



全日病 ニュース

2017.8.15

No.900

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

時間外労働規制のあり方と勤務環境改善策が課題

厚労省・医師の働き方改革検討会

医師の労働の特殊性を議論

厚生労働省は8月2日、「医師の働き方改革に関する検討会」の初会合を開いた。医師に対する労働規制のあり方や勤務環境改善策を議論する。政府の働き方改革における時間外労働の上限規制で、医師は応召義務などの特殊性があることから例外的な取扱いとされ、別途検討会を設置し、議論することになった。来年を目途に中間報告をまとめる予定だ。座長には、岩村正彦・東京大学大学院教授が選出された。

政府が、3月に決定した働き方改革実行計画は、長時間労働を是正するため、罰則付きの時間外労働の上限規制導入を打ち出した。週45時間、年360時間の上限規制を導入。労使が合意した特例でも年720時間を上限とするなど、規制を強化するものになっている。ただし医師については、例外的な取扱いとした。

具体的には、「医師を時間外労働規制の対象とするが、医師法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要」と明記。「改正法の施行期日の5年後を目途に規制を適用する」とし、医

療界の参加の下で、新たに検討会を設置して、「2年後を目途に規制の具体的なあり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る」ことを求めた。なお、厚労省は現在、労働政策審議会の建議に基づき、改正法案の中身を詰めている。

医師の勤務環境改善策も課題に

同検討会はこれらの経緯を踏まえ、医師に対する時間外労働規制の具体的なあり方を検討するために設置されたが、新たな医師の働き方を展望した医師の勤務環境改善策も課題としている。

医師の長時間労働は常態化しており、1週間の労働時間が週60時間を超える医師の割合は42%と、職種別でも高い割合になっている。4月に報告書をまとめた「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」(渋谷健司座長)の下で実施した医師の勤務実態調査では、オンコールを除いた20代の男性医師の平均週労働時間が65時間に達するとの結果が出ている。

検討会の冒頭で挨拶した塩崎恭久厚労相(当時)は、「ビジョン検討会報告書は、医療従事者の自己犠牲に依存した状況から脱却すべきと指摘している。医療の質・向上を図りながら、医師の勤務環境を改善するには、医療の生産性を上げる必要がある。そのためにはタスク・シェアリング、タスク・シフティングを推進することが重要だ」と述べ、勤務環境の改善が必要と強調した。

四病協が実態調査の実施を表明

初会合では、各委員が自由に発言した。その中で、四病院団体協議会の「病院医師の働き方検討委員会」の委員長である岡留健一郎委員(福岡県済生会福岡総合病院名誉院長)は、医師の労働の特殊性を強調するとともに、労働実態を把握することが必要と指摘。「医師は時間外労働の意識が希薄で、労働とそうでない部分(自己研鑽など)が不明確。四病協として勤務実態の調査をする予定だ。厚労省も協力してほしい」と要望した。また、日本医療法人協会副会長の馬場武彦委員(社会医療



法人ベガサス理事長)は、「医師の働き方の特殊性に鑑みると、医師独自の裁量労働制の検討が必要と考える。極端な時間外労働の規制は病院経営に大きな影響を与えるので、慎重に検討すべき」と述べた。

一方、労働法制の専門家からは、「医師が労働基準法で規定される労働者であるのは事実。特殊性を踏まえつつ、どう考えるかだが、指摘される特殊性は必ずしも医師特有のものではないと考える。経営管理の問題として捉えることが重要」との意見が出た。労働組合の代表は、「過労死する医師が出ている。医師は労働者であり、時間外労働の規制が適用されることを大前提に議論を進めてほしい」と述べた。

認知症患者に対するより効果的な入院医療を議論

中医協総会

次期改定に向け第1ラウンドの議論終了

中医協総会(田辺国昭会長)は7月26日、次期診療報酬改定に向けた第1ラウンドの議論の最後に、認知症治療病棟入院料をテーマにした。認知症の急増が見込まれる中で、BPSD(認知症に伴う行動・心理症状)や身体合併症を抱える患者に対するより効果的な入院医療のあり方が論点となった。介護療養病床の老人性認知症疾患療養病棟が介護医療院に転換した場合の取扱いも課題だ。

認知症治療病棟入院料は、精神症状や行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とする入院料で、急性期の認知症患者を治療できる体制を求めて

いる。入院料は様々な診療行為を包括した点数で、「1」で30日以内は1,809点と高いが、61日以上は1,203点まで下がる。「1」「2」を合わせ算定回数を調べると、61日以上の算定が9割前後を占める。1日あたり平均点数は1,242点、加算を含めた平均総点数は1,315点となっている。

全日病会長の猪口雄二委員は、「加算が少ないために、平均総点数が1,315点にとどまる。BPSDや身体合併症など認知症患者の病態に応じた医療を提供できるよう新たに加算を設けるなどして評価すべき」と主張した。

介護保険の老人性認知症疾患療養病

棟は、6年後に介護療養病床が廃止されることに伴いなくなる。猪口委員は、「介護医療院においても、老人性認知症疾患療養病棟で認知症高齢者に提供していた医療が継続できるように配慮してほしい」と述べた。なお、介護医療院の報酬は社会保障審議会・介護給付費分科会で議論される。

また、昨年12月に「療養病床の在り方等に関する特別部会」(遠藤久夫部会長)がまとめた報告書では、介護医療院に求められる機能は、老人性認知症疾患療養病棟に入院する認知症高齢者への医療とは「大きく異なる」ことを踏まえ、配慮が必要であることを明



記している。

厚生労働省は、老人性認知症疾患療養病棟の特徴として、◇約63%の患者が1年を超える在院日数◇約70%の患者が入院時に医療保護入院だった◇約60%の患者に身体合併症があり、約49%にBPSDがある◇約74%の患者が要介護4で、大部分の患者がランクⅢ以上の認知症一などを指摘した。

厚労省が原価計算方式の仮想例を提示

中医協・薬価専門部会

項目のさらなる精査が必要

厚生労働省は7月26日の中医協の薬価専門部会(中村洋部会長)に、類似薬のない新薬を保険収載する際の価格算定(原価計算方式)の仮想例を示した。診療側・支払側双方から「透明性が低い」と指摘される原価計算方式について、詳細な算定方法を示すことで疑念の払拭を狙ったが、委員からは、「妥当性が疑わしい経費があり、さらなる精査が必要」との意見が多かった。

薬価算定方式には、類似薬効比較方式と原価計算方式がある。前者は、同じ効果の医薬品なら同じ価格という考え方で、既存薬と比較した薬価算定が行われる。後者は、原価を積み上げてそれに一定の利益などを加え薬価を算

定する。しかし原価計算方式に対しては、「企業の言い値で製造原価を計算しているのではないか」、「市場規模予測から逆算して、利益が見込めるよう原価を計算しているのではないか」など、恣意的な対応を疑う指摘があり、透明性が求められていた。

今回、厚労省が新薬算定の仮想例を示した。原価の内訳として、製品総原価を①原材料費②労務費③製造経費④一般管理販売費⑤研究開発費一にわけた。特に、研究開発費は詳細に説明した。金額は50万錠単位換算で示し、「原材料費」+「労務費」+「製造経費」の製造原価が約1億円、これに研究開発費を含む一般管理販売費を加えた製品総

原価が1億9千万円となった。製造原価と一般管理販売費はほぼ半々の経費ということになる。営業利益や流通経費、消費税を加え、算定薬価は2億5,845万円となっている。

原材料費は、錠剤の原料費や容器包装原材料費などからなる。単価も記されているが、輸入品の場合は内訳が示されない。労務費は、工作別作業時間の合計で、業界の平均賃金を上限としているが、委員から「製薬業界の賃金は他産業より高い」との指摘があった。製造経費は、電気・ガス・水道の「エネルギー」、租税公課を含めた「設備償却費」、その他の「消耗品」からなる。

一般管理販売費の多くは研究開発費

で、9千万円のうち7千万円を占めた。細目は◇基礎研究費◇臨床研究費◇PMS(市販後調査)費。残りの2千万円は一般管理費・販売費となっている。MR(医薬情報担当者)活動の経費は、GVP省令に基づく市販直後調査とGPSP省令に基づく使用成績調査以外は原則認められないとした。

これらの仮想例に対し、製薬業界の専門委員は「曖昧な経費は認められない。従って原価そのものではなく、一律に決められた基準で算定したモデル原価」と述べ、実際の経費を下回ると主張した。しかし委員からは、薬価を算定する際に含める経費として疑わしいものが含まれており、さらなる精査が必要との意見が多かった。

来年度予算概算要求と税制改正で武田医政局長に要望

病院で働く医師の総合的診療能力開発への補助金などを要望

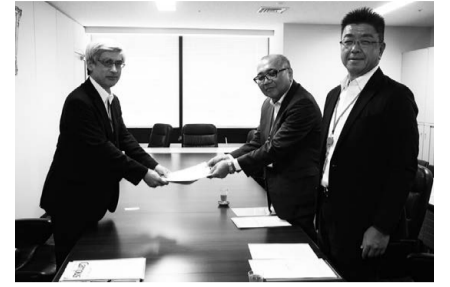
全日病の猪口雄二会長は8月3日、厚生労働省の武田俊彦医政局長に、2018年度予算概算要求と税制改正要望に関する要望書を手渡した。予算概算要求では、病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業の補助金など4項目、税制改正では、介護医療院への転換時の改修等に関する支援措置など7項目を要望した。

予算概算要求の要望事項は、①病院

で働く医師の総合的診療能力開発支援事業②救急体制の維持に伴う医師確保のための新たな取組みの創設と補助③在宅医療・介護連携推進事業の増額④熊本地震からの復旧・復興への支援に伴う財源の継続的な確保—の4点。①に関しては、新専門医制度で総合診療専門医が養成される予定だが、高齢患者が急増する中で、それでは間に合わないとして病院で働く医師の総合的診

療能力を高めることが急務と訴えた。

また、税制改正の要望事項は、①医療機関の仕入れ消費税額が診療報酬上乘せ額を上回った場合の超過額の還付②事業税の特例措置の継続③社会医療法人に対する寄付金税制の整備及び非課税範囲の拡大等④公益社団法人等及び一般社団法人等に対する固定資産税等の減免措置⑤病院用建物の耐用年数の短縮⑥介護医療院転換時の改修等の



要望書を手渡す猪口会長と中村康彦副会長

支援措置⑦中小企業経営強化税制の医療機器への適用等—となっている。

アプレイザルはまず試行的導入の品目に適用

中医協・費用対効果評価専門部会 より丁寧に議論を進めるため予定を変更

中医協の費用対効果評価専門部会(荒井耕部会長)は7月26日、医薬品や医療機器の費用対効果評価の仕組みの議論の進め方を決めた。現在、集中的に議論している総合的評価(アプレイザル)や価格調整の方法は、すでに13品目が選定されている試行的導入に限って適用し、来年度以降の制度化に当たっては別途検討することにした。費用対効果評価の仕組みに関して、委員の合意を得るには、より丁寧な議論が必要と厚生労働省が判断し、当初の予定を若干軌道修正する。

厚労省は来年度の制度化を目指して費用対効果評価の議論を続けている。一方で、今年度から始まった試行的導入では、抗がん剤のオブジーボやC型

肝炎治療薬のハーボニー、ソバルディなど13品目を選定し、企業のデータ提出を待っている。同専門部会では、今年度に入って、QALY(質調整生存年)やICER(増分費用効果比)の概念を使ったアプレイザルの議論を進めてきた。しかし委員からは、様々な質問や懸念が出ている。

特に、前回の専門部会では、ICERで費用に対する効果の「よい・悪い」を判断する際の基準となる「支払い意思額」を調べるための世論調査の妥当性を問う質問が相次いだ。このため厚労省は、今夏に実施予定だった調査を延期することにした。

費用対効果評価の仕組みについて今年中に結論を得るのは、政府全体の方

針。このため制度化の時期を遅らせることは想定していない。しかし次期診療報酬改定で価格調整を行う試行的導入の品目に対する費用対効果は早期に実施する必要があるため、こちらを優先して、アプレイザルや価格調整の議論を進めることにした。制度化に向けた議論も、試行的導入の検討状況を踏まえ、同時並行的に行いたい考えだ。

同日の議論でも、前回と同じく、「支払い意思額」の調査に対して、意見が出た。全日病会長の猪口雄二委員は、「支払い意思額はこの仕組みの重要なモノサシ。定義はわかるが、重症患者に魔法のような薬があるといえば、非常に高い金額を答えるのではないか」と述べた。支払い額の定義は「公的保



険から支払うべきと考える金額」だが、実際に患者が支払うのは自己負担であり、調査の目的とは異なる回答が導かれる可能性がある」と指摘した。

同様の懸念は、診療側・支払側双方の委員から相次いだ。具体的には、「かかった医療費に対する自己負担はそれぞれで異なる。医療費と自己負担、医療保険財政への影響をすべて考えられる人がどれだけいるのか」、「回答者の理解度が違えば回答のばらつきも大きくなる」、「調査結果の妥当性についてのしっかりした検証が必要だ」などの意見が出た。

激変緩和措置の収入変動はマイナス2%を継続

中医協・DPC 評価分科会 指導医療官派遣の加算は廃止

中医協のDPC評価分科会(山本修一分科会長)は8月4日、次期診療報酬改定に向け、機能評価係数Ⅱの地域医療係数と保険診療係数、調整係数が廃止されることに伴う激変緩和措置の取扱いを議論した。激変緩和措置については、DPC対象病院の診療報酬が2%以上減った場合に診療報酬を補てんする措置を継続する。ただしDPC/PDPS導入前の診療報酬を保障するような措置は行わない方向だ。

地域医療係数は、現在12項目の体制評価指数について、5疾病5事業などの急性期医療を評価していることを踏まえ、医療計画の見直しの方向性に

沿って再整理する。

全日病副会長の美原盤委員は、①災害時医療の評価で「災害拠点病院」と「DMAT」以外に、JMATやAMATを加える②脳卒中の24時間t-PA体制における地域の実情に応じた配慮③治験の実施症例で十分な患者数を評価すること—を要望した。

保険診療係数は、◇減算対象となる部位不明・詳細不明コードの割合を10%以上とする◇減算対象となる未コード化傷病名の割合を2%以上とする◇コーディングの不一致は配慮すべき理由などがあることから、評価項目としては用いない——ことを検討する。

部位不明・詳細不明コードは、死亡症例などでコーディングが困難な事例があることに配慮しつつも、少ないことが望ましいため、減算対象を20%以上から10%以上に引き下げることを論点とし、概ね合意を得た。現時点のデータで該当病院は11病院から54病院に増える。

未コード化傷病名は、本来傷病名マスターに収録されていない傷病名だが、病院により割合に差があり、減算する基準がある。ただ、美原委員は、「患者構成の違いで未コード化傷病名の割合が偏ることがある」と指摘。減算対象を20%以上から2%以上に引き下



げることには、再度分析が必要との意見が相次いだ。現時点のデータで該当病院は59病院から275病院に増える。

コーディング不一致を保険診療係数の評価で用いないことでは一致した。

また、I、II群の医療機関の体制評価で、指導医療官の派遣実績を評価する加算は、効果が確認できないことから廃止する。精神科診療に対する評価は、保険診療係数での評価をやめて、地域医療係数だけの評価とする。

介護療養病床・介護医療院の報酬等の議論に着手

社保審・介護給付費分科会 早期かつ円滑な転換支援策も俎上に

社会保障審議会・介護給付費分科会(田中滋分科会長)は8月4日、2018年度介護報酬改定における介護療養型医療施設・介護医療院の議論に着手した。初回とあって、委員の多くは総論的な発言に終始したが、具体的な施設基準・報酬に踏み込んだ意見も出た。

厚生労働省は、論点として、(1)介護医療院を踏まえた介護療養型医療施設のあり方、(2)介護医療院の開設規定や人員・設備、報酬体系等のあり方、(3)円滑かつ早期に介護医療院等への転換を可能とする策、(4)療養体制維持特別加算など介護医療院を踏まえた介護療養型老人保健施設のあり方、(5)「有料老人ホーム等と医療機関の併設型」への転換にかかわる特定施設入居者生活介護の要件のあり方、の5点を提示した。

今回の議論は2018年4月1日に施行される介護医療院(I)(II)の施設基準・報酬設定が主たるテーマであるが、あわせて、6対1介護が要件の介護療養型老健施設に転換した施設の4対1介護を経過的に評価する療養体制維持特別加算(2018年3月31日まで)の取り扱い、あるいは、医療を外から提供する「居住スペースと医療機関の併設型」という選択肢における特定施設入居者生活介護の要件など、転換を早期かつ円滑に進める支援策のあり方も俎上にのぼる。

議論の冒頭で、日本医師会常任理事の鈴木邦彦委員は、「介護療養病床の転換は自主的になされるべきで、追い込むことがあってはならない」とした上で、①介護医療院への転換は現状の病棟単位を維持した上で、建て替えま

では、廊下幅やX線装置などの設備構造を含めて既存の「1室4人、6.4m²」を認めるべき、②併設医療機関がある場合は人員配置の要件緩和が必要、③第7期介護保険事業計画は介護療養病床を優先した上で療養病床のみの転換を認めるべきだが、第8期でもすでに手上げしている療養病床を優先すべき、④急性期の大病院による新設は認めるべきではない、などの意見を述べた。

介護療養型老健施設については、介護医療院への再転換を認めるとともに、期限が迫っている療養体制維持特別加算を6年延長して円滑な再転換を促進すべきと主張した。

このうち、「併設医療機関がある場合の人員配置の要件緩和」について、日看協副会長の齋藤訓子委員は反対を表明した。また、介護医療院への転換



に関して、濱谷浩樹老健局長は「転換はあくまで自主的なもので強制ではない」と答弁した。

介護医療院の施設基準については、(I)は介護療養病床が、(II)は老健施設相当以上が「最低基準」に想定されているが、複数の委員から、「(I)は療養機能強化型A・B相当、(II)は転換型老健並みとすべきである」との意見が示された。

また、「病院から介護医療院への転換においては在宅復帰先としてもらわないと困る」と診療報酬に対する注文も出た。

核廃絶に向け世界の都市が連携

夏期研修会を広島市で開催

高橋教授が人口減少社会の医療介護を講演

全日本病院協会の2017年夏期研修会が広島県支部(種村一磨支部長)の担当で7月23日、広島市のリーガロイヤルホテル広島で開催され、84人が参加した。松井一實・広島市長が「ヒロシマから核兵器のない世界へ」、高橋泰・国際医療福祉大学教授が「人口減少社会に向けて、医療・介護はどうかかわるのか」をテーマに講演を行った。

平和首長会議の取組みを語る

松井市長は、原子爆弾投下による被害の実情と戦後の復興の歩みを述べるとともに、核兵器廃絶をめぐる国際情勢について説明。広島市長を会長として世界の都市が連携して発足した平和首長会議により、核兵器廃絶に向けて国を越えた取り組みが進みつつあることを強調した。

1945年8月6日午前8時15分に広島に原子爆弾が投下され、市の中心部は半径2kmにわたり、全面的に破壊された。爆風や熱線、放射能による急性障害で、その年の暮れまでに約14万人が亡くなり、その後も放射能が人々を苦しめた。廃墟となった広島だが、復興の努力の結果として現在の姿があり、原爆ドームと平和記念公園がかつての悲劇を記録している。

核兵器の非人道性は明らかであるにもかかわらず、世界はいまだ核兵器を放棄するに至っていない。2017年1月時点で約1万5千発の核兵器が存在し、米国とロシアで9割以上を占める。松井市長は「核軍縮により数は減ったが一発の破壊力は過去と比べ、はるかに



大きくなっている」と述べた。

なぜ核軍縮が進まないか。松井市長は歴史的な経緯とともに、国同士が戦争を防ぐ手段として、核兵器の抑止力に頼る考えが根強いことをあげた。また、軍需産業が経済に組み込まれている国もある。米ソの核軍縮が一定程度進むと、核兵器の材料となる放射性物質の価格が下がり、インドやパキスタンのような国々が保有国になる事態を招いた。

昨年5月27日に米国のオバマ前大統領が、現職の大統領として初めて広島を訪問し、「広島・長崎が私たちの道義的な目覚めの地となる」ことを願った。しかし、米国の核の傘に守られる日本は、核兵器禁止の交渉に参加できないでいる。

このような状況で松井市長は、平和首長会議の取組みを紹介した。国という単位では核兵器禁止を主張できないが、都市という単位では可能だ。設立は1982年で、現在162カ国の7,392都市が加盟(日本は全自治体の96.7%に当たる1,679都市が加盟)。会長は松井市長だ。国連への働きかけを通して、各国への影響力を示した。「都市相互の連携を通じ、世界恒久平和を実現する。核兵器廃絶の市民意識を喚起する」ことが目的であると、松井市長は説明した。

2020年までに核兵器廃絶を目指す

2020ビジョンに沿って、加盟都市を1万都市を増やすことを目指し、青少年の交流を通して被爆の実相を継承する取り組みを続けている。

人口減少社会の医療介護の未来予測

高橋教授は、75歳以上の後期高齢者が急増する人口減少社会で、現状を放置すれば、医療保険制度・介護保険制度は崩壊すると指摘するとともに、解決策として人手不足に対応するICTやハイテク機器の積極的な活用を訴えた。あわせて、死生観の変化が医療介護ニーズを減らす可能性があることを指摘した。

将来推計人口によると、今世紀末の人口は、現在の半分程度まで減少する見通しである。2040年と比べると、65歳未満は約3千万人減少、65～74歳は約100万人増でほぼ横ばい、75歳以上が約800万人の増加となる。64歳以下の減少と、団塊世代の高齢化を原因とする75歳以上の増加が社会にもたらす影響が大きい。

人口の推移を踏まえた対策として、①後期高齢者に対する医療介護の負担を小さくする②支える側の生産性をあげる③前期高齢者に支える側に回ってもらう④外国から労働者に来てもらうという基本的な考え方があると高橋教授は指摘。その上で、①と②をめぐる問題について、医療介護の今後の展

望を示した。

高橋教授は、政府の未来投資会議「医療・介護—生活者の暮らしを豊かに」会合の副会長を務め、未来投資戦略2017のとりまとめに尽力した。そこで議論として、具体的な事例を交えながら、人手不足が深刻な介護施設におけるICTやハイテク機械の活用による効果を強調。「きつい・汚い・危険」といわれる介護現場の労働環境を変えないと、人手不足に拍車がかかり、「介護保険はつぶれる」と警鐘を鳴らした。

後期高齢者の負担を小さくすることについては、「省エネ型の老い方・死に方」の考え方を示した。基本的には、「その人の人生全体の満足度を下げずに、必要とされる医療・介護資源量を現在の3分の2に減らす」。そうすれば、後期高齢者が増えても「現状の医療・介護資源量でなんとか対応できる」と訴えた。

そこで重要になるのが、最期の迎え方である。高橋教授は「食べる元気がなくなったら自らの意思で穏やかな死を選択し、病院を含めた地域の施設が、本人が望む死に方を実現するように、家族と協力する体制が主流になるのではないかと予測した。欧米のいくつかの国ではそうになっており、日本でも世代による死生観の違いが変化をもたらしている」と指摘した。

高橋教授の講演に対して、会場から多くの質問・意見があった。全日病の猪口雄二会長は、「寝たきりになった場合の患者・家族の意識は変わり始めている。むしろ、医療者の認識に遅れがあるぐらいだ」と指摘。高橋教授は、「まさに全日病に加入する病院が、患者が望む死を地域で実現するための機能を果たすことができる」と述べた。



患者の意思決定を支援する情報提供などを検討

人生の最終段階の医療等検討会

10月に意識調査を実施

厚生労働省は8月3日、「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」の初会合を開いた。一般国民などを対象に10月に意識調査を実施した上で、人生の最終段階の医療に関する意思決定を支援するための情報提供・普及啓発の方法を来年3月にまとめる。座長には、樋口範雄・武蔵野大学教授が選出された。

人生の最終段階の医療をめぐる様々な検討の場を設けて議論を重ねてきた。1987～1989年の「末期医療に関するケアの在り方の検討会」(森岡恭彦座長)からはじまり、2007年には、

「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」(樋口範雄座長)が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を定めた。その後も2012～2013年の「終末期医療に関する意識調査等検討会」(町野朔座長)まで、アンケート調査を実施しながら、国民的な議論を深める検討を行ってきた。

しかし、「人生の最終段階の医療に関するガイドライン」は、医療現場で十分活用されているとは言えず、患者本人の意思を共有する環境も整っていないとの指摘もある。厚生労働省は、国民に対する情報提供が十分でないことや

具体的な手段が示されていないことが、国民的議論が深まらない原因の一つと捉え、情報提供や普及啓発のあり方について同検討会に検討を求めた。

初会合では、木澤義之・神戸大学大学院教授がACP(アドバンス・ケア・プランニング)について説明した。ACPは、患者・家族と医療従事者が、終末期の治療・療養について、あらかじめ話し合う自発的な試み全体を表す。終末期の患者の7割は、意思決定が不可能であり、「事前に病状の認識を確かめて、意思をきいておく」という考えが基本にある。

委員からは、「普段死に方を意識することは少ないが、お墓や相続の問題など日常生活に関連する話題から、話をつなげることで格別深刻にならずに死に方を考えることができる」、「命が危険な状態になる前に、人生の最終段階の医療に関する情報を知っておくことが大切」などの意見が出た。

全日病常任理事の木村厚委員は、「高齢患者が急増する中で、現在は救急隊員も3次救急病院に搬送するかを家族にきいているというが、それでも3次救急病院に患者が集中し、疲弊してい

る。救急搬送における意思確認が重要な課題になる」と指摘した。これに対し武田俊彦医政局長は、「救急搬送で最も時間がかかっているのは東京都。解決のため、独自のルールを定め、最適化を図っている。今後の検討会で、厚労省と消防庁の取り組みを説明する」と回答した。

厚労省が10月に実施予定の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の調査票を説明した。調査項目は、「一般国民向け」「医師、看護師、介護職員向け」「施設長向け」の3つがある。意識調査は1992年以降5年おき、5回にわたって実施している。

一般国民向けの調査では、「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」と宣告された場合に、「どのような医療を望むか」、「最期を迎えたい場所」などをきく。医師、看護師、介護職員向けの調査では、「死が近い患者の医療・療養について本人と十分な話し合いを行っているか」、「人生の最終段階の医療に関するガイドラインを参考にしているか」などをきく。

施設長向けの調査の質問では、「ACPを実践しているか」、「患者・家族が望む場所での医療・療養を実現するための支援をしているか」などがある。これらの質問を含む調査を10月に実施し、12月に結果を公表する予定だ。

第3次安倍改造内閣の厚労相に加藤勝信氏が就任

第3次安倍改造内閣が8月3日に発足し、厚生労働大臣には加藤勝信氏が就任した。加藤氏は、第2次安倍内閣発足後に官房副長官に就任、一億総活躍担当相も務めた。厚生労働行政のほか、働き方改革や拉致問題も担当する。

加藤厚生労働相は4日の閣議後会見で、消費税増税10%が先送りされたことなどから「社会保障は厳しい財源事情の中にある」との見方を示すとともに、2018年度の診療報酬・介護報酬・障害者福祉サービス報酬のトリプル改定に向けて「まずは概算要求からしっかり対応していきたい」と述べた。



地域包括ケア病棟の機能に応じた評価などを議論

日病協・代表者会議

DPC制度では激変緩和措置に懸念

日本病院団体協議会は7月25日、代表者会議を開き、最近の厚生労働行政をめくり、意見を交わした。特に、中医協で論点になっている地域包括ケア病棟の機能に応じた評価やDPC制度の見直しなどに関し、活発な議論を行った。また、日本慢性期医療協会(武久洋三会長)の推薦で、地域包括ケア病棟協会が日病協に入会の意向を示していることが報告された。

7月21日の中医協の入院医療等の調査・評価分科会(武藤正樹分科会長)で地域包括ケア病棟が議題となり、同病棟に期待される①急性期からの受入れ(ポストアキュート)②在宅・生活復帰支援③緊急時の受入れ—の3つの機

能のうち、①だけを担う病院が多いことから、地域包括ケア病棟の機能を分けることが論点となった。具体的には、「急性期病棟等と連携して患者を受け入れる機能」と「自宅等から患者を受け入れ在宅療養を支援する機能」の違いが課題となった。

これに関し、同日の日病協では、結論は出なかったものの、様々な意見が出た。特に、急性期からの受入れの方が、診療密度が低いと考えられるため、「ポストアキュートの点数が下げられるのではないかと恐れている」といった意見が出た。一方、2016年度改定で手術等を出来高にしたにもかかわらず、実績が少ないことを含め、地域包括ケ

ア病棟を緊急時の受入れで使う病院に対する評価も、中医協の支払側が、点数が高いと主張していることから、「厳しい交渉になる」との指摘が出た。「リハビリを提供する機能をしっかりと位置づけるべき」との意見も出た。

原澤茂議長は終了後の会見で、「次期改定では、これが目玉の1つになるのは間違いない」と述べた。

DPC制度の見直しでは、調整係数が機能評価係数Ⅱなどに完全に置き換わることに伴う激変緩和措置に対する懸念が出た。7月19日の中医協のDPC評価分科会(山本修一分科会長)で、新たな激変緩和措置の対象期間に一定の上限(例えば1年)を設けるこ



とが論点になったためだ。DPC対象病院になる前の出来高収入がそのまま保障されることを防ぐ措置だが、「経営にどれだけの影響があるかを金額ベースで検証する必要がある」との意見が出た。

また、重症度係数が廃止となり、診断群分類で重症度を反映させるCCPマトリックスもまだ全面導入には至らないことから、DPC/PDPSに反映されにくい、重症患者への医療提供の配慮が、激変緩和措置で担保されるのかという点についても懸念が出た。

来年度の予算や税制改正で要望項目まとめる

四病協・総合部会

医療、介護を先細りさせない改定求める

四病院団体協議会は7月26日の総合部会で、2018年度の政府予算や税制改正に対する要望書をまとめた。診療報酬・介護報酬の改定率については、「医療、介護を先細りさせない改定」という文言にとどめた。地域医療介護総合確保基金の配分では、地域医療構想調整会議との切り離しを訴えた。税制改正要望では、介護医療院創設の法律が成立したことを踏まえ、税制優遇を求めた。

来年度予算の要望項目は7項目。①医療介護同時改定②地域医療介護総合確保基金③医療機関のIT化④災害医療支援チーム⑤院内保育所整備等⑥精神障害者の地域移行等—とした。

診療報酬改定は、本体と薬価を合わせた実質(ネット)でマイナス改定が続いており、「医療界から体力を奪う

改定が続いている」とした。介護報酬も「極めて大きな引下げ」が続き、同様の改定が続くなら、「医療、介護は先細りしていくしかない」との危機感を示した。

地域医療介護総合確保基金に関しては、政府が地域医療構想を踏まえ、病床転換等に用途を重点化する方針を示していることに対し、「妥当ではない」と指摘。「基金は地域医療構想調整会議とは切り離し、在宅医療の推進や医療・介護従事者の確保事業等、現に医療・介護連携の推進のために必要な事業に配分すべきである」とした。

そのほか、医療機関のIT化では、電子カルテ導入の財政支援と標準化(非互換性の解消)の研究予算を要望。病院団体の組織する災害医療支援チームに対しては、平時の訓練や資材の資金、

実際に派遣された際の補助が必要とした。また、院内保育所などへの補助金は地域医療介護総合確保基金とは別枠で拡充すべきと主張した。精神障害者の地域移行の推進では、「多機能型地域支援センター」の整備等を求めた。

税制改正要望は11項目あるが、多くは前年度と同様。その中で、先の国会で法整備が整い来年度から施行される介護医療院の税制上の支援措置は、初の要望となる。「既存の病院や診療所が転換した場合、新施設の施設基準を満たすために要した建物の改修等について、取得価額の30%の特別償却または7%税額控除を認めるほか、固定資産税の課税標準を3年間2分の1とする支援措置」を講じることを求めた。

消費税の引上げを見込んだ「社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象



外消費税問題の解消」や「医療機関に対する事業税の特例措置の存続」などの要望は、これまでと同趣旨の内容となっている。

また、同日の総合部会では、厚生労働省医政局が遠隔診療の通知を7月14日に出したことをめぐり、議論した。医政局通知では、保険者が実施する禁煙外来を含め、「直接の対面診療を行わなくても直ちに医師法20条に抵触しない」と遠隔診療を基本的に認める内容になっている。四病協としては、情報通信技術の発展やへき地・離島医療などでの利便性を踏まえ、遠隔診療が広がることは認めつつ、保険診療の取扱いは、極めて慎重な対応が必要であることを確認した。

新専門医制度の来年4月開始を宣言

日本専門医機構

塩崎前厚労相の要請受け、地域医療にさらなる配慮

日本専門医機構の吉村博邦理事長は8月4日、理事会後の会見で、10月初旬を目途に専攻医の一次登録を始め、新たな専門医制度を来年4月に開始するとの声明を発表した。塩崎恭久前厚生労働大臣との面談を受け、制度の改善が必要と判断した場合は、学会に研修内容の修正を依頼するなど必要に応じ、調整を行うことも強調した。

塩崎前厚労相と吉村理事長の面談は2日に行われた。塩崎前厚労相は、医師偏在の拡大など地域医療への悪影響がないように日本専門医機構が配慮したことを評価した。一方で、◇実際に

専攻医が応募した結果、指導医や専攻医が基幹病院に集中するのではないかと◇専攻医が望む地域や内容の研修を行えなくなるのではないかと—などの懸念を「完全に払拭するには至っていない」と述べた。

その上で、「万が一、新専門医制度によって地域医療に影響を与える懸念が生じた場合には、厚労省から日本専門医機構および各関係学会に対し、実効性ある対応を求める」と伝えた。

これを受けて日本専門医機構は4日の理事会で、塩崎前厚労相の要請に対する対応を協議。要請に応じるとも

に、来年4月から新専門医制度の開始を宣言する声明を決定した。

声明は、新専門医制度の必要性を強調した上で、制度創設の目的を「各学会の専門医制度の標準化を図り、統一的な後期専門研修制度を確立し、国民から信頼され、質の高い専門医の育成と認定を行うこと」とした。地域医療への配慮については、厚労省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」で指摘された事項などを新整備指針や運用細則に反映させたことを明記した。

今後は、10月初旬を目途に、基本



19領域の専攻医の一次登録を開始し、12月中旬を目途に二次登録を行う。その後も、研修先の決まらない専攻医希望者が応募することを可能とする。

このような対応を図っても地域医療への影響が懸念される場合には、「研修プログラム委員会および基本問題検討委員会での審議、理事会の審議等を経た上で、各学会に対して制度や運用の修正等の変更を依頼し、必要に応じて、応募状況等の調整を行う」とした。

■ 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21回 機能評価受審支援セミナー(石川会場) 【診療・看護合同領域】30名/30名 【事務管理領域】30名	2017年9月8日(金) 【石川県地場産業振興センター】	8,640円(12,960円) (税込)	日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価の「一般病院1」の評価項目の受審支援セミナー。3rdG ver.2.0の概要説明と意見交換会を取り入れたプログラム構成とする。過去の開催から定員数を減らして実施する。
第2回 AMAT 隊員養成研修(石川会場) (60名)	2017年9月8日(金)、9月9日(土) 【TKP 金沢カンファレンスセンター】	54,000円(64,800円) (税込)	AMAT(全日病災害時医療支援活動班)はDMATに準じる医療チームの養成を目指しており、多様なチーム等との連携を含めた災害医療活動の知識・技能を習熟する必要がある。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アドバンスコース (90名)	2017年10月26日(木) 【全日病会議室】	22,680円 (税込) (資料代含む)	アドバンスコースでは、弁護士3名を招き、初級編の「個人情報管理・担当責任者養成研修会(ベーシックコース)」ではできなかった法の解釈について、より深い議論を行う。参加者には受講認定証を発行する。