



全日病 ニュース 2018.12.15 No.931

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

医師への時間外労働の上限設定の枠組みを示す

厚労省・働き方改革検討会 地域医療の観点や医師の技能向上で特例

厚生労働省は12月5日の医師の働き方改革に関する検討会(岩村正彦座長)に、医師に対する時間外労働時間の上限設定に関する枠組み(骨格)を示した。「脳・心臓疾患の労災認定基準」の水準を考慮した水準を、全体が目指す目標とした上で、「地域医療の確保」と「一定の期間集中的に技能向上を必要とする医師」の観点で、特例を設ける。対象医療機関を特定し、勤務間インターバルなどを義務化する。

働き方改革による労働基準法改正で、36協定を結んだ特例での罰則付きの時間外労働の上限は年720時間、単月100時間未満(休日労働含む)、複数月平均80時間(同)となった。医師は例外とし、別に上限を省令で決め、2024年度から適用することになった。

今回、厚労省が示した大枠では、医療には24時間365日のニーズがあることから、休日労働込みの時間数として上限時間を設定するとした。その上で、「脳・心臓疾患の労災認定基準」を考慮した水準を示した。

労災認定基準は、2~6カ月の平均で月80時間以内(休日労働込み)であり、これは一般則を超える水準である

ことから、連続勤務時間制限や勤務間インターバルの確保を努力義務とする。また、月当たり時間数で上限を超えることは、医師による面接指導と、その結果を踏まえた就業上の措置を条件に認める。

このような一般の労働者に準じた上限を設け、できるだけ多くの医師が2024年から、この基準に適用されるよう、医師偏在対策や勤務環境改善策、タスクシフティング、タスクシェアなどを通じて、労働時間短縮に取り組むとの基本的な考え方が示されている。

特例では連続勤務時間制限など義務化

しかし、現状で約4割の医師が脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準である年間960時間を超える労働時間であることを踏まえ、対象を限定し、上限をより緩和した別の特例を二つ設けることを提案した。

一つは、「地域医療の確保」の観点から、対象医療機関を特定するもの。時間外労働の短縮に取り組むとしても、医師の養成に10年程度かかることも踏まえ、地域医療への影響を考えると、医師の労働時間を大幅に削減すること

は困難であるためだ。ただ、「経過措置」と位置づけた上で、将来的には、一般の労働者に準じた上限設定を目指すとしている。

一方で、対象医療機関に対しては、医師が6時間程度の睡眠時間を確保できるように連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇を義務化する。月当たり時間数の上限を超える場合は、医師による面接指導を実施し、健康管理の個別的なモニタリングを行うなど、就業上の措置を講じた。もう一つは、「一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師」に対するものだ。病院勤務医の勤務時間をみると、脳・心臓血管の労災認定基準の時間外労働の水準の倍である年間1,920時間を超える医師の約半数が20代・30代が占め、同じく3倍の年間2,880時間を超える医師の約6割弱を20代・30代が占める。

若年世代に勤務負担がかかっていることの現われである一方、医師のキャリアパスを描く時期でもあり、研修期間の労働時間を無理に短縮すれば、一定の知識・手技を身に付けるための必要な診療経験を得るための期間が長期化するおそれがある。これは、医師養成の遅れにつながり、引いては医療の質と医療提供体制への影響が懸念されるとした。

このため、医療の質の維持・向上の観点から、本人に申し出に基づき、特例を設ける。特例が受けられる医療機関は特定し、時間外労働の水準は随時検証していくと



限や勤務間インターバルの確保などの義務化、月当たり時間数の上限を超える場合の措置は、地域医療の確保の観点から講じる特例と同様とする。

これらの医師の時間外労働の設定の骨格に関し、様々な意見が出たが、岩村座長(東京大学大学院教授)は「共通の認識が得られつつある」と述べ、この骨格に沿って、厚労省に具体的な上限時間の特例を示すよう促した。厚労省は、年内の検討会で具体的な上限時間を示し、年内の骨子とりまとめを目指す。

ただ、労働組合の委員からは「違和感がある」(村上陽子委員・日本労働組合総連合会総合労働局長)や「過労死ラインを超える基準設定はおかしい」(森本正宏委員・全日本自治団体労働組合総合労働局長)との慎重意見が出ている。

睡眠の重要性の観点から病院に周知

同検討会は同日、これまでの議論で長時間労働の医師の健康確保において、睡眠の重要性を確認したこと、「医師の労働時間短縮」に向けた取組みに関し、改めて周知する内容を了承した。3点を睡眠確保の観点から、追加している。

◇当直中のタスクシフティングを進め、医師がまとまった仮眠を取りやすくする◇既存の産業保健の仕組みを活用し、特に仮眠が取れていない医師をスクリーニングし、その健康状態を踏まえ、勤務において配慮する◇長時間の連続勤務にならざるを得ない場合でも、医療機関の状況に応じて、当直明け負担軽減、勤務間インターバル確保などで、その後にとまった休息を取らせ、疲労を回復できるようにする。

厚労省は今年3月に現行制度でも取り組める医師の労働時間短縮のための緊急的な取組みとして、①労働時間管理の適正化②36協定等の自己点検③既存の産業保健の仕組みの活用④タスクシフティングの推進⑤女性医師への支援⑥医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組み一をあげている。

このため、医療の質の維持・向上の観点から、本人に申し出に基づき、特例を設ける。特例が受けられる医療機関は特定し、時間外労働の水準は随時検証していくと

上限時間数と上乗せ健康確保措置の骨格(イメージ)

【達成を目指す水準】

【(1)地域医療確保の観点から検討するもの ※対象は限定】

【(2)医療の質の維持・向上の観点から検討するもの ※対象は限定】

医療機関において患者に対する診療に従事する医師について、脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準も考慮した水準

医療機関において患者に対する診療に従事する医師について、地域医療提供体制の確保の観点から、時間外労働の上限時間数についての経過措置 ※対象医療機関を特定。 ※将来的には「達成を目指す水準」に。

一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師について、「達成を目指す水準」より高い別の水準 ※対象医療機関を特定し、本人の申し出に基づく。 ※水準は随時検証していく。

月当たり時間数の上限を超える場合 面接指導→就業上の措置(いわゆる「ドクターストップ」)

月当たり時間数の上限を超える場合 面接指導→就業上の措置(いわゆる「ドクターストップ」)

月当たり時間数の上限を超える場合 面接指導→就業上の措置(いわゆる「ドクターストップ」)

連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇のセット(努力義務) ※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇のセット(義務)

連続勤務時間制限・勤務間インターバルの確保・代償休暇のセット(義務)

※一般則としては、労働安全衛生法に基づき、健康診断の実施、長時間労働者(月時間外労働80時間以上の者であって申し出た者)に対する医師による面接指導、ストレスチェックの実施義務等がある。

地域医療の危機を伝え、行動に移す方策で方向性

厚労省・医療のかかり方懇談会 伝わらない人にどう伝えるか

厚生労働省の上手な医療のかかり方を広めるための懇談会(渋谷健司座長)は12月6日、同懇談会が「医師の働き方改革に関する検討会」に提案する内容の方向性をまとめた。

救急医療の現場など地域医療が危機的な状況であることを国民に知らせ、理解を得て、行動に結びつけるための方策とする。伝え方の重要性を強調し、市民、民間、医療提供者、行政それぞれに対して、取り組むべき事項を示している。

これまでの議論で同懇談会は、医療に関する様々な情報が氾濫する中で、高齢者や子どもをはじめ、自らの心身の状態に最適な医療を選択し、円滑に医療従事者とコミュニケーションし、協働する関係性を築くことができる環境を整備することが重要との見方で一致している。有限な社会資源である医療機関や医療従事者に過重な負荷を与え続けられれば、地域医療が崩壊し、国民自身が不幸になるとの危機感も共有した。

しかし、普段医療にあまり縁のない人や忙しい人は関心を持つのが難しく、望ましい行動への知識や危機感が伝わらない。上手な医療のかかり方を浸透させるため、関係者それぞれの取組みをまとめることになった。

例えば、市民に対しては#8000(子ども医療電話相談事業)や#7119(救急相談センター)の周知やセルフメディケーションの心がけ、民間に対してはAIを活用した相談アプリの開発やユーザーフレンドリーなまとめサイ



トの作成などをあげた。医療提供者に対しては、待合室や健診の場などを活用した上手な医療のかかり方の啓発や患者相談体制構築のための関係者の連携などを求めた。行政に対しては、信頼できる医療情報サイトや患者相談体制の認証や支援、医師の健康管理や労務管理の徹底などを列挙している。

医師少数区域の設定や医師確保策を整理

厚労省・医師需給分科会

地域枠の調査結果も公表

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(片峰茂座長)は11月28日、新たな医師偏在指標により設定する医師少数区域と医師多数区域の関係や、医師偏在是正の手法を整理した。医師多数の都道府県が県内の医師少数区域に医師を派遣する場合、県内で医師を確保し、他の都道府県から引き抜かないようにする。

都道府県が2020年度から始める医師確保計画においては、医師偏在を解消するため、全国335の二次医療圏のうち、医師が相対的に少ない「医師少数区域」と医師が相対的に多い「医師多数区域」を設定し、医師少数区域に対する医師確保策を図る。同様に、都道府県単位である「医師少数三次医療圏」と「医師多数三次医療圏」も設定する。

医師の多寡を判断する指標は、これまで用いていた単純な「人口10万対医師数」が、偏在状況を十分に反映した指標になっていないことから、様々な要素を織り込み、新たに開発した医師偏在指標を用いる。具体的な割合はまだ定まっていないが、医師偏在指標の下位〇%を下回れば医師少数区域、上位〇%を上回れば医師多数区域となる。それ以外は、医師中程度区域となる。

医師確保対策の目的は、医師少数区域と医師少数三次医療圏の医師を増やすことにあり、医師の多いところから医師の少ないところに医師を移動させるのが基本だ。その場合に、例えば、医師多数三次医療圏の医師少数区域に、

他の都道府県から医師の派遣を募ることのないよう、各区域の場合分けを行う必要が出てくる。同日の検討会では、医師の派遣などにより、医師の確保ができる医療圏・区域を整理した。

具体的には、医師少数三次医療圏は、医師派遣を他の医師多数三次医療圏に要請できるが、医師多数三次医療圏はできない。医師中程度三次医療圏は、「必要に応じて」できる。同様に、医師少数区域は、他の医師少数区域に医師派遣を要請できるが、医師多数区域はできない。医師中程度区域は、「必要に応じて」できる。ただ、医師多数三次医療圏・区域であっても、個別の医療機関が医師を確保することは妨げない。

医師不足については、現時点で不足している「短期」と将来的に不足する「長期」の時間軸の違いもあり、それに応じて対策も異なる。短期的には、医師派遣や様々な定着促進策が重要になるが、長期的には、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠など養成段階での対策が重要になるとした。

また、二次医療圏よりも小さい「医師少数地区」も設定し、医師確保策を図る。離島や山間部のへき地など無医地区、準無医地区に対応するためだ。全日病副会長の神野正博委員は、「医師少数地区は、患者少数地区でもある。医療ニーズが少ないところでは、(医師の派遣だけでなく)診療科の見直しや遠隔医療などもう一工夫ないと、医

療機関の診療が成り立たない」との懸念を示した。

医師確保計画に盛り込む医師偏在対策を実効性あるものにするため、国の支援を含め、都道府県の体制を整える必要がある。都道府県において、具体的な対策は地域医療対策協議会で協議し、案を作成する。案は都道府県医療審議会の意見を聴いた上で決定する。医師確保計画に目標医師数を定め、計画終了時に医師偏在指標の値で達成度を評価する。

厚労省は、地域住民に対する情報提供の観点から、地域の医師偏在の改善状況を国が可視化し、公表するとの考えも示した。

地域枠は「手挙げ方式」で離脱多い

厚労省と文部科学省による地域枠の現状の調査結果が示された。地域枠では、特定の地域と診療科の両方で診療義務があるが、2018年度の1,197人の地域枠学生のうち、実際には地域枠とは言えない形で入学が少なくない「手挙げ方式」で選抜された地域枠学生が461人であることがわかった。厚労省は医師不足対策による臨時増員では、「別枠方式」で地域枠の医師を確保するよう、都道府県に10月25日付けで通知している。

地域枠での選抜では、「別枠方式」と「手挙げ方式」がある。「別枠方式」は、一般枠とは別枠で選抜する方式で、一般枠より前に入試を行う「先行型」と



同時に実施する「区別型」がある。「手挙げ方式」は一般枠と共通で選抜するもので、事前に地域枠と一般枠の希望を区別する「事前型」と入学後に地域枠を募集する「事後型」がある。

2008年度からの臨時増員の通算で、奨学金が貸与されず診療義務が発生しなかった学生は「別枠方式」で5%(291人)、「手挙げ方式」で31%(1,172人)だった。さらに、奨学金を返済し、地域枠から離脱する学生は「別枠方式」で6%(100人)、「手挙げ方式」で16%(152人)と見込まれた。離脱者は特に、「手挙げ方式」の「事後型」で多く、106人と推測される。

多くの場合、地域枠は一般枠よりも偏差値が低くなるため、大学側には一般枠で選抜したいインセンティブが働く。しかし厚労省は、地域枠の名目で定員を増やし、結果的に、地域枠ではなく、一般枠の定員が増えることは、一連の医師不足対策の趣旨として、不適切との見解を示している。

奨学金の貸与実績が悪く、地域枠の充足率がゼロ%の大学は、帝京大学(福島)、北里大学、近畿大学(大阪、奈良)、岡山大学、鳥取大学、久留米大学だった。これらの大学は臨時増員が1~5人で少ないが、臨時増員が多く、充足率も低い大学としては、東北大学(充足率52%)、山形大学(同52%)、筑波大学(同64%)、千葉大学(同20%)、長崎大学(同57%)がある。

患者申出療養でインフィグラチニブ経口投与を承認

厚労省・患者申出療養評価会議

救済的措置で実施

厚生労働省の「患者申出療養評価会議」(福井次矢座長)は11月22日、「線維芽細胞増殖因子受容体に変化が認められる進行固形がんを有する日本人患者を対象としたインフィグラチニブ経口投与の長期安全性試験」を患者申出療養として承認した。実施医療機関は名古屋大学医学部附属病院。保険給付されない費用は77万2千円、保険給付される費用は10万5千円、自己負担は4万5千円となっている。

患者申出療養は、保険診療と保険外診療の併用を認める保険外併用療養の一つ。先進医療や治験の適格基準を満たさない患者などに、一定の安全性・有効性が確認された医療について、患者の申出を起点として、国に申請し、臨床研究中核病院などで実施される。

今回の事例では、国内で日本人6名に対し、FGFR陽性進行固形がんの治療でインフィグラチニブ(ノバルティスファーマ)の治験を行ってきたが、12月で国内治験(第I層試験)が終了した。1人が継続投与を希望し、患者申出療養を申請した。

現時点で、海外でも薬事承認はされておらず、有効性・安全性の確認は不十分な状況だが、患者への救済措置として、認めることになった。目的は、「インフィグラチニブの長期投与における安全性評価」、評価項目は「高リン酸血症の長期投与における推移、および晩期毒性」としている。

がん遺伝子パネル検査に対応

がん遺伝子パネル検査により、効果

が期待できる治療薬を患者申出療養で早期に受けられる体制を整えることも決まった。がん遺伝子パネル検査を実施する医療機関に、患者申出療養を実施する臨床研究中核病院を周知し、準備を整えることで、審査に数カ月かかる従来に比べ、申出から治療開始までの期間を短縮する。

先進医療で実施されているがん遺伝子パネル検査では、最新の解析技術を用いて、がん細胞に特異的な遺伝子の異常を網羅的に調べ、特定の遺伝子異常に応じた最適な治療法を考案することができる。治療薬は、保険外の治療薬であれば、先進医療や治験の仕組みがあるが、適格基準を満たさなければ、治療を受けられないため、患者申出療養が選択肢になる。



今回の対応では、がん遺伝子パネル検査の結果、既承認薬として、固形がん約10種類の遺伝子異常と、それに対応する約20種類の分子標的薬の適応外使用を想定した患者申出療養とする。

具体的には、早期に治療が受けられる体制として、①研究計画書をあらかじめ作成し、患者申出評価会議で承認を得る②臨床研究中核病院で研究計画書を共有する③患者の同意を得た上で症例データを一時保存する一などの対応を図る。

ACPの愛称は「人生会議」に決定

厚労省・ACP愛称発表会

11月30日は看取りの日

厚生労働省のACP愛称選定委員会(内多勝康座長)は11月30日、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の愛称を「人生会議」とすることを発表した。11月30日を「いい看取り・看取られ」の日とすることも決定。人生の最終段階の医療・ケアを家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取組みが、国民に普及していくことを目指す。

「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」が10年ぶりに、「人生の最終段階における医療の決定プロセスガイドライン」を改訂し、ACPの重要性を明確化した。ただ、国民への普及は不十分で、ACPの概

念を広めるための愛称を募集することになった。募集は8月13日から9月14日までの一カ月。1,073件の応募があり、選定委員会で議論し、「人生会議」を委員の総意で選んだ。

「人生会議」で応募したのは、聖隷浜松病院の看護師である須藤麻友さん。救急医療の現場で、人生の最終段階の医療・ケアに接する中で、「『縁起でもない』と話題を避けるのではなく、元気なときから、家族・大事な人と繰り返し話し合っておくことが大事」との気持ちを込めたことを伝えた。

選定理由としては、「意味が明確な単語の組み合わせにより、日常会話に

浸透していくことが期待できる。家族等、信頼できる人たちと輪を囲んで話し合う、といったイメージが湧く」とした。

発表会では、大口善徳厚生労働副大臣が挨拶。「国民一人ひとりが自らの望む医療・ケアを人生の最終段階で受けられるよう、ACPの取組みが国民に広まり、根付くよう愛称を募集した」と述べた。厚労省は今年度、リーフレットの作成などで普及に努めているが、来年度予算でも予算要求を行っている。

選定委員会のメンバーは、内田勝康・元NHKアナウンサー、小藪千豊・タレント、紅谷浩之・オレンジホームケ



アクリニック代表、鈴木美穂・マギーズ東京共同代表理事、樋口範雄・武蔵野大学法学部特任教授、松原謙二・日本医師会副会長、新浪剛史・サントリーホールディングス代表取締役社長。

経済財政諮問会議の民間議員でもある新浪社長は、「諮問会議で財政の観点から終末期医療が話題に上ることがあった。私は、QOLの観点でACPの重要性を認識し、発言した。今後は財政の観点で議論されることはないと思う。社員の7割が両親の看取りに不安を抱いており、企業としても重要な課題であると考えている」と発言した。

患者の意思を尊重した終末期医療を目指して

ホスピタリティジャパン2018

木村常任理事がセミナーで講演

病院・福祉設備機器の展示会ホスピタリティジャパン2018が11月20～23日に東京・有明のビッグサイトで開かれ、木村厚常任理事が21日に終末期医療をテーマに、会場内のセミナーで講演した。木村常任理事は、終末期の医療に対する関心が高まっていることを指摘。全日病の「終末期医療に関するガイドライン」を説明して、終末期の迎え方について、国民・患者の理解を求める活動が必要だと強調した。セミナーは、全日病と日本医療法人協会の共催となっている。

かつての終末期医療は、1分1秒でも長く生きることが最良とされ、スパゲティ状態で、意識がなのまま病室で亡くなるが多かった。木村常任理事は、「あまり苦しまずに尊厳を保った亡くなり方を望む人が増えている。多死社会を迎え、終末期の過ごし方を考えなくてはならない時代になった」と述べ、終末期医療に対する国民の意識が変わってきたことを指摘した。

木村常任理事は、終末期医療をめぐる国際的な状況を説明。世界医師会が1981年の総会でリスボン宣言を採択し、患者の権利を認めて尊厳死(消極的安

楽死)を容認することを確認した。その後、世界的に尊厳死や在宅死など本人の希望を尊重する動きが広がっている。

日本医師会においても1992年にリビングウィルで患者が尊厳死を希望していれば積極的な延命治療を中止してよいとする報告をまとめている。しかし、リビングウィルが作成されることは少なく、患者の意思を尊重した終末期医療が一般に普及しているとは言えない。

終末期医療の選択において、まず尊重されるのは本人の希望だが、本人の意識がなかったり、事前に意思を示していない場合は、家族に判断を求めることになる。しかし、独居の高齢者や、家族がいても遠くにおいて判断できない場合などは難しい状況になる。

終末期医療について日常的に考えたり、家族と話し合ったりする機会は少ないのが現状であり、医療現場で対応に苦慮することも少なくない。「家族が連絡を拒否するケースもある。家族全員の意向を確認することは困難なことも多い」(木村常任理事)。

こうした状況を踏まえて、全日病は2016年11月に「終末期医療に関するガ

イドライン」をまとめ、患者の意思を尊重した終末期医療の選択について指針を示した。木村常任理事は、ガイドラインの内容を説明し、「遠くの親戚より近くの他人ということもある。代理人を決めて任せられるようにすることも大事」と述べた。

2018年度の診療報酬・介護報酬改定では、終末期においてACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考え方に基づいて対応した場合の点数が設定された。ACPとは、将来の医療およびケアについて、本人を主体に家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い、本人の意思決定を支援するプロセスのことで、本人の人生観や価値観、希望に沿った医療およびケアを具体化することを目標としている。

木村常任理事は、生前の意思表明の重要性を国民に知ってもらう活動が必要であることを指摘するとともに、終末期医療については、画一的な法制化は望ましくないとする全日病の立場を説明した。

全日病・日本医療法人協会の共催セミナーでは、このほかに下記の講演が行われた。



◇医療と介護の連携における介護医療院の役割を考える＝全日病常任理事 土屋繁之

◇平成30年度診療報酬改定について＝全日病医療保険・診療報酬委員会委員 杉村洋祐 福井聡

◇医師の偏在と働き方改革から見えてくるこれからの医療の在り方＝国際医療福祉大学赤坂心理・医療福祉マネジメント学部長 高橋 泰

◇ICTを使った治し支える医療への転換を本格化＝全日病副会長 織田正道

◇医療機関の消費税問題－10%引き上げへの対応＝日本医療法人協会会長代行 伊藤伸一

◇4月診療報酬改定の影響予測＝石井公認会計士事務所所長 石井孝宜

◇医療現場での働き方改革と病院給食＝日本医療法人協会副会長 小森直之

薬価と実勢価格との平均かい離率は約7.2%

中医協・総会

来年度予算の社会保障圧縮財源に

厚生労働省は12月5日の中医協総会(田辺国昭会長)に、今年9月分の医薬品価格調査と特定保険医療材料価格調査の速報値を発表した。薬価の平均かい離率は約7.2%、保険医療材料は約4.2%だった。今回の結果を基に、消費税10%の消費税負担の対応を実施する。消費税が上がる来年10月に、実勢価格に基づく、価格引下げを行った上で、消費税2%分の補てんを行う方向だ。実勢価格に基づく引下げ財源は、2019年度予算の社会保障費圧縮の財源として使われ、2020年度診療報酬改定の財源とはならない。

今回の調査結果は、2018年9月取引分について、販売側から11月6日までに報告があったものの集計結果。保険医療材料は、ダイアライザー、フィルム、歯科材料、保険薬局調査分以外は、5～9月分の取引分となっている。

医薬品を投与形態別にみると、全体の6割を占める内用薬の平均かい離率

は8.2%、3割を占める注射薬は5.2%、1割を占める外用薬は6.6%である。なお、全体の0.1%である歯科用薬剤は▲5.7%と、逆ザヤが生じている状況だ。内用薬で特にかい離率が大きいのは、血圧降下剤(11.7%)、消化性潰瘍用剤(10.8%)、高脂血症用剤(12.2%)である。

また、後発医薬品の数量シェアも報告され、約72.6%だった。数量シェアの新指標では、後発品の数量を、後発品のある先発品の数量と後発品の数量を足した数量で、除した数値である。政府は2020年9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とすることを目標としている。

医療機関の消費税問題で猪口会長発言

同日の総会では、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)がまとめた診療報酬の消費税負担対応分の「議論の整理」を了承

した。全日病会長の猪口雄二委員は、「消費税を5%から8%に上げた2014年度の対応では、検証間違いがあり、補てん不足が長く放置された。今後は、できるだけ早く定期的に報告するとともに、第三者が検証できるよう補てんの手法の詳細を明らかにしてほしい」と要望した。

手続き遺漏のDPC病院にペナルティ

DPC対象病院の病床数変更の報告に関しては、今回の承認病院の中で、手続きで定めた申請に遅れがあったことから、今後、DPC対象病院の合併・分割等に関する手続きに遺漏があった場合に、何らかのペナルティを設けることを決めた。

DPC対象病院は、変更年度の前年度10月1日時点における対象病床数を基準として、①合計200床以上の増減があった場合②2倍以上または2分の1以下となる場合に、変更後もDPC



制度への継続参加を希望するならば、申請し、中医協で審査を経なければならない。

今回、3件の病床数の変更案件を承認したが、うち2件で手続きに遅れがあった。遅れがあったのは、重井医学研究所附属病院(岡山県)と一般財団法人防府消化器病センター防府胃腸病院(山口県)。重井医学研究所附属病院はDPC対象病床数を80床から40床に減らした。防府消化器病センター防府胃腸病院はDPC対象病床数を120床から60床に減らした。

一方、独立行政法人地域医療機能推進機構さいたま北部医療センターは、来年5月の病床数変更で、期限通りに申請し、承認を得た。DPC対象病床数が118床から54床になる。

ICERによる価格調整は段階的な方式に

中医協・費用対効果評価専門部会合同会議

3段階で価格引下げの方向

中医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合同部会(荒井耕分科会長)は12月5日、医薬品などへの費用対効果評価の本格導入の仕組みにおけるICER(増分費用効果比)を用いた価格調整は、連続的ではなく、段階的な数値とすることで概ね合意を得た。

イメージ案では、ICER(万円/QALY)が500～750万円、750～1,000

万円、1,000万円超の3段階で価格を引き下げる。試行的導入では、1,000万円以上で加算部分に関し、9割を減額対象とした。

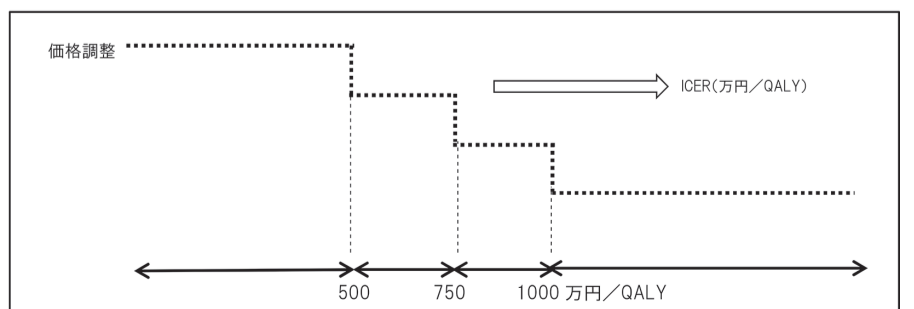
ICERは、既存薬と比べて、QALY(質調整生存年)を1年延ばすという効果に対する追加的な費用を計算するもの。ICERの値に応じて、価格調整の割合を決定する。ICERの値が一つの値に定まれば、それに定めた価格調整の割合も定まる。しかし、ICERが一つの値に定まらず、一定の幅の複数の値になる場合、価格調整の調整率も一定幅になってしまう。

今年度実施した試行的導入においても、ICERが一つの値に定まらなかった。厚生労働省の専門組織と企業の分析に違いが生じたという理由もあるが、

同じ分析主体であってもデータは複数あり、ICERが一定の幅になりやすいことが確認されている。

価格調整の方法を段階的にすれば、一定の幅であっても、同じ価格調整の水準に収まり、価格調整の調整率を決定できる。国立保健医療科学院の福田

価格調整の方法(案)



敬研究代表者による「費用対効果評価における科学的な事項の検討」の報告では、オーストラリアでは、各品目の評価結果を3万豪ドル(約245万円)の幅で公表しているという。

ただし、段階的な方法を用いても、一定の幅が階段の段差の部分を超えて、跨いでしまう形になる場合は、調整率を決定できなくなるので、その取扱いは、今後の課題とした。その上で、これらの提案について、委員から概ね合意を得た。

【訂正】全日病ニュース12月1日号(No.930)4ページの看護師特定行為研修委員会「地域包括ケアの中で、近未来へ投資せよ」の記事中、左から2段・下から3行目「山形県」とあるのは、「秋田県」の誤りでした。お詫びして訂正します。

控除対象外消費税問題の抜本解決を改めて求める



四病協・総合部会

来年の大型連休における医療体制の確保で要望へ

四病院団体協議会は11月28日に総合部会を開き、来年度の税制改正をめぐる議論が大詰めを迎えていることから、控除対象外消費税問題の抜本的解決を求めて、関係方面への働きかけを強めることを確認した。

四病協は三師会と共同で、8月29日に控除対象外消費税問題の解決に向けて新たな税制上の仕組みを求める提言を公表し、その実現に向けて関係方面に働きかけてきた。与党の税制改正大綱が12月12日にまとまる見込みであり、この問題をめぐる議論が大詰めを迎えていることから、病院団体としての立場を再度、強調しておく必要があると判断。この時期に四病協・三師会の提言の実現を求めて要望を提出することを決めた。

総合部会終了後の会見で日本医療法人協会の伊藤伸一会表代行は、「医療機関の補てんのバラつきに対応できる新たな仕組みが実現することを強く期

待する」と述べ、税制上の対応を求めた。**控除対象外消費税の解決待たなし**

消費税率10%への引上げが来年10月に予定される中で、医療機関経営に大きな負担となっている控除対象外消費税問題の解決は待たなしとなっている。この問題で、医療界が一致団結して対応することが必要との考えから、四病協と三師会は8月に共同提言をまとめた。その内容は、診療報酬による補てんの仕組みは維持した上で、個別の医療機関ごとに診療報酬本体に含まれる消費税補てん相当額と個別の医療機関が負担した控除対象外仕入れ税額を比較し、申告により補てんの過不足に対応する仕組みの創設を求めるというもの。

一方、2014年に消費税率が5%から8%に引き上げられた際に、診療報酬の補てん率の計算にミスがあり、とくに病院においては大きな補てん不足であったことが7月に発覚した。これを

受けて中医協の「医療機関における消費税負担に関する分科会」が計算ミスの原因究明と診療報酬による補てんの改善策を検討した結果を11月21日に審議報告にまとめ、12月5日の中医協総会に報告し、了承を得た。同分科会は、診療報酬による補てんの改善策を示す一方で、診療報酬による対応には限界があることを確認している。

四病協は、こうした状況を踏まえ診療報酬による対応に留まらず、税制上の対応を図ることが抜本解決に不可欠であるとし、四病協・三師会の提言の実現を求める立場を確認した。

大型連休中の医療体制に懸念

また、総合部会では、来年5月の天皇陛下の即位に伴う大型連休(10連休)における医療体制の確保に懸念があるため、厚生労働省に対応を求めるとを確認した。

「天皇の即位の日及び即位礼正殿の

儀の行われる日を休日とする法律案」が国会に提出され、これにより即位の日(5月1日)が休日になることに伴い、来年のゴールデンウィークは10連休となる。10日間連続の休日となることにより、医療体制の確保に懸念があることから、医薬品の供給や災害時の対応などで齟齬が起きないように通知を发出するなど地域における医療体制の確保について厚生労働省に要望していくこととした。

このほか、総合部会では、2020年4月に民法の一部改正が施行され、保証に関するルールが変更されることについて、法務省民事局の担当者から説明をきいた。新たなルールによると、個人の根保証契約において極度額(限度額)の定めのないものは無効となるが、入院する際の保証人の書類など病院運営にかかわる部分があることから、医療現場の実情を踏まえた対応を求めることとした。

法人税の税額控除では病院に不公平生じる

日病協・代表者会議

控除対象外消費税への対応

日本病院団体協議会は11月30日に代表者会議を開いた。会見で山本修一議長(千葉大学医学部附属病院長)は政府与党の税制改革論議が本格化する中で、診療報酬の補てんによる精緻化だけでは、病院の控除対象外消費税の問題を解決できないと強く訴えた。さらに、法人税の税額控除が提案されていることに対しては、公立・公的・学校法人・社会医療法人などは非課税であり、恩恵を受けることができず、不公平になることを強調した。

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では、来年10月の消費税10%に向けた対応として、診療報酬での補てんを精緻化する手法で合意を得た。ただ、それは病院の種別ごとの精緻化であり、個々の医療機関のばらつきは残る。

四病院団体協議会・三師会の提言では、診療報酬による補てんとあわせて、税制上の仕組みが必要と主張しており、今回もその提言に沿って、四病協・三師会の働きかけと歩調を合わせて、政

府与党に訴える形とした。

抜本的な改革は今回も難しいとの憶測が流れている。対案として、法人税の税額控除の拡充などが議論に上っている。しかし、公立・公的・学校法人・社会医療法人など公益性が高く、地域医療確保の中核を担う医療機関はその恩恵を受けることができない。日病協は、すべての医療機関が不公平にならない実効性のある対応を求めた。

また、天皇陛下の即位の日の来年5月1日を含む10日間が大型連休になることから、病院としてどう対応するかが四病協と同様に、議論になった。大

型連休中に、通常通り診療する場合、人員には割増賃金や代休が発生し、卸売業者が休業中に、医薬品の在庫が切れる可能性もある。診療実施日とすれば、休日加算が算定できないことを問題視する意見も出ている。これらの問題を引き続き議論する必要があるとの認識を共有した。

医師の働き方改革に対しては、時間外労働とは切り分ける「研鑽」の取扱いについて、上司が個別に判断し、厳格に時間管理する方向で、厚生労働省の検討会での議論が進んでいる。しかし、山本議長は、「(時間外労働の判断で)現場が混乱しないよう、簡便な方法で対応できる具体策を示してほしい」と述べた。

控除対象外消費税問題解消に向けての考え方

日本病院団体協議会

- 控除対象外消費税の診療報酬への転嫁は、基本診療料・調剤基本料へのきめ細やかな配分により精緻に行い、定期的に検証することは当然である。
- 同時に、個別医療機関に生ずる補填のばらつきを診療報酬のみで対応することは困難であることは、周知の事実である。医療界は個々の医療機関に対応可能な新たな仕組みを創設することで合意し、要望を一本化していることから、病院団体は、すべての医療機関に公平な新たな仕組みが作られ、その速やかな実現を強く要望する。
- 法人税によって控除対象外消費税を控除する方式は、公立・公的・学校法人・社会医療法人等、公益性が高く、地域医療確保の中核をなす医療機関が対応できず、その存続が極めて困難となることは明白である。したがって、すべての医療機関が不公平にならないような実効性のある対策が必用である。
- これらの対応が実現しない場合には、今後も継続的に医療機関に係る控除対象外消費税問題の抜本的な解決に向けて、引続きの検討とする。

一冊の本 book review

医療4.0

第4次産業革命時代の医療

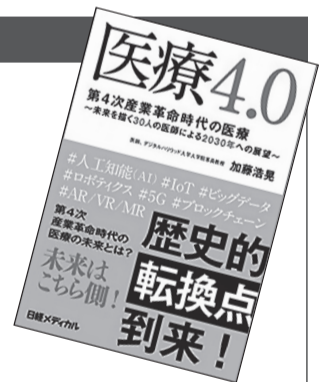
～未来を描く30人の医師による2030年への展望～

著者●加藤浩晃

発行●日経 BP 社

定価●2,300円+税

第4次産業革命によって医療界にも大きな変革の波が押し寄せようとしている。今春の診療報酬改定において、遠隔診療がオンライン診療という形で評価され、手術支援ロボット「ダヴィンチ」を用いたロボット支援下内視鏡手術も保険適用されるなど、制度面からも少しずつ対応が始まっている。この変革の先にあるのはどのような未来だろうか。本書では、日本の医療を取り巻く現状と医療におけるテクノロジーを概観したうえで、イノベーターでもある30名の現役医師が12年後の2030年の世界に向けてどのような活動を行っており、どのような未来を思い描いているかを示している。病院の未来を思い描き、新たな世界に対応していくために読んでほしい一冊。



■ 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19弾 2025年に生き残るための経営セミナー「どうなる! 医師の働き方改革」(200名)	2019年1月24日(木) 【全日病会議室】	8,640円(16,200円) (税込)	2017年3月の「働き方改革実行計画」を踏まえ、医師の長時間労働の是正に向け、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」が年内に骨子をまとめる。その内容を厚生労働省担当者が解説するとともに、関係者によるパネルディスカッションを行う。
第2回「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」(150名)	2019年1月24日(木)、25日(金) 【TKP ガーデンシティ福岡渡辺通】	16,200円(21,600円) (税込) (資料代、昼食代含む)	診療報酬の「認知症ケア加算2」の施設基準に対応する研修会として開催する。研修プログラムの一部は「厚生労働省 病院看護師のための認知症対応力向上研修」に該当する。2日間の参加で「病院看護師のための認知症対応力向上研修会」と「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の受講修了証を発行する。
病院医療ソーシャルワーカーと多職種で取り組む入退院支援研修会(90名)	2019年1月26日(土)、27日(日) 【AP 市ヶ谷】	21,600円(29,160円) (税込) (資料代、昼食代含む)	日本医療社会福祉協会との共催で、病院施設の医療ソーシャルワーカーを含めた多職種を対象に、院内外連携ワークショップ形式の研修会を開催する。2日間の参加で「受講修了証」を発行する。日本医療社会福祉協会の認定する認定医療社会福祉士のポイント認定対象になる。