省は今回、様々なデータで病棟の状況を示した。看護職員はいずれの病棟区分でも必要な配置数より、多く配置しており、7対1が最も多い。医師以外の職員数を1病床当たりでみると、約95%で看護職員以外の職員を配置、職員数全体の約2割となっている。全日病副会長の猪口雄二委員は、「これだけ加配している事実がある。診療報酬算定における専従や夜勤時間の要件の弾力化を検討すべき」と主張した。日本看護協会の委員は、「育児や産休、介護休暇などを見込んだ対応の反映と考えられる」と述べた。

疾患別では、7対1は「新生物」が最も多く、7対1以外では「損傷、中毒およびその他の外因の影響」が最も多い。年齢階級別で75歳以上の割合は、7対1が最も少なく約42%で、次いで10対1が約51%。医療処置は7対1が多いが、15対1は喀痰吸引や中心静脈

栄養が多い。支払側委員は今後75歳以上が急増することを踏まえ、「7対1は多すぎる」と主張した。

厚労省は、7対1の一部では、10対1と明確な違いがないことも示した。平均在院日数と病床利用率はそもそもばらつきが大きく、10対1と7対1は重なる。「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合と看護職員実配置数で、10対1の一部は7対1と同程度である。DPC対象病院で、1日当たり包括範囲出来高点数や効率性指数、複雑性指数は7対1と10対1で重複する範囲が広い。平均在院日数短縮を評価する効率性指数は、7対1がやや高い傾向にある。

猪口委員は、「7対1と10対1の点数に差がありすぎるのも問題。間にもう一区分設けることを検討してほしい」と要望した。また、病院内で7対1と10対1の混在を認める病棟群単位の算定について、「現状であり使われていない。改善策を講じて、2018年度以降も継続すべき」と述べた。

厚労省はこれらのデータを踏まえ、次期改定での見直しの論点を提示。入院基本料は主に看護配置等で設定されているが、「患者の状態や診療報酬の効率性等を考慮する必要がある」と問題提起した上で、「患者の状態に応じた評価と機能に応じた評価との整合性」を求めた。さらに、「7対1、10対1」と「13対1、15対1」の違いが大きいことを問題視した。

厚労省の論点に対し、支払側委員は、「7対1のばらつきが大きい。本来10対1が望ましい患者が7対1に入院し



ている。7対1を明確にするため、該当患者割合25%の引上げを含め、『重症度、医療・看護必要度』の見直しが必要。また、在宅復帰率は意味がないので廃止し、医療密度を評価する指標も検討すべき」と主張した。

硬直的な取扱い危険

これに対し診療側委員は、「7対1でも看護配置等が不十分だから、加配している。点数も足りない。重症度、医療・看護必要度は病院に大混乱を引き起こした」と反論。厚労省の論点に対して、「効率性を考慮するというが、医療は物品のように整理できない。それぞれ異なった医療ニーズを持つ患者が病院に来る。包容力が必要で、硬直的に取扱うのは危険だ」と訴えた。

迫井正深医療課長は、「必要とされる医療サービスと、それを評価するストラクチャー(看護配置等)にミスマッチがあるのではないかと、ストラクチャーを整えることが逆の効果を生むこ

とがあるのではないかと、という問題意識があり、それがかみ合うようにする必要はある。もちろん、様々な患者が入院していることを踏まえた、硬直的ではない対応が必要」と回答した。

厚労省は、医療機関の役割分担に関する論点も提示した。開設者別の医療機関数では民間が約7割であるのに対し、7対1の届出は国立、公立、公的・組合の合計で約5割強を占める。

地域医療構想の資料も改めて提示。「医療機能の分化・連携を進めるための調整が行われている」と指摘した上で、現行の診療報酬で連携を進める評価として、退院支援加算や感染防止対策地域連携加算、DPC制度の機能評価係数Ⅱ「地域医療係数」があることを示し、さらなる評価の検討を促した。猪口委員は、「退院支援加算は1を取れないと、地域医療連携計画加算が算定できないため連携パスが動かない悪影響が出ている」と指摘した。

価格かい離の大きい品目の改定を議論

中医協・薬価専門部会

中間年の薬価調査・薬価改定

中医協の薬価専門部会(田辺国昭部会長)は3月15日、薬価制度の抜本改革に向け、2年に1度の薬価改定の中間年の薬価調査・薬価改定を議論した。価格かい離の大きい品目を中間年で、どう薬価改定するかが課題となった。ただ同日は、会議時間が短かったこともあり、議論は深まらなかった。

薬価制度抜本改革の基本方針では、市場実勢価格を適時に薬価に反映し、国民負担を抑制する観点から、中間年においても薬価調査を行い、価格かい離の大きい品目の薬価改定を行うとされた。これを踏まえ、厚労省は検討課題として、①価格かい離の大きい品目について、事前に具体的な数値基準を示すことの是非②3つある後発医薬品の価格帯で、同一価格帯の一部の後発品

が対象となった場合の価格帯との関係一を示した。

支払側委員は、「年によって改定の考え方が異なるのは問題。透明性を確保するため、具体的な数値基準を示したほうがよい」と発言。しかし製薬企業代表の委員は、「一定の率が示されると、それがメルクマールとなって、価格形成が行われるので、具体的な数値は示さないでほしい」と要望した。

後発品については、現在①最高価格の30%を下回る後発品の価格(過重平均値)②最高価格の30%以上、50%を下回る後発品の価格(同)③最高価格の50%以上の価格一をそれぞれ一つの価格として、3つを設定している。同日はあまり議論にならず、別途、「後発品の薬価のあり方」で議論する予定



としている。

なお、部会長を務めてきた公益委員の西村万里子・明治学院大学教授は退任し、次回から、関ふ佐子・横浜国立大学大学院教授が後任となる。

また、同日の中医協総会で、抗コレストロール血症治療薬のレパーサ(アステラス・アムジェン・バイオファーマ)とプラレント(サノフィ)の最適

使用推進ガイドラインと留意事項通知を了承した。GLで、一定の能力を有する医師の所属する施設で使用することなどを定めるとともに、留意事項通知では、それをレセプトの摘要欄に記入する旨などを明記している。4月1日発出予定。適用日以前に投与を受けている患者などに対する経過措置も設けた。

中医協と介護給付費分科会が看取りと訪問看護を議論

意見交換会

厚生労働省は3月22日、「医療と介護の連携に関する意見交換会」を開催した。2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定に向け、中央社会保険医療協議会の委員と社会保障審議会・介護給付費分科会の委員が意見交換し、医療・介護の両者にまたがる評価の連携・調整を図ることがねらい。同日は、看取りと訪問看護がテーマになった。

冒頭、厚労省の迫井正深医療課長が意見交換会の趣旨を説明。団塊世代がすべて75歳以上になる2025年に向けて医療・介護需要が地域差を伴いつつ急速に増大することに対応するため、2018年度同時改定は、「2025年までに大きく舵を切ることができる実質的に最後の機会であり、非常に重要な分水嶺である」と強調した。その上で、テーマとなった看取りと訪問看護の課題を示した。

看取りについては、国が作成した「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」の認知度が医療従事者の間でも低いことを指摘。

医療・介護にまたがる評価を調整

患者・家族の意思を尊重した医療・介護を提供するとともに、住み慣れた自宅や介護施設など、国民が望む場所で看取りを行う必要があるとした。国民が望む場所については、「自宅」と回答したものが約1割で、「自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用」と回答した者を合わせると約6割であるとの調査結果を紹介した。

医療機関における看取りでは、看取り期の患者が「患者や家族の意思に関わらず搬送され、希望と異なる救命措置等が施されてしまう例が散見される」ことを指摘。あらかじめ本人の意向を家族やかかりつけ医などと共有し、本人の意思が尊重される取組みが必要であることを課題とした。

全日病副会長の猪口雄二委員は、「生前の意思確認がほとんど進んでいない。意思表示できない患者の代理人を設ける仕組みを検討すべき」と述べた。あわせて、「ガイドラインに則った治療を行った場合の評価」の新設を提案した。なお、2008年度改定で、患者・家族と

医療従事者が終末期の治療方針等を話し合うことを評価する後期高齢者終末期相談支援料が新設されたが、半年後に政権の意向で廃止された経緯がある。

また、老人保健施設と特別養護老人ホームにおける医療提供の不整合も指摘。老健は、医療提供施設に位置付けられ、医療提供が介護報酬に内包されているために高額な薬剤が使えないが、特養では外部から医療提供を受けるので、そのような制限が生じないという不整合があったとした。

日本医師会の委員は、「特養の配置医のあり方が時代に合っていない」と述べた。配置医は、療養上の指導と健康管理が主な役割だが、「看取り時代に見合う役割と報酬が必要」と主張した。また、看取り期の在宅医療では、「訪問診療を行うかかりつけ医と24時間対応の訪問看護、有床診・中小病院の後方ベッドの3点セットが必要」とした。

病院・診療所の訪問看護拡大が課題に 訪問看護については、「病院・診療



所が行う在宅支援の拡大」が課題として指摘された。病院・診療所の1月当たりの訪問看護利用者数は6万6,661人(2015年6月)で、訪問看護ステーションの55万8,183人の1割強に過ぎない。病院・診療所の訪問看護のうち、医療保険は25%、介護保険は75%。

報酬をみると、介護保険の病院・診療所の訪問看護費は30分以上1時間未満で567単位であるのに対し、訪問看護ステーションでは814単位である。医療保険では、病院・診療所よりも訪問看護ステーションで、加算を含め算定できる療養費が多い。

猪口委員は、「病院は24時間対応であり、緊急時には入院できる」と利便性を強調し、厚労省の論点に賛意を示すとともに、報酬の見直しを求めた。

費用対効果評価でアプレイザルのあり方等を了承

中医協・費用対効果評価専門部会

患者の支払意思額の調査を実施

中医協の費用対効果評価専門部会(新井耕部会長)は3月15日、費用対効果評価の「総合的評価(アプレイザル)等のあり方」を了承した。制度の本格的導入で実施する増分費用対効果比(ICER)で、費用対効果の「よい・悪い」を判断する目安となる支払意思額は、厚生労働科学研究費補助金で行う研究成果を参考にすることになった。アプレイザルを行う際に考慮すべき課題についても、今後検討していく。

費用対効果評価の本格導入におけるアプレイザルでは、ICERを使って、

費用対効果の値を算出する。その場合に、費用対効果が「よい・悪い」の基準は、患者の質調整生存年(QALY)を延ばすために、支払ってもよいとする金額(支払意思額)が目安となる。今回、厚労科研究費補助金で実施する調査(研究代表者=福田敬・国立保健医療科学院研究部長)の結果を参考とすることを決めた。

支払意思額においては、国民1人当たりGDPなども勘案しつつ、多段階の評価を実施する。全日病の猪口雄二委員は、「支払意思額は患者が負担

する金額か」と質問。厚労省は、「(窓口負担ではなく)健康の改善のために、個人がいくら払う意思があるかという金額」と回答した。他の委員は、「支払意思額は非常に重要。制度を決めるまでに、節目節目で議論できるよう対応してほしい」と厚労省に要望した。

アプレイザルでは、ICERの分析結果のみでは評価が困難と考えられるため、倫理的、社会的影響などの観点からの評価も行う。その場合に、「感染症といった公衆衛生上の課題等について検討することとし、今後の事例の蓄



積の中でさらに検討する」と整理した。あわせて、諸外国で活用している事例を参考に、議論を続ける。

2016年度上半期の医療費は伸び率が大きく低下

厚労省が中医協に報告

厚生労働省は2016年度上半期(4~9月)の医療費の動向を報告した。医療費の伸びは0.8%で2015年度の3.8%と比べ、大きく低下。特に、調剤が▲1.5%で、2015年度の9.4%と比べると、▲10.9ポイントの低下となった。2016年度診療報酬改定の影響によるものとみられる。

2016年度上半期の伸び率は、医科入

院が1.2%、医科入院外が1.0%、歯科が2.2%、調剤が▲1.5%だった。2015年度と比べると、医科入院が0.7ポイント低下、医科入院外が2.3ポイント低下、歯科が0.8ポイント上昇、調剤が10.9ポイント低下で、歯科以外はマイナスだった。

全体の医療費の伸び率は0.8%で、3.0ポイントの低下となったが、この

うち▲0.6ポイント分は受診延日数の減少が原因。それ以外の影響は概ね2016年度診療報酬改定の影響といえる。

本体と薬価・材料を合わせた2016年度改定率は▲0.84%(本体0.49%、薬価▲1.22%、材料▲0.11%)。これに市場拡大再算定による薬価改定が▲0.19%、年間販売額が極めて大きい品目に対する市場拡大再算定の特例が▲0.28

%があり、合計▲1.31%だった。

厚労省は2015年度の伸び率が高かった主因は、C型肝炎治療薬の高額薬剤の影響だったと分析している。2016年度改定では、高額薬剤が市場拡大再算定の影響で大幅値下げとなると同時に、使用量も落ち込んだ。その結果、医科入院外(3.3%→1.0%)と調剤(9.4%→▲1.5%)の伸び率が大幅に低下した。

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

在宅医療推進の基本的な考え方と「重点分野」を了承

厚労省・在宅医療会議 各団体の活動の集約化が課題に

厚生労働省の全国在宅医療会議(大島伸一座長)は3月15日、在宅医療推進のための基本的な考え方と「重点分野」を了承した。「重点分野」は、①在宅医療に関する医療連携、普及啓発モデルの蓄積②エビデンスの蓄積の2点で、各団体が今後、「重点分野」に沿って、在宅医療に取り組むことを確認した。意見交換では、各団体がばらばらに活動するのではなく、体制を集約化する必要があるとの意見が相次いだ。

同会議は、昨年3月に初会合が開かれ、今回は1年ぶり2回目の開催となる。その間、全国在宅医療会議ワーキンググループが在宅医療を推進するための「重点分野」を議論し、まとめた。

「重点分野」では2点を設定。①自治体や関係団体が提供体制を構築できるよう、医療機関間の連携モデルや構築に至るプロセスなどを整理、収集する②客観的なデータに基づき、エビデンスを蓄積すると整理した。エビデンス蓄積の例では、◇疾病の進行や治療

等、患者がたどるプロセス等◇在宅医療に適した患者の状態、環境条件等◇在宅医療サービスの有効性、手法の標準化—を示した

その上で、「重点分野」に沿って、各団体が実施している事業を資料として添付。同日は、会議に参加する33団体がそれぞれの取組みを発表した。全日病も現に実施している取組みとして、「看護師特定行為研修」や「サービス付き高齢者向け住宅における介護・医療ニーズへの対応能力に関する評価手法に関する調査研究」などを説明した。今後実施予定の取組みとしては、在宅医療推進の研修会や厚労省の健康増進等事業など調査研究を引き続き実施していく方針を示した。

在宅医療が地域医療構想の成否握る

この日の会議に示された在宅医療推進のための基本的な考え方では、冒頭に「地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題であり、その正否の鍵を握る

のは在宅医療」と明記。その上で、①関係者が一体となって対策を展開する②国民の視点に立った普及啓発を図る③エビデンスに基づいた在宅医療を推進するため、関係者の連携によるエビデンス蓄積を推進する—を掲げた。

また、高齢者を想定した記述が多い中で、小児患者への在宅医療の記述を追加している。具体的には、「NICU等に長期入院した後、医療を日常的に受けながら自宅で生活する小児患者が増加しており、高齢者と異なる、患者の成長・発達を支える視点を加えた普及啓発や連携体制の構築が必要」とした。

さらに、意見交換で委員から要望があり、「多職種協働による24時間対応の在宅医療の提供を目指す」との文言を加えることになった。

会議では、各団体が在宅医療の取組みを発表した。ただ委員から「似たような団体がそれぞれ別々に施策を展開している。誰に相談すればよいのか国



民は迷うと思う。全国組織があってそこに所属するものでないかわりにくい」との意見があった。

これに対し、日本医師会の委員が「地域では医師会を中心とした多職種連携による体制がある。在宅医療専門の診療所など個別の取組みは否定しないが、時間が限られている中で、地域包括ケアシステムの枠組みを作る必要がある」と主張。大島座長は、「地域包括ケアシステムの構築は時間との戦い。2025年に間に合わせるため、ばらばらの活動では、エネルギーが分散してしまうので、集約的な体制を整えることが喫緊の課題だ」と強調した。

心血管疾患の慢性期リハの実施体制を議論

厚労省・心疾患WG 厚労省がプロセスとアウトカムの指標を示す

厚生労働省の「心血管疾患に係るワーキンググループ」(永井良三座長)は3月10日、心血管疾患の回復期から維持期を担う施設の診療提供体制や連携体制のあり方をめぐり議論した。特に、慢性期のリハビリテーションを実施する体制に関し、委員から様々な意見が出た。厚労省は回復期・維持期を担う施設や地域の診療体制を評価するプロセス・アウトカム指標を例示した。

同WGは、昨年8月に初会合を開いたが、「脳卒中に係るワーキンググループ」と同様、半年間開かれず、今回は第2回目。同日から委員に、全日病副会長の美原盤委員と日本医療法人協会副会長の馬場武彦委員が加わった。今後、2回の会合を経て、6月に検討結果をまとめ、「脳卒中、心臓病その

他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」に報告する。

厚労省は、心不全の平均発症年齢は70歳で、高齢者の増加とともに、患者が増えている現状を説明した。早期からの予後改善目的の治療が必要とされるが、発症前の症状がないため、介入が遅れる傾向がある。また、退院後の心血管疾患リハの実施状況にはばらつきがあり、欧米諸国と比べて、外来通院リハ参加率は低いという。慢性心不全患者の約2～4割が、1年以内に再入院することを示すデータもある。

厚労省はこれらの現状を踏まえ、慢性心不全患者の実態把握が必要とするとともに、「急性期から回復期・維持期へ、一貫して心血管疾患リハを継続できる体制」や「慢性心不全患者の心

不全増悪予防および増悪時の早期介入・早期改善を目指した連携体制の構築」などを課題にあげた。

厚労省が示した課題に委員からは、「すべての患者の心血管疾患リハまで、急性期の大病院がみるのは今後不可能なので、回復期を担い、慢性期リハを行える中核的な施設を設ける必要がある」との発言があった。これに対して美原委員は、「全国で患者をきちんとみられる体制を作るには、中核的な機能が必要だが、大きなセンターを作るのではなく、地域の中小病院など既存の資源を有効活用すべきだ」と主張した。美原委員は、再発防止のための予防は長期間実施する必要があるため、費用面でも中核的な施設を設けることは現実的ではないと述べた。

永井座長も「潜在的な患者が100万人単位の場合は、高度急性期よりもローテク・ローコストの手段で対応するのが現実的」との考えを示した。日本医師会の委員は、診療所の循環器の専門医が、急性期病院と連携して実施する回復期心臓外来リハを提案した。

厚労省は、心血管疾患の回復期から維持期の診療提供体制に関する評価指標のイメージも提示した。それによると、回復期・維持期医療施設のプロセス指標として、◇リハ実施件数◇多職種介入の実施件数◇標準的薬物療法の実施件数をあげた。アウトカム指標としては、「在宅等生活の場に復帰した患者の割合」を示した。

医療施設単独ではなく、地域の診療体制全体の評価指標としては、アウトカム指標として、◇在宅等生活の場に復帰した患者の割合◇心疾患を主な原因とする要介護認定患者数◇慢性心不全患者の再入院率—をあげた。

持分なし法人への移行促進でみなし贈与税の非課税要件を大幅緩和

全日病セミナー 具体的な要件は法案成立後に

全日病は3月14日、「2025年に生き残るための経営セミナー第15弾 持分なし医療法人への移行計画の認定制度」を開催した。現在国会に提出されている医療法等改正法案が成立すれば、今年9月30日が期限となっている持分なし医療法人への移行計画の認定制度が3年間延長されるとともに、当該認定を受けている場合は、法人に対するみなし贈与税が非課税となる仕組みが追加される。全日病は法案成立後に、新たな認定要件が固まる段階で、改めてセミナーを開催することを予定している。

冒頭挨拶した西澤寛俊会長は、「厚生労働省は、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行措置を講じたが、あまり進まないまま、9月が期限となる。我々病院団体の要望に応じて厚労省の尽力で延長が決まるとともに、贈与税の非課税要件が大幅緩和されることとなった」と厚労省の対応を評価した。

セミナーでは、厚労省医政局の佐藤美幸・医療経営支援課長が、今回の改正の概要を説明。現行では、医療法人

が移行計画の認定を受けると、計画期間中は最大3年間、出資者の相続に係る相続税や出資者間のみなし贈与税が猶予・免除される。今回の税制改正で、この措置の3年間の延長が認められた。

また現在は、すべての出資者が持分を放棄すると医療法人に贈与があったとみなされ、贈与税がかかる場合があった。しかし、今回の改正後に新たな認定要件で認定を受けた場合には、医療法人にかかる贈与税は課税されないこととなり、実質的にこれまでの贈与税を判断する際の要件が大幅に緩和される見通しだ。

親族要件を緩和の方向で交渉

佐藤課長は、「新たな認定要件の詳しい内容は、国会情勢次第だが、法案が今国会中に成立すれば、夏頃に省令で示したい」とした。

鞠子宣紀・医療経営支援課課長補佐は、今後財務当局と協議する要件に関する基本的な考えを示した。現行の非課税基準では、◇役員に占める親族の割合は3分の1以下◇医療機関名の医療計画への記載◇理事6人以上、監事

2人以上—などを満たす必要がある。

これらの要件は多くの医療法人には厳しく、贈与税が課税される可能性が高いため、移行が進まない課題となっており、医療継続のために今回の改正が認められた経緯を説明した。その上で新たな認定要件には親族制限や医療計画への記載等は含まない方向で協議を進めたいとした。一方、要件となる予定の法人関係者への利益供与禁止については、例えば関係者との取引も社会通念上相当な範囲であることが必要とした。役員報酬要件については、地域や経営の状況も勘案できるよう社会医療法人の要件を参考にしたいと説明した。

また、現行の非課税基準は税務署の判断であるが、改正後の認定を受けた場合(移行後6年間要件を維持)は、贈与税は非課税となり、税務署が判断する仕組みではないとした。

法案成立後に再度セミナーを開催

川原経営グループの川原丈貴代表取締役は、今回の改正について「画期的」と評価するとともに、持分なし医療法



人への移行が進むことを期待した。ただ今回の措置で移行が進まない場合には、医療法人の非営利性に対する疑いの声上がるかもしれないとの懸念も示した。移行措置に関する説明では、持分なし医療法人への移行を考える医療法人の参考となるよう、医療法人の形態に応じたフローチャートを示して、メリット・デメリットを示すとともに、新たな認定要件の具体的な内容を予測した。

新たな認定要件は法案成立後に明らかになる。全日病は法案成立後に、同テーマでのセミナーを改めて開催する予定だ。同日のセミナー終了後に参加者が記入したアンケート結果でも、「今後とも継続的に情報を提供してほしい」、「法案が通ったらもう一度セミナーを開いてほしい」といった要望が寄せられた。

質の高い高齢者医療を通じて地域の医療・介護体制を築きたい



若手経営者は、どのように病院経営に取組み、医療政策に何を求めているのか。若手経営者の本音を聞くインタビューをシリーズで掲載します。

第1回は、神奈川県で高齢者医療に取組む赤枝病院の須田雅人院長。終末期医療の取組みや全日病に対する想いを語っていただきました。

勤務医から病院経営者に

—— 法人の概要を教えてください。

法人としては3つに分かれていて、医療法人が1つと社会福祉法人が2つです。医療法人の赤枝病院は194床の慢性期の病院で、医療法人ではそのほかに透析クリニック、老健施設やサービス付き高齢者向け住宅、訪問看護ステーション、有料老人ホームなどを運営しています。社会福祉法人は、特別養護老人ホームやケアハウス、グループホーム、クリニック、訪問サービスなどを持っています。3つの法人をあわせた職員数は、1,300人程度です。

—— 病院長に就任するまでの経緯を教えてください。

医学部を卒業した後、大学には残らずに、虎の門病院の外科で研修を受けました。その後、勤務医をしながら、整形外科の専門医をとって、12年間ほど病院で手術をしていましたが、縁があって2005年に赤枝病院の院長に就任することになりました。

—— 勤務医から病院経営者となって戸惑いはありませんでしたか？

その時はまだ30代でしたから、病院全体を把握してリーダーシップの勉強をすることからはじめました。頭ごなしに指示を出す性格ではないので、なにか新しい方向を示したいと考えていましたが、自分なりの考えで病院を運営するようになるには10年くらいかかったと思います。全日病にも関わるようになって、医療のためにこれから何をしていくか、少しずつ見えてきているのかなと思います。

経営者として考えることは、まず職員を養っていくことであり、そのために利益を出していかなければなりません。満床にして、診療報酬の加算をとっていく必要があります。

コストの削減に取り組む

—— これまでにどんなことに取り組んできましたか？

院長になって最初に取り組んだのは、経費の削減です。療養型病院は、包括医療で薬剤費に使える金額も限られています。同じ種類の抗生剤などは見直して少しずつ薬剤の数を減らす努力をしました。急性期の病院で処方された薬を引き継いで出す傾向があり、ピオフェルミンやロキソニンなど定時の処方に入れるべきでないものが続いたりします。そこで、院内の医薬品リストで定時の処方に入れられないものを決めました。

ジェネリックを基本に考え、薬剤師と相談して先発品とジェネリックの変換表を作成しました。病院にはいろいろな医師がいますので、すべての医師

にわかりやすい形で示すようにしています。

コツコツと薬剤費を見直した結果、年間で数百万円単位の削減になりました。院長になってから5年目くらいまでそういうことを徹底的にやりましたね。

今、取組んでいるのは、薬剤と物品の購入方法の見直しです。これまで、施設ごとに発注していたものを本部に一元化し、業者も常に見直すことにしました。

コストの見直しは、職員が一番嫌がることで、大義名分が必要だと考えるようになりましたね。つまり、今後働いていける環境をつくるためには、コストの削減も必要だということの説明してから着手するという事です。はじめから頭ごなしに、あれはダメ、これはダメでは反発がありますから。

高齢者医療の質が求められる

—— 慢性期医療を提供するに当たって心がけていることは何ですか？

赤枝グループでは、在宅で生活できなくなった方すべてを対象としています。介護施設でかわりをもち始めて、年々、医療度・介護度が高くなり、最後は赤枝病院に入院されます。「ここで最期を迎えてよかった」と思ってもらうことが理想です。

ご家族と話していることですが、人生は丸い円のようなものだと思うのです。生まれたときは寝返りも打てない状態ですが、よちよち歩きをするようになり、大人になって働いて子どもを育て、やがて足腰が弱くなり、転んで寝たきりになったりします。自然に年をとっていけば拘縮して体が縮んで、子どもの頃に戻っていきます。そして穏やかに天国に逝って命をつないでいく。子どもが立派に育って、順番に天国に逝くことは自然なことです。看取りに際し、ご家族とそんな話をして、「最期は安心して逝かれましたよ」とお話しします。

高齢者医療、慢性期医療に質が求められる時代になったと思います。高齢者医療の質をどのようにアピールしていくかを常に考えていますね。

心穏やかに看取るためには、時間的なゆとりも大切です。終末期にまったく食べられなくなって点滴の輸液ラインがとれないという場合、結局、脱水になってしまいます。そうすると、長くて10日～2週間が限界です。そんな場合でも持続的皮下輸液(HDC)を行って、1日500ccでも投与すると人によっては2カ月持つのです。短い人でも1カ月は命をつなげることができます。

その間に家族は心の準備ができますし、いろいろな手続きを用意することができます。亡くなると銀行口座が凍結されますし、遺産相続の問題も整理できます。亡くなるまでの時期に一定の余裕を持つことは大切だと思いますし、看取りを行う家族にとっても最期の時間をともに過ごすことで充実感が得られます。

将来的なことですが、終末期医療に緩和ケアの考え方を取り入れたいと考えています。心不全の最後では、咽び

ながら苦しんで亡くなっていく方がいますが、老衰であっても積極的に麻薬を使って苦しみにすむような終末期医療を考えるべきだと思っています。

また、今は病院が手狭で実現していませんが、亡くなる前の最後の2～3日は、家族と一緒に泊まれるような看取りの部屋を設置したいと思います。療養型病院としての質を高め、本人も家族も納得できる最期の迎え方を実現したいですね。

医療依存度が高い患者が増加

—— 最近の医療行政について感じることはありますか？

療養型病院に医療依存度が高く不安定な患者が増えています。以前は、平均在院日数240～270日でしたが、今では100日を切る勢いです。それだけ不安定な患者が増えて、入退院が早くなっているのです。これは、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟が増えていることと関係していると思います。

以前は、地域の一般病院がある程度機能していたのですが、今はリハビリの適用がなくて医療依存度の高い人の行き場がなくなって、直接、慢性期の病院に来るようになっていきます。慢性期病院から見ると、医療提供体制に抜けている部分ができていると感じます。急性期から直接慢性期に来るのではなく、どこかで受け止めてほしいと思いますし、今後、地域包括ケア病棟がどんな役割を持つようになるのか関心があります。

MSWの働きが重要

—— 高い病床稼働率を維持していますが、秘訣はありますか？

病床稼働率は99%以上で、ベッドが空いたら、次の日には入院を入れるようにしています。稼働率を維持する上で一番重要なのはMSWの役割であり、MSWが力を発揮できる環境をつくるようにしています。MSWは医療専門職ではないので、医学的なことは医師に確認する必要があります。そこでタイムラグが生ずることもあります。どうやったらタイムラグがなくせるかを考えた結果、院長室と医療相談室を一緒にすることにしました。私も医療相談の電話をとるようにしています。

同じ部屋にいと、聞き流せない相談に気づくことがあります。最近、ある病院が閉院するので、患者を受け入れてほしいという相談がありました。それを受けたMSWは、「すぐは難しいですね。また、相談させて下さい」と言います。「それはどういう話なのか、もう一度電話してほしい」と私は言いました。事情を確認したところ、ある病院グループのM&Aに伴って突然病院を閉じることになり、先方のMSWが困って連絡してきたことがわかりましたので、なんとかベッドを調整して、介護療養の患者17人を受け入れることにしました。

MSWの役割は重要なのですが、待遇面はそれに見合ったものになっていないと思います。現在の給与体系では、MSWは資格手当がつかないので、例

えばケアマネジャーの方が報酬が高くなります。透明性を持った給与体系にするには、資格手当をつけないと難しいので、見直したい部分です。

訪問診療専門の診療所に疑問

—— 今後の展望を教えてください。

高齢者の医療・介護に軸足を置きながら、地域を盛り立てていって、高齢者が不安を抱えることがないような地域の医療介護体制を築いていく必要があります。地域をつくるのが一番大事だと思っていて、それがないと私たちの病院も成り立っていきません。

そういう面では、最近の訪問診療を専門に行う診療所の持続性について若干疑問を感じています。今、40～50代の医師が携帯電話を片手に日夜、在宅医療に取り組んでいますが、あと10年して50～60代になったときに同じことができるでしょうか。若い世代の医師はドライになっていますし、運転免許を持たない人も増えている。地域の過疎化が進む中で、将来的に訪問診療を継続するのは難しいのではないかと思います。

その時になって困らないような仕組みを考えておかないといけないでしょう。在宅で暮らす人が不安のないようにどうやって支えていくかが課題だと思います。

新しい芽を出す組織づくりを

—— 最後に全日病に対する期待をお願いします。

全日病は、病院団体としてこれからの医療の方向を決めていく役割があり、新しいことを提案して芽を出していかなければならない組織だと思っています。新しい芽を出すためには新しい土壌をつくる必要がある。いろいろな委員会で集まったり、議論することが土づくりであって、総会で決議したり提言することが芽を出すことであり、国と折衝してそれを実現していくために全日病がある。よりよい医療を発信していくために必要な組織であると思います。

—— 次の全日病を背負っていくのは、若手の経営者の方々ですね。

本業もありますので、どこまでできるか、わからない面もありますし、行政との折衝は場数を踏む必要があるでしょう。確実に時代は変わっていくので、みなさんがそれぞれの得意分野で力を発揮していくことが大切ではないでしょうか。私としては、高齢者医療のエキスパートになれたらと考えています。

【病院の概要】

所在地	神奈川県横浜市旭区上川井町578-2
病床数	医療療養型194床(全室4床以下)
理事長	赤枝 雄一
院長	須田 雅人
診療科目	内科・老年内科・神経内科・外科・整形外科・リハビリテーション科・婦人科・消化器外科・精神科・皮膚科・歯科

医療計画の見直しや総合確保基金の方針を説明

厚労省の全国医政関係課長会議 2017年度は非常に重要

厚生労働省は3月9日、都道府県の担当者に対し、当面の医政局の取組みを伝える全国医政関係主管課長会議を開いた。地域医療構想を含む次期医療計画の策定や医療介護総合確保基金の方針、地域医療連携推進法人の施行などを医政局幹部が説明した。神田裕二医政局長の代わりに挨拶した椎葉茂樹大臣官房審議官は、「2017年度は医療行政にとって非常に重要」と強調した。椎葉審議官は、当面の重要事項として、①医療事故調査制度②地域医療構想③地域医療介護総合確保基金④地域医療連携推進法人⑤「新たな医療のあり方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の動向⑥専門医制度⑦歯科口腔保健⑧看護師の特定行為研修⑨後発医薬品の使用促進⑩臨床研究法案—の10項目をあげた。

医療事故調査制度を改善

2015年10月に施行された医療事故調査制度は、施行後2年以内の見直し規定により、昨年6月、制度の改善措置を講じた。改善措置では、医療事故で亡くなった患者の遺族から、医療機関

が院内調査を始めないことの相談が、「医療事故調査・支援センター」にあった場合、医療機関に伝達することになった。厚労省は都道府県の「医療安全支援センター」にそのような相談があれば、適切に対応するよう求めた。

地域医療構想については予定通り、年度内にすべての都道府県が策定する見込みであるとした。2018年度に、同時に次期計画が始まる介護保険事業(支援)計画とあわせ、地域医療構想を含む次期医療計画が「実質的に地域包括ケア計画となるように進める」と強調した。

4月から議論が本格化する地域医療構想調整会議の進め方では、「医療計画のあり方等に関する検討会」の報告書を踏まえ整理。まず「政策医療を担う医療機関の役割を明確化する」、次に「それ以外の医療機関について、政策医療を担う医療機関との関係を踏まえ、それぞれの医療機関が果たす役割を明確化」と説明した。加えて、将来に病床機能の転換を予定する医療機関があれば、その内容が地域医療構想の方向性に沿っているかを確認する

ことを都道府県担当者に求めた。

地域医療介護総合確保基金は2016年度と同じく、医療分で904億円を確保したが、医療機能の分化・連携に資するものに重点化する方針がより明確になった。基金の財源を充当する医療機関を決めるため、厚労省は、機能ごとの具体的な医療機関名を選定するなど、調整会議の進め方を提案している。また、他の財源で措置できる事業には、「一般財源を活用できない明確な理由がないものは、基金の充当を行わない」と厳しい姿勢を示した。一方で、在宅医療や人材確保の事業は、継続的な実施が必要な事業に配慮するため、都道府県と十分な意見交換を行い、配分額を決定するとしている。

地域医療連携推進法人は4月2日に施行される。医政局では、具体的な検討事例を40件ほど把握していると報告。今後、各都道府県で設立が見込まれる場合は、速やかに医政局に連絡するよう要請した。

専門医のプログラムは事前に協議

昨年10月から議論を続けている「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」にも言及。昨年末の中間報告では、医療従事者の働き方に関し、業務範囲の見直しを含め、様々な考え方が盛り込まれたと説明した。その上で、「医師需給推計や医師偏在対策の議論につながるため、十分な関心を持ってほしい」と述べて、都道府県担当者に注意を促した。

新たな専門医の仕組みについては、複数の自治体が「地域医療への配慮が十分でない」との意見を述べていることを報告。日本専門医機構は、医療機関が申請する研修プログラムを認定する際に、各都道府県協議会と事前協議を行うとしているため、協議会での議論の進め方に関する通知を改めて出すと述べた。

「介護医療院」は介護保険事業計画に盛り込む

厚労省・全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議

厚生労働省は3月10日に全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議を開催し、介護保険・高齢者保健福祉の2017年度の政策について都道府県に説明した。

地域包括ケアシステム強化法案(介護保険法一部改正法案)について、日原知己総務課長は、(1)自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化(2)医療・介護の連携の推進(3)地域共生社会の実現に向けた取組(4)所得の高い層への3割負担導入(5)介護納付金への総報酬割の導入の5点を、同法案のポイントにあげた。

そして、このうちの(2)の医療・介護の連携推進では、医療法一部改正と連動した制度改正で、新たな介護保険施設(介護医療院)の創設が位置づけられていること、また、(3)の保険者機能の強化では、社会福祉法、障害者総合支援法、児童福祉法と一体の改正によって介護保険に障害福祉制度を乗り入れるものであることなどを説明。同法案が、地域包括ケアシステムの強

化に欠かせない医療・介護・福祉の包括的支援体制の構築を目指していることを示した。

さらに、「介護医療院」の基準やサービスの形態は介護給付費分科会で検討の上、報酬ともども次期の診療報酬・介護報酬同時改定で確定する予定であり、同様に障害福祉に関しても、次期の介護報酬・障害福祉サービス等報酬の同時改定で見直されると述べた。

(4)の3割負担導入では、「2割負担者のうちとくに所得の高い層を3割負担とする」ことを予定しているが、現行の2割負担者(45万人)から3割負担に移行するのは約12万人で、全体の約3%になる見込みを明らかにした。

高齢者支援課の佐藤守孝課長は、2017年度の地域医療介護総合確保基金(介護事業分)について説明した。それによると、政府予算案には2016年度当初予算額と同額の724億円(公費ベース。うち国費は483億円)を、そのうち「介護施設等の整備」には634億円(同423億円)、「介護従事者の確保」に

は90億円(同60億円)を計上している。

介護保険計画課の竹林悟史課長は、第7期介護保険事業(支援)計画の基本指針を見直す基本的な考え方として、①地域包括ケアシステムの地域の実情に合わせた深化・推進、②2025年度を見据えた計画、③医療計画との整合性確保などをあげたが、とくに、③に関しては、「地域医療構想と介護保険事業(支援)計画はサービスごとの量の見込みとの整合性を確保できるよう、計画作成において関係者による協議の場を設置」することが重要とした上で、「関係者としては医師会が考えられるが、市町村によっては連携実態がない。そこで都道府県が協議の場の設置を支援してほしい」と、都道府県に要請した。

基本指針案については、法改正の審議動向を踏まえて臨時の担当課長会議を開催し、あらためて提示する予定であるとした。

老人保健課の鈴木健彦課長は、介護職員処遇加算に月額37,000円相当の(I)を新設した2017年度介護報酬改



定について解説する中で、見直し後の同加算のキャリアアップの仕組みのイメージを説明した。それによると、「経験」「資格」「評価」の3要素ごとに、昇給していく階梯ごとの条件が明確化され、全職員に周知されるものとなっている。3月9日付で関係通知が発出されたが、鈴木課長は、追ってQ&Aも示すことを明らかにした。

「介護医療院」の新設に関しては、既設の病院等から転換した施設は「〇〇病院・△△介護医療院」あるいは「△△介護医療院・〇〇病院」といった名称を使うことができるとした。「介護医療院」の新設は地域包括ケアシステム強化法案で関係法の改正が図られるが、その成立を踏まえ、介護保険事業(支援)計画の基本指針への明記と、同計画に量的見込み等を盛り込む必要があるとし、今後の基本指針案の中で明らかにする意向を示した。

NDBデータ閲覧施設の試行開始に向け利用GL案を了承

厚労省・レセプト情報等の提供に関する有識者会議

「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」は3月15日に会合を開き、「オンサイトリサーチセンター」の試行運用に関するこれまでの議論を整理したガイドライン案を概ね了承した。

厚生労働省が保管・運用しているレセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)については、データ提供を受ける研究者等が十分なセキュリティ環境を整備することが求められているため、こうした環境を確保することが困難な民間への提供が進まないという問題点が指摘されている。

オンサイトリサーチセンターは、NDBのデータを閲覧できる施設を開設し、当該施設内でデータの利活用をしてもらう目的で東大と京大に各1カ

所設置された。2017年度の早い時期(6月)に試行を開始する予定で準備が進められているが、試行的利用のルールを定めた「オンサイトリサーチセンターガイドライン」の案が示された。

厚労省が整理したガイドライン案は、現在まで運用されている「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」の一部を追記・修正したオンサイト版となっている。その中で、オンサイトの利用形態は、①当該施設内で解析を終えて公表予定の成果物を持ち出す、②必要なデータの抽出を行い、そのデータを持ち出して解析に供する、③探索的な解析のみを行う(成果物は作成しない)の3点と整理され、①と②については、成果物の公表に当

たって有識者会議分科会の審査を受けるものとされた。

厚労省は、また、NDBデータの提供が承諾された全125件のうち、国や自治体等を除く89件から生じた成果(105例)の具体的内容を有識者会議に報告した。NDBデータの第三者提供が開始されたのは2011年度。報告された成果は、データ利活用の申出者が厚労省に自ら提出した論文や学会発表等の既公表物で、発表時期は2015年と2016年が多い。

今回集計の対象は2017年3月までに報告されたものであるため、厚労省は「(提供されたデータを使った)公表物は今後も増えるものと思う」とし、NDBデータ利活用の今後に期待を寄



せた。ただし、「公表が義務づけられていない」(厚労省)ため、国や自治体によるNDBデータ利活用の実績は集計されていない。構成員からは「NDBデータの分析結果が政策にどう反映されたか把握できないのか」と質問があった。

医療法改正案と次世代医療基盤法案を国会に提出

持分なし医療法人への移行計画延長は10月1日の実施予定

政府は3月10日、医療法等改正案(医療法等の一部を改正する法律案)と次世代医療基盤法案(医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律案)を閣議決定し、国会に提出した。

医療法等改正案は、①検体検査の精度の確保②特定機能病院の見直し③医療の広告規制の見直し④持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長⑤その他一を内容とする。

施行は、公布の日から1年を超えない範囲で政令で定める日とされているが、①検体検査の精度の確保については公布から1年6カ月以内、④持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長は2017年10月1日からとなっている。

持分なし医療法人への移行計画認定制度の延長は、2017年度税制改正大綱で制度の3年間の延長と移行の際の法

人への贈与税の非課税が実現したことを踏まえ、移行計画の認定要件を見直した上で、認定を受けられる期間を2020年9月30日まで3年間延長する。

なお、すでに国会に提出されている介護保険法等一部改正案により、介護療養病床の見直しに伴う医療法改正が予定されている。介護保険法改正案に盛り込まれた医療法改正事項は、①介護医療院を医療提供施設として位置づける、②介護医療院を医療法人の業務範囲に追加、③医師の宿直規定の見直し、④医療機関から介護医療院に転換する場合の名称の特例、⑤基準病床制度における取扱い一がある。

医師の宿直規定の見直しは、併設病院の医師が介護医療院の入所者に対し、夜間・休日等の対応を行うことを可能とする。名称の特例は、病院または診療所から介護医療院に転換する場合は、

引き続き、病院または診療所と名乗れる経過措置を設ける。基準病床数の取扱いは、病院または診療所から転換した介護医療院については、第7次医療計画の計画期間中は入所定員を病床数とみなして既存病床数を算定する経過措置を設ける。

匿名加工医療情報の利活用図る

次世代医療基盤法案は、医療分野の研究開発に資する匿名加工医療情報に関する規定を定めることにより、健康・医療に関する先端的研究開発および新産業の創出を促進することを目的とするもの。匿名加工医療情報の作成作業を行う者を認定し、匿名加工医療情報の利活用の仕組みを整備する。

匿名加工情報とは、特定の個人を識別することができないように個人情報を加工して得られる個人に関する情報

であって、当該個人情報を復元することができないようにしたもの。匿名加工情報は、本人の同意なく第三者に提供することが可能だ。

法案は、個人の権利保護に配慮しつつ、匿名加工された医療情報を安心して円滑に利活用できる仕組みを整備する。高い情報セキュリティを確保し、匿名加工技術を有する者を匿名加工医療情報作成事業者として認定。医療機関は、患者本人が提供を拒否しない場合に、認定事業者に対して医療情報を提供できることができる。

認定事業者は、収集情報を加工し、医療分野の研究開発に供する。情報の収集加工提供に要するコストは、基本的に情報の利活用者が負担する仕組みとする。施行は、公布の日から1年を超えない範囲で政令で定める日とされている。

在宅医療・介護連携の推進で都道府県担当者会議を開催

厚労省 連携推進事業の手引きを改正

厚生労働省は3月6日、都道府県在宅医療・介護連携担当者会議を開催した。介護保険の在宅医療・介護連携推進事業の2016年度の実施状況調査や、同事業の手引きの改正案、2018年度からの第7次医療計画での在宅医療などを説明した。同省は、在宅医療・介護連携推進事業について、都道府県による市町村への支援を要請。保健所等を活用しながら県医師会など関係団体と

密接に連携して実施していくことが重要とした。

厚労省の調査によると、在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村は全1,741市町村の94.4%に当たる1,643となり、9割を超えた(年度内実施予定も含む)。同事業を構成する8事業の全てを実施する市町村は約1割の173に増加。未実施の市町村は98。

都道府県からの支援を希望する取組

みでは、病院や医師会など関係団体との調整を希望する市町村が69.4%、退院調整など広域的な連携の協議を希望する市町村が68.9%などとなっている。手引きの見直しでは、関係団体と地域の状況や事業の進捗状況を共有することなどを明確化することを示した。

厚労省は、地域医療構想による慢性期・在宅医療等の需給推計を踏まえ、①地域の医療機関で対応すべき在宅医

療ニーズ②目標とする提供体制一の考え方を第7次医療計画に記載することを説明。②について都道府県・市町村関係者による協議の場を設置して検討するが、形態などについては今後通知するとした。

第7次計画に盛り込む指標としては、医療サービスの実績に着目した指標や看取りに至る過程を把握するための指標などを検討しているとした。

2018年度介護報酬改定に向け5つの調査を実施

介護報酬改定検証・研究委員会

厚生労働省は3月13日に開かれた社会保障審議会介護給付費分科会の介護報酬改定検証・研究委員会(松田晋哉委員長)に、2017年度に実施する、2015年度介護報酬改定の効果検証などの5つの調査を説明した。厚労省は調査結果を9~10月に委員会および分科会に速報値を報告し、2018年度の介護報酬改定の検討に活用する考え。今後、分科会での議論・決定を経て調査を進める。

新たに実施する調査は、次の5つ。①医療提供を目的とした介護保険施設等の施設の役割を踏まえた利用者等へのサービスのあり方に関する調査、②

訪問看護のサービス提供の在り方に関する調査、③定期巡回・随時対応サービスを含む訪問サービスの提供状況に関する調査、④認知症対応型グループホームにおける医療の提供等に関する調査、⑤介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査。

このうち①施設の調査では、2015年度改定における老健施設の基本報酬や在宅復帰・在宅療養支援機能加算の見直しや、介護療養型医療施設での療養機能強化型の導入などの影響を調べる。さらに老健施設の中間施設としての機能や在宅復帰・在宅療養支援の機能、介護療養型医療施設等における重度者

一冊の本 book review

『病院再編・統合ハンドブック ~破綻回避と機能拡充の処方箋~』

編集●日経メディカル開発、東日本税理士法人
発行●日経メディカル開発

医師不足、人口減による患者減少、地域医療構想による病床数増減など、将来への危機感をもった病院同士が、「競争」から「協調」に向け連携と経営効率化を模索している中、本書は地域医療連携推進法人に関して事例を通して学べるものとなっている。

PART 1では、この法人制度の仕組みを解説するとともに、設立に向け動き出している各地のケースを紹介し、PART 2では、新公立病院改革ガイドラインの解説に加え、第1版で紹介した公立病院のその後の改革の動きが盛り込まれている。地域の中で医療機関として生き残っていくための一助としてぜひ参考にされたい。



の医療ニーズや医療・介護の提供内容の検証を行う。調査は老健施設と介護療養型、医療療養病床を対象とする。

②訪問看護の調査では、看護体制強化加算の創設など2015年度改定の影響

を把握。2018年度改定に向け、予防給付における訪問看護の利用者像及びサービス内容、ターミナルのサービス内容、介護との連携なども調べる。

2016年度 第12回常任理事会の抄録 3月11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。
北海道 社会医療法人医翔会札幌白石記念病院
理事長 野中 雅
神奈川県 医療法人社団守成会広瀬病院
理事長 廣瀬 憲一

他に退会が3会員あり、正会員は合計2,496会員となった。

準会員の退会が1件あり、準会員は合計80会員となった。

賛助会員の退会が1件あり、賛助会員は合計95会員となった。

【主な報告事項】

●審議会等の報告

「全国在宅医療会議ワーキンググループ」、「医療計画の見直し等に関する検討会」、「心血管疾患に係るワーキンググループ」、「准看協支援協議会」の報告があり、質疑が行われた。

●講習会、研修会について

「2025年に生き残るための経営セミナー第15弾「持分なし医療法人移行計画の認定制度」」、「平成29年度第1回特性要因図作成研修会」、「平成29年度第1回業務フロー図作成講習会」、「平成29年度第1回医療事故調査制度事例検討研修会」、「平成29年度医療安全管理者養成課程講習会」、「平成29年度第1回AMAT隊員養成研修(広島会場)」、「平成29年度第16回病院事務長研修コース」の概要が報告された。

●病院機能評価の審査結果について

□主たる機能(3rd G: Ver.1.0 ~順不同)

- ◎一般病院1
 - 埼玉県 東川口病院 新規
 - 鹿児島県 肝属郡医師会立病院 新規
 - 北海道 北見病院 更新
 - 北海道 札幌循環器病院 更新
 - 静岡県 川村病院 更新
 - 京都府 京都武田病院 更新
 - 徳島県 水の都記念病院 更新
 - 高知県 竹本病院 更新
- ◎一般病院2
 - 青森県 健生病院 新規
 - 山形県 日本海総合病院 新規
 - 東京都 公立昭和病院 新規

- 宮城県 総合南東北病院 更新
 - 宮城県 仙台オープン病院 更新
 - 山形県 三友堂病院 更新
 - 千葉県 柏厚生総合病院 更新
 - 神奈川県 総合高津中央病院 更新
 - 神奈川県 湘南鎌倉総合病院 更新
 - 宮崎県 潤和会記念病院 更新
 - ◎リハビリテーション病院
 - 埼玉県 希望病院 新規
 - ◎慢性期病院
 - 福島県 土屋病院 更新
 - ◎精神科病院
 - 福岡県 聖ルチア病院 更新
- 2月3日現在の認定病院は合計2,189病院。そのうち、本会会員は884病院と、会員病院の35.4%を占めている。

専門医制度の新整備指針運用細則を承認

日本専門医機構 総合診療専門医のプログラムも大筋合意



日本専門医機構(吉村博邦理事長)は3月17日に会見を開き、同日の理事会で専門医制度新整備指針の運用細則を承認したことを発表した。地域医療に十分に配慮しつつ、各領域学会の自主性と責任を重視し、柔軟な運用を行うという新整備指針の理念を担保する細則となっている。また、焦点の総合診療専門医のプログラム案も一部に詰めの作業を残しているものの、大筋で合意した。

運用細則では、前回の理事会までに了承されていた事項に加えて、研修プログラム制と研修カリキュラム制の関係などを新たに整理した。研修プログラム制は、決められたカリキュラムの下で、到達目標と計画を定め、専門医資格取得までの全過程を教育する仕組み。基本的に、中断はできない。これに対し、研修カリキュラム制は、教育課程の中断があっても、最終的に到達

目標に達すれば、資格受験の資格が得られる。

運用細則は、「1つ目の専門医取得における専門研修では、原則として研修プログラム制の研修とする」と明記。ただし一定の理由があれば、教育レベルが担保されることを条件に、「専門研修カリキュラム制を可能とする」とした。カリキュラム制を認める際の理由としては、①卒業後に、(へき地医療などの)義務年限を有する医科大学卒業生に必要と考えられる場合②地域医療に資することが明らかな場合③その他、出産、育児、留学など合理的な理由がある場合—をあげた。

地域医療への配慮など、その他の運用細則の事項については、これまでに合意した内容を明記している。

基幹施設の認定基準は、過去5年間の専攻医採用実績が350名以上の基本領域学会(現時点では、内科、小児科、

精神科、外科、整形外科、産婦人科、麻酔科、救急科)については、原則として都道府県ごとに複数の基幹施設を置く基準とする。専門医施設群の地理的範囲は、都道府県をまたがる施設群を可能とするが、原則、基幹施設と隣接した地域とする。遠方の病院と連携する場合は、十分な根拠を求める。

都市部への専攻医の集中を防ぐ

専攻医の都市部への集中を防ぐ対策としては、5都府県の各基本領域学会専攻医総数の上限を、原則、過去5年間の専攻医採用実績の平均値を超えないようにする。5都府県は、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡。「医師の全国数に対する割合が5%以上」を基準にした。ただし医師数が減少している外科、産婦人科、医師数自体が少ない病理、臨床検査は除外する。また、「ダブルボード」は、研修プログラム制と

研修カリキュラム制のいずれもでも可能とする。

総合診療専門医のプログラムも概ね決まった。内科、救急科、小児科、在宅を含む総合診療の研修を必須とする。1年目に内科を1年、救急科と小児科を3カ月ずつで1年半。その上で、「中小病院・診療所での在宅診療を半年～1年」と「大学病院等の総合診療を半年～1年」を合わせて、1年半以上とする。合計で3年以上となる。また、臨床研修で外科を受けていない場合は、外科研修を行うことが望ましいとした。ただ外科研修を必須とすべきとの意見が一部にあり、詰めの作業が残っている。

厚労省が受動喫煙防止対策を発表

自民党・たばこ議連は対案示す

受動喫煙防止対策を盛り込んだ健康増進法改正案の国会提出を予定している厚生労働省は3月1日、受動喫煙防止対策に関する厚労省案を発表した。多数の者が利用する施設など一定の場所での喫煙を禁止するとともに、違反者に罰則を適用する方針を打ち出した。

一方、自民党のたばこ議員連盟(野田毅会長)は3月7日に厚労省案の対案を公表。「喫煙を愉しむことと受動喫煙を受けたくないことはともに憲法に定める国民の幸福を追求する権利」とし、分煙の推進を基本理念としている。厚労省は、自民党の対案に反論するとともに、国民的議論が必要としている。

受動喫煙の防止が2003年に健康増進法の「努力義務」とされてから10年以上が経過するが、飲食店や職場における受動喫煙は依然として多い。このため厚労省は、「努力義務」としての取り組みは限界があるとし、多数の者が利用する施設など一定の場所での喫煙の禁止を義務付け、罰則を設ける案を示した。

特に健康上、配慮を要する利用者がいる医療機関や小中高校などは敷地内禁煙とする。老人福祉施設や大学、官公庁、バス・タクシー等は屋内・車内禁煙とする。

集会場や飲食店、事務所、鉄道などは屋内・社内禁煙としつつ、喫煙専用

室を設置することを認める。ただし、小規模(30㎡を想定)のバーやスナックなどは喫煙専用室がなくても喫煙を可とし、飲食店の一部で喫煙を認めた。

個人の住宅、旅館・ホテルの客室、老人福祉施設の個室は喫煙禁止場所としない。

施設などの管理権限を持つ者に対し、
◇喫煙禁止場所の位置の提示義務
◇喫煙禁止場所の灰皿などの設置の禁止義務
◇喫煙禁止場所での喫煙の抑制の努力義務—などを課す。利用者に対して、喫煙禁止場所での喫煙を禁止する。

厚労省は国民的議論呼びかける

一方、自民党・たばこ議員連盟の対

案は、厚労省案で敷地内禁煙としている医療機関や小中高校は、喫煙専用室・専用場所を設けることで屋内外ともに喫煙を認めることとした。屋内禁煙としている飲食店は、「禁煙・分煙・喫煙」の表示を義務化することで喫煙できることとする。職場については、不特定多数が出入りする施設ではないことから対象外としている。

これに対し厚労省は同日、会見を開いて反論。正林督章健康課長は「私どもの考え方とは隔たりがある。対案は、子どもやがん・喘息の患者、妊産婦、国民の8割におよぶ非喫煙者の健康が喫煙者の自由よりも後回しになっている。厚労省案をまとめたばかりなので、今の段階で歩みよりは考えていない。国民の間で広く議論をしてほしい」と述べた。

■ 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
第1回 AMAT 隊員養成研修 (広島会場)(60名)	2017年5月13日(土)、14日(日) 【TKP ガーデンシティ PREMIUM 広島駅前 3階】	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する。
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)	2017年5月25日(木) 【全日病会議室】	12,960円(17,280円) (税込)	5月30日の改正個人情報保護法の全面施行に向けて、個人情報保護委員会事務局の山本和徳参事官(予定)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」について講演を行う。参加者には「受講認定証」を発行する。
2017年度 第16回病院事務長研修コース (48名)	2017年5月～2018年1月 第1単位 【ホテルヴィラフォンティーヌ東京汐留】 第2単位～第8単位 【全日病会議室】	1カ年・全8単位 453,600円(561,600円) (税込)	病院事務長研修は今回で第16回目の開催。カリキュラムは、医療行政の動向や医療会計制度など多岐にわたり、約8カ月(月1単位、全8単位)かけて研修を行う。評価試験に合格すれば、「病院管理士」の認定が付与される。

一般社団法人 全日病厚生会の

病院総合補償制度

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

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

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

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