



全日病 NEWS 2018.4.15

No.915

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

消費税率引上げや医師の働き方改革、今後の政策課題はタイトな日程で進む

臨時総会 介護医療院の創設に伴う定款変更を承認

全日病は、臨時総会を3月31日に開催し、2月24日の理事会で承認した2018年度事業計画・予算、2017年度事業計画の一部変更・補正予算を報告するとともに、介護医療院の創設に伴う定款変更を承認した。

多くの疑義解釈・通知が示される

挨拶した猪口雄二会長は、4月実施の診療報酬改定で3月30日に疑義解釈・通知訂正が出されたほか、介護報酬改定でも五月雨式に通知が示されているとして、「落ち着くまで時間がかかる」と予想。4月16日の届出期限に的確に対応することを求めた。

また、来年10月の消費税の引上げに対応するため中医協の分科会で議論が始まっているほか、医師の働き方改革については来年3月までに結論を出さなくてはならないとして、今後の医療政策をめぐる動きは「かなりタイトな形で進む」と展望した。



総会終了後には、支部長・副支部長会を開き、猪口会長が診療報酬改定について講演。30日の疑義解釈通知も

踏まえ改定の留意点について解説した。また、介護報酬のポイントについて木下毅常任理事から、介護医療院については土屋繁之常任理事が情勢報告を行った。

来賓には、鈴木邦彦・日本医師会常

任理事、羽生田俊・参議院議員、自見はなこ・参議院議員が臨席された。

横倉義武会長の挨拶を代読した鈴木常任理事は、2018年度の診療報酬改定は本体0.55%の引上げ、医科では0.6%の引上げとなり、地域包括ケアの構築に向けて医療と介護の連携で一定の進展があったと評価した。また、医師の働き方改革では、医療界の意見集約を目指して猪口会長も参加する「医師の働き方改革検討会議」を設置する予定であることを報告。医療界の考え方を具体案にまとめ、各方面に提言したいと述べた。

羽生田議員は、自民党厚生労働部会に「医師の働き方PT」を立ち上げ、自ら座長に就いたことを報告するとともに、「地域医療を壊さない形で医師の勤務時間を短縮することがポイントになる」と述べた。

自見議員は、「外国人観光客が増えて大きな問題になりつつある」と述べ、全日病副会長である安藤高夫衆議院議員とともに、「外国人観光客の医療PT」を設立したことを報告。外国人観光客の医療に伴うコストについては、診療報酬からの持ち出しでなく、出国税に財源を求める考えを示した。

病院総合医育成事業に取り組む

報告事項として、織田正道副会長が2018年度事業計画と2017年度事業計画の一部変更、中村康彦副会長が2018年度予算、2017年度補正予算を説明した。

織田副会長は、2018年度事業計画の



前文を読み上げた。前文は、「2018年度は将来にわたる日本の医療・介護提供体制の整備における道筋が決定される、極めて重要な1年になる」と指摘するとともに、2018年度の大きな事業として、①介護職の外国人技能実習生受入事業(監理団体として受け入れ準備を開始)、②全日病独自の病院総合医育成事業を開始し、病院に勤務しながら、総合医としてのキャリアチェンジを可能とする、③介護医療院の法制化に対応するため、介護医療院協議会を通じた情報収集、シミュレーションをあげている。

第60回全日病学会は東京で開催

第60回全日本病院学会は10月6～7日に東京都支部を中心に猪口雄二支部長を学会長として、港区で開催する。夏期研修会は、8月26日に愛知県支部(木村衛支部長)で開催する。

2017年度事業計画の一部変更では、常設委員会として「外国人技能実習生受入事業会議」の追加などの変更を

行った。

2018年度予算は、経常収益は8,500万円減の約6億5,700万円、経常費用は同じく8,500万円減の約6億5,700万円を見込んでいる。2017年度補正予算では、当初予算に対して、経常収益は6,600万円の増、経常費用は6,900万円の増となり、経常収益および経常費用とも約7億4,200万円となった。

決議事項では、猪口正孝常任理事が介護医療院創設に伴う定款の変更について説明し、賛成多数で承認した。定款の附則第6項に「第5条における病院の代表者は、当該病院が介護保険法上の介護医療院に転換等した場合であっても、従来の正会員資格の取り扱いに準じて、引き続き正会員の資格を有するものとする」と加えた。

猪口常任理事は、「介護医療院は従来の定款のままでは会員の資格がなくなるが、療養型の病床を持った病院の責任によるものではなく、制度改正によるものであり、このような取扱いが望ましいと考えた」と説明した。

診療報酬での補てんに備え準備を進める

中医協・消費税負担に関する分科会

消費税10%への引上げの対応

医療機関などの控除対象外消費税の問題に対応するため、中医協の「診療報酬調査専門組織・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3月30日、2年ぶりに開かれた。2019年10月に予定される消費税引上げに際し、税制上の取扱いで対応するか診療報酬で対応するかはまだ決まっていない。中医協としては、診療報酬への補てんが求められる場合に備え、必要な調査の実施など準備を進める方針だ。

これまで控除対象外消費税の問題に対しては、診療報酬への補てんで対応してきた。しかし病院団体としては、医療機関の特性により不公平が生じていることや、高額投資に対する補てんが十分でないなどの理由で、かねてから税制で問題の解決を図ることを主張してきた。2018年度税制改正大綱でも、「2019年度税制改正に際し、税制上の抜本的な解決に向けて総合的に検討し、結論を得る」としている。

しかし、消費税引上げの対応をめぐっては不確定な要素が多いことから、厚生労働省はこれまでのように診療報酬で補てんする場合に備え準備を進める方針だ。この日は、補てんを行う際に

必要となる薬価調査と特定保険医療材料価格調査について、2018年度診療報酬改定で実施した2017年調査と同様のスケジュールで実施することを決めた。

医科については、延期となった2017年4月の消費税引上げに向けた議論でも、医療経済実態調査は改めて実施しなかったことや、過去5年間の課税経費率の変動が少ないことから、新たな調査を行わずに、2018年診療報酬改定で実施した医療経済実態調査の結果を用いることを了承した。

2013年には、医療機関の高額投資について、診療報酬への補てんとは別の対応を検討するため、設備投資調査を実施している。しかし診療報酬への補てんだけを考えれば、設備投資調査は必要がないほか、これまでの議論で課題となった「年度による変動が大きい」、「個別の診療行為との対応関係が明確でない投資が大宗を占める」などの事情は、再度調査を行っても変わらないと考えられることから、実施しない方針を示した。

過去の補てんの状況を確認

厚生労働省がこれまでの経緯を説明した。医療機関の控除対象外消費税とは、通

常の事業者であれば、商品に含まれる仕入れ段階の消費税は、消費者価格に転嫁されるのに対し、社会保険診療が非課税であるために、仕入れ段階の消費税を医療機関などが負担することになってしまう問題。消費税導入後の3%、5%、8%の各段階では、診療報酬への補てんで対応してきた。

全体改定率をみると、3%導入時は0.76%、5%引上げ時は0.77%の診療報酬の引上げとした。基本的には、人件費や他の非課税品目を除く課税経費に引上げ分を反映させる形となっている。ただし影響が大きいと考えられる個別診療報酬項目の点数を引き上げる手法を取ったため、その後の改定で項目の再編や廃止などがあり、補てん状況が検証できなくなってしまった。

8%の段階では、このような経緯を踏まえ、基本診療料・調剤基本料を中心に上乗せを行った。全体改定率は、1.36%となっている。別に基金を創設し、高額投資に対して消費税負担の手当てを図ることも検討されたが、見送られた。

2015年には、消費税8%への引上げに伴う補てん状況の調査を行っている。全体の補てん率は102.07%、補てん差額



分科会に臨む猪口会長(右から3人目)

は54億円で、100%以上の補てんが行われていることを確認した。内訳は、病院が102.36%、64万9千円(1施設当たり年間)、一般診療所が105.72%、4万4千円、歯科診療所が100.68%、2千円、保険薬局が86.03%、▲4万1千円となっている。

病院のうち、一般病院は101.25%、34万3千円、精神科病院は134.47%、331万4千円、特定機能病院は98.09%、▲454万円、子ども病院は95.39%、▲451万8千円で、ばらつきがある。なお、個人診療所は129.98%で、16万1千円である。委員からは、「医療機関の特性により、補てん率に過不足が生じるものがない対応が必要」との意見が出た。

また、厚生労働省は医療機関の費用構造の推移を示した。病院の状況を見ると、課税経費率は過去5年間で25～28%で推移し、安定している。2016年度は27.8%だった。これに医薬品費比率と特定保険医療材料比率を加えた2016年度の補てん対象経費は、45.9%と全体の5割を若干下回る。

2020年度以降の医学定員の臨時増員の取扱いを検討

厚労省・医師需給分科会

5月に第3次中間報告まとめる

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3月23日、2020年度以降の医学部入学定員の臨時増員の取扱いで第3次中間報告を5月にまとめることを了承した。冒頭、全日病副会長の神野正博委員は、「医師偏在対策の検証ができていないため、2020年度以降1、2年は現状通りというような暫定的な結論しか出せない」と主張。神野副会長の意見に複数の委員が賛同した。

将来的に医師過剰の推計

「医療崩壊」とも言われた地域の医師不足問題を解決するため、政府は2008年度以降、地域枠の設定を中心に、医学部の入学定員を恒久定員と臨時定員の両方で段階的に増やしてきた。2007年度まで7,625人だった恒久定員は、2010年度までに544人増員し、2016年度には東北医科薬科大学の100人が加わって、8,269人となった。臨時定員は2008年度以降段階的に増やしており、2016年度に993人になった。2008年度以降の恒久定員と臨時増員の増加数は1,637人になる。

その結果、恒久定員と臨時増員を合わせると2016年度の入学定員は過去最大の9,262人となっている。

さらに、都道府県の要望による2017～2019年度の追加定員がある。医師需給分科会の2016年の中間とりまとめでは、この追加定員の必要性は慎重に検討し、判断するとしている。

現状では医師不足だが、今後の人口減少により、将来的に日本全体では医師数は過剰になると推計されている。2016年に同分科会が行った医師需給推計では、2024年以降に供給が需要を上回る見通しとなった。また、人口10万人に対する医師数は2025年に、OECD加盟諸国の加重平均に達する見込みだ。

一方、日本全体で医師数が充足しても、医師が偏在しているために医師不足地域は解消しないという問題がある。厚労省は医師偏在対策を盛り込んだ医療法・医師法改正案を今国会に提出し成立を目指しているが、実際に対策が講じられるのは施行後となり、検証にはさらに時間を必要とする。

さらに、政府の働き方改革に伴う時間外労働規制を医師にどう適用するか

は、医師の需給に大きな影響を与える可能性がある。医師の時間外労働規制の方針は今年度中にまとまる予定だ。

これらの不確定要素を残しつつ、同分科会は改めて需給推計を行い、その結果に基づき、2020年度以降の医学部入学定員の臨時増員の取扱いの結論を出す。医学部への入学を希望する学生のことを考えれば、早急に医学部定員を明らかにしておく必要があるためだ。

不確定要素が多く暫定的な取扱いに

神野委員は、医師の過不足を判断する上で不確定要素が多く、医師偏在対策の効果が検証できない状況であると、早急に2020年度以降の取扱いを決めなければならないとすれば、「暫定的に当面1、2年は現状通りとするしかない」と発言した。厚労省も現時点で将来的な方針を決めるのは困難であり、暫定的な結論となる可能性を認めた。

委員からは、早急に医師数の養成数を減らすべきとする意見と現状の臨時増員を維持すべきとする両方の意見があった。



医師養成数を減らす立場からは、「医師が増えると医療費が増えることも考える必要がある。医師数を増やせば、医師1人当たりの報酬が減ることも考慮される」、「臨時増員を減らすことを大前提に議論を進めるべき」などの意見があった。

一方、養成定員を維持すべきとする委員からは「臨時増員を廃止すれば、地方の医療は崩壊する。医師の働き方改革の議論との整合性を図る必要がある」、「養成したすべての医師が期待通りに働いてくれない」などの意見があった。

同分科会では、5月の第3次中間報告に向けて、改めて需給推計を行うため、その前提を検討していくことになる。女性医師や高齢医師・研修医の労働時間をどう考えるかが今後の論点となる。神野委員は、「需給推計の前提になる発射台の医師数が、医師不足の現状を追認していることに留意すべき」と指摘した。

専門医機構が厚労省検討会に専攻医採用状況を報告

厚労省・医師養成あり方検討会

東京への一極集中に批判の声あがる

日本専門医機構は3月27日に開かれた厚生労働省の「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」(遠藤久夫座長)に、新専門医制度における専攻医の都道府県別の採用状況を報告した。委員からは、東京都の専攻医数が1,825人で初期臨床研修時の1,350人を大きく上回ったことから、「東京への一極集中が進んだ」との声があがった。

同検討会は、新専門医制度がもたらす医師偏在を懸念して発足した経緯がある。このため、委員は専攻医の採用状況などの資料提示を機構に再三求めていた。今回報告を行った機構の松原謙二副理事長は「ようやく公表できるデータがそろった」と釈明したが、「データの提示がこれだけ遅れたことは不信感を生じさせた」との苦言が出た。

機構が示した採用状況によると、3月5日までの登録者数は8,394人となった。東京が1,825人で最も多く、次いで、大阪が650人、神奈川が497人、福岡が451人、愛知が449人となっている。東京は臨床研修時の1,350人より

も475人増えた。専攻医全体の割合では、21.6%を占める。なお、東京の人口は全国の1割程度となっている。

委員からは、「東京への一極集中は否定できない状況だ。人口比からみても、こんなにいらぬはず。地方から東京に出たら戻ってこない医師は多い。初期臨床研修制度から東京への一極集中が始まっており、専門医制度でさらに拡大した」との意見が出た。その上で、「今は給料で差をつけているが、地方での医師勤務は定着していない。地域で働く医師を優遇する何らかの対策が必要」との提案があった。

松原副理事長は、「東京に一極集中しているように見えるが、関東一円からの流入が多く、全国から集まっているわけではない。他の大都市でも似た傾向がある。今後、東京の基幹病院が近隣県に医師を派遣することを期待する。1年目でも診療科によっては3割ほどが他県で研修を受けるときいている。2、3年目には5割ぐらいまで高まる診療科も出てくるのではないかと述べ、今後の動向を注視する姿勢を

示した。

東京への集中示すデータ提出

同日の検討会には、奈良県知事の荒井正吾委員が独自データを提出した。機構が示した採用状況は、都道府県別の臨床研修2年目の登録人数と専攻医の基幹施設の登録人数を比べた場合の変動である。過去の都道府県別の専門医研修の人数との比較ではない。過去の専門医研修の人数は正確に把握できていないほか、診療科ごとに基準が異なり、一律に比較することが困難であるためだ。

荒井委員が示したデータは、暫定的に、専門医研修時の人数を厚労省の3師調査(2014年)による医籍登録3～5年の医師数を用いて、今回の専攻医の都道府県別採用数と比較した。それによると、東京は3師調査で17.1%であるのに対し、新専門医制度は21.6%となり、東京への集中が拡大したことを示した。さらに、関東ブロックで見ると、35.1%から37.1%に拡大した。基準が異なり、正確な比較ではないと



しつつ、傾向としては妥当性があると説明した。

また、新専門医制度では、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の5都府県に対し、過去5年の専門医研修の採用実績の平均を超えないという上限設定を設けている。松原副理事長はこの上限設定が守られているとのデータも示した。ただし過去の採用実績の基準が、診療科ごとに異なっている問題も指摘。一方、機構が今回示した採用状況は今後、経年的に同一の基準で把握できるデータであることから、データベースの作成を含め、データを蓄積し、必要に応じて制度を見直すとの見解を示した。

5都府県に対する上限設定については、日本医療法人協会会長の加納繁照委員が、「大阪は上限設定で追加募集が早期に締め切られた。大都市は今後高齢者の増加で医療ニーズが増大するのに、専攻医が減ってしまった診療科もある。上限設定は東京だけに限定すべきではないか」と提案した。

今夏に全国保健医療情報ネットワークの工程表を示す

厚労省・医療等分野情報連携基盤検討会

ネットワーク基盤の議論を再開

厚生労働省の「医療等分野情報連携基盤検討会」の初会合が3月29日に開かれ、医療分野における情報ネットワークに関する具体的な検討に着手した。「全国保健医療情報ネットワーク」の構築や情報処理システムにかかわる識別子(ID)に関する具体的な議論を進める。座長には、森田朗構成員(津田塾大学教授)が選出された。

厚労省は、データヘルス改革における医療等分野情報連携基盤に関する検討の経緯・現状や課題について説明するとともに、検討会の下に「医療等分野情報連携基盤技術ワーキンググループ」と「医療等分野ネットワーク安全管理ワーキンググループ」を設置して

具体的な議論を進める考えを示した。情報連携基盤技術のワーキンググループは、概ね月1回開催して、この夏をめどに、「全国保健医療情報ネットワーク」構築に向けた工程表をまとめるほか、医療等分野IDの考え方を整理することを提案し、了承を得た。

この日の検討会には、「全国保健医療情報ネットワーク」や識別子(ID)に関する検討課題が示された。保健医療情報ネットワークでは、◇ネットワークで提供するサービス内容◇管理・運営主体◇ネットワーク整備のコストとその負担者などが論点となる。IDについては、◇オンライン資格確認における活用◇IDの発行・管理主体◇発

行・管理コストなどがある。

データプラットフォームを構築

ビッグデータの分析を医療の効率化につなげていく「データヘルス改革」を提唱してきた厚労省は、ナショナルデータベース(特定健診・レセプトおよび介護保険総合データベース等)や国保データベース等のデータ連結とその利活用を実現し、「健康・医療・介護の総合的な保健医療データプラットフォーム」構築を目指している。

こうした方針は昨年6月の「未来投資戦略2017」や12月の「新しい経済政策パッケージ」に盛り込まれている。「全国保健医療情報ネットワーク」に



については、2020年度の本格稼働に向けて具体的なシステム構成等を検討し、2018年度以降に詳細な設計に着手。今夏をめどに工程表を示すとしている。

また、医療等IDの導入については、2020年度からの本格運用を目指して2018年度夏をめどに情報連携の識別子(ID)のあり方に関する結論を示す方針が示されている。

このため厚労省は、医療情報連携の基盤整備を迅速に進めることが求められており、今夏に一定の結論を得て、本格稼働に向けた準備予算を2019年度の概算要求に反映させる考えだ。

2017年度の病床機能報告制度の速報値を報告

厚労省・地域医療構想 WG

定量的な基準設定には賛否両論

厚生労働省は3月28日の「地域医療構想に関するワーキンググループ」(尾形裕也座長)に2017年度の病床機能報告制度の速報値を示した。全国の病院・診療所の報告で、医療機能別の病床割合は過去の傾向と変わらなかった。しかし厚労省は、医療機関が報告する医療機能と提供する医療の内容が異なる場合があると指摘。定量的な基準の検討を促した。これに対しては、委員から賛否両論があった。

病院の病床機能ごとの病床数をみると、117万1,724床のうち、高度急性期は16万2,498床で13.9%、急性期は53万4,511床で45.6%、回復期は13万8,690床で11.8%、慢性期は33万6,025床で28.7%だった。2016年度は高度急性期が14.4%、急性期が45.8%、回復期が10.7%、慢性期が29.0%で傾向は変わらない。

高度急性期がわずかに低下しているのは、特定機能病院の判断が要因だ。

特定機能病院はこれまですべての病床を高度急性期として報告する病院が多く、「非現実的」と指摘され、是正を求める意見があった。その結果、報告を変更する特定機能病院が増えた。例えば、京都府立医科大学附属病院は2016年度にすべてを高度急性期としていたが、2017年度は33床のみを高度急性期、残りの844床は急性期とした。逆に、すべての病床を高度急性期に戻した特定機能病院もある。

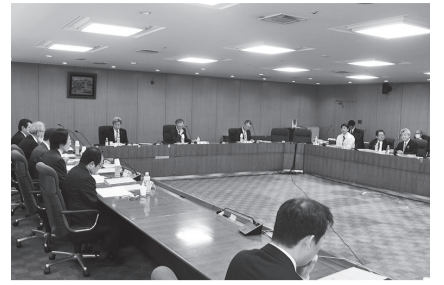
病床機能報告制度では、提供している医療の内容も同時に収集していることから、厚労省は、選択した医療機能と実際に提供している医療の内容の関係を分析している。例えば、高度急性期・急性期と報告している病棟の医療の内容を調べている。

その結果、「診療報酬を含む一定の項目に該当する重症患者の該当がない病棟」が約83%、「中心静脈注射や人工呼吸など一定の全身管理の項目の該当

がない病棟」が約17%、「がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況がない病棟」が約25%など、「急性期医療を全く提供していないと考えられる病棟」が存在することを示した。

また、将来の病床の必要量の推計と比較すると、現状の回復期の病床は大幅に不足する結果となる。これについては、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟以外の現状の急性期で、回復期機能が担われていることを勘案し、平均在棟日数が22日超の急性期病棟や、救急患者の受入れ件数や手術件数が一定以下の場合は回復期と判断するなど、定量的な基準を検討することを促した。

これに対し、「定量的な基準に反対する」との明確な意見があった一方で、賛成する意見もあった。全日病副会長の織田正道委員は、「病棟数が少ない中小病院では、実際は回復期の患者が入院していても、全体として急性期と



報告せざるを得ない」と発言。その上で、極端な病棟を除く上で有用な場合があるとしても、定量的な基準を一律に設けるのは現場の実態に合わない」と主張した。

佐賀の調整会議の進捗を報告

そのほか、同日のワーキンググループでは、佐賀と高知の地域医療構想調整会議の進捗状況が報告された。特に、佐賀における調整会議で、行政と医療関係者の意思疎通が円滑に行われており、公立病院の病床削減に至った経緯などが示された。佐賀で病院を経営する織田委員は、「公式の調整会議以外に何十回も懇談会などを重ねている。遠慮なく何でも言える人間関係を作ることが大事だ」と強調した。

オンライン診療のガイドラインをまとめる

厚労省・情報通信機器 GL 作成検討会

情報セキュリティの記載を再整理

厚生労働省の「情報通信機器を用いた診療に関するガイドライン作成検討会」(山本隆三座長)は3月29日、オンライン診療の実施に関する指針をまとめた。前回示された指針案に、委員の意見を反映させ、情報セキュリティの通信環境の記載を再整理した。ガイドラインは、対象を医療保険に限っていないが、オンライン診療が4月以降、診療報酬で算定できるため、今後活用が広がると見込まれる。

医師対患者の対面診療が原則

ガイドラインは、情報通信機器を用いた診療のうち、医師対患者の対面診療を原則としたオンライン診療を対象としたもの。オンライン受診勧奨は一定の医学的判断を伴うため、ガイドラインの対象とするが、遠隔健康医療相

談などは対象外としている。

指針案からの変更では、対面診療を原則としつつも、在宅医療で複数の医師がチームで診療を行っている場合は、すべての医師が直接の対面診療を行わなくても差し支えないことを明確化した。オンライン診療を行う予定だった医師が病気などで診療できなくなり、別の医師が行う場合も、患者の同意があり、十分な引継ぎがあれば、対面診療を改めて実施する必要はない。

処方せんの発行については、オンライン診療を行っている疾患の延長である症状に対応する場合は、処方可能だが、新たな疾患に対して医薬品の処方を行う場合は、原則として、直接の対面診療が必要になる。

オンライン診療は、リアルタイムの視覚と聴覚の情報を含む情報通信手段

の採用が義務付けられる。その場合、補助的な手段として、画像や文字による情報のやり取りは妨げない。ただ文字、写真、録画動画のみのやり取りで完結してはいけないことを明記した。

通信環境については、情報セキュリティの観点から、記載内容を大きく変更した。基本的には、患者の医療情報を保存しているシステムとオンライン診療で用いる情報通信機器が、「接続されている場合」と「されていない場合」に分けて、整理している。

医療情報と接続していない場合、患者が用いる端末はスマートフォンなどが想定される。オンライン診療のシステム提供者側で、万全のセキュリティ対策を講じることが必要になるが、患者が自らの判断で、自分の医療情報をスマートフォンに保存することは、「禁



止するものではない」とした。

医療情報と接続する場合は、より情報漏えいのリスクが高まる。ガイドラインでは、医療情報安全管理関連ガイドラインに沿った対策が必要と指摘。その上で、◇医療情報を保存するシステムへの不正侵入防止対策等を講じる◇医師個人所有端末の業務利用は原則禁止◇サーバーは国内法が及ぶ範囲に設置する一を特に強調した。

情報セキュリティ対策が求められることで、医師にも情報通信機器の知識が必要になる。このため、「医療関係団体などによる研修の受講等によりこうした知識の習得に努める」と明記している。

人生の最終段階の医療の普及・啓発で報告書

厚労省・人生の最終段階の医療に関する検討会

医療・ケアチームの対応示す

厚生労働省の「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」(樋口範雄座長)は3月23日、報告書を大筋でまとめた。ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の考え方を取り入れて改訂した厚労省のガイドラインを踏まえ、国民レベルで人生の最終段階の医療を考える機会を設けるべく、普及・啓発策を盛り込んでいる。

同検討会は、昨年8月から6回の会合を重ね、報告書をまとめた。3月17日には、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を改訂。1月17日には、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の結果を公表した。

ガイドラインは、富山県射水市民病院で、医師が末期がんの患者の人工呼吸器を取り外し逮捕された事件などをきっかけとして2007年に作成された。人生の最終段階の医療は、医師の独断ではなく、医療・ケアチームで判断すべきことを示した。

ガイドライン作成から10年が経過。厚労省や地方自治体、医療団体の取組

みにより、人生の最終段階の医療に関する理解は一定程度広がった。ただ、1月に公表された意識調査の結果をみると、人生の最終段階の医療について家族等と話しあったことがある人は4割にとどまるなど、十分とはいえない状況にある。

一方で、高齢化の進展により在宅医療や介護の現場でのガイドラインの活用が求められていることを踏まえ、今回改訂することになった。

ACPの取組みを促す

報告書は、ガイドライン改訂に至った背景を整理している。◇高齢化率が高まり、高齢単身世帯が増加。2040年には死亡者数は年間167万に達するなど死亡者増が見込まれる◇どこで最期を迎えたいかの質問では「自宅」が55%で最も高く、「病院など医療施設」は28%にとどまる◇人生の最終段階で本人の望まない救急搬送が行われている一などの課題を指摘した。

また報告書は、欧米で広まっているACPの考え方を紹介している。事前に本人の意思を示す方法として、リビ

ング・ウィル(生前意思)があるが、本人の意思が文書で残されていても、家族や医療・ケアチームと共有されていないと実際の医療やケアに反映されない場合がある。

このため欧米諸国では、本人が家族や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスを重視するACPの取組みが普及してきた。あらかじめ話し合うことで、本人の価値観に対する理解が進み、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合にも、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定につながる」とされている。

普及・啓発の方策を示す

報告書は、人生の最終段階の医療・ケアのあり方について、普及・啓発が必要とし、そのための方策を整理している。

医療・介護従事者に対しては、本人や家族等に、医療・ケアの方法(点滴や胃ろうなどの栄養・水分補給、疼痛緩和の方法、人工呼吸器の使用、心肺蘇生処置等)や療養場所(医療機関、介護施設、在宅等)における療養上の特



徴など)を説明する必要があるとした。

本人や家族等に説明するに当たっての留意事項としては、◇本人が考えたくない、話したくないということを含めて本人の意思を汲み取る◇本人の意思や気持ちは常に揺れ動いていることを理解する一を明記した。

なお、家族等の「等」は、高齢者単身者が増加していることを踏まえ、法的な意味での親族関係ではなく、友人や身近で世話になっている人などが含まれる。本人が意思を表明できなくなることへの備え、本人の意思を推定できる者として、家族等を特定しておくことがACPの一つのプロセスになる。

国が行う普及・啓発の取組みでは、◇記念日の制定やその日に合わせたイベント開催◇情報のポータルサイトやeラーニングなどの学習サイトを開設◇ACPの国民に馴染みやすい名称の検討やメディアを意識した広報の実施一などをあげた。

2018年度診療報酬改定に一定の評価

日病協・代表者会議 看護必要度Ⅱの対応めぐり議論

日本病院団体協議会は3月23日に代表者会議を開き、2018年度診療報酬改定の評価を行い、入院基本料の見直し等で成果があったことを確認した。

日病協は昨年5月9日と11月9日の2回にわたって診療報酬改定要望を厚生労働省に提出し、その実現を働きかけてきた。2018年度改定は、2月7日の中医協答申を経て、3月5日に告示・通知が示されたことから、これまでの取組みを総括する意味で要望書に盛り込んだ15項目の要望事項がどの程度改定内容に反映されたかを○×△で評価した。評価結果は○が3個、×が2個、△が10個となった。

評価は、診療報酬実務者会議が行い、代表者会議で了承した(表参照)。

○の評価となったのは、入院基本料および「重症度、医療・看護必要度」見直しと地域包括ケア病棟の在宅からの受け入れ機能に関する内容。一方、×の評価は、「診療報酬の簡素化」と「すべての入院基本料の引上げ」だった。

会見では、「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」の計算方法について記者から質問があり、山本修一副議長が代表者会議の議論を紹介した。山本副議長はベンダーが計算ソフトウェアを開発する動きがあるとしつつ、「ベンダーによって違いが出ることも考えられるので、比較検討しなければならない。推移をみる必要がある」と述べた。

「重症度、医療・看護必要度Ⅱ」は、急性期一般入院料の算定要件として今回新設されたもので、DPC提出データのEF統合ファイルを使って判定する。厚生労働省は2月7日の答申に合わせて判定に用いるレセプト電算コードのマスタを公表しているため、これを用いて看護必要度を計算することができる。そのためのソフトは、ベンダーが提供すると考えられるが、ベンダー間



の違い等を検証する必要がある。日病協としては当面事態を見守る考えだ。なお、厚生労働省からは、計算ソフトを提供しない。

また、この日の代表者会議をもって、原澤茂議長が退任し、4月から副議長の山本修一氏(国立大学附属病院長会議常置委員長、写真左)が議長に就任する。任期は1年。新たな副議長には、日本精神科病院協会の長瀬輝副会長が就任の予定。

表 2018年度診療報酬改定の評価

第1回要望書(5月9日)			第2回要望書(11月9日)		
1	入院基本料の評価基準の見直しと病棟群単位による届出制度の改善	○	1	全ての入院基本料の引き上げ	×
2	急性期病床の重症度、医療・看護必要度の評価(内科系疾患の評価)	△	2	重症度、医療・看護必要度と多職種配置を主軸とした中長期的な入院基本料評価基準の抜本的見直しと、病棟群単位届出制度の改善	○
3	DPC / PDPS 制度の見直し	△	3	地域包括ケア病棟における在宅等からの受け入れ機能の評価	○
4	医療療養病床の方向性の早期決定と看護配置基準・医療区分の見直し	△	4	療養病床の医療区分による患者評価制度の中長期的抜本的な見直しと、DPC データ加算提出の促進、25:1療養病床の要件緩和	△
5	精神疾患特性を踏まえた在宅医療の在り方と高齢化対策	△	5	精神科医療費の増額と疾病特性を踏まえた在宅移行の在り方の見直し	△
6	包括対象範囲の見直し	△	6	特定入院料算定病棟における包括対象範囲の見直し	△
7	診療報酬体系の簡素化	×	7	診療報酬体系の簡素化と医療 ICT の推進	△
8	医療の ICT 化推進の診療報酬上の評価	△			

専門医のあり方検討委を設置

四病協・総合部会 委員長に神野副会長

四病院団体協議会は3月28日、総合部会を開き、「専門医制度のあり方検討委員会」を設置することを了承した。委員長には全日病の神野正博副会長が就任する。専門医制度が医師偏在など様々な問題を抱えていることを踏まえ、幅広い観点で射程の長い議論を行う見込み。1年程度で一定の結論を示す。

日本専門医機構による新専門医制度が4月から始まったが、同制度のあり方を直接的に議論することは避け、あくまで病院の立場からの専門医制度のあり方を考える。

同日は新専門医制度における専攻医の都道府県の採用状況が公表されたことを受け、様々な意見が出た。来年度

の専攻医の募集が9月に始まることを踏まえ、大都市のある5都府県に設けている専攻医の上限設定の見直しが必要との意見もあったという。

医師の働き方改革で意見表明へ

また、この日の総合部会では、医師の働き方改革をめぐって議論し、四病協としての意見をまとめることを確認した。

医師の働き方改革をめぐっては現在、厚生労働省の「医師の働き方改革に関

する検討会」が休止しており、その間に医療界が具体的な意見をまとめる段階にある。日本医師会・四病協でも協議を行っているが、一定の考えを4月21日までにまとめる予定。四病協としてはそれより前に、病院団体としての意見を整理し、厚生労働省に提出する考えだ。四病協は、「病院医師の働き方検討委員会」で検討を進めており、そこでの議論を踏まえ、医師の時間外労働規制の特例だけでなく、働き方をめぐる様々な問題に言及する方向だ。

専攻医の都道府県別の採用状況

日本専門医機構 東京への集中際立つ

日本専門医機構(吉村博邦理事長)は3月16日、今年度から始まる新専門医制度における専攻医の採用状況を公表した。都道府県別の採用状況を示したことで、初期臨床研修時から専攻

医の流出入の状況が明らかになった。東京は1,350人から1,825人となり、475人の増加で他の大都市圏と比べても際立って多い。

ただ全員が東京で研修を受けるわけ

ではなく、プログラムに応じて、関連病院への異動がある。機構は今後、東京の基幹病院が近隣県に専攻医を派遣しているかなど、医師偏在の状況を把握していく姿勢を示している。他の大都市のある府県をみると、福岡が451人で71人増、大阪が650人で48人増、愛知が449人で3人増、神奈川が497人で72人減であり、東京が突出している

状況にある。東京は初期臨床研修時が1,350人で235人が流出して1,115人が残る一方、710人が流入している。流入元は、神奈川が165人、千葉が132人、埼玉が101人、静岡が51人、栃木が28人、茨城が34人など近隣県が多い。その他では、北海道(15人)、福岡(15人)、沖縄(15人)が比較的多かった。

■ 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
医療安全管理体制相互評価者養成講習会 (100名)	2018年5月12日(土)、13日(日)【全日病会議室】	21,600円(27,000円)(税込) (テキスト代、昼食代含む)	2018年度診療報酬改定で「医療安全対策地域連携加算」が新設された。現時点で研修会の受講は施設基準の要件ではないが、それに対応するための講習会を企画した。
AMAT 隊員養成研修(大阪会場) (60名)	2018年5月19日(土)、20日(日)【新梅田研修センター】	54,000円(64,800円)(税込) (AMAT 隊員登録証発行費用、AMAT ベスト等の費用含む)	講義と実習による AMAT 隊員養成研修を開催する。これまでは3名1チームの参加が要件だったが、今回は1名からの参加も可能にした。全日病と日本医療法人協会の共催。
業務フロー図作成講習会 (20病院)	2018年5月25日(金)【全日病会議室】	48,600円(75,600円)(税込)(1病院3~5名) (昼食代、書籍代含む)	業務改善のための業務フロー図について、①入退院支援②インフルエンザ疑い患者受入れ対応③持参薬の対応④事故が疑われる死亡事例発生後の対応一から選択し、医師、看護師、薬剤師等のチームで検討する。
特性要因図作成研修会 (20病院)	2018年5月26日(土)【全日病会議室】	48,600円(75,600円)(税込)(1病院3~5名)(昼食等含む)	根本原因分析のための特性要因分析について、①入退院支援②インフルエンザ疑い患者受入れ対応③持参薬の対応④事故が疑われる死亡事例発生後の対応一から選択する。
医療事故調査制度事例検討研修会 (60名)	2018年5月27日(日)【全日病会議室】	12,960円(16,200円)(税込) (昼食代含む)	医療事故発生時に医療事故調査制度の対象事例か否かの判断に迷う事例を中心にグループ討議などを行う。全日病・日本医療法人協会共催の「医療安全管理者養成講習会」の継続認定の研修会に該当する。
「医療事故調査制度への医療機関の対応の現状と課題」研修会 (100名)	2018年6月22日(金)【全日病会議室】	10,800円(16,200円)(税込)	病院が院内事故調査を円滑に実施するための考え方と方法を習得することを目的に研修会を開催する。全日病・日本医療法人協会共催の「医療安全管理者養成講習会」の継続認定の研修会に該当する。
医療安全管理者養成課程講習会(第1・2クール講義200名、第3クール演習1回あたり約100名)	第1クール6月23日(土)、24日(日)、第2クール8月4日(土)、5日(日)、第3クール①9月16日(日)、17日(月祝)②10月27日(土)、28日(日)【全日病会議室】	83,160円(103,680円)(税込) (テキスト代、昼食代含む)	厚生労働省の「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則った内容で「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たす。「認定証」は研修証明になる。