



全日病 ニュース

2019.5.15

No.940

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

地域医療構想、働き方改革、偏在対策の三位一体

社保審・医療部会

2040年を展望し医療提供体制を改革

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は4月24日、医政局の検討会が最近まとめた報告書などをめぐり議論を行った。厚生労働省は、①地域医療構想の実現②医師・医療従事者の働き方改革③医師偏在対策を三位一体の改革と位置づけ、医療需要が急激に増大する2025年を経て、支え手不足が深刻な人口減少社会への対応が求められる2040年を展望した医療提供体制改革を進める方針を明確にした。

同日は、①地域医療構想に関するワーキンググループがまとめた地域医療構想推進のための「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理(たたき台)」②医師の働き方改革に関する検討会の報告書③医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会がまとめた「第4次中間取りまとめ」が報告された。2040年を展望し、2025年までにこれらを三位一体で推進するとした。

見取り図はできたものの、これらを実現するには病院を中心とする関係者の多大な労力と意識改革が求められる。行政の体制整備も課題だ。

委員からは、「地域医療構想と働き方改革と医師偏在対策が相互に関連し、多元連立方程式を解くような状況だ。しかも状況は地域ごとに異なる。これ

までにない取組みだ」と実現の難しさが指摘された。また、「地域に派遣できる厚労省の担当官の数も限られており、基本的には、都道府県が担わなければならない。その人材はあるのか」との質問があった。厚生労働省は、都道府県向けの研修会などを開催し、人材育成に努めるとともに、厚労省として適宜関与していくと回答した。

地域医療構想を推進するための具体的な対応方針の「議論の整理」に関しては、急性期を担う病院が多い公立・公的病院の再編・統合を先行して進める方針に対し、ある委員が「違和感がある」と述べた。その上で、「回復期・慢性期を担う民間病院の再編・統合の議論が全く進んでいない。運営主体ではなく、医療機能に応じて議論を進めるべきであり、バランスがおかしいと感じる」と主張した。

これに対して、病院側の委員からは、「公立・公的病院と民間病院が、同じ機能で同じ実績であっても、公立病院などは赤字が補助金等で補てんされる。それを同列で比べるのはおかしい。公立・公的病院の機能の重点化の議論を先行させるのは当たり前」との趣旨の反論が相次いだ。

厚生労働省も、「公立・公的病院でな

ければ担えない分野に重点化が図られているかを確認する」との方針を改めて強調した。その上で、急性期で公民の役割分担が確認された後に、地域に応じた医療提供体制を実現するため、民間病院同士が競合する回復期や慢性期の役割分担の議論につなげていくとの考えを示した。

医師偏在対策に関しては、厚生労働省が新たな医師偏在指標で推計した医師多数三次医療圏に対する不満が出た。例えば、都道府県で1位の東京都は医師が突出して多いが、16位の滋賀県は医師多数三次医療圏であっても、全国平均とほとんど差がない水準となっている。このため、「滋賀県が医師多数と言われると違和感がある。数字が独り歩きすると、混乱を招く」と、厚生労働省に誤解を招かない説明を行うことが求められた。

身寄りがいない人への医療でGL作成

同日の医療部会で、「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を了承した。医療機関で働く職員を対象に、身寄りがいない人が入院する場合の医療機関の対応などをまとめた。

身寄りがいない人とは、①家族や親類



への連絡がつかない状況にある人②家族の支援が得られない人も含む。身寄りがいない人の入院は、医療費や医療行為の意思決定の問題で医療機関に不安がある。ガイドラインの目的は、身寄りがいない場合でも患者に必要な医療が提供される環境を作ることであり、成年後見人の具体的な役割に関しても、整理している。

医療機関の不安に応える形で、①緊急の連絡先②入院計画書③入院中の必要な物品の準備④入院費等⑤退院支援に関することへの対応を示した。成年後見制度を利用している場合には、医療費の支払いや本人意思の尊重などに関して、医療機関が成年後見人に相談できることを期待し、成年後見人に求める役割を列挙した。

全日病会長の猪口雄二委員は、「成年後見人はこれまで財産管理の役割を主に担ってきた。これからは本人の意思を尊重した人生の最終段階の医療行為を決める際にも、相談できる成年後見人になってもらえるよう、議論を深めていくべきだ」と述べた。

青年期～中年期、高齢期、人生の最終段階の課題を議論

中医協総会

関連する診療報酬項目で意見の応酬

中医協総会(田辺国昭会長)は4月24日、2020年度診療報酬改定に向け年代別・世代別の課題で2回目の議論を行った。前回は0～19歳までだったが、今回は「青年期～中年期(20～30代、40～60代)」、「高齢期」、「人生の最終段階」に分けてテーマを設定した。

議論は多岐に及んだが、診療報酬の具体的な項目では、ニコチン依存症管理料やオンライン診療関連、生活習慣病管理料、ACPの普及に向けた診療報酬での評価などで意見が出た。

「青年期～中年期」では、生活習慣病に対する早期かつ継続的な管理や、治療と仕事の両立のための産業保健との連携などを論点とした。

生活習慣病のリスクである喫煙については、喫煙率が男女とも低下傾向にある。厚生労働省がニコチン依存症管理料の算定回数の最近の低下が、喫煙率の低下と関連があると説明すると、診療側・支払側の双方から異論が出た。特に、支払側の委員は、「ニコチン依存症管理料を算定する医療を受けても、脱落者が多いので、算定が伸びないのだと思う。同点数は前回改定では見直しがなかった。2020年度改定では、(脱落者が減るよう成果報酬など)要件の見直しを検討したい」と述べた。

生活習慣病をめぐり、2020年度改定で導入したオンライン診療関連の診療報酬の要件では、診療側・支払側の間で意見の応酬があった。

支払側は、「オンライン診療は前回、かなり厳しい要件が課された。働き盛

りで通院が難しい患者に対して、早期かつ継続的な管理を行うため、要件の緩和が必要」と主張した。これに対し診療側の委員は「医療機関へのアクセスが難しい患者は別だが、利便性だけを強調して要件緩和するのは問題。まずは対面診療と同等であることの確認が必要だ」と慎重な対応を求めた。

生活習慣病管理料に関しては、算定回数が微減傾向にあることに対し、診療側の委員が「要件が厳しすぎるのではないかと問いつけたのに対し、支払側の委員は「緩めるのではなく、むしろ、一定の成果に対し、報酬を設けるアウトカム評価を導入すべき」と主張した。

治療と仕事の両立のための産業保健と連携した取組みでは、生活習慣病だけでなく、精神疾患や女性特有の疾患、がんなどを含めた対応を論点とした。

日本の労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いている。メンタルヘルス対策や第3期がん対策推進基本計画でも治療と仕事の両立を目指す状況にある。一方で、産業医の専任義務のない事業所は54.5%で、そのうち産業医を選任している事業場は約3～4割と報告された。これらを踏まえた診療報酬の対応が求められた。

地域差や世帯構造踏まえた高齢者対応

「高齢期」では、フレイルや認知症など高齢期の特性に応じた取組みや口腔機能管理の推進、ポリファーマシー対策などを論点とした。

高齢化が進展する中で、高齢化の状況は地域差が大きいことや、1人暮らしの増加など世帯構造が変化していることを踏まえた対応の必要性が、厚生労働省から指摘された。在宅医療では、在宅療養支援診療所が近年横ばいになる一方で、在宅療養支援病院は増加傾向にあることが示された。

全日病会長の猪口雄二委員は、「居宅施設への訪問診療が増えている。訪問先に応じた在宅医療のあり方やその評価をもう一度整理すべき」と提案した。また、「2020年度改定は医療・介護同時改定ではないが、訪問看護ステーションからの理学療法士等の訪問と、訪問リハビリテーションの整理も必要だ」と述べた。

「人生の最終段階」では、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及状況を踏まえた人生の最終段階の医療での患者の意思決定支援や、多職種による医療・ケアを論点とした。ACPについては、医療・介護従事者で「よく知っている」との回答は、医師が22.4%、看護師が19.7%、介護職員が7.6%にとどまっている。

猪口委員は、「ACPの概念は広く、在宅医療や入院など様々な機会を通じて、人生の最終段階の医療を考え、信頼できる人と共有する取組みとしている。これを広げるために診療報酬でどう評価するのがよいか。臨床現場でDNR(do not resuscitate; 組成処置拒否)という事が行われるが、ACPは人生の最終段階の医療を、もう少し具



体的に話し合う取組みにつなげるものにしていく必要がある」と述べた。

がん遺伝子パネル検査の要件決める

同日の中医協総会では、近く保険収載される予定の「がん遺伝子パネル検査」について、検査を実施する医療機関は患者の診療情報をC-CAT(がんゲノム情報管理センター)に提出することなどを算定要件とすることを了承した。また、パネル検査機器をコンパニオン検査(特定の医薬品の適応判定に用いる検査)として実施した場合には、パネル検査としての算定はできないことも決めた。

がんパネル検査とは、がん組織からがん関連遺伝子領域を濃縮し、DNAシーケンサーにより塩基配列を決定。データベース情報と照合し、がん関連遺伝子の異常を検出することで、その異常に応じた治療法を選択できる。2018年12月に2製品(NCCオンコパネルとFoundationOne CDx)が薬事承認された。また、がんゲノム医療中核拠点病院は2019年4月時点で、全国11カ所、がんゲノム医療連携病院は156カ所となっている。

がんパネル検査で治療に直接つながる遺伝子情報の発見はまだ限定的。今後、C-CATにデータが収集・分析されることで、新たな治療法などが期待される。また、C-CATへのデータ提出の際には、患者の同意を得るほか、検査結果を患者に返却する。

医師の働き方改革を踏まえ救急医療のあり方を議論

厚労省・救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会

データ統合も課題

厚生労働省は4月25日の救急・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)に、医師の働き方改革に関する検討会報告書など最近の医療提供体制改革の現状を報告。今後の救急医療のあり方の議論を促した。委員からは、救急救命士の活用などタスクシフティングの推進や救急医療に対応できる医師の裾野を広げるべきとの意見が出た。また、厚労省は、救急医療の質を評価するデータベース作りに向け、医療機関と消防のデータ統合を課題とした。

日本救急医学会によると、救急医の総労働時間は院内・院外を合わせて、月333時間。時間外労働時間は年間2,000時間を超える水準だ。医師の働き方改革を実現する上で、救急医療の

あり方が重要課題の一つとなる。2018年4月の日本救急医学会の医師の働き方改革に関する特別委員会の中間報告では、今後の対策として、5点を提言。①救急医個人と管理者が労務管理義務を負う②救急医学会は労務管理に介入する③在院中の自己研鑽時間を設定する④タスクシフティングの推進⑤不要不急の救急医療の制限一をあげている。タスクシフティングの推進では、「救急救命士資格者の雇用促進」をあげた。

これに関して、日本医療法人協会会長の加納繁照委員が、「検討会として、救急救命士の活用を提言できるのか」と質問。厚労省は、「方向性を示すことはできると考えている」と回答した。4月8日に日本医師会がまとめた緊

急調査の結果も報告された。それによると、救急部門の医師について、今後5年間で時間外労働の上限の一般則である年間960時間を達成できると回答した3次救急医療機関は4割、2次救急医療機関(救急車千台以上)は5割弱、救急車千台未満では7割にとどまることがわかった。ただ、今後5年間で1,860時間以内に抑えられるかとの回答でも、「割合があまり変わっていないのはなぜか」との質問があり、日医の担当者は精査が必要と述べた。

委員からは、「大学病院などから医師の引上げがあれば、地域の二次救急は支えられず、その結果、患者が集中する三次救急ももたない。救急医や総合診療専門医だけでなく、すべての医師が総がかりで救急医療に対応しなけ



ればならない」といった意見が出た。厚労省は、救急医療の質を評価するデータベース作りに向けた論点を提示した。各機関にデータベースがありながら、連結されておらず、救急医療の質の評価が十分にできない現状にあることから、質の評価のために、どの項目を用いるかを検討し、それを統合データベースで収集する方針を示した。同日は、大阪府救急医療搬送支援・情報収集・集計分析システム(ORION)が紹介された。消防隊員が活用するスマートフォンのアプリケーションの導入により、いわゆる「たらい回し」が減少したことなどが報告された。

認定医師が管理者となる地域医療支援病院を議論

厚労省・特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方検討会

夏を目途に取りまとめ

厚生労働省の「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」(遠藤久夫座長)は4月25日、地域医療支援病院の見直しと特定機能病院の第三者評価をテーマに議論した。厚労省は、医療法改正も視野に入れて検討を進め、夏を目途に一定の取りまとめを行う意向を示している。

まず、地域医療支援病院については、昨年12月末時点において全国で607病院ある。かかりつけ医等を支援するため、①紹介患者に対する医療の提供②医療機器の共同利用の実施③救急医療の提供④地域の医療従事者に対する研修の実施—の4機能を求めている。厚労省は現行の4機能に加えて、かかりつけ医等の支援機能の見直しとともに、新たに医師少数区域等の支援機能の要件を追加することを提案した。

かかりつけ医等の支援機能の見直しでは、地域ごとに地域医療支援病院に求められる機能が異なるため、地域医療構想調整会議における協議を踏まえて、地域ごとに機能の要件を追加できるようにする案を示した。

すべての地域医療支援病院の責務として、医師少数区域等の支援機能を求める案では、①医師少数区域等における巡回診療②医師少数区域等の医療機関への医師の派遣(代診医の派遣を含む)③総合診療部門をもち、プライマリ・ケアの研修・指導を行う—の3つのうち、いずれかを満たすことを新たな要件とする。すべての要件を求める場合は、十分な経過措置を設けるとしている。

他方、新たな類型を導入して、地域医療支援病院の一部に、この機能を求めることも論点とした。

新たな要件の付加は、「地域医療支援病院等の医療提供体制上の位置づけに関する研究」で、医師少数区域等を支援する機能として想定される取組みの実施について、536の地域医療支援病院に質問。巡回診療や医師の派遣、代診医の派遣、総合診療の部門をもつこと、のいずれかを満たすのは73.7%(395病院)で満たす病院が多いことを踏まえた。

2020年度から施行される医師少数区

域等に一定期間勤務した医師を認定する制度では、地域医療支援病院のうち医師派遣等の機能をもつ病院の管理者は、認定医師でなければならない(2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限る)。

すべての地域医療支援病院に医師少数区域での支援機能を付加する場合、全病院の管理者は認定医師であることが必要になることから、厚労省は、その点も留意するよう補足した。

同日の意見交換では、結論は出さず、引続き議論することになった。また、地域医療支援病院の4機能について「個別に診療報酬で評価することが適切ではないか」との要望を含め、抜本的な見直しを求める意見が複数の委員から出た。厚労省の提案に対して、「地域の事情に応じて、幅をもたせることが大事」との意見もあった。

特定機能病院については、相次いだ大学病院での医療事故を踏まえ、ガバナンス強化のための第三者による評価が課題となっている。国会の附帯決議でも、第三者による病院の機能評価を



承認要件にする必要性が指摘された。また、日本医療機能評価機構は2018年度に、特定機能病院を対象とした「一般病院3」という病院機能評価のプログラムを新設した。厚労省はこれらを説明した上で、「一般病院3」と特定機能病院の第三者評価の実施について意見を求めた。全日病副会長の中村康彦委員は、第三者評価として米国のJCI認証や、ISOと比べると、日本医療機能評価機構の評価が「適しているのではないかと指摘。「一般病院3」についても一定の評価を与えた。そのほか、特定機能病院に第三者評価を実施することには、複数の委員が支持する一方、慎重な意見も出た。第三者評価を特定機能病院の承認要件にする際に、「第三者評価を受けることを要件とするのか、認定を要件とするのか」との論点の整理も求められた。

初診対面なしの緊急避妊薬のオンライン処方要件を議論

厚労省・オンライン診療指針見直し検討会

「専門医以外の処方認める」に賛否

厚生労働省の「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」(山本隆一座長)は4月24日、オンライン診療の初診対面診療の原則の例外として緊急避妊薬の処方認める際の要件を議論した。厚労省が要件案を示したが、産婦人科専門医以外にも処方認めるかなどの点で意見が分かれ、合意には至らなかった。

オンライン診療を行うすべての医師は、患者と直接対面して診療をした上で、オンライン診療を行うことが原則とされている。この例外として、緊急避妊については初診の対面診療なしにオンライン診療できると認める方向が前回の検討会で了承された。

そのため、緊急避妊をオンライン診療で実施するに当たっての要件を、オンライン診療の指針に盛り込むことになる。厚労省は4月24日の検討会に、要件案として次の4点を提示した。①医師は産婦人科専門医あるいは事前に厚労省が指定する研修を受講した医師②緊急避妊薬を処方する際には、3週

間後の産婦人科受診の約束を確実に行う③緊急避妊薬を処方する場合は1錠のみ。処方後、内服の確認をする④医療機関のウェブサイト等で、避妊成功率や、オンライン診療後に薬が配送されるまでの時間等を明記する。

オンラインで処方できる医師の要件について、産婦人科医に限るべきとの意見が出る一方、産婦人科がない地域があることや、産婦人科医の多くがオンライン診療を実施していないことから、研修内容を慎重に検討した上で他科の医師にも処方認めるべきとの意見も出た。

また、「研修を導入して、産婦人科医以外にも緊急避妊薬の処方認めるのなら、地域の産婦人科以外の医師が(対面診療で)緊急避妊をできるようにし、地域医療の体制を整えるのが先ではないか」との指摘も出た。

日本産婦人科学会と日本産婦人科医学会の参考人は、緊急避妊薬での避妊は100%成功するものではないことや、すでに妊娠していることに気付かずに

緊急避妊を求めてしまう患者がいる例などをあげ、産婦人科以外の医師でも処方可能とする要件案に、懸念を示した。

3週間後に産婦人科を受診するよう患者に約束させるとの要件案についても、「受診を『約束する』というのでは十分ではない。3週間後に患者に連絡するのを、処方した医療機関の義務にすべき」との意見が出た。

オンライン診療で緊急避妊薬を処方される患者側については、性犯罪・性暴力の被害者に限るべきかとの問題提起が委員からなされた。これに対し、デートレイプなど、犯罪かどうか当事者がすぐに判断できないケースもあるため、望まない妊娠をする可能性のある女性すべてを対象とすべきとの意見があった。

要件案について、緩和や厳格化を求める意見が出され合意に至らなかったため、次の会合までに厚労省が調整し、要件について再度議論する予定となった。



初診には患者の身分証明が必須にオンライン診療のセキュリティ対策の課題も議論した。厚労省は、オンライン診療システムは「第三者機関に認証されるのが望ましい」とした上で、第三者機関の認証として、プライバシーマークやISMSなどを例示した。委員からは、例示ではなく、すべてを列記して、それ以外の認証は認めないことにすべきとの意見が出た。緊急避妊など、例外的に初診でオンライン診療を実施する場合について、厚労省は患者が「2種類以上の身分証明書を用いて本人証明をすることが望ましい」と指針に明記することを提案した。今村聡委員は、「1種類の身分証明書で本人証明することを必須とし、2種類以上の身分証明書を示すことが望ましいとすべき」と主張し、厚労省も同意した。厚労省は、5月に指針の改定案をまとめたとしている。

2020年度改定に向け入院医療の議論の進め方を了承

中医協・入院医療等の調査・評価分科会

2つの作業グループが9月に報告

中医協の入院医療等の調査・評価分科会(尾形裕也部会長)は4月25日、2020年度診療報酬改定に向けた議論の進め方を了承した。

入院医療とDPC制度の課題について、分科会に設置した診療報酬・指標等作業グループとDPC/PDPS等作業グループで具体的な作業を進め、9月頃に分科会に報告する。入院医療に関する2018年度調査については、5月以降に厚生労働省から報告を受け、分科会で議論を行う。また、同日、2019年度調査の調査票も了承。早急に調査を実施し、9月以降に結果を議論できるようにする。11月までに分科会としての議論をまとめたい考えだ。

DPC評価分科会が入院医療等調査・評価分科会に統合されたため、2020年度改定の議論から、入院医療等分科会がDPC制度と入院医療の両方の課題を担う。2020年度改定の附帯意見に沿って、それぞれの課題の技術的課題に関して、専門的な調査と検討を行い、結果を総会に報告するのが入院医療等分科会の役割だ。

さらに、入院医療等分科会の下に、実務的な作業を行う診療情報・指標等作業グループとDPC/PDPS等作業グループを設けた。

診療情報・指標等作業グループでは、2018年度改定において、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しや診療実績データを提出する病棟の種類が拡大したことを受け、デー

タの取扱いや活用方法が検討課題の中心となる。病院が提供する医療を診療報酬で評価するのに、設備や人員配置だけでなく、診療実績やその成果を評価する方法が検討される方向だ。

評価指標の具体的な検討課題としては、◇「Ⅱ」の創設を踏まえた重症度、医療・看護必要度◇2018年度改定の判定方法の見直しを踏まえた医療区分◇2018年度改定の実績評価の導入を踏まえた回復期リハビリテーションの入院料の評価体系—をあげている。

DPC対象病院の診療実態を分析

DPC制度については、制度発足当初からの暫定的な措置であった調整係数の機能評価係数Ⅱへの置き換えが完了するなど、2018年度改定で一定の形に整理され、今後は安定的な運用が課題となる。厚生労働省は、DPC/PDPS等作業グループで検討する課題として、医療機関別係数のフォローアップやDPC退院患者調査の報告内容、病院情報の公表を提示したほか、「DPC/PDPS」の対象病院の要件もあげた。

2018年度時点でDPC対象病院は1,730病院で、病床数は50万床に近い。要件は、急性期入院料を満たす病院であれば、通常満たすことができるものになっている。一方で、許可病床数のうち、DPC制度の対象となる病床数が少なく、急性期以外の入院医療を多く行う病院がある。また、在院日数が他の病院と比べて長いなど、平均的な

診療実態とかけ離れた診療を行っている病院がある。

こうした実態を踏まえ、厚労省は、「平均的な診療実態とかけ離れた医療機関が含まれると、すべてのDPC対象病院の診療実績を用いて報酬水準を設定するため、安定的な制度運用の妨げとなりうる」と主張。平均的なDPC対象病院とかけ離れた診療実態に関する分析を行い、それを踏まえ、DPC対象病院の要件設定を含めた評価のあり方を検討するとした。

これに対しては、複数の委員から異論が出た。全日病副会長の神野正博委員は、「平均から外れているのが悪い



と言われているようだが、様々な背景がある。地域医療構想を推進する議論の中で、地域の急性期病院が地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を引き受けている場合もあり、幅広い視点で分析してほしい」と要望した。

なお、2019年度調査の項目は、①急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料等(その2)②特定集中治療室等管理料等③療養病棟入院基本料等—の見直しの影響となっている。

分科会における主な検討事項とスケジュール

	2019年					2020年							
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
中医協総会	第1ラウンド					意見の整理					第2ラウンド		諮問・答申・附帯意見
入院医療等の調査・評価分科会	2018年度調査報告、議論					2019年度調査実施					報告、議論		とりまとめ 総会報告
各作業グループ	検討・作業										分科会に報告		

主な検討事項(6月～)

○ 2018年度調査結果(速報)

◆ 速報を診療報酬基本問題小委員会に報告

○ 個別の事項に関する議論

・ 一般病棟入院基本料
・ 療養病棟入院基本料
・ 特定入院料(地域包括ケア病棟入院料等)
・ 入退院支援に係る評価
・ 医療資源の少ない地域に係る評価 等

◆ 診療報酬基本問題小委員会に報告

(秋頃～)

○ 2019年度調査結果(速報)

○ 個別の事項に関する議論
・ 一般病棟入院基本料
・ 療養病棟入院基本料
・ 特定入院料(特定集中治療室管理料等) 等

◆ 診療報酬基本問題小委員会に報告

根本厚労相が医療・福祉サービス改革プランを説明

経済財政諮問会議

単位時間当たりのサービス提供を5%改善

政府の経済財政諮問会議(議長=安倍晋三首相)は4月10日の会合で、社会保障をテーマに議論。出席した根本匠厚生労働大臣は、夏にまとめる「健康寿命延伸プラン」と「医療・福祉サービス改革プラン」について説明した。

根本大臣は、「2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現に向けて」と題する資料を提出。2040年には、高齢者人口の伸びが落ち着く一方で、現役世代(担い手)が急減することから、「より少ない人手で

回る医療・福祉の現場を実現」することが必要と強調。今夏に向けて改革プランを策定する考えを示した。

「健康寿命延伸プラン」は、2040年までに健康寿命を男女とも2016年比で3年以上延ばし、75歳以上とすることを目標とする。具体的には、男性は75.14歳以上、女性は77.79歳以上とすることを目標とする。

目標達成のためには、①健康無関心層を含めた予防・健康づくりの推進や②地域・保険者間の格差解消に向け、

「自然に健康になれる環境づくり」や「行動変容を促す仕掛け」などの新たな手法を活用する。疾病予防・重症化予防の分野では、保険者インセンティブの強化、特定健診とがん検診の同時実施や効果的な受診勧奨などナッジの活用事例の横展開などに取り組む考えを示した。

「医療・福祉サービス改革プラン」では、2040年時点で医療・福祉分野の単位時間当たりのサービス提供について5%以上の改善を目指していくとし

ている。医師については7%以上の改善を目指す。

具体的には、①ロボット・AI・ICTなどのデータヘルス改革②タスクシフティング、シニア人材の活用推進③組織マネジメント改革④経営の大規模化・協働化—の4つの改革を通じて、生産性の向上を図る。

一方、民間議員から社会保障制度改革に対する意見が提示された。

地域医療構想の実現に向けて、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の拡充、精神病床の縮減、介護医療院への転換を促す支援を主張。2020年度の診療報酬改定については、調剤報酬の大胆な改革や薬価制度の抜本的改革を求めた。

健康寿命は2040年までに3年の延伸を目指す

厚労省・健康寿命のあり方に関する有識者研究会

厚生労働省は3月28日、「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」の報告書を公表し、健康寿命の定義や政策指標としての妥当性について整理するとともに、健康寿命延伸の目標として、「2040年までに男女ともに3年以上延伸する」ことを打ち出した。この目標が達成されると、健康寿命は男女ともに75歳以上となる。

2040年を展望した社会保障改革の課題の一つ

厚生労働省は昨年5月、2040年を展望した社会保障改革の課題を示し、2025年以降は現役世代の急減という新たな局面に対応する必要がある、国民的な議論が必要であると指摘。社会保障の担い手が減っていく状況に対応するため、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上の2つを政策課題としてあげた。10月には「2040年を展望した

社会保障・働き方改革本部」(本部長=根本匠厚生労働大臣)を設置し、部局横断的な政策課題についてプロジェクトチームを設けて検討に着手した。

「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」は、健康寿命の定義(指標)と延伸の目標について検討するため、同改革本部の「健康寿命延伸タスクフォース」の下に設置された。公衆衛生の研究者など7名で構成され、座長は辻一郎・東北大学大学院教授、座長代理は西村周三・医療経済研究機構所長が務めた。昨年12月から非公開で5回の会合を重ね、報告書をまとめた。報告書は、夏を目途に策定する「健康寿命延伸プラン」に活用される予定だ。

健康指標延伸の目標は、2012年に策定された「健康日本21(第2次)」で設定されている。その算出に当たっては、3年に一度の国民生活基礎調査のデータが使われている。調査票の「あなた

は現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」の質問に対する「ない」の回答を日常生活に制限なしと定め、そこから「日常生活に制限のない期間の平均」を算出し、健康寿命を求めている。

報告書は、こうした現在の健康寿命の指標は身体的な要素にとどまらず、精神的・社会的要素を幅広く包含しているとして、「健康」の状態を表す指標として妥当との判断を示した。

ただし、国民生活基礎調査による指標は3年に一度の算出であり、政策に用いる指標としては、毎年・地域ごとに算出できる補完的指標を活用すべきであると指摘。要介護度を活用した指標「日常生活動作が自立している期間の平均」(要介護2以上になるまでの期間)を補完的に利用する考えを示した。

また、2つの指標の取扱いに混乱を

生じないように、報告書は指標の見方・使い方をまとめてQ&Aを付記した。

2040年までに健康寿命を3年伸ばす

延伸目標については、2016年を起点として、2040年までに健康寿命を男女とも3年以上延伸し、75歳以上とすることを提案した。

これは、2040年までに平均寿命が2016年比で男性は2.29年、女性は2.50年延伸すると推計されていることを踏まえ、健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを上回ることを目指した。健康日本21では、平均寿命との差を縮小することを目標としているが、絶対値の目標で示す方がわかりやすいと考えた。2016年の健康寿命は男性72.14年、女性は74.79年であり、2040年までの具体的な目標では男性75.14年以上、女性77.79年以上となる。2040年に目標が達成されれば、平均寿命と健康寿命の差の短縮も図られるとしている。

2016年の平均寿命は男性では80.98年で、健康寿命との格差は8.84年ある。また女性は87.14年であり、健康寿命との格差は12.35年ある。

専攻医募集で診療科別のシーリングを設定

日本専門医機構

2020年度研修の専攻医募集から導入

日本専門医機構は4月22日に会見を開き、寺本民生理事長が、2020年度に研修を始める2019年度の専攻医募集で、診療科別の定員の上限定額(シーリング)を設ける方針を示した。現状で、5都府県に設けている上限定額についても見直す。これまで機構は、前回のシーリングの方法を当面2年間は踏襲するとの見解を示していた。しかし、厚生労働省が新たに地域別・診療科別の必要医師数の推計を行ったことなどを受け、方針を転換した。

過去2年間と同じく、9月中の募集の開始を目指しており、議論のスピードを速めて、シーリングの詳細を詰める。

現状では、大都市のある東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県の5都府県に対し、過去5年間の実績の平均

以下に抑えよとの基準を置いている。2019年度開始の専攻医募集でも、その基準を満たし、8,615人の専攻医の登録が決まった。しかし、現状の基準では、東京の一極集中が改善する兆しはない。そこで、2020年度は東京を5%削減とする方向で議論がこれまで進んでいた。

しかし、医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会が第4次中間取りまとめを議論する際に、厚生省は、医師偏在対策を進める上で、地域別・診療科別の必要医師数の推計結果を示した。それによると、特定の地域や診療科では、全体の需給が均衡するよりは早く、医師が過剰になることなどが明らかになっている。

厚生省は機構に対しても、これらの推計結果などを説明。専門医研修にお

いても、早急に募集方法の見直しを促すことを求めたという。

これに対し寺本理事長は、「当面2年間は、現状の方法を踏襲するとしたのは、信頼できる実績の数字がなかったためだが、厚労省からそれなりの数字が出てくるのであれば、受け止める必要がある」と述べ、理事会としても、診療科別のシーリングを2020年度の専攻医募集で設けることに、概ね理解を得たとした。

ただし、実際のシーリング設定に当たっては、厚生省の推計結果に対して委員から疑問点が複数出ており、さらに厚生省に説明を求め、議論していくとの見解を示した。

例えば、基本診療領域で最も早期に過剰になるのは精神科だが、「地域で措置入院を行うための専門医を確保す



ることを考慮しているのか」といった疑問が出ているという。

地域別では、シーリングの対象となっている神奈川県と愛知県が、推計によると、医師多数県ではないとの結果になった。このため、対象から外すことが検討課題となる。

また、2019年度の専攻医募集では、総合診療専門医の登録が179人で、2018年度と同様に少なかった。理事会の議論では、「将来のキャリアパスがみえない」ことが、人数が伸びない大きな理由の一つとされた。寺本理事長は、「キャリアパスがみえるようにするため、ダブルボートの議論も早急にしっかりと決める必要がある」と述べた。

2020年度改定の要望項目まとめる

日病協・代表者会議

医療機器の購入制限に懸念

日本病院団体協議会の代表者会議は4月26日、2020年度診療報酬改定の要望書を了承した。5月中に厚生労働省の榊見英樹保険局長に提出する。医療機能の分化・連携やチーム医療、ICT関連など5項目で要望。地域医療構想や医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革などを踏まえ、診療報酬での対応を求めている。ただ、同日は要望の具体的な内容は示さなかった。

そのほか、代表者会議で特に問題となったのは、4月24日の社会保障審議会・医療部に報告された医師偏在対策の第4次中間取りまとめにある「医療機器の効率的な活用等」に関する記述だった。医療機関が購入するCT・

MRIなどの医療機器の購入制限につながる懸念が示された。

4月24日の医療部会では、他にも様々な取りまとめが報告され、それを議論する時間も与えられなかったという。さらに、医療部会では意見を言うことができるだけで、報告事項を変更する権限がないことも問題とされた。

第4次中間取りまとめでは、医療機器の購入に関し、「地域ごとに医療機器の配置状況を医療機器の項目ごとに可視化する指標を作成する」、「共同利用計画を作成し、定期的に協議の場において確認する」と明記している。直接的な規制ではないが、実質的には制限につながる懸念が出ている。

一冊の本 book review

在宅医療カレッジ

編集●佐々木淳
発行●医学書院
定価●2,000円+税

在宅医療については、入退院支援や在宅復帰率などの診療報酬にかかわるところもさることながら、地域包括ケアシステムの本丸としてどう支えていけば良いかが病院関係者の頭を悩ませる課題の1つである。病院医療と在宅医療・在宅介護の間にはまだ大きなギャップが存在しており、互いが互いを理解し合うことが肝要であることはわかっているが、その方法は常に手探りである。

本書には、より良い在宅医療・ケアを提供するために多職種が共有しておくべき知識についての学びの機会を提供している「在宅医療カレッジ」の講義から、認知症ケア・高齢者ケア・地域共生社会という3つのカテゴリ計21の講義のダイジェストが納められている。在宅医療・介護に携わる人たちがどのようなことを考え、何をしようとしているのか、具体的に学ぶことができる。本書をきっかけに、病院医療として何ができるか、在宅医療・介護関係者や患者様ご自身、ご家族様から何を求められているのかを改めて考えていただければと思う。



2019年度 第1回常任理事会の抄録 4月20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。
 - 埼玉県 医療法人三誠会 川口誠和病院 理事長 服部光顕
 - 東京都 医療法人社団大坪会 三軒茶屋病院 院長 大坪由里子
 - 東京都 医療法人社団慈英会 慈英会病院 理事長 前田清貴
 - 山梨県 社会医療法人加納岩 日下部記念病院 理事長 中澤良英
 - 山梨県 社会医療法人加納岩 山梨リハビリテーション病院 理事長 中澤良英
 - 静岡県 NTT 東日本伊豆病院 院長 熊崎智司
 - 京都府 医療法人明生会 賀茂病院 理事長 藤澤明生
 - 大阪府 医療法人嘉健会 思温病

- 院 理事長 狭間研至
- 奈良県 社会福祉法人恩賜財団済生会奈良病院 院長 瀬川雅数
- 熊本県 医療法人永田会 東熊本第二病院 副院長 永田晃平
- 他に退会が2会員あり、正会員は合計2,537会員となった。
- 準会員は退会が1会員あり、合計88会員になった。
- 平成30年度事業報告書(案)・平成30年度事業実績説明書(案)を了承した。
- 第7回定時総会及び第8回臨時総会等を承認した。
- 【主な報告事項】
- 審議会等の報告
 - 「中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会、薬価専門部会、費用対効果評価専門部会、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、総会」、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需

- 給分科会」、「地域医療構想に関する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」、「救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会」、「新型インフルエンザ等対策シンポジウム・指定公共機関机上訓練」などの報告があり、質疑が行われた。
- 厚生労働省「平成30年度老人保健健康増進等事業」報告書が報告された。
- 病院機能評価の審査結果について
 - 主たる機能【3rdG:Ver.2.0】～順不同
 - ◎一般病院1
 - 北海道 吉田病院 更新
 - 福島県 福島第一病院 更新
 - 群馬県 脳血管研究所附属美原記念病院 更新
 - 埼玉県 丸山記念総合病院更新
 - 神奈川県 宮川病院 更新
 - 鳥取県 博愛病院 新規
 - 広島県 松尾内科病院 更新
 - ◎一般病院2
 - 北海道 北斗病院 更新

- 北海道 勤医協中央病院 更新
- 北海道 恵み野病院 更新
- 千葉県 安房地域医療センター 更新
- 神奈川県 済生会横浜市南部病院 更新
- 石川県 済生会金沢病院 更新
- 福井県 福井県済生会病院 更新
- 岐阜県 松波総合病院 更新
- 静岡県 富士市立中央病院 更新
- ◎リハビリテーション病院
 - 埼玉県 戸田中央リハビリテーション病院 更新
 - 東京都 東京ちどり病院 更新
 - 熊本県 御幸病院 更新
- 3月1日現在の認定病院は合計2,181病院。そのうち、本会会員は881病院と、認定病院の40.4%を占める。
- 討議事項として、「公立病院への繰出金」をテーマに意見交換を行った。

■ 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
2019年度「特定保健指導専門研修(食生活改善指導担当者研修)」(40名)	2019年6月29日(土)、6月30日(日)、7月6日(土)、7月7日(日) 【全日病会議室】 ※講義30時間、4日間(2日間×2回)の研修	54,000円(64,800円) (税込) (テキスト代、昼食代含む)	研修修了者(看護師・栄養士・薬剤師・助産師・准看護師・歯科衛生士)は、食生活に関する実践的指導における「食生活の改善指導に関する専門的知識および技術を有すると認められる者」に該当し、「動機付け支援」および「積極的支援」のうち、食生活の改善指導および3メッツ以下の運動についての支援を併せて実施することができる。